Cinquante-troisième année — N° 1 — 4 Janvier 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1er Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
…mélie-les-Bains : Dr Alardo, … Bouix.
…achon : Jean Doche.
…uel (Doubs) : H. et J. Bon.
…dol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hammam-Meskoutine (Constantine) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P. H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Pietri, E. Potheau (*Psychothérapie,*) Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël – Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : P Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba *Mal poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villers-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau *Mal. enf.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs GODEMEL, de Gannat et VARENNE, de Saignes, la somme de trente-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 1. — Etabl. import. du Centre recherche spécialiste pour direct. services para-thermaux, bains électr., diathermies infra-rouges, ultra-violets, bains de lumière, massages, etc. Ecr. pour renseign. à M. Barret, 136, Faub. Poissonnière à Paris, qui convoquera.

No 2. — Le Dr Brunet, de Tocane-Ste-Apre (Dordogne), s'offre pour procurer à confr. adresse sérieuse pour pâtés de foie gras préparés avec prod. prem. choix Lui écrire sans tarder.

No 3. — Côtes-du-Nord. Plémet. Client. méd. propharm. à céder d'urgence, rayon étendu, nombr. ouvriers, plus, industries, gr. trav. en cours. Jolie maison, long bail. S'adr. Dr Martin, à Plancoet (C.-du-N.).

No 4. — A céder poste seul méd. Marne, village 2.000 hab., bon rapp., susceptib. augmentation.

No 5. — Cherche poste propharm. maison confort., méd. ch. de fer.

No 6. — A céder dans la Meuse, poste bon rapp., faible indemn. Petite villa 5 p., loyer 2.000.

No 7. — Paris, très grosse client. de quartier, appartem. 4 p., salle bains, long présentat. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 8. — Belle banl. Ouest, excell. client. très transmis. bail 7 ans, pavillon. Indemn. à discut., beaucoup consult. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 9. — Ville Provence, méd. génér. et radio, gros produit, belle install. profes, et pers. Indemn. 110.000 y compris appareill. Longue présentat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Villa des Sapins à Ballaigues, près Vallorbe (Suisse). **Pension de famille.** Séjour de repos idéal. Cure d'air. Prix modérés. Pas de malades. S'adr. Mlle Huber.

A vend. gr. villa mod., tr. claire, plein soleil, parc 8 ha et futaie 70 km. Paris, à 8 km. gare (exp. gr. ligne). Situat. except. salubr. parf. Eau, électr. conviend. à clin. ou mais. repos Aff. à profit. Prix intér. S'ad. Mme Vve Bomby, 35 av. Foch, Paris (Tél. Passy 85-50.)

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

La prêle contient dans ses cendres 70 % de silice et 13 % de chaux. La poudre de prêle véhiculée par une levure manganique (4 comprimés de **Prélase** par jour) représente le traitement parfait de la tuberculose.

Agenda Memento du Praticien

L'expédition de l'édition 1931 qui a eu lieu par poste recommandée est actuellement terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 25 fr. à notre compte de chèques postaux : ***Concours Médical*** **Paris 167-95.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le Dr CHARLES SÉGUIN (de Rouen). Le Corps médical de Rouen, qui a été cruellement éprouvé par la mort du Dr Raymond Seyer, vient d'être encore frappé, le Dr Charles Séguin vient de mourir.

Né à Cosne, dans la Nièvre, Ch. Séguin s'était primitivement installé à Nonancourt dans l'Eure en 1902. Médecin major lors de la mobilisation, il fut grièvement blessé à la fin de 1916 à Berry-au-Bac. Il exerça quelques mois à Barentin, puis vint à Rouen où, réformé comme grand blessé, il sut s'attirer par sa douceur, son amabilité, sa sensibilité, l'affection générale et celle de ses confrères. Il remplit pendant sept ans les fonctions de secrétaire de la Commission des blessés de guerre à la Préfecture. Le Dr Ch. Séguin était chevalier de la Légion d'honneur, de l'Ordre de Léopold de Belgique, titulaire de la Croix de guerre française, de la Croix de guerre belge, de la Military Cross.

C'est une victime de la guerre, mort des suites de ses blessures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Louis-Marie COUDRAY, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou. Il était le père du Dr Jean Coudray, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

de Nogent-le-Rotrou, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous apprenons avec le plus vif regret le décès de notre collègue en journalisme, M. le Docteur Pierre Descomps, professeur agrégé, chirurgien de la Charité, officier de la Légion d'Honneur, administrateur de la *Revue Médicale française.*

Ses obsèques ont eu lieu à l'Eglise St-Sulpice le 24 décembre dans l'intimité ; l'inhumation a été faite au cimetière du Père-Lachaise.

A ses enfants, Mademoiselle Marthe Descomps et Monsieur Jean Descomps ; à son frère, M. le Docteur Paul Descomps, et à Madame ; et à la Rédaction de la *Revue Médicale française*, le *Concours Médical* adresse l'hommage très cordial de ses sympathiques condoléances.

— **A la Société d'hydrologie.** — Lorsqu'il y a quelques mois, mon ami Mazeran avait cédé le fauteuil de la présidence de la Société d'hydrologie au Dr Heitz, de Royat, personne ne pressentait que cette présidence serait courte et qu'une mort prématurée et soudaine, promotrice de regrets unanimes, viendrait y créer de nouveau une vacance.

Cette vacance vient d'être comblée par la nomination du Dr Victor Gardette, l'un des militants les plus actifs et les plus avisés de l'hydrologie et du thermalisme français. Est-il besoin, en effet, de rappeler qu'après avoir exercé la médecine thermale à Châtel-Guyon pendant plusieurs années, dans le temps où j'appartenais moi-même à l'Administration des Etablissements thermaux de cette station, il vint à Paris prendre la direction de la *Presse thermale et climatique*, dont il a su faire l'organe officiel du thermo-climatisme, en même temps qu'il se révélait journaliste médical expert.

Depuis, il a été nommé secrétaire général de la Fédération thermale et climatique, d'une part, et de l'autre de l'Association de la Presse médicale, et le voici promu à la présidence de la Société d'hydrologie, vérifiant pour une fois l'aphorisme anglais : *the right man in the right place.*

Qu'il en soit ici complimenté, comme aussi ses collègues, pour l'heureux choix qu'ils ont ainsi fait. Et que sous sa présidence l'hydrologie française marche vers des destinées de plus en plus prospères !

G. Duchesne.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de physiologie.* — Dans sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de présenter M. Léon Binet pour la chaire de physiologie vacante par suite de la retraite du professeur Roger.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Concours du clinicat.* — Les concours du clinicat de la Faculté de Bordeaux se sont terminés par les nominations suivantes :

Chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie : le docteur Berger, ancien interne des hôpitaux ; chef de clinique obstétricale : le docteur Mahon, ancien interne des hôpitaux ; chef de clinique médicale : le docteur J. Auché, ancien interne des hôpitaux.

— **Manifestation d'amitié franco-belge.** — L'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants qui groupe, dans son sein, les médecins qui ont servi dans un corps de troupe ou sur le front pendant la guerre, a donné, le samedi 20 décembre, un grand dîner au restaurant Marguery, en l'honneur de leurs confrères médecins de l'Armée belge.

Ceux-ci étaient représentés par le médecin général Demolder, Directeur du Service de santé de l'Armée belge.

Une centaine de convives assistaient à ce banquet.

Des toasts furent prononcés par le Médecin général Demolder et le docteur J. Forestier, président de l'Association, qui célébrèrent les bienfaits de l'amitié franco-belge et de la fraternité du front.

— **Association de la presse médicale belge.** — Le bureau pour 1931 est ainsi composé :

Président : M. le docteur Voncken (de Liége) (*Archives médicales belges*).

Vice-président : M. le docteur Rodolphe Ley (*Journal de neurologie et de psychiatrie*).

Secrétaire général : M. le docteur René Beckers (*Bruxelles médical*).

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 Décembre

Enseignement de la médecine.

M. Mauriac, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté. (M. Verger, dernier titulaire.)

Soins aux marins du commerce.

Décret du 4 décembre 1930 portant la prorogation des tarifs forfaitaires applicables au traitement, à l'entretien et au rapatriement des marins du commerce débarqués pour cause de maladie ou de blessure.

Art. 1er. — Est prorogée, jusqu'au 31 décembre 1932, la durée d'application de l'article 4 du décret du 31 août 1927, dont les dispositions ont été prorogées jusqu'au 31 décembre 1930 par le décret du 29 décembre 1928, qui a autorisé le ministre chargé de la marine marchande à apporter, selon les circonstances, aux prix fixés par le tarif 8 annexé audit décret, des majorations ou des déductions tenant compte de la variation des dépenses afférentes au traitement des marins du commerce délaissés dans un port de France par suite de maladie ou de blessure.

Est prorogée, jusqu'au 31 décembre 1932, la durée d'application :

1° Du décret du 8 septembre 1922, dont les dispositions ont été prorogées jusqu'au 31 décembre 1930 par les décrets des 31 août 1927 et 29 décembre 1928 fixant le tarif des frais de traitement et de rapatriement des marins du commerce délaissés hors de France pour cause de maladie ou de blessure, à l'exception du tableau A annexé audit décret ;

2° Du décret du 15 février 1919, dont les dispositionsont été prorogées jusqu'au 31 décembre 1930 par les décrets des 31 août 1927 et 29 décembre 1928 autorisant les autorités maritimes, coloniales et consulaires, à appliquer provisoirement des taux de majorations aux prix fixés par le tarif annexé au décret susvisé du 8 septembre 1912.

Art. 2. — Le ministre de la marine marchande est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin officiel* dela marine marchande

Service de santé militaire.

Par décision du 25 novembre 1930 et par application de l'article 22 de la loi du 8 janvier, les officiers de réserve ci-après désignés rayés des cadres par décision présidentielle du 25 novembre 1930, sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Av. gr. méd. col. : Aune, à Saint-Denis ; Gaudier, à Lille ; Boursiac, à Paris ; Martin, à Rouen ; Marchoux, à Toulouse.

Av. gr. méd. lieut-col. : Beaussenat, à Paris ; Sergent, à Paris ; Friteau, à Paris ; Henry, à Neuilly-sur-Seine ; Duchesne, au Vésinet (Seine-et-Oise) ; Thiébaut, à Paris ; Menut, à Clermont-Ferrand ; Azaïs, à Quillan (Aude) ; Cochez, à Alger.

Av. gr. comm. : Caboche, à Paris ; Chevallier, à Paris ; Chompret, à Paris ; Petit, à Paris ; Sarrot, à Nanterre ; Desbonnet, à Tourcoing ; Leduc, à Tourcoing ; Abd-el-Nour, à Bazeilles (Ardennes) ; Buduin, à la Flèche ; Faivre d'Acier, à Orléans ; Ardillaux à Bussy-en-Othe (Yonne) ; Devoir, à Rouen ; Quincieu, à Lyon ; Degorge, à Vernon ; Juge, à Marseille ; Planat, à Nice.

Av. gr. méd. capit. ; Beauvois, à Neuilly-sur-Seine ; Betuel, à Paris ; Beyrand, à Enghien-les-Bains ; Coulon, à Paris ; Defrise, à Paris ; Gloppe, à Paris ; Hazemann, à Paris ; Hanot, à Paris, Mahar, à Paris ; Martial-Lagrange, à Paris ; Monier, à Paris ; Matza, à Paris ; Pasquier, à Paris ; Pédebidou, au Pré-Saint-Gervais.

Saqui, à Paris ; Terrier, à Paris ; Tixier, à Paris ; Brulin, à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Cazin, à Calais ; Douvrin, à Lille ; Nicoloff, à Saint-Amand (Nord) ; Vienne, à Bouchain (Nord) ; Grimpet, à Paris ; Dezon, à Amiens ; Roy, à Paris ; Bloch, à Paris ; Fourtet, à la Machine (Nièvre) ; Grandin, à Vendôme ; Lebœuf, à la Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

Rokeach, à Neuvy-sur-Barangeon (Cher) ; Brunet, à Bar-le-Duc.

Tibault, à Paris ; Delaunay, à Bron (Rhône) ; Thomas à Lons-le-Saulnier ; Chanay, à Tournus (Saône-et-Loire) ; Dechaume-Moncharmont, à Etang-sur-Arroux (Saône-et-Loire) ; Goizet, à Paris ; Griffon, à Paris ; Guillot, à Vitry-sur-Seine ; Hahn, à Paris ; Renaud, à Autun ; Bonnarmé, au Blanc ; Jounuy, à Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire).

Jobert, à Louerre ; Lecacheur, à Faya (Maine-et-Loire) ; Chévé, à Paris ; Héry, à Saint-Brieuc ; Julien, à Paris ; Penot, à Bellac ; Proust, à Trans (Var) ; Roustain, à Jarnages (Creuse) : Carageorgiades, à Arnac-Pompadour (Corrèze ; Chalchat, à Lempdes (Haute-Loire) ; Ladevèze, à Saint-Etienne ; Rigot, à Saint-Chamond (Loire) ; Allard, à Grenoble.

Bayle, à Lyon ; Murer, à Paris ; Sargnon, à Lyon ; Makereel, à Cannes ; Plomb, à Carquetranne (Var) ; Abeilhou, à Elne (Pyrénées-Orientales) ; Giralt, à Saint-Laurent-de-Cerdans (Pyrénées-Orientales) ; Maurette, à Toulouse ; Fontan, à Toulouse ; Montbernard, à Villecomtat-sur-Aarros (Gers) ; Cazes, à Saintes ; Dasque, à Tarbes ; Delguel, à Catres-Gironde (Gironde).

Destouesse, à Saint-Laurent-de-Médoc (Gironde).

Dotezac, à Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées ; Galtier, à Bordeaux ; Robillard, à Saint-Pierre-d'Oléron (Charente-Inférieure) ; Métais, à Surgères (Charente-Inférieure) ; Guédy, Ramin, à Sétif ; Albahary, à Paris ; Fernique, à Poissy (Seine-et-Oise) ; Glaize, à Alfortville (Seine) ; Kappler, à Strasbourg ; Warin, à Paris ; Menvielle, à Tunis ; Cassiau, à Tahiti (Océanie) ; Cassin, à Zinder ; Roussel à Sidi-Bel-Abbès.

Av. grade méd. lieut. ; Delcamp, à Paris ; Brulé, à Paris ; Dimier, à Paris ; Guyot, à Paris ; Maheu, à Paris ; Simonesco, à Paris ; Bontemps, à Rouvroy (Pas-de-Calais) ; Mortié, à Lille ; Meunier, à Montcornet (Aisne) ; Durand-Viel, au Havre ; Sanget, à Orléans ; Gougis, à Romilly-sur-Seine (Aube).

Gueneau, à Goulmier-le-Sec (Côte-d'Or) ; Robert, à Joigny ; Hagopian, à Vandœuvres (Vendée) ; Perrault, à Neuil-sous-les-Aubiers (Deux-Sèvres) ; Gouret, à la Turballe (Loire-Inférieure) ; Reverend-du-Mesnil, à Monts-sur-Guesne (Vienne) ; Lalande, à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; Ofner, à Grenoble ; Perretant, à Morestel (Isère) ; Arène, à Solliès-Pont (Var) ; Bisquerra, à Aïn-Bessem (Alger) ; Noisette, à Jœuf (Meurthe-et-Moselle) ; Louvau, à Dizangué (A. E. F.).

19 Décembre

M. le médecin colonel en retraite Dor a été nommé au grade de médecin général dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

20 Décembre

Code de la route.

Arrêté du 19 *décembre* 1930 *prorogeant le délai sup-*

plémentaire prévu pour la mise en vigueur des dispositions de l'arrêté du 8 octobre 1929.

Le ministre des travaux publics,

Vu le décret du 5 décembre 1929 portant modifications à l'article 24 du décret du 31 décembre 1922 (Code de la route) ;

Vu l'arrêté ministériel du 8 octobre 1929 pris en exécution de ce décret, et, notamment, l'article 8, paragraphe 2, prévoyant qu'un délai supplémentaire courant jusqu'au 31 décembre 1930 est accordé, pour la mise en vigueur des nouvelles dispositions, aux véhicules circulant sous le couvert d'un récépissé de déclaration de mise en circulation antérieure en date au 1er mai 1930 ;

Vu les délibérations et avis de la commission centrale des automobiles et de la circulation générale ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de la voirie routière, des forces hydrauliques et de distribution d'énergie électrique,

Arrête :

Article unique. — Est prorogé jusqu'au 31 mars 1931 le délai supplémentaire prévu, pour la mise en vigueur des dispositions de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1929, par l'article 6, paragraphe 2, de cet arrêté en faveur des véhicules circulant sous le couvert d'un récépissé de déclaration de mise en circulation antérieur en date au 1er mai 1930.

Protection de l'enfance.

Décret du 4 décembre 1930 modifiant la composition et l'organisation des commissions départementales de la natalité et de la protection de l'enfance.

Art. 1er. — La commission départementale de la natalité et de la protection de l'enfance, instituée par l'article 10 du décret du 12 mai 1921, est composée :

Du préfet, président,

De l'inspecteur de l'Assistance publique,

De l'inspecteur départemental de l'hygiène ou, à son défaut, d'un membre du conseil départemental d'hygiène, désigné par ses collègues,

De l'inspecteur d'Académie,

Du directeur et de la directrice des Ecoles normales,

De deux magistrats siégeant dans le département désignés par le premier président de la cour d'appel du ressort,

De l'inspecteur départemental du travail.

D'un représentant de l'autorité militaire désigné par le général commandant la région.

D'un représentant des sociétés de secours mutuels désigné par les Unions départementales de sociétés de secours mutuels ou, à leur défaut, par le préfet.

D'un représentant des caisses primaires d'assurances sociales, désigné par le préfet.

De trois membres du conseil général élus par leurs collègues.

De deux membres désignés par le préfet, dont six au moins choisis sur une liste de noms présentés en nombre double par les Associations de pères et de mères de famille nombreuse, s'il en existe dans le département.

Dans les départements dont la population excède 500.000 habitants, les membres prévus à l'alinéa précédent seront respectivement augmentés conformément au tableau suivant :

Population départementale	Total des membres désignés par le préfet	Nombre de pères ou mères de famille nombreuse
De 500 à 600.000.......	10	7
De 600 à 800.000.......	11	8
Au-dessus de 800.000..	12	9

Les membres de la commission désignés par le préfet, par le premier président de la cour d'appel, ou désignés par leurs collègues, sont investis de leurs fonctions pour quatre ans. Leurs pouvoirs expirent en même temps que ceux des membres du conseil supérieur de la natalité.

Le préfet et les membres de droit de la commission peuvent, en cas d'empêchement, se faire représenter par un mandataire spécial qui assistera à la séance sans y avoir voix délibérative.

En cas d'absence du préfet, la séance est présidée par le vice-président élu au début de chaque année par les membres de la commission.

Les fonctions de secrétaire sont confiées de droit à l'inspecteur de l'Assistance publique.

Une section permanente de la commission départementale peut être instituée. Elle comprend :

Le préfet.

Le vice-président de la commission.

L'inspecteur départemental de l'Assistance publique, secrétaire.

L'inspecteur départemental de l'hygiène ou le délégué du conseil départemental d'hygiène.

Quatre membres élus par la commission au début de chaque année.

Sont abrogées toutes les dispositions qui seraient contraires au présent décret et notamment celles contenues dans l'article 11 du décret du 12 mai 1921 et dans les décrets des 26 décembre 1921 et 22 septembre 1927.

Art. 2. — Le ministère de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

21 Décembre

Hygiène publique.

Avis de concours pour un emploi de médecin inspecteur adjoint d'hygiène dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Il sera ouvert à Rennes, le 26 janvier 1931, à la préfecture d'Ille-et-Vilaine, un concours sur titres

pour la nomination d'un médecin inspecteur adjoint d'hygiène.

Les candidats devront être Français, pourvus du diplôme de docteur en médecine et âgés de trente ans au minimum et de quarante-cinq ans au maximum.

Les demandes fondées en vue de prendre part à ce concours devront être établies sur papier timbré et adressées à M. le préfet d'Ille-et-Vilaine avant le 15 janvier 1931.

Les candidats joindront à leur demande :

1° Leur acte de naissance ;

2° Une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé aussi complet que possible de leurs titres, comprenant leurs états de services et références, le résumé de leurs travaux et un exemplaire de chacune de leurs publications ;

5° La somme de 0 fr. 60 pour la délivrance du bulletin n° 2 de leur casier judiciaire ;

6° L'engagement, au cas où ils seraient nommés, de se consacrer exclusivement à leur fonction et de n'exercer, en conséquence, aucune autre profession et ne prétendre à aucune autre fonction ou mandat public ;

7° En cas de démission ou de nomination à un autre poste, de continuer à assurer leur service pendant trois mois au minimum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 15 janvier 1931.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs adjoints d'hygiène est fixée à 38.000 francs avec augmentation biennale de 2.000 fr. jusqu'au maximum de 46.000 fr. Les frais de bureau et de déplacement sont remboursés dans la limite de 15.000 fr. par an.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Récompense aux médecins pour soins gratuits aux gendarmes.

10488. — M. MITTON demande à M. le Ministre de la guerre s'il ne pourrait pas par circulaire, inviter les généraux commandants de régions (par application de la circulaire ministérielle du 29 mars 1900) à proposer obligatoirement, pour les décorations de l'Intruction publique ou du Mérite agricole, les médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, qui donnent gratuitement leurs soins au personnel ou aux chevaux de la gendarmerie, depuis plus de 30 ans et qui, déjà membres de la Légion d'honneur, à des titres divers (guerre, instruction publique, intérieur, agriculture, etc...) ne peuvent plus prétendre à cette distinction, mais qui n'en sont pas moins dignes d'une récompense. (*Question du 13 novembre 1930.*)

Réponse. — Les décrets du 25 mars 1921 et 30 juillet 1913, fixant les conditions à remplir pour obtenir les palmes universitaires ou le mérite agricole, ne permettent pas de récompenser, par ces décorations, les services énumérés ci-dessus. La réglementation en vigueur prévoit, d'ailleurs, que toutes les présentations pour ces distinctions, sauf celles concernant les militaires de l'armée active, doivent être centralisées entre les mains des préfets.

(*J. O.*, 19 décembre 1930.)

Impôt sur deux automobiles qui ne circulent pas simultanément.

549. — M. Paul LAFFONT, sénateur, demande à M. le ministre du budget si un médecin qui a deux automobiles pour son service et qui ne se sert que d'une seule ne peut être exonéré pour l'une des deux voitures. (*Question du* 25 *octobre* 1930.)

Réponse. — Le contribuable qui, possédant deux automobiles, se sert indifféremment de l'une ou de l'autre, doit l'impôt sur les deux voitures, alors même qu'elles ne sortiraient pas simultanément. Toutefois, quand les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence et de périodicité, l'administration admet que l'impôt puisse frapper uniquement le véhicule le plus lourdement taxé. Pour bénéficier de cette tolérance, les intéressés doivent déclarer à la recette buraliste des contributions indirectes de leur résidence les mutations auxquelles ils procèdent. A cet effet, ils remettent le permis de circulation applicable au véhicule immobilisé et un nouveau permis leur est délivré pour l'automobile de remplacement. (*J. O.*, 19 *décembre* 1930.)

L'avancement et les périodes d'exercices des officiers de réserve.

10788. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le Ministre de la guerre : 1° si un officier de réserve, ne désirant pas recevoir d'avancement dans la réserve, est obligatoirement tenu de faire des périodes de réserve ; ajoute qu'une précédente demande, sous le n° 9584, en date du 28 juin 1930, a reçu, par la voie du *Journal officiel*, en date du 25 juillet 1930, une réponse qui peut être interprétée différemment, car il y est dit, d'une part, que les officiers mobilisés plus de six mois, pendant la guerre, ne sont pas obligatoirement astreints à une période de réserve, et, d'autre part, il est indiqué que les officiers ayant été mobilisés moins de six mois dans leur grade actuel, y sont astreints ; 2° ce qu'il faut en conclure ; ajoute : *a*) que certains bureaux de recrutement avisent les officiers qui, pour des raisons personnelles, ne peuvent répondre à une convocation pour une période, qu'ils doivent donner leur démission ; et qu'il y aurait lieu d'élucider définitivement ce point et d'indiquer d'une manière précise

Voir la suite page IXIII-65

PROPOS DU JOUR

NOS SOUHAITS

Le *Concours Médical*, au seuil de l'année 1931, adresse ses meilleurs souhaits à ses lecteurs et à ses amis.

Il fait des vœux pour que le Corps médical, au cours de cette année, reste uni et discipliné sous l'égide de la *Confédération des Syndicats médicaux français* et puisse ainsi éviter les pièges tendus aux médecins dans l'application malaisée de la loi sur les assurances sociales.

Il souhaite que la profession médicale, s'adaptant à l'évolution de la Science et de la Société, reste une profession libérale, honorée et respectée comme elle le mérite, et comme elle l'a été jusqu'à ce jour.

Il reste persuadé que les praticiens français, surtout les plus humbles, formant une élite toujours au service de la Nation et de l'Humanité, n'ont à recevoir de leçons de moralité de personne et que les défaillances que l'on a essayé d'exploiter contre eux dans certains milieux, en les généralisant, ne sauraient en rien porter atteinte à leur renom légendaire de probité, de générosité, de dévouement et d'abnégation que l'on ne saurait constater au même degré dans aucune autre profession.

L'organisation de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française

L'importance de son rôle. — Les difficultés de son fonctionnement. — La question du recrutement des médecins de colonisation

L'exercice de la médecine aux colonies est toujours à l'ordre du jour. Nous considérons que cette question est de première importance. Aussi n'hésitons-nous pas à revenir sur ce sujet.

***

La revue médicale bimensuelle *L'Hygiène Sociale* a dans son numéro de novembre publié *in extenso* les instructions du Gouverneur général de l'Afrique occidentale française, M. Carde, relatives à l'Assistance médicale indigène. Comme l'affirme cette revue, ces instructions nous paraissent être un modèle du genre. Mais malheureusement l'on ne réalise pas une organisation d'assistance avec des instructions et des circulaires ; aussi pour nous le plus grand mérite des instructions de M. le Gouverneur général Carde est de bien montrer l'importance de l'Assistance médicale en A. O. F. et les difficultés qu'il y aura à l'organiser, car les observations et les reproches que fait le Gouverneur à son fonctionnement, montrent bien que son organisation est sinon absolument rudimentaire du moins tout à fait insuffisante.

***

Les services d'assistance médicale indigène en A. O. F. se divisent en deux groupes qui doivent rester actuellement étroitement soudés : le service d'assistance curative et le service de protection de la santé publique et de lutte contre la mortalité infantile. Le service d'assistance curative est assuré par des hôpitaux centraux, des ambulances, des dispensaires et des maternités. Les médecins des services hospitaliers donnent gratuitement tous les soins médicaux et chirurgicaux aux malades tant européens qu'indigènes ; l'Administration de l'hôpital recouvrant selon les cas le prix des journées d'hospitalisation et les taxes destinées à couvrir les frais de pansements ou autres.

Dans les postes où un médecin est présent tous les soins possibles sont donnés absolument *gratuitement* aux indigènes.

Les services de protection de la santé publique et de lutte contre la mortalité infantile doivent différer selon les régimes. Le Gouverneur général se plaint de l'état rudimentaire des services mobiles qui devraient être stimulés par des ordres précis et auxquels il devrait être octroyé des moyens de transports suffisants ; il regrette l'incomplète compréhension de l'importance du rôle social que doivent remplir les médecins, les hési-

tations, le manque d'initiative tant des administrateurs que des techniciens pour la création de services nouveaux ou l'amélioration de ceux qui existent, la conception erronée qui laisse supposer que seul le Service de santé doit remplir le rôle de protection, qu'il ne peut effectuer efficacement qu'avec le concours des autorités mises en mouvement par les lieutenants gouverneurs. Enfin M. Carde constate un flottement regrettable dans la lutte contre la maladie du sommeil, la lèpre et la variole.

L'A. O. F. se compose de colonies qui n'ont pas également évolué. Le Sénégal et le Dahomey qui depuis plusieurs siècles sont en contact avec les Français et les Portugais, ne sont pas comparables à la Haulte Volta, aux régions du Niger, à la Mauritanie beaucoup plus récemment occupées, et où les peuplades en butte à des préjugés ataviques et à l'égoïsme, ne peuvent se modifier que par une éducation entièrement à faire. Entre ces extrêmes, il y a les populations du Soudan plus civilisées et plus dociles que les dernières. Comme le but que l'on doit se proposer est *le développement des races indigènes en qualité et en quantité*, il importe que les autorités et le Service de santé prennent pour réussir des mesures s'adaptant le mieux aux coutumes locales, aux ressources et à l'organisation des différents pays.

Dans les régions qui sont encore sauvages, chez les Musulmans qui ne permettent pas aux hommes d'examiner leurs femmes, il faut modifier les croyances avant de tenter l'application d'un programme sanitaire et c'est à l'instituteur à préparer le terrain au médecin. Dans ces pays, le rôle du médecin est donc momentanément restreint, mais les vaccinations, les soins aux indigènes qui auront recours à lui, les causeries avec les jeunes mères et les matrones qu'il devra gagner à sa cause, porteront leur fruit et feront peu à peu disparaître la méfiance. C'est au lieutenant gouverneur qui doit avoir une connaissance approfondie des pays qu'il administre, à se rendre compte des tournées médicales qui peuvent être utilement organisées et à guider les techniciens dans cette campagne d'apprivoisement des indigènes.

Le médecin ne doit pas être sédentaire, malgré les efforts égoïstes des Européens qui veulent le garder pour les soigner en cas de maladie ou d'accident. Le souci de la santé générale, le dépistage des maladies épidémiques, la prophylaxie doivent primer le souci de la nécessité d'une intervention isolée problématique.

Le gouverneur général donne comme indication l'organisation de tournées médicales hebdomadaires de trois jours consécutifs ou de trois jours échelonnés pour une semaine dans un rayon de 50 kilomètres, le médecin ayant une camionette automobile à sa disposition. Mais ce ne sont là que des indications car il appartient au gouverneur local de fixer les tournées selon la configuration géographique, l'importance des centres et de la population et de les modifier selon les nécessités que peuvent créer les épidémies. Ce qui importe c'est que ces tournées soient régulières.

M. le gouverneur général signale les défaillances d'une minorité de médecins qui sacrifient les devoirs de leurs fonctions à leur intérêt personnel et font une obstruction inadmissible aux instructions qu'ils reçoivent. Il juge sévèrement l'indulgence excessive à leur égard des chefs du Service de santé et même des gouverneurs. Il importe que les chefs de service se pénètrent bien de leurs devoirs, qu'ils fassent des tournées d'inspection multiples qu'ils rentrent personnellement en relation avec les chefs indigènes, les matrones et même les féticheurs pour utiliser leur influence et la mettre au service du bien public.

M. Carde reconnaît que le nombre des éléments tout à fait techniques (les médecins français) est insuffisant. En attendant mieux, il faut par une collaboration étroite médico-administrative savoir prendre des initiatives hardies.

Il faut utiliser les auxiliaires intelligents, les instituteurs pour les vaccinations, les missionnaires dans la Haute Volta, les féticheurs influents, les matrones, les anciens sous-officiers, les tirailleurs retraités, en les surveillant de très près, pour les services d'hygiène rurale.

Il faut tâcher d'organiser avec des infirmières spécialisées des consultations de nourrissons pour lutter contre l'excessive mortalité infantile. Il ne faut pas compter arriver du coup à faire stériliser le lait et bouillir les biberons, mais si l'on pouvait habituer les mères à régler les tétées, et à donner aux enfants du lait propre, les résultats ne tarderaient pas à être surprenants. Il convient dans la mesure du possible d'utiliser la bonne volonté des femmes de fonctionnaires, de colons et les femmes indigènes qui ont reçu déjà une instruction.

Il faut, dit M. Carde, de la cohésion dans les efforts. Le médecin, devenu un apôtre, doit être secondé par l'instituteur qui doit apprendre la propreté et l'hygiène, par les officiers, car la caserne doit être elle aussi un centre d'enseigne-

LA PAGE ILLUSTRÉE

Dr PERDRIGÈ

— Et le matin, avez-vous de l'eau à la bouche ?
— Ah ! Parfaitement, j'ai toujours la petite huître.

ment de l'hygiène, par les directeurs de services des travaux publics, de l'agriculture, etc.

La maladie du sommeil se montre par petits îlots, seuls les foyers de la Haute Volta sont importants, mais les glossines existent le long de tous les cours d'eaux de l'A. O. F. et peuvent transmettre la maladie. Il convient d'étudier dans chaque région une place d'instruction de chaque foyer.

La lèpre paraît s'étendre ; il faut songer à soigner les lépreux et à isoler dans des pavillons spéciaux les malades qui peuvent la disséminer.

Quant à la variole, elle devrait ne plus exister à l'état épidémique si l'on avait eu le souci de mieux organiser les vaccinations.

Pour l'exécution de ce programme, pour faire l'éducation hygiénique de 14 millions d'habitants répartis sur un territoire six fois grand comme la France, ce serait une utopie que de compter sur des médecins européens, il faut absolument avoir recours à un personnel indigène et M. Carde compte développer l'Ecole de médecine de Dakar qui fournira des médecins, des sages-femmes, des auxiliaires indigènes que dirigeront les médecins français.

***

L'Hygiène de la main-d'œuvre forme un dernier chapitre des intructions de M. le Gouverneur général Carde.

La protection des travailleurs indigènes des entreprises publiques et privées est de première importance dans un pays neuf dont la mise en valeur doit être le souci de ceux qui l'administrent, où l'on a besoin pour cela de main-d'œuvre indigène, qui est insuffisante. La surveillance des services d'hygiène incombent à la fois à l'Administration du service de santé et à l'employeur.

L'administration doit veiller au recrutement des travailleurs dont l'exode ne doit pas nuire à la vie normale de leur propre pays. Ce recrutement ne doit pas se faire dans les régions où règnent des épidémies. Le transport des indigènes doit se faire en chemin de fer ou en camion automobile quand le voyage dépasse 50 kilomètres, et le voyageur doit pouvoir s'asseoir. Le travailleur indigène doit pouvoir se faire accompagner de sa famille ; ce qui permet d'envisager l'établissement définitif de ce dernier dans le voisinage du chantier de l'enteprise qui l'occupe.

Le médecin doit passer d'abord une première visite où il vérifiera la vaccination contre la variole, et éliminera les jeunes gens de moins de 18 ans et les individus porteurs d'une tare même légère et ceux qui ne seront pas physiquement capables d'exécuter un travail physique pénible.

Un second examen sera pratiqué dans le centre de rassemblement avant le départ. Cette visite sera l'analogue de la visite d'incorporation militaire. Le médecin reconnaîtra l'aptitude du candidat travailleur et lui fera subir les diverses vaccinations reconnues nécessaires par le service de santé.

Une troisième visite médicale sera passée lors de l'arrivée sur les chantiers, et le travailleur sera inscrit sur une page du registre sanitaire d'incorporation où est consigné tout ce qui intéresse son état civil et sa santé.

Enfin une dernière visite sera passée quand le travailleur quittera le chantier.

Le service médical sera assuré par un infirmier dans les chantiers où seront occupés moins de 100 hommes. S'il y a 1.000 hommes la surveillance sanitaire sera effectuée par un médecin européen ou indigène et deux infirmiers. S'il y a 2.000 individus (familles comprises), il y aura un médecin européen et trois ou quatre infirmiers. Le médecin devra pratiquer ses visites mensuelles, veiller à l'application des arrêtés sanitaires, à l'observation des repos réglementaires, à l'attribution des congés de maternité, à la bonne alimentation des travailleurs qui doit surtout au début consister en aliments dont ils se nourrissaient dans le pays où ils ont été recrutés.

L'employeur devra avoir le souci de bien aménager le camp dans le voisinage des chantiers, en un endroit sain, où il pourra être facilement et abondamment pourvu d'eau potable. L'écoulement des eaux pluviales devra être assuré. Les cases seront bien construites, en matériaux solides sur un sol dur, bien aérées et ventilées, pourvues de lits surélevés, recouverts d'une natte et munis de couvertures. Du savon, et du bois pour permettre le chauffage nocturne au besoin seront donnés à l'indigène. Des cuisines, des locaux de propretés éloignés des caves doivent être organisés. On veillera à l'installation et à l'entretien des feuillées.

Enfin la surveillance des aliments et des boissons, la javellisation de l'eau devra être effectuée par les administrateurs et les médecins.

Nous n'avons pu que donner un résumé succinct et partant incomplet des instructions du Gouverneur général Carde, mais il suffit à montrer toute l'étendue du rôle du médecin en A. O. F., comme nous l'avons écrit au début de cet article.

Nous doutons qu'avec les ressources actuelles il soit possible d'appliquer ce beau programme de façon à en obtenir des résultats suffisants, aussi la question la plus importante qui se pose est celle du recrutement des médecins coloniaux.

***

M. le Dr Abbatuci, à son tour, dont on ne saurait discuter la compétence en pareille doctrine, cherche à résoudre ce problème dans un intéressant article publié dans la *Dépêche Coloniale* du 2 décembre 1930.

Il faut tout d'abord remarquer que, sauf dans les grandes villes d'outre-mer, installées à l'européenne, l'on ne saurait comparer l'exercice de la médecine coloniale à celui de la médecine de la métropole. Le médecin colonial est essentiellement mobile, car il doit suppléer par ses déplacements rapides à la pénurie des effectifs et doit répondre aux besoins sanitaires d'une population répartie par groupes plus ou moins importants sur une grande superficil. Il conviendrait donc d'attirer un nombre important de jeunes médecins en surabondance en France dans les colonies, non seulement en cherchant à faire naître chez eux la vocation coloniale, ce qui sera fatalement exceptionnel, mais en les mettant dans des conditions telles qu'en s'engageant dans les cadres de la médecine cooniale, le jeune praticien fasse réellement une bonne affaire. M. Abbatuci donne la Belgique comme exemple et cite un article publié par le *Bruxelles Médical* du 4 mai 1930.

Dans cet article, il est démontré par des chiffres qu'un médecin colonial, servant au Congo belge, avec un avancement normal, après un séjour de 18 ans à la colonie, en déduisant de ses recettes ses dépenses, y compris celles des congés en Europe, et en y ajoutant une gratification fiscale de 50.000 francs, doit se retirer avec 1.370.000 francs belges de bénéfices en chiffres ronds. Ce qui, avec les 40.000 francs de retraite qui lui sont attribués, lui assureront un revenu de 100.000 francs belges au moins.

Quel est le médecin praticien qui, après 18 ans d'exercice, à 45 ans environ, peut compter se retirer avec un pareil revenu ? Nous ne doutons pas que, si nos colonies suivaient l'exemple du Congo belge, le problème du recrutement des médecins coloniaux serait résolu.

M. le Dr S. Abbatuci affirme que le Corps de santé civil des colonies est fourni en fait par les médecins de l'Assistance médicale indigène, qu'ils sont de vrais fonctionnaires et devraient être instruits à l'Ecole du service de santé de la Marine et des Colonies de Bordeaux ; qu'il y aurait intérêt à ce que les médecins de la marine, de l'armée coloniale, de l'Assistance médicale indigène, des médecins sanitaires maritimes reçussent une même formation. Ces médecins sont appelés à se rencontrer, à se remplacer, à se compléter au besoin : ils doivent recevoir une éducation spéciale, être initiés tous à la pathologie exotique. Il y aurait donc intérêt à ce qu'ils sortissent d'une même école. Les arguments de M. S. Abbatuci sont logiques et méritent d'attirer l'attention.

Quelle que soit la réforme que l'on apporte à l'organisation de la médecine coloniale, nous sommes convaincus que son développement et son amélioration qui ne peuvent tarder, sont indispensables à la prospérité de nos colonies, partant à celle de la France, et qu'en outre, le Corps médical français en retirerait un réel bénéfice, l'atténuation dans une mesure appréciable de la pléthore inquiétante dont il souffre aujourd'hui.

J. Noir.

Souscription de la Maison du Médecin. — En publiant la deuxième liste de souscription de la *Maison du Médecin* par suite d'une faute d'impression le no 391.16 a été donné pour le compte de chèques postaux, c'est Paris : no **391.46** qu'il faut lire.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades : Prof. P. NOBÉCOURT

Les pneumococcies chez les enfants [1]

Parmi les microbes qui s'attaquent à l'homme, le pneumocoque est un des plus communs.

Depuis l'époque où Pasteur, en 1881, a isolé le *Diplococcus lanceolatus* de la salive d'un enfant atteint de rage et étudié ses propriétés pathogènes, où Talamon, en 1883, l'a retiré du sang d'un pneumonique et a montré qu'il était l'agent de la pneumonie, où Fraenkel a précisé ses caractères, le rôle du *diplocoque de Talamon-Fraenkel*, du *pneumocoque*, est apparu chaque jour de plus en plus grand.

Les *affections dues au pneumocoque*, les *pneumococcies*, sont très répandues.

Ces affections s'observent toute l'année. Toutefois elles augmentent de fréquence et de gravité pendant certaines saisons, en automne, en hiver et au printemps. J'aurai souvent l'occasion de vous montrer des enfants qui en sont atteints. Aujourd'hui je désire vous donner une vue d'ensemble, pour vous faire comprendre l'enchaînement des faits cliniques.

***

D'après les observations cliniques les pneumococcies sont des *maladies endémo-épidémiques*.

Cette constatation pose un PROBLÈME ÉTIOLOGIQUE. S'agit-il d'*auto-infection, d'infection endogène*, ou bien d'*hétéro-infection, d'infection exogène*, résultant d'une contagion ?

Etudions tout d'abord l'INFECTION ENDOGÈNE.

Le pneumocoque est un hôte habituel de la cavité buccale, du nez, du pharynx nasal, comme l'ont constaté M. Netter, MM. Besançon et Griffon, ainsi que beaucoup d'autres bactériologistes. D'après M. Béco, il serait même un hôte assez fréquent des poumons.

Sous des influences diverses, il peut devenir *pathogène*.

Interviennent des *facteurs externes*, les conditions météorologiques, le froid, surtout le froid humide, la fatigue, le surmenage.

Interviennent des *facteurs individuels* : certains sujets sont particulièrement prédisposés aux infections à pneumocoques : par exemple, les enfants atteints d'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, de végétations adénoïdes, de troubles digestifs ; les filles à la période de la puberté, au moment des règles.

Interviennent des *maladies* : la rougeole, la grippe, etc., favorisent l'infection pneumococcique ; on peut trouver, au cours d'une méningite cérébro-spinale, du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien ; dans ces cas, il s'agit de pneumococcies secondaires, de complications.

Ces divers facteurs cités peuvent agir suivant deux modalités principales. Ou bien, comme la rougeole, la grippe, ils diminuent la résistance de l'organisme et facilitent l'infection des muqueuses respiratoires. Ou bien, ils exaltent la virulence du pneumocoque sapropyte ; à certaines époques, où les pneumococcies sont fréquentes, le pneumocoque salivaire est, d'après M. Netter, souvent virulent ; mais alors, ce pneumocoque virulent peut venir d'une contagion, comme nous le verrons tout à l'heure.

Quelle que soit la pathogénie, la réalité de l'infection endogène est démontrée par les expériences que MM. Nicolle et Debains ont rapportées à l'*Académie de médecine* le 24 juin 1919 : en injectant des microbes divers ou des toxines à des souris, ils ont provoqué, chez les animaux en expérience, des septicémies à pneumocoques ; il semble que cette intervention fasse sortir le pneumocoque, hôte normal des voies respiratoires supérieures.

L'infection endogène peut expliquer les pneumococcies sporadiques et même les pneumococcies épidémiques. Les influences météorologiques peuvent en effet agir simultanément sur un grand nombre d'individus ; mais alors peuvent intervenir l'infection exogène et la contagion.

L'INFECTION EXOGÈNE et la CONTAGION sont démontrées par les épidémies de familles, d'écoles,

(1) **Leçon du 15 novembre 1930 recueillie par Mme le Dr Trifonof.**

de casernes, de crèches, de pouponnières, de salles d'hôpital ; dans ces milieux on observe alors la transmission, d'un sujet à un autre d'angines, de rhino-pharyngites, d'otites, de pneumonies, de broncho-pneumonies. Le pneumocoque peut causer les angines du milieu hospitalier, dont parle le professeur Hutinel.

Chez les nourrissons, qui entrent dans une salle d'hôpital où sont soignés des malades atteints de pneumococcies, apparaissent surtout des rhino-pharyngites, des otites, des broncho-pneumonies.

Pour démontrer la contagion il faut pouvoir distinguer les *pneumocoques saprophytes* et les *pneumocoques pathogènes.*

La morphologie, les cultures, l'agglutination par le sérum des malades ont établi la pluralité des pneumocoques. La solubilité dans la bile, le phénomène de Neufeld, n'est pas une propriété pathognomonique des pneumocoques virulents.

Aussi, d'après une première opinion, soutenue notamment par MM. Besançon et Griffon, le pneumocoque de la salive est responsable des pneumococcies ; il peut exalter sa virulence et, quand sa virulence est exaltée, être transmis par contagion.

A cette opinion s'oppose la suivante : les pneumocoques pathogènes sont différents des pneumocoques saprophytes de la salive. Cette opinion est basée sur les faits suivants.

Avery, Fr. G. Blacke, Chickering, Cole, Dochez, Hans Stillmann, etc., ont étudié, de 1915 à 1917, l'agglutination des pneumocoques par des sérums spécifiques expérimentaux ; ils ont pu ainsi les classer en quatre variétés, désignées par des chiffres.

Les pneumocoques I, II et III, agglutinés par les sérums correspondants, se rencontrent dans les pneumonies, les broncho-pneumonies, les otites ; ce sont des pneumocoques pathogènes, agglutinables.

Les pneumocoques IV, avec lesquels on ne peut préparer de sérums agglutinants, proviennent pour la plupart de la salive de sujets sains ; ces pneumocoques non agglutinables ne sont pas pathogènes.

Toutefois les pneumocoques I, II et III peuvent se trouver dans la salive de personnes saines : mais ces personnes ont eu antérieurement une infection aiguë ou ont été au contact de pneumoniques ; ce sont des porteurs sains de germes.

D'autre part, on peut trouver du pneumocoque IV chez des pneumoniques.

Des constatations de même ordre ont été faites par M. Nicolle et Mlle Raphaël,

Pour ma part, j'ai, avec M. Jean Paraf, publié une *Etude des pneumocoques isolés dans une crèche d'hôpital*, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 4 juillet 1919, et, avec MM. Paraf et H. Bonnet, dans *La Presse médicale* du 19 mai 1920, le résultat de *Recherches épidémiologiques sur les affections à pneumocoques du nourrisson, dans une crèche d'hôpital.*

Dans le service de médecine de la Maternité depuis avril 1919 jusqu'à février 1920, nous avons très souvent trouvé des pneumocoques chez les femmes et les nourrissons, la plupart âgés au plus de 4 ou 5 mois. Chez eux, les pneumocoques étaient responsables de la plupart des angines, des rhino-pharyngites, des broncho-pneumonies, des pleurésies purulentes.

Les agglutinations ont permis d'identifier les quatre types.

Le type IV a été trouvé chez des femmes et des enfants indemnes d'infections des voies respiratoires.

Les types I et II, le plus habituellement, le type III, rarement, ont été trouvés presque toujours au cours de ces infections, mais quelquefois aussi chez des sujets indemnes, ayant été en contact avec des malades ou ayant été malades eux-mêmes quelque temps auparavant.

Nous avons fait des constatations importantes du point de vue de l'épidémiologie.

Des malades, porteurs, par exemple, de pneumocoques II, entrent dans la salle d'hôpital ; peu après, ce germe apparaît chez les bébés et les adultes déjà hospitalisés et qui jusque-là ne l'hébergeaient pas ; parallèlement on constate l'apparition d'angines, de rhino-pharyngites, de broncho-pneumonies.

Des enfants, qui n'hébergent pas de pneumocoques ou sont porteurs de pneumocoques IV, ont des pneumocoques agglutinables après quelques jours de séjour dans la salle au contact des malades, hôtes de ces derniers.

Les constatations précédentes sont peut-être fragiles. Actuellement on trouve chez les malades souvent des pneumocoques non agglutinables. Ce fait peut dépendre soit d'une moindre activité des sérums, soit de la variabilité des microbes.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir l'importance de la CONTAGION.

La contagion peut être *directe*, par projection de gouttelettes virulentes au moment des cris, de la toux, etc... Elle peut être *indirecte* : M. Netter, en 1897, a trouvé des pneumocoques virulents dans la poussière des salles d'hôpital, M. Stillmann, en 1917, a constaté dans la poussière des chambres occupées par des pneumoniques la présence de pneumocoques I, II, et III.

La notion de contagion est importante, car elle entraîne des mesures de prophylaxie.

***

L'observation des malades atteints de pneumococcies pose non seulement des problèmes

étiologiques, mais encore des PROBLÈMES CLINIQUES variés et complexes.

Je désire y insister tout particulièrement.

Le pneumocoque peut réaliser nombre d'*affections locales*. La pneumonie est là plus connue, mais elle n'est pas la seule. Le pneumocoque peut provoquer des affections des muqueuses respiratoires et digestives, des affections des viscères, des séreuses, des méninges et de l'encéphale, de l'œil, de l'oreille, du cœur et des vaisseaux, des os, des articulations, des muscles, du tissu cellulaire. Ces affections locales sont accompagnées de symptômes généraux plus ou moins intenses et souvent d'autres localisateurs ; les uns et les autres démontrent que la maladie n'est pas seulement locale, mais est générale. Souvent même les phénomènes généraux contrastent par leur importance avec le peu d'intensité des phénomènes locaux.

Dans d'autres cas, le pneumocoque réalise des *maladies infectieuses générales*, sans localisations ou avec des localisations tardives.

Les affections pneumococciques présentent des MODALITÉS CLINIQUES très diverses.

Le type le mieux caractérisé est la *pneumonie lobaire, franche, aiguë*, avec son début brusque, sa fièvre d'emblée élevée, qui se maintient en plateau, et sa défervescence brusque, du sixième au dixième jour.

Certes, ce type est fréquent ; quand on rencontre cette symptomatologie générale, il faut penser à une pneumococcie ; mais le pneumocoque n'est pas le seul microbe pouvant le réaliser.

D'autre part, le pneumocoque peut réaliser bien d'autres modalités ; le début peut être progressif, la température plus ou moins élevée, avec des oscillations plus ou moins grandes, la défervescence lente, la durée est plus ou moins longue suivant les cas, l'évolution suraiguë, aiguë, subaiguë et parfois chronique ; les rechutes et les reprises ne sont pas rares.

Le pronostic est très différent suivant les cas ; on rencontre tous les degrés entre des formes bénignes et des formes rapidement mortelles.

Je ne puis entreprendre la description détaillée de toutes les affections causées par le pneumocoque. Je me bornerai à exposer les points principaux qui permettent de préciser les caractères généraux des pneumococcies.

J'utiliserai les nombreuses leçons que j'ai consacrées aux diverses affections à pneumocoques, et en ce qui concerne le nourrisson l'*Etude clinique et thérapeutique des pneumococcies des nourrissons*, que j'ai donnée, avec M. J. Paraf, dans *La Presse médicale* du 28 août 1920, ainsi que la thèse de mon élève Jacques Renard, soutenue à Paris, en 1921, sur le même sujet.

***

Parmi les affections attribuables aux pneumocoques il faut placer au premier rang les ANGINES et les RHINO-PHARYNGITES.

Le pneumocoque peut causer des *angines aiguës*, généralement rouges, érythémateuses, érythémato-pultacées, parfois membraneuses simulant la diphtérie.

On ne peut reconnaître l'origine pneumococcique de ces angines que par la constatation du pneumocoque. Encore peut-on toujours supposer qu'il s'agit d'une angine avec pneumocoques et non d'une angine par pneumocoques. Toutefois la présence de pneumocoques en cultures pures, virulents, agglutinables, à la surface des muqueuses ou dans les membranes est un témoignage en faveur de leur intervention.

Cependant on peut encore discuter : la pullulation des pneumocoques peut-être secondaire à une autre maladie qui en a provoqué leur sortie. Dans l'angine herpétique, par exemple, on trouve souvent du pneumocoque, et pourtant cette angine est causée par le virus de l'herpès, virus filtrant invisible.

L'angine à pneumocoques se traduit souvent par des phénomènes généraux intenses : la fièvre rappelle celle de la pneumonie ; il y a de la céphalée, de la courbature, etc. Mais souvent la fièvre est peu élevée.

L'angine à pneumocoques est surtout fréquente dans la moyenne et la grande enfances. Pendant la première enfance on rencontre surtout des *rhino-pharyngites*.

J'ai donné, le 26 janvier 1929, une description des *Rhinites et rhino-pharyngites aiguës simples des nourrissons* dans une leçon, qui se trouve dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*.

Ces rhinites et ces rhino-pharyngites aiguës sont assez souvent dues au pneumocoque, comme je l'ai observé avec MM. Paraf et H. Bonnet. Nous avons trouvé le plus souvent le pneumocoque II, rarement le pneumocoque I, dans certains cas l'association du I et du II, parfois du pneumocoque IV, non agglutinable.

Nous avons pu préciser le rôle du pneumocoque dans ces affections. Un bébé entre dans une salle où règnent des pneumococcies d'un type déterminé, du type II, par exemple ; un premier ensemencement du rhino-pharynx reste négatif ; un second, pratiqué quelques jours plus tard, donne du pneumocoque II, et l'enfant présente des signes de rhino-pharyngite.

Les observations recueillies à la Maternité, avec le contrôle bactériologique, montrent la diversité des symptômes et de l'évolution des rhino-pharyngites à pneumocoques des nourrissons.

La *fièvre* est la règle. Elle peut être légère, de 38°, 38°2, 38°5, ou forte, atteignant 39°, 39°5 et même 40°. Elle dure tantôt un jour ou deux,

tantôt cinq à huit jours, quelquefois même dix à quinze jours. Son début est plus souvent progressif que brusque. Souvent la température diminue au bout de quelques jours et même revient à la normale; puis, elle reprend au bout de un, deux ou trois jours. La persistance ou la reprise de la fièvre doivent toujours faire penser à une nouvelle localisation du germe.

Voici deux exemples.

Un nourrisson de 4 mois et demi, atteint d'une rhino-pharyngite à pneumocoques I et II, a une température de 38° pendant deux jours ; puis la fièvre monte à 38°5 et 39°6 ; on constate une bronchite diffuse et la sérosité retirée par ponction du poumon donne une culture de pneumocoques II. La guérison arrive au bout de quelques jours.

Un enfant de 18 jours, dont l'observation est relatée dans la leçon que je viens de citer, entre à l'hôpital avec une température normale. Deux jours après, apparaît de la fièvre à 38°2, puis à 38°. On constate une rhino-pharyngite ; dans le mucus, le Dr Prétet trouve du pneumocoque II et du bacille de Friedländer. Le sixième et le septième jour, l'enfant est apyrétique. Puis, le neuvième jour, la température monte à 38° et, le lendemain, à 40°3. On entend à l'auscultation des râles de bronchite disséminée, sans foyer de broncho-pneumonie. L'enfant meurt dans la nuit.

En même temps que la fièvre s'installent des *symptômes généraux* plus ou moins manifestes.

Les *troubles fonctionnels* sont souvent ou presque nuls; ou bien il se produit une obstruction nasale qui gêne la respiration et la tétée.

Le coryza est plus ou moins intense, souvent léger; l'écoulement est muqueux, purulent, mucopurulent. A l'examen du pharynx buccal, tantôt on ne constate rien, tantôt on voit un liseré rouge, bordant le bord postérieur du voile du palais et la luette, une paroi postérieure rouge.

La rhino-pharyngite peut être légère, moyenne, ou intense, aiguë ou subaiguë.

Le pronostic est souvent favorable, mais il peut toujours devenir sérieux, car la rhino-pharyngite n'est dans bien des cas, que la première étape d'une infection pneumococcique, qui se diffuse.

Du pharynx, en effet, le pneumocoque peut se répandre dans l'organisme par plusieurs voies.

Il peut se propager de proche en proche, par contiguité des muqueuses, ou suivre la voie lymphatique ; ainsi se produisent des otites moyennes, très fréquentes, des trachéo-bronchites, des broncho-pneumonies, des pneumonies.

Il peut passer dans le sang. Je vous citerai samedi prochain de nombreux cas de pneumococcémie.

Voici deux observations de pneumococcémie où la porte d'entrée semble bien être le pharynx. Il s'agit de pneumococcémies bénignes.

D'Espine et Reh, dans un mémoire sur *Les pneumococcémies à la Clinique infantile* (de Genève) publié par la *Revue médicale de la Suisse romande* de juillet 1918, rapportent l'observation d'un garçon de 8 ans, entré le troisième jour de la maladie, avec une température de 38° et une angine pseudo-membraneuse. L'examen bactériologique montre dans les membranes et les mucosités nasales la présence de pneumocoques et l'absence de bacilles de Loeffler. L'hémoculture donne du pneumocoque. L'apyrexie apparaît le lendemain de l'entrée, l'enfant guérit rapidement.

Dans notre service, entre, le 11 novembre 1929, un garçon de 10 ans et demi, Henri qui jusque-là a toujours été bien portant. L'avant-veille la température s'est élevée à 39°, en même temps que survenaient des vomissements, de la céphalée, des épistaxis.

La température est de 40°6 et, le lendemain, de 41°. L'enfant est prostré, l'abdomen un peu météorisé, la rate normale, le pharynx très rouge, la paroi postérieure tomenteuse. Pendant la journée du 12, la température s'abaisse de 40° à 38°1 ; le lendemain matin elle est de 36°1. Une hémoculture faite le 12 novembre montre du pneumocoque I. Le pharynx reste rouge, mais l'état général est bon. Le 14 novembre la température fait un clocher à 40°2, sans autre cause qu'une reprise de l'infection pharyngée. A partir du 16, l'apyrexie s'installe. Jusqu'au 19 décembre persiste un état subfébrile; le soir la température atteint 38° et 38°2. Le 19 décembre, l'enfant sort guéri.

***

Etudions maintenant les LOCALISATIONS DU PNEUMOCOQUE SUR LES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES.

La PNEUMONIE lobaire en est le type. Elle est fréquente chez les enfants, surtout entre 2 et 6 ans, mais elle se voit aussi avant deux ans.

Elle est considérée comme une affection primitive. Son début est brusque, en pleine santé. En réalité, souvent elle est précédée, pendant quelques jours, d'une fièvre légère, d'un rhume, d'une rhino-pharyngite, d'une angine, d'une bronchite légère, qui réalisent la première étape de l'infection pneumococcique.

La pathogénie de la pneumonie est discutée et n'est pas encore élucidée.

Pour les uns, elle est le fait de l'infection descendante des voies respiratoires ; pour d'autres, elle est due à une infection par la voie sanguine ; il y a pneumococcémie et localisation pulmonaire secondaire.

Il existe des arguments en faveur de l'une et de

l'autre théories ; d'autre part, toutes deux soulèvent des critiques.

Les hémocultures positives sont, en effet, fréquentes, au début, souvent avant l'apparition des signes physiques de la pneumonie ; mais elles sont loin d'être la règle.

La pneumonie revêt des modalités cliniques très diverses ; la fièvre, les symptômes généraux, les signes physiques, l'évolution peuvent être très différents suivant les cas.

La *courbe thermique* est souvent caractéristique : le début est busque ; la température se maintient élevée en plateau, la défervescence se fait souvent en deux temps ; la chute est brusque, le septième jour.

Mais, chez l'enfant, la durée est souvent plus courte ; on voit assez souvent des *formes abortives*, avec défervescence du deuxième au quatrième jours. Cette pneumonie abortive n'est autre que la *pneumonie congestive* de Potain, la *congestion pulmonaire à forme pneumonique* de Woillez, la *congestion pulmonaire aiguë primitive* de Cadet et Gassicourt.

A ces formes évoluant rapidement s'opposent les *pneumonies prolongées* ; dans celles-ci la défervescence se produit seulement du dixième au quinzième jour, quelquefois du seizième ou trentième jours. Cette forme se voit aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, mais surtout avant 5 ans, d'après M. Gardère. Suivant les cas, il s'agit de pneumonie migratrice, de pneumonie massive, de pneumonie bilatérale, de pneumonies à reprises ou encore d'autres localisations du pneumocoque, sur la plèvre notamment.

Envisageons maintenant les *signes physiques*.

A la première période, période d'engouement, ils sont souvent nuls, même à la radioscopie.

A la deuxième période, période d'hépatisation, ils apparaissent plus ou moins tardivement, quelquefois au moment de la défervescence et même après cette dernière. Tantôt ils sont bien caractérisés et assez persistants, tantôt ils sont discrets et fugaces.

Souvent la courbe thermique fait parler de pneumonie sans qu'aucun signe physique permette de la déceler. Il est sage alors de ne pas porter de diagnostic de pneumonie sans localisation, car il peut s'agir soit d'une pneumococcie à localisation pharyngée avérée ou discrète, soit d'une pneumococcémie sans localisation.

La BRONCHO-PNEUMONIE se rencontre surtout avant 2 ans ; elle est rare de 3 à 5 ans et surtout après 5 ans.

Elle peut être causée par divers germes et notamment par le pneumocoque.

Alors que la pneumonie est généralement considérée comme une affection primitive, la broncho-pneumonie est tenue pour une affection secondaire.

En fait, et les nourrissons que j'ai observés avec M. Paraf, en fournissent la démonstration, la broncho-pneumonie apparaît généralement au cours d'une rhino-pharyngite ; celle-ci est tantôt avérée, tantôt discrète ; dans cette dernière éventualité, c'est-à-dire une fois sur six ou sept cas, elle est dite primitive, mais on trouve du pneumocoque dans le rhino-pharynx.

Au cours d'une rhino-pharyngite avérée, la broncho-pneumonie peut être précoce ou tardive et n'apparaître qu'au bout de huit à dix jours. Assez souvent la pneumococcie évolue en deux temps ; entre l'étape pharyngée et l'étape pulmonaire il se produit une rémission.

Quelquefois la broncho-pneumonie est l'aboutissement d'une rhino-trachéo-bronchite descendante ; plus souvent elle apparaît sans cette étape. Ce dernier processus fait penser à une infection par la voie sanguine.

Les constatations microscopiques relatées par M. André Héraux, dans sa thèse de 1929 sur *La broncho-pneumonie en foyer chez l'enfant*, plaident en faveur de cette dernière, mais ne permettent pas pas d'affirmer sa réalité.

Les *modalités cliniques* de la broncho-pneumonie à pneumocoques, présentent de grandes analogies avec celles de la pneumonie ; la différenciation de ces deux affections est souvent difficile.

La fièvre débute brusquement ou rapidement, s'élève d'emblée à 39° ou 40°. Le plateau thermique est plus ou moins caractérisé ; souvent il présente des oscillations quotidiennes de un ou deux degrés.

L'évolution est différente suivant les cas. La fièvre tombe au bout de quatre, cinq ou six jours, ou bien persiste dix ou douze jours. La défervescence n'est généralement pas brusque ; elle se fait en un ou deux jours.

On rencontre, d'autre part, des *formes suraiguës* et, chez les prématurés débiles et les cachectiques, des *formes apyrétiques* ou *hypothermiques*.

Enfin comme l'a écrit Morny en 1891, les broncho-pneumonies à pneumocoques sont généralement pseudo-lobaires. Avec M. Paraf, nous avons noté un foyer unique dans le quart des cas, deux ou trois foyers dans les autres cas.

Ces broncho-pneumonies sont assez souvent curables. Toutefois la mort n'est pas rare, du fait de l'asphyxie, de l'intensité de l'infection, des complications.

A côté des pneumonies et des broncho-pneumonies, des syndromes de congestion pulmonaire aiguë, le pneumocoque peut réaliser des SYNDROMES DE CONGESTION PLEURO-PULMONAIRE.

Il est, en général difficile de dire si ce germe est en cause ou si c'est le bacille de Koch qui est responsable. J'ai discuté le problème étiologique que pose ce syndrome dans des leçons sur *les congestions pleuro-pulmonaires aiguës* et les *Syndromes pleuro-pulmonaires aigus et subaigus chez l'enfant*, publiées, l'une dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, l'autre dans le *Journal des Praticiens* du 26 juillet 1930.

Je ne fais que signaler les ABCÈS DU POUMON. Ils réalisent un premier exemple des propriétés pyogènes du pneumocoque. Je leur ai consacré, le 13 février 1926, une leçon qui est publiée dans un de mes livres que je viens de citer.

Je ne dirai que quelques mots des PLEURÉSIES A PNEUMOCOQUES.

Elles sont quelquefois séro-fibrineuses, plus souvent purulentes. Avec les abcès du poumon, elles sont des exemples des propriétés pyogènes du pneumocoque.

Parfois les pleurésies sont cliniquement *primitives*, mais les observations sont toujours dissemblables, car on peut toujours supposer l'existence d'un foyer pulmonaire occulte.

Généralement elles sont *secondaires* à la pneumonie ou à la broncho-pneumonie.

Il convient de distinguer deux types principaux de ces pleurésies secondaires : les *pleurésies parapneumoniques* ou *parabroncho-pneumoniques* et les *pleurésies méta* ou *post-pneumoniques* et *méta* ou *post broncho-pneumoniques*. Je leur ai consacré des leçons publiées dans les livres de *Clinique médicale des enfants*, que je viens de citer.

Au cours de la *pneumonie* on peut observer soit une pleurésie séro-fibrineuse ou puriforme aseptique, qui modifie peu la marche de la maladie et sa résorption est spontanée.

Parfois il s'agit d'une pleurésie purulente microbienne. Celle-ci revêt, dans quelques cas, une forme grave, rapidement mortelle ; alors le pneumocoque est très virulent et le foyer pneumonique sous-jacent suppure rapidement. Plus généralement l'évolution de la pneumonie n'est pas modifiée et la pleurésie guérit facilement.

Au cours des *broncho-pneumonies*, surtout pendant la première enfance, les pleurésies purulentes microbiennes ne sont pas rares. Elles apparaissent plus ou moins tardivement. Ce sont des pleurésies de la grande cavité ou des pleurésies enkystées. Souvent elles sont bilatérales. Leur pronostic est sévère.

Les *pleurésies métapneumoniques* et *métabroncho-pneumoniques* évoluent en trois phases. La première phase est réalisée par une pneumonie ou une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Pendant la deuxième phase, il y a soit apyrexie soit une petite fièvre. Enfin, la troisième phase débute avec la reprise de la fièvre et la formation du pus qui tantôt occupe la grande cavité pleurale, tantôt se localise.

L'évolution de ces pleurésies est très diverse. Dans certains cas on note une tendance à la chronicité et on assiste à des pleurésies purulentes prolongées ou à reprises, dont j'ai relaté plusieurs exemples dans mes leçons.

Pour terminer avec les affections à pneumocoques des organes thoraciques, je dois mentionner les PÉRICARDITES A PNEUMOCOQUES.

La péricardite à pneumocoques peut être fibrineuse ou séro-fibrineuse ; plus souvent elle est purulente. Généralement elle est parapneumonique ou parabronchopneumonique et reste méconnue. Rarement elle est métapneumonique ou cliniquement primitive ; alors ses symptômes peuvent être bien caractérisés.

Dans ma leçon du 1er février, reproduite par le *Progrès Médical* du 29 mars, sur *Les péricardites purulentes à pneumocoques chez les enfants*, j'en ai rapporté plusieurs observations. Voici entre autres, celle d'un enfant de 10 ans.

Il a d'abord une pneumonie du lobe supérieur gauche à début appendiculaire. Au neuvième jour, survient une ébauche de défervescence, puis une reprise de la fièvre, et il se forme un deuxième foyer de pneumonie à la base gauche. Le onzième jour, l'enfant se plaint de douleurs abdominales, qui font penser à une péritonite à pneumocoques. Le quatorzième, il est envoyé dans le service de chirurgie où ce diagnostic n'est pas vérifié. Le dix-septième jour, il entre dans notre service. Son état est grave, la fièvre élevée ; nous constatons une péricardite avec épanchement. On pratique une ponction exploratrice, qui retire du pus à pneumocoque, puis la péricardotomie. La fièvre s'élève et l'enfant meurt le vingt-deuxième jour de sa pneumococcie.

***

Chez les enfants comme chez les adultes, le pneumocoque joue un grand rôle dans les infections du pharynx et des voies respiratoires supérieures et inférieures, ainsi que de leurs annexes, les oreilles, et les plèvres.

Ces infections forment un tout ; on peut suivre leur filiation depuis le pharynx, qui en est la première étape.

Le pneumocoque peut se propager par continuité de muqueuse ou par les voies lymphatiques ; mais ce processus n'est pas le seul ; il faut attribuer une place importante à la voie sanguine.

Les pneumococcémies sont décelées par les

hémocultures et aussi par la constatation de manifestations extra-thoraciques diverses, qui ne peuvent se produire que par l'intermédiaire de l'infection du sang.

En plus des infections des voies respiratoires, le pneumocoque peut réaliser des syndromes et des affections diverses. Je consacrerai ma prochaine leçon à leur étude.

AU SUJET DU TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES DU COL FÉMORAL

Par M. le professeur Maurice Patel (de Lyon) [1].

Les pseudarthroses du col fémoral sont d'observation relativement fréquente et soulèvent un problème thérapeutique encore incomplètement résolu.

A ce point de vue, les cas que j'ai rencontrés peuvent se diviser en trois catégories.

I. — Dans la première catégorie, on peut ranger les pseudarthroses qui s'accompagnent d'une raréfaction osseuse considérable du col fémoral, qui est presque entièrement détruit ; cette raréfaction atteint aussi les parties voisines, tête fémorale et grand trochanter. Il s'agit de fractures spontanées, ou de lésions traumatiques, survenant chez des sujets âgés ou diathésiques, présentant une friabilité osseuse spéciale. L'articulation nouvelle est plus ou moins ballante, le membre inférieur est plus ou moins solide. Mais, il n'y a aucun espoir de pouvoir améliorer cette situation par une thérapeutique quelconque.

II. — La seconde catégorie a trait à des pseudarthroses qui sont relativement bien tolérées et qui sont compatibles avec un fonctionnement à peu près satisfaisant du membre inférieur. Il s'agit de fractures, traumatiques, sont capitales ou intra-cervicales. La pseudarthrose est alors assez serrée, les fragments osseux étant maintenus en place par une capsule articulaire résistante. Il est évident que si l'on est en présence d'un sujet jeune, il est préférable d'obtenir la consolidation complète par le procédé envisagé plus loin, afin de lui rendre un membre inférieur résistant et de lui épargner des poussées d'arthrite coxo-fémorale, toujours douloureuses et pénibles et qui n'iront qu'en s'aggravant avec l'âge.

Mais, il est des cas, où il vaut mieux s'abstenir ; c'est lorsqu'on se trouve en face d'un sujet d'un certain âge, et d'un état fonctionnel encore satisfaisant. Le traitement présenterait des inconvénients du fait de la longue immobilisation et n'assurerait pas toujours le résultat désiré.

III. — La troisième catégorie concerne les cas dans lesquels l'indication opératoire se pose d'une façon indiscutable, soit en raison de l'âge du malade, soit en raison de son impotence fonctionnelle. Cette dernière présente des causes et des manifestations différentes suivant le type anatomique de la fracture. Dans les fractures sous-capitales ou intra-cervicales (fractures intra-articulaires), le membre inférieur a une solidité restreinte, mais surtout il est le siège de réactions articulaires douloureuses. Dans les fractures cervico-trochantériennes (fractures extra-articulaires), le membre inférieur est peu douloureux, mais il est surtout ballant ; c'est alors que l'on voit à chaque pas l'ascension du grand trochanter dans la fosse iliaque externe, et son déplacement dans le sens antéro-postérieur ; la marche devient très difficile ; le malade réclame une intervention.

Je crois que ces deux variétés anatomiques doivent être retenues au point de vue thérapeutique.

a) Dans les pseudarthroses intra-articulaires, le greffon osseux péronier se montre le meilleur, en raison de sa solidité, de sa prise facile, et de son pouvoir ostéogénique, indiscutable (P. Delbet). Je ne veux pas insister sur la technique opératoire, bien réglée aujourd'hui ; je pense qu'il n'est pas indispensable d'ouvrir l'articulation de la hanche pour pratiquer un avivement osseux, qui, pour être complet, nécessiterait une véritable extériorisation du fragment osseux inférieur. Je pratique une incision antéro-externe de contrôle, qui permet de se rendre compte avec le doigt si le greffon est bien placé dans la tête fémorale. Le résultat est obtenu après une immobilisation assez longue et une période d'adaptation ; mais il est évidemment très bon et se perfectionne encore avec le temps. J'ai eu l'occasion d'en pratiquer un certain nombre — notamment chez un homme de 56 ans, lequel, opéré il y a trois ans, marche avec aisance, sans fatigue, et présente une mobilité surprenante de la hanche, ce qui lui permet de faire de véritables exercices de gymnastique.

b) Dans les pseudarthroses extra-articulaires, consécutives à des fractures cervico-trochantériennes, le problème est différent et la thérapeutique ne me paraît pas devoir être la même.

Dans deux cas, j'ai procédé ainsi :

J'ai avivé les fragments à la curette par une

(1) Communication faite au Congrès de Chirurgie, Paris 1930.

incision antéro-externe, ce qui est facile et ce qui ne nécessite pas l'ouverture de l'articulation de la hanche. Je me disposais à prélever un greffon péronier, lorsque devant la vue de ces surfaces osseuses bien avivées, bien nourries, j'ai pensé que l'on pouvait sans inconvénient, appliquer le traitement d'une fracture récente, c'est-à-dire le vissage avec une vis à bois. Les malades ont commencé à marcher deux mois après. Chez l'une d'entre elles, femme de 57 ans, opérée il y a trois ans et demi, le résultat est excellent et absolument remarquable ; la vis a été laissée.

En conclusion, je dirai que pour les pseudarthroses du col fémoral, il faut utiliser le greffon péronier si l'on a une lésion intra-articulaire (fractures sous-capitales ou intra-cervicales). Mais, pour les pseudarthroses consécutives à des fractures cervico-trochantériennes, si l'on obtient un avivement satisfaisant, l'usage de la vis permet une guérison plus rapide et ne présente pas les inconvénients qui lui étaient attribués dans le traitement de ces lésions.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Ne méconnaissons pas la diphtérie du nouveau-né et du nourrisson : relativement fréquente, elle est absolument atypique.

D'après MM. Kaplan et Bolgert (1)

Chez l'enfant de moins d'un an, Marfan n'a rencontré la diphtérie pseudo-membraneuse ou le croup pseudo-membraneux que dans la proportion de 6 pour 5.000 ; aussi la rareté de la diphtérie à cet âge a-t-elle été longtemps considérée comme un dogme. Mais, chez le nouveau-né et le nourrisson, ce qu'il faut rechercher c'est la *« diphtérie occulte »*, ou la *« diphtérie larvée »*.

***

Un enfant de cet âge, en effet, présente *uniquement* un syndrome de dénutrition progressive, parfois un état cholériforme, plus rarement une paralysie brusque du voile, ou même un syndrome hémorragique, une néphrite aiguë ; *mais* l'ensemencement du musus nasal donne un résultat positif, et le sérum montre une efficacité parfois extraordinaire.

Voilà la DIPHTÉRIE OCCULTE, qui peut entraîner la mort subite ou rapide, si elle est méconnue.

De son existence, on doit retenir cette notion que, *dans tout état suspect, il faut, chez l'enfant en bas âge pratiquer systématiquement l'ensemencement du mucus nasal.* « Tout état suspect » signifie des troubles isolés de l'état général, qu'on ne peut rattacher à aucune cause, et sur lesquels le traitement habituel reste sans action. L'ensemencement est la seule méthode valable pour le diagnostic bactériologique : un simple frottis n'a aucune valeur. On ensemencera plusieurs tubes, et si le résultat est négatif, on recommencera. A signaler, chez l'enfant en bas âge, la fréquence à l'entrée des fosses nasales, sur la conjonctive et sur la peau, du bacterium cuti commune, dont les aspects morphologiques et les caractères de coloration sont identiques à ceux du bacille diphtérique. Aussi doit-on prendre quelques précautions en ce qui concerne les milieux de culture, notamment remplacer le sérum de bœuf par la gélose ascite au sang humain, repiquer les colonies suspectes sur gélose profonde saccharosée, tournesolée : le bacille de Loeffler pousse dans toute la hauteur du tube ; il est peu saccharolytique et ne rougit pas ou rougit peu la culture ; le bacterium cuti, au contraire, ne pousse qu'en surface, et rougit fortement la culture avec dégagement de gaz.

Enfin, on doit aussi considérer que *tout nouveau-né ou nourrisson qui possède dans le rhino-pharynx du b. cille de Loeffler authentique,* même en l'absence de tout signe morbide, de toute rhino-pharyngite, *est atteint de diphtérie et non simple porteur de germes.*

***

Passons à d'autres formes de la diphtérie atypique : à la DIPHTÉRIE LARVÉE.

Chez un enfant en bas âge, l'alimentation devient pénible. Le bébé tète mal, sans qu'on puisse déceler d'obstacle mécanique ; il faut parfois le nourrir à la cuiller, ni le sein, ni le biberon n'étant plus acceptés. Et même, sans aucun autre signe local, l'enfant demeure prostré les yeux fermés, ne remuant pas.

Puis apparaît une *obstruction nasale* : la bouche est entr'ouverte ; la respiration bruyante, avec parfois un léger tirage sus-sternal, surtout chez les enfants très jeunes.

Ensuite survient un *écoulement nasal* jaunâtre, séro-purulent, et, caractère essentiel, cet écoulement est souvent *sanguinolent* ; il y a de véritables stries sanglantes ; parfois se produisent des épistaxis laissant des croûtelles brunâtres, au

(1) M. Kaplan et M. Bolgert. — Les diphtéries atypiques et occultes du nouveau-né et du nourrisson. (*Le Bulletin médical*, 30 août 1930.)

bord des narines. Enfin cet écoulement nasal se prolonge, et semble à prédominance unilatérale.

Des *érosions* (fissures rougeâtres, saignant facilement, torpides), apparaissent sous l'orifice du nez, entourées par une zone étendue d'érythème en croissant. Les fissures peuvent envahir toute la lèvre (parties cutanée et muqueuse). Le plus souvent, il n'y a pas d'*adénopathie*.

A l'examen rhinoscopique antérieur, on voit une muqueuse rouge, tuméfiée, recouverte de sécrétions non adhérentes, pas de membranes.

Cependant, de très grande importance sont les *troubles généraux* observés : l'enfant est d'une pâleur cireuse, qui rappelle celle de la diphtérie toxique des sujets plus âgés ; il ne gagne pas de poids, mais en perd plutôt ; la température subit une petite élévation (37°5) ; parfois même on note de l'hypothermie chez les débiles ; quelques troubles digestifs banaux (anorexie, vomissements, selles vertes) et une hépatomégalie légère.

L'examen bactériologique des sécrétions nasales vient décéler le bacille de Loeffler ; on est en présence d'un CORYZA DIPHTÉRIQUE, que déjà l'on pouvait soupçonner, mais non affirmer, de par sa prédominance unilatérale, de par le caractère sanguinolent de l'écoulement, la pâleur et l'abattement. On ne pouvait le confondre avec un coryza banal, plus rapidement évolutif, sans pâleur, ni signes d'intoxication. S'il pouvait être question, par contre, d'un coryza syphilitique, à évolution subaiguë, et parfois à écoulement sanguinolent, la bactériologie était venue lever le doute. C'est la forme la plus fréquente de la DIPHTÉRIE LARVÉE

Un nouveau-né présentera une conjonctivite catarrhale, rarement pseudo-membraneuse ; mais le caractère un peu glaireux des sécrétions, un léger œdème de la paupière, une érosion cutanée à l'angle interne de l'œil attireront l'attention. Il n'y a pas de gonocoque, comme pourrait le supposer mais bien du bacille de Loeffler. Telle est la CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE, autre forme de la diphtérie larvée, à laquelle il faut ajouter, pour une égale fréquence l'OTITE MOYENNE DIPHTÉRIQUE à pus spécifique.

Un nourrisson est porteur de lésions de la peau, d'origines diverses : intertrigo, érythème, eczéma ou même syphilides, ulcérations traumatiques; mais celles-ci deviennent torpides, ulcéreuses. Parfois apparaît, surtout à la région sus-auriculaire, une lésion cutanée absolument atypique ; c'est une fissure rouge et suintante, pouvant s'étendre au pavillon de l'oreille d'une part, au cuir chevelu d'autre part, et saignant facilement. Le caractère de ces lésions ayant attiré l'attention, un ensemencement systématique y fait découvrir le bacille diphtérique : DIPHTÉRIE CUTANÉE. A *l'ombilic*, cette diphtérie cutanée peut prendre un aspect érysipélatoïde, ou gangréneuse, et devenir très grave.

Dans son évolution la diphtérie larvée se *complique* assez souvent de *mort subite* du 10e au 20e jours de la maladie ; mais parfois celle-ci est seulement précédée d'un syndrome malin fruste : vomissements, asthénie, tympanisme, cyanose.

Si cette forme de diphtérie est méconnue, elle évoluera assez rapidement vers une *hypothrepsie avec état cholériforme particulier*, où les phénomènes généraux l'emportent en intensité sur les phénomènes digestifs : la diarrhée est légère, les vomissements sont peu nombreux, alors que très rapidement l'altération du faciès, la deshydratation intense, la faiblesse du pouls viennent signer la gravité du syndrome qui, non amélioré par le régime, mais guéri assez souvent sous l'influence du sérum antidiphtérique, se termine sans cela presque toujours par la mort.

Quant aux complications infectieuses, elles se résument dans la *broncho-pneumonie* pour 20 ou 30 p. 100 des cas de coryza diphtérique. Cette broncho-pneumonie revêt alors une allure spéciale : fièvre relativement peu élevée ; foyers siégeant à la base, de type pseudo-lobaire ; signes d'intoxication particulièrement marqués ; teint grisâtre ; asthénie ; vomissements ; hépatomégalie douloureuse et albuminurie fréquente. C'est une complication des plus graves, surtout en cas de rougeole associée.

***

Comment traiter ces formes atypiques de la diphtérie

Le point capital est de savoir reconnaître la diphtérie sous ses formes atypiques. Ce point acquis, le traitement et surtout sa précocité sont de première importance. Même des formes à localisations multiples peuvent guérir par un traitement précoce. Au contraire, les formes traitées tardivement sont particulièrement redoutables ; la fréquence des broncho-pneumonies vient encore assombrir le pronostic.

Le sérum antidiphtérique constitue le traitement essentiel. Si des manifestations suspectes peu intenses, avec bon état général, permettent parfois d'attendre le résultat de l'ensemencement, mieux vaut, en règle générale, faire *immédiatement* du sérum, sans plus temporiser.

En raison de la bénignité des accidents sériques chez le nourrisson, on préférera le *sérum ordinaire*, plus actif que le sérum purifié.

La sérothérapie sera précoce, abondante et prolongée. La dose totale à atteindre doit être proportionnée, non en poids du sujet, mais à l'intensité des lésions locales et à celle des signes généraux : de 80 à 100, 140 et même 200 cent. cubes.

Tous les auteurs sont d'accord pour frapper fort dès le début : 30 cmc. à 40 cmc. le premier jour, répartis dans la fesse et sous la peau de l'abdomen ; le deuxième jour 20 cmc. sous cutanés ; ultérieurement 5 à 10 cmc. par jour jusqu'à disparition des bacilles.

Il faut suivre l'évolution de la maladie par des ensemencements successifs, les répéter même après guérison, et même après plusieurs semaines, pour déceler une réapparition toujours possible des bacilles ; en ce cas, recommencer la sérothérapie, en prenant les précautions anaphylactiques d'usage.

Si on est amené à utiliser le *sérum purifié*, les doses à injecter sont au moins de 20 à 40 cmc.

Comme *adjuvant* dans des cas graves, donner la strychnine, à raison de 0 milligr. 10 par six mois d'âge : la spartéine à la dose de 2 mmgr. 5 par année d'âge, l'extrait surrénal injectable à la dose d'un quart d'ampoule par six mois d'âge.

On maintiendra l'alimentation, qui sera autant que possible du lait de femme.

Localement, pour le coryza diphtérique, on recourra aux antiseptiques en évitant les produits irritants et toute préparation mentholée : le sérum physiologique boraté à 4 % est particulièrement indiqué. Les pulvérisations intranasales de sérum antidiphtérique ne sont que peu efficaces.

Dans la diphtérie conjonctivale, on pourra faire des instillations locales de sérum ; dans les cas graves, on a conseillé l'atropinisation (une goutte de solution au 1/500e), suivie d'application de vaseline iodoformée.

Quant à la *prophylaxie*, dans les crèches notamment, elle consistera à isoler les suspects ; chez ces sujets, les instillations intra-nasales de quelques gouttes de solution de novarsénobenzol (0 gr. 15 pour 2 cmc. d'eau distillée) donneraient 85 % de résultats immédiats.

Contrairement à ce qui se passe chez l'enfant plus âgé, la vaccination par l'anatoxine n'a donné que des mécomptes chez le nourrisson, car celui-ci se vaccine mal en raison de son impuissance à former des anticorps.

On aurait obtenu des résultats plus satisfaisants en vaccinant la mère en cours d'allaitement en raison du passage de l'antitoxine par le lait.

Le seul procédé, sur lequel on puisse, actuellement compter, c'est l'injection de sérum, qui crée une immunité passive (une seule injection de 2 à 3 cmc. de sérum purifié) ; malheureusement cette immunité créée n'est que transitoire ; elle disparaît entre le 20 et le 25e jour après l'injection et il pourra être nécessaire de renouveler celle-ci au bout de trois semaines.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'opothérapie hépatique en dermato-syphiligraphie

D'après MM. M. VILLARET et R. GUILLEMIN, on ne peut trop insister sur le rôle de l'atteinte du foie dans la genèse de certaines dermatoses (eczémas, urticaire, acné, érythèmes divers, prurits, prurigos, œdème de Quincke, entre autres). L'importance attribuée à ce rôle résulte beaucoup plus de constatations cliniques qu'expérimentales.

Le traitement par l'extrait hépatique de ces dermatoses a paru, dans des cas particulièrement tenaces, amener une amélioration nette, où toutes les autres thérapeutiques avaient échoué.

L'extrait hépatique paraît constituer un moyen préventif de premier ordre pour éviter les divers accidents que l'on peut observer au cours des traitements arsenicaux, iodés, bismuthiques, mercuriels, auriques et sériques.

Enfin, le mode d'introduction de l'extrait de foie par voie parentérale semble de beaucoup préférable à celui par la voie buccale (*Journal des Praticiens*, 19 juillet 1930.)

La cuti-réaction à la tuberculine chez les vieillards.

La fréquence des réactions positives à la tuberculine est aussi grande chez les vieillards que chez l'adulte. Sur 206 viellards examinés, MM. R. LEGRAND et A. REMBERT ont trouvé la cuti-réaction à la tuberculine positive dans 85 % des cas ; sa fréquence, après 80 ans, est aussi grande qu'avant cet âge.

La modalité et le temps d'apparition ne permettent pas de distinguer les vieillards présentant une tuberculose en évolution de ceux qui sont apparemment sains, les auteurs ne croyant pas que l'on puisse interpréter la cuti-réaction négative comme l'indice de terrain vierge de toute imprégnation tuberculeuse. (*Le Nord médical*, 15 juillet 1930.)

Contribution à l'étude des pneumokonioses professionnelles.

M. A. FEIL, avant parcouru dans une vue d'ensemble le chapitre long et embrouillé des pneumokonioses professionnelles, aboutit avec

les auteurs modernes à considérer la silicose comme la seule vraie pneumokoniose, la silice et ses composés comme les seules poussières dont l'inhalation soit capable de déterminer la sclérose du poumon.

Au terme vague de pneumokoniose, il faut opposer celui de pneumokoniose-maladie, au lieu de pneumo-silicose, et il apparaît qu'une classification moderne des pneumokonioses doit avant tout, tenir compte de la silice dans les poussières. Mais la question ne doit pas être considérée comme définitivement résolue, car peut-être existe-t-il d'autres substances sclérosantes. Cependant, il semble bien démontré que les poussières de charbon, les poussières calcaires, les poussières argileuses, par elles-mêmes, ne sont pas nocives pour le poumon ; elles ne le sont comme les autres poussières que dans la mesure où elles renferment de la silice. Il est donc souhaitable que le décret de novembre 1929 (déclaration obligatoire) soit modifié et n'exige que la déclaration pour les professions qui utilisent la silice. Ceci est particulièrement important, s'il est vrai, comme l'indique la note ministérielle, que la déclaration est prescrite en vue de l'extension aux pneumokonioses de la législation sur les accidents du travail. (*La Presse médicale*, 12 juillet 1930.)

Réanimation après trois quarts d'heure de respiration artificielle.

L'observation rapportée par le Dr Henri Fischer, démontre tout le secours que l'on peut attendre de la respiration artificielle de longue durée, et en outre signale les doses médicamenteuses extraordinaires qu'un sujet est susceptible de supporter.

C'était un sujet de 37 ans, présentant depuis un an et demi des crises d'asthme subintrantes, avec coryza spasmodique ; un soir, il fut pris d'une crise asphyxique très rapide et très inquiétante, avec teint violacé, puis blanc nacré. Une saignée fut faite, mais le sang, très épais, coagulé, sortait difficilement. La respiration artificielle fut entreprise, suivant la méthode de Howard, puis de Sylvester, tandis que l'on essayait de de l'oxygène. On fit, réparties dans l'espace de 3/4 d'heure de respiration artificielle, les doses formidables suivantes en injections sous-cutanées : éther, 40 cc. ; caféine, 5 ampoules à 0.20 ; spartéine, 4 ampoules à 0,05 ; adrénaline, 3 ampoules ; huile camphrée 10 cmc. Le malade revient peu à peu à lui, et, entouré de bouillottes, dans son lit, il reçoit une ouabaïne intraveineuse, qui remit son cœur à peu près en état. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 27 juillet 1930.)

La fonction calcipexique.

D'après A. Savigny, la question de l'assimilation et de la fixation du calcium dans l'organisme est une des plus importantes qui soient au point de vue de la prophylaxie et de la guérison de beaucoup d'affections.

L'auteur établit que cette fixation est sous la dépendance d'une véritable fonction, qu'il dénomme la fonction calcipexique, et qui correspond, non pas à une fixation arbitraire en quelque sorte du calcium, mais pour une fin physiologique précise : accroissement du squelette ou réparation de ses traumatismes, isolement des foyers microbiens, maintien de l'équilibre acido-basique, etc...

La fonction calcipexique, ainsi envisagée, peut être troublée dans son processus ; elle peut être déficiente, inhibée ou exaltée. Les endocrines, le sympathique, les vitamines, les radiations ultra-violettes représentent les facteurs primordiaux de ses fluctuations.

Deux éléments associés en occupent le premier plan : le phosphore et le calcium. De leur assimilation et de leur désassimilation dépend la régularisation de la fonction. Ses troubles peuvent être divisés en anaboliques, par destruction massive des réserves calciques, et en cataboliques, par insuffisante assimilation du calcium : ils s'observent surtout dans le rachitisme, au cours de la grossesse, dans les infections (tuberculose en particulier), dans les déficiences endocriniennes, associées souvent aux troubles du système nerveux végétatif. La fonction calcipexique, insuffisante ou déviée, peut être améliorée par les apports vitamiques, l'héliothérapie, la reminéralisation phosphocalcique. On utilisera dans ce but, chez l'adulte les extraits phosphatés végétaux (phytine), une endocrinothérapie adéquate à chaque cas, certains aliments riches en calcium ; chez l'enfant rachitique, on utilisera l'ergostérol irradié, associé au phosphore suivant le précepte d'Armand Delille, en recourant aux préparations exactement dosées et ne donnant pas lieu à intolérance, telle que, par exemple, le fortossan irradié. Chez l'adulte et le vieillard, le régime et la médication doivent tendre à favoriser la résorption des exsudats et leur élimination par voie rénale : régime hypoazoté ; fruitarien, les cures hydrominérales dissolvantes trouvent alors leur indication. (*Paris médical*, 26 juillet 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La question du « pain chimique ».

(M. ANDRÉ KLING. *Académie de médecine* ; 2-12-1930)

Le public s'est ému d'une question soulevée par les grands journaux quotidiens relativement à certaines additions de produits chimiques à la farine, dans le but d' « améliorer » cette farine. Existe-t-il, en réalité, un «pain chimique » et que faut-il en penser au point de vue de l'hygiène alimentaire ? Une réponse à cette question nous est donnée par M. André Kling, directeur de laboratoire municipal de Paris, dans sa communication intitulée : de l'emploi, en boulangerie, des produits dits « améliorants » des farines.

Les procédés de culture modernes ont quelque peu modifié, pas toujours avantageusement, la qualité de nos blés indigènes. Les farines d'aujourd'hui, en particulier, ne sont pas dans bien des cas aussi facilement panifiables, que les farines de jadis du blé de nos pères. Pour remédier à cet inconvénient, on a proposé, entre autres moyens, d'ajouter à la farine, soit chez les meuniers, soit dans les fournils des boulangeries, des poudres chimiques, importées d'ailleurs de l'étranger, qui favorisent la panification. Disons-le tout d'abord, l'emploi de ces poudres n'est pas, à ce jour, autorisé par les pouvoirs publics, comme l'est par exemple l'usage de l'anhydrite sulfureux dans la vinification. Une réglementation officielle ou une prohibition devront se baser sur une étude scientifique du sujet.

M. Kling a procédé à une série de recherches sur les avantages et les inconvénients de ces « poudres ». Il s'est adjoint, pour cela, la collaboration de M. Froidevaux, pour la partie chimique, d'un boulanger expérimenté pour la partie technique et il a utilisé largement l'*extensimètre* Chopin, appareil ingénieux qui permet d'apprécier la qualité panifiable d'une farine donnée. Le dit appareil mesure, sur une courbe, les maxima de pression et de gonflement d'une pâte déterminée et le total des deux chiffres ainsi obtenus (P+G) donne la valeur (V) de la farine.

Les produits chimiques dont il s'agit, dits « améliorants » et communément désignés sous le nom de « poudres » en boulangerie, sont composés de peroxyde de benzoyle ou de mélange de bromate de potasse et de persulfate d'ammoniaque. On les ajoute aux farines à la dose de 2 à 10 gr. par quintal. D'après les fabricants, l'usage de ces améliorants permettrait : de blanchir les pâtes ; de faire absorber aux farines plus d'eau (avantage, à la vente, pour le boulanger) ; d'activer le levain et accroître le gonflement de la pâte ; de permettre d'utiliser plus de blé indigène, en rendant moins nécessaire l'apport de farine de blés exotiques.

Ces résultats sont, dans leur ensemble, exacts et il est indéniable que le travail de la pâte est rendu plus facile par l'emploi des « améliorants ». Cette simplification du travail favorise l'ouvrier peu habile. Un boulanger connaissant bien son métier toutefois, saura fabriquer un très bon pain sans « améliorant » et sans recourir à l'addition de farine de blés exotiques. Les « poudres » ne sont donc des adjuvants vraiment utiles qu'aux ouvriers négligents ou ignorants ce que l'on peut qualifier : leur art.

Au point de vue hygiénique, le gros inconvénient des « poudres » de boulangerie est l'impossibilité où nous sommes d'affirmer l'innocuité de ces produits chimiques dans les conditions où ils sont utilisés ici. Leur action, dans la panification, est d'ordre antiseptique. Ils donnent naissance à de l'oxygène et à de l'acide benzoïque (peroxyde de benzoyle), à du brome (bromate de potasse) qui, sans modifier sensiblement la levure, annihile en grande partie les autres bactéries antagonistes de cette levure. Mais, l'administration quotidienne et prolongée de produits tels que le peroxyde de benzoyle, le bromate de potassium, le persulfate d'ammoniaque n'a-t-elle pas d'inconvénients ? D'autant que les mélanges, en particulier à la boulangerie, peuvent être très imparfaits et avoir des dosages très irréguliers. On est autorisé à craindre aussi une action défavorable sur les vitamines.

M. Kling conclut que l'emploi de ces « améliorants » n'offre pas d'avantages pour le consommateur, d'une façon générale ; qu'il y aurait intérêt à leur substituer d'autres produits dépourvus de ces inconvénients et qu'en tout cas, si l'addition était tolérée, elle ne devrait l'être qu'au moulin où les mélanges pourraient être effectués dans des proportions plus précises (1).

Il ne faut pas oublier, d'autre part que le peroxyde de benzoyle et le mélange bromate de potassium et persulfate d'ammoniaque sont dans une certaine mesure des explosifs, susceptible d'exposer à des accidents.

Pour terminer, disons que la recherche de ces éléments chimiques dans les farines est facile et qu'on peut les caractériser par divers réactifs (présence de l'acide benzoïque, solution d'iodure de potassium qui colore en brun les points où sont localisés les grains oxydants).

Diverticulose et diverticulites.

(M. PRAT, de Nice. — *Société de chirurgie* ; 22-10-1930.)

On parle peu, en France, des diverticulites, alors

(1) M. Bordas, dans un rapport au Conseil supérieur d'Hygiène, se montre, il est vrai, plus favorable que M. Kling, à l'emploi des « améliorants » en boulangerie.

que cette affection est très souvent signalée dans la littérature médicale anglaise. La diverticulose est, en effet, une maladie assez spéciale à la race anglo-saxonne. Chirurgien dans une ville très fréquentée par les touristes anglais et américains, M. Prat a eu ainsi l'occasion d'observer un certain nombre de malades (la plupart étrangers) atteints de cette affection.

Généralement, on donne à la diverticulose, comme cause provocatrice, la constipation. Les accidents qu'elle peut entraîner sont des plus variables. Elle existe parfois sans troubles d'aucune sorte. Si le diverticule se complète de diverticulite, il en résulte des douleurs de « colite » limitée, avec spasmes, constipation, selles membraneuses. Il se produit, d'autres fois, de la péri-diverticulite, déterminant de l'empâtement douloureux, de la fièvre, voire un abcès, des crises d'obstruction, des selles purulentes, sanglantes. Dans certaines circonstances, l'infiltration simule, même à l'opération, un néoplasme. Le diagnostic ne saurait s'établir qu'avec la radioscopie qu'il est bon de répéter. On recherchera les poches (où la bouillie bismuthée s'accumule) une fois le transit abdominal achevé.

M. Prat conseille le traitement suivant : belladone, vaccins intestinaux, laxatifs doux (paraffine), compresses chaudes, s'il y a entréro-colite, spasmes, constipation ; intervention dans les cas plus sérieux.

Projectile cardio-péricardique.

(M. Petit de la Villéon. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 5-12-1930.)

L'auteur présente un opéré auquel il a extrait un projectile incrusté dans la zone superficielle de la paroi ventriculaire gauche, en arrière.

Il l'a opéré par sa méthode pulmonaire par boutonnière, sous écran.

La guérison fut très simple.

L'auteur profite de cette présentation pour exposer quels sont les projectiles du cœur qui peuvent bénéficier de cette méthode. Ce sont, exclusivement, les projectiles pariétaux du ventricule gauche et à la condition qu'ils n'occupent que la moitié superficielle de cette épaisse paroi.

P. L.

Abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson. Auto-vaccinothérapie. Vomique. Guérison.

(MM. P. Lereboullet, M. Lelong et F. Benoist. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 11-7-1930.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un nourrisson, chez qui ils ont constaté à l'âge de cinq mois un abcès du poumon de la base droite, d'allure cliniquement primitive, à staphylocoques dorés, et qui a guéri. Les auteurs sont, d'après leur expérience personnelle, convaincus de la fréquence des suppurations intra-pulmonaires non tuberculeuses chez le nourrisson ; celles-ci sont cependant rarement diagnostiquées, comme telles, du vivant du petit malade alors que rien n'attire l'attention sur l'état pulmonaire et qu'on se borne à un diagnostic vague de troubles digestifs, de diarrhée, de cachexie, d'infection. S'il y a des signes pulmonaires, on pense à une broncho-pneumonie, et la suppuration pulmonaire n'est qu'une découverte d'autopsie.

Ici, le diagnostic a été ferme, dès le début, d'un abcès pulmonaire et non d'une pleurésie car la ponction a nettement permis de dissocier deux phénomènes : d'une part, une lame de liquide séro-hémorragique (réaction pleurale superficielle), et, d'autre part, une collection plus profonde, nettement purulente, forcément intrapulmonaire. L'image radiologique particulièrement démonstrative a permis d'éliminer en toute certitude l'hypothèse d'une pleurésie enkystée interlobaire.

Au point de vue pronostic, on peut souligner le caractère exceptionnel de la guérison à cet âge de la vie où la défense anti-infectieuse de l'organisme est généralement si précaire.

Sans doute la guérison a été favorisée par les ponctions et surtout par la vomique libératrice, qui a réalisé immédiatement la vacuité de la poche (constatation radiographique). La vaccinothérapie a eu, d'autre part, une influence certaine sur l'évolution favorable.

Spirochétose méningée d'origine hydrique. Contamination digitale.

(MM. Jean Troisier et Y. Boquien. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 11-7-1930.)

Les auteurs relatent l'histoire d'un « plongeur » de restaurant qui passait une grande partie de ses journées les mains dans les eaux sales du lavage de vaisselle. Ces eaux sales, additionnées de cristaux de carbonate de soude ou de vinaigre, servent durant des jours et des mois à décaper la vaisselle au premier degré, sans qu'elles soient renouvelées, cette vaisselle récupérant ensuite une propreté suffisante à l'eau courante. Plus de quinze jours avant l'apparition des phénomènes morbides, c'est-à-dire dans les délais d'incubation de la spirochétose, le malade se fit une blessure assez profonde au médius de la main droite avec une arête de poisson. Le virus gagna par les voies lymphatiques le ganglion sus-épitrochléen, et y provoqua des lésions manifestes. Une septicémie en résulta avec atteinte des méninges, réaction herpétique et inflammatoire du segment antérieur de l'œil.

Malgré des accidents dramatiques de méningite aiguë, la maladie resta bénigne, tout en ayant présenté une rechute légère ; le virus fut éliminé par les urines, comme le prouva la jaunisse expérimentale du cobaye, et la présence du spirochète d'Inada dans le foie du rongeur. Séro-diagnostic à un taux particulièrement élevé (1 p. 30.000) qui vint affirmer à son

tour la réalité de cette méningite spirochétique sans ictère.

Le syndrome hypochlorémique irréductible des néphrites chroniques.

(MM. Rathery et Sigwald. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 11-7-1930.)

D'après les auteurs, l'hypochlorémie paraît être un phénomène fréquent à la période ultime des brightiques azotémiques. Dans ces cas, il ne faut tenter la rechloruration qu'avec prudence, et les grosses quantités de chlorure de sodium doivent être évitées.

L'hypochlorémie dans les néphrites semble être un phénomène indépendant de l'azotémie en ce sens que le manque de sel n'explique pas l'azotémie ; il aggrave le trouble du fonctionnement rénal, et c'est en ce sens qu'il aggrave l'azotémie.

Il est parfois réductible lorsque les lésions rénales ne sont pas trop accusées, et l'emploi prudent du sel chez ces sujets conduit à la disparition de troubles fonctionnels graves. Mais, dans d'autres cas, le trouble du métabolisme minéral et la lésion rénale sont à ce point accusés que l'effet thérapeutique est nul et que même des accidents graves peuvent survenir sous l'influence de la rechloruration.

Coma diabétique insulino-résistant.

(MM. Rathery et Sigwald. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 11-7-1930.)

L'insuline constitue la médication héroïque du coma diabétique ; grâce à son emploi, on observe de véritables résurrections. Cependant, si la guérison est fréquente, elle n'est pas constante. Les auteurs ont cru intéressant de rapporter le cas d'un diabétique traité depuis longtemps par l'insuline, qui fit au cours de sa cure, sans qu'on ait pu incriminer des fautes de technique thérapeutique, une crise de coma diabétique vrai, qui se termina par la mort malgré une médication insulinique intensive.

Or, la médication insulinique avait été faite, au cours des six dernières années, à des doses suffisamment élevées, puisque des accidents d'intolérance empêchèrent d'élever la dose quotidienne. Le coma, survenu brusquement et sans cause apparente au cours du traitement, présenta certains caractères intéressants : l'hyperglycémie constatée était considérable, 11 gr. 58 ; la réserve alcaline était de 17,8. Si la chlorémie plasmatique était relativement basse (5,73 en chlorures), la chlorémie globulaire était élevée (3,81 en chlorures) ; on ne pouvait parler ici d'azotémie par hypochlorémie. Les urines renfermaien- 34 grammes de sucre, 0,48 d'acétone et d'acide diat cétique, 2,98 d'acide B-oxybutyrique. Ces chiffres ne sont pas très élevés, mais le fait est loin d'être rare dans le coma diabétique. Le tableau clinique et les troubles biologiques notés reproduisaient les caractères du coma diabétique. : hypotonie des globes oculaires, phénomènes respiratoires de Kussmaul, coma flaccide sans paralysie, ni convulsion, réserve alcaline très basse, hyperglycémie, acétonurie, acidose, etc. La veille de sa mort, le malade avait reçu 350 unités d'insuline, en 16 heures, et le jour de la mort, 370 unités en 6 heures. Malgré cela, la glycémie était à 11 gr. 58 ; c'est un des chiffres les plus élevés, qu'on puisse constater dans le diabète. Il semble bien qu'il se soit agi d'insulino-résistance.

Le bismuth et la réaction de Bordet-Wassermann.

(MM. Lortat-Jacob et Roberti. — *Réunion dermatol. de Strasbourg* ; 8-6-1930.)

Que conclure de l'action du bismuth sur la réaction de Wassermann, d'après les auteurs.

Dans la grande majorité des cas, la courbe sérologique reste normale chez les malades traités par novarsénobenzol et bismuth ; le bismuth est un médicament précieux, car il permet d'allonger les périodes de repos, et autorise beaucoup plus que les arsénobenzènes, les irrégularités de traitement dont les malades sont coutumiers.

Chez les malades au début de leur syphilis, et traités uniquement par le bismuth, le Wassermann devient négatif plus tardivement qu'avec les arsénobenzènes (66 % encore positifs après deux séries) et il n'est pas rare de voir encore des réactions positives passagères apparaître chez des malades correctement traités, quelques mois ou même deux ans après le début du traitement.

Le bismuth donne de très bons résultats chez les arséno-résistants, mais l'arsenic jouit des mêmes avantages sur les Wassermann bismutho-résistants, qui sont peut être plus fréquents que les arséno-résistants.

Les Wassermann irréductibles (abstraction faite des arséno et des bismuth-résistants), restent presque toujours irréductibles, quels que soient les médicaments employés et la durée du traitement.

Toutes ces conclusions sont naturellement provisoires, car elles ne portent que sur 1.400 cas ; d'autres observateurs ont pu obtenir des résultats très différents.

G. F.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du mardi 28 octobre 1930.

Luxation du semi-lunaire opérée (présentation du malade et de radiographies).

M. Vincent. — Homme de 63 ans : le semi-lunaire luxé, a été extirpé le 5e jour après tentatives infructueuses de réduction. Résultat fonctionnel excellent, dès l'intervention et parfaitement maintenu.

Un cas d'intolérance aux sels d'or ; érythro-kératodermie palmo-plantaire.

M. P. David. — Il s'agit d'une jeune femme qui reçut trois injections de crisalbine de 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 15, avec un intervalle d'au moins une semaine entre chaque piqûre. Le lupus érythémateux à traiter disparut complètement après la seconde injection ; la troisième déclencha une réaction locale et focale immédiate et provoqua une érythro-kéradermie palmo-plantaire. La malade est actuellement guérie de son lupus érythémateux et des complications cutanées du traitement.

L'auteur estime qu'il s'agit de phénomènes d'intolérance acquise, ou anaphylaxie (Tzanck). Il conclut en invitant à la prudence dans le maniement des sels d'or : il convient de surveiller très attentivement les malades en traitement, d'utiliser des doses faibles et de cesser la chrysothérapie dès que le résultat thérapeutique est obtenu.

Méningite aiguë lymphocytaire bénigne.

MM. Bernard et Frémaux. — Homme de 30 ans, ayant présenté un syndrome méningé avec céphalée tenace, quelques vomissements, un peu de raideur de la nuque et du Kernig. Liquide céphalo-rachidien clair, sous tension (40 cm.) contenant 35 lymphocytes par millimètre cube, 0.47 d'albumine, 0.42 de glucose, 7.37 de chlorures. Recherche du B. K. négative ; inoculation au cobaye négative ; B. W. négatif. Guérison après trois ponctions lombaires et un traitement par le salicylate de soude.

A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les causes capables de donner ces « méningites lymphocytaires bénignes » et concluent qu'à côté de la tuberculose méningée, il existe des réactions capables de la simuler en tous points ; il faut savoir les dépister, pour éviter de porter un pronostic fatal et pour instituer un traitement adéquat.

Réflexions sur quelques centaines de mesures du métabolisme basal.

MM. A. Le Grand et P. Lamelin font un exposé statistique des mesures du métabolisme basal qu'ils ont effectuées au cours des trois dernières années. Ils groupent leurs cas par syndromes et montrent quels sont les résultats que l'on est en droit d'attendre du métabolisme basal au cours d'un certain nombre d'affections. Ils insistent sur le grand intérêt qu'il y a à multiplier les mesures chez un même malade pour obtenir des indications véritablement importantes au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

Ils s'étendent surtout sur l'étude du métabolisme de base au cours des différentes atteintes de l'appareil thyroïdien mais montrent également tout l'intérêt de cette mesure au cours de divers syndromes où elle est moins classiquement utilisée : troubles menstruels de la puberté et de la ménopause, syndromes musculaires (hypertonie tremblement), adiposités, asthénies, asthme, etc.

Séance du mercredi 12 novembre 1930.

Luxation double congénitale de la tête du radius (présentation de malade et de radiographies).

M. Delattre. — Femme de 62 ans, chez laquelle, dès l'enfance, on a remarqué une luxation bilatérale de la tête du radius, en dessous et en arrière du condyle huméral.

A ce propos, l'auteur fait remarquer que les luxations congénitales de la tête du radius, ainsi que le *radius curvus* sont les manifestations d'une même cause pathologique, à savoir : le raccourcissement congénital du cubitus.

Gliome central volumineux, extériorisé dans une hernie consécutive à une trépanation décompressive (présentation de pièces).

MM. Laugeron et Danès. — Femme de 44 ans, présentant un syndrome d'hypertension crânienne et un syndrome rolandique gauche. On porte le diagnostic de tumeur rolandique, probablement gliomateuse. Trépanation décompressive ; pas de tumeur décelable. Hernie cérébrale consécutive.

Mort quatorze mois plus tard. L'autopsie montre un volumineux gliome du centre ovale ; la hernie est constituée entièrement par du tissu gliomateux.

Les auteurs insistent sur la longue survie malgré cette volumineuse hernie, sur l'influence favorable de la trépanation décompressive et sur l'inextirpabilité manifeste de cette tumeur.

Sinusite aiguë frontale, bilatérale. Abcès cérébral à distance.

M. Reverchon. — Homme de 35 ans, largement opéré de sinusite frontale. Trois semaines après, apparition brusque d'un syndrome de compression rolandique ; évacuation d'une collection purulente sous-dure-mérienne. Amélioration des phénomènes de compression ; mais la paralysie ne rétrocède pas et la mort survient trois jours après l'intervention.

L'auteur souligne la gravité du pronostic dans toute intervention faite à chaud sur un sinus frontal et sur la rareté des complications d'abcès à distance.

Les Congrès

XXI^e Congrès français de médecine.

Liège, 23-27 septembre 1930 [1]

Le XXIe Congrès français de médecine s'est tenu à Liège sous la présidence du professeur de Beco. Le secrétariat général était assuré par le professeur Rosakm, la trésorerie par le professeur Schoop.

Le Comité d'organisation comprenait en outre les docteurs Garot, Waucomont, de Mélinne et Leplat.

Le nombre des membres adhérents s'est élevé à 430, celui des membres associés à 156.

Trois grandes questions avaient été mises à l'ordre du jour : les hyperthyroïdies, le métabolisme du calcium, les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète. Elles ont fait l'objet de rapports très documentés et ont donné lieu à d'abondantes et courtoises discussions.

I. — Les hyperthyroïdies

Etude clinique des hyperthyroïdies. — MM. M. Labbé, Azerad et Gilbert-Dreyfus (de Paris). — Les rapporteurs montrent que la notion d'hyperthyroïdie, résultat d'acquisitions récentes, permet de se mieux reconnaître dans le groupe un peu confus de la maladie de Basedow. Après un court aperçu historique, ils procèdent à une analyse des symptômes observés au cours des hyperthyroïdies en général. Ils mettent au premier plan une triade symptomatique constituée par : la tachycardie et les troubles cardiaques, l'amaigrissement, l'élévation du métabolisme de base. De l'étude des différents tests biologiques qui ont successivement été proposés, ils retiennent surtout l'augmentation des échanges respiratoires.

Partant d'une analyse physiologique des troubles observés dans le Basedow classique, ils distinguent deux groupes de faits : a) *un syndrome hyperthyroïdien* (triade sus-mentionnée) ; b) *un syndrome de dystonie neurovégétative ou symphicotonie* (exophtalmie, troubles nerveux, vaso-moteurs, etc.).

L'interdépendance des deux syndromes est incontestable mais la clinique montre des exemples de leur dissociation.

En définitive, les auteurs proposent la classification suivante :

1° Maladie de Basedow, association de sympathicotonie et d'hyperthyroïdisme ;

2° Goitres avec hyperthyroïdie dans lesquels rentrent la plupart des adénomes toxiques de Plummer.

3° Hypersympathicotonies pures ou mieux syndrome parabasedowien qui englobe la plupart des cas étiquetés Basedow fruste.

Cette classification est sanctionnée par la thérapeutique : l'iode agit très nettement dans l'hyperthyroïdie, elle n'a qu'une action transitoire dans le Basedow où doivent intervenir la radiothérapie et la chirurgie. Dans les états parabasedowiens des thérapeutiques antithyroïdiennes sont sans effet. Seule, la médication sédative donne des améliorations notables.

Physiopathologie de la thyroïde. — M. L. Dautrebande (de Bruxelles). Après avoir fait un exposé complet de la question divisé en douze chapitres : la thyroxine, la composition chimique de la thyroïde normale et pathologique, la régulation de l'activité thyroïdienne, la classification des goitres, les troubles généraux du métabolisme dans l'hyperthyroïdie, les réactions circulatoires et musculaires des hyperthyroïdiens, l'auteur insiste sur les trois conclusions suivantes :

1° Se basant sur le fait que le pourcentage de l'iode intrathyroïdien réglemente en fin de compte l'aspect histologique de la glande, aussi bien dans le goitre par déficience d'iode que dans le goitre adénomateux simple ou hyperthyroïdien et que dans le goitre exophtalmique ; se basant d'autre part sur le fait que tous les goitres humains peuvent évoluer, qu'un goitre colloïde simple devient fatalement adénomateux, qu'étant adénomateux ses lésions histologiques sont les mêmes que celles du goitre exophtalmique, qu'un goitre exophtalmique peut reprendre après l'iodothérapie, le même aspect anatomique qu'un goitre endémique soumis à l'iode ; se basant enfin sur les relations géographiques qu'il y a entre le goitre simple et le goitre exophtalmique, l'auteur aboutit à la conclusion que l'on peut fort bien concevoir une origine commune à tous les goitres, à savoir la chute de l'iode intrathyroïdien, que celle-ci soit due à une insuffisance des apports ou à une exagération des dépenses ;

2° Prenant acte du fait que ni l'anatomo-pathologie ni la chimie, ne peuvent suffire à différencier les catégories de goitres, l'auteur propose une classification physiopathologique qui repose sur le métabolisme et sur l'aspect clinique.

3° L'auteur se fait le défenseur convaincu de la division, qu'il faut établir entre le goitre exophtalmique et l'adénome toxique du point de vue clinique.

Dans un dernier chapitre, l'auteur met en évidence l'état de fatigue du myocarde des hyperthyroïdiens au repos et la faiblesse de sa réponse à l'effort. Il montre aussi que cette faiblesse musculaire est générale chez ces malades dont l'organisme a dans l'ensemble un rendement diminué de moitié.

(1) Association de la Presse médicale française.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme. — MM. L. Bérard et R. Peycelon (de Lyon) passent rapidement en revue les diverses formes cliniques des hyperthyroïdies et se rattachent à l'opinion d'une origine commune de tous les goitres, à savoir l'appauvrissement de la thyroïde en iode. Ils considèrent l'iode comme le médicament de choix de tous les goitres hypertrophiques, charnus, massifs. Les doses doivent être faibles, V à XXV gouttes par jour de la solution de Lugol. Le traitement de tous les basedowiens sera d'abord un traitement médical, hygiénique et diététique. Quand le métabolisme basal n'est pas de plus de 25 p. 100 au-dessus de la normale,le traitement médical peut guérir ou améliorer très notablement le Basedow.

Le médicament essentiel est l'iode, associé ou non à la quinicardine et à la médication spécifique s'il y a lieu.

Si, au bout de quelques mois, le métabolisme basal reste supérieur à 30 p. 100 au-dessus de la normale l'indication opératoire se pose pour le Basedow. Elle se pose d'emblée pour le goitre toxique nodulaire qui ne guérit à peu près jamais par le traitement médical.

Les agents physiques : électricité, radiothérapie, curiethérapie, ne seront utilisés, après échec du traitement médical, que chez les sujets inopérables à cause de lésions viscérales graves et définitives. Pour tous les autres malades, le traitement chirurgical est préférable, plus rapide et plus sûr. Il ne doit être institué que d'accord avec le médecin traitant. Dans tous les cas, avant l'intervention, le métabolisme basal doit être mesuré et ramené si possible au-dessous de + 50 p. 100 par le traitement iodé et le grand repos. Quand le métabolisme ne pourra être ramené en dessous de cette limite, on procédera d'abord à la ligature des artères thyroïdiennes dont l'effet n'est que momentané ou même à une hémithyroïdectomie si le malade est résistant. Mais pour obtenir des résultats vraiment satisfaisants, il faut pratiquer des *thyroïdectomies subtotales* conservant seulement une lame postérieure dans chaque lobe, de façon à ménager récurrents et parathyroïdes.

L'opération sera faite en un ou plusieurs temps et sous anesthésie locale.

Dans les goitres toxiques, l'intervention doit consister également en des thyroïdectomies élargies autour des nodules.

Après l'opération, le traitement Lugol-Quinine sera poursuivi et le malade devra rester des semaines sous surveillance médicale.

Dans ces conditions, la mortalité opératoire immédiate pour toutes les hyperthyroïdies s'est abaissée à moins de 3 à 4 p. 100.

Les guérisons ou très grandes améliorations compatibles avec la vie normale atteignent 60 à 70 p. 100. Les améliorations compatibles avec une vie d'activité un peu restreinte sont encore de 10 à 15 p. 100.

Discussion.

M. Léopold-Lévi (de Paris) se fait le défenseur de toute la « petite pathologie hyperthyroïdienne » en insistant sur le test thérapeutique ; il discute la valeur absolue du métabolisme basal, revendique les droits de « l'instabilité thyroïdienne », apporte des faits montrant l'origine hyperthyroïdienne des troubles vasomoteurs, psychiques et de l'exophtalmie, revient sur l'action régulatrice du traitement thyroïdien et signale les méfaits possibles de l'iode.

M. R. Lautier (de Nice) critique la théorie de la carence iodée cause du goitre.

M. J. Hogh (de Louvain) attire l'attention sur la diminution du glycogène cardiaque dans les hyperthyroïdies expérimentales. Il rapporte des expériences qui montrent que l'injection d'hormone anthypophysaire provoque une disparition de la colloïde thyroïdienne avec hyperactivité cellulaire et augmentation de volume de la glande, en même temps que les lobes thymiques subissent une involution spécifique. D'autre part, les phénomènes génitaux au cours des hyperthyroïdies attirent l'attention sur le rôle primitif possible d'une sécrétion anormale du lobe antérieur de l'hypophyse.

MM. M. Labbé et Azerad (de Paris) apportent leurs résultats du traitement chirurgical des hyperthyroïdies. Sur 25 malades confiés à des opérateurs différents la mortalité fut de 5, soit 20 p. 100.

Parmi les survivants, 15 ont pu être suivis ; 10 (soit 66,6 p. 100) ont retrouvé une parfaite santé.Les cinq autres n'ont recueilli de l'intervention qu'un bénéfice insuffisant. Mais l'administration d'iode de façon continue a permis de compléter l'amélioration jusqu'à guérison totale.

M. H. Welti (de Paris), dans une statistique portant sur trois années établie dans le service du professeur P. Duval, montre qu la thyroïdectomie ne comporte aucun risque appréciable, même lorsqu'il s'agit d'ablations larges, subtotales ; la mortalité est nulle. L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention précoce.

M. L. Dautrebande (de Bruxelles), répondant à une question de M. Bérard, considère que la seule opération physiologique doit être la thyroïdectomie subtotale. La thyroïdectomie totale doit être réservée aux cas invétérés où, après une première intervention, le métabolisme basal reste très élevé et l'état du malade alarmant. D'autre part, l'auteur considère que le seul test permettant d'apprécier l'efficacité d'un traitement thyroïdien est le métabolisme basal, fréquemment déterminé.

M. C. I. Parhon (de Jassy) est de l'avis des rapporteurs quant à la pathogénie un peu spéciale de l'exophtalmie ; mais il fait des réserves sur la conception du syndrome para-basedowien. L'absence d'augmentation du métabolisme basal ne saurait exclure d'une façon absolue l'hyperthyroïdie. Il rappelle les cas de thyroxinorésistance de Falta.

Communications

Hyperthyroïdies et métabolisme basal. — M. Joltrain (de Paris). Sur 80 cas de Basedow, 70 mon-

traient des signes indiscutables d'hyperthyroïdie avec augmentation du métabolisme basal et réflexe oculo-cardiaque en sympathicotonie. On n'observe pas de parallélisme entre l'intensité du réflexe oculo-cardiaque et l'élévation du métabolisme basal. L'auteur n'admet pas de distinction clinique absolue entre le basedow et l'adénome toxique. Il donne la préférence au traitement iodé et à la radiothérapie.

Enfin, l'auteur insiste sur la fréquence des hyperthyroïdies dans la diathèse colloïdoclasique.

Hyperthyroïdies mortelles par l'iode. — M. M. Roch (de Genève). Dans les pays où règne l'endémie goitreuse, on connaît bien les méfaits de l'iode qui provoque de l'hyperthyroïdie. Il importe de limiter la médication iodée à la maladie de Basedow et de ne pas la prescrire sans discernement à n'importe quel goitreux.

L'équilibre protéique du sang et le corps thyroïde. — MM. Loeper et Lemaire (de Paris).

Degrés et formes de l'hyperthyroïdie. — M. L. Lévy (de Paris) étudie le tempérament thyroïdien et l'hyperthyroïdie paroxystique.

Instabilité thyroïdienne à la lueur du métabolisme basal. — M. L. Lévy (de Paris). Le métabolisme basal fournit un argument de plus en faveur de l'instabilité thyroïdienne ; sa valeur, très différente suivant les cas, ne doit pas régler la thérapeutique d'usage qui doit être tirée de l'ensemble des symptômes.

Type amphotonique et type sympathicotonique du syndrome de Barsedow. Rôle du facteur local dans la variabilité des symptômes. — M. Daniélopolu (de Bucarest). Le type amphotonique est de beaucoup le plus fréquent. L'amphotonie prédomine sur le groupe excitateur : sympathique pour l'œil, le cœur, les vaisseaux ; parasympathiques pour les glandes sudoripares, le tube digestif, les bronches. D'où la possibilité des crises d'asthme chez les basedowiens. L'auteur explique les accès de tachycardie hétérotope, l'exophtalmie unilatérale et l'asymétrie vaso-motrice par l'existence d'une lésion locale antérieure.

Problème de la glycorégulation chez les hyperthyroïdiens. — M. J. Charvat (de Prague). L'organisme hyperthyroïdien requiert une quantité notable de sucre. Le foie produit un excès de sucre ; le rein élève le seuil d'excrétion du glucose pour parer à la glycosurie secondaire à l'hyperglycémie. Cette pléthore d'hydrates de carbone, malgré une sécrétion d'insuline normale, développe une carence relative en hormone pancréatique.

Recherches sur la circulation périphérique dans l'hyperthyroïdie. — M. B. Prusik (de Prague) On trouve dans l'hyperthyroïdie des signes de fragilité capillaire, prédominant du côté veineux. Ces signes sont cliniquement latents, mais ils traduisent un surmenage circulatoire.

Les syndromes thyroïdiens. Contribution à leur étude clinique et biologique. — MM. Castex et Schteingart (de Buenos-Aires).

Hyperthyroïdie et système pileux. — M. P. Sainton. L'hyperthyroïdie amène des calvities du type péladique, des canities diffuses ou localisées. Ces troubles peuvent être l'unique manifestation du trouble thyroïdien.

L'hérédité et la famille des basedowiens. — M. P. Sainton. On peut se demander si une hérédité goitreuse lointaine ne constitue pas un terrain favorable au développement du Basedow vrai.

L'hyperthyroïdie rhumatismale. — M. R. Lautier (de Nice) tend à démontrer que l'infection rhumatismale est le facteur étiologique le plus fréquent de l'hyperthyroïdie et des diverses variétés de goitres.

Diabète et hyperthyroïdisme. — M. Carrasco Fomiguerra (de Barcelone.)

Les variations leucocytaires dans l'hyperthyroïdisme étudiées par la méthode d'Arneth. — M. Carrasco Formiguerra (de Barcelone).

Sédimentation des globules rouges chez les hyperthyroïdiens. — M. V. Jonas (de Prague). On constate chez les hyperthyroïdiens une sédimentation accélérée des hématies.

Métabolisme iodé dans l'hyperthyroïdie. — M. E. Cruz-Coke et J. Cabello (Santiago de Chili). L'iodémie est élevée chez les hyperthyroïdiens ; elle baisse sous l'influence du traitement iodé. Dans certains cas rebelles, au contraire, malgré le traitement à l'iode, l'iodémie ne cesse d'augmenter.

Essai de traitement de la maladie de Basedow par un extrait de goitre myxœdémateux. — M. Jacquerod (de Leysin) aurait obtenu des résultats encourageants par cette thérapeutique.

Bases, domaine, indications et techniques actuelles de la rœntgenthérapie et de la curiethérapie dans les diverses formes d'hyperthyroïdie. — M. Sluys (de Bruxelles). Les résultats de la radiothérapie sont excellents, comparables à ceux de la chirurgie ; les accidents sont nuls, les techniques simples et bien réglées.

Efficacité d'un traitement iodé de très courte durée dans la cure d'un syndrome hyperthyroïdien. — M. R. Worms (de Paris).

Sur le traitement des hyperthyroïdies par les rayons X. — M. B. Polland (de Prague) considère les rayons X comme utiles et sans dangers.

Sur la réactivité du cœur aux médicaments tonicardiaques chez les hyperthyroïdiens. — M. S. Mentl (de Prague). Etude expérimentale de la thyroxine sur le cœur de cobaye montrant son influence sur l'action de la digitale et du strophantus.

Traitement d'une hyperthyroïdie par le néosalvarsan et l'iodopeptonate ; guérison depuis douze ans. — M. H. Schwers (de Liége).

Poussée aiguë d'hyperthyroïdisme apparue chez une basedowienne traitée par l'insuline. — MM. Ph. Barral et Ponthus (de Lyon).

(*A suivre.*)

Les Livres

PAYOT, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ernest KRETSCHMER (de Turingue). — **La structure du corps et le caractère. Recherches sur le problème de la constitution et la science des tempéraments.** (Un vol. in-8 de la « Bibliothèque médicale », traduit d'après la 6e éd. allemande par le Dr JANKÉLÉVITCH. Prix : 40 fr.)

L'auteur, professeur de psychiatrie et de neurologie, poursuivant les études de Kracpelin sur la forme du corps humain en fonction des maladies et des altérations psychiques, va plus loin encore et franchit les murs de la clinique pour contempler la vie dans ses manifestations multiples. Il élargit le cercle de ses recherches cliniques en y ajoutant leur perspective historique et généalogique, et les barrières entre la maladie et la santé s'effacent progressivement ; le type circulaire morbide vient se fondre insensiblement et par degrés avec la personnalité cyclothyme normale ; le malade schizophrénique devient un schizoïde avorté, dont il faut rechercher les rudiments de caractère, ou plutôt le cadre biologique dans le schizothyme normal.

Ces deux grandes variétés de personnalité humaine et de formes morbides présentent une manière d'être corporelle, sinon toujours décelable à première vue, au moins frappante par la constance de ses particularités typiques, accessibles aux mensurations et d'une importance primordiale pour la compréhension des grands processus biologiques. Partant de la biologie clinique, les recherches viennent s'élargir jusqu'à se trouver en présence d'un problème d'ordre général, celui des rapports entre les formes corporelles et la manière d'être psychique.

Deux de ces grands groupes (type schizothyme et cyclothyme) sont suivis à travers leur développement historique et leur signification culturelle.

Ainsi, ce livre ne s'adresse pas seulement au psychiatre, mais à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie et qui voient dans la recherche de « types » de la personnalité humaine un problème essentiel et digne de la science empirique.

Librairie G. DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

R. BENDA. — **La transfusion du sang.** (*In* collection « La pratique médicale illustrée ». Un vol. in-8 de 36 pages avec fig. dans le texte, 9 francs.)

L'auteur démontre que la transfusion du sang est désormais une opération de pratique médicale courante, mais sous la réserve formelle que le transfuseur possède une connaissance exacte des incompatibilités sanguines, et soit instruit, jusque dans leurs moindres détails, des difficultés des épreuves prétransfusionnelles. Ces différentes questions sont exposées dans ce livre, à la fois scientifique et pratique. Ceux qui le consulteront seront à l'abri des surprises de la transfusion, prêts à effectuer cette opération avec un maximum de sécurité.

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie HACHETTE

Tout le corps humain : Encyclopédie illustrée des connaissances médicales, publiée sous la direction du docteur Henri BOUQUET, 4 volumes.

TOME I. — Le corps humain et ses fonctions. Les parasites. Les microbes. (Un vol. 364 pages avec figures).

TOME II. — Comment naissent les maladies. Intoxications. Tumeurs. Le cancer. Les maladies. (Un vol. 400 pages avec fig.).

TOME III. — Les maladies (*suite et fin*). La mère et l'enfant (grossesse, accouchement). (Un vol. 378 pages avec fig.).

TOME IV. — La mère et l'enfant. Puériculture. Traitement des maladies. (Un vol. 420 pages avec figures).

Chez J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille.

Prof. Maurice PERRIN, de Nancy, et Gabriel RICHARD, de Royat. — **L'hypertension artérielle.** Collection des « Actualités médicales ». (Un vol. in-16, 112 pages, 16 fig. Prix : 10 fr.).

Librairie GARNIER frères,
6, rue des Saints-Pères.

ELVIRE D. BAR, docteur ès lettres. — **Dictionnaire des épithètes et qualificatifs.** (Un vol. 550 pages. Prix : 22 fr.).

Chez VIGOT frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

René CONDAMIN, professeur à la Faculté de Lyon. — **La fibro-conjonctivite (CELLULITE) et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme.** (Un vol. in-8° 140 pages. Prix : 20 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

Cures de jeûne et insuline

On sait que la découverte de l'insuline a bouleversé toute la thérapeutique du diabète, au point de faire table rase des méthodes antérieures à sa venue. Certes, il n'est pas douteux que l'insuline en constitue le traitement spécifique, mais une réaction se produit pour en limiter les indications et pour rendre aux autres traitements la place qu'une longue expérience leur avait légitimement octroyée. L'intéressant travail de Abel illustre admirablement les nouvelles tendances contre la suprématie de l'insulinothérapie.

Après avoir rappelé les inconvénients de la cure insulinique, « la sujétion sans répit qu'elle impose au malade, sujétion pénible, douloureuse, par sa répétition, au surplus onéreuse, ruineuse pour les bourses modestes », Abel précise que tous les diabètes ne sont pas susceptibles de l'insuline, que, seuls, les diabètes avec acidose ou dénutrition azotée nécessitent la cure d'insuline et il démontre les avantages des anciens traitements et, en particulier, des cures de jeûne.

Son travail met en évidence l'intérêt des cures de jeûne, alternées ou non. Dans les cas de diabète simple, sans dénutrition, la cure de jeûne permet de déterminer plus rapidement la tolérance du sujet vis-à-vis des hydrates de carbone. De plus, le jeûne devient nécessaire pour obtenir la disparition du sucre chez certains malades qui, tout en restant des diabétiques simples, ont une glycosurie rebelle au régime approprié. Cependant, l'expérience nous a montré aussi à nous même que la cure de jeûne n'était pas toujours facile à réaliser en raison des conditions de vie du malade, de ses répugnances, de son travail, etc... Il y a donc, selon nous, intérêt à associer au jeûne un médicament ayant fait ses preuves et que l'insuline a peut être trop relégué au deuxième plan : la santonine. Il est prouvé par les expériences de Sejournet que la santonine réfrène la glycoformation et que, tout en jouant un rôle d'épargne, elle augmente la tolérance pour les hydrocarbones.

La médication de Sejournet, mise au point dans les laboratoires du docteur Leprince, sous forme de pilules bien dosées , constitue une médication aussi active que la cure de jeûne.Elle a fait ses preuves depuis de nombreuses années. Elle a l'avantage d'être peu coûteuse. Les succès éclatants de sa rivale, ne sauraient lui enlever la place à laquelle elle a droit.

En résumé, il apparaît nettement qu'il est tout aussi injuste de faire table rase des cures de jeûne et de la santonine dans la thérapeutique du diabète, que de nier à l'insuline sa haute valeur. Comme le dit excellemment Abel, «le vrai est dans un juste milieu ».

Les Déprimés

Vinchon vient de classer les déprimés sous trois aspects cliniques principaux (*Journ. des Praticiens*, 26 juillet 1930).

1° Les hyperémotifs, sujets à réflexes vifs et amples. L'émotif est, par surcroit, un fatigué et l'aspect clinique de cette « fatigabilité » peut être modifié par des états divers : asthénie constitutionnelle, insuffisance surrénale.

2° Les psychasténiques, qui sont plus rares, mal adaptés à la vie, car ce sont aussi des douteurs, des discuteurs, des obsédés. Leur psychasténie évolue chroniquement ou par périodes quand l'obsession aboutit à l'acte sous forme d'impulsions.

3° Les mélancoliques, inhibés, inertes, parfois anxieux, qui restent dominés par la douleur morale, la sensation de vide affectif, le manque de goût pour la vie. L'évolution de leur affection est intermittente.

Dans toutes ces formes, les signes physiques, les formules humorales sont identiques, mais les aspects cliniques varient suivant la constitution du sujet.

Ajoutons que, chez tous les déprimés, la pathogénie des troubles observés est la même ; chez tous, le déficit phosphoré de la cellule nerveuse est en cause ; chez tous, la base du traitement est constituée par la médication phosphorée ou mieux néo-phosphorée.

En dehors des aliments riches de ce métalloïde (œufs, poissons, cervelles, céréales), les anciens médecins préconisaient la corne de cerf ou de chèvre brûlée, les os calcinés, les cendres de cheveux riches en principes phosphatés. A ces vieux remèdes, ont fait suite les préparations purement minérales et les divers phosphates plus ou moins solubles. Dans ces dernières années, l'assimilation des phosphates alcalins et terreux fut battue en brèche, en même temps que le phosphore et les phosphures furent reconnus suspects de toxicité. On crut trouver dans les glycéro-phosphates et les lécithines les avantages d'une chimie plus vivante et d'un potentiel plus capable d'actions catalytiques ou métosyncrétiques de premier plan. Mais il est démontré aujourd'hui que la fixation des glycérophosphates est très limitée et que leur action reste très fugace. De même les lécithines ont des résultats passagers et, de plus, elles se dédoublent en choline qui est un produit de régression et un poison des neurones.

L'acide nucléinique, au contraire, très riche en phosphore assimilable, a fourni une arme thérapeutique remarquable (Paul et His, O. Lœwi), sous la forme de Rhomnol.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité professionnelle

ASSURANCE-MALADIE

Les premiers résultats de son fonctionnement. — Consultations gratuites et assurés sociaux. Le contrôle syndical. — Nomenclatures. — Lettre du Ministre du Travail.

L'agitation qui entoure présentement la mise en route de l'Assurance maladie n'a rien qui puisse nous surprendre, ni nous émouvoir en soi. Nous avons assisté aux mêmes mouvements d'opposition, de critique, d'hostilité même, aussi bien dans l'opinion publique que chez les médecins, quand furent mises en application, en 1893, la loi sur l'Assistance-médicale gratuite, en 1898, la loi sur les accidents du travail, et plus près de nous, en 1919, la loi sur les pensions militaires.

Comment pourrait-il en être autrement ? Ce sont des lois qui font intervenir, au premier plan, et comme grandes vedettes, des techniciens. Or, elles sont élaborées péniblement, sans tenir un compte suffisant de leurs avis motivés. Par ailleurs, elles suscitent des conflits d'intérêts que leurs auteurs n'ont pas pu ne pas prévoir, mais qu'ils ont cherché à apaiser par la voie des cotes mal taillées, — confiants dans l'expérience pour suggérer les redressements nécessaires.

Si vous voulez bien considérer que la loi initiale du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a subi déjà huit remaniements, en mars 1902, en mars 1905, en mars 1917, en octobre 1919, en juillet et en août 1920, et que la série des modifications n'est sans doute pas close, puisque l'amendement Gros, pendant devant le Sénat, sera sans doute voté; vous pouvez parier à coup sûr que la loi du 30 avril 1930, sur les Assurances sociales, deuxième édition corrigée de sa devancière de 1928, subira, dans un proche avenir, de profondes et inévitables retouches.

Dès maintenant, un premier fait surgit et domine, c'est une offensive vigoureuse de la Mutualité contre le Corps médical qu'elle accuse des pires méfaits. Un second fait est non moins évident, c'est que quelques médecins ayant fait preuve d'inhabileté à l'égard de leurs clients habituels, devenus des assurés sociaux, la Mutualité, *grande fautrice de l'agitation dont je parle*, exploite précisément ce fait.

Le Corps médical est particulièrement bien armé pour se défendre contre cette offensive, et sa défense sera victorieuse s'il sait se servir adroitement et opportunément de ses armes. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il est investi par la loi, en la personne morale de ses organisations professionnelles, du privilège redoutable, mais qui l'honore, d'en surveiller l'application dans son propre milieu.

De la façon dont il en usera dépend l'avenir de l'organisation des soins médico-pharmaceutiques, soit que ceux-ci demeurent ce qu'ils sont actuellement, avec les améliorations qui s'imposent, soit au contraire qu'ils passent entre les mains d'une médecine de caisse spécialement créée à cet effet par les Pouvoirs publics.

Nous pouvons cependant essayer de saisir et de mettre en évidence les dispositions actuelles qui risquent de gripper la machine, d'en fausser le fonctionnement, et finalement de l'empanner, si j'ose m'exprimer ainsi.

Dans les soins à domicile, le médecin a obtenu ce qu'il réclamait : libre choix, entente directe, respect du secret professionnel. Il semblerait qu'il dut s'estimer satisfait de ce triomphe de ses revendications.

Et il le serait sans doute s'il ne sentait immédiatement s'exercer, à ses dépens, une concurrence contre laquelle il ne sait s'il pourra se prémunir.

C'est, d'abord, la concurrence des organisations à caractère plus ou moins philanthropiques, qui donnent des consultations gratuites, même aux assurés sociaux.

Quelle doit être la conduite du médecin chargé de ces consultations envers un assuré social qui lui demande de remplir sa feuille de maladie, non pour obtenir le remboursement d'honoraires médicaux qu'il n'aura pas déboursés, mais la délivrance de médicaments plus ou moins coûteux ?

J'ai entendu dire, et j'ai pensé moi-même, que ce désir de l'assuré social pouvait être satisfait sans inconvénient majeur, à la condition qu'il soit bien précisé que le médecin n'a rien reçu et ne recevra rien, de manière à ce que la caisse,

dûment renseignée, ne rembourse pas ou n'avance pas sa part de responsabilité à qui ne saurait y prétendre.

Mais, à la réflexion, il m'est apparu que, nonobstant, la fraude serait possible — dont le médecin deviendrait inconsciemment complice ; ensuite, que la loi n'a pas prévu cette intervention gratuite du médecin, qui vient fausser l'économie même du système et le déséquilibrer, puisque les cabinets médicaux risqueraient d'être désertés en faveur des consultations gratuites, donnant cependant droit au remboursement des fournitures médicamenteuses.

Je m'en suis ouvert à Cibrie qui m'a donné à lire cet extrait d'un article publié par lui dans *Paris médical* : « Il répugne à certaines œuvres jusqu'ici purement gratuites de recevoir de l'argent, même des assurés sociaux, en consultation surtout. Dans ce cas, la conduite à tenir est simple : consultations gratuites, mais ne jamais signer une feuille de maladie, ce qui motiverait le remboursement à l'assuré de frais non déboursés par lui, donc escroquerie vis-à-vis de la caisse et dont le médecin serait complice » (1).

Mais, la grosse pierre d'achoppement, c'est la concurrence, surtout à Paris, des hôpitaux de l'Assistance publique. Il est évident que les tarifs particulièrement bas pratiqués envers les assurés sociaux hospitalisés risquent de drainer les malades vers les services hospitaliers, surtout en chirurgie et pour les spécialités, au détriment des chirurgiens et spécialistes n'appartenant pas à l'assistance.

Une modification s'impose, et devra être provoquée à bref délai. Faute de quoi, nous courrions à une division profonde du Corps médical, et à une guerre plus ou moins vive entre les deux tronçons ainsi formés, division et guerre qui seraient funestes à l'unité corporative sans laquelle les médecins ne peuvent faire front contre d'autres risques, encore plus graves (2).

Dans les rapports de la caisse avec l'assuré, le remboursement des frais médicaux est la règle ; l'avance est l'exception. Des confrères se sont plaints à moi de ce que certaines caisses avaient refusé de consentir des avances à des assurés dans l'obligation de suivre un traitement de longue haleine (en l'espèce, séries d'intraveineuses). Une caisse aurait même riposté à une demande légitime de remboursement : « Vous nous coûtez trop cher. Allez à l'hôpital ! » La caisse a outrepassé son droit. Le seul que la loi lui donne, en ce cas, c'est le contrôle exercé par son médecin sur le malade, pour reconnaître cette légitimité de soins prolongés, d'accord avec le médecin traitant, — un troisième arbitre nommé par le juge de paix devant les départager en cas de désaccord.

Sous le bénéfice de cette procédure, la caisse, encore une fois, n'a pas à s'immiscer dans le traitement ni d'en contester l'utilité, ni la durée.

En pratique, on conçoit difficilement qu'un assuré social ne dispose pas de la somme nécessaire pour régler les frais d'une et même de deux consultations. Or, le remboursement doit être effectué par les caisses soit tous les huit jours, soit à la fin de la maladie.

Le règlement au comptant, ou différé tout au plus jusqu'à la consultation suivante, devrait devenir la règle pour les médecins, s'ils veulent se mettre en garde contre les mauvais payeurs, doublés en ce cas, d'escrocs. Car c'est une escroquerie que de négliger d'honorer un médecin tout en touchant néanmoins la part de responsabilité de la caisse dans le règlement de l'acte médical.

Je voudrais maintenant revenir au contrôle syndical, institué par la loi.

A-t-il déjà joué, depuis à peine trois mois que l'assurance-maladie a commencé de fonctionner ? Je ne l'ai pas entendu dire. En tous cas, quand je lis certains articles qui fulminent contre cette mesure, et cherchent à la déconsidérer *a priori* et à la montrer inopérante, je demeure stupéfait, je le confesse, et je ne comprends pas.

On croirait, à lire ces articles, que c'est la première fois que, dans une organisation médico-sociale, un tel contrôle est légalement institué. N'en existe-t-il pas un, dans la législation du travail, assez peu satisfaisant d'ailleurs, puisqu'il s'exerce habituellement à l'instigation des compagnies d'assurancs, sans tenir un compte suffisant des prescriptions impératives de la loi, et en dehors de toute intervention corporative ? N'en existe-t-il pas un, plus perfectionné, dans la législation des pensionnés de guerre, exercé par les délégués d'une Commission tripartite, nommés par leurs groupements professionnels ? Ignore-t-on qu'il fonctionne d'une façon courante, et que ses opérations sont ensuite vérifiées et sanctionnées par cette Commission tripartite dont les décisions peuvent être portées en appel devant la Commission supérieure ?

Rien de nouveau donc dans l'institution d'un contrôle médical. Ce qui est nouveau, et ce qui, à mon sens, marque un pas prodigieux dans l'évolution du syndicalisme, c'est que c'est lui qui en assume toute la responsabilité.

Compte tenu des différences d'appréciation qui se présentent entre confrères appelés à se prononcer sur des cas analogues, celui-ci jugeant utile de multiplier ses visites, celui-là se conten-

(1) C'est finalement en ce sens que s'est prononcée l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats le 20 décembre dernier.

(2) Satisfaction a été partiellement obtenue sur ce point. Voir lettre du Dr Grinda, ministre du Travail, ci-après.

tant par contre de soins plus espacés, on arrive à discerner la limite à partir de laquelle il est permis de déclarer : « Il y a excès, et cet excès aurait pu être évité. »

Quand, à l'occasion d'une plaie de la main ayant demandé quinze jours pour être complètement cicatrisée, vous constatez qu'il y a eu plus d'actes médicaux que de jours mêmes d'indisponibilité ; que ces actes se sont répétés chaque jour, et jusqu'à la veille de la reprise du travail, vous êtes en droit d'affirmer qu'il y a eu excès injustifié de soins.

Ce qu'il ne faut pas, c'est que le contrôle devienne une brimade ; qu'il serve à assouvir des rancunes personnelles. Aussi convient-il que les syndicats aient recours à une procédure qui les absolve à l'avance de tout soupçon de partialité.

J'ai reçu, à cet égard, un projet de règlement qui m'a été adressé par un confrère de la Creuse et que je publie ci-après, à titre simplement documentaire, les syndicats devant savoir ce qu'ils ont à faire.

***

Le contrôle médical, pour inspirer confiance aux intéressés, pour conserver toute sa valeur, doit être impartial.

Il ne sera donc jamais confié (malgré d'honorables exceptions et pour ne pas entrer dans des questions de personnes) à des médecins concurrents ou voisins du contrôlé.

Pratiquement, pour notre département, on pourrait poser les règles suivantes :

ARTICLE 1

Le médecin contrôleur ne sera jamais un concurrent, soit médical, soit chirurgical.

Il ne sera jamais un médecin salarié, attaché soit à une caisse, soit à un dispensaire ou à une clinique mutualiste, soit à une Compagnie d'assurances.

Il ne sera jamais pris dans le canton habité par le contrôlé, ni dans les cantons limitrophes. Cette règle ne souffrira aucune exception. Si elle était violée, l'expertise, sans aucune discussion possible, serait frappée de nullité, et dans ce cas, le contrôlé pourrait se retourner contre le syndicat ou son bureau et lui intenter une action judiciaire en dommages et intérêts.

Désignation des médecins contrôleurs

ARTICLE 2

Le contrôle médical sera exercé par trois médecins (remplissant les conditions sus-énoncées de l'article 1 (ni concurrents, ni voisins, etc., etc...) désignés, pour chaque affaire, par voie de tirage au sort sur une liste comprenant tous les médecins du syndicat exerçant dans le département.

Le tirage au sort sera opéré par le bureau du syndicat, en présence du médecin contrôlé (ou de son représentant), prévenu au moins quarante-huit heures à l'avance *par le président du syndicat, par lettre recommandée.*

Le contrôlé aura, s'il le désire, la faculté de récuser un des contrôleurs.

Dans ce cas, il y aura lieu de continuer le tirage au sort pour remplacer le médecin contrôleur récusé (dans les conditions énoncées à l'article 1, ni concurrent, ni voisin, etc., etc.).

L'absence du médecin contrôlé ou de son représentant, au moment du tirage au sort, sera considérée comme une acceptation formelle des médecins contrôleurs désignés conformément au règlement.

Le contrôle a lieu en présence du médecin contrôlé (ou de son représentant) prévenu 48 heures à l'avance par le président du syndicat, par lettre recommandée.

L'absence du médecin contrôlé (s'il a été prévenu réglementairement) n'empêche pas le contrôle d'avoir lieu.

Si les trois médecins contrôleurs (le plus âgé remplissant toujours les fonctions de président de la Commission de contrôle) demandent qu'il leur soit adjoint un spécialiste — ce spécialiste sera désigné par voie de tirage au sort, parmi une liste comprenant les noms des spécialistes exerçant dans les départements limitrophes (dans les conditions de l'article 1).

***

Ceux qui cherchent à ruiner le contrôle médical dans l'assurance-maladie, avant même qu'il ait commencé de jouer, et sans qu'on en connaisse encore les avantages et les inconvénients, me paraissent manquer de discernement. C'est un bien mauvais service qu'ils rendent à leurs confrères. Et c'est aussi faire preuve d'inconséquence. Car il est fréquent que ces farouches adversaires de ce contrôle soient en même temps partisans de l'Ordre des médecins. Et c'est pourquoi j'ai dit plus haut que je ne comprenais pas de telles critiques. Un Ordre des médecins comporterait un droit de contrôle de son Conseil sur TOUS les actes, quels qu'ils soient, de ses ressortissants. Vous qui en êtes partisan, vous trouvez évidemment cela très bien, jusqu'au jour où c'est vous même qui serez contrôlé : tout est possible et tout arrive. Et quand une surveillance de cette nature est limitée seulement à certaines catégories sociales, cela devient la pire des choses... M'explique qui pourra cette contradiction. Elle dépasse mon entendement, sans doute insuffisant.

Je suis au contraire de ceux qui ont applaudi à l'institution du contrôle confié aux syndicats médicaux dans l'assurance maladie. J'ai dit et je persiste à penser et à répéter que c'est une conquête d'importance que vient de faire le syndicalisme. Et que s'il sait l'exploiter comme la raison et son propre intérêt le lui commandent, il aura fait un pas immense vers l'adaptation de la profession à ses propres besoins, et aux besoins sociaux actuels.

Mais ce contrôle ne peut fonctionner que là où il y a conventions passées entre syndicats médicaux et caisses d'assurances. En l'absence de telles conventions, pas de contrôle, et c'est le § 7 de l'article 4 qui joue. C'est-à-dire que caisses et médecins s'ignorent, — les malades recevant une indemnité journalière forfaitaire calculée à raison d'un minimum de 20 % des salaires de base pour faire face aux frais médico-pharmaceutiques.

N'est-ce pas la conception chère à certains d'entre nous ? Ne s'en est-il pas trouvé, en effet, pour préconiser une assurance sociale liant caisses et assurés, sans aucune intervention technique ? C'est ainsi que les choses se passent dans certaines grandes administrations qui prennent à leur charge le salaire de leurs employés malades. Elles délèguent un médecin qui constate la réalité de la maladie et fixe l'invalidité à laquelle elle donnera probablement lieu. Les malades appellent ensuite le médecin de leur choix.

Conception séduisante. L'Etat n'en a pas voulu, pour des raisons qu'il serait superflu de rééditer ici. Nous sommes donc en présence d'un autre système, qui peut se ramener pourtant, à l'occasion à celui-ci, et que prévoit ce § 7 de l'article 4.

Laissons-les jouer parallèlement. Et nous verrons quels enseignements on pourra tirer de ce parallélisme d'action. Et nous verrons aussi à quoi cela nous mènera.

Pourvu que ce ne soit pas à un désastre ! ! !

G. Duchesne.

Nomenclature et coefficients pour la pratique médicale courante, la petite chirurgie et l'accouchement.

Numéro de nomenclature	Désignation	Coefficient
C. ou V.	Consultation simple ou avec	
	injection sous-cutanée, injection intra-musculaire,	
	pose de ventouses simples	
	ou scarifiées, pointes de	
	de feu, massage........	1
	(Le prix de la visite est égal à	
	celui de la consultation,	
	augmenté de l'indemnité	
	de déplacement).	2
	Visite demandée le dimanche	-
V. D.	Injection sous-cutanée de	
P. C. n° 1	sérum physiologique.....	2
	Injection sous-cutanée de sé-	
Idem.	rum antitoxique........	2
	Injection intra-veineuse mé-	
	dicamenteuse (autre que	
Idem.	celle de novarsénobenzol).	2
	Hémothérapie (auto ou hé-	2
Idem.	téro)..................	
	Prise de sang pour Wasser-	2
Idem.	mann ou analogues......	
	Ouverture d'abcès superfi-	2
Idem.	ciel (ou d'hématome)....	
	Grand pansement.........	2
Idem.	Cathétérisme de l'urèthre...	2
Idem.	Injection intra-utérine.....	2
Idem.	Visite de nuit............	2
V. N.	Injection intra-veineuse de	3
P. C. n° 2	novarsénobenzol	
	Saignée	3
Idem.	Ponction d'abcès froid.....	3
Idem.	Suture simple (1 ou 2 points)	3
Idem.	Tamponnement des fosses	3
Idem.	nasales pour épistaxis....	
	Ponction d'hydarthrose.....	3
P. C. n° 3	Ponction d'hydrocèle.......	4
Idem.	Ponction lombaire.........	4
Idem.	Ponction d'abcès froid avec	
Idem.	injection modificatrice.....	4
	Très vaste pansement......	4
Idem.	Pansement intra-utérin.....	4
Idem.	Extraction de corps étranger	
Idem.	superficiel.............	4
Idem.	Ponction d'ascite..........	5
Idem.	Ouverture d'abcès profond..	5
Idem.	Réunion par suture multiple	
	(plus de 2 points).......	5
Idem.	Réduction de hernie étran-	
	glée par taxis...........	5
Idem.	Traitement de l'asphyxie...	5
P. C. n° 4	Ponction de pleurésie (éva-	
	cuatrice)...............	6
Idem.	Accouchement simple (y	
	compris 9 visites consécu-	
	tives).................	40
Idem.	Accouchement gémellaire (y	
	compris 9 visites consécu-	
	tives).................	40

(1) Les coefficients donnent le rapport du prix de chaque intervention au prix de la consultation pris comme unité, d'après la pratique moyenne courante, et sous réserve de certaines variations locales.

Nomenclature et classification des actes de chirurgie eé de spécialités.

Chirurgie, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, dermatosyphiligraphie, hydrologie, électro-radiologie, biologie.

Tous ces actes sont groupés en 17 catégories de valeur croissante.

La nomenclature et la classification ont fait l'objet d'une première édition qui renferme des anomalies telles qu'une nouvelle édition, con-

sidérablement corrigée, s'impose et est à l'étude.

Chacune de ces catégories est multiple d'un coefficient de base : K.

La valeur de K dans les tarifs syndicaux minima est : 25 fr., et dans le tarif des réassurance, par les chiffres-clés, de 3 fr. pour les soins donnés à l'hôpital et de 8 fr. pour les soins donnés en dehors de l'hôpital.

Il est prévu deux modes de paiement ;

— Le paiement de l'acte opératoire isolé, toute visite ou pansement consécutif étant compté en plus, ainsi que l'assistance des aides.

— Le paiement global du traitement d'une maladie comprenant : le prix de l'opération, les soins et pansements pendant une période de 20jours et la rémunération des aides.

Chaque acte indiqué dans la nomenclature a donc deux valeurs : acte isolé = K × N ; prix global : K × N'.

Dans le cas où l'acte indiqué ne peut pas comporter un prix global (ex. : transfusion sanguine ; toutes les interventions électro-radiologiques et de laboratoire), il est marqué par un astérique dans la nomenclature à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Tableau de la valeur des catégories.
Le coefficient de base du tarif syndical est : 25 fr.

Catégories	Acte isolé	Prix global
1	K × 2 = 50 fr.	K × 4 = 100 fr.
2	K × 3 = 65 fr.	K × 6 = 150 fr.
3	K × 4 = 100 fr.	K × 8 = 200 fr.
4	K × 5 = 125 fr	K × 10 = 250 fr.
5	K × 6 = 150 fr.	K × 12 = 300 fr.
6	K × 8 = 200 fr.	K × 16 = 400 fr.
7	K × 10 = 250 fr.	K × 20 = 500 fr.
8	K × 12 = 300 fr.	K × 24 = 600 fr.
9	K = 16 = 400 fr.	K × 32 = 800 fr.
10	K × 20 = 500 fr	K × 40 = 1.000 fr.
11	K × 30 = 750 fr.	K × 50 = 1.250 fr.
12	K × 40 = 1.000 fr.	K × 60 = 1.500 fr.
13	K × 50 = 1.250 fr.	K × 68 = 1.700 fr.
14	K × 60 = 1.500 fr.	K × 80 = 2.000 fr.
15	K × 80 = 2.000 fr.	K × 100 = 2.500 fr.
16	K×100 = 2.500 fr.	K × 120 = 3.000 fr.
17	K×120 = 3.000 fr.	K × 140 = 3.500 fr.

Pour le calcul du tarif de réassurance, il y aura lieu, dans le tableau ci-dessus, de remplacer le chiffre K = 25 par l'un des deux chiffres-clés.
3 fr. quand il s'agit de soins donnés à l'hôpital.
8 fr. quand il s'agit de soins donnés hors de l'hôpital.

Nomenclature et coefficients concernant la pratique courante des soins et interventions dentaires.

Initiales correspondant aux indications fournies par le praticien traitant sur la feuille de traitement	Détail des interventions	Coefficients
Co.	Consultation (1)	1
Ex.	Extraction de dent ou racine	4/3
Ex. S.	Extractions supplémentaires (lorsqu'il y a plusieurs dents à extraire en plus de la première)	2/3
Ex. I.	Extraction de dent incluse	10/3
T. G.	Séance de traitement des gencives (2)	1
N. B.	Nettoyage de bouche	4/3
Ob.	Obturation (matière plastique ou métal)	2
T. R.	Traitement de la pulpe ou des canaux radiculaires	2
H. S.	Traitement d'une hémorragie secondaire	4/3
Ab.	Incision d'un abcès	1
R. D.	Radiographie dentaire après accord préalable avec la caisse	8/3
	Prothèse dentaire :	
	Appareils en vulcanite ou métal non précieux	
	Plaque base	10/3
	La dent (porcelaine)	10/3
	Le crochet	2
	Réparation d'un appareil (fracture)	2
	Ajouter une dent ou un crochet	10/3
	S'il y a plusieurs dents à ajouter, chacune	2
	Cette nomenclature sera complétée ultérieurement dans la même forme en ce qui concerne les soins et interventions non prévus ci-dessus.	

(1) La consultation consiste dans l'examen complet de la bouche non suivi dans la même séance d'une des interventions prévues par la nomenclature. Les interventions prévues par la nomenclature s'entendent du traitement complet correspondant, même si le malade doit se présenter plusieurs fois au praticien.

(2) Il faut entendre, par le traitement des gencives, les soins spéciaux nécessités par un état pathologique.

Lettre du Dr Grinda, ministre du Travail et de la Prévoyance sociale

Paris, le 17 décembre 1930

Monsieur le Secrétaire général
de la Confédération des Syndicats
médicaux français,

Vous m'avez soumis, en me demandant de vous faire connaître ma manière de voir, une délibération du Conseil de votre Confédération, dont je reproduis ci-dessous le texte :

« Le Conseil de la Confédération a estimé, après « une longue étude de la question, qu'il y avait lieu, « partout où l'entente directe totale n'avait pu ou ne « pouvait pas être obtenue, d'obtenir au moins la « *discrimination entre les catégories*, et l'ordre du jour « suivant a été adopté qui traduit cette décision :

« La Confédération des Syndicats médicaux fran- « çais fera tous ses efforts à l'effet de permettre la si- « gnature rapide des conventions pour obtenir :

« *Soit* que la cinquième catégorie *au moins* soit « soumise à la règle de l'entente directe dans les hô- « pitaux publics ;

« *Soit* que les malades de la cinquième catégorie « *au moins* ne puissent être traités dans les salles « communes des dits hôpitaux ;

« Ces dispositions peuvent porter dérogations en « faveur des membres de familles nombreuses. »

Je ne repousse pas, pour les hôpitaux autres que ceux des villes de Faculté, l'idée de faire varier le chiffre-clé des honoraires chirurgicaux à l'hôpital d'après la catégorie de l'assuré à condition :

a) Que la dépense totale résultant pour la Caisse du barème établi n'excède pas celle qui résulterait de l'application uniforme, à toutes les catégories, du chiffre clé de 3 francs, prévu par le tarif de réassurance ;

b) Que le chiffre-clé de 8 francs, ne soit pas dépassé pour la cinquième catégorie.

J'accepte, en outre, que dans les mêmes hôpitaux, le chirurgien ou le spécialiste de l'hôpital puisse s'entendre librement avec l'assuré de la cinquième catégorie pour un compliment d'honoraires, à condition :

a) Que cette clause soit admise par la Commission administrative de l'hôpital et la Caisse d'Assurances sociales et inscrite dans la convention hospitalière ;

b) Que le total des honoraires perçus, tant sur la caisse que sur l'assuré, n'excède pas le chiffre résultant de l'application à la nomenclature du chiffre-clé de 12 francs.

Je subordonne ces concessions à deux contre-parties, auxquelles j'attache la plus grande importance :

1° Les consultations à l'hôpital doivent être ouvertes aux assurés, partout où elles existent et dans toute la mesure où elles existent, aux conditions fixées par la circulaire du 22 novembre dernier de mon prédécesseur dont vous avez eu connaissance.

2° Les syndicats médicaux doivent reconnaître aux Caisses le droit de délivrer aux assurés, sans ordonnance médicale, certains médicaments courants dont la liste et le mode de délivrance seront arrêtés d'accord entre les Caisses et les Syndicats médicaux et pharmaceutiques.

Je compte aussi sur une révision très rapide de la nomenclature des spécialistes, qui comporte sur certains points, des erreurs évidentes dans le sens de l'exagération.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma haute considération.

Dr GRINDA.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX

Le diner confraternel

Les séances de l'Assemblée générale de la Confédération ont été suivies avec beaucoup d'assiduité et ont donné lieu à un consciencieux labeur. Les ordres du jour, votés à la suite des discussions sur les questions à l'étude, seront publiés très prochainement.

La journée du samedi, particulièrement bien remplie, se termina par l'habituel dîner confraternel qui réunit, sous la présidence du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à l'Hôtel Lutetia, environ 80 délégués, heureux de se retrouver autour d'une table savoureusement servie.

Aux places d'honneur, autour du Président, le Dr Dibos, président de la Confédération, le médecin général Odile, président de la Commission supérieure de contrôle de la loi des pensions militaires (art. 64), le professeur Vanverts, de Lille, ancien président de la Fédération des Syndicats. Parmi les convives, Cibrie, Hilaire, Bongrand, Jayle, François, Hervy, Decourt, Marquis, Legras, Dorel, Lefèvre, Gaussel, Batier, Boudin, Caillaud etc. Madame Foulon, secrétaire administrative du Bureau de la Confédé-

de la muqueuse buccale (applications médicamenteuses, pointes de feu, etc.).

(3) Les coefficients donnent le rapport du prix de chaque intervention au prix de la consultation pris comme unité d'après la pratique moyenne courante, et sous réserve de certaines variations locales.

ration, dont je ne saurais trop vanter la bonne grâce et la complaisance, apporte à la réunion cette présence féminine, sans laquelle il n'est ni charme, ni lumière, ni sourire.

A l'heure des toasts, le Dr Dibos annonce que, docile au mot d'ordre donné l'an dernier par son prédécesseur, il ne fera pas de discours. Pourtant, il doit des remerciements à des hôtes qu'il regrette de trouver aussi peu nombreux, mais de qualité telle qu'elle remplace la quantité.

Quels remerciements peut-il adresser au Doyen de la Faculté de médecine ? A la Confédération, n'est-il pas chez lui ? Il est difficile de remercier quelqu'un d'être chez soi ... Ceux que mérite le médecin général Odile lui sont dus pour l'autorité bienveillante avec laquelle il préside la Commission supérieure. Le professeur Vanverts à droit à un hommage particulier comme ex-président de la Fédération. A Bongrand, remplaçant Bellencontre, et représentant l'Association générale, une expression de gratitude. A Lenglet, un hommage mérité pour la sûreté avec laquelle il conduit la procédure de la Commission supérieure, pour le dévouement qu'il y apporte, et pour les efforts qu'il fournit, d'autant plus méritoires que sa santé ne s'en est pas toujours bien trouvée. Remerciements aussi à Legras, à Duchesne, à Boudin, à Smester, vieux syndicaliste ; à François, à Jayle, trésorier modèle, administrateur incomparable de l'Hôtel Chambon, à qui il n'y aura plus rien à dire quand la pendule marchera ... à Decourt, à Girard ... Congratulations enthousiastes à Madame Foulon.

Et pour terminer, une anecdote charmante sur Blasco Ibanez interrogeant un enfant dans une école primaire aux abords des Pyrénées françaises ; quels sont les trois plus grands littérateurs de tous les temps ? — Homère, répond l'enfant ... Victor Hugo ... — Et puis, le troisième ? L'enfant hésite, et se décidant : « Et puis, il y a Vous ... »

« Je répéterai comme l'écolier, dit Dibos, il y a Vous tous, mes chers confrères, mes chers amis, à qui j'adresse tous mes meilleurs compliments et mes souhaits les plus chaleureux... »

M. le Professeur Balthazard, à qui avait été remise le jour même, au nom de la Confédération, une médaille commémorative, répond en substance : « Chers confrères, chers amis, c'est moi en effet qui inaugurai cette tradition : pas de discours. Pour la première fois pourtant, c'est moi qui la violerai ... Merci pour votre accueil. Cette journée est marquée d'une pierre blanche. Elle récompense les modestes services que j'ai pu vous rendre. C'est une nouvelle manifestation de cette union dont je suis fier d'avoir été le prétexte ... Il y eut naguère des séances orageuses, il était difficile de trouver une formule d'accord. Les points de vue différaient. Mais ce qui était commun à tous et a permis de faire œuvre de reconstruction, c'est leur profond amour pour leur profession.

« Félicitations et compliments à Cibrie, à Hilaire à Madame Foulon, pour leur conviction et leur zèle. Des luttes ardentes sont encore à prévoir... Les problèmes sont difficiles à résoudre. Ce n'est pas avec de l'intransigeance qu'on y réussira, mais en y apportant toute l'habileté désirable. La Confédération doit être une arme bien affutée qui ne devra jamais se briser, et qui doit rester prête pour de nouveaux combats.

« L'avenir de la Confédération des Syndicats médicaux, c'est l'avenir tout entier de la médecine française. »

Des bans, doubles et triples, ont salué ces deux allocutions. Après quoi l'on passa dans le salon voisin prendre le café, tout en continuant à deviser, par groupes, des événements qui passionnent à cette heure l'opinion médicale !

G. DUCHESNE.

PROJET DE CONVENTION ENTRE CAISSE ET MAISON DE SANTÉ PRIVÉE

Entre la caisse .... représentée par M....... dûment mandaté, et M..... agissant comme propriétaire (ou directeur, ou administrateur) de la maison de santé, sise à....... rue ....

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — La maison de santé ci-dessus dénommée s'oblige, dans les limites de ses disponibilités et sans prendre aucun engagement quant au nombre de lits à fournir (ou jusqu'à concurrence de X... lits) à recevoir les bénéficiaires de l'assurance sociale affiliés à la caisse....... ayant besoin de soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, ou de spécialité (rayer les indications inutiles).

Ces bénéficiaires sont admis et répartis dans les différents services de ladite maison de santé, conformément au règlement intérieur de l'établissement, auquel il n'est en rien dérogé par la présente convention.

L'administration de la maison de santé prévient la caisse, et à défaut le service départemental des assurances sociales, de l'admission d'un assuré.

ARTICLE 2. — A. *Maisons de santé ayant une salle commune pour personnes de conditions modeste.* — Les assurés seront admis au régime commun de la maison de santé, sous condition du remboursement intégral des frais d'hospitalisation et du paiement des honoraires médicaux, comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-après.

Ils seront admis dans les salles communes de la maison de santé au tarif normal le plus bas des malades payants admis dans l'hôpital de .... Ils se-

ront soignés conformément aux dispositions du règlement intérieur de la maison de santé.

La caisse remboursera les prix de journée directement à la maison de santé.

B. *Maisons de santé qui n'ont pas de salles communes, ou qui ne veulent, ni ne peuvent admettre les assurés au tarif de l'hôpital.* La caisse remboursera le prix de journée à l'administration de la maison de santé dans les limites de son tarif de responsabilité, qui est le suivant : journée normale de médecine : x francs ; journée normale de chirurgie : x francs.

L'assuré sera tenu de payer directement à l'administration de la maison de santé, conformément aux règlements de cette dernière, l'excédent du tarif de la maison de santé sur le tarif de responsabilité de la caisse, sauf intervention, aux lieu et place de l'assuré, de la collectivité du domicile de secours en cas d'indigents admis d'urgence, ou par nécessité à la maison de santé.

La responsabilité de la caisse sera, au regard de l'assuré, sous réserve de la participation de ce dernier ci-dessus prévue, limitée aux frais que la caisse aurait encourus si l'assuré avait été admis au régime normal de l'hôpital de.....

Article 3. — *Première rédaction.* — Les frais de médicaments et d'appareils fournis pendant la durée de l'hospitalisation dans la maison de santé décomptés forfaitairement par l'administration aux prix de journée normaux de médecine, ou de chirurgie, selon le taux fixé pour l'établissement du prix de journée de l'hôpital de....

Deuxième rédaction. — Les frais pharmaceutiques et d'appareils fournis pendant la durée de l'hospitalisation dans la maison de santé, seront acquittés directement par l'assuré, sur facture séparée, pour permettre audit assuré de se faire rembourser par la caisse selon le tarif de responsabilité de cette dernière.

Article 4. — Les soins médicaux ou chirurgicaux seront donnés selon le règlement intérieur de la maison de santé, par les praticiens attachés à ladite maison de santé (*variante* : par les praticiens choisis librement par l'assuré).

Le personnel infirmier de l'établissement sera seul admis à donner les soins habituels.

Article 5. — Les honoraires médicaux seront décomptés forfaitairement pour les soins donnés en salle commune, au prix de x francs par journée de médecine, et de x francs par journée de chirurgie, ou service de spécialité assimilé, toutes interventions comprises.

Le paiement sera fait directement par la caisse au représentant du Corps médical de la Maison de santé.

Variante. — Les honoraires médicaux chirurgicaux ou de spécialité seront réglés directement par l'assuré, selon le règlement intérieur de la maison de santé. Un mémoire d'honoraires sera dûment établi, pour permettre audit assuré de se faire rembourser par sa caisse, conformément au tarif de responsabilité de cette caisse.

Ajouter s'il y a lieu : le tarif des honoraires médicaux, chirurgicaux, ou de spécialité, est celui qui est annexé à la convention intervenue entre la caisse et le syndicat médical de.....

Article 6. — L'administration de la maison de santé donnera les facilités nécessaires pour l'exercice des contrôles prévus par la loi.

Article 7. — Lorsque des consultations externes, soins, examens, pansements, sont exécutés dans la maison de santé, sans qu'il y ait lieu à hospitalisation, le paiement en sera fait par l'assuré, comme s'il était soigné en ville par un praticien ayant adhéré à la convention intervenue entre la caisse et le syndicat de.....

Article 8. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera tacitement d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée trois mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Fait à..... le .....

Lu et approuvé :

N.D.L.R. Nous donnerons prochainement le projet que nous venons de recevoir de la Confédération.

Commentaires.

La commission, que le ministre du travail avait instituée pour établir les modèles de convention entre collectivités médicales, ou pharmaceutiques, et caisses d'assurances sociales, n'avait pas eu le temps d'aborder le contrat passé avec les maisons de santé.

Aussi, le syndicat des médecins directeurs de maisons de santé, que préside le Dr Hervé, de la Motte-Beuvron, a-t-il chargé Me Bernard Auger, avocat à la cour de Cassation et au Conseil d'Etat, et moi-même, de rédiger un modèle de convention.

Nous nous sommes d'abord trouvés en présence d'une difficulté.

Alors que les hospices et hôpitaux sont uniformément régis par la loi du 7 août 1851 et possèdent, de ce chef, une unité organique, les maisons de santé se présentent sous des aspects divers : tantôt le médecin est seul propriétaire de sa maison, qu'il a érigée de ses deniers, maison qui est l'accessoire de sa profession libérale ; tantôt l'établissement est la propriété d'une ou plusieurs personnes, qui n'appartiennent pas au Corps médical, mais qui exploitent administrativement un hôtel où sont soignés des malades.

Mais ces divergences ne sont qu'apparentes et qu'il agisse comme propriétaire, ou comme directeur, celui qui contractera au nom de la maison de santé, mettra à la disposition des caisses d'assurances sociales, un certain nombre de lits à un prix déterminé.

Nouvelle difficulté. A l'hôpital, la majeure partie des assurés sociaux est admise en salle

commune. Les salles et chambres payantes sont peu nombreuses.

Aussi, dans un esprit d'économie, fut-il décidé que les assurés sociaux, reçus en salle commune, seraient assimilés aux indigents hospitalisés, tant pour la modalité des soins que pour le paiement du prix de journée.

Il n'en est pas de même dans la maison de santé ; la salle commune y est inexistante ou rare : ce sont plutôt des chambres particulières à un, deux ou quatre lits.

Voici donc une première infériorité, car si l'hôpital peut admettre, tels des indigents, des assurés sociaux en salle commune, la maison de santé doit assimiler ces hospitalisés à des assurés, qui à l'hôpital, sont admis dans les quartiers payants, dans lesquels il leur faut payer un supplément et acquitter les frais médicaux et pharmaceutiques, selon les dépenses effectivement occasionnées et non pas d'après un forfait journalier.

En second lieu, l'hôpital n'a pas à supporter d'impôts ni de taxes commerciales diverses, alors que ces charges fiscales grèvent lourdement le budget des maisons de santé.

Rappelons que des démarches avaient été faites, pour que les maisons de santé, qui reçoivent des assurés sociaux, soient exonérées d'impôts et de taxes fiscales, au prorata du nombre de journées de présence desdits assurés sociaux.

Disons encore que les hôpitaux jouissent de revenus provenant de donations, legs, fondations, ou autres, que certains obtiennent des subventions départementales, ou communales,

Ces avantages divers permettent à l'hôpital de fixer assez bas le prix de revient des journées payantes d'hospitalisation, alors que la maison de santé est forcément obligée de prendre plus cher.

Aussi, les dirigeants de maisons privées ont-ils le plus grand intérêt à demander un droit de regard sur l'établissement du prix de journée de l'hôpital public, pour pouvoir présenter leurs réclamations au préfet, puis au ministre et au Conseil superieur de l'Assistance publique, lorsqu'ils estiment que le prix de journée, réclamé aux payants, ressort avec une perte nette, pour le budget hospitalier.

Certains font remarquer que la destination de l'hôpital est l'hospitalisation des pauvres, des indigents, et nullement l'admission de malades payants.

Nous inspirant de ces difficultés, Me Bernard Auger et moi-même soumettons à nos confrères le projet ci-dessus, en demandant les observations des praticiens intéressés.

Autant que possible, nous nous sommes inspirés de l'idée que le malade admis dans une maison de santé, ou venant à la consultation externe, doit être considéré comme étant soigné chez lui, par le médecin de son choix.

A ce sujet, faisons remarquer une difficulté, qui a fait couler beaucoup d'encre : le libre choix du médecin est-il possible dans une maison de santé ?

Charbonnier est maître chez lui : le propriétaire de l'établissement privé est libre d'admettre tel ou tel praticien, qu'il juge bon de recevoir.

Un chirurgien organise une maison, avec son propre patrimoine. On ne peut pourtant pas obliger ce praticien à permettre que tous ses confrères pourront venir chez lui, soigner leurs malades.

Une société financière érige un établissement : cela lui sera plus facile de laisser les praticiens de la ville venir librement y soigner, opérer leurs clients. Mais encore est-il nécessaire que la discipline intérieure ne puisse pas en souffrir.

Aussi, plutôt que de proclamer des formules toutes faites, véritables « tartes à la crème », où l'on invoque le droit au libre choix, convient-il de régler localement ces situations de fait. Il appartient aux syndicats médicaux intéressés de faire une visite aux propriétaires des différentes maisons de santé de leurs région, pour déterminer d'accord, de quelle manière le libre choix pourra être, autant que possible, respecté, tout en ayant égard aux légitimes intérêts des propriétaires.

Nous livrons donc à nos confrères un projet de convention. A eux de s'en inspirer, pour y apporter les modifications locales nécessaires.

Je crois même que le syndicat médical local, conjointement aux propriétaires des maisons de santé locales, pourrait demander une entrevue avec le conseil d'administration de l'hôpital public local, pour discuter d'une ligne de conduite commune.

Dans un avenir rapproché, l'hôpital perdra son caractère d'établissement de bienfaisance : il deviendra, ainsi qu'on vient de le déclarer tout récemment, une maison de santé publique.

Or, d'après la législation, et la jurisprudence du Conseil d'Etat, l'administration publique ne peut organiser des établissements commerciaux qu'autant que l'initiative privée est déficiente, ou inexistante.

Ce n'est pas une concurrence sur le terrain commercial, qui doit se créer entre hôpital et maison de santé, mais plutôt une collaboration.

Théoriquement, l'hôpital ne fait pas de bénéfices ; la maison de santé souvent n'en fait pas non plus, surtout lorsque l'établissement a été fondé par un médecin, comme accessoire à sa profession de chirurgien, ou d'accoucheur.

L'entente serait donc facile à obtenir, pour que ces établissements puissent se concerter pour le plus grand bien des malades de la localité.

Je vais maintenant répondre à quelques questions qui m'ont été posées.

Est-il nécessaire de rédiger ces conventions sur papier timbré ? Non, car la loi des assurances sociales dispense de cet impôt.

Est-il nécessaire de contracter avec chacune des caisses locales du département, ou peut-on traiter avec l'ensemble de ces dernières ?

Il est impossible de signer des conventions avec chaque caisse, de même que le syndicat départemental médical contracte, en une seule fois, avec toutes les caisses du même département.

Il suffit donc de prévenir le préfet, ou le président de caisse, qui a contracté avec le syndicat médical, au nom de tous les groupements du département. Le syndicat donnera aisément le nom et l'adresse de ce président.

Doit-on soumettre la convention au syndicat médical, aux fins d'approbation ?

Non, car l'article 6 de la loi ne prévoit l'avis nécessaire des syndicats médicaux que lorsque les établissements de cure sont fondés par les caisses (article 6, § 1, alinéa 2).

Néanmoins, il est toujours préférable de demander officieusement l'avis du syndicat médical sur les tractations qu'un médecin, propriétaire de maison de santé, veut signer avec l'ensemble des caisses du département.

Le groupe corporatif donne son opinion et, s'il y a lieu, son appui, au cas où le confrère rencontrerait des difficultés de la part des caisses.

Enfin, m'a-t-on demandé, une maison de santé peut-elle avoir intérêt à ne pas contracter avec les caisses, alors que le médecin propriétaire a personnellement adhéré à la convention signée par son syndicat médical local ?

Ayant accepté de traiter les assurés sociaux, conformément aux dispositions de la convention syndicat-caisse, le praticien peut soigner, à sa consultation externe, des assurés sociaux, tout comme s'il les traitait dans son propre cabinet.

Ces clients honoreront le praticien au tarif syndical et se feront rembourser la part qui incombe à la caisse, tant pour les consultations que pour les traitements de spécialistes et même pour les dépenses pharmaceutiques.

Mais, le malade est admis dans la maison de santé. Il paiera le prix habituel, plus les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques.

Cependant la maison de santé n'ayant pas passé de convention avec la caisse, celle-ci ne doit pas rembourser les frais d'hospitalisation, aux termes de l'article 6, § 1 de la loi.

L'assuré social touchera son demi-salaire, c'est-à-dire l'indemnité journalière prévue par l'article 5 et payable à partir du sixième jour de maladie. Mais cette indemnité journalière ne sera pas diminuée du tiers, de la moitié, ou des trois quarts, ainsi que le spécifie le paragraphe 3 dudit article 6, lorsque l'assuré est hospitalisé.

Au propriétaire de la maison de santé, lorsqu'il est médecin, de voir si, d'après les habitudes locales et son genre de pratique professionnelle, il a avantage à contracter au nom de sa maison de soins, ou si, adhérant à la convention du syndicat médical local, il soignera les assurés dans sa clinique, comme praticien et non pas comme propriétaire de la dite clinique. Ce sont là questions locales et personnelles.

Conclusions.

A mon avis, force devant toujours rester à la loi, tant qu'elle n'est pas abrogée, ou modifiée, je crois prudent de conseiller de signer des conventions avec les caisses, pour que, par une collaboration franche et loyale, on puisse déterminer, par la pratique, tous les défauts et les imperfections de la législation sur les assurances sociales et surtout les erreurs de mise en pratique.

Je suis partisan des tractations, car je redoute l'isolement : les caisses ne trouvant devant elles ni syndicats médicaux, ni maisons de santé privées voulant contracter, rechercheront des salariés médecins à bas prix, à forfait, supprimant ainsi le libre choix ; elles se rabattront également sur l'hôpital, qui se rejouira de l'aubaine, en attendant que les fonds permettent de fonder des caisses, avec ou sans le concours des sociétés de secours mutuels locales.

La lutte, pour la défense de nos intérêts corporatifs, doit être menée avec beaucoup de prudence et de réflexion. Il faut se défier des surenchères d'assemblées générales, car le lendemain on m'écrit pour me demander comment on peut sauver ses intérêts personnels, reniant souvent ce qu'on a voté d'enthousiasme la veille.

Les hommes ont les défauts des hommes et l'intérêt personnel conduit souvent à des reniements.

Mais je prêche des convertis, car les dirigeants des syndicats départementaux sont suffisamment au courant des intérêts professionnels de leur région, pour savoir guider leurs confrères et, notamment en matière de maisons de santé privées, pouvoir donner la ligne de conduite, qui permettra à chaque praticien de continuer l'exercice de sa profession, sans trop avoir à pâtir des établissements publics, dits hôpitaux et des organisations privées : dispensaires de tous ordres et organisations mutualistes, ou même de caisses (1).

Dr Paul BOUDIN.

(1) Dans huit jours, je publierai le projet de contrat de la Fédération des Syndicats de la Seine.
P. B.

L'ÉVOLUTION DE LA TECHNIQUE MÉDICALE ET LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS DU « MÉDECIN DE FAMILLE »

Par Léon FILDERMANN.

Il y a un malaise médical, c'est indiscutable. La dépréciation morale du praticien n'est pas discutable. Le médecin de famille tend à disparaître, il n'est plus, en tout cas, l'ami auquel on se confie en pleine sécurité.

Pourquoi ?

On peut donner de nombreuses explications à ce phénomène. Je désire en offrir une à la méditation des lecteurs. Je m'empresse de dire qu'il n'y a là aucune prétention, et dans ma pensée, il ne s'agit que d'un des aspects du problème.

Si, en dehors de toute idée préconçue, toute conception générale, on fait causer les gens, si on note et groupe les réponses, on arrive à une concordance parfaite des résultats de cette enquête. Il appert que le mal vient de l'enrichissement de nos connaissances médicales, du développement de la « technicité professionnelle ». Ce n'est paradoxal qu'en apparence.

On avait jadis un médecin de famille dans lequel on avait la plus complète confiance. Rarement on lui demandait d'appeler un consultant à moins qu'il ne le fasse lui-même. On lui en laissait le choix et il appelait généralement un de ses anciens maîtres. Celui-ci avait rarement l'occasion de bouleverser complètement le traitement. La chirurgie s'exerçait sur un domaine relativement étroit. Le nombre des chirurgiens était limité. Un choix parmi eux était chose facile et n'engageait en rien la responsabilité du « praticien ». Les spécialités étaient peu nombreuses et tout le monde connaissait à peu près tous les spécialistes.

Au cours des derniers dix lustres, de profondes modifications se sont produites. Le chirurgien a étendu tellement son domaine qu'il est devenu impossible à un seul homme de l'embrasser tout entier. Il en est de même des spécialités de jadis, qui se sont divisées, modifiées. La médecine « générale » elle-même s'est scindée, la thérapeutique a suivi le mouvement. L'arbre technique de notre art est devenu tellement touffu qu'il faut une véritable science pour en connaître toutes les branches avec ses rameaux.

Ceci est surtout vrai pour les grands centres. Mais la facilité des déplacements fait que, partout, on se ressent plus ou moins de cette évolution.

Qu'en résulte-t-il pour la considération du praticien dans les familles ?

Je pense qu'il en résulte d'abord la nécessité, pour celui-ci, d'un gros effort d'adaptation toujours tendu, s'il veut garder la confiance de ses clients. La technicité médicale n'a jamais évolué si rapidement que dans le courant de ce siècle et des dernières décades du siècle précédent. Les médecins sortis de l'école il y a trente ans n'avaient en main qu'un porte-plume ; ils ne se servaient même pas tous du thermomètre. Aujourd'hui le thermomètre existe dans la plupart des familles. Le stéthoscope, le sphygmo-manomètre, la seringue sont devenus obligatoires. La ponction veineuse s'est imposée également à tous. Et le praticien a dû fournir un effort considérable pour se mettre de lui-même à ces pratiques. Que dire des enrichissements de la thérapeutique par l'endocrinologie, par les agents physiques, des progrès dans le diagnostic et dans la thérapeutique par la radiologie, par la sérologie, l'hématologie, la diffusion de l'hydro et climatologie.

Au lieu de savoir gré au praticien de cet effort, voici comment les choses se passent généralement :

Je prie le confrère lecteur d'évoquer ses propres remarques, ses souvenirs et il verra que ce qui suit n'est pas de la théorie, mais bien de l'observation clinique.

Nombreux, quotidiens presque, sont les cas où le praticien instruit sait que le malade pourrait profiter d'une recherche diagnostique ou d'un traitement moderne ; mais il hésite, pour éviter des frais au malade et aussi dans l'espoir qu'il s'en tirera tout seul. Et voilà que, sur les conseils d'une commère, le spécialiste est consulté à l'insu du médecin de la famille. En cas de succès, déconsidération de celui-ci. Je pourrais citer des faits, montrer des lettres à l'appui. Des lettres d'imprécations à l'adresse du médecin qui ne connaît pas telle méthode ou qui avait tardé à la faire mettre en œuvre, la connaissant.

Mais prenons le cas contraire. Croyez-vous que le médecin qui désire faire profiter ses malades, pour le diagnostic ou pour le traitement, des meilleures méthodes, est moins exposé à cette « dépréciation morale ? » A peine. Car il se trouve bien des gens qui disent : « il ne sait donc rien, notre médecin ? A propos de tout, il lui faut un laboratoire ou un spécialiste. »

C'est que le public ignore l'immensité de l'étendue de nos connaissances médicales et l'impossibilité pour un seul cerveau de les contenir.

Il s'est trouvé, au surplus, de bonnes âmes, pour enseigner que, chaque fois qu'un médecin fait appel aux lumières d'un autre, c'est en vue du prélèvement d'un bénéfice illicite.

Personne n'a appris au public la nécessité d'un fil dans le dédale des spécialités, l'importance et la difficulté du choix du consultant dans chaque cas. Bien au contraire. On a dit que l'appel du chirurgien ou du spécialiste et son choix étaient choses faciles. Ceux qui ont dit cela ignorent donc les transes du médecin de famille au lit du malade ? Ne savent-ils donc pas que du choix qu'il fera dépend la décision ? Nous savons bien, nous, que le praticien doit connaître, non seulement les travaux du confrère qu'il appelle, mais aussi sa psychologie, ses façons de se comporter.

Je ne crois pas avancer une idée bien originale en affirmant qu'un bon médecin de « famille » doit être un véritable érudit de la médecine, avoir des lumières sur toutes ses branches. Il doit se tenir continuellement aux aguets des progrès, avoir un esprit de discernement aiguisé pour choisir entre les nouveautés éphémères et les découvertes sérieuses. J'irai plus loin : dans les grands centres, un médecin doit continuellement fréquenter les réunions médicales scientifiques. Spécialiste, il élargit son horizon en entendant parler d'autres choses que celles dans lesquelles il se trouve plongé. Médecin de famille, il apprend à connaître les spécialistes et à les juger mieux que par leurs écrits.

La Société médicale des praticiens, (28, rue Serpente) met à la disposition de tous les médecins français une tribune entièrement libre, où chacun peut apporter les résultats de ses observations. Mais elle organise aussi un véritable enseignement mutuel de telle façon que ceux qui fréquentent ses neuf séances, chaque année, sont tenus au courant de tous les progrès utiles aux malades.

Donner toutes facilités aux praticiens, médecins de famille et spécialistes, pour maintenir et développer leur valeur technique, c'est augmenter l'autorité morale du Corps médical par en dedans.

Mais il faut aussi agir au dehors.

Les médecins qui ont l'oreille du grand public, directement ou indirectement, ont une grande tâche à accomplir.

Il faut faire comprendre à « tout le monde » la spécialisation dans la médecine, la sur spécialisation, est un bienfait et une nécessité. Que le médecin de famille exerce, lui aussi, une spécialité, la plus importante même, l'une des plus difficiles. Qu'il y a des esprits synthétiques, qui aiment embrasser de vastes horizons et des esprits analytiques, qui préfèrent creuser un seul sillon en profondeur. Les premiers sont les médecins de famille, les seconds, les spécialistes. Le choix de ceux-ci constitue un acte professionnel de la plus grosse importance et demandant un travail de préparation continuel. Le spécialiste guidé et appuyé par le médecin de famille obtiendra de bien meilleurs résultats que s'il est livré à lui-même.

Si l'on veut me permettre une comparaison, je dirai que le rôle véritable du médecin de famille moderne est celui d'un administrateur de la santé de la famille, dont il est le surveillant général. Il peut, il doit traiter tous les malades, toutes les maladies. Mais il doit avoir toute liberté morale et matérielle d'appeler à son secours toutes les ressources scientifiques utiles, sans risquer de perdre aux yeux des malades la plus infime parcelle de confiance. Et il doit, par dessus tout, avoir la plus entière autorité pour ce qui est du choix de l'heure et de la personne de ses collaborateurs.

Dr FILDERMANN.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CLXXXXVI. — Pierre LOUYS. — **Les aventures du roi Pausole.** Un vol. 14 × 20, illustré de douze gravures en couleurs hors texte de Nicolas Sternberg, tiré sur velin du Marais à 3.300 exemp. numérotés. Editions *Kra*, Paris, 1930.

La cour et le harem de ce Roi débonnaire, Silène ventripotent ont une notoriété suffisante pour que je ne me coiffe pas du souci ridicule de vous les dépeindre. Je vous signale seulement la présentation du texte qui a la clarté normale des pages sorties des presses de Coulouma, (où l'on œuvre avec le goût et l'application des artisans amoureux de leur art). Les images... explicatives ont une dyonisiaque franchise : souriantes bacchanales ou molles inflexions de corps détendus par de suspectes fatigues ; lignes alanguies nonchalamment parées d'une adroite précision. Monsieur Sternberg a mis quelque chose de félin et de vénal dans les longues attitudes souples de ses personnages féminins, et à la page 36 par exemple, il a campé une silhouette d'une vie *schématique* parfaite de pureté... linéaire.

Les autres cuivres d'ailleurs mériteraient aussi d'être analysés plus longuement, car ils me rappellent avec une évidence flagrante (encore que voilée), le trait violemment et crûment arétinesque d'une partie des illustrations annexées à un ouvrage paru il y a quelques mois sous le manteau..... d'un pauvre saint habituellement malmené par la chanson studiantine.

CLXXXXVII. — André Warnod. — **Visages de Paris.** Préface de Jean de Castellane, président du Conseil municipal. Un vol. in-4° écu (20 × 25) de 384 pages, orné de 600 illustrations tirées en héliogravure d'après des documents anciens, et des photographies rétrospectives et contemporaines. Ed. *Firmin-Didot*, Paris, 1930.

C'est bien au delà du « Paris d'hier » que remonte l'érudition imagée de M. Warnod ! Le distingué préfacier, avec cette aimable approximation des politiciens, néglige de nous préciser que le « hier » de l'ouvrage remonte en réalité aux origines de Lutèce. Et pour chaque époque de la vie de la cité, plus spécialement à partir du début du 14e siècle, à l'aide de documents fort heureusement choisis et commentés, l'auteur réussit à recréer l'atmosphère de la ville. Il organise à votre intention un véritable voyage dans le passé : l'illustration copieuse a été très éclectiquement choisie et comporte pour la période contemporaine d'admirables photos de G. Krüll qui sont, dans leur genre, de véritables œuvres d'art. La typographie des Didot est d'assez ancienne réputation pour que je ne vous fasse pas remarquer qu'elle était tout désignée pour l'impression luxueuse de ce beau livre.

CLXXXXVIII. — J.-H. Rosny, aîné, de l'Académie Goncourt. — **L'initiation de Diane.** Roman spirite. Un vol. 12 × 19. Ed *Flammarion*, Paris, 1930. 12 fr.

M. Rosny précise loyalement, dès la couverture, la direction où il va s'engager. Il attirera comme papillons à la lampe, les âmes crédules que bernent sur le plan terrestre les fumistes en fausse transe, et il va éloigner de son livre les « esprits forts » qui ne se doutent pas dans leur tranquille assurance qu'il y a quelque présomption, et quelque fatuité à affirmer, — sans preuves, — que le monde vivant s'arrête précisément au domaine délimité par nos sensations, nos pensées, notre intelligence et notre imagination ; et ils se priveront ainsi de la compagnie d'un agréable roman, au nom de leur intransigeante logique.

L'héroïne de M. Rosny est très sympathique ; son aventure est celle d'une jeune femme bien équilibrée qui subit l'attirance de cette métapsychique (à laquelle Charles Richet a attaché son grand nom), énigmatique, semblable à un tumulte confus au delà de nos vies. Elle s'y mêle avec foi, avec l'élan de sa jeunesse privée d'amour. C'est le secret mobile de nombre de vocations comme la sienne : vibrations mystiques de cœurs éperdus... Mais le romanesque de M. Rosny est d'une solide facture et aux dernières pages du livre, Diane, embrasée d'une double flamme n'est plus qu'une femme mordant à pleines lèvres son bonheur humain. J'ai l'impression très nette que l'éblouissement astral va dorénavant passer au second plan et c'est par ce retour que l'œuvre de M. Rosny gagne en profondeur. Il prouve le contraire de ce que nous attendions, éclaire curieusement cet enchaînement subconscient de nos aspirations, qui nous leurrent pour nous conduire avec certitude, toujours, aux lourdes exigences qui sommeillent dans notre sang.

CLXXXXIX. — Branthome. — **Le brave général Boulanger.** Un vol. 13 × 18, illustré de reproductions de gravures de l'époque, parmi lesquelles 35 hors textes en couleurs et de nombreux documents photographiques. Editions *Seheur*, Paris, 1930.

Style gouailleur, images d'Epinal composent une vivante résonnance à cette biographie anecdotique du populaire général. Nous n'avons pas à prendre parti au sujet de sa personnalité, ni de son rôle politique : mais la petite histoire de son éphémère grandeur est très lestement contée, et illustrée d'amusante manière par la reproduction des charges parues dans les journaux, les pamphlets ou les dithyrambes de cette période. Le livre est froidement dédié « à celui qui nous épouillera ». Je ne sais pas ce qu'en vont dire les poux qui, de tout temps aimèrent mieux parasiter qu'écouter des apologues historiques.

CC. — R. Dieudonné. — **Les faux Dieu.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. *des Portiques*, Paris, 1930.

Monsieur Dieudonné a un don (tous les romanciers n'en ont pas autant) : il mène ses dialogues avec une aisance fort naturelle. C'est le seul charme de son livre où l'histoire d'un vieux savant, qui bâtit sa renommée avec les travaux de ses disciples est plus vraisemblable qu'émouvante. A la scène avec le *don* de M. Dieudonné se serait peut-être promis à de multiples centièmes. En édition, je tâcherai de procurer un merle blanc à l'éditeur si ça fait *réellement* un tirage moyen.

CCI. — Robert Boucard. — **Les dessous des prisons de femmes.** Un vol. 12 × 19. Préface de Me Henri Robert de l'Académie française. *Editions Documentaires*, Paris, 1930.

Je vous ai signalé dans les tout premiers numéros de ma chronique, le beau livre de Gobion sur Saint Lazare (1). Monsieur Boucard, après un reportage qu'il ne dut pas effectuer sans résistances ni ruses, est aussi d'avis que ces gynécées expiatoires auraient un urgent besoin d'aménagement. Il décrit les hontes, les tares, les dangers de ces

(1) Editions Girard. Paris.

agglomérations où règne s'il faut l'en croire une effarante promiscuité, et il doit, dans ses pages, y avoir beaucoup de vrai, puisque Me Henri-Robert parle de modifications désirables à apporter « à cette partie gangrenée de notre système pénitentiaire ».

CCII. — Janine Berthel. — **Impressions marocaines.** Un vol. 12 × 19. Lettre-préface de Claude Farrère. Dessins de Jean Hée. Ed. *Les Œuvres Représentatives*, Paris, 1930.

Monsieur Farrère est galant homme comme un marin ; il est galant au point d'oublier son premier métier et de ne marquer nulle surprise en voyant ces Impressions marocaines se panacher de notes de voyages de la Côte basque et accessoirement de la Belgique. La géographie sentimentale a sans doute de ces caprices au lieu de lois et de sextant. Le livre est composé d'une suite de petits tableaux où gazouille, avec une haute tenue de conversation de salon, le babil d'une voyageuse de lettres ... Encore une !

CCIII. — Hans Zulliger. — **La psychanalyse à l'école.** Un vol. 12 × 19. Collection Education. Ed. *Flammarion*, Paris, 1930, 12 fr.

Les psychiatres estiment que la psychanalyse est une science nébuleuse, ardue, dangereuse parfois et toujours méthode d'exception. L'idée (germée dans le cerveau d'un instituteur suisse allemand) de faire faire en France de la psychanalyse aux instituteurs, primaires syndiqués, et *conscients* me semble une joyeuse gageure.

M. Zulliger a rassemblé de petites histoires de pédagogie infantile qui seraient survenues dans son rayon d'enseignement. Il se hâte de conclure du particulier au général. Je crois que les succès qu'il rapporte à la psychanalyse relèvent (sans refendre les causes secondes en quatre), de la *confiance* qu'il a su inspirer à ses petits élèves, et que sa méthode, vêtue d'un costume neuf et d'un faux nez, est toujours la même : celle qui, en dernière analyse, *par la foi*, déclenche sur le cerveau malléable de l'enfant ou du malade la réaction salutaire de la guérison mentale ou morbide.

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

A la Comédie des Champs-Élysées

Knock ou « le Triomphe de la Médecine »

Comédie en 3 actes de Jules Romains

(*Reprise*).

Louis Jouvet vient de reprendre à son théâtre une pièce que nous avons tous vue et qui a fait une énorme sensation lors de sa création en 1923.

A cette date où la soif de distractions d'une moralité plus ou moins discutable était d'autant plus intense que la guerre en avait tari la source pendant quatre ans, Knock, sans intrigue amoureuse, Knock, production d'une telle finesse d'observation, Knock, farce Molieresque si réjouissante, tomba comme un pavé, éclipsant bien d'autres fantaisies à situations équivoques et opérant dans le théâtre contemporain une petite « Marne » tout à fait salutaire.

Knock est une pièce de tous temps, de tous âges, de tous lieux, elle tire sa gloire un peu de ce « Merveilleux » que le génie des écrivains a exploité sous des formes diverses en l'entendant souvent dans un sens très large : il s'agit ici de gens simples en face d'un étranger qui pour eux personnifie toute la Science médicale et qui n'est au fond qu'un aventurier de grand style. Le personnage est adéquat : il est calme en apparence et sait être patient par résignation, son regard est impérieux en tête à tête et oblique quand il surveille sa proie, il sait doser sa publicité, s'accompagner de tous les ustensiles et appareils nécessaires et tantôt il parle fort avec conviction, tantôt, fin et rusé il se replie mystérieusement sur lui-même en restant silencieux. Il n'en faut pas davantage : Moins les gens qui ont affaire à lui comprennent, plus ils sont persuadés.

Tel se présente le Docteur Knock ; quant à sa méthode, elle est géniale dans sa simplicité : lui médecin, il crée des malades, il fait de la psychotérapie en sens inverse, tout bien portant est un malade qui s'ignore, il est porteur de germes, malheur à qui se plaint d'un simple malaise, il est mis au lit pour huit jours et à la diète complète. Par ailleurs, il tient un état détaillé de la situation de fortune de ses clients, et comme il ne demande rien aux indigents réels, il passe pour philanthrope.

L'obsession de la maladie cultivée ainsi chez ces braves paysans, car le docteur Knock exerce en pleine campagne, leur fait réclamer de lui des soins sérieux et prolongés, tant et si bien que le docteur Knock fait un véritable centre médical d'un petit pays où son prédécesseur, un brave praticien sans prétentions ni malice, n'arrivait pas à gagner sa vie. La clinique qu'il crée dans le seul hôtel de Saint-Maurice regorge de monde, et la contrée mentalement intoxiquée devient un véritable Pactole.

L'art infini de l'auteur et de l'interprète est de glisser si subtilement sur les fins lucratives de l'entreprise et de présenter leur personnage comme un grand convaincu du rôle qu'il doit remplir dans la société, qu'il s'en faut de peu que le Docteur Knock n'arrive à nous persuader nous-mêmes que le « Triomphe de la Médecine» demande que les gens se croient malades, et qu'un médecin ne doit rien tenter pour les en dissuader. C'est là aussi le second côté de ce « Merveilleux » dont je vous parle plus haut ; d'ailleurs, ne voyons-nous pas à la fin de la pièce qu'après avoir réduit tous les centres de résistance à son expérience de psychopathogénie, ce formidable stratège arrive à envoûter même son confrère le docteur Parpalaid dont il a repris la clientèle dans ce mirifique pays !

Habitués que nous sommes à nous rapprocher le plus possible de la pensée d'un auteur, à rechercher ses véritables intentions vis-à-vis de ses contemporains, il nous est bien permis de penser que Monsieur Jules Romains s'est souvenu du « castigat ridendo » en écrivant ce chef-d'œuvre. Mais à la vérité, Jouvet le si parfait interprète de Knock, et ses excellents collaborateurs s'attachent si bien à la psychologie de leurs personnages, qu'ils font de cette pièce une comédie plus intellectuelle que critique, plus fine que bouffonne, plus humoristique que railleuse, et c'est là une grande qualité.

J'entendais l'autre jour un spectateur dire derrière moi : « ce vieux Knok, cela fait bien 12 ou 13 fois que je le vois, et j'y trouve toujours un plaisir extrême ! » Peut-on recueillir meilleure opinion sur une pièce ! Remercions Jouvet de nous avoir redonné cette œuvre admirable qui, limpide et pure, restera toujours comme un vrai « brillant » au milieu de tant de « similis ».

Jean SÉJOURNET,
Membre de la Société des auteurs

N.B. Dans huit jours je vous rendrai compte des Aventures du Roi Pausole. J. S.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Assemblée générale ordinaire du 16 Novembre 1930

L'assemblée générale est ouverte sous la présidence de M. MAURAT, président, assisté des membres du Conseil et de Mes Bernard AUGER et CROCHARD, avocats.

Rapport du secrétaire général.

M. Paul BOUDIN, secrétaire général, commente brièvement son rapport, qui a été publié dans le n° 44 du *Concours médical* du 2 novembre.

Il insiste notamment sur l'importance de plus en plus grande de la responsabilité professionnelle, qui donne lieu à des procès de plus en plus nombreux, de plus en plus importants par le chiffre des demandes de dommages-intérêts et va nécessiter l'augmentation de la garantie donnée par le « Sou » à ses adhérents et, par suite, de la cotisation annuelle. Cette double augmentation va faire l'objet tout à l'heure d'un débat spécial.

Il présente à l'assemblée Me CROCHARD, avocat à la cour de Paris, docteur en droit, qui, étant donné l'impossibilité où se trouve Me PRIOU, par suite de ses occupations au Palais et à la Faculté de droit, de réserver au « Sou » suffisamment de temps pour remplir dans toute son étendue son rôle de Conseil juridique, va le remplacer dans cette lourde tâche.

Rapport du trésorier.

M. GASSOT, trésorier, rappelle que son rapport a été publié dans le n° 42 du *Concours médical* du 19 octobre. Il donne lecture des chiffres de ce rapport et les commente brièvement.

M. VILPELLE, l'un des commissaires contrôleurs, donne lecture du rapport ci-après :

Rapport des contrôleurs du Sou médical

Les contrôleurs du « Sou médical » certifient avoir vérifié les comptes de l'exercice 1929 (Caisse générale et Caisse de garantie), et trouvé le tout parfaitement exact, et en concordance avec les livres de notre compétent et vénérable trésorier qui continue à dévouer sa vie aux œuvres de solidarité médicale. Nous souhaitons pour lui et pour nous, qu'il continue longtemps encore.

Le 16 octobre 1930 :

Dr VILPELLE Dr HERVOUET.

L'approbation des comptes de l'exercice 1929, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Fixation de la cotisation et de la garantie pour l'année 1931.

M. BOUDIN expose à l'assemblée que, tant pour faire face aux dépenses de plus en plus élevées de la Ligue, nécessitées par l'augmentation constante des affaires dans lesquelles elle donne son appui et des frais judiciaires qu'elles entraînent, que pour porter de 70.000 à 100.000 francs la garantie de la responsabilité professionnelle, le Conseil a décidé de proposer à l'assem-

blée la fixation de la cotisation, qui était antérieurement de 70 francs, à 100 francs.

Il a étudié, en outre, la possibilité de réassurer le risque responsabilité jusqu'à 500.000 francs. Un projet de réassurance va être exposé tout à l'heure à l'assemblée.

M. CHALCHAT fait observer que la cotisation, qui était, avant guerre, de 20 fr., n'est encore que de 60, c'est-à-dire au coefficient 3, alors que les honoraires médicaux sont en moyenne au coefficient 6.

M. MIGNON est d'avis que l'augmentation de la cotisation est légitime et que l'augmentation de la garantie de la responsabilité civile est utile.

La réassurance pour une somme supérieure à 100.000 francs peut être étudiée. Mais ce qui serait intéressant serait d'organiser une surassurance pour ceux des adhérents qui ne se trouvent pas suffisamment couverts par le « Sou ».

M. FERNET dit que les adhérents du « Sou » devraient être 15.000 au lieu de 5.000, ce qui permettrait d'augmenter la garantie sans augmenter la cotisation dans les mêmes proportions. La propagande pour le recrutement n'est pas assez intense. Il propose l'ouverture d'un referendum.

M. NOIR souhaite que la propagande soit intensifiée, mais juge l'augmentation de la cotisation à 100 francs comme dès maintenant nécessaire. Le referendum proposé devrait, à son avis, s'appliquer à l'opportunité de la réassurance.

M. le Président met aux voix la résolution suivante, qui est adoptée à l'unanimité :

L'assemblée générale fixe :

A CENT francs la cotisation pour l'année 1931, somme sur laquelle quarante francs sont affectés à la Caisse de garantie de la responsabilité professionnelle :

A CENT MILLE FRANCS la somme à concurrence de laquelle le « Sou médical » garantit la responsabilité professionnelle de ses membres, les frais judiciaires étant garantis en sus de cette somme par la caisse générale.

Il est rappelé que le journal *Le Concours médical* garantit la responsabilité professionnelle des membres du « Sou médical » qui sont en même temps ses abonnés, en complément de la garantie donnée par le « Sou » lui-même. A compter du 1er janvier 1931, cette garantie complémentaire, qui était antérieurement de 30.000 francs, sera de 50.000 francs.

Par suite, les membres du « Sou » qui sont également abonnés au *Concours* seront garantis pour CENT CINQUANTE MILLE FRANCS, outre les frais du procès, au lieu de 100.000 francs antérieurement.

Elections de membres du Conseil.

M. le Président expose que, par suite de la démission de M. le docteur Louis Gassot, trésorier adjoint, il y a lieu de donner un nouveau titulaire à ce poste.

Le Conseil propose de nommer M. le Dr G. FISCHER, qui est déjà actuellement Syndic de la Ligue.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La nomination de M. le Dr Fischer comme trésorier adjoint rend libre une place de syndic. Le Conseil propose la nomination de M. le docteur LACROIX, en remplacement de M. le Dr Fischer.

M. le docteur P. LACROIX, de Paris, est élu, à l'unanimité, syndic du « Sou médical ».

Election de deux commissaires contrôleurs.

Les commissaires sortants, MM. les docteurs VILPELLE et HERVOUET, qui sont rééligibles, sont élus, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1930.

Projet de réassurance.

M. BAGLIN, assureur conseil, fait à l'assemblée un exposé d'un projet de réassurance de la responsabilité professionnelle dont, à la suite de nombreuses démarches près des compagnies qui pratiquent la réassurance, il a obtenu de l'une d'elles la promesse.

D'après ce projet, les membres du « Sou » seraient garantis jusqu'à 500.000 francs. En cas de sinistre, le « Sou » et la compagnie réassureur supporteraient chacun la moitié des condamnations jusqu'à 30.000 francs. De cette somme à 500.000 francs, la compagnie réassureur seule paierait les condamnations.

Cette réassurance serait consentie moyennant le versement d'une prime de 35 francs par membre du « Sou », versement réduit à 30 francs par suite de l'abandon de sa commission par l'agent qui a négocié le contrat.

M. HERVOUET demande si l'adoption de ce projet constituerait pour le « Sou » un bénéfice ou une perte.

M. BOUDIN explique que, en comptant sur un nombre de 5.000 adhérents, le « Sou » aurait à verser à la compagnie 150.000 francs. Mais il y aurait lieu, pour compenser cette dépense, de porter la cotisation à 120 francs.

M. DUCHESNE fait observer que le contrat de réassurance serait résiliable chaque année, ce qui mettrait le « Sou » dans une situation difficile si la compagnie usait de cette clause de résiliation. Il est d'avis que la question doit être mise à l'étude et qu'un referendum doit être ouvert auprès des membres du « Sou ».

M. BAGLIN dit que, même si la faculté de résiliation annuelle n'est pas insérée dans le

contrat, la compagnie aurait le droit de résilier si l'opération était déficitaire pour elle.

Après cette discussion, l'assemblée générale prend à l'unanimité la résolution suivante :

Les questions de l'augmentation de la garantie contre la responsabilité civile et de la réassurance du « Sou médical » feront l'objet d'un referendum près des membres du « Sou médical ».

Si ce referendum donnait un résultat favorable, la question serait soumise à une assemblée générale extraordinaire.

FÉDÉRATION THERMALE ET CLIMATIQUE DES PYRÉNÉES

Octobre 1930

La session d'octobre de la Fédération thermale et climatique des Pyrénées s'est tenue à Lourdes en même temps que la Fédération des syndicats d'initiative de cette importante région.

Nous devons signaler le geste gracieux de nos confrères qui ont voulu manifester au Dr Gandy leur vive sympathie à l'occasion de ses cinquante années d'exercice de notre profession et plus de trente années de présidence de la Fédération. Après que M. le Prof. Serr, de la Faculté de médecine de Toulouse, M. le Dr Ménard, de La Malou et le Dr Goudard, de Pau, eurent pris la parole pour dire à M. Gandy les sentiments d'admiration de ses confrères il fut remis au savant médecin de Bagnères-de-Bigorre, un magnifique chronomètre en or qui rappellera à M. Gandy les circonstances solennelles qui ont marqué le cinquantenaire de sa vie médicale.

Parmi les rapports qui furent présentés et qui, tous eurent un intérêt sur lequel nous reviendrons en temps voulu, nous publions, immédiatement, celui de notre ami le Dr Molinéry, en raison du très beau mouvement d'opinion qui a accueilli cette conception.

De tous côtés, il nous est demandé *où en est la réalisation des camps thermaux* : le rapport de Molinéry nous permet de répondre à nos correspondants.

N. D. L. R.

Les camps thermaux

Etat actuel de la question

Mandatés, avec notre ami le Dr Meillon, de Cauterets, par la Fédération thermale et climatique pyrénéenne (1922-1923) nous n'avons cessé de créer un mouvement d'opinion en faveur de cette conception : *l'enfant sous la tente auprès de nos stations thermales et climatiques.* Nous voudrions rendre compte de notre mandat et vous dire comment a été accueilli, dans le Corps médical, le projet que vous nous avez confié.

A ce jour, l'idée des camps thermaux a recueilli le patronage officiel de l'Académie de médecine, à l'unanimité de la commission dont le Pr Siredey fut l'éloquent rapporteur.

La Fédération nationale thermale et climatique, présidée par notre ami Montcorgé, nous a donné tous ses encouragements en 1929 : récemment le Dr Janot a excellemment résumé la question.

La Société de médecine de Paris, après une très ardente discussion à laquelle de très nombreux confrères prirent part, vota un ordre du jour en notre faveur, ordre du jour reproduit dans toute la grande presse médicale.

A Bordeaux, en avril 1930, le Congrès d'hydrologie et de climatologie, après une discussion à laquelle prirent part de nombreux délégués, et en particulier le médecin général Saltet, nous accorda son appui unanime.

La Société d'hydrologie et de climatologie de Paris a nommé une commission dont nous fûmes rapporteur et, en 1929 également, a bien voulu en adopter les conclusions.

La Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse lors de sa dernière session, a mis notre projet à son ordre du jour et nous a donné son patronage. Le plus grand nombre de nos confrères de la presse médicale ont bien voulu nous donner l'hospitalité de leurs colonnes.

Mouvement d'opinion extra-médicale

Parallèlement au mouvement médical, il nous a paru intéressant de saisir tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de l'enfance.

M. le Haut Commissaire du Gouvernement nous accorda son patronage officiel au cours de l'entrevue qu'il voulut bien nous accorder au Dr Meillon et à nous-même, par l'intermédiaire de M. Daniel Baque, son chef de cabinet.

Plus de 20 journaux politiques ont reproduit nos divers articles sur la question, nous citerons : la *Petite Gironde*, *Le Télégramme*, l'*Express du Midi*, le *Petit Méridional*, l'*Eclair de Montpellier*, l'*Echo de la Loire-Inférieure*, l'*Avenir de Bretagne*, le *Journal de Rouen*, le *Monde Thermal*, l'*Ami du Peuple*, le *Moniteur du Centre*, *Dimanche-Auto*, *Eve*, nous a promis une page entière et le Dr Meillon a joint une fort intéressante documentation iconographique à celle que nous avons adressée à M. Méry.

Nous devons encore signaler les concours généreux qui nous sont venus de tous côtés. M. Bousysson, président de la Chambre des députés, nous fait connaître que M. Désiré

Ferry, ministre de la Santé publique priait ses services de mettre la question à l'étude.

M. le sénateur Veillard, administrateur des Scouts de France nous a écrit que le scoutisme était à la veille de créer *des camps médicaux, des camps de repos* qui peuvent parfaitement se jumeller et même se fondre avec notre organisation « *des enfants sous la tente auprès des stations thermales.* »

M. Guérin Desjardins, commissaire national des Eclaireurs unionistes de France, nous a écrit tout l'intérêt qu'il apportait à la conception et qu'il n'avait aucune objection à nous présenter.

M. Maurice Quentin, ancien président du Conseil municipal de Paris, nous a promis d'intéresser le Pari Mutuel à la diffusion des Camps thermaux.

M. Thomé, préfet de Bordeaux, M. Taussac, préfet d'Agen, M. Lambry, préfet de l'Hérault nous ont promis, tous, leurs concours ainsi que M. Guillon, préfet de Toulouse : Mme Guillon a accepté la Présidence d'honneur des camps thermaux de la Haute-Garonne.

M. le docteur Mothe, professeur au lycée Buffon, à Paris, et depuis de très longues années rompu à l'organisation et à la surveillance des camps de vacances sous la tente, se met à notre disposition, en même temps que de nombreux jeunes gens et de nombreuses jeunes filles offrent leur entier dévouement et leur expérience pour l'organisation et la surveillance des camps thermaux.

M. le Dr Marget qui a succédé au Dr Michaud dans la direction sportive de la Fédération des Patronages catholiques de France, demande à étudier très sérieusement la conception que nous lui avons présentée, afin de la réaliser dans son groupement.

Les grands réseaux français comme le Midi, l'Orléans, ont créé au point de vue climatique des camps thermaux. M. le professeur agrégé Bazy, médecin chef du P. O., voit la possibilité pour les enfants des cheminots, de généraliser cette conception *afin de leur donner, avec le bénéfice de l'air et du soleil, celui du thermalisme.*

Nous avons également entretenu diverses associations de jeunes files : le chalet semblait d'abord leur convenir davantage. Après l'exposé de notre manière de voir et m'appuyant sur les renseignements qui nous étaient parvenus de diverses sources, la vie sous la tente, dans des conditions déterminées, a également été approuvée par les dirigeantes.

MM. Maringer et Espiara, respectivement président et directeur des Pupilles de la Nation, nous ont, à diverses reprises, encouragés à réaliser, à généraliser la possibilité d'amener, auprès des stations climatiques ou thermales, le plus grand nombre d'enfants possibles. Au Congrès de Pau, M. Maringer voulut bien apporter tout le poids de son autorité à cette manière de voir.

Que tous soient remerciés ici pour les enfants de France !

Il semble que deux courants soient actuellement en présence, *L'habitat sous la tente* dont Meillon et nous-même restons les partisans convaincus avec beaucoup de nos confrères, l'expérience réalisée à Cauterets, Barèges, à Luchon ne fait que nous confirmer dans notre manière de voir.

2° *L'habitat au chalet*, comme le demande le Dr Du Pasquier et qui a été réalisé à Salies du Salat, à Luchon, au camp Sainte-Hélène, auprès de la station de la Motte récemment acquise par l'organisation des camps de vacances dont le grand apôtre est le Commandant Fabre. Il ne faut sans doute jamais être exclusif, il appartiendra aux divers comités de discriminer les indications et les contre-indications de l'un et l'autre mode mais, *l'enfant sous la tente aux eaux minérales*, reste, pour nous, *la formule que l'expérience a sanctionnée.*

Les résultats pour nos enfants de France, seront : *la possibilité d'un traitement thermal* à l'âge où il est si utile avec tous les bénéfices du campement au grand air.

2° *Séjour*, auprès de nos stations françaises *de près de* 30.000 *enfants qui ne les fréquenteraient pas sans cette transposition, sur le plan thermal*, des colonies de vacances.

Enfin, au point de vue plus terre à terre, publicité sans égale pour nos villes d'eaux et augmentation certaine de leur clientèle car, la famille suit, toujours, de près ou de loin « *son enfant* ».

MOLINÉRY.

Syndicat des médecins de la Seine.

Assemblée générale du 7 décembre 1930

L'Assemblée générale du S. M. S. a eu lieu le dimanche 7 décembre 1930 dans la grande salle de l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, et sous la présidence du Dr Boyer.

Le compte rendu annuel du secrétaire général imprimé et distribué d'avance a été adopté à l'unanimité sans observation, puis le président, au nom du Conseil d'administration, a remis le diplôme de membre honoraire à trois anciens syndiqués, âgés, et ayant cessé d'exercer la profession.

Dans une allocution très applaudie, le Président, parlant des Assurances sociales, exprime la pénible émotion ressentie par tous les praticiens, à la lecture de certaines appréciations vraiment offensantes pour la probité traditionnelle du Corps médical. Les plus ardents à la critique sont précisément ceux qui doivent le plus... de reconnaissance aux médecins. La Mutualité blasphème contre ses premiers bienfaiteurs, contre ceux qui, seuls, ont fait naguère, un réel sacrifice d'argent en abandonnant souvent la moitié d'honoraires déjà médiocres.

« Pourtant, nous ne sommes pas réunis aujourd'hui, s'écrie le Président, pour calculer combien rapportera aux médecins l'assurance-maladie, mais pour tenter d'organiser une médecine sociale honnête, digne, efficace, dans le cadre d'une loi, d'un règlement et de conventions encore mal ajustés. »

Le rapport du trésorier concluant à la nécessité d'une augmentation de la cotisation annuelle donne lieu à un vif débat. Finalement, l'assemblée, à la presque unanimité, décide que la cotisation pour 1931 sera portée à 150 fr. dont 60 fr. pour le S. M. S. 60 fr. pour la Confédération et 30 fr. pour la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. En outre, une contribution volontaire de 50 fr. servira à constituer un fonds de réserve destiné à être employé pour la défense professionnelle.

M. Jolly, au nom du Conseil, présente ensuite un rapport concluant à l'inéligibilité provisoire à certaines fonctions syndicales (il s'agit des membres du syndicat qui n'ont pas encore signé l'engagement confédéral.)

Sans modifier pour cela les statuts, l'assemblée générale adopte la motion proposée.

M. Hartmann expose alors en détail l'état actuel des pourparlers entre l'Union des caisses d'assurances et la Fédération des syndicats médicaux de la Seine. Il montre que le Corps médical, confiant dans l'accord verbal obtenu rapidement dès le début avait apporté sa collaboration au fonctionnement de la loi, dès le 1er octobre. Aujourd'hui les caisses, surtout mutualistes, cherchent à ne plus signer et, par des articles de presse, prétendent rejeter la responsabilité de cet état de choses sur le Corps médical.

M. Boyer félicite les délégués de la Fédération qui ont fait de leur mieux et l'assemblée générale, après une longue discussion, adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant qui résume la situation, réclame un accord rapide, mais affirme sa volonté de suivre les décisions que prendra le cas échéant la Fédération, si la défense professionnelle l'exige.

ORDRE DU JOUR

Le S. M. S. réuni en assemblée générale le 7 décembre 1930.

Après avoir été mis au courant des pourparlers entre les représentants de l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne et les délégués de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

Considérant que les médecins de la région parisienne, confiants dans l'accord tacite intervenu à la veille du 1er octobre, sur un texte de convention syndicat-caisse accepté par les deux parties, n'ont pas hésité à faciliter de tout leur pouvoir la mise en marche de la loi, et cela, malgré le danger que présentait pour eux l'éventualité d'une non signature ultérieure ;

Considérant que les pourparlers, menés de façon très active, jusqu'à cette date, se sont alors, et non du fait des délégués médicaux, étrangement ralentis et qu'il est impossible de ne pas faire un rapprochement entre ce ralentissement et la collaboration loyale et totale à la loi, préconisée par la Fédération auprès de tous les médecins,

Que malgré la continuation des pourparlers, certains des plus notoires représentants des caisses se faisant l'écho d'affirmations aussi inexactes que tendancieuses ont cru pouvoir se mêler à une violente et injuste campagne d'opinion contre le Corps médical parisien, alors que celui-ci n'avait modifié en rien sa manière de faire vis-à-vis des malades ;

Le S. M. S. donne mission à son Conseil :

1° D'inviter la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine à obtenir une conclusion rapide des pourparlers en cours ;

2° D'étudier *toutes mesures* à prendre pour le cas où les caisses, en totalité ou en partie, se refuseraient à signer immédiatement les conventions sur lesquelles un accord complet était acquis ;

3° De saisir éventuellement la Confédération des Syndicats médicaux français du différend parisien qui ne manquerait pas de s'étendre à toute la France ;

S'engage à assurer la réalisation des décisions quelles qu'elles soient, que la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine jugerait alors devoir adopter.

On a procédé ensuite aux élections statutaires : 20 membres du Conseil d'administration, 8 membres

du conseil de famille, 3 délégués du collège électoral de la Seine au Conseil de la Confédération ; et, après avoir affirmé que seules les sanctions d'exclusion prononcées par le Conseil de famille sont susceptibles d'appel devant elle, conformément à l'article 26 des statuts, la séance de l'Assemblée générale a été levée à 7 heures du soir.

Discours du Président Dr Louis Boyer.

Messieurs et chers Confrères,

Avant d'ouvrir les débats sur l'importante question des Assurances sociales, permettez à votre Président d'exprimer devant vous l'écœurement qu'il a ressenti, que tous les praticiens ont éprouvé, à la lecture de certains discours et de certains articles de presse publiés ces temps-ci.

Au Parlement, dans les journaux, un peu partout, des hommes importants par leur fonction ou par leur valeur personnelle, n'ont pas craint, au sujet de l'application de la Loi d'assurance-maladie, de porter sur le Corps médical des appréciations offensantes pour notre dignité et notre probité traditionnelles.

Devant la calomnie, notre première réaction est un réflexe de pudeur ; nous rougissons, non pour nous, certes, mais pour la conscience de nos censeurs. A la réflexion, toutefois, un doute s'ébauche dans notre esprit : sommes-nous sûrs de notre vertu ? La calomnie ne serait-elle que médisance ? Ne devons-nous pas quelque reconnaissance à ces « voyants supra-lucides » pour le service qu'ils nous rendent en dévoilant la vérité honteuse qui gîte au tréfonds de notre âme ?

Seul, un examen de conscience scrupuleux peut nous libérer de la hantise du doute et du « sort » qu'on nous jette. Je vous propose donc, mes chers confrères, de faire tous ensemble, et très sincèrement, cet examen de conscience.

Sommes-nous ces hommes de proie, sommes-nous, vraiment, ces médecins qui ne pensent qu'à monnayer leur science et leur dévouement aux plus hauts prix ? Sommes-nous ici, aujourd'hui, pour calculer combien nous rapportera l'assurance-maladie ou pour tenter d'organiser une médecine sociale, humaine, honnête, digne et efficace, dans le cadre d'une loi mal ajustée ? Toute l'économie moderne est établie sur des tarifs de base limite au-dessous desquels il faut à tout prix éviter de descendre pour ne pas troubler l'équilibre social stabilisé. Grâce aux blés étrangers, grâce à une vendange abondante, grâce à une extraction plus productive, etc., le pain, le vin, le charbon, etc., pourraient être beaucoup moins chers. Le sont-ils ? non. Vous savez pourquoi et comment. En vertu de ce « contrat social » nouveau, il est légitime, je dirai plus, il est moral que les médecins aient un tarif syndical minimum.

On nous reproche dans la Seine que ce tarif minimum est supérieur aux honoraires que nous consentions jusqu'à présent à quelques mutualistes et aux quelques personnes qu'il plaisait à chacun de nous de secourir discrètement. Peut-on décemment se baser sur ces honoraires charitables pour calculer la valeur économique actuelle la plus basse de l'acte médical ? Tout homme de bonne foi répondra non.

Dans la Seine, les plus ardents à nous critiquer sont précisément ceux qui nous doivent le plus... mettons de reconnaissance.

Comme ces nations que la France, par son or et par son sang, a sorti jadis du néant, la Mutualité blasphème contre ses bienfaiteurs. Elle oublie trop qu'elle n'a pu naître et grandir que grâce aux médecins, à ces braves médecins de quartier qui lui faisaient l'aumône, il faut appeler les choses par leur nom, qui lui faisaient l'aumône des francs qu'ils *oubliaient* de lui demander.

Il y a peu de temps encore, on nous disait : « Docteur, notre Société de Secours mutuels est pauvre, ne prenez que tel prix à nos adhérents, nous savons bien que ce prix est loin de payer vos frais et votre peine, c'est une bonne œuvre que vous faites, etc. ». Pour montrer qu'on s'intéressait gentiment à nous, on ajoutait parfois ce conseil engageant : « Vous vous rattraperez sur les autres clients ». Parmi ces autres clients, il y avait un lot important de pauvres bougres, des manœuvres au faible salaire, des pères de famille nombreuse, d'ex-petits rentiers ruinés, des vieillards trop fiers pour quémander une visite médicale au Bureau de bienfaisance, etc., tous incapables, pour la plupart, de cotiser à une Société de Secours mutuels. Quelle misère, quelle injustice pour vivre d'être obligé de prendre des honoraires normaux à ces malheureux, parce qu'un grand nombre de mutualistes prévoyants et aisés bénéficiaient chez le médecin d'un tarif d'indigent.

Bien avant la guerre, 3.000 médecins de la Seine pouvaient à la rigueur faire la charité à quelque cent mille mutualistes. Ce chiffre d'ailleurs baissait de plus en plus et n'atteignait pas 25.000 au moment du vote des assurances sociales. Un grand nombre de mutualistes avaient obtenu le libre choix du médecin ; ils honoraient celui-ci à un tarif normal bien que leur société de Secours mutuels ne leur remboursât qu'une somme très inférieure à ce tarif. C'était un grand progrès pour la qualité des soins, pour la liberté et la dignité du malade et du médecin. Pourquoi revenir en arrière ?

Aujourd'hui, à leur grand regret, les 4.000 médecins de quartier de la Seine constatent qu'il leur est matériellement impossible de renouveler en faveur de près de 2 millions d'assurés sociaux, le geste généreux de l'abandon partiel d'honoraires déjà médiocres, fait autrefois par leurs aînés en faveur de la Mutualité au berceau.

On s'explique couramment que le tarif de l'acte médical étant bas, l'assuré ira plus souvent chez son médecin et qu'il en résultera un double avantage : 1° la surveillance prophylactique de l'assuré et de sa famille sera plus effective ; 2° le médecin, tout compte fait, y gagnera. (Voyez « Lions de Caisse » en Alsace et en Lorraine). Voilà une de ces erreurs monumentales comme en commettent, en toutes choses et en

tout temps, les gens de bonne foi qui ne sont pas du « métier ». On devrait pourtant se souvenir des gaffes déplorables des « infirmeries régimentaires » de jadis, gaffes journellement commises encore dans les consultations trop rapides parce que trop nombreuses.

Standardiser, tayloriser, rationaliser, etc., la médecine, soit dans des consultations publiques, soit au cabinet du médecin, est une hérésie dangereuse et pour la santé publique et pour les progrès de l'art de guérir.

Le bon, le vrai médecin n'est pas un fournisseur de soins, son cabinet n'est pas une boutique où plus on débite de consultations, meilleures elles sont.

Notre profession n'est semblable à aucune autre, sauf peut-être à celles des savants et des artistes dont la rêverie, paresseuse aux yeux du primaire, est plus bienfaitrice, est plus créatrice que huit heures de travail bureaucratique.

Au vrai médecin, il faut du temps de libre pour faire un tour dans les services hospitaliers de ses maîtres, s'il est citadin, pour feuilleter les revues médicales, s'il est rural.

Au vrai médecin, il faut du temps de libre pour cultiver sans arrêt son esprit averti, son esprit universel, c'est l'unique garantie d'un jugement éclairé, d'un bon sens critique et d'une décision sage.

Au vrai médecin, il faut du temps de libre pour observer plus finement son malade tout en bavardant parfois de la pluie et du beau temps. Au vrai médecin, il faut du temps de libre pour l'examen et l'ordonnance étant faits, s'attarder près du lit d'un enfant, d'une femme, d'un vieillard et dorloter maternellement la souffrance.

Nous sommes réunis, aujourd'hui, pour permettre à ce médecin de vivre honorablement. Ce médecin, en vérité, c'est le fruit de l'expérience des siècles et de l'évolution progressive de sa profession. Pourquoi rêver d'en faire un bureaucrate sans cœur et même sans esprit, un distributeur spécialisé de soins?

Nous sommes réunis, aujourd'hui, pour affirmer que ce médecin ne doit pas être un être rare, réservé à une catégorie privilégiée de malades.

Beaucoup parmi nous sont fils du peuple. Quelle que soit notre origine, tous, praticiens de quartier, nous vivons avec le peuple dans son intimité, nous aimons également tous nos malades et ne pouvons admettre d'en faire deux classes, les non-assurés et les assurés, les riches et les pauvres. Nous ne souffrirons jamais que les assurés sociaux soient, sous couleur de philanthropie, considérés comme du « matériel humain ? » que l'on soigne « à la chaîne », pour en accélérer la récupération.

Nous sommes réunis, mes chers Confrères, pour défendre une fois de plus la seule charte médicale possible à cette heure, la seule charte compatible à la fois avec le maximum de liberté, de dignité, d'honnêteté dans les rapports quotidiens du malade, des médecins et des Caisses.

Libre choix, entente directe, secret médical, liberté raisonnable des prescriptions, payement direct des honoraires par le malade, contrôle du malade par la Caisse, du médecin par le Syndicat habilité sont, en matière d'assurance-maladie dans l'ordre social actuel, des dogmes impératifs, parce que seuls, ils permettent à la conscience morale publique « l'évolution créatrice » de la vraie civilisation.

Nous sommes réunis, mes chers Confrères, pour défendre dans leur esprit la loi et son règlement malgré des imperfections dangereuses qui ne sauraient durer. Nous sommes décidés enfin à hâter de tout notre pouvoir la signature des Conventions légales établies d'accord entre le Gouvernement, les Caisses et nos délégués. Et maintenant, Messieurs, au travail.

Dr L. Boyer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX DECERNÉS EN 1930

Prix Alvarenga de Piauhy. — 1.000 francs. — Un mémoire a été présenté. L'Académie décerne le prix à ce mémoire qui a pour devise : *Nunc pulsanda tellus*, pour titre : *L'infarctus du myocarde* et dont l'auteur est M. le Dr Kervarec, 8, rue de Madrid, à Paris.

Prix Amussat. — 1.200 francs. — Quatre mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix aux deux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages par moitié : M. le Dr Serge Huard, de Paris : *Les accidents de la cholécystectomie* et M. le Dr Frantz, de Paris : *L'ostéosynthèse métallique dans les fractures diaphysaires.*

Prix Apostoli. — 800 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie a attribué le prix à ce mémoire : *Electrothérapie gynécologique*, dont les auteurs sont MM. les Drs Laquerrière et Delherm, de Paris.

Prix Argut. — 800 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une subvention de 500 francs à M. le Dr Jausion, du Val-de-Grâce : *Sur la gonococcie et sa chimiothérapie intraveineuse.*

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de

rente de 24.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement, une subvention de 2.500 francs à chacun des auteurs des mémoires, savoir :

Le Dr OUMANSKY, de Paris : *Adénites bacillifères curables, unique manifestation de la tuberculose expérimentale du cobaye.*

Le Dr DELARUE, de Paris : *Les formes anatomo-cliniques des « granulies » pulmonaires.*

Prix Baillarger. — 2.500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire intitulé : *La Folie et la guerre de* 1914-1918, qui a pour auteur M. le Dr RODIET, médecin-chef de l'asile de Ville-Evrard, et M. le Dr FRIBOURG-BLANC, professeur au Val-de-Grâce.

Prix du Baron Barbier. — 2.500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr LONJUMEAU, de Paris : *La scrofule, ses rapports avec la tuberculose et avec la syphilis.*

Prix Berraute. — Un titre de 3.092 francs de rente 3 %. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décide de partager les arrérages du prix de la façon suivante :

1° 2.000 francs à MM. COUTARD et VALAT, de Paris, pour leur travail intitulé : *Considérations sur le cancer de la bande et de la cavité ventriculaire du larynx* ;

2° 1.092 francs à MM. Frans DAELS et BILTRIS, de Gand (Belgique), pour leur mémoire : *Contribution à l'étude de la provocation de tumeurs malignes expérimentales au moyen de substances radio-actives.*

Prix Blondet. — 20.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux concurrents dont les noms suivent et leur attribue les sommes suivantes :

M. le Dr Léon BINET, de Paris : *Travaux de physiologie pathologique*, 7.000 francs.

MM. les Drs ROSELL et CAMBIÈS, de Paris : *Coprologie clinique : exploration, séméiologie et diagnostic coprologique*, 3.000 francs.

M. le Dr Justin BESANÇON, de Paris : *Les fonctions internes du rein*, 3.000 francs.

Prix Boullard. — 2.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. TRUBERT, de la Seine : *Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie.*

Prix Boulongne. — 4.900 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

Le prix n'est pas décerné.

Toutefois, l'Académie décide d'attribuer, à titre de récompense, une somme de 1.000 francs, partageable par moitié, entre les Drs TROISIER et DESCHIENS, de Paris, auteurs du mémoire intitulé : *L'hépaticoliase.*

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au Dr Corneille HEYMANS, professeur à l'Université de Gand : *Le sinus carotidien et les autres zones sensibles réflexogènes.*

Elle décerne également une mention honorable au Dr J. LAVEDAN de l'Institut du Radium à Paris : *Recherches sur le sang des radiologistes professionnels.*

Prix Brault. — 5.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux concurrents dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

M. le Dr JAUSION, professeur au Val-de-Grâce : *Ensemble de travaux* sur *La sensibilisation à la lumière en dermatologie, en pathologie et en thérapeutique*, 1.500 francs.

M. le Dr BETOULE, de Paris : *La physiothérapie des prurits*, 1.500 francs.

M. le Dr G. GARNIER, de Paris : *Les érythèmes des arsénobenzols*, 1.000 francs.

M. le Dr Léon NORMET, directeur du Laboratoire d'hygiène, à Hué (Annam) : *La bouffissure d'Annam*, 500 francs.

M. le Dr Jean BARRÉ, de Marseille : *Etiologie et pathogénie du béribéri*, 500 francs.

Prix Henri Buignet. — 1.600 francs. — Six mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr BERTHELOT, de Paris : *Ensemble de travaux concernant les applications de la physiologie et de la chimie aux sciences médicales.*

Prix Elise Cailleret. — 500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr FLEURET, Vétérinaire militaire à Nancy : *De l'influence des manipulations alimentaires sur la nutrition générale.*

Prix Campbell-Dupierris. — 2.500 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr LEPOUTRE, de Lille : *Bactériuries, pyélites et pyélonéphrites.*

Prix Capuron. — 1.800 francs. — Question : *L'exercice de la profession de sage-femme au point de vue médical, social et juridique.*

Un mémoire a été présenté.

Le prix n'a pas été décerné.

Prix Marie-Chevallier. — 9.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Julien MARIE, du Puy-de-Dôme : *L'oléothorax, méthode complémentaire de collapsothérapie.*

Elle décerne également une mention très honorable au Dr Jacqueline FONTAINE, de Paris : *L'oléothorax.*

Prix Clarens. — 500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix ; toutefois, elle en attribue les arrérages, à titre d'encouragement, au Dr André CACHERA, de Paris, pour son travail intitulé : *Analyse et stérilisation des eaux potables.*

Prix Daudet. — 2.000 francs. — Question : *Le cancer de l'utérus au point de vue de ses divers modes de traitement.*

Un mémoire a été présenté ayant pour devise : *Un diagnostic exact est le premier temps indispensable d'un traitement efficace.*

L'Académie décerne le prix à ce mémoire dont l'auteur est M. le Dr Claude BÉCLÈRE, de Paris.

Prix Desportes. — 1.500 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° Le Dr SCHEFFER, de Saint-Etienne : *L'opothérapie clinique en vingt leçons*, 500 francs ;

2° Les Drs DESCHIENS et CARVAILLO, de Paris : *La coprologie en pratique médicale*, 500 francs ;

3° Les Drs FIESSINGER, OLIVIER et HERBAIN, de Paris : *Diagnostics biologiques*, 500 francs ;

Prix Dieulafoy. — 2.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à l'auteur de ce mémoire, le Dr LANIEZ, de Lille : *L'oscillométrie thoracique ; études de physio-pathologie pulmonaire ; applications cliniques.*

Fondation Ferdinand Dreyfous. — 1.400 francs. — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent.

Cette année, ces arrérages sont attribués, à titre d'encouragement, à M. Paul FUNCK, de Paris,

Prix Ernest-Gaucher. — 1.800 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix au Dr FILLIOL, du Havre : *Contribution à l'étude des ictères parathérapeutiques.*

Prix Ernest Godard. — 1.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au Dr DUVERNAY (Savoie) : *L'arthrite chronique de la hanche.*

Prix Jacques Guérétin — 1.500 francs. — Neuf mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° M. le Dr Constantin BACALOGLU, de Bucarest : *La clinici medicale*, 500 francs ;

2° M. le Dr DEREUX, de Lille : *Paralysie verticale du regard : contribution à l'étude de la localisation de la lésion*, 500 francs ;

3° M. le Dr HUGUENIN, de Paris : *Le cancer primitif du poumon*, 500 francs.

Prix Théodore-Guinchard. — 6.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr LUTENBACHER, de Paris : *Action de la toxine diphtérique sur le cœur.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr KREBS, de Paris : *Myoclonies et mouvements involontaires de l'encéphalite épidémique.*

Prix Itard. — 2.400 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au Dr MOREAU, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) : *Guide pratique d'analyses médicales.*

Prix Laborie. — 6.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix au Dr A. G. WEISS, de Strasbourg, pour un ensemble de travaux relatifs à la chirurgie du tube digestif.

Prix du Baron Larrey. — 500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce mémoire, le médecin-capitaine CANIS, médecin-chef du Centre d'ophtalmologie, à Constantine : *Index trachomateux et carte du trachome d'un arrondissement algérien.*

Fondation Laval. — 1.200 francs. — L'Académie attribue, à titre d'encouragemet, les arrérages du prix Laval à M. André BRIZARD, externe des hôpitaux.

Prix Clotilde-Liard. — 5.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr BUSQUET, de Paris : *De la diphtérie dans l'antiquité grecque (jusqu'à l'ère chrétienne).*

Prix Henri-Lorquet. — 300 francs. — Trois mémoires ont été présentés :

Aucun de ces mémoires ne présentant un carac-

tère scientifique suffisant ou une valeur originale, l'Académie n'a pas décerné le prix.

Prix Magitot. — 1.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés :

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Dufourmentel, de Paris : *Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire.*

Prix A.-J. Martin. — 1.000 francs. — Question : *Le lait en tant qu'aliment complet. On envisagera, en particulier, les traitements qu'il a pu subir au point de vue des vitamines.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Locoq, de Neuilly-sur-Seine : *Le lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré.*

Prix Georges Merzbach. — 12.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie a attribué le prix à une série de mémoires constituant une : *Suite de travaux et recherches effectuées depuis 1920 sur la tuberculose,* ayant pour auteurs MM. Boquet, Nègre et Valtis, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.

Elle décerne une mention honorable au Dr Moreau, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) : *Techniques de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose.*

Prix Meynot. — 2.600 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Monbinne. — 1.500 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. le capitaine-vétérinaire Julien Descazeaux, à Meauzac (Tarn-et-Garonne) auteur de ce mémoire intitulé : *L'élevage du mouton dans le territoire de Magellan* ; *étude de la lymphangite caséeuse du mouton.*

Prix Orfila. — 2.500 francs. — Question : *Empoisonnement par les champignons du groupe des amanites.*

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au mémoire ayant pour devise : *Fronde viresco* et pour auteur le Dr Dujarric de la Rivière, de Paris.

Prix Oulmont. — 1.000 francs. — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Le prix est décerné à M. Sylvain Blondin, à Paris.

Prix Pannetier. — 4.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à une série de mémoires imprimés extraits des *Annales de l'Institut Pasteur* et ayant pour auteurs M. J. Zeyland et Mme Piasecka-Zeyland, de Poznan (Pologne).

Prix Perron. — 4.000 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° Les Drs Troisier et Clément, de Paris : *Les ictères infectieux,* 1.500 francs. ;

2° Le Dr Léopold-Lévi, de Paris : *Vue générale sur l'endocrinologie, d'après vingt-cinq ans de pratique,* 1.500 francs ;

3° Le Dr Vibert, de Paris : *L'adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose infantile,* 1.000 francs.

Prix Potain. — 2.400 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à l'ouvrage intitulé : *La tuberculose cardio-vasculaire, le cœur des tuberculeux,* dont les auteurs sont MM. les Drs Pic et Morenas, de Lyon.

Prix Sabatier. — 600 francs. — Six mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Arcand, de Montréal (Canada) : *Les protéines des humeurs.*

Prix Saintour. — 5.000 francs. — Sept mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. Viborel, directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, Paris : *La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale.*

Prix Tarnier. — 4.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au Dr Brouha, de Gentilly (Seine) : *Le lobe antérieur de l'hypophyse ; les rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme ; les propriétés biologiques des hormones sexuelles.*

Elle décerne une mention très honorable à M. le Dr Digonnet, de Paris : *Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du* « post-partum ».

Prix Vautrin-George. — 1.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au Dr Machebœuf, de Paris : *Recherches sur les lipides, les stérols et protéides du sérum et du plasma sanguins.*

Prix Vernois. — 800 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante :

1° Le Dr Morche, du Var : *Guide du mutilé de l'oreille, complété par le* Vade mecum *d'otologie à l'usage des sourds et des mutilés de l'oreille,* 400 fr.

2° Le Dr Carrieu, de Montpellier : *L'intoxication par le trichlorure d'éthylène*, 400 francs.

Prix Zambaco. — 600 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix à M. le Dr Markianos, de Paris : *Série de travaux sur la lèpre humaine et la lèpre des rats.*

Elle décerne une mention honorable à M. le Dr Giacardy, de Tarbes : *Etude sur un cas de lèpre autochtone avec gestation et naissance d'un enfant sain.*

(*A suivre*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Concours du clinicat.** — Sont nommés :

Clinique médicale. — Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Boltanski, Delafontaine, Delalande, Salmon.

Pitié : chefs de clinique titulaires, MM. Azerad, Besançon, Dreyfus (Gilbert).

Saint-Antoine : chefs de clinique titulaires, MM. Wahl, Duruy, Delarue, Oumansky, Mlle Scherrer.

Cochin : chefs de clinique titulaires, MM. Bariéty, Moussoir, Morlaas, Poumailloux.

Clinique chirurgicale. — Cochin : chefs de clinique titulaires, MM. Mabille, Pascal, Pellé.

Salpêtrière : chefs de clinique titulaires, MM. Seillé, Sauvage, Blondin (Marcel).

Vaugirard : chefs de clinique titulaires, MM. Redon, Merle, d'Aubigné.

Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Meillère, Banzet.

Saint-Antoine : chef de clinique titulaire, M. Chabrut.

Clinique oto-laryngologique. — Lariboisière : chefs de clinique titulaires, MM. Rossert, Elbaz, George.

Clinique urologique. — Necker : chefs de clinique titulaires, MM. Dossot, Lieutaud.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : chefs de clinique titulaires, MM. Garand, Baruk, de Guillant, Bourgeois (Pierre), Migault.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : chefs de clinique titulaires, MM. Leclerc, Bourgeois (Jean), Garnier ; adjoint, M. Layani.

Clinique de la première enfance. — Chefs de clinique titulaires, MM. Chabrun, Bohn, Benoist.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : chefs de clinique titulaires, MM. Martin, Kaplan ; adjoint, M. Liége.

Clinique neurologique. — Salpêtrière : chefs de clinique titulaires, MM. Mollaret, Schmite, Michaux, Thurel.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Veil (Prosper), Castéran, Renard ; adjoints : MM. Dollfus, Sourdille, Mlle Braun.

Clinique des maladies cutanées. — Saint-Louis : chefs de clinique titulaires : MM. Carteaud, Cohen, Lotte.

Clinique obstétricale. — Baudelocque : chef de clinique titulaire, M. Digonnet ; adjoints, Mlle Bach, M. François.

Tarnier : chefs de clinique titulaires : MM. Suzor, Bidoire, Fleury.

Pitié : chefs de clinique titulaires, Mlles Goegner, Desbrousses.

Clinique de thérapeutique médicale. — Pitié : chefs de clinique titulaires, MM. Lévy (Rob.), Durand (Paul), Fatou.

Clinique propédeutique. — Charité : chefs de clinique titulaires, MM. Benda, Vibert, Lonjumeau, Imbert.

Clinique chirurgicale infantile. — Enfants-Malades : chefs de clinique titulaires, MM. Fèvre, Garnier ; adjoint, M. Armingeat.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon Bernard.) — *Cours spécial sur la tuberculose pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium,* organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Léon Bernard et Robert Debré, avec la collaboration de MM. Rist, médecin de l'hôpital Laennec ; Paraf, médecin des hôpitaux ; Lejong, médecin des hôpitaux ; Vallée, directeur du laboratoire du ministère de l'Agriculture ; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec ; Biraud, de la section d'hygiène de la S. D. N. ; Evrot, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ; Georges Guinon, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; Calvé, médecin de l'hôpital franco-américain de Berck ; Vitry, assistant de l'école de puériculture de la Faculté ; Baron, Poix, Soulas, Valtis, assistants de la clinique ; Lamy, Ch. Mayer, J. Marie, Pellissier, Triboulet, chefs de clinique ; Bonnet, Mlle Gauthier-Villars, Olivier, chefs des laboratoires de la clinique.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties : Première partie, à la clinique du 12 janvier au 7 février 1931. Cette partie est composée de 40 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection des malades de préventoriums et sanatoriums, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

Deuxième partie : stages dans des dispensaires et des sanatoriums : 1° du 9 février au 21 mars, au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine ; les élèves seront répartis par petits groupes, qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires ; durant cette période, des visites seront faites aux Centres de placement familial des tout-petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national ; Office national d'hygiène social ; Office départemental de la Seine, etc.). — 2° Du 21 mars au 4 avril : dans un ou plusieurs sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Programme des leçons. — 1° L'infection tuberculeuse : pathogénie générale. Allergie et immunité tuberculeuses. — 2° Le bacille de Koch. Morphologie. Cultures. Tuberculose expérimentale. — 3° Les tuberculines. Réactions tuberculiniques. — 4° L'hérédité tuberculeuse. — 5° La contagion tuberculeuse. Sources, voies et modalités de la contagion. — 6° Epidémiologie générale de la tuberculose. Facteurs sociaux. Morbidité. Mortalité. — 7° Tuberculoses animales. — 8° Lésions élémentaires produites par le bacille de Koch. Follicules et lésions non folliculaires. — 9° La tuberculose du nourrisson. — 10° La tuberculose de la seconde enfance. — 11° Les débuts de la tuberculose pulmonaire de

l'adulte. — 12° Les formes chroniques ulcéro-caséeuses. — 13° Les formes fibreuses (ulcéro-fibreuses et scléroses inévolutives). — 14° Les formes bronchiques. L'emphysème tuberculeux. — 15° Les tuberculoses aiguës. — 16° Les signes stéthacoustiques de la tuberculose pulmonaire. — 17° Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — 18° Les hémoptysies tuberculeuses. — 19° Signes de l'activité et de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — 20° Les tuberculoses pleurales. — 21° La tuberculose laryngée. — 22° Localisations viscérales extra-pulmonaires chez les tuberculeux. — 23° Les tuberculoses osseuses et articulaires et les principes généraux de leur traitement. — 24° Tuberculose et maternité. — 25° Règles du diagnostic clinique de la tuberculose. Les faux tuberculeux. — 26° Procédés de diagnostic empruntés au laboratoire. — 27° Le lipiodol dans le diagnostic des affections broncho-pulmonaires. — 28° Eléments de pronostic chez les tuberculeux. — 29° Traitement des principaux symptômes. Désinfection des expectorations. — 30° Les traitements dits spécifiques et chimiothérapiques. L'aurothérapie. — 31° Les traitements physiques et hygiéno-diététiques. Cures sanatoriales. — 32° Les indications du pneumothorax artificiel. — 33° Les résultats et les complications du pneumothorax artificiel. — 34° Pneumothorax double. Oléothorax. — 35° Traitements chirurgicaux : phrénicectomie et thoracoplastie. — 36° La prémunition selon la méthode de Calmette. — 37° La préservation de l'enfance. (Le principe de Grancher. Les préventoriums. La prévention à l'école). — 38° Le dispensaire antituberculeux et le service social. — 39° La déclaration obligatoire ; les assurances sociales. La législation antituberculeuse en France. — 40° L'armement antituberculeux français. L'Office d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours de perfectionnement, comprenant les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le Directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e).

Les droits d'inscription sont de 600 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— **Pathologie médicale.** (Professeur : M. A. Clerc. Semestre d'hiver.) — Deuxième série (janvier-février): M. Marcel Brulé, agrégé : Maladies du foie ; M. René Moreau, agrégé : Maladies de l'appareil respiratoire.

M. Marcel Brulé commencera ses leçons le jeudi 8 janvier 1931, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

M. René Moreau commencera ses leçons le mercredi 7 janvier 1931, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

— **Thèses.** — Mercredi 7 janvier. — Jury : MM. Legueu, Loeper. — Lebrun J. : Contribution à l'étude du traitement de la prostatite post-blennorragique par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. — Urbain L. : Etude sur l'hyperfonctionnement des parathyroïdes. — Witanson D. : Etude de la pepsine. Action sur les vomissements. — H. Sagarra : Les rapports entre la fonction ovarienne et la pression artérielle.

Samedi 10 janvier. — Jury : MM. J.-L. Faure, Rathery. — Leydier J.-M. : La fonction mixte endocrinienne de la glande mammaire. — Barot M. : Action des eaux de Bagnoles-de-l'Orne sur le sympathique et les glandes endocrines.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Mutations dans les services.** — MM. Weill-Hallé passe aux Enfants-Malades ; Lemierre et Boidin, à Bichat ; Darré, aux Enfants-Malades ; Fiessinger, à la Charité ; Pinard, à Cochin ; Milhit et Guy Laroche, à Tenon ; Duvoir, à Saint-Louis ; Mathieu-Pierre Weil, à Dubois ; Hubert, à Ambroise Paré ; May, à Tenon ; Gautier, à Andral ; Donzelot, à Dubois ; Cain, à Ivry (chroniques) ; Binet, à Sainte-Périne ; Léchelle, à Tenon; Pruvost, à la Salpêtrière (tuberculeux) ; Hutinel, au Bastion 29 ; Moreau, à Ivry (tuberculeux); Chevallier, à Cochin ; Jacquet, à Bicêtre (tuberculeux).

— **Concours d'assistant d'électroradiologie.** — Séance du 27 novembre. — Question donnée : « Radiographie de l'atlas et de l'axis ». — MM. Bernard, 10 ; Brunet, 15 ; Chenilleau, 12 ; Mme Kaufmann, 15 ; MM. Nebout, 16 ; Piffault, 13 ; Santeuil, 10 ; Surmont, 17 ; Barreau, 14 ; Codet, 18 ; Corbie et Deliencourt, 10.

Classement des candidats : MM. Codet, Surmont, Nebout, Brunet, Mme Kaufmann, MM. Barreau, Piffault, Chenilleau.

— **Concours de l'internat de Brévannes, Chardon-Lagache, Sainte-Périne et Hendaye.** — *Composition écrite.* — Questions données : « Tronc de la veine jugulaire (sans embryologie ni histologie). — Formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte. ». — Notes : MM. Lepart, 24 ; Nomblot, 22 ; Tilitcheff, 23 ; Darras, 24 ; Boisseau, 26 ; Benoist, 17 ; Yglesias, 16 ; Laroche, 21 ; Cordebar, 10 ; Yovanovitch, 25 ; Epilbaum, 14 ; Rosenrauch, 13 ; Raymond, 26 ; Lapeyre, 18 ; Vautier, 16 ; Rymer, 26 ; Golu, 20 ; Dassencourt, 22 ; Allik, 16 ; Bagoraze, 22 ; Bellière, Robin, 20.

Epreuve orale. — Séance du 16 décembre. — Question posée : « Diagnostic et traitement des épanchements sanguins traumatiques intra-craniens non obstétricaux de l'adulte. — Notes : MM. Yovanovitch, 16 ; Allik, 10 ; Darras, 18 ; Bellière, 14 ; Lepart, 19 ; Tilitcheff, 16 ; Nomblot, 19 ; Boisseau, 19 ; Raymond, 19 ; Bagoraze, 17 ; Dassencourt, 17 ; Golse, 16 ; Ryner, 17. Ont filé : MM. Lapayre, Laroche.

Classement des candidats. — MM. Raymond, Boisseau, 45 ; Lepart, Rymer, 43 ; Darras, 42 ; Nomblot, Yovanovitch, 41 ; Tilitcheff, Dassencourt, 39 ; Bogoraze, 37 ; Golse, 36 ; Bellière, 34 ; Allik, 26.

— **Concours des médailles de l'internat.** — A la suite de l'épreuve supplémentaire, la médaille d'argent de chirurgie a été attribuée à M. Audouin ; l'accessit à M. Kaufmann.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Paul JEANNIN, de Saint-Marcel (Saône-et-Loire) ; du Dr René SOUBOUROU, de Ladignac-le-Long (Haute-Vienne) ; du Dr André LIN, de Marseille ; du Dr FUMET, de Tulle ; du Dr MERCIER, de Paris.

— **Société belge de cancérologie.** — Une société belge de cancérologie a été récemment fondée sur l'initiative des quatre centres anticancéreux universitaires de Bruxelles. Elle a tenu sa première séance le 29 novembre 1930.

— **Concours du Corps de santé colonial.** — Une circulaire du ministère de la guerre vient de fixer les époques des concours scientifiques du corps de santé militaire colonial en 1931.

Pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux deux concours : l'un en mai, l'autre en novembre ;

Pour le titre de médecin, de chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Corps de santé colonial : un concours en juin ;

Pour le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille : un concours en novembre.

Des instructions particulières fixeront ultérieurement les dates et conditions des concours.

Ces concours, institués par les décrets du 22 août 1928, rendus sur la proposition des ministres de la guerre et des colonies, ont pour but, en permettant le perfectionnement technique du personnel du Service de santé colonial, de fournir à nos possessions d'outre-mer les spécialistes qualifiés qui leur sont nécessaires. Les jurys chargés d'examiner les candidats comprennent obligatoirement des professeurs titulaires des facultés de médecine et de pharmacie.

Les résultats des concours qui ont lieu depuis 1928 ont montré que les traditions de travail d'un corps qui compte parmi ses anciens les Calmette, les Yersin, les Simond, n'avaient point périclité et que nos principaux établissements hospitaliers aux colonies seront pourvus d'une élite assurant à nos compatriotes d'outre-mer les mêmes garanties que dans la métropole. (*Le Temps colonial* du 16 décembre 1930.)

— **Prix Alvarenga du Collège des médecins de Philadelphie.** — Le prix Alvarenga, revenu annuel du legs de senor Alvarenga et s'élevant à peu près à 300 dollars, sera décerné le 14 juillet 1931, à condition qu'un travail jugé digne du prix ait été présenté.

Le travail (en langue anglaise) pourra porter sur n'importe quel sujet de médecine, mais il devra être indédit et ne pas avoir été présenté à un autre concours.

Le prix Alvarenga pour 1930 a été attribué au Dr Henry A. Harris, de Londres, pour son mémoire intitulé : « Huile de foie de morue et vitamines en ce qui concerne la croissance des os et le rachitisme ».

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire, M. John H. Girvin, 19 South 22 B. Street, à Philadelphie U. S. A.

— **Association internationale de physiothérapie.** — Au cours du Ve Congrès international de physiothérapie, qui tint ses assises à Liége, en septembre dernier, il fut fondé un groupement international permanent, destiné à maintenir la liaison établie par le Congrès de Liége, entre les physiothérapeutes du monde entier.

Les pays suivants étaient représentés : La Hongrie, par le Dr L. Bilkey Pap ; l'Allemagne, par le Dr Laqueur, le professeur Grober ; la Roumanie, par le Dr Michailesco ; la France, par le professeur Bourguignon, le Dr Rosenthal ; l'Italie, par le Professeur Ponzio ; la Hollande, par le Profeseur van Breement ; la Suisse, par le Dr Besse ; les Etats-Unis d'Amérique, par le Dr Mac Fee ; le Portugal par le Dr F. Formigal Luzes ; la République-Argentine, par le Dr Carlos Heuser ; l'Espagne, par le Professeur Recasens ; le Brésil, par le Dr Silveira ; la Grèce, par le Dr Vlastos ; la Pologne, par le Dr Colonel B. Sabat ; le Danemark, par le Proféssеur Hans Jansen ; la Suède, par le Professeur Andersson ; la Belgique, par les Professeurs Gunzburg et de Munter, les Drs Dekeyser et Dubois-Trépagne.

Le Comité de la nouvelle association a été constitué comme suit : Président : Professeur Gunzberg (Belgique) ; vice-présidents : Prof. Grober (Allemagne), Prof Carnot (France), Dr Mac Fee (U. S. A.), Dr Carlos Heuser (Argentine), Dr Sabat (Pologne) ; secrétaire-général : Dr Dubois-Trépagne (Belgique) ; trésorier : Dr Dekeyser (Belgique) ; le siège de la nouvelle association est en Belgique.

Le prochain Congrès doit avoir lieu dans une ville de Suisse ou des Etats-Unis d'Amérique.

Chemins de fer P. L. M. — *Billets d'aller et retour spéciaux en 1re et 2e classes.* — Les gares de Paris, Dijon-Ville, Lyon-Perrache, Marseille Saint-Charles, Saint-Etienne-Chateaucreux, Grenoble, Chambéry, Challes-les-Eaux, Annecy, Genève-Eaux-Vives, délivrent des billets d'aller et retour spéciaux en 1re et 2e classes valables 15 jours (dimanches et fêtes compris) :

Jusqu'au 31 mars 1931, à destination de Chamonix Mont-Blanc, Saint-Gervais-les-Bains le Fayet et Sallanches-Combloux-Mégève ;

Du 15 décembre 1930 au 15 mars 1931, à destination d'Aix-les Bains, Mont Revard.

La gare d'Aix-les-Bains délivre, dans les même conditions, des billets pour Chamonix-Mont-Blanc, Saint-Gervais-les-Bains le Fayet, Sallanches-Combloux Mégève.

La durée de validité de ces billets peut être, à deux reprises, prolongée de huit jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 % du prix des billets.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

si les officiers mobilisés pendant la guerre, doivent ou non faire des périodes de réserve ou si celles-ci sont facultatives. (*Question du* 28 *novembre* 1930.)

Réponse. — 1° La loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée prescrit (art. 165), que les hommes des classes 1919 et antérieures, ayant servi aux armées pendant au moins six mois, pendant la guerre 1914-1918, sont dispensés de toute période d'exercice. Cette disposition ne vise pas les officiers de réserve. Ceux-ci aux termes de l'article 38 de ladite loi « sont tenus de demeurer officiers de réserve, et de rester en cette qualité, constamment à la disposition du ministre de la guerre jusqu'à leur passage dans la deuxième réserve ». L'article 49 prescrit par ailleurs que les officiers de réserve sont convoqués pour des périodes d'exercices dont le nombre et la durée sont fixés par le ministre de la guerre, sans que leur total puisse excéder quatre mois. Il résulte de ces dispositions qu'au regard de la loi du 31 mars 1928, un officier de réserve ayant été mobilisé ou non, même ne désirant pas recevoir d'avancement, doit obligatoirement répondre à toute convocation de l'autorité militaire au titre de la loi du 31 mars 1928, dans la limite des quatre mois fixée à l'article 40, et qu'il ne peut offrir sa démission tant qu'il n'est pas passé dans la deuxième réserve ; 2° indépendamment des obligations susvisées, les officiers de réserve sont soumis aux obligations de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves, qui leur impose un nombre déterminé de périodes dans chaque grade, pour recevoir de l'avancement. Ces périodes sont obligatoires, au même titre que celles de la loi du 31 mars 1928, dans la limite de quatre mois. En conséquence, un officier de réserve, convoqué au titre de la loi du 8 janvier 1925, doit obligatoirement effectuer la période pour laquelle il est convoqué ; en particulier, il ne peut s'y soustraire sous le prétexte de renoncer à tout avancement. Toutefois, par application des articles 33 et 44 de cette dernière loi, les dispositions ci-après sont appliquées aux officiers de réserve mobilisés au cours de la guerre 1914-1918, proposables pour l'avancement, c'est-à-dire au titre de la loi du 8 janvier 1925 ; *a*) les officiers de réserve ayant été mobilisés pendant plus de six mois dans leur arme et leur grade actuels (y compris le grade à titre temporaire), peuvent être proposés pour le grade supérieur sans être astreints à accomplir de période d'exercices, si les autorités militaires dont ils relèvent estiment, sur le simple examen de leurs états de services, qu'ils possèdent les aptitudes nécessaires pour être promus. Dans le cas contraire les intéressés ne sont pas obligatoirement tenus d'accomplir une période, mais leur avancement demeure subordonné à l'accomplissement de cette période. Les officiers de réserve en cause doivent en être avertis ; *b*) les officiers de réserve ayant été mobilisés pendant moins de six mois dans leur grade actuel (compris le grade à titre temporaire) et pour

l'avancement desquels deux périodes d'exercices sont imposées par les articles 27 et 28 de la loi du 8 janvier 1925, ne sont obligatoirement tenus d'accomplir qu'une période d'exercices. Ceux dont l'avancement est subordonné à l'accomplissement d'une seule période (art. 29 de la dite loi) rentrent dans le cas envisagé au paragraphe *a* ci-dessus ; 3° en résumé, les officiers de réserve sont obligatoirement tenus de répondre aux convocations qui leur sont adressées au titre de la loi du 31 mars 1928, dans la limite de quatre mois, qu'ils aient été ou non mobilisés, même s'ils renoncent à tout avancement. Ils sont également obligatoirement tenus de répondre aux convocations qui leur sont adressées au titre de la loi du 8 janvier 1925, dans la limite de quatre mois, pendant le temps où ils demeurent officiers de réserve, même s'ils renoncent à tout avancement, à l'exception de ceux d'entre ces officiers de réserve qui, selon la durée du temps pendant lequel ils ont été mobilisés dans leur grade actuel, peuvent, en vue de leur nomination au grade supérieur, ou être dispensés de leurs périodes, ou n'accomplir obligatoirement qu'une seule période, ou n'accomplir volontairement qu'une période, leur avancement dans ce cas étant subordonné à l'accomplissement de celle-ci. (*J. O.*, 19 décembre 1930.)

LES CONFÉRENCES DE L'HOTEL CHAMBON

Une causerie sur le chauffage

M. le Dr Jayle a récemment fait la seconde conférence de l'hôtel Chambon qu'il a consacrée au chauffage.

Dans un rapide historique qui nous mène de l'âge de pierre à notre époque, le Dr Jayle expose et compare les procédés de chauffage à travers les siècles. Il délivre la palme aux Romains qui, au moyen des hypocaustes, chauffaient le sol et les parois de leurs maisons et les fouilles qui ont été faites, notamment à Paris, nous ont absolument édifié sur la valeur de ce système. Le monde romain disparut après le Ve siècle avec sa civilisation. Le Moyen-Age nous dota de la cheminée avec ses imperfections auxquelles on remédia en imaginant les poêles. Enfin à notre époque, on inventa le chauffage central, calorifères à air chaud, à circulation de vapeur ou d'eau chaude. Le système le plus courant est celui des radiateurs qui offre bien des inconvénients.

Actuellement on revient au système romain des hypocaustes en incorporant dans les planchers, les plafonds, ou les parois des serpentins où circule l'eau chaude.

Le bois, la houille, le gaz ont été tour à tour employés pour le chauffage. L'électricité qui

devrait avoir notre préférence, est inabordable en France à cause de son prix excessif. M. Jayle donne la supériorité au chauffage par le mazout, car il est l'ennemi du charbon qui salit et empoisonne l'atmosphère, causant par les gaz toxiques et les fumées qu'émet la combustion de la houille les plus grands préjudices à la santé.

M. Jayle, à l'appui de sa causerie, montre un certain nombre de projections. Notamment une photographie récente où le Palais du Trocadéro lui-même couvre de flots de fumée noire les quartiers qui l'environnent.

Il y a longtemps que les hygiénistes se plaignent des fumées de Paris. Qu'a-t-on fait pour y remédier ? Il conviendrait que M. Jayle, et beaucoup d'autres comme lui, prennent place au Conseil de nos édiles. Nous le souhaitons de tout cœur en applaudissant à sa causerie et aux progrès qu'il y a défendus. J. Noir.

Un traitement simple du hoquet

Par le Dr Dartigues (Adrien)
Médecin de colonisation à Aïn el Hadjar (Algérie)

La flexion forcée de l'extrémité céphalique sur la poitrine (région du menton contre région sternale) arrête le hoquet en deux ou trois minutes. Ce traitement n'étant enseigné nulle part, je crois être le premier à l'indiquer.

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

Certificat post-mortem et secret professionnel

Vous m'avez si aimablement répondu quand récemment, je m'adressai à vous, que je reviens à la charge en vous posant une question dont il vaudra mieux que vous me donniez la réponse par le *Concours.*

Elle est en effet fréquemment posée, et à tous les médecins.

Voici :

J'avais lu avec intérêt vos articles relatifs aux certificats demandés après décès par les assurances sur la vie.

Vous aviez conclu que le médecin traitant du défunt ne devait pas indiquer de diagnostic de la maladie finale, *étant tenu au secret professionnel.*

J'avais donc profité d'une réunion de mon syndicat pour faire publier votre réponse dans le compte rendu.

Mais ceci qui paraît tout simple, ne l'est pas du tout.

Exemple : un pensionné de guerre meurt, sa veuve veut et doit prouver qu'il est bien mort de la maladie cause de sa pension.

Il y a des quantités de cas similaires et les gens ne comprennent pas que nous nous retranchions derrière le secret, bien plus ; ils nous en veulent prétendant que nous seuls les empêchons de faire valoir leurs droits, et parfois, du coup, ils nous quittent.

Or, je parlais de cela hier à mon frère qui, notaire et licencié en droit depuis 24 ans, a une pratique déjà longue.

Il m'a dit : « *Vous avez tort parce que « le mort saisit le vif, son hoir le plus proche.* »

Donc l'héritier doit pouvoir obtenir de vous le certificat que vous lui eussiez donné à lui.

Par conséquent, me dit-il, je comprends que vous refusiez à l'assurance-vie le diagnostic demandé, mais l'héritier y a droit dans le cas où il en a réellement besoin.

(C'est moi qui fis préciser ce « réellement » parce qu'une assurance-vie n'a pas de raisons réelles, il me semble, d'exiger un diagnostic, la certitude de la mort naturelle devant lui suffire, mais la veuve d'un pensionné a en effet *besoin* de prouver que la cause de la pension fut aussi la cause de la mort.

Il y a là un « distinguo » bien net et je ne crois pas que vous ayez encore traité la question sous cet angle.

Donc, si je ne vous ennuie pas, voulez-vous nous fixer ?

Ne croyez-vous pas qu'une petite phrase à ce point de vue pourrait s'ajouter aux statuts syndicaux (chapitre déontologie) que je vous soumettrai ultérieurement, et que je vais communiquer incessamment à nos syndicats ? Dr DAMEY.

Réponse

Je regrette de ne pas partager l'avis de votre frère : la jurisprudence est très nette sur ce point : le médecin est lié par le secret professionnel, vis-à-vis des héritiers du *de cujus* et ne peut délivrer aucun certificat *post mortem*.

J'ai d'ailleurs publié cette jurisprudence dans le *Concours Médical* 1928, page 2536 et suivantes.

Je crois donc que, de ce côté, la question est absolument réglée et tant que l'article 378 ne sera pas modifié par une loi nouvelle, le médecin doit obéir à l'obligation du silence.

Mais, dans le cas d'un pensionné de guerre, il n'en est plus de même.

Pendant sa vie, pour bénéficier de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions, l'ayant droit a demandé lui-même à son médecin un certificat établissant la matérialité de ses blessures.

C'est lui-même qui a fait usage de ce certificat, dévoilant ainsi à des tiers (la commission de réforme), toutes les décisions dont il se plaint et dont il demande réparation par une pension.

Le motif de réforme, arrêté par la commission, est noté sur le livret de soins, comme sur la notification officielle de pension.

Il n'y a donc plus de secret professionnel en ce qui concerne ledit diagnostic. Par suite, le praticien qui est appelé à déclarer si la mort a été la conséquence des lésions qui ont entraîné la pension, ne commet pas de violation du secret professionnel, puisqu'il n'y a plus de secret.

Ce qui doit rester caché ce sont les autres affections concomitantes. Par suite, si le *de cujus* est décédé de toute autre affection que celle qui a motivé la réforme, le médecin traitant doit se borner à déclarer que la mort est due à une autre maladie, sans indiquer laquelle.

Il en est de même pour les accidents du travail : la loi de 1898 oblige le blessé à fournir un certificat médical indiquant la nature des lésions. Il n'y a donc plus secret professionnel, au regard du diagnostic posé par ledit certificat.

Mais le secret persiste pour toute autre maladie ou diathèse.

Ainsi, soignant une fracture, le médecin doit se borner à décrire la fracture ; mais il doit se garder d'indiquer la concomitance de diabète ou de syphilis, ou de tuberculose.

En cas de mort, le praticien certifiera si le décès a été provoqué par les lésions traumatiques qu'il a mentionnées dans le certificat initial.

Mais toutes les fois que le praticien n'est pas obligé par une loi à certifier, il doit observer le silence le plus absolu.

Il faut appliquer les lois telles qu'elles sont et non pas telles qu'elles devraient être.

D^{r} Paul Boudin.

Accidents.

5334. — Fourniture d'un appareil de prothèse

Membre du « Sou Médical » et abonné au C. M., je vous prie de bien vouloir m'informer si un patron (ou une compagnie d'assurance) peut refuser à un blessé du travail la confection d'un appareil dentaire.

Je tiens à remarquer qu'il s'agit d'un blessé qui a reçu un coup de pied de cheval en pleine figure et qui a eu ses dents luxées et ébréchées et qui a eu (ce qui est plus grave) une perte de substance de la mâchoire supérieure. De ce fait il ne peut plus manger. J'ai jugé un appareil prothétique nécessaire et suis surpris que la compagnie d'assurance puisse refuser la réparation des dégâts.

D^{r} S.

Réponse.

En vertu de la jurisprudence actuellement en vigueur en matière d'accidents du travail, les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron responsable, ni de son assurance.

Il est question d'ailleurs de modifier la loi sur ce point, mais, jusqu'à ce que le législateur soit

intervenu, la règle établie par la jurisprudence continuera à s'appliquer.

C'est donc en restant dans la stricte limite de ses droits que l'assurance refuse de faire les frais de l'appareil nécessaire à votre client et il serait vain de tenter de l'y contraindre par une action en justice.

Par contre si, abstraction faite de toute amélioration qui pourrait être apportée à son état par la pose d'un appareil, votre client subit, du fait de ses lésions, une diminution de sa capacité de travail, il a droit à une rente proportionnelle à la réduction de sa capacité.

S'il en est ainsi, remettez à votre client un certificat dans lequel vous constaterez qu'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle et évaluerez le taux de cette incapacité.

Votre client déposera votre certificat au greffe de la justice de paix du canton de l'accident, ce qui aura pour effet de déclencher la procédure d'enquête et en attribution de rente prévue par la loi sur les accidents du travail.

5290. — Droits de l'accidenté du travail étranger qui quitte la France

Un ouvrier portugais, blessé du travail, a perdu un œil. Il a droit à une rente de 25 %. Comme il a 49 ans, qu'il a sa famille au Portugal, il voudrait rentrer chez lui.

Quel sera le sort de sa rente ?

Je pense que la Cie d'assurances ne peut la lui racheter. Je pense encore qu'il touchera, s'il quitte la France 3 ou 5 annuités. Il demande s'il peut vendre son titre de rente en supposant qu'il trouve acquéreur. N'y a-t-il aucune solution pratique pour lui permettre de toucher un capital suffisant ?

Réponse.

En vertu de l'article 3 de la loi sur les accidents du travail, les ouvriers étrangers, qui cessent de résider sur le territoire français, reçoivent, *pour toute indemnité*, un capital égal à trois fois la rente qui leur a été allouée. En raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail et des termes précis de la disposition susrappelée, votre client ne peut prétendre à autre chose, en quittant la France, qu'au paiement de trois annuités de sa rente.

Il ne peut songer à céder son titre de rente, les indemnités étant incessibles et insaisissables.

5559. — Accident survenu au cours d'une rixe

Je vous serais obligé si vous me donniez votre avis sur le cas suivant : Il a été résolu, je crois, plusieurs fois dans le *Concours Médical* dans le sens que je pense ; mais cependant je désirerais votre avis.

Le représentant de la P. refuse de me payer une note d'honoraires pour soins donnés à un certain portugais nommé J. blessé dans les circonstances suivantes :

Aux carrières de G. travaillent des Espagnols et des Portugais qui ne s'entendent pas. Un jour un Portugais conducteur d'une locomotive Decauville demande à un Espagnol d'enlever une pierre qui gêne le passage de sa machine : injures, coups. Le Portugais appelle ses compatriotes qui à travers le chantier poursuivent l'Espagnol. Celui-ci en s'enfuyant tire deux coups de revolver sur ses adversaires. L'un d'eux est atteint à une main. Je le soigne, délivre les certificats. A la fin j'envoie ma note : 158 francs.

L'agent de la P. me répond : Il ne s'agit pas d'un accident du travail.

Bien sûr, mais c'est un accident à l'occasion du travail. Je crois le patron responsable.

Ai-je raison ? Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me l'écrire.

Dr F.

Réponse.

Les violences exercées par un ouvrier sur d'autres ouvriers doivent être considérées comme accident du travail lorsque l'acte de violence se rattache à l'exécution du travail professionnel.

La Cour de cassation va même plus loin et estime que, dès que la rixe a eu lieu à l'heure et sur le lieu du travail, la garantie légale est due à la victime, sans qu'il y ait lieu de rechercher si la rixe a été occasionnée directement ou indirectement par les nécessités du travail (Cass. civ., 20 avril 1912. S. 1912, 1.335 ; D. 1913, 1.64.)

Sans aller aussi loin que la cour de cassation, qui est critiquée par Sachet, dans son Traité de la législation des accidents du travail, à propos de l'arrêt du 20 avril 1912 cité plus haut, il faut admettre que, en l'espèce citée dans votre lettre, la rixe survenue entre les ouvriers ayant indéniablement eu pour cause le travail, le blessé doit bénéficier de la législation sur les accidents du travail.

Il peut donc citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, en paiement de son demi-salaire, si la Compagnie d'assurances refuse de le payer.

5437. — L'accident ne rompt pas le contrat de travail

1° L'accident du travail peut-il être considéré comme une cause de rupture des contrats pouvant entraîner le renvoi immédiat de l'accidenté sans indemnité ni pension ?

3° Un patron peut-il refuser de reprendre à son service un accidenté du travail après guérison ou consolidation de blessure ? Dr M.

Réponse.

1° Un accident du travail n'a pas pour effet, en principe, de rompre le contrat de louage d'ouvrage qui lie la victime envers le patron (Sachet, Traité de la législation sur les accidents du travail, 1928, n° 185).

2° L'ouvrier peut donc exiger que le chef d'entreprise le reprenne après sa guérison et s'il est apte à faire le même travail, jusqu'à ce qu'il y ait eu dénonciation du contrat conformément à l'usage des lieux ou contormément à la convention existant entre les parties.

Cependant, une incapacité de très longue durée peut, au même titre qu'une longue maladie, devenir un motif légitime de congédiement.

5418. — Droits de la mère d'une victime du travail

Un de mes clients, âgé de 20 ans, employé dans une sucrerie, est électrocuté en touchant un fil dénudé de balladeuse (courant de 110 volts) étant trempé par la pluie. Mort par inhibition cardiaque presque instantanée. Il gagnait 30 fr. par jour, depuis un an.

Sa mère est veuve, sans profession, travaille chez les uns et les autres, un frère plus âgé, au service militaire. Une sœur 23 ans, travaillant.

La mère a-t-elle le droit à une rente ou à un forfait ? de combien ?

Ce fils, tout au moins actuellement, pouvait être considéré comme soutien de famille.

Je vous serais obligé de me faire connaître votre avis.

Dr M.

Réponse.

Si elle peut prouver qu'elle était à la charge de son fils, la mère de la victime de l'accident mortel aura droit à une rente viagère de 10 pour 100 du salaire de base.

Pour un salaire de 30 fr. par jour, qui pour 300 jours ouvrables donne un total de 9.000 fr. par an, les huit premiers mille francs sont comptés pour la totalité, ci 8.000

Les 1.000 fr. de surplus pour 1/4, ci 250

Total du salaire de base ... 8,250

La mère aurait donc droit à une rente viagère de 825 francs.

Quant aux frère et sœur, ils n'ont droit à aucune rente ou indemnité.

Application du Tarif Fallières.

5312. — Consultation de nuit entre confrères

Je serais heureux de savoir comment tarifer l'acte suivant : J'ai vu un accidenté du travail dans la soirée (fracture du crâne, méningisme). Je reviens

à 9 heures du soir avec le chirurgien qui complète cette consultation après ponction lombaire.

En ce qui me concerne, que compter ; consultation avec confrère 3 × 15 = 45 fr. Faut-il doubler parce que de nuit ? Dr V.

Réponse.

J'ai déjà noté (et on le trouvera dans l'Agenda du *Concours*) que consultation de *nuit* doit être comptée 5 *fois* le prix d'une visite, soit 3 fois pour la « consultation entre confrères », c'est-à-dire une visite, plus majoration de deux visites (article 5), et deux fois pour dérangement de nuit, c'est-à-dire majoration de deux visites (article 4), sans compter, cette fois, la visite elle-même, déjà comptée plus haut.

Dr Fernand DECOURT.

5498. — Extirpation de corps étranger superficiel sous écran

Une jeune fille employée dans un grand atelier de couture se pique un doigt avec une aiguille au niveau de la phalange face antérieure, l'aiguille se casse dans le doigt.

Je fais radiographier avec l'assentiment de l'assurance ; la radiographie montre le corps étranger. J'essaie de l'enlever ; après 1/4 d'heure de recherche j'y renonce. Le lendemain, sous écran l'aiguille est très facilement enlevée par moi-même, mais avec l'aide du radiographe.

Quel prix demander pour cette intervention assez difficile puisqu'il m'a fallu deux séances ; naturellement, anesthésie locale les deux fois. Une incision le 1er jour, le 2e jour j'ai pu repasser par l'incision de la veille. Sutures, etc.

Le radiographe a droit naturellement au prix des radiographies, mais pour la recherche sous écran n'a-t-il pas droit à des honoraires supplémentaires. Car il a pris rendez-vous avec moi, il a perdu son temps pour surveiller et guider mon intervention.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me répondre le plus tôt possible, car mon confrère désire envoyer sa note sans retard.

Dr A.

Réponse.

Voir article 23 ; « Extirpation de corps étranger nécessitant un repérage radiologique ; 100 francs ». Naturellement, le radiographe compte, en plus, son intervention. Quant à la recherche « sous écran », c'est cela même qui monte le prix de 20 francs à 100 francs pour l'opérateur. Mais le radiographe n'a pas droit, d'après le tarif, à des honoraires supplémentaires, ou alors il lui faudrait se qualifier d'*aide* (article 11), ce qui lui ferait toucher 50 francs... mais sans compter sa radioscopie, toutefois, ne pouvant être comme « Maître Jacques ». Cette deuxième modalité serait préférable pour lui, ce me semble. Tel est l'état *actuel* de la tarification..., qui pourra

changer, j'espère, d'après les modifications actuellement envisagées à la sous-commission.

Dr Fernand DECOURT.

5587. — Petite intervention de nuit

Hier soir, à 22 heures, j'ai fait des sutures multiples à un ouvrier qui venait de se blesser en déchargeant un bateau de nuit. Comment compter ? Majoration de nuit de 25 %, ce qui n'est guère, ou triple consultation ?

Dr H.

Réponse.

Vous avez le choix entre :

1° Sutures multiples faites de nuit : 25 francs + 25 % = 31 fr. 25.

2° Visite de nuit : 15 × 3 = 45 francs.

Il n'y a pas d'autre alternative et le choix est très simple, bien qu'au fond il soit bizarre que la visite de nuit *simple* soit, dans ce cas, plus payée que *l'intervention* de nuit. Mais il en est toujours ainsi pour les petites interventions.

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot

5377. — Visites effectives sans carnet présenté par le malade

Je vous ai écrit fin octobre pour avoir quelques renseignements au sujet des soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 — loi du 31 mars 1919 — et vous m'avez répondu en date du 30 octobre, ce dont je vous remercie.

Cependant je désirerais être renseigné d'une façon plus explicite sur les deux points suivants :

1° Donnant mes soins à un pensionné de l'art. 64 pour tuberculose pulmonaire (100 p. 100), son carnet de soins a été très vite épuisé du fait qu'il a fait des hémoptysies graves et répétées, et que je faisais à ce malade deux visites par jour (nécess. par inj., émet., morph., etc.).

Or, entre la remise du vieux carnet et la délivrance du nouveau, il s'écoule huit jours pendant lesquels je n'ai pu détacher de bulletin de visite. Ce retard est imputable et à l'entourage du malade et à l'administration. Je n'ai pas à m'en préoccuper.

N'ayant pas de bulletin, mon intention *est de faire payer le malade* qui s'y est d'ailleurs offert d'une façon tout à fait légale et spontanée. Qu'en pensez-vous ? Je tiens à être tout à fait irréprochable, surtout vis-à-vis de l'administration. Evidemment j'aurais pu dès la réception du nouveau carnet, détacher autant de bulletins que j'aurais fait de visites : 8 jours à 2 visites = 16, et le carnet n'en contient que 12. On aurait redemandé un nouveau carnet et l'administration n'aurait pas manqué de crier à l'abus.

Un confrère, contrôleur de nos mémoires à la préfecture à qui j'ai soumis le cas, m'a conseillé ce der-

nier procédé, et, malgré son conseil, je répugne à le faire, parce que ce n'est pas réglementaire.

2° Ce même malade aurait besoin d'être traité par injections, sur le conseil d'un spécialiste. Comme ce traitement exigera beaucoup de visites, le malade et la famille s'offrent à en payer les frais. *Puis-je instituer le traitement et accepter des honoraires directs de mon malade,* sans avoir d'ennui avec l'administration ?

Le malade doit avoir toute liberté pour se soigner. De même le médecin doit pouvoir soigner son malade en toute liberté.

Assurément l'administration peut toujours ergoter sur l'opportunité d'un traitement ; elle dira par exemple d'envoyer le malade au sanatorium. Or, dans ce cas particulier, malgré mes conseils, ce malade s'obstine à refuser d'y aller.

Excusez-moi de la longueur de cette lettre, mais je désirerais être fixé d'une façon très précise et désirerais être irréprochable avec l'administration.

Dr G.

Réponse.

1° Je crois que vous pourriez exposer le cas à votre commission départementale de contrôle, *tel* que vous me l'exposez.

Vous agirez ensuite auprès de votre malade suivant ce qu'elle aura répondu officiellement. De cette façon, je ne vois pas quel reproche pourrait vous être fait.

2° Mêmes réflexions. Mais, cette fois, étant entendu que, *si vous ne détachez pas de feuilles de visites* du carnet pour les visites supplémentaires demandées par le malade, ces visites-là n'ont plus aucun rapport avec l'article 64. Néanmoins j'en préviendrais quand même l'administration, pour qu'il n'y ait pas de malentendu ultérieur.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

5064. — Point de départ de la patente

Je paye actuellement 1.200 francs de patente ; je dois sous peu louer un appartement qui me vaudra une patente de 5.000 francs environ. Si je n'emménage que le 2 janvier (ou les jours suivants) ma patente pour 1931 sera-t-elle basée sur l'état de mon appartement du 1er janvier, soit 1.200 fr. ?

Réponse.

Votre patente de 1931 sera encore basée sur le loyer de 1.200 francs, mais il est à présumer qu'en fin 1931 vous serez imposé par voie de rôle supplémentaire sur un nouveau loyer et ce à partir du premier jour du mois au cours duquel les faits se sont produits ; que vous changiez d'appartement le 1er ou le 25 janvier, le résultat est le même.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

5005. — Imposition à la contribution mobilière

J'ai quitté C. en décembre 1928. J'occupais à ce moment-là un local de 3 pièces dans une maison qui m'appartient. J'ai enlevé tous mes meubles qui m'ont suivi à N. et je n'ai jamais plus mis les pieds à C. depuis cette époque. Les 3 pièces n'ont pu être louées parce qu'il n'y a ni eau, ni gaz, ni électricité, ni cabinets W. C.

Or, le contrôleur me fait imposer cette année, sous prétexte que j'ai gardé un pied-à-terre à C.

Je voudrais savoir si on a le droit d'imposer un propriétaire pour des pièces qui sont à louer, qui ne sont pas louées pour des raisons que je vous expose et qui ne sont plus occupées par lui.

Dr C.

Réponse.

Vous ne précisez pas quel impôt vous est réclamé.

Si la maison est *complètement dégarnie* de meubles et à louer, vous n'êtes pas imposable à la contribution mobilière et vous pouvez, sous certaines conditions, obtenir remise de la contribution foncière pour vacance.

A. M

4944. — Réclamation en réduction de patente

A qui et dans quel sens faut-il faire une réclamation en réduction pour une contribution des patentes ?

J'ai d'abord reçu de mon ancienne résidence H. où je suis resté du 1er janvier 1929 au 15 septembre 1930 d'avoir à payer pour une patente 848 fr. 98 en deux fois, ce que j'ai fait.

Aujourd'hui, je reçois un avertissement du percepteur de ma commune me réclamant 346 fr. 10.

Il me semble que je ne devrais payer pour ici que pour les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, puisque la patente est due pour toute l'année et que j'ai acquitté les droits pour toute l'année à H... quitte à être remboursé par le département de L.

Dr F.

Réponse.

La réclamation, rédigée sur timbre, doit être adressée au directeur des contributions directes et doit viser la patente établie à votre deuxième résidence, qui doit être réduite en raison de la patente payée pour l'année entière à la première résidence. Joindre les deux avertissements.

A. M.

Cinquante-troisième année — N° 2 — 11 Janvier 193?

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de MM. les Drs PERRET, de Viroflay et MOLIMARD, d'Ambert, la somme de quarante francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **CONCOURS MÉDICAL,** *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N°10. — Var. Très urgent, bon poste seul méd. pro-pharm., gros rendem., fixes très import., indemn. modérée. A prendre de suite.

N° 11. — Marseille. A céder cab. méd. plein centre, bonne client., dermatolog., syphiligr. Ecr. Dr Castel, 4, rue des Abeilles, à Marseille.

N° 12. — Jolie banl. Ouest imméd., client . de 10 ans, bon rapp., grand appartem., avec bail, pet.l yer. Indem. 60.000 à débatt. S'ad. Cab. Bre tel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 13. — 2 h. Paris. Jolie campagne, seul méd., gros prod., grande maison , électr. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 14. — Touraine. Proxim. ville, bon poste à reprend. sans indemnité. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 21 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 15. — Seine-et-Marne. 40 km. de Paris, bonne clientèle à prendre gratuitem. par suite décès. On peut faire pharmac., subvent. de la commune. Bicycl. suffit, 6 communes peu éloignées à desservir. Logement vacant.

Renseignements

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)

Ne pas confondre **Silicyl,** gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

« **Vaujania** », maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Qu'est-ce que la neurasthénie ? C'est une intoxication gastro-intestinale qui retentit sur l'axe cérébrospinal. Quel est le rôle du manganèse ? C'est un désintoxicant du tractus gastro-intestinal. Donnez au neurasthénique 4 à 6 tablettes de **Mangaïne** par jour.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Drs E. CHARMOT. et E. ROZET.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Broussais** (96, rue Didot, 14e). — Le Dr Dufour reprendra ses conférences de clinique et de thérapeutique médicales, le vendredi 16 janvier à 10 h. 1/2, salle Delpech et les continuera les vendredis à la même heure.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Ordre du jour.* — Le Conseil d'administration du S. M. S., ayant pris connaissance de l'article d'un journal du soir, dont le ton badin ne peut qu'inciter les femmes et jeunes filles désœuvrées à la pratique néfaste des cocktails ;

Déplore d'une part que certains organes de la grande presse dont le rôle devrait être de guider l'opinion, flattent un peu trop facilement les passions nocives de leurs lecteurs ;

Déplore encore que les pouvoirs publics fermant les yeux sur les conséquences désastreuses de l'alcoolisme ne le combattent pas là où il se produit ;

Déplore enfin que la bourgeoisie dont les beaux exemples entraînaient jadis le peuple, oublie chaque jour davantage les devoirs qu'elle tient de sa situation.

— **Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger (A. D. R. M.).** — A la suite de la lecture de lettres envoyées aux professeurs Roussy et Sergent par le professeur Dubé (de Montréal), il est décidé que cette année une série de cours en anglais seront organisés sur les maladies du poumon, la chirurgie du tube digestif et du foie, l'urologie, l'orthopédie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la radiologie et la curiethérapie, sous la direction des professeurs Sergent, Gosset, Chevassu, Sorrel, Claude, Morax, Lemaître, Ledoux-Lebard et Roussy. Ces cours auront lieu au mois de juillet 1931.

M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, présidera l'assemblée générale qui aura lieu le 13 janvier à 17 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté.

M. Hartmann annonce que M. le professeur Bensis (d'Athènes) viendra en janvier faire à la Faculté trois leçons, deux sur la dengue, une sur le kala-azar.

Election de nouveaux membres: MM. Edmond L. Aucoin (Canada) ; Chevalier Jackson (Etats-Unis) ; Chassevant, Heuyer, Pic, Soulas (France) ; Issidore Gouaris (Grèce) ; C. E. Benjamins, de Kleijn (Hollande) ; Luigi Belluci, Federico Scalini (Italie) ; Egas Moniz (Portugal).

— **Conférences médicales de l'Hôtel Chambon.** — La prochaine Conférence aura lieu dans la grande salle des Conférences de l'Hôtel Chambon (Hôtel des Syndicats médicaux français), 95, rue du Cherche-Midi, le *mercredi* 21 *janvier* 1921, à

6 heures du soir et sera donnée par M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur qui a pris pour sujet : Le fonctionnement de l'hôpital Pasteur pendant trente ans.

— **Le Centenaire du Professeur Guyon.** — On célébrera cette année le centenaire de la naissance du professeur Félix Guyon.

— **Faculté de droit de Paris.** — *Cours de psychiatrie médico-légale élémentaire.* — M. Laignel-Lavastine fait à la Faculté de droit le lundi à 11 heures un cours de psychiatrie médico-légale élémentaire.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 12 janvier : Réactions antisociales des délirants. — Lundi 19 janvier : Réactions antisociales des déments. — Lundi 26 janvier : Réactions antisociales des périodiques. — Lundi 2 février : L'homicide pathologique. — Lundi 9 février : Les limites du vol morbide. — Lundi 16 février : Les limites morbides des attentats aux mœurs. — Lundi 23 février : L'anthropologie criminelle infantile. — Lundi 2 mars : L'anthropologie criminelle militaire et coloniale. — Lundi 9 mars : L'anthropologie criminelle et sciences pénales.

— **Ve Bal de la médecine française.** — Le cinquième bal de la médecine française aura lieu le lundi gras, 16 février 1931, sous la présidence de M. le Président de la République, en l'Hôtel du Cercle de l'Union interalliée, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris, au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

— **Internat de Saint-Lazare.** — Le concours d'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Durel, Fuchs, Grangé ; Mme Blondel, MM. Morel, Boursat.

Internes provisoires : Mlle G. Lévy ; MM. Pereton, Golse, Doussinet, Vannereau, Barneville.

— **Hôpital civil de Casablanca.** — Un concours sera ouvert le 18 février 1931, à la direction de la santé et de l'hygiène publiques, à Rabat, pour une place d'accoucheur adjoint à la maternité de l'hôpital civil de Casablanca.

Les candidats doivent se faire inscrire à la direction de la santé et de l'hygiène publiques, à Rabat, avant le 15 janvier 1931, terme de rigueur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 DÉCEMBRE

Service de santé de la marine.

Décret et arrêté relatifs à l'organisme et au fonctionnement des écoles du service de santé de la marine.

Ces documents seront publiés ultérieurement.

24 DÉCEMBRE

Serivce de santé militaire.

M. le médecin auxiliaire Callens est nommé médecin sous-lieutenant de réserve et affecté à la première région.

Service de santé de la Marine

Décret relatif à l'organisation du service de santé de la marine.

Arrêté relatif aux concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de la marine.

Ces documents seront publiés ultérieurement.

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin chef de l'asile public d'aliénés de Montpellier est vacant par suite du départ de M. le Dr Leyritz, appelé à un autre poste.

25 DÉCEMBRE

Service de santé de la marine.

Instruction relative à la réorganisation de l'école d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe, à Toulon.

Ce document sera publié ultérieurement.

Hygiène publique.

Avis de vacance de postes de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclaré ouverte pour la ville de Caen.

Le traitement alloué est fixé à 30.000 fr. par an plus une indemnité fixe de 6.000 fr. pour deux fonctions annexes et la possibilité d'une rétribution supplémentaire pouvant atteindre environ 26.000 fr.

Les candidat sont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Annecy.

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an, et le titulaire reçoit une indemnité de 10.000 fr. par an pour l'inspection médicale scolaire.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à comp-

ter de la publication, pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

27 DÉCEMBRE

Assurances sociales.

Circulaire relative aux conventions entre les caisses d'assurances sociales et les hôpitaux et hospices publics (honoraires des chirurgiens et spécialistes.)

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à Messieurs les préfets.

Paris, le 26 décembre 1930.

En examinant les comptes rendus relatifs aux négociations engagées dans les départements entre les caisses d'assurances sociales et les syndicats médicaux pour l'élaboration des conventions, j'ai pu constater que les difficultés, dans la plupart des cas où elles ont surgi, se sont concentrées autour de la question des honoraires à l'hôpital pour les chirurgiens et les spécialistes.

Il était nécessaire de chercher une solution à ces difficultés. Je suis entré en pourparlers à cet effet avec la Confédération des syndicats médicaux français et je lui ai adressé, le 17 décembre, la lettre dont vous trouverez ci-dessous le texte :

Monsieur le secrétaire général,

« Vous m'avez soumis, en me demandant de vous faire connaître ma manière de voir une délibération du conseil de votre Confédération dont je reproduis ci-dessous le texte :

« Le conseil de la Confédération a estimé, après une longue étude de la question, qu'il y avait lieu, partout où l'entente directe totale n'avait pu ou ne pouvait être obtenue, d'obtenir au moins *la discrimination entre les catégories*, et l'ordre du jour suivant a été adopté qui traduit cette décision :

« La confédération des syndicats médicaux français fera tous ses efforts à l'effet de permettre la signature rapide des conventions pour obtenir :

« Soit que la 5e catégorie *au moins* soit soumise à la règle de l'entente directe dans les hôpitaux publics;

« Soit que les malades de la 5e catégorie *au moins* ne puissent être traités dans les salles communes desdits hôpitaux.

« Ces dispositions pouvant porter dérogation en faveur des membres de familles nombreuses. »

« Je ne repousse pas, pour les hôpitaux autres que ceux des villes de facultés, l'idée de faire varier le chiffre clé des honoraires chirurgicaux à l'hôpital d'après la catégorie de l'assuré, à condition : *a*) que la dépense totale résultant pour la caisse du barème établi n'excède pas celle qui résulterait de l'application uniforme à toutes les catégories du chiffre clé de 3 fr. prévu par le tarif de réassurance ; *b*) que le

chiffre clé de 8 fr. ne soit pas dépassé par la 5e catégorie. »

« J'accepte en outre que, dans les mêmes hôpitaux le chirurgien ou le spécialiste de l'hôpital puisse s'entendre librement avec l'assuré de la 5e catégorie pour un complément d'honoraires, à condition : *a*) que cette clause soit admise par la commission administrative de l'hôpital et la caisse d'assurances sociales et inscrite dans la convention hospitalière ; *b*) que le total des honoraires perçus tant sur la caisse que sur l'assuré n'excède pas le chiffre résultant de l'application à la nomenclature du chiffre clé de 12 fr.

« Je subordonne ces concessions à deux contreparties, auxquelles j'attache la plus grande importance :

« 1° Les consultations à l'hôpital doivent être ouvertes aux assurés, partout où elles existent et dans toute la mesure où elles existent, aux conditions fixées par la circulaire du 22 novembre dernier de mon prédécesseur dont vous avez eu connaissance ;

« 2° Les syndicats médicaux doivent reconnaître aux caisses le droit de délivrer aux assurés, sans ordonnance médicale, certains médicaments courants dont la liste et le mode de délivrance seront arrêtés d'accord entre les caisses et les syndicats médicaux et pharmaceutiques.

« Je compte aussi sur une revision très rapide de la nomenclature des spécialistes, qui comporte sur certains points des erreurs évidentes dans le sens de l'exagération.

Veuillez agréer, monsieur le secrétaire général, l'assurance de ma haute considération.

« Dr Grinda ».

L'assemblée générale de la confédération s'est tenue le 21 décembre. Elle a été saisie de l'ordre du jour suivant :

« L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

« Prend acte de la modalité proposée par M. le ministre du Travail, portant discrimination des catégories d'assurés sociaux à l'hôpital public, et autorisant, après entente entre caisses, commissions administratives et syndicats médicaux, l'entente directe avec la 5e catégorie d'assurés, sous la réserve que le taux des honoraires ne saurait dépasser à l'hôpital public, dans ce cas, le coefficient 12 ;

« Déclare que l'entente directe totale, partout où elle fonctionne déjà, doit être maintenue ;

« Considérant que la nouvelle modalité proposée par M. le ministre du Travail apporte plus de souplesse au fonctionnement hospitalier, engage formellement les syndicats médicaux, retenus jusqu'à aujourd'hui par la difficulté d'établissement des conventions hospitalières, à proposer dans le plus court délai aux caisses la signature desdites conventions. »

Cet ordre du jour a été adopté à la quasi-unanimité.

J'ai donc toutes les raisons de compter que, du fait de la convention qui vient d'avoir lieu, la situation va se trouver notablement éclairie dans les départements où l'accord n'a pu se faire encore sur les conventions, à raison des difficultés nées de la convention hospitalière.

Pour prévenir tout malentendu sur la portée des dispositions nouvelles que j'autorise les caisses à envisager, j'ajouterai une explication sur quatre points :

1° Mon prédécesseur a déjà accepté l'entente directe dans les hôpitaux où elle préexistait, en vertu du règlement intérieur de l'établissement, à l'accord intervenu sur les conventions-type (rapport du 30 juillet 1930, conventions-type hospitalières ; 4° je ne saurais aller plus loin dans ce sens, quel que soit le désir du Corps médical de voir étendre le principe de l'entente directe à l'hôpital ;

2° Les modalités prévues par ma lettre du 17 décembre portent sur les honoraires des *chirurgiens et spécialistes* à l'hôpital. Elles ne touchent pas les honoraires des médecins à l'hôpital, pour lesquels aucune modification n'est envisagée ;

3° Le passage du chiffre clé unique (3) au chiffre clé variable suivant la catégorie de l'assuré (0 à 8) devra se faire *sans qu'il en résulte pour la caisse une prévision de charge supplémentaire, qu'en aucun cas la réassurance ne pourrait couvrir.* Il faudra tenir compte dans le calcul de la nécessité pour la caisse de donner à un assuré d'une catégorie quelconque, qui aurait les ressources personnelles nécessaires pour pouvoir faire la dépense de la maison de santé, à titre de couverture partielle des honoraires, l'équivalent de ce qu'aurait coûté à l'hôpital, pour l'intervention en question, l'assuré de la cinquième catégorie. Si on agissait autrement, on créerait entre les assurés, au point de vue du droit aux prestations en nature, une discrimination contraire à la loi ;

4° Il résulte du régime antérieurement établi qu'un assuré qui fait choix d'un établissement privé reçoit de la caisse l'équivalent de ce que l'hôpital aurait coûté à cette dernière, en frais d'hospitalisation et honoraires, à condition que l'établissement en question ait passé un contrat avec la caisse. Si, au contraire, il n'y a pas contrat entre la caisse et l'établissement l'assuré est considéré comme traité chez lui, il reçoit les honoraires sur la base du chiffre clé 8, mais ne reçoit rien au titre des frais d'hospitalisation.

Je précise, pour répondre à des questions qui m'ont été posées, que le contrat entre l'établissement et la caisse peut se limiter, pour l'application de la règle précédente, aux clauses relatives : 1° à l'obligation pour l'établissement d'aviser la caisse de l'entrée de l'assuré et de son départ ; 2° à l'acceptation par lui des contrôles. Bien entendu, la caisse n'est jamais tenue de traiter sur ces seules bases avec un établissement privé.

En portant les indications qui précèdent à la connaissance des caisses, vous les inviterez à se prêter à la reprise des pourparlers partout où ils ont été interrompus ou ralentis, notamment à cause des honoraires à l'hôpital. Vous voudrez bien suivre attentivement ces pourparlers et m'en rendre compte, comme vous l'avez fait précédemment conformément aux instructions de mon prédécesseur. Je compte vous envoyer incessamment les précisions nécessaires pour la constitution de la commission départementale, laquelle, aux termes de la loi (art. 7, § 5), a dans ses attributions l'approbation des conventions. En attendant ces instructions, il demeure entendu que les conventions sont applicables dès leur signature, mais seulement à titre provisoire tant que mon agrément n'a pas été donné.

Dr E. GRINDA.

Service de santé militaire.

Ecole du service de santé militaire.

Par décision ministérielle du 19 décembre 1930 :

1° Le prix de la pension à l'école du Service de santé militaire est fixé, pour l'année scolaire 1930-31, à 3.300 fr. pour les élèves appartenant au régime antérieur à celui fixé par la loi du 16 avril 1930 ;

2° Le prix de la première mise (première année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'école du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1930, est fixé ainsi qu'il soit :

a) *Section de médecine.*

1° Pour les élèves admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 4.956 fr. 57 ;

2° Pour les élèves admis avec quatre inscriptions, 4.997 fr. 11.

b) *Section de pharmacie.*

1° Pour les élèves admis comme stagiaires, 4.500 fr. 36 ;

2° Pour les élèves admis à quatre inscriptions, 4.356 fr. 86 ;

3° Le prix de la deuxième mise (deuxième année scolaire) du trousseau des élèves admis en 1929, est fixé comme suit :

a) *Section de médecine.*

1° Pour les élèves admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 855 fr. 85 ;

2° Pour les élèves admis à quatre inscriptions, 615 fr. 85.

b) *Section de pharmacie.*

1° Pour les élèves admis comme stagiaires, 615 fr. 85 ;

2° Pour les élèves admis à quatre incsriptions, 363 fr. 40.

28 DÉCEMBRE

Tribunaux départementaux des pensions.

Arrêté du 27 *décembre* 1930 *nommant les médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année* 1931.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Chambre Syndicale des Pharmaciens de la Seine

« Le Comité disciplinaire de la Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine ému des termes injurieux dans lesquels un médecin, rédacteur d'un journal médical à très gros tirage, parle de la manière dont sont exécutées les prescriptions magistrales dans la plupart des officines :

Considérant que le Comité disciplinaire, ayant précisément pour but de réprimer des errements de ce genre, n'a jamais reçu aucune communication du Dr Boudin sur les faits qui lui auraient permis d'intervenir : s'élève énergiquement contre cette manifestation agressive qu'il ne peut accepter ni dans le fond ni dans la forme et décide de saisir officiellement de l'incident le Comité médico-pharmaceutique de la Seine. »

Pour le Président,

Le secrétaire général,

F. Coudert.

Une sage-femme peut-elle donner ses soins au cours d'un avortement ?

Il nous est demandé de préciser si la loi autorise les sages-femmes à donner ses soins à une malade, qui est en train d'avorter, ou si elles doivent réclamer l'assistance d'un docteur en médecine ?

Aux termes de l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, une sage-femme diplomée est habilitée pour pratiquer l'art des accouchements.

Mais cette faculté est limitée par l'article 4 de ladite loi, qui, en interdisant aux sages-femmes l'emploi d'instruments et de la puplart des médicaments, les oblige à avoir recours à un médecin, en cas d'accouchement laborieux.

Sinon, si elles sortent des limites fixées par la loi, elles seraient punissables pour délit d'exercice illégal de la médecine, selon les dispositions de l'article 16 de la loi de 1892.

La question revient donc à savoir si un avortement doit être considéré comme un accouchement prématuré et si ce dernier doit être dit simple ou laborieux.

Eliminons tout d'abord les cas d'urgence : la sage-femme est mandée, toutes affaires cessantes, auprès d'une cliente, « qui est dans le sang », dont les pertes sont considérables.

Au nom de l'humanité, la praticienne doit donner les premiers soins. Mais, son diagnostic une fois posé, alors qu'elle a acquis la certitude qu'il s'agit d'une fausse couche, doit elle faire appel au docteur en médecine, tout en restant, s'il y a lieu, au chevet de la malade, jusqu'à l'arrivée du praticien ?

Ici, encore, je laisse de côté toute question d'urgence, qui pourrait obliger la sage-femme à délivrer immédiatement la patiente en danger. Je ne veux envisager que les cas où l'on peut parfaitement attendre la venue du docteur.

En droit, un enfant est considéré comme étant viable, s'il a été conçu au moins 180 jours avant la naissance. Dès lors, on pourrait en déduire que la naissance d'un enfant viable est un accouchement, alors que celle d'un produit de la conception non viable est un avortement.

D'où, aux termes mêmes de la loi, la sage-femme pourrait pratiquer les premiers et non les seconds.

Mais cette règle de droit, applicable en matière successorale, ou d'action en désaveu de paternité, ne saurait constituer, en pratique médicale, une limite bien définie. Nous pourrions plutôt dire qu'est accouchement prématuré, la sortie extra-utérine d'un produit de la conception, dont l'expulsion se fait en deux temps, fœtus d'abord placenta ensuite.

Serait avortement l'expulsion en un seul temps de l'œuf, sans qu'il y ait lieu de se préoccuper de la sortie ultérieure d'un délivre quelconque.

Mais ici encore, nous rencontrons de sérieuses difficultés d'ordre pratique entre six semaines et trois mois, bien des expulsions d'œufs se font en deux temps, alors que parfois des expulsions plus tardives ne se font qu'en un temps. Cette diversité du travail de la nature ne saurait donc établir une ligne de démarcation.

Je crois donc préférable de m'en tenir aux règles du bon sens et de l'expérience, puisque celles du droit sont imprécises, du point de vue pratique médicale.

Un avortement peut occasionner de nombreux ennuis au praticien. Y a t-il dénonciation, le parquet, la police s'en mêlent, interrogent celui qui a pratiqué la délivrance de la malade et si, comme il le doit, l'homme de l'art s'enferme dans le mutisme du secret professionnel, le magistrat soupçonneux a vite fait de se rappeler que la malignité publique soutient que beaucoup de sages-femmes ne sont que des faiseuses d'anges.

Aussi, par prudence, dois-je conseiller aux sages-femmes qui sont en présence d'un avortement, de faire appel à un docteur en médecine, pour partager à deux la responsabilité.

D'autant que souvent, il faut pratiquer une délivrance : soit faire un curage digital, soit, le plus souvent, donner quelques coups de curette.

Voir la suite page LV-133

PROPOS DU JOUR

MÉDECINS, PHARMACIENS ET VÉTÉRINAIRES

Nous avons reçu deux livres qui, à plusieurs points de vue, présentent selon nous un grand intérêt. Ce sont d'abord les *Notions pratiques de pharmacie* de MM. Em. DUFAU et L. G. TORAUDE (1), avec préface du Professeur Perrot de l'Académie de médecine, ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Ce livre que tout médecin gagnerait à avoir dans sa bibliothèque, devrait surtout être lu par tous nos confrères propharmaciens.

C'est ensuite le livre de M. GOULAY, docteur-vétérinaire de la Faculté de médecine de Paris et de l'Ecole d'Alfort, préfacé par le Professeur Cadiot, membre de l'Académie de médecine et directeur honoraire de l'école d'Alfort. Sous le titre de *Bric-à-Brac* l'auteur a réuni dans cet ouvrage de nombreux articles (2) ayant trait à sa profession, qui, sur tant de points, touche à la médecine humaine et à l'hygiène.

Nous ne pouvons ici analyser les chapitres que M. Goulay consacre au commerce des animaux et aux expertises vétérinaires, à l'amusante histoire d'un procès de vènerie où un invité malappris osa revendiquer devant le juge la propriété d'un chevreuil, tué au cours d'une chasse à laquelle il avait été convié. Nous nous contenterons de signaler les démêlés des vétérinaires avec le fisc qui ne diffèrent guère des nôtres. Nous féliciterons M. Goulay de la campagne de propagande qu'il a si activement menée pour traiter les chiens contre la rage, au lieu de les tuer. Puisque le sérovaccin de Marie immunise contre la rage, qu'il a fait ses preuves au Maroc, nous ne comprenons guère pourquoi on hésite à en généraliser l'usage en France.

Nous avons lu avec un intérêt curieux un chapitre ayant trait à l'évolution de la médecine vétérinaire. En 1903, il y avait 120.000 chevaux à Paris, il n'y en a plus que 30.000 aujourd'hui. L'automobile a porté un coup mortel aux vétérinaires pour chevaux, les vétérinaires-maréchaux. Ceux qui, comme M. Goulay, ont eu l'intelligence d'évoluer, sont devenus vétérinaires « spécialistes » pour les petits animaux et plus particulièrement vétérinaires « cynophiles ». M. Goulay fait la constatation d'un fait très humain, c'est que les honoraires consentis par le client, sont d'autant plus élevés que l'animal soigné est plus inutile. Dans la pratique de la médecine vétérinaire, comme d'ailleurs dans celle de la médecine humaine, le facteur sentimental prime toujours le facteur utilitaire. De temps à autres M. Goulay décoche un trait aux médecins de médecine humaine. Il rappelle le major qui au régiment affectait à table de l'écraser de son mépris en parlant dédaigneusement de l' « Art » vétérinaire, comme si la médecine humaine et celle des animaux différaient en tant que science biologique. Nous pensons que sur ce point les esprits ont bien évolué et qu'il n'existe guère de médecins intelligents, capables de dédaigner le médecin vétérinaire depuis que ce dernier est devenu un homme instruit et souvent un véritable savant. Nous pensons qu'il en est de même du vétérinaire « cynophile » qui, il y a trente-quatre ans, méprisait les vétérinaires maréchaux, un peu comme au XVII^e siècle, les docteurs régents de la Faculté de Paris méprisaient les chirurgiens et les barbiers chirurgiens.

Mais M. Goulay nous paraît inexactement informé quand il compare les honoraires médicaux aux honoraires des vétérinaires. Certes les chirurgiens et les grands spécialistes ne doivent pas être mis ici en cause. Mais les simples praticiens de médecine humaine obtiennent, nous en sommes certains, des honoraires moins élevés et sont moins fréquemment alertés pour soigner des êtres humains qu'un médecin vétérinaire pour soigner un animal malade.

M. Goulay fait remarquer qu'il y a un but moral qui donne une supériorité à la médecine humaine sur la médecine vétérinaire, cette dernière ayant surtout un but vénal. C'est exact. Mais si nous envisageons, non plus l'exercice de notre art, mais les recherches scientifiques, il n'est pas douteux que dans le domaine des sciences biologiques, médecine humaine et mé-

(1) Vigot frères, édit., 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VI^e.
(2) Editions de la revue « Nos animaux », 8, rue des Saints-Pères, Paris.

decine vétérinaire se pénètrent et que dans le domaine expérimental, c'est la première qui doit le plus à la seconde.

Il ne convient donc plus de discuter sur la préséance des docteurs en médecine et des docteurs-vétérinaires. Chacun d'eux peut être dans sa spécialité un médiocre ou un homme d'élite et ici, comme dans tout, ne doit compter que le mérite personnel. Ne serait-il pas ridicule d'établir une hiérarchie en mettant au bas de l'échelle l'ingénieur qui veille à la réparation d'une machine inanimée, puis le vétérinaire qui traite un être animé et en haut le médecin qui soigne un être raisonnable ?

***

Puisque nous sommes entrés dans le domaine d'une sorte de déontologie interprofessionnelle en comparant la médecine humaine et la médecine vétérinaire, nous avons lu avec grand intérêt dans les *Notions pratiques de pharmacie* de MM. Dufau et Toraude les pages qui traitent de la déontologie où un chapitre est intitulé : *Rapports entre médecins et pharmaciens.* Les auteurs, avec raison à notre avis, constatent une lacune dans tous les projets de création du Ordre des médecins, c'est l'absence d'un article ayant trait aux rapports médico-pharmaceutiques. Leur souci, fort légitime (et nous les en approuvons) est de défendre la dignité d'un pharmacien. « Nous ne sommes pas les subordonnés des médecins, écrivent-ils, mais leurs collaborateurs. » — « Notre correction, affirment-ils, sera prisée du Corps médical, mais à la condition qu'elle ne s'abaisse pas à la servilité. »

La pharmacie est une profession qui, elle aussi, a évolué : on ne rencontre plus le pharmacien de deuxième classe ignare, que nous avons connu jadis à l'Ecole de médecine de Clermont, lorsque nous y commencions nos études, et qui, comme quelques-uns de nos camarades qui préparaient l'officiat de santé, étaient, par manque absolu d'instruction préalable, incapables de comprendre ce qu'on leur enseignait. Ces pharmaciens devenaient de simples commerçants, analogues aux épiciers-apothicaires du début du XVII^e^ siècle. Mais, depuis, les choses ont bien changé. Les études pharmaceutiques sont devenues longues et sérieuses, les examens très difficiles et nous avons entendu dire par un médecin des hôpitaux qu'il considérait les pharmaciens comme de petits savants. Sans doute, il en est parmi eux chez qui l'esprit de lucre anéantit tout sentiment d'honneur et de dignité professionnelle. Ne constatons-nous pas les mêmes tares dans le Corps médical ? N'avons-nous pas la clinique interlope qui souvent avoisine l'officine louche, quand elle ne fraternise pas avec elle ? Mais nous ne sommes plus à l'époque de Guy Patin où un docteur régent définissait l'apothicaire : *Animal fourbissimus, faciens bene partes et lucrans mirabiliter*; pas plus que nous sommes au temps des médecins de Molière.

Concluons : médecins, pharmaciens, vétérinaires forment, en grande majorité, une élite d'hommes instruits qui doivent se comprendre, s'estimer, s'entr'aider. Chacun doit apporter son concours à l'œuvre d'hygiène et de prophylaxie qui doit être le principal but sanitaire de demain. Il n'y a guère plus de hiérarchie à notre époque, pas plus entre les professions qu'entre les individus ; une seule hiérarchie s'impose, celle du mérite personnel.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades : Prof. P. NOBÉCOURT

Les pneumococcies chez les enfants [1]

Samedi dernier (2), je me suis attaché à vous montrer le rôle important du pneumocoque dans les infections des voies respiratoires et de leurs annexes : les rhinites, les rhino-pharyngites, les otites, les trachéo-bronchites, les pneumonies, les broncho-pneumonies, les pleurésies et, associées généralement à ces dernières, les péricardites peuvent être provoquées par le pneumocoque.

Mais le pneumocoque peut aussi être responsable de nombreuses autres affections.

***

Tout d'abord il réalise des SEPTICÉMIES, des maladies infectieuses générales.

Le diagnostic ne peut être porté, pendant la vie, que grâce à des hémocultures positives ou, à l'autopsie, que par la constatation du pneumocoque dans le sang du cœur, dans la rate et dans d'autres organes.

Le pharynx est le point de départ de la septicémie. Tantôt l'infection pharyngée est avérée. Tantôt elle est discrète et on parle alors de septicémie primitive.

Dans le plus grand nombre des cas, la septicémie est précédée de quelques symptômes pharyngés ou rhino-pharyngés. Comme exemple de pneumococcémie d'origine pharyngée, j'ai cité, dans ma dernière leçon, une observation publiée par d'Espine et Reh et celle d'un de mes malades.

Les septicémies à pneumocoques peuvent revêtir des modalités cliniques très diverses.

Un premier groupe de faits comprend les cas où on ne trouve pas de localisation cliniquement appréciable ; il s'agit de *septicémie pure.* Dans un second groupe de faits, il existe des localisations précoces ou tardives ; c'est une *septicémie* avec *localisations.*

Les septicémies s'observent à tous les âges. Pour les étudier je me servirai surtout des observations recueillies chez les enfants. Chez ces derniers, elles ne sont pas exceptionnelles ; récemment, dans les *Archivos Espanoles de Pédiatrie* du mois de mai, le professeur Romeo Lozano en rapporte une dizaine d'observations personnelles.

Voyons d'abord les SEPTICÉMIES PURES.

Ce sont des maladies infectieuses générales sans localisations viscérales cliniquement appréciables.

On peut rencontrer *chez l'enfant* des *formes suraiguës* et des *formes aiguës* ou *subaiguës.*

La FORME SURAIGUE est connue depuis longtemps. Elle a été décrite par M. A. Lesage dans une communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 9 mars 1900, sur une *épidémie de septicémie pneumococcique chez le nourrisson*, et la même année, par une de ses élèves, Mademoiselle Adéline Bauduin, dans sa thèse de Paris sur les *septicémies chez le nourrisson*, où elle traite notamment de *la septicémie pneumococcique épidémique suraiguë.*

Les faits décrits par eux ressemblent à ceux que causent les streptocoques et qu'avaient étudiés MM. Hutinel et Claisse, en 1893.

La forme suraiguë des septicémies à pneumocoques se rencontre chez le nourrisson et jusque vers 4 ans.

Au début, l'enfant présente, pendant quelques jours, une toux légère, quelques râles sibilants et ronflants, une température à peu près normale.

Puis subitement l'état s'aggrave, la température monte à 40° ou à 41°, le teint est pâle, plombé, les yeux sont enfoncés, éteints, les lèvres sèches, cyanosées ; la langue est sèche. L'enfant est immobile, abattu, ne crie que rarement et son cri est faible.

La mort survient en un ou deux jours.

A l'autopsie, les poumons sont rouges, congestionnés, leur coupe laisse sourdre du sang et un liquide spumeux ; les bronches sont rouges, et contiennent un peu de mucus, où on trouve des pneumocoques. Assez souvent on trouve éga-

(1) Leçon du samedi 22 novembre 1930 recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

(2) Leçon du samedi 15 novembre 1930. *Le Concours médical*, n° 1, 1931)

lement des pneumocoques dans le sang du cœur et dans la rate.

Telle est la description donnée par M. Lesage.

Récemment, le 18 avril, des faits semblables ont été rapportés à l'*Académie des sciences* par MM. Lebailly, Desbouis et Voulland.

Ces auteurs avancent *qu'une des causes les plus répandues de mortalité infantile dans les pouponnières* est *l'infection pneumococcique.*

Le bébé est pris d'une petite fièvre ; on trouve quelques signes de congestion pulmonaire, surtout aux bases ; une diarrhée légère, fétide apparaît.

Puis, au bout de quelques jours, la température monte à 40°6, le teint est plombé, l'aspect est celui d'un grand infecté. La mort arrive en quelques heures ou en quelques jours.

A l'autopsie, les lésions pulmonaires sont peu importantes et ne peuvent expliquer la mort. Le tube digestif ne présente pas de lésions appréciables. On décèle des pneumocoques dans le poumon, dans l'intestin, quelquefois dans le sang du cœur et dans la rate.

La FORME AIGUE et SUBAIGUE se présente comme dans les observations suivantes.

La première est relatée dans un mémoire sur *les pneumonies* à la *Clinique infantile de Genève*, publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande* par d'Espine et Reh, en juillet 1918.

Un garçon de 4 ans a une angine diphtérique ; traitée par la sérothérapie, elle guérit rapidement. Le huitième jour, débute une éruption sérique urticarienne qui disparaît au bout de huit jours. En même temps la fièvre monte graduellement et à partir du quatrième jour, oscille entre 38° et 40°2.

On pense à la dothiénenterie, car la rate est grosse et on trouve une petite albuminurie. L'examen des poumons ne montre rien de particulier.

Le sérodiagnostic est négatif. L'hémoculture montre la présence de pneumocoques virulents pour la souris.

La fièvre continue avec de grandes ocillations pendant vingt-huit jours. Puis elle disparaît pendant huit jours, pour reprendre à nouveau et persister pendant une quinzaine de jours ; l'enfant maigrit, il présente un syndrome méningé avec liquide céphalo-rachidien normal.

Finalement, le cinquante-huitième jour, la fièvre disparaît.

Plusieurs hémocultures ont toutes montré la présence de pneumocoques.

Ce malade est un exemple de pneumococcie prolongée sans localisation ; le tableau clinique rappelle de loin celui de la fièvre typhoïde à forme méningée. Malgré la présence de pneumocoques dans le sang le malade guérit.

MM. Boulanger-Pilet et A. Gondal ont publié à la *Société de pédiatrie de Paris,* le 15 mai 1928, une observation de *septicémie à pneumocoques prolongée à forme pseudo-palustre.*

Un garçon de 2 ans et demi est pris brusquement de malaise et d'une température de 39°8 ; puis la températaure reste à 38° pendant quelques jours.

Ensuite les accès de fièvre à type palustre se produisent très irrégulièrement : la température monte à 39° ; l'enfant a de grands frissons, le visage congestionné ; au bout d'un temps variable, la température tombe à 37° et des sueurs profuses surviennent.

Jamais on ne trouve de localisation viscérale. La rate n'est pas grosse.

A partir de la troisième semaine apparaît un érythème polymorphe, surtout papulo-noueux, accompagné de quelques taches purpuriques ; il se produit par poussées successives, principalement aux membres inférieurs.

L'affection dure quatre mois et demi. Toutes les thérapeutiques échouent. Le malade guérit.

Les hémocultures, les ensemencements du sang des papules donnent du pneumocoque I.

« Il s'agit, écrivent les auteurs, d'une septicémie primitive, car à aucun moment n'a existé d'épisode pulmonaire, rhino-pharyngé ou viscéral. »

Assez souvent les septicémies pneumococciques s'accompagnent de PURPURA. Le pneumocoque est, avec le méningocoque, l'agent le plus fréquent des purpuras infectieux primitifs de l'enfance.

Avec M. René Mathieu, dans les *Archives de médecine des enfants* de décembre 1920, j'ai étudié *le purpura dans les pneumococcies du nourrisson* et rapporté les observations des divers auteurs, ainsi que les nôtres. J'ai consacré également une leçon, le 12 mai 1923, au *Purpura primitif suraigu à pneumocoques* et aux *purpuras infectieux primitifs de l'enfance.*

Des observations de ce purpura ont été publiées, en 1891, par M. Claisse, et par M. Voituriez, en 1896, par M. Henri Claude.

Voici en quelques mots l'observation relatée dans ma leçon de 1923.

Une fille de 3 ans et 7 mois, Sidonie, est prise de convulsions. Elle entre à l'hôpital le troisième jour de la maladie, avec une température de 39°-40°. Elle est dans le coma. Nous constatons un syndrome méningé, de nombreuses ecchymoses, des hémorragies des lèvres et des narines. L'enfant meurt le septième jour. L'hémoculture et le sang prélevé au niveau d'une tache ecchymotique donne du pneumocoque III.

A l'autopsie, on constate de la congestion de la base du poumon gauche et une hémorragie sous dure-mérienne sur la convexité de l'hémisphère droit.

Il s'agit d'une septicémie pneumococcique primitive avec purpura.

Les observations de septicémie pneumococcique pure recueillies chez les *adultes* sont assez nombreuses.

Dans *Paris médical* du 13 octobre 1917, pendant la guerre, De Jong et Magne ont observé, chez des tirailleurs algériens et sénégalais, des *pneumococcies simulant la fièvre typhoïde*. Les hémocultures, dans 6 cas sur 12, ont donné du pneumocoque. La maladie a évolué en 8, 10 ou 15 jours. La guérison a été habituelle.

Certaine malades présentent le *tableau d'une pneumonie sans pneumonie*, sans aucun signe de localisation viscérale. Les hémocultures donnent du pneumocoque. Le malade guérit en cinq, six ou sept jours.

MM. Ménétrier et Lévesque ont rapporté à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 28 janvier 1921, l'observation d'une femme âgée de 30 ans, atteinte de *septicémie à pneumocoques primitive*. Il en était de même, chez une femme de 62 ans, dont MM. Brouardel et Renard ont rapporté l'histoire à la même Société le 11 mars 1921, chez une femme atteinte également d'une *septicémie pneumococcique primitive*.

La septicémie pneumococcique peut causer d'*autres manifestations cutanées* que le purpura. l'*urticaire* comme l'a signalé M. Lafforgue à la *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, en 1909, l'*érythème noueux*, comme chez le soldat de 21 ans, dont M. Sacquépée a publié l'observation à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 25 décembre 1921.

A côté des septicémies pures le pneumocoque peut réaliser des SEPTICÉMIES AVEC LOCALISATIONS.

Ces septicémies peuvent revêtir soit des *formes graves avec localisations multiples* plus ou moins précoces, soit des *formes moins sévères* avec des localisations tardives au niveau des poumons, des articulations, etc.

Je n'ai pas le loisir de décrire toutes ces variétés. Je me borne à étudier les FORMES GRAVES AVEC LOCALISATIONS MULTIPLES PLUS OU MOINS PRÉCOCES.

Chez l'adulte, ces formes se rencontrent surtout quand certaines circonstances sont réalisées.

Pendant la guerre, chez les coloniaux, en même temps que De Jong et Magne observaient la forme typhoïde, dont je viens de parler, MM. Carnot et de Kerdrel ont étudié *La pneumococcie épidémique des tropicaux*, dans *Paris médical* du 8 juillet 1916.) Les Annamites et les Sénégalais transplantés en France sont très réceptifs pour le pneumocoque, écrivent ces auteurs. « Il provoque alors une infection épidémique grave, généralisée ou à localisations multiples, qui tient le milieu entre la pneumonie lobaire des Européens et la pneumococcie septicémique expérimentale, celle du lapin ou de la souris par exemple ».

Les symptômes sont ceux d'une infection générale très grave ; la mort survient plus ou moins rapidement.

Pendant la vie et à l'autopsie on constate des localisations multiples aux poumons, à la plèvre au péricarde, au péritoine, aux méninges.

L'hémoculture pratiquée pendant la vie donne du pneumocoque dans environ 50 % des cas. On peut aussi le trouver dans le liquide pleural, dans le liquide céphalo-rachiden.

MM. Henry Bourges et André Mercandier (de Brest), à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 6 mai 1921, ont relaté un cas particulièrement intéressant d'*infection pneumococcique généralisée avec septicémie primitive et déterminations multiples* apparues *précocement et simultanément*, sans *foyer d'hépatisation pulmonaire et à évolution suraiguë*.

Un marin américain, âgé de 28 ans, présente, pendant deux ou trois jours, de l'angine et de la courbature.

A cette période d'incubation succède une phase de septicémie pure. La température est à 38°-38°5, une éruption ortiée apparaît, on constate de la bronchite diffuse. Le quatrième jour on note l'« apparition simultanée de foyers de suppuration à déterminations locales les plus variées (articulations sterno-costales, les deux poignets, les deux genoux, le coude droit, les centres nerveux, l'appareil oculaire) ».

Le pneumocoque est trouvé dans le sang et dans les divers foyers.

Les douzième et treizième jours se produit une légère accalmie.

Le quatorzième jour survient une aggravation soudaine avec apparition d'une endopéricardite.

Le malade meurt dix-huit jours après le début de la maladie. On n'a jamais constaté de foyers d'hépatisation pulmonaire.

Chez les *enfants* et surtout chez les nourrissons, la diffusion du pneumocoque dans l'organisme a été constatée depuis longtemps.

MM. Richon et Spillmann, relatant *quelques cas d'infections banales de l'enfance* dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de novembre 1899, écrivent : « Toutes ces observations correspondent à des types cliniques habituels, pleurésies, péricardites, néphrites, méningites, révélés par leurs symptômes propres, d'ailleurs souvent incomplets et frustes chez l'enfant. Or, sous ces entités cliniques, nous avons presque constamment vu se cacher une infection généralisée, lésant tous les organes et toutes les séreuses. Beaucoup de lésions constatées à l'autopsie restèrent introuvables à l'examen clinique, non seulement à cause de la difficulté habituelle de leur diagnostic (telle la péricardite), mais aussi

en raison de la prédominance exclusive d'autres symptômes organiques. »

Les agents de ces infections sont le streptocoque et surtout le pneumocoque.

Les symptômes généraux et les symptômes locaux réalisent des *syndromes cliniques divers.* La fièvre tantôt a un début brusque, monte à 39° ou 40°, et s'accompagne de vomissements, de convulsions, quelquefois de frissons, tantôt a un début progressif et atteint 39° ou 40° en deux ou trois jours.

Puis la température se maintient en plateau plus ou moins régulier ou bien présente une chute passagère suivie d'une reprise.

La durée est plus ou moins longue. La mort peut survenir rapidement. Dans les cas favorables, la défervescence survient au bout de huit, dix ou quinze jours ; elle est tantôt rapide, tantôt lente.

Pendant la durée de la fièvre, la peau est chaude, sèche, colorée ou bien plombée.

L'enfant tantôt est dans la torpeur et l'adynamie, tantôt a du délire, des convulsions, se plaint de céphalée. Ces symptômes de dépression et d'excitation peuvent s'intriquer ou se succéder.

Les symptômes locaux sont en général complexes, Ils réalisent des *syndromes cliniques* variés.

Je ne reviens pas sur les syndrômes bronchopulmonaires et pulmonaires que j'ai décrits. Je vais seulement dire quelques mots des *syndromes abdominaux* et *gastro-intestinaux*, des *syndromes encéphalo-méningés*, des *syndromes hépatiques, rénaux, hépato-rénaux.*

Les SYNDROMES ABDOMINAUX et INTESTINAUX sont particulièrement fréquents. Je vous en ai parlé dans une leçon sur *Les péritonites à pneumocoques dans la moyenne et la grande enfances* », et dans une leçon sur les *Syndromes abdominaux douloureux dans la pneumonie des enfants* ; ces leçons se trouvent dans *Le Concours Médical* du 25 septembre 1927 et du 26 août 1928.

Brusquement ou rapidement l'enfant est pris de fièvre, de frissons, de vomissements alimentaires ou bilieux, souvent de convulsions.

La température s'élève à 39° ou 40°. L'état général est affecté. Le facies est rouge, vultueux, souvent grippé. L'enfant se plaint de douleurs abdominales. Il a de la constipation ou de la diarrhée.

Ce sont surtout les phénomènes abdominaux qui retiennent l'attention.

Plusieurs modalités cliniques peuvent être rencontrées.

C'est tout d'abord un *syndrome péritonitique ou appendiculaire sans péritonite ni appendicite cliniquement avérées.* L'abdomen est normal ou légèrement météorisé, les douleurs abdominales sont diffuses, souvent plus intenses à droite qu'à gauche, mais sans localisation précise. Elles sont plutôt superficielles que profondes ; elles relèvent souvent de l'hyperesthésie cutanée qu'on retrouve en dehors de l'abdomen. Il n'y a pas de défense musculaire.

On pense à un début de pneumonie, avec point de côté abdominal ou point de côté appendiculaire.

La constatation des signes de pneumonie fait porter le diagnostic, mais ces signes peuvent n'apparaître que tardivement et être discrets ou même faire défaut. Généralement ces symptômes abdominaux s'atténuent et disparaissent au bout de deux ou trois jours.

Dans une deuxième modalité, on constate des *signes nets d'appendicite,* avec ou sans signes physiques de pneumonie. La constatation d'une pneumonie ne doit pas toujours faire eliminer l'appendicite, car il existe une appendicite pneumonique.

Les signes d'appendicite ou bien disparaissent rapidement ou bien persistent et s'accentuent ; alors se produisent la suppuration et la perforation de l'appendicite, avec péritonite suppurée d'origine appendiculaire.

Une troisième modalité est la *péritonite généralisée.* Ce peut être une péritonite d'origine appendiculaire ou être une *péritonite à pneumocoques.*

Celle-ci peut revêtir la *forme suraiguë,* être une *péritonite septique diffuse.*

Ce peut être une *forme aiguë suppurée.* Elle se présente alors comme chez une fille de 7 ans dont j'ai relaté l'observation dans ma leçon de 1927.

Brusquement, Yvette est prise d'une douleur abdominale très vive. La température monte à 38° et persiste à 38°-38°5. Les douleurs abdominales diminuent. Mais la fièvre et les symptômes généraux persistent. On porte le diagnostic de grippe, puis de fièvre typhoïde. L'enfant entre à l'hôpital le troisième jour de la maladie. Le huitième jour survient une légère rémission. Puis la température monte à 40°, les symptômes abdominaux s'accusent. La malade meurt le onzième jour. A l'autopsie, nous trouvons une péritonite suppurée à pneumocoques.

L'évolution ne se passe pas toujours ainsi. Il y a des formes à début aigu, puis à évolution subaiguë, avec une rémission suivie de reprise. On a décrit également aussi des formes abortives qui se rapprochent de la première modalité, décrite tout à l'heure.

Aux syndromes abdominaux précédents est souvent intriqué un *syndrome intestinal.*

Le malade a une diarrhée profuse, liquide, quelquefois glaireuse, verte, jaune, noire ou sanguinolente par suite d'hémorragies de la muqueuse.

Il existe des lésions de l'intestin, principalement au niveau du duodénum, de la terminaison du grêle et de l'appendice iléo-cæcal : de l'hyperémie, des ecchymoses, des ulcérations, du sphacèle.

La diarrhée est un symptôme important à connaître. Elle est un élément de diagnostic et milite en faveur de l'origine pneumococcique des syndromes abdominaux ; elle ne doit pas faire éliminer la péritonite ; Dieulafoy, Triboulet, d'autres ont insisté sur sa valeur diagnostique.

La pathogénie des syndromes abdominaux et intestinaux n'est pas toujours à facile à préciser.

Le syndrome péritonitique sans péritonite est attribué généralement à une irritation des nerfs, sans qu'on puisse exactement préciser lesquels ; ce serait une localiation basse du point de côté. Mais on peut penser, dans certains cas tout au moins, à une pneumococcie péritonéale, à une péritonite fruste, abortive.

Les péritonites caractérisées, les appendicites, les entérites, sont dues à des localisations des pneumocoques, consécutives à la septicémie pneumococcique.

Les SYNDROMES CÉPHALO-MÉNINGÉS sont fréquents dans les pneumococcies, notamment dans les pneumonies et les broncho-pneumonies des enfants. Vous trouverez dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, une leçon sur les *Réactions encéphalo-méningees dans la pneumonie et la broncho-pneumonie des enfants*, où elles sont étudiées en détail.

Leur fréquence est telle que Rillet et Barthez décrivent, parmi les formes de la pneumonie, une *pneumonie cérébrale primitive*. Ils distinguent une forme éclamptique, surtout commune avant 2 ans, une forme somnolente, une forme délirante, une forme méningitique proprement dite.

La ponction lombaire retire presque toujours du liquide céphalo-rachidien clair, d'apparence normale ; souvent on y constate de légères modification, chimique et microscopique ; mais il est stérile.

La pathogénie de ces réactions est diversement envisagée, comme en témoignent les appellations proposées : Dupré parle de méningisme, Bouchut de pseudo-méningite, le professeur Hutine de méningite séreuse, d'autres de méningite incomplète, de méningite atténuée.

On attribue généralement ces manifestations à des causes réflexes ou toxiques.

Mais les examens du liquide céphalo-rachidien et les constatations cliniques permettent de penser que, dans certains cas tout au moins, les phénomènes méningés sont dus à une infection atténuée, passagère des méninges par le pneumocoque. C'est l'opinion que j'ai soutenue avec M. Roger Voisin, dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1904.

Les *méningites purulentes* sont plus rares que les simples réactions méningées. Je les ai étudiées dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections du système nerveux.*

Leur étiologie est diverse.

Elles peuvent compliquer une otite ou une autre lésion du voisinage ; cette éventualité est rare.

Elles peuvent compliquer la pneumonie ou la broncho-pneumonie.

Les méningites parapneumoniques sont rares, les parabroncho-pneumoniques plus fréquentes. Elles apparaissent au début, en cours ou à la période terminale de la pneumopathie.

En voici un exemple.

A l'âge de 18 mois, Gilberte est atteinte d'une bronchite avec poussées fébriles. Au bout de treize ou quatorze jours la température s'élève à 40°-41°. On trouve des signes de broncho-pneumonie et une légère raideur de la nuque. Le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient des pneumocoques. L'enfant meurt le quatrième jour de sa méningite. A l'autopsie nous trouvons une méningite suppurée à pneumocoques et quelques noyaux de broncho-pneumonie.

Dans d'autres cas, la ménigite est mélapneumocique ou métabroncho-pneumonique. Voici comment elle se présente.

Une fille de 22 mois, est atteinte d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. La défervescence survient le huitième jour. Elle est suivie d'une apyrexie incomplète pendant sept jours. Le quatorzième jour surviennent des convulsions ; le lendemain la température monte à 39°, le dixhuitième jour, quatrième jour de la méningite, la température atteint 40°6 et l'enfant meurt. Il s'agit d'une forme suraiguë.

Enfin la méningite paraît être cliniquement primitive.

Par exemple, Antoine, à 11 mois est pris brusquement d'agitation, de vomissements, de fièvre à 40°. Nous trouvons des signes discrets au niveau du lobe supérieur droit, mais la radiographie ne révèle aucune altération du poumon. L'enfant meurt le septième jour. L'autopsie montre une méningite à pneumocoques ; les poumons sont indemnes.

On peut encore au cours des septicémies pneumococciques voir apparaître des symptômes de méningite.

Alors on peut constater pendant la vie ou découvrir à l'autopsie une endocardite maligne. On qualifie souvent ces faits de forme méningitique de l'endocardite maligne.

En réalité, il s'agit d'une septicémie pneumococcique avec localisation au niveau de l'en-

docarde et des méninges. Il peut se produire d'ailleurs des localisations articulaires du purpura.

Les méningites témoignent de la septicémie à pneumocoques : sauf exception, le pneumocoque gagne les méninges par la cirulation sanguine.

Quelques mots maintenant des SYNDROMES HÉPATIQUES, RÉNAUX et HÉPATO-RÉNAUX.

Ils sont fréquents dans les pneumococcies, notamment dans la pneumonie. J'en ai déjà rapporté des exemples dans une leçon publiée par *Le Progrès Médical* du 1er octobre 1927 sur les *néphrites* et les *hépato-néphrites dans les pneumonies des enfants.*

On constate des troubles hépatiques : le foie est gros, le teint subictérique ; les urines contiennent de l'urobiline en excès, des pigments et des acides biliaires. Quelquefois apparaît de l'ictère avec ou sans décoloration des matières fécales. Il s'agit d'une hépatite infectieuse ou congestive.

Les manifestations rénales se bornent souvent à l'albuminurie simple, l'albuminurie fébrile. Parfois surviennent des néphrites caractérisées parapneumoniques ou parabroncho-pneumoniques, métapneumoniques ou métabroncho-pneumoniques.

Au cours ou à la suite des angines, des rhinopharyngites attribuables au pneumocoque, peuvent survenir des néphrites.

On rencontre parfois des pyélo-néphrites à pneumocoques.

Enfin il n'est pas rare de voir les troubles rénaux et hépatiques associés.

Les syndromes rénaux et hépatiques peuvent relever de facteurs complexes ; parmi eux il faut faire une large place à la pneumococcémie.

Je ne veux pas m'étendre sur les *autres localisations* du pneumocoque. Je vous rappelle seulement l'existence des péricardites séro-fibrineuses ou purulentes, dont j'ai déjà signalé la coexistance avec les pneumopathies et les pleurésies. On peut voir des myocardites, de l'endocardite maligne, des arthrites, qui sont des conséquences de la pneumococcémie.

Les faits, que j'ai relatés aujourd'hui et samedi dernier, vous montrent les relations qui existent entre les manifestations protéiformes de l'infection pneumococcique.

Le lien qui les unit est la *pneumococcémie.* Dans certains cas celle-ci est mise en évidence par des hémocultures positives. Mais souvent l'hémoculture reste négative, même alors que la pneumococcie est certaine et démontrée par l'apparition d'affections locales à pneumocoques qui ne peuvent être réalisées que par son intervention.

L'insuccès des hémocultures dans les pneumococcies, comme dans d'autres infections, s'explique par l'importance très diverse de la pneumococcémie.

Il y a des *pneumococcémies transitoires* et des *pneumococcémies plus durables,* qui sont de véritables *septicémies* .

Sans la constatation du pneumocoque, sauf pour certaines affections, la pneumonie par exemple, on ne peut point préciser le diagnostic. D'autres germes en effet peuvent produire les mêmes syndromes cliniques : tels les streptocoques, le bacille de Pfeiffer et bien d'autres.

L'importance et la durée de la pneumococcémie sont très différentes d'un cas à l'autre. Aussi les pneumococcies ne sont pas toutes très sévères, il y a des *formes bénignes* et des *formes très graves.*

***

Je vous ai développé quelques-uns des problèmes étiologiques et cliniques posés par les pneumococcies Ils acquièrent une importance particulière pour la PROPHYLAXIE et le TRAITEMENT de ces infections.

Les pneumococcies sont *contagieuses.* Elles se transmettent surtout par contagion directe, par projection de gouttelettes de salive ou de mucus.

Dans les collectivités, familles, pouponnières, crèches, écoles, salles d'hôpital, etc., il faut éloigner le malade, l'isoler des autres enfants. Il faut se méfier des sujets enrhumés atteints de rhino-pharyngite comme de ceux atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Si la personne qui soigne un enfant est elle-même malade, elle doit porter un masque audevant de la bouche et du nez, mais ce moyen de préservation est souvent bien difficile à obtenir.

On pratique la désinfection du nez et du pharynx avec des sels d'argent, tels que le collargol, l'argyrol, le protargol, etc. C'est d'ailleurs le seul moyen de prophylaxie contre l'auto-infection.

La prémunition par les sérums ou les vaccins antipneumococciques n'ont pas jusqu'ici donné de grands résultats.

Le traitement des pneumococcémies est, tout d'abord, le traitement commun des maladies infectieuses ; la balnéation en constitue la base.

Existe-t-il un traitement plus spécial des pneumococcies ?

La *sérothérapie antipneumococcique* est surtout utilisée depuis que les différentes variétés pathogènes du pneumocoque ont été différenciées, car le sérum est surtout actif contre la variété correspondante du pneumocoque I, II, ou III.

En France, on emploie principalement les

sérums de l'Institut Pasteur. D'après une communication faite par M. Truche à l'*Académie de Médecine*, le 17 juin 1919, on a tout d'abord préparé des sérums actifs pour chacune des variétés de pneumocoques. Mais actuellement, à ma connaissance, on délivre un sérum polyvalent, préparé avec des variétés nombreuses de pneumocoques très virulents.

On fait des injections intramusculaires, intraveineuses, intra-pulmonaires, intra-pleurales ou intra-rachidiennes, suivant les cas.

Il y a quelques années ce traitement a semblé avoir un effet favorable. Avec M. Paraf nous avons obtenu à la Maternité de bons résultats dans les broncho-pneumonies et les pleurésies purulentes à pneumocoques des nourrissons. Des observations recueillies à la Clinique ont fait également l'objet, en 1924, de la thèse de mon élève Paul Bobay, consacrée à la *sérothérapie antipneumococcique dans les infections de l'appareil respiratoire.*

Plusieurs auteurs ont obtenu également des résultats satisfaisants.

Actuellement la sérothérapie semble être moins efficace, peut-être à cause de la grande fréquence des pneumocoques non agglutinables. Cependant MM. Lebailly, Desbouis et Voulland se louent de l'emploi du sérum à hautes doses pour le traitement des septicémies à pneumocoques des nourrissons.

Donc, la sérothérapie est à retenir, mais sous réserve.

Pour la *bactériothérapie* ou *vaccinothérapie* on emploie des stock-vaccins divers, constitués par des pneumocoques et d'autres germes. Le vaccin de Weill et Dufourt, par exemple, contient un tiers de pneumocoques I, II, III, un tiers de staphylocoques et de tétragènes, un tiers d'entérocoques. On peut aussi utiliser des auto-vaccins. La méthode a surtout été préconisée dans les broncho-pneumonies ; les résultats obtenus sont souvent discutables.

La *chimiothérapie* peut être réalisée, dans le traitement des pleurésies par le bleu de méthylène, l'optochine, le raurocholate de soude. Avec l'optochine, M. Morgenroth a obtenu une action préventive et même curative contre les septicémies pneumococciques expérimentales de la souris.

Je m'arrête là dans mon exposé. Il est bien incomplet ; mais j'espère cependant vous avoir donné sur les pneumococcies des enfants des notions suffisantes pour que vous puissiez vous guider dans l'observation des malades que nous rencontrons souvent.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR

De l'indication opératoire dans les mastoïdites aiguës

d'après le Dr G. Liébault (1).

La mastoïdite aiguë est une des complications les plus fréquentes et les plus redoutées de l'otite moyenne aiguë suppurée, à propos de laquelle constamment l'otologiste, et même le praticien, ont à se prononcer sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

I. Les cas, où il n'existe aucun doute.

L'affection revêt une marche suraiguë : dans les jours, qui suivent l'ouverture du tympan (spontanée ou chirurgicale), les *phénomènes généraux* ne s'amendent pas ; la *fièvre* reste élevée, l'*écoulement* devient profus ; le malade accuse une *douleur* sourde dans la région auriculaire, et le doigt explorateur sent une mastoïde très douloureuse. D'une manière certaine, les lésions s'étendent — aucun doute, il faut opérer, et on trouve des lésions avancées.

Le malade, examiné pour la première fois, présente déjà de l'*empâtement rétro-mastoïdien*, du *gonflement* à ce niveau, peut-être même de la *rougeur et de la fluctuation* ; et ces signes provoquent la *projection du pavillon de l'oreille en avant.* L'infection a déjà franchi les limites de la corticale mastoïdienne pour envahir les parties superficielles ; elle aurait aussi bien pu s'étendre vers les méninges, le cerveau ou le labyrinthe. L'intervention est de toute urgence.

II. Les cas, où subsiste un doute.

Remarque importante. Il ne faut surtout pas attendre les signes précédents (empâtement rétro-mastoïdien, gonflement, etc.) ; on les donnait autrefois comme caractéristiques et décisifs ; mais, à temporiser ainsi, on s'exposerait aux complications les plus graves, et le diagnostic de l'infection doit être fait, lorsque celle-ci est encore localisée aux cellules mastoïdiennes.

L'étude comparative de trois éléments (*douleur, fièvre, écoulement*) nous y aidera ; mais nous nous baserons surtout sur la constatation de leur *présence associée, et sur leur persistance.*

(1) Dr G. Liébault. — L'indication opératoire dans les mastoïdites aiguës. (*Paris médical*, 6 septembre 1930.)

1° La douleur.

Il convient d'abord de préciser de quelle nature sera la *douleur révélatrice d'une mastoïdite à opérer.*

Il ne s'agira pas de cette douleur provoquée, au niveau de l'antre ou vers la pointe, et qui peut persister après la disparition de la douleur spontanée, qui a précédé la paracentèse. Celle-ci n'est plus accompagnée de phénomènes généraux, et elle ne persiste pas.

Ce ne sera pas non plus la douleur mastoïdienne précoce du début de l'otite aiguë ; car il s'agit là d'une simple réaction indiquant que l'antre et les cellules voisines participent à l'inflammation de la caisse. En quelques jours d'ailleurs, celle-ci diminue, puis disparaît.

Parfois cependant cette douleur spontanée du début devient extrêmement vive, lancinante même, s'irradiant aussi dans les parties voisines du crâne ; mais elle ne persiste pas non plus, et dès que le tympan est ouvert, spontanément ou par paracentèse, tout se calme ; le malade ne souffre plus.

Cependant aussi, il advient que, la douleur spontanée ayant disparu, la palpation minutieuse de la mastoïde provoque celle-ci en certains précis: cette *douleur persiste* ; et il faut alors examiner à fond le malade, étudier sa température et l'aspect de son écoulement, en vue d'une indication opératoire. *La douleur indique bien que peut-être les cellules sont malades, mais elle ne permet pas à elle seule de supposer que d'autres complications sont à craindre* : propagation aux méninges, au cerveau, au cervelet ; phlébite des sinus ; septicémie.

Il ne suffit pas non plus qu'un malade souffre de douleurs mastoïdiennes, irradiées ou localisées, spontanées ou provoquées, pour parler de mastoïdite, et à plus forte raison d'intervention chirurgicale, quand la température reste à 37° ou dans le voisinage. La persistance seule de ces douleurs pourrait, au *bout d'une dizaine ou d'une quinzaine de jours,* seulement, faire penser à une infection de la mastoïde ; mais alors il serait rare d'avoir une température normale, celle-ci atteindrait le matin 37°2 ou 3°73 le soir 37°6 ou 37°7. Dans ces conditions, on peut à la rigueur attendre quelques jours ; mais si alors tout ne rentre pas rapidement dans l'ordre, il *faut opérer.*

2° La température.

Ecartons aussitôt l'élévation thermique (39° à 40°), qui accompagne très généralement une otite aiguë, et qui brusquement disparaît, en 2 ou 3 jours, lorsque l'écoulement s'est établi, ou même s'abaisse progressivement et n'atteint la normale qu'en 8 ou 10 jours.

Si l'aspect de la courbe thermique est différent, c'est qu'une complication se prépare.

Il est donc indispensable, dans toute otite aiguë, de prendre rigoureusement matin et soir la température centrale du malade et de l'inscrire en faisant une courbe ; celle-ci, plus qu'une température isolée, décidera de l'opportunité d'une intervention.

Plusieurs cas sont à envisager :

a) Le drainage de l'oreille peut être parfait, les douleurs minimes en apparence ; si une température de 39° persiste 48 heures après une paracentèse, c'est qu'une complication mastoïdienne est à craindre ; *l'indication opératoire se pose.* Car, même si on pense le drainage insuffisant, on n'atteindra aucun résultat positif d'une nouvelle paracentèse, ou d'une paracentèse plus étendue.

La *fièvre ne diminue pas, parce que l'infection s'étend* ; il faut d nc drainer plus largement et autrement que par le conduit. L'antrotomie est indispensable, car c'est elle qui fera tomber la fièvre et parera à des complications plus graves.

b) La fièvre est tombée pendant les premiers jours au-dessous de 38° ; mais, tout progrès cesse ; *elle reste à* 37°8 *le soir,* 37°2 *le matin.* En général cette persistance d'un léger état fébrile accompagne un écoulement tenace et, souvent, une douleur localisée à l'antre ou à la pointe. Ce sont là des signes de précision d'une *mastoïdite en évolution ; s'ils persistent au bout d'une quinzaine de jours, il faut opérer.*

c) Il en sera de même à plus forte raison *si la température se remet à monter* régulièrement, de 1/10e de degré par exemple chaque jour. On ne doit pas s'y méprendre, cette légère recrudescence fébrile doit faire soupçonner une *mastoïdite* et rechercher la *douleur* dont la constatation, jointe à la légère poussée thermique, *détermine l'opération.*

d) De même enfin, *toute élévation brusque et importante de la température,* que rien d'autre ne justifie, surtout si un deuxième clocher suit le second, indique l'*opération* presqu'à coup sûr. *Attendre davantage, c'est risquer une phlébite du sinus.*

3° L'écoulement

En général, l'écoulement d'une otite aiguë diminue progressivement, et tout suintement, cesse entre trois semaines ou un mois. Mais des modifications dans son abondance peuvent annoncer la formation d'une mastoïdite. Une *augmentation,* coïncidant avec des douleurs mastoïdiennes et une température supérieure à la normale, *doit attirer l'attention.* De même, si une *suppression brusque* de l'écoulement peut signifier, guérison quand, en même temps, la mastoïde devient *douloureuse,* et quand la *fièvre* s'allume, on doit faire une antrotomie.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que les signes

permettant d'affirmer l'existence d'une mastoïdite et d'en poser l'indication opératoire sont assez nets et précis. Ils résultent en somme de l'observation clinique du malade, de la comparaison entre les différents éléments pathologiques qu'il présente. Un symptôme *douleur, écoulement ou température* suffit rarement s'il est seul; mais *s'il s'accompagne des deux autres,* même atténués, il prend une valeur considérable. *C'est de leur examen d'ensemble que résultera l'indication opératoire.*

G. F.

LE CHLORURE DE CALCIUM DANS LES MALADIES DE L'ENFANCE

Par le Dr Boulanger-Pilet

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Paris.

Le chlorure de calcium est, à l'heure actuelle, l'un des médicaments de base de la pathologie infantile. Dans ces dernières années, ses applications se sont singulièrement étendues, surtout en raison de ce fait qu'aux solutions ou potions habituelles, impures et instables, de saveur répugnante (Marfan), qu'il était si difficile ou même impossible de faire absorber aux petits et aux grands enfants, s'est substituée dans l'usage courant une solution stable, de goût agréable, dont LXXX gouttes correspondent à un gramme de $Ca\ Cl^2$. Aussi, importe-t-il de savoir ce que le médecin peut à coup sûr attendre de ce précieux remède et de connaître exactement les affections qui en doivent bénéficier.

I. — Recalcifiant

Bien que le métabolisme du calcium soit encore très imparfaitement connu, il existe, comme l'indique Mouriquand, des preuves cliniques et biologiques indubitables de l'action de la médication recalcifiante dont la tétanie est le meilleur exemple. Comme, d'autre part, la plus grande partie des sels de chaux qui est assimilée doit d'abord être transformée par l'HCL gastrique en chlorure de calcium, il paraît logique dans une cure calcique d'administrer directement du $Ca\ Cl^2$.

Croissance. — Dans le développement de l'enfant intervient toute une série de « facteurs de croissance » d'origine interne, endocrinienne surtout, et d'origine externe tels que acide, aminés, vitamines, éléments minéraux. Bien que le rôle de ces derniers soit moins connu, cependant on sait que le calcium et le phosphore sont indispensables en particulier pour la croissance osseuse. Osborne et Mendel, Sherman et Rose en utilisant chez l'animal des régimes synthétiques carencés provoquent un arrêt immédiat de la croissance. Herter montre que chez l'enfant 37 gr. de calcium sont retenus annuellement par les sujets de 3 à 16 ans, et Herbst indique que des garçons de 6 à 14 ans mettent en réserve environ 0 gr. 01 de Ca par kilogramme et par jour. Le calcium est donc indispensable à la croissance ; si les quantités apportées par l'alimentation sont insuffisantes, la croissance s'arrête, les os cessent de grandir. D'ailleurs, l'adjonction de $Ca\ Cl^2$ à l'alimentation de jeunes porcs produit chez ces animaux un rendement digestif supérieur, un accroissement et un gain en poids plus élevés (Poulain.)

Dans les troubles de croissance chez l'enfant, surtout en cas d'hypotrophie staturale, la médication calcique sous forme de $Ca\ Cl^2$ est donc à conseiller.

Tuberculoses. — Dans la tuberculose de l'enfant, comme dans celle de l'adulte, la méthode recalcifiante a fait ses preuves. Sans doute les sels de calcium n'ont aucune action bactéricide ni spécifique et le métabolisme calcique des tuberculeux reste encore bien obscur. Mais on sait maintenant que la calcithérapie ne se réduit pas à une simple médication de remplacement, et qu'elle ne contribue pas seulement à calcifier les lésions tuberculeuses. Il semble bien, comme le dit Delore, que les sels de calcium agissent surtout par activation des diastases, stimulation de la phagocytose et action antitoxique. Sergent, Péhu et Dufourt, Courcoux et Lelong pensent que la médication calcique améliore les conditions de résistance du terrain et renforce l'état général. Dès 1913, Pirquet disait que « le chlorure de calcium est le sel de chaux qui donne les meilleurs résultats chez les enfants tuberculeux ». Sergent recommande également, au moment des poussées évolutives, d'ajouter aux préparations calciques insolubles une dose quotidienne de $Ca\ Cl^2$. Il n'est pas inutile non plus de rappeler que chez les enfants candidats à la tuberculose (ganglionnaires, surmenés scolaires), le calcium constitue un agent préventif de premier ordre.

Aussi chez l'enfant, dans ces conditions, doit-on conseiller la cure recalcifiante, en particulier par l'ingestion de $Ca\ Cl^2$, qui est le sel de chaux le plus assimilable, le mieux fixé par son propre pouvoir et possédant au plus haut degré les actions biologiques signalées ci-dessus.

Rachitisme. — Dans cette affection, il était classique, il y a quelques années, de donner systématiquement des sels de chaux. A l'heure actuelle, où nous disposons de nouveaux moyens thérapeutiques très actifs, actinothérapie et ergostérine irradiée, cette médication est-elle encore de mise ? Assurément, car dans le rachitisme existent des signes indiscutables de décalcification, comme le montrent les examens chimiques et radiographiques des os. Aussi Rohmer, Lassablière, Blechmann admettent que la médication par les sels de chaux, qui a donné des résultats positifs, quoique secondaire, ne doit pas être oubliée. Bohn, à la suite d'une enquête récente auprès des pédiatres sur l'emploi de l'ergostérine irradiée, conclut ainsi : « Les traitements employés antérieurement à sa découverte conservent leur utilité du fait que chacun d'eux agit sur l'un ou l'autre des éléments du syndrome rachitique et complète l'action recalcifiante de l'ergostérine irradiée. Il faut donc, en pratique, associer à cette médication la cure d'air et de soleil, une bonne hygiène alimentaire, l'huile de foie de morue, les sels de chaux et les bains salés ». Enfin Marfan fait remarquer que les préparations calciques qui donnent les meilleurs résultats sont celles qui sont solubles et assimilables : c'est pourquoi le Ca Cl² nous paraît ici tout indiqué.

Carie dentaire. — La carie dentaire est conditionnée par des facteurs très divers, les uns tenant au milieu externe ou buccal, les autres relevant du milieu interne. Celui-ci, constitué par un complexe vasculo-conjonctivo-calcaire et endocrinien participe aux influences générales dyscalcifiantes qui interviennent surtout dans la prénaissance et chez les petits enfants, « période de labilité » (Frey). Toutefois, l'action des sels de chaux est assez médiocre sur les premières dents, qui sortent déjà dystrophiques dans certains cas. Au contraire, les composés calciques conservent toute leur valeur contre les caries de la deuxième dentition et de la croissance. Le Professeur Lereboullet a signalé à cet égard tout l'intérêt que présentent les préparations calciques solubles, et spécialement le chlorure de calcium, qui a ses préférences.

Entérites. — Appliqué d'abord au traitement des diarrhées des tuberculeux en injections intraveineuses, puis *per os* à celui des entérites en général par Loeper et Lemaire, Faroy, le Ca Cl² a été encore peu employé jusqu'ici dans les entérites et les colites de l'enfance. Par son action antidiarrhéique et recalcifiante, il mérite cependant d'être utilisé dans les colites si décalcifiantes de la seconde enfance et même des nourrisssons. Dans ces cas, on aura soin de le prescrire à doses peu élevées, 0 gr. 10 par année d'âge, les doses fortes étant plutôt laxatives.

II. — Hémostatique

Depuis les travaux d'Arthus et Pagès démontrant le rôle essentiel des sels de chaux dans la coagulation du sang et les applications thérapeutiques de Wright et de Carnot, le Ca Cl² est devenu l'un des hémostatiques les plus employés.

Hémorragies. — Toutes les hémorragies de l'enfant, à partir de la naissance même, sont justiciables du traitement par le Ca Cl².

a) Le *melæna du nouveau-né* peut être très heureusement influencé par ce médicament (Nobécourt et Maillet). Weill-Hallé recommande l'administration toutes les heures d'une cuiller à café d'une solution de gélatine à 10 p. 100 et d'une solution de Ca Cl² à 10 p. 100, en alternant chacune d'elles.

b) Chez les enfants de 8 à 13 ans, habituellement des garçons, les *épistaxis* sont fréquentes, et ces « petites hémorragies de la formation » (Chevallier), souvent indépendantes de toute hémophilie ou hémogénie, sont très fréquemment améliorées ou guéries par des prises quotidiennes de 2 ou 3 gr. de Ca Cl².

Traitement préventif des hémorragies post-opératoires. — Avant toute opération chez l'enfant, en particulier avant une ablation d'amygdales ou de végétations adénoïdes, il est prudent de faire une détermination du temps de saignement et du temps de coagulation pour ne pas méconnaître une hémophilie fruste ou une hémogénie. De toute façon une excellente pratique est de recourir préventivement à l'emploi systématique du chlorure de calcium à raison de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par année d'âge chez l'enfant (Bord, Blechmann, Thibaudet, Feldstein, Miégeville.) On le donne cinq jours avant l'intervention, le jour même, et encore trois jours après ; et au besoin on associe le jour de l'intervention la prise d'une ou de deux ampoules de 20 cc. d'une solution de pectine à 1 p. 100.

De même, comme l'indique Boissier, s'il s'agit d'extraire une dent chez un sujet suspect de tendance hémorragique, il est prudent d'instituer un traitement prophylactique par le Ca Cl² et l'hémostyl au moins pendant 15 à 20 jours avant l'extraction.

Maladies du sang. — Dans les maladies du sang en général, le Ca Cl² peut être employé avec succès non seulement en raison de son influence sur la coagulation mais aussi de son action diurétique et antitoxique (Le Sourd et Pagniez.)

a) Purpura. — Le Ca Cl² est communément utilisé dans les diverses formes de purpura de l'enfance. Suivant Pagniez, en effet, il n'y a pas lieu de recourir à une médication à action vasomotrice générale (adrénaline, par exemple), mais à une médication hémostatique visant à rétablir

une coagulation normale. Pour cet auteur, trois médications seules sont à retenir ; le sérum et la peptone en injections, ou plus simplement le chlorure de calcium en ingestion à la dose de 1 à 3 grammes.

b) HÉMOPHILIE. — Le Ca Cl^2 a fourni de beaux résultats à Carnot et Blamoutier, qui ont utilisé des injections intraveineuses bihebdomadaires de 20 cc. d'une solution de Ca Cl^2 à 5 p. 100. En général cependant, le médicament est administré par voie buccale en prenant soin de ne donner que des doses ne dépassant pas 2 à 3 grammes, et par périodes de 4 à 5 jours séparées par des interruptions d'une égale durée. D'ailleurs il est parfois nécessaire d'y associer des injections de peptone (Nolf) ou de sérum (P. E. Welil).

Fièvres à manifestations hémorragiques. — Dans ces diverses infections (scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, variole, méningococcémies) le Ca Cl^2 donne parfois de très beaux succès.

III. — Antialbuminurique

L'emploi du chlorure de calcium comme antialbuminurique date des essais de Wright et Ross, confirmés ensuite par de nombreux auteurs, notamment Netter, Rénon, Teissier.

Albuminuries fonctionnelles. — La première indication du Ca Cl^2, en tant que antialbuminurique, est le groupe des albuminuries fonctionnelles, intermittentes (orthostatique, digestive, cyclique) s'accompagnant d'un fonctionnement rénal satisfaisant. Or, ces albuminuries si fréquentes chez l'enfant et l'adolescent sont communément mal soignées ; trop souvent, en effet, on institue un régime rigoureux, régime déchloruré ou même régime lacté, qui, chez un sujet en pleine croissance, est débilitant et aggrave l'albuminurie. Avec un régime antidyspeptique varié et reconstituant, une bonne hygiène, l'utilisation de quelques médications peu nombreuses, le trouble s'améliore et disparaît assez rapidement d'ordinaire. « En pareil cas, dit le Professeur Lereboullet, *je place au premier rang le chlorure de calcium, médicament diurétique et antialbuminurique* ; on peut le prescrire à la dose journalière de 1 gr. à 1 gr. 50 pendant 15 jours par mois. » Dans les mêmes conditions, L. Ramond recommande également le Ca Cl^2, ainsi que Achard qui insiste sur son rôle de « stimulant général de la nutrition. »

Néphrites albumineuses. — Le Ca Cl^2 peut être employé non seulement dans les albuminuries fonctionnelles, mais aussi dans les albuminuries des néphrites qu'il influence très heureusement. Netter a obtenu de bons résultats surtout dans les cas aigus. Paisseau dans les néphrites chroniques simples des enfants le prescrit à la dose quotidienne de 0 gr. 50 quinze jours par mois.

IV. — Diurétique déchlorurant

Le Ca Cl^2 trouve également son utilisation dans certaines néphrites en raison de son action diurétique et déchlorurante. Introduit dans le traitement de la néphrite avec œdèmes par Bonnamour et Imbert, puis par Vitry, appliqué avec grand succès pendant la guerre par les auteurs allemands Hulse, Schultz, le Ca Cl^2 a surtout été étudié comme diurétique déchlorurant par L. Blum qui a cherché à préciser le mécanisme de la diurèse et admet que « *le Ca Cl^2 est le diurétique le plus efficace et le plus inoffensif dans les hydropisies brightiques* ».

Dans les NÉPHRITES AVEC ŒDÈMES chez l'enfant, dès que la résorption de l'œdème a été amorcée, on ordonne le Ca Cl^2 en continuant le régime déchloruré. Dans les *néphrites aiguës ou subaiguës*, on prescrit des doses faibles, 0 gr. 50 à 1 gr., ou bien, en suivant la technique de L. Blum, des doses fortes, 4 à 6 gr. par jour. Dans

Dans les *néphrites chroniques*, rares chez l'enfant, on donne des doses moyennes, 2 à 3 gr., ou des doses fortes, 4 à 6 gr., pendant cinq à six jours consécutifs, avec arrêt, puis reprise au besoin.

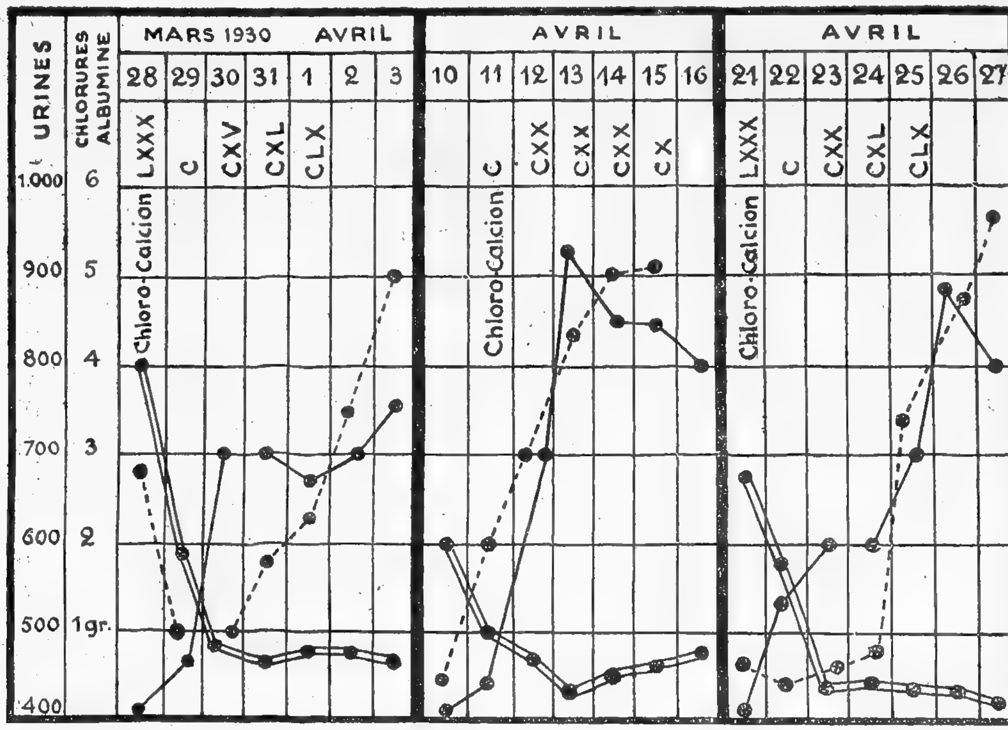
LA NÉPHRITE HÉMATURIQUE, enfin, relativement fréquente dans l'enfance, bénéficie particulièrement de l'action hémostatique, diurétique et déchlorurante du Ca Cl^2. Le Professeur Roger l'a vanté le premier par prise de 4 à 5 jours, puis suspension, puis reprise. Blechmann le recommande aussi dès le début de l'affection.

V. — Antispasmodique

La SPASMOPHILIE est, sans aucun doute, l'affection où l'action du Ca Cl est le plus manifeste, qu'il s'agisse de tétanie évidente, de tétanie latente, ou de terrain spasmophile. Cette « diathèse spasmogène » est caractérisée, comme on le sait, dans ses diverses manifestations, par un syndrome humoral spécial : hypocalcémie, modification de l'équilibre acido-basique du plasma dans le sens de l'alcalose, trouble du métabolisme des protéides avec augmentation dans le sang et les urines d'un produit toxique, la guanidine. Quelle que soit la pathogénie invoquée, qu'il y ait ou non altération des parathyroïdes, de l'avis de Rohmer et Woringer, Debré, Lesné et Turpin le seul caractère hémochimique constant de l'état spasmophile est, avant tout, l'hypocalcémie. On sait, de plus, que l'ingestion de substances décalcifiantes (phosphate ou citrate de soude) déclenchent la tétanie chez les spasmophiles (Rohmer, Kummer). On sait également que l'ion calcium a un effet modérateur sur le système nerveux, qu'il

tend à diminuer l'alcalose, qu'enfin il est antitoxique et que son addition à un sel de guanidine neutralise l'action toxique de ce dernier. Toutes considérations qui expliquent d'une façon péremptoire que la recalcification amène la rétrocession, puis la guérison rapide des phénomènes spasmophiles.

Le traitement de l'affection se résume donc en ceci : recalcification au moyen du sel de chaux le plus efficace en pareil cas, le chlorure de calcium, et la fixation du calcium au moyen des rayons ultra-violets ou de l'ergostérine irradiée. L'immense majorité des pédiatres, Netter, Marfan, Rohmer, Nobécourt, Lereboullet, Lesné, Mouriquand et Bertoye, Lemaire, Hallez, Blechmann, donnent le Ca Cl² en ingestion à doses



Courbes d'élimination des urines, des chlorures et de l'albumine sous l'influence du chloro-calcion chez un enfant de 5 ans atteint de néphrite subaiguë (1).

(Urines : ——— ; chlorures : .... ; albumine : ═══.)

élevées, 4 à 6 gr. par jour pour un nourrisson, et le continuent pendant 8 à 10 jours, et plus s'il est nécessaire, en diminuant ensuite les doses. Le grave inconvénient des potions de Ca Cl² d'être d'un goût fort désagréable, ce qui en limitait malheureusement l'emploi autrefois, n'existe plus aujourd'hui, comme nous l'avons indiqué plus haut. Quant aux injections intra-veineuses de Ca Cl², très actives dans la tétanie de l'adulte, c'est une méthode trop difficile chez le jeune enfant pour entrer dans la pratique et, de plus, l'action des injections est trop fugace.

Dans la spasmophilie, le Ca Cl² constitue véritablement un médicament *héroïque, spécifique* (Dorlencourt); c'est le «*médicament de choix de la crise* » (Nobécourt), Debré, Lesné trouvent que dans le laryngospasme l'ergostérine irradiée est une médication incomplète et que, comme *thérapeutique d'urgence*, il faut toujours employer l'ingestion rapide et massive de Ca Cl².

LA LARYNGITE STRIDULEUSE, LE SPASME DE LA GLOTTE, les CONVULSIONS, quelle qu'en soit la cause, comportent encore l'usage du Ca Cl², associé ou non au gardénal. D'ailleurs on jugera de l'importance et de la fréquence des applications du Ca Cl² dans ces affections en pensant que « certains auteurs, tels Lesné et Turpin, estiment que, *passé l'âge de trois mois, la spasmophilie est responsable dans les deux tiers des cas des convulsions* ».

VI. — Antisérique

La clinique journalière montre combien sont fréquents les ACCIDENTS SÉRIQUES après une injection de sérum, sérum animal ou sérum humain. Sans doute chez l'enfant les accidents sériques sont-ils rarement sérieux, mais ils sont parfois impressionnants pour la famille, toujours douloureux et gênants pour le jeune malade dont ils prolongent la convalescence. Or,

(1) Nous remercions bien vivement notre confrère, le Dr V..... qui nous a très obligeamment communiqué les présentes courbes se rapportant à son jeune fils, qui n'a pu être amélioré, après divers échecs médicamenteux, qu'en ayant recours au médicament en question.

chez un enfant injecté au sérum on peut diminuer ou même supprimer les réactions sériques par l'emploi systématique du Ca Cl^2, comme l'ont montré Wright, puis Netter, Gewin, L. Ramond, Comby, Weissenbach. S'il faut reconnaître que l'action *prophylactique* du chlorure de calcium n'est pas absolument constante quoique très fréquente, ainsi qu'il ressort notamment des statistiques précises de Netter, Cousin, Gewin, il est aujourd'hui classique et toujours d'une excellente pratique de donner dès l'injection de sérum et chaque jour 1 à 4 gr. de Ca Cl^2, suivant l'âge et les doses reçues. Par contre, comme traitement curatif des accidents déclarés, le Ca Cl^2 est en général utilisé avec grand profit et a une action nette sur les éruptions, la fièvre, les arthralgies, comme nous l'avons noté avec Lereboullet chez les diphtériques, et comme Lesné l'a signalé également.

VII. — Anticlasique

Enfin, il est une dernière utilisation du Ca Cl^2 comme anticlasique. En effet, par ses propriétés complexes non encore élucidées, il constitue un bon médicament dans les manifestations de colloïdoclasie. C'est dire qu'on peut l'employer favorablement dans les *urticaires* d'origine digestive (Brocq, Puech, Faroy), dans le *rhume des foins* où il a été vanté par les auteurs étrangers en particulier, dans certains *asthmes* par anaphylaxie quand on ne peut pratiquer une désensibilisation spécifique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La percaine, son utilisation urologique.

La percaïne (chlorhydrate de la diéthyléthylènediamide de l'acide butylocycinchonlique), dit le Dr L. Phelip, chirurgien de l'hôpital de Ste-Foy, à Lyon, est un corps nouveau doué d'une puissance anesthésique extrême et qui n'appartient à aucun groupe de substances jusqu'ici utilisées en anesthésie locale. Des essais pharmacologiques très poussés ont déterminé très exactement les rapports entre sa toxicité et son pouvoir anesthésique ; il en résulte qu'à pouvoir anesthésique équivalent la toxicité de la percaïne est sensiblement moindre d'où plus grande maniabilité du produit. En gros, l'on peut dire que son pouvoir anesthésique est environ 10 fois plus élevé que celui des anesthésiques usuels et, chose intéressante dans l'application, la durée de cette anesthésie est beaucoup plus prolongée.

Un tel corps semble devoir présenter de grands avantages urologiques et l'auteur, dans cette étude, expose les résultats qu'il en a obtenus. Nous relevons des anesthésies par infiltration pour des circoncisions, cystostomies, sections du col, et surtout de nombreuses anesthésies par contact pour cystoscopies, urétroscopies, lithotrities, cathétérismes des uretères, étincelage de tumeurs, etc....

Les anesthésies furent toujours excellentes et d'une durée remarquable, soit 3 ou 4 heures dans les infiltrations, 2 heures après les endoscopies. Cette longue durée de l'anesthésie percaïnique est un facteur précieux pour le repos des malades. Aussi la percaïne semble-t-elle devoir occuper un des premiers plans comme anesthésique chirurgical et surtout urinaire, où le choix de l'anesthésique est particulièrement important en raison des déficiences si fréquentes du cœur, du rein et du poumon. (*La Clinique*, nº 14-8 juin 1930.)

Sur les évacuations extemporanées de l'utérus en fin de grossesse.

Le Dr Henriet fait une étude statistique et critique des évacuations extemporanées de l'utérus en fin de grossesse, effectuées pendant l'année 1929 à la Maternité de Montpellier dans le service du Prof. Delmas ; celles-ci s'élèvent au chiffre de 24, soit 3 % des accouchements qui se sont produits pendant ce laps de temps. Ces évacuations extemporanées ne furent faites que sur des indications très précises : bassins viciés (7), excès de volume du fœtus (3), placenta prœvia (4), albuminurie gravidique à 5 grammes (1), éclampsies de la grossesse (2), dystocie gémellaire (1), etc., etc. Elles eurent lieu à partir de 7 mois, mais le plus souvent à 8 mois, 8 mois 1/2 et 9 mois.

La technique suivie fut scrupuleusement celle de l'auteur du procédé : rachianalgésie par injection intra-rachidienne de 0 gr. 10 de scurocaïne en paillettes stériles extemporanément dissoutes dans cinq à dix cent. cubes du propre liquide céphalo-rachidien de la patiente ; dilatation unimanuelle du col ; extraction du fœtus ; délivrance (9 délivrances artificielles sur 24).

Résultats : La filière génitale fut intacte 18 fois ; pendant le post-partum, il y eut 5 poussées fébriles, une mort par infection puerpérale. 19 enfants vivants au monde en parfaite santé ; 1 difficilement ranimé survécut ; 3, dont un jumeau, naquirent morts.

Les résultats de cette statistique furent excellents en matière de placenta prœvia et de toxémie gravidique. Dans la disproportion céphalo-pelvienne, les indications sont délicates à poser. Les résultats seront avant tout fonction de la science clinique et technique de l'opérateur, ce qui doit limiter l'application de la méthode aux seuls spécialistes véritables. (*Gazette d'accouchement de Montpellier*, 1er juillet 1930.)

Valeur diagnostique de la toux dans les corps étrangers des bronches.

Le tableau clinique de ces corps étrangers se résume en ces deux termes : 1° accidents ; 2° toux chronique.

Les faits cliniques rapportés par le Dr Garel démontrent les rapports étroits qui existent entre les corps étrangers des bronches et la toux, qui leur est consécutive. Ils prouvent qu'on doit tenir grand compte des renseignements donnés par les malades au lieu de les mettre systématiquement en doute. Certainement il est des corps étrangers plus ou moins mobiles qui peuvent s'éliminer d'eux-mêmes après un internement de durée variant de quelques jours à quelques années. Mais il en est aussi qui, dans ces tentatives, peuvent remonter jusqu'au larynx et causer la mort instantanée. De là, la recommandation de ne jamais remettre au lendemain une intervention possible.

Enfin, il existe des toux chroniques, dont l'étiologie nous échappe parfois. Quelques-unes de ces toux ne pourraient-elles pas être attribuées à des accidents analogues ignorés ? Cela serait possible, comme il a été démontré chez de jeunes enfants, l'accident pouvant passer inaperçu et sans témoins : radioscopie et bronchoscopie pourraient alors donner la solution du problème. (*Lyon médical*, 17 août 1930.)

Peut-on éviter les accidents en diathermothérapie ?

Le courant de haute fréquence, à basse tension, utilisé en thérapeutique sous le nom de courant diathermique, est une force aveugle, produite par des appareils bien réglés, mais demandant à être dirigés judicieusement. Un grand nombre des accidents, observés au cours de ces traitements sont dus soit à une mauvaise technique, soit à un état spécial, mais décelable du malade (mauvais état circulatoire, hypo esthésie, anesthésie, etc.)

M. W. Vignal démontre, qu'à moins d'accidents imprévus, en dehors d'états pathologiques pouvant amoindrir la sensibilité, les brûlures diathermiques peuvent et doivent être évitées.

Aussi, seuls devraient pouvoir utiliser cet excellent et puissant agent physique, ceux qui ont vu faire ces applications par un physiothérapeute averti, et qui, en ayant fait sous son contrôle, possèdent des connaissances de physique suffisantes pour comprendre ce qu'ils font. (*La Pratique médicale française*, juillet 1930, A.).

Ce qu'on doit entendre en médecine par anaphylaxie.

Le médecin doit refuser la qualification d'anaphylactique à tout phénomène qui n'a pas été soumis à un contrôle sévère, selon des *critères rigoureux. Cliniquement,* un syndrome d'ordre anaphylactique est une crise, survenant chez un sujet sensibilisé à un antigène, lorsque le sujet est en contact avec l'antigène, même si cet antigène est en quantité infinitésimale. Cette crise dure un temps limité, ne laisse pas de séquelles. Elle réapparaît chaque fois que l'organisme est en contact dans les mêmes conditions avec l'antigène. Elle ne se produit pas chez d'autres sujets soumis aux mêmes conditions antigéniques.

Les critères *biologiques* sont : la cutiréaction, avec l'antigène spécifique ; l'anaphylaxie passive avec transmission de l'homme à l'animal ou à l'homme ; l'épreuve des précipitines ; la crise hémoclasique ; l'éosinophilie sanguine.

Les critères *thérapeutiques* sont : la disparition des crises avec la suppression de l'agent incriminé ; l'action des méthodes de désensibilisation spécifique ou non spécifique (antichoc.)

A vouloir trop étendre l'anaphylaxie en clinique, déclare M. Pasteur Vallery-Radot, sans preuves à l'appui, on finit par douter de son existence. On ne saurait distinguer anaphylaxie et idiosyncrasie (où chez les sujets on ne trouve pas la phase de sensibilisation). On n'oubliera pas que l'anaphylaxie clinique n'est pas une hypothèse, mais une réalité, aussi bien en clinique qu'en expérimentation. (*La Presse médicale*, 5 juillet 1930.)

Utilité au Maroc de l'Assistance dentaire.

Le Dr P. Remlinger démontre l'intérêt qu'il y aurait à créer dans les grandes villes du Maroc, moins des instituts dentaires que des centres spéciaux (Maison de dents), uniquement réservés aux indigènes des classes pauvres, où une formule nouvelle devrait être adoptée : « Ne pas arracher, guérir ! »

D'une façon générale, ces centres dentaires auraient à travailler économiquement, comme le faisaient pendant la guerre les services similaires aux armées. L'or et le platine seraient naturellement bannis de la prothèse, au bénéfice de la vulcanite. On aurait exclusivement recours pour les obturations au vulgaire ciment à base d'oxyde de zinc ou à l'amalgame de plomb, d'étain. Les dents artificielles seraient du modèle le plus courant en porcelaine. L'assistance dentaire, utile au point de vue humanitaire, serait au moins aussi importante au point de vue influence. (*Maroc médical*, 15 juin 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La régénération des coli-bacilles dans l'eau.

(MM. F. Arloing et A. Dufourt. — *Académie de médecine* ; 23-11-1930.)

Au mois de janvier dernier, dans une note présentée à l'Académie de médecine, M. Trillat montrait que des coli-bacilles atténués par le temps dans une eau anciennement polluée, et de ce fait non décelables à l'analyse bactériologique, pouvaient être revivifiés et régénérés, retrouvant alors leur virulence, lorsqu'on ajoutait à l'eau des traces de matières organiques. Il s'agit, en somme, de coli-bacilles à l'état d'inanition, auxquels on procure une substance nutritive qui leur permet de reprendre de la vitalité.

On conçoit l'importance pratique de ce phénomène puisque, s'appuyant sur une analyse microbiologique, on peut croire une eau apte à la consommation alors qu'elle renferme en réalité un nombre parfois considérable de colibacilles à l'état de latence, qui sont susceptibles de redevenir actifs par la simple addition d'éléments nutritifs.

MM. F. Arloing et A. Dufourt, ayant eu à s'occuper de la qualité bactériologique de diverses eaux, au cours de cette année, ont été à même de constater la réalité des affirmations de M. Trillat. Les eaux, étudiées par eux, conservées en flacons stérilisés, s'auto-épurent avec une assez grande rapidité. Ainsi, en un à deux mois, les coli-bacilles sont tombés de plusieurs millions à 1.000 ou 2.000 au litre. Les coli-bacilles en question persistent néanmoins, ayant simplement, par suite de l'appauvrissement nutritif du milieu, perdu peu à peu leurs caractères biologiques. Les réactions qui servent à les identifier (méthode de Vincent, procédé au rouge neutre) deviennent muettes, sans que ces germes aient véritablement cessé d'exister. Lorsqu'on ajoute, en effet, à cette eau, des traces de produits organiques, d'ailleurs stérilisés et ne pouvant pas apporter de germes (eau peptonée, extrait aseptique des fosses d'aisance, eau d'égoût filtrée), on voit les réactions coli-bacillaires réapparaître.

Les travaux de M. Trillat, contrôlés par MM. Arloing et Dufourt, montrent les erreurs d'interprétation préjudiciables à l'hygiène et à la santé publique qui peuvent être commises en pareille circonstance. Des eaux sont ainsi parfois considérées comme bonnes et aptes à la consommation et, sans pollution nouvelle, du fait que des substances nutritives sont venues l'enrichir (par infiltration de terrains, par exemple), elles redeviennent chargées en coli-bacilles. Les mêmes remarques sont aussi valables pour d'autres germes intestinaux.

Etat sanitaire et terrains magnésiens.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de médecine* ; 25-11-1930.)

Revenant sur le rapport de M. Brouardel relatif aux épidémies de 1929, M. Delbet estime qu'un des moyens de relever l'état sanitaire défectueux est d'améliorer l'alimentation, en particulier en donnant aux terrains producteurs d'aliments végétaux des engrais convenables, dans lesquels entreraient pour une part appropriée des sels de magnésium, souvent déficients.

La silicose pulmonaire existe-t-elle ?

(MM. A. Policard et Edme Martin, de Saint-Etienne. — *Académie de médecine* ; 18-11-1930.)

L'action des poussières minérales sur le poumon est actuellement l'objet de recherches nombreuses en pathologie industrielle. Le problème se présente ainsi dans les mines de houille : les couches de charbon sont séparées par des bancs de roche dure qu'il faut d'abord attaquer et détruire. Il en résulte le dégagement, au voisinage de l'ouvrier (mineur au rocher), d'une quantité importante de poussières rocheuses, qu'il respire. Depuis longtemps, la tradition houillière a opposé ce travail, plus malsain, au travail « au charbon », plus inoffensif.

Dans les mines d'or de l'Afrique du Sud, c'est la silice des poussières que l'on a incriminée, l'inhalation de celles-ci ayant, dit-on, comme conséquence une silicose pulmonaire, favorisant l'éclosion de la tuberculose. MM. Policard et Martin ont étudié la question dans les houillières du bassin de la Loire. Ils rejettent d'ailleurs pour une large part l'assimilation entre les ouvriers de ces mines et les travailleurs des mines d'or du Rand. Ces derniers sont en majeure partie des Cafres, à réactions pulmonaires pathologiques spéciales et en outre les roches quartzeuses africaines ont une richesse plus grande en silice.

De leurs documents personnels, MM. Policard et Martin tirent les conclusions suivantes :

1° La poussière de roche siliceuse, même respirée pendant un grand nombre d'années, ne détermine pas nécessairement de la sclérose pulmonaire. Même après plus de dix ans de travail, le quart des sujets présentent des images pulmonaires normales.

2° Dans les conditions de la pratique courante, il n'a pas été possible de mettre en évidence une image radiographique qui soit vraiment spécifique de la silicose pulmonaire essentielle. Toujours on peut

trouver une image exactement semblable de tuberculose avérée. L'étude de l'évolution dans le temps des images observées paraît d'une utilité très grande pour distinguer la silicose-état de la silicose-maladie.

3° Chez les mineurs « au rocher », la tuberculose peut prendre parfois un type évolutif lent, progressivement fibreux. Le problème de la silicose pulmonaire-maladie paraît, en réalité, un cas particulier de l'histoire de la tuberculose pulmonaire, évoluant dans des conditions spéciales.

P. L.

Azotémie traitée par les transfusions sanguines

(M. Paul Renault. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-6-1930.)

Les transfusions sanguines minimes et répétées ont semblé à M. Paul Renault avoir une action thérapeutique extrêmement utile. Nous en sommes réduits à des hypothèses, quant au mécanisme par lequel elles agissent. C'est parce qu'elles donnent d'excellents résultats en cas d'azotémie aiguë post-opératoire ou post-infectieuse que l'auteur les a appliquées à des cas d'azotémie chronique ; il s'agissait de sujets relativement jeunes, aux environs de la cinquantaine.

Du rôle de la pancréatine dans le traitement du rhumatisme sérique.

(M. Legrand. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-7 1930.)

Il résulte d'une étude de M. Legrand que les accidents sériques algiques et articulaires s'observent chez les sujets atteints d'insuffisance pancréatique. La thérapeutique rationnelle et fondamentale consiste dans l'administration de la pancréatine associée à la médication antirhumatismale. Il est nécessaire de prescrire des doses élevées les cinq premiers jours, et ensuite de continuer le traitement à doses réduites pendant les dix jours suivants, si on veut éviter toute récidive.

Le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie.

(M. A. Marie. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-7-1930.)

L'auteur expose les résultats favorables. Pour éviter certaines déconvenues, il importe de bien vérifier la résistance du malade à traiter, et de contrôler la pureté de la souche à inoculer, et d'en constater périodiquement la présence et la nature par des examens de sang en cours de cure. C'est ce double office, que doit assurer un centre de malariathérapie bien compris.

Le praticien, ayant étudié le bien fondé de sa thérapeutique dans tel cas particulier (analyse d'urine et hépato-cardiologie préalables), sera fixé sur la nature vraiment malarique des réactions thermiques échéant vers le 12e ou 15e jour en moyenne.

L'absence de réaction peut ne pas tenir à la souche. la réaction peut tarder ou ne pas se produire ; cependant une réaction faible (ou même nulle) ne prouve pas une inoculation nulle, ni l'absence d'action rémissive ultérieure.

On laisse se produire 6 à 8 réactions, 10 même, si elles sont bien supportées. Après quoi, on coupe la fièvre, qui disparaît le plus souvent avec 1 gr. de quinine ou de stovarsolate de quinine. La réaction splénique s'observe dans 50 % des cas.

C'est maintenant un devoir de traiter la paralysie générale, toutes les fois et le plus tôt possible par la malariathérapie, et c'est un devoir de remalariariser les paralytiques généraux, dont la rémission a été incomplète ou insuffisamment stable.

Syndrome de claudication intermittente des membres inférieurs très amélioré par le traitement spécifique.

(MM. Gaté et Treppoz. — *Réunion dermat. de Lyon* ; 26-6-1930.)

La malade de MM. Gaté et Treppoz présentait un syndrome de claudication intermittente par endartérite spécifique à la phase pré-oblitérante. Elle fut soumise à un traitement par le cyanure de mercure et le bismuth, sans aucune médication vaso-dilatatrice. Au bout de 3 semaines, on constata une grande amélioration ; les douleurs avaient complètement disparu, et surtout la pulsatilité avait augmenté d'une manière considérable, puisque l'indice oscillométrique était de six à la jambe gauche et de quatre à la jambe droite. Les télangiectasies avaient presque disparu.

Sous l'influence du traitement spécifique, l'élément inflammatoire ayant disparu, le spasme a cédé et les oscillations ont considérablement augmenté d'amplitude.

Deux cas d'éruptions cutanées, dues au salicylate de soude.

(MM. Nicolas, Lebeuf et Rousset. — *Réunion dermat. de Lyon* ; 26-6-1930.)

On connaît de longue date les accidents dus au salicylate de soude. MM. Nicolas, Lebeuf et Rousset rapportent deux cas d'éruptions cutanées.

L'une d'elles était généralisée à tout le corps et se présentait comme une érythrodermie ; elle était consécutive à des injections intra-veineuses de salicylate de soude en solution glucosée pratiquées pour combattre un spasme de torsion de l'avant-bras gauche, qui avait suivi une atteinte d'encéphalite épidémique.

La seconde, au contraire, était localisée et polymorphe. Elle était survenue chez un malade au cours d'un rhumatisme traité par l'ingestion d'une dose journalière de huit grammes de salicylate de soude. L'éruption n'était apparue que sur le thorax, le dos et les pieds ; elle était formée d'éléments variés allant de la papule à la vésicopustule et à la

bulle. Le médicament était ingéré dans un litre d'une infusion de feuilles de frêne et de reine des prés, à laquelle on ajoutait dix-sept grammes de bicarbonate de soude. Pour rechercher si l'éruption n'était pas due à l'un des différents produits entrant dans la composition du mélange, des intradermo-réactions furent pratiquées, qui toutes restèrent négatives, même avec la solution de salicylate de soude ; malgré cela les auteurs, à défaut d'autres causes, invoquent le salicylate de soude.

Un cas de gangrène de la verge, compliquant un chancre syphilitique.

(MM. Louste, Rivalier et Racine. — *Soc. de derm. et de syphiligraphie de Paris* ; 10-7-1930.)

L'évolution de ce cas de MM. Louste, Rivalier et Racine a été rapide, et la guérison aussi ; mais avec une mutilation définitive. M. Milian a décrit un bacillus gangrenæ cutis, rencontré parfois en cette occurence. Mais ici les auteurs n'ont pu isoler ce germe ; par contre ils ont cultivé deux germes anaérobies : un streptocoque en courtes chaînettes, et un bacille grêle, peu polymorphe, direct ou infléchi avec quelques formes filamenteuses, qui semble être le bacillus funduliformis.

Lèpre vitiligineuse, nodule isolé apparu dix ans auparavant (chancre lépreux).

(MM. Gougerot, Ragu et Jean Weill. — *Soc. de derm. et de syphiligraphie de Paris* ; 10-7-1930.)

Ce malade de MM. Gougerot, Ragu et Jean Weill présente depuis un an une lèpre vitiligineuse généralisée. Il est intéressant : 1° parce que les lésions de lèpre érythémato-pigmentée vitiligineuse, dites nerveuses, ont été précédées de 10 ans par un nodule « tuberculeux », ou mieux, ayant tous les caractères des lépromes de la lèpre dite tuberculeuse. On peut donc supposer que cette lésion unique a été la porte d'entrée, le chancre cutané lépreux ; 2° par l'intégrité apparente des cubitaux dans une lèpre dite nerveuse ; 3° par l'élimination de bacilles de Hansen par la muqueuse nasale sans lésion clinique de la muqueuse.

G. F.

Les Congrès

XXI^e Congrès français de médecine.

(*Suite*) (1)

II. — Le métabolisme du calcium

Physiologie et pathologie générales du calcium. — M. L. Brull (de Liége). Formant des combinaisons peu solubles avec les acides carbonique et phosphorique, le Ca joue un rôle important dans les tissus de soutien. D'autre part, possédant dans les milieux colloïdaux, à l'opposé de Na et de K, des propriétés essentiellement stabilisantes le Ca est chargé d'équilibrer l'action de ces deux ions. Il faut se rendre compte de l'action du rapport $\frac{Ca}{Na + K}$ sur l'activité des différents organes. L'auteur résume donc l'action renforçante du Ca sur le tonus du cœur, sur le tonus des fibres lisses des vaisseaux, son action inhibitrice de l'excitabilité et de la conductivité neuro-musculaire, de la perméabilité cellulaire, de la perméabilité rénale, etc. De plus, une série d'agents, sympathique et parasympathique, hormones parathyroïdienne, hypophysaire postérieure, drogues telles que corps digitaliques, ergostérine irradiée, agents physiques, tels que les rayons ultraviolets, n'exercent vraisemblablement leur action sur l'organisme que par les modifications qu'ils impriment à la répartition et à l'état du Ca cellulaire. Les besoins en Ca varient beaucoup avec son absorption et son excrétion. Les facteurs principaux d'absorption intestinale sont l'acidité du milieu, les sels biliaires, la vitamine D.

Au Ca non absorbé, vient s'ajouter le Ca réexcrété au niveau du côlon. Enfin, une autre part du Ca est excrétée par le rein.

D'après les recherches de l'auteur, le rein n'aurait de prise que sur une petite fraction du Ca plasmatique, fraction qui se distingue par sa diffusibilité et sa non ionisabilité ; c'est un déchet.

La dernière partie du rapport concerne les différents états physico-chimiques du Ca plasmatique, leurs équilibres réciproques et leurs fonctions respectives. Les 10 milligrammes de Ca que contiennent environ 100 centimètres cubes de plasma se subdivisent en trois fractions : 1° 6 à 7 milligrammes de sels diffusibles, partiellement ionisés ; c'est la fraction ionisée qui est seule physiologiquement active (2 milligrammes environ) ; 2° 3 à 4 milligrammes de Ca colloïdal, lié aux protéines, suivant un mécanisme encore discuté. Cette fraction est une réserve, un tampon qui libère du Ca ionisable lorsque le Ca ionisé vient à manquer ; 3° environ 1 milligramme de Ca diffusible mais non ionisable, englobé dans des ions complexes analogues au complexe citrique. De nombreux mécanismes régulateurs, comme pour le pH, interviennent pour régler l'ionisation du Ca plasmatique : phosphates, carbonates, protéines.

(1) V. *Concours médical*, n° 1, 1931.

Sous l'apparence trompeuse d'une *calcémie normale*, peuvent se cacher des troubles profonds du métabolisme calcique.

Le métabolisme et les fixateurs du calcium chez l'enfant. — MM. G. Mouriquand et Leulier (de Lyon). Chez le fœtus, la chaux et le phosphore se fixent surtout au cours des deux derniers mois. A la naissance, 97 à 98 p. 100 du Ca est localisé dans les os qui contiennent d'autre part les 2/3 du P. Chez l'enfant rachitique, une question se pose. Pourquoi le Ca ne se fixe-t-il pas au niveau des os ? D'où provient cette carence ? Elle peut être d'*origine alimentaire*, le Ca et le P du lait humain se fixent mieux que ceux du lait de vache. Elle peut être d'*origine digestive*, les pertes de Ca se faisant surtout par l'intestin au cours notamment des diarrhées chroniques. Elle peut aussi être d'*origine nutritive*. Mais toutes ces recherches n'ont guère donné de résultats pratiques. Au contraire, les recherches expérimentales récentes ont précisé la question des fixateurs du Ca.

Ni les sels de chaux, ni les sels de phosphore, ni les extraits endocriniens (en dehors de l'extrait parathyroïdien) ne paraissent avoir une action fixatrice certaine. Par contre, deux grands fixateurs du Ca sont actuellement admis, l'huile de foie de morue et le soleil. L'*huile de foie de morue* possède dans son insaponifiable une vitamine D qui provient de l'action du spectre solaire sur les algues du planckton consommé par la morue. La *lumière solaire* est fixatrice du Ca par son ultraviolet. C'est entre 1.700 et 3.000 unités A qu'existe la zone antirachitique. L'irradiation de certains aliments riches en stérols confère à ceux-ci le pouvoir antirachitique. Le stérol le plus activable est l'ergostérol. Sur le corps humain, l'ultraviolet agit en transformant une provitamine souscutanée en vitamine D.

Les auteurs terminent en donnant des indications détaillées sur la pratique de la fixation calcique chez l'enfant.

La calcémie. — MM. M.-P. Weil et Ch.-O. Guillaumin (de Paris). Les auteurs préconisent une technique nouvelle de mesure du Ca sanguin qui donne à l'état normal 95 à 105 milligrammes p. 1.000. Contrairement à une opinion assez répandue, en dehors même de la grossesse, de la lactation, les besoins de l'organisme en Ca sont relativement considérables mais la mesure de la calcémie ne permet pas de reconnaître si le régime est équilibré ou non. C'est que, en cas de privation de Ca, l'organisme en prélève dans les dépôts, la fixité de la calcémie étant primordiale. De même, quelle que soit l'importance des fonctions endocriniennes sur le métabolisme calcique, aucune glande, hors l'ovaire et les parathyroïdes, ne modifie la calcémie. Par ailleurs, les variations pathologiques de la calcémie, du moins chez l'adulte, sont rares, inconstantes et sans grande valeur pour le clinicien ; pas plus dans la tuberculose que dans les états neurovégétatifs, les états s'accompagnant de précipitations calciques où les manifestations articulaires, la calcémie n'est nettement modifiée. Le fait ne signifie pas qu'il n'existe pas chez ces sujets des troubles dont les tissus sont le siège. Cette dernière opinion, sur laquelle est basée une grande partie de notre hématologie clinique, est d'une excessive simplicité. Si un prélèvement sanguin représente une biopsie, ce n'est que la biopsie du sang et il est plus que hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus.

Discussion

M. L. Brull (de Liége) considère que les méthodes classiques pour le dosage du Ca donnent des résultats excellents et il leur fait confiance ; les erreurs restent toujours en dessous de 5 p. 100, ce qui ne peut sûrement nuire à l'usage clinique. D'autre part, l'auteur craint que les cliniciens ne demandent à la détermination de la calcémie totale plus qu'elle ne peut donner. Il souligne l'importance du tube digestif dans le cycle du Ca dans l'organisme et s'insurge contre l'opinion à nouveau émise par MM. Weil et Guillaumin d'un état de sursaturation du Ca dans le sang.

M. Ch.-O. Guillaumin (de Paris) persiste dans les critiques qu'il porte contre les méthodes de dosage du Ca ; il renvoie aux résultats de ses expériences qui ont été développés devant la Société de chimie biologique. Il admet, par contre, les remarques de M. Brull sur l'état physicochimique du Ca plasmatique.

M. M.-P. Weil (de Paris), sans amoindrir en rien le secours que la clinique trouve dans le laboratoire, pense qu'il ne faut pas exagérer l'importance de la détermination de la calcémie qui est incapable de renseigner sur la plupart des troubles du métabolisme calcique.

M. L. Plumier (de Liége) tient pourtant à souligner l'intérêt du dosage du Ca sanguin dans la tétanie infantile dans laquelle on trouve toujours des chiffres fortement abaissés.

M. G. Etienne (de Nancy) ne pense pas que la calcémie soit un miroir fidèle de ce qui se passe dans l'intimité des tissus ; il invoque ses recherches déjà anciennes sur la décalcification et la recalcification expérimentale. La même chose d'ailleurs se passe pour l'uricémie qui est loin de traduire les précipitations articulaires.

M. F. Bezançon (de Paris) est un peu déçu en matière de calcémie, malgré les efforts des chimistes. Depuis les recherches de Widal sur l'urémie, on s'est trop habitué à chercher dans le sang le reflet de ce qui se passe dans les tissus. L'auteur a vu des cas de décalcification des plus nets dans les ostéo-arthrites sans qu'il y ait hypocalcémie.

Communications

Recherches sur la calcémie chez les aliénés. — MM. C. I. Parhon et M. Stéganescu-Dragomireanu (de Bucarest). La calcémie se montre habituellement normale dans les divers types démentiels.

La contribution à l'étude de la calciumrachie. — MM. C.-I. Parhon et M. Cahane (de Bucarest). La calciumrachie est habituellement parallèle dans ses variations aux variations de la calcémie.

Rapport du Ca, du Na et du Cl entre le sang et les fluides des cavités séreuses et des œdèmes.—MM. A. Vancura et B. Hejda (de Prague). Dans les transsudats, il y a moins de Na et de Ca dans le liquide que dans le sang ; au contraire, il y a plus de Cl ; cette répartition suit à peu près l'équilibre de Donnau. Dans les exsudats, les éléments minéraux sont en même proportion que dans le sang. Dans les œdèmes néphrosiques, le liquide est très pauvre en Na et Ca, très riche en Cl. Dans les œdèmes néphrétiques, la distribution des substances minérales se rapproche de ce qu'elle est dans le plasma.

Choix d'un animal et d'un régime pour l'étude des propriétés antirachitiques des aliments et des médicaments.— M. R. Lecoq (de Saint-Germain-en-Laye). Alors que le cobaye et le rat sont très sensibles au déséquilibre phosphocalcique de leur ration, seul le rat fait, dans ces conditions, du rachitisme. On peut le provoquer en six à huit jours par l'emploi du régime Randoin-Lecoq.

Recherches sur les modifications de la calcémie observées chez l'homme après la radiothérapie. — MM. Langeron, Paget et Quemere (de Lille). Au cours de la radiothérapie, on assiste successivement à une augmentation, puis à une diminution, puis à une nouvelle augmentation, et enfin, au retour à l'état normal. Ces variations dépendent des zones irradiées et de la dose utilisée.

Cœur et calcium. — M. F. Henrijean (de Liége). Le Ca empêche la formation des électrocardiogrammes nodaux par l'excitation du vague. Le K ramène la sensibilité du vague disparue sous l'action des cardiotoniques ; le Ca la fait disparaître à nouveau.

La calcémie dans le cancer. — MM. P. de Bersaques et A. Bérat (de Gand). La calcémie ne traduit ni le cancer, ni le précancer, par des variations appréciables.

La calcémie. Ses variations dans les troubles endocriniens et dans le déséquilibre nerveux organo-végétatif : l'équilibre $\frac{Ca}{K}$. — MM. Castex et Schteingart (de Buenos-Aires).

Calcium, parathyroïdectomie, hormone parathyroïdienne, vitamine D et réflexes vaso-moteurs du sinus carotidien. — MM. P. Regniers et Bouckaert (de Gand). Chez le chien l'injection de sels décalcifiants provoque une diminution des réflexes vasomoteurs partant du sinus carotidien. L'injection de sels de calcium rétablit ces réflexes. De même l'ablation des parathyroïdes, au moment des convulsions, diminue l'excitabilité du sinus.

Contribution relative au métabolisme du calcium dans les polyarthrites rhumatismales. — MM. J. Paroulek et Scheiner (de Prague).

Circulation de la vitamine antirachitique et calcémie. — MM. E. Cruz-Coke et Croxatto (de Santiago du Chili) ont décelé la vitamine D dans la bile et dans d'autres milieux humoraux.

Remarques sur les méthodes de détermination du calcium du sérum sanguin.—MM. M. Labbé, Nepveux et Sandor (de Paris).

Rapport $\frac{K}{Ca}$ et menstruation. — MM. Ch.-Guillaumin et H. Vignes.

(A suivre).

Les Livres

Librairie Hachette, Paris.

Tout le corps humain

Le sous-titre de ce monumental ouvrage en quatre tomes le présente comme une *Encyclopédie illustrée des Connaissances médicales*, publiée sous la direction du Dr Henri Bouquet, le très distingué chroniqueur médical du *Temps*.

« Cet ouvrage a été écrit pour ceux qui veulent savoir et comprendre », lit-on dans la préface. C'est une vulgarisation. Mais je me hâte d'ajouter qu'elle n'a rien de vulgaire, et que par la qualité et les titres de tous ceux qui ont collaboré à sa confection, elle s'avère comme parfaitement digne de retenir l'attention des professionnels eux-mêmes. Et je ne répondrais pas qu'ils y prendront un intérêt au moins aussi vif que les profanes, pour lesquels elle est faite, avec le dessein de les soumettre à une sorte d'initiation. Initiation scientifique amplement diffusée, pour apprendre à l'homme à se connaître un peu mieux lui-même, à prendre de son corps, cette guenille pourtant si chère à sa personne, tous les soins qu'il mérite, à le maintenir en équilibre organique et fonctionnel, et à se prêter expertement enfin aux actes médicaux, à les seconder, à en accomplir toutes les prescriptions, quand cet équilibre est rompu au bénéfice de la maladie.

Cinq grands chapitres: Le corps humain et ses fonctions. — Comment naissent les maladies. — Les maladies. — La mère et l'enfant. — Traitement des maladies. Et un supplément relatif aux maladies dites secrètes, et qui doivent cesser de l'être dans un but d'éducation sexuelle et de prophylaxie raisonnée.

Les collaborateurs de Henri Bouquet ? Des professeurs : Besançon, Jean-Louis Faure, Latarjet... Des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux : Démelin, Deniker, Babonneix... Des spécialistes qualifiés : Liacre, Laumonier, O. Béliard, Prével, Maurice de Fleury, de Parrel, Garrigues, Foveau de Courmelles, R. Blondel..... Autant de noms dont chacun évoque sans effort une compétence reconnue dans quelque branche de la médecine.

Une somptueuse édition, de nombreuses planches, dont certaines en couleur, des schémas éloquents, ... Tout concourt à susciter et retenir l'intérêt surtout chez des esprits déjà cultivés, qui y trouveront les aliments substantiels d'un complément de culture, sans prétendre pourtant en extraire des connaissances qui pourraient risquer de leur donner à penser qu'il leur aura suffi de les acquérir pour devenir les égaux, dans leurs applications, de l'homme de l'art, dont cet ouvrage ne saurait en aucune manière devenir le rival et le concurrent.

G. Duchesne.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Lortat-Jacob et G. Solente. — **La cryothérapie.** (Un vol. , 246 pages, 38 fig., 35 fr.)

Le froid, en applications locales, ne peut être employé qu'à des affections circonscrites, d'ailleurs très circonscrites. Les avantages de la cryothérapie sont importants : les principaux sont la stricte localisation des effets produits à la lésion traitée ; la seconde est l'électivité des effets obtenus.

D'autre part, le froid bien manié, ne laisse pas de cicatrice, ne compromet pas la morphologie des tissus ; la technique de son emploi est simple ; enfin et surtout, il ne fait courir au malade aucun danger.

Les auteurs ont voulu mettre à la portée de tous les médecins une méthode, rendue rationnelle par l'emploi du cryocautère, pourvue d'une technique maintenant précisée et dont la souplesse lui permet de répondre aux exigences les plus diverses. De la dermatologie, la cryothérapie a étendu son domaine à la gynécologie, l'ophtalmologie, la stomatologie.

Après des considérations générales sur les congélations locales et leurs effets sur l'organisme, ce volume traite de la cryothérapie en dermatologie, de ses indications, de la conduite à tenir et de son mode d'action dans chaque cas particulier. Il aborde ensuite la cryothérapie en gynécologie, en ophtalmologie, en stomatologie.

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Leçons du dimanche de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par les Drs P. Carnot, Sainton, Portier, Hartmann, N. Fiessinger, M. Villaret, L. Binet, Rathery, Halbron, L. Fournier, Tiffeneau. (Un vol. in-8 de 260 pages, avec 31 figures, 34 francs.)

Voici le détail de ces conférences :

Les excitants humoraux de la prolifération cellulaire (cytoposétines et tréphones), par le Prof. Carnot.

Ostéo-dystrophie exostosante de croissance (exostoses ostéogéniques), par le Dr Sainton.

Les vitamines, par le Prof. Portier.

Le cancer du rectum et son traitement, par le Prof. Hartmann.

L'exploration de la fonction d'élimination ou fonction chromagogue du foie à l'aide du rose bengale par le Dr Noël Fiessinger.

L'emploi de l'acétylcholine en clinique et en thérapeutique par le Prof. M. Villaret.

La physiologie de la rate (applications cliniques), par le Dr Binet.

Le chlorure de sodium dans les néphrites, par le Prof. Rathery.

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique, par le Dr Halbron.

Prophylaxie de la syphilis, par le Dr Louis Fournier.

Les nouveaux hypnotiques , par le Prof. Tiffeneau.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

J. Aimard et H. Dausset.— **La lumière solaire et artificielle d'infra-rouge.** (Un vol. in-8e couronne de 250 pages, avec 32 fig. hors texte. Prix : 20 francs, 1930, 4e édition, *in* collection « Le Compendium médical ».)

C'est un formulaire beaucoup plus qu'un ouvrage scientifique ; c'est une mise au point complète d'une question toujours en évolution, présentée sous une forme pratique, avec le maximum de renseignements judicieusement classés, avec la facilité de trouver rapidement, *l'exposé clair et méthodique des techniques, des indications nombreuses et des résultats* de cette thérapeutique.

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Dr Mathilde de Biehler. — **Eléments de diagnostic des maladies des enfants.** Préface du Professeur Lereboullet. (Un vol. grand in-8 de 306 pages avec 51 fig. Prix : 56 francs.)

Il faut comprendre l'enfant sain, il faut le connaître dès sa naissance pour pouvoir soigner l'enfant malade et comprendre ses divers états pathologiques. Un livre qui, comme celui-ci, contient sur l'état physique et psychique de l'enfant, sur sa croissance, sur son évolution, une foule de notions précises, est plein de renseignements utiles pour le médecin d'enfants. Il renferme aussi bien des notions séméiologiques, qui doivent faciliter l'examen de l'enfant malade. L'auteur, Polonais, groupe non

seulement les travaux des auteurs polonais, qui ont si efficacement contribué aux progrès de la pédiatrie, mais aussi l'ensemble des recherches faites en divers pays, et dont certaines ne sont que peu ou pas connues en France. S'il est encore difficile de réunir les pédiatres des diverses nations pour qu'ils étudient ensemble les problèmes actuels, il est bon que, de temps à autre, un livre apporte l'exposé des connaissances recueillies par les pédiatres des différents pays.

Ce livre répond à ce but, en même temps qu'il apporte une contribution très personnelle de l'auteur à l'étude de la séméiologie infantile.

Librairie Le François,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 9e.

Louis Humbert. — **Traitement moderne des varices.** (1930, in-18, 101 pages, 10 fr.)

L'auteur expose principalement la cure des affections variqueuses par l'emploi simultané des injections sclérosantes et des bandes gommées. Tout d'abord, il démontre que les méfaits des injections sclérosantes proviennent autant de l'emploi de doses concentrées intempestives que d'une technique opératoire défectueuse. Voici à cet égard quelques recommandations précieuses :

1° Solutions peu concentrées, tout au moins au début de la cure.

2° Irrigations abondantes, pour atteindre d'emblée les varices fines difficilement accessibles, qui, plus que les gros troncs, sont la cause de l'œdème et des troubles fonctionnels.

3° Injections dirigées dans des veines vides vers l'extrémité de la jambe, en commençant habituellement par les veines de la cuisse.

4° Traitement des veines collatérales d'abord pour éviter les périphlébites tenaces, qui résultent trop souvent d'une oblitération massive et localisée des gros troncs veineux, surtout du tiers inférieur et interne de la jambe.

5° Application, au moment utile, des bandes à la colle de Unna, qui sont le traitement de choix des ulcères variqueux aussi bien que des périphlébites et des œdèmes.

6° Traitement doux et lent dans la majorité des cas.

Ces principes ne constituent pas une méthode, mais un guide pour traiter avec succès, en s'accommodant des susceptibilités veineuses les plus décevantes, les cas cliniques les plus variés et en particulier les reliquats de phlébites anciennes ou récentes, vis-à-vis desquels les thérapeutiques anciennes s'avouaient impuissantes.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

R. Bensaude et P. Oury. — **Les hémorroïdes et leur traitement** (Un vol. in-8° couronne de 200 p., nombreuses figures. Prix : 25 francs, 1930, *in* collection « Le Compendium médical ».)

C'est le résumé de l'enseignement que les auteurs donnent depuis de longues années dans leur service à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans une première partie, ils s'attachent à préciser dans tous leurs détails les symptômes et les complications de cette affection si fréquente, trop souvent méconnue et insuffisamment traitée. Ils exposent ensuite de la manière la plus complète, l'ensemble des traitements préconisés, et notamment les injections sclérosantes, méthode qui mérite de se généraliser progressivement et qui, associée aux traitements électriques, médicaux et chirurgicaux, représente la thérapeutique essentiellement curative des hémorrhoïdes.

En définitive, il est quatre étapes dans le traitement des hémorroïdes :

1° Le traitement médical et hygiénique, réservé aux poussées fugaces et transitoires, et aux malades atteints d'hémorrhoïdes légères, et qui tolèrent bien leur petite infirmité ;

2° Le traitement sclérosant contre les hémorragies et le prolapsus ;

3° Le traitement électrique médical, appliqué aux poussées congestives douloureuses, le traitement électrique chirurgical réservé aux néoformations hémorrhoïdaires.

4° Enfin le traitement chirurgical, réservé aux cas graves.

Les livres qui viennent de paraître...

Edition de la Revue des mutilés de l'oreille,
Villa Carpediem, Sanary (Var).

Robert Morche. — **La lutte contre la surdité.** Préface du médecin général Saint-Paul. Lettre aux sourds du professeur Charles Nicolle. (Un vol. 115 pages, 15 illustrations. Prix : 20 fr.)

J. Peyronnet et Cie, éditeurs,
7, rue de Valois, Paris, 1er.

Dr Allaix. — **De l'inversion sexuelle à la formation et à la déformation des sexes.** (Un vol. 86 pages. Prix : 15 fr.)

Dr J. S. Patrikios, d'Athènes. — **L'évolution de la syphilis du système nerveux et de ses enveloppes.** (Un vol. 230 p. Prix : 30 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité professionnelle

QUELQUES RÉFLEXIONS

motivées par la Conférence sur la dichotomie de M. le professeur Pierre Mauriac

En publiant, il y a quinze jours, la Conférence de M. le Professeur Pierre Mauriac sur la Dichotomie, je me suis interdit d'y ajouter, en même temps, le moindre commentaire. Il importait en effet à mon souci d'impartialité et de loyauté de lui laisser toute sa saveur au regard du lecteur que ne viendrait troubler aucune réplique, et que n'impressionnerait par suite aucune appréciation.

Deux semaines ont passé ; j'ai lu et relu attentivement cette conférence, et quelque envie que j'en aie, je ne puis, non, en vérité, je ne puis pas la laisser sans réponse. Si elle demeure la pièce de choix de mon enquête, c'est en raison de la qualité et des titres de son auteur, de sa forme châtiée, et directe aussi contre moi. Et c'est de cela que je me trouve honoré ; mais,cet hommage légitime rendu, si je veux dégager une première impression ? Une profonde déception ... Sous une belle ordonnance, dans un style prestigieux, avec une abondance de citations qui étalent la brillante et profonde érudition de l'auteur, rien que des redites sur la honte de la dichotomie et sa clandestinité. Pas le moindre soupçon d'effort vers l'acceptation de l'évolution formidable qui, depuis cinquante ans, a bouleversé nos rapports; nos besoins et nos doctrines. Une haute intelligence qui se cramponne désespérément à la Tradition, branche morte, prête à céder, si elle ne s'accommode pas du progrès, pour entrer en imbrication avec lui, si elle demeure prisonnière de la Lettre qui tue, et n'est pas vivifiée par l'Esprit, avide de lumière et de vérité.

Je suis déçu ... et aussi peiné. Peiné pour M. le professeur Mauriac, dont j'attendais, je l'avoue, en m'en tenant au ton des lettres que j'ai reçues de lui depuis cinq mois, plus de sérénité, et aussi, plus de grandeur d'âme. Tel que je le crois connaître, tel qu'il m'est apparu à Bruxelles, le 25 juin 1927, évoquant pathétiquement, avec une éloquence sobre, mais si profondément émouvante, les premiers jours de la guerre, et son premier contact avec la terre belge, je le tiens pour une sorte de grand seigneur, un peu distant, mais chevaleresque et infiniment sympathique. Pourquoi suis-je donc désenchanté en discernant, derrière des apparences évangéliques, une tonalité générale volontairement agressive, de la passion, et, en ce qui me concerne, puisque, à vrai dire, c'est surtout à moi qu'il s'en prend, un procès de tendances ?

Fin 1914, attaché à une unité combattante du camp retranché de L,, je suivais volontiers les offices célébrés à la cathédrale au cours desquels l'Evêque prenait souvent la parole. Un dimanche, il vitupérait certains hommes d'Etat alors au pouvoir pour leur irréligion, et concluait: *Prions pour eux* ! Mais il fallait entendre ce *Prions pour eux*, lancé d'un ton claironnant. C'est tout juste si le prélat ne frappait du poing le rebord de la chaire. Et j'avoue avoir interprêté son *Prions pour eux*, en ce sens: *Bâtonnons-les.* Car ce prélat est non seulement un Monseigneur, mais aussi un grand seigneur, à la façon de ces prêtres soldats dont notre histoire s'enorgueillit de posséder, en la personne de Richelieu, l'un des exemplaires les plus glorieux et les plus nationaux.

Pour le professeur Pierre Mauriac, le Corps médical se divise en deux grands partis : le parti des *honnêtes gens*, à la mode du XVII[e] siècle, et le parti de la *canaille*. Il est du parti des honnêtes gens, et donc de la Vertu. Il me range du parti de la canaille, et donc du vice. Celle-ci, il la plaint, un peu à la façon dont priait l'évêque de L., c'est-à-dire, avec le désir de la fustiger.

A côté du prêtre-soldat, et à son image, il se campe en médecin-ligueur. Et en avant la bastonnade ! ! !

Dans son procès de tendances, je veux relever seulement, et brièvement, quatre mots que je regrette de trouver dans sa bouche et sous sa plume

1) Il a fallu du COURAGE pour lire toute la correspondance et les opinions imprimées dans le *Concours Médical*, Du courage ? S'agissait-il donc d'une poubelle d'odeur si pénible qu'il était impossible de s'en approcher sans se boucher le nez?

Oublie-t-il que dans ce que j'ai cru devoir publier de ce que j'ai reçu, j'ai tenu à livrer *toutes* les désapprobations qui me sont parvenues, toutes les critiques, et jusqu'aux injures mêmes ? Que, parmi ces critiques désapprobatrices, j'ai mis en particulière évidence sa propre opinion, exprimée à deux reprises différentes ?

2) C'est SUBTILITÉ de ma part que de vouloir expliquer et justifier la dichotomie par les progrès scientifiques réalisés dans la pratique de la médecine.

Quelle est donc la conséquence la plus frappante de ces progrès ? Le développement des spécialités, notamment dans la technique de certaines investigations nécessaires et de certaines thérapeutiques indispensables. Or, l'omnipraticien, ne pouvant tout savoir, se trouve obligé de recourir, non plus exceptionnellement, une fois en passant, comme il y a cinquante ans, mais à chaque instant, au concours du spécialiste. La coopération médico-technique est devenue la règle. Elle appelle une révision de l'assiette et de la répartition des honoraires, et de leur attribution respective à chacun des coopérateurs. Où est là dedans la subtilité ? De quel côté la casuistique ?

3) J'aurais fait preuve d'ignorance ou de négligence, d'oubli, en prétendant que la médecine est une *science exacte*.

Voici exactement ce que j'ai écrit le 13 juillet : « Les cinq sens faillibles seront renforcés par une instrumentation, un appareillage, auxquels on accordera le don de fournir des certitudes ... Et l'art médical *prendra* ainsi *figure* de science exacte, dont on attendra beaucoup, dont on exigera beaucoup. Et s'il ne tient pas toutes ses promesses, ce n'est pas à lui qu'on s'en prendra, mais à ses adeptes ... Mais les magistrats eux-mêmes ont consacré ce caractère d'exactitude *apparente*, que tous les progrès ont imprimé aux sciences médicales.

Je le demande en toute conscience, est il possible de se méprendre à ce point sur ma pensée ? Ne ressort-il pas à l'évidence, du rapprochement de ces diverses propositions, que la médecine science exacte n'est, à mes yeux, qu'une *apparence*, le terme s'y trouve en toutes lettres. Aurai-je à ce point perdu le sens des mots et de leur assemblage que je pourrais donner à penser que j'aie jamais cru à l'infaillibilité de la médecine ? Voulez-vous relire avec moi ce que j'écrivais quatre mois plus tard sur le même sujet : »

« ..... Aux yeux des profanes, la médecine, sous la poussée de cette évolution, *a pris figure de science exacte*, dans les applications de laquelle les erreurs doivent être exceptionnelles. Et le sentiment des magistrats à cet égard se montre d'accord avec cette conception... Cet état d'esprit des magistrats est subordonné à l'idée qu'ils se font de la médecine, science présumée par eux exacte, en raison des progrès dont elle a bénéficié. *Nous savons bien, nous qui connaissons l'imperfection de nos sens, et aussi celle de nos interprétations, que nous sommes guettés par l'erreur*, à tous les moments de notre vie professionnelle. *Nous n'ignorons pas notre faiblesse.* ...Mais nous ne le disons pas assez, et nous laissons croire trop volontiers que nous possédons des méthodes de précision qui illuminent et étayent notre jugement et nos décisions ». (*Concours Médical.* 30 novembre 1930.)

Je ne sais que trop, hélas ! la vanité de mes connaissances, et que « il y a plus de choses sur la terre et dans le ciel que n'en imagine notre philosophie. » Et je serais en vérité dénué de tout bon sens si je prétendais tirer argument, en faveur d'une thèse défendue par moi, de l'exactitude des sciences médicales acceptée comme un dogme.

4) J'ai dit que la clandestinité des partages d'honoraires est plus apparente que réelle, et je le maintiens. Mais j'ai ajouté, page 2170 : Qu'il soit entendu que *rien ne sera clandestin désormais* et que les collaborations, larges ou étroites, qui se nouent entre un omnipraticien et un spécialiste, comportent une rémunération respective *affichée.* Cela, M. Pierre Mauriac l'a passé sous silence ...

Il y aurait bien aussi cette grave accusation de lâcheté (exactement lâcheté d'âme...). Le mot est trop lourd pour se déplacer et venir jusqu'à moi.

C'est un laissé pour compte !

Vous entendez bien que je ne vais pas reprendre point pour point la discussion relative à la dichotomie, aux pratiques diverses et différentes que désigne, assez malheureusement, cette expression, aux raisons de mon intervention en juillet dernier et à l'ouverture de l'enquête dont j'ai publié déjà tant d'éléments.

J'ai écrit au professeur Mauriac, il y a déjà quelques temps : « Si être antidichotomiste, c'est réprouver et flétrir toute tractation illicite, en vue de rechercher des gains inavouables, au détriment du malade aveuglé, je suis au moins aussi antidichotomiste que vous. Accordez-moi par contre que toute coopération médico-technique, justifiée par l'intérêt bien compris du malade, réclame une attribution respective d'honoraires entre coopérateurs, selon un quantum qui devra être défini. »

Cela non plus M. P. Mauriac ne l'a pas dit ...

Je le regrette pour l'impartialié de sa critique.

Mais il laisse entendre que j'aurais commis une mauvaise action en mettant ma plume et mon

journal au service d'une cause détestable, et en libérant, par une argumentation spécieuse, de leurs derniers scrupules les consciences hésitantes.

A Pierre MAURIAC, catholique militant, qu'il me soit permis d'opposer René BIOT, autre catholique militant, que je ne connais que par son apostolat en faveur d'une action sociale efficiente dans le cadre d'un christianisme agissant, et qui a écrit, dans l'*Index Médical* de décembre 1930 :

« Ces articles (du *Concours Médical*), cette correspondance amorcée par une déclaration de notre éminent, de notre excellent confrère Duchesne, sont en quelque sorte une enquête menée par les praticiens eux-mêmes ... Et je me plais à rendre hommage au courage qu'a eu Duchesne d'exposer si nettement une manière de voir qui n'est pas habituelle. »

Ces articles, ceux notamment des 6 et 13 juillet, n'ont été que la conséquence de la publicité, à peu près unanimement condamnée, à cette heure, donnée par la ligue antidichotomiste à des conférences faites tapageusement devant un auditoire profane rassemblé à cet effet. C'étaient des réponses à des provocations.

Or, il m'est infiniment agréable, je ne puis le dissimuler, de lire dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 20 décembre, sous la signature du Dr De Coquet, un compte rendu, disons édulcoré, de la Conférence du professeur P. Mauriac, où je relève pourtant ces deux phrases :

« ..... J'ai entendu dire, dans certains milieux qu'on ne se débarrasserait du mal que *par le scandale. Ce n'est pas mon avis* ... »

« ..... Il faut supprimer la dichotomie. Cette opinion a pris corps et s'est révélée sous la forme d'une ligue dont M. Mauriac s'honore, à juste titre, de faire partie, *mais qui a parfois dépassé la mesure et fait trop de tapage.* »

D'ailleurs, j'ai déjà relevé ce fait assez singulier que c'est dans la région bordelaise que j'ai rencontré les approbations les plus formelles, et aussi les plus publiques, puisque c'est le Syndicat suburbain de Bordeaux qui m'a le premier voté des félicitations. Toujours dans cette région, j'ai trouvé, à point nommé, des défenseurs de mes idées contre ceux-là même qui, localement, les combattaient. Le regretté Verger a-t-il repris son plaidoyer en faveur de l'Ordre des médecins ? C'est dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* qu'un vénérable vétéran de la médecine bordelaise, le professeur Pousson, déclare : Très difficile, sinon impossible à réaliser pratiquement, et inopérant.....

C'est encore dans le même Journal qu'a été publié ce dialogue des vivants sur la dichotomie, qui, sous une forme badine, m'était plutôt favorable.

C'est toujours dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* que nous lisons, sous la signature du Dr Vergely, le 20 octobre 1930 ; « J'estime que le moment est fort mal venu pour entreprendre, dans la grande presse ou ailleurs des campagnes de cette nature. »

M. P. Mauriac veut que la médecine reste sacerdotale. Si c'est à la mode de 1830, et même de 1900, je lui réponds : « Illusion ! Illusion ! Mirage indigne de l'esprit distingué que vous êtes. »

La médecine, évoluant à pas de géant, devra s'adapter selon des méthodes qui copieront celles que l'industrie utilise avec profit. Et le Corps médical organisé aura le plus grand intérêt à se mettre à l'ouvrage et à entreprendre cette adaptation. S'il se montre défaillant et impuissant, l'Etat se chargera de cette besogne et nous dotera d'une médecine conforme à certaines exigences que nous avons le tort de ne pas assez écouter.

Suis-je seul de cet avis ? Lisez encore et toujours le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 10 octobre dernier, et l'article de M. A. Chabé, intitulé : La Médecine d'Etat.

« Il est certain, dit-il, que la médecine telle qu'elle est pratiquée actuellement est un défi au bon sens... Un jour viendra où, forcément, l'intérêt de la collectivité aura raison de l'intérêt individuel ou corporatif. Quand viendra-t-il ? Je n'en sais rien : dans un siècle, dans cinquante ans, peut-être avant, mais il viendra... Qu'on dise que nous ne sommes pas encore préparés moralement et socialement à la médecine d'Etat. A la bonne heure, je l'admets. Qu'on dise que l'application en sera difficile, surtout dans les hautes classes et les classes moyennes, que la formule de la médecine d'Etat n'est pas encore trouvée. D'accord. Mais ce n'est qu'un raisonnement 1930 ! Le monde ne finira pas avec notre génération. »

En vérité, je serais presque tenté de me réjouir de la riposte de M. P. Mauriac, puisque c'est à Bordeaux même, et dans la région, que je rencontre un tel concours d'adhésions aux idées que je défends moi-même.

En tous cas, éloquent interprète et commentateur des livres Saints, admirateur et serviteur de la loi et des Prophètes, j'ose espérer que M. le professeur Pierre Mauriac me pardonnera de lui demander de méditer sur ce vieil adage, qui me paraît ici tout à fait de circonstance :

Nul n'est prophète en son pays.

G. DUCHESNE.

MÉDECINS SPÉCIALISTES ET ASSURANCES SOCIALES

Un praticien n'a pas été admis à un syndicat de spécialistes, comme n'exerçant pas la spécialité depuis plus de deux années et n'ayant pu fournir la preuve qu'il a fait les études pratiques et théoriques suffisantes, pour se dire spécialisé.

Il fait cependant partie du syndicat départemental de médecine générale.

Peut-il, au regard des Assurances sociales, se donner pour spécialiste et réclamer les honoraires *ad hoc* ?

Le syndicat de médecine générale doit-il se solidariser avec le syndicat de spécialistes et refuser ledit confrère autrement que comme médecin de médecine générale ?

Par exemple, un médecin peut-il ouvrir une clinique, dont il est seul propriétaire, et faire exploiter la stomatologie, par un opérateur dentiste diplômé, réclamer son admission au syndicat des stomatologistes et prétendre aux honoraires de spécialiste vis-à-vis des assurances sociales ?

Réponse.

Un monsieur quelconque, ne possédant aucun diplôme, peut parfaitement devenir propriétaire d'un cabinet dentaire et le faire exploiter par un opérateur diplômé, sans pour cela obtenir le titre de stomatologiste.

Qu'on soit docteur en médecine, ou non, il est indispensable, pour se dire spécialiste, d'avoir fait preuve des études, titres et habileté professionnelle requis.

Par suite, votre section syndicale a parfaitement le droit de refuser l'admission, dans son sein, d'un docteur en médecine qui n'est nullement spécialisé en stomatologie.

Peut-il en être de même au syndicat de médecine générale ? Je crois qu'il faut alors une entente entre les bureaux des deux syndicats.

Il est en effet recommandé aux adhérents des syndicats de spécialistes de faire également partie du syndicat local de médecine générale. *A contrario*, le syndicat de médecine générale ne peut admettre, ni conserver, à titre de médecin spécialisé, mais seulement à titre de praticien, de médecine générale, un confrère, qui aurait été refusé comme spécialiste par le syndicat *ad hoc.*

C'est une question de déontologie, qu'il faut régler localement et, s'il y a désaccord entre les bureaux des deux syndicats, il faut soumettre le conflit au bureau de la Confédération des syndicats médicaux.

Un tel confrère peut-il se dire spécialiste, au regard des assurances sociales ?

Quiconque peut s'affubler impunément de certains titres. On voit, par exemple, dans certains Bottins, ou annuaires, des praticiens se vanter d'être spécialistes en 12 ou 14 branches de l'art de guérir.

Pour réclamer les honoraires de spécialités, il faut faire la preuve de la qualité de spécialiste. Or, le médecin en question peut ne pas réclamer des honoraires pour lui personnellement, comme ayant fait personnellement le travail de spécialiste, mais comme l'ayant fait faire par un opérateur spécialisé.

Il réclamera le prix de soins dentaires donnés par un dentiste, dans sa clinique dentaire ; il les touchera comme un patron réclame ce qu'on doit à son employé, comme un hôpital perçoit les honoraires médicaux des médecins et chirurgiens de l'hôpital.

Ce ne sera plus comme spécialiste, mais comme entrepreneur de soins spécialisés qu'il percevra des honoraires.

Aux syndicats, celui de médecine générale et celui de stomatologistes de s'entendre, pour organiser de concert le contrôle technique, ordonné par la loi de 1928-1930 et décider, d'accord, si pareil e conduite est préjudiciable pour les malades, pour les caisses et pour l'ensemble de la profession médicale.

Dr Paul BOUDIN.

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS DES AGGLOMÉRATIONS URBAINES

Réponse à M. RICORDEAU.

Monsieur l'Administrateur,

Nous avons lu, dans le *Concours médical*, le rapport sur l'Assistance médicale que vous avez présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique, ainsi que les commentaires du docteur Boudin et votre réponse à ces commentaires.

Nous nous permettons, étant donné les vues particulières sur la question que nous donne le système qui fonctionne ici, de vous soumettre quelques points de notre opinion qui vous intéresseront, pensons-nous, parce que les bases de notre système sont diamétralement opposées à votre conception.

Nous sommes d'accord avec vous sur les points suivants :

1° L'Assistance à domicile doit être la règle, et l'hospitalisation, l'exception.

2° Il est incontestablement utile d'avoir une

organisation d'infirmières visiteuses compétentes, autant que possible diplômées d'Etat, se rendant chez le malade, prenant sous la direction du médecin traitant les mesures sanitaires et préventives que comporte l'état du malade, assurant l'exécution des prescriptions, faisant les pansements, contrôlant l'emploi des médicaments prescrits, de façon à s'assurer que ceux-ci ont bien été délivrés par le pharmacien et sont réellement utilisés et par le destinataire lui-même. Ces infirmières exercent ainsi le contrôle administratif nécessaire.

L'infirmière se met au besoin en liaison avec le Bureau d'Assistance pour procurer au malade des secours susceptibles de lui permettre matériellement de se soigner chez lui.

Si, au contraire, l'état de l'assisté exige l'hospitalisation, l'infirmière pourra remplir au besoin, à la place du malade ou de sa famille, les formalités d'admission à l'hôpital. Elle pourra visiter à l'hôpital les assistés hospitalisés, les assister moralement, servir de liaison entre eux et leur famille, faire prendre à celle-ci les mesures de désinfection nécessaires quand le malade est reconnu contagieux en cours d'hospitalisation, se mettre en liaison avec le Bureau d'assistance pour procurer au malade des secours susceptibles de lui permettre matériellement de passer chez lui sa convalescence. Ces infirmières devraient être sous la dépendance administrative du Bureau d'assistance et sous la dépendance technique d'un médecin qui nous paraît devoir être avantageusement le médecin directeur du Bureau d'hygiène.

3° Un contrôle médical de l'Assistance à domicile est utile pour éviter des abus possibles de prescriptions ; nous pensons en outre que ce contrôle médical est également utile pour éviter des abus possibles de visites et de consultations dans le cas que nous considérons comme normal, et qui est d'ailleurs peu à peu devenu la règle, où il y a libre choix du médecin et paiement du médecin à l'acte médical. Notre Syndicat a organisé ici un système minutieux de contrôle syndical, mais nous devons ajouter que le système du paiement direct dont nous reparlerons plus loin suffit à empêcher tout abus.

Par contre :

1° Il ne nous apparaît nullement qu'il doive y avoir nécessairement une direction unique à laquelle soient rattachés tous les organismes participant à l'Assistance, il suffit qu'il y ait entre ces organismes une liaison convenable. Il n'est pas observé ici un excès d'hospitalisation par suite de manque de liaison entre l'Assistance et l'hôpital ; cet excès d'hospitalisation est d'ailleurs un inconvénient inhérent au système du médecin imposé et disparaît avec le libre choix.

2° Il nous apparaît encore beaucoup moins qu'un dispensaire soit indispensable et même utile. En effet, nous n'apercevons aucun avantage pour les assistés à ce que le plus grand nombre possible de ceux-ci soient examinés et soignés au dispensaire. Nous y voyons par contre un inconvénient radical, c'est que les assistés pouvant se déplacer sont ainsi privés d'un avantage que nous considérons comme primordial : le droit de choisir leur médecin, droit qu'ils doivent savoir avoir aussi bien que les assistés ne pouvant quitter leur domicile. Nous estimons qu'il ne doit pas y avoir une médecine pour riches et une médecine pour pauvres et que, bien que les indigents soient à la charge de la collectivité, l'équité demande qu'ils soient et aient l'impression d'être aussi bien soignés que les autres malades. Or, le médecin peut être suspecté de soigner moins bien quand il soigne en vertu d'un contrat qui lui garantit sa clientèle ; il faut donc que le malade puisse consulter le médecin en qui il a confiance et en changer s'il n'est pas satisfait. Un fait démontre cette nécessité morale : nous avons vu à plusieurs reprises, alors que l'Assistance fonctionnait encore chez nous avec le système désuet et barbare de circonscriptions médicales avec médecin imposé, des assistés se priver pour consulter à leurs frais un médecin autre que leur médecin de secteur, pourtant excellent, mais en qui ils n'avaient pas confiance par le seul fait qu'il leur était imposé. Nous estimons que toutes considérations d'économies possibles doivent s'effacer devant une considération morale aussi impérieuse. C'est du reste ce qui se passe peu à peu partout puisque nous ne voyons plus que cinq départements conserver le système du médecin imposé ; et encore les Alpes-Maritimes ne sont-elles plus entièrement dans ce cas, puisque la ville de Cannes a maintenant le libre choix, tandis que le Doubs est en pourparlers pour l'obtenir.

D'ailleurs un des principaux arguments financiers en faveur du médecin imposé, à savoir l'augmentation des frais pharmaceutiques en cas de libre choix, n'est nullement péremptoire, puisque c'est exactement le contraire qui s'est produit ici quand la ville de Cannes a adopté le libre choix.

En ce qui concerne ce libre choix, nous allons jusqu'à estimer désirable que, même dans les salles communes de l'hôpital, l'assuré puisse choisir son médecin ; nous reconnaissons du reste que, hormis dans les très petites villes où il n'y a que quelques médecins, ce système n'est guère pratiquement possible.

3° Nous ne voyons pas non plus, pour justifier l'utilité du dispensaire, qu'il y ait un avantage quelconque à ce que le malade soit préalablement examiné par le médecin du dispensaire. Il sera tout aussi bien examiné par un médecin de

son choix qui sera tout aussi capable de juger si le cas nécessite ou non l'hospitalisation.

4° Nous ne voyons pas davantage d'intérêt au point de vue administratif à ce que l'assuré s'adresse à un dispensaire ; nous trouvons tout aussi bien qu'il s'adresse au bureau d'assistance, où se trouve un fichier administratif, et que ce soit ce bureau qui déclenche une enquête administrative au cas où l'intéressé n'est pas encore inscrit sur la liste d'assistance, pour savoir s'il est en situation de l'être ; il n'y a aucune utilité à ce que cette enquête purement administrative soit faite par une infirmière, et des cas d'ordre connexe, où nous voyons des infirmières s'efforcer de recruter des malades pour donner plus d'importance à leur fonction, nous font craindre au contraire que l'infirmière chargée de l'enquête administrative se montre trop bienveillante et que souvent, les intérêts pécuniaires de la collectivité ne soient pas équitablement défendus par elle ; nous avons beaucoup plus confiance à ce sujet en une enquête menée par une enquêteuse non infirmière, comme c'est le cas ici, où ce système donne d'excellents résultats.

5° Nous sommes opposés pour des raisons de secret professionnel au système de fiches médicales tenues à jour par l'infirmière et qui seront conservées ou dont un résumé figurera dans le fichier du Bureau d'assistance.

6° Nous ne voyons aucune raison pour qu'une bonne organisation d'infirmières fonctionne moins bien sans dispensaire qu'avec dispensaire.

7° En conclusion, le dispensaire nous paraît inutile sauf dans les localités où l'assisté ne pourrait trouver chez les médecins spécialisés le matériel spécial nécessaire pour que le malade soit bien soigné.

Il reste un point sur lequel nous nous permettons de vous exposer notre opinion.

Nous pensons qu'il est utile, pour éviter tout abus de visites ou de consultations médicales, non seulement qu'il y ait un contrôle médical, qui, à nos yeux doit être exercé par le Syndicat médical, plus qualifié à ce sujet que n'importe quel autre organisme, mais encore que le malade paie lui-même son médecin et soit ensuite remboursé par le Bureau d'assistance ; nous avons pu nous en convaincre ici depuis que ce système fonctionne ; la mentalité de l'assisté est alors complètement différente de celle de l'accidenté du travail, qui ne donne rien au médecin, ou du réformé, qui lui donne un bulletin ; l'assisté, qui débourse ensuite, acquiert de ce fait un sentiment de sa responsabilité et de sa dignité qui fait qu'on ne le voit jamais proposer au médecin, comme cela arrive avec certains accidentés du travail ou certains réformés, de compter des visites non faites.

L'assisté qui est trop démuni de ressources pour payer comptant son médecin, même si la visite lui est remboursée ensuite, est dans le même cas, car alors le médecin lui fait crédit et le Bureau d'assistance lui fait ensuite l'avance des honoraires médicaux pour lui permettre d'aller payer son médecin ; or, l'expérience nous a prouvé que, dans ce cas, l'assuré va toujours payer le médecin et ne dissipe pas l'avance à lui faite dans ce but par le Bureau d'assistance. Entre parenthèses, cette possibilité prévue d'avance à l'assisté par le Bureau d'assistance des honoraires médicaux réduit à néant l'objection que l'assisté, étant par définition privé de ressources, ne peut payer son médecin même s'il est remboursé ensuite ; en réalité, l'expérience nous montre ici que ne pouvoir supporter définitivement les frais médicaux est une chose et ne pouvoir en faire l'avance une autre ; en fait une proportion importante d'assistés trouve moyen de payer comptant le médecin.

Pour être tout à fait complet, il faut ajouter que nous estimons désirable que les assistés les moins pauvres participent pour une faible part aux frais médicaux, ce qui est facile quand l'assuré paye directement son médecin ; il suffit de lui retenir lors du remboursement une petite somme : un franc par exemple.

Nous concluerons en disant que le système du libre choix avec paiement direct fonctionne à Cannes à la satisfaction générale : des assistés qui choisissent pour les soigner le médecin en qui ils ont confiance, des médecins qui peuvent soigner leurs malades dans des conditions satisfaisantes et conformes à leurs goûts, et de la ville qui ne constate d'abus de part ni d'autre.

Le secrétaire du Syndicat médical de Cannes :

Dr HOUSSIAUX.

JURISPRUDENCE

Responsabilité civile. — Erreur de diagnostic

AUDE (Trib. départ.), 8 mai 1930.

(*Semaine juridique*, 24-31-août 1930).

Ne constitue pas une faute lourde, susceptible d'entraîner la responsabilité du médecin traitant, le fait de diagnostiquer chez une malade une phlébite, alors qu'en réalité il s'agit d'une ostéomyélite, si les médecins qui, après le médecin traitant, ont eu à soigner la malade, n'ont pas pu ou su la guérir. Il n'y a là, en effet, aucune base pour l'allocation de dommages-intérêts.

Il doit surtout en être ainsi, lorsqu'il résulte des faits de la cause, que, derrière la personnalité du plaignant se cachait celle de plusieurs confrères du médecin traitant, décidés à lui nuire.

Le tribunal :

Attendu que par exploit du 6 février 1929, R... huissier, V... a assigné P... en 50.000 fr. de dommages et dépens ;

Attendu que dans la requête qui a précédé cette assignation et qui est datée du 31 janvier 1929, V... expose que le 12 août 1928, sa fille Marguerite, âgée de 16 ans, tomba malade, se plaignant de vives douleurs à une jambe ; qu'il appela aussitôt le Dr P... pour la soigner et que ce docteur diagnostiqua d'abord un rhumatisme et que, peu de jours après, les douleurs persistant, le docteur P... dit se trouver en présence d'une phlébite et traita la malade pour cela, traitement qui se prolongea jusqu'au milieu de novembre suivant et que, le 20 novembre, V... pria le Dr P... de faire venir en consultation un de ses confrères, mais que P... ne répondit pas à cette demande et invita V... à s'adresser, s'il le jugeait utile, à un autre médecin ; il ajouta qu'un nouveau docteur ainsi appelé diagnostiqua une ostéomyélite que confirma le lendemain la radiographie de la jeune malade, qui fut opérée sans délai ; qu'aujourd'hui l'enfant est toujours en traitement sans que les médecins qui la soignent puissent se prononcer sur sa guérison définitive et V... termine les motifs de sa requête en appréciant que ce mal, d'une gravité extrême, eût dû, pour être efficacement traité, être décelé dans le plus bref délai et que l'erreur de diagnostic du Dr P... constitue une faute lourde portant le plus grave préjudice à V... et dont il doit réparation ;

Attendu que, dans ses conclusions d'audience, V... modifie sur certains points et, en particulier, sur les dates, les faits qu'il avait énoncés dans sa requête, il place toujours en août, mais sans préciser la date, le début de la maladie, il qualifie d'inutiles la médication et le traitement prescrits d'août à novembre par le Dr P... ; il précise que la dernière visite de ce docteur eut lieu le 21 novembre, que le lendemain 22, le Dr X..., appelé par V..., diagnostiqua une ostéomyélite, nécessitant une intervention chirurgicale immédiate et trop longtemps retardée ; que le Dr D... confirma le lendemain le diagnostic du Dr X... ; que le professeur D... fut également de l'avis de ses deux confrères ; qu'une radiographie faite le 27 novembre révéla l'exactitude du nouveau diagnostic et la présence d'abcès et de pus tout le long du fémur ; que le 28 novembre, une intervention chirurgicale fut exécutée par le professeur D... et que cette intervention eut pour effet d'arrêter les progrès du mal, mais que la malade n'est pas encore guérie et que même, sa guérison n'est pas certaine ; il ajoute que la gravité du mal provient surtout du retard qui a été mis à le traiter et que l'erreur de diagnostic du Dr P... est inexcusable, surtout prolongée pendant plus de trois mois ; et il conclut au principal à la condamnation de P..., à lui payer une somme de 50.000 fr. et subsidiairement à la nomination de trois experts avec mandat de : 1° dire si le Dr P... n'a pas commis, dans les soins qu'il a donnés à la fille V..., une erreur de diagnostic grave ; 2° dire si cette erreur de diagnostic n'a pas duré plus de trois mois et ne s'aggrave pas de ce fait ; 3° dire si l'ostéomyélite dont était atteinte la jeune V... ne pouvait être révélée d'une façon certaine au moyen d'une simple radiographie ; 4° dire si le traitement universellement recommandé pour l'ostéomyélite n'est pas une intervention chirurgicale immédiate ; 5° dire si la maladie de la jeune V... ne s'est pas aggravée du fait du retard mis à lui appliquer le traitement approprié ; 6° apprécier et indiquer pour l'avenir de la malade les conséquences du retard ;

Attendu que P.. répond à ces conclusions en déclarant non justifiées les conclusions principales et en contestant qu'il ait commis une erreur de diagnostic, et non pertinentes les conclusions subsidiaires formulées tendant à une expertise, des experts ne pouvant, par un examen actuel de la maladie, ni fixer rétrospectivement le début de l'ostéomyélite qui aurait été opérée le 28 novembre, ni établir si, à l'époque où le Dr P... soignait la malade, il existait ou non une phlébite ;

Attendu que les experts ne pourraient évidemment que s'en rapporter aux dires du Dr P... pour la période pendant laquelle il a soigné la jeune V...

et aux dires des médecins qui l'ont soignée pendant la période postérieure ;

Attendu, en outre, qu'à l'appui de cette réponse, P... apporte et verse aux débats une consultation de M. le Dr T... d'où il résulte que la phlébite soignée par le Dr P... paraissait exister réellement avec tous les signes objectifs qui en permettaient la constatation matérielle et que le diagnostic postérieur de l'ostéomyélite apparaissait comme une évolution naturelle de la maladie, n'exclut en aucune façon les constatations antérieures de la phlébite ;

Qu'au surplus, si l'ostéomyélite avait existé depuis le mois d'août, il est d'évidence qu'elle aurait évolué rapidement et que le pus aurait traversé la peau avant le mois de novembre;

Qu'enfin, et pour rester encore dans la question de droit à juger, la question de la nécessité opératoire de l'ostéomyélite est en médecine des plus controversées et des plus contingentes, tant en ce qui concerne l'opération elle-même que l'époque où il convient de la faire ;

Qu'en l'espèce, il est avéré qu'elle n'a été faite que 8 jours après la dernière visite de P... et qu'après une radiographie, qui n'était pas commandée pour la phlébite précédemment constatée et qui était rendue périlleuse à raison du déplacement qu'interdisait encore l'immobilité impérieusement recommandée ;

Attendu d'autre part, qu'il apparaît que les appréciations médicales formulées par V..., dans sa requête et ses conclusions ne sont que l'écho de personnes averties des choses de la médecine auxquelles V... est complètement étranger ;

Que, s'appuyant sur cette considération, P... estime que le véritable auteur du procès n'est pas, le sieur V..., assisté médical gratuit, mais qui n'a pas besoin de l'assistance judiciaire pour plaider et dont la fille est entretenue dans une clinique au-dessus de ses moyens ; que ce sont certains médecins qui, sous son nom, ont entrepris et continuent contre leur confrère une campagne odieuse et déloyale ;

Attendu qu'il est certain que ce point de vue est singulièrement illustré par le texte d'une lettre de M. le Dr D... ; qui se trouve entre les mains du Dr P..., et que celui-ci verse aux débats ; cette lettre est une réponse que fait le Dr D... au professeur D..., elle est datée du 4 février 1929, donc antérieure à l'exploit introductif d'instance qui est du 6, mais postérieure à la requête qui prépare cet exploit, requête du 31 janvier ; le tribunal ne connaît pas les termes de l'intervention du professeur D..., mais il est évident que cette intervention est favorable au Dr P... puisque, parlant de celui-ci dans sa réponse, le Dr D... l'appelle « votre as » et qu'en outre, elle avait pour but d'essayer d'arrêter le procès qui se préparait.

Attendu qu'il suffit de citer une phrase de cette lettre pour en dévoiler l'esprit : « Le groupe médical de L., fatigué de voir un médecin directeur d'asile, rompre avec tous les usages et sans aucune réserve, se mettre à exercer la médecine générale dans une région où les médecins patentés sont assez nombreux, se propose de rester simple spectateur tant que se déroulera l'action civile, mais si une condamnation est prononcée, il a l'intention d'intervenir lui-même soit, à titre syndical, soit à titre administratif pour obtenir si non la déchéance, du moins le déplacement du confrère visé. » ; plus loin le Dr D... dit qu'on pourrait sans doute obtenir une médiation entre les parties en procès « si, dans une réunion avec le Corps médical de L., M. P... venait à apporter l'affirmation et l'engagement qu'il se contentera de donner des consultations de neurologie » ;

Attendu qu'apparaissent ainsi la part que certains médecins prennent à ce procès et le but qu'ils poursuivent ;

Attendu que P..., en raison de ces manœuvres auxquelles V... s'est prêté et du préjudice qu'il en subit, demande par conclusions reconventionnelles que V... soit condamné à lui payer 20.000 fr. à titre de dommages ;

Attendu qu'il y a lieu de considérer que V... est père de famille, désolé par la maladie grave d'une fille de 17 ans, que le Dr P... par les soins qu'il lui a donnés d'août à novembre 1929, n'a pas pu ou su guérir, que les médecins qui, après le Dr P... qu'ils accusent d'impéritie, ont soigné de novembre à aujourd'hui n'ont pas pu ou su la guérir, puisqu'ils reconnaissent eux-mêmes que l'état de la malade est encore grave et que sa guéri ons n'est pas certaine ;

Attendu que la mauvaise foi de V... est douteuse et qu'en tout cas, en condamnant V... avec dommages, ne seraient pas atteints les véritables auteurs des manœuvres qui ne sauraient être trop sévèrement appréciées ;

Par ces motifs,

Le tribunal, jugeant publiquement, contradictoirement sur délibération et en matière ordinaire et en premier ressort ; écartant la demande reconventionnelle en dommages de P...

Rejette les demandes et conclusions de V... et le condamne en tous les dépens.

Note

Les médecins sont parfois les premiers artisans de la déconsidération qui les atteint corporativement. Les conflits entre confrères ne devraient pas être portés devant le grand public, ni surtout en justice.

Que de procès en responsabilité professionnelle ont été déclenchés par les dires d'un praticien concurrent et mal inspiré. Accuser son voisin d'impéritie, d'erreur, de maladresse, c'est habituer le public à réclamer à tout médecin sans exception soit la guérison complète, après diagnostic impeccable, soit des dommages-intérêts.

Celui qui, aujourd'hui, dénigre son confrère, sera demain dénigré à son tour.

Aussi, (l'avenir dira si je me leurre d'un vain espoir), veux-je placer toute ma confiance dans les conseils de famille des syndicats et, chaque fois que cela m'est possible, je fais tous mes efforts pour que les conflits confraternels soient portés à la connaissance d'arbitrage professionnel et non pas devant les tribunaux. Imitons le sage et, avant de dire du mal d'un docteur en médecine, ou de notre profession, tournons sept fois la langue dans notre bouche : cela nous permettra de calculer les conséquences d'un bon mot à placer, ou d'une saleté à colporter sur le compte du praticien voisin, notre concurrent immédiat. Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Critiques ?

J'ai reçu la lettre suivante que je tiens à publier en son entier :

« Mon cher Confrère,

Vous avez dit souvent que la Mutualité Familiale était avant tout une œuvre d'indemnité maladie ; vous le répétez encore dans un article récent où vous ajoutez qu'à vos yeux la pension de retraite n'est que le complément de l'indemnité maladie, un accessoire en quelque sorte.

Je crois que vous êtes dans l'erreur et qu'au fond ce qui intéresse le médecin, c'est la pension de retraite et non l'indemnité maladie.

A trente ans, sauf des cas exceptionnels, le jeune médecin se sent plein de vie, de confiance en lui-même — vous pouvez le constater par le petit nombre de ceux qui, à cet âge, songent à se garantir contre le risque maladie. A 30 ans, celui qui tombe malade prend un remplaçant, il guérit en quelques semaines sinon en quelques jours, puis il reprend le collier sans qu'il lui en coûte guère autre chose que les frais du remplaçant.

A 40 ans, il n'y a pas encore grand mal et, s'il survient un accroc sérieux, on s'en tire encore le plus souvent sans séquelles.

C'est à 50 ans seulement que, comme tous, le médecin commence à payer un tribut assez sérieux à la maladie ; c'est à ce moment qu'il risque de traîner plus longtemps, de se sentir amoindri, incapable, de reprendre et surtout de maintenir l'effort antérieur.

Bref, c'est à 50 ans que le médecin commence à se préoccuper de sa santé, à songer à l'avenir..... Or, c'est à 45 ans que vous fermez l'entrée dans vos combinaisons qui donnent l'indemnité maladie.

Elles l'intéresseraient au moment où il n'y peut plus entrer; aussi est-ce à la pensinon de retraite qu'il demande les ressources indispensables pour le moment où ses forces auront diminué, où son activité se sera ralentie et que sa clientèle se sera dispersée.

La pension de retraite, c'est l'essentiel et l'indemnité maladie n'est que le complément, l'accessoire qui permet au médecin le moyen de gagner l'âge de la retraite et lui assure la possibilité de payer régulièrement ses cotisations.

Cherchez donc les moyens d'augmenter la pension de retraite qui, à 2.400 fr., est quelque peu dérisoire et reculez la limite d'entrée aux combinaisons. Indemnité-maladie de manière à en laisser la porte ouverte à ceux qui arrivent à l'âge où l'on songe sérieusement aux mesures de prévoyance.

Excusez ma franchise, mais vous avez trop souvent réclamé les avis de vos lecteurs et même leurs critiques pour voir en ces quelques lignes autre chose que le désir d'être utile à la Mutualité Familiale et de rendre hommage à votre inlassable dévouement.

Veuillez agréer.....

AZER.

Je ne puis en effet que remercier notre confrère de sa lettre et ne lui fais que le reproche de s'être caché derrière un pseudonyme.

Si nous recevions plus de lettres de ce genre, nul doute que la vie de la Mutualité Familiale en deviendrait singulièrement plus active.

Ce n'est pas que je partage les idées de mon correspondant, mais on trouve toujours dans les critiques quelque point qu'il faut retenir et dont on peut tenir compte.

Azer demande que le chiffre de nos retraites soit plus élevé. Nous sommes tous d'accord sur ce point et nous aurions le plus grand plaisir à annoncer que pour chacune des combinaisons, le maximum est porté de 2.400 fr. à 3.600 francs. La question est de savoir si nous pouvons le faire et c'est notre actuaire, M. Fleury, à qui nous posons la question, qui nous répondra après son inventaire,

Dix francs par jour, ce n'est assurément pas le pactole, mais enfin c'est quelque chose et il ne faut pas oublier que ces dix francs à 60 ans peuvent se transformer en vingt francs à 65 ans.

Notre confrère nous demande d'élever l'âge d'entrée à l'indemnité-maladie. Ici, nous ne sommes plus d'accord, et c'est précisément son argumentation qui justifie l'adoption de 45 ans comme limite de l'âge d'entrée aux combinaisons donnant une indemnité supérieure à dix francs.

Il a pleinement raison quand il dit que c'est

vers cinquante ans que le médecin, payant lui-même son tribut à la maladie, commence à être prévoyant. Mignon pourrait ajouter que ces temps derniers, il a reçu des demandes de bulletins d'adhésion et de renseignements sur un rythme de huit à dix par jour, mais que les deux tiers de ses correspondants ont dépassé la cinquantaine !

Ils ne songent à venir à nous que lorsque le besoin s'en fait sentir d'urgence.

Or, c'est là précisément la raison qui doit nous les faire écarter : il est indispensable que tous entrent à la Mutualité Familiale dans les mêmes conditions de bonne santé sans tares d'aucune sorte. Quand un confrère s'inquiète de son état et ne se sent plus solide, il est trop tard. Si nous agissions autrement, notre œuvre ne tarderait pas à sombrer.

Je ne suis pas d'accord non plus avec Azer quand il semble faire peu de cas de l'indemnité-maladie, qu'il semble accepter l'abstention des jeunes et les prétextes qu'ils en donnent.

Sans doute, à 30 ans, on est moins exposé que plus tard. On l'est cependant, et chaque jour nous en apporte la preuve : tantôt c'est un accident, tantôt c'est une maladie qui ne dure pas seulement quelques jours, et j'ai maintes fois insisté sur le désastre pour le jeune médecin, pour le débutant, d'un chômage qui se prolonge.

Aussi persisterai-je à dire et à répéter au jeune médecin qu'il a le devoir d'être prévoyant, que son indifférence est inexcusable, qu'il a le plus grand tort de faire fi des œuvres dues à l'expérience de ses aînés.

Et si je tiens ce langage aux jeunes de 30 ans, combien ne serai-je pas plus fondé encore à faire les mêmes reproches aux confrères de 40 ans, à leur donner les mêmes conseils alors que, pour eux, il est temps encore d'en profiter ?

Nous nous rapprochons, Azer et moi, sur un point : si je conseille l'indemnité-maladie avec la pension comme corollaire, il conseille la pension avec accessoirement l'indemnité-maladie.

Tous les deux, nous voyons, au moment où la santé s'altère, l'indemnité maladie intervenir, permettre au chronique d'atteindre l'âge de la retraite et lui faciliter le paiement de la cotisation qui lui assurera l'intégrité de cette pension. S'il y a divergence entre nous, c'est sur le moment de l'entrée dans la Société ; il ne faut pas qu'il n'y ait de prévoyants que parmi les anciens imprévoyants et je ne crois pas qu'il puisse m'être reproché de dire à mes lecteurs : entrez à la Mutualité Familiale, entrez-y le plus tôt que vous pourrez, car vous ne savez pas ce que vous réserve l'avenir, vous ne savez pas si vous ne serez pas arrêté dès demain ; entrez-y parce que, si la chose aujourd'hui vous est possible, vous ne savez pas si elle le sera demain, car demain, il sera peut-être trop tard.

Qui donc d'ailleurs pourrait ne pas approuver un tel langage ?

Tous mes lecteurs, tous mes interlocuteurs conviennent au fond que j'ai raison, mais c'est toujours le *video meliora* suivi de la remise à plus tard... et les moins de 40 ans d'aujourd'hui continueront à attendre dix ou quinze ans pour se décider !

Confrères,

Vous êtes vous jamais demandé pourquoi nous vos aînés, avions fondé cette œuvre de prévoyance qu'est la Mutualité Familiale ?

Vous savez bien que ce n'est pas dans un intérêt personnel et que, si quelqu'un avait prétendu le contraire, il n'en croirait lui-même pas le premier mot !

Si nous l'avons créée, si nous lui avons apporté tout notre temps, tout notre dévouement, c'est que nous savions qu'il y avait là pour le Corps médical un besoin véritable à satisfaire — et l'expérience de plus de 35 années nous a prouvé que nous avions raison — c'est que nous connaissions la situation parfois misérable et toujours pénible de certains confrères que la maladie, que l'impotence, que la vieillesse privait tout d'un coup de leur indispensable gagne-pain ; c'est enfin parce que le *Concours médical* s'était, dès le premier jour, donné la mission d'améliorer la situation morale et matérielle du médecin.

Nous avons fait pour le mieux, nous avons fait ce qui nous a paru possible, nous avons surtout voulu faire œuvre durable, dussions-nous écarter quelques-uns, nous écarter nous-mêmes de certaines combinaisons en raison de notre âge.

Nous avons été rigoureux dans les conditions d'admission peut-être, mais c'est qu'il le fallait.

A. Gassot.

OBLIGATIONS FISCALES DES MÉDECINS

Au seuil de la nouvelle année, nous allons essayer de résumer les obligations et les droits des médecins vis-à-vis du fisc.

Aux termes de l'article 54 de la loi codifiée du 15 octobre 1926, les bénéfices des professions libérales sont assujettis à un impôt annuellement établi à raison du bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Il en résulte que la déclaration qui sert de base à l'impôt cédulaire doit indiquer trois chiffres : total des recettes encaissées pendant l'année précédente, total des dépenses professionnelles pendant le même temps et bénéfice net. Ce dernier chiffre étant la différence entre les deux autres.

La valeur des avantages en nature doit être comprise dans le montant des recettes.

L'impôt est personnel : par conséquent la femme et l'enfant, même mineur, qui exercent une profession libérale, sont imposés séparément.

L'imposition est établie au lieu de l'exercice de la profession.

La déclaration doit être renouvelée chaque année avant le 1er mars. Cependant, cette obligation est dépourvue de sanction en ce qui concerne l'impôt cédulaire (1) et le contribuable peut attendre la mise en demeure du contrôleur à laquelle il doit répondre dans les vingt jours, s'il ne veut encourir une majoration d'impôt de 50 % et une taxation d'office.

Le contrôle des déclarations est fait par les fonctionnaires des contributions directes qui prennent pour base le revenu déclaré à moins qu'ils ne le reconnaissent inexact.

Ils ne peuvent exiger la représentation de la comptabilité, le médecin n'y étant pas *professionnellement* tenu (article 65 de la loi du 15 octobre 1926), mais le contrôleur est en droit de demander tous renseignements *susceptibles de justifier* les chiffres déclarés.

S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition qu'il croit devoir appliquer et la notifie au contribuable en *indiquant les motifs* qui lui paraissent justifier le redressement.

Il invite en même temps l'intéressé à présenter ses observations par écrit ou verbablement dans le délai de vingt jours.

Si le désaccord persiste, il est soumis à la commission consultative siégeant au chef lieu de département.

(1) Pour l'impôt général sur le revenu la déclaration est obligatoire sous peine d'une majoration d'impôt de 25 %.

Le contribuable est convoqué 10 jours avant la réunion de la commission pour fournir verbalement ou par écrit ses observations.

La commission, après avoir entendu les deux parties, formule par écrit son avis en indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît devoir être attribué au contribuable.

L'avis de la commission est notifié par l'administration à l'intéressé auquel elle fait connaître en même temps le chiffre d'après lequel elle entend l'imposer. Si ce chiffre est conforme à l'évaluation de la commission, le contribuable ne pourra obtenir de réduction devant le conseil de préfecture et le conseil d'Etat qu'en apportant la *preuve du chiffre exact de ses bénéfices* (loi du 15 octobre 1926, article 62).

Cette preuve est souvent difficile à faire, c'est pourquoi nous avons toujours conseillé aux praticiens qui ont bien voulu nous consulter de constituer un dossier fiscal aussi complet que le leur permet l'observation du secret professionnel.

La première règle à observer est que leurs dépenses personnelles et celles des membres de leur famille vivant avec eux ne soient pas en désaccord avec le revenu déclaré, y compris les bénéfices professionnels.

Il importe également qu'il n'y ait pas *disproportion non justifiée* entre les recettes brutes et les dépenses professionnelles.

Le contribuable a toujours intérêt à fournir au contrôleur le plus de renseignements possible afin d'éviter d'aller devant la commission dans une mauvaise posture.

Il est impossible d'indiquer les justifications que doivent fournir les médecins pour ne pas risquer d'être ennuyés, car elles varient suivant les lieux, suivant la façon dont chacun exerce sa profession.

Les recettes ne se justifient pas, mais elles doivent, après déduction des dépenses professionnelles, laisser un bénéfice en rapport avec l'importance du train de maison du docteur, avec sa notoriété et sa situation.

Il est facile au praticien qui peut faire une déclaration exacte de marquer chaque soir sur un calepin la recette totale de la journée avec une approximation suffisante. S'il procède ainsi, une simple addition donnera les recettes du mois et ensuite celles de l'année.

Les dépenses professionnelles peuvent être justifiées de la manière suivante :

Loyer professionnel : si le cabinet est séparé de l'habitation, par la quittance du propriétaire. S'il fait partie du même local, par une ventilation basée sur le nombre de pièces utilisées.

Voiture automobile. La dépense d'essence est

justifiée par le nombre de kilomètres parcourus et la puissance de la voiture.

Les réparations, entretien et garage donnent lieu à des factures.

L'amortissement est calculé sur le prix d'acquisition.

Le personnel (chauffeur, domestique, aide) donne lieu à des salaires, à la nourriture, etc... le calcul est fait suivant les usages locaux.

Les assurances professionnelles sont justifiées par les quittances.

Les abonnements aux publications nécessaires à l'exercice de la profession donnent lieu à une évaluation approximative, mais que l'on peut justifier de vive voix en énumérant les publications que l'on reçoit.

Les remplacements occasionnent des frais que l'on justifie en indiquant le nombre des journées et les salaires par jour.

Les achats d'instruments peuvent être déduits en une seule fois à l'époque de l'achat ou faire l'objet d'un amortissement annuel si le contribuable le préfère.

Le médecin qui aura établi cet état comme base de sa déclaration en y ajoutant les dépenses professionnelles que nous n'avons pas prévues parce que nous ne pouvons entrer dans trop de détails en un article de revue, sera à l'abri de tous ennuis.

CONCLUSION. — La loi n'oblige le médecin qu'à déclarer le total de ses recettes brutes, de ses dépenses professionnelles et de ses bénéfices nets, mais comme le contrôleur peut lui demander tous *renseignements utiles* et qu'il y a avantage à être bien avec ledit contrôleur, le praticien doit préparer l'état de ses dépenses indiquant les principaux chiffres qu'il peut justifier.

S'il procède ainsi, le contrôleur qui ne peut majorer le chiffre déclaré qu'en indiquant les *motifs* qui ont amené ce redressement, se trouvera désarmé et par conséquent la situation du contribuable deviendra excellente devant la commission consultative et devant les tribunaux compétents s'il y a lieu.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable français*.

LES ASSURANCES SOCIALES

Projet de Convention Syndicat-Etablissement privé

Les médecins praticiens de la Seine ont eu à se préoccuper des conventions que pourraient passer les établissements privés de la région avec les Caisses d'Assurance-maladie.

Leurs représentants se sont réunis avec ceux du Corps médical de ces établissements et voici les conclusions qui ont été adoptées à l'unanimité.

D'accord avec leurs confrères médecins de ces établissements, ils ont pensé qu'en général les maisons de santé privées, quel que soit leur caractère, n'avaient pas d'intérêt à passer convention avec les caisses.

En effet, en le faisant, elles ne pourraient prétendre à attirer à elles la clientèle des assurés sociaux. Car, d'une part, l'assuré est libre de choisir l'établissement où il se fait soigner. Et d'autre part, la Caisse n'étant jamais tenue de payer ou de rembourser dans ce cas plus que pour les malades soignés dans les hôpitaux de l'A. P., n'a pas d'intérêt, en principe, à adresser ses adhérents à tel établissement ayant traité, plutôt qu'à tel autre ayant également traité.

En ne traitant pas, l'établissement garde toute sa liberté, et il ne risque pas en outre de se voir appliquer l'épithète, peut-être gênante, de « Maison de Caisse ». Il ne s'interdit pas pour cela de recevoir des assurés sociaux. L'assuré, soigné dans un établissement qui n'a pas contracté, est considéré comme recevant les soins à domicile. De ce fait, il n'est remboursé d'aucune partie de ses frais de séjour ; par contre, il touche l'intégralité de son demi-salaire lorsqu'il y a droit ; et surtout, ses dépenses pour soins médicaux, chirurgicaux, spéciaux, pharmaceutiques lui sont remboursées selon un tarif notablement plus élevé que dans le cas d'un établissement ayant contracté.

L'établissement privé, qui n'a pas contracté, reçoit l'assuré social aux mêmes conditions qu'un malade ordinaire, il lui applique son prix de journée habituel, et il lui en donne quittance. Le médecin de l'établissement se fait rémunérer par l'assuré dans les mêmes conditions que par un malade ordinaire de même catégorie. Il porte sur la feuille de maladie les indications qui permettent au malade de se faire rembourser selon le tarif de responsabilité de la Caisse ; il ne doit donc jamais prendre des prix inférieurs à ce tarif de responsabilité.

Pour les consultations et soins externes dans les établissements et dispensaires privés n'ayant pas traité avec les caisses, deux modalités peuvent être envisagées.

Les soins peuvent rester entièrement gratuits : en ce cas l'assuré n'est pas soigné en tant qu'assuré social mais comme malade ordinaire non assuré et le médecin ne doit pas remplir la feuille de maladie puisqu'il ne doit pas y avoir de remboursement d'honoraires inexistants.

Ils peuvent être payants ; dans ce cas, étant donné que les assurés n'y sont pas soumis comme dans les

hôpitaux à la servitude des recherches scientifiques et de l'enseignement, les honoraires demandés doivent être intermédiaires entre ceux de l'hôpital et ceux de la clientèle du cabinet du praticien. Aussi un surplus sera toujours demandé en sus du tarif de responsabilité tout au moins pour les Assurés de la 5e catégorie.

Le médecin, en ce cas, signe la feuille tandis qu'une personne préposée à cet effet aura reçu ses honoraires en son nom. Une part de ses honoraires peut revenir à l'établissement dans les conditions indiquées au dernier alinéa de l'art. VII de la convention ci-jointe.

Cependant, certains établissements privés présentent une analogie marquée avec les hôpitaux publics : grand nombre de lits, vastes salles communes, clientèle modeste, caractère exclusivement philanthropique. Ceux-là peuvent avoir le désir légitime de passer des conventions avec les caisses. C'est pour eux que nous proposons et recommandons le projet ci-joint, qui nous paraît donner satisfaction à tous les intérêts en présence.

Le secrétaire général,
M. JOLLY.

Entre la Caisse ....
représentée par M.....dûment mandaté,
et l'Etablissement..........................
représenté par M......dûment mandaté,
il a été convenu ce qui suit :

Art. 1er. — L'établissement s'oblige, dans les limites des disponibilités et sans engagement quant au nombre des lits à fournir, à recevoir les bénéficiaires de l'assurance sociale affiliés à la Caisse, en vue de leur procurer des soins de médecine, de chirurgie, d'accouchement, de....

L'Etablissement s'engage à prévenir la Caisse lors de l'admission de chacun de ses bénéficiaires.

Art. II. — Le prix de journée est fixé à X... fr. en salle commune (indiquer ici, s'il y a lieu, des prix différents en médecine, chirurgie, etc.

La part incombant à la Caisse dans le prix de journée est payée par celle-ci à l'établissement sur états trimestriels, le surplus est payé directement à l'établissement par l'assuré (indiquer ici, s'il y a lieu, l'obligation d'un versement d'avance).

Art. III. — Tout assuré, à quelque catégorie qu'il appartienne, placé sur sa demande en chambre particulière, règle lui-même le prix de journée de l'établissement, et se fait rembourser par la Caisse selon le tarif de responsabilité fixé par celle-ci, qui ne peut être inférieur à celui prévu par la convention avec l'A. P.

L'assuré soigné en chambre particulière est soumis, pour les honoraires, au régime de l'entente directe (voir art. V).

Art. IV. — Pour les assurés des quatre premières catégories, les honoraires médicaux sont décomptés de la façon suivante :

En médecine, à raison de N francs par jour.

En chirurgie, à raison de N francs par jour.

Ces honoraires sont payés par la Caisse sur états trimestriels, au médecin ou à son représentant.

Art. V. — Pour les assurés de la 5e catégorie, pour les assurés facultatifs et pour tous ceux qui sont soignés en chambre particulière (art. III), les honoraires sont fixés d'un commun accord entre le malade et le médecin, et versés directement au médecin par le malade.

Le malade se fait rembourser par la Caisse, selon le tarif de responsabilité, qui ne peut être inférieur à celui prévu dans la convention avec l'A. F.

Cependant, les assurés de la 5e catégorie chargés de famille, dans des conditions à déterminer, et compte tenu de la situation de leur conjoint, pourront être exemptés des dispositions de l'article V ; ils tomberont alors dans le régime prévu à l'article IV, sauf dans le cas où ils demanderaient à être soignés en chambre particulière.

Art. VI. — L'établissement donnera les facilités nécessaires pour les contrôles prévus par la loi.

Art. VII. — Pour les assurés des quatre premières catégories les consultations et soins externes, s'il en existe, sont tarifés conformément au barème prévu par la convention avec l'A. P.

Pour ceux de la 5e catégorie, ils sont comptés à un tarif spécial, équivalent aux trois cinquièmes du tarif syndical minimum.

Dans les deux cas le paiement est fait directement par le malade au médecin ou à son représentant. Le remboursement par la Caisse est effectué conformément au tarif de responsabilité prévu pour les consultations et soins externes à l'A. P.

La participation du médecin aux frais matériels de la consultation ne peut excéder un quart du prix payé par l'assuré (sauf cas de fournitures coûteuses, comme par exemple en matière de radiographie.)

Art. VIII. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée 3 mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Fait à .... le ....

AUTOUR DES THÉATRES

A la demande de nombreux lecteurs, nous donnerons désormais régulièrement une chronique théâtrale dont la rédaction a été confiée, pour partie à notre collaborateur habituel POLEME, *et pour partie à* Monsieur Jean SÉJOURNET, *membre de la Société des auteurs, pharmacien à Chatou.*

Grâce aux relations de ces deux chroniqueurs, nous pourrons mettre désormais à la disposition de nos amis et abonnés des Billets à prix réduits *pour les principaux théâtres de Paris (les subventionnés exceptés).*

Les demandes devront nous parvenir au moins cinq jours à l'avance.

Aux Bouffes-Parisiens

Les Aventures du roi Pausole

Opérette en trois actes de M, Albert WILLEMETZ

Musique de M. Arthur HONEGGER

L'opérette que Messieurs Willemetz, auteur du livret, et Honegger, auteur de la musique, ont réalisée d'après le chef-d'œuvre de Pierre Louys, disons-le de suite, ne s'adresse en tous points qu'à un public de choix, à un public d'élite. Ce n'est pas que l'assistance d'autres théâtres consacrés à l'opérette d'une façon permanente ou exceptionnelle ne soit à même de goûter l'œuvre si rare de ces deux auteurs, mais il nous semble qu'il faut une culture déjà assez raffinée et une formation musicale très « au goût du jour » pour apprécier à sa juste valeur une production si fine, si subtile, si supérieure.

Quand les Aventures du roi Pausole quitteront la scène des Bouffes Parisiens, et certainement pas avant longtemps, ce sera, je crois, une grosse erreur de la disperser et de la vulgariser, elle ne pourrait qu'être déformée, l'interprétation dans ce cas étant toujours obligée de se mettre au niveau de la moyenne intellectuelle des spectateurs. Après cette impression d'ensemble, je vais vous donner mes réflexions de « second jet », sans entrer dans les détails, elles ne pourront que corroborer mon opinion du début.

Pour qui voudrait apprécier l'œuvre comme il conviendrait, il faudrait qu'il la vît trois fois : une fois pour le livret entièrement en vers, une fois pour la musique, une troisième fois enfin pour l'interprétation, la mise en scène et les costumes, c'est vous dire combien peut être fatigante pour qui veut s'assimiler le tout en une soirée, une production aussi complète.

Le soin apporté par les auteurs à leur chef-d'œuvre, les réparties spirituelles, les allusions aux temps actuels, l'application des artistes jusque dans les infinis détails, la partition de Monsieur Honegger qui joue si fréquemment la difficulté, obligé, tout en étant moderne et rythmé, de faire quelques concessions à la mélodie ; les décors, les costumes, tout cela nous accapare et nous écrase et l'on sort de là comme d'un dîner de fin gastronome où ayant mangé d'excellentes choses et dégusté de fort bons vins, on a l'estomac fatigué et le sommeil compromis ; dans le cas présent c'est le cerveau qui est las. Je ne parle pas, en plus, du régal des yeux au point de vue féminin, je n'ai pas à discuter du degré jusqu'auquel on a dévêtu ou décolleté les artistes ; est-il bien ou mal séant ? les opinions sur ce sujet peuventêtre si dissemblables ! tout ce que je puis dire c'est que là encore, c'est la perfection, et qu'il n'y aucune faute contre le goût et l'art plastique, ce qui est essentiel.

En trois actes d'égale valeur à tous points de vue, ce qui est encore une qualité, les auteurs ont développé le thème du roman de Pierre Louys que nous avons tous lu dans notre jeunesse, par curiosité un tantinet licencieuse et relu depuis avec un sourire plus compréhensif et une intelligente application. Vous vous rappelez le harem du roi Pausole en sa bonne ville de Tryphème, la blanche Aline, sa fille, qui se cache pour voir danser la jeune Mirabelle déguisée en garçon qui s'enfuit avec « Elle » croyant être « Lui » en laissant la gouvernante veiller sur le harem ; le petit page Giglio conseillant au bon Roi de partir à la recherche de sa fille suivi par son grand chambellan et eunuque : Taxis. Vous vous souvenez de ce qui arrive dans la métairie du Coq d'or où le Roi s'installe, fatigué d'un voyage de quatre kilomètres et où se sont réfugiées Aline et Mirabelle ; le petit page Giglio se déguisant en servante pour faire goûter à Aline qu'il aime, la différence entre un baiser masculin et un baiser féminin. Tout le monde se retrouvant à l'Hôtel du Sein blanc et de Westphalie, vous vous souvenez comment Giglio, le tombeau des cœurs, remplace avantageusement son Roi auprès de la Reine, l'ardente Diane, et comment il arrive à épouser Aline bien que pauvre, par un petit subterfuge bien humain.

Au premier acte notons la chanson de l'eu-

nuque Taxis « J'ai fait » où il nous dévoile son extraordinaire pédigrée, celle de la blanche Aline, qui se «baigne avec son image», le ballet où Aline rencontre Mirabelle déguisée en page, ballet très bien réglé, mais qui manque encore un peu d'ensemble, et la fameuse scène où le bon Roi Pausole rend la justice : la profession de foi du page Giglio et le chœur des assistants dans un thème musical fort bien développé « Mon avis dans cette affaire». Après que Giglio eût conseillé au roi de partir, la finale du premier fort brillante et endiablée « Tout ce qui nous fait envie on se l'offrira » qui est un peu comme la morale Epicurienne de cette opérette.

Au deuxième acte un type ressort nettement de l'interprétation, c'est le fameux métayer de la ferme du Coq d'Or qui n'est autre que Monsieur Blanche qui a parfaitement mis en scène la pièce. Aussitôt l'arrivée du roi Pausole nous remarquons la parodie de la légende du roi de Thulé et surtout l'exquise chanson d'Aline qui « préfère le doux baiser de la laitière au doux baiser du travesti »; c'est dans ce morceau que Monsieur Honegger nous fait à mon avis le mieux comprendre et apprécier son talent et où, sans mélodie mais avec des sonorités pures à intervalles volontairement espacés et à tonalités différentes, il met en relief son personnage naïf et agréable comme un jeune oiseau, gai et charmant comme un pinson.

Notons en passant que pour l'arrivée du roi Pausole, la ferme avait été peinte au ripolin blanc, même les étables et jusqu'aux cornes des vaches, c'est ainsi que le roi assiste à une des occupations principales «la traite des blanches ! ». Hum ! Après la chanson d'Aline à son père endormi, l'émeute du sérail qui accourt le retrouver, les doléances des étudiants, des filles-mères et des filles soumises, nous apprécions le chœur final, une très fine allusion à la mentalité française : « Nous demandons qu'on nous f.... la paix ».

Au troisième acte, à l'hôtel, le ballet des servantes qui apportent le chocolat Espagnol, le duo de la Reine et du page Giglio : « Il n'y a pas bien loin du rêve à la réalité », le soliloque de Taxis éblouissant de verve et bien rythmé : « J'ai vu ce que je voulais voir » et, après la scène du téléphone, très cocasse, et un excellent tango de Giglio et d'Aline, l'abdication par T. S. F. du roi Pausole termine la pièce.

Dire que l'interprétation est homogène ne suffit pas, il n'y a d'ailleurs pas, dans cette super production de bouffonnerie légère, de personnages dépendant exclusivement les uns des autres, nous sentons au contraire dans chaque rôle une originalité voulue et une indépendance particulière, bien en rapport avec le fond même de la pièce ; les interprètes l'ont parfaitement compris et portant leurs qualités au maximum créent des types bien définis.

Monsieur Dorville est le roi Pausole, je savais que l'on pouvait espérer de lui, mieux que de faire le phoque ou de bousculer des mannequins dans un rôle de music-hall ; tout autre artiste que lui, choisi spécialement, aurait pu, peut-être, aussi bien composer son personnage, mais aucun n'aurait mieux rendu son caractère comique, débonnaire, résigné et jouisseur. Monsieur Koval nous donne de Taxis une caricature soignée. Monsieur Pasquali en Giglio, s'il n'a pas la beauté du page de la légende, a du mouvement, de la jeunesse et de la gaieté.

J'ai dépeint plus haut la fraîcheur et la malicieuse candeur de Mlle Jacqueline Francell dans la blanche Aline, Mademoiselle Meg Lemonnier donne au travesti de Mirabelle beaucoup de grâce et de tentations. Mademoiselle Claudie de Sivry est réjouissante dans le rôle de la gouvernante du Harem. Mademoiselle Germaine Duclos, une Diane bien ardente. De jeunes et jolies femmes dont Mademoiselle Moussia évoluent dans de ravissants décors. Bref, les Bouffes Parisiens tiennent là un succès sans contestation possible. Un bon conseil à ceux qui voudraient passer une raissante soirée : Louez à l'avance et arrivez à l'heure, car il n'y a rien de plus détestable qu'une pièce qui débute dans le plus grand brouhaha. J'ai presque tout perdu de l'ouverture et du prologue, la salle ne cessant de s'emplir entre 20 h. 40, heure du lever du rideau, et 21 h. 15 où le silence s'est enfin établi.

Jean SÉJOURNET,
Membre de la Société des Auteurs

N. B. — Je vous parlerai dans le prochain numéro de la nouvelle pièce du Gymnase :« Le Jour », de Bernstein.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX DECERNÉS EN 1930

(*Suite et fin*) (1)

Médailles des épidémies.

1° *Rappels de médailles d'or* :

M. le Dr EMERIC, médecin inspecteur départemental d'hygiène de la Loire ;

M. le Dr GINESTOUS, médecin des épidémies de Bordeaux.

2° *Médailles de vermeil* :

M. le Dr CARTRON, médecin colonel du Corps de santé colonial, adjoint au médecin chef de la Place de Bordeaux ;

M. le Dr AUBLANT, directeur de l'Hygiène de Seine-et-Oise.

3° *Médailles de bronze* :

M. le Dr POTY, médecin inspecteur de la Mayenne ;

M. le Dr GRÉHANT, médecin inspecteur de la Haute-Marne.

M. le Dr CLIPPET, médecin inspecteur de la Somme.

M. le Dr Jacques RENARD, médecin inspecteur d'hygiène de Seine-et-Oise.

M. Robert EUVÉ, maire de Feucherolles (Seine-et-Oise).

Service des eaux minérales.

L'Académie a proposé et M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1929, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

1° *Rappel de médaille de vermeil* :

M. le Dr PELON, médecin des Eaux de Luchon.

2° *Médaille de vermeil* :

M. le Dr SÉRANE, de Saint-Nectaire.

3° *Rappels de médaille d'argent* :

M. le Dr POUY, de Capvern (Hautes-Pyrénées);

M. le Dr BAQUÉ, médecin consultant à Luchon.

4° *Médaille d'argent* :

M. le Dr AUBERTOT, de Royat.

5° *Médailles de bronze* :

M. le Dr SAINT-BÉAT, de Salies-du-Salat (Haute-Garonne) ;

M. le Dr I. GIRARD, médecin consultant à Ax-les Thermes (Ariège) ;

M. ie Dr MASSY, de Barèges ;

MM. les Drs PIERRET et CLOGNE, de La Bourboule.

(1) V. *Concours médical*, n° 1 de 1931.

Service de la vaccine. (1929).

1° VACCINATION ANTIVARIOLIQUE.

L'Académie accorde, pour le service de la vaccination antivariolique, en 1929 :

1° *Médaille d'honneur* :

M. le Dr LASNET, à Paris.

M. COUSSOL, à Paris ;

M. MANCERON, à Tunis.

2° *Médailles de vermeil* :

M. AUBERT (Eugène), au Perreux-sur-Marne (Seine) ;

M. COLLIN (Alphonse-Jean-Marie), à Auvers-sur-Oise (Seine-et-Oise) ;

M. THUREY (Auguste), à Paris.

3° *Médailles d'argent* :

M. le Dr BONJEAN (Maurice), à Rabat (Maroc) ;

M. le Dr COMPAGNON (Albert), à Paris ;

M. le Dr GRYSEZ (Victor), à Lille (Nord) ;

M. le Dr PAUTY (Pierre), à Rabat (Maroc) ;

M. le Dr WOELFEL (Georges-Louis-Léon-Eugène), à Ouagadougou (Haute-Volta) ;

M. BOSSUT (Jacques), à Lille (Nord) ;

M. CLAIRAY (Francis), à Paris ;

M. DESTRIMONT (Emile-Octave), à Gennevillers (Seine) ;

M. HERVOIT (Henri-Georges-Joseph), à Saint-Maur-lesFossés (Seine).

4° *Médailles de bronze* :

M. le Dr BARBEROUSSE (Michel-François), à Epernay (Marne) ;

M. le Dr CHARLES (Roger-Marcel), à Zinguinchor (Sénégal) ;

M. le Dr CHARMENSAT (Pierre), à Ardes-sur-Couze (Puy-de-Dôme) ;

M. le Dr CLOQUET (Gabriel-Louis), à Romainville (Seine) ;

M. le Dr DEUTSCH (Michel-Auguste-Adolphe), à Soultz-sous-Forêts (Bas-Rhin) ;

M. le Dr DULUCQ (Gérard), à Marrakech (Maroc) ;

M. le Dr DUMAS (Pierre), à Thiers (Puy-de-Dôme) ;

M. le Dr GORET (Charles-Ernest), à Colombes (Seine) ;

M. le Dr HOEFFEL (Timothée-Charles), à Bouxviller (Bas-Rhin) ;

M. le Dr LÉVY (Salomon), à Wissembourg (Bas-Rhin) ;

M. le Dr MADELAINE (Jean), à Demuat (Maroc) ;

M. le Dr MORANGE (Antonin), à Augerolles (Puy-de-Dôme) ;

M. le Dr MORINIÈRE DE LA (Joseph), à Lamballe (Côtes-du-Nord) ;

M. le Dr MULLER (Jules-Ernest), à Strasbourg (Bas-Rhin) ;

M. le Dr NELTNER (Jules-Georges), à Mutzig, (Bas-Rhin) ;

M. le Dr RANGLARET (Roger), à Moulins (Allier) ;

M. le Dr RONGIER (Jean-Louis-Frédéric), à Nam-Dinh (Indochine) ;

M. le Dr ROULET (Léonard), à Riom (Puy-de-Dôme) ;

M. le Dr RUHLMANN (Edgard-Marie-Léonce), à Erstein (Bas-Rhin) ;

M. le Dr SUBERVIE (Jean), à Marrakeck (Maroc) ;

M. le Dr TISSIER (Paul), à Paris ;

M. le Dr VAURS (Raoul), à Chamalières (Puy-de-Dôme) ;

M. DAMOISELET (Jean-Marie-Louis), à Rosny-sous-Bois (Seine) ;

M. LE VAN KY, à Quinhon (Indochine) ;

M. RAJAONIMARIA BENIT, à Madagascar ;

M. RAMELIJAONA, à Madagascar ;

M. TORCHEUX (Jean-Emile-Georges), à Alfortville (Seine).

Madame BLANQUIN (Thérèse), à Drancy (Seine) ;

Madame FAURE (Claudia), à Alger ;

Madame GRAS, à La Bouilladisse (Bouches-du-Rhône).

2° VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE.

L'Académie accorde, pour le service de la vaccination antidiphtérique en 1929 :

1° *Médaille d'honneur* :

M. GUILLET (Léon), à Paris.

2° *Médailles de vermeil* :

M. CAZÉE (Louis), à Paris ;

M. FRANCESCHINI (Jules), à Paris ;

M. JOUHANNAUD (Pierre), à Paris.

3° *Médailles d'argent* :

M. le Dr ANGELI (Jean-Pierre), à Canteleu (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr BOULANGER-PILLET, à Paris ;

M. le Dr BROUARD (Maurice-Jules-Marie), à Tours (Indre-et-Loire) ;

M. le Dr GINESTOUS (Paul-Simon-Etienne), à Bordeaux (Gironde) ;

M. le Dr LE MIÈRE (Pierre-Victor-François), à Paris ;

M. le Dr MARTIN (Gustave), à Paris ;

M. le Dr MOZER (Georges), à Berck-sur-Mer (Pas-Calais) ;

M. le Dr MOZER (Marius), à Berck-sur-Mer (Pas-de-de-Calais) ;

M. le Dr ROCAZ (Charles), à Bordeaux (Gironde).

M. le Dr ROLLAND (Paul-Camille-Eugène), à Oullins (Rhône).

M. AUBEL (Gaston-Jean), à Paris.

Mme JOURDAN (Anne-Marie), à Asnières (Seine).

4° *Médailles de bronze* :

M. le Dr ALBERT (Maxime), à Thizy (Rhône) ;

M. le Dr AYGUEPARSSE (Maurice), à Podensac (Gironde) ;

M. le Dr BAYLE (Louis-Pierre), à Lyon (Rhône) ;

M. le Dr BENELLI (Georges), à Bastia (Corse) ;

M. le Dr BLAISE (Albert), au Thillot (Vosges) ;

M. le Dr CADENAULE (Edouard), à Bordeaux (Gironde) ;

M. le Dr CALIGNON (Emmanuel), à Saint-Fons (Rhône) ;

M. le Dr CHABANON (Antoine-Claudius), à Lyon (Rhône) ;

M. le Dr COURTOIS (Jacques), à Mareil-Marly (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr DURAND (Léon-Denis-Louis), à Caluire (Rhône) ;

M. le Dr DURAND (Maurice-Paul), à Courville-sur-Eure (Eure-et-Loir) ;

M. le Dr EYLAUD (Jean-Etienne-Max), à Langon (Gironde) ;

M. le Dr FUNCK-HELLET (Joseph-Charles), à Clichy (Seine) ;

M. le Dr GLATARD (Jean-Jérôme-François), à Lyon (Rhône) ;

M. le Dr GUERBIER (Paul-Pierre-Octave-Célestin), à Paris ;

M. le Dr LAURENÇON (Alfred), à Givors (Rhône) ;

M. le Dr LEMAIRE (Georges-Louis), à Cosne (Nièvre) ;

M. le Dr MARTY (Jean-Prosper), à Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr MASSONNET (Emile-Louis-Frédéric), à Paris ;

M. le Dr MOLIMARD (Elie), à Villefranche-sur-Saône (Rhône) ;

M. le Dr MONVOISIN (Georges-Renault-Eusèbe), à Vron (Somme) ;

M. le Dr MORCHOISNE (Edmond-Louis-Albert), à La Loupe (Eure-et-Loir) ;

M. le Dr PÉCHEUR (Georges), à Pierre-Bénite (Rhône) ;

M. le Dr PETIT (Charles), à Paris ;

M. le Dr RABASSE (Lucien-Maurice), à Paris ;

M. le Dr SISCO (Jacques), à Luri (Corse) ;

M. le Dr THIEL (Pierre-Henri), à Montgeron (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr VAGNON (Auguste-François), à Lyon (Rhône) ;

M. le Dr VALOIS (Georges), à Nevers (Nièvre) ;

M. le Dr VITRY (Georges-Jean-Baptiste), à Paris.

M. CHARRET, (Benoît), à Pierre-Bénite (Rhône).

Mme BARBIER (Joséphine-Henriette), à Lyon (Rhône) ;

Mme BORDES (Jeanne-Benoîte), à Lyon (Rhône) ;

Mme BRICTEUX (Léone), à Asnières (Seine) ;

Mme BRUNE (Suzanne-Joséphine), à Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ;

Mme CIBEAU (Marie-Célestine), à Cempuis (Oise) ;

Mme COCHET (Jeanne), à Lyon (Rhône) ;

Mme JAVELIER (Marthe-Hortense-Constance), à Ecouen (Seine-et-Oise) ;

Mme JOYET-LAVERGNE (Lina-Pauline), à Paris ;

Mme LEZAUD (Alphonsine-Louise-Marguerite), à La Garenne-Colombes (Seine) ;

Mme PARIS (Renée-Marthe), à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ;

Mme PETIT (Louisa), à Issy-les-Moulineaux (Seine) ;

Mme RIVOIRE (Elia-Marie-Valérie), à Lyon (Rhône) ;

Mme WADDINGTON (Pauline-Sophie), à Lyon (Rhône) .

Mlle CELLE (Félicie), à Lyon (Rhône) ;

Mlle MOURET (Marie-Antoinette), à Villeurbanne (Rhône) ;

Mlle PORTE (Emilie), à Lyon (Rhône) ;

Mlle ROCHE (Marie), à Lyon (Rhône).

Serv.ce de l'hygiène de l'enfance.

M. le Ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de Médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes, pour leurs travaux en 1929 ;

Médailles d'or :

LE DISPENSAIRE DE BELLEVILLE fondé en 1892 par le Dr Variot ;

M. le Dr TRUFFET, médecin du service de Protection à Seyssel (Ain).

Rappels de médailles de vermeil :

M. DELATTE, inspecteur de l'Assistance publique du Cantal ;

M. CAILLAT, inspecteur de l'Assistance publique d'Eure-et-Loir ;

M. le Dr FRANCO, inspecteur de l'Assistance publique de Maine-et-Loire ;

M. CAILLARD, inspecteur de l'Assistance publique de la Nièvre ;

M. EYNARD père, inspecteur de l'Assistance publique du Tarn ;

M. HERVIEU, inspecteur de l'Assistance publique de la Vienne ;

M. SALLES, inspecteur de l'Assistance publique des Basses-Pyrénées ;

M. le Dr ROCAZ, de Bordeaux.

M. le Dr PECKER, de Saint-Germain-en-Laye.

Médailles de vermeil :

M. SAUMADE, inspecteur de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône ;

M. le Dr BARTHE DE SAINT-AGNANT, médecin du Service de la protection à Rochefort (Charente-Inférieure) ;

M. MOUCHET, médecin du service de la Protection, Le Veurdre (Allier).

Mme DESPRÉS, présidente fondatrice des Maternités rurales à Paris.

Rappels de médailles d'argent :

M. NICOLAS, inspecteur de l'Assistance publique du Jura ;

M. JALLOT, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Marne.

Médailles d'argent :

M. RONDEAU, inspecteur de l'Assistance publique d'Ille-et-Vilaine ;

M. PETIT, inspecteur de l'Assistance publique de l'Isère ;

M. PERRIERE, inspecteur de l'Assistance publique de Meurthe-et-Moselle ;

M. le Dr BUÉ, médecin de l'hospice dépositaire de Lille ;

M. le Dr Paul ROGER, médecin de la Goutte de lait de Belleville ;

M. le Dr BASEIL, du service de la Protection à Frouard (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le Dr LOCHON, du service de la Protection à Thonon (Haute-Savoie) ;

M. le Dr CHEVRON, du service de la Protection à Châlons-sur-Marne ;

M. le Dr LOGEROT, du service de la Protection à Poligny (Jura) ;

M. le Dr CHATELET, du service de Protection à Dinan (Côtes-du-Nord) ;

M. le Dr BUSSIÈRE, du service de la Protection à Montluçon (Allier) ;

M. FONDET, sous-chef du bureau du service des Enfants protégés à la Préfecture de police à Paris.

Mlle DAUTRY, directrice de la Maternité rurale à Sissonne (Aisne).

Rappels de médailles de bronze :

M. SAUTUREAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Allier ;

M. FORT, inspecteur de l'Assistance publique de Vaucluse ;

M. JURANVILLE, inspecteur de l'Assistance publique du Loiret ;

M. PAUL, inspecteur de l'Assistance publique de la Somme.

Médailles de bronze :

M. SAUZET, inspecteur de l'Assistance publique de la Côte-d'Or ;

M. DESHAYES, inspecteur de l'Assistance publique de l'Indre ;

M. DEJEANNE, inspecteur de l'Assistance publique des Landes ;

M. LEBOULANGER, inspecteur de l'Assistance publique de la Loire ;

M. le Dr RUBY, médecin du service de Protection à Laon (Aisne) ;

M. le Dr LEFEVRE, du service de Protection à Montluçon (Allier) ;

M. le Dr GUIBERT, du service de Protection à Soubernon (Allier) ;

M. le Dr BLANC, du service de Protection de Dreux (Eure-et-Loir) ;

M. le Dr ROUVIER, du service de Protection à Voiron (Isère) ;

M. le Dr MICOLIER, du service de Protection à Rive-de-Gier (Loire) ;

M. le Dr Jan GUISTAL, du service de Protection à Guérande (Loire-Inférieure) ;

M. le Dr CERSOY, du service de Protection à Langres (Haute-Marne) ;

M. le Dr ROUX, du service de Protection à Lorient (Morbihan) ;

M. le Dr SUBERT, du service de Protection à Clamecy (Nièvre) ;

M. le Dr KRASBOURG, du service de Protection à Remiremont (Vosges) ;

M. le Dr VALLERANT, du service de Protection à Bolbec (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr PIGNOT, du service de Protection à Paris ;

M. le Dr BLOT, du service de Protection à Paris ;

M. le Dr GRENAUD, médecin de la consultation des nourrissons de la Croix-Rouge à Vichy.

Mme LOMBARD-BERGER, présidente de la Goutte de lait à Valence (Drôme) ;

Mme PALESKI, vice-présidente de l'Œuvre nouvelle des crèches parisiennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris.** (Fondation de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien.) — *Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris.* (Décret du 2 juin 1927.) — La Direction scientifique de l'Ecole est confiée à un Conseil composé de MM. le Professeur V. BALTHAZARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le Docteur Louis QUEYRAT, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; le Docteur H. GOUGEROT, professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine ; le Docteur TANON, professeur d'Hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine ; le Docteur COUVELAIRE, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine ; le Docteur NOBÉCOURT, professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine ; le Docteur CAVAILLON, chef du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique ; le Docteur G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vice-président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; le Docteur Marcel PINARD, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général adjoint de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ;

PROGRAMME DES CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES qui auront lieu du lundi 23 février au samedi 21 mars 1931, à l'Hôpital Saint-Louis : A. 17 conférences d'application à la Clinique. — B. 22 séances de travaux pratiques de sérologie. — C. 7 séances de travaux pratiques de microbiologie.

Lundi 23 février 1931, 13 h. 30. Conférence : Histoire et signification des réactions de fixation de Bordet-Gengou et de Bordet-Gengou-Wassermann ; les réactions de floculation. M. le Docteur LEVADITI, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann classique au sérum chauffé. M. le Docteur DEMANCHE, chef du laboratoire central, directeur technique des services de sérologie de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Mardi 24 février, 9 h. 30. — Travaux pratiques : Préparation et titrage du sérum hémolytique et du complément. M. le Docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. Conférence : Le séro-diagnostic de la syphilis acquise ; valeur diagnostique du B. W. — M. le docteur Henri GOUGEROT, pofesseur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Préparation et titrage des antigènes. — M. le docteur DEMANCHE.

Mercredi 25 février, 9 h. 30. Travaux pratiques : Bordet-Wassermann classique avec titrages préliminaires. — M. le docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. Conférence : Rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise. — M. le docteur G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann avec le liquide céphalo-rachidien. M. le Docteur Pierre GIRAND, chef de laboratoire de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Jeudi 26 février, 13 h. 30. Conférence : Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis. M. le docteur Marcel PINARD, médecin de l'hôpital Cochin. 14 h. 30. Travaux pratiques : Procédés de mesure de réactions de Bordet-Wassermann. M. le docteur PEYRE, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Vendredi 27 février, 13 h. 30. Conférence : La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation. M. le docteur Marcel PINARD. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann modifiée par Calmette-Massol. M. le docteur Raymond LETULLE.

Samedi 28 février, 13 h. 30. Conférence : La sérologie de la syphilis latente ; les Bordet-Wassermann oscillants et les Bordet-Wassermann irréductibles. M. le professeur GOUGEROT. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réactions de Desmoulières et de Jacobsthal. M. le docteur DEMANCHE.

Lundi 2 mars, 13 h. 30. Conférence : La réactivation de la séro -réaction. M. le docteur Milian. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Hecht ; technique de l'Institut Pasteur. M. le docteur MUTERMILCH, de l'Institut Pasteur.

Mardi 3 mars, 9 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Hecht ; technique de Ronchèse. M. RONCHÈSE, docteur en pharmacie, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Cochin. — 13 h. 30. Conférence : Les réactions de Bordet-Wassermann paradoxales : M. le professeur GOUGEROT. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Interprétation et causes d'erreur des réactions de B.-W. M. RONCHESE.

Mercredi 4 mars, 13 h. 30. Conférence : Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic. M. le docteur RAVAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien. Mlle le docteur Olga ELIASCHEFF, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Jeudi 5 mars, 13 h. 30. Conférence : Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la syphilis. M. le docteur RAVAUD. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Sachs-Georgi. M. le docteur Henri BONNET, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec.

Vendredi 6 mars, 13 h. 30. Conférence : Syphilis nerveuse ; réaction du benjoin colloïdal. M. le professeur GUILLAIN, membre de l'Académie de médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction du benjoin colloïdal. M. le docteur GUY-LAROCHE, médecin des hôpitaux de Paris.

Samedi 7 mars, 13 h. 30. Conférence : Paralysie générale : M. le docteur SÉZARY, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de l'or colloïdal : M. le docteur Jacques HAGUENAU.

Lundi 9 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques Réaction de floculation par le procédé de Vernes : M. le docteur André BERGERON.

Mardi 10 mars, 9 h. 30. Travaux pratiques : Réaction d'opacification de Meinicke : M. le docteur DEMANCHE. —13h. 30. Travaux pratiques : Recherche du tréponème de la syphilis dans les sérosités : 1° l'ultramicroscope ; méthode de Fontana-Tribondeau : M. le docteur GASTOU, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Mercredi 11 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : Recherche du tréponème dans les tissus : M. le docteur LEVADITI. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Kahn : M. le docteur DEMANCHE.

Jeudi 12 mars, 13 h. 30. — Conférence : Syphilis expérimentale : M. le docteur LEVADITI. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de l'élixir parégorique dans le liquide céphalo-rachidien : M. le docteur TARGOWLA.

Vendredi 13 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : Sérologie comparée de la syphilis et de la tuberculose : M. le docteur DEMANCHE.

Samedi 14 mars, 13 h. 30. Conférence : Examen microbiologique des écoulements uréthraux : M. le docteur Jules JANET. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Gonocoques et microbes associés : M. le docteur RIVALIER.

Lundi 16 mars, 13 h. 30. Conférence : Critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie : M. le docteur CHEVASSU, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Sérologie de la gonococcie : M. le docteur RIVALIER.

Mardi 17 mars, 13 h. 30. Conférence : Microbes de la balanoposthite : M. le docteur Louis QUEYRAT, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Microbes de la balanoposthite : M. le docteur Louis QUEYRAT.

Mercredi 18 mars, 13 h. 30. Conférence : Microbiologie du chancre simple : M. le docteur MILIAN. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de fixation dans le chancre mou : M. le docteur RIVALIER.

Jeudi 19 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : 1° Bacille de Ducrey ; morphologie, culture ; 2° Préparation des vaccins : bacille de Ducrey et gonocoque : M. le docteur GIRAULT, chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis.

Vendredi 29 mars, matin. Examens : Sérologie pratique ; après-midi. Examens : Microbiologie pratique.

Samedi 21 mars, matin. Examens oraux.

Admission. Diplôme. — Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (décret du 2 juin 1927).

Programme des examens. — Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur ou agrégé de la Faculté de médecine. Les examens comprendront :

1° Deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes ni livre ; éliminatoires. La durée des épreuves sera fixée par le jury. Ces épreuves comprendront : *a*) une épreuve de sérologie ; *b*) une épreuve de microbiologie. Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10. Pour être admissible, il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves.

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement. Elle sera cotée de 0 à 10.

Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques.

Inscription. Droits. — Le nombre des élèves devant être limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, à Paris (VIII^e^), avant le 1^er^ février 1931.

Faire connaître exactement : nom, prénom, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse. Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'école.

Les élèves admis recevront un avis et devront alors s'inscrire au *Secrétariat de la Faculté de Médecine*, et payer les droits suivants : 1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée) : 100 francs ; 2° Scolarité, leçons théoriques A : 200 francs ; 3° Scolarité travaux pratiques B : 250 francs ; 4° Scolarité travaux pratiques C : 100 francs ; 5° Droits d'examens : 100 francs ; 6° Diplôme : p. m. ; total : 750 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur SICARD DE PLAUZOLES, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIII^e^).

— **Conférences d'anatomie pathologique.** (Professeur : M. G. ROUSSY.) — M. le Dr R. HUGUENIN, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 7 janvier 1931, à à 17 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier et de février.

OBJET DU COURS : Les processus inflammatoires étudiés dans les différents tissus et organes : cœur et vaisseaux, appareil digestif, poumon. (Programme de l'examen de troisième année).

— **Institut médico-légal.** *Cours de chimie toxicologique.* — M. KOHN-ABREST, docteur ès sciences, directeur du laboratoire de toxicologie, commencera son cours de chimie toxicologique appliquée à la médecine légale, pour les candidats au diplôme de médecin légiste de l'Université de Paris, le vendredi 16 janvier 1931, à 15 h., au laboratoire de toxicologie, Institut médico-légal, 2, place Mazas ; il continuera ce cours les vendredis suivants, même heure.

Thèses. — Mercredi 14 janvier. — Jury : MM. Bernard, Lemierre, Loeper, Abrami. — Raoul DUVAL, — La cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. — BICHARA. FAKRI. — Les myosites streptococciques. — VITENSON. S. — Etude de la pepsine sur la pression artérielle.

Jeudi 15 janvier. — Jury : MM. Carnot, Lenormant, L. Lavastine, Proust. — Mlle BLEU, F. — Sur l'hippocratisme digital dans les endocardites.

Vendredi 16 janvier. *Thèse vétérinaire.* Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — GÉRARD. — La maladie des nouveau-nés.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hopital Lariboisière.** — *Electro-radiologie.* — Le service central d'électro-radiologie, sous la direction de M. Haret, est réglé comme suit : Radiodiagnostic : Tous les matins, à 9 h. 30, interprétation de clichés ; à 10 h., radioscopie. — Radiothérapie : Tous les matins, à 9 h. 30, consultations et application de traitement. — Electrologie : Tous les jours, électrothérapie ; électro-diagnostic (chronaxie) sur rendez-vous.

— **Concours d'électro-radiologiste des hopitaux.** — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours d'électro-radiologiste des hôpitaux : MM. Delherm, Gérard, Charlier, Monier-Vinard, Heitz-Boyer, Robineau, Mme de Brancas.

— **Mutations dans les services (chirurgie).** — M. Sauvé va à Lariboisière, en remplacement de M. Cunéo ; M. Moure, à la Maison municipale de Santé ; M. Proust, à Laënnec ; M. Okinczyc, à Beaujon ; M. Berger, à Ivry ; M. Bazy, à la Charité ; M. Basset, à Beaujon ; M. Küss, à Necker-Enfants-Malades.

— **Consultations de médecine des hopitaux.** *Année* 1931. — Sont désignés comme médecins titulaires des consultations de médecine pour l'année 1931 : Hôtel-Dieu, M. H. Benard ; Pitié, M. Baulin ; Charité, Mme Bertrand-Fontaine ; Saint-Antoine, M. Tzanck ; Necker, M. Haguenau ; Cochin, M. Debray ; Beaujon, M. Decourt ; Lariboisière, M. Hamburger ; Tenon, M. Coste ; Laënnec M. Jacob ; Bichat, M. Garcin ; Andral, M. Gutmann ; Broussais, M. Marchal ; Boucicaut, M. Carrié ; Trousseau, M. Janet ; Bretonneau, M. Marquézy ; Hérold, M. Turpin ; Ambroise Paré, M. Jacquelin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Société médicale des médecins alsaciens**, 9, rue d'Astorg, Paris (VIII^e^). — La réunion du samedi 13 décembre, présidée par M. le Prof. Froelich, fut des plus brillantes et animées. Des obligations impérieuses avaient rappelé en Alsace le Dr Oberkich, député, et le Dr Pfleger, sénateur. Nombre de nos confrères avaient été empêchés d'y assister pour des raisons de deuils, de santé ou des engagements antérieurs et s'étaient excusés. Néanmoins les salons du cercle Volney étaient justes suffisants pour contenir l'assistance élégante qui s'y pressait. Après un dîner aussi substantiel que délicat, où ne cessa de régner la plus cordiale animation, le secrétaire général Schmitt fit le rapport réglementaire. Le Président Frœlich, dans une brillante improvisation, constata la vitalité de la Société, remercia vous ceux qui y contribuent, en particulier les dames organisatrices du banquet et de la soirée musicale. Il souhaita la bienvenue aux nouveaux membres au nom de qui M. le Prof. Lereboullet prit ensuite la parole.

La Société décida de participer au Jubilé de M. le Prof. Hartmann, l'un de ses premiers membres d'honneur.

Le programme du concert comprenait : des Chansons populaires alsaciennes, délicieusement interprétées par Mme Jane Sempé ; la Valse du Juif Polonais, admirablement jouée au piano par Mme J. Weill qui voulut bien apporter le gracieux concours de son grand talent et de ses précieux dons d'organisation.

Mme Germaine Liodon-Quirin souleva les applaudissements unanimes en exécutant avec l'art incomparable qu'on lui connaît : Tempo di minuetto, de Pugnani-Kreisler ; Tango, de Albeniz-Kreisler ; La Chasse, de Cartier-Kreisler ; Valse en la majeur, de Brahms ; Am Spring brunnen, de Schumann.

Mme Sénéjoux chanta d'une voix chaude et vibrante, Suleika, Marguerite au rouet, de Schubert, l'air d'Aïda, de Verdi, et eut un grand succès.

La soirée se termina par des danses alsaciennes, chantées et dansées par Mmes Sempé et Scatelli, réglées par Mme G. Weill. Ce fut un véritable triomphe pour les trois artistes.

Etaient présents : M. et Mme Arbeit, M. et Mme Blind M. et Mme Bloch, M. Blum, M. et Mme Brucker, M. et Mme Bruder, M. Buwns, M. Engel, MM. Frantz, père et fils, M. le Prof. Froelich et Mme, MM. Fuchs, Hartenberg, M. et Mme Hochstetter, M. et Mme Keim, M. et Mme G. Kuss, M. et Mme de Langenhagen, M. et Mme André Levy. M. le Prof. Lereboullet, M. Menegaux, M. et Mme Merklen, M. le Prof. et Mme Metzger, M. et Mme Munch, M. et Mme Nora, M. et Mme Quirin, M. et Mme Rœderer, M. Rosenthal, M. et Mme Schmitt, M. Touvet, M. Ulrich, M. et Mme Weiller, Mmes G. et S. Weill.

— « **Le Progrès médecin** ». *Revue mensuelle* (Paris, 26, rue Feydeau). — Nous venons de recevoir le premier numéro d'une nouvelle revue médicale, *Le Progrès médecin*, que dirige le Dr Roger André, du Mont-Dore. Notre nouveau confrère, à qui nous adressons tous nos meilleurs souhaits, publiera des travaux de clinique et de thérapeutique pratiques.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Or, l'emploi d'instruments est interdit aux sages-femmes : si elles doivent ultérieurement faire cureter la malade, elles auront eu l'ennui de l'avortement lui-même, sans pouvoir terminer la délivrance complète de l'utérus.

Je me déclare partisan de la collaboration entre praticiens de divers ordres. Au lit du malade, il doit y avoir collaboration, toutes les fois que la situation est difficile, ou que la responsabilité du praticien peut être menacée, du fait qu'il est seul au chevet du patient.

Alors que les procès en responsabilité professionnelle se font de plus en plus nombreux, nous devons répondre par une prudence de plus en plus marquée. Et la première manifestation de cette prudence, c'est la consultation entre confrères.

Aussi, à la question, qui m'a été posée, puis-je répondre en déclarant que, si en droit, la situation de la sage-femme est mal définie, au regard des soins qu'elle peut donner au cours d'un avortement, elle agira sagement et prudemment, en faisant appel à un confrère médecin, pour qu'ensemble ils partagent et le travail obstétrical et les responsabilités.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

4866. — Cessation des obligations militaires

Je suis *médecin capitaine de réserve* depuis 1919. Né en 1882, je me suis engagé et ai fait mon service militaire d'un an (dispensé art. 2) avec la classe 1901. Puis-je demander à être rayé des cadres et serai-je libre de toute obligation militaire ? non mobilisable?

Dr B.

Réponse.

Votre classe 1901 est libérée de toutes obligations militaires depuis le 15 octobre 1930. Vous êtes donc entièrement libéré et non mobilisable depuis cette date, *puisque vous n'avez pas demandé à être maintenu dans les cadres.*

4791. — Droits aux soins gratuits

Un homme titulaire d'une pension d'invalidité de moins de 10 pour cent, justifiée par une maladie, a-t-il droit au livret médical de soins ?

Peut-il être considéré comme bénéficiaire de l'article 64 ?

Je croyais avoir lu dans le *Concours Médical* il y a

déjà quelque temps un article donnant une réponse affirmative à cette question.

Et ayant insisté auprès de ce pensionné pour qu'il demande lui-même à la préfecture le livret médical de soins, celle-ci lui a répondu qu'il n'était pas bénéficiaire de l'art. 64, sans parler du livret.

Dr P.

Réponse.

Le droit aux soins gratuits (article 64) est lié à l'obtention de la pension d'invalidité; or, celle-ci n'est attribuée qu'aux infirmités justifiant d'un taux d'invalidité *atteignant au moins* 10 %.

Toutefois, un blessé ou malade de guerre, ayant eu antérieurement 10 % d'invalidité par décision ministérielle, et remis ensuite à moins de 10 %, garde le droit aux soins gratuits pour *l'infirmité en cause,* la vie durant.

4886. — Droit à la carte de combattant

Le *Concours Médical* étant une source de renseignements les plus divers, pourrait-il me dire si j'ai droit à la carte de combattant? Je ne croyais pas avoir droit à cette carte, mais j'ai lu que les médecins des sections de munitions et des parcs d'artillerie y avaient droit.

Voici mes états de service :

Parti le premier jour de la mobilisation, affecté au parc du ne d'artillerie, débarqué à M. le 16 août. Jusqu'au 20 octobre, quoique malade, j'ai assuré le service du parc d'artillerie.

Evacué malade vers le 20 octobre. Renvoyé malade à M. au début de nov. 1914. A M. je suis affecté à un hôpital et j'y reste jusqu'en juillet 1916. Envoyé à C., d'où je suis renvoyé, au bout de 15 jours je suis affecté à l'hôpital de S., enfin réformé en septembre 1917 pour bronchite chronique, asthme, dyspnée, etc. Le temps passé dans la zone des armées avec le parc du ne d'artillerie, d'où je suis renvoyé pour une maladie qui entraînera ma réforme et le droit à une pension, me permet-il d'obtenir la carte de combattant ?

Dr M.

Réponse.

Le décret du 1er juillet 1930 porte, en ce qui concerne l'attribution de la croix du combattant aux mobilisés de l'artillerie, tableau A, titre I § 4 artillerie : « Artillerie des divisions d'infanterie, de cavalerie et des corps d'armée, à *l'exclusion* des équipes de réparations, des états-majors d'artillerie, des divisions de corps d'armée, des corps de cavalerie et des *parcs d'artillerie* ».

Vous ne semblez donc pas avoir droit à la carte du combattant. Si celle-ci vous est refusée, vous pourrez *cependant* soumettre vos titres spéciaux à la Préfecture (comité départemental des anciens combattants ou des mutilés), en vertu de l'article 4 de ce même décret.

4935. — Entrée dans le service de santé militaire

Etant de la classe de recrutement 1917, mais de la classe 1912 de mobilisation, comme m'étant engagé pendant la guerre, et comme étant marié et père de famille, j'ai l'honneur de vous demander les conditions à remplir pour entrer dans le Service de santé. J'ai été démobilisé, comme maréchal des logis de cavalerie en 1919. Depuis, j'ai fait mes études de médecine et suis installé médecin depuis 1926. Je ne me suis donc pas encore inquiété de mon changement d'armes. Je sais qu'il y a un examen à passer. Mais je voudrais que vous me disiez en quoi il consiste, et s'il existe des manuels d'étude, concernant cet examen.

Dr F.

P. S. — Bravo ! pour l'assurance du « Sou médical » à 150.000 au lieu de 100.000.

Réponse.

Quand vous aurez adressé au directeur du Service de santé de la région votre demande d'entrée dans le Service de santé des réserves (avec date de votre diplôme, etc ...), vous aurez, en effet, à suivre quelques conférences à une époque qui vous sera fixée. Vous subirez ensuite l'examen de médecin auxiliaire. C'est un examen de nature administrative.

Nous pouvons vous signaler le « Manuel des médecins et pharmaciens auxiliaires », de Perdrizet, librairie Baillère et Fils, 19, rue d'Hautefeuille, Paris.

4997. — Preuve de l'imputabilité des infirmités au service militaire

Ma mémoire me trahissant (c'est normal, j'aurai 70 ans l'année prochaine) j'ai besoin de connaître :

1° *Avec précision !* le texte de l'art. de la loi 1926 (1924 ?) qui veut que le demandeur, devant le tribunal des pensions, établisse la filiation directe entre les accidents actuels et la blessure (maladie) de guerre.

2° *Grosso modo !* la jurisprudence qui interprète en exigeant la *certitude* de cette filiation.

Ma thèse, en l'espèce dont je m'occupe, est que la *certitude* est une notion étrangère à l'art médical.

Je ne vous demande pas du tout d'approuver cette thèse. Mon désir est seulement de connaître la situation actuelle. Je me débattrai ensuite à mes risques et périls.

Dr C.

Réponse.

Voici le texte de l'article 1er de la loi du 9 janvier 1926, qui vous intéresse :

« Il est ouvert un délai supplémentaire jusqu'au 31 décembre 1928, pour la présentation, au titre de la loi du 31 mars 1919, des demandes de pensions d'invalidité, lorsque les infirmités in-

voquées sont imputables au service accompli pendant la guerre 1914-1918, à charge pour les intéressés de faire, par tous moyens, la preuve de cette imputation. »

Cette preuve est tout entière à la charge de l'intéressé, qui ne bénéficie plus de la présomption (avis du Conseil d'Etat du 17 janvier 1928. Circulaire du Ministre des Pensions du 24 janvier 1928).

Cette preuve comporte la relation directe entre la maladie constatée pendant le service et l'infirmité actuelle. Elle peut-être faite par tous les moyens de droit commun : preuve littérale (billets d'hôpitaux, écrits, certificats médicaux), par témoins (pour les anciens prisonniers de guerre), ou experts médicaux, par raisonnement (même maladie). (Circulaire Ministre des Pensions 77 E. M. P. du 22 janvier 1926. Voir aussi Ch. Valentino : Le droit à réparation, etc... chez Berger-Levrault, éditeur, 1924).

5083. — Renouvellement de pension biennale

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis au sujet du cas suivant intéressant un malade de guerre. Tout d'abord, excusez-moi de vous déranger aussi fréquemment.

Il s'agit d'un malade réformé par la Commission de réforme de L. en date du 13 octobre 1926, pour bronchite chronique (conséquence d'une intoxication par gaz). La pension a été rejetée par le ministre et rétablie par le tribunal des pensions de B. en date du 16 novembre 1928 pour 2 ans à dater du 13 octobre 1926. Depuis cette époque, ce malade a été convoqué à la commission de L. Le 29 mai 1929 et le 2 août 1930. A cette dernière date la commission l'a réformé définitivement à 30 %.

Or, ce malade vient de recevoir une notification ministérielle datée du 29 septembre 1930 l'informant que la visite de la Commission de réforme du 20 avril 1927 ne peut servir de base pour le renouvellement de la pension parce qu'elle n'a pas eu lieu dans 6 mois précédant l'expiration (*Circulaire ministérielle* 1663, AD du 18 avril 1921).

Je vous serais très obligé de me faire connaître ce que signifie cette notification, le malade ne pouvait pas demander à passer devant la Commission pendant qu'il était en instance au tribunal des pensions ; ce qu'il doit faire actuellement.

Dr G.

Réponse.

Il est prescrit par la circulaire ministérielle visée que toute visite, *qui n'est pas passée dans les six derniers mois d'une pension de deux ans*, ne peut servir de base au renouvellement de cette pension (à moins qu'à l'occasion de cette visite le taux de l'invalidité n'ait été accru, auquel cas la pension serait majorée d'autant, *mais seulement jusqu'à l'expiration des deux années*).

En d'autres termes, le point de départ étant fixé au 13 octobre 1926, et la pension étant reconnue valable pour deux ans jusqu'au 13 octobre 1928, c'est à partir du 13 avril 1928 qu'une visite pouvait être valable pour le renouvellement de cette pension biennale.

Que ce malade ne s'inquiète pas ; sa visite du 29 mai 1929 aura par contre servi au renouvellement de cette pension biennale valable alors jusqu'au 13 octobre 1930, et celle du 2 août 1930 (passée dans les six derniers mois de celle-ci) lui vaudra un taux de pension permanente (après 4 ans, article 7 de la loi du 31 mars 1919).

5025. — Temps de service des étudiants sursitaires

Quelle sera la durée exacte du temps de service militaire pour mon fils qui a été incorporé en Algérie le 15 avril dernier — mon fils qui est de la classe 1925, qui faisait 18 mois, était sursitaire comme étudiant en médecine — fera-t-il 16 mois et demi ou moins que ceux de sa classe qui font leur service en France.

Dr L.

Réponse.

Le Ministre n'a pas encore pris de décision pour les sursitaires des anciennes classes, incorporés en avril dernier. Votre fils ne fera certainement pas plus de seize mois et demi ; et, s'il était muni du brevet de préparation militaire supérieure, il serait certainement libéré avec les hommes incorporés pour une année.

Tout au plus, pourrait-il espérer voir le nombre de ses jours de permission règlementaires venir en diminution de la durée légale de son service s'il n'en avait pas bénéficié au cours de son séjour en Algérie.

5114. — Proposition pour le grade de médecin commandant

Médecin capitaine depuis le 1er juillet 1918 et ayant accompli une période de 21 jours en 1930, puis-je être proposé pour le grade de commandant.

Dr C.

Réponse.

« Les officiers de réserve, ayant été mobilisés pendant moins de six mois dans leur grade actuel, et pour l'avancement desquels deux périodes sont imposées par les articles 27 et 28 de la loi du 8 janvier 1925, ne sont *obligatoirement* tenus d'accomplir qu'une période afin d'être proposables pour le grade supérieur. » (Circulaire ministérielle du 30 septembre 1930).

Vous remplissez donc les conditions exigée pour l'avancement.

Médecine légale.

5580. — Constatation de décès d'un suicidé

Quel tarif dois-je appliquer pour constatation de décès par suicide avec réquisition du maire de la commune, avec certificats fournis à la gendarmerie ?

2° A combien doit-on compter le kilomètre parcouru pour se rendre au lieu de constat ?

Dr P.

Réponse.

Le maire n'avait le droit de vous requérir qu'en qualité d'officier de la police judiciaire et s'il y avait présomption de crime ou de délit.

Comme il s'agissait en réalité d'un suicide, il est à peu près certain que le Parquet refusera de payer vos honoraires au titre des frais de justice en matière criminelle.

Suivant le tarif de ces frais, vous auriez droit à 25 francs pour votre visite et votre certificat ou rapport, plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus enfin une indemnité spéciale de 20 francs, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Nous vous conseillons donc de demander au maire de vous honorer sur les bases de ce tarif. S'il refuse, envoyez votre mémoire au Procureur de la République, en double exemplaire, (dont l'un sur timbre si la somme réclamée excède 50 francs) et lorsque le Procureur aura rejeté votre mémoire, ce qui est plus que probable, adressez-vous de nouveau au maire, qui ne pourra plus alors refuser de vous payer.

Application du Tarif Maginot.

5563. — Note envoyée avec un peu de retard

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-joint copie de la lettre que je viens de recevoir du secrétaire de la Commission de contrôle des soins gratuits aux retraités de la guerre.

Il est bien rare que j'aie pu, jusqu'à ce jour, envoyer d'une façon régulière tous mes mémoires pour victimes de la guerre à chaque fin de trimestre. En juillet 1930, j'ai donc envoyé le relevé semestriel des six premiers mois de l'année. J'ai, peu de temps après, vu revenir mes mémoires, avec prière de les refaire en séparant les deux trimestres. Ce que j'ai fait, sans trop rechigner ! !

Aujourd'hui, je suis avisé :

1° D'une réduction de 10 % de mon mémoire du premier trimestre.

2° D'un conseil à la patience, le mémoire ne devant m'être payé qu'.... aux calendes grecques

La décision de la commission est-elle légale ?...

Si elle ne l'est pas, veuillez m'accorder l'appui du « Sou médical » pour toutes démarches nécessaires.

Si elle l'est, il ne me reste plus qu'à me lamenter sur l'inutilité de nos syndicats et qu'à demander au percepteur de vouloir bien attendre le paiement de nos contributions jusqu'...à mon bon plaisir, ses circulaires m'étant parvenu alors que « mon année financière commençait le X pour se terminer le X de l'année p rochaine ». Mais marchera-t-il ! ! !

Dr Z.

MINISTÈRE DES PENSIONS

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que votre mémoire concernant les mois de janvier, février et mars 1930 n'étant pas parvenu dans les délais légaux, la Commission de contrôle dans sa séance du 15 novembre 1930, a décidé de réduire votre mémoire de 10 %.

De plus l'année financière commençant le 1er avril pour se terminer le 30 mars de l'année suivante, les mois de janvier, février et mars se trouvent compris dans l'exercice clos en 1929 et ne peuvent être payés sur l'exercice 1930.

Des crédits spéciaux seront demandés en fin d'exercice à M. le Ministre des Pensions et votre mémoire ne sera payé que lorsque ces crédits auront été délégués ce qui demandera un très long délai.

Le secrétaire de la Commission,
X...

Réponse.

Il y a là une question de principes qui devrait être soumise à la Commission supérieure. Une commission départementale a-t-elle le droit de supprimer 10 % d'une note, simplement parce que celle-ci n'est pas arrivée « à l'heure », bien qu'avec un simple retard de quelques mois et durant l'année même où furent donnés les soins ?

Pour cela, vous n'avez qu'à faire *appel* (dans les deux mois de la notification de l'arrêt de votre commission départementale) devant la commission supérieure, en envoyant toutes explications utiles à Monsieur le Président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux Pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

Dr Fernand DECOURT.

5681. — Visite prolongée

Ayant demandé à la Préfecture la façon de tarifer une *visite prolongée* (violente crise d'asthme chez un réformé de guerre), j'ai reçu comme réponse qu'il fallait me reporter au décret X (je ne me souviens plus de la date) réglementant les honoraires pour soins aux réformés de guerre.

Dr R.

Réponse.

a) Le décret dont on vous a parlé est celui du 25 octobre 1922. C'est ce que nous appelons en

pratique le tarif Maginot, que tout médecin doit avoir chez lui, pour s'y reporter en cas de besoin, comme il doit avoir le tarif Fallières pour les accidents du travail.

b) Il n'y a pas de tarification spéciale (contrairement au tarif Fallières) pour les *visites prolongées*. A défaut, vous pourriez proposer, par *analogie*, que la Commission se base sur l'article 6 du tarif Fallières, disant qu'on compte une visite en plus par heure passée auprès du malade.

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Fallières

5653. — « Refus techniquement motivé » pour radiographie

1° Je lis dans le *Concours*, votre réponse n° 4727 au sujet de l'accord, en cas de radiographie : le médecin contrôleur devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé ».

Je présume qu'il doit en être de même, pour les traitements physiothérapiques, pour lesquels il est nécessaire d'avoir l'autorisation au-dessus de 5 séances.

2° Au sujet des tarifs accidents du travail, je me permets de vous rappeler combien ma spécialité comporte de frais généraux : vastes locaux, électricité matériel de mécanothérapie très onéreux... que le législateur l'avait compris qui mettait les séances à 10 fr. lorsque la visite était à 7.

Je compte la séance à 20 fr., comme spécialiste, mais cependant au tarif la mécanothérapie est marquée 12 fr. seulement.

Pourriez-vous me dire quel est son prix, et éventuellement, s'il n'est point à 20 fr., je vous demande de vouloir bien y penser au cours de vos revisions.

Dr C.

Réponse.

« L'avis techniquement motivé » fut ajouté seulement dans le décret de juillet 1928, et cela précisément à ma demande, à la suite de plaintes qui m'avaient été adressées par des confrères radiographes. C'est la formule qui m'avait semblé la plus « opérante » contre des refus abusifs de Compagnies d'assurances donnés dédaigneusement sans formuler de motifs.

Mais il ne s'agissait, en l'espèce, que des *radiographies* et nullement de *l'avis préalable* à donner, en cas de plus de cinq séances consécutives (article 7). Dans ce dernier cas, il ne s'agit que d'un « *avis* » et non pas d'une intervention faite « *d'accord* » entre le médecin traitant et le médecin de l'assurance. Il n'y a donc pas lieu, dans votre cas, à un refus (motivé ou non), mais simplement à la possibilité d'un contrôle de l'assurance, si elle le trouve bon, au cours du traitement.

Nota. — Le mécanothérapeute n'est pas compris dans la liste des spécialistes. Nous sommes en

pleine révision du tarif. Pour amorcer la question écrivez donc avec toutes explications nécessaires à M. Sumien, directeur du contrôle des assurances au Ministère du Travail, 80, rue de Varenne, Paris. C'est lui qui est le Président de notre sous-commission et il ne manquera pas de nous soumettre votre lettre pour avis. Ce sera la meilleure façon, au point de vue pratique.

Dr Fernand DECOURT.

5701. — Consultation entre confrères

Je suis oculiste. Un confrère de médecine générale m'envoie un accidenté du travail blessé aux yeux. Je l'examine à mon cabinet et lui renvoie le blessé pour la suite du traitement.

Puis-je compter ma consultation comme consultation avec un confrère, d'après l'article 5 du tarif Breton, et compter ma consultation : 20 fr. × 3 = 60 fr. ?

Au cas où je continue moi-même le traitement du blessé des yeux que le confrère m'a envoyé, suis-je toujours en droit de compter cette première consultation 60 fr. ?

Dr S.

Réponse

La « consultation entre confrères » a lieu, les deux médecins étant en présence du malade, ce qui n'est pas le cas que vous m'indiquez.

Puisque vous êtes spécialisé comme oculiste, le prix de votre consultation est, non pas de 15 francs comme pour les omnipraticiens, mais de 20 francs.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

5350. — Rejet de réclamation sur la valeur locative base de la patente

L'année dernière je vous avais demandé un renseignement relativement à l'établissement de la patente qui m'était calculée sur un loyer de 2.500 fr. alors que mon bail était de 1.500 fr. Le Conseil de préfecture m'a donné raison et a ramené pour 1929 le chiffre de base à 1.500 fr. Cette année j'étais imposé sur 2.000 et j'ai déposé une réclamation à la mairie le 18 juin dernier demandant la réduction à 1.500 fr. A ce moment la décision du conseil de préfecture pour 1929 n'était pas encore rendue, elle l'a été en novembre seulement.

L'Administration me l'a communiquée et le percepteur m'a remboursé le montant du dégrèvement pour 1929, mais je n'ai pas encore reçu de réponse du contrôleur des contributions à ma réclamation du 18 juin pour 1930. Il me semble qu'il ne peut faire autrement que de l'adopter puisqu'il y a une décision du Conseil de préfecture pour l'année précédente. Dois-je attendre ? Est-ce que le contrôleur

doit dans tous les cas m'aviser de la solution qu'il donne à ma réclamation ou bien peut-il la rejeter sans m'en prévenir et suis-je exposé si j'attends à ne plus pouvoir me servir d'autres voies de recours par suite de l'expiration d'un certain délai.

Dr B.

Réponse.

Dans tous les cas, la décision doit donner lieu à notification, la date de cette notification faisant courir le délai de réclamation. Il est à présumer que le contrôleur a attendu le jugement du conseil de Préfecture.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

5018. — Base et calcul de la patente

En qualité d'abonné au *Concours médical*, je me permets de vous demander un renseignement au sujet de la patente : 1° sur quelles bases est-elle établie ?

Puis-je moi-même la calculer ? Ai-je tous les éléments pour cela ?

2° J'ai actuellement trois pièces de l'immeuble que j'habite qui sont affectées à mon usage professionnel, dois-je payer pour la totalité de l'immeuble ?

Dr F.

Réponse.

Le principal de la patente de médecin est égal au 15e de la valeur locative des locaux professionnels et d'habitation ; ce principal multiplié par le centime le franc (variable pour chaque commune) donne le montant de la patente à payer.

Si la valeur locative excède 4.800 francs, il faut prendre le 12e au lieu du 15e.

A. M.

5241. — Le médecin du bureau de bienfaisance est patentable

Un confrère, ayant exercé à X, mais n'y exerçant plus, et s'étant établi pour les saisons d'été dans une ville d'eaux, peut-il conserver à X., les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance pour lesquelles il touche un fixe, sans s'exposer à être imposé dans cette ville pour la patente ?

Dr B.

Réponse.

Dans le cas exposé dans votre lettre du 25 novembre, le médecin en question resterait imposable à la patente à X.

A. M.

5343. — Patente en cas de changement d'appartement

J'habite un appartement (location verbale sans le moindre « papier » signé) pour lequel suivant

l'usage local, j'ai donné congé pour le 29 mars prochain.

Je cesserai d'y habiter fin décembre ou début de janvier pour occuper une autre maison dont je commence à payer le loyer à dater du 1er décembre 1930 (location verbale sans « papier » signé ni enregistré). Serai-je « patentable » en 1931, pour ces deux appartements ou seulement pour le second ? Vraisemblablement pour les deux.

Et si je n'entre OFFICIELLEMENT dans mon prochain appartement qu'après le 1er janvier, c'est-à-dire si je n'en paye le loyer qu'à partir du 2 ou du 15 janvier, ou inversement, si mon propriétaire actuel reloue (ce que je l'ai autorisé à faire) l'appartement que je suis sur le point de quitter, aussitôt après mon départ) serait-il, alors nécessaire que ce départ ait lieu avant le 1er janvier ?

Dr B.

Réponse.

Si, comme il est à supposer, il s'agit d'un changement de résidence et, dès lors, que les deux appartements ne seront pas simultanément occupés par vous, une seule patente est exigible.

En conséquence ;

Si vous quittez votre ancienne résidence avant le 1er janvier, vous pouvez demander décharge de la patente et vous serez imposé dans la nouvelle résidence pour l'année entière par voie de rôle supplémentaire. Si vous quittez l'ancienne résidence après le 1er janvier, la patente sera due pour l'année entière et vous ne serez imposé sur votre deuxième résidence que si les droits en principal sont plus élevés que ceux imposés dans la première résidence, l'imposition ne portant évidemment que sur la différence.

A. M.

5164. — Un médecin salarié est exempt de la patente

J'ai de nouveau recours à vos bons offices juridiques au sujet de ma patente (jeune médecin assistant d'un autre médecin, salaire fixe mensuellement).

Ma réclamation au directeur des contributions ayant été rejetée j'ai fait appel au Conseil de préfecture suivant vos instructions. Ces jours-ci je serai convoqué devant ce Conseil. Pouvez-vous me donner des arrêts du Conseil d'Etat ou d'autre juridiction concernant l'exemption de patente des salariés ? On invoque à mon encontre le fait d'avoir payé sans réclamation deux patentes successives sur un loyer minime, je n'occupais alors qu'une chambre !

Dr P.

Réponse

La patente étant annuelle, l'administration ne peut invoquer l'absence de réclamation de votre part pour les années antérieures. Par un arrêt en date du 15 décembre, le Conseil d'Etat a décidé

qu'un médecin adjoint donnant exclusivement ses soins aux clients d'un médecin imposé à la patente, recevant une rémunération mensuelle fixe, devait être considéré comme un employé à gages, n'exerçant pas pour son compte et qu'en conséquence il ne pouvait être assujetti à la patente (arrêt Leulier, département de Seine-et-Oise). Par un arrêt du 30 juin 1929, le Conseil d'Etat a également décidé qu'un médecin employé au service d'une Compagnie de navigation maritime et n'ayant par de clientèle particulière, n'était pas passible de la patente, attendu qu'il devait être considéré comme un commis à gages.

A. M.

Accidents.

5556. — Rachat de la rente d'un accidenté du travail

Un de mes clients, maintenant âgé de 23 ans, a été blessé au pouce il y a 4 ans. Il en est résulté une I. P. P. donnant une rente de 112 fr. par an. La compagnie d'assurances propose au blessé de racheter sa rente et lui demande de dire ce que celui-ci désire comme prix du rachat de sa rente.

N'y a-t-il pas un barème officiel ? Est-il permis de racheter une rente supérieure à 100 fr. ! Dans l'affirmative, quelle somme à votre avis peut demander le blessé ?

Dr L.

Réponse.

S'il s'agit d'un accident du travail, la pension ne peut être remplacée par le paiement d'un capital, puisqu'elle est supérieure à 100 francs (article 21 de la loi du 9 avril 1898). Lorsqu'il peut être effectué légalement, le rachat doit avoir lieu d'après le tarif établi par la Caisse nationale des retraites conformément à l'article 28 de la loi du 9 avril 1898.

D'autre part, lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de révision prévu à l'article 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente calculée d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites lui soit attribué en espèces (article 9). La demande doit alors être portée devant le Tribunal au plus tard dans le mois qui suit l'expiration du délai imparti pour la révision (article 19).

Si votre client accepte les propositions de la Compagnie d'assurances, propositions qui nous paraissent peu conformes à la législation sur les accidents du travail, il doit exiger que le capital lui soit versé sur la base du tarif officiel, dont il pourra obtenir un exemplaire soit à la poste, soit à la caisse des dépôts et consignations.

Cinquante-troisième année — N° 3 — 18 Janvier 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1er Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le, : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P. H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psychothérapie*,) Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : P Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba *Mal poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villers-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau *Mal. enf.*)

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 16. — A vendre lot actions Société Lithia, à 20 fr. l'une. Dr Guillemin, 16, avenue George-V.

No 17. — Conf. demande chambre dans famille pour fils étud. en méd. Dr Béranger, place Cathédrale, à Beauvais.

No 18. — Paris, près Luxembourg, appartem. méd. 5 p., bail 9 ans à 10.000, à prendre de suite. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon, 36-46.

No 19. — Paris. Clin. méd. génér. gynécol. et enf., très ancienne, prod. intéress., belle installat., cédée, prix 55.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 20. — Banl. très proche, client. de 10 ans, bon rendement, grand appart, salle bains. Prix à débatt. Facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 21. — Seine-et-Marne, 40 km. de Paris, bonne clientèle à prendre gratuitem. par suite décès. On peut faire pharmac., subvent., de la commune. Bicycl. suffit. 6 communes peu éloignées à desservir. Logement vacant.

No 22. — A céder d'urgence pour cause départ petite maison santé, banlieue immédiate. Chirurgie, accouchement. Compt. à débattre.

Renseignements

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Meillère est élu, par 48 suffrages, vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1931.

M. Jules Renault est réélu secrétaire annuel. MM. Teissier et Martel sont proclamés membres du Conseil d'administration pour l'année 1931.

— **Hôpital Foch.** — Le docteur Léon Giroux, médecin de l'hôpital, reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 1er février à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique, électrocardiographique. Traitement.

— **Hôpital Saint-Michel**, 33, rue Olivier-de-Serres. *Conférence.* — Mercredi 11 février, à 11 heures, salle du service de gastro-entérologie, causerie du docteur A. Richard : Sur l'*effort physique du tour de France cycliste* (avec projections).

— **A la mémoire du Dr Delagenière.** — La ville du Mans a pris l'initiative d'élever un monument à la mémoire du Dr Henry Delagenière, le chirurgien bien connu du Mans, mort récemment.

— **La médaille du Professeur Castaigne.** — La médaille et le livre jubilaire offerts par souscription au professeur J. Castaigne, lui seront remis à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, le 3 avril 1931. Cette cérémonie, que présidera le professeur Achard, aura lieu au cours des travaux du Congrès des Sociétés savantes, qui se tiendra à Clermont-Ferrand du 7 au 11 avril 1931.

— **Ecoles de plein air.** — *Cours normaux gratuits* au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, pour la préparation au certificat d'aptitude à l'enseignement et à la direction des écoles de plein air, en 1931.

Jeudi 22 janvier, 16 heures, M. Lemonier : Fonctionnement des écoles de plein air et des pédagogies spéciales. Attributions du personnel. Règlements. — 17 heures, M. Grandjean, inspecteur d'hygiène : Les classes de plein air et les classes aérées à Paris et en banlieue ; Organisation ; Fonctionnement.

Jeudi 29 janvier, 16 heures, M. Emmanuel, président de l'Amicale des Ecoles de plein air : Les différentes méthodes d'éducation physique. — 17 heures, Dr Armand-Delille : L'alimentation de l'enfant ; Rations et menus à l'école de plein air.

Jeudi 6 février, 16 heures, M. Lemonier : Pédagogie spéciale ; Méthodes ; Procédés. — 17 heures, M. Orgelet, inspecteur primaire, à Paris. — 18 heures, M. Robert de Massy, président honoraire du tribunal civil à Orléans : L'éducation morale par la culture de la volonté.

Jeudi 12 février, 16 heures, M. Lemonier : Une leçon-type : météorologie, tenue. — 17 heures, Dr Armand-Dellile : La propreté de la peau et des muqueuses ; l'hydrothérapie à l'école de plein air.

Jeudi 19 février, 16 heures, M. Lemonier : Leçon-type : Etat civil. Personnalité. — 17 heures, Dr Chaillet-Bert, de la Faculté de médecine : Le médecin, l'assistance scolaire, les fiches sanitaires.

Jeudi 26 février, 16 heures, M. Emmanuel : Matériel pour l'éducation physique. La tenue des pupilles et des moniteurs pendant la leçon. — 17 heures, Dr Armand-Delille : La gymnastique, exercices, repos.

Jeudi 5 mars, 15 heures, Dr G. A. Richard, Professeur à l'Institut d'éducation physique de l'Université de Paris. Dosages et intensité de l'éducation physique pour les enfants débiles. — 16 heures, M. Lemonier : Nomenclature et progression des écoles de plein air.

Jeudi 12 mars (Mi-Carême), 14 heures : Visites d'écoles de plein air et préventoria. — 16 heures, M. Lorgeou, de l'Institut pédagogique des écoles de plein air : Observations faites dans les écoles de plein air en Allemagne.

Jeudi 19 mars, 16 heures, M. Emmanuel : Leçons d'éducation physique, plans. Eléments de gymnastique corrective. — 17 heures, Dr Dufestel, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs : L'hygiène scolaire à l'école de plein air.

Jeudi 26 mars, 16 heures, M. Guilmain, professeur d'anormaux. Moyens pratiques de dépister les déficients mentaux avant l'admission. — 17 heures, Mme Jouenne, directrice de l'école de plein air municipale: Utilité d'un service social à l'école de plein air. Son fonctionnement.

Cours par correspondance pour les personnes isolées en Province. Se faire inscrire au secrétariat, 9, avenue Reille, Paris (14e).

— **Hôpitaux d'Angers.** — M. le Dr J. Gautier, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien adjoint des hôpitaux d'Angers.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis** (Seine). *Concours d'internat.* — Un concours pour sept places d'internes aura lieu les 26 et 27 janvier 1931. Ce concours est ouvert aux étudiants et étudiantes en médecine pourvus d'au moins 16 inscriptions nouveau régime. Avantages : indemnité mensuelle de 550 fr., nourriture, logement et blanchissage.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours. Pour tous renseignements s'adresser au directeur de l'hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est.

— **Ministère des postes, télégraphes et téléphones.** *Service médical à Dijon, Lille, Rouen.* — Un concours sur titres aura lieu, en février 1931, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Dijon, à Lille et à Rouen, d'un médecin au Comité médical régional siégeant dans chacune de ces trois villes.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés, au plus, de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'école de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au directeur régional des P. T. T. à Dijon, à Lille ou à Rouen, avant le 1er février prochain. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— **Naissance.** — Le docteur Gravelle, d'Onnaing, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille Monique (17 décembre 1930).

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 DÉCEMBRE

Académie de médecine.

Est approuvée l'élection, pour une nouvelle période de cinq ans, de M. Achard comme secrétaire général de l'Académie de médecine.

Asiles publics d'aliénés.

Décret du 27 *décembre* 1930 *modifiant le décret du* 4 *janvier* 1922 *relatif au recrutement et à la nomination du personnel des asiles publics autonommes d'aliénés.*

Assistance publique.

Décret du 29 *décembre* 1930 *modifiant les conditions de recrutement et de nomination du personnel des établissements nationaux de bienfaisance.*

Ces décrets seront publiés ultérieurement.

Hygiène publique.

Ont été nommés, pour l'année 1931 :

Président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : M. le Professeur Léon Bernard.

Vice-présidents dudit Conseil : M. le Professeur Pouchet et M. le Docteur Jules Renault.

Est approuvé le règlement de la section de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance de la clinique école des sœurs de Niederbronn, 6, rue Roesselmann, à Colmar.

Soins aux pensionnés de guerre.

Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Arrêté du 30 *décembre* 1930.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, pendant l'année 1931, comme membres titulaires :

Représentants de l'administration.

M. le médecin inspecteur Odile, président.

M. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions.

Mlle Mallet, sous-chef de bureau au service des soins gratuits et de l'appareillage.

M. Brunet, directeur adjoint à la comptabilité publique.

M. F. Richard, inspecteur des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

M. Robert Greslin, président de la fédération des associations de mutilés de l'Aisne, membre de l'union fédérale.

M. Delsuc, secrétaire général de la fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux.

M. Villedieu-Benoit, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Delfau de Pontalba, membre de l'union nationale des combattants.

M. Cauet, vice-président de la fédération des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Lenglet, de la Seine.
M. le docteur Noir, de la Seine.
M. le docteur Fanton d'Andon, de la Seine.
Monsieur Barthet, pharmacien de la Seine.
Monsieur Guenot, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration.

M. Esquieu, chargé de mission au ministère des pensions.

M. le docteur Legendre, chargé du service des expertises médicales au ministère des pensions.

M. Morin, sous-chef de bureau au contentieux au ministère des pensions.

M. Blanchon, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

M. Borrossi, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Pichot, président de l'union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre.

M. Brun, avocat à la cour d'appel de Paris, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Delahaye, vice-président de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Demogé, président de la fédération nationale des plus grands invalides de la guerre.

M. Favret, vice-président de l'union des aveugles de guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Caillaud, du Loiret.
M. le docteur Bourguignon, de la Seine.
M. le docteur Piot, de la Seine.
Monsieur Collesson, pharmacien de la Seine.
Monsieur Lenoir, pharmacien de la Seine.

1er JANVIER

Service de santé militaire.

Par décret du 31 décembre 1930, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre des réserves *sans traitement*, les médecins des réserves dont les noms suivent :

Au grade de Commandeur :

Barbellion, méd. comm., hon.,

Au grade d'officier

Guyonneau, méd. cap., hon., Dalous, méd. comm., 17e rég., Lavenant, méd. comm., 11e rég. ; Bonzoms, méd. comm., 16e trég. ; Pasteau, méd. comm., rég. Paris ; Guillaume, méd. comm. ; 6e rég. ; Estourneau de Tersannes, méd. comm., 10e rég. ; Pironneau, méd-capit., rég. Paris ; Picot, méd. comm., rég. Paris ; Delmais, méd. comm., 16e rég. ; Laquière, méd. comm. 19e C. A.

Au grade de chevalier

Lévy, méd. cap. 20e rég. ; Puech, méd. capit. 13e rég.. ; Hanriot, capit. rég. Paris ; Brochet, méd. capit. rég. Paris ; Rachou, méd. lieut. 17e rég. ; Redslob, méd. lieut. 20e rég.

Par décret du 31 décembre 1930, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre des réserves, *avec traitement*, les médecins des réserves dont les noms suivent :

Gernez, méd. comm., rég. Paris ; Planche, méd. comm., 13e rég. ; Somen-Henech, méd. capit. rég. Paris.

Au grade de chevalier

Prost, méd. capit. rég. Paris ; Brunel, méd. capt. rég. Paris ; de Hergne, méd. command. 11e rég. ; Lebrun, méd. capit., 3e rég. ; Ouvry, méd. capit. 3e rég.

Swinghedauw, méd. comm., 1re rég. ; Engel, méd. capit., rég. Paris ; Ehringer, méd. capit, 8e rég. ; Carrayrou, méd. capit., 16e rég. ; Coujon, méd. capit., 17e rég. ; Rendu, méd. capit., 14e rég . ; Rouveux, méd. capit., 13e rég. ; Treyve, méd. capit., 13e rég. ; Morisson, méd. capit., 12e rég. ; Lauge, méd. capit., 19e C. A. ; Berthelot, méd. lieut., 14e rég. ; Bardet, méd. lieutenant, 8e rég.

Petitclerc, méd. lieut., 3e rég. ; Rafinesque, méd. capit., rég. Paris ; Goupil, méd. capit., 8e rég. ; Mouton, méd. capit., 20e rég. ; Desvignes, méd. capit., 12e rég. ; Perrin-Maréchal, méd. lieut., 13e rég. ; Bernay, méd. capit., 7e rég. ; Pantel, méd. lieut., 15e rég. ; Tarde, méd. cap., 15e rég. ; Despujols, méd. capit., 18e rég. ; Alcay, méd. lieut., 15e rég. ; Bernard, méd. lieut. 19e C. A.

Terrier, méd. lieut., 16e rég. ; Benet, méd. capit., 17e rég. ; Chavaillon, méd. capit., 9e rég. ; Rubendorf, méd. capit., troupes Tunisie ; Deffuant, méd. capit., 16e rég. ; Chevalerias, méd. capit., rég. Paris ; Romefort, méd. lieut., 18e rég. ; Gibert, méd. lieut., 14e rég. ; Hamel, méd. capit., 20e rég. ; Habault, méd-capit., 5e rég. ; Ricoux, méd. capit., 19e C. A. ; Appard, méd. lieut., rég. Paris.

Aubin, méd. lieut., rég. Paris ; Gelibert, Méd. capit. Maroc ; Bassarguette, méd. capit., 15e rég., ; Herdner, méd. lieut., 5e rég. ; Vernie, méd. lieut., 4e rég. ; Beisson, méd. lieut., 15e rég. ; Piquemal, méd. capit., Indochine ; Tarbouriech, méd. lieut., 15e rég. ; Carpcopino-Tuscli, méd. lieut., 15e rég. ; Langeron, méd. capit., 14e rég. ; Clergue, méd. lieut., 15e rég. ; Phélippot, méd. capit., 18e rég. ; Michaux, méd. capit., rég.-Paris ; François, méd. lieut., 15e rég. ;

Artigues, méd. lieut.l., 17[e] rég. ; Lignac, méd. lieut., rég. Paris ; Tierny, méd. lieut., 1[re] rég. ; Rousset, méd. lieut., 2[e] rég. ; Parfondy, méd. lieut., rég. Paris; Hoff, méd. lieut., 20[e] rég.

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. les D[rs] Faraut et Lévrier, sur la proposition du Grand Chancelier de l'Ordre.

4 JANVIER

Maladies professionnelles.

Loi du 1[er] *janvier* 1931 *modifiant et complétant la loi du* 25 *octobre* 1919 *étendant aux maladies professionnelles la loi du* 9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail.*

Cette loi sera publiée dans le prochain supplément documentaire.

La réflexothérapie nasale

Le D[r] A. Leprince vient de publier un ouvrage intitulé : « La réflexothérapie nasale » (1) dans lequel il appelle à nouveau l'attention sur cette curieuse méthode thérapeutique.

La réflexothérapie endo-nasale fut imaginée il y a une vingtaine d'années par un oto-rhino-laryngologiste français, le D[r] Bonnier, qui était en même temps un physiologiste distingué. Bonnier cautérisait au galvano-cautère la muqueuse pituitaire en certains points dans le but d'obtenir une action réflexe curative. Il avait indiqué plusieurs zones nasales, au niveau des cornets principalement, qui selon lui correspondaient à différentes régions de l'organisme et à différents organes. On connaît bien, par exemple, l'analogie de structure entre les cornets inférieurs et les corps spongieux du pénis. Poirier, dans son enseignement à la Faculté, insistait jadis sur la congestion nasale qui accompagne l'érection et sur le rôle des fosses nasales dans la copulation. Dans ces conditions, on a quelque raison de penser qu'une intervention modificatrice sur la tête du cornet inférieur sera susceptible éventuellement d'agir par un mécanisme réflexe sur les fonctions génitales : puissance sexuelle, aménorrhée, troubles menstruels, etc. Après une étude minutieuse des réflexes pituitaires, Bonnier avait étendu sa méthode à un grand nombre d'autres affections, de troubles fonctionnels principalement.

Tout récemment, un médecin espagnol, Asuro, de Saint-Sébastien, reprenant la technique de Bonnier, est venu annoncer des guérisons inattendues, par ce moyen, de maladies d'apparence sérieuse, paralysies anciennes, névralgies tenaces,

(1) *La réflexothérapie scientifique endo-nasale et la méthode d'Asuéro.* Chez N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. (Un vol. 124 pages, 8 fig.)

asthme, ulcères de jambe, etc. Asuero reçut un jour à sa consultation un malade paraplégique, incapable de se déplacer sans un aide et qui se plaignait également de gêne du côté des fosses nasales. Lui ayant cautérisé sa pituitaire, Asuero le pria de se retirer, en lui disant : « C'est fini, *levez-vous et allez !* » Quelle ne fut pas la surprise du médecin espagnol de voir ce paraplégique marcher et partir seul, sans aucun appui. Ses paroles avaient eu quelque analogie avec celles du Messie et elles furent pour lui le point de départ d'une réputation de guérisseur qui s'étendit non seulement en Espagne mais en France et sur l'autre continent. En 3 mois, 2.500 patients, plus ou moins réputés incurables, se succédèrent à la clinique de Saint-Sébastien. L'afflux de malades fut tel qu'Asuero, à bout de forces, dut fermer momentanément son cabinet de consultations.

Critiqué, attaqué quant aux bases scientifiques et à la valeur de sa méthode, Asuero se défendit en publiant un ouvrage dont M. Leprince, dans son livre, nous donne une analyse. Asuero, d'après M. Leprince, proteste contre l'objection qui lui fut faite d'employer la méthode de Bonnier. Sans détour, il déclare que son traitement n'agit que par suggestion et que les succès qu'il a obtenus il les doit uniquement à la puissance suggestive qui émane de lui-même, de sa réputation, et à la valeur psychothérapique de sa technique.

Je crois qu'il faut penser, avec lui, qu'une partie des effets de cette méthode relève effectivement de la suggestion. Est-ce à dire que dans la « réflexothérapie nasale » tout soit suggestion ? Il serait excessif et sans doute inexact de le prétendre. M. Leprince accorde à la réflexothérapie nasale une activité réelle *sui generis*. Il la recommande en dehors de toute psychothérapie, à condition de la limiter à des phénomènes morbides qui sont ou fonctionnels ou intimement liés à un état fonctionnel défectueux. On pourrait quelquefois guérir par une excitation de certaines zones nasales (obtenue à l'aide du galvano-cautère ou d'un stylet) des névralgies, des phénomènes parétiques, des entérites, des cas d'asthme, de dysménorrhée, voire d'ulcérations trophiques, etc. Ce serait une méthode qui, employée avec toutes les réserves qui conviennent, pourrait rendre des services en thérapeutique dans des affections par ailleurs assez rebelles aux traitements habituels. Il ne faudrait, toutefois, pas trop lui demander sous peine de la discréditer complètement. Telle est la conclusion à laquelle je souscrirais volontiers, en m'appuyant sur une expérience personnelle déjà longue de l'oto-rhinologie.

P. Lacroix.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

95, rue du Cherche-Midi, Paris 6e

Bourses aux familles nombreuses du Corps médical. Fondation du Dr Roussel

A la séance du Conseil général de l'Association générale des médecins de France du 5 décembre dernier, M. le Dr Thiéry, secrétaire général, a informé ses collègues que M. le Dr ROUSSEL mettait comme l'année dernière, à la disposition du Corps médical tout entier et des veuves de médecins 10 bourses de 10.000 fr. chacune, destinées à venir en aide aux familles nombreuses.

Il a fait connaître qu'en 1930, les bourses ont été attribuées à 7 confrères dont les familles comptent de 17 à 9 enfants et à 3 veuves dont la situation était particulièrement digne d'intérêt. Soixante et onze membres du Corps médical avaient adressé des demandes au Président de l'Association générale.

Les demandes qui n'ont pas obtenu satisfaction seront, à nouveau, examinées, à condition que les intéressés les renouvellent par une simple lettre, en indiquant, s'il y a lieu, les modifications qui pourraient être survenues dans leur situation.

Le règlement pour l'attribution des bourses est le suivant :

ARTICLE PREMIER. — Les dix bourses familiales du Corps médical dues à la générosité de M. le docteur Roussel seront attribuées chaque année par un jury composé de douze membres comprenant : le Président de l'Association générale des médecins de France, président; le secrétaire général et le trésorier général de cette Association ; M. le docteur Roussel ou son délégué, et cinq membres désignés par le Conseil général à sa réunion mensuelle de janvier, un délégué de la Confédération des Syndicats, un délégué de la Société des femmes et enfants de médecins, un délégué du Service de Santé militaire et un délégué de l'Association des médecins de la Seine.

ARTICLE 2. — Les bénéficiaires seront des médecins civils ou militaires français d'origine ou des veuves de médecins non remariées, faisant partie ou non d'une Association professionnelle.

Les candidats devront avoir au moins cinq enfants vivants à leur charge.

ARTICLE 3. — L'attribution en sera faite par le jury sur demande des intéressés adressée par eux-mêmes ou par toute Association professionnelle ayant eu connaissance de la situation d'une famille de confrère intéressante.

ARTICLE 4. — *Ces demandes devront être adressées à M. le Président de l'Association générale des Médecins de France,* 95, *rue du Cherche-Midi.*

Voir la suite page LXIII-209

PROPOS DU JOUR

Va-t-on continuer à nous empoisonner ? L'adultération des farines.

La *Confédération des syndicats médicaux français*, sur la proposition du Dr Lenglet, son représentant au Conseil supérieur d'Hygiène publique, et du Dr Clavelier, de Toulouse, a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux de France, considérant qu'aucune expérience de laboratoire, qu'aucune expertise ne peut, en l'état actuel des connaissances médicales et scientifiques, apporter la preuve que puisse être faite, sans dommage pour la santé publique, l'addition à la farine de substances chimiques, destinées, aux dires des minotiers, à favoriser la panification ; que, néanmoins, certains experts émettent des conclusions favorables à cette addition, tout en insistant sur la nécessité d'un contrôle rigoureux de l'usage des substances chimiques ; que ce contrôle ne peut être exercé avec la précision et la sécurité qu'exige une manœuvre industrielle aussi redoutable, donne mandat à son représentant, membre du conseil supérieur d'hygiène publique, d'élever devant ce conseil la protestation du corps médical contre l'octroi de telle licence préjudiciable à la santé publique.

Nous applaudissons sans réserves cet ordre du jour : d'abord parce qu'il prouve que le syndicalisme médical se préoccupe très sérieusement de tout ce qui concerne la santé publique et qu'il n'entend pas borner son action aux questions étroites d'intérêt professionnel ; ensuite parce qu'il donne satisfaction à une campagne menée sans trêve depuis la fin de la guerre par le *Concours médical* qui n'a cessé de protester contre l'adultération des farines et de montrer comment notre population a été empoisonnée depuis une quinzaine d'années.

Nous croyons bien que c'est le *Concours médical* qui le premier s'efforça, il y a 12 ou 13 ans, d'attirer l'attention sur l'altération des farines en publiant une note qui nous avait été envoyée, croyons-nous, par notre distingué ami, le Dr Lenglet. Peu après, un praticien très distingué de Meung-sur-Loire, notre vieil ami et collaborateur, le Dr Albert Veillard, déjà fort connu et apprécié par ses travaux sur l'hygiène de l'enfance, dénonça dans un mémoire publié en 1921, les accidents provoqués par les toxines des farines avariées, accidents qui étaient alors attribués à l'encéphalite léthargique et à la grippe infectieuse.

Avec une ténacité vraiment admirable, le Dr Veillard pendant ces dix dernières années accumula dans le *Concours médical* ses observations, sa documentation, ses arguments.

Très renseigné par ses relations dans le monde de la minoterie, de la boulangerie et de l'agriculture, il montra que lorsqu'on autorisait le mélange de maïs ou de seigle altérés, plus tard de fèves d'origine exotique, aux farines de froment, l'on voyait apparaître dans les régions où ces farines adultérées étaient consommées, des troubles nerveux que les médecins officiels attribuaient à des encéphalites. On aurait pu, tenant compte des travaux de Veillard, faire de sévères enquêtes à ce sujet, mais les conclusions du vieux praticien ne s'accordaient guère avec la doctrine des virus filtrants alors à la mode. On fit sur ses travaux la conspiration du silence. *Vox clamat in deserto.*

Pendant ce temps, les vétérinaires de l'armée démontraient irréfutablement que les farines de fèves exotiques déterminaient sur les chevaux des troubles nerveux d'origine toxique mortels. On cessa d'empoisonner les chevaux, mais l'on continua à empoisonner les hommes.

Le Dr Veillard ne se découragea pas et continua, dans sa retraite d'Orléans, à étudier l'intoxication par les farines adultérées, à montrer que l'agent toxique, apporté par le mélange des farines de fèves exotiques aux farines de blé panifiables, était le cyanogène et ses dérivés. Il continua à dénoncer l'étrange tolérance qui permettait d'empoisonner des populations entières, pour faciliter de singulières spéculations commerciales.

Pendant ce temps la production mondiale du blé s'accroissait singulièrement et le mélange des farines de fèves exotiques devenait moins rémunérateur. Les spéculateurs cherchèrent

autre chose. Avec une ingéniosité diabolique, ils imaginèrent de blanchir les farines au moyen de vapeurs nitreuses et de chlore, puis de leur ajouter des sels oxydants (chlorates ou persulfates) qui, activant la fermentation, économisant ainsi le levain et fixant une quantité d'eau beaucoup plus considérable, augmentaient les bénéfices des boulangers et facilitaient leur besogne. S'il faut en croire le remarquable discours de M. le général Victor de Saint-Just à la *Chambre des Députés* (séance du 27 novembre 1930), discours que nous reproduisons intégralement, les grands minotiers auraient ainsi pour but de s'assurer le monopole de la vente des farines en supprimant les petits meuniers, les boulangers ayant intérêt à s'adresser à eux et à devenir leurs clients. Le souci de la santé publique n'entre en rien dans ces combinaisons commerciales et ces spéculations financières.

La question de M. le général de Saint-Just a fini par émouvoir L'Académie de médecine (enfin !) s'est occupée de la question et une commission composée de MM. Pouchet, Léon Bernard, Brouardel, Desgrez, Lapicque et Jules Renault est chargée d'étudier la question. M. Kling, le directeur du laboratoire municipal, chimiste distingué, reste indécis, mais il pense qu'il n'y a aucun inconvénient à permettre l'addition de sels oxydants aux farines dans les minoteries bien outillées en réglementant et surveillant ces manœuvres. M. Bordas est beaucoup plus affirmatif sur l'inocuité de cette chimie.

M. le pharmacien colonel Bruère, directeur du laboratoire de chimie alimentaire de l'intendance militaire et qui n'est ni moins savant, ni moins distingué que M. Bordas, est d'un avis opposé. Il est intransigeant sur la nécessité d'interdire tout mélange et partant toute adultération des farines.

Une intéressante controverse est ouverte sur ce sujet au *Comité national d'études sociales et politiquesà la cour de Cassation* où les hommes les plus co mpétents donnent leur opinion (1).

S'il est permis aux simples praticiens et aux consommateurs de pain de donner leur avis, nous dirons en leur nom :

Depuis une quinzaine d'années que nous mangeons du mauvais pain, une foule de maladies mal définies, inconnues il y a vingt ans,se manifestent de plus en plus tous les jours : dyspepsies, entérocolites, dermatoses, troubles hépatiques, rénaux, nerveux, endocriniens, dont il nous est impossible à nous praticiens de discerner l'origine. Tous, nous sommes si intimement convaincus que le pain joue un rôle important dans l'étiologie de ces états morbides singuliers, que nous en interdisons ou en limitons l'usage à nos malades, ce qu'autrefois nous n'aurions jamais songé à faire.

Il n'en est pas un d'entre nous qui n'ait constaté qu'au cours des vacances, dans les pays plus primitifs, où le pain est moins blanc, les digestions deviennent moins pénibles, les entérites et la constipation disparaissent spontanément et sans médication.

Aussi, sommes-nous de l'avis du pharmacien colonel Bruère, et demandons-nous avec le général de Saint-Just qu'on nous rende le pain de nos pères que nous avons mangé autrefois et qu'on ne mange plus.

Mais, répliqueront les snobs et les profiteurs : « Vous faites bon marché de la chimie ; et la chimie c'est le progrès. »

La chimie est, comme les langues du bon Esope, ce qu'il y a de meilleur et ce qu'il y a de plus mauvais. Il y a la bonne et l'utile chimie, mais il y a aussi celle qui a doté les armées des gaz toxiques et asphyxiants et qui nous empoisonne avec des « ersatz » de produits alimentaires et du mauvais pain. Cette chimie, si savante soit-elle, nous la détestons.

J. Noir.

---

(1) Nous avons assisté à la première séance du Comité où la question a été discutée. M. Chasles, au nom des minotiers, a posé très franchement le problème sans vouloir essayer de le résoudre ; M. Poisson l'a examiné au point de vue économique et de l'intérêt commercial ; M. le pharmacien colonel Bruère a remis la question sur son vrai terrain, celui de l'hygiène et de la santé publique. MM. Kling et Fleurant ont fourni d'intéressantes explications techniques. Nous donnerons dans un prochain numéro nos impressions sur cette séance.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ÉTAT ACTUEL DES CONSULTATIONS DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Par le Dr Gilbert Robin,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

Je sais que je vais exagérer et je tiens à exagérer. Une consultation de neuro-psychiatrie infantile offre un spectacle poignant, et on en arrive à douter parfois de son utilité, j'entends de son utilité médicale dans l'acceptation la plus élevée de ce terme. C'est-à-dire dans les limites où le médecin, au point de vue prophylactique, thérapeutique, social, bref au point de vue de sa conscience professionnelle, se trouve satisfait.

Il ne peut pas l'être.

Une consultation de neuro-psychiâtrie infantile offre surtout l'intérêt — et ce n'est pourtant pas dans ce but qu'elle a été créée — de donner le résultat d'une enquête médico-sociale. Cette enquête aboutit à un réquisitoire, singulièrement accablant, contre la société et le législateur.

Et le médecin ? dira-t-on tout de suite. Le réquisitoire l'épargnera-t-il ? Oui, le médecin fait ce qu'il peut, dans les limites de sa science. Si cette science se révèle encore trop souvent inefficace, si elle appelle de nouveaux progrès, elle permet telle qu'elle est d'améliorer beaucoup d'enfants, d'en guérir quelques-uns. On n'en demande pas davantage au médecin aux prises avec les réalités pratiques de sa tâche.

Mais dans la plupart des cas, le neuro-psychiâtre ne peut pas guérir seul. Il ne le peut sans le concours de la famille, de la société, du législateur.

La famille.

La plupart des enfants que les neuro-psychiâtres examinent à leurs consultations, leur sont adressés par les directeurs d'école, et les assistantes sociales. Les parents se montrent étonnés de la démarche qu'on leur impose. Quoi ! parce que cet enfant ment, vole, fait l'école buissonnière, frappe ses parents dans ses colères, maltraite ses camarades, dérange la classe par sa turbulence, a des absences, trébuche et tombe fréquemment pendant la récréation, refuse de travailler, ne fait aucun progrès scolaire, il serait malade ! Pas toujours, c'est entendu. Mais bien souvent.

Je passe sur les cas où la famille est absolument hostile à toute visite médicale, où elle refuse de conduire l'enfant à la consultation, ou de le confier à l'assistante, où elle accuse les maîtres d'injustice, accable le maire ou le député de ses plaintes. C'est le fait de parents névropathes ou psychopathes, ou alcooliques, ou toxicomanes. Ils sont plus nombreux qu'on ne pense.

Supposons la famille consentante. Elle a écouté les conseils des pédagogues ou même, elle s'est décidée, seule, à venir consulter le médecin. Quels sont donc les cas où l'œuvre du neuro-psychiâtre se montrera vraiment efficace ?

Ce sont ceux où il formule un traitement qui peut être appliqué à domicile ou dans un dispensaire. Je cite au hasard, parmi les manifestations les plus fréquemment observées, la chorée, les instabilités sub-choréiques ; l'instabilité par déficience organique (troubles respiratoires, adénopathie, trachéo-bronchite, végétation, glossoptose, rachitisme, etc.) ; la débilité motrice par retard neurologique ; les déficiences psychiques par insuffisance glandulaire (insuffisance thyroïdienne, insuffisance surrénale, insuffisance hépatique) ; les manifestations organo-psychiques relevant de l'épileptoïdie et de l'épilepsie (agitation nocturne, cauchemars, somnambulisme, énurésie persistante, colères, violences impulsives, turbulence, absences, vertiges, crises convulsives) ; les manifestations nerveuses, du syndrome de Little à l'hémiplégie organique ; les tumeurs cérébrales. Là le médecin fait œuvre médicale, et il peut le faire dans le cadre de la famille et du dispensaire. Le médecin n'a besoin que du médecin.

Viennent les déboires. Ils se présentent soit dans les cas d'arriération intellectuelle, soit dans les cas de troubles du caractère.

1° Arriération intellectuelle

Les idiots et les imbéciles devraient être placés, pour les enfants du département de la Seine, à l'asile de Perray-Vaucluse. La majorité des parents ne se résout à cette mesure qu'à la der-

nière extrémité. Parmi d'autres raisons, se trouve leur répugnance à faire « interner » leur enfant. En effet le placement d'un arriéré dans cet asile ne peut être fait que sur un certificat d'internement, délivré selon les rites de la loi de 1838. Ce qui est, en vérité, inadmissible.

Pour les idiots et les imbéciles, ne ressortissant pas du département de la Seine, il n'existe pas grand'chose. Des efforts ont été tentés à Sainte-Gemmes (Angers), à Clermont, à Pontorsin, à Lyon, etc. Les meilleurs établissements sont en Alsace. Mais les parents qui habitent Meudon, par exemple (situé à 5 minutes de Paris, mais en Seine-et-Oise) ne consentent pas à placer un enfant aussi loin. Ils tiennent à le voir aussi fréquemment que possible, et, à juste titre, invoquent les frais de voyage.

Conclusion : les idiots et les imbéciles restent à l'école communale. A la rigueur, ils vont dans les écoles de perfectionnement. Mais ces dernières sont en nombre tout à fait insuffisant, même à Paris. En banlieue et en province — à part une ou deux exceptions, et à part l'Alsace — c'est bien simple, elles n'existent pas. Comment s'étonner de cela, puisque la loi de 1909 rend la création de ces écoles facultative et non *obligatoire* comme cela devrait être ? N'est-il pas de toute urgence que soit modifiée cette loi ?

Autre conclusion : les idiots et les imbéciles encombrant les rares classes de perfectionnement, les débiles intellectuels, à qui elles sont destinées, n'en profitent que mal.

En effet, en ce qui concerne les débiles intellectuels perfectibles — qui, notons-le bien, pourraient devenir des adultes utiles à la Société, s'ils étaient instruits selon les méthodes convenant à leur état — ou les classes de perfectionnement n'existent pas (nous avons vu que c'est le cas dans la banlieue parisienne et en province), ou, comme elles sont pleines d'idiots et d'imbéciles, les parents ne veulent pas exposer à cette promiscuité un enfant simplement en retard d'un ou deux ans sur les enfants de son âge.

Cette question des classes de perfectionnement pour débiles intellectuels perfectibles, est une des plus importantes qui soient au point de vue social. C'est une impression presque tragique pour un psychiâtre d'assister, dans sa consultation, à ce gaspillage de forces vraies, faute d'une législation judicieuse.

Rares sont d'ailleurs les législateurs qui se sont émus de cet état de choses. Ceux qui s'intéressent à l'agriculture trouveraient pourtant là les éléments d'un rendement considérable pour le pays.

Pour les arriérés instables, les choses se compliquent encore. Ce sont des arriérés avec désordre des actes, agitation, turbulence. Leur présence à l'école est un sujet de perturbation. Mais, dira-t-on, n'y a-t-il pas les internats de perfectionnement ?

Si fait. Pour la Seine, il existe l'Institut d'Asnières. Le nombre des places est insuffisant. L'Institut d'Asnières est toujours complet.

Tout s'aggrave encore pour les enfants qui ont la défaveur de ne pas appartenir au département de la Seine. Les internats de perfectionnement qui existent, ou bien sont trop éloignés de Paris, ou bien sont mal fournis au point de vue pédagogique, ou encore sont trop chers — malgré la modicité des prix : 15 francs par jour en moyenne — pour l'ensemble du public (classe ouvrière en grande partie). Les consultations de neuro-psychiâtrie infantile sont fréquentées par les enfants des écoles communales. Or combien, parmi les parents de ces enfants, peuvent distraire de leur budget annuel les quatre, cinq ou six mille francs nécessaires au placement ? Alors pour chaque cas, la même question se pose au neuro-psychiâtre : Comment obtenir une bourse ? Qui paiera ? La mairie, l'Hygiène Sociale, la Ville de Paris, l'Etat ? Alors cela devient affaire de protection, de démarches, d'opinions politiques. Les directeurs et directrices d'œuvres privées s'épuisent à trouver les fonds nécessaires pour subvenir à l'entretien des débiles intellectuels qui leur sont confiés. C'est encore la charité qui fournit aux plus grosses dépenses.

On se reporte à l'organisation belge : au fonds commun qui permet d'instruire l'arriéré — dans l'établissement qui lui convient — comme tout autre enfant. On songe avec tristesse à la misère dans notre pays de l'assistance aux enfants arriérés.

On imagine si — sous ce régime où les classes et internats de perfectionnement sont en nombre si réduit et où les difficultés pécuniaires compliquent encore le placement — les écoles communales sont encombrées d'arriérés et d'instables qui seront plus tard des non-valeurs et des êtres nuisibles à la santé publique, alors qu'ils auraient *pu*, qu'ils auraient *dû*, devenir utiles au pays.

2° Troubles du caractère

Le département de la Seine dispose d'un excellent établissement pour les pervers instinctifs : l'école Théophile-Roussel, à Montesson. Mais les enfants n'y sont reçus que jusqu'à 14 ans. Pourquoi ? Pourquoi cette assimilation à l'âge scolaire ? Que fait le neuro-psychiâtre des enfants de cette catégorie, quand ils ont dépassé 14 ans ? Il est très embarrassé.

Il l'est plus encore quand il s'agit de pervers ne ressortissant pas du département de la Seine. Car rien n'existe, en dehors des asiles et des patronages. L'internement est une mesure trop sévère ; le placement dans un patronage ne per-

met pas de suivre l'enfant aussi étroitement qu'il le faudrait au point de vue médical et psychologique.

Les délinquants peuvent être mis en liberté sous le régime de la « liberté surveillée », ou placés, soit dans un patronage, soit dans une maison de rééducation surveillée (maison de correction). Il y a encore beaucoup à faire en dépit de la sage mesure de l'examen psychiâtrique systématique de tous les jeunes délinquants du département de la Seine.

Pour les enfants frappés par l'encéphalite léthargique, dont les troubles du caractère sont la sequelle habituelle, il n'existe aucun établissement en dehors des asiles.

Pour les épileptiques, rien.

Une telle organisation ne laisse pas d'être profondément misérable. Elle serre le cœur du médecin qui, devant chaque cas, se pose l'éternelle question : « Que faire de cet enfant ? », question qui reste la plupart du temps sans réponse, ou reçoit des solutions approximatives. La consultation de neuro-psychiatrie infantile — qui est l'indispensable corollaire du dépistage de l'enfant anormal à l'école — est le nœud vital du problème. Tout passe par ce centre, tout s'y décide. C'est un carrefour essentiel. Aussi offre-t-il un champ d'observation très étendu. J'ai dit dans quels cas le neuro-psychiâtre exerçait une action efficace, utile, sur le développement organo-psychique de l'enfant. J'ai dit aussi combien il était débordé, combien il était impuissant à faire appliquer les mesures dictées par la science et le bon sens. C'est pourquoi j'émettais tout à l'heure cette idée qu'une consultation de neuro-psychiâtrie infantile n'a pas la puissance curatrice et salvatrice qu'elle devrait avoir. Mais elle a la valeur d'une enquête vivante chaque jour renouvelée, chaque jour plus nourrie de faits et bien que ce ne soit pas son but initial, elle apporte par ses renseignements une charge accablante contre la société et le législateur.

Sans doute un grand effort se dessine, et c'est pourquoi on peut espérer que les cris d'alarme ne resteront pas sans réponse. Sans doute le Comité national pour l'assistance à l'enfance anormale groupe déjà les personnalités les plus marquantes. Il veut agir, il agira. Mais on se demande pourquoi un apôtre ne surgit pas parmi les hommes politiques. La voix de Strauss, Henri Rollin, Louis Martin, a bravé l'indifférence générale, mais ne faut-il pas enfler encore la voix ? Les médecins, les psychologues, les sociologues, les éducateurs font tout leur devoir, plus que leur devoir.

L'homme politique qui, aujourd'hui, se donnerait à cette besogne, serait certain d'être, demain, un grand homme, un bienfaiteur du pays. On sait ce que l'on veut. Les programmes sont nets. Reste à les réaliser.

LE TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE DE L'ANGINE DE POITRINE

Par le Dr NEMOURS (Auguste)

L'action bienfaisante de la radiothérapie dans différents états douloureux dont on ne saisit pas bien les causes : névralgies, sciatiques, zonas, prurits, etc., est connue depuis longtemps.

La sédation des douleurs s'obtient, soit en irradiant les plexus, les racines, ou les troncs périphériques.

L'angine de poitrine ou le syndrome angineux est complexe dans son origine. Il peut survenir avec ou sans lésion organique décelable par l'examen. Sa description pathogénique et clinique a été bien mise en lumière par Lian qui lui reconnaît des mécanismes différents : distension cardio-vasculaire : hyperexcitabilité du plexus cardiaque ou une intrication de ces deux causes.

La douleur partie du plexus cardio-aortique, est transmise aux centres par le sympathique et les racines postérieures.

Quelle que soit la théorie adoptée pour expliquer l'apparition des crises d'angor, un seul fait demeure : c'est qu'elles ne semblent pas obligatoirement liées à une affection d'un organe proche ou éloigné, plus ou moins grave, plus ou moins ancienne. Tout ce que l'on peut dire, c'est que certains individus possèdent un plexus cardio-aortique plus ou moins excitable, font des crises d'angine de poitrine alors que d'autres avec les mêmes affections organiques n'en font pas.

Chez certains sujets, en effet, la crise semble reconnaître une origine centrale, être déclenchée par le simple souci d'un retard ; chez d'autres (vésiculaires), par la distension de la poche à air gastrique, on connaît d'ailleurs la fréquence de l'aérophagie chez ces malades. Quelques-uns souffrent par appréhension, par peur ; un grand nombre au moment des perturbations atmosphériques. Certains, en se couchant ; la majorité au moment d'un effort, d'une marche, en montant un escalier. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade chez lequel l'effort de la miction déclenchait une crise.

L'intensité de ces crises est variable, elle peut aller de la simple gêne à la douleur atroce, épouvantable, qui cloue brusquement le malade

dans une immobilité absolue à l'endroit précis où la crise a débuté. La douleur thoracique, peut naître et mourir sur place, parfois elle irradie et le plus souvent vers l'épaule gauche, le bras gauche, se terminant aux doigts.

A côté de la description que nous avons rapportée plus haut, souvent, il peut y avoir une irradiation brachiale droite, ou dans les deux bras. La douleur peut aussi débuter au plexus solaire pour gagner le thorax, le ou les membres supérieurs, elle peut n'être que transversale, sensation de barre allant d'une épaule à l'autre.

Technique

Les variétés d'intensité, de siège, d'irradiation de la douleur vont commander une variété de technique. Nous irradions le plexus cardio-aortique et ses voies de transmission et nous nous servons de la radiothérapie semi-pénétrante.

Le schéma type consiste à diviser l'hémithorax gauche en quatre champs, deux antérieurs et deux postérieurs qui débordent la ligne médiane vers la droite. Nous nous servons d'une filtration, variable suivant l'épaisseur du sujet, de 6 à 8 millimètres d'aluminium. Notre intensité est de 2 mA., notre distance est de 30 centimètres A.P.

Avec cette technique, chaque champ sera alternativement soumis à l'action des Rayons X ; tous les deux jours, la séance portera sur l'un d'eux. On ne peut parler de doses, c'est une médication symptomatique.

Chez certains, qui se plaignent de cette région, il conviendra d'irradier le plexus solaire. Parfois, on se trouvera bien d'ajouter un champ latéral gauche, le malade en décubitus latéral droit. La durée de nos séances est de vingt minutes environ. Leur nombre peut être de douze à quinze. La radiothérapie sera clinique tant pour la fréquence que pour la durée des séances, et tiendra compte de chaque cas en particulier,

Lian et Descoust ont préconisé la diathermie transthoracique. Nous l'employons de la façon suivante : une électrode est appliquée sur la région cardio-aortique et l'autre est divisée en deux : une est à chaque main du patient. Nous préférons alors employer une intensité peu élevée.

Systématiquement, nous y adjoignons les bains de lumière et notre choix s'est arrêté sur la lampe à arc à électrodes polymétalliques. Cette adjonction possède et l'avantage de tonifier le malade et d'être en même temps un sédatif. Nous ne saurions trop insister sur la technique. Certains résultats insuffisants ou nuls sont souvent dus à la manière dont le traitement a été fait. Nous avons eu l'occasion de soigner avec succès des malades qui n'avaient tiré aucun bénéfice d'irradiations antérieures.

Les malades traités par nous avaient fait le tour des médications ordinairement employées en pareil cas ; ce n'est que désespérés de leur peu d'action qu'ils se confiaient à cette thérapeutique nouvelle. C'est dire que nous avons affaire à de vieux angineux d'une santé généralement précaire, avec parfois des lésions cardio-vasculaires très avancées ; quelques-uns d'entre eux, même, avaient dû être hospitalisés, ne pouvant se déplacer pour subir leurs séances, à d'autres les irradiations ont dû être faites assis, le décubitus provoquant une crise.

Par la thérapeutique que nous avons proposée nous avons soigné 59 malades dont les résultats thérapeutiques sont les suivants :

Nous avons pu obtenir chez 38 d'entre eux la disparition des crises, la reprise des occupations compatibles avec la lésion cardio-aortique lorsqu'elle existait. Huit d'entre eux étaient considérablement améliorés ; lorsque leurs douleurs survenaient, elles n'avaient ni l'acuité ni la fréquence d'antan. Six malades n'avaient retiré aucun bénéfice de notre traitement. Un d'entre eux a fait une crise d'angor aiguë au cours de la radiothérapie, crise après laquelle il ne souffre plus ; et enfin, six de nos malades dont nous parlerons tout à l'heure en discutant les prétendus dangers de la radiothérapie sont morts. Nous n'avons, bien entendu, eu d'autre prétention que d'agir sur le syndrome douleur, l'affection première lorsqu'elle a pu être décelée étant redevable de la médication usuelle.

L'amélioration apparaît parfois après la première séance. Il est même curieux de noter que certains malades sont instantanément soulagés et cette sédation peut durer quelques heures. Le plus souvent, c'est vers la quatrième séance que l'on note l'apparition du mieux être qui va en augmentant. Les crises douloureuses diminuent tant dans leur fréquence que dans leur intensité.

Il nous est arrivé quelquefois de ne pas obtenir d'amélioration après une première série de traitement et d'en avoir après une deuxième. Peut-être aurait-on intérêt, lorsque le résultat cherché n'est pas obtenu après une série de 12 à 15 irradiations, d'en refaire systématiquement une autre. Chez quelques-uns de nos malades alors que les crises douloureuses pré-cordiales avaient complètement disparues, il survenait de temps à autre une sensation de malaise au creux épigastrique, lors des garde-robes (il est d'ailleurs à remarquer que beaucoup de morts par angine de poitrine se passent aux W. C.), et que parfois le seul prodrome de la mort subite par angor est une sensation digestive.

Chez ces malades, nous avons irradié le plexus solaire, les sensations de malaise ou les petites crises ont disparu.

Il est impossible devant un malade donné, de poser un pronostic de guérison, ni de durée du traitement. Il ne nous a pas semblé que l'âge, la

présence ou l'absence d'affection cardio-vasculaire cliniquement décelable puisse entrer en ligne de compte.

Discussion sur les dangers de la radiothérapie.

A deux reprises, lors d'une communication à la Société médicale des hôpitaux, de Lian, Barrieu et Nemours-Auguste et à la Société de Radiologie, de Nemours-Auguste et Barrieu, M. Laubry et M. Chaperon se sont élevés contre les dangers de la radiothérapie dans le traitement de l'angine de poitrine.

Tout d'abord, est-il possible, en présence d'un angineux ou même d'un malade quelconque, de prévoir s'il ne mourra pas subitement d'une crise d'angine de poitrine ? Nous ne le pensons pas. Nous savons tous que certains individus meurent subitement d'angine de poitrine sans que l'auscultation la plus minutieuse ait pu déceler une lésion de l'aorte ou du cœur.

Nous avons apporté, à la Société de Radiologie, l'observation d'un de nos malades, à qui un éminent adversaire de cette thérapeutique avait déconseillé la radiothérapie comme dangereuse, conseillé un traitement médical et diathermique, et qui est mort quinze jours après cette consultation, subitement, sans qu'un traitement par rayons X (ni même diathermique), ait été institué. Nul doute que si on avait soumis ce malade à la radiothérapie, celle-ci aurait été tenue pour responsable.

Nous ne saurions mieux faire que rappeler la phrase si imagée de M. Laubry : « La mort plane sur la tête de tout angineux », et j'ajouterai qu'elle plane également sur ceux qui sont ou non soignés par la radiothérapie.

Les muscles, les nerfs, les vaisseaux sont des organes très hautement radio-résistants, comme nous le savons bien, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue radiothérapeutique.

Les doses qu'il faudrait employer pour les atteindre en profondeur sont tellement élevées qu'elles n'entrent pas dans la pratique courante, même lorsqu'il s'agit de radiothérapie pénétrante pour le traitement de tumeur maligne, technique qui n'est pas du tout la nôtre.

Arrilagha, qui, lui se servait de radiothérapie pénétrante, n'a pas non plus noté d'effet nocif. Les anatomo-pathologistes, les radiothérapeutes savent bien que l'on n'observe pas d'accidents lorsque l'on soigne des cancers de cette région par des doses infiniment plus considérables de rayons X, soit en traitant un cancer de l'œsophage, du sein ou une tumeur du poumon gauche. D'ailleurs, les examens nécropsiques faits par différents auteurs, n'ont pas montré de lésions micro ou macroscopique du cœur, de l'aorte ou des plexus.

La radiothérapie est une thérapeutique tard venue, et si au début alors qu'on la connaissait mal, son nom seul suffisait à faire redouter des accidents, depuis déjà bien longtemps, il n'en est plus de même.

Le radiologue est maître de ses rayons, il prévoit les effets qu'il obtiendra sur la peau et en profondeur, et c'est ignorer tout de cette thérapeutique que de parler de la radiothérapie comme d'une arme aveugle. Certes, certaines de ses actions échappent à notre connaissance, de même que celles de certains médicaments chimiques dont nous nous servons tous les jours.

On doit user des uns et des autres, puisque l'art de guérir en bénéficie.

Timidement, on peut même se demander si la sédation obtenue après radiothérapie chez des malades en état de mal, ne leur a pas évité une mort prochaine ?

Six de nos malades sont morts, avons-nous dit. Un a fait une crise aiguë.

Parmi ceux-ci, trois avaient été soignés médicalement avant nous par les auteurs adversaires de la radiothérapie. Ces malades avaient insisté pour être traités par les rayons X. C'est dire que leurs crises de fréquence croissante étaient tenaces, rebelles, et avaient résisté aux médications les plus appropriées en pareil cas, et ce n'est que désespérés, qu'ils sont venus nous trouver.

M. Am... vient nous voir alors que la fréquence et l'intensité de ces crises augmentait. Nous lui faisons trois séances de radiothérapie, non sur la même aire cardio-aortique. Le soir de la troisième séance, il fait une crise d'angor aiguë : depuis lors d'ailleurs, il se porte bien, jusqu'à ces jours derniers où il vient de faire une crise toute aussi violente bien qu'il n'ait eu depuis, qu'un traitement *médical* sans *radiothérapie*, confirmant ce que nous savons depuis les travaux de Lian et Puech sur l'infarctus du myocarde et l'angor coronarien fébrile.

Mme P..., âgée de 69 ans, est glycosurique et se plaint de crises d'angine depuis 1916. Lorque nous commençons son traitement, elle est confinée au lit depuis deux mois, et nous sommes obligés de l'hospitaliser dans une Maison de santé pour pouvoir la traiter. Au bout de six séances de radiothérapie, elle quitte, améliorée, la Maison de santé et meurt subitement huit jours après.

M. L.. est âgé de 72 ans ; on lui fait trois séances de radiothérapie, et il meurt 40 jours après.

M. D.., âgé de 65 ans, est atteint d'un volumineux, anévrysme de la crosse de l'aorte ; depuis 18 mois il souffre de douleurs violentes quasi permanentes entrecoupées de crises paroxytiques, syncopes fréquentes. Ses douleurs disparaissent après le traitement au point que dans une communication précédente, il a pu être considéré comme un succès ; il peut voyager jusqu'en Bretagne et retour. Trois mois après, il meurt d'une congestion pulmonaire.

M. G. a été lui aussi considéré comme un succès, a repris ses occupations et est mort deux mois après le traitement, *subitement.*

M. L... est âgé de 68 ans, aorte et ventricule gauche augmentés de volume, œdème des cuisses et du scrotum, confiné au lit, il doit être hospitalisé, ses crises subintrantes nécessitent l'emploi des opiacés, et il meurt *brusquement* à la Maison de santé.

Enfin M. S.., âgé de 71 ans, vient nous voir alors que ses crises douloureuses augmentaient au point de devenir subintrantes. Il part très amélioré en Vendée. Il meurt *brusquement*, près de trois mois après la fin du traitement.

De ces observations succinctes, nous devons retenir l'âge avancé des malades, leur état précaire, l'inefficacité des autres médications. Nous n'allons évidemment pas rappeler les observations de tous les améliorés pour ne pas allonger cet article.

Signalons cependant que M. L..., âgé de 66 ans, qui dut être hissé en brancard à la salle de traitement, fut complètement débarrasssé de toutes ses crises.

Mme Ap., 60 aans, atteint de crises angineuses typiques, souffle systolique aortico-mitral, arythmie complète, Mx : 15. Mn : 7 au phonosphygnomètre de Lian.

Disparition de toutes les crises.

Mme N.., 58 ans, 6 à 7 dragées de trinitrine par jour, crise typique d'angor d'effort, même à la marche lente, doit s'arrêter à chaque instant dans la rue ; n'a plus de crises ni la nuit, ni le jour et peut marcher lentement. Disparition d'extra-systoles, pression artérielle Mx : 21 ; Mn. : 10.

M. Al... immobilisé au lit depuis plusieurs jours, a été traité *au cours d'une période d'exacerbation* ; le moindre effort provoquait une crise. Les séances avaient lieu assis, le décubitus déclenchant une crise. Soigné en mars 1928, il a été débarrassé de ses douleurs et ne souffre plus, etc., etc....

Tout récemment, MM. Delherm et Beau ont rapporté trois cas de malades traités avec succès par la radiothérapie. Ces résultats, combattus par MM. Laubry et Chaperon, ont été observés en dehors de nous par différents auteurs, parmi lesquels : MM. Arrilagha, Lian, Barrieu, Marchal, Delherm et Beau, et par différentes communications verbales. On ne saurait donc voir une auto-suggestion de notre part. On ne peut davantage admettre que cette suggestion aurait aussi frappé les malades. Certains d'entre eux, débarrassés de leurs crises, nous ont adressé d'autres personnes dont quelques-unes n'ont pas été améliorés.

La radiothérapie que nous avons utilisée dans les cas les plus difficiles, les plus rebelles s'est aussi montré d'une grande utilité dans des états moins sévères.

Elle améliore les troubles du rythme cardiaque, les arythmies, les extrasystoles, le syndrome de cœur irritable, la tachycardie paroxystique, ensemble de phénomènes liés à l'hyperexcitabilité du plexus cardio-aortique.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une affection excessivement grave, excessivement douloureuse et qui empêche celui qui en est atteint de mener le plus souvent une existence supportable. Nous savons combien la thérapeutique habituelle est illusoire.

Nous n'avons pas trouvé, à vrai dire, de contre indication soit d'âge, soit d'ancienneté de l'affection.

Chez aucun d'entre eux, nous n'avons assisté à l'apparition de signes d'insuffisance cardiaque, ni son augmentation lorsqu'elle existait avant le traitement.

Il ne reste qu'une contre-indication d'ordre... *statistique.*

Devrons-nous, sous ce prétexte, refuser un soulagement à certains ?

Nous ne le pensons pas.

Devant le peu d'efficacité de la pharmacopée médico-chirurgicale de l'angine de poitrine, la radiothérapie est la prescription qui a le plus de chance de provoquer rapidement une sédation durable des douleurs. Nous en ferons donc bénéficier nos malades.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(HÔTEL-DIEU)

Les hémorragies intra-oculaires récidivantes [1]

Professeur F. TERRIEN

Je vous présente aujourd'hui deux malades atteints d'une affection importante qui a revêtu, chez ces deux malades, à peu près la même symptomatologie, mais dont l'étiologie est différente dans les deux cas.

Le premier malade est un jeune homme, âgé de 25 ans, il est entré dans le service depuis le 14 novembre pour baisse subite de la vue de son œil gauche.

Déjà au mois d'avril dernier, un jour, au réveil, il aurait constaté la perte de la vue de son œil gauche. A cette époque la perte de vision dura quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre. Mais depuis ce premier incident, le même phénomène de la perte de la vision se reproduisit à plusieurs reprises ; et chaque fois, au bout de quelques jours tout s'arrangeait.

Au mois de septembre le malade a une nouvelle rechute plus importante que les autres et depuis la vision de l'œil atteint est demeurée très diminuée. Le début de ce phénomène est toujours assez brusque, notez-le bien. L'examen de l'état général du malade ne montre rien de très particulier, sauf un léger éréthisme cardiaque, un premier bruit un peu fort, ce qui permet de croire à la présence d'un léger rétrécissement mitral. La tension est peut-être un peu forte, elle est de 16-9. L'examen des poumons ne montre rien de spécial. L'examen du sang ne montre d'autre altération qu'une augmentation notable du nombre de globules rouges (7.500.000).

On ne remarque pas d'hyperthyroïdisme, ou fort peu de choses, et il n'y a aucune modification du métabolisme basal. De son métier, le malade est cultivateur.

Notre second malade, âgé de 53 ans, est venu nous consulter pour une perte de la vision survenue le 28 septembre. Chez lui les deux yeux sont atteints. Depuis le début de son affection l'acuité visuelle s'est très améliorée, elle est actuellement de 3/10 et 5/10. A l'examen général, on trouve chez ce malade de l'albuminurie et du sucre dans les urines en quantité abondante.

Le 18 octobre le malade serait allé consulter dans le service de M. le professeur Rathery, où on lui prescrivit un régime antidiabétique. Sous l'influence de ce traitement sa vision redevient presque normale. Mais le malade, se croyant guéri, fait de fréquents écarts de régime, ce qui l'amène, il y a de cela 5 ou 6 jours, à une nouvelle diminution de la vision ; ainsi que la première fois, la vision diminue brusquement, les deux yeux sont atteints, mais principalement l'œil droit.

L'examen actuel des urines fait constater la présence d'albumine et de sucre.

Ces deux malades paraissent avoir la même affection, mais l'origine de cette dernière est différente dans les deux cas.

A quoi doit-on penser en présence d'individus ayant brusquement perdu la vision ?

Un traumatisme brutal peut en être la cause, mais chez nos malades il n'en est pas ainsi.

Quelle que soit l'étiologie, traumatique ou non traumatique, la perte de la vision peut être totale, il s'agit alors d'amaurose ; ou bien l'abolition de la vue n'est pas complète et on parle d'amblyopie. Avant la découverte de l'ophtalmoscope on rangeait un peu dans le cadre des cas d'amaurose, presque toutes les affections dans lesquelles le malade n'y voyait rien, mais le médecin était à peu près dans la même situation.

A quoi peut être due la perte totale, absolue et immédiate de la vision ? On peut penser tout d'abord à l'obstruction de l'artère centrale de la rétine. On parlait jadis de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Le caillot embolique pouvait venir de loin et s'arrêter dans l'artère centrale. En réalité l'embolie, à supposer qu'elle existe, ne peut être que tout à fait exceptionnelle. Actuellement nous ne parlons plus d'embolies, mais d'obturations de l'artère dues à de l'endartérite. L'obstruction de l'artère provoque l'arrêt de la circulation : une surface plus ou moins étendue de la rétine est ischémique et les vaisseaux rétiniens, en particulier les artères, sont devenus filiformes.

Rien de pareil ici. D'ailleurs la disparition de la vision chez nos deux malades n'est pas absolue, ce qui nous fait penser à une autre éventualité. Ne s'agirait-il pas, chez eux, d'un décollement de la rétine ? Mais le décollement de la rétine, qui s'observe surtout, nous le sa-

(1) Leçon du 21 novembre 1930, recueillie par Mme le Dr TRIFONOFF.

vons, chez le myope, est généralement annoncé par un léger trouble de la vue, par l'apparition de phénomènes lumineux ; les objets paraissent tout d'abord confus, *déformés*, ondulants et la vision ne disparaît que plus tard.

Mais dans ce cas la disparition de la vision n'est ni totale ni immédiate. Aussi la première chose à laquelle nous pouvions penser chez ces deux malades, en raison de la brusquerie d'apparition des accidents visuels, étaient des hémorragies de la rétine. Les hémorragies de la rétine entraînent, en effet, des troubles visuels divers suivant leur siège. Ces hémorragies, suivant leur abondance, présentent des modalités diverses ; on connaît les hémorragies en flammèches, en pointillé, en flaques. Elles siègent toujours, bien entendu, dans les couches internes de la rétine puisque seules ces couches sont vascularisées. Au point de vue clinique, les hémorragies de la rétine doivent être examinées en tenant compte de l'âge du malade, car elles se présentent avec des modalités et une étiologie diverses suivant l'âge des sujets.

Chez les sujets âgés ces hémorragies sont dues à de l'athérome, à de l'artériosclérose, à de l'hypertension ; elles sont discrètes, peu étendues, siègent autour de la papille et en particulier dans la région vascularisée. Ce sont les hémorragies rétiniennes des personnes âgées, plus ou moins entachées de néphrites hypertensives et le pronostic en est sombre, aussi bien au point de vue visuel qu'au point de vue général.

A l'âge moyen de la vie les hémorragies de la rétine sont dues à des infections ou à des intoxications, souvent aux deux réunies. On les rencontre dans les albuminuries, chez les diabétiques, chez les syphilitiques et elles font tout d'abord songer à une néphrite. Point n'est besoin de rappeler la fréquence de ces hémorragies dans les rétinites néphrétiques ou gravidiques. Dans les rétinites azotémiques on voit à l'examen du fond de l'œil des hémorragies et des taches blanches. Les hémorragies sont disséminées, elles sont striées sur leurs bords et sont d'ordinaire discrètes. Les taches blanches se localisent à peu de distance de la papille ; autour de la macula elles affectent une disposition étoilée, rayonnante, caractéristique, conséquence de l'agencement des fibres nerveuses en cet endroit. L'acuité visuelle est généralement diminuée, parfois la cécité est presque complète. Chez les azotémiques ayant 1 gr. 50 ou 2 gr. d'urée le pronostic est très grave et les ophtalmologistes, les premiers, bien avant la découverte de la gravité de l'urée sanguine, quand celle-ci est exagérée, avaient insisté sur la gravité du pronostic vital de la rétinite néphrétique.

A côté de cela vous voyez les hémorragies des sujets jeunes. Ce sont des hémorragies profuses, dépassant d'ordinaire les limites de la rétine et envahissant le vitré, aussi les avait-on dénommées hémorragies du corps vitré. Cette dénomination est inexacte et doit être rejetée, car le vitré n'a pas de vaisseaux (sauf chez l'embryon) et il ne peut donc y avoir d'hémorragies du vitré. Ces hémorragies viennent en réalité des vaisseaux de la rétine, des veines le plus ordinairement, mais elles sont profuses, abondantes et elles sont suivies de la perte brusque, presque immédiate de la vision. A l'ophtalmoscope on aperçoit de gros flocons opaques remplissant le corps vitré ou même n'éclaire pas le fond de l'œil.

Ces hémorragies peuvent être comparées à des épistaxis ; comme pour ces dernières nous ne sommes pas très avancés pour ce qui est de leur étiologie.

Le plus ordinairement, dans les cas favorables, après un temps variable la vision redevient voisine de la normale et l'acuité visuelle peut être assez peu diminuée.

Il s'agit ici presque toujours, nous venons de le voir, d'hémorragies profuses, abondantes, et cependant la résorption survient plus vite que pour les hémorragies des sujets âgés, sans doute en raison de l'intégrité relative de l'appareil oculaire.

Il est une autre variété d'hémorragies profuses, particulièrement terrible, celle qu'on observe à la suite de l'opération de la cataracte, c'est l'hémorragie expulsive de A. Terson ; elle est très abondante, car elle est due à la rupture de l'artère ciliaire longue et elle entraîne presque fatalement la perte du globe oculaire.

Mais cette variété d'hémorragie mise à part, variété heureusement rare, et demeure la complication la plus redoutable de l'opération de cataracte, qui ne se rencontre guère que chez les hypertendus, les hémorragies de la rétine sont en général de peu d'abondance. La veine se rompt et presque aussitôt l'hémorragie s'arrête et ceci se comprend, la tension veineuse et le tonus de l'œil étant presque identiques. Ici, au contraire, l'hémorragie est toujours assez abondante et cependant le pronostic est relativement favorable.

Dans notre première observation on peut penser que l'hémorragie finira par se résorber.

J'ai eu l'occasion, pendant la guerre, d'observer un sous-lieutenant âgé de 37 ou 38 ans qui fut atteint à trois reprises de semblables hémorragies à répétitions sur les deux yeux ; elles ne l'empêchèrent point de poursuivre sa carrière et actuellement elles ont totalement disparu, laissant après elles une acuité de 6 et 8 dixièmes.

Un autre malade, ingénieur, neveu d'un de mes amis, était aussi sujet à cette variété d'hémorragies à répétitions. J'ai pu le suivre pendant longtemps ; actuellement il paraît être complètement débarrassé de son mal et rien dans

l'état général ne permettait de trouver la cause de semblables hémorragies.

En effet, dans ce type d'hémorragies profuses, abondantes, le sang se résorbe assez rapidement. Après une période de rechutes plus ou moins prolongées ces hémorragies s'arrêtent définitivement.

Enfin chez les sujets âgés les hémorragies rétiniennes sont très souvent un signe précurseur d'un glaucome et même chez les sujets jeunes on sait combien souvent la thrombose de la veine centrale de la rétine se complique assez rapidement de glaucome. Or ici les complications glaucomateuses sont exceptionnelles et c'est là un fait curieux qu'il n'est pas sans intérêt de noter.

Quelle est la cause de ces hémorragies ? Pour instituer un traitement efficace il faudrait connaître la cause de l'affection et celle-ci demeure très obscure.

Les hémorragies peuvent dans certains cas être dues à une altération sanguine, lorsque la coagulation est retardée, lorsque le sujet est atteint d'une affection héréditaire comme l'hémophilie. Notre premier malade n'est pas hémophile ; par contre on notait, nous l'avons vu, un nombre considérable de globules rouges, et c'est là un point qu'il y aura lieu d'étudier. La tension artérielle est légèrement élevée. Dans ses antécédents on ne trouve pas de syphilis héréditaire, ni de syphilis acquise ; le B.-W. est négatif.

Lorsque notre malade est allé il y a quelque temps consulter aux Quinze-Vingt, on lui fit 20 injections d'antivirus, ce qui fait croire au diagnostic possible de tuberculose. Je n'ai jamais observé ces hémorragies chez des sujets débilités ou malades. Michel, puis Axenfeld et Stock, ont pensé, il est vrai, que la tuberculose pouvait être la cause des hémorragies de la rétine et ils ont publié sur ce sujet en 1912, un intéressant mémoire.

Fleischer a rapporté en 1916, l'observation d'un jeune homme de 26 ans, un tuberculeux pulmonaire, qui avait fait des hémorragies intra-oculaires ; à l'un des yeux ces hémorragies ayant abouti à un glaucome, l'œil fut enlevé, examiné, et on y trouva des altérations tuberculeuses des veines rétiniennes qui étaient obturées. C'est la seule autopsie que je connaisse qui parle en faveur de l'origine tuberculeuse de ces hémorragies, Toutefois on n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les lésions.

Remarquons que ces hémorragies profuses ne s'observent guère que chez les sujets jeunes, souvent au moment de la puberté et sans doute celle-ci n'est-elle pas sans influence sur la production de ces hémorragies rétiniennes.

Chez les jeunes filles au moment de la puberté elles sont beaucoup plus rares que chez les jeunes gens, sans doute du fait de la présence des règles jouant ici un rôle de suppléance. Car la puberté constitue ici un facteur dont l'importanc ne peut être négligée. La rapidité de croissance qui la caractérise, jointe à l'évolution glandulaire, exagère et précipite en quelque sorte les échanges nutritifs, les rendent plus ou moins anormaux, même en dehors de toute influence nocive venue du dehors ; l'exagération des sécrétions testiculaires, thyroïdiennes, pituitaires et surrénales favorise la tendance hémorragique.

Enfin on n'a pas manqué d'incriminer dans la genèse de ces hémorragies intra-oculaires spontanées, les troubles de sécrétion des glandes à sécrétion interne. Elles jouent dans toute la pathologie, à mesure qu'on apprend à les mieux connaître, un rôle de plus en plus considérable et que, d'ailleurs, on a peut-être exagéré.

On a incriminé ici des troubles thyroïdiens ou hypophysaires ; toutefois, chez les femmes en état de gestation, dont l'hypophyse est souvent modifiée, on n'observe que rarement des hémorragies intro-oculaires ; de même dans la maladie de Basedow, on n'en rencontre pas.

Notons que le professeur Jeandelize et M. Bretagne, à la Société française d'ophtalmologie en 1923, ont rapporté l'observation d'une jeune fille de 22 ans atteinte d'un Basedow fruste, améliorée par le traitement avec l'hémato-éthyroïdine, qui avait présenté des hémorragies intra-oculaires à répétition. Chez notre premier malade le métabolisme basal est normal ; on ne trouve avec cela aucun autre trouble d'hyperthyroïdisme et il aurait plutôt un peu d'hypothyroïdisme. Si bien que nous ne pouvons rien conclure et l'étiologie de ces hémorragies demeure troublante. Peut-être pouvons-nous retenir ici la possibilité d'une origine tuberculeuse. Il faut aussi penser à la syphilis héréditaire ou acquise et on est autorisé à faire un traitement mercuriel modéré. Enfin il faut agir aussi sur l'état général et c'est pourquoi on préconise l'emploi de l'arsenic.

Localement on recommandera les instillations d'un collyre à la pilocarpine en solution faible (1 p. 2000). L'état de la tension doit être surveillé, et l'application de sangsues à la tempe, les émissions sanguines peuvent favoriser la résorption.

M. Abadie, dans son rapport sur ce sujet à la Société française d'ophtalmologie, en 1898, pensant à une vasodilatation, conseillait la sulfate de quinine qui provoque la constriction des vaisseaux. On a dans certains cas pratiqué des injections de sérum gélatiné à 2 % (Fromaget).

La ligature de la carotide primitive du côté intéressé a été aussi conseillée. Mais on ne saurait oublier que cette opération, bien supportée surtout par les individus atteints d'un anevrisme

artério-veineux (la mortalité n'est que de 2 à 3 %), l'est beaucoup moins chez des sujets sains. Si par exemple, on est obligé d'intervenir brusquement à la suite d'un traumatisme ayant entraîné un anévrisme artérioso-veineux sur la carotide externe et la jugulaire, cette intervention donne alors une mortalité plus élevée.

Enfin la ligature de l'artère n'exclut pas la possibilité de nouvelles hémorragies intra-oculaires, témoin une observation de Derby. On ne saurait donc y recourir ici.

Deutschmann a recommandé les ponctions du vitré à l'aide d'une aiguille de 3/10 de mm. de diamètre ; mais la résorption du sang survient souvent spontanément assez rapidement et la ponction n'est pas exempte de dangers. Par elle-même, en intéressant des vaisseaux rétiniens et choroïdiens, et indirectement, par la détente qu'elle occasionne et l'hypertension qui l'accompagne, elle expose à de nouvelles hémorragies et c'est une pratique, croyons-nous, détestable.

Sans doute si la tuberculose des veines rétiniennes devait être incriminée, la ponction en déterminant de l'hyperémie devrait favoriser la cicatrisation, mais on risque toujours de provoquer une nouvelle hémorragie. La ponction de la chambre antérieure serait moins dangereuse. Mais il vaut mieux ne rien faire, car le pronostic est favorable en dehors de tout traitement.

Chez notre deuxième malade il n'en est malheureusement pas ainsi. Chez lui le pronostic est particulièrement défavorable, car il s'agit d'un diabétique dont la circulation générale est très défectueuse et on ne saurait assimiler ces hémorragies intra-oculaires à répétitions, survenant chez les diabétiques ou les néphrétiques avec albumine, aux hémorragies récidivantes des jeunes sujets, en raison de leur gravité beaucoup plus grande.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

L'huile d'olive « per os »

D'après M. Chiray (1)

L'huile d'olive est une huile grasse naturelle, extraite par broyage du péricarpe épais et du noyau de l'olive. Parmi ses nombreuses variétés, la seule vraiment utile en thérapeutique est celle qui est extraite à froid et qui s'écoule par faible pression de la masse recueillie après passage des olives bien mûres au moulin. Cette huile, d'odeur et de saveur très agréables, de teinte verdâtre, rancit difficilement.

La capacité digestive de l'intestin est assez faible pour l'huile d'olives ; aussi une partie de l'huile ingérée, lorsqu'on dépasse certaines quantités relativement faibles, est-elle rejetée par les selles, soit en nature, soit sous forme de concrétions d'acides gras après séparation de la glycérine par saponification.

Dans la lithiase biliaire.

L'huile d'olive est incapable, comme l'a cru longtemps, de dissoudre les calculs cholestériniques, car ceux-ci sont englobés dans une couche plus ou moins épaisse de chaux.

Une partie de l'huile absorbée se trouve éliminée par les voies biliaires, dont elle lubréfie les parois ; une autre partie détermine une augmentation de la sécrétion biliaire, devenue plus riche en contenu graisseux.

De plus, l'huile agit sur le foie pour déterminer la contractilité vésiculaire, au même titre que le beurre et la crème de lait.

On conseillait autrefois l'huile d'olive à haute doses dans le traitement de la colique hépatique ; mais cette thérapeutique ne paraît guère pratique, étant donné l'état nauséeux, qui accompagne toujours le syndrome douloureux en question.

Par contre, c'est le plus souvent dans les *états douloureux chroniques de la cholécystite lithiasique* qu'on a d'heureux résultats par le traitement huileux. En pareil cas, on ne cherche pas l'évacuation des calculs, celle-ci étant presque toujours impossible, mais bien la mise au repos ou bien l'indolence du foie et de la vésicule. Sans doute obtient-on ce résultat par le fait que le drainage biliaire se trouve mieux assuré et que cesse la congestion biliaire du foie, provoquée par le spasme réflexe du sphincter d'Oddi.

Pendant dix jours par mois, à jeun, on ordonne une demi-heure avant le petit déjeuner, une à deux cuillers à soupe d'huile d'olive vraie, soit pure, soit battue avec quelques gouttes de jus de citron. Cette acidité surajoutée ne masque pas seulement le goût pénible de l'huile, mais elle favorise aussi l'ouverture du pylore et diminue le temps de séjour de l'huile dans l'estomac.

Plus rarement, on recherche avec l'huile d'olive l'*expulsion des calculs vésiculaires ou cholédociques*.

En ce qui concerne les calculs cholédociques, avec ictère par rétention, cette expulsion doit toujours être tentée, une fois au moins, avant l'intervention chirurgicale, sous la réserve que les malades ne soient pas trop fatigués, trop infectés, ou en état de déficience hépatique très mani-

(1) M. Chiray. — L'huile d'olive « *per os* » en thérapeutique. (*La Presse médicale*, 1er nov. 1930.)

feste. De temps à autre, on a ainsi l'agréable surprise d'obtenir un résultat heureux à la veille d'une intervention chirurgicale déjà décidée.

Pour les calculs vésiculaires, comme pour les calculs cholédociques, voici comment il faut procéder : après rinçage de bouche avec de l'eau parfumée à l'alcool de menthe, on donne une cuiller d'huile d'olive additionnée de jus de citron, et, peu après, un verre d'eau de Carlsbad chaude, que le malade boit au chalumeau. Puis, pour faciliter la digestion de l'huile, on fait coucher pendant une demi-heure le patient sur le côté droit avec une boule chaude sur le ventre ; ensuite on permet le petit déjeuner. Les jours suivants, on augmente chaque fois la dose d'une cuiller, jusqu'au sixième jour. Cette cure de six jours est recommencée deux ou trois fois par an.

S'il y a dégoût des malades, on emploie la sonde duodénale, par laquelle on injecte 80 à 100 cmc. d'huile chaude dans le duodénum, le matin à jeun et plusieurs fois par semaine. Par ce procédé, Singer aurait obtenu à maintes reprises l'émission de petits calculs.

A noter que si on dépasse une certaine quantité d'huile, celle-ci peut se retrouver en partie dans les selles sous la forme de concrétions verdâtres que les malades prennent pour des calculs ; or, ces concrétions sont simplement constituées par une mélange de graisses neutres et d'acides gras, fortement colorés en vert par la biliverdine. Cette constatation démontre d'ailleurs, une fois de plus, l'intensité de l'écoulement biliaire que réalise l'absorption d'huile.

Dans les *suites d'une cholécystectomie*, la cure d'huile d'olive est utile contre les récidives de coliques hépatiques par spasme du sphincter d'Oddi, et contre les syndromes ictériques et douloureux, qui traduisent l'angiocholite résiduelle assez fréquente en pareil cas.

Dans les autres affections vésiculaires, dans lesquelles la perméabilité vésiculaire reste totalement ou partiellement conservée, *cholécystite non lithiasique, cholécystatonie,* la cure d'huile peut compléter et continuer très heureusement, entre les séances, le drainage médical par la méthode de Meltzer-Lyon.

Pour la cholécystite non lithiasique, on prescrira avec avantage, soit une cure mensuelle de dix jours d'huile d'olive à doses modérées (une à deux cuillers le matin à jeun), soit l'injection d'huile chaude avec la sonde duodénale : il en résulte une excitation de la contraction vésiculaire ; l'évacuation est plus énergique qu'avec le sulfate de magnésie et l'on ne risque pas la poussée de colite que détermine parfois secondairement le sel magnésien.

La cholécystatonie est une distension vésiculaire de faiblesse, sans obstacle mécanique ; elle se traduit cliniquement par un ensemble de symptômes, dont les uns relèvent de la vagotonie digestive, les autres de la dyspepsie biliaire, avec souvent un type spécial de migraine ; son existence est contrôlée par la cholécystographie et l'épreuve d'excrétion vésiculaire provoquée. Dans cette affection, qui relève au premier chef du drainage biliaire par la sonde et par les médicaments, l'huile d'olive constitue le remède héroïque presque toujours employé avec succès, si l'on suit les règles énoncées pour la cholécystite non lithiasique. On peut encore renforcer l'action excitante de l'huile sur la vésicule par l'incorporation, soit d'un peu de lécithine, soit d'un jaune d'œuf. Chez ces malades, l'huile d'olive est encore utile parce que, *per os* ou en lavements, elle constitue un laxatif doux, très apprécié contre leur colite spasmodique ; c'est un des très rares produits, qui assure chez eux l'exonération intestinale, sans provoquer ultérieurement de crises plus ou moins violentes de colite réactionnelle.

Dans la dyspepsie hyperchlorhydrique, avec ou sans ulcère.

L'emploi de petites quantités d'huile d'olive, le matin à jeun, constitue un merveilleux traitement de l'hyperchlorhydrie pure, comme de celle qui accompagne les processus ulcéreux.

L'huile d'olive exerce une action motrice, en ouvrant largement le sphincter pylorique, et l'on sait le rôle que joue le spasme pylorique dans la genèse ou le maintien de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus.

Mais son action sécrétoire est plus importante, en diminuant par inhibition la sécrétion chlorhydrique. Cependant cette action frénatrice de la sécrétion gastrique ne se mantient pas longtemps après la cure d'huile, et l'on doit renouveler celle-ci pour obtenir une amélioration importante des manifestations cliniques de l'ulcère, en particulier de l'hyperchlorhydrie.

D'une façon générale, — sauf variations suivant la gravité des cas et la tolérance des malades, — il y a un intérêt à faire précéder les 3 ou 4 prises alimentaires quotidiennes d'une ou deux cuillers à café d'huile d'olive, une demi-heure avant ; ces prises alimentaires consistent, suivant les cas, en régime lacté absolu, ou en aliments plus variés, mais toujours en bouillies, purées, compotes. La cure d'huile sera continuée de quinze jours à trois semaines, et reprise plusieurs fois à des intervalles réguliers ; l'huile sera absolument pure.

Dans la colique saturnine, on obtiendrait, dès le début, grâce à des hautes doses d'huile d'olive (un verre par jour) une sédation des douleurs, puis bientôt l'émission d'une selle copieuse, et, après 3 à 5 jours, la guérison définitive.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'autosérothérapie dans le traitement des dermatoses et particulièrement du psoriasis.

L'autosérothérapie nécessite évidemment une intervention spéciale et l'observation d'une technique rigoureuse ; mais c'est une méthode simple, utile et efficace, qui a été utilisée largement en France et à l'étranger par de nombreux cliniciens avec les résultats les plus satisfaisants. Elle est sans dangers.

D'une étude intéressante, M. Paul Busquet conclut que l'auto-sérothérapie constitue un procédé général de traitement pour de nombreuses maladies internes, et que de plus elle est applicable aux dermatoses, particulièrement au psoriasis, pour lequel on obtient une guérison radicale des malades. (*Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1930.)

Sur quelques cas d'angines à streptocoques influencés favorablement par le sérum antistreptococcique de Vincent en attouchements locaux.

Sur cinq cas traités par le Dr N. Moreau, le sérum antistreptococcique a eu quatre fois une influence très favorable, sinon décisive. Le cinquième cas, non amélioré par cette thérapeutique, n'était pas une angine à streptocoques.

Cette méthode (instillation dans les fosses nasales et badigeonnages dans l'arrière-gorge) ne présente pas les risques ou inconvénients habituels de la sérothérapie par voie sous-cutanée ou intra-musculaire ; elle mérite d'être prise en considération dans le cas particulier des angines primitives à streptocoques (*Gaz. heb. des sciences médicales de Bordeaux*, 20 juillet 1930.)

Emploi de la sanocrysine danoise, comme adjuvant, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

D'après le Dr J. Caussimon, quand on emploie la sanocrysine chez l'homme, en particulier avec la méthode des petites doses, c'est sur une réaction scléreuse qu'il faut compter. Il paraît donc légitime de ranger ce médicament dans la classe des agents sclérosants. A ce titre, il peut être très utile pour réaliser un traitement de consolidation, à l'aide de faibles doses espacées et continuées pendant longtemps (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 13 juillet 1930.)

Contribution à l'étude des complications oculaires, urétrales et articulaires de la dysenterie bacillaire.

Il s'agit du syndrome conjonctivo-urétro-synovial de Noël Fiessinger qui s'observe, comme les arthropathies méconnues, au décours de la dysenterie bacillaire. L'étude du Dr P. Hombourger est basée sur l'observation de 57 cas.

Les malades ont présenté dans les 8 à 20 jours précédents, rarement plus, une diarrhée avec selles liquides ou muco-sanguinolentes. Cet épisode intestinal est parfois fruste et passager, mais il est constant ; il persiste rarement lors de l'apparition des complications. Ce syndrome débute généralement par une conjonctivite intense avec chémosis ; à cette période, pas de complications graves, comme l'iritis plutôt constaté au déclin de la maladie. Le jour même, ou le lendemain, apparaît un écoulement urétral muco-purulent ; puis, les jours suivants, les articulations se prennent (surtout les genoux, liquide de ponction filant, citrin et trouble). Anorexie et état saburral ; pouls accéléré ; température 39°, 39° 1/2. Les autres articulations sont atteintes ensuite ; ce sont toutes les variétés depuis la lésion inflammatoire subaiguë, de la forme arthralgique simple jusqu'à l'arthrite séro-purulente ; le terme moyen est le type hydarthrosique. Le diagnostic erre entre la blennorrhagie, le rhumatisme et la dysenterie, d'où une thérapeutique de ce fait fort hésitante ou inopérante.

C'est le laboratoire qui permettra un diagnostic étiologique de certitude. Seule, la recherche des agglutinines dans le liquide synovial donnera la preuve de la spécificité étiologique ; car l'examen des selles est également aléatoire. Dans les arthrites sèches, il faudra s'adresser au séro-diagnostic ; cette épreuve est toujours positive à la période d'état, mais le pouvoir agglutinant baisse rapidement. La chose est vraie pour les formes franches ; mais le procédé est infidèle dans les cas frustes et après la guérison.

Les formes de la maladie peuvent être sévères ou légères, avec tous les intermédiaires. La durée de l'atteinte varie avec la gravité (4 à 5 semaines en moyenne.) Tous les cas observés se sont terminés par la guérison, sans séquelle, anatomique ou fonctionnelle ; on observe parfois des rechutes ; ce sont les lésions synoviales qui dominent la scène, par leur intensité et leur durée.

Thérapeutique. — L'auteur a institué la sérothérapie antidysentrique aux doses de 60 à 80 cc. le premier jour, de 40 à 60 cc. les suivants, par voie sous-cutanée. Ce traitement calme les douleurs, atténue les manifestations fluxionnai-

res et amende les signes généraux. Les épanchements ont été ponctionnés précocement avec injection *in situ* de sérum antidysentérique ; les cas ainsi traités s'améliorent beaucoup plus vite ; mais il est possible que ce résultat soit dû seulement à la protéinothérapie sérique.

D'ailleurs il convient d'ajouter que la sérothérapie ne guérit pas les arthrites ; on recommande la physiothérapie comme adjuvant du traitement biologique.

Dans les formes de début, de moyenne intensité, sans épanchement articulaire, les effluves de haute fréquence amènent rapidement une sédation des douleurs et une régression de l'arthrite en quelques jours. Dans la forme hydarthrosique, les applications transarticulaires de courant galvanique donnent d'excellents résultats, surtout après ponction évacuatrice. La régression des algies et de la fluxion articulaire s'opère en 8 à 10 jours. Les séquelles articulaires ont été heureusement influencées par la diathermie ou la photothérapie. Dans les cas où persistait un léger épanchement, on a préféré le courant galvanique. Les séquelles lointaines cèdent rapidement à la thermo-photothérapie. La radiothérapie et les ultra-violets n'ont donné aucun résultat appréciable. Sérothérapie précoce et physiothérapie abrègent notablement la marche de la maladie. Les cas aigus ont ainsi guéri en un mois ou un mois et demi, au lieu de deux et trois mois.

L'uréthrite demande les soins antiseptiques locaux habituels, et souvent disparaît spontanément. Les complications oculaires seront traitées par des collyres à l'argyrol, à l'atropine ou au sulfate de zinc. (*Journal des Praticiens*, 1er juillet 1930.)

L'hémolysothérapie intradermique dans le traitement de quelques dermatoses : eczémas, dermites eczématiformes, prurits.

En voici la technique d'après R. J. Weissenbach :

On prélève aseptiquement, dans une veine du pli du coude, 20 cent. cubes de sang, à l'aide d'une seringue stérilisée dans laquelle on a préalablement introduit 2 cent. cubes d'une solution stérile de citrate de soude à 10 %. Le mélange est projeté de suite dans un ballon stérilisé de 100 cc., contenant des perles de verre. On ajoute 4 cc. d'éther sulfurique. On agite lentement le mélange jusqu'à production de l'hémolyse complète, soit environ une dizaine de minutes. Puis, on évapore l'éther en portant le ballon, bouché au coton cardé, dans un bain-marie en une étuve électrique, réglé à 36°, loin de toute flamme nue, en prenant la précaution habituelle pour que la vapeur d'éther ne s'enflamme pas.

Le sang laqué est alors réparti aseptiquement dans 22 ou 23 ampoules de verre stérilisées.

Les injections sont pratiquées chaque jour, au moins pour les 10 premières et suivant l'effet obtenu.

L'injection doit être faite très exactement dans le derme, selon la technique habituelle, à l'aide d'une seringue longue divisée en vingtièmes ou dixièmes de centicubes et une aiguille fine de 2 cent. de longueur au plus. On injecte sans gêne, ni incidents, 3/10es de centicube ; c'est la dose moyenne. Quatre ou cinq dixièmes de centicube peuvent provoquer une phlyctène qui s'excorie au bout de 24-48 heures. La tache ecchymotique produite par l'injection disparaît en 24 heures à 2 jours, rarement plus. La peau de la face et des cuisses est la région de choix pour les injections.

Sur 40 cas traités : 17 guérisons complètes, 15 bonnes améliorations, 7 guérisons avec rechutes, 2 échecs.

Procédé nouveau, l'hémolysothérapie intradermique doit être placée, au point de vue de l'efficacité, sur le même plan que les diverses méthodes d'hémothérapie, dans le traitement des eczémas. Elle réussit même parfois, dans des cas où ces méthodes ont échoué. Elle présente en outre sur celles-ci certains avantages qui doivent la faire préférer dans un grand nombre de cas. (*La Pratique médicale française*, août 1930.)

Manifestations pubertaires, pré- et post-pubertaires d'hypoplasie orchitique.

D'après A. Savigny, la période pubertaire soumet les jeunes organismes à un effort d'adaptation entraînant fréquemment des troubles fonctionnels plus ou moins marqués. Aussi arrive-t-il que cette évolution se trouve entravée, sinon inhibée, par différents facteurs, d'origine héréditaire le plus souvent, qui font que le jeune garçon garde le type infantile et n'effectue pas sa transformation virile, que le sujet reste chétif et grêle ou qu'une adiposité excessive se substitue au développement musculaire.

Les fonctions intellectuelles sont concomitamment troublées : puérilité persistante, apathie intellectuelle, inaptitude au travail cérébral.

Un traitement opothérapique bien conduit peut donner d'excellents résultats : la thyroïde et l'hypophyse seront parfois indiquées. Plus souvent encore et d'une façon plus générale, c'est l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, très puissante dans de tels cas, qui a donné à l'auteur de très beaux succès, de véritables transformations somatiques et psychiques, dont plusieurs observations citées dans ce travail donnent une idée très précise. (*Les Sciences médicales* du 30 juin 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'ambidextrie. Usages respectifs des deux mains.

(M. PAUL CARNOT. — *Académie de médecine* ; 2-12-30)

Dans une communication lue en juin dernier à l'Académie et que nous avons analysée, M. Armaingaud faisait un nouveau plaidoyer en faveur de l'ambidextrie et il demandait que les éducateurs et les familles s'efforcent de développer chez le petit enfant l'usage des deux mains.

Ayant à présenter, au nom d'une commission composée de MM. Legendre, Lesage et Carnot, un rapport sur le travail de M. Armaingaud, M. Paul Carnot expose le sujet sous un double point de vue : historique et pratique.

La question de l'ambidextrie, dit-il, est fort ancienne. D'après Platon, les Scythes tiraient de l'arc de l'une ou l'autre main. Homère conte qu'Astéropie lançait en même temps deux javelots, un de chaque main. Plus près de nous, on connaît la lettre célèbre de Benjamin Franklin intitulée : la *pétition de la main gauche.*

A la thèse de l'égalité des mains s'oppose, dans l'histoire, celle très curieuse, de la *spécialisation* des mains, M. Le Gendre a retrouvé dans la *Gazette hebdomadaire* de 1876 la note suivante : « Le Coran ordonne pour l'ablution, qui suit la défécation et la miction, de se servir de la main gauche. Déjà, dans l'antiquité, cette main était réservée aux soins des génitoires ; Martial appelle la main gauche *amica manus* parce qu'elle était utilisée pour l'onanisme... »

Cette boutade, agrémentée de citations latines, est signée du professeur Bouchard qui pour une fois s'éloignait des questions sérieuses de son enseignement habituel.

Quoiqu'il en soit, on pourrait peut-être envisager une ébauche de spécialisation de chaque main, la droite étant réservée aux usages nobles (écriture, alimentation), la gauche aux usages inférieurs. Cette spécialisation aurait pour le moins un avantage : celui d'éviter quelques transports de germes dangereux, quelques contages ano-buccaux, ou génito-ophtalmiques.

Revenant à l'ambidextrie proprement dite, M. Carnot reconnaît avec M. Armaingaud l'utilité de l'apprentissage simultané des deux mains. Sans se dissimuler les difficultés d'une telle réforme éducative, il ne voit aucun inconvénient, au contraire, à ce que l'Académie prenne position dans le sens demandé par M. Armaingaud, en engageant les parents et les instituteurs, non seulement à ne pas s'opposer, comme ils le font, à l'emploi instinctif que beaucoup d'enfants donnent à leur main gauche, mais même à faire effort pour l'éducation simultanée des deux mains dès les premières années de la vie, tant pour les usages quotidiens que pour l'écriture.

Essai de traitement des néoplasmes.

(M. A. AIMES. — *Académie de médecine* ; 2-12-1930).

M. Aimes, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, expérimente depuis assez longtemps déjà, dans diverses affections chirurgicales, une solution complexe dont voici la formule :

Orthodioxybenzène diméthylé.....	2 gr. 40
Métadioxybenzène	0 gr. 20
Aldéhyde trichloré...............	8 gr.
Menthol	2 gr. 50
Menthène......................	traces
Acétal........................	traces
Essence aromatique	q. s.
Solution d'alcool éthylique à 33 p. 1.000........................	1.000 cc.

Ce produit possède deux propriétés importantes : d'une part il exalte la vitalité des cellules et favorise la réparation anatomique ; d'autre part, il offre une action offensive contre les éléments étrangers.

Il a paru à l'auteur intéressant d'utiliser dans ces conditions, cet agent, sur des néoformations d'ordre variable pour obtenir leur disparition tout en favorisant la réparation tissulaire. Injectant dans le pédicule d'un papillome, à trois reprises, 1/2 cent. cube de ladite solution, M. Aimes a obtenu la guérison de la tumeur sans cicatrice. Dans un cas de cancer basocellulaire de l'aile du nez, dans un cas d'ulcération épithéliomateuse de la lèvre inférieure, dans deux autres épithéliomes du nez, même résultat favorable à la suite d'injections à la base de la néoplasie.

Eloges de Péan et de Jaccoud.

(*Académie de médecine* ; novembre-décembre 1930).

L'éloge de Péan a été prononcé par le professeur J.-L. Faure, à la séance du 25 novembre de l'Académie, et celui de Jaccoud, par le professeur Ménétrier, à la séance solennelle de décembre.

Péan, chef de service chirurgical à Saint-Louis, prestigieux chirurgien, fut avec Koeberlé le premier opérateur ayant pratiqué, en France, avec succès, l'ovariotomie. Il fut le créateur de l'hystérectomie vaginale et de la pylorectomie (injustement appelée, chez nous, opération de Billroth). Péan opérait, on le sait, en habit, une serviette nouée autour du cou. Son habileté légendaire, ses succès opératoires lui avaient valu une clientèle considérable et aussi des

adversaires irréductibles dans certains milieux officiels. Péan vulgarisa la méthode d'hémostase par pincement des vaisseaux, réduisant ainsi au minimum, pour le plus grand bien des malades, les pertes sanguines.

Jaccoud (1830-1913), professeur de clinique médicale, enseignait dans le vieil amphithéâtre de l'ancienne Pitié, où un auditoire nombreux se pressait pour l'écouter. Orateur éloquent, il se montra aussi un précurseur en signalant l'origine hydrique fréquente de la fièvre typhoïde et en proclamant, dès 1881, avant même la découverte du bacille tuberculeux par Koch, la curabilité de la tuberculose pulmonaire, l'importance du traitement climatique de cette maladie et le rôle prophylactique de la désinfection des crachats.

P. L.

Les diverses variétés de constipation et leur traitement.

(M. Bécart. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-10-1930).

L'auteur définit comme constipé tout individu, qui ne va pas régulièrement à la selle (24 heures étant l'intervalle moyen entre deux selles), ou tout individu dont l'évacuation est incomplète.

La constipation relève d'un ou de plusieurs des facteurs suivants : mauvaise éducation (négligence, etc.) ; abus des purgatifs ou laxatifs divers, qui irritent l'intestin, et en particulier la sigmoïde qui est toujours contractée et douloureuse chez les habitués des pilules ; alimentation irrationnelle (insuffisante, sans liquides, trop riche et ne laissant aucun résidu capable d'exciter le péristaltisme intestinal) ; facteurs nerveux.

N'envisageant que le trouble fonctionnel, excluant ainsi toutes les affections organiques de l'intestin, c'est dans la mécanique du gros intestin qu'il faut chercher le siège du trouble à la base de la constipation : troubles dans le transit du côlon (insuffisance digestive et glandulaire, colite-dolichocolon) ; troubles dans le mécanisme évacuateur (dyschésie sigmoïdienne ou rectale).

Un interrogatoire serré est de première importance pour connaître le genre de vie, l'alimentation et faire préciser l'état des selles. L'histoire clinique sera soigneusement notée : il y aura lieu de vérifier l'existence réelle de la constipation. Pour l'examen du malade, la première chose à faire est le toucher rectal. Si le rectum contient des matières, il s'agit de dyschésie rectale. S'il est vide, il faut examiner la fosse iliaque gauche, palper la sigmoïde, voir si elle est remplie de matières, flasque, molle, douloureuse ou épaissie. On examinera ensuite à droite le cæcum, puis le transverse, l'angle hépatique, pour trouver une partie contracturée, dure et douloureuse. Dans le cas de constipation secondaire à une insuffisance digestive, l'ensemble de l'abdomen semble plein, le côlon est difficile à sentir et n'est guère douloureux ; la sigmoïde et le rectum sont vides. Il peut être utile de compléter l'examen par la radiographie, la coprologie, l'examen rectoscopique (état de la muqueuse recto-sigmoïdienne).

Le traitement de la constipation ne peut donc être uniforme ; il faut avant tout gagner la confiance du malade pour lui faire cesser tout traitement momentanément. Il faut le persuader qu'il ne court aucun risque s'il passe un ou deux jours sans aller à la selle et qu'il faut au moins 24 heures pour qu'une selle ait le temps de se former ; qu'enfin un certain temps est nécessaire pour être rééduqué. Les différents facteurs étiologiques seront commentés et expliqués au malade.

Un certain temps est nécessaire pour la reprise de la fonction normale du côlon. Donner une alimentation suffisante en quantité et adaptée à chaque cas particulier. Réconfort moral, repos, sommeil suffisant, médication calmante si nécessaire.

D'autre part, à chaque variété de constipation convient un traitement spécial. Par exemple l'huile de paraffine, qui fait merveille dans les cas de dolichocolon (constipation, gaz, douleurs), non seulement ne fera rien au point de vue constipation, mais encore contribuera à entraver la digestion dans la colite avec stase. Il en est de même des purgatifs à base d'extrait biliaire, qui excitent la motilité du côlon dans l'insuffisance digestive, mais ne feront qu'irriter la sigmoïde en cas de sigmoïdite.

Dans l'insuffisance digestive, traiter l'insuffisance biliaire par les extraits appropriés, l'hyperchlorhydrie et l'achlorhydrie par les moyens habituels. Importance du régime, électrothérapie pour tonifier le côlon. Dans la colite, traiter l'infection intestinale par la vaccinothérapie sous toutes ses formes. Régime bien préparé (peu de débris cellulosiques irritants, pas de lait, bonne mastication).

Le but, dans le dolichocolon, consistera à éviter la distension des anses et à faire glisser (alimentation finement divisée, non irritante, ne fermentant pas ; eau en quantité suffisante ; huile de paraffine).

Dans la dyschésie sigmoïdienne, pansements sigmoïdiens à base de vaccins pour lutter contre l'infection. Dyschésie par vidange incomplète : lavements huileux, agar-agar, graines de psyllium, régime riche en cellulose. Dyschésie rectale : supprimer le spasme anal par le traitement des hémorrhoïdes, des fissures et de l'anusite, qui sont souvent en cause ; c'est le succès des moyens physiques, des suppositoires médicamenteux, qui réveillent le sens rectal.

Etiologie et traitement de la maladie rhumatismale.

(M. R. Lautier (de Nice). — (*Soc. de thérapeutique.* 8-10-1930).

L'auteur démontre par une longue étude, très documentée, la supériorité de la vaccinothérapie spécifique sur la vaccinothérapie ordinaire, opinion qu'il soutient depuis plusieurs années.

Les injections sous cutanées de pepsine dans l'ulcère de l'estomac.

(MM. Loeper et Debray. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 8-10-1930).

On cherche ordinairement à traiter les ulcères gastriques en diminuant la sécrétion chlorhydro-peptique par différentes drogues (belladone, atropine), à neutraliser son activité trop grande par des produits saturants ou absorbants, à protéger mécaniquement la muqueuse par un pansement gastrique. D'autre part la méthode vaccinothérapique lutte avec succès contre l'élément infectieux, si important dans l'ulcus et ses accidents évolutifs.

Les effets très favorables obtenus par les injections de pepsine procèdent à la fois de la protéinothérapie et de l'endocrinothérapie ; les auteurs communiquent leurs intéressantes observations. Dans la presque totalité des cas, douleurs et vomissements ont cessé entre la 4e et la 7e injection ; l'examen radiologique pratiqué dix jours après la terminaison d'une série de 15 piqûres montrait la cessation des phénomènes spasmodiques, une amélioration du transit gastro-duodénal une atténuation de l'hyperkinésie. La cessation des douleurs permettait d'élargir le régime et de le rendre plus substantiel, avec comme conséquence une reprise importante de poids.

Ces résultats peuvent être discutés ; il est possible qu'il se soit agi d'une simple rémission dans l'évolution de l'ulcus ; mais il est impossible qu'une telle coïncidence ait pu se renouveler aussi souvent et aussi régulièrement. Un certain recul est nécessaire pour juger la méthode.

En voici la technique : la première injection dans la fesse sera de 1 cc. seulement (0 gr. 10 de pepsine), et permettra de juger de la tolérance du sujet. Les suivantes seront toutes de 2 cc. (0 gr. 20 de pepsine) et renouvelées trois fois par semaine. Après une première série de 15 injections, repos, et régime moins restrictif ; trois semaines après, si les douleurs reprennent, nouvelle série de 15 injections, à 2 ou 3 injections par semaine.

Sur un cas de pustule maligne.

(Dr De Crop, de Tanger. (*Soc. de médecine et d'hygiène du Maroc* ; 3-1930).

L'auteur rapporte un cas de pustule maligne, survenue chez une infirmière de son service. Une lésion très prurigineuse était apparue depuis deux jours sur sa joue : petite tache noire foncée, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, entourée d'une auréole rouge sombre légèrement œdémateuse.

A l'examen bactériologique, la sérosité de la pustule renfermait en grande abondance une bactérie, présentant tous les caractères morphologiques et les affinités tinctoriales de la bactéridie charbonneuse. Ce micro-organisme fut isolé effectivement pour la culture ; inoculé par voie cutanée au cobaye, il provoqua la mort par septicémie charbonneuse en 60 heures.

La pustule s'étendit sur la joue avec région œdématiée ; il y eut en même temps un état général modéré avec fièvre légère. En une dizaine de jours, tout était rentré dans l'ordre, sans aucun traitement spécifique, l'Institut Pasteur n'ayant plus de sérum anticharbonneux, et le malade se refusant à tout traitement local. On se borna à faire, trois jours de suite, une injection intra-veineuse de 0,10 de novarsenobenzol.

Ce cas est intéressant par sa guérison spontanée, en contradiction avec le pronostic sombre qu'enseignent les classiques.

G. F.

Toulouse

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

Blessures isolées de la cornée dans les accidents d'automobile.

M. G. D. Garipuy. — Les accidents d'automobile peuvent produire soit des blessures oculaires très graves qui échappent souvent à l'oculiste parce que l'énucléation d'urgence s'est imposée au chirurgien, soit des blessures superficielles des paupières sans importance, soit enfin des blessures de la cornée et de la sclérotique qui nécessitent l'intervention de l'oculiste et qui permettent la plupart du temps de conserver la vision. Presque toutes ces blessures sont produites par des éclats de glace.

Dans ce dernier cas, les dangers consistent dans la blessure du cristallin, la perte du vitré, ou l'infection si l'intervention de l'oculiste est très tardive.

L'auteur a vu deux cas de blessures isolées de la cornée intéressant la sclérotique dans le voisinage du limbe avec large enclavement de l'iris : la suture après iridectomie fut faite respectivement 12 et 15 heures après l'accident.

Il insiste sur les difficultés de la suture quand la plaie est trop béante (8 et 20 mm.) ; il faut parfois se contenter d'une suture profonde de la conjonctive et de l'épisclère, et dans un second temps, huit jours plus tard, aviver les bords qui ne sont pas coaptés suffisamment et faire alors une suture au catgut de la sclérotique, ce qui est plus facile.

Dans les deux cas, les suites furent normales et l'acuité visuelle bonne (VI et V 1/3). En terminant, l'auteur signale les perfectionnements récents dans la fabrication des glaces, qui ne donnent plus d'éclats tranchants et évitent de tels accidents.

Kyste dermoïde du col utérin.

MM. Le Van Chinch et Doan Van Khiem (Cochinchine). — Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, entrée à l'hôpital de Rachgia pour écoulement vaginal purulent datant de plusieurs mois. A l'examen au spéculum, on constata au niveau de la partie postérieure du col utérin une tumeur de la grosseur du pouce, de forme ovoïde à grand axe transversal;

cette tumeur présentait au centre un point blanc qui donnait l'impression d'un corps étranger.

Une incision transversale faite à ce niveau permit d'extraire un os long de 5 cent., large de 3 cent, 1/2, épais de 2 cent. 1/2, rappelant vagument la forme d'un maxillaire inférieur sur lequel était implantées 9 dents rudimentaires.

La malade, très anémiée, fut guérie après un mois de traitement.

Angiome de la grande lèvre.

MM. J.-P. Tourneux et Labro rapportent l'observation d'une femme de 52 ans, qui présentait au niveau de la grande lèvre gauche une petite tumeur pédiculée de couleur rouge-violacée, de consistance très molle, offrant les dimensions d'une grosse cerise.

Cette petite tumeur, dont le début remontait à quatre ans environ, fut enlevée à l'anesthésie locale : il s'agissait histologiquement d'un angiome caverneux.

La présence d'une tumeur angiomateuse au niveau de la grande lèvre est extrêmement rare : Bougio (1902) et Guyot (1903) en ont publié des cas analogues.

Perforation cæco-appendiculaire.

MM. Le Van Chinch et Doan Van Khiem ont eu à intervenir chez un homme de 36 ans, entré à l'hôpital de Rachgia pour douleurs dans la fosse iliaque droite, évoluant depuis une huitaine de jours, s'accompagnant de constipation et de vomissements bilieux.

A son entrée, il présentait un faciès nettement péritonéal avec ventre ballonné et empâté surtout dans la région sous-ombilicale ; pouls petit et fuyant ; T. : 37°5.

La laparotomie fut pratiquée d'urgence et l'ouverture de l'abdomen donna issue à une grande quantité de pus brunâtre à odeur très fétide.

Après avoir refoulé les anses intestinales grêles recouvertes de fausses membranes, l'examen de la région cæco-appendiculaire montra, en dehors d'un appendice complètement gangréné, une large perforation des parois cæcales. La suture étant jugée impossible, le cæcum fut fixé à une boutonnière pratiquée dans la paroi iliaque droite.

L'abdomen fut ensuite refermé après lavage au sérum artificiel chaud et mise en place de deux gros drains. L'opéré mourut de septicémie quatre jours après.

Név.o-sarcome du sciatique.

MM. J.-P. Tourneux, P. Fabre et Sol communiquent l'histoire d'un cultivateur de 67 ans, hospitalisé pour tumeur de la région poplitée droite.

Cet homme, avait vu apparaître à ce niveau, il y a environ 17 ans, une petite tumeur de la grosseur d'une amande, spontanément indolore et ne devenant douloureuse que sous une forte pression.

Après être restée stationnaire pendant plusieurs années, cette tumeur se mit à présenter une augmentation de volume d'abord très insidieuse, mais qui dans les six derniers mois est devenue beaucoup plus rapide jusqu'à atteindre les dimensions d'un gros œuf de poule.

Cet accroissement s'est accompagné de phénomènes douloureux locaux continus sans irradiations ainsi que de gêne dans la mobilisation du genou, particulièrement dans l'extension ; aussi le sujet a-t-il pris l'habitude de laisser son membre inférieur à demi-fléchi.

Au moment de son hospitalisation, le malade présentait au niveau du creux poplité droit et empiétant un peu sur la partie inférieure de la cuisse une tumeur de forme régulière, de consistance assez ferme, atrocement douloureuse au toucher, et mesurant 10 cent. de long sur 3 cent. de large.

Les mouvements du genou étaient très limités et douloureux, la réflexe rotulien aboli, et il existait quelques ganglions inguinaux : à noter un vaste œdème mou de la jambe et du pied. Etant donné les divers symptômes présentés, le diagnostic de tumeur maligne du nerf sciatique fut porté et confirmé lors de l'intervention. La tumeur occupait en effet toute l'épaisseur du nerf, après en avoir dissocié et détruit les faisceaux, ce qui nécessita une exérèse complète.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un névro-sarcome provenant des cellules de Schwann.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

MM. Le Van Chinh et Doan Van Khiem. — Un enfant âgé de 6 ans a reçu un coup de corne de buffle dans le ventre : amené à l'hôpital 7 heures après l'accident, il fut immédiatement opéré.

Il présentait une plaie longue de 8 cent. au niveau du flanc droit avec hernie intestinale et deux déchirures du mésentère longues de 3 cent,; la plaie est souillée de terre et les anses intestinales couvertes d'herbe.

Après nettoyage à l'éther et suture du mésentère, le ventre fut fermé et drainé. La guérison se fit sans incidents.

Contribution à l'étude du climat de Cauterets.

M. Serr, après avoir indiqué les caractères géographiques et climatiques de la zone des Pyrénées, des Gaves, insiste sur les particularités topographiques qui différencient cet ensemble et donnent à certains lieux des propriétés climatiques spéciales. Il envisage dans cet ordre d'idées le climat de Cauterets.

L'auteur précise la situation de cette sta'ion, l'orientation N.-E. de sa vallée, sa disposition abritée des vents froids du Nord et pluvieux de l'Ouest, à laquelle contribue la ligne des crêtes très élevées qui la bordent, sa pénétration peu fréquente par les vents du Sud, et il insiste sur le calme atmosphérique de Cauterets.

Les autres caractères climatiques sont ensuite étudiés. Cet exposé montre que Cauterets, malgré son altitude, est en été abrité des vents, des brouillards, se trouve très ensoleillé, possède une particulière douceur de température, avec absence d'humidité, un air très pur, qui est frais sans être froid.

Cette cure climatique possède des effets de tonification dues à l'altitude, et de sédation relevant de l'orientation et du calme atmosphérique. Les indications climatiques découlent de ces propriétés. Le Dr Serr conclut que cette station thermale célèbre est aussi une station estivale d'un grand intérêt médical, que dans les effets globaux des cures de Cauterets l'action climatique possède une part intéressante, que les particularités de ce climat contribuent à différencier cette ville de cure des autres stations thermales.

Le taux de l'urée sanguine au cours du diabète sans dénutrition.

MM. E. Tamalet et P. Manceau apportent leur contribution aux recherches récentes sur ce sujet de MM. M. Labbé, Boulin et Justin-Besançon.

Ils ont observé ces dernières années, 65 diabétiques sans dénutrition, et constaté que dans 52,3 % des cas, le taux de l'urée sanguine se maintenait dans des limites normales avec un chiffre moyen de 0 gr. 40 par litre. Dans 47,6 % des cas au contraire l'urée atteignait ou dépassait 0 gr. 50 avec maximum de 0 gr. 85, et chiffre moyen de 0 gr. 62.

La constante d'Ambard, mesurée chez 15 de ces diabétiques a été trouvée normale dans 85 5 % des cas et augmentée dans 66.5 % avec un taux maximum de 0.22 ; parmi ces derniers cas, on notait sept sujets présentant en même temps une azotémie marquée et de l'hypertension artérielle. Sur 65 diabétiques, 10 ont été trouvés albuminuriques, et chez six d'entre eux l'urée sanguine dépassait la normale.

De ces malades, 15 ont été suivis pendant 2 à 3 ans et les auteurs ont pu ainsi vérifier que les oscillations des taux de la glycémie et de l'azotémie étaient entièrement indépendantes l'une de l'autre. Chez certains cependant l'azotémie élevée a paru en rapport avec un régime hyperazoté, car elle a diminué lorsqu'on a modifié celui-ci.

Les conclusions de MM. Labbé, Boulin et Justin-Besançon, à savoir que l'azotémie modérée observée fréquemment chez les diabétiques est imputable à des lésions banales indépendantes du diabète, sont donc entièrement justifiées.

Luxation récidivante du ménisque interne.

MM. J.-P. Tourneux et P. Fabre communiquent l'observation d'un ouvrier de 28 ans, hospitalisé pour luxation récidivante du ménisque interne du genou gauche.

A la date du 12 août 1930, cet homme, les cuisses fortement fléchies, était occupé à soulever un poids très lourd, quand à un moment donné il ressentit une violente douleur au niveau de la face interne du genou gauche. Forcé d'abandonner son travail, il constata que l'articulation était bloquée en demi-flexion et qu'il lui était impossible de l'étendre. Devant cette situation, on appela un médecin qui porta le diagnostic de luxation du ménisque interne, et qui, par des manœuvres externes, parvint à la réduire.

Depuis cette époque, bien que le malade ait gardé pendant 2 mois une immobilité absolue, la marche est restée difficile, et très fréquemment il s'est produit un nouveau blocage du genou avec attitude en demi-flexion. Aussi, las de cette incapacité fonctionnelle, est-il venu demander une intervention.

Etant donné l'anamnèse et les signes physiques présentés, le diagnostic de luxation récidivante du ménisque interne gauche s'imposait. L'arthrotomie a été pratiquée quelques jours plus tard par une incision verticale de 10 cent. de long, qui permit de sectionner la capsule et la partie antérieure du ligament latéral. Le ménisque très mobile présentait une déchirure dirigée d'avant en arrière et ne tenait plus que par sa partie postérieure. Après une ablation, la capsule et le ligament latéral furent soigneusement suturés.

Le genou, immobilisé sur une attelle pendant une dizaine de jours fut ensuite soumis à des séances de massage et de mobilisation d'abord passive, puis active, et l'opéré put quitter le service avec un excellent état fonctionnel.

Le pouvoir anagoxique du Thorium X.

M. Maurin et Mlle Crespon, ayant antérieurement établi la protection efficace du thorium X vis-à-vis des cobayes ou de poissons soumis à des doses mortelles de toxique, apportent de nouvelles recherches parallèles aux précédentes en utilisant cette fois des grains de Képher.

Ceux-ci placés dans un milieu favorable supportent sans en souffrir, après addition préalable de dix microgrammes de thorium X, une dose toxique qui arrête toute végétation chez les témoins.

De ce fait on peut conclure que la phylaxie obtenue par le thorium X n'est nullement subordonnée à la nature de l'organisme mis en expérience, animal ou végétal, mais répond à une réaction biologique d'ordre général.

Ostéomyélite costale post-typhique.

M. J.-P. Tourneux a eu à intervenir dans un cas d'ostéomyélite post-typhique, survenue au début de la convalescence chez un homme âgé de 62 ans, qui avait présenté une dothienentérie assez grave.

Il s'était formé, il y avait environ deux mois, dans la région thoracique gauche, au niveau de la 5e côte, au voisinage de l'articulation chondro-costale, une tuméfaction chaude et douloureuse qui au bout de

quelques jours avait été incisée au bistouri et qui depuis lors était restée fistulisée.

L'intervention ayant montré ce que l'on soupçonnait, à savoir des lésions assez étendues de nécrose costale, on pratiqua une résection osseuse de plusieurs centimètres d'étendue ; la guérison définitive fut obtenue au bout d'un mois et demi.

J.-P. TOURNEUX.

Les Congrès

XXIe Congrès français de médecine

(Suite et fin) (1)

III.— Les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète.

Introduction physiologique à l'étude des indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète.— M. J. HOET (de Louvain). Les indications de l'insuline ont en ce moment une base scientifique dans nos connaissances de son action physiologique. L'hypoglycémie insulinienne provient de l'action combinée de l'insuline sur le foie et sur les muscles. L'insuline augmente le glycogène hépatique et inhibe la glycogénolyse. Les muscles présentent une forte avidité pour le glucose et fixent du glucogène ; d'où la disparition progressive du sucre du sang. Le glycogène musculaire, contrairement au glycogène hépatique, ne peut pas compenser la déficience de la glycémie, il ne peut plus que se transformer en acide lactique et produire de l'énergie mécanique. Le maintien de la glycémie est un équilibre complexe. Toute hyperglycémie entraîne une sécrétion d'insuline par la voie pneumogastrique. L'hypoglycémie entraîne une hypersécrétion adrénalinienne, qui mobilise du glucose hépatique. Cette réaction sympathique doit être évitée au cours des interventions thérapeutiques parce qu'elle provoquerait une diminution du glycogène hépatique. C'est la raison pour laquelle une dose de glucose doit toujours être administrée en même temps que l'insuline.

Une hydratation adéquate est également indispensable pour obtenir une bonne fixation de glucose.

Le traitement glucose-insuline est indiqué dans le traitement de divers symptômes en vertu de trois effets distincts : 1° Son action eutrophique générale ; 2° l'augmentation du glycogène hépatique ; 3° l'amélioration du métabolisme hydrocarboné de certains organes (cœur et ovaires).

De quelques indications de l'emploi de l'insuline en dehors du diabète tirées de l'action eutrophique de cette hormone. — M. E. AUBERTIN (de Bordeaux). L'emploi de l'insuline dans les troubles de nutrition du nourrisson peut donner des résultats intéressants. Dans l'atrepsie les succès sont rares cependant. Dans l'hypothrepsie, les stagnations de poids, les retards de croissance, les résultats sont meilleurs. Le traitement toutefois est délicat à conduire, en raison des accidents hypoglycémiques. C'est dans les cures d'engraissement chez l'adulte que l'insuline donne ses plus beaux succès, notamment chez les maigres asthéniques, les ptosiques, les anorexiques d'habitude par sous-alimentation.

Dans les psychoses, la maladie de Basedow, et une foule d'autres amaigrissements pathologiques, elle peut aussi rendre des services. Dans la tuberculose pulmonaire, elle expose à des accidents et ne doit être utilisée que chez les torpides, les apyrétiques, les stabilisés.

L'insuline peut aider à la cicatrisation des plaies atones. Les résultats sont parfois très beaux, mais fort inconstants. Son emploi dans les ulcères du tube digestif n'est pas encore généralisé.

Le rôle trophique exercé par l'insuline semble exclusivement lié à son action sur les sucres. Ainsi, dans les cures d'engraissement, il se produit une reconstitution cellulaire par assimilation d'eau, fixation d'azote et élaboration de graisse ; on peut concevoir que chacun de ces trois processus soit fonction de l'activation du métabolisme hydrocarboné car on sait le rôle immense que jouent les métabolites hydrocarbonés dans l'économie.

L'insuline dans le traitement des affections cardio-vasculaires. — M. G. BICKEL (de Genève). On savait depuis longtemps qu'en additionnant de glucose le liquide de perfusion d'un cœur de grenouille ou de mammifère, on augmentait l'intensité des contractions. Des recherches plus précises ont montré que le glucose était, en réalité, la source énergétique la plus puissante du myocarde et que la consommation de sucre par le cœur est d'autant plus considérable que le sang est plus riche en extrait pancréatique.

On sait aujourd'hui que le métabolisme hydrocarboné des cardiaques en état d'asystolie est fréquemment troublé. Le cœur malade n'a ainsi à sa disposition que des quantités insuffisantes de sucre. L'administration de légères doses d'insuline (15 à 30 unités par jour), combinée à l'ingestion ou à l'injection de glucose réussit à redresser dans une certaine mesure l'utilisation défectueuse des hydrates de carbone, facilitant ainsi l'action des tonicardiaques. L'application de l'insuline aux affections vasculaires telles que hypertension, artériosclérose grave, artérites oblitérantes, angine de poitrine, dérive avant tout de constatations cliniques faites chez les diabétiques

(1) V. *Concours médical*, nos 1 et 2.

porteurs de l'une ou de l'autre de ces affections. Le traitement pratiqué aux doses de 15 à 30 unités par jour doit être prolongé pendant des mois ou même des années, constituant une véritable opothérapie.

Les applications cliniques de l'insuline en dehors du diabète. — M. Le Fevre de Arric (de Bruxelles). — L'auteur s'attache surtout aux propriétés antiacidosiques de l'insuline. Il retient l'acidose post-opératoire, les acidoses circulatoires, le choc traumatique, les vomissements cycliques de l'enfance, les vomissements incoercibles de la grossesse. Dans tous ces états, l'insuline, accompagnée d'une large dose de glucose, donne de bons résultats. L'insuline peut être essayée aussi dans les insuffisances fonctionnelles du foie, dans les hépatites.

Les états dysendocriniens ont été l'objet de tentatives thérapeutiques par l'insuline. Des résultats favorables, mais inconstants ont été enregistrés dans l'hyperthyroïdie et la maladie de Basedow. Egalement dans certaines formes de diabète insipide, l'insuline augmente la tolérance aux hydrates de carbone et réduit la polyurie.

Certaines dermatoses, des états infectieux divers, ont réagit favorablement à l'insuline, mais il est probable qu'elle n'agit ici que par son action eutrophique. Enfin des résultats encourageants ont été obtenus dans certaines affections nerveuses ou mentales, parkinsonisme, cyclothymie, confusion mentale.

Discussion.

M. M. Feissly (de Lausanne) félicite M. Aubertin pour son beau rapport et développe des points d'ordre technique sur l'emploi de l'insuline : posologie, horaire des injections, régime alimentaire.

M. L. Brull (de Liége) n'a jamais vu d'action hypotensive de l'insuline chez les diabétiques hypertendus. Il a observé une légère chute de tension chez les glycosuriques, polyphages, pendant les quinze premiers jours de repos au lit et de régime, mais elle se montrait même sans insuline. En ce qui concerne les hyponutritions, l'auteur confirme les faits signalés par M. Aubertin.

MM. M. Labbé et Azerad (de Paris) ne croient pas à l'action de l'insuline sur les insuffisances hépatiques sérieuses. D'autre part, ils défendent une action directe possible de l'hormone sur le métabolisme protéique.

M. E. Aubertin (de Bordeaux) s'élève vivement contre cette manière de voir et apporte des arguments sérieux en faveur de l'action exclusive de l'insuline sur le métabolisme glucidique, l'action sur le métabolisme protéique et gras étant secondaire et indirecte.

Communications.

Emploi de l'insuline dans les états vagotoniques et sensibilisation à l'insuline. — M. Joltrain (de Paris) a essayé l'insuline dans les cas d'urticaire et d'asthme sans résultats appréciables. Il signale un cas de sensibilisation à l'insuline chez un chimiste manipulant le produit.

L'insuline dans la tuberculose pulmonaire. — M. Jacquerod (de Leysin). L'insuline n'est d'aucun secours ; elle peut même provoquer des troubles graves et activer l'évolution de la maladie. Au cours des amaigrissements secondaires au pneumothorax artificiel, l'insuline permet des reprises de poids fort utiles.

A propos de l'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. Constatations biologiques et considérations pathogéniques. — MM. J. Gaté et Barral (de Lyon). — Le traitement insulinien peut améliorer et guérir certains ulcères de jambe. Les recherches biologiques montrent chez ces malades l'existence d'une insuffisance glycolytique latente. D'autres ulcères sont rebelles.

Données nouvelles sur l'action de l'insuline dans la dénutrition grave du nourrisson. — M. L. Garot (de Liége) a montré dans des recherches récentes que la dénutrition infantile évolue en deux phases physiopathologiques bien distinctes. La seconde seule qui apparaît au cours de l'hypothrepsie du deuxième degré se caractérise par des troubles du métabolisme azoté et glucidique. Réservée à ces cas, avec le contrôle du laboratoire et utilisée à faible dose, l'insuline donne des résultats remarquables.

Résultats et mode d'action du traitement insulinien des ulcères gastro-duodénaux. — MM. A. Cade et Barral (de Lyon). Le traitement insulinien mérite d'être répandu ; il donne des résultats très encourageants.

L'épreuve d'hyperglycémie chez les sujets non glycosuriques traités par l'insuline. — MM. Ph. Barral et Morelon (de Lyon). L'insuline agit surtout chez les sujets présentant une insuffisance glycolytique latente.

A propos de l'action de l'insuline dans le traitement de la cholestérinémie. — MM. A. Compagnon et Orticoni (de Paris). Il semble que l'insuline puisse dans certains cas abaisser le taux de la cholestérinémie.

Sur quelques cas d'ulcères de jambe traités comparativement soit par l'insuline, soit par les extraits pancréatiques désinsulinés. — MM. Petges, Aubertin et Laporte (de Bordeaux). Les extraits désinsulinés ne montrent pas les propriétés cicatrisantes de l'insuline ; l'effet trophique de l'insuline semble donc bien être fonction de son action sur le métabolisme des sucres.

En dehors des questions rapportées, de nombreuses communications ont été faites sur la tuberculose et le cancer, sur les maladies du foie et de l'appareil circulatoire.

Dr L. Garot,
(de Liége).

Les Livres

VIGOT FRÈRES, éditeurs, Paris 1930.

Dr G. SAINT-PAUL. — **Thèmes psychologiques. Invertis et homosexuels. Nouvelle édition** de LAUPTS, suivie de *La prostitution doit aider la prophylaxie.* Préface par Emile ZOLA.

Le Dr G. Saint-Paul donne une troisième édition des études psychologiques qu'il a faites sur les invertis et qu'il signa en 1895 et en 1910 de l'anagramme Dr Laupts. Il étudie en médecin et psychologue la question délicate et scabreuse de l'homosexualité.

La confession d'un inverti adressée par un jeune italien à Emile Zola en 1895, est la partie la plus curieuse de l'ouvrage.

Zola n'avait pas osé publier cette confession, craignant d'être accusé de l'avoir inventée de toutes pièces et de rechercher en la romançant un succès de mauvais aloi. Aussi l'adressa-t-il au Dr St-Paul avec une lettre d'envoi, lui disant qu'il était persuadé qu'un médecin pouvait, sans provoquer de scandale, publier ces pages au cours d'une étude médico-psychologique.

La lettre de Zola sert de préface au livre de M. Saint-Paul et nous engage à juger avec dégoût sans doute, mais aussi avec pitié, les malheureux atteints de cette monstruosité morale et sociale qu'est l'inversion sexuelle. On ne saurait admirer un bossu à cause de sa bosse, mais qui oserait lui reprocher comme un crime sa malformation !

Le Dr G. Saint-Paul, qui n'en est pas à une idée originale près, termine son intéressant volume par un chapitre intitulé : *La prostitution doit aider la prophylaxie.* Rappelant le souci que les petites prostituées japonaises des « bateaux de fleurs » en Extrême-Orient ont de leur santé et de l'intégrité de leur corps, il propose d'intéresser les tenancières des maisons publiques et les prostituées à la lutte contre le péril vénérien. Cette idée, qui au premier abord, peut paraître singulière, pourrait donner les meilleurs résultats.

Celles qui vivent de la prostitution sont parmi les plus intéressées à faire acte de prophylaxie antivénérienne. Il conviendrait d'instruire pratiquement les prostituées et de leur faciliter les moyens de se faire examiner et soigner dès qu'un doute sur leur santé surgit dans leur esprit. En pareille matière la pudibonderie n'est pas de mise et, comme nous l'avons déjà écrit, au XVIIIe siècle les seigneurs de la Cour du Régent et de Louis XV qui, bien que corrompus, avaient une terrible peur de la vérole, auraient bien accueilli l'idée pratique et ingénieuse du Dr G. Saint-Paul. Nous conseillons de lire le chapitre consacré aux médecins « cypridologistes » dans le livre si intéressant et si sérieusement documenté de notre très érudit confrère, le Dr Paul DELAUNAY, *Le monde médical parisien au XVIIIe siècle* et l'on verra quel souci les philanthropes, les médecins, les chirurgiens, les autorités et le public de toutes classes, avaient alors de combattre les maladies vénériennes. Sans doute ce souci fit la fortune de quelques médecins, qualifiés de charlatans, mais comme le fait remarquer malicieusement le Dr Paul Delaunay : « Charlatan, en langage médical, cela veut dire, un confrère qui a réussi ». A cette époque la proposition du Dr G. Saint-Paul n'aurait pas été jugée scabreuse. Pourquoi de nos jours ne serait-elle pas prise en considération ?

J. NOIR.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris (VIe).

A. GARET et A. BILLARD. — **La résurrection du village.** Préface de Paul BOURGET, de l'Académie française. (Un volume de 72 pages, 16 × 25. Prix : 10 fr. franco : 11 fr.)

Cet ouvrage comprend trois parties. La première dans laquelle les auteurs exposent ce qu'était la vie d'un village picard jusqu'en 1870 ; la seconde dans laquelle ils montrent la mort lente des campagnes en 1930. Cette étude reflète, hélas, la situation de presque toutes les provinces françaises.

Dans la troisième partie, nettement originale, MM. Garet et Billard s'attaquent au mal et cherchent les moyens de ressusciter les villages de France. Ils établissent les conditions de création d'un village type où l'horizon de travail serait assuré aux ménagers agricoles par le développement d'industries à domicile. Ils se proposent même de l'édifier dès maintenant si les concours financiers ne leur font pas défaut.

Par-là, leur thèse ne peut être accusée d'être théorique. C'est une œuvre essentiellement vivante et nationale à laquelle ils convient tous les Français.

L'intérêt de celle-ci n'a pas échappé à Paul Bourget qui a bien voulu écrire pour cet ouvrage une lettre-préface approuvant les efforts des auteurs.

Thérapeutique

DE QUELQUES CAS D'INSOMNIE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par le Dr QUÉNÉE

« Tout est dit et l'on vient trop tard », surtout lorsqu'il s'agit de médecine. Aussi n'essaierons-nous pas de présenter, comme nouvelle, une maladie vieille comme le monde, ni même de dire à son sujet des choses originales. Qu'il nous soit donc seulement permis de la considérer sous un certain angle, et de dire quelques mots sur son traitement qui, lui, a évolué depuis le début de la médecine.

L'insomnie donc exista de tous temps, et son traitement aussi. Homère chante le « Nepenthes » qu'Hélène verse dans la coupe de Télémaque, qui, avec le sommeil, amène l'apaisement des maux et l'oubli des injures. Virgile chante les laboureurs, trop heureux de pouvoir cultiver leurs laitues dont les propriétés calmantes étaient connues à cette époque......

Nous ne voulons pas faire une étude d'ensemble de l'insomnie : nous laisserons de côté celle des maladies organiques, des maladies douloureuses, celle des psychoses et nous n'aurons en vue que les petites insomnies, celles que l'on peut rencontrer dans la pratique courante, chez des gens qui ne sont pas des malades véritables, mais dont l'insomnie apparaît comme la seule manifestation morbide. C'est cette insomnie que l'on pourrait qualifier d'insomnie des « gens du monde », par analogie avec leur alcoolisme que l'on a récemment découvert et individualisé.

Les causes en sont multiples et évidentes : toute la vie moderne est faite pour expliquer et pour provoquer cette insomnie. Notre siècle est, dit-on, celui de la vitesse et l'agitation de la journée doit se répercuter sur la nuit aussi. Chez ceux qui travaillent, intellectuels, hommes d'affaires, industriels, l'existence trépidante, l'auto, le téléphone, les angoisses de certaines situations, amènent souvent une tendance nerveuse que, seule, une bonne nuit de repos pourrait dissiper. Mais l'agitation se poursuit la nuit aussi, l'entassement sans air et sans hygiène dans des appartements trop bruyants empêche la venue de ce sommeil qui devrait dissiper les fatigues. Que dire encore de la T. S. F. que l'on charge aussi de tous les crimes ?

Et à côté de ceux qui travaillent, de ceux pour lesquels on a récemment créé l'expression de « surmenage des élites », les oisifs se font une existence tout aussi agitée et énervée. Innombrables obligations mondaines, peines de cœur et autres, abus de boissons excitantes, alcoolisme sous toutes ses formes, élégantes ou autres.

Et doit-on penser que nos enfants seront vaccinés et supporteront mieux que nous tout cela ? Il ne le semble pas ; et même, tout porte à croire qu'ils auront une vie autrement agitée que la nôtre.

Quel traitement à proposer contre toute cette agitation ? Un changement complet d'existence et le retour aux mœurs antiques ? Pas même, le bimillénaire de Virgile ne se traduira pas par autre chose que par des discours académiques. Du reste, qui, de nous, souhaite le retour au temps des églogues ?

Les conséquences de cette agitation ne tardent pas à se manifester ; la fatigue qu'entraîne les nuits sans sommeil amène elle aussi l'insomnie. Puis, à mesure que les signes d'épuisement apparaissent, il se forme une véritable phobie de l'insomnie qui, le soir, tiendra pendant plusieurs heures le malade éveillé. Parfois même, on se trouve en présence d'un véritable état d'anxiété, causé par cette crainte des nuits sans sommeil. Les conséquences de cet état sur la santé du malade sont faciles à prévoir.

Par certains points, il est une forme d'insomnie que l'on peut rapprocher de celle-là : nous voulons parler de celle qui suit d'ordinaire les interventions chirurgicales pratiquées sous anesthésie générale.

Là encore intervient l'état de santé préalable du malade, parfois déjà déficient par avance, son état psychique lui aussi touché par l'angoisse de l'opération, le choc physique accompagnant le choc moral, enfin l'intoxication par les anesthésiques. Cette forme d'insomnie, elle, ne sera pas durable : seulement une ou deux nuits. Mais c'est cependant suffisant pour qu'il soit nécessaire de la traiter.

La première réaction du malade qui ne dort pas, sera évidemment, et quelle que soit la cause de son insomnie, de chercher d'abord à se soigner seul par quelques moyens inoffensifs qu'il invente et dont il aura entendu parler. Il en est en effet de nombreux de ce genre, variables avec ceux qui les emploient. Pour certains, il suffira par exemple de compter jusqu'à un certain chiffre ; pour d'autres, de fixer un détail de la tapisserie de leur chambre ; pour d'autres, il

suffira de lire une page de tel romancier à la mode, pour d'autres enfin, un bain prolongé amènera un sommeil paisible.

Puis, lorsque ces moyens auront échoué, on s'adressera aux préparations calmantes. Celles-ci vont du tilleul et de la valériane, jusqu'à la passiflore et la jusquiame, telle l'eau de mélisse de nos grand'mères. Ces préparations tendent à disparaître, leur efficacité apparaissant comme problématique et, en tous cas, non durable.

Puis, on en arrive aux préparations plus sérieuses généralement ordonnées, elles, par les médecins.

Pratiquement, elles sont de deux ordres : les opiacés et les barbituriques.

Le pavot a été de tous temps l'attribut de Morphée, et les opiacés ont été les premiers vrais hypnogènes connus et universellement employés. L'abus et l'intoxication n'ont pas tardé à suivre leur emploi. Ils ne sont pas évidemment sans danger. D'abord, chez les cardiaques et les rénaux, ils peuvent entraîner des accidents graves. Même chez des gens bien portants, ils amèneront l'accoutumance et l'intoxication qui en résulte. De plus, dans la pratique, il est difficile de s'en procurer de façon suivie. Il n'est enfin pas besoin d'insister sur le danger de les confier aux malades pour une chose aussi rebelle et récidivante que l'insomnie. Ils resteront la médication d'urgence et d'exception.

Quant aux barbituriques et dérivés de la malonylurée, leur apparition a constitué un grand progrès dans le traitement du manque de sommeil.

Certains d'entre eux, quoique efficaces et employés, sont très dangereux. Mais on sait que le somnifène constitue le vrai barbiturique hypnogène, non toxique aux doses thérapeutiques ; il est maniable, car sa présentation en gouttes permet de trouver exactement la quantité nécessaire et suffisante pour tous les cas. Il constitue donc l'un des hypnogènes les plus actifs. Mais précisément à cause de cela, doit-on le réserver aux cas les plus rebelles, lorsque toutes les autres médications auront échoué, ou lorsqu'il s'ajoute à l'insomnie un autre facteur, agitation ou douleur par exemple.

Nous voyons donc, en résumé, que l'insomnie est traitée par malades et médecins par deux sortes de traitements.

Les uns, évidemment de tout repos, mais d'efficacité variable.

Les autres actifs, mais portant avec eux les inconvénients même de cette activité.

In medio stat virtus..... Nous recherchons donc le juste milieu. Il nous a semblé qu'il était réalisé par un produit de la classe des uréides : l'allylisopropylacétylcarbamide spécialisé sous le nom de sédormid.

Nous ne nous étendrons pas sur les caractères physiques ou pharmacodynamiques de ce corps, et nous renverrons pour cela aux travaux si documentés de Tibi, Perget et de tant d'autres. Nous nous contenterons de dire de ce produit qu'il n'est pas toxique, qu'il est maniable, sa dose efficace étant suffisamment éloignée de sa dose toxique ; qu'il n'agit ni sur le rein, ni sur le cœur. L'état antérieur du malade ne sera donc jamais une contre-indication à son emploi.

Sa posologie est des plus simples : le sédormid se présente sous la forme de comprimés dont on prescrira au malade un demi, un ou deux avec une tasse d'infusion chaude, le soir après le dîner.

En chirurgie, on les prescrira à la dose un peu plus forte de deux comprimés, immédiatement avant l'intervention.

Donc, médicament présentant le double avantage de son efficacité et de son peu de toxicité, que l'on peut prescrire, même à doses répétées qui, elles, pourront amener la guérison définitive de l'insomnie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité professionnelle

LA RATIONALISATION APPLIQUÉE A LA MÉDECINE

La Maternité Baudelocque, modèle du genre

« La rationalisation, c'est l'ensemble des méthodes d'organisation tendant à assurer le minimum de pertes de l'effort ou du matériel. »

Parmi ces méthodes, il convient de placer tout d'abord l'aménagement des locaux, la division du travail, l'utilisation des compétences, leur groupement en équipes. Et aussi, selon une formule à la mode : Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place.

Au-dessus, une direction autant que possible unique, comme, à la fin de la guerre, le commandement unique tint sous son autorité suprême tous les organismes de la vaste machine, représentée alors par les diverses armées alliées.

La direction ordonne et contrôle. Par des voies centrifuges, elle répartit le travail. Les voies centripètes lui rendent compte de l'exécution. Elle en tire des conclusions d'ordre particulier, et d'ordre général.

Ces grands principes, si en faveur dans l'industrie équipée à la moderne, ne sont nullement déplacés dans la pratique de la médecine, tant en fonction du malade qui a recours à elle, que de la Société à laquelle appartient ce malade, en raison des répercussions réciproques de l'un sur l'autre.

Quand je recommande au Corps médical d'organiser la profession, c'est à sa rationalisation que je pense, selon les principes que je viens d'esquisser.

Et à cet effet, il doit envisager la création de centres de diagnostic, de prophylaxie, de traitement, dont chacun comportera un personnel technique et un personnel subalterne qui réalisera les équipes réclamées par la science médicale et ses applications, au début du 2e tiers du XXe siècle.

De tels centres existent déjà ; ils appartiennent soit à des particuliers, soit à des collectivités publiques ou privées. Je n'en connais pas qui soient propriété d'un Syndicat médical, ou dont le Syndicat soit le locataire et, si j'ose dire, l'exploitant.

Ils sont encore en nombre très restreint. Ils sont appelés à s'étendre, à se développer, à se multiplier, à la faveur des assurances sociales.

La loi autorise, en effet, les caisses à créer de tels établissements, après avis du Conseil de la Faculté de médecine (ou de l'Ecole) et des Commissions administratives hospitalières, dans les villes centres d'enseignement ; après avis du Syndicat médical, dans les autres villes.

De telles précautions sont sages. Elles ne peuvent cependant empêcher indéfiniment les caisses de procéder à certains aménagements sanitaires. Et c'est là peut-être le plus grand danger qu'elles feraient courir au Corps médical. Heureusement que leurs ressources actuellement médiocres ne leur permettront pas, de longtemps, de donner de l'extension à cette partie de leurs activités. C'est assez qu'elles puissent, légalement, s'entendre avec des Mutualités possédant des Cliniques, comme à Bordeaux, à Montpellier...

Si le Corps médical prend les devants, au prix d'efforts évidemment pénibles et aussi coûteux, il ne faut pas se le dissimuler, on peut affirmer qu'il sera maître de la situation, et qu'il faudra compter avec lui à ce point de vue.

Pour l'édification et l'aménagement de Centres sanitaires, on va chercher souvent bien loin des exemples, alors qu'on en a sous les yeux, dont on peut s'inspirer comme des modèles du genre.

Et je pense, en écrivant ces lignes, à la *Nouvelle maternité Baudelocque*, que dirige avec tant de compétence le si sympathique et distingué professeur COUVELAIRE, et dont il vient de donner une magistrale description dans une luxueuse plaquette in-4° (1).

***

Comme l'exprime fort éloquemment le professeur Couvelaire, une Maternité ne doit plus

(1) Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

être seulement une Maison d'accouchement; elle doit être un *Centre d'Assistance médico-sociale et de travail scientifique, consacré à la fonction de reproduction.*

C'est en vue de cet objectif complexe que la Maternité Baudelocque a été organisée.

A cet effet, elle est aménagée pour remplir deux rôles distincts, mais cependant dépendant l'un de l'autre : 1) un premier rôle d'assistance ; 2) un rôle d'enseignement. Elle ressortit donc à deux grands organismes : l'Assistance publique et la Faculté de Médecine.

Elle se divise en trois grandes services :

1) La Policlinique ;

2) Les Services d'hospitalisation ;

3) Les Services d'enseignement et de recherches.

Chacun de ces services comprend lui-même de nombreuses sections (division du travail).

C'est ainsi que la *Policlinique* en comporte sept: Consultation pour femmes en état de gestation ; Consultation pour mères nourrices et nourrissons ; Consultation de gynécologie ; Dispensaire antisyphilitique ; Consultation pour tuberculeuses ; Consultation prénuptiale ; Service social.

A signaler, à la Consultation des mères nourrices et nourrissons, la division de la salle d'attente en petits boxes individuels, pour éviter les contacts et les contagions.

L'*Hospitalisation* comprend cinq sections : Service de réception ; Service obstétrical aseptique ; Service de gynécologie ; Pavillon d'isolement pour malades septiques ; Pavillon pour tuberculeuses.

Chaque chambre d'accouchement est strictement individuelle.

Aux salles peu nombreuses, mais très peuplées (25 lits), on a substitué avec bonheur un compartimentage qui permet de limiter les foyers d'infection qui pourraient s'allumer et de les éteindre rapidement. Deux dortoirs de 7 lits ; un de 5 lits ; 3 chambres à 2 lits ; 2 chambres à un lit. Au total : 26 lits.

L'*enseignement* comprend les laboratoires (électro-radiologie, anatomie pathologique et histologie, bactériologie et sérologie, chimie, opérations sur l'animal, photographie) ; les archives ; le musée Henri Varnier ; l'amphithéâtre des cours ; l'amphithéâtre d'autopsies, et la salle des manœuvres obstétricales.

Je note qu'au sous-sol du Service d'hospitalisation, se trouvent le vestiaire et le dortoir des élèves. Il s'agit des étudiants en médecine qui, au cours de leur quatrième année d'études, doivent accomplir un stage dans un service d'accouchement et justifier qu'ils ont procédé eux-mêmes à un minimum de quatre accouchements.

Le personnel médical se compose, en dehors du professeur, d'un assistant en premier, accoucheur des hôpitaux ; de deux chefs chefs de clinique ; d'un interne et de sept externes des hôpitaux ; de sept assistants, de cinq aides de clinique et de six moniteurs choisis par le professeur.

Il en résulte que chacun des grands services d'accouchement, de gynécologie, Service septique, Service des tuberculeuses, Consultation des femmes enceintes, des mères nourrices et nourrissons et Dispensaire antisyphilitique, est dirigé par un assistant avec la collaboration d'un personnel qualifié.

En outre, sept sages-femmes sont affectées à la surveillance des accouchées normales.

En 1886, Pinard, jeune agrégé, faisait à la Faculté des cours qui attiraient en foule les étudiants. J'en étais, encore qu'en première année, tant son enseignement était séduisant. Trois ans plus tard, il était nommé professeur et l'Assistance publique organisait, pour lui, la première Maternité Baudelocque. C'est là qu'en 1890, je fis un premier stage, *Rosa regnante,* et procédai aux quatre accouchements rituellement prescrits par les règlements.

Un progrès considérable venait d'être réalisé. Mais que dire du merveilleux instrument dont dispose à cette heure le professeur Couvelaire !

Rien d'autre que ce qu'il en dit lui-même : « Il ne reste plus grand'chose du service où, pendant un quart de siècle, Adolphe Pinard fit tant pour l'assistance des mères confiées à ses soins, pour l'enseignement des élèves et les progrès de l'obstétricie.

« Mais si les murs ont changé, si hélas ! quelques arbres des jardins ont dû être abattus, l'esprit dont il avait animé, dès 1889, son cher Baudelocque n'a pas disparu. La nouvelle Maternité est toujours la Maison de Pinard. »

Parler de Baudelocque, c'est, pour moi, évoquer des souvenirs de jeunesse, dans l'ensemble agréables. Aussi, me suis-je peut-être laissé entraîner hors de ce que je voulais démontrer.

Il est bien évident que les Centres auxquels je songe ne doivent pas avoir le développement d'un établissement de l'envergure de cette Maternité. Aussi, n'ai-je nullement le dessein de la donner, en elle-même, comme un type dont on reproduirait scrupuleusement toutes les parties.

La leçon qui se dégage pourtant de l'étude de l'organisation de la Maternité Baudelocque, c'est la nécessité, devant le développement de toutes les disciplines scientifiques, de rationaliser leurs diverses applications. La Maternité Baudelocque est, à ce titre, un bel exemple de rationalisation.

G. DUCHESNE.

PHARMACIES MUTUALISTES

Un groupement ouvrier m'a demandé un avis sur la création d'une pharmacie mutualiste dans la région du Nord. Je ne suis absolument pas documenté sur cette question. Ne pourriez-vous pas m'indiquer l'adresse d'un homme d'affaires au courant de la chose ; ou me mettre en relations avec lui ? D^r^ X.

Réponse.

La question des pharmacies mutualistes a été pendant longtemps très controversée. Ces organisations ressemblent en beaucoup de points aux pharmacies coopératives.

Contre ces dernières, un arrêt de la cour de Cassation, ch. crim. du 22 avril 1901. (S. 1902.15) déclara qu'une société coopérative ayant une personnalité propre, la répartition entre les associés, même au prix de revient, des médicaments achetés en gros, est un débit réservé aux pharmacies régulières.

En combinant cet arrêt, avec un autre de la Chambre criminelle de la cour de Cassation du 10 juillet 1890 (S. 91.1. 235) on peut dire qu'une pharmacie, qui appartient à une société qui vend des produits pharmaceutiques au prix de revient majoré des seuls frais d'administration, sera valable, comme pharmacie mutualiste, si elle ne constitue qu'une partie du but recherché par la société et si ce but est conforme à l'objet légal des mutualités d'après la loi du premier avril 1898.

En effet, l'article 8 de la loi sur les sociétés mutuelles autorise ces dernières à créer une pharmacie, dans les conditions déterminées par les lois spéciales en la matière.

Or, la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie, oblige le pharmacien diplomé à être le seul et unique propriétaire de l'officine qu'il gère.

Sur ce point, une dérogation a été admise par un arrêt de la cour des Cassation, chambre criminelle, du 25 octobre 1912 (*Concours Médical* 1913. 291 ; D. 1913. 1. 440) : « L'officine de pharmacie d'une caisse d'ouvriers mineurs, qui ne livre de médicaments qu'aux seuls sociétaires, n'est pas une officine de pharmacie, ouverte dans le sens de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI ; en conséquence, il n'est pas obligatoire que le pharmacien, qui la tient, soit en même temps, propriétaire du fonds. »

Mais, si l'officine peut demeurer la propriété non du pharmacien, qui la gère, mais de la société mutuelle, elle doit cependant être dirigée sous la surveillance d'un pharmacien diplômé.

En second lieu, le pharmacien ne doit débiter de produits que d'après l'ordronnance régulière d'un praticien.

Ces pharmacies mutualistes ne doivent vendre qu'aux seuls mutualistes et aux familles de ceux-ci : ce ne sont pas des officines ouvertes à tout venant.

Un jugement du tribunal civil de Marseille, (*Concours Médical*, 1899. 384) a décidé que les familles des mutualistes ont le droit de se servir dans les pharmacies de la société mutuelle, qui n'en gardent pas moins leur caractère privé.

Le *Siècle médical*, du premier janvier 1930, publie un jugement sans date du tribunal correctionnel de Bordeaux, qui déboute de leur demande les syndicats pharmaceutiques, qui réclamaient la fermeture de 4 pharmacies mutualistes, comme n'ayant pas le droit de vendre des médicaments à d'autres personnes qu'aux adhérents des sociétés de secours mutuels. Ce jugement est frappé d'appel.

Mais si la jurisprudence tend à admettre de plus en plus la liberté commerciale, en faveur des pharmacies mutualistes, ces dernières n'en restent pas moins assujetties à toutes les obligations, contenues dans les textes législatifs et règlementaires, concernant la pharmacie en général.

Ainsi, un médecin peut être directeur d'une pharmacie mutualiste, dûment pourvue d'un pharmacien diplômé comme gérant ; mais ce médecin ne peut, sans tomber sous l'application des articles 25 et 36 de la loi de germinal an XI, préparer et débiter lui-même des médicaments dans cette pharmacie mutualiste, sans le consentement du pharmacien, ou en son absence (tribunal correctionnel de Saint-Claude, 14 juin 1910. Ann. Jur., phar. 1901. 121).

Lorsque le gérant d'une pharmacie mutualiste délivre des préparations, contenant des toxiques, l'étiquette doit porter en outre de l'adresse et du titre de la pharmacie, le nom du pharmacien gérant ; sinon celui-ci tombe sous l'application des dispositions de l'article 7 de l'ordonnance de 1846 (Tribunal correctionnel de la Seine, 10^e^ Chambre, 6 avril 1909 ; Ann. jur. phar. 1910. 30).

En matière de médicaments non conformes au Codex, le tribunal correctionnel du Nord (section de Valenciennes) par jugement du 15 juin 1927 (La Loi du 2 décembre 1927) a décidé qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI et de l'arrêt du Parlement du 23 juillet 1748, les pharmaciens ne doivent détenir et vendre dans leur officine que des médicaments conformes au Codex et ce, sous peine de sanctions prévues par l'arrêt du Parlement ; mais cette règle ne s'applique qu'aux pharmaciens propriétaires de leur officine.

Le pharmacien, qui n'est que le gérant d'une pharmacie appartenant à une société de secours mutuels, n'est que l'employé de cette société et il ne saurait lui être fait application des dispositions ci-dessus, alors qu'il est établi qu'il ne prépare pas lui-même le produit, non conforme au Codex et que ce n est pas lui, mais le conseil d'administration de la société, qui a fait l'achat du produit dans une droguerie en gros.

On ne saurait exiger d'un pharmacien, simple gérant de l'officine, la vérification de tous les médicaments et produits, achetés par le patron, alors qu'ils ne révèlent extérieurement aucune trace d'adultération.

Un arrêt de la cour d'appel de Douai, du 10 février 1928, décide que c'est à bon droit qu'une contravention a été dressée par l'inspecteur des pharmacies contre un pharmacien, gérant d'une officine mutualiste, pour détention, dans sa pharmacie, de médicaments non conformes au Codex.

En matière d'impôts, une réponse ministérielle, parue au *Journal officiel* du 11 janvier 1928, spécifie que pour ce qui est de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, les pharmacies mutualistes en sont affranchies, comme ne réalisant pas de bénéfices.

En ce qui concerne la taxe sur le chiffre d'affaires, laquelle vise notamment les personnes qui achètent pour revendre, les dites pharmacies en sont passibles dans les conditions de droit commun.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 25 juillet 1929 (*Gaz. Pal.* sup. 5 novembre 1929) décide qu'une association mutuelle, bien que ne poursuivant pas la réalisation de bénéfices et n'en réalisant aucun, est passible de l'impôt sur le chiffre d'affaires, qui est établi uniquement sur le montant des transactions effectuées et non sur leurs bénéfices éventuels.

Signalons enfin un jugement du tribunal civil de Montpellier (2e Chambre) du 25 juin 1900, (*Mon Midi*, 17 janvier 1909) décidant que les membres d'une société de secours mutuels ne sauraient être tenus de prendre les médicaments, qui leur sont nécessaires, chez un pharmacien agréé par la société. Ils sont libres de s'adresser à n'importe quel pharmacien, pourvu que ce dernier fournisse les médicaments au tarif adopté par la société.

La loi sur les assurances sociales semble laisser aux organisations mutualistes une très grande latitude, pour l'organisation et la création de centres de soins et de délivrance de médicaments.

Aussi, la Chambre de commerce d'Ambert a adressé à toutes les Chambres de commerce de France le vœu suivant (*Siècle Médical*, 1er mars 1930) :

« La chambre de commerce d'Ambert, considérant que le respect des lois, sous la protection desquelles les citoyens ont organisé leur existence et celle de leur famille, est intangible et sacré ;

« Considérant qu'il serait inique que l'Etat contribuât à violer la loi organique de germinal an XI régissant la profession pharmaceutique ;

« Considérant que cette iniquité serait un fait accompli si, à l'occasion de l'application de la loi sur les assurances sociales, l'Etat organisait ou laissait organiser des pharmacies de caisse ou mutualistes avec une partie de l'argent prélevé sur les cotisations ;

« Considérant que ces créations commerciales étatistes ou d'origine étatiste équivaudraient à une expropriation dissimulée, mais certaine, d'une catégorie de commerçants particulièrement qualifiée de par son statut légal :

« Considérant que l'intérêt même des assurés futurs est de pouvoir s'adresser à des praticiens de leur choix, libres et indépendants dans l'exercice de leur profession ;

« Emet le vœu que le Parlement fasse respecter les lois intéressant les biens mêmes des citoyens et la sécurité de leur existence, respect indispensable à toute société civilisée et que le gouvernement prenne en considération l'offre des groupements pharmaceutiques d'assurer les prestations des médicaments aux assurés sociaux dans des conditions normales sauvegardant les intérêts généraux de la nation et les intérêts légitimes des pharmaciens ;

« Elle décide que ce rapport sera adressé au ministre du travail et au ministre du commerce, aux parlementaires de la région et à toutes les chambres de commerce. »

Conclusions

Il est loisible aux sociétés de secours mutuels de créer une pharmacie mutualiste, à la condition que l'officine soit gérée par un pharmacien diplômé, que celui-ci ne débite que des médicaments conformes au Codex et qu'il se soumette à toutes les obligations légales et règlementaires, concernant l'exercice de la pharmacie.

Les mutualistes conservent toujours le libre choix de leur pharmacien.

Les médicaments ne devront être délivrés qu'aux mutualistes et à leurs familles et non pas à tout venant.

Néanmoins, il est souhaitable que ces pharmacies mutualistes ne s'organisent que lorsqu'il n y a pas moyen de faire autrement ; c'est une forme nouvelle du salariat, puisque le pharmacien diplômé, qui loue ses services à ladite mutualité, n'est que son employé, un salarié.

Dr Paul Boudin.

UNE GRANDE PREMIÈRE DE « PATHOLOGIE CHIRURGICALE » « IMPRESSIONS DE LECTURE »

Leçon inaugurale du Professeur Charles LENORMANT

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Par le Dr DARTIGUES

... Je dis « Une première de Pathologie chirurgicale » et non « une Grande première chirurgicale », car cette dernière appellation supposerait une séance opératoire, avec malades sur table d'opération et décor blanc chirurgical ! Or, il s'agit ici d'enseignement et d'inauguration professorale.

Depuis 42 ans que j'ai pénétré dans la vieille Faculté de Paris et dans son vieil amphithéâtre, j'ai toujours aimé, moi qui n'ai guère suivi de cours théoriques dans ma vie, car mon tempérament m'a toujours poussé à apprendre par moi-même et dans la solitude et non en collectivité, et aussi par esprit d'économie de temps — j'ai toujours aimé, dis-je, par contre, à assister à ces leçons inaugurales de professeurs nouveaux prenant possession de leur chaire pour laquelle il y a tant de compétitions, d'envie ardente et d'émotions.

C'est sans doute parce que, comme dans les connaissances humaines, j'adore connaître chez les hommes leur synthèse. On a dit depuis longtemps, très profondément et très justement : « il n'y a de science que du général ». Eh bien ! il n'y a également, chez les hommes qui ont employé plus des deux tiers, et largement, de la vie qui leur est dévolue, à emmagasiner un vaste savoir étayé d'expérience vécue, il n'y a *d'homme aussi que du général,* c'est-à-dire de ce que son cerveau comporte de capacité synthétique de sa pensée quotidiennement agrandie et mûrie et du produit sous tension de l'accumulation de son instruction totale. Oh ! nous savons bien que celui qu'on nous présente n'est pas le premier venu — on n'oserait pas qu'il en fût autrement — au point de vue érudition, et aussi au point de vue technique. Nous avons pu d'ailleurs, le suivant pendant près d'un demi-siècle qu'il faut pour faire un professeur de médecine, ou, du moins, lui permettre d'accéder à une chaire, connaissant ses échelons successifs, ses travaux, ses publications, savoir quelle est sa cote approximative. Mais jusque-là, avouons-le, nous le prenons un peu comme un bon ouvrier de science et un bon contremaître. Mais est-il un maître, un vrai ? Un maître, par la trouvaille scientifique qui a fait un peu avancer la science, un maître par la richesse d'idées neuves et originales, un maître par la concentration d'une haute pensée chargée de directives fécondes, un maître enfin qui se distingue particulièrement par une grande aptitude : celle, par exemple, d'enseigner une jeune foule étudiante par une puissance d'animation faisant s'entr'ouvrir les intelligences naissantes à l'instruction supérieure ? Voilà ce qu'il y a de vraiment intéressant, je dirai même palpitant, et ce qui est digne de notre attention d'ailleurs toute favorable préalablement : je connais toute la série de grades franchis et qui ont nécessité surtout un travail appliqué et un labeur sans arrêt et, en quelque sorte, toute la fiche bibliographique d'un professeur à « l'arrivée » ; mais il me tarde de connaître sa pensée la plus dominante, puisque l'occasion lui est donnée de nous en faire confidence ; je voudrais savoir, pour parler très familièrement, et un peu chirurgicalement, ce qu'il a « dans le ventre » ou plutôt dans son cerveau et aussi ... un peu dans son cœur, car il faut bien le dire, il met dans cette circonstance et sous l'effet d'une émotion qui lui fera exprimer de la reconnaissance, un peu son âme à nu.

Mais voilà une bien grande entrée en matière pour en arriver à donner un compte rendu de la leçon remarquable de mon ami, le Professeur Lenormant ; pourtant, j'ai bien le droit d'expliquer à l'avance mon état d'âme pour montrer tout d'abord l'angle sous lequel j'envisage ces leçons professorales inaugurales. J'ai assisté à de très nombreuses intronisations dans cet amphithéâtre vénérable qui a été le haut parleur de tant de voix illustres qui se sont tues et qui incite, par bien des côtés à tant de mélancolie ; car, si la vie perpétuelle y marque sa pérennité par le renouvellement de ceux qui y entrent pour enseigner ou pour écouter de générations en générations, c'est un amphithéâtre un peu sépulcral pour celui qui a le malheur de posséder quelque pouvoir d'évocation. Il n'y a pas de cimetière qui me donne cette impression du néant et de la mort, comme cette enceinte de gradins où l'on cherche à enseigner la vie ! Je ne critique pas — on me comprend, je l'espère — je livre simplement mon impression.

Mais, de toutes ces « premières », ce n'est que sur le tard que j'y ai consacré des articles et c'est ainsi, qu'ici-même, j'ai écrit sur les leçons de mes amis les Professeurs Cunéo, Lecène, Sicard, Loeper, Jeannin, et aussi des Professeurs Sergent et Lemierre.

Je désirais beaucoup assister à la leçon inaugurale du Prof. Lenormant, camarade d'internat de jadis, un peu plus jeune, et je me promettais un régal à la fois scientifique et littéraire. J'avais pris mes précautions et je m'étais enquis à l'avance de la date auprès de Lenormant lui-même ! Précaution inutile, tellement est grande l'incertitude humaine ! La maladie est venue me surprendre et j'ai été sous « *le glaive de la chirurgie* », comme me l'a écrit pompeusement et en riant, Lenormant, il y a quelques jours, tandis, que pour le plaisir inestimable de ses collègues, de ses élèves, de ses amis, il faisait une splendide leçon où il exposait sa façon de comprendre l'enseignement dont il était chargé, compréhension qui est d'ailleurs fort apparentée à celle de son prédécesseur Lecène, et qui montre bien que ces très belles intelligences étaient en quelque sorte géminées.

Je ne parlerai donc de cette leçon inaugurale du Prof. Lenormant que d'après la publication qui en a été faite et le tirage à part qu'il a bien voulu m'adresser et me dédicacer.

Première impression de lecture : Lenormant, qui est un sympathique, que l'on aime, et sur l'intelligence de qui tout le monde s'accorde, bien qu'en lieu sûr en pénétrant dans une arène qui peut être redoutable, comme toutes les arènes, puisqu'on y livre des combats, et que s'exposer à un jugement devant une foule qui n'est pas de brutes ni d'ignares, mais avertie et même d'élite, est un combat de la pensée, Lenormant avoue très gentiment qu'il croyait ne pas devoir être ému, mais qu'il l'est un petit peu tout de même ; en tout cas, il nous épargne une trop forte dose d'attendrissement et des gémissements publics que nous avons entendu pousser à certains intronisés qui, déplaçant l'axe et les proportions des choses, laissent à penser que dans leur esprit égocentrique, une accession professorale est un de ces événements qui passionnent le monde et autour de laquelle gravite tout un devenir. Lenormant a su, en tout cas, se contenir et il nous a montré que si « la joie fait peur », quelquefois, elle peut être empreinte de sérénité : il y a donc su rester dans la juste note.

Deuxième impression : Il a été modeste en parlant de sa formation spirituelle première ; bien qu'ayant derrière lui une généalogie intellectuelle, ce qui indique un cerveau défriché depuis longtemps dans son ascendance, il attribue à la mère « ce qu'il peut avoir de bon ».

Troisième impression : Il a exposé avec réserve sa filière *concursive* chirurgicale ; cette filière était large; elle ne lui a certainement pas paru étroitement difficile, car il n'y insiste pas, ainsi que beaucoup qui en parlent comme d'un cauchemar ! C'est que le travail lui a été facile, qu'il avait une belle faculté d'assimilation et qu'il a œuvré dans la joie du labeur enchanté. De plus, il est arrivé jeune, car il n'y a pas que ceux qui terminent, pour ne pas dire meurent jeunes, qui sont aimés des Dieux ! Il n'a pas été aigri par les attentes trop ingrates, et c'est pour cela qu'il a le sourire ! Tous ceux qui, dans leur esprit, évoquent Lenormant voient, j'en suis sûr, comme moi, une apparence réjouie, pleine de bonhomie, mais où éclate cependant la réelle et supérieure intelligence, avec, en plus, pour ceux qui pénètrent un peu les âmes à travers le masque des visages, ce sérieux indéfinissable, quoique parfois déguisé, qui monte à la surface des traits de ceux qui pensent, réfléchissent, méditent et sont adonnés à une longue tâche intellectuelle.

Quatrième impression : A la lecture toujours ; et je demande pardon de parler de cette façon géométrique en paragraphes étiquetés ! Le professeur Lenormant a parlé de ses maîtres Le Dentu, Bouilly, Reclus, Gérard-Marchand, Rochard et d'autres encore, avec beaucoup de doigté, de justesse et de vérité, et ce qu'il en a dit n'est pas de commande, par admiration seulement reconnaissante pour ce qu'ils ont pu faire pour lui. Il a évoqué la grande figure de Poncet, le chirurgien lyonnais, qui était devenu vers la fin de sa vie plus parisien que lyonnais. Il était parent de Poncet : c'est ce dernier qui l'a vraiment aiguillé vers la chirurgie et qui a contribué à sa formation d'esprit scientifique et chirurgical : « Plus tard, ayant beaucoup opéré « — dit-il de Poncet — il abandonna le bistouri « à ses élèves et lui, qui avait au plus haut point « l'esprit philosophique et le sens des générali- « sations, se consacra tout entier aux grandes « questions de pathologie. » J'ai connu moi aussi Poncet ; il était très lié avec l'homme le plus délicieux que j'ai connu, mon maître Paul Segond. Il venait souvent dans le service de celui-ci et était tout ce qu'il y a de courtois, de paternel avec nous, jeunes gens, externes ou internes qui n'étions pas les siens. Je me souviens que c'est lui, en 1894, qui, à la Maison Dubois, m'enseigna un jour à donner un anesthésique qui l'intéressait, le bromure d'éthyle. Il venait toujours vêtu d'une façon très élégante et de clair, et je l'ai rencontré par la suite en bien des endroits de distraction, sur des plages à la mode, toujours très amical et souriant, Sans aucune morgue, portant beau quoique âgé, il fut constamment très affable envers le jeune homme que j'étais. N'empêche que cet homme qui paraissait joyeux de vivre et qui n'avait rien du « savantasse » ou de l'homme usé par les longues veilles, était le chirurgien

qui a été le plus intellectuel des chirurgiens de son époque. Certes, j'ai connu des chirurgiens de très grande valeur spirituelle et des hommes aussi intelligents et même plus que lui : mes maîtres Pozzi et Segond, entre tant d'autres, s'ils n'ont pas été de grands laborieux scientifiques, à un moment de leur carrière, étaient incontestablement des hommes très fins et très intelligents. Mais Poncet a réalisé la conception la plus intelligente du chirurgien. Il a compris (bien entendu hors des nécessités et des contingences qui obligent le chirurgien à opérer tard dans sa vie), il a compris que le métier d'opérateur ne pouvait se poursuivre que jusqu'à un certain moment de l'existence, à quelques années près et suivant la conservation physique de l'individu, et que la partie manuelle de notre profession pouvait être délaissée sans déchoir, en passant la main à de plus jeunes, à condition de poursuivre la haute recherche scientifique et de faire profiter de son expérience les nouveaux. Et c'est ainsi qu'il a combattu pour une question qui lui était chère : la tuberculose inflammatoire. L'exemple de Poncet pourrait être suivi avec fruit pour tous.

Cinquième impression, celle d'un bon passage sur l'internat. Voici ce qu'il en a dit « Autant « et peut-être plus que les hommes, le milieu « influe sur nous et contribue à déterminer nos « tendances, nos goûts et nos idées. Ma jeunesse « s'est passée dans le milieu de l'internat et de « l'Ecole pratique. L'internat, admirable insti- « tution qui n'a d'analogue en aucun autre pays « et qui a formé, depuis près d'un siècle et demi, « toute notre élite médicale, l'internat où, dans « l'enthousiasme des plus belles années, par la « fréquentation de ses chefs et de ses camarades, « on acquiert graduellement la connaissance « pratique de son métier, où l'on prend le sens « et le goût des responsabilités ; l'internat où se « nouent de belles amitiés qui dureront toute « la vie et en seront l'une des joies les plus sû- « res ». Cette école de l'internat de Paris, à mon sens, possède un caractère en quelque sorte international, puisque la France, dans sa largeur de vue, et dans son hospitalité supérieure qui n'est pas imitée à égalité par tous les pays permet à des étrangers, sans se naturaliser, d'y accéder et d'y briller même, l'internat a certainement contribué à nouer les liens les plus durables avec d'autres nations, dans le milieu scientifique et médical : les professeurs étrangers — car ils deviennent tous professeurs dans leur pays quand ils y retournent avec ce titre d'interne — n'oublient jamais qu'ils ont lutté et rivalisé avec nous, Français, sur le même terrain, et ils restent inaltérablement des amis pour nous et des protagonistes de la science française qui les a fait ce qu'ils sont. L'internat français, par les mains étrangères comme par les nôtres contribue à la gloire de l'intellectualité latine : je peux le dire très sciemment.

Sixième impression, d'amusement. En parlant de ses prédécesseurs dans la chaire qu'il occupe aujourd'hui, le Prof. Lenormant nous cite le plus illustre : Lannelongue, chirurgien tourné, à un moment, vers la politique, professeur dont la caractéristique était de ne professer jamais : ce professeur laissait toujours faire son cours par un autre ; il était l'éternel remplacé, demeurant néanmoins puissant, volontaire, influent, en tout cas, ce qui est prodigieux, *créant.* J'ai connu un tout petit peu Lannelongue ; il était originaire de Gascogne, du Gers, pays de mes ancêtres ; je n'en ai pas profité, j'étais trop jeune ; je n'avais pas d'ailleurs de recommandation auprès de lui. Je l'ai entendu tout de même, ce professeur qui ne professait pour ainsi dire pas : c'était un très mauvais professeur ; à l'encontre de mes Gascons fins physiquement et au parler net, clair et rapide, il était lourd d'aspect et sa langue l'était aussi. Mais ..... il avait du *génie* (pas autant qu'Ollier, Ollier que j'ai vu quelquefois en 1892, quand j'étais externe de Pozzi qu'il venait voir à Broca, comme le dit Lenormant) et quand cet homme mettait son gros nez rouge, amateur de bons vins, quelque part, on était sûr qu'il humait comme de bons crus l'ordre et la clarté des choses : c'est lui qui a apporté la méthode et la compréhension pathologique dans ce chaos (et, pour le faire retenir à jamais de ceux qui me lisent, par un mot vulgairement familier) dans « cette mélasse » qu'était l'ostéopathologie. C'est après et d'après Lannelongue qu'on a vu lucidement dans les nécroses, les ostéites, l'ostéomyélite.

Septième impression, cette fois-ci d'attendrissement, de frémissement peiné, mais tout de même contenu, à la pensée et à l'évocation de celui qu'il remplace, de son immédiat prédécesseur : Lecène, qui fut son grand ami, un frère en amitié, en pensée, en cœur et en intelligence. Ecoutez cette belle phrase que lui inspire l'amitié endeuillée : « Pour le reste, pour ce qu'était « l'homme, Lecène, aussi grand par le cœur « que par l'intelligence, pour les sentiments « qui, pendant près de trente années, nous ont « fraternellement unis, vous pardonnerez à mon « émotion, *à cette sorte de pudeur qui nous fait « garder au plus profond de nous-mêmes certaines choses sacrées que nous ne nous sentons « pas capables d'exprimer* ». Peut-on parler avec plus de noblesse discrète ! »

J'ai connu Lecène, j'ai fait même de lui, en en 1912, une biographie, et écrit aussi un article sur sa leçon inaugurale, en 1921, intitulé : « *La leçon de Lecène. Réflexions d'un vieil étu-*

diant à l'inauguration du cours de Professeur Lecène ». Je le connaissais depuis trente ans : il était plus jeune que moi dans l'âge et dans l'internat. Ce fut mon ami Couvelaire, interne à la maternité en 1900 et devenu plus tard Professeur, qui me le présenta. Je fus émerveillé par son aspect et sa voix : il portait sur un corps magnifique d'athlète qu'il était en réalité, une tête au masque splendidement romain avec une expression douce et intelligente éclairée de deux yeux inoubliables bleu-vert. Et sa voix dégageait de la bonté dans la puissance. Je le rencontrais de temps à autre et nous nous serrions la main avec une pression où il y ait de la sympathie affectueuse de part et d'autre : j'avais plaisir à le voir comme on a plaisir à voir une belle chose, et, en effet, Lecène était *une belle chose de la nature,* si je puis dire ; j'avais plaisir à entendre le son de sa voix au pur accent et au timbre doux, comme on a plaisir à entendre le son de l'harmonie de la bonté. Quand il vous parlait, lui qui dépassait tous les autres, de sa haute taille, il se penchait un peu avec l'attitude inclinée du grand travailleur intellectuel (malgré ses belles qualités sportives) et il semblait vouloir presque vous faire oublier que vous étiez chétif à côté de sa splendeur. Une des dernières fois où je l'ai vu, c'est quand, faisant partie d'un jury avec J.-L. Faure, Gosset, à la Faculté, on voulut bien m'accorder le prix Barbier pour l' « ensemble de mon instrumentation chirurgicale ». J'étais heureux d'avoir ce bon camarade plus jeune que moi dans mon jury, et j'ai lu dans son regard une satisfaction réelle quand le prix me fût accordé.

Huitième impression : de conception d'enseignement de la pathologie chirurgicale. Se tenant dans un juste milieu, se défendant de faire uniquement des théoriciens ou exclusivement des praticiens sans haute culture réelle, Lenormant veut que la chirurgie soit enseignée dans son fond livresque, théorique, où se trouve recueillie l'expérience de tous ceux qui ont observé avant nous, et se trouve aussi la mise au point de ce qui peut être codifié en quelque sorte parce que acquis comme permanent. Il veut que cette étude aille de pair avec l'étude directe sur la vie réelle, par la clinique à l'hôpital. Il ne pense pas qu'il faille assimiler la pathologie dans un sens, pour ainsi dire unilatéral, comme l'ont voulu certains, travaillant uniquement auprès du malade, ce qui peut, chez des gens doués donner un beau résultat d'acquisition pratique, mais ce qui ne fera d'eux tout de même que de purs artisans sans culture générale et par conséquent sans possibilité de haute, féconde pensée et de raisonnement ? Je suis bien de cet avis à ce sujet, et je trouve qu'on pourrait faire le rapprochement avec l'enseignement des langues vivantes : la méthode directe à la mode a du bon et de l'excellent pour arriver immédiatement et obtenir un résultat rapide ; mais au bout d'un certain temps, on demeure stationnaire, on ne peut dire qu'on possède complètement une langue si on n'en sait pas la grammaire qui vous en donne à la fois le mécanisme et la vraie structure. Apprendre la pathologie tout d'abord, soit seulement dans le livre, soit seulement par la clinique, c'est comme si l'on attelait un char à timon unique, d'un seul cheval au lieu de deux : l'attelage ainsi dépareillé ne peut aller que d'une course déréglée et incertaine.

Le Prof. Lenormant pense donc à l'utilité de son cours ou à l'utilité de sa chaire où se fait cet enseignement oral : c'est très légitime. Il n'est pas sans cependant sentir qu'il y a *le livre*, le manuel, et il l'avoue ; mais l'enseignement verbal sera, dit-il, toujours plus vivant. C'est évident. Toutefois, on me permettra une réflexion : il y a, à l'heure actuelle plus que jamais, des livres admirables, intelligemment rédigés et pas rebutants pour les commençants : ces livres, pour être abordables par celui qui va s'initier, ne doivent pas être trop copieux, mais contenir les choses essentielles exposées avec clarté et illustrées avec abondance. Que de bonnes volontés d'apprendre, au début ont été perdues par l'abord de livres trop compacts, de ces livres en quelque sorte étouffants où le jeune étudiant *s'enlise*. Il faut recourir aux livres excellents où il y a une juste proportion des choses nécessaires avec la prédominance de la clarté ; car, sans *clartéisme*, il n'y a pas de réelle intelligence des choses : celui qui écrit ou parle sans aboutir à se faire comprendre, ou parce qu'il désire éblouir par son érudition ou par son exposé qu'il croit transcendantal, n'est à mes yeux qu'un brouillon au cerveau obscurci : comment éclairerait-il et instruirait-il les autres ? Il y en a de ces enseigneurs partout et dans tous les ordres d'enseignement : c'est qu'ils sont loin de la vérité et de la vie ; leur parole est stérile. Mais l'étudiant en possession de tels livres actuels de pathologie, merveilleux de lumière et qu'il peut lire, avec un peu d'attention, plus facilement que certains romans au style tarabiscoté, cet étudiant est-il nécessaire qu'il aille perdre un temps précieux, à écouter le contenu de ce qu'il a, à sa disposition, à toute heure, sous la main, par le livre, et à s'exposer à mal voir ou entendre ?

J'ai remarqué à propos de toutes les choses qu'on m'a apprises dans la vie — je parle de connaissances un peu suivies à assimiler — lorsque je les ai sues et possédées, lorsque j'ai, comme on dit « dominé mon sujet », j'ai remarqué toujours qu'on aurait pu me les apprendre en dix fois moins de temps, si on avait *su s'y prendre* : c'est que beaucoup d'enseigneurs n'ont pas le don réel, ou c'est que, aussi, chaque enseigné

apprend à sa manière, *comprend et assimile à sa façon* : il n'y a qu'une vérité reçue, c'est vrai, mais le moyen de l'acquérir et de la posséder dépend de la tournure d'esprit d'un chacun, il y a des similitudes de transmission et de réceptivité cérébrales, et tel qui cherche à m'apprendre et avec qui je ne *communique* pas, apprendra à d'autres avec fruit, et inversement.

De cette façon de voir, il n'y a à mon sens qu'un pas pour en arriver à cette conséquence que je pense proposable sans aliénation mentale ! Suppression du grand cours magistral et remplacement par de bons *répétiteurs* qui ne « lâchent » le jeune homme que lorsqu'il a compris et qu'il sait. J'ai vu pour ainsi dire toujours dans mon existence d'étudiant, arriver *plus vite*, ceux qui sont autodidactes, qui s'en tiennent à un bon livre où on ne se noie pas, quitte à le compléter par des éléments pris ailleurs, plus clairement et méthodiquement exposés. Les trois quarts de ceux qui arrivent à l'internat, par exemple, n'ont jamais suivi de cours. Il faudrait donc, pour ces *matières premières*, leur utilisation et leur premier dégrossissement, non un professeur à chaire, qui est l'expression de la sélection scientifique la plus haute et à qui on fait perdre son temps, pendant que les élèves perdent souvent un peu le leur, parce que, quand il prend des notes (quand il prend !) l'élève est en quelque sorte un peu sténographe, et pendant qu'il écrit, d'autres choses peuvent lui échapper, plus précieuses peut-être que celles qu'il fixe sur le papier. Mais, me dira-t-on, il y a des professeurs et il y a eu des professeurs qui attirent en foule la jeunesse : ils sont très rares, ce sont des *génies* spéciaux de la parole qui ont la puissance d'être en communion immédiate et complète avec les collectivités intellectuelles qui les écoutent, de ces êtres dont la clarté d'esprit, la clarté d'exposition, la clarté du verbe sont indissolublement unies et ont une force de frappe cérébrale exceptionnelle et laissent une empreinte indélébile chez ceux qui les ont entendus. Mais même ceux-là, tel un Jaccoud, un Dieulafoy, jadis, il ne faut pas aller les écouter uniquement pour apprendre, il faut aller les entendre comme de grands artistes, comme après avoir étudié une pièce classique, Le Cid, Andromaque, Phèdre ou Athalie, par exemple, avec des professeurs, on va, pour couronner la compréhension et l'assimilation du chef d'œuvre, assister à l'interprétation du grand tragédien ou de la grande tragédienne. Ces professeurs qui ont le *génie de l'enseignement* (comme ces autres professeurs qui ont le *génie de la recherche* au laboratoire, ou le *génie de l'action* dans la salle opératoire), ces professeurs supérieurement doués pour apprendre aux autres, sont, sans vouloir les diminuer au contraire, les meilleurs *répétiteurs* de ce que l'élève a pu apprendre *directement* dans un livre bien fait ou avec des maîtres jeunes qui travaillent eux-mêmes à leur propre envergure.

L'homme, je parle du grand intellectuel, *n'est pas un* : il faut tenir compte des aptitudes les plus diverses, et les prendre là où elles sont et pour le maximum de rendement qu'elles peuvent donner. J'ai déploré sans cesse, pour ma part, cette utilisation de certains professeurs pour des tâches qui devraient incomber à de bien plus jeunes et qui suffiraient ; je n'ai jamais compris qu'on fît perdre un temps précieux à des hommes que l'on surmène et qui pourraient faire plus utilement d'autres choses dans leurs laboratoires, leurs hôpitaux, leur cabinet de travail. C'est comme pour les examens ! Quelle stupidité d'immobiliser des hommes qui viennent de travailler toute une matinée (après un déjeuner à la hâte, ce qui est contraire à la physiologie qu'ils enseignent eux-mêmes) et vêtus d'une toge de pourpre où ils étouffent, pour faire passer des examens derrière le tapis vert, à quelques candidats tremblants, alors que de braves moniteurs sélectionnés extraieraient bien mieux, ce que le candidat, à l'abri d'une crainte issue de trop haut, sait réellement.

Le professeur a une faculté inhibitrice et ce n'est pas lui qui fait la meilleure exérèse du contenu cérébral de l'*Examiné*, en tout cas, qui en fait la meilleure maïeutique : le candidat verdit comme le tapis vert, tandis que le professeur se congestionne comme sa pourpre, suffoqué par certaines réponses inattendues ou par certains silences trop prolongés ! Je ris, mais vraiment — on le verra plus tard, car cela se fera et j'ose le prophétiser — il y a lieu de soulager les professeurs de ces tâches ingrates et déperditives (qu'on me permette ce néologisme) de temps et même de certains cours que de moindres valeurs ou plutôt de moindres éminences, peuvent faire parfois avec autant de résultat pratique pour les élèves. On ne pourra pas me reprocher de ne pas placer haut, le professeur. Au tréfonds de leur esprit, ils le savent bien, ces professeurs qui prennent possession de ces chaires, puisqu'on les voit si souvent les considérer comme des *chaires de passage*, en oiseaux de grand vol et de haute altitude, pour convoler, vers des chaires nuptiales plus désirées et plus conformes à leur tempérament, qui est d'enseigner de plus défrichés, selon l'inspiration du moment, le cas qui se présente, et dans des conditions plus agréables d'heures non disciplinaires. Les Professeurs n'aiment pas les premiers labours et ils ont raison surtout quand ils les ont accomplis en leur temps avec application et joie. Pour moi, les professeurs, par leur recrutement, leur formation spirituelle et scientifique, doivent surtout être des combattants de la Science ! Celle-ci a un vaste front ; elle fait

la guerre contre l'ignorance, et la conquête contre le vaste inconnu, qui recule toujours : la guerre scientifique est surtout une guerre de tranchées où, bien lentement et après bien des prises et des reprises, on conquiert un lambeau du terrain de vérité ; de temps en temps, quand un grand génie apparaît, cette *guérilla* qu'est le combat de la science, se transforme en mouvement d'ensemble et d'enveloppement, et alors de plus amples horizons sont aperçus et atteints. Réservons ces grands corps d'élite que sont ces professeurs, surtout pour faire œuvre de savants et de découvreurs, œuvre que de moins âgés enseigneront à leur tour aux tout jeunes.

Je suis bien sûr que mon ami le Prof. Lenormant « troquera » sa chaire théorique à la première occasion pour une chaire de clinique, où l'on travaille au milieu de la vie et aux sources réelles de l'inspiration. Mais, dois-je le lui souhaiter ? Non, car cela impliquerait une progression d'âge (et nous voulons que le Prof. Lenormant reste jeune le plus longtemps possible) ou la disparition d'un collègue aîné ou plus avancé, ce qu'il ne faut jamais souhaiter, car cela n'est pas bien, d'abord, et puis porte malheur !

Et voilà mes impressions rapides, sinon brièvement exposées, de ma lecture de cette leçon qui est très belle et très substantielle. On pouvait se douter à l'avance qu'elle serait telle quand on a lu les Eloges du Prof. Lenormant à la Société de chirurgie, qui sont une pure merveille de science, d'art et de littérature. Si j'ai pu vous donner envie de lire cette magnifique leçon inaugurale, même en n'étant pas d'accord avec vous sur tous les points, et peut-être précisément parce que pas d'accord, ce qui secoue l'indifférence, je m'estimerai satisfait.

N.-B. — Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, le docteur Dartigues n'avait pu corriger les épreuves de l'article sur Gley ; qu'on veuille bien excuser les fautes qui s'y sont glissées.

AMES RUSTIQUES

« Que de médecins ont un violon d'Ingres plus ou moins avoué dont ils tirent des sons, ô surprise, souvent exquis ! »

Ainsi parla Paul Janot, dans le compte rendu qu'il donna du dîner confraternel du *Concours médical* le 16 novembre dernier.

Et ces mots me reviennent en mémoire tandis que je feuillette un délicieux Recueil de poésies, *Ames rustiques*, d'Albert Desbranches, un confrère dont j'ai déjà eu l'occasion de signaler le talent poétique (1).

Son violon est une lyre qui, toute rustique et agreste qu'elle soit, n'en possède pas moins des cordes d'or qui vibrent mélodieusement sous ses doigts experts.

Pièces brèves, sonnets pour la plupart, autant de longs poèmes, par tout ce que l'auteur y a enclos d'observations aiguës, de sens de la couleur, d'exacte perspective. Et d'une saveur si supérieure que Fernand Gregh en a exprimé son ravissement de « *manger bien beurrée une tranche de pain bien coupée à même la miche* », en cette image évocatrice à faire venir l'eau à la bouche.

Jugez-en par ces deux morceaux.

G. Duchesne.

Le Hanneton

Dans un bruit de moteur, discret, lointain peut-être,
Alors que j'ordonnais ma lampe et l'encrier,
Un hanneton parut aux bords de ma fenêtre
Ouverte à la verdâtre odeur du coudrier.

Bientôt, contre un battant, il frôla ses élytres,
Mais rétablit son vol en bon manœuvrier,
Et, traversant la pièce et rencontrant des vitres,
Il devint, sous le choc, son propre meurtrier.

Ah ! que d'écueils cachés, aussi, sur notre route,
Si nous voulons percer les nuages du doute
Qui dérobent le but où court l'humanité !

Une ardeur nous saisit, nous pique, nous emporte :
Quand nous croyons franchir, enfin, la bonne porte,
Nous nous heurtons le front, sur le mur, à côté.

Départ d'hirondelles

A. J.

Par vols de dix, vingt, trente, abattus sur l'antenne
Double qui, de mon toit s'étend au plus haut chêne,
Les hirondelles sont, sur leurs fils assignés,
Comme pour un appel les troupiers alignés.

L'une d'elles esquisse une fuite soudaine,
Revient vers les soldats, noirs et blancs, des deux [chaînes,
Inspecte les premiers, surprend les éloignés,
En jetant mille cris aigus et soulignés.

En chef qu'a satisfait la parfaite tenue
Du groupe, elle part, et, légère, sous la nue
Disparaît. Je n'entends plus aucun gazouillis.

Mais dans le ciel un signe est aperçu sans doute,
Car toutes, et gaiement, prennent la même route ;
Et c'était hier, je crois, que je les accueillis !

(1) J. Peyronnet et Cie, de Paris.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

L'épidémie de Naples au XV^e siècle

Par le docteur Phocion BARBATIS

Correspondant national de la Société de thérapeutique de Paris.
Vice-président de la Société médicale de Monaco.

Nous sommes au déclin du XV^e siècle.

Charles VIII, roi de France se décide à faire valoir ses droits sur le royaume de Naples, qui, depuis le XIII^e siècle, n'avait pas cessé d'être disputé entre la Maison Française d'Anjou et la Maison Espagnole d'Arragon ; droits que René d'Anjou, mort sans enfant avait en 1480 légués à Louis XI. Mais cet héritage ne pouvait s'obtenir sans guerre, aussi Charles VIII lève-t-il une armée de 30.000 hommes, où Suisses, Picards, Gascons, Italiens, Slaves, Hongrois, Anglais et Espagnols viennent s'enrôler.

Il organise un grand tournoi à Lyon. La noblesse y accourt de toutes les provinces, et au milieu des plaisirs et des fêtes militaires, le jeune monarque, nourri de romans de chevalerie et ne rêvant qu'aventures, annonce l'expédition d'Italie et déclare qu'il la commanderait en personne.

Une clameur immense, un enthousiasme débordant, répondirent aux paroles du Monarque, et l'on vit, alors, non seulement toute la jeunesse brillante, mais encore les guerriers blanchis sous le harnais s'empresser d'y prendre part. Et c'est ainsi que Charles XIII constitua une armée de six mille archers, de six mille arbaletiers, de huit mille hallebardiers et pertuisaniers, enfin de huit mille fantassins, armée soutenue par une artillerie de cent quarante pièces de campagne.

Mais cette armée n'avait pas été seule à se mettre en marche.

Une multitude de femmes, bacchantes de toute catégorie, étaient venues s'abattre sur ces hommes. A la nouvelle de l'expédition, un bataillon de cithère y était accouru de toute part.

Les unes, « prostituées royales », pour accompagner la Cour, car depuis le XI^e siècle, sauf parfois sous le règne d'un Monarque austère, le Palais du Roi de France renfermait une corporation de filles de joie qu'on appelait « prostituées royales ».

Les autres, « ribaudes communes » prostituées de bas étage, misère complète et errante, qui, comme l'ombre suit le corps, se traînait derrière les armées, à l'entour des casernes ou des bivouacs,—troupeau de femme sans cesse à la merci de la soldatesque et dont le nombre, d'après un document de l'époque, atteignait 1.500 à 2.000 âmes.

Il y en avait de toutes les contrées, de tous les pays, et toutes ces filles portaient un insigne apparent, qui ne permettait aucun doute sur leur condition de prostituée.

Celles de Lyon portaient « sur le bras senestre, sur la manche de leur robe, trois doigts en dessous de la jointure de l'épaule, une esguillette rouge, pendant en double du long du bras. ».

Les filles de Nevers la portaient sur la manche droite. Celles d'Amiens portaient une aiguillette rouge sur le bras droit au-dessus du coude. Les Dijonnaises portaient une bande d'étoffe blanche autour du bras. La Marseillaise était fière de son manteau sans attache, rayé de diverses couleurs. La Parisienne exhibait avec certaine coquetterie une ceinture ferrée d'argent.

Il y en avait qui étaient arrivées de Strasbourg ; celles-ci étaient reconnaissables par leur chapeau noir et blanc, en forme de pain de sucre, placé par dessus leur voile ; tandis que celles de Mentoue portaient un court manteau blanc et une clochette.

Il y en avait encore dont on ne connaissait point le pays d'origine et qui portaient, les unes des aiguillettes rouges à l'épaule gauche « pour bien indiquer que leur cœur était à qui voulait se le payer » ; les autres, une lisière de drap d'une autre couleur que leur robe.

Mais toutes laissaient traîner leurs oripeaux derrière elles, comme elles laissaient traîner leur vie. Mais toutes s'offraient, dès les derniers chatoiements du jour, aux géants brutaux des armées de Charles VIII, soudards conduits par les instincts les moins contrôlés, donnant la mort et prenant l'amour avec la même tranquilité. Toutes se vendaient au hasard, dans ce troupeau, criant leur nom et y ajoutant, les unes l'affirmation de leur nature ardente, les autres l'offre d'une pratique anormale.

Or, donc, à la tête de son armée Charles VIII entreprit l'expédition de Naples, par un matin chargé de joie nonchalante et voluptueuse.

Le soleil très doux ce jour-là, teintait les choses légèrement, tendrement.

C'était en août 1494.

***

Le Monarque ne tarda pas à faire son entrée en Italie.

En peu de temps il gagna Milan, où, le lendemain de sa conquête, il se fit recevoir par la Princesse de Ferrare, (« vêtue d'une robe de satin vert, couverte de diamants, de rubis et de perles, dont les manches, étroites et déchiquetées dans toute leur longueur, laissaient voir la chemise..... robe qui lui découvrait entièrement la gorge », car tels

étaient, d'après les historiens, de luxe et les modes du temps.

Du Milanais, Charles entra sur les terres de la République de Florence, où le fameux Jérôme Savonarole, dominicain enthousiaste et qui se donnait pour prophète, lui prédisit des succès certains. Il délivra ensuite Pise du joug des Florentins et entra dans Rome, dont les portes lui furent ouvertes sans difficulté, «avec tout l'apparat militaire, non pas menaçant, mais éclatant et pompeux».

C'était le 31 décembre 1494, au milieu de la nuit. Et l'armée du Roi de France défila dans la cité Papale à la lueur des torches, sous une pluie battante.

***

Or, à cette époque la ville éternelle était pour une armée un fort agréable séjour.

Songez donc ! Le vice-Dieu sur la terre, le vicaire infaillible de Jésus-Christ, n'était autre que sa Sainteté l'Espagnol Alexandre VI Borgia, dont les crimes de la débauche surpassèrent tout ce que peut inventer l'imagination la plus dépravée.

La Cour Pontificale s'adonnait à toutes les fêtes, pratiquait tous les vices ; inceste, sodomie, viol, meurtre, étaient de la monnaie courante. « Il serait impossible, écrit Thomaso Thomasi, de raconter tous les meurtes, les viols et les incestes qui se commettaient chaque jour à la cour du Pape ; et c'est à peine si la vie d'un homme suffirait à transcrire les noms des victimes poignardées, emprisonnées ou jetées vivantes dans le Tibre ».

La ville Sainte, recevant l'exemple de haut, était transformée en un grand lupanar.

Elle était dotée d'un lieu public de débauche situé auprès du Palais du Pape, et dont le Maréchal de la Cour Pontificale tirait une espèce de tribut.

Alexandre Borgia y louait plusieurs maisons de tolérance, maisons closes, qui, d'après Pompeo Tigenio, se retrouvaient encore dans ce quartier au temps de Sixte Quint. La vie de licence et de luxure dans Rome était telle qu'il n'y avait aucune barrière, nous dit Cabanès, entre les femmes honnêtes, ou qui faisaient profession de l'être, et celles qui ne l'étaient pas.

Une procession continue de mignons, de bâtards et de courtisanes déferlait nuit et jour sur les principales voies de la cité. Cinquante mille prostituées de toute catégorie, dont quatorze mille espagnoles, d'après Delicado, déambulaient dans la ville des Papes la gorge nue et le corps à peine couvert d'un voile jaune, emblème de leur état civique.

Les rues et les carrefours étaient peuplés de filous et d'assassins, les routes infestées de bandits. L'on comprendra donc facilement si, dans une pareille ambiance, l'armée de Charles VIII fit ripaille. Mais passons.

***

Après un repos de quatre semaines à Rome, les Français, ou plutôt ceux qui composaient l'armée du Roi de France, entraient, presque sans coup férir, dans Naples, place défendue par huit cents hommes, dont trois cents Espagnols.

Naples vivait à cette époque là, une vie d'art et de scandale, d'amour et d'affaires, de misère et d'élégance insolente.

Les vainqueurs, banières déployées, y furent reçus comme des libérateurs. En leur honneur, Néapolis avait pavoisé, tendu des tapisseries, jonché de fleurs ses grandes voies. Une foule était allée à leur rencontre : le clergé avec ses ornements scintillants, les nobles en grand apparat, la cour dans toute sa splendeur.

Les femmes de Parthénope, héritières jalouses du sang païen de l'Héllade antique, coiffées de profondes chevelures, dénouées, tombant jusqu'aux chevilles et les enveloppant d'une divine obscurité, au teint d'une grande pureté et aux prunelles rayonnantes, y étaient accourues pour les applaudir.

Ce fut une longue procession d'uniformes, de parements d'or, de broderies, de voiles du plus fragile azur, de dentelles, de reflets de soie, de nuances qui se heurtent depuis l'éblouissement des blancs et la caresse des bleus jusqu'à la rutilance des pourpres.

Et cette cohue prodigieuse : la masse chamarée des uniformes ; les troupes ; les gardes à cheval ; les fantassins ; la cohorte splendide des jolies femmes ; les enfants aux pieds nus et beaux comme ceux des statues grecques, écarquillant des grands yeux étonnés, étaient enveloppés par un feu d'artifice de son, où le grondement des canons s'alliait frénétiquement aux notes graves des cloches et aux trilles des sonneries alertes.

L'entrée des armées de Charles VIII dans Naples fut d'une magnificence sans pareille.

Les soldats furent fêtés dans toute l'acception du mot. Ils prirent part à de longs repas de viande, de venaison et de marée, arrosés de vin généreux des caves profondes et bien garnies. Ils avaient été reçus, les uns dans les couches parfumées des patriciennes, couches pareilles à des grottes magnifiques d'où s'élevaient d'ineffables harmonies et d'éperdues épithalames ; les autres par des malheureuses officiantes, décolletées avec excès et fardées sans mesure, sur des matelas, que surmontait l'image de la vierge, dans des tristes et sombres logis au plafond voûté dont les murs lacérés par des poussées verdâtres de lichen, suintaient l'humidité. Et bien souvent, dans un coin du taudis, sur une misérable console, un Saint Janvier, patron de Naples, coupé à mi-corps avec sa mître dorée et un fragment de crosse, en terre cuite peinte, répandait, sur ces couples, sa bénédiction.

Sous son ciel amoureux, la douce et dolente Parthenope se livrait entière au vainqueur. Elle lui offrait toutes ses richesses, toutes ses beautés. Et le soudard, jeté loin de son pays dans cette ville engourdie et démoniaque, impérialement ivre de lumière, de beuverie et de chants, gavé de chaire fumante, offrait, dans son invincible besoin d'amour, un tableau presque tragique.

Dès lors, pas un palais, pas une humble demeure, pas un couvent, pas un cloître de nonnes ou de moines, pas un cabaret, pas une église, que le chant ou le psaume d'amour n'avait profané.

Promenades, galeries, avenues ombragées, jardins publics pailletés de lune sanglotaient de passion. « Ivres de vins grecs, vins de Rosete, vins cuits, vins muscadez et malvoisie, les mercenaires, rapporte Pellier, ne surent respecter ni couvents, ni maisons privées ».

Oui, une atmosphère aphrodisiaque planait sur la ville. L'ardent désir d'aimer s'y manifestait partout, d'une façon intense, aussi bien sous son ciel bleu, candide et virginal, qu'à la face des étoiles éternelles, Tout vibrait, tout tressaillait, ici, du même frisson, jusqu'à la mer de son golfe, merveilleuse et éternellement jeune, qui, face aux molles pentes du Vésuve fumant, se soulevait et s'abaissait lentement, comme le sein d'une femme haletante d'amour.

C'était déjà le printemps, magnifique et doux avec son cortège et tous les parfums.

***

Or, au milieu de toutes ces libations à Bacchus, de tous ces sacrifices à Pandomos, orgies sans exemple, un mal nouveau, insoupçonné, inconnu jusqu'alors en Europe, s'abattit sur Naples.

De l'armée, où il fit son apparition, le mal s'infiltra dans la ville, dans les châteaux et demeures seigneuriales, dans les hostelleries, dans les maisons de débauche, n'épargnant aucune classe de la Société. Soldats, citadins, princes, évêques, prêtres et moines y payèrent leur tribut. Mal étrange, qui, incompréhensible, insaisissable dans l'interprétation de ses manifestations, était protéiforme dans ses allures.

Il attaquait sa victime avec acharnement, et dans son ardeur de destruction, il se multipliait sans répit, Nul n'en a été épargné ; chacun en avait souffert différemment.

Les uns avaient vu leur corps se couvrir d'une éruption de taches rosées, d'autres de petits boutons durs ; celui-ci de taches recouvertes de pellicules, d'écailles blanches et sèches ; celui-là d'excroissances charnues, véritables végétations en choux-fleurs, exhalant une odeur répugnante.

Ce Prince, arbitre des élégances, avait la langue, le pharynx, les lèvres couvertes de plaques. Cette belle Princesse voyait tomber ses cheveux, ses sourcils, ses poils et ses ongles rosés. Cet autre sentait son crâne se fendre, une douleur atroce fulgurer dans son cerveau épouvanté, une torture sourde ronger, grignoter ses côtes, ses membres, ses articulations, ses nerfs. Il y en avait qui avaient perdu l'appétit, ou que la diarrhée ne quittait plus ; squelettiques, hâves, abrutis avec des figures terreuses, mangées de barbe, certains étaient cloués dans leur lit. D'autres devenaient aveugles. Ceux-ci avaient été frappés de cécité verbale, ceux-là avaient perdu l'ouïe. En voici qui portaient des lésions en forme de tubercules, qui se ramolissaient, s'ulcéraient, supuraient et rongeaient profondément la partie attaquée de leur corps. Tel voyait ses organes génitaux sectionnés par une plaie profonde ; un autre présentait une figure monstrueuse, les yeux au blanc dépourvu du voile des paupières rongées, le pourtour du nez creusé. D'autres avaient les os de la face et du crâne perforés, le palais troué, les os du nez détachés, au milieu d'un cloaque de pus et d'une odeur écœurante de punaisie.

D'autres exhibaient une face hideuse et parfois plus horrible encore à cause de leur langue qui sortait énorme, tuméfiée du trou informe qu'était leur bouche.

Il y en avait qui s'effondraient, foudroyés par un coup de sang dans leur cerveau, tandis qu'une grimace énorme tordait leur visage congestionné.

Celui-ci était atteint de paralysie des bras et des jambes ; cet autre était incapable d'ouvrir les yeux, par suite de la paralysie des paupières. En voici encore qui louchaient du jour au lendemain, et cela sans cause appréciable. En voici qui, après avoir été tourmentés pendant une période plus ou moins longue par des douleurs intolérables parcourant leur chair comme un éclair, avaient vu leur démarche insensiblement se modifier chaque jour. Bientôt il leur était impossible, les yeux fermés, de se tenir debout sans tomber, ou ne pas chanceler dans l'obscurité. Et ces malheureux, incapables du moindre effort, demeuraient dans leur coin, loques humaines, assistant dans la lucidité de leur cerveau à leur déchéance inéluctable et à leur misère sans rémission.

On en voyait encore qui tombaient du haut mal avec un étrange gargouillement qui semblait un râle dans la gorge ; un autre bégayait ; son voisin avait perdu la mémoire ; cet autre délirait. Mais en voilà qui se croyaient persécutés ; certains devenaient mélancoliques ou sujets aux hallucinations les plus variées. Ceux-ci parcouraient la ville avec un facies effroyable, crispé, grimaçant, les yeux hagards, parfois avec un rire strident, sinistre et qui glaçait les nerfs.

D'autres, laideurs atroces, abominables, menaçantes, à figure difforme, inouïe, follement convulsée, gueule bavante, dents grinçantes, griffes prêtes à saisir, s'étranglaient dans une sorte de râle gargouillant.

C'étaient vraiment des bêtes immondes, qui se déchaînaient, qui bavaient des outrages, qui gloussaient des malédictions, qui aboyaient leur haine.

D'autres enfin, terrassés par ce mal inexorable, expiraient dans une sorte de hennissement hystérique.

Telle fut l'épidémie de Naples au déclin du quinzième siècle. Telle fut l'épidémie de syphilis qui ravagea Parthénope en 1495.

Or, l'extrême malignité de la maladie, l'apparition rapide des accidents, l'intensité de la fièvre et des douleurs, les plaies horribles de la face, les mutilations hideuses, les paralysies, la folie et les morts nombreuses, impressionnèrent d'une telle terreur les

masses, que celles-ci crurent, l'obscurantisme et la superstition aidant, être la proie d'un fléau d'essence divine, inventé par Dieu le miséricordieux, pour mettre frein à la véléité fornicatrice.

***

Quelle était donc l'origine de ce mal monstrueux ? D'où venait la syphilis ?

Dans l'année 1492 eut lieu un événement extraordinaire : la découverte d'un nouveau continent par Christophe Colomb.

Et presque en même temps, le Portuguais Vasco de Gama, continuant les découvertes de Henri le navigateur, de Covellas et de Barthélemy Diaz, doublait le Cap Bonne-Espérance, touchait aux Indes par le canal Mozambique et changeait ainsi, entièrement, la marche et la forme du Commerce du Monde.

Le deux août de cette année là, Christophe Colomb et tous ses compagnons communièrent à une messe célébrée à la chapelle de la Robida, ainsi que cela était ordonné pour chaque voyage sur mer. Car les hommes allaient « à péril de mort ».

Le lendemain 3 août, une demi-heure avant le lever de Phébus, limpide et doré, la Santa Maria commandée par le Grand Amiral, la Pinta par Martin Alonzo Pinzon, et la Nina par Vicente Suarez Pinzon, bénies par les moines de Robida, appareillèrent du port de Palos. Des mouettes virevoltaient autour des trois nefs, comme une poignée d'accents circonflexes blancs jetés dans la brise.

Les navires mirent le cap sur les Canaris.

Le six septembre, ils quittèrent ce groupe d'îles. Et l'avenir à l'infini s'étendit devant eux parmi la morte haleine de l'onde amère.

Quelles ont été les péripéties de cette grande aventure ? Il n'est point dans le cadre de ce travail d'en faire mention. Cependant, ceux que la question intéresse peuvent consulter avec grand profit l'Histoire merveilleuse de Christophe Colomb, écrite par J.-P. Alaux et illustrée par son cousin Gustave Alaux.

Dans la nuit du onze au douze octobre, nuit de Lune calme, pommelée de nuages blancs et pacifiques pareils à des grosses boules d'ouate flottante, après trente cinq jours de navigation, trente cinq jours pendant lesquels Colomb dût contenir, dans une lutte incessante, des angoisses prêtes à se muer en révolte, les caravelles jetèrent l'ancre devant une petite île de l'archipel de Bahama, que la mer somptueuse caressait de ses vagues. C'était la Guanahani des Indiens située à cent lieues des côtes de la Floride, que le grand Amiral baptisa du nom de San Salvator.

A propos de cette île, une plaisante anecdote est citée par H. Harisse et utilisée par Jean Charcot.

La voici :

H. Harisse, qui a fouillé tous les documents concernant Colomb et qui, volontiers, agrémente sa documentation si sérieuse d'un peu de gaieté, rapporte qu'il a retrouvé, dans une communication consignée au Bulletin de la Réal Académia de la Historia (tome XIX, année 1891, page 361), l'explication suivante :

Des juifs auraient fait partie de l'équipage de la Santa Maria. Deux d'entre eux étaient appuyés sur le bastingage quand la terre apparut, et l'un dit à l'autre en hébreu :

— Li (tiens la terre).

— Waana ? (où cela) répond l'autre.

— Heni ? (tu ne vois pas la terre ?) reprit le premier.

Un matelot, qui surprit cette conversation, comprit, Waana Hen-i et il répéta à ses camarades que la terre en vue devait s'appeler ainsi, puisque les deux juifs se la désignaient par ce nom. Waana-hen-i devint Guanahani. Henry Harisse ajoute avec humour qu'il y a beaucoup de chances pour que les dix tribus d'Israël perdues, soient retrouvées aux Lucayes, où les habitants parlent hébreu ! ! (J. Charcot).

Christophe Colomb découvrit bientôt la côte Nord de Cuba et celle d'Haïti, à laquelle il donna le nom d'Hispanola.

Les habitants de ces îles, doux et naïfs, allaient nus. Ils savaient les noms des arbres ; ils reconnaissaient les fleurs à leur parfum ; ils distinguaient les oiseaux à leur chant, mais ils ignoraient l'usage du feu.

Les femmes portaient aux oreilles de petites plaques d'or, de cet or qui allait bientôt exciter tant de convoitises et valoir de si cruels traitements aux malheureux indigènes désarmés.

***

Or, il est de notoriété publique que la chasteté n'a jamais été la vertu maîtresse du navigateur. De tout temps celle-ci subit de sa part des outrages sans nombre. Ce n'était donc pas dans l'équipage de Christophe Colomb, composé de quatre vingt dix marins et vingt fonctionnaires civils, dont la plupart étaient des aventuriers dans toute l'acception du mot, ce n'était certainement pas dans ce milieu que la chasteté pouvait trouver grâce. Et cela était d'autant plus vrai, que les femmes Caraïbes, les femmes de ces îles, considéraient les libéralités envers le sexe fort comme un acte parfaitement noble. Elles n'aimaient qu'à aimer. Elles s'adonnaient, en effet, au culte d'Anadyomène, sur la grève ou dans les forêts pleines d'ombre, avec une émulation extraordinaire.

Pour goûter la suprême joie, elles s'affolaient par des boissons aphrodisiaques et accomplissaient l'acte parfois jusqu'à la cruauté.

Car, à en croire Vespuce, les femmes (Caraïbes), « qui sont incroyablement passionnées se servent pour satisfaire leurs plaisirs défendus d'un moyen cruel. Elles donnent à boire à leurs hommes le suc de certaines plantes, après quoi leur membre se gonfle et grandit, et lorsque ce moyen est insuffisant, elles mettent dans le membre certains insectes empoisonnés, qui le piquent de façon à le faire gonfler. Beaucoup en perdent le membre et les testicules et deviennent inaptes au coït. »

***

Une maladie, « La Lues ou Bubas », sévissait depuis des temps immémoriaux dans les Indes orientales. Ce mal qui n'était autre que la Syphilis, existait, nous apprend Oviedo, non seulement à Haïti, mais encore dans la plus grande partie du Continent américain, à l'époque où les Espagnols y abordèrent pour la première fois.

Et au Mexique, ravagé par le même mal, dès la plus haute antiquité, se perpétue une légende qui prouve l'existence lointaine de la vérole : Manahuath, le héros de cette fable, atteint de syphilis, se précipita volontairement dans un bûcher ardent afin de se purifier du mal. Les dieux, pour cet acte, le transformèrent en soleil. C'est du moins ce que l'Abbé Brasseur de Boubourg et Jourdanet nous rapportent dans leur relation sur le Mexique.

Les équipages de caravelles du grand Amiral, dans leur commerce avec les Indiennes en furent atteints. A leur retour en Europe (et surtout à Barcelone, où Colomb, après sa grande découverte, vint saluer les Rois catholiques), les victimes du Mal indien transportèrent celui-ci dans la péninsule Ibérique.

De Barcelone, la maladie se répandit aux provinces frontières et arriva bientôt aux armées de Charles VIII. Sans compter, d'autre part, que de Barcelone s'était embarquée une partie des soldats qui devaient former la garnison de Naples.

De sorte qu'on peut attribuer à l'épidémie de Naples une origine espagnole. Celle-ci provenait des soldats, Espagnols enrôlés dans l'armée de Charles VIII et de ceux qui défendaient Naples. Aussi voyons nous la Syphilis baptisée du nom de « Mal français », les Italiens croyant avoir été infectés lors de l'occupation de l'armée du roi de France, — et inversement, appelée « Mal Napolitain », parce que l'armée du vainqueur l'attribuait aux habitants de Naples. Ce qui faisait écrire à Oviedo y Valdès : « Je riais souvent en Italie d'entendre les Italiens dire « mal français » et les français l'appeler « mal de Naples » et, en vérité, les uns et les autres trouveraient le nom juste, s'ils l'appelaient « Mal des Indes ».

Oviedo y Valdès, page du Prince héritier et ami du fils de Colomb, arriva à Cuba en 1505.

Un peu plus tard, vers 1515 et 1525, il publia des travaux, où il est mentionné que Pierre Margarit, compagnon de Colomb, avait été atteint d'une affection, dont les symptômes étaient ceux de la syphilis.

Rollet, dans un travail des plus intéressants sur les origines de ce mal, relate, que quelque temps après le retour du grand Amiral, la maladie avait fait son apparition parmi les courtisans de la Cour d'Espagne, après s'être manifestée dans la populace.

Importée à Barcelone par un nombre assez restreint d'aventuriers, la syphilis a dû mettre un certain temps à passer de la basse prostitution des villes maritimes aux classes plus élevées.

Par ailleurs, Diaz de l'Isla, médecin du grand roi Jean III du Portugal, contemporain d'Oviedo y Valdès, se trouvant également à Barcelone lors du retour des navigateurs, nous rapporte aussi un témoignage d'une réelle valeur dans l'histoire de la syphilis. Il avait exercé la médecine dans les hôpitaux de Séville et de Lisbonne. Agé de trente et un an au début de l'épidémie et déjà lancé dans l'art de guérir, nous dit Pellier, il eut à soigner « plusieurs membres de la première expédition du grand Amiral, atteints du mal, avant que le roi Charles de France passé à Naples ». Ce médecin dit avoir constaté la maladie chez un des frères de Pinzon, pilote à bord de Palos. Il paraîtrait même que Diaz eut à soigner, sur les navires même de Colomb, des sujets atteints d'un mal, qu'il n'avait jamais observé, et sur lequel il n'avait jusqu'alors lu aucune relation. « Il reconnaît cependant qu'une maladie appelée « bubas » régnait en Castille dix ans auparavant (Pellier).

Bien mieux, Las Casas, qui se trouvait à Séville lors du retour de Colomb avait, dit-il, obtenu des Indiens, l'affirmation de l'existence de « bubas » avant l'arrivée des Espagnols en Amérique.

A cette même époque vivait à la Cour des Rois catholiques un Italien d'une très grande érudition, Pierre Martyr. Homme de lettres, celui-ci laissa une volumineuse correspondance composée de huit cent treize lettres. Réunies en volumes, celles-ci furent publiées une première fois en 1530 à Alcala de Honares, et, quarante ans plus tard, en 1570, à Amsterdam.

Une de ses lettres, datée de Jaen en 1488 ou 1489 suivant l'édition de ses missives, a été adressée par cet auteur à son ami Pedro Arias Barbosa, professeur de lettres grecques à Salamanque. Or y lit textuellement : « Tu m'apprends, lui dit-il, que tu es atteint d'une maladie particulière, appelée bubas par les Espagnols, Gallico par les Italiens, éléphantiasis par quelques médecins, et de diverses manières par d'autres ; tu décris avec une incomparable élégance ton malheur, tes peines, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces de tes articulations et, enfin, les ulcères et la fétidité de ton haleine ».

Evidemment, nous avons là une observation qui pourrait concorder avec une infection tréponémique. Malheureusement un pareil tableau clinique n'est décrit par aucun auteur avant 1495. On aurait donc le droit de se demander comment Pierre Martyr avait pu connaître non seulement la syphilis avant cette date, c'est-à-dire sept ans avant ses contemporains, mais encore ses dénominations diverses dans les pays étrangers. Aussi Sanchez et Finckerstein pensent-ils que les mots « bubas » et « morbus gallicus » avaient été surajoutés et que ceux ci n'existaient point dans l'œuvre épistolaire de l'érudit italien.

De même, Bernays démontra que la fameuse lettre avait été faussement datée et, que le 5 avril 1489 Pierre Martyr n'était nullement à Jaen, puisque le Roi n'y arriva que dans le courant du mois de mai et que, d'autre part, jusqu'au 12 mai l'auteur de la fameuse lettre se trouvait encore à Cordoue.

Ce qui est plus troublant encore, c'est que Ber-

nays ajoute : « d'après l'adresse, le destinataire doit enseigner le grec à Salamanque (graecas litteras profitenti), tandis que, selon un historique de cette université, une semblable chaire n'y fut créée qu'en 1508. La lettre n'a donc pas été écrite avant cette année là.

Quant à Francisco Lopez de Gomara, né en 1510, chapelin de Herman Cortès, devenu marquis de Valle, on ne peut vraiment attacher grande importance à son œuvre qui fourmille d'inexactitudes, quoique l'importation de « bubas » en Espagne y soit formellement soutenue par lui.

Alvarez Chanca, « qui fut le compagnon de Colomb et le médecin de la troupe dans le deuxième voyage », adressa, dit Comenge, « une lettre au Conseil de Séville, dans laquelle il fit mention de rares et vraies nouvelles relativement aux événements en Amérique et durant le voyage du navigateur. Ces nouvelles ont une grande valeur historique, seulement on n'y trouve rien qui fasse allusion à la bubas, s'attachant aux équipages des navires ».

Cependant, dans ce rapport, il est question du retour de plusieurs vaisseaux de la deuxième expédition « à cause de la grave maladie qui régnait dans l'équipage ». Aussi n'est-on pas en droit de se demander, avec Pellier si, « après l'affirmation répétée de Diaz de Isla, témoin de cas de syphilis dans le premiercorps expéditionnaire, s'il n'est pas là une allusion du même mal ».

***

Barcelone, d'après Diaz de l'Isla et Oviedo y Valdès, Séville d'après Las Casas, furent les deux villes, où la syphilis fut importée d'Amérique. Et c'est là non seulement une croyance populaire unanime, mais, c'est encore et surtout d'après les recherches de Montejo dans les archives espagnoles, dans ces deux villes, que la maladie prit tout son développement.

En effet, Hieronimo de Herrera, administrateur de l'hôpital Saint Come et Saint Damien, rapporte, en janvier 1585, que son établissement a été affecté depuis quatre vingt deux ans à soigner les malades atteints de « bubas ».

« La maladie, nous apprend Herrera, n'existait pas au temps de la fondation de l'hôpital et, si elle existait, on ne la connaissait pas sous ce nom. Elle fut connue seulement depuis la découverte des Indes qui eut lieu en l'an 1492, d'où, d'après certains, elle serait venue ; de cette opinion est née, pour quelques-uns, l'appellation de Serampion de Las Indias ».

Et Pellier, qui utilisa toutes ces recherches, ajoute que le mal n'avait certainement pas attendu jusqu'en 1502 pour prendre d'effrayantes proportions. »

Le second texte de Montejo, extrait des chronique de José Valasquez y Sanchez, établit que dès 1497 s'était fait sentir la nécessité d'un hôpital spécial pour les syphilitiques. La maladie était considérée comme « mal nuevo » et les lieux de prostitution semblaient en avoir particulièrement souffert.

Enfin, Nicolaus Scyllatius, de Sicile, le 18 juin 1494, d'après Ronchini et Thiene, ou le 18 juin 1495, suivant Bloch, publia ses lettres où il est dit que, pour le corps médical, la maladie nouvelle venait de France ! ! Le brave homme ! !

Cependant, l'Allemand Léonard Schmauss (dans son ouvrage Lucubratiuncula de morbo gallico, paru en 1518, et inspiré par un autre Allemand, Nicolas Poll, médecin de Charles Quint, lequel prétendait en 1517 que le gayac, tiré de l'Isle espagnole guérissait la maladie vénérienne), Schmauss, disons-nous, fut aussi un des premiers à attribuer une origine américaine à la syphilis.

Et à ce propos, Marevre d'écrire : « Aussitôt les médecins, considérant que la maladie devait venir infailliblement du même pays que le remède, la Providence mettant le remède toujours à côté du mal assurèrent que le Nouveau Monde était le berceau de la vérole ».

De même, Ulrich de Hutten adopta cette opinion et vanta, l'année suivante, les vertus du Saint Bois auquel il devait sa guérison.

Cette hypothèse définitivement admise, tout le monde s'accorda, dès lors, à trouver dans l'équipage de Colomb, les agents vecteurs du nouveau Mal.

***

Ainsi donc, les véritables propagateurs de la Syphilis dans l'armée de Charles VIII furent ses soldats d'origine espagnole. Naples en fut infectée et par l'armée du conquérant et par ses défenseurs venus d'Espagne.

Puis, cette même armée devint le véritable agent de dissémination du fléau en Europe ; car une fois disloquée, les aventuriers licenciés devinrent des mendiants, des vagabonds, des pillards, des manants, semant dans leurs passages successifs, la syphilis ; et cela d'autant plus facilement, que l'on ignorait le mal et que lH'ygiène privée et publique étaient sinon nulles, du moins défectueuses.

Souillant les auberges, ils déposaient la maladie dans les couches, où venaient la recueillir d'autres passants, en parfait état de santé, mais négligeant toute précaution et toute propreté.

Le cabaret, les hostelleries et les maisons hospitalières formèrent le premier foyer de la Syphilis, qui de la Cour des miracles se réfugie dans les léproseries, force les portes des châteaux et des demeures seigneuriales, attaque les courtisans et gagne le Louvre pour bondir ensuite sur la Couche Royale. La Maison des Valois, en France en fournit la preuve.

Introduite dans la Cour du roi de France, la Syphilis poursuit ses victimes avec une tenacité inlassable, si bien qu'elle finit par éteindre la Race Royale. C'est elle, en effet, qui fut la cause principale de l'avènement d'Henri IV sur le trône des Valois ; car la reine Louise de Lorraine, femme d'Henri III, n'accoucha que d'enfants morts-nés, en raison de la santé déficiente du Royal Géniteur.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCIV. — CABANÈS. — **Grands névropathes.** — Un vol. in-16 jésus sous couverture illustrée, orné de 47 gravures. Ed. A. Michel, Paris 1930 : 20 francs.

Le docteur Noir vous a parlé longuement du contenu du livre tiré des inédits que Cabanès laissa presque en ordre de publication. Hors Wagner, les personnages qu'il étudie dans cette œuvre nouvelle sont de grands hommes de lettres : Baudelaire, Byron, Chateaubriand, Molière, Pascal, Shelley. Avec la précision coutumière de sa documentation notre illustre confrère a rassemblé les fiches pathologiques de ses protagonistes et nous montre l'effet de ces troubles morbides sur la production artistique de chacun d'eux. Je ne m'appesantis pas sur les détails de sa méthode. Notre rédacteur en chef vous l'a exposée avec beaucoup plus de persuasive autorité et avec sa diserte érudition d'historien.

C. V. STEFAN ZWEIG. — **La Ruelle au clair de lune.** — Un vol. 16 ×22, traduit par Alzir Hella et O. Bournac, illustré par Pierre Louchel, tiré sur velin de Rives à 107 ex. numérotés. Ed. Snell. Paris 1930. L'exemplaire sur papier normal : 30 francs.

Les deux nouvelles du livre sont bâties avec un sens dramatique puissant : la première est l'histoire d'un pauvre homme, veule, bafoué par sa femme devenue pensionnaire d'un bouge dans un port. Il s'efforce de la ramener et son humiliation est habilement contée. Le second récit est consacré aux réactions psychologiques de deux fillettes devant la grossesse de leur gouvernante, honorée des faveurs de leur frère, puis, bien entendu, violemment chassée !

J'ai noté avec plaisir les caractéristiques tudesques de l'œuvre : dès le titre, cette fluente sentimentalité couvrant la ruelle symbolique, où se vautre la corruption du monde ; cette joie sadique de l'écrivain pataugeant en crapuleuse compagnie, à travers la petite ville morte sous la respiration grondante de la mer ; cet amour allemand du « lieu public », de la taverne, de l'orgie évoquée ; et enfin cette attention bien allemande de situer l'échouement de cette vertueuse fille d'outre-Rhin dans un petit port *français*.

Monsieur Zweig, il est exact que nos ports ne sont pas à la fois bassins de radoub et de vertu, mais les mâles qui y rôdent avec ou sans clair de lune, n'ont pas cette fâcheuse passion des vôtres pour le gouvernail amovible. Alors, Monsieur, puisque chacun de nos pays a ses *monopoles* (vous pouvez ajouter un accent circonflexe si le cœur vous en dit ! !) n'insistez pas sur notre ridicule réputation d'hospitaliers... Ou vous vous ferez dire des compliments sans aménité. Dans la seconde nouvelle, la psychanalyse rôde. S'il me fallait définir cette science j'en ferais : un « malaxage malpropre des âmes » ; et quand il s'agit de petits, un : « tripotage *sale* des âmes d'enfants ».

A part çà, l'illustration vert glauque et noir se souvient de l'océan tout proche et la typographie est d'une agréable perfection : c'est un joli livre, délicatement imprimé et techniquement parlant, d'une extrême pureté.

CCVI. — Jean GIONO. — **Regain.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. Grasset. Paris, 1930 : 15 francs.

S'il y avait une justice, moins immanente, ce livre devrait avoir, sans discussion possible, le prix Goncourt. Mais Dieu sait sur quelle œuvre molle ira s'égarer la couronne ? J'avais lu l'histoire du gars de Baumugnes ; c'était bien, très bien, mais à côté de ceci c'est de la piquette ! Voilà un livre français, Monsieur Zweig : il n'y a pas d'arrière-pensées troubles. Il y a des rustres qui ont une chair et un cœur et pour les peindre, à grands coups, un homme qui a plus de talent que, réunis, tous vos gubernaculaires ... et les nôtres.

C'est l'histoire d'un village qui meurt, quelque part vers Manosque. Gaubert le forgeron s'en va en emportant l'enclume qui sonnait ce qui servait d'heures. La Mamèche meurt et Panturle reste seul. Panturle c'est une sorte de simple, demi-dieu sauvage qui va vivre désormais dans la solitude. Et si jamais vous avez *lu* quelque part une description plus saisissante, plus vraie, des réactions d'un être primitif face à la terre qui le nourrit vous me l'écrivez ... que j'y coure voir. Mais comme Giono écrit en même temps un roman, il fallait bien que le rémouleur monte de la vallée et qu'arrivé sur le plateau il perde sa femme au profit de Panturle. Et c'en sera fini de Panturle braconnier, rêveur (au clair de lune, Monsieur Zweig !). Il ira se faire faire par Gaubert une charrue et du sillon, ligne éternelle, toute droite, où la vie *recommence*, partira l'année suivante la résurrection du village qui s'amorce à la fin du livre quand monte une autre famille et s'annonce un rejeton de Panturle. Je ne voulais pas vous raconter ce qu'il y avait dans le livre, parce que je n'entends rien à « raconter » et que ce n'est pas une histoire qui se raconte. Ce qui la pare et vous empoigne, c'est le mouvement extraordinaire des descriptions, c'est surtout la puissance déconcertante des images, cette compréhension

profonde des êtres et des choses qui a une sauvage grandeur.

Le livre progresse avec ample lenteur comme s'il se laissait porter tout entier à grands coups d'ailes, dans le vent qui coule le long des montagnes. On a parlé du paganisme de Giono ; c'est bien possible car Panturle est un arrière-petit-fils, à n'en pas douter, des divinités mineures qui dansèrent dans sa forêt. Est-ce lui, est-ce Giono, qui a retrouvé dans une clairière, la flûte de Pan ? Dans la désolation du plateau où siffle le vent, sa chanson aigre vous vrille le cœur et quand vous aurez refermé ce livre admirable, vous ferez comme moi : vous l'écouterez encore chanter dans votre mémoire.

L'Homme aux Bésicles.

20 novembre 1930.

P. S. — Comme il était à prévoir, Giono n'a pas eu le Prix Goncourt !

AUTOUR DES THÉATRES

Au Gymnase

« Le Jour »

Pièce en trois actes de M. Henry Bernstein

J'ai l'habitude, faut-il l'avouer, quand je suis pour assister à une pièce de Monsieur Henry Bernstein, de me mettre, si je puis dire « en état de grâce ». Je dors amplement la veille et je reste quelques heures au calme complet avant la représentation ; c'est que M. Bernstein, le « prosecteur » des âmes, nous impose souvent une tension intellectuelle qui, pour être un régal d'une essence infiniment supérieure, demande une quiétude parfaite de l'esprit et des sens. Pourquoi donc hier, à l'audition de sa nouvelle pièce « Le Jour », n'ai-je pas ressenti aussi profondément, dans une sympathie pourtant complète entre le « for intérieur » de ses personnages et le mien, cette béatitude spéciale qu'il nous communique d'habitude dans la possession entière de l'âme de ses sujets ? Est-ce sa faute ? Est-ce la mienne ?

Il est évident tout d'abord que l'auteur n'a pas cherché un thème bien difficile et que mon effort volontairement préparé à un jeu délicat a dû se replier sur de molles positions ; de plus, M. Bernstein a cru devoir cette fois développer son action de tableaux en tableaux, divisant ainsi chacun de ses trois actes en « instants essentiels » comme les appelle si justement Gabriel Boissy dans Comœdia, chacun de ces tableaux lui permettant de présenter son sujet à un moment précis d'un de ses états affectifs, les trois actes restant trois périodes de son existence. Ce procédé qui supprime plus encore qu'avant l'unité de temps et l'unité de lieu, possède à mon avis, une certaine ampleur pour des pièces où « évènement » détermine particulièrement le drame intérieur comme dans « Berlioz » par exemple, mais il diminue légèrement l'intérêt en général quand il se borne à un soliloque ou à un court dialogue analysant un état d'âme ou confrontant deux caractères. Si j'ajoute que la psychanalyse à laquelle une profession comme la nôtre, nous oblige quotidiennement devient pour nous presqu'un jeu par la force des choses, on comprendra pourquoi je me rends personnellement responsable de ne pas avoir ressenti pour « Le Jour » la jouissance intellectuelle supérieure s à laquelle je m'attendais.

M. Bernstein nous amène à son sujet par une scène de clinique allemande où une doctoresse parlant un mauvais français avec affectation se donne des allures de psychiatre.

Ce qui peut impressionner un certain public même de qualité sonne quelquefois un peu faux pour nous autres, et j'aurais préféré de beaucoup que Jean Berjancé (le nom du sujet principal) ne soit pas présenté comme un malade : mal de Pott depuis sept ans, dépression nerveuse, autosuggestion, asexualité, excitations suivies d'abattements, ce point de départ était à mon avis inutile pour rendre très légitime, louable et respectable la hantise de ce jeune homme de vouloir faire toute la lumière sur l'assassinat de son père et pour soupçonner de cet odieux forfait son ancien précepteur devenu son beau-père, le mari de sa mère quelque temps après le crime.

Du moment que M. Bernstein a situé ce début dans notre domaine si je puis dire, qu'il ne soit pas étonné si je me suis assimilé sa pièce en thérapeute autant qu'en psychologue.

Suivez-moi bien, et vous verrez au fur et à mesure de l'enchaînement, par quelles influences extérieures à son « moi » guérit enfin le grand anxieux dont je vous parle plus haut.

Aussitôt après son départ de la Clinique, Jean Berjancé n'a plus qu'une idée fixe, démasquer le coupable, être le justicier. Il trouve sa mère et Monsieur Joustot, son ancien précepteur, son mari, formant un ménage parfaitement uni,

Joustot a repris la tête de l'usine,et, (l'histoire ne dit pas comment) s'est si bien initié aux problèmes économiques, qu'il a augmenté sensiblement le patrimoine dont il à la gérance Jean, autant par respect pour sa mère (qu'il ne peut soupçonner de connaître le crime dont il charge toujours Joustot) que par un certain fléchissement dans sa première accusation devant les qualités indiscutables de son beau-père, décide, devenu majeur, de conserver à Joustot les pouvoirs et l'autorité dont il a fait jusqu'ici un si parfait usage. Les deux adversaires travaillent donc ensemble et petit à petit Jean, qui s'est fiancé à la fille d'un ami de son père : Pierrette Lempereur, une enfant délicieuse, ardente, enjouée et pleine de vie, éloigne de son esprit ce désir de vengeance, il faiblit même si bien qu'au moment où il apprend l'indiscutable vérité par l'ancienne amie du Juge qui instruisit l'affaire, il n'a plus le courage de se dresser contre Joustot, il fuit en Algérie avec Pierrette qu'il épousera.

Deux ans se passent, Joustot va mourir, il appelle Jean dont le départ subit l'a profondément affecté, il lui confesse son crime, moment superbe, scène splendide dans laquelle le coupable fait sentir à Jean qu'il y a des instants dans l'existence d'un homme où l'on trouve devant soi toutes les impossibilités d'agir autrement que l'on agit : c'est bien dans cette scène que l'on saisit le mieux la pensée même d'Henry Bernstein : La Tragédie est conditionnée dans l'existence par les situations et les complications dues aux caractères ou au hasard, le bonheur de Joustot, sa vie propre était au prix de la suppression d'une autre. D'ailleurs, fier et orgueilleux sur son lit de souffrance, cet homme saisit si bien le trouble de Jean qu'il lui crie en terminant l'entretien : « Allez-vous en. Je ne veux pas vous condamner à me plaindre ».

Jean qui n'a pas voulu augmenter l'infinie tristesse de sa mère par une révélation qui l'aurait anéantie , retourne auprès de Pierrette qui, seule, peut définitivement arracher à son mari l'obsession du passé, et de même que l'éclat triomphal du « Jour » (d'un jour d'Algérie) dissipe les ténèbres, l'Amour sous ses formes infinies : intellectuelles, physiques et créatrices, régènerera finalement le grand tourmenté. Telle est l'action ; tout s'y trouve qui justifie les conseils habituels des meilleurs experts dans la pratique de la psychothérapie : l'ascendant d'un homme énergique sur un sujet à primitives réactions du physique sur le moral, préoccupé par une idée fixe et dont l'éveil à l'amour contribue à endormir les résolutions qui n'aboutissent qu'à des volitions sans lendemain ; la fuite du milieu déprimant et obsédant, et enfin l'action d'une femme au caractère nettement opposé qui trouve dans son euphorie des accents comme celui-là : « J'ai tant d'amour pour te guérir, même de toi ».

....

Si nous retenons donc que M. Bernstein a fait du « Jour » une pièce qui relève plus peut-être de la psychiatrie que de la psychologie pure, il n'en est pas moins vrai que son œuvre possède une profonde vigueur .

Il faudrait citer (le temps et la place me manquent), tous ces tableaux qu'il a pensés nécessaires pour mettre en relief l'état d'âme de ses personnages à certains moments du développement de l'action, plusieurs découvertes dans la dissection de la pensée comme celles-là : « Les femmes croient avec leur cœur ». — « As-tu rêvé que tu étais content d'être heureux ? » — « Vivre, c'est transiger ». — C'est ainsi qu'il sait trouver des mots pour exprimer ce qui se trouve en puissance dans l'intellect de ses auditeurs au moment précis où admiratifs , ils sont imprégnés de la vie intérieure de ses personnages.

Je ne ferai que citer les principaux noms de l'interprétation qui est tout simplement au-dessus de tout éloge , ils sont assez connus pour que je m'abstienne vis-à-vis d'eux d'une opinion qui ne saurait mettre en relief toutes leurs qualités.

Madame Gaby Morlay, dans le rôle de Pierrette ;

Marcelle Géniat, dans le rôle de Madame Joustot ;

M. Pierre Blanchar, dans Jean Berjancé ;

M. Constant Rémy, dans Emile Joustot ;

Michel Simon, dans Camille Lempereur, le père de Pierrette.

Jean SÉJOURNET,
Membre de la Société des Auteurs

P. S. — Le prochain article sera signé de mon Maître *Poléme* dont je ne suis que l'amical et dévoué collaborateur.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LES FARINES TRAITÉES CHIMIQUEMENT ET LEUR INTERDICTION

Question posée par M. le Général de Saint-Just à M. le Garde des Sceaux, ministre de la Justice

M. LE GÉNÉRAL VICTOR DE SAINT-JUST. — M. le ministre, je vous remercie d'abord de vouloir bien répondre à la question que je vais avoir l'honneur de vous poser sur le traitement que vous comptez appliquer aux agents du service de la répression des fraudes pour les guérir de la paralysie momentanée qui les affecte en ce qui concerne précisément la recherche des farines traitées chimiquement et la répression de l'emploi de ces farines.

Pour ce qui est de l'addition de l'eau dans le lait ou de la margarine dans le beurre, ces agents font preuve d'une très grande vitalité, et les tribunaux n'hésitent pas à condamner, par exemple, à deux mois de prison sans sursis une laitière qui a ajouté de l'eau dans le lait qu'elle vend.

En revanche, on peut empoisonner le public avec les farines traitées chimiquement. Les agents de la répression des fraudes restent muets, ne sentent pas le chlore qui émane des moulins, et les tribunaux sont hésitants, ne savent pas s'ils doivent réprimer ou tolérer l'emploi de ces farines.

Il y a de grands moulins qui ne sont pas loin, qui traitent chimiquement les farines. Et c'est très grave.

Cette question du traitement chimique des farines, j'avoue, monsieur le garde des sceaux, que je l'ignorais encore au mois de juillet dernier. Elle n'est presque pas connue en France. Elle nous a été révélée au mois de juillet dernier par la prospection systématique que des agents hollandais et allemands ont faite dans toutes les régions de France. Visitant les petits moulins, les boulangeries, ils leur recommandaient des drogues chimiques qui n'étaient encore employées que par les grands moulins, qui avaient le monopole de l'empoisonnement et se gardaient bien d'en parler.

Quel intérêt a-t-on à empoisonner ainsi le public ?

Le plus nocif de ces poisons, celui dont on parle, par conséquent, le moins, qui était l'apanage exclusif des grands moulins, est le gaz chloré de la guerre que nous avons tous respiré plus ou moins, et qui, après l'armistice, de gazés légers a fait des tuberculeux à 100 p. 100. C'est aussi le poison dont on parle le moins, parce que les grands moulins s'en servaient presque exclusivement jusqu'au mois de juillet dernier.

Les autres poisons sont à la portée des petits moulins et des boulangeries, En criant « au voleur ! » ou « à l'empoisonneur ! » sur les petits moulins et les boulangers, on écarte l'attention du grave empoisonnement qui est produit par le gaz chloré de la guerre.

En effet, c'est avec du trichlorure d'azote gazeux que l'on décolore les farines pendant plusieurs heures.

Le trichlorure d'azote est un explosif puissant à l'état liquide ; mais, à l'état gazeux et additionné d'air, il présente seulement quelque danger d'incendie. Pour cette raison, on relègue dans un coin des grands moulins la chambre à gaz. L'appareil destiné à produire le trichlorure gazeux n'est pas encombrant. Il ne tient pas plus de place qu'une chaudière de chauffage central ordinaire qui n'aurait que trois ou quatre anneaux. La chambre à gaz n'a pas non plus un grand volume. On l'installe dans un coin du moulin. Quand les inspecteurs de la répression des fraudes vont dans les moulins, ce qu'ils n'ont pas fait depuis cinq ou six ans, ils ne l'aperçoivent pas et ils ne sentent pas le chlore qui s'en dégage.

Les gaz permettent de décolorer la farine seconde et les issues, et de les vendre comme farine première : il y a tromperie sur la marchandise v ndue.

Quand les médecins sont appelés auprès des malades ainsi empoisonnés, ils voient la manifestation d'une maladie qu'ils ne connaissent pas encore ; ils constatent des furoncles, de l'eczéma, des entérites persistantes qui résistent à tous les traitements. Si bien que d'un commun accord ils commencent maintenant par dire au patient : « Supprimez le pain de votre alimentation ; nous verrons, après, ce que nous ordonnerons. »

Ce qu'il y a de plus fort, c'est que souvent cela réussit. Des eczémas irréductibles ont ainsi disparu.

Les malades font de l'intoxication générale. Pour employer une expression vulgaire, il faut bien user son poison d'une façon quelconque. C'est par de la furonculose et de l'eczéma que cela s'opère. Ce qu'il y a de plus grave, c'est que cela donne aux enfants, aux faibles, aux convalescents de l'entérite qui, comme vous le savez, fait le lit de la tuberculose.

Le mal n'atteint que les pauvres, la classe laborieuse, les familles nombreuses, qui ne peuvent supprimer le pain de leur alimentation, ce pain, qui constitue la partie principale de leur alimentation. Ils absorbent donc plus de poison que les riches qui peuvent s'offrir autre chose.

A ce titre, la question mérite d'être étudiée. Elle nous intéresse tous. (*Applaudissements.*)

Pourquoi emploie-t-on ce poison ? Quand on empoisonne son voisin, c'est presque toujours pour une question d'argent.

L'année dernière, au dire de meuniers qui m'ont renseigné, ceux qui ont traité chimiquement les farines avec des gaz chlorés ont gagné de 10 à 25 fr. par quintal de blé. Ils rendent la concurrence impossible

aux petits meuniers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas traiter chimiquement les farines. Les grands moulins trouvent, grâce à cette marge, le moyen de compenser les frais de transports et ruinent les petits moulins, dont nous avons tant besoin. En effet, si un cataclysme comme celui que nous avons connu en 1914 venait à se reproduire, nous aurions besoin de la décentralisation des petits moulins pour assurer le ravitaillement. S'il n'y avait que les grands moulins, comment pourrions-nous nous ravitailler avec des moyens de transports et des chemins de fer « catastrophés » ?

Nous avons donc un intérêt primordial à ce que les petits moulins puissent vivre. (*Applaudissements.*)

C'est tellement vrai qu'un propriétaire de grands moulins, le président du syndicat dont j'aurai l'occasion de citer le nom tout à l'heure — car je ne fais pas d'insinuations —, disait dans une réunion de meuniers :

« Celui dont il nous faut avoir la peau, c'est le petit meunier qui porte lui-même ses balles de farine sur le dos. Il nuit à l'établissement de notre monopole. Nous ne pouvons pas l'atteindre parce que, dans son village, il a comme clients ses parents et ses amis. Mais il nous faut sa peau pour pouvoir établir notre monopole. »

Les grands moulins qui nous empoisonnent réalisent donc ainsi un gain substantiel, mais ils n'oublient pas le petit profit du boulanger qu'ils attireront ainsi dans leur clientèle. Il s'ensuit une deuxième répartition de poison — car nous sommes empoisonnés à plusieurs degrés.

De ce poison-là, tout le monde en parle, parce que seul le boulanger supporterait les conséquences de sa suppression, tandis qu'on ne parle pas de l'autre, les meuniers en étant les seuls bénéficiaires.

Je vais donc vous citer quelques noms barbares. Je m'en excuse, mais ce n'est pas moi qui ai créé ces poisons et j'en avale comme vous tous.

Ceux-là s'appellent le bromate de potasse, le persulfate d'ammonium, et il y a des produits qui conjuguent les deux. Ces produits sont condamnés par le conseil supérieur d'hygiène qui en a formellement proscrit l'emploi.

Au point de vue de la panification, ces produits offrent des avantages réels. Quand on a versé une dizaine de grammes de persulfate d'ammonium ou de bromate de potasse, il est merveilleux de voir la pâte lever à vue d'œil. Dix minutes suffisent pour faire une fournée. Si on n'emploie pas ces produits, le travail est très laborieux et il faut vingt minutes pour arriver au même résultat.

Le boulanger, en usant des produits que j'ai cités, réalise donc une économie de 50 p. 100 sur les heures de travail.

Est-ce tout le bénéfice que réalise le boulanger? Non.

Que reproche à notre blé le prospectus des maisons qui vendent ces produits nocifs ? Il prétend qu'il n'a pas la force en gluten. Il faut, dit-il, le rendre nerveux, et nos drogues remplissent admirablement ce rôle.

Savez-vous en quoi consiste cette amélioration ?

Eh bien, l'emploi de ces produits permet de faire absorber à un quintal de notre farine huit à dix kilogrammes d'eau en supplément. Le boulanger fait donc à son tour, grâce à cet empoisonnement au deuxième degré, huit à dix kilogrammes de pain en supplément par 100 kilogrammes de farine. Tout le monde trouve ainsi son compte. (*Applaudissements.*)

Il y a quelque chose de plus grave : maintenant qu'on a vulgarisé le poison et que les démarcheurs ont visité tous les meuniers, tous les pâtissiers et tous les boulangers, certains de ces derniers ont des scrupules. Ils se disent : « Le meunier a-t-il bien mis la dose de poison voulue ? Si j'en ajoutais un peu, je pourrais mettre plus d'eau dans ma farine et j'aurais plus de pain. »

Ainsi on est empoisonné au troisième degré.

Dans certains cas, les médecins se demandent si l'empoisonnement n'est pas dû à la strychnine ou à d'autres produits toxiques. Mais non, il s'agit simplement du bromate de potasse et du persulfate d'ammonium. Seulement on a administré une trop forte dose au malheureux patient, et il en est mort.

A dose moins forte, la mort est lente, mais elle n'en est pas moins sûre. Elle n'attire pas spécialement l'attention du tribunal.

Voilà où nous en sommes, quant à l'empoisonnement par les farines traitées chimiquement.

J'ai mené, pendant les dernières vacances, à diverses reprises, plusieurs delégations de meuniers et de syndicats d'agriculteurs auprès de M. le garde des sceaux, de M. le Ministre de la santé publique et de M. le ministre de l'agriculture pour leur demander de prendre les mesures nécessaires pour mettre fin à ce traitement chimique des farines.

Je vous ai indiqué les conséquences nocives de ce traitement pour la santé publique .

Au point de vue agricole, les conséquences de ce traitement chimique sont lamentables.

Les médecins sont amenés à ordonner la suppression de toute consommation du pain. On vend donc moins de blé. Cette situation a attiré l'attention de toutes les chambres d'agriculture de France. Elles ont demandé à l'unanimité la suppression complète immédiate des traitements chimiques de la farine.

Monsieur le ministre de la justice, si, dans votre réponse à ma question, vous ne dites pas les sanctions sévères, draconiennes, que vous prendrez, mon intervention, au point de vue agricole, aurait un résultat déplorable. Elle augmenterait encore cette sous-consommation du blé, et je m'en repentirais. Je n'aurais qu'une consolation, celle d'avoir montré le danger couru par la santé publique seulement. Au point de vue agricole, j'aurais rendu un bien mauvais service à mon pays.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, de rassurer l'opinion en indiquant quelles mesures vous comptez prendre à cet égard. (*Applaudissements.*)

Votre prédécesseur et M. le ministre de l'agriculture, le 6 novembre, ont envoyé des circulaires rappelant les termes de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, et enjoignant aux parquets de poursuivre les fraudes commises, aussi bien le traitement chimique des farines que le mouillage du lait et l'addition de margarine au beurre.

Je n'ai pas la naïveté de croire — à mon âge on n'a plus beaucoup de naïveté — qu'en posant simplement une question à M. le garde des sceaux et en faisant une démarche auprès des ministres intéressés on abattrait immédiatement et définitivement les grands moulins. Je vais vous montrer combien ils ont la vie dure et combien ils se réservent encore des jours heureux.

Le jour même où paraissait la circulaire de M. le ministre de l'agriculture, le 6 novembre, paraissait dans le *Bulletin des Halles* une circulaire de M. Chasles, président du syndicat de la meunerie française. Je dis : « une circulaire ». C'est le terme sur lequel M. Chasles désigne lui-même sa production.

Que disait-il dans cette admirable circulaire ? Je suis persuadé que M. Chasles a été un bon militaire, Je vous dirai pourquoi tout à l'heure.

Il disait :

« Après m'être entretenu avec le ministre de l'agriculture, j'ai pris spontanément ... » — c'est admirable — « ... la décision suivante ... » — nous sommes le 6 novembre — « ... à partir du lundi 10 novembre, et jusqu'à nouvel ordre, il ne sera plus traité de farine chimiquement. »

M. Chasles accorde un sursis d'exécution à la loi, il la met en sommeil, en vacances jusqu'au 10 novembre. Le 10 novembre est passé, c'est vrai, mais vous m'avouerez que c'est déjà un certain toupet.

Il dit « ... jusqu'à nouvel ordre ... ». Voilà où le bon militaire se révèle. Vous recevez un ordre, attendez le contre-ordre. (*Rires.*)

M. Chasles ajoute : « Il y aura bien écoulement du stock de farine. Mais il est entendu que, pour la période qui suivra immédiatement, tout traitement chimique des farines est, d'ores et déjà, interdit. »

Est-ce tout ? Pas encore. Il y a maintenant le pavé de l'ours, et vous allez voir qu'il est de taille : « La tolérance dont la meunerie jouissait pour le traitement chimique des farines cessera à partir du jour où les stocks seront écoulés. »

Que se passe-t-il ? Ce qui devait arriver : puisqu'on a le droit d'écouler le stock, on travaille ferme actuellement pour le stock ! (*Rires.*)

M. Chasles a accordé le sursis. Il a eu d'excellentes troupes qui ont exécuté ses ordres.

Un meunier a déclaré : « C'est bien malgré moi que j'ai été amené à frauder. J'étais tué par la concurrence...

« Mes chers clients ... » — c'est lui qui parle — « ... j'ai encore pour huit jours de stock, et pour que vous ne vous trompiez pas, je vous enverrai ma farine, traitée chimiquement, dans des balles munies d'une étiquette. »

Cela veut dire que, si les agents de la répression des fraudes avaient l'indiscrétion de venir dans les moulins, les farines étiquetées étant remisées dans le fond d'une soupente, on ne laisserait apparaître que celles contenues dans des sacs dépourvus d'étiquette.

Est-ce tout ? Non. Il en est un autre, plus gourmand celui-là, plus élevé en grade aussi — je le signale à votre bienveillance, monsieur le garde des sceaux (*Rires*) — qui accorde un sursis à ses troupes jusqu'au 1er décembre.

Pour ne pas le nommer, c'est M. Fleury, vice-président de l'association nationale de la meunerie française et président de la chambre syndicale des meuniers du Pas-de-Calais, qui, au cours d'une réunion tenue à Arras, le 21 novembre dernier, déclarait qu'il avait demandé à l'administration de surseoir à tout prélèvement de farine avant cette réunion au cours de laquelle il s'entendrait avec les meuniers sur la date définitive de l'écoulement des stocks de farines traitées.

Il proposa à l'assemblée, qui accepta, la date extrême du 1er décembre et déclara que les prélèvements de farines chez les commerçants et dans les boulangeries commenceraient à cette date seulement. Toutefois, sur la demande d'un meunier, il fut convenu que la visite des moulins, afin de s'assurer du traitement chimique des farines, pourrait commencer le lendemain.

Auparavant, M. Fleury avait déclaré qu'il avait été informé qu'au ministère de la justice une délégation, présidée par le général de Saint-Just, avait demandé des sanctions contre les meuniers délinquants et que lui, Fleury, était intervenu le soir même et avait envoyé à tous les procureurs généraux les rapports de MM. Herpin et Kohn-Abrest.

Il faut croire que, dans le Pas-de-Calais, l'on continue à nous empoisonner. J'ajouterai, pour que le dossier de M. Fleury soit complet, qu'il a exclu du syndicat comme indésirables deux meuniers qui se refusaient à traiter chimiquement la farine ; il les a congédiés comme des mauvais camarades, comme des trouble-fête.

Monsieur le ministre, j'ai l'honneur de vous demander quelles sanctions vous comptez prendre contre ceux qui continuent à écouler des stocks de farine empoisonnée. En effet, ces agissements constituent une infraction à la loi du 1er août 1905. Je vous demanderai ensuite quelles sanctions vous comptez prendre contre les détenteurs de ces drogues.

Je rappelle que l'article 2 de la loi du 1er août 1905 punit les détenteurs de la drogue, même s'ils ne s'en sont pas servi. Or, depuis cinq ou six ans, ils ne se cachent pas. Voici encore, non pas des insinuations. mais des noms. Ecoutez bien cette petite nomenclature des marchands de drogue :

Les établissements Philipps et Pain, 41, avenue Friedland, sont les concessionnaires du procédé Agène, le procédé du gaz chloré le plus nocif de tous, dont j'ai parlé au début de mes explications.

M. Marcel Romain, 73, avenue de La-Bourdon-

nais, dépositaire du produit Novadel, de Hollande, c'est-à-dire le bromate de potasse.

La Chimie Meunière — au moins c'est transparent comme vocable (*Rires*) — 72, rue de Turbigo, à Paris, préconise une poudre qualifiée de « glutine », heureux mélange de bromate et de persulfate.

Le Progrès meunier — où va se nicher le progrès (*Rires*) — 6, rue François-1er, à Paris, vend une poudre appelée « Nerva », destiné à donner de la « nervure » au gluten pour lui permettre d'absorber plus d'eau.

Quelles sanctions prendrez-vous, monsieur le ministre, contre ces maisons qui non seulement achètent ces produits, mais encore les répandent au nez et à la barbe du ministre de la justice ? (*Rires.*)

M. Henry CHÉRON, *garde des sceaux, ministre de la justice.* — J'ai bon caractère.

M. le général Victor DE SAINT-JUST. — Que voulez-vous, monsieur le garde des sceaux, on a parfois de l'esprit en ne le faisant pas exprès.

Je vous le répète, quelles sanctions prendrez-vous en vertu du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, envers ceux qui préconisent l'emploi de drogues, leur vulgarisation, leur diffusion.

Au nom de la santé publique et de l'agriculture, je vous demande de prendre ces sanctions et vous, qui êtes énergique, qui ne craignez pas de frapper à la tête, je vous demande de le faire avec cette énergie dont la carence a été complète jusqu'ici.

Il se passera alors ce qui n'était jamais arrivé encore au temps de notre grand fabuliste : c'est que, grâce à vous, les jugements de cour noirciront enfin ces fariniers qui, chimiquement, n'ont que trop blanchi notre farine. (*Vifs applaudissements*).

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le garde des sceaux.

M. LE GARDE DES SCEAUX. — Messieurs, je crois que c'est à M. le ministre de l'agriculture, chargé de la répression des fraudes, que la question aurait dû être adressée. Mais je n'ai pas voulu me dérober à l'invitation de l'honorable M. de Saint-Just.

En vérité, j'aurais eu bien mauvaise grâce à le faire, car j'aurais été privé d'un discours infiniment spirituel que la Chambre a légitimement et unanimement applaudi. (*Applaudissements.*)

Je regretterai tout au plus que cette discussion sur l'introduction de produits chimiques dans le pain se soit engagée immédiatement avant le dîner, ce qui n'est pas de nature à nous mettre en appétit. (*Rires.*)

Comment se pose le problème très intéressant qu'a évoqué l'honorable M. de Saint-Just ?

Au mois de mars 1930, des minotiers de Roubaix ont informé la chancellerie qu'ils étaient sollicités en vue d'incorporer dans leur farine de blé certains produits dénommés, notamment la « glutine », le « novodello », et la « multa-glute ». Au dire des vendeurs, ces matières facilitaient la fabrication du pain et permettaient le blanchiment des farines. Les minotiers dont il s'agit demandaient qu'on leur fît connaître si vraiment l'introduction de ces produits était régulière et, dans la négative, ils estimaient que l'opération devrait être poursuivie devant les tribunaux, dans l'intérêt de la santé publique et du commerce honnête.

Le ministère de la justice, par l'organe de mon prédécesseur, prit sur la question ainsi posée l'avis du service de la répression des fraudes du ministère de l'agriculture.

Il résulte de la réponse de ce service, envoyée à la date du 7 avril 1930, que le mélange incriminé est illicite ; que les inspecteurs de la répression des fraudes sont invités à dresser des procès-verbaux contre les détenteurs des produits incriminés et contre ceux qui les emploient. Sur ce point, l'honorable M. de Saint-Just a eu — il le voit — toute satisfaction.

Une circulaire de mon prédécesseur en date du 14 octobre 1930 recommandait dans les termes les plus formels aux procureurs généraux que la répression des agissements de cette nature fût assurée avec fermeté.

Des poursuites pour addition de produits chimiques à la farine sont actuellement engagées sur divers points.

Les intéressés prétendent qu'ils n'ont rien fait d'illicite et qu'il faut aujourd'hui, pour fabriquer le pain avec d'autres procédés que le vieux levain d'autrefois, certaines matières nouvelles.

Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur ce point. C'est aux tribunaux devant lesquels les poursuites sont engagées qu'il appartient de dire s'il y a eu bonne ou mauvaise foi de la part des détenteurs ou des vendeurs de farines.

Il m'apparaît que l'article 1er du décret du 15 avril 1912 est formel. Il interdit l'addition à des denrées destinées à l'alimentation de produits chimiques autres que ceux dont l'emploi est déclaré licite par des arrêtés des ministres de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, pris sur l'avis du conseil supérieur de l'hygiène publique et de l'académie de médecine.

Voilà donc un texte très clair et qui me paraît s'appliquer formellement.

J'ajoute que si les tribunaux décidaient le contraire, l'honorable ministre de l'agriculture a toujours la possiblité, en vertu de la loi de 1905 sur les fraudes, que M. de Saint-Just vient d'évoquer, de prendre un décret interdisant l'emploi de ces produits.

Je ne puis faire qu'une réponse à M. de Saint-Just, c'est qu'en recommandant aux procureurs généraux de réprimer avec fermeté les agissements signalés, la chancellerie a fait tout ce qui dépendait d'elle.

M. de Saint-Just a cité une circulaire de M. le président de l'association de la meunerie française indiquant que, jusqu'à nouvel ordre, les traitements physique et chimique des farines sont interdits et qui vise l'écoulement des stocks.

Pour être sincère, je ne trouve pas les termes de cette circulaire extrêmement heureux. En tout cas, ce n'est pas une circulaire de l'honorable président de la meunerie qui est de nature — même avec la

meilleure des intentions — à entraver l'œuvre de la justice. (*Applaudissements.*)

J'ai tenu à me renseigner auprès de M. le ministre de l'agriculture ; je lui ai demandé ce qui s'était passé.

Il y a, paraît-il, en ce moment, à l'étude un règlement sur l'utilisation en boulangerie des produits susceptibles d'être employés, sans être nuisibles à la santé publique, dans la panification, aux lieu et place du levain d'autrefois.

Mais le règlement n'est pas encore paru. Donc les faits incriminés tombent bien sous le coup des textes que j'ai cités.

D'ailleurs, M. le ministre de l'agriculture, dans une circulaire du 6 novembre 1930, dont je ne donnerai pas lecture pour ne pas importuner la Chambre, a posé des principes analogues à ceux dont s'inspiraient la circulaire de mon prédécesseur.

Il appartient donc aux tribunaux d'apprécier. Ils sont et ils continueront d'être saisis. On ne peut ajouter, je le répète, a des denrées alimentaires, qu'il s'agisse de la farine ou de tout autre produit, que des matières dont l'emploi a été déclaré licite après avis du conseil supérieur d'hygiène et de l'académie de médecine.

Par conséquent je ne peux, en ce qui me concerne, que respecter les textes.

S'il m'était permis, en conclusion, et sans troubler le moins du monde les techniciens dans leurs travaux, de donner un avis, l'avis d'un ancien ministre de l'agriculture et d'un vieux consommateur, je dirais que, dans le double intérêt des travailleurs de la terre et de la santé publique, il faut en rester tout simplement au pain de nos ancêtres (*Applaudissements*), au bon pain de France.

Je vous avoue, avec l'honorable M. de Saint-Just, que je n'ai pour l'emploi des produits chimiques dans la consommation qu'un respect très limité.

En tout cas, je ferai mon devoir comme garde des sceaux : j'appliquerai la loi. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le général de Saint-Just.

M. le général Victor DE SAINT-JUST. — Mes chers collègues, je me garderai d'abuser de votre extrême obligeance, mais je veux attirer l'attention de M. le garde des sceaux sur les études en cours. C'est la revanche des grands moulins. On cherche actuellement à quel dosage savant le bromate et le persulfate pourraientêtre introduits dans le pain pour activer la panification.

Le rapport de MM. Herpin et Kohn-Abrest a conclu que, dans la préparation du pain des enfants, il fallait s'abstenir de tout traitement chimique de la farine et surtout pour les petites bouillies destinées à la tendre enfance ; mais que 2 gr. 5 de bromate ou 3 gr. 5 de persulfate peuvent être sans inconvénient introduits dans le pain des adultes.

Les grands chimistes que j'ai eu l'occasion de consulter — car je suis trop ignorant en cette matière pour exprimer une opinion personnelle et j'ai puisé aux bonnes sources — m'ont dit : « C'est absurde. Vous comprenez qu'aucune analyse quantitative ne pourra pas ne pas comporter une chance d'erreur de 10 à 15 p. 100. Comment déceler 2 gr. 5 de bromate sur 100 kilogr. de farine ! »

Tolérer cette proportion de produits nocifs, c'est laisser la clef de l'armoire au poison à la discrétion des grands moulins.

L'on commencera par mettre 2 gr. 5 ; puis, plus tard, on mettra les 10 grammes nécessaires pour accroître la rapidité de la panification. Deux grammes ne suffisent pas ; c'est, permettez-moi de le dire, une « balançoire ». C'est 10 grammes qu'il faut, au dire de mes meuniers. Il va donc y avoir un pain pour les enfants et un pain pour les adultes ; le pain des enfants sans poison et le pain des adultes avec un poison au ralenti. Quelle absurdité !

Savez-vous ce qu'il faut faire ? L'on a fait croire au public, par snobisme, que le meilleur pain était le pain le plus blanc, tandis que ce pain, en réalité, est anémique, privé de ses vitamines et ne contient plus de principes nutritifs.

Il faut donc mettre sur le pain une taxe de luxe d'autant plus élevée qu'il serait plus blanc, puis exonérer d'autant le pain bis, le pain de nos pères que nous avons mangé autrefois et qu'on ne mange plus. Voilà ce qu'il faudrait faire. (*Applaudissements.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE.) — *Stage et cours de perfectionnement du 2 février au 14 mars.* — Ce cours dirigé par le Professeur COUVELAIRE, avec la collaboration de MM. RUDAUX, DEVRAIGNE, LE LORIER, LÉVY-SOLAL, LEVANT, VIGNES, CLEISZ, PORTES, DESNOYERS, RAVINA, LACOMME, accoucheurs des hôpitaux. ; Marcel PINARD, médecin des hôpitaux ; et avec l'assistance de MM. POWILEWICZ, AUROUSSEAU, SEGUY, SUREAU, anciens chefs de clinique ; DIGONNET, Mlle BACH, CHABRUN, FRANÇOIS, chefs de clinique ; LAENNEC, aide de clinique à la Maternité ; GIRAND, chef de laboratoire ; WAITZ, interne des hôpitaux, est réservé aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

Il comprend : *a*) un stage clinique ; *b*) des conférences de pathologie ; *c*) un cours d'opérations obstétricales. Des certificats d'assiduité seront délivrés aux élèves.

a) STAGE CLINIQUE. — Le stage pratique comporte : *a*) des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique ; *b*) l'assistance aux présentations de malades et aux discussions d'observations cliniques par le Professeur COUVELAIRE.

b) CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE, — *a*) Conférences de pathologie obstétricale. — M. DIGONNET : Technique générale de l'accouchement et de la délivrance. — M. LE LORIER : Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois. — M. SEGUY : Complications au cours de la période de délivrance. — M. DIGONNET : Avortement. — M. CLEISZ : Hydramnios. — M. LACOMME : Môle vésiculaire. — M. DIGONNET : Infections de l'appareil urinaire pendant la gestation et la puerpéralité. — M. CLEISZ : Albuminurie, hypertension, rétention azotée, rétention chlorurée au cours de la gestation. — M. LACOMME : Eclampsie à forme convulsive. — M. DESNOYERS : Eclampsie à forme hémorragiques (apoplexies utérine et utéro-placentaire). — M. RUDAUX : Vomissements graves. — M. VIGNES : Pathologie de la contraction utérine. — M. RAVINA : Anomalies de la dilatation du col utérin. — M. DESNOYERS : Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — M. DESNOYERS : Diagnostic des viciations pelviennes. — M. DESNOYERS : Thérapeutique des viciations pelviennes. — M. DEVRAIGNE : Anomalies de situation de l'utérus gravide. — M. RAVINA : Examen du placenta. — M. LÉVY-SOLAL : Glycosurie et diabète pendant la gestation. — M. LEVANT : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. LEVANT : Traitement des infections puerpérales. — M. RAVINA : Gestations multiples. — M. LACOMME : Tuberculose et fonction de reproduction. — M. LEVANT : Gonococcie et fonction de reproduction. — M. Marcel PINARD : Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique ; prophylaxie et traitement).

b) Conférences sur la physiologie et la pathologie du nouveau-né. — M. LACOMME : Les causes essentielles de la mortalité infantile. Prophylaxie des morts fœtales pendant la gestation. — M. LACOMME : Prophylaxie des morts fœtales au cours de la parturition. Traumatismes fœtaux. — M. WAITZ : Mort apparente du nouveau-né. — M. AUROUSSEAU : Indications opératoires chez les nouveaux-nés. — M. LACOMME : Prophylaxie des causes de mort après la naissance physiologique du nouveau-né. — M. POWILEWICZ : Allaitement au sein des enfants normaux et prématurés. — M. CHABRUN : Allaitement artificiel. — M. CHABRUN : Infections du nouveau-né et du nourrisson.

c) Deux conférences sur l'obstétricie sociale, M. COUVELAIRE.

c) CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES SUR LES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES sous la direction de M. PORTES, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — Ces conférences auront lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Elles comprendront des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. PORTES : Indications des applications de forceps. — M. DIGONNET : Forceps dans les variétés directes (O. P., O. S.). — Mlle BACH : Forceps dans les variétés obliques antérieures. — M. LAENNEC : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. DIGONNET : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. SUREAU : Présentation du siège et extraction. — M. LAENNEC : Présentation de l'épaule et version par manœuvres internes, — M. PORTES : Basiotripsie. — M. PORTES : Embryotomie rachidienne. — M. PORTES : Dilatation artificielle du col. — M. PORTES : Hystérotomies par voie vaginale. — M. PORTES : Césarienne corporéale. — M. PORTES : Césarienne basse. — M. PORTES : Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. — M. PORTES : Hystérectomies intra et post-partum, — M. PORTES : Pelvitomies. — Mlle BACH : Délivrance artificielle. Traitement de l'inversion utérine. — M. PORTES : Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales. — M. PORTES : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. PORTES : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. SEGUY : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 500 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin** (47, rue du Faubourg Saint-Jacques, XIV^{e}. Professeur : M. ACHARD.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fait tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** *Enseignement.* (Service de M. B. WEILL-HALLÉ). — Visite des crèches et de la salle H. ROGER, les lundi, mardi et jeudi, à 10 h. 30. Consultation externe, le vendredi matin à 10 heures. Consultation de nourrissons à la grande crèche, le mercredi matin à 10 h. 30. Enfants nerveux et retardataires, Mlle ROGIER, le samedi matin à 9 h. 30, à l'annexe H. Roger.

— **Hôpital Trousseau.** *Conférences de clinique infantile.* — M. LESNÉ fera tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. DE GENNES, MARQUÉZY et TURPIN, médecins des hôpitaux, et de MM. BARUK, BLAMONTIER, BOUTELIER, CLÉMENT, COFFIN, Mlle DREYFUS-SÉE, Mme HARDOUIN, MM. HÉRAUX et LAPORTE, anciens internes du service.

— **Hôpital Laennec et hôpital des Enfants-Malades-Necker.** *Ophtalmologie.* — MM. MONTHUS et A. CANTONNET, ophtalmologistes des hôpitaux, feront tous les dimanches du 1er trimestre, des présentations de malade (consultation expliquée) avec la collaboration de MM. FAVORY, FOMBEURRE, FILLIOZAT, SALSAC, assistants de ces services, et de MM. PARFONRY et CHENNEVIERE.

1er et 3e dimanches : Hôpital des Enfants-Malades ; 2e et 4e dimanches : hôpital Laennec, à 10 heures 1/2.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr CHMIÉLEWSKI, de Saint-Just-en-Chaussée, (Oise) ; du Dr LAURENT ANTONY, de Paris ; du Dr CLAIS, de Saint-Romans (Deux-Sèvres) ; du Dr DUFOUR, d'Objat (Corrèze) ; du Dr Edouard CANDENAULE, de Bordeaux ; du Dr PUÉCHAVY, de Condat-en-Féniers (Cantal).

— **Faculté de Bordeaux.** *Prix de la Faculté.* — Prix triennal Gintrac (1.200 fr.) : docteur Wangermez ; prix Godard des docteurs stagiaires (2.000 fr,) section d'anatomie et de physiologie , docteur Broustet ; section des sciences physiques et naturelles, prix : docteur Vitte ; section de médecine, prix : docteur Laubie ; prix Godard des thèses de médecine, 1er prix, médaille d'or, docteur Broustet ; 2e prix, médaille de vermeil : docteur Pales ; 3e prix, médailles d'argent : docteurs Courmes, Dervillée, Petges ; 4e prix, médailles de bronze : docteurs Beaudiment, Carré, Chevallier, Guglielmi, Jonchère, Lafferre, Mahon et Ruppli.

Prix de médecine coloniale, médaille de vermeil : docteur Massias.

— **Faculté de médecine de Nancy.** *Prix de la Faculté.* — Le prix «Grand'Eury-Fricot », d'une valeur de 1.650 fr., est décerné au docteur Dieudonné (François-Léon.)

Le « premier prix Alexis-Vautrin », d'une valeur de 4.000 fr., à M. François (de Château-Salins, Moselle), interne des hôpitaux de Nancy.

Le « second prix Alexis-Vautrin », d'une valeur de 1.000 fr., à M. Chalnot (de Morteau, Doubs), chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

— **Ecole de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours du 1er semestre* 1931 (Les jeudis de 16 h. à 18 h.30). — Psychologie du criminel : à 16 heures. Me GUILHERMET, avocat à la cour : L'Amour et le crime. — Psychologie de l'éducation : à 16 heures 30, Mlle Lucie BÉRILLON, professeur agrégée de l'Université : Le romantisme dans l'éducation. — Psychothérapie générale : à 17 heures, Dr BÉRILLON : La psychothérapie des passions et des émotions affectives. — Psychothérapie clinique : à 17 h. 30, Dr Pierre VACHET : L'hypnotisme dans la psychothérapie. — Psychologie de l'animal : à 18 heures, Dr LÉPINAY : Actualités psychologiques. — Psychothérapie professionnelle : à 18 h. 30, M. De HOGUES, prof. à l'Ecole de chirurgie dentaire : La psychothérapie dans l'art dentaire.

— **Ve centenaire de Jeanne d'Arc.** — *Congrès historique, littéraire et artistique* (25-29 mai 1931). — La ville de Rouen, avec le concours du département de la Seine-Inférieure et du Gouvernement de la République, commémorera, du 23 au 31 mai, le Ve centenaire de Jeanne-d'Arc à Rouen.

Au cours des Fêtes grandioses de glorification, se tiendra du lundi 25 au vendredi 29 mai, un Congrès historique, littéraire et artistique en l'honneur de l'Héroïne nationale.

Organisé sous le patronage de membres de l'Institut de France, de l'Université, de hautes personnalités littéraires et artistiques et des Sociétés savantes de Normandie, il sera consacré essentiellement à Jeanne d'Arc — sa personne et son épopée — et à la Normandie du XVe siècle.

Historiens, érudits, archéologues, littérateurs, artistes de tous pays, sont cordialement invités à prendre part à ce Congrès et à y présenter le résultat de leurs recherches.

Toute communication, même peu étendue, pourra être adressée, pourvu qu'elle rentre dans le cadre esquissé, qu'elle constitue un travail original, présente un intérêt historique certain et reste en dehors de toute polémique religieuse ou politique.

Même sans engagement définitif d'assister au Congrès, les auteurs de communications sont priés de faire connaître, dans le plus bref délai, le sujet qu'ils se proposent de traiter.

Ils auront à envoyer un résumé avant le 1er avril 1931.

L'admission des communications et leur publication dans un compte rendu éventuel du Congrès restent subordonnées à un avis favorable du Comité d'organisation.

L'adhésion définitive au Congrès entraînera le verse-

ment d'une cotisation de 20 francs, donnant le droit d'assister à toutes les séances, y compris les grandes conférences publiques qui seront données par des membres de l'Institut ou de notables historiens de Jeanne d'Arc.

Les Congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français, et peut-être même étrangers.

Les Congressistes devront faire connaître à l'adresse ci-dessous indiquée, avant le 1er avril 1931, l'itinéraire qu'ils auront choisi, en y mentionnant les gares de bifurcation le cas échéant.

Sur demande, tous renseignements utiles seront donnés sur le programme des fêtes du Ve Centenaire et sur les conditions de séjour à Rouen à cette époque.

Toute la correspondance relative au Congrès devra être adressée sous le timbre : Monsieur le Président du Comité du Ve Centenaire de Jeanne d'Arc, Congrès historique, Hôtel de Ville de Rouen (Seine-Inférieure).

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Internat et externat.* — Sont nommés à la suite des récents concours :

Internes des hôpitaux de Bordeaux : MM. Lange, Saric, Dupin, Penaud, Sourreil, Dupuy, Ferradou, Lapouge, Grèze, Bergouguan, Cras.

Internes provisoires : MM. Strohl, Duffard, Dutrénit, Guérin, Le Lain, Lummau, Loumaigne, Nancel-Pénard, Chantegreil, Péry, Clavel, Verger.

Externes titulaires des hôpitaux de Bordeaux : MM. Jaulin, Guilbert, Bahuet, Deyres, Mlle Dewinckler, M. Goumain, Mlle Leroux, MM. Bonnefond, Péry, Auriac, Thiollet, Tousin, Rotureau, Bertrand, Lévêque, Lamy, P. Dubroca, Vital, Roux, Catrou, Lacombe, Quéru, Esbelin, Beauvieux, Berre, Jourdain, de Curton, E. Lebreton, Marcadé, Soulard, Molle, Arnauld, Gouffriand, Baillet, Liard, Thévenin, Giraud, Bosredon, Mandoul, Rousseau, Dagorn, Barroux, Lavigne, Ballan, Bouisson, Dumas, Courier, Marnac, Ducos, Millet, Lacombe, Moulènes, Joffre, Marchand, Lansade, Garrligne, Monmayou, Le Minot, Phélippeau, Clénet, Dardil, Lavial, Bodet, Chapert, Comat et Vignes, Boscq, Dilhac, Bellone et Vallat.

Externes provisoires : MM. Fricaud, Bourland, Torqueau, Moner, Gellié, Le Van Guyen, J. Dubroca, Bex.

— **Syndicat général des médecins stomatologistes français.** — L'assemblée générale du 16 décembre a renouvelé ainsi qu'il suit son bureau :

Président : docteur Beliard ; vice-présidents : docteurs Nespoulous, Cadenat et Vanhoeger ; secrétaire général : docteur Herpin ; trésorier : docteur Psaume ; secrétaires adjoints : docteurs Bouvet, Vilenski et Soleil.

— **Les nouveaux traitements du personnel médical des hôpitaux, hospices et asiles du département de la Seine.** — Les nouveaux traitements du personnel médical des hôpitaux et hospices du département de la Seine sont fixés aux chiffres suivants :

Hospice Paul Brousse : Médecin en chef, 11.300 ; médecin, 9.100 ; chirurgien, 11.300 ; assistant chirurgien, 4.700 ; médecin-adjoint, 5.300 ; assistant oculiste, assistant oto-rhino-laryngologiste et dentiste 4.600 ; chef du laboratoire du médecin chef ; chef du laboratoire de radiologie, chef du service de radiologie, 8.500 ; internes : 1re année, 9.500 ; 2e année, 9.900 ; 3e année, 10.300 ; 4e année, 10.700.

Hôpital Henri-Rousselle : Médecin en chef directeur, 1re classe, 60.000 ; 2e classe, 55.000 ; 3e classe, 50.000 ; 4e classe, 45.000. Médecin chargé de la consultation de psychiatrie générale, 21.200 ; médecins assistants et chefs de laboratoire, 17.000 ; médecin de médecine générale, 12.000 ; médecin du service social et des services à domicile, 12.600 ; dentiste, 5.700 ; assistant de physiothérapie, 5.300 ; médecin consultant chargé de travaux (par séance), 54 ; internes : 1re année, 9.500 ; 2e année, 9.900 ; 3e année, 10.300 ; 4e année, 10.700 ; 5e année (pour les internes et médecins seuls), 11.100 ; préparateurs, 13.800.

Institut des aveugles de Saint-Mandé : médecin 1re classe, 4.600 ; 2e classe, 4.200 ; 3e classe, 3.800 ; oculiste, oto-rhino-laryngologiste, 2.200.

Ecole Théophile-Roussel, à Montesson : médecin, 5.100.

Ateliers départementaux pour les ouvriers estropiés, mutilés ou infirmes : médecin, 14 fr. par ouvrier et par an.

Hospice Favier, à Bry-sur-Marne : médecin : 4.500.

Hospice Raspail, à Cachan : médecin, 1.900.

Asiles et colonies d'aliénés : directeur médecin de l'asile de Moisselles, médecins chefs de service (cadre spécial des asiles de la Seine) directeurs médecins de l'asile de Chezal-Benoit et des colonies d'aliénés ; 1re classe, 60.000 ; 2e classe, 55.000 ; 3e classe, 50.000 ; 4e classe, 45.000. Chirurgien des asiles, 22.500 ; chirurgien adjoint des asiles, 10.600 fr. ; assistant de chirurgie des asiles, 4.200 ; professeur de la clinique des maladies mentales, 7.700 ; chefs de clinique titulaires, 5.600 ; internes en médecine et en pharmacie : 1re année, 9.500 ; 2e année, 9.900 ; 3e année, 10.300 ; 4e année, 10.700 ; 5e année, 11.100 ; médecin assistant de l'asile de Chezal-Benoit et des colonies d'aliénés : 1re classe 18.000 ; 2e classe, 16.700 ; 3e classe, 15.400 ; 4e classe, 14.200 ; 5e classe, 13.000.

— **L'Agenda P. L. M. pour 1931.** — L'Agenda P. L. M. pour 1931 est le vingtième d'une collection commencée en 1911 et que les bibliophiles recherchent tant pour sa belle tenue artistique et littéraire que pour son irréprochable typographie.

D'excellent écrivains, peintres et dessinateurs y ont collaboré.

Ce recueil de 300 pages, enrichi de seize hors-texte en couleurs, se présente sous couverture reliée dont les motifs ornementaux sont inédits comme les articles et les nombreuses illustrations qu'il renferme.

Le succès qu'il a trouvé auprès des amateurs et collectionneurs laisse prévoir, comme pour ses devanciers, l'épuisement rapide du tirage.

Aussi les retardataires désireux de le posséder, doivent-ils se presser pour en faire la demande.

Son prix est de 10 francs.

Il est en vente : 88, rue Saint-Lazare, à Paris, à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, dans les Agences de Voyages, les Grands magasins, les principales librairies, ainsi que dans les bureaux de ville, gares, bibliothèques et grands trains du réseau P. L. M.

Pour le recevoir à domicile, adresser au Service de la Publicité P. L. M., 20, boulevard Diderot, à Paris, un mandat-poste de 13 fr. 05 pour l'envoi en France et 18 fr. 40 pour l'envoi à l'étranger.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

avant le 1er mai ; elles seront enregistrées au siège de l'Association sur un carnet spécial, dans l'ordre de leur arrivée, et assurées de la plus grande discrétion.

Article 5. — Elles devront exposer la situation matérielle du pétitionnaire et être accompagnées :

1re Des bulletins de naissance des enfants à sa charge et de la situation actuelle de chaque enfant.

2e Des renseignements contenus dans un questionnaire d'un modèle annexé au règlement.

Article 6. — Le jury chargé d'examiner les demandes se réunira avant le 15 juin et désignera les confrères ayant obtenu la bourse avant le 1er juillet.

Il pourra, par des enquêtes discrètes auprès des groupements professionnels du département, faire contrôler les affirmations contenues dans les demandes ou le questionnaire.

Article 7. — L'attribution se fera par vote au bulletin secret au sein de la Commission et à la majorité des voix des membres présents.

Article 8. — Ces bourses seront attribuées une seule fois à la même personne.

Article 9. — Elles seront mandatées aux intéressés par les soins du trésorier de l'Association après entente avec M. le docteur Roussel, dans les quinze jours qui suivront leur attribution.

Article 10. — Si la totalité des bourses n'a pu être attribuée une année, faute de demandes, les bourses ainsi disponibles pourront être accordées l'année suivante.

Article 11. —La liste des bénéficiaires ne sera jamais publiée et aucun renseignement ne sera jamais donné sur leur identifité.

Les confrères se trouvant dans les conditions requises par ce règlement devront adresser leur demande avant le 1er mai au Siège de l'Association générale des Médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, et le questionnaire visé à l'article 5 leur sera adressé directement.

PENSIONS MILITAIRES

Tribunaux départementaux des pensions

Sont nommés pour l'année 1931 :

Membre du tribunal départemental des pensions d'Agen : M. Renoux, docteur en médecine à Agen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Andrieu et Dichamp, docteurs en médecine à Agen.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aix : M. Fabre, docteur en médecine à Aix.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Aurientis et Brisson, docteurs en médecine à Aix.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Ajaccio : M. Seta, docteur en médecine à Ajaccio.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dragacci et Folacci, docteurs en médecine à Ajaccio.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Albi : M. Izard, docteur en médecine à Cagnac.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lovitz et Bouissière, docteurs en médecine à Albi.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alençon : M. J. Cauvin, docteur en médecine à Alençon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lautier et Bailleul, docteurs en médecine à Alençon.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alger : M. Witas, docteur en médecine à Alger.

Membres suppléants, dudit tribunal : MM. Bullinger-Muller et Sarrouy, docteurs en médecine à Alger.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Amiens : M. Hurtrel, docteur en médecine à Amiens.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angers : M. Lepage, docteur en médecine à Angers.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Estève, docteur en médecine à Angers.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angoulême : M. Barraud, docteur en médecine à Angoulême.

Membre suppléant dudit tribbunal : M. Gauthier, docteur en médecine à Angoulême.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Annecy : M. Orsat, docteur en médecine à Annecy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Varay et Duparc, docteurs en médecine à Annecy.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Arras : M. Brassart, docteur en médecine à Arras.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Woillez, docteur en médecine à Arras ; M. Andrès, docteur en médecine à Saint-Pol.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auch : M. Lestrade, docteur en médecine à Auch.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. A. Rivière et Szelechowski, docteurs en médecine à Auch.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aurillac : M. Joseph Ginou, docteur en médecine à Aurillac.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Verbenouze, docteur en médecine à Aurillac ; M. Albessard, docteur en médecine à Vic-sur-Cère.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auxerre : M. Duché, docteur en médecine à Auxerre.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sarrazin et Houdé, docteurs en médecine à Auxerre.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Avignon : M. Garnier, docteur en médecine à Avignon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bonnet et Passelègue, docteurs en médecine à Avignon.

Membre du tribunal départemental des pensions

de Beauvais : M. Parmentier, docteur en médecine à Clermont.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Barrier, docteur en médecine à Bresles ; M. Pellé, docteur en médecine à Senlis.

Membre du tribunal départemental des pensions de Belfort : M. Riss (Edouard), docteur en médecine à Belfort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Lévy (Jules), docteur en médecine à Belfort.

Membre du tribunal départemental des pensions de Besançon : M. Baufle, docteur en médecine à Besançon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tisserand et Bolot, docteurs en médecine à Besançon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Blois : M. Loisau, docteur en médecine à Champigny-en-Beauce.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Ferrand (Jacques), docteur en médecine à Blois.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bordeaux : M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. de Montalier et Leuret, docteurs en médecine à Bordeaux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Boulogne-sur-Mer : M. Tridon, docteur en médecine à Berck.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Dervaux, docteur en médecine à Saint-Omer ; M. Fourmentin, docteur en médecine à Boulogne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourg : M. Servas, docteur en médecine à Bourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Chapuis et Saint-Pierre, docteurs en médecine à Bourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourges : M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Marioton et Gauchery, docteurs en médecine à Bourges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Caen : M. Charbonnier, docteur en médecine à Caen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desbouis et Guibé, docteurs en médecine à Caen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Cahors : M. Besse, docteur en médecine à Cahors.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Segala et Belport, docteurs en médecine à Cahors.

Membre du tribunal départemental des pensions de Carcassonne : M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Combeleran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châlons-sur Marne : M. Chevron, docteur en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Aumont

et Van-Vyve, docteurs en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chambéry : M. Denarié, docteur en médecine à Chambéry.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Voutier et Masson, docteurs en médecine à Chambéry.

Membre du tribunal départemental des pensions de Charleville : M. Roland, docteur en médecine à Charleville.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Rozoy et Blairon, docteurs en médecine à Charleville.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chartres : M. Dudefoy, docteur en médecine à Chartres.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Haye et Baudin, docteurs en médecine à Chartres.

Membres du tribunal départemental des pensions de Châteauroux : M. Boucarel, docteur en médecine à Châteauroux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sineau et Picelet, docteurs en médecine à Châteauroux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chaumont : M. Mergey, docteur en médecine à Chaumont.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Carel et Weil, docteurs en médecine à Chaumont.

Membre du tribunal départemental des pensions de Clermont-Ferrand : M. Cornet, docteur en médecine à Clermont-Ferrand.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Dionis du Séjour, docteur en médecine à Clermont-Ferrand ; M. Malsang, docteur en médecine à Champeix.

1re section

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar : M. Kayser, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Hamburger et Koenig, docteurs en médecine à Colmar.

2e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar : M. Nordmann, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Schreiber et Duhamel, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Constantine : M. Piquet, docteur en médecine à Constantine.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Bérard, docteur en médecine à Constantine.

Membre du tribunal départemental des pensions de Digne : M. Chaussecros, docteur en médecine à Digne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Gassend et Romieu, docteurs en médecine à Digne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Dijon : M. Capitain, docteur en médecine à Dijon.

Membles suppléants dudit tribunal : M. Sirot, doc-

teur en médecine à Beaune ; M. Simon, docteur en médecine à Semur.

Membre du tribunal départemental des pensions de Douai : M. Toison, docteur en médecine à Douai.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desmoulins et Monnier, docteurs en médecine à Douai.

Membre du tribunal départemental des pensions de Draguignan : M. Pelloquin (Joseph), docteur en médecine à Draguignan.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Proust, docteur en médecine à Trans ; M. Vadon (Jean), docteur en médecine à Saint-Raphaël.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Epinal : M. Urmès, docteur en médecine à Epinal.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lacour et Riff, docteurs en médecine à Epinal.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Evreux : M. Servent, docteur en médecine à Evreux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vassal et Dehail, docteurs en médecine à Evreux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Foix : M. Calazel, docteur en médecine à Foix.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Lestrade, docteur en médecine à Foix ; M. Rumeau, docteur en médecine à Pamiers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Gap : M. Croze, docteur en médecine à Gap.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Bruas, docteur en médecine à Gap ; M. Bazin, docteur en médecine à Veynes.

Membres du tribunal départemental des pensions de Grenoble : M. Juvin, docteur en médecine à Grenoble.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vareilles et Fabre, docteurs en médecine à Grenoble.

Membre du tribunal départemental des pensions de de Guéret : M. Brésard, docteur en médecine à Guéret.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumont et Dufour, docteurs en médecine à Guéret.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laon : M. A. Menu, docteur en médecine à Laon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ruby et Lemarchal, docteurs en médecine à Laon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laval : M. Aubin, docteur en médecine à Laval.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Loiseleur et Le Brasser, docteurs en médecine à Laval.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lille : M. Leclercq, docteur en médecine à Lille.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Leroy et Looten, docteurs en médecine à Lille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Limoges : M. Thouvenet, docteur en médecine à Limoges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Cubertafond et Delor, docteurs en médecine à Limoges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lons-le-Saunier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pichon et Thilly, docteurs en médecine à Lons-le-Saunier.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

5634. — Déclaration d'accident du travail

Une jeune fille employée chez un tailleur se pique le pouce avec une aiguille. Il en résulte un panaris avec perte de la phalange unguéale du pouce droit. Les parents viennent de s'aviser qu'il s'agit d'un accident du travail entraînant une incapacité permanente évaluée à environ 10 à 12 %. Le patron n'est pas assuré et il n'y a pas eu de déclaration à la mairie. De plus cet accident est survenu le 3 novembre. Les parents se demandent s'il est encore temps de faire cette déclaration et dans ce cas si c'est à eux ou du moins à la blessée de la faire. Je ne sais quoi leur dire. Cependant je crois me rappeler avoir lu qu'il n'y a prescription qu'au bout d'un an. Aussi je viens vous demander votre avis.

Dr C.

Réponse.

Aux termes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les 48 heures non compris les dimanches et jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dressse procès-verbal et en délivre immédiatement le récépissé.

La déclaration et le procès-verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les noms, qualité et adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Dans les quatre jours de l'accident si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

L'article II ajoute que la déclaration de l'accident peut être faite, dans les mêmes conditions, *par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.*

L'accident n'étant survenu que le 3 novembre dernier, la victime est encore dans les délais pour pouvoir faire elle-même la déclaration de l'accident à la mairie.

Qu'elle y joigne un certificat médical constatant l'incapacité permanente dont elle reste at-

teinte. Ce certificat sera transmis par le maire au juge de paix, qui ouvrira l'enquête prescrite par la loi et déclenchera la procédure en attribution de rente en transmettant le dossier au Président du Tribunal.

5785. — Point de départ du demi-salaire

Vieux praticien depuis près de 30 ans, j'avais toujours cru que l'indemnité journalière était due à tout accidenté du travail qui avait 10 *jours d'incapacité totale* (sans compter le jour de l'accident et celui de la reprise bien entendu).

Or une compagnie d'assurances vient de refuser à un de mes clients qui avait 10 jours pleins d'incapacité l'indemnité des quatre premiers jours en motivant ainsi sa décision :

« Nous vous rappelons qu'aux termes de la loi de 1898 l'indemnité n'est due qu'à compter du lendemain de l'accident que si l'incapacité a duré plus de 10 jours.

« Un arrêt de la cour de Cassation du 18 février 1910 a décidé que le délai de 10 jours ne comprend pas le jour de l'accident pour lequel l'ouvrier a droit à son plein salaire. En conséquence si la reprise du travail a lieu le 11e jour après l'accident comme dans l'espèce actuelle l'incapacité ayant duré 10 jours (et n'ayant pas duré plus de 10 jours) l'indemnité n'est pas due pour les quatre premiers jours ».

L'assurance a-t-elle raison ? Jusqu'à ce jour aucune compagnie n'avait chicané sur *ce plus de 10 jours.*

Dr A.

Réponse.

En vertu de l'article 3 de la loi sur les accidents du travail, le blessé a droit, si l'incapacité temporaire de travail a duré plus de quatre jours, à une indemnité journalière, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, égale à la moitié de son salaire. L'indemnité est due à partir du cinquième jour qui suit l'accident ; *toutefois, elle est due à partir du premier jour, si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours.*

Il est exact, comme le dit l'assurance, que le jour de l'accident ne compte pas, le blessé ayant droit à son salaire plein pour cette journée. En conséquence, le blessé qui reprend son travail le onzième jour après l'accident n'a pas droit au demi-salaire pour les quatre premières journées d'incapacité, l'incapacité totale n'ayant pas duré plus de dix jours.

Pour éviter que les incapacités de travail se prolongent systématiquement pendant douze jours ou plus, afin de permettre à l'ouvrier de toucher le demi-salaire, dès le lendemain de l'accident, bien des Compagnies ont pris l'habitude de payer le demi-salaire dès le lendemain de l'accident dans tous les cas, même si l'incapacité dure moins de 10 jours.

Mais ce procédé n'est pas obligatoire et, en l'espèce, la Compagnie reste dans la limite de ses droits stricts en refusant de payer le demi-salaire pour les quatre premiers jours, puisque l'incapacité n'a duré que dix jours.

Baux et locations.

5967. — Reprise d'appartement pour aménagement

J'occupe depuis 1924 un appartement pour mon usage professionnel et d'habitation. Location verbale. Loyer de 2.400 fr. par an. Mon propriétaire m'informe de ce que voulant élever sa maison, il me donne congé pour le 1er juin 1931.

Est-il dans son droit ? Je reconnais qu'il ne peut effectuer les travaux qu'il m'a déclaré vouloir faire sans reprendre mon appartement, mais peut-il me mettre à la porte tant que je n'ai pas un autre logement ? Bref quels sont ses droits, et les miens en pareille circonstance ?

Dr D.

Réponse.

Aux termes de l'article 21 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, aucune prorogation, quelle qu'elle soit ne peut être opposée au propriétaire de nationalité française qui veut aménager son immeuble par voie de surélévation ou de tout autre façon, lorsque l'aménagement aura pour effet d'augmenter la surface habitable et le nombre des logements. Le droit de reprise est alors strictement limité aux exigences des travaux.

Par conséquent, si votre propriétaire a besoin de reprendre votre appartement pour effectuer les travaux de surélévation qu'il projette, l'exercice de son droit de reprise est conforme aux dispositions sus-rappelées et le caractère professionnel de votre occupation ne vous permet pas d'y échapper.

Mais le même article 21 subordonne l'exercice du droit de reprise du propriétaire aux conditions et obligations suivantes :

1° Qu'un préavis d'un an soit donné au locataire pour quitter les lieux ;

2° Qu'une indemnité préalable égale à deux ans du montant du loyer annuel soit versée par le propriétaire au locataire ;

3° Que les travaux de reconstruction soient commencés dans les six mois du départ du locataire.

Le congé que vous a donné votre propriétaire répond-il à ces prescriptions ? Notamment vous a-t-il été donné un an à l'avance et contient-il l'offre de l'indemnité légale ?

Si oui, force vous sera de quitter les lieux à la date fixée par le congé et le propriétaire ne pourra être contraint à mettre un autre local à votre disposition.

Si non, le congé est nul et vous pourrez vous opposer à son exécution.

A noter que dans le cas où votre propriétaire, après avoir obtenu votre départ en excipant de l'article 21, ne commencerait pas les travaux dans les six mois de votre départ ou bien n'exécuterait pas du tout ces travaux, vous auriez le droit de réclamer sa condamnation au paiement d'une amende civile de 500 à 5.000 francs, sans préjudice des dommages-intérêts que vous pourriez alors demander en raison de votre éviction.

Il est question actuellement de modifier l'article 21 dans le sens d'une règlementation plus stricte en faveur des locataires, mais le projet de loi n'a pas encore été adopté par le législateur.

Assurances Sociales

5994. — Assurance facultative et assurance spéciale

Ayez l'obligeance de me répondre par la voie du *Concours* aux questions suivantes concernant les assurances sociales :

1° Quand un père de famille assuré facultatif, s'inscrit aux A. S., peut-il faire inscrire en même temps sa femme et ses enfants ? Et à quelles conditions ?

2° Les maladies chroniques sont-elles exclusives des A. S. ou bien y a-t-il moyen de faire inscrire ceux qui en sont atteints à condition de payer des primes plus élevées ?

Une personne atteinte de bronchite chronique par exemple, présente moins de risques pour l'A. S. qu'une autre atteinte d'hypertension artérielle. Les cas d'espèces sont-ils envisagés ?

Dr G.

Réponse.

1° Aux termes de l'article 43 paragraphe 4 de la loi sur les assurances sociales, les femmes non salariées des assurés obligatoires ou facultatifs sont admises, à leur choix, au bénéfice de l'assurance facultative ou à celui de l'assurance spéciale définie ci-après, à la condition de réclamer leur admission dans le délai de six mois à partir de la mise en application de la loi, ou de la célébration de leur mariage, si elle sont âgées de moins de 35 ans, ou de leur sortie de l'assurance obligatoire.

Pour l'assurance spéciale, elles sont considérées comme des assurées obligatoires recevant un salaire supposé de 1.200 fr. par an, sauf les différences ci-après. Elles n'ont pas droit aux indemnités journalières et n'ouvrent pas droit au minimum de 1.000 francs garanti en cas de décès. L'attribution d'une pension d'invalidité ne joue qu'en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage. La moitié de la cotisation est affec-

tée à la constitution d'une rente de vieillesse, capitalisée à un compte individuel. Le minimum garanti pour la pension d'invalidité ou de vieillesse en période transitoire est fixé à 250 francs et accordé dans les conditions de nombre et de durée des versements fixés par les articles 10 § 5 et 15, § 2 de la loi.

Il n'est rien prévu par la loi pour l'admission des enfants des assurés facultatifs qui ne peuvent donc être admis que s'ils remplissent eux-mêmes les conditions exigées pour l'admission à l'assurance facultative.

2° A moins qu'ils ne proviennent directement des assurés obligatoires, les assurés facultatifs ne sont admis que sur attestation médicale qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement leur morbidité.

Questions médico-militaires.

5148. — Majoration de classe pour enfants vivants.

La majoration de classe pour enfants vivants compte-t-elle pour la libération des obligations militaires ou seulement pour d'autres avantages à l'inclusion de celui-ci ?

Par exemple :

Classe 1905 = libération 15 oct. 1934.
+ 2 enfants = libération 15 oct. 1932.
classe 1903.

Dr W.

Réponse.

Les majorations de classe pour enfants vivants n'ont pas pour résultats le dégagement anticipé des obligations militaires de l'intéressé ; celui-ci reste le même pour tous. Les majorations ont seulement pour effet de faire passer plus tôt les bénéficiaires dans la 2e réserve, où ils attendent leur libération normale, avec cependant les avantages suivants : pour les officiers de réserve, pouvoir offrir leur démission de leur grade au Ministre ; pour les hommes de troupe, faire seulement et au total sept jours d'instruction.

5111. — Recours contre une décision erronée.

Un de mes jeunes clients incorporé en octobre est renvoyé chez lui en novembre avec le diagnostic :

Insuffisance mitrale.

Comme il voulait entrer, après avoir fait son service, dans une administration publique, l'en voilà empêché.

Or, il n'a pas d'insuffisance mitrale. Quel recours a-t-il, pour faire modifier cette décision qui n'a d'ailleurs été prise que par un seul médecin, et la Commission de réforme a oublié de vérifier l'exactitude ?

Dr B.

Réponse.

Ce jeune homme a-t-il été renvoyé dans ses foyers par réforme temporaire, ou par réforme définitive ?

Dans le premier cas, il peut demander au bureau de recrutement d'être revu, en joignant à l'appui de sa demande un certificat médical.

Dans le second cas, qu'il adresse une réclamation au Ministre de la Guerre, cabinet, rue Saint-Dominique, à Paris, avec certificat médical à l'appui ; le ministre le fera revoir.

5161. — Demande de pension pour paludisme.

Un de mes clients âgé de 26 ans a été incorporé dans l'artillerie coloniale en novembre 1925. Après un séjour de 3 mois à X. il a été envoyé en Syrie où il est resté du 2 mars 1926 au 5 avril 1927, il fut libéré en mai 1927.

Pendant les 13 mois passés en Syrie, il a pris chaque jour de la quinine, ce qui ne l'a empêché d'avoir de temps en temps de petits accès de paludisme pour lesquels, vu leur bénignité, il ne fut jamais soigné à l'infirmerie régimentaire ou hospitalisé.

En janvier 1928, il a eu un violent accès de paludisme et de temps en temps il est sujet à des accès.

Mon client a-t-il le droit de revendiquer une indemnité et dans ce cas quelle est la marche à suivre ?

Pendant son séjour en Syrie, il n'est entré qu'une fois à l'infirmerie pour diarrhée.

Dr L.

Réponse.

Que votre client adresse aussitôt, par pli recommandé, au médecin-chef du centre de réforme le plus voisin, une demande de visite pour obtenir une pension d'invalidité.

L'imputabilité au service du paludisme lui sera reconnue par présomption légale en raison de son séjour en Syrie, au titre de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

5293. — Passage dans la deuxième réserve Démission.

C'est encore en m'adressant à vous que je serai le plus vite et le mieux renseigné :

Lieutenant d'artillerie.

Classe 1914.

5 ans de mobilisation.

Père de 2 enfants.

Pourrai-je en 1931 bénéficier de l'article 38 de la loi du 31 mars 1928 et offrir ma démission d'officier de réserve ?

Je suis convoqué pour ma période en 1931 et ai refusé pour raison de santé ; accepterait-on ma démission obligatoirement et serais-je convoqué devant une commission ?

Dr L.

Réponse.

Votre deuxième enfant vivant vous a fait gagner quatre classes de mobilisation ; vous marcherez donc avec la classe 1910. Or celle-ci appartient encore à la première réserve, *jusqu'au* 15 *octobre* 1931. A ce moment seulement vous passerez dans la deuxième réserve et, comme tel, vous pourrez offrir votre démission d'officier de réserve, en vertu de l'article 38 de la loi du 31 mars 1928.

Tâchez donc d'obtenir, pour une raison sérieuse (professionnelle, par exemple) l'ajournement à 1932 de votre période de 1931.

5131. — Durée du service d'un sursitaire.

J'ai un fils de 21 ans, qui vient de réussir brillamment à son premier concours d'internat. Il est en sursis de la classe 1929, 2e contingent, qui commence le service militaire en avril 1931 dans le service de Santé. Fera-t-il un an ou 18 mois ?

A la mairie on lui a dit qu'il ne fera qu'un an, mais dans les journaux je lis que la Chambre a approuvé la continuation du service de 18 mois. Cela le concerne-t-il ?

Dr F.

Réponse.

La classe 1929, 2e fraction, incorporée actuellement, ne faisant qu'un an de service, votre fils qui appartient à ce contingent, ne fera qu'un an de service, puisque les sursitaires, lorsqu'il sont incorporés, sont astreints à la durée du service qui a été imposée aux jeunes gens de leur classe d'âge incorporés en temps normal (article 105 de la loi sur le recrutement.)

Fiscalité.

5138. — Patente sur le garage d'une voiture ne servant pas à l'exercice de la médecine.

Un médecin à Paris ayant une voiture automobile ne servant exclusivement qu'à la promenade le dimanche ou pendant les vacances en province peut-il être imposé à la patente concernant une place occupée dans un garage ou dans une remise particulière dans laquelle se trouvant plusieurs voitures automobiles ?

Les places des voitures sont toujours les mêmes, les meilleures cependant comme facilité d'accès, étant prises par rang d'ancienneté de location.

Dr F.

Réponse.

La patente est due dans le cas que vous nous exposez, le garage étant considéré dans ce cas comme une dépendance de l'habitation, passible de la patente au même titre que les locaux à usage professionnel.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 23. — Occas. voit. genre Berck pour enf. couché marque Vincent, long. 1 m. 40. Ecr. Dr Debidour, 25, rue Pierre Nicolle. Paris (5e).

N° 24. — Pharmacien dem. rég. agricole lyonnaise ou Nord-ouest ayant bonnes foires et dépourvue pharmacie. Très sérieux, discrétion absolue.

N° 25. — A céder : 1° Près Paris, client. anc., fixe import. transmis., bel et grand appartem. conf., condit. à débatt. ;

2° Rég. Epernay, bon poste seul méd., à céder pour cause santé, condit. except. ;

3° Paris-Nord. Centre méd. plus. spécial., gros chiffre, matér. import. Prix 200.000 dont moit. compt. ;

4° Ouest. Près bord mer, sans indemn. poste camp., bon rendem., maison assurée ;

5° S. et O. Belle banl. ouest, client. bourgeoise, en plein rendem. Pavill. très confort., indemn. 60.000 dont moit., compt.

S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1., rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

« **Vaujania** », maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

Rendre le médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien, le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des tablettes de **Mangaïne**, c'est guérir vite et agréablement le malade.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Drs E. Charmot. et E. Rozet.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Les vaccins contre la fièvre jaune.* — M. le Ministre des Colonies ayant demandé l'avis de l'Académie sur la valeur immunisante de certains vaccins contre la fièvre jaune, une commission a été nommée pour examiner cette question, commission composée de MM. Roux, Léon Bernard, Renault, Marchoux et Pettit.

— **Académie de médecine.** *Commission du traitement chimique des farines.* — M. Desgrez a exprimé le désir de ne plus faire partie de la Commission du traitement chimique des farines et a été remplacé, sur sa proposition, par M. Breteau.

— **Les épidémies.** — L'épidémie de poliomyélite qui a sévi l'an dernier en Alsace est considérée comme terminée. La Suisse a, dans ces conditions, autorisé l'entrée sur son territoire des enfants venant du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

— **Union médicale latine.** *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale annuelle statutaire de l'Union médicale latine aura lieu le *samedi* 31 *janvier* à 21 *heures très précises*, Hôtel Chambon, Maison des Médecins, 95, rue du Cherche-Midi, Paris.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Leçons du* 1er *trimestre* 1931. — Ces leçons seront faites le dimanche, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères :

Février : le 1er, M. Lesné : Substances irradiées en thérapeutique. — Le 8, M. Ribadeau-Dumas : Du terrain dans les infections aiguës du nourrisson et de ses modifications sous l'influence thérapeutique. — Le 15, M. Babonneix : Tumeurs cérébrales chez l'enfant. — Le 22, M. Vallery-Radot (Pasteur) : Conception actuelle des néphrites.

Mars : le 1er, M. Mouchet : Considérations sur la spondylite traumatique. — Le 15, M. Lortat-Jacob : Dermatoses et dépuratifs. — Le 22, M. A. Béclère : La ménopause rœntgénienne.

— **Renouvellement des cartes de surcharge sur les T. C. R. P.** — Le renouvellement des cartes de surcharge des médecins sur les T. C. R. P. aura lieu à la Préfecture de police (service des cartes de priorité) *jusqu'au* 14 *février*, de 9 h. à 18 h. en semaine, et de 9 h. à midi le dimanche. Se présenter avec la carte de 1930 et une photographie modèle identité.

— **Société d'électro-radiologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — La prochaine réunion de la Société d'électro-radiologie de Bordeaux et du Sud-Ouest aura lieu à Bordeaux, le *dimanche* 1er *février*, *à* 10 heures du matin, dans le petit Amphithéâtre Saint-Raphaël, rue Jean-Burguet.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Un concours pour une place de chirurgien-accoucheur adjoint des hôpitaux aura lieu le 3 juin 1931, à l'Hôtel-Dieu.

— **Hôpital Bon-Secours.** *Internat.* — Ont été nommés, après concours, internes titulaires : Mme Bocquentin ; MM. Draillard, Gautier, Canut, Goise, Bulaud, Debroise, Leduc, Thévenot.

Internes provisoires : MM. Meunier, Guillois, Bonnefoy.

— **Hospices civils de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).** — *Poste de chirurgien chef de service.* — Un poste de chirurgien titulaire, chef de service, sera vacant à l'hôpital de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).

Les candidats à ce poste devront adresser, avant le 1er mars 1931, à M. le président de la Commission administrative, à l'hôpital de Chalon, leur dossier comprenant : état civil, état militaire, état scolaire et hospitalier, publications, travaux, services personnels, spécialisation, etc.

La décision sera prise le 28 mars 1931. Traitement : 3.400 francs. Faculté d'opérer à la clinique chirurgicale.

— **Naissance.** — Le docteur L. Serré (de Wingles) et Madame nous font part de la naissance de leur fille *Jaqueline* (11 janvier 1931).

— **A nos confrères anciens élèves du Lycée Louis-le-Grand.** — Le 88e banquet annuel qui est en même temps l'assemblée générale de l'Association des anciens élèves du Lycée Louis-le-Grand aura lieu, le jeudi 22 janvier 1931 à la Maison des polytechniciens, 12, rue de Poitiers, à 10 h. 1/2, sous la présidence d'honneur de M. F. Renard, préfet de la Seine, ancien élève du Lycée 1901-1904.

Prière d'envoyer sans retard, les adhésions à M. de Saint-Sauveur, secrétaire général de l'Association, 154, boulevard Malesherbes, (17e arr.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 JANVIER

Service de santé militaire.

M. Mahieu, médecin sous-lieutenant de réserve, rayé des cadres, est admis à l'honorariat de son grade.

9 JANVIER

Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé, et par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle (rang du 25 décembre 1930) :

MÉDECINS.

Au grade de médecin colonel.

Les méd. lieut.-col. : Hoche, 20e rég. ; Melot, rég. Paris ; Blary, Maroc.

Au grade de médecin lieutenant-colonel.

Les méd. comm. : Giry, 6e rég. ; Debeve, 1re rég. ; Larger, rég. Paris ; Lemaitre, 2e rég. ; Bourgeois, rég. Paris ; Binet, 20e rég. ; Colombani, Maroc ;

Rouanet de Lugan, 16e rég. ; Lévêque, 8e rég. ; Dorland, rég. Paris ; Dupon, 12e rég. ; Charbonnier 3e rég. ; Soubies, 8e région ; Perrin, 20e rég. ; Lande, 18e rég.

Au grade de médecin commandant.

Les méd. capit. : Thumin, 15e rég. ; Bédel, rég. Paris ; Dernoncour, Maroc ; Hartmann, 10e rég. ; Gardette, rég. Paris ; Le Meur, 10e rég. ; Wickersheimer, 20e rég. ; Bouchut, 14e rég.

Alleaume, rég. Paris ; Morel, 15e rég. ; Marini, Tunisie ; Baudry, 6e rég. ; Vichot, 14e rég. ; Hintzy, 4e rég. ; Dumas, 14e rég. ; Bellot, rég. Paris ; Haas, rég. Paris ; Colin, 2e rég . ; Sotty, 8e rég. ; Juvin, 9e rég. ; Desbouis, 3e rég. ; Bernheim, rég. Paris ; Odoul, Maroc ; Chapoy, 7e rég. ; Dolain, 1re rég. ; Montagne, 5e rég. ; Hecquet, 1re rég. ; Chrétien, rég. Paris ; Mathieu de Fossey, rég. Paris ; de Saint Rapt, 14e rég. ; Bœckel, 20e rég. ; Hardouin, 10e rég. ; Nory, 10e rég. ; Landrin, rég. Paris ; Mesnager, 6e rég. ; Dujarric de La Rivière, 2e rég. ; Loinson, rég. Paris ; Bernard, rég. Paris.

Au grade de médecin capitaine.

Les méd. lieut. : Crampon, 1re rég.; Foisy, 4e rég. ; Janet, rég. Paris ; Ecot, 18e rég. ; Ardbeig, 17e rég. ; Lamy-Lapeyrière, 18e rég. ; Pelle, 10e rég. ; Chatellier, 17e rég. ; Delestre, 4e rég. ; Corbineau, 9e rég. ; Pinel, 11e rég. ; Michel, rég. Paris ; Mairet, 20e rég. ; Legrand, 1re rég. ; Canebier, 15e rég. ; Dupré, 17e rég. ; Frœlich, 20e rég. ; Bernard, 1re rég. ; Poney, 18e rég. ; Nadal, rég. Paris ; Fonassier, 14e rég. ; Baudot, 20e rég. ; Aubin, 4e rég.

Cabonat, 15e rég. ; Wertheimer, 14e rég. ; Pommez, 18e rég. ; Foubert, rég. Paris ; Leroux, 14e rég. ; Maufrais, rég. Paris ; Druesne, 20e rég. ; Boularan, 17e rég. ; Veyfour, rég. de Paris ; Delahaye, 1re rég. ; Avezou, rég. Paris ; Dèche, 17e rég. ; Rudelle, 17e rég. ; Despraieries, rég. Paris ; Boumard, 9e rég. ; Gand, 2e rég. ; Bonniot, 14e rég. ; Bouchard, 3e rég. ; Lhomme, 13e rég. ; Bazert, 12e rég. ; Vaudescal, rég. Paris ; Weill, rég. Paris ; Chenut, 18e rég. ; Lahaye, 6e rég. ; Fabre, 13e rég. ; Loir, 1re rég. ; Ayache Maroc ; Dubois, rég. Paris ; Ichon, 18e rég. ; Le Gac rég. Paris ; Mayolle, rég. Paris.

Walter, rég. Paris ; Psaume, rég. Paris ; Léonet, 9e rég. ; Paley, rég. Paris ; Templier, 18e rég. ; Nivaul 9e rég. ; Kurz nne, r g. Paris ; Chastang, rég. Paris, Bellon, rég. Pari ; B ousseau, 3e rég. ; Cœurdacier, 9e rég. ; Com e, 15e rég. ; Miegeville, r g. Paris ; Casablanca, 15e ég. ; Wu z 2e rég ; Philippon, 12e rég. ; Soupault, rég. Paris ; Massière, 18e rég. ; Mar in, Maroc ; Vincent, 8e rég. ; Wilmoth, région de Paris ; Rotge , 17e rég. ; Duboille, 2e rég. ; Delivet, rég. Paris ; Cerne, 3e rég. ; Plichet, rég. Paris ; Aurousseau, rég. Paris ; Chiotelli, Tunisie ; Quercy, 10e rég. ; Leroy, 9e rég.

Badier, 15e rég. ; de Gennes, rég. Paris ; Bernard, rég. Paris ; Guillemard, 8e rég. ; Grenn-Frégier, 15e rég. ; Vigne, 15e rég. ; Mouniq, 18e rég. ; Got, 18e rég. ;

Dugué, 9e rég. ; Jeanvoine, 2e rég. ; Laurent, 6e rég. ; Vautrain, 17e rég. ; Poire, 2e rég. ; Kahn, 20e rég. ; Janaud, 12e rég. ; Cloitre, 10e rég. ; Denoyelle, 9e rég. ; Royer, 10e rég. ; Puissant, 2e rég. ; Le Coulm, 10e rég. ; Anis, 9e rég. ; Ahreiner, 20e rég. ; Martin de Laulerie, 9e rég. ; Saleur, 20e rég. ; Gaudin, 18e rég. ; Basset, 12e rég. ; Canuyt, 18e rég. ; Régis, 15e rég. ; Huyghes de Beaufond, rég. Paris ; Beauvieux, 18e rég. ; Camous, 15e rég. ; Daroissac, rég. Paris ; Virencée, rég. Paris.

11 JANVIER.

Assurances sociales.

Circulaire relative à la délivrance des bons de lait (art. 9, § 5, de la loi du 30 *avril* 1930.)

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les préfets.

Paris, le 10 janvier 1931.

Des difficultés se sont élevées au sujet de l'application du paragraphe 5 de l'article 9 de la loi du 30 avril 1930, relatif à l'attribution des bons de lait.

Il est ainsi conçu :

« L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité, constatée par le médecin, d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait dont la valeur n'excèdera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement. »

Il n'est pas douteux que ce paragraphe a été introduit dans la loi pour favoriser les soins directs de la mère à l'enfant, et tout spécialement l'allaitement mixte.

Mais il est clair aussi qu'on peut le rendre facilement incompréhensible et même odieux aux intéressés en lui donnant une application trop littérale, en exigeant, par exemple, que le médecin fournisse l'attestation que la mère nourrit partiellement son enfant. Outre qu'il est trop facile d'ironiser sur le coefficient d'allaitement partiel nécessaire et sur la signification tout à fait momentanée du certificat d'allaitement partiel, on ne fera jamais comprendre à une assurée qu'elle doit être pénalisée parce que, tout en ayant la volonté de se consacrer de toutes ses forces à son enfant, elle se trouve physiologiquement hors d'état d'allaiter.

C'est pourquoi j'estime qu'il n'y a qu'une saine interprétation du texte en question, qui est la suivante :

Le droit aux bons de lait est ouvert par le certificat du médecin constatant que la mère garde son enfant, mais ne peut pas le nourrir ou ne peut le nourrir que partiellement.

Mais, en même temps, la surveillance de la caisse entre en jeu, conformément au paragraphe 6 de l'article 9, et c'est précisément l'attribution, *toujours révocable*, des bons de lait, qui lui permet d'exercer

efficacement, au cours de la première enfance, son rôle de protection maternelle et infantile. Là est le but essentiel.

Il convient de remarquer, en outre, qu'il est facile, même dans ce système, de maintenir une prime intéressante à l'allaitement partiel. Il suffit — et c'est l'équité même — de donner à la mère qui nourrit partiellement le maximum des bons de lait (c'est-à-dire les deux tiers de l'indemnité d'allaitement ou 100 fr. pendant les quatre premiers mois), et à celle qui ne nourrit pas du tout seulement la valeur du lait consommé par l'enfant (actuellement, à Paris, pour un litre par jour à 1 fr. 80 le litre, environ 55 fr.).

Je vous prie de porter la présente circulaire à la connaissance des caisses. Elle annule toute interprétation antérieure pouvant résulter notamment de l'article 53, deuxième alinéa, du règlement intérieur type. Edouard GRINDA.

13 JANVIER.

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

Au titre du Ministère des Postes et Télégraphes : M. le Dr Miégeville.

Au titre du Ministère du Travail : MM. les docteurs Bertrand, de Marseille et Demonchy, de Paris.

Au titre du Ministère de la Guerre : MM. les docteurs Boulet, de Saint-Didier-en-Velay, Maur, de Plaisance et Canazzi, d'Olmeto.

Pour la moralisation professionnelle médico-pharmaceutique

Au Dr Paul Boudin

Je lis avec peine, dans votre dernier article du *Concours*, les lignes suivantes : « Il y a tant de pharmaciens qui substituent un médicament à un autre ... etc. » (p. 3596.)

Vous prévoyez que de pareilles affirmations vous vaudront des lettres anonymes. Elles vous en vaudront, en tous cas, une d'un correspondant qui connaît trop votre esprit d'équité pour croire que vous hésiterez à corriger vous-même les excès d'une injuste généralisation.

Rien n'est plus grave, pour un pharmacien, que le soupçon de ne pas exécuter scrupuleusement les ordonnances et les médecins sont parfois trop prompts à lancer cette accusation.

Qu'il y ait des pharmaciens fraudeurs comme il y a des médecins tripoteurs, nous ne pouvons, hélas ! le nier. Mais nous pouvons, vous et moi, affirmer que la masse du corps médical et du corps pharmaceutique est composée d'honnêtes gens.

Lorsque j'étais président du *Comité disciplinaire* institué par la *Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine* pour « assurer le maintien des traditions d'honorabilité et de loyauté qui doivent rester inséparables de l'exercice de la pharmacie », j'avais établi une statistique portant sur 1.185 analyses de médi-

caments suspects. Il en était résulté 70 avertissements, 31 blâmes et 3 condamnations judiciaires. Cela donne la proportion des défaillances pharmaceutiques ; je ne la crois pas supérieure à celle des défaillances médicales.

L'application de la loi sur les assurances sociales va, d'ailleurs, accroître l'importance d'un contrôle, qui existe depuis longtemps, mais que l'unanimité des pharmaciens syndiqués voudrait voir constitué en ordre professionnel.

Demandez, je vous prie, à vos lecteurs médecins s'ils connaissent un pharmacien en qui ils aient toute confiance, auquel ils fassent exécuter des formules de remèdes pour leur usage personnel, celui de leur femme ou de leurs enfants. Bien peu, je crois, vous répondront qu'ils n'ont pas un pharmacien attitré : ce sera un ami, un camarade d'internat, un compagnon du temps de la guerre, un homme sûr, enfin. « Celui-là, j'en réponds, vous diront-ils. Ah ! si les autres lui ressemblaient ! »

Mais, cher collègue, si chaque abonné du *Concours* connaît un pharmacien irréprochable, je trouve là les éléments d'une belle majorité.

D[r] Henri MARTIN.

***

Je rends tous les hommages qu'elle mérite à la corporation des pharmaciens, comme à celle des médecins ; mais il faut regarder franchement en face un danger, lorsque celui-ci se précise.

Aussi bien chez les pharmaciens que chez les médecins, un malaise corporatif correspond au malaise économique mondial. Certains rêvent d'un socialisme d'Etat, avec une organisation médicale et pharmaceutique officielle, administrative, dont le centre serait l'hôpital et le dispensaire.

A nos corporations de savoir ce qu'elles préfèrent : ou accepter le service de santé civil ; ou refréner les erreurs professionnelles, grâce à l'institution des conseils de famille.

La loi des assurances sociales a rendu, aux médecins, l'immense service de donner un coup de fouet à l'activité syndicale. Je souhaite qu'il en soit de même pour les pharmaciens.

Or, le principal rôle du Syndicat, dans le cadre des assurances sociales, est d'établir un contrôle technique efficace.

Je vois très bien, pour ma part, un contrôle professionnel exercé par le Syndicat pharmaceutique départemental.

Actuellement, il est bien difficile, pour un client, comme pour un médecin, de faire la preuve que le pharmacien détaillant fraude sur la qualité, ou la quantité des médicaments. Il faut qu'un huissier saisisse le flacon, au moment où le pharmacien délivre le produit ; sinon, comment faire la preuve que le médicament soumis

à l'analyse n'a pas été substitué à celui qui a été véritablement vendu par le pharmacien ?

La plupart du temps, la clientèle comme les médecins se font, à tort ou à raison, une idée superficielle de l'honnêteté professionnelle de tel ou tel pharmacien : cette impression prend sa base sur les résultats obtenus par la thérapeutique, suivant que les produits sont préparés par telle officine, ou par telle autre, ou peuvent être remplacés par une spécialité sérieuse.

Je conclus donc qu'ainsi que vous-même, je déplore le fléchissement de la moralité professionnelle, qui, à l'heure actuelle, n'est qu'une résultante de l'horrible guerre.

Je n'ai d'espoir que dans le syndicalisme, pour que les praticiens consciencieux soient défendus contre les confrères peu scrupuleux. Mais ne craignons pas de discuter sur les défaillances, qu'elles soient nombreuses ou exceptionnelles, pour trouver le remède adéquat.

Dr Paul BOUDIN.

La pléthore médicale

Au Dr Duchesne

Je viens de lire le *Concours médical* du 28 décembre , reçu ce matin. Votre article, comme d'ailleurs tous ceux que vous faites paraître, a doublement attiré mon attention. D'abord parce qu'il est de vous et par suite intéressant, d'autre part parce qu'il a trait à la pléthore médicale, bien qu'il ait pour titre « La réforme des études médicales ». Il faut évidemment modifier le recrutement du Corps médical... Mais comment ? ? ? ? ?

Ne pensez-vous pas, et l'idée n'est pas nouvelle, qu'en préconisant un « concours d'entrée » comme l'on fait pour le recrutement des vétérinaires, on pourrait éliminer beaucoup de sujets indésirables ? ? ?

A quel moment situer ce concours de manière à ce qu'il soit efficace et d'autre part ne jette pas sur le pavé des jeunes ratés, qui, comme vous le dites justement, seraient de belles recrues pour l'exercice illégal ? La suppression du P. C. N. vraiment inutile s'impose, je crois, aujourd'hui de l'avis de tout médecin digne de ce nom.

A mon humble avis, je crois que le jeune étudiant frais émoulu du ou des bachots (lettres et science) devrait faire à la Faculté de médecine une première année d'études, entièrement consacrée, sans stage hospitalier, à l'anatomie et à la physiologie, ces deux bases absolument indispensables des études médicales.

C'est à la fin de cette année de préparation scientifique médicale que devrait se placer le « concours d'admission » unique pour toute la France. Auparavant, on conviendrait du nom-

bré de places disponibles ; le « On », ce seraient les Syndicats régionaux ou Fédérations régionales, peu importe. L'essentiel serait que le concours tout au moins dans ses épreuves écrites anonymes soit passé le même jour dans toute la France sur des sujets identiques. Les épreuves seraient corrigées par un unique jury choisi, par exemple, comme celui de l'agrégation, c'est-à-dire recruté parmi tous les professeurs ou agrégés d'anatomie et de physiologie des diverses Facultés ; maîtres et contremaîtres auxquels on adjoindrait quelques praticiens désignés par la Fédération des syndicats.

L'admissibilité proclamée, des épreuves orales pourraient être subies par les candidats, dans les Facultés de leur ressort et jugées par un jury balladeur composé dans les mêmes conditions que le jury chargé d'apprécier les épreuves écrites.

La proclamation des candidats admis à commencer l'étude de la médecine suivrait ce concours. D'après leur classement, les candidats choisiraient la Faculté à laquelle ils désireraient être attachés ; les doyens ayant auparavant fait connaître les places disponibles dont ils disposent.

On éviterait ainsi l'encombrement de certaines Facultés et, comme ce concours aurait lieu après la première année d'études, les candidats évincés n'auraient perdu qu'un temps relativement court (un an ou deux) suivant que l'on permette aux candidats de se présenter une ou deux fois au maximum.

Je ne crois pas que ces jeunes gens, qui n'auront étudié que l'anatomie et la physiologie sans avoir approché « le malade » à l'hôpital, soient susceptibles de faire ensuite de l'exercice illégal.

Le reste du programme pourrait être étudié ultérieurement. Je me permets de vous adresser ces quelques idées connaissant l'accueil tous jours aimable du *Concours médical* dont je suidéjà un vieil abonné.

Dr Roger LABEAU (Bordeaux.)

***

J'ai, il y a trente ans, fait exactement la même proposition que M. LABEAU.

Je l'ai abandonnée à la réflexion. Il est possible qu'elle soit reprise un jour plus ou moins proche, et finalement adoptée par le législateur.

Mesurons-en donc une fois encore les conséquences. « On » fixe chaque année le nombre de vacances survenues dans le corps médical et qu'il convient de combler. Le nombre de candidats admis, après concours, à s'immatriculer dans les Facultés, est fonction du nombre de ces vacances.

Comment les comblerez-vous, ces vacances ?

Laisserez-vous le jeune docteur ouvrir un cabinet selon son unique bon vouloir ? Vous risquez d'encombrer des centres, recherchés pour de multiples raisons, et de priver, par contre, d'autres centres, de moindre importance et intérêt, du secours médical qu'ils avaient jusque-là. Et le résultat cherché n'est pas atteint. La population médicale n'a pas augmenté, sans doute. Mais la densité de cette population médicale a augmenté ici, et diminué là. D'où, finalement, pléthore en certains lieux, carence ailleurs, sans que ceci compense cela. Mauvaise répartition, pour tout dire.

Direz-vous au contraire, aux jeunes médecins : « Voici les places vacantes ; cinquante à Paris ; 10 à Marseille ; 12 à Lyon ; 2 à Barcelonnette ; une à Villers en Ouche....

« Arrangez-vous entre vous pour répartir ces divers postes. »

Vous savez bien que l'arrangement ne pourra se faire s'il n'est pas imposé. Imposé par qui ? *Par l'Etat, par la Loi.* Comme il y aura un classement à l'entrée, il y aura un classement à la sortie, et c'est par ordre de mérite que les jeunes docteurs seront appelés à choisir.

Et puis, allant plus loin, l'Etat sera appelé à effectuer des redressements. Il dira « Il y a trop de médecins à Paris, à Lyon, à Rouen. Il n'y en a pas assez à Loudéac, à Castellane.... »

Voyez-vous où cela nous mène ? Tout droit à la médecine d'Etat. J'ai publié un extrait d'un article du Dr Chabé sur cette perspective. Sans y songer sans doute, vous échafaudez un projet séduisant au premier abord, qui sera peut-être un jour réalité, mais qui, présentement, nous conduirait précisément à ce que nous sommes nombreux à vouloir éviter...

Doit-on concilier cependant cette solution limitative avec un régime comportant, de la part de l'Etat, le moins d'emprise possible ?

C'est ce que je chercherai à étudier prochainement.

G. Duchesne.

PENSIONS MILITAIRES

Tribunaux départementaux des pensions

(*Suite et fin.*)

Sont nommés pour l'année 1931 :

1re *section*

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon : M. Durand, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mazel et Rebattu, docteurs en médecine à Lyon.

Voir la suite page LXIII-285

PROPOS DU JOUR

La Xe Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.)

Les étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris

La Xe Assemblée générale de l'*Association pour le développement des relations médicales entre la France et l'Etranger* (A. D. R. M.) s'est tenue le mardi 13 janvier à 5 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, assisté de M. le Doyen Balthazard.

Le nouveau Doyen de la Faculté, après avoir félicité l'A. D. R. M. de son activité bienfaisante et vraiment utile au bon renom de la France, a tenu à donner à l'assemblée quelques renseignements sur les étudiants en médecine étrangers.

Leur nombre en 1913 était de 850. Il était tombé en 1916, pendant la guerre, à 250, puis il est monté progressivement à 1.511 en 1930. La progression est surtout rapide depuis 1925, et de 1929 à 1930, elle a augmenté de plus de 300. Sur ces 1.511 étudiants étrangers, 463 sont d'origine non européenne. Mettant à part les Roumains qui, au nombre de 500, jouissent de privilèges spéciaux, M. Balthazard nous apprend que sur 1.098 étrangers non Roumains, 780 préparent le diplôme d'Université ; ce qui porte à 318 le nombre de ceux qui veulent obtenir le diplôme d'Etat. Sur les 500 Roumains, favorisés par d'anciennes conventions, 50 seulement poursuivent l'obtention du diplôme d'Université. Il serait peut-être excessif de croire que les 450 autres qui prétendent au diplôme d'Etat, désirent s'installer en France. Mais il y en a certainement une forte proportion et malgré toutes les sympathies que nous avons pour la Roumanie, il nous est permis de regretter de voir un aussi fort contingent de ses nationaux venir accroître le nombre des membres d'une profession déjà encombrée. Nous pensons qu'il est temps d'arrêter ce flot ou tout au moins de l'endiguer.

Certes nous ne pouvons que nous féliciter de l'afflux des étudiants étrangers dans nos Universités. Ils sont de merveilleux agents de diffusion de la civilisation française et le bon accueil qu'ils reçoivent chez nous les portent à faire aimer la France dans leurs pays. Mais il est indispensable qu'après avoir pu apprécier notrs hospitalité et les mérites de nos Facultés, ile regagnent leurs patries.

Le nombre des étudiantes étrangères, très élevé durant la guerre, est tombé à une proportion relativement faible (10 %), exactement la même que celle des étudiantes françaises. Sur les 1.500 étudiants étrangers, 500, avons-nous dit, sont Roumains, 500 autres sont d'origine européenne ; sur ces derniers, 258 sont d'origine polonaise, mais presque tous parmi eux préparent le diplôme d'Université et retourneront dans leur pays. Il n'y a que 8 Polonais qui préparent le diplôme d'Etat.

Les 500 étudiants non europeens comptent un certain nombre de jeunes gens venant de nos colonies, de nos protectorats et des pays dont la France détient le mandat. 10 pour 100 seulement préparent parmi eux, le diplôme d'Etat.

M. le doyen Balthazard déclare que nous devons nous féliciter de l'attraction qu'exercent nos Facultés, et en premier lieu Paris, sur les jeunes étudiants étrangers et est convaincu que l'A. D. R. M. joue ici un rôle important.

***

M. le Prof. Hartmann, président et âme de l'A. D. R. M., fait un tableau rapide de l'activité de cette association. Ses adhérents au nombre de 150 à ses débuts en 1921, ont dépassé 800.

Grâce à l'aimable activité de la secrétaire administrative, Mlle Huré, grâce à sa connaissance approfondie de tout ce qui concerne l'enseignement médical, plus particulièrement à Paris, grâce à sa parfaite connaissance de l'anglais et de l'espagnol, et surtout grâce à son inépuisable complaisance, le siège de l'A. D. R. M. est devenu le centre de renseignements médicaux le plus important de Paris. Plus de 1.100 lettres y sont parvenus et ont reçu une réponse. Plus de 1.000 médecins et étudiants étrangers sont venus s'y documenter. Les étudiants et les mé-

decins français, les coloniaux, sachant quel accueil leur sera fait, préfèrent se rendre à l'A. D. R. M. que de poser devant les guichets officiels. Les médecins et étudiants étrangers qui ont réclamé les services de l'A. D. R. M. sont de toutes les nationalités ; beaucoup viennent de l'Amérique latine et M. le Dr Mathé, qui a de nombreuses relations dans les républiques hispano-américaines, seconde de son mieux Mlle Huré.

Le bureau de l'A. D. R. M. a reçu et organisé des programmes de visites pour une mission de 124 médecins des Etats-Unis d'Amérique du Nord, pour 19 professeurs irlandais venus à Paris, pour 15 médecins italiens. Il a en outre donné des réceptions en l'honneur de professeurs célèbres.

Plusieurs de ses membres se sont rendus à l'étranger. Le regretté Dr Léri a fait à Athènes une série de conférences et à titre de réciprocité l'Université de cette ville a chargé un de ses professeurs M. W. Bensis de venir à notre Faculté nous renseigner en d'intéressantes leçons sur les maladies de son pays. M. Chiray a visité le Canada, M. le Prof. Leriche est allé à Rio-de-Janeiro. M. Hartman a profité du séjour qu'il a dû faire à Beyrouth pour faire de la propagande en faveur de l'A. D. R. M. Aussi avons-nous vu le corps professoral de la Roumanie, de la Bulgarie, de la Tchéco-Slovaquie, du Brésil, s'inscrire parmi les membres de l'A. D. R. M. Même dans les pays lointains notre Association étend son action et nous avons au Japon, à Kioto, des professeurs amis qui ont fondé un Comité médical franco-japonais.

M. Hartmann rappelle en termes émus les pertes faites par l'Association au cours de 1930 : Appel, Gley, les éminents membres de notre Comité de patronage, Delagenière, Léri, Descomps, Déléage, etc.

Ces pertes ont été compensées, si l'on peut dire, par 148 membres nouveaux.

M. le Dr Lemaître, trésorier, indique que la situation financière est bonne ; les recettes se sont élevées à 69.816 francs et les dépenses à 39.870 francs. Mais qu'est-ce à côté des sommes qu'il faudrait avoir pour que l'A. D. R. M. remplisse, comme il serait désirable, son rôle hospitalier à l'égard de nos hôtes étrangers ?

M. Cavalier termine en assurant le Prof. Hartmann de sa déférente affection. Il le félicite de consacrer son activité, après avoir été atteint par l'âge de la retraite, à la grande œuvre de l'A. D. R. M. De cette Association, grâce à Mlle Huré, se dégage une atmosphère aimable qui charme les étrangers. Le nombre des étudiants étrangers augmente ici sans cesse ; mais nous avons à regretter l'insuffisance de nos moyens qui ne suivent pas la même progression. Songeons que la France doit faire figure à l'étranger, c'est pour cela qu'il convient de développer, de faire prospérer une Association comme l'A. D. R. M.

J. Noir.

L'amélioration du pain (!) au Comité national d'Etudes sociales et politiques

Nous avons déjà annoncé que le *Comité national d'études sociales et politiques* consacrait plusieurs de ses réunions, tenues à la Cour de Cassation, à la question de l'amélioration du pain. Nous avons eu l'avantage d'assister à la première séance et nous nous permettons de donner ici nos impressions.

Les exposés, faits au Comité d'Etudes à la Cour de cassation, sont entendus par un public de choix, soigneusement trié, composé de gens compétents ou capables de s'intéresser sérieusement aux questions traitées.

Aussi la répercussion que peuvent avoir les discussions devant une pareille élite, peut être très grande sur l'opinion du Gouvernement, du Parlement, des Administrations, des Conseils et groupements officiels ou libres dont les représentants viennent entendre les débats ou y prendre part.

La question de la prétendue amélioration du pain paraît avoir beaucoup intéressé ce public de choix, car malgré le mauvais temps, la grande salle du Conseil de la Cour de cassation était remplie. Cette question fit plus qu'intéresser l'auditoire, elle le passionna, car à certains moments l'on entendit surgir des rumeurs et des protestations, ce qui est fort rare dans un milieu aussi pondéré et réfléchi.

M. le Dr Marchoux, de l'Institut Pasteur ouvrit la séance et en quelques mots indiqua toute l'importance de la question. Puis il donna la parole à M. Chasles, président de l'Association nationale de la meunerie française.

M. Chasles, très simplement, très clairement exposa la question, s'efforçant de la traiter le plus objectivement possible.

Les farines peuvent subir trois sortes de mo-

difications : 1° le *blanchiment* par les gaz chlorés qui présente de sérieux inconvénients et paraissent hors de discussion ; 2° la *maturation* qui, par l'addition de produits chimiques permet la panification des farines presque aussitôt après leur moûture, sans attendre les quelques semaines nécessaires à leur transformation pour pouvoir pétrir avec elles du bon pain ; 3° l'*amélioration*, le procédé qui est surtout en discussion, qui consiste à ajouter de très petites quantités (2 gr. pour 100 kgr. de farines) de bromate de potasse et de persulfate d'ammonium, pour faciliter la fermentation de la pâte. Ce procédé d'amélioration fait obtenir en deux heures la fermentation qui demande quatre heures avec le seul levain ordinaire et la farine fixe environ de 6 à 10 litres d'eau de plus par 100 kilogrammes.

Il est inutile de souligner l'intérêt que les boulangers trouvent à se servir de farines ainsi « améliorées ».

M. Chasles sachant que ces procédés étaient employés, autorisés ou tolérés dans plusieurs pays, et persuadé qu'ils ne sont pas nocifs, les a appliqués dans ses moulins. Il a cessé aussitôt qu'on a signalé qu'ils pouvaient ne pas être inoffensifs ; il attend sur ce point le verdict de gens compétents.

A M. Chasles succède M. Poisson, le Président de l'Association des Coopératives qui compte, nous dit-il, des coopératives de meuniers et de boulangers. M. Poisson est un tribun fougueux qui est de taille à obtenir les plus grands succès oratoires dans les réunions publiques ou politiques ; malheureusement, il s'adressait à un public qui ne s'en laisse guère imposer et qui ne considère pas les éclats de voix comme des arguments suffisants. M. Poisson écarte tout d'abord délibérément le facteur nocivité. A ce point de vue, la question est pour lui réglée et réglée définitivement.

Elle a été soumise à l'examen de deux grands savants, M. le professeur Desgrès et M. Bohn, expert au tribunal de la Seine. Ces deux savants ont expérimenté les farines améliorées sur deux lapins, deux autres lapins étant nourris avec des farines ordinaires. Le rapport de MM. Desgrès et Bohn, que lit M. Poisson, conclut qu'au bout de deux mois, les deux lapins nourris avec des farines améliorées étaient en bonne santé, que leur poids même était légèrement supérieur à celui des deux lapins témoins, que l'autopsie d'un des lapins en expérience, n'avait pas permis de constater de lésions, que l'analyse chimique décelait de très faibles quantités de brome dans le foie et dans la rate. Et c'est tout. Et cela suffit à M. Poisson pour affirmer que l'homme peut consommer pendant des années des farines bromatées sans que sa santé puisse en souffrir, chose que MM. Desgrès et Bohn, qui sont, en effet, de vrais savants que nous estimons, se sont bien gardés de prétendre. Il ne s'inquiète pas si l'opinion des deux grands chimistes suffit pour résoudre le problème, s'il n'eut pas été prudent de leur adjoindre des biologistes et même des médecins. Non, M. Poisson se contente de peu, pour lui le problème est résolu, la nocivité des farines « améliorées » est inexistante. Il n'y a que les facteurs économiques, commerciaux et agricoles qui entrent en jeu et il démontre éloquemment que l'avenir de notre commerce des grains, de notre agriculture dépend de l' « amélioration » des farines.

Des interruptions et des rumeurs partant un peu de tous les côtés saluèrent les affirmations quelque peu audacieuses du fougueux orateur, qui conclut en proclamant que l'interdiction de l' « amélioration » des farines serait la négation du progrès et le triomphe de l'ignorance.

A M. Poisson succède à la tribune M. le pharmacien-colonel Bruère, directeur du laboratoire de l'Inspection générale des subsistances de l'armée. M. Bruère est un savant et la communication qu'il lut, est un modèle de critique scientifique. Il place la question sur son véritable terrain, celui de l'hygiène et de la santé publique. Le commerce, l'agriculture, l'économie sont des facteurs tout à fait secondaires en regard du facteur sanitaire.

Il expose sans passion avec clarté tous les dangers que peut faire courir aux consommateurs la soi-disant amélioration. Il ne nie pas que l'addition de petites quantités de bromates et de persulfates facilite la tâche du boulanger et lui assure un surcroît de bénéfices, mais il ne saurait considérer ce procédé comme inoffensif. On se plaint que les grains sélectionnés donnent des farines pauvres en gluten. Cela tient surtout à la mouture des grands moulins où le blutage est poussé trop loin. Dans l'armée, le pain donné aux hommes est excellent, il contient suffisamment de gluten, pourquoi n'en ferait-on pas partout autant, cela vaudrait mieux que de poursuivre l' « amélioration » des farines par des produits chimiques qui ont une action indiscutable à très faibles doses sur la pâte et dont on ignore encore l'action qu'ils peuvent avoir à la longue sur l'organisme humain.

M. Kling, directeur du laboratoire municipal de chimie de la Ville de Paris et M. Fleurant, des Arts et Métiers, exposent la savante et ingénieuse technique dont ils se servent pour l'analyse des farines, mais évitent de dire ce qu'ils pensent de la nocivité des farines dites améliorées.

Nous n'avons pas la prétention de donner notre opinion après ces orateurs infiniment plus documentés et plus compétents que nous. Cependant, nous avouerons que nous et nos voisins ont été fortement impressionnés par la solide argumentation et documentation de M. le pharmacien-colonel Bruère et que, tant que les farines blanchies ou améliorées nous donneront un pain douteux, nous continuerons à en prescrire la restriction à nos clients et même l'abstention à certains de nos malades. Nous engagerons nos confrères à faire comme nous jusqu'au jour où l'on nous rendra le bon pain, le pain de nos pères, moins blanc mais infiniment meilleur, tel que nous le mangeons durant les vacances dans certains coins de nos campagnes françaises.

A notre avis, dûssions-nous être traités de retardataires et d'ignorants, nous n'admettons pas plus qu'on adultère les farines sous prétexte de nous donner du pain blanc que nous n'admettons l'introduction de la chimie dans notre industrie vinicole.

J. Noir.

5e BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Le Lundi-gras 16 Février, en l'Hôtel du Cercle de l'Union Interalliée, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris-8e

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE :

M. Gaston Doumergue, président de la République ;

M. le Maréchal Lyautey ; M. le Général Gouraud, Gouverneur militaire de Paris.

Le Ve Bal de la médecine française aura lieu le lundi gras, 16 février 1931, en l'Hôtel du Cercle de l'Union interalliée, 33, rue du faubourg-Saint-Honoré, au profit de la Caisse de Secours de la F. E. M. (Société de Secours mutuels pour les veuves et orphelins du Corps médical.)

Le Corps médical doit s'unir pour donner à cette grande œuvre de solidarité professionnelle tout le succès qu'elle mérite.

Le médecin passe souvent toute une existence à se dévouer aux autres et, surpris à son tour par la maladie ou l'accident mortel, laisse trop souvent les siens sans ressources et mal préparés à la lutte pour la vie.

Le but de la F. E. M. est de leur venir en aide, de prendre à sa charge de jeunes pupilles, de guider les veuves qui restent accablées par une trop lourde tâche, de leur procurer des situations, d'être en un mot, pour elles, un foyer de réconfort matériel et moral.

Voilà pourquoi la F. E. M., encouragée par le généreux élan qui la soutient, demande à chacun un nouvel effort en faveur de ceux qui souffrent silencieusement.

La recette de 1930 fut de 114.082 francs. Aidez-nous à la dépasser.

Venez en grand nombre à la Fête du 16 février 1931 et prenez vos cartes à l'avance au Siège Social de la F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, dans toutes les Salles de garde des hôpitaux, chez Mme Jayle, vice-présidente de l'Œuvre, 20, rue Cassette, chez Mme Veillard, secrétaire, 127, boulevard Malesherbes et chez toutes les dames du Comité.

Prix des cartes : 60 francs. Corps médical : 40 fr. Internes, externes, étudiants et danseurs : 25 francs.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ESSAI HISTORIQUE SUR L'HYSTÉRIE

Par R. BENON,

Médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — I. *Période d'Hippocrate et de Galien. Les espèces de boules abdominales. Platon et la génération. Aétius d'Amide et Paul d'Egine* ; II. *Période de l'ère catholique* : 529-1453. *Les épidémies d'hystérie ; convulsions et extase* ; — III. *Période de la Renaissance XV*e *et XVI*e *siècles* (1453-1618). *Fernel, Houllier, Foreest, Baillon, Castro, etc.* — IV. *Période des théories cérébrales et nerveuses* : 1618-1863. *Le Pois, Willis, Sydenham, Mesmer, Esquirol, Georget, Braid, Briquet, etc.* ; — V. *Périods des conceptions intellectualistes de l'hystérie, ou période de Charcot-Babinski* : 1864-1912. *Charcot : hystérie-psychose. Babinski : suggestion et persuasion ; critiques. Dupré : mythomanie* ; — VI. *La période de l'hystérie émotion morbide. La conception dysthymique de J. Tastevin* : 1912. *Etude des émotions afflictives. Enervement et crises d'hystérie.*

L'histoire de l'hystérie est longue, complexe, mais très curieuse. Cette névrose, vieille comme le monde, a suscité des débats passionnés, singuliers, difficiles à débrouiller . D'après nos études et connaissances actuelles, nous croyons pouvoir diviser cet historique en six périodes, qui vont d'Hippocrate (IVe siècle avant J.-C.) à J. Tastevin (1912).

La première période est la période d'Hippocrate et de Galien. Elle s'étend du IVe siècle avant J.-C. au Ve siècle de notre ère. Les conceptions d'Hippocrate et de Galien sur l'hystérie sont nettement différentes ; nous les groupons cependant dans un même chapitre afin d'éviter des divisions nombreuses et ainsi une sorte de déséquilibre dans la présentation de cet essai.

La deuxième période est la période de l'ère catholique. Elle va du VIe siècle (529) au XVe siècle (1453). Nous verrons que relativement à l'hystérie l'influence du catholicisme se prolonge bien au delà du XVe siècle, notamment sous la forme d'épidémies hystériques, fantastiques et drôles au possible, mais vaines et perturbatrices de l'ordre social.

La troisième période est la période de la Renaissance, ou période des XVe et XVIe siècles. C'est la période admirative des notions découvertes par les laïcs dans Hippocrate et Galien ; à peine, les discussions commencent elles de s'ébaucher, à la fin de cette période, entre les théories hippocratiques ou solidistes et les théories galéniques ou humoristes.

La quatrième période est la période des théories cérébrales et nerveuses de l'hystérie. C'est, si l'on veut, la période des controverses sur le rôle du cerveau et des nerfs dans l'hystérie : dans le même temps les discussions solidistes et humoristes battent leur plein.Cette période s'étend sur deux siècles environ, et va de Le Pois (1618), Wilis (1660), et Sydenham (1680), à Briquet et Axenfeld (1859 et 1863).

La cinquième période est la période des conceptions intellectualistes de l'hystérie ; c'est la période de Charcot-Babinski, deux des plus grands noms de la neurologie organique moderne. Charcot fut nommé médecin de la Salpêtrière en 1862, et fit ses premières leçons sur l'hystérie en 1868. On peut dire que cette époque va de 1864 à 1912.

La sixième période est la période de l'hystérie émotion morbide. C'est la période de J. Tastevin (1912) ou encore la période de la conception dysthymique de la grande névrose. Quelques-uns viendront dire que tous les auteurs ou presque admettaient le rôle que jouent les émotions dans l'hystérie. Sans doute. Mais personne, avant Tastevin, n'avait précisé comme lui les caractères des émotions afflictives et démontré d'une manière irréfutable la nature purement émotionnelle de la crise d'hystérie.

***

I. — Période d'Hippocrate et de Galien.

(IVe S. avant J.-C. — Ve S. après J.-C.).

Cette première période dure environ mille ans, du IVe siècle avant J.-C. au Ve siècle après J.-C. ; à côté des noms d'Hippocrate et de Galien, nous citerons ceux de Celse, d'Aétius d'Amide et de Paul d'Egine.

Hippocrate (460-380 av. J.-C.), le pemier, a fixé l'existence de l'hystérie. La physiopathologie qu'il en donne est singulière ; les conceptions philosophiques de l'époque en fournissent l'explication. Ce qui est remarquable du point de vue clinique, parce que cela est toujours très exact, c'est qu'il conçoit les manifestations de l'hystérie comme des spasmes ou suffocations ; l'hystérie est la « suffocation » hystérique ou « passion hystérique : « Chez les femmes hystériques, dit-il, les spasmes sans fièvre sont faciles comme chez Dorcas » (t. V, p. 551, parag. 119 ; p. 659, paragr. 352 ; p. 709, paragr. 543). Il en a décrit les symptômes essentiels : « Quand la matrice est au foie et aux hypocondres et produit la suffocation, le blanc des yeux se renverse, la femme devient froide, et même quelquefois livide. Elle grince des dents ; la salive afflue dans la bouche, et elle ressemble aux épileptiques » (t. VIII, p. 33, paragr. 7). — Autre description : « Si la matrice se fixe aux hypocondres, la suffocation est la même que par l'ellébore, orthopnée, cardialgie intense. Parfois il y a vomissement de salive acide ; la bouche s'emplit d'eau et les jambes se refroidissent. Ces malades... perdent la parole ; la tête et la langue sont engourdies..... les dents serrées ... » (t. VIII, p. 271, paragr. 126). — Et encore : « Si la femme perd subitement la voix, vous trouverez froids les jambes, les genoux et les mains... Il y a des palpitations de cœur, grincement de dents, sueur profuses, et les autres accidents des personnes atteintes de la maladie sacrée, ainsi que tous leurs actes messéants » (t. VIII, p. 327, paragr. 151). — Voici d'autres détails sur la suffocation hystérique : « Quand la matrice cause de la suffocation, le souffle se précipite impétueusement en haut ; pesanteur, intelligence dans la stupeur, perte de la parole, refroidissement, respiration entrecoupée, œil obscurci... ; les dents sont serrées ; ... elle (la femme) n'entend pas quand on l'appelle » (t. VIII, p. 385, paragr. 201). — « Si la matrice remonte jusqu'au foie et suffoque, la femme perd la voix, ne voit rien, a les dents serrées, devient rigide, ne comprend rien, respire fréquemment, n'entend pas » (t. VIII, p. 389, paragr. 203). — Hippocrate signale à plusieurs reprises que dans l'hystérie « la couleur (du sujet) devient noire » (t. VIII, p. 315, paragr. 3), « la coloration devient livide » (t. VIII, p. 273, paragr. 127) : le texte est-il exact : ? On sait que la coloration bleue noirâtre, plombée, est surtout un signe frappant de l'épilepsie. — Voici encore un passage à citer relativement à la boule hystérique : « ... Quand la matrice pleine de liquide et élargie, ne donne plus issue au flux, et qu'elle touche les hanches, alors il survient des douleurs, et aux hanches et aux aines ; des espèces de boules courent dans le ventre et la femme a mal à la tête, tantôt d'un côté, tantôt des deux, suivant la condition de la maladie » (t. VI, p. 345, paragr. 47).

Parmi les moyens de reconnaître une suffocation hystérique, Hippocrate donne le suivant : « Pressez la malade avec les doigts ; si la malade sent, c'est une attaque d'hystérie ; sinon, c'est une attaque de convulsion » (t. II, p. 523, parag. 35). L'hyperesthésie générale est, en effet plus commune chez l'hystérique que l'anesthésie. — Au point de vue pronostic, il dit que « l'éternuement qui survient... chez une femme attaquée d'hystérie... est favorable » (t. IV, p. 545, paragr. 35). Ce petit détail n'a pas été confirmé.

Pour Hippocrate, l'hystérie est une maladie féminine. Il se peut, au reste, que, au temps du médecin des Côs, l'hystérie fût propre en quelque sorte à la femme : la morale moderne, issue du catholicisme, compliquée, autoritaire, hypocrite, n'est sans doute pas étrangère au développement de l'hystérie chez l'homme.

Voici, sur l'hystérie féminine, le plus célèbre des extraits d'Hippocrate : « Si les matrices vont vers le foie, la femme perd aussitôt la voix ; elle serre les dents ; la couleur devient noire. Ces accidents la saisissent soudainement, en pleine santé. Ils surviennent surtout chez les vieilles filles et chez les veuves qui, étant jeunes et ayant eu des enfants, restent dans la viduité. Les choses étant ainsi, on pousse avec la main en écartant du foie, on serre un bandage sous les hypocondres ; on ouvre la bouche de la malade et on y verse un vin très parfumé ; on fait des applications aux narines ; on fait une fumigation fétide pour le nez, aromatique pour les matrices... ». Si la femme est veuve « le mieux est de devenir enceinte. Quant à la fille, on lui conseillera de prendre un mari... » (t. VII, p. 315, paragr. 3).

Diverses indications sur le traitement sont pour nous aujourd'hui sans intérêt (t. V, p. 431, paragr. 64 ; t . VII, p. 343, paragr. 26 ; p. 405, paragr. 73 ; p. 409, paragr. 87), sauf celle-ci peut-être, considérée du point de vue des chocs hémoclasiques ou colloïdo-clasiques : « Le spasme peut être dissipé par une fièvre aiguë, survenant si elle n'existait pas auparavant, redoublant si elle existait déjà ; une a bondante émission d'urine vitrée est utile aussi, de même qu'un flux de ventre et de sommeil. Les spasmes qui surviennent soudainement peuvent être dissipés par une fièvre, par un flux de ventre » (t. V, p. 659, paragr. 352 et p. 709, paragr. 543).

Quant à la physiopathologie de l'hystérie chez Hippocrate, elle nous paraît aujourd'hui étrange ou fantaisiste. Elle a sa source dans certaines idées scientifiques et métaphysiques du moment, que Platon a exprimées dans un chapitre du Timée, touchant la génération des animaux et la métempsychose : «..... les dieux, dit-il, ont formé l'amour de la conjonction charnelle. Ils en ont fait un vivant, pourvu d'une âme ; ils en ont

mis une espèce en nous, l'autre dans les femelles.. Chez les mâles, ce qui touche la substance des parties honteuses, est insolent et autoritaire, tel un vivant rebelle au raisonnement, et s'efforce, sous l'action de ses désirs furieux, de tout dominer. Pareillement et pour la même raison chez les femelles, ce qu'on nomme la matrice ou utérus est, en elles, comme un vivant possédé du désir de faire des enfants. Lorsque, pendant longtemps et malgré la saison favorable, la matrice est demeurée stérile, elle s'irrite dangereusement ; elle s'agite en tout sens dans le corps, obstrue le passage de l'air, empêche l'inspiration, met ainsi le corps dans les pires angoisses et lui occasionne d'autres maladies de toute sorte. Et cela dure jusqu'à ce que le désir et l'amour des deux sexes s'étant joints, puissent cueillir un fruit, comme ceux des arbres, et semer dans la matrice, comme dans un sillon, des vivants invisibles en raison de leur petitesse et encore informes, puis y distinguer des parties, les nourrir en dedans de la matrice, les faire grandir et finalement les produire à la lumière et achever la génération des vivants . . ».

L'utérus était donc considéré par Hippocrate comme capable de se mouvoir spontanément, de se porter dans les diverses parties du corps, de se fixer notamment aux viscères pour y absorber l'humidité dont il était avide. C'étaient ces déplacements de l'utérus qui engendraient les troubles graves de l'hystérie. En revanche, cet organe errant était très impressionnable aux odeurs, d'où les traitements institués, si variés et si singuliers, soit pour le chasser des sphères supérieures, soit pour l'attirer par en bas.

Celse (Ier s. ap. J.-C.) adopte la conception d'Hippocrate et continue à appeler l'hystérie la « passion » ou « suffocation » hystérique.

Pour Galien (131-201 ap. J.-C.), qui fut un des premiers médecins anatomistes, l'utérus, fixé dans le bassin ne peut accomplir de grands déplacements, et c'est l'accumulation de la matière séminale (féminine) et du fluide menstruel, qui détermine les convulsions hystériques. Il mentionne incidemment la possibilité de l'hystérie chez l'homme. La théorie humorale de la névrose, qu'on appelle la théorie galénique, s'opposait à la théorie solidiste ou théorie hippocratique.

Aétius d'Amide (380) considère l'hystérie comme une « strangulation » plutôt que comme une « suffocation » de l'utérus. Il émet l'idée que la maladie, — toutes les régions du corps étant solidaires, — se propage de l'utérus au cerveau par les nerfs. Cette notion sera reprise à l'époque de la Renaissance, après la nuit de l'ère catholique.

Paul d'Egine (420) suppose que de l'utérus se dégage une vapeur maligne qui gagne les parties supérieures du corps. L'hypothèse de cette vapeur, « l'aura prava », fut sans doute l'origine au XVIIIe siècle, de ces vapeurs aussi subtiles que fameuses qui suffoquaient et tourmentaient les névropathes de cette délicate époque.

***

II. — Période de l'ère catholique.

(529-1453).

L'ère catholique va du VIe siècle au XVe siècle. Lorsque Justinien, par son édit de 529, ferme les dernières écoles de philosophie, on peut dire qu'il se produit comme une pause dans le progrès des sciences, un arrêt dans la marche de la civilisation. Le monde est désaxé, en proie à la démesure. La notion de religion, — simple croyance à des êtres spirituels, ou si l'on veut, ensemble d'idées, nées de nos sensations externes ou internes, qui porte à croire à l'existence et à l'action sur nous d'êtres spirituels, — la notion de religion est dénaturée. On fait dévier spécialement l'idée de justice par l'invention du ciel et de l'enfer. La belle harmonie, le bel équilibre grecs, disparaissent, interrompus par le développement d'un puissant idéal mystique que les rationalistes de l'église catholique vont cultiver et exploiter habilement. En matière médicale, comme en toutes choses du reste, sauf pourtant dans l'art si original du Moyen-Age, règne l'obscurité la plus profonde, l'absence de libéralisme la plus totale.

Lorsque les Turcs pénètrent dans Constantinople, en 1453, les savants grecs de la ville, fuyant devant l'invasion, se réfugient en Italie, et alors seulement les écrits des philosophes, de Platon et d'Aristote surtout, accaparés et séquestrés par l'Eglise, sont rendus dans leur intégrité à l'humanité curieuse, avide de savoir. C'est la grande période de la Renaissance : le mot dit avec force ce que furent mille ans d'oppression.

Les quelques connaissances que nous possédons sur l'hystérie durant l'ère catholique nous sont venues de médecins grecs ou de médecins arabes. Faut-il rappeler que la date de naissance de Mahomet est l'année 571 ?

Alexandre de Tralles (680), médecin grec qui exerça à Rome, adopte, dans les pages où il traite de la « passion hystérique », la conception hippocratique et, par conséquent, croit aux pérégrinations de l'organe utérin.

Avicenne (1000), philosophe et médecin arabe, se rattache au contraire à la théorie humorale. Pour désigner l'hystérie, il emploie l'expression « praefocatio » de l'utérus qui signifie plutôt strangulation que suffocation.

A cette époque, dans le monde catholique, la médecine n'était pratiquée que par les hommes du clergé, les seuls à savoir lire. Le nombre des hystériques, avec alternatives de crises convulsives et de crises extatiques fut grand : cer-

tains documents qui nous restent sur la vie des saints en sont la preuve. Mais le phénomène peut-être le plus curieux, à partir du XII[e] siècle et jusqu'à la fin du XVIII[e], est représenté par les épidémies de crises hystériques relatées dans les auteurs de ce temps. Il semble que le pouvoir religieux, affaibli par de longues années d'absolutisme, ait donné libre cours, volontairement ou non, aux manifestations convulsionnaires dysthymiques. C'est alors letriomphe de la magie, de la sorcellerie, du surnaturel ; c'est l'ère fameuse et triste du miracle en série. Les possédés du diable sont les pauvres élus, sur la terre, de la colère divine. L'exorcisme est de pratique courante. Malheureusement l'exorcisme conduisait à l'Inquisition.

Les épidémies d'hystérie avec convulsions furent très nombreuses : nous résumerons les plus célèbres. Nous les grouperons toutes ensemble parce que, si elles dépassent comme date la Renaissance, elles sont en relation directe avec le mysticisme religieux catholique.

En 1374, on relate l'épidémie des danseurs de Saint-Jean. On voit arriver à Aix-la-Chapelle des troupes d'hommes et de femmes en proie à des convulsions extraordinaires. Pour faire cesser les crises, on leur serrait « le ventre avec des linges », et on tordait les linges au moyen d'un bâton ; on leur donnait aussi des coups de poings et des coups de pied « dans le bas-ventre ». Le fléau gagna les Pays-Bas et la Souabe.

Vers 1550, on signale l'épidémie dite des Nonnains, transmise par le mathématicien-médecin Cardan : la maladie débuta en Allemagne dans un couvent de Brandebourg, puis se répandit en Hollande et en Italie. En ce dernier pays, de 1680 à 1695, elle prit le nom de « tarentisme » à cause de la ressemblance des convulsionnaires avec les sujets piqués par la tarentule. Dans les couvents où l'hystérie se développa, les religieuses franchissaient les murs, couraient les champs, se livraient à des danses bizarres et frénétiques. Pendant leur état convulsif, elles souffraient tellement qu'elles se mordaient l'une l'autre. Elles faisaient à la fois des prédictions et des cabrioles. Elles grimpaient le long des murailles. Elles bêlaient comme des brebis. Elles tenaient par moments, des discours si savants qu'on pensait bien que tout cela ne pouvait être que diabolique, etc.

En 1550-1551, se place l'épidémie des religieuses du couvent d'Uvertet, dans le comté de Hoorn (Hollande). Les religieuses, dirigées par un prêtre exalté, n'avaient absorbé, pendant les cinquante jours de carême, que du jus de raves. Dans leurs contorsions, ces femmes, si pieuses auparavant, tenaient des discours licencieux et blasphématoires.

Citons encore : 1° l'épidémie d'hystérie des fameuses nonnains du couvent de Sainte-Brigitte (1550-1551), rapportée par Wier (médecin belge), laquelle commença par une jeune fille qui avait pris le voile à la suite d'une contrariété d'amour ; l'hystérie se communiqua à toute la communauté et dura environ dix ans ; le diable, disait-on, s'était emparé de leur corps ; 2° l'épidémie des filles d'un couvent de Kintorp, près de Strasbourg (1552), également rapportée par Wier ; l'attaque était annoncée par l'odeur infecte de l'haleine (!) ; 3° l'épidémie de jeunes filles juives d'un hôpital d'orphelins à Rome (1554) ; elles avaient adopté la religion catholique ; le diable, mécontent et ayant pénétré en elles, les tourmentait atrocement ; 4° l'épidémie des religieuses du couvent de Nazareth, à Cologne (1564) ; la plus grande débauche, dit Wier, régnait dans le monastère ; une jeune religieuse croyait dans ses attaques avoir des relations sexuelles avec le démon ; 5° l'épidémie des Enfants-Trouvés de l'hôpital d'Amsterdam (1566) ; ces filles et garçons faisaient toutes sortes de contorsions, de grimaces et avalaient tout ce qui leur tombait sous la main ; 6° l'épidémie des Ursulines d'Aix (1611) ; le directeur du couvent, convaincu d'avoir ensorcelé les religieuses, fut brûlé vif ; 7° l'épidémie des religieuses de Sainte-Brigitte, à Lille (1613) ; 8° l'épidémie des Ursulines de Loudun (1632-1634) ; de jeunes religieuses, qui s'ennuyaient de la « clôture », faisaient la nuit toutes sortes de tours à leurs vieilles compagnes et leur donnaient à croire aux apparitions du démon ; on fit des exorcismes ; quelques pensionnaires eurent des convulsions ; les troubles bientôt gagnèrent tout le couvent, et aussi les dames de la ville. Les convulsionnaires miaulaient, aboyaient. Le diable parlait dans leur corps et les assistants entendaient sa voix. Deux exorcistes fameux de l'époque y perdirent la raison ; 9° l'épidémie des religieuses de Sainte-Elisabeth, à Louviers (1642) ; 10° l'épidémie des religieuses d'Auxonne (1652-1662) ; 11° l'épidémie des femmes de Toulouse (1681) ; 12° l'épidémie des trembleurs des Cévennes (1700) ; elle frappa des paysans protestants persécutés ; les hommes et les femmes présentaient des convulsions, des extases, des tremblements ; pour eux, ces troubles étaient une faveur de la divinité et annonçaient la venue de l'Esprit-Saint ; 13° l'épidémie des convulsionnaires de Saint-Médard ; elle atteint son maximum en 1731. Elle illustre la querelle des Jésuites et des Jansénistes. Elle fut déterminée par la mort, en 1727, du diacre janséniste Pâris, modèle des vertus chrétiennes. Les premières convulsionnaires furent les filles qui priaient sur son tombeau dans le cimetière de Saint-Médard : en deux ans, il n'y en eut pas moins de sept à huit cents ; le cimetière fut fermé en 1732 ; des sociétés secrètes de convulsionnaires se constituèrent ; l'épidémie dura environ trente-cinq ans, etc.

Parmi les beaux cas d'hystérie avec convul-

sions et extases, nous croyons devoir citer spécialement ceux de Douceline, 1274, de Sainte-Thérèse d'Avila, 1561, de Marie de Mœrl et de Maria Dominica-Lazari, de Kaltern ou Caldaro sur l'Aidge, Tyrol, 1834, etc.

***

III. — La période de la Renaissance.

(XV^e et XVI^e siècles : 1453-1618).

Cette période de l'historique de l'hystérie va de 1453 (fin de l'ère catholique) au début du XVII^e siècle, exactement jusqu'en 1618, date de l'apparition du livre qui contient les observations de Charles Le Pois sur l'hystérie. Le premier auteur qui traita, lors de la Renaissance, de l'hystérie, semble avoir été Fernel (1554). Pendant près d'une siècle, — les lettres et les science venaient de revivre, — on se contentera d'étudier et d'admirer les auteurs de l'antiquité. Le culte qu'on a pour eux est profond ; en médecine chacun commente ou paraphrase Hippocrate et Galien. Petit à petit les critiques, les discussions s'ébauchent, et ainsi naissent les controverses entre solidistes, ou partisans d'Hippocrate, et humoristes, ou partisans de Galien ; toute la médecine, y compris l'hystérie, était interprétée suivant les tendances adoptées.

Relativement à l'hystérie, les discussions entre la théorie hippocratique et la théorie galénique se poursuivront bien au delà de 1618, mais les conceptions purement cérébrales et nerveuses de l'hystérie, bien que confuses, prendront une telle importance, jusqu'au milieu du XIX^e siècle, qu'une période nouvelle de l'hystérie sera réellement constituée et doit en conséquence être nettement séparée de la période de la Renaissance.

Fernel (1554), solidiste convaincu, passe pour un restaurateur d'esprit judicieux ; il affirme en se basant sur des démonstrations anatomiques (?) que, dans l'hystérie, l'utérus vient former une boule à l'épigastre et que maintes fois il a pu remettre l'organe en place, en l'abaissant avec la main. Il dit à peu près : « Galien avait établi que la matrice ne peut errer dans l'abdomen et encore moins remonter jusque dans la poitrine. Galien a commis une erreur ; dans plusieurs cas, j'ai senti cet organe remonter sous la main jusqu'à l'estomac ». Fernel, évidemment, s'il a perçu quelque chose, n'a pu percevoir que des spasmes gastriques ou intestinaux, les « espèces de boules » qui courent dans le ventre des hystériques (Hioppocrate).

Rudius (1558), élève de Fernel, professeur de médecine à Padoue, expose qu'il a tenu dans sa main la matrice remontée jusqu'au nombril, et qu'il a pu souvent la remettre en place. Il demande (?) pourquoi la matrice ne pourrait pas s'élever dans la cavité abdominale alors que dans les cas de prolapsus elle apparaît à la vulve. S'il existe des mouvements spontanés d'abaissement de l'utérus, pourquoi n'y aurait-il pas des mouvements d'élévation ?

Paré (1582) croit à l'influence des démons chez les convulsionnaires hystériques. Lorsqu'on lit les passages où il traite de cette question, on a le sentiment que notre grand chirurgien tenait beaucoup à ne pas passer en son temps pour un esprit fort. Reconnaissons qu'à cette époque, surtout sous Charles IX, qui inaugura les guerres de religion et ordonna le massacre de la Saint-Barthélemy, il ne faisait pas bon d'être entaché d'hérésie.

Houllier (1580), humoriste, adopte pour désigner l'hystérie, le mot « proefocatio » de préférence aux mots strangulation et suffocation ; il admet que les menstrues et la semence accumulées dans l'organe, se corrompent et déterminent des vapeurs qui sont cause des crises. Comme il remarque que, dans certains cas, ces deux sortes de liquides sont absents, il conclut que l'affection peut être occasionnée par une autre humeur « crasse et visqueuse ».

Mercuriali (1582), le grand érudit italien, se livre, à propos de l'hystérie, à des divisions scolastiques d'une rare subtilité, partant aussi obscures que possibles.

Foreest (1589), humoriste, attache la plus haute importance à l'engorgement utérin par le fluide séminal. Au point de vue thérapeutique, toute son activité était dirigée contre cette accumulation néfaste ; ardent partisan de la confrication vulvaire dans l'hystérie, il en vante les effets merveilleux.

Baillon (vers 1600), le célèbre médecin calviniste, emploie pour qualifier l'hystérie les dénominations habituelles ; esprit positif, il ne fait jouer aucun rôle aux causes surnaturelles dans l'apparition des crises. Ses ouvrages, malheureusement, ont paru longtemps après sa mort. Il croyait à l'heureuse influence du mariage.

Castro (1599), médecin portugais, admet que la rétention des menstrues et du sperme, est la cause de l'hystérie ; sa thérapeutique est plus réservée que celle de Foreest.

Sennert, médecin attardé aux vieilles conceptions (1630), doit être rattaché à cette troisième période de l'historique de l'hystérie. Il croit que les attaques de nerfs sont produites par une vapeur maligne, vénéneuse, originaire de l'utérus, ou encore du mésentère, du pancréas (?), car il savait que certaines filles, jeunes ou vieilles, n'avaient aucune sécrétion externe.

***

IV. — La période des théories cérébrales et nerveuses.

(1618-1863).

Cette quatrième période est celle des controverses sur le rôle du cerveau et des nerfs dans l'hystérie. Ces controverses vont rester longtemps confuses, contradictoires. D'une part, elles sont toujours plus ou moins influencées par les théories solidistes ou humoristes. D'autre part, un grand nombre d'auteurs n'abandonnent pas l'idée d'un rôle possible de l'utérus sur les nerfs et le cerveau. Ce n'est qu'au milieu du XIX[e] siècle qu'on verra disparaître totalement la conception utérine de la grande névrose.

Le Pois (1618), praticien de haut mérite, homme simple, passionné d'études scientifiques, qu'il commença à Paris et poursuivit en Italie, à Padoue, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, aurait été le premier à faire de l'hystérie une maladie de la tête, une maladie du cerveau. Pour lui, l'hystérie n'est certainement pas une affection qui dépend de l'utérus ; elle a des rapports étroits avec l'épilepsie, et comme l'épilepsie est une maladie cérébrale, l'hystérie doit en être une également. Il signale que l'hystérie existe chez l'homme comme chez la femme. Il pense que l'origine des nerfs, dans l'encéphale, est comprimée par de la sérosité épanchée dans les ventricules, et que c'est cette compression qui détermine la crise. De tendance humoriste, il déclare que cette sérosité est une matière âcre.

Willis (1660) considère l'hystérie comme une maladie de l'encéphale : ses études spéciales sur le système nerveux l'y conduisaient naturellement. Il attache une grande importance dans la production de l'hystérie « aux émotions morales, à la tristesse, au chagrin ». Il dit que les attaques proviennent d'une lésion du cerveau et d'une altération du système neveux. Les troubles abdominaux, phénomènes secondaires, croit-il, ne dépendent pas nécessairement de l'encéphale.

Sydenham (1680) considère que l'hystérie des femmes et l'hypocondrie des hommes sont une même maladie. Il décrit ainsi les désordres qu'elle cause dans le corps : « Quelquefois l'affection hystérique produit des convulsions horribles, et qui ressemblent à l'épilepsie. Le ventre et la poitrine se gonflent et gênent la respiration ; et la malade fait de si grands efforts que, quoi qu'elle ait d'ailleurs assez peu de forces, tous les assistants suffisent à peine pour la tenir. Durant ce temps-là, elle crie, sans prononcer de paroles distinctes et articulées, et elle se frappe la poitrine... ». D'autres fois, l'affection hystérique attaque la partie extérieure de la tête, entre le crâne et le péricrâne, et, demeurant fixée en un seul endroit de la largeur simplement d'un travers de doigt, elle y cause une douleur insupportable... C'est ce que j'appelle le clou hystérique.. ». Plus loin, il dit : « Or, quoique les femmes hystériques et les hommes hypocondriaques soient extrêmement malades de corps, ils le sont encore plus d'esprit, car ils désespèrent absolument de leur guérison ». Certainement, ici, Sydenham confond les hystériques avec les hypocondriaques vraies ou les asthéniques chroniques : la suite du texte, au reste, le démontre. Il fait cette importante remarque, le premier sans doute : l'affection hystérique « se montre encore sous une infinité de formes, et elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain ; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussi les symptômes qui sont propres à cette partie... ». Cela, il est vrai, peut encore se rapporter pour une part à l'hypocondrie. Sur l'étiologie, il dit notamment : « Les causes externes ou antécédentes de cette maladie sont des mouvements violents du corps et beaucoup plus souvent des agitations violentes de l'âme, produites subitement par la colère, le chagrin, la crainte ou par quel qu'autre passion semblable ». Et puis ceci, combien judicieux : « Ainsi, *quand les femmes me consultent sur quelque maladie* dont je ne saurais déterminer la nature par des signes ordinaires, *j'ai toujours grand soin de leur demander si le mal dont elles se plaignent ne les attaque pas principalement quand elles ont du chagrin*, ou que leur esprit est troublé par quel qu'autre passion. Si elles avouent que la chose est ainsi, alors je suis pleinement assuré que leur maladie est une affection hystérique, surtout si elles rendent en ce temps-là une grande quantité d'urine claire et limpide ». Physiopathologiquement, il attribue la maladie (hystérie-hypocondrie-vapeurs) au « désordre ou mouvement irrégulier des esprits animaux ». Comme Hippocrate et d'autres, il adaptait sa conception aux notions métaphysiques du temps. Il dit plus loin : « Dans cette occasion, les esprits s'étant accumulés dans le ventre, se jettent en foule et avec impétuosité sur les muscles du pharynx et du larynx, produisent des spasmes dans toute l'étendue qu'ils parcourent, et causent au ventre une enflure qui ressemble à une grosse boule... ». Cela rappelle les remarques hippocratiques.

Notons, d'un point de vue critique, que c'est dans Sydenham que l'on pourrait découvrir, semble-t-il, les relations possibles de l'hystérie avec la simulation et le mensonge. Cela, on le sait, est une erreur. Mais ce n'est pas une erreur de Sydenham, qui dit bien que l'hystérie imite d'autres maladies, mais non pas qu'elle les simule. L'hystérie, crises et séquelles, est autre chose que la simulation. La crise d'hystérie, les séquelles qu'elle laisse, complexes, étranges, sont des réalités ; elles ne sont pas feintes ; elles font penser en particulier à l'épilepsie, à des affections organiques variées, et une analyse minutieuse

permet toujours ou presque toujours de différencier les unes des autres.

Une erreur, dont Sydenham paraît être l'auteur, c'est la confusion de l'hystérie avec l'hypocondrie et surtout avec l'asthénie compliquée d'hypocondrie. On verra Charcot commettre la même confusion et vouloir faire rentrer dans l'hystérie l'asthénie chronique post-traumatique, ou névrose traumatique de son époque.

De Graaf (1672), l'anatomiste hollandais, est à citer ici à cause de sa découverte de la non-existence de la sécrétion spermatique ovarienne. Et cependant, pour que les auteurs cessent d'attribuer l'hystérie à la rétention du sperme féminin, il faudra encore des années.

Hoffmann (1730), de Halle, décrit l'hystérie comme une maladie spasmodique et convulsive du système nerveux ; la cause en est l'utérus, engorgé par le sang, la lymphe et le sperme.

Sauvages (1731) classe l'hystérie parmi les « maladies spasmodiques, parmi les spasmes cloniques universels » ; comme Sydenham, il la confond avec l'hypocondrie, avec l'asthénie chronique compliquée d'irritabilité. Cet auteur est maintes fois obscur. Le meilleur (?) passage de son traité sur ce point est peut être celui-ci : « Les symptômes sont si changeants et si variables, que d'une minute à l'autre, les pleurs, les ris, les éclats de rire, le délire, les convulsions, la fureur, l'assoupissement, l'obscurcissement de la vue, la berlue étincelante, succèdent tour à tour, et se dissipent par l'odeur de papier brûlé, ou par un écoulement abondant d'urine ». Parmi les principes de la maladie, il cite les passions, la colère, l'envie, la jalousie, l'amour, la haine, les procès, les chagrins ... »

Pomme (1760), qui était surtout un thérapeute et que Briquet soupçonne de spéculation considère l'hystérie, ou affection vaporeuse, comme une affection générale ou particulière du système nerveux qui en produit l'irritabilité et le raccornissement. »

Cullen (1772-1776), peut-être en raison de son système nosographique, insiste sur les relations de l'hystérie avec les troubles des voies digestives, en particulier avec les troubles de l'estomac.

Mesmer (1779), médecin allemand, qui étudia à Vienne et se fixa à Paris en 1778, remet en lumière la théorie du magnétisme animal, connue depuis la plus haute antiquité, pratiquée par les fakirs indiens et les prêtres égyptiens. Il prétendait guérir toutes les maladies nerveuses à l'aide du fameux « baquet » magnétique devenu historique. Son cabinet où défilait la bonne compagnie de Paris, était devenu une « salle de crises », car il disait que les révolutions dans le corps humain faisaient partie du traitement. Ses pratiques eurent une grande vogue. Une commission nommée par le Roi se montra défavorable à l'auteur. Il dut quitter Paris, qui l'assimilait à un jongleur, avec raison à peu près certainement.

Esquirol (1815) a fait cette assez juste remarque au sujet de la crise d'hystérie et de la crise d'épilepsie : « ..... Dans l'épilepsie les convulsions se concentrent et semblent se rapprocher de l'axe du tronc ; elles sont plus fortes d'un côté du corps ou dans un membre. Dans l'hystérie, les convulsions sont pour ainsi dire expansives, les membres s'étendent, se projettent au loin, se développent davantage ; les convulsions sont plus uniformes... ».

Louyer-Villermay (1815), médecin en son temps des demi-mondaines, moraliste singulier, fait de l'hystérie une maladie de l'utérus par accumulation dans l'organe du sang et du sperme féminin. Il considère l'affection comme une maladie de lubricité avec convulsions de forme cynique, et naturellement, croit-il, propre à la femme.

Georget (1821), élève d'Esquirol, esprit droit, clinicien de grande valeur, mort jeune, note dans l'hystérie, l'importance des causes morales, vives ou profondes, des contrariétés fréquemment renouvelées, du chagrin, de la frayeur; et conclut que la maladie provient non pas de l'utérus, mais d'une susceptibilité particulière du système nerveux. Il mentionne la boule ou le globe hystérique des auteurs (sentiment, d'un corps étranger qui monte de l'abdomen au gosier). La notion des boules hystériques est due à Hippocrate : nous n'avons pu retrouver qui, le premier, a le mieux précisé la sensation spasmodique de corps étranger allant de l'estomac au pharynx. Georget est, en tout cas, celui qui en donne la description la plus nette. Ajoutons que cet auteur dit très exactement qu'on est « beaucoup trop porté à croire que les véritables attaques sont feintes...; les malades sont vivement affligées de pareils soupçons, et leur mal en est aggravé... ».

Vers 1830, la Société Royale de Médecine de Bordeaux ouvre un concours sur l'hystérie et l'hypocondrie, mais les jeunes auteurs qui y participent, Brachet, Dubois, Gérard, ne pouvaient guère dans ce débat, sans courir le risque de ne pas être récompensés, apporter des idées nouvelles. Leurs travaux très consciencieux, sont dignes d'être parcourus.

Braid (1841), chirurgien anglais, publie son livre sur le sommeil nerveux et le mot d'hypnotisme qu'il crée aura un grand succès. Charcot, plus tard (1878), identifiera presque hypnotisme et hystérie, ce qui n'est pas exact.

Landouzy (1846), dans un ouvrage de concours encore (concours de l'Académie de médecine), estime que l'hystérie « consiste en une névrose de l'appareil générateur (?) de la femme ». Il met en doute l'existence de l'hystérie chez l'homme. Il admet la fréquence relative de l'hystérie « compliquée » d'épilepsie. Il croit qu'il existe des

« crises à symptômes hystériques et épileptiques réunis ». Il est possible que la notion fausse de l'hystéro-épilepsie date de cet auteur. La « boule hystérique »..., « constriction pharyngo-œsophagienne », est une expression courante à son époque. Il rapporte une observation précise de crises d'hystérie chez une malade ayant des crises d'épilepsie.

Briquet (1859), à notre sens, a écrit un ouvrage de premier ordre sur l'hystérie. Ce livre est d'un homme réfléchi, libre, expérimenté ; il est rempli de justes remarques. Ce n'est plus l'œuvre d'un candidat à quelque concours d'académie. Il avoue dans sa préface qu'il nétait pas préparé à l'étude d'une pareille question, mais avec quelle conscience, pendant dix ans, il l'a examinée ! Il a observé des faits, il a essayé de les comprendre. On voit bien qu'il n'en parle pas comme un amateur ou comme un simple érudit. Il considère l'hystérie comme une « névrose de l'encéphale ». Nous trouvons aujourd'hui que ces deux mots sont mal ensemble ; ils résument l'idée de l'auteur qui tenait à fixer le rôle essentiel que jouent dans la maladie le cerveau et les nerfs, et, par suite à écarter toute conception utérine.

Voici le résumé excellent qu'il donne des symptômes : « une sensibilité extrême du système nerveux ; des hyperesthésies diverses, au milieu desquelles dominent des douleurs à la région épigastrique, au côté gauche du thorax, et le long de la gouttière vertébrale gauche, des anesthésies intéressant principalement la peau, les muscles et les organes des sens ; des spasmes dont les plus communs sont une oppression à l'épigastre ; la sensation d'un globe montant de l'estomac à la gorge, et la strangulation ; enfin des convulsions qui débutent par de la constriction épigastrique qui s'accompagnent ordinairement de perte de connaissance, et qui se terminent par des pleurs et des sanglots ; symptômes qui sont tous sous l'influence directe des affections morales ». Et cet exemple qu'il rapporte n'est-il pas typique ? «... Une femme un peu impressionnable... éprouve une émotion brusque et vive ; à l'instant même cette femme a de la constriction à l'épigastre, elle ressent de l'oppression, son cœur bat, quelque chose lui monte à la gorge et l'étrangle ; enfin, elle ressent dans les membres un malaise qui les lui fait en quelque sorte tomber, ou bien elle éprouve une agitation, un besoin de mouvement qui lui fait en contracter les muscles ».

Il décrit longuement, mais confusément les causes de l'hystérie. La symptomatologie, le diagnostic sont bien étudiés. Il pense que l'hystérie peut se combiner avec l'épilepsie, mais que « le plus ordinairement, les deux ordres d'attaque sont distincts les uns des autres, et offrent chacun leurs traits caractéristiques ; elles constituent deux affections différentes qui marchent parallèlement chez le même individu ».

La prophylaxie est encore imprégnée quelque peu des tendances philosophiques, catholiques et rigoristes, bien que sa thérapeutique générale soit aussi appliquée et aussi appropriée que possible.

Le livre de Brachet, livre d'érudition, d'observation, de bon sens, marque une date dans l'histoire de l'hystérie. Il bat en brèche, et les théories hippocratiques ou solidistes et les théories humoristes ou galéniques. Il affirme la théorie cérébrale de l'affection ; cela n'était pas exact, mais c'était une sorte de clarté jetée dans des discussions qui étaient encore bien embrouillées.

Axenfeld (1861), médecin d'origine russe, naturalisé français et professeur à la Faculté de Paris, a traité de l'hystérie avec justesse et son nom mérite une place dans cet historique, près de Briquet et avant l'ère de Charcot.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les accidents de la dent de sagesse

M. J.-P. Tourneux.

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Il y a quelques jours entrait dans notre service, au nº 4 de la Salle St-Pierre, un homme âgé de 26 ans présentant une tuméfaction considérable de la joue gauche. Ce malade, qui avait toujours joui d'une excellente santé, avait commencé, depuis une huitaine de jours environ, à ressentir quelques douleurs dans la région postérieure du maxillaire inférieur gauche, douleurs qui allèrent s'accentuant petit à petit en même temps que survenaient du trismus, du gonflement de toute la région, de la céphalalgie et de la fièvre.

Vous avez pu vous rendre compte par vous-mêmes, qu'au moment de son entrée à l'hôpital, notre sujet pouvait à peine desserrer les dents, que toute sa joue gauche, depuis l'arcade zygomatique jusqu'au niveau du cou, était envahie par une tuméfaction ferme et douloureuse au toucher, surmontée d'une peau rouge violacée, et que par suite de la douleur, de la fièvre, de

la céphalalgie et du défaut de nutrition, son état général commençait à laisser à désirer.

En présence d'un semblable tableau clinique, le diagnostic ne pouvait guère présenter de difficultés et nous ne pouvions envisager qu'une seule hypothèse, celle d'accidents inflammatoires liés à l'éruption d'une dent de sagesse.

Par suite, le premier soin devait être de lutter contre l'infection : aussi fut-il prescrit au malade des lavages fréquents de la bouche avec une solution antiseptique en même temps que l'on procédait à des enveloppements chauds et humides de la région tuméfiée.

Ce traitement n'a pas tardé d'ailleurs à nous donner d'excellents résultats, car au bout de trois jours vous avez pu voir que le gonflement de la joue avait notablement diminué, que la fièvre et la céphalalgie avaient complètement disparu et qu'enfin le trismus avait lui aussi regressé en partie, puisque le malade pouvait commencer à mouvoir légèrement son maxillaire inférieur.

En lui faisant ouvrir la bouche le plus possible afin d'examiner le fond de son arcade dentaire, vous avez pu voir, en arrière de la deuxième molaire gauche, deux points blancs, durs et saillants correspondant aux cuspides antérieures de la troisième molaire qui était en train d'accomplir son éruption. Le reste de la dent était encore masqué par le capuchon fibro-muqueux, et lorsque avec l'extrémité d'une sonde cannelée, on appuyait sur lui, on voyait sourdre quelques gouttes de pus en même temps que l'on réveillait de la douleur.

Quelques-uns d'entre vous ont paru un peu surpris que, dès le premier jour, je n'aie pas cru devoir employer une thérapeutique plus active, plus chirurgicale en un mot, et que je me sois borné à de simples lavages de la bouche, alors qu'ils pensaient que j'allais soit inciser la région tuméfiée, soit essayer l'avulsion dentaire. Si je me suis contenté de parer aux accidents infectieux, tout en étant prêt à lutter plus activement en cas d'extension inflammatoire, c'est pour diverses raisons.

Tout d'abord, parce qu'il n'était nullement indiqué d'ouvrir une région seulement tuméfiée sans qu'il y ait de véritable collection purulente ; et ensuite parce que l'avulsion dentaire, déjà très difficile par suite du trismus, ne me paraissait nullement indiquée. En effet, en dehors de l'imprudence qu'il y aurait eu à enlever une dent en milieu septique, ce qui nous aurait peut-être occasionné les accidents si graves d'ostéomyélite du maxillaire dont je vous entretiendrai dans un moment, il n'était nullement prouvé que la dent de sagesse ne présenterait pas une éruption régulière et ne finirait pas par venir occuper la place qui lui est destinée.

C'est pourquoi, j'ai préféré attendre, et vous avez pu vous rendre compte que j'avais eu raison d'agir ainsi : puisqu'une bonne partie de la dent est déjà dégagée, il y a tout lieu de croire que par suite de la continuation du décollement et de l'ulcération du capuchon le reste de la dent finira par se faire jour également. Peut-être, sera-t-il nécessaire, à un moment donné, d'aider à ce dégagement par une résection du capuchon fibro-muqueux : c'est ce que je ne manquerai pas de faire, si j'observais un retard marqué dans le dégagement de la dent.

Quoi qu'il en soit, je veux profiter du séjour de ce malade dans notre service pour envisager aujourd'hui avec vous les différents accidents que l'on peut voir survenir au cours de l'éruption de la dent de sagesse.

Il s'agit là de complications connues depuis très longtemps déjà, puisque dès 1881, Urbain Heinard signalait les lésions de la bouche qui peuvent parfois accompagner l'apparition des dents de prudence ou de discrétion. Elles ont été étudiées par Hunter (1771), qui a vu les inflammations muqueuses, par Jourdain (1778) qui a entrevu les lésions d'ostéo-myélite et par Toirac qui leur consacra en 1826 une très importante monographie. Depuis cette époque, les observations et les travaux se sont multipliés ; je me bornerai à vous citer les noms de Chassaignac, de Forget, de Chevassu (1873), de Paul Broca, d'Heydenreich (1878), de Moty (1901) et enfin de Dieulafé et Herpin (1907).

Les accidents de la dent de sagesse sont très fréquents, et, d'après Cornudet, ils s'observeraient 73 fois sur 1.000 individus, mais il est bien évident que pour obtenir une proportion aussi considérable, il faut tenir compte des accidents les plus légers et les plus passagers. En réalité, les lésions graves, qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale, sont beaucoup plus rares.

Habituellement, c'est entre 20 et 27 ans que s'observent ces accidents, mais comme l'évolution de la dent de sagesse peut être retardée, on peut fort bien, comme l'a signalé Moty, voir les accidents inflammatoires ne survenir qu'à 30, 35 ans, ou même plus tard. Les accidents d'éruption, qui se voient deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme, appartiennent presque exclusivement aux dents de sagesse inférieures, ils sont en effet très rares au maxillaire supérieur, où ils n'atteindraient qu'un dixième des cas. D'après Reclus, ils seraient plus fréquents du côté gauche que du côté droit.

Pourquoi voit-on survenir au moment où se fait l'éruption de la troisième molaire des accidents infectieux portant soit sur les parties molles et la muqueuse gingivale, soit sur le maxillaire, et provenant de la pénétration des germes contenus dans la bouche ?

Certes, on a pu voir dans un certain nombre de

cas la sortie des deux premières molaires s'accompagner de gingivite ou d'ostéo-périostite, mais ces complications déjà peu fréquentes par elles-mêmes ne présentent jamais l'extension et la gravité du processus infectieux que l'on voit dans l'éruption de la dent de sagesse. Il faut donc qu'il y ait une condition prédisposante, qui n'est autre que la difficulté mécanique de l'éruption de cette dent due au manque de place.

L'espace destiné à loger la dent de sagesse sur le bord alvéolaire n'existe pour ainsi dire pas ua maxillaire inférieur lors de la sortie de la deuxième molaire ; il ne se crée que plus tard, un peu par résorption du bord antérieur de la branche montante, et surtout par accroissement de la mâchoire.

La région fertile, analogue physiologiquement au bulbe des os longs, chargée d'assurer la croissance du maxillaire inférieur, occupe la partie angulaire de cet os et se trouve vers la 15e année un peu en arrière de la seconde molaire. A partir de cette époque, le développement du maxillaire devient tout à tait irrégulier, ce qui fait que, dans un certain nombre de cas, l'espace nécessaire pour la dent de sagesse sera insuffisant, ou même manquera totalement. Il en résultera alors, soit une impossibilité complète d'éruption avec inclusion dans le maxillaire, soit une éruption ectopique ou incomplète en position oblique.

Au moment où la troisième molaire va apparaître, on trouve donc des différences individuelles considérables dans la place dont la dent peut disposer, et qui tiennent à ce que la diminution de largeur de la portion alvéolaire du maxillaire inférieur semble marcher de pair avec le perfectionnement de la race.

Dans les races préhistoriques et dans les races dites inférieures (Nègres, Néocalédoniens) où le prognatisme est un caractère constant, il existe un grand espace libre entre la deuxième molaire et le bord antérieur de la branche montante du maxillaire : au contraire, la longueur du rebord alvéolaire diminue dans les races européennes.

Ces faits expliquent que les accidents de la dent de sagesse ne s'observent qu'exceptionnellement dans les races inférieures, où la troisième molaire possède tout l'espace qui lui est nécessaire pour évoluer normalement, alors qu'ils sont infiniment plus fréquents dans les races supérieures, où l'espace indispensable manque totalement, ou encore est complètement insuffisant.

L'association des deux facteurs, infection et difficultés d'éruption explique toute la pathogénie des accidents de la dent de sagesse.

La dent demeurée dans le maxillaire provoque autour d'elle des réactions d'ostéomyélite à forme hypertrophiante : l'os est très épaissi, mais il est spongieux et fragile. Comme dans ce cas, il n'y a pas de porte ouverte à l'infection, il faut admettre qu'au moment où le germe dentaire inclus se développe, il représente un bulbe osseux où une infection transmise par la voie circulatoire se fixera avec prédilection. Il s'agit alors là d'un mécanisme analogue à celui qui, dans les ostéomyélites, frappe le bulbe des os longs des adolescents.

Lorsque la dent de sagesse sort en position ectopique, sur la face externe ou sur la face interne du maxillaire, la muqueuse qui recouvre ces deux faces ne se comporte pas comme la gencive lors de l'éruption régulière. Au lieu de s'amincir progressivement et de se résorber, elle s'ulcère, et au contact du milieu septique qu'est la bouche, cette ulcération peut être le point de départ d'infections qui se propagent à toute la région. J'ajouterai encore que la dent, au niveau de la face externe de la branche montante, peut aussi perforer les téguments et créer ainsi une nouvelle porte d'entrée pour l'infection.

Si l'éruption de la dent de sagesse se produit incomplètement en position oblique, les accidents infectieux sont entraînés par les phénomènes de rétention septique, qui résultent du décollement du capuchon et de la formation du cul-de-sac gingival de la deuxième molaire, qui ne s'excluent pas l'un l'autre, et qui peuvent agir isolément oú simultanément.

Redier et Cornudet ont montré que la dent, avant de paraître à l'extérieur soulève la fibromuqueuse et tend à s'en coiffer. Parsuite de l'insuffisance de l'espace la partie antérieure de la couronne est en contact avec la gencive, la partie postérieure est recouverte par le périoste et la muqueuse tapissant la branche montante. La portion gingivale se résorbe, mais la fibro-muqueuse résiste, car elle est épaisse et non adoptée au processus de résorption. Il en résulte qu'elle se laisse soulever en formant une sorte de capuchon fibromuqueux décollé de l'os, qui constitue un cul-de sac ou clapier dans lequel les détritus alimentaires ne tardent pas à s'infecter au contact du milieu buccal septique. Il se forme du pus qui stagne et le processus inflammatoire peut gagner le tissu cellulaire ainsi que le tissu osseux.

Quant au cul-de-sac qui cerne en arrière la deuxième molaire, il se trouve limité en avant par cette dent et en arrière par la gencive. Lorsque cette dernière est soulevée par la troisième molaire poussant obliquement en avant, la couronne, encore recouverte, vient buter par suite du manque de place, contre la deuxième molaire à la partie supérieure du cul-de-sac et la transforme en une cavité, où les microbes, provenant du milieu buccal, acquièrent une virulence considérable. Puis, par suite de la poussée en avant de l'angle inférieur de la couronne, la gencive ne tarde pas à être perforée, et le contenu septique de la cavité close se déverse dans les tissus adjuvants, occasionnant alors les phénomènes infectieux qui viennent compliquer *l'évolution normale.*

L'éruption de la dent de sagesse se fait lentement, s'effectue par poussées successives ; elle s'accompagne d'une façon constante de gingivite, et l'on observe que le capuchon fibro-muqueux, érodé peu à peu par la suppuration, recule dégageant de plus en plus la couronne. Lorsqu'elle est complètement découverte les accidents cessent en général pour ne plus se reproduire.

C'est au cours de la suppuration des parties molles recouvrant la dent, qui constitue la forme ordinaire de l'évolution, que l'infection peut se propager et créer une série de complications qu'il est classique de diviser en trois groupes, accidents muqueux, accidents osseux et accidents nerveux.

Les accidents muqueux sont les plus fréquents : on observe en premier lieu de la constriction des machoires due à de la contraction spasmodique des masticateurs, trismus léger, qui cède, comme dans notre cas, après la détente des phénomènes aigus. Plus rarement, il s'agit d'une propagation de l'infection par le tissu cellulaire : la myosite des masticateurs détermine d'abord leur contracture puis leur rétraction et quand les accidents initiaux ont cessé, la constriction persiste, elle est devenue permanente.

En même temps, évoluent d'autres lésions au niveau des amygdales ou de la surface de la bouche, sous forme d'angines à répétition ou de stomatite ulcéro-membraneuse, la plupart du temps sans grande gravité, mais qui, dans certains cas, peuvent être le point de départ de propagations lymphatiques, déterminant des lymphangites sous-mentales, sous-maxillaires, carotidiennes, ainsi que des adénites et des adénophlegmons sous-maxillaires, angulo-maxillaires, sous-mentaux. Plus souvent, l'infection se propage autour des troncs lymphatiques et gagne le tissu cellulaire où elle diffuse rapidement.

Généralement, ces cellulites sont bénignes, et constituent la simple fluxion dentaire dont vous avez eu un fort bel exemple sous les yeux ; mais parfois, elles sont dues à une infection grave et peuvent s'accompagner de phénomènes de septicémie extrêmement redoutables. C'est l'angine de Ludwig ou phlegmon gangréneux du plancher de la bouche que l'on voit apparaître : plus rarement, la cellulite s'observe dans les régions sous-maxillaire, péri-hyoïdienne, latéro-pharyngienne, ou pharyngo-laryngienne.

Ces cellulites la plupart du temps n'aboutissent pas à la suppuration, et on ne trouve qu'une tuméfaction infiltrée de sérosité roussâtre contenant à peine un peu de pus mal lié. Ce sont les phénomènes de septicémie qui dominent tout et bien souvent, le malade succombe sans élévation de température, en conservant son intelligence jusqu'au dernier moment. Parfois l'infection buccale peut gagner les veines du voisinage et déterminer une thrombo-phlébite de la veine faciale, des veines anastomotiques ptérygo-orbitaires, ou des plexus ptérygoïdiens se propageant aux sinus craniens.

Enfin, par suite de la déglutition avec la salive des produits toxiques provenant des différentes lésions ulcéreuses et suppuratives de la bouche, il peut résulter un état de fatigue, de pâleur et d'amaigrissement que Chassaignac appelait *cachexie buccale* et auquel Lejars a donné le nom de *cachexie dentaire.*

Les accidents osseux sont aussi très fréquents, et se voient surtout dans les cas de carie précoce de la dent de sagesse ; ils débutent comme une périodontite suppurée, mais présentent d'emblée une intensité toute spéciale. La suppuration s'étend rapidement, décollant le périoste et venant pointer vers l'angle de la mâchoire, ou bien se propageant le long du canal dentaire pour venir aboutir à l'épine de Spyx d'où elle peut diffuser autour du pharynx.

Cette ostéopériostite suppurée s'accompagne de douleurs violentes et de tuméfaction du maxillaire : ces phénomènes aigus diminuent quand la collection purulente s'est ouverte, mais on observe assez fréquemment des nécroses du bord alvéolaire ainsi que du corps et de l'angle de l'os. Souvent, on voit persister des fistules jusqu'à l'ablation de la dent et l'élimination complète des séquestres.

On a groupé sous le nom d'accidents nerveux des faits assez disparates, et dont les rapports avec l'évolution de la dent de sagesse paraissent pour certains assez éloignés. Dans un premier ordre de faits, il s'agit de phénomènes manifestement en corrélation avec les lésions infectieuses : c'est le cas des trismus, dont je vous ai déjà parlé, c'est également le cas de l'anesthésie dans le territoire du nerf dentaire inférieur (signe de Vincent), qui est dû à la compression, à l'irritation ou à l'infection du tissu nerveux dans le canal dentaire.

Dans un deuxième groupe, on a rangé toute une série de manifestations qui seraient dues à un réflexe, dont le point de départ consisterait dans une lésion du nerf dentaire. C'est ainsi que l'on a cru pouvoir rapprocher les névralgies du trijumeau s'irradiant vers l'orbite et les maxillaires, et les paralysies faciales que l'on observe encore assez souvent, d'accidents tout à fait exceptionnels comme les troubles de la vue et de l'ouïe, la paralysie brachiale, les convulsions épileptiformes, la chorée, l'hystérie et la folie.

Il est bien difficile de rattacher d'une façon précise ces dernières manifestations nerveuses à l'éruption de la dent de sagesse, et nombre d'entre elles doivent probablement être de nature hystérique : pourtant comme on les a vu disparaître à la suite de l'avulsion dentaire, on

admet qu'elles se trouvent sous la dépendance de l'évolution de la troisième molaire.

Certains auteurs, comme Bourdet, Magitot, Roy, Desprès, ont proposé, afin d'éviter la production des accidents, d'enlever préventivement une molaire sur les maxillaires qui paraissaient trop courts, dans le but de créer la place suffisante pour la dent de sagesse. Les résultats de cette extraction qui a porté sur la première ou sur la deuxième grosse molaire n'ont pas été certains, et l'on a vu évoluer les accidents malgré l'avulsion dentaire préventive. Il ne semble donc pas qu'un pareil sacrifice soit à conseiller, sauf dans le cas où l'une des grosses molaires serait atteinte de carie.

Lorsque les accidents muqueux auront éclaté, il faudra faire procéder à des lavages de bouche fréquemment renouvelés : puis, la crise passée, on pratiquera la résection du capuchon fibromuqueux, si sa destruction spontanée est trop lente à se faire.

Si le dégagement de la dent paraît impossible, ou si elle est cariée, il faudra faire son extraction parfois très difficile par suite du trismus, ce qui souvent nécessite l'anesthésie générale et parfois l'avulsion préalable de la deuxième molaire que l'on doit alors tenter de réimplanter.

En présence d'abcès, d'ostéo-myélite et de fistules dentaires, il faudra intervenir activement, en enlevant la dent, en curettant les foyers et en pratiquant l'ablation des séquestres osseux.

Enfin, si la dent apparaissait à une place anormale, il faudrait l'enlever de suite, et il conviendrait d'agir de même en cas d'inclusion dans le maxillaire que l'on trépanerait alors au ciseau et à la gouge.

Assurément, dans la plupart des cas, l'évolution de la dent de sagesse ne s'accompagne pas de ces accidents graves que je vous ai signalés, et le plus souvent, l'éruption de la troisième molaire ne présentera que des accidents légers et bénins que vous vous bornerez à surveiller attentivement. Il importe cependant que vous connaissiez bien les complications redoutables, qui peuvent parfois survenir, afin de ne pas vous laisser surprendre, et c'est pour cette raison que j'y ai si longtemps insisté.

LE CHLORHYDRATE DE CHOLINE DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES EXTERNES

Par MM. AIMES, H. ESTOR (Montpellier) et B. TODOROVITCH (de Belgrade).

La cholestérine, par son groupe hydroxyle, possède des propriétés antitoxiques et antihémolytiques. MM. Chauffard, Richet fils et Grigaut ont montré, en 1911, que chez les tuberculeux apyrétiques le taux de la cholestérinémie reste normal, tandis que chez les tuberculeux fébriles, il est abaissé et cela d'autant plus que l'état général est plus mauvais ou la fièvre plus élevée (F. Barbary.)

Aussi, M. Barbary a-t-il associé la cholestérine au cinnamate de benzyle dans le cinnozyl.

MM. J. Carle et F. Leuret ont recherché si la résistance à la tuberculose est fonction, chez l'homme, d'un état chimique déterminé du milieu sanguin et ils ont montré (*Académie de médecine*, fév. 1930) que c'est dans l'équilibre du rapport :

$$\frac{\text{glycémie}}{\text{cholestérolémie}}$$

qu'il faut rechercher les conditions de cette résistance. Le fléchissement du taux de la cholestérine s'accompagne d'une aggravation de la tuberculose.

Lorsque la tuberculose montre une tendance spontanée à la guérison, le taux de la cholestérine du sang se relève.

Pour augmenter le taux du cholestérol sanguin sans modifier la glycémie, les auteurs proposent le chlorhydrate de choline, en injection sous-cutanée, à la dose de deux centigrammes, tous les deux jours ; le traitement doit être continué jusqu'à la guérison.

Les observations de MM. Carle et Leuret, de MM. Leuret et Pery (*J. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1930), sont très favorables puisqu'ils notent près de 30 % de guérisons cliniques et de nombreuses améliorations.

L'injection peut être faite chez les tuberculeux hémoptoïques et dans les cas avancés. Elle est inoffensive et ceci est très important à signaler, car la plupart des médications antibacillaires provoquent des réactions focales ou générales qui contre-indiquent leur emploi dans un grand nombre de cas et, plus particulièrement, dans les cas graves qui exigent, au contraire, une thérapeutique plus active.

Evidemment, il est plus sage de recourir au chlorhydrate de choline aussi précocement que possible ; les résultats sont meilleurs et aussi plus rapides, l'organisme ayant conservé encore sa puissance défensive.

L'association du traitement général classique est, bien entendu, à recommander : cure héliomarine ; alimentation riche en cholestérine et en lécithine : œufs, cervelles, etc., lait et végétaux qui, par la phytostérine, peuvent être une source d'hypercholestérolémie. On ajoutera un

gramme cinquante par jour de glycérophosphate de chaux.

Les abcès froids présentent, au début du traitement, une poussée congestive, avec tension douloureuse ; ils s'ouvrent spontanément à l'extérieur si on ne les ponctionne pas et il s'écoule par l'orifice de fistulisation, un pus fluide, homogène, sans grumeaux, couleur chocolat clair.

L'examen cytobactériologique ne montre pas d'éléments cellulaires reconnaissables, ni de microbes et l'inoculation au cobaye ne le tuberculise pas ; le pus est devenu inactif.

La cicatrisation de l'orifice d'évacuation serait très rapide, elle se ferait en 15 ou 50 jours au maximum, sans aucun traitement local et quels que soient l'état et l'âge du sujet.

Les plaies tuberculeuses, les adénopathies seraient guéries dans des conditions identiques.

Nous traitons, depuis plusieurs mois, un nombre important de malades par la Biocholine (1).

Nous avons choisi des cas très dissemblables : maux de Pott, coxalgies, adénopathies diverses, tumeurs blanches du genou ; nous avons traité des jeunes et des adultes, des cas de début et des formes graves, avancées ; des formes fébriles et des cas apyrétiques.

Nous n'avons observé aucun incident au cours du traitement de nos malades, même dans des cas avec grave altération de l'état général.

Tous les cas traités ont retiré un bénéfice de la médication et l'action sur l'état général a été presque toujours manifeste.

Dans un cas fébrile, la température est tombée après la sixième injection ; on peut dire qu'il s'agit d'une coïncidence, mais la fièvre persistait depuis un an.

Chez une jeune fille de 22 ans, convalescente de de mal de Pott, un amaigrissement avec perte de forces apparu depuis deux mois a régressé sous l'influence des injections et la sensation de fatigue a disparu.

Une augmentation de poids a été notée dans la plupart des cas traités ; trois fois elle a été notable et une jeune fille de 21 ans a gagné deux kilogs six cents grammes après la quinzième piqûre. Il s'agissait d'un cas avec altération de l'état général, température discrète le soir, perte des forces, perte de l'appétit, douleurs lombaires. Tous les symptômes ont disparu et la malade a pu travailler après quinze injections. Elle avait cessé tout travail depuis quatre mois.

Localement, il faut l'épreuve du temps pour juger une méthode s'adressant à des tuberculoses externes. Nous n'apporterons pas de résultat définitif en ce qui concerne les lésions osseuses ou articulaires, mais l'action sur les lésions superficielles paraît nette ; les ulcérations tuberculeuses et les fistules sont améliorées et, dans un cas, la cicatrisation a été très nettement influencée dès la sixième injection, un abcès fistulisé (coxalgie ancienne) a vu la sécrétion du pus remplacée par une sérosité jaunâtre et l'orifice fistuleux entouré de téguments altérés violacés, est devenu rouge, avec bourgeons charnus de bon aspect.

D'après les résultats observés à l'heure actuelle, nous pouvons dire que le chlorhydrate de choline, sans avoir d'effet spécifique, modifie heureusement le terrain et possède une action manifeste sur l'état général ; son action locale paraît favorable, mais le médicament doit être utilisé pendans un temps très long, sans interruption, pour modifier les lésions profondes ostéo-articulaires. Il peut sans inconvénient être associé à d'autres thérapeutiques ; nous l'utilisons par exemple, avec le vaccin de Vaudremer, l'extrait splénique, la méthode de Finikoff, etc. Il mérite d'être employé largement à cause de sa facilité d'application et de son innocuité même dans les formes graves dans lesquelles nous sommes souvent désarmés.

(1) Il existe plusieurs formes de chlorhydrate de choline spécialisées : Biocholine de Robert et Carrière, Choline Roche, Hormocline de Lematte et Boinot.

LA THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Soignons les yeux des bébés.

D'après le Dr Prosper Veil (1).

Dès la naissance de l'enfant, il faut nous efforcer de prévenir les ophtalmies ; celle qui est le plus à redouter à ce moment, c'est l'ophtalmie blennorragique. Sachons que son apparition n'est pas empêchée par l'instillation, entre les paupières du nouveau-né, de jus de citron.

Le seul traitement préventif efficace consiste à employer la solution de nitrate d'argent à un pour cent, dont l'instillation est inoffensive.

En cas d'insuccès, le deuxième ou le troisième jour après la naissance apparaît l'**ophtalmie purulente gonococcique**. Un examen microscopique du pus sur lame s'impose pour confirmer la présence de ce germe spécifique (diplocoques intra ou extra-cellulaires ne prenant pas le gram).

Le diagnostic établi, est un pronostic réservé qui doit être porté, car les complications cornéennes, relativement fréquentes, sont des plus redoutables.

C'est dans les cas les plus nombreux une *conjonctivite* blennorragique ; l'atteinte est plus souvent unilatérale que bilatérale. Au début, il y a un léger œdème des paupières et une sécrétion jaunâtre peu abondante. Rapidement ensuite, les paupières rouges s'œdématient davantage, se laissent difficilement écarter, et un pus abondant s'écoule de façon presque continue.

Au bout de 3 à 4 semaines, ou plus, les symptômes diminuent sous l'influence de la thérapeutique ; l'enfant ouvre peu à peu les yeux, puis la suppuration tarit complètement.

Le traitement consiste en lavages fréquents pour empêcher la stagnation du pus ; on emploie par exemple, une solution aqueuse stérilisée de permanganate de potasse à un pour 8.000, ou de cyanure de mercure à un pour 10.000 Les lavages se font au ballon laveur, ou avec un petit tube en verre adapté à un bock. Ils sont pratiqués avec douceur, sans aucune pression, de façon à ne pas traumatiser la cornée ; il n'est pas nécessaire qu'ils soient abondants ; mais ils doivent être répétés toutes les deux ou trois heures, ou même plus souvent, si le pus se renouvelle. Ce traitement exige la présence permanente d'une personne expérimentée. En plus, aux lavages on associe matin et soir des instillations d'un collyre de nitrate d'argent à un pour cent ; une goutte est déposée sur les conjonctives palpébrales, qui s'ectropionnent, quand on ouvre les yeux du malade. Cette manœuvre doit être faite avec douceur, sans appuyer sur le globe ; on la répète matin et soir tant que la suppuration est abondante, puis, une fois par jour, quand le pus diminue. Les larmes suffisent par leur chlorure de sodium à neutraliser le nitrate d'argent.

Cette thérapeutique locale est de première importance ; elle doit être précoce et continuée, même si des complications cornéennes surviennent : on peut y adjoindre un traitement général : vaccin antigonococcique, injections de lait.

Les *ulcérations cornéennes* peuvent survenir au cours de la conjonctivite blennorragique aussi faut-il surveiller attentivement la cornée dès la première ou la deuxième semaine de la maladie, en écartant les paupières avec les doigts, l'enfant étant au préalable convenablement immobilisé.

On sait que les complications cornéennes sont relativement fréquentes, et peuvent entraîner un abaissement marqué de l'acuité visuelle, voire même la cécité par taie centrale ou perforation du globe oculaire. Elles se rencontrent plus souvent chez les débiles et les prématurés.

Contre ces ulcérations, on prescrira des pommades antiseptiques (iodoforme, etc.), des collyres à l'argyrol, des instillations d'atropine ou d'ésérine afin d'éviter les enclavements iriens en cas de perforation.

Les conjonctivites purulentes non gonococciques apparaissent plus tardivement, après le 4e jour ; elles sont dues au pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, etc. Leur diagnostic est fait par la bactériologie ; leur gravité est moins grande. On les traite par les lavages, les instillations (de nitrate d'argent à 1 p. 100, ou de sulfate de zinc à 2 p. 100 dans les formes légères). Elles guérissent sans séquelles.

G. F.

(1) Dr Prosper Veil. — L'ophtalmie du nouveau-né (conjonctivite purulente). (*Journal des Praticiens*, 29 novembre 1930).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le microbisme vaginal en fonction de l'acide lactique.

Le milieu vaginal a été longtemps considéré comme normalement alcalin, l'acidité étant fonction d'un état morbide latent ou avéré, et en tous cas funeste pour la vitalité des spermatozoïdes, et partant facteur de stérilité.

Or, de récents travaux d'auteurs allemands, polonais, français parmi lesquels M. Dumesnil, semblent établir au contraire la suprématie de l'acidité des sécrétions vaginales, douée d'une action microbicide énergique.

Bien plus, ces auteurs précisent que cette acidité est due à la présence de l'acide lactique, provenant de la réduction, par un ferment local, du glycogène d'un épithélium en voie de desquamation permanente.

Le microbisme vaginal est d'une richesse inouïe. Aérobies et anaérobies s'en donnent à cœur joie et prolifèrent à l'envie, heureusement inoffensifs le plus généralement, et à l'état de saprophytes. Des circonstances exceptionnelles, tels le post partum, le post abortum, les traumas divers de la muqueuse vaginale, rendraient ces germes offensifs, et il semble bien que l'acide lactique interviendrait pour limiter et enrayer les dégâts qu'ils pourraient commettre.

D'où cette conclusion pratique que, au lieu de prescrire les alcalins en injections vaginales, il conviendrait d'utiliser cet acide lactique.

Indication qui n'est pratiquement réalisable que si l'on utilise les ovules dans lesquels Bottu a ingénieusement inclus précisément cet acide lactique dont il a renforcé l'action en y joignant les composants bien connus du Néol, générateurs comme l'on sait d'oxygène naissant.

Tels sont donc les ovunéols, destinés à prendre place désormais dans l'armement gynécologique du praticien.

Les corps étrangers de l'oreille en clientèle.

Par lui-même, un corps étranger de l'oreille est rarement dangereux. Ce qui est dangereux, c'est les tentations d'extraction, faites à l'aveugle, sans miroir, au moyen d'instruments de fortune, par des mains inexpertes. Ainsi s'exprime fort judicieusement le Dr E. Feldstein ; puis, il rappelle quels sont les dangers de ces manœuvres intempestives : otite externe traumatique, refoulement vers la profondeur du corps étranger, difficultés ultérieures pour l'extraction.

Dans la grande majorité des cas, l'extraction d'un corps étranger de l'oreille est une chose simple, pourvu que l'on observe certaines règles.

Avant tout, il convient de « reconnaître » ce corps étranger, en se méfiant des renseignements fournis par le malade. Aidé d'un bon éclairage et d'un spéculum d'oreille, on repère donc le siège du corps étranger, et l'on note sa nature et son volume. Mieux vaut ne pas se servir d'un stylet, sauf si le corps étranger est inaccessible à la vue.

Le corps étranger reconnu, on prépare l'extraction : selon les circonstances, instillation d'huile, bain d'alcool (graine à rétracter), bain d'éther (insecte à tuer), etc.

L'extraction est alors pratiquée : *a*) par un lavage d'oreille sous pression, à la seringue, en dirigeant le jet obliquement, pour ne pas repousser le corps étranger. Faire plusieurs tentatives successives. En cas d'otite moyenne suppurée, se presser pour éviter la rétention purulente. En cas d'otite externe, remettre au contraire à quelques jours.

b) Par l'extraction instrumentale, sous anesthésie générale, quand le précédent procédé a échoué. Agir avec douceur et doigté, avec, suivant les circonstances, crochet mousse ou coudé, crochet piquant ou double, levier simple ou articulé, pince articulée à griffes.

c) Par un procédé chirurgical, par voie externe, rétro-auriculaire, si on a échoué par les voies naturelles. En passant par le sillon rétro-auriculaire on décolle le conduit membraneux, sauf à la partie antérieure ; on incise sa paroi postérieure, et par cette brèche, on pratique l'extraction. C'est là une intervention simple et certainement moins dangereuse pour le patient que des essais répétés et maladroits d'extraction instrumentale. Il suffit d'attendre pour la pratiquer, qu'il n'y ait plus d'otite externe. (*Journal des Praticiens*, 26 novembre 1930.)

Un type bien défini de tumeurs intra-craniennes : les tumeurs supra-sellaires.

Le Dr T. de Martel décrit dans leurs grandes lignes, le diagnostic et le traitement des tumeurs supra-sellaires, qui sont faciles à reconnaître, et dont l'ablation est bien réglée, peu dangereuse, et donne dans un grand nombre de cas de beaux résultats.

Ces tumeurs prennent naissance au niveau de la selle turcique ; elles se développent en haut vers la cavité cranienne ; elles chargent ainsi sur leur dos le schiasma des nerfs optiques, le compri-

ment et provoquent par ce mécanisme un syndrome toujours le même, qui est constitué schématiquement : par une hémianopsie bitemporale, par une atrophie optique primitive, et par l'absence de déformation de la selle turcique.

Un sujet d'âge moyen s'aperçoit que sa vue baisse surtout d'un côté ; il se met à porter des verres sans en tirer de bénéfice jusqu'au jour où, inquiet des troubles de la vue, qui s'aggravent progressivement, il consulte un ophtalmologiste. Souvent ce dernier ne trouve pas à ce moment de changement du fond de l'œil, et, s'il ne fait pas de périmétrie; il laisse passer la lésion sans la soupçonner. On ne fait généralement pas le diagnostic et le malade finit par perdre la vue, et parfois aussi la vie, après avoir été étiqueté sous n'importe quelle désignation, et avoir, bien entendu, subi un traitement radiothérapique.

Si l'ophtalmologiste, cependant, fait un exament soigné et averti, il trouve un rétrécissement bitemporal du champ visuel, et souvent une hémianopsie bitemporale tout à fait définie. Il est frappé par la diminution de l'acuité visuelle, avec peu de changement du fond de l'œil, sauf une pâleur parfois très légère de l'une des deux papilles, ou une pâleur atrophique des papilles. Une radiographie de profil montre une selle turcique tout à fait normale ; une radiographie stéréoscopique fait voir un tubercule de la selle plus gros et plus dense que normalement : le diagnostic de méningiome supra-sellaire s'impose.

Les adénomes supra-sellaires donnent une symptomatologie analogue à celle du méningiome ; mais les déformations de la selle turcique y sont plus fréquentes.

Enfin, les kystes congénitaux du canal craniopharyngé, ou poches de Rathke, souvent intrasellaires, peuvent aussi être supra-sellaires, ou les deux à la fois. Leur paroi est presque toujours le siège de dépôts calcaires, ce qui permet de les distinguer des deux autres tumeurs. Ces kystes congénitaux sont beaucoup plus communs qu'on ne le croit ; quand ils sont suprasellaires, le syndrome chiasmatique domine la scène.

Le traitement des tumeurs supra-sellaires consiste à les aborder (par le volet transfrontal) et à les traiter par l'ablation. Le résultat thérapeutique est surtout remarquable pour les méningiomes et les adénomes suprasellaires ; pour les poches de Rathke, il est moins favorable.

En tous cas, la mortalité des interventions pour tumeurs supra-sellaires est très faible ; il s'agit là d'une intervention bénigne. (*La Presse médicale*, 5 avril 1930.)

Tumeur intraventriculaire droite comprimant les tubercules quadrijumeaux. Ablation d'une très grande partie, guérison.

L'observation détaillée, que rapportent MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech, semble unique dans la littérature française, en tant que tumeur comprimant les tubercules quadrijumeaux, reconnue pendant la vie, opérée et guérie.

Les difficultés de diagnostic venaient de ce que la malade était aveugle ; de ce que sa surdité fut d'abord mal interprétée ; de ce que les auteurs n'avaient pas encore observé de ventriculogramme ayant cet aspect. La surdité avait été mal observée, parce qu'il existait une otite droite, et qu'il ne fut pas tenu compte d'abord de la surdité gauche, qui ne s'accompagnait d'aucun signe objectif. Ce n'est que lors d'une observation plus prolongée que l'on comprit la signification de cette surdité variable, qui ne s'accompagnait pas de perturbation nette du réflexe calorique. L'étude histologique montra qu'il s'agissait d'un gliome. (*Revue neurologique*, avril 1930.)

Importance du chlorure de calcium en pathologie digestive

Après avoir rappelé le grand nombre des applications du chlorure de calcium en pathologie digestive, les unes relevant d'une action directe, les autres, les plus nombreuses, d'une action indirecte par l'intermédiaire des propriétés d'ordre général qu'il possède, M. G. Faroy, médecin de l'Hôpital Beaujon, précise que ce sel cristallisé doit être prescrit en solution en raison de sa déliquescence, ou mieux sous la forme de chloro-calcion.

Action hémostatique. — Le $CaCl^2$ favorise la coagulation sanguine, la présence de sels de chaux étant un des éléments indispensables à la naissance de la thrombine, diastase active de la coagulation. A la dose de 3 à 4 gr. par jour, il est formellement indiqué dans les hémorragies par rupture de varices œsophagiennes ou gastriques ; dans les gastrorragies des gastrites d'origine ulcéreuse ou cancéreuse, ou apparues au cours des états hémorragipares ; dans les hémorragies d'origine intestinale (ulcère du duodénum, duodénite, colites hémorragiques, diverticulose intestinale, hémorroïdes, fièvre typhoïde, dysenteries), Son action est double : locale, elle favorise la formation d'un caillot au niveau des points qui saignent ; générale, elle augmente le pouvoir de coagulation de la masse sanguine totale.

Le $CaCl^2$ est prescrit aussi sous forme de grands lavements chauds contre les hémorragies gastriques, ou de petits lavements en cas d'hémorragies intestinales, ou en pansements mucilagineux dans la colite ulcéro-hémorragique. Moins souvent il peut être administré en injection intraveineuse.

Action sur la coagulation du lait. — Il facilite la coagulation du lait ; mais cette propriété de faciliter la digestion est due plutôt à la précipitation des acides gras qu'il entraîne.

Action antidiarrhéique. — A la condition d'être prescrit à doses élevées, 4 à 8 gr. par jour, soit

par excitation pancréatique, soit par action frénatrice sur la motricité du tube digestif, soit par action empêchante sur les sécrétions. Il est indiqué dans les diarrhées de tous ordres : entérites aiguës, dysenteries, diarrhées dysentériformes et hémorragiques, poussées aiguës des colites chroniques, diarrhées de fermentation et de putréfaction, diarrhées d'origine hépatique, entérites tuberculeuses, diarrhées acides des tuberculeux. Chez ceux-ci, en particulier, les injections intraveineuses de Ca Cl^2 de 4 cmc. d'une solution à 5 p. 100 auraient une plus grande efficacité.

Action sur les vomissements. — Suivant cette dernière technique, ce sel donnerait aussi des résultats encourageants dans les vomissements des tuberculeux par toux émétisante.

Action diurétique. — Dans les ascites cirrhotiques, Blum a préconisé la forte dose de 20 gr. par jour pour obtenir un effet certain. Il y a intérêt ici d'associer le Ca Cl^2, par ingestion préalable de 3 à 4 jours, aux diurétiques mercuriels.

Action anticlasique. — Cette propriété bien connue du Ca Cl^2 doit être attribuée en partie à son action amphotrope sur le système nerveux végétatif. Aussi constitue-t-il une ressource en cas d'anaphylaxie digestive, si fréquente au cours des affections hépatiques et intestinales, en particulier contre l'urticaire d'origine digestive (Puech), soit *per os*, soit en injections intraveineuses.

Action sédative, antispasmodique. — Par voie veineuse, le Ca Cl^2 est indiqué au cours des crises de tétanie gastrique (sténoses du pylore) à côté des moyens destinés à vider l'estomac des liquides de stase, par analogie aux cas de tétanie dans laquelle la concentration du sang en calcium ionisé est diminuée.

Action recalcifiante. — Le Ca Cl^2 est le plus efficace des récalcifiants directs (Loeper), à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr. par jour, surtout par voie buccale. Il trouve des indications formelles dans les colites, les entérites tuberculeuses ou non qui entraînent si souvent une déperdition abondante de sels de chaux et par suite une décalcification de l'organisme ; il en est de même dans la lithiase intestinale, en particulier dans la lithiase oxalique, où il favorise en outre l'élimination de l'acide oxalique sous forme d'oxalate de chaux. (*Le Progrès Médical*, 30 octobre 1930.)

Réflexions sur la statistique d'une première année de neuro-chirurgie.

C'est la statistique de MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech : 24 décès sur 87 opérés, soit 27 %. Une analyse complète des différents cas, des conditions de l'opération, et de la surveillance post-opératoire, montre l'intérêt d'opérer tous les malades au même endroit. Non seulement les aides ne font que de la neuro-chirurgie, et les mêmes instruments servent toujours aux mêmes opérations, mais surtout les malades ont des soins post-opératoires continuels. Pendant 4 ou 6 jours, tous opérés, fortunés ou pauvres, ont une garde particulière, qui ne les quitte pas. La température ne peut donc monter sans qu'on le sache immédiatement ; les malades ne peuvent s'agiter sans qu'on n'y prenne garde ; une crise épileptique ne peut commencer sans être remarquée ; les opérés, qui présentent de la polidypsie (après opérations hypophysaires) ne se lèvent pas pour aller boire, etc. Il faut se convaincre que certains opérés meurent faute de la compréhension qu'a le neuro-chirurgien de certains phénomènes post-opératoires. Ainsi actuellement, l'hyperthermie n'est pas souvent un danger pour les malades. La température est prise systématiquement toutes les trois heures ; si elle est instable, elle est prise toutes les heures. Dès qu'elle atteint 39°, le malade est placé dans un drap mouillé avec ou sans glace, jusqu'à ce que l'hyperthermie cède. Il est relativement facile de maîtriser la température entre 39° et 40° ; il est très difficile de la faire descendre, quand elle atteint 40°5.

Tout n'est pas pour le mieux dans cette statistique ; mais il faut remarquer que la mortalité est tombée de 53,9 % (précédemment) à 27,5 % (aujourd'hui). Ce fait juge les progrès accomplis, d'autant que quand les malades mourraient régulièrement d'hémorragie, ce qui prouvait que la technique n'était pas encore bien fixe. (*Revue neurologique*, mai 1930.) G. F.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'épidémie de poliomyélite du Bas-Rhin.

(MM. LEVADITI, SCHMUTZ et WILLEMIN. — *Académie de médecine* ; 2-12-1930.)

L'épidémie de poliomyélite qui a éclaté en juillet 1930 dans le département du Bas-Rhin, a été étudiée sur place par une mission officielle composée de MM. Rohmer, Géry, Levaditi, Schmutz et Willemin. M. Levaditi expose aujourd'hui les travaux de cette commission au point de vue épidémiologique.

Le maximum de la morbidité a été fourni par les tout jeunes enfants à l'âge préscolaire. Une notion de prédisposition spécifique s'est imposée, la réceptivité des sujets humains à l'égard du virus poliomyélitique étant des plus inégales ; des cas isolés furent observés dans des familles dont les membres continuaient à rester indemnes tout en se tenant en contact intime avec le malade.

Les foyers poliomyélitiques ont montré une prédilection marquée pour les cours d'eau, grands ou petits.

D'autre part, chaque fois que l'enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact interhumain (malades et supposés porteurs de germes).

On sait que, quant au mode de propagation de la poliomyélite, deux conceptions sont actuellement en présence : transmission hydrique ou alimentaire (Kling), transmission par contact inter-humain (Wickmann).

Malgré les difficultés du problème, il a semblé à MM. Levaditi, Schmutz et Willemin que l'hypothèse de la propagation de la poliomyélite par contact inter-humain est la plus conforme à la réalité, mais que d'autres facteurs interviennent pour faciliter l'éclosion de la paralysie infantile. Parmi ces facteurs, il y a lieu de citer la prédisposition individuelle (sensibilité du système nerveux et des voies de pénétration du germe : muqueuses aériennes supérieures et digestives), et les influences géologiques et météorologiques.

Le rôle de l'eau d'alimentation dans la propagation de la poliomyélite a été également considéré par les auteurs. Aucun des faits constatés par eux ne s'oppose à cette théorie hydrique de la maladie et leurs observations sont généralement conformes à celles recueillies par C. Kling et invoquées par ce savant en faveur de sa conception. Quoique la propagation de la poliomyélite dans le département du Bas-Rhin ne leur ait pas fourni d'exemples frappants, analogues à ce qu'on voit dans les épidémies hydriques de fièvre typhoïde, ils admettent néanmoins volontiers la possibilité d'une transmission de la maladie de Heine-Médin par l'eau d'alimentation.

Syndrome traumatique du segment antérieur de l'œil.

(M. Henri FRENKEL, de Toulouse. — *Académie de médecine* ; 25-11-1930.)

M. le professeur Henri Frenkel fait jouer, dans les contusions du globe oculaire, un rôle prédominant à la subluxation du cristallin, entraînant ce qu'il nomme le syndrome traumatique du segment antérieur de l'œil. Ce syndrome serait de constatation facile, la subluxation du cristallin et la cataracte traumatique par contusion directe étant, dit-il, plus fréquentes qu'on ne le croit.

Septicémie à streptocoque traitée par le sérum antistreptococcique de Vincent.

(MM. C. HUBERT, GIRARD et HÉMON. — *Académie de médecine* ; 25-11-1930.)

Les auteurs ont eu l'occasion de traiter par le sérum antistreptococcique de Vincent deux malades atteints de septicémie à streptocoque consécutive à une oto-mastoïdite. Le premier malade, après une otite peu suppurative, présenta des accidents septicémiques graves. L'hémoculture révéla des streptocoques hémolytiques abondants. La trépanation, la mise à nu du sinus latéral n'ayant pas rencontré de lésions locales bien accusées, un abcès de fixation n'ayant provoqué aucune réaction, l'état du patient étant d'autre part très grave, on entreprit, au vingtième jour, le traitement par le sérum antistreptococcique de Vincent. Pendant 4 jours le sérum fut injecté par voie veineuse (20 cc.) et par voie sous-cutanée (80 cc.). A ce moment, régression des phénomènes septicémiques, de la fièvre, et amélioration de l'état général. Guérison. Le malade a reçu en tout 2 litres de sérum en trois semaines.

Le second cas concerne une otite purulente franche avec mastoïdite confirmée, thrombo-phlébite, septicémie streptococcique. L'ensemencement du pus du sinus et du sang prélevé au pli du coude donna du streptocoque hémolytique. Le traitement local n'ayant pas amené la cessation des accidents septicémiques, on commença la sérothérapie antistreptococcique trois jours après la trépanation. La température se mit à baisser et au 9e jour était presque normale. Guérison, le patient ayant reçu en tout 930 cc. de sérum.

— M. VINCENT possède plusieurs observations de septicémie à streptocoques guéries par les injections de ce nouveau sérum. Il fait remarquer que le sérum en question doit être employé à l'exclusion de toute autre médication, telles que le vaccin antistreptococcique et que l'abcès de fixation qui peuvent nuire à l'activité de cette médication. P. L.

Méningite purulente post-varicelleuse avec réaction corticale.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE, A. MIGET et CONSTANTINESCO.— *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 10-10-1930.)

La bénignité de la varicelle est un dogme classique. Cependant des travaux récents ont mis en évidence certaines localisations nerveuses, jadis exceptionnelles, observées actuellement avec une relative fréquence et qui traduisent peut-être une activité neurotrope du virus. Les auteurs ont observé un jeune homme, qui, à la convalescence d'une varicelle bénigne en apparence, a présenté un syndrome méningé fébrile avec crises convulsives à évolution rapidement mortelle. L'étude anatomique du cerveau et des méninges a permis de poser avec certitude le diagnostic de méningite purulente avec réaction corticale. Cependant, ils n'ont pu dépister cliniquement et anatomiquement aucun foyer d'infection locale pouvant être à l'origine d'une méningite par réaction de voisinage, ni dans le nez, ni dans le pharynx, ni dans les rochers ni dans les orbites. La méningite tuberculeuse a pu également être éliminée. Tout porte à croire qu'il s'agissait d'une méningite due au virus varicelleux. Les réactions méningées, au cours de la varicelle sont fréquentes, mais passent souvent inaperçues. Cette méningite de la varicelle à la convalescence, rapidement mortelle, semble être le premier cas signalé.

Action des rayons ultra-violets sur la teneur en cholestérine du sérum.

(MM. LOEPER et DEGOS. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-10-1930.)

On cherche depuis longtemps, avec des succès divers, le moyen de diminuer la teneur en cholestérine du sérum et de s'opposer à sa tendance précipitante. On a essayé ainsi les eaux minérales (Vichy, Vals, Châtel-Guyon), l'opothérapie hépatique, l'atophan, les injections d'insuline.

Les auteurs ont expérimenté l'action des rayons ultra-violets ; ceux-ci semblent avoir une double action chez les sujets cholestérinémiques et surtout chez ceux qui manifestent de quelque façon que ce soit des tendances à la précipitation de cette cholestérine.

Ils accroissent le pouvoir stérolytique du sérum d'une part ; ils provoquent d'autre part un surcroît d'élimination de cholestérine par la bile. Leur emploi est donc doublement recommandable chez les malades dont l'excès de cholestérine sanguine se manifeste par des symptômes dus à sa précipitation, sable et calculs vésiculaires, gerontoxon, xanthelasma, certains hygromas de rhumatisants, certains tophi de goutteux, et même chez des athéromateux et des malades atteints de symptômes artéritiques inférieurs.

La vaccinothérapie du rhumati me articulaire aigu.

(MM. LOEPER et DEGOS. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-10-1930.)

Les recherches récentes ont bouleversé notre conception des rhumatismes infectieux ; elles en ont élargi l'étiologie et souvent précisé la bactériologie. Actuellement, disent les auteurs, la maladie de Bouillaud est elle-même ébranlée ; c'est une réaction polyarticulaire aiguë, phlegmasique, superficielle, non suppurative, compliquée souvent de localisations cardiaques ; certaines de ses modalités sont sensibles au salicylate de soude ; d'autres résistent à ce médicament et sont oligo- ou mono-articulaires, plus inflammatoires, moins superficielles, plus profondes, parfois suppuratives ou ankylosantes ; ces dernières touchent moins souvent le cœur.

Le rhumatisme articulaire aigu est donc une forme commune de réaction articulaire plutôt qu'un rhumatisme autonome au sens strict du mot. Différents éléments bactériens ont été incriminés et l'on peut envisager cette maladie comme une entité bactériologique et non comme une entité clinique.

Dans le traitement, les auteurs ont utilisé le propidon, les vaccins staphylococcique, streptococcique, staphylo-streptococcique gono-streptococcique et gonococcique, après avoir fait des intra-dermo-réactions à ces vaccins ou à leurs filtrats. Ils pensent donc que, même si le salicylate de soude est efficace, le vaccin doit lui être associé chaque fois que la dermo-réaction est positive ; ils croisent la vaccinothérapie plus spécifique et plus préservatrice des complications.

La spécificité curatrice des vaccins paraît assez marquée pour que l'on conseille la pratique systématique de l'intra-dermo-réaction préalable. Ainsi peut-on savoir seulement à quel vaccin ou à quelle combinaison de vaccin on doit s'adresser de préférence. Dans les recherches relatées, les vaccins les plus constamment efficaces ont été les strepto-staphylococciques, de même que la réaction la plus fréquente a été obtenue par l'injection dermique de ces microbes.

Les résultats de la vaccinothérapie posent à nouveau la question de la spécificité de la maladie de Bouillaud et semblent la résoudre dans le sens de la négative.

La gono-réaction. Son application au diagnostic des rhumatismes subaigus et chroniques.

(MM. A. LERI, A. URBAIN, LIEVRE et J. WEILL. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-10-1930.)

Une réaction sérologique, témoin de la gonococcie, peut apporter un appoint inestimable à la connaissance de manifestations rhumatismales d'origine douteuse.

Les auteurs ont employé un antigène constitué par huit souches de gonocoques tués par l'alcool-éther ; la poudre microbienne, finement pulvérisée,

était émulsionnée dans de l'eau physiologique, à raison de 1 centigr. pour 20 cc. de liquide. Cette poudre, supérieure aux émulsions microbiennes polyvalentes habituellement employées, offre le grand avantage de se conserver indéfiniment.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

La gono-réaction est toujours positive dans le cours de la gonococcie articulaire.

Sauf exception très rare, elle est toujours négative en dehors de l'infection gonococcique actuelle ou passée. La gono-réaction semble disparaître avec la guérison de la blennorragie ; cependant de faibles déviations de complément (5 et 10 unités) sont peut-être en rapport avec une infection éteinte, sinon une affection ancienne et atténuée.

L'interprétation des gono-réactions franchement positives (20 et 30 unités) est d'une netteté absolue ; l'interprétation des réactions faiblement positives (10 unités) demande de nouvelles recherches.

La gono-réaction est d'un secours extrêmement précieux dans le diagnostic de nature d'un rhumatisme, particulièrement lorsque l'examen génital ne révèle qu'une flore banale sans gonocoque. Sur une série de 109 cas de rhumatisme, la gono-réaction a été positive dans 18 cas cliniquement gonococciques; elle a confirmé les présomptions cliniques dans 14 autres cas ; elle a révélé la gonococcie dans 22 cas, et a écarté cette hypothèse dans 55 cas, où le gonocoque n'aurait pas été mis certainement hors de cause.

G. F.

Les Congrès

VIII^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

Copenhague, 5 *au* 9 *août* 1930.

Le VIII^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie s'est ouvert le 4 août 1930, en présence de S. M. le Roi, au palais de Christianborg, sous la présidence de M. le professeur C. Rasch.

La délégation française était composée de MM. Darier, Audry, Milian et Louste. Parmi les dermatologistes français , étaient présents : MM. Hudelo, Sabouraud, Ravaut, Marcel Pinard, Nicolas, Petges, Pautrier, Nauta, Carle, P. Blum, G. Lévy, Mlles Eliaschef et Ullmo, Thibaut et Lévy -Franckel.

Etiologie et pathogénie de l'eczéma.

J. JADASSOHN.

Aucune question dermatologique ne soulève plus de difficultés que celle de la classification des eczémas. Cela tient à ce que l'aptitude de la peau à réagir différemment à des causes diverses est limitée. L'auteur pose en principe qu'une classification idéale devrait se baser sur les caractères étiologiques, morphologiques et sur l'évolution de la dermatose. On peut cependant tenter une classification étiologique, à condition de ne séparer du groupe des eczémas que les faits cliniques qui dépendent de causes précises. Partant de ce principe, Jadassohn exclut du cadre de l'eczéma : 1° les *dermatoses provoquées ou entretenues par un agent pathogène local* : les dermites strepto- et staphylococciques (impétigo eczématiforme de Toroks) sont de ce nombre, quoique la démonstration de leur nature microbienne soit difficile à apporter ; tous les intermédiaires existent entre un eczéma envahi par les cocci et les pyodermites typiques compliquant un eczéma. Les toxines microbiennes peuvent produire des réactions simulant l'eczéma : elles seraient à ranger dans les réactions eczématoïdes ; 2° la *diphtérie cutanée* ; 3° l'*eczéma scrofuleux*, que sa structure histologique, son mode de réaction à la tuberculine doivent faire classer dans les tuberculides ; 4° les *affections mycosiques* ; pour ce groupe (tuberculides, trichophytides, levurides, mycosides), presque toujours d'origine hématogène, Jadassohn propose le nom de *microbides*.

5 ° Il faut exclure de l'eczéma, les *séborrhéides eczématoïdes*, qui paraissent dues à un processus parasitaire évoluant sur un terrain spécial (kérose de Darier, recherches de Sabouraud). Ici, la question microbienne n'est pas tout : il faut étudier les dispositions particulières de l'organisme et des téguments sujets à cette affection ; enfin, la question de l'eczématisation des eczémas séborrhéiques nécessite des recherches particulières : s'agit-il d'une exagération du processus infectieux primitif, d'une infection secondaire, ou d'une eczématisation amicrobienne, qui plaiderait en faveur d'une sensibilisation particulière des séborrhéiques ?

6° Ne rentrent pas non plus dans le cadre de l'eczéma, les *névrodermites*, le *lichen de Vidal*, les *prurigos diathésiques et de Besnier*, qui sont proches du prurigo de Hebra. Il y a entre ces dermatoses et l'eczéma vrai, aigu et chronique, des faits de passage d'un diagnostic difficile ; l'eczématisation des névrodermites est fréquente. Dans les formes disséminées, la constitution générale joue un rôle prédominant : la combinaison de ces formes avec l'asthme est un fait bien connu ; Rost insiste sur l'importance de leurs relations avec le « status exsudatif » et désigne la forme disséminée des névrodermites comme *eczématoïde exsudative tardive*. Il existe des faits de névrodermite disséminée, associée ou non à l'asthme, et provoquée par la teinture à l'Ursal ; certains cas classés comme névrodermites appartiennent aux streptodermies de Sabouraud ;

7º Jadassohn discute ensuite le classement des *dermites artificielles* ; d'une façon générale, il les *considère comme des eczémas*, sauf cependant celles qui sont provoquées par la chaleur, le froid, les substances nécrosantes à doses massives.

Définition et pathogénie de l'eczéma. — Quoique la structure étiologique ait une grande importance, elle ne suffit pas elle à seule à définir l'eczéma : les facteurs étiologiques et pathogéniques doivent être pris en considération.

Jadassohn considère les *eczémas comme des toxidermies dues à des réactions cutanées, cliniquement et histologiquement bien caractérisées, contre différents irritants non microbiens.*

La notion de l'idiosyncrasie est liée aujourd'hui à celles de l'allergie, de l'anaphylaxie, de la sensibilisation et à la réaction antigène-anticorps : par là, la pathogénie de l'eczéma se rapproche de celle des maladies infectieuses, avec laquelle cependant il ne faut pas l'identifier. Jadassohn définit ensuite l'idiosyncrasie : depuis les travaux de Bloch et de Schwazschild, réussissant à provoquer l'idiosyncrasie, la dernière barrière entre idiosyncrasie et sensibilisation semble tombée : on peut donc dire que la façon spéciale de réagir, nécessaire pour déclencher un eczéma peut être innée, ou acquise par contact unique ou multiple avec des corps nocifs. L'eczéma paraît pouvoir être considéré comme le résultat d'une réaction antigène-anticorps : la démonstration en est faite vis-à-vis des agents chimiques, physiques, et probablement mécaniques, Restent les agents d'origine endogène ; la question est encore à l'étude : cependant Rosenbuud et Meyerstein ont mis en évidence, dans les selles et les urines des enfants, des agents nocifs pour les téguments.

Sensibilisation et désensibilisation. — La sensibilisation peut être mono-et polyvalente : ce fait explique les phénomènes observés chez certains eczémateux, qui, après un certain temps, ne supportent plus aucune substance, et réagissent aux agents les plus différents par une aggravation de leur eczéma. Jadassohn étudie ensuite le *temps de sensibilisation*, définit son incubation et les facteurs qui l'influencent (concentration, résorbabilité de l'agent nocif, son mode d'application ; rôle de l'état général du sujet, tel que l'influence de la chlorose dans l'eczéma des blanchisseuses ; rôle prédisposant des maladies infectieuses, de l'alimentation, etc)., puis il passe à la question la plus importante en pratique : celle de la *désensibilisation*. Elle peut être spontanée : mais il semble y avoir de nombreuses substances vis-à-vis desquelles aucune désensibilisation ne survient (odol, primevères).

Les relations entre sensibilisation et désensibilisation sont mises en lumière par les changements frappants qui se produisent dans les modes de réaction : c'est ici qu'interviennent les phases positives et négatives décrites par Kugelmann dans la dermatite de Salvarsan.

L'alternance rythmique entre phase de réaction et phase de repos, se rapproche de l'onde de l'érythème décrite par Miescher après la rœntgenthérapie. Ces altérations de la réactivité peuvent expliquer certains caractères morphologiques des lésions cutanées, et surtout les eczémas par poussées successives, l'irritation causée par un médicament bien supporté jusqu'alors, la tolérance vis-à-vis d'un autre corps mal supporté auparavant.

Les essais de désensibilisation avec des agents spécifiques n'ont jusqu'ici pas donné de bons résultats. Plus importante pour l'instant est l'étude des différentes méthodes de désensibilisation déjà abordée par Spillmann en 1923.

Les succès des méthodes de la désensibilisation non spécifique avec le térébenthinol par la *voie cutanée* sont difficiles à juger, car les malades sont mis à l'abri de l'action de la substance nocive, et d'autre part, on applique en même temps un traitement local. Nous avons avec Geiger, obtenu les meilleurs résultats d'applications répétées de solutions de concentration progressivement croissante. Il faut remarquer en passant que les traitements empiriques de l'eczéma sont souvent basés sur des phénomènes de désensibilisation : les résultats obtenus avec des substances fortement irritantes (goudron, pyrogallol, chrysambine, résorcine) s'expliquent en partie ainsi.

Une autre méthode de désensibilisation est *l'emploi de la voie interne*, comme l'auteur l'a fait pour le mercure. Le médicament, non supporté par la peau, est alors introduit soit par la voie buccale, soit par injections : il faut alors admettre qu'il atteigne la peau sous une forme apte à la désensibilisation : s'il perd sa capacité d'irriter les téguments (iodoforme, lupulin) il perd en même temps sa force désensibilisatrice. Il faut commencer par des doses homéopathiques et ne les augmenter que très progressivement. Ces recherches ont donné quelques résultats encourageants (désensibilisation envers la térébenthine par voie buccale : Perutz ; envers l'olobinthine par injections, Rossiansky, etc.).

Divers traitements ont été considérés comme désensibilisants : le soufre, le lait, la peptone, la tuberculine, l'hétérothérapie, et l'opothérapie (voir Jausion). La modification de l'alimentation peut d'ailleurs aussi amener une diminution de la sensibilité.

Certaines recherches récentes montrent combien il faut être prudent en parlant de désensibilisation surtout vis-à-vis des agents physiques. Miescher a réussi à rendre des téguments réfractaires en les exposant à la lumière, et a constaté que dans cette « désensibilisation », l'épaississement de la couche cornée jouait le principal rôle.

Etiologie et diagnostic. — Pour la recherche des causes de l'eczéma, deux facteurs sont à considérer : l'organisme et l'agent nocif ; plus que dans toute autre affection, les qualités individuelles de la peau semblent être de la plus grande importance.

Nous avons recherché les causes individuelles de

l'idiosyncrasie, de l'hypersensibilité spécifique ou non : il nous reste à dépister les causes des différences entre la possibilité de sensibilisation et de désensibilisation : on se heurte toujours aux mêmes problèmes, qui, en ce qui concerne les facteurs d'*origine interne*, sont loin d'être résolus : anomalies les échanges organiques, perturbations endocriniennes ; il en est de même du rôle du système nerveux, surtout neurovégétatif ; plus intéressante est la question de la « disposition allergique » chez les eczémateux : il s'agit de déterminer la fréquence des maladies allergiques (à l'exclusion de l'eczéma, de l'urticaire, de la fièvre des foins) chez les eczémateux ou dans leur famille. La maladie la plus importante de ce groupe est l'asthme. Mais si l'on sépare de l'eczéma les névrodermites, et spécialement le prurigo type Besnier, on rencontre rarement l'asthme chez les eczémateux ; cependant, certaines substances, telles que l'Ursal, sont susceptibles de déclencher aussi bien l'asthme que la névrodermite ou l'eczéma.

Jadassohn passe ensuite à l'étude des *irritants exogènes*, qui peuvent aussi agir par la voie interne, comme le prouvent les éruptions médicamenteuses.

Depuis ces dernières années, l'*examen fonctionnel de la peau* joue dans cette étude un rôle spécial : il comprend entre autres les phénomènes d'irritation vaso-motrice (urticaire provoquée) par les procédés mécaniques et caloriques, les méthodes percutanées, l'intradermo et la cuti-réaction, la mise en contact de la peau avec des emplâtres vecteurs de produit irritant dont on veut déterminer l'action (épreuve de la compresse, Oppenheim).

Au point de vue pratique, ces emplâtres restent en contact avec la peau jusqu'au moment où le sujet ressent des démangeaisons, ou sinon vingt-quatre heures ; la peau est alors nettoyée à la benzine. Si la réaction est négative, le contrôle devra être prolongé, car il peut y avoir des réactions tardives, après huit jours et davantage.

L'aptitude de la peau à réagir varie suivant le siège : l'épaisseur de la couche-cornée, la pigmentation des téguments, leur tension, jouent un rôle important dans cette question.

La substance à essayer et sa concentration sont souvent difficiles à trouver ; si le métier du sujet le met en contact avec un ou plusieurs irritants, le problème est simplifié : c'est par eux qu'il faut commencer.

Il peut y avoir des erreurs. Souvent les substances que manie le malade ne sont pas identiques à celles qui servent à l'étude de la réaction cutanée (impuretés). Si le genre de vie du sujet, sa profession, ne donnent aucune indication, il faudra essayer l'un après l'autre tous les produits fréquemment en cause dans la production de l'eczéma : parfois on pourra découvrir ainsi l'agent nocif (Bloch et Jäger).

Conclusions. — L'auteur résume le mode de classification qu'il a donné précédemment ; il ne croit pas à la possibilité de définir étiologiquement l'eczéma, à cause de la multiplicité de ses causes ; une définition pathogénique, basée sur l'hypothèse de l'réaction antigène-anticorps, est plutôt à envisager le rôle de l'organisme sera toujours prépondérant dans son apparition, puisque des agents nocifs banaux sont en cause. Rost a d'ailleurs voulu faire jouer au terrain un rôle de premier plan. Si l'auteur est d'accord avec lui pour éliminer de l'eczéma les séborrhéides et les névrodermites, il ne semble pas qu'il en soit de même de toutes les formes des eczémas infantiles : les enfants des types exsudatifs et non exsudatifs peuvent réagir de la même façon aux tests fonctionnels.

Bruno Bloch se place sur le plan biologique ; c'est, dit-il, le problème de la nature allergique de la réaction eczémateuse qui constitue aujourd'hui le nœud de la question.

A côté d'un nombre assez grand d'eczémas dont la cause nous échappe complètement, il en existe d'autres dont la cause nous est connue : chez de nombreux sujets, le contact de certaines substances, inoffensives pour la majorité des individus, suffit à provoquer un eczéma ; cette hypersensibilité individuelle nous la désignons sous le nom d'idiosyncrasie, et si elle survient, non pas au premier contact, mais après des influences répétées, elle prend le nom de sensibilisation.

L'idiosyncrasie, d'après Doerr, ne serait qu'un phénomène allergique. L'allergie, au sens immunbiologique du mot, crée par v. Pirquet, désigne un changement d'état de l'organisme, qui, à la suite d'un contact avec une substance (antigène), a acquis, grâce à la formation d'anticorps spécifiques, la faculté de réagir contre l'apport renouvelé de même antigène, autrement qu'auparavant.

Cette conception de l'*eczéma, réaction allergique*, si elle était confirmée et appuyée sur des bases scientifiques solides, permettrait de résoudre une série de problèmes pathogéniques de l'eczema, tels que par exemple l'indépendance de l'intensité de la réaction cutanée et de la qualité de la substance nocive, sa production sous des influences diverses, etc. Cette conception, Br. Bloch l'étaye par les arguments expérimentaux suivants :

L'existence des anticorps spécifiques a été démontrée par les recherches de Praussuitz Kustner. Ces auteurs injectent à un sujet normal du sérum d'un idiosyncrasique, et vingt-quatre heures après, inoculent à ce sujet l'antigène correspondant : une réaction urticarienne instantanée se produit ; mais cette méthode, valable pour un certain nombre d'affections idiosyncrasiques (asthme, fièvre des foins, maladie du sérum, urticaire, etc), et démontrant pour ce groupe d'affections la réalité de la conception de Doerr, n'a donné pour l'eczéma que des résultats douteux, positifs entre les mains de Biberstein et de Perutz, avec le sang ou la sérosité des vésicules, négatifs au contraire pour Coca et pour Br. Bloch.

Aussi Br. Bloch préfère-t-il, à cette première méthode de sensibilisation passive, un deuxième procé-

dé, celui de la sensibilisation expérimentale : elle consiste à provoquer expérimentalement une maladie, qui, comme la maladie des primevères ou l'érythème salvarsanique, se comporte cliniquement comme une idiosyncrasie typique, c'est-à-dire n'apparaît que chez un nombre restreint des sujets exposés, et en apparence grâce à une prédisposition individuelle ; il est clair qu'ainsi, le processus idiosyncrasique perd son caractère mystérieux et s'adapte au cadre des phénomènes allergiques et anaphylactiques.

Mais il était indispensable, pour que cette maladie provoquée puisse être assimilée aux réactions allergiques à la tuberculine ou au blanc d'œuf, qu'il soit possible de la reproduire en série et au gré de l'expérimentation, et que ces faits soient confirmés par l'expérimentateur chez l'animal : c'est ce qu'a réussi à faire Frei avec le salvarsan, Meyer avec l'Ursal et l'auteur, en collaboration avec Steiner Wourlich, avec la primevère.

L'eczéma des primevères chez le cobaye. — Soixante-six cobayes ont été traités par un extrait éthéré de primevère ou la primevérine cristallisée par badigeonnages, injections intradermiques ou intra-cardiaques (solution à 1 p. 100). Le début de la période allergique fut constaté, après une ou plusieurs injections, par un badigeonnage de la peau avec une solution d'extrait de primevère cristallisée à 5 p. 100, et même parfois à 1 p. 10.000. Quelques heures après apparut, dans 90 p. 100 des cas, une réaction inflammatoire intense parfois papulo-vésiculeuse, prurigineuse, et suivie de desquamation.

Chez les animaux témoins, il ne se produit aucune manifestation ou parfois une légère rougeur.

La réaction allergique se produit sept à douze jours après l'établissement du foyer primitif, et ne paraît jamais disparaître (certains cas sont suivis depuis un an). On ne peut obtenir d'immunité (anergie), même par des badigeonnages répétés et étendus.

Ainsi est réalisée chez le cobaye, par sensibilisation provoquée, une allergie contre le principe actif de la primevère, qui, histologiquement et cliniquement, reproduit l'*eczéma des primevères de l'homme*, et qui, comme chez l'homme, n'amène jamais l'immunité.

Ces faits, s'ils ne nous permettent pas d'assimiler complètement l'eczéma aux manifestations allergiques et idiosyncrasiques communes, telles que l'urticaire alimentaire, l'asthme, la maladie du pollen, nous permettent de le comprendre comme une réaction immunibiologique allergique de la peau, occupant une place à part dans le grand domaine de l'allergie.

En conséquence, tous les eczémas dont nous connaissons l'agent étiologique, qu'il soit d'origine cutanée ou sanguine, doivent rentrer dans la catégorie des eczémas allergiques. Appartiennent à cette catégorie : les eczémas d'origine chimique et physique (rayons), microbienne ou toxinique, les eczémas médicamenteux et alimentaires ; les formes infectieuses, levurides de Ravaut, épidermophytides et trichophytides dyshidrosiformes et eczématoïdes (William, Bloch, etc.), les formes dues aux pyogènes ; enfin le groupe des eczématoïdes à exsudation tardive de Rost paraît, à cause de ses relations avec l'asthme allergique, appartenir à cette classe.

Quant au deuxième groupe d'eczémas, celui dont nous ne connaissons pas encore la cause véritable, il est vraisemblable qu'en dernière analyse ils devront rentrer dans les phénomènes allergiques, mais ce n'est pas encore démontrable.

En pratique, le progrès le plus important réalisé par cette conception de l'eczéma allergique, c'est la connaissance du rôle prodigieux des facteurs exogènes dans l'étiologie des eczémas. Dans tous les cas observés, on devra faire avec soin et conscience, par l'anamnèse, l'interrogatoire, etc., la recherche de l'agent nocif et essayer les tests permettant de l'éliminer, non seulement en peau saine, mais aussi au niveau des foyers guéris : par cette méthode nous avons pu mettre en lumière les causes du 100 p. 100 des eczémas professionnels et d'une grande partie des autres, c'est-à-dire de ceux qui paraissaient être d'origine endogène, et de les reconnaître comme d'origine allergique.

(A suivre.)

Les Thèses

P. — Dr H. Leduc. — **Nouvelle contribution à l'étude des pleurésies contro-latérales au cours du pneumothorax artificiel.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1930.)

La pleurésie controlatérale constitue un incident rare au cours du pneumothorax artificiel. Il s'agit certainement d'une nouvelle localisation de l'infection tuberculeuse.

Les symptômes en sont marqués et le diagnostic aisé, facilité par l'emploi systématique de la radioscopie. Le pronostic immédiat est sérieux et non pas nécessairement fatal, mais le pronostic éloigné est sombre. Le traitement consistera en décompression du côté du pneumothorax, et ponction de la pleurésie controlatérale, suivie ou non de réinsufflation gazeuse, permettant la création d'un pneumothorax d'attente.

P. — Dr S. Roguet. — **La pronation douloureuse des jeunes enfants.** (Librairie Marcel Vigné, 11 et 13 rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe, 1930.)

La pronation douloureuse est une affection traumatique assez féquente chez les enfants de 1 à 5 ans.

Cette affection est due à la traction sur le bras en demi-pronation et l'association de ces mouvements avec l'extension, détermine une subluxation en bas (ou élongation) et en avant, maintenue par l'interposition des bourrelets falciformes, l'épaississement de la synoviale, entre la cupule radiale et le condyle huméral.

Les symptômes sont tout à fait caractéristiques et invariables. Le diagnostic est très facile, mais il faut connaître l'existence de cette affection et y penser. Le pronostic est bénin ; malgré tout il serait intéressant au point de vue prophylactique de conseiller aux parents d'éviter la traction vive sur le bras des jeunes enfants surtout de 1 à 5 ans.

Le traitement est très simple, il doit toujours être institué pour soulager l'enfant immédiatement et éviter les récidives.

P. — Dr J. SAUCET. — **De l'influence des variations de pression du liquide céphalo-rachidien sur la température du corps.** (Paris, Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1930.)

Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien provoquent, à côté de modifications de la diurèse, de la tension artérielle, une altération de la thermogénèse qui se traduit par des modifications de température.

Rarement, la soustraction de liquide céphalo-rachidien n'est suivie d'aucune altération de température.

La notion importante à retenir, est non pas celle d'une hypothermie, ou d'une hyperthermie, mais celle d'un déséquilibre passager s'opérant tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Ce dérèglement est surtout marqué chez les sujets à système neuro-végétatif, à sympathique très excitables, à troubles vasomoteurs encéphaliques intenses. Ces sujets présentent souvent des accidents à la ponction lombaire.

Le facteur qui a le plus d'importance pour l'intensité de la réaction thermique est la vitesse de soustraction du liquide céphalo-rachidien, plus que la quantité de liquide soustraite. Les variations lentes de pression par injections intra-veineuses de sérum sont sans effets sur la température.

Le déséquilibre thermique après ponction lombaire est important chez les épileptiques, les basedowiens. Il est presque nul chez les mélancoliques.

L'hypertension intracranienne passagère, réalisée expérimentalement, agit semblablement à la soustraction de liquide et amène un déséquilibre thermique.

P. — Dr M. THISON. — **De quelques signes avant-coureurs des tuberculoses évolutives.** (Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1930.)

Les premières, en date, des manifestations de la tuberculose évolutive, ressortissent à la toxine tuberculeuse. Cette notion de l'intoxication est capitale ; ce n'est pas fortuitement que l'on trouve associés dans un effort d'élimination la peau, l'estomac, le système nerveux.

Les signes décrits ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose. Il ne faut pas, à l'occasion de l'un d'eux, étiqueter « tuberculeux » le sujet qui les présente. Mais ils n'en ont pas moins une valeur d'orientation et d'avertissement.

Les troubles gastriques prémonitoires, sont sans originalité, mais bien que tels, il ne faut pas toujours les interpréter dans le sens de dyspepsie banale. L'examen de l'état général, de sûres épreuves viendront apporter un considérable appoint au diagnostic.

Quant au zona, sa symptomatologie n'emprunte rien à la tuberculose. C'est pourquoi on oublie souvent de lui assigner son étiologie vraie. Rappelons qu'il a été, et justement taxé de « neuro-dermatose indicatrice ». Souvent, il évolue chez des sujets en apparence sains, mais en puissance d'une tuberculose qui éclatera après un temps variable.

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Amédée LEGRAND,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.

La gymnastique oculaire. Traitement de la myopie et **du strabisme par la méthode du** Dr Roger D'AUSAY (de New-York). (Un vol., 64 pages. Prix : 7 fr. 50.)

LETHIELLEUX, Paris.

Dr Henri MIGNON. — **Education psychologique de l'Enfance**. Préface de Paul BOURGET de l'Académie française. (Un vol. in-8 de 200 pages.)

LES CAUSES RÉELLES ET VIRTUELLES DE LA DOULEUR

Déductions thérapeutiques

Par le Dr SAVIGNY.

La douleur a sa cause réelle, son facteur objectif : la lésion interne qui la provoque ou l'agent externe qui la détermine, et dont l'action, d'ailleurs, pour peu qu'elle se continue, entraînera fatalement aussi une lésion organique.

Cri d'appel ou de détresse, sentinelle avancée sur ses frontières ou déjà captive du mal, la douleur est donc toujours le signal d'une lésion, qui se fait, va se faire, ou déjà faite.

Médicalement deux principes : respecter (tout au moins dans une certaine mesure) la douleur des lésions en formation, puisqu'elle permet d'en contrôler l'évolution ; — analgésier un malade qui accuse une douleur dans la fosse iliaque serait de toute évidence une faute lourde, susceptible de masquer la marche d'une appendicite non encore décelable au palper.

Deuxième principe : analgésier (tout au moins dans une certaine mesure) la douleur des lésions constituées, puisque la douleur n'est plus ici qu'un épiphénomène sans utilité physiologique ; — ne pas procurer le bénéfice d'un médicament calmant après une intervention chirurgicale, après un traumatisme, au cours de certaines affections aiguës, dans la plupart des algies des membres et des viscéralgies, serait méconnaître le grand principe hippocratique : *divinum opus* ..., et laisser s'aggraver l'état du malade, par suite de la sous-alimentation, de l'insomnie, de l'énervement, toujours associés aux douleurs continues.

Il y a aussi une catégorie de sujets qu'il faut analgésier (toujours dans une certaine mesure), parce qu'ils réagissent trop vivement vis-à-vis de leurs sensations coenesthésiques. En ce domaine, on peut dire que le juste milieu est l'exception : on sent trop, ou on ne sent pas assez. Les sujets qui ne sentent pas assez, qui sont dotés d'une coenesthésie obscure et voilée, d'un splanchnique peu excitable, laisseront volontiers se développer chez eux, sans en être avertis par la douleur, des lésions viscérales, quelquefois graves (cancer ou tuberculose), qui pourront se révéler au cours d'un examen motivé pour une autre raison, ou qui seront même des trouvailles d'autopsie.

Par contre, les sujets au sympathique trop vif, ou trop étroitement anastomosé par les *ramicommunicantes* avec le système cérébro-spinal, seront constamment tourmentés par des douleurs viscérales pour des causes organiques en réalité insignifiantes. Dans cette dernière catégorie, tous les coenestopathes de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, qui forment la cohorte des anciens hypocondriaques et actuels neurasthéniques, psychiques ou nerveux, que les cabinets médicaux voient arriver et disparaître comme oiseaux migrateurs.

A ces malades, à ceux dont la tonalité nerveuse est trop excitable, qui « exagèrent » leur douleur, comme à ceux qui souffrent par une lésion constituée ou fixée dont la symptomatologie douloureuse n'a plus rien à nous apprendre, l'analgésique est d'un grand secours. Un médicament qui leur convient parfaitement, parce que c'est un *modérateur* de l'excitabilité neuronique, et qu'il n'a aucun des inconvénients des opiacés, c'est la cibalgine, qui en leur procurant le calme, le repos, et en favorisant le sommeil les met, par cela même, en meilleure condition pour rééquilibrer leur système sensitif. On la leur prescrira en comprimés, 2 ou 3 par jour, ou bien en ampoules, dans les cas où la voie hypodermique est plus indiquée comme après les interventions ou les grands traumatismes ; ou encore en l'injectant *loco-dolenti* (pleurodynie, pseudo-angor), ou au point d'émergence du nerf dans les sciatiques et névrites.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE VII^e VOYAGE MÉDICAL SUR LA COTE-D'AZUR DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

(26 décembre 1930-8 janvier 1931).

Le Paradis Retrouvé.

Je viens de prendre part à la deuxième partie de ce voyage, et pendant ces journées dont chacune me semble avoir duré une semaine, tant elles ont été bien remplies, je n'ai jamais cessé d'être hanté par une réminiscence d'un air d'un Opéra de Rameau, à moins que ce ne soit de Lulli ... dont voici les paroles. :

Ce fleuve enchanté,
Joyeux Léthé,
Coule ici parmi les fleurs.
Où n'y voit ni soupirs, ni regrets, ni langueurs,
Ni pleurs,
Ce fleuve emporte avec lui
Les chagrins et l'ennui.
Il ne nous laisse
Sans cesse
Que le souvenir
Du plaisir

Et je me disais que cette rive, bénie des Dieux, qui s'étend de Marseille jusqu'à la frontière italienne, c'est ce joyeux Léthé, qui la baigne, sous les apparences de la Méditerranée céruléenne, tant les heures s'y écoulent parfumées de toutes les joies que peut souhaiter goûter un cerveau médical, formé par la culture latine, si vivante en ces régions...

A un rythme peut-être un peu accéléré, — mais peut-il en être autrement quand on veut tout voir et tout apprécier ! — c'est du véritable tourisme de milliardaire que nous venons de faire, à une soixantaine de confrères recrutés en France, en Europe, en Amérique et même en Asie...

Les Palaces les plus luxueux, la chère la plus délicate, les transports les plus confortables, les sites les plus pittoresques, les visions les plus chatoyantes, une nature admirable, un enseignement précieux, voilà tout ce qui a été mis à notre portée dans les conditions les plus avantageuses. Tous les plaisirs, des sens et de l'esprit : peut-on rêver meilleure façon de commencer l'année, et ne sont-ce pas là les meilleurs auspices sous lesquels des privilégiés peuvent se placer ? ? ?

Rappelons brièvement les étapes qui jalonnent ce voyage, dont les Directeurs scientifiques furent le professeur Emile Forgue, de Montpellier, et le professeur Cordier, de Lille, celui-ci rappelé trop tôt par ses occupations : Marseille, et sa nouvelle Faculté de médecine avec laquelle les congressistes prirent contact ; Aix-en-Provence, et ses eaux thermales, qui méritent d'être mieux connues ; Toulon et son port de guerre ; Hyères, et ses méthodes de cure hélio-marine ; Saint-Raphaël, Cannes, Juan-les-Pins, Nice, Menton, Bordighera et San-Remo, Monaco et Monte-Carlo, Beaulieu, Nice et les Alpes.

A Bordighera, où Pasteur séjourna durant l'hiver 1886-1887, pour rétablir sa santé compromise par ses travaux, et surtout les luttes qu'il avait à soutenir contre ses détracteurs, nous parcourûmes la voie à laquelle son nom a été donné, et qui conduit au Borgetto, qui fut pour lui une résidence de choix, et qui est devenu un refuge pour les veuves de guerre italiennes. Puis, une cérémonie commémorative fut célébrée, au Musée Bicknell, sous la Présidence du Colonel Fausto GARIBALDI, commissaire préfectoral faisant fonction de podestat.

Prirent successivement la parole le président, le D^r Targhetta, vice-président de la Société du littoral méditerranéen; le D^r Orticoni, délégué spécial de l'Institut Pasteur de Paris ; le D^r Wery, pour la Belgique ; le D^r Pineda, pour l'Amérique du Sud ; le professeur Forgue ; le professeur Borrel, de Strasbourg, délégué du Ministre de l'Instruction publique ; le professeur N. Pende, de Gênes, représentant le Ministre de l'Instruction publique d'Italie, etc.

Le professeur Forgue a été ovationné à la fin du discours impressionnant qu'il prononça sur Pasteur et son œuvre. Il rappela que, pour les con-

temporains de Pasteur, dont il est, l'importance et les conséquences incalculables de cette œuvre ne se révélèrent pas tout d'abord. C'est plus tard, et maintenant surtout, qu'il est permis d'en mesurer la portée. C'est à Pasteur que sont dus les immenses progrès de la chirurgie moderne ; et la lutte contre les infections et les microbes... Il eut des mots émouvants, et une mimique suggestive pour évoquer le spectacle inoubliable de Lister se jetant dans les bras de Pasteur, lors du jubilé de ce dernier à la Sorbonne. Il termina par Pasteur créateur des doctrines étiologiques qui dominent et éclairent la médecine contemporaine.

Après un déjeuner succulent pris dans le Casino de San Remo, à la fin duquel le professeur Forgue se fit encore applaudir en paraphrasant avec un rare bonheur d'expression ces vers de De Nolhac :

> Je crois que Dieu se sert de la Latinité
> Pour préparer le monde à la grande unité,

LE VII^e^ VOYAGE INTERNATIONAL A BORDIGHERA

Au premier plan, à droite + M. le professeur Emile FORGUE, de Montpellier. — A gauche + M. le professeur Nicolas PENDE, de Gênes.

une éloquente envolée sur le rôle éminemment pacificateur du médecin dans la Société, et sur l'action bienfaisante de rencontres comme celle qui réunit aujourd'hui tant de médecins étrangers sur la terre italienne, d'où sortira sans doute l'apaisement des esprits et des cœurs. Le professeur N. Pende, en un irréprochable français, développa excellemment l'influence sur la biologie, de Morgagni, créateur de l'anatomie pathologique, de Claude Bernard, père de la physiologie, et de et où Pierra, secrétaire général de la Presse médicale latine, prononça quelques mots au nom de la presse, nous revînmes à Ospedaletti où un thé somptueux était servi à notre intention. Le podestat nous y accueillit avec une bonne grâce qui ne pouvait pas trouver d'écho en nos cœurs. Aussi, fus-je prié de lui répondre. Je vous ferai grâce de cette improvisation qui débuta par une allusion à la signification d'Ospedaletti, petit hôpital où jadis, les chevaliers de Rhodes ve-

naient se refaire : « Une ville aussi hospitalière par destination, ne peut manquer de l'être tout autant par définition... »

Retour à Menton, dîner et échange de compliments de circonstance entre l'adjoint au Maire et le Dr Pierra.

A Monaco et à Monte-Carlo, nous avons visité le Musée océanographique, le Palais du Prince régnant, les jardins exotiques, l'hôpital dont le Dr Caillaud, chirurgien en chef, nous fit les honneurs. En dehors de l'hôpital proprement dit, l'Etablissement comprend une clinique médicale, une clinique chirurgicale, et un service de contagieux pour malades payants, *de toutes conditions.* J'ai entendu avec satisfaction le professeur Forgue contester à l'hôpital le droit de concurrencer ainsi les cliniques privées de la Principauté.

Un magnifique dîner, offert par le gouvernement monégasque, fut l'occasion d'un nouvel échange de congratulations.

L'étape de Beaulieu fut particulièrement intéressante et instructive. Nous rencontrâmes là un distingué confrère, le Dr Hérard de Bessé, orateur disert, qui nous initia aux qualités climatiques de ce coin paradisiaque, où la flore tropicale est tellement luxuriante qu'on l'a baptisé du nom évocateur de Petite Afrique. Les orangers, les citronniers, les mandariniers, tout chargés de fruits appétissants : les pamplemousses, les cédrats, les régimes de bananes, par leur aspect, nous font venir l'eau à la bouche, cependant que nos yeux sont ravis par une floraison d'une richesse de nuances inouïe : des bougainvilliers, des ibiscus, des mimosas, des œillets, des lavandes, etc., etc.

Rien n'est plus éloquent, nous a dit notre confrère, que la vue de ces fleurs et de ces fruits. Bien mieux que des courbes thermométriques, barométriques, anémométriques, elle dit toute la douceur de ce climat privilégié parmi les plus privilégiés de la région, où l'insolation se mesure à raison de 56 % des heures de la journée ; les vents y sont exceptionnels, et la température sensiblement plus élevée que partout ailleurs, sur la côte d'Azur. Et cela, en raison d'une exposition remarquable, à l'abri des courants du Nord et de l'Ouest. Des rochers dressant verticalement leur paroi lisse face à la mer, ensoleillés durant tout le temps où l'astre brille, font office d'accumulateurs de calorique. Et ceci explique cela, merveilleusement.

Le voyage se terminait à Nice le 7 janvier, par un déjeuner offert au Palais de la Jetée. Entre temps, nous avions visité la Maison de Santé *les Délices*, au Mont Boron, où doivent se trouver excellemment les grands déprimés, les asthéniques, les anémiques, et tout ceux qui ont besoin d'un régime alimentaire spécial, en même temps que de repos et d'aération lumineuse.

A l'heure des toasts, dix sept orateurs se succédèrent, parmi lesquels je distinguerai le Dr Bourgeois, de Montréal, qui, avec des accents infiniment pathétiques, évoqua l'amour filial du Canada pour la France ; celui du professeur Forgue, véritable conférence, au cours de laquelle il sus mettre en évidence tous les avantages de cet voyages organisés par la Société médicale du littoral méditerranéen. Rien ne saurait mieux traduire le sentiment général du sympathique professeur que cette déclaration si franche et si nette : « C'est la première fois que je prends part à un voyage collectif. Je l'avais entrepris avec une certaine appréhension. A l'heure des adieux, je puis vous certifier que je suis charmé de l'avoir fait et que je pars avec l'intention de revenir ... »

« Le *Charme de ce pays* est si grand, a-t-il ajouté, en substance, que nul d'entre nous n'a pu s'empêcher de dire avec ferveur : France, plus nous te connaissons, plus tu nous apparais comme le plus beau royaume de Dieu sous le ciel ; mais, entre tous les joyaux de ta couronne, le plus précieux, c'est la Côte d'Azur dont les sites ont une pureté de ligne irréprochable et où fleurit une végétation qui surprend le visiteur, venu des climats rudes et qui est le vrai signe de ce climat, si propice au repos, à l'allégresse, à la détente.

« Le *Profit* ?L'instruction du praticien qui, par ces voyages sur le terrain, apprend, mieux que par les livres ou les notices de propagande, à connaître la topographie des lieux, leurs avantages comparés, leurs ressources, leurs conditions de séjour.

« J'insiste sur l'intérêt de la *médecine préventive* par l'action combinée de ces éléments : le climat, l'air marin, le soleil. Dans le tumulte de la vie moderne, nous devons envisager, sous un autre angle, les mises au repos de la machine humaine, nous ne pouvons plus les espacer comme autrefois, et les répartir entre vacances distantes, du jour de l'an, de Pâques, du repos scolaire. Le commerçant, l'homme d'affaires, le grand industriel épuisent plus vite qu'autrefois leurs réserves et doivent plus fréquemment recharger leurs accumulateurs, par des intervalles, véritables permissions de détente ; en aucun point, ils ne peuvent trouver de meilleurs conditions que sur cette Côte d'Azur.

« Les facteurs de réussite et de prospérité de nos stations climatiques, qui viennent renforcer et développer les mérites d'un climat exceptionnel, ce sont :

« 1° Le concours des municipalités, des syndicats d'initiatives, des offices de tourisme à action concertée ; 2° l'hôtellerie, la sagesse mesurée de ses prix, la collaboration de la cuisine française ; 3° l'action des forces naturelles de guérison, dont l'Ecole de Montpellier a toujours proclamé la valeur ; 3° les médecins surtout, qui sont les efficaces agents de propagande... »

Invité moi-même à prendre la parole au nom

du journalisme médical, je me suis exprimé en ces termes :

« Il y a environ deux ans, tout près d'ici, à Cannes, un apôtre fervent achevait, à la gloire des Villes thermales et climatiques françaises un ouvrage qu'il intitulait : L'heure du Miracle. Je ne puis m'empêcher d'établir un rapprochement saisissant entre ce titre, si suggestif, et le miracle qui se renouvelle ici tous les jours.

« Le soleil se lève. Et voici que sortent peu à peu des ombres de la nuit, toutes baignées de rose lumière, une mer enchantée où s'abreuvèrent les antiques civilisations auxquelles nous rattache une filiation ethnique et intellectuelle ; une mer génératrice de puissance et de beauté, régulatrice aussi d'aération et de température ; notre mer, pour tout dire, la *Mare Nostrum* du grand Blasco Ibanez qui, jusqu'ici même, aimait à en contempler les splendeurs. Une rive aux anses paisibles, découpées avec amour par une Nature habile à édifier les nids les plus douillets, les abris les plus sûrs. Une cité claire et gaie, dont l'urbanisme perfectionné n'a d'égale que sa légendaire urbanité. Des montagnes étageant jusqu'aux plus hautes cimes leur écran protecteur contre les fureurs glacées de Borée ...

« Et que résulte-t-il de cet harmonieux ensemble ? Un climat aux salutaires influences ; un climat sous lequel tout renaît à l'espoir et à la vie, sous lequel une perpétuelle renaissance appelle une perpétuelle reconnaissance ...

« Ce climat de la Côte d'Azur, qui commence dans la proche Italie pour s'étendre jusqu'au delà de la verte Estérel, la Société médicale du littoral méditerranéen s'est donné à tâche de le faire connaître au monde entier, grâce à ces voyages internationaux, où se marie l'utilité d'un enseignement pratique au charme d'attraits infiniment variés.

« Qu'il me soit permis, à moi humble missionnaire parmi tant de collègues distingués, d'en rendre grâce aux animateurs de ces voyages, dont, pour la seconde fois, je goûte l'infinie délectation ; à Maurice Faure, dont je ne saurais séparer sans injustice Jean-Paul Faure, guide et ordonnateur incomparable ; aux autorités niçoises, qui nous font une aussi somptueuse réception. Qu'il me soit permis de saluer avec une particulière déférence le professeur Emile Forgue qui, en toutes circonstances, a su porter la bonne parole française avec cette hauteur de pensées et cette élégance de forme, que nous admirons en lui.

« Journalistes médicaux, chargés de renseigner et d'éclairer l'opinion médicale, nous savons toute la bienfaisante action de cette propagande qui commence par des leçons techniques pour s'élever jusqu'à la grandeur d'une œuvre nationale digne de tous les encouragements. Les nôtres, je l'atteste solennellement, ne lui feront jamais défaut.

« Tourisme et thermoclimatisme, dit Georges Ladoux, sont deux mamelles de France. La Publicité et la contagion de l'exemple ne tarderont pas à créer ces grands mouvements collectifs orientés vers la recherche du plaisir et de la santé. »

« Nous prenons part, à cette heure, à l'un de ces mouvements collectifs auquel participent de sympathiques confrères d'Europe, d'Amérique et d'Asie.

« Fassent les divinités propices, à qui la légende accorde volontiers une résidence de choix sur ces bords enchantés, qu'ils en emportent un souvenir inoubliable et deviennent à leur tour d'ardents propagandistes, prompts à diriger leurs compatriotes vers la France et ses Climats.

« Et que l'ambroisie, qui coule à pleins bords dans nos coupes levées en l'honneur de nos hôtes, soit le vin eucharistique sous les espèces duquel nous communions dans la gloire de Nice et de la Côte d'Azur, et dans l'amour de la France et de l'Humanité ! »

Une excursion à Peyra Cave, dont les neiges éblouissantes de blancheur contrastent si puissamment avec la douceur et la clémence toutes proches du rivage, clôtura heureusement le VII^e^ voyage international de la Société médicale du littoral méditerranéen. Elle montra combien était possible, pour les amateurs entraînés, la conjugaison des sports d'hiver avec les délices d'un perpétuel printemps.

***

Je ne saurais dissimuler que le charme et l'intérêt que j'ai pris à ce voyage ont été décuplés par le voisinage de M. le professeur E. Forgue, et de Madame Forgue, qui ont bien voulu m'admettre comme leur compagnon de route privilégié.

Que d'entretiens passionnants avec ce Maître qui, inspiré par la sagesse sereine du philosophe, m'a déclaré : « J'arrive au soir de ma carrière. Et je me demanderais à quoi je pourrais employer mon activité si je ne savais qu'avec une bonne bibliothèque, de bons livres, et quelques amis, je contenterai mes besoins intellectuels et affectifs. »

Que de sujets, empruntés à la brûlante activité professionnelle, n'avons-nous pas abordés ! Et cette irritante question des étudiants étrangers, auxquels le professeur est d'avis d'ouvrir, à deux battants, tous nos lieux d'enseignement et de recherches, nos cliniques, nos cours, nos laboratoires, mais en leur fermant, et c'est justice, l'exercice de la profession sur le territoire, à moins de l'entourer d'un contrôle des plus rigoureux.

Et cette autre irritante question, de la réforme des études médicales et notamment des examens, dont les examens de clinique sont insuffisants dans leur forme actuelle, et devraient être plus rigoureux.

Et aussi ce sujet, si délicat, des transformations survenues dans la pratique de la médecine, et

qui donnent le droit de reconnaître que, devant les duretés de la vie moderne, la médecine sacerdoce ne peut être maintenue, mais qu'il faut se garder de la médecine négoce, qui ne peut que déconsidérer gravement notre état...

En terminant, je ne puis que renouveler à Jean, Paul Faure mes félicitations les plus chaleureuses pour la haute maîtrise à laquelle il est parvenu dans l'organisation et l'accomplissement de ces voyages, et dont il vient de donner une nouvelle preuve. Ainsi qu'on l'a fait remarquer, ce qui fait le charme de Jean-Paul Faure et lui attire d'unanimes sympathies, c'est qu'au milieu des difficultés que ne peut manquer de susciter le maniement, si j'ose dire, de tant de personnes de sexe différent et d'origines également différentes, il conserve son sourire aimable et sa bonne grâce.

Pour les égards dont j'ai été entouré, j'adresse à la Société médicale du littoral méditerranéen, et particulièrement à Maurice Faure, et au Dr Targhetta, mes remerciements les plus cordiaux.

Grâce à eux, je viens de vivre des journées paradisiaques. Milton, le poète anglais, a consacré, au *Paradis Perdu*, son œuvre maîtresse.

Que n'ai-je son génie poétique pour chanter, à mon tour, le *Paradis retrouvé* !

G. DUCHESNE.

N. B. — Le IVe voyage de Pâques, sur la Côte d'Azur, aura lieu du 12 au 24 avril, et comprendra une excursion en Corse (20-24 avril) ; on peut dès maintenant obtenir des renseignements détaillés en écrivant à la Société médicale du littoral méditerranéen, 24, rue Verdi, Nice.

MÉDECINS PROPHARMACIENS

Que faut-il entendre par villages, bourgs et communes ?

De temps à autre se rallume la vieille querelle, pour savoir quand et comment un médecin peut faire de la propharmacie.

Lorsque aucune officine n'est ouverte dans les environs de la résidence d'un médecin, la chose est simple et ne souffre aucune difficulté.

Mais lorsque le pharmacien débite ses médicaments dans une localité très proche du domicile d'un médecin, il entend bénéficier du monopole que lui accorde la loi du 21 germinal an XI. Et pour peu que les deux praticiens soient en mauvais termes, la guerre est déclarée.

A son tour, le médecin entend bénéficier de l'article 27 de la même loi de germinal, qui décide que « les officiers de santé, établis dans les bourgs, villages ou communes, où il n'y aurait pas de pharmacien, ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples, ou composés, aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Que faut-il donc entendre par ces mots « bourgs, villages ou communes ? »

Un jugement tout récent du tribunal civil de Montmédy vient de donner un renouveau à la vieille querelle de mots.

TRIBUNAL CIVIL DE MONTMÉDY

1er août 1930.

(*Gaz. Pal.*, 7 décembre 1930).

Si, en vertu de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont le monopole de la vente des médicaments, l'art. 27 de ladite loi, aux termes duquel « les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes auprès desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte », contient une exception à ce principe.

Et, la même faculté appartient a fortiori *aux médecins, l'expression « officier de santé » étant employée dans un sens général pour désigner toute personne qui exerce l'art de guérir.*

Aussi, le médecin domicilié dans une commune où il n'existe pas de pharmacien, a-t-il le droit de fournir des médicaments à ceux de ses malades domiciliés dans ladite commune.

Et, c'est en vain que l'on objecte le peu de distance existant entre cette commune et une autre où se trouve un pharmacien. Peu importe, en effet, que les deux communes forment une seule agglomération alors que, n'ayant pas la même circonscription territoriale et n'étant pas soumises pour les affaires locales à la même administration municipale, elles forment deux communes distinctes au sens du droit moderne.

C'est aussi vainement que l'on objecte que les causes qui ont pu motiver la disposition exceptionnelle de l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, n'existent plus aujourd'hui, en raison de la facilité des communications : si, en effet, le texte de l'an XI ne correspdond plus aux nécessités actuelles et à l'intérêt des malades, c'est au législateur seul qu'il appartient de le modifier.

LE TRIBUNAL,

Attendu que Geoffroy, pharmacien à Doulcon,

prétendant que le docteur Daumy, de Dun, lui fait une concurrence illégale en vendant des médicaments à sa clientèle de Dun-sur-Meuse et des environs à l'exception de Doulcon, l'a fait assigner, pour entendre dire et ordonner qu'il devra immédiatement et à compter du jour même du jugement à intervenir, cesser de fournir les médicaments à sa clientèle et ce sous une contrainte de 50 fr. par infraction dûment constatée : s'entendre condamner, en outre, pour le préjudice actuellement occasionné, en 10.000 fr. de dommages-intérêts et aux dépens ;

Attendu que le défendeur expose que c'est à la suite de certains agissements de Geoffroy qu'il a vendu des médicaments à ses clients, autres que ceux de Doulcon, mais qu'en ce faisant il use de son droit :

Attendu qu'il est certain et reconnu par Daumy qu'en vertu de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont le monopole de la vente des médicaments, mais que l'art. 27 de ladite loi, ainsi conçu : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes auprès desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte », contient une exception à ce principe ; qu'il n'est pas contesté qu'*a fortiori* la même faculté appartient aux médecins, l'expression officier de santé étant employée dans un sens général pour désigner toute personne qui exerce l'art de guérir ;

Attendu que Doulcon et Dun-sur-Meuse forment bien deux communes distinctes au sens du droit moderne ; qu'en effet elles n'ont pas la même circonscription territoriale et ne sont pas soumises pour les affaires locales à la même administration municipale ; qu'ainsi se reconnaissent les caractères que la Révolution a imprimés à l'institution de la commune ;

Que le demandeur objecte vainement d'une part, que les causes qui ont pu motiver la disposition exceptionnelle de l'art. 27 n'existent plus aujourd'hui, la facilité des communications étant devenue si grande et les moyens de transport s'étant tellement multipliés que les malades n'ont plus aucune difficulté pour se procurer des médicaments, et, d'autre part, le peu de distance qui sépare les deux localités de Dun et de Doulcon, qui ne formeraient qu'une seule agglomération, puisque si le texte de l'an XI ne correspond plus aux nécessités actuelles et à l'intérêt des malades, c'est au législateur seul qu'il appartient de le modifier ;

Attendu que Dun ne renferme pas d'officine de pharmacien que, par suite, l'action de Geoffroy n'est pas fondée et ne saurait être accueillie ;

Par ces motifs,

Déclare Geoffroy non-recevable, en tous cas mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens.

Note. — Le jugement de principe ci-dessus rapporté est contraire au seul précédent jurisprudentiel existant à notre connaissance sur cette question. S'il est unanimement admis que le médecin bénéficie des dispositions exceptionnelles de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, la question reste controversée de savoir quel sens il faut donner aux mots : « bourgs », « villages », « communes ». Un jugement du tribunal civil de Rennes du 21 février 1910 (*Gaz. Pal.*, 1910.1.485) a décidé qu'il fallait interpréter le mot « commune » dans le sens de circonscription territoriale de fait. Le jugement rapporté au contraire l'interprète dans le sens restrictif de circonscription administrative.

Cette interprétation stricte semble la plus conforme à l'esprit du législateur de l'an XI, bien qu'elle se concilie mal avec les conditions de la vie actuelle et les facilités qu'ont les malades à se procurer les remèdes. Mais c'est à juste titre que le jugement ci-dessus écarte ce dernier argument, au motif que si la loi n'est plus satisfaisante, c'est au législateur seul qu'il appartient de la réformer. Adde sur cette question : Dalloz Rép. pratique, v° Médecine, n. 92 ; Georges Renard, *Le droit de la profession pharmaceutique*, p. 99 ; rappr. Cass. crim. 24 mars 1906 (D. 1908.1.106) et la no e de M. Albert Legris.

Dans un article, paru dans *Le Propharmacien* du 1er septembre 1921, le professeur Perreau, de la Faculté de droit de Toulouse, a exprimé l'opinion suivante :

« Notre ancienne jurisprudence d'avant 1789 permettait le cumul de la médecine et de l'apothicairie dans les *petites localités* seulement. D'où des discussions pour savoir si telle ville plus ou moins minuscule rentrait ou non parmi ces *petites localités*.

« L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI eut pour but de trancher la question du cumul dans le sens le plus large, en le permettant partout où il n'y aurait pas de pharmacien. D'où l'emploi de trois expressions : *bourgs*, *villages* ou *communes*. Nos pères employaient une gradation à trois termes : *ville*, *bourg* et *village*, pour désigner les groupes d'habitants formant l'unité administrative la moins élevée, ne faisant entre ces trois termes qu'une diférence purement honorifique, d'après l'importance de la population (Merlin, *Répertoire de Jurisprudence*, V° Communauté d'habitants). Le décret du 10 brumaire an II ordonna la substitution de l'expression générique de *commune* aux anciens termes *villes*, *bourgs* et *villages*, montrant qu'il s'agissait d'unités de même nature. En employant les expressions : *bourgs*, *villages* ou *communes*, la loi de l'an XI a voulu préciser que l'exercice cumulé de la médecine et de la pharmacie, en l'absence de pharmacien, serait permis *dans toute espèce de communes*, sans distinguer comme autrefois entre les grandes et les petites.

« De là résulte qu'on doit lire l'article 27 de cette loi comme s'il parlait uniquement de *communes*. En

conséquence, les médecins pourront faire la pharmacie quand ils résident dans une *commune* où n'existe pas de pharmacien, et ils ne le pourraient pas, au contraire, s'ils résident dans des communes possédant un pharmacien.

« Il n'y a pas lieu de faire des sous-distinctions, selon qu'une commune se compose ou non de plusieurs agglomérations nettement séparées. Le législateur, pour éviter toutes contestations, s'est placé en face de la plus petite unité administrative, la *commune*, sans permettre de descendre au-dessous. C'est le seul moyen d'éviter de continuelles discussions sur les limites dans lesquelles on doit rechercher s'il existe une officine. Les limites des communes sont administrativement fixées ; celles des agglomérations distinctes formant une même commune ne le sont pas au contraire. Comment préciser exactement les bornes de ces agglomérations de fait ? On ne peut tracer une ligne idéale passant par les maisons les plus éloignées du centre ; car on laisserait ainsi des vides entre les diverses agglomérations quand elles sont distinctes. Et pourtant, toute autre base de distinction entre elles est arbitraire,. Conclusion : seules les communes peuvent être distinguées, parce que seules elles ont des limites administratives précises.

En reproduisant cet article, le *Répertoire de pharmacie* du 10 novembre 1929 ajoute :

Il nous semble intéressant de rappeler ici un jugement du Tribunal civil de Rennes du 21 février 1910 confirmé par adoption de motifs par la Cour de Rennes le 1er avril 1911, jugement qui est en complète contradiction avec la doctrine énoncée par M. le professeur Perreau.

Voici dans quelle espèce ont été rendues ces décisions ; le Dr Guibourg résidait à Chateaugiron, commune du département d'Ille-et-Vilaine où se trouvait une pharmacie. Un beau jour, ce médecin eut l'idée de profiter de ce que, à quelques mètres de chez lui, se trouvait un chemin formant la limite du territoire de la commune de Chateaugiron pour transporter son domicile de l'autre côté de ce chemin ; de cette façon, il se trouvait domicilié dans une commune autre que celle de Chateaugiron, et il se croyait ainsi autorisé à fournir des médicaments à ses malades. Il est à peu près inutile d'ajouter que ce médecin fournissait des médicaments à ses clients de Chateaugiron..

Nous avons, à cette époque, eu l'occasion de donner notre opinion sur le point de savoir s'il y avait lieu d'intenter des poursuites contre le Dr Guibourg. Nous fîmes remarquer que ce médecin n'était répréhensible aux yeux de la loi que parce qu'il débitait des médicaments à ses malades de Chateaugiron. M. Chauveau, professeur de droit à l'Ecole de droit de Rennes, fut alors consulté et émit un avis différent. D'après lui, il y avait lieu de disséquer l'article 27 de la loi de germinal et de rechercher quelle avait été l'intention du législateur. Celui-ci, en employant successivement les expressions *bourg*, *village* et *commune*, n'aurait certainement pas entendu considérer ces expressions comme synonymes, car, s'il avait voulu n'envisager que l'établissement du médecin dans une localité renfermée dans les limites administratives, il se fût borné à employer le mot commune. Dès lors qu'il s'était servi des mots *bourgs* et *villages*, c'est qu'il avait eu l'intention de viser autre chose que des localités ayant un caractère administratif, et alors les tribunaux doivent être libres de conformer leurs décisions aux intentions du législateur qui a voulu que le remède fut autant que possible à la portée des malades.

M. le professeur Chauveau a défendu sa doctrine devant le Tribunal et la Cour de Rennes, et il a eu la bonne fortune de la faire triompher.

Voici, d'ailleurs, les principaux considérants du jugement rendu dans cette espèce :

« Attendu qu'on ne peut se borner à raisonner sur l'expression unique de *commune* avec les limites administratives qui ont été données longtemps après la loi de germinal an XI, sans s'attacher aux mots *bourgs* et *villages*, qui sont pourtant les premiers employés ;

« Que, s'il en était ainsi, les rédacteurs de la loi auraient simplement fait usage du seul mot *commune*.

« Qu'ils ont voulu, au contraire, se placer en fait, préoccupés uniquement de rechercher si oui ou non les malades pourront se procurer des remèdes ;

« Que, pour solutionner l'instance actuelle, il faut rechercher ce qu'on doit entendre par un bourg et de quelle partie il peut se composer ;

« C'est-à-dire qu'un *bourg* est une agglomération de maisons groupées en un point où convergent les intérêts économiques d'une certaine région et où se tiennent des marchés ;

« Qu'à notre époque, doivent être, au point de vue général de leurs intérêts, de leurs convenances, envisagés comme habitants d'un *bourg* tous ceux qui résident dans les maisons formant ce groupement ou cette agglomération, indépendamment de toute limite administrative pouvant les rattacher à une commune ;

« Qu'il n'apparaît pas, bien au contraire, que le législateur de l'an XI ait pu donner au mot *bourg* par lui employé, une autre acception ;

« Qu'en interdisant la vente de médicaments au médecin habitant un bourg où il y a un pharmacien, il a consacré le monopole qu'il créait au profit des pharmaciens, les malades y trouvant à leur portée tous les remèdes qui leur étaient nécessaires, et les médecins la certitude qu'il en serait ainsi ;

« Attendu qu'il n'est pas contestable que l'habitation du Dr Guibourg fait partie de l'agglomération de Chateaugiron ; qu'il n'y a donc aucun intérêt pour les malades, une officine de pharmacien étant ouverte à Chateaugiron, à ce que le Dr Guibourg leur livre des médicaments ;

« Que le Dr Guibourg est le premier à reconnaître que l'application de la loi, telle qu'il la demande, est choquante pour la raison, mais que, sous peine d'ar-

river à de l'arbitraire, il prétend qu'on ne saurait contester la légitimité de la thèse qu'il soutient ;

Attendu que, la question une fois admise, l'interprétation qui précède se résout en une question de fait et d'espèce laissée à l'appréciation des tribunaux comme toutes celles qui lui sont journellement soumises ;

« Qu'admettre les prétentions du Dr Guibourg serait ouvrir la porte à de nombreux abus et permettre aux médecins d'éluder très facilement les prescriptions légales, les maisons comprises dans l'agglomération d'un très grand nombre de villes, bourgs et villages se trouvant construites, comme celles formant le bourg de Chateaugiron, sur des territoires administrativement rattachés à deux ou même plusieurs communes. »

Comme on peut le voir en lisant le texte de ce jugement, la thèse du professeur Chauveau, que se sont appropriés les magistrats du Tribunal et de la Cour de Rennes, revient à prétendre que, lorsqu'il s'agit de décider si un médecin a le droit de livrer des médicaments à ses malades, il n'y a pas lieu de rechercher si la maison habitée par ce médecin est comprise dans les limites de la commune sur laquelle se trouve cette maison, le mot *commune* étant pris dans son acception administrative, mais qu'on doit se préoccuper simplement de savoir s'il réside dans une agglomération, dans un *bourg* ; et alors, si, dans ce *bourg*, existe une pharmacie, aucun médecin y habitant ne peut vendre des médicaments à ses clients.

L'arrêt de la Cour de Rennes que nous reconnaissons volontiers avoir été indiscutablement rendu en équité, n'a pas été déféré à la Cour de Cassation, mais nous nous sommes demandé, en 1911, lorsqu'il a été rendu, si la Cour suprême aurait fait sienne la doctrine du Dr Chauveau, qui ne nous semble pas reposer sur une base juridique bien solide.

A notre tour, faisons remarquer que la décision des juges de Rennes est unique en son genre.

L'ancienne jurisprudence s'en tenait au point de vue de la circonscription communale : Cassation 20 janvier 1855 ; S. 55 1. 157 ; — D. 55.1. 87 ; cour d'appel de Paris, 18 février 1882, S. 82.2.173 ; D. 82.2.183 ; plus près de nous, tribunal civil de Chalon-sur-Saône, 31 janvier 1890 ; *Concours médical*, 1890, 263 ; cour d'appel de Toulouse, 25 mai 1900, *Gaz. trib.*, 22 sept. 1900 ; tribunal correctionnel de Ploermel, 6 mai 1903 ; Phily, Jur. méd et pharm., p. 88 ; cassation crim., 24 mars 1906 ; *Gaz. Pal.*, 19 mai 1096 ; tribunal de paix de La Trinité-Porhoet, 18 octobre 1907 ; *Gaz. Pal.*, 18 février 1908 ; Cassation criminelle, 25 novembre 1909 ; *Gaz. Pal.*, 18 janvier 1910 ; cour d'appel de Montpellier, chambre correctionnelle, 27 janvier 1910 ; *Gaz. Pal.*, 7 avril 1910.)

Partout, dans ces décisions de jurisprudence, nous retrouvons toujours l'expression de « commune » comme indiquant la circonscription administrative, dans *laquelle*, lorsqu'un pharmacien a son officine ouverte, le médecin n'a pas le droit de vendre de médicaments à sa clientèle.

Quid de la distance ?

De ceci, ce qu'il faut retenir, c'est que le médecin ne peut exercer la propharmacie qu'autant que dans la commune où il a son domicile, il n'existe pas de pharmacie ouverte.

Est déclaré coupable le praticien, qui, pour éluder les prohibitions de la loi du 21 germinal an XI, a ouvert un cabinet de consultations dans une commune dépourvue d'officine, alors qu'il a, en fait, conservé, dans celle où est établi un pharmacien, son domicile et son principal établissement (trib. civ. La Roche-sur-Yon, 18 décembre 1900 ; *Gaz. trib.*, 11 avril 1907).

Cependant, le tribunal correctionnel de Sétif, par jugement du 3 janvier 1910 (*La Loi*, 31 août 1910) a acquitté un médecin d'Algérie, qui avait une seconde résidence dans une commune située à 50 kilomètres de la ville, où se trouvait un pharmacien et qui, dans cette seconde résidence, exerçait la propharmacie.

Un arrêt de cassation du 24 mars 1906 précité étend l'interdiction d'exercer la pharmacie à tout médecin établi dans le bourg principal d'une commune, alors que la pharmacie est ouverte dans un des faubourgs de ladite commune.

On peut donc dire que c'est la circonscription territoriale de la commune et non celle plus restreinte de l'*agglomération*, dite village ou bourg, qui doit être prise en considération, pour délimiter l'interdiction faite aux médecins d'exercer la propharmacie, lorsqu'un pharmacien a officine ouverte dans ladite commune.

Cependant, souvent nous nous laissons opposer des questions de distance : certains soutiennent qu'il faut qu'il y ait cinq kilomètres (d'aucuns disent 8 kilomètres) entre la demeure du pharmacien et l'officine la plus proche, pour que le praticien puisse adjoindre la propharmacie à l'exercice de sa profession médicale.

Cette erreur provient de ce fait que des propositions en ce sens avaient été discutées au Congrès médical de 1845.

Les congressistes avaient émis le vœu suivant :

« Les médecins, établis dans une commune où il n'y aurait pas de pharmacie ouverte, seraient autorisés à porter à leurs malades, à une distance de 8 kilomètres de toute pharmacie, les médicaments les plus indispensables, mais sans pouvoir les préparer, ni les vendre. »

Or, jamais la loi du 21 germinal an XI n'a été modifiée par une autre loi. Ce vœu n'a donc aucune valeur légale et ne saurait, en aucun point, diminuer la portée de l'article 27 de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Aucune distance kilométrique n'étant prévue, c'est donc à bon droit que les juges de Montmédy dont nous publions ci-dessus la décision, obtenue avec l'appui pécuniaire du « Sou Médical », esti-

ment que lorsque deux communes distinctes administrativement, ne forment, en fait, qu'une seule agglomération, la circonscription administrative seule doit être prise en considération et, par suite, le médecin a le droit d'exercer la propharmacie, puisque son principal établissement est situé dans une commune où il n'y a pas de pharmacie ouverte.

Et avec le même tribunal nous conclurons que si la loi du 21 germinal an XI est mal rédigée, parce qu'elle ne concorde plus avec nos mœurs et surtout avec les facilités de communication actuelle, respect doit cependant être donné à la loi.

Au législateur de la modifier ; en attendant, force doit rester à la loi.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE

COUR D'ASSISES DE L'AIN

10 juin 1930.

(*La Loi*, 31 août 1930.)

INFANTICIDE. — SAGE-FEMME TÉMOIN. — SECRET PROFESSIONNEL. — CONSTATATIONS FAITES SUR L'ACCOUCHÉE. — CONSTATATIONS FAITES SUR LE NOUVEAU-NÉ. — DISTINCTION. — LIMITATION DU SECRET PROFESSIONNEL.

Dans un procès criminel d'infanticide, une sage-femme appelée comme témoin, est tenue au secret professionnel, dans les termes de l'art. 378 C. P. en ce qui concerne les constatations faites sur l'accusée elle-même, mais non en ce qui concerne les constatations faites sur la personne du nouveau-né.

Si le secret professionnel s'étendait aux constatations faites sur la victime de mauvais traitements ou d'actes de violence, ce ne serait plus le secret du malade, mais celui du coupable.

La Cour :

Vu les conclusions déposées par Me Georges, au nom de l'accusée Bas Mathilde, tendant à ce que le témoin dame Bredy, sage-femme à Lent, étant tenue au secret professionnel dans les termes de l'art. 378 C. P. ne pourra déposer ni être entendue sur les faits confidentiels par nature dont elle a pu avoir connaissance alors qu'elle était en train de donner ses soins à la fille Bas Mathilde et à son enfant, le 7 février 1930.

Attendu que si les conclusions prises par l'accusée peuvent être admises en ce qui concerne les constatations faites sur elle-même par la sage-femme Bredy, laquelle n'a eu connaissance de faits confidentiels intéressant l'accusée qu'en vertu de sa profession, il n'en va pas de même des constatations faites par ledit témoin sur la personne de l'enfant dont la fille Bas venait d'accoucher.

Attendu, en effet, que l'enfant dont s'agit a été victime d'un crime, de l'aveu même de l'accusée, et que le praticien ne peut être tenu au secret professionnel qu'en ce qui concerne le malade auquel il a été appelé à donner ses soins, et non en ce qui concerne la victime de mauvais traitements ou d'actes de violence, puisque dans ce cas, ce ne serait plus le secret du malade, mais celui du coupable : qu'il y a lieu par suite, de rejeter les conclusions prises par la fille Bas.

Par ces motifs :

Rejette les conclusions prises par l'accusée en ce qui concerne l'enfant dont elle a accouché, les admet en ce qui la concerne personnellement ; dit qu'il sera passé outre aux débats ; ordonne que le témoin femme Bredy sera entendu.

Note

Nous rappelons le jugement du tribunal correctionnel de Vesoul, du 22 janvier 1920 (*Concours médical*, 1927.2192) qui décide qu'une sage-femme, qui a reçu de sa cliente, dans l'exercice de sa profession, l'aveu d'un infanticide, ne peut pas exciper de son secret professionnel pour s'abstenir de la déclaration de l'enfant, laquelle s'impose aux médecins et aux sages-femmes, avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dût-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime.

Dans ce cas, il y avait conflit de loi : si, d'une part, l'article 378 du code pénal oblige le praticien au silence, pour tout ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession, le code civil, d'autre part, fait à ce même praticien l'obligation de déclarer les naissances.

Aussi, le praticien doit-il se considérer relevé du secret professionnel, dans les limites de la déclaration imposée par la loi. Il en est de même en matière de déclaration des maladies contagieuses.

Mais, nous ne saurions souscrire à l'arrêt de la cour d'assises de l'Ain. Par déformation d'esprit professionnelle, les magistrats estiment que la poursuite du crime est supérieure à toute autre considération. Aussi, foin du secret professionnel, lorsqu'il s'agit de faire condamner un coupable.

A mon avis, mandé pour donner ses soins — et non pas pour punir le crime — le médecin reçoit toutes sortes de confidences qu'il doit taire. Il doit donner ses soins à une personne qui, confiante dans le silence imposé par la loi, lui avoue tout. Transformer ce praticien en accusateur, c'est diminuer la confiance du malade en son médecin, au détriment de la santé publique, car, avant de punir le malade, il faut le guérir.

Dire, avec la cour d'assises, que le médecin est tenu au secret, pour tout ce qu'il a appris chez la mère, mais non pour les constatations qu'il a pu faire sur le cadavre de l'enfant, c'est placer ce praticien dans des situations morales angoissantes. Quand faut-il parler ? Quand faut-il se taire ?

Pour ma part, j'estime que si l'avocat de la défense avait porté le litige devant la Cour de cassation (chambre criminelle), il eût été intéressant de faire décider, par la Cour suprême, si ce que le praticien a pu apprendre sur l'infanticide n'a pas été connu de lui, dans l'exercice même de sa profession.

Le médecin doit guérir ; il ne doit pas se transformer en auxiliaire de la justice : ce n'est pas son rôle social. Les juges n'ont qu'à se faire renseigner par leurs auxiliaires, par les médecins experts ; mais le médecin, qui a donné ses soins, doit être laissé tranquille, car il ne doit rien dire, dans l'intérêt même de la santé publique, qu'il doit défendre.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS LA PRESSE SOCIALE

Le Monde Mutualiste s'agite de plus en plus pour faire modifier la loi des assurances sociales à son profit, cela va sans dire. Il sent qu'il perd du terrain, que son recrutement devient de plus en plus difficile et que sa perte est certaine, si la loi ne reçoit pas les transformations qu'il réclame.

Il fait faire une proposition de loi par deux députés, Maurice Dormann, aujourd'hui Ministre et Jean Montepuy, ainsi conçue :

ARTICLE PREMIER. — Le paragraphe premier de l'article 2 de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales est complété par un alinéa nouveau ainsi conçu.

L'employeur est dispensé d'exercer la retenue sur les salaires prévue au paragraphe premier en ce qui concerne les assurés obligatoires qui, en qualité de membres participants d'une société de secours mutuels, bénéficient d'avantages au moins équivalents à ceux de la présente loi. Une carte spéciale de dispense est délivrée à ces assurés par le service départemental des assurances sociales.

L'article 2 indique que le versement patronal est affectée en totalité à la couverture de l'invalidité et de la vieillesse des intéressés. (*La Mutualité* du 26 novembre 1930.)

En réalité la Mutualité sait que les patrons sont empoisonnés par le précompte, par les résistances de son personnel et par toute la paperasserie administrative. Elle leur offre un moyen de mettre un terme à leurs difficultés, c'est de faire de tous leurs ouvriers des mutualistes.

Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que la Mutualité travaille les milieux politiques. Jadis, la Fédération nationale a eu comme président Léopold Mabilleau qui était un mutualiste occasionnel, mais homme très remuant, très intrigant, ayant de grandes relations dans la politique et peut être dans les loges. Il finit mal dans une affaire louche de literie et de couverture ; il dut donner sa démission de président de la Fédération nationale de la Mutualité.

L'affaire ne fut pas très reluisante pour l'état-major mutualiste formé d'hommes intègres, dévoués mutualistes et hommes de grande intégrité, mais la leçon n'avait pas profité.

Chose qui ne s'était jamais faite, la Fédération nationale nomma deux présidents, un président mutualiste et un président politicien. C'était un moyen de pression sur le gouvernement pour l'élaboration des lois pouvant intéresser la Mutualité; c'était un appui puissant pour l'obtention de rubans de tous genres. En même temps, on créait un groupe mutualiste parlementaire, formé de politiciens, espérant ainsi raccoler les voix mutualistes de leur circonscription.

Le choix des Mutualités se porta sur M. Raoul Péret, politicien de marque, ex-président de la Chambre des députés, ex-ministre, qui devenait du même coup président du groupe mutualiste. C'était superbe jusqu'à la malencontreuse affaire Oustric, pendant un peu aggravé de l'affaire des lits et couvertures de jadis. Cela nous rappelle Topaze, dont le principal personnage se moque d'une façon si amusante de ce malheureux politicien touchant des pots de vin pour déplacer des urinoirs, alors que lui rêve d'opérations de la plus grande envergure.

Je regrette, pour la Fédération nationale de Mutualité, ce double choix malencontreux alors qu'elle possède dans son sein de si honorables et distingués représentants des sociétés mutuelles et des unions départementales. M. Raoul Péret avait, dit-on, des visées sur l'Elysée, il apprendra qu'il est plus facile d'être Président de la Fédération de la Mutualité que Président de la République.

Dans l'assemblée générale de la Fédération ré-

gionale de la Mutualité du Sud-Est tenue à Avignon le 30 novembre dernier (*La Mutualité*, même date), on discuta longuement sur les modifications à apporter à la loi des assurances sociales et parmi les 12 articles proposés, deux concernent les médecins.

Art. 4. — Meilleure application du maximum de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Art. 5. — Liberté aux caisses d'assurances de traiter avec les praticiens syndiqués ou non.

Cette dernière modification proposée est d'importance capitale. Elle comprend en réalité plusieurs desiderata : suppression du libre choix du médecin; nomination de médecins attachés aux caisses ; non reconnaissance des syndicats habilités; possibilité de traiter individuellement avec des médecins, en dehors du Syndicat; possibilités de traiter avec des médecins dissidents ou des métèques offrant des tarifs inférieurs. Ce que poursuit avant tout la Mutualité, c'est ce qu'elle a toujours essayé d'obtenir, la médecine au rabais sans tenir compte de la valeur professionnelle ou morale du praticien. C'est, en réalité, la continuation de la médecine de façade, de la médecine pour mutualiste; c'est la dénégation pour le malade d'être soigné comme il l'entend. Celui-ci doit se contenter de la médecine militaire devenue civile et se déclarer satisfait de médecine de pauvres, alors qu'il veut et peut prétendre à la médecine, tout court.

C'est aux médecins et aux malades, eux les intéressés, de dire s'ils sont résolus à accepter les nouvelles servitudes. L'exposé de ces modifications est suivi du paragraphe suivant.

Au sujet des conventions médicales, il est constaté que seules les caisses d'assurances ayant obtenu des syndicats de médecins, le tarif minimum de 12 fr. et 15 fr. ont conclu des conventions.

En dehors de ces accords, les autres caisses n'ont signé aucune convention. L'assemblée décide de s'opposer énergiquement à la pratique de relèvement injustifié des tarifs médicaux, que voudraient restaurer certains syndicaux professionnels.

Il est, par ailleurs, indiqué par l'Union du Rhône, que les médecins sont obligatoirement tenus de signer une attestation, certifiant cette obligation et les caisses seront documentées sur cette jurisprudence ?

C'est le même esprit qui guide l'Union départementale du Loir-et-Cher, qui dans la séance du 23 novembre à Blois, vote le vœu suivant :

Que si des abus sont commis par des praticiens par l'élévation sans raison de leur tarif, ils soient réprimés sévèrement et qu'une plus grande liberté soit donnée aux caisses, en vue de rechercher localement les meilleures conditions de prix pour l'attribution des prestations en nature.

C'est toujours la même campagne de dénigrement organisée contre les Syndicats médicaux, malgré la lettre du Dr Cibrie, au président de la Fédération, offrant de lui fournir une preuve péremptoire de la fausseté de ces allégations.

Il est vrai que le président de la Fédération, M. Raoul Péret, est réellement compétent en matière d'exagération d'honoraires. Il trouve sans doute qu'un médecin qui soigne avec dévouement un malade et lui sauve la vie doit se contenter d'honoraires de misère.

C'est bien à lui que doit s'appliquer le proverbe « la parole est d'argent » ; et ses conseil sont une valeur incommensurable ; mais son silence eut été d'or si, porte parole de la Mutualité, il n'avait pas traité injustement les médecins d'« exploiteurs ».

Dans le même numéro de la Mutualité, au cours d'un article concernant les Pyrénées-Orientales, il est écrit :

« L'Union des Pyrénées-Orientales, la Roussillonnaise, avait déjà fait l'expérience du chèque médical, véritable billet de banque mutualiste, qui constitue une avance faite à l'assuré, à condition bien entendu que le médecin consente à le considérer comme une vraie monnaie.

Ce chèque, payable en banque, porte paiement de la totalité du prix de l'acte médical, celui-ci étant fixé par le Syndicat médical à un taux raisonnable qui ne nous paraît pas de nature à compromettre l'équilibre financier des caisses : 12 fr. jusqu'ici 15 fr. à partir du 1er janvier.

Le chèque est acheté à la section locale ou au bureau du quartier, moyennant un ticket modérateur, qui comprend, forfaitairement évalué, la participation aux frais médicaux et aux dépenses pharmaceutiques. Les assurés mutualistes paient leurs chèques de 12 fr. à raison de 2 fr., tandis que les non mutualistes le paient 5 fr.

Conséquence : point de froissement entre médecins et assurés, tarif de caisse et tarif de syndicat coïncidant.

Contrôle permanent de l'assuré... et du médecin ; un seul chèque à la fois et une seule ordonnance pharmaceutique.

Pas de feuille-maladie de 15 jours durant lesquels tous les abus peuvent se perpétuer, d'autant plus dangereux que c'est la maladie courte qui constitue le gros risque pour les caisses.

Pas d'entente frauduleuse entre médecin et assuré ; les chèques sont numérotés et suivis de la section locale à l'organisme central par une comptabilité extrêmement simple.

Ce système de paiement par chèque admis par la Confédération des Syndicats médicaux, est en passe d'être adopté par la plupart des Unions du Midi.

Nous sommes convaincus qu'il constitue, si les Pouvoirs publics s'y intéressent quelque peu, le seul moyen d'entente et de collaboration loyales entre caisses et syndicaux médicaux.

Hors de là, il n'y aura que tiraillement, défiance et hostilité dont les assurés seront les premiers à pâtir. »

Dr M. VIMONT.

LES MÉDECINS ABUSENT-ILS ?

Décembre 1930,

Lettre ouverte à Monsieur le PRÉSIDENT de la FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ et à M. Jean LESTELLE, rédacteur au journal mutualiste «*La Solidarité.*»

Sans doute comme abonné au « *Journal des Assurances sociales* », je reçois, le journal mutualiste «*La Solidarité*». Je lis avec grand intérêt ces deux journaux qui publient des études et des documents très précieux pour les médecins qui s'intéressent à la loi des assurances sociales, font des efforts pour y collaborer au mieux des intérêts de tous et s'efforcent chaque jour de montrer à leurs clients les avantages que leur procure la loi combattue le plus souvent parce qu'ils en ignorent et le fonctionnement et les avantages.

Ce n'est donc pas avec un esprit hostile que je proteste contre votre article « Les médecins et les Assurances sociales » et la résolution de la Fédération nationale de la Mutualité au sujet de la soi-disant : élévation des tarifs médicaux.

J'ose espérer que votre bonne foi a été trompée. Comment pouvez-vous affirmer que les médecins ont augmenté *abusivement* leur tarif ? Cette campagne contre les médecins, collaborateurs indispensables et dévoués de la loi des assurances sociales et des mutualités, est profondément regrettable.

Renseignez-vous. Vous apprendrez que, dès 1911, les honoraires médicaux minima à Paris et le département de la Seine étaient de 4 fr. pour la consultation, 5 fr. pour la visite. Or, ils sont actuellement et depuis plus d'un an de 20 fr. et 25 fr. pour la consultation et de 25 fr. et 30 fr. pour la visite, soit l'application des coefficients 5 et 6, coefficients encore inférieurs aux coefficients actuels de l'augmentation générale du coût de la vie.

Les salaires, les appointements des fonctionnaires, les denrées alimentaires, le charbon, les vêtements, les patentes médicales, les impôts, les charges médicales (domestiques, instruments, etc.), n'atteignent-ils pas les coefficients 6, 7, 8 et même 10 pour la boucherie, la charcuterie, par exemple ?

Les médecins commettent-ils donc un abus capable de déclencher cette fâcheuse campagne parce que, moins que les autres, ils ont modestement augmenté leurs honoraires de 5 et 6 fois ?

Le médecin, *et lui seul,* n'a-t-il donc plus même le droit de vivre de son dur labeur ?

Les médecins ne sont-ils pas des travailleurs obligés de travailler pour vivre, pour nourrir et élever leur famille comme les autres travailleurs manuels et employés ? Et pourtant, ils ne bénéficient d'aucun avantage social. Plus que d'autres, ils sont accablés de lourdes charges indispensables à l'exercice de leur profession (domestiques, auto, instruments, patente sur *tous* les locaux, non seulement professionnels, mais d'habitation), leur profession exige des loyers élevés, (pièces médicales, installation onéreuse, famille nombreuse), d'où impôts élevés qui doublent le prix du loyer. Ils ne connaissent pas la journée de huit heures, ni le repos hebdomadaire, ni la semaine anglaise ; la nuit même, ils ne sont pas sûrs d'avoir le repos réparateur dont ils ont souvent grand besoin et l'hiver, il faut un grand dévouement et beaucoup de courage pour aller courir dans la neige et sous le vent glacial, quand déjà, on est exténué par une longue journée de travail. Jusqu'à 26 ou 27 ans, ils ont dépensé souvent le patrimoine familial et n'ont encore rien gagné ; car, ce qu'ils donnent sans compter, c'est le fruit de dix années d'études scolaires et au moins de six années d'études médicales, et *étudiants perpétuels*, chaque jour, ils sont obligés de travailler pour se tenir au courant des progrès de leur profession pour en faire bénéficier leurs malades, ce qui les prive de toutes distractions et du repos pourtant si nécessaires à leur vie fatigante, dangereuse au milieu de toutes épidémies, de contagions multiples par toutes les intempéries.

Ne regardez pas les privilégiés de notre profession dont la vie, malgré leur situation, est toute de travail, mais apprenez à connaître mieux les modestes praticiens dont la situation n'est pas toujours enviable et cache souvent une misère dorée et vous ne mènerez plus contre eux cette campagne odieuse parce qu'ils demandent des honoraires justes, à peine suffisants, pour les faire vivre, pour nourrir et élever leurs enfants et payer les lourdes charges professionnelles qui les accablent et qui les obligent à continuer *jusqu'à la mort* et *par nécessité* leur pénible et dangereuse profession (1).

(1) Nous avons montré dans les nos 56 et 57 du journal « La Solidarité » qu'un médecin très occupé dont le cabinet rapporte 90.000 fr. par an supporte 53.000 fr. de frais professionnels, ce qui lui laisse à peine un bé-

Proteste-t-on avec le même acharnement contre les marchands de vins, les bouchers, les laitiers, les tenanciers d'hôtels, les charcutiers, les commerçants de denrées alimentaires qui pourtant, eux, sont des fournisseurs *journaliers* et non accidentels comme les médecins, des mutualistes et des assurés sociaux ? Et pourtant, à quels taux, à quels coefficients font-ils payer aux mutualistes et aux assurés sociaux leurs fournitures, pour lesquelles les lois sociales n'ont jamais prévu de remboursements, ni de rabais pour les mutualistes et les assurés sociaux !

En 5 ou 6 ans, ils ont fait fortune (voyez le prix de leurs fonds) ; à 45 ou 50 ans, ils sont retirés des affaires, ont propriétés à la campagne ou à la ville, et vivent de leurs rentes (et aujourd'hui, il faut de grosses rentes pour vivre sans travailler).

Combien connaissez-vous de médecins praticiens qui puissent en faire autant après 30 ans de travail sans trêve, ni repos ? La plupart meurent à la tâche, et c'est contre eux que la campagne odieuse est déchaînée ! !

Le fonctionnaire, l'employé est payé au mois, a ses jours de maladie payés, a une retraite assurée, il travaille !..... huit heures par jour, il a ses soirées libres, se repose le dimanche, les jours de fête, pendant les ponts, a son congé annuel payé.

L'ouvrier maintenant et heureusement est justement aidé par la mutualité et les assurances sociales.

Seul, parmi les travailleurs, le médecin ne reçoit aucun avantage ; seul, il doit lutter par son travail contre la vie chère, pour l'éducation de sa famille, pour payer ses lourdes charges, son loyer élevé, contre le chômage des journées de maladie (car le médecin aussi connaît la maladie souvent due à la contagion ou au surmenage) et s'il n'a pas pu s'assurer seul une retraite pour ses vieux jours, s'il est atteint prématurément d'incapacité de travail, qui lui viendra en aide ? Ses confrères, les œuvres médicales charitables, ou c'est la misère. Mais ni l'Etat, ni les œuvres sociales pour lesquels il a été, toute sa vie, un collaborateur dévoué et précieux, ne lui apporteront assistance, comme remerciements et reconnaissance, ils l'accusent de mercantilisme.

Non, Messieurs, le médecin n'a pas l'âme mercantile ; c'est un travailleur modeste et qui est loin de faire payer son travail et les services qu'il rend à leur juste valeur.

Il a toujours été dévoué et désintéressé et, avec les tarifs syndicaux actuels de 25 et 30 fr. la visite, il est toujours aussi désintéressé.

---

néfice de 37.000 fr. pour vivre, faire vivre sa famille, payer ses frais domestiques, assurer l'éducation, l'instruction et l'avenir de ses enfants : Que lui reste-t-il pour assurer ses vieux jours, prévoir une incapacité de travail prématurée, et assurer l'avenir de sa femme -?..

Ce qui a pu tromper les dirigeants de la Mutualité et tous ceux qui, à tort, accusent les médecins d'avoir augmenté leurs honoraires à partir du 1er juillet, c'est-à-dire depuis le fonctionnement des assurances sociales et qui crient aux « abus», c'est qu'un certain nombre de médecins, mus par des sentiments divers, louables ou blâmables (philanthropie, esprit commercial ou politique), devant la carence des pouvoirs publics vis-à-vis des travailleurs modestes, s'étaient émus de certaines situations intéressantes et avaient consenti à réduire leurs honoraires, pourtant déjà modestes, mais néanmoins une charge lourde et difficilement supportée par cette classe de déshérités de la vie ; et que, lorsque enfin, la nouvelle loi des assurances sociales est venue apporter à ces modestes travailleurs les secours de maladie, de maternité, de vieillesse et d'invalidité, ces mêmes médecins, qui avaient consenti des réductions sur leurs honoraires, se sont crus libérés de cette générosité personnelle et ont appliqué les tarifs syndicaux en usage ; considérant, avec raison, que les honoraires restant à la charge des malades, après le remboursement des Caisses, étaient, de ce fait, inférieurs aux honoraires réduits qu'ils s'imposaient, d'autant plus que les frais de maladie étaient encore réduits du remboursement presque intégral des frais pharmaceutiques, et qu'il n'y avait donc plus lieu de continuer une charité qui ne leur incombait pas mais qui devait incomber à la collectivité comme les lois d'assurances sociales l'ont compris en apportant aux travailleurs modestes, les soulagements nécessaires aux charges de maladie.

Quand on a fait le bien, on ne le regrette jamais, mais s'entendre accuser d'abus et de mercantilisme parce qu'on met fin à une charité spontanée et personnelle devenue inutile, paraît odieux.

Monsieur le Professeur Debierre a écrit, dans votre journal « *La Solidarité* » : « le Corps médical français jouit de tous temps d'une réputation d'honnêteté professionnelle qui défie toute atteinte. Nos frères de la médecine française ont eu une grande et noble figure. Il faut que leurs successeurs soient des hommes de conscience et de probité ».

Je concluerai en ajoutant avec sincérité : Ils le seront s'ils suivent les directions de haute moralité que leur rappellent sans cesse, leurs syndicats médicaux et si ceux avec qui ils collaborent les laissent remplir leur devoir et soigner leurs malades en paix.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de mes sentiments distingués.

H. Perreau.

P. S. — Si vous croyez que les avantages accordés par la loi aux assurés sociaux seront insuffi-

sants, ce n'est pas contre les médecins ni contre leurs tarifs d'honoraires qu'il faut faire campagne, car la différence qui existe entre le tarif de responsabilité des Caisses et les tarifs médicaux *est nécessaire* dans l'intérêt de tous.

Pour les Caisses elle sert de freins aux abus de multiplicité de visites et de consultations inutiles ; pour les malades sérieux, elle assure au médecin consciencieux et honnête qui donne la confiance et guérit plus vite ; pour les médecins elle leur permet d'apporter au malade tout leur temps pour les bien examiner et les bien soigner. La médecine au rabais est toujours une mauvaise médecine à l'usage des médecins peu consciencieux qui l'acceptent avec l'espoir de faire de la médecine en série, en multipliant les visites inutiles dont ne tardent pas à se plaindre les malades sérieux et honnêtes et dont souffrent les budgets des Caisses et des mutualités qui, en croyant avoir réalisé des bénéfices sur les honoraires médicaux, voient en fin de compte leurs budgets lourdement grevés par des frais médicaux et pharmaceutiques exagérés et inutiles.

Si vous voulez augmenter les avantages des assurés sociaux il faut diminuer l'écart exorbitant qui existe entre les salaires actuels et les prestations en espèce vraiment insuffisantes pour tous et surtout pour *certaines familles nombreuses*, lorsque c'est le chef de famille qui est malade et qui souvent est le seul soutien de la famille.

Avant la loi des assurances sociales les frais médicaux actuels étaient facilement supportés par les travailleurs parce que le médecin ne fait pas de visite *journalière* mais c'est la *privation de la paye journalière* qui fait redouter la maladie à l'ouvrier modeste, car c'est *tous les jours* qu'il faut donner à manger à la famille.

Or, les frais médicaux, même à 25 et 30 fr. la visite sont remboursés à 50 et 60 %, les frais pharmaceutiques à 85 % et la *paye journalière* à 30 % et encore qu'à partir du *sixième jour.*

Et c'est contre les honoraires médicaux qu'on fait campagne. Allons, Messieurs, vraiment, un peu de logique et de justice.

Si la loi des assurances sociales ne donne pas satisfaction avouez-en franchement les causes, vous les connaissez aussi bien que nous.

IMPRESSIONS DE L'ASSEMBLÉE DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX

20-21 *décembre* 1930

Par le Dr Gabriel BATIER, de Strasbourg.

La Confédération a franchi sans encombre le cap de sa dernière assemblée générale qui était l'ordinaire de l'année 1930, mais dont la caractéristique était d'être la première après la mise en route de la loi sur les assurances sociales.

Evidemment la loi n'est point encore très vivante. Le nouveau ministre du travail — j'écris le 12 janvier — qui a plusieurs raisons d'en parler avec optimisme, la comparaît récemment à une maquette. Bien des médecins préféreraient une comparaison d'amphithéâtre. Mais tout le monde est d'accord pour estimer qu'il faut beaucoup d'imagination pour se représenter ce que seront les assurances sociales dans vingt ans, et surtout la médecine, réfléchie par ce prisme nouveau.

Les membres de l'assemblée confédérale, considérés dans leur ensemble, semblaient des gens, sans doute inquiets de l'avenir, mais quelque peu surpris de n'avoir constaté aucun cataclysme dans leur vie professionnelle.

La politique confédérale s'est engagée dans une heureuse voie, en poursuivant la discrimination des catégories. Le nouveau ministre a donné des assurances formelles à ce sujet en ce qui concerne l'hospitalisation — point névralgique — ; à mon sens, il y a là reconnaissance d'un principe essentiel dont l'application doit être poursuivie sur toute la ligne, car nul doute que les assurances sociales ne se développent ultérieurement jusqu'à englober les neuf dixièmes de la population.

Par ailleurs, il a été peu parlé de l'hospitalisation des assurés sociaux. M. LAPEYRE exposa bien l'essai de Tours, mais l'attention était fixée sur d'autres problèmes, et généralement, de petits problèmes d'application. Peut-être cela vaut-il mieux. On a, en effet, reproché à la Confédération de n'avoir pas réglé l'hospitalisation : le fait est exact, le reproche est injuste. C'était au législateur de transformer complètement notre régime hospitalier à l'occasion et pour l'application des assurances sociales. La Confédération ne pouvait qu'apporter sa collaboration technique sur le chantier : le chantier ne fut pas ouvert. Elle aurait dû prendre l'initiative, dira-t-on ? J'estime qu'en ce moment c'eût été dangereux, car l'unité du Corps médical est bien récente, et qui oserait dire que certains intérêts médicaux ne se trouvent pas au travers de la réforme hospitalière ?

Fait que certains ont trouvé curieux : nombreuses sont les Caisses qui hésitent à contracter ou même refusent nettement de signer avec le

Syndicat médical un contrat identique à la convention-type. J'avais prévu cette possibilité et l'avait en son temps signalé à notre confrère Chauveau qui s'était refusé à l'admettre. Ceux des nôtres qui si longtemps ont combattu le principe même du contrat, doivent maintenant, comprendre que le contrat a du bon, puisque le partenaire hésite à s'engager, quand il ne refuse pas carrément sa signature.

On a reproché aux médecins, dans les milieux mutualistes, d'avoir augmenté leurs tarifs à l'occasion de la loi nouvelle. Je connais des syndicats dont le tarif minimum est inférieur, en puissance d'achat, à celui d'avant-guerre ; je n'en connais aucun — pas même ceux de spécialistes — dont le tarif soit supérieur à celui d'avant-guerre. La vérité est que de nombreux médecins n'osaient pas demander les prix des tarifs syndicaux, pourtant si raisonnables. Or, ce sont les tarifs syndicaux qui ont été mis en avant et, dans l'application des assurances sociales, les médecins n'ont souvent plus osé continuer leur sous-enchère. Et voilà la légende de l'augmentation des prix médicaux, du pillage des caisses, etc., etc.

Quant aux dispensaires privés (consultations), l'assemblée a décidé qu'ils devaient ignorer les assurés sociaux, sous peine de ne plus avoir la collaboration médicale. Les avis sont assez partagés à ce sujet ; quoi qu'il en soit, la décision est prise et la discipline commande qu'elle soit appliquée partout et par tous.

En matière de soins aux accidentés du travail, il y eut une petite escarmouche. On vit surgir l'entente directe au nom des principes. C'était un pavé dans la mare, car nul n'ignore les espoirs sérieux que le Corps médical a mis dans le projet de réforme de la loi, projet qui se présente bien devant le Sénat. La revendication de l'entente directe, c'était la pierre tombale sur ces espérances. Bouvat eut du courage et vint montrer que la loi sur les accidents du travail a le tiers-payant à sa base, du moment que le tiers responsable doit seul la réparation du dommage : demander l'entente directe, a-t-il conclu, c'est demander l'abrogation de la loi. Et il avait raison. On le suivit et on passa à l'ordre du jour.

On a enregistré un progrès marqué quant aux honoraires versés pour soins aux assistés. Mais il est attristant de constater que certains départements n'ont encore ni le libre choix ni le tarif à l'acte. On me permettra — quoique orfèvre — de souligner combien la plupart des syndicats locaux se désintéressent des soins spéciaux — hormis l'obstétrique que les omnipraticiens pratiquent ; pourtant la loi dit formellement que l'hospitalisation n'est à envisager qu'en cas de nécessité, et que des soins spéciaux se peuvent donner au cabinet du spécialiste !

Et ceci amène tout naturellement la question délicate qui émut un instant l'assemblée confédérale. Les chirurgiens et les spécialistes ne sont pas contents du sort que la loi sur les assurances sociales leur fait, et ils ont raison : nul doute que leurs griefs soient fondés. Leurs dirigeants savent fort bien ce qu'il en est ; ils savent aussi que la Confédération n'est pour rien dans ce qui motive leurs justes rancœurs, car non seulement notre organisme central a fait ce qu'il a pu, mais encore il a toujours délégué auprès des Pouvoirs publics l'élu même des spécialisés — à savoir Renon — pour parler au nom de la Confédération tout entière quand il s'agissait de soins spéciaux ou d'hospitalisation.

Mais les syndiqués ne le savent pas toujours, ou l'oublient devant la révolte de leur cœur. Dans certaines régions — limitées d'ailleurs — il s'est produit un mouvement fort particulier de spécialistes et chirurgiens qui estimaient leurs intérêts trahis. Ils ont conçu et tenté de réaliser des syndicats régionaux de spécialisés qui, parfaitement indépendants des syndicats locaux, constitueraient une fédération nationale, indépendante de la Confédération.

Ce mouvement conduirait non seulement à la ruine de l'unité syndicale du Corps médical dont il affaiblirait les moyens déjà précaires, mais encore à la disparition des syndicats généraux de spécialisés dont la politique constante a comporté la collaboration avec tous au sein de la Confédération. Ces syndicats de spécialisés ont même soutenu depuis plusieurs années une intégration plus intime encore de leurs organisations dans la Confédération et si la chose n'est pas encore réalisée, la faute en est à la méfiance maladroite de certains militants de syndicats locaux. Ces militants ont manifesté à la dernière assemblée, que l'incident, pourtant si caractéristique, ne les éclairait pas, bien que Eltrich et moi-même ayons tenté de leur faire voir les réalités et bien que Lecat, lui, ait vu clair.

L'ordre du jour voté sur la proposition du Conseil d'administration, appuyé par les représentants des syndicats de spécialisés, condamne nettement le mouvement et maintient la conception intégrale du syndicalisme actuel.

Un magnifique exposé de Lenglet, délégué de la Confédération au conseil supérieur d'hygiène, renseigna l'assemblée sur les fraudes dans la fabrication des farines et la panification. A l'unanimité, l'assemblée vota l'ordre du jour qui s'imposait pour soutenir l'action de son délégué au Conseil supérieur d'hygiène.

C'est également à l'unanimité que l'assemblée prit à son compte les conclusions de la commission de l'enseignement et c'est à dessein que je rapproche les deux votes. En effet, par ces conclusions, la Confédération émet des vœux qui — oh, bien timidement encore ! — tendent à la

réforme de l'enseignement médical ; on demande un changement de méthodes ; on demande une sévérité plus grande dans les examens et l'on indique des moyens d'y parvenir ; on ne touche pas encore aux programmes.

Ainsi le syndicalisme médical nous semble dans la bonne voie. Trop de gens le jugent à l'image des syndicats ouvriers ou même des syndicats patronaux, et lui reconnaissent un caractère purement alimentaire, si l'on ose dire ; c'est le fait de la plupart des étrangers à notre profession, c'est le fait de certains médecins. Pour nous, le syndicalisme doit être l'organisation même de la profession ; partant, rien de ce qui intéresse la santé publique ne doit lui rester étranger ; il doit se hausser à une conception humaine ou nationale — selon les problèmes — de tout ce qui touche par quelque côté à la profession, de façon que les pouvoirs publics et l'opinion prennent l'habitude de compter avec ses vœux autorisés.

Et pour augmenter son autorité, il importe que, dans le cadre libéral des lois actuelles, il maintienne la discipline morale de ses affiliés, voire même, quand la loi — comme celle des assurances sociales — le permet, la discipline morale des non-syndiqués eux-mêmes.

L'assemblée a élu le conseil national de famille qui connaîtra en appel, des affaires jugées en première instance par les conseils de famille des syndicats départementaux en matière d'assurances sociales. Quand la question vint devant la commission de droit syndicaliste au cours de l'année, on avait envisagé tout d'abord des attributions plus étendues pour ce conseil national ; mais on buta contre plusieurs obstacles, et le regretté professeur Verger proposa, pour aboutir, de se limiter pour le moment à l'application des assurances sociales. On dit que le projet de loi relatif aux accidents du travail permettrait d'appliquer à cette matière nouvelle la juridiction des conseils de famille syndicaux ; ce serait un pas de plus. A mon avis, il faut tendre à l'extension de cette juridiction, de telle manière que toute plainte contre un médecin vienne naturellement devant elle et non pas devant la justice ordinaire. Personnellement, dans les statuts de trois organisations syndicales auxquels j'ai travaillé, j'ai inscrit la possibilité du recours de toute personne contre un syndiqué devant le Conseil de famille.

Un mot sur le choix des personnes : il fut excellent. Mais celui de mes amis qui préside la Confédération eut un mot malheureux, quand il déclara que le Bureau n'avait retenu le nom d'aucun médecin exerçant en Alsace, du fait que, dans cette région la loi sur les assurances sociales y est différente. La déontologie plane bien au-dessus du cadre législatif, bien au-dessus également des frontières artificielles que les Pouvoirs publics maintiennent inconsidérément entre des départements français ; quant aux circonstances de fait, c'est faire injure à un médecin, que le croire incapable de les apprécier quand il s'agit de pratique médicale. Il n'y avait aucune raison de mettre un Alsacien dans le Conseil national de famille ; il n'y avait aucune raison de l'éliminer par principe.

Quant au renouvellement du Conseil d'administration, j'avais émis l'an dernier une crainte, c'est que, pour donner satisfaction à diverses personnalités, l'on ne procédât dans les régions au petit jeu de l'alternance, ce qui aurait eu pour effet de ralentir l'activité du Conseil et de lui enlever quelque continuité dans l'action.

Sans faire de pointage, on peut voir que cette année tout au moins, un bon nombre de conseillers sont maintenus dans leurs sièges ; les changements sont ce qu'ils doivent être pour « aérer » le Conseil.

L'un de mes amis a relevé un mot bien significatif lors d'une séance du Conseil l'automne dernier : un farouche partisan de la représentation régionale, mécontent de l'attitude du Conseil vis-à-vis d'une thèse qu'il défendait, invoqua la souveraineté de l'assemblée dont le Conseil doit se borner à exécuter les décisions ; il avait raison ! mais mon ami, qui est opposé à la représentation régionale, me fit remarquer : « si le Conseil a pour mission d'exécuter les volontés de l'assemblée, il est tout de même anormal qu'il ne soit pas responsable devant elle ! » Et partisan de la représentation régionale, je dois reconnaître que c'est là son point faible.

En résumé, la politique intérieure de la Confédération est essentiellement une politique d'attente : les dirigeants laissent lentement pâlir les cicatrices des plaies encore récentes ; ils évitent les plaies nouvelles ; ils se méfient de toute réforme, même justifiée, qui risquerait de provoquer quelque division. Cette prudence est sage ; il ne faudrait pas cependant qu'elle conduisit à refuser toujours toute réforme qui aurait pour but d'augmenter encore la cohésion syndicale.

La politique extérieure a la marque du chef d'état-major, qui est l'opposé d'un doctrinaire ; particulièrement souple, il est essentiellement opportuniste, prend ses avantages au fur et à mesure des occasions, et réalise en hausse sans spéculer à terme sur des valeurs incertaines. Cette politique a son heureux et son mauvais côté ; sans la discuter davantage, je crois qu'elle est admirablement adaptée aux circonstances, à cette période inquiétante où la profession médicale subit une mue trop rapide du fait de circonstances indépendantes de nos volontés individuelles.

ORDRES DU JOUR

Médecins de frontière

L'Assemblée générale fait confiance au Conseil d'Administration pour poursuivre activement la question des médecins de frontière des pays limitrophes de la France dans leurs rapports avec les Syndicats médicaux français et les caisses.

Docteurs HENNECART, GIRY, CHABOUX, DUVERNOY, VANVERTS, PAGET, PARAMELLE, BERTRAND, BARROYER. (*Adopté*).

Abus de prescriptions

L'Assemblée générale donne mission au Conseil de rechercher d'urgence les moyens de réprimer les abus de prescription dans toute la médecine, abus constituant un gros danger pour le Corps médical dans toutes les négociations en cours. Dr DERVAUX. (*Adopté*).

Pensions

La Confédération envisagera le refus de toute collaboration au fonctionnement administratif de l'art.64 si pleine satisfaction n'est accordée à son cahier de revendications. Dr René PAGET.

Accidents du Travail

Les délégués à l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, n'ayant pas été mandatés pour accepter l'entente directe en matière d'accidents du Travail, l'ordre du jour sur cette question ne peut être retenu. Dr MATHIEU.

Service de santé

L'Assemblée générale remercie le Conseil de son action et lui donne mandat d'agir aux fins d'obtenir l'assimilation de grade et d'ancienneté des médecins actuellement officiers de réserve des différentes armes qui désireraient muter dans le Service de santé. Dr TRISTANT (de Marseille).

Enseignement

(au sujet de la loi Milan-Rio)

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français approuve les quatre premiers articles de la proposition de loi MILAN-RIO ;

Demande la suppression de l'article 5 portant établissement de mesures transitoires ;

Demande que l'exigence du baccalauréat classique à l'entrée des Ecoles dentaires soit comprise dans le cadre même de la loi pour inte venir entre la date de sa promulgation et la date de son application.

Hygiène

LA FRAUDE DANS LA FABRICATION DES FARINES

La Confédération des Syndicats médicaux français, réunie en Assemblée générale, les 20 et 21 décembre 1930.

Emue de l'exposé de son délégué au Conseil supérieur d'hygiène de France, sur l'adultération des farines, spécialement par les produits à base de bromate de potassium — et de persulfate d'ammoniaque.

Insiste de la façon la plus formelle auprès du Ministre de la Santé publique pour que cette question soit immédiatement résolue.

Et que toutes mesures soient prises d'urgence pour interdire sous des peines sévères, les fraudes touchant à la fabrication du pain, et pouvant avoir, en conséquence, de graves répercussions sur la santé de la population toute entière.

La Confédération des Syndicats médicaux français donne mandat à son représentant au Conseil supérieur d'hygiène publique d'apporter devant ce Conseil la protestation du Corps médical contre l'octroi possible de licences permettant, dans la panification, l'emploi de produits préjudiciables à la Santé publique. (*Adopté à l'unanimité.*)

Mutualités

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, dans sa séance du 21 décembre 1930, affirme à nouveau son acceptation de collaborer à l'application de la Loi des Assurances sociales, dans le cadre des conventions-types qui ont été établies d'accord entre les représentants de l'Administration, des assurés et des praticiens.

Rejette formellement sur les Caisses mutualistes ou autres la responsabilité des conséquences pouvant résulter du fait de la non-signature des dites conventions dans certains départements.

L'Assemblée générale charge le Bureau d'obtenir des Pouvoirs publics qu'ils rappellent au respect de la loi certaines Caisses d'assurances maladie, en particulier, certaines caisses mutualistes. Celles-ci en effet, en refusant de contracter avec les Syndicats médicaux, légalement habilités, qui acceptent de signer les conventions-types, se soutraient aux obligations que la Loi leur impose. (1)

Assurances sociales

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Prend acte de la modalité proposée par Monsieur le Ministre du Travail, portant discrimination des catégories d'assurés sociaux à l'hôpital public, et autorisant après entente entre Caisses, Commissions administratives, et Syndicats médicaux, l'entente directe, avec les assurés de la 5e catégorie, sous la réserve que le taux des honoraires ne saurait dépasser à l'hôpital public, dans ce cas, le cœfficient 12.

Déclare que l'entente directe totale, partout où elle fonctionne déjà, doit être maintenue.

Considérant que la nouvelle modalité proposée par

(1) Certaines caisses cherchent en effet à organiser actuellement des établissements de caisses, à nommer des médecins de caisses, à signer des conventions avec les Etablissements privés sans avoir pris l'avis— prévu par la loi et les conventions-types — des syndicats médicaux intéressés.

Monsieur le Ministre du Travail apporte plus de souplesse au fonctionnement hospitalier, engage formellement les Syndicats médicaux, retenus jusqu'à aujourd'hui par la difficulté d'établissement des conventions hospitalières, à proposer dans le plus court délai aux Caisses la signature des dites conventions.

***

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français,

Ayant pris acte des modalités nouvelles proposées pour le règlement de la question hospitalière,

Considérant, d'autre part, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux bénéficient de par leurs situations spéciales d'avantages moraux et professionnels,

Déclare que l'étude s'impose, dans un but de simplification et de justice, de réduire pour l'hôpital public, les catégories des assurés sociaux, *à deux* :

1° Les indigents ou privés de ressources, pour lesquels le Corps médical est prêt à envisager la gratuité complète des soins,

2° Les autres assurés, pour lesquels l'entente directe avec libre choix partout où il sera possible doit être reconnue comme la seule modalité équitable. (Dr Cibrie.)

Spécialistes

L'Assemblée générale de la Confédération, dans sa séance du 21 décembre 1930,

Déclare que les médecins spécialisés, chirurgiens ou spécialistes, ont tout à fait le droit d'étudier et de discuter les revendications spéciales ou leur intérêts spéciaux.

L'Assemblée verrait avec satisfaction des sections techniques spéciales se former dans le sein des Syndicats départementaux.

L'Assemblée, par contre, se déclare formellement opposée à la création de Syndicats départementaux ou interdépartementaux de spécialistes, qui aboutiraient fatalement à l'émiettement de l'action syndicale ; cet émiettement devant conduire inéluctablement le Corps médical à la défaite. (*Adopté à l'unanimité, moins une voix.*)

Cet ordre du jour a été discuté et voté à la suite d'incidents survenus à l'Assemblée générale du syndicat des chirurgiens français du 18 décembre, et que résume le communiqué suivant :

L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a tenu sa séance régulière le 18 décembre 1930 au siège social 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Un vote de cette Assemblée générale a décidé par 38 voix contre 29 la constitution de syndicats régionaux de chirurgiens, destinés à être ultérieurement groupés en une Fédération.

Cette grave question entraînant une révision des statuts (art. 16) ne pouvait être définitivement résolue que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet. Celle-ci sera réunie dans les plus brefs délais.

A la suite de regrettables incidents de séance, le Président leva la séance en donnant sa démission ainsi que celle du Secrétaire général.

Après la levée de l'Assemblée régulière, un comité s'est constitué qui a revendiqué le droit de parler au nom du Syndicat, et qui a envoyé un article aux journaux l'*Œuvre* et le *Matin* du 21 décembre, et une circulaire à tous les membres du Syndicat, comme si l'organisme régulier était défaillant.

Le conseil d'administration du Syndicat des chirurgiens réuni d'urgence le 21 décembre 1930, a pris à l'unanimité les décisions suivantes :

Refus de la démission du Président et du Secrétaire général.

Envoi d'un rapport détaillé à tous les membres du Syndicat.

Traduction devant le Conseil de famille des auteurs de cette manifestation.

Le Conseil a exprimé ses regrets que les critiques les plus vives se soient produites, au moment précis où les efforts combinés du Syndicat des chirurgiens et de la Confédération, permettaient d'apporter une modalité nouvelle dans le fonctionnement hospitalier de la loi des assurances sociales.

Cette modalité, susceptible de donner satisfaction à un grand nombre de chirurgiens, est la discrimination entre les 4 premières catégories et la 5e, les quatre premières étant traitées dans les services de chirurgie et de spécialité, gratuitement ou à un chiffre clé très bas, la cinquième remboursée par les Caisses au chiffre clé 8, le chirurgien ayant le droit de demander des honoraires supplémentaires par entente direce avec l'assuré (ces honoraires ne pouvant cependant dépasser à l'hôpital public le chiffre clé 12). Il va sans dire que l'entente directe totale partout où elle fonctionne déjà peut être maintenue.

Après la réunion du Conseil d'administration du 21 décembre le professeur J.-L. Faure, président et le docteur Renon, secrétaire général, ont retiré leur démission.

***

Cet incident était la conséquence du régime hospitalier primitivement adopté dans l'assurance-maladie, et des tarifs chirurgicaux qu'il renfermait.

J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer combien ces tarifs, ridiculement bas, étaient de nature à soulever des conflits, et l'événement m'a donné raison.

Il est regrettable que le conflit ait éclaté au moment même où les efforts de la Confédération venaient d'aboutir à une satisfaction partielle de la part du Ministre du Travail dont j'ai publié la lettre dans le n° 1, page 43.

Moins que jamais, il ne saurait être question de division entre fractions opposées du Corps médical. Ce n'est pas en brisant les vitres que

l'on fait la meilleure besogne. Et d'habiles et patientes temporisations ont souvent raison des difficultés contre lesquelles on se heurte.

Les intérêts des chirurgiens et des spécialistes sont des plus légitimes. Il faut qu'ils soient protégés contre de maladroites mesures qui risquent de les diviser pour en opposer ensuite les tronçons les uns aux autres.

Les forces syndicales ont besoin de toute leur cohésion et leur faisceau restera intact, j'ose l'espérer, pour remporter la victoire dans les luttes qui se préparent, et dont les offensives mutualistes, contre lesquelles il faut faire bloc, nous donnent un savoureux avant goût.

G. DUCHESNE

Bureau pour 1931.

Président, M. le Dr DIBOS (Fédération du Sud-Ouest) ; vice-présidents, M. le Dr VANVERTS (Fédération du Nord) ; M. le Dr MARQUIS (collège complémentaire) ; secrétaire général, M. le Dr CIBRIE (Seine) ; secrétaire général suppléant, M. le Dr HILAIRE (Seine) ; trésorier, M. le Dr CAILLAUD (groupes : Beauce, Sologne, Morvan); trésorier suppléant, M. le Dr DU PASQUIER (spécialistes).

Conseil de famille national.

ELU PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES 20 ET 21 DÉCEMBRE 1930.

Titulaires : le président : Dr DIBOS, MM. les docteurs DECOURT, HUMBEL, LEFEVRE, LENGLET, NOIR, RENON, VANVERTS, ZIPFEL.

Suppléants : MM. les docteurs : ALBERT, CLAVELIER, GAUSSEL, GUY, LAYRAL, LECAT, MARQUIS, MASQUIN, ORAISON.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCVII. — A. DAUDET. — **Port-Tarascon.** Un vol. 16 × 21 tiré à 1.000 ex. numérotés sur vélin de Rives. — Illustrations en couleurs de Marcel Capy. Coll. Poivre et Sel. Ed. Kra, Paris, 1930.

Le récit de l'occupation d'une île anglaise par les 71 braves Tarasconnais, partis sous la conduite de leur héros national, Tartarin et la fin minable de leur expédition contiennent une délicieuse leçon de philosophie pratique. L'édition de ces aventures est fort agréablement présentée, avec une parfaite netteté d'impression, sur beau papier (1). Et je vous recommande surtout le dessin de Capy qui pimente le livre, *à chaque page*, avec une cocasse générosité. Ses personnages, à une échelle drôlement lilliputienne ont l'air caricatural, (de circonstance), de pygmées occupés à de grands desseins. Le sérieux de leurs intentions ne fait aucun doute, mais les attitudes qui trahissent ces hautes préoccupations détonnent d'une savoureuse discordance. La vivacité des couleurs allège l'ensemble et fait de ce livre, moins connu que le Tartarin, un des plus agréables de cette séduisante collection Poivre et Sel.

CCVIII. — F. GIDON. — **Mon bisaïeul, philosophe rustique.** Un vol. 12 × 19. Ed. Au Sans-Pareil, Paris.

Ce livre n'entre dans aucune des trois catégories où il est possible de classer presque tous les romans actuels suivant qu'ils sont écrits par des pornographes patentés, des combinards professionnels, ou des melliflueηts convaincus... On dirait un de ces contes simples d'aïeule, un ronron de rouet ressuscité. Aux lèvres entr'ouvertes de quel portrait, aux lignes pâlies de quel livre de raison a-t-il puisé ces souvenirs ? Monsieur Gidon ne le dit pas expressément : il y a bien cette estampe que commente avec grâce un des héros du livre et qui symbolise harmonieusement cette continuité de la vie que l'auteur s'attache à nous montrer, mais le délicat enchevêtrement du passé au présent rend fort ardue l'identification des sources. Ce bisaïeul dont l'auteur nous conte la vie représente bien la sagesse mesurée de cette époque, avec sa foi, sa méfiance, sa crédulité, ses paniques (1), ses légendes, ses coutumes. Et tout cela est conté dans un français très pur, avec une agilité d'esprit très attachante, sans que pèse à aucun moment sur l'intrigue ténue la noblesse des sentiments qui ont dicté à l'auteur cette poétique évocation filiale des mânes de ses ancêtres.

CCIX. — Gabriel FAURE. — **En Sicile.** Un vol. 16 × 21, sous couverture illustrée, orné de 205 héliogravures. Ed. Arthaud, Grenoble, 1930.

Monsieur Gabriel Faure est un des « pèlerins » italiens les plus versés dans la connaissance de

(1) Je vous rappelle les *premiers* exploits de Tartarin, réimprimés récemment, avec bonheur aussi, aux Editions Paul Cotinaud.

(1) Je regrette que M. Gidon n'ait pas marqué davantage la trace de ces paniques collectives, dont on retrouve mention aussi, vers la même époque, dans le Midi de la France, et dont il serait curieux d'étudier la genèse. Quelque érudit collaborateur de la chronique médicale pourrait peut-être combler la lacune ? ? ? Je me souviens avoir entendu aussi mon « bisaïeul » racontant l'histoire des fermes barricadées quand se propageait mystérieurement pendant son enfance l'annonce que « *La Peur* », mystérieuse entité, « était » au village voisin.

l'Italie. Il nous apporte une certitude nouvelle qu'elle existait bien, réellement, avant le *Duce*, déjà ! Les témoignages qu'il a rassemblés ont été choisis avec le goût très sûr d'un fervent des antiquités grecques et latines. Il nous montre les Grecs, admirables artistes se préoccupant des décors naturels où ils dressaient leurs monuments ; car ce sont eux qui firent entrer la Sicile dans l'histoire et la civilisation, qui couvrirent l'île de cités florissantes et de monuments admirables. Les clichés se rapportant à la Sicile moderne ont été raréfiés fort heureusement au profit de ceux qui évoquent les ruines imposantes de l'île qu'aimèrent après les Dieux, Théocrite et les bergers langoureux qui écoutaient aux bords de la Mer Ionienne, l'écho des lamentations... parallèles des bergères de Sapho.

CCX. — **Lourdes, Gavarnie, Cauterêts.** Un vol. 17 × 24, 60 illustrations 11 × 16 en héliogravure. Collection Visions de France. Ed. Arlaud Lyon, 1930.

Les images ont la netteté coutumière et ce sens de l'objectif qui fait d'Arlaud un des meilleurs « paysagistes mécaniques ». Pour prendre celles de la route du Pont d'Espagne, il a joué un mauvais tour à la maréchaussée locale, mais ça ne se voit pas. Sous chaque image, il y a quelques lignes de texte explicatif : celles qui accompagnent la vue générale de Cauterêts affirment que cette station est « la plus riche en eaux sulfureuses du monde entier » et lui prêtent 22 sources. L'Annuaire médical de la Fédération thermale (1) est plus modeste : il accuse 12 sources. Je cite... les miennes ! *Et nunc....*

CCXI. — Robert Husson. — **La Montagne veut vivre.** Un vol. 12 × 19 . Ed. Guillon, Paris, 1930. Prix : 15 fr.

Séduit par l'originalité de leur vie, Monsieur Husson a passé cinq hivers consécutifs avec les habitants du village le plus élevé d'Europe. Vous ne saviez peut être pas que ce record s'applique à un petit village français des Alpes, Saint-Véran, perché sur la frontière italienne à 2.040 mètres d'altitude, à 117 kilomètres de Nice. L'auteur a eu la sagesse de bannir du livre toute fioriture romanesque. Il s'est contenté d'observer et de décrire avec naturel l'existence spéciale des montagnards : boulangers, pâtres artisans, contrebandiers suivant l'heure et la saison ; et a tout juste ajouté quelques réflexions d'économie politique ou d'histoire nécessitées par la turbulence bien connue des communautés de montagne.

(1) Edition 1928.

CCXII. — Lucien Marsaux. — **Les Prodigues.** Un vol. 12 × 19. Roman. Ed. Plon, Paris, 1930.

Commencé sur l'enchantement d'une joyeuse adolescence, ce sombre drame familial progresse avec une rigueur de fatalité. Dès l'âge adulte, Serge ploie sous une cascade de malheurs. Il se voue au bien, au travail, à la pauvreté et passe pour fou. Un de ses frères vagabond sans aveu revient au pays natal et Serge se dépouille encore du peu qu'il a pour la famille abandonnée du prodigue. L'adversité le poursuit avec persévérance (après la mort de son frère dans une rixe) et lui-même meurt à la tâche en continuant à se sacrifier pour ses neveux. Les premières pages du livre sont faibles comme si l'auteur, inexpérimenté, avait le trac. Puis, insensiblement, il se ressaisit et la fin de l'œuvre est très belle. Cette figure de Christ sans Dieu qui file très droit sous les bourrasques de sa vie ; son humiliation volontaire, d'abord sans but défini, imprègne le livre d'une persistante saveur de sordide détresse, humaine et déchirante. Et quand le malheureux, aux portes de la nuit éternelle, balloté par le délire, subit avec le reflux tumultueux des souvenirs, cet assaut, ce conflit, de la mystique chrétienne et de la négation de Dieu, une angoisse qui dépasse le livre monte de ses pages et nous enveloppe comme une brume où l'auteur nous laisserait brusquement seuls, hors de la route, au milieu des ténèbres.

CCXIII. — Marguerite Jouve. — **Nocturne.** Un vol. 12 × 19. Roman, Ed. du Tambourin, Paris 1930.

Madame Jouve écrit à une cadence que je m'essouffle à suivre. Son « Maléfice » (1) est à peine sec que sort des presses son Nocturne.

L'imprimeur débordé n'a probablement pas le temps de revoir les épreuves et il livre page 21, pour une chapelle un : « maître-*hôtel* » inattendu. Distrait sans doute, il parle, à la page 106 pour : capituler, d' : « amener le pavillon *blanc* ». A la page 151, troublé par la Conchita, il évoque une : « densité succulante » qui a dû lui arracher cet « *a* » intempestif d'admiration phonétique retombé sur son marbre. A la page 202, il écrit le : train accéléré, à la française : « exprès », comme s'il l'avait fait ... avec toute la réflexion synonyme de cet adverbe fourvoyé. Et à la page 209 surtout, à un tournant pathétique de l'action, il a cliché (hélas, trois fois hélas !) une phrase terriblement malencontreuse. Par ces quelques réflexions préalables Madame Jouve verra que j'ai lu son livre avec une attention soutenue et que mon opinion n'est pas bâtie à la légère. Je

(1) Ed. du Tambourin, Paris, 1930.

pose encore que Madame Jouve est très jeune, — littérairement parlant. J'en trouve la preuve dans la candeur éparpillée au cours de cette horrifique aventure, directement inspirée du Zohar incestueux de Mendès ; dans le manque du métier qui laisse trop de conventionnel *apparent* à côté de qualités solides, mais utilisées de façon capricieusement intermittente. La thèse est juste et très bien épaulée : l'hérédité asservit les héros avec une rigueur de loi pathologique hérissée de barbares incidences : folie familiale, trouble des sentiments, déformation de l'affectivité et du sens moral. Le thème a été traité très inégalement, avec trop de hâte et c'est dommage. Quand Madame Jouve laissera macérer ses livres pour les décanter à tête reposée, la quantité s'en ressentira évidemment, mais surtout la qualité. Il lui suffirait pour obtenir ce résultat d'acheter quelques grains de patience : mais en vend-on à l'aimable enseigne du Tambourin ? ?

CCXIV. Dr Raymond BOISSIER, ancien médecin de la Garde du Sultan. **Dans Marrakech la Rouge.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. Omnès, Paris. 15 fr.

L'auteur demande par prospectus *impersonnel* aux critiques qui liront son livre de lui donner le *conseil* brut, adéquat à leur opinion *personnelle* ; bien confraternellement je lui livre le mien : cette histoire d'un médecin partageant ses ébats entre une Juive mineure et une Arabe mineure, qui finissent par se crêper la chevelure n'est pas absolument neuve, même sous le ciel repeint de Marrakech — et je ne la crois pas promise à la gloire littéraire intégrale. Puisque notre confrère a l'intention de persévérer, je lui *conseille*, à l'occasion de son prochain livre, de renouveler : 1° son fonds de réserve dramatique ; 2° l'organisation technique de son service de presse. Quelques minutes lui suffiront pour la réalisation de la seconde partie du programme.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Durant l'année scolaire 1930-1931 des conférences neurologiques sur des sujets d'actualité seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 1/2, aux dates suivantes :

Vendredi 30 janvier 1931, Docteur Clovis VINCENT : Les adénomes hypophysaires. — Vendredi 20 février 1931, Docteur M. LAIGNEL-LAVASTINE : Le diagnostic de l'anxiété. — Vendredi 27 mars 1931, Docteur J. LHERMITTE : Le syndrome thalamique et ses variétés cliniques. — Vendredi 24 avril 1931, Docteur Th. ALAJOUANINE : La compression médullaire par lésion du disque intervertébral. — Vendredi 19 juin 1931, Docteur A. SOUQUES : Syndrome de Benedikt et noyau rouge. — Vendredi 3 juillet 1931, Docteur R. GARCIN : La sémiologie des tumeurs de la base du crâne.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (M. N..., professeur.) — *Chirurgie d'urgence.* — Cours de MM. les prosecteurs, ouverture le lundi 18 février 1931, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE : *Membres, crâne, poitrine.* — 1° Sutures des tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main, panaris, ostéomyélite. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomie du genou. — 4° Mastoïdites. Abcès du cerveau et du cervelet, thrombophlébite du sinus latéral. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

DEUXIÈME SÉRIE : *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Sutures intestinales, sutures du foie. — 3° Splénectomie ; gastrostomie ; cholécystectomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cæcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. Péritonites localisées et généralisées. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet 2° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière** (Professeur : M. A. GOSSET.) — Programme de l'enseignement fait avec la collaboration de MM. Robert MONOD, D. PETIT-DUTAILLIS et J. CHARRIER, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. GUTMANN, médecin des hôpitaux ; Georges LŒWY, Marcel THALHEIMER, Raymond BERNARD, R. LEIBOVICI et A. RAIGA, anciens chefs de clinique ; G. SEILLE, S. SAUVAGE et Marcel BLONDIN, chefs de clinique.

a) Destiné aux docteurs en médecine français et étrangers : Opérations, par le professeur : mercredi, à 10 heures ; leçon clinique et de thérapeutique chirurgicales, par le professeur : mercredi à 11 h. 30 ; visite des salles, par le professeur : mercredi à 9 heures ; opérations, par les assistants : mardi et jeudi, à 9 h. 30 (les lundi, vendredi et samedi les salles d'opérations sont réservées aux élèves du service) ; présentation de malades : jeudi à 11 heures ; radio-diagnostic, par M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours : mardi à 11 heures ; présentation de pièces, par M. Ivan BERTRAND, chef de laboratoire : samedi à 10 heures.

b) Destiné aux étudiants en médecine, stagiaires dans le service : tous les jours, à 9 h. 30, conférence de séméiologie chirurgicale élémentaire. Lundi : opérations ; mardi : radio-diagnostic ; mercredi : leçon clinique par le professeur ; jeudi : présentation de malades ; vendredi : opérations ; samedi : leçon d'anatomie pathologique ou de bactériologie.

CONSULTATIONS : *Chirurgie générale* (Consultation

tous les jours, à 9 heures, MM. les docteurs P. BARRAGUE et Marcel BLONDIN.)

Voies urinaires, mardi et vendredi, 9 h. 1/2, MM. les Docteurs Jean CHARRIER et PETETIN ; jeudi, 9 h. 1/2 : Cystoscopies.

Gynécologie, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Mme le Docteur FRANCILLON-LOBRE.

Tumeurs, vendredi, 10 heures, M. le Docteur Robert MONOD.

Radiothérapie, mardi, 9 heures, M. le Docteur LEDOUX-LEBARD.

Curiethérapie, vendredi, 10 heures, M. le Docteur WALLON.

Electrothérapie, lundi et vendredi, 10 heures, Mme le Docteur GEISMAR.

Gastro-entérologie (présentation de malades), lundi mardi et vendredi, 10 heures, M. le Docteur René-A. GUTMANN ; mercredi et jeudi, 9 heures, Mme le Docteur HARMELIN.

Tuberculoses chirurgicales, lundi et vendredi, 9 heures, M. le Docteur VAUDREMER.

Oto-rhino-laryngologie, lundi, 9 heures, M. le Docteur MUNCH.

Ophtalmologie, 1er et 3e mardis, 11 heures, M. le Docteur Paul-J. PETIT.

Rectoscopie, samedi, 9 heures, M. le Docteur SAVIGNAC.

Consultations pour les anciens opérés du service : Gastro-entérologie, samedi, 10 heures, MM. les Docteurs René-A. GUTMANN et JAHIEL ; chirurgie générale, lundi, 10 heures, M. le Docteur George LŒWY.

Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service le mercredi, à 10 heures, par M. le Docteur LENOIR, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu à partir du 11 juin 1931.

Il comprendra : 1° Des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le Professeur GOSSET ; 2° des démonstrations à l'amphithéâtre ; 3° des séances de chirurgie expérimentale ; 4° des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ; 5° des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations à l'amphithéâtre et au laboratoire de chirurgie expérimentale. Les droits d'inscription pour ce cours seront fixés ultérieurement.

Un cours complémentaire en langue anglaise d'une durée d'une semaine, réservé aux docteurs en médecine de langue anglaise aura lieu en juillet 1931. Pour tous renseignements s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

— **Médecine opératoire spéciale.** (M. N..., professeur. Cours de M. le Dr Jean PATEL, prosecteur.) — *Opérations gynécologiques.* — Ouverture du cours, le lundi 2 mars 1931, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — 1° Chirurgie des tumeurs malignes et bénignes du sein. — 2° Hystéropexie. Ligamentopexie. — 3° Périnéorraphie. Colporraphie. Amputation du col utérin. — 4° Traitement des fistules vésico-vaginales. — 5° Hystérectomie vaginale.

DEUXIÈME SÉRIE. — 1° Ablation de la glande de Bartholin. Colpectomie. Colpotomie. Cloisonnement du agin. Curettage. — 2° Hystérectomie supravaginale. Différents procédés. — 3° Hystérectomie totale. — 4° Hystérectomie fundique. Myomectomie. Ablation unilatérale des annexes. — 5° Hystérectomie élargie pour cancer utérin. Opérations combinées avec la curiethérapie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour tout le cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Ensignement, concours, avis divers.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** (Professeur : M. A. GOSSET.) — *Conférences sur les maladies du foie et du tube digestif.* — M. René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2 au pavillon Osiris, une conférence sur les maladies du foie et du tube digestif (clinique, radiologie, traitement).

La première conférence aura lieu le dimanche 1er février ; elle sera, ainsi que les trois suivantes, consacrée au diagnostic clinique et radiologique des ulcères.

— **Internat en pharmacie.** — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1931 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 2 mars 1931, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'hôpital.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Leçons du professeur Bezançon.* — Sujets des leçons : 30 janvier : la dilatation des bronches. — 6 février : tuberculose pulmonaire fibreuse et tuberculoses externes. — 13 février : pronostic et traitement de la gangrène pulmonaire aiguë et chronique. — 20 février : la dyspnée des obèses. — 27 février : rhumatisme chronique.

— **Hôpital Laennec.** *Diathermie en oto-rhino-laryngologie.* — Le docteur Henri BOURGEOIS et les docteurs FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le lundi 23 mars 1931, une série de leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h. ; en outre, les 23 et 24 mars, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur FOUQUET, service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Laënnec.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 9 février 1931, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, jusqu'au lundi 26 janvier 1931 inclusivement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr ASSÉNAT, de Castres (Tarn) ; du Dr RAUILLAND, de La Garde-Freinet (Var) ; du Dr DUCASSE, de Port-de-Barques (Charente-Inférieure) ; du Dr Gaston DE CUMONT, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople ; de Dr Gustave RAYMOND, de Vichy ; du Dr CHALLAN DE BELVAL, de Colombier-le-Jeune ; du Dr Paulin FIGHIERA, médecin des hôpitaux de Nice ; du Dr RULAND, de Vals ; du Dr TERTOIR, de Paris ; du Dr FRANCISQUE DELÉAGE, de Vichy ; du Dr René SOUBOUROU, de Ladignac-le-Long ; du Dr Hugues COCARD, de Le Plessis-Grammoire (Maine-et-Loire) ; du Dr Paul SIMON, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Nancy, ancien président du Congrès français de médecine, père du Dr René Simon, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, frère du Dr E. Simon de Lunéville, et du Professeur Simon, de Reims.

Le *Concours médical*, qui a eu l'honneur de publier plusieurs leçons de clinique médicale du professeur Paul Simon, adresse à la mémoire de ce savant maître un souvenir respectueusement ému.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — Bureau de la Société pour 1931 : président, M. Claude ; vice-président, M. M. Labbé ; secrétaire général, M. Rivet.

— **Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.** — Les séances de la Société auront lieu en 1931 : le 9 février à l'hôpital Trousseau ; le 16 mars à l'hôpital des Enfants-Malades ; le 20 avril, à l'hôpital Lariboisière ; le 18 mai à l'hôpital Laënnec ; le 15 juin à l'hôpital Saint-Louis ; le 20 juillet à l'hôpital Saint-Antoine ; le 16 novembre à l'hôpital Tenon ; le 21 décembre à l'hôpital Trousseau.

Le bureau de la Société pour 1931 est ainsi constitué : président, Dr Hautant ; vice-président, Dr Baldenweck ; secrétaire général, Dr Rouget ; trésorier, Dr A. Bloch ; secrétaire général adjoint, Dr Causse.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Le 16 décembre 1930 s'est tenue l'assemblée générale annuelle, au restaurant Ledoyen, à l'issue du 34e dîner, sous la présidence du Dr Henri Dufour, médecin des hôpitaux.

Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, le président sortant fit voter sur la constitution du bureau pour 1931 :

Président d'honneur : Professeur Charles Richet.
Président : Dr Schaeffer.
Vice-présidents : Drs Pierre Prost et Deniker.
Secrétaire général : Dr Jules Bongrand.
Trésorier : Dr Lutaud.

Etaient présents à ce dîner : MM. Bongrand (Jules) Bouteron, Boutet, Cadenat, Chauvelot, Courtois-Suffit, Devraigne, Dufour, Farret, Fège, Gallet, Galliot, Gérard (Léon), Guébel, Guillet, Gutmann, Haret, Professeur Léon Bernard, Loubier, Mlle Lévy, MM. Luys-Lutaud, Merklen, Merville, Molina, Pitsch, Piot, Schaeffer, Vaillant, Valentin, Vitry.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général, Dr Jules BONGRAND, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris, 17e.

— **Prix Nordhoff-Jung.** — Le prix Sophie A. Nordhoff Jung, destiné à récompenser les études sur le cancer, a été décerné au Dr Alexis Carrel, de l'Institut Rockefeller, de New-York, pour ses travaux sur la culture artificielle des tissus et la prolifération pathologique des tumeurs malignes.

— **Journées médicales de l'Exposition coloniale de 1931.** — La XVe sous-commission du Congrès de l'Exposition coloniale de Paris, que préside le Dr Foveau de Courmelles, a décidé, d'accord avec la Ve sous-commission, que des « Journées médicales » auraient lieu à Vincennes, du 22 au 30 juillet 1931, à l'occasion de la prochaine Exposition coloniale internationale. Le programme en sera ultérieurement établi.

— **La lutte contre les asphyxies accidentelles.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter le vœu suivant :

« L'Administration est invitée à organiser un enseignement spécial sur la technique du sauvetage avec démonstrations et exercices dans le Corps des gardiens de la paix de Paris, afin que chacune des unités de ce corps soit à même d'intervenir efficacement dans tous les cas d'asphyxies accidentelles. »

— **Hôpitaux de Rennes.** — *Internat et externat.* — Sont nommés après concours :

Internes titulaires, MM. Lecorre, L'Honoré, Guyot, Beauverger, Jannic.

Internes suppléants, MM. Le Huédé, Miroux, Jacq, Dubost.

Interne de la Maternité, M. Coignard.

Externes : MM. Tannou, Logeais, Le Fer, Lecoq, Perdrix, Mlle Favier, MM. Oudot, Cau, Mlle Bridel, MM. Guibourg, Toutirais, Lettry, Legras, Mlle Le Balc'h, MM. Cousin, Anger, Gendrot, des Bouillons, Tourtelier, Dupont, Lesène, Richard, Desaunay, Nicol, Beaumanoir.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2e *section*

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon : M. Mayet, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Laroyenne et Condomine, docteurs en médecine à Lyon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mâcon : M. Richard, docteur en médecine à Mâcon

Membres suppléants dudit tribunal : M. Juvanon, docteur en médecine à Mâcon ; M. Lagoutte, docteur en médecine au Creusot.

Membre du tribunal départemental des pensions du Mans : M. Legros, docteur en médecine au Mans.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lefournier et Dumas, docteurs en médecine au Mans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Marseille : M. Félix Sesqués, docteur en médecine à Marseille.

Membres suppléants dudit tribunal MM. Imbert et Camoin, docteurs en médecine à Marseille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Melun : M. Siguier, docteur en médecine à Melun.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Malvy et Herman, docteurs en médecine à Melun.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mende : M. Bessière, docteur en médecine à Mende.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Morel, docteur en médecine à Mende.

1re *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz : M. Kaminka, docteur en médecine à Vigy.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Caïn, docteur en médecine à Metz.

2e *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz : M. Etlin, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Coirint, docteur en médecine à Metz.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montauban : M. Paisseran, docteur en médecine à Montauban.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Moribot et Manhaviale, docteurs en médecine à Montauban.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mont-de-Marsan : M. Cola, docteur en médecine à Mont-de-Marsan.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. d'Uzer, docteur en médecine à Mont-de-Marsan, et Dutoya, docteur en médecine à Saint-Sever.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montpellier : M. Roume, docteur en médecine à Montpellier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mourgue-Molines et Durand, docteurs en médecine à Montpellier.

Membre du tribunal départemental des pensions de Moulins : M. Rangearet, docteur en médecine à Moulins.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pénard et Conot, docteurs en médecine à Moulins.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nancy : M. Weiss, docteur en médecine à Nancy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. G. Michel et Abt, docteurs en médecine à Nancy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nantes : M. Bureau, docteur en médecine à Nantes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desclaux et Le Meignen, docteurs en médecine à Nantes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nevers : M. Comte, docteur en médecine à Nevers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Houzé et Boudot, docteurs en médecine à Nevers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nice : M. Rovery, docteur en médecine à Nice.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Faideau et Rosanoff, docteurs en médecine à Nice.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nimes : M. Charles Perrier, docteur en médecine à Nîmes.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Foulquier, docteur en médecine à Nîmes ; M. Chapon, docteur en médecine à Alès.

Membre du tribunal départemental des pensions de Niort : M. Collon, docteur en médecine à Niort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Perraudeau, docteur en médecine à Niort.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Oran : M. Botella-Gambetta, docteur en médecine à Oran.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bijon et Massiou, docteurs en médecine à Oran.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Orléans : M. Geffrier, docteur en médecine à Orléans.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Marmasse et Cœur, docteurs en médecine à Orléans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pau : M. Marsoo, docteur en médecine à Pau.

Membre suppléant, dudit tribunal MM. Fayon et Guichot, docteurs en médecine à Pau.

Membre du tribunal départemental des pensions de Perpignan : M. Devèze, docteur en médecine à Perpignan.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Pous, docteur en médecine à Perpignan.

1re *section* .

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris : M. Loewy, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Banzel et Marty, docteurs en médecine à Paris.

2e *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris : M. Dervieux, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fouquet et Lyon-Caen, docteurs en médecine à Paris.

3e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris : M. Duvoir, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Legrain et Blum, docteurs en médecine à Paris.

4e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris : M. Lutaud, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Piédelièvre et Vinant, docteurs en médecine à Paris.

5e section

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris : M. Maréchal, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ceillier et Truelle, docteurs en médecine à Paris.

1re section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux : M. Le Roux, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumont et Crozet, docteurs en médecine à Périgueux.

2e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux : M. Crozet, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumont et Le Roux, docteurs en médecine à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Poitiers : M. Foucault, docteur en médecine à Poitiers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fumeau et Féru, docteurs en médecine à Poitiers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pontoise : M. Derome, docteur en médecine à Pontoise.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Herbinet, docteur en médeecine à Pontoise et Fourniols, docteur en médecine à Magny-en-Vexin.

Membre du tribunal départemental des pensions de Privas : M. Fargier, docteur en médecine à Privas.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Dupin, docteur en médecine à Privas.

Membre du tribunal départemental des pensions du Puy : M. Maleysson, docteur en médecine au Puy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Jean (Maurice) et Gallet, docteurs en médecine au Puy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Quimper : M. Lagriffe, docteur en médecine à Quimper.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Morvan et Tuset, docteurs en médecine à Quimper.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rennes : M. Jambon, docteur en médecine à Rennes.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Fraleu, docteur en médecine à Rennes.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Roche-sur-Yon : M. Choyau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Filaudeau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon ; M. Peaud, docteur en médecine à la Chaize-le-Vicomte.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Rochelle : M. Dufour, docteur en médecine à la Rochelle.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pozzi et Rastouil, docteurs en médecine à la Rochelle.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rodez : M. Bousquet, docteur en médecine à Rodez.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Cornus et Lagarrigue, docteurs en médecine à Rodez.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rouen : M. Vallé, docteur en médecine à Rouen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bellicaud et Cauchois, docteurs en médecine à Rouen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Brieuc : M. Roy, docteur en médecine à Saint-Brieuc.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Héry et Lebreton, docteurs en médecine à Saint-Brieuc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Etienne : M. Riou, docteur en médecine à Saint-Etienne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mandy et Genairon, docteurs en médecine à Saint-Etienne.

1re section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg : M. Baur, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Brion (Albert) et Humbert, docteurs en médecine à Strasbourg.

2e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg : M. Blind, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Brion (Willy) et Allenbach, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tarbes : M. Prunet, docteur en médecine à Tarbes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Benezech, docteur en médecine à Bagnères-de-Bigorre, et Salsac, docteur en médecine à Lourdes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulon : M. Tramini, docteur en médecine à Toulon.

Membre suppléant dudit tribbunal : M. Rit, docteur en médecine à Toulon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulouse : M. Tapie, docteur en-médecine à Toulouse.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sorel et Chamayou, docteurs en médecine à Toulouse.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tours : M. Babeau, docteur en médecine à Tours.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Faix et Guillaume, docteurs en médecine à Tours.

Membre du tribunal départemental des pensions de Troyes : M. Debret, docteur en médecine à Troyes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Meynier et Souffrain, docteurs en médecine à Troyes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tulle : M. Mazeyrie, docteur en médecine à Tulle.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Morely et Puyaubert, docteurs en médecine à Tulle.

Membre du tribunal départemental des pensions de Valence : M. Calvet, docteur en médecine à Valence.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Buisson et Serre, docteurs en médecine à Valence.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vannes : M. le Guen, docteur en médecine à Vannes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Audic et Franco, docteurs en médecine à Vannes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Versailles . M. Broussin, docteur en médecine à Versailles.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fleury et Gautier, docteurs en médecine à Versailles.

Membre du tribunal departemental des pensions de Vesoul : M. Petitjean, docteur en médecine à Vesoul.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Talpain, docteur en médecine à Vesoul ; M. Munier, docteur en médecine à Lure.

Membre du tribunal départemental des pensions de Coutances : M. Fauvel (Etienne), docteur en médecine à Coutances.

Membres suppléants dudit tribunal ; MM. Dudouyt et Leconte, docteurs en médecine à Coutances.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Mihiel ; M. Pierson, docteur en médecine à Saint-Mihiel.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Nivelet, docteur en médecine à Commercy, et Lorcin, docteur en médecine à Bar-le-Duc.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

Le jus de raisin cru ou vivant dans le traitement des maladies chroniques

Le Jus de Raisin n'est pas seulement un excellent produit diététique , de goût infiniment agréable et de salutaire action. Il se comporte encore comme un médicament efficace, si nous en croyons les cas suivants, fort suggestifs :

1) Un homme de 60 ans était très fatigué. Ar-

thritique, hépatique, emphysémateux, il souffrait de tous les troubles engendrés par ces diathèses.

Une cure de jus de raisin poursuivie durant quelques mois suffit à faire disparaître tous les symptômes fâcheux qu'il éprouvait, et cela, sans aucune médication adjuvante. L'effet fut si marqué qu'il déclara se sentir aussi fort et alerte qu'à 40 ans, et qu'il constata une recoloration des cheveux, indice d'une robustesse retrouvée.

2) Une femme de 53 ans, atteinte de constipation et par surcroit hypertendue, a suivi avec fruit une cure prolongée de jus de raisins, avec un indiscutable profit, sans se ressentir de son étape ménopausique.

3)Un enfant malingre et chétif, difficile à alimenter, a été complètement transformé à la suite de l'administration, avant chaque têtée, d'une cuillerée à café de jus de raisin.

Le jus de raisin utilisé est un jus concentré de raisins frais non pasteurisé connu sous le nom de Juraisin de Macon. Son emploi se recommande donc comme complément thérapeutique, comme boisson de régime, dans tous les états chroniques où la nutrition est déficiente.

La détermination du sexe

Comme corollaire aux recherches sur les sexes à l'aide du pendule, je me permets de signaler un fait *quelquefois* constaté : une partie d'animal servie à un repas donne suivant le sexe les oscillations normales.

Circulaires pour une biche, pour une hase, une lapine.

Longitudinales pour un lièvre, un lapin.

Sur les êtres vivants, constatations maintes fois faites et à rapprocher des photographies magnétiques humaines colorant le cliché de teintes différentes suivant le sexe de l'expérimentateur.

Dr DUMUR,
Rigney (Doubs).

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

5279. — Justifications des dépenses professionnelles.

Membre du sou, je suis en différend avec le contrôleur des contributions directes. Ayant déclaré un bénéfice net pour 1929 de 18.200 francs, il me propose un bénéfice de 29.000 francs.

Je lui ai répondu, que je ne pouvais accepter et lui donnai mes raisons. « Un déménagement suivi d'un emménagement. La construction et l'installation de deux pièces professionnelles (salle de pansements et salle d'attente) font que mon bénéfice de l'année 1929 s'est trouvé réduit à 18.500.

Il est évident que cette année est pour moi une année déficitaire. La meilleure preuve que je pense vous en donner est que j'ai été obligé de vendre pour 10.000 francs de titres pour faire face à mes frais. »

En réponse à cette lettre, il me force de lui fournir le décompte de mes frais professionnels. Ce que je fis.

Aujourd'hui je reçois une nouvelle lettre de lui dans laquelle il me dit : « Les frais de bonne (6.000) doivent se ventiler par moitié environ dans les frais « de maison, soit 3.000 à réintégrer ».

Or, j'ai deux bonnes (à 6.000) et l'une me sert presqu'exclusivement pour mon service médical, j'en avais défalqué une ; n'en ai-je pas le droit ?

« La contribution mobilière et l'impôt général sur « le revenu étant des charges personnelles doivent « être réintégrées dans le bénéfice.

« En indiquer le montant.

« Les ventilations du loyer et surtout du chauffage « et de l'éclairage (1 heure de consultation par jour) « sont bien élevées et ne doivent être comptées que « pour 3/12e : a réintégrer 1175.

Or j'avais compté 5/12e. Cela n'est-il pas régulier ?

« Les frais de déménagement doivent incomber pour une large part aux frais de maison.

« A réintégrer 600.

« Mêmes observations et redressements pour les « exercices 1924-25-26-27-28, mêmes renseigne- « ments à fournir pour ces exercices.

Est-ce régulier de me demander tous ces renseignements pour tant d'années ? Je crois que oui, mais voudrais avoir votre avis.

Dr X.

Réponse.

Le contrôleur a le droit de vous demander le détail de vos dépenses professionnelles.

En ce qui concerne les frais de déménagement et les contributions, sa prétention est justifiée.

Pour le surplus, indiquez-lui le total des frais entraînés par votre domesticité et des dépenses de chauffage.

A. M.

5136. — Déduction des frais de deux automobiles.

J'ai reçu il y a 6 mois environ, comme à peu près tous les médecins du département, un avis du nouveau contrôleur des contributions directes, me disant que je n'avais droit qu'à une voiture pour faire mon service, d'où diminution de 5.000 fr. de dépenses environ par an ; en tout en 5 ans, avec d'autres diminutions de paie, une trentaine de mille francs. D'où feuilles d'impôt supplémentaire de 27.000 fr. à payer.

Il me semble avoir vu dans le *Concours*, un avis ministériel disant qu'on avait droit à deux autos et que par conséquent les frais des deux autos pouvaient être défalqués des recettes.

Je l'ai écrit au contrôleur, il y a un mois et je n'ai pas eu de réponse.

Je vous serais reconnaissant de me dire si je suis autorisé à avoir deux autos et dans ce cas, les démarches à suivre pour me faire dégréver d'une partie au moins de ces impôts supplémentaires.

Dr V.

Réponse.

Si les deux voitures que vous possédez sont nécessaires à l'exercice de votre profession, tant en raison de l'importance de votre clientèle que de la longueur de vos tournées, la prétention du contrôleur ne peut être admise.

Il vous appartient d'adresser au Directeur des contributions directes du département une réclamation rédigée sur papier timbré.

A. M.

5323. — Timbre de certificat d'accident du travail.

Lorsqu'on met dans un certificat la mention suivante « *M. X... qui m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail* », la responsabilité du médecin est-elle dégagée de ce fait, et son certificat peut-il être redigé sur papier libre. Je vous pose cette question car, en pratique, le médecin ne peut souvent pas savoir s'il s'agit ou non d'un accident du travail. Du fait qu'on remet au blessé un certificat dans lequel on mentionne que ce dernier a déclaré son accident comme relevant de la loi de 1898, si celui-ci l'accepte, il me semble qu'on ne peut rendre le médecin responsable d'une erreur et lui infliger une amende. Qu'en pensez-vous ?

Dr R.

Réponse.

Le médecin qui a établi un certificat sur papier libre en portant la mention qu'il était délivré en vue de l'application de la loi sur les accidents du travail, ne peut être inquiété si le détenteur en fait un autre usage.

A. M.

5307. — Patente en cas de changement de domicile.

Si je quitte mon poste actuel après le 1er janvier et n'ai pas déclaré au contrôleur que je ferme mon cabinet au 1er janvier, aurai-je à payer une année entière de patente à S. et une 2e patente à mon nouveau poste ?

D'autre part si je ne paie qu'en février ou mars par exemple et continue à faire de la clientèle jusqu'à mon départ aurai-je à payer deux patentes, ou une partie, 1/4 par exemple à un poste et les 3/4 au 2e poste ?

Enfin, l'année budgétaire prenant fin le 31 mars, le point de départ des patentes sera-t-il le 1er avril, (auquel cas je paierai la patente à S. jusqu'au 31 mars, dernier délai d'exercice de la médecine à ce poste), ma patente à mon nouveau poste ne partant que du 1er avril, où je n'exercerai bien entendu qu'après le 31 mars.

Dr F.

Réponse.

La patente établie d'après les faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition est due pour l'année entière. Si donc vous exercez encore à S. au 1er janvier 1931, vous ne pourrez obtenir décharge de la patente dans cette commune. Mais, dans votre deuxième résidence, vous ne serez imposé, le cas échéant, que pour la différence entre les droits en principal dûs dans cette deuxième commune et ceux payés dans la première pour la même période.

A. M.

5940. — Transfert de patente

Ayant cédé ma clientèle de C., pour exercer à Paris, le 1er mars 1930, j'ai fait transférer ma patente à mon successeur depuis cette date.

Mon successeur n'a pas payé cette patente. Suis-je tenu de la payer, bien que le fisc ait accepté le transfert ?

Dr P.

Réponse.

De votre lettre nous déduisons que le contrôleur a accepté de ne pas imposer votre successeur pour la période du 1er mars au 31 décembre 1930, étant entendu que ce successeur payerait les 10/12e de votre patente. C'est ce qu'on appelle un transfert amiable, les règles de transfert de patente prévues pour l'application de l'article 28 de la loi du 15 juillet 1880 étant tombées en désuétude. Nous sommes persuadés que beaucoup de contrôleurs seraient dans l'impossibilité de procéder régulièrement à un transfert d'office !

De ce qui précède, il découle que vous êtes seul redevable officiellement de l'imposition établie à votre nom, imposition que vous devrez solder si votre successeur omet de le faire. Vous auriez contre ce dernier un recours civil si le cas a été prévu dans l'acte intervenu entre vous, régulièrement passé et enregistré.

Toutefois, vous serez imposé à la patente à Paris, par voie de rôle, supplémentaire pour la période du 1er mars au 31 décembre 1930. Si vous êtes obligé de payer l'intégralité de la patente établie dans votre ancienne résidence, vous pourrez demander une réduction de celle imposée à Paris, en considération des droits déjà payés.

Nous sommes à votre disposition pour établir la pétition, mais, pour cela, nous aurions

besoin d'avoir en communication les deux avertissements de patente.

A. M.

5475. — Justification de déclaration ; délai

Je suis harcelé depuis deux ans à peine que je suis installé ici par le contrôleur qui me supprime des dépenses professionnelles, ou me les diminue considérablement, quoique justifiées et exactes. Jusqu'ici pour qu'il me fiche la paix, j'ai accepté tacitement ces majorations qu'il me *priait* (car c'était une prière, « nous ne sommes pas à si peu d'écart sans que vous consentiez »). J'ai faibli pour avoir la paix.

Voici que je reçois un questionnaire, un mois après, et ceci a son importance, à la date du 6 courant, avec prière de répondre avant le 8 et ensuite de me présenter à lui le 9 à la mairie où il doit tenir audience. Ceci me paraît une attaque brusquée, un traquenard.

Ce questionnaire, y est-il dit, est destiné à la commission consultative du département, pour le secrétaire. Il comporte notamment.

Combien de visites *journalières* à domicile ;
Combien de consultations journalières ;
Combien de communes visitez-vous ;
Nombre de kilomètres effectués dans l'année ;
Quel est votre fournisseur d'essence.

Tout ceci me semble exorbitant d'autant qu'on ne peut y répondre de façon précise.

N'y a-t-il pas là un abus de pouvoir de ce contrôleur et dans les questions et dans le peu de temps qu'il donne à y répondre. Peut-il imposer une audition verbale à jour et heure fixes ?

Si pareil cas se reproduisait, que faire ?

Je me méfie, car il a posé des traquenards à cinq confrères de ma résidence et qui y ont succombé, peut-être (comme moi) n'ayant pas su s'en défendre.

Dr X.

Réponse

L'article 59 du décret du 15 octobre 1926 portant codification des lois relatives aux impôts sur les revenus ne précise pas le délai minimum que le contrôleur doit accorder aux contribuables, auxquels il demande des renseignements susceptibles de justifier les chiffres déclarés par eux. Mais l'administration elle-même, dans l'Instruction de la Direction générale en date du 31 janvier 1926, article 240, estime que le délai à accorder aux contribuables doit être de 20 jours, comme la généralité des délais de procédure en matière d'impôts sur les revenus. D'autre part, aucune disposition légale ne vous oblige à vous rendre à une convocation du contrôleur. Si vous n'avez pas encore répondu, faites-le d'une façon très approximative et sous toutes réserves, étant donné le court délai qui vous a été imparti et priez le contrôleur de vous fixer un autre rendez-vous. En procédant ainsi, il ne pourra vous taxer

d'office et vous éviterez le « traquenard » que vous craignez. A. M.

5325. — Médecin de lycée.

Je vous serais très reconnaissant de m'indiquer quelles sont les fonctions de médecin d'un Lycée.

Dr G.

Réponse.

Dans une réponse parue daus *Journal Officiel* du 14 mars 1928, le Ministre de l'Instruction publique a déclaré que le médecin d'un lycée est, en principe, affecté au service de l'internat ; mais il est naturel qu'en cas d'urgence, il puisse être appelé à soigner des externes.

En réalité, tout dépend du contrat, qui lie le médecin à l'administration du lycée, après approbation donnée par l'inspecteur d'académie, ou le recteur.

Ce contrat peut prévoir que le médecin donnera ses soins moyennant un traitement annuel à forfait, tant aux élèves qu'aux employés de l'établissement (concierge, garçons, etc.)

La convention de louage de services peut également prévoir qu'en cas d'accident, survenu tant aux élèves qu'au personnel, le médecin donnera ses soins, mais se fera honorer par l'assurance de l'établissement.

Si, comme cela se produit malheureusement très souvent, le médecin s'est contenté de louer ses services, sans avoir pris la précaution de signer un écrit quelconque, il risquede se voir opposer des traditions, des usages et coutumes, ou même de simples ordres, pour donner ses soins à quiconque appartient au lycée et ce, pour un traitement annuel, qui est toujours très minime.

Le médecin d'un lycée n'est pas un fonctionnaire il loue simplement ses services. Si, désireux de se faire une réclame quelconque, il accepte des obligations orales de travail, sans prendre la précaution de signer un engagement, il risque fort de voir des abus se commettre, pour les appels à ses soins, de même qu'il risque d'être remercié, sans indemnité de préavis, le jour où il aura cessé de plaire.

A mon avis, les fonctions de médecin de lycée devraient être arrêtées localement, entre l'administration de l'instruction publique et le syndicat médical local : ce dernier groupe est le défenseur-né de chacun de nous et il a la possibilité de soutenir les intérêts de la collectivité médicale.

PAUL BOUDIN.

Sou médical

126. — L'augmentation de la garantie ne fait pas double emploi avec les garanties des autres compagnies.

J'ai été avisé que la cotisation du « Sou médical »

avait été portée à 100 fr. avec garantie portée à 100.000 fr. J'estime que vous auriez dû laisser à vos adhérents la liberté de cette augmentation, car il est de nombreux médecins qui ont une assurance complémentaire qui les couvre à partir de la somme limite du « Sou médical » et qui vont se trouver dans l'obligation de payer deux fois par exemple pour la somme comprise entre 75.000 et 100.000.

Dr C.

Réponse.

L'élévation de la cotisation du « Sou médical » à 100 fr. a été adoptée par l'Assemblée générale et, aux termes des statuts, il est impossible d'accorder aux adhérents une réduction de la cotisation.

D'ailleurs, l'augmentation de la cotisation s'applique non seulement à la majoration des garanties contre les risques de responsabilité professionnelle, mais aussi à la partie de l'activité du « Sou médical » concernant les litiges professionnels, en raison de l'augmentation constante des frais de justice.

Mais, les garanties supplémentaires que vous donne le « Sou médical » à partir du 1er janvier 1931, ne feront pas double emploi avec l'assurance complémentaire que vous aviez déjà contractée pour vous couvrir des risques au-delà de 70.000 francs. Les 30.000 fr. de garantie supplémentaire du « Sou médical » s'ajouteront simplement aux garanties que vous avez déjà.

Application du Tarif Fallières.

5968. — Pas de cumul. Certificat descriptif

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire savoir comment il convient d'établir la note d'honoraires dans le cas d'accident du travail suivant : amputation de la phalangette de l'index droit plus injection de sérum antitétanique, plus pansement d'une plaie de la face palmaire de la main droite.

Faut-il compter seulement :

Amputation partielle d'un doigt....... 50 fr.
Injection de sérum antitétanique...... 20 fr.
Certificat initial..................... 5 fr.

ou ajouter :

Pansement d'une plaie de la paume de la main droite..................... 15 fr.

Dans quelles conditions le certificat initial doit-il être considéré comme certificat descriptif ?

Dr C.

Réponse.

« *a*) Vous n'avez pas à compter le pansement qui est compris dans les prix des interventions, comme dans ceux de la visite ou consultation. Le reste de la note est normal.

b) Le certificat est dit « descriptif » quand il décrit des lésions importantes et cela non pas d'une façon sommaire en les indiquant seulement ».

Dr Fernand DECOURT.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P. H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psychothérapie,*) Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël — Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : P Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba *Mal poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villers-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau *Mal. enf.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la société du « Sou médical », de M. le Dr HATON, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 26. — Très urgent, Bretagne, méd. fatigué céder. excel. poste de seul méd. propharm. à 22 km. ch.-lieu départem. Indemn. très mod., toutes facilités.

Nº 27. — Méd. propriét. dispensaire (principal. méd. général) dans très import. ville du Nord, cher. comme assist. un confr. actif et conscience. Condit. indisp. : probité profess. absolue. Pourrait exercer une spécial. en sus.

Nº 28. — Dr Franc. 37 ans, lég. hon., accouch. serait reconn. à confr. Paris lui procur. trav. de nuit auprès malades, accouchées, etc. Tél. Littré 77-15.

Nº 29. — Sud-Est. Après décès, bonne client. à reprendre gratuitement. S'adr. Mme Vve Bamet, 5 rue Montcalm. Paris.

Nº 30. — A céder pour cause santé, clinique agencée avec bail, 4 pièces sur avenue fréquentée, entresol. Tél. Roq. 19-28.

Nº 31. — Pharmacien dem. rég. agricole lyonnaise ou Sud-Ouest ayant bonnes foires et dépourvue de pharmacie. Très sérieux, discrét. absolue.

N° 32. — Méd. indiquer à ménage médecin-pharmacienne, centre 2.000 hab. où cab. seul médec. et officine sont à céder.

N° 33. — Jolie ville, 2 h. Paris, anc. client. méd. génér-rapp. import., gr. maison neuve et confort. Loyer 8.000, indemn. à débattr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 34. — A 10 min. Paris, gros centre, cab. élec. radio sans concurr. Appart. et install. neufs, gr. appartem. confort. Indemn. 70.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 35. — Affaire de spécialités, bénéf. intéress., à céder avec install., bail. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Villa des Sapins à Ballaigues, près Vallorhe (Suisse). **Pension de famille**. Séjour de repos idéal. Cure d'air. Prix modérés. Pas de malades. S'adr. Mlle Huber.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Toutes les analyses chimiques des organes des tuberculeux accusent un déficit en silice. Donner par jour et 20 jours par mois 6 comprimés de silice végétale activée par une levure manganique, c'est-à-dire 6 comprimés par jour de **Prélase** et vous rétablirez le bilan chimique de votre tuberculeux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Conférences de l'hôtel Chambon.** — M. le Dr Leschke, professeur de pathologie interne à l'Université de Berlin fera, sous la présidence de M. le prof. Dumas, membre de l'Académie de médecine, une conférence sur « *La structure de la personnalité humaine* », le lundi 9 février, à 21 heures, dans la grande salle des séances de l'Hôtel, 95, rue du Cherche-Midi.

— **Le 2e anniversaire de la mort du professeur Widal.** Une cérémonie vient d'avoir lieu dans le service de clinique médicale du professeur Bezançon pour honorer la mémoire de Widal, à la date du 2e anniversaire de la mort du regretté maitre. Le Professeur Lemierre, dans une allocution émue, a rappelé l'œuvre du grand clinicien français en pathologie rénale. Les assistants se sont ensuite rendus du cimetière Montmartre sur la tombe de Widal.

— **Institut Bénito Mussolini, à Rome.** *Bourses d'études à des médecins français.* — *La Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tuberculosi* a mis à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose deux bourses d'études destinées à être attribuées à deux médecins français spécialisés ou désireux de se spécialiser en phtisiologie, en vue d'effectuer un stage d'étude de perfection-

nement sur la tuberculose, d'une durée de huit mois, auprès de l'Institut Benito Mussolini, à Rome dirigé par le Prof. Eugenio Morelli.

Le montant de chacune des bourses envisagées s'élève à 6.000 lires, plus la nourriture et le logement. Les candidats à ces bourses sont invités à adresser, dans le plus bref délai, leur demande accompagnée de leurs titres et références, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris 6e.

— **Association des anciens élèves de l'institut d'hygiène de Lyon.** — L'Assemblée annuelle des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Lyon a eu lieu le samedi 3 janvier, sous la présidence du Dr Dequidt, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur.

Les participants à l'Assemblée ont envisagé les moyens de grouper tous les médecins praticiens et hygiénistes susceptibles d'adhérer à l'Association et de contribuer par leur propagande à son succès et à son rôle corporatif et amical.

Le secrétaire général de l'Association, dont le siège est à l'Institut bactériologique de Lyon (61, rue Pasteur), insiste auprès de tous les anciens élèves, civils et militaires diplômés d'hygiène de l'Université de Lyon, pour qu'ils apportent leur adhésion à la Société.

— **La T. S. F. à l'hôpital.** — Le Conseil municipal de Paris a voté une subvention de 10.000 francs à l'œuvre de la T. S. F. à l'hôpital.

— **Syndicat des médecins légistes francais** — L'assemblée générale du syndicat des médecins légistes français aura lieu le mercredi 6 mai 1931 sous la présidence du Dr Paul, président du Syndicat.

— Parmi les médecins récemment nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous avons relevé avec une vive satisfaction, le nom du Dr Georges Faroy, médecin de l'hôpital Beaujon, dont les lecteurs du *Concours Médical* apprécient si fort la collaboration.

Nous lui adressons nos très cordiales félicitations.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 JANVIER

Assurances sociales.

Arrêté du 12 janvier 1931 portant réglementation de la mise en subsistance.

L'assuré qui se trouve hors de la circonscription dans laquelle sa caisse primaire de répartition fait le service direct des prestations et qui désire faire valoir sur place son droit aux prestations s'adresse à la caisse locale qui est liée avec la sienne par un contrat de mise en subsistance.

Il peut aussi, s'il n'a pas connaissance d'un tel contrat, s'adresser à la caisse départementale.

Celle-ci le dirige sur la caisse locale intéressée, si elle la connaît, par une notification régulière, et à défaut prend elle-même l'assuré en subsistance, sur demande signée de lui.

Art. 2. — Sous réserve des dérogations qui pourraient être, après approbation du ministre du travail, introduites dans les contrats de mise en subsistance, la mise en substance comporte :

a) *Pour l'assuré*, les mêmes droits et obligations à l'égard de la caisse qui le prend en subsistance que ceux des membres de ladite caisse ;

b) *Pour la caisse qui prend l'assuré en subsistance*, les mêmes droits et obligations à l'égard de cet assuré qu'à l'égard de ses propres membres ;

c) *Pour la caisse d'origine*, l'obligation de rembourser à la caisse de mise en subsistance, dans les quinze jours de sa demande, le montant des frais engagés, la caisse de mise en subsistance ne pouvant être tenue responsable qu'en cas d'erreur matérielle ou de non-observation des dispositions de son règlement intérieur.

La caisse d'origine est tenue en outre de payer à la caisse de mise en subsistance, par journée de maladie réglée et contrôlée par cette dernière, une indemnité de gestion de 40 centimes et une indemnité de contrôle égale à la précédente.

Art. 3. — Les prestations délivrées par la caisse de mise en subsistance donnent lieu à l'application du tarif de responsabilité de cette caisse, à l'exclusion de tout autre tarif.

Art. 4. — L'assuré des professions normales ne peut du fait d'un déplacement au cours d'une même maladie, recevoir des prestations d'une valeur supérieure à celles qu'il aurait reçues s'il était resté pendant toute la durée de la maladie dans la circonscription de la caisse à laquelle il s'est tout d'abord adressé.

Afin d'assurer l'exécution de cette prescription, sa caisse d'origine devra le munir d'un carnet d'un modèle spécial où les caisses auxquelles il se sera successivement adressé porteront les indications nécessaires.

En cas de trop-perçu la caisse d'origine poursuivra le remboursement sur l'assuré suivant la procédure prévue par le décret du 5 juillet 1929.

Art. 5. — Les dispositions de l'article 2 relatives aux frais de gestion et de contrôle ne s'appliquent pas à la mise en subsistance à la caisse départementale décidée par mesure administrative et pour une période fixée pour un groupe d'assurés dont l'affiliation définitive n'aurait pu être prononcée ou dont la caisse d'origine se trouverait momentanément, pour un motif quelconque, hors d'état de faire le service des prestations.

Dans ce cas la caisse départementale retiendra à son profit la totalité des frais de gestion afférents aux cotisations des subsistants pendant la période de mise en subsistance et pourra revendiquer d'autre part une contribution proportionnelle à ses dépenses de contrôle pendant ladite période.

Médaille d'honneur des épidémies.

Médaille d'or : MM. les Drs Rohmer et Schmutz, de Strasbourg.

Médaille de vermeil : M. le Dr Chantepie, de Tronget (Allier).

Médaille d'argent : MM. les Drs Jean Giry, de Briey, Verdier, de Casablanca, Lauriol, de Sfax.

Médaille de bronze : MM. les Drs Raybaud, de Marseille, Boeda, de Lassey (Mayenne), Créhange de Nancy, Richir, de Roubaix, Wibaux, de Camiers, Meyer et Villemin, de Strasbourg, Sorgius, de Schiltigheim, Lecompte, de Haguenau, Franck, de Bischwiller, Belin, de Strasbourg, Brinckmann,de Roeschwoog, Levy, d'Erstein, Schalk, de Wissembourg, Cromback, de Saverne, Forest, de Strasbourg, Jeantet, deSt-Didier-au-Mont-d'Or, Dupuy,de Paris.

Rappel de médaille de bronze : M. le Dr Ponthieu, de Marseille.

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Agriculture : M. le Dr Taphanel, médecin de l'école d'agriculture de Grignon.

Ministère des Pensions : MM. les Drs Deramon et Théry.

15 JANVIER

Assurances sociales.

Circulaire relative à la constitution provisoire des Commissions départementales.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés, au titre du Ministère de la Santé Publique :

Officiers : MM. les Drs Fruhinsholz, de Nancy, Poix, Martin, Mondain, Monier et Schreiber, de Paris.

Chevaliers : MM. les Drs Baudrand, d'Antony, Bourland, d'Oran, Caussade, de Nancy, Chastenet, de Gery, de Paris, Cruchaudeau, de Changis-sur-Marne, Cremieu, de Lyon, Deville, de Toulon, Faroy, de Paris. Garcin, de Paris, Guyot, de Dammartin-sur-Meuse, Leroy, de Paris, Marquié, Mouthon, de Faverges, Olivier, de Blois, Pain, de Bourbon-Lancy, Poli, d'Ajaccio, Tripier, d'Argentan, Barrieu, de Paris, Bonnaud, de Roanne, Foare, de Menton, Gaudens, d'Anse, Cousin, de Couhé-Verac, Martin, de Guingamp, Ravon, de St-Etienne, Raybande, de Marseille, Weber, de Neuilly-sur-Seine.

16 JANVIER

Enseignement de la médecine.

M. Binet, agrégé près la Faculté de Paris, est nommé professeur de physiologie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Roger, dernier titulaire).

Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire d'Angers, s'ouvrira le vendredi 10 juillet 1931 devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier, au titre du Ministère de l'Agriculture : M. le Dr Cros, de la Salvetat-sur-Agout (Hérault.)

Lutte anticancéreuse.

M. le Dr Osmont, professeur à l'école de médecine de Caen, est nommé directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Caen.

17 JANVIER

Assurances sociales.

Décret du 8 janvier 1931 modifiant le décret du 10 mai 1930 sur les circonscriptions industrielles dans lesquelles le chiffre limite de valeur ou de gain annuel est porté de 15.000 fr. à 18.000 francs.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés, au titre du Ministère de la Santé publique :

Officiers : M. le Dr Blum, de Nancy.

Chevaliers : MM. les Drs Daumas, de Nice, Fourneau, de la Queue-en-Yvelines, Frogier, de Paris, Guyonnet, de St-Etienne-de-Saint-Geoirs, Nora, de Paris, Picquand, de Montluçon, Royer, de Paris.

Pensions militaires.

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Sont nommés membres de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1931 :

MM. Valentino, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, président ; Rieffel, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris, vice-président ; A. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions ; P. Theron, du service de l'appareillage au ministère des pensions ; Mlle Mallet, sous-chef du bureau des soins gratuits et de l'appareillage au ministère des pensions ; MM. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris ; Maisonnet, médecin lieutenant-colonel, professeur de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie à l'école d'application du Val-de-Grâce ; Roederer, chirurgien consultant près le centre d'appareillage de Paris, assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis ; Ripert, docteur en médecine ; David de Drezigue, médecin chef du centre d'appareillage de Tours ; Menut, médecin chef du centre d'appareillage de Clermont-Ferrand ; Roure, ingénieur à l'école nationale des arts et métiers, membre du comité technique de mécanique à l'office national des inventions ; Beaufils, chargé de l'inspection technique des services d'appareillage ; Thoumyre, mutilé de guerre,

député, ancien ministre ; Miellet, mutilé de guerre, député ; Capy, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; Penquer, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; le président de la chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant ; le président de la chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie ou son représentant ; le président de la chambre syndicale du sud-est des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant ; Montier, expert au centre d'appareillage de Paris ; Vivier, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Paris ; Raux, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Rennes.

Service de santé de la marine.

Modification apportée à l'arrêté du 22 *octobre* 1929, *relatif à l'organisation et au fonctionnement du service de santé de la marine.*

Article 9 *bis*.

Cet article est modifié comme suit :

« Le service médical du ministère est assuré par un officier supérieur (médecin en chef de 2e classe ou médecin principal.) »

Le reste sans changement.

18 JANVIER.

Substances vénéneuses.

Décret du 17 *janvier* 1931 *étendant au commerce de la codéine le régime des certificats d'importation.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de Santé militaire.

Les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes : Médecins sous-lieutenants : A la 18e région, M. Pouyet, de la 14e Région ; à la 14e Région, M. Seguin, des troupes du Maroc.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé Publique :

Officiers : MM. les Drs Levaditi, de Paris, et Tixier, de Lyon.

Chevaliers : MM. les Drs Dupuy-Dutemps, Frizac, Troller, de Paris, et Galand, d'Anzin.

20 JANVIER

Assurances sociales.

Décret du 18 *janvier* 1931, *relatif à la composition du Conseil supérieur des assurances sociales.*

Art. 1er. — Un représentant du ministre de la santé publique assiste avec voix délibérative aux séances du conseil supérieur des assurances sociales et de la section permanente de ce conseil.

Art. 2. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

La veuve d'un médecin n'est pas imposable à la cédule des professions non-commerciales.

10265. — M. ANTONELLI demande à M. le ministre du budget si la veuve d'un médecin décédé en 1926, après avoir cessé l'exercice de sa profession en 1926, doit être imposée ou ne pas être imposée à la cédule des professions non commerciales, au titre de 1929, pour 15.000 fr. d'honoraires arriérés et récupérés en 1928. (*Question du 4 novembre* 1930.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 1er janvier 1931.)

Les sanatoria et l'impôt sur le chiffre d'affaires.

10468. — M. LISSAR demande à M. le ministre du budget : 1° étant donné que les sanatoria publics ne payent pas l'impôt sur le chiffre d'affaires, si les sanatoria populaires, privés et agréés, dont le prix de journée fixé par le ministre, est le même que celui du sanatorium public voisin, doivent avoir une charge supplémentaire sous la forme de l'impôt sur le chiffre d'affaires ; 2° si l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû pour les malades bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et les pupilles de la nation ; 3° au cas où l'impôt reste dû dans quelles proportions les honoraires médicaux doivent être déduits ; 4° dans quelles proportions les honoraires médicaux peuvent être déduits pour les sanatoria privés ordinaires qui ne reçoivent ni les malades de l'assistance, ni les pupilles de la nation. (*Question du* 12 *novembre* 1930.)

Réponse. — Les exploitants de sanatoria privés ne peuvent être considérés comme ayant la qualité de concessionnaires d'un service public du seul fait qu'ils reçoivent dans leur établissement, à des prix spéciaux, des malades dont les frais d'hospitalisation leur sont payés par l'Etat, les départements ou les communes. En conséquence, ils sont redevables de la taxe du chiffre d'affaires pour l'ensemble de leurs opérations, déduction faite, toutefois, de la portion des recettes représentant les honoraires médicaux. Quant à l'évaluation du montant des honoraires ainsi déductibles, il s'agit là d'une question de fait ne pouvant être résolue qu'après examen de chaque cas particulier.

(*J. O.*, 14 janvier 1931).

Retard dans le paiement des honoraires pour soins aux pensionnés de guerre.

10643. — M. Pierre TAITTINGER signale à M. le ministre des pensions : *a*) le retard injustifié apporté au règlement des honoraires médicaux relatifs aux soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 14 avril 1924 ; *b*) qu'ainsi un médecin de Paris attend toujours le règlement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à des mutilés en 1920 ; *c*) qu'à chaque réclamation il obtient invariablement

la même réponse : « La créance se rapportant à un exercice périmé, la délégation n'en pourra être faite que lorsque le Parlement aura voté les crédits nécessaires » ; *d*) qu'il est inexplicable que, depuis 1922, époque à laquelle la commission supérieure de contrôle a vérifié et approuvé ledit mémoire, les crédits s'y rapportant n'aient pu être présentés par les bureaux en temps utile pour être votés ; et lui demande à quelle époque l'intéressé peut espérer le réglement de sa créance dont le montant s'élève à 198 fr. (*Question du 20 novembre* 1930.)

Réponses. — Les paiements sur exercles périmés sont subordonnés à l'ouverture, par une loi, de crédits correspondants. Le dépot du projet de loi est du ressort du ministre des finances auquel sont remis les relevés des créances à mandater. Le seul mémoire de la somme de 198 fr., qui restait à payer sur l'exercice 1920, a fait l'objet d'une délégation de crédits au préfet de la Seine en date du 22 août 1930.

(*J. O.*, 14 janvier 1931).

Impôts d'une clinique construite par un hospice.

10029. — M. Jean Taurines expose à M. le ministre du budget : *a*) qu'une clinique a été construite par les hospices d'une ville, dans le jardin attenant à l'hospice ; *b*) que, dans cette clinique, ne sont admis que des malades payants et qu'ils y sont soignés par le médecin ou le chirurgien de leur choix, qu'ils payent directement : *a*) que le prix de la chambre et de la nourriture des malades est versé au gestionnaire de l'administration des hospices et que les recettes ainsi réalisées vont se fondre dans le budget général des hospices, au même titre, notamment, que celles qui proviennent des frais de séjour dans les hôpitaux des malades non indigents ; *d*) que les tarifs sont ceux pratiqués dans les cliniques particulières de la ville ; et demande si cette construction est imposable à la contribution foncière et à la taxe des biens de main-morte, ou bien si elle doit en être exonérée en vertu de l'arrêt du conseil d'Etat, nº 5444 du recueil officiel (assistance publique de Paris). (*Question du 4 novembre* 1930.)

Réponse. — La jurisprudence rappelée dans la question ne vise que des établissements destinés à recevoir des personnes n'ayant pas les ressources suffisantes pour faire face aux dépenses de séjour ou de traitement dans des établissements similaires à but lucratif. Elle n'est donc pas applicable à la clinique dont il s'agit, qui ne reçoit que des malades payants et pratique des tarifs analogues à ceux des maisons de santé particulières. Il s'ensuit que cette clinique est passible de l'impôt foncier et de la taxe des biens de mainmorte suivant le droit commun.

(*J. O.*, 14 janvier 1931.)

Composition des jurys d'examen pour le doctorat en médecine.

10716. — M. Henri Tasso demande à M. le Mi-

nistre de l'instruction publique : 1° si les candidats au doctorat en médecine ont le droit de n'avoir pour examinateurs que les professeurs agrégés ou chargés de cours qui ont pratiqué pendant l'année scolaire un enseignement sur la matière de l'examen ; 2° dans le cas où le nombre des candidats nécessite la présence de deux jurys et, comme il se pratique dans certaines factultés de médecine, si un candidat ne doit pas être ajourné à une matière que s'il a subi une interrogation non seulement de l'examinateur en cette matière dans le jury où le tirage au sort l'a affecté, mais encore de l'examinateur en la même matière de l'autre jury. (*Question du 25 novembre* 1930.)

Réponse. — La réponse est négative sur les deux points. Il ressort des dispositions des articles 20, 21 et 22 du décret du 10 septembre 1924 que les candidats aux examens de fin d'année du doctorat en médecine n'ont aucun droit à n'avoir pour examinateurs que des professeurs ou chargés de cours ayant donné pendant l'année scolaire un enseignement sur la matière de l'examen. Aux termes de l'article 20 sus-visé la composition des jurys est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales. D'autre part, aucune disposition réglementaire ne donne le droit à un candidat de se présenter devant deux jurys au cours de la même session.

J. O., 14 *janvier* 1931).

Remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques aux assurés sociaux.

10249. — M. Jules Uhry demande à M. le ministre du travail : 1° si l'article 4, paragraphe 5 de la loi du 5 avril 1930 sur les assurances sociales, prévoit qu'un malade a droit au remboursement de 80 p. 100 des frais médicaux et de 85 p. 100 des frais pharmaceutiques ; 2° comment concilier ce texte, pour un salarié gagnant 30 fr. par jour, avec la restriction du deuxième alinéa du paragraphe 5 de ce même article 4, qui stipule que le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra pas excéder, par journée de maladie, 30 p. 100 du salaire moyen ; ajoute que, d'après cette clause, il ne serait pas possible de rembourser à ce malade plus de 15 fr., quel que soit le montant des frais médicaux et pharmaceutiques ; 3° si une caisse primaire, estimant qu'une consultation donnée à temps empêche souvent le développement d'une maladie, peut prendre entièrement à sa charge, pour la première visite ou consultation, 80 p. 100 des frais médicaux ou 85 p. 100 des frais pharmaceutiques, sans tenir compte de la restriction du deuxième alinéa du paragraphe 5 de l'article 4 précité. (*Question du 4 novembre*, 1930.)

Réponse. — L'article 4, paragraphe 3, alinéa 1er de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales prévoit qu'en ce qui concerne les frais médicaux, la participation de l'assuré au tarif de responsabilité

Voir la suite page LXIII-361

PROPOS DU JOUR

Le Ve Bal de la Médecine Française

Les avantages de la multiplicité et de l'autonomie de nos œuvres. La Société de Secours mutuels pour les Femmes et Enfants des Médecins

Le 5e *Bal de la Médecine Française* aura lieu le lundi gras, 16 février, dans les Salons du Cercle de l'Union Interalliée, 33, rue du Faubourg Saint-Honoré.

Le succès du Bal de la Médecine depuis son origine est allé en croissant sans cesse. Donné cette année dans un cadre luxueux, admirablement organisé par un comité dont le dévouement et l'ingéniosité sont au-dessus de tout éloge, le Ve Bal de la Médecine dépassera, nous en sommes certains, celui de l'an passé qui, cependant, paraissait avoir atteint le faîte de nos ambitions.

Le bal sera précédé cette année par un concert dont les organisateurs ont bien voulu nous donner les principaux numéros du programme :

1° Madame Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique ;

2° Madame Cebron et la Petite Classe de l'Opéra ;

3° La danseuse Léda Genilly, du Théâtre des Champs-Elysées ;

4° Le chansonnier Georges Chepfer ;

5° Le trio Dario ;

6° Les chœurs alsaciens.

Nous ne doutons donc pas du grand succès du Ve Bal de la Médecine. Ceux qui se rendront à cette superbe fête passeront une agréable soirée ; mais ils feront plus, ils accompliront en s'amusant une très bonne action.

Les recettes du Bal de la Médecine sont, en effet, destinées à la Caisse de secours des veuves et orphelins de médecins, que gère la F. E. M. (Société de Secours mutuels et de Retraites des Femmes et Enfants de Médecins).

Cette Société a fait beaucoup de bien, est appelée à en faire beaucoup plus et ne nous paraît pas encore assez connue, malgré le zèle de ceux qui sont à la tête.

Mais, nous objectera-t-on, cette Société ne fait-elle pas double emploi ? N'avons-nous pas l'Association générale des médecins de France avec ses Sociétés départementales et sa Caisse des veuves, pourvue de ressources appréciables depuis le legs Dard ? Eh bien non. Il ne saurait y avoir de double emploi, encore moins de concurrence entre nos œuvres de bienfaisance. Aucune n'est capable de remédier suffisamment aux détresses qu'elle a pour but de secourir. Nos œuvres s'entr'aident et se complètent. Comme nous l'avons déjà fait remarquer pour la *Maison du Médecin*, il y a entre nos œuvres une « interpénétration » qui leur permet de coordonner leurs efforts et de donner plus que ne pourrait donner une œuvre unique. C'est dans le but de coordonner encore mieux ces efforts bienfaisants que nous avons provoqué la création d'un *office central des Œuvres médicales* que notre dévoué ami, Bongrand, gère en même temps que le trésor de l'Association générale. D'ailleurs, lisez la liste du Bureau de la F. E. M. ; après le président d'honneur : M. le Prof. Quénu, le Président actuel, M. le Dr Siredey, vous trouvez comme *vice-présidents, avec la bonne fée de l'Œuvre,* Madame Jayle, l'animatrice du Bal, M. le Dr Darras, vice-président de l'Association générale, Président de la Société Centrale de l'A. G. et comme secrétaire général, le Dr Abel Watelet, qui est notre collègue au Conseil général de l'A. G. et secrétaire général de la Société Centrale. Dans le Comité d'organisation du Bal, nous retrouvons nos amis Bongrand et Thiéry, trésorier et secrétaire général de l'A. G.

On ne saurait donc parler ici de rivalité entre nos œuvres, ou du moins oui, il existe bien entre elles une rivalité qui consiste à se compléter, à faire bien, à faire mieux.

Nous avons entendu regretter qu'il n'y ait pas une unification, une fusion de nos œuvres de bienfaisance. Certains excellents esprits, imbus de la manie de l'unité et de la centralisation qui nous imprègne en France, nous parlent parfois d'une belle organisation que l'on pourrait faire fonctionner avec ordre et méthode. Ils rêvent d'une grande administration, un peu comme celles de l'Etat, avec une forte hiérarchie, avec des bureaux, avec des fonctionnaires bien stylés, remplissant ponctuellement leur besogne.

Dieu nous garde de cette Bureaucratie nouvelle ! Une belle mécanique de ce genre tuerait chez nous l'initative, l'activité, le dévouement, la générosité, le zèle, la bienfaisance, pour les remplacer par une froide et automatique assistance à laquelle nos confrères et leurs familles en détresse répugneraient à s'adresser. Il ne suffit pas à nos œuvres d'avoir des cerveaux pour les diriger, il faut encore qu'elles soient guidées par des cœurs.

Et puis, unifier nos œuvres, ce serait tuer la poule aux œufs d'or. A la tête de chacune de nos Associations bienfaisantes sont des Bureaux, des Conseils dont les membres se livrent dans les milieux qu'ils fréquentent à une propagande active ; ils recueillent des adhésions, des subsides dont le total dépasse de beaucoup le taux de la cotisation même élevée que l'on pourrait demander pour une œuvre unique. Tel cotise pour la *Maison du Médecin* qui ne donnera rien à une Société de Secours mutuels ; il a évidemment tort, mais il faut tenir compte des habitudes et, disons le mot, des préjugés de chacun.

En outre, l' « interpénétration » de nos œuvres et notre office central permettent de nous renseigner, de guider les générosités de nos Caisses.

Nous avons pu souvent par les Sociétés de l'A. G. faire une sélection équitable dans le recrutement des pensionnaires de la *Maison du Médecin* et notre grande et puissante Association générale des médecins de France peut signaler à la F. E. M. des veuves et des orphelins de médecins que ses statuts ne lui permettent pas de soulager suffisamment et pour lesquels, il y a mieux à faire.

Un autre exemple : Nous gérons au *Concours médical* une caisse de prêts gratuits, l'*Œuvre Plantier*, du nom de son généreux fondateur. M. le Dr Debat, dans un de ces mouvements de générosité dont il est coutumier, a créé une caisse de prêts du même genre pour venir en aide aux confrères victimes d'une catastrophe ou d'une maladie aiguë. La Caisse du Dr Debat est gérée par le Conseil de l'A. G. et elle est abondamment pourvue. Croyez-vous qu'elle fasse double emploi avec l'Œuvre Plantier ? Mais non. Bien que beaucoup moins riche que l'Œuvre Debat, l'Œuvre Plantier a, dans certains cas, rendu des services à des médecins qui ne se trouvaient pas dans les conditions nécessaires pour avoir recours à l'Œuvre Debat.

Ne parlons donc pas de rivalités, de concurrence, de jalousies entre nos œuvres. Parlons seulement d'émulation entre elles et du désir de faire mieux.

La Société F. E. M. ne fait d'ailleurs double emploi avec aucune de nos associatiens, il n'en est pas qui poursuivent le même but. Pour s'en convaincre, il suffit d'être au courant de son histoire, de son fonctionnement et de connaître les services que cette jeune Société a déjà rendus.

* * *

La Société F. E. M. fut créée en 1912 par le Dr Abel Watelet, répondant à un désir, exprimé par le Président de la Société Centrale de l'Association générale des médecins de France, le Dr Butte.

L'élaboration des statuts, la primitive organisation, les démarches durèrent jusqu'au 1er août 1913, époque où elle fut reconnue Société de Secours mutuels approuvée. Les débuts de la Société F. E. M. furent assez difficiles et la guerre survenue, sa vie fut assez précaire. Elle vécut néanmoins grâce à l'opiniâtreté des docteurs Butte, Darras, Watelet et de Madame Margain.

La mort de son Président, le Dr Butte, qui fut remplacé par sa veuve, Madame Butte, laissa régner encore un certain désarroi dans la Société. Après la retraite de Madame Butte à la campagne en 1924, M. le Dr Siredey, qui fut Président de l'Académie de Médecine, accepta la présidence de la Société F E. M. ; il en résulta une véritable renaissance. Madame Jayle et le Dr Darras devinrent, vice-présidents, Mesdames Petit et Margain, trésorières, et le Dr A. Watelet fut secrétaire général. Ce bureau très actif intensifia la propagande et la Société à dater de ce jour ne cessa de prospérer.

Madame Margain eut l'idée de faire une tombola, dont les lots étaient constitués par les tableaux, peints par Madame Thoinot, veuve du Professeur, durant un voyage en Afrique Occidentale. Le succès dépassa toute attente et la tombola rapporta 20.000 francs à la Caisse de la F. E. M.

En 1927, Madame Jayle, vice-présidente, émit l'idée d'organiser le Bal annuel de la Médecine française et cette idée, elle la réalisa.

Le succès du Bal fut toujours croissant. Le premier rapporta 30.000 fr. en chiffres ronds, le second 40.000 ; le troisième 50.000 ; les bénéfices du quatrième, celui de 1930, atteignirent 80.823 francs nets. Nous espérons bien que le cinquième marquera bientôt un progrès notable.

Le désir de la Société est de venir en aide dans

toute la mesure du possible, aux détresses des veuves et des orphelins de médecins. Il survient que certaines familles intéressantes reçoivent une subvention de 1.500 francs par orphelin.

Comme toute Société de Secours mutuels, les statuts sont rigides et les subventions ne peuvent être données qu'aux membres de la Société.

Il est cependant des cas navrants, dont on ne saurait se désintéresser.

En voici un exemple : un confrère ne faisant partie d'aucun groupement, mourut brusquement en décembre dernier, laissant une jeune veuve et six orphelins dont le dernier n'avait pas un an, dans la plus absolue détresse.

Le cas fut signalé au bureau de la F. E. M. ; un prompt secours de 1.000 francs fut aussitôt envoyé à cette veuve qui fut inscrite d'office, elle et ses enfants, comme membres de la Société et put recevoir dans un délai assez court des subventions régulières. Il va sans dire que cela ne peut se passer que dans des conditions exceptionnelles et pour faire face à des situations tout particulièrement critiques.

La Société F. E. M. ne cesse de s'intéresser aux familles qu'elle soutient. Ainsi elle a obtenu en 1930 deux des bourses de 10.000 fr. dues à la générosité du Dr Roussel pour deux familles malheureuses de six et sept orphelins. Elle a procuré à plusieurs de ses pupilles des bourses d'études, notamment dans une Ecole d'agriculture. Une jeune fille, obligée d'interrompre ses études du fait de la mort de son père, a été placée comme surveillante dans un lycée de jeunes filles, où elle peut continuer la préparation de ses examens, défrayée de tous frais et avec une légère rétribution. Une veuve de médecin, infirmière diplômée, a obtenu par l'intermédiaire de la Société F,E.M. un emploi d'assistance fort bien rétribué dans une importante ville d'eaux. Nous ne ferons que signaler les places de surintendantes, de secrétaires données par les soins de la F. E. M. à des veuves et des filles de médecins et les situations intéressantes dans la Banque et l'Industrie, faites à des jeunes gens, fils de médecins.

La Société s'ingénie encore avec succès à procurer des pensionnaires à ses adhérentes organisées pour tenir des maisons de famille.

« Nous voulons, nous disait Madame Jayle, qui a pris à cœur le développement de cette œuvre avec l'enthousiasme et le dévouement absolus que l'on ne rencontre guère que chez les femmes, nous voulons que les familles de la F. E. M. ne se sentent pas isolées dans le malheur. Nous voulons qu'à côté de l'aide matérielle que nous nous efforcerons de rendre de plus en plus appréciable, il y ait une aide morale, un réconfort aussi utile que les secours en argent. Nous voulons développer notre assistance par le travail, trouver aux femmes et aux orphelins des situations suffisantes et appropriées à leur éducation. »

Et le Dr Watelet ajoutait : « Dans toutes les professions, sont organisés des orphelinats. Seule la profession médicale en était dépourvue. Aujourd'hui on ne saurait plus le prétendre, notre société F. E. M. y a pourvu ».

Voilà bien la caractéristique qui domine la Société F. E. M. l'aide morale, l'assistance par le travail, nous croyons bien que jusqu'à ce jour aucune de nos œuvres de prévoyance ou de bienfaisance n'ont poursuivi ce but.

En causant, nous avons entendu émettre bien des projets, bien des rêves ; sans doute se réaliseront-ils un jour ? Mais n'anticipons pas, ne bâtissons pas des châteaux en Espagne. La réalité est déjà assez intéressante.

L'important à l'heure actuelle est d'assurer le succès du *Bal de la Médecine française*, de faire connaître et bien connaître la *Société des femmes et enfants de médecins.*

Et nous serons heureux si notre faible concours contribue au développement de cette œuvre pour la prospérité de laquelle nous faisons les vœux les plus sincères.

J. Noir.

Demander au Comité du Bal de la Médecine française, 95, rue du Cherche-Midi des cartes pour le bal : *pour le public* : bal et soirée : 80 fr. Bal seul : 60 fr. *Pour les médecins* : bal et soirée : 60 fr. ; bal seul : 40 fr. *Pour les étudiants et danseurs* : bal et soirée : 45 fr. ; bal seul : 25 fr. *Tombola* : le billet : 5 francs. Carnet de 10 billets : 50 fr.

Demander des renseignements sur la F. E. M. à son siège social : 95, rue du Cherche-Midi. Cotisation de membre honoraire : 25 fr. par an. Membre honoraire perpétuel : 250 fr. une fois donnés. Membre bienfaiteur : 500 fr. une fois donnés.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIABÈTE ET CHIRURGIE. ACQUISITIONS RÉCENTES

Par J. de FOURMESTRAUX et M. FREDET

Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

L'intervention chirurgicale chez les diabétiques ne présente pas le pronostic très grave qu'il est classique de lui attribuer La préparation logique du malade après étude du seuil glycémique, l'emploi de l'insuline à doses suffisantes, permettent de remédier en partie, à la sécrétion déficiente de l'hormone glyco-régulatrice du pancréas.

Si la physio-pathologie du diabète reste complexe, la découverte de l'insuline, par Banting de Toronto, en 1922, a changé de façon complète le pronostic opératoire chez les glycémiques. A des succès multiples succéderont sans doute des séries d'échecs difficiles a expliquer, mais il n'est pas moins vrai qu'il est possible maintenant d'opérer des diabétiques chez lesquels il n'aurait pas été indiqué d'intervenir avant les travaux récents sur la sécrétion interne du pancréas.

Quelques points de technique nous semblent utiles à préciser. Nous considérerons le malade avant l'intervention ; soins pré-opératoires dont dépend en grande partie le pronostic ; l'intervention elle-même ; les soins post-opératoires.

Soins pré-opératoires

Deux cas à envisager : Malade opéré d'urgence, malade que l'on a le temps de préparer.

L'urgence c'est la hernie étranglée, l'appendicite à chaud, l'anthrax à marche progressive, rapide, pour lesquels l'indication ne se discute pas. L'examen des urines décèle une quantité notable de sucre chez cet obèse polydypsique, polyphagique, à la respiration courte, au faciès florissant et dont la bouche à la dentition fâcheuse et clairsemée exhale une discrète odeur de chloroforme. Si l'urgence n'est pas absolue, immédiate et que l'on ait le temps de faire l'examen des urines et du sang, le laboratoire répondra, sucre dans les urines plus ou moins abondant, glycosurie, glycémie. Le seuil rénal est dépassé, atteint deux grammes et surtout, ce qui est encore plus fâcheux, urée, dont l'index varie entre soixante-quinze centigrammes et un gramme. L'intervention chez ce malade n'aura trop souvent comme conséquence rapide qu'acidose et coma, à moins qu'une broncho-pneumonie massive n'amène rapidement une solution. Nous pensons que dans de telles conditions une indication est formelle si l'on ne veut avoir une catastrophe immédiate ; éviter si possible les accidents d'acidose. Un seul moyen héroïque, l'injection intraveineuse de bicarbonate de soude en solution concentrée, 3 ou 5 %, injecter 300 centimètres cubes lentement. Les conséquences immédiates de cette technique sont parfois impressionnantes, faciès vultueux, noirâtre, tachycardie et tachypnéé, mais l'un de nous qui a employé cette méthode pour la première fois il y a plus de vingt ans, n'a jamais eu à déplorer d'accidents mortels, il a eu en revanche des résultats inespérés (1). Ceci n'exclut en aucune façon l'utilisation de l'insuline.

Malade opéré en dehors de toute urgence.

C'est là où surtout les soins pré-opératoires ont une importance capitale. Deux cas à pronostic différent : c'est un diabétique gras ou un diabétique maigre. Le diabétique gras est un déplorable malade. Nous avons depuis longtemps appris à connaître qu'il y avait une chirurgie des obèses et une chirurgie des gens normaux, qui est tout à fait autre. L'obèse peut être un athlète, mais c'est certainement un malade qui s'ignore . Il faut le faire maigrir et le faire maigrir rapidement sans le fatiguer. Exclure tout espèce de traitement médicamenteux et employer ce procédé remarquable ; alimentation exclusivesent végétale, fruits et rien que cela, en quantité aussi abondante que peut le tolérer le malade qui sera laissé au lit, ou au repos allongé. Sous l'influence de ce régime, le poids diminue rapidement, la sécrétion urinaire augmente sans que la glycosurie soit plus abondante. Quand le régime fruitarien est mal toléré, l'on peut à la rigueur admettre une période intercalaire de deux ou trois jours où le futur opéré absorbera des légumes verts, salades fraîches ou cuites, eau alcaline, bicarbonate de soude, antipyrine, deux à trois grammes par jour. Cependant dans la ma-

(1) DE FOURMESTRAUX. — Congrès de chirurgie 1930. Préparation du malade à l'opération.

jorité des cas, il nous paraît inutile de compliquer ce régime (à part l'insuline) d'une thérapeutique médicamenteuse.

C'est un diabétique maigre non cachectique. Aspect extérieur sensiblement normal. Pendant quelques jours, régime diététique classique, albuminoïdes, peu de graisses, hydrocarbures. Dans les deux cas administration d'insuline dont le rôle remarquable chez le diabétique a vraiment changé le pronostic opératoire. Son mode d'action reste encore inconnu. Il ne semble pas que cette dernière s'exerce par l'intermédiaire du foie. On a pensé que l'insuline arrêtait les combustions, émis l'hypothèse qu'elle permettait l'achèvement du métabolisme normal des hydrates de carbone, qui serait leur transformation en graisse. Il est plus probable qu'elle favorise certaines transformations du glucose (1). L'insuline diminue le phosphore sanguin et urinaire, augmente le phosphore des muscles. Le trouble fondamental du diabète consisterait en une impossibilité de la transformation du glucose en acide lactique, et c'est ce trouble que corrigerait l'insuline. Il serait possible d'autre part (Howard) que l'on se trouve en présence de deux actions différentes, la première qui augmenterait l'utilisation du glucose par les tissus, l'autre qui arrêterait sa formation endogène. Première propriété détruite par l'action des sucs digestifs, tandis que la seconde ne le serait pas. Cette notion permet d'envisager la question de la dualité physiologique de l'insuline. Dans un article récent, Santenoise (2) paraît établir à l'aide de faits expérimentaux précis la notion de la dualité hormoniale de la sécrétion interne glycorégulatrice du pancréas. Celui-ci déverse dans la circulation par la veine pancréatique deux substances glyco-régulatrices, présentant tous les caractères des hormones, l'insuline et la vagotonine. L'insuline agit directement sur le sucre des tissus même, la vagotonine ne paraît pas agir directement sur le métabolisme tissulaire des hydrates de carbone. L'intermédiaire nécessaire est le système nerveux, hormone régulatrice par l'intermédiaire du vague. Ces notions d'actualité sont tout à fait intéressantes. Il semble bien que les préparations d'insuline très purifiées, actuellement utilisées ne remplacent pas la sécrétion pancréatique déficiente totale.

Quoi qu'il en soit, que l'on rende plus rationnelle la thérapeutique du déficit pancréatique glyco-régulateur par l'adjonction d'une nouvelle hormone, il n'en reste pas moins évident que nous possédons avec les préparations actuellement à notre disposition une arme efficace

(1) M. P. Weill. — Physio-pathologie du diabète. (*Gazette médicale de France*, 1928.)

(2) S. Santenoise. — La dualité hormonale de la sécrétion interne glyco-régulatrice du pancréas. (*Presse médicale*, 12 novembre 1930.)

pour lutter contre les accidents chirurgicaux du diabète. En pratique, si l'urgence n'est pas immédiate, administration d'insuline en injections intramusculaires aux doses suivantes : vingt unités par jour pour commencer, augmentation progressive pour arriver à la dose maxima d'une unité par kilogramme de poids du malade. Ceci pour les gros glycémiques, dans les cas moyens la dose de cinquante unités ne devra pas être dépassée. Il est classique de faire suivre l'injection d'un repas comprenant des hydrocarbures et de l'ingestion d'un liquide sucré, 200 à 300 grammes environ. Il est souvent plus facile et plus agréable pour le malade de lui faire ingérer des fruits sucrés qui ont l'avantage d'augmenter la sécrétion urinaire. Il est évident que dans les cas où il n'y a pas une urgence immédiate à opérer, il y a tout avantage à se faire doubler d'un médecin compétent qui, suivant l'expression heureuse de Lambret (1), fera le point du diabète dans l'évacuation des corps cétoniques, du glucose urinaire et de la glycémie.

En dehors des recherches de laboratoire concernant le diabétique lui-même, il est important d'être fixé, c'est là un élément de pronostic évident, sur l'état de la perméabilité rénale et sur l'azotémie. Il semble bien que la règle classique depuis Widal de ne pas opérer au-dessus de 45 à 50 centigrammes d'urée peut être transpressée sans trop d'inconvénient. Nous faisons de façon habituelle faire le dosage d'urée dans le sang des opérés sur lesquels nous avons le moindre doute, et nous avons obtenu des résultats heureux (en dehors de la chirurgie urinaire où il faut être d'une prudence extrême) chez des malades présentant un taux d'urée supérieur à 80 centigrammes. L'acte opératoire après la pointe d'ascension d'urée classique vers le troisième ou le quatrième jour réduit considérablement l'azotémie. Il est logique d'admettre que cette dernière était causée de façon directe par la lésion qui avait nécessité l'intervention. On peut conclure semble-t-il qu'une azotémie légèrement supérieure à la normale ne constitue pas une contre-indication essentielle. Cette azotémie transitoire anté-opératoire étant fonction plus de la lésion organique qui amène le malade sur la table d'opération, lithiase hépatique ou rénale, appendicite par exemple, que les lésions pancréatiques complexes qui déterminent le diabète.

La présence d'albumine ne constitue pas non plus une contre-indication formelle. Nous avons souvent vu cette dernière disparaître après intervention. Il semble bien alors qu'elle soit satellite de la glycosurie, trouble de métabolisme de même nature que celui qui a déterminé la glycosurie. Dans une deuxième variété l'albu-

(1) Lambret et Sauvé. — Préparation des malades aux opérations. (Congrès de chirurgie, octobre 1930.)

mine est alternante, elle apparaît quand le sucre disparaît et inversement. Elle indique alors un léger degré d'altération rénale. Dans une troisième variété, c'est l'albuminurie qui prime le tableau clinique (Forestier) ; elle s'accompagne d'hypertension artérielle, de bruit de galop, d'augmentation de l'urée sanguine : il est évident que dans les deux dernières hypothèses la présence d'albumine ne disparaissant pas rapidement sous l'influence du régime constitue un élément de pronostic très fâcheux.

La question de l'hypochlorurémie chez les diabétiques n'a pas encore été, à notre connaissance, étudiée avec précision quand une indication opératoire surgit. Dans un cas récent où nous dûmes intervenir chez une malade présentant une occlusion intestinale grave et où un examen rapide avait décelé une quantité notable de sucre, les examens pratiqués le lendemain montrèrent une hypochlorurémie notable.

Il s'agissait très probablement d'un iléus par calcul chez une femme âgée. La mort survint avec un fonctionnement médiocre de l'anus malgré l'injection maintenant classique de sérum hypertonique. Il est logique d'admettre que la chloropénie et la glycémie peuvent évoluer de pair, il y aurait des recherches intéressantes à faire pour établir la valeur pronostique de la chloropénie.

L'examen préopératoire de la coagubilité sanguine ne nous a pas donné de renseignements précis, cependant chez un diabétique qui mourut après intervention pour phlegmon de la cuisse et anthrax, nous avons observé à la fois des phénomènes d'insulino-résistance et de coagubilité sanguine très retardée. Peut-être y at-il là mieux qu'une coïncidence, cette question également méritetait une étude précise. Chez un autre malade non insulino résistant mais chez lequel l'index de coagulation était de 8 à 10 minutes, par conséquent léger retard, une hémorragie profuse a été observée. Nous avons encore en traitement à l'heure actuelle, un homme en voie de guérison auquel nous avons à six mois de distance fait une double amputation de cuisse pour gangrène diabétique chez lequel le temps de coagulabilité était absolument normal (6 minutes). Il fit à deux reprises des hémorragies secondaires graves malgré le soin méticuleux apporté à l'hémostase.

Dans un autre cas également récent, chez une malade que nous avons vue avec Grégoire, amputation haute de cuisse pour gangrène massive du membre inférieur, le temps de la coagulation était très retardé, mais cependant la guérison se fit avec une simplicité extrême. Ce sont là des faits d'apparence paradoxale et qui tendent à démontrer que l'examen de la coagubilité du sang et du temps de saignement n'ont peut-être pas toute la valeur qu'on leur a accordée.

L'examen de l'équilibre acide base, de la réserve alcaline et du métabolisme sont utiles, mais tout ceci constitue tout une série de travaux de laboratoire et la mise en marche d'une organisation qui sera peut-être la vérité de demain mais qui n'est guère possible dans la majorité des services hospitaliers qui sont à notre disposition. Il est hors de doute cependant que la recherche de l'équilibre acide base et de la réserve alcaline est susceptible de donner des résultats pratiques immédiatement utilisables.

Il est enfin un examen qui a une importance capitale, c'est le dosage de la glycémie. Comme l'a fait remarquer Sauvé (1) dans son rapport au Congrès de chirurgie, certains diabétiques peuvent avoir une glycosurie faible ou nulle et par rétention sucrée tissulaire une glycémie considérable. Le seuil de la glycosurie semble être de 1 gr. 25 à 1 gr. 50 de glycémie par litre et certains diabétiques aglycosuriques peuvent avoir jusqu'à 3 grammes de glycémie.

En dehors de ces recherches, quand on est renseigné sur l'état de résistance éventuel de son malade, il convient d'insister sur quelques points de pratique plus immédiats. Nous avons la conviction que beaucoup sinon toutes les complications pulmonaires en général sont dues à un mauvais état de la dentition. Dents cariées, gingivite, infections bucco-pharyngées constituent un foyer d'infection redoutable ; à moins d'urgence absolue, et immédiate le dentiste doit précéder le chirurgien et préparer la bouche pendant tout le temps nécessaire. Nous sommes persuadés, bien qu'employant presque toujours l'éther, d'avoir réduit, en ne transgressant pas cette règle, au minimum, les complications pulmonaires post-opératoires.

L'acte opératoire

Il est de toute nécessité de proscrire de façon complète les antiseptiques avant et au cours de l'intervention. Surtout pas de teinture d'iode sur la région à préparer. Nous avons eu l'occasion d'observer à diverses reprises des érythèmes iodés facheux, avec des lésions dépassant l'épiderme. Eau stérilisée, savon alcalin, un peu d'alcool sans que cela soit absolument nécessaire, pas de brosses, pas de traumatismes inutiles, compresses et ouate. *L'anesthésie* : Il ne semble pas qu'il y ait avantage à employer l'anesthésie locale, infiltration de tissus faciles à ensemencer. Le mieux est, nous le pensons d'utiliser l'anesthésique dont on se sert de façon normale. Nous restons, pour notre part, fidèles à l'éther précédé de quelques gouttes de kelène.

Il est évident que l'on doit opérer dans une salle très chauffée et ne pas exposer le malade à des variations de température dans le transport

(1) Sauvé. — Rapport du Congrès de chirurgie, octobre 1929.

entre la salle d'opération et son lit. Il est utile de remplacer le masque à éther au moment où cesse l'anesthésie par une compresse imbibée d'alcool. Pendant l'acte opératoire lui-même, se souvenir que le diabétique constitue un terrain très fragile et préparé à l'infection, pas de manœuvres opératoires brutales ou traumatisantes. Plus que partout ailleurs ne pas se servir de ses mains, ne pas toucher à la plaie, opérer à bout de pinces. Les mains sont faites pour tenir les instruments et non pour servir d'instruments. Hémostase méticuleuse, ne pas craindre de multiplier les ligatures, se souvenir qu'à la fin d'une intervention la plaie opératoire doit être nette, précise, exsangue. Nous pensons qu'il est utile d'opérer rapidement. On a dit beaucoup de mal des chirurgiens qui opéraient vite ; mais précision ne veut pas dire lenteur. Je crois que sans se presser, l'on peut opérer de façon rapide. La lenteur opératoire voulue et calculée ne cache trop souvent qu'une réaction d'impuissance. La répétition du même acte réglé, l'utilisation des mêmes aides, l'emploi d'instruments toujours à la même place, d'un bon éclairage, d'un matériel adapté à l'opérateur, doivent faire gagner quelques minutes, ceci veut dire un malade quelques instants de moins dans une position fâcheuse, anormale ; une anesthésie moins longue. Les anesthésiques sont provocateurs d'acidose et la narcose s'accompagne d'une diminution d'oxydation par modification de l'équilibre acide base. Conclusion pratique : nécessité d'une intervention aussi précise et rapide que possible avec le minimum de traumatisme.

Soins post-opératoires

Le malade est reporté dans son lit. Toute une série de soins sont indispensables, quelques-uns communs à tous les opérés, d'autres qui lui sont propres parce que c'est un glycémique, Chambre chauffée, température constante, l'idéal serait le réchauffement diathermique ; l'appareillage n'est pas au point. Aucun appareil ne permet d'éviter d'une façon absolue l'effet diathermo-coagulation, ce qui est fâcheux. Les vieux procédés classiques restent les meilleurs.

Le jour même de l'intervention, veiller à une asepsie buccale relative : ablation des mucosités bucco-pharyngées, désinfection mécanique de la bouche et des dents. Dès que possible, mettre l'opéré en position demi-assise, c'est-à-dire dès que la conscience aura repris, même avant la cessation des vomissements. L'oxygène par inhalation est le plus souvent inopérant ; l'oxygène par voie sous-cutanée, efficace quand la surveillance est suffisante. Injection sous-cutanée de caféine, huile camphrée, précautions d'asepsie locale plus importante encore ici qu'ailleurs. Le lavement alcalin : bicarbonate de soude 5 gr., antipyrine 1 gr.. pour 60 gr. d'excipient, est possible et est absorbé sous condition d'être pratiqué lentement. Il est indiqué de le répéter toutes les trois ou quatre heures. Il est en tous cas supérieur à l'instillation continue qui au bout d'un certain, temps, n'est plus supportée et provoque le refroidissement en raison de l'appareillage plus compliqué. Nous pensons que la digitale généralement bien tolérée, par voie buccale, donnée dès le lendemain et continuée pendant trois ou quajours, ni trop, ni trop peu, ni trop souvent, ni trop longtemps, a dit Huchard, est utile et ne présente pas de contre-indications précises chez les diabétiques.

A quel moment faut-il de nouveau donner de l'insuline ? Le plus tôt possible croyons-nous ; l'action de cette dernière paraît durer de 8 à 10 heures, par conséquent injection de vingt à quarante unités cliniques le lendemain de l'intervention. Si les vomissements empêchent l'ingestion d'un liquide sucré, lavement ou mieux injection intra-veineuse de liquide glucosé. L'insuline s'éliminant très rapidement, nécessité de plusieurs injections par vingt quatre heures. La question de la dose à employer est fonction de la glycosurie et de la glycémie constatée.

Dans les cas moyens 40 à 50 unités cliniques paraissant suffisantes, encore que l'on ait pu utiliser des doses beaucoup plus considérables. Quelques malades présentent des phénomènes d'insulino-résistance ; c'est là heureusement un fait exceptionnel, : le pronostic doit alors être considéré comme très grave. Il serait intéressant de préciser quel est dans ce cas le rôle de la notion qui paraît démontrée aujourd'hui (Santenoise) de la dualité des hormones glyco régulatrices du pancréas. Il semble bien (Weill) que le diabète apparaisse bien moins comme une maladie d'organe que l'expression d'une rupture d'équilibre dans un système régulateur tant nerveux que glandulaire.

Ces faits d'insulino-résistance semblent malgré tout être rares, et la conclusion pratique est que la découverte de l'insuline et son application logique a changé du tout au tout le pronostic de la chirurgie chez les diabétiques, et qu'il est possible à l'heure actuelle de lutter contre l'acidose et d'éviter le coma.

ESSAI HISTORIQUE SUR L'HYSTERIE

Par R. BENON,
Médecin du quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

(*Suite et fin*) (1)

Dans la première partie de son article (1), le Dr Benon a présenté l'histoire de l'hystérie depuis Hippocrate jusqu'au milieu du XIXe siècle. Il fait aujourd'hui l'historique de cette maladie jusqu'à nos jours.

N.D.L.R.

V. — La période des conceptions intellectualistes.

(CHARCOT-BABINSKI : 1864-1911.)

On doit reconnaître qu'avec Charcot commence une période propre de l'hystérie. On peut trouver aujourd'hui que cette période a été un peu bruyante ; elle a été surtout très confuse. Un peu bruyante, cela s'explique en raison de la situation privilégiée de l'auteur et de ses qualités personnelles. Très confuse, cela se conçoit facilement parce que les notions psychologiques de l'époque étaient singulièrement précaires. Cette période de l'hystérie fut belle quand même, ou curieuse, sinon très grande, car elle avait en Charcot un initiateur étonnant, un animateur remarquable qui avait renouvelé l'étude générale des maladies nerveuses.

A la conception intellectualiste de l'hystérie de Charcot, se rattache la conception de M. Babinski. Nous étudierons successivement l'une et l'autre.

La conception de Charcot. — Charcot fut nommé médecin de la Salpêtrière en 1862, et il restera dans ce célèbre hospice durant trente et un ans. L'hystérie avait fait l'objet déjà de travaux nombreux et récents ; le livre de Briquet, le plus important, avait vu le jour en 1859. Les premières leçons du maître sur l'hystérie eurent lieu en 1868. Après la guerre de 1870, elles paraissent en volumes, au nombre de trois, successivement de 1873 à 1887, et elles réalisent cinq éditions ; c'est dire le succès de l'auteur. Professeur d'anatomie pathologique en 1873, Charcot était devenu professeur de clinique des maladies nerveuses en 1882.

Dans cette période de l'hystérie, il y a lieu de considérer deux ordres de faits ; la renommée de Charcot et sa conception. Il semble que certains auteurs modernes considèrent comme exagéré le retentissement de son œuvre en cette matière ; ils en voient les faiblesses, ils n'en voient pas suffisamment, croyons-nous, la nouveauté.

A l'époque où Charcot commença ses leçons (1868), le positivisme pénétrait partout dans les sciences. Le maître eut toujours de l'hystérie une conception qu'il disait anatomique. Cela ne l'empêcha pas de faire d'excellentes descriptions, et de la crise, chez l'homme comme chez la femme, et des manifestations fonctionnelles diverses de la grande névrose, et de leur traitement par l'isolement, etc. Il donna trop de valeur aux stigmates de l'hystérie, aux zones hystérogènes ; il ne sépara pas l'hypnotisme de l'hystérie ; il fit rentrer les accidents d'asthénie traumatique dans l'hystérie (railway-spine, hystérie traumatique); mais, — et c'était là une nouveauté, — il fit de l'hystérie une maladie mentale, une maladie psychique, une maladie par représentations. A la conception simplement et vaguement cérébrale des auteurs du XVIIIe siècle, jusqu'à Briquet, il substituait une conception intellectuelle ; il affirmait l'importance du rôle des idées fixées dans l'esprit ; il introduisait dans l'interprétation des faits la notion de suggestion. Ces données ont un intérêt considérable en matière d'hystérie puisque toutes les discussions modernes découlent de là.

On a reproché à Charcot la culture de l'hystérie, mais il n'a pas confondu l'hystérie avec la simulation ; il a vu, comme Sydenham, les dispositions remarquables de l'hystérique à l'imitation, à l'exagération ; avec ses élèves, il a exhumé des archives du Moyen-Age et des siècles suivants ces récits d'épidémie hystérique, complètement oubliés. Tout cela, ainsi que l'hypnotisme, qui est un fait comme l'hystérie, était nouveau, séduisant. Si on y ajoute les dons brillants du maître, sa situation, la stabilité de cette situation, il est aisé de comprendre le grand succès obtenu.

Notons que Charcot, comme presque tous les auteurs, depuis Wilis, n'a pas méconnu, dans l'hystérie, le rôle des émotions, des causes morales, autrement dit le rôle des phénomènes d'hypersensibilité, d'hyperémotivité chez ces sortes de malades.

En 1882, Magnan qui était médecin de l'asile des aliénés de Sainte-Anne depuis 1867, fixait

(1) V. *Concours médical*, n° 4, 1931.

la notion fameuse de dégénérescence mentale, de déséquilibration psychique. On sait aujourd'hui que la déséquilibration psychique, propre aux « dégénérés supérieurs » de Magnan, — les sujets atteints d'idiotie, d'imbécillité, de débilité mentale et congénitale, constituant le groupe des dégénérés inférieurs, — on sait que cette déséquilibration psychique répond uniquement aux troubles constitutionnels de l'émotivité. On voit ainsi comment la « déséquilibration » de Magnan, métaphore délaissée, se rapprochait de l'hystérie. Cette donnée clinique, très importante mais combien obscure, franchissait à cette époque, en psychiatrie, les premiers degrés de la renommée.

En 1884 et en 1885, — donc presque ensemble et sans se connaître, — un psychologue américain, James, et un médecin danois, Lange, émettent cette opinion que les émotions sont des phénomènes physiologiques périphériques et que les idées ne jouent aucun rôle dans la détermination de ces émotions. Cette conception de l'émotion, fait périphérique, apparaît alors comme une nouveauté, ce qui n'est pas exact au point de vue historique. De plus, ces auteurs n'ont signalé parmi les éléments périphériques des émotions que la pâleur, la rougeur, les troubles cardiaques, les sécrétions glandulaires ; ils ont omis l'épigastralgie. Tastevin, en reprenant la question des émotions, a redécouvert le serrement de cœur, puisque les psychologues modernes n'en parlaient plus ; il a prouvé son siège gastrique et montré que ce serrement épigastrique était ce qui rendait le chagrin, l'anxiété, l'énervement douloureux. C'est là le point capital. Rappelons que tous les anciens, en matière d'émotions, étaient périphéristes. A l'époque de Bichat même, on admet que le cerveau est le centre de la vie intellectuelle et la région épigastrique le centre des émotions.

La conception de M. Babinski. — La conception de M. Babinski (1901) découle directement de la conception de Charcot. C'est une conception purement intellectualiste, plus intellectualiste encore que celle de Charcot : le rôle de l'émotion dans l'hystérie est nié carrément par l'auteur.

On ne saurait méconnaître que les critiques de M. Babinski, vis-à-vis des manifestations diverses et des tendances épidémiques de l'hystérie, étaient justifiées. Cet ardent organisciste a remis au point, dans l'hystérie, de nombreux détails d'ordre neurologique à l'aide d'une série de travaux dont la grande valeur est admise par tout le monde. Les adversaires, qui voulaient faire jouer dans la névrose un rôle aux émotions, — M. Janet notamment, dont nous reparlerons, — n'ont pu lui objecter les raisons essentielles.

Voyons la conception de cet auteur, dont l'esprit, du fait de ses applications ordinaires, a l'habitude de la clarté. Voici la définition qu'il a donnée de l'hystérie : « L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ». Nous ferons remarquer combien il est singulier de fonder la définition d'une névrose sur des faits d'ordre thérapeutique ; mais là n'est pas le fond du débat.

a) Disons d'abord que, que de notre point de vue, dans cette discussion de définition, il y a nécessité de distinguer les crises hystériques d'une part, et les séquelles de l'autre. Ces deux ordres de troubles n'ont que ceci de commun, c'est qu'ils apparaissent comme étant de nature fonctionnelle ou dynamique ; le fait n'est pas suffisant pour les identifier. Parmi les séquelles, les plus courantes sont les paralysies et les contractures dites hystériques ; il en est d'autres ; ce sont en particulier : les phlyctènes, les œdèmes, les hémorragies cutanées (peau), les hématémèses, le mœléna (appareil digestif), les hématuries, l'anurie, l'albuminurie (appareil urinaire), les hémoptysies (appareil pulmonaire), la fièvre, etc. Si tous ces troubles existent en relation avec l'hystérie, ils ne sont à notre avis que des séquelles de la crise hystérique, grande ou petite, ils ne sont pas l'hystérie elle-même. La controverse sur la définition de la névrose d'après M. Babinski étant ainsi limitée, on peut aborder la question avec une certaine précision.

b) M. Babinski déclare que l'hystérie est un « état psychique ». Quel est cet état psychique ? Un état psychique ne peut être fait que de sensations, d'idées ou d'émotions, simples ou complexes. Quel est donc celui de l'hystérique ? On ne nous le dit pas. Des idées fixes ? Lesquelles ? Cet état psychique rend « le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner ». Cet état psychique serait-il alors une disposition de l'esprit à la suggestibilité. On voit les conséquences d'une pareille définition. On ne sait s'il s'agit d'un état psychique propre, constatable, objectif en quelque sorte, ou d'une sorte de prédisposition du sujet. Il est fort possible que l'auteur veuille parler d'une disposition particulière du patient à la suggestion. Mais qu'est-ce que la suggestion ? La question va se compliquer singulièrement, la suggestion n'étant pas quelque chose de simple, de fixe.

c) M. Babinski considérant que seuls sont hys-

tériques, les troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets et de faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion, il a défini comme suit la suggestion et la persuasion : la suggestion exprime l'action par laquelle on cherche à faire accepter à autrui, ou à lui faire réaliser une idée manifestement déraisonnable ; la persuation consiste à faire admettre à autrui, ou à lui faire réaliser, une idée éminemment sensée et raisonnable. Mais ce sont là de pures vues de l'esprit. L'auteur altère le sens de mots courants pour expliquer sa conception. Il suffit de consulter Littré pour voir que les mots persuasion et suggestion n'ont jamais eu le sens indiqué. La persuasion, c'est l'action de persuader quelqu'un ; c'est le déterminer à croire quelque chose de vrai ou de faux, de raisonnable ou d'absurde. La suggestion, c'est l'action d'insinuer quelque chose à quelqu'un, en vue de lui communiquer une impulsion, un geste, généralement fâcheux, le mot étant pris d'habitude en mauvaise part. La persuasion, on le voit, touche au problème de la croyance, la suggestion au problème de l'activité, c'est-à-dire à deux problèmes psychologiques extrêmement compliqués.

Dans la persuasion, comme dans la suggestion, interviennent des facteurs émotionnels et passionnels variés, propres presque à chaque sujet. Ces derniers facteurs ne sont pas hors de la question de l'hystérie, mais alors ils agissent d'une façon toute différente, plus simple, plus lumineuse.

d) L' « autosuggestion », telle qu'on la conçoit dans les livres récents de médecine, n'a jamais produit une seule crise d'hystérie. Comment d'ailleurs, expliquerait-on qu'elle intervient, dans un milieu familial fermé, lorsque se produit la première crise de nerfs ? La crise d'hystérie est facile à imiter ; elle peut, par contagiosité, prendre ce qu'on appelle la forme épidémique ; ce n'est pas là le fait essentiel. La crise d'hystérie présente des prodromes ; ce sont des malaises, des douleurs propres ; il en résulte que le sujet sent venir sa crise. Cela ne signifie point qu'il s'autosuggestionne. Est-ce que le migraineux ne sent pas aussi venir sa crise ? Va-t-on dire qu'il s'autosuggestionne ? L'hétéro-suggestion d'un médecin a pu, peut-être, produire quelques crises d'hystérie, encore qu'on voudrait bien assister au déroulement d'une de ces crises et en discuter à loisir les conditions et effets.

b) L' « autosuggestion » intervient-elle dans les paralysies, contractures, etc., dites hystériques ? Nous avons dit que ces manifestations étaient différentes de la crise d'hystérie, que, quand elles existaient, elles constituaient des séquelles de la crise nerveuse. Comment se développent-elles ? Il n'y a pas là de suggestion, ou, en tout cas, nous préférons ne pas employer ce mot, dévié de son sens usuel. A notre avis, ces troubles moteurs dynamiques succèdent à des sensations périphériques, localisées, plus ou moins douloureuses qui fixent l'attention du sujet, qui l'obsèdent, ou qui, peut-être, tout simplement, agissent par voie réflexe.

On le voit, la question de l'hystérie, considérée du point de vue de M. Babinski, n'a pas progressé et reste entière.

Bernheim (1886-1891) est-il à citer dans cet historique ? Nous nous le sommes demandé à plusieurs reprises. Il aurait été un des premiers à critiquer les travaux de Charcot. La faiblesse de ses critiques est grande en regard des travaux de M. Babinski. Il a insisté sur le rôle de l'émotion dans l'hystérie, mais sans précision aucune.

M. Janet (1889-1893), élève de Charcot, comme M. Babinski, est un psychologue célèbre et un médecin qui a beaucoup étudié les névroses ; il écrit : « L'hystérie est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux dont le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique. » Faut-il discuter longuement une pareille définition, remplie de contradictions. Qu'est-ce qu'une psychose caractérisée par des symptômes moraux ? Que sont des symptômes moraux dont le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique ?..... Ce qui est le plus digne de remarque, c'est que pareille conception n'est pas une fantaisie, et qu'elle résulte de longues recherches, de travaux formidables. Tout cela, et ce qui en dérive sur l'automatisme conscient, subconscient, inconscient, est resté, croyons-nous, l'obscurité même faute de notions psychologiques positives élémentaires.

Dupré (1905) et ses élèves surtout, ont essayé de confirmer la théorie intellectualiste de Charcot-Babinski sur l'hystérie. Ils font rentrer la névrose dans la pathologie de l'imagination, dans la mythomanie laquelle est « la tendance constitutionnelle à l'altération de la vérité, à la fabulation, au mensonge et à la simulation. » Dupré, maître remarquable, venu assez tard à la psychiatrie, — il pouvait avoir 38 à 40 ans quand il aborda cette spécialité, — esprit brillant, enseigneur sympathique et très vivant, est resté pour nous un des prototypes de l'amateur des choses de pathologie mentale. Il a abordé de nombreuses questions sans en approfondir aucune. Les contradictions foisonnent parmi ses publications. Dans la question qui nous préoccupe, il semble, à l'étude, que l'idée de Dupré ait été de distinguer d'une part, la mythomanie, état intellectuel, qui comprend l'hystérie, et, d'autre part, les troubles constitutionnels de l'émotivité, qu'il dénommait, pas très heureusement, la constitution psychopathique émotive. Il n'a pas exprimé cette conception, touchant l'hystérie en 1909,

à la Société de neurologie, mais elle paraît se dégager de l'article de M. Logre, son élève le plus fidèle, le plus actif et le plus connu, qui, dans un long article aussi curieux que fantaisiste, a développé la théorie du maître. Nous croyons devoir signaler que le mémoire de cet auteur nous apparaît comme un pur travail de cabinet. On pourrait dire irrévérencieusement des titres de l'article, — l'auteur nous excusera, — que leur succession arrangée avec art fait penser à des contes merveilleux : « L'hystérie représente une forme particulière de suggestibilité pathologique parmi beaucoup d'autres... Si l'hystérique crée son rôle le plus souvent comme un auteur, il le crée toujours comme un acteur... L'hystérie est entièrement et uniquement invagination. Toute l'image et rien que l'image, voilà sa formule... ».

Il faut rappeler dans cet historique qu'en 1909, eut lieu à Paris une importante discussion sur le rôle de l'émotion dans l'hystérie, et que déjà, en 1907, les auteurs avaient étudié à Genève-Lausanne, la définition et la nature de l'hystérie. La conception intellectualiste de Charcot-Babinski, bien qu'elle parût claire, ne donnait pas satisfaction à tous les auteurs. Quelques-uns tendaient à faire jouer un rôle important à l'émotion, Janet, Déjerine en particulier. La Société de neurologie, fondée en 1899, était l'écho de controverses nombreuses sur ce sujet, notamment en 1906-1907. D'accord avec la Société de psychiatrie, de création plus récente (1907), elle décida de provoquer une discussion publique sur le rôle des émotions en pathologie nerveuse et mentale. Quatre réunions eurent lieu, deux le 9 décembre 1909, une le 17 décembre et la dernière le 13 janvier 1910. M. Babinski fut l'âme des débats, que nous ne saurions analyser ici longuement. Certaines questions posées étaient singulières. Voici, en particulier, celle qui touche aux névroses en général : « Doit-on admettre qu'il existe toujours à l'origine des états névropathiques un trouble de l'émotivité, plus ou moins latent, qui est la condition nécessaire pour que l'émotion puisse provoquer les symptômes névropathiques » ? On confond ici les causes prédisposantes et les causes déterminantes. Et puis, il existe des états névropathiques d'ordre dysthénique par exemple, sans prédisposition aux troubles émotionnels. Voici la question sur l'hystérie : « L'émotion ne crée pas l'hystérie, mais peut provoquer la manifestation hystérique chez un sujet dont l'émotivité était préalablement troublée. Il ne paraît pas douteux que certains accidents, rangés d'une façon unanime dans le cadre de l'hystérie, tels que crises convulsives, paralysies, contractures, puissent être produits par une émotion, en dehors de toute suggestion ». Qu'est-ce à dire ? L'émotion ne crée pas l'hystérie..., mais il ne paraît pas douteux que certains accidents... Nous assistions avec Tastevin à ces débats. Ni l'un, ni l'autre, nous n'avions droit à la parole. Quelle critique sévère Tastevin nous présenta de ce tissu de contradictions ! Avec quelle clarté, il nous exposa ses propres vues ! Ce fut le sujet de nos conversations et de nos observations à Sainte-Anne durant des mois. Il ne devait publier son article sur les émotions afflictives qu'en 1912.

Les partisans du rôle de l'émotion dans l'hystérie n'ayant apporté aucun élément nouveau et précis l'issue des controverses fut ce qu'elle devait être : chacun resta sur ses vagues positions. Les Congrès, les Sociétés savantes ont une utilité de diffusion ; la création en est toujours absente ; ils sont l'occasion d'exposés intéressants, lorsque les rapporteurs sont de brillants causeurs ; ils ne servent en général que des renommées déjà bien établies. Ajoutons qu'ils ne peuvent être encore ouverts à tout le monde, faute d'un libéralisme suffisant.

A la fin de cet historique de l'hystérie et avant d'aborder la conception de Tastevin, faut-il faire remarquer que les recherches sur les sécrétions internes, sur le sympathique et le pneumogastrique n'ont donné jusqu'ici, en la matière qui nous intéresse, aucun résultat ?

***

VI. — La période de l'hystérie émotion morbide.

J. Tastevin : 1912.

Cette période est ouverte sans l'être. Un silence de plomb règne sur l'œuvre de Tastevin : l'auteur est frappé d'interdit.

C'est par l'étude des émotions que Tastevin est arrivé à sa conception dysthymique de l'hystérie. Sous le nom d'émotions « afflictives », il a étudié « un groupe d'émotions caractérisées par l'existence : 1° dans les phénomènes intellectuels qui les déterminent, d'un élément commun : l'idée d'un mal atteignant la personne émue ; 2° parmi les éléments affectifs qui les constituent, d'un élément affectif fondamental : une sensation constrictive douloureuse localisée au creux épigastrique (épigastralgie).

« Ces émotions sont : 1° le chagrin, avec la tristesse qui n'en est qu'un cas particulier ; 2° l'anxiété, avec ses degrés et ses variétés ; degrés : inquétude, anxiété, angoisse ; variétés : peur et frayeur ; 3° l'énervement.

« Le chagrin a pour cause fondamentale l'idée d'un mal passé; l'anxiété et ses variétés sont déterminées par l'idée d'un mal futur ; l'énervement est le plus souvent produit par l'idée d'un mal fait par autrui ; en le considérant alors par rapport à sa cause, on lui donne le nom de colère. »

Tastevin, à propos de l'énervement, fait cette remarque : « Le mot énervement est ici employé

dans son sens populaire, lequel ne s'accorde pas avec son sens éthymologique. Cependant, faute d'un meilleur mot et pour ne pas créer de néologisme, nous le prenons avec cette acception que lui donne l'usage... »

Il démontre que le serrement épigastrique est localisé à l'estomac et résulte d'un spasme réflexe de cet organe ; les preuves qu'il en fournit sont tirées : 1° du siège et des caractères de douleur viscérale du serrement épigastrique ; 2° des relations des émotions afflictives avec la faim et la nausée ; 3° du réveil de la douleur de l'ulcère de l'estomac, par les émotions afflictives ; 4° de l'action de ces émotions sur la sécrétion et le péristaltisme gastriques, et des troubles gastriques divers quelles déterminent chez certains sujets ; 5° de l'action sur le serrement épigastrique par l'introduction dans l'estomac de boissons glacées ou anesthésiantes ; 6° des irradiations supérieure et inférieure du serrement épigastrique : supérieure le long de l'œsophage et du pharynx (colère contenue), inférieure le long de l'intestin jusqu'au rectum (anxiété et peur) ; 7° du réveil, par les émotions afflictives, des douleurs intestinales chez les malades atteints d'entérite muco-membraneuse ; 8° du réflexe entéro-gastrique.

Il établit ensuite que le caractère douloureux des émotions afflictives est emprunté au serrement épigastrique, et il fixe les effets du serrement épigastrique, son action asthénisante, les troubles circulatoires et sécrétoires qui en résultent, l'obsédance des idées sur les objets qui l'ont fait apparaître, les inclinations qu'il développe.

Enfin, il précise les caractères distinctifs des émotions chagrin, anxiété, énervement. Voici sa description de l'énervement, laquelle nous intéresse seule ici :

« Les éléments affectifs de l'énervement sont : 1° le serrement épigastrique et, à partir d'un certain degré, le serrement pharyngien ; 2° des sensations pénibles dans les muscles des membres, voisines comme tonalité des sensations de fatigue. Ces faits affectifs s'accompagnent de mouvements brusques des membres et de contraction des muscles de la face qui, suivant l'intensité de l'émotion, vont du serrement des mâchoires jusqu'au grincement des dents avec froncement des sourcils, projection en dehors des coins de la bouche et bruits expiratoires, du serrement des poings jusqu'aux mouvements précipités des membres supérieurs avec tendance aux bris d'objets et aux violences, du simple besoin de déplacement avec mouvements brusques du pied sur le sol jusqu'au trépignement.

« A ces phénomènes s'ajoutent : la sécheresse de la gorge (diminution des sécrétions salivaires), l'irrégularité respiratoire avec sentiment d'oppression, l'accélération cardiaque, du tremblement et enfin de l'asthénie...

« Les réactions motrices de l'énervement sont conjuguées avec le serrement épigastrique de telle sorte que leur limitation ou leur arrêt volontaires l'accentuent et favorisent son irradiation vers la gorge, tandis que cette sensation tend à disparaître par le libre jeu des mouvements et des violences. Un autre effet du libre exercice de l'agitation est la suppression des sensations musculaires pénibles mentionnées plus haut

« Chez l'enfant et chez beaucoup de femmes, des sanglots se produisent au cours de l'énervement à partir d'une certaine intensité de cette émotion, et lorsque les réactions motrices ont été plus ou moins contenues. Ce sont des secousses respiratoires rapides d'un rythme spécial et accompagnées d'une augmentation notable de la sécrétion lacrymale (larmes). Comme les réactions motrices signalées précédemment, les sanglots sont conjugués avec les spasmes de telle sorte qu'en se produisant ils atténuent ou font disparaître ces derniers et soulagent ainsi le sujet.

« Par suite de la relation entre les spasmes et les mouvements, l'énervement se présente sous deux aspects : l'énervement contenu (ou colère contenue) et l'énervement exprimé (ou colère exprimée). Dans le premier, les spasmes sont intenses et par leur caractère douloureux déterminent de la pâleur au visage. Dans la deuxième, les réactions violentes suivent de près la cause qui produit l'émotion: les spasmes sont peu intenses et le visage rougit par l'effet d'actions vasodilatatrices et aussi par la congestion passive qu'engendrent les efforts musculaires.

« L'énervement est le plus habituellement déterminé par l'idée d'un mal fait par autrui ; il porte alors le nom de colère, mais ce mot désigne plutôt la relation de l'émotion à l'objet extérieur qui en a été le point de départ. A peu de chose près, la colère est à l'énervement ce qu'est la crainte par rapport à l'anxiété.

« L'énervement peut encore être produit par l'idée de l'insuccès d'une action qu'on ne peut arriver à exécuter ou par des obstacles matériels qui alors qu'on poursuit un but, en gênent la réalisation. Enfin, il se produit encore sous l'action des douleurs physiques intenses et des sensations prurigineuses.

« L'étude de l'énervement amène inévitablement l'observateur à se poser le problème de la crise d'hystérie. Il y est, en effet, conduit en constatant que certains sujets, généralement des femmes, ont des crises d'hystérie sous l'influence des grandes causes de colère. Or, si l'on dispose en une série croissante, les diverses intensités des causes de colère, on constate que les effets correspondants sur ces sujets forment une série absolument continue qui va de l'énervement peu intense et normal jusqu'à la crise d'hystérie.

Voici d'ailleurs l'énumération sommaire des éléments de trois termes de cette série, le dernier constituant la crise d'hystérie.

1° *Petites causes d'énervement* : serrement épigastrique, serrement pharyngien, conjugaison de ces spasmes avec l'agitation de l'énervement. Agitation de l'énervement. Asthénie.

2° *Moyennes causes d'énervement* : serrement gastro-œsophago-pharyngien ; conjugaison de ces spasmes avec l'agitation. Agitation de l'énervement. Sanglots conjugués avec les spasmes. Asthénie avec fatigue.

3° *Grandes causes d'énervement* : serrement épigastrique, sentiment de boule œsophago-pharyngien ; conjugaison de ces sensations spasmodiques avec l'agitation de l'énervement. Chute et perte partielle de connaissance au plus fort de l'irradiation spasmodique. Agitation de l'énervement. Sanglots, conjugués avec les spasmes. Asthénie avec fatigue et courbature.

« Nous avons vu précédemment que les émotions pouvaient se présenter sous forme de crises périodiques survenant sans cause extérieure. Or, il en est de même de la crise d'hystérie. Tous ces faits ne disent-ils pas clairement que ce phénomène est une émotion morbide ? C'est cette notion que, dans une étude ultérieure, je m'attacherai à développer longuement. »

Tastevin n'a pas fait cette étude annoncée de l'hytérie. Il ne la fera probablement pas. Toutefois, désormais, nous connaissons cliniquement la nature de la crise d'hystérie. Il reste à en préciser les caractéristiques biologiques, chimiques ou physiques.

***

De cette longue étude historique de l'hystérie, il résulte que la crise d'hystérie est une variété d'émotion morbide, spécialement et uniquement une variété d'émotion morbide par énervement contenu, La conception dysthymique de l'hystérie de J. Tastevin apparait aujourd'hui comme inattaquable : travail sérieux, travail réfléchi elle répond, en effet, à la réalité des faits. Dès que les controverses seront permises, elle sera la base des discussions futures.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR

de la sciatique et des pseudo-sciatiques

D'après le Dr Chavany (1)

Toute douleur dans le domaine du sciatique ne signifie pas névralgie ou névrite du nerf sciatique.

Des syndromes lésionnels très divers, qui apparaissent dans le domaine du nerf sciatique ou dans son voisinage, peuvent aiguiller à tort le diagnostic vers la névralgie ou la névrite sciatique, alors que les lésions siègent en réalité sur le tissu cellulaire, sur les muscles, sur le système ostéo-articulaire et sur le système circulatoire.

Comment en faire la distinction ? Comment les traiter ?

Les cellulalgies pseudo-sciatiques

Toujours il faut penser aux inflammations du tissu connectif interstitiel, lorsque l'examen neurologique local d'un sciatalgique se montre absolument négatif, sauf parfois qu'il révèle un certain taux d'hypotonie musculaire.

Au cas d'une cellulite, la douleur prédomine à la fesse et dépasse rarement le creux poplité ; elle cesse au repos, et ne présente jamais de paroxysmes spontanés ; elle est réveillée par les mouvements et exacerbée par la position debout, surtout lorsque le pied malade appuie sur le sol et que le poids du corps porte de son côté.

Le pincement de la peau et du tissu cellulaire est douloureux par places à la palpation sur plan résistant ; mais celui-ci fait sentir surtout les lésions typiques de la cellulite, dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme dans les aponévroses, au niveau des points d'insertion des muscles, ou même dans les corps musculaires. Celles-ci sont constituées, soit par des nodosités arrondies en grains de plomb ou ovalaires en noyaux de dattes, soit par des cordons ramifiés en pelotons plus ou moins compacts, soit enfin par des placards infiltrants, de dimensions variables. Ces placards, d'abord relativement mous, crépitants parfois, ont tendance à durcir, s'ils passent à la chronicité, n'étant pas traités.

Nous devons connaître leurs *points d'élection*, afin de les y rechercher. Ce sont la zone sous-iliaque postérieure au niveau de l'insertion des fessiers, la région sacro-iliaque, le fascia lata surtout, la région des abducteurs, du creux poplité, plus rarement du mollet. D'autres nodules semblables peuvent être trouvés en différents autres points du corps : gouttières vertébrales, muscles de la nuque, membre inférieur opposé.

Les phénomènes douloureux sont dus à l'englobement, à la compression, ou à l'envahisse-

(1) Dr J. A. Chavany. — Les pseudo-sciatiques. (*Le Progrès médical*, 4 octobre 1930.)

ment des rameaux nerveux sensitifs superficiels par les rétractions tissulaires, qui font suite à une phase d'engorgement lymphatique.

Le traitement sera local et général.

Localement, il agira par des massages ; les séances seront journalières, de 15 minutes, pratiquées d'abord très légèrement avec la pulpe des doigts, chaque séance étant précédée et suivie de quelques minutes d'effleurage ; au bout de quelques jours, les nodules deviennent plus apparents et aussi plus douloureux. A leur niveau, en augmentant progressivement la pression, on pratique alors une série de pétrissages de plus en plus énergiques, de malaxations, voire même de compressions sur les plans osseux. Les cas récents peuvent guérir au bout de 2 ou 3 semaines ; s'ils sont invétérés, il faut un mois ou deux de traitement.

Le traitement général sera celui du terrain ; plus prolongé, il devra souvent s'adresser à l'insuffisance hépatique par le régime, par la suppression presque complète des albuminoïdes alimentaires, par les cholalogues, et par l'utilisation du choc peptonique associé aux vaso-constricteurs, dont le type est l'adrénaline.

Il y aura lieu de lutter aussi contre l'infection intestinale fréquente en pareils cas, contre certaines insuffisances thyro-ovariennes capables, elles aussi, de provoquer au niveau du derme et du tissu cellulaire sous-cutané des réactions douloureuses, accrues par la station debout et par la marche.

On n'oubliera pas, enfin, que les cellulites sont capables de déterminer, assez rarement d'ailleurs, de la sciatique vraie, par l'extension du processus pathologique au tissu conjonctif du tronc nerveux lui-même.

Les myalgies à topographie pseudo-sciatique

Les myalgies d'origine rhumatismale déterminent, comme la sciatique vraie, des douleurs spontanées siégeant aux lombes, à la fesse, à la partie postérierue de la cuisse, au mollet ; mais celles-ci sont calmées par le décubitus horizontal et exacerbées par les mouvements, surtout lorsque ceux-ci sont exécutés le sujet étant debout, pendant la marche, par exemple. D'autre part, les douleurs provoquées par la pression profonde débordent largement le trajet du tronc nerveux ; et puis le pincement en masse des corps musculaires et de leurs tendons est nettement douloureux ; le corps du moyen fessier et la partie inférieure du demi-membraneux sont parmi les plus sensibles.

Les manœuvres habituelles d'élongation réveillent une douleur plus ou moins localisée à la région fessière ; l'extension forcée de la cuisse sur le bassin dans le décubitus ventral provoque une douleur dans l'aine : ces douleurs résultent en réalité du tiraillement des corps musculaires malades.

La topographie de la douleur est ici strictement musculaire, les seuls muscles atteints étant ceux qui contribuent à la fonction de l'attitude. D'ailleurs la contracture rachidienne avec ses scolioses, tantôt homologue, tantôt croisée, vient encore contribuer à donner à cette myalgie rhumatismale son allure de sciatique authentique.

Il faudrait, le malade étant couché, en état de résolution musculaire complète, une palpation douce et méthodique des muscles malades pour percevoir des différences de consistance dans certains corps ou fragments de muscles.

Aucun signe d'atteinte nerveuse n'existe pour ainsi dire : pas de modifications des réflexes tendineux, sauf parfois un certain taux de vivacité ; pas de troubles de la sensibilité objective ; pas d'hypotonie ; rarement de l'atrophie musculaire ; liquide céphalo-rachidien normal.

La *médication antirhumatismale* est efficace, par la bouche et en injections locales dans les muscles douloureux : 3 à 10 cmc. d'une solution de salicylate de soude à 3 %, en injections répétées trois à quatre fois à deux jours d'intervalle. L'ionisation salicylée et parfois l'injection épidurale de 20 à 40 cmc. de novocaïne à 1 p. 200, seraient également utiles.

Les arthrites chroniques de la hanche

Cette affection est celle que l'on confond le plus souvent avec la sciatique, si l'on n'y prend garde. C'est une variété spéciale de rhumatisme chronique, de constatation fréquente, non seulement chez des vieillards, mais aussi chez des adultes. Parfois bilatérale, elle prédomine toujours sur l'une des deux hanches.

La clé du diagnostic est dans une exploration méthodique de la mobilité articulaire, qu'il faut d'ailleurs pratiquer chez tout sciatalgique. On se rend ainsi compte que, si la flexion de la cuisse sur le bassin est encore possible, l'adduction et l'abduction sont très limitées, et que, d'autre part, l'hyperextension passive (sujet en décubitus ventral) est impossible. Le malade souffre à la face postérieure de l'articulation ; il marche péniblement en boitant, en immobilisant son bassin et en portant le pied en rotation externe ; c'est d'une manière très spéciale qu'il s'assied ; il ne peut se chausser qu'assis, le genou fléchi et le pied porté en arrière.

Dans les cas douteux, la radiographie, y compris le profil, vient aider au diagnostic.

Cependant l'arthrite de la hanche peut se compliquer de sciatique vraie par inflammation de voisinage. Cette éventualité rend plus délicates les investigations cliniques, sauf toutefois chez l'enfant et chez l'adolescent, où la chose est plus rare.

Le traitement de cette affection si rebelle

consistera en ionisation iodurée ; de nombreuses séances (jusqu'à 150) seront nécessaires pour obtenir un résultat appréciable ; on les entrecoupera d'intervalles de repos.

Certains auteurs conseillent la radiothérapie : la première série comporte trois applications de 600 R par porte d'entrée, soit en une seule séance, soit en trois jours consécutifs ; on fait trois séries analogues à cinq jours d'intervalle, soit un total de 1.800 R par porte d'entrée. Reprendre ce traitement complet au bout de trois mois, et refaire ensuite une série tous les six mois.

Comme traitement interne, administrer le calcium et ses fixateurs (ergostérols, huile de foie de morue phosphorée, jus de citron, injections d'extrait parathyroïdien), car le plus souvent la décalcification domine, et la médication antirhumatismale échoue.

On pourra tenter aussi l'aurothérapie et les injections intra-articulaires d'huile iodée.

Les algies d'origine vasculaire

a) Ce peuvent être des phénomènes douloureux, résultant d'*oblitérations artérielles des membres inférieurs*, d'origine spasmodique ou organique.

Dans la forme algique pure, on a affaire à des sujets déjà âgés, le plus souvent à des hommes se plaignant depuis longtemps de douleurs très vives, habituellement unilatérales, siégeant au mollet, au dos ou à la plante du pied, mais pouvant remonter à la face postérieure de la cuisse et de la fesse, et *en imposer ainsi pour une sciatique banale.* L'examen neurologique est complètement négatif, sauf dans certains cas, identifiés par Gallavardin sous le nom de névrite ischémique, où il peut exister des phénomènes amyotrophiques et des troubles trophiques au niveau des orteils en particulier.

Dans ces cas, le diagnostic sera établi par l'*exploration oscillométrique* des membres inférieurs, qui montrera la disparition complète, ou la notable diminution des oscillations à l'appareil de Pachon avec l'ancien brassard. A cet égard, il faut signaler que l'indice oscillométrique au tiers inférieur de la jambe est égal à environ les deux tiers du chiffre obtenu au niveau du bras, et que, dans les sciatiques déjà anciennes, *cet indice peut être diminué, mais dans des proportions moindres que dans les oblitérations artérielles.*

b) A la suite de *phlegmatia alba dolens, ou au cours de la diathèse variqueuse,* apparaissent parfois des douleurs sourdes au niveau des membres inférieurs, ou plutôt même une sensation d'engorgement douloureux. Ces sensations désagréables sont atténuées par le froid, la marche et le décubitus horizontal ; elles s'exagèrent par la station debout. C'est le résultat d'une distension veineuse, plus sensible dans les petites varices que dans les varices considérables. Ces douleurs cèdent au traitement médical (injections sclérosantes) des paquets variqueux.

c) *Les artérioles des nerfs eux-mêmes,* atteintes notamment par des lésions des rameaux sympathiques de leurs gaines, donneraient lieu également à une algie rappelant la sciatique : les phénomènes douloureux se produiraient d'abord au cours de la marche, puis persisteraient même au repos ; il y aurait un état parétique avec atrophie musculaire ; cependant on ne noterait aucune douleur ni à la pression, ni à l'élongation des nerfs périphériques.

Ces algies artérielles seront traitées par des antispasmodiques du type gardénal, par des injections d'extraits pancréatiques désinsulinés, par la diathermie des membres inférieurs, et par la radiothérapie de la région surrénale.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il existe diverses variétés de pseudo-sciatiques ; leur confusion avec la sciatique authentique est faite journellement ; et, malheureusement, elle est à la base des échecs nombreux de traitements, qui visent uniquement le soulagement et la guérison de l'algie purement nerveuse.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Chordome de la région sellaire.

MM. Alajouanine, de Martel, Oberling et J. Guillaume exposent des considérations anatomiques et cliniques au sujet de cette variété de tumeur rare de la région sphéno-basilaire.

Un fait intéressant, commun à diverses observations et à celle rapportée, c'est l'absence de signes importants traduisant la compression, cependant considérable, de la région bulbo-protubérantielle. Dans le cas présent, l'image radiographique montrait nettement la calotte osseuse de la tumeur ; cette image, jointe à la destruction postérieure de la selle turcique, pouvait faire soupçonner l'existence d'un chordome sphéno-basilaire.

Du point de vue neuro-chirurgical, il importe, malgré leur rareté, de suspecter l'existence de ces tumeurs, qui peuvent simuler, de par l'interprétation imprécise des signes radiologiques, une tumeur de la région sellaire du type poche de Rathkle à développement postérieur, ou d'un endothéliome calcifié se propageant à l'étage moyen, puisque diffèrent les voies d'abord de ces néoformations. (*Revue neurologique*, n° 6, juin 1930.)

A propos de quelques points de technique. Présentation de quatre malades. Statistique opératoire.

M. Th. de Martel présente ces malades à un point de vue surtout chirurgical. L'auteur accuse une mortalité de 23 % au cours de ces trois derniers mois, ayant opéré sans aucun choix tous les malades, qui lui étaient adressés. Il croit que cette statistique pourra encore être très améliorée. (*Revue neurologique*, n° 6, juin 1930.)

Méningiome en plaques de la corticalité.

Les tumeurs de la corticalité, disent MM. de Martel, Chetelin et Guillaume, appartiennent pour la plupart, au groupe des méningiomes, tumeurs bénignes circonscrites, non infiltrées, à évolution lente. Leur extirpation peut être complète ; mais une difficulté sérieuse réside dans la vascularisation particulièrement importante de ces tumeurs et de la région voisine.

Le méningiome est une cause, fréquemment méconnue, de l'épilepsie de l'adulte. (*Revue neurologique*, n° 6, juin 1930.)

Considérations sur un adénome hypophysaire opéré et guéri.

Ce cas d'adénome hypophysaire a été opéré par voie transfrontale. MM. de Martel, Monbrun et Guillaume remarquent que l'intervention, en supprimant la compression tumorale, a non seulement arrêté les progrès de l'atrophie optique, mais encore permis une récupération fonctionnelle importante en rétablissant la vascularisation des nerfs optiques. D'autre part on a vu s'installer chez la malade, à partir du moment où l'opérateur a récliné le lobe frontal, un syndrome mental du « type frontal », caractérisé par la désorientation dans le temps et dans l'espace, des troubles de la mémoire d'évocation et de fixation, une logorrhée avec tendance légère à l'euphorie, la perte du sens critique, etc. ; tous ces troubles ont disparu en huit heures. (*Revue neurologique*, n° 6, juin 1930.)

Conception de la réaction cutanée.

Par une étude histo-physiologique très approfondie, A. Desaux montre que dans la vie normale, les excitations venues de l'extérieur sur la peau, (tout d'abord organe de protection mécanique), et plus particulièrement les radiations ultraviolettes, parviennent, à travers les assises cornées et précornées insensibles et sans vitalité, jusqu'aux cellules profondes actives épidermiques chargées de ferments (cellules germinatives, cellules de Langerhans) ; elles activent le ferment et déterminent une réaction cutanée pigmento-génétique, qui aboutit à la constitution d'un écran protecteur.

La peau apparaît comme un important organe d'immunisation : 1° par élaboration, sous l'influence des rayons actiniques ultra-violets, d'immunicorps, qui passent dans la circulation se fixent secondairement, et agissent de la même façon sur toutes les infections à maximum hiberno-vernal, dont la tuberculose ; cette immunisation, uniquement déclenchée par la lumière, n'est pas spécifique ; 2° par dermo-antergie. Sous l'influence d'antigènes spécifiques, c'est un processus d'immunisation spécifique.

L'épiderme peut être considéré comme une vaste glande à sécrétion externe et à sécrétion interne extrêmement étendue. (*Le Progrès médical*, 7 juin 1930.)

Hypothèses concernant les principales réactions inflammatoires simples de la peau normale à l'excitation d'un agent pathogène.

Quand les agents du milieu extérieur (contacts, température, lumière) exercent sur la peau une action particulièrement intense, la réaction n'est

plus normale ; elle devient inflammatoire ; les excitations sont devenues pathogènes.

Les autres agents pathogènes (que ceux du milieu extérieur) sont des substances chimiques ou des microorganismes ; ils pénètrent dans la peau jusqu'au protoplasma cellulaire, pour lequel ils ont le plus d'affinité, puis y causent des désordres.

M. A. Desaux étudie l'action de ces divers agents sur les cellules actives épidermiques (malpighiennes, germinatives), puis sur les cellules dermiques et enfin sur les cellules endothéliales des capillaires dermiques. (*Le Progrès médical*, 12 juillet 1930.)

Comment les acquisitions physiologiques récentes sur les fonctions de la peau éclairent le problème la balnéologie.

Le Dr Mougeot (de Royat), justifie, à l'aide des découvertes récentes sorties du laboratoire, les pratiques externes des cures thermales.

Les fonctions de la peau sont d'ordres très divers : respiratoires, circulatoires, diastasiques, nerveuses, phylactiques.

La peau, imperméable aux liquides, est perméable aux ions et surtout aux gaz. Elle constitue un poumon accessoire, éliminant facilement l'anhydride carbonique et capable de transiter de l'oxygène du dehors en dedans. Ces notions sont de toute importance en balnéologie (action physiologique de bain carbo-gazeux dans les maladies du cœur) ; la résorption des gaz thermaux à travers la peau est donc devenue un fait acquis : ainsi s'expliquent les effets de cures externes dans des stations comme Luxeuil, Plombières, etc., effets dont la nature jusqu'ici apparaissait mystérieuse, encore que les résultats fussent cliniquement indéniables.

Très riche en capillaires, la peau est aussi un « cœur périphérique » ; la balnéothérapie est donc apte à réveiller, stimuler, amplifier les fonctions du cœur cutané.

La peau, source de diastases, s'est aussi révélée comme une véritable glande endocrine ; d'où l'utilité des traitements externes à Vichy et à Châtel-Guyon dans les cas de déficience diastasique des divers segments du tube digestif et de ses annexes (foie, pancréas).

Son rôle, démontré dans l'immunité, permet aussi, par les moyens externes, d'obtenir une augmentation de la résistance organique aux maladies intercurrentes.

La peau, enfin, est le siège d'un épanouissement du système nerveux végétatif ; ainsi s'explique son action sur les glandes endocrines, et les effets calmants et soporifiques de la douche tiède en pluie, les grandes améliorations obtenues dans le basedowisme par les bains hyperthermaux de Bourbon-Lany, par les bains frais et très riches en gaz carbonique de Royat, les effets hypotenseurs intenses et durables, ainsi que les grandes améliorations fonctionnelles en cas d'artérite oblitérante que procurent les bains plus tièdes et moins gazeux de Royat. (*Paris médical*, 2 août 1930.)

Rôle des avitaminoses en physio-pathologie obstétricale.

Les vitamines sont des substances, qui, à dose très petite, interviennent dans les réactions chimiques de l'organisme, et en particulier dans l'utilisation des aliments. Elles sont indispensables à tout âge, mais, de façon plus impérieuse encore pendant les périodes de croissance.

Ainsi que le précise le Dr A. Vignes, l'absence d'une ou de plusieurs vitamines dans le régime peut être réalisée dans plusieurs circonstances : disette, misère, usage exclusif ou presqu'exclusif d'aliments conservés par des procédés qui détruisent les vitamines ; régimes alimentaires où le sujet est privé de certains aliments ; régimes mal équilibrés, insuffisamment variés, insuffisamment riches en vitamines.

Les femmes enceintes ont besoin de vitamines pour le fœtus ; du fait de leurs besoins augmentés, les avitaminoses réalisent facilement des états pathologiques au cours de la gestation

Les mères nourrices ont besoin de vitamines pour elles et surtout pour leur nourrisson. L'enfant vient au monde avec un stock de vitamines, qu'il a reçu par voie transplacentaire ; mais il faut qu'il en reçoive d'autres par le lait ; or, si celui-ci est riche en vitamine A, il contient peu de vitamines B, C et D, et il faut que la mère s'approvisionne richement de ces vitamines B, C et D pour satisfaire son nourrisson ; il faut ainsi, au bout de quelques mois, compléter l'alimentation lactée exclusive par l'emploi d'autres aliments.

D'autre part, un enfant nourri, non plus au lait maternel, mais à l'allaitement artificiel, peut subir une carence, si ce lait a été modifié, soit pour des raisons économiques (par exemple, écrémage), soit par une stérilisation poussée trop loin, soit par privation de certains éléments réputés indigestes en vue d'augmenter la digestibilité de ce liquide.

Pour éviter la carence en vitamine liposoluble A, laquelle est liée aux graisses, la crème, l'huile de foie de morue, le jaune d'œuf sont à recommander chez la femme enceinte et chez le nourrisson dans certaines conditions à titre prophylactique ou curatif.

La carence de vitamine B anti béribérique, et plus généralement antinévritique, est nuisible à tout âge, alors que l'avitaminose A est surtout nuisible pendant la croissance ; au cours de la gestation elle est capable de déterminer des accidents graves. Au cours de l'allaitement, lorsque

les nourrissons deviennent grognons, lorsqu'ils perdent l'appétit, c'est souvent le fait que la nourrice absorbe une nourriture déficitaire en vitamine B ; la levure de bière administrée aux nourrices peut alors rendre de grands services aux nourrissons.

Le manque de vitamine C, antiscorbutique, est moins importante pour les femmes enceintes ; il est plus capital à l'époque du sevrage, où il devient la cause essentielle du scorbut infantile (lésions ostéo-périostées, lésions hémorragiques des divers organes). Le jus de citron renferme la vitamine C.

La carence en vitamine D, antirachitique, au cours de la gestation, peut devenir une cause d'ostéo-malacie, en ce qui concerne la mère (métabolisme du calcium) ; la levure de bière paraît particulièrement apte à acquérir par les rayons ultra-violets la possibilité d'actions analogues à celles qu'exercent sur l'organisme les rayons ultra-violets et les rayons solaires (stérols irradiés, divers aliments irradiés).

L'avitaminose E, qui se trouve dans les feuilles de laitue fraîche, pois, jaune d'œuf, tissu musculaire, pourrait causer l'infécondité. (*Le Progrès médical*, 2 août 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les opérations chirurgicales chez les cardiaques.

(M. H. Vaquez. — *Société de chirurgie* ; 26-11-1930.)

Dans certains milieux, dans le public en particulier, on redoute volontiers les opérations chirurgicales chez les sujets atteints d'affections ou de troubles divers du cœur. Il est aussi des considérants de jugements où l'on a reproché au médecin et au chirurgien de ne pas avoir tenu suffisamment compte de l'état cardiaque du malade avant d'opérer. En réalité, quelle est la valeur de ces craintes et que faut-il en penser ? Tel est le sujet que vient de traiter, sur la demande de M. Gosset, président de la Société de chirurgie, le professeur H. Vaquez, dont l'opinion est d'autant plus importante que ce maître est légitimement considéré comme le chef de l'école cardiologique de Paris.

M. Vaquez envisage successivement chacune des éventualités qui peuvent se présenter.

La première concerne des sujets qui, sans se plaindre de troubles cardiaques, demandent cependant un examen de leur cœur, avant de se faire opérer. On ne note aucun signe objectif ou subjectif. Il faut rassurer pleinement ces malades et leur donner entière confiance, calmer leur état possible d'anxiété.

La seconde éventualité concerne des sujets qui sont ou se croient atteints de cardiopathies. Chez certains existe de l'irrégularité du pouls. S'il s'agit d'un enfant, il y a grande chance que l'on ait affaire à de l'arythmie respiratoire, arythmie physiologique, disparaissant d'ailleurs au cours de l'anesthésie.

L'extra-systole, autre variété d'arythmie, exceptionnelle chez l'enfant, rare chez l'adulte, est au contraire fréquente à l'approche de la vieillesse. Son pronostic est variable, mais elle n'est pas motif à surseoir à une opération. Elle s'évanouit également sous l'influence des anesthésiques.

L'arythmie complète, caractérisée par une accélération des pulsations qui sont d'inégale amplitude et séparées d'intervalles inégaux ne s'oppose pas non plus à une intervention ; le chloroforme toutefois n'a pas d'action sur elle.

La bradycardie pathologique est plus troublante puisqu'elle est susceptible de se compliquer de phénomènes syncopaux (syndrome de Stokes-Adams). On pourrait redouter, en pareil cas, une syncope initiale chloroformique. Les faits n'ont pas confirmé ces appréhensions. Mackensie déclare qu'il n'a jamais eu à se repentir d'avoir opéré d'assez nombreux cardiaques et entre autres une malade atteinte de syndrome d'Adams-Stokes. M. Donzelot vient d'observer un cas analogue.

Pour ce qui concerne les lésions valvulaires et les malformations cardiaques (communication inter-ventriculaire, etc.), étant entendu que ces lésions n'ont donné lieu à aucun signe de défaillance du cœur, M. Vaquez déclare qu'on peut alors opérer en toute tranquillité qu'il s'agisse de lésion mitrale ou de lésion aortique. L'hypertension artérielle n'est pas une contre-indication opératoire. L'angine de poitrine, non plus. On pourrait craindre dans cette affection où la syncope mortelle est fréquente, que la chloroformisation hâte la terminaison fatale. Or, il n'en est rien, et nombreux déjà sont les angineux qui ont été opérés sans accident.

Pour l'ensemble de ces catégories de cardiopathes, sans signe d'insuffisance du cœur, la conclusion de M. Vaquez est donc formelle. On ne considérera pas toujours, même, l'asystolie comme une contre-indication opératoire. On tiendra compte de l'avantage que le cœur est susceptible de retirer de l'opération (dans la mobilisation costale de Brauër, dans les accidents cardiaques des basedowiens, par exemple). Il sera bon, il va sans dire, de prescrire préalablement une médication opportune et il ne saurait être question d'opérer sans indication formelle (suppuration, douleurs excessives) des asystoliques avancés.

M. Vaquez préfère, en règle générale, chez les cardiopathes, l'anesthésie générale à l'anesthésie locale, cette dernière laissant subsister l'appréhension du ma-

lade vis-à-vis de l'acte opératoire. L'expérience montrera, dans l'opération de Brauër et la thyroïdectomie, l'avantage — s'il existe — de l'anesthésie locale.

Il semble donc qu'en matière de lésions ou de troubles du cœur, il n'y ait aucune éventualité qui puisse arrêter la main du chirurgien en dehors de l'asystolie accentuée et encore ! Il y en a une cependant : c'est l'anxiété du malade. On peut redouter chez un sujet cardiopathe — et même, aussi peut-être chez un sujet sain — qu'une extrême impressionnabilité, une frayeur excessive de l'opération puisse provoquer jusqu'à l'inhibition cardiaque. Peut-être certains cas de mort subite initiale du chloroforme sont ils imputables, au moins pour une part, à une circonstance de ce genre. Que cet état d'anxiété extrême, rare il est vrai, soit plus commun chez les malades qui savent leur cœur atteint, cela est de toute évidence ; mais il apparaît bien que, même dans ce cas, la crainte occasionnée par la cardiopathie, plus que la cardiopathie, doit constituer une contre-indication. Avant d'opérer de tels sujets, il faut les remettre en confiance. Arrou disait avec raison : « Je n'aime pas opérer les gens qui ont peur ! » Et M. Vaquez conclut : « chirurgiens, méfiez-vous des peureux, cardiaques ou non, et n'ayez pas d'autre crainte ».

— M. Gosset signale tout l'intérêt de la communication de M. Vaquez, au point de vue médical, chirurgical, et aussi médico-légal.

P. L.

Ascite foudroyante au cours d'une cirrhose latente du foie.

(MM. E. May et Stévenin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-10-1930.)

Les auteurs ont vu un malade, qui se trouvait au stade clinique de précirrhose, lorsque brutalement, en quelques heures, ils observèrent le développement d'œdèmes avec une ascite considérable. Puis apparurent des phénomènes d'insuffisance hépatique, et la mort survint douze jours après le début des accidents.

Au cours de cette phase les phénomènes nerveux, le subictère, l'acholie caractérisèrent l'insuffisance hépatique ; il n'y eut ni purpura, ni hémorragies ; le temps de coagulation était normal, le temps de saignement prolongé à 11 minutes. L'urée sanguine, de 0 gr. 23 au début des accidents, avait atteint 0 gr. 77 l'avant-veille de la mort. Le taux des chlorures était de 5 gr. 89 six jours avant le dénouement fatal.

L'examen de l'ascite révéla, fait intéressant, un afflux de polynucléaires, qui représentaient plus de 80 p. 100 des cellules visibles sur les lames colorées ; et cependant le liquide ascitique était pauvre en albumine : il pouvait donc s'agir d'un transsudat, et celui-ci n'était ni de nature inflammatoire, ni de nature mécanique.

D'autre part, en pleine poussée d'ascite aiguë et d'œdème, le malade ne présentait pour ainsi dire pas de modifications de ses albumines sanguines.

Les auteurs pensent que l'histoire de ce malade ne peut s'expliquer que par un trouble humoral ascitogène, résultant d'une altération des cellules hépatiques par une infection surajoutée. La nature de ce facteur humoral reste pour le moment tout à fait inconnue.

Sur l'évolution clinique et la thérapeutique d'un cas de tétanos grave guéri.

(MM. G. Guillain et de Sèze. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 24-10-1930.)

A propos de ce cas, les auteurs établissent quelques considérations intéressantes :

Tout d'abord, le traitement chirurgical de la plaie infectée doit être envisagée d'une manière très large, même pour des plaies minimes, telles qu'une piqûre de clou ; des cicatrices insignifiantes doivent être très largement incisées.

Ensuite, il ne faut pas hésiter à utiliser dans les tétanos graves de très fortes doses de sérum et à prolonger ces injections. Le malade observé a reçu 1 litre 680 de sérum réparti sur 25 jours de traitement ; à part quelques placards érythémateux, il n'a pas fait d'accidents sériques. La seule voie utilisée a été sous-cutanée ; la voie intra-rachidienne peut avoir son utilité, mais elle peut éventuellement présenter de sérieux dangers. La voie hypodermique comme la voie intra-musculaire, comporte le maximum d'avantages avec le minimum de risques.

L'usage des anesthésies générales paraît avoir, dans les tétanos graves, une réelle utilité. Les auteurs ont employé simultanément le chloroforme en inhalation, et le somnifène en injections intraveineuses : aussitôt la situation clinique s'est profondément modifiée par la diminution considérable des contractions et des crises paroxystiques durant une partie de la journée, par la suppression des douleurs, par la possibilité d'un sommeil de 8 heures succédant à une insomnie absolue, et aussi par la possibilité de faire boire, par intervalles, le malade.

Pour éviter certains accidents signalés avec le somnifène, il ne faut pas employer les fortes doses de 5, 6 ou 10 cent cubes, et chercher à obtenir une anesthésie générale profonde ; il faut chercher à préparer avec le somnifène un sommeil léger analogue au sommeil naturel ; les doses sont alors de 1 à 5 cent. cubes, la dose moyenne étant de 2 à 3 cent. cubes environ. Cette dose ne doit pas être dépassée ; il est préférable de répéter l'injection une seconde fois dans les 24 heures que d'augmenter la dose.

Il est nécessaire aussi de prendre en considération la déshydratation des malades ; il ne faut pas se contenter d'injecter 200 à 300 cent. cubes de sérum chloruré ou glucosé sous la peau, il faut injecter 1 litre de sérum au moins, et ajouter aux injections un goutte à goutte rectal. Le facteur déshydratation a pour le pronostic du tétanos une importance, qui n'est pas toujours jugée à sa valeur.

Enfin, le traitement des séquelles du tétanos ne

doit pas être oublié : trismus, contractures, etc. On fera du massage et des exercices de mobilisation passive énergique. Il apparaît probable que nombre de rétractions et déformations des membres, décrites comme des séquelles de tétanos à évolution prolongée, pourraient être prévenues par un traitement physiothérapique précoce.

Protéinémie normale au cours d'une néphrite aiguë avec anasarque.

(MM. Abrami, R. Wallich et R. Worms. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 24-10-1930).

Les auteurs ont étudié chez un de leurs malades les effets de l'injection intraveineuse de chlorure de sodium en solution hypertonique, et ils concluent :

Il n'y a pas de coïncidence nécessaire, ni de parallélisme obligatoire entre les perturbations des albumines du sérum et l'existence des œdèmes au cours de de la néphrite aiguë, et contrairement aux lois de Govaersts, on peut observer des œdèmes considérables avec des protéines du sérum à un taux normal et en proportions normales.

Cependant, dans les cas où ces perturbations sont inexistantes on peut, semble-t-il, les faire apparaître momentanément par l'injection intraveineuse d'une solution concentrée de NaCl.

Cette hyposérinémie momentanée expérimentale n'apparaît pas en effet chez les sujets normaux ; mais elle a pu être obs rvée chez certains œdémateux néphrétiques, néphrosiques, cirrhotiques. Dans tous ces cas, l'injection intraveineuse de NaCl concentrée semble constituer un véritable test capable d'exagérer les perturbations de l'équilibre des protéines, ou même de les faire apparaître, lorsqu'elles sont absentes.

Les diphtéries minima.

(M. Chr. Zoeller. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 24-10-1930.)

L'auteur rapporte deux exemples de diphtéries minima, ou de diphtéries en feu de paille, au cours desquelles les signes cliniques, en particulier l'exsudation pseudo-membraneuse, ont été fugaces et réduits au minimum, l'examen bactériologique décelant cependant la présence du bacille diphtérique.

Ces deux cas concernent la mère et la fillette (8 ans). Le premier est une angine diphtérique, qui évolue spontanément vers la guérison chez un sujet non vacciné réceptif et resté réceptif après guérison (Schick positif) : la défense locale a maîtrisé l'infection, et la réaction antitoxique est restée nulle. Le second est un cas de diphtérie minima chez un sujet vacciné et à Schick positif : ici, il y a eu au contraire une défaillance passagère de la défense locale mais le sujet est resté protégé, en raison de l'état antitoxique des humeurs installé par la vaccination spécifique.

Ces considérations confirment en outre l'existence d'une catégorie spéciale de sujets, qui, mis en présence du bacille de Loeffer, ne font, ni une diphtérie franche, ni une immunisation progressive : leur défense antimicrobienne est assez sûre et forte, pour que se développe une défense spécifique. G. F.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 5 décembre 1930.

A propos des ostéomes du coude.

M. Peugniez montre le dessin d'un ostéome développé dans la masse des muscles épitrochléens. Le malade, porteur de cette tumeur, a guéri par la radiothérapie. A ce propos, l'auteur cite un autre cas d'ostéome développé aux dépens des adducteurs qui a guéri par le simple repos.

M. Haller présente trois radiographies successives d'un ostéome du brachial antérieur qui montre la disparition totale de l'ostéome par la simple immobilisation dans un appareil plâtré.

M. Raphaël Massart présente une série de radiographies montrant des ostéomes du triceps, des ostéomes ayant pour point de départ la tête radiale fracturée, des ostéomes en pont, ou huméro-antibrachiaux, des ostéomes en gaine réalisant l'ankylose cerclée du coude dont un avait déterminé une compression du médian. Il fait remarquer que si l'ostéome est si fréquent au coude, c'est qu'il y a là sept cartilages conjugaux et sept noyaux épiphysaires au contact de fibres d'insertions musculaires.

A propos du cancer de l'épiploon.

M. Haller rapporte un cas de cancer massif de l'épiploon ayant englobé toute la masse intestinale et qui, histologiquement, était une linite plastique.

Ostéosynthèse par plaque vissée pour une fracture de l'humérus chez un enfant.

M. Dupuy de Frenelle présente un enfant sur lequel il a pratiqué une ostéosynthèse par plaque vissée pour une fracture de la diaphyse humérale, dont la réduction sous appareil plâtré était incomplète. L'auteur pense que la reprise de l'usage du membre est beaucoup plus rapide et plus immédiatement parfaite par l'ostéosynthèse que par les procédés non sanglants.

Note sur les cancers du maxillaire supérieur.

M. Dufourmentel apporte des observations qui montrent qu'on ne doit jamais désespérer de la guérison, même dans les cas où l'extension est considérable. Le cancer du maxillaire supérieur ne touche que très lentement l'état général et peut rester guéri de longues années par une résection complète. Celle-ci doit être faite d'après les lésions ; elle n'est bénigne et facile qu'après ligature de la carotide externe.

Un cas de grossesse extra-utérine.

M. LANOS présente l'observation d'une malade chez laquelle, à côté d'un fibrome utérin, il trouva un kyste fœtal contenant, dans un liquide huileux, le squelette d'un fœtus à terme. L'anamnèse permettait de retrouver tous les signes de l'évolution d'une grossesse diagnostiquée extra-utérine en 1907 et non opérée malgré ce diagnostic.

Cancers de l'œsophage traités avec succès par la radiumthérapie.

M. Jean GUISEZ communique dix observations de malades traités depuis trois ans où l'amélioration est telle que toute tumeur a disparu. Il rappelle des observations publiées de malades soignés avant 1925 et toujours vivants, sans récidives. Il insiste sur la nécessité de n'appliquer le traitement que si l'état général est bon et si les lésions n'ont pas dépassé les parois de l'œsophage. Il irradie la tumeur dans toute sa longueur dans des séances courtes et répétées.

Forme récidivante de la torsion du testicule.

M. NORA présente une observation où la récidive a abouti à une torsion complète irréductible. L'intervention a montré une double inversion épididymaire, antérieure à la torsion, l'absence du gubernaculum et de mésovaginale.Ces malformations éclairent la pathogénie de la torsion du testicule.

Volumineux corps étranger intra-vésical. Extraction par les voies naturelles.

M. NORA, par une manœuvre de version, a extrait par l'urèthre chez une jeune femme, un étui à aiguilles, en os.

Pré-spondylolisthésis.

M. RŒDERER présente une pièce anatomique ou le stade qui précède le spondylolisthésis est visible. Le sacrum arcuatum existe avec une base très inclinée, sans glissement vrai, car les pédicules vertébraux n'ont pas cédé. Il existe de la lordose basse, angulaire surmontée d'une cyphose dorso-lombaire : signe de Tchirkin.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche sans plâtre.

M. RŒDERER a depuis longtemps essayé de traiter sans appareil plâtré la luxation congénitale ; il y a renoncé. Il présente un appareil à articulation à rotule avec ceinture de celluloïd qu'il a construit il y a des années.

Deux cas d'épithélioma sudorifère.

M. MULLER (de Belfort). — Dans les deux cas, il s'agissait de petite tumeur de la paroi thoracique, indolore ; le second à évoluton lente comme c'est la règle, mais rompu. L'examen histologique montra qu'on pouvait suivre le passage entre les glandes sudoripares et l'épithéliome ce qui facilita le diagnostic.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Considérations thérapeutiques sur la fièvre de Malte. Essais de traitement par le novarsenobenzol.

MM. VEDEL et J. VIDAL publient les résultats qu'ils ont obtenus avec les divers traitements mis en œuvre, dans une trentaine de cas de fièvre de Malte. Ils constatent l'échec constant des diverses médications de choc et en particulier de l'autohémothérapie. La vaccinothérapie, dans les cas où elle a été pratiquée avec des stocks-vaccins n'a donné aucun résultat ; par contre, avec des auto-vaccins, elle compte deux succès sur 7 cas.

Pour ce qui concerne la chimiothérapie, les auteurs enregistrent l'échec du traitement par le salicylate de soude en injections intraveineuses. L'emploi des dérivés de l'acridine, qui n'est pas sans danger (les auteurs rapportent un accident mortel), ne leur a donné que peu de satisfaction : 2 résultats favorables sur 10 cas.

Enfin, le traitement par le novarsénobenzol, à doses croissantes, récemment utilisé par les auteurs de la communication,est préconisé par eux : il leur a apporté dans les trois cas où ils l'ont essayé, un résultat particulièrement favorable.

Deux cas de greffe autoplastique particulière de la conjonctivite et de la paupière.

Ch. DEJEAN. — La première observation concerne un mutilé de guerre dont la cavité orbitaire petite, irrégulière, privée de culs-de-sac conjonctivaux inférieur et externe, put être ainsi refaite : Excision d'un triangle externe de la peau palpébrale ; excision d'une languette muqueuse rétro-tarsale, qui est ensuite greffée plus bas ; le cul-de-sac externe a été creusé et capitonné par la doublure muqueuse du triangle palpébral excisé. Enfin un large greffon de muqueuse buccale a permis de constituer un cul-de-sac inférieur large et assez profond.

La deuxième est une autoplastie palpébro-palpébrale pour corriger un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure.

Quelques observations de tumeurs traitées par un mélange de cyclanols polyméthylphéniques et de composés diphénoliques, mettant en valeur son pouvoir de destruction élective des tissus néoplasiques.

MM. GRINFELTT et AIMES. — Les auteurs, posant en principe qu'il ne saurait être question ici de « Guérison du cancer », mais seulement d'essais de destruc-

tion locale des bourgeons néoplasiques suivant un processus tout à fait nouveau et du plus haut intérêt, au point de vue de la pathologie générale, apportent un certain nombre d'observations dont les plus anciennes remontent à plus de deux ans. Il s'agissait de toutes petites tumeurs bénignes et malignes d'une exiguité telle qu'il fut impossible de les biopsier, car c'eut été une extirpation totale. Toutes (papillomes, botryocomes, épithéliomas) disparurent sans laisser de traces. Ultérieurement ce furent des baso, des spino-cellulaires de la face et des lèvres avec diagnostic histologique, un épithélioma ulcéré de la langue avec envahissement du plancher, inopérable, puis un noyau de récidive d'un sarcome dans le tissu de cicatrice de l'amputation (le malade présentant actuellement une pleurésie hémorragique). C'est en s'appuyant sur ces derniers cas, qu'ils ont pu, par une étude histologique très poussée, mettre en valeur le *pouvoir oncolytique électif* du mélange qui loin de déterminer la nécrose du tissu périnéoplasique exerce sur lui une action cytogénétique très marquée, par quoi se fait la régénération des tissus destinés à remplacer les bourgeons néoplasiques nécrosés et éliminés.

De l'imperméabilité globulaire aux composés azotés non protéiques dans l'intoxication urémique et de ses conséquences au point de vue pathogénique.

MM. P. Cristol, A. Puech et P. Monnier rapportent des faits précis établissant que dans l'intoxication urémique il existe une véritable imperméabilité globulaire aux constituants azotés non protéiques. Cette imperméabilité retentit elle-même sur le pouvoir secréteur du rein dont la diminution, accroissant l'imperméabilité tissulaire réalise un cercle vicieux sur lequel se caractérise l'urémie. Ce phénomène à lui seul explique la plupart des troubles de l'intoxication urémique.

Sur une loi de répartition des non-électrolytes entre le plasma et les globules sanguins.

MM. P. Cristol, A. Puech et P. Monnier montrent que la répartition de la plupart des non-électrolytes entre les globules et le plasma sanguin, azote total non protéique, urée, acide urique total, azote aminé, créatinine, azote polypeptidique, glucose, cholestérol, se fait d'autant moins en faveur des globules que la concentration de ces divers composés dans le plasma est plus élevée.

Acrodynie au cours de 3 cas de poliomyélite antérieure aiguë.

MM. Leenhardt, J. Chaptal et M. Dufoix présentent l'observation de 3 enfants provenant d'un foyer d'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë, et atteints eux-mêmes de cette affection. Mais en outre on a constaté chez chacun d'eux l'existence d'une acrodynie caractérisée nettement par les symptômes cutanés habituels, la sudation et les troubles psychiques. Les auteurs attribuent dans ces 3 cas l'acrodynie à l'atteinte des centres végétatifs mésocéphaliques (hypothétiquement considérés comme le siège des lésions dans l'acrodynie) par le virus de la poliomyélite antérieure aiguë.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du mardi 25 novembre 1930.

Des modifications de la calcémie, observées chez l'homme après radiothérapie.

MM. Langeron, Desplats, Paget et Quéméré ont étudié les variations de la calcémie après radiothérapie de la région surrénale et du sympathique cervical. Les résultats obtenus varient selon la région irradiée.

Pour l'un et l'autre cas, quatre phases peuvent être distinguées dans l'évolution de la calcémie : 1° une phase d'ascension brusque ; 2° une période « en plateau », durant deux à cinq jours ; 3° une phase durant laquelle la calcémie descend au-dessous du chiffre de la calcémie initiale ; 4° une phase de réascension, qui, dans le cas de l'irradiation de la région surrénale aboutit, en général, à une calcémie très voisine de la calcémie de départ, et qui, au contraire, dépasse ce taux, après irradiation du sympathique cervical.

Fractures du bassin, intéressant la cavité cotyloïde (Présentation d'un des malades).

M. Vincent et Mlle Sénellart. — Homme de 54 ans, tombé de 4 mètres sur la tranche d'une porte. Traumatisme de la hanche gauche : la radiographie montre une fracture de l'acétabulum, avec luxation intra-pelvienne de la tête fémorale. Appareil à extension continue, en abduction forte. Le blessé quitte l'hôpital, trois mois plus tard, marchant avec des béquilles.

Homme de 54 ans, ayant reçu sur la jambe gauche un poids d'environ 500 kilos. La radiographie montre une fracture de la cavité cotyloïde ; tête en place, et une fracture de branche ischio-pubienne gauche. Même traitement que dans le cas précédent. Bon résultat en moins de trois mois.

Les auteurs décrivent les signes cliniques, insistent sur l'importance de la radiographie pour fixer le diagnostic et soulignent la gravité du pronostic, dans ces traumatismes, en somme assez rares (10 à 16 %) des fractures du bassin.

Un cas de disjonction prononcée de la symphyse pubienne.

MM. Courty et Callens. — Homme de 55 ans, victime d'un accident de voiture, et fortement laminé entre le sol et un essieu. Diastasis prononcé de

la symphyse pubienne, avec fracture de l'aile iliaque gauche, ascension du pubis gauche et de l'os iliaque gauche.

Quelques jours plus tard, suture au fil d'argent. Mais, les fils se rompent et l'on est réduit à faire de l'extension. L'intervalle entre les deux pubis se comble par du tissu dense et la mobilité de l'un sur l'autre devient presque nulle. Le blessé peut marcher avec des béquilles, en moins de deux mois.

Les auteurs insistent sur la gravité de ces fractures, sur la difficulté de maintenir la réduction avec des fils métalliques, sur les résultats satisfaisants que donnent, malgré tout, l'extension et l'immobilisation prolongées.

Les Congrès

VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

(*Suite*) (1)

Contribution à l'étude de l'eczéma professionnel.

M. Oppenheim (Vienne).

Oppenheim cherche tout d'abord à séparer deux types cliniques : d'une part, les toxicodermies ou dermites artificielles ; d'autre part, les eczémas professionnels proprement dits : ces derniers ne surviennent que sur des téguments sensibilisés ; ils persistent après et malgré la disparition de l'agent nocif ; à ce type clinique s'oppose celui des dermites, dans lesquelles la réaction cutanée est fonction de l'activité de la cause irritante et disparaît avec elle. La fréquence de l'eczéma professionnel dans la main-d'œuvre féminine fait admettre que le sexe joue un rôle dans son apparition.

Les différentes statistiques (Lane, Steiner) font ressortir ce fait, que l'eczéma professionnel ne survient pas tant sous l'influence de la sensibilisation à une substance déterminée, que sous l'action de l'exposition répétée et prolongée à l'ensemble de toutes les causes d'irritation cutanée qui peuvent se présenter au cours du travail. Celles-ci agissent surtout sur la couche cornée et la graisse épidermique, et, dès que ce système de défense, lésé, fait défaut, la peau, sensibilisée allergiquement, peut devenir malade : le véritable eczéma professionnel ne doit pas être tant considéré comme un *processus allergique pur*, que comme *le résultat d'altérations physiques ou chimiques de la couche cornée et de la graisse épidermique.*

Parmi les causes de l'eczéma professionnel (eau, chaleur, froid, poussières, frictions, etc.), Oppenheim insiste surtout sur le rôle de l'eau, qui, après macération de la couche cornée, amène par action mécanique une fissuration des couches superficielles de l'épiderme. Il existe évidemment des facteurs de résistance variables suivant les sujets (ichtyosiques, séborrhéiques, hyperhidrosiques).

A l'action nocive de l'eau s'ajoute celle des produits destinés au nettoyage de la peau : savons, alcalis, benzine, pétrole, brosses, etc. ; dans de nombreuses exploitations, ce ne sont pas les substances manipulées au cours du travail, mais les procédés de nettoyage qui sont responsables de la production de l'eczéma professionnel.

Oppenheim, se plaçant au point de vue pratique, propose une classification des produits nocifs suivant leur mode d'action : kératolytiques (alcalis), dégraisseurs (térébenthines, benzols, naphtes), sucres, formols.

La *prophylaxie* de l'eczéma professionnel est basée sur des règles générales et sur des procédés à employer dans les cas particuliers.

Il existe une sorte de prophylaxie naturelle : dans certaines entreprises, les ouvriers s'habituent à résister aux altérations : il y a une sorte d'adaptation de la peau aux irritations extérieures : aussi a-t-on pu dire (Bethenamn) que le travail ne sensibilise pas tant qu'il ne désensibilise. Le choix du personnel, l'élimination de certains sujets, l'emploi de gants de caoutchouc, la suppression du brossage, le séchage rigoureux des mains, leur graissage, sont les règles générales qui, appliquées avec soin permettent dans une certaine mesure d'éviter les maladies professionnelles.

La prophylaxie particulière de l'eczéma professionnel consisterait à dépister le produit nocif par une recherche minutieuse : il ne faut pas trop y compter, car ces eczémas sont dus à un complexe de causes (Darier), et l'allergie spécifique est souvent difficile à trouver ; la méthode des tests fonctionnels de la peau (épreuve de la compresse) ne paraît pas devoir donner des résultats encourageants et il n'y aurait que 12,5 p. 100 des eczémas professionnels qui donneraient, d'après Steiner, une réaction spécifique monovalente, c'est-à-dire correspondant spécifiquement à la substance nuisible. Les différences obtenues par les différents auteurs dans le nombre des résultats positifs donnés par les tests fonctionnels de la peau mettent en lumière l'incertitude de cette réaction. Dans deux tableaux annexés à son travail, et dus à Steiner, Oppenheim montre que les réactions cutanées aux tests fonctionnels peuvent varier, non seulement d'un âge à l'autre, mais en quelques jours.

Aussi, à cause de la difficulté d'une désensibilisa-

(1) Voir *Concours Médicale* n° 4, 1931.

tion spécifique, le traitement de l'eczéma professionnel ne se distingue-t-il pas, dans ses grandes lignes, du traitement général des eczémas.

Oppenheim termine par des considérations de médecine sociale sur l'assimilation des eczémas professionnels aux accidents de travail, lorsque la preuve de leur origine pourra être rigoureusement établie.

RAPPORT

Etiologie et pathogénie de l'eczéma

M. Darier (Paris), rapporteur.

Après avoir refusé d'admettre qu'il y ait identité entre une simple dermite et un eczéma, l'auteur distingue trois conceptions dans l'eczéma.

1° Conception morphologique.— L'eczéma est une dermo-épidermite de type spécial, provoquée par une infinité de causes externes ou internes. C'est l'eczéma syndrome.

2° Conception nosologique. — Il existe d'une part un eczéma maladie et d'autre part des dermites eczématiformes.

3° Conception biologique. — L'eczéma devient la prédisposition morbide d'un organisme, une réaction humorale de certains tempéraments qui se manifeste par une réaction cutanée.

M. Darier donne ensuite les caractères histologiques de l'eczéma (spongiose, acanthose) et cite les principales formes cliniques, l'eczéma érythrodermique. L'eczématose n'ayant aucune individualité précise, est à rejeter.

Etiologie.—Les causes de l'eczéma sont infiniment nombreuses, mais elles n'agissent que par l'intermédiaire de la prédisposition morbide.

On peut distinguer :

Les eczémas de cause externe (mécaniques, physiques, chimiques, parasitaires) ;

Les eczémas de cause interne. Il faut faire intervenir l'hérédité syphilitique ou tuberculeuse ou même autotoxique, les troubles du tube digestif ou des émonctoires, du rein en particulier.

Pathogénie. — Les causes eczématogènes n'agissent que par une prédisposition morbide, — idiosyncrasie, disait-on autrefois ; — que par un état allergique ou anaphylactique, — dit-on aujourd'hui.

Ces deux notions ne sont nullement identiques— l'allergie — spécifique ou non spécifique — siège soit dans les humeurs, soit dans les tissus, et il est difficile d'admettre que l'idiosyncrasie résulte d'une allergie occulte et congénitale consistant en la transmission placentaire d'un nombre illimité d'anticorps.

L'idiosyncrasie est le point faible de la théorie de l'allergie.

Il ne faut pas confondre intolérance et intoxication et les caractères différentiels ont été mis en évidence par A. Tzanck ; l'intolérance révèle l'importance de la sursensibilité personnelle et démontre la relativité du facteur « poison ».

En résumé, l'eczéma appartient à la catégorie des maladies cutanées allergiques (urticaire, maladie de Quincke, prurigo, Duhring, asthme, coryza sporadique, fièvre des foins), A l'appui de cette assertion, il faut citer l'association eczéma-asthme,eczéma-prurigo qui sont une preuve clinique. Il existe un autre ordre de preuves, expérimental celui-là , dans les reches du laboratoire : cutiréactions, transmission passive.

La pénétration des agents d'eczématisation ou d'allergie peut se faire soit par la voie externe ou cutanée, soit par la voie interne.

C'est à Bruno Bloch et à Peter que nous devons la preuve expérimentale qu'un eczéma peut résulter d'une substance apportée à la peau par la circulation sanguine ; en particulier, l'iode et le formol. Mais les voies respiratoires ou digestives sont des portes d'entrée fréquentes.

Il est assez naturel de penser qu'on a cherché à mettre en évidence un état allergique par différents procédés biologiques tels que les cuti-réactions, tests cutanés, transmission passive. Jadassohn a très heureusement groupé ces méthodes sous le terme : « examen fonctionnel de la peau ».

Mais de suite se sont élevées des critiques. Les épreuves cutanées donnent souvent des résultats d'interprétation difficile ; elles peuvent être dangereuses en créant une véritable sensibilisation. La valeur des réactions cutanées est discutée : faut-il accorder de l'importance à la réaction immédiate ou à la réaction tardive ? La réaction locale n'est pas conforme à la lésion primitive ; elle consiste rarement en une eczématisation.

La méthode de Prausnitz-Kastner compte de nombreux échecs non seulement en cas d'idiosyncrasies, mais encore en cas de certaines sursensibilités (iode, formol, arsenic, antipyrine, ursol, primula, ail).

La transmission peut être obtenue par voie digestive.

Mécanisme des lésions. — Ici on se trouve plutôt en présence d'interprétations que de faits dûment établis.

S'agit-il d'une altération primitive des cellules malpighiennes, d'une vaso-dilatation des capillaires bien que Lewis ne soit pas de cet avis et admette le rôle primordial des cellules malpighiennes. L'intervention du système nerveux autonome est indiscutable ; le prurit en est une preuve.

Quelques pathogénies spéciales. — *a*) L'eczéma traumatique. — En cas de prédisposition particulière, un traumatisme continu peut déterminer une réaction eczématiforme de la peau.

b) L'eczéma de cause physique.

c) Eczémas parasitaires.

d) Eczémas microbiens.. — Le rôle des microbes est toujours difficile à apprécier en raison de leur présence habituelle sur une peau normale ; mais

des intradermo-réactions avec des lysats d'auto-vaccins ont démontré l'état allergique. Cette allergisation fait rentrer de plein droit les eczématisations microbiennes dans l'eczéma.

e) Les ECZÉMAS MYCOSIQUES ont pris dans ces dernières années la plus grande importance.

La trichophytie cutanée, les trichophytides peuvent affecter les caractères cliniques et histologiques de l'eczéma et les travaux du professeur Br. Bloch et de Jadassohn ont démontré l'allergie des trichophytiques grâce à la trichophytine.

L'épidermophytie présente la même histoire que la trichophytie ; elle se caractérise très souvent par des intertrigos, des dyshidroses, et l'eczéma marginé de Hébra ; elle se révèle aussi par des épidermophytides; elle s'accompagne d'un état d'allergie indiscutable.

Il existe également des microsporides et des favides inhabitées.

L'importance des levures fut longtemps discutée. Dans cette voie, ce sont les résultats obtenus par M. Ravaut qui sont les plus importants. Cet auteur a pu isoler une levure d'une dizaine de grands intertrigos et, à l'aide d'une levurine, préparée par filtration de cultures vieillies, il a reproduit expérimentalement des levurides de formes eczématide.

Eczémas d'origine alimentaire.— Il est évident que les aliments nocifs n'agissent pas dans leur état premier, dans l'état où ils se trouvent lorsqu'ils sont ingérés. Ce sont leurs produits de désintégration qui deviennent nocifs ; il faudrait donc incriminer des albumines dégradées. Celles-ci viennent de faire l'objet de quelques recherches et il en est une, l'histamine, qui reproduit tous les symptômes de l'anaphylaxie.

Depuis novembre 1927, Barber et Ariel ont mis en évidence dans les urines des sujets en état de crise allergique des substances qu'ils appellent « protéases ».

Rôle des troubles organiques et fonctionnels de la nutrition et du métabolisme.— Les anciens auteurs ont attribué l'eczéma aux troubles humoraux qui existent dans les diverses maladies de la nutrition, mais il n'a pas été prouvé que l'eczéma dépendit soit de la goutte, soit du diabète et pût être regardé comme une maladie par ralentissement de la nutrition.

C'est bien plutôt une réaction de l'organisme, ou mieux des téguments contre des poisons, les « autotoxines eczématogènes ».

En résumé, l'eczéma se révèle par une réaction cutanée : l'eczématisation ; il est provoqué par des causes multiples. L'une d'elles, plus importante, constitue la dominante étiologique.

M. KRZYSZTALOWICZ (Varsovie). — Le terme *eczéma* est trop vague ; il faut lui donner un sens plus précis.

Il est bon, par conséquent, d'exclure de l'eczéma proprement dit un certain nombre de lésions cutanées telles que l'eczéma séborrhéique de Unna, les pityriasis, les épidermomycoses, les dermatites traumatiques, les folliculites et enfin l'impétigo.

Il faut rompre avec cette habitude, à savoir d'appeler eczéma les lésions eczématoïdes de la gale, de l'impétigo, de certaines auto-intoxications (diabète), et enfin de quelques toxidermies, arsenicales ou autres.

Le prurigo lui-même ne devra pas être confondu et sera nettement isolé de l'eczéma.

Mais, après avoir ainsi limité l'eczéma, il ne faudrait pas le considérer pour cela comme une maladie nettement individualisée ; il relève au contraire de causes multiples et constitue encore un large syndrome.

M. ALLEN PUSEN (Chicago). — L'eczéma est une dermite d'un aspect particulier ; ce n'est pas une maladie, il résulte d'un conflit entre des agents soit exogènes soit endogènes, et les cellules de la peau.

Lorsque celles-ci réagissent à une très légère excitation, c'est alors qu'intervient la sensibilisation individuelle ou exactement l'allergie.

Quand nous parlons d'allergie, nous ne prononçons pas simplement un mot nouveau ; il y a là une conception plus précise de l'eczéma.

Les recherches de ces dernières années montrent en effet que l'eczéma est une réaction cutanée d'un état allergique.

M. SABOURAUD (Paris). — L'étiologie de l'eczéma tend de plus en plus à devenir un problème de physiologie. L'auteur ne cherche pas à approfondir la question à ce point de vue, mais il expose les résultats auxquels l'ont conduit ses travaux antérieurs.

Il distingue les « *faux eczémas* » des vrais et il retranche de l'eczéma trois pseudo-eczémas qui sont microbiens :

1° L'ancien eczéma séborrhéique de Unna ;

2° L'ancien eczéma impétigineux dû au streptocoque ;

3° Des éruptions staphylococciques du cuir chevelu (acnés nécrotiques miliaires).

Mais les microbes ne font qu'expliquer la lésion, ils ne rendent compte ni de sa ténacité ni de ses récidives ; il y a donc là un *nescio quid ignotum.*

Il y a certainement identité de nature entre les sensibilités chimiques et les réceptivités microbiennes.

D'ailleurs la question des sensibilités électives dépasse de beaucoup le cadre de l'eczéma et nous ne pouvons pas définir l'eczéma par hypersensibilité de la peau, car alors nous ferons rentrer dans l'eczéma un grand nombre d'autres affections qui n'ont aucun lien avec lui, telle l'urticaire.

Nous ne pouvons pas davantage prendre pour base de différenciation une altération histologique (spongiose ou vésiculation). Nous considérons alors les épidermophyties, les dyshidroses comme de l'eczéma.

Pour résoudre le problème, il faudrait montrer :

1° Pourquoi et comment une peau ne peut pas tolérer certaines substances et réagit par de l'eczéma;

2° Comment une peau pourrait être rendue réfractaire.

Les recherches récentes ont avant tout modifié la conception de l'eczéma.

Alors que les anciens auteurs faisaient de l'eczéma un trouble humoral, un trouble organique profond, nous le localisons et nous le considérons comme une sensibilité cutanée anormale.

Samberger (Prague). — Il se borne à considérer la physiologie pathologique de l'eczéma. Pour l'interprétation exactement, il faut se rendre compte que les œdèmes cutanées sont au nombre de deux ; l'un est un œdème passif transsudatoire qui n'a aucun rapport avec l'eczéma, l'autre un œdème actif. Celui-ci résulte des troubles de l'endothéliumdes capillaires. Il joue un rôle important dans l'eczéma vulgaire — ou lymphatique — qui repose sur un trouble du substratum anatomo-pathologique : 1° l'inflammation superficielle, 2° l'hypersécrétion de lymphe dans les papilles. Ces deux processus rivalisent pendant tout le cours de la maladie.

Tous les eczémateux ont un appareil lymphogène hypersensible, et les substances lymphogènes sont eczématogènes.

Il en résulte une conclusion thérapeutique : il faut employer des pâtes qui luttent contre la composante lymphatique.

Quant à l'eczéma séborrhéique, il résulte d'une perturbation dans les fonctions des cellules cornées, qui hypersensibles, et les substances lymphogènes sont eczématogènes.

Il en résulte une conclusion thérapeutique : il faut employer des pâtes qui luttent contre la composante lymphatique.

Quant à l'eczéma séborrhéique, il résulte d'une perturbation dans les fonctions des cellules cornées, qui fabriquent de la graisse en excès.

Il est possible que les deux eczémas se combinent l'un avec l'autre.

Whitfield (Londres). — L'auteur fait jouer un rôle important à l'auto-sensibilisation dans la pathogénie de l'eczéma ; il fait état d'un certain nombre de faits cliniques pour démontrer que des sujets sont sensibles soit à leur propre sang, soit aux sérosités organiques, telles que le liquide de vésicules d'eczéma.

Ces diverses constatations conduisent à attribuer un rôle important aux produits de destruction tissulaire dans la généralisation des eczémas.

Discussion.

M. Darier.— De l'analyse des différents rapports il résulte que l'eczéma ne peut être considéré comme une maladie.

D'après l'auteur, il est en outre impossible d'extraire du groupe eczéma des types morbides étiologiquement définis ; l'eczéma désigne avant tout un processus spécial, la spongiose.

Il a des analogues en dermatologie ; ce sont par exemple l'urticaire et les névrodermites.

Quant aux causes de l'eczéma, elle concernent bien plus le sujet lui-même que l'agent nocif incriminé. L'eczéma devient ainsi une réaction d'intolérance et non une toxidermie ; l'allergie est un mécanisme à invoquer fréquemment, mais il ne faut pas oublier le rôle du système endocrino-sympathique.

Le terme *eczéma* n'a qu'un sens morphologique, et les dénominations telles qu'eczéma parasitaire, médicamenteux, etc., sont parfaitement inexactes.

(A suivre).

Les Livres

Doin, éditeur, place de l'Odéon, Paris.

Dr Dartigues. — **Faisceau oratoire**, présentation par le docteur Moliméry.

Sous ce nom, le Docteur Dartigues a eu l'idée de réunir une partie de son « œuvre parlée ». Ce livre est le premier volume d'une sorte de tryptique ou de trilogie qui comprendra encore : le *Faisceau scriptural* et le *Faisceau scientifique* ; ainsi paraîtra sous peu, dans son ensemble, l'œuvre multiple de l'auteur. Dans le *Faisceau oratoire*, qui est précédé d'une très belle présentation par le Docteur Molinéry, le Docteur Dartigues publie, un chapitre fort intéressant et très original sur l'éloquence. Dans le *Faisceau oratoire*, l'auteur publie en particulier, les discours qu'il a prononcés à l'occasion de ses diverses présidences scientifiques et tous ceux qui jalonnent, en quelque sorte, l'histoire et l'évolution de l'Umfia ou Union médicale latine.

Livre à lire, curieux et exposé d'une façon très nouvelle ; chaque discours ou allocution étant précédé de quelques lignes essentielles qui représentent le thème du discours avec les idées maîtresses très substantielles et revêtues d'une belle forme verbale, qui le guident.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Dr Henri Fischer. — **Formulaire pratique d'oto-rhino-laryngologie**, *suivi de Notions de thérapeutique médicale sur les affections les plus courantes en O. R. L.* (Un vol in-18, 194 pages, broché, franco, 18 fr.)

Le très intéressant petit formulaire d'O. R. L. du Dr Henri Fischer est excellemment préfacé par le Dr Ed. Chaumier, de Tours, membre correspondant de l'Académie de médecine, dans les termes suivants qui précisent bien les qualités de ce livre :

« Praticiens et étudiants, dit M. Ed. Chaumier, trouveront dans l'ouvrage que le Docteur Henri-Fischer (de Bordeaux) nous présente si heureusement aujourd'hui quantité de renseignements pratiques en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie. Ils y

rencontreront au moment où il convient de prendre une décision immédiate ou de changer un traitement, des formules applicables aux affections les plus courantes susceptibles de rendre à tous les plus grands services.

« Bien que présenté sous une forme modeste, cet ouvrage est fortement documenté, chacun le parcourra toujours sans fatigue, mais jamais sans intérêt.

Il convient de féliciter le Docteur Henri-Fischer, dont l'activité scientifique est déjà bien connue pour cette nouvelle marque de labeur, à laquelle nous sommes un des premiers à applaudir en toute sincérité. »

En s'aidant de ce *Formulaire*, le praticien pourra donner à ses malades les soins d'urgence en oto-rhino-laryngologie et attendre la consultation du spécialiste lorsque celle-ci sera jugée nécesaire et ne pourra pas être donnée de suite.

G. Lescher-Montoire, imprimeur,
11, rue Maréchal-Joffre, Pau.

Dr P. Bouchet. — **Aide-mémoire de Thérapeutique.** Préface du Dr P. Cibrie. (Un vol. in-16, 415 pages, 3e édition, 15 fr., 1930.)

Ce petit volume a le mérite d'avoir su présenter sous la rubrique des maladies les plus courantes, en style télégraphique et dépourvu de prétention, les médications principales de l'ordre thérapeutique, une ou deux formules bien choisies, un mot de régime et, chose nouvelle, une liste de spécialités avec en abrégé les indications dosimétriques.

Ce vade-mecum dans sa poche, le praticien de ville ou de campagne sera toujours paré contre de pénibles absences de mémoire.

Editions médicales Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr H. Spindler. — **La cataracte nucléaire sénile.** (Un vol., in-8, 112 pages, 27 gravures dans le texte, 1930.)

De beaucoup la plus fréquente des opacités du cristallin, la cataracte nucléaire sénile est une opacité sphérique, siégeant au centre du cristallin, qui se développe après 50 ans, sans que l'on puisse invoquer une cause locale ou constitutionnelle.

L'auteur traite de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic, puis il aborde le traitement médical, puis chirurgical avec exposition des différents procédés opératoires, avec leurs suites, leurs complications immédiates, secondaires, éloignées, leurs résultats.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

H. Jumon, de la Bourboule. — **L'asthme infantile et les réactions associées** (asthme, dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique) (Un vol. 140 pages. Prix : 18 francs.)

THÉRAPEUTIQUE

Quelques notes sur la médication hypnotique et analgésique

Par le Dr Raymond Godard.

L'insomnie et la douleur sont des symptômes souvent liés, très importants par leur grande fréquence et leurs causes variées, qui posent un des problèmes les plus angoissants pour le médecin.

Dans cette lutte journalière, le médecin a trop souvent tendance à se servir, comme arme de réelle efficacité, des toxiques et plus particulièrement des opiacés, tout en connaissant les inconvénients et les soucis que donne l'administration de ces médicaments.

Nous avons eu l'idée et la possibilité d'étudier deux hypno-analgésiques déjà connus et utilisés en thérapeutique ; nous voulons parler de l'allonal et plus particulièrement du sédormid.

Disons rapidement ce qu'ils sont. Ce sont des sédatifs hypnotiques ayant comme noyau commun de constitution, l'urée : néanmoins, il existe entre ces deux corps, comme nous le verrons, une différence essentielle.

Par sa combinaison avec l'urée, l'acide malonique élimine ses deux oxhydriles qui forment de l'eau avec un atome d'hydrogène de chaque groupe NH^2 et l'on obtient l'acide barbiturique ou malonylurée. La manonylurée n'est par elle-même ni un hypnotique, ni un analgésique, mais on peut développer en elle ces qualités en faisant entrer dans sa molécule des radicaux de la série grasse ou saturée.

Cependant la plupart de ces composés, au point de vue de leur emploi dans la pratique ont un très grave inconvénient : c'est leur faible et difficile solubilité entraînant une lenteur de leur action dont le désavantage est encore surpassé par le retard de leur élimination. Les sels sodiques correspondants se montrèrent très dis-

sociables et par là dépourvus de propriétés narcotiques.

M. Redonnet en arriva à combiner à parties égales le diéthylbarbiturate de diéthylamine et l'allylisopropylbarbiturate de diéthylamine, réalisant ainsi le somnifène qui se révéla hypnotique puissant, très soluble, mais peu analgésique.

La diéthylamine fut donc remplacée par la diméthylamino-antipyrine, dérivé du pyrazol, analgésique bien éprouvé et le produit d'addition obtenu, l'isopropyl-allylbarbiturate de diméthylamino-antipyrine fut appelé allonal.

Le sédormid ou l'allylisopropylacétylcarbamide n'est pas un dérivé cyclique de l'urée comme les barbituriques, mais un dérivé à chaîne droite dans lequel un des hydrogènes du groupe aminé fut remplacé par le radical allylisopropylacétique.

L'allonal a une action sédative. Dans de multiples circonstances où il y a lieu de faire intervenir les hypnotiques, la douleur, l'agitation, l'excitation dominant le tableau clinique, c'est alors que l'allonal manifeste ses avantages en permettant à l'influence hypnotique de s'exercer à coup sûr, après que la sédation des phénomènes douloureux et d'excitation aura mis l'organisme du sujet en état de céder facilement à la sollicitation de l'hypnotique. Il n'est plus nécessaire de recourir à des doses relativement élevées du produit hypnotique pour endormir la douleur et l'excitation sous l'influence d'un sommeil de longue durée qui apaise le malade et présente tous les inconvénients d'une narcose intense et prolongée. Des essais qui ont été poursuivis sous la direction de M. le Professeur Combemale, à la clinique psychiatrique de Lille, il résulte que l'allonal a donné de remarquables succès dans les cas d'insomnies douloureuses ou chez des sujets agités sans entraîner de manifestations toxiques, ni de phénomènes d'accumulation. Aucun effet nocif sur le cœur, sur les reins, les poumons. L'action sédative et hypnotique s'est révélée très efficace dans les insomnies liées à des douleurs rhumatismales, des angines, des névralgies dentaires, ainsi que dans les insomnies sous la dépendance d'une fatigue, d'un surmenage , de la courbature grippale, d'une agitation d'origine quelconque. D'après le Professeur Pouchet, l'allonal est en même temps plus actif et plus rapidement éliminé que les autres barbituriques ; avec lui, le danger de l'accumulation est moins à craindre. C'est un bon analgésique, un sédatif progressif, un hypnogène sûr. On peut le substituer, dans bien des cas, aux opiacés dont il n'a pas les inconvénients, comme nous l'avons observé dans un cas de kyste hydatique du poumon où la morphine donnée un peu trop largement conduisit rapidement à l'intoxication et fut ensuite remplacée avantageusement par l'allonal. L'allonal est utilisé sous forme de comprimés contenant 0 gr. 16 d'isopropylallylbarbiturate de diméthylamino-antipyrine ; la dose moyenne facilement dépassée est de 1 à 3 comprimés par jour.

Le sédormid, qui, comme nous l'avons vu plus haut, n'est pas un barbiturique, est employé comme hypnotique doux et sédatif, à la dose moyenne de 25 à 75 centigrammes, c'est-à-dire à la dose de 1 à 3 comprimés, mais sa très grande maniabilité permet de dépasser très largement ces doses sans inconvénients. On doit à MM. Demole et Peter une étude complète de son action pharmacodynamique.

D'expériences nombreuses faites sur les animaux avec des hypnotiques différents, on voit que, pour le sédormid, le sommeil est tranquille, pas de malaises, vomissements, diarrhée ou agitation. Après le réveil, les animaux semblent en excellent état et ne montrent pas cette période d'agitation convulsive que l'on observe avec les barbituriques. L'écart entre la dose hypnotique et la dose toxique est très considérable. L'influence sédative des doses incapables de provoquer l'hypnose est très nette et accentuée, alors qu'avec les dérivés barbituriques, on observe surtout de l'excitation. Les petites doses n'exercent aucune influence sur les centres de régularisation thermique et les fortes doses n'abaissent que modérément la température. L'activité cardiaque n'est pas défavorablement influencée même par des doses subtoxiques : le pouls demeure égal et la tension ne s'abaisse pas. L'influence sur le rein est nulle, même à des doses élevées, ce qui n'arrive pas avec les barbituriques. Enfin, il paraît se détruire presque entièrement dans l'organisme, ce qui est une garantie de l'absence d'effet cumulatif.

L'influence hypnotique de ce produit se montre moins énergique que celle des dérivés barbituriques, mais on obtient une sédation accentuée, souvent parfaite, chez les sujets nerveux, les petits agités, les agrypniques, les surmenés et les convalescents.

En résumé, nous pensons que l'allonal et le sédormid sont des adjuvants précieux pour le praticien et sans enlever aux toxiques, et plus particulièrement aux opiacés, leur valeur réelle, nous croyons que le médecin devra, avant de recourir à leur usage, faire entrer dans sa thérapeutique ces médicaments sur lesquels il pourra compter, qui soulagent les malades, sans les exposer aux dangers habituels de l'administration prolongée des narcotiques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Le règlement de la Confédération

J'ai sous les yeux le projet de *Règlement de déontologie* publié dans le *Médecin de France,* numéro spécial de novembre 1930. Je l'ai lu et relu très attentivement. Je crois qu'il ne tient pas un compte suffisant des transformations qui se sont introduites peu à peu dans les rapports des médecins entre eux, et dans leurs rapports avec les malades.

En tous cas, il renferme certaines prohibitions insuffisamment précisées, d'autres qui sont excessives et sans portée pratique, et enfin des lacunes, sur quoi je désire attirer l'attention.

Article 3. — Le médecin ne doit user, dans la recherche de la clientèle, que de procédés corrects. Sont interdits, comme ne l'étant pas :

1° *Toute publicité nominative...*

Que signifient ces mots ? Que faut-il entendre par publicité nominative ? Cela en dit trop ou pas assez et je demande des précisions. Je viens justement d'être saisi de la question suivante : « *Un jeune médecin qui vient de s'installer commet-il une faute anti-déontologique en l'annonçant au public par la voie des journaux locaux ?* »

J'ai déjà envisagé cette question dans mes *Eléments de déontologie appliquée.* Mon opinion n'a pas varié. NON, répondrai-je de nouveau, il ne commet ni incorrection, ni faute anti-déontologique, — à la condition que son annonce se borne à mentionner ses titres, s'il en a, et qu'il habite telle rue, tel numéro, et qu'il recevra en consultation chez lui tels jours et à telles heures.

Qu'il y ait trop de médecins, qu'ils soient surtout mal répartis et que les grandes villes en soient surpeuplées, cela ne retire pas, aux nouveaux venus dans la carrière, le droit de faire savoir qu'ils existent. Le moyen que je viens d'envisager est le plus simple et le plus pratique, encore que le plus anonyme, si j'ose dire, en ce qu'il touche tous les lecteurs du journal utilisé à cet effet, sans que chacun d'eux ait été l'objet d'une sollicitation personnelle. Je sais quelques villes où il est de pratique courante. A Honfleur, les médecins sont d'accord pour annoncer par la voie de l'*Echo Honfleurais* quel sera le médecin de garde le dimanche suivant la parution du journal. Ils y annoncent également leurs déplacements de vacances et la date de la reprise de leurs occupations. A Clermont-Ferrand, il en est de même.

Je maintiens que le recours au journal local pour faire connaître l'ouverture de son cabinet, par un jeune médecin nouvellement installé, n'a rien que de parfaitement correct, et ne peut être classé comme ressortissant à la publicité nominative condamnée par le projet de la Confédération.

Art. 6. — Le médecin doit garder de bons rapports avec les pharmaciens, les dentistes, les sages-femmes...

Cette rédaction me paraît trop brève. Il existe en effet, surtout dans les villes de moyenne et de petite importance, des relations directes entre médecins et pharmaciens. Tout cela entraîne, en fait, une déontologie médico-pharmaceutique, précisant les droits et les devoirs des médecins envers les pharmaciens et vice versa. Il me semble qu'entre professions appelées à collaborer aussi étroitement et à partager éventuellement des responsabilités parfois très lourdes, il y a plus à dire que cette banalité : « Bons rapports.. » Je signale cette lacune à qui de droit.

Art. 29. — Le médecin appelé auprès d'un malade traité par un de ses confrères, ne doit pas donner son concours... s'il n'a reçu l'assurance que les conditions suivantes sont remplies :

1° ....

2° ....

3° ...Le client fournit la preuve qu'il a réglé

à ce confrère sa note d'honoraires, ou qu'il a pris envers lui des engagements...

Autant les 1° et 2° me paraissent des conditions impératives, autant celle-ci constitue, à mes yeux, une condition draconienne, excessive, et qui dépasse le but, en allant même à l'encontre des principes dont nous réclamons le respect.

Je voudrais d'ailleurs bien savoir combien de fois, dans la pratique, il arrive qu'un médecin appelé auprès d'un malade en cours de traitement qui, pour des raisons qui le regardent seul, n'a plus confiance en celui qui le soignait jusqu'alors, mette cette condition à son acceptation.

J'ai déjà, à maintes reprises, discuté de ce sujet. Je ne l'en vois pas moins reparaître dans les réglements de cette nature. Je dis que le nouveau venu doit s'efforcer de faire régler les honoraires de son prédécesseur, mais qu'il n'en a pas la stricte obligation. Et je ne suis pas sûr que l'évincé sera toujours enchanté d'un règlement rapide, qui a pour conséquence de couper les ponts définitivement entre ses anciens clients et lui.

Art. 34. — Le médecin consultant ne doit revoir le malade qu'appelé par le médecin traitant. *Dans aucun cas, un médecin ne peut devenir médecin traitant du malade* auprès duquel il a été appelé comme consultant *sans l'autorisation formelle du médecin qui l'avait appelé en consultation.*

Là encore, je dis condition draconienne, inopérante le plus souvent d'ailleurs. La correction exige que le nouveau venu, comme médecin traitant, informe son prédécesseur dont il fut le consultant pour un autre cas à une époque plus ou moins reculée, du choix dont il est l'objet C'est logique.

Un médecin ne peut pas dire : « Mon malade », comme il dit : « ma canne, mon chapeau. »

Le malade jouit, avec un agrément que nous lui avons donné au prix de campagnes ardentes, de la liberté de choisir son médecin. Cette liberté ne doit pas être restreinte par des mesures telles qu'elle cesserait, en fait, d'être praticable.

Il est d'ailleurs de la dignité d'un médecin de ne jamais essayer de se cramponner au malade à qui il a cessé de plaire, peut-être momentanément.

Il m'est arrivé jadis d'être abandonné par des clients qui préféraient s'adresser ailleurs. Je ne leur en ai jamais rien laissé voir, et quand ils m'ont rappelé, cela s'est vu, je n'ai fait aucune difficulté pour répondre à cet appel.

Et j'étais généralement considéré comme un bon confrère par mes voisins qui me le prouvèrent à différentes reprises.

Art. 46. — ... Il est de bonne règle que le médecin envoie sa note au moins une fois l'an.

Cette règle était surtout bonne il y a trente ans. Aujourd'hui, en présence des manifestations d'un esprit public plutôt défavorable aux médecins, et des fréquentes contestations d'honoraires dont ceux-ci ont à souffrir, je voudrais que le règlement de déontologie fût plus large et envisageât le paiement comme devant s'effectuer dans des délais infiniment plus courts, et même au comptant.

Pas de pruderie excessive. La clientèle n'en sait aucun gré. Elle a de la considération pour celui qui se fait payer son travail, sans attendre trop longtemps.

Art. 50 et 51. — Relatifs à l'appel et au règlement des honoraires d'un spécialiste ou d'un chirurgien pour un examen ou une consultation.

Trop vagues encore. Puisque la Confédération a envisagé les différents cas où la coopération médico-chirurgicale réclame ce que j'appelle une juste répartition d'honoraires, elle a le devoir d'inscrire dans son règlement déontologique le pourcentage maximum de cette répartition, entre le médecin traitant et le spécialiste ou le chirurgien. Là encore, la franchise est la meilleure voie pour éviter les suspicions imméritées. Aborder franchement et loyalement la question, c'est montrer que l'on ne craint pas de fournir une base publique au calcul des honoraires respectifs des collaborateurs.

Après avoir fait la critique, déjà formulée par moi précédemment, des prescriptions qui me semblent exagérées, je terminerai par une remarque d'ordre général.

Ce document est un Règlement ; ce n'est pas un Code. Vous dites : En telle circonstance, une faute est commise. Et vous n'ajoutez pas : cette faute appelle telle sanction. Pourquoi ?

Que ce soit aux termes de la loi sur les assurances sociales instituant le contrôle syndical, que ce soit dans toute organisation disciplinaire quelconque, la sanction n'est applicable que si elle a été préalablement fixée. Le droit dit : « *Nulla paena sine lege* ».

Essayez donc de préciser la faute d'abord, et sa punition ensuite.

Vous verrez comme vous serez souvent embarrassés...

G. Duchesne.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Assurances sociales et le médecin spécialiste

J'ai lu avec grand intérêt vos articles concernant les spécialistes et les A. S. (22/12-1929 — 27/7-1930 — 16/11 1930). Cette question est peu connue et l'on croit volontiers, d'après certains textes peu clairs (contrat-type par exemple) qu'un praticien non spécialisé pourra donner, aux assurés sociaux, les soins de spécialité sans être habilité comme spécialiste par le syndicat départemental.

Votre point de vue m'a été confirmé par mon syndicat de spécialistes : « En principe, tout médecin habilité comme spécialiste par le syndicat départemental passant un contrat avec les caisses, peut traiter les assurés sociaux. » (26/7-1930).

Chargé de recueillir des directives précises à ce sujet, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me les donner.

Je crois être dans le vrai en estimant que, actuellement :

1° En l'absence de contrat caisse-syndicat, la question ne se pose pas : liberté absolue.

2° Dans le cas de contrat, le syndicat départemental doit établir la liste des médecins (syndiqués ou non, et acceptant le contrat), qu'il considère comme spécialistes, et la communiquer aux caisses.

Les médecins ainsi désignés pourront seuls remplir les feuilles dites de spécialistes et, par suite, donner les soins de spécialité au compte des A. S.

Il est entendu qu'il y a des recours possibles pour les confrères non portés sur cette liste et que, d'autre part, les caisses peuvent y ajouter d'autres noms, mais, dans ce cas, à leurs risques et périls.

Suis-je dans le vrai, ou bien que faut-il penser ?

D^r C.

Réponse.

Je ne reviens pas sur les différentes définitions données en ce qui concerne le médecin spécialisé.

Mais, il n'est nullement défendu par les lois, à un docteur en médecine, de donner tous les soins que réclame un malade, sous son entière responsabilité. En effet, si le médecin entreprend un traitement, en dehors des cas d'urgence, alors qu'il est quelque peu incompétent au regard d'une spécialité médicale, il commet une faute en ne confiant pas le malade à des mains plus expertes que les siennes.

Tout docteur en médecine tient de son diplôme le droit absolu d'enlever un kyste de l'ovaire, ou d'énucléer une cataracte ; mais si le dit praticien n'est pas expert en chirurgie, ou en ophtalmologie, il court vers un désastre, dont il sera rendu responsable.

Donc, si en droit le médecin reste libre de son traitement, les collectivités, qui paient plus ou moins indirectement au lieu et place des malades, consentent à allouer des honoraires spéciaux aux médecins spécialisés, justement à cause de cette spécialisation.

Il en résulte que le médecin de médecine générale, qui, occasionnellement, donne des soins de spécialiste, n'aura droit qu'à des honoraires de médecine générale. Pour obtenir les honoraires de spécialiste, il faut qu'il fournisse la preuve qu'il est vraiment spécialisé.

L'usage et les conventions ont ainsi édifié une codification, à côté de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Ceci posé, le syndicat départemental peut notifier à la caisse la liste des médecins spécialisés, c'est-à-dire des praticiens qui bornent l'exercice de leur art à une ou plusieurs branches de la médecine, à l'exclusion des autres, après avoir fait des études *ad hoc* et être munis d'une instrumentation et d'un outillage spécial.

Si un praticien réclame son inscription sur cette liste des spécialistes, il peut s'adresser au syndicat, puis devant le conseil de famille dudit.

Il peut également s'adresser à la caisse, laquelle devra demander l'avis du syndicat, puisqu'elle n'accepte pas de contrat individuel, en dehors des stipulations contenues dans la convention collective.

Le conflit, s'il existe, entre la caisse et le syndicat, alors que la première veut reconnaître comme spécialiste un praticien, auquel le syndicat dénie cette qualification, sera porté devant la commission tripartite départementale.

Mais je ne crois pas qu'à ses risques et périls, une caisse puisse, de sa propre autorité, inscrire un praticien sur la liste des médecins spécialisés, sans qu'avis favorable ait été donné par le syndicat.

Ce serait, à mon sens, outrepasser ses droits, car la caisse est liée par la convention collective, laquelle doit être acceptée *ne varietur* non seulement par chaque praticien, qui veut donner ses soins aux assurés sociaux, mais également par les deux parties contractantes : syndicat et caisse.

D^r Paul BOUDIN.

II

Les gardes dominicales dans le cadre du Syndicat médical

Nous avons ici à résoudre une question difficile. Une convention syndicat-caisse ou syndicat-municipalité, je ne sais plus au juste, prévoit l'organisation d'un service médical du dimanche. Les confrères volontaires pour ce service étant peu nombreux, le Syndicat a décidé dernièrement que tous les médecins participants aux Assurances Sociales syndiqués ou non, spécialistes ou non, aptes ou inaptes, seraient inscrits d'office à ce service. Et le syndicat a établi une liste de service par ordre alphabétique à partir du 1er janvier, chaque médecin étant de service un dimanche désigné.

Plusieurs confrères dénient au Syndicat le droit de les obliger à un tel service, disant que le Syndicat *n'a le droit de s'occuper d'eux que quand ils font acte médical* et pas en d'autre temps ; que s'il leur plaît de n'exercer qu'un jour par mois, le syndicat peut s'occuper de la façon dont ils exercent la médecine ce jour-là et n'a pas à s'occuper d'eux les 29 autres jours du mois. Ils disent aussi que le Syndicat ne peut les obliger à exercer une partie de la médecine à laquelle ils ont renoncé et à laquelle ils se sentent inaptes. Enfin, le bureau du Syndicat ne croyait pas engager la responsabilité pécuniaire du Syndicat dans le cas où des accidents se produiraient du fait du défaut ou du mauvais fonctionnement de ce service, alors que des confrères soutiennent que le Syndicat serait responsable et qu'il doit ou renoncer à établir officiellement ce service ou se couvrir par une assurance.

Je vous serais donc obligé de répondre aux questions suivantes :

Dr B.

1° *Un syndicat engage-t-il sa responsabilité pécuniaire si le service même prévu dans une convention avec une collectivité n'est pas réalisé ou est réalisé de façon défectueuse ?*

2° *Un syndicat peut-il obliger tous ses membres à assurer un service déterminé (en l'espèce un service médical du dimanche) ?*

En cas de réponse affirmative :

a) *Un syndicat peut-il obliger ses membres à pratiquer une partie de la médecine qu'ils ne pratiquent pas normalement, en l'espèce un spécialiste, à faire la médecine générale ou la chirurgie que nécessite un service médical du dimanche ?*

b) *Un syndicat peut-il obliger ses membres, même inaptes physiquement, à participer à un tel service ?*
Peut-il instituer un conseil de révision obligatoire pour décider des aptitudes ou inaptitudes ?

c) *Dans le cas ou le médecin fait défaut est-ce le syndicat ou le médecin qui est responsable ?*

d) *Le médecin qui refuse de participer à ce service peut-il être exclu du syndicat ?*

3° *Un syndicat départemental peut-il obliger* une partie *de ses membres, par exemple ceux d'une ville déterminée à assurer un service tel que le service médical du dimanche dans cette ville ?*

Réponse.

Bien que, juridiquement, un syndicat soit un établissement d'intérêt public, le Code du travail ne lui confère pas le droit de réquisition, ou d'organisation collective, qui ne peut être imposé que par ceux qui détiennent une parcelle de l'autorité publique.

Alors que mon goût personnel tendrait à voir dans le syndicat professionnel un organisme de régulation corporative, je ne puis cependant faire abstraction du principe de liberté individuelle, comme de liberté de travail, que possède chaque citoyen.

Juridiquement, le syndicat est composé de travailleurs exerçant la même profession, qui se réunissent pour défendre leurs intérêts professionnels. Ils abandonnent chacun une partie de leurs libertés individuelles, pour recevoir, en retour, une garantie collective de tous leurs droits individuels et collectifs.

C'est parce que chaque médecin est menacé dans son droit individuel d'exercer comme bon lui semble, c'est parce que le salariat, ou la fonctionnarisation, cherchent à engluer les praticiens, que ceux-ci aliènent une partie de leurs habitudes personnelles, pour demander à la collectivité syndicale de faire respecter l'intégrité de ce qui leur reste comme libertés professionnelles.

Mais, à son tour, le syndicat ne peut pas se transformer en tyran.

Chaque médecin a le droit d'exercer la médecine quand bon lui semble : il ne peut être rendu responsable de son refus de soins que lorsqu'ils s'est engagé, par contrat écrit ou oral, à les donner à une catégorie de malades, ou lorsque ses devoirs professionnels lui ordonnent de ne pas abandonner un malade en cours de traitement.

Ajoutons encore l'obligation d'humanité pour tout être humain, de porter secours à son semblable en danger.

Elle est même encore très controversée, la question de savoir si les autorités publiques, ou judiciaires, ont le droit de réquisition, pour obli-

ger les médecins à donner leurs soins, au nom de la collectivité publique.

Partant, ce droit ne saurait être reconnu à un groupe professionnel, qui ne détient aucune parcelle de l'autorité publique.

Par suite, on ne saurait admettre que le syndicat puisse ordonner à tous les médecins d'une ville ou d'une région d'avoir à accepter un tour de service du dimanche et d'avoir à se tenir à la disposition des malades, quels qu'ils soient, et quelle que soit la capacité professionnelle, ou même physique des dits praticiens.

Nul doute que, portée en justice, la décision du syndicat ne soit considérée comme un abus de pouvoirs, quels que louables que puissent être les motifs qui ont guidé cette détermination.

Tout au plus doit-on admettre que le syndicat a le droit de stipuler pour ses seuls adhérents.

En sollicitant son adhésion au groupe corporatif, chaque praticien promet de se conformer aux statuts, comme aux décisions des assemblées générales. La faculté de démission lui est reconnue en tout temps, lorsqu'il entend ne pas se soumettre aux décisions d'une majorité. Ce droit de démission a été toujours proclamé par les tribunaux.

Il en résulte que l'assemblée générale du syndicat a la possibilité d'organiser un service de garde du dimanche, un tour de roulement entre tous les confrères ; mais cette obligation ne s'imposera qu'aux seuls membres du syndicat. Les non-syndiqués y échapperont, ainsi que les syndiqués, qui, pour se soutraire à ladite obligation de la garde dominicale, se retireront du groupe corporatif.

Le syndicat n'a alors aucune qualité pour obliger non syndiqués comme démissionnaires à se conformer à l'organisation de ce service du dimanche.

Mais, tous les membres, qui restent adhérents au syndicat, contractent l'obligation d'assurer, ou de faire assurer leur tour de garde.

Seraient-ils défaillants, qu'ils seraient responsables individuellement devant le conseil de famille du syndicat, puis devant l'assemblée générale, pour manquement à leurs engagements et au pacte syndical.

Le public, une autorité municipale pourraient-ils rendre le syndicat responsable d'une défaillance d'un de ses membres ?

Non, si l'organisation est due uniquement à l'initiative du groupe corporatif. Oui, si cette organisation est la résultante d'un contrat.

Si, par exemple, le Syndicat discute, puis vote les articles d'un règlement, organisant un service de garde du dimanche, s'il accomplit cette tâche, soucieux qu'il est de rendre service à la population, cette dernière n'a qu'à accepter ce présent, qui lui est fait, mais ne saurait se retourner contre le syndicat, alors qu'un syndiqué aurait été défaillant.

Le syndicat donne quelque chose : ce service du dimanche et on ne saurait reprocher au donateur les défectuosités ou les imperfections de son don.

Au contraire, si ce service du dimanche a été créé à la suite d'une tractation intervenue entre la municipalité et le syndicat, ce dernier doit observer les règles du contrat collectif ; par suite, il doit veiller à ce que chaque syndiqué soit respectueux des engagements pris au nom de la collectivité médicale.

En tous cas, le syndicat ne saurait être tenu pour responsable que jusqu'à concurrence des stipulations de la dite convention collective.

Pourrait-il être mis à même de répondre de l'incapacité professionnelle de ceux de ses membres, qui, par leur faute, occasionneraient un dommage à autrui, pendant ce service du dimanche ?

En principe, non ; chaque praticien est responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques, car il tient de son diplôme de docteur en médecine le droit de soigner les malades, comme bon lui semble.

Cependant, la médecine tend de plus en plus à se spécialiser et surtout — chose que je déplore personnellement — un nombre grandissant de spécialistes se cantonnent dans leur spécialité.

Il en résulte qu'il peut être risqué de confier un malade quelconque à de tels praticiens.

J'estime donc qu'il serait dangereux, pour le syndicat, d'obliger tous les praticiens sans exception, membres du syndicat, à participer à ce service de garde du dimanche, si leurs connaissances spécialisées les ont éloignés pratiquement de la médecine d'urgence.

A la vérité, ils sont rares ceux qui se déclareraient incapables de donner les premiers soins à un malade quel qu'il soit.

La législation sur les assurances sociales permet-elle aux syndicats médicaux d'organiser des services publics collectifs ? Non : la loi ne donne aux syndicats qu'une obligation de contrôle technique : le reste est fonction de la convention collective passée avec les caisses.

Mais, si ces dernières s'entendaient avec les syndicats locaux, pour l'organisation d'un service médical du dimanche, ce service de garde s'imposerait à tous les praticiens, qui, syndiqués ou non-syndiqués, ont accepté de collaborer au fonctionnement du service médical des assurances sociales.

Si les non-syndiqués avaient des doutes sur la légalité des conventions et de leurs stipulations, ils s'adresseraient à la commission départementale tripartite, puis au conseil supérieur des assurances sociales, pour faire décider si un

syndicat et une caisse ont le droit d'organiser un roulement de garde, pour les soins à donner le dimanche aux assurés sociaux. Personnellement, je conclus à la légalité de pareilles conventions qui seraient obligatoires pour les syndiqués comme pour les non-syndiqués.

Je sais bien que cette affirmation de ma part peut provoquer des protestations : les défenseurs de l'individualisme intégral ne veulent pas admettre les modifications progressives de nos mœurs professionnelles. L'individualisme a vécu : devant l'éclosion de collectivités nombreuses, sous le nom de mutuelles, ou de caisses d'assurances sociales, de services médicaux, de chemins de fer, ou autres, le Corps médical doit à son tour s'organiser collectivement.

A l'organisme légal corporatif, au syndicat de contracter par des conventions collectives, pour répondre aux besoins de la société moderne.

Le syndicat a donc qualité pour traiter avec un maire, un préfet, une caisse d'assurances sociales, pour organiser un service public de garde du dimanche.

Les praticiens qui seraient soucieux de garder toute leur indépendance, démissionneront du syndicat, ou refuseront d'y adhérer, en restant ainsi à l'écart du service médical des assurances sociales.

Je conclus donc qu'un syndicat ne saurait imposer à tous les praticiens, syndiqués ou non, leur collaboration à un service général de garde du dimanche, comprenant les soins à donner à toute une population, sans exception. Chaque citoyen conserve son droit individuel à la liberté du travail.

Mais, par convention collective, le syndicat peut s'obliger, par rapport à une collectivité publique, ou privée, à assurer à cette dernière que chaque dimanche, un médecin sera de garde pour répondre à l'appel des ressortissants de ladite collectivité.

Le syndicat contractera, dès lors, l'obligation de veiller à ce qu'un médecin soit de garde, ayant à sa disposition les stipulations des statuts et du conseil de famille, pour faire respecter les obligations contractuelles de chaque syndiqué.

Quant aux praticiens, ils sont libres d'accepter ou de refuser d'obtempérer aux décisions votées en assemblée générale.

Le droit de démission, comme la faculté de rester étranger au syndicat, ou à la convention collective syndicat-caisse, sont les garants de la liberté individuelle de travail.

Du point de vue professionnel, il ne me semble pas opportun d'embrigader de force tous les syndiqués dans un service de garde, quelles que soient leurs spécialisations, ou leurs défectuosités physiques et corporelles. C'est question locale d'opportunité.

Aux questions d'ordre général, qui m'ont été posées, j'ai répondu en principe ; mais il conviendrait d'étudier, dans ses détails, un plan d'organisation syndicale, permettant à une collectivité de trouver, grâce au syndicat, une permanence médicale, pour les jours légalement chômés.

Les avantages peuvent être tels, aussi bien pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, que chacun aurait intérêt à participer à son tour à ce service. Le syndicat ne peut pas devenir obligatoire ; mais on peut le concevoir indispensable par intérêt : c'est une question de manière et de doigté.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

L'Equipement du Service de santé d'une Armée en vue d'une bataille offensive

Premier exercice pratique de l'Ecole d'instruction et de perfectionnement du Service de santé de la Région de Paris.

(18 janvier 1930).

Médecin lieutenant-colonel Schickelé.

Le thème de cet exercice suppose que des forces bleues, venant de l'Est, ont bousculé la couverture des forces rouges, sur la rive gauche du Rhin et menacent la Lorraine, sur un front de soixante kilomètres environ, orienté du S.-E. au N.-O., derrière lequel se trouve immédiatement Thionville, et plus en arrière, Metz.

La mobilisation a été décrétée, à l'ouest du Rhin, le 29 mai. La déclaration de guerre l'a suivie, et, c'est le 8 juin que le commandement des forces rouges décide d'entamer des opérations qui devront rétablir la situation en sa faveur. Il prévient donc les corps et services sous ses ordres de se préparer en vue d'une bataille offensive qui devra pouvoir être déclenchée à partir du 15 juin.

Les forces rouges comprennent, notamment une armée composée surtout elle-même de quatre corps d'armée, le IIIe et le VIIe couvrant Metz ; le VIe, vers Thionville. Le XLe beaucoup plus en arrière.

Ceci exposé, l'exercice a revêtu un intérêt pas-

sionnant, par la manière dont il a été exécuté. Le médecin lieutenant-colonel Schickelé était accompagné de quatre médecins, commandants et capitaines, stagiaires de l'Ecole de guerre ; l'un d'eux remplissait le rôle de médecin attaché au 4e bureau de l'Etat-major de l'armée. Chacun des trois autres était directeur du Service de santé des Corps d'armée en ligne, et M. Schickelé tenait lui-même l'emploi de médecin de l'armée. Pour la circonstance, ainsi qu'il le fit spirituellement remarquer, ils avaient imaginé qu'ils possédaient les grades correspondant respectivement à ces emplois : médecin général et médecins colonels.

Et nous assistâmes au rapport du médecin général de l'armée avec les directeurs du Service de santé des corps d'armée en ligne, rapport présumé tenu à Metz le 13 juin, en présence du médecin appartenant à l'Etat-major de l'armée.

Celui-ci prit le premier la parole pour exposer la situation tactique des unités engagées, et fournir tous les renseignements obtenus par l'Etat-major, tant sur ces unités, que sur l'ennemi et ses réactions possibles.

Le Directeur du S. S. du IIIe Corps d'armée exposa ensuite ses prévisions, et son intention de placer son groupe d'ambulances de Corps d'armée dans une certaine localité. A quoi le médecin général répliqua en montrant que cette localité était excentrée et qu'il convenait plutôt de choisir un tout petit village, offrant peu de ressources, mais mieux situé. Il suppléerait lui-même à cette déficience. Il en fut de même avec les deux autres directeurs.

On envisagea les pertes prévisibles, — fortes à droite, légères à gauche ; comment les G. A. C. A. en supporteraient pour leur compte les conséquences ; de combien de lits d'hospitalisation ils devraient disposer, de combien de chantiers opératoires, d'équipes chirurgicales, de moyens de transport.

Il fut décidé que mille lits seraient réservés pour des gazés éventuels. Certes, les renseignements recueillis auprès des prisonniers faits dans les combats des jours précédents laissaient à penser que l'ennemi ne ferait pas usage de gaz de combat, surtout nouveaux et inconnus. Mais le médecin général fit finement observer qu'avec un adversaire de cette taille, il fallait s'at endre à tout, et qu'il valait mieux avoir fait d'inutiles préparatifs qui ne seraient jamais complètement perdus, que d'être pris au dépourvu.

La question des évacuations fut aussi traitée en détail. Evacuations par voitures sanitaires, par camions, par avions même. On envisagea même l'évacuation par eau, particulièrement avantageuse dans cette région parcourue par la Moselle du sud au nord. Mais on dut y renoncer, le temps manquant pour aménager des péniches.

Les emplacements des hôpitaux d'évacuation primaires et secondaires et leurs déplacements éventuels furent étudiés. On se mit même d'accord sur les régions de l'intérieur vers lesquelles les évacuations à grande distance devraient être orientées...

Une pareille conférence dialoguée ne se raconte pas en détail. On n'en peut donner que la physionomie. Et celle que je m'efforce de reproduire ici est bien au-dessous de la vivante réalité. Ce que je puis certifier, c'est qu'elle remporta un succès très vif. Elle fut suivie avec infiniment d'attention par le très nombreux auditoire qui remplissait le vaste amphithéâtre de la Sorbonne, et les applaudissements, dont furent salués à différentes reprises les interventions de M. Schickelé lui durent montrer à quel point il avait été bien inspiré en recourant de nouveau à ce procédé, que j'avais déjà vu en honneur, aux Journées médicales de Montpellier, en 1926, avec le médecin général Spire et le médecin commandant Junquet, pour lequel j'éprouve une particulière sympathie.

M. Schickelé, je ne le redirai jamais trop, est un admirable conférencier. Clair, précis, amusant, doté d'une voix bien timbrée et qui porte, possédant à fond son sujet, harmonisé avec ses collaborateurs, il nous a donné un spectacle infiniment instructif, non pas que, comme il le fit remarquer, aucun des officiers de réserve du S. S. soit jamais appelé à remplir les emplois de directeurs dans une grande unité. Mais il a montré, dans une répétition fort bien ordonnée et exécutée, comment, dans la réalité, chacun, à quelque poste qu'il soit placé, doit, en fonction des données qu'il possède sur la situation militaire, être prévoyant, dans l'intérêt du service et de la conservation des effectifs.

Je lui adresse mes bien cordiales félicitations et mes remerciements. Tous les camarades qui m'entouraient ne tarissaient pas d'éloges sur sa manière, si directe et si pleine de bonhomie, en même temps que si féconde. Je suis heureux de lui en apporter le témoignage. Et j'espère bien vivre assez pour le voir réellement gratifié de ces étoiles de médecin général dont, par une fiction dont il tint à faire ressortir le provisoire et le conventionnel, il s'était gratifié le 18 janvier durant une heure.

Que cette heure fut donc bien remplie !

G. Duchesne.

SACRILÈGE

Mesdames les infirmières, pardon ! Je n'ignore pas la peine que je vais vous causer en portant sur vos idoles une main attentatoire.

Ni ce regard que vous me décocherez, ce regard si particulièrement chargé de réprobation altière dont vous châtiez les inconvenances, ce regard, insigne de la profession, et dont les infirmières majors ont transmis le secret aux minors et jusqu'aux minimes.

C'est pourquoi, chétif personnage, je vous réitère mes excuses. Pardon ! Mesdames les infirmières.

Il s'agit des chirurgiens, ces dieux. Des places demeuraient vacantes dans l'Olympe : vous y avez pourvu. Et vous servez l'autel, blanches prêtresses, avec un élan et un don de vous-mêmes qui vous font les gestes fervents, la voix éperdue, le regard mouillé et les lèvres ..... aussi.

Moins ému que vous par les mystères du culte, je n'en veux discuter ici que les dogmes.

Au sein de la famille médicale, cette grande famille dont votre féminité est la parure et l'orgueil, n'existe, pas plus que dans n'importe quelle autre, la plus parfaite homogénéité. Il s'y rencontre quelques prodiges, en plus grand nombre des cerveaux remarquables, en plus grand nombre encore des gens distingués, enfin une multitude de types intelligents. Et puis ? c'est tout : vous êtes bien d'avis, n'est-ce pas, qu'il n'y a pas place chez nous pour les imbéciles ?

Cela fait déjà d'assez sensibles dénivellations, sources de quelques discordes. On a même inventé un mot latin pour exprimer cela. Vous le savez ? à quoi pensais-je ? des infirmières ! !

Avant la guerre la famille était assez paisible : il advenait bien, par aventure, que l'on s'entre-déchirât très confraternellement. Mais bast ! ces « bisbilles » de médecin à médecin n'allaient jamais bien loin. Un client chapardé, un diagnostic éreinté, menue monnaie des rivalités de cloche. Hippocrate aurait reconnu les manières même de son temps.

Mais apparaissait toutefois un phénomène nouveau qui alarmait déjà les vieilles tiges : la famille avait commencé à se diviser en clans, je veux dire en castes. Et de même que la bonne à tout faire ne peut prétendre à la qualité du maître d'hôtel, de la nurse ou du chauffeur, le « médecin à tout faire « cédait le pas au « spécialiste ».

Le spécialiste ! Mot qui n'avait l'air de rien, alors, et qui, depuis, a fait fortune. Il jouit sur les masses d'un prestige incontesté. Nul ne saurait, désormais, se tirer valablement et glorieusement d'un mauvais pas que par les soins d'un spécialiste spécialement spécialisé. Pour répondre à cet engouement du public force a été de subdiviser les spécialités elles-mêmes, chaque organe ayant la prétention de valoir une étude particulière. Et j'attends, pour ma part, avec confiance et sérénité le client qui s'inquiétera si tel spécialiste des maladies de poitrine n'est pas davantage spécialisé pour le poumon droit ou pour le poumon gauche.

Mais au temps patriarcal d'avant-guerre dont je parle, le spécialiste était encore peu nombreux et demeurait, en général, amène.

Seulement il y avait le chirurgien. Ah ! celui-là! Mais c'est toute une histoire.

Lorsque l'antisepsie puis l'asepsie eurent commencé de faire oublier sa peu reluisante renommée d'introducteur des croque-morts, le chirurgien, las de trancher bras et jambes et de bricoler dans des plaies plus ou moins immondes, fut saisi d'ambition. Il décida d'étendre son domaine et délibérément pénétra là où, jusqu'alors, il ne s'aventurait qu'en tremblant. L'abdomen fut sa première conquête et demeure encore aujourd'hui son véritable fief.

Au début tout alla bien : il s'agissait de calfater une trompe utérine rompue, de consolider des trajets herniaires, de drainer un abcès péritonéal. Rien de plus légitime, et la gloire du succès récompensa ces premiers audacieux.

Mais il voulurent pousser plus loin leurs avantages et se mirent en tête que le bistouri d'acier était la nouvelle thériaque. En plus d'un cas il n'avait véritablement que faire : mais il ne serait pas dit qu'en telle ou telle conjoncture le bistouri n'avait pas eu le dernier mot. Il l'eut ! : ainsi fut ouverte l'ère des « ectomies ». Quand un chirurgien avise un organe malade son geste premier et instinctif est de l'ectomiser, à la façon d'un vitrier qui, mandé pour un carreau cassé, défoncerait la fenêtre. Certes Guillotin, notre inventif confrère, qui sut l'art de guérir les aristocrates de leur tête mal faite, doit être salué comme l'ancêtre et le précurseur des chirurgiens.

Dieu sait ce que nos modernes Attilas trouvent dans un ventre à jeter au rancart, et lorsqu'une de nos contemporaines, détroussée de son utérus et de ses ovaires, de son appendice, de sa vésicule biliaire, d'un rein, d'un tiers de son estomac et de deux ou trois mètres d'intestin, rencontre son chirurgien, comment ne rougit-elle pas de honte en songeant à ce que cet homme a trouvé en elle de rebut.

Oh ! ces raids à travers les ventres ne furent pas toujours triomphaux ! Il y eut plusieurs épisodes néfastes dont Morgagni fut la principale vedette et dont il eut le bon goût de ne pas se prévaloir. La « chirurgie dévastatrice » (le mot n'est pas de moi) faisait ses premières armes.

Mais en forgeant se firent les forgerons (tant pis pour les enclumes !) et les résultats devinrent assez encourageants pour donner aux chirurgiens de belles séries de succès : la principale triomphatrice, la bonne nature, qui s'accommodait, vaille que vaille, de ces multiples défis à ses lois, se fit une complice aussi modeste que primordiale.

Le chirurgien, tout auréolé, fut le fin coursier aux prestigieux exploits dans le sillage duquel les praticiens, percherons de trait et de labour, consentaient sans rancœur à tirer leur faix quotidien.

Vint la guerre.

Nos quatre ans de vie à la campagne ont été payés de conquêtes diverses : il en est que nos adversaires ne nous pardonnent pas encore et qu'il nous contestent âprement. Mais j'en sais au moins deux dont ils ont le bon goût de nous reconnaître l'entière propriété et la totale jouissance : c'est à savoir la floraison des infirmières et la prolifération des chirurgiens.

La guerre favorise les vocations chirurgicales. Ce phénomène n'était pas connu : il est désormais solidement établi. Les causes seules en demeurent obscures et donnent lieu à diverses interprétations.

Toujours est-il que la fin des hostilités nous trouva nantis de chirurgiens qui, de temporaires qu'ils étaient, se prétendirent devenus définitifs.

C'est qu'entretemps la notion de caste avait fait son chemin, et que ces débrouillards, à peine émergés du troupeau, s'acharnaient à n'y plus replonger.

Pendant la guerre, la blouse du chirurgien n'avait comme rivale que la combinaison de l'aviateur. Ces deux pavillons valaient à leur marchandise une vogue inouïe. Chacun de ces messieurs s'environnait d'une cour empressée : vous y figuriez en bonne place, Mesdames les infirmières !

A ce propos, je me suis longtemps demandé la cause de l'attirance que vous ressentiez pour le milieu chirurgical. Il me semblait qu'en somme, le soldat frappé de typhoïde ou de pneumonie, était tout aussi soldat et tout aussi français et tout autant pitoyable que son frère déchiré par un obus.

Or, il n'était pas recherché de plonger celui-là dans le bain ou de lui faire des enveloppements, et l'on se bousculait pour toucher (ne fut-ce que d'assez loin) au pansement de celui-ci.

Celles de vous, Mesdames les infirmières, qui étiez admises à passer le seuil de la salle d'opérations en concevaient un orgueil dont elles ne se remettaient plus. C'est là qu'on vous voyait tendant au dieu une pince ou un écarteur d'un air d'extase : Voici des fruits, des fleurs...

Au fond, ce qui vous tentait, en ces lieux d'angoisse, c'était la vision du sang. Le goût du meurtre et l'appétit de carnage sont ancrés, hélas !, au cœur des humains, et vous vous pressiez autour de la table où geignait un malheureux comme les badauds s'écrasent le nez aux vitres du pharmacien chez qui on a transporté un écrasé.

La blouse blanche est élégante, certes ! Mais tachée de rouge, elle « fait » héroïque.

Mais revenons aux chirurgiens : nos bons apôtres, montés sur le faite, aspiraient à ne plus descendre.

Fi ! les praticiens, les petits médecins qui courent la visite. Quand, des mois durant, on a eu « son service » (ce mot là, à lui tout seul, vous rehausse un homme de dix pouces), quand on a parlé de sa « technique », de « ses élèves ». Comment se mêler encore à ce vil fretin.

Et du jour au lendemain nous eûmes l'ébahissement de voir des troupes de geais, dignement emplumés, se faufiler parmi les paons. Ils avaient déjà acquis quelque prestance à la faveur de leurs « campagnes ». Mais comme c'est toujours par les mauvaises manières que l'on singe le plus vite et le mieux quelqu'un, ils se firent majestueux, un tantinet distants, afin de marquer les positions respectives. Ils prirent soin d'avoir, sur tout cas épineux, un diagnostic finement personnel, dont l'originalité fût, toutefois, assez souple pour s'infléchir (il plie et ne rompt pas), à l'imprévu des circonstances. Enfin ils surent, comme les autres, se faire attendre. Car il n'y a pas d'exemple (en est-il un ? je le demande à la ronde) qu'un chirurgien ne soit pas arrivé au rendez-vous en courant, mais de trois quarts d'heure en retard.

Il se manifesta quelque aigreur parmi les geais demeurés naïvement géais ; peut-être, convenons-en, un peu d'envie ; bref, ce sentiment délicat et complexe que, durant la guerre, le poste de secours régimentaire nourrissait pour l'H. O. E.

Et des représailles se mijoteaient, le poste de secours, riant dans sa barbe avec une indépendance civile fra chement recouvrée (et d'autant plus précieuse) feignait d'ignorer le chemin de l'H. O. E. installé maintenant à mi-distance entre lui et la maison de santé type d'avant-guerre.

Il advint que l'H. O. E. amené à résipiscence par cette attitude, mit les pouces : il vint se promener autour du poste de secours : il jeta bas un peu de sa superbe, fit des avances, scella l'accord de conclusions à l'effigie nouvelle.

Et le poste de secours se confirma dans l'opinion qu'il tenait le bon bout (c'était bien la première fois !) puisque c'est de lui, en définitive, que chacun, même jusqu'aux auto-chirs les plus étincelantes, attendait sa pâtée.

Et il se jura que s'il n'avait qu'un atout dans son jeu, il ne lâcherait du moins pas celui-là.

Ο μυθος δηλρι οτι...

il est prudent, avant de prêcher, de considérer son auditoire.

Messieurs les orateurs, vous n'avez pas goûté mon apologue, n'ayant pas fait la guerre : oui, je

sais, vous avez porté l'uniforme : ce n'est pas la même chose.

Ceux qui l'ont faite et qui connaissaient le poste de secours,humble et déshérité, autrement que par des images de journaux illustrés,m'auront compris : c'est l'essentiel.

Ils sourient un peu en songeant que vous les livrez, grantiloquents prophètes, au mépris du public. Le public ? quel public ?

Certes ! nous ne sommes pas des archanges : seulement des hommes parmi les hommes. Je me demande pourtant jusqu'où il nous faudrait descendre pour que le public d'après-guerre fût en posture de nous accuser son mépris. Il est trop occupé à se désinfecter de ses banquiers véreux, de ses politiciens prévaricateurs,de ses bourgeoises échauffées, de ses littérateurs cyniques, de ses artistes désaxés, de ses garçons qui se vendent, de ses filles qui se louent.

Tout ce monde-là nous mépriserait ? Y penserait-il qu'il n'oserait pas.

Tenez, Messieurs, la vraie cause des tractations (comme vous dites) que vous réprouvez, elle est dans cet état d'esprit que je persiflais tout à l'heure chez certains chirurgiens et qui ne leur est du reste pas particulier. Beaucoup de gens croient se parer d'une morgue qu'ils confondent avec la distinction.

Il est désobligeant pour quiconque d'en être l'objet. Et ce brave praticien retour de la guerre, n'était fichtre ! pas d'humeur à jouer au larbin. Aux premières grimaces des dignitaires de tous grades, ancien et nouveau modèle, en vrai ou en toc, il a donné une verte réplique qui ne lui a pas si mal réussi puisque, comme vous en convenez vous-mêmes, bon nombre ont capitulé et n'ont pas craint de se faire solliciteurs ; et à ce point solliciteurs ; qu'ils se sont battus à coups de surenchères (vous en convenez !) pour conquérir le praticien.

Voyez-vous ; les chirurgiens sont revenus trop nombreux de la guerre. Il y en a à ne plus savoir qu'en faire : la concurrence les met aux prises.

Et mon frère le praticien, ce « tout venant » de la médecine contemple ces rivalités. C'est un spectacle qui l'amuse autant qu'il l'instruit : il le déguste à petits coups, il ne s'en rassasie pas car il se sent devenir un personnage, et la sensation est nouvelle pour lui.

Vanité ? sans doute un peu. Mais auriez-vous le cœur, vous, Messieurs, de lui en faire grief ?

Ce que je trouve chic en lui, moi, c'est qu'il n'a rien demandé : on est venu lui offrir, on est venu le prier d'accepter ce qu'on lui offrait.

Tant d'autres, sans qu'on leur ait rien offert, ont fait tous les pas et toutes les danses qu'il fallait (si débilitantes soient-elles pour la dignité humaine) pour obtenir ces hochets dont on orne en un certain monde, et à des âges où la poussée des dents est pourtant achevée, sa boutonnière, sa manche ou sa carte de visite.

Le praticien, je vous le répète, n'a rien demandé. Et ce qu'on lui offre n'est, en vérité, ni une ristourne ni un pot-de-vin.

Pas plus que ne sont une ristourne, je pense, les couronnes que l'on porte au soldat Inconnu.

On s'avise soudain de dettes gênantes, d'un arriéré à liquider, d'une petite leçon à recueillir, d'une sorte de sacrifice propistitoire à faire.

Sur son frère d'armes, Messieurs les ganaches le praticien n'a, pour son agrément, qu'un petit avantage et un seul : c'est qu'il n'est pas mort, du moins pas encore.

G. Lavalée.

TRANSFORMISME OU CRÉATIONISME ?

L'étude des fossiles découverts dans les couches sédimentaires de l'écorce terrestre permet de constater :

1° Que les différentes classes d'êtres vivants n'ont pas peuplé simultanément la terre.

Celles de ces classes, en particulier, qui constituent l'embranchement des Vertébrés sont apparues dans l'ordre suivant : d'abord, les poissons ; ensuite, les amphibies ; plus tard, les reptiles ; puis, les oiseaux ; enfin les mammifères, dont les derniers représentants ont été le singe et finalement l'homme.

2° Que l'organisation desdits vertébrés est devenue de plus en plus complexe avec l'apparition de leurs classes successives.

Complexité progressive dont il est légitime de conclure que « l'évolution » des êtres vivants ne s'est pas accomplie d'une manière capricieuse et désordonnée.

Comment expliquer cette évolution « ordonnée » ? Peut-on l'attribuer aux forces naturelles, ou doit-on faire intervenir une activité intelligente ? *Transformisme, ou créationisme* ?

Telle est la question que viennent d'aborder deux professeurs éminents : Louis Vialleton, qui enseigna l'embryologie pendant quarante ans à Montpellier (1), et

(1) *L'origine des êtres vivants, l'illusion transformiste*, Paris, Plon, 1929, 20 fr. — Les confrères qui voudront approfondir la question du transformisme liront avec profit ce très remarquable et très savant ouvrage. A une condition toutefois : c'est qu'ils auront devant les yeux deux tableaux, géologique et zoologique, sembla-

M. Max Aron qui l'enseigne à Strasbourg (1).

Dans une étude extrêmement poussée qu'il a faite du transformisme, Vialleton met en lumière les points faibles de cette doctrine, — insistant tout spécialement sur l'inexistence, entre les classes, de formes intermédiaires ou de transition : preuve que ces classes ne dérivent pas l'une de l'autre. Il conclut conséquemment à la nécessité d'admettre « une activité intelligente » (p. 378).

Quant à Max Aron, encore qu'il reconnaisse ces mêmes points faibles — et notamment le fait que l'évolution s'est accomplie par « discontinuités », par « sauts » (p. 869, col. 2), comme aussi cet autre fait (*ibid.*, col 3) que le transformisme n'explique pas le développement d'organes nouveaux (glandes endocrines, poumons, etc.), — il ne conclut pas. Pris entre l'obligation « d'investir » le hasard de tous les privilèges d'une divinité ou de recourir à des expédients finalistes (*ibid.*), c'est-à-dire à un créateur, il s'avoue impuissant à prendre parti : « Il faut », dit-il « en présence de ces abîmes ouverts devant la connaissance, savoir, avec humilité, reconnaître la carence de notre entendement » (p. 870).

En somme, grâce à la neutralité de M. Aron, Vialleton restait le maître du terrain.

***

Mais voici venir un troisième professeur éminent. D'un tout autre genre, il est vrai, puisque c'est de M. J.-L. Faure qu'il s'agit (2).

Lui, contrairement à Max Aron, son siège est fait, il pose des conclusions fermes. Elles sont, au surplus, l'exact contre-pied de celles de Vialleton.

« Echangeant la blouse » du chirurgien « contre l'habit du philosophe », qu'il reproche à Max Aron de n'avoir point revêtu (p. 935, col. 2), il proclame en ces termes lapidaires le résultat de ses longues méditations :

1° « En vérité, où donc éclate la raison dans la constitution du monde ? Où donc l'activité intelligente ? Et quelle singulière façon pour elle de se manifester dans la création volontaire et préméditée de tant d'êtres vivants qui ne font que se dévorer entre eux, et dans une organisation réfléchie du carnage universel » (p. 931, col. 2) !

2° « La génération spontanée, c'est-à-dire la production d'organismes vivants sans germes préalables et par la seule activité des combinaisons et des forces physico-chimiques, n'a jamais été observée... Et cependant elle existe !... Elle s'est manifestée... au moins une fois dans le recul des temps passés ! CAR aujourd'hui la vie peuple la terre. Et il fut un temps où la terre n'était qu'un globe incandescent tournoyant dans l'espace ! » (p. 936, col 2).

Telles sont — flanquées de leurs motifs — les conclusions auxquelles sa philosophie a conduit le Prof. J.-L. Faure.

Et cette philosophie de M. Faure, le point de départ en fut les expériences de Stéphane Leduc, qu'il « a vues, vues de ses yeux » (p. 933, col. 2 et 3 ; p. 934, col. 1) « sur lesquelles », il s'en plaint amèrement, « on fait depuis trente ans la conspiration du silence », et qu'il rappelle en ces quelques mots :

« En jetant un cristal de chlorure de cuivre dans une solution de ferrocyanure de potassium à 4 ou 6 pour cent, on produit des édifices absolument semblables... à des plantes arborescentes, à des algues, à des champignons, à des feuilles de nénuphar, à des coquilles de bivalves » (p. 933, col. 2).

A la première de ces conclusions, qu'on est confondu de lire sous la plume d'un médecin — c'est-à-dire d'un homme qui a étudié l'anatomie et la physiologie, — je me bornerai à opposer cette phrase de l'illustre anatomiste Cruveilhier : « A la vue de cette merveilleuse organisation (de l'homme), où tout a été prévu avec une intelligence et une sagesse infinies... quel anatomiste n'est pas tenté de s'écrier avec Galien *qu'un livre d'anatomie est le plus bel hymne qu'il ait été donné à l'homme de chanter en l'honneur du Créateur* » (1) ?

Quant à la seconde conclusion, son car, que je me suis permis de mettre en vedette, suffit, me semble-t-il, à montrer ce qu'elle pèse. Ce « car » !... Il m'en rappelle un autre, bien effarant aussi, celui-là !... Donc Barbusse, racontant à sa façon, dans son *Jésus* (p. 105), l'épisode évangélique de la femme adultère, termine ainsi son récit : « Elle s'éloigna, car elle avait une robe verte »... De toute évidence, ces deux « car » font la paire.

Pour ce qui est enfin des expériences de Leduc, la soi-disant « conspiration du silence » dont gémit M. Faure s'explique par le fait que, malgré qu'il en ait, elles n'apportent aucun appoint à l'hypothèse de la génération spontanée.

Pour curieux, qu'ils soient, en effet, les

bles à ceux du *Larousse universel*, dans lequel ils trouveront, par surcroît, expliqués tous les termes techniques qui figurent dans ces tableaux.

(1) La Presse médicale : *La conception physico-chimique de la vie et ses limites naturelles*, 16 avril 1930 ; et *Le procès du transformisme*, 25 juin 1930.

(2) La Presse médicale : *Le procès du transformisme*, 9 juillet 1930.

(1) *Traité d'anat. descriptive*, Paris, Asselin, 1862, t. I, p. XXIV.

« édifices » de Leduc ne sont évidemment pas plus probants *quant à l'origine de la vie* que « les admirables efflorescences que dessine le givre sur les vitres de nos maisons pendant les longues nuits d'hiver » et dont M. Faure souligne la « frappante identité de formes avec certaines feuilles à fougère » (p. 933, col. 2), — puisque les uns comme les autres sont dénués des attributs de la vie.

Au point de vue génération spontanée, d'autre part, ces mêmes édifices prouvent moins encore que les efflorescences en question, *dont argue également M. Faure* — et qui sont si manifestement improbantes — puisque celles-ci sont l'œuvre des seules forces naturelles, tandis que les édifices n'auraient pas été construits sans l'intervention d'un expérimentateur.

Comme on le voit, c'est sur du sable mouvant que repose l'échaufaudage philosophique de M. Faure.

***

Je vais, à mon tour, verser au débat quelques considérations qui me semblent suffisantes pour permettre, à elles seules, de conclure dans le sens de Vialleton, et que j'ai déjà publiées dans un ouvrage récent (1). Les trois premières sont empruntées à l'enseignement du Dr PAULESCO, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bucarest (2).

1o L'étude de la biologie permet de constater que les organes des êtres vivants se forment d'après un plan préétabli, « une série de consignes réglées d'avance » (Claude Bernard), et en vue de fonctions déterminées qui concourent à un but commun : la subsistance de l'individu et la reproduction de l'espèce.

De cette constatation ressort donc évidente la preuve de la finalité vitale. Or, l'admirable adaptation des organes aux fonctions qu'ils remplissent indique manifestement que cette finalité a été *conçue et voulue* ; qu'elle est, par suite, l'effet, non du hasard, mais d'une cause présentant à un suprême degré l'esprit de sagesse (3).

L'existence de cette cause une fois établie, il pourra sembler oiseux de reprendre à partie la génération spontanée et le transformisme. Je vais néanmoins montrer, avec le Prof. Paulesco, que ni l'une ni l'autre ne tiennent devant la Science.

2o L'hypothèse de la génération spontanée est en contradiction formelle avec les faits bien établis que voici :

La substance vivante est une matière albuminoïde qui, de toute évidence, se forme aux dépens d'éléments chimiques (C, H, O, A) empruntés à la matière brute. Or :

D'une part, il est impossible de fabriquer chimiquement de l'albumine ; et y réussirait-on un jour, qu'il y manquerait encore et toujours cet on ne sait quoi, ce feu du Ciel, qui est la vie.

D'autre part, il est admis qu'aujourd'hui aucun être vivant, même parmi les êtres microscopiques les plus inférieurs, ne naît spontanément de la matière brute. Pasteur l'a démontré de façon irréfutable, et les savants les plus qualifiés se sont inclinés devant ses mémorables expériences.

Voici, en particulier, comment en 1904 et 1905 — soit respectivement quatre et cinq ans après les expériences de Leduc, — deux Maîtres de la physiologie ont jugé l'hypothèse dont M. Faure est l'apôtre attardé :

« Pasteur, a dit Dastre, a donné le dernier coup à l'hypothèse de la génération spontanée de l'être vivant, en montrant que les micro-organismes les plus simples obéissent à la loi générale qui veut que l'être vivant ne se forme que par *filiation*, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un organisme vivant préexistant » (1).

Depuis, Ch. Richet a dit dans le même sens : « Le mot *génération spontanée* n'a plus qu'un intérêt historique... Aujourd'hui, *il n'est plus un seul physiologiste qui ose soutenir l'idée de la génération spontanée* » (2).

Seul parmi les biologistes, l'Allemand Haeckel, est resté obstinément fidèle à cette hypothèse périmée. Pour tâcher de la « renflouer », il a, comme on sait, imaginé sa fameuse « monère » autour de laquelle on a mené si grand bruit... et dont l'existence est encore à démontrer.

Cette monère, cellule hypothétique, *incolore et sans noyau,* de laquelle dériveraient tous les autres êtres vivants, serait, d'après lui, résultée de la combinaison *fortuite* du carbone avec les éléments de l'eau et l'azote. — Or, en admettant qu'elle ait pu naître ainsi par génération spontanée, elle n'eût pas été viable, parce qu'incapable de fabriquer les hydrates de carbone indispensables à sa nutrition.

Ces substances, en effet, seules les plantes *vertes* peuvent les former, grâce à leur chlorophylle, en utilisant l'énergie solaire pour décomposer l'acide carbonique de l'air et en fixer le carbone, qu'elles combinent aux éléments de l'eau. La monère n'aurait donc pu vivre qu'en utilisant, — comme font les

(1) *Voilà nos bergers... Jésus devant la Science,* par le Dr Emile VÉRUT. (Paris, Maloine. (Voir *Le Concours Médical*, 13 février 1929, art. du Dr Duchesne).

(2) Dr PAULESCO. — *Des notions « âme » et « Dieu » en physiologie.* (Paris, Jouandeaux, 1905.)

(3) Le simple bon sens avait déjà fait dire à Voltaire : « C'est se boucher les yeux et l'entendement que de prétendre qu'il n'y a aucun dessein dans la nature ; et s'il y a du dessein, il y a une cause intelligente. » (*Dictionn. philos.*, art. *Causes finales.*)

(1) *La vie et la mort.* (Paris, 1904, p. 242.)

(2) *Dictionn. de physiologie*, art. *Génération spontanée,* (Paris, 1905, t. VII, p. 73.)

autres êtres à protoplasma incolore (champignons, microbes, animaux), — les hydrates de carbone fabriqués par les végétaux verts préexistants. En conséquence, elle n'aurait pu être le premier être vivant qui ait paru sur la terre.

Cette hypothèse de la monère, au surplus, s'évanouit devant le fait que, jusqu'ici, malgré les progrès de la technique microscopique, on n'a pu trouver de cellule *sans noyau.*

3° Le transformisme, lui aussi, est en contradiction formelle avec des faits bien établis.

D'une part, en effet, il n'y a aucun exemple de la transformation d'une espèce actuelle en une autre espèce actuelle.

D'autre part, depuis le début de la période historique jusqu'à nos jours, — c'est-à-dire depuis des milliers d'années — il n'y a pas davantage d'exemple de la transformation d'une espèce en une autre ni de l'apparition d'une espèce nouvelle.

On ne peut donc plus soutenir sérieusement que l'homme descend du singe ou en est un « frère arrivé ». Et l'on ne doit plus hésiter à conclure : d'une part, à l'immutabilité des espèces, confirmée par l'inexistence de formes de transition entre elles ; et conséquemment, d'autre part, à l'impossibilité d'expliquer leur évolution « ordonnée » autrement que par un « Ordonnateur ».

A ces considérations j'ajouterai, pour mon compte, celle-ci :

L'observation, soixante années durant, des merveilleuses manifestations de l'instinct chez les insectes a conduit notre incomparable entomologiste Fabre aux mêmes conclusions que Vialleton et Paulesco.

Que sont, en effet, ses dix volumes de *souvenirs entomologiques*, sinon un long réquisitoire contre le transformisme, une suite de « coups d'épingle » donnés à « cette énorme et lumineuse vessie pour la dégonfler et la faire apparaître dans son inanité ». — Comme aussi l'affirmation d'un « ordre préétabli », de « l'ineffable logique qui régente le monde », de « l'intelligence qui rayonne derrière le mystère des choses » ? (1)

S'il faut en croire Fabre, d'ailleurs, la lecture de ses premières observations par Darwin, trois ans avant sa mort, « avait laissé anxieux » le naturaliste anglais, avec qui il correspondait ; et, s'il eût connu celles qui suivirent, « son anxiété serait sans doute devenue franc aveu d'impuissance à faire rentrer l'instinct dans le moule de sa formule » (1). — C'est qu'en effet la solution du problème de l'instinct est une des grosses pierres d'achoppement du transformisme.

(1) *Souvenirs entomologiques.* Paris, Delagrave, 1924, t. I., p. 255 et t. II., p. 103 et 215.

Confrères qu'auraient impressionnés — ou troublés — les hésitations de M. Aron ou les affirmations de M. Faure, croyez-m'en, lisez Fabre !

***

Pour terminer, je conclus :

1° *La génération spontanée* est une hypothèse qui ne repose sur rien, et donc ne peut être invoquée pour expliquer l'origine de la vie ;

2° Le transformisme n'explique pas l'évolution ordonnée des êtres vivants ;

3° Dans l'état actuel de nos connaissances, seul le créationisme permet de comprendre et l'origine de la vie et l'évolution des êtres vivants.

Emile VÉRUT,
de Charly (Aisne).

***

Le Dr Emile Vérut a fait une critique indiscutablement très complète du transformisme et nous le félicitons sincèrement de ce travail. Nous nous permettrons de lui rappeler que le sujet de l'évolution a été traité dans ce journal avec plus d'ampleur, il y a un an environ, à propos d'une leçon du Professeur ANTHONY, au Muséum d'histoire naturelle. Cette leçon avait été faite en l'honneur du Centenaire de la mort de Lamarck. Il est certain que le lamarckisme n'est pas à l'abri de toute objection, mais c'est son explication de l'adaptation qui est la plus séduisante. H. de Viriès, établissant la doctrine des mutations, M. L. Cuénot avec la théorie de la préadaptation. Alexis Jordan, en démontrant que de nombreuses variations d'espèce étaient de simples apparences, Ch. Nandin et G. Mendel, par leur étude expérimentale de l'hybridité, les lois que Mendel a formulées sur l'hérédité, lois qui ne sont d'ailleurs pas universelles, ont montré que les questions du transformisme et de l'évolution sont infiniment plus complexes que Lamarck, Darwin et leurs disciples l'avaient cru tout d'abord. Avouons donc sur ce point notre ignorance relative.

Quant au créationisme, ce n'est pas une doctrine scientifique, c'est une croyance. Or, la foi en une croyance ne saurait se discuter. On croit ou on ne croit pas et il n'y a pas d'arguments pour ou contre à fournir à ce sujet.

J. NOIR.

(1) *Ibid.*, t. IV, p. 240.

Variétés

LES MÉDECINS (1)

Comment nous juge un Humoriste.

Paul Reboux

Dans les rapports avec les médecins, il faut se rappeler que ces pontifes de la thérapeutique voient par jour dix ou vingt malades.

Chacun de ceux-ci s'imagine que son cas offre pour le médecin, un intérêt passionnant, et en rapporte les détails avec une débordante abondance.

Mais le médecin, après vous avoir accordé quelques minutes d'attention, comme il se doit, ne tarde pas, si vous êtes excessivement prolixe, à laisser vagabonder sa pensée. Il songera à sa petite amie ou à la manière dont il pourra frauder le fisc.

Si bien que vous risquez, en voulant trop expliquer, de faire comprendre toute autre chose et de provoquer l'ordonnance d'un traitement contraire à votre cas.

Le docteur sait bien que les remèdes ne vous guériront point. Mais il sait aussi que s'il ne vous en prescrivait aucun, vous l'accuseriez d'ignorance. La plupart des spécialités qu'on vend aujourd'hui et que les médecins recommandent sont sans aucun effet. Dieu merci, elles ne peuvent nuire à personne. N'importe. Il ne faut pas que votre docteur prescrive un gargarisme si vous êtes gastralgique ou des frictions aux mollets si vous avez un rhume de cerveau. A moins qu'il ne le fasse avec une autorité impressionnante. Auquel cas il pourrait tout de même bien arriver à vous guérir par ces remèdes-là.

Le plus souvent si vous avez contenu votre verve et borné vos renseignements, il vous ordonnera ce qu'il est d'usage de recommander pour accompagner en sourdine l'évolution naturelle d'une maladie. C'est tout ce que vous pouvez attendre de mieux du pauvre homme que vous avez obligé à gravir vos étages et à entrer dans votre chambre tiède et fétide.

Autre recommandation essentielle ; ne cherchez à faire expliquer ni les raisons de votre mal ni celles du traitement. Vous mettriez alors le médecin dans l'obligation ou d'avouer son ignorance, ou d'imaginer des fantaisies. Dans votre propre intérêt, conservez-lui son prestige.

Le médecin qui vous a rendu visite vous enverra après quelques semaines la note de ses honoraires. Payez par chèque aussitôt, en joignant au chèque un mot de remerciement.

Si vous allez consulter un docteur nouveau, préparez des billets neufs et une enveloppe. Renseignez-vous, pendant que le docteur commence l'ordonnance, sur le prix de la consultation. Et disposez visiblement l'enveloppe garnie sur le bureau.

Que les femmes ne croient pas décent de montrer une pudeur effarouchée. L'homme de science qu'elles vont visiter ne voit en chacune d'elles qu'une malade. Qu'elles consultent une doctoresse, si un homme les effarouche. Mais qu'elles ne croient pas donner des signes de vertu par de petites mines et de petites manières.

Les docteurs, beaucoup plus souvent qu'on ne croit, sont indifférents à leurs malades, de même que les peintres sont indifférents à leurs modèles.

Pour un médecin, si beau garçon qu'il puisse être, la cliente ne correspond qu'à une fiche et à une occasion de bénéfices. Qu'elle ne se flatte pas d'autre chose.

Quand un médecin vous a invité à dîner, vous pouvez lui parler de maladies, sauf des vôtres, cela va de soi. Il est l'hôte. Il se doit de vous plaire et de traiter les sujets qui vous intéressent.

Quant un médecin est reçu chez vous, ne lui parlez jamais de médecine. Vous êtes l'hôte. Vous vous devez de plaire à vos invités en les distrayant de leurs occupations et de leurs préoccupations habituelles.

(1) *Le Nouveau Savoir-Vivre*, Flammarion, éditeur, Paris.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXV. — **Les poèmes de T'ao Ts'ien**, traduits du chinois par LIANG TSONG TAI, avec trois eaux fortes originales de Sanyu et un portrait du poète d'après Hwang Shen. Préface de Paul VALÉRY, de l'Académie française. Un vol. 25 × 32 tiré à 296 ex. numérotés sur vélin d'Arches à la forme. Ed. Lemarget, Paris, 1930.

Je suis voué, aujourd'hui, à vous parler de Monsieur Valéry puisque le livre de Blanche, va, tout à l'heure me ramener aussi incidemment à lui. Et dès maintenant, il ne m'est guère possible de présenter les poèmes de T. sans m'arrêter à la préface qui les éclaire, et dont Monsieur Valéry est l'auteur.

Je m'y arrête d'ailleurs volontiers car elle contient un commentaire très personnel du sens et des nécessités de la poésie. Pour les exposer, Monsieur Valéry a usé d'un tour de pensée d'une limpidité transparente : le commerce des Célestes est plein de subtiles compensations !

Pour des raisons plus spécieuses un passage de la préface a retenu plus égoïstement mon attention. Quand je vous ai rendu compte du *Tantale* (1), je vous ai signalé les brocards émoussés que l'auteur du roman décochait aux médecins. Monsieur Abel Hermant triomphe ainsi aisément des Diafoirus (c'est « nous » !) et de quelques clercs de lettres parfois injustement maltraités mais que le ciel oublia de doter de l'esprit de repartie. Mais il ne se « *vantera* » pas, dans la chronique hebdomadaire (où il mène de front le bon et le mauvais combat pour la défense..... et l'illustration de la langue française) du jugement que Monsieur Valéry porte sur la grammaire (page 14, *in fine*)..... et sur les grammates. Il laissa déjà autrefois sans réponse une attaque sans aménité de Monsieur Louis Bertrand — de l'Académie —, sur le même thème. Il lui est plus facile de prodiguer ses sarcasmes au fretin des contradicteurs qui tendent, prêt, le bas du dos ou dont la petite taille rassure sa grandeur. Voici le texte :

« *J'ai adopté le système de considérer sur toute chose, dans les textes qu'il faut bien que je juge, leur langage même et son harmonie.*

Ce n'est pas que je m'inquiète fort de la correction grammaticale toute sèche : orthographe et accords sont des observances de pure vanité, qui n'engagent pas les vrais intérêts du discours et qui n'ont rien à faire avec les valeurs vives de l'esprit. Elles n'importent qu'aux ambitions les plus restreintes. L'orthographe est enfant du hasard ; les accords n'ont rien d'essentiel : divers peuples s'en passent. Mais il existe un sentiment du poids et des puissances des mots..... »

(1) Tantale, roman, par M. Abel Hermant. Ed. Flammarion, Paris, 1930.

Les diversions grammaticales, nonobstant leur intérêt, nous éloignent des poèmes de T. Je les ai lus avec un vif intérêt : le traducteur a eu le mérite de choisir dans notre langue des mots *simples* (je n'ai trouvé qu'un : « fauteuil », égaré !), probablement les plus aptes à rendre cette richesse spirituelle naturelle qu'il dit exister dans l'œuvre dont il nous offre une attachante transcription, et qui fut écrite vers 380 après J.-C. — Les pensées y sont nues de surprenante façon et l'illustrateur qui a gravé les eaux fortes a parfaitement saisi l'élévation qu'elles glissent sournoisement en nous. Ses trois dessins s'achèvent aux arrières-plans en lignes ascensionnelles aiguës, d'un schématisme impressionnant : dans leur fond sévère, en teintes neutres, traversé par les lignes figées de frondaisons strictes et stylisées, je me demande par quel artifice secret l'artiste a créé cette impression d'attente qui sera comblée.

Pensée et image s'accordent ainsi, harmonieusement sous notre regard : sphinx hiératiques, muets aux yeux clos pour poser à notre entendement l'insoluble énigme de la continuité des arts : passés et vivants à travers les âges et les races.

Restait pour les éditeurs, la tâche ardue d'adapter leur présentation à cette symbolique et pure assonance. Ils s'y employèrent avec une virtuosité de maîtres de leur technique. Pour la préface de Monsieur Valéry, ils ont pris des lettres un peu penchées. Pour le plein-texte, ils ont choisi de gros caractères déliés, d'un dessin très pur, amples comme ceux du temps où l'on avait loisir d'aimer les livres. Les larges blancs du beau papier, franchement entamés par d'harmonieuses capitales rouges bien équilibrées en tête de chaque poème, accentuent cette impression d'*ensemble* de sereine ordonnance, de simplicité poétique, vigoureuse comme ces grosses écritures appuyées, sincères, appliquées, d'enfants encore tout près de la source alphabétique, où se réfléchit peut être depuis toujours, l'écho du chant mystérieux des monades sauvages ou des muses attiques, errant dans le monde à la recherche des poètes, qui seuls entendent et déchiffrent la cadence ailée de leurs chansons.

CCXVI. — Jacques-Emile BLANCHE. — **Aymeris.** Edition définitive. Roman, avec préface d'André MAUROIS. Un vol. 12 × 19. Ed. Plon, Paris, 1930.

L'auteur, peintre célèbre, est le fils de l'illustre aliéniste. Le roman qu'il a *rédigé en* 1914, et dont les éditions Plon nous donnent la version définitive parut bien, après la guerre, à tirage restreint, mais pratiquement on peut considérer

cette édition comme la première de l'œuvre. Pour la préface, Monsieur Maurois, si j'ose dire, ne s'est rien cassé : le livre méritait mieux. Car, si dès les premières pages on se sent « dépaysé », à mesure qu'on se familiarise avec l'œuvre sa forte ossature psychologique lui donne une tenue impressionnante. Il est bien vrai que d'une génération à l'autre « le sens des mots change », et cette enfance d'Aymeris nous surprend, par la précise évocation de ce passé si proche, fin du second Empire, au temps des lampes Carcel sous l'abat-jour de porcelaine verte. Georges Aymeris, dernier représentant de cette *gens* Aymeris, rigide, bourgeoisement austère est tout différent des héros du roman contemporain, mais à partir du moment où son existence en déroute, tourmentée dans une perpétuelle tempête devient une aventure *humaine*, elle n'a plus d'époque et il devient ridicule d'assimiler cette fatalité déchaînée aux mièvres aventures que Monsieur Proust écrivait avec une pâte à berlingots dont le fil oncques ne cassa ! Il est facile d'écrire des bêtises en entr'ouvrant simplement un livre avant d'en parler : le début d'Aymeris, semble composé de pages fanées, fleurs d'herbier sans couleurs et parfums morts, c'est entendu ; mais à partir de l'entrée en scène de Cynthia, c'est du Proust tout comme si le Proust est du Maupassant. La technique du livre est curieuse. La vie du héros est décomposée en *panneaux* avec, pour chacun une figure centrale de femme : il n'est pas possible de ne pas y voir une étonnante inspiration picturale et un souci de *méthode*, bien rare dans les œuvres jetées à la presse sans souci de la correction par des moins de trente ans décidés. J'espère que cette sagesse de l'auteur lui vaudra parmi nous de nombreux lecteurs, moins préoccupés du bruit fait autour d'un livre que de sa qualité réelle. J'y ai fait une amusante rencontre : mettez-vous aux pages 315 et 316, puis reprenez le « *Choses Tues* » (1) aux pages 122 et 123. La conjonction des impressions identiques est frappante ; peut-être pose-t-elle en réalité la question de savoir s'il n'existe pas une entité artistique accessible et compréhensible de façon *unique* aux esprits que leur richesse met à l'abri automatiquement des tentations du plagiat. Les diversions me réussissent mal aujourd'hui : revenons au livre. A partir de cette rencontre romantique sur le Pont de Londres (je parle de la rencontre d'Aymeris et de Rosemary), l'action prend un rythme accéléré. L'ambiance de malédiction va peser sur le malheureux qui arrivera, dans l'épilogue, à cette lâcheté physique soudaine d'une sensibilité meurtrie : au suicide. On a reproché à cet épilogue son manque de clarté : il y a des gens à qui (tant je suis charitable), j'ai envie de « payer » une paire de bésicles de ma marque ! ! Ils n'ont pas vu la réaction psychologique *très* juste qu'à *dessinée* l'auteur : ils se sont arrêtés à la banalité apparente du dénouement qu'ils ont pris pour celui d'un mélodrame, comme ils ont pris pour du Proust, cette délicate exactitude des portraits dans la première partie du livre. Ils n'ont pas réfléchi que, dans l'analyse de Blanche dormait tout l'atavisme professionnellement inquisitorial du *docteur* Blanche et que c'était cet atavisme qui avait ébauché à grands traits la silhouette maudite d'Aymeris, ce grand artiste qui n'avait pas ployé sous de graves douleurs, et qui trébuche sur une insignifiante contrariété, qui succombe parce qu'un soir de dimanche, dans un wagon retour de banlieue, il ne *peut* pas supporter la joie grasse de filles et de voyous qui « sentent » le peuple.

(1) Choses tues, par Paul Valéry. Ed. Lapina, Paris, 1930.

CCXVII. — **Revues.**

L'*Archer* (1), continue sa brillante carrière, Fondée par notre ami, le docteur Voivenel, la revue (du format et du volume approximatif du Mercure) est rédigée avec un éclectisme très sûr. Dans le numéro de décembre : les Plantes Miraculeuses. Pol Neveux chez les Vingt. — Une visite au Musée Ingres, etc., et de substantielles chroniques.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

P. S. — Je vous avais dit au printemps dernier tout le bien que je pensais du livre qui vient de recevoir le prix Femina : je n'y « reviens » pas.

(1) *L'Archer*, revue mensuelle. Bureaux : 23, rue Marbeuf, Paris.

ÉCHOS DE PRESSE

M. Pierre Tuc lit avec application et persévérance le *Concours Médical.* Nous sommes flattés de cet honneur. Nous le sommes moins des bévues qu'il nous prête, à nouveau, dans la Revue de la Presse de l'*Action française* du 27 décembre 1930. Son typographe (ce ne peut être que le typo, imprégné de l'atmosphère ambiante) a malencontreusement déformé, en le reproduisant, notre original ; et, où nous écrivions : « *consonnances* » il imprime : « *convenances* » ! Ce mot substitué, a, dans la nouvelle phrase la gracieuse opportunité du cheveu sur le potage (disons *potage* ; ce doit être plus douairière). Voilà pour la forme.

M. Tuc se réserve le traitement du fond. Il continue, contre toute exactitude, à ergoter, en déviant la question, autour du « provençal », (gravé avec beaucoup plus de bonheur par la plume-tabou de son directeur politique). Il déformait à plaisir notre texte primitif (où il était question de langue *qui meurt* et non de langue *morte*) ; il traduit maintenant à rebours le sens de notre première mise au point. Le tout est assaisonné de gros sel, de très gros sel pour permettre à *tous* les lecteurs, même aux plus distingués, de rire et de saisir la finesse des traits. Nous sommes heureux que cette seconde rectification nous permette de confier à M. Tuc que même avant sa joyeuse petite plaisanterie-démonstration du 27 décembre, nous étions fortement convaincus que la bonne foi, la probité littéraire et la mesure sont à la base de toutes les polémiques de son journal, tout parfumé de trifiliale courtoisie.

De la part de l'Homme aux Bésicles (au nom en toc), à Monsieur Tuc, à cause du tic, qui du tac au tac, m'obligea toujours à remercier les conseillers bénévoles que je croise sur mon chemin.

Jean Séval.
Membre de l'Association de la Critique Littéraire.

AUTOUR DES THÉATRES

Renaissance : « **La Chienne** ». — *Nouveautés* : « **Femme de minuit** ». — *Théâtre de l'Etoile* : « **Homicide** ». — *Châtelet* « **Sidonie Panache** ». — *Palais-Royal* « **Le dessous de la robe** ». — *Porte-Saint-Martin* : « **David Golder** ». — *Grand Guignol* : « **Dix ans et une seconde** ». — *Gaîté Lyrique* : « **Véronique** »

Les bonnes soirées à passer au Théâtre ne sont pas rares en cette saison, j'en veux signaler quelques-unes.

A la Renaissance « *La Chienne* » mélodrame de Mouezy-Eon tiré d'un roman de la Fouchardière. Utilisation très heureuse du décor tournant sujet assez brutal et réaliste. Aux *Nouveautés* « *Femme de Minuit* » par André Barde, opérette dramatique, presque un vaudeville à couplets, musique agréable et d'un sentiment précis. L'« *Homicide* » au Theatre de l'Etoile confirme la tendance dramatique de la saison : Recherche de l'aigu dans les caractères et dans les mœurs, en poussant dans la note paroxystique et parfois cruelle et vers le sens de la beauté les éléments de l'émotion. Au Chatelet « *Sidonie Panache,* grand spectacle divertissant de Willemetz et Mouezy-Eon, Musique de Szule, interprétée remarquablement par Edmée Favart. Le Châtelet paraît avoir monté d'un très gros point. Il ne lui manque que d'être plus hospitalier à la Critique... cela viendra. Au Palais Royal, P. Veber et Madis avec « *Les dessous de la robe* ». Il s'agit de robes d'avocat portées par le mari et par la femme et c'est du bon Palais-Royal sans nouveautés et sans excès. La Porte Saint-Martin avec « *David Golder* » continue la série dramatique : M. Nozière a adapté à la scène le roman de Madame Nemirowski et Harry Bauer prête à cet effort difficile le concours de son très beau talent.

Au Grand Guignol, « *Dix ans et une seconde* » de M. Schiffer renouvellent de façon curieuse l'affiche de M. Jack Jouvin. Ce que pourrait avoir d'étrange cette curieuse pièce ne peut lui être reproché puisque c'est justement le Caractère de ce théâtre et la soirée actuelle n'est inférieure à aucune de celles de l'histoire du grand Guignol.

Très belle reprise de « *Véronique* » au Théâtre de la Gaité Lyrique : J'ai eu la bonne fortune aux temps héroïques de cette pièce, d'entendre dans les rôles principaux, Mme Edmée Favart et Cavell et M. Jean Perier : contrairement à mes appréhensions, je suis sorti sans la moindre déception sur une impression différente de celle d'autrefois et presque égale en qualité : Mesdames Rosalia Lambrecht, Germaine Corney et Maggy Varna avec M. Gilbert Morin ont fait un très bel effort auquel il n'a peut être manqué que d'avoir entendu leurs devanciers dans les mêmes rôles pour les accentuer dans un mode parallèle.

C'est sur le joli décor de la boutique du grand fleuriste Coquenard et sur un essaim de gracieuses vendeuses que le rideau se lève : Coquenard (dont le rôle, autrefois tenu par M. Oudart alors à ses

débuts fut, pour ce bel artiste, l'origine d'une carrière brillante), espère être incessamment élu Capitaine de la Garde nationale et attend avec impatience et anxiété l'arrivée du messager qui lui apportera la bonne nouvelle.

Naturellement, Coquenard est un mari trompé et sa femme, à la personnalité physique de laquelle Mlle Maggy Varna apporte toute la séduction qu'il faut, le trompe abondamment avec le Vicomte Florestan de Valincourt, mais elle est triste parce que le Vicomte doit le soir même au Bal des Tuileries être présenté à Mlle de Solanges, la fiancée que lui a choisi l'empereur III^e^.

Voici Florestan, il arrive dans la boutique accompagné d'un groupe d'amis auxquel les demoiselles de magasin font l'accueil empressé et affectueux qu'on peut imaginer ; tout doucement il explique à sa maîtresse que s'il se marie ce n'est qu'afin d'éviter la prison pour dettes assisté qu'il est .... discrètement ... en ce moment, même d'un recors qui n'est autre que le Baron des Merlettes, momentanément ruiné par les femmes et que remettra pour quelque temps à flot la grosse prime que lui vaudra le Mariage de Florestan.

Mademoiselle de Solange et sa tante : Comtesse Ermerande de Champ d'Azur, grande dame de la Cour, sont entrées dans la boutique pour acheter des fleurs : Un valet de pied porte leurs cartons : c'est l'inimitable Allard, tout pétri d'un comique spécial, chanteur, mime et danseur à la naïveté vaniteuse duquel les demoiselles du magasin font un accueil à la fois musical, ironique et dansant qui force le rire. Il est impatient de voir repartir ses nobles maîtresses car à midi il se marie avec la jolie Denise et sa noce se fait en banlieue, il ne peut s'empêcher de laisser éclater sa hâte alors qu'au contraire ces dames ne sont guère pressées.

Hélène de Solanges qui a aperçu Florestan, désire entendre indiscrètement cachée derrière des gerbes de fleurs en compagnie de son ardente tante (à laquelle le mariage a laissé le souvenir d'appétits fougueux et d'amoureuses pensées que sa haute situation à la Cour l'oblige à réfréner) ce que Florestan et Madame Coquenard peuvent avoir de mystérieux à se dire. Après avoir tout entendu elle décide, pour rendre la pareille par avance à Florestan, de se faire aimer de lui incognito. Elle va se faire engager avec sa tante par Coquenard qui cherche deux vendeuses, et c'est au moment où Florestan ayant acheté toutes les fleurs du magasin et pour voir sourire Mme Coquenard, emmène tout le personnel déjeuner à ses frais à Romainville, qu'elles viennent se présenter et sont agréées sous le nom d'Estelle et Véronique, par un Coquenard excité qui vient de recevoir sa nomination de Capitaine de la Garde nationale.

L'air saillant de cet acte : «c'est Estelle et Véronique, Monsieur prenez-nous » est fort bien chanté avec entrain et dans une belle tenue musicale, les costumes de Mlle Corney et de Mme Lambrecht y sont particulièrement réussis.

C'est à Romainville, au restaurant du Tournebride que la fête continue : la noce de Séraphin, par un hasard nécessaire et heureux se fait justement là ... Florestan s'est emparé de Véronique, Coquenard serre de près Estelle et des Merlettes jette son dévolu sur Madame Coquenard. Un joli petit âne gris à sabots rouges tout empanaché et harnaché de rouge et de gris porte la gracieuse Véronique qu'il vient de promener dans les bois, la scène est élégante et gaie, une escarpolette vide se balance du côté Cour.

Le duo de Florestan et Véronique : « va chemine, va trottine, va petit âne, un picotin te récompensera » ne rend pas ici musicalement tout ce que la scène a de charme. Il semble que les vers n'en soient pas suffisamment secondés, détachés, rythmés et j'estime qu'à une accentuation plus sûre dans la cadence et la nettetté, il y aurait à gagner : ceci est à la fois une question de diction et de volonté du chef d'orchestre...

Cependant que tout le groupe déjeune dans un bosquet voisin, Florestan, décidément conquis par Véronique, reste en scène avec elle et la balance sur l'escarpolette.

Les couplets de l'escarpolette sont bien chantés et tant par l'harmonie des costumes (celui de Véronique particulièrement réussi), que par celle des voix, portent en charme sur le public.

Et voici que les invités de la Noce de Séraphin, après une promenade en forêt où le mari à quelque peu chiffonné sa jolie Denise, sont revenus dans le jardin pour y danser au son des violons. Coquenard, en ambassadeur, vient vers Séraphin afin qu'en échange du champagne (qu'à tous offrira Florestan) sa compagnie puisse profiter des musiciens. Rencontre burlesque au cours des contredanses de Séraphin et de ses « Bourgeoises » qui lui interdisent de les reconnaître.

Florestan emballé voulant garder Véronique jusqu'au soir, a décommandé les voitures ; grand embarras d'Estelle et de Véronique qui doivent être aux Tuileries pour la soirée ... En augmentant la dot de Denise et faisant à la tante Benoist un cadeau, Véronique obtient qu'il y ait substitution de personnes dans la voiture où Séraphin croît ramener à Paris sa femme et sa tante. Les nobles dames dont la plus âgée a giflé Séraphin qui se permettait en cours de route certaines privautés seront sauvées.

Aux Tuileries, dans les somptueux salons où se déroule le 3^e^ acte, nous retrouvons Séraphin qui pour le début de sa nuit de noces est chargé de passer les rafraîchissements, et s'en acquitte de la manière pittoresque qu'on peut deviner, le Capitaine et Madame Coquenard ont été invités à la soirée en raison du nouveau grade du Capitaine.

La comtesse de Champ d'Azur est rêveuse,

elle songe aux heures passées à Romainville et au beau Coquenard si entreprenant,

Elle chante en s'accompagnant de la Harpe et son succès est complet : costume, attitude, voix, jeux d'expression sont mis au point à l'extrême par Madame Rosalia Lambrecht : des anciennes représentations de Véronique j'avais retenu les couplets du Petit âne et de l'escarpolette, mais aujourd'hui, ceux de la Harpe ont nettement pris place et fait passer les autres au second plan.

Si j'insiste sur ce point, c'est que ces couplets avaient jusqu'à ce jour, en raison de leur difficulté vocale, été régulièrement coupés dans les représentations, même de gala, de la Gaité Lyrique. La présentation actuelle de Véronique a donc de ce fait un caractère de nouveauté qui modifie en mieux encore le caractère de l'ensemble et le complète en conformité de la pensée de l'auteur. ... Et voici que « Mademoiselle Hélène de Solanges », dans une toilette soigneusement impeccable, révèlent à Madame Coquenard sa véritable identité ; Coquenard lui-même apprend qu'Estelle est en réalité, la Haute et noble Ermerance de Champ d'Azur et tous les deux racontent à Véronique que Florestan a été conduit à la Prison de Clichy où il est retenu pour dettes. Désespoir de la jeune fille qui fait le nécessaire pour que soient payées les dettes de celui qu'elle aime et qui doit devenir son fiancé.

Malgré ses promesses de discrétion, lorsqu'un instant après apparaît Florestan (que des Merlettes avait prudemment conduit chez lui afin d'endosser son frac au lieu de le mener à Clichy) la toujours jalouse Madame Coquenard ne peut retenir de lui dire comment Véronique s'est jouée de lui ... Et Florestan, après les forts jolis couplets bien détaillés dans lesquels il lui déclare qu'« Estelle n'est pas Véronique » et qu'aucun mariage n'est possible entre eux ne la laisse livrée à son chagrin et à ses tristes réflexions sur la sottise des femmes que le temps strictement nécessaire pour revenir bien vite lui offrir son bras et la conduire vers l'empereur ... Coquenard, avec « son bonnet à poil ... qui le gêne » a l'âme joyeuse parce que la tante Ermerance aux bras de laquelle il avait confié ce beau bonnet à poil si gênant, qui lui coupait la parole et la mémoire, ne le lui a rendu qu'après en avoir arraché une touffe de poils qu'elle a cachée dans son sein et peut-être aussi parce qu'il lui semble que malgré la cour que lui fait des Merlettes redevenu Baron et homme du Monde, Madame Coquenard fière de son Capitaine, de ses relations et de ses succès est redevenue toute sienne »...

Dr G. Polème.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LE TRAITEMENT CHRONIQUE, INTERMITTENT ET RÉGULIER DE LA SYPHILIS DOIT RESTER LA BASE, NON SEULEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE MAIS AUSSI DE LA PROPHYLAXIE DE CETTE MALADIE

Par MM. les professeurs J. Nicolas et J. Gate, de Lyon.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Office national d'hygiène sociale. 26, boulevard de Vaugirard, Paris, 15e.

Après avoir rappelé que, pour que la prophylaxie antivénérienne soit vraiment efficace, il faut que deux conditions soient parfaitement remplies ; que la première de ces conditions, c'est que tous les vénériens comprennent que leur intérêt personnel immédiat, et aussi l'intérêt sacré de leur famille et de la société, leur commandent de se faire examiner et soigner sans retard, — les dispensaires antivénériens offrant à cet égard d'indiscutables avantages, que nous reconnaissons très volontiers à la condition qu'ils fonctionnent en accord avec le corps des praticiens, les auteurs continuent en ces termes :

« La deuxième de ces conditions, c'est qu'on s'entende en ce qui concerne la syphilis sur la façon dont doit être conduite la thérapeutique. Nous ne pouvons et ne voulons envisager ici en détail cette question, qui, du reste, est du domaine de la discussion scientifique. Il importe cependant que les praticiens soient éclairés sur le danger de certaines illusions et il n'importe pas moins que les malades sachent ce qu'ils peuvent demander à la thérapeutique.

On a dit et répété partout il y a quelques années que la syphilis était facilement et définitivement curable. En soutenant cette formule, les médecins et les hygiénistes, qui la prenaient à leur compte, avaient la double excuse de la croire vraie et de penser faire œuvre prophylactique utile en promettant aux malades assidus et dociles une guérison rapide et définitive. Le malheur c'est que le temps s'est chargé de démontrer que l'on avait eu dans l'action de la thérapeutique une foi trop absolue. Ceci ne veut

pas dire que la syphilis n'est jamais curable. Nous croyons pour notre part qu'elle peut l'être, quand elle est prise à son extrême début, quelques jours après l'apparition du chancre, avant toute réaction sérologique, et peut-être aussi dans des syphilis prises plus tardivement. Mais ceci reste l'exception. Dans tous les autres cas, qui, d'ailleurs constituent, à l'heure actuelle du moins, la majorité, la plupart des syphiligraphes sont d'accord pour reconnaître qu'on ne possède aujourd'hui aucun critère absolu de guérison de la syphilis, ni clinique, ni sérologique.

On pourra nous reprocher d'oser écrire cette affirmation, qui risque de paraître décevante et de décourager les malades. Nous n'acceptons pas ce reproche, persuadés que nous sommes qu'il est dangereux de promettre à des malades plus qu'on ne peut leur donner et qu'il est infiniment plus sage d'exposer aux intéressés la situation telle qu'elle est. Au demeurant, celle-ci reste très acceptable, car, si dans la majorité des cas la guérison absolue, définitive de la syphilis reste discutable, les malades peuvent être assurés d'une guérison pratique, c'est-à-dire de la protection certaine contre tout accident, contre toute manifestation syphilitique pour le présent et pour l'avenir, à la condition qu'ils veuillent bien accepter un traitement correct, c'est-à-dire très longtemps, pour ne pas dire indéfiniment prolongé.

Nous ne voulons pas allonger cet article par des exemples. Qu'il nous soit permis cependant de rappeler le cas récemment observé par nous d'un syphilitique, qui après un an de traitement éne gique fut par la suite tenu éloigné de toute thérapeutique et reçut l'assurance d'une guérison complète, parce qu'il avait et qu'il gardait une réaction de Wassermann négative et qui vint nous consulter récemment pour une véritable explosion d'accidents cutanés et muqueux hautement contagieux. Considérée simplement sous l'angle de la prophylaxie cette observation se passe de commentaires.

En résumé, nous croyons que dans l'état actuel de nos connaissances, la syphilis présérologique et quelques autres cas exceptionnels que rien ne permet de distinguer mis à part, il importe non seulement pour les malades eux-mêmes, mais aussi pour leurs conjoints, pour leurs enfants, pour la société tout entière, que les syphilitiques soient instruits de l'utilité, de la nécessité absolue, s'ils veulent se protéger et ne pas nuire à leur famille et à leurs semblables, de suivre pendant 4 ou 5 années un traitement énergique et dans l'avenir pendant très longtemps, pour ne pas dire toujours, un traitement de garantie, qu'il appartiendra au médecin traitant d'instituer suivant telle modalité convenable, mais qui de toute façon ne devra pas être négligé.

Nous ne croyons pas, encore une fois, que cet avertissement nécessaire doive désespérer ou du moins décourager les malades, puisqu'aux conditions que nous avons formulées on peut leur promettre sûrement une parfaite tranquillité; il sera en tout cas bien moins nuisible à la cause que nous défendons tous qu'une déception, susceptible de détruire la croyance légitime et nécessaire dans la valeur protectrice indéniable de la thérapeutique.

Ainsi que l'exprime le titre de cet article, nous croyons donc fermement qu'à côté du dépistage précoce le traitement chronique, intermittent et régulier de la syphilis, reste la base non seulement de la thérapeutique, mais aussi de la prophylaxie de ce fléau social.

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex

Réunion du Syndicat du 30 *novembre* 1930 *à Bellegarde*

Présidence du docteur Brandstetter.

Sont présents : Docteurs Bérard, Chaboux, Larrieu, Patel (Lyon), Brunnet, Berthuy, Chabert, Colmez, Fusier, Gidon, Gueugnon, Marichal, Michelland, César, Favre, Paget, Rigaud, Rolland, Rochette, Saint-Pierre, Touillon, Vion-Delphin, Temporal, Rougy.

Excusés : Docteurs Girardot, Ponsard, Renard, Marin Saint-Pierre.

I. — Assurances sociales.

A la suite de la circulaire rédigée par le bureau du syndicat, le 15 novembre dernier à Culoz, — et que tous les confrères ont reçue — certains membres du bureau de la Fédération départementale ont cru, de notre part, à une divergence de vues, alors qu'en réalité il s'agissait plus simplement d'une divergence de tactique. C'est d'ailleurs ce que réserve l'ordre du jour suivant, voté à l'unanimité, après que le docteur Brandstetter eut exposé les événement et fait part de l'état d'esprit des caisses à la réunion du 8 octobre dernier à Bourg. Il est à noter qu'aucune nouvelle réunion entre représentants du Corps médical et des caisses n'a eu lieu depuis cette date.

Voici d'ailleurs cet ordre du jour :

« Les membres du syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex, après l'exposé des incidents derniers, renouvellent leur confiance à leur bureau, ainsi d'ailleurs qu'au bureau de la Fédération départementale.

« Il est, en effet, apparu au Syndicat que si, les uns et les autres, nous sommes entièrement d'accord

sur les buts à atteindre, il y a pu avoir divergence sur les moyens à employer.

« Les malentendus qui se sont produits ont surtout pour cause le manque d'habitude des syndicats habitués à l'autonomie, à concerter leur action dans le cadre de la Fédération.

Il y a donc intérêt à ce que la Fédération tienne, au plus tôt, son assemblée générale pour décider de la tactique uniforme à suivre en ce qui concerne les A. S. »

II. — Modification aux statuts syndicaux.

L'organisme nouveau qu'est la Fédération départementale entraîne une légère modification de nos statuts. Le syndicat délègue, en effet, à l'avenir, toute autorité, en ce qui concerne la solution des litiges touchant les A. S., au Conseil de famille de la Fédération.

III. — Elections diverses.

L'assemblée procède à une série d'élections.

a) *Assemblée générale de la Fédération départementale.* — D'après les statuts, il est prévu un délégué par 20 membres ou fractions de 20 membres. Sont désignés, les docteurs Gidon, Rigaud, Saint-Pierre (Nantua). Ces trois confrères seront adjoints aux membres du bureau du syndicat pour faire partie de l'A. G. de la Fédération.

b) *Conseil de famille de la Fédération départementale.* — Compte tenu des conditions à remplir, sont désignés comme titulaires les docteurs Brandstetter, Chaboux, Bérard, Fusier (pro-pharmacien).

Comme suppléants les docteurs Chaboux, Saint-Pierre (Nantua).

c) *Conseil de famille de la Confédération à Paris.* — Titulaire : docteur Paget ; suppléant : docteur Chaboux.

d) *Assemblée générale de la Confédération.* — (20-21 décembre à Paris) : docteur Chaboux.

e) *Médecins contrôleurs des A. S.* — Lorsqu'une demande de contrôle sera réclamée à l'encontre d'un médecin, le bureau du syndicat, selon la décision de l'Assemblée, aura toute liberté de désigner le médecin contrôleur.

IV. — Tarif syndical.

Une légère modification de tarif en ce qui concerne l'examen physique pour l'admission dans les Sociétés : le tarif en est de 20 fr. examen non compris.

V. — Inspection départementale d'hygiène.

Les membres du syndicat constatent, avec une satisfaction marquée, que le docteur Poncet, inspecteur départemental d'hygiène, assure une liaison étroite avec les syndicats médicaux du département pour toutes les initiatives qui dépendent de sa fonction. Ils remercient le docteur Poncet qu'ils assurent de leur bienveillante estime.

VI. — Tarif national.

Après exposé du docteur Paget, le syndicat se refuse à accepter un tarif national, uniforme, pour les accidents du travail (Projet du député Gros). De même que les assureurs établissent des primes différentes suivant la nature des industries, ou règlent les sinistrés suivant des salaires quotidiens différents, de même il convient, pour les règlements d'honoraires médicaux, d'envisager un tarif syndical local, et non un tarif national, qui doit varier suivant les régions.

Le syndicat estime également qu'il doit en être de même pour les honoraires réglés suivant l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919.

VII. — Candidature.

Conformément à ses statuts, auxquels le syndicat ne semble vouloir faire dorénavant aucune dérogation, il n'est pas examiné la candidature d'un confrère absent ainsi que ses parrains.

VIII. — Compte rendu financier.

Le trésorier Larrieu est vivement félicité pour l'exposé de ses comptes : l'excédent financier malgré des frais accrus est de 1.328 fr. pour la gestion 1929-1930.

IX. — Médecine frontalière.

Le syndicat prend acte de la communication du docteur Montandon, de Genève.

X. — Constitution du bureau.

En fin de séance le syndicat procède à l'élection de son bureau.

Président : docteur Bransdtetter (Virieu-le-Grand).

Vice-président : docteur Léon Bérard (Oyonnax).

Trésorier : docteur Larrieu (Bellegarde).

Secrétaire général : docteur Chaboux (Belley).

Secrétaire-adjoint : docteur Temporal (Saint-Rambert-en-Bugey).

Le secrétaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Institut d'hygiène.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène.* — Cours de perfectionnement sous la direction de M. le Docteur L. TANON, professeur d'hygiène, et de M. P. JOANNON, agrégé ; directeur technique des travaux : M. le Docteur THIERRY, inspecteur général honoraire des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris ; chef de travaux : M. le Docteur Ph. NAVARRE.

Ce cours est destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés. Il est ouvert aux médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants munis de 16 inscriptions. Il comprendra : 1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° Une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° Des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Commencé le 6 janvier, au laboratoire de bactériologie, il continuera le 9 mars, au laboratoire d'hygiène. Il sera terminé le 6 juin, et sera suivi d'un examen portant sur les matières traitées aux cours et donnant droit au diplôme.

Les séances de travaux pratiques de parasitologie auront lieu au laboratoire de parasitologie, à 14 heures, les mercredis et vendredis, à partir du 18 février.

Seront dispensés des travaux pratiques de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront : soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine ; soit celui de l'Institut Pasteur de Paris ; soit celui du Val-de-Grâce ; soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

Enseignement spécial de bactériologie, sous la direction de M. le Professeur LEMIERRE et de M. PHILIBERT, agrégé : Technique de microbiologie clinique et étude pratique des microbes pathogènes. — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Examen du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen des matières fécales. — Examen des urines.

Enseignement spécial de parasitologie, sous la direction de M. le Professeur BRUMPT : Les mycoses. — Le paludisme. — Les leishmanioses. — La dysenterie amibienne. — Les trypanosomiases. — Coprologie (Recherche des parasites intestinaux). — Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

Enseignement spécial d'hygiène : *Hygiène et prophylaxie générales.* — MM. TEISSIER, TANON, LEGROS, LEMAISTRE, CLERC, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, Jules RENAULT, MARTIAL, POUILLOT, DANTIER, LECLAINCHE, CRUVEILHIER, DEBRÉ, NEVEU, JOANNON, RAMON, CAMUS, NATTAN-LARRIER : Organisation générale de l'hygiène en France. — Législation et administration générales. — Commentaires de la loi de 1902. — Hospitalisation et isolement. — Police sanitaire maritime. — Les conférences sanitaires internationales. — L'hygiène des navires. — Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. — Emigration, règlementation. — Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. — Porteurs de germes diphtériques et prophylaxie. — Anatoxines. — La rougeole. — La scarlatine. — La méningite cérébro-spinale. — Prophylaxie de la variole. — La rage. — La peste. — Prophylaxie du typhus exanthématique. — Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Mélitococcie. — Charbon. — Dysenterie. — Variole. — Varicelle.

Hygiène urbaine. — MM. DIÉNERT, GUILLERD, Henry THIERRY, MARTIN, NAVARRE : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. — Captage des sources. — Stérilisation des eaux de boissons. — Contrôle des eaux. — Eléments d'hydro-géologie. — Evacuation des eaux usées. — Stérilisation des eaux d'égouts. — Hygiène de l'habitation. — Fonctionnement des services d'hygiène. — Hygiène rurale. — Méthodes de statistique.

Hygiène industrielle. — MM. BORDAS, DUVOIR, MARTIN, KOHN-ABREST, Henry THIERRY : Salubrité de l'atelier en général. — Réglementation du travail dans les usines. — Les fumées dans les grandes villes. — Les poussières dans les villes. — Dermatoses professionnelles. — Intoxications professionnelles. — Eléments de toxicologie. — Etude des atmosphères confinées.

Hygiène alimentaire. — MM. BORDAS, SACQUÉPÉE, Henri LABBÉ, MARTEL, GIROUX, NAVARRE, TOUBEAU, FILAUDEAU : Pains et farines. — Alimentation normale. — Rations alimentaires. — Le lait. — Boissons fermentées. — Fraudes alimentaires. — Contrôle des fraudes. — Infections d'origine alimentaire. — Les viandes, leur contrôle.

Prophylaxie des maladies sociales. — MM. GOUGEROT, TANON, ROUSSY, BIZARD, NEVEU, JOANNON, Marcel LÉGER : Prophylaxie sociale de la syphilis. — Surveillance de la prostitution. — Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. — Organisation antituberculeuse. — Le cancer. — L'alcoolisme. — Le service social, relations avec les services d'hygiène. — Rôle social des visiteuses d'hygiène. — Surveillance des maladies épidémiques.

Hygiène infantile. — MM. COUVELAIRE, LESNÉ, MARENGO, WEILL-HALLÉ, VITRY, ROUBINOVITCH, Jules RENAULT, Mme JOUART : Mortalité et mortinatalité infantiles. — Hygiène de la gestation. — Hygiène du nouveau-né. — Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. — Alimentation du nourrisson. — La protection des enfants placés en nourrice. — Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. — Hygiène mentale de l'enfant.

Visites. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique ; dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

Conditions d'admission. — Le cours est ouvert : 1° Aux docteurs en médecine français ; 2° Aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° Aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° Aux personnes autorisées par le professeur à suivre ces cours, en dehors des catégories précédentes ; 5° Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions et les internes en médecine reçus au concours, pour-

ront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'il seront docteurs en médecine.

Diplôme. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut.

Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français et étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte : 1° Des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° Des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête ; les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales ; 3° Des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; de parasitologie, de 150 francs ; total : 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs ; total 650 francs.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime (décret du 15 mars 1930) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la Police sanitaire maritime. Cette interrogation a lieu au laboratoire d'hygiène au cours de l'examen.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. (guichet n° 4).

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.** (Professeur Maurice VILLARET). — *Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.* (Hôpital Necker. Salle Delpech.) — Ce cours sera fait avec la collaboration de MM. Henri BÉNARD, agrégé, médecin des hôpitaux ; HAGUENAU, et PARAF, médecins des hôpitaux ; BITH, assistant du service ; François MOUTIER, chef de laboratoire à la Faculté ; BRIN et SAINT GIRONS, anciens chefs de clinique à la Faculté ; JUSTIN-BESANÇON, chef de clinique et chef du laboratoire d'hydrologie à la Faculté ; WAHL et Jean BOUR, chefs de clinique à la Faculté ; WALLICH, interne médaille d'or ; EVEN, interne des hôpitaux ; MARTINY et QUIRIN.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Tous les matins, de 11 h. 30 à 12 h. 30, leçon au lit du malade ; tous les jours de la semaine, de 14 heures à 15 heures, leçon avec présentation de malades sur les sujets suivants :

Les indications créno-climatothérapiques dans : les maladies des voies biliaires (lundi 2 février) ; les maladies du foie (mardi 3 février) ; les maladies de l'estomac (mercredi 4 février) ; les maladies du poumon (jeudi 5 février) ; les maladies du nez, de la gorge, et des oreilles (vendredi 6 février) ; la tuberculose (samedi 7 février) ; les maladies des enfants (lundi 9 février) ; le diabète (mardi 10 février) ; les maladies du cœur (mercredi 11 février) ; les maladies des vaisseaux (jeudi 12 février) ; les maladies de l'instestin (vendredi 13 février) ; les maladies du rein (samedi 14 février) ; la dermato-vénéréologie et la gynécologie médicale (lundi 16 février) ; les maladies du système nerveux central (mardi 17 février) ; l'obésité, la goutte, les rhumatismes (mercredi 18 février) ; les maladies du système nerveux périphérique (jeudi 19 février).

— **Travaux de médecine opératoire spéciale** (M. N..., professeur.) — *Chirurgie des membres.* — Cours de M. le Dr Marcel FÈVRE, prosecteur, ouverture le lundi 16 mars 1931, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — 1° Les ostéosynthèses. Les différents moyens de suture osseuse : leur application. — 2° Traitement des pseudarthroses : pseudarthrose du col du fémur. Technique générale des ostéotomies : ostéotomie oblique, cunéiforme. Principes généraux des arthroplasties : arthroplastie du genou. — 3° Chirurgie de l'articulation de l'épaule : voies d'abord, arthrotomie, résection. Traitement des luxations irréductibles ou récidivantes de l'épaule. — 4° Chirurgie des articulations du coude et du poignet : arthrotomie, résection. Ablation du semi-lunaire luxé. — 5° Principes généraux du traitement opératoire des principales fractures du membre supérieur : traitement des fractures de l'humérus, de l'olécrane, des deux os de l'avant-bras.

DEUXIÈME SÉRIE. — 1° Chirurgie de l'articulation coxo-fémorale : voies d'abord, arthrotomie. Traitement chirurgical de la coxalgie. Résection de la hanche. — 2° Chirurgie de l'articulation du genou : arthrotomie. Traitement chirurgical des tumeurs blanches. Résection du genou. Traitement des lésions traumatiques du genou. Traitement des lésions traumatiques des ménisques. — 3° Chirurgie des articulations du pied : arthrotomie. Technique de l'astragalectomie. Traitement de l'hallux valgus. — 4° Principes généraux du traitement opératoire des principales fractures du membre inférieur. Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, de la rotule, de la jambe. — 5° Traitement des fractures du cou-de-pied. Traitement chirurgical des varices : résection de la saphène, anastomose saphéno-fémorale. Sympathectomie du membre inférieur.

Les cours auront lieu tous les jours, sauf le dimanche. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité ; seront admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Le droit à verser est de 300 francs, pour les deux séries du cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Bretonneau.** — *Clinique infantile.* — M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (Salles de la consultation de chirurgie).

— **Hôtel-Dieu.** — *Neurologie oculaire.* — MM. VELTER et TOURNAY commenceront le lundi 23 février 1931, une série de 18 conférences de neurologie oculaire. Ces conférences, publiques et gratuites, auront lieu àl'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Dupuytren, à 18 heures, tous les jours du 23 février au 28 février, et les mardis, jeudis et samedis du 3 au 28 mars.

— **Amphithéâtre des hôpitaux de Paris.** — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique sera fait par MM. ROSSERT, ELBAZ et GEORGES, chefs de clinique à la Faculté, sous la direction du professeur Pierre SÉBILEAU. Droits : 350 fr. Début du cours ; 2 février 1931.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Chirurgie de l'abdomen.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'abdomen, du tube digestif et des glandes annexes), en dix leçons, par M. Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera le lundi 9 février 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscriptions : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris-5e.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 février 1931.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau de Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 26 janvier au lundi 9 février 1931 inclusivement.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — ÉPREUVE SUR TITRES. — Ont obtenu : MM. Beau, 13 ; Nadal, 7 ; Dubost, 8 ; Devoit, 9 ; Hickel, 9 ; Huet, 10 ; Bahler, 6.

ÉPREUVES ÉCRITES. — *Electrologie.* — Les polynévrites. Leur diagnostic et leur traitement électrique.

Radiodiagnostic. — Radiodiagnostic du cancer du poumon.

Radiothérapie. — Radiothérapie et curiethérapie des hémorragies internes.

LECTURE DES COMPOSITIONS ÉCRITES ANONYMES. — *Electrologie.* — Ont obtenu : MM. Beau, 14 ; Devoit, 12 ; Hickel, 7 ; Huet, 10 ; Nadal, 9.

Radiodiagnostic. — Ont obtenu : MM. Beau, 11 ; Devois, 13 ; Hickel, 8 ; Huelt, 10 ; Nadal, 13.

Radiothérapie. — Ont obtenu : MM. Beau, 13 ; Devoit, 14 ; Hickel, 7 ; Huet, 11 ; Nadal, 10.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr HUBERT, de La Ferté - Macé (Orne) ; du Dr Aimé BANTIGNY, de Roubaix ; du Dr Jules MOLLE, député d'Oran ; du Dr DUVERNAY, d'Aix-les-Bains ; du Dr Maurice LABRUHE, de Paris ; du professeur Albert BRACHET, de Bruxelles ; du Dr BOIRIN, de Champlitte (Haute-Saône).

— **IIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène communale.** — Le IIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène communale se tiendra à Milan du 20 au 26 avril 1931, dans les salles du château des Sforza.

Le but de ce Congrès est de permettre l'échange des idées sur les études et les recherches en matière de technique sanitaire.

Les travaux du Congrès seront répartis en six sections : 1° Généralités : hygiène publique et privée ; 2° technique sanitaire communale ; 3° technique sanitaire des constructions, habitations et édifices publics ; 4° technique sanitaire rurale et coloniale ; 5° technique sanitaire des usines et des laboratoires ; 6° législation sanitaire urbaine, industrielle et rurale. Prévention des accidents du travail.

Droit d'inscription : 75 lires.

Durant le Congrès, aura lieu, dans le cadre de la foire de Milan, la 2e exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène communale.

Les adhésions, les cotisations, les rapports, les communications, et toutes demandes de renseignements concernant les conditions de voyage, de séjour, etc., doivent être envoyés au secrétariat général de IIe Congrès de technique sanitaire et d'hygiène communale, Milan Piazza Duomo, n° 17.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Prix de la Ligue.* — Les prix de la Ligue (de 5.000 fr.), ont été décernés : à M. Fernand Benoist, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé «recherche sur l'allergie gonococcique et les modifications humorales au cours de la blennorrhagie »,et à M.Claude Béclère, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : « les infections tubaires d'origine vénérienne cause principale de stérilité féminine. »

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de la caisse est fixée à 15 p. 100 pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 p. 100 pour les autres ; que le taux de participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100 ; 2° la disposition prévue par l'alinéa 2 du même paragraphe fixe le maximum de la part contributive de la caisse dans les frais médicaux et pharmaceutiques. Si, déduction faite de la participation de l'assuré, cette part vient à excéder, par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 p. 100 de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans la caisse intéressée à cotisation, l'assuré ne sera remboursé que jusqu'à concurrence de 50 p. 100 de cette moyenne par journée de maladie, quel que soit d'ailleurs son propre salaire journalier ; 3° il appartient aux caisses, en application de l'article 4, paragraphe 9, de la loi, de fixer dans leur règlement intérieur les conditions de leur participation aux soins préventifs. La consultation prévue au paragraphe 5, deuxième alinéa, du même article, ne paraît pas s'appliquer à ce cas. (*J. O.* 16 janvier 1931.,

---

Droit aux lois d'assistance de la femme d'un ouvrier agricole qui n'est pas assuré social.

559. — M. Brager de La Ville-Moysan, sénateur demande à M. le ministre du travail, si la femme d'un ouvrier agricole qui, par suite de l'hostilité existant dans les campagnes contre la loi des assurances sociales, n'a pu être inscrit comme assuré, est privée du bénéfice des lois d'assistance aux femmes en couches et de la prime d'allaitement de la loi du 21 octobre 1919. (*Question du* 6 *novembre* 1930.)

Réponse. — Il résulte des dispositions de l'article 50, paragraphe 2 de la loi du 30 avril 1930 et de l'article 150 du décret du 25 juillet 1930 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi précitée, que les femmes d'assurés, non assurées elles-mêmes, comme les assurées, ne sauraient être privées du bénéfice des lois d'assistance aux femmes en couches et de la prime d'allaitement de la loi du 21 octobre 1919, lorsqu'elles n'ont pas droit aux prestations des assurances sociales.

D'ailleurs les femmes d'assurés, même lorsqu'elles ont droit, du chef de leur mari, aux prestations en nature de l'assurance maternité, peuvent obtenir les prestations en argent de la législation sur les femmes en couches, si elles remplissent, par ailleurs, les conditions requises pour être admises au bénéfice des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1907 et du 24 octobre 1919.

(*J. O.*, 16 janvier 1931.)

VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE-D'AZUR

Le Ve Voyage de Pâques de la Société médicale du littoral méditerranéen (voyage rose), se déroulera, comme de coutume, dans la plus belle partie de la Côte d'Azur. Le rassemblement aura lieu à Cannes, le dimanche des Râmeaux (29 mars). Après avoir fait le tour de l'Estérel, on visitera Saint-Raphaël, Valescure, Fréjus, Boulouris, Agay, Le Trayas et la Corniche d'Or. Puis, l'on se rendra à Super-Cannes, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes et l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

De Nice, on parcourra la Grande-Corniche, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton et Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du docteur Voronoff. Enfin, après les somptueuses réceptions de Monaco et de Monte-Carlo, on reviendra par Beaulieu, et la Moyenne-Corniche, à Nice, où le voyage se terminera le dimanche de Pâques, 5 avril.

Le lundi 6 avril et jours suivants, des excursions facultatives seront organisées, dans les Alpes, en Italie et en Corse, et, si les voyageurs désirent prolonger leur séjour sur la Côte d'Azur, la Société médicale leur en facilitera les moyens.

Les adhérents au voyage de Pâques recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, sur les chemins de fer français et italiens, valable durant un mois, en 1re et 2e classes. La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques utiles. Les parties instructives du programme alterneront, comme de coutume, avec les parcours les plus magnifiques et les réceptions les plus cordiales. Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. On peut adhérer séparément aux excursions.

Le nombre des places étant nécessairement limité, les médecins qui désirent prendre part à ce voyage et aux excursions qui le suivront sont priés d'écrire, dès à présent, au secrétariat, de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

Transport par air des malades et des blessés

Instruction réglant les conditions dans lesquelles seront poursuivies les expériences relatives au transport par air des malades et blessés dans la métropole, en temps de paix.

En vue de permettre l'étude de l'organisation qui serait à réaliser en temps de paix à l'intérieur de la métropole, pour assurer le transport par air des malades et blessés militaires, un certain nombre d'avions sanitaires ont été placés dans les formations de l'aéronautique, mentionnées au tableau donné, pour être mis à la dispositon du service de santé militaire.

La présente instruction a pour objet de fixer les règles à suivre pour l'utilisation de ces avions et de préciser les attributions respectives des différentes autorités intéressées.

I. — Préparation des avions sanitaires en vue du transport des malades et blessés

Les avions sanitaires dépendent :

1° *De la formation d'aéronautique* dans laquelle ils sont placés en ce qui concerne :

Leur entretien permanent en ordre de marche :

Leur pilotage en cas d'utilisation (un pilote confirmé est en permanence désigné pour ce service) ;

Leur alerte rapide (logement accessible et connu du personnel de service) ;

2° *Du service de santé de la région* sur le territoire de laquelle est stationnée cette formation en ce que concerne :

Leur équipement en infirmiers ou aides, s'il y a lieu ;

Leur équipement en matériel sanitaire de bord (matériel du service de santé), et en matériel spécial (fourni par l'aéronautique) ;

L'entretien et la préparation de ces matériels en vue d'une évacuation déterminée ;

II. — Exécution des transports de blessés et malades.

A. — Le directeur du service de santé de la région sur le territoire de laquelle sont cantonnés les avions sanitaires (ou l'autorité médicale régulièrement accréditée par lui) a qualité pour décider de l'utilisation de ces avions pour le transport des blessés ou malades.

En vue de l'exécution du transport il adresse directement au commandant de la formation où sont placés les avions sanitaires une demande précisant :

a) *Pour le commandant de la formation* :

L'heure probable d'arrivée au terrain du blessé ou du malade ;

L'heure demandée pour le départ de l'avion ;

Le terrain d'atterrissage de destination ;

L'altitude moyenne du voyage, s'il y a lieu (l'état de santé de certains malades ou blessés interdisant par exemple le voyage aux hautes altitudes) ;

Le personnel chargé d'accompagner le blessé ou malade ;

b) *Pour le service de santé de la formation* :

Les modifications à apporter à l'équipement sanitaire normal du type d'avion employé ;

L'aide à fournir, s'il y a lieu.

Dans les régions ne disposant pas d'avions sanitaires, le directeur du service de santé lorsqu'il juge indispensable d'utiliser l'avion pour le transport d'un blessé ou malade, demande les moyens nécessaires au directeur du service de santé, de la région la plus voisine. Ce dernier procède comme il est indiqué ci-dessous.

B. — Le commandant de la formation d'aéronautique donne l'ordre de départ de l'avion.

Cet ordre précise, après accord avec le sevice de santé :

La mission ;

L'heure de départ de l'avion ;

Le personnel à transporter;

L'itinéraire à suivre ;

L'altitude à ne pas dépasser en principe au cours du voyage ;

Le point d'atterrissage ;

Les conditions de retour de l'avion.

C. — Le service de santé organise et assure le transport du blessé ou du malade de son domicile au lieu d'hospitalisation, au terrain d'envol, puis du terrain d'atterrissage au nouveau lieu d'hospitalisation.

Ces opérations sont faites à la diligence du service de santé qui a pris l'initiative du transport par air.

III. — MESURES A PRENDRE EN CAS DE PANNE OU D'ACCIDENT.

La conduite à tenir par l'équipage d'un avion sanitaire en cas de panne ou d'accident est celle fixée par les circulaires générales s'appliquant à tous les équipages d'aéronefs, en particulier par la circulaire nº 1361 A. N. G. 1-mil, du 9 mai 1930, s'appliquant aux cas de panne, et par la circulaire nº 1775 A. N. G. 1-mil, du 18 juin 1930, s'appliquant aux accidents.

En outre, dans le cas de panne où l'avion ne peut repartir par ses propres moyens, le commandant de l'appareil demande en première urgence au service de santé qui a pris l'initiative du transport par air (ou toute autre autorité désignée par les soins de ce dernier avant le départ) du secours en ce qui concerne la continuation de sa mission spéciale. Il précise dans cette demande le point exact où il se trouve par rapport à une localité importante, l'état des passagers.

(*Circulaire nº* 1365 A. N. O. 3 *du* 15 *décembre* 1930).

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières

5846. — Consultation d'oculistique par un omni-praticien

Une compagnie d'assurance me refuse le règlement à 20 fr. :

1º Des corps étrangers de l'œil ;

2º De l'examen de l'œil ;

Je suis praticien de médecine générale, mais, en examinant un œil, en faisant l'ablation d'un corps étranger de l'œil, ne fais-je acte de spécialiste ?

De plus, en me chargeant de ces petits travaux de spécialités, je fais faire une économie à l'assurance qui aurait à payer, si j'envoyais l'ouvrier chez le spécialiste, non seulement deux médecins, mais le voyage et la demi-journée de l'ouvrier.

J'ai posé la question au Syndicat médical de Seine-et-Oise, qui me répond la lettre ci-jointe.

Dr R.

Réponse.

« L'article 15, 2e alinéa, dit bien que les soins qui font l'objet des tarifs de spécialistes sont payés de même quand ils sont donnés par un omnipraticien, *mais pour les oculistes*, il y a un article 27, disant :

« Par dérogation à l'art. 15, alinéa 2, le prix « de la *consultation* lorsqu'elle est donnée par les « *seuls* médecins oculistes spécialisés, est fixé à... »

« Il s'en suit que, n'étant pas oculiste spécialisé, vous n'avez pas droit à la consultation à 20 fr.

« Par contre, pour l'extraction d'un corps étranger, vous rentrez dans la règle générale, la dérogation n'existant que pour la consultation. Il vous est donc dû :

a) Pour corps étranger superficiel de l'œil : 15 francs;

ou *b*) pour idem *profond* : 20 fr. (art. 27.)

Dr Fernand DECOURT.

5838. — Interventions multiples

J'ai eu l'occasion de traiter à la demande de son médecin, un malade, accidenté du travail par suite de luxation de l'épaule :

1° Arthrite traumatique ;
2° Atrophie musculaire ;
3° Névrite.

J'ai donc effectué 21 séances de diathermie pour l'articulation et 21 séances d'électricité galvanique. L'assurance ne veut me reconnaître que les séances de diathermie et non pas celles de galvanique prétextant qu'il s'agit de la même catégorie de traitements. Comme il s'agit pour moi d'un déficit assez sensible, je viens vous demander de quelle façon je dois procéder pour obtenir le montant intégral de ma note d'honoraires.

Ci-joint un timbre pour réponse que vous serez bien aimable de me faire parvenir.

Dr R.

Réponse.

« La première question qui se pose est de savoir si vous avez *prévenu* la Compagnie du traitement à suivre, alors qu'il y avait plus de cinq interventions à tarif spécial (voir art. 7).

Sinon, elle est en droit de ne payer chaque intervention qu'au prix d'une consultation simple.

La deuxième question est de savoir si vous avez fait les *deux* interventions chaque fois, dans la *même* séance, auquel cas, suivant la jurisprudence, en cas de deux interventions *simultanées*, l'une est payée tarif plein, l'autre demi tarif.

Il faudrait d'abord connaître la réponse à ces

deux questions avant de pouvoir vous donner un avis utile.

Dr Fernand DECOURT.

5995. — Diathermie

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me dire combien il faut demander par séance de diathermie aux accidentés du travail.

Dr B.

Réponse.

« *Pour le moment*, (le tarif est actuellement en révision), le traitement par diathermie n'est indiqué qu'à l'art. 26-VI : « Traitement par air chaud, lumière, ionisation : chaque 15 fr. »

Pas davantage... mais, d'après l'arrêté du 10 avril 1930, les « spécialistes » (parmi lesquels est noté l'électroradiologue) ont droit à 20 fr. pour leur consultation. Etant spécialisé, vous êtes en droit de demander ce prix, dans tous les cas, comme minimum de tarification.

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires

5363. — Majoration du taux des pensions

M. J. C., cultivateur, blessé de guerre s'est vu, le 21 juillet 1921, gratifier d'une pension définitive de 1.080 fr. pour :

« Réduction à 1/50e de la vision de l'œil droit, « consécutive à une plaie pénétrante du globe ayant « déterminé une taie de la cornée et de l'opacité du « cristallin.

« Invalidité à 45 pour 100. ».

Depuis cette date, M. J. C., percevait régulièrement sa pension. Or, il vient de lire, dans un journal d'anciens combattants, que les pensions ont été ou vont être augmentées.

Il me demande s'il a, en conséquence, intérêt à demander une augmentation de son taux d'invalidité.

Son œil droit est définitivement perdu au point de vue visuel ; son œil gauche possède une incapacité de 9/10e ; il a 47 ans. Que dois-je lui répondre ?

Dr H.

Réponse.

Le taux des pensions d'invalidité de guerre a été majoré de 140 %. Aujourd'hui le taux de 45 % répond à une somme annuelle de 2.592 fr.

Que votre client s'adresse à l'Intendance régionale des pensions pour faire changer son livret actuel, contre le taux nouveau ; il touchera un rappel pour les arrérages non perçus en raison de la majoration intervenue depuis 1921.

5263. — Libération des obligations militaires

J'appartiens à la classe 1906 et mon livret militaire porte la date et mention suivantes :

Libération définitive du service militaire : 10 octobre 1932. Cette date est-elle exacte ?

2° Médecin lieutenant de réserve, puis-je être libéré à cette date en donnant ma démission d'officier de réserve ?

3° Si je demande à être maintenu dans les cadres, à quelle date serai-je libéré définitivement ?

4° Père de trois enfants vivants de moins de 16 ans et bientôt de 4, ne suis-je pas libérable avant ?

Y a-t-il des demandes à faire, étant officier, pour être libérable ?

Dr N.

Réponse.

1° Cette date n'est plus exacte, depuis que la durée des obligations militaires est portée à 28 ans. C'est le 15 octobre 1935 que la classe 1906 sera libérée ;

2° Si vous donnez auparavant votre démission d'officier de réserve, vous ne serez pas libéré plus tôt, mais vous attendrez le 15 octobre 1935 en qualité de médecin auxiliaire ou d'homme de troupe ;

3° Si vous demandez à être maintenu dans les cadres avec votre grade actuel, après le 15 octobre 1935, vous serez maintenu jusqu'à l'âge de 57 ans ; un grade plus élevé entraînerait un maintien plus prolongé ;

4° Les majorations pour enfants font que l'on passe plus vite dans la deuxième réserve, mais elles n'avancent pas la date de la libération.

5433. — Pension définitive

Un pensionné de guerre ayant obtenu en 1923 une pension à 10 % définitive et portée en juin 1930 à 20 % (après réclamation) peut-il, (étant donné qu'il estime ce taux insuffisant), demander à passer devant une commission nouvelle ?

Le taux de 20 % ne peut-il pas être réduit, si la Commission trouve la demande injustifiée ?

Dr V.

Réponse.

Si l'intéressé a obtenu le taux de 20 % (en juin 1930) *à titre définitif*, ce qui est son droit (article 68, loi du 31 mars 1919), ce taux de pension *définitive* lui reste acquis pour le restant de ses jours, quelles que puissent être les améliorations ultérieurement constatées.

Ce pensionné peut toujours faire une nouvelle demande de visite pour aggravation.

5326. — Suppression de l'indemnité de soins

L'un de mes malades, réformé par la Commission de réforme du 25 septembre 1930, s'est vu donner le 100 % pour :

1° Péritonite bacillaire ;

2° Pleurésie sèche double.

En plus, mon client jouissait du bénéfice de l'article 12, et de l'indemnité de soins.

Or, ces jours derniers, le sous-intendant de la région, lui faisait connaître de lui renvoyer tous les titres pour échange, mon client obtempère, et, par retour du courrier, reçoit un nouveau titre de pension de 5.760 fr. et apprend qu'on lui retire le bénéfice de l'article 12, et l'indemnité de soins.

Le taux de 5.760 fr. ne me paraît plus répondre à 100 % d'invalidité, et je pense qu'on a dû simplement diminuer son taux d'invalidité.

Que faire en l'occurence ?...

Faut-il demander à repasser la commission de réforme, ou faut-il attaquer au tribunal des pensions ?

Dans ce dernier cas, quelle marche suivre ?...

Dr P.

Réponse

La somme de 5.760 francs correspond à un taux de pension pour une invalidité de 100 % ; ce taux de 100 % résulte aujourd'hui d'une combinaison des taux partiels qui ont été attribués pour chacune des deux infirmités.

Il n'est donc plus question d'article 12, puisqu'aucune des deux infirmités n'atteignant plus, à elle seule, le taux de 100 %, il n'est plus, à l'heure actuelle, question d'une surpension.

De même, l'indemnité de soins a été supprimée, puisqu'il n'existe plus une affection tuberculeuse, *valant à elle seule* 100 %.

Il suffira au malade, lorsqu'il ira moins bien, de demander au médecin-chef du centre de réforme une nouvelle visite pour aggravation. A sa demande devra être joint un certificat médical constatant l'aggravation.

5321. — Imputabilité de la syphilis au service militaire

1° La syphilis contractée à l'arrière immédiat du front est-elle une maladie de guerre ?

2° Une paralysie générale évoluant actuellement chez un ancien combattant de 37 ans peut-elle être rattachée facilement à ladite syphilis, les pièces d'origine manquant ou ayant été fort probablement détruites par le malade ?

3° Les traumatismes de guerre, tels qu'ensevelissement presque total sous le bombardement, ne peuvent-ils être invoqués, en toute justice, comme cause favorisantes sérieuses d'une localisation cérébrale ?

4° Dans quel sens, un médecin qui a connu, par témoignage du malade, la contagion syphilitique pendant la guerre, qui a adressé à des spécialistes syphiligraphes ce malade, a-t-il le droit et peut-il fournir le certificat rattachant la maladie actuelle à la période de guerre ?

Dr T.

Réponse.

1° La syphilis, à moins qu'elle n'ait été contractée chirurgicalement, est toujours considérée comme une maladie étrangère au service. Tout au plus, a-t-on admis comme imputable

au service l'aggravation d'une syphilis ancienne au cours des premiers mois de la guerre, alors que, dans l'armée, n'étaient pas encore organisés les centres de vénéréologie, ou encore l'aggravation au cours de la captivité.

2° Sans pièces d'origine, rien à faire ; seules pourraient être retenues des attestations valables de camarades de captivité, pour d'anciens prisonniers de guerre.

3° La chose paraît difficile, à moins de circonstances de fait et de délais d'apparution, formellement établis.

4° Le médecin ne peut se prononcer à ce point de vue ; il peut seulement établir par certificat une continuité de soins, avec dates à l'appui.

5387. — Montant d'une pension de réforme

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître quel est le montant de la pension militaire répondant à une invalidité de 30 % pour un lieutenant médecin aide-major de 1re classe, promu le 11 décembre 1914, démobilisé le 27 mars 1919, et faisant partie de la classe 1906. Dr J.

Réponse.

La pension, au taux d'invalidité de 30 % est,

pour un médecin lieutenant, de.....	1.095 fr.
plus 140 % du taux de soldat, soit...	1.008 fr.
Total...............	2.105 fr.

par an.

Accidents du travail

5775. — Privilège en cas de faillite du chef d'entreprise

Un industriel de la région vient de faire faillite. Les créanciers sont invités à envoyer leurs créances au syndic de faillite avant le 24 décembre. Je viens seulement de l'apprendre.

Or, j'ai eu l'occasion de soigner des accidentés du travail de cet industriel. Je crois qu'il n'était pas en règle avec sa Compagnie d'assurances.

Dois-je adresser mes notes au syndic de faillite ou les réclamer directement aux blessés ? Les ouvriers blessés n'ont-ils pas droit à un règlement privilégié ?

Le médecin pour ses soins d'accident du travail profite-t-il lui-même de ce privilège.

Dr M.

Réponse.

En vertu de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, la créance de la victime de l'accident ou *de ses ayants droit relatives aux frais médicaux*, pharmaceutiques et funéraires ... est garantie par le privilège de l'article 2.101 du code civil.

Sans avoir à vous préoccuper de savoir si le patron responsable est en règle avec sa Compagnie d'assurances, vous devez vous hâter de produire votre créance, relative aux soins que vous avez donnés aux ouvriers de cet industriel blessés dans leur travail, entre les mains du syndic

de la faillite, en prenant soin de demander l'admission de votre créance au passif privilégié de la faillite, conformément aux articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du code civil.

Vous serez de la sorte payé par préférence aux créanciers n'ayant pas de privilège préférable au vôtre et vous n'aurez pas à subir la loi du concours, comme les créanciers ne bénéficiant d'aucun privilège.

---

117. — Soins au fils d'un cultivateur assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail

Je viens faire appel à vos lumières pour une difficuité que j'ai avec une Compagnie d'assurances.

Le 1er février 1930, j'ai ouvert un abcès profond de la face palmaire de la première phalange du médius gauche, chez le jeune F.

Le blessé est le fils d'un patron agricole et contribue à l'exploitation de la ferme paternelle.

Comme tel, je lui ai appliqué le tarif syndical local.

Or, la Compagnie prétend me régler au tarif Breton sous prétexte que le père du blessé a adhéré à la loi du 15 décembre 1922.

En tant que vieil abonné du « Sou » je vous demande de vouloir bien me dire :

1° Ce qu'est au juste cette loi du 15 décembre 1922;

2° Si, dans l'occurence, la Compagnie peut en profiter pour m'imposer le tarif Breton.

Dr B.

Réponse.

La loi du 15 décembre 1922 est celle qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail.

L'article 4 de cette loi a réservé aux exploitants non assujettis, qui contractent une assurance à cet effet, le droit d'adhérer à la législation sur les accidents du travail pour eux-mêmes et les membres de leur famille.

En l'espèce, c'est à cette disposition, dont a usé son assuré, que fait allusion la Compagnie d'assurances.

S'en suit-il que vous êtes obligé d'accepter le règlement de vos honoraires au tarif des accidents du travail ? Indubitablement non, si le blessé était l'assuré lui-même car la loi sur les accidents du travail laisse subsister les liens de droit commun entre le médecin traitant et le blessé qui l'a choisi. Mais, dans le cas particulier, c'est le fils de l'assuré qui a été blessé et c'est à l'assuré, en la personne de sa Compagnie, que vous demandez le règlement de vos honoraires. Dans ce cas, le fils, surtout s'il est majeur, doit être considéré comme un simple ouvrier au service de son père et le père, en tant que patron, ne doit vous payer vos honoraires que suivant le tarif des accidents du travail, à moins que vous ne puissiez faire la preuve qu'il se soit engagé à vous honorer au tarif de droit commun.

De toute façon, l'assurance, qui ne couvre son assuré que dans les limites du tarif des accidents du travail, ne peut être forcée de payer quoi que ce soit en plus. Si vous pouvez réclamer quelque chose de plus, c'est au blessé ou à son père seuls que vous pouvez vous adresser pour le paiement de la différence.

Assurances sociales

148. — Droit à l'assurance-maternité

Un de mes clients cotisant aux assurances sociales depuis le 1er juillet 1930, a sa femme enceinte qui doit accoucher incessamment. Les prestations maternité lui sont refusées sous le prétexte qu'il n'a pas cotisé dix mois.

Ce refus est-il légal ? Je n'ai rien vu dans la lettre de la loi qui permette aux caisses cette dérobade.

Comme aucun assuré n'a pu cotiser dix mois, le bénéfice des prestations maternité est donc refusé à toutes les femmes des assurés qui accoucheront avant le 1er mai.

Je serais très heureux de savoir si ce refus des caisses est normal, et, au cas où mon client pourrait réclamer, dans quelles conditions il pourrait le faire.

Dr P.

Réponse.

Pour avoir droit aux prestations médicales et pharmaceutiques, en cas de maternité, il suffit que l'assuré, comme pour le risque maladie, ait cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs ou 240 jours durant les 12 mois précédant l'accouchement.

C'est donc à tort que, pour la femme d'un assuré qui a cotisé depuis le 1er juillet 1930, la Caisse refuse les prestations maternité que la loi accorde à la femme de l'assuré.

Médecine légale

5792. — Constatations à la suite d'une catastrophe dans une usine

Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner sur une note d'honoraires pour constatations suivantes : commis par M. le Juge d'instruction le 11 janvier dernier à l'effet de constater les décès de la catastrophe de B, d'examiner les blessés, d'établir les causes des blessures et de donner le pronostic de ces blessures.

J'ai eu donc à constater 7 décès et à examiner 17 blessés. J'ai vu ces derniers le jour même de la catastrophe, au fur et à mesure qu'ils sortaient de la mine. Je les ai revus ensuite trois ou quatre jours après pour établir mon pronostic.

Là-dessus, j'ai fourni mon rapport.

Je dois ajouter que ces blessés habitaient à des distances variant entre 5 et 14 kilomètres de mon domicile.

Etat d'honoraires assez compliqué que je vous pemande d'établir schématiquement.

Dr N.

Réponse.

Puisque vous avez été commis à titre d'expert par le juge d'instruction, vous devez vous faire honorer conformément au tarif des frais de justice en matière criminelle (décret du 5 octobre 1920, modifié par décrets du 16 octobre 1926 et du 22 décembre 1927).

En vertu de l'article 26 du tarif, il vous est dû, pour chacune de vos constatations de décès, pour chacun de vos examens des blessés, et pour chacune de vos visites ultérieures, un honoraire fixe de 25 francs. Les frais de rédaction et de dépôt de votre rapport, ainsi que de la prestation de serment, si elle a eu lieu, sont compris dans ces indemnités ; ils ne peuvent donc donner lieu à un honoraire supplémentaire.

En outre, vous avez à compter vos frais de déplacement, qui doivent être calculés de la façon suivante : *a*) suivant le prix d'un billet aller et retour en première classe, si le trajet pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway ; *b*) suivant le prix d'un voyage, d'après le tarif du service, tant à l'aller qu'au retour, si le voyage pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun ; *c*) au prix de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens (article 19).

Enfin, si le lieu de votre transport était situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit à une indemnité supplémentaire de 20 francs par jour, indemnité portée à 30 francs en cas de transport à plus de 20 kilomètres (article 20). Il y aura lieu d'appliquer cette disposition notamment pour les visites que vous avez dû faire aux blessés, mais vous ne pourrez réclamer de ce chef plus de 30 francs pour la même journée.

Vous devrez établir votre mémoire, conforme au modèle ci-joint, en double exemplaire dont l'un sur papier timbré, la somme due excédant 50 francs, et l'envoyer au Procureur de la République du ressort. Après vérification par ce magistrat, votre mémoire sera visé par le Procureur général et taxé par le juge d'instruction qui vous a commis. Ensuite de quoi vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Cinquante-troisième année — N° 6 — 8 Février 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 36. — Pharmacien dem. rég. agricole lyonnaise ou Sud-Ouest ayant bonnes foires et dépourvue de pharmacie. Très sérieux, discrét. absolue.

N° 37. — Très urgent. Bretagne, méd. fatigué céder, excel. poste de seul méd. propharma. à 22 km. ch.-lieu départem. indemn. très mod. toutes facilités.

N° 38. — Dr 40 ans,, franc., diplômé d'Etat, ancien combattant, cité, pensionné, rech. situat. médic. ou paraméd.

N° 39. — A vend. 4 pneus et 4 ch. à air 700 × 80 en bon état. Faire offre.

N° 40. — Oise. Gr. ville, cab. méd. cause santé., aff. d'avenir. Conv. à jeune méd. actif. Eau, gaz, électr. long bail. Pet. indemn.

N° 41. — Dame habit. Paris, ch. pour après-midi, occupat. chez méd. ou dans clinique. Recevr. client. et tiendrait comptabil.

N° 42. — Paris. A céder après décès, cab. méd. avec apartem. dans 16e.

N° 43. — Vve méd. cherche pour après-midi place de lectrice ou dame de compagnie. S'ad. Mme Martin-Deschamp, 3, rue Crevaux. Paris.

N° 44. — Touraine. Proxim. gr. ville, excell. client. méd. à céder, maison tout confort, chauff. central, jardins, long bail, loyer modéré. Indemn. 40.000.

N° 45. — A vend. cause double emploi, cond. intér. Farman avec coffre. Très bon état général. Demi-taxe,

N° 46. — Paris. Centre, anc. cab. méd. génér. radio appar. compl., appartem. confort, 6 p., loyer 9.000. Prx à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 47. — Près gare St-Lazare, grand cab. méd., install. neuve, appareil. électr. Condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 48. — Près Paris, radiologie, grand appartem., à céder valeur appareil. Centre import. sans concurr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 49. — On dem. méd. 35 a. mar. pr collaborat. méd. Etoile, sans apport. Fixe 50.000. Cond. · nation. franç. et savoir convers. anglais courante. S'ad. après-midi Dr Bachelier, 50 Bd St-Jacques.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Drs E. Charmot. et E. Rozet.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est aboutir à la dyspepsie. Sucer des tablettes de **Mangaïne,** c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

« **Vaujania** » maison de repos, convalescents médi caux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** *Séance du Conseil d'administration du* 20 *janvier* 1931. — M. Cardinaux, à la suite d'entretiens qu'il a eus avec le Professeur Dubé (de Montréal), fait un exposé des conditions à réaliser pour l'organisation à Paris de cours en anglais.

M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, est nommé membre du Comité de patronage.

Plusieurs postes sont actuellement vacants à l'étranger : un de doctoresse dans une école de sages-femmes annexée à un hôpital ; un de directeur-adjoint du laboratoire de l'administration des services sanitaires d'Egypte, et un de premier bactériologiste. (Pour les renseignements s'adresser au bureau de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine).

Nouvelles adhésions : MM. Belot et Legrand (Paris) ; Catrakis, Kyriacacos et Photaras (Grèce).

— **Hôpital Cochin.** *A la mémoire du Dr Louis Fournier.* — Une plaque commémorative, à la mémoire du Dr Louis Fournier, a été apposée le 26 janvier à l'hôpital Cochin. Le Dr Louis Fournier, qui fut le créateur, avec Levaditi, de la bismuthothérapie de la syphilis, avait été chef de service dans cet hôpital pendant de nombreuses années. C'est dans son laboratoire et dans les salles de son service de Cochin qu'il commença et poursuivit ses importants travaux sur la syphilis.

— **La rue Jean-Sicard à Paris.** — Nous avons annoncé que le nom du regretté Professeur Sicard devait être donné à une rue de Paris. La rue Jean-Sicard sera une voie nouvelle projetée sur l'emplacement du bastion 74, près de la Porte de Versailles, entre le boulevard Lefebvre et l'avenue Albert-Bartholomé.

— **Conférence de l'Hôtel Chambon.** *L'hôpital Pasteur.* — Le Professeur Louis Martin a fait, devant une salle attentive, le mercredi 21 janvier 1931, une conférence sur « Le fonctionnement de l'hôpital Pasteur depuis 30 ans ». Le Docteur Louis Martin, après avoir exposé les plans et le fonctionnement du service des isolés puis du service des convalescents et des services généraux, donne les résultats de statistique obtenus à l'hôpital Pasteur depuis trente années : 32.007 malades ont été hospitalisés, 1882 sont morts, soit une mortalité générale de 5,87 %. L'auteur souligne ensuite quelques-uns des chiffres de la statistique et signale que 2.516 diphtériques sont entrés à l'hôpital avec 175 décès, donnant une mortalité de 6,95 % ; rougeole : 2.902, 84 décès, 2,89 % ; scarlatine : 4.820 entrées, 103 décès, 2,13 %.

L'auteur donne également quelques précisions sur

la maladie du sommeil qui a été particulièrement étudiée à l'hôpital Pasteur, ainsi que la spirochétose ictéro-hémorragique. Il traite ensuite des contagions à l'hôpital Pasteur qui sont insignifiantes : deux pour mille, et termine sa conférence par une étude économique sur les hôpitaux à isolement cellulaire, tout à l'avantage des hôpitaux du type Pasteur.

— **Ecole pratique des Hautes Etudes.** — *Technique physiologique appliquée à l'animal*, sous la direction de J. Gautrelet, directeur du laboratoire de biologie expérimentale, avec le concours de M. J. Dupille, chargé de conférences ; Mlle E. Corteggiani, préparateur et M. N. Halpern, aide technique à l'école des Hautes Etudes.

Programme. — Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Cardiographie, électrocardiographie, mesure de la pression artérielle. — Organes isolés : cœur, intestin, utérus. — Anastomoses vasculaires : tête isolée de chien. — Pneumographie ; circulation pulmonaire. — Sang : mesures électrométrique et colorimétrique du pH, réserve alcaline, dosage de l'oxygène. — Gaz respiratoires ; métabolisme de base (eudiométrie). — Fistules digestives (pancréatique, salivaire, cholédoque, etc.) — Ablation d'organes (pancréas, surrénales, etc.).. — Pléthysmographie de la rate et du rein. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration de l'appareil nerveux central (gyrus) et périphérique (pneumogastrique, sympathique, cardiaque, splanchnique, etc.).

Le cours comprendra trois leçons d'introduction à la physiologie expérimentale et douze séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du 2 au 14 mars 1931, au laboratoire de biologie expérimentale des Hautes Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

N. B. — S'inscrire au laboratoire l'après-midi. Nombre de places limité. Une provision de 250 francs sera exigée.

— **Centre anticancéreux de Caen.** — M. le Docteur Osmont, professeur de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé directeur du centre régional anticancéreux de Caen.

— **Cité universitaire.** *Service médical.* — Un concours est ouvert pour la nomination de deux internes résidents à la Cité universitaire, chargés du service médical intérieur.

Conditions du concours : Les étudiants en médecine pourvus de 12 inscriptions au moins peuvent être inscrits pour le concours. Le concours comprend une épreuve écrite anonyme d'admissibilité portant sur trois questions (anatomie, pathologie externe, pathologie interne) et une épreuve orale sur un sujet de pathologie, subie par les candidats admissibles, désignés en nombre double de celui des places à pourvoir. Le concours commencera le lundi 23 février, à 10 heures, à la clinique chirurgicale de l'hospice de la Salpêtrière.

Réglement des fonctions d'interne a la Cité universitaire. — Les internes reçus au concours seront logés, aux frais de la Fondation nationale, dans deux Fondations de la Cité universitaire. Ils recevront, en outre, de la Fondation nationale une indemnité mensuelle de 300 francs. Ils auront à assurer la garde à la Cité chacun un jour sur deux.

Dans la matinée, toutefois, des autorisations de s'absenter pourront leur être accordées pour leur permettre de suivre les cours ou services hospitaliers.

Ils feront, à la Cité, une consultation quotidienne de 14 heures à 16 heures.

Les internes affectés au service médical de la Cité universitaire seront tenus d'observer les règlements généraux de la Cité et les règlements particuliers des Fondations dans lesquelles ils seront logés.

Inscriptions : Les inscriptions sont reçues jusqu'au 18 février inclusivement, au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne, bureau 6, tous les jours de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures.

Pièces à produire : Demande d'inscription sur papier libre ; certificat de 12 inscriptions.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Ginette Bourguet, fille du docteur et de Madame Julien Bourguet, avec Monsieur Jean Raimbault. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 4 février, en l'Eglise Saint-Honoré-d'Eylau.

— **Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement 40 francs (étranger : 60 francs). 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe). Prix du numéro : 5 fr. — *Sommaire* du nº 1, 1931 : La vénerie de Jacques du Fouilloux (8 ill.), par le Docteur Beanjamin Bord. — Gilles de Rais devant la médecine et devant la mystique (8 ill.), par le Dr Ch. Coubart. — Vénus blessée par un rosier (1 ill.). — A propos des seins et de l'allaitement (2 ill.). — Le pouilleux, peinture de Brouwer (1 ill.). — A propos d'une « Vierge ouverte » du musée de Chièvres à Poitiers (4 ill.), par M. Maurice Pouliot. — Supplément (19 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 janvier

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste des stations hydrominérales et climatiques établies à la date du 31 janvier 1931.

I. — *Stations hydrominérales et climatiques.*

Biarritz (Basses-Pyrénées), 30 mai 1918.

Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), 9 mars 1913.

Hyères (Var), 8 mars 1913.

Bagnères-de-Luchon (Hte-Garonne), 2 mars 1913.
Bagnères-de-Bigorre (Htes-Pyrénées), 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie), 20 mai 1913.
Lacaune (Tarn), 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie), 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne), 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie), 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées), 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées), 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie), 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 15 avriil 1921.
Menthon (Haute-Savoie), 13 août 1921.
Biskra (Algérie), 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain), 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne), 31 juillet 1923.
Salins (Savoie), 11 mai 1926.
Challes-les-Eaux (Savoie), 9 avril 1927.
Balaruc-les-Bains (Hérault), 3 août 1927.
Le Boulou (Pyrénées-Orientales), 17 février 1930.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes), 21 avril 1912.
Vichy (Allier), 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche), 25 mai 1912.
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault), 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme), 30 mai 1912.
Vittel (Vosges), 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier), 10 juin 1913.
Néris (Allier), 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées), 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges), 10 juin 1912.
Martigny (Vosges), 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme), 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône), 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes), 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées) 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège), 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), 12 mars 1913.
Plombières (Vosges), 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges), 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne), 7 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal), 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Moulière) (Doubs), 25 février 1915.

Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), 26 juin 1916.
Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise), 28 février 1919.
Bussang (Vosges), 21 mars 1921.
Bagnoles-del'Orne (Orne), 15 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre), 27 mai 1921.
Salins (Jura), 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère), 9 janvier 1922.
Alet (Aude), 28 mars 1923.
Uriage-les-Bains (Isère), 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Montjois (Ariège), 31 juillet 1923.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 7 juillet 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), 17 décembre 1926.
Miers-Alvignac (Lot), 5 mars 1927.
Charbonnières (Rhône), 9 avril 1927.
Vallée-des-Eaux-Chaudes (commune de Digne) (Basses-Alpes), 27 juillet 1927.
Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 19 janvier 1929.
Aulus (Ariège), 19 juin 1929.
Encausse (Haute-Garonne), 4 août 1929.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse), 10 juin 1912.
Chamonix (Haute-Savoie), 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges), 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais), 10 juin 1912.
Mimizan (Landes), 10 juillet 1913.
Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales), 10 juillet 1913.
Bormes (Var), 22 juillet 1913.
Le Touquet Paris-Plage (Pas-de-Calais), 3 septembre 1913.
Le Lavandou (Var), 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude), 6 décembre 1913.
Briançon (Hautes-Alpes), 8 juillet 1914.
Arcachon (Gironde), 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados), 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var), 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie), 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes), 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Alpes), 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées), 5 juin 1918.
Nice (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1918.
Menton (Alpes-Maritimes), 28 janvier 1919.
Malo-les-Bains (Nord), 21 mars 1921.
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine), 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie), 21 avril 1921.
Trouville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Deauville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados), 12 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes)), 27 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), 4 août 1921.
Bastia (Corse), 13 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme), 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure), 13 août 1921.

Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Paramé (Ille-et-Vilaine), 13 août 1921.
Sainte-Maxime (Var), 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados), 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Grasse (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Pornichet (Loire-Inférieure), 11 mars 1922.
Royan (Charente-Inférieure), 29 juin 1922.
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados), 28 mars 1923.
Les Sables-d'Olonne (Vendée), 7 avril 1923.
Alger (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), 31 juillet 1923.
Bandol (Var), 31 juillet 1923.
Hauteville-en-Bugey (Ain) (1), 26 avril 1924.
Grau-du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924.
Luc-sur-Mer (Calvados), 26 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Infér.), 1er juillet 1924.
Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) (1), 21 août 1924.
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.

(1) Station de cure.

Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.
Stella-Plage (Pas-de-Calais), commune de Cucq, 8 juillet 1925.
Granville (Manche), 16 mars 1926.
Châtelaillon (Charente-Inférieure), 3 juin 1926.
Langrune-sur-Mer (Calvados), 7 juillet 1926.
Bugeaud (Constantine), 17 juillet 1926.
Le Pouliguen (Loire-Inférieure), 2 mars 1927.
Hardelot-Plage, commune de Neufchâtel (Pas-de-Calais), 9 avril 1927.
Yport (Seine-Inférieure), 27 avril 1927.
Sables-d'Or-les-Pins, commune de Pléhérel (Côtes-du-Nord), 27 juillet 1927.
Bidart, section de la Place et d'Ilbarritz (Basses-Pyrénées), 9 août 1927.
Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), 23 mai 1928.
Cayeux-sur-Mer (Somme), 23 mai 1928.
Saint-Georges-de-Didonne (Charente-Inférieure), 23 mai 1928.
Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Marit.), 23 mai 1928.
Vence (Alpes-Maritimes) (1), 19 juillet 1928.
Guéthary (Basses-Pyrénées), 23 janvier 1929.
Saint-Cergues (Haute-Savoie), 15 février 1929.
Sanary (Var), 12 mai 1929.
Anglet, fractions de territoire de la commune (Basses-Pyrénées), 23 mai 1929.
Langogne (Lozère), 23 mai 1929.

(1) Station de cure.

Lompnes (Ain), 23 mai 1929.

La Ciotat, fraction de territoire de la commune (Bouches-du-Rhône), 5 août 1929.

Cassis (Bouches-du-Rhône), 17 février 1930.

Falaises-d'Arcole, fraction de la commune d'Arcole (Algérie), 17 février 1930.

Noirétable (Loire), 17 février 1930.

Soorts-Hossegor (Landes), 17 février 1930.

Passy (Haute-Savoie) (1), 3 avril 1930.

Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), 6 avril 1930.

Saint-Julien-en-Génevois (Haute-Savoie), 10 août 1930.

Aïn-el-Turck (Algérie), 10 août 1930.

Villard de Lans (Isère), 21 août 1930.

22 JANVIER

Hygiène publique.

Arrêtés instituant une Commission supérieure d'examen des questions concernant la salubrité des coquillages et nommant les membres de cette Commission.

Ces arrêtés seront publiés ultérieurement.

Lutte antituberculeuse.

Est approuvé le règlement de l'école d'infirmières de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon, section de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

(1) Station de cure.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille de bronze : MM. les Drs Basch, de Creil ; Périn, de Gennevilliers, ; Cony, de Courbevoie ; Victor Lacroix et Torne, de Paris.

23 JANVIER

Assurances sociales.

Décret du 17 janvier 1931 étendant aux assurés sociaux qui accomplissent une période d'instruction militaire le bénéfice des dispositions applicables aux assurés en état de chômage partiel.

Art. 1er. — Les dispositions de l'article 3 du décret du 30 novembre 1930 sont applicables aux assurés qui accomplissent une période d'instruction militaire en dehors de la durée normale du service militaire.

Il appartiendra à l'intéressé de justifier, par une pièce émanant de l'autorité militaire, de l'époque et de la durée effective de la période accomplie.

Art. 2. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Sanatoriums.

Décret du 16 janvier 1931 modifiant le décret du 10 aout 1920 relatif à l'édification des sanatoriums.

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 10 août 1920 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 3. — Ce projet doit comprendre :

1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

2° La contenance des terrains qui y sont affectés ;

3° Les plans et les devis de constructions ;

4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir, ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

5° La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera rattaché ;

6° Les ressources destinées au fonctionnement de cet établissement.

Le projet est communiqué pour étude et avis à un comité technique institué auprès du ministère de la santé publique et qui est composé de dix-neuf membres, savoir :

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique ;

Deux inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services administratifs ;

Deux conseillers techniques sanitaires du ministère de la santé publique ;

Neuf membres désignés par le ministre de la santé publique parmi les membres de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, dont six médecins.

Le titulaire de la chaire de la tuberculose à la faculté de médecine de Paris ;

Deux architectes et un ingénieur sanitaires désignés par le ministre de la santé publique.

Art. 2. — Le ministère de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Comité consultatif de santé militaire.

Décret du 14 *janvier* 1931 *modifiant le décret du* 22 *février* 1912 *réorganisant le comité consultatif de santé.*

Art. 1er. — Le deuxième alinéa de l'article 2 du décret du 29 février 1912 réorganisant le comité consultatif de santé, modifié par le décret du 15 septembre 1919, est remplacé par le suivant :

« En outre quatre membres civils de l'Académie et cinq membres militaires (2 médecins, 2 chirurgiens, 1 pharmacien) du grade de colonel ou lieutenant-colonel, seront désignés pour siéger comme membres consultants auprès du comité. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

24 JANVIER

Hygiène industrielle.

Arrêté du 19 *janvier* 1931 *portant réorganisation de la Commission d'hygiène industrielle.*

Art. 1er. — La commission d'hygiène industrielle fonctionnant auprès du ministère du travail et de la prévoyance sociale est chargée, indépendamment des attributions qui lui sont confiées par les dispo-

sitions légales, de préparer les règlements d'administration publique relatifs à l'hygiène, à prendre en vertu du titre II du livre II du code du travail ;

Elle peut, d'une façon générale, être consultée par le ministre sur toute question intéressant l'hygiène des travailleurs.

Art. 2. — Cette Commission est composée :

1° de 8 médecins désignés par le ministre du travail ;

2° de 8 personnes spécialement qualifiées en matière d'hygiène industrielle, désignées par le ministre du travail ;

3° de 8 chefs d'entreprise et de 8 ouvriers désignés respectivement par les organisations patronales et ouvrières les plus représentatives ;

4° de 8 fonctionnaires, qui sont :

Le directeur du travail.

Le directeur du contrôle des assurances privées.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de la santé publique.

Le chef du bureau de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs.

Deux membres du Conseil d'Etat, désignés par le ministre du travail.

Le directeur général des chemins de fer au ministère des travaux publics.

Le directeur des mines au ministère des travaux publics.

Le président et les secrétaires sont désignés par le ministre.

Art. 3. — Le ministre du travail peut appeler à prendre part à une séance de la commission, les personnes que leurs connaissances spéciales mettraient en mesure d'éclairer la discussion. Ces personnes ont voix délibérative pour la discussion de ces questions.

Les représentants des organisations patronales et ouvrières peuvent, avec l'agrément du président, se faire remplacer à la séance à laquelle ils ne peuvent assister.

Art. 4. — L'arrêté ministériel du 11 décembre 1900 instituant une commission d'hygiène industrielle et en désignant les membres est abrogé.

Art. 5. — Le conseiller d'Etat, directeur du travail, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Ecoles d'infirmières.

M. le Dr Marie est nommé membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en remplacement de M. le Dr Colin, décédé.

Est approuvé le règlement de l'école d'infirmières hospitalières et de visiteuses d'hygiène sociale (tuberculose et enfance) des comités d'Angers de l'Union des femmes de France et de la Société de secours aux blessés militaires, sise à l'hôpital civil d'Angers.

Voir la suite page LXIII-437

PROPOS DU JOUR

I

La clinique médicale de l'Hôtel Dieu. Son histoire. — L'organisation du Prof. Carnot

En 1890, nous étions externe dans le service du Prof. V. Cornil, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, dernier vestige de l'ancien Hôtel-Dieu, aujourd'hui disparu. Le Prof. Cornil, malade, était suppléé par Chantemesse et Fernand Widal, interne médaille d'or, qui, ayant choisi le service de Cornil pour y faire son année supplémentaire d'internat, s'intéressait beaucoup aux jeunes élèves et était fier de commencer ainsi sa brillante carrière d'enseignement. Un jour vint dans le service un jeune stagiaire, d'allures modestes, sinon timides. Bien que nous sachions tous que le nouveau venu était pourvu de connaissances scientifiques étendues, nous le vîmes sans étonnement chercher tout simplement à s'initier comme nous aux mystères de la clinique. Excellent camarade, il ne faisait jamais parade de sa famille, ni de son nom, et cependant il descendait d'une lignée de savants et de héros et son oncle était alors le Premier magistrat de la République. Ce stagiaire était M. Paul Carnot. Quand, traversant le Petit Pont et la place du Parvis, nous allions écouter les saillies mordantes que Germain Sée décochait malicieusement à ses collègues, au cours de ses leçons de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, nous ne nous doutions guère que quarante ans plus tard, notre jeune camarade occuperait cette chaire célèbre.

Nous retrouvâmes, deux ans plus tard, M. Paul Carnot à la salle de garde de Bicêtre, toujours accueillant et bon collègue. Puis, nous le perdîmes de vue; de temps à autres, les Echos de la presse médicale nous annonçaient ses succès dans les concours et ce fut avec plaisir que nous le vîmes monter un à un, sans intrigues, sans susciter de jalousies, par son seul mérite, les divers échelons de la hiérarchie médicale et arriver à son sommet. Tous ces souvenirs nous revenaient à la mémoire en feuilletant la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* que le Prof. Paul Carnot vient d'éditer chez J.-B. Baillière et fils.

Soixante-dix ans environ auparavant, le grand clinicien, Armand Trousseau, faisait paraître, chez le même éditeur sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, qui fut et reste un des plus beaux chefs d'œuvres de la littérature médicale française.

La médecine s'est singulièrement modifiée depuis Trousseau et les leçons cliniques du Prof. Paul Carnot ne peuvent guère être comparées à celles du grand clinicien du milieu du XIXe siècle. Mais le professeur actuel de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu a conscience du grand honneur et de la lourde tâche dont il a été l'objet lorsque lui a été confiée la célèbre chaire.

Dans une leçon inaugurale en tous points remarquable et qui sert d'introduction à son premier volume de clinique, il fait l'histoire de son service et expose pieusement l'œuvre de son prédécesseur, qui fut à la fois son maître et son ami, le regretté Prof. Gilbert.

***

Rappelant les antiques origines de l'Hôtel-Dieu, fondé au VIIe siècle par Saint Landry, reconstruit à l'ombre de Notre-Dame sur les bords de la Petite Seine, du Pont au Double au Petit Pont, détruit en 1772, et toujours reconstruit à la même place, le Prof. Carnot évoque le milieu où se trouvait le vieil hôpital, tout près des vieilles écoles de médecine de la rue de la Bûcherie, à côté de Notre-Dame, au pied de cette butte célèbre que couronne aujourd'hui le Panthéon et que, dans une très belle expression imagée, il dénomme la Montagne Pensante, cette Montagne Sainte-Geneviève qui, Cité universitaire sans égale, abrita pendant des siècles l'élite intellectuelle du monde entier et où, au XVIe siècle, se rencontrèrent sans doute sur les mêmes bancs trois hommes dont la destinée formidable transforma l'humanité, Rabelais, Calvin et Ignace de Loyola.

L'Hôtel-Dieu, assez peu pourvu de médecins et de chirurgiens à l'origine, en avait sept en 1661, dont Fagon, le célèbre médecin de Louis XIV, et onze en 1877. En 1829, fut institué le concours des hôpitaux et les services de l'Hôtel-

Dieu furent surtout recherchés par les médecins les plus réputés et les plus âgés.

Ce fut en 1823 que fut créée la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et Récamier en fut le premier titulaire.

Récamier fut nommé à la suite des manifestations tumultueuses qui amenèrent la suppression de la Faculté frondeuse, puis sa reconstitution, après une épuration peu glorieuse, puisque des hommes comme Pinel, Antoine Dubois, Vauquelin et Desgenettes furent révoqués.

Réactionnaire en philosophie et en politique, Récamier était audacieux jusqu'à la témérité en médecine. On lui doit, bien avant Brandt, le traitement des pyrexies par les bains froids, la dilatation forcée dans les sphinctéralgies, la méthode d'ouverture des kystes hydatiques après avoir provoqué des adhérences par des caustiques. Il inventa un spéculum, soigna les métrites par les cautérisations, préconisa l'ovariotomie. Autant chirurgien que médecin, il pratiqua le premier, avec succès, en 1829, la colpohystérectomie.

La Révolution de 1830 fut la revanche des victimes de 1823. Récamier dut céder sa chaire de médecine du collège de France à Magendie, et la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Chomel, qui avait remplacé quatre ans auparavant Laënnec à la Charité.

Chomel était tout à fait l'opposé de Récamier; d'idées politiques avancées, il préféra quitter en 1851 sa chaire que de prêter serment à l'Empire. En médecine, il était misonéiste. Il n'admit l'existence des plaques de Payer dans la fièvre typhoïde que le jour où Louis, dans son propre service, les lui fit toucher du doigt. Il ne voulut jamais admettre les lésions cardiaques du rhumatisme. Il fut néanmoins un professeur consciencieux et d'une droiture absolue.

Trousseau lui succéda en 1852 et porta au summum la gloire de la clinique de l'Hôtel-Dieu. Découvert par Bretonneau, alors qu'il professait obscurément la rhétorique au collège de Châteauroux, nommé au concours agrégé en 1826, et presqu'en même temps *chirurgien* de l'hôpital de Tours, il conquit encore au concours la chaire de thérapeutique de la Faculté de Paris en 1839 et y émerveilla ses auditeurs. Il resta toujours du reste à la clinique un grand thérapeute. Il conserva un culte pour Bretonneau, ce très grand médecin, si dédaigneux de sa gloire qu'il n'arrivait pas à se décider à rédiger ses mémoires sur la diphtérite et sur la dothiénentérie. Ce furent ses élèves, ses fils spirituels, Trousseau et Velpeau, qui lui firent rendre justice.

Trousseau était un professeur et un clinicien hors pair. Il n'y a rien à changer à ses cliniques sur le croup, sur la maladie d'Addison, sur le goitre exophtalmique, sur l'asthme, malgré tous les progrès réalisés depuis.

En 1864, Trousseau se sentant malade, quitta la chaire de clinique médicale pour reprendre la chaire de thérapeutique. Grisolle lui succéda.

Sans avoir l'envergure de Trousseau, Grisolle fut un bon clinicien et un bon professeur, un peu trop modeste et trop froid. Son traité de la pneumonie (1841) avait fait sa réputation et il fut l'auteur d'un traité de pathologie qui eût neuf éditions et fût le guide classique de toute une génération de médecins.

Béhier succéda à Grisolle en 1869, quittant la Charité pour l'Hôtel-Dieu. Il créa le premier laboratoire d'anatomie pathologique et vulgarisa la méthode hypodermique.

En 1876, Germain Sée, qui n'avait jamais été agrégé, abandonne la clinique de la Charité et vint occuper celle du nouvel Hôtel-Dieu que l'on venait de reconstruire à la place où il se trouve aujourd'hui.

Ce fut lui qui installa les salles de clinique, l'amphithéâtre, les laboratoires. Il fut avant tout un thérapeute. Il étudia, avec succès, les dyspepsies chimiques, les cardiopathies, l'asthme; on lui doit le traitement de l'asthme par l'iodure de potassium, celui du rhumatisme par le salicylate de soude et des cardiopathies par le strophantus. Il organisa très scientifiquement ses laboratoires de physiologie thérapeutique que Gley et Lapicque dirigèrent.

En 1896, Georges Dieulafoy succéda à Germain Sée. Il était l'élève de Trousseau et fut comme son maître un très brillant professeur. A une éloquence qui attirait à ses cliniques beaucoup d'amateurs de beau langage, étrangers à la médecine, à des qualités d'observation rigoureuse et d'une remarquable clarté d'exposition, il savait ajouter l'attrait d'une imposante mise en scène et d'une mimique expressive. Dieulafoy fit mieux connaître l'appendicite, attira l'attention sur l'opportunité de l'opération ; il décrivit l'exulcération simple de l'estomac, les pleurésies enkystées, régla, en la préconisant, la thoracentèse. Disciple aimé de Trousseau qui avait été lui-même le *fils* intellectuel de Bretonneau, il passa à son tour le flambeau de la clinique qu'il avait reçu d'eux,

LA PAGE ILLUSTRÉE

Dr PERDRIGÉ

à un maître brillant, le plus cher de ses élèves, le Prof. Widal.

Gilbert, qui lui succéda en 1910, avait une toute autre physionomie. Tandis que Dieulafoy, toulousain d'origine, avait la phrase sonore et le geste péremptoire de l'orateur méridional, Gilbert, né sur les confins de la Champagne et des Ardennes, ne se payait pas de mots et n'aspirait qu'à la clarté et à la méthode. Il procédait aux examens cliniques avec un tact fin et subtil et ne se laissait entraîner ni par une hypothèse hasardeuse, ni par une imagination vagabonde. Ses diagnostics étaient sûrs et précis. Il organisa méthodiquement sa clinique, y créa un service de physiothérapie. Malgré sa santé délicate, il se livra à un labeur prodigieux et s'efforça d'atteindre la perfection dans tout ce qu'il entreprit.

Nous rappellerons ses travaux sur les tuberculoses humaines, aviaires, sur celle du perroquet, collaborant avec Roger et Cadiot, ses recherches avec Lion sur les endocardites malignes, celles sur la syphilis médullaire précoce, sur les psittacoses avec Louis Fournier, sur l'hyperinose de la pneumonie, sur le nanisme mitral avec Rathery, sur la leucémie aiguë avec P. E. Weil, sur les injections intraveineuses de digitaline et de salicylate de soude avec Coury, ses expériences thérapeutiques sur le benzonaphtol, le gaïacol, la médication phosphorée, le régime lacté, les purgations, l'opothérapie. Dès 1887, il avait écrit une thèse mémorable sur *le cancer primitif du foie* dans le service de Hanot ; il rénova l'étude des lésions anatomiques du foie et analysa un à un les troubles fonctionnels que causent ces lésions, condensant dans un petit livre, composé avec P. Carnot en 1902, toutes ses observations sur *les fonctions normales et pathologiques du foie.* Nous ne pouvons énumérer ici toutes les fonctions de la glande hépatique, tous les syndromes qui firent l'objet des investigations de Gilbert et de ses élèves ; rappelons cependant que ce fut lui qui décrivit la cholémie familiale et qui contribua à établir l'origine infectieuse de la lithiase biliaire.

Le Prof. Paul Carnot, continuant l'œuvre de son maître Gilbert, expose comment il a organisé sa clinique. Elle doit répondre à deux nécessités de l'enseignement médical : 1° initier de jeunes débutants aux mystères de la médecine, 2° perfectionner des auditeurs plus anciens et plus instruits.

Il a divisé la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu en deux services : 1° Un de *médecine générale* où les stagiaires, par équipes de vingt, sont instruits par les chefs de clinique et les moniteurs ; 2° un *service de gastro-entéro-hépatologie* où des étudiants en cours d'études, des docteurs français et étrangers viennent pousser plus loin leur instruction spécialisée. Une *Policlinique digestive* alimente ce service ; elle est assurée par le Dr Boutier. Les consultations de *proctologie* sont confiées au Dr Friedel, celles *d'œsophagoscopie* au Dr Dufourmentel, la *radioscopie digestive* au Dr Lagarenne, la *télé-stéréo-radiographie* au Dr Dioclès.

Un laboratoire pour les analyses coprologiques, parasitologiques, bactériologiques, une physiothérapie digestive, une cuisine de régimes sont encore de nouveaux organes de ce service.

La *Policlinique physiothérapique*, fondée par Gilbert, a été développée. Les Drs Dausset, Lucy et Durey, attachés à la clinique, s'en occupent activement. L'électrothérapie, la radiothérapie, l'actinothérapie, le massage, l'hydrothérapie y sont méthodiquement appliqués. Ce service est remarquablement installé et outillé et le Prof. Strohl et son agrégé, le Dr Dognon, y prêtent leur concours.

Les laboratoires de la clinique sont spécialisés avec un personnel bien adapté dans des locaux spéciaux, munis de tous les instruments nécessaires. Enumérons le laboratoire d'analyses biologiques (M. Deval), le laboratoire de bactériologie (M. Jacques Dumont), le laboratoire d'anatomie pathologique (Dr Marguerite Tissier), le laboratoire de physique et de chimie-physique (Prof. agrégé Dognon), le laboratoire de chimie et de chimiothérapie (M. Coquoin), le laboratoire de physiologie (Dr Gayet). Telle est l'organisation de cette clinique médicale moderne qui, certes, s'est notablement transformée depuis l'époque de Trousseau, de Grisolle et de Germain Sée (1).

Le Prof. Carnot se rappelle qu'il est le dernier d'une brillante lignée de professeurs à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu qui tous se sont inspirés de cette règle : c'est que la thérapeutique doit toujours être le but et l'aboutissant de la clinique, et c'est pour cela que, voulant, à la fois mettre à la disposition des malades les derniers progrès de la technique, tout en développant l'instruction de ses élèves et faisant progresser la science, il a tenu à doter son service

(1) Rappelons à ce sujet que M. le Président de la Ligue contre la Dichotomie, dans une lettre qui nous fut adressée et que nous avons publiée, nous a affirmé *sans ironie* que l'exercice de la médecine ne s'était guère modifié depuis cinquante ans ! ! !

de tous les organes nouveaux qui avant peu seront considérés comme indispensables.

La simple exposition de cette organisation complète et, disons le mot, merveilleuse, suffit pour montrer ce qu'a d'admirable l'Œuvre du Prof. Paul Carnot et combien sera intéressante la lecture des leçons de *clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* dont nous venons d'annoncer l'apparition du premier volume.

J. NOIR.

II

Glorifions les héros du Corps Médical

Un monument sera élevé à la Mémoire du Dr Langlet, Maire de Reims durant la guerre, Président de la Société de la Marne de l'Association des Médecins de France.

La meilleure réponse à faire aux calomnies incessantes, adressées aux médecins, est de contribuer le plus possible à la glorification des héros, issus du corps médical. Parmi eux, il en fut un, fils de médecin, médecin lui-même, qui, dans la victoire, eut une part égale à celle de nos plus vaillants généraux ! Ce fut CLEMENCEAU à qui Paris ne tardera pas à rendre, et d'une façon éclatante, la justice qui lui est due et le témoignage de reconnaissance digne de ses services.

Mais, sur un second plan, il y eut d'autres médecins qui firent preuve d'un courage civique vraiment héroïque et furent eux aussi parmi les meilleurs serviteurs de la Patrie. Parmi eux, nous avons glorifié GAIRAL, maire de Carignan, président de l'Union des syndicats médicaux de France, vice-président de l'Association générale des médecins de France, mort pour la France en captivité après avoir résisté avec une héroïque opiniâtreté aux exigences de la Commandature allemande.

Parmi eux encore, sera avant peu glorifié, le Dr LANGLET, maire de Reims, président de la Société des médecins de la Marne, qui, avec le Cardinal Luçon, pendant l'interminable bombardement de sa cité martyre, fit preuve d'un courage surhumain et d'une héroïque abnégation. La ville de Reims veut élever au Dr Langlet un monument pour rappeler aux générations futures son admirable conduite ; nous ne pouvons que nous associer à l'hommage qui sera rendu à notre grand confrère et nous nous faisons un devoir de publier la lettre qu'au nom de l'Association des médecins de France, M. le Dr Loche, président de l'Association des médecins de la Marne, a adressée à tous les présidents des sociétés qui composent notre grande Association.

J. N.

Reims, le 15 décembre 1930.

Mon cher Président,

Comme vous avez pu l'apprendre par *La Vie médicale*, la ville de Reims vient de décider d'élever un monument à la mémoire de son héroïque maire, le Docteur LANGLET, qui a été le Président de la Section marnaise de l'Association générale des médecins de France et dont l'abnégation et la conduite pendant la guerre ont fait l'admiration de tout l'Univers. Nous avons pensé, avec le Comité de l'Association générale, qu'une démarche devait être faite vis-à-vis de chaque président dans toute la France, pour solliciter la contribution de son groupement à l'érection de ce monument ; ce serait là une manifestation générale de tout le Corps médical français vis-à-vis d'un confrère, dont nous devons prendre exemple, et qui, malgré son grand âge, a été pour tous un modèle de dévouement et d'héroïsme.

L'Association générale des médecins de France a souscrit une somme de cinq cents francs, le Syndicat de Reims une somme de mille francs et notre Comité départemental souscrira également une somme importante ; j'ose donc espérer que votre Société voudra bien participer également à cette souscription, et je vous prie, mon cher Président, de recevoir l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr LOCHE,
Président de l'Association des médecins de la Marne.

Les souscriptions pourront m'être adressées directement : Docteur LOCHE, à Mourmelon-le-Grand et à l'Association générale à Paris qui me les transmettra.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PANCRÉATITE CHRONIQUE AVEC ICTÈRE ET CHOLECYSTO-GASTROTOMIE FORME ANORMALE DE PANCRÉATITE CHRONIQUE

Par Maurice PATEL (de Lyon).

Professeur à la Faculté de Médecine

En dehors de cas assez nombreux d'indurations de la tête du pancréas, rencontrés au cours d'intervention pour lithiase vésiculaire ou cholédocienne, j'ai rencontré deux formes intéressantes de cette affection, l'une au point de vue thérapeutique, l'autre au point de vue symptomatique.

I. — Pancréatite chronique avec ictère et cholécysto-gastrostomie.

a) Le premier cas a trait à une femme que j'ai opérée à l'âge de 54 ans, le 9 septembre 1920. Elle présentait un ictère qui s'accusait progressivement depuis un mois ; il avait été précédé de crises douloureuses qui pouvaient ressembler à des coliques hépatiques. Toutefois, la vésicule très volumineuse faisait songer plutôt à un obstacle d'origine pancréatique.

Le 9 septembre 1920, je pratiquai une intervention qui me permit de constater l'absence de tout calcul dans les voies biliaires ; par contre, la tête du pancréas était indurée, très volumineuse, ce qui fit songer à un cancer de la tête du pancréas. La vésicule très distendue fut vidée de sa bile noire très épaisse par aspiration. Une cholécysto-gastrostomie fut faite à la suture.

Les suites opératoires furent très simples ; l'ictère disparut assez vite ; l'état général se remonta très vite. En 1925, cette malade se portait très bien (thèse de Mallet-Guy, p. 233, Lyon, 1925.)

Actuellement (septembre 1930), l'état est des plus satisfaisants ; la cholécysto-gastrostomie fonctionne normalement ; il n'y a aucun trouble digestif.

b) Un second cas a trait à un malade de 61 ans, qui se présentait avec le même tableau clinique. Je pratiquai chez lui, le 31 octobre 1924, une cholécystogastrostomie à la suture.

Actuellement (septembre 1930), ce malade âgé de 68 ans est tout à fait bien portant et ne ressent aucun trouble digestif.

Ces résultats éloignés, datant l'un de 10 ans, l'autre de 7 ans, me paraissent être des plus démonstratifs.

Il est admis aujourd'hui par tous, comme l'avait soutenu il y a 30 ans, Jaboulay, un des promoteurs de la cholécysto-gastrostomie, que la présence de la bile dans l'estomac, ne contrarie pas la digestion gastrique et que la cholécysto-gastrostomie est d'une technique plus rapide et plus facile que la cholécysto-duodénostomie, à laquelle elle a été opposée.

Le danger de l'infection secondaire, ainsi que nos deux rapporteurs l'ont fait ressortir est minime. Nos deux observations montrent que les malades peuvent l'éviter longtemps.

Quant au fonctionnement de la nouvelle bouche, les recherches de Mallet-Guy (thèse de Lyon, 1925), faites sur plusieurs malades, dont celui de la deuxième observation, ont montré que le reflux du contenu gastrique dans la vésicule était exceptionnel, et s'il se produisait, qu'il ne paraissait pas présenter de sérieux inconvénients ; il n'en serait pas de même s'il existait de la rétention gastrique, comme dans les cancers du pancréas avec sténose duodénale secondaire.

Certains points de technique paraissent importants : la bouche vésiculaire doit être de petites dimensions, placée verticalement, au niveau de l'antre pylorique, à 4 ou 5 centimètres du pylore.

Exécutée ainsi, la cholécysto-gastrostomie doit prendre, je crois, une des premières places dans la thérapeutique des pancréatites chroniques avec ictère, sans lithiase biliaire concomitante.

II. — Pancréatite chronique à forme anormale.

Brocq et Miginiac ont insisté d'une façon heureuse sur les faits de passage entre les pancréatites chroniques et les pancréatites aiguës.

J'en ai observé un cas des plus nets, que j'ai publié dans le *Lyon chirurgical* (1921, p. 811). Il s'agissait d'un homme de 33 ans, qui, en l'espace de deux mois et demi, avait vu évoluer une tuméfaction de la région épigastrique, avec troubles digstifs graves, et amaigrissement prononcé. Le 22 mars 1921, j'évacuai une poche kystique intrapancréatique, contenant un liquide sanguinolent et des débris de substance pancréatique. Une marsupialisation de la poche permit l'élimination d'une quantité considérable de tissu

pancréatique. La guérison s'effectua rapidement, et ce malade est aujourd'hui parfaitement bien portant ; il ne ressent aucun trouble digestif ; il est gras et ne semble se ressentir nullement de la perte d'une grande partie de son pancréas ;

Il s'agit là, d'une forme pseudo-kystique, à évolution lente mais progressive. Elle est justiciable d'une simple incision avec marsupalisation, et, en l'absence de troubles du transit alimentaire ou de compression de la voie biliaire principale, cette opération simple paraît suffisante.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin.

Les fractures du col du fémur (1),

Professeur P. Delbet.

Je désire vous parler aujourd'hui des fractures du col du fémur.

Avant d'aborder la question, il faut vous donner des notions générales, il faut spécifier les diverses formes de fractures. Les unes se consolident facilement, ne portant pas préjudice au fonctionnement du membre, les autres rendent le sujet qui en est atteint impotent pour le reste de ses jours.

Pour vous faire bien comprendre le mécanisme des fractures, je vais vous exposer l'architecture de l'extrémité supérieure du fémur, de son appareil de soutènement (fig. ci-contre).

Le fémur a deux lames corticales, l'externe et l'interne : cette dernière est la plus solide des deux.

Les trabécules du petit trochanter montent vers la tête du fémur et forment l'éventail de sustention (*g*).

Un certain nombre de ces trabécules se dirigent vers le bord supérieur du col et avec d'autres venant de dessous le grand trochanter forment le système ogival (*e*) ; la voûte a une clef (*d*) de voûte qui est une petite artériole alimentant l'os.

Ces deux systèmes sont reliés par une lame, la lame suscervicale qui, se croisant avec les trabécules de l'éventail, forme dans la tête du fémur un noyau (*f*).

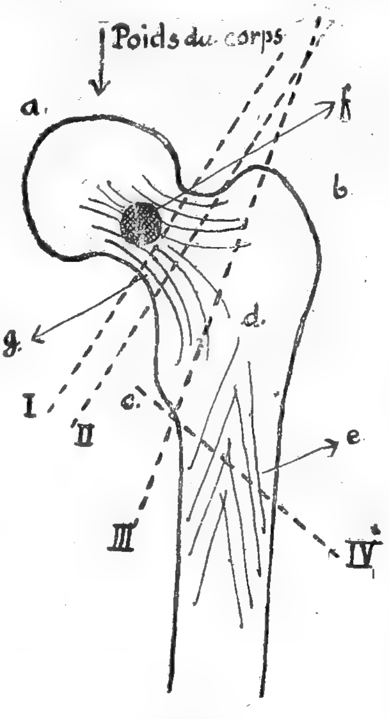


Schéma.

a. Tête du fémur.
b. Grand trochanter.
c. Petit trochanter.
d. Clef de voûte.
e. Système ogival.
f. Noyau.
g. Eventail de sustension.
I. Fracture transcervicale.
II. Cervico-trochantérienne.
II. Trochantéro-diaphysaire.
IV. Sous-trochantérienne.

Si vous examinez ce dispositif, vous voyez un point faible qui siège au niveau du col du fémur (sur la ligne transcervicale) (I). La fracture peut provoquer la décapitation du fémur ; c'est la fracture cervicale brève ; elle n'a pas de tendance à la consolidation, le cal osseux ne se forme pas, elle ne se répare que par la formation d'une pseudarthrose et l'impotence reste absolue après ce ype de fracture.

Voyez le système ogival ; avec l'âge, il se modifie. Vous connaissez tous l'expression : on a l'âge de ses artères ».... on peut en dire autant pour le col du fémur, on a l'âge de son col du fémur. La petite artériole qui forme la clef de voûte du système ogival s'atrophie, le système ogival n'étant plus suffisamment alimenté s'atrophie aussi, vous avez donc là encore un point fragile, à l'union du col et du massif trochantérien.

Le pronostic de cette fracture diffère du précédent. Cette fracture peut être nommée la fracture cervico-trochantérienne (II).

La ligne de fracture donne, dans certains cas, une irradiation et alors le petit trochanter peut être détaché, une fissure peut aussi aller vers le grand trochanter. Cette fracture ne donne pas de déplacement.

Voici encore une autre variété de fracture. Ce n'est pas une fracture du col, mais elle s'en approche beaucoup, elle va jusqu'à la diaphyse ; le petit trochanter est déplacé, c'est là, la différence.

(1) Leçon du 20 novembre 1930, recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

C'est la fracture trochantéro diaphysaire (III).

La question ne se pose jamais du diagnostic avec la luxation dans les fractures du col, mais dans les fractures trochantéro-diaphysaires, on peut se tromper. Est-ce une fracture ou bien une luxation ?

La fracture trochantéro-diaphysaire est infiniment moins grave que celle du col et se consolide par un cal osseux.

C'est la plus bénigne de toutes les fractures du col du fémur. Comme vous avez pu le remarquer sur le schéma, tous les traits de fracture vont de haut en bas et de dehors en dedans, sauf pour la fracture sous-trochantérienne (IV) qui est nettement caractérisée par un trait de fracture allant de haut en bas, mais de dedans en dehors.

La relation de la variété de fracture avec l'âge du malade est une question importante.

Quelle fracture se fait un individu jeune ?

Il se fait en général une fracture grave cervicale vraie.

Chez les individus âgés que se passe-t-il ?

Chez eux, on voit des fractures cervico-trochantériennes qui sont les plus fréquentes.

Il y a quelques années encore, on disait que les fractures cervicales vraies étaient l'apanage des gens âgés. C'est inexact, les adultes qui se fracturent le fémur, ont dans la règle, une fracture transcervicale.

Lorsque vous êtes en présence d'une fracture du fémur, vous devez faire le diagnostic de sa variété.

Examinons notre malade, voyons quels sont les symptômes qu'il présente.

Il y a un symptôme qui est constant, c'est la rotation externe du membre avec abduction.

Notez que les questions d'attitude sont très importantes à connaître. Vous devez savoir distinguer les diverses attitudes.

Il y a des associations d'attitudes régulières, adduction et rotation en dedans, et abduction et rotation en dehors.

La position du membre suffit pour éliminer le diagnostic de la luxation.

Lorsque vous voyez une abduction du membre inférieur avec la rotation externe, il s'agit bien d'une fracture du col du fémur.

Le raccourcissement peut être variable, suivant les cas, la variété de la fracture.

Le raccourcissement peut être primitif ou bien secondaire.

Ainsi dans les fractures cervicales vraies, le raccourcissement primitif ne dépasse pas deux centimètres, il peut même être seulement de quelques millimètres.

Dans les fractures trochantéro-diaphysaires, il excède deux cent. et peut atteindre jusqu'à 4 cent.

Dans le premier cas, le raccourcissement tardif, secondaire, est considérable.

Dans le second cas, le raccourcissement secondaire est nul, le primitif plus marqué.

Peut-on marcher avec une fracture du col du fémur ? Cette question a été discutée à la Société de Chirurgie. Ceux qui affirmaient la possibilité de la marche se basaient sur l'observation suivante : une petite laitière qui apportait tous les jours du lait dans une voiturette, de Montrouge à la rue de Rivoli, étant tombée une première fois se lève, quoique avec peine, et continue les jours suivants son travail, puis elle tombe une seconde fois et ne peut plus marcher. On l'examine à Laënnec où la radiographie montre une fracture. On a conclu que la laitière marchait ayant sa fracture.

Je suis persuadé que lors de sa première chute, elle n'avait pas rompu la continuité osseuse, mais lors de la seconde chute, cette solution de continuité osseuse est survenue. Cette malade a fait une fracture en deux temps.

On parlait, il y a quelque temps encore, de la contusion profonde de la hanche, d'une sorte d'entorse ; d'après moi, ces contusions profondes de la hanche n'existent pas. Ou bien, on a une fracture complète ou bien une fracture incomplète.

Une bonne radiographie peut préciser le diagnostic.

La malade que voici est âgée de 53 ans. Il y a une vingtaine de jours, elle aurait fait une chute dans la rue. Elle est tombée et son côté droit aurait porté sur le bord du trottoir. Elle s'est relevée, elle a même pu faire quelques pas, puis elle a buté contre un obstacle et serait tombée de nouveau. Après cette seconde chute, elle n'a pas pu se relever. Cette malade a fait une fracture en deux temps. Il est certain que le premier traumatisme avait donné une fracture incomplète. La malade est restée deux semaines couchée à la maison. A l'examen actuel, vous voyez que son membre inférieur droit est en rotation externe complète, le bord externe du pied repose sur le plan du lit ; il y a solution de continuité osseuse, mais ou siège-t-elle ?

L'abduction ne doit pas être considérée, car l'accident date de trop longtemps (20 jours).

L'impotence n'est pas complète, ce qui ne prouve nullement l'absence de fracture.

La rotation est un symptôme capital. Il faut rechercher d'où vient cette rotation. Le grand trochanter est en rotation externe, donc la fracture siège au niveau du col du fémur.

La longueur du membre en abduction paraît toujours plus grande par rapport à l'autre. Pour

mesurer la longueur réelle du membre, il faut le disposer symétriquement par rapport à l'axe du bassin. Pour la mensuration, on se sert d'un appareil spécial formé de lames flexibles en forme de T. On place les deux extrémités de la lame transversale sur les épines iliaques ; alors, la tige centrale de ce dispositif se localise dans l'axe du bassin. On marque au crayon, sur le bord inférieur de la malléole interne, une ligne et sur le membre opposé, on trace aussi une marque à la même hauteur, se servant d'une lame transversale attachée à la lame longitudinale. Les deux traits sont incontestablement à la même distance du bassin, mais ne se trouvent point au même endroit sur les deux membres.

Lorsqu'on mesure la distance entre les deux points marqués, on obtient le raccourcissement ; chez notre malade, il est d'un centimètre environ.

Quelle est cette variété de fracture ?

L'âge de la malade ne prouve rien ; si elle avait été plus jeune, j'aurais dit sans hésitation qu'il s'agissait là d'une fracture cervicale vraie. Le raccourcissement est inférieur à 2 cent. ; cela fait penser à la fracture cervicale vraie.

La douleur au niveau du grand trochanter à sa face externe ne peut donner ici de précisions ; la fracture date d'il y a trop longtemps.

L'examen du pli de l'aine peut être utile. On peut trouver là de la tuméfaction qui est ou bien dépressible (suffusion sanguine) ou bien ferme, dure, à un travers de doigt au-dessous de l'artère fémorale ; la tumeur de l'aine est due au fragment fracturé. Dans les fractures cervico-trochantériennes, il n'y a pas de saillie. Chez notre malade, la saillie du pli de l'aine existe ; on peut suivant les mouvements du fémur, l'augmenter ou la diminuer, c'est une fracture transcervicale assez interne.

Les trois symptômes sont concordants. La rotation externe peut être assez facilement corrigée. Ce fait parle en faveur de la fracture cervicale vraie. Le signe du tiroir est positif, le membre s'allonge à la traction, puis avec un petit craquement reprend son état normal, antérieur.

La malade que nous venons d'examiner est atteinte d'une fracture cervicale vraie. Quel traitement faut-il appliquer ?

Depuis une vingtaine d'années, j'emploie l'enchevillement. La vis est enfoncée au niveau de la crête sous-trochantérienne et elle monte jusque dans le noyau osseux de la tête du fémur.

Avec quoi doit-on faire les vis, les chevilles ?

Tout d'abord, j'ai utilisé le péroné du malade, puis des vis métalliques, puis plus tard encore des vis préparées avec des os morts ; elles m'ont donné les plus mauvais résultats.

Actuellement, nous employons des vis métalliques entourées de caoutchouc.

LA VITAMINE

agent de liaison cosmique

Par le docteur Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

PREMIÈRE PARTIE

Du soleil à la Vitamine

Les vitamines existent ; elles n'ont rien de mystérieux.

Les vitamines recueillent, accumulent et véhiculent des énergies cosmiques sélectionnées par certains organes des plantes, algues ou champignons ; les vitamines répartissent ensuite ces forces électro-magnétiques dans les diverses parties des plantes et chez les animaux qui se sont nourris de ces plantes ou chez les carnassiers qui ont mangé des animaux dont le sang et les chairs renferment des vitamines venant des végétaux.

L'histoire de la vitamine ne constitue qu'un chapitre de la distribution de la radio-activité et de l'électro-magnétisme de l'Univers. Son étude d'ensemble est extrêmement simple et très compréhensible, mais pour juger sans idées préconçue de la valeur de ma conception nouvelle des vitamines, il faut tout d'abord prendre connaissance de quelques notions astronomiques dont nous aurons à faire état dans le cours de ce travail.

De toute nécessité, on doit s'imprégner l'esprit de la réalité des infiniment grands et des infiniment petits, réalité qui dépasse la portée de nos sens habitués à voir toutes choses dans les proportions de ce qui nous entoure, sans emploi d'instruments d'optique puissants, ni le secours des mathématiques avec leur calcul intégral et différentiel.

La vitamine se charge, grâce à un procédé non compliqué et en même temps merveilleux de précision, comme tout ce que fait la Nature, non seulement des électrons correspondant à certaines raies du spectre solaire du rouge au violet, mais aussi de rayons invisibles ultra-violets. Par contre, les rayons à la limite du rouge et de l'infra-rouge et les rayons de l'infra-rouge ne sont

pas admis par l'organe de sélection chargé de faire un tri parmi tous les rayons visibles ou invisibles du spectroscope.

Des infiniment grands à l'infiniment petit. — Des mondes stellaires à la vitamine.

Du jour où la Terre, formant un bloc distinct parmi les Planètes gravitant autour du Soleil, se fut suffisamment refroidie pour avoir une écorce isolante (sauf quelques volcans aux manifestations bien restreintes par rapport à la surface terrestre), elle n'émit plus de rayons lumineux ni caloriques, mais continua à recevoir ceux du soleil et des étoiles.

Comme je le montrerai plus loin, la vitamine, tout en étant à l'abri des rayons caloriques, capte la plupart des rayons du spectre visible et les ultra-violets. Le soleil et les étoiles sont des masses formidables de photons et d'électrons ; la vitamine se charge d'électrons négatifs dont on a peine à concevoir l'infinie petitesse.

Quand, pour la première fois, on nous parle des astres, des 150 millions de kilomètres qui séparent le Soleil de la Terre, nous avons quelque défiance et restons incrédules.

Et cependant, aujourd'hui, cette notion est de science courante et facilement vérifiable.

La lumière parcourt 300.000 kilomètres à la seconde ; avec cette vitesse, on pourrait faire le tour du globe terrestre, en moins d'un septième de seconde !

A la vitesse de 300.000 kilomètres à la seconde, la lumière met 8 minutes 18 secondes pour franchir la distance du soleil à la terre. Remplaçons la lumière par une locomotive marchant à 50 kilomètres à l'heure, il faudra 350 ans environ de marche pour accomplir le même trajet.

Einstein, reprenant cette question de la vitesse de la lumière en lui appliquant les principes de la relativité, arrive à cette conclusion : la vitesse de 300.000 kilomètres à la seconde est le maximum de vitesse que puisse atteindre un objet dans l'organisation actuelle de l'Univers.

Les énergies solaires parviennent donc à la vitamine dans le minimum de temps réalisable : 300.000 kilomètres à la seconde.

En astronomie, il y a une intime corrélation entre l'infiniment grand et l'infiniment petit, et pour bien comprendre la vitamine, dont la partie active est une émanation du Soleil et des Etoiles, il nous faut connaître les extrêmes grandeurs de certains astres (Soleil et Etoiles) qui fournissent le grain énergétique à la vitamine, et les extrêmes petitesses (Atomes et Electrons) qui entrent dans la composition de cette même vitamine.

Je présente les chiffres ci-dessous, après avoir consulté les ouvrages de A. Sommerfeld (*Constitution de l'atome et les raies spectrales*), dont je me servirai surtout dans la deuxième partie de ce travail ; de M. P. Langevin (*la Physique depuis 20 ans*), de M. le professeur J. Perrin (de la Sorbonne), (*les Atomes*) ; des différents articles de Charles Maurain (*Physique du Globe*), de A. Boutaric, de Lombalez (Nancy), H. Houllevigue (*Revue de Paris*, avril 1930).

Je citerai tout particulièrement l'admirable petit livre de Karl Störmer, professeur à l'Université d'Oslo, trad. d. A. Boutaric (*De l'espace à l'atome*), dont je conseille la lecture à ceux que ce sujet intéresserait.

Cette étude des astres n'est d'ailleurs pas nouvelle pour moi. Voilà plus de trente ans, j'examinais de temps en temps Mars et ses glaces polaires, Jupiter et ses satellites, Saturne et son anneau, dans le petit observatoire, muni d'une excellente lunette astronomique, que mon ami Thibault avait fait monter sur sa maison à Meung-sur-Loire. Fidèle lecteur du journal *Le Ciel*, en relation avec son fondateur-rédacteur J. Vinot, qui était aussi calculateur à l'Observatoire de Paris, je fis une série de conférences sur le Ciel, la Terre, les animaux antédiluviens.

J'eus même la primeur d'une étoile temporaire le soir où M. Thibault la découvrit. L'Observatoire de Paris, prévenu télégraphiquement de Meung-sur-Loire dès le lendemain matin, la rechercha le soir même à l'endroit indiqué et confirma la présence de cette Nova.

Celle-ci passa bientôt dans l'hémisphère australe, où les astronomes de l'Observatoire de Rio-Janeiro la suivirent jusqu'à sa disparition qui survint peu après.

Mon idée d'aborder l'étude détaillée du spectre solaire et stellaire pour chercher à résoudre la question de l'origine de l'activité de la vitamine n'est donc pas toute fortuite ; j'y ai été poussé par mes lectures et passe-temps antérieurs sur la vie et le mouvement des mondes.

Quelques chiffres sur les infiniment grands.

La distance du Soleil à la Terre est de 153.491, 215 kilomètres ; à la vitesse de 300.000 kilomètres à la seconde, la lumière du Soleil nous parvient en 498 secondes, soit 8 minutes 18 secondes.

Prenons maintenant l'étoile la plus rapprocheé de nous après le Soleil, α du Centaure ; sa lumière met 3 ans 1 /4 à nous parvenir.

La lumière de Syrius mettra 14 ans ;
La lumière d'Arcturus, mettra 25 ans ;
La lumière la Polaire mettra 31 ans ;
La lumière la Chèvre mettra 65 ans.

Quelle peut être la distance en kilomètres de la Terre à la Polaire dont la lumière met 31 ans à nous parvenir alors que la lumière du Soleil à la Terre nous arrive en 8 minutes ? Des milliards, des milliards de kilomètres.

Et ces milliards sont des quantités bien minimes, si on les compare aux chiffres donnés par

l'astronome Hubble, de l'Observatoire du Mont-Wilson (Californie).

Hubble a réussi à observer dans les parties extérieures de la nébuleuse d'Andromède une vingtaine de Céphéides dont il a mesuré les périodes et les luminosités. Il en a déduit que la nébuleuse est à une distance si considérable que la lumière exige, en nombres ronds, un *million d'années*, pour nous parvenir. Nous ne la voyons donc pas telle qu'elle est maintenant, mais telle qu'elle était voilà un million d'années.

Et cette nébuleuse renferme des millions de millions de soleils, et il y a bien d'autres nébuleuses dont le nombre se chiffre par milliers de milliers.

Nos yeux et nos télescopes nous montrent des milliards de soleils, et ma théorie des vitamines implique l'obligation pour chacun de ces soleils d'avoir comme satellites une dizaine de terres environ chargées de recueillir les électrons négatifs projetés par ces soleils. Le jour où un soleil a émis la majorité de ses électrons, car les milliards d'années arrivent toujours à ce résultat, la vie s'arrête sur toutes ses planètes. Celles-ci, parvenues à un état d'électricité *négative* et n'étant plus retenues en rotation par suite de l'arrêt des rayons solaires, sont attirées par la masse des *protons positifs* du soleil. Le résultat de cette réunion subite d'électrons positifs et négatifs est une déflagration de toutes les radio-activités de ce monde solaire projetant ses éléments jusqu'aux extrêmes limites de ses orbites. Une Nova brille dans le ciel, qui peut être aperçue de toutes les autres terres à portée de visibilité, un immense tourbillon brasse tous les éléments, bientôt des noyaux se forment et un nouveau monde solaire va recommencer son cycle.

Ainsi a débuté et fini chaque soleil entouré de ses satellites, et c'est la vitamine, agent de liaison entre le noyau central et les terres périphériques, qui pendant des milliards de siècles a entretenu la pérennité du mécanisme par le transfert de l'énergie du soleil à ses planètes et le maintien de l'équilibre du système.

Diamètre de quelques étoiles comparé à celui de notre soleil.

Le diamètre de la Terre étant de 12.734 kilomètres, celui du Soleil est environ 100 fois celui de la Terre, et celui de Bételgeuse trois cents fois celui du Soleil. Dès maintenant on calcule qu'Antarès a même un diamètre supérieur à celui de Bételgeuse.

Certains de ces astres émettent 27.000 fois autant de lumière que le Soleil. D'après de récentes observations, il résulterait qu'une étoile S. Dorade, de la nébuleuse de Magellan, serait 600.000 fois plus lumineuse que notre Soleil.

Tous ces rayons renferment des électrons négatifs ; les raies du spectre montrent que leurs éléments se confondent pour la plupart avec les éléments du Soleil et de la Terre. La vitamine dont l'énergie est le résultat de l'unisson de ses éléments avec les longueurs d'onde et le nombre de vibrations des électrons négatifs émis par tous ces soleils, constitue donc bien un agent de liaison cosmique.

Il existe une véritable symbiose concordante de tous ces mondes. La vitamine colporte l'énergie cosmique entre tous les astres de l'Univers.

La partie active de la vitamine étant d'origine solaire et stellaire, et paraissant avoir pour résultat d'entretenir la vie des organismes sur notre globe et en même temps de maintenir l'équilibre entre les soleils et leurs planètes, les lignes précédentes m'ont semblé indispensables avant le développement concernant la vitamine proprement dite. De plus, nous verrons si l'étude de la vitamine ne pourra pas nous fournir des données utiles sur l'âge approximatif de la Terre.

Les infiniment petits.

Les résultats des observations et des calculs des astronomes concernant les masses des astres, les immenses distances qui séparent les astres les uns des autres sont aujourd'hui acceptés sans conteste, en tenant compte des rectifications d'erreurs suivant les principes de la relativité d'Einstein.

Les travaux sur les dimensions des atomes sont moins connus, parce que plus récents et aussi parce qu'ils étaient en contradiction avec l'enseignement officiel de notre époque.

Je rappellerai ici les noms de Le Bon faisant connaître son hypothèse de la radioactivité de tous les corps, du hollandais Vant'Hoff et du français Le Bel qui, en même temps, publièrent leurs conceptions sur la constitution des atomes. De très nombreuses vérifications expérimentales montrèrent le bien fondé de la théorie stellaire et planétaire de l'atome.

Rutherford arriva à briser le noyau de l'atome d'hydrogène ; Crookes, Lénard, J.-J. Thomson montrèrent, en étudiant les rayons cathodiques, que l'on se trouvait en présence de corpuscules de masses inférieures à celle de l'atome. M. le Professeur J. Perrin, de la Sorbonne, fit construire un appareil d'une puissance d'un million de volts, permettant de faire éclater le noyau atomique.

Chaque atome d'un corps simple se compose d'un noyau condensé autour duquel gravitent, dans des orbites immuables, plusieurs corpuscules de même nature que le noyau, mais de bien moindre densité. Le noyau central ou proton se compose d'un complexe d'électrons positifs et négatifs de charge résultante positive, entouré à grande distance par des électrons négatifs, se déplaçant sur des orbites plus ou moins nombreuses suivant la nature de l'atome. Les électrons sont animés d'un mouvement de rotation

autour du noyau sans avoir aucune tendance à tomber sur lui. En résumé, chaque atome peut être comparé à un système planétaire, où le soleil serait le noyau, les planètes étant constituées par les électrons.

On appelle ion un électron qui s'échappe du système atomique planétaire pour passer dans un système planétaire voisin ou rester à l'état libre. Je montrerai plus tard l'effet de cette dissociation dans l'étiologie et la thérapeutique des troubles dus aux lésions des vitamines qui ont besoin de l'intégrité de leurs organismes pour jouer leur rôle si essentiel dans la vie des plantes et des animaux du globe terrestre.

L'atome est doué de propriétés radio-actives et électro-magnétiques ; il est divisible en particules de nombre égal pour chaque élément.

Le noyau de l'atome et les électrons les plus rapprochés de ce noyau résistent à de très fortes énergies de dislocation ; seuls, les électrons de la périphérie se dissocient facilement, c'est là un point très important et trop méconnu dans l'histoire de la vitamine envisagée du point de vue médical.

J'avais pris tout d'abord l'atome comme unité de charge de la vitamine, mais je me suis vite aperçu que sa grandeur était immensément trop forte pour être dans la possibilité de remplir ce rôle.

Les physiciens-chimistes donnent à l'atome un diamètre d'un dix-millionième de millimètre ; ce diamètre est beaucoup trop considérable pour la vitamine qui doit se charger de très nombreux éléments, mais d'éléments beaucoup plus petits que les atomes.

De plus, comme nous le verrons, tous ces éléments actifs des vitamines sont des électrons, c'est-à-dire des éléments exclusivement d'électricité négative, alors que les atomes renferment aussi des protons à électricité positive, par parties sensiblement égales.

Il faut pousser cette étude préliminaire plus loin que l'atome, jusqu'à l'électron négatif, pour saisir le mécanisme de l'action des rayons lumineux sur les molécules qui doivent remplir le rôle de vitamines.

L'atome a un diamètre de un dix-millionième de millimètre, c'est-à-dire qu'il faut en aligner 10 millions pour faire une longueur d'un millimètre ; pour l'électron, le nombre est d'un trillion, soit un millionième de millionième de millimètre ! !

Un électron est donc inconcevablement petit. Ainsi que l'écrit Störmer, un électron est aussi petit vis-à-vis d'un grain de sable qu'un grain de sable est petit vis-à-vis de la Terre.

Quant au poids, il est variable suivant la nature de l'élément qui entre dans la constitution de l'atome.

Le plus léger de tous les électrons négatifs en repos est l'électron de l'hydrogène dont le poids est représenté par :

$$\frac{1 \text{ gramme}}{1.000.000.000.000.000.000.000.000.000}$$

nombre fractionnaire ayant 27 zéros au dénominateur et 1 gramme comme numérateur. Il est impossible de concevoir pareille petitesse.

Pour tous les électrons, ce poids sera augmenté de son coefficient de densité ; de plus, il faudra tenir compte de la masse qui s'accroît à mesure que la vitesse de l'électron s'approche de la vitesse de la lumière, qui, ne l'oublions pas, est de 300.000. kilomètres à la seconde.

Quand l'électron négatif, parti de la surface solaire, arrive aux vitamines des plantes terrestres ou algues aquatiques et marines, sa masse encore insignifiante pour nos sens, se trouve déjà parvenue à cette vitesse de 300.000 kilomètres à la seconde.

Ce sont ces électrons des différents éléments (calcium, manganèse, magnésium, fer, etc.), que je prendrai comme unités de charge des vitamines ; je fais remarquer dès maintenant que l'hydrogène, l'oxygène, le carbone, l'azote ne font pas partie du contenu de la vitamine, mais de son enveloppe. Nous verrons, en effet, que ces éléments ne peuvent pas franchir l'écran chlorophyllien qui fait la sélection des rayons cosmiques, qu'ils restent par conséquent dans l'atmosphère, où ils sont pris par l'acte respiratoire des azotobacters, des plantes et des animaux.

Des limites de possibilité de mon hypothèse sur la nature de la vitamine.

Les vitamines sont invisibles au microscope et même à l'ultra-microscope.

Connaît-on dès aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, des cellules organiques ou des particules métalliques, d'un diamètre tel qu'elles soient invisibles à l'ultra-microscope, et dont on puisse cependant affirmer l'existence ? Il est permis de répondre catégoriquement : oui.

Nos meilleurs microscopes à immersion homogène donnent couramment une bonne visibilité jusqu'à deux dix-millièmes de millimètre.

L'ultra-microscope a porté subitement cette visibilité à 3 et même 6 millionièmes de millimètre.

On assigne à l'atome un diamètre de un dix-millionième de millimètre ; il faudrait donc encore doubler le pouvoir de visibilité de l'ultra-microscope pour avoir des chances d'arriver à distinguer un atome (ne pas oublier que l'on a affaire à un nombre d'autant plus petit que le dénominateur est plus grand).

Mais cet atome au dix-millionième de millimètre est un formidable colosse, si on le compare à l'électron. Celui-ci, dont il faut 1.850 environ pour former un atome, a son individualité et son

existence propre ; son diamètre est d'un trillionième de millimètre, autrement dit un électron a un diamètre mille millions de millions de fois plus petit qu'un millimètre.

Si à cette masse d'électrons, on ajoute les espaces vides qui existent entre chacun d'eux, comme les planètes sont séparées entre elles et entre elles et le soleil, on comprend mieux la différence existant entre le volume de l'atome et celui de l'électron.

Unité de charge de la vitamine.

C'est l'électron négatif, émané des rayons solaires et stellaires, que je prendrai comme unité de charge de la vitamine, véritable petit accumulateur d'énergie solaire et cosmique, dont les électrons restent au repos tant qu'ils ne sont pas sollicités par des électrons positifs ou protons qui entrent dans la composition des atomes terrestres dont le noyau primitif a été formé par la masse centrale de notre globe. Celui-ci, comme on le sait, n'est qu'un éclat de l'étoile immense qui comprenait le soleil et toutes ses planètes actuelles. Le noyau de la Terre, renfermé dans sa coque solidifiée, a donc la même composition que le soleil. Ce noyau est un amas d'électrons positifs ou protons, encore plus petits que les électrons négatifs, et d'électrons négatifs en fusion, comme le Soleil.

Si les noyaux atomiques sont à peu près immuables, par contre les électrons négatifs, surtout les plus périphériques, peuvent être détachés du noyau et perdus pour lui. L'électron négatif d'origine solaire a pour but de remettre au point cet atome, de lui rendre la faculté de radioactivité, d'électro-magnétisme. Bref, la vitamine est un véritable petit accumulateur électrique ; comme lui, elle se recharge d'électricité, et dans la deuxième partie de ce travail, je montrerai l'usine, l'établissement où s'opère ce rechargement et donnerai quelques détails sur la façon dont il s'opère.

Je veux simplement l'indiquer aujourd'hui.

Rôle des parties vertes des plantes et des algues dans la formation des vitamines.

Les feuilles des plantes et des algues, l'enveloppe extérieure verte des graines, sont munies de pigments (chlorophylle, flavone, etc.), qui forment écran au passage des rayons solaires et stellaires. Cet écran fait un obstacle infranchissable aux rayons caloriques de l'infra-rouge ; par contre, la plus grande partie (pas tous) des rayons visibles du spectre solaire et les ultra-violets sont absorbés par la chlorophylle et la flavone.

Immédiatement derrière l'écran chlorophyllien se trouvent les espaces lagunaires où circule sans arrêt la sève ascendante.

Cette sève renferme des éléments organiques et métalliques (fer, calcium, nickel, zinc, magnésium, cuivre, aluminium, etc.), Au contact des rayons du poste émetteur (le Soleil), ces éléments entrent en résonnance suivant le synchronisme de vibrations et de longueur d'onde de chacun.

Les feuilles des plantes et les algues sont donc des postes de réception pour les énergies émises par le Soleil. Le spectre de la chlorophylle est un spectre très bien défini, ainsi que celui de la flavone. Les raies du fer, du calcium, etc., concordent dans le spectre des solutions de chlorophylle avec celles du spectre solaire.

On peut donc en déduire que la fonction vitaminique est le résultat des absorptions par la vitamine des électrons négatifs solaires qui rechargent, qui remettent au point les éléments des plantes chargés d'entretenir l'énergie radio-active et électro-magnétique parmi les êtres vivants.

Dans un prochain article, je donnerai le détail des expérimentations sur lesquelles s'appuient les considérations précédentes.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

la conduite à tenir dans l'avortement

D'après le Dr P. BALARD (1).

L'avortement consiste dans l'expulsion du produit de conception, avant la date de viabilité du fœtus, théoriquement dans les 180 premiers jours, pratiquement dans les cinq premiers mois. Une thérapeutique précoce et rationnelle peut améliorer indiscutablement le pronostic de cet accident ; la conduite à tenir différera suivant qu'il s'agira d'un avortement provoqué ou d'un avortement spontané.

L'AVORTEMENT PROVOQUÉ est infiniment plus probable chez une femme en situation irrégulière. Pour une femme mariée, l'avortement criminel est plus vraisemblable s'il s'agit d'une deuxième ou d'une troisième grossesse. Cliniquement, une hémorragie d'emblée abondante résulte ordinairement de manœuvres intra-utérines ; et il en est de même de la précocité et de l'intensité des phénomènes infectieux.

L'AVORTEMENT SPONTANÉ une fois admis, il convient, pour la thérapeutique, d'en établir la cause. De la succession réciproque, de l'or-

(1) Dr P. BALARD.— Conduite à tenir dans l'avortement (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 26 octobre 1930).

dre d'apparition de trois éléments symptomatiques (contraction utérine, hémorragie, mort du fœtus), on peut rationnellement conclure à certaines probabilités étiologiques.

I

Les causes de l'avortement et son traitement prophylactique

La contraction, symptôme initial: l'avortement est dû à des causes mécaniques

Une femme accuse des douleurs d'intensité variable, pendant un temps plus ou moins long ; puis, elle perd du sang ; l'œuf se décolle ; les douleurs redoublent et elle expulse, sinon un embryon vivant, du moins un œuf frais.

Les causes mécaniques de l'avortement :

Une disproportion entre l'utérus et l'œuf : œuf trop gros (grossesse gémellaire ou hydramnios), ou bien utérus trop petit (utérus infantile, malformé, utérus bicorne ou unicorne). L'hydramnios aidera à dépister la syphilis. En cas de malformation utérine, on peut espérer que dans la suite l'utérus se développera ; une cure à Salies est indiquée.

Une latéroversion ou une rétroversion : un redressement opératoire précédant une grossesse ultérieure permettra de corriger cette déviation.

Une lésion cicatricielle du segment inférieur : la trachélorraphie pourra empêcher que soit désormais gêné le développement utérin.

Des fibromes sous-muqueux : une nidation anormale, des lésions endométritiques seront évitées dans la suite par une myomectomie ou une cure à Salies.

Des traumatismes utérins : diminuer les coïts et les défendre en cas d'irritabilité de l'utérus ; éviter l'automobile ; avant tout voyage, prescrire un lavement laudanisé. S'il s'agit de traumatisme opératoire, éviter les contractions utérines provoquées, en administrant la morphine avant l'opération et dans les jours suivants.

La douleur par voie réflexe : en cas de coliques hépatiques et néphrétiques, la morphine est encore le médicament de choix.

L'hémorragie, symptôme initial : l'avortement est symptômatique d'une maladie de la nidation

Le début n'est pas toujours une hémorragie profuse d'emblée , mais bien des hémorragies discrètes à répétition, à sang vermeil ou poisseux, qui traduisent un décollement ovulaire progressif, et entraînent la mort de l'embryon, puis son expulsion.

Les causes :

Une banale insertion vicieuse sur le segment inférieur, ou au niveau d'une des cornes (grossesse angulaire). Cette grossesse angulaire se manifeste au début du deuxième mois par des signes assez caractéristiques : c'est un écoulement de sang vermeil correspondant à la distension de la corne et à un léger décollement de l'œuf ; il y a en même temps un état d'endolorissement permanent de l'utérus, avec des douleurs plus vives intermittentes. L'examen décèle une tumeur juxta-utérine, qui n'est pas nettement séparée de l'utérus. Le repos et la morphine permettent de gagner du temps et évitent bien souvent l'avortement.

Des endométrites infectieuses causent le plus souvent la maladie de la nidation : gonococcie ; lésions cervicales traumatiques ou infectieuses, consécutives aux accouchements antérieurs. On recommandera pendant la gestation des ovules, des injections ; ou bien, au préalable, des cures hydrominérales (Salies, Saint-Sauveur, Luxeuil), des topiques intra-utérins, des cautérisations prudentes du col au néo-filhos ; on fera pratiquer un auto-vaccin.

De fausses endométrites, c'est-à-dire des troubles de la nidation sous la dépendance de divers facteurs d'origine endocrinienne : insuffisance du corps jaune, qui conditionne la nidation jusqu'à la 8e semaine ; activité exagérée de l'ovaire déterminant une hyperémie de la muqueuse ; et surtout insuffisance de la sécrétion thyroïdienne (traitement thyroïdien et iodé combinés).

La mort du fœtus, symptôme initial : l'avortement résulte des causes générales infectieuses ou dystrophiques.

Les signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, sialorrhée) s'atténuent d'une façon plus ou moins brusque ; les varices diminuent de volume ; les seins s'affaissent ; et à cet affaissement fait parfois suite une montée laiteuse. Après la mort du fœtus, les douleurs et les suintements sanguins font leur apparition : l'œuf est expulsé.

Les causes :

Les infections chroniques, et en particulier la syphilis, peuvent tuer le fœtus *in utero*. Lorsqu'un avortement n'a pas dûment fait sa preuve étiologique, nous devons penser à la syphilis et à l'hérédo-syphilis, en raison de leur importance primordiale dans la genèse des avortements ; nous ne devrons abandonner cette hypothèse que si elle est scientifiquement reconnue inexacte, après toutes les investigations cliniques et sérologiques, et après échec du traitement d'épreuve. Là où la syphilis est en cause, toute fécondation devra être précédée d'un traitement préventif, qui sera énergiquement poursuivi durant toute la grossesse.

Les intoxications exogènes (plomb, mercure, alcool).

Les intoxications autogènes (albuminurie).

Les rayons X.

Certaines tares des procréateurs (vieillesse,

surmenage génital, fécondation après une infection ou une intoxication).

***

II

Le traitement curatif de l'avortement

Au cours du précédent paragraphe, nous avons indiqué le traitement prophylactique de l'avortement, dont nous étudions les causes. Que faire maintenant, en présence d'une femme qui vient d'avorter ?

Et tout d'abord mentionnons l'*importance d'un examen des débris expulsés.*

Au premier et au deuxième mois, l'œuf est villeux et les caduques sont distinctes. L'œuf peut être expulsé en bloc avec toutes les membranes ; mais souvent il se produit une déchirure de la caduque utérine au niveau de la zone de réflexion, et l'œuf est expulsé avec une aigrette, représentant la caduque inter-utéro-placentaire, tandis que la caduque utérine reste adhérente. La pièce représente alors l'aspect d'une sphère lisse, rosée. Si la caduque ovulaire est restée dans l'utérus, les villosités apparaissent entourant l'œuf de toute part de fines arborisations. Enfin, si le chorion est en rétention avec les deux caduques ovulaire et utérine, il y a un œuf amniotique complet.

Au troisième et au quatrième mois, l'œuf occupe toute la cavité utérine ; mais les caduques ne sont pas encore fusionnées ; les villosités se sont localisées en un point, et le placenta est nettement différencié. L'œuf peut encore être expulsé en totalité, avec la caduque utérine ; il est alors recouvert par deux membranes séparées par un espace traingulaire, dont les trois angles correspondent aux trois angles de l'utérus. Mais d'habitude il y a rétention de la caduque utérine ; le placenta adhère plus ou moins intimement à l'utérus, si bien qu'après l'expulsion du fœtus, la rétention est de règle dans l'œuf de trois à quatre mois. L'importance des membranes ovulaires, hautement différenciées à cette période, fait qu'elles ne pourront plus s'intégrer à la muqueuse utérine ; elles formeront un corps étranger, qui, au bout de quelques heures de rétention, sera la proie de l'infection.

A noter qu'un examen histologique des débris peut aussi donner des renseignements précieux sur l'étiologie de l'avortement (endométrites infectieuses, etc.) et par suite sur la thérapeutique prophylactique à instituer ultérieurement.

A. **L'avortement évolue sans complications** (ni hémorragie, ni rétention, ni infection).

De l'avis unanime, il faut s'abstenir, et commander le repos, l'asepsie.

B. **Rétention simple.**

L'examen de l'œuf le démontre ; le col est ouvert ; il y a hémorrhagie minime, mais persistante ; quelques vagues douleurs.

Aux deux premiers mois : S'il s'agit de la caduque utérine, celle-ci n'est pas suffisamment différenciée, pour qu'il faille s'en préoccuper ; le danger commence seulement s'il y a rétention de la caduque ovulaire et du chorion ; mais, à moins d'indication formelle, mieux vaut s'abstenir.

Aux 3e *et* 4e *mois*, les membranes ovulaires sont nettement différenciées : il est dangereux de s'abstenir par crainte d'infection, de métrite hémorragique et de placentome. Mieux vaut obtenir rapidement, et avec le moins de frais possible, l'évacuation utérine.

Quinine : administrer des cachets de 0 gr. 25 toutes les heures jusqu'à 1 gr. 50.

Curage : Le curage est, d'emblée, préférable au curettage ; il permet de « voir » tous les débris que le curettage aveugle peut parfois oublier ; c'est, d'autre part, un procédé de douceur qui, bien plus que la curette mousse, respecte la barrière granuleuse, qui s'oppose à la pénétration des germes de la muqueuse interne vers la profondeur.

Curettage, en cas d'impossibilité de curage.

C. **L'hémorragie commande, sans discussion, l'intervention immédiate.**

Ne jamais prescrire d'ergotine, avant d'avoir la certitude que la cavité utérine est vide. Vider immédiatement l'utérus si possible. Lorsque l'hémorragie est abondante ; c'est presque toujours possible. N'utiliser le tamponnement qu'en cas de nécessité absolue ; il fait évidemment décoller l'œuf, mais ce ne peut être qu'une méthode d'attente, et c'est un facteur d'infection.

D. **L'infection** est indiquée par la fièvre et aussi, même sans température, par la fétidité des lochies. Il paraît plus rationnel de vider l'utérus tout au moins dans les 3e et 4e mois ; mais l'évacuation doit être *précoce*, et sans brutalité ; tardive et agressive, elle prédispose aux localisations annexielles et dissémine l'infection. Donc, *vider précocement l'utérus, ou s'abstenir.* En tout cas, les manœuvres intra-utérines ne seront jamais réitérées.

Vider l'utérus par curage, si possible ; par curettage, si on ne peut faire autrement. Drainer.

L'auteur recommande ensuite la vaccinothérapie locale : après curage ou curettage, lavage intra-utérin au sérum, et mise en place pendant 24 heures d'un petit drain de Mouchotte entouré de compresses imbibées d'antivirus ou d'immunizols.

L'hystérectomie ne serait indiquée que si, après avortement provoqué, il y avait des lésions de la paroi utérine et de l'infection grave.

***

Ce qu'il faut retenir c'est que, dans un avortement, il ne suffit pas de prévenir les complications immédiates, ou d'appliquer à ces accidents une thérapeutique rationnelle.

Nous devons rechercher la cause de l'avortement, qui, en lui-même, est toujours pathologique. Celui-ci témoigne, en effet, d'une lésion maternelle ou fœtale, qui empêche la gestation de poursuivre son cours ; et il est de notre devoir d'en découvrir l'origine, afin d'en empêcher la répétition.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Hémorragies utérines après une phase d'aménorrhée. — Follicule ovarien persistant. Ovariectomie. Guérison.

M. H. VIOLET rapporte un cas intéressant d'hémorragies utérines d'origne ovarienne, dont l'existence a été, une fois de plus, démontrée par la chirurgie.

C'était ici un follicule ovarien persistant. Cliniquement, cette lésion se caractérise par une phase d'aménorrhée de 4 à 5 semaines au-delà du cycle, puis par des hémorragies persistantes que les médicaments ordinaires (ergotine, gynergène), n'arrêtent pas : devant cette succession d'accidents, on songe à une grossesse avec fausse couche ; si on trouve une tuméfaction latéro-utérine, on songe à un avortement tubaire. L'ablation de l'ovaire suffit à mettre un terme aux hémorragies utérines ; celles-ci ont ainsi cessé sans curettage, sans autre traitement, à la fin du troisième jour.

Une autre lésion peut donner le même syndrome clinique, c'est le corps jaune kystique : même syndrome aménorrhéique, suivi ou non d'un syndrome hémorragique, existence d'une masse latéro-utérine. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine non rompue ou celui d'avortement tubaire ; dans les deux cas, on est conduit à intervenir, et l'on trouve sur l'ovaire une production kystique un peu plus volumineuse que celle du follicule persistant. Il faut alors, après la fermeture du ventre, faire une dilatation et un curettage de l'utérus ; on ramène un placenta : grossesse méconnue, fausse couche méconnue.

Ces deux types cliniques, follicule persistant, et corps jaune persistant, doivent être isolés. Dans l'un, la thérapeutique doit porter, sur l'ovaire, la réaction utérine est secondaire. Dans l'autre, la lésion initiale est la grossesse passée inaperçue, la rétention placentaire ou ovulaire ; la réaction ovarienne n'est que secondaire. (*Lyon médical*, 3 août 1930).

Les agents physiques en gynécologie.

M. E. FERRARI étudie pour commencer l'électricité et la diathermie.

Electricité. — On emploie couramment, en gynécologie, le courant électrique continu ou alternatif.

Pour le courant continu, ce sont : 1° la galvano-caustique intra-utérine avec électrodes inattaquables ; 2° l'électrolyse interstitielle à l'aide d'électrodes attaquables par les acides développés au contact du pôle positif.

Quant au courant alternatif, on l'utilise surtout sous la forme de courants de haute fréquence.

Accessoirement, on peut encore avoir recours à l'électricité statique et à la faradisation. Voici maintenant pour la pratique.

Dans toutes les métrites chroniques, quelle qu'en soit la cause, et particulièrement dans la métrite cervicale, on associera à l'action bactéricide de l'électrolyse interstitielle, l'action tonique de la galvano-caustique positive, si la métrite s'accompagne de métrorrhagies ou de ménorragies, ou si le corps utérin est demeuré gros et mou.

Dans l'aménorrhée des jeunes filles ou des femmes, ce sera la galvano-caustique négative, les bains statiques ou encore la faradisation utérine ou lombo-abdominale.

En cas d'infantilisme génital, de rétroversions ou de rétroflexions utérines, dans les dystrophies utéro-ovariennes, l'électricité sera donnée soit sous forme de galvano-caustique positive, soit en courants de haute fréquence.

Enfin, dans la stérilité primitive, le traitement électrique sera institué après vérification de la perméabilité tubaire par insufflation ou lipiodol.

Il va sans dire que cette thérapeutique spéciale ne devra pas faire négliger tous les petits procédés anodins, mais efficaces aussi, tels que les injections chaudes, les applications d'ovules ou de tamponnements glycérinés.

Quant aux courants de haute fréquence, sous leurs trois formes d'étincelage, d'électro-coagulation et d'effluvage, ils trouvent tous les jours des applications de plus en plus nombreuses dans le traitement des métrites cervicales intéressant uniquement la portion vaginale du col. La mé-

thode est particulièrement efficace sur les gros cols mous, violacés, congestionnés, suintants avec ectropion plus ou moins prononcé. L'étincelage sera réservé aux ulcérations peu étendues, mais tenaces et récidivantes avec ectropion ; l'électrode doit toujours être maintenue à courte distance de la lésion. L'effluvation ne devra être qu'une méthode complémentaire pour prolonger l'action de l'électro-coagulation et de l'étincelage.

Diathermie. — Elle marque un progrès considérable dans le traitement de certaines affections utéro-annexielles. Les métro-salpingites récentes, les pelvipéritonites, les paramétrites en constituent les trois principales indications. Associée au repos et à l'application de glace sur l'abdomen, elle calme rapidement les douleurs, amène une sédation de l'inflammation, et une résorption des exsudats. La diathermie est encore indiquée dans les métro-salpingites chroniques et dans tous les états douloureux du petit bassin (dysménorrhée, ovarite scléro-kystique, etc.). (*L'Algérie médicale*, août 1930.)

Diagnostic des ictères néoplasiques.

Le diagnostic est souvent imposé par le groupement des caractères généraux et schématiques des ictères néoplasiques. Mais, le Dr Jacques LE-NORMAND insiste sur les difficultés que suscitent certains cas particuliers, alors que le clinicien temporise, compte chaque jour sur le lendemain pour éclairer un diagnostic indécis, et bien souvent finit par demander une intervention exploratrice chez un malade justement fragilisé par un temporisation trop longue.

Faire un diagnostic d'ictère cancéreux, c'est écarter la lithiase peut-être à tort, et c'est là tout l'intérêt de ce diagnostic.

1° Certaines formes cliniques et complications de la lithiase, peuvent faire croire à un cancer. Courvoisier et Terrier ont insisté, dans deux lois célèbres, sur la valeur séméiologique du volume de la vésicule, dilatée dans le néoplasme, normale ou rétractée dans la lithiase. Mais ces lois souffrent des exceptions, et c'est surtout dans le cas d'obstruction située à la partie inférieure de la voie biliaire. Il ne faut pas compter sur la radiographie pour éclaircir le diagnostic, car le calcul, la plupart du temps, trop pauvre en chaux, est un obstacle insuffisant aux rayons. On s'adressera alors au tubage duodénal, qui apportera un argument de grande valeur en montrant la présence de ferments pancréatiques dans le duodénum, car c'est avant tout avec le néoplasme du pancréas que se discute le diagnostic d'ictère lithiasique. Mais, si une pancréatite chronique vient compliquer la lithiase, le diagnostic devient presqu'impossible.

2° Le diagnostic d'ictère néoplasique peut être plus ou moins facile selon les signes d'accompagnement tenant au siège du cancer, et selon ses conditions d'apparition.

Si, notamment, la constatation d'une grosse vésicule (cependant d'un précieux secours), peut ne pas être perçue sous une sangle musculaire encore épaisse et résistante, la recherche du déficit pancréatique prend toute sa valeur (tubage duodénal) ; l'épreuve des noyaux de Schmidt, simple à pratiquer et de réelle valeur, a besoin d'une interprétation rigoureuse. On recherchera aussi les signes indirects de compression biliaire.

Le diagnostic est plus facile pour le cancer secondaire du foie (gros foie marronné, dur, bloqué, augmentant rapidement de volume). Mais un cancer primitif de la vésicule peut en imposer pour un noyau métastatique du foie ; ictère, douleurs, fièvre sont aussi susceptibles de compliquer le cancer de la vésicule et de faire croire à une lithiase.

Enfin, sans parler du cancer de l'ampoule de Vater (reconnaissable surtout par la diarrhée et les hémorragies), le cancer des canaux biliaires est d'un diagnostic particulièrement difficile, surtout lorsqu'il siège sur la voie biliaire principale.

On voit toutes les difficultés, et il ne faut pas trop en vouloir au clinicien, qui, pour éliminer le cancer, est souvent obligé de temporiser, au risque de passer au chirurgien un lithiasique dans des conditions moins bonnes de résistance à l'intervention. (*Le Journal médical français*, août 1930.)

Les ampullomes vatériens.

Les ampullomes vatériens, ou cancers de l'ampoule de Vater, siègent au niveau de la région duodénale, où convergent les canaux excréteurs des glandes hépatiques et pancréatiques.

Les docteurs J. RACHET et P. DELAFONTAINE en distinguent trois variétés anatomiques : intestinale, cholédocienne, wirsungienne, suivant leur point d'origine.

Cliniquement, un symptôme domine le tableau des ampullomes vatériens : l'ictère du type dit par rétention, et il y a deux grandes formes d'ictère : l'une à ictère intermittent, l'autre à ictère continu progressif. Seul l'ictère intermittent présente ici un cachet particulier : tantôt il s'agit d'un ictère catarrhal plus ou moins prolongé, qui disparaît complètement pour reparaître ensuite et aboutir à un ictère permanent et terminal ; tantôt il s'agit seulement de grandes variations d'intensité d'un ictère, qui ne disparaît jamais complètement.

Les autres symptômes des ictères chroniques mis à part, deux ordres de signes importants sont à retenir pour le diagnostic : les signes intestinaux (diarrhée permanente ou fréquente avec, dans les selles, les réactions classiques habituelles

des hémorragies occultes) et le tubage duodénal ; ce dernier peut montrer dans certains cas l'absence de bile et de suc pancréatique, qui témoigne de la double obstruction, ou bien la présence d'un liquide dépourvu de bile et riche en ferments pancréatiques. Ces signes sont intéressants pour préciser la variété du cancer de l'ampoule de Vater.

Traitement : dans les cas d'ictère intermittent, l'opération doit toujours être préconisée et assez rapidement tentée. La laparotomie constitue la dernière étape du diagnostic avec la lithiase biliaire ; en cas d'ampullome, la stricte localisation permet souvent l'exérèse totale.

En cas d'ictère continu, si l'intervention s'impose, ses résultats sont beaucoup plus aléatoires : la tumeur est plus rarement extirpable, et les risques que font courir la rétention biliaire prolongée et l'insuffisance hépatique aggravent singulièrement le pronostic.

Dans tous les cas d'ailleurs, il faut tenir compte de la possibilité de récidives locales, plus rarement de métastases. (*Le Journal médical français*, août 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Réflexions sur les toxicomanies.

(M. De Fleury. — *Académie de médecine* ; 16-12-1930.)

Dans quelles conditions les toxicomanies se développent-elles ? Sont-elles dues simplement au hasard des circonstances, des milieux, des exemples ? Suffit-il alors de supprimer ces circonstances, ces milieux, de refréner ces exemples pour réduire considérablement le nombre des morphinomanes, cocaïnomanes, éthéromanes, etc ? M. Maurice de Fleury ne le pense pas. Certes, on voit quelques individus fumer de l'opium, priser de la cocaïne, boire ou respirer de l'éther par snobisme, par imitation d'exemples, mais, à la vérité, ce serait là le groupe le moins important et surtout le moins invétéré des toxicomanes. Les vrais toxicomanes, de l'avis de l'auteur, ont autre chose, un substratum, une prédisposition neuropathique qui les attache à leur toxicomanie. «Ne devient pas toxicomane qui veut » dit un proverbe médical de vieille date. La conclusion de M. De Fleury est qu'il s'agit là plus de malades à soigner que de délinquants à poursuivre. La lutte contre l'opiomanie et la cocaïnomanie est aujourd'hui essentiellement pénale. Quelle reste pénale et sévère pour les trafiquants des drogues toxiques en question. Mais pour les toxicomanes eux-mêmes, c'est surtout un traitement mental qu'il faut conseiller.

Les traitements chimiques des farines en meunerie.

(M. A. Kling. — *Académie de médecine* ; 16-12-1930).

M. André Kling termine sa seconde communication sur les traitements chimiques des farines en meunerie par les propositions suivantes — qui ont été renvoyées à la commission spéciale nommée pour étudier cette question :

1° L'emploi des divers produits dits «améliorants en poudre, pour farines », actuellement en usage, doit être rigoureusement interdit *chez les boulangers* ;

2° A titre provisoire et jusqu'au moment où d'autres procédés, moins discutables, auront pu être découverts, l'emploi de certaines poudres pourrait à la rigueur, être toléré *en meunerie*, à condition que ces poudres :

a) Aient au préalable été reconnues par l'Académie de médecine comme sensiblement inoffensives pour le consommateur ;

b) Soient utilisées aux doses maxima et dans des conditions acceptées par l'Académie ;

3° Les différents gaz améliorants couramment utilisés en meunerie devraient faire l'objet d'un examen individuel de la part de l'Académie de médecine, aux points de vue suivants :

a) De leur efficacité et de l'intérêt général que peut présenter leur emploi ;

b) De leurs inconvénients pour les consommateurs.

Il serait souhaitable qu'à la suite de cet examen, l'Académie formula son avis relativement à l'opportunité d'interdiction ou d'autorisation de chacun d'eux.

4° L'emploi des gaz dont l'usage aurait été reconnu admissible devrait être soumis à une règlementation et à un contrôle judicieux.

5° L'utilisation éventuelle de tout nouveau procédé propre à remplacer les produits améliorants actuels devrait être soumise à une règlementation analogue.

Les gaz améliorants des farines dont parle la communication de M. Kling sont le chlore, le trichlorure d'azote et le chlorure de nitrosyle. Ils ont l'avantage de décolorer les farines (pain plus blanc), d'activer leur maturation et de détruire les insectes et les larves contenus dans ces farines . En face de leurs avantages, il y aurait lieu d'établir leurs inconvénients,

L'usage de ces gaz est largement répandu en Amérique et en Angleterre. On s'en est servi également en France, conjointement avec les «poudres améliorantes», mais leur emploi a été suspendu, provisoirement du moins.

Sur les centres d'élevage des nourrissons assistés.

(M. Lesage. — *Académie de médecine* ; 2-12-1930).

A la suite du rapport de M. Lesage sur les centres d'adaptation et d'élevage spéciaux aux Enfants-Assistés, l'Académie a adopté les vœx suivants :

1° Que dans chaque département (en dehors de la Seine) la crèche dépositaire soit transformée en un *centre d'adaptation* où l'enfant assisté restera jusqu'au jour où il sera apte à supporter l'alimentation en usage au centre d'élevage.

2° Que, dans tout centre d'adaptation, l'allaitement au lait de femme ou mixte puisse être donné aux enfants dont l'état de santé l'exige ;

3° Que soient créés des *centres d'élevage* — qui pourront être interdépartementaux— où les nourrissons sortant du centre d'adaptation seront mis en placement familial, sous la surveillance effective et constante du médecin et de l'infirmière visiteuse.

— M. Pinard rappelle qu'il a présenté des réserves sur le rapport de M. Lesage. Il renouvelle ces réserves, le point principal devant être, à son avis, l'amélioration de la loi de 1874, dite loi Roussel.

P. L.

Sur une méthode de réduction mécanique des fractures sous le contrôle simultané du double écran face et profil.

(M. Pascalis. — *Soc. de méd. de Paris* 25-10-1930.)

L'auteur présente, avec film, une méthode entièrement originale pour la réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran radioscopique. Celle-ci permet aussi, avec précision, la recherche des corps étrangers, le vissage des fractures, l'examen des viscères. Elle apporte dans la découverte de Roentgen une véritable révolution : on regardera dorénavant avec deux yeux.

Canitie et alopécie par hyperthyroidie. Guérison par la radiothérapie du corps thyroide.

(MM. A. Sézary et P. Lefevre. — *Soc. médicale des hôpit. de Paris* ; 7-11-1930.)

Chez le malade présenté par les auteurs, sont survenues rapidement une canitie et une alopécie, en même temps que des signes d'hyperthyroïdie ; l'origine endocrinienne de ces troubles a été démontrée par leur guérison sous l'influence de la radiothérapie du corps thyroïde.

Ainsi, la décoloration et la recoloration des cheveux adultes sont apparues ici comme un processus actif, indépendant de la pousse de ces poils ; en effet, elles se sont produites avec une vitesse au moins 3 à 4 fois supérieure à celle que met un poil normal à pousser. La dépigmentation et la repigmentation ont nettement commencé à la base du poil, ce qui n'est pas le phénomène habituel.

Cette observation confirme l'existence des rapports qui existent entre la canitie et la dépilation d'une part, l'hyperthyroïdie d'autre part. Ces troubles du système pileux s'observent aussi dans l'hypothyroïdie.

L'immuno-transfusion dans le traitement de la fièvre typhoïde.

(MM. F. Trémolieres et A. Tzanck. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 7-11-1930.)

Les auteurs ne tiennent compte que des formes graves par leur évolution prolongée ; ils insistent aussi sur une forme de fièvre typhoïde un peu particulière, où les signes cliniques et hématologiques donnent à l'infection l'aspect d'une subleucémie aiguë, et où la transfusion du sang leur a donné des résultats tout à fait remarquables.

Déjà, l'un deux avec C. Flandrin, avait montré l'intérêt du traitement des hémorragies de la fièvre typhoïde par la transfusion sanguine. Aujourd'hui il faut, même en présence d'une hémorragie grave de la fièvre typhoïde, qui semble, par son abondance, devoir entraîner nécessairement la mort, il faut, tant qu'il existe le moindre espoir, continuer à effectuer des transfusions successives, petites, mais répétées, sans craindre d'atteindre des doses de sang supérieures à 2 litres. Mais, seules la transfusion de sang pur permet l'utilisation de pareilles doses de sang, car la quantité d'anti-coagulants, qui devrait être ajoutée à 2 ou 3 litres de sang, atteindrait alors ou dépasserait la dose mortelle pour l'homme.

Le sang de donneurs anciennement guéris de fièvre typhoïde, agit surtout quand un certain degré d'immunité spontanée à déjà commencé à se produire, c'est à dire non pas aux premiers jours de l'infection, dans ses formes prolongées, pour accroître et stimuler les défenses organiques insuffisantes ou défaillantes, et pour éviter ainsi des rechutes de la maladie.

Cette transfusion, sauf dans un cas, n'a jamais provoqué aucune réaction inquiétante ; loin d'aggraver la maladie, elle en a manifestement entraîné la guérison dans plusieurs cas. Lorsque la gravité de la maladie restait au-dessus des ressources de la thérapeutique, elle n'en a pas moins procuré une amélioration passagère.

Sur le traitement des plaies et surfaces ulcérées par les savons.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* 31-10-1930.)

Les observations de l'auteur confirment les vues de tous ceux qui ont tour à tour préconisé le traitement des plaies et ulcérations par les savons. Les solutions d'oléate sont à l'heure actuelle les substances les plus maniables et les plus efficaces pour obtenir la désinfection des tissus en surface et lutter contre les phénomènes de toxi-infection, auxquels elles peuvent donner lieu.

Pénétrant aisément en raison de leur fluidité extrême, enrobant et isolant toutes les particules, ne faisant subir aux tissus aucune altération fâcheuse, les savons font plus et mieux que la plupart des antiseptiques, dont la zone d'action est toujours limitée par les coagulations et les destructions qu'ils entraînent et qui nuisent aux tissus presqu'autant qu'aux bactéries.

Quatre cas de névralgies rachidiennes. Quatre cas d'hémocrinothérapie.

(M. L. FILDERMAN. — *Soc. de méd. de Paris* ; 25-10-1930.)

L'auteur présente à nouveau plusieurs cas de névralgies rachidiennes lombaires et sciatiques, dans lesquels la recherche des trous de conjugaison, sensibles à la pression, suivie d'injection de lipiodol avec anesthésie à la novocaïne, lui permit un diagnostic précis et un traitement rapidement efficace.

Il présente aussi plusieurs observations d'anthrax, une malade atteinte de psoriasis, et un malade atteint d'artérite oblitérante, dans lesquels l'hémocrinothérapie lui a permis d'importantes améliorations ou des guérisons rapides.

Traitement médical des cancers opérés.

(M. DUPUY DE FRENELLE. — *Soc. de méd. de Paris* ; 25-10-1930.)

L'auteur démontre que, la tumeur une fois enlevée, la tâche la plus délicate commence pour le médecin. Il faut rendre le terrain cancéreux réfractaire au développement de la récidive ou de la métastase ; il faut chercher à ce que, s'il se forme un germe cancéreux, celui-ci soit détruit dès son apparition ou mis dans les conditions les plus défavorables à son développement.

Pendant toute sa vie, l'opéré de cancer doit être soumis à la thérapeutique suivante :

Par la bouche, chaque jour, prendre en alternant : une préparation de magnésium tous les trois jours ; une préparation mixte de silice et de calcium tous les trois jours ; une préparation de sels de fer et de calcium tous les trois jours.

Faire alternativement une injection intra-veineuse 1° de colloïde de cuivre ; 2° de colloïde de sélénium ; 3° de colloïde d'or ; 4° de quinine tous les cinq jours, pendant la première année qui suit l'opération ; tous les dix jours pendant la deuxième année ; tous les quinze jours pendant la troisième année ; tous les vingt jours pendant la quatrième année ; tous les mois à partir de la cinquième année. G. F.

Lyon

Société des sciences médicales.

Pleurésie et éosinophilie.

MM. PALLASSE et CHANALEILLES présentent deux observations dont voici le résumé : I. Homme de 62 ans, entré à l'hôpital pour de l'essoufflement et de l'œdème marqué des membres inférieurs ; léger épanchement de la base droite ; légère ascite ; tension 20/11. Gros disque d'albumine ; urée sanguine 0.50 °/₀₀. Une ponction ramène un liquide citrin contenant environ 50 % d'éosinophiles. Les signes d'épanchement disparaissent au bout de trois mois de traitement.

II. Homme de 52 ans, entré pour un point de côté avec toux, température à 40° 2/10. Petit épanchement de la base droite, avec frottement à la partie moyenne et dans l'aisselle. Disque moyen d'albumine. L'examen du liquide de ponction montre à différentes reprises une éosinophilie assez importante (60, puis 90, puis 95 %). Amélioration progressive aboutissant à la guérison.

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia.

MM. PATEL et SASSARD présentent un jeune homme de 15 ans qui en courant s'est tordu le pied. Depuis, marche impossible, pied dévié en dehors, élargissement du cou-de-pied, encoche perceptible à 4 cm. au-dessus de la malléole externe. La radiographie montre un décollement épiphysaire typique. Guérison complète après 35 jours d'immobilisation plâtrée. De tels traumatismes bien que classiques, sont rares. Le pronostic éloigné ne paraît pas défavorable : les cas précédemment publiés n'ont pas été suivis de troubles de croissance.

Leptoméningite otogène à forme prolongée.

M. JACOD présente l'observation d'une femme de 50 ans qui eut, à la suite d'une otite avec mastoïdite aiguë, une méningite suppurée amicrobienne. Celle-ci dura trois semaines, puis survint une rémission complète de douze jours, suivie d'une rechute qui dura six jours et se termina par la guérison.

Corps étranger enclavé dans la bronche droite chez un enfant de 5 ans.

M. JACOD présente l'observation d'une fillette de 5 ans amenée par ses parents qui racontaient qu'elle avait avalé un gros haricot blanc qu'elle s'amusait à mettre dans sa bouche. En réalité, elle paraît l'avoir aspiré en pleurant. L'enfant présente depuis lors de violentes quintes de toux avec laryngospasme. Bronchoscopie sous anesthésie générale. Dès qu'on entre dans la bronche droite on aperçoit le corps étranger gonflé par les sécrétions bronchiques et complètement enclavé. A l'aide d'un crochet coudé et pointu on réussit à retirer le corps. Suites très simples.

Cancer pulmonaire secondaire à un cancer du testicule.

M. JARRICOT présente l'observation d'un homme de 56 ans qui, en janvier 1929, subit l'ablation d'une

tumeur scrotale datant de deux mois. Le chirurgien (Dr Alamartine) eut l'impression d'avoir largement dépassé les lésions. Néanmoins six mois après apparut une nouvelle tumeur intra-scrotale droite accompagnée d'une tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale. Puis apparaissent de l'anorexie, le malade maigrit, tousse et prend de la fièvre. Enfin il se cyanose, devient dyspnéique, et rejette des crachats striés de sang. Divers médecins consultés pensent à une tuberculose pulmonaire consécutive à une bacillose testiculaire. Le Dr Gravier fait le diagnostic au néoplasme métastatique et fait entrer le malade à l'hôpital, où il meurt rapidement. L'autopsie confirma ce dernier diagnostic.

Néoplasme œsophagien. Fistule broncho-œsophagienne. Vaste géode pulmonaire.

M. Jarricot présente au nom de M. Dumas et au sien, l'observation d'un homme de 53 ans, camionneur, amené à l'hôpital pour crachement de sang. Il fait remonter sa maladie à un traumatisme subi deux mois auparavant (chute sur l'hémithorax gauche.

Le malade se plaint de douleurs thoraciques à gauche, de dysphagie surtout pour les aliments solides, et d'amaigrissement. Enfin, trois jours avant l'entrée, rejet d'un plein crachoir de sang rouge. A l'entrée on note une submatité de la base gauche, avec gros râle humide. Une ponction exploratrice faite deux jours plus tard retire un liquide louche jaune-brun, renfermant de petites particules blanchâtres. En enfonçant davantage l'aiguille, on pénètre dans une autre poche à contenu hématique,

La radioscopie montre que la bouillie barytée après avoir traversé l'œsophage, va remplir une vaste poche qui semble formée aux dépens du parenchyme du lobe inférieur du poumon gauche, en même temps qu'une partie de cette bouillie remplit la cavité gastrique. Aggravation rapide et mort.

L'autopsie montra l'existence d'un néoplasme occupant la dernière portion de l'œsophage sur une hauteur de dix centimètres environ. Entre le hile et le cardia, on trouve une large fistule conduisant dans une poche intra-pulmonaire qui occupe presque tout le lobe inférieur gauche ; le contenu de cette poche est sanieux avec débris sphacéliques.

Pseudarthrose du col du fémur. Vissage.

MM. Patel et Sassard présentent l'observation d'un homme de 50 ans qui, dans une chute de voiture, se fit une fracture du col du fémur droit. Il resta en traction pendant 95 jours, puis se leva, mais ne put marcher sans l'aide d'une béquille. Il rentre à l'hôpital environ huit mois après son accident. Il présente alors tous les signes cliniques et radiographiques d'une pseudarthrose.

On intervient en plaçant une vis de neuf centimètres. Cette méthode a été préférée à celle de l'autogreffon pris sur le péroné qui demande une immobilisation beaucoup plus longue.

Perforation d'abcès ovarien en péritoine libre.

MM. Molin. M. Condamin et Rougier présentent l'observation d'une femme de 28 ans qui, quinze jours avant son entrée à l'hôpital fut prise de douleurs abdominales violentes au moment de ses règles, lesquelles ont persisté depuis lors. L'examen, à l'entrée, montra l'existence d'une masse arrondie, du volume d'une orange, à gauche de l'utérus ; cul-de-sac souple, pas de réaction péritonéale. On pense à un kyste avec légère infection locale. La température oscillant entre 38° et 39°5.

Au moment d'intervenir, on s'aperçoit que la scène a changé : la malade a ressenti dans la nuit une violente douleur, le facies est un peu altéré, le pouls est plus rapide ; le ventre est contracturé et ne respire plus ; au toucher la masse kystique s'est affaissée : le diagnostic de péritonite par perforation ou rupture de la poche est évident. Intervention : laparotomie médiane, on trouve un liquide purulent, bien lié, que l'on évacue à l'aspirateur. On extériorise la masse annexielle gauche de la partie inférieure de laquelle s'échappe un jet de pus, par un orifice punctiforme. Castration rapide et drainage. Il s'agissait en réalité d'un abcès de l'ovaire, avec pyosalpinx. Suites très simples.

Abcès de la rate.

MM. Cade et Tuppoz présentent l'observation d'une femme de 67 ans envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de néoplasme gastrique.

Pas d'antécédents notables. Depuis quelques semaines, elle a maigri, perdu l'appétit, sans souffrir de l'estomac ; tousse et crache beaucoup. A l'examen, ronchus et sibilances dans les deux poumons ; volumineuse tumeur dure, indolore, occupant le creux épigastrique, descendant vers l'ombilic, et donnant le contact lombaire. Mort rapide, par pneumonie lobaire. Autopsie : hypertrophie considérable de la rate, qui pèse 1.750 grammes. A la coupe, abcès du volume d'une mandarine, occupant la face postérieure à la partie moyenne. L'étiologie de cet abcès splénique reste obscure.

Rate multilobulée.

MM. Pallasse et Chanalleille présentent une pièce provenant d'une femme de 76 ans, morte de coma diabétique. Il s'agit d'une rate multilobulée, chaque élément étant complètement indépendant, il y a ainsi dix petites rates, ayant chacune un hile distinct.

A. C.

Les Congrès

VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

(*Suite*) (1)

Communications diverses sur l'eczéma

L'eczéma.

M. G. Milian. — En présence d'un symptôme morbide, le médecin cherche d'abord quel est l'organe malade : l'hémiplégie, c'est le cerveau ; l'ictère, c'est le foie. Mais quand nous voyons l'altération de la peau du myxœdème, nous savons que ce n'est pas la peau qui est primitivement atteinte, c'est le corps thyroïde.

L'eczéma est une affection de la peau due à l'altération du système sympathique vaso-moteur. Les raisons en sont les suivantes: Le *prurit*, symptôme initial qui précède la vésicule, est dû non aux nerfs sensitifs usuels mais au système sympathique. Le tabès, maladie du système sensitif, ne s'accompagne pas de prurit. Par contre, les affections vaso-motrices comme l'urticaire s'en accompagnent obligatoirement. La *congestion*, *l'œdème* papillaire,la *spongiose* consécutive sont également du même ordre, et la vésicule eczématique n'est que l'aboutissant de tout cela, aboutissant qui est d'ailleurs d'une extrême banalité.

Il nous apparaît donc que l'eczéma est une maladie du système sympathique vaso-moteur et il nous est permis, de par la clinique, de penser qu'il y en a deux localisations anatomiques principales : l'eczéma d'origine *périphérique*, comme l'eczéma du sein de la gale par exemple ; l'eczéma d'origine *centrale*, siégeant par exemple d'un seul coup à la tête et aux avant-bras ; localisation simultanée tellement usuelle, qu'il ne peut y avoir pure coïncidence et qu'une cause nerveuse centrale y doit présider (sympathique cervical, colonne de Clarke).

Etiologie. — Etant donnée cette façon d'envisager les choses et de raisonner comme pour les autres maladies, il devient obligatoire d'en diviser les causes comme pour les autres maladies. Il y a des causes efficientes, prédisposantes et déterminantes.

Les causes *efficientes*, c'est-à-dire *altérantes*, sont les causes habituelles des maladies générales :

Infectieuses ou parasitaires	Aiguës	Streptocoques. Levures. *Acarus scabiei.*
	Chroniques	Tuberculose (usuel). Goutte (usuel). Syphilis (plus rare).
Chimiques		Qui sont avant tout des vaso-dilatateurs : Le ciment. L'eau de Javel. La primevère. La paraphénylène diamine, etc.
Physiques		Traumatismes répétés. Lumière.

Ce tableau n'a pas la prétention d'être complet.

Causes prédisposantes. — La lésion nerveuse peut rester latente, mais la vaso-motricité cutanée n'en est pas moins méiopragique et tous irritants internes peuvent la réveiller, comme la marche réveille la claudication intermittente.

La lésion constituée est devenue une prédisposition qu'il est inutile d'appeler sensibilisation.

En dehors de cette prédisposition capitale, la chaleur, le froid, sont des causes prédisposantes considérables en matière d'eczéma, la chaleur favorisant les eczémas aigus, le froid les eczémas torpides cyanotiques qui relèvent usuellement de la tuberculose.

Les causes déterminantes sont toutes les causes externes ou internes qu'il me paraît inutile d'appeler antigènes, pas plus que je n'appelle *cliniquement* antigène le pneumocoque de la pneumonie (quoiqu'il en serve pour fabriquer les anticorps qui amènent la guérison.)

Le traumatisme, le séjour répété des mains dans l'eau, l'émotion, tous les irritants externes ou internes (absorption de vin, repas copieux, digestion laborieuse ,mets vaso-dilatateurs) déclenchent la méiopragie, mais sans avoir rien de spécifique, tant le système sympathique surtout lésé est sensible à des irritants impondérables (l'émotion, la frayeur, le chagrin).

Mais on peut dire que toutes ces causes déterminantes que l'on étudie avec tant de passion et de néologismes dans l'eczéma ne sont que des accessoires dans la cause véritable de l'eczéma.

Au contraire, une poussée de tuberculose, de goutte, de syphilis devient une cause à la fois efficiente et déterminante capitale, et je sais bien qu'il m'a suffi de quelques granules de colchique pour guérir une poussée d'eczéma reconnu goutteux.

Le syndrome eczéma (j'ai indiqué depuis longtemps cette façon de considérer l'eczéma : Milian. *L'eczéma tuberculorum*, *in* : *Paris médical*),ainsi considéré prend sa place très simplement dans la pathologie.

(1) V. *Concours médical* nos 4 et 5.

Cela a en outre l'avantage d'expliquer très simplement à la fois les parentés et les associations morbides du dit syndrome en les faisant relever toutes d'une étiologie unique pour le même malade, de même que Babinski a montré que l'insuffisance aortique n'était pas un trouble trophique du tabes, mais qu'insuffisance aortique et tabes relevaient de la syphilis. De même l'asthme, la migraine, l'eczéma sont des résultantes d'une même non pas diathèse, mais infection chronique, comme la tuberculose par exemple.

Et nous nous expliquons ainsi fort bien des *alternances morbides* si profondément vraies, si exactement observées par tous les anciens auteurs et, en dernier lieu, par Brocq, l'eczéma cessant à l'apparition d'une fistule anale par exemple et reparaissant à la fermeture de celle-ci. En pareille matière, la tuberculose nous offre assez souvent de semblables faits : tel un jeune malade de mon service atteint d'un vieux lupus de *toute* la face qui est aujourd'hui (en deux mois) presque entièrement effacé depuis que s'est déclaré un abcès froid du tibia qui s'est fistulisé et suppure abondamment. C'est l'effet des vaccins qui provoquent la formation d'anticorps capables d'agir à distance.

Aussi nous apparaît-il aujourd'hui qu'il y a des forme multiples *cliniques* de l'eczéma. Mais leur étude nous entraînerait trop loin pour cette discussion limitée. Aux causes que nous avons énumérées, il y a des aspects cliniques différents, de même qu'au point de vue thérapeutique chacun doit être soigné suivant les complexes qui le constituent.

Pathogénie des eczémas.

P. Ravaut (de Paris). — Lorsqu'en 1923 au Congrès de Strasbourg, dans son rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation en dermatologie, l'auteur fit de l'eczéma une maladie de sensibilisation, de nombreuses critiques lui furent opposées. Aujourd'hui presque tous les rapporteurs placent la question sur ce terrain.

Après avoir exposé les différentes phases marquant ce retour à la pathologie humorale, il schématise la question en la ramenant à l'intervention de deux grands facteurs : l'antigène et la sensibilisine. Inactifs isolément, ils ne produisent l'eczéma qu'en se combinant.

L'antigène est représentée par de très nombreux corps venant de l'extérieur ou se produisant dans l'intérieur de l'organisme, mais agissant par la répétition de leur action, à doses parfois infinitésimales.

La sensibilisine résulte des diverses modifications héréditaires ou acquises que les infections, les intoxications, ont fait subir à nos tissus ; il en résulte un état humoral spécial, susceptible de se disloquer facilement, permettant la combinaison avec l'antigène. Les plus fréquentes de toutes ces causes sont la tuberculose et la syphilis, surtout héréditaire. Il reproche aux rapporteurs de ne pas avoir essayé de pénétrer cette question capitale du terrain.

Partant de ces données, il reconnaît trois grandes circonstances productrices d'eczéma :

1° Un antigène banal parasitaire ou chimique crée une lésion qui, au lieu de guérir, s'eczématise sur place, s'il existe une sensibilisine : *ce sont les eczématisations.*

2° Les mêmes lésions primaires peuvent se compliquer de lésions secondaires, à distance, d'origine allergique, comme il l'a démontré avec ses élèves : *ce sont les parakératoses de Brocq ou eczématides de Darier.*

3° Il existe des eczémas dont la lésion primaire, antigénique, ne se voit pas d'emblée ; elle siège surtout dans l'intérieur de l'organisme, et sa nature doit être recherchée et prouvée par des moyens expérimentaux : *ce sont les eczémas dits diathésiques.*

La thérapeutique s'adressera :

1° A l'antigène : pour le supprimer ou le neutraliser ;

2° A la sensibilisine : en traitant le terrain qui en a permis la production ;

3° Au choc qui résulte du conflit entre ces deux substances : on l'atténuera par les méthodes de désensibilisation, qui le plus souvent ne sont pas palliatives, alors que, seules, les deux premières sont véritablement curatrices.

Communications libres.

Koyo (de Zogreb) : **Etude expérimentale sur l'allergie dans les infections mycosiques.** — L'auteur ce propose de provoquer, chez un certain nombre de cobayes, une infection par voie buccale avec « *Achorion Quinckeanum* ». Il recherchera si des foyers mycosiques apparaissent chez les seuls animaux ayant subi une irritation artificielle des téguments ou également chez les témoins, non irrités. Dans la deuxième partie de l'expérience, il sera recherché, chez les animaux qui, après la première infection, n'auront présenté aucune manifestation cutanée visible, s'il se manifeste une modification allergique, démontrable par l'évolution d'une deuxième infection cutanée par le champignon. Importance de ces recherches au point de vue de la pathologie générale

Benedik (Leipzig) : **Sur la schizocharomycose (étude synthétique).** — La *Schizccharomycose*, découverte par Benedik en 1927, est affection due à un endopasasite constant de l'homme ; l'infection, d'origine externe, se produit dès la naissance. Lors de l'apparition des premières manifestations sur la peau ou le cuir chevelu le parasite est depuis longtemps installé dans les viscéres (foie) et se propage à l'intérieur vers l'extérieur ; ses manifestations cutanées, du type érythémato-squameux, se comportent tantôt comme des mycoses (eczéma sébborrhéique de Unna), tantôt comme des mykides (pityriasis rosé de Gilbert, pempholyse de Hutchinson).

Le parasite est difficile à mettre en évidence dans les squasmes ou par culure sur sérum sanguin. Le procédé idéal est la culture sur liquide de bulbe de vésicatoire qui permet de trouver presque constamment le parasite.

MATRAS (de Vienne) : **Sur l'eczéma mycosique des mains et sa pathogénie.** — Rapport sur un grand nombre d'affections mycosiques des mains et des pieds observées pendant l'été 1929 à la clinique dermatologique de l'Université de Vienne (professeur Arzt). Dans le plus grand nombre des cas au niveau des foyers des pieds , on peut mettre en évidence, à l'examen microscopique et par culture, le champignon de Kaufmann-Wolf. Au contraire, sur les mains, les résultats du même type ne furent trouvés d'une façon indiscutable, dans quelques cas typiques de dyshidrose lamellaire sèche .L'épreuve de la trichophytine à p. 150 donne un grand nombre de résultats positifs.

E. GLOBUS (de Wilno) : **150 cas de teigne chez l'enfant traités par l'acétate de thallium.** — Le procédé nécessite un dosage attentif et précis. Moyennant cette précaution, on n'observe aucune complication sérieuse, sinon de la faiblesse générale, quelques nausées, de rares conjonctivites. Ce procédé rend des services inappréciables dans les pays comme la Pologne ou la Russie, où la teigne sévit à l'état endémique, et où la radiothérapie est difficile, à cause de l'impossibilité d'avoir partout des appareils et du personnel instruit.

V. MALLIC RODT-HAUP (de Brühl, près Cologne) : **Sur la biologie des champignons pathogènes.** — Cent souches de champignons, de provenance diverse, furent cultivées sur milieu liquide, en vue de l'étude des variations de la tension superficielle, de la concentration en ions hydrogène et de la production des ferments (lipase, trypsine). Il s'agissait d'espèces pathogènes agents habituels des dermatoses : achorion, trichophyton, microsporon et épidermophyton, et d'espèces habituellement retrouvées dans les affections interdigitales et intertrigineuses : blastomycètes, saccharomycètes, oïdium, etc. Des différences notables furent mises en lumière, en particulier au point de vue de la production des lipases, entre les différents groupes de souches. L'achorion de Quincke, en particulier, ne se comporte pas comme les autres variétés d'achorion, mais comme un trichophyton.

H.-C.-J. FINSEN : **Les épidermomycoses chez les nouveau-nés.** — L'examen de quelques cas d'intertrigo des nouveau-nés permit de retrouver dans presque tous les cas, des monilia, aussi bien à l'examen des squames que par culture sur agar-maltosée.

MANU JODASSOHN (de Zurich) : **Les causes de la localisation exclusive de la trichophytie sur la peau.** — Pour justifier l'hypothèse que les mycètes trouvent au niveau de la couche cornée de l'épiderme un substratum à leur convenance, Jadassohn inocule, avec la collaboration de Karl Rehsteiner, l'achorion de Quincke dans la cornée et le cristallin du cobaye. Les champignons ne se développent pas au niveau de la cornée, celle-ci ne contenant pas de couche correspondant à la couche cornée épidermique, tandis que, dans le cristallin, il put constater une pullulation des champignons.

Or, il s'agit là d'un organe dont la vitalité peut se comparer tout à fait à celle de la couche cornée de l'épiderme.

KAETE JAFFÉ (de Berlin) : **L'hypersensibilité aux teintures pour cheveux.** — De nombreuses dermatites survinrent après application d'une teinture présentée comme du henné. Or, le henné est une matière colorante d'origine végétale inoffensive. Une malade qui avait présenté une dermite après application de cette teinture, présenta une forte réaction locale après épreuve percutanée, aussi bien avec la préparation dite henné, elle-même, qu'avec la vaseline à la paraphénylènediamine à 10 p. 100. Après sublimation de cette teinture au soi-disant henné il reste une substance cristallisée qui teint les cheveux en noir et présente le point de fusion de la paraphénylènediamine.

(A suivre).

Les Thèses

P. — Dr G. AMAT. — **La diarrhée dans ses rapports cliniques et pathogéniques avec le cancer de l'estomac.** (Librairie Marcel Vigné, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe), 1930.)

Pour nombre d'auteurs, la diarrhée est liée intimement à l'incontinence pylorique, ou à l'évacuation prématurée du contenu gastrique : on la trouve au minimum dans la linite gastro-pylorique ; dans le cancer banal pylorique, on ne la trouve que dans les formes qui s'accompagnent d'incontinence ; elle n'existe pas dans les formes sténosantes ; dans les néoplasmes qui laissent intact l'orifice pylorique, on admet qu'il existe assez souvent de la diarrhée.

Dans nombre d'observations l'auteur a constaté au contraire, que la diarrhée ne coïncidait pas avec l'incontinence pylorique ; aussi pour être exact, faut-il simplement se contenter d'énoncer les faits suivants :

Dans la linite gastro-pylorique, la constipation est certainement plus fréquente que la diarrhée. Dans les formes pyloriques du cancer de l'estomac, la constipation existe aussi bien dans les formes sténosantes que dans des formes avec incontinence, avec prédominance, cependant, dans ces dernières. Dans les formes non pyloriques, il y a évidemment plus de constipation que de diarrhée, mais celle-ci est relativement fréquente.

Pour l'auteur, diarrhée et incontinence sont deux termes qui peuvent avoir entre eux un rapport non

niable, mais non absolu, et il faut expliquer directement cette diarrhée. Si l'incontinence a un rôle probable, mais bien secondaire, l'hypochlorhydrie et l'achlorhydrie semblent être encore moins en cause ; mais la lésion nerveuse est très certainement, quand elle existe, une cause d'incontinence, mais non pas une cause de diarrhée.

L'infection joue un rôle dans certaines diarrhées, probablement plus importante encore qu'on ne le pense.

Il faut rappeler que l'hypersécrétion du tube digestif sous-jacent fausse certainement par son intervention les phénomènes constatés en clinique. Cependant son action, qui rend le problème plus ardu, est certainemsnt insuffisant pour expliquer ce qui nous échappe. On a vu le rôle exact que jouent dans l'établissement d'une diarrhée, les métastases. En dehors d'elles, les causes invoquées jusqu'ici semblent bien fragiles. Ainsi, se trouve suffisamment justifiée cette phrase de M. le Prof. Carnot :

« Les causes et les conséquences de ces troubles pyloriques demandent de nouvelles recherches ».

P. — Dr M. Denarié. — **Contribution à l'étude de la stomatite arsenicale.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, 1930.).

L'existence d'une stomatite survenant au cours et par le fait d'un traitement par injections intraveineuses de novarsénobenzènes ne peut plus être mise en doute aujourd'hui. Elle paraît néanmoins être une complication rare du traitement arsenical, étant donné le petit nombre de cas publiés, jusqu'ici.

C'est une stomatite banale, à fuso-spirilles ou à microbes banaux de la bouche dont la symptomatologie ne semble présenter rien de particulier.

Comme la plupart des stomatites toxiques ou infectieuses, elle se présente avec une morphologie extrêmement va iable pouvant affecter toute les formes d'intensité, d'étendue, de gravité. Elle peut être attribuée quelquefois à une véritable intoxication, l'arsenic s'éliminant de préférence par les muqueuses du tube digestif. Le plus souvent elle semble être un phénomène biotropique.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille.

Dr A. Guéniot, ancien-président de l'Académie. — **Pour vivre cent ans** ou l'art de prolonger ses jours (Un vol. *in*-16, 206 pages, Prix : 14 francs).

Chez N. Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

G. Jeanneney, Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. — **Le cancer** (manuel du praticien). *Deuxième édition* (un vol. de la *collection des Petits Précis*, 210 pages, 57 figures).

Chez Gaston Doin et Cie
8, place de l'Odéon.

Roger Génard, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy. — **Réactions vaso-motrices du foie en clinique.** Congestion active du foie, rétraction du foie, hépatoptose (Un vol. de la *Collection des Actualités médicales*, 240 p. 19 fig. 4 planches hors texte, Prix : 30 fr.)

THÉRAPEUTIQUE

Les nouvelles indications du nucléinate de strychnine et cacodylate de soude associés

On sait que chez les surmenés, dont le nombre, en pratique courante, s'avère considérable, déprimés par un travail quotidien, pénible ou prolongé l'association strychno-arséniée n'en est plus à compter ses bienfaits : augmentation de poids, allant de pair avec une stimulation de l'appétit, disparition de toute fatigue, avec retour de l'activité normale. De tels résultats, lorsque la lassitude constitue toute la « maladie », ne sortent guère néanmoins du domaine de la banalité. La rapidité d'action, la parfaite tolérance du nucléinate de strychnine associé au cacodylate de soude (Néo-Rhomnol) par voie sous-cutanée, prennent, par contre, en divers cas, un intérêt de premier plan.

De nouvelles recherches viennent d'étendre considérablement le champ d'études de cette association médicamenteuse et, en précisant ses indications, d'en souligner la haute valeur. Il résulte de ce travail que le Néo-Rhomnol agit remarquablement : 1° dans l'hypotension, qu'elle soit permanente, d'allure idiopathique ou qu'elle soit artérielle, d'origine glandulaire, ovarienne ; 2° dans les convalescences de maladies infectieuses ; 3° dans différentes formes de tuberculose pulmonaire .

Dans l'hypotension permanente, d'allure idiopathique, si bien étudiée par Dumas, Lian, Blondel, les injections de Néo-Rhomnol font disparaître la frilosité, la fatigabilité et tous les

signes d'ischémie cérébrale qui constituent, d'après Lian et Blondel, toute la symptomatologie. La médication strychno-arséniée a l'avantage sur l'adrénaline et les extraits surrénaux de posséder une action plus efficace, parce que plus prolongée, plus rapide et plus constante.

Dans l'hypotension par dysovarie la médication strychno-arséniée seule, ou associée à l'opothérapie donne les plus brillants résultats : on constate chez les malades traités la disparition des troubles si pénibles pour eux, puisqu'ils empêchent tout travail physique ou intellectuel (brouillards, vertiges, bouffées de chaleur, crampes, voire même troubles psychiques, neurasthénie). Aussi les hypotendus anxieux, cyclothymiques ou neurasthéniques sont-ils parmi ceux qui bénéficient d'une amélioration particulièrement heureuse sans qu'on puisse supposer une relation quelconque entre la psychasthénie et l'hypotension.

Dans les convalescences de maladies infectieuses, l'action de la médication mixte, pour être rapide, perd dans ces cas une partie de l'intérêt qu'elle présentait chez les hypotendus. Remarquons toutefois que nombre des troubles relevés chez deux typhiques : troubles subjectifs de la vue, asthénie, étaient sans conteste, sous la dépendance d'une hypotension artérielle légère et d'ailleurs transitoire. Mais, dans ces convalescences, en général longues et pénibles, il nous paraît bon d'insister sur la parfaite tolérance du médicament. Il importe, en effet, tout d'abord de ne pas nuire à un organisme dont les divers organes ont pu être lésés et qui, en tous cas, est sensibilisé aux intoxications médicamenteuses. L'innocuité absolue de l'association strychno-arséniée ne pouvait mieux apparaître que dans une observation — ictère infectieux fébrile, spirochétosique. Dans toute affection où le foie et le rein sont lésés, il est une règle, non pas formelle mais qu'il est prudent d'observer : s'abstenir de toute préparation arsénicale. Néanmoins les injections de Néo-Rhomnol, espacées tous les deux jours, ont donné ici un résultat rapide.

Au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, l'asthénie est parfois si intense, qu'une médication symptomatique s'impose. A laquelle donner la préférence et surtout peut-on employer l'arsenic ? Le cacodylate de soude à hautes doses a pu être prôné comme médicament de fond, dans diverses formes fibreuses ou ulcéro-fibreuses, mais des critiques sévères l'ont fait abandonner en raison des phénomènes congestifs qu'il a semblé déterminer. Il semble qu'il y ait lieu de le maintenir, non pas comme traitement de fond, mais pour lutter de pair avec la strychnine contre la dépression d'un organisme affaibli par les décharges toxiques des foyers tuberculeux.

Cette médication mixte peut être, sans inconvénient, employée dans les formes fibreuses ou ulcéro-fibreuses, apyrétiques ou subfébriles, sans tendance hémoptoïque marquée. Il va sans dire que seront exclues du bénéfice du traitement les formes compliquées de tuberculose rénale ou hépatique. Les meilleurs résultats peuvent en être attendus à condition, toutefois, qu'une surveillance étroite du malade permette la cessation de tout traitement, dès que s'annonce une poussée évolutive.

Des très intéressantes observations recueillies on peut conclure :

1° Le nucléinate de strychnine-cacodylate de soude — Néo-Rhomnol — injectable, est une médication précieuse des diverses asthénies.

2° Dans l'hypotension artérielle, permanente, d'allure iodopathique, ou d'origine endocrinienne indiscutable, cette médication réalise un des meilleurs modes de traitement.

3° Aucune contre-indication ne semble pouvoir être posée à son emploi au cours des convalescences de maladies infectieuses ou des tuberculoses pulmonaires chroniques : fibreuses ou ulcéro-fibreuses, sans autre localisation viscérale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LA RÉPARTITION DES HONORAIRES

Dernières correspondances. — Conclusions

J'ai reçu de M. le professeur Pierre MAURIAC, de Bordeaux, la lettre suivante que je m'empresse de publier sans autre remarque que celle-ci : je n'ai connu sa conférence qu'en décembre 1930, quand j'ai pu la lire en épreuves. Elle n'a donc en rien influencé mes idées, exprimées dans un article écrit fin octobre et paru le 30 novembre.

Et cela explique aussi bien des choses....

G. DUCHESNE.

Je vous serais très reconnaissant de publier dans le *Concours Médical* les réflexions suivantes en réponse à l'article du Dr Duchesne paru dans le *Concours Médical* du 11 janvier 1931.

1° Je n'ai jamais pensé, ni dit, ni écrit que le Corps médical se divisât en deux grands partis « le parti des honnêtes gens à la mode du XVIIIe siècle et le parti de la canaille. » Libre à vous de m'imaginer sous les traits d'un « grand seigneur », plus simplement je suis un médecin père de sept enfants qui vit de son métier, comme les autres.

2°Vous me reprochez d'avoir déformé votre pensée en disant que vous considériez la médecine comme une science exacte ; et vous citez avec complaisance certains passages de votre article où, en effet, vous ne prêtez à la médecine qu'une apparence d'exactitude. Mais c'est bien vous, n'est-ce pas, qui avez écrit ces phrases que vous paraissez avoir oubliées : « Il (le médecin) est devenu un ingénieur, un ingénieur sanitaire, travaillant dans une usine-laboratoire, entouré d'une machinerie diverse et impressionnante, pour qui l'erreur est devenue impossible... Science exacte, utilisant une machinerie nombreuse, la médecine s'est forcément industrialisée dans son essence. » Et le paragraphe est intitulé « Facteurs de certitude ». Je vous demande pardon si je me suis mépris ; mais soyez sûr que je ne suis pas le seul. Sans doute dans un autre article du 30 novembre, avez-vous accentué vos réserves ; ma conférence prononcée en octobre n'y fut peut-être pas étrangère.

3° Vous m'en voulez de ne pas avoir dit que vous étiez partisan d'une rémunération respectivement affichée. Mais j'ai pris soin de citer une longue phrase dans laquelle vous déploriez les mœurs présentes et plaigniez les jeunes générations. Par contre, j'ai dit, et je le maintiens, que vous cherchez des excuses ou des explications à la dichotomie. Au surplus les faits et les lettres que vous publiez parlent d'eux-mêmes ; et les dichotomistes ne s'y sont pas trompés qui ont pris votre article pour un plaidoyer.

4° Vous m'accablez sous les citations du *Journal de Médecine de Bordeaux*. Hélas !... le Journal d'Arnozan !... Mais il est depuis quelques jours le journal de W. Dubreuilh qui vous dira bientôt son sentiment.

5° Vous me demandez de méditer sur le vieil adage « Nul n'est prophète en son pays ». Merci ! je prends l'invitation pour un éloge ..... un peu immérité d'ailleurs, car l'unanimité de mes collègues à me proposer pour la chaire de clinique médicale peuple tout de même mon isolement.

6° Enfin, mon cher confrère, permettez-moi de préciser l'histoire de cette polémique.

Sur votre demande renouvelée j'ai réservé au *Concours Médical* ma conférence sur la dichotomie. *Je vous en ai soumis les épreuves, et vous ai prié de modifier et même de supprimer les passages ou les mots qui pourraient vous paraître blessants ou agressifs.*

Ma conférence paraît, flanquée d'un bel éloge de vous, dans lequel vous me traitez en adversaire « dont on serre la main le combat terminé », et de cela « si différent sur ce point de tant d'autres fougueux antidichotomistes », vous tenez à me remercier.

Quinze jours après, changement à vue. La réflexion et les amis aidant, vous découvrez tout à coup le fiel de ma pensée, et vous en éprouvez

de la « peine » et de la « déception » ; ma sérénité, ma grandeur d'âme se sont fondues en une passion « agressive » ; je vous fais « un procès de tendances » . . .

Cette volte face, mon cher confrère, ne me déçoit ni ne me peine. Elle m'amuse simplement, et ne modifie en rien, soyez en assuré, l'estime que j'ai pour vous. Veuillez agréer, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

Dr Pierre MAURIAC.

***

J'ai reçu de M. le professeur honoraire Alf. POUSSON, de Bordeaux, une lettre dans laquelle il me signale ce qu'il a écrit lui-même sur la répartition des honoraires. J'en détache cette phrase :

. . . Je vous prie d'agréer mes félicitations pour la campagne que vous menez avec un si grand talent et une si juste compréhension de l'évolution de la profession médicale en vue de la sauvegarde de ses intérêts matériels et moraux.

Voici maintenant les réflexions du Professeur Pousson sur la question des honoraires.

Une question qui se lie à celle des honoraires et qu'il faut maintenant examiner est celle, des plus délicates à résoudre, de la part qui doit revenir au médecin ayant appelé auprès de son client un confrère soit en consultation, soit pour lui confier l'exécution d'une opération. En principe, il paraît de toute justice qu'une rétribution spéciale s'ajoutant au prix de ses visites ordinaires soit allouée au médecin traitant. Il en a été ainsi de tout temps, et personne, ni malades ni médecins, n'y voyaient rien de déloyal. Les choses se passaient de deux manières : ou bien le client remettait au consultant le prix qu'il réclamait en le priant d'y comprendre la rémunération de son médecin traitant ; ou bien le consultant, sans en avoir été prié, incorporait dans ses honoraires celui de son confrère. Dans ce cas, qu'il ait ou non prévenu le client, il était seul juge de la somme à remettre à celui qui l'avait fait appeler. A moins que le consultant ait majoré dans des proportions exagérées ses honoraires et qu'il ait remis une somme élevée pouvant être considérée comme une invite propre à se ménager en son confrère un pourvoyeur de malades, rien dans sa conduite ne pouvait lui être imputé à forfaiture. Ainsi agissaient les médecins de la plus haute moralité au siècle dernier ; mais depuis, les mœurs ont bien changé.

Ce changement, elles le doivent surtout au développement de la spécialisation et de l'essor de la chirurgie, qui ont multiplié pour le praticien les occasions et les obligations d'avoir recours à des confrères d'une compétence et d'une habileté supérieure à la sienne. En confiant à un autre le soin d'instituer un traitement ou de pratiquer une opération chez un de ses malades, le médecin habituel n'a pas voulu perdre le profit de sa clientèle. C'est là un souci des plus légitimes, mais qui ne se justifie que par les moyens de le réaliser. La part faite au praticien traitant par le consultant — médecin général, spécialiste — ou par l'opérateur sur leurs honoraires, la dichotomie, mot qui pour les étudiants et les jeunes médecins de ma génération avait un sens péjoratif tel qu'ils osaient à peine le prononcer, la dichotomie est aujourd'hui admise par la généralité des membres les plus honorables de la corporation médicale. Mais elle ne doit jamais avoir le caractère d'une entente, d'une collusion, entre le médecin ordinaire du patient et le consultant ou chirurgien auquel il l'a adressé. Plaisons-nous à penser que les confrères nourris des seuls principes de l'honnêteté générale estimeront que ce serait y faillir que de partager, même dans une proportion minime, les honoraires perçus par un consultant spécialiste, ou opérateur, alors que le client leur a été adressé avec une simple carte sans le moindre renseignement sur ses antécédents morbides et son affection actuelle. Si pénible qu'il nous soit de le révéler, des bruits nous sont venus que cette pratique existe depuis longtemps, qui ravale le rôle du médecin traitant à celui de rabatteur et fait du consultant ou chirurgien son complice en l'incitant, par l'appât de commissions et de surenchères, à un pourchas de la clientèle. A l'appui de ces bruits, je puis rapporter un fait personnel. Il y a quelque vingt ans, un malade me fut adressé par un confrère d'un département voisin pour une affection chirurgicale, muni pour tout viatique d'une simple carte portant mon adresse. Selon ma coutume, je fis part au médecin traitant de mon diagnostic et l'invitai à m'assister dans l'intervention que le patient me priait de pratiquer sans retard. Il me répondit qu'il lui était impossible de se déplacer ni au jour fixé ni un autre jour en raison des exigences de sa clientèle. L'opération fut donc pratiquée sans son assistance, et le malade guéri rentra chez lui avec une lettre mettant son médecin au courant de l'intervention. J'avais oublié le fait, lorsque, environ six mois après, mon médecin se rendant aux bains de mer se présenta à mon domicile et, sans autres préambules que ceux de la simple politesse, me réclama dès son entrée dans mon cabinet la part de ses honoraires. Surpris et quelque peu interloqué, un moment prêt à céder à sa demande à l'appui de laquelle il me citait l'exemple de hautes personnalités médicales et chirurgicales auxquelles il adressait ses clients et qui lui faisaient une

ristourne sur leurs honoraires, je me ressaisis et lui refusai en essayant de lui démontrer ce qu'avait de contraire à la dignité professionnelle, et pour celui qui recevait et pour celui qui donnait, cette pratique empruntée au commerce et à l'industrie. Je ne l'ai sans doute pas persuadé, mais assurément je ne m'en suis pas fait un ami, tant pis !

Si, dans les circonstances qui viennent d'être rappelées, la dichotomie ne saurait être admise qu'en portant atteinte à l'honneur de la corporation médicale et doit être repoussée par les médecins probes et honnêtes. elle est tout à fait légitime et le principe doit en être publiquement proclamé dans plusieurs circonstances propres à sauvegarder les intérêts du médecin traitant pour le plus grand avantage de son client. Voyons quelques-unes de ces circonstances. La remise à son malade d'une lettre faisant connaître à un confrère ses antécédents personnels et familiaux, son passé morbide, les troubles dont il se plaint, la médication employée jusqu'alors, en un mot l'observation, ouvre droit incontestablement à une rémunération du médecin habituel. Mais il ne semble pas que cette rémunération doive être incorporée aux honoraires du consultant ni surtout que ce dernier doive avoir le souci de s'en occuper. Cette affaire doit être réglée entre le médecin et son client. Tout au plus pourrait-on admettre que l'observation accompagnant le malade, en lui facilitant sa tâche, suffise à légitimer la ristourne dont il a été question au paragraphe précédent.

Il serait contraire à toute justice, et ce serait méconnaître les droits que tout praticien a à vivre de son travail, que de ne pas rétribuer le médecin qui, ayant confié son malade à un chirurgien, assiste à l'opération. Cette rétribution peut être donnée directement par le malade ou sa famille ou incorporée aux honoraires du chirurgien, qui prélèvera la part de son confrère. Cette dernière modalité paraît préférable, car seul l'opérateur peut évaluer les services que le médecin habituel a rendus à son client au cours de l'opération. Le premier de ces services est un appui moral ; l'encouragement du médecin en qui depuis longtemps le malade a mis sa confiance, la tranquillité d'esprit qu'il entretient, l'espoir qu'il fait naître, ont bien leur prix. Les soins préparatoires qu'il a dû donner au patient sur les conseils du chirurgien doivent également entrer en ligne de compte. Vient ensuite la part qu'il peut avoir prise à l'intervention soit en donnant les anesthésiques et en en surveillant les effets, soit en concourant techniquement à l'acte opératoire. Tous ces services, qui font partie d'un ensemble propre à assurer le succès de l'opération et qui échappent à l'entourage, risqueraient de surprendre et d'indisposer le client ou ses ayants droit s'ils servaient de base à une note personnelle d'honoraires.

Une dernière question relative à la pratique de la dichotomie honnête reste à envisager ; c'est celle de la fixation du pourcentage que doit prélever sur ses honoraires le chirurgien au profit de son confrère. Cette tarification ne saurait être établie. En fixant arbitrairement un taux de 20 p. 100, au-dessus duquel la dichotomie deviendrait malhonnête, on risquerait de voir les services de certains médecins traitants insuffisamment rémunérés et d'autres au contraire trop largement payés. C'est au chirurgien, qui a touché la somme globale représentant ses honoraires et ceux de son confrère, de faire, suivant sa conscience et au besoin après une entente loyale, la part qui revient à chacun d'eux dans le prix des efforts communs qu'ils ont faits pour sauver la vie de leur malade (1).

A. Pousson.

***

Je possède encore un grand nombre de documents inédits sur cette question de la dichotomie ou, — terminologie que je préfère, — de la répartition des honoraires. Je renonce à les publier ; ils n'apportent aucun élément essentiellement nouveau à cette enquête qui a permis à toutes les opinions de librement s'exprimer.

Il faut donc conclure, — et j'en laisserai le soin à deux de mes correspondants, dont l'un est chirurgien des hôpitaux d'une grande ville de Faculté, et l'autre président d'un syndicat médical du Sud-Ouest.

Mais, comme depuis près d'un an que la question est agitée, on pourrait perdre de vue l'origine de cette enquête qu'un grand nombre de médecins m'ont félicité d'avoir ouverte, qu'une minorité m'a blâmé par contre d'avoir provoquée par des articles personnels qui ont pu leur apparaître comme pavés tombant dans la mare ... je rappellerai très brièvement qu'une Ligue s'est fondée, en 1929, sous la dénomination : Ligue médicale contre la dichotomie, ayant pour but :

« De grouper les médecins, les chirurgiens, les « spécialistes en vue de respecter et faire res- « pecter leur situation morale, et plus spéciale- « ment de lutter contre la dichotomie sous tou- « tes ses formes.

« Les membres de la ligue s'engagent sur l'hon- « neur à ne jamais présenter de note commune, « à ne distraire aucune partie des honoraires à « titre de partage ou de rémunération envers

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 avril 1930)

« qui que ce soit, à n'accepter aucune rémunéra-
« tion des personnes ou établissements tels que
« laboratoires, pharmacies, fabricants d'appa-
« reils orthopédiques, établissements thermaux,
« balnéaires, hôtels, maisons de santé, etc. »

Jusque-là, il n'y a rien qui puisse donner lieu à protestation. On peut, au contraire, à la lecture de cette profession de foi, n'y voir qu'un mouvement de réaction contre certaines sources de gain qui apparentent la médecine à un négoce, — ce qui peut choquer ceux qui, à leur louange, demeurent imbus de traditions infiniment respectables.

Et puis, au demeurant, c'est une opinion, respectable aussi, même si elle engendre des controverses qui ne sortent pas du milieu professionnel.

Mais, ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées. La Ligue, avec une conception erronée et regrettable de ses droits et des devoirs qu'elle s'est créés, a mandaté un certain nombre de ses dirigeants qui, aussi bien sous la forme de conférences que d'interviews, ont saisi le grand public de la question. Avec cette circonstance aggravante qu'ils ont, pour la plupart, brodé complaisamment sur ce thème : « La majorité des médecins et chirurgiens commettent d'une façon courante des actes scandaleux, immoraux, honteux que nous dénonçons à l'opinion publique. »

Si ce n'était pas là injurier le corps médical, c'est que je n'entends plus rien à la langue française.

Notez que des expressions plus virulentes encore ont été employées...

J'ai relevé le gant et publié mes articles des 6 et 13 juillet dernier, qui ont servi de premier chapitre à l'enquête que je décidai d'ouvrir alors, d'accord avec mes collègues du Conseil de direction du *Concours médical*.

Je l'ai fait de toute ma conscience indignée, et non seulement je ne le regrette pas, mais je recommencerais encore si c'était à refaire !

Il importait que cela fût de nouveau précisé, fin que les responsabilités fussent bien établies. La majorité du corps médical a été provoquée. Disposant d'une tribune qui peut se vanter hardiment de son indépendance, mais qui entend aussi être impartiale, j'ai enregistré toutes les opinions qui me sont parvenues. Une minorité m'a désavoué; on m'a prêté je ne sais quels desseins machiavéliques ; on a voulu voir dans mes interventions la satisfaction d'intérêts platement utilitaires... J'ai mis ma coquetterie à tout publier, et en première place, de ces rares désaveux, dont il en fut de nettement injurieux.

Tous ceux qui me connaissent sont fixés là-dessus, et si j'ai maintenu rigoureusement les termes offensants pour moi, de quelques correspondants, j'ai parfois atténué, et même supprimé, tout ce qui m'était personnellement favorable.

Voici maintenant les deux lettres que j'annonçais au début de ce dernier chapitre de mon enquête :

Je lis avec beaucoup d'intérêt vos articles sur la dichotomie : qu'on l'approuve ou qu'on ne l'approuve pas, elle est entrée dans les mœurs médicales, et il est impossible de faire marche en arrière. Aussi n'en parle-t-on jamais dans nos syndicats. Il est des plus regrettables que certains grands officiels aient cru devoir en parler au public, car tout ce qu'ils ont pu dire n'a servi à rien qu'à jeter un peu plus de suspicion sur le corps médical.

Dr J.
Chirurgien des hôpitaux.

Après avoir lu tout ce que vous avez écrit et publié sur la dichotomie et y avoir réfléchi, je suis arrivé aux conclusions suivantes.

Légitime ou non, clandestine ou non, la dichotomie est un mal contre lequel nous sommes et nous serons toujours à peu près complètement désarmés.

Parce que, sauf de très rares exceptions, il est et il sera toujours extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de faire la preuve juridique, formelle, qui seule permettrait le châtiment des coupables (1).

Alors, à quoi bon toutes ces discussions byzantines entre partisans et adversaires, qui n'aboutiront jamais à aucun résultat pratique et ne feront que nous déconsidérer un peu plus aux yeux de l'opinion publique ?

Cessons donc de palabrer et tirons le rideau : *e finita la comedia.*

Dr L.
Président de syndicat.

Et voici enfin ma conclusion personnelle:

Messieurs les Professeurs, et vous aussi, à tous les degrés, collaborateurs des maîtres dans l'enseignement, il vous appartient de former des médecins qui soient irréprochables, tant du point de vue technique que du moral. Si le régime actuel des études ne vous le permet pas, — et c'est bien ainsi qu'il faut envisager la situation, — il vous appartient de provoquer

(1) A la condition de définir la faute et ses limites d'où résulterait une culpabilité justiciable de sanctions.
G. DUCHESNE.

des réformes fondamentales et radicales qui vous donnent pleins pouvoirs sur le contrôle de vos élèves. Il vous appartient de prêcher d'exemple, ainsi que le doyen de la Faculté de Paris vous y a invités, et de doter la pépinière médicale que vous instruisez et devriez éduquer, d'une conscience unanime, orientée vers le culte du beau, du bien et du vrai. Quand ce résultat, dont vous détenez pour la plus large part la responsabilité, sera acquis, *quelles que soient les circonstances dans lesquelles un médecin quelconque sera appelé à exercer son ministère,* que la profession demeure ce qu'elle est ou qu'elle se transforme jusqu'à devenir étatique, il le fera dominé par un sentiment supérieur : d'abord et avant tout, consoler, soulager et guérir la souffrance humaine quand il n'aura pu la prévenir, sous le signe de la probité professionnelle la plus rigoureuse, sans renoncer pour cela à vivre de sa profession, comme le prêtre vit de l'autel.

G. DUCHESNE

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

I

Présidence de la commision administrative de l'hôpital

Le maire d'une commune a, comme adjoint, le médecin de la localité. Ce dernier nous demande si le maire, qui n'y connaît pas grand'chose, dans les questions hospitalières, ne peut pas lui déléguer ses fonctions de président de la Commission administrative de l'hôpital local, alors que notre confrère, en sa qualité de délégué du Conseil municipal, fait déjà partie de la Commission administrative dudit hôpital.

Nous devons répondre par la négative.

L'article 3 de la loi du 21 mai 1873 spécifie que « la présidence (de la Commission administrative de l'hôpital) appartient au maire, ou à l'adjoint, ou au conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire. Les Commissions nomment tous les ans un vice-président. En l'absence du maire et du vice-président la présidence appartient au plus ancien membre présent, ou, à défaut d'ancienneté, au plus âgé. »

La présidence appartient donc, d'abord au maire, et en l'absence de celui-ci, au vice-président. Le maire ne saurait déléguer partie seulement de ses pouvoirs municipaux à tel ou tel adjoint, notamment, pour présider les séances de la commission administrative de l'hôpital. Il faut, pour cela, que l'adjoint remplace complètement le maire, « dans la plénitude de ses fonctions » spécifie la loi précitée.

Ainsi, le maire est député, sénateur ; il ne vient que rarement dans sa mairie ; il délègue ses pouvoirs et fonctions à un adjoint, qui fait ainsi fonction complètement de maire. Cet adjoint devra dès lors présider la Commission de l'hôpital.

Admettre que le maire peut déléguer tel adjoint à l'hôpital, pour la présidence alors que lui, maire, reste dans la commune, à remplir d'autres fonctions municipales, serait annihiler complètement les fonctions et prérogatives du vice-président, qui n'aurait plus sa raison d'être.

Telle est d'ailleurs l'opinion de M. Cros-Meyrevieille, dont le traité d'assistance hospitalière fait autorité en la matière (tome I, page 425).

L'adjoint, qui remplit les fonctions de maire, a droit à la présidence, parce que le maire est présent en sa personne et qu'il agit, non pas comme délégué de ce fonctionnaire, mais comme magistrat municipal. Telles sont les prescriptions et les règles établies par l'instruction ministérielle du 13 novembre 1835 et les circulaires des 5 mai 1852 et 26 juin 1873.

Tel est également le sens d'une décision ministérielle du 26 juin 1894 (*Bulletin officiel du Ministère de l'Intérieur*, 1896, page 306).

Nous pouvons donc répondre à notre confrère que le maire ne peut pas lui déléguer partie de ses fonctions municipales et notamment la présidence de la Commission administrative de l'hôpital. Mais le maire peut s'entendre avec les autres membres de ladite Commission de l'hôpital pour que le vice-président, choisi dans son sein, soit justement le médecin, qui fait partie de la Commission, en sa qualité de conseiller municipal.

Paul BOUDIN.

II

Hôpital – Service de Maternité – Accouchements

Dans le chef-lieu de canton où j'exerce se trouve un petit hôpital. Il y a quelques mois une femme de l'assistance médicale d'une commune voisine, munie d'un certificat médical, s'y présenta pour y faire ultérieurement ses couches et s'y reposer en attendant. L'Econome fit observer qu'elle devait aller à la maternité départementale.

Le maire de la commune proteste auprès de la Pré-

fecture qui demande des explications à la commission de l'hospice. Celle-ci fit remarquer qu'un seul médecin était attaché à l'hôpital, qu'il n'y avait pas de sage-femme dans la localité, et qu'il pouvait se trouver telle circonstance où une femme en couches pourrait rester sans soins, qu'aucun personnel spécialisé n'existait à l'hôpital et que dans ces conditions il semblait que l'admission des femmes en couches devait être réservée aux cas d'urgence, ce qui s'était déjà produit. La commission ajoutait que si la présence d'une sage-femme était nécessaire, celle-ci serait appelée par l'hôpital et rémunérée par lui.

L'administration répond : « Puisqu'un médecin est attaché à l'établissement, ce qui est indispensable, il n'est pas nécessaire qu'une sage-femme le soit également pour permettre de faire des accouchements, *car les sages-femmes ne sont que des auxiliaires des médecins pour les accouchements.* (1).

Dans ces conditions notre hôpital qui est bien installé est tenu d'admettre les femmes dont l'accouchement doit se faire à l'hôpital.

Je vous informe qu'une assistée se présentera prochainement pour y faire ses couches ».

Estimez-vous que les lois et réglements en vigueur obligent les hôpitaux cantonaux à accepter les femmes en couches ? Croyez-vous qu'un médecin seul dans sa petite localité, puisse assumer la responsabilité administrative d'être jour et nuit à la disposition des assistées qui se présenteront ? S'il est absent ou retenu ailleurs et qu'un incident se produise, pourra-t-il être inquiété ? Serait-il admissible que de telles exigences administratives ne soient pas l'objet d'une rémunération spéciale ? or, les soins donnés aux indigents à l'hôpital et les interventions sont gratuits. (Il est vrai que la commission de l'hospice peut décider de lui allouer des honoraires ou un traitement approprié).

Bref, je serais heureux d'avoir votre avis dans cette affaire où l'administration met une obstination très particulière, alors qu'il existe une maternité départementale.

Réponse.

Par son attitude, la préfecture semble méconnaître la question, tant du point de vue médical (ce qui est compréhensible) que du point de vue administratif (ce qui est inadmissible).

Du point de vue médical, un hôpital ne saurait admettre de femmes en couches, qu'autant qu'un service spécial a été organisé, ayant à sa tête un personnel médical idoine.

Il n'est pas nécessaire de rappeler, en notre siècle, les notions indispensables d'asepsie : un accouchement ne peut pas se faire en salle commune, au milieu d'autres malades plus ou moins contagieux, par les diverses affections pour lesquelles on les soigne.

De plus, en cas de dystocie, le praticien doit pouvoir pratiquer les interventions obstétricales nécessaires.

Enfin, le médecin, lorsqu'il n'est pas spécialisé en accouchements, ne peut pas passer tout son temps auprès d'une hospitalisée, dont l'accouchement se présente normalement et alors qu'aucune sage-femme n'est attachée à l'établissement. Le praticien a d'autres malades à visiter; il ne peut donc pas s'immobiliser au lit d'une parturiente.

Enfin, s'il n'a pas sous ses ordres un personnel infirmier, bien stylé en matière d'accouchements, ce n'est tout de même pas le médecin qui donnera les injections et, plusieurs fois par jour, procédera au nettoyage de la mère et de l'enfant.

Du point de vue administratif, la préfecture semble ignorer le règlement modèle des hospices et hôpitaux, ainsi que la circulaire ministérielle du 31 mars 1926.

A l'article 17, nous lisons que le service des accouchements est placé sous la direction spéciale d'un accoucheur, chef de service, qui est assisté d'une maîtresse sage-femme, qui, en son absence, fait exécuter ses prescriptions et pare aux premières nécessités. La sage-femme est nommée par la Commission administrative.

Reportons-nous maintenant à l'article 28 dudit règlement modèle. Nous y voyons que la répartition des lits par services est fixée comme suit : service de médecine, service de chirurgie, affections contagieuses, maternité, avec, pour cette dernière, des lits pour les expectantes, d'autres pour les accouchées et enfin des berceaux.

Ce classement ne peut être modifié que par décision de la Commission administrative et approbation du préfet.

Or, en ce qui concerne l'admission des femmes enceintes, les articles 4 et 35 du règlement modèle prévoient des salles d'expectantes. Les futures mamans sont assimilées aux autres malades hospitalisés, mais ne peuvent rester avec eux, en contact avec toutes les contagions possibles, ce qui compromettrait l'accouchement et la santé ultérieure de la mère et de l'enfant.

Dans ces conditions l'hôpital ne peut recevoir de femmes enceintes, ou en couches, que si la disposition de l'établissement s'y prête et s'il existe un personnel médical et infirmier spécialisé en la matière.

Ce ne serait qu'en cas d'urgence que, par exception, la parturiente serait admise à l'hôpital, alors que son état l'exigerait.

Dr Paul Boudin.

(1) Je pense que dans les maternités les sages-femmes font plus d'accouchements que les chefs de service.

ASSURANCES SOCIALES

Prestations chirurgicales — Essai critique

Les discussions actuelles entre syndicats médicaux et caisses départementales au sujet de la fameuse « Convention-type » n'ont pas encore pris fin. Dans certaines régions, les syndicats n'ont rien voulu signer ; dans d'autres, ils ont adopté des modalités à peu près conformes à la loi , telle qu'elle est en ce moment ; dans d'autres enfin, la discussion s'éternise pour deux raisons : la première est que les caisses n'ont aucune initiative pour modifier le contrat-type, la seconde est l'achoppement sur la question capitale de l'hospitalisation des malades chirurgicaux.

Nous allons passer rapidement en revue les divers systèmes en présence, les discuter et essayer de conclure.

1° *Modalité de la Convention-type : Admission en salle commune à l'hôpital de* TOUS *les A. S. Honoraires :* 4 *fr. par jour et par malade non opéré, tarif opératoire hospitalier. Tarif de responsabilité pour les malades de ville atteignant à peine le tiers du tarif syndical des chirurgiens.*

Si nous laissons la porte de l'hôpital ouverte à TOUS les A. S., nous risquons, dans un avenir peu lointain, d'y voir entrer la presque totalité de notre clientèle. Il suffit, en effet, de décrets ministériels successifs et progressifs pour élever, par paliers, le seuil-salaire qui sert de base à l'assurance sociale.

Cette éventualité est d'autant plus logique qu'elle s'est réalisée en Allemagne.

C'est donc la ruine des cliniques privées créées par les chirurgiens et qui sont pour eux des *instruments de travail* et *non des instruments de rapport.*

C'est nous condamner d'avance à accepter les tarifs opératoires les plus bas, le jour où nous ne pourrons plus exercer, sauf à l'hôpital.

C'est également provoquer un conflit d'intérêts considérable entre les chirurgiens actuellement stabilisés et commençant à recueillir le fruit de longs efforts et les chirurgiens jeunes qui, au moment de s'établir, ne voudront rien risquer dans une clinique périssable et chercheront avant tout des postes d'hôpitaux, fonctionnarisés par les caisses.

Le système du forfait de 4 fr. par malade et par jour risque de prolonger les séjours à l'hôpital de telle sorte que les frais des caisses augmenteront considérablement et que l'hôpital sera très rapidement embouteillé.

Cet embouteillage *artificiel* des hôpitaux provoquera de la part des caisses la création d'hôpitaux nouveaux, à elles, dont les prix de journée défieront toute concurrence. Il leur suffira de se faire subventionner par l'Etat. Le fait se produit dès aujourd'hui pour certains hôpitaux publics utilisés illégalement comme maisons de santé.

Le tarif opératoire de l'hôpital beaucoup plus bas que le tarif de responsabilité de ville est un non sens. Nous fournissons dans les deux cas, les mêmes efforts, nous avons la même responsabilité.

Cette dualité de tarifs permettra aux caisses d'opposer le petit tarif au grand, d'orienter systématiquement vers l'hôpital au mépris du libre choix et d'avilir encore plus nos tarifs syndicaux.

2° *Admission de tous les A. S. à l'hôpital, entente directe. Accès de l'hôpital à tous les chirurgiens choisis par le malade.*

Certaines Commissions administratives se refusent catégoriquement à admettre dans leurs services d'autres chirurgiens que ceux de l'hôpital.

Si ces chirurgiens n'ont pas été nommés au concours, elles admettraient un roulement ; mais non la simultanéité.

Cette attitude des Commissions administratives s'explique surtout dans les hôpitaux dont les services de chirurgie sont très actifs.

Quant à l'entente directe, elle présente pour nous chirurgiens des inconvénients évidents : Il nous sera moralement très difficile et pratiquement impossible de demander et d'obtenir des honoraires. Le malade, pendant encore longtemps, associera l'idée d'hôpital à celle de gratuité. Nous n'aurons contre eux aucun recours possible, moralement comme matériellement.

Enfin cette entente directe favorisera ouvertement les chirurgiens rabaisiens qui se contenteront de n'importe quelle somme pour la même opération. Les malades s'apercevant rapidement que leur voisin paie moins qu'eux protesteront violemment et des conflits perpétuels surgiront au cours desquels notre prestige sombrera définitivement.

Comment, d'autre part, pouvons-nous évaluer avec précision la situation de fortune de la plupart de nos malades d'hôpital ?

3° *Discrimination des A. S. en deux groupes, les trois premières catégories admises en salle commune, les deux dernières en chambres particulières et soumises au régime des malades de ville ordinaire. Forfait à 4 fr. pour le premier groupe payé par l'hôpital, entente directe pour le deuxième groupe.*

Les caisses protestent arguant que les *mêmes*

prestations doivent être garanties à TOUS les A. S.

Nous sommes immédiatement d'accord avec elles pour accepter à l'hôpital, en salle commune, les A. S. de n'importe quelle catégorie, en cas d'urgence.

Mais la discrimination nous paraît logique d'une part s'il s'agit bien d'*assurance* sociale et non d'assistance, car le principe essentiel de l'assurance est de donner une garantie proportionnelle à la prime payée.

Sans doute, la garantie opératoire proprement dite est la même ; mais la qualité et surtout le confortable des soins post-opératoires varient à l'hôpital et en clinique de même que les conditions morales (accès des visites, promiscuité, etc.).

La discrimination paraît également logique s'il s'agit d'une organisation *Mutuelle* ; car un mutualiste qui verse pour le seul risque-maladie, 288 ou 480 fr. par an peut, à juste titre, réclamer un régime de soins réservé à des malades aisés. Sinon quel avantage aurait-il à être mutualiste ?

4° *Tarif de responsabilité et tarif syndical pour les malades de ville.*

En ce qui concerne les soins médicaux les deux tarifs ont assez voisins , le tarif des caisses correspond aux 12 /15 du tarif syndical. Au contraire en ce qui concerne les tarifs chirurgicaux, la caisse ne consent à couvrir que 5 /15 de nos tarifs.

Cette situation est d'autant plus paradoxale que les frais médicaux et pharmaceutiques sont beaucoup plus élevés en médecine qu'en chirurgie pour la caisse.

Le tarif actuel publié par les chirurgiens, radiologues et spécialistes nous paraît peu au point. Il a été fait à la hâte, il serait opportun de le simplifier, de l'abaisser pour beaucoup d'interventions, enfin de le débarrasser de certaines incohérences. Les mêmes opérations sont portées à des rubriques différentes comme catégories selon qu'elles sont faites par un chirurgien général, par exemple, ou un urologue.

En ce qui nous concerne, nous chirurgiens, notre premier tarif en cinq catégories, calculées en franc-or, paraissait infiniment plus simple et plus pratique. Il suffirait d'y revenir en y apportant certaines précisions.

Mais, à côté d'un tarif opératoire, nous devons envisager un tarif de clinique, et de frais annexes (labo, pharmacie, salle d'opérations, etc.), de manière à présenter aux caisses un tarif global beaucoup plus pratique pour elles.

C'est ce que les chirurgiens ont fait pour la caisse de prévoyance de la Compagnie des chemins de fer du Midi. Et c'est au grand avantage des caisses. A titre d'exemple, ce tarif de clinique prévoit pour une hernie 220 fr. pour frais de salle d'opération et de pharmacie et laboratoire.

Or, au tarif pharmaceutique des A. S., les seules fournitures opératoires (éther anesthésique, alcool, compresses, gants, catguts, etc.) s'élèvent à la coquette somme de 640 fr. environ.

Quoi qu'il en soit, c'est la trop grande différence entre notre tarif et celui des caisses qui crée, dès maintenant, des désillusions amères chez les A. S. et qui rend l'application de la loi pratiquement impossible.

Lorsque nous expliquons à un futur opéré que la caisse ne lui remboursera que le tiers de sa note il nous répond que la caisse doit lui rembourser 80 % de cette note. On lui a laissé croire, en effet, que les tarifs de syndicats et de caisse étaient les mêmes.

Dans de telles conditions, pouvons-nous demander à ce malade de nous verser, d'avance, les deux tiers de sa note ? Moralement la chose est fort gênante. Matériellement, elle est souvent impossible. Nous consentons à notre clientèle ordinaire des délais toujours assez longs et des versements échelonnés. Un A. S., du fait qu'il se sait assuré, ne mettra aucun empressement à s'acquitter vis-à-vis de nous.

Allons-nous être obligé de créer des services de « contentieux » dans nos cliniques ?

Nous ne serons même pas certains que l'A. S. nous transmettra les sommes qu'il aura touchées de la caisse.

Alors, nous arrivons, fatalement, à ces conclusions :

1° Il faut augmenter le tarif de responsabilité l'élever aux deux tiers de nos tarifs syndicaux.

2° Il faut rétablir, pour les soins chirurgicaux le tiers payant.

Je sais bien que le corps médical a condamné ce tiers payant, source d'abus infinis de la part des malades et des médecins. Nous sommes tout à fait de cet avis qu'il s'agit de soins médicaux ; le malade pouvant simuler sa maladie et multiplier son nombre de visites. Nous sommes également d'accord pour condamner le tiers payant, lorsqu'on applique un tarif dit « à l'acte médical ».

Mais, en chirurgie, nous n'avons pas à craindre de simulation de la part de nos malades et nous proposons un tarif d'honoraires global.

5° *La question des cliniques de caisses.*

On nous menace sans cesse de ces cliniques. Sont-elles utiles ? et dans quelles circonstances ?

Les établissements publics et privés actuels correspondent fort bien aux besoins chirurgicaux du public, en ce qui concerne le nombre de lits. Ces besoins resteront les mêmes puisque, répétons-le, les A. S. ne se feront pas opérer pour carotter. Il n'y a donc, *a priori*, aucune raison pour créer des cliniques de caisses qui coûteront fort cher au contribuable. Mais, ceci posé, la question se pose très différemment dans les régions agricoles et dans les régions industrielles.

1° *Régions agricoles.* — Clientèle *disséminée.* Ces régions ne possèdent, en général que des villes petites ou moyennes. Leurs caisses manqueront de ressources, étant donné la faiblesse des cotisations demandées aux cultivateurs. Elles ne pourront donc pas construire de cliniques à elles. Ces cliniques seront donc l'apanage des grandes villes.

Cette centralisation des prestations chirurgicales aura pour conséquence immédiate, pour tout A. S. à opérer, la rupture des relations normales avec sa famille, son médecin habituel et son chirurgien local.

Elle entraîne, pour le malade et sa famille des déplacements coûteux. Elle s'oppose aux traitements d'extrême urgence et aux transports dangereux pour le malade.

Professionnellement, elle aboutit à des conséquences graves. Les chirurgiens de la grande ville vont voir affluer à eux une clientèle éloignée qui n'est pas la leur, du seul fait des conditions avantageuses qu'offriront ces cliniques subventionnées souvent par les départements ou l'Etat.

Les chirurgiens de campagne, dépossédés de leur clientèle ne pourront donc choisir que deux solutions : déménager et rejoindre leur clientèle à la ville ou se condamner à une vie malaisée qu'ils n'avaient méritée ni après leurs efforts, ni après les études prolongées auxquelles ils s'étaient astreints.

Les chirurgiens à venir, les jeunes, iront d'emblée à la ville. Les campagnes perdront donc, progressivement, le bénéfice d'une organisation chirurgicale remarquablement au point aujourd'hui. Chaque chef-lieu d'arrondissement possède maintenant une clinique bien montée, dotée d'un appareillage de radio, d'une ambulance, etc.

La clinique de caisse aboutit finalement au contraire d'un progrès.

Par contre, il est très facile d'adapter l'état de choses existant aux Assurances sociales. Les caisses, sans dépenser un sou en constructions inutiles, n'ont qu'à utiliser le réseau de cliniques privées de la région. Le contrat satisferait les intérêts des trois parties en présence : caisses, assurés et chirurgiens.

2° *Régions industrielles.* — Clientèle *groupée.* Les grandes administrations industrielles (mines, textile, métallurgie, etc.) possèdent dès maintenant des établissements de prévoyance modernes. Il suffirait que les caisses afferment ces établissements, ou les agrandissent, ou les perfectionnent suivant les cas. Dans les centres de petites industries où ces établissements n'existent pas, elles peuvent les créer. Ces cliniques de caisses seraient destinées à une clientèle groupée, de très modeste aisance, jusqu'ici soignée dans des hôpitaux quelquefois anciens et surchargés.

Elles ne concurrencent pas les cliniques privées existantes, en général peu nombreuses, elles ne déplacent pas la clientèle. Les caisses, dans ces régions, économisent les frais de déplacement qui grèvent tellement les budgets d'assistance des régions agricoles. Elles pourraient donc satisfaire facilement les demandes des A. S. et des chirurgiens.

Il y a donc, là encore, une mise au point nécessaire, une adaptation à faire, sans vouloir bouleverser.

Nous arrivons maintenant, après cette étude critique malheureusement trop longue, à proposer le système suivant :

Créer, au sein des caisses départementales, des *caisses chirurgicales* et établir avec les chirurgiens régionaux un contrat dont le type est fourni par celui que nous avons signé avec la Compagnie du Midi et qui a paru récemment dans le *Concours médical.*

Ce contrat, il est facile de s'en rendre compte, garantit les caisses de tout abus de la part des malades et des chirurgiens.

Il comporte un texte et un tableau forfaitaire des prix globaux établi sur la base du tarif du syndicat des chirurgiens français au coefficient 6, des frais de séjour de 35 fr. en clinique, des frais de salle d'opérations allant de 40 à 150 fr. des frais de pharmacie calculés à forfait pour chaque opération.

Nous pouvons, dès lors, évaluer les dépenses d'une caisse chirurgicale en prenant comme exemple une caisse départementale de 20.000 assurés.

Les A. S. des trois premières catégories ayant droit à l'hôpital, de même que les A. S. de toutes catégories en cas d'extrême urgence ou en cas d'intervention chirurgicale coûteuse (5^{e} catégorie du tarif chirurgical).

Nous ferons cette évaluation en admettant :

1° Que tous les A. S. sont soignés en clinique.

2° Que la moitié soit soignée en clinique et l'autre à l'hôpital. Cette évaluation dépend de deux facteurs :

a) *La proportion d'opérations sur* 1.000 *assurés.*

On peut admettre qu'il y a en France un médecin pour 2.000 habitants et que chacun d'eux voit dans l'année, 12 ou 15 malades ayant besoin d'une opération. C'est donc, en pratique une proportion de 6 ou 7,5 opérés pour 1.000.

Nous doublerons par prudence cette évaluation et nous fixons la proportion à 15 pour 1.000.

Nous n'envisageons, dans ce 15/1.000 que les opérations relativement importantes, éliminant les cas de petite chirurgie. Ces cas sont en effet la plupart du temps couverts par des assurances pour accidents de travail ou soignés par les médecins.

b) *Le prix moyen d'une opération.*

Il varie suivant la catégorie opératoire. Après l'étude de nos statistiques, nous arrivons à :

1re catégorie opératoire, petite chirurgie, exclue.				
2e »	29,57 pour cent opérés.	Prix global moyen	=	1.050
3e »	39,29 »	»	=	2.400
4e »	26,70 »	»	=	3.600
5e »	3,70 »	»	=	4.300

Notre caisse chirurgicale de 20.000 membres, payant les deux tiers de ces frais, aura donc un budget de dépenses de :

2e cat.	88,71 opér. à	700 fr.	=	62.097 fr.
3e »	117,87	1.600 »	=	188.592 »
4e »	80,10	2.400 »	=	192.240 »
5e »	11,10	2.867 »	=	31.824 »
Total				474.753 fr.

ce qui correspond à une dépense de 23,73 par assuré si tous étaient soignés en clinique.

c) *Evaluation des dépenses pour les malades hospitalisés.*

Prix de journée, tarif des caisses : 16 fr. — 20 % = 12,40.

Durée du séjour moyen = un mois, soit une dépense de séjour de 372 fr.

Honoraires : 4 fr. pendant 20 jours à forfait : 80 fr.

Le prix global moyen par opération est donc de 452 fr.

La dépense totale pour 10.000 assurés (moitié de l'effectif) serait donc de 452 fr. × 150 cas, soit 67.800, soit de 6,78 fr. par tête.

La dépense moyenne par tête pour l'ensemble de la caisse serait donc de :

$$(23,73 + 6,78) : 2 = 15,25.$$

Ce calcul est cependant inexact, car un seul assuré social couvre, par une seule cotisation, le risque chirurgical de sa famille.

Il est entendu que, par prudence, nous avons doublé la proportion d'opérés pour 1.000 cotisants ; mais nos évaluations restent certainement insuffisantes.

Pour couvrir ces frais supplémentaires, ne serait-il pas simple de *mettre à la charge des communes cette cotisation de* 15,25 *par tête, pour les membres des familles d'A. S. ne cotisant pas* ?

Il faut en effet remarquer que la loi autorisant le cumul de l'A. M. G. et de l'A. S. et *les caisses payant* 80 % *des frais d'assistés assurés sociaux les communes vont se trouver largement dégrévées.*

Si cette solution était adoptée, la loi des A. S. permettrait réellement de mettre les prestations chirurgicales optima à la portée des assurés sociaux.

Dr DELMAS.
Chirurgien à Agen.

UNION MÉDICALE LATINE

Grand diner d'automne du 10 décembre 1930, donné en l'honneur de l'Italie et des savants italiens et de la science latine

Discours du Docteur DARTIGUES.

**Excellence, Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,**

Je suis véritablement confus et profondément touché de ces unanimes acclamations. Permettez-moi d'en partager la bienveillance, la faveur et le réconfort avec mes collaborateurs qui ont fait de l'Umfia, de l'Union Médicale latine, ce qu'elle est devenue aujourd'hui, et principalement avec mon grand ami le Dr Molinéry qui y travaille avec tant de zèle, de dévouement, d'intelligence, d'enthousiasme et de foi ! (*Applaudissements*).

Notre secrétaire-général vient de faire allusion à une épreuve très dure que je viens de traverser et, citant mon nom à côté des jeunes lauréats, il m'a proclamé très spirituellement *lauréat de la douleur* ! Ce sont là des lauriers dont on se dispenserait bien volontiers (*rires*). En effet, je viens, suivant l'expression pittoresque de mon ami, le Pr. Lenormand, qui me l'écrivait il y a trois ou quatre jours, de passer sous le *glaive de la chirurgie*, ce qui est, malgré tout préférable encore que de passer sous le glaive de la loi ! (*rires*). Quoiqu'il en soit le choc opératoire ne vous dispose pas à avoir du *tonus oratoire,* aussi je prie de vouloir bien excuser ma faiblesse.

Laissez-moi tout d'abord remercier mon vieil ami, le Dr Gaullieur l'Hardy, vice-président d'honneur fondateur de l'Umfia qui, assisté de mes amis, le Dr Crouzon, l'éminent neurologue,

médecin des hôpitaux, et le Dr Vaccaro, d'avoir bien voulu me remplacer pour vous recevoir et afin de m'éviter toute fatigue (*assentiment général et applaudissements*).

Mesdames, Messieurs,

Il y a près de vingt ans, avant la guerre, quand nous avons fondé l'Umfia, le Dr Gaullieur l'Hardy, le Dr Bandelac de Pariente et moi, nous avons été les premiers pionniers des relations médicales internationales, à une époque où l'on n'avait aucune préoccupation de ces questions et où même dans les hautes sphères, on n'en n'avait aucune espèce de souci, ignorant même, (disons-le tout bas), la géographie lointaine et les langues adéquates nécessaires (*sourires*).

Primitivement, nous avons été une *Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine*, d'où le nom d'UMFIA qui englobait tous les pays de langue espagnole, portugaise et française, avec le statut spécial pour tous les membres de connaître suffisamment l'espagnol. Nous réunissions ainsi des médecins de France, de la péninsule Ibérique et de l'Amérique latine. Depuis lors, plusieurs associations se sont fondées après nous, et après la guerre : l'ADRM qui a été créée par le regretté Dr Dehelly du Hâvre, et dont le président que je salue, le vénéré professeur Hartmann, est ici,puis la *Fédération de la Presse Médicale latine* créée par mon ami le Dr Pierra et dont le président est le professeur Loeper : nous regrettons l'absence de ces derniers qui n'ont pas pu venir à cause de leur état de santé et nous leur envoyons notre amical souvenir (*Applaudissements*). L'Umfia telle que nous l'avions fondée, c'était beaucoup mais pas encore assez suivant notre pensée. C'est pourquoi, avec mon ami Molinéry, nous caressions depuis longtemps une idée et un beau rêve, car les idées et les rêves se caressent comme des êtres chers (*rires*). Nous voulons faire une *Union latine* totale et faire rentrer dans notre sein l'Italie et la Roumanie. Il ne se pouvait pas, en effet, que l'Italie, mère de la Latinité, ne fut pas avec nous ! Molinéry et moi nous nous en ouvrîmes à notre ami le Dr Vaccaro qui est, Messieurs les Italiens, un de vos compatriotes qui possède ensemble le diplôme de docteur italien et le diplôme de docteur français, qui avait combattu pendant la guerre sur les fronts italien et français et qui était bien l'homme tout désigné à nos yeux pour servir de trait d'union. Nous formâmes ainsi, tous trois, une sorte de triumvirat, à la mode romaine, un triumvirat franco-italien, comme jadis nous avions réalisé un triumvirat franco-espagnol. Vaccaro avec tout son esprit de serviabilité, d'affabilité, de courtoisie et d'intelligence fine et souple, fit tant et si bien que, au bout de peu de temps, Son Excellence le Comte Manzoni nous faisait l'honneur de recevoir une délégation de l'Umfia, que nous obtenions son assentiment, c'est-à-dire celui du grand pays qu'il représente et que désormais l'*Union Médicale latine* était réalisée. Il n'y avait plus qu'à la faire consacrer sous ce titre par une assemblée générale qui fût présidée par le Dr Cayla et qui adopta la nouvelle nation entrante, l'Italie, à l'unanimité . Désormais la famille médicale latine était complète et l'Umfia réunissait les trente nations latines et les médecins de tous les pays où se parlent l'espagnol, le français, l'italien, le portugais, le roumain, toutes langues sœurs et filles du latin ; c'est à ce titre, en quelque sorte global, que uous avons ce soir, à cette table d'honneur. Son excellence Philippe Roy, Ambassadeur du Canada où l'élément français est considérable. (*Applaudissements prolongés*).

Mais il restait à couronner par une grande manifestation amicale cette entrée de l'Italie dans l'Umfia et c'est pour cela que nous avons voulu avoir la fête de ce soir. C'est ainsi que , grâce à à des amitiés envers lesquelles j'ai une grande reconnaissance, qui ont pressenti Rome et Paris, amitiés, qu'à mon très grand regret, je ne peux malheureusement nommer, car leur modestie très sincère m'a empêché à la dernière heure, de citer des noms, nous avons pu réaliser très aisément notre désir. En effet, mon vieux camarade et ami, le Médecin-général Boyé, directeur-adjoint du Service de Santé au Ministère des colonies, m'avait fait faire la connaissance de grands amis italiens à lui qui ont bien voulu s'entremettre auprès de l'Ambassadeur d'Italie. c'est ainsi que Son Excellence le Comte Manzoni a bien voulu accepter la haute présidence de cette fête, ce dont nous le remercions. (*Applaudissements unanimes et prolongés*).

Mesdames, Messieurs,

Je ne vous retracerai pas en ce moment, ce que j'ai fant de fois exposé dans des circonstances semblables, c'est-à-dire le but que poursuit l'Umfia, l'esprit qui la guide. L'Umfia se base sur la force matérielle et morale que représente le *bloc latin* qui, ne l'oublions pas, est beaucoup plus considérable que l'on ne se l'imagine et d'autant plus qu'il est chargé d'un potentiel d'avenir inépuisables puisqu'il est composé de trois cent millions d'hommes et où il y a environ deux cent mille médecins qui représentent une puissance d'intellectualité et de moralité d'un très grand rayonnement et d'une grande pénétration, dont le but évident et sincère est un but de pacification, en contribuant à marcher vers l'état qui doit être normal, celui de la paix. Et en effet, le médecin, dans tous lespays, est mieux placé que quiconque, et par sa profession et par sa mentalité, pour souhaiter l'accord des hommes et leur entente, hors des luttes sanglantes et fratricides. Pour lui, placé plus près des angoisses, des misères et des souffrances humaines, il est en contact

continu avec des réalités douloureuses qui étreignent les individus quels qu'ils soient, à des moments de la vie. Pour lui, tout être humain est un frère, car l'être humain est partout le même, infiniment petit devant l'égalité universelle de la douleur, de la maladie et de la mort. (*Applaudissements*). C'est pour cela que, nous médecins, tout en faisant notre devoir quand il le faut,nous avons horreur de la guerre qui nous apparait comme une monstruosité de l'esprit humain ; nous ne pouvons penser sans frémir que la guerre oblige tout-à-coup des masses de braves gens paisibles qu'il y a partout et qui ne demanderaient pas mieux que de s'entendre, à devenir des meurtriers ; la guerre fait de nous , osons le dire, des assassins pour lesquels il n'y a d'excuse que la réciprocité courageuse d'être des assassinés ! La guerre, où nous tendons à l'ennemi blessé une main secourable, nous apparaît plus spécialement, à nous médecins, qui sommes des intellectuels et avons une réelle peine devant celui qui souffre, car nous connaissons mieux que personne la douleur, comme une abjection de la volonté et de l'âme humaines ; c'est pour cela que, si nous sommes prêts à la subir de tout notre héroïsme résigné, nous la combattons de toute la tendresse de notre âme. Nous pensons que la guerre, doit à jamais disparaître et alors, les hommes mériteront vraiment leur nom d'*hommes* ! (*Applaudissements*).

Mesdames, Messieurs,

Et l'Union médicale latine, l'Umfia, s'appuie dans son action qui est de cultiver et de développer des relations scientifiques et intellectuelles dans le monde et d'entretenir des courants d'amitiés, sur le grand fond d'éducation et d'instruction qui nous est commun, car il ne faut pas oublier que ce sont nos études premières,n os *humanités* surtout qui font notre union ; c'est parce que nous avons fait nos humanités que nous avons ce lien extrêmement puissant qui nous réunit. Songez-y, Messieurs les Italiens, nous avons fait les mêmes études qeue vous. Tous les écoliers qui travaillent dans toutes les écoles des peuples de la latinité et particulièrement dans les écoles de France et dItalie, apprennent votre histoire, et sachez-le- l'histoire romaine et l'histoire d'Italie, nous la connaissons autant que vous ! (*très vifs applaudissements*). C'est chez vos hommes illustres que dans notre enfance, notre adolescence, nous avons tous puisé des leçons de courage, de virilité, de loyauté, de fermeté, d'espoir quand même et toujours devant les plus grandes adversités, d'endurance et de grand vouloir ; et vos hommes illustres, nous sont aussi familiers que nos héros populaires, les Duguesclin, les Bayard et les Jean Bart ! (*très vifs applaudissements*). Cela est si vrai, que les humanités, qui sont des études humanitaires et dont le nom seul comporte un sens de fraternité humaine universelle, suffisent à nous faire reconnaître entre nous et nous lier de cœur comme d'esprit. C'est pourquoi, à la seule évocation de Rome, nous ainsi instruits et imprégnés de latinisme dès notre enfance, où nous avons sucé le lait de la Louve Romaine, nous éprouvons un sentiment indéfinissable de majesté et de fierté. C'est ainsi que je me souviens de mon premier voyage à Rome : en la voyant pour la première fois, j'ai éprouvé l'émotion intellectuelle la plus frémissante que j'ai eue jamais dans ma vie ! J'avais dit, il y a près de trente ans, à mon ami le Dr Jayle, que j'allais à Rome, oui, le Dr Jayle qui est par là (*le désignant*) à la table de la Presse . Il m'a répondu : « En arrivant à Rome, la première des choses que tu feras, tu monteras au Janicule ! je l'ai écouté : je suis monté au Janicule et là, au pied du monument de Garibaldi, j'ai éprouvé une émotion indicible en voyant cette grande Rome chargée de siècles d'histoire et de gloire et de laquelle se dégageait une grandeur surhumaine (*Applaudissements prolongés*). Puis, en bon citoyen de Toulouse, que l'on a surnommé la Romaine, à cause de l'empreinte reçue de Rome et de son esprit d'art tout chargé de latinité, je suis monté au Capitole, avant de descendre à l'hôtel. Vous voyez que j'accomplissais cette première visite à Rome avec la ferveur d'un pèlerin plein de reconnaissance et de foi pour ce qu'il considérait comme ayant été à la base de l'éducation de son âme, de son esprit et de son cœur ! (*Applaudissements*).

Excellence, M. l'Ambassadeur d'Italie, vous avez bien voulu me dire, il y a quelques instants, des choses extrêmement aimables, permettez-moi de les accepter, surtout pour l'Umfia. Vous avez prononcé un mot extraordinaire et mirifique, le mot de « génial ». Venant de vous, ce mot de « génie » a une valeur toute exceptionnelle et je le prends dans sons sens latin de « genius », c'est-à-dire « esprit ». Et c'est l'esprit de l'Umfia qui m'anime. Je le garde pour cela précieusement et j'en conserverai le souvenir jusqu'à la fin de me jours. (*Applaudissements*).

M. l'Ambassadeur d'Italie, quoique né à Ravenne, illustrée par Dante Alighieri, votre immortel poète, vous êtes quelque peu parisien.Paris vous connaît depuis longtemps. Sans vouloir le moins du monde vous vieillir, je me permettrai de rappeler qu'il y a près de trente ans vous faisiez partie, comme conseiller, de l'Ambassade d'Italie. Maintenant, vous êtes vous-même l'Ambassadeur et nous sommes heureux de vous voir là,au sommet de la diplomatie. Nous savons combien d'actes heureux vous avez réussiset nous n'ignorons pas que votre habileté, votre courtoisie, votre affabilité, la sympathie qui se dégage de votre personnalité, ont contribué grandement

à établir le statut franco-italien qui règle les conditions réciproques de séjour des italiens en France et des français en Italie. Nous souhaitons que vous restiez le plus longtemps possible près de nous, car sachez-le ici ce soir, vous êtes très aimé à Paris, ainsi que votre grande nation. (*très vifs applaudissements*).

Nous vous prions, M. l'Ambassadeur, de transmettre nos plus respectueux hommages à vos souverains : le Roi et la Reine d'Italie qui nous sont si sympathiques en France (*Applaudissements*). Nous les suivons avec un profond sentiment d'attendrissement dans leurs œuvres de bienfaisance particulièrement : ils sont toujours là, au milieu de leur peuple, lorsqu'il est frappé par le malheur, prêts à soulager les misères, à apaiser les détresses et réparer des désastres comme lorsque des séismes redoutables bouleversent cette si belle terre d'Italie que nous considérons un peu comme la nôtre puisqu'elle est une *Terre de Paradis,* mais qui repose sur un volcan de feu. (*Applaudissements*).

Monsieur l'Ambassadeur d'Italie.

Vous voudrez bien dire à M. Mussolini, et si vous le voulez bien, je l'appellerai Mussolini tout court, tellement il est une grande figure, notre grande admiration pour sa magnifique œuvre et surtout pour son œuvre médico-sociale qui nous intéresse plus spécialement, nous médecins. Nous savons combien il s'intéresse à la science principalement aux choses de la médecine et de l'hygiène, et à tout ce qui peut les faire progresser. Il a créé et ouvert des laboratoires merveilleux, des hôpitaux modèles, des dispensaires ; il s'est occupé activement d'œuvres d'assistance pour la vieillesse et l'enfance ; il a engagé une lutte acharnée contre des fléaux qui affigent tous les peuples et toutes les nations et qui n'épargnent pas non plus votre pays ; il combat le paludisme, la tuberculose, le cancer. Il a procédé à l'assainissement intégral des vastes régions de l'Italie, et cette victoire contre le paludisme, il l'a assurée non seulement au point de vue hydrotellurique et médical proprement dit, mais au point de vue prophylactique par des améliorations de toutes sortes : des routes , des écoles rurales par des créations de villages modèles, par l'amélioration des cultures et du bétail ; il a prévu pour cet ensemble une dépense de 7 milliards : vous vous rendez compte de sa merveilleuse prévoyance qui sait faire les sacrifices nécessaires. Contre la tuberculose, il a fait un énorme effort par des institutions de toutes sortes et jusqu'à la création d'une chaire de la tuberculose, toutes œuvres que notre grand spécialiste, mon éminent ami, le professeur Léon Bernard, que j'aperçois là-bas, à cette table, connait bien . (*Applaudissements*). Contre le cancer, il a créé l'*Institut Emmanuel III* de Milan, un des plus grands du monde, dirigé par le très grand savant Baldorossi qui est un ami personnel de notre président de ce soir, le Professeur Gosset, par de nombreux centres anticancéreux aussi, où l'on s'attache au diagnostic et au traite- ment précoces du cancer. Enfin, il a donné un essor nouveau, inconnu, jusqu'alors en Italie à l'éducation physique, par la création de stades, de palestres, à l'imitation de l'ancienne Rome ; il a voulu ainsi rénover et épanouir la mervelleuse race italienne. Par conséquent, Mussolini m'apparaît à moi, si vous le voulez bien, avec son splendide masque de proconsul et d'imperator aux yeux de flamme, non seulement comme un courageux légionnaire, comme un organisateur de génie, mais comme un grand médecin. (*Très vifs applaudisesments*). et si vous le voulez bien encore, même comme un grand chirurgien. En effet, le rôle du chirurgien, quel est-il ? ce n'est pas comme le croit le profane de verser le sang, au contraire, c'est de l'arrêter : le chirurgien fait même des transfusions sanguines et on peut dire que Mussolini a fait la plus belle transfusion qui soit de sang vermeil au peuple de l'Italie (*Très vifs applaudissements*).

Mon cher président, mon cher professeur Gosset,

Tout le monde connaît votre réputation de chirurgien qui est universelle, l'impeccablilité et la perfection de vos techniques. On sait que vous représentez d'une façon éminente, plus que la science et la chirurgie françaises, mais la science et la chirurgie latines ; et je suis heureux pour ma part, de pouvoir dire ce soir que, si vous êtes Grand officier de la Légion d'Honneur française, vous êtes, et c'est là un trait sérieux de liaison, vous êtes Commandeur de la Couronne d'Italie. (*Très vifs applaudissements*). Soyez chaleureusement remercié par l'UMFIA d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce banquet.

Messieurs les Ambassadeurs, Ministres plénipotentiaires et consuls, il y a parmi vous des confrères médecins, puisque son Excellence Philippe Roy, Ambassadeur du Canada est Docteur en Médecine, ainsi que son Excellence Caballero de Bedoya, Ministre plénipotentiaire du Paraguay, qui est docteur de la Faculté de Paris, soyez tous remerciés pour nous honorer de votre présence.

Egalement encore, Messieurs les Ministres où je distingue M. Leygues, Messieurs les sénateurs où je vois le Dr Merlin, Messieurs les députés, au groupe desquels M. Scapini, le président de nos mutilés de guerre, ami de l'Italie, a bien voulu se joindre, accompagné de mon ami, le Dr Noguès. Egalement, Messieurs les membres de l'ambassade d'Italie, M. le Commandeur Vinci, M. le Commandeur Ballerini, l'honorable Gentile, M. le commandeur Grazioli, président des combattants italiens, les Commandeurs Sauda, Crocci, le che-

valier Frangiali, M. Cristilli, le commandeur Carraro et bien d'autres que je m'excuse de ne pouvoir nommer. Je salue aussi au nom de l'Umfia les membres éminents du Corps médical de toutes les Facultés latines d'Europe et d'Amérique : parmi les personnalités scientifiques d'Amérique du Sud, je vous signale la présence d'un ami nouveau pour moi, le très éminent doyen de la Faculté de médecine d'Asunción, au Paraguay, le professeur Migone qui va parler dans quelques instants : nous sommes des frères en douleur subie comme en latinité : il vient en effet, de passer six mois en maison de santé ; tout deux nous faisons, au milieu de vous, notre première sortie publique : le Pr. Migone est venu, gravement atteint se confier à la science française : il n'a pas eu tort, puisqu'elle l'a sauvé ! (*vifs applaudissements*), et, parmi les notabilités scientifiques italiennes, mon très distingué ami, le professeur Lutrario, délégué de l'Italie au Comité international d'hygiène publique, et parmi aussi aussi les sommités françaises : une grande partie des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, des agrégés, des médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux de Paris ; parmi vous, Messieurs, ne pouvant tous vous nommer au gré de mon désir, Maîtres éminents, laissez-moi plus spécialement remercier mon vénéré Maître le professeur Chauffard, et mon grand ami, le professeur Jean-Louis Faure, que l'Amérique et la Latinité tout entière admirent pour son talent et chérissent pour son caractère. Enfin, j'adresse mon affectueux merci à mon premier maitre et ami très aimé, que je vois avec tant de bonheur ici, le professeur Roule, du Muséum de Paris, le futur directeur du Muséum, qui est un des plus grands naturalistes du monde en même temps qu'un de nos écrivains français les plus purs. Au nom de l'Umfia, je suis heureux encore de remercier MM. les médecins généraux : Rouvillois, Cadiot, Fournial, Emily, Boyé, qui sont l'honneur de notre médecine militaire, et enfin vous tous, Messieurs (je voudrais vous citer tous) de la grande Presse italienne et française, et tous les directeurs de la pensée médicale contemporaine par le journalisme, dont ils sont les principaux protagonistes. Ici, à ce banquet de 400 personnes, il faut qu'on sache que chaque unité représente une valeur spirituelle, une valeur intellectuelle et morale : vous êtes, Monsieur l'Ambassadeur, au milieu de nous, le président de toute la Latinité, et nous faisons autour de vous une phalange d'honneur ! (*Applaudissements*).

Mesdames,

Par votre grâce, votre élégance et votre charme, par la gaieté de vos couleurs, par l'éclat de vos visages et de vos yeux, par la suavité inexprimable de vos parfums, vous faites une véritable corbeille de fleurs éblouissante et rare qui rehausse singulièrement la fête de ce soir.

Pasteur disait : « La science n'a pas de patrie. Eh bien, la beauté féminine, elle aussi, n'a pas de patrie (*Applaudissements*). Oui, jeunes gens heureux que j'entends s'exclamer derrière moi et qui pouvez en jouir davantage puisque l'instinct conduit aux vigueurs de la jeunesse, oui, la beauté féminine n'a pas de patrie et c'est pour cela sans doute que les hommes de tous les pays de la terre ont une adoration prosternée devant elle, d'où qu'elle vienne, où qu'elle se trouve ! (*Applaudissements*). Cependant ce soir, permettez-moi d'exalter plus spécialement la beauté des différents types latins des diverses races latines et en particulier cette beauté italienne si noble, si pure dans ses lignes et si harmonieuse, qui a inspiré Raphaël Sanzio, et le Titien, et le Giorgione, et tant d'autres comme ce grand cerveau prodigieux aux aptitudes artistiques et scientifiques si diverses qu'était Léonard de Vinci, cette beauté italienne qui nous rappelle aussi les très belles patriciennes de la République Romaine et de la Rome Impériale. (*Applaudissements redoublés*).

Faut il ajouter que l'Union latine se complète et se parfait par des unions familiales : je n'en veux, comme exemples éclatants, que ceux que que je connais ici : M. l'Ambassadeur d'Italie a épousé la Comtesse Manzoni qui est d'origine cubaine et est apparentée avec de nombreuses et nobles familles françaises : nous vous adressons, Madame, nos plus respectueux hommages ; son Excellence de Cespèdes, Ministre plénipotentiaire de Cuba, est par contre marié à une italienne que nous regrettons, pour raison de santé n'avoir pas eue ce soir parmi nous ; mon ami, notre ami, le docteur Vaccaro, est marié à une française, et, enfin, s'il m'est permis de me citer : j'ai une nièce et filleule qui porte dans ses veines la beauté et la fierté d'un triple sang latin : italien espagnol et français : c'est une des vestales de l'Umfia ! (*Applaudissements*).

Mesdames, Messieurs,

Par cette assemblée d'élite réunie ce soir et par nos cœurs unanimes, Paris la Ville-Lumière, communie de tout son cœur sincère avec Rome, la Ville-Eternelle ... (*Très vifs applaudissements*)... et nous saluons avec une joie fraternelle le drapeau de l'Italie, Mère de la latinité, qui a combattu avec une sublime gloire pour la Liberté et pour la Civilisation *que, précisément, elle-même enfanta* ! (*Applaudissements prolongés*).

Mesdames,

Permettez-moi de revenir sur ce que j'ai dit, en complétant ma pensée. J'ai été un peu partial avec la beauté latine : il y a ici des dames qui appartiennent à d'autres patries que les pays latins, qu'elles reçoivent également nos homma-

ges ; elles sont nos amies ; nous les aimons bien et elles se reconnaîtront à ce signe. (*Applaudissements*).

Mesdames, Messieurs,

Vivent toutes les nations du Monde, qui contribuent au Progrès, à l'Ordre, à l'accroissement du Sentiment humain, je veux dire du sentiment d'humanité, et enfin à la Paix, qui est seule bienfaisante et féconde, parce qu'elle est conservatrice, organisatrice, salvatrice, génératrice, et qu'elle fait *œuvre d'édification et de vie* et non *œuvre de destruction misérable, barbare et de Mort!* Vivent toutes les nations latines qui poursuivent plus spécialement cet idéal, seul digne de l'Humanité véritablement aimante, pensante et agissante ! (*Applaudissements*).

Mesdames, Messieurs,

Vive l'Ambassadeur et l'Ambassadrice d'Italie, et enfin, Vive vous tous ! (*Applaudissements prolongés et bans*).

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXVIII. Robert GANZO. — **Du dancing ou le Danseur sentimental.** Un vol. 15 × 21 tiré à 330 ex. numérotés. Ed. Lemarget, Paris, 1930.

Il est bien possible que les deux « boîtes » où philosophe ce danseur virtuel et relativement sentimental existent : ce dont je suis sûr, c'est que le *Campéador* et le *Bison Mauve* ont une vie littéraire très réelle, d'une remarquable intensité. Sous couleur de nous conter les aventures autobiographiques d'un danseur mondain, Robert Ganzo a écrit une sorte d'essai philosophique d'une sarcastique cruauté. Le livre a l'air léger, superficiel, mais dès les premières pages éclatent quelques phrases d'une ironie sourde et puissante qui lui donnent une profondeur étrange et de graves résonnances. Sous le ton badin, quelle étonnante projection, raccourcie, synthétisée d'une époque épileptique, des fantoches qui se trémoussent pour secouer leur gaieté et oublier leur détresse. Pitoyable farandole qui trépigne sans sentir le dégoût du témoin qui analyse le frisson maladif de leur fièvre orgiaque ! Pendant qu'il attend, face aux cuivres sous pression, ses bourgeoises ahurissantes ou ses prostituées ingénues, le danseur évoque la quiétude de son enfance provinciale (p. 39) :

« Heure calme au *Bison Mauve*. Une chanson se traîne de table en table, s'accroche à mon fauteuil, à mes épaules. Ce soir tandis que bêlent les saxophones, je ravaude le passé. Une balançoire, le passé. Et je m'agrippe si fort à la balançoire que mon cœur, fâcheusement se barbouille.. Autrefois. Dans le feuillage d'un cerisier, au fond du jardin familial en odorante prière, de gros merles s'enivraient et se sifflaient en modulations choisies l'enchantement des crépuscules d'été. »

Cette alternance ingénieuse de calmes tableaux et de chorée donne un magistral relief à la bruissante cacophonie, qui bouillonne sous les lettres saignantes de l'enseigne, à la vaine agitation de ces civilisés occupés comme des écureuils en cage tournante. Je manque de place pour vous transcrire le récit de la soirée de gala :

« Oiseaux captifs et fous, les ventilateurs précipitent leur vol désespéré. Les musiciens répandent une chanson de catin, qui, un soir, pour exhaler sa lassitude, sa misère, sa rancœur ne sut trouver que des paroles navrantes... Il est *presque* comique de voir ces gens se crisper et se contorsionner sur tant de déchéance et de douleur. Lourde et électrisée l'heure s'immobilise : des fleurs s'effeuillent sur les nappes et au fond des seaux à champagne, des pétales flottent... Baguettes de hêtre entreheurtées : mitrailleuses ou roulement de cent chevaux en marche, sur une route. Et la sirène, comme au temps des avions, la nuit ! Le chahut démange les couples ... », etc.

Quelle douloureuse impression de bétail morne sous l'œil des nègres, de fête sans joie ! Il y a d'autres pages que j'aurais voulu reproduire, car elles donnent mieux encore la sensation chaude de cette foule ébrieuse, le miroitement de ces existences creuses dont le tourbillon prend à certaines heures une funambulesque légèreté de danse macabre. Il est curieux que l'auteur soit arrivé à dissocier de la sorte en décrivant l'agitation de ses personnages leur joie apparente de son émouvant soliloque. Il use d'un style d'une précision aiguë, précipité, scientillant d'images, « syncopé » à la mesure de la cadence ou du hurlement du jazz, bourré de sensations brutales, crues parfois à force de réalisme, souple comme une ondulation de danse coupée tout à coup sur le cri aigre d'un banjo. Et il monte des pages une âpre mélancolie, comme un parfum qui passe dans le vent, amer et sauvage, insaisissable. Il y a pour la forme un semblant d'intrigue floue qui mène le héros à un enlisement moral progressif où il ne se souviendra même plus de « *la maman qui le berçait autrefois de ses bras miraculeux.* »

CCXIX. — H. WELLS. — **La dictature de Monsieur Parham.** Un vol. 12 × 19. Roman traduit de l'anglais. Ed. Malfère, Paris, 1930, 15 frs.

Avec une matière aussi dense, les romanciers qui essayent leurs ailes auraient gribouillé dix volumes. Le roman de Wells est magistralement condensé au contraire. Master Parham qui est un

modeste professeur d'histoire et philosophie rencontre Sir Bussy ; et le songe aidant la fantaisie de Monsieur Wells, Parham est promu à la pairie. Avant d'en arriver ainsi à pouvoir écrire par l'intermédiaire de son grand homme ectoplasmique une satire politique des gouvernements actuellement au pouvoir en Europe, il nous promène (allégoriquement !) dans le monde où s'agitent simultanément les fumistes et les médiums. Monsieur Wells s'amuse à brouiller le fil de son livre, mais on ne peut pas lui tenir rigueur de ses facéties à cause de la finesse des charges anti-gouvernementales (la rencontre de Lord Paramount et de Mussolini est royale ! !), de la profondeur de ses observations, et de la cocasserie continue de ses personnages, tel ce délicieux Sir Bussy qui « fait : Gau », flegmatiquement et automatiquement quand déboulent sur lui joies ou catastrophes solennelles.

CCXX. — Maurice COURTOIS-SUFFIT. — **La Savatière.** Un vol. 12 × 19. Roman. Ed. au Sans-Pareil, Paris, 1930.

La savatière est une jeune personne qui s'est retirée en Sologne et si le titre n'avait pas déjà magnifiquement servi, il était tout indiqué de nommer cette claustration volontaire aux bords des bois : la *Retraite sentimentale*. Il y aurait eu d'ailleurs mieux qu'une similitude de titre. La sournoise perversité de l'héroïne, son amour de l'amour (qui ne dit pas toujours « son nom » ! !), sa turbulence, sa façon de découvrir la nature sont autant de reflets du livre qui a eu le mauvais esprit de prendre le premier un état civil qui convenait à peu de chose près au second. L'édition originale est parue dans la collection du « Laboratoire », sous un signe par conséquent qui dictait à l'auteur l'utilisation, pour ses réactions psychologiques, de corps simples préexistants. Il ne vous faudrait pas supposer que le roman manque de morale ; il contient, en effet, dans les presque dernières phrases une explication de la conduite (en lignes brisées) de l'héroïne :

« Elle n'est pas très loin ce soir de renverser tous ses jugements (quitte à les restaurer plus tard), pour énoncer qu'une vie de femme n'aboutira qu'au noir si les sentiments ne la conduisent pas, si elle ne réduit pas ses rôles à celui d'être tendre, et si possible mère, et que c'est vers cela qu'elle doit se tourner — en fait de politique. Ce n'est probablement qu'une disposition d'esprit momentanée. »

Il semble, au contraire que ces quelques lignes concentrent les directives *constantes* où ses sentiments mènent cette sympathique savatière. J'écris : sympathique, car le livre de Monsieur Courtois-Suffit est agréable, pimpant, léger et son héroïne joue franc jeu. Il n'est pas étonnant qu'elle fonce tête baissée dans les aventures : elle note avec perspicacité ses variations brusques de potentiel affectif, mais elle ne réfléchit pas. A la page 21, elle note par exemple :

« L'absence d'installation électrique est ce qui manque le plus. »

Elle veut, probablement, dire le contraire ; c'est peut-être cependant une preuve subtilement voulue par l'auteur du trouble où toute chair jeune jette la malheureuse savatière. A la page 21, rôde honnêtement, en effet, un jeune gendarme qui surveille les braconniers des bois de la savatière... Plus tard, ce sont les braconniers qui rôdent et quand personne ne rôde, la savatière altérée, avec une sadique complaisance, renifle ses souvenirs. Dans l'intervalle une amie l'aide à surveiller les braconniers... Au bout de l'année, la pauvre savatière a le droit de traîner ses savates. Fatiguée de son repos à la campagne, elle repart pour Paris par la « route-temple »... Ce sont les arbres qui doivent encore lui suggérer cette délicate image symbolique et tendrement freudienne par laquelle elle clôt la dernière ligne de son livre... Sacrée savatière ! !

CCXXI. — **Le jardin du Bibliophile.** Numéro de Noël du *Crapouillot*, 15 francs.

En tête un sévère coup d'œil panoramique, bien perspicace, d'André Rousseaux sur les productions littéraires de l'année qui va finir. Puis, de subtiles considérations de Paul Fuchs sur les autographes, des flèches (comme dans l'Archer et le carquois de Voivenel), des tribulations, des conseils orchestrés par la fantaisie de Galtier-Boissière, invisible et présent. Et des images, prises dans de beaux livres, avec un sens précis de la documentatation la plus apte à donner de l'activité des presses françaises une vision juste et intéressante.

Je n'y ai pas trouvé mention de l'ouvrage magnifique, illustré par René Lelong, que viennent de « sortir » les Editions Kra en rééditant les *Vrilles de la vigne*. Je vous en parlerai longuement : il le mérite, car il représente le prototype du livre d' « étrennes » pour bibliophile. Pour aujourd'hui, baignés de suffisante littérature, fermons les écluses.... *Sat prata...*

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Casino de Paris

« Paris qui remue »

Revue en 2 actes de H. Varna et Earl Leslie.

Le spectacle du Casino de Paris *tient l'affiche depuis un moment déjà mais, étant donné la faveur dont il jouit auprès du public, il n'est nullement trop tard pour en donner un aperçu, et pour engager nos lecteurs fervents du Music-Hall à lui consacrer une soirée. Tant que nous aurons des spectacles de Music-Hall de cette qualité, le cinéma parlant, à l'instar d'Icare, ne sera pas à craindre.*

Une Grande Revue actuelle qui elle aussi doit suivre les progrès, les transformations et les divers aspects de la Société moderne, doit réunir plusieurs conditions, en dehors de la mise en scène, des coloris, des lumières, des costumes qui doivent être une pure merveille d'art et de goût :

Il doit y avoir une vedette sympathique, profondément artiste intellectuellement et physiquement, très souriante, qui se livre entièrement à son public en s'oubliant elle-même.

Pour encadrer à certaines scènes cette vedette, elle doit posséder deux artistes masculins, «vraiment masculins» si j'ose souligner, sachant parfaitement chanter et danser, de chic, de maintien et d'éducation très raffinés.

Il doit y avoir encore une parfaite danseuse de genre, ou acrobatique, un excellent danseur et un couple du même genre. De plus un comique, une bonne diseuse ou comédienne, une chanteuse, une troupe de girls et de boys hors ligne, enfin des danseuses d'art plastique et des jolies filles comme mannequins.

La Revue du Casino de Paris possède tous ces attributs à un haut degré de perfection dans la sélection, cette vedette dont je parle plus haut, c'est Joséphine Backer. Pour ceux qui comme moi ont assisté à ses débuts dans la Revue Nègre au Théâtre des Champs-Elysées en 1926 et qui la retrouvent au Casino de Paris en 1931, Joséphine est le plus bel exemple de perfectionnement possible dans le façonnement intellectuel de la race noire par la civilisation européenne mais aussi le plus frappant exemple d'application lent et tenace et de laborieux travail d'une simple danseuse noire, pour conquérir petit à petit la place si difficile et si enviée qu'elle occupe. Quels grands mots direz-vous ! Allez au Casino, regardez-là, écoutez-là, vous serez convaincus.

Elle paraît tout d'abord en grand oiseau blanc des forêts tropicales, et tous les autres oiseaux inclinent leurs ailes sur son passage. Elle danse aussitôt avec Joé Alex et détaille gentiment dans un français plus ou moins guttural et martelé, la chanson de la canne à sucre.

Nous la voyons après en petite Tonkinoise où elle réalise le petit béguin de l'ancienne chanson que nous fredonnions jadis au quartier latin.

Elle est encore tout à fait merveilleuse dans le Sketch : « Ounawa » où elle interprète le rôle d'une gosse exotique qui en cachette de sa tribu, vient retrouver son amant et maître, un colon français ; au moment de partir pour Paris tous les deux, au milieu de la tempête, le chef de tribu les surprend et abat son rival, il faut l'entendre, gamine inspirée, tendre et rêveuse chanter : « J'ai deux amours, mon Pays et Paris » !

Enfin nous la voyons sortir d'une boîte de bonbons en robe à transformations et encadrée de ses deux danseurs chanter et danser avec le souci le plus parfait de la perfection.

Que vous dirai-je des autres scènes ; je citerai : les journaux de Paris, l'Industrie Automobile où nous voyons qu'en 1950, les gens sur les autostrades feront tout, oui tout à la vitesse grand V, pas une seconde à perdre, tout sera mécanique, nourriture, mariage, procréation !

Le tableau des dentelles de Venise, des saisons, du beau Danube bleu, du final de l'électricité, etc., etc.

MM. Adrien Lamy et Jean Irace sont à la tête de l'interprétation masculine (avec Dandy dont je parlerai plus loin), venus d'horizons différents au Casino, ils ne peuvent mieux servir les auteurs, l'un au jeu intelligent et souriant, l'autre à la voix agréable et cultivée.

Citons encore Miss Florence, la danseuse aux lignes si pures et si harmonieuses, transfuge des « Hoffmann », la seule parfaitement fidèle au public français qui lui rend bien d'ailleurs sa sympathie.

Le couple Stone-Vernon et M. Ladd qui sont de très bons danseurs plastiques et acrobatiques.

Marguerite Perney espiègle et enfant terrible, est excellente dans ses sketchs, les Jackson-Girls et Boys se tirent sans fatigue apparente de cette épreuve d'endurance.

Citons toujours les Ballerines de Bigiarelli, les Casino Beauties et les Danseuses du French-Cancan de Tabarin, toutes excellentes danseuses

ou superbes mannequins, sans oublier Colette Andris, qui peut chaque soir paraître nue sans choquer grâce à son corps si pur de ligne et à ses attitudes pudiques et réservées, et j'ai gardé pour la fin : Dandy, l'inénarrable Dandy, ce petit homme qui est en même temps un parfait acrobate dont le jeu burlesque mais toujours plein de ruse, décroche chaque soir une formidable risée ; qu'il soit un idiot intelligent ou un cocu pourfendeur et résigné, Dandy est le seul dans son genre qui réussisse si bien sans maquillage les difficiles expressions de pitre et de pauvre hère... Dandy, c'est le Charlot du Music-Hall...

Je veux rendre également justice au Melodic-Jazz de Mahieu, l'orchestre du Casino, qui accompagne admirablement les artistes, les guide et les soutient de son mieux.

Jean SEJOURNET,
Membre de la Société des Auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LE DEUXIÈME CONGRÈS DE L'ÉCOLE DES PARENTS

PREMIER JOUR

Ce congrès s'est ouvert le jeudi 4 décembre, au Musée Social, devant une assistance encore plus nombreuse que l'an dernier. Le congrès de cette année est consacré à l'étude de l'adolescence, comme celui de l'an dernier a été consacré à l'enfance.

La séance de l'après midi a été présidée par le Docteur Lereboullet, professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Enfants assistés. La conférence d'ouverture a été faite par Madame Vérine, présidente-fondatrice de l'Ecole des Parents, sur l'«Art d'aimer ses enfants ». En un magnifique langage, l'aminent auteur du « Sens de l'Amour » a montré comment l'amour paternel ou l'amour maternel était intimement lié à l'amour conjugal. Puis le Docteur Boigey, directeur médical de l'Etablissement thermal de Vittel a lu un remarquable rapport sur « l'Education physique ». La séance s'est terminée par une splendide démonstration pratique sous la direction de M. Cazals, moniteur de la Cure d'exercice de Vittel et Irène Popard, fondatrice de l'Accociation française de gymnastique harmonique.

La séance du soir, présidée par M. Georges Goyau de l'Académie française, était consacrée à l'étude du sentiment religieux chez l'adolescent. La question a été traitée d'une façon éminente à différents points de vue. Au nom des mères de famille, par Madame Jean Camus, membre du Conseil départemental de la Natalité, présidente de la Ligue des Mères françaises. Au nom des pères de famille par le général Borie, directeur de l'Alliance nationale. C'est enfin au point de vue religieux que se sont placés M. l'Abbé Dassonville, de l'Action populaire, M. le Pasteur Marc Boegner, président de la Fédération protestante de France, M. le Rabbin Louis-Germain Lévy, de l'Union libérale Israëlite. Tous se sont accordés à reconnaître la nécessité d'une éducation religieuse dans une éducation qu'on veut faire complète. M. Georges Goyau a synthétisé ces points de vue dans une forte et superbe allocution.

***

Les séances du vendredi 5 décembre ont présenté un caractère très rare d'éloquence et d'originalité.

L'après-midi sous la présidence de Mlle Léontine Zanta, docteur-ès-lettres, ont parlé : sur l'écueil des sens, M. le Dr Monsaingeon, président de la Ligue des familles nombreuses de France, et sur les écueils du sentiment, Madame Jean Camus, membre du Conseil départemental de la natalité. On ne saurait trop dire aux parents combien leurs enfants sont menacés dans leur vie sensuelle et dans leur vie sentimentale par tout ce qui les entoure. Devant ces dangers, les parents n'ont pas le droit d'enfermer leurs enfants en vase clos, encore moins d'ignorer le problème qui se pose ; ils doivent de très bonne heure gagner la confiance de leurs enfants pour les connaître et quand arrivent les heures critiques leur parler, mais surtout développer en eux par des exercices vigoureux une pureté active du corps et du cœur. C'est ce qu'ont expliqué les deux conférenciers riches de leur expérience de 11 et de 12 enfants avec une hauteur de vue et une chaleur de cœur qui ont eu sur l'assistance un retentissement considérable.

La séance du soir a été présidée par M. Duval-Arnould, député de Paris, président de la Plus grande famille. Le premier rapport a été celui de M. le Chanoine Jeanjean professeur de psychologie expérimentale à l'Institut catholique de Paris sur « la fatigue et les surmenages ». La question est à l'ordre du jour longtemps elle n'a été résolue qu'au nom d'idées préconçues, la plupart du temps on avait simplement oublié de poser la question en psychologie et d'y appliquer l'expérimentation. M. le Chanoine Jeanféan était admirablement qualifié pour s'attaquer à ce problème ; les solutions qu'il apporte et qui s'appuient sur des expériences irréfutables contredisent beaucoup de nos fausses solutions, puissent-elles être rapidement mises en pratiques.

Un autre rapport sur le cinéma et la T. S. F. a été lu par M. Bonvoisin, directeur du Comité central des allocutions familiales. Il a montré comment les parents devaient jouer de ce double instrument qui peut être très bon ou très mauvais. Mais aucun d'eux

n'a le droit de se désintéresser du problème soulevé par ces deux découvertes.

Nous demandons aux lecteurs de notre journal d'assister nombreux à ces séances du plus haut intérêt et à celle de dimanche où l'affluence sera considérable.

***

La séance de l'après-midi du samedi 6 décembre a été présidée par M. le Maréchal Lyautey. Elle était consacrée au scoutisme dont le Maréchal s'est fait un ardent promoteur. Le scoutisme en effet est un des meilleurs moyens d'éducation des adolescents surtout quand il est pratiqué selon la méthode française. Ce n'est pas seulement, comme beaucoup de parents le croient, une occasion d'amuser ou d'endurcir les enfants tout en permettant aux parents de se débarrasser d'eux : le scoutisme est encore une éducation des instincts comme l'a montréM. Guérin-Desjardins, commissaire national des Eclaireurs unionistes. C'est encore un moyen de développer sa volonté comme l'a montré M. Bertier, directeur de l'Ecole des Roches, président de la Fédération des Eclaireurs de France. Enfin, pour les plus âgés, le scoutisme est une école de chefs comme le prouve le Commandant Lhopital , ex-officier d'ordonnance du Maréchal Foch ; les trois rapporteurs qui ont du scoutisme une longue et intelligente pratique se sont placés à trois points de vue admirablement complémentaires et leurs vibrantes communications, pleines d'une multitude de faits que tout le monde devrait connaître, étaient rendues encore plus percussives par l'exemple de leurs personnes elles-mêmes.

Le soir du même jour, le fauteuil présidentiel était occupé par M. Thamin, membre de l'Institut, directeur honoraire de l'Enseignement supérieur. C'est que cette séance était consacrée à la vie intellectuelle de l'adolescent ; un pareil sujet semblait devoir être austère : le talent des rapporteurs l'a empêché D'abord M. Paul Haury, agrégé de l'Université, a parlé de l'essor de l'intelligence ; il a montré sous tous ses aspects l'esprit de l'adolescent à la fois enthousiaste et inquiet et a signalé les nuances qui le distingue de l'esprit de l'adolescente. Cette analyse psychologique a été un véritable régal. Un régal du même ordre a été le rapport de Madame la Comtesse Jean de Pange sur « Les lectures de l'adolescence » : elle nous a mis en garde contre certains livres que l'on croît innocents et nous a donné en revanche une précieuse liste de publications où les enfants peuvent trouver à la fois un plaisir ardent et une formation solide.

La séance a été terminée par la présentation du film de l'Alliance nationale « La France en Péril ».» Il a été longuement acclamé, il faut que tous les Français tassent l'impossible pour aller voir cette belle œuvre.

Le dimanche : importante séance de clôture, sous la présidence dePaul Gaultier, de l'Institut « Les Plaisirs de l'adolescence » et rapport de clôture de Mme Veriné.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire; le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.172 Burdin, Antibes (Alpes-Maritimes), Syndicat des électro-radiologistes.
9.173 Clouard, Quimper (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.174 Mayet, 22, rue de Varenne, Paris, Parrains : Drs Cantin et Auberge.
9.175 Chaux, Vichy (Allier), Syndicat de l'Allier.
9,176 Munie, Troyes (Aube), Syndicat de Troyes.
9.177 Bachelier, Craponne-sur-Arzon (Hte- Loire,) Parrains : Drs Surrel et Galland.
9.179 Sourdeau, Le Mans (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
9.180 Pauget, Blamont (Doubs), Société de l'Internat des hôpitaux d'Alger.
9.181 Masmonteil, 3avenue Elisée Reclus, Paris, Syndicat de la Seine.
9.182 Martin, Châteauneuf (Eure-et-Loir), Parrains : Drs De Fourmestraux et Fredet.
9.183 Couvreur, Vendin-le-Vieil (Pais-de-Calais), Syndicat de Lens.
9.184 Jouve, Saint-Jean de Valériscle (Gard), Syndicat d'Alès.
9.185 Lecerf, Ivry-la-Bataille (Eure), Parrains : Dr Mignon et Boudin.
9.186 Roche, Marseille (B.-du. Rhône), Parrains : Drs Genin et Bohec.
9.187 De Beaureal, 85, avenue d'Orléans, Paris, Association des médecins de la Seine.
9.188 Puicouyoul-Labruyere, Brieulles-sur-Bar (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
9.189 Hempel, Saint-Etienne du Rouvray (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
9.190 Peltier, Fécamp, (Seine-Inférieure), Syndicat du Hâvre.
9.191 Hautechaud, Fervacques (Calvados), Syndicat de Lisieux.
9.192 Meyer, 15, rue Portalis, Paris, Syndicat des oto-rhino-laryngologistes.
9.193 Boudot, 20, rue Baudin, Paris. Syndicat des urologistes.
9.194 Piquard, Toury (Eure-et-Loir), Syndicat de Chartres.
9.195 Cosson, La Haye-Pesnel (Manche), Syndicat d'Avranches.
9.196 Verdan-Menard, Lassigny (Oise), Syndicat de l'Oise.
9.197 Vernholes, Rémalard (Orne), Syndicat de Mortagne.
9.198 Guebel, 169, boulevard Péreire, Paris, Société de Stomatologie.

9.199 QUERAUX, Illiers (Eure-et-Loir), Syndicat de Chartres.
9.200 GANDY, Bagnères-de -Bigorre (Hautes-Pyrénées) Syndicat des Hautes-Pyrénées.
9.201 VILLECHAISE, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
9.202 MARTIN, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme),Parrains : Drs De Cisternes et Grasset.
9.203 OVIDE, La Haye du Puits (Manche),Syndicat de Coutances.
9.204 TERRIER, Aix-en-Provence (B.- du-Rhône), Syndicat d'Aix-en-Provence.
9.205 MACHAVOINE, Aubusson (Creuse), Syndicat de la Creuse.
9.206 MARTINAIS, Loches (Indre-et-Loire), Syndicat cat d' Indre-et-Loire.
9.207 DAUNEAU, Torfou (Maine-et-Loire), Syndicat de Cholet.
9.208 FROUMENT, Dugny (Seine), Syndicat de la Seine.
9.209 VOGELIN, Hérin (Nord), Syndicat de Valenciennes.
9.210 ANDRÉ, 5, rue Ferdinand Fabre, Paris, Parrains : Drs Gassot et Duchesne.
9.211 COURTOIS, Anet (Eure-et-Loir), Syndicat de Dreux.
9.212 DERIEN, Rohan (Morbihan), Syndicat de Pontivy.
9.213 DELTEIL, Carcassonne (Aude), Syndicat de l'Aude.
9.214 DURIEU, Carentoir (Morbihan), Syndicat de Vannes.
9.215 GORDON, Séderon (Drôme), Syndicat de la Drôme.
9.216 PRADINES, Epernon (Eure-et-Loir), Syndicat d'Eure-et-Loir.
9.217 LUIGGI, Corbara (Corse), Syndicat de Bastia.
9.218 MERIC, Niort (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
9.219 PERROS, Sens (Yonne), Syndicat de Sens.
9.220 RIVIERE, 25, rue des Mathurins, Paris, Parrains : Drs Molinéry et Bérillon.
9.221 BEAUGENDRE, Rouen (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
9.222 COULOMBIER, Saint-Pair-sur-Mer (Manche), Syndicat d'Avranches.
9.223 DARTIGUES, rue de la Pompe, Paris, Parrains : Drs Noir et Duchesne.
9.224 NIORT, Chasseneuil (Charente), Syndicat de la Charente.
9.225 LESSEGRETAIN, Château-Gontier (Mayenne),Syndicat de la Mayenne.
9.226 THOBY, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
9.227 LECŒUR, 84, rue Lauriston , Paris. Parrains : Drs Jacobi et Robert.
9.228 TOURTOU, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
9.229 HUERMAND, Sarzeau (Morbihan), Syndicat de Vannes.
9.230 TAUVERON, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
9.231 DUFILHO, Oloron (Basses-Pyrénées), Parrains : Drs Carcy et Magendie.
9.232 ROCHIER, Nyons, (Drôme), Syndicat de Nyons.
9.233 GONY, Sète (Hérault), Syndicat de Sète.
9.234 HERBEUVAL, Bar-le-Duc (Meuse), Syndicat de la Meuse.
9.235 MARMEY, Rabat (Maroc,) Association de Rabat-Salé.
9.236 DECLERCQ, Carvin (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.237 FREMONT, Bacqueville-en-Caux, (Seine-Inférieure), Syndicat de Dieppe.
9.238 MONTIGNOT, Autreville (Vosges), Syndicat de Neufchâteau.

Responsabilité professionnelle

Le Conseil ordonnance le paiement à L., de la somme de 300 fr. montant du trimestre de la rente que le Dr C., a été condamné à lui payer.

Le Dr B., est assigné en référé afin de nomination d'expert par un client qui lui reproche de l'avoir mal soigné.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et éventuellement l'admet à la garantie de la Caisse spéciale, qui ne devra intervenir qu'après l'épuisement de la garantie de 100.000 fr., qui lui est donnée en premier rang par une autre assurance.

Le Dr C., a perdu en appel le procès en responsabilité professionnelle qu'il avait gagné en première instance et a été condamné à payer 25.000 fr., de dommages intérêts à son client.

Le Conseil ordonnance le versement de cette somme et de celle de 2.500 fr. pour les frais et honoraires de l'avocat en appel.

Il décide , conformément, à l'avis de Me Auger, de former un pourvoi en cassation contre l'arrêt de la Cour d'Appel.

Le Dr G., (Vosges) a gagné le procès en responsabilité que lui avait intenté un client.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avocat qui a plaidé l'affaire d'une somme de 2.599, 25 pour honoraires et frais divers.

Le Dr B., va être poursuivi pour homicide par imprudence, à la suite du décès d'une cliente, atteinte d'une syncope au cours d'une opération. Il est assuré en premier rang pour 50.000 fr. par une autre assurance.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour se défendre ainsi que la garantie de la Caisse spéciale,après épuisement de la garantie du premier assureur.

Le Dr G., ayant soigné un coureur cycliste blessé dans une course, est assigné en 400.000 fr. de dommages intérêts, parce qu'il aurait méconnu une fracture de la cuisse, bien qu'une radiographie ait été effectuée. Il est assuré en premier rang pour 100.000 francs, par une autre assurance.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et l'admet à la garantie de la Caisse spéciale, après épuisement de la garantie du premier assureur.

Le Dr H., a gagné le procès en responsabilité qui lui a été intenté, en même temps qu'à un confrère, couvert en premier rang par un autre assureur. Mais le demandeur a interjeté appel du jugement.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr H., pour défendre à cet appel. Le conseil ordonnance le paiement des frais de son avoué de première instance et des honoraires de son avocat, qui s'élèvent au total à 1285,65.

Le Dr L., qui avait été menacé par un client d'une action en responsabilité pour avoir insuffisamment délivré une accouchée, demande l'appui pécuiniaire ponr poursuivre le recouvrement des honoraires qui lui sont dus, aucune suite n'ayant été donnée à ces menaces.

Le Conseil lui accorde cet appui.

Le Dr B., ayant poursuivi un client en paiement de 755 fr., d'honoraires, le client a formé une demande reconventionnelle en mille francs de dommages-intérêts, à la suite des déclarations d'un confrère, qui aurait dénigré le traitement prescrit.

L'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie sont acquis au Dr B., qui devra s'efforcer de connaître l'identité du confrère en question, contre lequel une action pourrait peut être être intentée.

Le Dr B., ayant pratiqué une opération de l'appendicite, a été payé de ses honoraires; un autre chirurgien, intervenu quelque temps après pour une autre cause, a prétendu que la première opération avait été manquée.

La malade étant décédée, le Dr B., est cité devant le juge de paix en 3.000 francs de dommages intérêts pour responsabilité professionnelle.

L'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie sont acquis au Dr B., qui devra, si cela est possible, faire citer l'autre chirurgien comme témoin dans cette affaire.

Le Dr F., a été condamné à 80.000 fr. de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, à la suite de l'amputation du bras d'un client. qui prétend avoir été mal soigné d'une fracture. Cette décision a été rendue contrairement à l'avis des experts.

Le Conseil, d'accord avec la Compagnie qui assure le Dr F. au-delà des 50.000 fr. garantis en premier rang par le « Sou », décide d'interjeter appel de cette décision.

Les Drs D., et D., sont assignés, solidairement avec un confrère, qui ne fait pas partie du « Sou » en 120.000 fr., de dommages intérêts pour responsabilité professionnelle (paralysie consécutive à une fracture du coude). L'un deux est garanti pour 300.000 fr. par une autre assurance, avant le « Sou médical ». L'autre n'a pas droit à l'appui pécuniaire ni à la garantie, les faits étant antérieurs à son admission.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale sont accordés éventuellement au Dr D. dans cette affaire, si besoin en est, après la garantie du premier assureur.

Le Dr C., ayant soigné trois automobilistes blessés, a reçu de l'un d'eux des menaces de procès en responsabilité, sous prétexte qu'il l'aurait mal soigné pour une fracture du poignet.

Le Conseil accorde au Dr C., l'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale, dans le cas où son client mettrait ses menaces à exécution.

Honoraires de droit commun

Le Dr L., ne peut obtenir paiement de 60 fr., d'honoraires qu'il a demandés pour examen d'un candidat à l'assurance-vie. Une démarche du « Sou » est restée sans effet.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L., pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre la Compagnie qui l'a mis en œuvre.

Le Dr B., a gagné le procès en recouvrement d'honoraires intenté à une femme qui avait été mordue par un chien et a payé à son représentant en justice de paix 50 fr. d'honoraires et 15 fr. de frais de copie de jugement, dont le remboursement est ordonnancé par le Conseil.

Le Dr P., a perdu le procès intenté à l'auteur d'un accident d'automobile en paiement de ses honoraires pour soins donnés à la victime, les témoins qu'il avait fait citer pour prouver l'engagement de l'automobiliste ayant déposé contre lui.

Les frais et honoraires de l'huissier se sont élevés à 408, 15, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr L., ayant obtenu la condamnation d'un client au paiement de ses honoraires, n'a pu faire exécuter le jugement, le client étant insolvable et un procès-verbal de carance ayant été dressé contre lui.

Les frais et honoraires que le « Sou » a eu à supporter dans cette affaire se sont élevés à 890 francs.

Le Dr P., a touché, après poursuites judiciaires, les honoraires qui lui étaient dus par un client. Les frais et honoraires à la charge du « Sou » dans cette affaire se sont élevés à 261,60.

Le Dr C., a obtenu, après appel, la condamnation de son client à lui payer 240 fr. pour solde d'honoraires, alors que le juge de paix avait refusé toute allocation en plus d'un acompte versé par le débiteur. Le jugement d'appel n'a pu être exécuté, la solvabilité du débiteur étant plus que douteuse.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de l'avoué, qui se sont élevés à 332,80.

Le Dr B., ayant obtenu, avec l'appui pécuniaire, la condamnation d'un client à lui payer mille francs d'honoraires contestés, le client a interjeté appel du jugement.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le Dr A., ne peut obtenir le paiement de 730 fr. d'honoraires par un client, qui l'accuse d'être cause de la mort de sa fille.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr D., a obtenu gain de cause devant le juge de

paix dans son affaire de recouvrement d'honoraires pour soin donnés à un domestique, au domicile de son patron.

Il a payé, pour fais et honoraires d'huissier, 44,60, dont le Conseil ordonnance le remboursement,

Le Dr B., ayant soigné un automobiliste, atteint de graves brûlures par l'essence enflammée, a demandé 2580 fr. d'honoraires, calculés au tarif syndical. Le blessé prétend actuellement qu'il s'agit d'un accident du travail et voudrait que le médecin se fasse payer par l'assurance, au tarif Fallières.

Le Conseil accorde au Dr B., l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires au tarif de droit commun.

Le Dr R., a terminé par une transaction le procès en recouvrement d'honoraires pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé et fait don à la caisse du « Sou » de 50 francs, sur les 500 fr. qu'il a touchés Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr T., ayant demandé 330 fr. d'honoraires pour délivrance artificielle la nuit, 4 visites et une consultation avec un chirurgien, le mari de la femme, qui est décédée, lui a adressé une réponse injurieuse.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M., ayant accouché deux femmes, de la même famille, qui avaient été inscrites irrégulièrement à l'Assistance médicale gratuite, la Préfecture l'a invité à poursuivre le paiement de ses honoraires devant le juge de paix.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire à cet effet.

Le Dr A., ayant obtenu, en justice de paix, la condamnation dun client au paiement de 30.00 fr. d'honoraires, pour une opération, son adversaire a inter jeté appel du jugement.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. pour défendre à cet appel.

Le Dr M., a soigné un enfant au domicile d'une personne qui l'a fait appeler et l'a mis en œuvre. Le juge de paix l'a débouté de sa demande contre cette personne.

Le Conseil, lui accorde l'appui pécuniaire pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr Z., ayant soigné une femme et son enfant, à la suite d'un accouchement dystocique et la femme étant morte d'infection puerpérale, le mari refuse de payer les 2.000 fr. d'honoraires qu'il demande et menace de lui intenter une action en dommages-intérêts.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour demander le paiement de ses honoraires, en mettant en cause, si cela est possible, un médecin qui, par ses propos, semble avoir incité son client à le menacer.

Accidents du Travail

Le Dr P., a gagné partiellement, devant le juge de paix, le procès en recouvrement d'honoraires accidents du travail pour lequels l'appui pécuniaire lui avait été accordé. La moitié des dépens a été mise à sa charge, soit 110,85, dont le Conseil ordonnance le remboursement, ainsi que des honoraires de son huissier, s'élevant à 120 francs.

Le Dr A., a soigné sur la demande du patron, deux ouvriers blessés en revenant de leur travail. Le sinistre a été rejeté par l'assurance.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A., pour citer conjointement et solidairement le patron et les blessés en justice de paix.

Le Dr C., ayant soigné un ouvrier agricole blessé au cours du transport d'une machine à battre, l'assurance de l'entrepreneur de battage refuse de payer ses honoraires, parce que l'ouvrier n'était pas au service de son assuré, mais du métayer pour le compte duquel le battage allait être effectué.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C., pour poursuivre le blessé et son patron.

Le Dr S., ayant soigné, dans sa clinique, un accidenté du travail et demandé 1855 fr. pour frais de clinique et honoraires, a obtenu un jugement qui a admis l'urgence, l'hôpital de la ville n'acceptant pas les blessés du travail et condamné au paiement des frais et honoraires, mais en faisant une fausse application du Tarif Fallières.

Le Conseil accorde au Dr S., l'appui pécuniaire pour interjeter appel de ce jugement.

Le Dr C., ne peut obtenir le paiement d'une note d'honoraires accidents. La Compagnie trouve les pansements trop fréquents. Elle déclare accepter l'arbitrage, mais seulement dans le cas où celui-ci serait favorable.

Le Conseil accorde au Dr C., l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron.

Le Dr T., a soigné un ouvrier agricole blessé au cours d'un battage et ne peut faire payer ses honoraires, ni par le patron du blessé, ni par l'entrepreneur de battage.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement le blessé, son patron et l'entrepreneur de battage.

Baux et locations.

Le Dr M. est assigné, par son propriétaire en expulsion de la maison où il exerce sa profession, par application de l'article 21 de la loi du 1er avril 1926, modifié par la loi du 29 juin 1929.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cette action.

Le Dr B., a terminé à l'amiable le procès que lui avait intenté son propriétaire pour reprendre sa maison, le propriétaire ayant renoncé à ses prétentions.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui sont de 250 fr.

Le Dr B. a obtenu,en appel,la confirmation du jugement rendu en première instance dans le procès que lui avait intenté son propriétaire pour faire résilier son bail.

Diffamation

Le Dr R., qui a obtenu la condamnation du gérant d'un journal qui l'avait diffamé, fait don de 50 fr., à la caisse du « Sou ».

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr L., a été injurié publiquement par une personne qu'il ne connaissait pas et qui a tenu sur son compte des propos de nature à porter atteinte à sa réputation professionnelle.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre son diffamateur.

Exercice illégal

Le Syndicat des stomatologistes a fait condamner un illégal à 200 fr., d'amende, et 50 fr. de dommages-intérêts. Estimant cette dernière condamnation insuffisante, il est d'avis qu'il y aurait lieu d'interjeter appel du jugement .

Le Conseil approuve et accorde au Syndicat l'appui pécuniaire proportionnel au nombre des membres du Syndicat faisant partie du « Sou médical ».

Le Syndicat des médecins de Seine-et-Marne a obtenu la condamnation d'une herboriste,qui exerçait illégalement la pharmacie, à 16 fr. d'amende avec sursis, 1 fr. de dommages-intérêts au Syndicat et 1 fr. au Dr C., qui est médecin propharmacien dans la même localité.

La moitié des membres du Syndicat étant adhérents au « Sou », le Conseil ordonnance le paiement de la moitié des honoraires d'avocat, soit 200 fr.

Divers

Le Dr L., est assigné en nullité d'un testament fait à son profit par sa belle-sœur, par application, notamment, de l'article 909 du Code civil, bien que la testatrice n'ait pas été soignée par lui, mais par son confrère habitant la même localité.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour se défendre.

Le Dr D., est assigné devant le Conseil d'Etat pour voir annuler une délibération de la Commission administrative de l'hôpital autorisant les médecins de l'hôpital à demander des honoraires pour les soins donnés à l'hôpital aux malades payants. Cette affaire a été déclenchée par une décision du juge de paix qui a sursis à statuer sur une demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital à des marins, jusqu'à ce que la décision de la Commission administrative ait été interprétée par la juridiction administrative.

Le Conseil accorde au Dr D., l'appui pécuniaire pour se défendre devant le Conseil d'Etat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de physique médicale** (Professeur : M. André Strohl) et **Institut du radium** (Directeurs : Mme P. Curie et Dr Cl. Regaud.) — Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux. — Deuxième partie : Radiophysiologie. Röntgenthérapie. Curiethérapie.

I. Cours. — I. *Actions biologiques exercées par les rayons X et par les rayons des corps radioactifs* : Lundi 9 février, M. Lacassagne : Action des rayons sur les divers autres tissus et organes. — Mardi 10 février, M. Lacassagne : Vue d'ensemble sur les effets radiophysiologiques des rayons X et des rayons Y du radium. — Mardi 11 février, M. Lacassagne : Effets généraux des rayons sur les tissus néoplasiques. — Jeudi 12 février, M. Lacassagne : Notions sur les effets des corps radioactifs introduits dans le milieu intérieur de l'organisme.

II. *Technologie des radiations appliquées à la thérapeutique* : Vendredi 13 février, M. Belot : Rayons X. — Jeudi 19 février, M. Ferroux : Les divers radioéléments utilisés. Dosage et notation. — Samedi 21 février : M. Ferroux : Les principales techniques de curiethérapie focale.

III. *Radiothérapie des maladies cancéreuses* : Lundi 23 février , M. Regaud : Curiethérapie des cancers de la peau et des orifices cutanéo-muqueux. — Mardi 24 février, M. Belot : Röntgenthérapie des cancers de la cavité buccale. — Jeudi 26 février, M. Hautant : Cancers des maxillaires et du massif facal. — Vendredi 26 février, M Hautant : Cancers du pharynx, du larynx et de l'œsophage. — Samedi 28 février, M. Wolfromm : Cancers du rectum, de la prostate et de la vessie. — Lundi 2 mars, M. Ledoux-Lebard : La röntgenthérapie appliquée au traitement des cancers viscéraux — Mardi 3 mars : M. Ledoux-Lebard : La rontgenthérapie des tumeurs du système nerveux. — Mercredi 4 mars, M. Roux-Berger : Cancers du sein. — Jeudi 5 mars, M. Richard : Radiothérapie des cancers du sein. — Vendredi 6 mars, M. Regaud : Traitement des cancers de l'utérus, du vagin et des ovaires par les radiations. — Lundi 9 mars, M. Regaud : Traitement des cancers de l'utérus, du vagin et des ovaires par les radiations. — Mardi 10 mars: M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des sarcomes. — Mercredi 11 mars, M. Regaud : Considérations générales sur la radiothérapie des maladies cancéreuses.

IV. *Radiothérapie des affections non cancéreuses*: Vendredi 13 mars M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau. — Samedi 14 mars, M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau. — Lundi 16 mars, M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau. — Mardi 17 mars, Mme S. Laborde : Radiothérapie de certaines néoformations (angiomes, verrues, kéloïdes, etc.). — Mercredi 18 mars, M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des affections des systèmes lymphatique et ganglionnaire. — Jeudi 17 mars, M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des affections tuberculeuses. — Vendredi 20 mars, M. Beaujard : Traitement des affections du sang et des organes hématopoïétiques par les radiations. — Samedi 21 mars, M. Zimmern : Radiothérapie des affections du système nerveux. — Mardi 24 mars, M. Belot : Radiothérapie des fibromes utérins. — Mercredi 25 mars, M. Belot : Radiothérapie des affections gastro-intestinales et des états inflammatoires.

V. *Accidents imputables aux rayons X et aux rayons des corps radio-actifs*. Jeudi 26 mars, Mme S. Laborde Accidents. — Vendredi 27 mars, M. Belot : Moyens de protection.

Les leçons auront lieu à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. Démonstrations. — 1° Technique de la biopsie en vue du diagnostic histologique du cancer. — 2° Préparation de l'émanation du radium. — 3° Mesures de radioactivité. — 4° et 5° Matériel et méthodes de curiethérapie. — 6° et 7° Installation de röntgenthérapie profonde.

Ces démonstrations seront faites par MM. Coutard Ferroux, Gricouroff, Monod et Régnier. Elles auront lieu à l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm, à 14 heures, les lundis, pour les élèves de la série A ; les samedis pour les élèves de la série B. Elles commenceront le samedi 7 février.

III. Stages. — Pendant toute la durée du cours les élèves accompliront un stage de radiothérapie dans l'un des services suivants : M. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie ; M. Beaujard, hôpital Bichat, service de radiologie ; M. J. Belot, hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie ; M. Bourguignon, hôpital de la Salpêtrière, service d'électroradiologie ; M. Darbois, hôpital Tenon, service de radiologie ; M. Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; M. Gernez, centre anticancéreux, hôpital Tenon ; M. Haret : Hôpital Lariboisière, service d'électroradiologie ; M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière; laboratoire de radiologie du professeur Gosset ; M. Maingot, hôpital Laënnec, service d'électroradiologie ; M. Ronneaux, hôpital de pa Charité, service d'électroradiologie ; M. Roussy, professeur à la Faculté de médecine, centre anticancéreux de Villejuif ; M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie ; M. Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de pratique obstétricale* par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, de Peretti, Suzor, Bidoire, Fleury, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; Mme Bardy-Goiran, de Manet, anciens chefs de clinique adjoints assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 14 février 1931 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les leçons théoriques seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Samedi 14 février, 9 h. 1/2 Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Présentation de malades. — 18 heures: Indications du forceps : Forceps sur le sommet (Suzor.)

Lundi 16 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (Fleury). — 16 heures : Présentation de malades. — 18 heures : Forceps sur face, front, siège (de Peretti.)

Mardi 17 février 9 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (Jacquet). — 10 h. 1/2: Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Présentation de malades. — 18 heures : La version par manœuvres internes (Bidoire.)

Mercredi 18 février 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes (M. le Professeur Brindeau). — 16 heures : Présentation de malades. — 18 heures : Considérations sur l'infection puerpérale (Suzor.)

Jeudi 19 février, 9 h. 3/4 : Leçon par M. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau. — 10 h. 3/4 : Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Conduite à tenir au cours des accidents de la délivrance (de Peretti.)

Vendredi 20 février, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Traitement de l'éclampsie (Bidoire.)

Samedi 21 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — L'extraction (Desoubry).

Lundi 23 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Les embryotomies (Suzor.)

Mardi 24 février, 9 h. 1/2 : Consultation des nourrissons (Jacques.) — 10 h. 1/2 : Présentation de malades par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques de version. — 18 heures : Conduite à tenir dans le placenta prævia (Desoubry.)

Mercredi 25 février, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (Bidoire.)

Jeudi 26 février, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations. Consultation de nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : embryotomies céphaliques. — 18 heures : Les ruptures utérines (Lantuéjoul.)

Vendredi 27 février, 9 h. 1/2 : Présentation de malades (maternité de l'hôpital Bretonneau). Service de M. Marcel Metzger, agrégé. — 16 heures : Exercices pratiques : embryotomies rachidiennes. — 18 heures Cardiopathies et grossesse (Fleury.)

Samedi 28 février : 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rachitiques par M. Vaudescal, agrégé.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versement relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, et vendredis de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Maurice LOEPER). — *Cours complémentaire sur la thérapeutique médicale du cancer*. Grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.

Samedi 7 février, docteur PEYRE, chef de laboratoire à la Faculté. Les tentatives chimiques de traitement du cancer. — Vendredi 13 février, Docteur Rubens DUVAL : Les tentatives biologiques du traitement du cancer, — Samedi 14 février, Docteur ALAJOUANINE, agrégé, médecin des hôpitaux : traitement des algies des cancéreux.

— **Travaux pratiques de médecine légale.** — M. DERVIEUX, chef des travaux, fera une série supplémentaire de travaux pratiques les mercredi 18, vendredi 20 et lundi 23 février 1931 à 16 h. 30 au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal, place Mazas), Cette série est exclusivement réservée aux étudiants de cinquième année qui n'ont pas assisté aux séances réglementaires.

Les demandes devront être adressées (sur feuille de papier timbré à 3 fr. 60) à la Commission scolaire qui appréciera les excuses invoquées et qui accordera, s'il il y a lieu, l'inscription à cette série supplémentaire.

Les élèves devront verser, en s'inscrivant, un droit de laboratoire de 250 fr. S'adresser au secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis de 2 heures à 4 heures, *jusqu'au vendredi 13 février inclusivement.*

N. B. — Les étudiants qui ont assisté aux séances de leur série, mais dont les travaux pratiques n'ont pas été validés devront se présenter au laboratoire le lundi 23 février 1931, à 16 h. 30, pour y subir une nouvelle interrogation. Ils n'auront pas à s'inscrire au secrétariat et n'auront pas à verser de droits.

Thèses. — Mardi 20 janvier. — Thèses vétérinaires Jury : MM. Gougerot, Lenormant, Henry-Robin, Bresson-Coquet. — M. JARRUAUD S. : Del'eczéma lichénoïde du chien. PECCAVY. A. Traitement de la hernie inguinale aiguë chez les solipèdes.

Mercredi 21 janvier. — Thèse vétérnaire. Jury : MM. Lemierre, Tanon, Dechambre Lesbrougris, Panisset, Vergé. — BRUZEAU : Les formes filtrantes du bacille tuberculeux en médecine vétérinaire. — LAUNOIS. M. — Etude de l'anémie infectieuse du cheval. — BOULLERET. — Le bétail dans le Marquenterre et les bas champs de la Somme.

Jury : MM. Gosset, Legueu, Loeper, Ombredanne. — PATEL J. E. — Accidents précoces des traumatimes cranio-encéphaliques fermés. — LEMARINIER A : Les suites opératoires après néphrectomie pour tuberculose rénale. — GUILLON P. — Sur les propriétés hypotensives de l'allium sativum. — MAGNIAUX M. — Gastro-entérites des nourrisssons et leur traitement par le lacto-sérum. — FÉCAN R. — Etude des ostéo-arthropathies de la hanche par syphilis héréditaire tardive.

Jeudi 22 janvier. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Vaquez, Tanon. — DESSIRIER J. — Etude sur les cavernes tuberculeuses de la région hilaire. — MAUZOUR M.— La syphilis sans chancre. — SCIALOM A. — Le chancre blennorrhagique. — MATHEVET J. — Etude radiologique du cœur de l'enfant par la méthode de Vaquez-Bardet. — POLINGHER A. : Etude sur les accidents dus à certains procédés de teinture et de cosmétiques.

Mercredi 28 janvier. Thèses vétérinaires. Jury : MM. Lemierrre, Leybouyries, Nicolas. — COURTCHOUX : Chimiothérapie de l'avortement des bovidés

Jeudi 29 janvier . Jury : MM. Claude, Gougerot, Lereboullet, Sezary. — DE LA FARGE : Les séquelles traumatiques cranio-faciales. — BOUTTEAU : Le diagnostic précoce de la syphilis ; LEROY, J. — La dermite livedoïde et gangréneuse de Nicolau. Mlle CROS-LEBOURLIER, — Syndrome cholériforme et diphtérie du nourrisson. — MERLAUD : Etude bactériologique des bacilles diphtériques.

Vendredi 30 janvier, — Jury : MM. Balthazard, Couvelaire, Lœper, Piédelièvre. — BALLERIN, A. : De l'intoxication par l'élixir parégorique. — BENICHOU : Sévices envers les enfants. — RACINE, H. — Le syndrome d'atonie pariéto-viscérale. — GOURAY : Etude des applications médicamenteuses du lait.

Samedi 31 janvier. Thèses vétérinaires. Jury: MM. Brindeau, Cunéo, Gougerot, Lesbouyries, Robin, Bresson, Coquot, Dechambre, Petit. — MARIETTE. — Des renversements de matrice chez la jument. — LEDRU : Amputation des membres chez les carnivores domestiques. — DARSONVAL : Etude du poil du chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Ensignement, concours, avis divers.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Lecture des copies, Notes :

Epreuve d'électrologie. — MM. Beau, 14 ; Devois, 12 ; Hickel, 7 ; Huet, 10 ; Nadal, 9.

Epreuve de radiodiagnostic. — MM. Beau, 11 ; Devois, 13 ; Heckel 8 ; Huet, 10 ; Nadal, 13.

Epreuve de radiothérapie. — MM. Beau, 13 ; Devois, 14 ; Hckel, 7 ; Huet, 11 ; Nadal, 10.

Epreuve pratique. — Séance du 20 janvier 1931. — Question posée : : Radiographier le crâne en position de Hertz dite meton vertex plaque. Exposer ce que l'on fait et ce que doit montrer la radiographie sur un sujet normal. »

MM. Hickel, 12 ; Nadal, 10 ; Beau, 12 ; Devois, 9.

Séance du 23 janvier. — Question posée : « Explorer sur un sujet donné par la méthode classique, les muscles de l'avant-bras gauche innervés par le nerf radial. Exposer ce que l'on fait. »

MM. Devois, 13 ; Hickel, 5 ; Nadal, 9 ; Huet, 8 ; Beau, 14.

Candidats déclarés admissibles :

MM. Beau, 77 ; Devois, 70 ; Nadal, 58 ; Huet, 49.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Fernand PARDON, survenue à Quincié (Rhône).

Le Dr F. Pardon était un des anciens membres du *Concours médical* et de ses filiales.

Né en 1870, descendant des Perrache, il fit toutes ses études à Lyon et vint s'installer à Rouen qu'il quitta fin 1928 pour se retirer dans sa propriété familiale de Quincié.

Médecin de bataillon au début de la guerre, il fut nommé médecin en chef du même régiment d'infanterie territoriale, puis évacué, il termina sa carrière militaire dans la région lyonnaise.

Le *Concours médical* adresse à la famille du Dr Pardon, l'expression de sa confraternelle sympathie.

J. N.

— Croisière d'été en Norvège, au Spitzberg et à la Banquise, organisée par le « Bruxelles-médical ». — Un grand nombre de médecins ayant fait savoir que leurs occupations professionnelles ne leur permettaient pas de s'absenter pendant les vacances de Pâques, le *Bruxelles médical*, répondant au désir exprimé par eux, a décidé l'organisation sous ses auspices, au mois de juillet prochain, d'une grande croisière sur les côtes de Norvège (avec visite de quelques-uns des plus jolis fjords), aux Lofoden, au Cap Nord, en Laponie, au Spitzberg (où les campements d'Andrée, d'Amundsen et de Nobile pourront être atteints) et à la Banquise, avec retour par Jan Mayen, les Feroë et l'Ecosse. Cette croisière, qui ne comprendra pas moins de 22 escales et dont l'itinéraire, d'un tracé pas encore réalisé jusqu'à ce jour, a été très scientifiquement établi par une personnalité dont les expéditions polaires sont universellement célèbres, personnalité qui prendra d'ailleurs part au voyage, s'effectuera à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes, 152 mètres), mis en service l'an dernier et spécialement affrété pour la croisière. Le *Foucauld* est, sans aucun doute, une des plus belles unités de la flotte française actuelle.

Le départ aura lieu de Dunkerque le 11 juillet, de Zeebrugge, le 12 juillet, et le retour le 6 août dans les mêmes ports.

Prix médical : applicable uniquement aux docteurs en médecine, à leurs femmes et enfants mineurs célibataires : en 1re classe, depuis 4.500 francs français par personne ; en 2e classe, depuis 1.975 francs.

Les personnes étrangères au Corps médical seront admises, sur recommandation écrite de leur médecin de famille, à un tarif légèrement supérieur.

Des excursions, facultatives, seront organisées en Norvège et en Ecosse. Prix forfaitaire global : 895 francs français.

En raison des conditions particulièrement avantageuses dans lesquelles s'effectuera le voyage, les médecins qui ont l'intention d'y prendre part sont priés de se faire connaître le plus tôt possible. Il sera tenu compte, pour l'attribution des places, de l'ordre d'arrivée des demandes.

Pour tous renseignements et les inscriptions, écrire à la Section des Voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav), qui enverra gratuitement sur demande la brochure contenant la carte géographique du voyage.

— Croisière de la « Revue générale des Sciences ». — Sous la direction de M. le Prof. Louis Hourticq, membre de l'Institut, aura lieu du 1er au 7 avril 1931, à bord du paquebot *Rose Marie*, du Lloyd yougoslave, et avec le concours du bureau officiel de tourisme yougoslave, une croisière en Dalmatie et en Grèce, croisière qui comportera la visite de : Trieste, Postumia (Adelsberg), Suzak, Sibéik (Sebeico), Split (Spalato), Trogir (Trau), Dubrovnik (Raguse), Cavtat, Kottor (Cattaro), Cetinje (Cetigné), Corfou, Nauplie, Tirynthe, Argos, Epidore, Mycènes, Le Pirée, Athènes, Korcula, Metkovic Sarajevo, Jajce, Mostar, Split, Susak, Fiume, Trieste.

Le prix de cette croisière (au départ de la gare de Trieste) est de 5.400 francs (suppléments : cabines de priorité : 550 francs ; cabine de luxe avec bain privé 1.200 francs). Il comprend tous les frais (logement et repas dans les meilleurs hôtels, transports maritimes et terrestres, excursions, frais de batellerie, pourboires, etc.

Pour tous renseignements, inscriptions et paiement du prix du voyage, s'adresser au Secrétariat des Croisières

— Insignes spéciaux des Unions contre la tuberculose et contre le péril vénérien. — On sait que l'Union internationale contre la tuberculose a adopté pour insigne une double croix (croix de Lorraine). L'Union internationale contre le péril vénérien a mis au concours le modèle d'un insigne analogue et un prix de 5000 fr. sera attribué au projet adopté . S'adresser au Secrétariat général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris 8e, avant le 1er mai.

— Bureau officiel des grands réseaux français. Maison du tourisme. — Les voyageurs trouvent au Bureau officiel des grands réseaux français installé à la Maison du tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

25 JANVIER

Service de santé militaire.

Décret du 21 janvier 1931 relatif à l'organisation de l'école du Service de santé militaire.

Art. 1er. — Les élèves admis à l'école du service de santé militaire à partir du concours de 1931 rejoindront cette école à Lyon pour y poursuivre intégralement leur scolarité auprès de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Art. 2. — Les dispositions du décret du 19 septembre 1919 concernant les élèves de l'école du service de santé militaire détachés dans les villes de Faculté restent applicables aux élèves actuellement détachés.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

27 JANVIER

Enseignement de la médecine.

Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le vendredi 16 octobre 1931 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

L'arrêté du 15 janvier 1931, fixant ledit concours au 10 juillet 1931, est et demeure rapporté.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Allocation aux femmes en couches.

672. — M. MURET, sénateur, demande à M. le ministre de la santé publique si c'est bien la commune du domicile de secours qui doit accorder l'allocation des femmes en couches à une postulante qui habite une autre commune et non cette dernière commune qui ne supporte aucune charge financiète, du fait de sa décision et, au contraire, la ferait supporter dans la commune où la postulante se trouve avoir son domicile de secours, souvent sans y avoir résidé ; et, dans ces conditions, comment pourrait s'exercer le contrôle qu'a voulu la loi. (*Question du 29 décembre* 1930.)

Réponse. — Les conditions d'admission au bénéfice de la loi du 17 juin 1919 sur l'assistance aux femmes en couches, des postulantes n'ayant pas leur domicile de secours dans la commune de résidence sont définies par les 2e et 3e alinéas de l'article 20 et par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. L'admission est prononcée, à titre provisoire, par le maire de la commune de résidence, lequel avise immédiatement le préfet ; celui-ci accuse réception de l'avis et pro-

nonce définitivement sur l'admission dans les dix jours.

La surveillance est exercée par la personne désignée par le maire de la commune de résidence pour visiter les assistées. Cette personne s'assure de l'exécution des prescriptions énumérées au 3e paragraphe de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 ; ses observations sont transmises au maire qui les adresse au préfet.

(*J. O.*, 14 janvier 1931.)

Patente sur la location d'un box dans un garage public.

I

598. — M. Goirand, sénateur, demande à M. le ministre du budget s'il est exact que les propriétaires d'autos de tourisme exerçant une profession doivent être inscrits au rôle spécial des patentes du chef de la location d'un box pour leur automobile, même si cette location a été faite au mois et n'a duré qu'un mois, même si la location a pris fin le lendemain de la visite de recensement du contrôleur, et même si l'auto est garée en « garage mort ». (*Question du* 25 *novembre* 1930.)

Réponse. — Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt du 12 juillet 1929, Lebras, Finistère), les patentables qui louent dans un garage public un emplacement pour y remiser des voitures servant à l'exercice de leur profession sont imposables au droit proportionnel de patente sur les locaux professionnels à raison de la valeur locative de cet emplacement encore bien qu'une place fixe ne leur soit pas réservée. Par contre, la place fixe, même aménagée sous forme de « box » qu'un particulier occupe dans un garage pour une automobile affectée à son usage personnel ne constitue pas, en général, un local dont la jouissance privative soit suffisamment caractérisée pour qu'on puisse le considérer comme une dépendance de l'habitation et qui soit susceptible dès lors de motiver l'application soit du droit proportionnel dû à raison des locaux d'habitation, soit de la contribution mobilière.

(*J. O.*, 16 janvier 1931.)

II

599. — M. Girand, sénateur, demande à M. le ministre du budget si le propriétaire patenté appelé à changer de box ou de garage au cours de l'année fiscale devra pour chaque location d'un nouveau box être imposé chaque fois au rôle supplémentaire des patentes en raison de chaque nouvelle location de box et payer ainsi au fisc autant de taxes de patente que de boxes différents occupés au cours de l'année. (*Question du* 25 *novembre* 1930.)

Réponse: — Aux termes de l'article 28 de la loi du 15 juillet 1880, il est dû un supplément de droit proportionnel par les patentables qui prennent des

maisons ou des locaux d'une valeur locative supérieure à celle des maisons ou locaux pour lesquels ils ont été primitivement imposés, le supplément étant exigible à compter du 1er du mois dans lequel les changements se sont produits. Il en résulte, notamment, que le patenté disposant d'un garage à raison duquel il est passible d'un droit proportionnel n'est appelé à payer un supplément de droits dans le cas de changement au cours d'année que si le nouveau local comporte une valeur locative supérieure à celle de l'ancien. Le supplément ne doit, d'ailleurs, porter que sur l'excédent de valeur locative.

(*J. O.*, 16 janvier 1931.)

Contrôle des assurés sociaux malades.

10243. — M. Albert Rivière demande à M. le ministre du travail : 1° comment sera exercé le contrôle des malades et des abus : *a*) s'il sera permanent ou occasionnel ; *b*) s'il est permanent, qui nommera les contrôleurs ; 2° pourquoi les contrôleurs ne seraient pas choisis parmi les médecins mutilés de guerre et si l'on a prévu des avantages pour les mutilés dans la loi sur les assurances sociales. (*Question du 4 novembre* 1930.)

Réponse. — 1° Une caisse primaire a droit, à tout moment, de faire contrôler par ses administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses, les malades à qui elle sert les prestations maladie. Il appartient à la caisse de nommer elle-même les médecins contrôleurs. Dans le cas où une convention a été passée entre la caisse et un syndicat de praticiens, ce syndicat contrôle lui-même, soit sur la demande de la caisse, soit de sa propre initiative, la façon dont les services techniques sont assurés (article 7, paragraphe 1er de la loi du 30 avril 1930) ; 2° aucune disposition n'empêche les caisses primaires de choisir, comme médecins contrôleurs, des médecins mutilés de guerre. Aucun avantage particulier n'est réservé par la loi du 30 avril 1930 aux médecins mutilés de guerre, les avantages prévus en faveur des malades et blessés de guerre leur étant accordés en leur qualité de bénéficiaires des assurances sociales.

(*J.O.*, 16 janvier 1931.)

Proposition des officiers de réserve pour la Légion d'honneur.

10056. — M. Etienne Fougère demande à M. le ministre de la guerre si tous les officiers de réserve remplissant les conditions d'ancienneté minima doivent, obligatoirement, faire l'objet d'une proposition à l'occasion du travail d'avancement dans la Légion d'honneur ; ajoute : *a*) qu'un officier du C. L. titulaire, au jour de sa radiation des contrôles, de 2 citations, 2 blessures et 29 annuités, s'est vu octroyer la médaille militaire, en exécution du décret-statut des officiers du C. L. qui stipule que sont trans-

formées *de plano* en propositions pour la médaille militaire les propositions non maintenues pour la Légion d'honneur ; *b*) que ce même officier, après avoir ajouté à ses titres d'active ceux de réserve (3 annuités exigées ; périodes volontaires, récompenses au titre des écoles de perfectionnement, dont un témoignage de satisfaction du ministre, invalidité reconnue de 20 p. 100), n'a pas fait l'objet d'une proposition, sous prétexte qu'il est titulaire de la médaille militaire depuis une date trop récente ; *c*) qu'aucun texte officiel ne fixe ce délai en ce qui concerne les officiers et que, d'autre part, cette date d'attribution n'a rien à voir avec les propositions pour la Croix, étant donné que la médaille militaire lui fut octroyée avec un super maxima de 34 annuités soit 29 effectives et 5 de majoration pour temps passé dans le grade d'officier du C. L., alors que les propositions directes faites pour les sous-officiers prévoient un minimum de 17 (active) ; *d*) que ledit officier du C. L., bien qu'ayant concouru pour l'emploi d'agent militaire étant en activité de service, s'est vu refuser le bénéfice des dispositions de l'article 3 de la loi du 21 juillet 1927, complétée par la rédaction nouvelle du 29 juillet 1927 de l'article 116 de l'instruction du 2 mai 1914 (*B. O.* 22 *bis*, *B. O.* P., P. 1927, pages 1479 et 1548), sous prétexte d'une interruption dont il ne saurait être tenu responsable étant donné : 1° qu'il a fait acte de candidat et a été reçu au premier examen ; 2° que sa nomination, postérieure de trois mois, à la date de radiation des contrôles, a fait l'objet de la première liste de classement pour l'emploi ; 3° qu'il n'a pu attendre au corps, comme cela est permis aux sous-officiers, la nomination qui aurait supprimé l'interruption, amenant ainsi le bénéfice des dispositions précitées. (*Question du 4 novembre* 1930.)

2e *réponse.* — Les officiers de réserve sont proposables pour la croix de la Légion d'honneur lorsqu'ils réunissent au 31 décembre de l'année de la proposition, un minimum de 30 annuités. Par ailleurs, ceux qui ne remplissent pas cette condition, mais ont de beaux titres de guerre, tels que : blessures de guerre, citations, qualité de combattant volontaire, etc. (acquis depuis l'obtention de la médaille militaire pour ceux titulaires de cette distinction) peuvent également être proposés, mais à titre exceptionnel. Or, l'officier visé dans la question ci-dessus, ne comptait pas 30 annuités au 31 décembre 1929, et ne pouvait être proposé, à titre exceptionnel, ses services de guerre ayant été récompensés par l'attribution de la médaille militaire. Quant au bénéfice des dispositions de l'article 3 de la loi du 21 juillet 1927 aux termes mêmes de ces dispositions, ne peuvent y prétendre que les hommes de troupe ayant accompli 15 ans au moins de services effectif et nommés sans interruption de service dans le cadre des agents militaires, ce qui n'est pas le cas de l'intéressé.

(*J. O.*, 17 janvier 1931.)

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Maginot.

245. — Séries d'interventions à tarif spécial

La Commission de contrôle des soins aux pensionnés de guerre m'informe (lettre recommandée, 13 janvier 1931), que ne l'ayant pas avisée, conformément à l'art. 18 du décret du 25 octobre 1922 (que j'ignorais à tort évidemment), de la nécessité d'interventions à tarif spécial, il ne me sera pas payé 11 injections intraveineuses à 30 fr. chaque.

Je n'ai évidemment qu'à m'incliner et à subir le règlement, puisque j'ai fauté.

Mais n'ai-je pas droit à être au moins honoré des 11 consultations que j'ai effectivement faites et la Commission ne surpasse-t-elle pas ses droits en supprimant purement et simplement le montant des interventions au lieu de ramener l'acte médical au taux de consultations simples ?

Suivant votre réponse et selon vos conseils, dont je vous remercie vivement par avance, j'adresserai ou non une réclamation.

Dr M.

Réponse.

« Il y a une distinction à faire dans le prix de vos 11 consultations :

1° L'Art. 18 vous est opposé, avec raison, pour le paiement de 11 injections intraveineuses mais il ne joue qu'à partir de la 6e consultation, puisque vous auriez dû donner avis à la Commission au cas de ..... « *une série de plus de 5 interventions à tarif spécial* ». Vous aviez donc droit à 5 consultations à tarif spécial (ici inj. intraveineuses, *sans avoir à donner avis.*

2° Pour les 6 autres consultations, l'art. 18 entre en jeu et vous n'avez plus droit à être payé suivant un tarif spécial, c'est entendu ; mais vous n'en avez pas moins fait 6 consultations. Dans ce cas, il m'apparaît équitable qu'on vous les paie au tarif ordinaire de la consultation.

Conclusion (qui m'est uniquement personnelle) et sous réserve de décision contraire possible de la Commission supérieure :

Je ferais *appel* de la décision de la Commission départementale devant la Commission supérieure (dans les 2 mois de la notification de la première décision pour ne pas être forclos) et je demanderais à être payé (avec toutes explications techniques nécessaires) de 5 injections intra-veineuses pour mes 5 premières consultationset de 6 consultations simples pour les suivantes. Il sera intéressant de connaître le résultat de votre appel et je vous serais reconnaissant de me le faire connaître en son temps.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

217. — Déduction des frais de remplacement

A la suite de la réponse communiquée par le conseiller fiscal du « Sou » à ma demande au sujet de la prétention de mon contrôleur des contributions qui me refuse la déduction des frais de remplacement, je lui ai écrit : « Vous me dites que les « frais de remplacement ne peuvent être admis en « déduction du bénéfice par raison de principe. Quel « principe invoquez-vous ? Je me suis d'autant plus « étonné de votre note que vous n'aviez pas soulevé « cette question lors de la visite que je vous avais « faite. Si renseignements pris, vous estimez mon « point de vue légitime, à savoir que l'indemnité « payée à un remplaçant est une dépense profes- « sionnelle, je vous retournerai la feuille avec accep- « tation par courrier. » (27 décembre 1930.)

Le contrôleur répond le 30 décembre par lettre non recommandée et ne demandant pas de réponse :

« Monsieur,

« Comme suite à votre lettre du 27 décembre « j'ai l'honneur de vous informer que l'indemnité « que verse un médecin à un remplaçant pour visiter « sa clientèle pendant ses vacances, est une dépense « personnelle qui ne doit pas venir en déduction du « bénéfice net retenu pour base de l'impôt.

« Veuillez agréer, etc... »

Cette lettre me semble donc définitive. Vous me conseillez de résister.

Que dois-je faire ?

a) Demander à être convoqué par la Commission départementale ? D'abord est-elle bien qualifiée pour ce cas qui me semble plutôt une question de principe.

Quelle est dans cette éventualité la manière de procéder ?

b) Attendre l'envoi de la feuille de contributions rectificatrice, et faire réclamation au Directeur des contributions, au préfet, pour aller devant le Conseil de préfecture. Pour moi, démarches, frais, etc., pour un supplément de contributions qui ne va peut-être pas être très élevé. Dans ce cas pourrais-je compter sur l'appui moral, financier et les directives du « Sou médical » ?

J'attends donc votre avis et vos instructions précises avant de faire aucune démarche, car il me semble que c'est une question de principe aussi pour la plupart de mes confrères qui ont un remplaçant yayé à forfait.

D[r] G'

Réponse.

Pour essayer de faire comprendre à votre contrôleur que le traitement d'un remplaçant est une dépense professionnelle, faites lui observer :

1° Que le médecin a besoin de repos aussi bien qu'un fonctionnaire ;

2° Qu'il existe deux modes de rétribution de remplacements, allocation ou traitement fixe, ou pourcentage ; que dans le second cas le médecin est fondé à ne comprendre dans les recettes que ce qu'il a effectivement encaissé de son remplaçant ;

3° Que le contrôleur n'a pas à supputer la nécessité, pour un médecin, le droit de se faire aider ; pas plus qu'il n'a le droit de critiquer l'importance du personnel d'un commerçant ;

4° Que le remplaçant a procuré des recettes ; si les frais occasionnés par ce remplaçant ne sont pas professionnels, il en est de même des recettes qu'il a procurées ; qu'en conséquence le montant du bénéfice brut doit être réduit du montant de ces recettes ;

5° Que c'est bien une dépense professionnelle puisqu'elle a pour but de conserver la clientèle qui procure les recettes professionnelles servant de base à l'impôt ;

Ce n'est pas à vous qu'il incombe de solliciter l'avis de la Commission, mais au contrôleur, l'inobservation de cette formalité serait un motif d'annulation de l'imposition.

Si le contrôleur n'admet pas vos observations laissez-le établir l'imposition et ensuite vous réclamerez.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

589. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

J'ai des difficultés avec le contrôleur des contributions directes, il me réclame l'amortissement 10 % sur ma voiture Renault 6 CV. avec effet rétroactif depuis 1926. Il paraîtrait que les médecins n'ont pas droit à l'amortissement de leur voiture, qu'y a-t-il de vrai dans tout cela ? Que dois-je faire ? Si je dois m'incliner, suis-je obligé d'acquitter la totalité de ce nouvel impôt comme on me le réclame ou bien ai-je la possibilité de me libérer par paiements échelonnés ?

Dr R.

Réponse.

D'après la réponse du Ministre du budget à la question écrite n° 9492 posée par Monsieur Monnet, député (*J. O.* Débats, ch., 16 septembre 1930 page 3200), l'amortissement d'une voiture automobile est admis en déduction des bénéfices des professions non-commerciales. Vous pouvez donc formuler une réclamation, demander le sursis de paiement que vous n'obtiendrez, d'ailleurs, qu'en fournissant des garanties.

A. M.

277. — Justification des dépenses. Rôle de la Commission consultative

Au début de décembre j'ai reçu du contrôleur des contributions directes une demande de renseigne-

ments n° 1029 « en vue de l'établissement de votre imposition pour l'année 1929-30. »

Recettes brutes 1928-1929.
Frais professionnels.
Assurances.
Personnel.
Auto : essence, réparations.
Téléphone et frais de bureau.
Chauffage.
Nombre de kilomètres parcourus.

J'y ai satisfait en envoyant une note détaillée de mes « frais professionnels ».

De nouveau je reçois à la date du 13 courant sous pli recommandé une feuille n° 1030 évaluation de mes bénéfices où il est dit expressément.

Après examen de votre réponse, les déductions pour retraite ne peuvent s'admettre pour un taux supérieur à 6 % des produits nets.

Les frais d'automobile ne peuvent s'évaluer à plus de 1 fr. du kilomètre (alors pourquoi demander le détail d'essence et réparations).

Enfin pour certaines dépenses à caractère mixte c'est plutôt la proportion 1/3 professionnels et 2/3 personnels qu'il faudrait employer.

Pour différentes raisons je vous propose de fixer ainsi le produit net imposable.

Année 1927, fr. ....
Année 1928, ...
Année 1929, ... suit un chiffre à peu près double de ce que fut mon bénéfice brut réel.

Que puis-je opposer à ces affirmations ? ma « retraite » est constituée par un nombre de « parts » d'une mutuelle. En vertu de quel principe ne puis-je verser plus de 6 % de mes bénéfices ? Est-ce que la retraite de ces Messieurs fonctionnaires est constituée par un pourcentage de leurs bénéfices nets ou de leur traitement brut ?

Qui a fixé le forfait de 1 fr. par kilomètre ?

Enfin pour certaines dépenses à caractères mixte il est évident pour moi qu'elles sont dues à la profession et je ne vois pas comment on pourra me prouver qu'un tiers plutôt que deux tiers doit être affecté à la profession.

Qu'est-ce que la Commission consultative à l'appréciation de laquelle je suis invité à soumettre le désaccord ?

Et puis pourquoi ce guet-apens consistant à vous demander des renseignements en vue de votre imposition pour 1930 et en profiter pour faire un rappel des années écoulées.

Dr R.

Réponse.

La Commission départementale devant laquelle vous serez convoqué pour présenter vos observations (si vous faites connaître au contrôleur que vous n'acceptez pas ses chiffres), est chargée de donner un avis sur la base de votre imposition ; si vous entendez contester la base d'imposition fixée conformément à cet avis, c'est à

vous qu'incombe la charge de la preuve. Il vous appartiendra d'établir d'une façon aussi précise que possible les faits qui justifient la proportion des 2/3 en ce qui concerne les dépenses à caractère mixte ; quant aux frais d'automobiles, certains contrôleurs admettent 1,25 et même 1,50 (y compris l'amortissement), il n'y a d'ailleurs ni législation ni jurisprudence à ce sujet.

A. M.

5974. — Conditions du sursis au paiement des contributions

Sur votre conseil j'ai envoyé au mois d'août dernier, à M. le Directeur des contributions directes. une pétition relative à mon impôt sur le revenu et où j'invoquais le bénéfice du sursis pour le paiement de la cotisation.

Je n'ai encore reçu aucune réponse à ce sujet ; mais aujourd'hui le percepteur m'adresse une sommation pour que je lui verse le montant de mon impôt sur le revenu. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer ce que je dois faire.

Dr G.

Réponse.

Le percepteur est en droit d'exiger la constitution d'une garantie (dépôt de titres ou caution d'une banque).

A défaut, il est en droit de vous poursuivre jusqu'à la saisie inclusivement, mais il ne peut procéder à la vente qu'après la décision du Conseil de Préfecture.

A. M.

6023. — Emploi des timbres

Un certificat sur papier libre peut-il être timbré postérieurement à sa rédaction par un timbre de l'enregistrement ou faut-il qu'il soit recopié sur papier timbré ?

Les quittances de notes d'honoraires ne dépendant pas de la loi de 1898 étant passibles du timbre, les compagnies d'assurances peuvent-elles apposer les timbres après signature des médecins, afin d'éviter ces frais à ces derniers ?

Dr R.

Réponse.

Les écrits passibles du droit de timbre doivent être établis sur papier préalablement timbré.

Régulièrement le timbre de quittance doit être annulé par le créancier, toutefois l'administration ne relève aucune contravention lorsque l'annulation est faite par le débiteur.

A. M.

5908. — Base et taux de la patente

Quel est le taux de la patente par rapport au loyer ? La patente porte-t-elle uniquement sur les

chambres servant à l'usage professionnel ? La patente se base-t-elle également sur les charges ?

Les contributions d'une maison neuve sont-elles les mêmes que dans une vieille maison ? (Dans une maison neuve, les loyers sont surélevés et les logements sont très petits).

Quand un jeune médecin s'installe, à partir de quelle date peut-on compter les impôts ?

Dr X.

Réponse.

Le droit proportionnel en principal de la patente de médecin est égal au 1 /15e de la valeur locative des locaux servant à l'habitation ou affectés à l'exercice de la profession ; le taux du 1 /15e est porté au 1 /12e lorsque la valeur locative des locaux occupés par le médecin excède 8.000 fr. s'il exerce à Paris, 5.400 fr. s'il exerce dans une ville de plus de 200.000 habitants et 4.800 s'il exerce dans une ville de 100.000 à 200.000 habitants.

Pour obtenir les droits de patente effectivement dus, il faut multiplier ce principal par le centime le franc, variable suivant la commune.

Les charges autres que celles qui constituent le remboursement au propriétaire des prestations fournies dans l'intérêt particulier du locataire (eau, chauffage par exemple) doivent être ajoutées au prix du loyer.

La valeur locative est déterminée d'après le loyer effectif sous réserve des charges, si le médecin est propriétaire de l'immeuble, la valeur locative est évaluée par comparaison avec le prix de location des immeubles de même importance construits à la même époque et compte tenu, le cas échéant, du prix limite fixé par les lois sur les loyers par rapport au loyer de 1914.

Quand un jeune médecin s'installe, il doit la patente pour autant de douzièmes qu'il reste à courir de mois et fractions de mois, depuis le jour de son installation jusqu'à la fin de l'année.

A. M.

Questions médico-militaires

5476. — Démarches à faire pour la réforme

Je viens vous importuner pour un de mes malades qui me pose des questions auxquelles je ne puis répondre.

Voici le cas :

34 ans, classe 1917, engagé en 1915 donc versé dans la classe 1916. A fait son service de 1915 à 1918 dans l'artillerie contre avion. A actuellement deux enfants et, de ce fait, devrait, dit-il, être de la classe 1912 mais n'a fait aucune démarche à ce sujet.

Actuellement, porteur de deux pointes de hernie et présentant des troubles gastro-intestinaux (coliques vésiculaires) qui l'obligent à suivre un régime sévère, il voudrait être soit réformé, soit versé dans l'auxiliaire.

Quelles démarches doit-il faire ?

Dr B.

Réponse.

Cet homme doit adresser à son commandant de recrutement une demande de visite médicale et de passage devant une commission de réforme au point de vue aptitude physique.

Il fera bien de joindre à cette demande un certificat médical, constatant la réalité de ses infirmités.

5679. — Conférences de l'école de perfectionnement

Officier de réserve depuis août dernier, je fais partie de l'Union fédérative et à ce titre je suis les cours pour l'obtention de la carte de surclassement Jeune médecin non encore installé, je suis ces cours à Paris. Je dois prochainement aller habiter définitivement le centre de la France.

1° Perdrai-je le bénéfice des conférences suivies, ou bien les présences à Paris s'ajouteront-elles à celles de province ?

2° L'Union fédérative est-elle une pour toute la France et dans ce cas quelles formalités remplir pour suivre les cours dans une autre ville ?

Faut-il au contraire s'inscrire à une autre union ?

3° D'autre part l'autorité militaire m'autorisera-t-elle à faire ma période avec solde au mois de mars ou avril ?

Dr R.

Réponse.

1° Vous ne perdrez pas le bénéfice des conférences déjà suivies cette année à l'école de perfectionnement de Paris ; il vous suffira, *ou bien* de venir chaque mois à Paris pour y achever les cours durant l'année commencée, *ou bien* de justifier de votre assiduité à Paris, quand vous vous ferez inscrire à L.

2° L'Union fédérative est *une* pour toute la France, mais, de plus, elle patronne l'école de perfectionnement de Paris. Vous vous ferez, au au plus tard au commencement de l'année prochaine, inscrire à l'école de perfectionnement de L.

3° Vous serez certainement autorisé à faire une période en mars ou avril, mais, comme il s'agira d'une période volontaire, ce ne sera probablement pas avec solde.

ANTHOLOGIE

Post-scriptum

Sont-ils rigolos, les copains ?
Ont-ils fait du foin, des histoires,
Du baroufle, des tas de potins,
Tout ça pourquoi ? Pour un pourboire.

Chacun touch' sa p'tit' commission.
A quoi bon gâcher tant d'salive.
Dès lors qu'il a un' profession,
Il faut bien que bonhomme en vive.

Quand je prends un bock de vingt ronds,
J'ajout'dix, soit pour cent cinquante.
Pense à c'que laiss'nt les patrons,
Qui s'administr'nt un amer menthe.

Votre babillage gentil
Dure trop. Comme on dit cheux nous,
Celui qui vous a coupé le fil
A bien mérité ses cinq sous.

Alors fini la discussion.
Beaux arguments du mêm'tabac.
Pour pas s'payer d'indigestion
Faut en avoir un estomac.

Vous dégoisez comm'députés
Sur les méfaits de la vie chère.
Vos pipes mal vous culottez.
Fermez-la, fermez-la, confrère.

Bon Concours, coupe sans remords,
Le bec aux canards, aux raquettes,
La langue aux chiens courant l'dix-cors,
La queue aux serpents à sonnettes.

Le vrai, c'est qu'il y a sur terre
Et sous la calotte des cieux
Deux sort's de g ns qui s'font la guerre ;
Y a les rich's, y a les gueux.

Ceux qui s'la cass'nt pour d'venir riches,
Qui port'nt leur braise à mame Hanau,
Qui coll'nt aux murs de leurs péniches
Du papier à quatr'sous le rouleau.

Puis les philosophes, les vrais,
Dont le front jamais ne s'indigne,
Ceux qui peuvent vivre à peu près,
En mangeant chaud, en buvant frais
Le pineau pressé dans la vigne.

Celui qui demande joyeux
Dans la pauvreté qui l'honore
De conserver quand il est vieux,
D'assez bons yeux pour lire encore
Près de l'épouse un vers sonore.

Ecoutez-moi, mes bons amis,
Pas besoin de s'casser la gueule.
Moi, j'vas vous dire mon avis.
Je parle par la raison seule.

« Si t'es riche, si t'as les cagnes,
« Dis m... à l'as du bistouri.
« Si t'es pauvre, fais pas des magnes.
« Prends la galette et dis merci.

Dr Pipe.

Cinquante-troisième année N° 6 *bis* 11 Février 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE

« du CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN
par le Sou Médical

N'attendez pas que votre maison flambe pour vous assurer contre l'incendie.

Je recevais hier la visite d'un confrère qui me tenait ce langage : « Voici ce qui m'amène. Je suis l'objet d'une sanction administrative contre laquelle je proteste. Pourrais-je en saisir le Conseil d'Etat ? — Certainement, ripostai-je. — J'espère bien, alors, que le Sou Médical fera les frais de cette procédure ? — Sans aucun doute, dis-je, si vous en faites partie.... — Ah ! mais voilà, c'est que je n'en fais pas partie. Mais je suis prêt à m'y inscrire. — Malheureusement, les Statuts de notre Ligue s'opposent à son intervention pécuniaire pour toute affaire née avant l'admission de celui qui en est victime. Vous agissez, en vérité, comme si, ayant négligé de vous assurer contre l'incendie, vous choisissfez le moment où votre maison flambera pour appeler une Compagnie d'Assurances au secours... Il faut être plus prévoyant que cela, mon cher confrère, et ne pas être arrêté par une misérable contribution de cent francs par an, en négligeant ainsi des intérêts qui risquent d'être mis en péril à tout moment. »

Il se passe, en effet, depuis quelque temps, un phénomène assez curieux. Le Sou Médical est très connu. On sait généralement de quoi il est capable, quels sont ses avantages, jusqu'à quelles limites il étend son activité. On néglige toutefois d'en faire partie jusqu'au jour où surgit la difficulté, le conflit, le procès que l'on n'a pas su prévoir. Et c'est vers notre Ligue qu'on se précipite, ou bien, vers l'un de ceux qui l'administrent, en en sollicitant une aide éventuelle....

C'étaient encore, il y a quinze jours, deux confrères, en butte à un rappel de droits d'enregistrement à propos d'une cession de cabinet médical, qui sollicitaient notre avis à ce sujet.

Nous sommes tout prêts à faire bénéficier les médecins de notre organisation, de notre expérience, de la science juridique spécialisée de nos avocats, des subsides de notre Caisse. Mais n'est-ce pas élémentaire de leur part, de prélever sur leur budget annuel cette minime cotisation de *cent francs*, grâce à laquelle ils pourront frapper à notre porte en toute quiétude ?

Et qu'offre donc de plus que les assurances ordinaires, ce Sou médical dont je voudrais que, dans leur intérêt, tous les praticiens fissent partie ? Je citerai aujourd'hui une seule de ses supériorités. Mais elle est d'importance. Je suppose, mon cher Confrère, que vous ayiez succombé dans une affaire de responsabilité professionnelle et que le Tribunal vous ait condamné

à dix mille francs de dommages intérêts. Si vous êtes couvert par une assurance ordinaire, fût-elle la plus renommée de toutes, *elle commencerapar retenir pour elle tous les frais de votre procès* qu'elle aura exposés, et ne vous versera que la différence, si bien que, en raison d'une procédure compliquée, ayant nécessité plusieurs expertises et plusieurs plaidoiries, si ces frais s'élèvent à cinq mille francs, vous ne toucherez que cinq mille francs, ce qui équivaudra pour vous à avoir supporté personnellement toute l'instance.

Mais, si vous faites partie du Sou Médical, par contre, vous *toucherez intégralement* les dix mille francs, objet de votre condamnation, et les cinq mille francs de frais judiciaires divers seront payés par nous.

N'estimez-vous pas que cela vaut bien la peine de se joindre aux six mille confrères qui appartiennent déjà à notre Ligue, et dont un grand nombre nous écrivent des lettres que je ne puis reproduire, mais qui sont les plus émouvantes des références !

Venez donc à nous. C'est pour vous que vous travaillerez.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

Circulaire relative à la constitution provisoire des commissions départementales (Art. 7, § 5, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales).

Le ministre du travail et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets (1).

Paris, le 14 janvier 1931.

L'article 7, paragraphe 5, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales a prévu la constitution d'une commission départementale, dans les termes suivants :

« Art. 7, § 5. — Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins et les tarifs de responsabilité établis par les caisses dans les conditions prévues à l'article 4, paragraphes 4 et 7, sont soumises à une commission fonctionnant au chef-lieu du département, composée, pour le premier tiers de représentants de caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels et pour le dernier tiers, de représentants des ministres du travail et de la santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices

(1) Départements de la Seine et de Seine-et-Oise exceptés.

publics. Sauf pour le contrôle du service technique, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, des litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application des dites conventions ».

La constitution de cette commission a été fixée par l'article 30 du décret du 25 juillet 1930 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi comme suit :

« Art. 30, § 1er. — La commission départementale prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, comprend douze membres, savoir :

« Un représentant du ministre du travail et un représentant du ministre de la santé publique ;

« Quatre représentants des caisses pratiquant dans le département des assurances maladie, maternité et les soins aux invalides ;

« Quatre représentants des syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les caisses, dont trois représentants des syndicats de médecins et un représentant des syndicats de pharmaciens ;

« Deux représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics ;

« Un représentant des syndicats professionnels de chirurgiens dentistes ayant passé des conventions avec les caisses remplace un des trois médecins, lorsque la commission traite de questions relatives à l'art dentaire ;

« Le préfet désigne le président et le vice-président de la commission ».

« § 2. — Chacun des autres groupements professionnels ayant passé des conventions avec les caisses peut désigner un représentant qui participera aux débats avec voix consultative dans les questions où les intérêts du groupement sont engagés ».

Enfin, un décret du 10 août 1930 a prévu le mode de désignation des membres de la commission.

Mais l'application immédiate des dispositions de ce décret n'est pas possible en ce qui concerne le choix des représentants des caisses. Ce choix dépend en effet des effectifs des différentes caisses du département, et ces effectifs ne seront stabilisés que lorsque les questions relatives à la présomption d'affiliation seront définitivement réglées. Or, je viens, par une circulaire du 15 décembre 1930, de proroger au 31 mars prochain le délai d'inscription définitive à une caisse des assurés pour lesquels il se pose une question non encore résolue de présomption d'affiliation. Toute désignation au prorata des effectifs se trouve de même reportée.

Nécessité est donc de recourir, pour la commission départementale, à des dispositions provisoires si on ne veut pas reporter son installation à une date lointaine.

Or, ce report aurait de sérieux inconvénients. Des conventions médicales ont été signées dans un certain nombre de départements, et j'ai toutes les raisons de

penser que les indications fournies par ma circulaire du 26 décembre 1930 sur les honoraires des chirurgiens et spécialistes à l'hôpital permettront d'en multiplier le nombre . En l'état présent, les conventions intervenues fonctionnent à titre provisoire, mais ne fonctionnent qu'à titre provisoire tant que le ministre ne leur a pas donné son agrément ; la situation est la même en ce qui concerne les tarifs de responsabilité. En fait, ni mon prédécesseur ni moi-même n'avons donné à aucune convention ni à aucun tarif l'approbation définitive. Mais le ministère a mis à profit le délai de fonctionnement provisoire ainsi institué pour suivre avec la plus grande attention le développement des pourparlers sur l'ensemble du territoire et empêcher qu'une erreur de conception locale définitivement consolidée pût avoir sa répercussion dans d'autres départements. Ce danger aujourd'hui n'est plus à craindre, et il me paraît donc indispensable d'en arriver, pour l'approbation des conventions et des tarifs ainsi que pour le règlement des litiges qui pourraient naître de leur application, à l'instance prévue par la loi, c'est-à-dire à la commission départementale.

Je vous invite donc à constituer à titre provisoire la commission départementale, avant le 20 janvier 1931, dans les départements *où les conventions médicales et hospitalières sont déjà présentement signées* et, dans ceux où elles seraient signées postérieurement à la présente circulaire, dans les vingt jours de la signature.

La situation actuelle, *comportant l'application provisoire des conventions jusqu'à approbation par le ministre*, sera maintenue partout où les conditions qui précèdent ne sont pas réalisées, Il en sera de même, jusqu'à nouvel avis, dans les départements où les caisses n'auraient pas adopté à l'égard des conventions une attitude commune.

Vous vous conformerez, pour la constitution et le fonctionnement de la commission départementale provisoire, aux instructions suivantes :

a) CONSTITUTION

1° *Représentants du ministre du travail et du ministre de la santé publique.* — Le premier sera le directeur du service départemental des assurances sociales. M. le ministre de la santé publique vous laisse le soin de désigner pour le second le fonctionnaire sous vos ordres que vous jugerez le plus qualifié. Vous lui rendrez compte de la désignation faite ;

2° *Représentants des caisses.* — Ils seront désignés d'un commun accord par les présidents des caisses. Vous statuerez en cas de désaccord, en vous inspirant dans toute la mesure du possible des dispositions de l'article 3 du décret du 10 août 1930 ;

3° *Représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.* — Ils seront désignés d'un commun accord par les présidents des commissions ayant passé des conventions avec les caisses. Vous statuerez en cas de désaccord ;

4° *Représentants des syndicats professionnels de praticiens.* — Ils seront désignés par les syndicats ayant passé des conventions avec les caisses.

Vous désignerez le président et le vice-président. Je vous laisse à cet égard toute latitude.

La constitution numérique sera celle fixée par le décret du 10 août 1930, y compris les suppléants. Les désignations feront l'objet d'un arrêté préfectoral. Elles seront provisoires, sans indication de délai.

b) FONCTIONNEMENT

Vous établirez par arrêté préfectoral le règlement de la commission départementale, *en y introduisant obligatoirement les clauses suivantes* :

La commission ne peut, en première délibération, statuer en dehors de la présence : *a*) des représentants du ministre du travail et du ministre de la santé publique ; *b*) d'un représentant au moins : 1° des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics ; 2° du syndicat médical ; 3° du syndicat pharmaceutique s'il a signé la convention ; 4° des autres syndicats professionnels s'ils ont signé la convention et sont intéressés dans le débat.

Si ces conditions ne sont pas réalisées pour une première délibération, l'affaire est renvoyée à huitaine au plus, et il est alors statué quels que soient les membres présents, à la majorité.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Lorsqu'il s'agit de l'approbation des conventions ou des tarifs de responsabilité, tout membre présent ayant émis un vote contraire à celui de la majorité peut demander que l'effet de la décision soit suspendu et que l'affaire soit renvoyée devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. Il est alors procédé à ce moment à ce renvoi dans les formes prévues par l'article 31, paragraphe 2, du règlement d'administration publique.

Par le droit d'appel de la minorité, et en particulier, le cas échéant, des représentants de l'administration, vous garderez la possibilité de faire renvoyer à Paris pour décision définitive les conventions ou les tarifs de responsabilité qui vous paraîtraient contenir des dispositions contraires aux instructions qui vous ont été envoyées, ou s'en écartant dans des conditions dangereuses. S'il n'y a pas d'appel, l'approbation donnée aux conventions par la commission départementale sera définitive. Je rappelle d'ailleurs que la durée de validité de ces conventions ne doit pas dépasser un an. Nous aurons par ces mesures réalisé — et c'est l'objet essentiel que je me suis proposé — une décentralisation évidemment désirable sans contrevenir à la nécessité de l'application d'un plan d'ensemble.

Vous ne manquerez pas de me tenir informé des dispositions que vous aurez prises comme suite aux présentes instructions.

(*J. O.* 15 *janvier* 1931.) EDOUARD GRINDA.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

5912. — Ouverture d'un abcès superficiel

Abonné du *Concours Médical*, pourrais-je obtenir le renseignement suivant au sujet d'honoraires d'accidents du Travail :

J'envoie une note ainsi conçue :

Août 14 :	Une consultation.............	15 fr.
	Certificat	5 fr.
	Ouverture d'abcès superficiel....	20 fr.
Août 17 :	Une consultation.............	15 fr.
	etc... etc.	

La note d'honoraires s'élevait à 100 fr. L'agent de la Cie, est venu me régler avant mon départ de M. La note était réduite de 20 fr. sous prétexte que l'ouverture d'abcès superficiel que j'avais tarifiée 20 fr. était comprise dans le prix de la 1re visite ; j'ai refusé d'encaisser cette note, et depuis je n'en ai pas entendu parler.

Suis-je dans mon droit en refusant cette diminution ? Suivant votre réponse, je vais renvoyer à l'agent de cette Cie, un rappel de note d'honoraires, conçu d'après ce que vous me direz.

Dr B.

Réponse.

La Compagnie a tort... et vous aussi.

Vous, en comptant une consultation plus une ouverture d'abcès, pratiquant ainsi le *cumul* interdit par l'art. 13. La compagnie, en incorporant l'ouverture d'abcès dans le prix de la visite, alors que c'est l'objet d'une tarification spéciale de 20 fr. (art. 17).

Conclusion : On doit légalement compter dans votre cas :

14 août :	
Ouverture d'abcès superficiel..	20 fr.
Certificat initial............	5 fr.
Total	25 fr.

Dr Fernand DECOURT.

5970. — Pose d'appareil plâtré quelconque

Un jeune ouvrier maçon à la suite d'un traumatisme présente les signes d'une fracture de l'extrémité supérieure du métacarpien du pouce gauche. Je lui applique un petit appareil consistant en une petite attelle ouatée posée sur la face dorsale de ce métacarpien et maintenue avec une bande. Comme la consolidation ne se faisait pas, je demande l'autorisation qui m'est accordée de montrer le blessé à un chirurgien. Celui-ci confirme l'existence de signes d'une fracture,

Voir la suite page XXXIII-499

PROPOS DU JOUR

Une expérience intéressante

Le payement immédiat des honoraires médicaux en cas d'accidents de la route secourus par les postes de l'Union Nationale des Associations Touristiques (U. N. A. T.)

L'*Union nationale des Associations touristiques* (UNAT), organisme émanant de l'*Automobile-Club de France*, du *Touring-Club français*, et du *Club Alpin français*, a conclu un accord avec la Confédération des Syndicats médicaux français. Cet accord, valable pour un an, décide qu'à titre d'expérience, l'UNAT fera aux médecins, appelés à donner des soins d'urgence aux victimes d'accidents de la route dans les postes de prompts secours qu'elle a organisés, l'avance de leurs honoraires au tarif de 50 francs, plus une indemnité forfaitaire de déplacement de 10 francs ; au total : 60 francs.

D'aútre part, l'UNAT confie au *Sou médical*, le soin de faire rembourser par les bénéficiaires du prompt secours (auteur de l'accident, société d'assurances, ou victime), les frais divers engagés par l'UNAT (honoraires du médecin, objets de pansements, indemnisations du personnel), soit un total de 110 francs par sinistre, y compris 10 % de prime d'encaissement.

L'expérience se fera pendant l'année 1931 dans les seuls départements de la Seine et de la Seine-et-Oise. Elle s'étendra progressivement au Pas-de-Calais et au Nord ; puis à toute la France, si les résultats en sont satisfaisants.

C'est, en partie dans le but de seconder l'UNAT, et même surtout dans ce but, que le *Sou médical* s'est annexé un Office de recouvrements.

***

Le *Concours médical* et le *Sou médical* ont été les instigateurs de cette expérience, il y a plus de trois ans. Il n'est peut-être pas sans intérêt de conter aujourd'hui à nos lecteurs les diverses péripéties des démarches tentées pour essayer d'assurer à nos confrères le payement immédiat de leurs honoraires, lorsqu'ils sont appelés d'urgence à donner leurs soins aux victimes d'un accident sur la route.

Au cours de 1927, le Conseil du *Sou médical* avait été fâcheusement impressionné par le nombre toujours croissant de plaintes de ses membres qui, ayant leur domicile non loin des grandes routes à circulation automobile intensive, étaient appelés très souvent en cas d'accidents à donner des secours d'urgence. Il leur arrivait fréquemment de se trouver dans l'impossibilité de recouvrer leurs honoraires. La victime renvoyait à l'auteur de l'accident, ce dernier à la Société d'assurances qui, elle, prétendait qu'il fallait avant tout laisser établir les responsabilités. Comme la note d'honoraires n'était jamais très élevée et que la poursuite du recouvrement en justice offrait de réelles difficultés, nombre de confrères inscrivaient ces honoraires impayés au compte débiteur profits et pertes. Certains se plaignaient au *Sou médical* qui, dans la mesure du possible s'efforçait, peut-être en donnant une légère, entorse à la lettre de ses statuts, de venir en aide à nos confrères.

Au Conseil du *Sou médical*, nous pensâmes que cette situation ne pouvait durer, qu'il nous répugnait de conseiller à nos confrères de refuser des soins d'urgence ou d'exiger le payement d'avance, que, d'autre part, il était injuste et abusif de mettre à contribution, régulièrement et sans honoraires, les médecins dont le domicile avoisinait les routes très fréquentées. Nous pensâmes que de grandes associations touristiques, comme l'Automobile Club et le Touring Club, qui ont si fréquemment donné la preuve de leur ingéniosité et de leur volonté de résoudre de délicats problèmes dans l'intérêt des usagers de la route, pourraient étudier avec nous les moyens à employer pour remédier à cette fâcheuse situation.

Le secrétariat du *Sou médical* écrivit à l'*Automobile Club* et au *Touring Club*, une lettre exposant l'objet de l'étude que nous désirions faire avec eux. A notre grande surprise, nous ne reçûmes pas de réponse. Dans un de nos Propos du Jour, nous signalâmes cette carence, et avec d'autant plus d'amertume que de nombreux médecins font partie des deux puissantes associations touristiques et que nous-mêmes sommes depuis 1898, adhérent au Touring-Club français.

Nos reproches émurent certains membres du Comité du T. C. F. Il fut démontré que nos lettres. écrites sans doute dans un style trop administratif, n'avaient pas été transmises au Comité des deux grandes Associations touristiques et avaient été classées par des employés subalternes. Notre aimable et très distingué confrère, le Dr Cany, de La Bourboule, qui occupe une situation importante dans les Conseils du T. C. F., vint en personne. en avril 1928, nous donner et nous demander des explications. Il nous mit en rapport avec le Dr Béhague, secrétaire général du Comité des secours de l'Union nationale des Associations touristiques, qui s'occupe tout particulièrement des secours en cas d'accidents. Nous eûmes plusieurs entrevues avec le Dr Béhague, qui nous expliqua en détail la tâche surhumaine qu'il a entreprise pour égrener sur les routes les plus fréquentées tout un chapelet de postes de secours. Il nous dit combien serait précieuse à l'UNAT, la collaboration du Corps médical et nous assura qu'elle ferait le possible pour nous aider à résoudre le problème du payement immédiat des prompts secours.

Nous avons d'ailleurs, en 1928, exposé en plusieurs articles les réalisations et les projets du Dr Béhague et de l'UNAT et nous tenons à renouveler ici les félicitations et les témoignages d'admiration que nous leur avons alors adressés.

Après des échanges de vues, nous pensâmes qu'une sorte de commission tripartite composée des intéressés : représentants des usagers de la route (UNAT), de représentants du Corps médical (Syndicats et « Sou médical ») et des Sociétés d'assurances contre les accidents, pourrait se constituer et rechercher la solution désirée.

Nous avions pensé qu'il était de l'intérêt des assureurs que les victimes d'accidents de la route fussent toujours secourus et promptement secourues par des médecins, qu'il devait évidemment en résulter pour eux une sérieuse diminution de frais, la guérison dans la plupart des cas étant plus prompte, les journées d'incapacité moins nombreuses et les infirmités permanentes plus rares et moins graves. Mais les assureurs, obsédés sans doute par la phobie des abus possibles, ne comprennent pas de cette façon, pourtant simple et logique, leurs propres intérêts. *Le Sou médical* ayant fait le 7 mars 1929 des propositions à M. Delmas, président de la réunion des assureurs, celui-ci la transmit le 11 mars 1929 à la Commission automobile des assureurs, compétente en la matière, et le Président de cette Commission, M. Dussaud, après une nouvelle lettre du *Sou médical* du 8 avril, répondit le 13 mai par une fin de non recevoir : « Après avoir examiné avec la plus grande attention, a écrit M. le Président Dussaud, les considérations qui vous paraissaient réclamer sa collaboration à l'étude envisagée, notre groupement a estimé que la question ne comportait pas des mesures d'ordre général pour nos Sociétés.

Dans ces conditions, il ne saurait y avoir, semble-t-il, aucune utilité pour nous à participer ainsi que vous avez bien voulu nous y convier, aux pourparlers déjà engagés à ce sujet entre les représentants des médecins et ceux des usagers de la route. »

Les assureurs sont évidemment meilleurs juges de leurs propres intérêts que nous. Peut-être un jour trouvera-t-on cependant singulier que les Sociétés d'assurances n'aient vu aucune utilité à s'assurer que les victimes d'accidents de la route aient pu être soignées à temps et dans de bonnes conditions ! Mais ceci est leur affaire et non la nôtre .

Devant la carence des assureurs, la question fut limitée au payement immédiat des prompts secours dans les postes organisés par l'UNAT.

La Confédération des Syndicats médicaux français chargea M. le Dr Caillaud, d'Orléans, de s'entendre avec M. le Dr Béhague pour tenter l'expérience que nous avons signalée au début de cet article. Le *Sou médical*, tenant sa promesse, s'est mis à la disposition de l'UNAT pour récupérer les honoraires dont elle veut bien faire les avances. Il a fallu plus de trois ans pour arriver à ce résultat : espérons que l'expérience réussira, que l'UNAT, secondée par la Confédération des Syndicats médicaux français, pourra avec l'aide du *Sou médical*, généraliser le payement immédiat des honoraires médicaux en cas de prompts secours et que nos confrères, échelonnés sur les routes fréquentées où les accidents sont si nombreux, pourront assurer des soins immédiats aux victimes sans conserver la rancœur bien naturelle d'être d'éternelles dupes, éternellement exploitées.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES FRACTURES DES MEMBRES DANS LA PRATIQUE JOURNALIÈRE

(Conseils thérapeutiques)

Par M. Raphaël MASSART
Ancien chef de clinique à la Faculté
Chirurgien à l'Hôpital-Ecole

Le traitement des fractures des membres chez l'adulte et chez l'enfant constitue un des points importants de la pratique médicale courante.

Il n'en est pas parmi nous, si éloigné de la chirurgie qu'il puisse être, qui ne se soit un jour trouvé, pendant des vacances, dans la nécessité absolue de faire un appareillage de fortune et d'urgence, pour un bras ou pour une jambe cassés.

Que de difficultés imprévues et insoupçonnées se sont alors présentées !

L'Omnipraticien qui, loin de tout secours, se trouve en face de lésions osseuses importantes, est souvent embarrassé, par ce qu'on lui a appris au cours de ses études ; il ne dispose pas toujours des moyens suffisants pour mettre en pratique ce qu'on lui a enseigné ; il se heurte aux objections d'une famille qui comprend mal l'intérêt du blessé et discute chacun des moyens thérapeutiques proposés : il lui est parfois impossible, pris par sa clientèle, de consacrer tout le temps qu'il faudrait à un fracturé qui réclame des soins continuels, et dont le domicile est souvent fort éloigné ; c'est dire toute la différence qu'il y a entre le traitement des fractures dans la pratique journalière, et ce qu'on réalise dans les services spécialement organisés pour traiter les lésions des os.

Quelles qu'aient pu être les difficultés rencontrées, et le dévouement dont aura fait preuve le médecin, seul le résultat obtenu compte au moment du règlement des honoraires ; s'il est médiocre, nous le voyons, hélas ! souvent commenté avec véhémence devant des juges, par un avocat très renseigné qui oppose les dernières découvertes de la science moderne, les moyens thérapeutiques les plus nouveaux, à ce qui a été fait, souvent fort bien fait, mais avec une insuffisance évidente de moyens, l'*absence de radiographie constituant toujours le grief principal.* Cette insuffisance n'est pas sans agir fortement sur le tribunal, et il est difficile de faire admettre que l'impotence qui résulte de la fracture est le fait de sa gravité, et non la conséquence d'une faute thérapeutique légère, qui entraîne l'attribution par le juge de dommages-intérêts.

Nous voudrions à ce propos, et justement parce que, plusieurs fois l'an, des résultats médiocres de fractures graves nous sont soumis, étudier ici ce que peut être actuellement le traitement des fractures des membres dans la pratique médicale courante, mettre bien en valeur quelques lignes de conduite simples qui permettent d'éviter des ennuis graves, signaler les cas se réparant mal, donnant des résultats médiocres, même en des mains exercées, décrire des moyens d'immobilisation, des appareils qu'on doit pouvoir faire soi-même, car ils permettent d'obtenir aisément une réduction et une contention excellentes, bref expliquer avec détails ce qu'on doit faire en présence d'une fracture.

La radiographie et les fractures

La facilité actuelle des communications, la décentralisation chirurgicale rendent toujours possible au cours du traitement la prise d'un cliché radiographique. Si, au moment de l'accident, alors que le blessé souffre, le transport est difficile, on peut, dès que le membre est immobilisé aller chez le radiographe le plus proche.

Je ne saurais trop conseiller de *toujours faire radiographier une fracture,* sinon avant, ce qui vaut mieux, du moins après qu'elle a été réduite et appareillée. Cette vérification, si elle était toujours faite, mettrait à l'abri de bien des erreurs, elle permettrait, alors qu'il en est encore temps, de refaire ce qui a pu être insuffisamment ou incomplètement fait.

La radiographie instruira TOUJOURS le médecin, en mettant sous ses yeux la lésion vraie ; si des cliniciens comme Malgaigne se trompaient quelquefois sur le siège , la forme du trait, la nature du déplacement, on peut penser quelles erreurs nous pouvons faire aujourd'hui où les traumatismes ne sont plus qu'une toute

petite partie, trop négligée d'ailleurs, de notre éducation chirurgicale d'étudiant.

La radiographie est là pour suppléer à ce diagnostic clinique que la plupart n'ont pas appris à faire ; elle est là pour donner une certitude à ceux dont le sens clinique est très éduqué, elle est là pour satisfaire le fracturé, qui en lui-même pense que sa lésion est mal soignée, si on ne l'a pas soumis à l'examen des rayons X.

Dans l'état actuel de nos connaissances, dans l'état actuel des services de radiologie, répandus partout maintenant, il faut toujours insister auprès du malade pour *faire la radiographie des os brisés.* L'absence d'examen aux rayons X est en partie un des tout premiers griefs qui sont faits au praticien et surtout si la fracture est grave, il lui est alors difficile, pour sa défense, d'expliquer et de faire comprendre qu'il n'a pas jugé nécessaire de demander un examen qui nécessitait un déplacement, un rendez-vous, un dérangement. Sauf le cas de force majeure. « Tout os fracturé sera radiographié », tel est le premier aphorisme qui devrait être universellement admis. Au cas où le médecin traitant se heurte à une opposition du blessé et de son entourage qui reculent devant une dépense qu'ils jugent inutile, il fera bien de prendre acte de ce refus.

Le rejet d'un examen radiographique peut venir du blessé : il ne doit pas venir du médecin.

La réduction

La notion de l'immobilisation plâtrée domine trop le traitement des fractures, et souvent fait passer au second plan le temps principal du traitement, la réduction.

Réduire, c'est remettre en place les fragments déplacés, c'est corriger les positions vicieuses qui ont été prises par les os fracturés, c'est supprimer les angulations ; c'est le temps difficile, douloureux. dangereux même. C'est de ce qu'a été la réduction que dépend l'avenir de la fracture, son résultat fonctionnel et il serait juste d'écrire qu'*il ne faut jamais immobiliser dans le plâtre une fracture qui n'a pas été réduite.* Pour beaucoup de fractures, la réduction est facile, il suffit de se laisser guider par quelques principes directeurs suivant la région considérée ; mais il est des cas où pour obtenir la réduction il faut recourir à l'anesthésie générale qui triomphe des contractures musculaires ; parfois même elle ne suffit pas ; il faut pratiquer des manœuvres de force, plus rarement il faut recourir à une intervention sanglante.

Il faut se souvenir, et le professeur Hartmann a insisté à plusieurs reprises, sur ce fait, que les manœuvres de réduction sont d'autant plus aisées qu'on les exécute plus près du moment où la fracture s'est produite. Il est certaines lésions comme la fracture de Dupuytrèn, dont la réduction devient pénible et difficile, si on attend plusieurs jours, sous prétexte d'être plus à l'aise, lorsque la résorption de l'hématome sera en partie réalisée. Attendre c'est se créer des difficultés nouvelles et souvent elles sont assez grandes pour qu'il soit inutile de les augmenter encore, par une expectation que rien n'explique.

La période de consolidation

Dans l'examen d'un fracturé, les conditions qui ont déterminé la rupture osseuse doivent toujours être précisées.

A côté des traumatismes violents déterminant les fractures il est des traumatismes minimes, des chutes peu importantes, des coups donnés sans brutalité, qui chez certains sujets ont les mêmes effets. On acquiert ainsi la notion de la fragilité constitutionnelle de l'os, particulière à certains états : on l'observe surtout dans l'enfance, et il est certain que *le praticien n'a pas rempli tout son rôle chez ces malades, lorsqu'il a correctement réduit et immobilisé les os brisés.*

Pour obtenir un cal solide, une consolidation dans les délais voulus, il faut pendant la durée de l'immobilisation s'occuper de l'état général du sujet.

On a coutume de donner le calcium sous toutes ses formes : c'est insuffisant, il est des sujets qui se trouvent bien d'un traitement phosphoré, d'autres chez lesquels les arséno-benzols, ou le mercure, auront une meilleure action, d'autres encore où des troubles endocriniens sont à suspecter. Suivant ce qu'aura révélé l'examen clinique, on dirigera le traitement dans l'un ou l'autre sens.

Nous avons l'haditude, chez les enfants aux os fragiles, d'associer les médications et de formuler par exemple, un traitement de 27 jours, en prenant par voie buccale 3 jours de suite, un arsénobenzol, les 3 jours suivants du phosphure de zinc, et ainsi de suite.

Soit encore, si aucune syphilis n'est à incriminer dans les antécédents : 3 jours de phosphure de zinc ; 3 jours d'un traitement calcique.

Soit encore, si les troubles endocriniens sont manifestes, l'alternance, un jour sur deux, du traitement opothérapique : thyroïde, thymus, hypophyse et d'un traitement calcique.

Ces thérapeutiques générales nous paraissent si importantes lorsqu'il s'agit de faire une consolidation osseuse, que nous les prescrivons même aux adultes et en dehors des ruptures accidentelles, lorsque nous avons fait par exemple une ostéotomie ou pratiqué une greffe osseuse.

Nous considérerons l'étude des fractures en nous plaçant à un point de vue un peu différent de celui des ouvrages didactiques, et nous étudierons :

1° Les fractures qu'on peut réduire facilement ;

2° Les fractures dont la réduction nécessite une anesthésie et une intervention véritable, fractures dont le résultat est riche en aléas et en résultats médiocres.

On peut ranger dans le premier de ces groupes les fractures fermées des diaphyses des os longs ; dans le second, les fractures juxta-articulaires ou articulaires. Nous les passerons en revue en signalant, pour chacune d'elles, la complication à craindre, l'écueil à éviter, l'appareil d'immobilisation le plus simple et le plus commode à réaliser.

I. — Les fractures des diaphyses des os longs

La fracture de la diaphyse humérale

On l'observe à tous les âges et elle compte même parmi une des fractures obstétricales fréquentes. La diaphyse osseuse peut être brisée par torsion ou par violence directe.

Dans le 1er cas elle présente un trait oblique descendant sur une grande étendue de l'os ; dans le deuxième cas, elle est transversale siégeant à la partie moyenne, au point où la circonférence diaphysaire présente son minimum Dans toutes les fractures de la diaphyse humérale, la complication, c'est le nerf radial ; la courbe qu'il décrit au contact de l'os le rend particulièrement vulnérable et sa lésion peut, ou bien apparaître avec le traumatisme, (la paralysie est immédiate) ou bien ne survenir que les jours qui suivent, ou même au cours de la consolidation.

La violence qui a fracturé l'os, que ce soit un coup de pied de cheval, le passage de la roue d'une voiture, un coup de bâton, peut atteindre le nerf, soit en le sectionnant, soit en le broyant, soit en déterminant une contusion. Ces différentes lésions comportent des pronostics et des traitements différents.

Comme il est à peu près impossible de faire le diagnostic de la nature de la lésion nerveuse dès le premier jour, il importe de bien montrer au blessé et à son entourage la gravité du cas, et la nécessité qu'il y aura sans doute le plus vite possible à pratiquer un examen électrique du nerf, de ses territoires musculaires, et à envisager la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Les paralysies secondaires qui surviennent quelques jours ou même quelques semaines après l'accident, ont pour cause des troubles de la réparation osseuse. Elles s'observent chez des sujets qui ont été incomplètement ou mal immobilisés et souvent le tissu cicatriciel plus que le cal lui-même emprisonne le tronc nerveux. Cette compression se traduit par des troubles moteurs et sensitifs, en particulier par une chute du poignet, facile à reconnaître. Les inclusions du nerf radial, par le tissu osseux du cal ou par du tissu fibreux, sont des complications trop importantes pour qu'il soit utile d'attendre le retour problématique de la motricité, et on se souviendra que la restauration nerveuse est d'autant plus parfaite qu'on dégage plus tôt le nerf de la gangue fibreuse ou osseuse qui l'entoure.

La fracture de la diaphyse humérale est généralement une fracture complète, non engrenée, la déviation des fragments est la règle : l'extrémité supérieure du fragment inférieur est dirigée en dehors et en avant.

L'extrémité inférieure du fragment supérieur en dedans et en arrière.

Il y a donc, de ce fait, un angle obtus ouvert

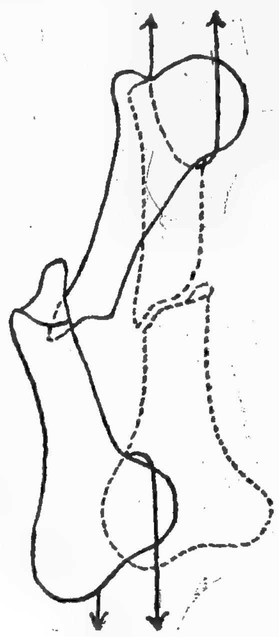


Fig. 1

L'extension et la contre-extension rétablissent la rectitude de la diaphyse

en dedans qu'il est facile de corriger en tirant le bras suivant son grand axe.

La réalisation la plus simple de la manœuvre de réduction s'obtient 1° en passant un lac sous l'aisselle et en en fixant les extrémités à un clou ou à une potence : C'EST LA CONTRE-EXTENSION ; 2° en appliquant un poids sur le coude, l'avant-bras fléchi étant fixé au niveau du poignet : c'est l'EXTENSION. Le poids qui tire sur le fragment inférieur doit être de 1.500 à 2.000 grammes. En le laissant agir 15 à 20 minutes, la bonne réduction est obtenue, il suffit pour la maintenir de fixer le bras dans un appareil en plâtre prenant l'épaule et le coude, plâtré du type de celui qu'a établi Hennequin.

Nous reproduisons ici un appareil décrit autrefois par Chaput. Il a le mérite de sa grande simplicité, puisqu'il suffit de fixer à l'extrémité inférieure de l'humérus, par un leucoplaste, un poids de 1.500 à 2.000 gr. sous la forme d'un petit sac de sable ; c'est un appareil provisoire qui ne permet pas au malade de se coucher.

Chez les tout petits et chez les nouveau-nés, en cas de fracture, le mieux est d'immobiliser l'humérus en l'attachant au thorax par un bandage avec un tampon ouaté dans l'aisselle ; l'immobilisation ainsi réalisée est excellente et la consolidation est parfaite en quelques jours. Il ne saurait chez ces jeunes bébés être question de réduction par extension, car la fracture est sans déplacement du fait de la musculature réduite et du fait de l'épaisse gaîne périostée qui maintient en place les fragments.

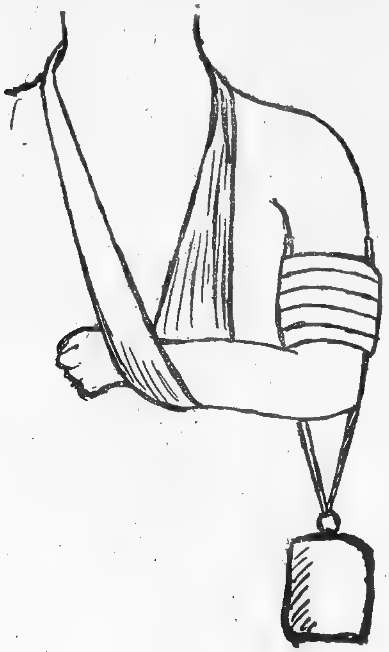


FIG. 2

Appareil provisoire pour permettre le transport d'un blessé ayant une fracture de l'humérus.

Les fractures des os de l'avant-bras

La forme la plus fréquente de ces fractures, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, est celle où les deux os sont brisés.

Le choc direct, sur la partie moyenne atteint le radius et le cubitus au même niveau, alors que la fracture de cause indirecte montre des traits de fracture parfois éloignés ou étagés.

La fracture des deux os de l'avant-bras est une fracture dont l'immobilisation incorrecte, ou la mauvaise réduction, peuvent avoir des conséquences fâcheuses, car elles troublent la pronation et la supination, et rendent les mouvements de la main hésitants et malhabiles.

Sans entrer ici dans les détails physiologiques de la pronation il suffit de savoir que la meilleure façon d'immobiliser les deux os est de mettre la main en supination complète (la face antérieure de la main étant dans le même plan que la face antérieure de l'avant-bras). La réduction s'obtient, facile et sans douleur, en tirant sur la main dans l'axe, tandis qu'un aide maintient le coude. Cette double traction doit être maintenue jusqu'à ce que l'appareil plâtré soit sec.

Pour ces fractures, il importe avant tout d'appliquer un appareil d'immobilisation plâtré, comprenant la main jusqu'au pli de flexion digital et le coude jusqu'au milieu de l'humérus.

La participation du coude est indispensable pour éviter la rotation du radius et le déplacement des fragments réduits.

On peut se dispenser de prolonger jusqu'au coude l'appareil si un seul des os est brisé, mais JAMAIS il ne faut, ainsi qu'on l'a enseigné, et ainsi que de nombreux traités le conseillent, immobiliser l'avant-bras, autrement qu'en supination complète, la main étant en *extension*, dans le prolongement de l'axe de l'avant-bras.

La réduction de la fracture des deux os de l'avant-bras présente souvent une petite difficulté technique, du fait de la fracture incomplète d'un des deux os.

Pour obtenir une bonne réduction il *est nécessaire de compléter la fracture*, ce qui se fait aisément sans même qu'il faille avoir recours à une anesthésie.

Chez l'enfant, la fracture fréquente est justement de ce type : c'est la fracture en bois vert.

Cette fracture, qui intéresse aussi bien les deux os qu'un seul, ne donne pas d'impotence fonctionnelle, elle est douloureuse quelques jours puis se consolide en position vicieuse. C'est presque toujours à cette période qu'on est amené à la traiter. La déformation des os de l'avant-bras est, dans la majorité des cas, à concavité postérieure, la saillie de l'angle formé par les fragments correspondant à la partie moyenne de la diaphyse. La forme à concavité antérieure ne s'observe que chez les sujets rachitiques, en général des enfants plus jeunes.

Dans les deux cas comme chez l'adulte, il faut avant de mettre l'avant-bras dans le plâtre, replacer les os en bonne position par une réduction convenable. On ne peut réussir cette réduction qu'en complétant la fracture, en brisant complètement la lame osseuse qui a résisté, c'est-à-dire en produisant une courbure inverse de celle qui a été observée. Cette manœuvre est indispensable, elle s'exécute facilement en quelques secondes, au besoin en ayant recours à quelques bouffées d'anesthésique, le chlorure d'éthyle par exemple.

Faute de cette réduction l'avant-bras reste

très déformé et la direction de la main se trouve modifiée, créant une gêne fonctionnelle. Cette fracture est souvent méconnue ; on l'observe non réduite, chez des enfants au retour des vacances ; l'absence d'impotence, la courte durée des phénomènes douloureux font qu'on y attribue peu d'importance ; c'est l'apparition du cal, toujours gros lorsque l'immobilisation est insuffisante, qui fait appeler le médecin. Même à cette période, où la consolidation paraît assurée, il faut faire la réduction du déplacement en brisant les os au niveau du cal en formation.

Lorsqu'un seul des os est brisé, l'attention du médecin doit se porter sur les articulations voisines, le coude et le poignet, car on peut observer, coïncidant avec la fracture d'un des deux os, la luxation de l'extrémité articulaire de l'autre os.

C'est ainsi qu'on voit, avec la fracture isolée du cubitus, la luxation de la tête radiale ; avec la fracture du radius, la luxation plus rare de l'extrémité inférieure du cubitus.

Dans ces cas-là, la ligne de conduite à suivre c'est avant tout de réduire la luxation et de la maintenir sans s'occuper de la fracture.

Pour la luxation radiale, nous conseillons la mise en flexion du coude et son immoblisation dans une gouttière plâtrée.

Pour la luxation cubitale, il faut immobiliser l'avant-bras, le poignet fléchi.

La durée d'immobilisation des os de l'avant-bras, pour obtenir une bonne consolidation, doit être d'au moins 25 jours, il est inutile d'enlever le plâtre trop tôt, car on peut voir survenir, si le cal est encore mou, une déformation légère à concavité antérieure, due à l'action prépondérante des muscles fléchisseurs.

Les appareils plâtrés doivent, à l'avant-bras, être très surveillés ; cette recommandation ne sera jamais assez répétée, car, même avec un appareil plâtré bien fait, même avec une protection suffisante des parties molles, on a vu survenir cette terrible complication qui est la **paralysie ischémique de Volkmann.**

Il faudra toujours penser à son existence et à sa production possible en plâtrant un avant-bras, pour qu'il ne soit pas permis d'invoquer contre le praticien qui a traité la fracture, une pression anormale du plâtre dont la peau porte la trace, ou une striction déterminant une escharre.

Si même au moment où la fracture se produit, un volumineux épanchement sanguin distendait l'avant-bras, et déterminait un changement de coloration de la main et de l'œdème, on serait bien inspiré, en s'abstenant de mettre aussitôt l'appareil plâtré.

Les synostoses radio-cubitales, les absences de consolidation, les chevauchements s'observent beaucoup moins à l'avant-bras, lorsqu'on immobilise en supination forcée, main étendue et coude fléchi ; cependant, en dépit des soins les meilleurs, la fracture des deux os est une de celles qui laissent encore un pourcentage important de pseudarthroses. C'est là une complication importante qui oblige de recourir à la chirurgie, les appareils qu'on décrivait jadis avec des fenêtres pour maintenir la largeur de l'espace interosseux, n'ont plus qu'un intérêt historique, et il est inutile s'il y a consolidation vicieuse de perdre son temps à les employer.

Les fractures des deux os de la jambe

Dans toutes les statistiques on est d'accord pour les considérer comme les plus fréquentes, elles ont aussi une grande importance thérapeutique puisque de la bonne ou de la mauvaise réduction vont dépendre l'appui et la marche.

Quelle que soit la forme du trait, il importe de bien remettre le pied dans l'axe de la jambe ; on a pour habitude de viser le bord interne de la rotule à travers le 1er espace inter-digital ; c'est un bon moyen.

Obtenir la rectitude du membre doit être la préoccupation principale dans la réduction d'une fracture des deux os.

Si une jambe raccourcie est utilisable, une jambe déviée ou présentant une angulation ne l'est pas.

Pour y parvenir, la façon la plus simple consiste à exercer dans l'axe du membre sur son extrémité inférieure, une traction par l'intermédiaire d'un poids qui agit de façon continue et réduit progressivement le chevauchement ou l'angulation qui existent entre les parties fracturées.

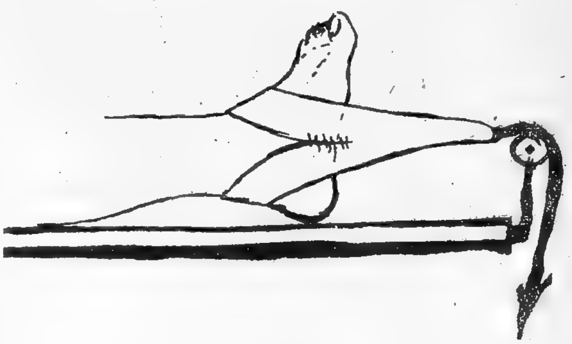


FIG. 3
Manière d'appliquer correctement une traction continue sur le membre inférieur, avec une solide bande de toile.

Les appareils appliqués sous extension continue, et dont le type est l'appareil de Delbet, donnent une moyenne très élevée de bons résultats, lorsqu'on a soin de les exécuter correctement.

L'inconvénient des gouttières plâtrées, du type Hergott ou Maisonneuve, c'est de nécessiter pour leur application la mobilisation de la

fracture, après sa réduction ; de plus il est fréquent d'observer, si la mobilité est importante, un chevauchement et une angulation qui proviennent du fait que la partie postérieure de la jambe n'est pas plane, mais présente la saillie du mollet sur laquelle l'appareil prend point d'appui.

L'appareil de Delbet, considéré comme appareil d'immobilisation et non comme appareil de marche a le grand avantage de pouvoir être appliqué après la réduction, sans avoir à mobiliser la jambe et tandis que l'extension continue agit toujours.

La réduction par traction continue pour les fractures de jambe ne saurait trop être recommandée ; elle a le grand avantage de faire cesser la douleur, de faire céder la contracture musculaire, et d'éviter l'angulation des fragments, souvent même de supprimer complètement le chevauchement.

Pour l'exécuter correctement, il suffit de coucher le fracturé sur un plan résistant, (une table de cuisine par exemple) légèrement incliné, de façon à ce que le seul poids du corps fasse la contre extension ; en appliquant au pied un poids variant de 6 à 12 kilos selon la force musculaire du sujet, on obtient une réduction suffisante en 10 à 20 minutes.

C'est seulement lorsque le relâchement musculaire est suffisant que l'appareil plâtré d'immobilisation et de maintien doit être appliqué.

La traction doit être laissée en place jusqu'à ce que le plâtre soit complètement pris.

Les échecs de cette méthode viennent souvent du fait d'un poids insuffisant, d'un étrier mal appliqué, d'un plâtre encore mou au moment où l'extension est supprimée, d'un appareil confectionné sans avoir eu soin d'installer sous la jambe l'appareil de Scultet simplifié qui permet d'entourer le plâtre, sans imprimer au membre brisé et réduit la moindre mobilisation.

Il est bien certain qu'avec quantité d'autres méthodes on obtient aussi de bons résultats, mais nous pensons que celle que nous venons de décrire a l'immense avantage de ne nécessiter aucun appareil spécial, d'être simple, et à la portée de tous.

A la jambe il faut savoir que les longues fissures ne sont pas rares, parfois elles s'étendent jusqu'aux extrémités articulaires. Là, plus qu'ailleurs, la radiographie est nécessaire pour les reconnaître et expliquer certaines raideurs articulaires, des œdèmes, des troubles fonctionnels qui surviennent après des fractures de la diaphyse, qui n'ont présenté aucun caractère de gravité apparente.

Fractures de la diaphyse du fémur

La fracture de cuisse s'observe à tous les âges de la vie et on peut poser en princpe que la difficulté de son traitement est liée avant tout à l'importance du développement musculaire du blessé.

Chez le nouveau né, où elle succède souvent au dégagement du siège, chez le jeune enfant, chez la femme où la fracture est parfois incomplète, elles guériront en général sans laisser de troubles fonctionnels ; chez l'adulte musclé, elle risque de se consolider avec un cal angulaire entraînant des troubles fonctionnels et du raccourcissement.

Le raccourcissement après fracture de la diaphyse est une séquelle assez fréquente et il faut savoir qu'il ne devient gênant que s'il dépasse 4 cent. car il n'est plus alors compensé par le bassin, et après la consolidation osseuse le blessé boîte.

Chez un sujet musclé, pour obtenir une bonne réduction et une coaptation osseuse le meilleur appareil est celui de Hennequin. Il est trop connu et décrit partout, pour qu'il soit utile ici d'en donner le détail : qu'il nous suffise de dire qu'on obtient avec lui de bons résultats s'il est bien surveillé.

Son grand avantage est d'exercer la traction sur le genou fléchi et d'éviter ainsi les désordres articulaires, les laxités gênantes qui surviennent après les tractions faites, le genou étendu.

C'est un point sur lequel on n'attire point assez l'attention, et cependant l'hydarthrose est d'observation fréquente sur les fractures de la cuisse et c'est sa présence qui nous fait préférer l'appareilllage d'Hennequin, facile à réaliser n'importe où, à l'excellente attelle de Thomas.

Nous la réservons aux fractures des jeunes enfants et en particulier à la fracture obstétricale du fémur.

Lorsque l'attelle est bien appliquée elle permet la mobilisation facile du nouveau-né, il devient aisé de donner le sein, et très rapidement la consolidation en bonne position permet la suppression de tout appareil.

On est souvent consulté sur le poids nécessaire à la traction pour réduire une fracture de cuisse chez un adulte. Je crois que 4 à 5 kilos sont des chiffres raisonnables bien que des poids beaucoup plus importants aient souvent été conseillés.

La fracture diaphysaire du fémur qu'elle siège au tiers moyen ou qu'elle siège au voisinage du petit trochanter (fractures sous-trochantériennes d'A. Cooper), guérira en laissant un membre utile si l'appareil de Hennequin est mis correctement et laissé suffisamment longtemps ; des angulations peuvent survenir, même chez des blessés bien soignés, si on a le tort de les laisser marcher trop tôt ; une immobilisation de 4 à 5 mois n'est pas excessive et c'est une erreur répandue et contre laquelle on ne saurait trop réagir que de faire lever de façon précoce ces fracturés.

II. — Les fractures articulaires et juxta-articulaires

Les fractures siégeant au voisinage des articulations sont souvent de réduction difficile, et nécessitent pour être traitées une anesthésie générale.

L'ANESTHÉSIE DANS LA RÉDUCTION DES FRACTURES en clientèle n'est pas assez répandue, et il est certain que bien des résultats médiocres n'ont pas d'autres causes.

Seule l'anesthésie générale permet d'exécuter sans douleur la manœuvre qui désengrène et remet en position correcte l'extrémité supérieure de l'humérus, ou l'extrémité inférieure du radius.

Seule l'anesthésie générale qui fait cesser la contracture des muscles péri-articulaires, permet de mettre en bonne position une fracture supra-condylienne de l'humérus, ou de corriger l'ascension du pied dans une fracture marginale du tibia.

Seule l'anesthésie générale donne au médecin cette sécurité, cette liberté des mouvements, cette possibilité de reposition complète qui évitent, lorsque l'acte chirurgical est fait au moment opportun, des opérations osseuses beaucoup plus graves et bien plus riches en aléas.

Nous avons coutume de donner l'anesthésie générale pour remettre en place les fragments déplacés dans les fractures juxta-articulaires. Pourquoi n'en est-il pas toujours ainsi ?

Le praticien recule chaque jour davantage devant la gravité d'une anesthésie générale et, pour beaucoup la crainte du chloroforme devient une phobie qu'on entretient chaque jour un peu plus, et qui va en se développant par une coïncidence curieuse, tandis que les actes chirurgicaux deviennent chaque jour plus nombreux

Le remarquable plaidoyer de mon maître. AUVRAY en faveur des anesthésistes professionnels répondrait mal à sa pensée, j'en suis sûr, s'il détournait un peu plus encore, pendant ses études, l'étudiant de la pratique de l'anesthésie.

Donner l'anesthésie, est devenu pour le jeune externe une corvée à laquelle il cherche par tous les moyens possibles à se soustraire, il bénit le maître qui utilise la rachidienne, il est partisan convaincu de l'anesthésiste spécialisé, et il ne se rend pas compte, tandis qu'il est encore à l'Ecole, que praticien, il redoutera les risques d'une anesthésie qu'il ne sait pas faire, parce qu'il ne s'est pas donné la peine de l'apprendre, dont les règles simples mais précises lui ont été parfois mal enseignées (1) ; il verra se dresser les fantômes des morts subites évoquées devant lui au cours de ses études et au moment où il pourrait en retirer un immense bénéfice, il n'aura pas recours à cet admirable moyen qu'est l'anesthésie générale pour remettre en place des os fracturés.

(1) Il est indispensable que tout futur médecin sache donner le chloroforme à la compresse, seule manière d'anesthésier un malade dans la pratique journalière. Les appareils dosant l'anesthésique qui permettent des narcoses prolongées pour exécuter les opérations compliquées de la grande chirurgie ne font pas partie de l'arsenal du praticien.

Les fractures du poignet

Il est bien évident que la fracture du poignet lorsqu'elle intéresse le radius seul et ne présente qu'une faible déformation est de traitement facile.

Ainsi s'expliquent deux faits qui en sont la conséquence :

1° Elle est restée ignorée jusqu'au milieu du 18e siècle (Pouteau) ;

2° Elle a été la fracture qui a le plus bénéficié du massage et de la mobilisation (J. Lucas-Championnière.)

Nous laisserons de côté ces formes qui guérissent seules, pour nous occuper de celles où la déformation est gênante, de celles où l'intervention du médecin est indispensable pour prévenir des complications.

Ce qui domine avant tout le traitement de cette fracture *engrenée*, c'est l'obligation de redonner à la main son orientation normale et de faire disparaître les déformations en dos de fourchette et en baïonnette qui entravent le jeu normal des tendons moteurs de la main.

Cette fracture, lorsqu'elle n'est pas bien réduite, laisse une infirmité souvent douloureuse qui se traduit par une main malhabile. Les mouvements du poignet restent limités, par suite des raideurs articulaires consécutives et des troubles qui sont le fait d'une articulation mal ajustée.

Il est bon, je crois, de toujours faire radiographier les fractures du poignet avant de les réduire pour s'assurer qu'il n'existe pas, en plus du trait de fracture radial, des lésions des os du carpe, en particulier des fractures du scaphoïde avec ou sans luxation du semi-lunaire.

Je sais fort bien qu'un clinicien averti, surtout s'il pratique un examen systématique en le conduisant avec méthode, comme le conseille Destot, décèlera ces fractures du carpe, mais combien on se trompera moins souvent dans la pratique courante en faisant une radiographie, d'ailleurs délicate à interpréter.

Suivant qu'il y aura ou non lésion du carpe, la conduite sera différente.

S'il n'y a pas de lésion du carpe il suffit après avoir endormi le blessé, d'exercer une traction forte et vive sur le fragment inférieur, en tenant la main du blessé, à pleine paume (une vigoureuse poignée de main). Pour qui en a moins l'habitude, nous conseillons tandis qu'un aide maintient l'avant-bras à sa partie inférieure

de tirer sur la main en appuyant de ses pouces à la partie dorsale du fragment déplacé.

La sensation d'un craquement, la dispartition du déplacement indiquent qu'il suffit alors d'incliner la main sur le bord cubital pour parfaire la réduction.

Un appareil plâtré (une demi gouttière radiale) mais ne descendant pas au-dessous des têtes métacarpiennes, laissant par conséquent les doigts libres, maintiendra pendant 20 jours la réduction.

Chez l'enfant la lésion qu'on prend parfois pour une fracture de Pouteau est un décollement épiphysaire. La réduction est un peu plus délicate, car si elle n'est pas vérifiée radiographiquement et qu'elle reste incompléte, il est possible de voir survenir du fait de la croissance et comme nous l'avons observé avec Cabouat des raccourcissements du radius, puisque c'est l'épiphyse fertile (1) qui occupe l'extrémité inférieure.

S'il y a des lésions des os du carpe, le praticien doit faire toutes réserves car la réparation complète sera plus difficilement menée à bien.

Les lésions carpiennes, se compliquent de troubles nerveux par compression, en particulier sur le médian, et nous pensons que ce genre de fractures du poignet risque de réserver des surprises fort désagréables. Ce sont des cas qui sortent de la pratique courante et qu'il vaut mieux confier, avec toutes les responsabilités que cela entraîne, à qui en a grande pratique.

Les fractures du coude

Ce sont surtout des fractures de l'enfance car elles sont la plupart du temps guidées par les points d'ossification de l'humérus, du radius et du cubitus.

C'est sur l'humérus qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes, et trois variétés s'y observent couramment :

La fracture supra-condylienne ;

La fracture du condyle externe ;

La fracture de l'épitrochlée.

Toutes les trois s'accompagnent de déplacements osseux.

Toutes les trois ont, à des degrés divers, un retentissement articulaire.

Toutes les trois peuvent déterminer des troubles fonctionnels et ostéogéniques, ainsi que des troubles nerveux qui entraîneront des incapacités graves.

En présence d'une fracture du coude, le praticien se souviendra que des complications à brève ou à longue échéance sont fréquentes ; il sera bien inspiré en portant un pronostic réservé.

En dépit de l'hématome parfois considérable qui déforme le coude, on peut cliniquement essayer de faire un diagnostic.

La fracture supra-condylienne raccourcit le bras, elle le déforme, on sent au niveau du pli du coude le fragment diaphysaire qui parfois pointe sous la peau.

L'ecchymose très marquée peut avoir un aspect spécial, à type linéaire, parallèle au pli de flexion. C'est un signe auquel Kirmisson attachait de l'importance et que nous avons maintes fois observé. C'est presque toujours une fracture qui se produit le coude étant en extension.

On sera bien inspiré en immobilisant le coude en flexion. (aussi marquée que possible) avec supination de la main.

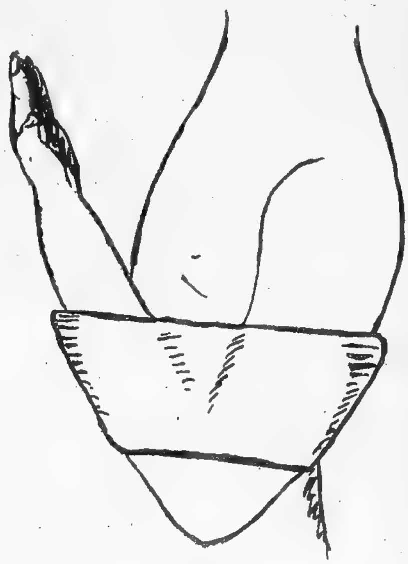


Fig. 4

L'anneau plâtré circulaire fait avec 12 épaisseurs de tarlatane doit laisser libre la région du coude.

Un tour de bande réunissant bras et avant-bras suffit pour réaliser la meilleure des contentions, l'anneau plâtré que conseillait Broca est encore mieux. Cet appareil a l'avantage de laisser libre la région de la fracture distendue par l'hématome et d'éviter les altérations cutanées si fréquentes lorsque l'on enferme dans le plâtre les coudes fracturés.

Il faudra toujours s'assurer de l'état de la sensibilité et de la motricité de la main et du bras, avant de faire quelque manœuvre que ce soit, car la fracture supra-condylienne peut atteindre les trois gros troncs nerveux du coude, médian, radial, cubital.

La fracture du condyle externe présente tous les degrés de gravité et s'il en est certaines qui se traduisent par une petite douleur bien localisée à la région articulaire externe, une impotence fonctionnelle de quelques jours, une ecchymose à la partie externe, il en est d'autres qui constituent, par le déplacement du fragment,

(1) *Lyon chirurgical* : Les traumatismes du poignet chez l'enfant. (Massart et Cabouat).

l'importance de l'hématome, les complications qu'elles entraînent, des fracas articulaires relevant du chirurgien.

Il est certain que seule, la radiographie peut nous montrer le degré de la gravité et seule elle peut nous permettre un pronostic (1.)

Quoi qu'il en soit, là encore *le médecin fera toujours bien, en mettant l'avant-bras en flexion sur le bras et en immobilisant par un bandage, les os dans cette position.* Il sera bien inspiré en ajoutant que c'est une fracture qui laisse souvent des traces et que si la fonction articulaire se répare entièrement, il n'est pas rare d'avoir une petite déformation osseuse qui nuit à l'esthétique de la région, et dont on ne saurait lui faire grief, même chez une fille.

La fracture de l'épitrochlée ne s'observe pas avant l'âge de 7 ans, date d'appartition de ce point osseux. Elle accompagne ou constitue le premier temps de la luxation.

C'est une fracture sans gravité, à moins que le fragment osseux fracturé ne vienne se placer dans l'articulation et former un corps étranger bloquant le coude.

Nous avons, il y a quelques années, rapporté un cas de ce genre qui avait déterminé une ankylose du coude et pour lequel nous avons dû faire une arthroplastie, redonnant au blessé ses mouvements.

En dehors de ces trois formes cliniques, l'enfant peut présenter, surtout après des chutes importantes, des lésions associées : fractures et luxation, fractures multiples dont, seule, la radiographie permet un diagnostic.

Faire une manœuvre sans être exactement fixé, c'est s'exposer à aggraver par une mobilisation intempestive des lésions osseuses qui entraîneront une impotence fonctionnelle et des troubles ostéogéniques se traduisant par des arrêts de croissance et des déformations dont le type habituel est le *cubitus valgus*, avec son cortège de troubles nerveux, dont MOUCHET a été le premier à montrer toute l'importance.

Les fractures de l'extrémité supérieure du radius sont devenues d'observation plus fréquentes depuis la radio, si elles sont encore confondues avec des entorses du coude, c'est qu'on néglige de faire le diagnostic radiologique.

En réalité elles sont liées, elles aussi, chez les jeunes sujets, à l'ossification secondaire du radius et c'est le point épiphysaire qui bascule et se déplace quand la fracture est incomplète, ou même légère. On ne saurait trop conseiller de la bien immobiliser, le coude en flexion pendant quelques jours (10 à 12) et d'éviter les massages producteurs d'ostéomes, en dépit des conseils de mobilisation précoce qu'on trouve encore dans des Traités classiques. Lorsque la tête est complètement basculée, il faut la remettre en place, sinon elle formera une cale articulaire fort gênante pour l'articulation du coude.

La réduction par manœuvres externes est possible, elle demande l'anesthésie générale, elle doit être faite aussitôt après l'accident. C'est souvent pour avoir trop attendu qu'on est obligé de faire une reposition sanglante du fragment ou même une ablation complète, ce qui d'ailleurs ne paraît pas troubler le mécanisme articulaire d'après les résultats opératoires que nous avons pu étudier.

Les fractures de l'olécrane restent une des fractures du coude pour lesquelles on a de plus en plus recours à l'intervention sanglante.

Il s'est fait là une évolution parallèle à ce qu'on a observé pour la rotule et je crois qu'actuellement, *si la fracture est complète*, on aurait tort, en s'adressant aux seules méthodes d'immobilisation, de courir le risque d'une ankylose ou d'un cal fibreux. Nous avons opéré même chez l'enfant des fractures transversales de l'olécrâne, qui ont fort bien guéri avec un coude fonctionnellement normal.

Les fissures de l'olécrâne, si fréquentes, les fractures incomplètes seront immobilisées, le coude en extension pendant 10 à 12 jours, puis mobilisées avec beaucoup de précautions ; il ne saurait pour elles être question d'intervention.

En résumé, il importe pour les fractures du coude de connaître avant tout la lésion anatomique et là plus qu'ailleurs, nous dirons : *radiographiez votre malade.*

On se souviendra ensuite des difficultés nombreuses que présente le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus même entre les mains les plus expertes et le praticien sera bien avisé en sachant réserver le pronostic pour un bon nombre d'entre elles.

Les fractures de l'épaule

LES FRACTURES DE L'ÉPAULE doivent toujours être radiographiées avant d'être réduites ; j'en dirais autant des luxations, si j'avais à traiter ce sujet.

On observe à l'épaule avec fréquence la coexistence des deux lésions et la fracture-luxation lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée expose à des erreurs thérapeutiques dont les conséquences peuvent être graves.

Une forme fréquente c'est la luxation sous-coracoïdienne avec une fracture très oblique et sans déplacement du col chirurgical.

Les signes cliniques de la luxation sont des plus nets, ceux de la fracture sont frustres.

Et cependant, si l'on tente la réduction, on complétera le trait de fracture et on aggravera

---

(1) Les fractures du condyle externe, in *Rev. Orthopédie*, janvier 1929 (MASSART).

les dégâts en produisant la séparation complète des deux fragments.

La réduction de la tête luxée lorsqu'il y a fracture ne doit être faite qu'avec une prudence extrême sous anesthésie. C'est une manœuvre délicate, qui ne réussit pas toujours et il arrive qu'il faille abandonner la tête luxée dans l'aisselle, ce qui n'est pas sans inconvénient.

La tête humérale déplacée peut déterminer des compressions vasculaires ou nerveuses ; par sa présence, elle forme cale articulaire, limite les mouvements et produit à la longue des périarthrites qui sont douloureuses et constituent de véritables infirmités.

Nous pensons que la fracture avec luxation bénéficiera de plus en plus d'une intervention chirurgicale précoce et qu'on sera bien avisé en réduisant au minimum les manœuvres de réduction.

Ces mêmes considérations s'appliquent au décollement épiphysaire de l'enfant qui est presque toujours mixte, c'est-à-dire coexistant avec une fracture et dont l'évolution laisse souvent des séquelles.

La séparation totale de l'épiphyse humérale détermine des troubles ostéogéniques importants des arrêts de croissance, parfois aussi des *cals en crosse* donnant à l'extrémité supérieure de l'humérus, l'aspect d'un col fémoral et troublant le libre jeu articulaire.

Lorsqu'il n'y a pas luxation de la tête, le meilleur moyen d'immobiliser la fracture, c'est de placer le bras en abduction à 30 % et rotation externe légère pour éviter le décalage des deux fragments osseux.

Un Spica plâtré avec un fort tampon d'ouate axillaire donne au bout de 25 jours une consolidation osseuse suffisante pour commencer la mobilisation de l'épaule.

C'est par une série de soins consécutifs à l'ablation du plâtre qu'on arrivera à éviter les raideurs si fréquentes après ces fractures. Je crois d'ailleurs que la mobilisation faite trop hâtivement est mauvaise et que, là comme ailleurs, le massage précoce et intempestif donne des résultats déplorables alors que l'immobilisation plâtrée pendant la durée de la consolidation osseuse permet de meilleures réparations fonctionnelles.

Les fractures du col du fémur

Les fractures du col du fémur sont toujours graves. Si exceptionnellement on voit des fractures engrenées extra-capsulaires ou même sous capitales qui ont permis au malade de se tenir debout et de marcher, la règle c'est l'impotence fonctionnelle immédiate du membre inférieur. Ce sont donc des fractures pour lesquelles on est appelé dès qu'elles viennent de se produire.

Leur traitement en clientèle est parsemé de difficultés, qui tiennent en grande partie chez le malade aux mauvaises conditions matérielles où on se trouve pour les appareiller. Chaque fois que la chose sera possible, nous dirons au praticien, envoyez votre malade à la maison de santé, ne prenez pas la lourde responsabilité d'un traitement à domicile, et surtout s'il s'agit d'un vieillard songez aux complications pulmonaires si fréquentes qui vont nécessiter des soins de tous les instants.

Comment faut-il traiter ces fractures ?

Le praticien appelé à donner son avis sur la manière dont sera conduit le traitement, devra

Fig. 5

La réduction de la fracture du col se fait en tirant sur la cuisse en abduction et en faisant ensuite de la Rotation Interne.

se souvenir que deux grandes méthodes s'opposent :

L'appareillage ;
L'intervention chirurgicale.

L'une et l'autre ont leurs avantages et on ne peut formuler pour leur application des règles précises.

Le traitement des fractures du col du fémur par l'extension continue, comme le conseillait Hennequin, ne donne dans l'ensemble que d'assez mauvais résultats avec des pseudarthroses et des raccourcissements, il n'est pas à recommander.

Pour obtenir une bonne réduction des fragments, surtout dans les formes sous capitales, transcervicales et basicervicales, la mise en plâtre sous anesthésie en abduction et rotation

interne du membre fracturé (méthode de Whitman) nous paraît un procédé à conseiller. Pour l'exécuter, il suffit de savoir appliquer correctement un grand corset moulé de la hanche et d'avoir à sa disposition une installation radiographique permettant de contrôler le résultat obtenu.

Je crois qu'il faut utiliser ce procédé en prolongeant l'immobilisation chez les sujets résistants avant de recourir aux interventions sanglantes.

Ce qu'il faut savoir c'est que parmi les infirmes de la hanche, les fracturés du col du fémur figurent pour une très forte proportion. et que toutes les interventions proposées comme traitement n'ont d autre but que d'en diminuer le nombre.

Les interventions sur le col du fémur, en particulier les vissages, par transfixion du col sont

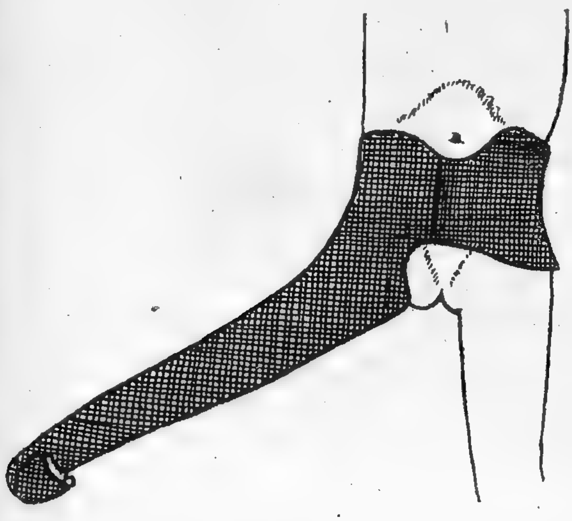


FIG. 6

Corset plâtré immobilisant la fracture du col fémoral en abduction et rotation interne. Le plâtre doit immobiliser complètement le pied.

des interventions qu'on pratique de moins en moins et qui ne semblent pas à l'étranger avoir été adoptées. On leur préfère les interventions après arthrotomie dont les résultats sont moins aléatoires, si la gravité immédiate en est plus grande. Il est d'ailleurs probable que ces infirmes de la hanche par fracture bénéficieront de plus en plus des interventions orthopédiques qu'on pratique pour traiter les hanches subluxées, douloureuses, mal ajustées .

Les fractures du genou

On observe au genou soit isolément, soit fréquemment associées, des fractures qui intéressent la rotule, l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure du tibia.

Ce sont des lésions complexes, qui en raison du voisinage des gros troncs vasculo-nerveux du creux poplité méritent souvent une intervention chirurgicale pour lever l'obstacle compressif et remettre en place le fragment osseux déplacé.

Comme au coude ces lésions saignent énormément, distendent et injectent toute la région, rendant le palper impossible, elles nécessitent toujours un inventaire radiographique des dégâts.

Si les fractures sont multiples, incomplètes, avec des fissures, mais sans déplacement appréciable (cas d'un homme dont le genou est pris entre une roue et un trottoir) il suffit de mettre le membre inférieur en gouttière plâtrée et de commencer précocement vers le 25e jour la mobilisation articulaire. Cette mobilisation prudente doit se faire sous anesthésie générale et être suivie de massages des groupes musculaires moteurs.

Il peut être nécessaire, si l'hémarthrose est abondante, de l'évacuer par ponction, on le fera toujours en s'entourant des plus grandes précautions d'aseptie et en tunnellisant le trajet du trocart, comme on conseille de le faire pour traiter les abcès froids. Lorsqu'il y a déplacement, on tentera toujours sous anesthésie et par manœuvres externes de le réduire et de le maintenir réduit. On le tentera sous le contrôle de l'écran, et s'il est obtenu, on maintiendra la réduction en mettant la jambe en flexion sur la cuisse.

Lorsque la réduction par manœuvres externes est insuffisante ou a échoué, il faut recourir à une intervention sanglante.

Les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, qu'elles soient supra-condyliennes, unicondyliennes diacondyliennes si elles ne sont pas anatomiquement réduites laissent d'importants troubles de la fonction articulaire. C'est là que l'ostéosynthèse métallique trouve une de ses indications principales et c'est là qu'elle fournit des résultats intéressants.

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia peuvent laisser, par le déplacement produit, des dénivellations entre les deux plateaux tibiaux, troublant l'appui du membre, s'ils existent il faut toujours intervenir pour obtenir une réparation anatomique et si, comme c'est souvent le cas, les méthodes non sanglantes ont échoué, recourir à l'acte chirurgical est indispensable.

Toutes ces fractures laisseront des séquelles graves aboutissant à la rigidité articulaire et à l'ankylose, avec ou sans déviations latérales si le traitement n'est pas bien conduit pendant toute la durée de l'immobilisation. si, les malades marchent trop tôt si, la mobilisation et la kinésithérapie ne sont pas faites avec soin pendant les semaines qui suivent la consolidation osseuse.

J'ai omis à dessein de parler *des fractures de la rotule* ; leur traitement est essentiellement chirurgical lorsqu'il y a déplacement des fragments.

Les fractures du cou-de-pied

Il nous reste encore à étudier les *fractures du cou-de-pied.* Elles sont si fréquentes, elles comprennent des lésions si variées et de gravité si différente qu'on ne saurait s'y arrêter assez longuement.

L'*entorse tibio-tarsienne* n'est souvent qu'une fracture légère, un arrachement parcellaire de la malléole externe. C'est faute d'immobiliser aussitôt et pendant quelques jours l'articulation qu'on voit des entorses qui s'éternisent, qui restent douloureuses et arrivent à troubler la statique et la marche du blessé. Dans les premiers jours après l'accident, nous avons complètement renoncé aux bains de pied et à la mobilisation précoce, nous préférons bloquer complètement l'articulation tibio-tarsienne, médio-tarsienne et sous-astragalienne dans un appareil moulé. en cutiplaste, agissant comme un véritable plâtre *avec lequel le sujet peut même marcher.* Cet appareil reste en place huit jours et aussitôt après on commence des massages légers pour redonner au pied sa souplesse.

Cette immobilisation *rigoureuse et précoce* transforme les suites de l'entorse, et depuis que nous agissons ainsi, nous n'avons plus vu ces douleurs interminables et ces œdèmes qui prolongent beaucoup trop l'incapacité causée par une lésion peu importante.

Ce traitement excellent qu'est l'appareil en cutiplaste adhésif moulé, d'un maniement plus facile que le plâtre, peu encombrant, propre, mériterait de passer dans la pratique médicale courante et c'est un service à rendre à chacun que d'en répandre l'emploi.

Pour l'exécuter il est commode d'utiliser les rouleaux du commerce, d'une largeur de 5 centimètres. On n'applique pas directement l'adhésif sur la peau, mais on interpose une légère couche de ouate maintenue par une bande ordinaire. L'adhésif doit être serré, sans cependant déterminer des troubles circulatoires, mais assez fortement pour réaliser une immobilisation efficace. C'est le seul point un peu délicat de l'application de ce bandage, qui se révèle à l'usage comme un merveilleux moyen de contention.

Nous n'employons pas d'autre traitement pour *les fractures isolées de l'extrémité inférieure du péroné,* qu'il s'agisse d'une fracture siégeant à la base de la malléole externe, d'une fracture marginale antérieure, ou de la fracture par discision dont le trait est oblique en bas et en avant.

Il faut pour ces fractures laisser l'appareil en place une vingtaine de jours, ou ce qui est mieux, le renouveler deux ou trois fois.

L'avantage du cutiplaste adhésif, c'est de réaliser une immobilisation aussi parfaite que le plâtre DÈS L'ACCIDENT, avant que les épanchements et les œdèmes aient déformé la région du cou-de-pied, alors que l'application d'un plâtre retarde souvent de quelques jours les premiers soins.

Les fractures du cou-de-pied, lorsqu'elles intéressent la mortaise tibio-péronière seule ou lorsqu'elles sont associées à des lésions des malléoles, constituent de difficiles problèmes thérapeutiques et les séquelles de ces traumatismes sont à la base d'un grand nombre d'infirmités durables.

La classique séparation des fractures du cou-de-pied en fractures par abduction et en fractures par adduction, qui permettait avant l'usage de la radiographie de poser assez exactement un diagnostic de la lésion présente aujourd'hui beaucoup moins d'intérêt.

Devant un malade ayant une fracture du cou-de-pied, il faut savoir si en plus des lésions des malléoles :

1° Il y a diastasis tibio-péronier ;

2° Il y a fracture du pilon tibial.

Ces lésions peuvent d'ailleurs s'observer en dehors de toute lésion malléolaire.

Une double radiographie de FACE *et* DE PROFIL. *sur un pied bien centré, sera absolument indispensable pour traiter correctement les lésions osseuses.*

S'engager inconsidérément et à l'aveugle, dans un pareil traitement sans connaître exactement l'état anatomique des os brisés, c'est aller fatalement au-devant d'une série de difficultés qu'il eût été bien facile d'éviter, c'est méconnaître l'intérêt du malade qui s'est confié entre vos mains.

On aura beau m'objecter que nos anciens ont guéri et réduit des fractures du cou-de-pied avant Rœntgen, on aura beau m'opposer les complications d'un transport quelquefois lointain, je resterai convaincu que les résultats médiocres ou mauvais sont beaucoup plus nombreux et plus fréquents chez ceux qui réduisent et plâtrent les fractures du cou-de-pied sans connaître la lésion anatomique exacte et l'expérience de chaque jour qui amène à nos consultations des pieds mal réduits, rendant la marche et la station debout impossibles, nous confirme dans cette idée que la lésion traumatique primitive a été mal connue, et incomplètement traitée parce que la radio n'a pas été faite.

Le diastasis tibio-péronier est un élément de gravité dont l'importance thérapeutique ne saurait être négligée.

A tous les degrés, depuis le léger écartement tibio-péronier jusqu'à l'ascension de l'astragale et du cou-de-pied entre les deux os, il faut avant tout en obtenir la correction.

Ne pas corriger le diastasis, c'est laisser une

mortaise élargie, où seront possibles toutes les déviations ultérieures du pied.

Pour corriger les diastasis et pour maintenir sa correction par le plâtre on utilisera avec profit le *procédé de la bande mouillée* que conseillait Destot.

C'est une pratique utile à connaître et dont l'exécution très simple permet le rapprochement tibio-péronier dans les premières heures qui suivent le traumatisme.

On applique sur la face dorsale du pied et suivant son axe, c'est-à-dire remontant sur la jambe et descendant jusqu'aux orteils, une solide ficelle dont on fixe les deux extrémités par un cutiplaste.

Puis autour de la cheville avec une bande de toile trempée dans l'eau on fait un bandage du type de Baudens pour l'entorse, fortement serré et on laisse sécher. La desicccation de la bande resserre la striction et rapproche encore les deux os. On applique par-dessus un plâtre moulé dont on dégage toute la partie dorsale.

C'est seulement quand le plâtre est sec, que les malléoles sont rapprochées et bien maintenues qu'on sectionne grâce à la ficelle, le bandage pour éviter les troubles circulatoires que déterminerait une compression permanente.

Nous avons maintes fois appliqué pour réduire le diastasis, ce procédé qui nous fut appris à Lyon auprès de Destot, et grâce à lui souvent nous avons pu dès les premières heures corriger des diastasis qui incomplètement réduits auraient nécessité des interventions graves.

Lorsque la mortaise tibio-tarsienne est fracturée, il faut la reconstituer à ses dimensions normales, en mettant l'astragale à sa place, car c'est de l'appui tibio-astragalien que dépendra le bon ou le mauvais appui du membre inférieur.

Tant que le pied présentera du valgus, tant que le péroné n'aura pas pris sa position normale, la réduction ne sera pas bonne, tant qu'il persistera de l'ascension du pied, la réduction ne sera pas obtenue et parfois il sera bon pour certaines fractures marginales postérieures d'aider à la réduction par une ténotomie d'Achille.

Il est superflu de dire que toujours une fracture du pilon tibial ou un diastasis tibio-péronier doivent être réduits sous l'anesthésie générale ; chez les alcooliques, on pourra préférer l'anesthésie rachidienne.

On juge de la bonne réduction en examinant la concordance des axes de la jambe et du pied : (la crête tibiale prolongée doit venir passer par le 2e orteil), le pied doit faire avec la jambe un angle droit tout en restant mobile et le péroné doit être absolument rectiligne sans saillie ni coup de hache. Si ces conditions sont réalisées, la réduction est bonne.

Si la réduction immédiate n'est pas possible si des lésions des téguments viennent compliquer la fracture, il faut alors la considérer comme échappant à la pratique journalière et recourir à un chirurgien, car il y aura peut-être lieu de drainer largement le foyer, de faire l'ablation immédiate de l'astragale, toutes interventions nécessitant l'hospitalisation du blessé et des soins longs et minutieux.

Ici plus qu'ailleurs nous dirons combien le praticien devra savoir limiter son action, faire partager ses responsabilités suivant la complexité du cas auquel il a affaire et ceci encore plus dans son intérêt que dans celui de son malade. La réduction de certaines fractures marginales postérieures du type Dupuytren constitue un acte chirurgical hérissé de difficultés.

La thérapeutique des fractures subit actuellement une évolution vers une réduction extrêmement précise.

Elle fut assez longue à se produire mais elle était inévitable puisque de plus en plus le malade lui-même en dehors de son médecin et de son chirurgien contrôle radiographiquement son résultat.

Est-ce à dire que la réparation anatomique intégrale puisse toujours être obtenue ? il est difficile d'y parvenir dans tous les cas, mais le contrôle de ce que nous avons fait nous incite chaque jour à plus de soin et à une recherche plus grande de la perfection. C'est pour l'obtenir aussi complète que possible qu'on a cherché, par des interventions à ciel ouvert, des réductions mathématiques, contenues par une prothèse métallique (plasques, lames, vis).

Cette chirurgie des fractures n'a pas été sans quelques déboires bien qu'elle reste une méthode précieuse pour les fractures irréductibles. La vogue qu'elle a connue a peut-être fait oublier qu'en réduisant aussitôt après que s'était produite la fracture et avec des moyens simples on obtenait d'excellents résultats, elle a laissé se perdre la tradition de ces gestes rituels, de ces manœuvres qu'il était indispensable de connaître pour mener à bien une réduction , elle a été la cause que nombre d'étudiants n'ont pas cru utile de développer ces deux qualités premières, la force et l'adresse, et ceci a été une grande faute.

Nous assistons actuellement à la remise en honneur des plus vieilles méthodes, rajeunies, modernisées. A côté de la chirurgie des os qui doit être réservée à un petit nombre, on doit apprendre à l'étudiant cette manière de traiter les fractures qui s'adresse à tous, à ceux qui, dans les villes, traiteront les accidents chaque jour plus nombreux, à ceux qui dans les campagnes devront guérir les blessés que causent les chutes, les ruades, les coups, à ceux qui partout où des os se brisent seront appelés pour donner leurs soins.

LE DIABÈTE SUCRÉ EN CLIENTÈLE

Par le Dr G. FISCHER

Par « diabète sucré en clientèle », nous entendons le diabète au lit du malade, c'est-à-dire en présence des difficultés journalières de la thérapeutique.

Il ne s'agira donc pas, dans cette étude de décrire en détails tous les symptômes du diabète, mais d'en faire ressortir les traits essentiels, indispensables à la conduite d'un traitement rationnel.

Ainsi sera laissée de côté l'étude, notoirement, de la polyurie, de la polydipsie, de la polyphagie, des manifestations cutanées ou muqueuses, des troubles oculaires, des névrites, artérites et autres complications.

Mais il faudra savoir reconnaître le diabète sucré, même dans les cas où il est masqué et difficile à dépister à cause de l'absence de glycosurie. Il faudra, en outre, ne pas confondre le diabète vrai avec la glycosurie d'origine hépatique ou endocrinienne, ni surtout avec cette perméabilité exagérée des reins au glucose, qu'on désigne sous le nom de diabète rénal, bien qu'elle n'ait rien de commun avec le diabète, puisqu'il n'existe point de troubles de glyco-régulation.

Ceci dit, on peut, au point de vue du traitement, comme d'ailleurs du pronostic, distinguer sommairement deux formes principales du diabète, sous la réserve d'exposer quelques données relatives à leur évolution.

1° Le diabète sans dénutrition azotée, de M. Labbé, (diabète simple de Rathery), autrefois dénommé « diabète gras, arthritique, bénin ». Le trouble nutritif se réduit ici à un trouble du métabolisme hydrocarboné ; l'état général est conservé ; l'évolution est longue ; le pronostic est relativement bon, et le traitement peut rester impunément diététique.

2° Le diabète avec dénutrition azotée de M. Labbé, (diabéte consomptif de Rathery), autrefois, « diabète maigre, ou pancréatique, grave ». Au trouble du métabolisme des hydrates de carbone, se joint un trouble du métabolisme azoté, si bien qu'il y a dénutrition, et que le malade tend à maigrir ; l'évolution est progressive et souvent rapide : l'acidose est sans cesse menaçante. Le traitement diététique, même très sévère, se montre souvent insuffisant, et l'emploi de l'insuline devient nécessaire.

Cependant, l'acidose peut apparaître au cours de l'évolution d'une forme simple ; à la suite de fautes de traitement, ou d'un incident intercurrent, elle apparaîtra et sera même assez grave pour aboutir au coma. Comme aussi, le diabète acidosique n'a pas toujours fatalement l'évolution rapide d'un diabète grave. Il n'en reste pas moins vrai que si l'acidose reste, dans les formes simples, un accident d'exception facilement maîtrisable, celle-ci est, au contraire, sans cesse imminente dans les formes graves et aussi plus difficilement réductibles.

Ire PARTIE. — **Quelle forme de diabète le malade présente-t-il ?**

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. — 1° L'hyperglycémie. Ses causes ; 2° L'acidose. Ses causes. 3° La dénutrition.

MOYENS DE DÉPISTER LE TROUBLE BASAL DANS UN CAS DÉTERMINÉ :

1° Trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Epreuve de la tolérance aux hydrates de carbone ; 2° Trouble du métabolisme des albumines et des graisses. Cétose. Réactions de Gerhardt de Legal, de Lieben. Acidose. Titrage de l'acidité urinaire. Recherche du pH sanguin. Réserve alcaline.

3° Dénutrition. Amino-acidurie. Azote résiduel du sang.

IIe PARTIE. — **Le traitement du diabétique.**

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. Le régime. Ses conditions : Régime suffisant et bien équilibré. Les médicaments. L'insuline. Son mode d'administration. Les accidents d'hypoglycémie.

LA MISE EN PRATIQUE DU TRAITEMENT. 1° *Le médecin de clientèle aisée* : A. Suppression possible de la glycosurie par le régime. Diabète sous dénutrition. B. Impossibiité de réduire la glycosurie par le régime. Diabète grave avec dénutrition.

C. Le coma diabétique.

2° *Le médecin de clientèle populaire* (1).

(1) Une IIIe partie relative au *Diabète, maladie sociale*, sera publiée dans un prochain numéro.

Ire PARTIE

Quelle forme de diabète le malade présente-t-il ?

Notions préliminaires.

A la base du diabète on trouve :

1° *Pour l'hyperglycémie, un trouble du métabolisme des hydrates de carbone ;*

2° *Pour l'acidose et la dénutrition, un trouble du métabolisme des protéiques ainsi que des graisses.*

1° **Hyperglycémie. Ses causes.**— Il y a hyperglycémie, quand le taux du sucre sanguin dépasse *en moyenne* 1 gr. à 20, 1 gr. 50 pour 1000. La glycémie varie, en effet, sous l'influence des apports alimentaires, surtout hydrocarbonés, et du travail musculaire. Son taux peut osciller de 0 gr. 90 à 1 gr. 10 et même 1,40 ou 1,50, si le régime est très riche en hydrates de carbone. Mais, pour éliminer ces deux facteurs de variabilité, *il faut rechercher la glycémie le matin à jeun, après le repos au lit* ; on trouve alors chez un même individu un taux de glycémie remarquablement constant.

On peut admettre la moyenne de 2 et 4 grammes, parfois davantage, comme taux de l'*hyperglycémie* chez le diabétique non traité, et glycosurique.

Retenons aussitôt que, chez le diabétique, la glycémie, même prise à jeun, est fonction de la ration hydrocarbonée quotidienne.

Normalement, l'*hyperglycémie se traduit par la glycosurie, mais seulement à partir d'un certain taux de glycémie: le seuil rénal du glucose*; c'est précisément ce taux de glycémie, à partir duquel il y a glycosurie. Ce seuil, variable suivant les individus, oscille entre 1 gr. 60 et 1 gr. 80 : chez le diabétique, il s'élève parfois, mais rarement, à 2 grammes et au-delà.

Mais la *hauteur de ce barrage rénal* au sucre est aussi susceptible de *s'abaisser*, c'est ce qui se produit dans le *diabète rénal*; le rein laisse alors filtrer la glucose pour des taux de glycémie, qui sont ceux où normalement il l'arrête. (P. A. Carrié).

Quant aux *troubles du métabolisme, qui sont à l'origine de l'hyperglycémie*, il faut savoir que, si l'homme normal peut ingérer sans inconvénients une quantité d'hydrates de carbone, souvent très éloignée de la quantité contenue dans la ration alimentaire commune, par contre le diabétique n'en peut ingérer qu'une quantité inférieure à celle que comporte cette ration commune.

On appelle *hydrates de carbone préformés*, ceux qui sont contenus en nature dans certains aliments (sucre alimentaire, farineux, fruits, etc). Car d'autres hydrates de carbone peuvent être formés aux dépens des substances protéiques (dans une proportion de 58 p. 100 de leur poids) et des graisses (10 p. 100 de leur poids). S'ajoutant aux hydrates de carbone préformés, ces hydrates de carbone secondaires forment *les hydrates de carbone totaux de l'alimentation.*

2° **L'acidose. Ses causes.** — *A la base de l'acidose se trouve la cétose,* intoxication due à l'accumulation dans le sang d'acide B-oxybutyrique, d'acétone, et d'acide diacétique, c'est-à-dire de corps acétoniques. A l'état normal, on n'en trouve pas dans l'urine, et seulement 25 milligrammes au plus par litre dans le sang. Chez le diabétique, les urines peuvent en éliminer de 2 à 100 grammes, le sang en contenant jusqu'à 1 et 2 grammes.

La *cétose aboutit à l'acidose,* c'est-à-dire à la rupture de l'équilibre acide-base du milieu humoral dans le sens de l'acidité. Mais l'acidose n'est pas due exclusivement à cette cétose, car il n'y a pas parallélisme entre la quantité des corps acétoniques formés et le degré de l'acidose.

P. A. Carrié rappelle en termes très clairs que « *l'acidité réelle* d'un milieu dépend de la quantité d'ions H, qui s'y trouvent en liberté. En effet, tout liquide contient à la fois des *ions H, ou acides,* et des *ions O H ou alcalins* ; *l'acidité* correspond à un excès d'ions H par rapport aux ions OH, et, *l'alcalinité* à un excès d'ions O H par rapport aux ions H. Les ions H et les ions O H étant en quantité inversement proportionnelle, il suffit d'avoir la mesure des uns pour avoir la mesure des autres. En pratique, on mesure les ions H ; le chiffre obtenu donne l'acidité ionique, qu'on exprime par le *symbole* pH, ou puissance d'ions H; un artifice de numération aboutit à exprimer la neutralité par pH = 7. Un pH supérieur à 7 exprime l'alcalinité, et un pH inférieur à 7 l'acidité. Le pH du sang étant 7,34, le sang est alcalin.

Si à l'état normal, le sang est alcalin, l'urine est par contre, acide ; mais, comme cette acidité est soumise à des influences diverses, elle ne peut donner une mesure exacte de l'acidose, si elle augmente. L'acide de titration (à la solution décinormale de soude) voisine de 1 gramme s'élève à 3 et 4 grammes dans l'acidose ; pour l'acidité réelle, le pH urinaire peut s'abaisser de 7 ou 6 à 5 et 4.

D'autre part, l'*acidose* dans l'organisme *amène la formation* automatique *d'ammoniaque,* qui sature et faclite l'élimination des acides. *L'ammoniurie* est dès lors un bon signe urinaire d'acidose ; les diabétiques acidosiques peuvent éliminer 2, 3 et même 6 à 8 grammes d'ammoniaque. Dans ces conditions, le coefficient ammoniacal, qui normalement est de 5 p. 100, peut s'élever à 15 et 25 p. 100, si bien que le *coefficient*

d'imperfection uréogénique, dit de Maillard, c'est-à-dire le rapport

$$\frac{\text{Azote ammoniacal} + \text{acide aminé}}{\text{azote ammoniacal} = \text{azote uréique} + \text{acide aminé}}$$

est *également fonction de l'acidose* ; de 5 à 17 p. 100, état normal, il s'élève à 20 et 30 p. 100 dans l'acidose.

Mais, dans le milieu sanguin, il existe un élément de défense contre l'acidose, c'est la réserve alcaline. Autrement dit, lorsque se produit, par acidité, une rupture de l'équilibre acide-base, cet état ne se traduit pas aussitôt par l'acidose, car la réserve alcaline du sang intervient aussitôt pour neutraliser cet excès d'acidité. *L'acidose ne se traduira donc qu'après épuisement de la réserve alcaline* ; *un excès d'acide ne se manifestera précisément que par une diminution de la réserve alcaline.* C'est alors l'état d'acidose compensée, prémonitoire de l'acidose vraie.

Notons que les substances chimiques, constituant la réserve alcaline, sont les substances tampons, toujours prêtes à saturer les bases ou les acides ; ce sont les bicarbonates du sang.

La réserve alcaline existant normalement à 53 ou 70 volumes de CO^2 total dans le sang, à partir de 50 volumes, il y a diminution pathologique de la réserve alcaline. Egalement, la tension du CO^2 dans l'air alvéolaire étant en rapport avec la tension du CO^2 du sang artériel, une tension de 38 à 45 milimètres de Hg est normale tandis qu'une tension de 38 à 32 millimètres de Hg correspond déjà à une acidose légère.

Un métabolisme défectueux des protéines et des graisses cause l'acétose et en partie l'acidose ; et c'est la caractéristique du diabète grave.

3° **La dénutrition**. — Avec l'acidose, la dénutrition caractérise le diabète grave, le diabète maigre. Elle se traduit en clinique par l'amaigrissement. Parfois elle est en rapport avec une faute de diététique, avec une complication ou un incident intercurrents (petite infection, fatigue excessive, soucis, émotions). Mais elle peut aussi tenir à une cause plus sérieuse : les composés azotés, incomplètement métabolisés, passent dans les urines, et, en particulier, l'ammoniaque et les acides aminés (ammoniurie, coefficient de Maillard). On préfère actuellement la recherche de l'amino-acidurie ; normalement les urines de 24 heures renferment que quelques centigrammes d'azote aminé (0,05 à 0,30), mais dans les diabètes graves ce taux s'élève à 3 et 4 grammes. Quant au rapport azote aminé : azote total, de 1 à 3 p. 100, il s'élève alors à 4,5, et même 10 p. 100. D'autre part, l'azote résiduel du sang peut varier de 0,10 par litre (chiffre normal) à 0,30 et même 0,40 (M. Labbé et Bith).

« La créatinurie, observée dans certains diabètes graves, serait en rapport avec un troubla du métabolisme de certains corps azotés ; car, normalement, on trouve dans l'urine de la créatinine, mais non de la créatine ». (Carrié.)

Moyens de dépister le trouble basal dans un cas déterminé

Bien que les renseignements fournis par la simple clinique, puissent déjà fixer le praticien sur la forme de diabète à laquelle il doit penser, — très importante est la mise en œuvre de la recherche précise du trouble basal. Cette notion est de premier ordre non seulement pour confirmer le diagnostic, pour poser un pronostic, pour régler le traitement immédiat, mais encore pour apprécier ultérieurement les accidents toujours possibles au cours de l'évolution de la maladie.

1° Trouble du métabolisme des hydrates de carbone

Ce trouble sera confirmé par la *glycosurie* d'une part, et par l'étude de la *glycémie* d'autre part ; mais il importera, peut-être plus encore, *d'en déterminer l'étendue,* afin d'apprécier la gravité du cas, et d'éliminer ce que M. Labbé et R. Boulin ont appelé les états paradiabétiques (glycosurie de certains obèses ou hépatiques.)

C'est ainsi qu'on étudiera la *tolérance aux hydrates de carbone,* c'est-à-dire la quantité d'hydrates de carbone alimentaires, que le diabétique est susceptible d'utliser, ou mieux d'ingérer sans avoir de glycosurie.

Cette tolérance doit être calculée pour les hydrates de carbone totaux, soit hydrates de carbone préformés et hydrates de carbone provenant des albumines et des graisses. Elle peut d'ailleurs être évaluée d'une façon approximative dès le premier examen du malade. A l'aide du tableau (voir plus loin : *traitement*) qui indique la composition des principaux aliments, en hydrates de carbone, en protéines et en graisses, un calcul rapide permet d'apprécier grossièrement la ration hydrocarbonée quotidienne, en raison des habitudes alimentaires : on compare le chiffre ainsi obtenu au chiffre de la glycosurie ; la différence exprime la tolérance.

Pour plus de précision, mieux vaut soumettre le malade à un régime bien défini, comportant par exemple 100 gr. d'hydrates de carbone préformés ; au bout de 2 à 4 jours de ce régime, on recherche la glycosurie. Si celle-ci persiste on la dose (sucre éliminé en 24 heures) ; admettons qu'elle soit de 20 grammes, on établit 100 grammes (H. de C. de l'alimentation), — 20 grammes (glycosurie) : 80 grammes ; la tolérance est de 80 grammes.

Si au contraire avec 100 gr. H. de C. la glycosurie avait disparu, on augmente chaque jour la ration alimentaire de 10 grammes H. de C. jusqu'à ce que la glycosurie apparaisse ; le chiffre le plus élevé avant l'appariton de la glycosurie indique la tolérance : si la glycosureie apparaît ainsi après 150 grammes de ration hydro-

carbonée, c'est que la tolérance est de 140 grammes. Les deux chiffres obtenus suivant ces deux procédés de recherche ne correspondent pas toujours, le deuxième étant le plus élevé. En effet, il est d'observation que le seul fait qu'un diabétique a été soumis à un régime tel que la glycosurie ait disparue et que la glycémie se soit abaissée, est souvent suffisant pour que sa tolérance s'élève et qu'il supporte dés lors, sans glycosurie, une ration hydrocarbonée qu'il n'aurait point supportée auparavant.

Mais, tandis que la glycosurie, étudiée par rapport au taux de la ration alimentaire hydrocarbonée permet de chiffrer la tolérance, il ne peut en être de même du chiffre de la glycémie.

La glycémie, recherchée le matin à jeun, après le repos au lit, est en moyenne de 2 à 4 grammes pour 1000, parfois davantage ; et *l'hyperglycémie* indique le diabète mais non la *gravité des cas* ; elle est fonction de la ration hydrocarbonée quotidienne ; cependant elle peut persister, alors que toute glycosurie a disparu ; il s'agit alors souvent d'un diabète grave, et il arrive que même une nouvelle réduction de la ration hydrocarbonée ne puisse réduire l'hyperglycémie ; l'action de ce régime doit alors être constatée par celle du médicament.

Si la glycosurie ne se modifie pas sous l'influence de la restriction hydrocarbonée, il faut penser au DIABETE RÉNAL, *par abaissement du seuil du glycose.* Ici la glycosurie est ordinairement modérée (quelques grammes avec quelques dizaines de grammes)) ; elle ne s'accompagne pas d'hyperglycémie ; le taux de la glycémie reste normal, ou même inférieur au taux normal. Le malade n'ayant pas d'hyperglycémie, n'est ni polidypsique, ni polyurique. C'est une affection essentiellement bénigne, car elle ne comporte ni le même traitement indéfiniment prolongé, ni le même pronostic que le diabète vrai.

Pour distinguer le diabète vrai de certaines glycosuries non diabétiques, pour déceler un diabète latent ou masqué par le régime, par le traitement, on recourt à la glycémie provoquée ou glycémie alimentaire.

Voici la technique de M. Labbé :

Le sujet est examiné le matin à jeun et au repos ; il ingère 50 grammes de glucose anhydre dans 250 grammes d'eau ; on mesure la glycémie avant cette ingestion et après elle, de demi-heure en demi-heure, pendant 3 ou 4 heures.

Chez le sujet normal, la glycémie, qui est en moyenne de 1 gramme, atteint au maximum 1 gr. 20 à 1 gr. 40 en une demi-heure ou une heure. Elle revient à son taux normal en une ou deux heures.

Chez le diabétique, la courbe d'hyperglycémie provoquée se modifie de deux façons. D'une part, l'élévation de la glycémie au dessus du taux de départ est beaucoup plus importante ; elle est de 1 ou de plusieurs grammes (3, 4 ou plus). D'autre part, la glycémie ne revient à son point de départ que beaucoup plus lentement, soit seulement après 3, 4, 5 heures.

De plus, chez le sujet normal, l'épreuve ne fait pas apparaître de glycosurie, tandis qu'elle la fait apparaître chez le diabétique rendu glycosurique par le régime.

2° Trouble du métabolisme des albumines et des graisses.

Les *signes humoraux* sont plus précoces que les signes cliniques, dont ils précèdent l'apparition ; ils peuvent être décelés dès que l'acidose commence à se constituer. C'est donc *systématiquement qu'il faut les rechercher chez tous les diabétiques,* et d'une façon répétée au cours de l'évolution de la maladie.

Ils comportent des signes de cétose, et des signes d'acidose proprement dite.

Cétose. — Parmi les réactions, qui permettent de déceler les corps acétoniques dans l'urine, celle de Gerhardt décèle l'acide diacétique, celle de Legal l'acide diacétique et l'acétone ; la réacton de Lieben décèle l'acétone.

Ces réactions, faciles à exécuter en dehors de tout laboratoire peuvent même être confiées au malade, notamment celle de Gerhardt que préfère ici M. Labbé. Elles sont ordinairement suffisantes pour la surveillance du malade, surtout que l'intensité de coloration obtenue avec le Gerhardt et le Legal, permet d'apprécier approximativement l'abondance des corps cétoniques.

Réaction de Gerhardt : acide diacétique.

Dans un tube à essai, contenant 9 centicubes d'urine, verser 1 centicube de la solution officinale de *perchlorure de fer*. Après agitation il se forme un précipité brunâtre, qui se redissout rapidement. On examine alors la coloration ; si *la réaction est négative*, l'urine est teintée en jaune par le perchlorure de fer ; *si elle est positive*, la coloration vire au *rouge*, et elle est d'autant plus foncée que la quantité d'acide diacétique est plus grande : d'où les comparaisons, suivant l'intensité de la réaction, avec le vin de Porto, le vin de Bourgogne vieux, le vin de Bordeaux, le vin de Malaga. L'intensité de la réaction se juge ainsi à l'intensité de la coloration.

Il ne faut pas oublier que l'antipyrine, l'aspirine et les autres dérivés salicylés donnent la même réaction et peuvent être une cause d'erreur. En cas de doute, on fait bouillir l'urine, avant de pratiquer la réaction ; si la réaction est négative dans ces conditions, alors qu'elle doit être positive avec l'urine fraîche, c'est qu'elle était bien due à l'acide *diacétique*, qui, volatile, a été chassé par l'ébulition.

Réaction de Legal. Acide diacétique et acétone.

Dans un tube à essai contenant 10 cent. cubes d'urine, faire tomber cinq à dix gouttes de réactif ; acide acétique cristallisable, 10 grammes ; solution de nitroprussiate de soude au 1/10 10 cent. cubes. Puis verser lentement le long du tube 1 centimètre cube d'ammoniaque liquide, de façon qu'il surnage le reste du liquide,

sans se mélanger. A la limite des deux liquides, apparaît un anneau violet-rouge, lorsque l'urine contient de l'acétone, anneau d'autant plus foncé que les corps acétoniques sont plus abondants.

Réaction de Lieben. Acétone.

Mélanger dans un tube à essai deux parties d'urine et une partie de solution de soude normale ; agiter et filtrer ; sur le liquide filtré, verser lentement, pour éviter le mélange, XX à XXX gouttes de solution iodo-iodurée de Gram. Au cas d'acétonurie, un disque blanc jaunâtre d'iodoforme apparaît à la limite des deux liquides.

La recherche de l'acide B-oxybutyrique est plus complexe : sa présence ne peut être révélée par une simple réaction colorée ; un titrage chimique est nécessaire.

Le dosage des corps acétoniques de l'*urine* se fait par deux méthodes, celle de Messinger, et celle de Von Slyke. Leur excrétion quotidienne est nulle ; mais aucun chiffre n'est à négliger : une acétonurie minime, c'est-à-dire ne dépassant pas 1 à 2 grammes, n'est sans doute pas inquiétante ; mais elle doit être surveillée et traitée jusqu'à disparition complète.

Une acétonurie, qui dépasse 10 *grammes,* sera considérée comme *menaçante* et nécessite des mesures immédiates.

Une acétonurie qui dépasse 50 *grammes,* aboutit en général *rapidement au coma.* Il faut toutefois savoir que les chiffres d'acétonurie obtenus ne mesurent pas d'une façon rigoureuse la gravité de l'acidose diabétique.

Dans le *sang,* les corps acétoniques atteignent quelques milligrames, au plus 25 milligrames (méthode de Von Slyke et Pitz). Dans l'acidose diabétique on en trouve 1 et 2 grammes par litre.

Acidose. — *Examen des urines.* — L'acidité *urinaire* est titrée au moyen de la solution décinormale de soude, le phénol-phtaléïne servant d'indicateur. Exprimée en acide phosphorique ou en acide sulfurique, elle s'élève de 1 gr. (état normal) à 3 ou 4 grammes.

Quant à l'*acidité réelle*, pH, la valeur de ce symbole pour l'urine, s'abaisse de 6 à 5 ou 4.

L'ammoniaque sera dosée soit par l'ammoniurie, 2 à 3 grammes, et même 6 à 8 gr. au plus, soit par le coeffiçent de Maillard (imperfection uréogénique) pouvant s'élever de 5 ou 7 p. 100 jusquà 20 ou 30 p. 100.

Examen du sang. — L'acidose, avons-nous dit, ne devrait apparaître qu'après épuisement de la réserve alcaline ; un excès d'acide avant de se manifester par l'acidose, se traduit d'abord par la diminution de la réserve alcaline.

On peut ainsi mesurer l'acidose par la methode directe (pH sanguin), ou par la méthode indirecte (dosage de la réserve alcaline.)

Le pH sanguin se détermine soit par électrométrie soit par colorimétrie.

Tant que la réserve alcaline est suffisante pour neutraliser l'excès d'acide le pH sanguin est normal (7,30 à 7,40) ; quand l'acidose s'accentue, le pH sanguin s'abaisse de 7,25. parfois 7,05.

La *réserve alcaline* s'apprécie ainsi qu'il a été dit plus haut, par l'analyse du sang, en volume de CO^2 total du sang veineux : 53 à 70 vol. p. 100 volumes de plasma (normal) ; 50 à 40 vol. dans les acidoses modérées ; 40 à 30 vol. (aux doses graves) ; 25,20 ou 10 vol dans le coma.

24 par la tension du CO^2 dans l'air alvéolaire : 38 à 45 millimétres de Hg (normal) ; 38 à 32 mill. (acidose légère) ; 25 mil (acidose grave) ; 10 mill. Hg (coma.)

3° Dénutrition.

L'état de nutrition du sujet se juge par son *poids,* et ce poids doit être celui que commandent la taille, l'âge et le sexe.

La dénutrition azotée est décélée par la recherche dans l'urine des composés azotés, incomplètement métabolisés, et en particulier l'ammoniaque et les acides aminés.

On peut ainsi déterminer l'*amino-acidurie* $\frac{\text{azote aminé}}{\text{azote total}}$ (s'élevant de 0,05 ou 0,13 — normale — à 1 ou 3 p. 100), la *créatinurie,* résultat d'un trouble do métabolisme de certains corps azotés.

Enfin l'*azote résiduel du sang* s'élève, en cas de dénutrition, de 0,10 par litre (normal) à 0,30 ou à 0,40.

***

IIe PARTIE

LE TRAITEMENT DU DIABÉTIQUE

Le *traitement,* précise fort justement M. Carrié, *n'a pas pour but de guérir la maladie* (il n'y a point de traitement curatif du diabète). *Il se propose simplement de rendre inoffensive la perversion du métabolisme,*

Pour cela, il doit : réduire l'hyperglycémie et supprimer la glycosurie ; éviter l'acidose ; maintenir le diabétique en état de nutrition suffisant.

Notions préliminaires

Au métabolisme défectueux des hydrates de carbone, il sera paré par une réduction convenable de l'apport de ces aliments, qu'ils s'agisse d'hydrates de carbone préformés, ou d'hydrates de carbone provenant des protéines et graisses.

D'autre part, parmi les médicaments, l'*insuline* exerce une action hypoglycémiante par meilleure utilisation du glucose ; elle produit aussi la diminution ou la cessation de la glycosurie. La *synthaline,* dérivée de la guanidine, est aussi hyperglycémiante ; il en est de même du glukhorment. Par contre, l'antipyrine et les sels de quinine ne sont pas aujourd'hui, comme

autrefois, considérés comme susceptibles d'abaisser la glycosurie des diabétiques.

De même, au *métabolisme vicié des protéines et des graisses* s'oppose une réduction de ces substances, alors que, de son côté, l'insuline exerce une action rapide sur l'acidose ; si celle-ci est injectée à doses suffisantes, l'acidose, si grave soit-elle, diminue et disparaît, en quelques jours, parfois en quelques heures. La synthaline aussi aurait une action favorable sur l'acidose, et serait susceptibles de faire disparaître l'acétonurie.

Régime et médicaments *peuvent donc concourir à rendre inoffensive la perversion du métabolisme* ; nous dirons plus loin pourquoi : régime *d'abord*, et médicaments *ensuite*,.

Le régime.

1° Pour répondre aux principes énoncés *il* doit *malgré une réduction de certains composés, maintenir le diabétique dans un état de* nutrition suffisante.

Le besoin en calories, d'après du Bois, est calculé suivant la surface du corps, et d'après l'âge. « Un individu a 1 m. 70 et pèse 75 kilos : la surface de son corps est de 1 m²,9. Si c'est un homme de 45 ans, ses besoins en calories sont de 1,9 × 924 = 1755 calories par jour. »

D'autre part le calcul de la valeur calorifique d'un régime est aisé à faire, d'après les chiffres suivants suffisamment exacts :

1 gramme de protéine donne 4 calories ;

1 gramme d'hydrate de carbone donne 4 calories ;

1 gramme de graisse donne 9 calories.

Ainsi 100 grammes de pain, qui contiennent 8 grammes de protéine, 54 grammes d'hydrates de carbone et 1 gramme de graisse, donnent 257 calories soit :

8 grammes de protéine	8 × 4 =	32 calories
54 grammes d'hydrates de carbone	54 × 4 =	216 —
1 gramme de graisse .		9 —
		257 cal.

Les tableaux suivants que nous empruntons à M. Carrié, permettent de calculer rapidement la valeur approximative d'un régime.

Tableau pour le calcul rapide de la valeur d'un régime.

100 grammes de	Protéines	Graisses	Hydrate de carbone
Viande dégraissée	20	10	
Boisson..........	20	2	
Huile	»	100	
Beurre..........	»	80	
Fromage sec..........	30	30	
Fromage frais	30	30	
Crème fraîche..........	3	30	3
Lait	3	4	5
Légumes verts (5 p. 100)..........	2	»	3
Pommes de terre..........	2	»	20
Fruits à 10 p. 100 (oranges)..........	1	»	10
Fruits gras	20	60	15
Olives..........	1	20	10
Pain ordinaire..........	8	»	55
Pain de gluten..........	75	»	8
Un œuf..........	6	6	»
Calcul des calories	× 4	× 9	× 4
100 grammes vin..........		60 calories	

Equivalences des hydrates de carbone

100 grammes de pommes de terre peuvent être remplacés par	6 à 700 grammes	Légumes verts à 5 p. 100, comptés à 3 p. 100
	3 à 350	Légumes à 10 p. 100, comptés à 6 p. 100
ou 20 grammes d'hydrates de carbone sont fournis par..........	130	Légumes à 15 p. 100
	35	Pain
	35	Légumes secs
	25	Riz ou pâtes alimentaires.

La crainte de l'amaigrissement chez le diabétique, par danger du diabète maigre, qui était considéré jadis comme le résultat et non comme la cause de l'amaigrissement, avait conduit aux *rations alimentaires excessives.* Celles-ci parurent à un moment dangereux, et l'on en arriva à prescrire des *cures de réduction totale*, à des *régimes de famine et de jeûne* suivant les formules de Guelpa et d'Allen ; c'était avant l'insuline le meilleur moyen d'éviter l'acidose ; *aujourd'hui, ces cures de réduction excessives sont abandonnées en tant que cures permanentes et définitives.*

Dans le même ordre d'idées, on crut longtemps que la suppression de toute glycosurie devait être évitée chez les diabétiques, car on était frappé de l'apparition possible d'accidents graves voire même de coma, lorsque la glycosurie était brusquement supprimée. « En réalité, de tels faits nous apparaissent actuellement comme résultant de traitements mal conduits, de régime non approprié, et ce n'est point en laissant subsister une certaine glycosurie qu'on doit chercher à éviter les accidents graves d'acidose ».

2° *Il faut en effet un régime bien équilibré.*

S'il est démontré que la suppression totale des hydrates de carbone fait disparaître la glycosurie, on sait aujourd'hui qu'une certaine quantité d'hydrates de carbone est nécessaire pour détruire les corps acétoniques, dus à la désintégration des graisses et des protéines, pour éviter les accidents d'acidose, qu'entraîne le métabolisme défectueux des protéines et des graisses nécessaires à la ration d'entretien de l'organisme.

Il ne suffit pas qu'un régime fournisse un certain nombre de calories ; les trois substances fondamentales ne peuvent être, en proportion illimitée, remplacées les unes par les autres ; celles-ci doivent être dans un certain rapport entre elles ; le régime doit être *équilibré*, suivant des directives, et non des précisions mathématiques.

Le taux minimum de protéines au-dessous duquel on ne peut descendre sans nuire au maintien de l'équilibre azoté est de 1 gr. à 1 gr.25 par kilog de poids corporel. A titre indicatif, disons qu'on ne peut descendre au-dessous de 1 gramme d'hydrates de carbone par kilogr. de poids.

Puisque chez les diabétiques la ration protéique et surtout la ration hydrocarbonée sont abaissées, on doit s'adresser aux graisses pour obtenir le complément indispensable de calories. Joslin fait remarquer d'ailleurs que le régime du diabétique se rapproche de celui de l'Esquimau, pauvre en hydrates de carbone et riche en graisses. Ce même auteur estime que la quantité de graisses prescrites dans un régime ne doit pas excéder, en général, 3 grammes pour 1 gramme d'hydrate de carbone.

On n'oubliera pas que, dès qu'on arrive à une proportion élevée de graisse, les réactions acidosiques doivent être surveillées ; les *directives précédentes ne veulent nullement dire qu'en les appliquant on évitera sûrement l'acidose.* C'est pourquoi un *certain empirisme* reste à l'heure actuelle nécessaire pour préciser le régime auquel doit être soumis un diabétique.

Quelques données sur la composition des principaux aliments.

Le *sucre* et tous les plats sucrés doivent être interdits au diabétique. Pour les remplacer, on a conseillé, mais sans avantages, la lévulose, le miel, la glycérine, le sucre caramélisé ; mais le saccharine semble encore le produit le plus acceptable ; elle donne, à des doses 200 fois moins fortes, un goût sucré équivalent à celui du sucre.

Les *farines de céréales* et les aliments fabriqués avec des farines sont à éviter.

Le *pain ordinaire* (55 p. 100 d'hydrates de carbone) doit être le plus souvent proscrit. Des succédanés du pain ont été fabriqués avec des farines d'amidon, ou autres, d'où les nombreux «pains de diabétiques, que l'on trouve dans le commerce; leur richesse en hydrates de carbone est parfois élevée (30 à 40 p. 100), aussi ne doit-on les prescrire qu'à bon escient. Le pain d'aleurone d'Heudebert contient 15 à 20 p. 100 d'hydrates de carbone, son pain de soja 20 à 25 p. 100. Mais celui qu'il faut prescrire au diabétique, c'est le pain de gluten d'Heudebert, car sa teneur en hydrates de carbone n'est que de 8 p. 100, et il a une forte teneur (70 p. 100) en protéines, qui seraient peu cétogènes.

La *farine d'avoine* (70 p. 100 d'hydrates de carbone et 15 p. 100 de protéine) peut remplacer 50 gr. de pommes de terre à la dose de 15 gr. en bouillie, ce qui équivaut à la même dose d'hydrates de carbone.

Les fruits frais contiennent de 6 à 25 p. 100 en hydrates de carbone ; ils ne doivent pas être indifféremment autorisés.

Les fruits gras, noix, noisettes, amandes, pêches, contiennent 15 p. 100 d'hydrates de carbone ; ils sont commodes et utiles à prescrire, car on en mange peu, et ils sont riches en graisse. De même, les olives contiennent 10 p. 100 d'hydrates de carbone.

Les fruits secs (75 %) sont à proscrire.

Parmi les *légumes*, les uns sont riches en hydrates de carbone avec 25 % ; les autres sont pauvres avec 3 à 5 p. 100.

Dans le premier groupe, se range la pomme de terre ; c'est avec elle qu'on compose le régime-type d'un diabétique, quitte à la remplacer à certains jours par des aliments équivalents en hydrates de carbone.

Dans l'autre groupe (à 5 %) sont les légumes verts ; mais en réalité il faut les considérer à 3 %, car une partie n'est pas assimilée, ou bien est entraînée par l'eau de cuisson. Par la méthode des trois ébullitions, c'est-à-dire dans 3 eaux différentes, on peut les priver presqu'entièrement de leurs hydrates de carbone ; ils peuvent être prescrits sans danger et rassasier le malade ; au surplus, ils supportent en assaisonnement une forte proportion de graisses (asperge ; aubergine ; céleris ; champignons ; chicorée ; choux ; choux-fleurs, choux de Bruxelles ; concombre ; cornichons ; carottes ; oignons et navets (bouillis 3 fois) ; endives ; épinards ; haricots ; laitue ; oseille ; pissenlit ; poireaux ; radis ; rhubarbe ; scarole ; tomates).

Les *légumes secs* (60 %) ne peuvent être prescrits qu'en petite quantité.

Le lait peut être autorisé à petites doses ; il y a intérêt à le remplacer chaque fois qu'on peut par la crême fraîche, moins riche en hydrates de carbone (3 au lieu de 5 p. 100), et beaucoup plus riche en graisses.

En pratique, les *protéines* de l'alimentation sont pour les diabétiques fournis surtout par les *viandes* (25 %), les fromages secs (30 %) et les *œufs* (6 gr. pour un œuf), accessoirement par les fruits gras, ou les pains spéciaux, plus rarement par les légumes secs. Les protéines des viandes paraissent plus cétogènes que les protéines végétales.

Les fromages, constituant un aliment des plus utiles, à cause de leur richesse non seulement en protéines, mais aussi en graisses ; les fromages frais (suisse) sont moins riches en protéines que les fromages gras.

Quant aux graisses, le beurre, le lard (80 %) et la crème fraîche, sont le plus largement utilisées ; elles donnent au moins la moitié de la ration de graisses au diabétique.

Les médicaments

L'insuline.

L'insuline, cette hormone extraite des îlots du pancréas, a révolutionné la thérapeutique du diabète. Son action conjuguée avec celle du foie, est indispensable pour le métabolisme des hydrates de carbone, des albumines et des graisses. Le diabète n'étant en somme que le résultat d'une insuffisance de la sécrétion insulinienne du pancréas, on comprend que la restitution à l'organisme de cette sécrétion interne amène le rétablissement de la normale. Son action sur l'acidose et sur le coma diabétique est particulièrement appréciable et rapide.

L'unité physiologique d'insuline est la quantité d'insuline nécessaire pour abaisser en quatre heures la glycémie normale d'un lapin de 2 kg. à jeun depuis au moins seize heures, à 0,45 p. 1000. Mais cette unité physiologique est trop élevée pour la pratique courante, c'est pourquoi on l'a remplacée par l'*unité clinique, qui est le tiers de l'unité physiologique.*

L'insuline, convenablement employée, transforme en quelque sorte les diabètes graves en diabètes bénins, et permet de conserver l'existence et même la santé à bien des malades, qui autrefois mouraient fatalement et rapidement.

Ce médicament est actuellement bien toléré, et il se montre efficace, mais pour cela il est nécessaire de respecter certaines *règles thérapeutiques* précisées par Marcel Labbé et malheureusement ignorées d'un grand nombre de praticiens.

Tout d'abord, *l'insuline est un médicament symptomatique et non un curateur ; il ne faut pas l'employer, en délaissant la diététique* ; de même elle ne doit pas servir aux gros mangeurs à manger à leur guise ; dans ces cas, le résultat thérapeutique est nul, et médecins comme malades se retournent contre le médicament pour l'accuser d'ineffiacité. Or, chaque unité d'insuline permettant l'utilisation d'environ 1 gr. à 1 gr. 25 d'hydrates de carbone, il est facile de comprendre que l'administration de 20 ou même de 60 unités d'insuline ne permettra pas de tolérer un régime, qui apporte 200 ou 300 gr. d'hydrates de carbone, et que, en présence d'une suralimentation hydrocarbonée, l'effet de l'insuline sera à peine sensible.

Médicament non curateur, l'insuline donnée en injections par cures ou par périodes, n'aura qu'un effet peu sensible, et qui restera masqué par les écarts de régime. Même bien traité, n'ayant plus ni glycosurie, ni acidose, le sujet peut vivre dans un état de santé apparente ; mais M. Labbé insiste sur ce point, qu'il faut bien connaître, c'est que malgré la bonne santé apparente, le malade cependant n'est pas guéri ; son diabète est simplement compensé et le traitement par l'insuline doit être poursuivi indéfiniment.

On a également dit que certains malades, habitués à l'insuline, se montraient extrêmement fragiles, lorsqu'on supprimait le médicament, et mouraient rapidement dans le coma ; de là une idée d'accoutumance à un médicament, dont on ne saurait plus se passer, à l'instar de la morphine. Si le fait rapporté plus haut se produit quelquefois, *ce n'est pas le résultat d'accoutumance* ; c'est parce que l'organisme, totalement déficient en sécrétion pancréatique, ne peut point se passer des injections d'insuline ; sans la bienfaisante hormone, ils sont morts ; grâce à elle, ils auraient pu vivre. Car, « il faut bien savoir que, dans le diabète avec dénutrition azotée et acidose, l'insuline est indispensable, sans elle, c'est la mort ». *Dans le diabète sévère, le traitement insulinique doit être continué, sinon, c'est la mort.*

Dans d'autres cas, il sera seulement *tempo-*

raire, lorsqu'au début du traitement il aura été impossible d'obtenir par le régime seul un résultat satisfaisant. Au bout de 10, de 20 jours l'examen du malade a montré que sa tolérance s'était améliorée ; on peut alors supprimer l'insuline, et cela souvent pour des années.

Le traitement insulinique sera également temporaire, à l'occasion de *crises d'aggravation de diabètes bénins.*

Il sera *intermittent,* chez *des diabétiques en état d'équilibre instable,* pour venir au secours d'une défaillance (apparition d'une légère glycosurie ou d'acétonurie, perte de poids) dans les effets d'un régime établi et suivi d'ordinaire avec équilibre. Cette défaillance se sera produite sans cause apparente ou pour des causes minimes, un excès de fatigue, par exemple. Les symptômes d'alarme seront annihilés en une ou deux semaines par des doses faibles (10, 15 ou 20 unités par jour.)

Mode d'administration de l'insuline.— L'insuline, absorbée par le tube digestif, se montre complètement inactive, car elle est détruite par les ferments digestifs ou simplement neutralisée.

Pour éviter la pénible sujétion de répéter à l'infini les injections, on a cherché d'autres moyens de faire pénétrer le médicament dans l'organisme ; les doses nécessaires ont été aussi plus élevées, et le résultat pratique nul, d'autant plus que les introductions par inhalation, par injection trachéale, par absorption linguale, ou par enrobement dans des substances acides ou basiques, sont beaucoup plus pénibles que les injections sous-cutanées.

Les injections sous-cutanées, d'autre part, sont supérieures aux injections intra-musculaires, et surtout aux injections intra-veineuses, parce que l'introduction de l'insuline dans l'organisme est ainsi moins brutale, et qu'il faut se rapprocher de l'état physiologique, qui fait pénétrer lentement et progresssivement l'insuline dans le courant sanguin, ceci dans le but d'éviter des variations brusques dans le taux de la glycémie, et des accidents d'hypoglycémie. Dans le même but, on a abandonné les solutions aqueuses d'insuline, qui se résorbent trop vite, de même que l'on a essayé de multiplier les injections à petites doses dans les 24 heures.

Une solution huileuse d'insuline aurait une action plus prolongée, mais moins énergique que la solution aqueuse.

Marcel Labbé a repris cette idée avec une solution d'insuline dans l'huile d'olives, à un taux de 20 unités par centimètre cube ; mais, de ses recherches, il résulte que l'insuline en solution huileuse n'offre pas un point de vue du mode d'action les avantages espérés.

Horaire, nombre et doses des injections. — On cherchera à faire coïncider le moment, où l'insuline produit son effet (soit deux heures après l'injection) avec celui où les hydrates de carbone ingérés passent dans la circulation. L'injection sera donc pratiquée 1 /4 d'heure avant le repas (celui de midi (1), si l'injection est unique dans la journée), et Marcel Labbé conseille pour éviter les accidents possibles d'hypoglycémie, d'introduire dans l'alimentation une quantité d'hydrates de carbone, qui soit en proportion avec celle de l'insuline, c'est-à-dire *qu'il y ait au moins autant de grammes d'hydrates de carbone que d'unités d'insuline injectées.*

P.A.Carrié précise que, s'il est nécessaire de pratiquer 2 ou 3 injections par jour, chaque injection sera séparée de la précédente par un intervalle de temps d'au moins 6 heures, puisque l'action hypoglycémiante d'une injection d'insuline se prolonge 6 à 8 heures ; sinon l'effet de la 2e injection pourrait s'ajouter à celui de la première et déterminer une hypoglycémie excessive.

D'après le même auteur, on ne doit pas en général dépasser par injection une dose de 20 *à* 30 *unités cliniques* ; il est déjà préférable de répartir en deux fois une dose de 20 unités, et on doit le faire pour des doses supérieures, S'il est nécessaire, ce qui est rare, de dépasser le taux de 20 unités par injection, il est prudent de n'augmenter la dose que progressivement, soit de 5 unités par injection.

Sauf dans le coma, *on pratique au plus trois injections par jour,* en les espaçant ainsi : 7 heures du matin, 1 heure, 8 heures du soir.

Accidents d'hypoglycémie. Leur traitement. — Avec les insulines purifiées, les accidents anaphylactiques sont exceptionnels.

Quant aux accidents d'hypoglycémie ou d'hyperinsulinémie, qui réalisent parfois un tableau impressionnant, ils ont inspiré aux malades et surtout à certains médecins une terreur fort exagérée. Les accidents se produisent en général *deux ou trois heures après* que l'injection a été faite, c'est-à-dire au moment où l'insuline absorbée produit son effet ; mais ce chiffre n'est qu'approximatif, il peut varier de 1 heure jusqu'à 6 heures même, suivant les susceptibilités individuelles. Aussi, sauf dans les cas d'acidose très grave, ne faut-il jamais employer d'emblée les doses fortes, mais au contraire tâter chaque susceptibilité individuelle pour les doses progressives.

Trois formes d'accidents sont à distinguer : *légère* (nervosité, impression de faim impé-

(1) Ce repas de midi comprendra la plus grande partie, sinon la totalité des hydrates de carbone autorisés dans le régime pour en favoriser l'assimilation ; de plus, le 2e repas sera assez rapproché du premier, pour qu'à ce moment l'effet de l'insuline ne soit pas encore complètement épuisé.

rieuse, malaise pénible), *moyenne* (malaise extrême avec angoisse vive, sueurs abondantes, tremblements, tachycardie), *grave* (obnubilation intellectuelle, avec délire ou dysarthrie, convulsions et coma.)

Afin d'éviter ces accidents il faut d'abord prendre les précautions indiquées plus haut pour la pratique des injections.

Par crainte de l'hypoglycémie, beaucoup de médecins font prendre à leurs malades une forte dose de sucre, après chaque injection d'Insuline. C'est à tort, car si l'insuline administrée de cette façon combat l'acidose, elle n'exerce aucune action sur l'hyperglycémie, et, souvent même, la dose de sucre absorbée par le malade étant physiologiquement supérieure à la dose d'insuline injectée, il en résulte une augmentation de l'hyperglycémie et des symptômes qui la traduisent (M. Labbé.)

Quant au traitement curatif, il consiste essentiellement dans l'administration de la glucose, anssi qu'il va être dit, et accessoirement de l'adrénaline (agent hyperglycémiant).

Dès les premiers troubles, on fait ingérer 10 à 20 grammes de glucose, c'est-à-dire soit le jus de deux oranges, soit 2 ou 3 morceaux de sucre fondus dans un peu d'eau. Cela suffit en général. Sinon, comme dans les formes graves, on injecte le glucose : c'est une solution stérilisée de sérum glucosé à 10 p. 100, qui est injectée soit sous la peau, soit pour aller plus vite encore, dans les veines ; la dose à injecter est au minimum de 250 grammes de sérum ; elle peut être, s'il est nécessaire, de 500 grammes, 1.000 grammes et plus ; mais de telles doses sont habituellement inutiles.

Simultanément on injecte de l'adrénaline, par voie sous-cutanée ; un milligramme de chlorhydrate d'adrénaline dissous dans au moins dix cent. cubes de sérum artificiel.

Les contre-indications.— L'insuffisance rénale, comme l'insuffisance cardiaque, commande la prudence ; on évitera de donner d'emblée de fortes doses d'insuline, et l'on prescrira simultanément la médication appropriée.

Quant à la tuberculose pulmonaire, l'accord semble fait pour admettre que son apparition est plutôt une indication qu'une contrindication du traitement insulinique.

La mise en pratique du traitement

I. — Le médecin de clientèle aisée.

La mise en pratique du traitement variera suivant qu'il s'agira de cas *avec ou sans dénutrition.* Cette distinction, que nous avons appris à faire dans un précédent paragraphe à l'aide des réactions de laboratoire, va s'établir tout naturellement, par élimination pour ainsi dire, au cours des épreuves de tolérance que nous savons mettre en train pour étudier les troubles dans le métabolisme des hydrates de carbone, épreuves qu'il est indispensable de faire dès qu'on est en présence d'un malade atteint de diabète, ou dès qu'on soupçonne le diabète. Deux cas à distinguer :

1° — Les épreuves de tolérance rendent possible la suppression de la glycosurie par le régime : diabète sans dénutrition.

2° — Les épreuves de tolérance démontrent impossible la suppression de la glycosurie par le régime : diabète avec dénutrition. Diabète grave.

1° — Suppression possible de la glycosurie par le régime. Diabète sans dénutrition.

Voici tout d'abord les *principes du traitement*, tel que le conçoit M. Labbé :

Dans le diabète sans dénutrition, il suffit de lutter contre l'hyperglycémie en instituant un régime, contenant une proportion d'hydrates de carbone inférieure à la capacité d'utilisation du sujet . L'important est de ne pas suralimenter les malades, comme on le faisait autrefois, mais plutôt de les sous-alimenter passagèrement, afin de leur permettre de retrouver leur capacité d'utilisation pour les hydrates de carbone.

Le régime institué dans ces cas est, en général un régime mixte ; il faut un temps plus ou moins long pour aboutir ; on peut aller plus vite par une cure de jeûne.

En pareille occurrence, l'insuline est généralement inutile, sauf si, la capacité d'utilisation étant peu élevée, le diabète se rapproche de la forme grave, et subit des poussées évolutives sous l'influence d'excès de régime, d'accidents, d'infection.

Voyons maintenant sa *mise à exécution* d'après P.-A. Carrié.

A tout diabétique, on commence par prescrire un *régime d'épreuve*, fournissant environ 1.500 calories, pour un sujet de 60 kilogrs ; celui-ci comprendra donc 50 grammes d'hydrates de carbone, 60 grammes de protéines et 120 grammes de graisses. Voici ce régime, traduit en aliments : viande 100 grammes; œuf n° 1; beurre 60 grammes; huile, 30 grammes ; fromage sec, 60 grammes; lait, 100 gr.; légumes verts, 500 grammes; pommes de terre, 100 grammes; orange n° 1,100 grammes. Eau à volonté.

Le malade est soumis à ce régime trois à cinq jours. Le dernier jour, on recherche la glycosurie sur les urines de 24 heures, et, s'il y a lieu, on la dose. On s'assure qu'il n'y a pas d'acétonurie.

Deux cas se présentent :

1° *La glycosurie a disparu* : la tolérance hydrocarbonée est donc égale ou supérieure à 50 ; et on augmente tous les deux ou trois jours, la

ration hydrocarbonée de 10 grammes, soit 50 grammes de pommes de terre, qui est l'aliment le plus commode à utiliser pour cette progression. Lorsqu'on a dépassé la limite de tolérance, la glycosurie apparaît ; il ne reste plus qu'à aménager le régime aux besoins (en restant de 10 grammes en dessous de la tolérance) et, si possible, au goût du malade. On pourra notamment demander au vin de fournir quelques calories, puisqu'il en donne 60 pour 100 grammes.

Aux premiers jours de la cure, ce régime paraît faible au diabétique, car il a des habitudes de gros mangeur, exaspérées par son hyperglycémie. Il faut le prévenir que les sensations de faim persisteront peu, et cesseront dès que sa glycosurie aura cessé. Si, à ce moment cependant, le diabétique ne reconnaît pas lui-même son régime suffisamment abondant, ce sont les légumes verts, légumes cuits ou salades crues, qu'il faudra faire intervenir largement : par leur volume, ils apportent peu d'éléments nutritifs, mais ils conviennent bien pour donner au malade l'impression de le rassasier.

Le malade, ainsi soumis au régime, sera surveillé sans cesse : poids, glycosurie, acétonurie ; on modifiera aussitôt ce régime suivant les données recueillies.

On vérifiera à nouveau la tolérance hydrocarbonée au bout de 3 à 4 semaines ; il ne sera pas rare de la trouver augmentée sous l'influence du régime et celui-ci peut ainsi être élargi.

2° *La suppression de la glycosurie apparaît difficile.*

C'est le cas, lorsqu'une nouvelle restriction hydrocarbonée dans le régime d'épreuve a cependant laissé subsister une glycosurie. La réduction a été poussée, sans résultat, à 20, 30 grammes, chiffres que l'on doit atteindre très prudemment, en surveillant les réactions d'acidose.

Deux méthodes :

A. — On essaiera *par le régime seul* d'améliorer la tolérance hydrocarbonée du malade.

Ce sera un régime de réduction générale, sévère, qui pourra être très inférieur aux besoins calorifiques de l'organisme, et par conséquent devra être subi avec repos absolu au lit ou à la chambre.

On prescrira :

Ou bien le régime réduit, réunissant, dans les proportions usuelles, mais à des taux faibles, les divers types d'aliments ; il sera suivi 2 à 4 jours au plus.

Ou bien, une cure de légumes verts :

Légumes verts à 3 p. 100	1.000 à 1.500 gr.
Bouillon de légumes....	500 grammes
Beurre, huile, lard......	60 à 100 grammes
Crème fraîche..........	50 grammes
Vin	200 grammes
Café..................	2 tasses

Ce régime est loin d'être un régime de famine, et il donne au malade l'impression de satisfaire son appétit. On peut le continuer plus longtemps que le précédent ou que la cure de jeûne, c'est-à-dire une à trois semaines. Il aboutit, mais moins rapidement, aux mêmes résultats, c'est-à-dire qu'il peut faire cesser la glycosurie comme l'acétonurie, et déterminer une augmentation notable de la tolérance hydrocarbonée.

Enfin, on pourra essayer la *cure de jeûne* (de Guelpa, d'Allen).

Le malade absorbe seulement en 24 heures, un à deux litres de bouillon de légumes chaud, auxquels on peut ajouter un peu de thé ou de café ; un laxatif léger, le premier jour de jeûne est suffisant.

Cette cure permet d'obtenir d'excellents résultats en un, deux ou trois jours ; elle est beaucoup moins pénible que ne le prévoyait le malade ; celui-ci reste euphorique et sans malaises. La baisse de poids est en moyenne de 1 à 2 kilogrammes.

Quand, après cette cure de réduction générale, la glycosurie et l'acétonurie ont disparu, on augmente progressivement l'alimentation, en élevant plus rapidement le taux des protéines et des graisses que celui des hydrates de carbone, jusqu'à ce que la glycosurie réapparaisse. On peut alors équilibrer un régime de valeur suffisante, sans glycosurie, ni acétonurie.

B. — La deuxième méthode consistera à recourir *aussitôt à l'insuline* pour améliorer la tolérance hydrocarbonée.

La quantité d'insuline à injecter sera en rapport avec la glycosurie subsistante ; elle sera toujours faible dans les cas envisagés au cours de ce paragraphe. Par exemple, pour *une glycosurie de* 15 *grammes, on prescrira* 8 *à* 10 *unités cliniques d'insuline,* puisqu'une unité clinique favorise le métabolisme de 2 grammes de glycose.

Pour une glycosurie de 60 grammes, on prescrira une cure insulinique de 30 unités cliniques par jour, permettant de métaboliser ces 60 grammes de glucose, tout en maintenant le régime d'épreuve.

Cette dose d'insuline sera faite en une fois avant le repas de midi, auquel on donnera la plus grande partie des hydrates de carbone, pour en favoriser le métabolisme. Le malade sera en même temps soumis, non pas à l'un de ces derniers régimes de réduction, mais au régime d'épreuve, indiqué auparavant.

On surveille la glycosurie et sa disparition ; si elle ne disparaît pas, on augmente de 5 unités la dose d'insuline. Lorsqu'elle a disparu, le même traitement est continué pendant une dizaine de jours. Puis, on diminue tous les trois jours, la dose d'insuline injectée, de 2 à 3 unités cliniques,

et on surveille les urines. « Il n'est pas rare que la tolérance soit devenue suffisante pour que l'on puisse supprimer l'insuline, en laissant le malade au même régime, sans que la glycosurie réapparaisse. Si une certaine glycosurie persiste, on continue à la dose nécessaire les injections d'insuline pendant une nouvelle période de dix jours, et alors on peut supprimer l'insuline. »

L'amélioration ainsi obtenue est d'importance variable. Elle peut être suffisante pour que le malade n'ait plus besoin pendant des mois d'insuline. Dans d'autres cas, le régime équilibre à peine la nutrition ; c'est alors qu'un traitement insulinique intermittent peut être très utile.

Bref, cette méthode permet souvent d'obtenir en quelques jours la suppression de la glycosurie, et souvent aussi de l'acétonurie.

Traitement hydrominéral.

A *Vichy*, *Vals* doivent être envoyés les diabètes bénins, sans dénutrition et acidose, ceux que l'on observe chez les gros mangeurs et les obèses. Ces eaux agissent sur la congestion hépatique, quand celle-ci s'observe, et améliorent la tolérance hydrocarbonée.

Brides, est aussi réservée aux diabétiques obèses : *Evian*, *Vittel*, *Contrexéville*, *Martigny*, *Capvern* aux diabétiques goutteux ; *Saint-Nectaire* aux diabétiques albuminuriques ; *Royat* aux diabétiques hypertendus. et *La Bourboule* aux diabétiques anémiés, sous la réserve expresse pour toutes ces stations qu'il n'y ait ni dénutrition, ni acidose.

II. — Impossibilité de réduire la glycosurie par le régime.

Il s'agitalors de diabètes graves, avec dénutrition. car ces diabètes sont aussi compliqués d'acétonurie,

Si les épreuves, et les cures (régime réduit aux légumes verts) n'ont pas réduit la glycosurie, elles n'ont pas réduit non plus l'acétonurie.

Or, en pareils cas, avant la découverte de l'insuline, on courait au plus pressé, évitant avant tout l'acidose et l'imminence de coma, fût-ce par des régimes capables d'augmenter provisoirement la glycosurie. Dans ce but, on recommandait la cure d'avoine de V. Noorden, la cure de céréales, la cure de légumineuses, la cure de lait (3 litres par jour), la cure de fruits (3 kgr. par jour, en évitant les fruits gras, riches en albumines et en graisses).

Dans le diabète avec dénutrition, toutes les cures de régime inventées (pommes de terre, riz, céréales, légumineuses, lait) sont insuffisantes pour lutter contre l'hyperglycémie, l'acidose et la dénutrition azotée. Les cures de demi-jeûne sous la forme de légumes verts, suivies de réalimentation, semblent plus avantageuses que les cures de vrai jeûne.

On peut, d'après Marcel Labbé, procéder de deux façons pour combiner le régime et l'insuline.

1° On institue un *régime mixte bien équilibré* avec une proportion réduite d'hydrocarbonés, et une proportion modérée d'albumines et de graisses. La valeur énergétique du régime ne doit pas excéder ce qui conviendrait à un sujet sain par exemple, environ 1900 calories pour un homme pesant 70 kgr. Pareil régime énergétique peut comprendre ainsi : 50 grammes d'hydrates de carbone, 65 grammes de protéines, et 145 grammes de graisses, plus un complètement de vin. Il y a plutôt avantage à être au-dessous qu'au-dessus de la ration alimentaire. On se rappellera que les albumines de la viande sont plus dangereuses que les graisses végétales au point de vue de la cétose et de la production du coma, et qu'il suffit pour avoir un régime bien équilibré de ne pas abuser des graisses et surtout des albumines.

D'ailleurs les *formules mathématiques, exposées sous forme de tableaux de calcul, paraissent illusoires ; elles ne valent pas la méthode empirique pas étapes successives,*

La malade, une fois soumis à ce régime, on *dose la glycosurie qui s'établit* ; *puis, d'après celle-ci, on fixe la quantité d'insuline à injecter,* à raison d'une unité clinique pour 2 grammes de glucose. On se souviendra, à cet égard, *que ce rapport est variable suivant les insulines et suivant les individus,* et que ce n'est souvent qu'en *tâtonnant qu'on peut préciser le taux nécessaire d'insuline à injecter.*

Le malade étant ainsi soumis à un régime équilibré et à un traitement insulinique, qui supprime toute glycosurie, il importe de le *surveiller.*

« Si la *courbe de poids fléchit*, on peut *soit augmenter la ration alimentaire surtout au point de vue des graisses*, soit *augmenter la dose d'insuline* ; en effet, certains diabétiques engraissent lorsqu'on augmente la dose d'insuline, alors même que le régime reste inchangé ; *en pratique*, il est préférable d'accroître simultanément la ration alimentaire et l'insuline.

Si, après avoir disparu, la glycosurie apparaît de nouveau sous l'influence d'une aggravation transitoire ou définitive de la maladie, il y a lieu d'augmenter la dose d'insuline. Si, par contre, la glycosurie reste absente, il est utile de vérifier à nouveau la tolérance qui peut s'être accrue sous l'influence de la cure ; pour l'éprouver, on peut soit augmenter la ration hydrocarbonée, soit, de préférence, diminuer la dose quotidienne d'insuline, jusqu'à réapparition de la glycosurie. Si la tolérance apparaît ainsi augmentée, on en profite pour diminuer la dose d'insuline en proportion convenable, et non pour augmenter la ration hydrocarbonée. Cette amélioration est une éventualité souvent réalisée. » (Carrié).

En général, l'acétonurie disparaît aussi sous

l'influence du traitement ; si de nouveau, elle apparaît, on peut réduire les protéines, plutôt que les graisses, et cela à un gramme ou à 2/3 de grammes de protéines par kgr. de poids corporel. Mais « la mesure, qui convient le mieux est habituellement celle qui consiste à augmenter la dose d'insuline et parallèlement la ration hydrocarbonée, d'autant plus qu'il peut y avoir intérêt à élever temporairement la valeur générale de la ration chez ces malades, qui tendent à maigrir. »

2° Dans les formes, où l'équilibre parfait entre régime et insuline est difficile à obtenir, où l'on ne l'obtient qu'avec des doses très élevées d'insuline, Marcel Labbé préfère soumettre le malade pendant quelques jours à une *cure de réduction générale*, sous forme de jeûne ou de légumes verts ; il reprend ensuite une *réalimentation progressive avec insuline*. Fréquemment, à la suite de cette cure, l'équilibre est beaucoup plus facilement obtenu, et la perte de poids par réduction alimentaire est rapidement compensée, les jours suivants, grâce au meilleur équilibre nutritif. Chez ces malades, il y a d'ailleurs intérêt souvent à maintenir un régime faible (25 calories par kgr. de poids corporel), car l'équilibre nutritif s'obtient plus facilement.

La dose d'insuline à injecter ne peut être fixée mathématiquement à l'avance ; elle varie dans chaque cas, et avec le régime institué simultanément. « Il a semblé que 60 unités d'insuline par jour suffisaient généralement, à condition que le malade ne soit pas soumis à la suralimentation ». (M. Labbé). Si le malade fait des excès de régime, on est obligé ou bien d'augmenter passagèrement la dose d'insuline pour empêcher la reproduction de l'acidose, ou bien d'imposer de temps en temps une cure de régime réduit.

Régime et cure d'insuline doivent être poursuivis indéfiniment, au risque d'une poussée brutale d'acidose ou de coma.

Les alcalins constituent un autre appoint du traitement, car ceux-ci aident *à renforcer la réserve alcaline*. Chez les malades, qui font aisément de l'acétonurie, il est bon de prescrire du bicarbonate de soude, à des doses fortes, 5 à 20 ou 40 grammes par jour dans l'eau de boisson ou à jeun. Il sera possible ainsi de faire disparaître l'acétonurie, et d'éviter sa réapparition, en faisant une économie d'insuline.

La *synthaline* est contrindiquée dans les formes sévères du diabète, avec acidose, car celles-ci, presque toujours, s'aggravent lorsqu'on la substitue au traitement insulinique (elle ne pourrait être employée que dans les formes bénignes, et encore sous les réserves de prudence et de surveillance en raison de sa toxicité et de ses effets d'accumulation).

Le *gluckhorment* résulterait d'une autofermentation du pancréas, et ne paraît être qu'une poudre de pancréas avec addition de synthaline; ses effets, à l'usage, se sont révélés comparables à ceux de la synthaline.

La *galégine et l'oxanthine* (de la famille des guanidines), la *myrtilline* (glycoside extrait des feuilles de myrtille), ont des effets hypoglycémiants ; mais aucun d'eux n'est capable de remplacer l'insuline.

Les *eaux minérales* de Vichy, Vals, Carlsbad, sont *contrindiquées* chez les diabétiques graves avec acidose et dénutrition, chez les asthéniques et les fatigués, dont la courbe de poids fléchit, ou qui présentent une tuberculose concomitante. D'une façon parfois immédiate, le diabète s'aggrave sous l'influence de la cure thermale : la glycosurie augmente et l'état général s'altère.

III. — Coma diabétique.

Le coma diabétique, complication toujours mortelle autrefois, est actuellement justiciable du *traitement insulinique*, qui guérit souvent, mais non toujours, les acidoses les plus graves. *Dans les cas où l'on manquera d'insuline, on aura recours au traitement alcalin.*

Remarque. — Le traitement du coma sera institué, non seulement en cas de coma confirmé, mais encore, en cas d'imminence de coma, quand les diabétiques, éliminant de grosses quantités de corps cétoniques, présenteront les symptômes d'alarme : asthénie, anorexie, épigastralgie, vertiges, somnolence, respiration suspirieuse.

Insuline. — Au début, dans l'état de coma complet, on injecte de très fortes quantités d'insuline : 40 *unités cliniques par heure*, toutes les heures, ou mieux 20 unités cliniques toutes les demi-heures, et cela jusqu'à ce que l'amélioration se manifeste par l'apparition des mouvements spontanés, des réflexes à la douleur (piqûre) des réflexes tendineux et pupillaires, puis du retour de la parole, de la reconnaissance de l'entourage.

Cette amélioration ne se produit guère avant quelques heures (6 à 12 en moyenne) ; on diminue alors de moitié la dose injectée, soit par réduction de la quantité injectée, soit par espacement des injections.

Pour agir d'une façon plus rapide et plus efficace, durant les trois premières heures, les injections seront faites intra-veineuses ; elles seront ensuite sous-cutanées.

L'utilisation ainsi réalisée, parfois de 3 à 500 unités cliniques en 24 heures, nécessite l'introduction dans l'organisme d'une importante quantité d'hydrates de carbone, afin de ne pas remplacer un coma acidosique par un coma hypoglycémique. M. Labbé propose un gramme de glucose par unité d'insuline injectée, (chaque fois qu'on fait une injection), sous forme d'eau glu-

cosée, d'eau sucrée, ou de jus d'orange (une orange moyenne vaut 10 grammes d'hydrates de carbone). Si le malade ne peut ingérer, on injecte sous la peau la solution suivante de Carrié :

Glucose pur	30 grammes
Eau....................	200 grammes

Pour éviter une rechute, on diminue progressivement, mais sans aller trop vite, les jours suivants, les doses d'insuline. Il est indispensable de surveiller aussi l'excrétion urinaire des corps acétoniques, ainsi que la valeur de la réserve alcaline.

Traitement alcalin. — Il sera intensif : 240 gr. de bicarbonate de soude en 24 heures, soit, en moyenne 10 grammes par heure, chaque paquet étant dissous dans un verre d'eau. Si le bicarbonate de soude est mal supporté, on le mélange avec du citrate de soude (un gramme de citrate pour 2 gr. de bicarbonate).

En cas d'ingestion impossible, faire des injections intraveineuses, avec :

Bicarbonate de soude.....	50 grammes
Eau distillée.............	un litre

(Solution stérilisée en vase ouvert à l'autoclave.)

On injecte un demi-litre à la fois. En 24 heures, on répète l'injection 2, 3 ou 4 fois, c'est-à-dire qu'on injecte 50 à 100 grammes de bicarbonate de soude.

Les jours suivants, on diminue la dose des alcalins, lentement et progressivement ; on fait boire en solution, chaque jour, 200 grammes, 150 grammes, puis 100 grammes, ne descendant que prudemment en dessous de 100 grammes.

Ultérieurement, on maintiendra une dose quotidienne d'au moins 50 grammes de bicarbonate de soude avec un régime bien sévère. Mais il faudra, chez ces malades, venir le plus tôt possible à l'insuline, dont on a manqué temporairement.

On n'oubliera pas de soutenir le cœur et de favoriser la diurèse (en alternant l'huile camphrée, la caféine, la spartéine, la théobromine, toutes les quatre heures par exemple), car il est de ces malades, qui, guéris ou non de leur acidose, meurent de collapsus cardiaque ou d'oligurie rénale.

II. — Le médecin de clientèle populaire.

Toutes ces données thérapeutiques, basées essentiellement sur les recherches de laboratoire et sur « la balance », sont facilement applicables en clientèle aisée.

N'existe-t-il pas cependant une méthode plus simple, dont le médecin praticien puisse faire usage dans sa clientèle de campagne, ou dans sa clientèle populaire ? Et cette méthode simplifiée peut-elle être utilisée sans danger, pour les cas bénins tout au moins, quand le malade ne possède aucune expérience de la diététique ?

Voici, à cet égard, les idées du Dr J. de Jong (Leiden-Hollande), leur mise en pratique permettra à l'ouvrier de continuer son travail, avec un régime approprié, cependant riche en calories, grâce aux graisses.

L'auteur n'applique son *traitement « ambulatoire » en principe qu'aux diabétiques, n'ayant pas de complications,* telles que tuberculose, maladies du cœur, néphrites, etc. Plus spécialement, il porte son attention sur les symptômes, qui pourraient annoncer le coma. Parmi ceux-ci, il range les vertiges, l'abattement excessif, l'anorexie, la vomiturition, la douleur épigastrique, l'excitation, l'inquiétude, la tendance progressive au sommeil, la respiration profonde et difficile, le baillement continuel, la démarche incertaine et l'extrême sensibilité aux bruits. Il est évident que la constatation d'un ou de plusieurs de ces symptômes ne veut pas dire coma, mais commande la prudence chez un malade, vu pour la première fois.

Et cette prudence exige un examen sérieux et prolongé au domicile, ou mieux dans une clinique.

Quand on a affaire à un *diabétique pur,* on lui prescrit un premier régime, qui est très simple, même pour le plus borné des hommes, et qui consiste en 200 gr. de beurre et 1000 gr. de légumes à 5 p. 100 d'hydrates de carbone (voir le tableau précédent). Ce régime représente à peu près 30 gr. d'hydrates de C., 15 gr. d'albumine et 170 gr. de graisse, en somme environ 1.700 calories par jour. On autorise, en outre, le café, le thé, l'eau minérale, un verre de vin rouge.

Et ce régime est très simple, car il n'exige pas que le diabétique doive peser sa nourriture, puisque dans la boutique on lui fournit son alimentation en quantités préalablement pesées.

Il est suivi durant une semaine ; puis le malade vient consulter à jeun (pour le dosage de la glycémie), en apportant une partie de ses urines de 24 heures, dont il a mesuré la quantité. L'urine est examinée au point de vue sucre et acétone (qui renseigne aussi sur l'acidose).

Première éventualité. — Si, *au bout d'une semaine, le malade a encore du glucose dans les urines,* on continue le régime durant une autre semaine, mais en l'entrecoupant de deux jours de diète.

Deuxième éventualité. — Après deux semaines, quand la glycosurie persiste, ou bien le malade ne suit pas rigoureusement les prescriptions, ou bien sa tolérance est au dessous de 30 gr. d'hydrate de carbone, et l'insuline est nécessaire ; il y a lieu, si possible, de l'hospitaliser.

Troisième éventualité. — On découvre la présence d'*acétone* au premier examen. On essaie le régime ci-dessus pendant une semaine. L'acétone peut disparaître en même temps la glycosurie, et le malade rentre dans la règle générale du traitement ambulatoire.

L'acétone n'existait pas au premier examen ; elle se révèle avec une forte réaction au bout d'une semaine de régime ; une deuxième semaine d'essai est nécessaire. Quoi qu'il en soit, si l'acétone persiste au bout de ces délais, il est nécessaire d'observer et de traiter le malade à domicile ou à l'hôpital pendant un certain temps par le régime et la diététique ; il ne pourra pas si tôt prendre son travail.

Quatrième éventualité. — Quand l'urine du patient, qui a suivi pendant une ou deux semaines le régime de légumes et de beurre, ne *contient plus de glucose*, et à plus forte raison d'acétone, on *augmente l'alimentation* : ce sera d'abord un œuf ou 50 grammes de pommes de terre au choix. Si le malade préfère les pommes de terre, il devra peser ces 50 grammes, ce qui est chose simple dans tous les milieux.

Après quelques jours de cette première modification, si tout va bien, un œuf est ajouté. Plus tard, on porte le poids des pommes de terre, à 100 grammes et on ajoute un second œuf. Ce qui fait au total : 1.000 gr. de légumes, 200 gr. de beurre, 100 gr. de pommes de terre et deux œufs, soit 1.962 calories.

A noter que, toujours, l'augmentation du régime doit être faite très régulièrement et très prudemment ; l'hydrate de carbone ainsi que l'albumine ne sont augmentés qu'en petite quantité tous les 3 ou 4 jours.

Généralement, ce régime est atteint en trois semaines. Quand le malade reste aglycosurique, on ajoute 20 grammes de pain et 25 grammes de fromage, en diminuant un peu la quantité de légumes et de beurre.

Progressivement, on ajoute des fruits, de la viande, du jambon, du poisson, du lard, en diminuant toujours la quantité de légumes et de beurre ; *après quelques semaines*, le ma'ade a atteint dans la plupart des cas un *régime qui lui est agréable*, et *qui a une valeur suffisante pour sa vie et son travail.*

Dès ce moment, on lui enseigne les quantités maxima d'hydrates de carbone, d'albumine et de graisses qu'on a déterminées au cours de cette période de mise en train et qu'il peut prendre chaque jour ; on lui dit comment il peut chiffrer lui-même son régime à l'aide d'un petit manuel, donnant la composition des aliments.

Suivant ces instructions, le malade qui sait la nécessité impérieuse de soigner sa maladie par un régime approprié, à titre de seule médication, peut varier son régime de jour en jour. Et la chose est indispensable, puisqu'il est pénible de manger chaque jour exactement la même nourriture, et que rien n'éloignerait autant des règles diététiques que la monotonie du régime.

Cette méthode de de Jong est facile à mettre en pratique ; elle est aussi sans danger pour le malade et, de plus, elle lui permet de continuer son travail quotidien, puisque le régime possède une grande valeur nutritive dès le début. Elle mérite en tous cas d'être connue du médecin praticien, pour lui servir de guide chez le laboureur et l'ouvrier, atteints de diabète sans dénutrition. Grâce à ce régime, et tout en restant sous la surveillance du médecin, ceux-ci pourront ainsi continuer leurs travaux ce *qui est d'une considération primordiale.*

BIBLIOGRAPHIE

M. Labbé. — Sur le traitement du diabète. (*Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1928.)

M. Labbé. — Les troubles du métabolisme azoté dans le diabète et leur traitement par l'insuline.(*La Presse médicale*, 29 décembre 1928.)

F. Rathery et Rudolf. — Diabète et hypoglycémie. (*Soc. méd. des hôp. de Paris* ,12 juillet 1929.)

F. Rathery, Rudolf, Thoyer et Villere. — Insulino-résistance dans le diabète. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 juillet 1929.)

P. A. Carrié. — Le diabète sucré. Son traitement. -*In* collect « La pratique médicale illustrée », G. Doin, édit., Paris, 1930.)

Marcel Labbé. — De quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les diabétiques. (*La Presse médicale*, 10 septembre 1930.)

Jac. J. de Jong. — Le traitement ambulatoire du diabète comme maladie du peuple par le médecin praticien. (*La Presse médecale*, 29 septembre 1930.)

B. Lyonnet. — Diabète et laboratoire. (*Lyon médical*, 21 et 28 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les séances publiques d'hypnotisme.

(M. CLAUDE. — *Académie de médecine* ; 16-12-1930.)

Au nom d'une commission, composée de MM. Souques, Guillain et Claude, chargée d'étudier le vœu du Conseil général de la Meuse qui demandait l'interdiction des séances publiques d'hypnotisme, M. Claude émet une opinion favorable à ce vœu. Les pratiques de l'hypnotisme en public ne peuvent avoir qu'une influence fâcheuse. Elles exaltent l'émotivité de certains sujets et favorisent chez eux le développement des névroses et des psycho-névroses. Elles accréditent également auprès de bien des gens l'idée que l'hypnotisme permet d'agir sur la volonté de certaines personnes.

Dans ces conditions, la Commission propose — et son avis est adopté par l'Académie — que les pratiques d'hypnotisme en public soient interdites, dans tous les départements, d'une façon définitive.

L'inhibition mentale « épileptique » chez l'enfant.

(M. Gilbert ROBIN. — *Académie de médecine* ; 30-12-1930.)

L'observation d'un grand nombre d'enfants adressés aux consultations neuro-psychiatriques pour « paresse », retard scolaire intellectuel, a permis à M. Robin d'isoler une forme spéciale d'inhibition mentale dont le dépistage chez l'écolier peut être suivi d'une thérapeutique efficace. Cette forme d'inhibition mentale doit rentrer de l'épilepsie ou — par des échelons dégradés — dans l'épileptoïdie.

Il s'agit de jeunes sujets qui, bien qu'appliqués à l'étude, se montrent, quand on les interroge, inaptes aux réponses. Ils se trouvent en pareille circonstance, comme sidérés, restant « cois ». On n'est pas en présence de l'opposition du pervers, du paranoïaque, du schizoïde boudeur, non plus de l'émotif. Chez l'émotif l'intellect n'est pas véritablement inhibé, ce sont les moyens d'exprimer la pensée qui sont troublés, les mots qui ne viennent pas. Replacé dans son milieu habituel, familial surtout, l'émotion cesse et l'enfant émotif retrouve aussitôt un langage adapté à sa pensée.

Dans l'inhibition mentale épileptique ou épileptoïde ce n'est pas l'émotion qui empêche la réponse. L'enfant ne parle pas parce que son intellect est inhibé : ses moyens d'exprimer les pensées sont conservés, mais la pensée n'existe pas.

La thérapeutique fait merveille dans ces cas. L'administration de la phényéthylmalonylurée sous ses formes diverses (gardénal, luminal, etc), amène une amélioration notable des troubles en question.

Prévention des complications pulmonaires post-opératoires.

(M. Antoine BASSET. — *Société de chirurgie* ; 12-11-1930.)

Par leur fréquence et leur gravité, les complications pulmonaires post-opératoires sont au premier plan des préoccupations des chirurgiens. On a préconisé, pour les éviter, de nombreux moyens :

1° Moyens physiques : mobilisation des opérés dans leur lit, lever précoce, gymnastique respiratoire avant et après l'opération, hyperventilation pulmonaire par inhalation de CO^2, réchauffement des malades pendant et après l'opération, par table chauffante, par diathermie, etc.

2° Moyens médicamenteux : administration systématique de produits opothérapiques ou pharmacochimiques (toni-cardiaques, optochine, thymo-menthol).

3° Moyens biologiques : sérothérapie (anti-pneumococcique en particulier) et surtout vaccination.

M. Basset recommande l'isolement des malades deux jours avant l'opération, sauf urgence ; et, pendant les jours suivants, la désinfection buccale et rhino-pharyngée, les lavages d'estomac pour les interventions gastriques. Depuis un an et demi, il fait administrer, en outre, à tous ses opérés, une série de lavements de lait créosoté.

Les lavements créosotés, employés déjà par Tallichet et Schoull, ont été utilisés en 1918 dans la grippe par Weiller pour prévenir les complications pulmonaires de cette affection, puis par Schoull, Weiller et Coudray dans la prophylaxie des complications pulmonaires post-opératoires. En 1928, Mayer, de Bruxelles, en 1929, Andréoli, Dreyfus et Soupault les ont aussi préconisés.

Chaque lavement est composé de un verre de lait tiède auquel on ajoute XX à XXX gouttes de créosote de hêtre. Le mélange doit être bien agité avant usage et le lavement, administré avec une sonde rectale, est conservé environ deux heures. Les lavements sont donnés : un la veille au soir de l'opération, un deux heures avant l'opération, un le soir du même jour, puis un par vingt-quatre heures pendant trois jours.

Depuis avril 1929, la méthode a été appliquée dans le service de l'auteur à 174 opérés (90 opérations gynécologiques, 66 appendicectomies, 17 opérations diverses), au total 166 interventions intra-péritonéales. Trois de ces malades seulement ont présenté des complications pulmonaires post-opératoires, suivies d'ailleurs de guérison. Il apparaît, dès lors, qu'en matière de prophylaxie des accidents pulmonaires post-opératoires, l'administration systématique de Jave-

ments de lait créosoté donne d'excellents résultats et que cette méthode mérite d'être largement essayée.

— M. Lance utilise, dans le même but, l'injection sous-cutanée d'huile goménolée à 1/20 (10 cent. cube chez l'adulte, 5 cc. chez l'enfant), pratique également recommandée par M. Chastenet de Géry chez les vieillards.

P. L.

Les Livres

Les Editions diététiques Heudebert

85, Rue St-Germain à Nanterre, (Seine).

Dans le but de venir à la fois en aide aux médecins et aux malades, les Laboratoires Heudebert ont entrepris la publication d'une série de brochures envisageant les différents régimes sous un angle essentiellement pratique.

La première de ces études vient de paraître sur 60 pages consacrées au régime du diabétique. Après un court exposé de la pathologie du diabète destinée à satisfaire la curiosité habituelle du malade et capter aussi son intérêt, on aborde la question alimentaire : long exposé détaillé des aliments permis et défendus ; boissons, viandes, poissons, légumes, etc... tableaux analytiques résumant leur teneur respective en hydrates de carbone, nombreux exemples de menus. Plus de 30 pages sont ensuite consacrées à des recettes de cuisine appliquées au régime des diabétiques et qui permettent au malade d'observer scrupuleusement les indications de son médecin, cela facilement et d'une façon agréable.

Le médecin qui ne peut entrer dans les détails culinaires du régime, trouvera dans ces brochures un précieux auxiliaire qui viendra compléter ses indications générales.

Les laboratoires Heudebert se feront un plaisir d'adresser gracieusement la brochure « Le Régime du diabétique » à tous les médecins qui en feront la demande à Heudebert « Service des éditions », 85, rue St-Germain, à Nanterre.

Imprimerie Léon Sezanne,
75, rue de la Buire, Lyon, 1930.

Auguste Lumière. — **Tuberculose : contagion, hérédité.** (Un vol. in-8, 311 pages, 42 figures.)

Le principal but de ce livre est de réagir contre les effets de cet éteignoir qu'est le dogmatisme en ce qui regarde les problèmes de la tuberculose . Les traités classiques, avec leurs dogmes, n'enseignant pas toujours des choses exactes ; il faut enlever aux idées du jour sur la bacillose leur caractère trop absolu, qui ne laisse plus de place à l'investigation.

Se basant sur ses nombreuses données sur le bacille de Koch, ses toxines, sur une grande expérimentation et une abondante observation clinique, l'auteur veut présenter ses conceptions personnelles, notamment sur la contagion et l'hérédité de la tuberculose, hypothèses pouvant servir de point de départ à de nouveaux sujets de travail, nos connaissances sur la tuberculose étant bien chancelantes et le labeur à accomplir pour les asseoir sur des bases solides demeurant encore considérable.

Pour ce qui est de la phtisie conjuguale et de la contagion par cohabitation, il faudrait expliquer pourquoi ces promiscuités ne paraissent pas augmenter en réalité les chances de contracter la maladie ; toutes les observations présentées en faveur de la contagion sont suspectes, parce que, dans aucune d'entr'elles, les précautions indispensables n'ont été prises pour affirmer que l'hérédité ou l'hérédo-prédisposition n'interviennent pas ; nombre de faits paraissent en opposition avec l'hypothèse de la contagion chez l'adulte. Mêmes objections pour la contagion chez les nouveau-nés et les enfants en bas-âge.

D'autre part, si la contagion par la voie gastro-intestinale est bien réelle, elle doit être rare chez l'adulte. Il en va autrement chez le nouveau-né, dont la muqueuse intestinale est plus perméable, et chez lequel des cas incontestables de contamination ont été relevés. Cependant, nous ignorons complètement la part qui revient à ce mode de contamination dans les processus généraux de la tuberculisation de l'espèce humaine.

Quant à l'hérédité, le fait capital, concernant le virus filtrant, réside dans la possibilité de son passage à travers le placenta ; du côté paternel, la question de l'hérédité de graine reste en suspens.

L'auteur étudie ensuite : La uberculose et l'âge ; la tuberculose et l'alcoolisme ; l'hérédité de terrain.

En conclusion : A t-on le droit d'affirmer que les enfants issus de parents tuberculeux naissent toujours indemnes de bacillose, hormis les cas très rares de lésions congénitales constatées à la naissance ? Lorsque ces descendants bacillaires sont plus tard victimes de la maladie, peut-on assurer que l'infection, dont ils sont atteints, résulte d'une contagion post-natale ? Peut-on continuer à prétendre que c'est en faisant la chasse au microbe qu'on obtiendra des résultats prophylactiques utiles chez l'adulte?

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

EXERCICE DE LA MÉDECINE

LES ÉTRANGERS EN FRANCE

Depuis quelques années les milieux médicaux se préoccupent avec angoisse du nombre croissant des étrangers qui viennent faire leurs études médicales en France, puis qui s'y fixent pour y exercer.

Il est incontestable qu'une véritable pléthore sévit sur l'ensemble des professions libérales, — notamment sur la profession médicale, surtout dans les Villes.

D'aucuns veulent créer des dérivatifs, en demandant par exemple que la spécialité dentaire ne soit, pour l'avenir, exercée que par des docteurs en médecine : de la sorte seraient supprimés tous les praticiens qui, actuellement, proviennent de l'enseignement primaire. Beaucoup d'étudiants en médecine, au lieu de se préparer un avenir médiocre, par l'exercice de la médecine générale, prendraient la place des étudiants en chirurgie dentaire, dans les écoles, et se consacreraient plus tard à une des branches de la médecine : la stomatologie.

Mais ceci n'est qu'un petit côté de la question qui nous préoccupe, car, si nous nous reportons aux statistiques, nous constatons que nos Facultés de médecine éduquent, non seulement un nombre croissant de nos nationaux, mais une progression encore plus marquée du nombre des étrangers.

C'est ainsi que, dans l'exposé des motifs de la proposition de loi de MM. Armbruster et Chauveau, déposée au Sénat, nous lisons qu'en 1901, la France comptait 16.485 médecins, alors qu'en 1928, le nombre est monté à 28.380.

Or, en 1911, il y avait 541 médecins étrangers, exerçant en France, dont 355 dans le département de la Seine. En 1929, 750 étrangers exercent en France, dont 530 dans le département de la Seine.

Encore, ainsi que nous le verrons plus loin, ce nombre doit être augmenté des praticiens qui, en vertu de conventions diplomatiques, exercent dans les communes frontières, ainsi que de ceux qui, munis d'un diplôme d'université, exercent illégalement, en compagnie de médecins réfugiés, ou accompagnant en France une clientèle étrangère.

En 1911, 8.779 étudiants étaient inscrits dans nos Facultés de médecine, dont 12 % étaient étrangers.

En 1929, 14.574 étudiants en médecine, dont 25 % d'étrangers.

Le Dr Darras, qui est spécialiste en la matière et a constitué des statistiques extrêmement utiles, indique, dans la *Vie Médicale* du 25 décembre 1930, que le nombre des inscrits au P. C. N. qui était, en 1922, de 1.349, est passé, en 1930, à 3.370.

Sur ce nombre, il y a 2.421 français, et 950 étrangers, soit près de 29 %.

Pourquoi les étrangers viennent-ils en aussi grand nombre en France ?

Le ministère des Affaires étrangères favorise, de toutes manières, l'extension de la pensée et de l'influence françaises au dehors. Dans ce but, la jeunesse étrangère doit être attirée dans notre pays, pour qu'elle puisse s'y former, dans notre culture intellectuelle, prendre ainsi une empreinte qui lui permettra, plus tard, de retour dans sa patrie, de répandre le génie français.

C'est d'ailleurs dans ce but que l'A. D. R. M., dont le siège est à la Faculté de médecine de Paris, favorise les visites des étrangers, qui sont désireux de se perfectionner au contact de la science médicale française.

Mais, venus dans notre pays, pour y faire leurs études, ces étrangers souvent restent chez nous, pour y faire leur vie et exercer leur profession.

Dans ce but d'expansion de l'influence française, des avantages sont conférés à certains étudiants étrangers.

Je ne parle pas de la Cité universitaire, qui est fort accueillante aux étrangers, alors que ces derniers bénéficient de fondations diverses et que les étudiants français continuent à suivre les errements passés, quant au logis et à la nourriture.

1° Facilités d'études

Trois catégories d'étudiants en médecine d'origine étrangère bénéficient encore de faveurs toutes spéciales : ce sont les Roumains, les Mauriciens et les élèves de la Faculté de Beyrouth.

Les étudiants en médecine roumains peuvent se faire inscrire à la Faculté, en vue de l'obten-

tion du diplôme d'Etat, en produisant le baccalauréat roumain, comme étant équivalent du diplôme de scolarité secondaire français.

Dans un article paru dans le *Journal des Praticiens* du 24 mai 1930, le Dr Dhers a démontré l'inexistence d'une prétendue convention diplomatique, qui existerait entre la France et la Roumanie, permettant cette équivalence des baccalauréats.

Le Dr Dhers fait d'abord état du compte rendu de la séance du Sénat du 6 février 1930 (*J. O.*, 7 février 1930). Interrogé par le Dr Armbruster, le ministre de l'Instruction publique, passant sous silence un arrêté du 23 novembre 1857, a invoqué des conversations diplomatiques, qui ont abouti à une décision du ministre de l'Instruction publique du 11 juillet 1866, admettant les étudiants roumains à se faire inscrire, en France, pour l'obtention du doctorat d'Etat, avec le baccalauréat roumain.

Plus tard, une circulaire ministérielle du 28 février 1880 et les arrêtés des 22 juillet 1912 et 1913 ont maintenu ce régime de faveur.

Or, comme le fait plaisamment remarquer le Dr Dhers, la Roumanie n'a existé qu'en 1878 : il ne pouvait donc pas y avoir, avec elle, d'accord diplomatique en 1855.

L'arrêté du 23 novembre 1857 accorde une facilité aux élèves de l'Ecole de médecine et de chirurgie de Bucarest, qui justifieront de quatre ans d'études dans ladite école et des connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences ; ils pourront, après avoir subi avec succès l'examen de 3e année devant la Faculté de médecine de Paris, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et aspirer au doctorat.

Il est bien évident que le but de ces facilités d'études, c'est la formation de praticiens roumains, ayant acquis, en France, notre culture et qui pourront, dans leur patrie, propager l'influence française.

Mais ce but n'est pas atteint, lorsque ces étudiants étrangers refusent de retourner dans leur pays d'origine et se fixent en France, grâce au diplôme d'Etat, qu'ils ont obtenu.

Or, ce qu'un ministre a fait, un autre ministre peut le défaire, surtout si l'on se souvient que depuis 1855, sont intervenus la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, puis le décret du 21 juillet 1897, qui a institué des docteurs d'université, mention médecine, titre scientifique ne donnant nullement le droit d'exercer en France.

Dans ces conditions, le ministre de 1931 peut parfaitement prendre un arrêté, supprimant des mesures de faveur au sujet des étudiants roumains et plaçant ces derniers sur le même rang que tous les autres étudiants d'origine étrangère.

2° En ce qui concerne les Mauriciens, ils bénéficient d'une coutume qui ne repose sur aucun texte législatif ou règlementaire.

Le Dr Dhers cite une réponse faite au Dr Chauveau par le Ministre de l'Instruction publique, par laquelle il est reconnu que si les étudiants, originaires de l'île Maurice, peuvent se faire inscrire dans nos facultés en produisant leur diplôme secondaire britannique, c'est en raison de leur origine et de leur éducation française, car, déclare le ministre, il faut encourager ces Français d'origine à rester Français dans toute la mesure du possible.

3° Faculté de Beyrouth.

La Faculté de médecine et de pharmacie de Beyrouth a été fondée en 1883 par les jésuites de la province de Lyon. En 1887, le gouvernement français en sanctionna les études, en instituant un diplôme français. A partir de 1894, ce diplôme eut la même valeur que les diplômes délivrés en France et fut également rendu valable pour l'empire ottoman.

Les élèves n'ont point besoin d'être bacheliers, à la condition d'être originaires du Levant : ils doivent accomplir leur scolarité entière en Syrie (communication ministérielle du 29 mai 1906).

Mais, une fois docteurs en médecine de la Faculté de Beyrouth, ils peuvent venir s'installer en France et y exercer comme diplômés d'Etat. Il semble quelque peu paradoxal de voir des jeunes gens, de nationalité turque, ou levantine, bénéficier de mesures universitaires leur permettant d'obtenir aussi facilement un diplôme de doctorat en médecine et venir vivre et exercer en France, alors que les avantages qui leur ont été consentis n'ont été institués à leur bénéfice que pour que ces diplômes puissent propager, en Syrie et dans tout le Levant, les idées françaises.

2° Bourses d'études

Non seulement certains étrangers bénéficient de réels avantages scolaires, mais encore touchent ils, du gouvernement français, des allocations qui leur permettent de continuer leurs études en France.

C'est ainsi que les étudiants roumain touchent chaque trois mois une bourse de cinq cents francs, alors que leurs camarades français vivent difficilement, entretenus par leurs parents. Et docteurs en médecine d'Etat, ces mêmes Roumains s'installeront en France, dans cette bonne patrie d'adoption, qui est venue pécuniairement à leur aide, au cours de leurs études.

Ne serait-il cependant pas possible d'obtenir que ces bourses d'études ne fussent allouées qu'aux seuls étudiants roumains, qui prendraient par écrit l'engagement de ne pas exercer la médecine en France, une fois obtenu leur diplôme de doctorat ?

3° Pour exercer la médecine en France, la nationalité française n'est pas exigée

Pourvu que le médecin puisse se conformer aux obligations de l'article premier de la loi du 30 novembre 1892 et exciper du diplôme de docteur en médecine, délivré par une Faculté de l'Etat, ou de celui de chirurgien-dentiste, decerné par une Faculté, il peut exercer librement son art, sans qu'il soit obligé d'acquérir la nationalité française.

J'ai maintes fois assisté à ce sujet à des joutes oratoires. D'aucuns réclament une modification à l'article premier de la loi de 1892, en exigeant que, pour exercer en France, il faille être Français, ou naturalisé.

La médecine aux médecins français, disent-ils, car il faut protéger nos nationaux, qui ont fort à lutter contre la pléthore, aggravée par l'immigration étrangère.

Il est également nécessaire de conserver l'antique esprit de notre race, dans l'exercice de la profession médicale : celle-ci relève du sacerdoce et s'accommode mal de certains procédés mercantiles, parfois dénués de toute la délicatesse française, procédés introduits dans notre profession par certains éléments étrangers, admis à exercer la médecine en France.

A cela, il est objecté qu'en France, pays de liberté, il est de tradition d'héberger de nombreux étrangers, pourvu qu'ils se soumettent aux lois et règlements.

D'ailleurs, soutient-on, jamais le Parlement n'acceptera de voter la modification proposée, à la loi de 1892, puisque, par des conventions diplomatiques, ou autres, le gouvernement croit devoir propager l'influence française au dehors, en donnant droit de cité à de nombreux étrangers.

Cependant, le 7 décembre 1928, l'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux a voté à l'unanimité une motion, demandant que l'obligation de la nationalité française, pour exercer la médecine en France, soit inscrite dans l'article premier de la loi du 30 novembre 1892.

4° Pas de service militaire

Pourquoi devenir Français, lorsque l'étranger peut s'exonérer de cette lourde charge et exercer, pendant que les camarades d'études vont servir sous les drapeaux pendant un an, ou un an et demi ?

Aux termes de l'article 13 de la loi du premier avril 1923, les individus devenus Français par voie de naturalisation sont portés sur les tableaux du recensement de la première classe, formée après leur changement de nationalité. Ils sont incorporés en même temps que la classe avec laquelle ils ont pris part aux opérations du recrutement.

Ils accomplissent le même temps de service actif que ladite classe, sauf cependant, s'ils sont âgés de plus de 30 ans, auquel cas, ils sont dispensés de service actif, pour suivre ensuite dans la réserve le sort de leur classe d'âge.

Aussi, nombre d'étrangers attendent-ils d'avoir 30 ans pour demander leur naturalisation.

On assiste dès lors à ce spectacle bizarre : des étudiants étrangers, devenus docteurs en médecine et naturalisés après 30 ans révolus, arborer des galons de médecin sous-lieutenant, lieutenant, sans jamais avoir fait de service actif : ils se contentent de faire des périodes de réserve, comme officiers.

La loi du 31 mars 1928 abaisse à 29 ans la limite d'exemption de service actif pour les pères d'un enfant et à 28 ans, pour les pères de deux enfants.

Il y a plus fort : les israélites de Tunisie viennent faire leurs études médicales en France, sans accomplir de service militaire. Une fois rentrés en Tunisie, ils ont avantage à se faire naturaliser ; mais ils sont dispensés de service actif à partir de l'âge de vingt ans.

Aussi, accomplissent-ils leurs périodes comme officiers, esquivant ainsi l'obligation du service actif, qui pèse assez lourdement sur la carrière de leurs anciens camarades d'étude.

5° Médecins frontière

Nous avons récemment étudié dans le *Concours Médical* (1930, page 3865) cette question des médecins frontière, à propos des soins qu'ils peuvent donner aux assurés sociaux, en France.

Disons simplement, qu'en vertu de conventions diplomatiques, les médecins de Belgique, de Suisse et du Grand Duché du Luxembourg peuvent venir en France, pour y soigner des malades. A titre de réciprocité, les médecins français peuvent en faire autant au delà de la frontière.

Mais ces derniers réclament, par la voie de leurs syndicats, l'abrogation de ces conventions, car, alors que les médecins de l'autre côté de la frontière viennent fréquemment en France, les Français sont très peu souvent appelés hors de chez eux.

Si, en 1889, en 1893, ces dérogations à la loi pouvaient se comprendre, elles n'existent plus aujourd'hui, étant donné le nombre croissant de médecins, ce qui fait que dans bien des localités, il y a un, sinon deux praticiens ; de plus, le téléphone, l'automobile ont supprimé les distances. Plus n'est besoin désormais, de recourir à des médecins établis de l'autre côté de la frontière, lorsqu'en France, il y a suffisamment de praticiens, pour répondre à l'appel des malades, même urgents.

6° Diplômes d'Université

Le décret du 21 juillet 1897, en son article 15, autorise les Facultés à délivrer des diplômes purement universitaires aux étudiants étrangers qui ne possèdent pas le baccalauréat français.

Il semble, à première vue, que ces diplômes de doctorat d'Université doivent favoriser l'extension de la science française hors de nos frontières.

Un docteur d'Université n'a aucun droit pour exercer la médecine en France, puisque l'article premier de la loi du 30 novembre 1892 exige le diplôme d'Etat.

Cependant, les tribunaux ont eu maintes fois à intervenir, pour réprimer des cas d'exercice illégal de la médecine : on a même vu des diplômés d'Université surprendre la bonne foi d'un préfet, et obtenir de ce dernier l'inscription sur les listes officielles des docteurs en médecine, ayant le droit légal d'exercer.

Mais, en réalité, nombreux sont les étrangers qui, leur diplôme d'Université obtenu, ne se soucient pas de rentrer dans leur patrie. Bien au contraire, trouvant notre pays de vie plus facile, font-ils tous leurs efforts, pour se fixer désormais en France et faire transformer leur titre en diplôme d'Etat. Ils auront ainsi acquis le droit d'exercer la médecine.

En ce qui concerne les docteurs diplômés à l'étranger, des dispenses ont été sollicitées, en s'appuyant sur le texte du paragraphe 2 de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un réglement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, ces dispenses accordées pour l'obtention du doctorat, ne pourront porter sur plus de trois épreuves! »

En ce qui concerne les étudiants, article 7 : « Les étudiants étrangers, qui postulent soit le diplôme de docteur en médecine, soit le diplôme de chirurgien-dentiste et les élèves de nationalité étrangère, qui postulent le diplôme de sage-femme, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

« Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français, requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études, faites par eux à l'étranger. »

Le décret du 25 juillet 1893 complète la loi, ne permettant l'exemption totale des inscriptions pour les médecins diplômés à l'étranger, alors que les dispenses d'examens ne peuvent porter que sur trois épreuves au plus.

Des abus se produisirent, des dispenses furent données en quantité.

Un décret du 29 décembre 1906 vint décider que les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire mention « médecine », pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire, ou du grade de licencié ès sciences.

L'article 2 prévoit que la dispense d'examen ne pourra en aucun cas porter sur plus de trois épreuves. De plus, les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu les notes jugées suffisantes par le comité devront être subies à nouveau.

Ce décret de 1906 fut abrogé et remplacé par celui du 17 août 1928 : deux modifications y sont apportées :

La première, c'est qu'à l'appui de la demande de transformation de son diplôme d'université en diplôme d'Etat, le candidat devra justifier soit du baccalauréat, soit du diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres, ou de docteur en Droit, ou du titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes ou femmes).

La seconde, c'est que la dispense de scolarité pourra être totale pour ceux qui auront accompli, en France, le cycle complet des études en vue du doctorat universitaire, mais la dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves.

Ce dernier décret a fait couler beaucoup d'encre, parce que, n'étant point habitués à la précision juridique des mots, certains ont cru voir, dans ce dernier texte réglementaire, des facilités nouvelles accordées aux étrangers.

A mon avis, cette émotion n'est pas justifiée : il faut tout d'abord que le candidat au diplôme d'Etat se fasse naturaliser.

Une fois devenu Français, il devra justifier, soit du baccalauréat, soit d'un diplôme de doctorat ès sciences, ès lettres, ou en Droit, diplômes qui, on voudra bien me l'accorder, sont autrement difficiles à obtenir que le bachot.

Enfin, si la dispense des inscriptions peut être accordée, dans le cas où l'étranger a déjà accompli en France tout le cycle d'études en vue du doctorat d'université, il n'est pas possible de le dispenser de plus de trois examens.

On m'avouera que les difficultés restent grandes pour obtenir la transformation d'un diplôme d'Université en diplôme d'Etat.

Cependant, ce n'est pas le décret lui-même qui devrait être discuté ; mais son application pratique. En effet, sous le prétexte qu'ils sont étrangers, qu'ils retourneront dans leur pays et qu'ils possèdent fort mal notre langue, les candidats au

diplôme d'université bénéficient de certaines faveurs. C'est ainsi que les examinateurs se montrent très bienveillants, en tous cas moins exigeants que pour les candidats au diplôme d'Etat.

Plus tard, trouvant la vie facile en France, ces étrangers obtiennent assez facilement les dispenses nécessaires, pour obtenir le diplôme qui leur permettra d'exercer chez nous. Résultat : plus grandes facilités pour obtenir le grade de docteur et exemption des charges militaires.

Ce qui importe le plus à mes yeux, c'est la facilité avec laquelle des équivalences de baccalauréat sont accordées.

Q'on se reporte d'abord au décret du 14 janvier 1930 publié dans le *Concours médical* 1930, p. 375. Nous y lirons que les étudiants d'origine étrangère, ayant acquis la nationalité française depuis l'obtention de leur diplôme, titre, ou certificat de leur pays d'origine, peuvent obtenir l'équivalence dans les formes et conditions prescrites par l'arrêté du 16 novembre 1915.

Or, si nous nous reportons à la liste des équivalence, nous la voyons très longue. Témoin l'arrêté du 20 août 1929 (*Concours médical*, 1930.422). Cette nomenclature est abondante, relative aux équivalences du baccalauréat, en faveur de Français, ou d'étrangers, ayant fait leurs études à l'étranger.

Voilà la porte toute grande ouverte, qui permet d'accéder au diplôme de docteur en médecine d'Etat, et, par suite, de pouvoir exercer tranquillement la médecine en France.

De plus, le décret du 21 janvier 1930 autorise les étudiants étrangers, qui ont obtenu la naturalisation française depuis le moment où ils ont obtenu à l'étranger un diplôme équivalent au baccalauréat, pourront être dispensés du dit baccalauréat avant de commencer leurs études et auront ainsi la facilité pour se faire inscrire, non pour le diplôme d'Université mais pour le diplôme d'Etat.

Médecins de villes d'eaux et de stations climatiques

Il arrive fréquemment que certains riches étrangers qui viennent hiverner en France, ou se faire traiter dans une station thermale, se font accompagner de leur médecin.

Par courtoisie, on ferme les yeux, lorsque celui-ci se contente de donner des soins à son seul client.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et ce docteur, diplômé à l'étranger, n'hésite pas à soigner tous ses compatriotes en résidence dans la station.

Des influences politiques et diplomatiques interviennent pour que cet exercice illégal de la médecine puisse s'accomplir, sans que le praticien étranger soit en quelque sorte inquiété.

Médecins étrangers, réfugiés politiques

De tout temps, la France a donné asile à tous les exilés, qui ont dû quitter leur patrie chassés qu'ils étaient par une révolution politique.

Tel est le cas de nombreux confrères russes, qui ont dû fuir le régime des soviets et qui se sont réfugiés en grand nombre dans notre pays.

Beaucoup sont des hommes de valeur, anciens professeurs dans les facultés de médecine de Russie, membres correspondants de sociétés savantes françaises.

Mais, à côté d'eux se sont faufilés des gens qui n'avaient que des diplômes secondaires ; d'autres ont essayé d'exercer l'art de guérir en France, démunis même de tout diplôme.

Des condamnations ont été prononcées contre ces derniers. Mais, pour les autres, des influences se sont entremises, pour éviter des poursuites contre de véritables savants.

Une association des médecins russes à Paris s'est constituée, non seulement pour venir en aide aux confrères, dont certains se sont trouvés dans une misère noire et ont dû s'astreindre à toutes sortes de métiers, mais aussi pour accréditer auprès des organisations françaises les noms des véritables médecins russes, régulièrement diplômés dans leur pays.

Certains ont été engagés en Afrique occidentale française, comme médecins de colonisation ; d'autres figurent comme internes d'asiles d'aliénés ; d'autres ont été engagés par le gouvernement belge, comme médecins du Congo.

La plupart sont restés en France, s'employant dans des cliniques, où ils travaillent sous la direction et la surveillance de confrères français.

Quant à ceux qui se hasardaient à faire de la médecine, ils restreignaient leur art à donner des soins à leurs compatriotes, réfugiés politiques comme eux.

Par lettre en date du premier mars 1926, le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique consulta l'Union des syndicats médicaux, pour savoir si cette dernière s'opposerait à ce que les médecins russes soient officiellement autorisés à exercer leur art, en France, pendant 5 ans, uniquement auprès de leurs compatriotes réfugiés. Par suite, devraient être arrêtées les poursuites engagées en exercice illégal contre ces mêmes diplômés russes.

Le 3 mars le secrétaire général de l'Union répondait qu'il était impossible d'accéder à cette mesure généreuse, car rien peut ne entraver l'exercice d'une loi et qu'en l'espèce, la loi du 30 novembre 1892 s'oppose à ce que, par mesure règlementaire, le droit d'exercer la médecine soit accordé, même pour un temps limité, à des personnes qui ne sont pas munies du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

Les condamnations pour exercice illégal de la médecine sont absolument inopérantes et tout à fait illusoires

A plusieurs reprises, j'ai fait connaître ma propre opinion, sur l'inefficacité des sanctions pénales, à l'égard de tous ceux qui exercent illégalement l'art de guérir. Ce n'est pas une condamnation à quelques francs d'amende qui doit arrêter des illégaux, qui gagnent parfois plus de 100.000 francs par an.

Aussi, les étrangers imitent-ils nos nationaux et, bien que munis d'un diplôme d'université, ne se gênent-ils guère pour se faire passer pour des médecins régulièrement diplômés.

Quelques procès ont eu lieu ; mais devant la bénignité de la condamnation, devant aussi la mansuétude des tribunaux, point n'est besoin de se limiter, puisque impunément on peut se rire et de la loi et des syndicats médicaux.

Des travaux ont été publiés, depuis le fameux congrès de 1906, sur la répression de l'exercice illégal. Tout est resté lettre morte : le Parlement a trop à faire, pour renverser des ministères et faire de la politique de clocher, alors que la santé publique pâtit des méfaits de l'exercice illégal. *Vox clamavit in deserto.*

Limitations actuelles aux droits étrangers

En principe, un médecin, qui possède le diplôme d'Etat, mais n'a pas acquis la nationalité française, ne peut pas accéder à quelques situations, dont le nombre est très limité.

C'est ainsi qu'en vertu de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, les fonctions de médecin expert près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des médecins français.

De même, en vertu du livre III du Code du travail, il faut être Français pour pouvoir être président, ou membre du conseil d'administration d'un syndicat médical, ou d'une fédération de syndicats.

Enfin, les étrangers ne peuvent pas obtenir de situations officielles dans l'Université, concourir pour l'agrégation, devenir préparateurs, etc.

Mais l'exercice de la médecine leur est totalement ouvert et quelle que soit la nationalité, un docteur en médecine d'Etat peut parfaitement soigner tous malades, faire tous certificats et constatations (sauf en médecine légale), délivrer toutes ordonnances et prescriptions pharmaceutiques à quelques malades que ce soit.

Moyens d'action

De nombreux médecins réclament la médecine française pour les seuls Français : d'aucuns se préoccupent non seulement de la pléthore professionnelle, mais aussi d'un fléchissement de la moralité de certains confrères français entraînés par les exemples donnés par quelques étrangers, qui exercent la médecine.

Par contre, j'ai fréquemment entendu soutenir dans des milieux extra-médicaux l'opinion que la France ne peut, ni ne doit se fermer à l'expansion de la science. Quiconque remplit les conditions requises par la loi pour exercer une profession, doit pouvoir tirer profit de ses études, quelle que soit sa nationalité.

D'autres déplorent la déficience de la natalité et admettent parfaitement une immigration étrangère, certains qu'ils sont qu'au bout d'une ou deux générations, ces étrangers auront été assimilés par l'esprit de notre race.

Je crois donc, pour ma part, que serait très incertaine l'issue d'une bataille parlementaire, ou autre, ouverte sur le point de savoir si, pour exercer la médecine en France, il faut absolument être de nationalité française.

Mieux vaudrait peut-être, à mon avis, laisser de côté cette question de nationalité, pour rétablir l'égalité complète entre nos nationaux et les étrangers, du point de vue de l'obtention du droit légal d'exercer la médecine.

Au surplus, pour mieux préciser les différents points de ce débat, je préfère argumenter une proposition de loi déposée par les Drs Armbruster, Chauveau et un certain nombre de leurs collègues, déposée sur le Bureau du Sénat. Laissant l'exposé des motifs, je ne donne ci-après que le texte lui-même de ladite proposition de loi.

Proposition de loi Armbruster

Les articles 1, 5, 7, 14 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

ARTICLE PREMIER (1er alinéa). — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

ARTICLE 5. — Les étrangers munis d'un diplôme d'Université français mention médecine, et les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté étrangère, postulant le doctorat d'Etat français, devront justifier du baccalauréat français de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les cinq examens probatoires. Ils ne pourront, en aucun cas obtenir des dispenses de scolarité de plus de 3 années.

Le diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Beyrouth ne confère le droit d'exercer la médecine en France qu'aux seuls citoyens français titulaires du baccalauréat français.

Le décret du 18 août 1928 est abrogé.

Les diplômes de tous les docteurs en médecine exerçant actuellement en France et aux Colonies, devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

ARTICLE 5 *bis*. — La naturalisation sera exigée de tous les médecins étrangers titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine, qui voudront exercer en France avant l'âge de trente ans, et par récipro-

cité, sans limite d'âge, lorsque ces étrangers seront originaires de pays où la naturalisation est obligatoire pour ceux de nos nationaux médecins désireux d'exercer leur profession dans ces pays. La naturalisation sera obligatoire dans tous les cas pour les médecins étrangers désireux de collaborer à l'application des lois de médecine sociale. (Accidents du travail. Article 64 de la loi des pensions. Assurances sociales. Assistance médicale gratuite.)

Article 7 (2e alinéa). — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examen et de scolarité en vue de leur inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Article 14 (1er alinéa). — Les fonctions de médecin expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titre, ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis cinq ans.

Le but principal de cette proposition de loi est de montrer la volonté du Parlement de placer tous les étudiants en médecine, comme tous les praticiens, sur le même pied d'égalité scientifique, quelle que soit leur nationalité.

Du moment où, pour devenir docteur en médecine d'Etat, le Français doit justifier du baccalauréat et du P. C. N., l'étranger, qui veut exercer en France, doit se soumettre aux mêmes obligations, sans bénéficier d'équivalences ou de dispenses, qui sont des mines inépuisables d'abus et de passe droits.

D'ailleurs, l'article premier de la proposition de loi ne fait que reproduire, sous des termes différents, l'article premier actuel de la loi du 30 novembre 1892.

Mais c'est dans cet article premier qu'il faudrait incorporer l'article 5 *bis* de la proposition de loi, concernant la naturalisation des étrangers, qui veulent exercer en France.

Nos confrères sénateurs établissent une distinction entre l'obtention d'un grade de docteur et le droit d'exercice de la médecine.

Quiconque veut le doctorat d'Etat, ou d'université, n'a pas besoin d'exciper de la nationalité française, pour poursuivre ses études ; mais quiconque veut exercer la médecine doit justifier d'une naturalisation, s'il veut s'installer avant l'âge de 30 ans.

Or, pourquoi cet âge de 30 ans ? Beaucoup d'étudiants, surtout s'ils passent par l'externat, puis l'internat des hôpitaux de villes de faculté, n'obtiennent leur diplôme de docteur en médecine que vers l'âge de 28 ou 29 ans.

C'est donc faire bénéficier ces jeunes gens de l'exemption du service militaire, alors que leurs camarades français d'études auront dû abandonner examens et concours, pour satisfaire aux obligations militaires.

L'étudiant en médecine, ou le médecin, qui accomplit son année de service militaire, apprend bien moins le métier des armes et le maniement du fusil, que ce qu'il doit savoir comme médecin militaire. L'âge doit donc être considéré comme indifférent pour quiconque exerce la médecine civile. Celui-ci peut donc parfaitement accomplir une année de service militaire, comme médecin d'hôpital ou de troupe, lorsqu'il obtient sa naturalisation, avant qu'il ne soit complètement dégagé de toute obligation militaire, vu la tardivité de l'acquisition de la qualité de Français.

A mes yeux donc, la naturalisation devant comporter l'obligation au service militaire, doit entraîner un service actif dans l'armée, obligatoire jusqu'à l'âge de 55 ans.

Mais, en dehors de cette question d'égalité devant les devoirs de l'armée, se pose la question de savoir si la naturalisation doit être obligatoire, comme le réclament les auteurs de la proposition de loi ? Pour exercer, faut-il être Français, ou à ces derniers seulement la médecine sociale sera-t-elle réservée ?

A mon avis, l'article 5 *bis* proposé me semble inefficace. A l'heure actuelle, bien des préfectures ne font pas de distinctions entre le diplôme d'Université et celui d'Etat. Comment faire comprendre, tant aux collectivités, qu'aux individualités, que tel médecin peut donner ses soins à des malades de droit commun et devra refuser d'exercer lorsque ces mêmes malades se présenteront en qualité de blessés du travail, de pensionnés de guerre, ou d'assurés sociaux ?

Il faut, à mon sens, une plus grande simplicité et décider d'abord que, pour exercer la médecine en France, il faut avoir un seul et même diplôme d'Etat, obtenu, par tous, dans les mêmes conditions, sans dispenses, ni équivalences.

En second lieu, doit-on décider que le service militaire sera obligatoire pour tous ceux qui voudront exercer la médecine ? Si oui, il faut voter l'obligation pour tous de la naturalisation, quel que soit l'âge du docteur en médecine. Ou bien encore, si l'on se refuse à cette obligation de la naturalisation, décider que l'étranger, diplômé d'Etat, devra, avant d'exercer son art en France, accomplir, dans les mêmes conditions que ses camarades d'études français, son service militaire dans un hôpital militaire, ou dans la Légion étrangère.

Si cette égalité devant le service militaire devait être admise, l'obligation de naturalisation ne me semble plus nécessaire : quelle que soit la nationalité du médecin, il doit pouvoir exercer librement en France, du moment où il accomplit tout le cycle d'études, requis pour devenir docteur d'Etat.

Je le répète, réserver une certaine médecine aux seuls nationaux français, c'est aller au devant de violations perpétuelles de la loi future, puisque déjà certains tribunaux choisissent com-

me experts civils des docteurs en médecine qui ne sont pas naturalisés et que certains syndicats, ou fédérations, ont comme président, ou membres du bureau, un confrère, estimé de tous, mais qui n'est pas Français.

A plus forte raison, sera-t-il impossible de faire comprendre aux malades que, dans tels cas, ils ont le libre choix absolu de leur médecin, mais que dans tels autres cas, ils doivent au préalable s'enquérir de la nationalité de leur docteur.

Aussi, ce que je retiens surtout de la proposition de loi Armsbruster-Chauveau, c'est l'article 5, ainsi que l'article 7, qui rétablissent l'égalité des études entre Français et étrangers.

Les équivalences de baccalauréat sont supprimées. Mesure draconienne, dira-t-on, car, de cette manière, on va obliger de vieux diplômés d'Université à revenir sur les bancs de l'Ecole, ou à suivre des leçons particulières, pour se présenter ensuite au bachot avec de tous jeunes gens.

Cependant, lorsque j'ai fait mes études de Droit, à la Faculté de Paris, j'étais loin d'être parmi les jeunes, pour les premiers examens et avec moi se présentaient des personnes d'âge vénérable, porteurs de belles barbes blanches (la barbe était encore en honneur à cette époque d'avant guerre).

Mais, voudrait-on éviter cette petite humiliation, qu'il est, à mon sens, très simple d'exiger de tout candidat au diplôme de doctorat d'Université, l'engagement écrit de ne jamais exercer la médecine en France.

Ce diplôme d'Université est un titre scientifique, qui n'accorde aucun droit d'exercice : il n'y a donc qu'à décider, dans la loi, qu'en aucun cas, ce diplôme ne pourra être transformé en diplôme d'Etat, à moins que le candidat justifie du baccalauréat, du P. C. N. : dans ce cas, s'appliqueraient les dispositions prévues par l'article 5 nouveau de la proposition de loi.

La sympathie est plus grande pour les étudiants étrangers qui, en cours d'études médicales d'Université, obtiennent le baccalauréat. Ils pourraient bénéficier de la dispense des inscriptions déjà acquises et des examens, pour lesquels ils auraient obtenus de bonnes notes.

D'ailleurs, nous le dissimulons pas, les étudiants français comme les étrangers bénéficient du peu de sévérité des jurys d'examens. Les épreuves de la Faculté de droit sont autrement sévères : j'en sais quelque chose. Aussi beaucoup d'étudiants abandonnent-ils la Faculté de droit, lorsqu'ils ont affronté la sévérité du seul premier examen de première année.

Conclusion

Je suis de tout cœur avec les docteurs ARMBRUSTER et CHAUVEAU qui veulent que l'initiative parlementaire oblige l'administration à accorder moins d'équivalences en faveur des étudiants et des diplômés étrangers d'université ou d'Etat.

Que les études médicales soient les mêmes pour tous, lorsqu'on veut exercer dans notre pays, que les obligations militaires s'imposent également à tous les praticiens. Ceci n'est que justice.

Mais que la naturalisation n'intervienne pas pour l'exercice même de la profession, pour ne pas créer des complications, qui rendraient cette future loi inopérante, comme tant d'autres.

Suppression des équivalences et des dispenses, d'accord : l'étudiant étranger doit être placé sur le même pied d'égalité que son camarade français, si cet étranger à l'intention d'exercer son art, dans notre pays.

Mais conservons le diplôme d'Université pour ceux qui s'engageant, au début de leurs études, à ne jamais exercer en France, ne rechercheront que la culture intellectuelle française, pour retourner ensuite dans leur pays d'origine.

L'égalité devant les études et les obligations militaires confèrent la liberté de travail ; mais la fraternité nous rend accueillants pour ceux qui veulent simplement bénéficier de la science française, pour reporter, plus tard, dans leur pays d'origine, ce qu'ils ont appris dans nôtre pays.

Pour terminer, disons que la proposition de loi Armbruster-Chauveau devrait comporter l'abrogation des conventions diplomatiques, instituant des tolérances frontières entre Belgique, Suisse, Grand Duché de Luxembourg, d'une part et France. Point n'est besoin, en 1931, de laisser des médecins étrangers exercer chez nous.

Je souhaite enfin que le Parlement se mette à l'étude des mesures efficaces, pour réprimer l'exercice illégal de la médecine.

Dans le *Concours médical*, 1927, p. 946, j'ai étudié, du point de vue juridique et législatif, un projet de modification à apporter à la loi du 30 novembre 1892, pour rendre efficace la poursuite et la répression de l'exercice illégal.

Limiter le droit des étrangers, pour exercer légalement, n'est qu'un petit côté du problème de la pléthore médicale : cette dernière sera enrayée du jour où le Parlement voudra faire resepecter les dispositions de la loi sur l'exercice de la médecine, par la suppression des charlatans et des illégaux de toute nature.

Ce jour-là, les représentants du peuple auront bien mérité de la patrie, car ils auront puissamment aidé à sauvegarder la santé publique

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le risque maladie

Semper renascentur...

Il y a les questions que l'on croit résolues : on les a tant de fois retournées dans tous les sens, tant de fois ressassées qu'on s'imagine n'avoir plus rien à en dire, qu'on est las d'elles et que l'on croit les intéressés encore plus las.

Mais, quoi qu'on fasse, comme le Phénix, elles renaissent sans cesse de leurs cendres, et sans cesse, il faut les reprendre et les rediscuter. La question du risque-maladie est de celles-là, et je ne puis en donner de meilleure preuve que les extraits de deux lettres récemment reçues :

Voici la première :

Monsieur le Secrétaire général,

Membre de la Mutualité Familiale depuis 1912, je ne suis entré dans votre Société que par pure solidarité et aussi pour faire plaisir à mon ami le Dr L., qui ne cessait de m'y encourager. J'avais, à l'époque, jeunesse, santé, bonne clientèle et aisance personnelle et je pensais bien n'avoir jamais à faire appel à vous. J'avais bien lu dans le *Concours*, depuis la guerre, que vous aviez ouvert les combinaisons nouvelles, mais ce ne fut que d'un œil distrait, et j'ai négligé jusqu'ici de me faire inscrire pour avoir droit à l'indemnité de 50 fr. au lieu de celle de 10 fr. à laquelle, je suis entré, et qui est devenue ridiculement insuffisante.

Or, vous le savez, je viens de faire 8 mois de maladie. J'ai touché 1.200 fr. une goutte d'eau dans le gouffre de mes charges inattendues. Je trouve la pilule amère et je viens vous demander de m'inscrire à 50 fr. par jour ; car aujourd'hui, j'ai 47 ans, mes forces déclinent, ma clientèle s'effrite, mes revenus baissent, et l'expérience me montre que, moi aussi, je puis devenir malade, et je suis décidé à me mieux garantir, prêt à vous verser la somme que vous me fixerez pour compenser, s'il le faut, des primes arriérées, etc., etc.

Dr R.

Et l'autre...

Monsieur et honoré confrère,

Je suis avec soin les articles que le Dr Gassot publie dans le *Concours* au sujet de votre Société. Voulez-vous m'envoyer les statuts et tous les renseignements utiles à ma candidature.

J'ai été surpris, l'année dernière, par une crise violente de sciatique aussi longue qu'inattendue et je regrette bien vivement aujourd'hui de n'avoir pas été des vôtres, car ma sciatique peut reprendre ; j'approche de la cinquantaine et je voudrais bien m'assurer 50 fr. par jour pour la prochaine maladie.

A vous lire, etc., etc. Dr M.

De ces deux lettres récentes, (et je pourrais en recopier pas mal d'autres analogues) je ne veux pas retenir aujourd'hui le côté négligence imprévoyante, insouciance. Je ne garderai que le fait remarquable de deux médecins, qui n'ont cru à la possibilité de devenir malades que le jour où ils ont été cloués au lit pour de longs mois.

Cette étonnante mentalité, qui aboutit malheureusement au *non possumus* que fut ma réponse, (car nos confrères, tous deux, ont dépassé la limite d'âge d'entrée), cette mentalité, dis-je, est beaucoup plus répandue qu'on ne le pourrait croire. L'indifférence du médecin en face du risque-maladie qu'il court chaque jour est incommensurable.

Soit par confiance en lui-même, soit par habitude journalière du danger, soit par conviction qu'il s'en tirera vite, soit parce qu'il pense avoir toujours sous la main les ressources nécessaires pour parer au manque à gagner momentané, — et je ne cite là que les arguments principaux de ceux qui ne veulent pas être prévoyants, — beaucoup de nos confrères, assurés contre l'incendie, contre les accidents de toute nature, contre le vol, contre le recours des clients en matière de responsabilité, etc., négligent systématiquement, de s'assurer contre le risque d'incapacité morbide.

Et pourtant, on ne brûle pas son mobilier tous les ans ; on ne brise pas son auto toutes les semaines ; on n'écrase pas un piéton à chaque sortie ; on ne se fait pas voler à chaque pas ; on n'a pas de procès grave à chaque cure ; mais, à chaque pas, chaque jour, à chaque heure de l'existence professionnelle, on risque l'accident, la grippe, l'infection ; on use son organisme, et, le surmenage aidant, on arrive fatalement au jour où il faut succomber, s'arrêter, s'aliter.

Sait-on dans notre Corps médical qu'il y a en France, en permanence, 1.500 médecins praticiens au moins qui sont en traitement, malades, blessés, alités, retenus loin de leur clientèle ; 1.500 médecins, dont les guéris sont sans cesse remplacés par de nouvelles victimes ; 1.500 confrères dont 300 sont devenus définitivement des chroniques, des invalides, des infirmes ?

Quel est le risque qui atteigne en permanence un nombre aussi élevé de sujets ? Et ces chiffres, je les donne avec d'autant plus d'assurance que j'ai en mains dans mes archives toutes les preuves de ce que j'avance.

Or, pour le médecin, quelles sont les conséquences fatales de ce risque ?

Le côté matériel d'abord :

Cesser l'exercice de sa profession, c'est suspendre le gagne-pain quotidien.

Le jour où on est arrêté par la maladie, il faut donc ou confier les malades en traitement à un confrère voisin et c'est une perte sèche, ou prendre un remplaçant, et au prix que ce dernier demande, il coûte souvent plus cher qu'il ne gagne. C'est peut-être peu de chose pour une maladie de 15 jours, mais la situation devient dramatique quand l'incapacité dure plusieurs mois. Je viens d'en voir un exemple frappant parmi tant d'autres.

Un confrère qui n'est pas des nôtres, et qui jouissait à la fois d'une belle clientèle et d'une belle situation personnelle, a été rapidement atteint d'une affection nerveuse qui l'a obligé à quitter sa clientèle pour venir se soigner dans une maison de santé.

La maladie a duré de longs mois et, bien avant sa guérison complète, les ressources personnelles étaient fortement endommagées, d'autant plus que, comme je le disais, tout à l'heure, le remplaçant coûtait plus cher qu'il ne gagnait et la clientèle disparaissait chaque jour un peu plus. Notre pauvre confrère, pour sauver sa situation, s'est vu obligé de reprendre tant bien que mal le collier et combien de fois ne m'a-t-il pas dit : « Ah ! si seulement j'étais des vôtres ; ce que m'aurait donné votre Société m'aurait, si bien permis de me soigner jusqu'au bout. »

Et maintenant le côté moral :

Croyez-vous qu'il soit bon, pour un médecin, de passer pour malade aux yeux de ses clients ? Non seulement, c'est toujours plus ou moins une atteinte à la considération et à la confiance, mais c'est toujours aussi une diminution dans la quantité et la qualité des clients. Après une longue maladie, c'est presque une clientèle à refaire et je vous assure que beaucoup de ceux que nous avons aidés dans ces pénibles circonstances, nous ont témoigné leur reconnaissance, non pas des allocations qui leur étaient dues, mais du sentiment de réconfort qu'ils éprouvaient à ne pas se sentir abandonnés à eux-mêmes, à se sentir protégés et soutenus par une Société de confrères et d'amis, pendant le temps de leur épreuve.

Est-il besoin d'insister plus longtemps sur ces considérations ? Je ne le crois pas, confrères ; il suffit à chacun de vous de réfléchir, seulement quelques instants, sur l'importance et la gravité de la chose, pour que tous vous soyez convaincus, mais, si vous voyez le danger, beaucoup d'entre vous ne connaissent pas le remède ou n'ont guère confiance en lui.

Il n'en est pourtant qu'un ; c'est la participation à une Société d'entr'aide mutuelle suffisamment riche d'adhérents et de réserves pour offrir toutes les garanties possibles. J'ose prétendre que notre Mutualité Familiale est de celles-là, qu'elle fait toujours face à ses obligations, qu'elle ferait encore beaucoup plus de bien si elle doublait le nombre de ses participants.

Mais cela sera l'objet d'un prochain article, et je reste toujours à la disposition des confrères qui, dès maintenant, voudraient de plus amples renseignements.

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Les femmes médecins en Allemagne.** — Le nombre des femmes exerçant la médecine en Allemagne a considérablement augmenté depuis vingt ans. Il est actuellement de plus de 2.500, dont 500 environ pour Berlin. Les étudiantes en médecine sont sept fois plus nombreuses qu'avant la guerre.

— **VII[e] Congrès national de la tuberculose de Bordeaux** (30 mars-2 avril 1931). — Le VII[e] Congrès national de la tuberculose aura lieu à Bordeaux du 30 mars au 2 avril 1931.

Questions à l'ordre du jour :

1° *Question biologique.* — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. — Rapporteurs : le professeur Bezançon, MM. Philibert et Parat (Paris).

2° *Question clinique.* — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. — Rapporteurs : le professeur Leuret et M. Caussimon (Bordeaux).

3° *Question médico-sociale.* — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire ? Rapporteurs : MM. Kuss (Paris) et Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

4° *Question médico-militaire.* — Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. — Rapporteur : le professeur Pillod (Val-de-Grâce).

Le programme du Congrès comprendra la visite des organismes de la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses et celle des stations climatiques pour tuberculeux du Sud-Ouest de la France.

Le Directeur-Gérant : D[r] A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

mais la radiographie étant muette sur ce point, il conclut à un décollement juxta-épiphysaire et me conseille de faire un plâtre englobant le pouce avec une large attelle se prolongeant sur l'avant bras pour prendre un point d'appui.

Comment dois-je établir mon mémoire ? dois-je compter 20 fr. pour réduction de fracture et plus tard 50 fr. pour application d'appareil plâtré ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr C.

Réponse.

Il me semble légitime que vous comptiez d'abord 20 fr. comme le dit le tarif, puis 50 fr. pour l'appareil plâtré que vous avez dû faire *dans la suite* bien que dans le tarif, on ne parle que d'appareils plâtrés pour « grands segments de membre » (art 18 *in fine*).

Dr Fernand Decourt.

---

99. — Extraction de dents semi-détachées

Comment tarifer les interventions suivantes (A. T.) :

Extractions de quatre dents à demi arrachées, *sans anesthésie*.

(N. B. le tarif établi par l'arrêté du 31 décembre 1925 ne mentionne que les extractions dentaires avec anesthésie).

Dr D.

Réponse.

Je ne pense pas qu'on puisse compter des « extractions dentaires » alors qu'il s'agit de dents « demi-arrachées » et enlevées sans anesthésie et probablement sans effort « technique » si je puis dire. Il doit en être de même que pour « Extraction d'ongles semi-détachés » qui est *compris* dans le prix de la consultation. En effet, en matière d'accident du travail, je ne vois pas *pourquoi* on arracherait une dent qui « tiendrait ». Il ne s'agit plus ici de dent « cariée » naturellement, comme en clientèle courante.

Dr Fernand Decourt.

5939. — Comment compter les fractions de kilomètre ?

Comment comprendre ces lignes de l'article 2, frais médicaux du tarif accidents travail :

« Les fractions inférieures ou égales à 500 m. ne comporteront pas d'indemnité kilométrique, les fractions supérieures à 500 m. seront tarifiées comme un kilomètre.

Exemple : de A. à C., domicile du du malade .... 7 km. 700

J'ai toujours interprété : 8 km. aller, 8 km. retour = 16 km. à 1 fr. 50.

B. — Une Cie vient compter :
7.700 × 2 = 15 km. 400.
15 km. à 1 fr. 50.

La première manière de compter a toujours été employée par moi jusqu'à ce jour.

La deuxième manière est-elle légale ?

Dr L.

Réponse.

Vous comptez « les kilomètres » parcourus en allant et en revenant » ; si l'addition ne donne pas un chiffre plein, vous ajoutez ou retranchez un kilomètre suivant que la fraction restante est au-dessus ou au-dessous de 500 mètres.

Si vous allez voir un malade à 3 km. 600 de chez vous, aller et retour vous avez fait 7 km. 200 et vous comptez 7 × 1,50, soit 10 fr. 50.

Si le malade est à 4 km. 400, vous avez fait 8 km. 800 et vous comptez : 9 × 1,50, soit 13 fr., 50.

Dr Fernand Decourt.

Accidents du travail.

124. — Rejet d'accident pour faute inexcusable

Un ouvrier d'usine travaillait en pantoufles. Il était occupé à porter du bois. Il monte sur une grosse pointe et se fait une piqûre au pied.

Son accident est refusé en tant qu'accident du travail, car il ne devait pas, lui a-t-on dit, travailler en pantoufles.

D'autre part quand il a été embauché, personne ne l'a averti qu'il ne devait pas travailler en pantoufles.

Le patron ou l'assurance sont-ils en droit de refuser de considérer cet accident comme accident du travail ?

L'accident est bien arrivé en travaillant, le fait n'est pas nié, mais la cause du refus est que l'ouvrier était en pantoufles.

Dans mon pays de culture, les jeunes gens des fermes mettent des souliers le dimanche pour s'habiller. La semaine ils travaillent en sabots, par temps de boue, et par temps sec ils sont souvent en pantoufles. Ces jours-ci il gèle et le temps est très sec.

Si l'ouvrier est en droit, que doit-il faire ?

Dr J.

Réponse.

Le refus de payer à l'ouvrier son demi-salaire parceque l'accident est survenu alors qu'il travaillait en pantoufles, contrairement au règlement ou aux usages de l'usine, n'est pas fondé.

Si même ce cas pouvait être considéré comme faute inexcusable, ce qui n'est pas exact, il ne saurait être fait état de cette faute pour supprimer ou même réduire le demi-salaire et le droit aux frais médicaux et pharmaceutiques.

La faute inexcusable, en effet, permet seulement de diminuer la rente, en cas d'incapacité permanente et cette réduction ne peut être étendue aux indemnités temporaires (demi-

salaire, frais médicaux et pharmaceutiques, qui en sont un accessoire). *A fortiori* ne peut-elle justifier leur suppression totale, le refus de l'accident.

Si le chef d'entreprise ou son assurance persistent à refuser l'indemnisation de l'accident dont il s'agit, l'ouvrier pourra citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Vous même, médecin traitant, pourrez citer ledit patron devant le même juge, si vous ne préférez attendre que le procès fait par l'ouvrier lui-même ait été jugé, car il est probable que si, comme il y a lieu de le penser, l'ouvrier a gain de cause, vous serez payé sans qu'une action en justice soit nécessaire.

---

197. — Fracture accidentelle d'un appareil de prothèse

Un de mes clients a en bouche depuis 8 ans un bridge complet du haut pour lequel il a fait a ce moment un sacrifice pécunier.

Chef-monteur dans une entreprise de construction électro-mécanique, il a été récemment accidenté, et sous la violence d'un choc il s'est produit une rupture du tablier du bridge.

Le médecin qui l'a vu pour l'usine, lui a dit : ceci est en effet un accident du travail, mais les pertes d'organes dentaires, la prothèse, n'existent pas en A. T. (C'est d'ailleurs ce que vous avez encore dit dans le *Concours*, ces jours derniers).

Cependant, le médecin lui a dit de demander un devis de la dépense approximative, pensant pouvoir lui faire avoir une indemnité ?

Je pense donc fournir toutes indications utiles.

Maintenant, comme il s'agit d'un appareil préexistant à l'accident, n'y aurait-il pas possiblité d'obtenir quelque chose pour mon client ?

D[r] M.

Réponse.

La législation sur les accidents du travail présente un caractère forfaitaire qui permet dans tous les cas aux victimes d'accidents de demander les indemnités prévues par cette loi, mais qui leur interdit de réclamer rien de plus que ces indemnités.

Or, les seules indemnités prévues sont le demi-salaire et les frais médicaux ou pharmaceutiques au cours de l'incapacité temporaire et une rente, après consolidation, en cas d'incapacité permanente résultant de l'accident.

L'ouvrier blessé ne peut prétendre à ce qu'il soit tenu compte des autres éléments de préjudice : *pretium doloris*, préjudice esthétique, détérioration de vêtements, etc., qui seraient retenus en matière de droit commun, mais qui n'entrent pas dans le forfait de la loi sur les accidents du travail.

Il résulte de ces principes qui régissent la matière que votre client ne peut exiger de son patron ni de l'assurance le remboursement des frais de réparation de son dentier brisé dans l'accident. La seule chose à faire serait de chercher une entente avec l'assurance pour que celle-ci consente à verser *une indemnité amiable*, mais il ne faut pas songer à porter l'affaire en justice.

---

216. — Accident survenu pendant le trajet de retour du travail

Appelé pour un accident survenu à une ouvrière agricole : en rentrant de son travail aux champs elle a voulu couper au plus court en traversant un champ appartenant à un voisin. Un taureau s'y trouvait qui l'a renversée et encornée.

J'ai soigné ma blessée, chez son patron, pendant une quinzaine de jours (fracture de l'olécrane et déchirure du triangle de Scarpa, superficielle). Actuellement, l'ouvrière blessée est disparue sans laisser d'adresse.

La Compagnie d'assurance du patron refuse de reconnaître sa responsabilité.

Et le voisin aussi, naturellement.

J'ai cité devant le juge de paix la blessée et son patron. Cet excellent juge est très ennuyé, et c'est sur sa demande que je vous soumets le litige : il est probable que votre réponse dictera une décision.

J'ajouterai que si la blessée est partie on ne sait où, sans laisser d'adresse, elle a un fils commerçant et solvable, qui paierait s'il était décidé que sa mère doive payer.

Pendant plus d'un an, j'ai essayé de régler cette affaire à l'amiable, sans résultats.

Dr E.

Réponse.

En principe, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

Dès lors que le travail était fini lorsque l'accident est arrivé et que la blessée regagnait son domicile par ses propres moyens, on peut donc en conclure qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail.

Cependant, la solution serait différente si la blessée était logée chez son patron et si elle se rendait à la ferme au moment de l'accident.

En effet, la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, dans un arrêt du 18 mars 1912 (D. P. 1913-1-62) a décidé qu'un accident doit être réputé survenu à l'occasion du travail bien que l'ouvrier ait été blessé après avoir achevé son travail propre, si, à ce moment, il était en route pour rentrer à l'atelier. Il nous semble que cette espèce est tout à fait analogue à celle que

vous nous soumettez, s'il est vrai que la blessée était domiciliée chez son patron. La responsabilité du patron ne pourrait alors être écartée que dans le cas où la blessée aurait contrevenu à ses ordres formels en empruntant le chemin de traverse.

Enfin se pose la question de savoir par qui vous avez été mis en œuvre. Si c'est par le patron personnellement, sa responsabilité est engagée à votre égard sans qu'il y ait lieu de rechercher s'il est responsable ou non de l'accident dans les termes de la législation sur les accidents du travail.

D'autre part, la blessée, qui a bénéficié de vos soins, est responsable en toute hypothèse du paiement de vos honoraires.

Reste la question de procédure : Si l'accident remonte à plus d'un an et si le patron est reconnu responsable en vertu de la législation sur les accidents du travail, votre action contre lui se trouve prescrite et vous n'avez plus action que contre la blessée personnellement ou contre le patron, mais à la condition de faire alors la preuve que c'est lui qui vous a mis en œuvre et chargé de donner vos soins.

Fiscalité.

5796. — Les honoraires encaissés doivent seuls être portés en recettes professionnelles

Je reçois du contrôleur des contributions directes le mot suivant :

« Veuillez me faire connaître si, pour l'évaluation de votre bénéfice brut vous avez tenu compte :

— Des recettes effectivement encaissées pendant l'année précédente ;

ou au contraire

— Des honoraires acquis pendant l'année précédente (encaissés ou non).

(Les deux modes d'évaluation peuvent être admis).

— J'avoue ne pas très bien comprendre la question et n'en vois pas la portée.

Je désirerais savoir :

1° Sur quoi doit porter exactement d'après la loi l'évaluation du bénéfice ? Est-ce sur la somme encaissée ou sur les honoraires, encaissés ou non ? Il me semble qu'on ne peut en bonne logique compter comme bénéfices des honoraires non encaissés !

2° Quel intérêt a le fisc à me poser pareille question et comment lui répondre ?

Dr G.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, il doit être tenu compte des honoraires effectivement encaissés.

Nous ne voyons pas quelles déductions le contrôleur peut tirer de votre réponse.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

5697. — Patente sur une clinique n'appartenant pas au médecin

Mon associé et moi payons patente chacun pour son domicile particulier ; ni l'un ni l'autre n'y exerce.

Nous faisons l'un et l'autre nos consultations et nous opérons nos malades dans une clinique privée appartenant à une infirmière. Nous ne payons à cette dernière aucun loyer.

La directrice de la Clinique est patentable, bien entendu.

Le fisc est-il en droit d'exiger une patente de chacun des deux chirurgiens pour ce local où ils reçoivent leurs malades sans payer aucun loyer, étant purement et simplement engagés vis-à-vis de la directrice (par acte enregistré) à envoyer dans sa clinique, tous leurs opérés, et à partager avec elle les frais de téléphone et d'électricité.

Dr Z.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est dû sur les locaux affectés à l'habitation, quand bien même ces derniers sont séparés de ceux affectés à l'exercice de la profession.

D'après vos dires, il semble bien que les locaux dans lesquels vous donnez vos consultations sont bien à votre disposition (au sens fiscal du terme), le loyer proprement dit étant compensé par l'avantage résultant de l'engagement souscrit par vous envers la directirce de la clinique, remarque faite que les locaux professionnels, même concédés gratuitement, sont imposables à la patente.

A. M.

ANTHOLOGIE

Variation sur Horace

Quid poscit Apollinem Vates ?
HORACE.

Que demande, ô bon Horace,
Le doux poète au Destin ?
— De garder la même place
Jusqu'à la fin du festin,

Maigre banquet où la vie
Sur quatre pieds de sapin
Honnêtement le convie
A manger un petit pain.

Libre à lui de l'eau de Seine
De se barbouiller le bec.
S'il est dur, dans l'Hippocrène
Il peut tremper son pain sec.

Pour neuf sous jadis Verlaine
Alimentait ses amours.
Tout poète chez Mécène
Ne soupe point tous les jours.

***

Je n'ai point la folle envie
De vouloir singer les grands.
La richesse inassouvie
Me les rend indifférents.

Ma morale s'ingénie
A chercher le vrai bonheur
Dans la constante harmonie
De la raison et du cœur.

Dans mon clos où je confie
Aux arbres, aux fleurs, aux fruits
Ma gente philosophie,
Rêve des jours et des nuits,

Je ne souhaite autre chose
Que d'étendre un peu la main
Pour cueillir la même rose
Au même endroit du chemin.

Tandis que ma ménagère
Sous les cuivres rutilants
Roule une pâte légère
Qu'enfarinent ses bras blancs,

Moi, j'écoute la marmite
Parler bas au miroton
Et je crains moins la pituite
Du Bonny que du Corton.

Sur ma table une potée
Fumant près d'un grès fleuri
Est à coup sûr plus goûtée
Qu'un dîner chez Marguery.

Vous riez ? Vos rangs de perles
Se moquent de mon aveu.
On se contente de merles,
Faute de grives — Parbleu !

***

O Quintus, ne va pas croire
Que jamais je troquerais
Pour Paris et sa boue noire
La mousse de mes forêts.

Autant plaît la mosaïque
Des prés verts, des épis blonds
A ton ami, que l'Ustique
Plaisait à tes yeux profonds.

Comme un curé de village
Je voyage en mon jardin,
Et charmant est le voyage
Avec ton bon vieux bouquin.

Qu'ont-ils donc sous leur méninge
Pour éprouver le besoin
De changer toujours leur linge
Et leur sacoche de coin,

Ces coureurs à la fortune
Qui mèneraient Cyrano
Chiper son or à la Lune,
A Saturne son anneau ?

***

Je ne demande à personne,
Pas plus aux hommes qu'aux dieux,
Rien que le travail ne donne
Aux bons gars laborieux.

Le travail, bon camarade,
Sonnant l'heure en carillon,
Unit dans son accolade
La pensée à l'action.

Volontiers chez moi je passe
De la lecture au râteau,
Et la plume me délasse
De la scie et du marteau.

Pourvu que la violette
Pousse autour de ma maison
Et qu'au printemps la fauvette
Vienne y chanter sa chanson,

Que l'écureuil roux qui rôde
Dans ses bonds primesautiers
Pousse gaiement sa maraude
Jusqu'à mes bruns noisetiers,

Qu'une paisible vieillesse
Laisse à mon front curieux
L'inaltérable allégresse
Et les loisirs studieux ;

Pourvu que ma tendre épouse,
Vaillant gardien du foyer,
A mes côtés lise ou couse,
Paie en baisers son loyer,

Apollon, si tu m'octroies,
A moi qui jamais ne mens,
Le don de ces simples joies,
J'en fais ici le serment :

« Par les lauriers des Piérides,
« Par l'ail des têtes-de-veau,
« Par la serpe des Druides,
« Par le gui de l'an nouveau,
« Par les ménades du Pinde,
« Tous les ans j'immolerai
« En ton honneur une dinde,
« Ventre de marrons bourré. »

1er *Janvier* 1931.

Paul GROSSIER.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MEDECIN

par le SOU MEDICAL

Plus de six mille praticiens français sont membres du « Sou Médical » et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels dont ils sont menacés, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte cinq juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'Appel de Paris et un avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat. En outre, une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les adhérents, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, en outre des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours médical*, les membres du « Sou Médical » bénéficient d'une couverture supplémentaire de 50.000 francs, soit au total cent cinquante mille francs.

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, paiement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P.H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Pietri, E. Potheau (*Psychothérapie,*) Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël – Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : P Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba *Mal poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau *Mal. enf.*)

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 50. — Trés urgent, Bretagne, méd. fatigué, céder. excel. poste de seul méd. propharm. à 22 km. ch.-lieu départem. indemn. très mod. toutes facilités.

No 51. — Pharmacien dem. rég. agricole lyonnaise ou Sud-Ouest ayant bonnes foires et dépourvue de pharmacie. Très sérieux. discrét. absolue.

No 52.— On dem. méd. 35 ans, maxim. pour collabor. médic. Etoile, sans apport. Fixe 50.000. Condit. : nation. franç,. et savoir convers. anglaise cour. S'ad. de 5 à 6 h. 30, Dr Bachelier, 50, bd St-Jacques.

No 53. — Var. Poste méd. demi-repos à céder. Pays pittoresque, climat tempéré, 25 km. mer, altit. 500 m.

No 54. — Pour docteur ou clinique, bel appartement, carrefour Convention. S'ad. Motom I cité Bergère.

No 55. — Paris. Beau quart., appartem. méd. luxueux, 7 p., loyer 15.000, bail, reprise intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 56. — 2 h. Paris. Ville agréab. (lycée, collège), ancien poste méd. génér., gros produit. Maison particul. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 57. — Cher Après décès, localité import., seul médec., 2 pharm. Sans indemnité. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — Nous apprenons avec plaisir que notre ami, le Dr Maurice Genty, secrétaire de la Rédaction du *Progrès Médical*, vient d'être nommé bibliothécaire de l'Académie de Médecine. Ceux qui ont l'avantage de connaître le Dr Maurice Genty et ses qualités de bibliophile et d'historien applaudiront comme nous à cette nomination.

J. N.

— **Académie de médecine.** *Elections.*— MM. Tixier de Lyon, et Pachon, de Bordeaux, sont élus associés nationaux de l'Académie de médecine.

— **Hommage à la mémoire de Marcel Lermoyez.** — Les amis, les collègues et les élèves du Docteur Marcel Lermoyez, désireux de perpétuer son souvenir, ont décidé de demander au sculpteur Desruelles de graver son effigie en médaille.

Un comité a été constitué à cet effet, comité ainsi composé : Professeur Sébileau, président ; Prof. Bezançon, Dr Bourgeois, Prof. Collet, Prof. Escat, Prof. Jean-Louis Faure, Prof. Jacques, Dr Garel, Dr Grivot, Dr Hautant, Dr Jayle, Prof. Lannois, Prof. de Lapersonne, Dr Georges Laurens, Prof. Lejars, Dr Fernand Lemaître, Dr Lubet-Barbon, Dr Mahu, Dr André Moulonguet, Dr Ramadier, Prof. Roger, Prof. Sergent, Dr Siredey.

Tout souscripteur d'une somme de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions doivent être envoyées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VIe.

— **Hôpital de la Pitié.** *Service de neuro-chirurgie.* — Une proposition a été faite au conseil municipal de Paris en vue de la création, à l'hôpital de la Pitié, d'un service de neuro-chirurgie que sera confié à M. le Dr CLOVIS VINCENT, médecin de cet hôpital.

— **Hôpital Saint-Michel**, 33, rue Olivier de Serres, Paris. — La Conférence que le Docteur A. RICHARD devait faire le 11 février sur *l'effort physique des coureurs cyclistes pour le tour de France*, est remise à une date ultérieure, pour cause de maladie.

— **Syndicat professionnel de la Presse scientifique.** — L'Assemblée générale du Syndicat professionnel de la Presse scientifique aura lieu le mercredi 25 février 1931 à 18 h. 1/2, dans les Salons du Restaurant du *Journal*, 100, rue de Richelieu.

L'Assemblée générale sera suivie à 20 h. d'un banquet présidé par M. Roussel, directeur de la Mutualité au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Le prix du couvert est de 45 francs (service compris).

Les adhérents et les confrères désireux de connaître cette association que préside notre ami le Dr Foveau de Courmelles sont priés de s'inscrire avant le 21 février.

— **Nouveau prix de l'UMFIA.** — Le docteur LEYDIER, membre de l'Umfia, membre-fondateur de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, met à la disposition de l'Umfia un prix de Trois mille francs. Ce prix sera appelé *Prix Leydier* et sera destiné aux membres de l'Umfia qui auront présenté le meilleur travail, durant l'année, sur un sujet de chirurgie plastique et esthétique. Ce travail devra être complètement inédit et comporter un caractère d'originalité : un travail entrepris dans le sens d'une revue générale ne sera pas agréé. Il est nécessaire que le prix soit destiné à récompenser une avance réelle d'une technique de chirurgie plastique ou esthétique ou encore à faire progresser la question de l'invisibilité des cicatrices par des moyens physiothérapiques ou autres.

— **Parti social de la Santé publique.** *Vœu au sujet de la constitution des cadres du ministère de la Santé publique.* — Le Parti social de la santé publique attire l'attention du ministre de la Santé publique sur la nécessité de s'entourer de collaborateurs — médecins ou non médecins — présentant des qualités indiscutables de techniciens préparés par leurs études antérieures et leur esprit réalisateur à la tâche importante qui leur incombe pour sauvegarder la santé de notre population insuffisamment protégée.

— **Hôpital et dispensaire français de Londres.** — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er mars 1931.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au Docteur Robert PIERRET, 95, avenue Kléber, Paris.

— **Hôpitaux de Bordeaux.**— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 28 avril 1931. Inscriptions au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, avant le 13 avril.

— **Hôpitaux de Toulouse**. *Concours de l'Internat.* — Le concours de l'internat s'est ouvert le lundi 18 janvier à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Les questions sorties à l'écrit ont été les suivantes : Anatomie : Lobule pulmonaire ; Pathologie : Broncho-pneumonies aiguës.

—**Internat des asiles publics d'aliénés de la Seine.** — Un concours pour 7 places d'internes en médecine titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près le Préfecture de Police et de l'hôpital Henri-Rousselle s'ouvrira, à Paris, le lundi 9 mars 1931.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, Pièce 227, tous les jours de 10 à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf les dimanches.

Traitements : 1re année : 9.500 fr. ; 2e année, 9.900 fr. ; 3e année, 10.300 fr. ; 4 e année, 10.700 fr. ; 5e année, 11.100. Indemnité de résidence, 2.240 fr. ; Indemnité de déplacement de 900 fr. pour l'asile de Villejuif et pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison Blanche et Moisselles.

— **Dispensaires antituberculeux de Vaucluse.** — Un concours sur épreuves et sur titres sera ouvert en avril prochain, à la Faculté de médecine de Lyon, pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, et chargé de la gestion des dispensaires du département, à l'exclusion du dispensaire d'Avignon.

Les conditions imposées aux candidats à ce concours sont celles arrêtées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le traitement et autres avantages attachés à cette fonction sont ceux stipulés dans le statut des médecins spécialisés du Comité national.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à la Direction générale du Comité national, 66, boulevard St. Michel, Paris 6e.

Les dossiers devront être envoyés à M. le Préfet de Vaucluse, président du Comité départemental d'hygiène sociale.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 Janvier

Assurances sociales.

Circonscriptions industrielles dans lesquelles le chiffre limite de salaire ou de gain annuel est porté de 15.000 à 18.000 fr.

Décret du 8 janvier 1931.

Art. 1er. —L'article 1er du décret du 10 mai 1930 fixant les circonscriptions industrielles dans lesquelles le chiffre limite de salaire ou de gain annuel est porté de 15.000 à 18.000 fr. est complété comme suit :

. . . .

Département de la Loire.

Les quatre cantons de Saint-Etienne, les cantons du Chambon-Feugerolles, de Firminy, de Saint-Héand, de Saint-Chamond et de Rive-de-Gier (arrondissement de Saint-Etienne) ;

Le canton de Chazelles-sur-Lyon (arrondissement de Montbrison) ;

Le canton de Roanne (arrondissement de Roanne).

. . . .

Département de la Marne

Les quatre cantons de Reims.

. . . .

Dispositions transitoires

Art. 2. — L'article 1er du présent décret aura effet, en ce qui concerne l'affiliation obligatoire, à la date du 1er février 1931.

Art. 3. — Le point de départ de la période transitoire visé à l'article 15, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 est fixé, en ce qui concerne les salariés devenant assurés obligatoires par application de l'article 1er du présent décret, au 1er février 1931.

Art. 4. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret

28 janvier.

Médecine navale.

Avis de concours pour le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale.

Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale auront lieu, à Toulon, au mois de juin 1931, à des dates qui seront fixées ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

a) Physiologie, médecine ;

b) Anatomie, chirurgie (section de chirurgie générale) ;

c) Bactériologie, hygiène.

29 JANVIER

Santé publique.

Commission instituée en vue de la répartition du produit de la taxe des cercles.

Décret du 22 janvier 1931.

Art. 1er. Sont membres de droit de la commission instituée par le décret du 18 juin 1925, en vue de la répartition du produit de la taxe des cercles :

1° Le titulaire de la chaire de la tuberculose à la faculté de médecine de Paris ;

2° Le professeur de clinique des maladies cutanées et vénériennes à la faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. Fleury (Henri-Marie-Charles), externe à l'hospice général de Tours, pour maladie très grave contractée en service.

Service de santé militaire.

Par décret du 22 janvier 1931, au nombre des lieutenants ou sous-lieutenants de réserve, en stage dans l'armée active, qui pourraient être admis dans l'armée active, en 1931, au titre de la loi du 4 janvier 1929, figure un médecin, sans distinction de catégories.

Comité consultatif de santé.

Par arrêté en date du 26 janvier 1931, la composition, pour l'année 1931, du comité consultatif de santé, est fixée comme suit :

Président : M. le médecin général inspecteur Lanne, inspecteur permanent des écoles du service de santé militaire.

Membres titulaires : MM. Baron, médecin général inspecteur, directeur du service de santé de la 18e région ; Oberlé, médecin général inspecteur du service de santé de la 15e région ; Cadiot, médecin général inspecteur du service de santé de la région de Paris ; Sacquépée, médecin général inspecteur, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée ; Savornin, médecin général, directeur du service de santé de la 14e région; Rouvillois, médecin général, directeur de l'école d'application du service de santé militaire, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, membre de l'académie de médecine ; Lévy, médecin général, directeur de l'école du service de santé militaire ; Boyé, médecin général, des troupes coloniales, de l'inspection générale du service de santé des colonies ; Bouffard, médecin général des troupes coloniales, adjoint au directeur du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole ; Breteau, pharmacien général, membre de l'Académie de médecine.

Membres consultatifs. — Membres civils : MM. Roger, ex-doyen de la faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Quénu, professeur honoraire à la faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Walther, ancien professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Bezançon, professeur à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Membres militaires : MM. Lehaussois, médecin général, directeur du service de santé de la 6e région ; Rubenthaler, médecin général, directeur du service de santé de la 7e région ; Plisson, médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy ; Pilod, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'école d'application du service de santé militaire ; Chaput, pharmacien colonel, gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

Service de santé de la marine militaire.

Avis de concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux en 1931.

L'école principale du service de santé de la marine instituée près la faculté de médecine de Bordeaux, a pour but d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales.

Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale et parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

A leur sortie de l'école de Bordeaux, après obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien (1), c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre de leur dernière année d'études, les élèves sont affectés par voie d'option ou, à défaut, d'office, au corps de santé de la marine ou à celui des troupes coloniales.

Le concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux aura lieu les 7 et 8 juillet 1931.

Ce concours comprend des épreuves d'admissibilité, des épreuves d'admission et des examens d'aptitude physique.

Dans chaque centre, les examens d'aptitude physique auront lieu aussitôt après les épreuves orales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 7 et 8 juillet 1931 à Paris (ministère de la marine), Bordeaux (école du service de santé de la marine), Brest

(1) En outre, les élèves en pharmacie doivent obligatoirement être en possession des deux certificats d'études supérieures ci-après : « chimie générale et chimie physiologique ».

(hôpital maritime), Rochefort (hôpital maritime), Toulon (hôpital maritime Sainte-Anne) et à Alger dans un local désigné par le commandant de la marine.

Celles d'admission auront lieu à Brest (hôpital Saint-Antoine), à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Le nombre des élèves à admettre à l'école de Bordeaux à la suite du concours de 1931 sera fixé et annoncé au *Journal officiel* dans le courant du premier trimestre 1931.

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine ;

2° Les étudiants en pharmacie justifiant soit d'une année d'étude dans une école annexe, soit d'une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien et possesseurs du certificat de validation de stage, avant le 15 novembre 1931.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français.

Pourront être admis à concourir les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 *juillet* 1917 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1931, moins de vingt-quatre ans.

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire.

4° Etre pourvu, au moment de l'ouverture du concours :

a) Etudiants en médecine, de quatre inscriptions, valables pour le doctorat.

Les étudiants ayant au plus sept inscriptions seront autorisés à prendre part à ce concours ;

b) Etudiants en pharmacie : d'un certificat attestant qu'ils ont accompli une année d'étude dans une école annexe ou une année de stage régulier et qu'ils sont titulaires du certificat de validation de stage, pour le diplôme de pharmacien, dans les conditions fixées par le décret du 26 juillet 1909, relatif aux études pharmaceutiques, ou titulaires de trois inscriptions au plus.

Toutes les conditions d'inscriptions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

En outre, les élèves reçus à l'école devront, pour être admis à y entrer, être en possession, avant le 16 *novembre* 1931, *d'un certificat constatant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité, ou, sinon, que l'échec subi par eux ne les empêche pas de poursuivre leur scolarité* (*art.* 1er *et* 22 *du décret du* 10 *septembre* 1924.)

PIECES A PRODUIRE.

Les pièces à produire à l'appui de la demande d'inscription au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, établi sur papier timbré et revêtu des formalités prescrites par la loi (voir notamment loi du 16 avril 1916, candidats des régions libérées, des colonies ou ceux venant de l'étranger) ;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français.

Les candidats naturalisés devront joindre, soit la copie du décret présidentiel leur ayant accordé cette faveur, soit une pièce permettant de retrouver ce décret au Bulletin des Lois ;

3° A. — *Si le candidat n'est pas sous les drapeaux :*

a) Un certificat du commandant d'un dépôt des équipages de la flotte ou du commandant d'un bureau de recrutement, établi postérieurement au 1er mai 1931 et constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service militaire.

b) Un certificat du commandant du bureau de recrutement de la subdivision territoriale à laquelle appartient le candidat établissant la situation exacte de celui-ci au point de vue du service militaire (non lié au service, appelé, ajourné, sursitaire ou démobilisé) ; dans ce dernier cas, un état signalétique et des services devra être joint aux certificats ci-dessus.

B. — *Si le candidat est présent sous les drapeaux :*

Un état signalétique et des services arrêté à la date du 1er mai 1931 et auquel sera jointe une attestation du chef de corps constatant sa bonne conduite.

4° *a) Etudiants en médecine :*

Un certificat de scolarité portant les indications suivantes :

Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Date d'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière ;

b) Etudiants en pharmacie :

Pour les candidats n'ayant pas accompli une année d'études dans une des trois écoles annexes de médecine navale :

Un certificat de scolarité portant les indications suivantes :

Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Certificat du doyen de la faculté de pharmacie, de la faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou du directeur de l'école de médecine et de pharmacie, ou du juge de paix, attestant que le candidat a régulièrement accompli le stage officinal ;

Certificat de validation de stage (devra être fourni avant le 15 novembre 1931) ;

Eventuellement le nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière ;

5° Une déclaration écrite indiquant : 1° la langue

étrangère choisie (anglais ou allemand) ; 2° la résidence du candidat ; 3° le lieu où devra lui être adressée, le cas échéant, sa lettre de nomination, et 4° les centres d'examen (admissibilité et admission) choisis par l'intéressé parmi les villes indiquées au titre IV ci-après.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

6° Une déclaration indiquant, si, en cas d'admission à l'école, la famille ou le candidat établira une demande de trousseau gratuit.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministère de la marine (direction centrale du service de santé), à partir du 20 mai 1931.

La liste d'inscription sera close le 5 *juin* 1931 *au soir, terme de rigueur.*

30 JANVIER.

Service de santé militaire.

Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

Par arrêté du 26 janvier 1931, la composition, pour l'année 1931, de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires est fixée comme suit :

Président : M. le docteur Roux, directeur de l'institut Pasteur.

Membres civils : MM. Léon Bernard, Bezançon, Calmette, Chauffard, Chauveau, Emile Vincent, Renault (Jules), Roger, Teissier (Pierre), Balthazard, Serge Gas.

Membres militaires : MM. Dopter, Rimbert, Oudard, Duchene, Lanne, Lasnet, Sacquépée, Vaillard, Sieur, Vincent, Rouget, Poin.

Secrétaire : M. Liégeois.

Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée.

Par arrêté en date du 26 janvier 1931, la composition, pour l'année 1931, du conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée est fixée comme suit :

Président : M. le docteur Roux, directeur de l'institut Pasteur.

Membres civils : MM. Bonjean, Carrier, le docteur Chauveau, Colmet d'Aage, le docteur Courmont (Paul), Diénert, Dollfus, Imbeaux, Lœvy, Martel, Emile Vincent.

Membres militaires : MM. Dopter, Sacquépée, Rimbert, Lefort, Oudart, Lanne, Vincent, Rouget, Breteau, Pilod, Zoeller.

Secrétaire : M. Liégeois.

Voir la suite page LXIII-571

PROPOS DU JOUR

Le rôle de l'Union médicale latine. A propos de la dernière Assemblée générale de l'UMFIA

Nous avons si souvent vanté ici l'*Union médicale latine* et fait l'éloge de l'enthousiaste activité de ses animateurs, notamment du président-fondateur Dartigues et du secrétaire général Molinéry, que nous craindrions d'être taxés d'exagération si nous revenions sur ce thème aujourd'hui à propos de l'assemblée générale annuelle de cette Association. Aussi nous bornerons-nous à exposer simplement les faits, les buts poursuivis, les efforts réalisés, les résultats obtenus. Ce seul exposé sera d'ailleurs infiniment plus éloquent que les plus élogieux dithyrambes.

Le but principal de l'Union médicale latine est d'établir des relations cordiales, fraternelles entre les médecins de toutes les nations de culture latine. Cela n'implique pas la moindre hostilité à l'égard des pays de culture différente, mais les fondateurs de l'UMFIA ont pensé qu'il serait plus facile d'établir des rapports confiants et amicaux, un interéchange d'idées et de relations scientifiques entre des médecins ayant reçu une éducation analogue, parlant des langues sœurs, issus de races ayant subi et conservé la forte empreinte de la civilisation romaine.

L'UMFIA primitive, franco-ibéro-américaine, est devenue l'*Union médicale latine*, car cette année l'Italie, la Roumanie, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse Romande, le Canada sont venus compléter notre grande famille. Le dernier banquet, présidé par S. E. l'Ambassadeur d'Italie en personne a été un événement qui comptera dans les fastes de l'UMFIA et cette fête plus brillante encore, si possible, que celles qui se sont succédées dans ces dernières années, laissera un souvenir inoubliable à ceux qui y ont assisté.

Mais l'*Union médicale latine* ne se borne pas à donner des fêtes, elle fait une active propagande en faveur de la pénétration réciproque de l'idée latine parmi les médecins des diverses nations adhérentes. Le but élevé, désintéressé, altruiste, de cette propagande, a été partout compris ; les fragments de lettres qu'a lues le secrétaire général Molinéry, émanant de médecins italiens éminents comme le Dr Lutrario, le Prof. Colombino, de Turin, le sénateur Gabbi, professeur à Rome, prouvent que l'appel de l'UMFIA a été compris.

Une correspondance montre plus particulièrement les services que peut rendre l'Union médicale latine, c'est celle de notre distingué confrère de Bogota, le Dr Zapata, qui de retour en Colombie, après un assez long séjour à Paris, pendant lequel nous avons eu le plaisir de faire sa connaissance, demande à Molinéry de le renseigner sur les concours de l'internat, de l'externat de nos hôpitaux parisiens, sur le clinicat, l'agrégation de nos Facultés françaises. La Faculté de Bogota, étant sur le point d'être réorganisée, son doyen désirerait y appliquer des réformes qui rapprocheraient sa constitution de celle de Paris.

A l'assemblée générale, la question du *latin langue scientifique universelle* a été de nouveau mise à l'ordre du jour par une lettre de Me Michaux, bâtonnier du barreau de Boulogne-sur-Mer, qui pense que le corps médical est tout particulièrement désigné pour faire aboutir cette réforme. M. le Dr Ruffier qui est un latiniste très distingué, a posé nettement la question. La nécessité d'une langue scientifique universelle n'est plus à démontrer. Doit-on préférer une langue artificielle comme l'espéranto ? Doit-on préférer une langue facile à apprendre et dont les éléments sont connus de presque tous les médecins comme le latin ? A nos confrères de se prononcer.

Dans les cadres de l'Union médicale latine et même pour les médecins de toutes les nations, l'adoption du latin n'offrirait pas les grandes difficultés que l'on a prétendues. Certes les médecins n'écriraient, ni ne parleraient la langue de Cicéron ou de Virgile ; cette langue n'a jamais été employée par les Romains dans la vie journalière. Ils adopteraient un latin très simple bien que correct et très facile à apprendre, si au lieu de se servir pour l'enseigner de la méthode absurde des lycées et des collèges, on adoptait une méthode pratique, analogue à

celle de Berlitz. D'ailleurs, nous avons un exemple qui montre qu'on peut couramment se servir du latin, c'est l'usage quotidien qu'on fait de cette langue dans l'église catholique.

Mais M. Ruffier repousse l'emploi d'un latin « modernisé » dont on supprimerait les déclinaisons, les conjugaisons et la syntaxe. Ce serait une nouvelle langue artificielle de plus avec ses avantages mais aussi avec ses inconvénients ; ce ne serait plus le latin.

M. Ruffier réfute quelques objections à propos des néologismes nécessaires dans la langage médical technique. Les néologismes ont été de tous temps incorporés au latin et à toutes les époques, ils sont presque toujours fabriqués avec des racines latines ou grecques et il ne serait pas plus difficile de les introduire dans le latin scientifique que d'en enrichir le français ou toute autre langue.

Après cette communication vraiment académique du Dr Ruffier, il a été décidé d'exposer la question dans la *Revue de l'Umfia* et de soumettre à une sorte de referendum les deux solutions de la question : l'adoption du latin ou celle d'une langue artificielle.

***

L'énumération des *prix de l'Union médicale latine* mérite de retenir notre attention. L'Umfia veut encourager, stimuler les recherches scientifiques chez ses adhérents. *Quarante et un mille francs de prix* sont attribués chaque année aux médecins membres de l'*Umfia* qui veulent bien remplir les conditions des concours. Certain de ces prix atteint 10.000 francs. Quelques-uns sont réservés par leurs fondateurs aux internes des hôpitaux de Paris et de quelques grandes villes françaises et aux étudiants. Le Dr Leydier, membre fondateur de la Société française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, vient de fonder à l'*Umfia* un nouveau prix de trois mille francs pour le meilleur travail inédit de chirurgie plastique et esthétique. Et le Dr Bandelac de Pariente, vice-président-fondateur de l'*Umfia*, désirant remémorer l'origine franco-ibéro-américaine de l'Union, a décidé de créer un nouveau prix destiné à récompenser la meilleure thèse d'étudiants en médecine de la Faculté de Paris, d'origine espagnole, portugaise ou sud-américaine.

Quarante et un mille francs de prix annuels ! Quelle Société, si ce n'est l'Académie de médecine, fournit aux travailleurs et à la jeunesse médicale de pareils encouragements ?

A la demande du secrétaire général Molinéry l'*Union médicale latine* s'associera au projet que notre distingué confrère, le Dr Dequidt, inspecteur général des Services d'hygiène, va proposer au prochain Congrès international des Colonies de vacances à Genève. Il s'agit de créer des *colonies de vacances d'échange* où les enfants d'une nation seront confiés à une autre nation amie. En outre, l'Union médicale latine s'intéressera à l'organisation de *Camps thermaux et climatiques* auprès de nos stations, tels que les Drs Meillon et Molinéry les ont conçus et pour lesquels ils font une propagande inlassable depuis une dizaine d'années. Le Dr Médevieille désire fonder un de ces camps aux Eaux-Chaudes. Sa tentative, comme celle du Dr Dequidt, mérite d'être encouragée.

***

Nous terminerons en constatant la prospérité de la Jeune Umfia, gage de l'avenir de l'*Union médicale latine* en France. Cette jeune association, filiale de l'Union, dont les débuts paraissaient difficiles, a pris une extension prodigieuse grâce à l'activité intelligente et au dévouement de la secrétaire générale, Mlle Suzanne Roule, externe des hôpitaux, la fille de l'éminent professeur d'ichtyologie au Muséum d'histoire naturelle, notre confrère M. le Dr Roule. La jeune Umfia compte plus de 200 adhérents, dont environ 60 internes et 50 externes des hôpitaux. Elle est présidée par M. Philippe Decourt, interne des hôpitaux. Notons que cette année le premier du concours de l'internat des hôpitaux de Paris a été un jeune Umfiste espagnol, M. Aymes de Pariente, neveu du Dr Bandelac de Pariente. Rappelons que le premier du concours de l'année précédente a été encore un jeune umfiste, notre ami Georges Boudin, fils de notre collègue, le Dr Paul Boudin. Nous comptons sur cette jeunesse ardente et distinguée pour assurer la pérennité de l'Œuvre de Dartigues, qui, on a pu en juger par ce court exposé, ne se borne pas à donner des dîners et des fêtes, à donner des renseignements mais s'efforce d'intésesser ses adhérents à des questions d'un ordre moral élevé, d'encourager le travail scientiffque de ses membres, de multiplier dans le cadre international des nations latines les manifestations fécondes de son action d'union cordiale et fraternelle. N'est-ce pas du vrai, du bon patriotisme que d'apprendre aux médecins latins à mieux se connaître et partant à s'apprécie ret à sympathiser ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE, EN PARTICULIER DE TUBERCULOSE INFANTILE, TRAITÉES PAR LE SÉRUM DE JOUSSET

Par M. Jean LONGCHAMPT, de Toulon.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cet article ne renferme rien d'inédit. S'il constitue un panégyrique en faveur du sérum de Jousset, il n'est cependant que le résultat très impartial de notre expérience quotidienne. Mais devant l'ignorance du public médical de cette merveilleuse méthode qu'est la sérothérapie anti-bacillaire, et, faut-il le dire, devant le silence que l'on fait autour d'elle, nous croyons être utile à nos confrères en leur soumettant nos observations. Nous espérons qu'ils voudront bien faire l'essai de cette médication, en sériant judicieusement leurs cas, et que, frappés des résultats qu'ils obtiendront, ils deviendront comme nous, ses adeptes enthousiastes.

D'après le promoteur lui-même de la méthode, le Professeur agrégé Jousset, la sérothérapie anti-bacillaire a des indications très limitées. Son action est nulle sur les formes anciennes, à évolution chronique, en un mot dans les formes fixées de la maladie. C'est dire que la majorité des tuberculoses de l'adulte lui échappent. Au contraire, ses résultats sont d'autant meilleurs qu'on l'applique à des formes plus jeunes, plus débutantes et plus rapidement évolutives. Ces formes sont l'apanage des tuberculoses infantiles, l'infection atteignant un organisme neuf et affectant un caractère fluxionnaire qu'elle ne retrouve plus ensuite. Aussi tout l'intérêt de la méthode consiste-t-il à savoir dépister à temps ces formes d'invasion bacillaire, avant que la maladie ne se soit fixée et n'ait créé des lésions constituées sur lesquelles le sérum n'a plus d'action.

Dans la majorité des cas, la tuberculose débute par une fièvre d'invasion, mise en lumière par Landouzy sous le nom de typho-bacillose, et due, non comme le croyait celui-ci à une septicémie bacillaire mais à une atteinte ganglionnaire, quelquefois mésentérique, le plus souvent trachéo-bronchique, comme la radiographie permet quelquefois de le reconnaître, malheureusement trop tard. Ce sont ces formes que le clinicien s'acharnera à dépister.

En clinique, elles se présentent de manière variable. Le plus souvent, c'est un enfant de 3 à 7 ans qui a perdu l'appétit, pâlit, perd son entrain et ne progresse plus. L'on note une fébricule légère oscillant de 37°5 à 38°5 exagérée par les jeux ou les efforts. Cette fébricule s'accompagne de quelques troubles digestifs : constipation avec selles glaireuses, ou diarrhée légère, deux à trois selles mal digérées. Et les choses traînent en dépit de toute la thérapeutique dirigée contre l'état intestinal auquel on a une malheureuse tendance à rattacher les troubles observés.

D'autres fois, l'affection prend une allure plus aiguë. La température s'élève au-dessus de 39° et oscille irrégulièrement autour de ce chiffre. Les signes fonctionnels sont réduits au minimum : peu ou pas de toux, quelques troubles digestifs généralement discrets. Les signes somatiques se montrent assez pauvres : l'abdomen est souple, la rate normale.

Cependant, c'est inévitablement à une affection du groupe typhique qu'on en vient à penser. Mais hémoculture et séro-diagnostic restent négatifs. (Nous avons quelquefois rencontré dans notre pratique, au cours d'une tuberculose évolutive un séro-diagnostic positif à un taux faible, au-dessous du 1/150 au para B. L'on se méfiera toujours de ces agglutinations isolées et on ne leur accordera de valeur que si on les retrouve dans les examens ultérieurs et si la cuti est négative.) C'est ainsi qu'en face de cette fièvre continue dont la cause n'apparaît pas nette, on parle à la famille, qui réclame un diagnostic d'autant plus impérieusement qu'elle est plus inquiète, de fièvre intestinale. Mais que ce diagnostic ne trompe pas le médecin, que celui-ci ne s'endorme pas derrière ces mots dans une thérapeutique symptomatique, la vie de l'enfant en dépend. C'est à ce moment, comme nous allons le voir, que le sérum de Jousset peut donner tout ce qu'on peut attendre de lui. Sinon les troubles persistent. Souvent

une rémission trompeuse qui peut d'ailleurs se prolonger des mois, semble donner raison à un optimisme trop superficiel. Et puis un jour apparaît une localisation bacillaire, pleurésie, péritonite, ou arthrite, trop heureux encore si ce n'est pas l'inexorable méningite qui termine tragiquement l'évolution.

En présence d'un pareil tableau, sur quels éléments posera-t-on le diagnostic de fièvre d'invasion bacillaire ?

Un renseignement fondamental est donné par la notion de *contagion familiale.* Aussi ne se contentera-t-on pas d'un interrogatoire superficiel. La tuberculose étant considérée comme une tare infamante, la famille ne laissera arracher l'aveu qu'après de multiples réticences. Au médecin d'insister, de rechercher les tousseurs et les bacillaires, collatéraux ou autres qui auront pu vivre au contact de l'enfant.

Les signes physiques ont moins de valeur : les signes d'adénopathie trachéo-bronchique sont exceptionnellement constatés ; la diminution du murmure vésiculaire, la rudesse respiratoire localisée au sommet sont sans valeur pratique ; bien souvent il n'y a aucune modification des signes stéthacoustiques. Une submatité dans un espace omo-vertébral est encore un des meilleurs signes.

L'*examen radiologique* surtout la *radiographie,* a une plus grande valeur et doit toujours être pratiqué, mais il faut savoir qu'on trouvera rarement des ombres localisées au sommet ; les signes radiologiques sont diffus, siégeant au hile, aux scissures, à la trame ; le diagnostic radiologique des lésions de la trame est encore plein de difficultés, et il faut être très prudent dans l'interprétation des aspects des ombres broncho-vasculaires. Souvent enfin, il n'y a pas d'anomalies radiologiques appréciables. Ce sont donc, dans ces cas, les *symptômes fonctionnels* et *généraux* qui prennent toute l'importance les bronchites à répétition, la fièvre en apparence cause, la fatigabilité, l'amaigrissement sont encore les meilleurs moyens de soupçonner la tuberculose, quand à eux, viennent se surajouter la notion de contagion familiale et le facies.

Enfin la *cuti-réaction à la tuberculine* viendra en dernier lieu apporter au diagnostic un élément primordial. On s'étonne de voir ce moyen d'exploration, aussi riche en enseignement que d'exécution facile, négligé par la majorité des praticiens. Il est d'une bénignité absolue. Et si l'on craint au mot de tuberculine d'éveiller douloureusement l'attention de la famille, dire, la vérité, que l'on fait un vaccin pour préciser le diagnostic, pour savoir si l'enfant ne présenterait pas une atteinte ganglionnaire cachée. La technique, et nous nous excusons d'insister, est d'une simplicité enfantine. Aseptiser à l'éther la peau de la région deltoïdienne. Une première éraillure de l'épiderme est faite au vaccinostyle. La scarification doit atteindre, comme dans la vaccination jennérienne, le derme sans faire saigner. Seule une imperceptible rosée sanguine doit apparaître. Puis une goutte de tuberculine est déposée sur la peau, à deux centimètres au-dessous de la première scarification qui servira de témoin, et à travers cette goutte, une deuxième scarification sera faite identique à la première. On laissera sécher un quart d'heure. La tuberculine à employer est la tuberculine brute (et non diluée) pour usage vétérinaire que l'Institut Pasteur fournit facilement à la demande, soit dans des ampoules de un centimètre cube, soit dans des flacons de cinq.

Le résultat est lu dans les 48 heures. Si la cuti est négative, on n'observe rien que la minuscule cicatrice linéaire des deux scarifications. Dans ce cas, il est bon de surveiller deux ou trois jours encore la possibilité de réactions retardées. Si la cuti est positive, on note au niveau de la deuxième scarification une papule rouge qui peut affecter tous les degrés, depuis la simple élevure rosée, perceptible au doigt sous la forme d'une minuscule induration linéaire, jusqu'à affecter les dimensions d'une pièce de deux francs, se couvrir de vésicules, prendre, tout à fait exceptionnellement, un caractère nécrotique. Dans les cas douteux, on se fiera plus à l'induration qu'à la couleur. La cuti-réaction se lit mieux au toucher qu'à la vue.

L'interprétation des résultats est des plus faciles. Négative, la cuti-réaction élimine la tuberculose. Il faut savoir cependant que l'état allergique demande trois semaines, même un mois à s'établir, depuis le moment où le sujet a été infecté ; aussi une cuti-réaction faite dans cet intervalle ante-allergique, peut-elle être négative. D'autre part certaines affections comme la rougeole peuvent entraîner un état anergique, d'où la précaution qu'on recommande de pratiquer une deuxième cuti-réaction quelque temps après la première, si celle-ci a été négative. Positive au contraire, la cuti, dit-on, ne semble pas modifier les conditions du diagnostic. Les classiques enseignent en effet qu'à quatre ans 20 % des enfants présentent une cuti positive et qu'à sept ans, 70 à 80 % réagissent de même. En fait, la cuti-réaction nous paraît avoir une plus grande valeur. Tout d'abord, depuis nos années de pratique en province, en accord avec les constatations de Phélébon de Montrichard (*Presse médicale,* 17 sept. 1922) et celles d'autres auteurs, nous n'avons pas rencontré pareil pourcentage de réactions. Nous pratiquons systématiquement la cuti-réaction sur tous les enfants que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne dans tous les milieux, et notre pourcentage jusqu'à l'âge de 10 ans atteint à peine 30 %. Et puis, surtout, comme l'enseigne le Professeur Jousset, les

maladies infectieuses de l'enfance entraînent fréquemment pendant leur évolution une anergie tuberculeuse passagère avec cuti-réaction négative. Au contraire, et à l'inverse de ce qu'on peut observer chez l'adulte, au cours des tuberculoses de l'enfance, l'anergie est absolument exceptionnelle ; jusqu'au dernier jour d'une méningite, par exemple, la cuti-réaction est positive. On peut donc dire qu'une affection aiguë avec une cuti-réaction positive a de grandes chances pour être de nature bacillaire.

On voit par ce qui précède que le diagnostic de la tuberculose infantile est un *diagnostic de clinique pure* et que l'interprétation des réactions cutanées à la tuberculine lui apporte un appoint aussi indispensable que fondamental. En face de toute affection mal caractérisée on pensera systématiquement à la tuberculose, et l'on mettra tout en œuvre pour la découvrir.

Mais la typho-bacillose est loin d'être la seule indication du sérum de Jousset. Si nous avons insisté sur elle dans cet article, c'est que son diagnostic nous a paru spécialement difficile. Toutes les autres formes de tuberculose aiguë fébrile débutante, (c'est-à-dire la majorité des tuberculoses infantiles) avant qu'elles ne soient fixées, en sont justiciables.

C'est ainsi, comme on pourra le voir dans les observations ci-jointes, qu'il donne les meilleurs résultats dans les sérites tuberculeuses (pleurésies péritonites) et dans certaines formes de tuberculose parenchymateuse, dans la tuberculose pulmonaire débutante en particulier. La méningite bacillaire trop évoluée n'est aucunement influencée par la médication et ressortirait plutôt de l'allergine. (*Cf.* Traitement de la tuberculose par l'allergine, par André Jousset, *Monde Médical*, 15 octobre 1930).

La technique de la sérothérapie est très simple. La dose à injecter variant suivant la gravité de l'affection entre un centimètre cube et un centimètre cube 1/2 par kilo de poids corporel. L'injection sera répétée tous les deux ou trois jours comme le recommande le professeur Jousset jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale. Chez le nourrisson, le sérum pourra être donné aux mêmes doses en lavement. Si le résultat n'est pas atteint au bout de quatre injections, c'est que le traitement aura été trop tardivement appliqué sur une forme déjà trop évoluée. Il sera inutile d'insister. Le professeur Jousset, qui a bien voulu examiner nos observations, nous a reproché de trop espacer nos injections. Les accidents sériques, souvent impressionnants, en bouleversant la courbe thermique, peuvent masquer le bon effet du sérum et par leur intensité empêcher de poursuivre le traitement jusqu'au bout, comme dans l'observation VI, en particulier. Il a bien voulu nous donner lui-même le schéma suivant s'appliquant à un enfant de 2 ans :

20 cmc le 1er jour.
20 — le 2e —
0 — le 3e —
0 — le 4e —
0 — le 5e —
0 — le 6e —
0 — le 7e —
20 — le 8e —
20 — le 9e —

Pour illustrer ce que nous venons d'écrire, nous citerons quelques-unes des observations que nous avons tirées parmi les plus démonstratives de notre pratique et qui, nous l'espérons, emporteront la conviction de nos confrères, qu'ils possèdent en la sérothérapie anti-bacillaire une arme aussi puissante qu'efficace, qui leur permettra d'enrayer, et nous disons même de guérir, les cas de tuberculose auxquels ils l'auront judicieusement appliquée.

OBSERVATION I. — *Typhobacillose.*

Marie R..., 15 ans.

Aucun antécédent bacillaire. Scarlatine à 2 ans. Diphtérie à 3 ans traitée par sérothérapie suivie d'accidents sériques assez intenses.

Typhoïde (Eberth et Para B) à 6 ans ; vomissements cycliques à la suite. Coqueluche à 13 ans toux légère à la suite, une cuti-réaction pratiquée 10 mois après cette coqueluche est négative.

Début de l'affection le 24 mai 1928 par des troubles gastro-intestinaux et de la fièvre. Une cuti-réaction pratiquée une semaine après le début de l'affection est nettement positive, alors qu'en revanche une hémoculture ne donne aucun germe. La constatation d'une submatité dans l'espace omo-vertébral droit associée à une obscurité respiratoire légère dans le poumon nous font penser à une localisation bacillaire du hile. La radiographie montre en effet une ombre à contour flou du volume d'une grosse noix débordant le hile droit.

Du 3 au 15 juin, notre ami le docteur Rozet pratique 4 injections de sérum de Jousset. Dès la première injection apparaît un résultat net sur les phénomènes toxiques et la température. Au cours des injections suivantes, des accidents sériques assez intenses masquent les bons effets du sérum. Mais dès la troisième poussée d'urticaire, 6 jours après la dernière injection, la défervescence reste définitive avec reprise de poids et de l'état général.

Un an et demi après le début de l'affection l'enfant est normal, le poids qui à la fin de la maladie était de 35 kgr. remonte à 42 kgr. Activité normale. Un deuxième cliché pratiqué 1 an après le début des accidents montre une régression nette très marquée de l'ombre ganglionnaire, les contours apparaissant nets, bien découpés.

Deux ans après ces accidents, l'enfant présente à nouveau un épanchement pleural très discret avec un état fébrile léger de quelques jours, ne dépassant pas 38°5.

Deux injections de sérum de Jousset amènent en 15 jours la *restitutio ad integrum*.

Depuis cet épisode, l'enfant est normale.

Obs. II. — *Typhobacillose.*

Jean B..., âgé de 5 ans.

Depuis 2 ans, l'enfant est en contact avec le père atteint de bacillose fibreuse.

Le 4 février 1929, élévation thermique, suivie les jours suivants, d'une éruption de rougeole généralisée. Le 4e jour de l'éruption, on observe une légère défervescence. Mais dès le lendemain, réascension de la température qui oscille ensuite autour de 40°.

Appelé auprès de l'enfant par notre ami le docteur Bouis, le 21 février, nous le trouvons abattu, rouge, le pouls rapide, la langue sèche, toussant à peine. En discordance avec cet état général grave, l'examen somatique est négatif.

Ces symptômes, la notion de la bacillose chez le père, la rougeole antécédente, nous font penser à une évolution aiguë de tuberculose. Nous injectons extemporanément 25 cmc. de sérum de Jousset, en même temps que pour confirmer notre diagnostic, nous pratiquons une cuti-réaction à la tuberculine. A notre étonnement celle-ci reste négative dans les jours suivants.

Mais encouragés par la détente qu'a amené la première injection, nous pratiquons trois autres injections à la même dose, le 25, le 28 février et le 6 mars.

Dès la deuxième injection, l'état général est transformé, la température tombe. La langue redevient humide, l'enfant réclame à manger, joue et demande à se lever. Du 8 au 10 mars, forte réaction sérique, température, urticaire, adénopathie généralisée, arthralgie.

Depuis l'enfant s'est maintenu apyrétique.

Le 20 mai, une nouvelle cuti-réaction est pratiquée, elle est fortement positive.

La première cuti-réaction avait-elle été pratiquée en période anté-allergique ? Nous ne le croyons pas ; depuis 2 ans que l'enfant est auprès de son père, la contamination est certainement antérieure. Faut-il invoquer l'anergie rubéolique ? C'est possible. Nous pensons plus volontiers que l'injection du sérum, en neutralisant la toxémie bacillaire, a empêché l'évolution habituelle de la cuti-réaction.

Une radiographie pratiquée à ce moment montre des hiles très chargés, opaques, mais sans lésions parenchymateuses.

Un an et demi après le début de l'affection, l'enfant est revu normal à tous points de vue.

Obs. III. — *Pleurésie séro-fibrineuse.*

Fernande M ..., âgée de 5 ans.

Aucun antécédent, séjour au Sénégal, n'aurait jamais eu de paludisme.

En janvier 1929, l'enfant a présenté un léger épisode fébrile qualifié de grippe.

L'affection débute le 18 mars par de la fièvre et des troubles digestifs pour lesquels l'enfant est traitée pendant une semaine.

Le 27 mars, lorsqu'on nous amène l'enfant, nous notons un épanchement pleural très abondant à gauche s'accompagnant de dyspnée légère, refoulant le cœur obscurcissant l'espace de Traube et remontant jusqu'au-dessus de l'épine de l'omoplate (radioscopie confirmative). La ponction exploratrice ramène un liquide citron, riche en fibrine, avec une formule à prédominance de lymphocyte.

La cuti-réaction est positive.

Devant l'abondance de l'épanchement, nous songeons un instant à pratiquer une ponction évacuatrice, mais les bons résultats que nous avait donnés le sérum de Jousset dans l'observation VI nous incitent à attendre et nous pratiquons successivement 3 injections de 25 cmc. de celui-ci.

Deux jours après la première injection: la matité a baissé de deux travers de doigt, à la deuxième injection elle atteignait la pointe de l'omoplate, à la troisième injection on ne notait plus qu'un peu de submatité au niveau du cul-de-sac pleural, le souffle avait disparu et la respiration s'entendait sur toute la hauteur du poumon. En aucun moment de cette évolution, il n'a été observé de frottements ou de bruits adventices. La dernière injection a été suivie de réactions sériques impressionnantes qui durèrent 6 jours. Mais dès l'orage terminé, là encore l'apyrexie s'est établie et s'est maintenue.

Deux mois après le début de la pleurésie, l'enfant est revu en excellent état, ayant repris 3 kgr.

Une radiographie pulmonaire ne montre rien d'anormal, tant au point de vue plèvre que hile ou parenchyme.

Un an et demi après, excellent état général.

Obs. IV. — *Mastoïdite bacillaire.*

Enfant St..., âgé de 1 an.

Né le 8 juillet 1928, à 8 mois et demi, d'une mère qui meurt de bacillose pulmonaire 9 mois après l'accouchement.

Chétive, n'a pas été pesée à la naissance.

Placée au sein le premier mois, élevée ensuite au lait condensé sucré.

Séparée de la mère à partir du 5e mois.

Le 7 janvier 1929, le docteur Angles d'Auriac, chargé de la consultation d'otologie des hospices civils, note : otite suppurée gauche, avec réaction mastoïdienne. Intervention le 5 mars. Trépanation et curetage. L'examen du pus recueilli montre du bacille de Koch en très grande abondance.

L'enfant est amené à notre consultation le 25 avril. L'on note : Hypotrophie. Poids 4 kgr. 500. Facies vieillot, pâleur , rate palpable sous le rebord costal, foie normal. Ecoulement abondant de pus séreux, par l'orifice de trépanation mastoïdienne. Température oscillant entre 37°6, et 38°, 5.

Cuti positive.

On prescrit : 2 bouillies, jus de viande. Injections d'huile éthéro-camphrée, qui ayant amené la formation d'un abcès sont rapidement interrompues. Mais l'enfant reste fébrile, prend mal ses biberons. L'état général décline progressivement.

Au début de juin l'enfant reste inerte, refuse toute alimentation. Les selles sont grumeleuses, la température dépasse 39°, le poids est à 4 kgr. 380. L'on a l'impression d'une fin prochaine.

Nous essayons alors un traitement par le sérum de Jousset. 4 injections de 10 cmc. le 7, le 11, le 14 et le 21 juin. La troisième injection est suivie de réaction sérique d'intensité moyenne, mais dès la première semaine l'état général devient meilleur, l'enfant commence à jouer, prend plus volontiers son alimentation. L'on ajoute deux nouvelles bouillies au régime. A la quatrième injection, l'enfant part en Corse. Lorsqu'on nous l'amène, le 20 juillet, l'état général est transformé. L'enfant a bon appétit, prend régulièrement son alimentation. Elle se tient droite sur ses jambes. Le poids atteint 5 kgr. 500. L'apyrexie s'est maintenue. Enfin l'écoulement otorrhéique a disparu.

Revue le 9 novembre en bon état. Poids : 6 kgr. 800.

L'enfant nous est ramenée en avril 1930, pour une coqueluche qui évolue sans complications. Poids 8kgr. 360.

Obs. V. *Adénopathie trachéo-bronchique.*

Enfant de C.., âgée de 6 ans.

On ne relève aucun antécédent pathologique, si ce n'est il y a deux ans, un contact avec une nurse qui aurait présentée une hémoptysie.

Depuis deux mois l'enfant est traitée pour des troubles gastro-intestinaux (anorexie, selles plus ou moins fréquentes, mal digérées) accompagnés d'une température oscillant autour de 38°.

Appelé à examiner l'enfant le 25 mai 1930, nous la trouvons pâle, amaigrie avec un état général très médiocre. L'examen somatique ne révèle qu'une zone de submatité très discrète au niveau de l'espace omovertébral droit. La cuti-réaction à la tuberculine étant nettement positive nous faisons pratiquer un cliché pulmonaire qui montre des hiles anormalement chargés et au niveau de la corne hilaire supérieure droite, contre la trachée, une opacité à contour flou du volume d'une amande. Nous pratiquons immédiatement 3 injections de sérum de Jousset qui s'accompagne dès la première de réactions violentes, délire, agitation, vomissement et ultérieurement d'urticaire et d'arthralgie.

Là encore dès la disparition des accidents sériques l'état général s'est transformé. Apyrexie, reprise de l'appétit, disparition complète de la toux, augmentation pondérale de 3 kgr. L'enfant en juin part au Villars de Lans consolider sa guérison.

Obs. VI. — *Tuberculose pleuro-péritonéale.*

Mme B..., âgée de 27 ans.

Aucun antécédent.

Réglée à l'âge de 12 ans. Depuis, toujours mal réglée. Mariée, un garçon bien portant de 8 ans. (cuti-négative). De février à juin 1928, aménorrhée et augmentation de volume du ventre.

Appelé à voir la malade le 20 juin 1928, par notre ami le docteur Gasperini, de La Crau, nous constatons une ascite libre d'importance moyenne et un léger épanchement aux deux bases.

La température régulièrement prise dans la quinzaine précédente n'a pas dépassé 37°, 5. Le lendemain de notre consultation elle s'élève à 39°, puis oscille entre 38° et 39°, 5. Lorsque nous revoyons la malade, le 4 juillet, tous les signes se sont accentués. L'ascite a augmenté , la circonférence de l'abdomen a passé de 98 à 112 ; le poids qui était de 76 kgr. avant la maladie est tombé à 68 kgr. La malade se plaint de douleurs abdominales et présente des vomissements.

Nous pratiquons 2 injections de sérum de Jousset, le 5 et le 9 juillet. Cette deuxième injection s'accompagne de phénomènes dramatiques. Œdème pseudophlegmoneux de la cuisse, puis urticaire généralisée, arthralgie, vomissements. Tellement que l'on diffère la troisième injection de sérum.

Mais cet orage se dissipe le 22 et l'on observe à cette date une amélioration frappante.

L'ascite disparait, la circonférence de l'abdomen tombe de 112 à 94, les bases redeviennent sonores, l'appétit reprend, la langue se nettoie.

Une fébricule persiste un mois encore. Revue deux ans après le début de son affection, la malade qui a repris ses occupation, présente un état général excellent. Le poids est à 86 kgr.

Une radiographie du poumon est normale.

Obs. VII.— *Tuberculose pleuro-péritonéale.*

Mme Antoinette B..., 22 ans.

L'aînée de 8 enfants, tous bien portants. Réglée à 17 ans. Congestion pulmonaire à 13 ans. Mariée depuis 2 ans, pas de grossesse. Depuis 4 mois n'est plus réglée. Troubles dyspeptiques, constipation, douleurs abdominales diffuses dans la fosse iliaque droite. Il y a 2 mois, apparition d'un point de côté à la base gauche, s'accompagnant d'une toux sèche, quelquefois quinteuse, suivie de vomissements. Fébricule oscilant entre 37°, 5 et 38°, 5.

La malade nous est adressée le 27 avril 1929, par notre confrère et ami, le docteur Jourdan et l'on note à cette date :Abdomen augmenté de volume (circonférence à l'ombilic 90 cmc), tendu, résistance et empâtement diffus dans la fosse iliaque droite.

Matité dans le flanc droit peu mobile avec des changements de position.

Épanchement pleural discret à la base gauche (matité jusqu'à la pointe de l'omoplate, souffle égophonie).

Poids : 50 kgr. 300.

Sur mes conseils , notre confrère, le docteur Perrenot, de Sollies-Pont, pratique 4 injections de sérum de Jousset de 60 cmc. chacune.

Le 30 mai 1929, lorsque nous revoyons la malade l'état général est meilleur, l'appétit est revenu, les vomissements et la toux ont disparu. L'apyrexie s'est maintenue depuis la dernière injection de sérum ; à l'examen, le ventre a diminué de volume (circonférence 84). La fosse iliaque est plus souple, non douloureuse, la matité du flanc droit à peine sensible ; la base gauche est encore légèrement mate, mais la respiration s'étend jusqu'à la base et le souffle a disparu.

Le poids est à 48 kgr. 500.

L'héliothérapie est commencée.

Le 6 juillet 1929, le gain acquis s'est maintenu.

L'héliothérapie n'a provoqué aucune évolution thermique.

Abdomen uniformément souple (circonférence 79).

Submatité de la base gauche.

Poids : 48 kgr. 500.

En juin 1930, la malade est revue, ne présentant aucun trouble pathologique.

DU CATHÉTÉRISME URÉTHRAL

Par le Dr L. Boulanger,

Assistant à l'Hôpital d'urologie.

Le cathétérisme tient en médecine une place extrêmement importante, non seulement en pathologie urinaire, cela va de soi, mais aussi en médecine générale. Si, dans la pratique urologique, le cathétérisme joue un rôle prépondérant et se trouve à la base de toutes les opérations de cette spécialité, soit qu'à lui seul il la constitue tout entière, ou qu'il ne soit que le prélude d'une exploration ou d'un autre traitement, il n'en est pourtant pas l'apanage exclusif et dans l'exercice de la médecine générale, l'occasion se présente fréquente de le pratiquer soit chez l'homme, soit chez la femme au cours d'affections très diverses ayant non seulement leur siège dans les organes urinaires, mais aussi ressortissant de l'état général. C'est pourquoi il m'a semblé qu'il n'était pas sans intérêt d'en rappeler la technique.

De ce qui vient d'être dit, il résulte que le cathétérisme est pratiqué tantôt dans l'urètre normal, tantôt dans l'urètre présentant des modifications pathologiques, qui sont dues, soit à la présence de rétrécissement, soit à l'existence d'une hypertrophie de la prostate.

Il y a donc lieu d'étudier : 1° le cathétérisme de l'urètre normal ; 2° le cathétérisme de l'urètre des rétrécis ; 3° le cathétérisme du prostatique.

Suivant la définition qu'en donne le professeur Guyon (1), le cathétérisme « *est une opération qui consiste dans l'introduction à travers l'urètre d'un instrument qui sera conduit jusque dans la vessie* ».

Ces instruments qui doivent franchir l'urètre sont de formes diverses dont l'introduction commande des techniques ; il convient tout d'abord de donner la désignation de ces instruments :

A. Cathéters explorateurs, à boule olivaire du n° 6 au n° 26 :

Explorateurs métalliques de Guyon de 4 numéros.

(1) Professeur Guyon. — *Leçons cliniques*, 1885.

B. Cathéters évacuateurs :

Sondes en caoutchouc (Nélaton), en gomme, en soie. Droites à bout conique olivaire ;

Sondes droites à bout rond ;

Sondes à béquille 4 sinus, 25, 30, 35, 40.

C. Cathéters modificateurs :

Filiformes, droites, en baïonnette, tortillées.

D. Cathéters dilatateurs :

Bougies molles du n° 5 au n° 25 ;

Béniqués droits ;

Béniqués courbes ;

Bougies armées ;

Dilatateurs articulés.

E. Variétés de cathéters souples :

Sondes à bout coupé ;

Sondes à béquille à œil inférieur ;

Sondes de Malécot ;

Sondes de Pezzer ;

Sondes urétérales.

F. Variétés de sondes métalliques :

Sonde évacuatrice pour caillots et lithotrities, n° 26 ;

Sondes en argent et en verre pour femmes ;

Sondes de Gély ;

Endoscopes ;

Cystoscopes ;

Diviseurs.

I

Cathétérisme normal

Règles du cathétérisme (1)

Trois principes. — *Le cathéthétérisme est un toucher profond* :

1° *L'opération doit être un recueil de sensations* ;

2° *L'opérateur doit toujours savoir dans quelle région de l'urèthre se trouve l'extrémité de l'instrument* ;

(1) Professeur Guyon. — *Bulletin médical*, 18 déc. 1889 et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, février 1890.

3° *Les deux mains doivent participer à l'opération.*

En cas d'infection de l'urètre ;
En cas de fausses routes urétro-prostatiques ;
En cas de rupture de l'urètre périnéal ;
En cas de rupture de la vessie ;
En cas d'abcès urineux ;
En cas d'infiltration d'urine ;
En cas de grande distention ;
En cas de grandes hémorragies vésicales ;
Les grands nerveux.

II

Cathétérisme des rétrécis

I. *Diagnostic fonctionnel des rétrécissements* :

1° Antécédents blennorrhagiques ;
2° Difficultés d'uriner ;
3° Examen du premier verre d'urines (urétrite concomittante.

En cas de cystite, les deux verres d'urines sont troubles le dernier surtout dans les urétrites postérieures. Le toucher rectal indique s'il y a prostatite.

II. *Diagnostic objectif* : au moyen de l'explorateur à boule olivaire du n° 6 au n° 26. Il y en a d'elliptiques, d'autres coniques ayant un talon qui les fait préférer aux premiers. Grâce à cet instrument, on donne un siège anatomique aux rétrécissements.

III. Variétés communes :

<table>
<tr><td colspan="2">1°
Infranchissables.
Très rares.</td><td>a) Ponction hypogastrique après tentations prolongées, mais prudentes, de cathétérisme ;
b) Urétrotomie externe.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Franchissables</td><td>Dilatables</td><td>Bougies filiformes à demeure pendant 24 heures ;
Cathétérisme en faisceau.
Bougies molles au début jusqu'au n° 15 ;
Béniqués avec ou sans conducteurs ;
Dilatateurs articulés.</td></tr>
<tr><td>Indilatables</td><td>Urétrotomie interne avec le Maisonneuve.</td></tr>
</table>

Dans les cas de rétrécissement avec rétention, une bougie *qui ne passe pas*, maintenue appuyée sur le rétrécissement, permet à l'urine de s'écouler.

IV. *Traitement concomitant* : de la cystite et de la prostatite, de l'urétrite postérieure (instillations, massages).

V. *Traitement à longue échéance.* Vérifications annuelle du canal.

VI. Variétés plus rares : 1° *Rétrécissement avec noyau de sclérose périurétrale.* Toucher rectal combiné avec béniqués pour explorer les rétrécissements profonds. Résection avec autoplastie variable suivant les régions ;

2° Rétrécissements larges, durs, dans les périnées fistuleux avec noyaux multiples. Employer les béniqués tranchants : les tissus étant trop durs pour que l'on puisse faire usage de l'uretrotome de Maisonneuve ;

3° *Rétrécissements traumatiques* causés par une chute à califourchon sur un corps dur et étroit. L'urètre est écrasé entre ce corps et l'ogive pubienne.

Triade symptomatique :
Urétrorrhagie ;
Tumeur perinéale ;
Rétention réflexe.

Ne pas sonder. Faire d'emblée une urétrostomie périnéale (méat périnéal) qu'une autoplastie à volets fermera ultérieurement.

III

Cathétérisme des prostatiques

I. Diagnostic fonctionnel du prostatique (*âge*) :
Pollakyurie nocturne ;
Rétention complète ou incomplète ;
Incontinence par regorgements ;
Les prostatiques jeunes.

II. Diagnostic objectif :
Toucher rectal : prostate franche ;
prostate carcinomateuse ;
carcinose prostato-pelvienne diffuse.

Palper combiné : toucher rectal et palper hypogastrique.

Prostatiques sans prostate.

III. Etat de la vessie : sonde béquille ;
Mensuration de la prostate ;
Mandrin courbe ou mandrin coudé ;
Appréciation de la contractilité de la vessie
Appréciation du résidu.

Quand on a constaté que l'urètre antérieur est libre et que l'urètre prostatique quoique modifié est facilement perméable à la boule exploratrice,

♦♦♦♦

La main gauche a un rôle important. La main droite ne développe jamais de force ; la main gauche déploie une certaine énergie. La main gauche est très utile en tirant fortement la verge.

POSITION DU CHIRURGIEN (1). — Le chirurgien se place à droite du malade *debout*. Le lit ne doit pas être trop bas, ce qui oblige l'opérateur à se baisser position fatigante qui enlève beaucoup de précisions aux manœuvres.

La verge est saisie de la main gauche entre le médius et l'annulaire ; le pouce et l'index écartent les lèvres du méat.

Lubréfier les instruments avec de l'huile préférable à tout autre corps gras.

Avoir soin de ne pas avoir les doigts gras et les avoir secs.

INSTRUMENTS SOUPLES. — « Glissez, n'appuyez pas ».

INSTRUMENTS COURBES OU COUDÉS. — En général suivre la paroi supérieure (paroi chirurgicale de l'urètre).

L'abaissement doit être fait avec la main droite et avec la main gauche ; c'est une manœuvre subordonnée à la possibilité d'avancer et à la condition de l'engagement dans l'urètre profond.

Le cathétérisme doit être divisé en trois temps.

A. *Parcours de l'urètre antérieur.*

B. — *Entrée dans l'urètre postérieur.*

C. — *Parcours de l'urètre postérieur.*

On reconnaît que l'on est à la fin du premier temps à la résistance de la portion membraneuse et à la sensibilité que l'on éveille.

Le deuxième temps est accompli quand la sonde est libre et pouvant être abaissée. Une sensation de liberté absolue fait connaître que l'on est dans la vessie.

La mensuration est trompeuse, pour apprécier à quel point du canal se trouve l'instrument, il faut se baser sur les régions.

MOYENS ADJUVANTS DU CATHÉTÉRISME (2)

b. Propulsion directe de la sonde à travers le périnée. Les doigts de la main gauche peuvent rendre de grands services. Ils soutiennent la sonde contribuent à la maintenir contre la paroi supérieure l'empêchent de descendre dans le cul-de-sac du bulbe, à la dégager si elle s'y était perdue.

Ils unissent d'ailleurs complètement leur action à celle de la main droite tout en soutenant la sonde en contribuant à la diriger, ils favorisent sa pénétration par une petite propulsion qu'ils lui impriment directement en la poussant pour ainsi dire vers l'orifice sous-pubien.

(1) Professeur GUYON. — *Leçons cliniques*, 1885.
(2) Professeur GUYON. — *Ibidem.*

a. Propulsion à travers la paroi rectale (1). Le toucher rectal ou vaginal est un moyen précieux pour reconnaître si l'instrument a franchi le bulbe.

Le doigt rectal soutient la sonde pendant qu'elle progresse et lui permet de pivoter de telle manière que son bec demeure au contact de la paroi supérieure et passe par-dessus les obstacles. Si la manœuvre ne réussissait pas, l'instrument serait de nouveau ramené dans la région membraneuse et le doigt qui ne cesserait pas de le soutenir s'avancerait en même temps que lui.

Cette progression simultanée du doigt et de l'instrument est une des manœuvres qui permettent le mieux de triompher des obstacles que présente trop souvent l'urètre prostatique.

FIXATION DE LA SONDE A DEMEURE

Chez l'homme, au moyen de fils de coton à tricoter en triple, attachés d'une part à la sonde de l'autre, aux poils du pubis. Munir la sonde d'une rallonge plongeant dans un urinal de Duchastelet.

Chez la femme, fils de coton à tricoter fixés à la sonde embrassant les cuisses et attachés à une ceinture en fils.

LES MALADES QU'ON NE DOIT PAS SONDER

En général :

Un malade pour la première fois. C'est dire qu'en pareil cas il faut être extrêmement prudent ;

Les albuminuriques ;

Les femmes enceintes ;

Les enfants (incontinence).

En particulier :

Les blennorrhagiens ;

Les malades atteints de balanite ;

on peut se servir de la sonde de Nélaton, bien que la béquille offre plus de garantie. Si la boule exploratrice rencontre un obstacle dans la traversée prostatique, il faut sans hésitation, recourir à une béquille et si l'olive n'a pu franchir l'obstacle, recourir aux mandrins courbe ou coudé ou à la sonde de Gély.

IV. COMPLICATIONS :

Hématurie ;

Prostatite. Cystite ;

Orchites à répétitions.

V. TRAITEMENT :

médical :

Régime décongestionnant. Eviter le froid, la constipation. Ceinture de flanelle. Bains. Frictions générales ;

d'urgence :

Bains ;

(1) Professeur GUYON. — *Leçons cliniques*, 1885.

Compresses chaudes ;
Lavements chauds ;
Ponction hypogastrique ;
des fausses routes et des infections :
Sonde à demeure ;
des grands distendus ;
Evacuation *lente, méthodique*, aseptique ;
à longue échéance :
Sondages réguliers, lavages, instillations ;
chirurgical :
Cystostomie sus-pubienne.
Prostatectomie.

L'ALBUMINURIE PAROXYSTIQUE DANS L'ŒDÈME PULMONAIRE AIGU *

par Camille LIAN

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Tenon.

Dans 4 observations, nous avons noté une importante poussée d'albuminurie faisant suite immédiatement à une crise d'œdème pulmonaire aigu (1). Dans une observation, l'albuminurie a été purement paroxystique et considérable. En effet elle a atteint le taux de 4 gr. par litre dans l'après-midi qui a suivi la crise dyspnéique nocturne, dès le lendemain l'albuminurie n'était plus dosable, et le lendemain elle était disparue.

Dans une autre observation, les poussées d'albuminurie ont été bien moins importantes, mais elles avaient souvent le caractère paroxystique puisqu'en général l'albuminurie faisait défaut dans l'intervalle des crises d'œdème pulmonaire aigu. Enfin dans les 2 derniers cas, l'albuminurie était permanente, mais elle a subi une poussée formidable lors de la crise d'œdème pulmonaire aigu.

Toutefois cette albuminurie paroxystique n'est pas constante.

Diverses hypothèses sont suceptibles d'être invoquées pour expliquer cette albuminurie paroxystique de l'œdème pulmonaire aigu.

Il ne semble pas plausible d'incriminer une stase veineuse rénale par insuffisance cardiaque aiguë; encore moins une poussée de néphrite aiguë. Mais il pourrait s'agir d'une albuminurie vaso-motrice.

L'hypothèse la plus vraisemblable découle des travaux du Professeur Castaigne et de Chiray sur l'albuminurie due au passage d'albumines hétérogènes dans la circulation.

L'œdème aigu du poumon est en effet caractérisé anatomiquement par l'exsudation dans les alvéoles pulmonaires d'une grande quantité de sérosité albumineuse. Or, cette sérosité mise en contact avec l'air des alvéoles pulmonaires subit fatalement des modifications qui en font une albumine hétérogène. Dans ces conditions, la résorption de cet œdème alvéolaire s'effectuant pendant et après la crise est susceptible de provoquer son élimination rapide par les reins, d'où une albuminurie passagère, souvent abondante, analogue à celle qui suit l'ingestion ou l'injection sous-cutanée de blanc d'œuf (épreuve de l'albuminurie provoquée de Castaigne et Chiray).

Le mécanisme de la résorption albumineuse hétérogène est en harmonie avec le fait que la poussée d'albuminurie post-œdémateuse peut se prolonger vingt-quatre heures et plus. Il peut cadrer aussi avec l'absence de l'albuminurie paroxystique dans certains cas : en effet la quantité de sérosité transsudée dans les alvéoles pulmonaires varie d'un malade à l'autre, il en est de même de la quantité de cette sérosité rejetée par l'expectoration ; de même, varie aussi l'état antérieur des reins qui laissent plus facilement passer les albumines hétérogènes s'ils ne sont pas sains.

Quel que soit le mécanisme exact de l'albuminurie paroxystique de l'œdème pulmonaire aigu, son existence nous parait intéressante à connaitre. Certes, les travaux de Merklen et de Lian ont mis fin à la querelle qui semblait interminable entre Dieulafoy, défendant l'origine brightique de l'œdème pulmonaire aigu, et Huchard défendant son origine aortique. Ils ont montré en effet que l'œdème pulmonaire aigu est la conséquence de la grande insuffisance aiguë du ventricule gauche associée à une perturbation nerveuse active vasomotrice, cette insuffisance ventriculaire gauche pouvant compliquer diverses affections cardio-vasculaires (en particulier les affections aortiques et l'hypertension artérielle), et aussi les néphrites. Cependant la constatation d'une importante albuminurie dans les urines d'un sujet qui vient d'avoir une crise d'œdème pulmonaire aigu pourrait faire croire à tort au clinicien que la crise dyspnéique a été la conséquence directe de l'aggravation brusque d'une néphrite préexistante. Cette première impression se dissipera si le médecin, averti de l'existence de l'albuminurie paroxystique de l'œdème pulmonaire aigu, recherche l'albuminurie les jours suivants et la voit disparaître ou diminuer considérablement en quarante-huit heures.

(1) C. LIAN, LAFONT et V. HEIMANN, *Journ. médical franç.*, sept. 1930.

*Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.) — 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars, la somme de 22 fr.25, à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e.) Compte chèques postaux : 712,04.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

Le traitement de la constipation habituelle dans la première enfance (1)

d'après G. L. Halliez

Un nourrisson est constipé, lorsqu'il fait au plus une selle par jour, parfois seulement une selle tous les deux ou trois jours. Quelquefois, il n'a pas d'exonération spontanée pendant plusieurs jours, voire une semaine.

Quoique évacuées rarement, les matières peuvent cependant avoir un aspect normal; mais, elles sont habituellement plus consistantes, pâteuses comme de l'argile, ou dures, sèches, en forme de petites boules; elles sont plus pâles que les selles normales et parfois enrobées ou mélangées de mucus. L'enfant fait alors des efforts pour les expulser ; il fléchit les jambes sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen, dont il contracte les muscles avec forces ; il crie et son visage se congestionne.

Avant de prescrire un traitement, il convient de faire une enquête approfondie sur l'origine de la constipation (alimentation, troubles sensitivo-moteurs, ou malformations du tube digestif). Ne pas oublier surtout d'inspecter la région ano-rectale, car la fissure anale est assez souvent la cause d'une constipation devenue opiniâtre, après avoir souvent causé elle-même la fissure par déchirure de la muqueuse à l'occasion de l'expulsion de matières dures et de calibre anormal. Il importe aussi de se garder avant tout de prescrire au nourrisson une purgation souvent intempestive, et qui a l'inconvénient de provoquer parfois une diarrhée persistante.

Origine alimentaire de la constipation

La sous-alimentation, quelle que soit son origine, entraîne une diminution du bol fécal, et par suite une raréfaction des selles.

Si la *sous-alimentation* est *quantitative*, il y a lieu d'augmenter le nombre des repas (têtées ou biberons), ou bien de les faire plus copieux. Si l'enfant est anorexique, ou vomit fréquemment, on recherche la cause de ces troubles pour les traiter. Parfois, celui-ci tête difficilement (bec de lièvre).

Qualitative, la sous-alimentation est rare dans l'allaitement au sein. Cependant certaines nourrices constipées ont des nourrissons constipés ; on doit alors leur procurer un régime mixte, rafraichissant, leur interdire les substances azotées ou amylacées en quantité excessive, augmenter leur ration de légumes verts et de fruits. L'eau froide absorbée à jeun, la magnésie calcinée, la bourdaine, l'huile de vaseline ou les préparations à base de paraffine et de vaseline sont les plus indiquées, et les plus inoffensives pour le nourrisson lui-même. Quant à celui-ci, on lui donnera deux ou trois fois par jour, avant une têtée, deux ou trois cuillerées à café d'une solution de lactose au dixième, ou mieux encore de ferments lactiques, sous une forme liquide de préférence.

Quand les enfants sont alimentés au lait de vache, il s'agit le plus souvent de la dyspepsie, propre à ce mode d'alimentation. On règlera dès lors soigneusement les repas ; on diluera le lait avec une eau peu minéralisée (Evian, Vittel) ou une eau alcaline (Vals, Vichy), ou bien encore avec une décoction d'orge. Le lait sera sucré, non plus avec du saccharose, mais avec du lactose ou du miel. Parfois, il sera nécessaire de prescrire des ferments digestifs, du jus de fruits (orange, raisin, décoction de pommes ou de pruneaux) à la dose de quelques cuillerées à café par jour.

A l'époque des premières bouillies, renoncer aux farines de riz ou aux farines chocolatées, car le cacao est un constipant ; recommander au contraire les farines d'orge , de blé ; sucrer ces bouillies au miel ; remplacer les potages au lait par des soupes de légumes.

A la période du sevrage et de l'ablactation, l'excès des substances azotées (œufs, lait, viande) ou bien, l'insuffisance des légumes verts et des fruits sont souvent causes de constipation ; en ce cas, il faut régler le régime, et employer d'une façon intermittente la médication évacuante.

Origine neuro-musculaire de la constipation

La *dyschésie, par diminution de la sensibilité rectale*, est une des formes habituelles de la constipation dans le premier âge. On peut la réveiller et solliciter l'exonération par des moyens très simples, tels que l'introduction dans le rectum de la cuvette d'un thermomètre, ou d'une sonde de caoutchouc un peu rigide, bien propre et enduite de vaseline, que l'on fait pénétrer jusqu'à 5 ou 6 cent. de l'anus.

On peut aussi essayer les suppositoires coniques de beurre de cacao, ou les suppositoires ovoïdes de gélatine à la glycérine.

Des lavements, toujours donnés tièdes, à 37°, seront recommandés pour quelques jours : sérum

(1) G. L. Halliez. — La constipation dans la première enfance. (*La Pratique médicale française*. Septembre 1930.

physiologique à 7 p. 1000 ; décoction mucilagineuse de graines de lin, de guimauve ou d'une émulsion huileuse (150 cmc avant 6 mois, 200 cmc de 6 mois à un an, 250 cmc après un an).

Ces lavements seront administrés à l'aide d'une poire de caoutchouc terminée par une canule souple et assez longue de 15 à 20 cent. vaselinée ou huilée. D'un emploi moins commode est l'entéroclysme de verre avec sonde de caoutchouc. La canule souple ou la sonde sont introduites aussi haut que possible, l'enfant étant couché sur le côté droit ; on poussera le lavement doucement, tout en introduisant la sonde et en déplissant ainsi la paroi intestinale sans crainte de buter sur un repli de la muqueuse.

Au bout de quelques jours, on suspendra l'emploi des lavements, et on variera les évacuants.

La manne en larmes sera donnée à la dose de 15 grammes dans 60 grammes d'eau bouillante (une cuillerée à café avant les têtées 4 à 5 fois par jour). On conseillera les sirops de fruits spécialisés, le citrate de soude (1 gr.50 à 2 grammes par jour en solution aqueuse à 3 %), la magnésie hydratée (0 gr. 50 dans de l'eau sucrée ou dans un peu de lait), enfin l'huile de paraffine (1 cuillerée à café ou deux par jour). Chez les enfants plus âgés, on donnera le malt, associé à la paraffine en paillettes, et divers mucilages.

Si le purgatif devient nécessaire, l'huile de ricin est indiquée, à raison d'un gramme par année d'âge, émulsionnée dans un peu de lait, ou bien sous la forme suivante :

Huile de ricin	5 grammes
Julep gommeux	25 grammes

(Une cuillerée à café par année d'âge dans un peu de lait).

Le calomel (0 gr.05 à 0 gr.10 en cinq prises, (à une demi-heure d'intervalle, dans de l'eau sucrée) sera donné avec précaution, en raison de l'entérocolite possible.

Constipation liée à l'atonie intestinale et à la faiblesse musculaire de l'abdomen.

(Convalescents d'entérite sévère, rachitiques à ventre flasque, mégacolon, myxœdème infantile.)

Recourir au massage abdominal, quand l'enfant est déjà âgé d'un an ou deux. Puis donner un mélange de magnésie et de noix vomique (un centigramme de poudre par année d'âge).

Poudre de noix vomique	0 gr. 01
Magnésie calcinée	0 gr. 15

Pour un paquet n° 10, un paquet 2 fois par jour avant les repas, dans un peu d'eau sucrée, chez un enfant d'un an.

Origine spasmodique de la constipation

(maladies nerveuses, fissure anale).

On choisira la belladone, le plus efficace des médicaments : cinq milligrammes de poudre par année d'âge, ou 2 gouttes de teinture.

Contre la fissure anale, étaler les plis marginaux, et badigeonner l'ulcération deux fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 2 %, pendant plusieurs jours consécutifs.

Avant et après les défécations, qu'on facilitera le plus possible, appliquer sur l'orifice de l'anus et y introduire une petite quantité de l'une des 2 pommades.

Calomel	0 gr. 20
Tanin	1 gr.
Vaseline purifiée	20 gr.

ou bien :

Extrait de belladone	0 gr. 10
Extrait de ratanhia.........	1 gr.
Vaseline purifiée	20 gr.

Si la fissure n'est pas guérie au bout de quelque jours, faire de la dilatation forcée de l'anus sans anesthésie générale , ou bien employer soit la diathermie, soit les courants de haute fréquence.

G. F.

Des Livres

I

POUR VIVRE CENT ANS

ou l'Art de prolonger ses jours.

Dr A. GUÉNIOT.

Le Dr Guéniot, accoucheur honoraire des hôpitaux, membre et ancien Président de l'Académie de médecine, vient d'entrer dans sa Centième année, et c'est le moment qu'il a choisi pour révéler à ses contemporains le secret de sa merveilleuse longévité. Si la bonne humeur est une des conditions qui assurent à l'homme un siècle d'existence, on s'explique que le Dr Guéniot n'ait plus que quelques jours à attendre pour pouvoir chanter à son tour :

Amis, je viens d'avoir cent ans .....

Mais il y a d'autres facteurs de longévité, sur lesquels il s'étend complaisamment, et aussi plaisamment.

Tant est-il que l'existence a dû lui être particulièrement clémente, puisqu'il proclame, dès le début de son ouvrage (1) que La Vie est un Bien. L'est-elle également pour tous ? Ne répondons pas ... Quelle est sa durée naturelle dans l'espèce humaine ? Cinq fois environ l'âge où toute croissance est terminée, où se soudent les épiphyses, théâtre de l'activité principale du développement du squelette. Du reste , chez les mammifères, la durée de la vie est dans ce même rapport avec celle de leur croissance Il faut ajouter que les animaux meurent généralement de mort naturelle. L'homme, par contre, succombe souvent d'une façon précoce, à la maladie, qu'il ne cherche pas toujours à éviter, quand il n'en provoque pas l'éclosion par ses fautes contre l'hygiène. L'homme ne meurt pas, il se tue.

Donc, si l'homme termine sa croissance aux environs de sa vingtième année , il doit pouvoir vivre cinq fois plus, c'est à dire cent ans. Il le doit pour trois sortes de raisons :

« 1° La loi de croissance qui vient d'être rappelée ;

2° La richesse et la parfaite ordonnance de notre constitution physique ;

3° L'état de fait, qui témoigne clairement que la vie centenaire existe en permanence parmi la multitude des humains ... » (P. 45).

Il faut se garder de l'intempérance, dans le boire et le manger, si l'on veut parvenir jusqu'à cet âge biblique. Combattre les tares dont une hérédité lourde aurait pu nous doter. Respecter les glandes à sécrétion interne et leurs hormones, si nécessaires à l'équilibre organique, et plus particulièrement les hormones génitales, en renonçant, aux approches de la vieillesse, 60 ans, 65 au plus, aux joies de l'amour physique, « afin de réserver à l'organisme qui les produit, les sécrétions qui, diminuées, mais non taries, continuent à animer les ressorts de la vie ». Adopter une alimentation où toutes les vitamines soient assurées d'avoir leur place. Soigner son oxygénation pulmonaire par l'usage du spiroscope de Pescher. Et *à défaut*, en soufflant avec force et continuité jusqu'au fond, cinq à six fois, à quelques minutes d'intervalle, pour renouveler la provision d'air résiduel. Faire de la gymnastique suédoise.

En outre, des frictions massages, des bains, des exercices physiques sagement ordonnés et dosés, un usage bien compris du repos et du sommeil.

Au surplus, il faut apprendre à vieillir ... « Apprendre à vieillir, c'est modifier certaines de nos habitudes, renoncer à telles ou telles pratiques et en adopter d'autres. On renoncera, par exemple, aux longs voyages, aux festins pompeux, aux assemblées bruyantes, etc. En revanche, on adoptera un genre d'activité qui plaise et ne cause aucune fatigue excessive. »

M. Guéniot souligne les reprises d'activité que présentent souvent les vieillards à la suite d'une période de dépression, de malaises ...

Il insiste aussi sur l'avantage de la sobriété. Mais il la comprend en ce sens que si la boisson est constituée surtout par l'eau pure, le vin n'est pas interdit, ni le café, « tonique du cœur, animateur du cerveau et des nerfs ... qui convient tout particulièrement aux constitutions où ces organes sont en langueur ... » Et il admet , de temps à autre, quelques prises modérées de cognac : deux ou trois cuillerées à café ...

La fonction urinaire le retient, cela va sans dire. Il constate que, alors que la plupart des organes s'atrophient avec la vieillesse, la prostate s'hypertrophie. Il expose comment il s'accommode de sa propre prostate et d'une vessie moins

(1) Lib. J.-B. Baillière et fils, Paris.

élastique : le moyen qu'il emploie consiste « à bisser et, au besoin, à tiercer chaque miction, en mettant entre les évacuations un intervalle de cinq à dix minutes.... »

Ce livre, écrit d'un style alerte, et euphorique, oserai-je dire, est, avec son auteur, une nouvelle illustration de la proposition qui m'a servi de thème lorsque j'ai fêté les 80 ans de notre ami Gassot, Vieillir, c'est une victoire. Certes, M. Guéniot a bien pris figure de victorieux.

Quant à ses conseils, ils s'inspirent d'une expérience dans laquelle la subjectivité est prédominante. Sa manière de se comporter lui a réussi ; rien ne permet d'affirmer qu'un autre s'en serait aussi bien trouvé.

Glorifions néanmoins ses cent ans tout proches, et réjouissons nous de compter bientôt un médecin de son étiage parmi nos centenaires nationaux.

G. DUCHESNE.

II

LE CANCER

Manuel pratique du praticien

G. JEANNENEY

Le docteur G. JEANNENEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, s'intéresse d'une façon toute particulière à la question du cancer, dans laquelle il a acquis une solide expérience, comme chirurgien adjoint du centre du cancer de Bordeaux et du sud-ouest.

C'est à la faveur de cette expérience qu'il a publié, dans la Collection des Petits Précis, (1) ce Manuel, dont il vient de lancer une deuxième édition.

Il s'agit d'un exposé très complet, sous un petit volume, qui a pour point de départ qu'en matière de cancer, il importe de poser précocement le diagnostic, et par suite, de bien connaître les signes du cancer à son début.

« A diagnostic précoce, traitement précoce et chances de guérison : car nous pouvons guérir le cancer. »

Il est écrit pour le praticien et, à ce titre, s'efforce d'être essentiellement pratique. Pas de doctrines scientifiques ; pas de discussions théoriques ; pas de bibliographie. Des faits, présentés sous leur aspect le plus éloquent, avec les réflexions qu'ils appellent, et la conduite qu'ils imposent.

Trois parties : Dans la première, Jeanneney traite des généralités, et du traitement moderne du cancer. Vous trouverez ce chapitre publié *in extenso*, comme exemple de la manière de l'auteur, à la fin de cette analyse. La deuxième partie prend successivement chaque région, de la tête au membre inférieur, en passant par toutes les grandes régions, tous les grands appareils. Dans la troisième sont publiés des documents administratifs relatifs à la lutte anti-cancéreuse ; aux centres anti cancéreux. Elle se termine par un appel au médecin dont le rôle, dans cette lutte, demeure capital.

« Une fois le diagnostic posé, le médecin doit savoir diriger son malade sur le spécialiste, pour reprendre ensuite et surveiller un convalescent de la chirurgie ou de la radiothérapie. Sur le convalescent, sur le sujet qui récidive, sur l'incurable, il aura toujours à remplir non seulement son rôle thérapeutique, mais encore sa tâche médicale morale de patience, d'encouragement, de dévouement et de bienfaisance. »

G. DUCHESNE.

I. — ETATS PRÉCANCÉREUX. PROPHYLAXIE

Les vagues connaissances étiologiques que nous possédons sur le cancer nous conduisent aux règles suivantes :

1° Examiner à intervalles réguliers tout sujet à hérédité cancéreuse ou ayant dépassé la quarantaine ;

2° Penser toujours au cancer et surtout chez les malades ayant dépassé quarante ans ;

3° Traiter les syphilitiques jusqu'à guérison et surveiller les anciens syphilitiques. En cas de doute chez eux, ne pas faire de traitement d'épreuve, mais une *biopsie* ;

4° Des parasites, des agents infectieux étant susceptibles d'ouvrir des portes au cancer, avoir une rigoureuse hygiène ménagère (aération, animaux domestiques, rats, puces, punaises), corporelle (propreté) et digestive (lavage des mains avant les repas, hygiène de la bouche, surveillance de l'eau de boisson, des crudités, etc.);

5° Supprimer les causes d'irritation locale : traumatismes répétés, cicatrices vicieuses, irritants (alcool, épices, tabac) ; lésions inflammatoires chroniques (mammites, ulcères, rectites, hémorroïdes, infections dentaires, leucoplasie) ;

6° Supprimer les lésions précancéreuses apparaissant chez l'adulte (leucoplasie, ulcérations) et surtout ne pas les traiter imparfaitement (curettages limités, caustiques, antiseptiques irritants). Surveiller également les tumeurs bénignes, les préser-

(1) Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (12 fr.)

ver de l'inflammation, des traumatismes (chocs, massages) et si elles augmentent les extirper.

7° Eviter les causes de moindre résistance (surmenage, maladies), d'intoxication exogène (intoxications professionnelles, régime alimentaire) ou endogène (constipation, vie sédentaire, mauvaise hygiène physique et morale).

II. — Cancer, maladie locale. Traitements curatifs

A la phase locale, voire à la phase régionale, le *cancer est curable* par divers moyens, à condition de *le détruire du premier coup* : les retouches, en effet, sont peu sûres et difficiles.

On emploiera, selon les cas :

Soit l'extirpation (chirurgie),

Soit la destruction sur place par les caustiques, la chaleur, la diathermie, les rayons X, le radium.

Le *choix du meilleur traitement* dans chaque cas résultera de la collaboration étroite du médecin, du chirurgien, de l'anatomo-pathologiste et du physicien : sauf exception, l'avis du malade n'interviendra pas dans cette décision.

A. — *La chirurgie* reste encore la méthode de choix pour l'immense majorité des cancers : c'est qu'elle enlève non seulement la lésion, mais les ganglions histologiquement envahis et que, si elle a suffisamment dépassé les limites du mal, *elle ne laisse rien* subsister de malin et *est vraiment curative.* En somme, cette ablation ne diffère pas de celle que nous employons chaque jour quand nous enlevons un appendice malade ; à part sa « largeur » elle n'a rien d'anormal dans l'état actuel de la science chirurgicale.

Toutefois, le fait que les cellules cancéreuses sont susceptibles de se greffer partout où elles tombent a entraîné quelques *particularités techniques* visant à respecter « *l'asepsie cellulaire* ». Ce sont :

1° La nécessité d'*enlever en un seul bloc* la totalité des tissus malades: tumeur et tissu cellulaire voisin (largement), voies lymphatiques qui en émanent et leur premier relai ganglionnaire. Ici comme ailleurs, plus qu'ailleurs, il est bon d'aller des parties saines vers les parties malades, du territoire lymphatique à la tumeur ;

2° La préférence donnée à l'anesthésie générale ou régionale pour éviter les risques de dissémination de la maladie cancéreuse avec les traînées d'anesthésique ;

3° La nécessité de changer plusieurs fois d'instruments et de gants au cours de l'opération, de disséquer au besoin les parties suspectes au *cautère* (thermocautère : Jeanneney ; ou galvanocautère : Percy ; bistouri électrique : Bardon, Roux-Berger, Moure.) qui stérilise en coupant, de n'éponger qu'une fois avec la même compresse, de ne pas promener ses mains dans le champ opératoire pour y disséminer les cellules cancéreuses, etc. ;

4° L'importance de l'hémostase et de l'asepsie, le danger de l'infection secondaire que l'on évitera par un large drainage pendant vingt-quatre heures ou plus, si le cancer était infecté.

En somme, bien qu'il ne soit pas nécessaire pour réussir de recourir à des équipes chirurgicales spécialisées, — « la précocité du diagnostic faisant plus que la personnalité du chirurgien » — il existe néanmoins pour quelques cancers des techniques un peu particulières « et que peuvent seuls bien exécuter quelques chirurgiens particulièrement exercés ». (Faure.)

Les résultats d'une telle chirurgie aux premières périodes du cancer sont bons dans les cancers du sein, de l'utérus (col et corps), du tube digestif, des membres. La mortalité opératoire (de 5 à 20 p. 100) diminue chaque jour avec les progrès tchniques, et bon nombre de résultats éloignés se maintiennent comme de vraies guérisons.

B. — Les *caustiques*, la *diathermie*, le *cautère*, la *fulguration*, la *congélation* sont indiqués dans les tumeurs nettement localisées sans envahissement ganglionnaire : ils doivent détruire complètement et d'un seul coup la lésion (cancers de la peau, de la lèvre). Dès que la phase régionale est atteinte il faut combiner ces moyens à la chirurgie (qui enlève les ganglions) ou recourir à des méthodes qui agissent sur les lymphatiques. La *diathermo-coagulation* agit avec les apparences d'un simple cautère. C'est l'application des courants de haute fréquence sous faible voltage mais de forte intensité à l'aide de deux électrodes de surfaces inégales. La densité électrique énorme au niveau de la petite électrode produit un coagulation des tissus en profondeur. La suppression des hémorragies en fait une méthode de choix pour le traitement des cancers superficiels. Elle est indiquée, en outre, contre les tumeurs très embolisantes comme les mélanomes et contre les récidives après curiethérapie (Bordier, Réchou, Jeanneney et Mathey Cornat).

C. — Les *radiations* rendront les plus grands services dans le traitement du cancer lorsque les règles précises de leur application seront établies. On sait que rayons X et rayons du radium agissent spécifiquement sur les cellules en division qu'elles tuent: or, ces cellules sont l'origine même de la tumeur maligne et les détruire c'est détruire la tumeur. Un cancer sera donc, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus radiosensible que le nombre de ses cellules en division sera plus considérable. La biopsie peut nous renseigner sur ce point en comptant le pourcentage des cellules en division au point prélevé (index karyokinétique de Nabias et Forestier). Elle peut donc, dans une certaine mesure (et toutes choses égales du côté des réactions de défense locale) guider la thérapeutique, bien qu'ici ce soit surtout l'expérience qui renseigne. En effet, la radiosensibilité est très variable, même pour des tumeurs histologiquement voisines. De plus, des doses insuffisantes sont dangereuses et aggravent le mal. Il est donc difficile de bien utiliser les radiations. Ici encore

« il faut un spécialiste averti et un appareillage suffisant ». (Regaud.)

Le *radium*, simple caustique par ses rayons Beta est utilisé aujourd'hui sous forme de sels inclus dans des petits tubes ou des aiguilles de platine faisant office de filtres. On utilise donc à peu près uniquement le rayonnement Gamma purement électro-magnétique au détriment du rayonnement corpusculaire. Il faut utiliser des foyers de radium correctement filtrés (pour arrêter les rayons α et β assez rapprochés les uns des autres et *également répartis* dans toute la région à stériliser, qu'ils aient été placés par les voies naturelles ou par un « aiguillage » sérieux, régulier, l'une ou l'autre intervention demandant une technique précise, parfois délicate, toujours aseptique. La dose cancéricide est essentiellement variable selon la nature, la situation et le volume de la tumeur. On peut admettre, en pratique, que la dose cancéricide moyenne est de l'ordre de 1 millicurie détruit par centimètre cube de tumeur.

Les *rayons X* ont l'avantage d'agir sur une large surface. Les très fortes doses détruisent tissus sains et néoplasiques ; les doses fortes, convenablement filtrées, détruisent les cellules néoplasiques seules ; enfin, des doses plus discrètes agiraient non seulement en détruisant les cellules cancéreuses, mais en excitant les défenses naturelles. Ainsi on peut, avec les rayons X, atteindre *à la fois la tumeur et son territoi e ganglionnaire*, soit d'un coup, soit par attaques successives. L'action des rayons X pourra donc utilement s'associer à celle du radium. Le mode d'application (champ distance, filtre) ne peut être fixé d'une façon générale, chaque cas particulier demande un traitement spécial. On peut dire cependant que la dose cancéricide moyenne pour un épithéliome de résistance normale est de l'ordre den dose incidente de 20 H, environ, soit 4.000 R Solomon. La dose absorbée par centimètre cube de cancer est de l'ordre de 5 H par centimètre cube.

Dans l'état actuel des choses, nous savons que les cancers limités de la peau, des lèvres, du col de l'utérus, des ganglions, du cerveau, sont susceptibles de régresser et de guérir par ces moyens. Aussi les radiations devront-elles être toujours employées de préférence à la chirurgie dans les cas où elles donnent les mêmes résultats ou dans ceux où la chirurgie est contre-indiquée ou difficile (cancer du col chez une obèse) : au chirurgien, non au malade, sera laissée cette appréciation.

Les résultats sont bons au prix de dégâts restreints et d'une mortalité relativement peu élevée mais non insignifiante (5 p. 100); et enfin aussi d'une durée de traitement plus longue.

D. — *Association de la chirurgie et des traitements par les radiations.* — L'action des rayons X pouvant, sans gros dangers, couvrir de larges surfaces, on a pensé compléter par la radiothérapie la cure chirurgicale, irradiant la région avant ou après l'opération pour y détruire toutes les cellules néoplasiques que celle-ci ne pourrait enlever.

a) *La radiothérapie post-opératoire*, discutée par quelques chirurgiens, semble « légitime et utile » (Béclère) à condition de ne pas être trop destructive pour les moyens de défense locaux. Elle est utilisée dans les cancers du sein, de l'utérus, du rectum.

b) L'association de la chirurgie et de la curiethérapie peut se faire dans des conditions différentes étudiées par Proust :

1° *L'intervention complète l'action du radium* soit par l'extirpation de l'organe malade (hystérectomie quatre semaines après curiethérapie dans le cancer du col utérin), soit par curage du territoire ganglionnaire (ablation des ganglions cervicaux après curiethérapie dans le cancer de la langue

2° *L'intervention crée des voies d'accès au radium* : soit pour éviter d'employer une porte d'entrée naturelle septique (bouche, vagin), soit pour mieux aborder la tumeur et répartir de manière plus homogène les tubes ou les aiguilles de radium (irradiation des ligaments larges dans le cancer du col). Ces opérations sont d'ailleurs peu utilisées.

3° *L'intervention crée des voies de dérivation* pour mettre au repos l'organe malade ou la tumeur sur laquelle agira le radium : en effet, une tumeur infecté est moins radiosensible qu'une tumeur fermée. On agit ainsi pour toutes les tumeurs du tube digestif (gastrotomie dans le cancer de l'œsophage, anus iliaque dans le cancer du rectum).

4° *L'intervention modifie la circulation locale* soit en la diminuant par des ligatures atrophiantes et hémostatiques (ligature de la carotide externe dans le cancer de la langue), soit en l'augmentant (sympathectomie).

En résumé, il existe toute une série de méthodes qui permettent aujourd'hui de compléter utilement le traitement chirurgical du cancer en y associant le radium ou les rayons X. G. JEANNENEY.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Symptômes et complications oculaires de l'hypertension artérielle.

Les manifestations oculaires au cours de l'hypertension artérielle peuvent apparaître de façon précoce, comme signes avant coureurs de l'angiopathie.

Les hémorrhagies sous-conjonctivales survenant spontanément et sans phénomènes douloureux, doivent attirer l'attention sur le système vasculaire, au même titre que les épistaxis chez les hypertendus. A signaler, en passant, le glaucome fréquent ; mais il s'agit alors du glaucome chronique, apanage des hypertendus âgés.

Si l'on met à part le myosis, symptôme si banal chez les brightiques et les hypertendus, les signes pupillaires ne sont pas fréquents.

Il n'en est pas de même, spécifie A. Favory, au niveau de la rétine, où les accidents hypertensifs prennent une importance prépondérante. Distinguons ici les signes rétiniens et les complications rétiniennes, les uns précoces, les autres souvent plus tardives et toujours graves. Parmi les premiers, se rangent des troubles subjectifs : brouillards, éblouisssements, mouches volantes, etc.

A l'examen de la rétine, on étudie la sclérose des parois artérielles, qui se manifeste par l'altération de la transparence, de la couleur, du reflet, du calibre, des croisements vasculaires. A ce niveau, plus particulièrement, on voit les artères étirées, au contour souligné d'une ligne blanche. Les veines, d'abord défléchies, présentent ensuite aux croisements un aspect en sablier.

Les complications graves sont de trois ordres : les hémorragies rétiniennes, la thrombose veineuse (avec glaucome hémorragique), l'oblitération artérielle (avec ischémie plus ou moins complète de la rétine) se produisant au début par spasme, puis par embolie ou thrombose.

L'appareil nerveux oculaire intracérébral peut être touché, soit dans sa partie motrice (noyaux oculo-moteurs), soit dans sa partie sensorielle (voies optiques et centre visuel cortical) ; l'atteinte des voies optiques se traduit cliniquement par l'hémianopsie homonyme, le plus souvent associée à d'autres signes, ayant valeur de localisation : troubles moteurs sensitifs, troubles de langage, agnosies diverses. Ainsi se trouvent réalisés des syndromes différents suivant le territoire vasculaire ischémié (cérébrale antérieure, cérébrale postérieure, sylvienne).

Dans l'hypertension artérielle, l'examen approfondi de l'appareil oculaire en l'absence même de tout trouble visuel apparaît d'une importance toute particulière. Au même titre que la tension artérielle générale, l'examen endoscopique et la recherche de la tension artérielle rétinienne doivent se classer parmi la série d'investigations, auxquelles il est nécessaire de soumettre tout hypertendu. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1930.)

Le traitement orthopédique du syndrome de Little.

Orthopédiquement, le Dr L. Michel définit le syndrome : un état spastique, parfois localisé, toujours prédominant aux membres inférieurs, et pouvant être analysé en deux éléments : l'un *statique*, la contracture musculaire, qui entraîne la raideur articulaire et les attitudes vicieuses ; l'autre *dynamique*, le trouble moteur volontaire par lequel l'enfant est inapte à contracter seul les muscles utiles, mais contracte en même temps les antagonistes, si bien que le mouvement voulu ne s'exécute qu'après une sorte de lutte entre les divers groupes, ou lentement, ou brusquement et par saccades, toujours mal. Généralement, on observe une régression spontanée de la contracture musculaire, à laquelle s'oppose celle de la rétraction tendineuse ; dès avant que celle-là, primitive, paraisse diminuer d'intensité, celle-ci, secondaire et due à l'adaptation des tissus ligamenteux aux attitudes vicieuses, apparaît et s'accentue progressivement jusqu'à devenir bientôt irréductible ; et ceci compense cela pour le plus grand dommage du sujet.

Bref, tout Little porte en soi les conditions de son aggravation ou de son amélioration, les premières dominant les secondes ; aussi, tout Little abandonné à lui-même est-il probablement perdu ; tout Little, dont on s'occupe (sauf les cas extrêmes) a -t-il des chances d'être sauvé.

C'est la notion de ces divers éléments, et de leur évolution simultanée ou successive, combinée ou contradictoire, de leur retentissement, heureux ou néfaste, qui doit guider l'orthopédiste dans le traitement d'un Little. Nombreux sont les procédés ; fréquentes aussi les déceptions. Mais, en cette matière, aucune méthode ne doit être exclusive des autres ; et il est deux attitudes extrêmes à éviter : celle du chirurgien, qui opère mais néglige les minutieux soins post-opératoires, et celle du médecin, qui refuse systématiquement de livrer un Little à une intervention chirurgicale, mais n'hésite quelquefois pas à le confier aux manœuvres d'un masseur ou d'un rééducateur empirique. Entre ces deux solutions

extrêmes, il faut choisir la raisonnable, qui consiste, après avoir inventorié le cas envisagé, et évalué la dose d'éléments favorables ou défavorables, à pratiquer en temps voulu les interventions chirurgicales juste nécessaires pour réaliser les conditions mécaniques de la station debout et de la marche, puis, ces conditions obtenues, à les utiliser de suite pour un entraînement fonctionnel prolongé. Vouloir faire marcher un enfant, qui n'appuie que sur la pointe des orteils, est une pénible acrobatie ; mais lui couper les tendons d'Achille pour l'abandonner sur ses talons est un vain sacrifice.

La mise en train de la rééducation ne peut être sérieusement faite qu'à l'hôpital ou à la clinique, par le médecin lui-même ou par un personnel spécialisé sous sa direction, et non par des masseurs-rééducateurs en studio ou à domicile.

Et il importe de prévoir, et de faire envisager que la durée du traitement se comptera, non par mois, mais par années. Mieux vaut ne rien entreprendre que de ne pas aller jusqu'au bout. (*Lyon médical*, 10 août 1930.)

Influence de la pesanteur sur la statique utérine.

A la suite de considérations d'anatomie comparée, le Dr Condamin se demande s'il n'y aurait pas lieu de substituer à la position dorsale dans le lit un décubitus latéral ou même carrément abdominal, quand il peut être supporté. Si cette pratique, généralisée, pourrait paraître exagérée à l'état normal, elle s'impose comme adjuvant sérieux dans nombre de déplacements utéro-pelviens pour ramener à la position primaire d'antéversion l'organe utérin déplacé. Comme traitement effectif, signalons le procédé bien connu de la prière musulmane.

La généralité des accoucheurs ne croient guère à l'influence de la pesanteur dans le déterminisme de rétroversion obstétricale après un décubitus dorsal un peu prolongé. C'est cependant un fait que le lever précoce la prévient , quand le soutènement pelvien n'a pas été compromis. La reprise précoce du travail chez les femmes de la campagne, à musculature puissante, semble faire observer chez elles moins de déviation que chez les bourgeoises, objet de soins méticuleux de leurs accoucheurs. Là encore, en cas de nécessité de prolongation d'un repos au lit, des séances de décubitus abdominal ou latéral ne sembleraient pas d'une application bien difficile.

Si l'antéversion est la position primaire de toute statique utérine normale, n'y aurait-il pas lieu d'en tenir compte davantage dans la gynécologie opératoire ou orthopédique.

Les ligamentopexies semblent toutes, sauf le procédé de Villard qui respecte la statique utérine normale, avoir comme objectif de remonter l'utérus tout autant que de le ramener en avant. Or, un utérus qu'une ligamentopexie maintient, ne serait-ce qu'à un ou deux centimètres au-dessus du pubis, est le siège de douleurs, de malaises.

Les gynécologues retardataires, qui font usage de pessaires dans les déviations utérines, ne devraient pas oublier que, pour une application correcte et efficace, il faut que l'utérus, non seulement soit remonté, mais ramené et maintenu en avant.

On n'a peut-être pas suffisamment tenu compte, dans la lutte à soutenir contre la pesanteur au cas de défection du plancher pelvien, de la nécessité de rétablir non seulement l'anatomie, mais la physiologie des divers organes contractiles, qui entrent dans sa constitution. Bref, après une réfection dupérinée,tout n'est pas terminé. Pour lui rendre sa puissance contractile nécessaire, pour donner à la statique utérine son soutènement conjonctivo-vasculaire suffisant, il faudra, après une reconstitution complète, activer par une thérapeutique complémentaire le retour à la physiologie normale des tissus précédemment endommagés par des traumatismes qui, pour être physiologiques, n'en sont pas moins compromettants. Cette sorte de second temps de la périnéorraphie ne semble pas avoir été envisagé jusqu'à présent. (*Lyon médical*, 24 août 1930.)

La diathermo-coagulation dans le traitement des cancers cutanés.

Voici de quelle façon MM. Dunel, J. Lamblin et P. David fixent les avantages de la diathermo-coagulation pour traiter les cancers cutanés :

1° L'esthétique du résultat, si importante pour certaines régions découvertes, de la face en particulier ;

2° La simplicité de la technique, qui ne comporte qu'un appareil simple, d'utilisation facile ; la propreté de l'intervention d'où sont exclues les hémorragies ; la rapidité d'exécution, puisqu'en quelques secondes il est possible de détruire, sans anesthésie générale, une tumeur de la dimension d'une pièce de 2 francs ;

3° La rareté des récidives. La méthode s'est montrée remarquablement active sur des cancers récidivés après application de rayons X ;

4° Le vaste champ d'action de la diathermie, qui agit sur toutes les variétés de cancers cutanés, même sur ceux qui échappent plus ou moins à l'action des rayons X, tels que les spino-cellulaires, les nævo-carcinomes, les cancers des radiologistes, etc... (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 24 août 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les dangers possibles des installations radiographiques.

(M. Lapicque. — *Académie de médecine* ; 23-12-1930.)

La connaissance de la « maladie des rayons », dont les suites sont quelquefois si graves, a fait craindre que des dangers puissent naître du voisinage d'installations radiographiques, pour les personnes habitant, par exemple, un appartement contigu à un cabinet de radiographe. La question a été soumise par le ministre de la santé publique à l'Académie de médecine, dans une lettre du 31 octobre dernier.

Déjà, en 1921, à la suite d'un rapport de M. Broca, professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, l'Académie avait adopté les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas permis de penser qu'une installation radiologique ou radiumlogique puisse être préjudiciable aux voisins, dans l'état actuel de la science, sauf cas particulier invraisemblable.

2° Les dangers réels n'existent que pour les manipulateurs et les médecins, et ceux-ci savent ce qu'ils ont à faire pour s'en préserver.

3° Il serait sage de ne pas apporter d'entraves aux radiologistes, ni sous le prétexte de leurs dangers personnels, ni sous celui des dangers plus ou moins imaginaires des voisins.

Depuis 1921, différentes enquêtes ont été poursuivies relativement à l'hypothèse de nocivité possible des rayons pour les personnes vivant en dehors des chambres d'opération et de traitement (Commission académique de 1923 ; autre commission instituée par le Préfet de police en 1929). Elles ont abouti à un avis analogue à celui du Professeur Broca dont les conclusions, remarque M. Lapicque (parlant au nom de Mme Curie, MM. Béclère, Regaud et Lapicque) sont toujours valables, dans l'état présent de la technique radiologique.

L'Académie, après avoir entendu le rapport de M. Lapicque, maintient, dans un nouveau vote, ses conclusions de 1921.

Le traitement chimique des farines

(M. Paul Bruère. — *Académie de médecine* ; 23-12-1930.)

M. Paul Bruère, directeur du laboratoire de chimie alimentaire de l'intendance militaire, revient sur la question du traitement chimique des farines et émet un avis défavorable sur ce sujet.

Le traitement chimique des farines par les gaz tels que le chlore (procédé Simon) ou les vapeurs comme celles de trichlorure d'azote (procédé Agène), ou par les produits pulvérulents (persulfates et bromates alcalins, peroxyde de benzoyle, etc.) dans un but de blanchiment, de maturation, d'amélioration du travail de la pâte (sans parler de l'augmentation de rendement par l'hydratation plus accentuée du pain) est, dit-il, contraire aux règles de l'hygiène, pour deux raisons.

La première s'appuie sur l'insuffisance de nos connaissance relatives aux modifications éprouvées par les protides, lipides, glucides, diastases, vitamines, etc., sous l'action des traitements chimiques dont il s'agit. La seconde est basée sur le danger qu'il y a d'autoriser l'emploi de substances chimiques rarement pures et la plupart du temps mal mélangées aux farines.

L'auteur conclut que le traitement chimique des farines par gaz, vapeurs ou poudres doit être interdit, des dérogations ne devant être apportées que dans des circonstances exceptionnelles (récoltes particulièrement défectueuses) et avec un contrôle sévère.

Réactions de la vaccine et encéphalite post-vaccinale

(M. Louis Camus. — *Académie de médecine* ; 2-12-1930.)

M. Louis Camus, dans son rapport annuel sur les vaccinations en 1929, revient sur la question de l'encéphalite post-vaccinale et des réactions de la vaccine.

Il est établi, dit-il, par de nombreuses observations, qu'il n'existe pas de relation entre l'encéphalite vaccinale et l'intensité des réactions locales qui suivent la vaccination. Des sujets ont présenté des accidents cérébraux alors que l'éruption vaccinale avait été des plus discrètes, et d'autres, qui avaient eu de fortes réactions locales, n'ont accusé aucun trouble encéphalitique.

Toutefois, pour peu graves que soient en général, dans leurs conséquences, les grosses réactions locales, il faut autant que possible les éviter. La technique de la vaccination joue un rôle à ce point de vue. M. Camus rappelle les instructions du Ministère de l'hygiène annexées à l'arrêté de 1922, instructions ainsi libellées : « Le médecin est libre de recourir au mode d'inoculation qui a sa préférence mais il doit dans tous les cas, pour éviter les infections traumatiques, prendre les précautions que comporte toute inoculation, en s'abstenant de l'emploi d'antiseptiques susceptibles d'altérer le vaccin...

« Les scarifications seront toujours faites très superficiellement et ne devront intéresser que l'épiderme. Leur longueur peut être variable, mais en général, chez les sujets que l'on suppose réceptifs,

il convient de ne guère dépasser 1 millimètre si l'on veut que les pustules restent circulaires. Si le sujet a été vacciné d'une façon positive depuis peu d'années ou s'il s'est montré précédemment réfractaire, on pourra pratiquer deux ou trois petites scarifications rapprochées.

« Chez les revaccinés et surtout chez les adultes très réceptifs, il importe d'éviter les incapacités de travail dues aux fortes réactions. C'est pourquoi les inoculations doivent être proportionnées, autant que possible, à la réceptivité des sujets et à la virulence du vaccin et n'être pratiquées, que sur le membre le moins actionné dans le travail. »

P. L.

Trois cas d'anémie paludéenne traités par l'opothérapie splénique.

(M. Ph. HEDERER, de Toulon. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 12-11-1930.)

L'auteur a choisi ces trois observations dans un lot assez riche, en raison de leur caractère démonstratif ; il les a traités par des extraits lipidiques de rate, employés sous forme injectable. Des extraits en dragées ont donné des résultats moins nets.

Voici, reproduites intégralement, les conclusions formulées par l'auteur quant à l'action plurivalente des extraits lipidiques de rate employés sous forme injectable dans le traitement de l'anémie paludéenne.

« I. — *Action sur le volume de la rate.* — Rétraction progressive et réduction durable dans chaque cas de la splénomégalie.

II.— *Action sur le sang.*— Comme phénomène dominant à retenir, une hyperglobulie constante soutenue, portant sur l'augmentation parfois remarquable du nombre des hématies.

III.— *Action sur l'état général.*— Accroissement du poids, réveil de l'appétit, sensation de mieux être et de forces récupérées.

Grandes azotémies au cours de fièvre typhoide, traitées ou non par la trypaflavine.

(MM. BRULÉ et LENÈGRE. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 5-12-1930.)

L'infection éberthienne pouvant à elle seule provoquer l'azotémie, et, d'autre part, la trypaflavine pouvant, elle aussi, provoquer expérimentalement la néphrite azotémique, il est actuellement logique de penser que ces deux causes d'azotémie peuvent cumuler leurs effets chez les typhiques traités par la trypaflavine.

Néanmoins, MM. Brulé et Lenègre ne pensent pas que l'on doive abandonner l'emploi de la trypaflavine et chez les typhiques, et chez d'autres malades, car ils ont pu utiliser ce médicament chez de nombreux typhiques avec succès et sans inconvénients. Il importe seulement, quand on emploie la trypaflavine, de surveiller systématiquement le taux de l'urée sanguine, et, cela, en l'absence même de toute anomalie du syndrome urinaire, puisque des azotémies élevées peuvent apparaître sans oligurie, sans albuminurie, et sans cylindrurie.

Le terrain cancéreux. Son diagnostic.

(M. L. LEMATTE. — *Société de médecine de Paris* ; 29-11-1930.)

L'auteur regrette que nous ayons peu de renseignements précis sur la nature biochimique du terrain cancéreux. Tous les travaux antérieurs sont à reprendre avec les méthodes précises de la chimie analytique. Il mentionne ensuite quelques méthodes pour le diagnostic du cancer (ferments de défense d'Abderhalden ; méthode de Botello au réactif iodo-ioduré ; méthode de Douris, Beck et Mondain, déséquilibre dans le statisme des albumines sériques).

D'heureux résultats ont été obtenus dans le traitement de quelques cancers par des injections de chlorure d'or et d'une solution huileuse de camphre, d'iode, de cholestérine et de lipoïdes du cerveau.

Forme polythrombosante de la méningococcie suraiguë.

(MM. Jean TROISIER et Y. BOQUIEN. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 14-11-1930.)

La méningococcie suraiguë, mortelle en quelques jours, revêt généralement le type du purpura fulminans. Les auteurs décrivent un nouveau type de méningococcie suraiguë, sans purpura, mais avec thromboses multiples ; leur malade est mort, en état septicémique, avec un très léger syndrome méningé, le 4e jour, en plein coma, sans traces de purpura, ni d'hémorragie des muqueuses. Non seulement l'encéphale, mais les poumons, la rate, les reins présentaient des infarctus multiples.

Le diagnostic de cette forme restera toujours malaisé, en raison de la foudroyante évolution. En cas de doute, il y aurait lieu d'injecter sans tarder un sérum antiméningococcique polyvalent actif à doses élevées dans les muscles et dans la cavité arachnoïdo-piémérienne ; mais l'efficacité d'une thérapeutique quelconque reste douteuse.

Etude comparative de quatre cas de tumeurs de la région rolandique, au point de vue des résultats éloignés de leur ablation chirurgicale.

(MM. ALAJOUANINE, PETIT-DUTAILLIS, BERTRAND et SCHMITE. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 21-11-1930.)

Si la nature histologique de la tumeur, son énucléabilité ou son caractère infiltrant, la zone du cerveau, où elle s'est développée, sont à considérer au point de vue du pronostic immédiat, un élément non moins important pour le pronostic éloigné est le moment évolutif de la néoplasie, et le degré ainsi que le type des troubles auxquels elle a donné lieu avant l'intervention.

A propos de quatre cas, les auteurs mettent en évidence la difficulté souvent grande, à laquelle est sujette l'ablation des tumeurs du lobe paracentral, quand il s'agit d'un méningiome, et cela en raison des connexions possibles de la tumeur avec le sinus latéral. Il faut aussi connaître le danger des hématomes post-opératoires, et l'utilité des réinterventions en pareille occurence.

Alors que la symptomatologie clinique et la localisation étaient sensiblement identiques, les résultats éloignés sont très différents dans ces quatre cas. Un des malades restera hémiplégique avec amélioration légère de la force musculaire et de la contracture antérieure, mais avec disparition du syndrome d'hypertension, céphalée et stase. Dans les deux observations suivantes, les malades conservent une hémi-parésie, qui ne les empêche pas de reprendre leur profession. Le quatrième, enfin, a une rétrocession totale des troubles moteurs, d'ailleurs discrets, qu'il présentait avant l'intervention ; mais il est à noter que les quatre malades ont encore des crises jacksoniennes, à vrai dire frustes et rares.

De ces constatations, il résulte qu'une tumeur bénigne, énucléable, enlevée complètement, laisse une grosse séquelle qu'une opération plus précoce eut permis d'éviter, et qui est plus importante que celle des tumeurs infiltrées. D'autre part, la persistance de ces petits phénomènes jacksoniens est un des écueils des tumeurs de la région rolandique. Dans ces tumeurs rolandiques, plus l'atteinte de la voie motrice est discrète au moment de l'intervention. d'autant meilleurs sont tous les résultats fonctionnels après celle-ci.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 9 janvier 1931

Technique de la rach anesthésie à la percaine, d'après plus de 500 cas.

M. G. Luquet fait un rapport sur ce travail du Pr. Quarella (de Turin). Quand la technique est correctement suivie on obtient une anesthésie de longue durée (3 h.), non schockante, absolument complète, donnant un silence abdominal et une résolution insoupçonnés jusqu'alors, sans suites sérieuses et facilitant les opérations abdominales les plus difficiles. L'expérience de ce procédé est basé sur 570 cas, sans accidents, auxquels M. Luquet joint 70 nouveaux cas semblant, point par point, confirmer les conclusions de M. Quarella.

Fibro-kystique pédiculé du col de l'utérus.

M. Muller (de Belfort). Il s'agit d'une femme de 47 ans présentant, après ses règles, de petites hémorragies hebdomadaires, opérée dix ans auparavant d'un polype cervical. Au toucher, on perçoit et au spéculum on voit une masse du volume d'une noix ayant l'aspect d'un polype qu'on enlève par torsion. Il s'écoule un liquide visqueux, soluble dans la potasse, indifférent au ferro-cyanure de potassium. L'examen histologique montre une cavité kystique creusée dans du tissu fibreux, contenant un caillot fibrineux ancien et des cellules épithéliales, allongées, nombreuses, rendant la tumeur suspecte. La guérison s'est maintenue.

Ostéomyélite aiguë au tiers inférieur du fémur. Incision de l'abcès superficiel sans trépanation osseuse.

M. Hautefort fait un rapport sur cette observation de M. Meuge (de Paris).

Blocage sous-arachnoidien (anesthésie spinale) pour les opérations sur le foie et les voies biliaires.

M. Gaston Labat, (de New-York) décrit dans tous ses détails, la technique qu'il emploie. Il insiste sur la nécessité de placer le malade en position de Trendelenbourg immédiatement après l'injection et de maintenir cette position pendant l'opération et les trois heures qui la suivent. Par sa technique, l'auteur n'observe plus aucune complication. D'après lui le blocage sous-arachnoïdien constitue l'anesthésie de choix pour les opérations sur le foie et les voies biliaires, sauf quelques contre-indications, en particulier l'ictère.

Un cas d'iléus biliaire.

M. René Bonamy présente un calcul biliaire qu'il a enlevé par entérotomie chez une femme de 78 ans et qui avait causé une crise grave d'occlusion intestinale. Ce calcul était constitué, pour la plus grande partie, de cholestérine. Il n'avait jusqu'à ce moment donné lieu à aucun symptôme.

Pneumo-méninge traumatique.

M. Petit de la Villéon revient sur cette affection rare qu'on peut appeler aussi la « pneumatocèle » intracranienne, et qui consiste en une insufflation aérienne des espaces sous-arachnoïdiens au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne. L'auteur insiste sur la nécessité qu'il peut y avoir d'opérer ces malades. Dans un cas personnel, le blessé était dans le coma, et n'a dû sa guérison qu'à une trépanation décompressive frontale, pratiquée par l'auteur sans l'aide même d'anesthésie.

Projectile cardio-pulmonaire.

M. Petit de la Villéon présente un cas de projectile cardio-pulmonaire opéré avec simplicité par sa méthode de la boutonnière. à la pince, sous écran.

Fracture pathologique du col du fémur.

M. Brodier présente avec les radiographies, une fracture du col du fémur survenue après un mouvement insignifiant chez une tabétique.

Société de médecine de Paris

séance du 27 décembre 1930.

Sur le traitement médical de l'appendicite.

A propos de la communication de M. R. Gaultier concernant le traitement médical de l'appendicite : M. MAZERAN (de Châtel-Guyon) étudie, dans le domaine appendiculaire ou pseudo -appendiculaire, les cas qui sont justiciables de la cure de Châtel-Guyon.

Après avoir éliminé les appendicites aiguës, les appendicites à rechutes fréquentes, les appendicites trop récentes ou mal refroidies qui n'admettentpas l'intervention thermale, M. Mazeran envisage certaines formes cliniques qui sont susceptibles de trouver dans la cure de Châtel-Guyon un bénéfice appréciable.

Voici les différentes *catégories de malades* qui sont adressées directement dans cette station.

1° *Les appendicectomisés, les balafrés* de Dieulafoy, ces éternels douloureux du ventre comme le dit Gaultier, atteints de colites, de solarite, de périviscérites.

2° *Les douloureux* de la fosse iliaque à diagnostic *imprécis, les douteux* comme il les appelle.

Ces nombreux malades qui relèvent aussi bien de la typhlite, de la cholécystite, de la stase cœco-ascendante, des troubles mécaniques du cæcum (torsion ou mobilité anormale), voire même d'ulcus cœcocolique (Duval).

3° *Les appendiculaires chroniques*, ceux qui craignent ou pour lesquels on redoute l'intervention. *Ce sont les timorés de l'acte opératoire.*

4° *Les appendicophobes*, qui redoutent l'appendicite comme d'autres le cancer.

5° *Les appendicalgiques.*

6° *Enfin les préopératoires*, qui recherchent, en modifiant le terrain intestinal à faciliter l'intervention.

Que DEVIENNENT CES PATIENTS après leur cure ?

Les balafrés sont le plus souvent très améliorés : la régularisation intestinale obtenue, la douleur qu'atténue rapidement l'application des boues chaudes végéto-minérales, l'état général renforcé, l'élément adhérentiel modifié par les application concomittantes de diathermie, sont autant de facteurs favorables. Certains cependant continuent à souffrir de leur plexus solaire en perpétuelle réaction du fait de l'épine opératoire, et deviennent des névropathes irréductibles.

Les appendiculaires chroniques, qui tolèrent leur appendice (du fait de l'isolement de l'organe) fournissent une statistique des plus encourageantes : les poussées s'espacent , le processus de chronicité se ralentit, rétrocède le plus souvent ; et cela vraisemblablement grâce aux modifications heureuses qui se passent du côté de l'intestin.

Les malades à diagnostic imprécis, les douteux, du fait d'une observation journalière (privilège de la cure thermale), du fait aussi de la centralisation des procédés d'exploration (radiologie-coprologie-rectoscopie, etc) voient leur diagnostic s'éclairer ; et pour l'avenir la ligne de conduite se dessine.

Ceux qui préparent l'intervention chirurgicale, en se plaçant dans les meilleures conditions de succès, ne regrettent généralement pas le traitement préventif, que justifient les résultats opératoires ultérieurs.

Enfin, restent les appendicophobes, qui, s'ils ne subissent pas l'ascendant du médecin capable de leur en imposer, sont voués tôt ou tard à l'intervention, qu'ils ne cessent d'ailleurs de réclamer.

Telles sont les destinées de nombreux malades qui viennent à Châtel-Guyon. Une pratique de plus de trente années a permis à M. Mazeran de voir un nombre considérable de ces malades, ce qui justifie pleinement sa participation dans ce débat et aussi *ses conclusions* :

1° L'appendicite *nettement chirurgicale* est celle dans lequel le microbe spécifique envahit l'appendice par la voie *hémato-ou lymphogène* suivant la conception de Sanarelli. Il le pénètre pour ainsi dire « à revers », avant que de se localiser dans la sous-muqueuse et les espaces lymphatiques où il réalisera le microbisme pariétal le plus redoutable.

2° *L'appendicite médicale*, dont le point de départ *est entérogène* ; elle est la résultante de troubles se passant à l'intérieur du conduit intestinal (typhlite, colite, lithiase, parasitose, stase cœco-ascendante, etc).

Cette forme est justiciable du traitement médical et de la cure hydro-minérale.

3° Enfin certaines *formes mixtes*, se confondent et ressortissent à la fois de l'un et l'autre des deux modes d'envahissement.

Au médecin d'apprécier celui qui influe sur l'autre ou bien de supprimer une épine appendiculaire qui entretient la réaction typhlo-colitique, ou bien de modifier le régime intestinal qui favorise la phlegmasie appendiculaire.

Les Congrès

VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

(*suite*) (1)

Immunité, superinfection, réinfection dans la syphilis.

M. Mario Truffi (de Padoue). — Dans l'espèce humaine il n'existe pas une immunité naturelle vis-à-vis de la syphilis.

Bien des espèces animales considérées jusqu'à ces derniers temps comme réfractaires à la syphilis ne le sont qu'apparemment.

L'immunité conférée par une première infection de syphilis n'est pas complète.

Les accidents de réinoculation suivent généralement le type des manifestations de la période dans laquelle le syphilitique se trouve. Ils peuvent être déterminés tant par l'inoculation de virus du malade même, que de virus hétérogène. S'il y a des différences pour l'intensité des lésions et pour la fréquence des résultats positifs, il est indéniable que des spirochètes provenant de l'extérieur sur les téguments puissent pénétrer dans l'organisme sans déterminer aucune lésion au point d'inoculation.

Déjà dans la période de première incubation peuvent s'établir des conditions d'immunité incomplète.

Dans la période de deuxième incubation, l'immunité va progressivement en augmentant. La lésion de réinoculation offre, dans la première partie de la période , le type du chancre induré ; vers la fin elle a tendance à prendre l'aspect d'une papule. L'incubation en est généralement raccourcie et son évolution abortive.

Pendant la période des manifestations générales l'état d'immunité est plus accentué. La réinoculation détermine souvent un accident papuleux.

Pendant la latence, l'immunité, très prononcée dans les premiers temps, subit dans la suite une atténuation : on peut avoir alors des accidents de réinoculation plus profonds et aussi des manifestations de diffusion à distance.

Les téguments dans la période tertiaire réagissent presque toujours très vivement à la réinoculation. L'immunité montre une considérable atténuation.

Dans la paralysie générale, les téguments sont presque absolument réfractaires à une nouvelle inoculation. Ce caractère ne semble pas lié à un état d'anergie active, puisqu'il est prouvé que les spirochètes peuvent traverser, sans déterminer aucune réaction visible, la barrière cutanée.

Ce phénomène est moins absolu dans le tabes.

L'infection congénitale peut ne laisser aucune immunité pour une nouvelle infection. L'accident de réinoculation peut, sur les téguments, être identique à celui qui se montre sur un individu sain, ou bien suivre le type des lésions qui s'observent dans les différentes périodes de la syphilis acquise.

Bien qu'il n'y ait pas de documentations absolues, mathématiques pour prouver qu'un individu qui a contracté la syphilis peut être considéré guéri de son infection, on peut admettre, au point de vue pratique, la possibilité pour un homme syphilitique de guérir. On ne peut pas nier pourtant l'existence des cas de réinfection considérée comme une nouvelle infection d'un organisme présumé guéri de l'infection première et ayant une évolution identique à celle qu'on observe chez un individu sain.

Les cas de réinfection sont devenus bien plus nombreux après l'introduction de la thérapeutique arsenicale et notamment chez les individus soumis à un traitement intensif dès les premiers moments de l'infection.

Dans l'impossibilité de donner une valeur absolue aux critères de guérison, on ne peut fixer une limitation exacte entre la superinfection, c'est-à-dire établir où l'une finit et où l'autre commence.

La transmission de la syphilis aux animaux et au lapin en particulier, a contribué à éclaircir les phénomènes d'immunité.

Pour l'homme, et pour l'animal aussi, on ne peut fournir la démonstration de l'existence de souches diverses de spirochètes doués de la propriété de se localiser sur des organes déterminés. Mais il n'est pas possible d'exclure (bien que le fait soit dépourvu d'importance pratique) un certain organotropisme lié aux conditions dans lesquelles le parasite a longtemps vécu.

Bien qu'on puisse admettre qu'il y a des liens étroits entre l'allergie et l'immunité (dans le sens que la première est une des expressions de la deuxième), il n'est pas possible de donner la démonstration, dans la syphilis. d'une concordance exacte entre ces deux états.

Dans les liquides organiques on ne peut pas mettre en évidence des anticorps contre le spirochète.

Il est probable que les substances immunisantes contre la syphilis sont d'origine tissulaire plutôt qu'humorale. Mais nous ne connaissons pas encore quels sont les éléments cellulaires députés à la défense, ni les modalités de cette défense.

Aussi nous ne connaissons pas pourquoi la maladie, à certains moments, montre de la tendance à se localiser à un seul système ou à un seul organe ou à une partie seulement de cet organe.

L'immunité dans la syphilis n'est pas une immu-

(1) *Concours médical*, nos 4, 5 et 6.

nité vraie, mais une immunité liée à l'infection et qui dure tant qu'existe l'infection. Elle n'est pas transmissible sinon avec l'infection.

Chez l'homme, l'immunité existe contre tous les virus (panimmunité) ; chez le lapin au contraire, il y a différence de réaction de virus à virus (mono-immunité).

Le traitement intensif pratiqué dans les premiers temps de l'infection modifie l'immunité parce que probablement il modifie aussi l'infection. Il est difficile d'atteindre ce résultat dans les périodes consécutives de la maladie.

Il y a des causes qui peuvent avoir une influence sur les conditions de l'immunité, telles des causes toxiques (alcoolisme, tabagisme, etc.), infectieuses (malaria, frambœsis, fièvre récurrente, etc.), des dysendocrinies, etc.

L'immunisation active et passive ne donne aucun résultat ni au point de vue prophylactique ni au point de vue curatif.

De l'immunité, de la réinfection, de la superinfection syphilitique.

M. Al. Brown (New-York). — Le rapport expose les résultats des recherches pratiquées à l'Institut Rockefeller concernant la syphilis expérimentale du lapin.

Les expériences sur l'immunité peuvent se diviser en quatre catégories :

1° Expériences sur les animaux (primo-inoculation) ;

2° Expériences sur les animaux déjà infectés (réinoculation) ;

3° Expériences sur les animaux déjà infectés mais traités par divers médicaments avant la réinoculation ;

4° Expériences relatives à l'immunisation des animaux par l'usage de sérum ou de vaccins.

La discussion qui va suivre ne concernera que les trois premières catégories.

Après la primo-inoculation, on observe dans certains cas une résistance naturelle caractérisée par l'absence complète de manifestations spécifiques.

Cependant il faut établir une différence très nette entre le parasitisme et la sensibilité tissulaire ; celle-ci peut manquer, bien que l'organisme soit infecté.

La réinoculation permet d'étudier la superinfection.

Chez les animaux traités, il est intéressant de constater d'une part une sensibilisation très nette de l'organisme et d'autre part la réinfection.

Cette étude amène à considérer les relations entre l'immunité et la persistance de l'infection ; la première cesse immédiatement avec la seconde. C'est pourquoi certains auteurs refusent de considérer l'immunité syphilitique comme une immunité véritable ; mais cette conception est exposée à de nombreuses critiques.

La syphilis du lapin est moins grave que celle de l'homme ; elle est influencée par de nombreux facteurs tels que l'origine et la race des parasites, le mode et le lieu d'inoculation, le temps et la saison auxquels ont lieu les expériences.

État réfractaire des lapins syphilitiques à la réinoculation (superinfection et réinfection).

M. Matsumoto (Kyoto). — Les réinoculations sont influencées à la fois par la saison, les doses du produit infectant, la méthode et le lieu d'inoculation, par l'intervalle qui sépare la première de la seconde infection.

Elles donnent lieu soit à des lésions locales, soit à des lésions généralisées. Quelquefois même elles ne provoquent aucune réaction tissulaire, mais cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas déterminé l'infection de l'organisme. Il y a là une différence importante à signaler.

Le sérum des lapins ne présente que très peu de substances spirochéticides.

La syphilis et la frambœsia sont deux spirochétoses voisines mais non identiques ; il y a en effet d'indéniables différences dans les phénomènes d'immunité créés par ces deux infections.

Mestchersky (Moscou). — Les différences entre la superinfection et la réinfection sont extrêmement précaires, car toutes deux se manifestent par les mêmes symptômes, chancre dont la sérosité contient des tréponèmes, adénopathies multiples, lésions cutanées, muqueuses.

L'auteur rapporte quelques observations, où des sujets, porteurs de manifestations tertiaires, présentent en même temps des accidents secondaires. Il insiste sur la difficulté de distinguer les chancres redux du chancre de réinoculation.

Les expériences sur les lapins ne pouvant être rapportées à l'homme, il fut pratiqué 38 inoculations à 26 malades atteints de syphilis à ses diverses périodes. Il y eut 24 résultats positifs, et les conclusions suivantes purent être émises ;

1° La réussite de l'inoculation est d'autant plus facile que la syphilis est plus ancienne.

2° La réinoculation se manifeste presque toujours par des lésions correspondant à l'âge de la syphilis primitive. Au cours du tabes, il y a cependant éclosion de lésions secondaires.

3° L'état sérologique n'a aucune influence.

4° Les lésions dues à la superinfection restent localisées au point d'inoculation.

Récidives cutanéo-muqueuses dans la syphilis primaire et leur différenciation des réinfections

MM. John H. Stokes, Harold N. Cok, Joseph E. Moore, Paul A. O'Lemy, Thomas Parran Udo J. Wile (Philadelphie). — 5.952 cas de syphilis primaire ont été observés. 360 ont présenté des récidives cutanéo-muqueuses et 40 des réinfections.

Les récidives sont moins fréquentes après les chancres avec séro-réaction positive qu'après les chancres avec séro-réaction négative.

75 p. 100 des récidives sont ano-génitales.

Les récidives se produisent dans les deux premières années après la cessation du traitement.

La thérapeutique arsénobenzène-mercure est suivie de 9,6 p. 100 de récidives et la thérapeutique arséno-benzène-bismuth de 3,6 p. 100 seulement.

La proportion des récidives s'abaisse considérablement de la 9e à la 15e injection d'arsénobenzène.

Parmi les 40 cas de réinfection, 59 p. 100 se produisent à une date où se montrent le plus grand nombre de récidives.

Dans 48 p. 100 des cas, le traitement avait été analogue au traitement administré aux malades récidivants.

La plupart des réinfections sont discutables ; un très petit nombre possèdent les caractères certains d'authenticité.

(à suivre)

Les Thèses

P. — Dr M. Amestoy. — **Les septicémies puerpérales à bacillus perfringens.** (Paris, librairie M. Lac, éditeur, 26, rue Monsieur-le-Prince (VIe), 1930.)

Le bacillus perfringens ne se comporte pas comme un « germe de sortie », mais comme un agent pathogène spécifique, pouvant donner lieu à des septicémies puerpérales ; ces septicémies sont certainement beaucoup moins rares que méconnues, et à leur origine on retrouve presque toujours, un avortement criminel.

Elles sont caractérisées cliniquement par une tétrade symptomatique : coloration des téguments, hémoglobinurie, laquage du sérum sanguin et dyspnée, permettant de porter presque à coup sûr le diagnostic qui ne pourra cependant être affirmé que par l'hémoculture. Ces septicémies peuvent revêtir diverses formes selon l'importance des lésions locales, selon les complications, selon la prédominance de tel ou tel symptôme. Le caractère polymicrobien des altérations cadavériques, les distinguera de celles relevant du bacillus perfringens, mais souvent cette distinction présentera une grande difficulté, vu l'extrême rapidité avec laquelle agit la putréfaction dans ce cas.

L'évolution est presque toujours mortelle et le traitement souvent illusoire.

P. — Dr Etienne Fischer. — **Contribution à l'étude du traitement des dermatoses staphylococciques par le bactériophage de d'Hérelle en applications locales.** (Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1930.)

L'auteur, après un exposé des notions acquises sur le phénomène de d'Hérelle envisagé au point de vue de son utilisation pratique, propose avec le Dr P. Wagon l'utilisation d'une suspension de bouillon bactériophage dans une pommade dont l'excipient miscible à l'eau a été préalablement stérilisé. Il démontre que le bactériophage peut s'y maintenir et indique la technique permettant de l'y déceler.

Par l'emploi de la pommade au bactériophage, on n'a pas à craindre les inconvénients des injections intra-veineuses ou sous-cutanées : en particulier, on n'a pas à redouter de troubles antiphylactiques

Cette méthode, sans danger, donne des résultats excellents dans les cas de furoncles, d'impétigos, d'eczémas impétigineux, de pyodermites staphylococciques et d'intertrigo, traités dans le service du Dr Milian, à l'hôpital Saint-Louis.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Armand Colin,
103, boulevard Saint-Germain.

Dr J. Lhermitte, agrégé de la Faculté de Paris. — **Le sommeil.** (Un vol. in-16, 210 pages. Prix : 10 fr. 50.)

Librairie Payot.
106, boulevard Saint-Germain.

A. Castiglioni, professeur à l'Université de Padoue. — **Histoire de la médecine.** *Edition française.* Traduction de J. Bertrand et F. Gidon. (Un vol. in-8, 279 gravures, 780 pages. Prix : 140 fr.)

Editions Vidal, 187, rue Lafayette

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis Vidal, directeur-gérant de l'Office de vulgarisation pharmaceutique, 187, rue Lafayette, Paris (Xe). *Edition* 1931.

De format in-20, cet ouvrage de 1.108 pages est envoyé gracieusement au Corps médical.

Entièrement remanié et mis à jour, il offre aux praticiens une documentation complète sur les spécialités pharmaceutiques, en particulier sur leur composition, présentation, prix et mode d'emploi.

Le « Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques » constitue le pendant du « Formulaire magistral », sur le bureau du médecin.

Editions de l'Argus de la Presse

L'Argus de la Presse vient d'éditer la sixième édition de **Nomenclature des journaux et revues en langue française,** paraissant dans le monde entier.

C'est un volume très documenté de plus de 1.100 pages, renfermant plus de 15.000 noms de publications différentes, qui rendra des services à tous ceux qui s'intéressent à la presse et à la publicité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES IMPERFECTIONS, LES LACUNES, LES BRIMADES DE L'ASSURANCE-MALADIE

Le temps passe, et chaque jour qui s'écoule fait apparaître les imperfections de l'Assurance-maladie, les abus et les brimades auxquels son application donne lieu.

Tout d'abord, — on n'insistera jamais trop là-dessus, — ce qui, à défaut d'autres raisons, la rend antipathique, c'est son formalisme exagéré. Là où il aurait fallu simplifier, il semble qu'une bureaucratie avide de complications se soit donné à tâche de rechercher au contraire la difficulté. Ainsi; l'obligation, pour l'employeur, de renvoyer tous les trois mois le feuillet concernant la branche maladie, sur lequel sont collés les timbres constatant les versements des salariés.

Le temps que perdent les assurés à aller chercher une feuille de maladie, qui n'est valable que 15 jours, puis pour obtenir le réglement des indemnités auxquelles ils ont droit, surtout à Paris et en banlieue, est considérable, et il en résulte pour eux un surcroit de dépenses que la loi n'a pas prévu et qu'il est inadmissible de leur occasionner.

La Caisse primaire du département de Seine-et Oise est à Paris, et c'est là que l'assuré doit venir chercher ses papiers et son argent. Dernièrement, une jeune femme de chambre, en résidence au Vésinet, a eu besoin de soins dentaires sous la forme de trois consultations, pour lesquelles elle a déboursé 60 francs.

Pour venir se faire rembourser la part de responsabilité de la Caisse : 24 francs, moins 20 % = 19 francs 20, elle a du perdre un après-midi, et elle a dépensé environ 10 francs.

La loi n'a certainement pas voulu cela. Quel Ministre , informé, aura le courage de mettre un terme à de tels excès ?

Elle n'a pas voulu non plus que les médecins fussent brimés, et elle s'est bornée à instituer un contrôle technique destiné à sauvegarder les intérêts des Caisses. Or, les Caisses abusent de ce contrôle en certains cas, ou bien, elles le négligent délibérément et violent sans vergogne les principes essentiels de l'organisation des soins médicaux, et notamment le secret professionnel.

Voici la lettre qu'à reçue, au commencement du mois de janvier, un honorable confrère du V^e arrondissement , du médecin contrôleur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise :

« Mon cher Confrère,

« Afin de me permettre de faire rembourser sans retard votre client, M....., je vous serais obligé de bien vouloir répondre, si vous le jugez à propos, au questionnaire ci-joint, et de me le retourner dans l'enveloppe ci-jointe. Ce questionnaire vous est envoyé dans l'intérêt de l'assuré.

« Veuillez agréer....

Et voici ce questionnaire : vous en admirerez l'indiscrétion et les prétentions illégales :

« QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ASSURÉ IMMATRICULÉ....... DONT IL EST FAIT MENTION DANS LA LETTRE CI-JOINTE.

(La réponse à ce questionnaire s'adresse personnellement au médecin contrôleur et, par conséquent, est couverte par le secret professionnel).

1° De quelle affection est-il atteint ?

2° Motif de la fréquence des consultations ou visites :

3° Motif de la fréquence des actes médicaux.

4° Observations ».

Il faut que M. le médecin contrôleur sache qu'il avance une inexactitude en affirmant que le secret professionnel n'est pas en cause dans une semblable pièce. Le médecin contrôleur n'a aucun lien de droit avec le médecin traitant. La loi prévoit cependant qu'en cas de contestation entre la Caisse et l'assuré, son cas est soumis à une commission technique composée du médecin

traitant, du médecin de la Caisse et d'un médecin nommé par le juge de paix.

En dehors de cette commission, le contrôle de la Caisse ne s'exerce directement que sur le malade. Vis-à-vis du médecin, c'est le Syndicat qui, spontanément, ou à la demande de la Caisse, a la charge du contrôle technique.

Confrères, qui recevrez de semblables demandes, tenez-vous en à la loi et informez le Syndicat dont vous faites partie ou dont vous relevez, si vous n'êtes pas syndiqué : il a seul qualité pour vous réclamer des explications et des éclaircissements.

Je puis vous dire, dans le cas que je rapporte ici, quelle a été la fréquence des visites médicales, pouvant motiver une semblable intervention. Le Médecin à fait deux visites à sa cliente....

Autre affaire superposable à la précédente. Un médecin parisien non syndiqué, mais ayant signé l'engagement d'honneur et versé la contribution de guerre de cent francs, ce qui équivaut implicitement à l'acceptation du contrôle syndical, apprend que la Caisse prévient les assurés qui s'adressent à lui qu'il n'a pas le droit de les soigner. Il court se renseigner à la Caisse où un médecin contrôleur, — o beautés de la confraternité ! lui conteste le droit d'avoir fait des injections reconstituantes à un déprimé, réclame des précisions sur l'affection dont était atteint cet assuré, et menace notre confrère d'une plainte au Parquet ...

Dans un département de l'Ouest, la Caisse dénonce au Ministre un médecin qu'elle accuse d'abus.

Dans un département de l'Est, elle conteste les soins donnés à une parturiente atteinte d'infection puerpérale, parmi lesquels figurent un accouchement dystocique, au détroit supérieur, d'un fœtus mort, et une surveillance particulièrement attentive, notamment durant les premiers jours de l'affection ... qui s'est terminée par la guérison.

Eh bien ! Tout cela est parfaitement abusif. Ce sont, je le répète, brimades contre les médecins pour chercher sans doute à les dégouter de soigner des assurés sociaux. Qu'ils ne se laissent pas faire. La loi est formelle :

Article 7. — 1. La Caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la Caisse, *les Syndicats professionnels contrôlent eux mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.*

C'est dans le même sens qu'agit la Mutualité. La campagne qu'elle mène contre le corps médical, avec des procédés particulièrement discourtois, n'a d'autre but que d'ameuter l'opinion publique contre lui.

Son arrogance connait d'autant moins de limites qu'à Nice même, l'ex-Ministre du Travail, M. le docteur Grinda, semble avoir pris envers elle des engagements qui le mettront peut être dans un grand embarras quand il s'agira de passer des paroles aux actes.

Jeu dangereux, qu'explique toutefois un souci électoral manifeste.

Les protestations contre ces campagnes surgissent de toutes parts. Voici celle que le Syndicat de Guingamp a votée à la diligence de son sympathique Président, le Dr Hutin, qui l'a publiée dans l'Ouest Eclair :

« Le Syndicat médical de la région de Guingamp...

....

... Proclame que le corps médical français n'a de leçons de charité à recevoir de personne, étant le seul corps professionnellement constitué dans la Nation — avec quelques-uns des corps auxiliaires de la justice, — à donner pour rien, parfois même à ses dépens et à ses risques, son temps et sa peine aux indigents et souvent aussi à ceux qui, ne l'étant pas, abusent de sa générosité ; mais qu'il revendique, en conséquence, le droit de contrôler lui-même la distribution de ses charités entre les assurés sociaux, en tenant compte des ressources de leur budget familial. »

Les prescriptions pharmaceutiques donnent lieu, d'autre part, à des récriminations dont un certain nombre paraissent légitimes. En Meurthe et Moselle, il y aurait eu parfois de véritables débauches de spécialités, sans une justification établie.

La loi prévoit la nomination d'une Commission qui dressera la liste des spécialités autorisées ; d'aucuns réclament la liste des spécialités interdites : j'aimerais mieux cette formule. Mais pourquoi cette commission qui est nommée, n'a-t-elle pas dressé la liste, sinon des spécialités autorisées, du moins des spécialités interdites ?.

Je sais aussi que certaines ordonnances ont atteint des chiffres véritablement astronomiques. .... Et il m'est revenu aux oreilles que ce serait là un moyen détourné de chercher à torpiller la loi, pour en amener la faillite ... On m'a affirmé qu'il existe des médecins, adversaires résolus de cette loi, au point de recourir à tous les procédés pour y faire échec.....

Je dois avouer que le machiavélisme poussé jusqu'à ce degré me surpasse. Là encore, le jeu est dangereux, et il pourrait bien tourner à l'encontre des espérances de ceux qui le mènent.

A côté des brimades dont sont victimes les mé-

decins, il y a celles que subissent, plus désarmés encore, les Assurés.

Voici deux faits que je tiens de mon excellent confrère et ami LEVASSORT, et qui intéressent deux de ses clientes.

L'une d'elle, opérée par lui dans des conditions particulièrement libérales, s'étant rendue à la Caisse pour obtenir le remboursement de sa part de responsabilité, est interrogée par un médecin *dont on connait le nom* : « Qu'avez-vous eu ? Que vous a fait votre médecin ? Pourquoi ceci ? Pourquoi cela ? ? — » Pour peu qu'elle s'y fut prêtée, il l'aurait sans vergogne examinée.

L'autre dépend d'une grande entreprise commerciale qui possède une Mutualité transformée en Caisse primaire ; celle-ci s'est refusée à lui rembourser sa part de responsabilité tant qu'elle n'aurait pas fait connaître le montant des honoraires versés direectement par elle à son chirurgien.

Un employé de commerce, que je connais personnellement, n'a pas pu obtenir le remboursement de la part de responsabilité de la Caisse dans les frais médicaux d'un curetage utérin fait à sa femme qu'à un taux dérisoire.

De tout cela, que faut-il conclure et quels avis pouvons nous donner utilement à nos amis ?

Toujours le même. Plus que jamais, il appartient au Syndicalisme de se montrer actif, conscient de ses devoirs et de ses droits, conscient aussi des devoirs et des droits de ses ressortissants.

Il faut qu'il se pénètre bien du rôle qu'il doit jouer, dans le cadre même de la loi. Les pouvoirs qu'il tient de celle-ci, — à lui de les exercer sans défaillance. S'il rencontre des médecins pour qui la modération est inexistante, qu'il n'hésite pas à les rappeler tout d'abord amicalement au sentiment de la mesure, puis à se montrer plus rigoureux s'il n'obtient pas satisfaction.

Mais par contre, qu'il prenne énergiquement la défense de tous ceux qui sont injustement brimés.

Qu'il ne permette pas aux Caisses d'empiéter sur un terrain où il est seul chargé d'arbitrer et de sanctionner.

Un contrôle est toujours supporté malaisément, même s'il est légal, réglementaire, correct en même temps.

Il deviendrait vite odieux et provoquerait de violentes réactions s'il sortait des limites de la légalité, de la bienséance et de la confraternité.

Il y a là un apprentissage à faire. Comme celui de la liberté, il a ses risques. Qu'importe ! Le Syndicalisme est présentement organisé assez puissamment pour surmonter toutes les difficultés.

Je ne sais si la loi, comme certains le souhaitent, fera faillite. Mais ce que j'espère très fermement, c'est qu'elle n'asseoira pas son éventuelle transformation sur la faillite du Syndicalisme médical.

G. DUCHESNE.

Quelques beautés de la loi sur les Assurances sociales

Je me propose de mettre au courant mes confrères, lecteurs du *Concours Médical*, des « beautés » que je découvrirai dans la loi des assurances sociales, au fur et à mesure que je serai témoin de son application. Le champ sera vaste, si j'en juge par ce dont j'ai pu me rendre compte depuis un peu plus de trois mois qu'au point de vue médical, la loi fonctionne.

Voici deux cas déjà édifiants.

I. — J'ai, dans ma clientèle, un malade que je soigne depuis déjà longtemps, et dont l'état nécessite, d'après l'avis d'un spécialiste fort compétent, tous les 3 ou 4 mois, une série de 16 injections de Stovarsol sodique. Ce traitement, entre patenthèses, lui a admirablement réussi. J'ai fait moi-même trois ou quatre séries, et puis, la situation pécuniaire du malade ayant changé, de patron, il est redevenu employé, — j'ai, tout en surveillant l'intéressé de temps à autre, et notamment au début et à la fin de chaque série, laissé à sa femme le soin de pratiquer elle-même les injections.

Au mois de novembre dernier, le malade vient me voir : la prochaine série d'injections doit être commencée sous quelques jours. Après mon examen, et au moment d'écrire mon ordonnance habituelle, il m'annonce qu'il est assujetti à la loi des Assurances sociales. Je signe sa feuille de maladie, et je fais les prescriptions d'usage sur l'ordonnance, où j'inscris son numéro, et sur laquelle j'ai soin d'ajouter, soulignés deux fois, les mots : « traitement pour sept semaines ». L'ordonnance se monte, paraît-il, à 300 fr. environ ; elle comporte 16 ampoules de Stovarsol, la plupart à 1 gr. 50, deux boîtes de cachets recalcifiants et 40 comprimés de gardénal à 0 gr. 10, le tout faisant partie des prescriptions du spécialiste consultant.

Feuille de maladie et ordonnance sont portées à la Caisse d'Assurances. En raison du prix élevé des fournitures pharmaceutiques, l'ordonnance est soumise au contrôle. Et voici les trouvailles, écrites de la main du contrôleur médecin et du contrôleur pharmacien à la suite de leur examen :

Le médecin : « Un traitement de 7 semaines sans surveillance médicale est inadmissible. Ordonnance de 300 fr. : voir contrôle pharmaceutique. »

Le Pharmacien : « Ne pas payer. *Abus.* »

J'espère de tout cœur que notre confrère contrôleur a beaucoup de clients, qu'il fait beaucoup d'injections intra-musculaires et qu'il les fait lui-même, de façon à pouvoir exercer sa surveillance d'une manière constante et attentive. J'avoue que dans la mienne, plus modeste sans doute, la plupart des piqûres sont faites par des infirmières, et bien souvent par quelqu'un de la famille, car le budget est souvent limité.

Moralité. — Je fais au malade les 16 piqûres que comporte le traitement ; je fais mes prescriptions sur 16 ordonnances ; cela coûte à la Caisse 300 fr. de médicaments, naturellement, plus 16 consultations médicales qu'elle rembourse à 12 fr. 50. Et, bien entendu, le malade m'honore 16 fois au lieu d'une.

Drôle de façon de ménager les intérêts de la Caisse en même temps que ceux du malade !

II. — J'ai dans ma clientèle un homme, pensionné de guerre , pour bronchite chronique. Son état nécessite une hospitalisation. Avant la loi des A. S., les frais d'hospitalisation étaient entièrement supportés par le Ministère des Pensions. Maintenant que cet homme est assuré social, il doit supporter lui-même une partie de ces frais, mais par contre, il touche les indemnités journalières auxquelles il a droit. De sorte que, à la fin de son séjour à l'hôpital, mon client a appris, en se rendant à la Caisse, que celle-ci lui allouait 18 fr. par jour, à titre d'indemnité, mais qu'il devait rembourser 17 fr. 50 par journée d'hôpital ; qu'en un mot, la cotisation qu'il paie chaque mois comme assuré social, ainsi que son patron, lui donne droit, quand il est hospitalisé pour la maladie, cause de sa pension, à la somme rondelette de ..... 50 centimes par jour ! Sans commentaires (1).

Au prochain numéro la suite, car il y en aura une, et même plusieurs.

Docteur HATON.

SAGES-FEMMES ET ASSURANCES SOCIALES

Une sage-femme de notre département pratiquait l'exercice illégal de la médecine avant la loi des assurances sociales.

Nous ne l'avions pas poursuivie jusqu'à aujourd'hui, parce que peu confiants — non dans nos preuves — mais dans les sanctions et leurs résultats.

Depuis les assurances sociales, elle continue crescendo. Jugez-en .

Une caisse du département dont je suis le conseiller technique — j'ai également le mandat de notre syndicat de traiter avec les caisses — m'envoie par l'intermédiaire de notre contrôleur technique, un ami :

1° Une feuille de maternité signée de cette sage-femme.

Sur cette feuille je trouve notés avant l'accouchement : 1° une consultation avec relèvement de l'utérus ? ? ? et examen d'urines ; 2° une consultation avec replacement de l'utérus ? ? ? et examen d'urines ; 3° un accouchement à 8 mois, avec délivrance artificielle ; 4° sept visites à l'enfant à partir du 5e jour après l'accouchement, une au 24e jour, une au 27e jour ; 5° bref l'aveu écrit d'exercice illégal comme actes .

2° Des ordonnances jointes à la feuille de maternité.

Leur total s'élève à 150 fr., sur ce total il y a 110 fr. de spécialités : yaourtine, hémagène Tailleur, synthol, sp. d'hémostyl, lactose, lactagol, sp. Chapotot, bref aveu écrit d'exercice illégal comme prescriptions.

3° J'ai également en mains *une feuille de maladie* où la sage-femme en question a mis son nom à la place du médecin, a ordonné des médicaments et durepos !!

J'ai commencé par conseiller aux caisses de refuser :

1° de payer tous soins autres que l'accouchement ;

2° de payer tous médicaments autres que coton, gaze, vaseline, talc, huile de ricin et un antiseptique gynécologique.

Maintenant que devons-nous faire nous syndicat médical ?

La sage-femme en question *n'a pas adhéré* à la convention caisse-syndicat des sages-femmes, syndicat dont elle *ne fait pas partie* .

Si nous disons aux caisses de refuser de payer l'accouchement, c'est difficile, puisqu'elle est seule dans son pays.

Est-ce que notre contrôle technique — accepté par le syndicat des sages-femmes — peut s'exercer sur elle bien que n'ayant pas adhéré aux conventions et ne faisant pas partie du syndicat ?

1re question : Je pense oui. Notre conseil de famille a-t-il le droit de la punir ?

2e question : Je pense oui.

Si la réponse aux deux questions est affirmative, sur quels textes devons-nous nous baser ?

Quelles sont les lois avec *leurs dates* régissant :

1° L'exercice de la profession des sages-femmes, avec les *opérations* qu'elles sont en droit d'exécuter,

2° les *médicaments* qu'elles sont en droit de prescrire.

3e question : Enfin, si nous avons le droit, comme je le pense, de traduire et de punir l'intéressée (Conseil de famille).

4e question : Du fait que nous la condamnerons pour exercice illégal, ne sommes-nous pas obligés moralement, une condamnation en Conseil de famille oblige presque à porter plainte.) de porter plainte

(1) Il y a là une anomalie que nous ne nous expliquons pas. Réformé de guerre pour bronchite chronique et hospitalisé à ce titre, l'intéressé demeure uniquement justiciable de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, et n'a rien à voir avec les Assurances sociales.
N. D. L. R,

devant le Procureur de la République pour exercice illégal ?

Ne suffirait-il pas de porter les feuilles en question à la connaissance du Procureur de la République, en lui disant « agissez » sans que nous nous portions partie civile.

Si nous sommes obligés de porter plainte, de nous porter partie civile, comment procéder ?

Le « Sou médical » veut-il nous aider dans la proportion des membres du syndicat affiliés au «Sou ». ? Je ne connais pas le nombre de ces membres. Le « Sou » doit les connaître.

Dans quelle proportion le « Sou » nous aidera-t-il?

5e question : Et surtout le « Sou » veut-il nous conseiller sur la procédure. Nos avocats régionaux sont complètement ignorants sur cette question et ils sont très excusables.

Réponse.

La mise en pratique de la loi sur les assurances sociales a donné un renouveau à la querelle entre médecins et sages-femmes, car les premiers accusent souvent les secondes d'outrepasser les limites fixées par la loi, pour l'exercice de leur profession.

Les prérogatives des sages-femmes sont définies par l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 :

« Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans le cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine, ou un officier de santé.

« Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873, et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions , après avis de l'Académie de médecine.

« Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations anti-varioliques. »

De ce texte, il faut déduire que les sages-femmes ont le droit de pratiquer l'art des accouchements (article 3 de la loi) mais ne peuvent pas traiter des cas pathologiques. Leur activité professionnelle doit se borner à la surveillance d'une grossesse normale, à la pratique de l'acte obstétrical normal et à la surveillance hygiénique des nourrissons.

Mais elles ne peuvent ni formuler un diagnostic, ni ordonner un traitement, lorsqu'il s'agit d'un état pathologique quelconque.

Si elle sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession, par l'article 4 précité, elle peut encourir les pénalités prévues pour exercice illégal de la médecine (amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, amende de 500 à 1.000 et emprisonnement de six jours à six mois , ou à l'une de ces deux peines seulement (article 18, loi 1892).

Dans le cas, qui nous est soumis, une sage-femme non-syndiquée, qui n'a pas adhéré à la convention syndicat-caisse, ordonne des prescriptions médicamenteuses et les malades, traités par cette praticienne, demandent à leur caisse le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques.

1° La Caisse doit-elle rembourser ?

En principe, non : respectueuse des termes de la loi du 30 novembre 1892, la caisse ne peut pas se faire directement, ou indirectement, la complice de ceux qui exercent plus ou moins illégalement la médecine.

C'est ainsi qu'un individu, qui s'adresserait au rebouteux pour une fracture, ou une luxation, ne saurait prétendre au remboursement, par la caisse, de ses frais médicaux. Il est libre en droit commun, de se faire soigner par qui il veut, ou même de ne pas se faire soigner du tout, car il est maître de son corps ; mais s'il prétend bénéficier de certaines lois sociales (assurances sociales, accidents du travail, A. M. G.) c'est à la condition de respecter les lois en vigueur, notamment celle sur l'exercice de la médecine.

La caisse rembourserait-elle des frais médicaux, pour soins donnés, ou opérations de petite chirurgie pratiquées par un rebouteux, un pharmacien, un étudiant en médecine (en dehors de tout remplacement régulier) infirmier, ou autre non diplômé, ou à diplôme restreint, qu'elle favoriserait l'exercice illégal et la pratique illicite de l'art de guérir.

Donc, la caisse est parfaitement en droit de refuser le remboursement, à son adhérent, de tout médicament qui ne se rapporte pas directement aux soins d'hygiène à donner à une femme enceinte, ou accouchée, non malade.

De même, la sage-femme peut signer ses visites, ou consultations sur une feuille de maternité, dont le modèle a paru au *Journal Officiel*.

La feuille de maladie ne doit être délivrée que lorsque l'état de la femme enceinte , ou de l'accouchée nécessite l'intervention d'un médecin.

Par conséquent, la caisse ne doit légalement rembourser à ses ayants droit que les sommes pour frais médicaux et pharmaceutiques régulièrement dépensées.

Cependant, entre la théorie et la pratique, il y a une marge. Si, en principe, la sage-femme ne peut que pratiquer l'art des accouchements normaux, en pratique et principalement dans les campagnes, elle donne de nombreuses consultations médicales, tant pour les femmes enceintes que pour les nourrissons.

Le public ne sait pas la distinction établie par la loi du 30 novembre 1892 entre les différents diplômes institués ou reconnus par cette loi (docteur en médecine, officier de santé, sages-femmes, chirurgiens dentistes, dentistes patentés).

Le public s'imagine que, du moment où une femme, grâce à laquelle une parturiente peut

mettre des enfants au monde, a obtenu son diplôme, le Parlement et la Faculté ont doté cette diplômée des connaissances suffisantes pour traiter la pathologie de la grossesse et de la première enfance.

D'où la demande de conseils, de consultations.

Ne faut-il pas alors un courage civique considérable à la sage-femme, pour avouer que son diplôme ne lui donne qu'incomplètement le droit d'exercer ? La malade ne comprendra pas, s'imaginera que la praticienne refuse de la soigner, elle s'adressera ailleurs, chez un médecin, ou chez une autre sage-femme, qui n'aura pas ces mêmes scrupules et donnera les soins illicites demandés.

Il en est de même pour les prescriptions médicamenteuses : les progrès de l'art pharmaceutique ont été tels, ces dernières années, que l'arsenal thérapeutique se présente facile et commode pour la sage-femme comme pour le médecin.

De plus, à l'heure où les pharmaciens délivrent quantités de médicaments, sans ordonnance de médecin, ainsi que le prescrit l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, pourquoi faire grief à la sage-femme d'une pratique illicite tolérée pour tous les pharmaciens de France ?

Enfin, l'article 4 de la loi de 1892 interdit aux sages-femmes l'usage d'instruments : elles ne pourraient donc faire usage ni d'une seringue hypodermique , ni d'un spéculum, etc.

Il s'est établi un usage, une tolérance : les syndicats médicaux se sont désintéressés de la répression de l'exercice illégal, ou plutôt ils se sont sentis impuissants, mal secondés qu'ils ont été par les tribunaux.

De sorte qu'il paraitrait presque abusif de poursuivre aujourd'hui, devant le tribunal correctionnel, la sage-femme, ou le pharmacien, qui ordonne, ou délivre des médicaments, sans prescription du docteur en médecine.

Voudrait-on poursuivre une sage-femme en exercice illégal, qu'il faudrait réunir un certain nombre de personnes, qui consentiraient à venir déclarer à l'enquête du juge d'instruction, comme ensuite à la barre du tribunal correctionnel, que la sage-femme inculpée a donné ses soins pour autre chose qu'une grossesse normale.

Mais où commence la grossesse vraiment pathologique et quelle distinction faire entre les soins d'hygiène permis et les soins défendus contre une affection pathologique, surtout si les faits remontent à quelque temps et n'ont pas été vérifiés par un diplômé qualifié ?

Il faut également tenir compte des circonstances, de l'éloignement du praticien, des dépenses occasionnées par sa visite, alors que la sage-femme était sur place, surtout pour les cas d'urgence. Et pour sauver sa cliente, l'avocat n'hésite pas à l'invoquer cette urgence , qui fait un devoir à quiconque de donner les secours que dicte l'humanité.

Donc procès correctionnel bien délicat.

Cependant, la caisse d'assurances sociales peut agir. Elle peut se retrancher derrière la loi du 30 novembre 1892 pour consentir à rembourser à ses ayants droit uniquement les dépenses régulièrement engagées par les seuls diplômés qualifiés.

Elle peut également prendre pour motif de son refus qu'elle ne doit connaître que les praticiens qui, directement ou par l'entremise du syndicat, ont fait savoir qu'ils accepteraient la convention syndicat-caisse.

Cependant, on pourrait admettre que la forme de cette acceptation n'est prévue que par le texte de l'article premier de la convention modèle.

Par conséquent, doit-on refuser d'admettre comme valable l'acceptation tacite, mais de fait, que donne une non-syndiquée, qui n'a informé ni le syndicat, ni la caisse de son intention de se conformer à la convention-type, mais qui signe les feuilles de maternité et remplit les autres formalités prévues ?

D'ailleurs cette acceptation n'a surtout de valeur qu'au point de vue du contrôle, tant administratif que technique. Par conséquent, il serait facile de s'assurer de l'acceptation ou du refus de la non-syndiquée : ce serait de déclancher le contrôle technique, par l'entremise du syndicat.

Si elle se soumet audit contrôle, son acceptation est proclamée ; si elle la refuse, la caisse a désormais le droit de ne pas rembourser à ses ayants droit les frais médicaux et pharmaceutiques, entraînés par un praticien, qui entend rester en dehors de la loi sur les assurances sociales. Il ignore la caisse, celle ci l'ignore à son tour et peut légalement engager ses adhérents à s'adresser désormais à un praticien, qui a donné son adhésion à la convention syndicat-caisse, s'il entend être remboursé de ses dépenses médicales et pharmaceutiques.

Il en résulte que le praticien non-syndiqué, qui défère au contrôle technique du syndicat, accepte par le fait même la juridiction du conseil de famille dudit syndicat.

Que doit faire le conseil de famille, lorsque, saisi par le résultats du contrôle technique, il découvre un cas d'exercice illégal de la médecine ?

Théoriquement, il convient de s'adresser au procureur de la République, de lui exposer les faits, lui donner des preuves irréfutables et bien précisées, lui indiquer les témoins susceptibles d'être interrogés et de déposer.

Si le procureur accepte de poursuivre d'office, il faudra attendre l'audience correctionnelle, pour que, par l'entremise d'un avoué et d'un avocat, le syndicat puisse se porter partie civile et réclamer des dommages intérêts.

Mais, si le procureur ne veut pas agir, il faut alors se constituer, *dès le début*, partie civile et consigner un millier de francs, qui correspondent à l'avance des frais de justice.

Souvent le « Sou médical » a accordé son appui pécuniaire à des syndicats poursuivants, au prorata du nombre des membres du « Sou », adhérents audit syndicat. Mais il exige des précisions, des preuves, pour que le syndicat ne connaisse pas l'affront d'un non lieu, ou d'un acquittement en faveur de l'illégal.

Car, en pratique, j'ai bien peu de confiance dans la justice répressive, en matière d'exercice illégal.

Les preuves sont difficiles à apporter ; elles sont combattues, démolies par l'avocat adverse ; les clients ont souvent des défaillances de mémoire, ou ils ne se soucient pas de perdre une ou plusieurs journées de travail, pour aller déposer, se faire torturer par l'avocat de la défense et souvent faire rire l'auditoire à leurs dépens.

Puis, s'il y a condamnation, celle-ci est minime ; on accorde même la loi de sursis. Et les journaux locaux de s'emparer du procès pour taper sur les médecins, qui, entre nous soit dit, n'ont pas toujours une bonne presse.

Aussi, pour ma part, je préfère de beaucoup conseiller de faire notre police confraternelle nous-même.

Que le conseil de famille du syndicat des sages-femmes se joigne à celui des médecins, pour faire comparaitre la sage-femme en question. On lui savonnera la tête et on la préviendra que, si elle ne met pas une sourdine à ses pratiques illégales, on sévira.

Ne répondrait-elle pas à la convocation, ou se rirait -elle de l'administration, que le conseil de famille pourrait prononcer sa suspension à temps, ou définitive des assurances sociales. Notification en serait faite aux caisses de la région et la sage-femme délinquante serait ainsi privée, pour un temps, d'une partie de sa clientèle.

Cette pénalité serait autrement efficace que toutes les comparutions possibles en correctionnelle.

Dr Paul BOUDIN.

QUESTIONS DE TARIFS MÉDICAUX

Le *Concours Médical*, dont je suis l'abonné fidèle, depuis 30 ans, est le grand journal de libre opinion médico-professionnelle. Permettez-moi d'y exposer les idées, consacrées par l'expérience d'une trentaine d'années d'exercice, d'un Praticien moyen, ayant fréquenté toutes les classes de la clientèle médicale.

J'exerce la médecine à St-Gervais-les-Bains, depuis 1901.

A ce moment là, St-Gervais était une station thermale, purement estivale, consacrée au traitement des maladies de la peau, de cause arthritique, et avant mon arrivée et mon installation permanente dans cette localité, seul, un corps médical, résidant à l'Etablissement thermal, y exerçait pendant 3 mois d'été la médecine spéciale thermale pour les étrangers, et la médecine générale, pour étrangers et gens du pays. Pendant les 7 autres mois de l'année, la commune subventionnait un médecin d'une localité voisine, qui venait régulièrement 2 fois par semaine donner des consultations aux gens du pays.

Les honoraires des médecins thermaux aux étrangers étaient d'environ 25 fr. à 60 fr. (or), par visite ou par consultation ; mais le tarif de la consultation ou de la visite aux gens du pays, par le médecin local du pays voisin, était de 2 fr.

Un jour, un anglais , ayant eu besoin des services de ce médecin dans un hôtel, se vit appliquer le tarif de 2 fr. Après le départ du médecin, l'anglais fit observer à l'hôtelier que ce ne devait pas être un bien bon médecin, puisqu'il ne lui demandait que 2 fr.

Le Confrère avait, en l'occurence, manqué de psychologie ; mais il faut dire que ce confrère, qui vit toujours dans la localité voisine entouré de la vénération affectueuse des confrères et de la population, avait toujours montré, avec un dévouement sans bornes, un excessif désintéressement.

St-Gervais, depuis mon installation en 1901, a beaucoup évolué. De station thermale estivale, il est devenu, par son exceptionnelle situation alpestre et climatique, un centre de région touristique, une station climatique estivo-hivernale de puériculture et de prévention (tuberculeux exclus) tout en conservant ses attributs thermaux spéciaux. De plus, une industrie s'y est développée, à peu de distance (Chedde). par l'utilisation des Forces hydro-électriques appliquées à la fabrication de l'aluminium.

Au cours de ces 30 ans d'exercice, j'ai donc eu l'occasion d'exercer la médecine dans les différents milieux d'une clientèle variée et d'en appliquer les tarifs : médecine thermale ou climatique, où les honoraires sont de la catégorie du spécialiste ; médecine des milieux agricoles, où les honoraires sont ceux du Syndicat médical départemental et sont religieusement *payés* et *indiscutés* ; médecine des milieux industriels, dans les moments d'absence du médecin forfaitaire de la Firme industrielle, où les honoraires seraient bien mal payés, s'il n'y avait l'aide et la garantie de la Caisse de Secours ; médecine des A. T., (gênante pour la Salle d'attente et qu'on canalise à des heures spéciales) où l'honoraire est minoré, mais la rentrée sûre ; enfin médecine des assistés de l'A. M. G., de l'art, 64, où les tarifs imposés au

médecin, qui ne peut moralement refuser son office, constituent un impôt spécial médical, surtout quand il s'agit d'un déplacement .

L'intervention des A. S. pourra encore apporter un nouvel élément de variété tarifaire dans le mauvais sens, puisqu'elle va entamer le bloc de la clientèle agricole, jusque là respectueuse de nos tarifs syndicaux normaux. La nécessité d'une union syndicale inébranlable se fait de plus en plus sentir, pour les médecins généraux, avec soutien d'un *tarif minimum* départemental ou national, s'étendant à toutes les catégories de tiers-payants, de façon uniforme (A. M. G. - A. T.- art. 64, etc). Ce tarif minimum serait celui adopté par le Syndicat départemental pour la clientèle courante. Mais ... avec le correctif suivant, qui est mon idée particulière et qui demande une démonstration préalable.

J'ai dit que, dans la clientèle courante, surtout agricole de notre région, nos tarifs syndicaux sont indiscutés et religieusement payés comptant. Une certaine aisance, due à une grande économie, une formation morale religieuse ancestrale, que certains s'acharnent à détruire, sont à l'origine de cette honnêteté paysanne qui est le fond de la Nation française .

Dans la clientèle des tiers-payants, il ne m'a pas paru y avoir autant de régularité dans l'acquittement honorarial ; aussi, risquons - nous que notre tarif courant, s'il était payé directement par les intéressés, sans tiers, ait bien des irrécouvrables.

Aussi, pour remédier à cet inconvénient majeur, nous devons adopter vis-à-vis du tiers-payant, solliciteur répondant de nos honoraires, une sorte de ristourne, d'escompte, de réduction de 10 %, par exemple en faveur de ce tiers, lorsqu'il se charge de la rentrée desdits honoraires (assurance-Etat-Caisse de Secours, etc)..

En résumé, les Syndicats médicaux doivent adopter un tarif minimum jouant dans tous les cas, applicable à la population locale payante, et aussi à la clientèle relevant des tiers payants (A. M. G. - A. T. - A. S. - Art. 64, etc).

Mais, pour compenser la sécurité de rentrée des honoraires - que nous offrent les tiers payants - à qui nous enverrons notre note globale - basée sur l'*unique tarif* minimum, décidé par les Syndicats et qui nous la paieront, après vérification et contrôle de leur part, ce qui est naturel, nous offrirons à un tiers-payant une ristourne ou escompte de x pour cent, par exemple de 10 %, représentant une sorte de taxe de recouvrement et, en même temps, un principe de réduction gracieuse, humanitaire du Corps médical, vis à vis de cette clientèle aux ressources limitées.

D[r] ROUX.
Saint-Gervais-les-Bains.

***

Une expérience de trente ans , fertile en bouleversements professionnels dus au développement progressif de la législation médico-sociale, donne à l'opinion de D[r] Roux une valeur qui ne peut nous laisser indifférents.

Je me permettrai de lui faire deux remarques :

1) Dans le régime actuel de l'Assurance-maladie, le tiers -payant n'existe pas, puisque la loi ne prévoit que l'entente directe. On ne peut donc présentement faire rentrer les Assurés sociaux parmi les bénéficiaires d'une organisation comparable à celle de l'A. M. G. ou des pensionnés de guerre.

2) Si je saisis bien la pensée de notre fidèle et sympathique correspondant, tous les tarifs officiels appliqués aux accidents du travail, à l'A. M. G., aux pensionnés de guerre, seraient supprimés et remplacés par le tarif syndical minimum *présumé* plus avantageux que ceux-ci. Et c'est sur les chiffres de ce tarif minimum que jouerait l'escompte de 10 % considéré comme une sorte de prime d'encaissement.

L'idée est ingénieuse, et aussi simplificatrice. Pour entrer dans la pratique, il faudrait qu'elle fut adoptée par le Syndicalisme médical, et que celui-ci l'imposat au législateur, après que les différentes lois auraient amendées en conséquence.

Et nous en revenons ainsi au postulat que je ne cesse d'évoquer comme condition nécessaire d'une organisation de la profession en accord avec les exigences sociales modernes, d'avoir un Syndicalisme conscient de sa puissance, décidé à agir, en plaçant l'intérêt général au-dessus des intérêts particuliers, dans une conception sagement raisonnée du rôle du médecin dans la Société moderne. Je crois que nous sommes en route vers la réalisation de ce postulat. Mais que la route est donc longue jusqu'à Tipperary !

'Tis a long way
To Tipperary !.

G. DUCHESNE.

EN TRAVERSANT LYON

Une visite aux Laboratoires Ciba

Au cours d'un récent passage à Lyon, nous avons eu le plaisir de rendre visite à M. Rolland, aux Laboratoires Ciba et avons eu l'agréable surprise de constater un changement complet dans les installations de cette importante maison.

Précédemment les services administratifs étaient situés, 1, place Morand, où nous étions accoutumés de recevoir cet accueil cordial, que beaucoup de nos confrères ont eu maintes fois l'occasion d'apprécier. C'est aujourd'hui, au sein d'une organisation entièrement nouvelle que nous avons retrouvé le même accueil, toujours aussi empreint de la même courtoisie.

A part les services directoriaux, nous connaissions déjà l'usine de fabrication installée rue du Lac. Mais celle-ci s'étant trouvée rapidement trop exiguë pour satisfaire aux nécessités créées par l'extension toujours croissante de la grande firme lyonnaise, M. Rolland pensa que la meilleure façon de résoudre le problème était d'édifier et, ce faisant, de voir grand et moderne.

La centralisation de tous les services dans un même immeuble, et l'utilisation de toutes les ressources que l'architecture, dans ce qu'elle a de plus actuel, peut mettre à la disposition des techniciens, telles furent les deux pensées directrices qui ont abouti à la construction du nouvel Immeuble des Laboratoires Ciba, 109-113, boulevard de la Part-Dieu. A ces deux directives est venu s'ajouter un souci d'élégance sobre, mais d'un goût très sûr, qui nous fait garder de notre visite le souvenir d'un lieu aménagé pour un travail à la fois intense et ordonné, mais dont le caractère lumineux et gai porte la marque d'une conception bien française.

Sur un vaste terrain s'étendant entre le boulevard de la Part-Dieu et la voie ferrée, la construction s'élève, bien dégagée, abondamment pourvue de ces grandes baies vitrées qui caractérisent les constructions modernes. Un perron de quelques marches donne accès dans un petit hall remarquable d'élégance : fers forgés, frises éclairées par des rampes dissimulées, plafond à la française où s'entrecroisent des zones d'ombres et de pénombres, rien n'a été négligé pour réserver au visiteur l'accueil le plus souriant.

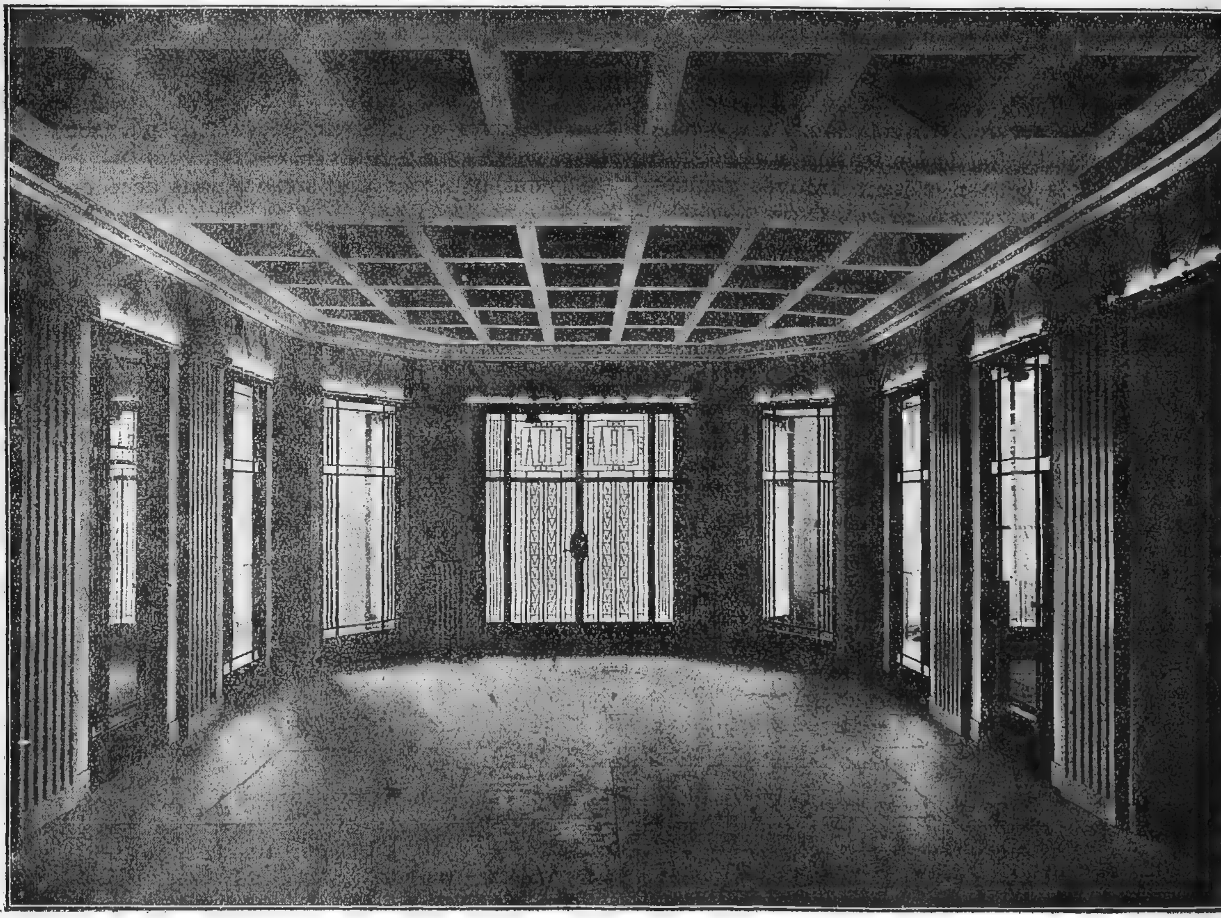
Si nous poussons plus avant, nous accédons dans un deuxième hall, de tout autres dimensions, occupant le centre de l'édifice, et s'élevant jusqu'au faîte. Ce hall central constitue un vaste dégagement, où tous les étages sont bordés par une galerie, cependant qu'une verrière, particulièrement réussie, le recouvre de son énorme dôme, constellé de lentilles blanches et jaunes qui diffusent la lumière solaire au cœur même de la construction. Les locaux des différents services débouchent tous sur les galeries et, d'un seul coup d'œil, on peut ainsi saisir tous les rayons d'activité judicieusement et méthodiquement répartis que permet d'abriter une aussi ingénieuse disposition. Deux larges ascenseurs en perpétuel va-et-vient établissent la liaison entre ces différents étages.

Dans son bureau personnel, M. Rolland nous accueille avec son amabilité coutumière et nous fait les honneurs de la Direction. Avec lui, nous parcourons toute une partie du premier étage, où nous avons le plaisir de saluer les chefs de service, et particulièrement M. Jouve, chef de la propagande, avec lequel nous avons le plaisir d'entretenir de cordiales relations depuis de longues années. Nous admirons la clarté et les dimensions spacieuses des bureaux dans lesquels se prépare et s'exécute le travail de direction.

Un ascenseur particulier nous amène de la Direction, au niveau du hall central à proximité des bureaux des chimistes, voisins des laboratoires. Ceux-ci entourent en effet le hall. Leurs vastes dimensions (6 m. de hauteur) leur permettent de loger avec facilité les appareils les plus encombrants : extracteurs, — propres, reluisants, — rangés en ligne ; étuve massive, où règne le vide, permettent le traitement méthodique des énormes quantités de glandes nécessaires à l'obtention des produits opothérapiques. Ovaires et testicules sortent des frigorifiques pour passer dans les hachoirs, prélude du cycle des opérations chimiques qui, par extractions et fractionnements successifs, aboutiront aux diverses spécialités opothérapiques si connues et appréciées du corps médical, sous le signe CIBA.

D'autres laboratoires sont le domaine des chimistes qui poursuivent jusqu'à leur point final les opérations de fractionnement et de purification des extraits glandulaires. Des carreaux blancs revêtent les murs le long desquels courent de vastes tables de lave émaillée dont la blancheur fait ressortir le cuivre des appareils. Une abondante tuyauterie desservant toutes les tables met à la disposition des techniciens les principaux agents physiques dont les méthodes de la chimie moderne font un si large usage.

Dans un local plus retiré, nous retrouvons la même organisation, les mêmes ressources, mais la nature différente des appareils indique une autre destination. Dégagé de l'exécution de tout service, c'est le laboratoire d'essais et de contrôle qui peut surveiller constamment la marche de la production et étudier toute technique nouvelle, effectuer tous essais utiles sur les données de la pharmacodynamie moderne.



L'ATRIUM

De cet ensemble de laboratoires part la distribution du travail aux différents ateliers, dont nous avons parcouru les principaux, dans lesquels broyeurs, mélangeurs, machines à granuler sont en pleine action.

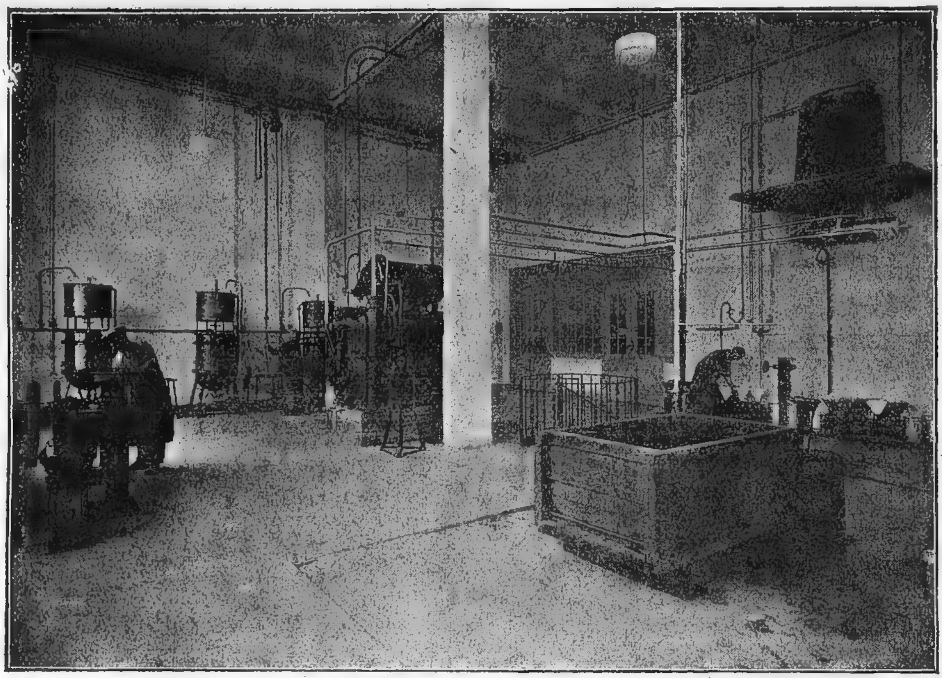
L'atelier des comprimés est parmi les plus

vastes et les mieux éclairés. Au rythme cadencé des machines, nous assistons à la compression des médicaments spécialisés sous cette forme, cependant que, dans les étuves, d'autres produits attendent à l'abri de l'humidité le moment où ils subiront le même traitement. Dans une annexe de cet atelier, d'autres ouvrières appliquent à certains comprimés les procédés d'enrobage appropriés à leur composition, et dont la réalisation très délicate nécessite des soins tout particuliers avec un appareillage adéquat.

Au sortir des ateliers de fabrication, nous prenons place dans l'un des ascenseurs qui nous conduit aux sous-sols. Par de grandes portes et par un quai de débarquement, ils donnent accès sur la façade postérieure du bâtiment dans une cour très spacieuse destinée aux arrivages, à la manutention du matériel et des produits chimiques qui sont méthodiquement répartis dans les caves ou envoyés dans les magasins des étages supérieurs. Chemins de roulement, appareils de levage, raccordement à la voie ferrée permettent ces grosses manutentions par un personnel relativement réduit. Nous assistons, en outre, au lavage mécanique de la verrerie et du linge. Dans une autre région, nous nous sommes attardés auprès de la machinerie : pompes distribuant le vide et l'air comprimé aux laboratoires et ateliers, chaufferie dont les murs blancs et la très grande propreté sont caractéristiques de l'utilisation du mazout dont les flammes, activées par des compresseurs d'air, ronflent bruyamment dans les chaudières de vapeur et de chauffage central. Le principe des moteurs individuels appliqué à toutes les machines a supprimé ici les groupes de force motrice de même que courroies, axes de transmission, encombrants et dangereux.

Par une disposition rationnelle, tous les services de fabrication ont pu être ainsi groupés dans les étages inférieurs du bâtiment, utilisant largement les ressources de la machinerie moderne, à proximité des réserves de matières premières, travaillant en collaboration les uns avec les autres et sous la surveillance des chimistes.

A l'entre-sol, nous trouvons un laboratoire entièrement isolé des autres : le laboratoire des ampoules, divisé en pièces se succédant et affectées chacune à une opération particulière. Il constitue une sorte de retraite à l'abri du va-et-vient général des autres ateliers de fabrication. Nous visitons là, salles de remplissage, de soudure et de stérilisation, aux murs peints, aux parquets revêtus d'un enduit ciré, d'où toute poussière est bannie.



EXTRACTION DES PRODUITS OPOTHÉRAPIQUES

Le résultat de toute cette activité de fabrication vient se centraliser finalement dans une salle d'imposantes dimensions occupant une partie du deuxième étage, et dans laquelle les produits divers (comprimés, ampoules, solutions, cachets) sont placés dans les emballages qui leur conviennent, avec les accessoires qu'ils comportent, le tout dûment étiqueté, empaqueté, muni d'une bande de garantie portant leur numéro de contrôle. Les ouvrières chargées de ce soin bénéficient de larges espaces pour l'accomplissement de leur travail, ce qui exclut toute possibilité d'empiètement ou de désordre et leur permet de travailler avec une célérité et un goût

qui ont fait notre admiration. D'ailleurs, la clarté de la salle, ses nombreuses ouvertures, ses cloisons vitrées prenant jour sur le hall central, les tables de verre sur lesquelles les produits terminés sont déposés pour être vérifiés avant leur livraison aux services de vente, le plancher sans joints, impeccablement ciré, donnent une impression d'élégance que les ouvrières de cet atelier doivent, nous en sommes sûrs, transmettre inconsciemment à leur travail. Parmi les annexes de ce service, nous avons visité la fabrication automatique des cachets de la bienfaisante Phytine.

Le deuxième étage recèle encore un autre service dont l'activité, pour être plus réduite, n'en intéresse pas moins vivement toute une catégorie du personnel : ce sont les locaux du restaurant qui assure à tous les chimistes et au personnel des bureaux la possibilité d'un repas agréable et substantiel, évitant les fatigues d'un déplacement supplémentaire et permettant une plus grande continuité dans la journée de travail. Nous en parcourons l'office, la cuisine où (symbole de la vie moderne) le téléphone règne à côté du fourneau. Quatre salles à manger, très claires et très coquettes, lui font suite.

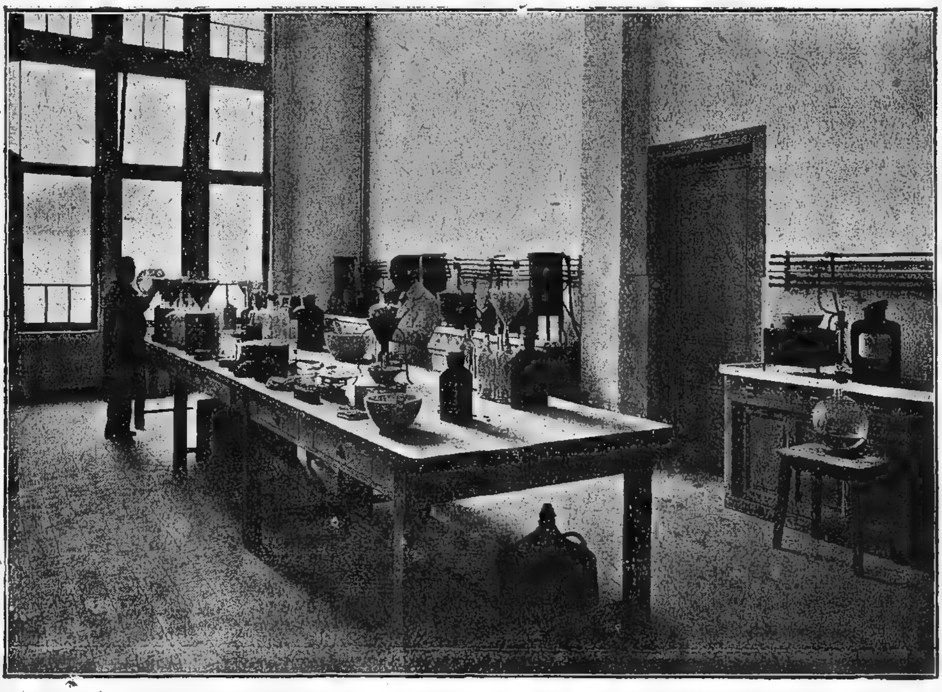
Comme nous félicitions M. Rolland de cette excellente initiative, il nous pria de bien vouloir rendre visite aux vestiaires du personnel situés à l'entre-sol. Placards individuels, lingerie, lavabos en constituent l'aménagement parfait, mais, avantage tout particulièrement appréciable, deux salles de bain extrêmement confortables et aux nickels étincelants sont à la disposition de tout le personnel ; les tableaux réglant leur utilisation nous prouvent le succès très mérité qu'elles obtiennent. Il est évident que joindre à toutes les commodités d'une telle organisation, des ressources d'hygiène aussi précieuses, constitue un progrès dont on ne saurait trop louer M. Rolland d'avoir eu la généreuse pensée.

Mais, tandis que nous redescendions lentement le grand escalier d'honneur qui nous ramenait au petit hall d'entrée, notre point de départ, des sirènes au timbre puissant et grave retentirent sur nos têtes : elles disaient à tous que l'heure était venue de suspendre le labeur et d'aller puiser de nouvelles forces dans le mess dont un instant avant nous avions apprécié les arômes.

Nous ne pouvions nous lasser, en parcourant du regard la superposition des différents services d'où surgissait tout un personnel en sarraux blancs, d'admirer la conception de cet édifice et sa réalisation architecturale condensant en un seul bloc des organismes compliqués, jouant harmonieusement sans gêne et sans effort apparent dans un ensemble parfait.

Au terme de notre visite, nous avons tenu à remercier chaleureusement M. Rolland de son accueil toujours empressé, et ne lui avons pas caché toute notre admiration pour l'œuvre qu'il vient de réaliser, persuadés qu'elle est l'une des plus originale et des plus intelligemment moderne que l'on puisse concevoir dans cet ordre d'idées.

C. B.



LABORATOIRE DE RECHERCHES

GRAND DINER D'AUTOMNE DE L'UNION MÉDICALE LATINE DU 10 DÉCEMBRE 1930

Donné en l'honneur de l'Italie, de la Médecine Italienne et des Savants du Monde Latin.

Sous la haute présidence de Son Excellence, le Comte MANZONI, Ambassadeur d'Italie,

et sous la présidence du Professeur GOSSET, de la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine.

DISCOURS DU PROFESSEUR GOSSET.

Excellence, Mesdames, Messieurs,

Peut-il y avoir honneur plus rare que la présidence d'une telle réunion, dont l'éclat est encore rehaussé par la présidence de l'Ambassadeur, si hautement apprécié et aimé dans notre pays, de la grande Italie ? Nous sommes, tous, fiers de le voir ce soir, au milieu de nous, à la présidence d'honneur. (*Vifs applaudissements.*)

La Comtesse Manzoni a bien voulu apporter sa grâce infinie dans cette réunion de travailleurs intellectuels. Qu'elle soit assurée de toute notre respectueuse reconnaissance. (*Vifs applaudissements.*)

Qu'il me soit permis de remercier aussi, toutes les charmantes invitées dont la présence donne un cachet particulier à cette belle fête de la grande famille médicale latine.

Réunir une telle assemblée, c'est le secret de notre président Dartigues . En artiste, chaque année plus maître de son talent, il sait grouper et animer tous ceux qu'il a associés à la fortune de son œuvre si belle et si féconde ; et si nous avons la joie très pure de nous trouver tous réunis ce soir, c'est grâce à ce don extraordinaire de magicien qu'une bonne fée lui a donné à son berceau. Qu'il soit remercié et qu'il continue pendant de longues années son bel apostolat. (*Très vifs applaudissements.*)

C'est un très grand honneur d'avoir été choisi pour présider cette fête, mais c'est un honneur périlleux pour nous tous, car il comporte, pour moi, l'obligation de prononcer un discours, et pour vous, la regrettable nécessité de l'écouter. (*Protestations*). Aussi, pour être franc, je dois tout vous dire et vous avouer que je m'étais dérobé le plus que j'avais pu. L'an dernier, Dartigues m'avait pressenti pour la présidence ; j'avais éludé en faisant la réponse si commode du Normand — car si je suis latin, je suis aussi normand — « Nous en reparlerons l'an prochain », et je m'en étais d'autant plus félicité pour moi, et surtout pour vous, que nous avions eu, vous et moi, la grande joie de voir à cette place, mon éminent ami, le Professeur Léon Bernard (*Vifs applaudissements*). Et cette année j'avais envie de récidiver. Mais lorsque Dartigues a bien voulu me rappeler ma promesse, il a eu soin de m'envoyer un ami d'Italie que nous aimons tous à l'UMFIA, le Dr Vaccaro, un fidèle de mon service ; et lorsque Vaccaro m'a eu dit que cette réunion de ce soir avait pour but de fêter la grande nation italienne, que Son Excellence l'Ambassadeur d'Italie voulait bien occuper la présidence d'honneur, à ce nom magique de l'Italie, aucun latin ne pouvait se dérober. Je suis accouru. (*Applaudissements répétés.*)

Je me suis rappelé les heures inoubliables passées sur cette terre d'Italie (*applaudissements*), terre sacrée pour tous ceux qui ont l'honneur d'être latins, terre tellement fascinante que l'on a bien des chances de demeurer dans l'endroit où l'on a débarqué, sans pouvoir continuer le voyage. Henry Bordeaux l'a dit : «Cette Rome jamais épuisée et dont on n'est jamais rassasié m'a toujours empêché d'aller plus avant ; il me fut toujours impossible de la dépasser, Si je veux connaître Naples et la Sicile, il me faudra les rejoindre par mer en évitant le « dangereux barrage ». Pour moi, le « dangereux barrage » a toujours été Florence l'incomparable.(*Applaudissements.*)

J'ai pu cependant aller jusqu'à Pise et c'est là, sur cette place unique au monde, avec sa tour, son Campo Santo, que pour la seule fois de mon existence, j'ai pêché par envie ; sur cette place de Pise il y a en effet, un délicieux hôpital, et de la salle d'opération, dont les verrières sont en façade, le chirurgien, tout en travaillant dans une parfaite organisation moderne, avec toutes les ressources que la science met à notre disposition, peut jeter un regard sur ce spectacle si harmonieux. Le chirurgien de Pise est incontestablement un privilégié, il est un des chirurgiens les plus heureux du monde. (*Sourires et applaudissements*). Et un peu au delà de Pise, Viarreggio et sa forêt de pins, et sa plage merveilleuse sur laquelle se dressa le bûcher où Byron vit se consumer le corps de son ami Shelley, quels lieux merveilleux pour la méditation ! Et Venise ! quel plus bel endroit au monde pour le recueillement ! (*Applaudissements*).

Mais il ne faut pas contempler que les choses du passé, il faut faire comme le dit encore excel-

lemment l'auteur que je citais tout à l'heure « il faut tenter de relier l'Italie d'aujourd'hui à l'Italie du passé, pour n'en composer qu'une image au visage clair. Je n'ai pas franchi les Alpes pour rendre uniquement visite aux monuments et aux Musées, mais pour entendre aussi la musique de la vivante Italie ! » (*Applaudissements*).

Nous avons, nous tous représentants des nations latines, un tel héritage d'art, de gloire et de science, que nous pouvons nous admirer les uns les autres, sans aucune restriction. (*Applaudissements*).

De telles épopées marquent notre marche à travers les âges, que notre race est sûre de l'immortalité ! (*Vifs applaudissements*).

L'antique épopée romaine a montré la puissance extraordinaire du peuple d'Italie, ses ressources inépuisables pour la conquête, l'organisation, la mise en valeur et partout où elle s'est déroulée, elle a laissé des traces ineffaçables. La civilisation de l'Italie a précédé de bien des siècles celle des autres nations modernes et je crois que c'est le grand poète Byron qui, arrivant sur cette terre bénie, écrivait que l'Italie, comme civilisation, était à l'Angleterre ce que l'Angleterre pouvait être à ses colonies. Quel témoignage dans la bouche d'un des plus grands cerveaux de la grande Angleterre ! Et notre admiration pour vos prouesses est telle que lorsque nous Français, nous voulons magnifier l'œuvre extraordinaire accomplie au Maroc, par notre grand Lyautey, nous ne pouvons mieux la qualifier qu'en disant : « C'est l'œuvre d'un proconsul » ... (*Applaudissements.*)

L'Espagne a eu sa grande épopée au delà de l'Océan. Elle, aussi, a conquis, a organisé, a apporté une civilisation que ses continuateurs, nos frères sud-américains, ont su élever si haut. (*Applaudissements.*)

Et la France, permettez-moi de le dire, a eu la grande épopée napoléonnienne que l'on ne peut relire sans une juste fierté et que le recul des siècles ne fera que grandir. (*Applaudissements.*)

Et tout près de nous, hier, n'avons-nous pas été unis fraternellement, Italiens et Français, ceux de Portugal et ceux de Roumanie, soutenus par l'ardente sympathie de tous les autres peuples latins, pour écrire une épopée dont la grandeur ne craint aucune comparaison ? Nous tous, latins, nous avons été autrefois , nous venons d'être hier, ensemble, grands par l'esprit et par le courage, par la pensée et par l'action : notre avenir est donc tout tracé. (*Nombreux applaudissements.*)

Pour cet avenir, de collaboration et d'union des peuples, les meilleurs artisans, ce sont les intellectuels, et au premier chef, les médecins. Les médecins du monde entier ont le même idéal: travailler, faire du bien, éclairer l'humanité !

Quand on a été, dans un pays voisin, écouter professer un de ses maîtres, voir opérer un de ses chirurgiens, s'instruire près d'eux, on contracte envers ces collègues, envers le pays que l'on a pu admirer, une véritable dette de reconnaissance. Revenu chez soi, on ne pense jamais qu'avec estime, et même affection, à ceux qui nous ont reçus, que nous avons vus dans le travail sacré de leur salle d'opération. Et c'est si vrai, que lorsque nous voulons parler de l'un d'eux, nous ne disons pas mon collègue, mais le plus souvent : « mon ami ». (*Applaudissements.*)

Moi même qui depuis près de trente ans, ai l'honneur de recevoir chaque semaine, dans mes salles d'opérations, un certain nombre de collègues, laissez-moi espérer que j'ai contribué ainsi, avec mes faibles moyens, à faire mieux connaître, et par conséquent aimer, ma grande Patrie, notre belle France. (*Vifs applaudissements.*)

Tout récemment, parmi les visiteurs latins, j'ai vu venir le Professeur Paoliucci, de Parme, l'un de nos héros latins les plus purs, l'homme qui seul, a accompli l'un des actes d'héroïsme les plus grands de la guerre, en allant détruire, de ses faibles mains d'homme que la crainte ne saurait faire trembler, un géant de la mer, renouvelant ainsi, mais à quelle échelle ! le combat de David contre Goliath ! J'ai vu, en ce collègue en chirurgie, la merveilleuse personnification de la nouvelle Italie, la réflexion, le sang froid, le courage, la tenacité, l'intelligence et la science. Et tout cela s'épanouissant sur un sol imprégné des plus belles traditions antiques. Que ne peut-on demander à un tel peuple, que ne peut-on attendre de lui ?

Que ne peut-on du reste attendre de toute la race latine ?

C'est une très grande race. Quelle que soit la terre où elle émigre, elle montre qu'elle renferme toutes les possibilités. Elle l'a montré autrefois, elle l'a prouvé hier, elle le montrera demain.

C'est incontestablement une race supérieure, car elle a pour elle le rêve, la pensée, mais elle a aussi l'action. Quelle que soit la fonction briguée par un latin, il y a les plus grandes chances pour qu'il s'y montre au-dessus de sa besogne. Et tout est là, dans la vie ; avoir assez de bon sens et de conscience pour choisir un poste où l'on soit « *au-dessus de sa besogne* » ; et aussi savoir s'adapter, ne pas être l'esclave d'un plan minutieusement conçu et qui peut craquer à l'usage. Il faut certes, avoir un plan, et méthodique, et calculé, et approprié ; mais si les circonstances viennent à changer, il faut être capable, en premier lieu de s'en apercevoir, cela et à l'instant même où il ne vaut plus rien, et ensuite, avoir assez d'initiative pour en *imaginer* un autre, et un autre qui soit meilleur, quoique improvisé.

(*Très bien, très bien ; vifs applaudissements.*)

Le latin a l'action rapide, nette, claire, précise, il achève en quelques heures ce qui demandera, bien souvent, beaucoup de temps à d'autres.

Mais toutes ces qualités du latin, la pensée, la réflexion, le bon sens, l'action précise, sans faux-temps, ce sont, me direz-vous les qualités maîtresses du chirurgien. Aussi, ne serez-vous pas surpris de la proportion de chirurgiens éminents que compte le monde latin. Et vous me permettrez d'envoyer mon très cordial et très admiratif salut à tous nos collègues latins en chirurgie qui ne sont pas là ce soir, à ceux d'Italie, d'Espagne, de Portugal, de Roumanie, de l'Amérique du Sud, de Cuba, à eux tous qui ont monté si haut, par leurs qualités natives et leur travail acharné, la carrière la plus belle à mon sens qui soit au monde, celle du chirurgien. (*Vifs applaudissements.*)

De l'union de tous les médecins latins éparpillés dans le monde entier, tous frères par leur formation intellectuelle et leur admirable tâche, émanera une force, de plus en plus puissante, pour pousser l'humanité vers ses hautes destinées, dans la santé, dans la joie et dans la paix. (*Applaudissements.*)

Je lève mon verre en l'honneur de vous toutes, Mesdames, que nous admirons autour de ces tables ;

En l'honneur de Son Excellence le Comté Manzoni et de la grande nation Italienne ;

En l'honneur des hauts représentants des pays latins ;

A la grande famille latine. (*Applaudissements et ban.*)

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXXII. — COLETTE. — **Les Vrilles de la Vigne.** Un vol. sous emboîtage 20 × 27. Illustrations en couleurs de René LELONG. Tiré à 350 ex. numérotés sur velin de Rives. Ed. Kra*, Paris, 1930.

J'aurais voulu vous signaler quelques jours plus tôt cette superbe réédition, où le style de Colette prend une vigueur nouvelle au reflet chaud des images du livre ; leur coloris richement nuancé rehausse l'élégante précision du dessin de René Lelong et les mots à leur tour, miroirs alternés, exaltent la grâce immobile des formes terrassées de « Nuit Blanche » ou bondissant, élans figés, à la rencontre de leur joie, avec un mouvement, sans gêne, d'une délicate souplesse. Parmi les gravures plus chastes il y a un portrait fort réussi du célèbre Toby-Chien saisi par la peau du cou, une silhouette romantique (sur fond de lune) du rossignol qui collabora à la naissance du titre, un hors-texte des vrilles mémorables et cent autres illustrations, toutes intensément expressives et traduisant avec une harmonie intelligente et soumise la douceur ou la volupté des souvenirs qu'elles dressent au fil des pages et dont Colette se défend avec âpreté, mais sans succès, d'être la prisonnière. La présentation du texte glisse avec une mathématique perfection autour des gravures traitées avec un soin et une recherche de tons d'une extrême délicatesse et d'une reposante diversité. L'emboîtage protège avec discrétion cette fragile merveille sous une armure d'un mauve violet qui va faire rêver Colette : au passé drapé de deuil léger, aux fleurs odorantes qui paraient symboliquement la vie de Renée Vivien et de ses sœurs, gynandres ligotés par les vrilles vivantes..., et sans feuilles, d'amours qu'elle chanta de toute sa jeunesse, à la barbe de Renaud-Mari, avec sérénité.

(*) Impression des Ateliers Coulouma et reproduction des gravures par les Presses du Zodiaque.

CCXXIII. — H. DE RÉGNIER, de l'Académie française. — **Le voyage d'Amour ou l'Initiation vénitienne.** Un vol 12 × 19. Ed. du Mercure de France. Paris, 1930, 12 fr.

La distinction de M. de Régnier lui permet de nous narrer sans vulgarité des aventures assez délicates en les débarrassant de toute grivoiserie au profit de la plus spirituelle subtilité. Dans une langue sans défauts il conte alertement, et lestement à certaines pages, l'amusant effroi du jouvenceau en proie aux visées amoureuses d'une douairière blette ; puis dans un second conte et dans un troisième la déconvenue amoureuse d'héroïnes d'époques et de races fort différentes. Le petit épilogue, moral, donne au livre une conclusion et une unité très démonstrative. Les personnages ont, sous des costumes divers, une communauté de vues qui ne saurait déconcerter que le vénérable abbé et précepteur du premier héros, mal préparé au dogmatisme épicurien du conteur. Vieilles dames de toujours, sultanes gavées d'amour, parisienne contemporaine sont vouées aux mêmes accidents de traîtrise sentimentale. Et il y a une délicieuse ironie dans les pages terminales du livre consacrées aux consolations languides qu'elles se prodiguent « entre elles ». Il manque le chapitre nécessaire de la trahison logique postérieure des consolatrices ou consolées ; il sera probablement pour la mille et deuxième nuit de Schéhérazade que M. de Régnier est tout désigné pour nous

conter ensuite dans son prochain livre. En attendant le récit de ces nouveaux ébats nous pourrons joyeusement relire cette amusante chronique d'amour, qui ne manque ni de saveur ni de piquant et qui a toute l'aimable impertinence d'un conte galant sournoisement fourré de philosophie opportuniste.

CCXXIV. — SERGE. — **Vive le cirque.**. Un vol. 13 × 17. Nombreux hors texte et dessins en couleurs par l'auteur. 65 photographies. Editions Seheur, Paris, 1930.

Le livre de Serge est soigneusement documenté Illustrations, interviews, souvenirs concourent à donner de la piste et de ses habitants une idée et une vision d'ensemble extrêmement justes. De la parade de la fête foraine au clown célèbre, tous les phénomènes du cirque viennent passer sous la plume de Serge : acrobates, jongleurs, augustes, écuyères, dresseurs, animaux savants, prestidigitateurs, etc., errants de ville en ville avec les oripeaux de leurs mirages que l'auteur a su évoquer en mots pleins, et en phrases pittoresques, illustrées d'amusants dessins tracés avec un symbolisme cocasse et enluminés de teintes vives d'Epinal ou de jouets.

CCXXV. — J. MARTET. — **La mort du tigre.** Un vol. 12 × 19. Ed. Alb. Michel, Paris, 1930.

Ce volume, le dernier de la série consacrée à Clemenceau, ne contient plus de souvenirs anecdotiques. Il est constitué d'un groupement de saynètes, où par séries, par classes sociales, par sympathies se rencontrent des interlocuteurs jugeant l'œuvre, les sentiments, l'action politique, le caractère de Clemenceau. Et tous ces dialogues sont fort spirituellement conduits. L'auteur a su sous forme particulièrement réussie traduire avec exactitude les sentiments favorables et ceux hostiles à la mémoire du Père la Victoire. Il y en a qui sont d'une impayable drôlerie et d'une virulence aussi terrible qu'apparemment anodine, à la vraie manière de Martet, d'autres enfin où repasse la féroce agressivité des boutades du Tigre.

CCXXVI. — Dr LOUVEL. — **Au long des ans.** *De l'aurore au crépuscule.* Poèmes. Un vol. 14 × 20. Ed. Tardivat. La Ferté-Macé, 1930.

Notre confrère dont vous avez trop rarement pu goûter, dans le *Concours*, les qualités poétiques vient de réunir en volume un choix de ses poèmes : fables, pièces de circonstance, chansons de jeunesse. Toutes sont marquées d'une charmante spontanéité et d'une émotion toujours sincère, grave, badine, épique, avec la diversité qui s'offrit sans doute à la laborieuse droiture d'une longue existence, cherchant dans le rythme des syllabes asservies l'oubli des tristesses ou l'écho du bonheur dont la chanson s'est tue.

CCXXVII. — GÉRARD D'HOUVILLE. — **Les Rêves de Rikiki-Jaboune : la famille Amulette.** 2 albums illustrés. Ed. Plon, Paris.

Il est beaucoup plus difficile d'écrire à l'usage des enfants que des grandes personnes... et de les amuser. L'album de Gérard d'Houville amusera sûrement vos enfants, car les rêves de Rikiki sont contés avec une simplicité, une candeur joyeuse qui doivent être très près de leur curiosité toute neuve. Les images de la famille Amulette ont une drôlerie qui pourrait à la rigueur se passer de texte : le professeur y est bafoué comme le Gendarme par Guignol et ceci n'a jamais déplu aux bambins, encore qu'ils aient, en 1930 une précoce gravité que nous n'avions pas à leur âge.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre Saint-Georges

« Décalage »

Comédie en 3 actes de Monsieur Denys AMIEL

Monsieur Denys Amiel dans sa nouvelle pièce « Décalage » s'est attaqué à un problème d'une envergure telle dans sa puissante actualité que malheureusement les trois actes de sa production si classique en soit la forme, si parfait en soit le style, si poignant en soit le ton, arrivent seulement à nous en donner une simple esquisse.

L'auteur s'est trouvé dans l'obligation, afin de « condenser », son sujet, de précipiter dans son premier acte l'exposé des « faits » et à partir de ce moment, c'est à travers un jeu incessant de sixte et de quarte, de découverts et de feintes dans lequel les caractères de ses personnages s'épuisent à chercher une impossible solution, que nous apercevons l'intention créatrice.

Il semble que le Théâtre actuel dans sa tendance à pénétrer de plus en plus dans le domaine, des sentiments et des idées, tienne pour encombrant, inutile même tout ce qu'il y a peu de temps encore, agrémentait l'aridité de la partie psychologie pure, tout ce qui en même temps qu'une action riche et fournie contribuait à mettre en

relief cette partie ; il n'est pas douteux que le sujet que Monsieur Denys Amiel a voulu traiter soit un des moins susceptibles de cette nouvelle méthode :

Qu'entend-il par décalage ? C'est la position de la jeune fille moderne, fine, originale et sensitive, soumise à un moment donné par le jeu des circonstances à l'influence de deux types masculins différents, l'un d'âge mur, 50 ans, d'intelligence lucide, de nature encore appréciable et fort de son expérience, l'autre frais émoulu de la jeune génération, 25 ans, pour qui la femme est un accessoire utile ou inutile selon les événements dans une vie de lutte perpétuelle pour se faire une place au soleil. Le premier satisfait plus intimement son esprit et son cœur, l'autre l'attire par toutes les qualités de sa jeunesse même. Obligée de choisir (et dans le cas actuel c'est le jeune homme qu'elle choisit) elle souffre, s'irrite, se révolte de ne pouvoir combler l'insuffisance de l'un avec les qualités indiscutables de l'autre, elle est insatisfaite, ressent un vide profond, elle est décalée.

Sujet vaste, immense , qui demanderait justement a être mis en valeur grâce à la lumineuse projection d'une multitude d'éléments, d'événements, d'incidents que l'auteur sacrifiant au gout du jour a volontairement réduits au strict minimum. De plus, en diminuant la luminosité, Monsieur Denys Amiel a choisi un sujet un peu trop particulier un peu trop « serré » et il n'est pas certain qu'avec une jeune fille du même monde en 1830 (et il devait y en avoir déjà de singulièrement précoces) les trois personnages n'auraient pas abouti, placés dans les mêmes situations, à la même impasse.

Voici le thème : Charles Siégler gros industriel des Vosges, célibataire extrêmement riche, mais malgré tout s'occupant beaucoup de ses affaires, se sent tout à coup pris d'un vif désir, arrivé à la cinquantaine, de connaitre le côté sentimental de la vie jusqu'ici négligé : Son rêve est d'unir son existence à la fille d'un de ses amis intimes Clerveau de la Valette, ce dernier, dont la propriété est voisine de la sienne, est un homme d'une parfaite éducation mais complètement incapable de gérer ses propres affaires, il est depuis longtemps déjà l'obligé de Siégler qui lui a prêté à plusieurs reprises des sommes importantes, mais cette question est pour l'Industriel tout à fait accessoire, il désire Lucienne, jeune fille exquise, racée, intelligente et, ce qui ne le rebute nullement, d'un modernisme accentué. Il prie son ami Clerveau qui s'y décide difficilement étant donné qu'il est son débiteur, de s'enquérir directement auprès de sa fille sur la possibilité de ce mariage. Lucienne considère Siégler comme un grand ami, un noble et brillant caractère, mais l'éventualité d'unir sa vie à la sienne la fait sourire, elle refuse.

Siégler ne peut se résoudre à cette fin de non recevoir et, pour garder près de lui cette attirante créature dont il ne peut se passer, il lui propose d'épouser Jacques Forestier, son secrétaire, un jeune homme de 25 ans, sérieux, d'esprit clair et précis, séduisant, sous un aspect un peu timide et réservé. Lucienne acceptera , bien qu'il lui semble déjà que son futur époux ne possède pas la finesse, l'expérience et la tendresse qu'elle aurait pu trouver chez Siégler.

Au deuxième acte les difficultés commencent nées de cette existence à trois que Siégler a voulue et qu'il entretient implacablement ; il a mis sa fortune à la disposition du jeune ménage, néanmoins, Lucienne s'ennuie, elle est toujours à Jacques uniquement et sans défaillance mais, l'heure de l'adultère n'est pas très éloignée car son mari est souvent absent et, Siégler, n'est pas étranger par les ordres d'affaires qu'il lui donne à cet éloignement qui favorise ses desseins. Le protecteur se permet de critiquer, de faire des reproches sur la légèreté et les imprudences de Lucienne dans ses sorties, il voudrait qu'elle fasse retomber sur lui la tendresse et l'amour qu'elle ne trouve pas chez Jacques. Les scènes fusent, les explications pénibles, les reproches cinglants, créent de plus en plus le fossé, opèrent le décalage. Cet acte est d'une facture superbe, d'un pathétique admirable et d'une finesse distillée.

Il n'y a toujours aucune solution au début du troisième acte, à cette situation de forces en triangle incapables de s'évader. Cependant, après avoir résolu de fuir mais n'avoir pu s'y résoudre, Siégler surprend Jacques et Lucienne en tête à tête, ils ont tous les deux fait le point, se sont momentanément retrouvés en rejetant sur le machiavélique Siégler toute la faute de leur incompréhension réciproque, ils s'embrassent et ce baiser opère sur le riche industriel comme un fluide révélateur, il partira.

Il ne nous semble pas, malgré les fortes qualités de sa pièce, que Monsieur Denys Amiel ait traité à fond le sujet pour les raisons que j'ai données plus haut, principalement à cause d'une action précipitée au premier acte et réduite au second à une suite de scènes certainement fort belles mais dont la psychologie, très étudiée se trouve limitée à un cas trop particulier et trop spécial ; mais il est évident que les qualités de cette production sont en raison même du plan réduit sur lequel l'auteur a placé son sujet ; par sa finesse concentrée, la limpidité de son texte, cette pièce est forte et solide et elle tiendra.

Monsieur Jean Worms nous donne de Siégler une composition soignée. Tout au plus pourrait-on lui reprocher de la nervosité au premier acte et un jeu un peu trop tourmenté en général.

Monsieur Paul Bernard a très bien rendu le ca-

ractère de Jacques Forestier dans un jeu sobre et précis.

Monsieur Grétillat celui de Clerveau de la Valette dont il a campé une solide figure de noble désargenté.

Il est évident que Mademoiselle Suzet Maïs ne possède pas encore malgré ses réelles aptitudes et son acquis important, toute la science des grandes vedettes mais, a-t-elle été servie dans cette pièce, au cours de ces trois actes par un dosage égal de texte qui lui aurait été nécessaire ? Elle est en tout cas fine et enjouée quand il convient , étrange et ardente dans ses grandes scènes et acquerra rapidement le peu de technique qui lui manque.

Jean Séjournet.
Membre de la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

30 *décembre* 1930.

Présents : MM. Maurat, *président ;* Noir, Vimont, H. Mignon, Pamart, Duchesne, Mazeroux Henne, Fischer, M. Mignon.

Excusés : MM. A. Gassot, Boudin et Levassort.

En l'absence du Dr Boudin, M. Henne, remplit les fonctions de secrétaire.

Indemnités maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons B et MA.

142	Dulcaux	Alpes-maritimes	3 mois	300 fr.
164	De Grissac	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
193	Colin	Var	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
367	Rossigneux	Rhône	49 jours	490 »
374	Traby	Pyrénées orientales	3 mois	300 »
382	Gustin	Vendée	60 jours + 2 mois chr.	800 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
444	Patet	Saône-et-Loire	60 jours + 1 mois et 15 jours chr.	750 »
488	Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
511	Leloutre	Rhône	42 jours	420 »
543	Le Meme	Var	41 jours	410 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
569	Cadilhac	Yonne	3 mois	300 »
577	Collangettes	Puy-de-Dôme	59 jours	590 »
653	Duhamel	Lot-et-Garonne	3 mois	300 »
690	Gruzu	Alpes-Maritimes	6 jours	60 »
699	Gouez	Finistère	un mois et 8 jours chr	126 65
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
827	Tison	Paris	3 mois	300 »
845	Vallais	Manche	3 mois	300 »
894	Ott	Seine-Inférieure	60 jours + 3 mois et 5 jours chr	916 65
926	Abeilhou	Pyrénées-orientales	26 jours	260 »
927	Saint-Pierre	Ain	27 jours	270 »
931	Chiffre	Pyrénées-orientales	43 jours	430 »
934	Girard	Paris	60 jours + 16 jours chr	653 30
946	Bézy	Haute-Garonne	47 jours	470 »
947	Cousin	Haute Garonne	48 jours	480 »
			A reporter	13.026 60

			Report................	13.026 60
960	Grand	Tarn	20 jours	200 »
976	Eyraud	Haute-Loire	31 jours	310 »
991	Odin	Loire	3 jours	30 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1096	Diard	Yonne	33 jours	330 »
1178	Bacquié	Tarn	55 jours	550 »
1216	Allanic	Oran	14 jours chr	46 60
1232	Lert	Var	28 jours	280 »
1259	Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1263	Bompard	Bouches-du-Rhône	11 jours	110 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1316	Monier	Oran	23 jours	230 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	6 mois	600 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1718	Abarnou	Finistère	8 jours	80 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1799	Castagnoni	Constantine	3 mois	300 »
1896	Roure	Gironde	3 mois	300 »
1898	Denaclara	Pyrénées-orietnales	60 jours + 14 jours chr	646 60
			Total............	17.419 80

Combinaison MA².

1	Duvernoy	Vosges	4 jours	80 »
15	Beaurepaire	Nord	27 jours	540 »
17	Marchand	Paris	3 jours	60 »
117	Dollard	Hérault	24 jours	480 »
158	Chauvenet	Côte-d'Or	56 jours	1120 »
647	Bellin	Isère	un jour + 3 mois	620 »
1046	Channac	Ardèche	8 jours	160 »
1051	Brihmat	Allier	32 jours	640 »
1472	Fileux	Nièvre	14 jours + 28 jours chr	465.50
			Total............	6.165.50

Combinaison MA³

43	Collignon	Sarthe	29 jours	870 »
59	Vernier	Nord	27 jours	810 »
378	Barandon	Indre	10 jours	300 »
463	Renaud	Allier	29 jours	870 »
491	Jacquier Bret	Isère	17 jours	510 »
499	Abitboul	Alger	28 jours	840 »
			Total............	4.200 »

Combinaison MA⁵

135	Lalaurie	Aude	11 jours	550 »
150	Phélebon	Loir-et-Cher	12 jours	600 »
595	Le Droumaguet	Nièvre	16 jours	800 »
642	Duballen	Ain	3 mois	1.500 »
832	Rochas	Manche	16 jours	800 »
871	Brandenburg	Tunisie	10 jours	500 »
1930	Viard	Savoie	42 jours + 11 jours chr	2.283 15
			Total............	5.033.15

Pensions de Retraite

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension de 1931 les sommes suivantes à MM. :

Combinaison P.

1	Du Fayet de la Tour Charente Inférieure	1.200 fr.
10	Gallois, Côte-d'Or	720 »
25	Rayolles, Cantal	567 »
72	Monier, Pas-de-Calais	1.200 »
27	Guny, Somme	135 »
39	Maksud, Eure-et-Loir	360 »
42	Gombert, Eure	480 »
73	Lecerf, Eure	1.200 »
94	Chevalot, Moselle	360 »
9	Cohan, Seine-Inférieure	449 »
24	Valot, Maine-et-Loire	600 »
30	H. Mignon, Seine-et-Oise	1.200 »
74	Roche-Imbard, Bouches-du-Rhône	1.200 »
	Total	9.674 »

Combinaison R.

10	G. Laurent, Alpes-Maritimes	1.200 »
39	Siguan, Bouches-du-Rhône	1.200 »
23	Bonnefous, Aveyron	1.200 »
70	Meyer, Oise	1.200 »
101	Patron, Oran	1.200 »
7	Pardoux, Paris	480 »
78	Pélissié, Lot	360 »
185	Jouve, Drôme	1.200 »
223	Vimont, Paris	120 »
11	Hamon, Loiret	1.200 »
12	Laugier, Alpes-Maritimes	1.200 »
118	Saint Orens, Landes	120 »
160	Pic, Rhône	600 »
17	Casset, Alger	1.200 »
19	Lestra, Rhône	1.200 »
27	Hervouët, Paris	1.200 »
83	Le Goff, Paris	976 »
96	Mlle Hamilton, Gironde	1.200 »
151	Houdart, Côtes-du-Nord	1.200 »
67	Grandou, Eure	1.200 »
152	Carlotti, Eure-et-Loir	1.200 »
2	Guilbard, Aude	1.080 »
	Total	21.336 »

Ces sommes leur seront versées sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1931.

Remboursement de cotisations contre-assurées

Le Conseil ordonnance le remboursement aux ayants droit de : Madame Voisin (Indre-et-Loire) de la somme de 1.930 francs ; M. le Dr Jacowski (Loiret) de la somme de 1.875 francs ; montant des cotisations par eux versées en vue d'une pension de retraite.

Ces sommes leur seront versées sur la production des pièces justifiant leur qualité d'héritiers.

Pensions aux veuves

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du 4e trimestre 1930, les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	50 fr.
38	Veuve Gillette, Calvados	150 fr.
43	Veuve Chevreux, Paris	150 fr.
45	Veuve Valot, Hautes-Alpes	60 fr.
51	Veuve Rousselot, Haute-Marne	150 fr.
	Total	710 fr.

Ces sommes leur seront versées sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1930.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA³ :

M. le Dr Malouvrier.

Combinaison MA⁴ :

MM. les Dr André et Emery.

Combinaison MA⁵ :

MM. les Dr Maksud, Martin, François, Allotte de la Faye, Farrando, Boisroux et Lortsch.

Le Conseil ratifie également l'admission à la combinaison R de M. le Dr Seibel et de Mme Seibel prononcée par le bureau après la dernière réunion.

Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Combinaison MA

M. le Dr :
Gony, de Sète, (Hérault).

Combinaison MA²

MM. les Drs :
Mortot, de Dijon, (Côte d'Or).
Daubigny, de Chatelus-Malvaleix (Creuse).

Combinaison MA³

M. le Dr :
Béraud, de la Rochelle (Charente-Inférieure).

Combinaison MA⁴

M. le Dr :
Escoffier, de Saint-Etienne (Loire).

Combinaison MA⁶

MM. les Drs :
CLÉNET, de Lille (Nord).
MUGNIÉRY, de Riom (Puy-de-Dôme).
COULOMBIER, de Saint-Pair (Manche).
DE SABLET, de Paris.
JOUVE, de Pierrefort (Cantal).
OUVRARD, de Moreuil-sur-Lay (Vendée).
CARRIERE, de Connaux (Gard).
JAILLETTE, de Frihinghien (Nord).
SAMOYEAU, d'Yvré-l'Évêque. (Sarthe).
PERDREAU, de Segré, (Maine-et-Loire).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin mars.

Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les Drs :
MUGNIÉRY, de Riom (Puy-de-Dôme).
CARRIERE, de Connaux (Gard).
THOMAS, de Rouen.
Mesdames :
VINCENT, de Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).
THOMAS, de Rouen.
M. CH. MAURAT, de Paris.

Combinaison R

MM. les Drs :
MUGNIÉRY, de Riom (,Puy-de-Dôme).
VINCENT, de Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).
MORLOT, de Dijon.
PERRET, de Romans (Drôme).
GONY, de Sète (Hérault).

Combinaison V

M. le Dr :
MORLOT, de Dijon.

Le secrétaire général annonce au Conseil que M. Fleury, actuaire, va procéder à l'inventaire général de la Société au 31 décembre 1930.

Il commencera ce travail dès que le trésorier aura pu lui fournir les documents nécessaires. Son rapport fera savoir si quelques changements sont nécessaires et quelques améliorations possibles.

D'ici là, il convient toujours d'intensifier la propagande.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, H. HENNE. *Le Président,* A. MAURAT.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Compte rendu de l'Assemblée générale du 22 octobre 1930.

Présents : *Saint-Malo* : docteurs Lenormand, Aubry, Tuloup, Thubert, Ringuet, Duchène, Lebreton père, Lebreton Yves, Descottes, Billant, Page, Ferey, Noury, Legay, Guitot, Leborgne ; *Saint-Servan* : docteurs Pallier, Maigné, Boulogne, Delorgeril, Lizaret, Derrien, Jourdain, Huet.

Excusé : Dr Labbé ; *Cancale* : docteurs Divel, Gaudeul, Herp ; *Dol* : docteurs Playoust, Rolland ; *Paramé* : docteurs Bazin, Nicolleau ; *Pleurtuit* : Docteur Dufour ; *Chateauneuf* : docteur Brizé ; *Saint-Meloir* : docteur Leclair ; *Saint-Broladre* : docteur Brébant.

MM. les docteurs Brault, de Rennes et Robert, de Fougères, président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine, représentaient à l'Assemblée leurs syndicats respectifs en même temps que le Bureau de la Fédération.

L'Assemblée est ouverte à 4 heures.

Le docteur Pallier, président, résume la situation actuelle et exprime le regret que les suggestions du syndicat de Saint-Malo, concernant la nécessité de coordonner étroitement l'action du Corps médical vis-à-vis des assurances sociales, n'aient pas été mieux suivies dans les assemblées où il a été chargé de les soutenir. Ce défaut originel d'uniformité dans l'attitude des différents groupements médicaux a certainement nui au succès complet des négociations laborieusement poursuivies avec les différentes Caisses d'assurances sociales.

Quoi qu'il en soit, il semble que nous soyons arrivés en Ille-et-Vilaine à un accord acceptable qui va être soumis à l'assemblée.

Le docteur Robert donne alors lecture dans son intégralité du projet de convention départementale. Plusieurs articles donnent lieu à des demandes d'explications, à des objections, à des discussions approfondies. Le docteur Robert et le docteur Brault fournissent à l'assembleée, avec une parfaite clarté et toute la précision possible, les explications nécessaires pour que la décision soit prise en toute connaissance de cause.

Il est procédé au vote.

A une grande majrorité, aucun avis contraire n'étant exprimé, sauf quelques abstentions, les résolutions suivantes sont adoptées :

1° L'assemblée générale du Syndicat de médecins de l'arrondissement de Saint-Malo approuve le projet de convention déparmentale syndicats-caisses et

se déclare prête à l'appliquer après signature par les mandataires des parties.

2° Elle donne pleins pouvoirs au bureau du Syndicat pour étudier, en accord avec les autres syndicats d'Ille-et-Vilaine, les modifications aux statuts nécessités par le fonctionnement des assurances sociales.

L'assemblée est levée à 6 heures.

Il n'est que juste de rappeler ici que les résultats, en grande partie avantageux pour les intérêts du Corps médical, obtenus au cours de ces laborieuses négociations, sont dus à l'action énergique, vigilante et réfléchie du docteur Marquis, mandataire de la Fédération des Syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine à la sous-commission d'études de la convention syndicats-caisses.

Il nous paraît indispensable d'indiquer ici les principales conséquences des votes émis par l'Assemblée générale approuvant le projet de Convention.

1° Jusqu'à ce que les signatures aient été définitivement échangées et qu'ils en aient reçu officiellement avis du syndicat, nos confrères *devront s'en tenir strictement à la délivrance d'un reçu d'honoraires aux assurés sociaux.*

2° L'adhésion du Syndicat laisse chaque médecin absolument libre de ne pas faire de médecine d'assurances sociales.

3° Les médecins syndiqués n'auront aucune démarche spéciale à faire pour participer au service des Assurances sociales ; les médecins non syndiqués ne pourront y être admis que sur leur demande expresse par lettre recommandée adressée respectivement aux Caisses, d'une part, à la Fédération des Syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine d'autre part.

4° *Celle-ci sera exclusivement chargée du contrôle professionnel des médecins participant au service des Assurances sociales* et aura pouvoir de prendre les sanctions nécessaires. *Ces médecins,* syndiqués ou non *devront user à la Fédération pour assurer les frais de contrôle, une cotisation spéciale de 100 francs.*

5° Tous les confrères recevront en temps et lieu la nomenclature et les tarifs des actes médicaux en matière d'assurances sociales. Ces tarifs sont ceux de remboursement des Caisses aux assurés. Les médecins restent entièrement libres de prendre le chiffre d'honoraires qu'ils estiment légitimement dus. *Mais ils ne doivent en aucun cas descendre au-dessous du tarif syndical minimum* (actuellement 15 francs la consultation, 20 francs la visite), ce qui les exposerait aux sanctions des conseils de famille. Quant au fait *de consentir aux assurés sociaux un tarif inférieur au tarif de responsabilité des caisses,* il pourrait entraîner, en outre, sur la plainte de celles-ci, *des poursuites correctionnelles.*

6° En matière d'assurances sociales, *les honoraires médicaux doivent être payés au comptant.*

Un tarif minimum d'honoraires médicaux prévoyant les diverses interventions suivant la nomenclature officielle est à l'étude et sera très prochainement communiqué aux confrères, ainsi que l'affiche destinée à figurer dans les salles d'attente médicales.

Le Président : Dr PALLIER. *Le secrétaire* : Dr MAIGNE.

Syndicat des médecins d'Alès et des environs

Les médecins d'Alès, membres du syndicat des médecins d'Alès et des environs, réunis en assemblée le 26 novembre 1930,

Considérant :

1° Que tout ce qui contribue à diminuer l'influence et l'autorité du médecin de famille ne peut que nuire au malade ;

2° Que le médecin choisi de plein gré par le malade, qui connaît ses antécédents et son tempérament, et en qui celui-ci a mis sa confiance est le plus indiqué pour dépister à leur début et traiter les maladies qualifiées sociales aussi bien que les autres ;

3° Qu'un tel médecin est particulièrement bien placé pour donner des consultations prénatales et faire de la puériculture adaptée au milieu social ;

4° Que, par suite de la création des assurances sociales, du développement de la mutualité et de l'extension considérable prise par l'assistance médicale, le fait par le médecin de toucher une juste rétribution de son travail ne peut empêcher personne de se faire soigner, les collectivités se substituant au malade peu fortuné lors du paiement des honoraires médicaux ;

5° Qu'il n'y a donc plus de nos jours aucune raison d'humanité pour que les médecins, par un manque à gagner de plus en plus considérable augmentent bénévolement le poids déjà si lourd de leurs impôts et de leurs dépenses professionnelles ;

Déclarent désapprouver toute institution qui, d'une part, détourne les malades du médecin de leur choix, et d'autre part, impose aux médecins de faire directement ou non à peu près tous les frais de ces créations dites philantropiques ;

Ils estiment qu'ils doivent refuser, autant dans l'intérêt du malade que du leur, de collaborer à toute nouvelle organisation de soins, qui ne respecterait pas les principes syndicaux du libre choix et du paiement à l'acte médical ;

Et émettent le vœu que soient admis dans les dispensaires antituberculeux et antivénériens fonctionnant actuellement, uniquement les malades qui sont indigents et ceux qui y sont adressés par leur médecin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— Clinique des maladies des enfants. (Professeur : M. P. NOBÉCOURT.) — M. L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis, assisté de M. le Dr J. HUTINEL, agrégé, médecin des hôpitaux, et de MM. les Drs AZÉRAD, BIANCANI, J. BLUM, CAMUS, CAYLA, DELARUE, MAURICE-LÉVY, LONJUMEAU, MARSAIS, Gilbert ROBIN, E. TERRIEN, commencera, le lundi 2 mars 1931, à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, une série de leçons sur quelques sujets d'actualités infantiles, et les continuera les jours suivants (sauf le samedi) à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 2 mars, M. L. BABONNEIX : Encéphalites aiguës infantiles. — Mardi 3 mars, M. AZÉRAD : Thérapeutique du diabète infantile. — Mercredi 4 mars, M. J. BLUM : Les services que peut rendre, à la médecine infantile, l'examen du fond de l'œil. — Jeudi 5 mars, M. H. BIANCANI : Les rayons ultra-violets dans la médecine des nourrissons. — Vendredi 6 mars, M. CAMUS : Dépistage et prophylaxie de la surdité chez l'enfant. — Lundi 9 mars, M. CAYLA : Anémies du nourrisson. — Mardi 10 mars, M. DELARUE : Traitement de la tuberculose pulmonaire infantile. — Mercredi 11 mars, M. BABONNEIX : Réactions méningées chez l'enfant — Jeudi 12 mars, M. MAURICE-LÉVY : Paralysie infantile. — Vendredi 13 mars, M. LONJUMEAU : Comment traiter l'hérédo-syphilis du nourrisson ? — Lundi 16 mars, M. MARSAIS : Transfusions sanguines chez l'enfant. — Mardi 17 mars, M. G. ROBIN : Les arriérations et la méthode des tests. — Mercredi 18 mars, M. BABONNEIX : Néphrose lipoïdique. — Jeudi 19 mars, M. E. TERRIEN : Les bouillies maltosées dans l'alimentation du nourrisson. — Vendredi 20 mars, M. J. HUTINEL : Anorexie des enfants.

— Cours complémentaire d'obstétrique. — M. le Dr VIGNES, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le mercredi 4 mars 1931, à 15 heures, au petit amphithéâtre et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, au même amphithéâtre.

SUJET DU COURS : Syndromes hémorragiques. Dystocie. Infection puerpérale.

— Laboratoire de parasitologie. — (Professeur : E. BRUMPT.) — *Mycologie théorique et clinique.* (23 manipulations sous la direction du Docteur Maurice LANGERON.) — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de 23 jours. Les séances auront lieu tous les jours à 15 heures, du 2 au 28 mars 1931 :

Lundi 2 mars : 1. Méthodes d'étude des champignons. Matériel nécessaire. Milieux naturels et artificiels. Ennemis des cultures, moyens de les détruire. Préparation et stérilisation de la verrerie.

Mardi 3 mars : 2. Préparation des milieux artificiels solides : géloses glycosées, gélose de Gorodkowa.

Mercredi 4 mars : 3. Préparation des milieux liquides : bouillon glycosé et eau de pommes de terre.

Jeudi 5 mars : 4. Préparation des milieux naturels : grains, paille, champignons, crottin de cheval.

Vendredi 6 mars : 5. Méthodes d'isolement des champignons pathogènes en partant des lésions. Méthodes d'ensemencement. Méthodes d'inoculation. Animaux sensibles. Causes d'erreur. Fausses mycoses et pseudomycoses.

Samedi 7 mars : 6. Technique des microcultures cellulaires.

Lundi 9 mars : 7. Morphologie générale des champignons : appareil végétatif, appareils sporifères et reproducteurs.

Mardi 10 mars : 8. Classification des champignons. Classification des hyphomycètes.

Mercredi 11 et vendredi 13 mars : 9. Les microsiphonés et les actinomycoses. Méthodes de diagnostic et d'étude. Milieux spéciaux. Plan de l'étude d'un actinomycète.

Samedi 14 et lundi 16 mars : 10. Les mycoses à thallosporés. Blastomycoses ; vraies et fausses blastomycoses. Plan de l'étude d'un blastomycète. Préparation des milieux au moût de bière. Méthode des petites fermentations de Lindner.

Mardi 17 et mercredi 18 mars : 11. Les mycoses à conidiosporés : sporotrichoses, aspergilloses, etc. Méthodes de diagnostic et d'étude. Inoculations.

Jeudi 19 et vendredi 20 mars : 12. Les mycoses à ascomycètes. Place des ascomycètes pathogènes dans la classification. Importance de ces mycoses généralement méconnues, auxquelles se rattachent diverses blastomycoses, teignes, aspergilloses, mycétomes, etc.

Samedi 21 et lundi 23 mars : 13. Les mycoses à ascomycètes (suite) : dermatophytes ou champignons des teignes. Eléments morphologiques. Classification. Méthodes d'isolement et d'étude.

Mardi 24 et mercredi 25 mars : 14. Les mycoses à phycomycètes : mucormycoses et chytridiomycoses (ces dernières confondues avec les blastomycoses).

Jeudi 26 et vendredi 27 mars : 15. Les mycétomes. Classification de ces tumeurs mycosiques : actinomycoses, maduromycoses, pied de Madura. Méthodes de diagnostic et d'étude.

Samedi 28 mars : 16. Les phénomènes de sexualité chez les champignons, leur importance pour l'étude et la classification des espèces pathogènes.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit d'inscription est de 400 francs.

— Laboratoire spécial de bactériologie. — (Fondation Lemonnier.) — Une série de douze leçons d'anatomie pathologique sera faite par MM. MACAIGNE, agrégé, et NICAUD, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, les lundis, mercredis, vendredis à 2 heures, à partir du lundi 2 mars 1931. Cours gratuit.

— Clinique des maladies du système nerveux. — (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière, par MM. Th. ALAJOUANINE, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. GARCIN, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; L. MICHAUX, P. MOLLARET, R. THUREL, P. SCHMITE, chefs de clinique ; CHRISTOPHE, J. DARQUIER, P. MATHIEU, J. PÉRISSON, N. PÉRON, A. THÉVENARD, anciens chefs de clinique, BOURGUIGNON, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux ; AUBRY, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons ; la première série commencera le lundi 2 mars 1931, à 14 heures, à l'am-

phithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le lundi 16 mars, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Programme du cours. — *Première série* : 1. Tumeurs cérébrales. — 2. Syphilis cérébrale. — 3. Syndromes parkinsoniens. — 4. Paralysies pseudo-bulbaires. — 5. Maladie de Wilson. Pathologie du corps strié. — 6. Aphasie. — 7. Apraxie. — 8. Syndromes vasculaires cérébraux. — 9. Syndrome thalamique. — 10. Syndromes pédonculo-protubérantiels. — 11. Syndromes bulbaires. — 12. Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. — 13° Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. — 14. Chorées. — 15. Syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens. — 16. Hémianopsie.

Deuxième série : 1. Poliomyélite. — 2. Syphilis médullaire. — 3. Sclérose en plaques. — 4. Syringomyélie. — 5. Compressions de la moelle. — 6. Sclérose latérale amyotrophique. — 7. Tabes. Arthropathies nerveuses. 8. Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. — 9. Maladie de Friedreich. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégies spasmodiques familiales. — 10. Atrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. — 11. Polynévrites. — 12. Myopathies. Myotonie. — 13. L'électrodiagnostic. La chronaxie. — 14. Les examens du liquide céphalo-rachidien. — 15. Les névrites optiques. La stase papillaire. — 16. Les examens labyrinthiques.

Droits d'inscription pour chacune de ces séries : 250 francs. Les bulletins de versement du droit seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— Cours de perfectionnement sur les maladies de l'appareil génital de l'homme. (Hôpital Cochin, 47, rue du faubourg Saint-Jacques, pavillon Albarran.) — Ce cours sera fait sous la direction du Docteur Maurice Chevassu, du lundi 16 mars au samedi 28 mars 1931, par MM. Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Gouverneur, chirurgien des hôpitaux ; Boppe, chirurgien des hôpitaux ; Braine, chirurgien des hôpitaux ; Leibovici, prosecteur des hôpitaux ; Bayle, assistant du service ; Gautier, assistant de consultation ; Lazard, assistant de cystoscopie ; Canoz, chef du laboratoire de bactériologie ; Moret, assistant de radiologie.

Le cours sera complet en deux semaines. Il comportera le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, sauf le samedi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec démonstrations cliniques, urétroscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations. Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

Programme du cours. — Lundi 16 mars, matin, M. Chevassu : L'urètre et son cathétérisme ; M. Gautier : La blennorragie aiguë, clinique et laboratoire. — Soir, M. Gautier : Chancre syphilitique de la verge, clinique et laboratoire ; M. Boppe : Ruptures de l'urètre.

Mardi 17 mars, matin, M. Gautier : Chancres mous et bubons, clinique et laboratoire ; M. Chevassu : Examen clinique de l'appareil génital.— Soir, M. Gautier : Traitement de la blennorragie aiguë ; M. Bayle : Prostato-vésiculites.

Mercredi 18 mars, matin, M. Bayle : Abcès de la prostate et cavernes prostatiques ; M. Marcel : Orchi-épididymite blennorragique. — Soir, M. Gautier : Urétrites chroniques ; M. Canoz : Le critérium de guérison de la blennorragie.

Jeudi 19 mars, matin, M. Bayle : Les rétrécissements de l'urètre, l'urétrotomie interne ; M. Marcel : Cancer de la verge. — Soir M. Gautier : L'urètre antérieur étudié à l'urétroscope ; M. Bayle : Abcès urineux et fistules urétrales.

Vendredi 20 mars, matin, M. Chevassu : Les gangrènes de la verge, l'infiltration d'urine ; M. Gautier : L'urètre postérieur étudié à l'urétroscope. — Soir, M. Lazard : L'anesthésie de l'urètre ; M. Bayle : Calculs et corps étrangers de l'urètre et de la prostate.

Samedi 21 mars, matin, M. Gouverneur : Hypospadias, épispadias ; M. Lazard : L'étude de l'urètre postérieur à l'urétrocystoscope.

Lundi 23 mars, matin, M. Braine : Ectopie testiculaire ; M. Chevassu : Les hermaphrodites. — Soir, M. Bayle : L'induration fibreuse des corps caverneux, phimosis et paraphimosis ; M. Boppe : Hydrocèle vaginale.

Mardi 24 mars, matin, M. Leibovici : Varicocèle ; M. Gouverneur : Kystes de l'épididyme, kystes et tumeurs du cordon. — Soir : M. Chevassu : La tuberculose génitale de l'homme.

Mercredi 25 mars, matin, M. Moret : L'étude radiologique de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales ; M. Chevassu : Traitement de la tuberculose génitale de l'homme. L'épididymectomie. — Soir, M. Marcel : Hématocèle vaginale, torsions du cordon spermatique ; M. Bayle : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique.

Jeudi 26 mars, matin, M. Bayle : Symptômes et diagnostic de l'hypertrophie prostatique ; M. Chevassu: Anatomie pathologique des tumeurs du testicule. — Soir, M. Marcel : Syphilis testiculo-épididymaire ; M. Lazard : Etude endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Vendredi 27 mars, matin, M. Bayle : Traitement non opératoire de l'hypertrophie prostatique ; M. Chevassu : La prostatectomie pour hypertrophie prostatique. — Soir, M. Bayle : Cancers de la prostate ; M. Boppe : La prostatectomie périnéale.

Samedi 28 mars, matin, M. Chevassu : Diagnostic et traitement des cancers du testicule. — M. Chevassu : Impuissance et stérilité masculines.

L'examen des candidats pressés aura lieu le 28 mars, pour les autres il aura lieu en mai. Droits d'inscription : 500 francs. Ce cours sera précédé par un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 2 mars au 14 mars. Pour tous renseignments, s'adresser au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Cochin.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 heures à 11 heures, et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— Thèses. — Mardi 23 février. — (Jury : MM. Bezançon, Nobécourt, Hutinel, Philibert). — Bourrier : Etudes sur la transmission de l'infection tuberculeuse. — Fraisse (J.-B.) : Hémorrhagies de la région ombilicale par diverticule de Meckel.

Mercredi 4 février (Jury : MM. Sébileau, Ombrédanne, Loeper, Leveuf.) — Vincent (A.-J.) : De certaines réactions du rein à nos vins régionaux. — Kong Han Mei : Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë. — Avramesco (M.) : Quelques cas de sinusite maxillaire guéris par la vaccinothérapie locale.

Thèse vétérinaire. (Jury : MM. Lemierre, Panisset, Vergé). — Pasquini Maurice : La maladie du jeune âge chez le chien.

Jeudi 5 février. (Jury : MM. Achard, Guillain, Aubertin, Verne.) — Desbuquois G. : Les modifications du sang au cours des états de choc. — Braun J.-A. : La réaction du benjoin colloïdal chez les paralytiques généraux avant et après la malariathérapie.

Thèse vétérinaire. (Jury : MM. Lenormant, Coquot, Maignon.) — Audebert : Anesthésie générale du cheval par le chloroforme.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Cochin.** *Cours sur la tuberculose.* — Dans le service de M. PISSAVY (pavillon Claude-Bernard), M. Jean PARAF fait tous les jeudis, à 10 h. 45, une leçon sur une question biologique ou clinique concernant la tuberculose. Le lundi et le vendredi, à 10 heures, visite des malades, discussions diagnostiques et thérapeutiques.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Prennent part au concours qui s'est ouvert le lundi 9 février 1931 pour la nomination aux places de chirurgien des hôpitaux les vingt-six candidats dont les noms suivent :

MM. les Docteurs Fèvre, Thalheimer, Leibovici, Bernard, Diamantberger, Reinhold, Chastang, Garnier, Ménégaux, Aurousseau, Welti, Meillère, Armingeat, Iselin, Huard, Brouet, Chevalier, Banzet, Marchant, Gueullette, Seille, Chabrut, Sauvage, Redon, Galtier, Merle d'Aubigné.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité du présent concours, aux termes de l'article 225 du règlement, les quatre candidats dont les noms suivent, titulaires de deux admissibilités, MM. les Docteurs Thalheimer, Leibovici, Bernard, Reinhold.

Jury : MM. les docteurs Basset, Houdard, Mauclaire, Schwartz, Lardennois, les professeurs Gosset, Cunéo.

Censeurs : MM. les Docteurs Charrier, Métivet, d'Allaines, Bloch (Jacques).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr MARTIN-DESCHAMPS, de Paris ; du Dr THIRARD, d'Evreux (Eure) ; du Dr HÉDOIRE, de Chocques (Pas-de-Calais) ; du Dr Fabre, de Dompierre-sur-Berbre (Allier) ; du Dr POUVREAU, de Bois-Colombes (Seine) ; du Dr PINET, de Cogny (Rhône) ; du Dr FONTAN, chirurgien honoraire des hôpitaux de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine ; du Dr BLANC, de Brignoles (Var) ; du Dr NIEPPE, de Cambrai ; du Dr Georges WEISS, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien professeur de physique médicale à la Faculté de Paris ; du Dr MARGNAT, de Vichy ; du Dr ZARIFIAN, de Sempuis ; du Dr Jean RAULIN-PIAT, de Saint-Julien-en-Quiberon ; du Dr QUIRET, de Béthune ; du Dr Henri BUREAU, de Vermenton.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Diplôme de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXVe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1930) a été suivie par 36 auditeurs, dont 10 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société thermale d'Encausse-les-Thermes, station du paludisme.

A l'examen pour le diplôme de médecin colonial se sont inscrits 27 candidats ; 3 ne se sont pas présentés ; 4 ont été ajournés.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Aimez ; Bargues, interne des hôpitaux ; Bourgarel ; Brienne ; Callonas ; Carbonel ; Céleste ; Dr Constans ; Dr Deligné ; Dr Divnogorski ; MM. Fileyssant ; Grall ; Dr Griffaut ; M. Lamoureux ; Dr Landret ; médecin commandant Marty ; MM. Mazet ; Monastiri ; Noblia, interne des hôpitaux ; Dr Penanhoat ; MM. Pitous ; Vesnat.

Sont inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Blazy, Broustet, Constans, Curtot, Griffaut, Grimard, médecin lieutenant Guibert, Landret, médecin commandant Marty, Penanhoat.

La XXVIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 22 décembre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Un Congrès abolitioniste à Strasbourg et à Colmar en 1931.** — Un Congrès abolitioniste international se tiendra les 30 avril, 1er et 2 mai 1931, en Alsace, à Strasbourg et à Colmar. Ce Congrès, organisé par la Fédération abolitioniste internationale, a lieu tous les trois ans dans une des principales villes d'Europe. On sait que Strasbourg et Colmar ont déjà, en France, comme Grenoble appliqué l'abolitionisme en matière de prophylaxie antivénérienne.

— **Société nationale de chirurgie.** *Prix de* 1930. — *Prix Dubreuil.* — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Fischer (de Bordeaux) pour son travail intitulé : « Les dysmorphies congénitales cranio-faciales et leurs syndromes cliniques. »

Prix Chupin. — Le prix est décerné à M. le docteur J. Bercher, chirurgien des hôpitaux militaires, pour son travail ayant pour titre : « Propos sur les fractures du maxillaire inférieur. »

Prix Duval-Marjolin. — Le prix est décerné à M. le docteur Jean-Paul Grinda, pour son travail sur : « Les chordomes sacro-coccygiens. »

Prix Le Dentu. — Le prix est décerné à M. Jean Patel, interne des hôpitaux de Paris, médaille d'or de chirurgie de 1930.

— **La caravane universitaire** (Directeur Roy, professeur de philosophie, au Collège de Gaillac-sur-Tarn) est ouverte à tous les amis de l'enseignement. Elle envoie contre un franc les programmes réunis de ses voyages de Pâques et d'été : Baléares, Corse, Andalousie, Italie, Allemagne, Angleterre, Grèce, Jérusalem, Constantinople par voie de terre, Spitzberg (soleil de minuit), etc.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Le nombre des étudiants inscrits à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon est de 3.110, sur lesquels 1860 ont fait cette année acte de scolarité.

— **La vaccination anti-diphtérique.** — Projet de loi soumis à la chambre au nom de la Commission d'hygiène :

Art. 1er. — L'anatoxine, vaccin antidiphtérique, est expressément recommandée pour tous les enfants, dès le début de leur deuxième année, jusqu'à l'âge de douze ans, et spécialement applicable à ceux qui fréquentent les crèches, les garderies et les écoles.

Plus elle est précoce, mieux elle est tolérée.

Art. 2 — Dans les milieux où la diphtérie existe à l'état endémique, la vaccination sera obligatoire. Elle sera prescrite par arrêté préfectoral après avis de l'inspecteur d'hygiène.

Art. 3. — La vaccination sera pratiquée gratuitement par les soins du service d'hygiène. Elle sera confiée à tous les praticiens et ces derniers seront rétribués au compte de l'assistance médicale gratuite d'après les tarifs en vigueur.

Art. 4. — Tout refus des familles de se soumettre aux prescriptions préfectorales sera passible des mêmes peines édictées dans la loi de 1902 sur la vaccination antivariolique.

Un autre projet de loi tend à rendre obligatoire la vaccination anti-diphtérique dans les garnisons et agglomérations militaires où la diphtérie se manifeste à l'état endémique ou épidémique, pour tout militaire reconnu réceptif (Schick positif).

— **Vers l'Ordre des médecins, en Belgique.** — Au mois de juin 1930, M. Baels, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène déposait sur le bureau du Sénat un projet de loi portant création d'un Ordre des médecins. Il a pour objet de substituer aux Chambres des professions médicales, dont le projet de création avait été déposé un an plus tôt par M. Carnoy, l'Ordre que réclame la majorité du corps médical et qui répond mieux à ses aspirations. On peut espérer que ce projet viendra en discussion devant nos parlementaires : la Commission sénatoriale chargée de l'examiner a désigné comme rapporteur le baron Delvaux de Fenffe, qui déjà l'an dernier avait étudié le projet de M. Carnoy.

Rappelons les dispositions de la loi : Création dans chaque province d'un Ordre des médecins, jouissant de la personnalité civile et ayant son siège au chef-lieu de la province. Le Conseil comprend de cinq à neuf membres. Les présidents des neuf Conseils des provinces constituent le Conseil supérieur ayant son siège à Bruxelles. Nul ne peut pratiquer la médecine s'il ne fait partie de l'Ordre de la province dans laquelle il est domicilié.

Le projet de M. Baels détermine les limites de la compétence des Conseils, indique les sanctions et les conditions dans lesquelles ils sont amenés à intervenir (*Bruxelles médical*).

— **XIVe et XVe croisières de « Bruxelles-Médical » (Orient-Banquise).** — Les croisières créées par nos amis belges pour le plus grand profit des médecins apparaissent chaque année comme de plus en plus en faveur. Reconnues par les gouvernements, elles sont une heureuse réplique des *Journées médicales* et contribuent grandement à entretenir le « coude à coude » médical. A nous Français, il nous est particulièrement agréable de voir les couleurs belges flotter sur nos paquebots, à côté de notre pavillon.

La *Croisière de Pâques en Orient* s'annoncera comme des plus brillantes... C'est ainsi qu'à Tripoli, où, soit dit en passant, l'on aura la chance d'arriver lors de la foire annuelle qui y amène les populations les plus curieuses, un Comité s'est formé parmi les médecins civils et militaires à l'initiative des docteurs Terrarini, Mazzolani, Gustinelli et Castighala. Une réception d'honneur aura lieu et une fantasia sera organisée. A Alexandrie et au Caire, la colonie belge, une des plus puissantes, comme on sait, élabore un programme d'accord avec les autorités. Puis ce sera la Palestine et la Syrie. A Beyrouth, un Comité de réception s'est formé, groupant les délégués du Haut Commissariat français (M. Reclus), du Consul général de Belgique, de la Faculté française (Professeur R. P. de Vrégille), de la Faculté américaine (MM. les professeurs Dodge, Cruyshank et Esscher), du Corps médical civil et du Corps médical de l'armée d'occupation (colonels médecins Lubet et Jude). Nous savons qu'outre les réceptions prévues en dehors du programme, les Facultés ont l'intention de mettre un certain nombre d'étudiants à la disposition des médecins pour les piloter et les renseigner. A Rhodes, même accueil est réservé. A Constantinople, il y aura une séance d'honneur à la Faculté de médecine de même qu'un thé où seront invitées les principales personnalités de la ville, le tout à l'initiative des autorités médicales turques et spécialement de M. le Professeur Fahreddin Kerim, secrétaire général de l'Académie de médecine. A Athènes, ce sont le docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur, et le docteur Rondopoulos, membre correspondant de l'Association de la Presse médicale latine, qui ont pris la tête du mouvement. (N. B. Pour corser davantage le voyage, le *Champollion* ne fera pas escale au Pirée, mais bien dans la baie légendaire de Phalère). A Corfou, le vice-consul de Belgique, M. Van Bellingen-Picart et la colonie belge, qui compte une grosse vingtaine d'habitants, ont voulu spécialement recevoir les voyageurs et, d'autre part, les autorités de l'île ont accordé toutes les facilités.

Enfin, à Naples, nos grands confrères, la *Riforma Médica* et la *Révista Italiana di Therapia*, ont constitué un Comité de réception, sous la présidence du docteur A. Rummo, éditeur de ces journaux.

Ainsi qu'on le voit les croisières de « *Bruxelles médical* » permettent aux voyageurs de pénétrer dans des milieux inaccessibles aux autres.

Parmi les 340 passagers déjà inscrits (il reste encore 25 places), les Belges et les Français forment la grosse majorité des voyageurs, d'ailleurs presque tous médecins, et leurs familles. Il y a lieu d'ajouter à ceux-ci, dans les différentes classes, un certain nombre de médecins des pays suivants : Suisse, Hollande, Tchéco-Slovaquie, Italie, Espagne, Suède, Luxembourg, Hongrie, Canada, Mexique, Brésil Pologne, Angleterre, Norvège, Danemark.

La croisière de Pâques en Orient est judicieusement complétée par la *Croisière d'été en Norvège, au Spitzberg, en Laponie, et à la Banquise*, dont nous reparlerons.

Pour tous renseignements concernant ces deux voyages, s'adresser à la Section des voyages de « *Bruxelles-médical* », 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

31 JANVIER.

Décret du 22 janvier 1931 modifiant le décret du 25 novembre 1889 portant règlement sur le service de santé àl'intérieur.

Art. 1er. — L'article 272 du décret du 25 novembre 1889 est complété ainsi qu'il suit :

« En ce qui concerne les militaires à solde journalière, la concession de tout congé de convalescence est subordonnée à la production, par l'intéressé, d'un certificat dit d'hébergement, consistant en une déclaration écrite des parents ou tuteurs (signature légalisée par le maire), faisant connaître qu'ils acceptent de recevoir à leur foyer leur enfant ou pupille et qu'ils disposent des ressources suffisantes pour subvenir à sa subsistance sans que le convalescent soit astreint à travailler pendant la durée de son congé. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargéde l'exécution du présent décret.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Composition du conseil des caisses d'assurances sociales mutualistes.

11054. — M. Schleiter, demande à M. le Ministre du travail, si le conseil d'administration des caisses d'assurances sociales mutualistes doit comprendre deux praticiens, lorsque ces caisses ont pour conseil d'administration le conseil d'administration de l'union mutualiste fondatrice comprenant moitié au moins d'assurés sociaux. (*Question du* 18 *décembre* 1930.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 31 janvier 1931.)

Assurances sociales. Questions diverses.

10728. — M. Pacaud demande à M. le Ministre du travail : 1° si un accidenté du travail, assuré facultatif, non astreint à la loi sur les accidents du travail, a droit aux prestations maladie accidents au titre « assurances sociales » ; 2° s'il a paru une liste des différents actes de grosse chirurgie avec les coefficients à appliquer pour le payement des prestations par les caisses primaires ; 3° s'il serait possible de faire parvenir aux caisses primaires départementales une brochure assez simple pouvant être distribuée aux correspondants locaux pour leur permettre de renseigner les assurés ou futurs assurés possibles ; 4° si les élections du conseil définitif des caisses départementales, prévues pour le 1er octobre, peuvent se faire sans attendre de nouvelles instructions ministérielles. (*Question du* 25 *novembre* 1930.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; 2° le ministre du travail vient d'adresser aux caisses primaires de répartition leur tarif limitatif des droits à la réassurance, qui contient une nomenclature des actes de

chirurgie et des soins spéciaux, avec l'indication des coefficients dont il est fait état pour chacun d'eux en vue de la réassurance ; 3° les caisses primaires peuvent mettre utilement à la disposition de leurs correspondants la brochure intitulée : *Les avantages de la loi sur les assurances sociales*, éditée par le ministère du travail. Les renseignements d'ordre intérieur dont ont besoin les correspondants locaux sont fournis par le règlement d'administration intérieure de chaque caisse et par les conventions passées avec les syndicats de praticiens ; 4° par décret du 24 octobre 1930, les pouvoirs du conseil d'administration d'origine des caisses primaires départementales ont été prorogés jusqu'au 1er janvier 1931. Les élections du conseil définitif ne pourront avoir lieu tant que ne sera pas intervenu le décret prévu par l'article 212 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930.

(*J. O.*, 31 janvier 1931.)

PATENTE DE MÉDECIN

1° Un médecin radiologue affecte les deux tiers de son appartement pour son usage professionnel, l'autre tiers étant réservé à son habitation. Quelle doit être sa patente ?

Cet impôt est dû sur la totalité de l'appartement, car, aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel de patente est établi sur la valeur locative tant de la partie d'habitation que de la partie professionnelle occupée par le patentable.

La loi de finances du 16 avril 1930 avait précisé, en son article 65, qu'à partir du premier janvier 1931, le droit proportionnel de patente ne porterait plus que sur la partie professionnelle et non plus sur la partie d'habitation occupée par le patentable.

Malheureusement, à la demande du gouvernement, la Chambre et le Sénat ont décidé, le 10 juillet dernier, que cette mesure serait reportée au premier janvier 1932.

A Paris, au-dessus de 8.000 francs de loyer, la patente a pour base le douzième de la valeur locative, plus les centimes additionnels ; cette base est du 15e au-dessous de 8.000 francs de loyer.

2° Un médecin loue son appartement pour y entrer le premier octobre ; mais il n'ouvre son cabinet qu'en mars suivant. Doit-il payer sa patente à partir d'octobre ou de mars ?

L'article premier de la loi du 15 juillet 1880 déclare que tout individu français ou étranger, qui exerce en France un commerce, une industrie, une profession... est assujetti à la contribution des patentes.

Donc, pour payer cet impôt, il faut exercer, c'est-à-dire avoir fait enregistrer son diplôme

de docteur en médecine et recevoir ou visiter les malades.

Si le médecin dont s'agit n'a pas encore exercé, il ne doit la patente qu'à partir du premier jour du mois au cours duquel il ouvre son cabinet, c'est-à-dire, dans le cas actuel, en mars et non en octobre précédent.

Mais s'il exerce déjà, il doit payer sa patente de l'année, avec un supplément à partir d'octobre si l'appartement, dans lequel il entre en octobre, est d'un loyer supérieur à celui qu'il habitait précédemment.

Dans cette dernière condition, le percepteur lui présentera une note à payer, provenant d'un rôle supplémentaire des patentes... à moins que le contrôleur des contributions directes ait oublié notre confrère, dans lequel cas, celui-ci se gardera bien de réclamer.

Dr Paul Boudin.

LE PAIN CHIMIQUE

I

Il est bien probable qu'il y aura un décret favorable à la thèse soutenue par les défenseurs des grands moulins. Ainsi ces derniers verront leur monopole assuré au détriment des petits meuniers et de la petite culture.

L'examen des faits actuels montre qu'il existe une parfaite analogie entre la façon de procéder aujourd'hui et celle qui a abouti en 1912 à la rédaction du décret concernant la répression des fraudes, décret qui, dans son art. 15, autorisait l'emploi des haricots ou pois de Birmanie à condition qu'ils ne dépassent pas 20 milligr. d'acide cyanhydrique, par 100 gr. de produit (alors que les plus toxiques ne dépassent jamais la dose de 12 milligr.).

Comme je l'ai signalé à maintes reprises, cet article est rédigé d'une manière telle que l'on peut employer le haricot de Java qui, à première lecture du décret, paraît être formellement interdit.

Aussi les laboratoires des douanes et de la répression des fraudes ont toujours laissé libre cours à tous les haricots-fèves exotiques, et à toutes les autres graines non désignées dans le décret. Car celui-ci ayant *nommément* noté le haricot de Java comme interdit, il en résulte, légalement, que toutes les graines non désignées sont autorisées.

Si de gros financiers, qui préparent de mauvais coups, ont toujours soin de s'entourer d'avocats conseils qui abuseront de leur influence pour pénétrer dans les milieux gouvernementaux et défendre ainsi les intérêts de leurs clients, de même la grande industrie a ses ingénieurs et chimistes-conseils dont l'avis est prépondérant dans

les commissions officielles qui se composent, en majeure partie, de membres qui, par leur situation, sont sous l'entière dépendance de ceux qui les ont nommés.

Et c'est ainsi que la Cour des Comptes arrive à constater que cinq milliards par an disparaissent des caisses de l'Etat. Ceux qui ne touchent pas indûment d'argent se contentent de missions, avancements, décorations, etc.

Mais après tout, il n'y a pas de quoi s'en rendre malade. Depuis que l'humanité existe, il y a toujours eu des profiteurs et des bernés ; je crois qu'il en sera longtemps ainsi.

A. VEILLARD.

II

Vous a-t-on dit que le projet de chimification du pain est la conséquence fâcheuse mais quasi-officielle — d'un conseil, tout à fait officiel, lui — donné aux cultivateurs ?

Ce conseil fut de poursuivre, — à grand renfort de sélections, et d'engrais — la culture des sortes à *grand rendement.* On n'a pas pris garde que ces *sortes* donnent, sous nos climats, des blés pauvres en gluten.

Or la farine, venue de ces blés, *se boulange mal,* engendre un pain lourd, presque aussi désagréable que le furent les pains à succédanés.

A celà un seul remède honnête : mélanger à *nos* farines, la farine de blés *exotiques* riches en gluten.

Ce remède, si on l'étudie bien, peut devenir national. Il y suffirait qu'on proclamât deux cours pour les blés : — les blés tendres peuvent, et doivent, subir une dépréciation *importante* par comparaison avec les blés durs. La différence vaut beaucoup plus que les dix francs de la hausse factice qui a renversé un Ministère.

A ce prix, mais à ce prix seulement, la culture française pourra systématiquement — mais seulement pour partie — cultiver des blés durs à petit rendement à côté des blés tendres à grand rendement.

Trouvant ainsi chez nous les matériaux nécessaires à la fabrication loyale d'un pain agréable — point n'aurons besoin des coupables artifices contre lesquels, vous protestez .... avec raison.

Dr J. C.

III

Le *Pater noster,* en raison des circonstances actuelles, il faudrait y ajouter un mot. Panem *bonum* nostrum etc, etc.

L'Illustration a publié dans son dernier no, un article sur le pain dans lequel le nom de Veillard est cité.

Il faut paraît-il ajouter 10 gr. de bromate de potasse à 100 kgr. de farine — Si l'on autorisait l'addition d'une partie seulement, 2 gr. 50 pour

le pain d'adultes, il serait impossible de vérifier dans le pain si la quantité permise n'a pas été dépassée.

La présence ou la non présence dans le pain du bromate de potasse est facile à constater, mais le dosage me paraît très difficile à vérifier. Il en résulterait certainement que la dose de 10 gr. serait vite atteinte clandestinement et peut-être même dépassée.

Depuis longtemps, dans la fabrication des gâteaux très légers, les patissiers ajoutaient à la pâte du sesqui-carbonate d'ammoniaque ou sel volatil d'Angleterre, substance instable facilement décomposée par la chaleur en gaz ; azote et acide carbonique, et eau.

Les gâteaux à la sortie du four n'en conservent pas trace , il n'y a donc pas d'inconvénient à s'en servir.

Il n'en est pas de même des bromate de potasse, persulfate d'ammoniaque, etc.

Dr N.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

5494. — Promotion au grade de médecin-lieutenant

Je lis l'article 5 du décret du 7 juillet 1929 ainsi conçu :

« Compte tenu du temps passé en activité de service comme officier de réserve et des majorations d'ancienneté, les médecins sous-lieutenants sont promus médecins-lieutenants après quatre ans de grade sans être astreints à l'accomplissement d'une période d'exercice. »

1° Est-il exact que la période d'exercice n'est plus nécessaire ?

2° Après des études commencées en novembre 1922 et terminées en novembre 1928 (thèse) je suis parti au service et ai été nommé médecin sous-lieutenant le 10 novembre 1929 : j'ai été libéré le 30 mars 1930. Ai-je droit à ma nomination de lieutenant ?

Dr A.

Réponse

C'est depuis le 16 novembre 1930 que vous comptez quatre ans de grade de sous-lieutenant (y compris vos trois annuités de majoration d'ancienneté pour études). Votre promotion au grade de lieutenant ne saurait donc tarder. Le

ministre a manifesté dernièrement l'intention de faire *trimestriellement* ces promotions, dans les réserves.

5474. — Fin des obligations militaires Père de six enfants

Né en 1896, je suis lieutenant de réserve et père de 6 enfants vivants. Je désirerais être dégagé de toute obligation militaire (mobilisation en cas de guerre et périodes de réserves) .

1) Suis-je obligé pour atteindre ce résultat d'offrir ma démission ? En le faisant, suis-je certain d'être dégagé de ces obligations ?

2) Si je perdais un enfant serais-je de nouveau mobilisable et astreint aux périodes de réserve ?

3) Sous quelle forme dois-je offrir ma démission et à qui la présenter ? Dois-je invoquer un motif ? Cette démission peut elle être refusée ?

Dr X.

Réponse.

Il est écrit dans la loi sur le recrutement du 31 mars 1928, article 58 :

« Les pères de six enfants vivants et d'un nombre plus élevé d'enfants sont libérés de toutes obligations militaires dès la naissance de leur sixième enfant ».

Ecrivez au Ministre de la guerre, par l'intermédiaire de votre directeur régional du service de santé, pour lui rendre compte de votre situation de famille, et réclamez le bénéfice de cet article 58.

Après avoir été ainsi libéré du service militaire, on ne peut plus, à notre sens, vous réintégrer ultérieurement.

5559. — Proposition pour la légion d'honneur

Sans avoir rien demandé, je viens d'être proposé pour la Légion d'Honneur par le Médecin général commandant une région. Ai-je des chances de l'obtenir ou bien dois-je faire appuyer cette proposition ?

Dr L.

Réponse.

Le plus souvent , on ne réussit pas du premier coup ; il faut d'abord obtenir un bon rang de départ à la Direction régionale, puis d'année en année, essayer d'améliorer ce rang, car le nombre des candidats heureux est assez limité pour chaque région.

Il sera bon de faire valoir vos titres aussitôt à votre région, puis, vers la fin de février, à la direction du service de santé de la guerre, enfin au cabinet du Ministre en mars.

Plus vous aurez d'annuités de service, plus vous aurez de chances de réussir, surtout si vous avez des blessures de guerre et des citations.

5466. — Droit au traitement de la légion d'honneur

Nommé Chevalier de la Légion d'Honneur à titre militaire en 1928, ai-je droit à la pension ? Je viens de voir un camarade nommé à la même époque qu moi, sans pension ; il vient de recevoir son titre de pension. Puis-je réclamer ? et à qui ?

Dr T.

Réponse.

Vous avez droit au traitement de la Légion d'honneur, si vous avez reçu une blessure de guerre, ou si vous avez obtenu, au cours de la guerre, une citation avec croix de guerre.

Inutile de faire aucune démarche : les dispositions administratives ont été prises pour que les ayants droit aient reçu leur livret automatiquement (voir le numéro du *Concours médical* du 14 décembre 1930).

5414. — Fin des obligations militaires

Quelle est ma situation au point de vue militaire ?

Je suis né en 1885. Engagé à 18 ans j'ai été incorporé avec la classe 1902, dont j'ai suivi le sort.

Je suis médecin capitaine de réserve, ayant fait toute la guerre, j'ai trois enfants.

Quand finissent mes obligations militaires ? Quand elles seront finies, que faut-il faire pour être libéré complètement de tout service militaire. ? Dr J.

Réponse.

Si vous suivez le sort de la classe 1902, vous serez, en même temps qu'elle, dégagé de toutes obligations militaires le 15 octobre 1931.

D'autre part, étant dans la dernière année de vos obligations militaires, vous ne pouvez désormais plus être convoqué pour une période de réserve (circulaire du 30 septembre 1930).

5506. — Passage dans la deuxième réserve

J'ai pris ma retraite comme médecin commandant les T. C. à 25 ans de service. Né en 1887, ayant deux enfants mineurs, puis-je passer dans la 2e section de réserve. Si oui, à qui en faire la demande.

Dr X.

Réponse.

Comme vous le savez, vous restez à la disposition du Ministre durant cinq années, à partir du jour de la mise à la retraite. A ce moment, comme la classe 1907, à laquelle vous appartenez, vous serez dans la deuxième réserve et pourrez bénéficier de ses avantages. La classe 1907 sera libérée de toutes obligations militaires dans six ans.

5588. — La promotion comme officier de réserve n'est pas obligatoire

Classe 1920, sursitaire en cours de service, et de la sorte mobilisable avec la classe 1926 et *service*

auxiliaire, médecin auxiliaire, n'ayant fait aucune démarche pour être sous-lieutenant, serai-je astreint à des périodes militaires ?

Puis-je, pour être exempté de ces périodes, refuser le grade d'officier de réserve ?

Ou étant SAX, puis-je accepter d'être promu sous-lieutenant sans crainte d'être astreint à des périodes ?

Dr J.

Réponse.

Si vous ne demandez pas à être promu officier de réserve, on ne peut vous y obliger.

Comme officier de réserve, vous serez astreint à des périodes d'instruction comme tous les autres officiers de réserve.

Sinon, restant homme de troupe (médecin auxiliaire), du *service auxiliaire*, vous êtes actuellement, comme tous les hommes du service auxiliaire, dispensé des périodes d'exercice (circulaire ministérielle du 30 septembre 1930, première partie, titre 1-1°).

5524. — Formalités pour toucher la retraite du combattant

Né en novembre 1879 et en possession de la carte du combattant, je désirerais toucher la retraite du combattant. Quelles formalités dois-je remplir ?

Dr E.

Réponse.

Adressez votre demande d'allocation du combattant à l'autorité qui vous a délivré la carte (comité départemental des mutilés, 7 rue des Minimes, à Paris) en lui rappelant le numéro et la date de délivrance de cette carte.

Puisque vous êtes né en 1879, c'est depuis le 1er décembre que vous pouvez envoyer cette demande. Celle-ci devra être faite sur un imprimé spécial que vous pourrez vous procurer au comité départemental. Vous y joindrez un extrait de naissance sur papier libre (Voir *Concours Médical* du 14-9-30).

Accidents du Travail

389. — Constatation d'accident par la Compagnie

Le 22 septembre dernier, je suis appelé par un ouvrier agricole que je soignais déjà pour entérocolite chronique. En soulevant un fardeau, cet homme avait été pris d'une violente douleur abdominale. Je le trouvai souffrant beaucoup et l'hypogastre ballonné ; je dus faire une piqûre de morphine je considérai cela comme accident du travail. Le patron fit les déclarations à la mairie et à son assurance. Celle-ci fit contre-visiter le blessé le 4 octobre. Le médecin-contrôleur ne fit alors aucune réserve.

Le 13 octobre, je conseillai au blessé de reprendre

son travail ; il refusa et partit pour l'hôpital de B., où il séjourna, à ses frais, une dizaine de jours. L'assurance l'ayant appris, envoya son médecin qui apprit ainsi que le malade était atteint de troubles digestifs graves.

Au cours d'une nouvelle contre-visite, dans mon cabinet, le 15 novembre (le blessé avait repris son travail depuis trois semaines), le médecin-contrôleur reprocha vivement au malade d'avoir fourni des renseignements inexacts et le traita de « fumiste ». Je viens de recevoir une lettre de la compagnie m'invitant à m'adresser au blessé pour le règlement de la note de mes honoraires s'élevant à 170 fr. Le blessé a reçu également une lettre par laquelle la compagnie refuse de reconnaître son accident comme imputable au travail et ajoute que l'accident ne peut être également reconnu comme ayant eu lieu sans témoins (?).

J'ai engagé le blessé à attaquer son patron en justice de paix. Que dois-je faire pour sauvegarder mes droits ? Assigner le patron ou le blessé ? ou l'un et l'autre, solidairement ?

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner le plus tôt possible, mon client étant décidé à engager immédiatement la procédure.

Dr B.

Réponse.

Dès lors que l'accident n'a eu lieu qu'en date du 22 septembre dernier et que, par conséquent, la prescription n'est pas sur le point d'être acquise, il serait préférable d'attendre pour agir en recouvrement de vos honoraires que soit tranchée la question de savoir s'il y a bien eu accident du travail ou non.

Pour cela, que l'ouvrier cite son patron en paiement du demi-salaire, devant le Juge de Paix du lieu de l'accident, seul compétent.

Si l'ouvrier triomphe dans son action vous aurez une action directe contre le patron responsable pour paiement de vos honoraires sans contestation possible et, dans ce cas, nous ne pensons pas que la Compagnie persiste dans son refus de vous payer vos honoraires.

Mais au contraire, si le blessé perd son procès, il serait définitivement jugé tant contre lui que contre vous-même qu'il n'y avait pas accident du travail, et alors vous en seriez réduit à votre seule action de droit commun contre l'ouvrier, action que vous n'auriez intérêt à exercer que si votre débiteur est solvable.

405. — Allocation complémentaire à un accidenté du travail

Ouvrier travaillant régulièrement dans une usine à la campagne.

Utilisé de temps en temps pour aider à quelques travaux de transport.

Mutilation d'un doigt pas soigné, 1re opération, amputation de deux doigts puis du poignet.

Considéré comme accident du travail. Jugement, rendu il y a 8 ans sur un salaire de base de 150 fr. par an.

Rente attribuée : 51 fr.

Taux d'incapacité 68 %.

Cet ouvrier réclame actuellement 2.310 fr. de majoration annuelle et deux années d'arrérages (1929 et 1930) et premier trimestre 1931.

Cet ouvrier aurait droit aux indemnités supplémentaires ci-dessus (je ne sais pas si elles sont exactes)) mais il a dû être renseigné.

La personne qui doit servir la rente, par suite du décès de l'employeur est une veuve d'un employé de l'Etat — son mari mort en service — elle a obtenu un bureau de tabac de 600 fr. Elle n'a pas de fortune ; quelques très petites rentes pour vivre très modestement à la campagne avec une fille à sa charge.

Elle a été appelée devant le juge de paix, elle sera obligée, paraît-il de payer, cette rente et ces majorations. Mais elle ne peut le faire actuellement ; on lui a accordé un sursis de 2 mois, elle devra vendre quelques titres avec en ce moment, 50 % de perte. C'est désastreux. Une telle loi me paraît mal conçue.

On lui a dit qu'elle serait remboursée (en tout ou en partie ?) mais quand ? Pourquoi l'Etat oblige-t-il à faire de telles avances ? C'est une perte de moitié de ce capital qu'elle est obligée de vendre.

N'y a-t-il pas un recours ?

Tout cela est-il bien exact ?

Dr R.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident du travail survenu avant le 9 janvier 1927, date d'application de la loi du 8 juillet 1926, il est exact que le blessé a droit aux allocations prévues par la loi du 15 août 1929, soit 2.310 francs par an pour une invalidité comprise entre 65 et 69 %.

Mais l'article 4 de la loi spécifie que le rappel des allocations annuelles à liquider pour les demandes de majorations formées postérieurement à l'expiration du délai d'un mois suivant la promulgation de la loi ne peut être supérieur à une année d'allocation comptée à partir du jour de la demande. La demande n'ayant pas été formée dans le mois de la promulgation de la loi, les arrérages dus ne peuvent donc excéder une année d'allocations.

Conformément à l'article 6 de la loi du 15 juillet 1922, les allocations doivent être liquidées par le ministre du Travail et acquittées directement par les débiteurs de rentes en même temps que les arrérages trimestriels du principal de la rente, sauf remboursement par l'Etat (article 7).

Le décret du 20 juillet 1922 a fixé les règles de procédure à suivre pour le paiement des allocations et leur remboursement par l'Etat.

Tout d'abord, le blessé doit adresser au Ministère du Travail (contrôle des assurances), une demande sur papier libre portant les indications suivantes :

1° Nom, prénoms, adresse du rentier ;

2° Nationalité ;

3° Date de l'accident ;

4° Date de la dernière décision attributive de rente ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie ;

6° Les nom et adresse du chef d'entreprise, si ce dernier fait lui-même le service de la rente ;

En outre, il doit être joint à la demande, lorsque le débiteur de la rente n'est pas une société d'assurance :

1° Une expédition de la décision fixant la rente servie au moment de la demande ;

2° L'attestation du chef d'entreprise que cette décision est bien la dernière en vigueur réglant les conséquences de l'accident... ;

3° Un extrait de naissance au nom du rentier, délivré sans frais par les mairies.

La liquidation opérée, le Ministre du Travail envoie au rentier un certificat d'attribution d'allocation ou de majoration et il notifie au débirentier le chiffre trimestriel de l'allocation ainsi que le montant du rappel. C'est le débirentier qui doit payer allocation et rappel.

Les débirentiers qui ont à se faire rembourser des allocations doivent adresser au Ministre du Travail, dans le mois qui suit chaque trimestre civil, un bordereau détaillé des sommes payées par eux au cours du trimestre précédent, suivant un modèle annexé au décret du 20 juillet 1922. Ils doivent joindre à ce bordereau :

1° Une quittance signée du crédirentier, de chaque allocation trimestrielle, avec indication du montant de l'arrérage en principal.

2° Un certificat de vie produit par le crédirentier.

Les rappels doivent faire l'objet d'une mention spéciale tant sur la quittance que sur le bordereau.

Après vérification des pièces justificatives par le Ministère, le fonds de garantie ordonnance le paiement des sommes revenant à chaque intéressé.

Tel est le mécanisme, assez compliqué, du paiement des allocations supplémentaires aux victimes d'accidents du travail.

Il en résulte que, dans le cas que vous nous soumettez, c'est bien la débitrice de la rente qui devra faire l'avance de l'allocation et du rappel et se faire rembourser ensuite par l'Etat. Mais elle ne devra payer que lorsque la notification du Ministère du Travail lui sera parvenue, sans quoi elle ne pourrait se faire rembourser. Au blessé de faire les démarches nécessaires pour obtenir la liquidation de l'allocation.

Lorsque, finalement, votre cliente devra payer

ne pourrait-elle emprunter la somme nécessaire, quitte à la rembourser dès qu'elle-même serait remboursée par l'Etat ?

Assurances Sociales

236. — Formule pour le calcul de la fonction masticatoire

Je vous serais très obligé de me faire connaître la formule qu'il convient d'adopter pour le calcul du coëfficient de mastication chez les assurés sociaux ayant besoin de prothèse et de me dire si cette formule est uniforme dans toute la France ou peut varier suivant les caisses.

D^r C.

Réponse.

Voici quels sont les droits des assurés sociaux en matière de prothèse dentaire et comment se calcule le coefficient de mastication :

Frais d'appareils (en ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré n'a droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession). La délivrance de ces appareils sera soumise à la décision préalable d'une Commission technique.

D'après l'annexe au règlement-type des caisses (*Journal officiel* du 20 août 1930), les appareils de prothèse dentaire ne peuvent être délivrés que dans les cas prévus à l'article 4 de la loi sur les assurances sociales, à savoir :

1° Appareils fonctionnels.

La fonction masticatoire est établie au moyen d'un coefficient calculé sur la valeur nominative de chaque dent ainsi définie :

Les 8 incisives valent chacune 1, représentant	8
Les 4 canines valent chacune 2, représentant	8
Les 8 prémolaires valent chacune 3, représentant	24
Les 12 molaires valent chacune 5, représentant	60
dont le total égal à	100

a) Est considéré comme édenté ayant droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout individu dont le coefficient masticatoire est inférieur à 40.

b) Est considéré également comme édenté ayant droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout individu ayant moins de cinq dents masticantes (prémolaires ou molaires) en antagonisme physiologique dans la position d'occlusion normale de bouche.

Cette formule est applicable pour toute la France.

Cinquante-troisième année N° 8 22 Février 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 58. — A céder urgence pour prix minime, 130 km. Paris, poste seul méd., centre 2.000 hab., gros rayon.

N° 59. — Pour cliniq. ou mais. de repos et convalesc. Sup. propriété à 11 km. Paris, 70.000 m². entièr. close de murs, 10 chamb., salons, communs, etc. Eau, gaz, électr., Vaste parc ombragé.

N° 60. — Dr Dordain vendr. brevet bandage herniaire entièrem. nouv. sans pelotes ni ferrures. Saint-Maurice-sur-Aveyron (Loiret.)

N° 61. — Deux collabor. sont demandés par import. labor. pour visiter corps médic. 1° rég. Lyon ; 2° rég. Marseille. Ecr. au journ.

N° 62. — Jeune femme sténo-dactylo dem. place secrét. près docteur, Sér. réf. Sivaly, 6, rue Ste-Claire-Deville (12e).

N° 63. — Paris. Quart. popul., client. méd., génér., excell. rendem. habitat,. confort. 8 p. Prix demandé 85.000 dont 50.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 64. — Près Paris, anc. et très import. client., grand appart. confort. Indemn. 100.000, partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 65. — Yonne. Bon poste, seul méd., petit loyer maison avec eau, électr., Facil. paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon: 36-46.

N° 66. — Banl. imméd. 5 min. gare St-Lazare, face gare, à céder d'urgence poste méd. Rapp.intéress. à augment. rapid. par méd. sédentaire. Beau pavill. 8. p. tout conf. Bail. Prix : 35.000 compt.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— **Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.**

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Drs E. CHARMOT. et E. ROZET.

« **Vaujania** » maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

Le traitement de la croissance se trouve entravé par des troubles digestifs, souvent peu apparents. Utilisez chez les enfants le manganèse colloïdal diastasé (3 ou 4 tablettes de **Mangaïne** par jour). L'enfant grandira et se développera comme l'ont montré les courbes de CAMESCASSE à l'hôpital de Forges.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Plusieurs abonnés du *Concours Médical*, — et de très anciens, — nous ont fait part de l'émotion que leur a causée la lecture de certains passages d'articles de collaborateurs habituels du *Concours Médical*, qui ont incursionné sur le terrain politique et religieux.

Est-il besoin de déclarer que nous laissons aux auteurs des travaux que nous publions l'entière responsabilité des opinions qu'ils professent, et que nous veillerons à ce que ces opinions n'aient rien qui puisse heurter les sentiments divers de nos lecteurs, en des matières aussi délicates, et étrangères d'ailleurs au caractère et à l'esprit de notre journal ?

La Direction du « Concours Médical ».

— **Nécrologie.** — Dr J. de Grissac. — Nous avons appris avec une véritable peine la mort du Dr J. de Grissac, survenue le 13 février dernier, à l'âge de 83 ans, à Cravans (Charente-Inférieure), où il s'était retiré.

Il avait exercé la médecine à Argenteuil, durant de longues années, et son esprit ouvert aux idées qui étaient confusément en l'air, parmi les médecins, vers 1880, s'était rallié à la cristallisation qu'en avait fait, à l'époque, le jeune *Concours médical*.

Il en était un des plus anciens membres et fut des premiers à s'inscrire à toutes ses Œuvres.

Fervent du syndicalisme médical, auquel il adhéra dès la première heure, il participa aux luttes que celui-ci dut mener pour définir et stabiliser la charte de notre profession, dans une Société où l'industrialisme, avec toutes ses conséquences et tous ses risques, provoquait l'avènement d'une législation protectrice des salariés. Il fut de ceux qui les premiers, revendiquèrent pour ceux-ci, comme pour tous individus malades ou blessés, à quelque catégorie sociale qu'ils appartinssent, le droit à la *liberté de confiance*.

Enthousiaste du « Sou médical », dont il fut l'un des premiers sociétaires, il ne tarda pas à faire partie de son Conseil de direction, où il tint avec honneur le poste délicat de secrétaire général.

De Grissac était, à Argenteuil, suppléant du juge de paix, et cette fonction lui avait acquis des connaissances juridiques, alors presque complètement ignorées des médecins, et grâce auxquelles les décisions du Conseil du « Sou médical » ainsi que les arbitrages effectués à sa diligence, étaient rédigés et motivés d'une façon irréprochable.

Il avait pris part à la guerre de 1870 et portait, avec une légitime fierté, le ruban jaune avec liseré vert de la médaille militaire que lui avait value sa belle conduite.

Malgré son grand âge, nous avions eu l'heureuse surprise de le retrouver parmi nous et à nos côtés, il

y a deux ans, et il avait même pris la parole pour rappeler ce que son expérience lui avait appris des appuis variés que le « Sou médical » apporte à ses adhérents.

Il parlait avec élégance, et pondération, d'un ton convaincu et on l'écoutait toujours avec plaisir.

Le *Concours médical* salue avec tristesse la disparition de ce bon ouvrier de la première heure, de ce dévoué collaborateur, dépose sur sa tombe ses regrets émus et exprime à sa famille ses sympathiques condoléances.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Isidore Lehmann, père du Docteur Robert Lehmann, assistant d'électro-radiologie à l'hôpital Hérold, à qui nous adressons nos plus sincères condoléances et l'expression de notre profonde sympathie.

— **Erratum.** — *Croisière du « Bruxelles médical » au Spitzberg.* — Dans les premiers exemplaires du tirage du numéro spécial du 11 février dernier, il a été indiqué par une faute d'impression que le départ de Zeebrugge aurait lieu le 22 juillet ; C'EST LE DOUZE JUILLET QU'IL FAUT LIRE ; d'ailleurs nos lecteurs auront fait eux-mêmes la rectification.

Les organisateurs de la croisière nous informent aujourd'hui qu'il n'existe plus aucune place disponible en 1re classe mixte et que, en 2e classe, le nombre de couchettes retenues est déjà très élevé.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Rouvière est élu membre titulaire de l'Académie de médecine, dans la 4e division (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.*)

— **Quatrième centenaire du Collège de France.** — Le Collège de France célèbrera du 18 au 20 juin 1931 le quatrième centenaire de sa fondation.

— **Hôpital Foch** (60, rue Vergniaud, Paris XIIIe). — Le Docteur Deniker, chirurgien des hôpitaux, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital Foch, en remplacement du Docteur Pierre Descomps, décédé.

Le Docteur René Bloch, chirurgien des hôpitaux, et le Docteur Le Gac, ancien interne des hôpitaux, sont nommés chirurgiens adjoints.

— **Distinction honorifique.** — Nous avons le plaisir d'annoncer que M. le Ministre du Travail vient d'accorder au docteur Lop, de Marseille, la *Médaille d'honneur du travail des vieux serviteurs.* Le Dr Lop, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, médecin-expert près les tribunaux, est depuis 38 ans chef du service médical de la Cie de Navigation Mixte. Nous sommes heureux de féliciter notre distingué confrère de cette modeste mais infiniment honorable décoration, que beaucoup de médecins mériteraient pour leurs services publics et privés. Le Dr Lop, croyons-nous, est le premier médecin titulaire de cette médaille.

— **Congrès de la tuberculose de Bordeaux.** *Visite des stations climatiques de Cerdagne.* — Pour permettre aux membres du Congrès de la tuberculose de Bordeaux de visiter l'équipement total anti tuberculeux des Pyrénées, le Docteur Hervé propose aux membres du Congrès, après les excursions projetées aux centres d'Arcachon, Pau et Cambo, d'achever leurs vacances de Pâques par un voyage en Cerdagne, au cours duquel ils pourraient visiter les stations climatiques des Escaldes, Font-Romeu, Superbagnères, Vernet-les-Bains, Amélie, Banyuls-sur-Mer.

Le départ pourrait se faire à la dislocation des excursions régionales, soit de Bayonne, soit de Lourdes, le vendredi 3 avril au soir. La dislocation aura lieu à Cerbère, le mardi 7 avril.

La compagnie du Midi accorderait demi-tarif pour le parcours de Bayonne, La Tour de Carol. Le prix de l'excursion pour les quatre jours serait d'environ 300 à 350 fr. selon le nombre des adhérents.

Tous renseignements complémentaires seront adressés ultérieurement aux intéressés.

Il serait indispensable d'avoir dès maintenant un certain nombre d'adhésions à ce voyage. Les adresser au Docteur Hervé, Sanatorium des Pins, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

— **Journées médicales belges de 1931.** — La XI[e] session des journées médicales belges se tiendra à Bruxelles, les 20, 21, 22, 23 et 24 juin 1931, en hommage à la mémoire et à l'œuvre de Fernand Widal. La délégation française sera présidée par le Professeur Bezançon.

— **Journées médicales de Lille.** — La Faculté libre de médecine de Lille organise une nouvelle session de Journées médicales lilloises qui auront lieu les 2 et 3 mai 1931.

— **Association corporative des étudiants en médecine de Paris.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Association corporative des étudiants en médecine s'est tenue le 9 février 1931, au siège social, 8, rue Dante.

Après avoir entendu les rapports de MM. Rothéa, secrétaire général, Grosbois, trésorier, et Domart, bibliothécaire, l'assistance a approuvé leurs déclarations. Il ressort en effet du rapport moral du secrétaire que la situation générale du groupement est des plus favorable.

Le compte rendu financier prouve l'équilibre du budget et la bonne gestion financière qui permettent de faire vivre l'association et de faciliter le travail de 400 membres avec un budget de 60.000 fr.

La bilbliothèque grâce à des dons généreux (Docteur Debat) est tenue au courant et abondamment fournie.

M. Mordagne a ensuite exposé les campagnes de défense professionnelle qu'il a faites au nom du Comité dans la presse et les milieux universitaires et politiques. Après quoi le vœu suivant a été émis :

« L'Assemblée générale approuve l'action menée par le Comité au sujet du projet de loi Armbruster et du projet Milan-Rio concernant les études dentaires, fait sien le vœu émis par le comité dans sa séance du 8 décembre 1930 et lui donne toute latitude pour poursuivre l'action entreprise depuis plus d'un an ».

Les résultats des élections partielles pour le renouvellement du comité ont été les suivants : élus, MM. Béquignon, Borde, Chevallier, Lambert, Lejeune, Lemonnier, Nordin, Parfus.

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.** — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu lundi 23 mars à 16 heures, 12, rue de Seine, sous la présidence scientifique de M. le Professeur Loeper. Elle sera consacrée à l'étude de certaines propriétés biologiques des eaux minérales. Deux rapports seront présentés : Prof. Loeper et Dr Mougeot : Action antianaphylactique des eaux minérales ; Dr Ferreyrolles : La phylaxie par les eaux minérales.

Les médecins étrangers à la Société s'intéressant aux questions traitées sont invités à assister à cette séance et à prendre part aux discussions. Ils sont priés de s'inscrire dès maintenant auprès du Dr Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 3, rue Léon Delhomme, Paris XVe.

— **Hôpital Saint-Michel**, (33, rue Olivier de Serres. (Service de gastro-entérologie). *Nomination à une place d'interne titulaire, et une place d'interne remplaçant* (pour 6 mois, Entrée en fonctions le 15 avril) — L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 160 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement.

Les demandes doivent parvenir avant le 1er avril à M. le Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat.

— **Foire de Lyon 1931**, *du 2 au 15 mars prochain.* — Les visiteurs de la Foire de Lyon trouveront au premier étage du Palais l'importante participation organisée, comme chaque année, par l'Office commercial pharmaceutique (71, rue du Temple, Paris-3e) avec le concours des fabricants de spécialités pharmaceutiques et hygiéniques.

Peu à peu, cette section technique consacrée à l'art médical est devenue une manifestation professionnelle d'un grand intérêt et constitue un centre de documentation très apprécié.

A côté des galeries réservées au Corps médical, le grand salon de vulgarisation, situé au-dessus de l'Atrium, remporte tous les ans, auprès du grand public, un très vif succès. On y voit tout ce qui a trait à la médecine et à l'hygiène. Ses stands attrayants

sont une vivante démonstration des immenses progrès réalisés depuis quelques années dans ce domaine.

Un salon de repos et de correspondance avec une ligne téléphonique sera mis à la disposition des Membres du Corps médical et pharmaceutique qui sont cordialement invités à honorer de leur visite la Section d'art médical et d'hygiène à la prochaine foire de Lyon.

On peut demander des cartes d'entrée (cartes d'acheteur) à O. C. P., Service publicité, 71, rue du Temple, Paris 3e.

— **Dispensaires anti-tuberculeux de l'Aube.** — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de Troyes et Romilly (Aube).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le Statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard St. Michel, Paris, 6e.

Le concours aura lieu dans la première quinzaine de mars.

— **Mariage.** — Le docteur Louis Roué, de Janville (Eure-et-Loir), et Madame Louis Roué, nous font part du mariage de Mademoiselle Solange Roué, leur fille, avec M. Michel Courtin. La cérémonie nuptiale a eu lieu le 14 février 1931, en l'Eglise Saint-Etienne, de Janville.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons les fiançailles de Mademoiselle Henriette Baillière, fille du Dr Georges J.-B. Baillière, Président du Syndicat des éditeurs, et de Madame Georges J.-B. Baillière, avec M. André Roux-Dessarps, externe des hôpitaux de Bordeaux. Nos félicitations les plus sincères au Dr Baillière et à sa famille pour cet heureux événement.

— **La souscription de l'Infirmerie de la Maison du Médecin.** 3e liste. — Nous nous empressons de publier la troisième liste de souscription pour l'infirmerie de la Maison du médecin. Nous sommes heureux de constater, à côté de souscriptions collectives assez fortes, de nombreux petits envois individuels qui prouvent tout l'intérêt que portent les médecins praticiens à la maison de Valenton. Nous engageons vivement les confrères qui sont membres adhérents de la Société « La Maison du Médecin » d'augmenter le taux de leur cotisation d'une petite somme pour la souscription, ils accroîtront ainsi notablement le total de cette dernière et n'auront pas la peine de faire deux envois.

L'infirmerie est presque terminée, mais lorsqu'elle sera meublée, aménagée, prête à recevoir les pensionnaires malades ou trop infirmes, notre tâche d'administrateurs ne sera pas terminée. Il convien-

dra d'assurer à nos pensionnaires qui viendraient à décéder une sépulture digne du corps médical dans une concession à perpétuité pieusement entretenue par les soins de *la Maison du médecin.* Confrères, soyez généreux, participez, par un don, si modeste soit-il, à l'œuvre pieuse de *la Maison du médicein.*

J. N.

TROISIEME LISTE DE SOUSCRIPTION. — Don du Comité du Mouvement Grasset en mémoire du Professeur Grasset (de Montpellier) : 2.000 fr. — Souscription affectée par le Bureau du XVe Congrès français de médecine à Montpellier, 1.000 francs. — Dr Deschamps (Coudray-Monceaux), 500 fr. — Dr Chailloux, 500 fr. — Dr Babonneix, 200 fr. — Dr J. Bongrand, 200 fr. — Dr Debidoux, 100 fr. — Dr Laurence, 100 fr. — Dr de Spéville, 100 fr. — Dr P. Proust, 100 fr. — Dr Bonnet,, 50 fr. — Dr Vaille, 50 fr. — Dr Houssiaux, 50 fr. — Dr Clenet (Vendée), 50 fr. — Dr Poussegnou, 50 fr. — Dr et Mme Colonne, 50 fr. — Dr Mallet (Laforge par Souillac), 50 fr. — Anonyme Dr T., 30 fr. — Dr Pallier, 25 fr. — Dr Réalland, 25 fr. — Dr Lauté, 25 fr. — Anonyme, 20 fr. — Dr Nanden, 20 fr. — Dr Michel (Damvillers), 20 fr. — Dr Thomas, 20 fr. — Dr P. Noury (Rouen, 20 fr. — Dr Fouineau, 20 fr. — Dr Vitry (Sète), 20 fr. — Dr Paul Huguenin, 20 fr. — Dr Basile, 10 fr. — Anonyme, Dr V., 10 fr. — Dr Bouvard, 10 fr. — Syndicat des médecins de la Seine, 300 fr. — Dr Desrousseaux (Roubaix), 500 fr. — Dr Trèves (Raymond), 100 fr. — Dr Tourel (Lodève), 10 fr. — Total de la troisième liste : 6.955 francs.

Total des listes précédentes : 85.750 francs.

Total général : 92.105 francs.

Prière d'envoyer les souscriptions à *M. le trésorier de* LA MAISON DU MÉDECIN, 51, rue de Clichy, à Paris IXe *Compte de chèques postaux : Paris* 391-46.

Nous tenons à remercier nos confrères et amis de Montpellier pour le beau geste de solidarité professionnelle qu'ils viennent de faire tant au Comité du Mouvement Grasset qu'au Bureau du XVe Congrès de la médecine française.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 FÉVRIER.

Enseignement de la médecine.

La chaire de médecine expérimentale de la Faculté de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication de l'*Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

4 FÉVRIER.

Service de santé de la marine.

Décret du 3 février 1931 fixant la somme à rembourser par certains élèves de l'Ecole principale du service de santé.

Est fixé à 6.000 fr. pour l'année scolaire 1930-1931, le montant de la somme à rembourser en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'école principale du service de santé de la marine qui, pour toute autre cause que l'inaptitude physique reconnue, quittent l'école en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raison de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'école dans celui des deux corps de santé (marine ou troupes coloniales) dans lequel ils auront été admis d'après leur rang de classement de sortie de Bordeaux.

Ces élèves auront également à rembourser d'après le taux fixé annuellement pour chaque année scolaire, passée à l'école, la valeur du trousseau qui leur aura été délivré.

En outre, ils seront tenus au remboursement des frais de scolarité, payés pour eux par la marine pendant leur présence à l'école de Bordeaux, d'après les tarifs fixés par les décrets relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie.

Art. 2. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

6 FÉVRIER.

Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Courrier, agrégé près la Faculté d'Alger.

Avis de concours pour des emplois de professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de Clermont.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le 19 octobre 1931 devant la faculté de Toulouse.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

8 FÉVRIER.

Asiles publics d'aliénés.

Concours pour l'emploi de médecin des asiles publics d'aliénés.

Art. 1er. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la santé publique, le lundi 27 avril 1931.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 40.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service, et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministre de la santé publique jusqu'au vendredi 25 mars inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène, et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel*.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille en or a été décernée à M. le Dr Montier, médecin chef de l'hospice de Fauville-en-Caux, mort victime de son dévouement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Cumul des indemnités des assurances sociales et des Sociétés de secours mutuels.

10910. — M. Paul Courrent, demande à M. le Ministre du travail : 1° si le membre d'une société de secours mutuels, assujetti à la loi sur les assurances sociales, peut, en continuant à verser à la caisse de sa société la même cotisation que les membres non assujettis, percevoir de la société les mêmes indemnités et pension que les non assujettis, et cela indépendamment des indemnités et pensions auxquelles lui donne droit la loi sur les assurances sociales ; 2° si une société de secours mutuels, qui comprend à la fois des membres assujettis et des membres non assujettis à la loi sur les assurances sociales, peut prévoir, dans ses statuts, que, au cas de maladie d'un membre assujetti à cette loi, ce dernier aura droit au remboursement, par la société, soit de la totalité des frais médicaux et pharmaceutiques, soit à un pourcentage calculé non seulement sur 15 ou 20 p. 100 de ces frais, mais sur leur totalité. (*Question du 6 décembre* 1930.)

Réponse. — 1° Rien ne s'oppose à ce qu'un membre participant d'une société de secours mutuels, assujetti à la loi sur les assurances sociales, continue le versement de la cotisation statutaire en vue de bénéficier, sous réserve de la restriction prévue au paragraphe 2 de la présente réponse et en dehors des prestations auxquelles il a droit au titre des assurances sociales, des mêmes avantages que les sociétaires non assujettis ; 2° une société de secours mutuels peut prévoir dans ses statuts que ses membres assujettis aux assurances sociales auront droit, en cas de maladie, au remboursement de la portion des frais médicaux et pharmaceutiques laissée à leur charge par l'article 4, paragraphe 5, de la loi du 5 avril 1928. Mais on ne saurait autoriser l'insertion dans les statuts d'une disposition telle que l'intéressé ait droit à la totalité des frais médicaux et pharmaceutiques, à la fois au titre mutualiste et au titre des assurances sociales, ni même qu'il puisse bénéficier à ce double titre, de remboursements partiels dont le total excéderait le montant des frais laissés à sa charge. Il

serait, en effet, contraire aux principes généraux de l'assurance que la réalisation d'un risque pût devenir une source de bénéfice pour l'assuré.

(*J. O.*, 31 janvier 1931.)

Honoraires des médecins des hôpitaux pour soins aux assurés sociaux.

10586. — M. René COTY expose à M. le Ministre du travail que la circulaire ministérielle du 23 septembre (tarif limitatif des droits à la réassurance, chap. II, § II, *Journal officiel* du 23 septembre, p. 10848) prévoit le tarif forfaitaire de 4 fr., par journée d'hospitalisation, pour les honoraires tant médicaux que chirurgicaux, dans les hôpitaux publics, ou dans les cliniques ou maisons de santé ayant passé des contrats avec les caisses, plus l'application du chiffre-clé à 3 fr. à la nomenclature des spécialistes pour l'intervention forfaitaire ; et lui demande si cette indemnité forfaitaire de 4 fr. est réellement due aux membres du corps hospitalier, quelles que soient les tractations passées entre les hôpitaux et les caisses à l'exclusion, bien entendu, de l'entente directe. (*Question du 18 novembre* 1930.)

Réponse. — Le tarif prévu à l'article 4, paragraphe 12, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales et publié au *Journal officiel* du 23 septembre, est uniquement un tarif de réassurance, limitant l'intervention éventuelle de l'union pour la réassurance et de la caisse générale de garantie ; il n'en résulte aucune obligation pour les caisses en ce qui concerne la détermination de leur tarif de responsabilité. Sous cette réserve, le tarif de réassurance susvisé comporte, pour les honoraires médicaux et chirurgicaux à l'hôpital une indemnité de 4 fr. par journée d'hospitalisation ; toutefois, pour la chirurgie dans les hôpitaux publics autres que ceux des villes centres d'enseignement, ainsi que dans les cliniques ou maisons de santé, le tarif admet la possibilité de substituer, par convention, aux honoraires de 4 fr. susvisés, des honoraires calculés forfaitairemnt, suivant l'intervention chirurgicale, sur la base du chiffre-clé de 3 fr., appliqué au coefficient résultant de la nomenclature des spécialistes. Il appartient, dans ce cas, aux caisses de s'entendre avec les établissements de soins susvisés d'accord avec le syndicat médical.

(*J. O.*, 31 janvier 1931.)

ALCOOL ET PROSTITUTION

Ordre du jour voté à l'unanimité par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 21 janvier 1931

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine,

Rappelant un mot célèbre mais toujours, hélas ! d'actualité : « L'hygiène en France est une façade derrière laquelle il n'y a rien » ;

Voir la suite page LXIII-647

PROPOS DU JOUR

Au sujet des changements du nom des rues de Paris. Savants médecins singulièrement méconnus : Les Demours

Ce n'est pas sans surprise que nous avons lu dans le *Bulletin Municipal offciel de la Ville de Paris*, du 31 janvier, parmi les questions écrites, posées à M. le Préfet de la Seine, une protestation de M. le Conseiller municipal, René Fiquet. La protestation en soi avait sa raison d'être, le conseiller municipal ne jugeait pas nécessaire de débaptiser la rue de Nemours qui se trouve aux environs du Père Lachaise, parce qu'elle pourrait être confondue avec la rue Demours , du quartier de la Plaine Monceau. Mais le passage de la question qui nous a étonnés est le suivant : « Sans nier les services rendus à la science par les OPTICIENS Demours père et fils ... »

Pauvres Demours, célèbres médecins oculistes aujourd'hui méconnus, les voilà qualifiés officiellement *d'opticiens*. C'est un peu comme si l'on qualifiait le Prof. Hartmann et le Prof. Jean Louis Faure de bandagistes ou d'orthopédistes. Certes, M. René Fiquet n'est pas des nôtres et il n'est pas tenu de connaître l'histoire de la médecine ; aussi serait-il nécessaire pour l'instruction du public de faire à Paris ce que nous avons vu faire dans d'autres villes, c'est-à-dire mettre sur les plaques indicatrices des rues, les titres du personnage qui ont servi à les qualifier.

Il est vrai qu'à Paris où cependant les citoyens de valeur ou ayant rendu d'éminents services, ne manquent guère, il est tellement de gens qui ont servi à baptiser nos rues dont le seul mérite a été d'être d'obscurs politiciens, qu'il conviendrait, si l'on procédait à une révision, de remanier complètement le plan de la Capitale.

Mais revenons aux Demours. Il n'est pas sûr d'ailleurs que beaucoup de nos confrères soient plus renseignés sur leur compte que M. René Fiquet lui-même.

Le hasard a voulu que l'acquisition d'un lot de vieux papiers ait mis entre nos mains d'intéressants documents sur ces oculistes célèbres.

Pierre DEMOURS, le premier du nom qui ait acquis une véritable réputation, naquit à Marseille en 1702 ; il était fils d'un médecin déjà spécialisé dans le traitement des maladies des yeux. Il fit ses études à Avignon et y devint docteur le 1er avril 1728.

Venu à Paris, il fut le préparateur de l'anatomiste Duverney, de l'Académie des sciences, démonstrateur au Jardin du Roi. A la mort de Duverney, protégé par Chirac, premier médecin du Roi et surintendant du Jardin, il fut nommé démonstrateur. En 1732, après la mort de Chirac, il abandonna le Jardin du Roi pour se consacrer entièrement à l'ophtalmologie. Comme il était médecin oculiste du Roi, il jouissait d'une grande réputation, ayant une riche clientèle et acquerait en même temps la célébrité et la fortune.

Il mourut à Paris le 3 prairial an III, (1795) dans la rue Mazarine.

Son fils Antoine Pierre, né le 16 décembre 1762 à Paris, fut reçu docteur en médecine à la Faculté de Paris le 30 août 1784. Il se consacra comme son père à l'ophtalmologie, jouit comme lui d'une grande réputation et fut à son tour médecin oculiste du roi. Il était membre de l'Académie des Sciences. Il habitait 19 rue de l'Université et mourut en 1837.

Son fils Pierre Camille se destinait aussi à la médecine quand il fut victime d'une catastrophe ; il se noya à 23 ans, le 19 juillet 1836, entre le pont Royal et le pont de la Concorde.

Antoine Pierre Demours possédait de vastes terrains aux Ternes. Ces terrains furent lotis au commencement du siècle dernier et on donna à une voie nouvelle qui les traversait le nom de son propriétaire, Demours.

Pierre Demours fit au Jardin du Roi de nombreuses recherches sur l'anatomie de l'œil. Il découvrit la membrane de l'humeur aqueuse. Cette découverte lui fut contestée par Descemet, professeur de chirurgie en langue française à l'ancienne Faculté de médecine de Paris. Il publia de nombreux travaux dans les Mémoires de l'Académie des sciences et on lui doit la traduction de plusieurs ouvrages anglais importants.

Antoine Pierre Demours jouit d'une grande réputation d'oculiste, mais ne laissa aucun travail dignes d'être cité.

***

A titre de curiosité et pour démontrer la considération dont bénéficiaient les Demours, nous reproduisons en partie les documents que nous possédons sur eux :

Brevet de survivance de Médecin oculiste du Roy pour le Sr. Demours fils.

Aujourd'huy dix sept février mil sept cent quatre vingt deux. Le Roy étant à Versailles, le Sr. Demours docteur en médecine de la Faculté de Paris, de l'Académie Royale des Sciences a représenté à Sa Majesté que par Brevet du onze novembre mil sept cent soixante deux, il auroit été pourvu du titre de Médecin oculiste de Sa Majesté, mais qu'ayant un fils qui se destine à suivre le même Etat, lequel est docteur en médecine de la Faculté de Paris, il suppliait très humblement sa Majesté de lui accorder la survivance de ce titre à quoy ayant égard et sa Majesté bien informée que le Sr. Antoine Pierre Demours fils, formé sous les yeux du dit Sr, son père, réunit tous les talents qui peuvent le mettre en état de succéder à cet habile Maître, et voulant en même temps donner au dit Sr. Demours père une nouvelle marque de sa Bienveillance, a retenu et retient le Sr. Demours son fils en qualité de médecin oculiste de sa Majesté en survivance du Sr. son père. Veut et entend qu'il puisse en prendre dès à présent le titre et qu'il jouisse en l'absence et survivance du Sr. son père des honneurs et distinctions qui y sont attribués en vertu du présent Brevêt que pour assurance de sa volonté Sa Majesté a signé de sa main et fait contresigner par moy Conseiller secrétaire d'Etat et de ses commandements et finances.

LOUIS
CIMELOS.

Antoine Pierre Demours fils hérita de la grande réputation de son père. Le 26 février 1820, il recevait du secrétaire perpétuel de la *Société de Médecine pratique de Montpellier* la lettre suivante :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous envoyer le diplôme provisoire de membre correspondant, qui vous a été décerné dans la séance du 1er juin 1819. Dès que la Société aura reçu les exemplaires du nouveau diplôme qu'elle fait graver, je m'empresserai de vous le faire parvenir ; heureux dans l'une et l'autre circonstance d'être l'organe d'une compagnie qui se plaît à distinguer le vrai mérite.

J'ai l'honneur de vous saluer.

BAUMEZ.

Le diplôme, joint à cette lettre, porte les signatures de Estor, directeur, et Baumez, secrétaire perpétuel ; au bas de cette lettre, Demours a écrit le brouillon raturé de la réponse qu'il y fit et que nous reproduisons :

Monsieur,

Je vous prie de vouloir bien être auprès de votre illustre société l'interprète de ma reconnaissance pour la faveur qu'elle veut bien m'accorder. Un diplôme, décerné par une Société composé de médecins aussi recommandables, est un titre que je lèguerai à mon fils et qui pourra l'encourager à en solliciter par la suite un semblable, si, comme je l'espère, il se détermine à suivre la carrière dans laquelle se sont distingués son ayeul et son bisayeul.

J'ai l'honneur .....

Cette lettre nous démontre qu'Antoine Pierre Demours destinait à la médecine son fils, Pierre Camille, alors âgé de sept ans, et que lui-même était fils et petit-fils de médecins.

Le 17 septembre 1828, M. Demours, médecin-oculiste de S. M. le Roi de France, recevait du Recteur de l'Université impériale de Vilna la lettre suivante, accompagnée d'un diplôme de membre honoraire de l'Université, signé du Curateur et du délégué du Sénat de cette Université :

Monsieur,

L'Université Impériale de Vilna, juste appréciatrice des talents qui vous ont mérité les suffrages de l'Europe savante, vient de vous admettre au nombre de ses membres honoraires ; elle a chargé M. le Docteur en médecine GALEZOWSKI de vous offrir le diplôme de votre élection. Souffrez, Monsieur, qu'en vous transmettant ce témoignage public de sa haute estime, elle vous recommande le jeune professeur porteur de cette lettre et agréez, je vous prie, l'expression de la haute considération avec laquelle j'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre très humble et très obéissant serviteur.

VENCESLAS PELINEN.

Ce jeune professeur Galezowski, porteur du diplôme et recommandé à Demours, était vraisemblablement le père du célèbre ophtalmologiste parisien Xavier Galezowski. Le fils de ce dernier, notre distingué confrère, le Dr J. L. Galezowski, continue comme Demours les traditions professionnelles de sa famille.

La Révolution de 1830 priva Antoine Pierre Demours de ses fonctions et de son titre de médecin oculiste du Roi. Mais une loi du 20 juin 1835 créa des Pensions sur la Caisse de Vétérance de l'Ancienne liste civile. Nous avons sous les yeux le titre de Pension d'Antoine Pierre Demours qui « liquide à la Somme de *Quatre cent soixante quinze francs* la pension annuelle et viagère à laquelle le Sr Demours a droit à raison de 15 ans et 10 mois de service » comme ancien médecin oculiste du Roi. Le gouvernement du bon Roi Louis-Philippe était économe.

Sic transit gloria mundi.

N'empêche que les Demours méritent de laisser leur nom à une rue de la Capitale.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'INTERPRÉTATION DES STATISTIQUES EN MÉDECINE

Par M. Paul CHAVIGNY.

Médecin général de l'Armée,
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Dans l'un des chapitres d'un livre actuellement sous presse (1) j'exprime le souhait qu'un enseignement de *médecine générale* soit donné aux étudiants en médecine, vers la fin de leur scolarité, leur fournissant une synthèse supérieure de tous les enseignements parcellaires par lesquels ils ont passé.

Au nombre des questions dont il devrait, à ce moment, leur être fourni, à mon avis, quelques clartés, figure la *statistique médicale*.

La pratique conduit à constater une ignorance habituelle presque totale des médecins en ce qui touche aux questions de statistique.

J'ai eu, pour la premiète fois, occasion de me rendre compte de mon ignorance personnelle et complète en ces questions lorsque, de 1898 à 1900, mes fonctions d'adjoint intérimaire à la Direction du Service de santé de la division de Constantine, m'avaient mis aux prises avec les difficultés de la confection annuelle de la statistique de la division. Même chose, lorsque de 1900 à 1902, j'ai pris part, en même qualité, à la préparation de la statistique du VI[e] Corps d'armée, à Châlons-sur-Marne.

A mon naïf étonnement, j'avais alors constaté combien il était difficile, même le plus honnêtement du monde, de constituer une telle statistique, en y introduisant autant que possible des chiffres exacts. A qui, en semblable occasion, n'est-il pas arrivé d'être obligé d'arrondir le chiffre des décès, par exemple, ou de donner un très léger coup de pouce pour que les chiffres des diverses colonnes cadrent selon les modalités prescrites ?

Bien plus tard, directeur du Service de santé du XIII[e] Corps d'armée à Clermont-Ferrand, puis du VI[e] Corps d'armée à Metz, j'ai été le signataire responsable de la statistique du Corps d'armée. Je me suis alors efforcé d'en comprendre, d'en interpréter les résultats, ce qui aurait dû m'être relativement facile, puisque j'en connaissais par la pratique, les éléments constitutifs. A ce moment, je me suis rendu compte combien l'interprétation d'une statistique comportait de connaissances techniques de la statistique, tout autant que des notions médicales d'épidémiologie, etc.

D'après ce que j'ai vécu, le plus grave qui puisse arriver, en ces matières, et c'est, je crois, le danger réel, c'est que des médecins se croient aptes à interpréter une statistique, alors qu'ils n'ont aucune notion de cette science très ardue :

La statistique est ardue dans l'élaboration de ses tableaux constitutifs.

Elle est bien plus ardue encore dans l'interprétation, dans la traduction pratique des chiffres globaux obtenus.

***

Vers le milieu du siècle dernier, lors de la constitution de la statistique comme science, quelques personnalités se sont ingéniées à en faire application à la médecine. A cette époque, la légitimité même de cette application a soulevé contre elle, nombre d'esprits.

D'autres cependant s'en sont constitués les champions.

« Nous n'en sommes plus, disait Verneuil, au temps où l'on niait l'utilité de cette méthode ; la statistique est entrée définitivement dans le domaine scientifique et n'en sortira plus ; il serait superflu de rappeler les services qu'elle a rendus et qu'elle rendra toujours en substituant des données précises au souvenir plus ou moins fidèle et à l'expérience plus ou moins étendue de chacun. »

Cette phase de controverse est maintenant passée, et nul médecin, je crois, ne s'inscrirait en faux, par principe, contre l'utilisation des statistiques médicales.

Les médecins auxquels leurs études n'ont fourni aucun élément de la science statistique, peuvent en prendre un premier aperçu général dans deux ouvrages qu'on peut consulter d'ordinaire aisément :

(1) La technique mentale des études et de la profession médicale. (Baillière.)

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 90, on trouve un article très documenté de Legoyt sur la statistique en général. A la suite, Dechambre a inséré un article court, et d'ailleurs très peu enthousiaste, sur les applications de la statistique à la médecine.

Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, tome 33, on peut lire un bon article de H. Rey sur cette question de la statistique médicale.

Mais, un ouvrage extrêmement important, et qu'on peut se procurer encore dans les bibliothèques médicales bien montées, c'est celui de Gavarret (alors ancien élève de l'Ecole polytechnique. C'était le même qui devait, par la suite, devenir professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris), *Les principes généraux de la statistique médicale* (1840). Gavarret qui était, à ce moment, étudiant en médecine, a pris soin, tout en cherchant à être complet, de mettre l'exposé de cette science à la portée du médecin dont les connaissances en mathémathiques sont, bien ordinairement, assez médiocres.

De ces diverses publications et de quelques autres encore, on peut extraire certaines notions fondamentales, bonnes à rappeler :

On y apprend, par exemple, que les faits médicaux doivent être rangés dans la catégorie des *évènements à chance variable*. Pour tirer des statistiques médicales des indications valables, il faut ne jamais omettre de leur faire application des principes de la *loi des grands nombres*.

D'ailleurs, Quetelet avait formulé, il y a longtemps, en statistique générale, « qu'il est nécessaire de réunir des observations en assez grand nombre pour que tout ce qui n'est pas purement accidentel, soit éliminé ».

Block, dans son *Traité théorique et pratique de la statistique* dit : « Pour faire bon emploi des tableaux de chiffres, il faut de la science, de l'art, de l'honnêteté, et il y faut ajouter l'absence de passion. La passion est peut-être la cause la plus fréquente du mauvais emploi de la statistique. L'homme passionné n'est pas nécessairement malhonnête. S'il est déloyal, il l'est le plus souvent d'une manière inconsciente ; il croit sincèrement que les chiffres qu'il néglige sont faux ou ne méritent qu'une confiance médiocre ou ne prouvent rien. Il a des idées préconçues ; il ne trouve bonnes que les statistiques favorables à ses idées. S'il a pour adversaire un homme pris d'une passion opposée, tiré violemment en sens contraire, l'instrument se brisera entre leurs mains, chacun d'eux voudra trop prouver, et par conséquent, ne prouvera rien. »

Rey termine ainsi son article sur la statistique médicale : « Ce qu'il faut blâmer et poursuivre d'une haine vigoureuse, ce n'est point la méthode, mais ceux qui en font mauvais usage », ces adeptes peu scrupuleux, comme dit Foyssac, qui en compromettent l'autorité, en formulant, sur des nombres restreints, et par conséquent sans base solide, des propositions que des chiffres plus imposants, des observations plus consciencieuses détruisent entièrement ». Il dit encore, et cette phrase est utile à méditer : « Le mensonge, la passion, la légèreté, ont pu même inspirer de fausses statistiques. Il faut être en garde contre ces causes d'erreur ; aucune science peut-être, n'exige une probité plus scrupuleuse«. (1)

Ces sages réserves inciteront les esprits pondérés à ne pas s'imaginer que les statistiques vont fournir une solution claire ni formelle, même aux questions les plus simples et les mieux délimitées. Nous en citerons un cas bien frappant, qui se rapporte à une question de médecine sociale. Le docteur Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, a publié un livre fort intéressant intitulé : *L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience.* Bien entendu ce que Bertillon appelle l'expérience, c'est l'expérience statistique, et son livre est une mine de tableaux statistiques concernant l'alcoolisme. Quand on le lit, en cherchant à se rendre compte de ce que valent les preuves statistiques, on est frappé de constater que, précisément, les statistiques sont totalement impuissantes à prouver l'efficacité de l'une quelconque des innombrables méthodes employées à la surface du globe pour combattre l'alcoolisme.

Nous nous garderons bien d'insister sur ce fait qu'une statistique superficiellement interprétée peut fausser les résultats :

En 1841, différents chirurgiens, et non des moindres, ont fourni une statistique probante des résultats heureux obtenus par le traitement chirurgical du bégaiement.

A une date récente, la statistique a également signalé une relation entre les taches solaires et le nombre des morts subites.

Mais, laissons de côté ces plaisanteries.

A une époque rapprochée, un auteur qualifié, A. Lumière, a donné à notre génération de bien utiles leçons, en nous montrant sur des exemples typiques, quelles étaient les erreurs auxquelles pouvait conduire une utilisation risquée des statistiques.

L'un des cas qu'il a le plus magistralement traités est celui des *maisons à cancer.* Juillart s'était cru, sur des données assez étendues, celles de la ville de Paris, autorisé à conclure qu'il existait des maisons à cancer. Cette conclusion était grosse de conséquences pratiques parce qu'elle conduisait directement à intensifier, et dans un

(1) Voir aussi A. Liesse : La statistique, ses difficultés, ses procédés, ses résultats. (Alcan, 1919.)

but de préservation immédiate contre l'une des maladies les plus meurtrières, la lutte contre le taudis.

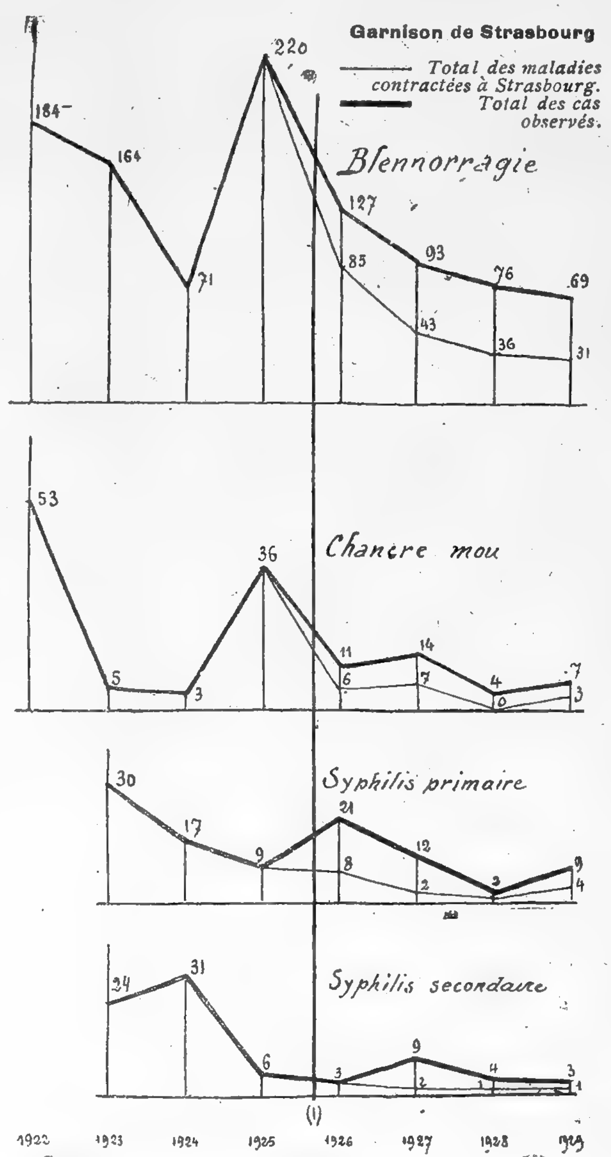
Lumière reprenant les mêmes statistiques et les interprétant selon les règles du calcul des probabilités, est arrivé à cette conclusion : Au lieu de croire, d'après les documents statistiques qu'il existe des maisons à cancer, c'est le contraire qui se dégage plutôt des documents d'ordre statistique (1).

Dans une autre étude, aussi fouillée, aussi documentée et aussi pénétrante, Lumière a démontré combien était erronnée la statistique selon laquelle le 2e arrondissement de Lyon était celui dans lequel la mortalité par cancer était le plus considérable.

En chiffres bruts, le fait semblait vrai; il suffisait cependant d'une analyse un peu serrée pour établir qu'il était entièrement faux : le 2e arrondissement de Lyon comprend l'HôtelDieu où viennent mourir la plupart des cancéreux d'une très large région lyonnaise (2).

Enfin, Lumière a donné également un bel exemple des difficultés d'interprétation d'une statistique en essayant de tirer les conclusions vraies de la statistique de la mortalité tuberculeuse de Lyon (3).

Cet ensemble des études de Lumière constitue une introduction à l'étude de la statistique médicale. Elle nous fait toucher du doigt ses principales et souvent insurmontables difficultés, faites d'inexactitudes dans les documents, et surtout d'erreurs d'interprétation.



(1) Fermeture des maisons publiques

***

Ce préambule général, peut-être un peu long, sur les difficultés de la statistique médicale, était une introduction pourtant nécessaire à l'étude d'une statistique particulière qui a fait presque grand bruit ces temps derniers, dans un monde qui cherche à s'immiscer dans les questions de médecine sociale.

Il s'agit de la fermeture des maisons de tolérance à Strasbourg et des résultats qui auraient été obtenus par l'application de cette mesure.

M. Gemähling, dans une brochure parue au début de 1930, et intitulée : *L'exemple de Strasbourg,* a écrit, en parlant des résultats statistiques constatés dans la garnison de Strasbourg : « La réduction des cas relevés dans la garnison de Strasbourg est, il faut le souligner, particulièrement probante... *Les observations recueillies dans de telles conditions apparaîtront à quiconque est doué du moindre esprit scientifique, comme constituant une véritable expérience de laboratoire dont les résultats peuvent être tenuspour décisifs.* »

La livraison du mois de mai de la *Prophylaxie antivénérienne* a publié, à sa page 283, un extrait de la brochure de M. Gemahling, et, à la page 279, les tableaux statistiques représentant l'évolution des maladies vénériennnes, blennorragie, chancre mou et syphilis, dans la garnison de Strasbourg, de 1922 à 1929.

Lorsqu'on regarde ces tableaux, il peut, en effet, apparaître à un premier examen, que, dans leur ensemble, les courbes représentées ont une

(1) Lumiere. — *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1927, p. 39.

(2) Lumiere. — Que valent les statistiques du cancer ? (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 1928, p. 228.)

(3) Lumiere. — Etude statistique des décès par tuberculose à Lyon pendant une période de 20 années (de 1906 à 1925). (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 1929, p. 546.)

marche assez nettement descendante après le trait vertical qui marque la date de fermeture des maisons publiques, à la date de mars 1926.

Mais, ces tableaux mériteraient cependant une étude plus attentive. On peut, en effet, se demander également à quelle cause il faut attribuer des oscillations descendantes fort nettes, et bien autrement importantes, survenues au cours des années 1923 et 1924 pour la blennorragie, pour le chancre mou, et même pour la syphilis primaire.

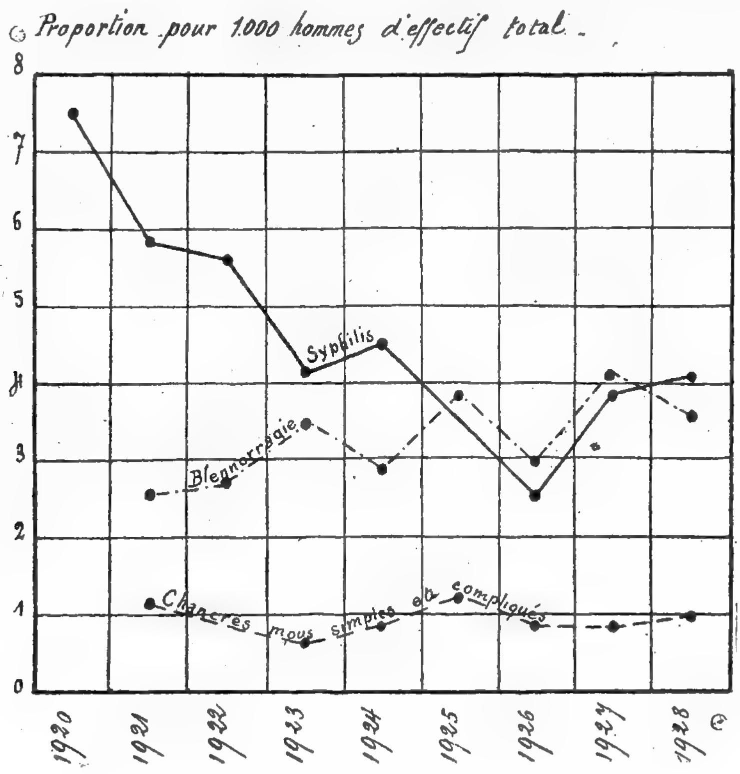
Je me trouvais précisément être le Médecin-Chef de la Place de Strasbourg au cours de ces années 1923 et 1924. Malgré toutes mes investigations les plus attentives, je n'ai jamais pu découvrir quelle était la cause formelle des améliorations survenues à cette époque dans l'épidémiologie des maladies vénériennes de la garnison.

Egale incapacité d'ailleurs, pour expliquer les grandes oscillations de poussées massives en 1922 et en 1925 pour la blennorragie et le chancre mou.

On a fait remarquer que la statistique de 1925 comportait 15 mois au lieu de 12, par suite d'un décalage survenu dans le mode d'établissement de la statistique de l'armée. Cette cause, seule, ne suffit pas, pourtant, à expliquer la montée brusque survenue dans la garnison de Strasbourg au titre de 1925, la blennorragie ayant alors, plus que triplé, puisqu'elle est passée de 71 à 220, et le chancre mou ayant plus que décuplé, puisqu'il est monté de 3 à 36.

Rien, en réalité, n'est plus difficile que de résoudre ces problèmes épidémiologiques, et tous ceux, qui, en pratique, ont tenté de déterminer les causes d'oscillations de ce genre, en aperçoivent les inconnues multiples.

Il semble surtout qu'il faille tenir grand compte, quand on se permet de formuler une appréciation de ces statistiques de la garnison de Strasbourg, des indications que j'ai tirées du volume de la statistique médicale de l'Armée Métropolitaine pour l'année 1928.



Tout d'abord, on trouve à la page 151 de cet ouvrage, un tableau représentant le graphique de la morbidité de la syphilis en 1920 à 1929.

Cette courbe est infiniment intéressante à rapprocher de celles qui ont été établies pour la garnison de Strasbourg, pour la même période.

On remarquera que la proportion des atteintes de syphilis pour l'ensemble de l'armée métropolitaine, et pour 1.000 hommes d'effectif total, a subi une décroissance marquée de 1920 à 1926, passant de 8,37 ‰ en 1920, à 2,91 ‰ en 1926, et pour remonter progressivement quelque peu à des chiffres de 4,21 et 4.38 pour les années 1927 et 1928.

Il se trouve donc précisément que sur l'en-

semble des garnisons de l'Intérieur, et sur des effectifs bien autrement importants, l'abaissement marqué survenu en 1926, et dont M. Gemähling attribue le mérite, en ce qui concerne Strasbourg, à la mesure appliquée localement sur son initiative, cet abaissement a été constaté également dans l'ensemble de la France.

Le tableau auquel nous avons emprunté le graphique représentant la courbe d'évolution de la syphilis, montre en outre que la chute de la courbe fut même plus prononcée pour les troupes du Maroc et pour celles des troupes de l'armée du Rhin, que pour celles de l'intérieur en cette même année 1926.

Si donc l'expérience de Strasbourg avait été tentée dans l'une de ces deux contrées, le résultat apparent aurait été encore plus favorable qu'à Strasbourg, sans être pour cela plus démonstratif, en réalité.

Si d'autre part, on relève au tableau IV A, dans les volumes de la statistique de l'armée, des années 1920 à 1928, les nombres portés sous la rubrique 44 pour la blennorragie, et sous la rubrique 46 pour le chancre mou, on possède les données numériques permettant d'établir des graphiques analogues à celui de la syphilis.

Le tableau d'ensemble de ces graphiques est représenté dans la figure I ci-contre.

La figure 2 est une reproduction du tableau établi par les soins du médecin-chef de la place de Strasbourg, et figurant dans le numéro de mai 1930 de la *Prophylaxie antivénérienne.*

La seule différence entre eux, est que le premier tableau est tracé d'après les chiffres de morbidité pour 1.000 hommes d'effectif, tandis que le second donne les chiffres absolus, et non un pourcentage.

Cette différence ne trouble d'ailleurs pas la marche générale des courbes. Il faut seulement se dire que ces courbes sont comparables, non superposables.

Quand on les met en parallèle, il apparaît bien qu'une conclusion s'impose, et elle est capitale : la fermeture des maisons de tolérance à Strasbourg s'est produite à une période favorable de l'évolution statistique. Il faut surtout conclure à un hasard heureux lorsqu'on vient à constater que la statistique de Strasbourg a enregistré des résultats qui, avant toute critique, semblaient favorables (1).

Il ne viendra pourtant à l'idée de personne de supposer que les résultats obtenus à Strasbourg aient pu influencer les résultats généraux de la statistique des troupes de l'Intérieur.

(1) D'ailleurs, si l'on met en regard le tracé de la stastistique de l'Armée et ceux des tableaux fournis, par M. le Professeur PAUTRIER, on constate que leur marche est absolument parallèle. Voir les tableaux du Professeur PAUTRIER, aux pages 271, 273, et 274 de la brochure citée, *La prophylaxie*, mai 1930.)

Puis, surtout, si l'on examine les tableaux statistiques de la garnison de Strasbourg, on constate que ces statistiques ne répondent en rien aux nécessités de la *loi des grands nombres*, règle fondamentale de la statistique. Quelle importance démonstrative accorder en effet à des chiffres qui s'élèvent, pour la syphilis primaire, au maximum, à 21, et, pour la syphilis secondaire, à 9 cas ? Sur des données aussi restreintes, on ne peut édifier que des raisonnements sans aucune signification.

On ne fait pas de statistique avec de tels chiffres, ou, les conclusions qu'on s'efforce d'en tirer, sont viciées dans leur essence même.

Nous voilà loin, dès lors, des affirmations si catégoriques de M. Gemähling. Peut-être n'est-il pas téméraire de se demander : Est-ce que toute cette aventure, au lieu d'avoir, comme il a été dit un peu emphatiquement, la haute portée scientifique d'une expérience de laboratoire, ne devrait pas être un peu plus simplement considérée comme une aimable et innocente partie de colin-maillard dans les plates-bandes de la médecine ?

La statistique est une science difficile.

L'épidémiologie est une spécialité dont les interprétations demandent toujours des qualités médicales presque exceptionnelles.

Cette sorte de médecine supérieure est faite de problèmes infiniment compliqués à résoudre.

Tout au moins, faut-il en soupçonner les écueils.

En somme, à notre avis, l'expérience tentée à Strasbourg, ne prouve absolument rien, ni pour, ni contre l'utilité de la fermeture des maisons de tolérance.

C'est le point qui paraît le mieux acquis quand on tente d'analyser, en connaissance de cause, ce qui a été présenté comme un résultat probant.

***

Faut-il compter, sur les bases précédemment énoncées, que la polémique soulevée entre partisans et adversaires de la fermeture des maisons de tolérance, risque de s'apaiser ?

Ce serait bien mal connaître les mobiles auxquels obéissent ceux qui ont soulevé ce problème. En réalité, les résultats médicaux leur importent peu. C'est, pour eux, une question de principe. Cette guerre contre les maisons de tolérance, guerre déclanchée d'ailleurs dans toute l'Europe, et peut-être dans le monde entier, se trouve sous la dépendance de la *logique du sentiment,* et nullement sous celle de la *logique rationnelle.* Contre la *logique du sentiment,* aucun argument n'a de valeur, et il est complètement inutile de faire intervenir des raisons.

Aussi, nous n'avons aucune illusion sur le

sort qui attend la démonstration donnée dans le travail ci-dessus.

Ce que nous regretterons surtout, c'est de n'avoir pas vécu cette phase d'histoire médicale, au moment où nous écrivions le chapitre de l'hygiène sexuelle, dans notre ouvrage sur la *Psychologie de l'hygiène.* Nous aurions pu en tirer des considérations de quelque intérêt.

Ajoutons ce seul mot : L'hygiéniste n'a nullement à se préoccuper de la valeur morale des procédés à employer dans la lutte contre les maladies, ce qui ne signifie nullement qu'il soit autorisé à user de procédés immoraux. Il vise à une politique des résultats.

Si, dans certains cas, la morale trouve son bénéfice aux mesures que l'hygiène considère comme efficaces, c'est tant mieux, mais c'est simplement une rencontre heureuse.

LES CONTUSIONS DU REIN (*)

Signes, Complications et traitement

Par le Dr F. MARSAN.

La symptomatologie des contusions rénales comprend une série de signes tant fonctionnels que physiques. L'auteur les passe en revue et étudie successivement :

La *douleur,* dont l'intensité n'est pas en rapport avec la gravité des dégâts rénaux ;

Le shock, qu'il ne faut pas confondre avec les signes d'une hémorragie interne ;

Les vomissements se présentent souvent indépendants de toute lésion péritonéale ;

Les hématuries sont étudiées avec le plus grand soin quant à leur importance, leur durée, leur apparition précoce ou tardive, leurs récidives. Elles peuvent manquer quand la lésion n'est pas importante et pas en communication avec les calices, ou au contraire, dans les cas graves, quand il y a arrachement du pédicule ou de l'uretère.

Les troubles urinaires sont variés. Il peut y avoir oligurie, polyurie, anurie et rétention. L'albuminurie et la cylindrurie durent quelques jours et disparaissent progressivement

Les ecchymoses s'observent surtout au niveau des dernières côtes et du bassin, parfois jusqu'aux bourses et au canal inguinal.

La palpation méthodique permet d'apprécier la douleur provoquée, la contracture abdominale, qui est un signe de premier ordre, et enfin l'importance de l'hématome périrénal.

La percussion révèle deux signes d'intérêt certain : la matité et le météorisme.

Les symptômes dûs aux *lésions concomitantes* doivent être recherchés pour déceler l'existence d'une péritonite ou d'une fracture.

Les formes cliniques comprennent des cas bénins, graves et moyens. Ce sont ces derniers qui présentent naturellement le plus grand intérêt thérapeutique.

Les contusions des reins anormaux ou pathologiques forment un chapitre spécial. Il envisage successivement la contusion du rein ectopique, unique, en fer à cheval. I insiste tout particulièrement sur la contusion du rein hydronéphrotique, qui peut déterminer la rupture de l'hydronéphrose, donner lieu à la même symptomatologie que les contusions des reins sains, à part l'hématurie qui manque souvent. Le tableau clinique est si complexe que, si l'on ne relève pas dans les antécédents des symptômes intéressants, le diagnostic est impossible.

Les complications des contusions rénales sont multiples et peuvent se produire à des époques très diverses.

L'infection se produit par différents mécanismes dans les diverses parties du tractus urinaire. Elle porte sur la vessie, le rein, mais particulièrement sur la loge péri-rénale pour donner lieu au phlegmon périnéphrétique

Les hématonéphroses peuvent être pures ou s'accompagner d'épanchement d'urine donnant lieu à l'urohématonéphrose. Les symptômes de ces deux formes sont les mêmes, et le signe caractéristique de cette dernière variété est l'apparition d'une intumescence souvent fort volumineuse dans l'hypocondre et le flanc.

Les hydronéphroses traumatiques ne sont pas fréquentes. Elles sont dues à l'oblitération de l'uretère par un caillot, à la section de l'uretère juxta-rénal, à des strictures contusives de ce conduit. La possibilité d'une hydronéphrose dans un rein mobile, par coudure de l'uretère, a été fort discutée. L'oblitération urétérale peut être due à un fragment calculeux mobilisé par le traumatisme ou par une sclérose péripyé-

(1) GÉRARD. — XXXe session d'Assoc. franç. d'urol., octobre 1930.

(*) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.) — 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars : (France et colonies : 22,25) ; (Etranger : 26 fr.), à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e). Compte chèques postaux : 712-04.

lique traumatique. Enfin, l'hydronéphrose peut être constituée par l'atonie pyélo-urétérale. En général, l'hydronéphrose traumatique est de formation lente, mais l'hydronéphrose précoce existe-t-elle ? L'auteur croit à sa possibilité, mais pense que de nouvelles recherches seraient nécessaires pour confirmer ce point.

La pseudo-hydronéphrose traumatique est constituée par un épanchement d'urine plus ou moins mélangé de sang, dans le tissu périrénal, et résulte d'une effraction du bassinet, du calice ou de l'uretère .

La néphrite traumatique existe-t-elle ? Bien que les cas de néphrite unilatérale soient rares, il en est d'indéniables. Par contre, la néphrite traumatique bilatérale ne semble pas répondre à une entité pathologique réelle.

Que doit-on penser *du rein mobile d'origine traumatique* ? Le rapporteur se range à l'opinion de Legueu qui pense qu'il n'y a pas de rein mobile par effort. L'effort ne fait que rendre apparent une mobilité qui restait jusqu'alors latente.

Comme autres complications possibles, on peut signaler la lithiase, la tuberculose, les tumeurs du rein, les kystes rénaux traumatiques, les thromboses et anévrysmes des vaisseaux rénaux, les douleurs rénales persistantes et les périnéphrites d'origine traumatique.

Le diagnostic des contusions rénales ne présente pas de grosses difficultés, et les seuls moyens cliniques permettent souvent de déceler la lésion du rein blessé et l'intensité des dégâts causés par le traumatisme.

Le pronostic immédiat de la grande majorité des contusions rénales est bénin. La guérison se fait assez aisément, et le rein contus, d'après lui, doit demeurer guéri définitivement.

Les indications opératoires doivent être discutées et posées dans chaque cas, d'après les données fournies par la clinique Dans les cas bénins et graves, la solution thérapeutique est facile. Pour les cas de gravité moyenne, elle est beaucoup moins nette. Cependant, pour ce qui les concerne, l'étude attentive des faits justifie la déduction suivante : Si l'on fait état, d'une part, des dangers immédiats et lointains des contusions rénales, et, d'autre part, du peu de gravité que présente l'intervention exploratrice, il s'impose qu'il vaut mieux intervenir précocement et fréquemment que tardivement et rarement. Cette conduite, toutefois, ne peut être suivie qu'à une condition formelle : c'est qu'on opère avec le parti pris, bien arrêté, de tout faire pour éviter une néphrectomie qui ne serait pas absolument indiquée.

Dans *les suites judiciaires des contusions rénales*, les principes qui doivent guider l'expert sont les suivants :

Le blessé a subi une néphrectomie pour contusion rénale : il faut apprécier la valeur du rein restant ;

S'il a subi une intervention rénale conservatrice, apprécier si ce rein opéré a subi une déchéance fonctionnelle ;

Si la contusion du rein a été guérie médicalement, apprécier encore la valeur du rein contus ;

Enfin, si l'expertise porte sur une complication imputée à une contusion rénale, l'expert doit bien préciser : la réalité du traumatismes rénal, la filiation des symptômes survenus après l'accident, le temps écoulé depuis le traumatisme

On comprend que le *taux d'incapacité* variera suivant les cas.

LE DIABÈTE, MALADIE SOCIALE

Par le Dr G. FISCHER

Dans le n° 6 bis du Concours Médical (11 *février* 1931), *j'ai publié les deux premières parties d'une Revue générale sur le* Diabète en clientèle. *Je complète cette publication aujourd'hui, en exposant comment on peut concevoir le diabétique, au regard de son milieu. C'est la troisième partie de mon travail, que j'intitulerai :* Le Diabète, maladie sociale.

« Le diabète, en raison de sa fréquence, de son importance parmi les causes de mort, de son existence dans toutes les classes sociales, mérite l'institution de moyens prophylactiques et thérapeutiques, comparables à ceux que l'on a dressés en face de la tuberculose, de la syphilis, de l'alcoolisme et du cancer » (1).

Ainsi, parle Marcel Labbé, qui, après avoir visité les services spécialisés des grands hôpitaux américains, a perfectionné peu à peu le fonctionnement de son service d'hôpital. Ce Maître a pu aussi, grâce à l'Œuvre du Service Social, étendre les bienfaits de son organisation thérapeutique, en dehors de l'hôpital, dans le milieu de Paris et de la Seine. Il a traité en 1929, à l'Hôpital 119, cas de diabète grave, avec 7,2 p. 100 de mortalité, et à la Consultation 584 cas de toutes catégories, avec une mortalité de 3,4 p. 100.

Voici l'économie générale du système.

Le premier examen du malade est très impor-

(1) Marcel LABBÉ. — Organisation sociale du traitement du diabète. (*Académie de médecine*, 15 avril 1930.)

tant ; c'est lui qui permet un diagnostic et un classement provisoire sur lequel sera fondé le traitement.

Les *diabètes graves sont traités par le régime et l'insuline* ; ils sont *hospitalisés* pour examen complet avec recherches de laboratoire, découvertes des complications, et cure.

Pour cela, il faut un laboratoire bien organisé, avec un bon nombre de travailleurs capables de faire les examens d'urines (glycose, corps acétoniques, acides aminés, ammoniaque, pigments et sels biliaires, albumine), les examens de sang (glycémie, rapport azotémique, coefficient uréosécrétoire, cholestérine, réserve alcaline, etc.), les examens de selles (recherche des parasites, dosage des graisses et des albumines, etc.), les examens radiologiques. Les malades, qui font une cure, ont besoin d'être suivis de près ; chaque jour, la glycosurie doit être dosée, et les réactions de cétose effectuées.

Le traitement dans le service comporte au premier plan l'emploi de la diététique et de l'insuline.

Les régimes sont calculés par une diététicienne et institués suivant les principes exposés précédemment. Ils sont réalisés pratiquement de deux manières. D'une part, les régimes sont, pour le plus grand nombre exécutés par la cuisine de l'hôpital, qui envoie dans le service des aliments tout préparés. A l'office, d'après un tableau dressé chaque jour, les portions destinées à chaque malade sont pesées et réunies pour constituer le menu du repas. Dans la salle, pour les malades en observation, les déchets d'assiettes sont pesés de façon à savoir exactement ce que le sujet a mangé.

D'autre part, pour un petit nombre de malades, les aliments sont préparés dans une cuisine de régime par une cuisinière spécialisée ; cela permet d'avoir une cuisine plus raffinée, et de peser exactement les portions comme il convient dans le laboratoire de cuisine que représente cette cuisine diététique.

L'insuline est injectée aux heures convenables par les infirmières de salle ; les injections, on le sait, doivent être faites avec une asepsie rigoureuse ; leurs effets sont surveillés durant les heures qui suivent, en sorte que, si des incidents d'hypoglycémie se produisent, les mesures nécessaires sont prises pour y parer.

Ce traitement à l'hôpital n'a pas seulement pour résultat de rétablir physiologiquement la santé du diabétique ; il sert encore à son éducation thérapeutique. Le malade doit s'habituer à calculer son régime, à le peser, à le combiner sous la direction de la diététicienne. Il s'exerce aussi à se faire des injections d'insuline sous le contrôle de l'infirmière. Il apprend à chercher le glycose et l'acide diacétique dans les urines.

Lorsque les malades auront été équilibrés physiologiquement, ils sortiront du service, se soigneront chez eux, et reviendront consulter chaque semaine ; à ce moment, des conseils leur seront donnés suivant leur état. Si on soupçonne la menace du coma, on approfondit immédiatement les réactions de cétose urinaire et surtout la mesure de la réserve alcaline. Le cas échéant, le malade est aussitôt couché, le traitement classique du coma diabétique institué sur-le-champ. Plus on va vite, plus on a de chances de guérir son malade.

Quant aux *diabètes légers, ils sont traités par le seul régime*, qui est ordonné avec précision à la Consultation. Les malades se soignent chez eux, et reviennent chaque semaine se montrer : on examine leurs urines, et on prend leur poids. En cas d'aggravation, on les hospitalise aussitôt, comme précédemment.

Un point important, avons-nous dit, consiste dans l'instruction et dans l'éducation du malade. Le seul moyen pour obtenir un traitement bien suivi, consiste, en effet, à obtenir le consentement du malade ; quand celui-ci a appris en quoi consiste sa maladie, quel est son avenir, ce qu'il peut obtenir par le traitement, on s'occupe de lui s'il a bien compris et s'il promet loyalement de se soigner. Sinon, on le renvoie, et on fait de même si, par des excès commis, il montre qu'il n'est pas sérieux.

L'instruction pratique est faite aux malades, hospitalisés ou ambulatoires, par l'assistante sociale et par la diététicienne. En quelques leçons le malade en sait plus que la plupart des médecins sur le traitement de la maladie. Ces leçons ont pour objet : 1° la récolte des urines ; leur examen ; la recherche de la glycosurie, de la diacéturie ; la pesée des malades ; 2° le calcul du régime ; sa valeur énergétique ; la proportion des aliments, qui le composent ; la composition des aliments usuels et leur teneur en hydrates de carbone ; la variété des menus ; la cuisine des diabétiques, les plats spéciaux qui leur conviennent ; les pains de régime ; 3° les injections d'insuline ; les réactions d'hypoglycémie ; 4° la conduite à tenir en cas de glycosurie et d'acidose, en cas de coma, de suppuration, érythème ; 5° l'hygiène générale du diabétique ; l'exercice quotidien ; les soins à donner aux pieds, aux dents, aux voies respiratoires ; 6° la manière de se surveiller et de prendre son observation ; l'emploi des feuilles de régime et d'observation. Ces indications sont résumées sur cinq feuilles imprimées, qui sont remises à chaque malade. Au cours de ces entretiens, doit revenir à chaque instant, comme un leit-motiv, qu'*un diabétique bien soigné ne doit jamais avoir de sucre dans les urines*, et la notion que la santé d'un diabétique est entre ses mains, et qu'elle dépend de son intelligence et de sa constance.

Les malades ambulatoires, d'emblée ou après sortie d'hôpital, ne sont pas abandonnés à eux-mêmes ; s'ils ne reviennent pas à la consultation, toutes les semaines ou tous les mois suivant les prescriptions, l'Assistance sociale, qui consulte la liste, leur écrit ou va les visiter, pour savoir si leur éloignement est dû à la négligence ou à la maladie. Au cours de ces visites : nouveaux conseils sur le régime, la cuisine, l'hygiène, la manière de faire les injections d'insuline.

L'insuline n'est accordée à domicile qu'à des malades sérieux, et après enquête de l'Assistance sociale. Si, à un moment, le traitement semble négligé, l'administration de l'insuline est refusée. En tous cas, on n'accorde pas de provisions d'insuline pour une durée de plus de huit jours.

Tels sont les principes et la pratique du traitement du diabète. dans le service du prof. Labbé. Les résultats depuis plusieurs années sont bons et vont toujours en s'améliorant. Par ce moyen, on a pu rendre à la santé de nombreux diabétiques, et en même temps, les remettre en état de reprendre leur travail.

DANGERS RÉELS ET PRÉTENDUS DES RAYONS X

De temps en temps, on accuse les Rayons X d'attaquer, de tuer (peut-être) les voisins ! Les corps savants, l'Académie de Médecine, font bonne justice de ces accusations et acquittent les fameuses radiations si utiles.

Seuls, les radiologues, et parfois quelques patients, préparés, *radio-anaphylactisés*, sensibilisés, par chocs, émotions, intoxications, sont atteints. On ne peut guère publier ses cas malheureux (Duchenne de Boulogne le faisait), car les médecins ne connaissant que trop la tendance « à vendre leur peau », de certains malades, s'aggravant même, surtout ceux soignés pour rien à tort, et obtenant de même l'assistance judiciaire.

Si l'on en juge par l'élévation croissante du taux des assurances de radiologues dans le monde entier, les radio-dermites sont nombreuses. Leurs dossiers consultés en éclaireraient les origines et leur serviraient.

Il y a tant de malades sensibilisés, l'alimentation si souvent frelatée, en est pour moi l'une des causes. Certaines substances sensibilisent (Morton, Tappenheimer, Jausion,). On préfère souvent encore, en niant cette action, croire à des « inconnues » agissantes.

Cependant, si l'on rapproche des cas isolés et publiés, on arrive à former un faisceau. Robert Lehmann, dans *J'Analyse*, à propos d'un livre de Coliez, cite des cas incompréhensibles de radiodermites après de courtes radioscopies. Le Dr Pigassou, d'Avignon, a cité un cas effrayant chez un malade injecté de bismuth.

J'en ai vu un cas après absorption de bismuth pour radioscopies. Le Dr J. Durin me signale un érythème après radioscopie.

Et que « d'inconnus », non publiés, victimes d'« inconnues » physiologiques !..

En revanche, la grande majorité des patients n'étant pas *sensibilisés*, heureusement, on a pu appliquer des doses formidables, *ultra-pénétrantes*, de Rayons X, notamment pour la radiothérapie des fibromes que le Maître d'Arsonval avait présenté en mon nom à l'Institut (Académie des Sciences) le 11 janvier 1904), exposée en mon Rapport au Congrès International des Sciences médicales de Londres de 1913 (avec les actions du Radium) méthode aujourd'hui classique, grâce à A. Béclère qui en a montré les évidents succès.

Le Dr Declairfayt, de Spa et Bruxelles, OPÈRE - il l'a publié souvent -, si j'ose dire, en une séance les fibromes par une dose énorme de Rayons X sans accidents, et ce, depuis dix ans.

Mais, ne l'oublions pas, les vieilles idiosyncrasies (voir l'*arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement* du Dr Jacques Sédillot) existent toujours, en tous les domaines : ici, c'est la *Radio-anaphylaxie.*

***

Les « inconnues », en radio-dermites se limitent donc. C'est le *choc radiant, la radio-clasie,* comme j'ai appelé ces phénomènes, si actifs déjà en médecine et chirurgie classiques, qui les cause.

Quant aux voisins, j'y arrive, nuls dangers quoiqu'on en ait dit. L'accusation unique du reste et répétée, vient sans doute d'origine médicale, *d'invidia medicorum* ... En décembre 1895, Roentgen communiqua ses Rayons X à la Société des Sciences naturelles de Wurzbourg. Le 20 janvier 1896, Lannelongue en parlait à l'Institut au nom des Drs Oudin et Barthélemy.

En 1896, existaient déjà à Paris, et en Province, maints électrothérapeutes, dirai-je « d'Arsonvalisants » c'est-à-dire, ceux qui utilisaient en thérapeutique les courants de haute fréquence (devenus depuis diathermiques) et où l'illustre Maître d'Arsonval avait consacré tant de travaux. Ces électrothérapeutes, il est bon de le dire et souligner, n'eurent qu'à brancher, sur leur bobine, un de ces jolis petits tubes de Crookes de l'époque, pour faire des Rayons X. On eut pu prendre ces praticiens qui ne demandaient pas mieux, dans les hôpitaux. Mais certains de nos Maîtres préférèrent des photographes ; sans doute crus plus dociles, moins désireux, de ... gloire! !..

On créa ainsi des *radiographes*, radio-photographes, dirai-je, et certains le sont restés, ignorant, volontairement, je le veux bien, la radioscopie et la radiothérapie qui arrivèrent vite. Ils n'étaient pas médecins — certains, rares —, le devinrent, mais les autres par conséquent n'avaient pas à connaître de la physiologie, ni de la thérapeutique. Ils le prouvèrent bien, du reste, car on en vit bientôt conclure à une action nocive sur les voisins d'actions lumineuses particulières, comme si nous ne vivions pas normalement, dans la lumière ! *Il* (unité) insista furcru.

Précisons, en raison de faits récents ayant affolé le grand public ! !

Les médecins revendiquèrent bientôt pour eux l'exclusivité des Rayons X. Les radiographes réclamèrent le droit qu'on leur avait donné ou qu'ils avaient conquis (certains, de par leurs travaux) d'impressionner des plaques radiographiques.... et d'ailleurs malgré l'intention hautement manifestée de respecter les droits *donnés*, acquis.

Il y eut du tirage que rien par suite ne justifiait : haine, jalousie !

En 1921, les Rayons X qui avaient déjà un long martyrologe pour leurs manipulateurs, se virent accusés d'ébranler la santé du voisinage. Une commission de l'Académie de médecine en décida tout autrement, de même une autre de la Société de Radiologie médicale alors interrogée par M. Strauss, Ministre de l'Hygiène.

L'impression, le voile, d'une plaque, seule base de l'accusation, comme si notre identité organique avec elle, était, à 20, 30 ou 40 mètres, n'a rien à faire avec la suite.

Va-t-on pour cela supprimer les Rayons X, si *nécessaires* pour les diagnostics (Drs Haret, Laquerrière, Ronneaux, Quivy, Pilven, Parisot, Faidherbe, Charlier, etc., etc. (*Mouvement Sanitaire*).

En 1929, après une accalmie dans la lutte, nouvelles attaques contre les dangers des Rayons X pour les voisins (certains propriétaires actuels, pour se débarrasser de vieux locataires d'avant guerre, disent même leurs immeubles lésés ? !). La Presse saisie émut tout le Monde. Le Conseil municipal de Paris, effrayé, c'est le mot - on m'interrogea souvent - fit nommer une Commission par M. Chiappe. En première page du *Matin*, le 26 septembre 1929, j'apportai mes arguments ; *Le Siècle Médical*, ceux de Maingot, Laborde. La Commission Préfectorale confirma, et voici enfin de nouveau, l'Académie de Médecine du 23 décembre 1930 qui affirme de nouveau l'inocuité des Rayons X pour le voisinage. La Presse ne fit pas ici autant de bruit qu'elle en fit pour ... l'effroi, soutint l'accusateur même, nia des expériences faites à la longue pratique de milliers de radiologues.

Les vrais dangers des Rayons X sont de plus en plus limités, restreints surtout aux opérateurs, très rarement aux malades, et quand on connaitra mieux les faits de sensibilisations que tant étudie le Prof. Jausion, on les supprimera ...

Mais l'*inocuité* de ces utiles et souvent sauveurs Rayons X (par leur diagnostic et leur thérapie) est donc, en matière de voisinage, une fois de plus jugée. On y a eu, on peut dire, première instance, appel, Cassation. On pourra s'en servir en justice, en ces contestations si fréquentes en les lois multiples sur les loyers (*Code annoté des loyers*, par Alexandre Reulos, vice-Président de la Cour d'Appel de Paris). Certains propriétaires s'en veulent servir pour expulser de vieux locataires qu'ils disent « nouveaux radiologues » « ayant changé l'usage des lieux loués ». Méfions-nous ... Une sorte de panique utilisable par certaines mauvaises fois est créée, à nous d'éclairer et de convaincre !... Des radiologues, acheteurs d'appartements se voient refuser le droit d'y exercer, de par leurs voisins co-propriétaires.

***

La radiologie comporte donc une question de *pénétration*, qu'il s'*agisse* de voir à l'écran ou au film actuel doublement impressionné, ou à soigner.. Il y a des degrés selon les effets à produire, à obtenir.

C'est la radiothérapie surtout pénétrante qui fut surtout accusée. C'était oublier, ai-je écrit au fur et à mesure des progrès des rayons X depuis février 1896, que l'on eut toujours des résultats avec les nouvelles radiations, selon l'épaisseur des sujets examinés ou traités, la force croissante des bobines et des ampoules. Depuis le Dr Despeignes, de Lyon, qui, en *France*, dès juillet 1896, obtenait, avec une bobine de 4 cm. d'étincelle, une amélioration d'un cancéreux stomacal, créant, ce que j'appelais bientôt, *radiothérapie*, jusqu'aux intensités énormes d'aujourd'hui, que j'en ai vu « entendu plutôt », des dires contradictoires, sur la valeur des intensités rœntgéniques.

Alors cependant que de petites, très petites intensités avaient amélioré, voire guéri certains cas, on prétendit bientôt, qu'au contraire, elles aggravaient les maux, que ceux-ci ne pouvaient disparaitre que devant des intensités formidables : celles-ci du reste variaient, augmentaient peu à peu, répétons-le, les « formidables (!) » d'antan n'étaient plus considérées que petites, aggravantes.

On est « revenu » de cette dernière idée, il ne semble plus *démontré* que les petites doses, fractionnées, soient nocives :

Nos premiers, *les premiers* fibromes guéris (Présentations du prof. d'Arsonval à l'Institut, les 11 janvier 1904, 27 février 1905, 15 juin 1907 souvent

rappelées par A. Béclère surtout (nous ne le dirons jamais assez), à l'Etranger dès le début, par le Dr Wetterer, (de Manheim), le furent avec 10 centimètres et un dixième de milliampère (existerait-il une homœopathie radiothérapique ?). La question des doses fortes, fractionnées, faibles, avec ou sans filtre, selon les cas, reste pendante : On a accusé les doses fortes (Rayons X ou radium) d'agir trop vite, , de floculer, comme dirait A. Lumière, trop de produits à la fois dans l'organisme, donc, d'y obturer des vaisseaux, ou, d'intoxiquer - d'où, des morts subites parfois constatées après guérison, c'est-à-dire fonte de la tumeur ...

***

Si nous avons comparée « les dangers réels et prétendus des Rayons X », insistant sur les premiers, tous personnels, c'est pour bien montrer que le voisinage placé par rapport aux Rayons, si différemment des opérateurs et des patients, n'a rien à craindre, quoiqu'on en puisse dire et qu'on en dira encore : L'accusation étant comme certaines fièvres, reproduites par ... accès ! .

J'ai 35 ans de radiologie - dès la première heure - il en est encore de cette époque, d'autres, plus jeunes ont aussi une expérience déjà longue et personne n'a vu, n'a pu apporter un cas de voisinage atteint !

On a donné beaucoup d'extension à l'accusation, peu à la défense, moins encore, si j'ose dire, à l'acquittement par l'Académie de médecine en dernier ressort.

Alors, clamons, proclamons la vérité : que les voisins n'ont rien à craindre. Que les jeunes radiologues puissent trouver à se loger, que les vieux ne se voient pas menacés d'être délogés ... Tous les prétextes sont bons pour ... tout augmenter, loyers, vie chère ! et diminuer les médecins, leur prestige, leur dévouement, et leurs services (comme valeur et réalité) !

Le Mouvement sanitaire, avec les Dr G. Dequidt et O. Genevoix a amorcé dès 1929, et publié le 30 décembre 1930 son enquête sur les *prétendus dangers* de voisinage ; en l'ouvrant, citant mon article d'alors du *Matin*, il m'y reprochait quelque peu d'y dire « que les radiologues restent seuls les victimes désignées et résignées ». C'est vrai, mais là aussi, on restreint les dangers. On isole de mieux en mieux les opérateurs, et le Dr J. Belot y contribue grandement

De même que j'avais signalé une chienne ayant reçu, depuis 3 ans, sans inconvénient, des Rayons, le Dr Labeau, de Bordeaux, signale un âne sous la radiologie, et indemne depuis 10 ans ... quoiqu'il en soit des très nombreuses réponses au *Mouvement sanitaire*, et des radiologues, les plus qualifiés ; aucune crainte, aucun danger pour les voisins. Rassurons les en toute conscience, et toute confiance.

Espérons bientôt que les radiologues, seuls encore martyrs, n'existeront qu'à l'état de souvenirs !

Dr Foveau de Courmelles.

L'Actualité Scientifique

La Presse

De la hernie étranglée chez les enfants en bas âge.

La hernie étranglée chez les enfants en bas âge est assez fréquente. Elle offre un certain degré de gravité, dû au peu de résistance du sujet et aux difficultés techniques de l'intervention. A. Martinez Vergas en décrit la pathogénie, le diagnostic et les signes cliniques : vomissements, finalement fécaloïdes ; gonflement de l'abdomen ; irréductibilité de la hernie ; douleur spontanée ; cris persistants.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une pointe de hernie : hernies pro-péritonéales ou autres qui, étant peu apparentes, passent souvent inaperçues et sont cependant très douloureuses.

Dans de nombreux cas, l'auteur a constaté la présence dans le sac, non seulement d'une partie de l'intestin grêle, mais aussi d'une portion du gros intestin avec le cæcum et l'appendice vermiforme ; il estime que l'appendicectomie prophylactique conditionnelle doit être pratiquée toutes les fois que l'occasion s'en présente, que l'appendice se présente dans le champ opératoire, quelle que soit l'opération en cours, et lors même que cet organe semblerait parfaitement sain. (*Bruxelles médical*, 31 août 1930.)

La forme subaiguë mortelle de la péricardite tuberculeuse primitive mortelle de l'adulte.

MM. V. Audibert et Jean Olmer décrivent une forme de tuberculose du péricarde évoluant silencieusement, d'une façon pour ainsi dire primitive et se terminant toujours par la mort. Cette péricardite tuberculeuse subaiguë, difficile à diagnostiquer à cause de sa latence et de son masque trompeur, paraît plus fréquente qu'on ne le pense ; elle doit toujours être recherchée sous les apparences de la myocardite primitive avec asystolie.

Le début en est insidieux, banal (amaigrissement, etc.). Parfois cependant se produit une dyspnée, avec constriction thoracique dans certains cas, sans irradiations particulières, sans angor et d'assez courte durée : c'est le seul signe qui puisse aiguiller le diagnostic.

Puis, au bout de quelques semaines, apparaissent d'autres signes, très peu nombreux d'ailleurs :

Signes cardinaux. — La *dyspnée* continue, sans amélioration par le repos au lit ou par les toni-cardiaques habituels ; le malade est anhélant, continuellement assis sur son lit ; pas d'accès paroxystiques ; pas d'angor. L'*augmentation de l'aire cardiaque*, constatée parce que la dyspnée attire l'attention sur le cœur, et pouvant aller jusqu'au 7e espace intercostal gauche, en débordant le sternum à droite ; aucun signe d'épanchement ; cependant, la palpation ne permet qu'assez difficilement de situer la pointe du cœur dans le 5e espace, par conséquent au-dessus de la limite inférieure de la matité. La *fièvre* constante du début à la fin de la maladie (38° à 39°, sans frissons).

L'*atteinte de l'état général*, et surtout une pâleur blanchâtre de la peau et des téguments avec léger empâtement des tissus.

Signes accessoires. — A l'auscultation du *cœur*, bruits un peu moins et peut-être un peu mous, sans signes orificiels ; souvent arythmie modérée. La tension artérielle est toujours abaissée, la différentielle restant normale. *Toux* peu marquée. *Expectoration* peu abondante, sans bacilles de Koch. *Œdèmes* pas constants, malgré la dyspnée et la défaillance du myocarde. *Appareil urinaire* toujours un peu déficient, avec urines diminuées, parfois albumineuses. *Foie* toujours augmenté de volume et douloureux. *Syndrôme médiastinal* dû à l'augmentation du liquide ; phénomènes de compression dans le domaine de la veine cave supérieure avec œdème en pélerine et circulation veineuse collatérale.

Aucun des signes précédents n'est pathognomonique d'un épanchement du péricarde, que seul révèle l'*examen radioscopique*. L'image classique en pareil cas commande la *ponction du péricarde* : le liquide est toujours très abondant (caractéristique essentielle), jamais jaune citron comme celui de la pleurésie *a frigore*, mais parfois légèrement verdâtre, souvent hématique et, en tous cas, toujours histologiquement hémorragique : *il tuberculise le cobaye*.

L'*évolution* se poursuit suivant un mode fatalement progressif ; le liquide ponctionné se renouvelle très rapidement ; la pleurésie est constante, mais tardive. La mort survient en 6 à 8 mois ; quoiqu'on tente, le pronostic est fatal, contrairement à d'autres localisations primitives des séreuses. C'est précisément cette évolution fatale, qui identifie ce type de péricardite tuberculeuse parmi les autres formes cliniques, qui arrivent généralement à guérir.

Tout *traitement* ne peut être que palliatif pour cette forme subaiguë mortelle. Il y a cependant intérêt à la dépister rapidement (le péricardique tuberculeux avec épanchement se distingue notamment de l'asystolique par ce que sa dyspnée ne cède pas, et qu'il n'a jamais d'appétit). On peut cependant tenter la péricardotomie et les injections d'air. (*La Presse médicale*, 20 août 1930.)

La diphtérie des enfants vaccinés par l'anatoxine de Ramon.

MM. G. Blechmann et A. Bohn démontrent que, dans l'ensemble, la vaccination antidiphtérique de Ramon a fait la preuve de son efficacité; la diphtérie est devenue tout à fait exceptionnelle dans les collectivités d'enfants, où elle sévissait avant la vaccination. Il est donc indiqué de propager de plus en plus l'emploi de l'anatoxine, et de vacciner le plus grand nombre possible d'enfants.

Cette vaccination doit être faite suivant certaines règles, si on veut être dans les conditions optima pour obtenir une bonne immunisation : en premier lieu, il convient de la pratiquer aussi précocement que possible, de préférence à partir de 10 ou 20 mois : les injections, au nombre de trois, doivent être séparées par un intervalle de 20 jours au minimum ; les doses d'anatoxine sont respectivement de 1/2 centimètre cube, un centimètre cube, et un centimètre cube et demi.

Enfin, il faut, si possible, contrôler biologiquement les résultats de la vaccination en pratiquant au bout de quelques semaines une réaction de Schick ; une quatrième injection est indiquée chez les enfants qui présentent une réaction positive. On augmente ainsi dans une notable proportion le nombre des enfants immunisés contre la diphtérie ; il en reste seulement 1 p. 100 de réfractaires, et il ne faut pas s'alarmer de quelques cas de diphtérie, signalés chez des vaccinés. (*La Médecine*, août 1930.)

La suggestion dans le rhume des foins.

M. Bonjour de Rachewsky démontre, par une expérience de 35 ans, l'influence sur le rhume des foins de la suggestion et des opiacés. Tout d'abord la suggestion peut arrêter les accès, et si le traitement est répété durant plusieurs années on obtient une guérison définitive. Chez ces malades, on observe une hypertension de la minima, et une diminution parfois très considérable du rapport des index de l'humérale et de la radiale. L'auteur a dès lors pensé qu'une cure opiacée corrigerait ces troubles, et éliminerait,

en partie, l'effet excitant produit par l'hypertension sur le système nerveux. L'expérience montre, en effet, que si l'on donne cinq fois par jour deux milligrammes de morphine, le rhume est radicalement coupé en 24 heures. Les exceptions sont rares. On donne le deuxième jour et le troisième trois doses et on empêche ainsi le rhume de suivre la voie bronchique. Depuis 20 ans, il prescrit méthodiquement la cure ci-dessus aux cas de rhume des foins, mais il soumet le malade en même temps à la suggestion, car la cure de morphine seule n'élimine pas l'excitabilité nerveuse. Il n'a observé ainsi qu'un insuccès et une rechute.

Même à des enfants, M. B. prescrit la morphine par demi-milligramme ; il donne 1 ou 2 milligr. aux adultes, et il part d'une dose pour monter à 3 ou 4 doses par jour ; la progression continue ensuite, comme dans la cure classique jusqu'à ce que le rhume soit arrêté. Chaque jour, il contrôle le résultat au manomètre. Dans la majorité des cas, 3 doses d'un demi-milligramme ou de 1 à 2 milligr. suffisent pour couper définitivement le rhume. Le malade, ensuite, prend les mêmes doses jusqu'à la fin de la saison, et il ne souffre plus. Dans les cas d'asthme, il faut monter plus haut, et on arrive à trois fois 5 ou 10 milligrammes.

Il s'agit d'une hypersensibilité nerveuse, qui s'accompagne de troubles circulatoires, que l'on retrouve dans tous les cas de troubles périodiques. Dans toutes ces éventualités, quand on abaisse la minima et rétablit une circulation normale, on coupe rapidement les troubles. D'autre part, le psychisme exerce une influence sur le rhume des foins. (*La Presse médicale*, 20 août 1930.)

De l'action antiinflammatoire et anesthésique des émollients en chirurgie et principalement en gynécologie

En médecine et en chirurgie, écrit le Dr DARTIGUES, tout dogme, toute théorie et toute découverte, dans leur application, dépassent souvent leur but et ont leurs excès qui les fait aller parfois à l'encontre même de la fin thérapeutique poursuivie.

. . . .

Dans les états inflammatoires, il y a une période où dominent l'irritation des tissus, leur congestion plus ou moins intense, leur intumescence et, au-dessus de tout cela, la douleur plus ou moins accentuée. Jeter sur ces régions phlegmasiques des antiseptiques forts, c'est, pour ainsi dire, lancer un activant sur le feu, c'est irriter davantage, c'est diminuer la résistance des tissus, c'est desquamer les couches cellulaires protectrices, c'est augmenter la douleur et, finalement retarder la guérison, si ce n'est l'entraver.

Ainsi, par exemple, dans une vaginite, une métrite aiguë ou subaiguë, ou même chronique avec des retours ou des réveils d'acuité, c'est une vaste erreur que de faire des injections antiseptiques fortement microbicides, car si elles arrivent à tuer des masses microbiennes, elles tuent en même temps les tissus qui constituent des remparts de résistance, et les microbes qui restent — car il en reste toujours un très grand nombre — s'enfoncent et se cantonnent plus profondément dans des couches où ils seront plus difficiles à déloger.

Dans la période inflammatoire, en chirurgie générale, comme d'ailleurs dans toutes ses branches et particulièrement en gynécologie, il faut donc savoir attendre un peu et éviter tout ce qui peut traumatiser, irriter, congestionner et rendre davantage douloureuses les lésions. C'est pour cela que l'usage des émollients est tout indiqué.

. . . .

C'est ainsi que très souvent j'ai eu recours aux émollients associés ou non à des antiseptiques fort légers en attendant de pouvoir appliquer les antiseptiques fortement bactéricides, qui, alors, sont supportables, non douloureux et vraiment agissants sur des tissus décongestionnés et devenus plus résistants.

En gynécologie, particulièrement depuis plus de 20 ans, époque où j'ai auprès du grand maître d'alors de la gynécologie française, le professeur POZZI, j'ai ordonné des injections émollientes et, en particulier, à base de racines de guimauve. Ce sont des injections faciles parce qu'on trouve le médicament presque partout et parce que leur préparation n'exige pas des manœuvres compliquées et au-dessus du pouvoir de mémoire des malades. Mais pourtant, cette préparation exige toute une petite cuisine : ébouillantement, longueur de la production de décoction, filtrage, etc. ; tout cela prend du temps, tout cela est trop visible pour les malades qui veulent se soigner discrètement, à l'insu de leur entourage familial ou amical ; les patientes se fatiguent vite de ces préparatifs, prennent ces injections trop irrégulièrement et, finalement, les délaissent, ne profitant pas ainsi de l'action si utile des injections sous forme émolliente.

Pour obvier à ces inconvénients, les patientes ont à leur disposition des comprimés dans lesquels s'associent l'althæa, et son mucilage, le biborate et le persulfate de soude et certaines essences balsamiques, de pouvoir antiseptique éprouvé.

Cette heureuse association d'essence antiseptique nouvelle, non caustique, aux principes émollients de l'*althæa*, ou guimauve, incorporés eux-mêmes à des substances alcalines, augmente l'action thérapeutique efficace de ces comprimés et l'avantage de leur procurer une durée pres-

que indéfinie, en les rendant imputrescibles, car à la longue, les substances végétales peuvent finir par s'altérer.

En gynécologie, les injections de guimauve, facilitées par les comprimés solubles (Gynalthine) s'adressent à toutes les affections à caractère inflammatoire aigu, subaigu et chronique: vulvo-vaginites, métrites, métrites cervicales, salpingo-ovarites, congestions utérines accompagnant les prolapsus et les déviations de la matrice, enfin, à tous les états de l'appareil génital s'accompagnant de pertes de mauvais aloi ou d'écoulements leucorrhéiques. Les émollients sont indiqués aussi dans les inflammations de voisinage qui vont souvent de pair avec ces infections métrosalpingiennes, ainsi, les bartholinites, les urétrites, les cystites concomitantes, parce qu'elles reconnaissent les mêmes causes. Les voies génitales complexes, avec les replis si nombreux de muqueuse, les cryptes, les orifices glandulaires multiples sont des régions profondes anfractueuses, où il est difficile, plus qu'ailleurs, de déloger les infections microbiennes ; et, du reste, les constitutions de plans anatomiques avec leurs stratifications conjonctives et cellulaires font que, sous le coup de l'inflammation, elles demeurent longtemps tuméfiées et infiltrées. De là, la nécessité d'injections décongestionnantes et sédatives. Il ne faut pas oublier, non plus, que les lésions annexielles inflammatoires, surtout au début, peuvent être soignées avec efficacité, en même temps que par des injections, par des lavements émollients, qui sont gardés par les patientes le plus longtemps possible et constituent un bain interne, local, rectal, qui, allant plus loin que l'injection vaginale, jusqu'à un niveau élevé dans l'ampoule rectale et l'*S* iliaque, entoure les lésions pelviennes d'une ambiance liquide qui leur passe sa tiédeur apaisante, en même temps qu'émolliente et décongestionnante.

En obstétrique, les injections émollientes sont tout à fait indiquées également, car elles calment les tissus fatalement attritionnés, traumatisés et rendus douloureux par le passage disproportionné de l'enfant à travers la filière génitale. De plus, elles favorisent plus rapidement la réparation de ces tissus, toujours plus ou moins endommagés.

Les pertes ichoreuses des néoplasiques, de mauvaise odeur et si irritantes à cause de leur flux presque continu, avant une intervention radicale, réclament très justement aussi ces injections sédatives et désodorisantes.

La Gynalthine a été expérimentée avec succès dans de nombreux services hospitaliers, et plus particulièrement par le Professeur J.-L. FAURE, dans son service de clinique gynécologique à Broca. (*La Méd. internat. illust.*, n° 1, janv. 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les pèlerinages musulmans à la Mecque.

(M. L. BERNARD. — *Académie de médecine* ; 30-12-1930.)

Nous avons déjà analysé les communications de M. Dinguizli sur les pèlerinages musulmans à la Mecque. Rappelons que l'auteur demandait, il y a deux ans déjà, et cette année à nouveau, une amélioration des conditions hygiéniques desdits pèlerinages, portant principalement sur les points suivants :

Aménagement de navires spéciaux pour le transport des Musulmans, se rendant en pèlerinage à la Mecque ;

Approvisionnement suffisant en eau et en glace, et dératisation préalable de ces bateaux ;

Vaccination préventive, avant l'embarquement, et examen physique des pèlerins pour éliminer ceux qui, en raison de leur état de santé, sont peu aptes à supporter les fatigues du voyage et l'inclémence du climat du Hedjaz ;

Aménagement du dispensaire de Djedda et création d'un dispensaire semblable à la Mecque, pour soigner les pèlerins malades.

M. Léon Bernard, après avoir montré la haute portée humanitaire et aussi l'intérêt pour le bon renom de la France dans les pays musulmans des réformes demandées par M. Dinguizli, soumet au vote de l'Académie les conclusions du distingué médecin tunisien. Ces conclusions sont adoptées.

Sur les causes de l'insuffisante activité du sérum anti-diphtérique.

(M. J. LIGNIERES. — *Académie de médecine* ; 16-12-1930.)

On se rappelle les plaintes formulées par les médecins du département du Nord au sujet de l'activité du sérum anti-diphtérique actuel, et le rapport présenté dernièrement sur cette question par M. Jules Renault.

Il est un fait. Alors qu'il y a trente ans, l'injection de 20 à 30 centimètres cubes de sérum de Roux donnait les meilleurs résultats dans la diphtérie, on a été amené à injecter des quantités de sérum beaucoup plus élevées (80,100,300 cc.) pour arriver aux mêmes

effets — que l'on n'obtient pas toujours d'ailleurs malheureusement.

Certains auteurs ont incriminé le nouveau sérum, à l'anatoxine Ramon. M. Lignières ne croit pas qu'il faille chercher là la cause de la moindre activité de la sérothérapie antidiphtérique actuelle. D'abord, à l'étranger, où l'on a toujours recours au sérum préparé avec la toxine, on a dû également recourir à l'élévation des doses. Ensuite, il y a lieu de considérer une donnée, à laquelle M. Lignières fait jouer un rôle essentiel. Les laboratoires chargés de produire le sérum se servent toujours de la même souche microbienne (souche Park Williams, de l'année 1894) sans cesse remise en culture. Expérimentalement, cette souche paraît encore très active. On peut se demander toutefois si sa valeur n'est pas en diminution et s'il ne convient pas de trouver là l'origine de la moins grande efficacité du sérum actuel. Ceci entraînerait la nécessité de la rechercher et d'utiliser une souche nouvelle.

Une contre-indication du chlorure de magnésium

(M. Fodéré. — *Académie de médecine* ; 23-12-1930.)

Depuis les travaux du professeur Delbet, l'emploi du chlorure de magnésium, comme agent prophylactique du cancer et d'autres états pathologiques, s'est très largement répandu dans les prescriptions médicales et dans le public également. Beaucoup de personnes, même, prennent régulièrement du chlorure du magnésium sans demander l'avis de leur médecin.

M. Fodéré signale deux cas dans lesquels l'ingestion de chlorure de magnésium a présenté des inconvénients. Il s'agit de malades atteints d'affection rénale qui ont accusé des troubles de rétention chlorurée après avoir pris pendant quelques jours des sels halogènes de magnésium comme préventif du cancer.

Ces deux observations ne diminuent en rien le grand intérêt scientifique de l'action du chlorure de magnésium si bien mise en lumière par le professeur Delbet. Elles montrent simplement que pour un usage prolongé de ce médicament, il importe que tout sujet demande conseil à son médecin qui tiendra compte de cette petite contre-indication. Lorsqu'il s'agit de personnes ayant une néphrite latente, on pourra ainsi mettre parfois en évidence l'affection rénale ignorée. Il sera , d'autre part, prudent, d'une façon générale, de ne pas donner d'emblée de fortes quantités de chlorure de magnésium et de commencer par de petites doses d'épreuve, si l'on a quelque raison de suspecter une déficience rénale.

L'éclairage artificiel des salles de classe.

(M. Morax. — *Académie de médecine* ; 23-12-1930.)

M. Morax présente, au nom d'une commission composée de MM. de Lapersonne, Sieur et Morax, un rapport sur l'éclairage artificiel des salles de classe, des salles d'études et des laboratoires.

L'éclairage par réflexion et l'éclairage diffusé donnent, dit-il, des résultats satisfaisants, à condition que leur intensité soit suffisante.

L'éclairage par réflexion nécessite des sources lumineuses beaucoup plus puissantes que l'éclairage diffusé, la source lumineuse se trouvant dans ce dernier cas moins éloignée. La présence du diffuseur, en empêchant les yeux de voir l'appareil incandescent, supprime toute action nuisible des sources lumineuses, même intenses.

La commission estime que l'éclairage diffusé est ainsi d'une réalisation plus pratique et plus facile.

P. L.

De la valeur du signe d'Empis chez le nourrisson.

(M. Pierre Robin. — *Soc. de méd. de Paris* ; 14-11-1930.)

Quant au signe d'Empis (persistance des mêmes bruits à l'inspiration et à l'expiration, quand on pince le nez d'un nourrisson), s'ajoute l'atrésie des mâchoires, il est très fréquent, dit l'auteur, que le nez et le pharynx ne soient pas libres. Les gargouillements et les ronflements dûs à la glossoptose doivent être séparés des stridors trachéo-laryngiens.

Le tarissement des seins de la nourrice doit être également attribué à sa vraie cause : la difficulté pour le nourrisson de téter physiologiquement. Il y a alors urgence à faire téter le nourrisson orthostatiquement.

Rétrécissement mitral fruste et troubles phonatoires.

(MM. André Tardieu et R. Grain. — *Soc. de méd. de Paris* ; 14-11-1930.)

Les auteurs communiquent l'observation d'un jeune homme de 14 ans, atteint de sténose mitrale fruste, se traduisant par la dyspnée d'effort et des accès de palpitation, et s'exprimant par un dédoublement du second bruit. A l'écran radioscopique : allongement vertical du cœur avec accroissement de l'arc moyen du bord gauche, saillies des oreillettes droite et gauche. Aucune notion étiologique n'éclaire la pathogénie de cette sténose mitrale, mais des troubles phonatoires coexistent : voix eunuchoïde, aphonie intermittente. L'examen laryngoscopique montre, au lieu d'une parésie ou d'une paralysie récurrentielle, unc agénésie bilatérale et symétrique du tiers postérieur des deux cordes vocales, sans paralysie.

Les troubles phonatoires sont survenues au cours de la période de la puberté, qui est aussi celle de l'apparition des premiers signes certains de la sténose mitrale. Bien que la théorie, qui fait de la sténose mitrale une affection évolutive, entraîne des sanctions thérapeutiques souvent très efficaces, les auteurs se demandent, s'il n'y a pas place pour quelques cas exceptionnels, explicables par la théorie, dite congénitale,

Quelques complications pulmonaires au cours et au décours de la fièvre typhoïde.

(MM. G. Caussade et A. Tardieu. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 14-11-1930.)

Les auteurs relatent à ce sujet quatre observations intéressantes. Dans la première, il s'agit d'un œdème aigu, contenant des bacilles d'Eberth à l'état de pureté ; cet œdème a contribué à la mort, sans s'être révélé pendant la vie par les signes habituels. Il était nettement infectieux, puisqu'il n'a pu être, à aucun degré, rattaché par une contingence quelconque, soit à une affection rénale, soit à une affection cardiaque ; et il ne s'agissait certainement pas d'œdème agonique.

La seconde observation concerne une congestion, œdème pulmonaire, fonction à la fois du bacille d'Eberth et d'un micro-organisme qui peut être considéré comme une variété de pneumocoques : bacilles d'Eberth et pneumocoques ont été retrouvés dans les crachats. Cette complication fut la première manifestation de la fièvre typhoïde. Dans les cas où une affection pulmonaire masque ainsi le début d'une fièvre typhoïde, une analyse des crachats peut révéler cette infection.

En troisième lieu, c'est une fièvre typhoïde, qui a duré tout au plus 20 jours, et une congestion pulmonaire, qui fut au début nettement infectieuse (pneumocoques), et qui, dans la suite, fut à la fois de nature infectieuse et d'origine cardiaque. C'est elle qui prolongea la maladie de cinquante jours environ et qui, faute d'une observation rigoureuse, aurait pu être considérée comme étant nettement et exclusivement typhique, puisqu'il y a eu succession sans transition de la complication pulmonaire à l'infection éberthienne.

Enfin, il s'agit d'une fièvre typhoïde, qui a évolué 25 jours et qui, à son déclin, tandis que le lysis est sur le point de se terminer, se complique d'une spléno-pneumonie, fonction du bacille d'Eberth ; seul celui-ci fut retrouvé par ponctions du poumon, à plusieurs reprises pendant l'évolution de la spléno-pneumonie, qui dura plus de deux mois ; mais il fut absent dans quelques crachats muco-purulents émis tardivement ; par contre, il était présent encore à l'état de pureté dans un abcès costal formé à la période terminale.

De tous ces faits, une conclusion thérapeutique se dégage :

1° Si le bacille d'Eberth est seul en cause, letraitement général de la fièvre typhoïde doit être appliqué (vaccins pour les uns, immuno-transfusion pour les autres) ;

2° Si le pneumocoque est l'unique agent microbien incriminé, le sérum antipneumococcique, outre le traitement de toute affection pulmonaire, doit être employé ;

3° S'il y a double infection (Eberth, pneumocoque, les deux à la fois), on peut, dans les cas graves, employer les deux méthodes précédentes ;

4° Si, à l'infection (Eberth ou pneumocoque, ou les deux à la fois) s'ajoute une dépression cardiaque prédominante ou même accessoire, les toni-cardiaques sont indiqués conjointement avec les traitements antiinfectieux. Il se peut qu'une congestion pulmonaire sérieuse et de longue durée soit exclusivement d'origine cardiaque ; dans ce cas, les toni cardiaques réitérés fourniront de véritables succès.

Abcès putride embolique du lobe supérieur droit. Guérison clinique et radiologique spontanée en six semaines.

(MM. Jean Hutinel et R. Kourilsky. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 14-11-1930.)

La guérison spontanée des abcès putrides du poumon est rare. Il est bien plus fréquent de voir guérir spontanément, après une ou deux vomiques libératrices, les abcès pulmonaires simples, c'est-à-dire ani-microbiens. L'observation, rapportée par les auteurs, est celle d'une jeune femme de 27 ans, atteinte d'infection rhino-pharyngée avec complications septiques locales (otite, adénophlegmon), secondairement aggravée d'un état général septicémique, et d'un abcès pulmonaire du lobe supérieur droit.

Dans tous ces cas (rares), où les auteurs ont constaté une guérison, celle-ci ne s'est produite qu'à la suite de l'élimination dans les crachats d'un véritable bourbillon nécrotique, plus ou moins fragmenté, dont l'aspect est celui de l'étoupe, particulièrement fétide et en tous points semblable à celui que l'on retire lorsqu'on intervient chirurgicalement sur des abcès pulmonaires récents, ouverts au thermocautère, ou au bistouri électrique. Non éliminé, c'est ce bourbillon, qui entretient la suppuration, et la chronicité des abcès putrides.

Le délai où la guérison spontanée est possible est de un mois à un mois et demi, deux mois au plus. Passé ce délai, la guérison ne peut être obtenue, et il faut recourir au traitement chirurgical.

C'est surtout l'émétine qui, dans le cas présent, a paru efficace ; mais celle-ci n'agit que par les modifications congestives et vasculaires, qu'elle entraîne au niveau des lésions.

Il faut aussi reconnaître l'influence certaine des auto-vaccins, ainsi que celle d'une cure de drainage d'attitude, le tronc étant incliné à 45°, la tête basse, 4 fois par jour, pendant une heure ; au cours d'une de ces cures, le bourbillon fut éliminé.

G. F

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales

Contusion claviculaire sans signature radiographique. Cal volumineux.

MM. Laroyenne et H. Jarricot présentent l'observation d'un enfant de cinq ans, qui à la suite

d'une chute se présentait avec l'attitude classique des traumatismes de l'épaule. Une palpation attentive montrait l'existence d'un point douloureux au 1/3 moyen de la clavicule gauche. La radiographie semblait permettre d'éliminer le diagnostic de fracture. On conseille néanmoins l'immobilisation du membre. L'enfant, revu trois semaines après le trauma, est porteur d'un cal volumineux qui par la suite diminua de volume. Y a-t-il eu fracture passée inaperçue ? ou un cal est-il susceptible de se former à la suite d'une contusion ou d'un arrachement périostique ?

L'ablation totale des amygdales par la pince de Sluder-Bowinger.

M. Proby présente une série d'amygdales enlevées totalement par ce procédé qu'il considère comme le meilleur, le plus rapide, le moins hémorragipare et le moins dangereux.

Société médicale des hôpitaux

Rétrécissement mitral avec hypertension artérielle et hypertrophie cardiaque.

M. A. Dumas présente l'observation d'une femme de 65 ans, qui eut à l'âge de 24 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu et qui, depuis quatre à cinq ans, a constaté de l'enflure des jambes, surtout marquée le soir. En novembre 1928, survint brusquement une crise dyspnéique intense ; depuis, quatre crises semblables se sont produites. A l'entrée, dyspnée sans cyanose, ni toux, ni expectoration. Congestion des bases pulmonaires. Au cœur, pointe dans le 6e espace, choc large et globuleux ; tachyarythmie complète, sans souffle, tension artérielle : 16/8. Foie gros. Œdème des membres inférieurs. Urines : disque net d'albumine et un peu de sucre. Quelques mois plus tard, quand le cœur se fut régularisé, on nota une vibration dure au premier temps et un dédoublement intermittent du second bruit à la pointe. La tension était remontée à 23/10. L'autopsie montra une hypertrophie cardiaque considérable en même temps qu'un rétrécissement mitral très serré.

Lymphogranulomatose maligne avec coexistence de lésions tuberculeuses.

MM. A. Dumas, Bernay et Baucomont présentent l'observation d'une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital pour une masse ganglionnaire volumineuse de l'épaule gauche ; une autre masse analogue existe à la région cervicale du même côté, ainsi que dans la région hilaire gauche. Ultérieurement les ganglions mésentériques furent envahis.

La biopsie permit d'affirmer la lymphogranulomatose de Hodgkin. La réaction de Bordet-Wassermann se montra positive, pour devenir négative par la suite. Les ganglions fondirent rapidement sous l'influence de la radiothérapie. Mais des bacilles de Koch apparurent dans les crachats, et la malade succomba à une cachexie semblant le fait, bien plus de son affection ganglionnaire que de la tuberculose.

Sur le diagnostic du typhus exanthématique et de la fièvre récurrente.

M. Saït Cemil (de Stamboul), membre correspondant, présente une communication sur ce sujet, où il montre que la cuti-réaction est *positive* dans 95 % des cas de fièvre récurrente, et *négative* dans la même proportion pour le typhus exanthématique.

Le même auteur présente un cas de *déchirure du jéjunum et mort par péritonite suraiguë à la suite d'un coup de pied reçu au ventre, au jeu de football.*

Cancer du poumon à évolution rapide développé sur une dilatation ancienne des bronches.

MM. A. Dumas, Bernay et Baucomont présentent l'observation d'un homme de 54 ans entré à l'hôpital pour une affection pulmonaire chronique avec amaigrissement considérable, expectoration purulente et fétide, petites hémoptysies, doigts hippocratiques, dysphonie due à une paralysie laryngée. Pas de bacilles dans les crachats. L'auscultation ne montrait que de l'obscurité à la base gauche, avec submatité. La radioscopie montrait une obscurité à contours nets occupant la région moyenne du poumon gauche, puis s'étendant par la suite à tout le poumon. Aggravation rapide et mort par cachexie trois semaines environ après l'entrée. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer du poumon greffé sur un poumon syphilitique avec dilatation ancienne des bronches.

Erythème noueux et syphilis.

MM. Mouriquand, Sédallian et Basonnet présentent l'observation d'un enfant de dix ans, de parents syphilitiques et suspects de tuberculose. Cet enfant fit un érythème noueux caractéristique avec Wassermann très positif dans le sang.

Atélectasie lobaire aiguë du poumon.

MM. Ch. Gardin et Savaye présentent l'observation d'un enfant de 4 ans 1/2 entré à l'hôpital Debrousse pour de la fièvre avec douleur à l'hypochondre droit ayant fait penser à l'appendicite. A l'examen, on trouvait à la base droite en arrière un léger souffle accompagné de sibilance, et de râles sous-crépitants discrets ; à la radioscopie léger flou du sinus costo-diaphragmatique droit ; on conclut à un foyer congestif de la base droite ayant donné un point de côté abdominal.

Le soir de l'entrée la température monte à 40°, pour retomber le lendemain à la normale d'une manière définitive. Néanmoins, pendant toute une semaine, on continue à avoir à cette base de la matité, du silence respiratoire complet, en même temps

qu'à l'écran on constatait la présence d'une ombre dont la forme est celle d'un lobe inférieur réduit en volume. On conclut donc à l'existence d'une atélectasie de ce lobe. Pendant deux autres semaines, on assiste, tant à l'examen clinique qu'à la radioscopie, au retour lent et progressif de la perméabilité à l'air du parenchyme pulmonaire. Un auteur scandinave, Jacobœns, a décrit des cas analogues d'atélectasie lobaire aiguë survenue comme complication de la pneumonie, de la tuberculose pulmonaire, ou au cours d'injections intra-trachéales de lipiodol chez des sujets sains. D'après cet auteur, le diagnostic de ce syndrome repose sur des signes cliniques d'épanchement (avec ponctions exploratrices négatives), accompagnés à la radioscopie, d'opacité du lobe atteint qui apparaît petit et rétracté, de diminution de l'hémithorax avec obliquité des côtes moins marquée du côté malade que du côté sain et un moindre écartement des espaces, enfin déviation vers le côté malade de la trachée, du cœur, et du médiastin. Le traitement consiste en inhalation de gaz carbonique qui agit sans doute en excitant le centre respiratoire et en provoquant des mouvements respiratoires plus intenses.

Intoxication par l'huile d'aniline employée comme insecticide.

MM. Thiers et Imbert (présentés par M. Pic) relatent l'histoire d'un homme de 30 ans qui, après avoir badigeonné son lit avec une préparation insecticide, se coucha sans autres précautions ; vers 1 heure, il se réveilla en proie à une céphalée violente et tomba bientôt dans le coma. A l'entrée à l'hôpital on note une pâleur intense sous laquelle transparaît une légère cyanose ; les muqueuses (lèvres, langue) sont absolument noires : le malade est dans le coma, pouls extrêmement rapide, tension artérielle : 6 ; extrémités froides ; respiration normale ; urines de couleur porto (indican) ; sang poisseux et noirâtre, coagulation accélérée ; le caillot se rétracte mal et le sérum est couleur de bière brune (méthémoglobinémie). Guérison rapide après traitement par les toni-cardiaques. La préparation en cause était de l'huile d'aniline, substance interdite par la loi. A noter que la femme du malade qui couchait avec lui était restée indemne.

A. C.

Les Congrès

VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

(*Suite*) (1)

Considération sur la recherche de l'immunité dans la syphilis.

(Nikam (Budapest).

L'immunisation, qui serait la méthode idéale pour faire disparaître la syphilis, se heurte à de sérieuses difficultés, d'ordre social et surtout biologique ; l'immunité naturelle n'existe chez l'homme que sous forme d'immunité partielle, variable d'un sujet à l'autre, et, expérimentalement, d'un animal à l'autre, et même différente, chez le même animal, suivant la région envisagée. Nous sommes forcés d'admettre que le degré de résistance qu'on peut atteindre actuellement chez l'homme est insuffisant et que c'est lui qui montre, parmi les êtres vivants, la plus grande sensibilité vis-à-vis du spirochète. Ne pourra-t-on, par des recherches méthodiques, augmenter la force de cette immunité, créer une superimmunité durable, transformer l'humanité en une race héréditairement réfractaire, les spirochètes en sapropphytes, et le processus syphilitique en un état bénin et sans symptomatologie ?

Ces questions soulèvent différents problèmes : la première condition pour obtenir cette superimmunité par *vaccination active*, serait de pouvoir cultiver des souches hypervirulentes ; le deuxième problème est la découverte d'un procédé permettant ce transfert de l'immunité : dans certaines conditions, — et cette conception trouve un appui dans la théorie de la « mémoire cellulaire » de Jacquet, — la production, par les cellules de l'organisme, de corps de réaction spécifique, peut se prolonger sans qu'il persiste de processus morbide : quand ce dernier vit d'ailleurs, sous la forme végétative, dans le liquide des bulles de vésicatoire, où la coloration au May-Grunwald-Giemsa permet de le retrouver sous un extrême polymorphisme. Des autopsies de sujets jeunes ont montré des lésions des voies biliaires et du foie.

(1) V. *Concours médical* nos 4, 5, 6 et 7.

Le traitement abortif nuit-il au développement normal de l'immunité spécifique ? Quelle est sa responsabilité dans l'accroissement de la fréquence de la parasyphilis ?

Professeur Léopold Artz (de Vienne).

Arzt discute tout d'abord la question de la guérison clinique, sérologique et biologique de la syphilis, qui, d'après certains paragraphes du rapport de Truffi, ne paraîtrait plus devoir être mis en doute. Cependant certains auteurs ont exprimé une opinion contraire : l'échec d'un traitement entrepris à la période primaire pourrait troubler gravement le développement ultérieur de l'immunité, et imprimer à l'évolution future de la maladie une allure différente de

celle que nous considérons comme classique. Finger, en particulier, admet que, dans ces conditions, la syphilis perd son caractère d'affection cutanée : depuis l'introduction du salvarsan dans la thérapeutique, les manifestations cutanées ou muqueuses sont réduites au minimum ; la peau perd ainsi son caractère d'organe de défense , et de ce fait, les atteintes nerveuses (tabès et paralysie générale) et vasculaires (aortite), subissent un accroissement significatif. On conçoit combien il est important de tirer au clair cette question : si réellement le traitement de la syphilis, et en particulier la salvarsanthérapie, n'avaient comme résultat que d'entraver la tendance naturelle à la guérison de la maladie et la mise en jeu des forces de résistance de l'organisme, notre conduite actuelle, et en particulier le traitement abortif, ne seraient plus justifiables.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 540 malades, traités de 1911 à 1922, dont la durée d'infection variait de huit à dix-neuf ans. Le chiffre de huit années d'observation est évidemment trop faible ; mais d'après certains auteurs, l'intensité du traitement raccourcirait la durée du temps d'incubation.

De ces 540 sujets, Arzt ne retient tout d'abord que 149 chez lesquels il a observé 48 récidives, dont 43 récidives à la fois cliniques et sérologiques (25 p. 100) et 5 récidives sérologiques pures (2 p . 100). Sur ces 149 malades, l'auteur relève 10 cas de neurosyphilis (5 tabès et 5 paralysies générales), soit 7 p. 100. Les 391 malades manquants n'ayant pas répondu à l'appel de l'auteur, ont été l'objet de recherches dans les asiles d'aliénés.

L'auteur retrouve 4 sujets atteints de parasyphilis (1 tabes, 2 paralysies générales et une syphilis spinale), éliminant certains malades atteints d'épilepsie ou de schizophrénie, affections qui, dit-il, ne peuvent être mises contre le compte d'une syphilis en évolution. La statistique des cas de parasyphilis peut donc se résumer par les chiffres suivants :

Nombre de malades ayant reçu le traitement abortif : 540 ; parasyphilis : 14, soit 2,5 p. 100, dont : syphilis spinale, 1 (0,29 p. 100) ; tabes : 6 (1 p. 100) ; paralysie générale : 7 (1,3 p. 100) chiffres très inférieurs à la proportion de 10,59 p. 100 (dont 3,19 p. 100 de syphilis médullaire, 2,73 p. 100 de tabes et 4,67 p. 100 de paralysie générale), donnés par la statistique de Mattauschek et Pilcz.

L'auteur fait observer, d'autre part, que certains de ses malades, traités au début de la période 1911-1922, n'avaient reçu qu'un traitement très insuffisant pour notre conception actuelle, et que sur les 14 sujets atteints de parasyphilis, 12 n'ont subi le traitement — qui cesse alors de mériter le nom de traitement abortif — qu'à la période sérologique positive ; ce qui réduit à 4 p. 100 la proportion des parasyphilis observées après traitement abortif.

Quant aux deux cas restants (1 tabes et 1 paralysie générale), sans doute leur séro-réaction répétée plusieurs fois était-elle négative, mais ils présentaient déjà tous deux une réaction ganglionnaire. Ainsi, d'après ces documents, l'augmentation de la parasyphilis semble-t-elle devoir être mise sur le compte, non du traitement abortif, mais du traitement précoce.

Reprenant la question à un autre point de vue, l'auteur a recherché les antécédents thérapeutiques de 164 parasyphilitiques traités à sa clinique de 1922 à 1930. 37 de ces sujets auraient, d'après leurs dires, subi un traitement abortif, soit 23 p. 100.

L'auteur conclut que : 1° la parasyphilis n'est pas due au traitement abortif ; 2° celui-ci, pratiqué à la période séro-négative, est un facteur de préservation pour le système nerveux central ; 3° il n'en est plus de même à la phase séro-positive ; il faut alors s'attendre à 4 p. 100 environ de parasyphilis ; 4° on ne peut tirer de ces faits aucun argument de nature à faire admettre un rôle néfaste de la thérapeutique vis-à-vis du développement de l'immunité ; 5° l'apparition des cas de paralysie générale est plutôt due à l'insuffisance et à l'irrégularité des traitements employés.

Considérations cliniques sur la résistance naturelle et l'immunité spécifique dans la syphilis (processus de la période d'incubation dans l'infection primaire et seconde ; conditions de la formation du chancre ; exceptions à la loi de Colles. Syphilis binaire).

La résistance naturelle contre les maladies infectieuses et l'immunité acquise sont deux phénomènes distincts : cette différenciation est vraie aussi en ce qui concerne la syphilis, car, d'après les recherches expérimentales sur l'animal, aussi bien que d'après les observations faites sur l'homme, il faut accorder à la résistance ou à l'immunité naturelle une certaine importance : le fait que la région génitale est beaucoup plus souvent le siège de l'accident primitif que la région buccale ou d'autres points de corps, semble reposer en partie sur les différences de résistance à l'infection suivant les régions considérées, abstraction faite des conditions différentes de l'infection (vulnérabilité, anaérobies) ; l'existence d'infections asymptomatiques, qui, au point d'inoculation, ne montrent aucune lésion primaire est significative en clinique : l'infection restée latente après inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, d'un seul côté, se transforme en une infection visible, après la deuxième inoculation, faite cette fois dans la chambre antérieure du côté opposé. Pourquoi, d'autre part, n'y a-t-il si fréquemment qu'un seul accident primitif ? Peut-être y a-t-il déjà, pendant cette période de première incubation, certaines forces en jeu, qui limitent la maladie au point où l'inoculation a été la plus massive, tandis qu'elles enrayent le développement de colonies voisines, plus faibles ? Existe-t-il déjà en ce point une ébauche d'immunisation ? Nous ne pouvons encore en décider. Cependant, à la suite de la gale ou de l'herpès, de très nombreux accidents primitifs (20 ou 30) peuvent survenir : il est vraisemblable que ces ma-

ladies diminuent les forces de résistance de l'organisme.

En ce qui concerne l'immunité spécifique, il semble que l'étude des processus parasitologiques pendant la première incubation, comparant l'inoculation primaire avec l'inoculation seconde, soit particulièrement démonstrative : après la première inoculation, chez le lapin, les migrations des spirochètes paraissent se faire sans obstacle notable, tandis qu'après l'inoculation seconde cette migration est retardée (Strempel et Armuzzi). Il est à désirer que ces recherches soient reprises dans les réinfections survenant après guérison de malades traités par le salvarsan à doses suffisantes.

Quelques remarques sur la *formation du chancre* : Les modifications des réactions cutanées sont telles, dans la région atteinte, qu'aucun chancre nouveau ne peut s'y produire, si on y introduit un nouveau virus ; mais ce phénomène devient moins net, si la première infection s'est faite par la voie sanguine, ou si le développement du chancre a été interrompu par une excision précoce ; le phénomène redevient évident, si l'inoculation a été faite par la voie rachidienne (Strempel) : cette expérience montre l'étroitesse des relations entre ces deux tissus d'origine ectodermique que sont la peau et le système nerveux central.

La loi de Colles-Baumès énonce cette vérité que la mère d'un enfant syphilitique, même si elle paraît indemne de syphilis, ne peut, malgré les risques de contagion auxquelles elle s'expose, contracter un accident primitif. Les exceptions à cette loi peuvent s'expliquer par une surinfection et l'apparition d'une papule chancriforme : chez des lapins mâles, inoculés exclusivement par voie rachidienne et placés dans des conditions évitant toute possibilité de contamination, l'auteur a pu obtenir, en collaboration avec Strempel, après un intervalle de plusieurs mois, l'apparition, au niveau du scrotum, d'un syphilome, qui ne pouvait, en aucune manière , être différencié d'un accident primitif : ce qui explique l'apparition d'un pseudo-chancre de l'aréole du sein chez une femme atteinte de syphilis latente.

Ainsi les recherches modernes amènent à une compréhension plus claire de la syphilis binaire et expliquent la pénétration du spirochète sans symptômes locaux, telle qu'on l'observe chez de vieux syphilitiques et même chez des paralytiques généraux.

On distingue trois types de syphilis binaire : celle des adultes, qui apparaît chez des hérédos, et qui présente, avec un accident primitif plus ou moins net, les signes d'une nouvelle infection syphilitique ; celle des nouveau-nés, dont on ne connaît jusqu'ici qu'un seul cas (Hoffmann-Schillings), dans laquelle les spirochètes traversent le placenta peu de temps avant la naissance, et provoquent une deuxième infection par voie cutanée, pendant ou après l'accouchement, au moment où l'immunité n'existe pas encore ; enfin, la syphilis binaire asymptomatique, observée par Kulles et ses élèves chez un paralytique général, qui fut infecté par des spirochètes hétérogènes, sans réaction locale, les agents infectieux ayant été mis en évidence par ponction ganglionnaire. La super infection doit, sur la base de ces nouvelles recherches jouer un rôle chez l'homme ; peut-être intervient-elle dans les faits de séro-récidives inexpliquées, survenant chez des sujets traités par des doses massives de salvarsan ou de bismuth, après un temps d'observation prolongé et suffisant.

Un troisième mode d'*immunité passive* pourrait consister à stériliser l'organisme par l'accumulation des produits du spirochète, comme l'a montré Besredka dans son procédé d'épuisement des milieux de culture.

Mais il serait plus séduisant de tenter l'application de *paravaccins* : soit en provoquant une « subsyphilis » par l'atténuation, la dégénérescence des spirochètes par des procédés chimiques ou physiologiques, par des passages sur l'animal, ou en les inoculant à certains animaux inférieurs, de façon à obtenir des races de faible virulence, à peine pathogènes. Les recherches tentées par l'auteur sur les parasites suceurs (poux, puces, punaises) ne lui ont d'ailleurs permis de découvrir aucune forme nouvelle de spirochète. Enfin, peut-être pourrait-on obtenir une « co-immunité hétéro-allergique » en rendant transmissible à l'homme la syphilis du lapin, en atténuant la frambœsia ou le sodoku.

D'autres méthodes de bactériothérapie seraient aussi à prendre en considération, telles que le bactériophage de d'Hérelle, le renforcement des procédés de défense phagocytaire au moyen de l'inondation des voies sanguines par des bactéries non pathogènes. Ceci nous conduit à envisager le dernier groupe de possibilités, dont le but est d'activer la capacité de défense des leucocytes, plasmazellen, du réseau réticulo-endothélial, des glandes endocrines et hématopoiétiques, du foie, etc., soit par des produits non spécifiques, comme les protéines ou les agents chimiques, soit par des produits spécifiques, comme la luétine, ou même par des mesures générales d'hygiène (ésophylaxie d'Hoffmann).

Communications libres

Marchionini (Fribourg-en-Brisgau) : **Différenciation des manifestations syphilitiques du système nerveux central par la réaction de fixation dans le liquide céphalo-rachidien pratiquée avec des extraits cérébraux.** — Par ce procédé, l'auteur obtient dans le tabès et la paralysie générale 100 p. 100 de résultats positifs, tandis que dans la syphilis cérébro-spinale secondaire ou tertiaire, la réaction reste négative, même dans les cas où les réactions colloïdales démontrent la participation du système nerveux central dans le processus syphilitique.

Merther (de Dresde) : **Chancres mous multiples avec septicémie à bacille de Ducrey.**— Au cours de l'épidémie de chancres mous observée à Dresde

pendant l'hiver 1929, l'auteur a pu suivre un ouvrier de vingt-neuf ans, infecté fin décembre, et présentant en janvier de nombreux ulcères de la verge ; à la suite de traitements insuffisants et de la malpropreté du sujet, les chancrelles gagnèrent la cuisse, le dos et même la tête. Les recherches de laboratoire furent négatives au point de vue de la syphilis (ultra-microscope, Bordet-Wassermann et réaction de Kahn) ; pas d'adénites. Une hémoculture, motivée par la fièvre irrégulière et le mauvais état général du malade, fut faite le 7 avril, et le sang porté à l'étuve à 37° après addition de sérum de cheval (procédé de Freund-Berger). Au bout de quatre jours, apparurent des bâtonnets à Gram négatif, courts, à angles arrondis, disposés en chaînettes courtes, de deux éléments, ou longues. Après repiquage sur agar au sang humain, ces formes en chaînettes n'existaient plus, mais on trouvait de nombreux diplobacilles en forme d'haltère ou de nacelle ; en somme une symbiose de bacilles de Ducrey et de pseudo-diphtériques. L'auteur admet qu'à cause du mauvais état général, la réaction leucocytaire fut insuffisante chez le malade, d'où l'absence d'adénites suppurées, réaction de défense, et l'apparition du bacille dans le sang.

G. Verroti (de Catane) : **Superinfection et immunothérapie dans la syphilis.** — L'auteur étudie la réinfection, par rapport à la valeur qu'on peut attribuer à un traitement vaccinal, en inoculant, par scarification de la peau, des tréponèmes vivants, prélevés sur des chancres syphilitiques. La régression des lésions cutanées sous l'influence de l'inoculation des tréponèmes ne se manifeste pas toujours de la même façon et est inconstante : on peut observer toutes les variétés, depuis la guérison complète et rapide des lésions voisines du point d'inoculation, jusqu'à la diminution légère et fugace de ces mêmes lésions. Lorsqu'on emploie ensuite la chimiothérapie, les résultats sont plus nets et plus durables même dans les cas où la lésion de superinfection avait avorté ; ce qui doit faire admettre l'existence d'une action vaccinatrice même lorsqu'elle n'est pas décelable avant la vaccinothérapie. Le développement de la superinfection est en rapport avec l'état d'immunité dû à l'infection préexistante. Ces recherches sont inoffensives pour un organisme déjà infecté : ce résultat obtenu avec une seule inoculation justifierait au besoin sa répétition chez le même malade. De ces résultats et des recherches précédentes sur la luétine, on peut conclure à la possibilité d'une vaccinothérapie dans la syphilis, qui, même dans les formes nerveuses organiques, renforcerait la chimiothérapie.

M. P. de Favento (de Trieste) : **Résultats éloignés du traitement abortif dans la syphilis (cas traités de 1910 à 1920).** — L'auteur rapporte une statistique personnelle de 35 cas, soignés abortivement à la période séro-négative par trois séries de traitement mixte arsénobenzolique (3 grammes endoveineux) et mercuriel (12 injections de salicylate de mercure), et restés en observation pendant une période variant, suivant les cas, de onze à seize ans. Il rapporte deux récidives et deux réinfections. Il considère donc 33 malades comme guéris, en se basant sur les contrôles cliniques et sérologiques habituels et sur le long temps écoulé. L'auteur est convaincu de la guérison des malades soignés énergiquement dans le tout premier stade de la syphilis.

B. Pontoppidau (de Copenhague) : **La circulation du salvarsan dans l'organisme.** — L'auteur rapporte les résultats d'une série de 3.000 analyses (méthode de von Ramberg et Sjöstrom pour la recherche de l'arsenic), faites dans le sang, les fèces et différents organes, pour déterminer le sort des différentes préparations de salvarsan injectées par voie veineuse. Le produit injecté abandonne toujours rapidement — en moins d'une heure — le courant sanguin. La répartition dans les organes, du salvarsan, est irrégulière. L'élimination de la masse principale se fait par l'intestin, vraisemblablement par la bile, une très petite partie par la voie rénale. Une semaine après une injection, les trois quarts du produit sont excrétés par les fèces et les urines.

Tscheroyoubow et W. Rachmanow (de Moscou) : **Les manifestations de la peau et des muqueuses dans le tabes et la paralysie générale.** — Le tabes peut se combiner avec des manifestations typiques de syphilis active, surtout de type tertiaire. Par contre, l'examen de 159 cas de paralysie générale n'a permis aux auteurs de rencontrer aucun signe net de syphilis en activité, soit de la peau, soit du système osseux : entre le tabes et la paralysie générale, il y aurait une différence dans le caractère du processus pathologique.

(à suivre).

Les Livres

J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris, VI[e].

Le Guide du Praticien. *Précis d'hygiène familiale et de thérapeutique journalière,* par le Dr Henri Barth, médecin honoraire de l'hôpital Necker. Un vol. in-18 de 286 pages, cartonné : 24 francs.

L'auteur a pensé qu'un petit livre, où sont résumés, en face des symptômes caractéristiques de chaque maladie, les principaux moyens de la combattre, serait utile à beaucoup de jeunes médecins et même à ceux, plus âgés, dont le temps a émoussé le sens chimique.

D'autre part, le développement des œuvres sociales a nécessité le concours d'une infinité d'auxiliaires qui ont plus de bonne volonté que de science et qui ont besoin chaque jour de vérifier la signification d'un symptôme ou le mode d'application d'un traitement. A ceux-là aussi, ce livre, qui ne dit que l'essentiel et qui le dit simplement, pourra rendre service.

On ne cherchera, dans ce petit livre ni érudition, ni discussions doctrinales, ni nouveautés sensationnelles : volontairement, l'auteur a écarté toutes les théories, tous les faits douteux ou controversés. Son but est d'exposer, en un résumé clair et concis, l'ensemble des notions cliniques et thérapeutiques que tout médecin doit connaître pour se guider parmi les difficultés et les périls de la pratique journalière.

L'ouvrage est divisé en cinq parties dont chacune est consacrée à un âge de la vie humaine. Après l'exposé, très court mais très précis, des principes hygiéniques qui s'imposent, les diverses maladies propres à chaque âge sont passées en revue ; pour chacune d'elles un tableau des principaux symptômes esquissé à grands traits éclaire le diagnostic et fixe les indications ; puis vient l'exposé méthodique du plan thérapeutique à suivre et des principaux moyens reconnus efficaces.

La vaste expérience clinique du médecin honoraire de l'hôpital Necker donne à ses conseils une valeur particulière.

Il y a quelques trente ou quarante ans, les étudiants qui désiraient acquérir une véritable valeur professionnelle recherchaient les services de cliniciens dont la réputation de bons médecins dépassait parfois et de beaucoup celle des professeurs. Nous nous souvenons des Faisans, des Mercklen, des Comby et autres dont on se disputait longtemps à l'avance les places d'internes et d'externes. Au premier rang parmi ces derniers l'on citait le Dr Henri Barth, médecin de Necker. Depuis de longues années M. Barth est à la retraite et ce n'est pas sans émotion que nous avons feuilleté *Le Guide du pracicien* qu'il vient de publier et qui nous rappelle les solides qualités de ce célèbre médecin, un des meilleurs cliniciens de notre époque.

J. N.

Les livres qui viennent de paraître...

Editions de la Vie saine.
36, rue des Artistes, Paris.

Dr Louis Devraigne, médecin-chef de la Maternité de Lariboisière. — **Margot et Mahu**, plaquette de 72 pages, illustrée, d'où est tiré le film d'hygiène sociale « Le voile sacré. »

PEMPHIGUS GRAVE DU VIEILLARD

Traitement par l'Acécoline

Par M. le Dr René Lefebvre, de Boiry-Sainte-Rictrude.

De récents travaux sont venus attirer l'attention sur les propriétés trophiques de l'Acécoline.

Dès 1928, dans leur mémoire princeps, le Professeur Maurice Villaret et Justin-Besançon (1) signalaient les heureux effets du traitement par l'acétylcholine dans les ulcérations des moignons. En mars 1930, I. Dainow (2) rapportait une série de cas d'ulcères variqueux rapidement améliorés par le même médicament. Tout dernièrement enfin, F. Wysz-Chodat (de Genève) (1) publiait un cas de guérison par injections hypodermiques de chlorhydrate d'acétylcholine d'une large ulcération scrotale chez un diabétique.

Ce qu'il y a de tout spécialement intéressant dans ces observations, c'est qu'il s'agissait de plaies septiques, de processus dans lesquels l'élément microbien avait sa part. Il faut donc admettre que bien souvent, des ulcérations

(1) Professeur Maurice Villaret et L. Justin-Besançon. — Effets thérapeutiques de l'acétylcholine. (*Presse médicale*, 12 mai 1928, n 38, p. 593.)

(2) I. Dainow. — Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* mars 1930, p. 270.)

(1) F. Wysz-Chodat (de Genève). — Guérison par injections hypodermiques de chlorhydrate d'acétylcholine d'une large ulcération scrotale chez un diabétique.(*Schweizerische Medizinische Wochenschrift,* n° 10, mars 1930.)

variées sont conditionnées par deux facteurs : d'abord une ulcération trophique des téguments, fondamentale, et secondairement, l'infection microbienne.

On comprend donc l'inutilité du traitement antiseptique banal dans des cas semblables, ou, tout au moins, son inefficacité lorsqu'il est seul mis en œuvre.

Inversement, on s'explique que des plaies infectées, de dimensions parfois considérables, puissent guérir rapidement lorsqu'on modifie énergiquement la nutrition des téguments. Les travaux de Leriche, sur les effets de la sympathicectomie dans des cas semblables, sont venus démontrer, de façon péremptoire, le rôle des facteurs trophiques et circulatoires dans la cicatrisation des plaies cutanées.

A l'appui de ces notions modernes sur le traitement des troubles cutanés trophiques, il nous paraît intéressant de rapporter un cas curieux de pemphigus grave, chez un vieillard, amélioré avec une rapidité surprenante par les injections d'Acécoline.

M. B..., vieillard de 74 ans, artérioscléreux, léger hypertendu, voit apparaître aux deux jambes des bulles de pemphigus, qui, rapidement, s'accompagnent de douleurs vives. Bientôt ces bulles crèvent ; il se forme rapidement de vastes décollements cutanés, qui envahissent les deux mollets (les pieds restent sains). Le malade souffre de plus en plus ; il lui est impossible de garder le lit, ne pouvant rester les jambes étendues ; depuis 15 jours il passe nuits et jours dans son fauteuil. Les plaies dégagent une odeur putride qui fait penser aux gangrènes humides des diabétiques.

L'état général s'altère, l'appétit disparaît, le malade s'amaigrit rapidement et un œdème blanc et dur apparaît au niveau des pieds. Le pronostic semble des plus graves.

En raison de la topographie particulière des lésions et par analogie avec les cas de gangrène des extrémités, je conseille au malade une série d'injections d'Acécoline, tous les deux jours, à la dose de 0 gr. 20. Ce traitement semble, en effet, dans ce cas grave, constituer la dernière planche de salut.

Le lendemain de la première injection, je trouve le malade les jambes allongées et qui me remercie de lui avoir rendu le sommeil. En effet, il a pu dormir une bonne partie de la nuit et les douleurs qu'il ressent sont devenues tolérables. L'œdème des deux pieds a totalement disparu et l'odeur des plaies est déjà moins accusée. Je conseille au malade de se mettre au lit où, désormais, il pourra rester.

Dès la troisième injection, l'état général est meilleur, le malade ne souffrant plus. Il a retrouvé l'appétit avec le sommeil. L'odeur de gangrène a totalement disparu et les progrès de l'épidermisation sont frappants.

A la sixième injection, le malade peut déjà se lever seul, et il tente de marcher.

Cette observation appelle une série de remarques cliniques. Il est certain que, dans ce cas, les accidents différaient profondément de ceux de l'artérite sénile et notamment, l'absence de toute gangrène des orteils plaidait contre ce diagnostic.

Il s'agissait évidemment d'une de ces dermatites polymorphes douloureuses, rangées par les classiques dans le cadre des pemphigus et qui sont, on le sait, toujours accompagnées de douleurs intenses.

Les lésions cutanées de notre malade s'éloignaient cependant par certains côtés de la maladie de Dühring-Brocq : la localisation aux jambes, l'évolution gangréneuse, la gravité des signes généraux concordent pour faire penser que ces lésions reconnaissaient un stubstratum circulatoire. La rapidité de l'amélioration obtenue par les injections d'acécoline vient confirmer cette impression clinique.

Il convient, par d'autres côtés, de rapprocher notre cas clinique d'une autre maladie, très spéciale à l'enfance et dont des cas nombreux ont été publiés dans ces dernières années, à savoir l'acrodynie. Là encore, on observe des vésicules sur les membres, en même temps que des troubles circulatoires. Or, les auteurs sont unanimes à constater les effets remarquables de l'acécoline dans cette curieuse maladie.

Le Professeur Nobécourt et Kaplan (1), Lelong et Odinet (2), M. Charleux (3) ont publié presque simultanément leurs succès thérapeutiques.

Notre observation, tant par les affinités cliniques que par la similitude des effets de la cure acécolinique, permet donc d'invoquer l'existence d'un processus trophique et circulatoire à l'origine de certains pemphigus chroniques.

---

(1) Professeur Nobécourt et Kaplan. — Un cas d'acrodynie infantile. (*Bulletin Société de pédiatrie de Paris*, n° 3, mars 1930, p. 102-106.)

(2) Lelong et Odinet. — Acrodynie avec réaction méningée latente. (*Bulletin Société de pédiatrie de Paris*, janvier 1930, p. 12-16.)

(3) M. Charleux. — Acrodynie infantile à évolution prolongée ; traitement par l'acétylcholine. (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 24 juin 1930.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LA SANTÉ PUBLIQUE
à la Chambre des Députés

Le 20 janvier dernier, la Chambre des députés, a abordé le budget du ministère de la Santé publique. Dans la discussion générale, plusieurs orateurs ont pris la parole, parmi lesquels j'ai relevé les noms de MM. Alexandre Rauzy et Philippe Marcombes, dont les discours méritent, en partie du moins, d'être étudiés, parce qu'ils ont traité la question de la santé publique, tant du point de vue général, qu'à propos de la lutte contre les fléaux sociaux.

Chose digne de remarque, ce sont surtout des députés de gauche et d'extrême gauche qui sont intervenus dans le débat. Je n'ai pas besoin de faire remarquer que telles observations, très judicieuses, qu'ils ont faites, ont été utilisées par eux pour exalter les mérites du prolétariat, dénoncer les abus et les misères dont il est la victime, et pour tout dire, faire le procès du régime. J'ai supprimé, de l'intervention de M. Rauzy, les passages qui sont de politique pure. Ils sont sans intérêt pour nous, médecins.

Par contre, je retiens tout ce qui démontre, en définitive, que l'Etat n'a pas à proprement parler de politique sanitaire, qu'il n'a pas notamment de politique de la natalité.

A quoi le Gouvernement répond que l'argent lui fait défaut pour mener à bien toutes les organisations et toutes les entreprises qui s'imposent. Ce qui appelle, en riposte. l'opposition, en vérité facile de deux chiffres l'un à l'autre : tandis que le budget de la santé publique n'est que d'un milliard, le budget de la guerre et de la marine atteint 19 milliards... Eternelle querelle où l'antimilitarisme s'en prend à la défense nationale, qui pourtant...

La plupart des orateurs ont regretté, avec plus ou moins d'âpreté, que l'on fit appel à l'aumône, à la charité déguisée, pour créer des fonds à la lutte anti-tuberculeuse, par la mise en vente du timbre anti-tuberculeux. Je n'ai pas besoin de vous dire où les socialistes et les communistes ont indiqué qu'il faudrait prendre l'argent. Je vous fais grâce de leurs idées à ce sujet. Encore une fois, la politique pure n'a pas accès ici. La politique sanitaire, par contre, y est à sa place. Et je répète qu'elle n'existe pour ainsi dire pas, comme doctrine de Gouvernement.

La loi de 1902, sur la santé publique. a besoin d'être remaniée. On attend sa refonte et son adaptation aux nécessités modernes. On attendra longtemps encore. L'organisation de l'hygiène est déplorable. Et il en sera ainsi tant que cette organisation dépendra du bon vouloir des municipalités, et que les agents techniques en seront les employés. Les hygiénistes de carrière réclament leur statut, et leur voix clame en vain dans un désert.

L'on a parlé , naturellement, des armements anti-tuberculeux, anti-vénériens, anti-cancéreux. Il n'est pas douteux que des efforts ont été tentés, dont les protagonistes nous ont vanté la puissance et les effets. Malheureusement, les statistiques répondent et leur réponse n'est pas aussi favorable à cette efficacité qu'on le pourrait croire à un superficiel examen.

On a reparlé du taudis, de l'alcoolisme et de la misère. De qui dépend donc la politique de l'habitation ? A qui incombe l'initiative des aménagements urbains qui feront disparaître ces îlots insalubres dont les grandes villes, et Paris en particulier, fourmillent encore ?

Qui, sinon le Parlement, pourrait prendre la responsabilité de limiter le nombre des débits de boisson et de limiter également le nombre et la qualité des boissons capables d'être débitées ?

Quant à la misère, je ne crois pas, en toute sincérité, que ce soit dans la classe ouvrière qu'il la faut chercher aujourd'hui. Ceux qui prétendent pareille chose font du boniment électoral. J'entendais, récemment, dans un tramway, un employé très subalterne de la T. C. R. P. qui s'entretenait avec la femme d'un de ses collègues. Et j'ai retenu cette phrase, qui m'a frappé : « Tout de même, disait cette femme, nous ne

sommes pas à plaindre, et nous gagnons bien notre vie.... »

C'est surtout dans la classe moyenne qu'il faut chercher les misérables, parmi tous ces petits rentiers qui, parvenus à un âge avancé, n'ont plus comme ressources que les revenus déquintuplés de leurs économies. De tous ceux-là, qui végètent misérablement avec les maigres rentes dont ils vivaient bien il y a seize ans, personne ne parle. Ce ne sont pourtant pas les moins intéressants.

L'amélioration de la santé publique est fonction d'une série de mesures radicales, dont on parle volontiers, mais dont personne ne consent, parmi nos dirigeants, à proposer seulement la réalisation.

L'amélioration de la santé publique, et la politique sanitaire qui devrait s'y employer, sont fonction de l'action du corps médical. Il en est le pivot. Or, au lieu d'associations fécondes entre lui et les organisations disposant de techniciens et d'outillages appropriés, ce sont plutôt des antagonismes que l'on voit se dresser.

Le problème n'est pourtant pas insoluble, puisque l'on nous cite les pays où la mortalité est très nettement inférieure à celle de la France. Est-il donc impossible de faire comme eux ? Et si les méthodes qu'ils emploient ne sont pas exactement applicables en France, par suite de différences dans le génie des races, ne procèdent-ils cependant pas de principes généraux dont il serait possible de s'inspirer ?

Mais, voici que le gouvernement vient d'être renversé. Sais-je seulement, à l'heure où j'écris ces lignes (24 janvier), si le prochain ministère comprendra encore un département autonome de la Santé publique (1). Avec une pareille instabilité gouvernementale, sans aucun esprit de suite, comment obtenir un perfectionnement sanitaire ?

Le discours de M. le Dr Marcombes, député du Puy-de-Dôme, a fait une large place au thermalisme. M. Marcombes représente les intérêts d'une région où abondent des sources thermales particulièrement renommées, toutes les sources du Plateau Central, auxquelles il est possible de rattacher celles du Bourbonnais, au premier rang desquelles se place Vichy.

Là encore, il y a une politique à adopter et à suivre. Marcombes a montré excellemment qu'il ne faut pas confondre *tourisme* et *thermalisme,* ni surtout faire dépendre l'un de l'autre.

Il a demandé la création multipliée d'hôpitaux thermaux, mettant la cure thermale à la portée des bourses de petite condition.

Il a montré comment certaines ressources pourraient, nées du thermalisme, lui faire retour.

Il faut savoir que, d'une façon générale, les établissements thermaux ne font pas de brillantes affaires. Il y en a qui, arrivent péniblement à joindre les deux bouts. D'autres, dont l'exploitation est souvent déficitaire. Ce ne sont pas eux les véritables bénéficiaires du thermalisme. Et ceux-ci n'ont pas le plus souvent des vues suffisamment élevées et généreuses, concernant la prospérité des villes d'eaux qui les enrichissent...

C'est bien que le thermalisme ait été ainsi évoqué à la Chambre par un député qui en connaît le mécanisme et les besoins. Un jour, il en sortira bien finalement quelque chose d'utile à l'intérêt général et au bien du pays.

Vous lirez ci-après (p. 632) les discours de M. A. Rauzy et P. Marcombes.

G. DUCHESNE.

(1) Le ministère Laval a maintenu le département de la santé publique dont M. Blaisot est le titulaire.

ASSURANCES SOCIALES

I

Médecins rabaisiens

Je suis attentivement sur le *Concours médical* votre œuvre capitale de défense du médecin dans ses multiples avatars que ne lui marchandent ni l'Etat, ni les clients, et même — hélas, ni les grands pontifes avec leur balançoire de la dichotomie.

Dans la correspondance n° 4552 (*Concours*, 1930, p. 3445), un confrère, un jeune comme moi, soulève une question capitale dont l'intérêt pourrait échapper et que je voudrais aussi souligner de ma faible plume pour attirer l'attention en ce point : *lès médecins rabaisiens et les A. S.*

Ceci intéresse tous les médecins et le fonctionnement honnête des A. S. : ce n'est donc pas un mince sujet et dont notre avenir dépend de sa solution. Celle qui est indiquée par ce confrère n'est pas mal du tout, même si elle peut étonner au premier abord. Mais il faut trouver une solution.

Car je vois — jeune médecin — ce qui commence rapidement à se dessiner dans le fonctionnement des A. S. quand on est en proie à la concurrence avec des confrères..... peu scrupuleux : c'est l'arrangement amiable entre le prix remboursé à l'assuré et le même prix demandé pour la visite — prix qui n'a rien de syndical — quitte à signer un nombre de visites fictif — ou à noter des intervention (P. C.) qui n'ont

pas eu lieu ! — car, que demande le malade ? Ne pas débourser un liard pour le médecin. Jamais il ne comprend qu'il doit en mettre de sa poche, et il nous accuse, nous, d'avoir un tarif syndical trop élevé.

Quant à procurer encore une ressource au malade, il n'y a qu'un pas léger pour ces médecins : à eux la clientèle assurée ! Et le jeune médecin qui commence, que va-t-il faire ? Savez-vous ce que c'est que la pratique médicale dans des villages où 2, 3, 4 confrères même, viennent s'arracher la clientèle avec âpreté, devant la galerie qui ne cesse de dauber sur chacun des actes de leurs bons médecins voués à leur dévotion, comme pas un domestique ne le serait pour des maîtres ?

Je suis dans une région où il y a pléthore et je n'ai qu'à m'en aller ? Pardon — j'ai acheté cette clientèle et c'est mon prédécesseur qui a laissé s'installer ce médecin marron, dans un pays voisin, et je dois tenir. Mais il faut lutter à armes égales. Et l'arme la plus mauvaise, c'est le rabais.

Or, depuis un an que je suis ici, avant les A. S. tous mes confrères me juraient qu'ils appliquaient le tarif syndical, — et j'ai eu la preuve qu'ils ne le faisaient pas : d'ailleurs, comment établir juridiquement cette preuve ? Comme le dit le confrère d'Evaux-les-Bains. Impossible.

Du reste, c'est général : dans les autres pays voisins, mes confrères m'avouent ne pas appliquer le tarif syndical pour leurs malades ordinaires ! A plus forte raison pour cette catégorie spéciale des A. S. qui ne pensent qu'à truquer, boire le moindre revenu, etc... Jamais ils n'ont un sou d'avance et peuvent payer : « Attendez qu'on me rembourse on vous paiera après »... s'ils ne l'ont pas bu dans l'intervalle.

Voilà hélas la situation. Je vous répète, nous sommes frits dans ces A. S. s'il n'y a pas un organisme syndical interposé. C'est une hérésie que nous disons peut-être devant cet idéal réclamé : « l'entente directe », « plus de tiers payant », etc. C'est, en réalité, la triste vérité que je vous annonce avant qu'elle ne s'impose par la pratique. Je vous supplie de la prendre en considération.

Dr M.

Réponse.

Lorsque de nombreux syndicats ont acclamé « l'entente directe », c'est qu'ils avaient acquis la certitude qu'ils étaient en mesure de refréner tous les abus, provenant de cette entente directe qui était présentée comme une panacée.

Aujourd'hui que le malade est laissé libre en face de son médecin, on doit croire que le syndicalisme médical est armé pour lutter contre les médecins rabaisiens.

Cependant, lorsqu'à la demande de certains syndicats de province, j'ai étudié puis publié un projet de conseil de famille, avec définition de ce qu'il fallait entendre par rabais, ristourne sur les honoraires médicaux, je n'ai pas été suivi par tous, car des objections ont été formulées, sur l'impossibilité de faire respecter les tarifs syndicaux.

Dans quelques régions, à tort ou à raison, les syndicats estimeraient que le meilleur moyen de supprimer certaines collusions entre médecin et malade, ce serait de faire payer le médecin par la caisse, d'après un tarif convenu d'accord entre cette dernière et le syndicat.

La loi Grinda le permettait, la loi du 30 avril 1930 ne l'interdit pas, bien qu'elle n'en fasse aucune mention.

Donc, aux syndicats locaux de faire le nécessaire, pour faire respecter la déontologie.

Dr Paul BOUDIN.

II

Certificat pour assuré facultatif

Voulez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur la rédaction des certificats d'admission des assurés *facultatifs* à la Caisse d' A. S. ?

Quelles sont les conditions requises pour y être admis ? Le sujet doit-il être exempt de toute maladie aiguë ou chronique ? ou de toute intoxication ? un alcoolique, par exemple, ne présentant pas de symptômes pathologiques actuels peut-il être accepté ? dans ce cas, faut-il faire mention sur le certificat de cette intoxication ? et un syphilitique, guéri (?) ou paraissant guéri ?... et alors que devient le secret professionnel ? Je trouve ce cas très embarrassant et nous n'avons reçu aucune directive ; nous ne savons pas au juste ce que l'Administration nous demande. En un mot, faut-il n'accepter que les candidats indemnes de toute tare ? Faut-il éliminer les autres ?..... sans en donner la raison d'ailleurs, car il y aurait violation du secret professionnel. Ou alors, il faudrait établir un certificat détaillé, répondre à un questionnaire, comme pour les assurances sur la vie, ce qui n'est tout de même pas le cas.

Dr A.

Réponse.

Aux termes de l'article 38 de la loi du 5 avril 1928, 30 avril 1930 et de l'article 112, § 2 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, le candidat à l'assurance facultative doit produire, à l'appui de sa demande, une attestation médicale, prouvant que l'assuré n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale, ou partielle, susceptible d'élever notablement sa morbidité.

Dans ces conditions, le candidat se rend chez le médecin de son choix et réclame de ce prati-

cien, un examen exact et véridique , aux fins de certification.

Le docteur en médecine rédige le résultat de son examen et remet cette pièce au candidat lui-même (et jamais à un tiers quelconque).

Au client de faire de ce certificat tel usage qu'il croira devoir en faire.

La question du secret professionnel ne se pose pas, si c'est à l'intéressé lui-même que le praticien remet le certificat ; car le client, lisant cette pièce, sait à quoi s'en tenir.

S'il persiste dans sa demande d'admission à l'assurance facultative, il enverra le certificat médical en même temps que les autres pièces nécessaires, pour son dossier.

S'il estime, au contraire, qu'il est inutile de dévoiler à des tiers, les tares pathologiques qu'il présente, il renoncera à sa demande d'admission à l'assurance facultative, pour ne pas avoir à produire une attestation médicale, qui lui est peu favorable.

Le médecin doit être véridique et n'a pas le droit d'atténuer, ou de masquer la vérité. Sa responsabilité pénale et civile est en jeu. D'autant que la caisse d'assurances sociales est toujours en droit de faire subir un autre examen de contrôle au candidat et, si le médecin de la caisse découvre que le praticien, choisi par le candidat, a volontairement altéré la vérité, il a le devoir d'en informer la caisse, pour que cette dernière s'adresse soit aux tribunaux de droit commun, soit au conseil de famille du syndicat, pour réclamer une sanction.

Le praticien doit dire la vérité ; il doit également dire toute la vérité. S'il découvre une tare, telle syphilis ancienne, tuberculose guérie, alcoolisme, etc. il a le devoir de l'indiquer dans son certificat, car ce sont des états pathologiques, ou physiologiques, qui, à n'en pas douter, augmentent la morbidité du candidat.

D'ailleurs, si ultérieurement, la caisse s'apercevait que la négligence, ou la complaisance excessive du praticien lui a occasionné un dommage, en permettant, par un certificat erroné, ou altéré, l'admission d'un assuré, qui devient une lourde charge pour la caisse, alors qu'il n'aurait jamais dû être admis à l'assurance sociale, il est possible que le conseil d'administration de ladite caisse demande au praticien réparation du dommage, que par sa négligence, ou sa complaisance, il a occasionné à l'assurance sociale.

J'estime donc que le médecin traitant doit avant tout être honnête et consciencieux. Mais, tout en décrivant les divers symptômes qu'il a constatés sur le sujet à examiner, il ne lui est pas interdit de faire connaître sa propre opinion scientifique.

Par exemple, il a affaire à un syphilitique, qu'il a soigné, lui-même. Sur son certificat, qu'il remet en mains propres à son client, il peut parfaitement indiquer qu'à son avis, le patient, ayant subi un traitement régulier et consciencieux, peut être considéré comme blanchi et que cette ancienne affection ne constitue pas, à ses yeux, une aggravation du risque morbidité.

De même, pour une ancienne tuberculose osseuse, bien guérie, ou toute autre affection organique.

Je le répète, il n'y a pas violation du secret professionnel, aux termes mêmes de l'article 378 du code pénal, puisque la description médicale est remise au malade lui-même, pour qu'il en fasse tel usage, qui lui conviendra d'en faire.

Il y aurait violation du secret, si le médecin adressait le certificat médical à la caisse, par dessus la tête de l'intéressé.

Cependant, sur ce dernier point, il faut faire une distinction : il est probable que certaines caisses désigneront un ou plusieurs médecins contrôleurs, qui seront liés à la caisse par un véritable contrat de louage de services.

Or recevant la candidature d'un assuré facultatif, la caisse peut engager celui-ci à s'adresser à son médecin contrôleur. Si le client accepte, s'il ne choisit pas librement son médecin traitant, pour établir cet examen d'admission, il consent tacitement à ce que le médecin contrôleur, qui représente non pas ses intérêts, mais ceux de la caisse, dévoile à cette dernière le résultat de ses investigations.

Ce faisant, le praticien agit comme un expert officieux, nommé par la caisse, pour défendre les intérêts de cette dernière.

Il y a encore un autre moyen de résoudre le problème, c'est de rédiger le certificat dans les termes mêmes de l'article 38, § 1 de la loi. « Je soussigné, docteur en médecine,..... certifie avoir procédé à l'examen médical de M....., en vue de son admission au bénéfice de l'assurance sociale facultative et déclare qu'il n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle, susceptible d'élever notablement sa morbidité. »

En cas contraire, on peut déclarer « qu'il me paraît atteint d'une maladie aiguë (ou chronique) susceptible d'augmenter notablement sa morbidité et qu'en conséquence, je demande qu'un examen complémentaire soit décidé. »

Ce dernier examen peut, à la demande et aux frais du client, être pratiqué contradictoirement par le médecin traitant et le médecin contrôleur de la caisse : c'est à l'intéressé de décider s'il doit payer les honoraires de son médecin traitant pour que ce dernier assiste à l'examen médical et discutant avec son confrère, médecin de contrôle de la caisse, puisse défendre les intérêts de son client.

Le praticien reste toujours en droit de se

refuser à établir un certificat, sauf les cas où la certification est imposée par une loi.

Ainsi, en matière d'accident du travail, le praticien qui donne ses soins à une victime, sachant parfaitement que celle-ci se réclame de la loi du 9 avril 1898, doit rédiger le certificat initial, comme le terminal, sauf si, avant de donner ses soins, il a déclaré au blessé qu'il entend rester sous l'empire du droit commun.

En matière d'assurances sociales, le médecin reste en dehors de la loi : par suite, le praticien peut se refuser à signer un certificat, lorsqu'il s'agit d'une candidature à l'assurance facultative.

Mais alors le malade ira chez un autre confrère, à moins qu'il n'y ait une entente syndicale, par laquelle tous les praticiens d'une région se refusent à collaborer à la loi.

Enfin, pour être complet disons que le certificat pour l'assurance facultative doit être rédigé sur papier libre à la condition que le praticien inscrive *in fine*, certificat délivré en vertu de la loi du 5 avril 1928 30 avril 1930, ou encore délivré en vertu de la législation sur les assurances sociales.

En général, les certificats doivent être rédigés sur papier timbré : ce n est que dans des cas exceptionnels, prévus par une loi, qu'il y a exemption de timbre (assistance médicale gratuite, loi sur les vieillards, infirmes et incurables ; vaccinations, autorité militaire, etc.).

Dr Paul Boudin.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de sérum antitétanique ?

Un médecin de la région du Nord a été condamné à verser des dommages-intérêts importants à la famille d'un ouvrier blessé, mort du tétanos, motif pris qu'il aurait volontairement négligé de recourir à l'action préventive du sérum antitétanique.

Nous publions ci-après le jugement et le rapport d'expertise sur lequel il s'appuie, qui nous ont été aimablement communiqués par Me Delevallée, avocat à la Cour de Douai : nous l'en remercions bien sincèrement.

La question s'est donc trouvée posée devant la justice, qui l'a résolue à sa manière.

Mais il nous a semblé que cette solution était trop rigoureuse, et qu'elle tendait à créer une jurisprudence grosse de risques, tant pour la responsabilité des médecins que pour l'avenir sanitaire des blessés.

Il nous a semblé aussi que l'*Académie de Médecine* était parfaitement qualifiée pour préciser les cas dans lequels le médecin est tenu de pratiquer une injection anti-tétanique pour mettre sa responsabilité à couvert.

Et nous avons prié le professeur Henri Hartmann qui nous honore de sa confiante amitié d'en saisir l'Académie, dont il est membre.

C'est ce qu'il a fait dans la séance du 3 février dans les termes suivants :

« Je vous demande la permission de vous poser une question qui, de prime abord, étonnera peut-être quelques-uns d'entre vous : *Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de sérum anti-tétanique* ?

L'efficacité de l'injection de sérum est bien établie. Si je vous pose la question de ses indications, c'est que c'est actuellement une de celles qui préoccupent les médecins praticiens.

Tout récemment, un médecin vient d'être condamné à une grosse indemnité parce qu'un blessé, qu'il avait été appelé à soigner, était mort de tétanos, alors qu'il n'avait pas fait d'injection préventive de sérum. Il l'a été à la suite d'un rapport que les experts avaient, à mon avis, très justement rédigé. (Il s'agissait d'une plaie contuse par écrasement).

En regard de pareils cas, il en est d'autres de plaies superficielles, pour lesquelles certains médecins n'hésitent pas à faire systématiquement, dans tous les cas, l'injection préventive de sérum. Ils sont alors accusés quelquefois d'avoir été inutilement cause d'accidents sériques par les malades et souvent accusés par les Compagnies d'assurances d'exploiter les accidentés du travail ; pour un peu, ils seraient traités de médecins marrons.

Beaucoup de médecins honnêtes et consciencieux se trouvent actuellement embarrassés au point de vue de la ligne de conduite à suivre, ils seraient désireux de voir poser d'une façon précise les indications de l'injection préventive de sérum de manière à se mettre à l'abri des condamnations des tribunaux d'une part, des accusations des compagnies d'assurances d'autre part.

Si l'Académie voulait bien, avec sa grande autorité, préciser les cas où l'injection de sérum est formellement indiquée, ceux où l'on peut se dispenser de la faire, elle rendrait un réel service à l'ensemble du Corps médical qui, certainement, suivrait ses conseils, se mettant ainsi à l'abri des

condamnations des tribunaux et des accusations d'exploitation des accidentés du travail. »

Le *Concours Médical*, en remerciant M. le professeur Hartmann, publiera le rapport qui sera présenté par la commission nommée par l'Académie et le vote de l'Académie, sur ce sujet.

***

Jugement

Attendu qu'il convient de rappeler que s'il ne faut pas que l'exercice d'une profession quelconque puisse, quoiqu'il arrive, jouir du privilège de la non responsabilité, il ne faut pas oublier non plus, que l'extension de la responsabilité serait de nature à gêner considérablement, au grand péril de l'humanité, l'exercice libre, consciencieux et progressif de l'art de guérir et à en rendre la pratique impossible.

Attendu que c'est dans ces conditions qu'il est de principe qu'un Tribunal qui est saisi d'une action en responsabilité contre un médecin à l'occasion de faute lourde à lui imputée, dans l'exercice de sa profession, se refuse à la discussion de théories médicales et s'en remette pour l'appréciation des faits considérés comme faute lourde, à l'avis d'experts versés dans la science médicale et chargés de rechercher si le médecin s'est écarté des règles de bon sens et de prudence auxquelles est soumise la profession médicale.

Que c'est pour obéir à ce principe que le Tribunal civil de ce siège, a par jugement avant faire droit en date du 25 juillet 1928, commis Monsieur le professeur Balthazard de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, Monsieur Chicandard, chirurgien de l'hôpital Saint Joseph à Paris, et Monsieur Paul, président du syndicat des médecins légistes français à Paris, avec mission reprise audit jugement, de dire notamment, étant donné la forme, la grandeur, la nature et l'importance des blessures, l'état organique de Monnier, si le traitement antitétanique était utile ou non en l'espèce, de dire en outre si en conduisant le traitement comme il l'a fait, le docteur P. n'a pas commis une légèreté, une imprudence, une négligence, une impéritie, une imprévoyance, une faute au point de vue médical.

Attendu que les experts, après avoir pris connaissance des documents de la cause et spécialement d'un rapport de Monsieur le docteur de Lauwereyns, médecin légiste, à Valenciennes, commis par ordonnance de référé, ont procédé à leurs opérations et cloturé leur rapport à la date du 10 octobre 1930.

Qu'ils estiment que la valeur préventive du sérum antitétanique est à l'heure actuelle universellement admise et que le sérum possède d'ailleurs une action d'autant plus efficace qu'il est injecté à une époque plus rapprochée de la blessure.

Qu'ils en concluent que, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une plaie étendue, profonde, anfractueuse, ayant ouvert les gaines tendineuses, lorsque la plaie est souillée de corps étrangers, de cambouis par exemple, lorsqu'il est absolument impossible de la nettoyer, l'injection préventive de sérum s'impose, que, de l'avis de tous les médecins sensés, c'est une faute que d'omettre l'injection préventive en pareil cas.

Attendu que la responsabilité médicale, sous le rapport civil, comme sous le rapport pénal du res e, a été reconnue et consacrée par la doctrine et la jurisprudence qu'il serait superflu de reproduire ici.

Que le principe de cette responsabilité découle des articles 1382 et 1383 du Code civil, suivant lesquels tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige l'auteur de ce fait à une réparation.

Attendu qu'il est dès lors de toute évidence que l'attention et la conduite du médecin, dans un cas comme celui qui fait l'objet du présent litige, doivent être particulièrement attirées sur la catégorie de traumatisme où l'infection a le plus de chance de se développer, telles que les plaies par écrasement, broiement, les plaies contuses irrégulières, anfractueuses, souillées de fumier, de terre, de cambouis, etc ... etc. ...

Que son rôle consiste à rechercher quel moyen préventif faut-il employer.

Attendu que, dans des cas semblables, s'il ne prévient pas ou n'essaie pas de prévenir, suivant les circonstances, l'éventualité rare, mais possible, d'une complication tétanique, il engage nettement sa responsabilité dans le sens des articles 1382 et 1383 du code civil.

Attendu qu'il suffit pour s'en convaincre, dans l'espèce présente, de se reporter au rapport des experts, où ils relatent que chez le jeune M., toutes les indications étaient réalisées, qui imposaient l'injection préventive de sérum antitétanique, état de la plaie souillée de cambouis, et de poussière et que de plus en raison de la faiblesse du blessé, le docteur P. s'est cru dans l'obligation de renoncer à toute tentative de nettoyage de la plaie, qui eut nécessité une anesthésie générale.

Attendu que pour en arriver à sa mise hors de cause, P., soutient qu'il s'est abstenu délibérément de faire l'injection, estimant que le risque d'accidents sériques était plus grave et en s'appuyant d'autre part sur l'extrême rareté des cas de tétanos dans l'industrie métallurgique du Nord.

Attendu, en ce qui concerne les dangers de l'injection de sérum, que les experts répondent eux-mêmes à l'objection de P., en déclarant que chez le jeune M., le tétanos est survenu dans les dé-

lais normaux, 7 jours après la blessure, qu'on est en droit de dire que, selon toute vraisemblance, l'injection préventive de sérum eut empêché l'éclosion du tétanos, que si ce n'est cependant une certitude, car il aurait pu également s'agir d'une inoculation massive de bacilles et la dose habituelle de sérum aurait pu se montrer insuffisante, en tout cas, il est certain que l'injection préventive eut retardé cette éclosion et rendu son évolution moins rapide et probablement moins grave.

Attendu qu'ils signalent qu'on observe parfois à la suite des injections, des accidents sériques en général légers, que plus exceptionnellement ils sont graves avec quelques cas mortels mais que, pour réels qu'ils soient, il n'en faut pas exagérer l'importance, ni la fréquence et qu'ils ne sauraient être opposés aux immenses services qu'a rendus l'injection de sérum antitétanique.

Que jamais la crainte des accidents sériques ne peut constituer une contre indication préventive, lorsque celle-ci est justifiée.

Que d'ailleurs le jeune M., ne semblait pas avoir reçu antérieurement à sa blessure l'injection de sérum soit pour diphtérie, soit pour une autre blessure, qu'il n'existait donc aucune raison personnelle pour redouter l'apparition d'accidents sériques.

Attendu que si les cas de tétanos traumatique sont relativement peu nombreux, dans l'industrie métallurgique de la région du Nord, il n'en est pas moins constant d'une façon générale qu'en raison de la gravité de l'affection et de la facilité avec laquelle elle peut être prévenue, certains médecins ont, contrairement à l'opinion du défendeur, érigé en principe la nécessité absolue de pratiquer l'injection préventive à l'occasion de toute blessure si minime soit elle.

Attendu que devant une situation, dont le dénouement a été si grave, la rareté des cas observés ne saurait dégager totalement la responsabilité de P.

Attendu en effet sur ce point, que les experts qui ont eu en main toute une série de justifications et de statistiques médicales, tendant à établir la réelle rareté des cas de tétanos observés chez les ouvriers d'usine de la région, concluent que la faute du docteur P., dans le cas du jeune M. s'atténue de ce fait, mais que cette considération, pas plus que la crainte des accidents sériques, ne supprime complètement la faute commise.

Attendu que le Tribunal estime que le rapport sus analysé fait une juste appréciation des circonstances de la cause et que pour les raisons indiquées par lesdits experts la responsabilité de P. doit être réduite de moitié.

Attendu que les consorts M. réclament aujourd'hui une somme de 202.297 fr. à titre de dommages et intérêts en raison du préjudice tant matériel que moral par eux subi.

Que c'est à tort que P. soutient que le préjudice matériel n'existe pas, puisque la loi de 1898 n'aurait rien accordé aux parents.

Attendu que le jugement avant faire droit a écarté cette discussion, que le caractère forfaitaire de ladite loi ne peut être invoqué en l'espèce.

Attendu que le Tribunal, connaissance prise de la situation sociale et de fortune des demandeurs, et des dépenses occasionnées par la mort de M., faisant état du préjudice moral et matériel subi, a les éléments suffisants pour fixer à 150.000 fr. l'indemnité qui devrait revenir à la suite de la mort de celui-ci.

Attendu que P. sera tenu en raison de la responsab lité qui lui incombe pour moitié de verser aux consorts M. pour la réparation une somme de 75.000 fr.

Par ces motifs :

Donne acte aux consorts M. de ce qu'ils déclarent reprendre l'instance intentée par leur père contre le Docteur P. Entérine purement et simplement le rapport des experts, En conséquence condamne ledit défendeur à payer aux demandeurs une somme de soixante-quinze mille francs à titre de dommages et intérêts pour le préjudice par eux subi.

Le condamne aux intérêts judiciaires et aux dépens.

Rapport d'expertise époux M. C. C/Docteur P.

Nous soussignés, M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, Chicaudard, chirurgien assistant de l'hôpital Saint-Joseph, et Ch. Paul, président du Syndicat des médecins légistes français, commis par jugement du tribunal de première instance du Nord, section de Valenciennes, en date du 25 juillet 1928 à l'effet de nous entourer de tous renseignements, communication prise du rapport du docteur de Lauwereyns, et au besoin, celui-ci entendu, dire étant donné la forme, et l'importance des blessures, l'état organique du blessé, si le traitement antitétanique était utile ou non en l'espèce.

Dire en outre si, en conduisant le traitement comme il l'a fait, le docteur P. n'a pas commis une légèreté, une imprudence, une négligence, une imprévoyance, une faute au point de vue médical.

Avons rempli notre mission, lors d'un rendez-vous le 10 janvier 1930, maitre Delevallée, avocat du demandeur, nous a communiqué son dossier.

Nous avons poursuivi l'examen de l'affaire, lors de deux rendez-vous ultérieurs hors la présence des parties.

Nous avons en outre examiné les nombreuses attestations de médecins de la région du Nord qui nous ont été communiquées, par le docteur P.

EXPOSÉ DES FAITS :

Le jeune M. fut gravement blessé à la main droite le 22 décembre 1926. Les lésions étaient les suivantes :

« Ecrasement des parties molles de la main droite, avec mise à nu des tendons fléchisseurs des doigts annulaire, et auriculaire, plaies contuses simplesapparemment des doigts index et majeur et de la région métacarpienne. Les os n'étaient pas accessibles dans la plaie.

Il fut seulement procédé à une irrigation quasi continue d'eau oxygénée. Pour explorer complètement la plaie et la nettoyer (car elle était souillée de cambouis) on résolut d'attendre la disparition du choc traumatique et l'apparition des sillons d'élimination.

Le docteur P. estima en effet que le blessé était incapable de supporter l'anesthésie générale.

Quant à l'injection préventive de sérum antitétanique, le docteur P. affirme que ce n'est ni par oubli ni par négligence qu'elle fut omise, il l'aurait délibérément écartée en raison de la rareté du tétanos dans les accidents d'usine de la région, et en raison de la fréquence des accidents sériques graves dans le milieu ambiant à cette époque.

Le 29 décembre 1926, apparurent chez le jeune M. les symptômes du tétanos et la mort survint le lendemain, malgré l'injection de sérum antitétanique, que la sœur infirmière prit sur elle de pratiquer, et et malgré les injections intramusculaires et intrarachidiennes que le docteur P. fit ensuite.

Discussion : Premièrement, *la mort résulte t-elle de l'absence d'injection préventive de sérum antitétanique ?*

La valeur préventive du sérum antitétanique est à l'heure actuelle universellement admise.

Le sérum possède d'ailleurs une action d'autant plus efficace qu'il est injecté à une époque plus rapprochée de la blessure.

Toutefois, l'action préventive n'est pas absolue et l'on a vu le tétanos éclater chez des blessés qui avaient été injectés. Encore est-il nécessaire d'examiner ces faits de très près.

LENORMAND a publié, en collaboration avec MOURE, des observations où le traitement préventif s'est trouvé en défaut (*Bulletin de chirurgie*-1909). Après la guerre, il a rapporté des cas de tétanos, au nombre d'une trentaine survenus chez des blessés de guerre malgré l'injection préventive systématique de sérum antitétanique. (*Bulletin de chirurgie*-mai 1909). La communication de LENORMAND a été le point de départ d'une intéressante discussion qui paraît avoir mis nettement les choses au point.

Les faits de LENORMAND sont relatifs à l'éclosion tardive du tétanos chez des blessés qui avaient conservé des corps étrangers dans les tissus. Le tétanos s'est déclaré trente, soixante et même quatre vingts jours après la date de la blessure.

En pareil cas, les spores tétaniques incluses avec es corps étrangers ont pu se développer à une époque où cessait l'immunité conférée par l'injection préventive.

La valeur de l'immunité est en effet limitée en durée et en quantité. C'est ce que se sont efforcés de montrer au cours de la discussion, LECENE, DELBET, QENU, AUVRAY, HARTMAN et SOULIGOUX.

Il peut donc arriver que l'injection reste inefficace parce que la quantité de sérum injectée a été insuffisante par rapport à la masse de germes, auquel cas le tétanos peut apparaître dans les délais normaux ou, parce que des spores incluses se réveillent, au moment où cesse l'immunisation transitoire, auquel cas le tétanos se déclare tardivement.

En ce qui concerne le jeune M. le tétanos est survenu dans les délais normaux, sept jours après la blessure. On est en droit de dire que, selon toute vraisemblance, l'injection préventive de sérum antitétanique eut empêché l'éclosion du tétanos.

Mais ce n'est pas là une certitude, car il pouvait s'agir d'une inoculation massive de bacilles et la dose habituelle de sérum pouvait se montrer insuffisante.

En tout cas, il est certain que l'injection préventive eut retardé l'éclosion du tétanos et rendu son évolution moins rapide et probablement moins grave.

Deuxièmement : *L'injection préventive de sérum antitétanique présentait-elle de graves dangers éventuels pour le jeune M. ?*

On observe parfois, à la suite des injections de sérum antitétanique, des accidents sériques, en général légers, érythèmes, douleurs articulaires, etc ...

Plus exceptionnellement, les accidents sont graves douleurs violentes de polynévrité. Enfin, on a rapporté quelques cas de mort dont la pathogénie reste obscure et qui ne peuvent être imputés avec certitude à l'injection.

Les accidents s'observent surtout chez les sujets qui ont été sensibilisés par des injections antérieures de sérum de cheval, sérum antidiphtérique, etc, etc.

Pour réels qu'ils soient, il n'en faut pas exagérer l'importance, ni la fréquence, et ils ne sauraient être opposés aux immenses services qu'a rendus l'injection préventive de sérum antitétanique.

Jamais donc la crainte des accidents sériques ne peut constituer une contre-indication à l'injection préventive lorsque celle -ci est justifiée.

D'ailleurs le jeune M. ne semble pas avoir reçu antérieurement à sa blessure d'injections de sérum, soit pour une diphtérie, soit pour une autre blessure.

Il n'existait donc aucune raison personnelle pour redouter l'apparition d'accidents sériques.

Troisièmement : *Les indications de l'injection préventive étaient-elles réalisées chez le jeune M. ?*

Il est bien évident que l'injection préventive de sérum antitétanique ne s'impose pas chez tous les blessés. On peut se dispenser de la pratiquer toutes les fois ou les blessures sont superficielles, faciles à dé sinfecter, non souillées de corps étrangers, et surtout de fumier, de terre, cambouis, etc ... etc...

Par contre, l'injection s'impose lorsque la blessure est étendue,anfractueuse, souillée de corps étrangers, et surtout de fumier, de terre, de cambouis, etc, toutes les fois où la désinfection est impossible, où le nettoyage de la blessure ne peut être pratiqué.

Or, chez le jeune M., toutes les indications étaient réalisées, qui imposaient l'injection préventive de sérum antitétanique, plaie étendue avec écrasement des tissus,plaie anfractueuse, avec ouverture des gaines tendineuses, plaie souillée de cambouis et de poussière.

De plus, en raison de la faiblesse du blessé, le docteur P., s'est cru dans l'obligation de renoncer à toute tentative de nettoyage de la plaie qui eut nécessité une anesthésie générale.

On peut donc dire, qu'au point de vue médical, la blessure du jeune M. était de celles qui imposent l'injection préventive de sérum antitétanique...

L'apparition du tétanos chez le jeune M., suffit d'ailleurs à justifier le bien fondé de cette conclusion.

Quatrièmement : *L'abstention d'injection de sérum antitétanique constitue t-elle une faute engageant la responsabilité du Docteur P.* ?

Puisqu'il est démontré que la plaie du jeune M. remplissait toutes les indications commandant l'injection préventive, tous les bons esprits médicaux admettront que le docteur P. a commis une faute en s'abstenant de pratiquer l'injection préventive de sérum.

Aucun des arguments opposés par le docteur P., ne saurait prévaloir sur la précaution des indications conduisant à pratiquer l'injection préventive, ni la crainte des accidents sériques, surement moins redoutables que le tétanos qui a emporté le blessé, ni la rareté des accidents tétaniques dans la région, puisque ces accidents sont possibles comme l'a démontré l'événement.

L'immense majorité des médecins instruits et de bonne foi admettra que le docteur P., a commis une faute au point de vue médical en ne pratiquant pas l'injection préventive de sérum antitétanique.

Cinquièmement : *La faute du Docteur P.comporte-t-elle des circonstances atténuantes* ?

Nous sommes donc d'avis que le docteur P. a commis une faute en ne pratiquant pas l'injection préventive de sérum antitétanique dans un cas ou toutes les indications de l'injection étaient réalisées.

Mais le docteur P. invoque le témoignage de nombreux médecins qui déclarent ne pas pratiquer l'injection préventive, même dans des cas analogues à celui du jeune M.

S'il en était ainsi, si la pratique médicale habituelle au moins dans les Usines du Nord confirmait l'abstention du docteur P., il en résulterait une circonstance atténuante à la faute commise.

Aussi examinons nous soigneusement les témoignages produits, qui n'ont pas tous la même valeur.

Le docteur FAUQUEZ a résumé les statistiques produites par les médecins d'Usines de la région du Nord.

Il arrive à cette conclusion que sur un million deux cent cinquante mille blessés, il s'est produit neuf cas de tétanos, sur lesquels cinq cas mortels. Cette statistique mériterait peut être d'être discutée et sans doute rectifiée.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait déduire, avec le docteur FAUQUEZ, que l'injection préventive est inutile. Aurait on sauvé cinq blessés sur un million deux cent cinquante mille, que l'injection préventive aurait déjà montré son efficacité.

Autrement, on arriverait à une monstrueuse exception économique d'après laquelle les compagnies d'assurances trouveraient plus avantageux économiquement d'indemniser les familles des cinq ouvriers succombant au tétanos, que de payer systématiquement les injections préventives de sérum antitétanique.

Faisons d'ailleurs remarquer, qu'il n'a jamais été question de pratiquer l'injection préventive chez tous les blessés, mais seulement chez ceux dont la blessure, comme celle du jeune M. présente les caractères favorisant l'apparition du tétanos.

Le docteur P. et le docteur FAUQUEZ (médecin de la Caisse des Forges de France) ont écrit à de nombreux médecins d'usine de la région du Nord.

Les réponses sont condensées dans la statistique citée plus haut, mais elles méritent d'être examinées en détail.

Certains médecins déclarent qu'ils ne pratiquent jamais d'injection préventive de tétanos en raison de la rareté du tétanos chez les ouvriers victimes d'accidents du travail. Au contraire, ils font des injections dans la pratique civile où les plaies sont souvent souillées de terre et de fumier.

D'autres médecins, le plus grand nombre, sont éclectiques et pratiquent des injections lorsque les caractères de la plaie le commandent.

Toutefois, les indications leur paraissent beaucoup plus souvent réalisées chez les jardiniers et les cultivateurs que chez les ouvriers d'usine. Cette opinion est sage.

Même dans la région du Nord, si l'on avait interrogé les médecins qui soignent habituellement les ouvriers victimes d'accidents du travail, sans être attachés à forfait aux usines, on aurait certainement appris que les injections préventives sont assez souvent pratiquées.

Il ne faudrait tout de même pas qu'une question scientifique fut ravalée à une question d'intérêt personnel pour le médecin.

Le médecin d'Usine évitant la peine d'une injection préventive qui n'augmente en rien son gain, le médecin de clinique d'accidents du travail trouvant dans chaque injection antitétanique un surcroît d'honoraires.

La vérité est la suivante :

Les cas de tétanos sont rares chez les ouvriers d'usine alors qu'ils sont relativement fréquents chez les cultivateurs.

La déduction sage et raisonnable est la suivante :

Les indications de l'injection préventive de sérum antitétanique seront plus souvent réalisées chez les cultivateurs que chez les ouvriers d'usine.

On pourra négliger l'injection préventive chez des ouvriers atteints de plaie superficielle facile à nettoyer, même dans ce cas, l'injection sera pratiquée s'il s'agit d'un paysan, maniant le fumier, ou soignant les animaux, en particulier les chevaux.

Toutefois, lorsqu'il s'agira de plaie étendue profonde anfractueuse, difficile à nettoyer, l'indication de l'injection préventive sera réalisée sans avoir à tenir compte de la profession du blessé, surtout si la plaie est souillée de corps étrangers quels qu'ils soient

Le docteur P. a donc commis une faute, mais il est dans une certaine mesure excusable, en raison de la rareté des cas de tétanos observés chez les ouvriers d'usine dans la région du Nord.

CONCLUSIONS

Primo : Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une plaie étendue, profonde, anfractueuse, ayant ouvert les gaines tendineuses, lorsque la plaie est souillée de corps étrangers, de cambouis, par exemple, lorsqu'il est absolument impossible de nettoyer la plaie, l'injection préventive de sérum antitétanique s'impose.

Secundo : De l'avis de tous les médecins sensés, c'est une faute que d'omettre l'injection préventive en pareil cas.

Tertio : La faute du docteur P. dans le cas du jeune M. s'atténue du fait de la rareté des cas de tétanos, observés chez les ouvriers d'usine, dans la région du Nord. Mais, cette considération pas plus que la crainte des accidents sériques ne supprime complètement la faute commise.

Fait à Paris, le 10 octobre 1930.

Signé : Drs BALTHAZARD, CHICAUDARD et PAUL.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXXVIII. — Maurice MAETERLINCK. — **La vie des abeilles. La vie des termites. La vie des fourmis**, — 3 Vol. 14 × 19 réunis dans un étui. — Ornés de 32 gravures au burin de J.- E. Laboureur, tirés à 750 exemplaires numérotés sur velin teinté de Rives. Editions de l'Artisan du Livre. 1930. Les trois volumes sous emboîtage rouge orangé : 750 fr.

L'Artisan du Livre a eu la très heureuse idée de grouper les trois tomes de l'œuvre entomologique de Maeterlinck que double avec une perspicace intuition philosophique l'analyse méticuleuse des mystères de ces groupements organisés, des manifestations de leurs lucides instincts et de leur apparente sagesse. Le texte s'affine d'ailleurs sous l'élégance typographique de la présentation ; bien aéré, sur un papier magnifique, son ensemble a acquis un caractère de netteté limpide, parfaitement harmonisé à l'esprit d'unité de cette trilogie zoologique consacrée aux étranges énigmes biologiques où s'ébauchent au-dessus de la notion de famille les redoutables inconnues des sociétés collectivistes.

Le burin de Laboureur s'est mis de la partie avec une aisance si souple que l'adaptation du dessin au texte témoigne à chaque gravure d'une poétique compréhension de son sens caché. Les cuivres ont une géniale finesse ; ils sont gravés avec une angélique patience et les insectes grandis ont une exactitude subtile d'êtres doués de vie et un relief saisissant.

Pour les Termites l'artiste s'est joué des difficultés qu'il pouvait y avoir à représenter cette activité grandiose de la vie souterraine, mystérieusement ténébreuse. Ses dessins évoquent les coupes schématiques des mines où peinent les hommes et il a su avec une magique hardiesse traduire, en la soulignant de quelques traits, l'opposition entre l'éblouissement nu des mornes solitudes tropicales grillées de soleil à blanc et la fiévreuse coordination des efforts obscurs des bêtes aveugles.

Pour les Abeilles, sa technique devient plus aérienne. Vous serez saisis par l'impalpable finesse du dessin des ailes. Il y a surtout un cuivre magnifique : celui du vol nuptial chanson d'amour païenne vibrante qui passe au-dessus d'une noce minuscule de village, rampant au sol contre l'église humaine naïve, dont le clocher s'effile en vain vers les noces en plein ciel. Ailleurs c'est le grouillement velu, bruissant de la ruche ; ailleurs encore le propriétaire paterne devant ses ruches dans un jardin délicieusement rustique.

Pour les Fourmis, la netteté des lignes atteint aussi une prodigieuse légèreté. La notion de travail s'impose à notre attention charmée : gestes précis des bielles brillantes, lilliputiennes, anguleuses, puissantes des pattes, symbole mécanique sous les grosses têtes réfléchies de la force persévérante appliquée avec une intelligente économie par le génie de l'espèce à sa conservation.

Dans presque tous ces dessins il y a une curieuse déformation de l'échelle : l'homme est souvent au fond, rapetissé sous les premiers plans grossis de la gravure, comme s'il n'était que l'accessoire ridicule et minable d'une vie prodigieuse où ne compteraient que l'insecte et les végétaux qui font corps avec sa vie,

CCXXIX. — André THÉRIVE. — **Noir et Or.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. Grasset, Paris, 1930, 15 fr.

M. Thérive est le grand prêtre du « populisme », cette jeune école littéraire qui se propose de nous montrer la détresse *vraie* de l'homme, nu sous le fouet de sa destinée. La guerre se prêtait admirablement à cette démonstration littéraire.

Au seuil de son livre, par son titre, l'auteur nous prévient qu'il sera sans joie, sous la sinistre cocarde des souvenirs de deuil, tempérés de l'ardente holocauste des sacrifices... Et tout au long de l'œuvre brutale, concise, d'un déchirant réalisme, c'est le déroulement heurté d'une fresque barbare. Tout y est : la funèbre familiarité avec la mort, la crânerie, la couardise, la résignation, la douleur physique, l'angoisse, la joie grasse des « repos », l'antienne lugubre des décès quotidiens, le ridicule des théories, le comique atroce de la peur, les horreurs du charnier, l'épouvante hagarde, l'atmosphère puante des gourbis, la vermine, la faim, tous les relents âcres du bombardement, la colle de la boue, et sous l'ironie froide du conteur, l'évocation émue de la mémoire de tant d'hommes qui avaient si peu envie de mourir. Mieux qu'un roman c'est une galerie de soldats, dans leur débraillé, leur bousculade automatique de bétail humain emporté par une anormale psychologie des foules que l'auteur a campée. La langue est rude comme à l'époque où les intellectuels eux-mêmes (il y a de curieux échantillons dans le livre) avaient pris l'habitude d'appeler les choses par leur nom. En vertu de cette habitude dont nous n'avons pas su nous débarrasser nous non plus complètement depuis cette époque mémorable nous nous permettrons d'écrire que Thérive a écrit sur la *vraie* guerre le livre le plus *vrai*, qui ait paru depuis le début de l'entr'acte actuel.

CCXXX. — Hervé LAUWICK. — **Ma Femme et les autres.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. A. Michel, Paris, 1930, 15 fr.

Cette très romanesque aventure se déroule à Hollywood, la capitale du cinéma, avec la preste agilité des épisodes qui s'y modèlent vertigineusement sur bobines. Le peuple pittoresque des studios avec ses sentiments factices, cette imbibition de l'homme par cette vie seconde dans des décors artificiels et perpétuellement renouvelés donnent à l'œuvre une animation d'une extrême originalité. Cette impression tient aussi sans doute à la drôlerie pince-sans-rire de l'auteur qui a gardé pour devenir romancier toutes ses brillantes qualités de chroniqueur.

CCXXXI. — Jean MOURA et Paul LOUVET. — **La vie de Nostradamus.** Ed. Nouvelle Revue Française, Paris, 1930.

Dès son adolescence studieuse, Nostradamus, fils de Juif converti, a recours à une adroite publicité. Il réussit avec une extrême habileté à passer pour le spécialiste du traitement de la peste, bien avant que la Faculté de Montpellier ne lui confère avec la solennité coutumière le bonnet carré de docteur en médecine, puis ne l'appelle au professorat. Mais Nostradamus ne peut pas rester en place ; en guerre contre la peste ou voyageant pour son plaisir, il se déplace. L'amour le fixe à Agen (où l'on cultivait déjà la prune !) et l'amitié le lie à Scaliger, au célèbre Bandello, l'évêque des peu catholiques « Nouvelles ». Le décès de sa femme et de ses deux enfants le rejette sur les routes du midi de la France et de l'Italie. Il se retire quelque temps à l'abbaye d'Orval et il semble bien qu'à partir de ce moment là il va se détourner de la médecine pour s'occuper surtout d'astrologie. On le demande de temps en temps pour juguler une épidémie de peste, mais il passe ses nuits à de mystérieuses pratiques qui lui dictent (?) ses célèbres « Prophéties » dont la martingale s'arrête en 1924. Il pensait que notre vieux monde, suivant une croyance, fort répandue à l'époque, n'irait pas jusque là ! Il fut magicien de la reine et outre ses célèbres Centuries écrivit un Traité des Fardemens, ses Almanachs. Remarié il se fixa à Salon où l'astrologie lui confère une réputation retentissante. Charles IX vient le voir, tant Catherine de Médicis avait été frappée de ses prédictions. Et le 1er août 1566, torturé par la goutte, l'ascite, les œdèmes d'une asystolie progressive il s'éteint laissant le souvenir d'une étrange figure de mage errant, médecin et charlatan : suivant l'idéale et aimable et intelligente conception que M. Daudet, de nos jours, se fait de notre profession, à laquelle d'ailleurs il s'intéressa lui-même, tout jeune et dont il semble bien avoir gardé quelque chose.

CCXXXII. — **Les mémoires de Joséphine Baker.** Souvenirs et anecdotes recueillis et adaptés par Marcel SAUVAGE. Avec 30 dessins inédits de Paul COLIN. Un vol. 12 × 19. Ed. Kra, Paris, 11 fr. 25.

Il importait que la littérature française s'enrichît de cet apport. La postérité saura que la danseuse a un fétiche, qu'elle aime le poivre rouge, les couleurs vives et qu'elle a une série d'opinions définitives sur la danse, l'anatomie, les soins de la peau, l'histoire et la géographie. En appendice quelques lettres tirées de la correspondance reçue par la charmante artiste. On y reconnaît comme dans le reste du livre la solidité du métier du traducteur.

CCXXXIII. — Thora DARDEL. — **Mon amant se marie.** Nouvelles. Un vol. 14 × 20. Ed. Trémois, Paris, 1930.

Jean Cocteau profite de ce que la préface lui fut confiée pour nous rappeler discrétement qu'il est l'auteur talentueux d'une auto-confession d'opiophage apostat que l'on peut se procurer en librairie. Thora Dardel, qu'il honore de son amitié tutoyante, est une aimable nordique qui a écrit la première nouvelle dans cette atmosphère sereine d'impudeur où évoluaient les héroïnes de *Jérôme*. Les deux suivantes ont plus de dramatique vigueur ; et l'ensemble constitue un étonnant amalgame de fraîcheur, de cynisme, de simplicité et de recherche où il apparaît que la jeunesse littéraire seule est responsable de tant de primesautière exubérance.

CCXXXIV. — **L'art populaire en France.** Un vol 21 × 26, avec 130 illustrations. Editións Istra, Strasbourg, 1930. Prix : 68 fr.

Il est déjà paru l'année dernière, à pareille époque, le premier volume de la collection. Le second tome (celui que je vous signale) comme son prédécesseur, réunit des études illustrées sur les sujets les plus variés de l'art populaire : maisons, meubles, verreries, poteries, costume, étains, peinture, bijoux, outils, médailles, vieilles industries, petits métiers régionaux qui font du livre une curieuse et vivante anthologie.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES CIRQUES ET MUSIC-HALLS

Au Cirque d'Hiver

Il y a longtemps que je n'étais allé au Cirque d'Hiver, la dernière fois, j'avais été invité par mon ami Louis Forest à la présentation de son film de vulgarisation scientifique : « Les Mystères du Ciel » qui obtint en 1920 un si grand succès. La diversité que je désire apporter dans ma critique des spectacles m'a amené hier place Pasdeloup.

Malgré les efforts réels du Cirque d'hiver en jeux de lumières et en organisation pratique pour se mettre au niveau du progrès moderne, nous retrouvons toujours l'ossature intérieure, la décoration rudimentaire, l'architecture chargée et ampoulée de 1848 date de sa fondation puisqu'il fut baptisé au début « Cirque Napoléon ».

Bon nombre de vedettes ont consacré sa fortune en même temps qu'elles profitaient ellesmême de son renom, n'est-ce pas au Cirque d'hiver que les Frères Marcel et André Desprès réussirent pour la première fois le double saut périlleux en hauteur et combien de soirées et de matinées les « Fratellini » tout récemment n'ont-ils pas fait l'amusement d'un public constamment renouvelé ? Vous savez bien que ces derniers, actuellement encore à Nice, vont partir prochainement pour une tournée monstre à travers l'Europe, emportant avec eux un cirque à matériel complet que leur procure Monsieur Desprès directeur du Cirque d'Hiver ; ce sera le Cirque« Fratellini ».

J'ai eu l'heureuse idée d'interviewer à l'entr'acte l'excellent Monsieur Lavata chef de piste depuis 1923 ; Qui donc ne connaît pas Monsieur Lavata et son amabilité faite de bonhomie et de simplicité ? il était mieux désigné que quiconque pour me documenter ayant fait paraître récemment dans le Quotidien, ses mémoires : Trente ans de cirque, roman illustré par Bills.

Comme je lui parlais du dressage des animaux, Monsieur Lavata a eu le fort louable souci de m'expliquer pourquoi il est erroné de penser que ce dressage est une pratique barbare et pourquoi il n'est nullement nécessaire de chatier les bêtes pour leur faire exécuter un exercice difficile. Il compare volontiers le dressage à l'éducation d'un enfant qui doit être paternelle, ferme sans hésitation, en employant le moins possible la punition corporelle. Il a insisté beaucoup auprès de la Société protectrice des animaux pour dissiper un malentendu qui depuis quelque temps s'était créé au sujet des soi-disants tourments qu'enduraient les animaux savants et a invité Madame Du Gast dont on connait l'énergique intervention en des circonstances difficiles encore présentes à la mémoire, a venir se rendre compte sur place de la façon patiente, sans cruauté par laquelle on obtient des bêtes des résultats véritablement étonnants.

Mais là où Monsieur Lavata fut particulièrement amusant, c'est quand il me parla des chevaux.

Je savais, bien que n'étant pas cavalier, qu'un cheval connaissait son homme, qu'il était sensible à la douceur et impitoyable à la méchanceté, j'ignorais toutefois qu'il avait l'intelligence assez développée pour arriver à modeler son propre caractère sur celui de son maître : il paraît qu'à voir les manières de telle bête, on peut souvent reconnaître son propriétaire et, ce qui est encore plus fort, qu'un cheval rit quelquefois, joue à cache cache, etc, etc, etc.

Mais il est temps que je vous parle un peu de

l'excellente soirée que j'ai passée au cirque d'hiver, et des attractions remarquables qui la composaient.

Parmi les numéros qui défilent, il y en a toujours trois ou quatre qui restent en permanence toute la saison ; ce sont tout d'abord la cavalerie Carré : six chevaux superbes et soignés comme vous le pensez qui à leur arrivée occupent six larges plates formes octogonales placées à égale distance sur la piste, Monsieur Carré au centre, ils descendent, exécutent chacun une danse différente, s'entrecroisent, se groupent, saluent dans un ordre parfait. Deux groupes de Clowns, le trio Dario et le trio Manetti, Charley, Pastor, qui font les intermèdes à la grande joie des bambins et au moins autant des grandes personnes ; il faut voir avec quel stoïcisme imperturbable Dario reçoit sur la tête les seaux d'eau que son malicieux compère actionne au moyen d'une ficelle à longue distance ; et Manetti en amoureuse éplorée que ses partenaires empêchent de se noyer dans un puits et qui l'y précipitent d'eux-mêmes en apprenant qu'elle est téléphoniste !

D'autres attractions ne font que passer pendant quinze jours à ce cirque mais elles peuvent se retrouver sur d'autres scènes ou pistes c'est pourquoi je n'hésite pas à les citer :

Miss Salvator et ses oiseaux savants dont un perroquet calculateur.

Les Pisantti danseur et danseuse acrobatique, le jeune athlète réussissant le difficile exercice, debout sur un cheval au galop, de porter sa partenaire à bout de bras.

Les dix Deblard, sept femmes et trois hommes sur monocycles.

Les Athéna, athlètes superbes bien connus déjà du Public français et enfin, précédés de gracieuses naïades, les deux plongeurs américains Miss Ringens et son frère Pejay Ringens qui debout sur une plate forme en haut du cirque, l'une à 20 mètres l'autre à 30 mètres, se laissent tomber par un saut périlleux en arrière chacun à leur tour dans une cuve profonde de 1 m. 80 et de 4 mètres de diamètre remplie d'eau.

Ceux qui sont amateurs de sensations aiguës sont véritablement bien servis. Personnellement, je ne vois pas bien à quels mobiles peuvent obéir ces deux acrobates pour continuer à exécuter chaque soir leur exercice et je ne sais ce que je dois le plus admirer, de leur mépris de la mort ou de leur habileté à l'éviter.

Jean SÉJOURNET
de la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Débats Parlementaires

(Extraits du *Journal Officiel* 20 janvier 1330)

M. Alexandre RAUZY. — Le problème revêt une acuité réelle, des solutions urgentes s'imposent ; malheureusement les crédits sont insuffisants ; et ce n'est pas là, messieurs, une banalité. On se moque de ce côté de l'Assemblée (*la droite*) lorsque nous invoquons sans cesse l'insuffisance des crédits. Mais une analyse rapide des principaux maux auxquels ce ministère devrait remédier et l'examen des crédits alloués donne une valeur d'actualité à notre critique.

C'est ainsi que l'indifférence des pouvoirs publics vis-à-vis des grands fléaux, qui taillent des coupes sombres dans la classe ouvrière, n'est pas un mythe. A-t-on établi seulement un plan général d'hygiène ?

....

Nos dirigeants affirment qu'ils n'ont pas de ressources pour les laboratoires et l'entretien des institutions d'hygiène et de prophylaxie.

Aussi assistent-ils impassibles au développement de la mortalité et des maladies contagieuses.

Sans doute organisez-vous des secours en présidant à la création de patronages et d'œuvres privées. Mais que peut être cela à côté de l'effort gigantesque qu'il s'agirait de produire pour obtenir des résultats sérieux ?

Et cependant, sur le chapitre de la mortalité, les statistiques sont édifiantes. Il y a en France, pays privilégié au point de vue climatique, 218.000 individus qui meurent chaque année de par l'impéritie et l'insouciance de ceux qui nous gouvernent.

La France possède plus de 500.000 tuberculeux dont 100.000 au moins devraient être hospitalisés. Je m'excuse de m'égarer dans des détails techniques et de faire appel à des statistiques, mais cela est nécessaire pour dénoncer l'imminence et l'importance du danger.

Mes chiffres ne peuvent être suspectés : ce sont ceux du Gouvernement lui-même et ceux du rapporteur du budget. Ils n'ont pas été dressés par nous en vue de surprendre votre bonne foi. C'est le résultat des constatations troublantes faites par nos dirigeants eux-mêmes.

Nous laissons mourir, chaque année, 150.000 tuberculeux : 10 p. 100 de la mortalité générale. Là encore les pays étrangers ont déployé plus d'efforts et consenti plus de sacrifices que nous. Et ils ont obtenu des résultats : diminution de 31 p. 100 en Angleterre et de 42 p. 100 aux Etats-Unis.

Un exemple seulement : alors que la mortalité par tuberculose est de 250 pour 100.000 habitants en France, elle est de 89 au Danemark.

Nous devrions multiplier les sanatoria publics, les hôpitaux-sanatoria, les préventoriums.

Je sais qu'on a fait un effort, mais il est bien insuffisant, il n'est pas à la mesure de nos besoins, que la période de guerre n'a fait qu'accroître.

Il m'arrive souvent de recevoir des lettres de jeunes gens qui m'écrivent : « Je suis tuberculeux au premier degré ; je suis dans un hôpital de vieillards ; on pourrait me ramener à la vie, à l'activité économique. J'ai demandé que l'on m'envoie dans un sanatorium ; on m'a répondu qu'il n'y avait pas de place. »

Et lorsque j'interviens auprès des pouvoirs publics, en l'occurrence auprès du préfet de mon département, je me heurte, non pas à sa mauvaise volonté, mais à une fin de non recevoir ; on me répond qu'il n'y a pas de place.

Combien y a-t-il ainsi de tuberculeux hypnotisés par l'idée du sanatorium guérisseur et qui attendent leur admission jusqu'à leur dernier souffle ! (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche.*)

Il faudrait aussi rendre cette société plus hospitalière : c'est dans les bas salaires, dans la misère physiologique, dans le surmenage, dans la sous-alimentation qu'il faut chercher les causes de la tuberculose.

Notre société est une société meurtrière, mais surtout meurtrière pour le prolétariat. C'est ainsi qu'à Paris la mortalité est en raison inverse de la richesse ; les Parisiens meurent d'autant plus nombreux qu'ils sont plus pauvres. Il y a dans la capitale une série d'arrondissements noirs où la mortalité est effrayante. Ce sont les arrondissements ouvriers.

Et qu'on ne dise pas que la classe ouvrière meurt davantage parce qu'elle observe moins les règles de l'hygiène. Si l'on veut parler de l'hygiène qui consiste à respirer l'air pur et à se bien nourrir, il est d'une ironie assez sinistre de reprocher aux travailleurs, de ne pas la pratiquer. (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche.*)

Ainsi dans nos campagnes, où se pose toujours, malgré la loi du 15 février 1902, le problème de la sanitation sous le double aspect d'une saine alimentation en eau potable et d'une évacuation rationnelle des eaux usées, ce qui est une cause déterminante, là aussi nous enregistrons une excessive mortalité : ainsi, sur 37.963 communes, 8.604 seulement sont dotées d'une adduction d'eau potable.

Dans la lutte contre les maladies vénériennes, même indifférence. La syphilis atteint un dixième de notre population ; 140.000 Français en meurent tous les ans. Elle est la cause principale des avortements pathologiques et le facteur le plus important de dégénérescence de la race. 30 p. 100 de nos enfants sont entachés d'hérédité syphilitique; nous avons dans nos écoles plus de 65.000 enfants arriérés ou anormaux ; ce sont tous les hérédo-syphilitiques; de même 95 p. 100 des jeunes criminels sont le produit de la syphilis héréditaire.

Les dommages qui en résultent pour la famille, la race et la fortune publique, peuvent être évalués à 50 milliards au moins par an. Or, les progrès de la médecine permettent de guérir la syphilis et de la faire disparaître. On peut donc affirmer qu'aucune dépense ne sera plus productive, que les crédits qui seront attribués à la lutte contre ce fléau. (*Applaudissements.*)

Là encore nous pourrions nous inspirer de l'exemple de certains pays ; Suède, Danemark, où le traitement est gratuit et obligatoire.

Sans doute, depuis dix ans, les ministres chargés de la défense de la santé publique se sont efforcés de développer les organismes de défense, mais cet armement reste insuffisant. Il faut multiplier les dispensaires, les laboratoires, les services hospitaliers destinés plus particulièrement au traitement des mères et des enfants ; il faut doter nos universités des services indispensables à l'enseignement et à la recherche scientifique.

De même pour le cancer. Nous enregistrons encore là 40.000 morts tous les ans. Or, les cancers précocement traités sont souvent curables. Il faut organiser la détection en multipliant les centres de dépistage et les services de consultation. Il faut augmenter notre capital radium.

N'est-il pas honteux de constater également que des villes importantes n'ont pas d'hôpital d'enfants et ont des maternités insuffisantes ? Nous perdons chaque année 50.000 enfants qui meurent non de maladie, mais faute de soins.

Ce chiffre n'est-il pas effarant ? N'y a-t-il pas lieu d'incriminer notre insouciance, quand on songe que sous un climat comme celui de la Suède, infiniment plus rude que le nôtre, on arrive à sauver beaucoup plus de vies humaines ?

L'an dernier, au cours de la discussion de l'article 72 de la loi de finances, au sujet de l'allocation journalière des femmes en couches admises à l'assistance instituée par la loi du 17 juin 1913, j'avais déposé une demande de scrutin sur un amendement tendant à ce que l'allocation soit accordée pendant douze semaines. Ainsi, la législation de l'assistance aurait été mise en harmonie avec la loi sur les assurances sociales, la convention élaborée à Washington en 1919 et la loi du 4 janvier 1928, ceci dans l'intérêt de la mère et pour la sauvegarde de l'enfant. Ma proposition, combattue par M. le rapporteur et par M. le ministre du budget, a été rejetée par 415 voix contre 161, scrutin significatif dans une Chambre, qui se dit sociale et hardie et qui en réalité, se montre timorée.

Les comparaisons internationales font apparaître la médiocrité de notre situation sanitaire. En résumé, la proportion des décès est plus élevée en France que dans la plupart des pays d'Europe ; elle dépasse en particulier celles de l'Angleterre et de l'Allemagne de 40 p. 100.

Et si nous n'avons qu'un très faible accroissement

de population, c'est bien plus par un excédent de décès que par une insuffisance de naissances. On ne peut rien lorsqu'on se heurte à la volonté restrictive des procréateurs, mais, contre la mortalité infantile, le Gouvernement avait l'impérieux devoir d'agir, et il n'a rien fait. (*Applaudissements à l'extrême gauche.*)

L'intérêt de l'Etat mis à part, quelle chose plus belle que de vaincre la mort, ou plutôt, car il n'y a de vraies victoires que les victoires définitives, de prolonger la vie jusqu'aux limites qu'on doit appeler naturelles, jusqu'à l'âge où la mort, résultant de l'usure de l'organisme, se produit sans souffrance et où la satiété, et peut-être aussi une sorte d'instinct, font que généralement on l'accepte sans révolte ?

Nous avons, par conséquent, raison lorsque nous disons que l'on tue le prolétariat. Nous n'avons jamais voulu dire par là qu'on le fait avec dessein et de propos délibéré, mais on condamne à mourir avant l'âge par le surmenage, la surexploitation des adultes. On tue les ouvriers parce qu'ils travaillent dans des conditions d'hygiène et d'insécurité déplorables, avec un régime d'alimentation et d'habitat qui n'est pas digne d'eux.

Les statistiques viennent encore corroborer nos affirmations. Sur 1.000 sujets, il meurt, pour les riches : de 1 à 5 ans, 57 pour mille ; de 5 à 10 ans, 62 pour mille ; de 10 à 20 ans, 134 pour mille ; pour les pauvres : de 1 à 5 ans, 345 pour mille ; de 5 à 10 ans, 402 pour mille ; de 10 à 20 ans, 444 pour mille ; et la proportion est la même pour les adultes.

Il ne suffit donc pas que la masse des ouvriers soit privée de la plupart des joies de la vie, il faut encore qu'elle offre à la maladie et à la mort un tribut anormal, artificiellement exagéré. Et la société bourgeoise accepte comme naturel ce gaspillage insensé, monstrueux, de forces et de vies humaines.

En dehors de toute considération sentimentale, cette crise de la mortalité présente un grave danger pour le pays. En 1929, nous avons eu en France, 741.104 décès et 728.540 naissances, d'où une perte de 12.564 unités. Cependant, tous nos voisins sont en progression. C'est ainsi que, de 1900 à 1925, la population de la France diminuait de 500.000 âmes, alors que celle de l'Italie augmentait de 6 millions, celle de l'Angleterre de 9, celle de l'Allemagne de 13.

Et, en 1929, il y avait, en Allemagne, un excédent de naissances de 340.000 unités ; en Angleterre, de 112.000 ; en Italie, de 375.000 ; en Pologne, de 468.000 ; en Espagne, de 252.000 ; aux Pays-Bas, de 94.000 ; en Belgique, de 43.000 ; en Suisse, de 21.000 ; alors qu'en France, nous l'avons dit, nous enregistrions une perte de 12.564 unités.

Or, il s'agit moins d'une crise de la dénatalité que d'une crise de la mortalité ; car les statistiques indiquent que la natalité est en décroissance dans presque tous les pays.

En effet, si l'on remonte à l'année qui précéda la guerre, on constate que le nombre des naissances, entre 1913 et 1927, calculées sur 10.000 habitants, était descendu : en France, de 191 à 182 ; en Angleterre, de 250 à 170 ; en Suède, de 232 à 161 ; en Norvège, de 254 à 188 ; au Danemark ; de 256 à 196 ; en Hollande, de 281 à 231 ; en Belgique, de 216 à 190 ; en Suisse, de 231 à 179 ; en Italie, de 317 à 265 ; en Espagne, de 304 à 284.

Par conséquent, notre infériorité, vis-à-vis de l'étranger, a comme cause notre excessive mortalité.

C'est sur ce point que les pouvoirs publics devraient agir. — Certains penseront, et ils sont nombreux à la droite de cette Assemblée, qu'il faut, avant tout, encourager la natalité. Nous pensons, nous, qu'il faut, en premier lieu, sauvegarder la vie de ceux qui sont nés, en entreprenant une croisade contre la tuberculose, le taudis, la syphilis, le cancer, la mortalité infantile, etc., qui sont autant de fléaux qui déciment trop cruellement la nation.

. . . .

C'est parce que nous avons pensé que c'était un premier palliatif à tous les maux, que nous avons demandé l'application intégrale des assurances sociales.

Ah ! ce fut laborieux. Pendant dix ans, elles firent la navette du Sénat à la Chambre. Il y avait longtemps qu'elles étaient appliquées à l'étranger avant que nous en ayons le bénéfice.

Certes, la loi n'est pas parfaite ; il faudra l'améliorer. Mais n'est-ce pas le propre de nos lois sociales qu'elles ne peuvent être parfaites, lorsqu'elles sortent de nos tumultueuses discussions parlementaires. C'est au contact des réalités, sur le champ mouvant des expériences, que les lois s'améliorent et deviennent plus efficaces. (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche.*)

. . . .

Pour encourager la natalité, nous préconisons une politique de hauts salaires et la lutte contre l'alcoolisme. Nous demandons de diminuer les charges fiscales qui pèsent sur la masse des travailleurs.

C'est là une grande œuvre à entreprendre et dont l'urgence s'impose. Nous n'aurons garde d'analyser les conséquences de notre dépopulation ; elles sont trop évidentes ; elle entraîne non seulement notre déchéance économique, la détresse du monde rural, la difficulté d'exploiter nos colonies, mais encore elle amoindrit le principal potentiel de défense nationale.

En 1935, la France, si elle ne réagit pas, ne comptera même plus 30 millions d'habitants ; à nos armées, l'Allemagne riche de 68 millions opposera des armées beaucoup plus nombreuses.

Monsieur le ministre, je veux en terminer.

Les crédits du ministère de la santé publique sont notoirement insuffisants. Ils atteignent seulement 1.177.831.364 fr.

Pour la protection infantile, 300.000 fr. d'augmentation ; ce n'est pas avec cela, monsieur le ministre, que vous pourrez appliquer le projet Strauss, voté le 13 novembre 1930, et actuellement devant le Sénat.

Pour la création des centres anticancéreux, 4 millions seulement : le crédit de l'an dernier n'a pas été augmenté.

Pour la tuberculose, 2 millions seulement d'augmentation. Comment voulez-vous subventionner sérieusement les œuvres de préservation de l'enfance ?

De même pour les maladies vénériennes, où le chapitre ne compte que 2 millions de plus. Le tout à l'avenant.

Dans le plan d'outillage national lui-même, vous n'avez prévu que 617 millions pour la santé publique, dont 285 à peine pour la création de nouveaux établissements de prophylaxie.

Comment voulez-vous vous consacrer à la défense de la race : vous n'en avez pas les moyens ?

Je crois que nous mourons aussi d'une défaillance de volonté. (*Applaudissements à l'extrême gauche.*)

Y a-t-il, en matière d'hygiène, de quoi se réjouir davantage ?

Il y a, dans le budget, des bribes de crédits à engager, qui semblent amorcer un crédit important, mais qui sont loin de suffire.

Là encore, je n'insisterai pas.

Je ne retiens que trois points.

Voici d'abord les laboratoires. Avant le scandale des timbres antituberculeux il y eut celui plus ancien, mais peut-être plus déshonorant encore, en tout cas plus révoltant, des combats de nègres organisés pour permettre l'aménagement des laboratoires où des savants n'ont ni feu, ni lumière, ni moyens de travail.

Je vais vous citer, quelques extraits d'un discours du professeur Bezançon sur cette question :

« Faute de laboratoires, dit-il, l'observation clinique, bien souvent incomplète, reste inutilisable au point de vue scientifique. Il n'est pas admissible que, dans une ville comme Paris, un service hospitalier n'ait pas de secrétaire chargé de réunir les observations et les documents, que la plupart des laboratoires n'aient pas de laborantines et que le plus fort budget attribué à ce service ne dépasse pas 3.000 francs.

« L'heure est venue où il faut sortir de la réserve dans laquelle, par une sorte de pudeur délicate, nous étions restés, de dire bien haut la misère de nos services et de nos laboratoires, de rédiger le cahier de nos revendications, de ne plus accepter d'être, dans le monde de la science, des parents pauvres auxquels, bientôt, on ne viendra plus rendre visite et qu'on regardera d'un œil dédaigneux.

« Les conditions de travail du passé ne sont plus valables. Un monde nouveau s'organise partout. Sauvez nos services hospitaliers. »

Messieurs, il y aurait aussi beaucoup à dire des services de désinfection et de déclaration des maladies contagieuses. Dans Paris, il est établi qu'à peine dix pour cent des maladies contagieuses sont déclarées ; lorsqu'elles le sont, voici ce qui se passe. Il y a, pour Paris, environ 200 désinfections à faire sur déclaration des médecins ; on en fait environ 40. De 40 à 50 personnes sont affectées à ce travail. Elles n'ont pas d'appareils facilement utilisables, mais seulement de vieux ustensiles à peu près hors d'usage. Dans Paris, il y a deux appareils à formol pour cinq arrondissements.

Messieurs, la question du personnel doit aussi attirer votre attention. Il est nécessaire de rappeler que ces hommes et ces femmes font un travail long, pénible, délicat et dangereux. Or, jusqu'à présent, on n'a guère donné satisfaction à leurs nombreuses revendications ; il serait temps, vraiment, d'y penser.

Pour conclure, Messieurs, je crois qu'on a le droit, de dire que les œuvres d'assistance et d'hygiène entreprises par la société actuelle le sont, pour ainsi dire, par force et de mauvaise grâce.

Depuis quelques années, assurément, on s'est intéressé de plus près à la santé, à la natalité, diminution de la morbidité, depuis surtout que la guerre a supprimé de 1.500.000 à 1.700.000 jeunes travailleurs, depuis que les travailleurs, un peu mieux éclairés sur leurs droits et sur leurs besoins, un peu plus désireux de mener une vie moins pénible, moins déshérités, ont pensé eux aussi à faire la restriction des naissances, à mettre moins de malheureux au monde. Ils ont voulu ainsi permettre à leurs enfants de mener une vie meilleure, moins lamentable, moins misérable que celles qu'ils ont vécue eux-mêmes.

M. Philippe Marcombes. — Je veux attirer l'attention de la Chambre sur deux questions spéciales qui peuvent être examinées dans la discussion générale du budget de la santé publique.

La première a trait au thermalisme en France et à la direction que nous voudrions voir instituer au ministère de la santé publique.

J'ai lu, dans le rapport de M. Landry, qu'il était question de réorganiser, si je puis m'exprimer ainsi, la direction de l'assistance en transformant le poste de directeur en celui de directeur général et en créant un poste de directeur adjoint.

Je m'associe bien volontiers aux conclusions de M. le rapporteur, étant donné, surtout, les grandes qualités du directeur actuel de l'assistance publique ; mais je voudrais voir à côté de lui, non un directeur adjoint, mais un nouveau directeur, qui prendrait en mains la cause du thermalisme.

Il faut bien le dire, le thermalisme est chez nous délaissé. Pourquoi ? Parce qu'il n'a pas son bureau à lui, sa maison propre. Et vous savez bien qu'en règle administrative, quand on n'est pas représenté par un organisme particulier dans un ministère, on est abandonné, on est l'enfant pauvre.

Hier, M. le ministre de la santé publique a bien voulu répondre à l'un de nos collègues, M. Fié, je crois, qui avait demandé pour le ministère de la santé publique des attributions beaucoup plus larges, qu'il ne voulait pas voir, notamment, le service des fraudes alimentaires venir au ministère de la santé publique, qu'il était mieux placé à l'agriculture.

Je ne reprends pas cette discussion. Je me per-

mets seulement de dire que je ne suis pas de cet avis et que je voudrais voir entrer la répression des fraudes alimentaires dans les attributions du ministère de la santé publique, car elle est à la base même de la santé publique.

Mais je conviens que M. le ministre de la santé publique, ancien ministre de l'agriculture, était un peu gêné pour traiter cette question, à côté de son collègue M. Victor Boret.

D'ailleurs, Monsieur le Ministre, vous savez que nous avons la plus grande confiance en vous, que tous les médecins sont très heureux de vous voir à la tête de ce nouveau ministère, car vous n'avez pas seulement les qualités d'ordre scientifique qui vous sont indispensables, mais aussi les grandes qualités de cœur utiles à ceux qui, comme vous, veulent lutter contre la maladie, la détresse et la misère humaines. (*Applaudissements.*)

Nous demandons au ministère de la santé publique nous tous qui représentons des régions de thermalisme, d'avoir une politique thermale.

Aujourd'hui, le thermalisme dépend de plusieurs ministères. On a eu tort de l'accoler au tourisme. Thermalisme et tourisme sont deux choses nettement différentes.

Je ne voudrais pas provoquer un divorce entre mon excellent ami M. Gourdeau, aujourd'hui à la tête du tourisme en France, et M. Queuille.

Le tourisme a sa place normale et naturelle au ministère des travaux publics. Pour le tourisme, il s'agit d'organiser des transports, de faire d'excellentes routes, pour que les touristes français et étrangers puissent visiter les sites merveilleux de nos régions.

M. Alexandre Lefas. — Et de faire de la publicité.

M. Philippe Marcombes. — Je vais y venir.

Le but essentiel du thermalisme, au contraire, est de soigner les malades. Le thermalisme est une thérapeutique, il a une action de cure au même titre que les médicaments que nous achetons chez les pharmaciens.

Hier, M. le Ministre de la santé publique nous a dit qu'il absorberait bientôt, à son ministère, l'inspection des pharmacies. J'applaudis à cette décision et je lui demande de traiter le thermalisme, agent de cure, comme un produit pharmaceutique.

M. Lefas parlait à l'instant de la publicité. C'est, à mon avis, la question capitale, aussi bien pour le tourisme que pour le thermalisme. Je ne vois aucun inconvénient, bien au contraire, à ce que la publité extérieure de l'un et de l'autre soit commune et confiée à l'office national du tourisme et du thermalisme.

Il est incontestable que, dans les maisons de France que nous verrons se construire à Paris et aussi, je l'espère, à l'étranger, le tourisme et le thermalisme français devront être côte à côte, parce que tous deux s'intéressent à des régions dont la beauté et le pittoresque doivent être signalés à l'attention de tous.

Mais la publicité du thermalisme ne doit pas seulement s'attacher à signaler le pittoresque d'une région, elle doit être surtout une publicité technique et médicale.

Nous constatons actuellement que d'autres pays, tels que l'Allemagne et l'Italie, font une publicité continue et importante pour leurs stations thermales. Mais à la grande différence des stations françaises, ces stations ne peuvent lutter pour la qualité de l'eau médicament.

En France, les stations thermales, vous le savez, sont très anciennes. Les vestiges que l'on trouve aujourd'hui dans toutes les régions, aussi bien dans les Pyrénées qu'en Auvergne et en Savoie, montrent que de tout temps, les étrangers sont venus chez nous prendre les eaux.

Les vestiges de ces villes d'eau, de ces bains romains, sont, comme nos vieux parchemins, des papiers de famille auxquels nous sommes attachés profondément et qui sont l'orgueil de nos petites cités thermales.

Aussi, Monsieur le Ministre, je crois que la publicité doit être faite dans le sens que je vous indique, publicité technique et d'ordre médical.

Il existe à Paris une association qui s'appelle la société d'hydrologie médicale de France. Elle réunit tous les médecins de stations thermales et elle publie tous les mois un petit fascicule qu'elle s'efforce de répandre à l'étranger.

C'est là une publicité excellente. C'est même la meilleure, parce qu'elle est technique, qu'elle s'adresse aux malades eux-mêmes et aux médecins qui les soignent.

Nous vous demandons d'aider cette société et de lui accorder telle subvention que vous jugerez nécessaire pour lui permettre de développer cette publicité, très efficace pour notre pays.

L'intérêt de l'Etat français est intimement lié à la prospérité de l'industrie thermale. On l'a souvent dit et je n'y reviendrai pas. Je veux me contenter de traiter cette question du point de vue pratique.

Mais si nous considérons que la cure thermale est un mode de thérapeutique, je vous demande de faire que cette thérapeutique ne soit pas mise à la portée seulement des malades riches ou aisés. (*Très bien ! très bien !*)

Aujourd'hui, pour séjourner dans une ville d'eau, il faut être riche et même très riche : l'hôtel est cher, la cure est coûteuse et le voyage est hors de prix. Seuls les gens fortunés peuvent en profiter.

Or, si nous jugeons, nous médecins, que la cure thermale a aujourd'hui une grande importance dans la thérapeutique usuelle, nous devons nous appliquer à donner cette cure à tous les malades, quels qu'ils soient aux malades de l'assistance comme aux autres. (*Applaudissements.*)

Que faire pour cela ? Créer dans toutes les stations thermales des hôpitaux thermaux.

Certes, plusieurs villes d'eaux ont déjà des hôpitaux.

Il y a d'abord les hôpitaux militaires d'Amélie-les-

Bains, Barèges, Bourbonne, Royat, Châtel-Guyon, etc. et 14 hôpitaux civils dont : Aix, Ax-les-Thermes, Bagnoles, Barèges, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Luchon, La Bourboule, le Mont-Dore, Néris, Plombières et Vichy.

Je vous demande de faciliter la création, dans toutes les stations, d'hôpitaux thermaux, ou plus exactement d'hôtels à bon marché. (*Très bien ! très bien !*)

Nous avons, dans le Puy-de-Dôme, un hôpital auquel s'intéresse particulièrement la ville de Paris : c'est l'hôpital d'enfants de La Bourboule. Il appartient aux hospices de Clermont-Ferrand qui le tiennent d'un legs et peut soigner tous les ans plusieurs séries d'enfants par cures de vingt et un jours.

Mais cet hôpital est mal placé, au centre même de La Bourboule et n'a ni jardin, ni parc. Les enfants qui nous sont confiés par leurs parents, les communes et la ville de Paris se trouvent dans une cour exiguë, derrière des grilles. Ils voient dans la rue les enfants riches se livrant à leurs jeux habituels en pleine liberté. C'est pour eux un spectacle déprimant. La commission des hospices a l'intention de déplacer cet hôpital et de le porter aux abords immédiats de la ville et de lui adjoindre un grand parc, qui permettra à ces enfants de profiter largement de la cure, de s'ébattre librement en plein air, et de quitter La Bourboule en bonne santé, sans regret ou amertume. (*Applaudissements.*)

Je vous demande de nous aider, dans notre initiative qui devrait servir d'exemple à toutes les villes d'eaux.

Il est question d'instituer des camps thermaux pour enfants. C'est une idée extrêmement intéressante.

Il ne serait peut-être pas possible de construire des hôpitaux pour tous les enfants qui ont besoin de grand air mais on peut, dans certains cas, plus modestement, installer des camps thermaux ou de plein air. Dans ce but, nous sommes tout prêts à nous associer à vous dans la mesure des possibilités thermales.

Ma conclusion, Messieurs, est donc qu'il faut développer le thermalisme français, source de prospérité pour notre pays, en organisant d'une part une publicité technique médicale bien comprise et d'autre part, en donnant à tous les moyens de se soigner par la création d'hôpitaux thermaux.

Je suis persuadé, Monsieur le Ministre, qu'ainsi vous contribuerez largement à la prospérité générale de notre pays.

Je vous demande aussi de vouloir bien, au moment de la réorganisation de vos services, prendre en mains, vous seul, la question du thermalisme et de confier son étude à un directeur compétent, qui en aura la responsabilité. (*Très bien ! très bien !*)

Ne savons-nous pas qu'une question ne peut être bien étudiée, puis résolue au mieux des intérêts de tous que si un directeur responsable en est chargé spécialement ?

Je veux parler maintenant d'une question à laquelle , Monsieur le Ministre, vous vous intéressez, beaucoup,car à la Chambre vous vous êtes montré en maintes occasions, le défenseur des petites communes rurales.

L'an dernier, j'avais déjà attiré l'attention du Ministre de l'hygiène sur le problème de l'hospitalisation de malades atteints d'affections de longue durée. Ce sont surtout, mes confrères le savent, la tuberculose et l'aliénation mentale.

Je sais que mon collègue M. Perfetti s'intéresse spécialement à la question de l'hospitalisation des aliénés et que, d'autre part, vous désirez que, dorénavant, l'Etat participe aux dépenses qu'entraîne le traitement de ces malades.

M. Maurice Palmade, *ministre du budget.* — Ce n'est pas facile, mais nous avons fait le nécessaire pour cela.

M. Philippe Marcombes. — Je le sais, Monsieur le Ministre, mais je laisse de côté l'aliénation mentale en tant que maladie spécifique ; en ce moment, je ne l'envisage, avec la tuberculose, que comme maladie de longue durée.

Il n'est pas un membre de cette Assemblée qui ne reçoive constamment des doléances de maires de petites communes ou de parents se plaignant de ne pouvoir, faute de ressources, envoyer leurs malades, leur fils ou leur frère, selon la prescription du médecin, dans un sanatorium.

Or, nous faisons d'énormes dépenses pour lutter contre la tuberculose ; nous avons organisé cette lutte par la création de dispensaires, de préventoria, de sanatoria et d'hospices-sanatoria.

Construire est bien, mais il faut ensuite meubler. Ce n'est pas, hélas ! la clientèle qui manque. Vous connaissez comme moi l'offensive brutale de la tuberculose qui sévit en ce moment. Les tuberculeux sont légion ; il est vrai que beaucoup le sont des suites de la guerre, mais beaucoup également ont été contaminés par leurs proches parce qu'on n'a pu à temps les isoler.

Vous connaissez tous comme moi, des familles où le père tuberculeux, alité, est entouré de quatre ou cinq enfants qui vivent, mangent à côté de lui et se contaminent au contact de la literie.

Il y a une œuvre extrêmement importante et intéressante à entreprendre, mais il faut permettre aux communes d'hospitaliser ces malades.

En premier lieu, il faut réformer les barèmes de participation aux frais des communes rurales.

Je n'ai pas présent à la mémoire le barème actuellement en vigueur, mais il faudrait réduire la participation communale de façon telle que la petite commune rurale soit presque complètement déchargée des frais d'hospitalisation.

Il faut avoir le courage de le dire, car même avec l'aide de la loi des assurances sociales, la petite commune rurale devra participer à la dépense.

D'abord, la loi des assurances sociales ne s'applique pas actuellement à tous les agriculteurs ; il en est encore qui ne sont pas inscrits, et il y en aura pendant plusieurs années.

D'autre part, quand la loi sera bien appliquée, il y

aura toujours une différence entre le tarif de responsabilité et le tarif du sanatorium, que les services d'assistance devront prendre à charge. Donc, la commune interviendra encore.

Si vous voulez que la lutte contre la tuberculose soit efficace, il ne faut plus que les conseils municipaux de petites communes rurales puissent répondre qu'ils n'ont pas d'argent. Les collectivités plus riches, Etat et département, doivent intervenir efficacement. (*Très bien ! très bien !*)

L'an dernier, j'avais attiré l'attention de M. le Ministre de l'hygiène sur cette question primordiale.

Si nous voulons, lui disais-je, vraiment lutter contre la tuberculose, il faut éviter la contagion. Pour éviter la contagion, il faut sortir le malade de chez lui. Vous savez, Monsieur le Ministre, qu'entre le sanatorium et l'hôpital, il y a une organisation fort utile.

Le malade tuberculeux n'ai me pas aller à l'hôpital. Il croit, à tort du reste, qu'on l'y envoie pour se débarrasser de lui. Cela n'est pas exact. Le malade, même tuberculeux avancé, doit aujourd'hui être soigné médicalement ou chirurgicalement et doit souvent guérir.

Il faut donc créer entre le sanatorium et l'hôpital, ce qu'on appelle l'hospice-sanatorium, car le malade n'aura plus alors l'impression d'être envoyé à l'hôpital, dans des salles communes où il est le chronique. Il aura, au contraire, l'impression d'être dans un établissement de cure.

Le département du Puy-de-Dôme, qui fait construire en ce moment le sanatorium Etienne-Clémentel, a, d'autre part, élaboré un projet d'hospice-sanatorium et j'appelle sur lui l'attention de M. le ministre. Il faut que, rapidement, réalisé, il serve d'exemple.

Voilà, Monsieur le Ministre, les deux observations que je voulais vous présenter. Je sais que vous êtes d'accord avec moi et que seules les possibilités budgétaires peuvent vous empêcher de me donner entièrement satisfaction.

Pour le thermalisme, vous pouvez, d'ores et déjà, me répondre : oui. C'est une affaire d'organisation, je vous l'affirme.

Prenez en mains le thermalisme français qui ne demande qu'à être dirigé par un bon technicien.

Le faisant, vous contribuerez très largement au rétablissement de la vie économique de notre pays et à sa prospérité générale, car vous savez combien dans la balance commerciale sont importants les apports des étrangers à nos villes d'eaux.

Quant à ma deuxième question, celle des tuberculeux et des aliénés...

M. LE MINISTRE DU BUDGET. — L'accord est fait avec la commission des finances au sujet des aliénés.

M. Philippe MARCOMBES. — Je demande qu'il le soit aussi au sujet des tuberculeux afin que les petites communes n'aient presque plus rien à payer pour l'hospitalisation de leurs malades.

Les sanatoria, les hôpitaux se rempliront alors et vous donnerez aux malades, sinon la santé définitive, du moins le réconfort moral auquel ils ont droit. (*Vifs applaudissements.*)

M. LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Je réponds maintenant à M. Marcombes. Je déclare tout de suite que certaines de ses questions sont particulièrement délicates, parce qu'elles mettent en cause les attributions de différents ministres.

Il m'est difficile de dire sur quel terrain nous pouvons nous mettre d'accord avec le ministère et le sous-secrétariat d'Etat des travaux publics qui ont le tourisme dans leurs attributions. Je déclare toutefois que le ministre de la santé publique a la volonté de s'occuper tout spécialement du thermalisme et qu'il s'est déjà avancé dans la voie indiquée par M. Marcombes.

Lorsque le législateur a institué la taxe de séjour, qui est perçue, non seulement dans les centres de tourisme, mais aussi dans les stations thermales, il a formellement indiqué qu'une partie du produit de cette taxe servirait à faciliter le séjour des indigents et des assistés dans les stations thermales.

En fait, la distinction entre les sommes destinées à l'amélioration des stations thermale ou de tourisme et les fonds affectés aux indigents, n'a pas été établie. Cette répartition sera réglée, et nous disposerons de ressources pour agir dans le sens que souhaite M. Marcombes.

En outre, le rattachement de l'inspection des pharmacies au ministère de la santé publique nous donnera le droit de contrôle sur le commerce des eaux minérales. Vous savez qu'à la suite d'une intervention de notre collègue M. Roy, on avait commencé à organiser le contrôle de la vente des eaux minérales. Nous développerons cette organisation et nous essayerons d'obtenir dans les stations thermales — à cet égard, le projet que nous allons déposer sur l'organisation du pari mutuel nous donnera des facilités — l'ouverture d'établissements de plus en plus nombreux qui recevront les indigents à qui le médecin recommande une cure dans une de ces stations. Celles-ci cesseront d'être, dans leur intérêt même et dans celui des malades, ce qu'elles sont trop souvent, des stations de luxe. (*Très bien ! très bien !*)

Enfin à M. Bahier, je réponds que tout le programme d'amélioration des conditions de la vie rurale touche évidemment l'hygiène à la campagne.

Je ne peux pas promettre d'intervenir pour faire voter tel ou tel projet qui serait de nature à donner aux fermiers une certaine sécurité ; mais je les signalerai à mon collègue de l'agriculture.

Je reconnais que le ministre de la santé publique est intéressé à des questions telles que la construction de chemins ruraux, l'amélioration des conditions générales de la vie à la campagne. Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans les conseils du Gouvernement, le ministre de l'agriculture, qui a certainement les mêmes préoccupations, aura en moi un allié qui, lui-même, trouvera peut-être dans ses sou-

venirs quelques arguments. (*Très bien ! très bien !*)

Pour lutter contre l'alcoolisme, nos moyens sont assez limités. Il me paraît assez délicat de recourir au moyen qu'a indiqué M. Bahier et qui consiste à contrôler la façon dont sont élevés les enfants en retirant certains avantages aux mères qui ne les élèvent pas bien et en accordant, au contraire, des avantages supplémentaires à celles qui s'abstiennent de boire ou de leur faire boire de l'alcool.

En revanche, à mesure que se développent les offices départementaux, l'inspection médicale et l'action des visiteuses, un travail d'éducation pourra s'accomplir dans le sens souhaité par notre honorable collègue.

Une autre mesure législative nous est proposée par M. le docteur Legros, dont le rapport tend à modifier la loi de 1902, et je crois que, de ce côté encore, des décisions fort utiles pourront être prises qui seront de nature à donner satisfaction à M. Bahier.

Enfin, MM. Marcombes et Pomaret ont parlé de la situation des petites communes et de la participation de l'Etat à certaines dépenses d'assistance qui, actuellement, sont à la charge des collectivités locales.

Je réponds d'abord à M. Marcombes, qui a posé la question des aliénés et celle des malades atteints d'affections à longue durée, comme la tuberculose.

M. Marcombes nous a dit : Pour ceux-là, la charge qui est mise au compte des collectivités locales, notamment des communes, est particulièrement lourde ; il faudrait reviser les barèmes et alléger l a charge des communes rurales.

Messieurs, la question de la révision des barèmes se posera bientôt, puisque nous avons déposé, il y a quelques jours, un projet de loi prorogeant l'état de choses actuel et que le projet de réforme des finances départementales et communales, d'accord avec M. le ministre du budget, contiendra des propositions relatives aux dépenses d'assistance en général.

Mais je tiens à faire remarquer à M. Marcombes que ce n'est pas le seul problème à résoudre, malheureusement. Car il ne suffit pas de dire : « Nous allègerons la charge des collectivités locales » pour que, immédiatement, cette grave question de l'hospitalisation des malades atteints d'affections à longue durée, soit réglée.

M. Marcombes voudrait pouvoir hospitaliser les tuberculeux sans qu'il en coutât cher aux communes.

Certes ! mais nous n'avons qu'un nombre insuffisant de lits pour les tuberculeux. Il y a, d'abord, un premer effort d'aménagement à poursuivre, en aidant les communes et les collectivités locales, qui souvent consentiraient volontiers les sacrifices nécessaires pour hospitaliser leurs malades, et qui ne le peuvent pas parce que les sanatoria sont pleins.

Avec les ressources que nous donnera le projet de loi sur l'outillage national et les ressources prévues au budget, nous poursuivrons l'aménagement des établissements qui recevront des tuberculeux.

Il faut souhaiter également le développement de ces hospices-sanatoriums dont parlait M. Marcombes. Ils ont un statut qui leur est un peu défavorable. Nous avons engagé des conversations avec M. le Ministre du budget ; je pense qu'un accord pourra s'établir qui leur donnera le statut des sanatoriums.

J'arrive à la dernière question, celle des aliénés.

On m'a rappelé que, comme président du groupe des maires députés, j'avais, à une des dernières séances de la Chambre qui ont précédé la formation du Gouvernement actuel, demandé que l'Etat participât à ces dépenses d'assistance.

Deux collectivités seulement interviennent, en effet, pour faire face aux frais qu'entraîne l'hospitalisation des aliénés ; le département et la commune, tandis que l'Etat participe aux dépenses résultant de l'application des autres lois d'assistance.

Je n'ai pas oublié mon intervention et je me suis tourné vers mon collègue ministre du budget, M. Palmade. Dans cette affaire comme dans la question concernant l'ouverture des crédits pour habitations à bon marché, il a bien voulu m'écouler avec bienveillance, ce dont je lui suis profondément reconnaissant.

Malgré les difficultés budgétaires devant lesquelles il se trouve, il a bien voulu admettre le principe de la participation de l'Etat aux dépenses d'internement des aliénés indigents.

Il restera à fixer les modalités de cette participation.

Je reconnais qu'il y a là des difficultés très grandes. Les aliénés sont, aujourd'hui, considérés comme des malades et logiquement, c'est la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite qui devrait être appliquée.

L'Etat prendrait ainsi à sa charge 20 p. 100 de la dépense, ce qui est déjà une proportion assez importante.

Mais si l'on appliquait à la lettre les barèmes de l'assistance médicale gratuite et si on répartissait, d'après eux, le complément de la dépense entre les départements et les communes, je reconnais qu'on arriverait à des résultats entièrement contraires à ceux qu'on a voulu atteindre.

En effet, s'il y a des départements qui ont laissé à la charge des communes une grosse part des dépenses d'internement des aliénés, d'autres, usant plus largement de la faculté que leur donne la loi de 1838 de répartir ces dépenses, n'ont laissé au compte des communes que 10 ou 20 p. 100 seulement des dépenses d'hospitalisation.

Si l'on décidait d'appliquer le barème de l'assistance médicale gratuite pour faire face à ces dépenses, les communes se trouveraient, non pas allégées, mais surchargées, par rapport aux dépenses qu'elles supportent actuellement. Il faut donc imaginer un autre système.

Je vous demande de ne pas aller plus loin que ce qui est accepté par M. le ministre du budget. Il faut avoir avec lui le souci de l'équilibre budgétaire et

enregistrer dès maintenant avec satisfaction l'effort fait par l'Etat.

L'Etat participerait aux dépenses d'internement des aliénés indigents dans la mesure où il participe aux dépenses d'asistance médicale gratuite.

Pour le complément, la répartition des dépenses entre les départements et les communes serait faite par les conseils généraux, mais dans des limites déterminées par décret, pour éviter que certains conseils généraux réalisent, au détriment des communes, une opération trop avantageuse pour eux. (*Très bien ! très bien !*)

Voilà, je crois, une solution qui paraît acceptable. Elle marque, en tout cas, un sérieux progrès sur la situation antérieure. La Chambre en sera reconnaissante à M. le ministre du budget. (*Applaudissements.*)

Syndicat de Cannes

Assemblée générale du 4 décembre 1930.

Tarif syndical minimum. — Au cas où un malade ne pourrait réellement pas payer la visite du tarif syndical minimum, il est recommandé de lui faire entièrement cadeau de la visite plutôt que de lui prendre au-dessous du prix minimum de façon à ne pas créer de précédent. Le médecin engagera d'autre part le malade à demander son inscription à l'Assistance médicale gratuite.

Au cas où le malade est capable de payer le tarif syndical minimum si le nombre des visites est limité, mais en devient incapable si le nombre des visites devient élevé, il est recommandé, toujours pour ne pas créer de précédent, de ne pas compter par visite moins que le tarif syndical minimum, mais de dire au malade qu'on ne lui comptera qu'un nombre de visites inférieur au nombre de visites réellement faites.

Electro-radiologie et partage d'honoraires. — Tout partage clandestin d'honoraires est interdit par l'article 4 des statuts du Syndicat qui prévoit en même temps les conditions dans lesquelles peut être attribuée au médecin traitant une part du chiffre global d'honoraires demandé par un chirurgien ou tout autre spécialiste pour une intervention, en rémunération de l'assistance du médecin traitant à cette intervention.

L'assemblée examine la question en ce qui concerne l'électro-radiologie et prend les décisions suivantes :

Si les deux médecins sont d'accord à ce sujet, l'électro-radiologiste pourra réclamer au malade un prix global comprenant les honoraires pour le médecin traitant, aux conditions suivantes :

1° Cette possibilité n'est admise qu'au cas d'examen radioscopique d'application de radium ou de traitement important de radiothérapie profonde ;

2° Le médecin traitant devra avoir assisté effectivement à l'intervention ;

3° Les honoraires du médecin traitant sont fixés au prix d'une visite simple qui sera ajouté au prix de l'acte radiologique ; le médecin désirant demander des honoraires plus élevés devra les demander lui-même ;

4° Le malade devra être informé que les honoraires du médecin traitant en ce qui concerne l'assistance à l'intervention sont compris dans le chiffre global demandé ;

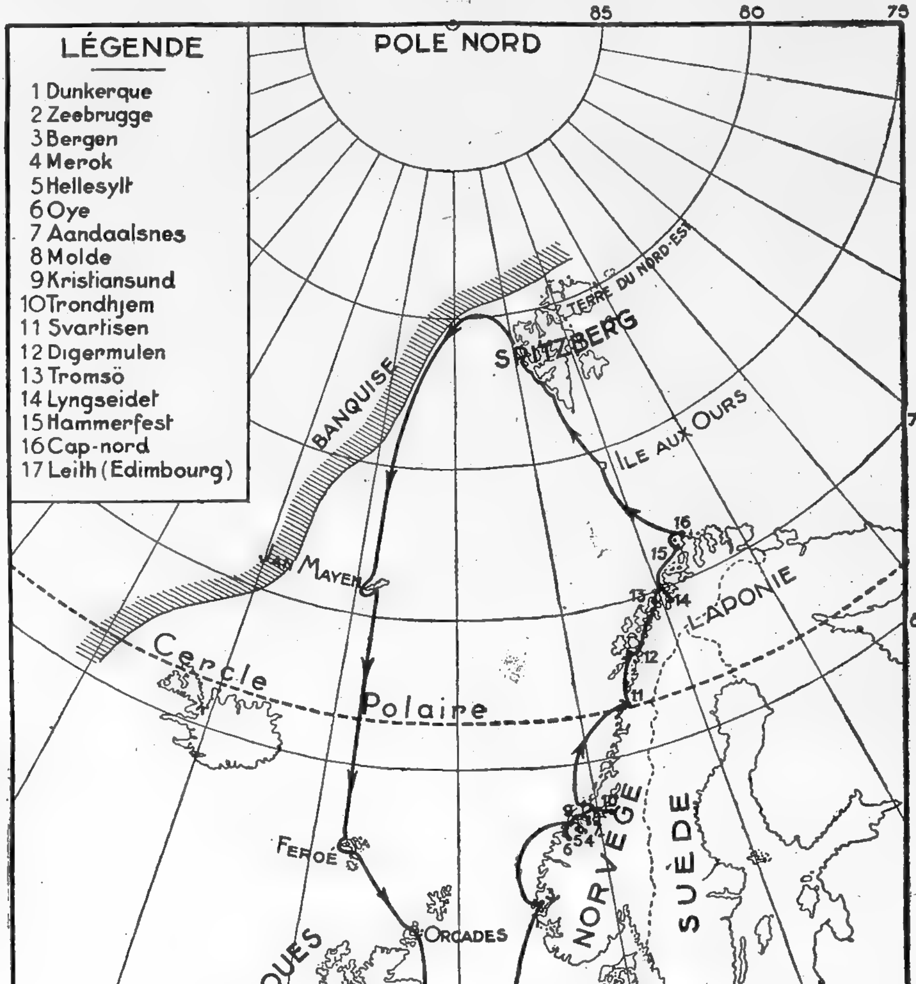
5° Cette possibilité n'est pas admise dans le cas où le radiologiste ne peut demander le tarif syndical minimum au moins.

6° Cette possibilité n'est pas admise en cas de tiers-payant : accidents du travail, réformés, où il y a tarif limitatif, assistance médicale gratuite, où le tarif est pratiquement limitati ; elle est admise pour les assurés sociaux, mais il faut ensuite que le médecin traitant inscrive sa visite sur la feuille de maladie pour que le malade soit remboursé d'une partie de cette visite.

VERS LE POLE NORD

Croisière du « Bruxelles-Médical » en Norvège, au Spitzberg et à la Banquise

Nous avons annoncé, dans un précédent numéro, que notre excellent confrère belge, *Bruxelles-Médical*, organisait pour cet été une croisière en Norvège, au Spitzberg et à la Banquise, sur un très confortable paquebot de luxe



de la Cie des Chargeurs réunis, le *Foucauld*. L'itinéraire de ce beau voyage sera le suivant :

Après embarquement les 11 et 12 juillet 1931, à Dunkerque et à Zeebrugge, le *Foucauld* gagnera directement BERGEN où il arrivera le 14. Bergen, la ville aux Sept Collines, l'ancienne Bjorgoin sera la première escale en Scandinavie. Après avoir admiré le charme de ses vieilles maisons, de ses places pittoresques, de son curieux marché aux poissons, les passagers qui participeront aux excursions se rendront tout d'abord, en automobile, à Fantoft où se trouve encore une curieuse église en bois, de style pagode, datant de l'époque des premiers Vikings convertis au Christianisme, puis, en funiculaire, au sommet

du Flöien, d'où ils découvriront un panorama splendide sur Bergen, les montagnes environnantes, le fjord et l'océan.

De Bergen, le *Foucauld* relèvera sur Merok, petite ville accrochée au flanc de la montagne, dans le Geirangerfjord et d'où est prévue une magnifique excursion à Djuvandshytten.

Viendront ensuite Hellesylt et Oye. D'Hellesylt, une excursion spéciale à Oye est prévue par la superbe Vallée du Norong. Les passagers qui l'effectueront débarqueront donc du navire à Hellesylt pour le rejoindre à Oye.

Poursuivant sa route, le paquebot se rendra à Aandalsnes, d'où un train spécial emmènera les passagers à Bjorli par la fameuse vallée de Romsdal. En cours de route, les touristes ne manqueront pas d'être frappés par les formes bizarres qu'affectent les cimes montagneuses. Chacune d'elles porte d'ailleurs un nom rappelant la silhouette qu'elle évoque : le Roi, la Reine, l'Evêque, les Sorcières, auxquels vient s'ajouter la fameuse Corne de Romsdal qui se distingue par son pic de 1.560 mètres.

Après Aandalsnes viendront Molde, dite la « Cité des Roses », puis le très pittoresque petit port de Kristiansund et Trondhjem situé au fond d'un fjord bordé de terres fertiles, à l'embouchure du Nid.

Puis ce seront les îles Lofoden, aux montagnes sauvages et particulièrement impressionnantes. C'est, on le sait, entre deux des îles Lofoden, que se trouve le fameux gouffre de Malström.

Remontant toujours vers le Nord, le *Foucauld* atteindra Tromso le 21 juillet dans la matinée. Ici, comme sur le Nid à Trondhjem, nous dit Camille Vallaux dans son ouvrage *Sur les côtes de Norvège* (Hachette, Paris), « Les « quais sont absents ; la ville prend jour sur la mer « à un ou deux endroits où se trouvent des estaca- « des en poutres à demi pourries. De hauts ma- « gasins sur pilotis élèvent leurs pignons directe- « ment au-dessus du Sund ... La physionomie « de la rue nous étonne ... Sur l'estacade nous « avons aperçu les premiers Lapons. Avec leur « sourire grimaçant dans leur peau bistrée, et « plus sale encore, sans doute, que bistrée, ils « nous ont offert leurs couteaux et leurs coupe-pa- « pier en corne de renne. » Après une incursion dans le Lyngenfjord et un arrêt à Lyndseidet permettant de visiter un camp lapon, le *Foucauld* fera escale à Hammerfest, petit port de pêche de 3.000 habitants, qui constitue la ville la plus septentrionale du monde.

Le 22 juillet dans la soirée le navire sera devant le Cap Nord, par 71° de latitude nord, le Cap Nord dont la beauté sauvage a été maintes fois décrite. Ensuite le navire gagnera l'Ile aux Ours et le Spitzberg, ce groupe d'îles découvertes en 1596 par le Hollandais W. Barents et qui appartiennent aujourd'hui à la Norvège. Siège de nombreux gisements houillers, le Spitzberg possède en outre de magnifiques glaciers qui descendent jusqu'à la mer et des fjords admirables que le *Foucauld* fera visiter à ses hôtes au cours des six jours qu'il passera dans les régions polaires, fjords dont les plus connus sont King's Bay, Cross Bay et Magdalena Bay, et sur les bords desquels viennent s'ébattre des myriades d'oiseaux, sortes de pingouins en miniature. C'est au Spitzberg, « terre des morts ... Terre de tant « de rêves anéantis, de tant d'intrépidité, de tant « d'héroïsme. (Pierre Goemaere) », que se trouvent les vestiges des campements d'Andrée, d'Amundsen et de Nobile, lesquels pourront être atteints par le *Foucauld*. (Il va sans dire que le navire fera plusieurs escales au Spitzberg et que les passagers pourront descendre à terre). Après le Spitzberg viendra l'Océan Glacial arctique et vers le 81° de latitude Nord, la Banquise. Contrairement à ce que beaucoup croient, « La Banquise, nous dit Ernest Granger dans sa « nouvelle géographie universelle (Librairie Ha- « chette, Paris) n'a pas une surface plane, bien « au contraire ! Soulevés, bousculés, renversés les « uns sur les autres par les marées, les tempêtes « les courants, les blocs de glace s'amoncellent en « hummoks » déchiquetés, en barricades har- « gneuses, en monticules que séparent tout à coup « d'inquiétantes crevasses. La marche n'est « qu'une perpétuelle escalade, épuisante pour « les hommes couverts d'épaisses fourrures et « pour les chiens attelés aux lourds trai- « neaux. »

Il va sans dire que si, comme on l'espère, la chose est possible, le *Foucauld* s'amarrera à la glace, permettant aux passagers de descendre sur la Banquise dont les bords n'émergent en général qu'à 80 centimètres au-dessus du niveau de la mer.

Et ce sera alors le retour par l'île volcanique Jan Mayen, qu'a souvent visitée Charcot avec son célèbre « Pourquoi Pas ? », par les très pittoresques Féroé, entre lesquelles le *Foucauld* naviguera pendant toute la journée du 2 août, s'arrêtant toutefois durant quelques heures en rade de Thorshavn, la petite bourgade qui est la capitale de ce curieux archipel, et enfin par les Orcades, « poussière d'îles, perdues dans les brumes éternelles ».

Leith, port et faubourg d'Edimbourg, constituera la dernière escale du *Foucauld* avant de rejoindre le continent .Pendant cette escale, les touristes visiteront Edimbourg, magnifique ville de plus d'un demi-millon d'habitants, à laquelle ses splendides monuments ont valu le surnom de « Nouvelle Athènes », et qui possède en plus un superbe jardin zoologique. Par sa situation, sa topographie, ses souvenirs historiques, sa « Princess Street » incomparable, Edimbourg est cer-

tainement une des villes les plus belles et les plus intéressantes qui soient au monde.

Et deux jours plus tard, les passagers du *Foucauld* verront poindre à l'horizon les côtes de Belgique et de France, qu'ils auront quittée vingt-cinq jours auparavant pour effectuer un voyage qui ne pourra que leur laisser le plus agréable des souvenirs. (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des enfants.** (Hôpital des Enfants Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 5 mars 1931, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le Professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le Professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections du foie et de l'appareil urinaire, par M. Jean Hutinel, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique par le Professeur.

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 8 au 18 avril et du 16 juillet au 1er août 1931.

— **Cours élémentaire de sympathologie clinique.** — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, fera du 9 au 20 mars 1931, à la Pitié, service 4, à 9 h. 30, des leçons cliniques avec, à 10 h. 30, présentation de malades, projections et exercices pratiques, dirigés par MM. Robert Largeau, Paul George, Boquien et Puymartin, assistants et internes du service.

Programme des leçons. — Lundi 9 mars : Conception actuelle du sympathique. — Mardi 10 mars : Système vagal et métasympathique. — Mercredi 11 mars : Nouvelles acquisitions dans la séméiologie sympathique. — Jeudi 12 mars : Acropathologie. — Vendredi 13 mars : Vagotonie digestive. — Samedi 14 mars : Endocrino-sympathoses. — Lundi 16 mars : Psycho-sympathoses. — Mardi 17 mars : La méthode concentrique en sympathologie. — Mercredi 18 mars : Le sympathique dans la personnalité. — Jeudi 19 mars : Nouveaux traitements des sympathosés.

Le cours est gratuit. Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité, pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin du cours.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** (Professeur : M. Brumpt.) — M. le Professeur Brumpt commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le samedi 7 mars 1931, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Pathologie et thérapeutique générales.** (Professeur M. Baudouin.) — M. le Professeur Baudouin commencera son enseignement le mercredi 11 mars 1931, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Sujet du cours : 1° Leçons sur l'équilibre acido-basique, applications à la pathologie. — 2° Eléments de pathologie générale infectieuse. — 3° Physiologie pathologique et thérapeutique générale de l'épilepsie et des syndromes convulsifs.

— **Pathologie médicale.** (Professeur : M. A. Clerc.) — M. A. Clerc, professeur, commencera son cours le mercredi 4 mars, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Exploration clinique du système artériel. La pression artérielle et ses modifications pathologiques (hypertension, hypotension). Pathologie des artères. Artérites. Maladies de l'aorte, des coronaires, de l'artère pulmonaire. Syndromes artério-capillaires.

Cours pratique complémentaire (pathologie du cœur, des vaisseaux et du sang). — M. A. Clerc et ses assistants feront pendant le semestre d'été à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais) un cours pratique complémentaire selon le programme ci-dessous :

Les lundi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles ; les mardi, à 10 heures : Consultation externe, polyclinique ; le mercredi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles ; le jeudi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants ; le vendredi, à 10 heures : Radioscopie; électrocardiographie ; le samedi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** (Professeur : M. Pierre Ménétrier.) — M. le Professeur P. Ménétrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le mercredi 11 mars 1931, à 18 heures, à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 18 heures, pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours. — Histoire de la médecine en Occident au Moyen-Age et à la Renaissance, aux 16e, 17e et 18e siècles.

— **Chaire d'anatomie pathologique.** (Professeur : M. Gustave Roussy.) — I. Cours. — M. le Professeur G. Roussy commencera le cours du semestre d'été, le vendredi 6 mars, à 17 heures, au Petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants , pendant les mois de mars et avril.

M. Ch. Oberling, agrégé, fera le cours, à partir du lundi 4 mai et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, durant les mois de mai et juin.

Objet du cours. — Les inflammations des divers parenchymes. Les tumeurs des différents tissus et organes.

Le cours s'adresse aux étudiants de troisième année et porte essentiellement sur le programme de l'examen de fin d'année.

(1) Pour tous renseignements et inscriptions, écrire à l'adresse suivante : Croisière médicale « Foucauld », 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles. Téléph. : 17-84-84 et 17-84-85. Adresse télégr. : Belgfranav-Bruxelles.

II. Cours de perfectionnement : Cours de technique, de diagnostic anatomo-pathologique et d'autopsie, par MM. R. Leroux, agrégé, chef des travaux et Busser, assistant. Ce cours, comprenant 20 séances de technique microscopique et dix séances d'exercices d'autopsie commencera le 20 avril, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique. Une affiche ultérieure en indiquera le programme.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours de seize leçons commencera le lundi 18 mai, à 14 h. 30, au laboratoire d'anatomie pathologique. Une affiche ultérieure en indiquera le programme.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. Hovelacque, agrégé, commencera ces conférences le mardi 3 mars 1931, à 16 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Anatomie de la tête, du cou, du thorax.

— **Thèses.** — Mercredi 11 février. — Jury : MM. Legueu, Tanon, Dognon, Moreau. — El-Timor-Taha : Les rayons ultra-violets dans le traitement de la tuberculose uro-génitale.— Mouneyrat J. : Etude du traitement de la syphilis par le bismuth et l'arsenic.

Thèses vétérinaires. — Jury : MM. Gosset, Strohl, Dechambre, Robin, Bresson. — Bocquet : Le cheval de pur sang anglais de course. Son stud Boo . — Colenson : Anatomie et physiologie radiologiques de l'estomac normal du chien.

Jeudi 12 février. — Jury : MM. Achard, Claude, Guillain, L. Lavastine. — Robert P. : A propos de trois cas de tuberculose traités par le pneumothorax bilatéral. — Barnett Abraham : Sur l'activité spontanée normale et pathologique. — Launay Cl. : Etude clinique et biologique de la maladie de Charcot.

Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Bezançon, Panisset, Vergé. — Martin : Recherches sur les œufs issus de poules tuberculeuses.

Samedi 14 février. — Jury : MM. J. Faure, Lejars, Brocq, Vaudescal. — Mme Szilaggi E. : Curiethérapie post-opératoire intra-abdominale. — Bagard L. : A propos de l'amputation partielle du sein dans l'épithélioma de la glande mammaire.

Mercredi 18 février. — Thèses vétérinaires. — Jury : MM. Labbé M., Lemierre, Tanon, Henry, Lesbouyries, Panisset, Vergé, Dechambre. — Guignard : Etude des accidents déterminés chez nos animaux domestiques par les épillets du brome stérile. — Maillard : Lymphangite ulcéreuse. — Barafroukhteh : Le cheval en Perse.

Jeudi 19 février. — Jury : MM. Ménétrier, Nobécourt, Tanon, Terrien. — Dubosq A. : De la nécessité du dosage biologique des substances médicamenteuses renfermant des vitamines. — Vamos S. : Le contrôle municipal du lait. — Hurstel R. : Les accidents oculaires du travail. — Houyen Van Kinh : Anémies graves post-arsénobenzoliques.

Vendredi 20 février. — Jury : MM. Sebileau, Guillain, Loeper, Lévy-Valensi. — Maronne P. A. : Etude du métabolisme normal et pathologique des graisses. — Giudicelli J. P. : Etude de la syphilis tertiaire du corps thyroïde.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Ambroise-Paré** (157, avenue Edouard-Vaillant), Boulogne-sur-Seine). *Enseignement.* — MM. Desmarest, Huber, Jacquelin (André), Monbrun, Monier-Vinard, Ramadier et Charles Richet fils, médecins, chirurgien et spécialistes de l'hôpital Ambroise-Paré, feront chaque vendredi, à 11 heures du matin, à partir du 13 février, une leçon dans laquelle ils exposeront et commenteront, dans un esprit essentiellement pratique, une ou deux observations cliniques.

Les cas étudiés chaque semaine seront, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique, choisis parmi ceux permettant à un des médecins et au chirurgien ou à un des médecins et à un des spécialistes de donner aux auditeurs dans la même conférence un enseignement complet.

Leçon du vendredi 27 février, M. Ramadier : Surveillance de l'otite aiguë par le médecin praticien.

L'hôpital Ambroise-Paré est desservi directement par le tramway n° 1, Louvre-Versailles, et indirectement par le Métropolitain jusqu'à la Porte de Saint-Cloud et par le tramway n° 1.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Journées médicales coloniales** (22-31 juillet 1931). — La Commission des Congrès de l'Exposition coloniale a décidé de réunir dans des journées médicales coloniales, les médecins et hygiénistes qui portent un intérêt tout particulier aux problèmes d'hygiène sociale et à la prophylaxie des maladies spéciales aux pays chauds.

Ces journées coloniales se tiendront à Paris du 22 au 31 juillet 1931.

En accord avec le Commissariat général de l'exposition et avec les autorités sanitaires coloniales civiles et militaires, un comité d'organisation s'est constitué, sous la présidence du professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et comprenant nombre de personnalités spécialement qualifiées par leurs fonctions ou leurs travaux pour mener à bien l'œuvre qui leur a été confiée.

Les services du ministère des Colonies y sont représentés par M. le médecin-inspecteur général Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies, qui a bien voulu accorder son patronage.

Le programme de cette manifestation scientifique comprend entre autres : la journée de l'enfance indigène, la journée du Stegomya et des Anophèles, celle des trypanosomiases, celle de la syphilis et des maladies cutanées, de la lutte antivénérienne aux pays chauds, celle de l'hygiène sociale et de l'assistance médicale indigène, celle des eaux potables, celle des maladies transmises à l'homme par les animaux, celle de la pharmacologie coloniale pour se terminer par les deux journées de l'aviation sanitaire, présidée par Charles Richet, avec présentation d'appareils.

Chaque question à l'ordre du jour sera exposée par un conférencier et suivie d'une discussion à laquelle pourront prendre part les congressistes français ou étrangers.

Le compte rendu des journées coloniales sera assuré par les soins de l'*Hygiène sociale* qui est le journal organisateur de ce Congrès.

Prix de la cotisation : 100 francs pour les congressistes ; 50 francs pour les adhérents (familles des congressistes, étudiants).

Des réductions importantes seront accordées aux congressistes par les compagnies de transport, les compagnies de navigation, les sociétés d'aéronautique, etc.

Des réductions, dans les restaurants de l'exposition, permettront aux congressistes d'y prendre leurs repas dans des conditions avantageuses.

Pendant toute la durée des Journées coloniales médicales, les congressistes auront l'entrée gratuite à l'exposition et aux diverses attractions.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, à l'*Hygiène Sociale*, 112, boulevard Haussmann, Paris.

Des réceptions officielles seront organisées pour les congressistes, au Commissariat général, à l'Hôtel-de-Ville de Paris et dans différents palais nationaux.

Des fêtes, des excursions sont prévues. Le programme en sera publié ultérieurement.

PROGRAMME. — Mercredi 22 juillet. *Matin* : séance d'ouverture présidée par M. le Ministre des Colonies, assisté de M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, de M. le Professeur Teissier, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et de M. le médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général du Service de santé des Colonies. — *Après-midi* : Enfance indigène (protection, hygiène, puériculture).

Jeudi 23 juillet. *Matin* : Anophèle et Stegomya. — *Après-midi* : Alimentation. Eaux potables. Parasitisme intestinal dans les pays chauds.

Vendredi 24 juillet. — *Matin* : Immigration dans les pays chauds. Police sanitaire maritime. — *Après-midi* : Maladies cutanées et vénériennes (spécialement lèpre et syphilis). Formes cliniques de la syphilis dans les pays chauds.

Samedi 25 juillet. — *Matin* : Transmission des maladies communes aux hommes et aux animaux. Thérapeutique des trypanosomiases. — *Après-midi* : Historique de l'aviation sanitaire, son utilisation aux Colonies. — Rôle des avions sanitaires dans le fonctionnement de l'Assistance médicale aux Colonies.

Dimanche 26 juillet. — Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire par « Les Amis de l'Aviation sanitaire ».

Lundi 27 juillet. — *Matin* : L'aviation sanitaire en A. O. F. et en Indochine. Projet de liaison entre l'aviation sanitaire et les lignes de transport aérien coloniales. — *Après-midi* : Pharmacologie coloniale.

Mardi 28 et mercredi 29 juillet : Protection sanitaire et démographique des populations autochtones dans les possessions d'outre mer. Historique, Assistance médicale (organisation, personnel, méthodes, résultats obtenus et restant à obtenir).

Jeudi 30 juillet. — *Matin* : Stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises. Stations thermales et climatiques françaises utilisées par les Coloniaux. Chirurgie et spécialités. Le cancer dans les Colonies françaises. — *Après-midi* : Vœux. Questions diverses.

— **Institut prophylactique.** — Le conseil municipal de Paris a élevé la subvention annuelle accordée à l'Institut prophylactique à 450.0000 francs.

— **VII^e Congrès national de la tuberculose de Bordeaux.** — Le VII^e Congrès national de la tuberculose, organisé par le Comité national contre la tuberculose, l'Œuvre de la tuberculose et la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses, aura lieu à Bordeaux, du 30 mars au 2 avril 1931.

Le bureau est ainsi composé : MM. Calmette, Dopter et A. Honnorat, présidents d'honneur ; M. le Doyen Sigalas, président ; MM. les professeurs Léon Bernard, Bezançon, Leuret, Parisot, Sergent et les docteurs Holtzmann, Mouisset et Rist, vice-présidents ; MM. les docteurs Courcoux, Poix et Secousse, secrétaires généraux ; M. le médecin-commandant Le Bourdellès, D^r Royer, M. Vovard, secrétaires ; M. Georges Masson, trésorier.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR : 1° *Question biologique* : Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : prof. BEZANÇON, D^r PHILIBERT et D^r PARAF (Paris).

2° *Question clinique* : Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : prof. LEURET et D^r CAUSSIMON (Bordeaux).

3° *Question médico-sociale* : Comment rendre acces-

sible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Dr Küss (Paris), Drs SECOUSSE et PIÉCHAUD (Bordeaux).

4° *Question médico-militaire* : Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Rapporteurs : M. le médecin lieutenant colonel PILOD, M. le médecin commandant LE BOURDELLÈS (du Val-de-Grâce).

Au cours du Congrès, deux conférences seront faites l'une par le Dr BURNAND (Lausanne), sur « l'état actuel du traitement de la tuberculose », l'autre par le prof. SAYÉ (Barcelone), sur les « Progrès de la phtisiologie et la pratique du dispensaire ».

Pendant le Congrès des visites auront lieu aux divers organismes locaux de lutte antituberculeuse de la ville de Bordeaux et de sa banlieue, ainsi qu'aux principaux chais bordelais. Après la clôture, des excursions, d'une durée d'un ou deux jours, permettront aux congressistes de visiter les établissements antituberculeux de la Gironde et du Sud-Ouest de la France.

Les personnes qui désirent prendre part au Congrès sont priées d'envoyer le montant de leur cotisation, qui est fixé à 50 francs, à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, ou mieux de verser cette somme dans un bureau de poste au compte courant de M. Masson (chèques postaux n° 589), à Paris.

Les membres du Congrès bénéficieront de la part des Compagnies de chemins de fer français, de bons de transports à tarif réduit de 50 %, et de la part des hôtels, d'une réduction de 25 % sur le prix du logement. En outre, la participation au Congrès des médecins officiers de réserve de la Métropole sera considérée comme période d'exercice de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixées par l'article 49 de la loi du 31 mars 1928, sur le recrutement de l'armée ; toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement. Les intéressés bénéficieront du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'aller et au retour de Bordeaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, au siège social du Comité national contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, (tél. Danton 59-04.)

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXVe Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux, du 7 au 12 avril 1931.

Président: M. le Docteur PACTET, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Vice-président : M. le professeur EUZIÈRE, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Secrétaire général : M. le docteur D. ANGLADE, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVe session.

Psychiatrie : Les Psychoses périodiques tardives. — Rapporteur : M. le docteur Roger ANGLADE, médecin-chef à l'Asile de Breuty-la-Couronne (Angoulême).

Neurologie : Les tumeurs intra-médullaires. — Rapporteur : M. le docteur Noël PERON, ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Médecine légale psychiatrique : Les fausses simulations des maladies mentales. Leur intérêt médico-légal. — Rapporteur : M. le médecin-commandant FRIBOURG-BLANC, professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce).

N. B. *Pour s'inscrire et pour tous renseignements*, s'adresser au Dr D. ANGLADE, secrétaire général de la XXXVe session, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Le prix de la cotisation est de 75 francs pour les membres titulaires de l'Association, de 80 francs pour les membres adhérents de la session et de 50 francs pour les membres associés. Les membres titulaires et les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1931 recevront les rapports dès leur publication.

— **Dispensaire anti-vénérien de Saint-Lazare.** — Le lundi, à 9 heures, MM. Fernet et R. Girard, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Duroeux et Girard, consultation de dermato-vénéréologie.

Le mardi, à 9 heures, MM. Poupardin et Chalet, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Bizard et Bralez, consultation de dermato-vénéréologie.

Le mercredi à 9 heures, MM. Marcel Sée et P. Boyer, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Morin et N..., consultation de dermato-vénéréologie.

Le jeudi, à 9 heures, MM. Lacapère et Galliot, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Poupardin et Chalet, consultation de blennorrhagie.

Le vendredi, à 9 heures, MM. Lévy-Bing et Boyer, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Georges Lévy et N.., consultation de dermato-vénéréologie.

Le samedi , à 9 heures, MM. Clément Simon et Bralez, consultation de dermato-vénéréologie ; à 21 heures, MM. Emery et Morin, consultation de dermato-vénéréologie.

Le dimanche, à 9 heures, MM. Belgodère et Demerliac, consultation de dermato-vénéréologie.

— **Agences P.L.M. de tourisme en Corse.** — La Compagnie P. L. M. a ouvert, en Corse, où fonctionnent sous son contrôle des services d'autocars, trois agences de tourisme.

Deux à Ajaccio: l'une sur le quai du port, dans les bureaux de la Compagnie de navigation Fraissinet, qui est ouverte tous les jours de départ du courrier, l'autre au centre de la ville, 1, cours Grandval, ouverte les autres jours de la semaine, sauf le dimanche.

La troisième à Bastia, place Saint-Nicolas, ouverte en permanence, sauf le dimanche.

Les voyageurs en provenance ou à destination du continent trouvent dans ces agences les renseignements qui leur sont nécessaires au cours de leur déplacement.

Ils peuvent y obtenir, sans augmentation de prix :

1° Des billets directs (paquebots et chemins de fer) pour les principales gares du réseau P. L. M. ;

2° des billets de toutes catégories au départ de Nice, Toulon, Marseille pour toutes destinations sur les grands réseaux français : billets simples, d'aller et retour, billets pour membres des familles nombreuses et mutilés, billets de famille, billets pour voyages circulaires sur le réseau P. L. M., billets combinés (chemin de fer et autocar), billets franco-anglais, billets franco-belges.

Ces bureaux assurent, en outre, la location des places en chemin de fer, au départ de Toulon, Marseille et Nice. Dans ces deux dernières villes fonctionne un service automobile pour le transport des voyageurs et des bagages du port à la gare.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Considérant que les Pouvoirs publics font voter chaque année en France des centaines de millions pour combattre les fléaux sociaux et notamment la tuberculose et les maladies vénériennes ;

Mais qu'ils ne font même pas appliquer à leur égard les lois et ordonnances existantes ;

Considérant qu'à ce point de vue le centre même de Paris offre le spectacle le plus dégradant

Que les débits de boisson y pullulent et sont pour la plupart de véritables bouges ; que les ivrognes titubent dans la rue sous les yeux indifférents des gardiens de la paix ;

Que d'innombrables filles publiques, dont beaucoup sont à peine majeures, pratiquent à toute heure le racolage ;

Qu'en plein jour les unes stationnent en groupe, dans les tenues les plus provocantes, à la porte des hôtels :

Que d'autres se livrent à leurs mimiques derrière les vitres des débits d'alcool, conjuguant ainsi les deux vices pour la propagande des maladies vénériennes et de la tuberculose ;

Proteste et réclame des Pouvoirs publics les mesures de salubrité nécessaires,

En particulier :

Le respect de la loi sur l'ivresse publique (vœu déjà émis sans succès) ;

Le respect de la loi du 1er octobre 1917, dont les articles 10, 11 et 12 interdisent à tous débitants de boissons à consommer sur place d'employer ou de recevoir habituellement des femmes de débauche ;

Le respect de l'ordonnance interdisant aux filles publiques de se livrer en plein jour au racolage.

La médecine aux colonies

Un de nos Confrères de l'Afrique Occidentale française nous a adressé la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier :

Monsieur et Honoré confrère !

Dans le *Concours Médical*, vous avez fait à plusieurs reprises, campagne en faveur des médecins civils aux colonies et, dans un des derniers numéros, vous signaliez la différence de solde entre les médecins civils et les médecins militaires ; je vais vous donner quelques précisions sur cette inégalité de traitement en Afrique occidentale française.

Un médecin adjoint de 1re classe de l'assistance médicale indigène, grade qui correspond à celui de médecin capitaine, puisque c'est celui qu'obtiendrait par équivalence un médecin capitaine entrant dans les cadres de l'A. M. I. a une solde annuelle aux colonies de 23.000 fr. + 7 /10 de supplément colonial 16.000, (je ne parle pas des

indemnités de zone identiques pour les deux, et variables suivant les postes) soit 39.100 francs.

Un médecin capitaine 1er échelon a une solde de 28.991 + 7/10 de supplément colonial, 20.294 + 5.760 de charges militaires + 1.800 d'indemnité d'assistance indigène, soit 56.845. Un militaire détaché à l'assistance touche une indemnité (1.800), mais un civil s'occupant des militaires ne touche rien ! les fonctions de ces deux médecins sont absolument les mêmes à cette différence que les meilleures postes sont réservés aux militaires.

Un jeune médecin des troupes coloniales, sortant de l'Ecole d'application de Marseille, est promu médecin capitaine au cours de son *premier séjour colonial*, soit à 25 ans environ. Un médecin de l'A. M. I. débute après son service militaire comme médecin adjoint de 3e classe avec une solde de 14.000 fr. et ne peut être médecin adjoint de 1re classe avec avancement au choix au minimum tous les deux ans qu'à 28 ans, après ou au cours de son *troisième séjour colonial*.

Il a alors avec ses camarades militaires une différence annuelle de solde coloniale de 17.745 fr. Est-ce bien juste pour un médecin qui consacre toute sa carrière à la même colonie et qui passe la majeure partie de sa vie sous les tropiques, les séjours en France étant très courts ?

Le moment où est voté l'emprunt colonial, avec les 300 millions pour l'assistance médicale, et où va s'ouvrir l'exposition coloniale, semble opportun pour attirer les jeunes médecins aux colonies, mais pour cela, il faut leur donner une situation intéressante et égale à leurs confrères de l'armée coloniale. comme cela a été fait à Madagascar.

Je n'ose pas espérer que ma modeste contribution à votre campagne aura quelque effet, car mon scepticisme est immense depuis que je suis fonctionnarisé.

Veuillez croire, Monsieur et honoré confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Dr X.,

Moins sceptique que notre confrère de l'A. O. F. nous espérons qu'un jour prochain viendra où justice sera rendue aux médecins civils des Colonies.

Mais en attendant, nous lisons dans *La France Australe* du 11 décembre 1930 l'annonce de la vente à l'encan à Nouméa des meubles du Dr Sacerdot, obligé de quitter la colonie. Le Dr Sacerdot, un des trois médecins civils de Nouméa, n'a pu soutenir la concurrence des médecins du Corps de santé des troupes coloniales que le Gouverneur a autorisés à exercer la médecine civile. Il est obligé de déguerpir.

J. Noir.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières

359. — Cas d'espèces de dérangement de nuit

Je prends en qualité d'adhérent au « Sou médical » la liberté de venir vous demander votre avis pour une tarification de soins donnés à un accidenté du travail.

Il y a deux cas :

1° Déplacement de nuit pour voir un accidenté en consultation avec un confrère ;

Je suis arrêté en chemin, car le blessé était décédé avant mon arrivée. Je n'ai donc pas eu de consultation. Comment tarifer ce cas :

Ou bien me faire payer simplement les kilomètres parcourus, et à ce propos, existe-t-il un tarif kilométrique de nuit ;

Ou bien me faire payer, en plus des kilomètres, une visite de nuit simple ;

2° Cas appelé également : de nuit en consultation pour un accidenté du travail. J'arrive chez la victime et avec mon confrère, nous nous trouvons en présence d'un blessé qui venait de succomber. Comment compter ce cas, visite simple de nuit (30 fr.), ou visite en consultation la nuit avec un confrère (75 fr.).

Dr L.

Réponse.

1° Si vous n'avez pas *fait* la visite, je ne vois pas de texte pouvant vous permettre de la faire payer. Néanmoins, expliquez le cas à la Compagnie et réclamez votre déplacement effectué au tarif *ordinaire*, car il n'y a pas, pour les déplacements, de tarification majorée pour la nuit. Mais cela ne peut se faire qu'à l'*amiable*.

2° Dans ce second cas, vous avez fait une *visite de nuit*, sans consultation avec confrère puisque le malade était décédé. Comptez donc, visite de nuit à tarif triple, majoration en plus.

Dr Fernand Decourt.

424. — Blessure n'entraînant pas le déplacement obligatoire du médecin

Une blessée (plaie d'un doigt), — qui peut se déplacer et vient se faire soigner au cabinet du médecin — contracte la grippe au cours du traitement, et est obligée de s'aliter.

Le médecin doit, par suite, aller soigner la blessée à domicile.

A qui, dans ce cas, *incombent les indemnités kilométriques*, les indemnités kilométriques *qui*, bien entendu, se *rapportent uniquement aux pansements* nécessités par la blessure ?

A la Compagnie d'assurances (ou patron) ou bien *à la blessée elle-même ?*

J'ajoute que la blessée est domiciliée au domicile de son patron — le patron pouvant, par lui-même, vérifier l'état de santé de sa domestique.

Dr B.

Réponse.

Si la *nature* et le *siège* de la blessure n'entraînent pas la nécessité du *déplacement* du médecin, les frais de déplacement ne peuvent incomber au patron ou à son assureur substitué.

Dr Fernand Decourt.

---

484. — Transport ou accompagnement d'un blessé grave ?

Membre du Sou médical j'ai recours à votre obligeance pour me dire les honoraires que je dois adresser à une compagnie d'assurances pour le cas suivant :

Le 2 janvier à 18 h. 1/2 on améne à mon cabinet un blessé grave. Section presque complète de la main gauche, forte hémorragie ; mise en place d'un garot ; pansement sérum antitétanique. Vu la gravité du cas je décide de diriger ce blessé sur l'hôpital mais comme le blessé avait perdu beaucoup de sang et qu'il était très faible, malgré les piqûres huile camphrée-morphine que j'avais faites, je n'ai pas jugé prudent de le laisser partir seul. J'ai fait venir une ambulance et j'ai accompagné le blessé. Nous sommes partis vers 20 heures et suis rentré à 23 heures. Distance 41 kilométres.

J'attends votre réponse pour établir ma note.

Dr R.

Réponse.

a) Vous avez à compter 50 fr. pour « soins d'urgence et pose d'appareil provisoire, en vue d'une intervention ultérieure par un autre médecin à l'hôpital » *par analogie* avec la note 1 de l'art. 18.

b) Vous pouvez également compter, à votre choix, cinq visites (soit à 15 fr. = 75 fr.) pour « surveillance prolongée » pour le temps passé auprès du blessé de 18 h. 1/2 à 23 heures, « dans l'éventualité de complications menaçant la vie du blessé » en vous référant à l'art. 6.

c) Mais vous n'avez pas de déplacement à compter car ce n'est pas le *déplacement du médecin* (à ses frais) qui est en jeu, mais *celui du blessé* que vous avez simplement *accompagné* et alors que vous comptez déjà dans la 2e hypothèse le temps passé. Dans la 1re hypothèse par contre, si vous n'invoquez pas la nécessité de surveillance prolongée, votre déplacement ne paraît plus d'urgence (tarifé 50 fr.) étant terminé et votre rôle n'étant pas de « voiturer » un blessé, ce qui est celui d'un « loueur de voiture ».

Dr Fernand Decourt.

Exercice de la Médecine

361. — Enregistrement du diplôme

J'étais précédemment installé à M. arrondissement de N. où j'avais déposé mon diplôme dès mon arrivée. Je suis actuellement à T., même département, mais arrondissement différent. Dois-je déposer à nouveau mon diplôme, cette fois à la préfecture de T. Il me semble avoir déjà vu cette question dans le *Concours*, mais je n'ai pu la retrouver.

Dr A.

Réponse.

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine relatif à l'enregistrement du diplôme, contient dans son paragraphe 2, la disposition suivante :

« Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai. »

Puisque la loi n'exige un nouvel enregistrement qu'en cas de transfert du domicile dans un autre département, on doit en déduire logiquement qu'un nouvel enregistrement est inutile lorsque le transfert du domicile a lieu, comme dans votre cas, à l'intérieur du même département.

Nous estimons donc que vous n'avez pas à faire enregistrer à nouveau votre diplôme.

Application du Tarif Maginot.

556. — Avis donné ou autorisation à demander en cas de radiologie

Permettez-moi d'avoir encore recours à vos lumières. Il s'agit d'examens radiologiques pratiqués pour mutilés de guerre bénéficiaires de l'art. 64.

La Préfecture me dit :

« Il est rappelé que les examens radioscopiques doivent faire l'objet *d'une demande d'autorisation*, sauf les cas d'urgence ».

Or, je lis dans le Tarif des frais médicaux, article 18 (décret du 25 oct. 1922) :

« Lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation avec un confrère, soit l'examen radiologique, il doit EN DONNER AVIS dans les 24 h. à la Commission de contrôle. »

Donner avis ? ?

1° Avant l'examen radiologique et attendre la permission pour le pratiquer ;

2° Après l'examen radiologique et par conséquent informer purement et simplement d'un fait accompli.

Je serais désireux d'être fixé une fois pour toutes et pouvoir répondre à la Préfecture en connaissance de cause et c'est à vous que je m'adresse, vous qui dans le *Concours*, donnez si souvent de judicieux conseils.

Dr C.

Réponse.

a) L'art. 18 est formel : en cas d'examen radiologique, on doit simplement « *donner avis* » dans les 24 heures à la Commission de contrôle. Il n'y a pas « *d'autorisation préalable* » à demander. Et cela est si vrai qu'à l'art. 80, 7° au sujet des radiologies faites au domicile du malade, il est spécifié par contre que « l'autorisation préalable devrait en être demandée à la Commission de contrôle. » Si on l'a spécifié dans ce cas, c'est que cela n'existe pas de façon générale pour *toute* radiologie.

b) Néanmoins, n'oubliez pas qu'il peut, chez certains médecins, y avoir *abus* de radioscopies. Auquel cas, la Commssion de contrôle peut refuser le paiement de certaines notes d'honoraires entachées d'abus ou leur faire subir une diminution plus ou moins importante.

Mais ceci ne paraît pas, sauf décision contraire de la Commission supérieure, mais sur des cas d'espèce et non en général, justifier la nécessité qui vous est opposée, d'une demande d'autorisation pour une scopie, alors que cela n'est pas dans le texte du décret.

Dr Fernand DECOURT.

488. — Pansement occlusif d'ulcère de jambe

Un ancien militaire est bénéficiaire d'une pension pour *varices* de la jambe gauche et titulaire d'un carnet de soins.

Apparition d'un *ulcère* à la partie moyenne de la jambe.

Traitement ambulatoire à l'aide d'un *bas occlusif à la colle de zinc.*

J'informe par précaution la Commission de contrôle.

Comment faudra-t-il *tarifer* ? Je ne trouve nulle part mention dans le Tarif des pensions militaires de l'appareil silicaté auquel on pourrait assimiler le «bas occlusif ».

Dr D.

Réponse.

Vous trouverez une rubrique sur « Répétition d'appareils plâtrés ou *silicatés* = 50 fr. à l'art. 74, chapitre : Intervention sur les membres. Mais je ne pense pas que vous puissiez l'invoquer en l'espèce si votre « bas occlusif » à la colle de zinc » n'est pas d'une durée analogue à celle d'un pansement silicaté.

Autrement dit, cela dépend du temps entre les pansements et du nombre, par suite, de pansements effectués. Dans le cas de pansements assez répétés relativement, vous pourriez invoquer la rubrique : « Pansements spéciaux, prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle) de 10 à 30 fr. »

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

5698. — Les frais de remplacement sont des dépenses professionnelles

Le contrôleur des contributions m'a demandé le détail de mes dépenses professionnelles par nature de dépenses en septembre. Il a eu les documents en octobre. Il m'a contesté une grosse dépense pour réparations d'automobile. Je lui ai montré mes factures,il me les a demandées en communication, les a a gardées une quinzaine ; et me les renvoie avec un nouveau papier en me disant.

« A la suite des justifications que vous avez fournies votre bénéfice de 1929 s'établit ainsi.

Bénéfices déclarés..... tant .....
Frais de remplacement : 2.100....

Les frais de remplacement ne peuvent être en effet admis en déduction du bénéfice, pour une raison de principe ».

Je me demande ce que celà veut dire, d'autant qu'au cours de notre conversation d'il y a un mois il n'avait pas été question de celà. Je pense qu'il cherche un motif de faire fonctionner sa commission de contrôle.

Les frais de remplacement entrent-ils dans les frais nécessités par la profession médicale ? sont-ils une dépense professionnelle ?

Dois-je lui dire que je reste en désaccord ou dois-je céder ? Dr N.

Réponse.

Les frais de remplacement son déductibles, car ce sont des dépenses professionnelles au même titre que les frais d'aide.

Certains contrôleurs ont déjà manifesté la prétention de ne pas admettre cette dépense, mais aucun texte de loi ni de jurisprudence ne vient à l'appui de leur thèse.

Nous vous engageons donc à résister aux prétentions de votre contrôleur.

A. Martinot.
Conseil Fiscal.

5678. — Patente en cas de changement de domicile.

Je me permets de venir une fois de plus vous importuner car maintenant je ne comprends plus.

J'étais à H., le 1er *janvier* 1929, j'en suis parti le 12 septembre pour venir me fixer à G., ou j'ai ouvert mon cabinet *le* 17 *septembre* 1929.

Au mois de février 1930, j'ai adressé ma déclaration pour mes impôts à la recette contrôle de S., j'ai été imposé une fois à H., article 7 du role et j'ai payé en deux fois 848 fr. 98.

Maintenant, il y a quelques jours on m'envoie un supplément pour mapatente de G. Sur une demande de dégrèvement on me répond qu'étant à G., le 1er janvier 1930 ma patente a été régulièrement établie pour cette localité (année 1930.)

Quelle conduite tenir ?

A qui demander mon dégrèvement ?

La logique serait à mon avis que je paie la patente pour l'année 1929 entière à G., ou sinon 9 mois pendant lesquels j'ai exercé à H., et septembre-octobre-novembre-décembre (1929) à H.

D[r] F.

Réponse.

La réponse du contrôleur est fondée. C'est la patente de H. qui doit faire l'objet d'une demande de dégrèvement, puisque vous n'y exerciez plus au 1[er] janvier 1930.

A. M.

---

244. — Conditions de la taxation d'office

Abonné au *Concours* et membre du Sou médical, j'ai l'honneur de vous demander les renseignements suivants :

J'ai reçu du contrôleur des contributions directes (avec une demande de renseignements complémentaires sur mes dépenses professionnelles) la note suivante :

« Mais d'ores et déjà, je crois devoir vous faire part de mon impression sur vos déclarations qui, à mon avis, sont atténuées, les résultats ainsi accusés étant d'ailleurs nettement insuffisants pour couvrir vos seules dépenses personnelles. Il serait désirable que vous veniez vous entretenir à ce sujet avec moi à mon cabinet et dans ce cas vous voudrez bien me fixer un rendez-vous. »

Or, mes déclarations sont sincères et exactes. Pour des raisons de santé je n'ai qu'une clientèle très restreinte. Quant à mes « dépenses personnelles », elles sont réduites à la plus simple expression. Ces faits sont de notoriété publique, et je pourrais au besoin les prouver par des témoignages, mais est-ce à moi de faire cette preuve ?

Ayant fait une déclaration exacte, je ne suis pas disposé, malgré mon désir de tranquillité, à accepter une taxation d'office, d'autant que j'ignore à quel chiffre peut se monter la somme que ces messieurs du fisc estiment « suffisante » pour vivre. Je voudrais savoir : 1° si le contrôleur a le droit de se baser uniquement sur cette prétendue impossibilité de vivre avec douze mille francs pour refuser d'admettre ma déclaration et pour me tayxer d'office ;

2° Devant la Commission consultative (si je dois y aller), puis-je citer des témoins ou demander une enquête pour établir que j'ai une clientèle peu étendue ; ou bien dois-je demander simplement que le contrôleur prouve que mon chiffre est « atténué ».

3° Pour mes dépenses personnelles, dois-je établir que je vis d'une façon plus que modeste, ou simplement demander au contrôleur de prouver les dépenses auxquelles il fait allusion ?

4° Dois-je me faire assister par mon avocat ?

D[r] X.

Réponse.

1° Le contrôleur ne peut vous taxer sur un chiffre supérieur à celui de votre déclaration que si, vous ayant demandé des renseignements susceptibles de justifier ce chiffre, il juge votre réponse insuffisante ; encore est-il tenu de vous notifier les motifs qui d'après lui justifient un rehaussement de la base d'imposition. D'autre part, il ne peut faire état de votre train de vie que pour justifier un rehaussement de votre revenu servant de base à l'impôt général.

2° La Commission ne peut entendre que « vos observations », elle ne peut ordonner d'enquête ou entendre des témoins.

3° Vous pourrez établir par quelques chiffres la modicité de vos dépenses personnelles.

4° Vous pouvez vous faire assister par un avocat, mais nous estimons que c'est inutile. Vous pouvez nous tenir au courant de la procédure suivie et le cas échéant, nous vous signalerons les irrégularités susceptibles d'être invoquées par vous.

A. M.

Honoraires de droit commun.

188. — Privilège en cas de faillite

J'ai opéré en juillet 1930, un commerçant pour appendicite grave. Une partie de l'intervention me fut réglée mais il me reste dû la somme de 585 fr.

Depuis ce commerçant a déposé son bilan. J'ai présenté ma note au syndic. Le juge, que je connais, m'avait d'abord dit que j'avais droit de priorité et hier il m'a fait dire non. Qu'en pensez-vous ?

Y a-t-il eu des jugements donnant droit de priorité pour soins donnés quand le client n'est pas décédé ?

Si oui le juge me prie de le lui faire savoir et la chose serait réglée.

Dr C.

Réponse.

La jurisprudence qui s'était instaurée au sujet de l'application du paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil n'accordait le privilège que dans le cas où les honoraires étaient réclamés à la suite du décès du client.

Les protestations qu'avait soulevées cette jurisprudence ont abouti à l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui a ajouté au texte du paragraphe 3 de l'article 2101, les mots « quelle qu'en ait été la terminaison ».

Ainsi donc, depuis le 30 novembre 1892, les frais de la dernière maladie bénéficient du privilège sans qu'il soit nécessaire que le malade soit décédé.

Dans le cas d'espèce, si votre client n'a subi aucune maladie depuis le moment où vous avez procédé à votre intervention en juillet 1930 jusqu'au jour de la déclaration en faillite, vous

êtes en droit de bénéficier du privilège puisqu'il s'agit bien de la *dernière maladie*.

Nous ne pensons donc pas que votre privilège puisse être sérieusement contesté, si ces conditions se trouvent remplies.

Baux et locations.

382. — Majoration du loyer prorogé

Je viens encore solliciter votre conseil, cette fois au sujet de ma situation comme locataire.

Installé à V. en 1919, j'avais alors souscrit un bail 3, 6, 9 résiliable à l'une quelconque de ces périodes « à la volonté des parties, à charge par elles de se prévenir six mois avant l'expiration des périodes ci-dessous désignées ». Loyer 1.800, plus les charges (impôts, eau, etc.).

En 1921, première résiliation ; nouveau bail conçu dans les mêmes termes : loyer, 2.400 charges en sus.

En 1924 nouvelle résiliation ; nouveau bail ; mais pour six ans ; loyer, 3.200, charges en sus.

Ce dernier bail vient à expiration le 1er mars 1931.

En août dernier, je reçus une lettre de ma propriétaire disant « qu'ayant appris que j'allais quitter V., des personnes lui avaient demandé mon logement ... que je lui dise ce qu'il en était... si je devais rester... qu'elle me louerait de préférence, etc., etc. » Réplique de ma part que je n'ai jamais eu l'intention de quitter V. ; ... que j'entends rester locataire, m'attendant du reste à une augmentation à laquelle je souscrirais tant qu'elle resterait dans le cadre de la loi. Réponse... nous nous entendrons toujours. Et les choses en sont restées là.

Or, je viens de recevoir la lettre que je vous communique.

On me demande simplement le double. Que puis-je faire ?

Dois-je en passer par les exigences de mes nouveaux propriétaires. Peuvent-ils exiger un tel loyer ? Je n'ai pas été mobilisé ; je me suis installé avec bail.

Dr R.

Réponse

Votre ville contenant plus de 4.000 habitants, la loi sur les loyers du 29 juin 1929 se trouve applicable.

En conséquence, à la condition que votre immeuble ait été construit avant 1914, vous bénéficierez de plein droit à partir du 1er mars 1931, date d'expiration de votre bail, de la prorogation instituée par cette loi, prorogation qui ne prendra fin que le 1er juillet 1936 si, comme il est probable, le loyer ou la valeur locative de 1914 était compris entre 1.000 et 2.500 fr.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer à votre propriétaire un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 175 % jusqu'au 1er juillet

1931. A partir du 1er juillet 1931 et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914.

En outre de ce loyer proprement dit, vous devrez rembourser à votre propriétaire les majorations subies par rapport à 1914 par les prestations en nature fournies, s'il en existe et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris.

Pour le remboursement de ces charges, la loi autorise les parties à convenir d'un forfait dont le maximum ne peut excéder 30 % du loyer de 1914.

Au cas où votre propriétaire vous consentirait un bail ferme de 9 ans au moins, il serait en droit de vous demander dès à présent une augmentation égale à 275 % du loyer de 1914 plus les charges.

Etant donné le loyer que vous payiez en 1919 et qui déjà devait être supérieur à celui de 1914, il n'est pas douteux que la demande de votre propriétaire est excessive, surtout pour un bail de 6 années seulement.

Nous vous conseillons donc de répondre que vous désirez vous en tenir aux prorogation et taxation légales et que vous ne consentirez à signer un bail que dans le cas où celui-ci vous assurerait une jouissance certaine tout au moins de 9 années et si la taxation légale était respectée.

Nous tenons à vous signaler l'intérêt que doit présenter pour vous la signature d'un nouveau bail : c'est que, à moins de stipulation contraire précise, vous avez le droit de céder votre bail à un successeur, tandis que le droit à la prorogation n'est pas cessible.

A vous donc d'apprécier s'il est plus avantageux pour vous, soit de vous en tenir strictement aux dispositions de la loi du 29 juin 1929, soit d'accepter une légère majoration sur la taxation en vigueur pour obtenir un nouveau bail et éventuellement le droit de céder.

D'autre part, nous vous signalons l'erreur contenue dans la lettre du 19 janvier que vous nous avez communiquée.

S'il est exact que Madame C., a vendu sa maison en se réservant l'usufruit, ce ne sont pas les nu-propriétaires qui ont le droit de passer le bail, mais seule l'usufruitière qui ne peut, valablement, consentir que des baux de 9 années au maximum.

Si vous vous déterminez à conclure un bail, il faudrait donc que celui-ci soit signé par Mme C.

Questions médico-militaires

5743. — Majoration de pension militaire

Médecin-major de 2e classe de réserve, je suis pensionné à 15 %. Mon titre de pension principale est de 660 francs par an.

La feuille de la recette des finances montre une majoration de 504 fr. Total 1164 fr. par an.

Or, un de mes amis prétend que les pensions principales doivent subir une majoration de 2,40 c'est-à dire : 660 × 2,40 = 1.584 francs.

Voulez-vous avoir l'obligence de me dire lequel des deux chiffres est le vrai ? Dr G.

Réponse.

La pension principale des officiers n'est majorée que de 140 (et non 240) % du taux de soldat.

A 15 %, la pension principale de 660 francs pour un capitaine doit donc être majorée seulement de 504 francs (140 %), soit 1.164 francs.

5658. — Fin des obligations militaires. Légion d'honneur

Membre du Sou médical et vieil abonné au *Concours*, je désirerais savoir exactement la date à laquelle je serai libéré de tout service militaire : je suis marié et ai deux enfants. J'en ai perdu un troisième à 13 mois.

Au point de vue militaire je reçois un modèle de propositions modèle H pour la Légion d'honneur qui me paraît d'ailleurs n'être que pure formalité.

Engagé conditionnel classe 1906 mais assimilé à la classe 1904, j'ai fait une première année de service à partir du 7 oct. 1905. Rappelé à l'activité, n'ayant pas passé ma thèse en 1913, je faisais ma seconde année comme médecin auxiliaire depuis décembre 1913, quand la guerre éclata. Nommé à titre définitif aide-major de 2e cl. le 1er oct. 1914, à 2 galons le 1er oct. 1916 je ne fus libéré que le 30 sept. 1919.

Mon mémoire de proposition porte 5 ans deux mois et 22 jours de campagne dont 3 ans 7 mois et 14 jours au front (18 mois de troupe, le reste en HOE).

Au total, ce même mémoire compte plus de 25 ans de services + 5 ans de campagne = un peu plus de trente ans de service.

Je crois que ces annuités me donneraient le droit à la Légion d'honneur au choix et si je faisais appuyer efficacement ma demande ; mais ce qui m'importe surtout de savoir c'est le moment où je serai libéré de tout service même en donnant ma démission d'officier. Mais je préférerais ne pas envisager cette éventualité bien que mon état de santé s'accommoderait fort peu d'une nouvelle campagne.

Dr X.

Réponse.

Marchant avec la classe 1904, vous serez libéré de toutes obligations militaires le 15 octobre 1933.

La Légion d'honneur ne s'obtient qu'au choix; vous réunissez le nombre d'annuités nécessaire pour être inscrit par le Ministre au tableau de concours pour la Légion d'honneur. Plus vous accumulerez d'annuités au-delà de trente, plus vous aurez de chances, surtout si vous avez blessures de guerre ou citations. Un appui parlementaire *sérieux* n'est pas à négliger non plus en l'occurrence.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167 95.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P. H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Pietri, E. Potheau (*Psychothérapie,*) Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : P Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba *Mal poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau *Mal. enf.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs VIEUBLED, de Paris ; HATTON, de Ville-sur-Tourbe et CAPMANN, de Pont-de-Beauvoisin, la somme de soixante-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **CONCOURS MÉDICAL,** *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 67. — Pour jeunes enf. ayant bes. grand air, doct. recomm. séjour près forêt avec bonne éduc. et instruct. Vie de famil. chez Mlle Lapeyruque, 66, av. de Senlis, à Pont-Ste-Maxence (Oise.)

No 68. — Jeune méd. franç., sachant allemand, dispos. ses après-midi, cherche collabor. dans clinique, maison de santé ou rédaction.

No 69. — Gr. banlieue, 1 h. Paris. bon. clint. agglom. gros chiffre, peu déplacem., seul méd., jolie maison 10 p., tt. conf. Indemn. 25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 70. — Est. Proxim. ville, très anc. poste seul méd., chiff. important, gr. maison, jardin, cond. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 71. — Sud-Ouest. — Stat. climat, client. facile avec fixe, gr. mais. bien située; pet. loyer. Facil. paiement. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 72. — Vallée de l'Yonne. Vieille client. seul méd., gros chiffre, à céder d'urg. Pet. indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

La médication silicique augmente l'aptitude du poumon à résister contre les processus fondants déterminés par le bacille de Koch. L'examen clinique et radioscopique le prouve surabondamment. Donnez 4 comprimés de **Prélase** (poudre de prêle) par jour et 20 jours par mois et vous constaterez avec Zickmayer Kuhn et Kuhle les modifications histo-anatomiques des poumons ainsi silicifiés.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret, la mort de Mademoiselle Sarah ZARTARIAN, sage-femme de 1re classe à Romilly-sur-Seine (Aube), fille de notre confrère le docteur Zartarian, à qui nous adressons l'expression de nos sentiments de douloureuse sympathie.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. FRUHINSHOLZ, de Nancy, et BEGOUIN, de Bordeaux, sont élus correspondants nationaux de l'Académie de médecine.

— **Conférences médicales de l'Hôtel Chambon** (95, rue du Cherche-Midi, VIe.) — Deux nouvelless conférences seront données dans la grande salle de conférences de l'hôtel :

Le samedi 7 mars, à 21 heures, sous la présidence de M. le Professeur LEMIERRE, par le Docteur PASTEUR-VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté, sur « Fernand Widal et son œuvre ».

Le lundi 9 mars, à 21 heures, par le Professeur Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, sur « le rôle du médecin dans la société moderne ».

— **Cours international de perfectionnement sur la tuberculose.** — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu au Palace-sanatorium à Montana (Suisse), du 7 au 13 avril, et sera fait par de nombreux spécialistes des différents pays d'Europe. Nous en donnerons prochainement le programme.

Le prix d'inscription est de 25 fr. suisses donnant droit à toutes les facilités accordées aux participants et à leurs familles. Tarif réduit : dans les hôtels et pensions, funiculaire, excursions dans différentes contrées de la Suisse, fêtes et divertissements, etc.

Prière d'envoyer au plus tôt toutes les demandes d'inscriptions et renseignements complémentaires à M. le Dr O. M. Mistral, médecin-directeur du Palace-sanatorium, Montana (Suisse).

— **Congrès international des Ecoles de plein air et préventoria scolaires.** — Placé sous le haut patronage de S. M. la reine Elisabeth et sous la présidence de M. Jaspar, premier ministre, le second congrès des écoles de plein air et préventoria scolaires se tiendra à Bruxelles du 7 au 11 avril. La séance solennelle d'ouverture aura lieu au Palais des académies et la séance de clôture au Kursall d'Ostende, après les visites aux établissements maritimes. L'Exposition internationale des écoles de plein air sera ouverte au Palais du Cinquantenaire du 7 avril au 30 mai. Les adhésions au congrès et à l'exposition doivent être adressées au secrétariat, 83, rue Marie-Christine, à Bruxelles.

— **Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.** — La session annuelle d'hydrologie et de climatologie de Montpellier aura lieu le samedi 29 mars 1931, à 16 heures, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour : 1° *Fibromatose utérine.* Rapporteurs : Professeur Forgue : Indications thérapeutiques générales de la fibromatose utérine ; Docteur David (de Salies-de-Béarn) : Traitement hydrominéral de la fibromatose utérine. — 2° *Les dysménorrhées pubertaires.* Rapporteurs : Professeur Riche : Les dysménorrhées pubertaires ; Docteurs Guibert (de Balaruc) et Sapey (de Grenoble-Uriage) : Le traitement hydrominéral des dysménorrhées pubertaires.

Ecrire pour adhésions : Docteur Puech, professeur agrégé à la Faculté, 32, rue de l'Aiguillerie, Montpellier.

— **Ministère de la Marine marchande.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille le 27 mars 1931.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Marseille.

— **Hospices civils d'Orléans** *Concours de médecin phtisiologue.* — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin phtisiologue à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Directeur des hospices, à Orléans.

— **Hôpital de Saint-Denis.** *Internat.* — Sont nommés à la suite du récent concours, internes de l'hôpital de Saint-Denis : MM. Blondeau, Archambaud, Barneville, Phamba Vien, Gigault de la Bedollière, Peyaud, Pillière de Tanouarn.

— **Dispensaires antituberculeux de l'Eure** — Un concours sur titres doit avoir lieu à Evreux le 25 mars prochain, pour une place de médecin spécialisé en tuberculose, chargé des dispensaires de Vernon, Bernay, Gisors et Pont-Audemer.

Le titulaire pourra être appelé à assurer la consultation de vénéréologie dans l'un ou plusieurs de ces centres de consultations.

Les conditions et avantages sont ceux du statut du Comité national.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

— **Les laboratoires de la « Panbiline »** offrent aux médecins une plaquette originale, en couleurs : *Le jeu du Foie renouvelé du jeu de l'Oie.* Un exemplaire grand modèle (36-48 cm.) sera envoyé gracieusement sur demande adressée aux laboratoires de la « Panbiline », à Annonay (Ardèche).

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 Février

Hygiène coloniale.

Arrêté du 7 février 1931

Art. 1er. — La mission permanente de la maladie du sommeil, créée par l'arrêté du 8 juillet 1926, est supprimée. Il lui est substitué un service de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Art. 2. — Ce service, placé sous la haute autorité du commissaire de la République, est sous la direction du chef du service de santé du territoire.

Art. 3. — Le personnel du service de prophylaxie sera déterminé, chaque année, au moment de l'élaboration du budget dans la limite des crédits disponibles.

Le personnel médical actuellement en service à la mission permanente sera versé dans le « Service de prophylaxie de la maladie du sommeil ».

Art. 4. — Les détails de fonctionnement du service de prophylaxie de la maladie du sommeil seront déterminés par arrêtés du commissaire de la République au Cameroun.

Art. 5. — Les dépenses afférentes à ce service figureront, à compter du 1er janvier 1931, à deux chapitres spéciaux du budget annexe de la santé publique, l'un pour le personnel, l'autre pour le matériel, les travaux neufs et d'entretien, les frais de transport et dépenses diverses.

Art. 6. — Le titre 1er de l'arrêté du 8 juillet 1926 instituant au Cameroun une mission permanente de la maladie du sommeil est abrogé. Le titre deuxième fixant le statut et les indemnités spéciales allouées au personnel de la mission est maintenu et est applicable au personnel du service de prophylaxie substitué à cette mission.

11 Février

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour des postes de médecins-directeurs de sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour les postes de médecins-directeurs des sanatoriums publics de Saint-Jodard (Loire), de Lessises (Nord), et de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) (sanatorium du département du Rhône).

Les traitements de début sont fixés à 39.000 francs et peuvent atteindre 52.000 fr., par avancements successifs. Les intéressés bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de 35 ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en

médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de 35 ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les médecins-adjoints en fonctions dans les sanatoriums publics ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin-directeur du sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être envoyées avant le 5 mars 1931 au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau (7, rue de Tilsitt, à Paris).

Les candidats qui seront délégués pour ces emplois de médecins-directeurs seront, préalablement à leur nomination, soumis à un examen médical (clinique et radioscopique), et devront être reconnus indemnes de toute affection tuberculeuse.

13 Février

Académie de médecine.

Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. Rouvière, comme membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques), en remplacement de M. Gley, décédé.

Service de santé militaire.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales et pour des emplois de professeur agrégé de chirurgie et de professeur agrégé de médecine (armée active).

Paris, le 10 février 1931.

Un concours s'ouvrira le 26 octobre 1931, à neuf heures, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Un emploi de professeur agrégé de chirurgie ;

Deux emplois de professeur agrégé de médecine.

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie sont seuls admis à se présenter à ce concours.

Les épreuves seront subies dans les conditions et d'après les programmes déterminés par le décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales et l'instruction du 3 novembre 1928 relative aux concours pour le titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats en vue d'être autorisés

à prendre part à ces concours seront revêtues de l'avis motivé et détaillé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), pour le 1er septembre 1931 au plus tard. Seules seront admises les candidatures de médecins présentant des garanties scientifiques suffisantes pour leur permettre d'aborder un concours de cette nature avec possibilité de succès. Il devra être tenu compte de ces éléments d'appréciation dans les avis à exprimer par les autorités hiérarchiques.

Conformément au titre V de l'instruction du 3 novembre 1928 précité, il pourra être accordé, si les conditions du service le permettent, des stages de préparation aux candidats à ces concours.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de médecin-chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du Service de santé colonial (armée active).

Paris, le 10 février 1931.

Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du Service de santé colonial s'ouvriront le 8 juin 1931, à huit heures, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Les épreuves complémentaires du concours prescrites par les articles 3 et 4 du décret précité pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

1° Les médecins et pharmaciens capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1er janvier 1931 et les médecins et pharmaciens commandants ;

2° Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels présents en France ou en Algérie-Tunisie et rentrés des colonies depuis le 1er janvier 1930.

Les médecins et pharmaciens des troupes coloniales qui désireraient prendre part à ces concours et aux épreuves complémentaires de ces concours devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre, (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 1er mai 1931 au plus tard, en indiquant la section (médecine, chirurgie, pharmacie) et, le cas échéant, en ce qui concerne les médecins. la spécialité choisie, s'ils désirent se présenter aux épreuves complémentaires de spécialiste.

Les nécessités de service d'ordre divers pourront entraîner la limitation des autorisations à participer aux épreuves de ces concours. En conséquence, les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles. Les autorisations de se présenter à ces con-

cours ne seront délivrées qu'après étude approfondie des titres des candidats par l'administration centrale.

Suivant les nécessités du service, il pourra être accordé aux candidats un stage de préparation de trois mois.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux (armée active).

Paris, le 10 février 1931.

Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira en mai 1931, dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Médecine : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Chirurgie : deux.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Bactériologie : deux.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Electro-radiologie : un.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux coloniaux de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à deux ans. Elle commencera à la date où les conditions, du service permettront de mettre ces médecins en stage dans les différents établissements signalés ci-dessus.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux que dans une seule catégorie qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité*

Ces épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte). A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; à Marseille, à l'hôpital militaire Michel-Lévy.

Ces épreuves commenceront à huit heures, aux dates ci-après :

Médecine et chirurgie.

1re épreuve, le 4 mai 1931 ; 2e épreuve, le 5 mai 1931.

Bactériologie et électro-radiologie.

1re épreuve, le 6 mai 1931 ; 2e épreuve, le 7 mai 1931.

B. — *Epreuves définitives.*

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille, à partir du 22 juin 1931.

Les demandes des médecins capitaines des troupes coloniales en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er avril 1931 en indiquant la ou les sections choisies.

Les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles sur la valeur scientifique des candidats.

15 Février

Enseignement de la médecine.

Un emploi d'agrégé de physiologie est actuellement vacant près la Faculté de Paris.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

17 Février

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère du travail : MM. les Drs Blairon, de Charleville et Vidal-Revel, de Nice.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Conditions d'admission à l'allocation aux femmes en couches.

M. Amidieu du Clos rappelle à M. le ministre de la Santé publique la réponse donnée à sa question écrite no 10187 (*Journal officiel*, annexe à la séance du 6 novembre 1930) ; expose : *a*) que les préfectures incorporent, actuellement, au calcul du minimum des ressources à ne pas dépasser pour obtenir l'allocation des femmes en couches, les gratifications privées qui sont des encouragements attribués par les particuliers à ceux de leurs employés chez qui survient une naissance ; *b*) que cette mesure a, pour premier effet de décharger l'Etat, les départements et les communes de certaines allocations d'assistance que ces entités administratives se sont imposées de par la loi ou la volonté formelle de leurs conseils généraux et municipaux ; pour second effet, de décourager les initiatives privées qui s'exercent en faveur des familles nombreuses, puisque, ou bien elles rendent stériles les efforts des particuliers, quand l'Etat ou les entités administratives profitent de ces efforts pour ne point renier leurs engagements ou bien même, dans les cas limites, si la gratification privée est inférieure à celle de l'assistance (tout en empêchant l'attribution de cette dernière) elle agit au détriment complet de la famille qui s'accroît, alors que la loi a voulu, au contraire, lui apporter une aide ; *c*) que la mesure susdite est surtout en contra-

diction formelle avec la louable et précise distinction que la réponse de M. le ministre de la Santé publique à la question n° 10187 fait entre les sommes attribuées comme encouragement et celles qui sont attribuées au titre assistance ; *d*) qu'il est bien clair qu'une somme attribuée au titre encouragement (et c'est le cas de toutes les gratifications privées) ne saurait venir compenser, d'après l'argumentation même du ministre, une autre somme due au titre assistance ni surtout anéantir un droit à l'assistance, anéantissement qu'entraînent les errements actuellement appliqués et ici dénoncés ; et lui demande, en conséquence : 1° de confirmer que les doctrines de son ministère, que sa réponse du 6 novembre 1930 a bien voulu fixer, condamnent bien le contresens ainsi toléré par ses prédécesseurs ; 2° s'il désapprouve : *a*) l'impôt indirect supplémentaire qu'en fait la mesure incriminée fait prélever sur le particulier dévoué aux familles nombreuses ; *b*) le découragement dans lequel les mesures susindiquées jettent tous les particuliers qui désirent apporter un encouragement aux familles nombreuses ; 3° s'il ne lui conviendrait pas de rompre avec des errements si contraires au bon sens et de donner ainsi satisfaction à la voix populaire et aux besoins des familles les plus intéressantes parmi les familles françaises. (*Question du* 21 *novembre* 1930.)

Réponse. — L'admission au bénéfice de la loi du 27 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches est prononcée par le conseil municipal et subsidiairement, en cas d'appel, par la commission cantonale. L'attribution des allocations prévues par cette loi est subordonnée à une appréciation de fait qui porte sur l'ensemble des ressources dont disposent les postulants ; cette appréciation est laissée au libre examen des autorités qui ont qualité pour décider. Toutefois, les gratifications privées n'ont pas à entrer en ligne de compte, à moins qu'elles n'aient un caractère permanent. De même les primes à la natalité qui sont versées une fois pour toutes à l'occasion d'une naissance ne sont nullement exclusives de l'allocation d'assistance aux femmes en couches. Il n'y a pas davantage interdiction du cumul entre le bénéfice de la loi du 17 juin 1913 et les indemnités familiales que les employeurs peuvent servir à leur personnel. Les circulaires ministérielles, d'accord en cela avec la jurisprudence du Conseil d'Etat, ont simplement recommandé d'en tenir compte, pour la détermination de l'aptitude à l'assistance au même titre que les autres ressources dont peuvent disposer les intéressés.

(*J. O.*, 3 février 1931.)

Conditions d'admission à l'assistance aux vieillards.

M. François Albert expose à M. le ministre de la Santé publique que l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards tel qu'il a été modifié par l'article 171 de la loi du 16 avril 1930, ne

Voir la suite page LXIII-723

PROPOS DU JOUR

Le service social et la protection de l'enfance. Une conférence du Prof. Couvelaire aux amis de l'Université de Paris

Certes, la Protection de l'Enfance et ce que nous appelons l'Assistance ne datent pas de nos jours. Elles existèrent, assez rudimentaires il est vrai, dans l'Antiquité. Constantin, Justinien cherchèrent à les règlementer. La Charité chrétienne s'exerça durant tout le Moyen-âge. Elle fut alors une vertu, souvent aveugle, parfois brutale et peu humaine, quand il s'agissait de prophylaxie, de limiter, par exemple, les ravages de la lèpre et de la peste.

Tout au début du XVII[e] siècle, en 1601, sous le règle d'Elisabeth, la loi des pauvres organisa en Angleterre l'obligation des secours publics aux indigents valides, invalides et aux enfants. Un peu plus tard, en France et à Paris, sous Louis XIV, l'Hôpital général concentrant les vieilles œuvres charitables en une seule organisation, fut le précurseur de l'Assistance publique parisienne.

A vrai dire, la création de l'Hôpital général fut plus une mesure de police contre les vagabonds et les mendiants qu'une œuvre d'Assistance et, malgré les généreux projets du premier président, Pomponne de Belièvre, l'Hôpital général resta un singulier amalgame de prisons, de dépôts de mendicité, d'asiles d'aliénés, de refuges, d'hospices de vieillards et d'hopitaux proprement dit.

Au milieu du XVII[e] siècle apparut un homme dont l'influence fut formidable et qui, disposant de moyens puissants, bouleversa les vieilles idées sur la Charité et fit de cette qualité, jusqu'alors aveugle, une vertu éclairée, exercée utilement et méthodiquement. Ce fut Saint Vincent de Paul qui ne tarda pas à se rendre compte de l'inefficacité de l'utilisation des Dames de la Charité, bénévoles, capricieuses, inconstantes, impossibles à manier, et leur substitua ses admirables Filles de la Charité, éduquées avec méthode et sévèrement disciplinées.

Au XVIII[e] siècle, Turgot, s'inspirant des idées nouvelles de Montesquieu et de Rousseau, puis Necker, Condorcet et surtout La Rochefoucauld-Liancourt proclamèrent le devoir social de l'Assistance.

Pendant tout le XIX[e] siècle, l'Assistance se développa dans notre pays. Elle s'organisa plus méthodiquement en Allemagne avec le système d'Eberfeld (1852).

A la fin du XIX[e] siècle, nous avons vu promulguer en France la loi Roussel sur la protection de l'enfance (1874), puis la loi d'Assistance médicale gratuite (1893), la loi sur les enfants assistés (1904), les lois Strauss sur la protection des femmes en couches (1909) et pour favoriser l'allaitement maternel (1917). Nous ne citons que les mesures les plus importantes ayant trait à la protection de l'enfance. Mais ces lois se révélèrent insuffisantes et en quelque sorte palliatives. Alors un nouveau moyen d'Assistance fut révélé, substituant l'initiative intelligente, individuelle, à l'automatisme collectif, administratif : c'est ce qu'il est convenu d'appeler le *service social.* Ce sont les avantages de *ce service social dans la Protection de l'Enfance* que M. le Professeur COUVELAIRE a magistralement exposés dans une Conférence des amis de l'Université de Paris, faite devant un public très nombreux et très choisi, dans l'Amphithéâtre Richelieu à la Sorbonne.

M. Couvelaire a commencé par rendre hommage aux efforts du Prof. Pinard, présent à la Conférence, qui, pendant plus de 40 ans, a consacré sa science, son expérience, son talent et son activité à la réalisation de la protection de l'enfance. Cette protection doit s'effectuer pendant la gestation, lors de l'accouchement et durant l'allaitement.

Il meurt à Paris 6 femmes sur 1000 du fait de la maternité. C'est beaucoup trop et, en grande partie, ces morts pourraient être évitées. On compte 100 enfants morts nés sur 1.000; 100 autres environ sur 1.000, meurent avant d'avoir atteint leur première année. La proportion des décès d'enfants placés en nourrices est de 30 %. Toutes ces pertes sont excessives, malgré l'amélioration notable constatée depuis le début du siècle.

Pour remédier à cette situation désastreuse, Pinard a créé les consultations prénatales qui permettent dans les maternités de surveiller la grossesse, d'éviter autant que possible les accidents éclamptiques, de prévoir les interventions dysto-

ciques nécessaires. Des refuges ont été ouverts pour permettre à la femme le repos au terme de la grossesse, pour recueillir les filles mères qui se trouvent dans la pénible nécessité de cacher leur état.

Pour assister les femmes, lors de l'accouchement, les maternités ont été multipliées et à Paris, grâce à l'initiative de Bourneville en 1882, et malgré l'opposition stupéfiante des chirurgiens des hôpitaux de cette époque, ce que leurs successeurs d'aujourd'hui doivent renoncer à comprendre, le Conseil municipal de Paris créa les accoucheurs des hôpitaux et fonda une maternité dans chaque hôpital. A ces mesures heureuses vint s'ajouter l'organisation de l'Assistance obstétricale à domicile.

Durant l'allaitement, un progrès a été réalisé avec les allocations d'allaitement qui, bien qu'atteignant actuellement 5 fr. 50 par jour à Paris, sont, étant donné le prix de la vie, manifestement insuffisantes. Des maisons maternelles, dont le type existe depuis plusieurs années et dont nous avons ici même donné la description (Maison de Mont Saint-Aignan à Rouen), ont été multipliées. Enfin, se sont répandues un peu partout les Consultations de nourrissons et les Gouttes de Lait qui permettent de surveiller le développement du nourrisson et de faciliter sa bonne alimentation.

Mais tout ceci, pour M. le Prof. Couvelaire, bien qu'étant fort utile, est palliatif et insuffisant. Il faut qu'à cet armement collectif, on ajoute le service social.

Le service social n'est pas aisé à définir. Sa complexité fait qu'on ne peut bien le comprendre que par l'exposé de son fonctionnement.

Grancher, en voulant réaliser la préservation de l'enfance contre la tuberculose, avait eu l'intuition de ce que devait être un service social, mais ce fut aux Etats-Unis que fut réalisé ce perfectionnement de l'Assistance hospitalière, reconnu depuis indispensable.

Le Dr Cabot, médecin chef du Massachusetts hospital de Boston, organisa le premier service social dont le but était de secourir, de protéger les malades à leur sortie de l'hôpital, de leur permettre de continuer à appliquer les prescriptions faites par le médecin, d'aplanir les obstacles de toutes sortes, d'ordre matériel ou moral, s'opposant au rétablissement parfait de leur santé.

En 1913, dans un rapport à la Société de Pédiatrie, Madame Nageotte-Wilbouschevitch fit connaître en France l'innovation du Dr Cabot à Boston et le Prof. Marfan, aux Enfants-malades, chargea une assistante sociale de s'intéresser aux petits malades de son service et de sa consultation.

La guerre survint et la Mission Rockefeller prit à Paris et en France l'initiative de la création d'un service social, destiné à la lutte antituberculeuse.

Mais, en même temps fonctionna dans tout Paris, sous la direction de MM. Dron, Pinard et Strauss et grâce à l'initiative de Mme la générale Michel, un véritable service social qui, non seulement avait des postes dans chacun de nos hôpitaux, mais dans chaque mairie de Paris et où toute personne pouvait s'adresser pour être renseignée, guidée, secourue. Cette institution, qui eût pu être perfectionnée et rendre, après la guerre, des services aussi grands que durant les hostilités, disparut.

Le service social se reconstitua en 1920. En 1921, il fut appliqué dans les hôpitaux d'enfants, puis peu après, dans les maternités et les services de tuberculeux, enfin dans les services de chirurgie et de médecine générale.

M. le Prof. Couvelaire a insisté sur le rôle absolument différent du médecin et de l'assistance sociale qui est la précieuse auxiliaire du médecin. Sans elle, le plus souvent l'œuvre médicale serait temporaire, insuffisante et inefficace. Ce n'est pas tout de faire un diagnostic, de donner un traitement, même, si c'est à l'hôpital, de l'appliquer et de remettre sur pied une accouchée. Il convient de savoir ce qu'elle va devenir, dans quelles conditions d'existence elle va se trouver ; si le manque de ressources, d'hygiène de l'habitation, le genre de travail qu'elle va être obligée de faire ne vont pas compromettre de nouveau sa santé. Et s'il y a un enfant nouveau-né, n'est-il pas indispensable qu'une personne experte, instruite, guide la jeune mère dans l'élevage du bébé, qu'elle lui indique les consultations de nourrissons pour faire surveiller la croissance de l'enfant, qu'elle la renseigne sur les secours publics et privés, les allocations auxquels elle peut avoir droit et qui peuvent aider la famille et lui lui donner plus de bien-être. Le rôle de l'Assistante sociale est infiniment délicat, exige à la fois beaucoup de tact, de dévouement, de patience, de bonté et une connaissance approfondie de tout ce qui concerne l'Hygiène, l'Assistance et la Bienfaisance privée. Elle doit devenir peu à peu l'amie écoutée de la famille. Il est indispensable que les divers services sociaux aient des liens entre eux, puissent se seconder, s'entraider, car ce n'est pas qu'à l'hôpital, et dans les Maternités mais encore dans les industries, les maisons de

commerce, les entreprises diverses, les administrations, les écoles, qu'il doit y avoir des services sociaux.

Le service social doit être le couronnement de l'édifice d'Assistance et de protection qui, depuis un siècle, n'a cessé d'être développé et perfectionné dans les pays civilisés.

Les auditeurs et les nombreuses auditrices, qui avaient écouté avec la plus grande attention la belle conférence du Prof. Couvelaire, lui firent, après ses conclusions, une longue et enthousiaste ovation.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INDUSTRIE ET MÉDECINE

La médecine appliquée à l'industrie[1]

Par le Dr Paul Sollier (de Paris),

Professeur à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique.
Professeur de l'Ecole d'ergologie de Bruxelles.

Médecine et collectivité

Toutes les grandes collectivités humaines organisées en vue de travaux d'un certain ordre dans des conditions de milieu et de régime qui exposent leurs membres à des fatigues, des maladies, des traumatismes de genres divers et spéciaux, dont le recrutement exige une sélection plus ou moins sévère à des points de vue déterminés, sont tributaires, tout comme l'homme pris individuellement, de la médecine.

Mais du fait des conditions mêmes dans lesquelles ces collectivités fonctionnent et évoluent, il se pose pour elles, à côté des questions générales de médecine ordinaire, des problèmes particuliers pour la solution desquels il leur est nécessaire de faire appel à des médecins ayant acquis une compétence spéciale et des connaissances plus étendues ou plus approfondies sous certains rapports que les médecins ordinaires.

C'est ainsi que se sont créées, en marge et comme complément de la médecine générale, des « *médecines spéciales* », professionnelles pourrait-on dire, — telles que la médecine militaire, la médecine navale, la médecine coloniale. Armée, marine, organisations coloniales (civiles et militaires) ont, en effet, des besoins médicaux très différents, qu'il s'agisse des conditions de leur recrutement, des maladies et des traumatismes spéciaux auxquels elles sont exposées, ou de l'hygiène qui dépend de leurs conditions si dissemblables d'existence, de milieu, de climat, de régime, de travail, de moral même.

Il est évident que si ces collectivités ont réclamé des corps médicaux spécialisés, c'est que le besoin s'en imposait, et d'ailleurs l'expérience a justifié leur création

Or, il est aujourd'hui une collectivité — très fortement organisée, demandant un recrutement spécial de ses membres (dont l'incorporation varie de 30 à 40 ans et plus encore), comportant les travaux les plus variés, les plus durs, exigeant une sélection aussi rationnelle que possible, soumise à des maladies et des traumatismes propres à certaines de ses catégories, où le facteur humain joue un rôle de premier ordre, où la médecine en général, et certaines de ses branches en particulier, ont à intervenir à divers titres —, et qui est cependant encore dépourvue de tout corps médical spécialement formé en vue de ses besoins, de ses conditions d'organisation et de fonctionnement ; j'ai nommé l'immense armée des travailleurs en général, des travailleurs industriels en particulier.

La constitution d'une « *médecine industrielle* » ne s'impose-t-elle pas actuellement au même titre que les « médecines spéciales » déjà existantes ? On entend bien parler de « médecine du travail » : mais il ne s'agit guère là que des maladies professionnelles et des accidents du travail. Il existe aussi des médecins qui portent le nom de « médecins d'usine » ; mais ils ne se distinguent en rien des médecins praticiens ordinaires, sinon que leurs soins s'adressent, exclusivement ou non, au personnel des établissements industriels auxquels ils sont attachés.

Notre conception d'une « médecine industrielle » et du rôle du médecin dans l'industrie moderne est tout autre. Pour nous en rendre compt-

(1) Conférence faite le 16 novembre 1930 à l'Assemblée Générale du *Concours Médical*.

nous n'avons qu'à passer en revue les cas où l'industrie entre en contact avec la médecine et doit ou devrait y faire appel.

Soins d'urgence et examens médicaux

Le rôle spécial du médecin d'industrie proprement dit commence à apparaître dans les quatre circonstances suivantes où, tout en relevant de la médecine ordinaire, il s'applique déjà à des conditions propres à l'industrie :

1° Soins d'urgence : malaises, accidents ;
2° Enquête immédiate sur les accidents ;
3° Examen médical à la reprise du travail après maladie ou accident.
4° Examen médical d'embauchage (apprentis et ouvriers).

Reprenons ces divers points.

1. Soins d'urgence. — Des malaises subits (asphyxie, absorption de gaz ou de vapeurs délétères, congestions, syncopes, etc.) peuvent survenir au cours du travail, causés ou non par le travail lui-même. S'il est nécessaire de porter secours le plus tôt possible au malade, il est également utile d'établir dans quelles conditions le malaise s'est produit, à quelles causes il est dû, et quelles sont les responsabilités. Il faudra, dans certains cas, prendre des mesures pour supprimer la cause; dans certains autres, indiquer un traitement à suivre, faire suspendre le travail, ou en donner au sujet un autre plus conforme à son état physiologique.

Il y va de l'intérêt de l'employeur comme de l'employé.

Il est évident que dans un établissement ayant un service de « médecine industrielle », avec un médecin à demeure dans l'usine comme les ingénieurs, c'est à lui qu'il appartient de donner ces soins d'urgence dont les conséquences peuvent être si importantes pour le malade qui en est l'objet. Mais dans les indications des mesures à prendre vis-à-vis de celui-ci, il y a lieu de tenir compte du genre de travail qu'il fait, et seul un médecin au courant de l'industrie à laquelle il est attaché peut le faire opportunément.

Ces observations s'appliquent *a fortiori* en cas d'accident. Actuellement un homme accidenté est transporté à l'infirmerie de l'usine, où il est soigné et pansé par des infirmiers, puis reconduit chez lui, ou mené dans un hôpital, suivant la gravité du cas, pour continuer ensuite à recevoir les soins de son médecin personnel, conformément à la loi. Le médecin d'usine d'aujourd'hui ne le voit que s'il se trouve là par hasard au moment de l'accident, (ou lorsqu'il est appelé pour le panser plus tard à l'infirmerie ou à la consultation, ou s'il lui est confié, comme chef de service de l'hôpital où il a été transporté.)

Au point de vue des constatations immédiates de l'état du blessé, des soins qui lui ont été donnés d'urgence, et qui peuvent avoir une si grande influence sur les suites du traumatisme, cette manière de procéder est regrettable, et les inconvénients qui peuvent en résulter ne se produiraient pas si le médecin d'industrie existait et était toujours présent à l'usine, comme l'ingénieur.

2. Enquête immédiate sur les accidents. — Le médecin devrait jouer dans les enquêtes sur les accidents un rôle des plus importants. Or, il en est actuellement écarté. S'il était appelé au moment même de l'accident, il pourrait déjà savoir, avant toute déformation des témoignages, comment les choses se sont passées, et constater l'état exact du blessé avant toute intervention. Cette intervention, il en prendrait la responsabilité, puisqu'il la pratiquerait lui-même, ou l'ordonnerait. Il pourrait ensuite établir, avec le concours des techniciens et des témoins, si l'accident est dû à des circonstances imprévisibles ou à des causes techniques, ou à la victime elle-même : dans ce dernier cas, il devrait procéder, à la reprise du travail par le blessé, non seulement à un examen médical, mais encore psychotechnique, pour savoir s'il n'est pas exposé, son état physiologique ou psychologique — préexistant à l'accident — persistant ou s'étant même aggravé depuis, à récidiver.

Toute *récidive* d'accident, surtout d'accident *de même ordre*, exige un examen médico-psychotechnique. On sait, en effet que certains sujets sont plus que d'autres fauteurs et victimes d'accidents, du fait de leur constitution physiologique ou psychologique.

Lorsque l'accident a été causé par un autre ouvrier, c'est cet accidenteur qu'il faut examiner avec soin et non pas seulement l'accidenté.

Seul un médecin connaissant les conditions du travail de l'usine et dans les différents postes, est à même de procéder utilement à de telles enquêtes et de donner les indications voulues sur les mesures à prendre, d'ordre général ou individuel. Et, dans les cas où il n'y aurait pas lieu à enquête en raison du peu de gravité des lésions, il ne serait pas moins indispensable de lui signaler les accidents légers, surtout lorsqu'ils se répètent chez le même sujet ou dans les mêmes circonstances, car ils indiquent une maladresse pouvant avoir un jour des conséquences plus graves.

On dira que les risques d'accidents sont couverts par les assurances. Mais aucune indemnité ne saurait compenser une infirmité et encore moins la vie, et il y a toujours une perte de travail donc de rendement. A tous égards, on doit donc tout faire pour éviter les accidents et en atténuer les conséquences. Or, il n'est pas douteux que la nature de l'intervention immédiate a une influence souvent capitale sur les suites de l'ac-

cident : d'où la nécessité de cette intervention faite par un médecin sous sa responsabilité, et avec la compétence voulue pour établir les rapports réels entre l'accident, le travail et le travailleur.

Actuellement, les enquêtes sur les accidents se font surtout au point de vue administratif et technique. Le côté physique et psychologique est ordinairement négligé ; or, c'est souvent le plus important, puisque la majorité des accidents et les plus graves sont dus au facteur humain. Ne pas rechercher les causes personnelles d'un accident, c'est exposer son auteur à en être de nouveau victime, ou à ralentir son rendement s'il se méfie désormais de lui-même et se surveille davantage.

A tous les points de vue cette recherche s'impose donc, et le médecin doit être associé dès le début à l'enquête, de même qu'à la fin de la convalescence. Car c'est lui seul qui peut démêler la véritable cause de l'accident si elle est personnelle, et indiquer les mesures à prendre pour en éviter le retour, le changement d'emploi en particulier.

3. **Examen médical à la reprise du travail.** — Lorsqu'un homme rentre à l'usine, après une maladie ou un traumatisme, ne serait-il pas aussi utile de le réexaminer médicalement qu'au moment de son embauchage ? Ne serait-il pas utile de savoir, en effet, s'il est en état de reprendre son travail, s'il ne vaudrait pas mieux lui donner une autre tâche, au moins temporairement, afin d'éviter des risques de rechute ou d'aggravation, et de constater s'il n'a pas gardé quelque reliquat de son ancienne maladie ou de sa blessure ?

On dira : cet examen a été fait par le médecin de l'assurance. Mais que constate celui-ci ? Simplement que les signes de la maladie sont disparus, que la blessure est cicatrisée. Mais que sait-il des conditions du travail à reprendre ? Tel ouvrier, venant d'avoir une congestion pulmonaire et reconnu guéri, sera ou non dans les conditions voulues pour reprendre son travail : s'il le fait dans un local clos et de température moyenne ou, au contraire, dans un local ouvert à tous les vents, froid ou humide. Le médecin de soins ou le médecin d'assurance ignorent les conditions des différents postes et travaux auxquels sont affectés les ouvriers qu'ils ont soignés ; ils ignorent les contre-indications temporaires ou définitives qu'ils comportent ; on ne leur demande pas, d'ailleurs, d'en tenir compte. C'est donc le médecin d'industrie seul qui peut être qualifié pour un tel examen.

4. **Examen médical d'embauchage.** — Lorsqu'on achète un moteur on a bien soin de s'enquérir de sa puissance, de l'état de ses organes, de son mode d'entretien, des particularités qu'il peut présenter dans la manière de le conduire, etc. Quand il s'agit du moteur humain — plus délicat cependant, plus varié, qu'un moteur de série — on ne prend aucun souci de le connaître ; on le considère comme interchangeable avec n'importe quel autre, et l'on s'en rapporte, au point de vue de sa capacité, à ce qu'il prétend être ou à des renseignements plus ou moins valables.

Ne serait-il pas logique d'agir vis-à-vis de lui comme avec un moteur mécanique ? N'est-il pas de l'intérêt de l'employeur de savoir à qui il a affaire, ne fut-ce qu'au point de vue physique ? Est-il rien de plus facile que de faire un examen médical de tout individu — apprenti ou ouvrier — avant de l'embaucher ?

Chez l'apprenti, il est indispensable de connaître si son état physiologique est compatible avec le travail qu'on veut lui apprendre. Son examen doit donc être fait à un point de vue que n'ont pas à envisager les médecins ordinaires : il ne doit pas être seulement physiologique, mais encore biologique et anthropométrique. Les données ainsi obtenues ne serviraient d'ailleurs à rien si elles ne devaient pas être mises en face des conditions exigées par tel ou tel travail. Il y a, en outre, toutes sortes de considérations dont il faut tenir compte : antécédents familiaux et personnels, âge, mode de croissance, type morphologique, tempérament, indices divers, respiratoires et autres, dont un praticien non spécialisé ne peut tirer aucun renseignement pour diriger l'apprentissage d'un jeune homme.

Dans le cas de l'ouvrier qualifié, cet examen anthropométrique et biologique peut être laissé de côté. Mais il faut insister sur le côté physiologique, les antécédents personnels pathologiques, rechercher s'il n'existe pas de reliquat de maladies anciennes ou de traumatismes, s'il n'y a pas de tare constitutionnelle ou acquise, pas de maladie contagieuse ou professionnelle, ou toute autre incompatible avec l'exercice du métier, soit temporairement, soit définitivement.

De pareils examens s'imposent particulièrement pour les ouvriers étrangers.

L'examen médical d'embauchage serait une garantie à la fois pour l'employeur et pour l'ouvrier. Mais il comporte des connaissances spéciales pour confronter les conditions physiologiques reconnues et les conditions exigées par le travail à faire. Car un homme peut être très bien constitué et être incapable de faire certains travaux, ne fut-ce qu'au point de vue de la force musculaire. Il doit donc être, comme l'examen du Conseil de revision militaire, surtout éliminatoire : soit pour le travail en général, soit pour tel genre de travail en particulier.

Dans tous ces cas, le médecin doit être le collaborateur du technicien, ingénieur , chef du personnel, etc. Il doit avoir avec lui des rapports

étroits et constants, tant pour l'éclairer que pour s'éclairer lui-même.

Service d'hygiène

Il existe une « *hygiène industrielle* », branche de l'hygiène générale, et par conséquent appartenant essentiellement au domaine médical. Malheureusement, le médecin n'est pas toujours consulté au sujet de ses applications, et encore moins chargé de les réaliser. On s'adresse de préférence à des architectes, à des fonctionnaires hygiénistes, à des inspecteurs du travail, au moins dans certains pays. L'hygiène industrielle y est devenue surtout administrative.

Il semble pourtant que c'est à un médecin — en l'espèce ce serait le médecin d'industrie — que l'industriel aurait avantage à s'adresser pour les installations hygiéniques et sanitaires qu'il peut avoir à faire dans ses usines (adduction d'eau potable, bains, douches, W.-C., etc.).

C'est également à lui qu'il appartiendrait d'indiquer les mesures à prendre en cas de maladie contagieuse importée dans l'usine et régnant dans le voisinage (analyse et vérification des eaux potables, vaccinations, surveillance des hommes suspects et des porteurs de germes, etc.), ou en cas de maladie professionnelle, pour l'éviter, l'enrayer ou la faire traiter. A lui aussi d'enseigner, dans des causeries, des conférences, les moyens prophylactiques à employer en temps d'épidémie, ou contre les maladies professionnelles.

A lui enfin la surveillance de la bonne tenue et du bon fonctionnement des installations hygiéniques et sanitaires et l'indication des modifications et améliorations à y apporter.

De lui également devraient relever toutes les questions de ventilation, d'aération, de chauffage, d'hygrométrie, d'éclairage des locaux de travail, dont il aurait à contrôler les conditions existantes et à conseiller les améliorations susceptibles de faciliter le travail, de le rendre moins fatigant, en même temps que d'augmenter le rendement. Toutes les expériences faites à cet égard montrent quels avantages on peut retirer à ce dernier point de vue de la meilleure adaptation des conditions du travail aux conditions physiologiques du travailleur.

Service de la sécurité

Jusqu'ici le domaine du médecin d'industrie semble se confondre avec celui de la médecine et de l'hygiène, dont il ne fait que des applications à l'industrie. Ce domaine n'offre-t-il pas d'autres aspects dont l'industriel aurait à tirer profit ?

On sait quelle importance les usines américaines attachent au service de la sécurité, et quels soins elles apportent à son organisation et à sa surveillance. Mais on n'est pas d'accord sur la personne à qui le confier : directeur, ingénieur, agent spécial, etc. Il est singulier qu'on n'ait pas songé au médecin, quand on sait l'importance du facteur humain dans les accidents du travail, et la possibilité pour lui, plus que pour tout autre, de rechercher leurs causes de ce côté et de savoir comment y parer.

On a plusieurs moyens de prévenirs les accidents : prévention technique, sans cesse à modifier par suite de l'introduction de nouvelles machines ; règlements administratifs et lois, assurément indispensables, mais qui ne peuvent prévoir ni prescrire les multiples précautions à prendre en raison de l'agencement particulier des locaux et des transformations continuelles du machinisme ; enfin, prévention psychotechnique, qui n'est peut être pas la moins importante quoique la moins répandue encore. C'est celle qui tient compte du comportement psychophysiologique des ouvriers, des travailleurs.

La prévention technique ne résulte souvent, d'ailleurs, que de constatations faites, en cas d'accidents, des rapports défectueux entre l'homme et la machine dont il se sert : soit que le moindre défaut d'attention expose à un accident, soit que le rythme de la machine ne soit pas conforme au rythme physiologique économique, soit que l'introduction des pièces dans la machine exige une trop grande adresse ou expose à des mouvements irréfléchis et impulsifs qui les rendent dangereux, etc., toutes raisons amenant à modifier la technique du travail, ou la machine elle-même.

L'industriel n'a-t-il pas grand intérêt, avant d'employer une machine et d'engager un homme pour s'en servir, à savoir s'il y a concordance entre les deux, et, en cas de discordance, si elle vient des conditions dans lesquelles la machine doit être conduite, ou de certains défauts de l'homme lui-même ?

A qui s'adressera-t-il pour se renseigner sur ce point ? Nous touchons ici à une question qui n'est plus du domaine médical proprement dit, mais de celui de la psychotechnique que nous aborderons tout à l'heure. Examinons quel serait le rôle de l'agent chargé du service de la sécurité, et voyons si la plupart de ses fonctions n'auraient pas un certain caractère médical.

Que seraient, en effet, ces fonctions ? Il devrait :

a) Organiser, en nombre suffisant, et aux endroits les plus opportuns, les *postes de secours* dans l'usine ;

Les pourvoir des pansements, appareils, médicaments, qu'on doit avoir immédiatement sous la main, et des appareils de protection mis à la disposition des ouvriers ;

Surveiller l'entretien de ces postes et de leur matériel, ainsi que leur bon état de fonctionnement constant ;

b) Répondre au premier appel, en cas d'acci-

dent, pour donner les soins d'urgence, organiser les secours ; faire les constatations immédiates de l'état du blessé ; participer à l'enquête sur les ciconstances et les causes probables de l'accident (plus tard faire l'examen médico-psychotechnique du blessé avant sa reprise de travail, et immédiatement celui de l'accidenteur, s'il y en a eu un) :

c) Constater l'existence et surveiller le fonctionnement des moyens de protection technique prescrits par les lois et règlements et l'application des mesures prescrites contre les accidents et les maladies professionnelles (appareils de protection, lunettes, gants, bottes, etc. ; soins de propreté du corps et des mains, etc.) ;

d) Enseigner la sécurité, éduquer le personnel à tous les degrés, l'intéresser par tous les moyens possibles au problème de la santé et de la sécurité : causeries, conférences (avec projections, cinéma, graphiques, etc.), affiches illustrées montrant les dangers possibles et les moyens de les éviter ; tableaux comparatifs des résultats obtenus dans des usines similaires ou dans la même usine, grâce à la mise en œuvre des moyens préconisés ;

Recommandations verbales et écrites aux nouveaux embauchés ; écriteaux avertisseurs du danger et indicateurs de ce qui doit être fait pour l'éviter.

e) Etablir les statistiques des accidents.

Qui donc mieux qu'un médecin pourrait être chargé d'un tel poste ? Et si le médecin d'industrie existait n'est-ce pas lui qui devrait y être affecté ?

On voit que les cas où la médecine trouve des applications dans l'industrie sont assez fréquents et importants. Ils justifieraient déjà presque à eux seuls la conception d'une « médecine industrielle », et d'un corps de « médecins d'industrie » ayant une formation spéciale. Mais si cette médecine et ce corps étaient constitués leurs attributions devraient être plus étendues et dépasser un peu le cadre de la médecine, ou au moins développer certaines de ses branches et s'en adjoindre d'autres dont elle possède d'ailleurs les éléments fondamentaux. Expliquons-nous.

Physiologie du travail

La physiologie s'est appliquée depuis plus d'un demi-siècle à l'étude du travail. Mais on en est resté longtemps aux lois de Chauveau et à l'énergétique musculaire. Puis sont venues les méthodes calorimétriques et surtout celles du métabolisme qui ont permis de se rendre compte des dépenses énergétiques dans tous les genres de travaux, et d'évaluer les différences d'énergie consommée suivant la modalité même de leur exécution. On a pu démontrer ainsi quel était le dispositif technique, quelles étaient l'étendue, la forme des mouvements les plus économiques pour un travail déterminé, d'où la possibilité de modifier rationnellement soit l'appareil ou la machine, soit la technique opératoire.

Chaque fois, par conséquent, qu'il y a un nouveau genre de fabrication à monter, et pour lequel plusieurs procédés sont préconisés, l'étude du métabolisme permet de découvrir quel est celui qui, à rendement égal, est le moins fatigant, ou, à fatigue égale, le plus avantageux.

On comprend sans peine l'intérêt que peut avoir l'industriel à être ainsi renseigné sur tel ou tel procédé, tel ou tel appareil, telle ou telle manœuvre technique, en vue du meilleur rendement et de la moindre fatigue.

On a étudié aussi l'influence de la température, de l'aération, de la ventilation, de l'hygrométrie, sur le travail, et on a pu en déduire les règles les plus avantageuses pour l'organisation scientifique du travail.

A tout moment revient, dans les questions de travail, le mot : *fatigue*. C'est que la fatigue est la rançon de tout travail. Je n'ai pas besoin d'insister sur son importance, sur les préoccupations dont elle est l'objet dans le monde du travail, sur les questions d'ordre divers qu'elle soulève, sur tout ce qu'on fait pour l'éviter, la réduire, la réparer.

Ces études sont du ressort de la physiologie, et la physiologie est du domaine des sciences médicales. C'est donc à un médecin qu'il faut avoir recours pour les poursuivre, mais il est évident que ce médecin doit avoir étudié spécialement cette physiologie du travail, qui a pris un tel développement en Angleterre et en Allemagne, où de grands laboratoires lui sont consacrés, ainsi que des revues spéciales et des ouvrages considérables. Il ne sera du reste pas difficile à ce médecin de se mettre au courant des méthodes expérimentales employées dans ces recherches, étant donné qu'il a pu les voir employer au cours de ses études médicales, et qu'aujourd'hui tout praticien sait se servir des appareils et des procédés pour la recherche du métabolisme basal chez ses malades.

Il est donc évident que le médecin d'industrie serait tout naturellement qualifié pour faire dans les usines toutes les recherches physiologiques concernant le travail, tant au point de vue des dépenses énergétiques que ses diverses formes entraînent, que des meilleures conditions où doit être placé le travailleur sous le rapport physiologique pour présenter la meilleur résistance à la fatigue, réduire celle-ci le plus possible, et obtenir le meilleur rendem ent.

Facteur humain et psychotechnique

L'importance du facteur humain dans le travail industriel n'est apparue, par un singulier paradoxe, que du jour où le machinisme a pris un

essor aussi rapide que généralisé pour se substituer au travail de l'artisan. C'est alors seulement qu'on a paru s'apercevoir que l'homme était un moteur comme les autres, quoique avec des particularités bien caractéristiques, qui le distinguaient de tous les autres, et que non seulement son fonctionnement obéissait aux lois connues de la mécanique et de l'énergétique, mais était, en outre, conditionné par l'état physiologique et même psychologique du sujet, état qu'il était essentiel de connaître pour pouvoir le diriger au mieux et en tirer le meilleur parti.

On s'est donc mis à étudier le moteur humain et le facteur humain, et c'est dans ce but que s'est constituée une science spéciale : la *psychotechnique,* qui n'est qu'une partie d'une autre plus vaste et plus générale, l' « *ergologie* », ou science du travail, dont les éléments sont formés de connaissances appartenant à d'autres sciences, à d'autres disciplines, telles que la physiologie, la psychologie, la médecine, l'hygiène, la sociologie, l'éthique, la technologie, etc.

Ce facteur humain intervenant dans toutes les opérations industrielles, même les plus mécanisées en apparence, et se manifestant toujours par des variations en plus ou en moins du rendement et de la fatigue, il est singulièrement intéressant pour l'industriel de la connaître sous tous ses aspects, en vue d'une meilleure organisation du travail, et d'un meilleur rendement.

Qu'est-ce donc que cette psychotechnique qui permet de l'étudier ?

C'est un ensemble de procédés dérivés, ou appliqués tels quels de la psychologie expérimentale, en vue de déterminer quelles sont les qualités psychologiques et psychophysiologiques exigées pour la bonne exécution d'un travail quelconque, de mesurer le degré minimum que doivent atteindre ces qualités chez le travailleur, et de rechercher par des épreuves appropriées si le sujet destiné à ce travail les possède et au degré voulu.

Cette recherche des capacités existant chez un travailleur qualifié constitue ce qu'on appelle la « *sélection professionnelle* ». S'il s'agit de jeunes gens n'ayant pas encore travaillé, devant entrer en apprentissage, ce qu'on recherche simplement ce sont les aptitudes plus ou moins nécessaires au métier qu'ils veulent embrasser : c'est ce qu'on appelle « l'*orientation professionnelle* », dont le but, les méthodes, les mesures, sont très différents de ceux de la sélection professionnelle. Dans celle-ci on recherche des *capacités* réelles, actuelles ; dans celle-là des *tendances* en évolution, des possibilités d'avenir.

On pourrait donner de la psychotechnique une définition plus simple en disant qu'elle a pour but l'étude du comportement psychophysiologique du travailleur, ou mieux encore celle du facteur humain dans le travail.

A qui convient le mieux d'appliquer cette science dans une entreprise industrielle ? Qui est le plus apte à devenir psychotechnicien ? Je n'hésite pas à dire que c'est au « médecin d'industrie » que revient le plus légitimement ce rôle.

Je ne prétends pas, du reste, que seul le médecin puisse être psychotechnicien, ou que le psychotechnicien doive être médecin. Je dis que le médecin doublé d'un psychotechnicien peut seul aborder *tous* les problèmes que comporte l'étude du facteur humain dans le travail industriel. La psychotechnique, en effet, n'a à intervenir que dans les questions d'ordre psychologique ou psycho-physiologique, comme l'orientation des apprentis, la sélection du personnel, la prévention des accidents. Toutes celles qui se rapportent à la physiologie du travail proprement dite, à l'hygiène des travailleurs, aux conditions physiologiques du travail, aux troubles pathologiques qui peuvent en résulter, etc., lui échappent, et c'est au médecin seul qu'elles incombent. Il est évident que ce médecin ne peut pas être un médecin quelconque, mais qu'il doit avoir renforcé ses études médicales ordinaires sur certains points spéciaux au travail professionnel. Il ne l'est pas moins que, s'il les a complétées par la connaissance de la psychotechnique, il pourra aborder à lui tous les aspects du facteur humain dans le travail, et c'est à lui que devront s'adresser de préférence les grandes entreprises, où ces problèmes se présentent avec une fréquence et une importance suffisant à l'activité d'un agent spécial ; dans les petites et moyennes entreprises, au contraire, le psychotechnicien non médecin peut parfaitement suffire à leurs besoins, et, si les circonstances l'exigent, elles ont toujours la ressource de recourir à un médecin compétent dans les questions industrielles.

En devenant psychotechnicien, le médecin sort-il tant que cela du cadre de ses connaissances médicales ? Du fait de celles qu'il possède en biologie, en physiologie, en pathologie, n'est-il pas tout préparé à acquérir ce qui lui manque pour faire de la psychotechnique, à savoir la psychologie physiologique, expérimentale — qu'il ne faut pas confondre avec la psychologie des philosophes, des métaphysiciens, des spiritualistes.

Cette psychologie expérimentale relève, en effet, autant de la physiologie que de la psychologie proprement dite, et ce n'est pas pour rien qu'elle s'appelle : psychophysiologie. Elle est tellement du domaine des sciences médicales que la plupart de ses chapitres figurent dans les traités de physiologie en usage dans les facultés de médecine, et que nombre de psychologues sont obligés aujourd'hui de faire leur médecine pour pouvoir se livrer en psychologie à autre chose qu'à des exercices littéraires. Psychophysiologie du mouvement, des sensations, de l'attention,

sont du domaine de la physiologie médicale ; la mémoire, l'association des idées, reposent sur des données physiques, anatomiques et physiologiques dont elles ne sont que l'expression psychologique ; le caractère est lié à l'émotivité, à l'affectivité, dépendant elles-mêmes dusympathique et des glandes endocrines, c'est-à-dire de processus nerveux et chimiques ; il ne reste plus guère que le jugement, le raisonnement et la conscience à rester dans le domaine de la psychologie pure, et probablement pour un temps seulement encore.

On voit donc que la plupart des connaissances du psychotechnicien font partie du bagage du médecin, et que celles qui n'en font pas partie en sont tellement voisines qu'elles lui sont plus faciles à acquérir qu'à tout autre, car elles répondent à sa formation médicale et à sa mentalité scientifique. Dès lors, il semble logique que ce soit un médecin, le médecin d'usine, qui fasse les applications psychotechniques dans les entreprises auxquelles il est attaché.

Quand on sait les résultats obtenus dans le rendement, tant en qualité qu'en quantité, dans les usines qui ont introduit chez elles les méthodes psychotechniques — où l'on voit ce rendement augmenter de 40 à 60 % dans certaines industries, dans certains travaux, on comprendra l'intérêt que peut trouver un industriel à s'adjoindre un médecin d'industrie pour remplir les multiples fonctions que nous venons de passer en revue, — examens médicaux proprement dits, hygiène, service de la sécurité, d'une part, recherches physiologiques et psychotechniques sur le travail, d'autre part.

Quelles applications de la psychotechnique aurait-il à faire dans l'usine ? Nous en avons déjà signalé incidemment à propos de certaines fonctions :

a) Examen des aptitudes des apprentis pour les orienter (O. P.) vers le métier qui leur convient le mieux ou pour lequel ils ne présentent aucune contre-indication ;

b) Examen psychotechnique complétant l'examen médical des nouveaux embauchés, et, en particulier des manœuvres non qualifiés destinés à combler les vides qui pourraient se produire dans le personnel ; examen psychotechnique pour les promotions, mutations, et récupérations, dans le personnel ;

c) Enquête psychotechnique sur les accidentés et les accidenteurs ; prévention psychotechnique des accidents (en collaboration avec le chef du personnel, les services techniques et la direction) ;

d) Recherche par les moyens physiologiques et psychotechniques, des variations anormales de rendement, de malaises, etc. ; (en collaboration avec les services techniques) ;

e) Etude des meilleures conditions d'adaptation de l'homme à la machine et de la machine à l'homme, des meilleures conditions d'aménagement du travail, etc. (en collaboration avec les services techniques).

Connaissances complémentaires

Aux connaissances scientifiques d'ordres divers, le médecin d'industrie doit en ajouter d'autres d'un caractère secondaire et accessoire, résultant du fait qu'il opère dans un milieu spécial, ayant une organisation et un fonctionnement particuliers, comme les autres grandes collectivités où existe un corps médical spécialisé. Ces connaissances sont de deux ordres : *a*) administratives ; *b*) technologiques.

a) Comme toutes les « médecines spéciales », la médecine industrielle doit tenir compte de certaines lois et règlements concernant le travail et les différentes questions que nous avons envisagées au cours de cette causerie. Il doit donc connaître dans ses grandes lignes la législation du travail et les principaux règlements administratifs se rapportant à ses fonctions. N'importe qui peut facilement se les assimiler.

b) Le médecin d'industrie doit posséder aussi des notions technologiques générales — qu'il perfectionnera plus tard au point de vue spécial de l'industrie à laquelle il sera attaché —. Il lui est, en effet, indispensable de les avoir pour comprendre les diverses opérations au sujet desquelles il peut être consulté, soit pour les analyser, soit pour examiner médicalement et psychotechniquement les hommes qui en sont chargés. Il doit pouvoir discuter avec les services techniques avec lesquels il reste en contact permanent en pareil cas, des conséquences de ses observations au point de vue pratique.

En dehors d'une certaine compréhension de la technique, il doit aussi avoir du goût pour le travail industriel, la vie industrielle, et s'intéresser à tous les problèmes qu'ils soulèvent, à toutes les recherches qu'ils comportent.

Formation des médecins d'industrie

La « médecine industrielle » peut constituer un nouveau débouché pour les médecins. Mais une dernière question reste à aborder : où peuvent se former actuellement ceux qui seraient désireux di s'y adonner , où trouveront-ils l'enseignement assez hétérogène qui la constitue ?

Nulle part, à ma connaissance, n'existe un centre d'instruction répondant à cette forme nouvelle de médecine spéciale ainsi comprise, avec l'extension qu'elle comporte. Pour acquérir les connaissances dont il a besoin pour s'y former, un médecin devrait s'adresser à divers établissements, et encore ne serait-il pas certain d'y trouver les connaissances qu'il y cherche sous la forme voulue. Il en serait donc réduit à se former lui-même tant bien que mal. Ce n'est pas suffisant.

Il y aurait lieu, — si la création d'une « médecine industrielle » est admise en principe par le monde industriel — d'organiser cet enseignement d'une façon homogène et de former un corps de médecins d'industrie, d'usine, peu importe l'appellation, au courant de toutes les questions concernant les examens médicaux et psychotechniques des travailleurs, les accidents et les maladies professionnelles, la sécurité des travailleurs, l'hygiène industrielle, la physiologie et la psychologie du travail, la technologie élémentaire, les expertises d'ordres divers, les éléments de législation et de règlementation administrative du travail, etc.

Cet enseignement ne devrait pas être seulement théorique, didactique, mais également pratique. La pratique consisterait à s'initier à l'expérimentation et aux recherches physiologiques et psychotechniques, d'une part, à la clinique spéciale du travail (maladies professionnelles et accidents du travail), d'autre part.

Conclusion

Telle est ma conception d'une « médecine industrielle » que je crois opportune parce qu'utile, et peut-être même nécessaire dans l'état actuel de l'évolution de la grande industrie.

Tel est le rôle, étendu et complexe que j'assignerais au médecin d'industrie, en le dégageant de toute intervention comme médecin de soins, ceux-ci restant dans les attributions des médecins ordinaires.

Je crois donc vous avoir démontré les trois points suivants :

1° Il existe entre l'industrie et la médecine des rapports étroits que l'organisation scientifique, rationnelle, du travail ne fera qu'augmenter ;

2° Il y a donc lieu de créer, comme cela existe pour les autres grandes collectivités organisées, une médecine spécialisée, la « *médecine industrielle* », et un corps de médecins d'industrie, ou d'usine, appelés à traiter toutes les questions médico-industrielles ;

3° A ce rôle de médecin hygiéniste, physiologiste, devrait se joindre celui de psychotechnicien, auquel le médecin est tout préparé par ses études médicales, et plus apte que qui que ce soit quand il les a complétées au point de vue physiologique et psychotechnique.

4° Cette application nouvelle de la médecine créerait un débouché nouveau pour un certain nombre de médecins.

Le corps de médecins d'industrie ne fournirait pas seulement les médecins d'usines, les médecins psychotechniciens, mais encore les médecins inspecteurs du travail, ceux qui seront chargés un jour de l'examen médico-psychotechnique des agents des transports en commun (chemins de fer, tramways, automobiles, avions, etc.).

LA DENGUE : ETUDE CLINIQUE

Professeur W. Bensis

Professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes.

D'après une leçon faite au petit Amphithéâtre de la Faculté de Paris, le 17 *janvier* 1931.

Avant de commencer l'étude clinique de la dengue, il faut préciser que les stégomies peuvent survivre 200 jours mais à condition que la température environnante ne soit pas inférieure à 20° ; si la température baisse à moins de 20° les stégomies ne sont plus infectantes.

Voici l'exposé clinique de la dengue suivant ses formes variées. Voyons d'abord le cas moyen, le plus habituel.

La forme moyenne fut très répandue en Grèce jusqu'en novembre 1928. Son tableau clinique est le suivant : la maladie débute par une élévation thermique brusque. Au moment de l'invasion le malade souffre de douleurs lombaires terribles, de céphalée ; il se plaint d'avoir une barre cranienne, une autre gastrique et une 3e lombaire. Il est rare que ces trois localisations douloureuses manquent. La fièvre monte habituellement à 39° ou 40°, les yeux sont injectés, rouges. La conjonctive de l'œil est atteinte, mais elle ne présente pas le même aspect que la conjonctivite de la rougeole qui est humide, ni celui de la conjonctivite du typhus qui est sèche ; la conjonctivite de la dengue n'est ni sèche ni humide.

La conjonctivite manque rarement au tableau clinique de la dengue. Pendant les premiers jours la fièvre se maintient élevée en plateau. Les symptômes douloureux sont intenses. Le malade dit avoir l'impression d'être roué de coups.

L'éruption apparaît habituellement au 4e jour, mais elle peut manquer. Au moment de l'éruption la fièvre baisse et définitivement elle baisse au 3e jour.

On a prétendu un moment que l'exanthème était du type rubéolique. En Grèce, dans la grande majorité des cas, il y avait une éruption scarlatiniforme, disparaissant à la pression du doigt ; c'est pourquoi au début de l'épidémie les erreurs de diagnostic furent nombreuses. Il n'y a pas l'angine caractéristique de la scarlatine,

l'angine n'est qu'érythémateuse, non douloureuse. On pourrait presque dire que c'est une scarlatine sans angine.

Dans certains cas l'éruption ne survient qu'au 6e jour. Cette forme est terrible, les malades souffrent de douleurs intenses, de troubles cardiaques, ils présentent parfois de la lipothymie.

Habituellement, il y a dissociation du pouls et de la température, ce qui fait ressembler la dengue à la fièvre de trois jours.

L'hypotension artérielle est notable, on peut dans certains cas voir la tension tomber de 30 à 18 ; tous les moyens ayant échoué avant la dengue, cette dernière baisse la tension.

Les troubles gastriques sont assez fréquents, on observe de l'inappétence, des vomissements qui dans certains cas deviennent incoercibles.

L'inappétence est pour ainsi dire constante. La durée moyenne de la dengue est de 6 jours, la fièvre baisse dès le 3e jour, ce qui n'est pas toujours exact.

Notez que la dengue est une maladie hypertermique, ce n'est pas une maladie à intermittences ; si la fièvre reprend elle est due à une affection associée.

Un hiver rigoureux suffit pour que l'épidémie se tarisse.

Dans les cas moyens on trouve de l'albumine dans les urines ; la quantité d'albumine peut aller de traces infimes jusqu'à 2 ou 3 gr. et plus par litre.

Habituellement cette forme se termine le 7e jour par un lysis thermique rapide mais il n'y a pas de chute critique de la température.

Alors commence la période de desquammation qui rappelle celle de la scarlatine, dans certains cas la peau s'enlève en doigt de gants.

L'examen de laboratoire précise de la leucopénie notable, 7, 5, 3, 2, et moins de globules blancs.

Quelles sont les autres formes de la dengue clinique ? A côté du cas moyen on peut décrire 6 types différents qu'on a pu distinguer et étudier au cours de la dernière épidémie de 1928 en Grèce.

1° Le type hyperpyrétique, ou hypertoxique. Dans cette forme on observe la recrudescence de de tous les symptômes ; cette forme ne dure pas plus longtemps que les autres formes, sauf quelques cas rares où la maladie se prolonge jusqu'à 11 jours.

2° La forme rhumatismale est très caractéristique, toutes les jointures sont prises, cette forme est la plus terrible. Ce type de dengue peut se prolonger des mois, on en a observé des cas ayant duré 2 ou 4 mois . Toutes les jointures sont prises, le malade semble être figé dans une attitude. On ne peut soulager ces malheureux avec rien, seul peut-être l'opium qui les calme un peu, mais il est préférable de ne pas en abuser. Le salicylate de soude n'a aucune action.

Les articulations atteintes sont du même aspect qu'au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Il y a de l'œdème phlegmoneux. On peut ponctionner ces articulations mais ces ponctions n'ont jamais rien révélé à l'examen bactériologique.

3° La forme gastro-intestinale qui est très fréquente, c'est en somme la forme banale mais avec recrudescence des troubles gastriques avec des vomissements souvent incoercibles.

On a voulu expliquer les vomissements par l'existence de l'exanthème gastrique. Il semble bien qu'il n'en est pas ainsi, car les vomissements commencent dès le début de la maladie. Si on veut expliquer les vomissements par la présence de l'exanthème il faut admettre l'apparition très précoce de l'exanthème stomacal. Cette forme est fréquente surtout chez les jeunes filles.

4° La forme cardiaque est caractérisée par les cardialgies, par des crises de fausse angine de poitrine, surtout intenses la veille de l'éruption. Ces malades souffrent d'atroces angoisses cardiaques. L'examen du cœur ne précise aucune lésion de la fibre musculaire.

Ces phénomènes cardiaques sont du ressort du système nerveux. Les malades ont de la tachyarythmie, de la lipothymie.

5° La forme hémorragique avec des hémorragies multiples, épistaxis, métrorragies, gastrorragies, etc ... On voit aussi des hématuries.

Cette forme est plus fréquente chez les femmes. Le nombre de globules rouges peut dans certains cas tomber à 800.000. Cette forme peut être mortelle mais pas souvent.

Ces hémorragies paraissent être d'origine surrénalienne, il y a une insuffisance surrénalienne. Notez la chute de la tension artérielle, les troubles gastriques avec vomissements, la fatigabilité extrême. Dans chaque cas de dengue, il y a toujours un syndrôme surrénalien. Du reste, le seul médicament qui semble agir c'est bien l'adrénaline.

6° La forme nerveuse. Il faut dire que toutes les variétés de la dengue sont des formes nerveuses.

Le virus de la dengue est-il neurotrope ? Il l'est partiellement. On voit des algies de toutes sortes, des myalgies, des ostéalgies, etc...

Il y a rarement des troubles moteurs, des polynévrites, mais les troubles sensitifs sont fréquents.

Du côté du système nerveux central on note de l'encéphalite aiguë mortelle, surtout chez les personnes à hérédité nerveuse chargée.

On peut observer des psychoses, des altérations psychiques, mais ces faits s'observent surtout après la dengue et non pendant.

Voyons si maintenant la dengue donne des rechutes ?

Cette question est importante, car on a voulu se baser sur l'existence des rechutes pour prou-

ver que la dengue ne donnait pas d'immunité. Il faut envisager les rechutes précoces et celles qui sont tardives. Les premières surviennent au 3e jour et les secondes au 12e. Les premières sont faciles à expliquer elles seraient dues à la réalimentation trop hative : il ne faut jamais réalimenter avant le 7 ou 8e jour ou même le 10e jour.

Dans les rechutes du 12e jour la réalimentation n'est pour rien. En Grèce on n'a pas observé de rechutes plus tardives que celles survenant au 12e jour.

Lorsqu'on parle de rechute au bout de un ou deux mois il s'agit non de rechutes, mais d'infections surajoutées.

Cliniquement on a vu l'existence de l'immunité.

Quelles sont les complications de la dengue ?

Les conjonctivites, les kératites, dans quelques rares cas les lésions du fond de l'œil.

Du côté de l'ouïe on observe très fréquemment de la surdité passagère, le labyrinthe n'est pas touché.

Le goût est aboli, perverti. On note une hypersensibilité tactile, surtout au niveau du cuir chevelu.

Du côté de l'appareil respiratoire les complications sont rares ; toutefois, la dengue est mauvaise pour les tuberculeux latents. Au niveau de l'appareil circulatoire les troubles sont purement nerveux. Un asystolique atteint de lésions valvulaires très graves supporte très bien la dengue sans aggravation de son état cardiaque.

Les complications du côté de l'appareil gastro-intestinal sont très curieuses. Ainsi on a pu observer une grande recrudescence de l'appendicite aiguë après la dengue.

On voit dans certains cas des phénomènes dysentériques, mais ils n'ont généralement pas de gravité.

Du côté de l'appareil urinaire : on note de l'albuminurie, des néphrites qui peuvent être mortelles.

On a prétendu à un moment donné qu'il n'y avait que des néphroses et pas de néphrites. On a pu voir au cours de l'épidémie en Grèce mourir des malades de néphrite avec 7 gr. et plus d'urée dans le sang, avec oligurie, puis anurie, des cylindres variés dans les urines. La pyélite est aussi observée : au 5 ou 6e jour on note de la fièvre intermittente, on constate des coli-bacilles dans les urines, Les cystites n'ont pas une très grosse importance.

Quelle est l'influence de la dengue sur les autres maladies ?

On a prétendu que la dengue n'avait pas d'influence sur la tuberculose, ceci ne semble pas être exact, on observe assez fréquemment des reprises de la tuberculose chez les tuberculeux latents.

Elle donne un coup de fouet aux tuberculoses latentes, son action est toutefois moins sévère que celle de la grippe.

On a pu observer plusieurs cas de mort par paludisme ignoré chez des sujets atteints de dengue. A Pati, ville d'eaux (carbo-gazeuses) où le paludisme n'existait pas, cette affection fut apportée par les touristes et les personnes qui y prenaient la dengue faisaient fréquemment après cette dernière du paludisme.

Quelle est l'action de la dengue sur les diabétiques ? On a observé dans certains cas de diabète l'augmentation de la quantité de sucre et de l'acidose sous l'influence de la dengue.

Dans d'autres cas, au contraire, la dengue a fait disparaître pendant un certain temps la glycémie et l'acidose.

L'anémie des malades atteints de la dengue s'améliore à leur convalescence .

Lorsqu'il y a de l'hypertension, souvent, sous l'influence de la dengue, on voit la tension artérielle baisser au moins pour un certains temps.

Pour ce qui est de la dengue chez des femmes en état de gestation, on a observé la transmission de la maladie à l'enfant, qui meurt.

La convalescence est longue, pénible, dangereuse même , surtout si le malade absorbe des aliments trop tôt. Pendant des mois et souvent pendant des années les malades ne peuvent se remettre de leur maladie.

Quelles sont les suites de la dengue ? Dans certains cas, la maladie étant terminée, un ou deux mois après, le malade est pris de fièvre dont on ne trouve pas l'explication, la cause ; on pratique une hémoculture qui reste négative, mais on constate souvent de l'hyperleucocytose. Ces malades guérissent toujours.

On a dit de la mortalité par la dengue qu'elle était faible. Toutes les statistiques prouvent que la mortalité est triplée au moment de l'épidémie de dengue. Cette augmentation de la mortalité dépend de la mortalité indirecte par la dengue, l'organisme étant affaibli par la maladie résiste moins aux autres affecions.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

Quand un cœur est devenu insuffisant, il faut : 1e Réduire son travail ; 2e Renforcer son énergie.

D'après le Professeur agrégé C. LIAN (1).

I

Comment réduire le travail du cœur insuffisant

On agira sur l'ensemble de la circulation pour en diminuer l'encombrement, et par suite réduire, en faveur de l'effort cardiaque, les résistances périphériques.

Les émissions sanguines

Les *ventouses scarifiées* ne donnent, en général, qu'une émission sanguine peu importante. Aussi, dans tout cas un peu sérieux, vaut-il mieux d'emblée recourir *à la saignée, faite au pl du coude par le procédé moderne de l'aiguille.* A part des circonstances exceptionnelles, cette saignée ne doit pas dépasser 150 *à* 200 *cent. cubes* environ. La seule indication d'une saignée plus importante est la crise d'œdème pulmonaire aigu, qui commande de retirer au moins 500 grammes de sang.

Il est à remarquer qu'une saignée abondante ne pourrait qu'aggraver la situation des asystoliques, qui déjà sont des sujets choqués, déprimés.

Dans bien des cas (par exemple crises de pseudo-asthme nocturne, obligeant le malade à passer ses nuits dans un fauteuil), la digitaline et la théobromine seront restées insuffisantes ; mais une saignée produira, à elle seule, une amélioration considérable.

On risque peu d'en abuser dans l'insuffisance cardiaque, et, d'une façon générale, on ne l'emploie pas assez souvent.

Les Purgatifs

On prescrira la première fois un purgatif drastique d'eau-de-vie allemande et de sirop de nerprun (15 grammes de chacun de ces produits), dilué dans uen infusion tiède ; ce purgatif est assez souvent bien supporté. Avant de le prescrire, il vaut mieux cependant demander si le malade n'en a pas déjà pris antérieurement, et s'il ne l'a pas mal supporté ; parfois, en effet, ce purgatif violent entraîne des réactions colitiques douloureuses, extrêmement pénibles, et même des réactions nerveuses importantes pouvant aller jusqu'à la lipothymie et à la syncope.

Aussi faut-il être prudent, lorsqu'on doit, au cours d'une série de cures déplétives, prescrire plusieurs fois des purgatifs, et il est bon d'employer des médicaments moins violents (sulfate de magnésie, etc.), afin d'éviter une irritation chronique de l'intestin.

La restriction des liquides

Elle sera d'autant plus sévère que le cas est sérieux. En présence d'œdèmes importants, n'autoriser à boire qu'un litre de liquide dans les 24 heures, en comprenant les potages, le lait, les tisanes, etc. Si le cas est moins sérieux, autoriser un maximum de 1.250 à 1.500 grammes. Bien des fois, on n'obtient pas le résultat escompté, car on laisse boire 2 à 3 litres de liquides par jour.

La restriction ou la suppression du sel

« Il semble bien, d'une façon générale, quand on prive un organisme de sel, qu'on diminue l'importance de sa masse sanguine, qu'on diminue la quantité d'eau, qui la fixe et qui circule dans l'organisme ». Cette restriction du sel ne fait pour ainsi dire qu'un avec celle des liquides.

Si le malade a des œdèmes très étendus ou généralisés, et si le traitement doit être spécialement sévère, C. Lian institue dès le début le régime déchloruré et va jusqu'à supprimer le lait, car celui-ci renferme environ 1 gr. 80 de sel par litre. Il remplace le lait exclusif de la cure digitalique par du bouillon de légumes sans sel, et il restreint la quantité de liquides à un litre. Le malade est laissé un ou deux jours à la diète, avec de l'eau sucrée (le sucre est un excellent aliment pour le muscle cardiaque), ou du bouillon de légumes sans sel ; puis, il est autorisé à prendre de la purée de pommes de terre ou des pommes de terre bouillies sans sel, quelques fruits cuits. Ensuite le régime est élargi progressivement, avec un peu de pâtes alimentaires, de riz, de salade cuite, quelques biscottes, le tout sans sel. Ce n'est qu'au bout de 3 semaines environ, après deux cures digitaliques , que l'on permet du sel sous forme de lait ; on introduit alors dans la ration alimentaire un quart de litre

(1) Professeur C. LIAN. — Les prescriptions déplétives dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. (*L'Hôpital*, novembre, 1930 B.)
Professeur C. LIAN. — Les prescriptions cardio-dynamiques, et les médications cardio-rythmiques dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. (*L'Hôpital*, décembre 1930 A.)

de lait, ou un demi-litre de lait, qui s'ajoutent aux légumes sans sel. Ensuite, on autorisera en plus,2 grammes de sel ajoutés dans l'assiette aux légumes préparés sans sel. Il sera bon cependant de revenir de temps en temps au régime sans sel, par exemple pendant les quatre ou cinq premiers jours de chaque cure digitalique : quatre ou cinq jours, car il faut plusieurs jours à l'organisme pour se débarrasser de l'excès de sel fixé dans les tissus.

La ponction des œdèmes

C'est l'élimination mécanique des œdèmes des séreuses (par *ponction* du péritoine ou de la plèvre), et des œdèmes du tissu cellulaire par des *mouchetures*, des *aiguilles* ou des *tubes de Southey*.

Souvent on est amené à faire d'emblée une ponction pour soulager le malade. Mais, on n'a recours généralement à cette élimination mécanique que si l'on ne pense pas arriver à réduire ces œdèmes formidables par un traitement médicamenteux.

Sur les membres inférieurs, c'est à la face externe de chaque cuisse ou de chaque jambe que l'on fait une dizaine de mouchetures, ou que l'on place des aiguilles, des tubes de Southey avec petit trocart intérieur ; au préalable la peau a été lavée à l'alcool iodé, puis enduite de vaseline ou de pâte de zinc. Les aiguilles et tubes sont laissés en place 24 heures, et pendant ce temps le malade est obligé de garder une immobilité absolue pour ne pas risquer de les faire tomber.

La diurèse mercurielle

Le neptal est un diurétique mercuriel puissant. Cependant l'injection doit être faite, intra-musculaire, dans une zone non œdématiée, dans le deltoïde par exemple, afin que le médicament soit bien absorbé, point capital. Une injection de neptal, faite avant la prescription d'un médicament cardio-dynamique, peut amener une diurèse formidable (3 ou 4 litres).

S'il y a lieu de répéter l'injection de neptal, l'intervalle entre deux injections doit être au moins de 72 heures.

A noter que « l'emploi des moyens mécaniques peut, non pas complètement, mais dans une certaine mesure être remplacée par l'injection intramusculaire de neptal ».

***

II

Comment renforcer l'énergie du cœur insuffisant

Deux moyens :

A. *Augmenter la force des contractions cardiaques.*

B. *Faire disparaître ou diminuer les troubles du rythme*, qui, dans une certaine mesure,gaspillent la force cardiaque.

A. — Dans les cas relativement légers (quelques palpitations ou un peu de gêne respiratoire dans les efforts), il suffit de recourir aux *petits médicaments cardio-dynamiques* : préparations à base de strophantus, de muguet, d'adonis vernalis.

Un des meilleurs médicaments paraît être le strophantus, sous forme soit d'extrait de granules d'un milligramme,soit de teinture au dixième. Dans les 24 heures, on ordonne 2 à 3 granules de un milligramme, ou bien 2 à 3 doses de V à X gouttes de teinture de strophantus.

Moins actifs sont l'extrait aqueux de muguet (1 à 3 grammes par jour, soit en potion, soit en pilules de 20 centigr.) et le sulfate de spartéine (10 centigrammes par jour en potion ou en pilules).

La coramine, succédané du camphre, soluble dans l'eau, peut être prescrite par doses de X gouttes, voire même XX gouttes, au début de chacun des trois repas.

Ces divers petits médicaments seront ordonnés par exemple les cinq premiers jours de chaque quinzaine.

Les grands médicaments cardio-dynamiques sont la digitaline cristallisée et l'ouabaïne cristallisée.

La digitaline cristallisée. — Ce produit est préférable, d'après C. Lian, aux préparations galéniques de digitale, notamment à la poudre de feuilles de digitale (d'action variable, d'effet plus irritant sur les voies digestives). Si, avec ce dernier produit, certains médecins croient cependant obtenir de meilleurs effets qu'avec la digitaline cristallisée, c'est qu'ils le prescrivent à des doses correspondant à une quantité *plus forte de digitaline*.

La digitale ralentit le cœur ; elle agit sur la contractilité par effet direct sur la fibre myocardique. Elle possède ainsi, indirectement, une action diurétique. Ce n'est pas, d'autre part, un médicament hypertensif, ainsi qu'on l'a prétendu longtemps.

Enfin, une particularité importante de la digitale, c'est son accumulation dans l'organisme par fixation sur le myocarde, en particulier. Aussi, le jour où l'on cesse de donner de la digitale à un malade, celui-ci en gardera encore une certaine quantité fixée dans l'organisme, et il mettra plusieurs jours à l'éliminer,

Quant à la rapidité de son action, il est classique de croire que, lorsqu'un asystolique est soigné avec la digitale, la diurèse ne devient importante que 36 ou 48 heures après le début du traitement digitalique. C'est là

une erreur, car les effets de la digitale se font parfois sentir dans les heures mêmes, qui suivent la prescription du médicament. « Ainsi certains malades éprouvent une diminution de leur gêne respiratoire quelques heures après avoir pris de la digitaline par la bouche. Mais, si la diurèse ne se produit que 36 ou 48 heures plus tard, c'est parce que la tâche de la digitale est spécialement difficile chez un asystolique », en raison de l'encombrement considérable de la circulation. D'emblée elle améliore le régime circulatoire ; ce n'est que quand elle a prolongé son action durant 30 ou 36 heures que des effets importants apparaissent. En réalité donc, les effets de la digitale se manifestent déjà quelques heures après son administration ; mais ils peuvent n'atteindre leur maximum qu'au bout d'un temps plus long.

L'ouabaïne cristallisée, suivant le procédé d'Arnaud, est celle que préfère le Prof. Lian ; elle est extraite du strophantus gratus ou glabre, et se montre ainsi supérieure à celle du strophantus hispidus ou Kombé.

L'ouabaïne et la digitaline ont sensiblement les mêmes propriétés pharmacodynamiques ; cependant il semble que la digitale possède une action ralentissante plus marquée, et que l'ouabaïne agisse plus sur la contractilité.

Enfin, l'ouabaïne employée par la voie digestive a une action inconstante, tandis que la digitaline agit très bien par la voie digestive.

B. — Il faut agir sur les troubles du rythme cardiaque. Il est malheureusement difficile de s'attaquer aux troubles du rythme, surtout au début du traitement d'une insuffisance cardiaque.

En effet, le *sulfate de quinidine*, médicament héroïque de l'arythmie même complète, exerce aussi une action dépressive sur le myocarde ; il ne faut donc l'employer que lorsqu'on a déjà obtenu d'heureux effets du traitement cardiodynamique.

« Il y a cependant une circonstance, dans laquelle il faut recourir à l'emploi du sulfate de quinidine, c'est contre un flutter auriculaire permanent, ce curieux trouble du rythme où les oreillettes ont 200 à 400 contractions régulières par minute, et où les ventricules battent à une fréquence, en général moitié moindre ». Parfois, lorsqu'il y a en même temps insuffisance cardiaque et flutter, on ne peut améliorer l'insuffisance cardiaque qu'à partir du moment où l'on a supprimé le flutter. Dans ce cas de flutter, de petites doses de sulfate de quinidine se montrent suffisantes ; alors les doses fortes, nécessaires pour réduire une arythmie cardiaque avant d'avoir mâté l'insuffisance cardiaque, seraient très dangereuses.

On pourra pratiquement tenter de faibles doses de sulfate de quinidine ; s'il s'agit d'un flutter, ce médicament agira très vite ; sinon, on ne dépassera pas une ou deux cures, et on se contentera de cures successives de digitaline de plus en plus importantes. Car, le *merveilleux médicament cardio-dynamique qu'est la digitale, exerce aussi une action importante sur le rythme cardiaque* ; par lui, « nous avons la bonne fortune d'exercer une influence importante à la fois sur le rythme cardiaque et sur la contractilité myocardique ».

G. F.

BIBLIOGRAPHIE

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE PRATIQUE

(Première série)

J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse

Voulant donner un pendant chirurgical aux Conférences de clinique médicale pratique de Louis Ramond, MM. Vigot frères, (1) dont l'attention avait été attirée sur les leçons que publie dans le *Concours Médical* le Dr J. P. Tourneux, ont eu l'heureuse pensée de lui demander de reprendre ces leçons, de les compléter, de les illustrer, afin de les grouper en une publication qui aurait pour titre : Conférences de clinique chirurgicale pratique. C'est cet ouvrage qui vient de paraître, en une première série de XV leçons se succédant dans l'ordre suivant :

Le drame abdominal. Les fractures du rocher. Les sténoses du pylore. Les tumeurs des gaines tendineuses. Les périurétrites infectieuses. La tuberculose de la langue. Diagnostic et traitement des hémorragies génitales chez la femme. Ostéomyélite costale. Les tumeurs paranéphrétiques. Luxation du maxillaire inférieur. Complications des kystes de l'ovaire La luxation congénitale de la rotule. La pronation douloureuse des enfants. Le chorio-épithéliome utérin.

Vous connaissez la manière de J.-P. Tourneux, et plusieurs d'entre vous ont bien voulu me dire

(1) Librairie Vigot frères, 23 rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

à maintes reprises, quel intérêt ils prenaient à la lecture de ses exposés, toujours bien ordonnés et essentiellement pratiques, et qui, partant d'un fait concret, particulier, s'élèvent de considérations cliniques en considérations histologiques, pathogéniques, étiologiques, jusqu'au chapitre de pathologie générale auquel se réfère le cas envisagé.

Tout cela en un style clair, familier, direct, qui ne vise pas à l'effet, et se contente de la facilité qu'il offre à la lecture et à la compréhension.

C'est ainsi que, dans le chapitre consacré aux complications des kystes ovariens, l'auteur examine successivement les complications irritatives : adhérences, ascite ; les complications mécaniques : torsion du pédicule, rupture ; les accidents de compression ; les complications infectieuses ; les complications dégénératives, les complications toxiques, par coincidence... chacune de ces complications étant étudiée à la faveur de l'observation clinique qui lui servit de point de départ.

Au surplus, ce n'est pas aux lecteurs du *Concours médical* que j'ai à faire l'éloge de J.-P. Tourneux. Mon amitié pour lui pouvait d'autant moins laisser échapper cette occasion de se manifester à lui sous cette forme. Et si elle s'adresse ici au chirurgien réputé, elle ne peut cependant oublier le rôle que J.-P. Tourneux joue activement dans le mouvement professionnel de sa région, dans un esprit de dévouement qui lui crée d'autres titres à la considération et à l'estime de ses confrères.

MM. Vigot frères méritent à leur tour d'être félicités pour la belle édition qu'ils viennent de faire des conférences de J.-P. Tourneux, en un volume in-8 raisin de 440 pages, illustré de 61 figures.

Je souhaite à cette première série et à toutes celles qui suivront, le succès qu'elles méritent.

G. Duchesne.

L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

L'aliment idéal du nouveau-né, c'est *le lait maternel*. C'est dans ce lait que se trouve réalisé au mieux l'équilibre entre les protéines, les graisses et les hydrocarbones, dont la conjonction constitue l'aliment complet, à l'entrée dans la vie.

Aussi doit-on encourager énergiquement les jeunes mamans à allaiter elles-mêmes leurs enfants. Cet allaitement doit d'ailleurs être lui-même parfaitement réglé, et il peut être facilement réparti sur six tétées dans les vingt-quatre heures, à raison d'une toutes les trois heures, avec un repos nocturne de 9 heures, nécessaire à la mère, et dont l'enfant peut très bien s'accommoder. Affaire d'éducation. Et l'on n'imagine pas à quel point le nourrisson est éducable, et apte à prendre de bonnes habitudes, tout comme il en peut prendre de mauvaises.

Les pédiatres sont d'accord à cet égard, et M. Lestoquoy, à qui j'emprunte ces données, se montre tout à fait partisan de cette suppression des tétées nocturnes, à condition naturellement que le développement du nourrisson prouve qu'il absorbe une ration suffisante. A ce sujet, il peut être nécessaire d'insister sur l'intérêt qu'offre, à chaque tétée, la traite, si j'ose dire, des deux seins successivement utilisés. Ainsi assure-t-on, à l'organisme infantile, toute la ration qu'il peut prendre en une seule fois.

Par malheur, les mœurs modernes, les convenances mondaines, les obligations sociales, et les exigences du travail ne permettent pas toujours à la femme la mieux intentionnée de satisfaire à elle seule aux besoins de son nourrisson. « Le travail des mères, dit M. Lestoquoy, est un fait social contre lequel il serait sans doute excellent de réagir, mais nous sommes forcés de constater que les chambres d'allaitement sont rares, et que le patron qui emploie le plus grand nombre de femmes, nous voulons dire l'Etat, n'a pas créé de chambres d'allaitement » (1).

Et puis, il faut bien reconnaître aussi que la femme qui travaille n'est pas dans d'excellentes conditions pour sécréter un lait irréprochable.

Toutes ces raisons donnent souvent à l'allaitement artificiel le caractère d'une nécessité, soit qu'il constitue à lui seul le mode d'alimentation utilisé, soit qu'il vienne compléter un allaitement maternel insuffisant, dans un régime mixte ordonné par les circonstances.

Or, et je m'en tiens toujours aux enseignements de l'auteur auquel je me réfère, le lait de vache, habituellement employé en pareil cas, n'offre pas, dans les rapports entre eux de ses divers éléments, cet équilibre réalisé au mieux par le lait maternel. Il est trop riche en protéines, insuffisamment en hydrocarbones. Et il est d'usage d'y remédier en le coupant avec de l'eau sucrée dans des proportions d'ailleurs qui varient avec l'âge de l'enfant . En France, ces proportions sont généralement fixées à un tiers d'eau sucrée à 10 %.

Mais M. Lestoquoy fait justement remarquer que, même en recourant à ces coupages, on observe des enfants qui arrivent à ne pas tolérer le lait de vache, et son beurre. De là, une nouvelle manipulation qui consiste à écrémer ce lait,

(1) *Gaz. méd. de France*, 15 décembre 1930.

avant usage. Si bien que, de coupages en écrémages, on est amené à augmenter la quantité quotidienne nécessaire à la ration convenable, eu égard à l'âge du sujet, et à dépasser ses capacités d'absorption.

« L'idéal, dit-il encore, semblerait donc un régime dans lequel, dès l'âge du sevrage, en pratique entre trois et cinq mois, les rations de lait de vache fussent réduites au minimum et le supplément alimentaire formé, non par des graisses, mais par des hydrates de carbone. »

Et ainsi se trouve posée la question des farines et de leur introduction dans la diététique infantile.

Chose curieuse, alors qu'en France, on répugne à alimenter partiellement l'enfant avec des bouillies, avant qu'il ait atteint l'âge de six mois, les Anglo-Saxons, beaucoup moins rigoureux, n'hésitent pas à les recommander dans la toute première enfance.

En pratique, il semble que l'on puisse, dès le quatrième mois, ajouter au menu du bébé la valeur de 20 à 40 grammes par jour de farines maltées, additionnées d'un cinquième de malt.

Quelles que soient les données théoriques des réactions chimiques qui semblent limiter les aptitudes du tube digestif de l'enfant vis-à-vis des hydrocarbones, l'expérience démontre que ceux qui sont alimentés systématiquement avec des bouillies de farines se développent aussi normalement que les autres.

Il va sans dire qu'il s'agit d'enfant sains et robustes. Les sujets dont le tube digestif est fragile par quelque côté demandent évidemment une surveillance et des précautions toutes particulières.

Les fragilités gastro-intestinales de l'enfance sont épaulées par une hygiène plus rigoureuse, et aussi par quelques mesures de facile application.

Parmi ces mesures, l'une des plus efficaces consiste à faire usage de la Reine de Vals, d'une façon régulière, comme un stimulant des fonctions digestives. Une cuillerée à café, immédiatement avant et après chaque tétée, pour des enfantelets de quelques mois, constitue un excellent moyen de prévenir les acidités dues à des fermentations excessives, et leurs conséquences fâcheuses.

L'alcalinité de la Reine de Vals est, en effet, de celles que leur dosage et leur état naissant rendent tout à la fois efficaces et inoffensives.

La diététique infantile a tout à gagner à faire, à la Reine de Vals , la place à laquelle lui donnent droit des propriétés bien connues des lecteurs du *Concours médical*, et sur lesquelles il serait fastidieux de revenir.

E.-D. Gaston.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des septicémies puerpérales.

MM. Ed. Lévy-Solal et A. Tzanck pensent qu'au stade septicémique de l'infection puerpérale, l'immuno-transfusion modernisée, aussi précoce que possible, constitue la thérapeutique de choix. Son efficacité est rendue apparente par le réchauffement d'abcès de fixation, tentés antérieurement sans résultats. Mais il faut insister sur l'utilité d'une surveillance attentive, pendant les premiers jours du post-partum ; l'infection puerpérale, à son stade utérin, peut alors être jugulée, par l'emploi précoce de pansements utérins, imbibés de filtrats antistreptococciques. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1930.)

Les hyperthyroïdies.

M. E. Azerad pense que si, dans le simple goitre avec hyperthyroïdie, le traitement médical par l'iode ou la radiothérapie peuvent fort bien suffire, dans le cas de maladie de Basedow vraie, le mieux serait de recourir, chaque fois qu'il est possible, au traitement chirurgical ; celui-ci étant, bien entendu, préparé minutieusement par le repos, et la cure d'attaque à l'iode, sous contrôle de l'épreuve du métabolisme basal. Les seules contrindications tiennent à l'âge, aux troubles cardiaques ou mentaux. Malheureusement, en dehors de celles-ci, on se heurte encore trop souvent à la volonté des malades, et à leur instabilité. (*La Médecine*, juillet 1930.)

La valeur pronostique des variations de poids chez les tuberculeux pulmonaires.

D'après M. Caussimon, le poids des tuberculeux pulmonaires se présente, suivant les cas, avec une signification, soit de luxe, soit de défense, soit de nécessité. La zone de luxe est réservée aux formes florides, ou aux formes solidement et depuis longtemps stabilisées. Le plus souvent, le poids évolue, dans les jours de défense et de nécessité, suivant le caractère évolutif des lésions.

Il faut considérer à part l'engraissement qui suit le début de la cure sanatoriale. L'état antérieur joue un grand rôle dans la récupération effectuée à ce moment par le malade.

Le pronostic repose surtout sur la stabilisation de la courbe de poids.

Les variations considérables de poids, en plus ou en moins, ne sont pas souhaitables. Les gains trop forts sont perdus aussi vite qu'ils sont acquis. Les lésions actives et très évolutives entraînent une instabilité caractéristique de la courbe du poids. Elle correspond d'ailleurs à l'instabilité de la température, du pouls et de la tension artérielle que l'on observe dans les mêmes circonstances. (*La Presse médicale*, 3 septembre 1930.)

L'origine des réactions post-opératoires (leucocytose, fièvre, azotémie) et leur importance pratique dans le pronostic des suites opératoires.

MM. Dan Berceanu, Marinesco Slatina et Albulesco donnent les conclusions suivantes à leur intéressant travail.

Il existe une leucocytose post-opératoire.

La fièvre post-opératoire, due à la fonte des leucocytes, est produite et causée par la réaction de l'organisme contre l'acte opératoire.

L'azotémie post-opératoire résulte premièrement de la diffusion dans le milieu sanguin des ferments leucocytaires et du produit de désagrégation des leucocytes du sang, et deuxièmement de la résorption tissulaire locale.

Il existe une étroite liaison entre la leucocytose, la fièvre et l'azotémie et ces processus biologiques varient en même temps.

Ces variations sont directement proportionnées à l'âge, facteur connu, et à la *résistance organique du malade*, facteur inconnu ; aussi les auteurs peuvent-ils affirmer que :

1° Les valeurs des réactions post-opératoires (hyperleucocytose, fièvre, azotémie) sont directement proportionnelles à l'âge et à la résistance organique du malade ;

2° Les valeurs de ces réactions peuvent être directement proportionnelles à la durée et à l'intensité de l'acte opératoire ;

3° De ces points de vue, les valeurs des réactions post-opératoires peuvent constituer des éléments de pronostic pour la situation post-opératoire :

a) Leucocytose intense, réaction fébrile, c'est-à-dire azotémie prononcée (en dehors de lésions hépato-rénales), pronostic très favorable ;

b) Leucocytose modérée, réaction fébrile médiocre, azotémie peu élevée, pronostic favorable ;

c) Leucocytose très faible, fièvre de 2-3 divisions, ou nulle, azotémie invariable, pronostic réservé, qui demande une surveillance attentive des suites post-opératoires ;

d) Leucocytose nulle, ou leucopénie définitive, hypothermie, opérations de longue durée, traumatisme très important : pronostic sombre: (*La Presse médicale*, 3 septembre 1930.)

L'heure de la trépanation dans les traumatismes fermés du crâne.

D'après M. Bressot, pratiquer systématiquement une trépanation à la Cushing dans tous les traumatismes crâniens encéphaliques fermés, dans le seul but de lever ou combattre une hypertension, constitue une absence de méthode déplorable.

L'emploi des ponctions lombaires répétées peut donner, à moins de frais, les mêmes résultats. Sans doute, les lésions intra-craniennes sont souvent diffuses et complexes ; il n'y a pas seulement hypertension, mais il y a, en plus, des foyers importants de contusion cérébrale, des hémorragies bulbaires, etc. Alors, les deux méthodes pourront être inopérantes, et ce sera l'état de l'encéphale, qui donnera le pronostic. (*Le Progrès médical*, 6 septembre 1930.)

Quelques notions de pratique sur les arséno-résistants et arséno-récidivants et leurs dangers.

Voici les déductions pratiques de cette conférence du Prof. Gougerot.

I. Le *praticien doit être averti* : de la fréquence relative des syphilis arsénorésistantes et arséno-récidivantes ; de leur apparition à toutes les époques de la syphilis, précoces ou tardives, primitives ou secondaires ; de leurs modalités, associées ou successives ; de leurs degrés, allant des formes sévères au simple B. W. positif irréductible ; de leurs formes cliniques (viscéro-récidives et forme clinique spéciale papulo-squameuse) ; des difficultés diagnostiques, en raison de la possibilité d'un B. W. négatif, malgré l'explosion floride de la syphilis ; de l'activation des lésions à chaque injection de 914.

II. — Il doit être prévenu de la fréquence des demi-arséno-résistances avec tous leurs degrés : malades semblant réagir à l'arsenic, mais lentement, incomplètement ; malades guérissant des accidents apparents, mais conservant des lésions viscérales profondes ; malades syphilitiques latents, mais qui ont un B. W. irréductiblement positif, malgré l'arsenic.

III. — Il doit aussitôt, même chez ces demi-arséno-résistants, *abandonner les arsénicaux*, ne pas perdre son temps à augmenter , à répéter les doses, à accumuler des doses totales impressionnantes, à multiplier les cures arsénicales, à changer de produit : *il faut faire du bismuth aux doses normales*.

Si le malade est à la fois bismutho- et arséno-résistant, il faut faire du *mercure*, et surtout du cyanure de mercure. S'il semble mal réagir au cyanure, il faut essayer d'autres mercuriels : calomel, huile grise.

S'il est vraiment *tri-résistant* ; il faut *tenter de modifier le terrain* par la protéinothérapie, l'auto-hémothérapie ; de corriger les troubles

humoraux ou viscéraux par l'opothérapie triglandulaire, par l'insuline ; il faut essayer l'iodure et les iodiques (lipiodol) ; le tartro-vanadate de potassium, en injections musculaires, 2 à 10 cmc. d'une solution à 2 ou 3 %, tous les 2 ou 3 jours ; l'uranate d'ammoniaque en solution huileuse ; l'iodure, le valérianate de zinc ; l'hyposulfite double d'or et de sodium (sanocrysine) ; la pyrothérapie ou malariathérapie.

IV. — Il faut essayer de faire un diagnostic précoce afin d'enrayer ces syphilis actives (dangereuses pour le sujet à cause des localisations viscérales, dangereuses pour autrui).

V. — Au point de vue pronostic, on doit être réservé ; le mariage notamment exige des conditions plus sévères, et un traitement intensif prolongé pendant des années.

VI. — On pourra prévenir ces arséno-résistances et arséno-récidives, en conduisant mieux les traitements arsénicaux, en évitant les petites doses répétées au début de la syphilis, les doses totales trop faibles, les longs arrêts, l'absence de traitement de consolidation.

On surveillera attentivement l'action des traitements arsénicaux, afin de dépister, dès le début les demi-arsénorésistances et d'associer le bismuth ou le mercure. (*Journal des Praticiens*, 18 septembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement du cancer de l'œsophage.

(M. J. Guisez. — *Académie de médecine* ; 30-12-30.)

Le cancer de l'œsophage, peu envahissant et à développement assez lent en général, a malheureusement, en face de ces particularités relativement favorables, le grave inconvénient d'entraîner une sténose du canal œsophagien et d'entraver ainsi l'alimentation, d'où une dénutrition souvent rapide du patient. La sténose déterminée par la néoplasie tue les malades par la faim avant que les signes de cachexie et de généralisation aient eu le temps d'apparaître.

Le traitement du cancer de l'œsophage doit donc, en premier lieu, parer au danger d'inanition. Le moyen le plus couramment employé, en pareil cas, est la gastrostomie. Elle donne des résultats avantageux lorsque l'intervention est pratiquée de bonne heure, sinon la bouche gastrique est presque toujours incontinente et l'opération plus mal supportée. Dans sa statistique personnelle, qui porte sur environ 200 gastrostomisés pour cancer de l'œsophage, M. Guisez a noté une moyenne de survie de 2 à 3 mois seulement.

L'exérèse chirurgicale du cancer œsophagien accuse une mortalité élevée et est assez rarement pratiquée. On a publié quelques résultats obtenus avec la radiothérapie profonde mais, de l'avis de M. Guisez, c'est le radium en applications locales qui constitue la meilleure méthode de traitement de cette affection. L'auteur y a recours depuis plus de vingt ans ; il l'a appliquée chez plus de 500 malades, avec une survie dépassant 4 ans dans 12 p. 100 des cas, et 2 ans dans 30 p. 100. La plupart des cas ont été suivis sous l'œsophagoscope et l'on peut constater ainsi la disparition progressive de la tumeur.

Cette méthode est utilisable grâce à l'œsophagoscope qui permet d'abord de faire une biopsie, de poser un diagnostic précis, et ensuite d'introduire dans la sténose la sonde porte-radium. L'expérience de l'auteur lui fait recommander les séances relativement courtes, de cinq à six heures, faites quotidiennement pendant une quinzaine de jours. Le premier effet obtenu, qui est remarquable, est la disparition de la dysphagie La déglutition des liquides et même des solides devient possible dès les premières séances.

On doit toutefois tenir compte des contre-indications (cachexie avancée, absence de perméabilité œsophagienne), et n'appliquer le traitement que si la tumeur est encore localisée aux seules parois de l'œsophage.

Sans doute, il ne s'agit là bien souvent que de résultats palliatifs, car en matière de cancer, il ne faut prononcer qu'avec réserves le mot de guérison. Néanmoins, ce traitement soulage beaucoup le malade, améliore sa nutrition, prolonge sensiblement son existence et lui procure même bien des fois l'illusion de la guérison.

L'examen du contenu gastrique dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

(MM. Armand-Delille, Lestocquoy et Vibert. — *Académie de médecine* ; 23-12-1930.)

M. Armand-Delille a présenté à l'Académie de médecine, en 1927, un travail sur l'utilité de l'analyse bactériologique du contenu gastrique, chez le jeune enfant, pour le diagnostic précoce de la tuberculose. L'enfant ne sait pas expectorer, il déglutit ses crachats, et la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique extrait par tubage offre ainsi un grand intérêt pour le dépistage de la tuberculose.

Depuis cette époque, M. Armand-Delille a étendu sa méthode à l'adulte. Il est des sujets, adolescents ou adultes, des jeunes filles et des jeunes femmes en particulier, qui déclarent ne jamais tousser, ni cracher. Ces malades, qui accusent toute une série de troubles et de symptômes généraux (état subfébrile,

dyspepsie, amaigrissement) sont, dans ces conditions, considérés comme atteints d'affection digestive, d'infection naso-pharyngée, de tuberculose « fermée ». En pratiquant un lavage de l'estomac le matin, peu de temps après le réveil et à jeun, les auteurs sont arrivés à retirer quelquefois des produits d'expectoration lesquels, centrifugés et homogénéisés, montraient des bacilles tuberculeux à l'analyse bactériologique. Cette méthode pourrait dès lors rendre des services dans des cas où la tuberculose est suspectée, mais où l'absence d'expectoration ne permet pas de donner plus de précision au diagnostic.

Caractères cliniques de la fièvre de trois jours.

(M. J. Trabaud, de Damas. — *Académie de médecine* ; 30-12-1930.)

On confond souvent le tableau symptomatique de la fièvre de trois jours (fièvre à phlébotomes) avec celui de la dengue méditerranéenne. L'une et l'autre affections revêtent un type fébrile à température élevée, sont congestionnantes, neurotropes, asthéniantes et anergisantes. Elles se rencontrent avec prédilection dans les mêmes zones géographiques. La fièvre de trois jours offre toutefois des caractères qui la différencient de la dengue : elle est brièvement fébrile, non éruptive, et, si elle a parfois des rechutes, elle n'offre pas de recrudescence fébrile. L'auteur conclut que la dualité des deux maladies ne saurait être mise en doute.

P. L

A propos du diagnostic entre les tumeurs intra-rachidiennes et le mal de Pott.

(M. G. Kapsalas (d'Athènes). *Soc. de méd. des hôp. de Paris.* 24-10-1930).

D'après l'auteur, dans les cas où prédomine l'élément compression sans signes radiographiques, il faut se comporter comme s'il s'agissait de tumeur du canal, et intervenir le plus tôt possible, parce que, dans les cas semblables, ce qui importe, c'est le trouble médullaire, et non les lésions osseuses. C'est la paraplégie, qui met en danger les jours du malade ; le foyer osseux, assez minime pour avoir passé inaperçu, ne compte plus ; ce qu'il importe de distinguer, c'est la compression, et l'erreur du diagnostic étiologique devient secondaire.

Trois cas de tétanos, traités par injections intra-rachidiennes de sérum, sous chloroformisation (méthode de Dufour).

(MM. Ph. Pagniez, A. Pléchet et E. Bompard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 24, et 31-10-1930.)

Les auteurs avaient déjà injecté le sérum par les voies sous-cutanée et intra-musculaire, dans ces cas très graves ; ils n'ont pu sauver deux de leurs malades que grâce à la voie intrarachidienne (2 injections) sous chloroformisation. Cette méthode, pensent-ils, constitue un progrès manifeste et considérable dans l'application de la sérothérapie antitétanique. Peut-être y aura-t-il lieu d'envisager pour les cas particulièrement graves l'administration de doses intrarachidiennes plus élevées que celles auxquelles on a eu recours jusqu'à présent.

Cependant, rapportent MM. Brulé et Lenigre, cette méthode de Dufour, quoique très précieuse, n'amène pas toujours la guérison : deux cas, en apparence relativement bénins, ont été suivis de mort, malgré plusieurs chloroformisations avec injections intrarachidiennes de sérum antitétanique.

Essai de traitement d'un cas de cirrhose alcoolique par la diathermie du foie.

(MM. Ph. Pagniez, Pléchet, Loutsch et Marchand. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 31-10-1930.)

Les auteurs ont obtenu, grâce à cette méthode encore inédite, un résultat très encourageant, car l'action de la diathermie sur la résorption de l'ascite a certainement été très importante, ainsi qu'en témoigne l'étude de la courbe du poids, régulièrement relevée par des pesées tous les deux jours ; les effets se sont fait sentir à partir de la 4e séance. En même temps que se résorbait l'ascite, l'état général s'améliorait considérablement.

Atrophie des muscles de la main, par atteinte du cubital, au cours d'un rhumatisme chronique à type de chondromatose.

(MM. Pommé, Liégeois et Duval. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 31-10-1930.)

Le cas des auteurs mérite quelqu'attention par l'apparition spontanée du syndrome ; ce dernier n'est en effet, qu'une manifestation locale d'un processus de rhumatisme polyarticulaire chronique ancien, radiographiquement vérifié.

C'est là une contribution apportée à l'étiologie des paralysies des nerfs moteurs, du cubital en particulier

Tuberculose et psychose.

(M. Auguste Marie. — *Soc. de. méd. de Paris* ; 14-11 1930.)

L'auteur présente une série de préparations prouvant la présence fréquente de tubercules dans l'encéphale, chez des malades atteints de neuro-psychoses variées. Il cite de nombreuses statistiques françaises et étrangères prouvant la fréquence extrême des tuberculoses dans les asiles. Il conclut à l'urgence de mesures à prendre contre la tuberculose des aliénés dans les asiles, où la contagion semble fréquente, et, accessoirement, il développe cette idée qu'une tuberculose neurotrope est à l'origine de beaucoup de maladies, dites mentales.

Sur l'action thérapeutique du sucre associé à l'insuline dans l'insuffisance cardiaque.

(MM. R. GIROUX et KISTHINIOS. — *Soc. de méd. de Paris* ; 14-11-1930.)

Les auteurs insistent sur les bons effets de la thérapeutique par le sucre associée à l'insuline dans le traitement de certaines formes d'insuffisance cardiaque. A propos de plusieurs cas, ils montrent que les malades ont été très améliorés, alors que l'insuffisance cardiaque paraissait totale et rebelle aux toni-cardiaques habituels : ouabaïne et digitale. Les auteurs réclament pour cette thérapeutique une place à côté des médications habituelles, dont l'action épuisée peut se trouver réactivée par l'emploi du complexe sucre-insuline.

Sur la diathermie des cancers.

(M. RUBENS-DUVAL. — *Soc. de méd. de Paris* ; 14-11-1930.)

L'auteur estime que les réactions de défense de l'organisme contre le cancer existent, quoiqu'en disent certains auteurs. Il est probable que les guérisons obtenues par les traitements locaux (chirurgicaux ou radiothérapeutiques) ne sont pas dues uniquement aux destructions cellulaires, mais aussi aux réactions complémentaires de l'organisme.

La cytolyse des cellules cancéreuses jeunes est dangereuse, car elle met en liberté des substances capables d'exciter la prolifération cellulaire. Mais d'autres substances peuvent être libérées, qui sont immunisantes. Isoler ces substances, afin de les utiliser dans un but thérapeutique, a été l'objet de recherches de l'auteur. Ce sont des protéines spécifiques de chaque variété de cancer. Leur administration à dose homéopatique doit se faire quotidiennement, d'une manière continue, par voie buccale.

G. F.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Contribution à l'étude du climat de Cauterets.

M. SERR, après avoir indiqué les caractères géographiques et climatiques généraux de la zone des Pyrénées des Gaves, insiste sur les particularités de topographie qui différencient cet ensemble et donnent à certains lieux des propriétés climatiques spéciales. Il envisage dans cet ordre d'idées le climat de Cauterets.

L'auteur précise la situation de cette station, l'orientation N. E. de sa vallée, sa disposition abritée des vents frais du N. et pluvieux de l'O. à laquelle contribue la ligne des crêtes très élevées qui la bordent, sa pénétration peu fréquente par les vents du S. et il insiste sur le calme atmosphérique de Cauterets.

Les autres caractères climatiques sont ensuite étudiés. Cet exposé montre que Cauterets malgré son altitude est en été abrité des vents, des brouillards, se trouve très ensoleillé, période une particulière douceur de température, une absence d'humidité, un air très pur qui est frais sans être froid.

Cette cure climatique possède des propriétés de tonification dues à l'altitude et de sédation relevant de l'orientation et du calme atmosphérique. Les indications climatiques découlent de ces propriétés.

Taux de l'urée sanguine au cours du diabète sans dénutrition.

MM. TAMALET et MONCEAU apportent leur contribution aux recherches récentes sur ce sujet de MM. Labbé, Boulin et Justin Besançon.

Ils ont observé ces dernières années 65 diabétiques sans dénutrition et constaté que dans 52,3 % des cas le taux de l'urée sanguine se maintenait dans des limites normales avec un chiffre moyen de 0 gr. 40 par litre. Dans 47,6 % des cas au contraire, l'urée du sang atteignait ou dépassait 0 gr. 50 avec un chiffre maximum de 0 gr. 85 et un chiffre moyen de 0 gr. 62.

La constante d'Ambard, mesurée chez 15 de ces diabétiques, a été trouvée normale dans 33,5 % des cas, et augmentée, dans 66,5 % avec un taux maximum de 0,22 ; parmi ces derniers cas, on notait 7 sujets présentant en même temps une azotémie majorée et de l'hypertension artérielle. Sur 65 diabétiques, 10 ont été trouvés albuminuriques et chez 6 d'entre eux l'urée sanguine dépassait la normale.

De ces malades 15 ont été suivis pendant 2 et 3 ans et les auteurs ont pu ainsi vérifier que les oscillations des taux de la glycémie et de l'azotémie étaient entièrement indépendantes l'une de l'autre. Chez certains diabétiques cependant, l'azotémie élevée a paru en rapport avec un régime hyperazoté, car elle a diminué lorsqu'on a modifié celui-ci.

Les conclusions de MM. Labbé, Boulin et Justin Besançon, à savoir que l'azotémie modérée observée fréquemment chez les diabétiques est imputable à des lésions banales indépendantes du diabète, sont donc entièrement justifiées.

Luxation récidivante du ménisque interne.

MM. J. P. TOURNEUX et P. FABRE communiquent l'observation d'un ouvrier de 28 ans, hospitalisé pour luxation récidivante du ménisque interne du genou gauche.

A la date du 12 août 1930, cet homme, les cuisses fortement fléchies, était occupé à soulever un poids très lourd lorsqu'à un moment donné, il ressentit une violente douleur au niveau de la face interne du genou gauche. Forcé d'abandonner son travail, il constata que l'articulation était bloquée en demi-flexion et qu'il lui était impossible de l'étendre. Devant cette situation, on appela un médecin qui porta

le diagnostic de luxation du ménisque interne et qui par des manœuvres externes parvint à la réduire.

Depuis cette époque, bien que le sujet eut gardé pendant deux mois une immobilité absolue, la marche est restée difficile et très fréquemment il s'est produit un nouveau blocage du genou en attitude de demi-flexion. Aussi, las de cette incapacité fonctionnelle, s'est-il présenté à l'hôpital, demandant une intervention.

Etant donné l'anamnèse, et les signes physiques présentés, le diagnostic de luxation récidivante du ménisque interne gauche s'imposait. L'arthrotomie a été pratiquée quelques jours plus tard par une incision verticale de 10 cm. de long qui permit de sectionner la capsule et la partie antérieure du ligament latéral. Le ménisque très mobile présentait une déchirure dirigée d'avant en arrière et ne tenait plus que par sa partie postérieure. Après son ablation, la capsule et le ligament latéral furent soigneusement suturés.

Le genou immobilisé sur une attelle pendant une dizaine de jours, fut ensuite soumis à des mouvements passifs puis actifs, et l'opéré put quitter le service avec un excellent état fonctionnel.

Le pouvoir anagotoxique du thorium X.

M. Maurin et Mlle Crespon, ayant antérieurement établi la protection efficace du thorium X vis-à-vis des cobayes ou des poissons soumis à des doses mortelles de toxiques, apportent de nouvelles recherches parallèles aux précédentes en utilisant cette fois des grains de képhir.

Ceux-ci placés dans un milieu favorable supportent sans en souffrir après addition préalable de dix microgrammes de thorium X une dose toxique qui arrête toute végétation chez les témoins.

De ce fait, on peut conclure que la phylaxie obtenue par le thorium X n'est nullement subordonnée à la nature de l'organisme mis en expérience, animal ou végétal, mais répond à une réaction biologique d'ordre général.

Ostéomyélite post-typhique.

M. J.-P. Tourneux a eu à intervenir dans un cas d'ostéomyélite post-typhique survenue au début de la convalescence chez un homme de 52 ans, qui avait présenté une dothiénentérie assez grave.

Il s'était formé, il y avait environ deux mois, dans la région thoracique gauche, au niveau de la 5e côte, au voisinage de l'articulation chondro-sternale une tuméfaction chaude et douloureuse qui au bout de quelques jours avait été incisée au bistouri et qui depuis lors était restée fistulisée.

L'intervention ayant montré ce qui était soupçonné, c'est-à-dire des lésions assez étendues de nécrose costale, on pratiqua une résection osseuse de plusieurs centimètres d'étendue ; la guérison définitive fut obtenue au bout d'un mois et demi.

Rôle de l'acidité ionique des eaux alcalines sur leur transit gastro-duodénal.

M. Lassalle communique le résultat de ses études expérimentales qui lui ont montré le rôle important joué par l'acidité ionique : une eau, ayant perdu une part considérable de son CO par exposition modérée à l'air, demeure plus longtemps dans l'estomac, voit son pH alcalin se transformer en pH acide avec diminution notable du taux des bicarbonates qui passent et augmentation compensatrice des chlorures.

C'est ce qui rend compte des mauvais résultats obtenus fréquemment dans l'administration des eaux minérales ainsi éventées : l'appétit demeure nul, il existe du malaise gastrique avec pesanteur stomacale, sans que la diurèse soit augmentée.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

L'électrocoagulation dans le lupus des fosses nasales, méthode de choix (avec présentation de malade).

M. Didier a employé cette méthode dans quatre cas de lupus des fosses nasales. Il a obtenu deux fois la guérison complète et une amélioration notable chez deux sujets qui sont d'ailleurs encore en traitement.

L'auteur estime que c'est la seule méthode vraiment pratique dans le traitement du lupus de la pituitaire. Cette technique ne présente aucun des inconvénients des procédés anciens : galvano-cautérisation, curettage, attouchements à l'acide lactique et à l'acide chromique. Elle permet des destructions propres, exsangues et complètes ; elle donne des cicatrices non rétractiles.

L'anesthésie doit être faite à la cocaïne au dixième et non au Bonain, qui dénature l'aspect de la muqueuse.

Les meilleures électrodes sont les monopolaires en pointe et antidérapantes.

Fracture de l'humérus avec paralysie radiale, traitée par ostéo-synthèse (avec présentation de malade).

MM. Courty et Callens. — Jeune homme de 18 ans, renversé par une auto : fracture transversale de l'humérus au tiers moyen, avec paralysie radiale complète (nerf embroché par le fragment inférieur). Ostéo-synthèse au moyen d'une plaque et de lames de Parham. Excellent résultat, réduction parfaite et guérison progressive (actuellement complète) de la paralysie.

Les auteurs insistent sur les avantages de l'opéra-à ciel ouvert du nerf radial, qui assure à la fois l'exacte réduction et la parfaite contention de la fracture.

Uretère bifide et hydronéphrose infectée dans le bassin inférieur.

M. Lepoutre. — Quand un malade a du pus à

colibacilles dans les urines, il ne faut pas se contenter du diagnostic de colibacillurie, mais faire un examen complet du sujet, en particulier faire une radiographie et une pyélographie. Cette dernière méthode a révélé un uretère bifide avec hydronéphrose du bassinet inférieur chez un malade qui faisait des crises fébriles fréquentes, avec émission d'urines purulentes. L'urosélectan ne donnait aucune image du côté malade. Seule, la néphrectomie put guérir la patiente.

Kyste dermoïde de l'ovaire, donnant à la radiographie des ombres à interpréter.

M. Lepoutre. — Une malade vint trouver l'auteur avec radiographie montrant deux taches dans le pelvis, étiquetés calculs de l'uretère. Une radiographie faite après introduction dans l'uretère d'une sonde opaque, montre que les taches sont nettement en dehors du tractus urétéral.

Le toucher vaginal décèle une masse annexielle évidente. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire ; la radiographie de ce kyste, après extirpation, montre deux dents incluses, qui donnaient les taches anormales antérieurement constatées.

De l'intérêt du cathétérisme préalable des uretères dans l'opération de Wertheim.

M. Vincent. — Femme de 30 ans, atteinte de néo du col utérin, avec envahissement du ligament large gauche. L'auteur insiste sur le double intérêt que présente le cathétérisme des uretères, d'abord pour le diagnostic pré-opératoire, ensuite pour les facilités que donne la sonde en place lors de la dissection des uretères, temps délicat de l'opération.

Contribution à l'étude de l'adrénaline virtuelle ; sa localisation ; le mécanisme de sa libération.

MM. Paget et Leblond. — L'existence de l'adrénaline virtuelle ne peut plus être mise en doute. Les auteurs ont mis ce fait en évidence par leurs recherches sur l'homme , le cheval, le bœuf, le veau, le porc, le chien. Dans 95 % des cas, ils ont pu déceler l'*adrénaline virtuelle.* Les cas négatifs peuvent s'expliquer par une autolyse, qui, s'exerçant avant la dessiccation complète des glandes et détruisant une partie de l'adrénaline libre, peut masquer l'enrichissement ultérieur.

Les auteurs précisent que la libération de cette adrénaline *primitivement masquée* n'est pas due à un processus diastasique. La stabilisation préalable des glandes n'empêche pas la production du phénomène qui semble uniquement localisé dans la portion médullaire. Les travaux antérieurs des auteurs sur la recherche des *zones adrénalinogènes*, leur ont montré que la médullaire était la région active.

Abordant ensuite le problème de la nature de cette pré-adrénaline, ils examinent les diverses hypothèses: formol-adrénaline ou combinaison analogue ; — adrénaline transformable ultérieurement en adrénaline par un mécanisme oxydo-réducteur, dans lequel interviendrait le glutathion ; absorption de l'adrénaline par un colloïde hydrophile irréversible, qui, après dessiccation, libérerait le principe retenu. Les auteurs se rallient à cette dernière conception, sur laquelle ils poursuivent leurs recherches.

Quelques effets cliniques d'un liquide de perfusion hépatique.

MM. Parturier, Audouy et Rousselle. ont employé un liquide de perfusion obtenu par passage à travers le foie de sérum physiologique. Leurs malades ont pris par la bouche 10 cmc. de ce liquide, au début des deux principaux repas, pendant dix jours.

L'expérience a porté sur des biliaires — sur des insuffisants hépatiques — sur des gastriques non hépatiques.

Les auteurs notent l'atténuation et même la disparition de la douleur, la suppression des phénomènes liés à l'insuffisance hépatique, l'amélioration de l'état général.

Les Congrès

VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie

(*suite*) (1)

La tuberculose de la peau chez les enfants et sa signification.

E. Brungsaard (Oslo).

Les recherches de l'auteur ont porté sur cent enfants de zéro à quinze ans, atteints de diverses formes de tuberculose cutanée. Dans la plupart des cas, la contagion a été familiale. *La porte d'entrée a été à peu près constamment le poumon* et la contagion remonte en général aux premières années de l'enfance ; à ce moment, la tuberculose pulmonaire et surtout l'adénopathie trachéo-bronchique dominent le tableau clinique. Plus les enfants avancent en âge, plus souvent l'examen des poumons donne un résultat négatif ;cela n'autorise en aucune façon à rejeter le fait de l'infection par inhalation ; il est facile, en effet, de mettre en lumière ces foyers anciens à l'aide des injections de tuberculine : les foyers redeviennent alors visibles à l'écran, et se révèlent par de la fièvre et des crachats bacillifères. La con-

(1) V. *Concours médical,* nº 4, 5, 6, 7 et 8.

tagion par des crachats ou des objets souillés ne joue qu'un rôle secondaire, comme le démontre la rareté des cas où le premier accident paraît avoir été cutané ou muqueux. La tuberculose bovine ne paraît devoir être qu'exceptionnellement en cause ; elle peut être considérée comme bannie de plusieurs provinces de Norvège, où cependant la tuberculose cutanée est fréquente.

Jesioneck (Giessen). — Chez l'animal, la peau, placée dans des conditions contraires à l'état de nature (domestication) fournit une quantité moindre de produits d'échanges à affinité tuberculeuse, que dans des conditions naturelles de vitalité. Sous l'influence de ces phénomènes de dépression, les toxines tuberculeuses deviennent capables d'attaquer les fibres conjonctives et de constituer un foyer morbide. A la suite de la formation de ce foyer, apparaissent les substances réfractaires, endo-produits résorbables, résultant des réactions organiques en jeu entre l'agent tuberculeux et le tissu conjonctif. Ces substances réfractaires, chimiquement indifférentes vis-à-vis du bacille de Koch, se mélangent aux humeurs, puis aux fibres conjonctives et affaiblissent leurs affinités vis-à-vis du bacille de Koch, et de ses toxines. Ceux-ci deviennent alors capables d'attaquer non seulement les cellules adultes des fibres conjonctives et élastiques, mais aussi les cellules germinatives ; d'où formation d'un foyer suppuré, où apparaissent, sous forme de cellules épithéliales, les cellules embryonnaires, sécrétées malgré l'infection par les cellules germinatives. Peu à peu, les substances réfractaires atteignent le parenchyme cutané. Influencées dans leur biochimisme, les cellules de la basale épidermique de la peau sécrètent des quantités considérables d'antituberculine épidermique, qui contrebat l'influence néfaste des substances réfractaires, et rend aux humeurs leur faculté de détruire le bacille de Koch.

Il existe ainsi dans les humeurs du sujet tuberculeux deux sortes de produits antagonistes :

1° Les substances réfractaires dérivées du foyer morbide, qui, affaiblissant l'affinité spécifique des tissus, donnent la suprématie au bacille du Koch ;

2° L'antituberculine épidermique, qui rend aux humeurs leur activité tuberculolytique. Ces recherches expérimentales placent les téguments au premier plan des forces de résistance de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. D'où la nécessité de rendre à la peau ses propriétés naturelles, qu'elle a perdues au cours de la civilisation, en la faisant participer aux irritations naturelles, thermiques, lumineuses et mécaniques, et en lui fournissant une nourriture rationnelle, possibilité qui nous est offerte par la diète de Gerson-Sauerbruch.

R. Volk (Vienne). — Le type bovin du bacille de Koch ne paraît être l'agent de la tuberculose cutanée que dans un nombre restreint de cas ; c'est le type humain qui est le plus souvent la cause de l'infection. Mais il ne faut pas exclure la possibilité de l'infection par le type aviaire, dont l'auteur vient d'observer une forme à début septicémique, terminée par un processus d'infiltration avec ulcérations des membres inférieurs. Volk discute ensuite l'existence des formes filtrantes du bacille de Koch, sur lesquelles les écoles française d'une part, allemande et italienne de l'autre, ne sont pas d'accord. Certaines (Hubschmann, Felsenfeld) seraient cependant en faveur de leur existence.

La tuberculine conserve son importance, associée ou non aux sels d'or, au point de vue thérapeutique, mais surtout au point de vue diagnostique. La spécificité de ses réactions est encore discutée. L'existence d'un accident primaire tuberculeux non admise par Brunsgaard pour qui le lupus ne survient que chez des sujets déjà en état d'allergie, a été observée par Volk.

La classification des tuberculoses cutanées prête encore à certaines critiques : le lupus pernio, par exemple, doit être séparé du lupus vulgaire, et rangé dans le groupe des tuberculides miliaires de Boeck. Cependant la nature tuberculeuse du lupus pernio est contestée ; pour Zieler, c'est un granulome, à agent inconnu. Kreibich admet une certaine parenté avec la lymphogranulomatose.

Schaumann propose le nom de lymphogranulome bénin et admet son origine bovine. La constatation du bacille de Koch, dans les lésions, devrait mettre fin à la discussion ; mais une difficulté subsiste à cause de la structure hautement caractéristique des lésions, que nous retrouvons d'ailleurs dans différentes formes de tuberculose cutanée ou viscérale (hyperplasie tuberculeuse sclérosante à grandes cellules de Mylius et Schürrmann). La même question se pose à propos des tuberculoses indurées de la peau (érythème induré de Bazin, sarcoïdes de Darier et de Darier-Roussy). Darier, d'ailleurs, souligne la parenté de son groupe de sarcoïdes avec les lésions du type Bazin.

Au point de vue thérapeutique, les résultats brillants de la finsenthérapie ne doivent pas faire oublier ceux de l'exérèse chirurgicale, non pas seulement dans les foyers limités, mais aussi dans les formes étendues. Sur 1.300 cas traités par ce procédé, l'auteur a eu 95 p. 100 de guérison rapide et durable. Le bistouri électrique n'apporte aucun progrès sensible. Le traitement par la diète de Gerson nous donne une méthode très active et soulève des questions théoriques intéressantes et non résolues. Combinée aux anciennes méthodes, la diète paraît favoriser la guérison.

Communications libres.

Wichmann (de Hambourg) : **Nouveaux résultats de la diète de Gerson dans la peau et des muqueuses.** — Le traitement peut donner des améliorations remarquables ; dans quelques cas même, il amène la guérison anatomique, mais peut aussi être suivi d'aggravations. On ne peut savoir encore quel est le facteur essentiel de son action. Il semble que la diète elle-même en est l'élément essentiel, que la

suppression du sel donne un résultat variable suivant les sujets, et que le minéralogène ne joue qu'un rôle subordonné.

BLUMENTHAL, BOLNER et HOFER (de Berlin) : **Le traitement de la tuberculose de la peau.** — La diète d'Herrmannsdorfer, modifiée par Gerson, suffit à elle seule pour guérir une tuberculose cutanée. Les malades montrent, par les réactions générales de leur organisme (vitesse de sédimentation des globules, courbe de la numération globulaire, etc.), l'évolution du processus de guérison. La combinaison de la diète avec les irradiations raccourcit essentiellement la durée du traitement.

KREN et LOWENSTEIN (de Vienne) : **Sur la pathogénie des tuberculides.** — Les auteurs ont réussi à mettre le bacille de Koch en évidence dans le sang circulant, dans 10 cas de tuberculides (érythème induré de Bazin, tuberculides papulonécrotiques, lupus folliculaire de la face, lupus érythémateux). Il s'agit d'une bacillémie chronique, parfois du type aviaire. Pour la technique de la méthode, voy. *Deutsche medizin. Wochens*, nº 24, 13 juin 1930.

WIRZ (de Munich) : **Particularités du lupus nasal.** — Il existe deux types de lupus nasal ; l'un, semblable au lupus des autres régions du corps, n'est pas accompagné nécessairement de lésions endonasales et amène au bout d'un certain temps la destruction du nez ; l'autre bénin, ne se manifeste que par des nodules isolés, dus à l'essaimage, par voie lymphatique, de germes issus d'une lésion de la muqueuse.

Sur l'étiologie et la pathogénie du purpura annularis telangiectoïde de Majocchi.

U. CAVALLUCI, de Naples.

L'auteur rapporte un cas de cette affection, de siège anormal, survenu chez une jeune fille de vingt-quatre ans, portant de nombreux stigmates de tuberculose. A cause de ses antécédents personnels et familiaux, des résultats des examens radiologiques et biologiques, il admet la possibilité pour cette affection d'évoluer sur un terrain tuberculeux. Des recherches ultérieures permettront peut-être de la classer dans le groupe des tuberculides.

Rétentions métalliques dans la pelade.

H. FEIK, THRONE, BINDFORD et MYERS (de New-York).

Il existe, chez les peladiques, des phénomènes de sympathicotonie et des modifications du métabolisme basal.

Au niveau des plaques, les auteurs ont constaté l'existence de phénomènes d'angiospasme, pouvant aller jusqu'à la disparition complète des capillaires. D'autre part, l'examen spectroscopique, après biopsie, montre l'existence de rétentions métalliques (arsenic), que les auteurs ont retrouvées dans le sang et les urines de leurs malades.

Immunothérapie des verrues et des condylomes chez l'homme et chez l'animal.

BERSTEIN (Breslau).

Des verrues vulgaires, planes, et des condylomes ont été guéris par des injections d'extrait de verrues humaines ou bovines. Les résultats obtenus chez l'animal montrent qu'il ne s'agit pas de suggestion, mais d'immunothérapie.

Atrophies cutanées diffuses et de types multiples, évoluant chez une malade insuffisante glandulaire et syphilitique.

L. HUFNAGEL (de Paris).

L'auteur admet à la base de ce syndrome pathologique une infection générale syphilitique qui a lésé certaines glandes endocrines.

Les tuberculides et leur traitement.

M. ADAMSON (Londres). — Le groupe des tuberculides comprend le lichen scrofulosorum, l'acné scrofulosorum ou tuberculide papulo-nécrotique et enfin l'érythème induré de Bazin.

Le lupus érythémateux et le lupus pernio ne doivent pas être considérés comme des tuberculides. La plupart de nos connaissances sur ces diverses maladies ne sont guère modifiées depuis le Congrès de Paris de 1900 ; seule la façon de les concevoir a changé. Jadassohn en 1913, les considéra comme des manifestations cutanées se produisant chez des sujets hypersensibilisés, c'est-à-dire en état d'allergie.

Cette hypothèse explique parfaitement qu'il ne se constate jamais de bacilles tuberculeux dans les tuberculides ; ils sont rapidement détruits par un organisme hypersensibilisé.

Il existe une relation certaine entre les tuberculides et la scrofule, ainsi que le démontrent les observations cliniques.

Les tuberculides sont très rares, surtout si l'on tient compte de la grande fréquence de la tuberculose.

Il faut établir une différence entre la maladie de Bazin et l'érythème induré du même auteur ; la première affection est avant tout caractérisée par des taches violacées sur les membres inférieurs et supérieurs et par de la cyanose des extrémités.

Le traitement des tuberculides consiste surtout en une bonne hygiène (repos, vie au grand air, alimentation copieuse). Le meilleur médicament est l'iode, sous toutes ses formes. Il doit être longtemps continué.

La chimiothérapie et la tuberculinothérapie sont peu recommandables ; elles n'ont pas d'influence bien manifeste et exposent à des accidents d'ordre toxique ou d'ordre infectieux. La tuberculine en particulier peut en effet rompre l'équilibre de l'immunité chez un sujet en état d'allergie et déterminer une poussée bacillaire.

(A suivre).

Les Livres

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Is. Solomon. — **La rœntgenthérapie. Indications cliniques.** (Un vol. in-8 couronne, 200 p. et figures, Prix : 20 francs, 1930, *in* collection « Le Compendium médical ».)

C'est pour le médecin traitant, spécialiste ou non, l'exposé des indications de cette méthode, des résultats que l'on peut escompter de son application, bref des renseignements techniques indispensables et compréhensibles sans éducation spéciale.

L'auteur, radiologiste des hôpitaux de Paris, étudie tour à tour la nature, les propriétés physiques, chimiques, biologiques des rayons de Rœntgen, et il s'applique à définir d'une manière exacte leurs applications et toutes leurs indications : bases de la méthode ; appareils d'utilisation et de protection des rayons X ; traitement des différentes affections cancéreuses, des affections du sang et du système hématopoïétique, des affections du système nerveux, des maladies des glandes endocrines, des fibromes utérins et des métropathies utérines, des affections tuberculeuses, des affections de la peau, etc.

Picart, éditeur,
59, boulevard Saint-Michel, Paris.

Pierre Reynier. — **Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par l'or.** Préface du Dr G. Caussade. (Un vol. in-8, 176 pages, 1930.)

L'auteur a constaté, contrairement à d'autres opinions, que la présence du soufre associé à l'or n'est pas nécessaire pour qu'un effet antituberculeux se manifeste ; il lui semble même que certaines réactions nocives observées au cours des traitements par les sels d'or les plus employés en France, sont dues à la présence de soufre dans les molécules de ces agents pharmadynamiques.

Le traitement par le camphre à base d'or, de cadmium et d'iode, que préconise l'auteur, peut être institué à bien des stades de la maladie ; l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est pratiquée plus tôt, à la prétuberculose même. Le crysioldal ne peut être cependant injecté automatiquement ; si l'on peut se dispenser de fréquentes analyses d'urines, il est toutefois utile de suivre certaines règles : extrême prudence dans les cas très évolutifs et très avancés ; en cas aussi de complications intestinales ou rénales ; surveiller les réactions du malade sans attacher trop d'importance à une petite réaction focale (un peu de sang dans les crachats, petits signes stétacoustiques).

L'auteur expose très clairement, avec observations détaillées la posologie et les indications du crysiodal.

Editions médicales Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Ch. Abadie. — **Travaux et mémoires de clinique et thérapeutique oculaire.** (Un vol. in-8, 408 pages 1930.)

L'auteur étudie d'abord les injections intra-veineuses de cyanure de mercure et leurs indications thérapeutiques, leur action en cas de traitement prolongé dans certaines manifestations de la syphilis ; il traite aussi des méfaits des composés arsénicaux et bismuthiques en thérapeutique oculaire.

Sont ensuite traités : le goitre exophtalmique (nature, pathogénie, traitement) ; la conjonctivite granuleuse (nouvelle méthode de traitement des formes graves et invétérées) ; la tuberculose oculaire ; l'ophtalmie sympathique ; les chorio-rétinites ; les atrophies des nerfs optiques ; le glaucome (pathogénie, traitement chirurgical et médical.)

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie agricole de la Maison Rustique,
26, rue Jacob, Paris, VIe.

G. Moussu, ancien professeur à l'Ecole d'Alfort. — **Les maladies de la basse-cour et leur traitement.** (Un vol. 12 × 19, de 322 pages avec figures et deux planches en couleurs. Prix : 14 fr.).

Librairie Amédée Legrand,
93, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr J. Brel. — **L'Artichaut.** (Cynora Scolymus). Etude historique, littéraire, agricole, alimentaire et médicale. Préface du Dr H. Leclerc. (Une brochure 46 pages, avec fig.)

Imprimerie Veuve Paul Berthier,
12, rue Berbisey, Dijon

Dr G. Zipfel, directeur du bureau d'hygiène, professeur à l'Ecole de médecine. — **Vingt ans d'hygiène à Dijon** (1908-1927). (Une brochure 112 pages avec figures.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LA PLÉTHORE MÉDICALE

Comment faut-il l'envisager ? – Crise de répartition. – Encombrement des grandes villes. – Essai sur un régime de limitation à l'entrée des Facultés et de répartition à la sortie.

« L'adaptation de la profession aux exigences techniques, économiques et sociales contemporaines réclame deux conditions primordiales, écrivais-je le 16 novembre dernier : l'*organisation de la profession*, corrélative elle-même de la *formation du médecin.* »

J'ai étudié comment la formation du médecin, fonction de son instruction et de son éducation, — donc de ses études, — appelait impérieusement une réforme fondamentale de ces études, la part faite à l'application devant être prépondérante, jusqu'à comporter un stage d'une année, obligatoire pour tout docteur en médecine avant d'être autorisé à exercer.

J'aborderai aujourd'hui l'organisation de la profession, en fonction, tant de la collectivité que de l'individu.

Je m'excuse de me répéter et de paraître me complaire à rééditer certaines formules comme j'enfourcherais trop volontiers des dadas favoris. Mais, plus encore peut-être à l'intention des profanes que de mes confrères, il importe que la position du médecin, dans la Société moderne, soit définie aussi exactement que possible.

Du point de vue collectif, le médecin est le gardien de la santé publique. Du point de vue individuel, il est fait pour le malade. Il faut enfin qu'il vive de son état, honorablement et avec une marge de bénéfices telle que, ayant satisfait à toutes ses charges, il se constitue le patrimoine qui lui permettra de se garantir contre l'improductivité du chômage dû à la maladie et à la vieillesse.

Il semblerait donc qu'un rapport numérique dût établir l'équilibre nécessaire entre la densité de la population et la densité médicale. Et l'expérience a révélé que ce rapport, pour le médecin de médecine générale, est de 1/2000. En d'autres termes, l'équilibre serait observé s'il y avait, en moyenne, un médecin pour deux mille habitants au moins.

Or, depuis quarante ans que je suis de près le mouvement professionnel, j'ai constaté que, de tous temps, les médecins se sont plaints d'être trop nombreux. Je viens de relire un travail qui a été reproduit dans le *Concours Médical* du 15 avril 1899 — et dans lequel je dénonçais l'encombrement comme un des facteurs du malaise dont se lamentait alors le Corps médical. C'est d'ailleurs l'année suivante que le *Concours Médical* prit l'initiative d'ouvrir une enquête sur ce sujet et d'en récompenser les meilleurs éléments.

Mais dix ans plus tôt, — environ 1880, — les mêmes récriminations se faisaient entendre. Et les voici qui reparaissent, plus aiguës encore. Or, comme la cadence à laquelle les Facultés fabriquent des docteurs en médecine, au lieu de se ralentir, comme il semble que la raison le commanderait, s'est accélérée, il convient d'examiner la question de très près, en se gardant de raisonnements et de calculs trop simples, et, à vrai dire trop superficiels

C'est ainsi que dans *La Revue de France*, sous la signature du professeur SERGENT, on a pu lire le 15 janvier qu'en 28 ans, le nombre des médecins s'est accru de plus de dix mille unités, tandis que la population ne gagnait que 2.300.400 âmes, si bien qu'alors qu'en 1900, on comptait un médecin pour 2.292 habitants, vingt-huit ans plus tard, ce médecin ne correspond plus qu'à 1.550 habitants.

C'est, au premier abord, impressionnant.

Or, ce qui est impressionnant, bien plus que ce calcul trop simple, c'est la répartition défectueuse des médecins, et le surpeuplement médical des grandes villes, que signale d'ailleurs l'auteur du travail auquel je me réfère. C'est ce que je vais m'efforcer de mettre en lumière, avec toutes ses conséquences.

L'Annuaire que j'ai entre les mains accuse 27.443 médecins pour toute la France et l'Afrique

du Nord, en 1930. En réalité, si nous défalquons de ce total les médecins de l'Afrique du Nord, les médecins fonctionnaires, ceux qui n'exercent plus parce que trop âgés et ceux qui n'exercent pas par convenance personnelle, nous pouvons considérer que la population médicale atteint à peu près 25.000 unités, ce qui représenterait théoriquement environ un médecin pour 1.600 habitants, pour une population métropolitaine de 40.000.000 d'âmes.

Mais, il s'en faut qu'il en soit ainsi: la densité médicale n'est pas parallèle à la densité de la population. Et nous voyons en effet que le département de la Seine, qui totalise 4.411.697 habitants, compte 6.220 médecins, soit, *chiffre brut : un médecin pour* 710 *habitants.*

Et si nous considérons, d'une part, qu'une fraction importante de la population fréquente les hôpitaux et les organisations de soins gratuits, ce n'est plus un médecin de médecine générale pour 710 habitants, mais pour beaucoup moins. De l'autre, il existe une proportion élevée de spécialistes, qu'il est permis d'estimer à un millier.

Examinons maintenant la situation des quatre villes de France dont la population dépasse 200.000 habitants.

A Marseille : 652.196 habitants. — 602 médecins. Un médecin pour un peu plus de 1.000 habitants.

A Lyon : 561.592 habitants. — 529 médecins. Un médecin pour 1.060 habitants.

A Bordeaux : 256.026 habitants. — 409 médecins. Un médecin pour 620 habitants.

A Lille : 201.921 habitants. — 250 médecins. Un médecin pour 808 habitants.

Dans chacune de ces villes aussi, si l'on fait entrer en ligne de compte la fraction assistée de la population, le pourcentage diminue encore sensiblement.

J'ai compté, à Bordeaux, cent spécialistes ainsi qualifiés sur l'Annuaire pour environ 400 médecin, soit 25 %.

Essayons maintenant de prendre une vue d'ensemble, basée sur les chiffres qui précèdent.

Paris et la Seine, Bordeaux, Lille, Lyon et Marseille totalisent environ 6.000.000 d'habitants, desservis par 8.000 médecins en chiffres ronds, soit un médecin pour 750 habitants.

Et le reste de la France, avec 34.000.000 d'habitants, et 17.000 médecins, est desservi à raison d'un médecin pour 2.000 habitants..

Certes, il convient de remarquer la tendance de plus en plus marquée des médecins à déserter les campagnes pour se porter vers les villes. Mais la proportion raisonnable de 1/2.000 est bien celle que nous rencontrons ici et là. Voici un arrondissement d'un département aisé du centre ; il possède 73.500 habitants et 37 médecins. Dans cet arrondissement, un canton possède 5.900 habitants et 3 médecins.

Dans la Beauce, pays riche, un arrondissement compte environ 60.000 habitants avec 30 médecins : 1/2000.

Dans une région montagneuse du S. E., un arrondissement de 10.000 habitants compte 6 médecins. Proportion un peu plus forte. Mais la montagne, par la longueur et la difficulté des courses, est beaucoup plus exigente que la plaine.

Donc, compte tenu de la proportion assez forte des spécialistes, — ce qui éclate manifestement aux yeux, c'est une répartition inégale et défectueuse, avec encombrement des grands centres et abandon au contraire de certaines régions rurales.

Or, plus nous irons, plus l'attrait compréhensible de la ville s'exercera puisamment et drainera en quelque sorte le gros du Corps médical.

L'un des dangers de ce surpeuplement, c'est évidemment l'avilissement de la qualité des soins en vertu de cette grande loi économique, souvent rappelée, et prédominante en l'espèce : lorsque l'offre dépasse la demande, les prix baissent en même temps qu'une concurrence plus âpre se montre moins difficile sur le choix des moyens.

***

Qu'il s'agisse de ce que l'on continue à appeler la pléthore médicale, ou, mieux, de l'encombrement des centres, au détriment des campagnes, nous voyons préconiser des remèdes qui semblent *a priori* efficaces, et que d'autres ont prônés il y a bien longtemps déjà. C'est ainsi que M. Labeau, de Bordeaux, par un concours d'admission, demande la limitation du nombre des étudiants en médecine, cependant que M. Pernet, dans le *Lien Médical*, voit dans une mesure analogue placée à la fin de la première année d'études médicales, la barrière, opposable avec profit, à l'envahissement des centres d'enseignement.

A quoi je réponds : Que les Facultés ne fabriquent que 500 médecins par an, au lieu de 1.000, qu'y aura-t-il de changé si ces 500 médecins se répartissent, au gré de leurs affinités personnelles, dans les vingt grandes villes du pays ???

Aussi, ai-je déjà répondu à M. Labeau que la limitation à l'entrée des Facultés et Ecoles entraîne une répartition officielle à la fin des études. Sinon, le but n'est pas atteint. Et c'est alors la fonctionnarisation, par la création d'un corps de santé civil, analogue au corps de santé militaire. Cette idée fait d'ailleurs du chemin. Et c'est hier que je lisais, sous la signature du Dr Josse, d'Alger, ces lignes suggestives : « ... Au train qui emmène la médecine dans un torrent de diplômes des plus variés, à la décadence de la morale professionnelle qui glisse sur un terrible plan incliné, *on peut se demander si la médecine fonctionnarisée n'est pas*, dès aujourd'hui, *le meilleur rempart*

pour la défense de cette morale professionnelle, et n'en sera pas le dernier bastion. Que cette médecine fonctionnarisée ne soit pas l'idéal d'une profession jadis libérale, soit, mais elle se dresse nettement, en 1930, au-dessus de la médecine d'application des lois sociales, elle la domine à tous les points de vue : comptétence, indépendance, moralité ... »

Avant d'en arriver là, je me suis demandé s'il n'y aurait pas un moyen intermédiaire entre le *statu quo* et le service de santé civil, qui permettrait à une meilleure répartition de s'effectuer tout en laissant à l'émulation et à la concurrence leur rôle stimulant.

Les notaires sont chargés de la défence des biens des personnes. Les médecins sont chargés de la protection sanitaire des personnes elles-mêmes. Le nombre des notaires est limité et les charges en sont réparties sur le territoire de manière à ce qu'elles répondent aux nécessités locales. Mais chaque tabellion exerce ensuite librement sa profession, sous le contrôle de la Chambre des Notaires à laquelle il ressortit.

On pourrait envisager une répartition analogue des postes médicaux en fonction des besoins locaux ou régionaux, sous le contrôle des Syndicats agissant, par analogie, comme des Chambres de discipline.

Il appartiendrait, à la Confédération des Syndicats médicaux, de fixer ces besoins régionaux ou locaux. Par exemple, si la proportion de 1 médecin pour deux mille habitants paraissait suffisante, dans un département de 150.000 habitants. Il y aurait 75 postes de médecine générale. La proportion des spécialistes des diverses spécialités : chirurgiens, oto-rhino laryngologistes, ophtalmologistes, radiologues, accoucheurs, etc... serait également définie, — à raison de 10 à 15 % du nombre des omnipraticiens.

Il conviendrait donc de prévoir, pour une population de 40.000.000 d'habitants, 20.000 médecins de médecine générale et 2 à 3.000 spécialistes se partageant les postes fixés selon les nécessités.

Remarquons, en passant, que ce calcul aboutit globalement aux chiffres fournis par les statistiques actuelles.

Telle ville de 40.000 âmes comporte vingt postes de médecine générale, deux postes chirurgicaux, un poste stomatologique, deux postes radiographiques, etc. Ces postes étant pourvus dans des conditions que j'examinerai plus tard, les titulaires de chacun d'eux exercent *librement*, exactement comme aujourd'hui, sous le contrôle de la loi et des organismes professionnels auxquels ce nouveau régime donnerait plus de puissance encore.

Cmment procédera-t-on pour combler les vacances qui se produiront, par décès, retraite ou changement éventuel de poste durant les douze mois précédents ?

Chaque année, la Confédération en détermine le nombre à une date qui permette de préciser le nombre d'étudiants qui, après concours, seront admis à prendre leurs inscriptions de doctorat, Faculté par Faculté, au début de l'année scolaire.

Ce nombre devra comporter une marge de majoration, car ce n'est que six ans plus tard au minimum, que ces étudiants, reçus docteurs, pourront prendre un poste. Or, en six ans, des vides ne manqueront pas de se creuser parmi eux, que la marge aidera à combler.

Les voici donc immatriculés, en nombre limité par un concours d'admission.

Quand ils auront terminé leurs études, ils feront l'objet d'un classement par ordre de mérite, et c'est alors qu'ils seront appelés à choisir leur poste parmi ceux qui se trouveront vacants à cette époque, selon leur rang dans ce classement, tout comme les jeunes médecins sous-lieutenants, à leur sortie du Val-de-Grâce, choisissent leur affectation par ordre de mérite.

Cela semble très simple sur le papier. En réalité, c'est tellement compliqué qu'on peut se demander si pratiquement, cela pourrait être réalisé.

D'abord, il n'y a pas seule Faculté, comme il y a une seule Ecole militaire ; mais dix. Comment établirait-on le classement de sortie ? Par Faculté ? Ou en les groupant ensemble, pour n'avoir qu'une seule liste ?

Par ailleurs, les vacances qui serviront à déterminer le nombre limite d'étudiants admis à l'entrée, ne seront plus les mêmes six ans après quand ceux-ci auront terminé leurs études.

On peut admettre qu'elles ne dureront pas plus de six ans, — tout second échec à un examen entraînant la radiation définitive de l'étudiant insuffisant. Cependant, sans que l'insuffisance puisse être invoquée, bien au contraire, les études peuvent être plus longues. C'est le cas des internes des hôpitaux. Nommés en moyenne à la fin de leur quatrième année de scolarité, s'ils accomplissent leurs quatre années d'internat, c'est donc huit ans qu'ils auront étudié. Et il en pourrait être de même pour tout étudiant qui, désireux de se perfectionner par des stages volontaires, prolongerait aussi ses études.

Mais je veux supposer que toutes ces difficultés sont vaincues, ces obstacles franchis. Comment s'effectuerait la tradition des postes vacants ? Les usages modernes nous permettent de répondre. Aujourd'hui, à côté des jeunes docteurs qui créent un poste à leurs risques et périls, il en est de nombreux qui achètent une clientèle. J'emploie à dessein cette expression courante.

Eh bien ! Cette pratique deviendra le moyen officiel et légal, pour le médecin, de s'installer et d'exercer.

Ces traditions de cabinets, à titre onéreux, seront surveillées, contrôlées, pour que les intérêts

en présence soient également et équitablement défendus.

Mais, m'ont objecté des camarades à qui j'exposais verbalement cette conception, votre moyen est anti-démocratique, car il n'y a que les médecins fortunés qui pourront satisfaire leurs aspirations.

Voyons ! Ne nous payons pas de mots... ! Ne faut-il pas qu'un jeune homme soit déjà fortuné pour entreprendre des études aussi longues et coûteuses que les médicales ? S'il n'achète pas un cabinet, n'aura-t-il pas besoin de subsides importants pour vivre pendant les deux ou trois ans nécessaires à la constitution d'une clientèle qui lui permette au moins de joindre les deux bouts ?

Par quelque côté que l'on aborde ce problème, il est impossible de comprendre qu'avec des ressources inexistantes ou insuffisantes, un jeune homme puisse poursuivre ses études et s'installer, — s'il ne prend pas une suite.

Je ne m'arrête donc pas à cette objection. Dans l'état actuel des choses, l'accession à la profession médicale est une des plus onéreuses qui soient.

Il va sans dire que *tous* les postes vacants seraient mis à la disposition des jeunes docteurs frais émoulus de l'Ecole. Par exemple, les postes de médecins sanitaires maritimes, de médecins d'œuvres publiques ou privées... avec leurs conditions respectives.

La question des étrangers pourrait être facilement résolue si l'on décrétait que nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est *Français*... Mais il faut penser aux raisons diplomatiques qui empêcheraient un Gouvernement d'être aussi radical. Dans ce cas, il conviendrait au moins d'en contingenter le nombre.

La question de l'enseignement appelle l'attention sur le statut des professeurs. Les professeurs occupent une situation exceptionnelle dans la profession. Ils donnent leur enseignement, mais ils n'en conservent pas moins le droit d'exercer pour leur compte et à leur profit. En pratique, ils sont surtout les grands consultants, les opérateurs fameux à qui l'on fait appel dans les cas difficiles ou graves. Faut-il exiger que les professeurs se consacrent exclusivement à leur enseignement ? Cela ne serait possible, tout au moins, qu'en leur accordant un traitement élevé qui les délivrerait des soucis matériels de l'existence. Mais consultants ou opérateurs, il paraît bien difficile de limiter leur activité strictement à leur chaire. Je dis même que cela serait regrettable. Il y a là un point délicat que je me contente d'effleurer.

Il faudrait aussi envisager le cas du médecin installé depuis plusieurs années et qui désire changer de poste ; celui du médecin qui veut que son fils, médecin à son tour, lui succède.

Il faudrait faire entrer en ligne de compte également que les vacances de postes, par décès par exemple, se répartissent en général sur toute l'année, et doivent être pourvus au fur et à mesure des besoins.

On devrait aussi songer aux époques de forte morbidité, aux épidémies, où tel médecin, qui suffit habituellement aux besoins de la clientèle, est débordé et incapable de répondre à tous les appels. La difficulté ne semble pas insoluble ; un assistant fourni par les jeunes stagiaires de sixième année lui viendrait en aide. C'est bien ainsi qu'aujourd'hui procèdent certains médecins, lorsqu'ils ne peuvent suffire aux demandes trop nombreuses de leurs clients.

***

Mais la limitation du nombre des postes médicaux, et leur équitable répartition, n'est qu'une face de l'organisation de la profession.

Le développement de la médecine préventive, qui est liée elle-même à l'hygiène ; la création de centres de diagnostic et de traitement équipés de manière à centraliser tous les principaux services nécessaires à l'étude complète du malade, s'imposent. C'est un sujet que j'ai traité longuement à plusieurs reprises ; je n'y reviendrai pas aujourd'hui.

Tout cela repose évidemment sur une transformation de nos us et coutumes, contre laquelle je conçois très bien que l'on soit prévenu jusqu'à la répugnance. Prisonniers de notre formation et d'habitudes héritées de nos anciens, qui les tenaient eux-mêmes de leurs prédécesseurs, nous ne nous rendons pas compte de ce qu'il y a d'anachronique dans notre façon de manœuvrer dans la clientèle privée. C'est à un point tel, que nous avons sous les yeux des exemples frappants d'organisation moderne, par exemple : Baudelocque, dont je vous décrivais récemment la disposition ; la Clinique de l'Hôtel-Dieu, dont Noir évoquait devant vous les multiples rouages ; la clinique de la Salpêtrière où le professeur Gosset a poussé aussi loin que possible le travail en équipes, — et que nous pouvons en juger les avantages pour le malade et pour la Science. Et néanmoins, nous ne serons pas choqués le jour où tels examens complets, que réclamera un malade vu par nous, chez lui ou dans notre cabinet, se répartiront sur plusieurs jours, et en des lieux différents, plus ou moins éloignés les uns des autres, avec des frais relativement élevés.

Un Syndicalisme constructeur se doit de prévoir et de préparer cette transformation, qui s'impose et qui s'effectuera, j'en suis convaincu. Ce que je voudrais, c'est que cela se fît par nos propres soins et de notre consentement, et non contre nous.

En tous cas, ce que je pense avoir démontré, — mais j'y reviendrai prochainement, — c'est qu'il est insuffisant de parler de l'encombrement mé-

dical, de la pléthore, si l'on n'ajoute pas que cet encombrement, cette pléthore, sévissent surtout à Paris et dans les principales villes de France. L'accroissement du nombre des médecins, constaté depuis vingt ans, s'est surtout manifesté dans la spécialisation.

Il est inutile de chercher à limiter le nombre des étudiants admis dans les Centres d'enseignement, si l'on ne trouve pas le moyen de réaliser une meilleure répartition de la population médicale, en fonction de la population totale. Si les nouveaux médecins continuent à tous se porter vers les grandes cités, l'encombrement continuera à s'y sévir, et les provinces plus ou moins lointaines seront au contraire délaissées.

Et comme il est inadmissible que le secours médical ne soit pas à la portée du malade, des dispositions seront prises par l'Etat pour parer à cette inégalité de répartition. Il n'hésitera pas à créer un corps de médecins pour assurer le service de toutes les branches de la médecine sociale, comme en Italie.

Le système mixte que je viens d'étudier procède à cette répartition. Il ne laisse pas le jeune médecin entièrement libre d'exercer où bon lui plaît. Mais à partir du moment où il l'a pourvu d'un poste, il le laisse libre d'exercer, sans aucune contrainte autre que celle de la législation.

Je ne dissimule pas que ce régime, qui soulèvera sans doute des protestations, et qui paraît simple en théorie, serait d'une réalisation infiniment ardue.

Ce sont des idées que je soumets à mes lecteurs. Je voudrais les forcer à réfléchir et à se rendre compte que les grands centres regorgent de médecins, qu'aucune digue ne s'oppose à un pareil envahissement, que cela crée un déséquilibre et que, tôt ou tard, des mesures s'imposeront pour rétablir l'équilibre.

Qu'Asclepios, veillant sur ses fils, et les inspirant de sa sagesse daigne leur épargner la chaine . . . ou le licou !

G. DUCHESNE.

LÉGISLATION

Établissements publics et actes de commerce

Il nous est demandé de préciser, textes à l'appui, l'interdiction qui est faite aux communes, ou aux établissements publics, de faire concurrence à l'initiative privée, en matière commerciale, ou industrielle.

Le décret-loi du 5 novembre 1926, en son article 14, modifie ainsi l'article 68 de la loi du 5 avril 1884 :

« Ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par l'autorité supérieure, les délibérations portant sur les objets suivants (conseil municipal) : ...... 12° : l'intervention des communes, notamment par la voie d'exploitation directe, ou par simple participation financière, dans les entreprises, même de forme coopérative, ou commerciale, ayant pour objet le fonctionnement des services publics, le ravitaillement et le logement de la population, les œuvres d'assistance, d'hygiène et de prévoyance sociales,ou la réalisation d'améliorations urbaines. »

Le rapport au Président de la République, précédant le décret du 26 décembre 1926 indique qu'en dehors des cas où une loi confère aux municipalités et aux départements le droit d'exploiter des services publics, en monopole, régie, ou autre, il existe des cas assez nombreux où les municipalités peuvent agir « par la vocation générale qui leur est reconnue en matière d'hygiène ou d'assistance, par exemple et qui les conduit à exploiter en régie, sous une apparence commerciale, des institutions d'un caractère mixte, telles que les fourneaux économiques, restaurants populaires, cantines scolaires, bains et lavoirs, crèches, ouvroirs, etc., où le côté social demeure nettement prédominant. »

Après avoir rappelé que, « par contre, en matière industrielle et commerciale proprement dite, l'initiative des communes a été endiguée jusqu'à ces dernières années, à la fois par la tutelle administrative et par la jurisprudence contentieuse », le rapport précité indique que, pendant la guerre, en vertu des lois du 20 avril 1916 et du décret du 30 juin 1916, comme de la loi du 30 octobre 1916, les interventions municipales ont été nombreuses, mais ont dû cesser trois mois après la cessation des hostilités.

Et le rapport se continue en ces termes : « Les principes dégagés à cet égard par la jurisprudence ont conduit jusqu'ici l'administration supérieure à n'autoriser l'intervention des communes dans le domaine économique, en dehors des cas où un texte législatif la justifie, que dans les hypothèses où l'industrie privée se trouve, soit par nature, soit à raison de circonstances particulières, hors d'état de pourvoir aux besoins des consommateurs.

Le décret du 26 décembre 1926 précise,en son article premier ; « les communes ou les syn-

dicats de communes peuvent être autorisés, dans les conditions indiquées à l'article 3 du présent décret, à exploiter directement des services d'intérêt public à caractère industriel ou commercial.

« Sont considérées comme industrielles ou commerciales les exploitations susceptibles d'être gérées par des entreprises privées, soit par application de la loi des 2-17 mars 1791, soit, en ce qui concerne l'exploitation des services publics communaux, en vertu de traités de concession ou d'affermage.

« Ne sont pas soumises aux dispositions du présent titre les régies organisées exclusivement dans un but d'hygiène ou d'assistance et ne comportant que des recettes en atténuation de dépenses. »

Article 4 : « Les régies visées aux articles précédents sont dotées de l'autonomie budgétaire. »

Jurisprudence

En ce qui concerne l'interdiction faite aux établissements publics de ne pas faire concurrence à l'initiative privée, nous donnons deux arrêts récents du Conseil d'Etat, en la matière.

L'arrêt du 13 juillet 1928 (*Gaz. Pal.*, 20 novembre 1928) décide que « l'institution d'un service de ravitaillement municipal, destiné à la vente directe au public de denrées de toutes sortes constitue une entreprise commerciale, réservée par suite à l'initiative privée et les administrations locales ne peuvent intervenir, en cette matière, dans un but d'intérêt public, que dans des situations particulières. Dès lors que ces situations particulières ne se rencontrent pas, la délibération du conseil municipal est nulle de droit et le préfet du département doit la déclarer telle. »

Cet arrêt est suivi d'une note, dans la *Gazette du Palais* : « Les entreprises publiques, gérées ou fondées par les communes, ne sont autorisées que sous une double condition : il faut : 1° qu'il s'agisse de satisfaire un besoin collectif de la population ; 2° que l'entreprise ne porte pas atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie. La première condition est presque toujours remplie, la seconde, au contraire, soulève de graves questions d'interprétation.

« L'arrêt du Conseil d'Etat ci-dessus reproduit entièrement les termes d'une précédente décision de principe du 21 janvier 1921, rendue en matière d'assurances contre l'incendie (Conseil d'Etat 21 janvier 1921 ; S. 1921. 3.33). M. le commissaire du gouvernement Corneille avait, dans ses conclusions, dit expressément : « La jurisprudence du Conseil d'Etat va nous fournir, par les termes des nombreux arrêts, le principe net et précis qu'une assemblée locale ne peut modifier les conclusions générales du régime économique, en faisant, avec le poids des moyens administratifs dont elle dispose, concurrence à l'initiative privée. Ce n'est qu'à défaut de l'initiative privée que, pour la satisfaction des besoins généraux de la collectivité, l'administration locale pourra exceptionnellement intervenir. »

Le même principe est reproduit dans un autre arrêt du Conseil d'Etat du 11 juin 1926 (*Gaz. Pal.*, 1926.2.493).

Un autre arrêt du Conseil d'Etat du 27 mars 1930 (D. R. H. 29 mai 1930) décide que la création d'une boucherie destinée à la vente directe au public, en raison du caractère commercial d'une telle entreprise, est, en général, réservée à l'initiative privée.

II. — Il ne faut pas oublier que la commune reste administrativement en tutelle vis-à-vis de l'autorité préfectorale, ou ministérielle. Le rapport, qui précède le décret du 26 décembre 1926 le spécifie expressément en ces termes : « L'article 2 subordonne l'institution de ces exploitations, après qu'elle aura été décidée par le Conseil municipal, à une approbation de l'autorité supérieure ; c'est à cette autorité qu'il appartient d'apprécier selon les circonstances, si les initiatives des communes sont bien justifiées par l'intérêt public. Ainsi se trouve conservé entre les mains de l'autorité tutrice un frein, que rend nécessaire le triple intérêt, dont elle doit être également soucieuse, de la liberté du commerce, des consommateurs et des contribuables ».

Un arrêt du Conseil d'Etat, section du contentieux du 30 mai 1930 (*Gaz. Pal.*, 9 septembre 1930) le spécifie nettement :

« Si, en vertu de l'article premier de la loi du 3 août 1926, qui l'autorisait à apporter, tant aux services de l'Etat qu'à ceux des collectivités, toutes réformes nécessaires à la réalisation d'économies, le Président de la République a pu réglementer, dans les conditions, qui lui ont paru le plus conformes à l'intérêt des finances communales l'organisation et le fonctionnement des régies communales, les décrets des 5 novembre et 26 décembre 1926, par lesquels il a réalisé ces réformes, n'ont eu ni pour objet, ni pour effet d'étendre, en matière de création de services publics communaux, les attributions conférées aux conseils municipaux par la législation antérieure ; les entreprises ayant un caractère commercial restent, en règle générale, réservées à l'initiative privée et les conseils municipaux ne peuvent ériger des entreprises de cette nature en services publics communaux, que si, en raison des circonstances particulières, de temps ou de lieu, un intérêt public justifie leur intervention en cette matière.

« Sont en conséquence nulles de droit et doivent être déclarées telles par le préfet, les délibérations du conseil municipal d'une commune portant institution d'un service de ravitaillement municipal, destiné à la vente directe au public, alors qu'aucune circonstance particulière à la commune ne justifie la création et le main-

tien d'un service municipal de cette nature dans ladite commune. »

De toute cette jurisprudence, nous pouvons conclure par un autre arrêt du Conseil d'Etat, du 11 juin 1926 (D. R. H. 1926, 423) : « S'il peut appartenir exceptionnellement aux administrations locales d'intervenir en matière commerciale, dans un but d'intérêt général, en cas de défaillance, ou d'insuffisance manifeste de l'initiative privée, cette circonstance exceptionnelle extraordinaire doit être prouvée, pour que l'autorité préfectorale puisse donner son approbation.

Application aux hopitaux et aux maisons de santé

J'ai maintes fois soutenu l'idée suivante : si les hospices et hôpitaux veulent transformer une partie de leurs locaux en salles et chambres payantes, il est indispensable que ces parties payantes de l'établissement soient assimilées à des maisons de santé, avec budget séparé de celui de l'hôpital.

En effet, la loi du 7 août 1851 régit les hôpitaux, mais laisse de côté les maisons de santé.

Juridiquement, l'hôpital doit être considéré comme un établissement public, c'est-à-dire, en vertu des principes que nous avons analysés plus haut, il ne doit faire acte de commerce que lorsqu'il y a carence, ou déficience, insuffisance marquée de l'initiative privée.

Fondé uniquement pour recevoir les malades indigents, l'hôpital ne doit tirer aucun bénéfice de l'admission des malades payants. Ferait-il des bénéfices, il devrait être considéré juridiquement comme faisant acte commercial, bien que les recettes ne soient attribuées qu'à un but philanthropique : l'amélioration et l'extension des services mis à la disposition des malades.

En effet, que décide la jurisprudence ?

La maison de santé a été maintes fois considérée comme étant un établissement commercial, tant en matière d'applicabilité de la législation sur les accidents du travail en faveur du personnel infirmier, qu'en matière de fiscalité.

Que le propriétaire soit ou non un médecin, que ce dernier fasse considérer sa maison de santé uniquement comme accessoire indispensable à l'exercice de sa profession de chirurgien, ou de médecin spécialiste, toujours est-il qu'il faut non seulement acquitter les impôts, qui frappent la profession médicale tout entière, mais encore se voir assujetti à toutes les taxes et contributions, qui frappent les commerçants.

Au contraire, parce qu'établissement de bienfaisance, l'hôpital ne paie ni patente, ni taxes et contributions commerciales. L'article 105 de la loi du 3 frimaire an VII exempte de la contribution foncière et, par suite, des taxes consécutives les propriétés publiques affectées à un service public et non productives de revenu.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 10 février 1858 (Leb., p. 129) et un autre du 10 mars 1923 (Leb., p. 244) exempte de contribution foncière un établissement public, lorsque les prix des pensions demandées aux vieillards d'un asile sont inférieurs aux frais du séjour du pensionnaire.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 14 décembre 1928 (*Sem. jur.*, 1929-92 ; *Concours Médical*, 1929, 2738) décide que « doivent être assimilés aux hospices et exemptés à ce titre de la contribution foncière, de la taxe de mainmorte et de la contribution des portes et fenêtres, les maisons de santé et hôpitaux payants, appartenant à l'Assistance publique de Paris et destinés à des personnes qui, sans être indigentes, n'ont pas les moyens de faire face aux frais de séjour et de traitement dans les établissements similaires à but lucratif, alors que les prix réclamés sont insuffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation ».

Dans le même sens, Conseil d'Etat (contentieux) arrêt du 27 juin 1930 (*Gaz. Pal. Supp.*, 14 octobre 1930) : « Ne sont pas passibles de la contribution foncière et de la patente les pavillons annexes d'un hospice, bien qu'ils reçoivent surtout des malades payants, alors que, pour les deux tiers des chambres, les prix demandés sont sensiblement inférieurs au coût effectif de la journée d'hospitalisation et ne permettent de réaliser aucun bénéfice réel. »

Egalement « peuvent se prévaloir d'une exonération de contribution foncière et de taxe de mainmorte les maisons de retraite dont les pensionnaires acquittent des prix de pension insuffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation ». (Conseil d'Etat, contentieux, 31 octobre 1930, *Gaz. Pal.*, 16 décembre 1930).

Mais la patente est maintenue lorsqu'il s'agit d'annexes d'hospices, dont les prix de pension sont rémunérateurs, nonobstant le fait que ces bénéfices étaient employés en œuvres de bienfaisance (Conseil d'Etat, 9 février 1870 ; Rec. Lebon chron., p. 53 ; — 27 avril 1877, Rec. Leb. chr., p. 386).

En ce qui concerne les bénéfices industriels et commerciaux, un arrêt du conseil de préfecture de la Seine, du 9 avril 1930 (*Gaz. Pal.*, 8 juillet 1930) décide que « n'est pas passible de l'impôt sur les bénéfices commerciaux et industriels et sans qu'il y ait lieu d'établir une ventilation entre les différents postes de son bilan, la congrégation qui assure, à des prix d'une extrême modicité, la nourriture et le logement d'orphelines et réalise des recettes très minimes, provenant du travail manuel de certaines d'entre elles, alors qu'il est constant que les dépenses de l'œuvre ne sont couvertes que grâce aux dons de personnes charitables. »

Déjà un arrêt du Conseil de préfecture de la

Seine, du 4 décembre 1928 (*Gaz. Pal.* 1929.1. 311) avait décidé que le budget d'une œuvre philanthropique ne saurait autoriser une ventilation des postes de son bilan général, qui doit être considéré dans son ensemble, ce qui conduit à une exonération de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, lorsque les dépenses, excédant les recettes, ne peuvent être couvertes que par les dons des tiers.

Disons enfin que ce caractère de bienfaisance est invoqué pour échapper à l'application de certaines lois sociales. C'est ainsi que M. Brelet conseiller d'Etat honoraire a invoqué ce caractère de bienfaisance et d'utilité publique, pour décharger les hospices et hôpitaux des obligations de la loi de huit heures et du repos hebdomadaire, (rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, séance du 26 juin 1929, *Concours Médical*, 1929, 2802).

Un arrêt de Cassation (chambre criminelle) du 26 octobre 1928 (*Gaz. Pal.*, 15 novembre 1928) décide qu'un établissement de bienfaisance (en l'espèce un préventorium) tirant uniquement ses ressources des subventions et de dons, ne réalisant aucun bénéfice, ne peut être considéré comme un établissement industriel ou commercial, et n'est pas astreint à tenir le registre prescrit par l'article premier, § 2 du décret du 24 août 1906, sur le repos hebdomadaire.

Cependant les maisons de santé sont astreintes à toutes ces lois sociales, comme étant considérées comme établissements commerciaux.

A l'heure actuelle, les hospices et hôpitaux recherchent des ressources complémentaires, car leur fonds de dotation devient insuffisant. Des procédés véritablement commerciaux sont institués pour rabattre la clientèle : on utilise parfois même la réclame, pour vanter les avantages de l'hôpital.

Or, avec la mise en pratique de la loi sur les assurances sociales, la clientèle des hôpitaux va changer : bien peu nombreux resteront bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 : les anciens pauvres, les indigents sont pour la plupart des ressortissants des assurances sociales.

Il en résulte que les hôpitaux ne recevront, la plupart du temps, que des malades payants ; la partie gratuite de l'établissement public sera presque désertée.

Or, si certains assurés sociaux se font admettre dans les salles communes de l'hôpital, selon les conditions exigées des malades payants les plus modestes, un nombre d'entre eux plus ou moins appréciable demandera son admission en salle ou quartier payant.

Il en résulte que l'hôpital tend à perdre son caractère d'établissement public de bienfaisance, pour prendre surtout l'allure d'un établissement commercial, véritable maison de santé.

Il ne sera donc plus possible d'invoquer, comme dans les arrêts ci-dessus, le caractère d'assistance publique, ni de faire admettre par le Conseil d'Etat que le prix de journée réclamé à la grosse majorité des hospitalisés est inférieur au prix de revient et que le déficit doit être comblé par des dons, legs et subventions, puisque l'article 6 de la loi du 30 avril 1930, modifiant la loi du 5 avril 1928, décide que les assurés sociaux seront hospitalisés en acquittant le prix de journée le plus bas, réclamé aux malades payants, plus les frais médicaux et chirurgicaux.

Aussi, les hospices et hôpitaux ne doivent faire concurrence à l'initiative privée que si celle-ci est insuffisante, ou si sa carence oblige l'établissement public à faire œuvre commerciale.

Cependant, nous assistons à une évolution très nette de l'art de guérir : petit à petit, un socialisme d'Etat s'infiltre dans la médecine sociale. L'Etat, le département, la commune, l'établissement public s'attribuent progressivement le droit d'organiser collectivement la médecine de soins et de diagnostic, pour tout malade, quelle que soit sa condition de fortune, ou sa condition sociale.

Il convient donc, pour nos Syndicats médicaux, d'envisager une action professionnelle : ou bien l'hôpital doit être considéré comme une maison de santé à bon marché , mais revêtant un caractère commercial ; d'où assujettissement à tous les impôts, taxes et contributions, qui frappent les maisons de santé, plus l'obligation de se soumettre aux lois sociales (accidents du travail du personnel, repos hebdomadaire, loi de huit heures).

Ou bien, il convient d'exonérer de ces taxes et obligations les maisons de santé qui reçoivent des assurés sociaux, ce dégrèvement étant calculé au prorata du nombre des assurés admis dans ladite maison de santé, au regard de tous autres malades.

Ou bien enfin, accepter cette évolution vers un socialisme d'Etat, mais obliger l'administrateur à considérer le médecin d'hôpital non plus comme un subordonné (loi du 7 août 1851) mais comme un véritable collaborateur, placé sur un pied d'égalité.

Aux situations sociales nouvelles, il faut des transformations profondes, dans les rapports entre administrations d'hôpital et corps médical. La loi du 7 août 1851 ne correspond plus à l'évolution hospitalière, ni aux transformations sociales, provenant de la loi sur les assurances sociales.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Gestes de solidarité

En 1916, sur la proposition du Dr L. Gassot, le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale invitait ses membres à verser bénévolement une double cotisation annuelle que la Caisse auxiliaire emploierait en secours aux sociétaires mobilisés et gênés pour le versement de leur cotisation.

L'appel fut entendu, beaucoup de confrères firent ce double versement et la somme recueillie permit de venir en aide à nombre de sociétaires. Auxquels ? personne n'en saura jamais rien car aucun procès verbal n'a été tenu de ces allocations et rien dans la comptabilité ne permet d'en retrouver la trace : *cela a été le secours « au confrère inconnu ».*

Ce geste de solidarité qui montre si bien l'esprit confraternel qui préside au fonctionnement de la Mutualité Familiale me revenait en mémoire à la lecture de la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Vos articles sur la Mutualité Familiale m'ont fait réfléchir, j'ai compris que les heureux de la profession ne devaient pas se désolidariser des efforts faits en faveur de ceux qui souffrent et m'ont décidé à demander mon admission.

Que dois-je faire pour cela ? Faire un don ? m'inscrire comme membre honoraire ?

Je ferai ce que vous me conseillerez.

M...

J'ai répondu à ce confrère qu'il pouvait sans doute faire un don ou s'inscrire comme membre honoraire, mais qu'il ferait mieux encore en s'inscrivant tout bonnement comme membre participant.

Il a 34 ans, il entrera à l'indemnité-maladie de 10 francs et à la pension de retraite à 65 ans pour 120 fr., il lui en coûtera annuellement 102 fr. 65, frais de gestion compris, et il aura, avec la satisfaction de la bonne action, l'avantage de rester toute sa vie membre de la société. Son nom sur nos listes ne pourra qu'accroître notre autorité morale et excitera peut-être d'autres à suivre son exemple.

Il y a, je le sais, un obstacle qui arrête certaines velléités de se manifester : la nécessité de la visite médicale pour l'entrée à l'indemnité maladie.

« Je deviendrais volontiers votre sociétaire, m'écrivait un autre confrère, n'était l'obligation de me soumettre à une visite médicale : me voyez-vous, dans ma situation, demander à un confrère un certificat pour entrer à l'indemnité-maladie ? On en rirait ».

Non, mon cher confrère, on n'en rirait pas car celui auquel vous vous adresseriez comprendrait immédiatement le mobile qui vous aurait fait agir et peut-être lui-même, encouragé par vous, agirait-il de même.

Vous pourriez sans doute éviter ce que vous considérez comme une corvée ridicule en vous inscrivant tout bonnement pour une pension, nous avons des confrères inscrits pour 360 fr. à 65 ans et qui versent annuellement trente et quelques francs, mais l'effet ne serait plus le même.

La Mutualité Familiale est avant tout une œuvre d'indemnité-maladie, la pension n'est que le corollaire : c'est donc surtout l'adhésion à l'indemnité-maladie qu'il faut encourager et c'est avec la joie la plus vive que nous verrions des confrères comme vous prêcher d'exemple.

Tous les ans, le Conseil enregistre des dons et des abandons d'indemnités à la caisse auxiliaire et adresse ses remerciements à ces généreux donateurs. Ce sont encore des actes de solidarité qu'il convient de signaler. Il s'agit, dira-t-on peut-être, de petites sommes : c'est le geste et non la somme qu'il faut regarder.

Ce n'est pas en vue de quelques jours de chômage que beaucoup s'inscrivent : ils ont envisagé des semaines, des mois — et c'est là la réalité — si donc une légère indisposition leur fait allouer une modeste somme que leur situation permet de considérer comme négligeable, ils en font don à la caisse auxiliaire, sachant bien que jointe à d'autres semblables elle permettra, en dehors des prescriptions statutaires, de soulager une détresse imméritée.

Et puis, rien n'est inconstant comme la fortune si ce n'est la santé. Tel qui croit n'avoir agi que par esprit de solidarité confraternelle peut s'apercevoir un jour qu'en même temps il a fait œuvre de prévoyance personnelle.

Je ne veux pas répéter des cas que j'ai maintes fois signalés, ce n'est pas l'indifférence et l'insouciance médicales que je veux combattre aujourd'hui : c'est aux privilégiés de la fortune, de la santé, de la clientèle médicale que je m'adresse. Je leur dis : venez en aide à ceux qui sont dans la gêne, à ceux qui souffrent, à ceux que la maladie prive de leur gagne-pain. Je ne leur demande pas une aumône, je leur demande simplement de ne pas sembler ignorer une œuvre

éminemment recommandable et de ne pas refuser leur appui à ceux qui l'ont fondée et qui veulent la faire vivre.

Que si, contre toute prévision, le malheur venait un jour à les frapper eux-mêmes, ils pourraient sans rougir recevoir un secours auquel ils auraient droit ou faire un second geste de générosité en laissant à de plus malheureux encore ce secours dont ils pourraient se passer.

Voilà ce qui fait que la Mutualité Familiale n'est pas une assurance, pas même une assurance mutuelle comme certains ont tendance à la considérer ; ce n'est pas davantage une société de bienfaisance : c'est une société de secours mutuels, mais une société de secours mutuels rationnellement constituée.

Ses membres ont des droits précis et les charges qui en résultent sont compensées par des ressources normales dont pas un centime ne peut être distrait de sa destination. Mais à côté du droit il y a place pour la bienfaisance et celle-ci est possible grâce aux ressources extraordinaires, aux dons, aux abandons d'indemnités. C'est pourquoi les bienfaiteurs, les donateurs sont toujours bien accueillis. Ils font le bien et on doit leur en être reconnaissant.

Cependant ceux qui à la bonne action, ajoutent l'adhésion à la Société sont mieux venus encore, leur geste de solidarité est plus grand : ils viennent prendre rang au milieu de leurs confrères, ils leur montrent que rien de ce qui touche la profession médicale ne leur est étranger, ils font preuve de confraternité agissante.

Et ils donnent aux membres du Conseil d'administration, à ceux qui ont la mission de faire vivre la société et de la faire prospérer le témoignage de leur estime et de leur haute approbation.

Maîtres aimés autant que respectés, confrères qui à des titres divers occupez de hautes situations professionnelles, c'est à vous que je fais appel.

Considérez la Mutualité Familiale, voyez les services qu'elle a rendus, ceux plus grands encore qu'elle pourrait rendre si ses effectifs étaient doublés et montrez que c'est à tort qu'on vous accuse de vous confiner dans votre tour d'ivoire ... faites le beau geste et venez vous joindre à nous.

A. GASSOT.

QUELQUES IMPRESSIONS SUR LE CANADA FRANÇAIS ET SUR LES MÉDECINS DE LA « NOUVELLE FRANCE »

Par le Dr A. LAQUERRIÈRE,

Electro-radiologiste de l'Hôpital Herold

Je compte au Canada de très vieux amis, dont les noms ont des consonnances bien françaises, comme de MARTIGNY, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Montréal; comme de BLOIS, possesseur d'un vaste établissement de physiothérapie à Trois Rivières; tous deux fréquentaient vers 97 ou 98 la clinique de mon Maître Apostoli. J'y compte de nombreux amis plus récents et d'anciens élèves.

Aussi, c'est avec joie que j'acceptai la généreuse invitation des électroradiologistes canadiens quand ils me prièrent d'assister au 11e Congrès de « l'*Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.* »

Ce congrès qui fut un très gros succès et où la France était représentée par Roussy, J.-L. Faure, Chiray, Desfosses, Belot, Joly et moi, fut l'occasion de rapports et de communications des plus intéressants et en très grand nombre. Le matin avaient lieu des démonstrations et des conférences dans les hôpitaux, l'après-midi de 2 heures à 5 heures ou 6 heures, et la soirée de 9 à 11 heures étaient consacrées aux séances.

Une très belle exposition nous permit d'admirer le gros effort qu'avaient fait quelques maisons françaises pour être représentées dignement et de faire connaissance avec les intruments et produits américains. L'organisation matérielle et scientifique fut parfaite, et l'on ne saurait trop féliciter le Dr Rheaume (de Montréal), président du comité d'organisation et ses collaborateurs.

Mais si j'ai fait un merveilleux voyage, ce n'est pas pour décrire la splendeur des paysages, la manière si touchante dont nous fûmes accueillis, l'hospitalité familiale que m'offrit mon ami GAGNIER, président de la Société d'électro-radiologie, les fêtes et les banquets que j'écris cet article. Je ne parlerai même pas de la médecine canadienne qui, tout en prenant aux Etats-Unis ce qu'il faut y prendre, est si largement inspirée de la Science française que, au moins en un séjour de peu de semaines, je n'ai pas trouvé de différence, au point de vue médical, entre un hôpital canadien et un hôpital parisien. Je désire en effet entretenir les médecins de la Vieille France de ceux de la Nouvelle France, afin de tâcher de les leur faire aimer comme eux-mêmes nous aiment.

***

Quand le roi Louis XV abandonna le Canada, il l'avait jugé de trop peu d'importance pour lui accorder un blason. Plus tard, beaucoup plus

tard, le roi d'Angleterre fut plus généreux ; les Canadiens prirent donc des armes où figurent des fleurs de Lys et une devise qui est composée de trois mots français : « Je me souviens ».

Cette devise, les Canadiens l'ont appliqué avec une persévérance qui a assuré leur existence, et ils l'appliquent encore avec une ténacité qui devrait nous rendre quelque peu honteux !

Durant près d'un siècle, ils vécurent sans communication avec nous : « Ni missionnaires, ni colons, ni livres, ni journaux. Il fallait durer, et pour durer, il fallait vivre sur ses réserves. »

« Aussi, de quels soins attentifs n'entourait-on pas les vieux livres de France où les aïeux avaient appris leur langue et lu leur histoire ! »

« Souvent l'écolier devait copier à la main l'exemplaire unique du manuel ouvert sur un lutrin, l'exemplaire sacré sur *lequel, seul, le maître avait le droit de poser les mains* » (1).

Répartis en paroisses, les Canadiens étaient instruits par leur curé qui, « âme de la défense, gardien de la religion et de la langue, cumula le sacerdoce du prêtre et celui de l'instituteur » (2).

Non seulement ils n'avaient pas oublié la langue, mais ils étaient arrivés, parfois au milieu d'émeutes sanglantes (comme celles de 1836 et 1837) réprimées par l'incendie, l'exil et la potence, à obtenir le droit de parler cette langue au Parlement, puis (1846) la création d'écoles françaises soutenues par l'Etat au même titre que les écoles anglaises, enfin (1852) la fondation à Québec d'une Université française dotée de tous les privilèges des Universités européennes.

Séparés de nous en 1763 par le traité de Paris, les Canadiens étaient donc arrivés à faire reconnaître leur individualité quand près d'un siècle plus tard, en 1855, une frégate française remonta le St-Laurent pour annoncer la reprise des relations commerciales. Cette individualité, ils l'avaient conquise à eux seuls, pendant que nous ne pensions même pas à eux ! Mais s'ils étaient restés eux-mêmes, c'est qu'ils avaient gardé leur langue .

En passant, il faut faire justice d'une légende, que les Canadiens anglais contribuent peut-être à répandre pour se justifier de ne pas apprendre le français (et que malheureusement on a peut-être tendance à accepter dans des milieux français non avertis). On prétend que les Canadiens français parlent un patois. Ceci est absolument faux. Certains ont un accent normand assez prononcé, dont il est difficile d'expliquer l'origine, car les voyageurs du 18e siècle s'étonnaient de la pureté parfaite de la prononciation ; ils ont gardé à certains mots le sens qu'ils avaient il y a deux cents ans alors que chez nous, ce sens s'est modifié ; ils appellent volontiers une voiture *un char* ; les ouvriers des villes ont francisé de nombreux termes anglais concernant la mécanique et l'industrie ; souvent, parce qu'on vivait au bord du grand fleuve, on a pris l'habitude d'expressions maritimes ; on dit facilement « *amarer* » au lieu de « attacher ». Mais les paysans sont beaucoup plus compréhensibles pour le vieux parisien que je suis, que les habitants de nombre de nos villages (je parle de ceux de nos villages qui utilisent le français et non de ceux où l'on patoise), et quant aux citadins, ils se servent de la même langue que celle qu'on entend en une quelconque ville du centre de la France. Pour les Canadiens instruits, il est inutile de préciser que leur français est tout à fait pur. Comme un anglais, que je ne connaissais pas, me demandait au Congrès mon opinion sur la langue des Canadiens, je lui tendis le petit opuscule édité par mon ami Leo Pariseau pour servir de guide raisonné à l'exposition qu'il faisait de ses livres anciens sur l'électricité médicale, et je lui dis : « Je voudrais savoir écrire le français aussi bien que ce Canadien ». Je lui montrai la dédicace « A l'épouse infiniment patiente qui reçoit sans murmurer dans sa maison les mille amis, encombrants et poussiéreux, que je recrute aux pays des livres, je dédie ce tout petit ouvrage, fruit d'un très grand labeur accompli joyeusement sous ses regards approbateurs ».

Quand on songe que les Canadiens, restés sur les rives du St-Laurent, étaient surtout des paysans n'ayant le temps ni de lire, ni de s'instruire, on est forcé de s'étonner que ce « miracle canadien » ait pu être réalisé, et d'admirer le degré auquel ont été poussés le dévouement à la mentalité française et l'opiniâtreté dans le souvenir.

***

Mais, ce qui est encore plus étonnant, c'est que la fidélité, qui s'est manifestée durant la période des persécutions, s'est maintenue tout entière à l'heure actuelle, où d'une part, le Canadien est devenu le libre citoyen d'un grand Etat, et où, d'autre part, il est entouré d'une civilisation qui a fortement évoluée dans le sens des satisfactions matérielles.

On trouve de cette fidélité des exemples multiples dans la vie journalière : les paquets de cigarettes faites de tabac canadien contiennent souvent un petit morceau de soie sur lequel sont brodées des fleurs de Lys et l'inscription « France ». Dans la campagne de la province de Québec, il est si commun de voir flotter sur une ferme un drapeau tricolore que le français, profondément ému le premier jour, finit par ne plus faire y attention.

Dans les manifestations officielles, le même souci de l'ancienne Patrie se donne libre cours. C'est ainsi qu'on offrit aux Congressistes un super-

(1) Dalbis. — Le bouclier canadien français.
(2) Dalbis. — Le bouclier canadien français.

be goûter dans les chantiers de construction de la nouvelle Université française, formidable bâtiment qui s'élève, en un site splendide et devant un panorama merveilleux, sur le flanc du Mont-Royal. On avait pour cela improvisé une salle en tendant d'immense drapeaux canadiens et français. Or, ces drapeaux étaient en nombre rigoureusement égal pour chacun des deux pays. Mais comment décrire l'émotion qui étreint un Français quand, à la fin d'un dîner d'une association médicale, il voit tous les convives, depuis le vieux praticien rural qui ressemble à un campagnard de chez nous endimanché, jusqu'au jeune docteur de la ville, élégant et d'allure américaine, devenir graves, se lever et chanter en chœur avec une foi profonde et un recueillement religieux quelque chant comme celui-ci :

« Jadis la France sur nos bords
Jeta sa semence immortelle,
Et nous, secondant ses efforts,
Avons fait la France nouvelle.
O Canadiens rallions-nous !
Et, près du vieux drapeau symbole d'Espérance,
Ensemble crions à genoux
Vive la France !

Plus tard un *pouvoir étranger*,
Courba nos fronts un jour d'orage
.... »

***

Il ne faudrait pas d'ailleurs s'imaginer que sa fidélité pour la France conduit le Canadien à nous admirer aveuglement et à nous copier servilement ; il y a des Français qui ne comprennent pas l'indépendance qui est la règle sur les bords du St-Laurent. Ils seraient disposés à traiter les Canadiens comme des jeunes frères que leurs aînés auraient le droit de gronder parce qu'ils ne suivent pas exactement leurs traces. Le Canadien à l'esprit indépendant qu'a tout vrai libéral.

Il est libéral parce qu'il a longtemps lutté pour conquérir sa liberté. Il est libéral aussi parce que depuis qu'il a conquis cette liberté, il vit fraternellement avec des compatriotes qui n'ont ni la même langue, ni la même religion, ni les mêmes mœurs que lui, et a ce propos, je crois qu'on peut citer, comme un beau trait de libéralisme, le superbe monument qui s'appelle le Palais législatif de Québec. Sur sa façade, de multiples statues représentent les grands hommes du pays : un Canadien d'origine française fait vis-à-vis à un Canadien anglais : la grande entrée est flanquée d'un côté de l'effigie de MONTCALM, le vaincu, de l'autre de celle de WOLFE, le vainqueur, tous deux tués d'ailleurs à la bataille des plaines d'Abraham.

Libéral, il l'est aussi parce que l'abandon du roi Louis XV ne lui a pas donné confiance dans les grands.

Mais ce libéralisme ne le pousse pas aux extrêmes ; s'il n'aime pas Louis XV, il n'aime pas davantage Monsieur de Voltaire, l'homme des « Ardents de neige », et il reste fidèle aux croyances de ses pères ; il est profondément catholique et il sent que son catholisme fait partie intégrante de sa nationalité. Et d'ailleurs, il a un clergé qui l'entretient dans ses idées libérales ; j'ai raconté à la Société de médecine de Paris que j'avais trouvé dans un recueil de chansons pour l'enfance, édité par les frères des écoles chrétiennes de Montréal, un hymne au créateur dont le refrain est : « je crois, je crois en toi, comme en la Liberté », ce qui démontre que les Ignorantins canadiens n'ignorent pas le culte de la liberté ; j'y ai raconté aussi comment c'était l'Université française et catholique qui défendait en Amérique le transformisme, dont l'enseignement est, comme vous le savez, prohibé aux Etats-Unis. Il va s'en dire bien entendu que le transformisme y reste, ce qu'il est en réalité, une théorie scientifique et n'est pas devenu, comme pour les instituteurs de chez nous, un dogme en même temps qu'une machine de guerre.

Enfin, le Canadien est libéral parce qu'il n'est pas habitué à compter perpétuellement sur l'Etat. Là-bas, c'est l'initiative privée qui est à l'origine de toutes les entreprises, et cette initiative privée est aidée par les congrégations. Les congrégations sont en effet en général fort riches : il leur a été donné, lors de l'arrivée des premiers colons, des terrains pour y installer des églises et des œuvres dans chacun des points où paraissait devoir se développer une agglomération. Quand ces agglomérations sont devenues des villes importantes (Montréal compte maintenant plus de 800.000 habitants) les propriétés des Congrégations ont pris une valeur considérable. Mais, en ce qui concerne les sujets qui nous intéressent, quand un particulier juge qu'il est utile de créer un hôpital, une école, ou toute autre œuvre semblable, ou bien il tâche de décider une congrégation à faire la fondation (c'est ainsi que l'hôpital St-Jean de Dieu, véritable petite ville, avec sa voie ferrée intérieure, analogue par son but à notre Salpêtrière, mais de bien plus grande taille, est la propriété d'une Congrégation), ou bien il forme un comité et demande à la congrégation, soit de prêter de l'argent, soit même simplement de fournir un cautionnement.

Et s'il ne réussit pas auprès de l'une, il s'adresse à l'autre, frappant à toutes les portes jusqu'à ce que, si son idée mérite d'être prise en considération, il ait eu gain de cause.

***

Il me semble que j'en ai assez dit pour prouver que les Canadiens, s'ils diffèrent de nous, parce qu'ils ont évolué en étant séparés de nous, maintiennent en Amérique, en face des Etats-

Unis où les prohibitions de toutes sortes semblent l'aboutissement de la liberté, un libéralisme peut-être plus complet que le nôtre et qu'en tous cas ils méritent que nous les aidions dans la grande œuvre qu'ils ont créée ; « l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord ».

Nos confrères de la Nouvelle France ont en effet battu le rappel de tous les médecins se rattachant à la culture française : descendants des colons de la Louisiane, comme eux abandonnés par la mère Patrie, descendants d'émigrants venus des divers pays de langue française et habitant soit l'Amérique du Nord soit l'Amérique centrale.

Cette Association compte plus de deux mille membres, elle tient des Congrès très suivis, tous les deux ans, Congrès qui non seulement sont une propagande pour la science médicale française, mais maintiennent parmi ses membres des sentiments de civilisation française. Pour ne citer qu'un exemple, déjà cité ailleurs, j'ai vu au Congrès de cette année les citoyens américains prendre leurs repas avec un confrère du plus beau noir. Parce que ce nègre se réclamait comme eux de la culture française, ils oubliaient la phobie des Américains envers les gens de couleur.

Il serait à la fois et de simple reconnaissance pour l'amour que témoignent les Canadiens envers les Français et de bonne propagande pour la Science française que nous fassions tous nos efforts pour ajouter par notre présence au succès de ces Congrès. Ce serait d'ailleurs un excellent moyen de diffuser en Amérique les idées françaises.

Pour cela nous devrions faire un effort pour que, soit par nos propres moyens, soit avec l'aide du gouvernement, puisque nous ne savons plus guère nous passer de l'aide gouvernementale, nous nous rendions nombreux au Canada. Le voyage est long évidemment, mais les beautés du paysage et la chaleur de la réception méritent que l'on dépense quelques jours pour aller vivre dans l'enchantement ; le voyage est coûteux ; mais si nous étions un certain nombre et que nous fassions ensemble la traversée, nous obtiendrions de très notables réductions.

L'idéal serait évidemment, projet qui est dans l'air, qu'un jour le Congrès de médecine de langue française d'Europe aille se réunir avec le Congrès de même nom d'Amérique. Espérons qu'il ne s'agit pas d'un rêve.

C'est, en effet, qu'à côté des raisons d'ordre sentimental sur lesquelles j'ai beaucoup insisté, l'établissement d'étroites relations scientifiques avec les Canadiens français serait un grand bien.

Placés au voisinage immédiat des Etats-Unis et parlant tous l'anglais, ils sont à même de faire le trait d'union entre la médecine française et la médecine américaine. Pour ne citer qu'un fait, j'ai beaucoup profité non seulement du rapport écrit par lui pour le Congrès sur « l'exploration radiologique dans la cholecystite et la lithiase biliaire », mais des conversations que j'ai eues avec notre confrère DESJARDINS, directeur de la division radiologique de la Clinique Mayo de Rochester. Les Canadiens, si nous les soutenons, ont à remplir un double rôle : répandre aux Etats-Unis la Science française ; faire connaître aux Français, qui si souvent sont rebelles à l'étude des langues étrangères, la Science américaine.

En invitant les français à mieux connaître les Canadiens (je n'obéis donc pas seulement à un sentiment de reconnaissance pour la façon inoubliable dont j'ai été reçu ; mais j'estime que je les incite à se rapprocher d'agents de liaison dont l'importance peut être énorme pour la diffusion de la Science, qui, si les savants ont une Patrie, doit planer au dessus des frontières.

L'attachement des Canadiens à leur mère Patrie peut faire d'eux les missionnaires du plus noble des internationalismes !

LES BIGLES ET LES BORGNES DANS LES PROVERBES

Par Albert GARRIGUES

Il faut se méfier des gens marqués au B, dit un proverbe ; les bigles et les borgnes sont de ceux-là. Je ne reviendrai pas sur le vieil adage (1), mais il convient de rappeler que la parémiologie, en la circonstance, s'inspira du sentiment traditionnel que les infirmes sont d'un fâcheux augure, ou du moins méchants. De ceci les bigles nous fournissent un exemple.

D'une part, sans parler du *mauvais œil*, qui est tout autre chose, il n'est pas douteux que cette *distorsion contrainte avec inégalité de la veuë que nous appelons en françois louche ou bigle* (1) fut regardée jadis comme maléfique.

> *Non istic obliquo oculo mea commoda quisquam*
> *Limat ; non odio obscuro morsuque venenat* (2),

(1) Cf. Les gens marqués au B, *L'Association médicale*, 1931.

(1) Amb. PARÉ. — *Œuvres*, chap. XVII, t. II, p. 604 dans l'édition de J. F. Malgaigne, in-8, Baillière, Paris, 1840.

(2) « Ici, personne ne trouble mon bonheur de son regard louche, ne l'empoisonne de sa sourde haine et de ses attaques. » — Les modernes ont volontiers abandonné la pensée antique du maléfice et, lorsqu'ils emploient l'expression d'Horace, c'est dans le sens de

écrivait Horace à son jardinier (1). De ce sentiment, l'argot, mieux encore, a gardé jusqu'à nos jours le souvenir. Regarder du coin de l'œil, *obliquo oculo*, c'est guigner ; les mots *guigne* et *guignon*, l'expression *porter guignon* en sont venus.

D'autre part, la déviation des lignes visuelles, qui ne se rencontrent pas sur l'objet fixé, enlève au regard de sa franchise, et le populaire passe vite du fait observé à son interprétation fausse. De même, par exemple, ἀγκύλος : courbé a pris aussi le sens de retors et de fourbe et de cela on peut, sans y insister, rapprocher le terme péjoratif : *une affaire louche*. En outre, par une suite facile d'idées, *regarder de travers* témoigne d'une malveillance franche, et l'expression s'est encore retournée contre les bigles.

L'étymologie, qui éclaire d'ordinaire le sens des mots, ne nous donne, ici, nulle lumière ; car nous restons à nous demander d'où le mot bigle est venu. Les Grecs disaient στραβός, les Latins *strabus*. Il faut chercher ailleurs. On a cherché et parfois avec une fantaisie dont il est charitable de ne pas rappeler les résultats. Le plus souvent, on tient avec Court de Gebelin (2) que, passant par biscle, le mot viendrait de *bis-oculus*, œil double, vision double (3), analogue à l'espagnol bis-ojo (louche). En vérité, la mutilation serait bien forte et Littré le souligne à juste raison (4). Aussi, d'autres ont-ils plus volontiers proposé *obliquus* d'Horace, qui aurait donné, par transposition de l, *bicle* en genevois et en français (5). Il n'est pas, enfin, sans intérêt de signaler une racine celtique *beig*, dévier, obliquer, fuir de côté (secondaire de *beic*, fuir), qui donna *bigue* en langue d'oc avec le sens d'oblique, et d'où bigle pourrait dériver (6). Toutes ces étymologies restent douteuses.

regard jaloux et méchant. Ainsi Martine de Bertereau dans *la Restitution de Pluton à Son Eminence* (in-12, Hervé du Mesnil, Paris, 1640, p. 64), écrivait pour prévenir dans l'esprit de Richelieu ceux qui doutaient de ses découvertes minières : « *Celuy qui regarde tout d'un œil oblique et louche dira que c'est un abus de vouloir chercher des mines en France.* »

(1) Horace. — *Epîtres*, liv. I, épît. 14, p. 149 dans l'édition M. Nisard, in-8, Didot, Paris, 1878.

(2) Court de Gebelin. — *Monde primitif. Dictionnaire étymologique de la langue française*, in-4, Valleyre, Paris, 1778, p. 199.

(3) E. Brissaud. — *Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine*, in-12, Chamerot, Paris, 1888, p. 309 (en rapproche le vieux français *bireuil*, *conservé dans le dialecte saintongeois*. Mais c'est à tort qu'il traduit *bireuil* par double œil en négligeant *r*. En réalité, cette lettre n'est pas une pure lettre euphonique et le languedocien dans son *biro-el* marque son importance. *Bire est pour vire* ; virer est tourner ; le bigle est un *tourne œil*.

(4) Littré. — *Dictionnaire de la langue française*, Hachette, Paris, 1878, t. I, p. 344.

(5) Cf. A. Scheler. — *Dictionnaire d'étymologie française*, in-8, Schnée, Bruxelles, 1862, p. 34.

(6) P. Malvezin. — *Glossaire de la langue d'Oc*, in-8, Paris, 1908, pp. 24, 117.

Peut-être cherche-t-on trop loin et le mot est-il plus récent qu'on ne le suppose. Cette pensée vient à l'esprit lorsqu'on remarque que, précisément, la parémiologie, en dehors de ses gens *marqués au B*, ne fait aux bigles aucune place. Certes, le langage populaire a créé, pour dire *loucher*, maintes expressions proverbiales pittoresques ou amusantes : *avoir un œil au champ et un autre à la ville*, — *regarder en Picardie* (ou en Gâtinois) *si la Champagne brûle* (1), — *to look at once on the ground, and at the north pole star* (2), et cette autre de Franche-Comté : *regarder le bon Dieu de travers le jour de la Semaine Sainte*. Mais ce ne sont point, là, de vrais proverbes.

De ceux-ci pourtant il en est un que j'ai retrouvé, où si le mot bigle n'entre pas, parce que l'adage est latin, le strabisme du moins est en cause : *Inter cæcos regnat strabus*. Toutefois, prenons-y garde, ce n'est là qu'une variante de : *In regione cæcorum rex est luscus*, variante rare du proverbe commun : *Borgne est roy entre aveugles*, sous sa forme ancienne (3), *Au pays des aveugles les borgnes sont rois*, sous sa forme actuelle.

Ces variantes sont chose banale. Ainsi, les Grecs avaient cette autre, où le chassieux, celui qui a la vue basse, remplace le bigle et le borgne : Ἐν τοῖς τόποις τῶν τυφλῶν λημῶν βασιλεύει ; mais il semble bien que le proverbe primitif est celui qui mit en cause les borgnes. D'une part, on le retrouve chez presque tous les peuples, même chez les Orientaux (4). D'autre part, de toutes les affections oculaires, *borgnoyer* (suivant le vieux terme) est celle qui a le plus fourni à la parémiologie. Enfin, maints autres proverbes ont repris sous des formes différentes, mais toujours avec le mot borgne, l'idée générale du *luscus rex cæcorum*, à savoir que *de deux maux il faut choisir le moindre*. Ainsi, *Mieux vault monocle qu'aveugle* (forme ancienne) (5), *mieux vaut être borgne qu'aveugle* (forme moderne) ; ainsi le proverbe russe : *Qui est borgne plaint les aveugles* ; ainsi même l'expression courante :

(1) Expression imitée d'Aristophane dans *Les Chevaliers*, v. 173-174 (p. 57 dans l'édition de Th. Bergk in-12, Teubner, Leipsig, 1852) : *Tourne l'œil droit vers la Carie* (au sud d'Athènes) *et le gauche vers la Chalcédoine* (au nord d'Athènes). Le comique grec aimait ces images ; on en trouve d'analogues au v. 76-78 de la même comédie, où Χάοσι prêtent à un grossier calembour : *Une de ses jambes est à Pylos, l'autre dans l'Assemblée, et son derrière est chez les Chaoniens* (*loc. cit.* p. 54).

(2) Regarder à la fois vers la terre et vers l'étoile polaire.

(3) H. Estienne. — *La précellence du langage français*, édition Feugère, in-12, Delalain, Paris, 1850, p. 233

(4) D'après Didier Loubens : *Les Proverbes et locutions de la langue française*, in-12, Delagrave, Paris, 1889, p. 51.

(5) Gabriel Meurier. — *Trésor des sentences*, XVIe siècle.

Changer son cheval borgne contre un aveugle, et cette autre moins commune : *Se crever un œil pour faire perdre les deux à autrui* (1), bien qu'ayant chacun une application particulière, laissent apercevoir aisément que l'idée de moindre mal est le fonds sur lequel les dictons se sont formés.

L'expression dernière est peu courante ; elle n'est pas non plus fort ancienne. On peut donc conter le fabliau de notre trouvère Jean de Boves, d'où, paraît-il, elle serait venue.

C'était au temps où Saint-Martin cheminait. Au soir d'un jour qu'il avait fait longue route avec deux inconnus qui ne le connaissaient pas, sinon de réputation, il se nomma en les quittant ; et, parce qu'il avait découvert que les démons de l'envie régnaient sur ces deux hommes, il leur offrit de combler leurs vœux. « Que l'un de vous, dit-il, demande ce qu'il désire et je le lui accorderai. Au second, qui n'aura rien demandé, je donnerai le double. » Ce *double* était si tentant que chacun des compères désirait l'avoir. Les voilà donc qui s'exhortent l'un l'autre à former un souhait magnifique, mais à s'en défendre à qui mieux mieux. Aussi, de la ruse des conseils passèrent-ils vite à la colère ; les injures suivirent et bientôt les coups. Lors, le plus fort saisit le plus faible à la gorge : « Parle le premier, dit-il, ou je t'étrangle ! » Et l'autre, étouffant et sous l'étreinte et de fureur : « Je souhaite d'être borgne », cria-t-il. Il le fut aussitôt, tandis que son camarade devenait aveugle. Cy finit la moralité que Jean de Boves a plus joliment contée.

Le miracle de Saint-Martin nous a éloignés de *Inter cæcos regnat strabus*. C'en est presque un autre qu'Henri Estienne, traduisant le proverbe, ait rendu *strabus* par borgne (2) et que L. Martel l'ait suivi (3). Cette erreur a du moins l'avantage de nous montrer que, parmi les modernes, la confusion n'est point rare entre bigle et borgne, entre *strabus* et *luscus*.

Pour cette dernière, il semble qu'il faille rapporter la faute à une mauvaise étymologie, et que tout le mal vient d'avoir dérivé louche, louchon (qui est bigle) de *luscus*. *A priori*, pareille étymologie est tentante ; mais on ne peut oublier que *luscus* n'a jamais eu le sens de bigle et qu'il désigne le borgne par accident, en opposition avec *cocles* : borgne de naissance. Cela seul suffit à refuser à *luscus* d'être à l'origine de louche. Je sais bien que Littré fait bon marché d'une telle objection. *Le changement de sens*, dit-il, *ne peut faire ici de difficulté ; déjà de* luscus, *borgne, le latin avait fait* lusciosus, *louche ; ainsi le changement de sens était déjà opéré* (1). Le malheur pour cette opinion, que Littré a empruntée à Court de Gebelin (2), est que *lusciosus* et son synonyme *luscitiosus* ne signifient point louche. Si on parcourt le *Corpus* des auteurs qui ont écrit sur la langue latine (3), on voit que ni S. P. Festus (4), ni Nonnius Marcellus (5), ni Fulgentius Planciades (6), ni Isidore de Séville (7) n'ont accordé à ces mots un pareil sens, mais leur donnent celui ou d'héméralope, ou de nyctalope, ou de myope, tout comme Sénèque (8) Ausone de Popma (9), Vossius (10), Barth. Castellus (11), Gardin-Dumesnil (12) et d'ailleurs nos actuels dictionnaires.

Notons, en passant, que l'étymologie de *luscus*, celle de louche, celle de borgne, l'une autant que l'autre, sont obscures. Pour la première, Theil (13) dérive *luscus* d'un primitif λύγη (obscurité) ou λύκη (crépuscule du matin), qui s'accorde mal avec le véritable sens du mot. Isidore de Séville fait venir celui-ci de lux, et d'autres ont précisé de *luci-secus*, c'est-à-dire *cui lux secta est* (14).

Louche, qui s'écrivit d'abord *lousche* (15), viendrait d'après le P. Labbé (16) d'un mot teutonique inconnu, qui donna chez les Belges *warlouque* pour dire bigle. D'autres, tenant une origine celtique pour la plus probable, rapprochent le mot *lust* (anglais), *lust* (flamand), *lust* (allemand) avec le sens de convoitise, de la signification

---

(1) De chez nous, ce proverbe est passé en Espagne : *Sacar se un ojo por sacar a otro los dos*. Scarron l'a altéré pour noircir davantage le caractère de la Rancune : *Le malicieux comédien, qui était un homme à s'éborgner pour faire perdre un œil à un autre, tira le pauvre marchand par le bras* (*Roman comique*, chap. VI, p. 18 dans l'édition P. Christian, in-12, Lavigne, Paris, 1842).

(2) H. Estienne. — *La Précellence du langage français*, édition L. Feugère, in-12, Delalain, Paris, 1850, pp. 233-234.

(3) L. Martel. — *Petit recueil des proverbes français*, in-12, Garnier, Paris, 1884, p. 101, § 239.

(1) Littré. — *Dictionnaire de la langue française* in-4, Hachette, Paris, 1878, t. III, p. 347.

(2) Court de Gebelin. — *Monde primitif. Dictionnaire étymologique de la langue latine*, 2e partie, in-4 Valleyre, Paris, 1780, p. 1010.

(3) *Auctores linguæ latinæ in unum corpus redacti et notis illustr.*, à D. Gothofredo, in-4, Genève, 1602.

(4) S. P. Festus. — *De verborum significatione, loc. cit.*, p. 307.

(5) Nonnius Marcellus. — *De proprietate sermonum*, ch. II, § 512, *loc. cit.*, p. 560.

(6) Fulgentius Planciades. — *De prisco sermone*, 13, *loc. cit.*, p. 803.

(7) Isidori. — *Originum lib. xx*, livre X, *loc. cit.*, p. 1079.

(8) Seneque. — *De Beneficiis*. lib. III., cap. 1. Quelques éditions pourtant par exemple, celle de Nisard (in-8, Didot, Paris, 1838, p. 166) au lieu de *lusciosi* portent *vitiosi oculi*.

(9) Ausonii Popmae. — *De differentiis verborum*, in-8, édition salésienne, Turin, 1865, p. 289.

(10) Vossius. — *Etymologicon linguæ latinæ*, in-fol. J. Grégoire, Lyon, 1664, p. 299.

(11) Barth. Castellus. — *Lexicon medicum*, in-4, de Tournes, Genève, 1746, p. 469.

(12) Gardin-Dumesnil. — *Synonymes latins*, in-8 Aumont, Paris, 1813, p. 96.

(13) Theil. — *Dictionnaire latin-français*, in-8 Didot, Paris, 1852, p. 927.

(14) Cf. B. de Roquefort. — *Dictionnaire étymologique*, in-8, Decourchant, Paris, 1829, t. II, p. 27.

(15) Cf. Bernier. — *Antiquités de Reims*, 1635.

(16) P. Labbé. — *Etymologie des mots français*, 1re partie, Paris, 1661.

figurée qu'à pris loucher dans notre langue dans l'expression : *loucher vers quelque chose* ;

Montrez-lui des écus, vous le verrez loucher.

Pour borgne enfin, que les Italiens nous ont emprunté dans leur *bornio*, l'opinion de Ménage, invoquant *orbus*, et celle de Court de Gébelin (1) proposant *morne* (qui a perdu son éclat, mutilé), d'où morgne et borgne, ne restent que comme des exemples de ce que l'imagination peut inspirer, des exemples qui font resouvenir de ce mot de M. Arnold van Gennep : *rien de dangereux comme les étymologies* (2). Noël et Carpentier (3) remontent à une racine celtique *born*, qu'on rencontre, en effet, dans le bas-breton *born* = borgne ; mais qu'on ne retrouve pas, suivant Littré (4), dans les autres langues celtiques, si bien qu'il serait permis de penser que le bas-breton a emprunté, ici, au français au lieu de lui fournir. Pourtant, la racine *bor*, percer, creuser, qu'on retrouve dans le latin *forare*, a donné en langue d'oc *borne* au sens de creux, caverne, *bornie*, qui a un œil creux, *bournicar*, regarder d'un œil.

Il est difficile de prendre parti ; et, pour parler franc, nous ne savons pas.

Quant à la confusion de bigle et de borgne, les patois français et roman, si l'on en croit Darmsteter (5) la font perpétuellement. Le vieux mot *bornicle* (6), qui, dans les dialectes genévois et franc-comtois, signifierait homme qui louche, illustrerait la chose, et de même le mot berrichon *calorgne*, contraction de *caliborgne*, qui précise le strabisme externe : Que ces mots, signifiant bigle, rappellent borgne à l'oreille, cela peut en effet aider à la confusion ; mais, d'une part, rien ne permet d'assurer que cette confusion est toute naturelle par le fait que *l'homme qui louche regarde d'un seul œil pour ne pas voir les objets doubles* (7), étant ainsi semblable à un borgne ; — d'autre part, je ne connais pas d'exemples de cette confusion, dit-on, si commune ; — tant qu'enfin il est impossible d'affirmer avec Brissaud (7) que le sens primifif de borgne fut louchon.

De toute façon, il est frappant, comme nous l'avons remarqué déjà, que la parémiologie ait négligé bigle, alors que borgne lui a fourni tous les proverbes qu'on vient de voir et foule d'autres encore.

Parmi ces derniers, les uns sont de simples expressions argotiques ou populaires, par exemple : *boiteux d'une chasse, borgne de Provence, faux borgne.* — Sur *boiteux d'une chasse*, on peut passer ; *chasse* est argotique pour œil. — *Borgne de Provence* signifie aveugle, mais non pas comme l'assure Quitard (1) *parce que les Provençaux, dans leur patois, disent borgne pour aveugle*, car je ne connais aucun patois provençal où borgne veut dire aveugle. Avec quelque vraisemblance, on peut plutôt penser que l'expression vient de la réputation bien établie, je ne dis pas méritée, que les Provençaux ont, ne disons pas davantage de mentir, mais d'exagérer tantôt en plus, tantôt en moins. Ici l'exagération est en moins. — *Faux borgne* est celui qui feint d'avoir mauvaise vue, alors qu'il y voit à merveille, et, en généralisant, celui qui fait le niais pour tromper.

Dans ce premier groupe, on peut aussi ranger l'expression *Quebrar el ojo al diablo* (crever l'œil au diable), dont le sens serait d'empêcher un désordre ou un crime, mais plutôt de réussir dans une chose auparavant tentée en vain et de parvenir malgré l'envie. A première vue, il semble que le mot diable soit le plus important du dicton, que l'idée principale est celle d'une mutilation qu'on fait subir à Satan, et que cette mutilation pourrait être quelconque. Il n'en est rien, s'il est vrai, comme certains le pensent, qu'il faut voir à l'origine de l'expression une allusion au mauvais œil des jettatores. Alors, supprimer l'œil maléfique peut, en effet, changer le sort. Dans cette hypothèse, *crever un œil au diable* n'a plus aucun rapport avec les borgnes.

Un second groupe est fait de proverbes véritables. Dans quelques-uns, le mot, l'idée de borgne n'a qu'une valeur relative et ces proverbes, par suite, ont des doublets. Ainsi : *Au cas que Lucas n'aurait qu'un œil, sa femme aura épousé un borgne* et *Si tu passes dans le pays des borgnes, fais-toi borgne.* — Le premier est une réponse populaire aux indécis qui, redoutant le possible et l'impossible, disent toujours : « mais au cas que telle chose arrive »... Il se rapproche du proverbe plus commun : *Si Paris était tout petit et si l'on avait une grande bouteille, on pourrait mettre Paris dans une bouteille.* — Le second, qui est arabe, a des doublets turc : *Dans le pays des aveugles, ferme les yeux*, et français : *Il faut être fou avec les fous* (2), ce dernier ayant inspiré un amusant sirvente politique au troubadour

---

(1) Court de Gebelin. — *Monde primitif. Dictionnaire étymologique de la langue française*, in-6, Valleyre, Paris, 1778, p. 176.

(2) A. Van Gennep. — *Religions, mœurs et légendes*, in-12, Mercure de France, Paris, 1908, t. I, p. 256.

(3) Noel et Carpentier. — *Dictionnaire étymologique*, in-8, Le Normand, Paris, 1857, t. I, p. 150.

(4) Littré. — *Dictionnaire de la langue française*, in-4, Hachette, Paris, 1878, t. I, p. 376.

(5) Arsène Darmsteter. — *La vie des mots*, p. 105.

(6) *Bornicle* est aussi d'origine inconnue. On a proposé (?) *bar-oculus*, mauvais œil.

(7) E. Brissaud. — *Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine*, in-12, Chamerot, Paris, 1888, p. 309.

(1) P. M. Quitard. — *Dictionnaire des proverbes*, in-8, Bertrand, Paris, 1842, p. 160.

(2) Comparer : *Siatz en luoc folhs ab los falz* (P. Rogiers).

P. Cardinal. Tous deux ont un sens général qui se passe d'explication. Au besoin, on trouvera celle-ci dans le sirvente, dont le Dr Faurie a donné une traduction connue (1).

D'autres fois, n'avoir qu'un œil semble l'essentiel du dicton ; cependant, l'infirmité ne fournit matière qu'à une observation banale, qu'on ne doit même pas prendre à la lettre ; et il faut chercher l'intérêt de l'adage dans des applications, ici encore, générales. Par exemple : *A un œil crevé une fanfreluche* (une bagatelle) *ne peut nuire*, ou encore : *Qui n'a qu'un œil souvent le torche.*

Ailleurs, la monophtalmie est vraiment le tout du proverbe. Celui-ci en devient plus curieux ; témoin : *Voilà bien visé pour un borgne.* Il y a, là, assurent les parémiologistes, une moquerie des tireurs maladroits (2), *parce que selon les médecins, on voit mieux, plus droit et plus loin d'un œil que quand on se sert des deux ensemble* (F. J. Leroux). Ce *parce que* est de trop, et les médecins, qui n'ont jamais dit chose pareille, n'ont rien à voir dans l'affaire. L'observation populaire est simple et exacte. Le tireur, qui garde ses deux yeux ouverts, tire au jugé et est l'exception. D'ordinaire, on ferme un œil pour viser et, pour un instant, on se fait borgne. Dès lors, le résultat du tir est susceptible de donner deux sens au proverbe. Heureux, il mérite un éloge particulier du fait que l'usage d'un seul œil a si bien réussi ; malheureux, il conduit à chercher une excuse dans la monophtalmie. Seulement pareille excuse est de peu de valeur parce que cette monophtalmie momentanée fut volontaire. Cela même ne serait-il pas qu'il est aisé d'ailleurs de prévoir à quoi la parémiologie, ici, va incliner. En telles alternatives, les proverbes n'hésitent pas et choisissent le pire. Aussi l'expression *Bien visé pour un borgne* est-elle, comme on l'a dit, mais pour d'autres raisons que celle qu'on donne, une raillerie à l'égard des maladroits en général ; et ces autres raisons sont plus intéressantes que le proverbe même.

Un dernier groupe est formé d'expressions proverbiales que ne rapproche pas seulement l'idée commune d'irrégularité, d'imperfection, de défaut que le mot borgne éveille dans la pensée populaire, mais encore dans lesquelles cette idée est mise en relief, passe au premier plan. Ceci nous ramène au discrédit dont la parémiologie frappe les *gens marqués au B*, qui furent le point de départ de cette étude. Dans ces expressions, il y a cependant toute une gradation qui va de la notation du défaut, bien marquée mais sans intention maligne, jusqu'à l'idée franchement péjorative : *grenade borgne, ancre borgne* (qui n'a qu'une patte), *fistule borgne* (qui n'a qu'une ouverture), *têton borgne* (qui n'a pas de mamelon), *fenêtre borgne* (qui donne le jour, mais ne permet aucune vue extérieure), *chou borgne* (qui n'a pas de bourgeon terminal et incapable ainsi de pommer), et celles-ci où la mauvaise qualité de la chose et le mépris qu'on en fait sont évidents : *cabaret borgne, collège borgne, maison borgne.*

Deux de ces expressions ont un intérêt particulier. L'une est : *causer comme une pie borgne.*

> Les uns disent que je suis cul-de-jatte ; les autres que je n'ai point de cuisses et que l'on me met sur une table dans un étui, où *je cause comme une pie borgne* (Scarron, *Portrait*).

Certes, la pie est un oiseau qui sait imiter la parole de l'homme, jaseur et souvent importun ; mais pourquoi la parémiologie assure-t-elle que la pie est particulièrement bavarde quand elle est borgne ? — *Peut-être faut-il voir là,* écrit Ch. Rozan (1), *une allusion à ce que les oiseaux chantent surtout lorsqu'ils sont aveugles ; on aura admis que la pie, devenue borgne, était sur le point d'arriver au moment où elle parlerait le plus.* Il est vrai qu'on aveugle quelquefois les oiseaux chanteurs, mais je n'ai nulle part vu, ni lu, qu'on leur crevât seulement un œil. Quant à conclure par analogie de la cécité à la monophtalmie, comme le fait Ch. Rozan, c'est chose hasardée et, pour parler franc, chose impossible. Mieux vaut avouer que l'origine du proverbe reste à découvrir.

L'autre est celle de *contes borgnes* et *comptes borgnes.* Entre ceci et cela, on fait aujourd'hui une différence.— Un *compte borgne* est un compte où il y a des fractions ; le terme s'oppose à celui de *compte rond,* et l'expression rejoint celle de *compte d'apothicaire,* devenue maintenant *compte de plombier.*— Un *conte borgne* est un récit sans agrément et surtout sans véracité. M. de la Mésangère a rapproché d'amusante manière les deux expressions : *Les menteurs,* dit-il (2), *sont ennemis des contes ronds. Vous ne les entendez pas dire qu'ils ont tué vingt perdreaux à la chasse, ou gagné vingt ou trente pistoles au jeu, mais dix-neuf perdreaux, vingt-neuf pistoles, ou même vingt-neuf et demie. Ce sont ces nombres impairs dans un récit qui auront fait appeler* contes borgnes *des détails controuvés.*

En réalité, *compte* et *conte,* l'un et l'autre dérivés de *computare,* sont un même mot qui s'est dédoublé par polysémie. Ils étaient confondus autrefois sous le rapport de l'orthographe

(1) Résumé dans la Folie dans les proverbes, *Art médical,* n° 59, 31 mai 1928.

(2) Cf. J. Panckoucke. — *Dictionnaire des proverbes français,* in-12, Savoye, Paris, 1758, p. 92, ; et F. J. Leroux, *Dictionnaire comique,* in-8, Pampelune, 1786, t. II, p. 132.

(1) Ch. Rozan. — *Les animaux dans les proverbes,* in-12, Ducrocq, Paris, s. d., t. II, p. 241.

(2) M. de la Mesangère. — *Dictionnaire des proverbes français,* in-8, Treutel, Paris, 1823, pp. 100-101.

et conter dans le sens de calculer fut employé au XVII[e] siècle plus souvent que compter. Ainsi, dans la farce de *La querelle de Gaultier Garguille et de Perrine sa femme* : *Tu me contes des fagots pour des cotterets.* De même, Ronsard écrivait :

Si tu veux me conter *les fleurs*
Du printemps.....

On lit aussi dans la rédaction officielle de l'*Entrée du Roy et de la Reyne*, le 26 août 1660 : *Chambre des contes.* Enfin, on trouve, d'après de Walckenaer, une édition de Boileau avec ce vers :

Parmi les Pelletiers on conte *les Corneilles.*

Le dédoublement du mot en deux autres différents de sens et d'orthographe a conduit à une expression proverbiale double ; et c'est ainsi à une date relativement récente que *compte borgne* et *conte borgne* ont pris chacun son sens particulier.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXXXV. — MARQUIS DE SADE. — **Léonore et Clémentine**. Un vol. 16 × 25 tiré à 74 exemplaires numérotés sur pur fil Montgolfier, illustré de quatre eaux-fortes de Viset. Editions Au Cabinet du Livre. Paris. 1930.

Je vous ai signalé il y a quelques semaines un volume illustré avec nonchalance par Viset. Il a beaucoup plus soigné cette fois-ci son dessin : les mâles ont des aspects sournois ou d'un farouche romantisme tempéré par les courbes languides de Léonore ou de Clémentine ... ou de leurs sœurs. L'opposition des noirs et des blancs est heureusement traitée. Le texte est formé d'extraits raccordés tirés d' «Aline et Valcour » dont l'ensemble représenterait quatre gros ouvrages et qui ne fut réédité qu'une fois au 19[e] siècle. Ce choix d'aventures ne se recommande pas par la vertu que prête l'auteur aux personnages. Le distingué préfacier, Monsieur Louis Perceau, nous avertit bien que le Marquis mérite d'être placé parmi nos meilleurs écrivains eu égard à ses qualités de style et de composition. Avant de le mettre au programme, avec les classiques, il faudra cependant effectuer dans son œuvre des coupes encore plus sombres que celles présentement pratiquées. Quant à trouver là-dedans l'expression d'une philosophie préconçue, révolutionnairement moralisatrice, je crois que cette affirmation légendaire est simplement propagée et entretenue d'âge en âge par l'enthousiasme d'une équipe de vieux messieurs fatigués et reconnaissants. Ces réserves générales n'enlèvent rien à la netteté de l'édition et à son agrément typographique. Ce n'est qu'une question d'angle d'observation ; quant à l'Inquisition, elle en a entendu d'autres et la résignation stoïque des héroïnes n'y perd aucun ornement ... professionnellement superflu et anatomiquement inutile.

CCXXXVI. — Paul POIRET. — **En habillant l'époque.** Un vol. 14 × 19, illustré de reproductions hors texte. Editions Grasset. Paris, 1930, 18 francs.

Paul Poiret, à qui on offrait en 1913 treize millions-or de sa maison de couture est ruiné. Il a gardé de la distinction de son temps doré et au lieu du mot que je viens d'écrire il précise qu'il n'« est plus riche » ! Il a accepté d'ailleurs avec une sereine élégance ce mauvais coup du sort . Et il raconte avec infiniment d'esprit les souvenirs du temps où les puissants s'honoraient d'être ses amis ou ses hôtes. Beaucoup l'ont abandonné et l'auteur a bien le droit de leur trouver les dimensions de Bonaparte ou de Jocrisse ! Une excessive originalité le poussait à de ruineuses conceptions d'art, car il ne fut pas que couturier ; et dans la transcription de ses tentatives, de ses succès, de ses déboires il a gardé cette façon très personnelle de présenter ses créations. Son style a de l'aisance, ses anecdotes, du mouvement, ses pointes de la vigueur, ses histoires cinglent vers le destinataire comme des flèches empoisonnées. Et son livre en acquiert une puissante richesse, une profonde diversité. Mais ce que j'admire plus encore, c'est la force de caractère, le ressort de cet homme qui caché dans la retraite tranquille d'une petite maison de banlieue, où entrent tour à tour la pluie et le soleil, songe de toute sa foi à l'avenir reconstruit (où il retrouvera les mêmes pignoufs, qui auront oublié, eux, le sévère traitement qu'ils ont reçu dans ces pages) et là la vie nouvelle plus fastueuse que celle dont il nous conte avec talent le cours prodigieux et tumultueux comme un règne.

CCXXXVII. — Henri FAUCONNIER. — **Malaisie.** Roman, Un vol. in-16 de 320 pages. Editions Hock, Paris, 1930, 15 francs.

Monsieur Fauconnier a recueilli le Prix Goncourt, et rêve déjà d'une suite à son livre, qui s'appellera Malaisie II. Les suites d'ouvrages réunis ne sont pas toujours de même veine que la souche. Nous souhaitons que Monsieur Fauconnier démente la règle et donne sur la presqu'île de Malacca un second aperçu qui ait l'originalité du premier. Les qualités de celui-ci le rapprochent nettement du roman anglais, sobre, dramatique, fortement ancré dans un cadre minutieusement décrit. L'existence du planteur

européen ne sert qu'à montrer la complexe poésie de l'âme malaise et on sort du livre, avec l'impression d'un trouble enchevêtrement des deux races : la jaune glissant sournoisement à la blanche (soumise par le maléfice du climat) son goût du sang, de la récolte, de la vie sauvage. Il y a mieux qu'un récit dans ces pages qu'étoffe je ne sais quelle sombre et titubante morale et qu'illumine l'ardente réverbération d'une nature de feu magnifiquement décrite par le lauréat, qui semble avoir subi l'envoûtement de la colonie et d'un exotique enthousiasme bien fait pour séduire à leur tour les jurés « popote » qui couronnèrent jadis une œuvre noire, une année où il s'agissait aussi de déjouer les pronostics ... convergents de la critique.

CCXXXVIII. — Georges LIMBOUR. — **L'illustre cheval blanc.** Un vol. 12 × 19. Edition Nouvelle Revue Française, Paris 1930.

Je n'ai pas osé ajouter : nouvelles car les trois histoires du livre ont une physionomie trop spéciale, très voisine de l'aspect particulier de ces tableaux d'avant guerre où une équerre représente feu le Président Wilson et une épingle à cheveux Marthe Chenal chantant la Marseillaise ! Je voudrais bien que vous jugiez sur pièces ; voici quelques extraits :

« Donc, elles ne portaient pas de robes, ces femmes mais de larges pantalons rouges (page 140)..... Ces pantalons poussent un cri déchirant d'amour parmi le paysage aride (page 141)..... Alors, une grande déchirure se fit dans le pantalon et la belle accoucha d'un enfant couvert de plumes et gros comme un faisan qui prit résolument son vol vers le point de l'horizon..., etc. (page 143)..... ».

J'en suis resté assis par terre, prosaïquement et je me demandais désormais à quel siècle barbare nous appartenons, nous, les vieux, qui ne comprenons pas ces subtilités et qui nous effarons de voir entrer dans un coktail, que nous vomirions, du jaune d'œuf, du porto, de la gomme arabique, du poivre, quelques gouttes d'essence d'automobile ou d'eau de Cologne et de la glace pilée relevée de kirsch ... Les cauchemars sont sortis de nos nuits et se promènent sous nos yeux éveillés, à pied ou sur le dos d'un cheval blanc que je ne peux pas me résoudre à considérer comme un « illustre » porteparole de la jeune littérature française.

CCXXXIX. — Ch. DICKENS. — **Bec de gaz suivi de Les coquettes de village.** 2e volume du Théâtre inédit en français. Traduction de Jean Auzanet. Un vol. 12 × 19. Editions Trémois, Paris 1930, 15 francs.

Les deux pièces du livre n'avaient pas encore été traduites. La première est une énorme farce délicieusement amusante ; la seconde se rapproche davantage de la manière habituelle de Dickens. Le traducteur, qui est à ses heures poète, a su donner un très vif mouvement au texte et les deux préfaces où il présente leur histoire et leur inspiration sont fort spirituellement tournées.

CCXXL. — Franc NOHAIN. — **La cité heureuse.** Un vol. 12 × 19. Editions Spes. Paris 1930.

Quand vont de pair l'ironie la plus fine et le plus solide bon sens, la critique de la cité actuelle (au profit de la cité future, telle qu'elle devrait être pour le bonheur des habitants), est d'une drôlerie qui fait passer l'amertume des conseils ou la sévérité des constatations à l'arrière plan. La louange de l'ordre n'est pas toujours aussi agréablement présentée ; mais le ridicule sous lequel il crible de pointes nos manies, nos défauts, nos gouvernants n'empêchera point les uns et les autres de survivre avec leurs errements.

Et nous ne nous souviendrons pas l'année prochaine qu'un de nos plus spirituels écrivains a fait danser tout ce beau monde en mesure devant un magnifique et cocasse miroir légèrement déformant.

CCXLI. — Revues. — **Le Crapouillot.** Numéro spécial sur **les Allemands.** Prix : 12 fr.

La documentation du Crapouillot est toujours étoilée de références photographiques précises, de caricatures démonstratives. Ce numéro est une véritable monographie de l'Allemagne 1930.

Par delà les bas-fonds de Berlin où il se sont arrêtés, les enquêteurs ont mené une plus sérieuse et plus instructive enquête sur la vie actuelle de l'empire camouflé en République et le journal où ils ont groupé leurs notes de voyage a toute la trépidante actualité d'un reportage conduit par des gens qui savent voir ... et le dire.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Dans le genre opérette, *Rip*, aux Folies Wagram, sous le titre Brümmell, a réalisé une aimable évocation d'un temps où les costumes étaient à la fois plus gracieux et plus compliqués qu'aujourd'hui.

L'action, bien modeste, tourne, comme il se doit autour du caractère de Brümmell. Ce n'est pas Brümmell lui-même, de par son physique et sa tenue, ce ne sont pas ses actes et sa manière d'être au cours de la pièce qui le définissent et l'expliquent, ce sont plutôt les actes, les pensées, les paroles des autres personnages lorsqu'ils parlent de lui.

Brümmell est le favori du Prince de Galles et c'est dans un cabaret où se trouvent des anglais moyens, dont un pasteur, que Dick, fils d'un entraineur connu, dont Brümmell est le client, expose, au grand scandale de l'assistance, ce qu'est le « Roi des Dandys ».

Un match de Boxe occulte doit avoir lieu dans l'auberge : Brümmell offre une bourse au vainqueur.

Rencontre cachée qui devient bientôt le Secret de Polichinelle. Arrivent des « gens du milieu », avec leurs « dames », dans des costumes suggestifs ..... magnifiques casquettes ..... au milieu d'eux le cocher Jim (Baroux), l'excellent acteur Baroux) qui vient disputer ce match.

L'adversaire apparait mince et fluet, choisi tout exprès, pauvre loque vaincue d'avance : avec Brümmell et ses Dandys, sauf en matière de snobisme. Inutile de se gêner : on peut truquer le fond, la forme seule compte.

Les dandys font leur entrée, Brümmell est à leur tête. Leurs vêtements sont d'une extravagance recherchée qui n'exclut pas le goût et sous laquelle on sent un intéressant effort....., (le costumier et le dessinateur des costumes ont droit ici à une mention toute spéciale car on ne peut être qu'unanime dès lors qu'on est public .... et de bonne foi. à proclamer la réussite et le bon goût de l'ensemble) : Brümmell est vraiment impeccable, pantalon de satin noir à sous pieds, souliers vernis, gilet chamois, habit bleu à large col très montant en arrière, avec un lorgnon et des gants. Sur le tout est jetée une large cape bleue à grand col noir, le tout de très belle allure, surmonté d'un très haut chapeau très haut de forme.

Tous les dandys ont des chapeaux de même rayés, étoilés, ou à carreaux, fort amusants.

Un à un, le pasteur et tous les clients qui avaient daubé sur l'inconvenance et la brutalité du match vont y jeter en cachette un coup d'œil. Au premier round, Jim est vainqueur, il reparait sur la scène porté en triomphe par les apaches ses amis, et Brümmell le convie à dîner avec les dandys.

Jim chante alors (agréable musique) la gloire du « Knock Out » puis, demeuré seul avec Brümmell, que sans façon il appelle « Georges », il lui rappelle leurs jeux d'enfants chez la tante de, Brümmell (la bonne crémière) avec la petite Peggy, aujourd'hui blanchisseuse quelque part.

Vexé de ce rappel à la modestie de son origine, Brümmell renonce à priver Jim de souper avec ses amis et lui rend sa liberté ; mais Jim exige qu'il le prenne à son service, et par un « direct » du droit bien placé sur l'œil gauche, « délicatement » il lui fait comprendre qu'il « veut » être le chef de sa domesticité.

Brümmell ... convaincu ... consent non sans avoir érigé en mode pour les dandys les leçons de boxe dont il vient de réaliser la première.

Cet acte est mieux qu'un simple exposé, il en comprend d'ailleurs numériquement deux ; car après un court baisser de rideau, c'est le Cabinet de toilette de Brümmell qui apparaît : des Larbins de grand luxe boivent les liqueurs du Patron sous la direction de leur chef « Jim ». Survient d'abord la maîtresse « en second » du Prince de Galles, petite vieille ridicule qui est à la fois amoureuse de Brümmell et très bien habillée (note excentrique et distinguée), elle obtient de Jim, à prix d'or, la petite clé ..... Ensuite la blanchisseuse en qui le maître d'hôtel reconnait la petite Peggy ; puis Dick venu annoncer à Brümmell qu'en ce jour du Derby et contrairement à tous ses espoirs, son père ne peut lui prêter les mille livres attendues avec lesquelles il doit gagner la forte somme.

Brümmell reconnait la petite Peggy d'autrefois ; il en redevient amoureux, et elle l'incite à venir passer quelques semaines en pleine campagne dans son pays. Or, voici que le fils de l'entraineur, dès longtemps amoureux de Peggy, veut devenir un dandy, pour lui plaire et désireux d'être guidé par Brümmell, lui apporte les mille livres attendues : Brümell dédaigneux, le renvoie aux leçons de Jim.

Le Derby est couru, Brümmell a tout perdu et les Dandys ont perdu Brümmell, disparu sans laisser de traces : sa maîtresse Laura (Mlle Devilder) a pris le deuil. et les Dandys sont mi-blanc, mi-noir.

C'est au cours d'une chasse (prétexte à d'éclatantes tenues rouges), que le Prince de Galles (l'excellent comique Jullien) dont les relations... souvent lointaines... avec son cheval sont spirituellement évoquées, arrive avec sa suite de dandys et d'élégantes dans le coin perdu où Georges Brümmell s'est caché afin d'y faire sa

cour à Peggy. Brümmell a parié d'être l'amant de Peggy et de la vieille maîtresse « en second » du Prince de Galles.

Mais Peggy l'a brusquement lancé dans la mare où il se débat et les Dandys; par respect pour la mode, vont tous prendre leur bain tout habillés : ils sont en costumes de Trianon ! Les femmes s'en vont traire les vaches et mettre de la poudre de riz aux moutons.

L'idiot du village, marié de la veille, indique à la Maitresse du Prince de Galles l'existence de la grange obscure où même en plein jour on n'y voit rien ; il a endossé les vêtements de Brümmell que Jim lui a remis afin d'en faire un épouvantail pour les moineaux, qui viennent manger les cerises et comme il tourne le dos, c'est lui qui., lorsqu'elle croit convier Brümmell à l'accompagner dans la paille obscure, profite avec enthousiasme de l'aubaine.

Georges Brümmell a perdu ses deux paris, il n'a pas usé de la maitresse du Prince et n'a pas été l'amant de Peggy. Mais celle-ci, cette fois très bien fixée sur les tendances de son cœur; épouse le fils du tailleur qui renonce à devenir un Dandy maintenant qu'il sait qu'elle ne les aime pas.

Soirée fort agréable, mise en scène et costumes somptueux ... du bon Rip !

Quelque chose de curieux dans la musique ... elle crée une ambiance gaie sans laisser de traces flagrantes ... elle charme sans qu'on s'aperçoive qu'elle est là et cependant la pièce ne pourrait s'en passer ! C'est un compliment.

Dr G. POLÈME.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat médical de Chartres

Compte rendu de l'Assemblée Générale du 26 octobre 1930 à l'Hôtel-Dieu

Présents : Docteurs Andraud, Brassart, Deniau, Durand, Fayolle, Monier, Panas, Poirel, Roué, Santrot, Vaillant, Wendling.

Le docteur Raffegeau, absent le matin, assiste à la séance de l'après-midi.

Le docteur Pradines admis provisoirement par vote du Conseil, ainsi que les docteurs Frédet et Lelong, assiste à la séance.

Excusés : Docteurs Daban, de Fourmestraux, Launay, Proust.

Le procès-verbal de la séance du 25 mai est lu et adopté.

Sont admis à l'unanimité, par vote secret, les Docteurs Alleaume, Dudefoy, Foulon, Proust.

Assistance médicale gratuite. — Le secrétaire expose les raisons qui ont motivé un addendum au nouveau règlement. Il faut y voir l'action continue du bureau de la Fédération auprès de l'administration et du Conseil général.

Cet addendum a été adressé à chacun le 10 novembre. La situation des assistés est délicate depuis le fonctionnement des assurances sociales. De toutes façons, ils ne doivent rien payer. Leurs feuilles de maladies assistance doivent seulement porter la mention : « Assurés sociaux. Article 59. »

Dès que la nouvelle Sous-Commission d'assistance fonctionnera (voir règlement), les demandes d'explications ou d'observations seront à adresser au secrétaire de la Commission de contrôle assistance à la préfecture.

Assurances sociales. — Le secrétaire donne toutes explications utiles aux médecins. Le tarif complet n'est pas encore paru. Une assemblée générale de la Fédération, en décembre, arrêtera les dernières dispositions et la signature des Conventions suivra.

Conseil de famille. — Le Syndicat a à élire 3 membres.

Sont élus : Docteurs Fayolle, Durand, Poirel.

En raison de la nécessité du fonctionnement de la loi, les confrères élus acceptent le mandat, mais pour un an seulement, pour permettre à une assemblée mieux avertie de son rôle d'être plus attentive à sa responsabilité, donc aux présences.

Le syndicat de Chartres, depuis sa fondation, rempli son rôle de défenseur des intérêts de tous sans se laisser dévier par des questions de clocher. Aux réunions de la Fédération de cette année, ses six délégués étaient présents. C'est la meilleure réponse à ceux qui, peu clairvoyants, doutent encore de sa vitalité.

Sans doute quelques absents sans excuses et d'ailleurs satisfaits de nos efforts continus écrivent ensuite pour demander des directives ou des explications données en séance. Peu à peu ils secoueront leur négligente abstention, reconnaissant que chacun est appelé à prendre sa part de la tâche commune dans la mesure de ses moyens.

L'assemblée à ce sujet demande qu'invitation soit faite aux non syndiqués, qui, conservant leur désir de rester isolés, reconnaissent la valeur économique et morale du groupement, d'être par une déclaration écrite *membres sympathisants*. Le regretté docteur Gierzinski était de ce nombre.

L'invitation se trouve faite.

Office de recouvrements. — Fonctionne depuis le premier octobre à Chartres et banlieue. Les premiers résultats sont probants. L'assemblée décide donc l'extension aux grosses localités de l'arrondissement : Epernon inscrite la première fonctionnera à partir de décembre. Pontgouin à partir de janvier.

Il est rappelé que l'intérêt de cet Office réside en ce que le client, même de bonne foi et à dettes récentes, est touché directement avec toutes les formes convenables ; qu'il peut s'acquitter par versements partiels à son gré, sans se déranger ; que le médecin peut arrêter le service de recouvrement à tout moment qui lui plaît.

AVIS

En cas d'oubli de règlement de votre part dans le mois, vous êtes prié de vouloir bien réserver bon accueil à l'Agent de l'Office Syndical de recouvrements de Chartres qui se présentera à votre domicile muni d'un carnet de reçus signés du Directeur de l'Office. Vous pourrez vous libérer par versements partiels sans frais (sauf les timbres de quittance.)

AVIS

Les notes d'honoraires demeurées sans réponse un mois après le présent rappel seront confiées à l'Office Syndical de recouvrements de Chartres, dont un agent qualifié se présentera à votre domicile muni d'un carnet de reçus signés du Directeur de l'Office. Vous pourrez vous libérer par versements partiels sans frais (sauf les timbres de quittance).

La simple apposition d'un des papillons ci-contre sur la lettre d'envoi d'honoraires n'entraîne pour le quart ou le tiers des débiteurs un versement spontané avant la mise en mouvement de l'Office, ce qui réduit d'autant les retenues que nous espérons toujours ne faire qu'à 8 % des sommes recouvrées.

Ce serait donc une erreur de ne vouloir utiliser l'Office que pour les créances considérées comme mauvaises, donc improbables comme recouvrement à l'amiable. Elles ne profiteraient même pas d'un service important de l'Office qui est d'amener le client à écrire au Directeur, ne fût-ce que pour se défendre, donc à suspendre le délai de prescription.

Le secrétaire répondra à toute demande individuelle concernant cet Office.

A midi, une table modeste réunissait une vingtaine de convives, dont les délégués de l'Entente de l'Orléanais (Châteaudun, Dreux, Loiret, Loir-et-Cher), les présidents des syndicats des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, la présidente des sages-femmes, le médecin capitaine Henri, représentant le Service de santé de la place, et une dizaine de confrères du syndicat.

S'étaient excusés : Nogent-le-Rotrou, Orléans, Seine-et-Oise, Sarthe.

Puis eut lieu la réunion d'études de l'Orléanais où il ne fut question que d'assurances sociales.

Dernière heure. — 20 *novembre* 1930.

L'Assemblée générale de la Fédération se tiendra le *dimanche* 14 *décembre à* 14 *heures* 30, à l'Hôtel-Dieu.

Recevront une invitation spéciale les délégués habituels et les médecins hospitaliers.

Vu l'importance des questions traitées (Conventions et tarifs assurances sociales), tout syndiqué pourra assister à la réunion sans autre invitation.

Le Secrétaire,
Dr Poirel.

Syndicat des Médecins du Médoc

Assemblée générale du 7 *décembre* 1930 *à Lesparre*

Présents : Drs A. Audoy, H. Audoy, Donèche, Fouchou-Lapeyrade, Grabey, Granval, Honton, Laylavoix, Lenourichel, Lepage, Meignié, Mourlan.

Excusés : Drs Adoue, Ozier, Rascol, Tourteau.

Absents : Bachelérie, Bos, Destouesse, Jousset, Laouilheau, Queheille, Sauveroche.

Invité : M. le Dr Oraison, président de la Fédération girondine.

I. — *Assurances sociales*. — Un projet de tarif de petite chirurgie a été étudié, discuté et adopté par la Fédération ; il sera publié.

Accouchement simple : 400 fr. ; accouchement gémellaire : 500 fr. ; accouchement dystocique : 600 fr. ; les visites comptées en plus.

Le contrôle sera exercé par le conseil de famille qui nommera sa commission lui-même. La cotisation des frais de contrôle sera de 30 fr. pour 1931, obligatoire pour chaque syndiqué et non syndiqué ayant accepté le contrôle des syndicats.

Amendes : Echelle de 200 à 300 fr.

Sanctions : Exclusion définitive en cas de récidive seulement.

La Fédération demandera à la Préfecture de payer totalement les honoraires pour les indigents assurés sociaux, et de se faire rembourser par les caisses les 80 % dont elles seront responsables, afin d'éviter les difficultés de perception des honoraires et l'établissement de deux notes distinctes.

Le Dr Oraison parle de la question des hôpitaux de Bordeaux, des hôpitaux ruraux, des dispensaires et cliniques privées, des dispensaires publics ; cette question reste en suspens et retarde la signature des conventions.

Le Dr Laylavoix est nommé membre du conseil de

famille départemental en remplacement du Dr Adoue démissionnaire.

Les Drs Lenourichel, Granval, Queheille sont proposés médecins contrôleurs des caisses dans le Médoc.

II. — Le Dr Granval représentera le Syndicat à l'A. G. de la Confédération des 20 et 21 décembre.

L'Assemblée aprpouve le choix des Drs Legros titulaire et Lescarret suppléant au conseil d'administration de la Confédération.

III. — Le service de vaccination antidiphtérique pour les enfants de l'A. M. G. fonctionnera à partir du 1er janvier prochain avec le libre choix du médecin qui recevra 10 fr., par vaccination à domicile et 8 fr. dans son cabinet payés par le service départemental ; les parents devront remettre au praticien une autorisation écrite.

Le Secrétaire.
Dr Granval.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Gustave Roussy.) — M. le Professeur G. Roussy commencera son cours le vendredi 6 mars, à 17 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants pendant les mois de mars et avril.

Objet du cours : Les inflammations des divers tissus et parenchymes (programme d'examen de 3e année.)

— **Conférences d'histologie.** — M. Verne, agrégé, commencera ses conférences le lundi 9 mars 1931, à 17 heures (Amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure

Sujet des conférences : Histologie des organes.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. P. Moulonguet, agrégé, commencera le cours de Pathologie chirurgicale le mardi 3 mars 1931, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — Thorax. Glande mammaire. Appareil génital de la femme.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. de Gaudart d'Allaines, agrégé, commencera son cours le vendredi 6 mars 1931, à 16 heures et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Programme. — Affections chirurgicales de la tête du cou et des organes génitaux de l'homme.

— **Cours de physique médicale.** — *Conférences complémentaires.* — M. Dognon, agrégé, a commencé ces conférences le lundi 23 février 1931, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Physico-chimie biologique ; énergétique animale.

— **Chaire de physiologie** (Professeur : M. Léon Binet.) — I. *Cours.* — M le Professeur Léon Binet fera la leçon inaugurale de son cours le mercredi 11 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera son cours les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Les sécrétions internes. Les fonctions de relation.

II. *Conférences pratiques.* — Une série de conférences pratiques commencera le 28 mai au grand amphithéâtre de l'École pratique, à 14 heures. Ces conférences seront réservées aux étudiants de deuxième année et porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année.

— **Enseignement de l'anatomie médico-chirurgicale** (Professeur : M. Raymond Grégoire.) — M. le Professeur Raymond Grégoire fera sa leçon inaugurale le jeudi 5 mars 1931, à 16 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et continuera son cours les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet : Etude des os et des articulations pour servir à comprendre les fractures et les luxations.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis.) — M. le Professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques les vendredis à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, à l'hôpital Saint-Louis.

Les traitements des grandes dermatoses : L'indispensable en dermatologie, avec présentation de malades et de moulages, projections.

Mercredi 4 mars : Adénites chancrelleuses : formes nouvelles, diagnostic et traitements. — Vendredi 6 mars : Séroréaction de B. W. : discussion des meilleures techniques. — Mercredi 11 mars : Séroréaction de B. W. : interprétation des résultats, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du B. W. — Vendredi 13 mars : Comparaison des antisyphilitiques, cures plurimédicamenteuses. — Mercredi 18 mars : Résumé : régles générales du traitement des syphilitiques. — Vendredi 17 avril : Nouveaux traitements de la lèpre. — Mercredi 22 avril : Les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Vendredi 24 avril : Traitement des mycoses. — Mercredi 29 avril : Manière de formuler : les excipients et les corps actifs. — Vendredi 1er mai : Traitement des dermatoses inesthétiques : acnés, sycosis, rhinophyma, hypertrichoses, verrues, etc. — Mercredi 6 mai : règles des traitements externes. — Vendredi 8 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Mercredi 13 mai : Nouveaux traitements du psoriasis. — Vendredi 15 mai : Nouveaux traitements internes des eczémas : désensibilisation etc. — Mercredi 3 juin : Traitements externes des eczémas. — Vendredi 5 juin : Nouveaux traitements des pyodermites et des dermo-épidermites : vaccins, bactériophages, etc. — Mercredi 10 juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Vendredi 12 juin : Traitement de la syphilis nerveuse. — Mercredi 17 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Vendredi 19 juin : Propagande anti-syphilitique (avec projections de films). — Mercredi 24 juin : Traitement des séborrhées de la face et du cuir chevelu. — Vendredi 26 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mercredi 1er juillet : Traitement des alopécies et des pelades.

Horaire de la clinique. — Les mardis : Policlinique par le Professeur, au dispensaire du Pavillon Ba-

zin, à 10 heures. — Les mercredis : Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, à la Policlinique et Salle Lugol. — Les mercredis soirs : A la consultation de la Porte, policlinique à 20 h. 30 et leçon clinique à 21 h. 30. — Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis du mois : Etudes de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question à l'amphithéâtre de la clinique à 10 heures. — Les vendredis : Visite des salles du Pavillon Bazin, à 9 heures, leçon clinique à 10 heures, à l'amphithéâtre. — Les samedis : Consultation de la Porte, à 9 heures, par les assistants, présentation de malades, à 9 h. 30, par le Professeur.

Les jeudis de la clinique de Saint-Louis (fondés sous le patronage de L. Brocq) : Etude de questions d'actualité, suivie de discussions, les 1er, 3e, 4e et 5e jeudis de chaque mois, à l'amphithéâtre de la clinique, à 10 heures.

5 mars. M. Giraudeau : Le problème atuel de l'épilation thérapeutique. — 19 mars. M. Paul Blum : Le rein dans le traitement de la syphilis. — 16 avril. Docteur Mondor, agrégé : Traitements actuels des arthrites gonococciques. — 30 avril. M. R. Barthélemy : Cancers cutanés post-traumatiques professionnels. — 7 mai. M. Babonneix : Nouvelles acquisitions en hérédo-syphilis nerveuse. — 14 mai. M. Coste : Radiothérapie à feu nu. — 4 juin. M. G. Garnier : Sensibilisations cutanées aux arsenicaux et déductions thérapeutiques. — 18 juin : Professeur Joyeux : Leishmanioses cutanées muqueuses, discussion des affections voisines (Blestomycoses) et leurs traitements. — 25 juin. M. Civatte : Notions nouvelles sur la maladie de Bowen.

— **Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie** (Pâques 1931). — *Hygiène et clinique de la première enfance* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Un cours sur les notions actuelles en hygiène et clinique du premier âge sera fait à l'hospice des Enfants-Assistés, sous la direction du Professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala et Lelong, médecins des hôpitaux ; MM. Brizard, Pichon, Saint-Girons, Mme Dollfus-Odier, MM. Bohn, Benoist, Chabrun, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire ; MM. Baize et Roudinesco, assistants du Service.

Ce cours commencera le jeudi 26 mars et se terminera le vendredi 3 avril. Les leçons auront lieu à 10 h. 30, à 16 h. et à 16 h. 45. Elles seront précédées le matin de la visite dans les salles à 9 h. 30.

— **Clinique médicale des Enfants** (Hôpital des Enfants Malades, 149, rue de Sèvres.) — Un cours sur les notions actuelles en pédiatrie sera donné à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du Professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé, avec le concours de MM. Babonneix, Tixier, Henri Janet et Paraf, médecins des hôpitaux ; MM. Nadal, Pichon, Boulanger-Pilet, Lebée, René Martin, Kaplan et Liege, chefs ou anciens chefs de clinique ; MM. Bidot, Prétet, chefs de laboratoire ; Duhem, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce cours commencera le mercredi 8 avril et se terminera le samedi 18 avril. Les leçons ont lieu à 10 h. 30, à 16 h. et à 17 h. Leçon clinique dans les salles des malades, à 9 heures.

Sont admis à ces cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — *Gynécologie.* —

1o Cours supérieur de perfectionnement : M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 16 mars au 28 mars 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mickulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'amphithéâtre, démonstrations cinématographiques.

Programme du cours. — 1. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Injections de lipiodol. — 2. Absence de vagin. Stérilité. Insufflation tubaire. Sécrétion interne et greffes ovariennes. — 3. Blessures opératoires de la vessie, de l'uretère, de l'intestin. Fistules vésico-vaginales, urétéro-vaginales. Fistules stercorales. 4. Antéflexion. Rétroversion. Ligamentopexie. Prolapsus. Périnéorraphie. Cloisonnement du vagin. — 5. Métrite et adénome du col. Le Filhos. L'électrocoagulation. Amputation du col. Métrite du corps. Instillation. Curettage. — 6. Salpingites. Vaccination. Hystérectomie subtotale. Pelvipéritonite. Colpotomie. Salpingite tuberculeuse. — 7. Avortement et rétention placentaire. Infections post-abortum et post-partum. Hystérectomie vaginale. 8. Kystes de l'ovaire. Complications. Grossesse extra-utérine. Transfusion. — 9. Fibromes. Radium et rayons X. Myomectomie. — 10. Cancer du corps. Hystérectomie totale. Cancer du sein. — 11. Cancer du col. Curiethérapie. Hystérectomie totale large. — 12. Soins pré- et post-opératoires. L'anesthésie. Le drainage

Le droit à verser est de 250 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

2o Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie : M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 16 mars au 28 mars 1931.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 heures et l'après-midi de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Programme du cours. — 1. Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes. — 2. Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique. 3. Inflammations et ulcérations. Ovarites. — 4. Tumeurs bénignes. Adénomes. — 5. Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine. Diagnostic biologique de la grossesse par l'examen des urines. — 6. Métrites et salpingites aiguës et chroniques. — 7. Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires. — 8. Kystes de l'ovaire. Papillomes. — 9. Fibromes et sarcomes. Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang. — 10. Cancers du corps et autres cancers génitaux. — 11. Cancers du col. — 12. Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 250 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.* — M. le Professeur P. LEREBOULLET reprendra ses leçons cliniques le mercredi 11 mars 1931, à 10 h. 30, à l'Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Le lundi, à 11 heures : Conférences d'actualité pédiatrique par les chefs de clinique et les assistants du service. — Le mardi à 11 heures : Policlinique au pavillon Pasteur. — Le mercredi, à 10 h. 30 : Leçon clinique par le professeur. — Le jeudi, à 10 heures : Conférence de pathologie du premier âge aux stagiaires ; à 11 heures : Consultations de nourrissons et policlinique. — Le vendredi, à 11 heures : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades). — Le samedi, à 11 heures : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

Un cours de perfectionnement portant sur les notions nouvelles en hygiène et en pathologie du premier âge, aura lieu du jeudi 26 mars au vendredi 3 avril.

Un autre cours de revision portant sur l'Hygiène et la pathologie du premier âge, aura lieu du lundi 29 juin au samedi 11 juillet.

Thèses. —Mercredi 25 février. — Jury : MM. Balthazard, Lœper, Ombrédanne, Lemierre. — BEINIS : J. : Etude des intoxications par le tétrachlorethane. GAWLER MOSES LEIB : La trypaflavine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — CHAMPEAU D. : Un novateur : Charles G. Pravaz. — MIGNON M. J. : Traitement chirurgical des luxations invétérées de la hanche.

Jeudi 26 février. — Jury : MM. Ménétrier, Rathery, Tanon, Lévy-Valensi. —LEBOVITS J. : Claude Perrault, physiologiste. — WAITZ E. R. : Lésions cérébroméningées à la naissance. — TOTIN Félix : Les inondations et l'hygiène. — SCHÉRÉDINE M. : Sur la nécessité d'une vérification scientifique du décès.

Jury : MM. Achard, Cunéo, Gougerot, Terrien. — STERNFELD. J. : Etude de la granulie cancéreuse. — DELAGE. P. : Le décollement de la zone péritonéale accolée mésogastrique (anatomie et applications chirurgicales).— BARET A. : Etude des rapports entre la gangrène et la syphilis. — MAZEYRIE. B. L. M. : Etude pathogénique et thérapeutique du glaucome aigu.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (admissibilité).— Jury : MM. Jules Renault, Lévy-Valensi, Dufour, Chabrol, Claude, Sézary, Nobécourt, Monier-Vinard, Loeper, Tixier, de Massary, Rivet.

Censeurs : MM. de Gennes, Coste, Jacquelin, Janet, Marquézy, Jacob, Bénard (Henri), Tzanck.

— **Concours de l'internat en pharmacie.** — Jury : MM. Bach, Valette, Guillot, Mascre, Launoy.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Chirurgie urinaire.* — Les cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 9 mars 1931, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Ce cours sera fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire sous la direction de M. le Professeur agrégé MARION, cours qui sera fait en mars.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir* les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Ligue nationale française contre le Péril vénérien**— *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Session de mai 1931 (11 leçons) du 11 au 16 mai 1931, à l'hôpital Saint-Louis et à la clinique Baudelocque.— *Programme* :

1re leçon, lundi 11 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Professeur GOUGEROT : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte anti-vénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire. Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire). — 2e leçon, mardi 12 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée) :M. le Docteur MILIAN : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination. — 3e leçon, mardi 12 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur QUEYRAT : Les modes de traitement de la syphilis. — 4e leçon, mercredi 13 mai à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur JANET : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. — 5e leçon, mercredi 13 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée). M. le Docteur LOUSTE : Organisation du service social dans un dispensaire. Devoirs de l'assistance sociale. — 6e leçon, mercredi 13 mai, à 15 heures, à la clinique Baudelocque (boulevard de Port-Royal), M. le Docteur Marcel PINARD : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistance sociale. — 7e leçon, jeudi 14 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur Robert RABUT : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement. — 8e leçon, vendredi 15 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur FERNET :

Les hérédosyphilitiques. — 9e leçon, vendredi 15 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles. — 10e leçon, samedi 16 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Professeur GOUGEROT : Propagande antivénérienne. — 11e leçon, samedi 16 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint Louis (Musée), M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES- Education et hygiène des vénériens. Examen prénuptial.

Le cours est gratuit. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), le plus tôt possible. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ecole de stage de service social. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé dans son dispensaire de Saint-Ouen, une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien; ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

— **Fête familiale des Groupements médicaux du Nord.** — La troisième fête familiale des Groupements médicaux du Nord aura lieu cette année le dimanche 26 avril 1931, à l'hôtel Maréchal, rue Solférino, 302, sous la présidence effective de M. le Médecin général Oui, directeur du Service de santé du 1er Corps d'armée.

M. le Docteur Surmont, président de l'Association des médecins du Nord , M. le Docteur Vanverts, président de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, M. le Docteur Arquembourg, président de la Fédération des médecins aux armées ont accepté la présidence d'honneur.

Les bénéfices de cette fête sont destinés à la Caisse des veuves et des orphelins de l'Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins du département du Nord.

— **Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.** — Le prochain congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Bordeaux les 1er, 2 et 3 octobre 1931. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Le diagnostic radiologique en gynécologie. Rapporteurs : MM. COTTE (de Lyon) et HENROTAY (d'Angers) ; 2° Les hémorragies tardives des suites de couches. Rapporteurs : MM. ANDÉRODIAS et PÉRY (de Bordeaux) et COUVELAIRE (de Paris) ; 3° Des moyens sociaux de dépister le cancer du col de l'utérus. Rapporteurs : MM. HAMANT (de Nancy) et KÜNIG (de Genève).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Brindeau, secrétaire général, 71, rue de Grenelle, Paris, ou à M. Balard, 9, rue Dufour-Dubergié, Bordeaux.

— **Les médecins amis des vins de France.** — Les médecins amis des vins de France, qui constituent une section de la « Société des amis des vins de France », ont élu leur bureau qui est ainsi composé :

Présidents d'honneur : Dr Guéniot et Dr Ch.Fiessinger ; président : Prof. Loeper ; vice-présidents : Dr H. Vignes, Prof. Portmann, Dr Vires, Dr Hornus, Dr Fouineau ; vice-président délégué : Dr Malachowski ; trésorier Dr Chassaing de Borreden ; secrétaire général : Dr Eylaud.

— **XVe Croisière « Bruxelles-Médical » Spitzberg Banquise, été 1931.**—(Dunkerque, Zeebrugge, les principaux fiords norvégiens, les Lofodens, un point de Laponie, Cap-Nord, Sptizberg, banquise, Jan-Mayen, les Feroë, l'Ecosse, retour à Dunkerque et Bordeaux. Places en premières depuis 4.500 francs, en deuxièmes depuis, 1.990 fr.). — Au moment où le *Foucauld* est définitivement affrété pour la croisière polaire, il importe de rappeler aux personnes étrangères au Corps médical, et qui désireraient participer au voyage, que l'œuvre fondée par *Bruxelles-médical* est l'œuvre de médecins, créée par eux et pour eux. Un droit de priorité doit donc leur être réservé pour la solution des différents problèmes que peut causer l'entreprise. Les « non médicaux » seront les bienvenus dans la mesure des disponibilités laissées par nos confrères, mais à la condition formelle d'être nantis d'une recommandation *écrite* des médecins de famille. Dans le but d'être agréables à ceux-ci, on pourra donc inscrire un certain nombre de leurs clients ou de leurs amis ; mais ces croisières, pour garder leur renom et leur particularité, sont et doivent rester des croisières à « bureaux fermés ». (*Communiqué*).

Toutefois, l'affluence des demandes d'inscriptions de médecins est telle qu'il va falloir, jusqu'à nouvel ordre, suspendre les inscriptions des personnes étrangères à la profession.

C'est pour cette raison aussi qu'une liste d'attente est établie pour les cabines occupées dès maintenant. C'est le cas notamment pour la plupart des premières mixtes, pour certaines catégories des premières et des secondes. Un certain nombre de cabines sont encore sous option, mais l'Office Belge de Navigation informe que les options tomberont d'elles-mêmes et *sans autre préavis* si les arrhes ne sont pas parvenues à la date fixée par lettre : l'affluence des demandes l'oblige à agir de la sorte.

C'est assez dire que nous avions raison de prévenir nos confrères, amateurs du voyage, de ne pas tarder à s'inscrire. Rappelons qu'il y a des places en première depuis 4.500 francs et en seconde, depuis 1.990 francs.

(S'adresser : Section des Voyages de *Bruxelles-Médical* 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles de la part du *Concours*.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

mentionne plus parmi les ressources qui n'entrent pas en compte pour le calcul des ressources personnelles des assistés, les allocations accordées aux ascendants des victimes de la guerre ; et demande si, désormais, des ressources de cette catégorie doivent être déduites pour la fixation du montant de l'allocation d'assistance. (*Question du* 22 *janvier* 1931.)

Réponse. — Réponse négative. On doit considérer comme maintenues les dispositions du dernier alinéa de l'article 1er de la loi du 21 novembre 1926, d'après lesquelles les ressources provenant des allocations d'ascendants n'entrent pas en compte pour la fixation du montant de l'allocation d'assistance.

(*J. O.*, 3 février 1931.)

Soins aux marins malades débarqués.

M. Marie ROUSTAN, sénateur, demande à M. le ministre de la marine marchande : 1° si le capitaine d'un bateau entrant dans un port avec une patente nette et dont un matelot se déclare malade par la suite, est obligé de faire appel au docteur agent de la santé, ou s'il a le libre choix du médecin ; 2° si ce même capitaine se trouvant dans l'obligation d'hospitaliser un de ses matelots pour une affection autre que celles dont la déclaration est obligatoire, est obligé d'en informer le docteur agent de la santé du port dans lequel il se trouve ; 3° si un hôpital peut refuser d'admettre un marin malade, dans le cas d'une affection dont la déclaration n'est pas obligatoire, sous prétexte que le certificat d'admission à l'hôpital n'a pas été établi par le docteur agent de la santé du port. (*Question du* 20 *janvier* 1931.)

Réponse. — En principe, et sauf circonstances particulières pouvant donner lieu à l'application des règlements de police sanitaire maritime, le service de la santé d'un port n'a pas à intervenir pour la visite médicale des marins qui se déclarent malades. D'après l'article 81 du code du travail maritime, en effet, le marin malade est débarqué quand le médecin du bord, s'il y en a un, ou tout autre médecin désigné par l'autorité maritime, déclare que l'état du marin exige son débarquement.

Toutefois, la nature même des questions posées ci-dessous semblerait indiquer que le débarquement du marin qui en fait l'objet a pu se produire dans des conditions un peu spéciales ; il s'agirait ainsi d'un cas d'espèce à examiner individuellement.

Si l'honorable sénateur veut bien préciser le cas concret dont il s'agit, une réponse détaillée lui sera, après enquête, adressée sur les divers points envisagés ci-dessus. (*J. O.*, 6 février 1931.)

LE CINQUIÈME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Le Cinquième bal de la Médecine française a eu un succès sans précédent. Avant dix heures les Salons du Cercle interallié étaient envahis par une foule élé-

gante et peu après l'affluence était telle qu'il était presque impossible de circuler.

Ce ne fut qu'après une heure avancée de la nuit que la jeunesse put danser à l'aise.

M. Blaisot, ministre de la Santé publique, M. Et. Roché, sous-secrétaire d'Etat de l'Air, M. Aucoc, syndic du Conseil municipal, S. E. le Ministre du Canada, Dr Philippe Roy, M. le doyen de la Faculté, quelques professeurs parmi lesquels nous avons reconnu MM. J.-L. Faure et Marcel Labbé, les médecins généraux, Lanne, Dopter, Cadiot, Boyé, Rouvillois, Rieux, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, le Dr Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, le Dr Dartigues, président de l'Union médicale latine, etc., etc., honoraient la fête de leur présence. Citons parmi les dames, Madame la Maréchale Lyautey, Madame Philippe-Roy, Mesdames Charléty, Roule, Bellencontre, Claisse, Nageotte-Wilbouchewitch, etc.

Le concert avait été remarquablement organisé. M. le Dr Dhotel, Mlle Marguerite Liszt, le chansonnier Georges Chepfer, furent longuement applaudis. Le chœur des Alsaciens avec leurs pittoresques costumes, les danses espagnoles de Mme Leda Ginelly et de M. G. Petit, le ballet charmant de la petite classe de l'Opéra, les Dario, en somme, tous les numéros du programme obtinrent le plus franc et le plus légitime succès.

Etait-ce le cadre luxueux des salons du Cercle interallié ? Etait-ce qu'une sélection s'est opérée dans les personnes qui ont assisté au bal ? Il nous a paru que cette année le public du Bal de la Médecine était plus choisi et les toilettes plus élégantes que l'an dernier.

Nous nous sommes retirés à une heure avancée, bien avant la fin du bal qui s'est terminé avec la nuit.

Nous devons adresser nos plus chaleureuses félicitations aux organisatrices de la fête et, en particulier à Madame Jayle qui les a dirigées et à qui revient en très grande partie le triomphe, répétons-le, sans précédent, du Ve Bal de la Médecine. Jusqu'ici, depuis cinq ans, le succès est allé croissant : nous nous demandons si l'an prochain il sera possible de faire mieux.

En somme, bonne journée pour les veuves et les orphelins du Corps médical français.

J. Noir.

LA DENT DE SAGESSE

Par le Docteur M. Rochette,
Stomatologiste à St-Raphaël (Var).

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans le *Concours médical* du 25 janvier 1931, la Clinique chirurgicale sur les accidents de la dent de sagesse.

Dans cette clinique, après un historique fouillé, une étiologie et pathogénie logiques, une étude clinique documentée, claire, juste et précise, le docteur Tourneux aborde le traitement des accidents de la dent de sagesse.

Il est regrettable qu'il ne soit pas question du diagnostic différentiel qui a cependant son importance là comme ailleurs.

En effet, à première vue, on peut confondre les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse avec les oreillons, les adénites unilatérales, syphilitiques ou tuberculeuses ; les accidents provoqués par une dent voisine ; le phlegmon de l'amygdale ; les tumeurs des mâchoires ; les maladies de l'os maxillaire aiguës ou chroniques (ostéomyélite, etc.), et toutes les causes de trismus.

Il sera donc utile de considérer l'âge du malade, l'unilatéralité de la lésion, l'état général antérieur, la façon dont débutent les accidents, etc..., et *surtout de faire une radiographie de l'angle mandibulaire.*

La radiographie en effet, nous indiquera s'il y a malposition évidente de la dent ou même dent incluse.

Elle nous indiquera également la technique opératoire à suivre.

Le docteur Tourneux en cas de trismus conseille l'anesthésie générale et parfois l'avulsion préalable de la deuxième molaire que l'on doit tenter de réimplanter.

On peut à notre avis, très souvent éviter l'anesthésie générale, en pratiquant une bonne anesthésie tronculaire à l'épine de Spix.

Une anesthésie préalable des nerfs massétérin et temporaux, permettra de vaincre le trismus.

Si le malade a une cavité buccale particulièrement septique, s'il existe un trismus sans infection sous-maxillaire, l'injection de novocaïne sera faite par voie extra-buccale.

Quant à l'avulsion préalable de la deuxième molaire, c'est je crois une faute et un sacrifice inutile. La technique stomatologique chirurgicale, doit toujours permettre l'extraction de la dent de sagesse.

Quant à sa réimplantation, en plein accident de dent de sagesse, c'est un procédé qui ne me semble pas sérieux et qui ne doit pas retenir l'attention.

Dr M. Rochette.

***

Nous avons soumis l'article du Dr Rochette à notre ami J.-P. Tourneux, qui nous a envoyé les quelques lignes suivantes :

Je remercie bien vivement le docteur Rochette des paroles trop flatteuses que lui a inspirées la lecture de mon petit article sur les accidents de la dent de sagesse, ainsi que des quelques critiques qu'il a cru devoir formuler.

Si j'ai laissé dans l'ombre la question du diagnostic différentiel, c'est volontairement, car il ne m'a pas paru qu'il présentât, pour le chirurgien

tout au moins, un très grand intérêt. Dans tous les différents cas qu'il m'a été donné de voir et de suivre, la symptomatologie était tellement évidente que je n'ai pas eu à faire de discrimination quelconque. Je reconnais cependant bien volontiers que la question soulevée par M. Rochette a sa valeur et que l'examen radiographique offre dans certains cas une utilité incontestable.

Je ne suis pas tout à fait de son avis en ce qui concerne le procédé anesthésique : je suis convaincu que l'anesthésie générale est de beaucoup préférable à l'anesthésie locale, car cette dernière, déjà difficile à exécuter dans des milieux déformés par l'œdème, ne produit en général qu'une action très irrégulière et parfois peu efficace, dans les tissus enflammés. En outre, au cours de l'intervention, on peut parfois être conduit plus loin qu'on ne le pensait, et on n'a pas à regretter d'avoir soumis son patient à quelques bouffées d'éther ou de balsoforme.

Quant à ce qui tient à l'avulsion préalable de la deuxième molaire et à sa réimplantation, si j'ai cru devoir en parler, ce n'est pas que j'y tienne particulièrement, car je ne l'ai jamais essayée, cette conduite me paraissant assez sujette à caution, mais c'est que cette technique a été préconisée par de nombreux auteurs, en particulier par Reclus, et se trouve encore indiquée dans les traités classiques de chirurgie.

J.-P. TOURNEUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Ve Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur avec excursions en Corse dans les Alpes et en Italie

PREMIERE PARTIE (1)

CANNES, LE TRAYAS, AGAY, SAINT-RAPHAEL, LE CANNET, JUAN-LES-PINS, ANTIBES, GRASSE, VENCE, NICE, CAP MARTIN, MENTON, MONACO, MONTE-CARLO, BEAULIEU, CAP FERRAT, NICE.

CANNES (*Arrivée*).

Dimanche 29 *mars* (*Rameaux*). — Arrivée à Cannes, suivant l'horaire des trains. — Concentration à l'hôtel Martinez, boulevard de la Croisette. — *Le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs.* — Réunion à 16 heures, à l'hôtel Martinez. — Ascension à Super-Cannes. — A 17 h. 30, réception à l'Hôtel de Ville de Cannes, et conférence sur la météorologie de la Côte d'Azur. — A 19 h. 30, dîner à l'hôtel Martinez. — Soirée libre.

L'ESTÉREL, SAINT-RAPHAEL

Lundi 30 *mars*. — Petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (sans bagages). — Visite d'une clinique hélio-marine à Cannes. — Visite d'une usine

(1) Les deux parties du voyage sont séparées. On peut adhérer isolément à chaque partie et à chaque excursion.

d'hygiène urbaine. — Départ à 9 heures. — La Corniche d'Or. — Le Trayas. — Agay. — Déjeuner à Saint-Raphaël à 12 h. 30. — Départ à 14 h. 30. — Visite des monuments romains et du cloître de Fréjus — Réception à Valescure (hôtel du Golf), à 16 heures. — Les montagnes de l'Estérel et l'Auberge des Adrets. — Retour à Cannes vers 18 heures. — Dîner à l'hôtel, à 19 h. 30. — Soirée dans les théâtres.

Le Cannet, Grasse

Mardi 31 *mars.* — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (avec bagages). — Le Cannet. — L'école de gymnastique eurythmique. — Départ à 10 h. 30 pour Grasse. — Visite d'une fabrique de parfums à 11 h. 30. — Déjeuner à 12 h. 30 (hôtel Muraour). — A 14 h. 30, causerie sur le climat de la zone intérieure. — Visite de cliniques médicales. — Départ à 16 heures. — Visite d'une poterie à Vallauris. — Arrivée à Juan-les-Pins à 17 h. 30. — Répartition dans les hôtels Courbet, Miramar, Provençal, Splendid. — A 20 heures, réception, dîner, et soirée au Casino.

Juan-les-Pins, Antibes, Vence

Mercredi 1er *avril.* — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (avec bagages). — Le Cap d'Antibes. — Réception par le syndicat d'initiative à 9 heures. — Départ à 10 heures. — Les Gorges du Loup. — Déjeuner à 11 h. 30. — Départ à 13 h. 30. — Réception à Vence et visite d'un sanatorium à 14 h. 30. — Visite du Jardin zoologique du Cros-de-Cagnes, à 16 heures. — Arrivée à Nice, par la Promenade des Anglais, à 17 h. 30. — Répartition dans les palaces de Cimiez, selon les places disponibles (Alhambra, Majestic, Regina, Riviera, Winter). — Dîner à 19 h. 30 dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

Nice, Menton

Jeudi 2 *avril.* — Petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (avec bagages). — Visite de l'Observatoire à 8 h. 30. — La Voie romaine (Grande Corniche). — Visite du monument d'Auguste à La Turbie, à 10 heures. — Causerie sur l'histoire romaine. — Réception au château de Roquebrune, à 11 heures. — Déjeuner à Menton (hôtel Majestic), à 12 h. 45. — A 14 h. 30, visite de Menton : les jardins de la Mortola le château de Grimaldi (laboratoires du Docteur Voronoff). — A 19 h. 30, dîner à l'hôtel Majestic. — Soirée libre.

Monaco, Monte-Carlo

Vendredi 3 *avril.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — Le Cap Martin. — A 10 heures, visite du Palais des Princes de Monaco. — A 10 h. 30, visite du Musée d'océanographie. — Répartition dans les hôtels, à 11 h. 30 (hôtels du Helder, de Paris, de l'Hermitage et Monte-Carlo-Palace). — Déjeuner à 12 h. 30. — A 15 heures, visite de l'usine des eaux, du Country-Club, du Monte-

Carlo-Beach. — A 17 heures, thé offert par la Société de médecine de Monaco, au café de Paris. — A 18 heures, visite du Casino. — A 19 h. 30, dîner dans les hôtels. — Soirée libre.

MONTE-CARLO, BEAULIEU

Samedi 4 avril. — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — Visite des jardins exotiques, à 9 h. 30. — A 10 h. 30, visite de l'hôpital. — A 11 heures, départ pour Beaulieu par la Moyenne-Corniche. — Eze. — A 12 h. 30, réception et déjeuner au Casino de Beaulieu. — Concert par la fanfare des chasseurs alpins. — Départ à 14 h. 30. — Visite des Jardins de Beaulieu. — A 16 heures, Tour du Cap-Ferrat. — Villefranche. — Le Mont-Boron. — A 17 heures, visite des usines d'ozonisation de Saint-Pierre-de-Féric. — A 18 heures, les voyageurs seront répartis à l'hôtel d'Angleterre, à l'hôtel de France, à l'hôtel Royal, à l'hôtel Ruhl, à l'hôtel Savoy, sur la Promenade des Anglais, selon les places disponibles. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

NICE

Dimanche 5 *avril* (Pâques). — Petit déjeuner dans les hôtels. — Matinée libre. — (*Les adhérents inscrits pour la Croisière sur* « L'Ile de Beauté » *devront embarquer au port de Nice, à 11 heures*). — A 12 heures, réception et déjeuner d'adieux au restaurant du Grand cercle du Casino municipal. — Départ suivant l'horaire des trains. — *Le transport de l'hôtel à la gare est à la charge des voyageurs.*

Les adhérents inscrits pour les excursions en Corse (itinéraires II et III) ainsi que pour les excursions dans les Alpes et en Italie, auront l'après-midi libre (visite facultative du Musée Masséna, à 15 heures) et se conformeront ensuite, à partir du dîner, aux programmes ci-dessous.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

136. — Patente pour exercice de la médecine dans un hôtel

Je tiens à vous mettre au courant d'ennuis fiscaux que j'ai en ce moment, pour savoir ce que vous en pensez et si j'ai bien agi cet été, dans la commune de X., qui est distante de 6 kil. de Y., et où n'exerce aucun confrère, j'ai été appelé par téléphone par un hôtelier que je connais pour donner mes soins à quelques malades. Afin de permettre aux habitants de la commune de se soigner à un prix raisonnable j'ai affiché une plaque sur l'hôtel avec mon nom et consultations à 3 heures. De même j'ai mis sur des ordonnances la mention : X. consultations à 3 heures

Comme bien entendu le courant de malades était

très faible et que je risquais de faire le trajet pour rien, je n'allais en réalité à 3 heures que lorsqu'un coup de téléphone me demandait.

Pour permettre d'examiner ces malades l'hôtelier me permettait de les faire entrer dans un cabinet de toilette ouvert à tous, qui servait du reste au personnel et à quelques clients de l'hôtel.

Or, je viens de recevoir une feuille d'impôts me taxant pour X.. sur une valeur locative de 200 fr. (255 fr. à payer).

Cela m'a étonné, car je ne loue aucun local, et le *cabinet de toilette n'est aucunement à mon usage exclusif.*

Est-ce juste ?

J'ai écrit au contrôleur très poliment lui demandant pour quelle raison j'étais ainsi taxé, *je n'ai pas eu de réponse.*

J'ai alors fait une demande de décharge au directeur de l'enregistrement, en lui donnant toutes les explications telles que je vous les donne, et ajoutant le détail de ce que ma consultation à X. m'aurait rapporté, c'est-à-dire 0 même sans l'impôt surajouté.

D'autre part, je ne tiens pas à être taxé en 1931 pour cette consultation. N'ayant aucune réponse du contrôleur, j'ai cru bien faire de lui renvoyer avant la fin de décembre une 2e lettre (par lettre recommandée) lui disant que non seulement je ne louerais pas plus le local à X. qu'en 1930, *mais qu'encore je ne me servirais même pas d'un cabinet de toilette que l'on offrirait de mettre à ma disposition. Ai-je bien fait ?* Car, comment empêcher le fisc de me taxer arbitrairement ?

Naturellement, j'ai enlevé mon enseigne aussitôt.

Suis-je pour 1931 en sécurité ? ou dois-je demander un constat d'huissier pour établir que rien n'est à ma disposition dans l'hôtel ? ? ?

Dr N.

Réponse.

Le fait que vous aviez apposé une plaque sur un hôtel a fait à juste titre présumer que vous y aviez un local à votre disposition pour vos jours et heures de consultations. En droit, votre imposition serait justifiée. Toutefois, étant donné le peu d'importance de vos recettes, le directeur pourra considérer que le dégrèvement peut vous être accordé. En tout état de cause vous avez bien fait de notifier l'abandon du prétendu local.

A. Martinot.
Conseil Fiscal.

390. — Patente d'un ménage de médecins

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de m'envoyer les renseignements suivants au sujet d'une patente qui me paraît excessive :

1° Je paie patente sur tous mes locaux professionnels, et mon habitation, ceci est légal.

2° Ma femme qui exerce la profession de médecin oculiste est imposée sur ses locaux professionnels et la moitié du logement familial.

Dans les locaux professionnels une pièce est commune, la salle d'attente, qui bénéficie de deux patentes ;

Mais je me refuse à croire qu'il faille payer une fois 1/2 la patente sur une cuisine et la chambre de mes enfants.

Il me semble que l'on peut arguer que je sousloue deux pièces à ma femme pour l'exercice de sa profession, et qu'elle loge chez moi, donc n'a pas de patente à payer pour son logement.

Dr Z.

Réponse.

L'imposition est établie conformément à la jurisprudence. Nous sommes d'avis, toutefois, de protester par voie de réclamation et de soutenir que vous n'auriez dû être imposé également, comme votre femme, que sur la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation.

A. M.

243. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Je viens de recevoir de mon percepteur deux avertissements d'avoir à payer :

1° Pour les bénéfices professionnels de 1928, un supplément de 351 francs ;

2° Pour ceux de l'année 1929 un supplément de 187.

Renseignements pris auprès du receveur d'enregistrement de mon canton, cette somme supplémentaire se rapporte à l'amortissement de mon auto.

Il paraît que je n'ai pas le droit de compter comme dépense professionnelle l'amortissement de ma voiture.

Et l'on me fait un rappel sur deux années seulement. Pourquoi ? Je l'ignore et le receveur d'enregistrement aussi. L'ordre a été donné par l'inspecteur des contributions.

Il est vrai que quelque temps après avoir donné cet ordre, il a donné le contre-ordre et a demandé au receveur de ne pas envoyer les feuilles d'impôt, car disait-il la question n'était pas réglée. Mais les feuilles étaient déjà parties.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur ce sujet intéressant et vous remercie d'avance.

Dr G.

Réponse.

Nous vous conseillons de présenter une réclamation au directeur des contributions directes du département, attendu qu'à la question écrite n° 3492 posée par M. Monnet député, le ministre des finances a répondu (*J. O.* du 16 sept. 1930, débats ch., p. 3200) que l'amortissement d'une voiture automobile était admis en déduction des bénéfices des professions non commerciales dans la mesure où la voiture était utilisée pour les besoins de la profession.

A. M.

208. — La patente porte sur tous les locaux professionnels

Je suis installé à St-L., où je paie patente. J'ai un appartement à N. où je consulte une fois par semaine, j'y paie une seconde patente. Celle-ci est-elle légale ?

J'ai entendu dire dernièrement que je ne devais payer que la patente de mon domicile.

Connaissant votre haute compétence en ces matières, vous me donnerez certainement un avis très autorisé.

Dr Y.

Réponse.

La patente est due à raison de tous les locaux servant à l'habitation principale et à l'exercice de la profession, c'est le cas pour votre appartement de N...

A. M.

Baux et Locations.

466. — Droit à la prorogation. Prix limite du loyer

J'occupe un immeuble depuis 1922. Mon bail est renouvelé tous les 3 ans par un administrateur judiciaire, le propriétaire étant aliéné.

Bien que n'étant pas locataire d'avant-guerre ai-je le droit à la prorogation d'office jusqu'en 1937 ?

Etant titulaire de la carte du combattant cette prorogation sera-t-elle toujours valable même si la maison venait à être vendue au décès de la propriétaire ?

L'immeuble était loué 1.800 fr. en 1914. Quel est le prix-limite en 1931 ?

Réponse.

Sans qu'il y ait lieu de tenir compte ni de la qualité ni de la capacité civile de votre propriétaire, lorsque votre bail en cours sera expiré, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation de la loi du 28 juin 1929, parce que votre immeuble était construit avant la guerre et que vous en étiez possesseur au 30 juin 1929.

Cette proposition ne prendra fin que le 1er juillet 1937, puisque le loyer de 1914 était de 1.800 francs, que le local est affecté au moins partiellement à l'exercice d'une profession et qu'il est situé dans une ville de plus de 100.000 habitants.

La vente de l'immeuble ne changera rien à la situation et le nouveau propriétaire ne pourra reprendre l'immeuble même pour son usage personnel. Il pourra seulement le reprendre pour le démolir et le reconstruire, conformément à l'article 21, mais à la condition de vous donner un préavis d'un an et de vous verser une indemnité préalable égale à deux années de loyer.

Jusqu'au 1er juillet 1931, les locataires de locaux professionnels en prorogation ont à

payer un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 175 %. Ils doivent en outre rembourser à leurs propriétaires la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies, s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris. Pour le remboursement de ces charges la loi autorise les parties à convenir d'un forfait dont le maximum ne peut excéder 30 % du loyer de 1914.

A partir du 1er juillet 1931 et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une augmentation de loyer égale à 15 % du loyer de 1914.

Questions médico-militaires

5767. — Pas de majoration de pension d'ascendant

Le père d'un soldat tué à la guerre, atteint d'affection cardiaque grave et âgé de 65 ans, peut-il obtenir une majoration de pension d'ascendant ?

Quelle est-elle ? A qui adresser la demande ?

Dr M.

Réponse.

Aucune majoration de pension n'est prévue pour les ascendants atteints de maladie grave lorsque, déjà, ils sont titutaires de la pension d'ascendant.

La maladie grave n'entre en jeu que pour faire allouer plus tôt une pension à l'ascendant, qui ne réunirait *pas encore* les conditions d'âge requises pour l'obtention de cette pension.

5661. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Classe 1919, aspirant au ne bataillon de chasseurs à pied, j'ai été à ma démobilisation versé d'office dans une section d'infirmiers militaires. J'étais alors étudiant en médecine.

Ultérieurement, au cours de mes études médicales, j'ai été affecté comme médecin auxiliaire de réserve à une unité quelconque (suivant le bon plaisir de mes fascicules de mobilisation).

J'ai passé ma thèse en avril 1929. Depuis ce temps je suis toujours resté médecin auxiliaire.

Je voudrais savoir ceci :

1° Si je ne fais aucune demande resterai-je médecin auxiliaire sans période à accomplir ?

2° Ou bien dois-je m'attendre un jour ou l'autre, même sans demande de ma part, à être nommé médecin sous-lieutenant ?

3° Si je suis nommé médecin sous-lieutenant, serai-je astreint obligatoirement à des périodes ? Quel nombre de périodes aurai-je à faire ?

Réponse.

1° Si vous n'adressez à votre directeur du Ser-

vice de santé aucune demande de promotion au grade d'officier, vous resterez indéfiniment médecin auxiliaire et, comme tel, vous effectuerez les mêmes périodes d'instruction que les hommes de troupe de votre classe ;

2° Vous ne serez pas nommé sous-lieutenant si vous n'en faites pas la demande ;

3° Vous aurez à effectuer des périodes, et notamment pour le passage d'un grade à l'autre, mais leur *total* ne devra pas excéder une durée de *quatre mois* ;

4° Le seul intérêt de vos deux enfants c'est de vous classer plus tôt dans la deuxième réserve, où les hommes de troupe ne font que sept jours d'exercice au maximum.

5511. — Radiation des cadres

Né en juin 1881, de la classe 1901, j'ai répondu il y a plusieurs mois à une lettre du directeur du Service de santé que je demandais ma radiation des cadres (médecin lieutenant de réserve).

A quelle époque serai-je informé de cette radiation et par quelle voie ?

Dr N.

Réponse.

Inutile d'attendre de réponse ; puisque vous avez écrit cette lettre au directeur, vous pouvez vous considérer comme libre, militairement parlant, puisque la classe 1901 est dégagée de toutes obligations militaires depuis le 15 octobre 1930.

902. — Conditions et conséquences de la démission du grade d'officier

J'ai lu que comme père de cinq enfants j'avais le droit de donner ma démission d'officier de réserve. Quel avantage y a-t-il à cela ? car, je ne le vois pas. Est-on libéré plus tôt définitivement de toute mobilisation ? Enfin que conseillez-vous dans ce cas-là ?

Dr X.

Réponse.

Si, de par le nombre de vos enfantsvivants, ou de par votre classe d'âge, vous appartenez à la 2e réserve, vous pouvez offrir au Ministre votre démission de médecin de réserve.

Cette démission acceptée, vous redevenez homme de troupe, ou médecin auxiliaire, mais, comme tel, vous n'êtes pas cependant libéré plus tôt de vos obligations militaires ; vous n'êtes plus astreint qu'à un total de 7 jours d'exercice (2e réserve). En cas de mobilisation vous n'avez plus l'avantage des prérogatives, ni de la solde du grade, que vous détenez actuellement.

Assurances sociales

5610. — Soins aux assurés sociaux indigents

Ne vais-je pas abuser de votre complaisance en

vous demandant de me renseigner une fois de plus sur une question bien épineuse pour les pauvres médecins de campagne : les rapports entre les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

En général, les médecins sont absolument ignorants de cette question et ne veulent rien changer à l'ancien régime.

En l'espèce, voici la question litigieuse : accouchement d'une femme inscrite sur la liste d'A. M. G. de sa commune, et dont le mari est assuré social. D'après la circulaire du 5 octobre du ministre du Travail parue dans le *Concours* le 19 octobre, je suis en droit de réclamer le tarif des accidents du travail, soit 200 francs ce qui est le double d'un accouchement d'assistance, payé 100 francs dans notre région. Mais, à qui réclamer ces 200 francs ? A l'accouchée ou à la commune ? Légalement, ce doit être la commune, mais les maires ne paraissent pas l'entendre de cette façon et je crois avoir bien de la difficulté à résoudre avec eux cette question pourtant intéressante pour moi puisque plus de 10 % des habitants sont inscrits sur la liste d'A. M. G. !

Dr L.

Réponse.

La question que vous nous posez est résolue par l'article 101 du décret du 25 juillet 1930 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi sur les assurances sociales, qui est ainsi conçu :

« Les dépenses prévues à l'article 59, § 1er, troisième alinéa de la loi, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques afférents aux assurés notoirement indigents sont réglées aux praticiens par la commune du domicile de secours des intéressés. »

Comme vous le dites avec raison, ces dépenses doivent être tarifées conformément à la loi sur les accidents du travail, c'est-à-dire au tarif Fallières, la caisse primaire d'assurances sociales devant en supporter 80 pour 100 et la commune du domicile de secours 20 pour 100.

VARIÉTÉS

Le ticket modérateur

Docteur, docteur ! je n'en puis plus,
J'ai les nerfs sans dessous dessus,
D'abord un honnête flirtage,
Puis fiançailles, mariage ;
Un tour de France nuptial,
Des thés par-ci, par-là des bals.
Enfin un total d'émotions !
Je voudrais bien quelque potion.
Que me conseillez-vous, docteur ? . . .
Prendre un ticket modérateur.

Dr ELDÉ.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la société du « Sou médical », de M. le Dr JULIEN, de Joyeuse, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 73. — Pour jeunes enf. ayant bes. grand air, doct. recomm. séjour près forêt avec bonne éduc. et instruct. Vie de famil. chez Mlle Lapeyruque, 66, av. de Senlis à Pont-Ste-Maxence (Oise).

N° 74. — A louer, bel appartem. 3 ou 5 p. au choix pour doct. (méd. génér.) ou pour clin. (spécialité). Situat très favorable pour faire clientèle, milieu aisé.

N° 75. — Paris. Centre, s.-locat. pr. cab. urologie avec client. Possib. de succéder . S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 76. — Anc. client. camp. fac. à desservir seul méd., peut faire pharm. Habitat. très confort. Indemn. 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 77. — Paris. Maison ceintures et bandages, anc., bon rapport, atelier et logement, bail. Prix 225.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 78. — Très import. client. 3 h. Paris, seul méd., fixe chem. fer, condit. intér. pour cause santé. Grande maison (eau, électr.). S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 79. — A v. ndre La Pratique Médico-Chirurgicale (Brissaud, Pinard. Reclus) 6 vol. plus 2 vol. supplém. 1912, reliés, état neuf. Dr Bachelet, Pont-de-Briques (Pas-de-Calais).

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

« **Vaujania** » maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Toute asthénie reconnaît comme début et comme cause des troubles hyperacides. La tablette de **Mangaïne** qui reglobulise, qui aseptise le tube digestif, est le médicament le plus agréable et l'agent de guérison le plus actif.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Drs E. Charmot. et E. Rozet.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Chagas (de Rio-de-Janeiro) et Rollier (de Leysin) sont élus correspondants étrangers dans la 4e division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Clinique médicale propédeutique.** (Hôpital de la Charité, professeur Emile Sergent). *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire.* — Ce cours, dont nous donnerons le programme détaillé ultérieurement, aura lieu du 20 au 25 avril 1931.

— **Un monument au Dr Gilbert-Ballet.** — L'association des médecins de la Haute-Vienne a décidé de prendre l'initiative d'élever un monument à la mémoire du Dr Gilbert-Ballet, qui fut professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris et médecin de l'Hôtel-Dieu. Un Comité a été nommé à cet effet, pour honorer la mémoire de ce grand psychiatre.

— **Association des Journalistes médicaux français.** — L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français, au cours de sa récente assemblée générale, a renouvelé son bureau pour 1931 : prési-

dent : G. Lemoine (de Lille) ; vice-présidents : G. Duchesne (de Paris) et Sarradon (de Marseille) ; secrétaire : A. Garrigues ; secrétaire adjoint : Molinéry ; trésorier : Mathé.

Le bureau pour 1931 de la Caisse mutuelle de retraites des Journalistes médicaux français est ainsi composé : président : G. Paul-Manceau ; vice-président : Minet (de Lille) ; secrétaire : A. Bouland ; trésorier : A. Garrigues.

— **Fédération régionaliste française** (présidence de M. Henri de Jouvenel.) — *Journée de pathologie régionaliste* (maladies spéciales des gens, des animaux et des végétaux selon les régions). Les deux séances de cette journée se tiendront au siège de la Fédération, 54, rue de Seine, le 21 mars 1931, à 16 h. 30 et 20 h. 30.

Les questions traitées seront : l'influence des terrains, du climat, de l'alimentation, des éléments ethniques, etc.

Prière d'envoyer notes et rapports au rapporteur général, Dr Foveau de Courmelles, 9, rue Tronchet, Paris, 8e.

L'entrée aux séances est libre.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** *Conférences cliniques.* — La deuxième conférence clinique de la Ligue a eu lieu le 11 février à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin (Prof. Achard) sous la présidence du Dr Weissenbach.

MM. Coste et Lacapère ont présenté une étude sur la cutivaccination dans les rhumatismes chroniques.

M. J. Forestier a traité de l'épreuve de la sédimentation globulaire dans le rhumatisme chronique.

Ces conférences ont été accompagnées de présentation de malades, et ont été suivies de discussions auxquelles ont pris part les membres présents.

La prochaine réunion clinique aura lieu le mercredi 11 mars, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux, et sera faite par MM. Mouchet et Rœderer.

Les réunions suivantes auront lieu aux dates ci-après : jeudi 26 mars (Dr Weissenbach, hôpital Broca) ; jeudi 22 avril (Dr Dausset, Hôtel-Dieu).

— **Société odontologique de France.** — *Assemblée générale.* — La séance est ouverte sous la présidence de M. le Docteur Dufourmentel.

Après lecture du procès-verbal, la parole est donnée à M. le Professeur Ombrédanne qui fait une conférence illustrée de nombreuses projections des cas les plus caractéristiques de tumeurs et malformations faciales.

Pour l'année 1931, le bureau de la Société est ainsi constitué : président : M. Nivard ; 1er vice-président : M. Max Fildermann ; 2e vice-président : Dr Gérard Maurel ; secrétaire des séances : M. Vabois ; bibliothécaire : M. Devin.

— **Société des Sciences médicales de Montpellier.** (*Réunion hydrologique et climatologique.*) — Le programme de la réunion annuelle d'hydrologie de Montpellier que nous avons publié dans notre dernier numéro porte la date du 29 mars ; c'est le 21 MARS qu'il faut lire.

— **Naissance.** — Le docteur et Madame MARTY, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Pierre* (18 février 1931.)

— **Æsculape.** — Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement : 40 francs (étranger : 60 francs). — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV^e^). Prix du numéro : 5 fr. *Sommaire du n° 2, 1931* : L'homme-oiseau, fétichiste Senoufo (1 ill.). — Socrate but-il la ciguë ? (4 ill.), par le Dr Paul MOINET. — Les mascarons grotesques de la maison de la Chapoulie à Tulle (11 ill.), par le Dr André MAZEYRIE et M. Joseph NOUAILLAC. — L'arbre de vie ; le prince oriental blessé (2 ill.), par le Dr Benjamin BORD. — Gilles de Rais devant la médecine et devant la mystique (*suite*), (8 ill.), par le Dr Ch. COUBART. — Un portrait de jeune fille Tho (1 ill.). — Supplément (19 ill.).

— **Souscription de l'Infirmerie de la Maison du médecin.** *Erratum.* — En tête de la liste de souscription publiée dans notre dernier numéro (page 591), il faut lire : Don du *Comité du Monument Grasset*, en mémoire du Professeur Grasset (de Montpellier) : 2.000 fr.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 FÉVRIER

Service de santé militaire.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé de pharmacie de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales et pour un emploi de professeur agrégé de pharmacie (armée active).

Paris, le 10 février 1931.

Un concours s'ouvrira le 26 octobre, 1931, à neuf heures, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Il sera mis au concours, un emploi de professeur agrégé de pharmacie.

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les pharmaciens commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France sont seuls admis à se présenter à ce concours.

Les épreuves seront subies dans les conditions et d'après les programmes déterminés par le décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales et l'instruction du 3 novembre 1928, relative au concours pour le titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes formulées par les candidats en vue d'être autorisés à prendre part à ces concours, seront revêtues de l'avis motivé et détaillé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) pour le 1er septembre au plus tard. Seules, seront admises les candidatures de pharmaciens présentant des garanties scientifiques suffisantes pour leur permettre d'aborder un concours de cette nature avec possibilité de succès. Il devra être tenu compte de ces élément d'appréciation dans les avis à exprimer par les autorités hiérarchiques.

Conformément au titre V de l'instruction du 3 novembre 1928 précitée, il pourra être accordé, si les conditions du service le permettent, des stages de préparation aux candidats au présent concours.

18 FÉVRIER

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé Publique ;

Officier : M. le professeur agrégé Lian.

Chevaliers : MM. les Drs Ciavaldini et Jacob.

Nous adressons nos cordiales félicitations an Dr LIAN, professeur agrégé et médecin de l'Hôpital Tenon, dont les travaux en cardiologie font autorité.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en or a été décernée à M. le Dr Basquiat, d'Isle-sur-Serein (Yonne), mort victime de son dévouement.

19 FÉVRIER

Service de santé militaire.

Décret du 22 janvier 1931 modifiant le décret du 19 septembre 1919 portant réorganisation de l'école du service de santé militaire.

Art. 1er. — L'article 32 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire, modifié par celui du 21 octobre 1922, est remplacé par le suivant :

« Le personnel civil de l'école du service de santé militaire comprend, en outre du personnel enseignant :

« 1° Un personnel civil d'administration (un bibliothécaire, des employés de bureau, des expéditionnaires, des dactylographes) ;

« 2° Des agents secondaires ;

« 3° Des infirmières ;

« 4° Des ouvriers en nombre variable, suivant les besoins du service.

« Chacune de ces catégories de personnel est régie par le statut qui lui est particulier. »

Art. 2. — Le ministre du budget et le ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Asiles publics d'aliénés.

Sont nommés :

M. le Dr Hugues, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Montpellier;

M. le Dr Pignède, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) ;

M. le Dr Lautier, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône).

Sont vacants les postes de médecin chef de service des asiles d'aliénés de Prémontré (Aisne) et d'Alençon (Orne).

20 FÉVRIER

Collège de France.

La chaire de biologie générale au Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois, partant de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour adresser à l'administration du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

Sanatoriums.

Décret du 11 février modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920, modifié par le décret du 16 janvier 1931 concernant l'édification des sanatoriums.

Art. 1er. — L'article 4 du décret du 10 août 1920, déjà modifié par le décret du 16 janvier 1931, est à nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Art. 3. — Ce projet doit comprendre :

1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

2° La contenance des terrains qui y sont affectés ;

3° Les plans et les devis de constructions ;

4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir, ainsi que de leur nombre et de leur sexe;

5° La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera rattaché ;

6° Les ressources destinées au fonctionnement de cet établissement.

Le projet est communiqué pour étude et avis à un comité technique institué auprès du ministère de la santé publique et qui est composé de vingt et un membres, savoir :

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique.

Deux inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services adminitratifs.

Deux conseillers techniques sanitaires du ministère de la santé publique.

Onze membres désignés par le ministre de la santé

publique parmi les membres de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, dont huit médecins.

Le titulaire de la chaire de la tuberculose à la faculté de médecine de Paris.

Deux architectes et un ingénieur sanitaire désignés par le ministre de la santé publique.

Art. 2. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Assistance publique.

Concours pour les emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'Assistance publique.

L'ouverture des épreuves du concours de 1931 pour les emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'assistance publique est fixée au 9 juin 1931.

Sont mises au concours douze places de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique.

Ecoles d'infirmières.

Est approuvé le règlement de la section de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose de l'école d'infirmières et de visiteuses de la Société de secours aux blessés militaires, 45, rue Orbe, à Rouen.

M. le médecin colonel Passa, du corps de santé colonial, est nommé membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, en remplacement du médecin colonel Cazanove, démissionnaire.

Asiles publics d'aliénés.

Mlle le Dr Pelissier, reçue au concours de médecin chef des asiles, a été nommée médecin chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).

Enseignement de la médecine.

Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école de Grenoble s'ouvrira le mercredi 28 octobre 1931 devant la Faculté de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

22 FÉVRIER

Assurances sociales.

Conseil supérieur des assurances sociales.

Décret du 20 février 1931.

Art. 1er. — Les représentants provisoires des caisses d'assurances sociales, de leurs unions et des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics au conseil supérieur des assurances sociales représentent également ces organismes, à titre provisoire, à la section permanente dudit conseil.

Art. 2. — Le ministre du travail et de la prévoyan-

ce sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

21 FÉVRIER

Tribunaux départementaux des pensions.

Est nommé, pour l'année 1931, membre suppléant du Tribunal départemental des pensions de Paris, 1er Section, M. le Dr Guiraud, en remplacement de M. le Dr Marty, décédé.

Hygiène scolaire.

Durée d'isolement des élèves atteints de maladies contagieuses.

Arrêté du 19 *février* 1921.

L'article 1er de l'arrêté du 3 février 1912, relatif à la durée d'isolement à prescrire pour les élèves des établissements d'enseignement public de tout ordre atteints de maladies contagieuses, est modifié ainsi qu'il suit :

....

A. — *Eviction des élèves malades.*

....

Varicelle : seize jours après le début de la maladie.
Rubéole : huit jours après le début de la maladie.

B. — *Eviction des frères et sœurs.*

Les frères et sœurs du malade peuvent être admis sans délai à l'école s'ils ont acquis l'immunité du fait d'une maladie antérieure ou d'une vaccination antérieure, soit :

Sur présentation d'un certificat médical attestant qu'ils ont été antérieurement atteints de la maladie en cause.

Soit pour les maladies ci-après désignées :

1° Diphtérie : sur présentation d'une certificat médical attestant que l'enfant a été vacciné contre la diphtérie par l'anatoxine ou qu'il a reçu, à l'occasion de la diphtérie du malade une injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique ou de 1.000 unités d'anatoxine purifiée ;

2° Variole : sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a été vacciné ou revacciné contre la variole depuis moins de cinq ans ;

3° Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes : sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a reçu une vaccination régulière contre ces maladies par injection sous-cutanée.

En dehors de ces cas, la réadmission des frères et sœurs du malade a lieu dans les conditions ci-après fixées :

a) Si le malade ....
.... le reste sans changement).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Révocation d'un interne d'hôpital

11434. — M. DORIOT demande à M. le Ministre de la Santé publique si un interne, licencié de l'hôpital d'Argenteuil, sans avoir été entendu par la commission administrative de cet hôpital, contrairement aux prescriptions contenues dans la loi de finances, pour des motifs d'ordre politique, a le droit d'exiger sa parution devant la commission administrative de l'hôpital. (*Question du* 22 *janvier* 1931.)

Réponse. — La question ne saurait être résolue que sur le vu du règlement intérieur de l'établissement. Les internes ne doivent pas être considérés comme des employés, ayant droit, en cas de révocation, à certaines garanties, mais comme des étudiants admis à compléter des études dans des conditions particulièrement favorables. L'arrêt du Conseil d'Etat du 8 avril 1911 (Dalloz périodique 1913-3-74) a décidé qu'aucune disposition de loi ou de règlement n'impose à la commission administrative l'obligation, avant de révoquer un interne, d'inviter celui-ci à fournir un rapport écrit sur les faits qui lui sont reprochés, ni au préfet l'obligation de l'entendre avant d'approuver la délibération prononçant sa révocation. Le requérant n'est pas fondé à demander l'annulation de la délibération, lorsqu'il ne justifie pas qu'elle ait été prise pour un motif étranger à l'intérêt du service dont il était chargé.

(*J. O.* 11 *février* 1931).

Assistance aux familles nombreuses. Omission dans la loi.

11447. — M. FRANÇOIS-ALBERT expose à M. le Ministre de la Santé publique que l'article 2 de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses, tel qu'il a été modifié par la loi du 26 novembre 1930, ne fait plus mention des enfants de treize à seize ans pour lesquels il a été passé un contrat d'apprentissage et demande si les enfants de cette catégorie continuent à avoir le droit à l'allocation d'assistance dans les conditions fixées par le décret du 31 mai 1930 et l'arrêté du 22 septembre 1930. (*Question du* 22 *janvier* 1931.)

Réponse. — Le ministre de la santé publique expose à M. François-Albert que c'est par suite d'une omission involontaire que la loi du 26 novembre 1930, modifiant l'article 2 de la loi du 14 septembre 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses, ne reproduit pas l'ancien paragraphe 4 de cet article relatif aux enfants de treize à seize ans pour lesquels il a été passé un contrat écrit d'apprentissage. Cette omission n'a pas échappé à l'attention du ministère de la santé publique qui étudie un projet de loi destiné à rétablir le texte primitif de la loi du 14 juillet 1913 en le mettant en harmonie avec la rédaction de la loi du 26 novembre 1930. (*J. O.* 11 *février* 1931.)

Assurances sociales. Tarif des appareils

11253. — M. Vincent Auriol demande à M. le Ministre du Travail si les caisses primaires de répartition peuvent espérer voir paraître bientôt le tarif des appareils prévu par l'article 18 du règlement d'administration publique codifié (décret du 25 juillet 1930) ; et ajoute qu'en présence de la multiplicité des cas d'appareillage des assurés sociaux, les caisses primaires de répartition n'ayant à ce jour reçu aucune instruction à cet effet, se trouvent fort embarrassées, soit pour délimiter l'étendue du champ d'appareillage, soit pour déterminer le pourcentage de la participation. (*Question du* 15 *janvier* 1930.)

Réponse. — Le tarif applicable aux appareils, prévu par l'article 18, paragraphe 1er, *d*, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, n'a pas été arrêté, la commission consultative ayant estimé qu'il convenait, pour ces fournitures, de réserver aux caisses leur liberté de traiter commercialement. La même commission a entendu d'ailleurs laisser les caisses juges de l'opportunité de délivrer ou non lesdits appareils. Aux termes de l'article 29 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires, la délivrance des appareils et accessoires est effectuée par le fournisseur choisi par l'assuré sur la liste des fournisseurs agréés par la caisse. Les caisses peuvent ainsi s'entendre avec des fournisseurs en vue de fixer le prix auquel ces appareils et accessoires doivent être délivrés. Elles en payent le montant aux assurés dans la limite de leur tarif de responsabilité, sous réserve de la participation légale des intéressés à ces frais. (*J.O.* 12 *février* 1931.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Ve Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur avec excursions en Corse dans les Alpes et en Italie

(*Suite et fin.*)

DEUXIÈME PARTIE

A

Excursions en Corse

N. B. — Les voyages en Corse ne pouvant être organisés que par l'intervention obligatoire de la Compagnie de navigation et des agences locales, les voyageurs ne pourront adresser leurs réclamations (au cas où ils auraient à en formuler) qu'aux dites compagnie et agences, et non à la Société médicale.

Itinéraire I (20 voyageurs).

Croisière autour de la Corse sur le yacht « Ile de Beauté ».

Nice, Ajaccio

Dimanche 5 avril (Pâques). — Petit déjeuner à

Voir la suite page LXIII-799

PROPOS DU JOUR

ASSISTANCE ET HYGIÈNE SOCIALES

Les œuvres parisiennes de l'Armée du Salut. — Une visite à l'Asile flottant : le Louise-Catherine, amarré au Pont des Arts

Nous nous souvenons, il y a quarante ans environ, avoir assisté avec quelques camarades, étudiants comme nous, aux « Cafés joyeux » que nous offrait à bon marché l'Armée du Salut, rue Scribe, et nous tournions en dérision ces manifestations, si extraordinaires et quelque peu burlesques pour nous parisiens, sans chercher à nous rendre compte du but que poursuivaient ces missionnaires salutistes qui ne craignaient pas de braver le ridicule pour satisfaire leur soif de réparer, dans la mesure du possible, les injustices sociales et de se dévouer à faire le bien.

Notre ami, le Dr M. Vimont, qui cherche tous les moyens d'instruire et de distraire les adhérents de la Société d'archéologie « *Le Centre de Paris* » dont il est président, a offert aux membres de cette société, et partant à nous-même, l'occasion de visiter l'*Asile flottant* amarré au Pont des Arts, à proximité des Halles Centrales, et de juger ainsi une des œuvres parisiennes de l'Armée du Salut.

Hâtons-nous de dire que l'Armée du Salut a évolué et que la section française, qui jouit de son autonomie, s'est adaptée aux mœurs de notre pays. D'ailleurs les apôtres qui la dirigent sont tous Français. Ils ont compris que la propagande tapageuse qui réussit très bien dans les pays anglo-saxons, n'était pas de mise en France et surtout à Paris et, conservant leur organisation militaire, fortement hiérarchisée, qui leur permet d'obtenir beaucoup de tous leurs adeptes, ils ont poursuivi, avec moins de bruit, leur admirable croisade moderne contre la misère et contre le mal.

L'Armée du Salut a été fondée en 1865 par un pasteur de Londres, William Booth, qui a exercé son inépuisable charité dans les bas-fonds de l'est de Londres. Son organisation militaire date de 1878. Malgré son origine protestante, elle ne fait aucun prosélytisme et secourt sans distinction les adeptes de toutes religions et les indifférents. Elle n'est inféodée à aucun parti politique, elle demande seulement à ses soldats d'être de bons citoyens et d'obéir aux lois de leur pays.

Ce fut le secrétaire général des œuvres françaises, M. Dejonghe, originaire du nord de la France, qui nous fit l'honneur de nous faire visiter l'*Asile flottant*, le *Louise-Catherine*, amarré au quai du Louvre. Cet asile est une péniche en ciment, longue de 125 mètres et large de 15 mètres qui fut cédée par l'Etat français à l'Armée du Salut pour la somme infime de 5.000 francs. Conduite de Rouen à Paris, elle fut absolument transformée, aménagée, meublée ; ce qui revint à l'Armée du Salut à près d'un demi-million. Un plancher démontable, permettant de surveiller et de réparer la quille du bateau, fut installé ; des colonnes soutinrent la plate-forme qui sert de toit et de terrasse sur laquelle on peut se promener et aménager des jeux. Deux dortoirs permettent avec leurs deux rangées de couchettes superposées d'abriter 150 personnes. Ces deux dortoirs sont séparés par une salle réfectoire et une cuisine.

Les dortoirs sont pourvus de bains douches, de lavabos et de W. C. Une cabine contient le moteur et la dynamo qui permettent d'éclairer l'établissement à l'électricité et d'actionner une pompe. Dans une autre cabine est le foyer qui assure le chauffage central de tout le bâtiment ; des fenêtres nombreuses, faciles à ouvrir, permettent l'aération et l'éclairage de l'établissement pendant le jour. A la proue et à la poupe sont les logements du capitaine, du marinier et de sa famille. Les lits de fer se rapprochent du modèle des hôpitaux avec sommier à lames métalliques, matelas de varech, draps et couverture. A chaque lit est annexé un petit placard qui peut se fermer à clef.

Les pensionnaires qui sont tous des travailleurs des Halles, sans domicile, payent 2 fr., 1 fr. 50 ou rien s'ils sont dépourvus de ressources. Pour des prix encore plus modiques, la cuisine de la péniche leur fournit la soupe et des aliments de bonne qualité.

La propreté de l'établissement est scrupuleuse. Bien que nous l'ayons visité à 10 heures le dimanche, heure relativement matinale, car ce jour-là, les « clochards » des Halles font la grasse matinée, les dortoirs n'exhalaient pas la moindre odeur.

En été, la péniche ne peut rester amarrée au Louvre, elle doit se plier aux règlements de la

navigation de la Seine. L'an dernier, elle est allée se fixer au Pecq. Désinfectée, légèrement modifiée dans son mobilier, elle a servi de quartier général à des colonies scolaires de jeunes gens de 14 à 20 ans, venant par groupes de cent, y passer 15 jours, au prix de 10 francs par jour, les trois repas compris.

Telle est l'œuvre de l'*Asile flottant de l'Armée du Salut* dont l'aménagement et le mobilier ont coûté exactement 459.641 francs sur lesquels il reste environ 250.000 francs à payer, car il a été reçu comme d ns, en quelques mois, pour elle, 206.296 francs. Tous ceux qui s'intéressent au sort des misérables « sans taudis » (il en existe à Paris environ 5.000 qui couchent hiver comme été à la belle étoile ou sous les ponts) peuvent envoyer leur obole au *Commissaire Albin Peyron, 76, rue de Rome, à Paris* (8e). *Chèque postal : Paris* 53.05.

M. Dejonghe nous fit un tableau émouvant de la misère de ces malheureux qui forment la majorité de ceux qu'on appelle les « travailleurs des Halles ». Ils se réfugient dans les taudis qui avoisinent la place Maubert et les Halles centrales. Comme, depuis 38 ans nous faisons le service du traitement à domicile du bureau de bienfaisance de l'un de ces quartiers (place Maubert), nous avons pu nous assurer que M. Dejonghe connaît les milieux dont il parle et les connaît bien. Le secrétaire général de l'Armée du Salut a une âme d'apôtre et d'apôtre des premiers temps du Christianisme. Sa parole simple est émouvante et entraîne la conviction. Il serait dangereux de rester trop longtemps à l'écouter car il finirait par vous convaincre, par vous décider à quitter tout ce qui vous est cher, pour vous enrôler dans l'Armée du Salut et venir sous ses ordres combattre la misère et la souffrance humaines.

Tout en causant, il nous raconte comment une riche hollandaise, devenue dans l'Armée du Salut la servante des pauvres diables, à qui elle a donné sa fortune et sa santé avec joie, eut l'idée d'organiser les distributions de soupe chaude aux vagabonds qui, l'hiver, cherchent un abri aux portes des couloirs du Métro ou dans les caves des maisons en démolition. Il nous dépeint le saisissant contraste de ces distributions de soupe chaude aux affamés devant ces restaurants de nuit de Montmartre ou de Montparnasse d'où sortent, avec une gaieté factice et... lugubre, les fêtards qui s'y sont attardés.

Il nous décrit avec une émotion, non exempte de fierté bien légitime, les dernières c éations parisiennes de l Armée du Sa ut : *Le Palais du Peuple* avec ses 470 lits, 29, rue des Cordelières, au voisinage des Gobelins, qui abrite surtout des chômeurs et un nombre appréciable d'étudiants.

Il nous parle du *Refuge de la rue Saint-Sauveur* qui recueille 55 vieilles femmes sans domicile. Il nous annonce l'ouverture prochaine de la *Cité du Refuge* du XIIIe arrondissement avec 600 places, de la *Maison du jeune homme* dans le XIe arrondissement.

Mais toute son affection admirative qu'il n'a nulle peine à nous faire partager, va au *Palais de la Femme,* 94, rue de Charonne.

Dans ce Palais, car l'aménagement est celui d'un véritable palais, 743 chambrettes, coquettes et agréables, sont louées pour des prix infimes à des jeunes filles de moins de 30 ans, dont les ressources sont inférieures à 1.200 francs par mois. Ces jeunes filles sont des employées, des demoiselles de magasin, des couturières, des modistes, de jeunes fonctionnaires, voire même des étudiantes. Elles disposent, outre de leur chambrette, pourvue d'eau chaude et froide et où elles sont bien chez elles, d'un réfectoire, où pour des prix modiques, on leur donne d'excellents repas. Une bibliothèque avec salle de lecture, une salle de travail avec machines à coudre, une buanderie, une salle de musique, une salle de conférences où une fois par semaine, un conférencier qualifié vient, dans une causerie, traiter un sujet littéraire, hygiénique, ou de vulgarisation scientifique, des bains et bien d'autres choses sont destinées aux pensionnaires dont la liberté n'est limitée que par un minimum d'exigences réglementaires, destinées à assurer la bonne tenue matérielle et morale de l'établissement.

Voilà ce que l'*Armée du Salut* fait actuellement à Paris et nous vous assurons qu'aujourd'hui, au souvenir des cafés joyeux de la rue Scribe et de la propagande à grand renfort d'instruments de cuivre salutistes sur le terre-plein de l'Opéra qui fut l'objet de nos moqueries en 1889 et 1890, nous n'avons plus envie de sourire. Nous admirons sans réserve l'Armée du Salut et nous vénérons les personnes qui, comme M. Dejonghe, y consacrent leur vie et sont les véritables Saints de notre moderne et douloureuse humanité.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'OBSTÉTRIQUE A LA CAMPAGNE

Par le Dr Henri VIGNES,

Professeur agrégé, Accoucheur à la Charité.

Nos aïeules les plus primitives ont, jadis, accouché le plus simplement du monde, sans nul confort, dans des abris sous roche ou dans des cavernes ; actuellement, en Europe et ailleurs, la plupart des accouchements se font dans un confort qui n'est guère plus perfectionné. Est-ce une raison pour ne pas chercher à réaliser des conditions plus favorables et moins désagréables ?

Si on veut faire bénéficier une parturiente des progrès de la médecine et lui donner le maximum de garanties contre les mauvais risques obstétricaux, il n'est rien de tel que l'accouchement en clinique — je veux parler des cliniques qui sont bien équipées et qui ont un personnel bien éduqué et suffisamment nombreux. Mais on peut réaliser à domicile des installations tout à fait satisfaisantes. Cependant, plus on s'éloigne des grandes villes et des milieux aisés, et plus les difficultés matérielles augmentent, plus il devient malaisé de réaliser le confort que souhaitent instinctivement la plupart des femmes au cours de la parturition la plus normale, et plus il devient malaisé de réaliser les commodités techniques que le médecin souhaiterait légitimement dans les cas dystociques. Dans certaines campagnes reculées, la situation est lamentable et, parfois, tragique.

L'obstétrique rurale diffère de l'obstétrique urbaine en plusieurs points : éloignement de la clinique ou de l'hôpital et rareté des moyens de transport perfectionnés et rapides ; manque de matériel ; difficulté d'obtenir un bon éclairage ; difficulté de réaliser la propreté et l'asepsie ; la question des aides est, parfois, épineuse ; enfin la mentalité du paysan et ses possibilités pécuniaires contraignent au bon marché extrême en ce qui concerne les actes médicaux et les accessoires matériels nécessaires ou utiles à ces actes médicaux (1).

J'ai lu, ces temps derniers, trois publications consacrées à l'obstétrique rurale. Il m'a semblé intéressant de les résumer ici, avec le secret espoir que ces quelques pages retiendraient l'attention de nos confrères et les inciteraient à faire part au *Concours médical* de toutes observations utiles et de tout renseignement pratique.

***

Deux accoucheurs madrilènes, qui se sont fait apprécier par d'intéressants travaux, VITAL AZA et MATEO CARRERAS, viennent d'écrire un livre d'obstétrique et de gynécologie à l'usage du médecin de campagne, un gros livre de près de 700 pages dans un grand format, qui est intitulé : *La pratica obstétrica y ginecologia en la medicina rural* et qui est édité par JAVIER-MORATA, à Madrid.

Dès leur préambule, ils posent qu'entre toutes les branches de la médecine, l'obstétrique est celle qui comporte le plus grand nombre de problèmes d'urgence ; aussi, disent-ils, faire des accouchements à la campagne, c'est être l'accoucheur des dystocies. C'est pour les confrères exerçant dans les inconfortables circonstances de la pratique rurale qu'ils ont écrit leur livre.

---

(1) Le paysan n'aime pas à se soigner et n'aime pas à dépenser pour se soigner ; à plus forte raison, l'idée de payer pour une médecine préventive ne lui est-elle pas familière. Or, en obstétrique, une surveillance méthodique de la femme enceinte augmente considérablement les chances de bon accouchement et diminue les risques de dystocie. Pour obtenir ce résultat, il faut multiplier les examens, tenir le plus grand compte de l'état général et local, imposer des prescriptions d'hygiène et il faut suivre, ensuite, les femmes accouchées jusqu'à complet rétablissement. Bien peu de paysannes se soumettent à ce programme ; aussi, le médecin est-il appelé, souvent, dans des conditions de mauvaise préparation et, parfois, a-t-on recours à lui seulement à la dernière minute, quand tout se gâte ou, même, quand la partie est perdue.

Il y a là, il est à peine besoin de le souligner, un état de choses éminemment défavorable.

Cependant, par leur ascendant et par leur persévérance, beaucoup de nos confrères, de tout temps, sont arrivés à organiser leur clientèle et à imposer leur manière devoir. Pour lutter contre la routine et le fatalisme, il y a des difficultés que chacun résout suivant son tempérament, les uns par un prêche, les autres par une boutade ; mais, petit à petit, ceux qui ont de la suite dans leurs idées, arrivent à éduquer leurs clientes dans la mesure où ils croient bon de le faire.

Nous allons les suivre, chapitre par chapitre, pour voir quel enseignement en tirer.

Les auteurs commencent à discuter les questions relatives à la *prophylaxie de l'infection* (1). L'antisepsie, disent-ils, n'est qu'un pis aller et l'idéal serait l'asepsie, et, à ce propos, ils insistent sur ce que le rôle attribué au bacille de Döderlein, lequel, hôte normal du vagin et producteur d'acide lactique, assure spontanément, naturellement, la plus parfaite des désinfections vaginales. Mais l'asepsie est parfois difficile à réaliser et l'antisepsie s'impose (2).

Très judicieusement, ils conseillent de ne pas abuser du toucher vaginal (la vulgarisation de ce conseil serait utile ailleurs qu'en Espagne. Combien utile !) Certes, celui-ci est moins dangereux pendant la gestation que pendant le travail ; pourtant, si tout est normal, s'il n'y a pas urgence à la pratiquer, il serait prudent de s'en abstenir quand la femme approche du terme. Nous n'insisterons pas sur les autres préceptes concernant le toucher, mais il nous faut signaler que A. et C. recommandent l'emploi de gants et doigtiers (3) sans préjudice de lavages préalables minutieux des mains. Les renseignements donnés par le toucher vaginal sont complétés par le palper, par l'auscultation, voire même par le toucher rectal (4), qui, à lui seul, est insuffisant et qui, en tout cas, ne sera jamais pratiqué sans un lavement évacuateur préalable.

Le nécessaire de l'accoucheur rural doit contenir : ciseaux, bistouris, aiguilles, pinces hémostatiques, seringues, sonde uréthrale, forceps de Tarnier, basiotribe, embryotome de Ribemont-Dessaigne, deux valves vaginales, un spéculum de Cusco, des pinces utérines, des gants, des doigtiers, un stéthoscope de Pinard, un tube de caoutchouc pour compression aortique, deux bandes à tamponnement de dix mètres sur dix centimètres, une ampoule de chloroforme, une d'éther, quelques ampoules d'extrait hypophysaire ; le tout sera dans une boîte métallique qui pourra servir de plateau à instrument pour l'intervention.

On fera préparer quelques litres d'eau bouillie et on utilisera, après ébullition ou flambage, un certain nombre d'ustensiles de ménage. On fera acheter à la femme de l'alcool à 90°, de la gaze stérile et du coton stérile (1).

La question de la position lors d'une intervention par voies naturelles retient, à juste titre,

(1) Il n'est pas besoin d'insister sur ce qu'il ne faut point se départir d'un ferme propos de propreté et d'asepsie en pratique obstétricale. Il vaut mieux se croiser les bras ou faire des gestes cabalistiques autour de la région ombilicale, que d'être un risque d'infection. Nos confrères espagnols donnent à ce propos d'excellents conseils. Nos classiques, par exemple le Ribemont-Dessaigne, contiennent à ce sujet de précieux détails, de même que les livres de chirurgie pratique, tel le Lejars.

(2) Il est difficile dans les milieux ruraux (et même en ville, et même en clinique) de séparer l'antisepsie de l'asepsie. L'antisepsie confirme l'asepsie. Si les antiseptiques n'agissent guère contre une infection déclarée, ils diminuent le risque de contamination. L'iode, le sublimé, l'alcool sont bien utiles. Je me suis loué souvent d'improviser une liqueur de Van Swieten bon marché avec de l'alcool à brûler et des paquets de sublimé du Codex.

Mayes (Morbidity Obstetrics - Its Reduction by the use of Mercurochrome as a vaginal antiseptic, *New York State J. Med.*, I May 1926, p. 384) a proposé d'introduire dans le vagin, dès le début du travail, quatre centimètres de mercurochrome - 220 à 4 pour cent et de s'en servir par un léger massage pour désinfecter le col et les culs-de-sac. Cette méthode aurait diminué de 50 p. cent le nombre de ses accouchées ayant de la température. Ces résultats n'ont pas été confirmés par Whitridge Williams (de Baltimore) dont on connaît la haute autorité.

(3) Malgré qu'il s'agisse d'une pratique onéreuse pour eux, un très grand nombre de nos confrères français emploient les gants et doigtiers stérilisés par ébullition. Il n'est pas besoin de s'étendre sur la valeur de cette pratique.

(4) Il est extrêmement facile de se renseigner sur l'état de la dilatation par le toucher rectal et aussi d'être renseigné sur la descente du placenta dans le segment inférieur lors de la délivrance. Cette technique, évitant d'entrer le doigt dans le vagin, diminue *ipso facto* les risques d'infection. Un très grand nombre de médecins allemands et américains s'en louent fort ; certains sont enthousiastes : il n'y a pas de plus grand progrès en obstétrique pour B. G. Hamilton (*Journal of the Missouri State Med. Assoc.* novembre 1917) ; R. W. Holmes (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1916, p. 22-29) le considère comme une très importante découverte et Holmes est un accoucheur de haute valeur et de bon jugement. Pourtant, note Hamilton, si les examens se multiplient, les femmes s'en plaignent. La méthode ne s'est pas répandue en France, où nous lui connaissons divers inconvénients tant quant à sa valeur, que pour les risques de souillures. De même Arteaga (L'exploration rectale dans le diagnostic de la gestation et du travail. *Revista de Médicina y cirurgia*, La Havane, 25 janvier 1918, p. 41) lui est défavorable, tant pour la commodité que pour la valeur des renseignements.

(1) J'ai indiqué ailleurs ce qu'il faut préparer pour un accouchement (*Progrès Médical*, 11 octobre 1924). Cet article se réfère aux conditions habituelles de ma pratique. En particulier, j'y ai indiqué la composition de ma malle d'accouchement. J'ai énuméré les divers objets que je considère comme utiles d'avoir sous la main, tant pour un accouchement normal qu'en prévision d'accidents toujours possibles. Evidemment, la liste que je donnais représentait un luxe de précautions ; évidemment, des millions et des millions de femmes ont mis au monde leurs enfants sans tant de façons. Il n'en est pas moins agréable de disposer, quand faire se peut, de certaines ressources. On peut concevoir des malles moins complètes ; on peut concevoir des accouchements sans nul matériel de ce genre ou avec un matériel rudimentaire et improvisé ; on a pu faire merveille dans de telles conditions. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut toujours s'efforcer de faire pour le mieux et que si l'on peut faire mieux que le rudimentaire et l'improvisé, il ne faut pas hésiter à s'y employer et à y obliger, autant que possible, l'entourage de la parturiente.

l'attention des auteurs ; ils envisagent quelques dispositifs de fortune (1) :

1° femme en travers du lit, un lien tient chaque membre inférieur, une extrémité dudit lien entoure la région du genou fléchi et l'autre est fixé aux deux montants du lit (montant de tête et montant de pieds) (fig. 1 et 1 *bis*) ;

2° femme en travers du lit, deux aides tiennent les membres inférieurs fléchis (fig. 2) ;

3° femme sur une table, deux porte-jambes métalliques sont adaptés à la table (ou éventuellement au lit) (fig. 3 et 3 *bis*) ;

4° femme en travers du lit, un lien est fixé à un genou, puis passe derrière la nuque et va se fixer à l'autre genou, une aide tient les cuisses écartées (fig, 4) ;

5° femme en travers du lit, un manche à balai habillé d'étoffe est au niveau des creux poplités ; de ce manche au contact de la face interne du genou part un lien qui passe derrière la nuque pour gagner l'autre côté (fig. 5) ou qui, au lieu de se réfléchir sur la nuque, est tenu par un aide vigoureux (fig. 5 *bis*).

Enfin on peut improviser en cas d'hémorragie, une inversion à la Trendelenbourg par le moyen d'une chaise renversée.

Pour l'anesthésie générale, les auteurs proposent d'employer un mouchoir en cornet ou encore d'improviser un masque à éther avec une cafetière (2). La morphine, la rachianesthésie (3) peuvent être utiles.

L'éclairage sera organisé pour le mieux. Les auteurs donnent à ce propos quelques conseils. Les lampes à acétylène leur ont rendu de signalés services (1).

Examen prénatal. — Au septième mois, on examinera la femme pour faire le diagnostic de présentation. On s'informera des sécrétions normales. La leucorrhée sera traitée par des injections d'acide lactique : les A. en emploient un mélange à parties égales d'acide lactique pur et d'eau distillée dont ils mettent une cuillerée à soupe par litre.

Quand il y a *danger d'avortement* on prescrira : l'abstention sexuelle ; le repos, les opiacés, l'hammamelis, mais sans jamais associer l'hydrastis qui risque de provoquer des contractions.

Les auteurs étudient ensuite la *môle*, *l'hydramnios*, les *gestations gémellaires*.

---

(1) Ces dispositifs de fortune que VITAL-AZA et MATEO CABRERAS préconisent sont fort intéressants. L'état du réseau routier français et la vulgarisation de l'automobile permettent au médecin français de faire mieux, c'est à savoir, d'emporter à tout accouchement connu pour devoir être difficile ou supposé tel, une table d'opération. Il en est qui sont transportables, légères, peu encombrantes, tout en étant très stables. Avec le progrès incessant de l'arsenal chirurgical, on fera mieux encore. Je me permets de conseiller comme très utile un tel achat aux confrères qui s'installent. Certes s'installer devient de plus en plus onéreux, mais il faut s'équiper pour être le moins ennuyé possible dans l'exercice du travail professionnel. Une table transportable rend mille services. Je n'ai pas été satisfait des pseudo-tables qui n'ont pas leurs quatre pieds et qu'on dispose sur un lit ou sur une table.

(2) La question de la narcose en pratique obstétricale est d'une importance extrême. Je parle de narcose pour une intervention et non pas d'analgésie obstétricale pour un accouchement banal (ce n'est pas que celle-ci soit négligeable et qu'il ne faille pas s'efforcer de soulager les parturientes ; mais ceci nous entraînerait un peu loin et il convient de nous limiter).

La narcose doit être tenue pour indispensable au cours de la plupart des interventions obstétricales. Ce n'est pas une question d'humanité, mais une question de travail bien fait : pour faire une application de forceps, pour faire une version par manœuvres internes, il faut que la malade soit en état de relâchement musculaire. La narcose supprime les mouvements de défense, mais, surtout, elle supprime l'hypertonie utérine qui complique toujours les dystocies, quand elle n'est pas, à elle seule, toute la dystocie.

Cette anesthésie peut être donnée par un confrère ou par une sage-femme, voire même par une matrone perfectible et stylée. Mais, souvent, on n'a pas cet aide sous la main.

Voici comment je pratique quand je suis ainsi isolé, et comment j'ai pratiqué en milieu rural. Je fais mettre la ferme en position obstétricale *avant toute choses* (après avoir réfléchi à la façon dont je serai éclairé). Je prépare tout ce qui me sera nécessaire (compresses, iode, forceps) à la place où il me sera commode de le prendre au cours de l'intervention. J'endors la malade *à fond* (je souligne le mot, à fond, c'est-à-dire que j'emploie à cela les dix minutes qui sont presque toujours nécessaires et, encore, deux ou trois minutes en plus) ; je passe alors l'appareil à celui des assistants à qui j'ai montré comment propulser le maxillaire. (Un appareil rustique et peu dangereux comme l'Ombrédanne est particulièrement recommandable en milieu rural, encore qu'habituellement je préfère le chloroforme à l'éther). Je bloque l'appareil à une faible dose d'anesthésique, ou, si je me méfie de mon anesthésiste improvisé, je bloque au zéro ; je passe mes gants et je me désinfecte les mains avec un bol d'une solution iodée préparée à l'avance ; je commence alors mon intervention, m'efforçant de faire une prise très correcte, quitte à ce que la fin de l'extraction se passe dans une demi-anesthésie...

J'ai écrit ailleurs ce qu'on pouvait demander à l'anesthésie locale en obstétrique (*Physiologie obstétricale normale et pathologique*, Masson, éditeur, 1923, chapitre XIX, plus complètement dans le *Bulletin général de thérapeutique.*)

(3) De la rachianesthésie, je ne veux point discuter ici les mérites ni les inconvénients. Mais je tiens à dire qu'elle ne doit pas être *employée faute d'avoir sous la main un anesthésiste.* Employons-la *seulement* si, dans le cas en question, nous déciderions de l'employer étant dans une bonne clinique.

(1) La question de l'éclairage a une importance extrême. Il ne faut jamais commencer une intervention sans avoir étudié auparavant comment on sera éclairé au moment critique.

La diffusion de l'électricité dans les campagnes françaises a un peu simplifié la question. L'éclairage frontal, soit par prise de courant, s'il en existe, soit par pile ou accus, rend des services signalés.

Vomissements gravidiques. — Etudier la psychologie de la femme et de son entourage. Souvent ils sont d'origine neuro-psychique, donc il est possible de les guérir par suggestion. La rétroversion utérine peut, elle aussi, être la cause des vomissements : il faut autant que possible réduire cette rétroversion manuellement. On prescrira le lit, l'isolement. Les injections de sérum sont souvent utiles, de même que l'autohémothérapie, le véronal. En cas d'acidose, insuline.

Analyses d'urines : rechercher l'albumine, le sucre et l'acétone. S'il a y oligurie, se méfier. S'il y a des œdèmes, prendre la tension artérielle.

Cardiopathies : l'insuffisance cardiaque indique formellement l'évacuation utérine : avant deux mois, curettage, et après trois mois, césarienne vaginale qui sera complétée par la ligature des trompes pour éviter à la malade des gestations postérieures. (Hum ! Hum ! Nous sommes un peu loin de l'obstétrique dans une chaumière, mais il faut reconnaître qu'un transport en clinique est, alors, possible).

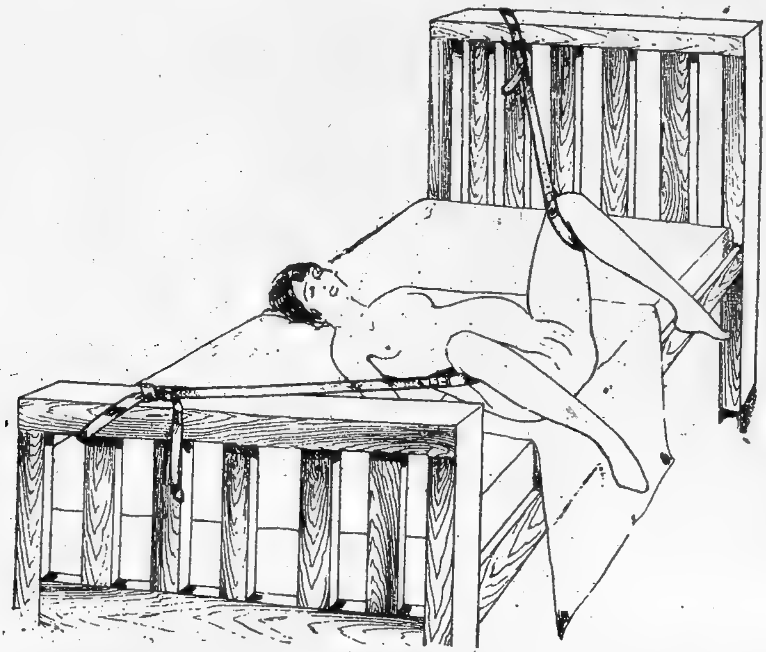


FIG. 1. — PREMIÈRE POSITION préconisée par VITAL AZA et M. CARRERAS.

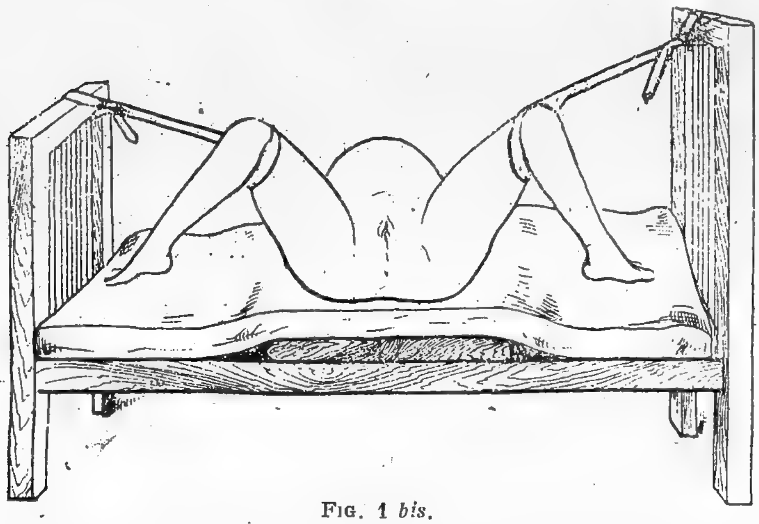


FIG. 1 *bis*.

Hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Les hémorragies indolores des trois derniers mois sont dues à une rupture de varice vulvaire ou au placenta prævia. Celui-ci, pour V. A. et M. C., appelle

l'évacuation utérine par divers procédés : tamponnement vaginal, rupture de la poche des eaux, manœuvre de Braxton Hicks, pose de ballon. On emploiera le sérum adrénaliné (1), la transfusion, même sans examen préalable des groupes sanguins (l'injection sera pratiquée lentement et atteindra trois à quatre cents grammes).

Eclampsie : 1° Diète hydrique ou régime sec ; 2° la méthode de choix serait d'évacuer l'utérus, ce qui est facile si le col est dilaté, mais impossible en cas contraire ; la césarienne n'est pas praticable ; on s'efforcera, alors, de calmer l'excitabilité des centres nerveux ; 3° on emploiera pour cela la méthode de STROGANOFF au chloral et morphine et la saignée.

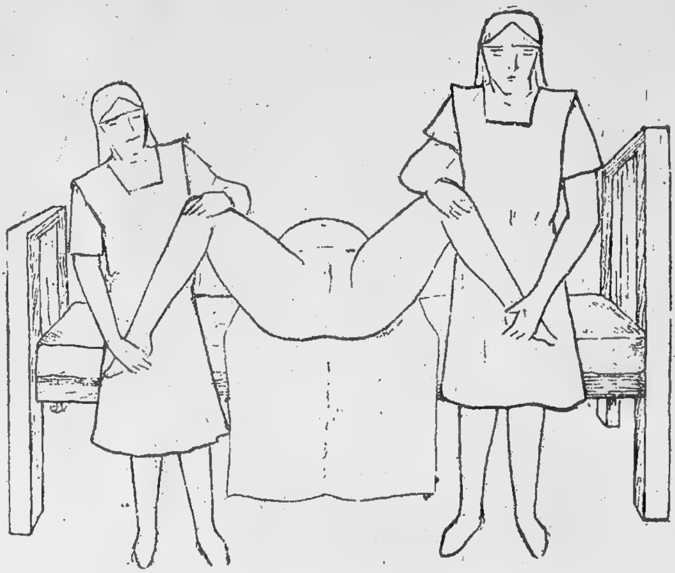


FIG. 2. — DEUXIÈME POSITION OBSTÉTRICALE.

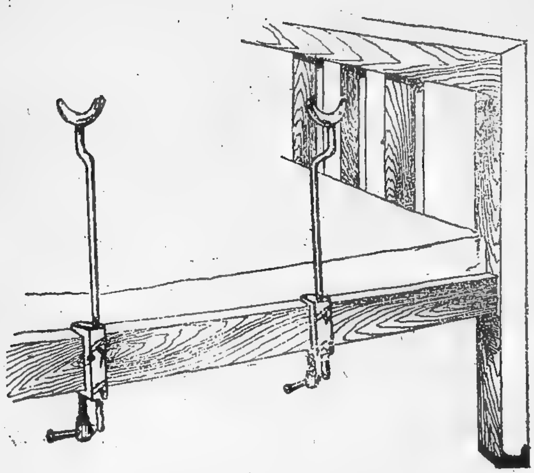


FIG. 3. — Porte-jambe fixé au bois de lit. (d'après V. AZA et M. ÇARRERAS).

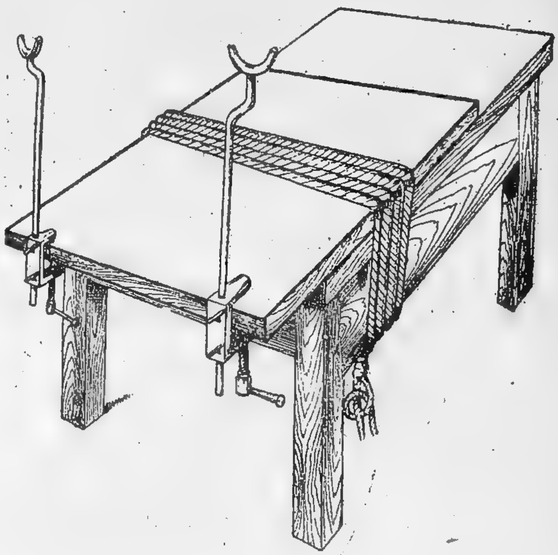


FIG. 3 *bis*.

(1) Je me permets de signaler, une fois de plus, le risque de gangrène que comporte l'introduction sous-cutanée de l'adrénaline. J'ai vu plusieurs fois des escarres chez des femmes à qui j'avais injecté ou à qui on avait injecté de l'adrénaline lors d'une hémorragie post partum. Une escarre limitée au cas d'une injection d'un cc. d'une solution au millième, est une chose désagréable ; mais une escarre étendue à toute la face externe de la cuisse, après injection d'une demi-litre de sérum adrénaliné, est un désastre. Il ne faut pas croire que la dilution dans un litre de sérum physiologique diminue le risque, comme d'aucuns le disent, bien loin de là ; elle ne fait qu'augmenter la surface de la zone nécrosée. Si on croit devoir employer l'adrénaline, on l'injectera d'une part et on injectera le sérum d'autre part.

Pourquoi les auteurs parlent-ils de méthode de STROGANOFF ? STROGANOFF qui est très strict dans l'application de sa méthode les renierait, car ils recommandent en même temps que la morphine des manœuvres telles que lavages gastriques et purgation, lesquelles sont contraires au maître principe de STROGANOFF, lequel est de ne pas « chahuter » la malade.

trois heures, on aura recours à l'expression abdominale avec tractions légères sur le cordon ou à l'injection funiculaire. L'extraction manuelle est à rejeter (1).

Extraits hypophysaires. — V. A. et M. C. étudient ensuite en détail, les indications et très judicieusement, les contre-indications de

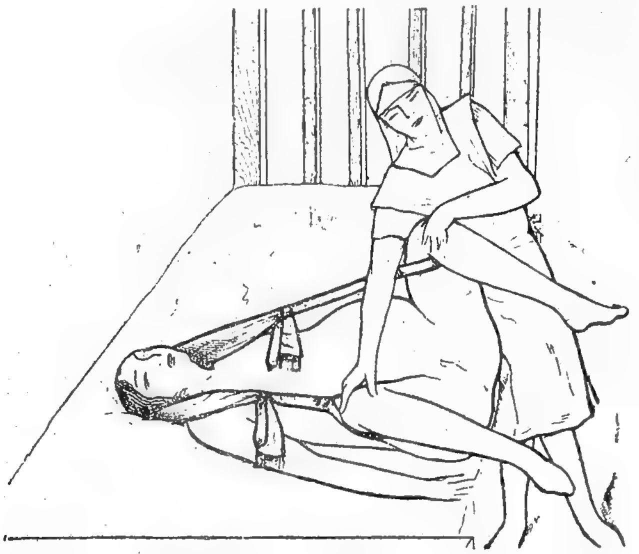


FIG. 4. — Autre position obstétricale avec un seul aide.

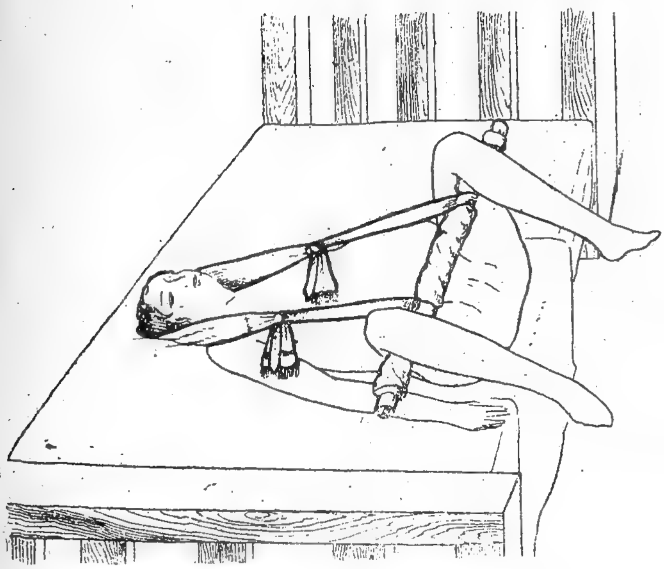


FIG. 5.

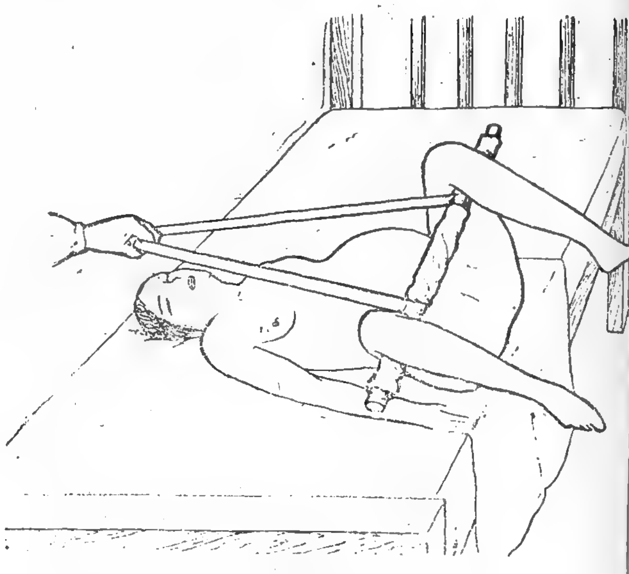


FIG. 5 *bis*.

Suites de couches : Il vaut mieux ne pas faire d'injections que de les faire mal. On surveillera le sommeil. On appliquera un bandage abdominal. On surveillera l'alimentation. La femme peut se lever au septième ou huitième jour. Pour favoriser la lactation, on peut pratiquer avantageusement l'autolactothérapie.

Délivrance : Si le placenta est retenu plus de

l'hypophyse. Ils l'étudient tellement en détail que nous pouvons en déduire le grand rôle qu'ils

(1) Nos deux confrères espagnols disent : « n'introduisez pas la main dans l'utérus, faites de l'expression ». Je ne m'associe pas à leur affirmation, encore qu'il y ait, de par le monde, beaucoup d'accoucheurs à partager leur avis. Il y a deux méthodes en principe pour assurer l'évacuation d'un placenta retenu : l'une est l'expression, l'autre est la délivrance artificielle, la main introduite dans l'utérus décollant et amenant le placenta. Il ne fait pas

attribuent à l'hypophyse en obstétrique rurale. « Il n'est, disent-ils, ni logique ni juste de priver le médecin d'une thérapeutique qui sera utile dans un grand nombre de cas » (1).

Infection puerpérale. — Long et intéressant chapitre qui ne comporte absolument rien qui soit spécial à la pratique rurale.

Opérations obstétricales. — Les techniques du forceps, de la version, des embryotomies (il vaut mieux pratiquer la perforation du crâne fœtal que de voir mourir les deux êtres sans pouvoir les aider) sont, tour à tour, minutieusement décrites et ces chapitres constituent un excellent *vade mecum.*

L'auteur termine par des réserves sur l'accouchement forcé à la Delmas et par de très grandes réserves sur les affirmations de l'Allemand Hirsch pour qui les dystocies les plus légères relèvent de la césarienne.

***

Dans le même temps que paraissait le beau livre de nos confrères madrilènes, deux articles ont été publiés sur l'obstétrique rurale, l'un tel que l'a vécu un praticien allemand, l'autre telle que la vit un jeune accoucheur brésilien dans une zone un peu primitive de son beau pays. Nous allons les résumer tous les deux.

l'ombre d'un doute, pour moi, que la première rend très fréquente la rétention de débris placentaires et que, tôt ou tard, elle nécessite pour déloger le débris qui fait saigner d'introduire la main dans l'utérus. On peut, *toujours,* ioder ses mains et ses avant bras, faire une délivrance artificielle correcte et introduire ensuite dans l'utérus un antiseptique. On réussit d'autant mieux cette manœuvre qu'on l'exécute correctement, méthodiquement et sans se hâter.

(1) De la lecture des intéressantes pages qu'ils consacrent à l'extrait hypophysaire, on peut conclure que Vital Aza et Carreras en sont très partisans. Il est donc tout naturel que, dans leur livre, ils lui attribuent un rôle important en médecine rurale. Mais il y a des accoucheurs qui ne l'emploient jamais ; d'autres encore, et je suis du nombre, tout en reconnaissant à l'extrait hypophysaire une place en obstétrique, croient cette place assez petite. Je me suis expliqué sur ce point dans ma *Physiologie obstétricale normale et pathologique,* Masson, Ed. 1923, chap. XVIII et in « Les médicaments qui modifient la contraction utérine » *Presse Médicale,* 23 juin 1924. J'ai essayé d'être impartial, moyennant quoi les fanatiques de l'hypophyse m'ont accusé d'injustice et les prohibiteurs m'ont regardé avec sévérité.

Un « anti-hypophysiste » ou un « hypophysiste tiède » (tel que moi) ne sauraient admettre que l'hypophyse remplace le forceps en milieu rural pour la simple raison qu'une injection hypodermique est toujours plus facile qu'un forceps. Il faut toujours faire pour le mieux. Pour un cas où, en clinique, je croirais devoir employer l'hypophyse, je suis prêt à la préconiser en milieu rural ; mais je ne compterai pas sur l'hypophyse pour escamoter un forceps difficile ; car, alors, on s'expose à des désastres. Songez que, parmi les partisans qualifiés de l'hypophyse (j'entends ceux qui ont une notoriété scientifique de bon aloi), il en est qui l'emploient seulement en clinique, ayant tout et tous sous la main.

Notre confrère allemand Knopf a réuni sous le titre de « Souvenirs obstétricaux d'un médecin de campagne » le résumé de nombreux cas vus et soignés par lui au cours d'une longue carrière. Un certain nombre de ces histoires sont intéressantes en dehors de toute condition de milieu urbain ou rural. Mais nous envisagerons, seulement, celles qui constituent des tours de main utiles dans des cas délicats.

Dans les cas d'abdomen pendulum, il conseille de placer la femme pour l'accouchement en position genu-pectorale.

Dans les cas où, malgré les douleurs intenses, la dilatation ne se fait pas, il a obtenu de très bons résultats par l'incision du col.

Dans deux cas de rupture utérine, Knopf, ne pouvant faire opérer, a réussi à retirer l'enfant et le placenta : une fois, la mère guérit ; mais, l'autre fois, elle succomba au cinquième jour (1).

Dans les campagnes, il remarque qu'il est souvent difficile de trouver un anesthésiste pour une application de forceps et il conseille d'utiliser, à cette fin, le mari. Il insiste sur ce qu'avant d'employer l'anesthésie chez la femme, il est nécessaire de bien examiner l'état du cœur.

Ayant eu à pratiquer des cuniotomies et n'ayant pas d'instruments, il n'a pas hésité à se servir d'un tisonnier, préalablement désinfecté et il affirme avoir obtenu des résultats parfaits.

Dans un article de la *Revista de gynecologia e d'obstetrica* qui paraît à Rio-de-Janeiro, Joao Peres (de Vergem Grande, Sao-Paulo) vient de tracer (août 1930, p. 337) un tableau sans attrait de l'obstétrique rurale (*Obstetricia rural*) dans un distric reculé du Brésil. Tout n'est pas rose dans la pratique de notre confrère et les circonstances ne sont pas les mêmes que dans les beaux hôpitaux de Rio. L'asepsie est inexistante ; le degré de culture des patientes et de l'entourage aussi bien que notions d'hygiène décroissent à mesure que l'on s'éloigne des milieux civilisés. Joao Peres peint une scène d'accouchement en pleine campagne avec un lamentable réalisme ; il insiste sur les vieilles pratiques de la routine, sur les superstitions, sur l'ambiance hostile au médecin. Les interventions sont, parfois, difficilement acceptées et, quand

(1) Lorsque notre confrère allemand s'est trouvé en présence d'un cas de rupture utérine avec une femme moribonde intransportable, il a pensé que, pour elle, la meilleure chance de succès était d'extraire l'enfant et le placenta : de la sorte si elle avait la chance de résister au shock et d'échapper à l'infection, elle était susceptible de guérir sans le redoutable corps étranger qu'est un fœtus intra-péritonéal. D'avoir ainsi agi, il faut le louer. Mais il va de soi que, si la cliente avait été en état d'être transportée rapidement en un lieu chirurgical, cela eût été préférable ; alors, l'extraction du fœtus aurait été un traumatisme supplémentaire inutile et dangereux.

elles le sont, leur réalisation est souvent impossible. Le poignard du mari vient parfois compléter la situation et il ne s'agit pas d'une galéjade, car, dans un numéro ultérieur de la même *Revue*, un autre accoucheur brésilien, explique, aussi, comment il est aussi utile à l'accoucheur d'avoir son revolver que d'avoir son forceps. JOAO PERES évoque les différents problèmes qui peuvent se présenter et toute la difficulté qu'il y a pour leur trouver une solution utile et réalisable. Il conseille de ne pas suturer les déchirures périnéales, condamnées à suppurer par le manque total d'asepsie. Pour le placenta prævia, il va de soi qu'il ne faut pas penser à la césarienne, étant donné l'éloignement de toute installation acceptable, l'état de la malade et l'état d'esprit de la famille ; aussi conseille-t-il soit le tamponnement et l'extrait hypophysaire, soit le Braxton Hicks (1). En cas de bassin rétréci, les embryotomies s'imposent, même sur enfant vivant. De façon plus générale, dans les cas graves, il n'est guère possible que de penser à la mère (2). Si cette pratique rurale est difficile et pénible, elle comporte l'avantage d'une grande rareté des infections puerpérales, étant donné l'absence de contagion et la résistance de l'organisme.

***

Depuis que j'ai rédigé ces quelques pages, j'ai eu connaissance d'un article que J.-H. Peck, de Tooele (Utah), a consacré à la pratique de l'obstétrique rurale en Amérique d'après mille cas d'accouchements (*California and Western Med.*, novembre 1930, p. 801). Dans cinq cas, seulement, il a dû envoyer ses patientes à l'hôpital ou en clinique ; l'une des cinq est morte d'une hémorragie rétro-placentaire. Il a eu deux déchirures complètes du périnée dans les sommets et trois dans les sièges ; quatre fois, la réparation de ces déchirures a été satisfaisante et, une fois, le sphincter est resté incontinent. Il lui fallut faire pratiquer deux césariennes pour bassins rétrécis. Il a eu deux infections graves, l'une avec abcès pelvien, l'autre avec septicémie qui, toutes deux, guérirent. Il y a eu un cas d'éclampsisme. Douze fois, il lui a fallu faire un tamponnement utérin pour hémorragie. Cinq patientes ont eu des abcès du sein. Dix pour cent des cas ont nécessité version, application de forceps, ou autres interventions obstétricales, ce qui semblera un chiffre élevé aux lecteurs français. Les accouchements ont, parfois, été faits dans des conditions très défectueuses. Le coût pour chaque naissance (garde, médecin et dépenses diverses) a dépassé rarement 65 dollars (seize cents francs). Peck est d'avis que tous les jeunes médecins qui commencent à exercer et qui se proposent de faire de l'obstétrique dans les villages, devraient s'associer, pour un temps, avec un médecin plus âgé. Malgré la vogue qu'a, pour les Nord-Américains, l'accouchement en clinique, Peck estime que, toutes choses égales, toutes précautions bien prises, le propre lit d'une femme n'est pas un si mauvais endroit que cela pour accoucher.

H. VIGNES.

***

La pratique des accouchements est l'une des faces les plus importantes de la médecine rurale. C'est celle qui, peut-être, est prédominante à la base du jugement qu'une population porte sur un médecin. Elle comporte un esprit de décision jamais en défaut, puisqu'il faut, coûte que coûte, aider la parturiente à en terminer, avec un acte si gros de risques... Aussi, ai-je été particulièrement intéressé par l'exposé de mon très distingué confrère et ami Henri VIGNES.

Il m'a invité à le faire suivre de quelques réflexions que je lui avais soumises précédemment, et qui sont le fruit de l'expérience que j'ai acquise durant les premières années de ma carrière à la campagne, et des quelque trois cents accouchements que j'ai pratiqués.

Ayant accompli un premier stage à Baudelocque, et un second à la Maternité de Tenon, je débutais avec un bagage d'une vingtaine d'accouchements, normaux évidemment. Imbu de l'enseignement que j'avais reçu durant mes études, et animé d'un beau zèle, quand une femme me venait « *retenir* » en vue de son accouchement, je me faisais un devoir d'aller la voir durant sa grossesse, l'examiner, m'assurer que ses urines ne contenaient pas d'albumine... Et naturellement, comme j'agissais ainsi *proprio motu*, je ne lui réclamais aucun honoraire, me réservant d'intégrer, dans la rémunération à laquelle me donnerait droit mon assistance à l'accouchement, la juste indemnité de mes soins préalables.

Or, je ne tardai pas à m'apercevoir que je fai-

(1) Le traitement des hémorragies que peuvent causer certaines insertions du placenta sur le segment inférieur s'oriente de plus en plus en ce qui concerne les cas réellement graves vers les solutions chirurgicales. Cependant, la rupture large des membranes, la pose d'un ballon dilatateur extensible, la version mixte de BRAXTON HICKS sans extraction permet de beaux succès, même dans les cas graves.

Il est évident qu'en pratique rurale, dans les villages très éloignés des centres, la chirurgie est impossible et l'emploi des ballons fort aléatoire. On fera, alors, un peu plus de Braxton-Hicks, on emploiera un peu moins de ballons ; au total, l'expérience montre qu'on arrivera à peu près au même résultat.

(2) Il est évident que, loin des centres obstétricaux bien installés et lorsque l'heure obstétricale est passée, on sera amené à pratiquer quelques embryotomies sur enfant vivant. C'est inévitable ; nécessité fait loi ; mais il ne faut que ce soit de cœur joyeux. On agira avec sagesse, mais ce sera sagesse douloureuse et non pas un idéal.

sais un véritable métier de dupes. La plupart de ces braves paysannes ne me *retenaient*, en effet, qu'en sous-entendant : « Si les choses ne se passent bien et que la présence d'un médecin s'impose... » Et elles accouchaient le plus souvent, non seulement sans me faire appeler, mais encore sans même m'en prévenir. Et il m'est arrivé, environ 1894, de renoncer à un voyage que je devais faire à Paris, pour être prêt à accoucher, au terme fixé, la soubrette d'un château voisin, et d'apprendre tout à fait par hasard que l'accouchement avait eu lieu avant la date à laquelle devait se placer le voyage projeté par moi...

Mon zèle ne tarda donc pas à se refroidir. Et je ne continuai à procéder à des surveillances prénatales que là où j'étais sûr que l'on me demanderait.

Dans le but d'être armé contre l'imprévu, et aussi les insuffisances du milieu rural, j'avais fait confectionner une boîte en fer blanc dans laquelle j'enfermais mon forceps (un Tarnier), un bock muni de son tuyau et de sa canule en cristal, une sonde métallique intra-utérine, une sonde uréthrale, une aiguille d'Emmet, des catguts, des paquets antiseptiques, une poire à insufflation de Ribemont-Desseigne, etc., etc. Et je dois dire que cela m'a rendu toujours service. A cette époque lointaine, on ignorait la ganterie caoutchoutée qui, depuis lors, a pris légitimement une si grande place en chirurgie et obstétrique contemporaine.

Je note, au hasard de mes souvenirs, deux cas de dystocie mouvementés. Dans la nuit du 31 janvier au 1er février 1892, un accouchement avec présentation du siège décompleté mode des pieds, et procidence du cordon. J'ai réussi à réduire la procidence et l'enfant a vécu. Accouchement compliqué de ce fait qu'il devait être *clandestin*, comme intéressant une veuve joyeuse qui tenait à sa réputation... Je fus donc chargé des déclarations légales que je fis dans les termes suivants : « Dans la nuit du ..... au ..... sur le territoire de la commune, est né un enfant du sexe féminin qui a été prénommé..... » Le secrétaire de la mairie, qui reçut ma déclaration, voulait m'obliger, non pas à lui révéler le nom de la mère, mais à préciser son adresse ..... Il en référa même au Procureur de la République, qui lui enjoignit de ne pas insister...

Quelques mois plus tard, accouchement, impossible sans intervention, chez une rachitique présentant un bassin très rétréci ; cela se passait en pleine campagne, à 12 kilomètres de tout centre, sans autre assistance que celle de mon domestique, avec un mari ivre-mort, et les commères du voisinage qui ne facilitaient pas ma tâche. Je dus attendre le jour pour faire transporter la femme à la Maternité voisine, où on fit une embryotomie.

En dix ans, j'ai observé dans ma clientèle *extra-muros*, à 7 kilomètres, un seul cas d'infection puerpérale, terminé par la mort de la femme. Cette infection ne se manifesta que vers le septième ou huitième jour après un accouchement normal et l'on ne me prévint que deux jours après que la fièvre était allumée... En l'absence de sa mère, la jeune femme n'avait jamais voulu que sa belle-mère la lavât, elle s'était même levée, et quand je la vis, les poils du pubis étaient tellement agglutinés par les sécrétions de toute nature qu'ils formaient une sorte de gâteau très dur, horriblement malodorant... Tous mes efforts, joints à ceux d'un confrère ami appelé en consultation, furent vains. Et j'y gagnai que l'on m'accusa de ne l'avoir pas délivrée... Si bien que, dans la suite, je ne procédai jamais à une délivrance sans montrer le placenta à toute la famille rassemblée, avant son enfouissement au fond du verger ou du jardin.

Pour terminer, j'ai raconté dans mes *Lettres à un jeune médecin* comment je fus considéré comme un sadique pour avoir, en vue d'un forceps, ébarbé aux ciseaux un pubis et une vulve luxurieusement pileux... Il y a trente-cinq ans de cela...

Je sais que, ici et là, trop rares encore, se créaient des Maternités rurales où les paysannes allaient faire leurs couches. Conformément à l'avis exprimé par M. Vignes je fais des vœux pour que ces Maternités se développent et se multiplient, avec le concours et la collaboration des praticiens régionaux et que pour l'acte le plus auguste qu'une femme puisse accomplir, elle soit entourée de tous les soins nécessaires et que permet surtout un local organisé, meublé, équipé dans ce but...

G. DUCHESNE.

LE KALA-AZAR

Professeur W. Bensis,

Professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, le 20 janvier 1931.

Le kala-azar est dû à un parasite, à un protozoaire flagellé du type des leishmanias.

On connaît la leishmaniose locale ou cutanéo-muqueuse et la leishmaniose généralisée ou viscérale.

On distingue le kala-azar méditerranéen ou infantile et le kala-azar indigène ; d'après M. Nicolle, ces deux maladies seraient identiques, parasitologiquement, expérimentalement et cliniquement, sauf le fait que le kala-azar méditerranéen s'observe seulement chez les enfants, le plus souvent en bas âge.

Pour ce qui est de la forme cutanéo-muqueuse, suivant les divers pays où on l'observe, elle porte des noms variés : bouton d'Orient, bouton d'Alep, ou de Biskra, bouton de Bahia, etc.

La leishmaniose canine a été décrite tout récemment.

Ce n'est qu'en 1903 que presque simultanément le parasite fut découvert par Leishman et puis par Donovan.

Pour les recherches de laboratoire on se sert de la pulpe splénique, qu'on obtient par ponction splénique. Le parasite se présente sous des aspects variables suivant qu'il est en culture ou bien dans l'organisme.

En culture il a la forme à flagellé; dans l'organisme, où il est endocellulaire, il perd le flagellé, il se localise dans les grands mononucléaires sous forme d'un petit corps piriforme, rond ou ovalaire. Il se colore bien par le Giemsa, le biéosinate, le panchrome de Laveran.

Pour le nombre des leishmanioses canines en Grèce on peut l'évaluer à 5 %. La maladie est donc très fréquente, sa fréquence est surtout considérable dans certaines îles et dans les campagnes.

En général on peut dire qu'en Grèce, bien souvent, surtout dans les régions où il y a du paludisme la leishmaniose se dissimule facilement derrière ce dernier et passe méconnue.

Dans certaines régions de la Grèce, là où le paludisme n'existe pas, la leishmaniose paraît plus fréquente.

Depuis la découverte du parasite, depuis l'application de la pratique de ponction de la rate, la leishmaniose paraît être plus fréquente; on devrait dire plutôt qu'on sait la diagnostibuer là où avant on l'aurait méconnue.

La leishmaniose canine se transmet-elle à l'homme et de quelle façon ? Ces questions ont déclenché de nombreuses discussions.

En Grèce la présence de la leishmaniose dans les campagnes où l'homme vit dans un contact plus rapproché avec le chien, où les chiens sont plus nombreux, parlerait en faveur de l'origine canine de la maladie. Comment le parasite se transmet-il du chien à l'homme ?

On a incriminé les punaises, mais cette opinion fut rapidement délaissée. Les puces, nombreuses chez les chiens, furent aussi accusées de transporter la maladie à l'homme, mais cette supposition ne fut pas suffisamment prouvée.

Le moustique, le phlébotome argentipes fut aussi soupçonné mais on n'a pu prouver le développement du parasite dans le corps de cet insecte. Pour bien étudier le développement et l'évolution expérimentale du parasite il fallait un animal d'investigation ayant une grande sensibilité vis-à-vis des leishmanies.

M. Blanc, de l'Institut Pasteur d'Athènes, trouva en 1924 un petit rongeur, le spermophile (très abondant dans les steppes Kirghises et au Caucase). Chez ce petit rongeur une inoculation infectante infime provoque l'infection généralisée rapide et intense.

Quant à l'agent de transmission, il semblerait que ce soit la tique, espèce d'acarien s'attachant au corps et surtout aux oreilles des chiens. M. Blanc a pratiqué deux espèces d'expériences : 1° il inocule au spermophile des larves de tiques infectées, le spermophile réagit par l'infection généralisée ; 2° des nymphes de tiques ayant sucé le sang d'un chien malade infectent le spermophile.

Ces deux expériences montrent que autant la larve que la nymphe infectées conservent dans leur corps l'infection et la transmettent. Dans l'organisme de la tique le parasite évolue.

Adler (Anglais) prétend qu'en Sicile les chiens ne sont pas infectés et le nombre d'hommes malades est considérable.

Voyons maintenant le tableau clinique du kala-azar.

Les signes prédominants, cardinaux sont : l'amaigrissement, l'anémie, la splénomégalie et l'hépatomégalie, on pourrait encore mentionner la pigmentation des extrémités mais ce signe est rare en Europe.

On ne peut préciser exactement la durée de l'incubation.

La fièvre est notée dès le début, elle est irrégulière, variable. Tantôt c'est de la fièvre bi-

quotidienne, tantôt ce sont des accès triquotidiens.

L'anémie progresse simultanément avec une énorme splénomégalie. Dans certains cas on peut observer chez l'enfant une splénomégalie atteignant la fosse iliaque gauche au bout de trois semaines.

Quel est le diagnostic différentiel à faire ? C'est celui avec la maladie de Banti et avec le paludisme.

Chez l'enfant on peut observer au cours du kala-azar une complication spéciale, c'est le noma. Les autres complications sont les pétéchies, l'éruption purpurique.

On traite la maladie avec les sels d'antimoine. Si la maladie évolue sans intervention médicale, le malade se cachectise et finalement cette cachexie devient extrême et la maladie évolue vers la mort.

L'examen du sang chez les malades atteints de kala-azar montre une leucopénie énorme. Cette leucopénie présente un caractère spécial; il y a inversion de la formule leucocytaire au détriment des polynucléaires.

Au cours de la maladie on peut observer parfois des leucocytoses passagères peu durables.

Quelques mots sur l'anatomie pathologique : ce qui est caractéristique c'est que jamais les cellules nobles de l'organisme ne sont atteintes. Les parasites siègent dans les macrophages.

On trouve quelquefois des ulcérations au niveau du tube digestif.

Le kala-azar fut pendant longtemps considéré comme une maladie exotique, actuellement on en trouve des cas dans tous les pays (en Espagne, en Italie, en France, en Grèce, etc.).

En France, c'est M. Marcel Labbé, qui en 1918, reconnut les premiers cas de kala-azar sur le littoral méditerranéen. Il s'agissait de deux enfants serbes séjournant depuis 18 mois à Nice.

Quel est le traitement du kala-azar ?

Jusqu'à il y a une dizaine d'années on traitait le kala-azar par la quinine, les préparations arsénicales, ces dernières pouvaient dans certains cas améliorer l'état général des malades.

Mais ce sont les sels d'antimoine qui semblent avoir réellement une action spécifique, si le traitement est commencé suffisamment tôt. Ainsi l'emploi de tartre stibié peut encore au troisième mois de la maladie avoir une action favorable.

Mais il faut mentionner que cette médication peut être dangereuse. Le tartre stibié provoque parfois des dépressions très marquées.

Il ne faut jamais omettre d'examiner les urines, de surveiller le fonctionnement des reins.

Actuellement on emploie des préparations organiques. Le néostibosial en injections intraveineuses tous les 2 à 3 jours.

L'immunisation est complète et définitive après la maladie.

Quelles sont les relations entre la forme cutanée et la généralisée ? Le parasite de la première ne provoque point la forme généralisée même chez le spermophile, animal qui paraît si sensible à cette infection. Pour conclure il faut dire qu'en Grèce on s'est rangé à l'idée que la forme méditerranéenne était identique à la forme indienne.

Mais la forme localisée est distincte de la généralisée.

La dissémination du kala-azar est pour ainsi dire générale, on en trouve dans tous les pays : il faut savoir le dépister.

Le kala-azar est une maladie continentale et non exotique exclusivement.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

L'enveloppement humide, traitement simple, mais efficace des pneumonies post-opératoires

d'après le Prof. E. VILLARD et Mlle ROUGIER (1)

Chez des opérés en période d'épidémie grippale, chez ceux particulièrement atteints de manifestations bénignes nasopharyngées, anesthésie et choc traumatique s'associent pour donner le coup de fouet nécessaire à l'apparition des accidents pulmonaires.

Si la rachianesthésie, comme l'anesthésie par inhalation, peut amener cette complication post-opératoire, cette dernière anesthésie reste cependant plus dangereuse, et l'éther paraît ici un agent plus nocif que les autres, et notamment que le mélange de Schleich.

Le type clinique de la pneumonie post-opératoire diffère assez sensiblement de celui réalisé par la pneumonie classique. Il est, en effet, rare de noter le point de côté violent et le frisson. Le lendemain de l'opération, la température s'élève généralement au-dessus de 39° pour atteindre le soir du deuxième jour 40°. Par ailleurs, l'abdomen est silencieux, il n'y a pas de vomissements, et *la région opératoire ne paraît pas en cause.* Au

(1) Prof. E. VILLARD et Mlle ROUGIER. — De l'enveloppement humide dans le traitement des pneumonies post-opératoires. (*Lyon médical*, 23 novembre 1930.)

troisième jour, la température est en plateau. Ce *plateau*, avec peu de différence entre le matin et le soir, est des plus caractéristiques et suffit, presqu'à lui seul, pour faire le diagnostic. Il coïncide avec l'*accélération des mouvements respiratoires* (30 à 40 par minute), alors que le *pouls* oscille entre 100 et 120 ; on note de la cyanose ou de la congestion de la face, souvent prédominante sur une pommette. Le battement des ailes du nez est inconstant.

Les signes sthétascoustiques ne peuvent être entendus qu'au phonendoscope pour ne pas mobiliser les grands laparotomisés.

A partir du 4e jour, l'évolution va différer de celle d'une pneumonie classique ; dans les cas favorables, la température s'abaisse, les accidents tournent court, et, en même temps, que la toux, apparaît une expectoration muco-purulente ou rouillée caractéristique. L'auscultation pulmonaire révèle un foyer pulmonaire de râles fins, signature de la lésion.

Moins souvent, cette évolution favorable ne sera pas réalisée, et il ne faudra pas l'attendre au point critique du neuvième jour. Peu à peu, la température s'élèvera de quelques dixièmes, et, vers le *septième jour*, le pouls et la respiration s'accélèreront de façon inquiétante. La température atteindra parfois 41° avec un pouls à 140 et au-dessus, une dyspnée à 50, une angoisse de plus en plus pénible ; la mort pourra survenir vers le 8e ou le 10e jour, alors que le foyer opératoire n'aura présenté aucune complication. Les *pneumonies post-opératoires ont une gravité très spéciale.*

Les traitements classiques ordinairement employés (digitale, tonicardiaques sous-cutanés, vaccin de Weill et Dufourt curatif, inhalations d'oxygène), sont trop souvent inefficaces.

C'est alors que les auteurs ont eu recours à l'*enveloppement humide* ; ils l'ont employé suivant une *méthode spéciale*, en *mobilisant le moins possible* les grands laparotomisés, dyspnéiques par surcroît, auxquels ils avaient affaire :

« Sur un large bandage de corps en toile, on place un tissu caoutchouté ou de gutta-percha, correspondant à la largeur du thorax à envelopper. Sur ce tissu isolant est étalée une couche épaisse de coton imbibé d'eau tiède et suffisamment exprimé pour ne pas inonder le lit. Le pansement humide étant ainsi réalisé à plat, un aide asseoit rapidement le malade, pendant qu'un ou deux autres aides glissent et étalent sur le lit le pansement humide préparé. L'opéré est alors doucement couché dessus, et il n'y a plus qu'à rapprocher les bords de l'enveloppement en le fixant par des épingles, pour que l'application soit terminée. Tout le thorax est ainsi entouré d'une zone humide, et la mise en place ne dure que quelques instants, ne réclamant de l'opéré que le minimum de déplacement et d'effort. Le pansement est laissé trois à quatre heures, et doit être continué sans interruption dans les cas graves. Lorsque la résolution commence, on peut espacer les applications, n'en faisant que deux ou trois dans les vingt-quatre heures ».

Dès que le diagnostic de complication pulmonaire est posé (élévation de la température, plateau, accélération de la respiration et *silence de la région* opératoire), même en l'absence de signes sthétoscopiques, il faut commencer le traitement.

Les effets : il se produit habituellement une détente immédiate, par diminution de l'angoisse, de la dyspnée, de l'agitation, avec sensation de calme et d'euphorie. Rarement la température baisse rapidement ; le plus souvent, elle ne commence définitivement à baisser que 48 heures après le début du traitement. Toutefois, on note aussitôt un arrêt de son ascension progressive, comme de l'accélération du pouls et de la dyspnée.

Les enveloppements seront continués jusqu'à ce que la fièvre s'abaisse au-dessous de 38°5 ; ils devront être repris en cas de rechute, éventualité assez fréquemment observée, et les signes cèderont là encore rapidement.

Il est bon, mais non nécessaire, de joindre à l'enveloppement le traitement habituel : digitaline, toni-cardiaques, quinine, oxygène.

***

Cette thérapeutique n'assure évidemment pas la guérison de toutes les pneumonies post-opératoires ; mais elle est absolument inoffensive, et jamais on n'a constaté d'accidents, cardiaques en particulier, au cours des enveloppements ; elle ne comporte aucune contre-indication.

On devra y faire appel en toutes circonstances dans les pneumonies post-opératoires ; son emploi n'exclura pas cependant les méthodes thérapeutiques classiques, qui pourront être utilisées simultanément.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le problème actuel de la fièvre ondulante.

Après la découverte de l'agent étiologique de la fièvre ondulante, le micrococcus mélitensis, Bang isola des sécrétions génitales de vaches récemment avortées, le bacillus abortus (ou bacille de Bang) ; puis d'autres savants se reconnurent dans l'impossibilité de distinguer l'un de l'autre, micrococcus mélitensis et bacillus abortus ; on les rangea dans le même groupe « brucella » avec deux types : mélitensis et abortus.

Leurs différences culturales, dit le Dr NÉLIS, sont insignifiantes ; leurs propriétés biologiques sont les mêmes ; leurs toxines sont identiques et provoquent dans l'organisme infecté l'apparition d'antigènes identiques.

On connaît, d'autre part, des cas nombreux de fièvre ondulante, provoqués par des vaches infectées, ou se rattachant à l'abortus.

S'agit-il cependant de deux germes distincts ?

La notion de plus en plus répandue de variabilité et d'adaptation microbiennes apportera peut-être des lumières sur ce problème encore incomplètement résolu.

En tout cas, l'extension de la fièvre ondulante, et le rôle que peut jouer éventuellement l'agent de l'avortement épizootique des bovidés sont des faits qui doivent retenir dès aujourd'hui l'attention des médecins, qui s'intéressent aux grands mouvements médicaux. (*Bruxelles médical*, 7 septembre 1930.)

L'appendicite aiguë à forme septicémique.

Dans trois cas, rapportés par G. PASCALIS et M. LIPSCHITZ, un état général sévère a été la conséquence d'une lésion macroscopiquement peu marquée de l'appendice. Chez chaque malade, une série d'embolies microbiennes a entraîné des localisations secondaires.

Dans l'appendicite aiguë, les formes graves d'emblée ne sont pas très fréquentes. L'appendicite aiguë au début, exception faite des cas catastrophiques d'emblée, se traduit pas un minimum de symptômes, qu'il faut savoir rechercher, et auxquels surtout il faut donner leur importance véritable. On a pris l'habitude de considérer comme révélateurs de l'appendicite des signes de péritonite, qui font leur apparition, lorsque le mal a déjà gagné et envahi de proche en proche : c'est une erreur.

La douleur bien localisée, au point de Mac Burney, même peu marquée, une légère contracture, un petit mouvement fébrile, avec accélération du pouls, qui va en s'accentuant à mesure que le temps passe, c'en est assez pour porter un diagnostic ferme et poser une indication opératoire. Et, combien de fois reste-t-on surpris de la gravité des lésions rencontrées !

Le temps est passé où il fallait tenter de refroidir. A le faire, on risque un pourcentage certain d'aggravations parfois mortelles, alors que l'intervention immédiate donne toujours la guérison. (*Gazette des hôpitaux*, 17 septembre 1930.)

L'ultra-virus tuberculeux et l'infection bacillaire.

Le Prof. CALMETTE précise que la tuberculose ne représente que la phase terminale d'une infection réalisée par un ultra-virus, dont les éléments, d'abord invisibles, deviennent finalement des bacilles de Koch. Jusqu'à ce dernier stade bacillaire, ces éléments ne sont pas tuberculigènes, mais pendant une brève période, ils se montrent capables de produire une toxine très active, ayant une grande affinité pour les centres nerveux, et pouvant déterminer des désordres rapidement mortels.

A la lumière de ces acquisitions nouvelles, dues surtout aux recherches de laboratoire, il devient donc nécessaire que les cliniciens s'appliquent à préciser le rôle des éléments virulents invisibles dans les diverses manifestations pathologiques, dont le virus tuberculeux est responsable. (*Bruxelles médical*, 14 septembre 1930.)

La calcémie.

MM. MATHIEU PIERRE-WEIL et Ch.-O. GUILLAUMIN établissent que, dans la plupart des états pathologiques, la calcémie totale reste normale. Mais il faut insister sur ce fait que la mesure de la calcémie ne permet pas de juger de l'état de calcification ou de décalcification organique. Le sang n'est pas le reflet constant des troubles, dont les tissus sont le siège.

Si un prélèvement sanguin représente incontestablement une biopsie, celle-ci n'est que la biopsie d'un tissu particulier, et il est plus que hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus.

C'est que les conditions qui règlent l'état d'une substance biologique ne sauraient se réduire à des questions de quantités. Pour intéressante que soit sa mesure dans le sang circulant, elle ne saurait fournir de renseignements sur les processus nutritifs et les mutations profondes, dont elle peut être l'objet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1er octobre 1930.)

Sur l'ablation des aiguilles dans la main.

M. J. Bouyala estime que, contrairement à certains avis, cette opération n'est pas très facile. Il semble, en effet, que, puisqu'une radiographie a localisé et repéré l'aiguille, il suffira de faire une petite incision, à l'anesthésie locale, pour toucher juste sur le corps étranger qu'on retirera très aisément. En réalité, on ne retirera le plus souvent rien, et l'aiguille restera introuvable, malgré des délabrements progressifs imprévus.

L'auteur pense qu'avant d'opérer, il faut s'assurer de trois choses : qu'une aiguille existe bien ; que sa longueur est connue, et son siège précisé. D'où la nécessité d'une radiographie (de face et de profil) qui ne peut être qu'une simple vérification de la présence du corps étranger.

Opérer ensuite sous l'écran radioscopique. Deux cas : ou l'aiguille est assez superficielle et l'on pourra employer l'anesthésie locale ; ou bien elle est profonde, et il faut l'anesthésie générale, au kélène de préférence, car l'intervention sera rapide.

Le nettoyage et l'asepsie de toute la main seront rigoureusement faits. Un bistouri et deux petites pinces effilées seront nécessaires. Après adaptation visuelle à la lumière rouge, le patient est endormi. On fait une toute petite incision des téguments, par laquelle on introduit la pointe d'une des pinces. Puis, sous le contrôle de la radioscopie, on fait cheminer la pince jusqu'au contact de l'aiguille, qu'elle parvient à faire bouger.

Ou bien le morceau d'aiguille est très court, et l'aiguille est tirée par une de ses extrémités, très facilement.

Ou bien, l'aiguille est longue, profondément située, et il faut l'aborder perpendiculairement à son axe, et au moyen de la pince la faire cheminer petit à petit jusqu'à ce qu'une des extrémités sorte de la peau. A ce moment, au moyen de l'autre pince, on tire l'aiguille hors des téguments, tout aussi facilement. L'incision, si petite, n'a pas besoin d'agrafes. Dans ces conditions, l'opération est simple et rapide, grâce à la complication inévitable de la radiographie et de l'anesthésiste. (*Gazette médicale de France*, 1er octobre 1930.)

Fracture ouverte du tibia ; échec de l'ostéosynthèse primitive ; pseudarthrose consécutive ; guérison par la greffe osseuse suivant la méthode d'Albee.

De l'intéressante observation publiée par le Dr H. Estor, ressortent la difficulté de la thérapeutique chirurgicale des fractures ouvertes, tant au point de vue opératoire que des indications de l'intervention, et aussi les bons résultats obtenus par la méthode des greffes dans le traitement des pseudarthroses. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, septembre-octobre 1930.)

La rachianesthésie en obstétrique.

Le Dr Henriet, après avoir étudié l'action physiologique de la rachianesthésie en obstétrique, ses indications et ses contre-indications, conclut : la rachianesthésie apparaît d'une façon générale comme le procédé d'insensibilisation de choix dans la dystocie grave, à la condition d'employer une technique sûre et prudente, de respecter ses contre-indications, et de n'en attendre que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire, l'assouplissement du col et du périnée, si toutefois il ne sont pas infiltrés de sclérose, et la rétraction hémostatique du col utérin. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, septembre-octobre 1930.)

Kyste végétant de l'ovaire avec appendicite concomitante.

MM. Jeanneney et Rosset-Bressaud rappellent qu'il n'est pas extrêmement fréquent de trouver des appendices soudés à la face externe de la paroi d'un kyste de l'ovaire. Le cas, rapporté par eux, démontre clairement la possibilité d'infection des kystes de l'ovaire par propagation de voisinage. Il ne paraît pas inutile d'insister à ce sujet sur le traitement des kystes suppurés. On devra toujours s'assurer dans ces cas qu'une appendicite n'est pas en cause, surtout si l'on se contente d'un simple drainage du kyste, qui risque d'abandonner dans le ventre un appendice infecté, d'autant plus dangereux que la décompression déterminée par le drainage du kyste aura pu détruire des adhérences péri-appendiculaires protectrices. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les examens médicaux préventifs

(M. Georges SCHREIBER. — *Académie de médecine* ; 6-1-1931.)

L'utilité de faire de temps en temps, et en particulier à certaines époques de la vie, des examens de santé préventifs ne saurait être mise en doute. Si, autrefois, l'insuffisance des moyens d'investigation ne permettait guère de déceler des états morbides débutants et encore non extériorisés par des symptômes attirant l'attention du malade, il n'en est plus de même aujourd'hui où les méthodes d'exploration se sont multipliées et notablement perfectionnées. Nous pouvons maintenant, avec les techniques actuelles, apprécier avec beaucoup plus de précision l'état de santé d'une personne et dépister à leur phase initiale des affections qui dans ces conditions se trouvent être plus accessibles à une thérapeutique efficace.

En attendant que cette mesure entre dans les mœurs courantes, M. Schreiber pense qu'il pourrait en être fait une application partielle à l'occasion de certains grands évènements de l'existence : naissance, entrée à l'école, conseil de révision, mariage, demande pour le permis de conduire, etc. Ces examens de santé, effectués ainsi à de rares intervalles, devraient être évidemment complets. Le passage devant le conseil de révision, par exemple, devrait être plus minutieux qu'il ne l'est habituellement, comporter des recherches radiographiques, etc. Diverses tentatives ont été poursuivies dans ce sens : *livret de santé* de la Confédération des Syndicats médicaux, Centre de médecine préventive du Bas-Rhin, etc.

L'opération thoracique en milieu sanatorial.

(MM. BÉRARD et DUMAREST. — *Académie de médecine* ; 13-1-1931.)

MM. Bérard et Dumarest présentent les résultats de thoracectomies (48) et de phrénicectomies (138) pratiquées au sanatorium d'Hauteville. Les résultats ont été généralement bons et encourageants. Le milieu sanatorial serait, pour les auteurs, un élément favorable.

Action de la nozcaline, alcaloïde du Peyotl.

(MM. Raymond HAMET. — *Académie de médecine* ; 13-1-1931.)

Le Peyotl est une lactacée du Mexique connue des Européens depuis assez longtemps. Elle renferme plusieurs alcaloïdes. L'un d'eux, le principal, la nozcaline, possède une action physiologique que M. Raymond Hamet a étudiée. Selon lui, la nozcaline se montre d'ordinaire hypotensive et vaso-dilatatrice, abolit les effets de l'excitation électrique du vague au cou, et enfin provoque initialement une violente contraction intestinale.

Sur le B. C. G.

(M. J. LIGNIÈRES. — *Académie de médecine* ; 20-1-1931.)

M. Lignières pense que dans certaines conditions, le B. C. G. est susceptible de récupérer sa virulence. Il conviendrait, selon lui, de prendre certaines précautions pour entretenir le vaccin. Les milieux à l'œuf doivent être prohibés et on ne doit pas s'écarter de la culture sur pomme de terre glycérinée avec passage sur milieu bilié.

L'anaphylaxie héréditaire.

(M. L. NATTAN-LARRIER. — *Académie de médecine* ; 20-1-1931.)

Plusieurs auteurs américains, en particulier Bret Batner et ses collaborateurs, estiment que l'eczéma des jeunes enfants est en relation avec une allergie alimentaire dont l'origine serait héréditaire. Au cours de la grossesse, la mère aurait ingéré certains aliments en quantité excessive et les protéines de ces aliments passant dans le sang fœtal auraient sensibilisé le fœtus. L'enfant, ainsi mis dans un état anaphylactique, présenterait des accidents eczémateux lorsqu'il viendrait à ingérer les substances ayant préparé l'organisme de la mère.

M. Nattan-Larrier a cherché à apporter une vérification de cette hypothèse. Il a pu effectivement obtenir chez l'animal (cobaye) une sensibilisation des nouveau-nés. L'anaphylaxie ainsi déterminée a paru être toutefois passive, temporaire. Il a vu se produire, d'autre part, une anaphylaxie héréditaire active après injection à la mère d'un sérum antitoxique (sérums antdiphtérique, antitétanique). Dès lors, l'enfant né d'une femme qui aura été traitée pendant sa grossesse par un sérum antitoxique pourra posséder une sensibilisation active à l'égard du sérum de cheval et avoir des accidents anaphylactiques après une injection de sérum thérapeutique.

Quant au rôle de l'anaphylaxie héréditaire dans l'étiologie de certaines maladies de la première enfance (eczéma, asthme) il ne pourra être établi que par la mise en lumière du passage des substances anaphylactisantes au travers du placenta.

Histoire d'un corps étranger du pouce.

(M. L. Chevrier. — *Société de chirurgie* ; 10-12-1930)

Une couturière, travaillant à la machine à coudre, reçoit par deux fois sur le pouce, le choc de l'aiguille de la machine. L'aiguille pénètre dans l'extrémité du pouce, à travers l'ongle, et se brise. Ayant retiré instinctivement le doigt, une seconde fois le fragment restant de l'aiguille s'enfonce dans la phalangine et s'y brise encore.

La malade, trois semaines plus tard, ressentant toujours de la gêne et des douleurs continues, exacerbées par le moindre choc, vient à l'hôpital demander l'ablation de ces corps étrangers. La radio montre deux fragments d'aiguille : l'un antérieur, plus long, est fiché dans l'os et dans l'ongle ; l'autre, postérieur, plus court, est aussi intra-osseux en partie. On constate, en outre, un aspect très particulier de la phalangine : l'os est creusé d'une géode où pénètre le fragment d'aiguille postérieur.

Cette géode, ainsi constituée en trois semaines, est le témoin d'une ostéite raréfiante intense et rapide. Elle paraît due à l'action traumatisante continue résultant du cheminement de l'ongle, celui-ci en poussant ayant entraîné le fragment d'aiguille à la fois implanté dans la phalange et dans l'ongle. Cette mobilisation physiologique de l'ongle a donc eu ici une conséquence curieuse en déplaçant le fragment d'aguille vers l'avant : elle a traumatisé la phalangine et provoqué une ostéite raréfiante.

A propos du traitement médical de l'appendicite.

(M. Petit de la Villéon. — *Société de médecine de Paris* ; 9-1-1931.)

M. Petit de la Villéon argumentant la communication de M. René Gaultier sur le « Traitement médical de l'appendicite », reconnaît au traitement médical sa valeur, exclusivement à titre préventif, ou après l'opération pour compléter ou consolider le traitement opératoire.

Dans toute autre circonstance, dès qu'il y a appendicite, quelle que soit sa forme clinique, le traitement opératoire s'impose.

C'est une vérité acquise par l'expérience, ajoute l'auteur, et sur laqelle tous les chirurgiens sont d'accord depuis longtemps déjà. Quant aux *Balafrés de Plombières*, ce sont, ou bien des diagnostics insuffisants, ou bien des opérations insuffisantes. En tout état de cause Petit de la Villéon déclare préférer dix balafrés à deux cents morts. P. L.

Chlorate de potasse et angines.

(MM. A. Brissemoret et A. Challamel. — *Société de thérapeutique* ; 11-2-1931.)

Les auteurs concluent d'une série d'observations recueillies pendant 3 ans que le chlorate de potasse, *médicament interne*, est le *spécifique des angines* (staphylo, pneumo, etc.). Le sel de Berthollet guérit aussi l'angine à bacille de Lœffler, maladie locale, et la guérit vite, si son intervention est précoce et s'il est donné à dose suffisante. Il ne guérit pas la diphtérie généralisée, mais il peut la prévenir.

Les auteurs ont aussi recherché si le chlorate de potasse ingéré était bactérifuge, c'est-à-dire pouvait éliminer le bacille de Lœffler du naso-pharynx des angineux guéris cliniquement, mais qui restent porteurs de germes. Les résultats qu'ils ont enregistrés jusqu'à présent sont très satisfaisants.

Ils préconisent enfin le chlorate de potasse, *médicament interne*, comme préventif de la poliomyélite quand elle débute par une angine.

Deux cas d'azotémie trypaflavinique. Etude clinique et expérimentale.

(MM. Ch. Richet fils et R. Couder. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 21-11-1930.)

Il ne faut pas dénier à la trypaflavine sa valeur clinique incontestée ; mais divers cas cliniques, dont l'un terminé par la mort, ont amené les auteurs à penser que ce médicament n'était pas exempt de danger, ou plus exactement que certains échantillons du produit pouvaient être très toxiques pour le rein. A six semaines d'intervalle ils ont eu deux accidents très semblables. La trypaflavine utilisée dans ces deux cas provenait de la même livraison.

Ainsi, certains échantillons de trypaflavine déterminent, aux doses thérapeutiques, des accidents azotémiques parfois graves et mortels. Pour cette raison, on ne dépassera la dose de 20 cc. de solution à 1 pour 100 par injection que dans des circonstances exceptionnelles. Une tare rénale coexistante rendra particulièrement prudente la conduite du traitement. Si possible, toute injection de trypaflavine sera contrôlée par un dosage d'urée sanguine 48 heures après, tout particulièrement avant une nouvelle injection. Les vomissements ou les nausées persistantes doivent inciter à la circonspection.

Un cas de coma insulinique mortel en dehors du diabète

(MM. Rathery et Sigwald. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 21-11-1930.)

Les auteurs pensent qu'on a peut-être un peu trop étendu les indications de l'insuline en dehors du diabète, et qu'en tous cas on néglige trop souvent de suivre les règles indispensables concernant la cure insulinique. On se rappellera que, dans les affections non diabétiques, le danger d'hypoglycémie est certainement plus marqué et que l'emploi de l'insuline doit être beaucoup plus sévèrement surveillé.

Les auteurs rapportent l'histoire d'une tuberculeuse non diabétique, traitée par l'insuline, pour des vomissements incoercibles et qui arriva dans leur service en plein coma insulinique ; la glycémie était de 0,20. Un traitement immédiat et énergique (glucose-adrénaline) n'arriva pas à la sauver. L'au-

topsie ne montra aucune altération pouvant expliquer le coma. Les injections d'insuline avaient été chaque fois accompagnées d'injections de sérum glucosé, et même de goutte à goutte rectal ; on donna même parfois de l'adrénaline. Le médecin traitant avait donc pris toutes les précautions habituelles.

Le coma insulinique s'accompagna de troubles respiratoires assez particuliers (5 respirations à la minute), de troubles convulsifs et de tétanie.

Certains tuberculeux seraient particulièrement sensibles à l'insuline. Il y a intérêt chez tout sujet diabétique ou non, traité par l'insuline et atteint de coma, à faire un examen de sucre dans le sang ; l'abaissement extrême de la glycémie assurera le diagnostic et permettra un traitement rationnel.

La thérapeutique et la constitution des organes Le rôle des corps thios-philothéion.

(*Soc. de thérapeutique de Paris* ; 12-11-1930.)

Les tissus possèdent un puissant pouvoir d'hydrogénation. A la température physiologique de 40°, le soufre est transformé en H^2S. Le corps, encore inconnu, qui explique cette transformation a été dénommé philothéion, ou glutatheion ; on ne connaît pas exactement sa constitution chimique ; il renfermerait un sulfhydryle libre (— SH), à l'origine du phénomène d'hydrogénation. Cette ou ces deux substances, comme la cystéine libre, sont des corps thios.

Des corps sulfurés analogues aux substances constitutives des tissus pourront rendre de grands services à la thérapeutique, dans des cas d'affections provoquées par déficience de soufre.

Le rôle du sulfhydryle libre SH des corps thios est double :

1° Il sert à la respiration des tissus par l'absorption d'oxygène extérieur ;

2° L'hydrogène labile de SH protège les cellules contre l'action trop énergique de certains agents.

Il ne doit plus y avoir de mauvaises anesthésies générales

(MM. George Pascalis et Garrelon. — *Soc. de médecine de Paris*, 29-11-1930.)

Les auteurs montrent l'importance, avant toute anesthésie générale, de la recherche du réflexe oculo-cardiaque ; celle-ci permet, suivant que le pouls est ralenti ou accéléré, de classer les sujets en réceptifs ou en résistants vis-à-vis de l'anesthésique.

Il est facile de transformer un résistant en réceptif à l'aide d'un demi-milligramme de salicylate d'ésérine. D'autre part, les grands réceptifs, qui sont des candidats à la syncope initiale, peuvent être aisément transformés en petits résistants grâce à l'atropine. Voici sous forme de tableau schématique ce qu'il faut retenir :

Pouls un peu ralenti : réceptif ; va dormir facilement.

Pouls très ralenti : grand réceptif. Gare aux syncopes. Correctif : atropine.

Pouls sans changement : petit résistant, 1/2 milligramme ésérine.

Pouls très accéléré : grand résistant, 1 milligramme ésérine.

Evolution de la tuberculose pulmonaire des diabétiques graves traités par la collapsothérapie bilatérale et l'insuline.

(MM. Marcel Labbé, R. Boulin et Justin Besançon.— *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-12-1930.)

Les trois malades, dont les auteurs relatent l'histoire ont subi une observation assez prolongée pour permettre des conclusions pratiques :

1° En ce qui concerne l'état pulmonaire, il faut, bien entendu, se garder d'envisager la possibilité d'une guérison, en raison de toutes surprises possibles. On ne peut que constater tout d'abord la transformation du pronostic, jadis redoutable à brève échéance, de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques ; ces malades n'auraient pas ainsi survécu deux années à des lésions pulmonaires graves, en l'absence de collapsothérapie associée à l'insulinothérapie. Ensuite, leur excellent état général leur a permis non seulement de quitter l'hôpital, mais encore de reprendre une vie active, résultat remarquable au point de vue social.

2° En ce qui concerne le diabète, il est nécessaire de soigner de très près ces diabétiques tuberculeux par le régime et par l'insuline. Bien traité, un diabétique tuberculeux ne doit jamais présenter ni glycosurie, ni acidose. Loin de les suralimenter, les auteurs ont calculé avec exactitude leur régime, en se basant exclusivement sur leur tolérance hydrocarbonée : la reprise du poids n'en a pas été moins forte et rapide. Ensuite, il existe des paroxysmes d'acidose coïncidant avec les poussées évolutives de tuberculose ; sur celles-ci la collapsothérapie exerce une heureuse influence.

La tolérance hydrocarbonée reste toujours aussi basse, et oblige à un maintien strict de la restriction des aliments sucrés ainsi que du traitement insulinique.

C'est à la faveur d'une modification complète du terrain par le régime et l'insuline que la collapsothérapie excerce chez les tuberculeux diabétiques des effets si démonstratifs.

Trois cas d'anémie paludéenne, traités par l'opothérapie splénique

(Dr Ch. Héderer. — *Société de thérapeutique* ; 12-11-1930.)

A la suite d'importantes recherches de physiologie, le professeur agrégé Soula (de Toulouse) a mis en relief le rôle important qu'étaient appelés à jouer les

lipides insaponifiables, extraits de la rate dans les processus de régénération sanguine. C'est ainsi que l'auteur peut rapporter aujourd'hui quelques observations probantes, qui soulignent l'action favorable de l'opothérapie splénique dans des cas bien définis d'anémie paludéenne moyenne et grave.

Dès 1928 d'ailleurs, il avait pu constater, dans cet ordre d'idées, des faits encourageants.

Deux des observations, rapportées en détails, ont trait, l'une à un cas de paludisme chronique avec anémie très marquée et légère hépato-spléno-mégalie, l'autre à une anémie paludéenne avec splénomégalie et asthénie. Le traitement par la liposplénine seule, en injections intra-musculaires, avec le régime ordinaire de l'hôpital, sans adjuvant médicamenteux quelconque, a déterminé, en un mois environ, un prompt redressement de la situation : reprise de l'appétit, retour des forces, euphorie, accroissement de poids et hyperglobulie.

La troisième observation (anémie pernicieuse avec cachexie d'origine paludéenne) est tout à fait remarquable ; la déglobulisation était telle qu'il semblait curieux de ne pas la voir entraîner rapidement la mort ; peu à peu on assista au réveil du processus sanguiformateur, puis à une amélioration brillante, durable, qui confinait à la guérison clinique. Deux transfusions initiales ont peut être assuré le salut immédiat du malade, mais elles n'ont certainement pas fait les frais de la restauration ultérieure ; tout le mérite de l'enrichissement globulaire progressif et soutenu revient à l'action des extraits lipidiques de la rate sur le processus complexe de l'hématopoïèse.

Ces trois observations ont été choisies dans un lot assez riche, en raison de leur caractère démonstratif. On peut résumer de la façon suivante les conclusions qu'imposent les résultats obtenus grâce à l'action plurivalente des extraits lipidiques de rate employés sous la forme injectable dans le traitement de l'anémie paludéenne :

I. *Action sur le volume de la rate.* — Rétraction progressive et réduction durable dans chaque cas de splénomégalie.

II. *Action sur le sang.* — Comme phénomène dominant à retenir, une hyperglobulie constante, soutenue, portant sur l'augmentation parfois remarquable du nombre des hématies.

III. *Action sur l'état général.* — Accroissement du poids, réveil de l'appétit, sensation de mieux-être et de forces récupérées.

Urticaire par effort et cure thermale.

(M. A. Debidour, du Mont-Dore. — *Soc. de médecine de Paris*, 13-2-1931.)

L'auteur rapporte l'observation d'un mécanicien d'automobiles, fils et petits-fils de migraineux, chez lequel, consécutivement à un coryza spasmodique printanier, accompagné de crises de dyspnée asthmatiforme, est apparue brusquement une *urticaire* causée uniquement par *l'effort musculaire* brusque et rapide, localisée au niveau du groupe musculaire ayant produit cet effort. Cette urticaire datant de deux ans, gênant considérablement le travail, disparut complètement et définitivement à la suite d'une cure thermale au Mont-Dore.

L'auteur attribue ce résultat au rétablissement de l'équilibre humoral et neuro-végétatif du sujet sous la triple influence du repos, de l'altitude et des diverses pratiques thermales mises en œuvre, parmi lesquelles l'hydrothérapie lui paraît avoir joué un rôle prépondérant.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 23 décembre 1930

Anomalie de l'artère hypogastrique (présentation de pièce.)

MM. Vincent et Leblond.

Tumeur pararénale ayant donné des hématuries et une métastase pulmonaire (présentation de pièces).

M. Vinent et Mlle Sénellart. — Femme de 60 ans, présentant une tumeur à type rénal, avec hématuries totales, — et une réaction pleuro-pulmonaire gauche. L'autopsie montre une tumeur de la capsule adipeuse du rein, de nature lipo-sarcomateuse, et une métastase pulmonaire.

Syphilis grave ; échec de l'arsenic et du bismuth ; amélioration par la pyrétothérapie associée.

M. Bernard. — Homme de 33 ans, syphilitique depuis dix mois, traité sans succès par le galyl, puis par le quinby. L'auteur emploie alors la méthode de Sicard : Dmelcos en injections intraveineuses tous les quatre jours et, dans la même séance, un gramme de stovarsol sous la peau. Réactions sérologiques devenues négatives ; amélioration clinique parallèle.

Pleurésies contro-latérales au cours du pneumothorax artificiel.

M. D'Hour rappelle les différentes pathogénies invoquées dans la production de ces pleurésies contro-latérales, mais insiste surtout sur la conduite à tenir en face de ces incidents. Cette attitude est conditionnée par l'étendue de l'épanchement et l'état du parenchyme sous-jacent. Dans les deux cas rapportés, cette pleurésie contro-latérale a guéri spontanément et, à aucun moment, n'a entravé les bons résultats donnés par le pneumothorax.

Les Congrès

VIIIe Congrès International de dermatologie et de syphiligraphie

(*Suite et fin*) (1)

Le traitement de la tuberculose de la peau.

Reyn (Copenhague). — Il est nécessaire d'envisager d'abord le traitement local, surtout quand il s'agit du lupus vulgaire.

Traitement du lupus tuberculeux. — Il peut être assuré par différents moyens :

1° La finsenthérapie est l'un des meilleurs ; elle a recours à la lumière artificielle et utilise à la fois ses propriétés congestives et ses propriétés bactéricides. Cette méthode est excellente, mais doit être minutieusement réglée ; les irradiations doivent, surtout au début, être très énergiques et répétées à des intervalles assez rapprochés, de façon à obtenir dès cette première série la guérison presque complète.

Ensuite le malade ne doit pas cesser d'être sous la surveillance médicale ; des lupomes restent qui doivent encore être traités d'une façon méthodique. Lorsque ceux-ci sont particulièrement résistants et sont trop profondément situés pour être détruits par les irradiations, il faut avoir recours à l'exérèse.

Les modifications que l'on a tenté d'apporter à la finsenthérapie, telles que l'emploi de la lampe à mercure (Kromayer), de la lampe à électrode de mercure, n'ont pas créé d'amélioration bien sensible. Une photo-sensibilisation locale ou générale a essayé d'être réalisée, mais sans aucun résultat.

A Copenhague, le pourcentage des guérisons est très satisfaisant, puisqu'il atteint 90 p. 100 ; il est supérieur à celui qu'on obtenait autrefois. Ceci s'explique facilement : l'éducation médicale étant de plus en plus poussée, le diagnostic est fait d'une façon précise et les cas à traiter sont de plus en plus favorables. Il est rare actuellement que les lupus envoyés à l'Institut aient déjà créé des mutilations importantes et aient détruit les narines par exemple.

Le traitement par la méthode de Finsen est très coûteux, mais les frais de l'Institut sont couverts en partie par des subventions de la ville ou de l'Etat. Les malades ainsi que leur famille sont secourus pendant leur hospitalisation.

2° Traitement radiothérapique (rayons Rœntgen). — Après avoir été très longtemps prôné, il est à rejeter, non seulement parce qu'il est inefficace, mais encore parce qu'il est dangereux. A la rigueur, il peut encore trouver une indication dans les cas bien déterminés où il y a ulcération ou hypertrophie des tissus.

3° Radiumthérapie. — Elle n'est guère plus recommandable.

4° Chirurgie. — Par là, il faut entendre l'excision, le curetage, la scarification, la diathermie et la cautérisation. De tous ces procédés, le meilleur sans conteste est l'excision.

La scarification si couramment employée en France, le curetage, la cautérisation sont des procédés à abandonner.

Quant à la diathermie, elle laisse souvent des cicatrices inesthétiques.

Traitement des autres formes de tuberculose cutanée. — La tuberculose verruqueuse relève de l'excision et, si la lésion est trop importante, de la finsenthérapie.

La tuberculose suppurée — après incision de l'abcès — profitera de la finsenthérapie. La radiothérapie n'a jamais rien donné.

L'érythème induré de Bazin demandera surtout un traitement général et des bains de lumière.

La tuberculose ulcéreuse de la peau défie toute thérapeutique et s'étend quoiqu'on fasse.

Chimiothérapie. — Il n'y a pas de chimiothérapie de la tuberculose cutanée.

Traitement général. — Celui-ci comportera :

Une médication non spécifique (huile de foie de morue) ;

Une médication spécifique (tuberculine) ;

La physiothérapie (bains de lumière).

Quant au régime de Sauerbruch, il a donné lieu dans certains cas à des essais intéressants.

La tuberculose cutanée.

Torrin (Madrid). — L'auteur range dans les tuberculoses cutanées certaines : le lupus érythémateux, le granulome annulaire.

Il ne considère comme agents thérapeutique que la tuberculinothérapie, le traitement par les sels d'or et la diète de Gerson-Sauerbruch.

La tuberculinothérapie a subi des vicissitudes diverses mais paraît donner des résultats appréciables, surtout en cas de tuberculides généralisées, plus rarement dans le lupus.

Le sel d'or le plus couramment employé est la sanocrysine (thiosulfate d'or et de sodium) ; il agit surtout dans le lupus érythémateux.

Quant à la diète de Gerson, elle provoque une diminution de l'infiltration et même la disparition des lupomes.

Traitement du lupus vulgaire.

M. François (Anvers). — Après avoir indiqué la nécessité d'un traitement général, l'auteur insiste surtout sur le traitement local.

(1) V. *Concours médical* nos 4, 5, 6, 7, 8 et 9.

Celui-ci est dominé par le siège, l'étendue des lésions, leur âge et la condition sociale du malade.

Lupus de la face. — L'état des muqueuses doit attirer particulièrement l'attention ; si elles sont lésées, elles exigent des soins énergiques pour obtenir une guérison complète.

Il faut distinguer :

1° *Le lupus fermé*, qui relève soit de l'excision, soit de la finsenthérapie ;

2° *Le lupus ulcéré, pustuleux ou végétant.* — Des soins préliminaires sont nécessaires ; il faudra désinfecter, ou faire cicatriser les lésions par des pansements appropriés. Les masses végétantes s'affaisseront après des scarifications profondes. Le lupus deviendra ainsi un lupus fermé pour lequel seront indiquées, soit l'excision soit la finsenthérapie.

Lupus des mains et des pieds. — Afin d'éviter les rétractions, il faut une belle cicatrice qui sera surtout obtenue par la méthode de Finsen.

Lupus des membres et du tronc. — On peut avoir recours soit à l'extirpation large, soit à l'électrocoagulation en bloc ou en partie.

Les tuberculoses cutanées, leur incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud.

M. Rabello (Rio-de-Janeiro). — La tuberculose cutanée est très rare en Amérique du Sud ; on s'en rend parfaitement compte si on élimine toute les erreurs de diagnostic qui attribuent à la bacillose les dermatoses dues en réalité à la lèpre, la leishmaniose, la blastomycose, et à l'acladiose.

Il est difficile d'expliquer ce fait sans avoir recours à des hypothèses. On peut admettre des influences particulières : celle de la lumière solaire très riche en rayons ultra-violets et celle de la race, — les nègres étant moins sensibles que les blancs.

Il s'agit de résoudre ici un véritable problème de biologie humaine.

COMMUNICATIONS

Les deux grandes formes de la tuberculose cutanée et leurs causes.

M. P. Ravault (de Paris). — Les recherches expérimentales ont toujours opposé l'un à l'autre deux grands types de tuberculose cutanée : d'une part, le lupus et les tuberculoses cutanées vraies dans lesquelles on retrouve facilement le bacille de Koch, et d'autre part les tuberculides qui ne se montrent qu'exceptionnellement virulentes.

Ayant récemment démontré avec MM. Valtis, Vélis et Van Deinse la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans des tuberculides papulo-nécrotiques et des sarcoïdes, ainsi que dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides papulo-nécrotiques, l'auteur croit légitime de considérer deux types de tuberculose cutanée :

1° L'un correspondant au groupe des tuberculides qui seraient produites par l'ultra-virus tuberculeux parvenant au contact de la peau par la voie sanguine ;

2° L'autre répondant au lupus, aux tuberculoses banales, déterminées par la forme bacillaire du bacille de Koch et d'origine externe.

Peut-être l'ultra-virus confère-t-il un certain degré d'immunité.

En thérapeutique, cette distinction se justifie également. Le groupe des tuberculides est beaucoup plus accessible à la chimiothérapie (iode, arsenic, or) ou aux divers antigènes tuberculeux, alors que le lupus et les autres formes sont surtout justiciables de traitements locaux (agents physiques, caustiques, scarifications et surtout diathermo-coagulation).

Le traitement du lupus tuberculeux cutané.

MM. Louste et Thibault. — Les traitements médicaux sont notoirement insuffisants, quelquefois même dangereux ; il n'est donc pas indiqué d'avoir recours soit à la chimiothérapie (sels d'or, sels de terres rares, éther benzolcinnamique), soit à la tuberculinothérapie.

Les seuls procédés qui méritent surtout d'être pris en considération sont ceux qui font intervenir des agents destructeurs puissants.

Il faut, avant de les employer, s'assurer de l'état des muqueuses, de la muqueuse nasale en particulier ; si elle présente des points lupiques, il est absolument nécessaire de les traiter et de les guérir pour ne pas s'exposer à des récidives. Cette précaution étant prise, le traitement sera variable d'une part selon les dimensions du lupus, d'autre part selon son siège.

Petits et moyens lupus. — Ils doivent être excisés, et l'excision sera suivie d'une suture immédiate. La cicatrisation est obtenue en huit jours et la cicatrice est souvent parfaite, à peine visible. La chéloïde que l'on serait en droit de redouter est assez rare.

Grands lupus. — Ils se divisent en deux catégories :

1° Il s'agit de lupus présentant de larges surfaces cicatricielles au milieu desquelles se trouvent des foyers lupiques plus ou moins étendus, généralement situés en bordure.

Nous pouvons avoir recours à l'exérèse ou plus exactement à des *exérèses successives* avec suture qui feront disparaître l'une après l'autre les zones lupiques.

Bien que nous soyons au milieu d'un tissu scléreux, la réunion par première intention s'obtient parfaitement.

2° Grands lupus avec lupomes disséminés dans toute leur étendue. — Par suite de la large brèche opératoire, la suture ne peut être faite, et il faut avoir recours à la greffe.

La chirurgie est ici moins recommandable, et il est préférable d'user soit de la finsenthérapie, soit de l'électro-coagulation.

Lupus d'après le siège. — Lupus des paupières. — En raison de la proximité des globes oculaires, tous

les procédés sont d'application difficile ; l'exérèse avec greffe est le meilleur de tous.

Lupus des narines et du pavillon de l'oreille. — Ici l'exérèse doit céder la place à des procédés qui respectent davantage la physionomie du malade : l'électro-coagulation, la finsenthérapie sont surtout à employer dans ce cas.

Les anciennes méthodes qui employaient les agents caustiques chimiques, la galvanocautérisation, les scarifications, le curetage ont des indications de plus en plus limitées nous ne retiendrons ; que les scarifications qui trouvent encore leur emploi dans les lupus végétants pour faire tomber les gros bourgeons lupiques.

La cicatrice ne tardera pas à se faire, il restera un lupus plan cicatriciel qui relèvera soit de l'exérèse, soit l'électro-coagulation, soit de la finsenthérapie.

Quant à la radiothérapie elle a été longtemps prônée, elle a été essayée de différentes façons, avec ou sans filtration, avec des séances courtes ou longues. Les résultats sont souvent nuls, presque toujours mauvais. Les rayons X doivent cesser d'être employés dans la cure des lupus.

En résumé, il faut retenir que le lupus doit être traité par l'excision — quand elle est possible.

Elle le sera toujours, si un diagnostic précoce a été fait.

Les grands lupus ne sont que des lupus qu'on a laissés grandir en employant des agents destructeurs insuffisants.

En un mot, un lupus doit être considéré comme une tumeur maligne ; il relève comme elle de l'extirpation précoce et il entraîne ultérieurement la même surveillance pour éviter les récidives.

La gangrène cutanée.

M. Milian. — La gangrène cutanée d'origine infectieuse et non due à une oblitération artérielle a toujours été l'objet de nombreuses discussions sans qu'on soit jamais arrivé à la détermination exacte du germe qui en est la cause. C'est ainsi par exemple que, pour la gangrène foudroyante des organes génitaux, on considérait jusqu'alors que le streptocoque était l'agent pathogène. Il n'en est rien, car les streptocoques qu'on peut isoler de cette gangrène n'ont aucun pouvoir escarrifiant lorsqu'on les inocule à l'animal.

Il n'en est pas de même du bacille de la gangrène cutanée, qui est la cause usuelle de la gangrène de la peau.

Nous avons en effet découvert en 1917 un coccobacille que nous avons décrit sous le nom de *Bacillus gangrenæ cutis* qui se présente comme un petit bacille, à bouts arrondis, avec espace grêle central.

Il y a des formes courtes presque cocciennes et des formes longues, voire même filamenteuses. Ce micro-organisme ne prend pas le Gram. Il est mobile sur place, mais progresse peu ou pas sur le champ du microscope, il est d'ailleurs pourvu de cils et l'ensemencement dans l'eau de condensation d'un tube de gélose donne après vingt-quatre heures une colonisation sur presque toute la surface de la gélose. La gélatine est liquéfiée ; la liquéfaction commence dès le lendemain. En bouillon, il produit un trouble opalin avec ondes moirées à l'agitation, plus tard des amas pulvérulents au fond du tube.

L'odeur de ces cultures est putride, pénétrante, assez caractéristique. Sur gélose, la nappe formée est transparente. La bile n'est pas un milieu de culture favorable mais elle ne l'empêche pas, il est anéorobie facultatif ; la glucose, à l'exclusion de tous les autres sucres, subit la fermentation. Ce germe n'est pas hémolytique, il pousse fort bien associé au streptocoque. Par sa morphologie, il se rapproche des pasteurella ; par ses caractères culturaux, du groupe des protéus. Inoculé au lapin, il produit par injection intradermique une gangrène des plus caractéristiques dont nous avons rapporté des moulages et qui se produit non pas seulement au point inoculé, mais à distance, ce qui montre les propriétés réellement gangréneuses de ce micro-organisme. Le *Bacillus gangrenæ cutis* a été observé pour la première fois par nous dans un cas de gangrène foudroyante des organes génitaux et nous l'y avons retrouvé depuis d'une manière constante. Il y est souvent associé au streptocoque et ce streptocoque inoculé à l'animal ne donne pas de gangrène. Il est intéressant de souligner que, contrairement à la notion généralement répandue, les gangrènes sont produites uniquement par les anaérobies stricts ; ce bacille est un aérobie parfait et il est en même temps un aérobie facultatif.

Nous avons trouvé le bacille de la gangrène cutanée dans d'autres affections, mais nous le voyons compliquer toute une autre série de maladies cutanées. Nous l'avons observé surtout dans la maladie de Duhring, où il transforme les érosions consécutives à l'exfoliation bulleuse en ulcérations parfois extrêmement étendues et d'un caractère gangréneux épouvantablement douloureux, et il peut servir de point de départ à une septicémie.

On trouve également le bacille de la gangrène cutanée dans les ulcères de jambe et les escarres. Nous l'avons vu également dans un cas de purpura gangréneux si bien qu'on doit toujours le rechercher chaque fois que l'on voit une plaie ulcéreuse et extensive, avec ou sans point escarrotique.

Ce bacille est capable de pénétrer dans la circulation générale et de faire une véritable septicémie parfois déclenchée par biotropisme par les injections de « 914 ». L'hémoculture revèle la présence du bacille. La septicémie, malgré sa gravité, ne s'accompagne pas d'une hyperthermie notable, la température se tient autour de 38°, tout au moins dans les cas que nous avons observés. Il y a de l'obnubilation intellectuelle, du délire léger avec agitation mêlée de somnolence ; la langue est sèche, rouge, la soif vive, la diarrhée abondante ; il y a fétidité de l'haleine, res-

piration rapide et dans nos cas nous avons constamment observé des symptômes d'urémie (myosis), augmentation de l'urée sanguine, ce qui n'est pas étonnant si l'on pense que des signes de néphrite, particulièrement chez les hématuriques, accompagnent parfois ces symptômes hématologiques.

Dans les autopsies que nous avons pu relever, ce qui nous a frappé le plus, c'est la coloration de certains organes (coloration noire) : le foie et la rate ; en certains points, coloration ardoisée qui est due au bacille lui-même et non à la putréfaction, comme on pourrait le penser au premier abord.

Les animaux guéris de l'inoculation de ce bacille possèdent un sérum doué de propriétés antigangréneuses et il a été possible de guérir des lapins inoculés avec le bacille de la gangrène cutanée par l'injection de ce sérum d'animaux guéris, dont l'immunité avait été renforcée par l'injection de cultures vivantes et alors que les témoins sont morts.

LÉVY-FRAENKEL et THIBAUT.

Les Livres

MASSON, édit.
120, Bd St-Germain, Paris.

Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène. — *Généralités*, par P. PAVIE. — *Lésions du sein*, par P. MOULONGUET. (Un vol. de 190 pages, 91 figures. Prix : 45 francs).

Paul Lecène est mort brutalement, en pleine maturité. La maturité, c'est le moment où l'être vivant transmet à l'avenir toutes les richesses de son passé. Pour que l'immense labeur du maître trop tôt disparu ne soit pas entièrement perdu pour la science qui vivifie notre art médical, ses élèves, héritiers de sa pensée et de ses notes scientifiques, se sont proposé de publier à la fois tout ce qu'ils ont trouvé rédigé et l'essentiel de son enseignement oral.

Sous ce titre : « Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène ». qui semble celui d'une œuvre posthume du grand chirurgien, vont se succéder cinq volumes, dont le premier vient de paraître.

En tête du volume, les auteurs ont reproduit, en fac-simile, le manuscrit de la préface de l'ouvrage dont Lecène avait choisi le titre et arrêté les grandes lignes, puisque la couverture porte : « Diagnostic anatomique des lésions chirurgicales, par P. Lecène. Plan général détaillé. » Dans cette préface, le maître expose sa méthode générale, qui consiste à suivre le malade chirurgical, avant, pendant et après l'opération, avec toutes les ressources de tous les procédés d'observation. Mais, pour lui, et certes, ce n'est pas là sacrifier au goût du jour, l'anatomie macroscopique normale et l'anatomie macroscopique pathologique restent les « deux assises inébranlables » d'une « pratique chirurgicale honnête et efficace. » Leurs données « doivent être aujourd'hui très souvent complétées par des examens microscopiques et bactériologiques ». Mais ceux-ci sont seulement un « prolongement de la clinique » ; même, « ils n'ont de signification et de valeur qu'à cette condition. »

Pour ne pas faire « un livre plus ou moins complet de pathologie chirurgicale », Lecène limitait « strictement » son objet à la description des « seules lésions chirurgicales dont le diagnostic anatomique offrait quelque difficulté ou quelque particularité. » « On entendra par là que le maître nous eut donné, basée sur les données anatomiques les plus certaines son opinion sur tous les problèmes épineux que rencontre dans sa pratique le chirurgien d'aujourd'hui. C'est ce projet que ses élèves veulent réaliser pour les chapitres les plus importants de la pathologie chirurgicale.

. . . .

Les trente pages de « généralités » du Dr Pavie, réparties en quatre chapitres (recherches cytobactériologiques, inoculation aux animaux, biopsie, examen des pièces opératoires), n'ont évidemment rien des gros traités de technique microscopique. Elles suffisent pourtant à montrer, par l'exemple du laboratoire de Lecène, comment le chirurgien doit établir la liaison entre le laboratoire et la clinique et la salle d'opération ; comment aussi le laboratoire peut donner réponse au triple problème de chaque jour : vérification d'un diagnostic très probable, vérification d'un diagnostic douteux, recherches sur un cas rare et même inconnu... Ces pages brèves abondent en renseignements précieux, en tuyaux, dirais-je. La technique proposée est simple et sûre : elle conduit au succès aisé celui qui veut bien la prendre en l'état où l'ont amenée de patients chercheurs.

. . . .

Le travail de Moulonguet, ordonné par une logique impeccable, magnifiquement illustré (83 figures), ne se lit pourtant pas comme un roman. Il résume un énorme matériel anatomo-pathologique, il établit la classification la plus rationnelle à ce jour des lésions du sein : tout cela exige un effort de compréhension avec les données classiques ; mais combien cet effort est profitable, non seulement pour l'illumination de l'esprit, mais même sur le terrain de la pratique quotidienne.

Quatre chapitres. Lésions infectieuses. Dystrophies. Néoplasmes. Cytostéatonécrose prémammaire. Que de pages décisives il faudrait détacher et citer dans chacun de ces chapitres ! La mastite nécrosante. La définition du galactocèle. L'engorgement mammaire. Le kyste solitaire du sein. L'adénolipome du prolongement axillaire de la glande mammaire. Les tumeurs à tissus hétérotopiques. Les tumeurs végétantes intracanaliculaires. La maladie de Paget : chapitre magistral, où Lecène, ajoutant son effort à l'ef-

fort de cet autre esprit lumineux qu'est Darier, a circonscrit définitivement, la maladie que Paget n'avait en somme, qu'entrevue... Le cancer du sein, avec ses multiples formes anormales. Enfin, la cytostéatonécrose prémammaire, qui occupe un chapitre à elle seule. Chapitre tout récent, dont la connaissance eut évité maintes mutilations inutiles. Six figures, dont deux planches en couleur, permettent à chacun de reconnaître l'affection lipophagique bénigne qui simule à s'y méprendre le redoutable cancer.

Le beau travail de Moulonguet explique pourquoi les auteurs ont modifié le titre, et, dans la même mesure, la conception de l'ouvrage de Lecène : il s'agit de diagnostics anatomo-cliniques, et non plus seulement anatomiques. La clinique, qui est l'enseignement de Lecène aussi bien, est représentée par mille remarques incidentes, par de nombreux aperçus synthétiques, sur la rétraction du mamelon, sur l'écoulement sanglant par le mamelon, par exemple, par des notes de technique opératoire même : la technique de Lecène, pour l'amputation d'une tumeur végétante intracanaliculaire, v. g. est décrite et figurée.

Tout cela réuni fait que ce premier volume des diagnostics anatomo-cliniques de Lecène sera, longtemps probablement, pour l'étudiant comme pour le chirurgien, le « livre » des affections chirurgicales du sein.

D^r^ J. Fiévez.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier. Sixième année 1929. (1 vol. in-8, 146 pages avec 17 figures.)

A. Brindeau. Considérations sur l'anémie pernicieuse de la femme enceinte. M. Metzger. Du psychisme au cours de la puerpéralité. Ribadeau-Dumas. Affections cutanées communes du nourrisson. M. Gheorghiu. La rachianesthésie rachidienne en gynécologie et en obstétrique. — Ed. Chomé. Les déchirures du périnée. — H. Hinglais. L'état actuel de la question des hormones. — G. Moussu. L'éclampsie vitulaire.— L. Brouha. Hormones antéhypophysaires et ovariennes. — J.-L. Faivre. Faut-il abandonner l'hystérectomie vaginale ? — R. Vaudescal. Les complications vésicouréthrales au cours de l'accouchement normal. — J. Desoubry. La césarienne dans le traitement du placenta prævia.

Septième année, 1930 (1 vol. in-8, 240 pages avec 74 figures).

A. Brindeau. Considérations sur l'hermaphrodisme. — J. Stiassné. Quelques observations de tuberculose et de grossesse. — H. Keiffer. De la maturation gravidique des fibres lisses de l'utérus humain. — M. Metzger. Considérations sur l'hérédo-syphilis en clientèle. — E. Hauch. Considération sur l'accouchement prématuré provoqué. — P. Lantuéjoul. Les hémorragies intracraniennes du nouveau-né. — Ed. Chomé. Les métrorragies et leur traitement. — Nathan Larrier. Anaphylaxie héréditaire. Anaphylaxie et gestation. — R. Vaudescal. Le pronostic de l'accouchement par le siège. — Ribadeau-Dumas. La diphtérie du nouveau-né. J.-L. Faure. Hystérectomie totale ou subtotale. — H. Hinglais. Le diagnostic biologique de la grossesse.

Editions médicales N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

V. Lorenc et J. Laboulais, ingénieurs. — **Les poisons overtoniens.** Préface du D^r^ Legrain (1 vol. in-16, 136 pages, 1930. Prix : 8 francs).

Il s'agit de l'histoire physologique et sociale des poisons de l'intelligence, auxquels Overton a consacré plus de 28 ouvrages, accumulés avec persévérance dans le silence du laboratoire. Certains poisons s'attaquent non seulement à la périphérie du corps, mais encore au cerveau, chargé de nous avertir du danger. Or, celui-ci, insensibilisé par ces poisons, nous laisse inconscient non seulement du mal qu'ils font dans le corps, mais encore d'autres maux. Cet état d'inconscience se traduit par un état paradoxal d'euphorie, et cette terrible illusion constitue le vrai danger des poisons qu'on a dénommés « voluptuaires ».

E. de Boccard, éditeur,
1, rue de Médicis, Paris.

L. Ambard. — **La biologie**. Tome XIII : *La civilisation européenne moderne, V^e^ partie de l'Histoire du monde.* (Un vol. in-8, 114 pages, 1930.)

Cet ouvrage ne traite que de la biologie animale. Dans un premier chapitre, sont relatées les découvertes les plus importantes réalisées depuis le Moyen-Age. Le deuxième chapitre expose la conception de la vie animale au XIX^e^ siècle. Dans un troisième chapitre, l'auteur analyse de plus près les principaux problèmes de la biologie : l'anesthésie ; l'œuvre de Pasteur ; l'anaphylaxie ; les néphrites ; le diabète ; la tuberculose.

THÉRAPEUTIQUE

Somnifène et delirium tremens

Par le Dr PASGRIMAUD,

Ancien interne des hôpitaux de Nantes.

M. C..., 37 ans, ancien gardien de pénitencier, actuellement manœuvre spécialisé dans une savonnerie.

N'accuse aucun antécédent pathologique.

Vient me consulter en juillet 1929 pour fatigue, vertiges, céphalée, crampes, etc... L'examen physique révèle avant tout des signes évidents d'imprégnation éthylique : tremblements, fixité du regard, varicosités du visage, douleurs à la pression des nerfs périphériques, légère confusion des mots et des idées. Examen des urines : résultat normal. Tension au Vaquez : 18-10.

Deux jours après commence un délire hallucinatoire dont le caractère terrifiant s'accentue avec la nuit, pour céder un peu au retour du jour. Consulté avant midi, c'est-à-dire 24 heures environ après le début des phénomènes délirants, je prescris 3 gr. de laudanum *pro. dic* dans un demi-litre de vin et 150 gouttes de somnifène à prendre en trois fois. Je pratique en plus, immédiatement, une injection sous-cutanée de pantopon.

Le soir à 21 heures, j'observe le malade qui m'apparaît complètement séparé du monde extérieur par d'effroyables hallucinations visuelles : il veut fuir, pousse des cris terribles ; trois hommes ont peine à le maîtriser. Je pratique une injection sous-cutanée profonde de 4 cc. de somnifène et j'attends. Après 35 minutes, il délire autant, sinon plus. Nouvelle injection de 4 cc. de somnifène ; 30 minutes s'écoulent sans effet apparent. Soudain, le malade titube, respire profondément et s'abat en ronflant bruyamment, mais régulièrement. Je prédis 48 heures de sommeil.

Il dormit 50 heures, acceptant quelque boisson, par réflexe sans doute, à partir de la 24e heure et reprenant ses fonctions urinaires en même temps (ce qui me donna toute sécurité quant à la suite organique).

Complètement réveillé après 50 heures de sommeil, il était guéri de ses troubles mentaux et put reprendre ses occupations à l'usine huit jours plus tard.

Malgré la persistance des habitudes d'intempérance, le calme dura plus d'un an.

Au début d'août, cette année, M. C... revient me trouver, accusant sensiblement les mêmes symptômes qu'en 1929 : céphalée, vertiges, fatigue, tension 16-10.

Après deux jours de repos prescrit, le syndrome délirant hallucinatoire apparaît de nouveau au milieu d'une nuit. Consulté le matin, je prescris pour la journée 10 gr. d'hydrate d'amylène qui ne donnent pas grande satisfaction. Instruit par l'expérience de l'année précédente, le soir vers 22 heures, j'injecte 6 cc. de somnifène en une fois par voie sous-cutanée profonde. Cette fois l'effet fut presque immédiat et persista 30 heures. Même disparition du délire au réveil comme l'année passée.

Conclusions

1° Le délire alcoolique étant curable, il importe d'éviter à celui qui en est atteint l'internement dans un asile d'aliénés en lui permettant de liquider sa crise à domicile.

2° Les opiacés sont inefficaces aux doses habituelles. Il faut un agent calmant puissant quoique non dangereux, d'action rapide et durable, injectable (puisque le délire et l'agitation ne sont guère compatibles avec l'introduction médicamenteuse *per os*). La voie sous-cutanée est plus pratique chez un malade agité que la voie intraveineuse puisqu'elle ne demande à peu près aucune précision.

Par deux fois, à une année d'intervalle, dans le cas relaté ci-dessus, le somnifène a montré qu'il possédait ces caractéristiques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

ENCORE LA PLÉTHORE MÉDICALE :

Crise numérique ou de répartition ? — Statistiques édifiantes. — Les propositions du professeur Sergent.— Nécessité d'une évolution d'adaptation.

Si l'on interrogeait séparément chacun de nous au sujet de la pléthore médicale et de sa réalité, je présume que nous serions en majorité d'avis qu'elle existe probablement, mais nous nous empresserions de décliner la responsabilité de cet état de choses. Chacun répondrait sans doute : « Certes, nous sommes trop nombreux, mais ce n'est pas ma faute ».

Ce qui n'est pas douteux, et c'est ce que je me suis efforcé d'établir précédemment, c'est que les grandes villes sont surpeuplées de médecins, en nombre d'apparence disproportionné avec celui de leurs éventuels clients.

En 1925, mon maître, le Dr Le Gendre, écrivait : Personnellement, je n'ai jamais été convaincu qu'il y eût pléthore médicale ; j'ai toujours pensé et écrit que les médecins étaient surtout *mal répartis*. (*Paris-Médical*, 21-12-1925).

J'avais borné mon étude à la région parisienne et aux villes de plus de deux cent mille habitants.

J'ai voulu me faire une idée plus précise de la situation, et j'ai fait porter mes calculs sur toutes les villes de cinquante mille habitants et au-dessus. Ces calculs sont en vérité très instructifs, et appellent des réflexions qui méritent d'être mises en évidence.

C'est ainsi qu'il y a en France métropolitaine 35 villes dont la population est comprise entre 50.000 et 199.999 habitants, et forme un total de 3.376.160 âmes.

Or, le nombre *brut* des médecins exerçant dans ces 35 villes atteint 3.900 unités. Ce qui représente une moyenne de un médecin pour 865 habitants.

Il y a des anomalies bien curieuses, dans la répartition médicale entre ces 35 villes. A Caen, qui compte 54.000 habitants, il y a 60 médecins. A Troyes, qui en compte 58.000 (j'arrondis les chiffres), il n'y en a que 36. A Rouen, 130 médecins pour 122.898 habitants : 1/945. Au Havre, 97 médecins pour 158.022 habitants : 1/1629 habitants.

Grenoble, Reims et Saint-Etienne comptent chacune 112 médecins, tandis que leur population respective est de 85.600, 100.998 et 193.700.

Boulogne-sur-Mer, avec 52.800 habitants, possède 39 médecins, tandis que Calais, avec 71.600 habitants, 19.000 de plus, n'en possède que 37.

A Nice, pour une population de 184.400 âmes. l'Annuaire accuse 375 médecins. Mais il faut tenir compte de la population de passage qui accroît considérablement les besoins sanitaires. J'ai dénombré seulement 50 spécialistes, ainsi qualifiés, soit 10 %, de la population médicale. Mais, j'ai constaté que 31 médecins considérés comme exerçant à Nice, l'hiver, exercent l'été dans les stations thermales. Ce sont, à n'en pas douter, 31 médecins comptés deux fois dans les statistiques. Combien d'autres sont dans ce cas. Et combien de décédés depuis longtemps, qui y figurent encore.

Et combien qui n'exercent plus en raison de leur grand âge ! Et combien qui, remplissant certaines fonctions publiques, et ne pratiquent pas la clientèle ! ! !

D'où je conclus encore une fois que les chiffres donnés généralement sont trop forts. En m'en tenant à 25.000 médecins métropolitains, j'ai de grandes chances d'être dans la vérité. J'ai d'ailleurs des possibilités de recoupement qui étaient fortement ma présomption d'exactitude.

J'ai essayé de résoudre la question des spécialistes. J'ai obtenu les chiffres les plus divers, avec des pourcentages d'une variabilité étonnante.

En m'en tenant aux données de l'Annuaire, j'ai trouvé qu'il y a à Caen 40 % de médecins exerçant une spécialité ; à Dijon, 31, 6 % ; à Besançon, 16 % ; à Toulouse, 11 % ; à Montpellier, 11,8 %. Je pense qu'il ne faut prendre ces indications que sous bénéfice d'inventaire. Il est évident que relativement nombreux sont les médecins qui pratiquent en même temps la médecine générale et une spécialité. D'autre part, certains spécialistes qualifiés ne sont pas mentionnés avec leur spécialité. A Montpellier, Emile Forgue, chirurgien, et Paul Delmas, accoucheur, tous les deux pro-

fesseurs à la Faculté, ne sont pas désignés comme spécialistes.

De sorte que le pourcentage général que j'indiquais précédemment n'a pas une valeur rigoureuse. Ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que la spécialité s'est développée considérablement, comme un débouché offert aux aspirations de ceux qui, tout en recherchant le titre de docteur en médecine, et les droits qu'il comporte, limitent leur activité, mais avec une compétence présumée accrue, à une certaine discipline de la biologie,etéchappent ainsi à toutes les difficultés de la médecine générale.

Reprenant maintenant mon calcul général portant sur la région parisienne et les villes de 50.000 âmes et au-dessus, j'arrive à cette constatation que, pour environ 9.400.000 habitants, un peu moins du quart de la population totale, il y a près de 12.000 médecins, un peu moins de la moitié de la population médicale totale. Si bien que je conclus, par voie de conséquence, que l'autre forte moitié suffit aux besoins des trois quarts de la population ! ! ! Répartition inégale et défectueuse : je l'ai dit une première fois, et je le répète aujourd'hui, avec plus de force encore.

Il y a évidemment des raisons à cette situation. La première, celle qui s'impose, c'est qu'en s'entassant dans les villes, les médecins n'ont fait que suivre l'exemple des ruraux qui, pour tant de causes bien connues, ont déserté leurs campagnes et accoururent vers les centres populeux, attirés par les gains élevés et les facilités d'existence que leur offrait l'industrie, et par les plaisirs qu'ils étaient sûrs d'y rencontrer.

Je connais un canton normand qui a perdu, en 30 ans, le 6e de sa population : de 3.200, celle-ci est tombée à 2.700 habitants. J'y ai connu quatre médecins ; il n'y en a plus que deux. Dans le même temps, le nombre des médecins de la ville voisine (15.000 hab.) est passé de 8 à 14, dont six spécialistes ainsi désignés : deux chirurgiens, trois O. R. L. et Y., un radiologue.

Donc, l'affluence des médecins vers les grands centres a été en principe corrélative de celle de la population elle-même.

Mais, il n'y a pas eu parallélisme, et la disproportion est évidente. Ici, une seconde explication s'impose. A l'époque de la circulation hippomobile, le médecin, quoiqu'il en eût, ne pouvait desservir qu'un rayon limité, dans le temps et l'espace, aux capacités de sa cavalerie. Pour se rendre auprès d'un malade distant de 8 kilomètres de sa résidence, il perdait de trente-cinq à quarante minutes, et davantage en pays accidenté, comportant des pentes lentes à gravir par un cheval au pas. Aujourd'hui, grâce à l'auto, il lui faut à peine un quart d'heure. Il fait donc en trois quarts d'heure environ le travail qui lui demandait jadis près de deux heures ... De sorte que s'il résidait deux fois plus loin, il consacrerait encore moins de temps qu'à l'époque du cheval, au même travail avec des honoraires plus élevés.

La troisième explication de la désertion des campagnes par le médecin, nous est fournie par la disparition des avantages que la vie rurale offrait autrefois sur la vie citadine : loyers, subsistance, impôts. Sans préjudice de l'éducation des enfants qui devient un problème ardu pour un ménage aux ressources limitées, quand il faut envisager les frais d'un internat au lycée le plus proche.

Les villes sont en outre surpeuplées par un appoint nouveau dans le recrutement médical : je veux parler de l'élément féminin, signalé par le professeur Sergent, dans le travail que j'ai cité rapidement dans mon précédent article et dont je ne puis pas ne pas faire état (1). Les femmes, de plus en plus nombreuses,se dirigent vers la carrière médicale. Elles ont même conquis de haute lutte leur place dans l'internat et le clinicat ; l'une d'elles est arrivée brillamment au médicat des hôpitaux de Paris ; à Toulouse, Mlle Contat est agrégée de la Faculté de médecine. Or, la femme médecin n'ira pas exercer à la campagne ni dans les petits centres.C'est un métier trop rude pour elle, même avec l'allègement que le téléphone et l'automobile y ont apporté depuis vingt ans ; la ville l'appelle et la retient.

Mais toutes ces explications, pour valables qu'elles soient, n'apportent pas de remède à la situation. Il est bien certain que le projet que j'ai développé le 1er mars dernier, pour avoir examiné un des aspects du problème, est difficilement viable. Et le fait demeure, d'un surpeuplement des villes, aux dépens des campagnes.

Encombrement des villes, beaucoup plus qu'encombrement général. Car il y a un facteur dont il convient de tenir compte : le public se soigne infiniment mieux qu'autrefois. L'appel au médecin est infiniment plus fréquent ; le champ de la chirurgie s'est agrandi dans d'infinies proportions.

Quoiqu'il en soit, si, comme je le disais précédemment, les Facultés de médecine délivrent 1.000 diplômes de docteurs en médecine par an, alors qu'il ne disparaît, par retraite ou décès, que 500 praticiens, il n'est pas douteux que le surpeuplement général et local se poursuivra automatiquement à raison de 500 unités en surnombre. Il convient donc de chercher les remèdes à cet envahissement. Il y a trente ans, nous avions déjà contribué à la même recherche, et nous étions arrivés, avec le regretté Gouffier, à des conclusions qui ne diffèrent guère de celles que l'on tire aujourd'hui, et des remèdes qu'elles apportent. Rien là dedans de bien nouveau.

Je retiens cependant, de l'exposé du professeur

(1) *La Revue de France*, 19 janvier 1931.

Sergent, un barrage opposé à la fin de la première année d'études. C'est l'analogue de ce que j'ai proposé moi-même le 16 novembre dernier. Examens de fin d'année définitivement éliminatoires dans des conditions à préciser, après trois échecs. J'ai dit pourquoi l'extension de cette mesure au delà de la deuxième année serait inopérante en pratique : je n'y reviens pas.

Je retiens encore de l'exposé publié dans la *Revue de France* un barrage plus étroit, opposé aux étrangers. J'ai proposé un contingentement. Boudin, le 11 février dernier, a demandé la suppression de toutes équivalences, quelles qu'elles soient, et une égalité absolue dans les charges de toute nature. Je pense aujourd'hui qu'il faudrait en outre supprimer le diplôme de docteur d'Université, qui constitue une pépinière d'illégaux. J'ai reçu récemment la visite d'une femme médecin, d'origine russe, mais naturalisée française depuis longtemps déjà, titulaire de ce diplôme qu'elle a fait convertir en diplôme d'Etat. Elle m'a littéralement stupéfait en me rapportant qu'un directeur du Ministère, qu'elle m'a nommé, ignorait la différence existant entre les deux titres.

C'est un non sens que ce dualisme qui ne répond à aucune nécessité pratique. Que les étrangers, qui viennent suivre notre enseignement médical, sans posséder les titres qui permettent d'obtenir le diplôme légalement exigé pour exercer en France, reçoivent en fin d'études un Certificat établissant qu'ils ont en effet accompli toute leur scolarité et passé tous leurs examens. Soit ! Mais pas ce parchemin doctoral qui en impose malgré tout aux profanes, et même à pas mal d'initiés, témoins ces remplacements, contraires à la loi, que font journellement les titulaires de cette feuille, pourtant sans valeur en France.

A retenir enfin ceci, de l'étude du professeur Sergent qui se demande si, « en ce temps de fonctionnarisation de la médecine professionnelle, il ne serait pas possible de créer, dans les campagnes, des postes comportant un traitement fixe, avec logement assuré par les soins de la commune. Peut-être parviendrait-on à arrêter l'exode des médecins vers la ville .... »

Dois-je lui révéler que cela existe déjà, que dans le département des Alpes-Maritimes par exemple, des médecins, dits *cantonaux*, y exercent dans un état de quasi-fonctionnaires ? Qu'il y a des communes qui accordent des subventions et des avantages en nature au médecin qui accepte d'y ouvrir son cabinet ?

Rien d'instable comme ces situations, qui sont en vérité peu recherchées. Si le médecin subventionné cesse de plaire au Maire, ou au conseil municipal, mille difficultés lui sont créées qui le mettent dans une position intenable et le contraignent à partir. Sans contrat de durée, il est en effet à la merci du vote annuel du budget communal. Avec un contrat, il n'est guère mieux loti.

C'est la lutte du pot de fer contre le pot de terre, dont l'issue n'est pas douteuse. Nous savons, au Sou Médical, comment les choses se passent, ayant eu à intervenir dans des affaires litigieuses de ce genre.

Mais, en admettant que ces mesures diverses s'opposent à l'augmentation globale de la population médicale, elles sont sans effet contre le surpeuplement des villes. Et, pas plus avancés que précédemment, nous en sommes toujours au même point.

Nous avons constaté un certain phénomène, dont nous nous sommes efforcés de discerner les causes. Nous n'avons pas encore trouvé comment pourrait évoluer ce phénomène pour l'adaptation professionnelle avec laquelle vous finirez par me dire que je vous ..... importune.

Limitation du nombre des étudiants à l'entrée des Facultés et Ecoles. Répartition, entre les postes vacants, des jeunes docteurs à leur sortie des Facultés. Procédé pratiquement inapplicable sous cette forme. Mieux vaudrait aborder franchement l'éventualité d'une certaine fonctionnarisation. C'est une idée qui a présentement ses partisans. Et, même si M. Sergent protestait contre cette interprétation, son médecin communal nous achemine bien vers cette solution... Eh ! eh !

Mais, c'est un sujet que je ne fais qu'effleurer. Et mes sympathies continuent à aller vers une organisation de la profession par elle-même, par l'intermédiaire de ses Syndicats.

J'ai vu ces jours-ci une jeune femme, grande déséquilibrée du ventre, ptosique quasi-généralisée. Elle a dû se rendre chez un radiologue pour faire contrôler visuellement et graphiquement son transit gastro-intestinal et sa statique viscérale. De là, elle s'est rendue chez le biologiste, pour un examen coprologique qui s'imposait en raison de certains antécédents favorables à une parasitose... Elle a fini par aboutir, quinze jours après, au cabinet du médecin qui, ainsi documenté, a pris enfin en mains son traitement. Quinze jours ! Et que d'allées et venues ! De temps perdu ! De frais divers ! ! ! Supposez qu'elle ait pu bénéficier des ressources d'un centre de diagnostic complètement outillé et équipé, offrant toutes garanties, et contrôlé par un groupement professionnel défini. En quatre jours, cinq au plus, elle entreprenait son traitement dans des conditions certainement plus avantageuses...

Supposez-là indigente, ou seulement nécessiteuse. La voici dans un service hospitalier perfectionné : le même résultat eût été obtenu à moindres frais encore.

C'est là l'avenir de la pratique médicale, ne nous y trompons pas. Elle s'imposera à nous, si

nous ne prenons pas l'initiative d'en provoquer l'avènement, avec clairvoyance.

Et cela n'empêchera pas l'agonisant de mourir dans son lit, entouré des siens, ni au nouveau-né de téter sa mère, pourvu qu'elle consente à accomplir un devoir plein de grandeur et de noblesse.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

I

Médecins de laboratoire

Dans quelles conditions et à quel prix les assurés sociaux auront-ils le droit de bénéficier des examens de laboratoire ?

En principe, ils devront choisir entre les établissements qui auront passé des conventions avec les caisses et ils paieront d'après les tarifs fixés par lesdites conventions, ou d'après les chiffres portés dans la nomenclature arrêtée par la Confédération des Syndicats médicaux (tarif de spécialités).

A qui appartient le laboratoire ?

Il peut avoir été fondé soit par une collectivité publique ou privée, soit par une individualité (médecin ou pharmacien).

Collectivité publique : ce sera le laboratoire municipal d'hygiène, dirigé par un médecin, nommé par la municipalité et soumis au statut de travail arrêté par le maire.

Un établissement public, l'hôpital, peut également créer un laboratoire, dont le directeur sera nommé par la commission administrative de l'hôpital, en vertu des droits que cette dernière tient de la loi du 7 août 1851 de nommer, comme elle l'entend, son personnel supérieur et subalterne.

Une collectivité privée, une mutualité, une maison de santé, une firme pharmaceutique peuvent également fonder un laboratoire et procéder elles-mêmes, à la nomination et à la rémunération de leur personnel.

Enfin, un médecin, un pharmacien peut fonder le laboratoire de ses propres deniers.

Situation juridique du médecin de laboratoire

De ce qui précède découle la situation juridique du ou des médecins, qui travaillent dans le laboratoire.

Tantôt, ce seront de simples employés, liés par un contrat de louage de services, payés au mois, ayant parfois le droit de percevoir une partie des recettes, selon les termes de leur engagement.

Tantôt, ils auront une liberté d'action, surtout s'ils sont propriétaires de leur laboratoire ; mais, s'ils dépendent, si peu que ce soit, du propriétaire de l'établissement, ils seront assujettis à un règlement de service et même d'honoraires.

Droit de passer les conventions avec les caisses

Aux termes de l'article 6, paragraphe premier de la loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 30 avril 1930, les caisses passent des conventions avec les établissements de cure et de diagnostic.

Chaque propriétaire de laboratoire aura donc qualité pour contracter individuellement avec les caisses. A moins que l'ensemble desdits propriétaires estiment, à bon droit, préférable de s'entendre, pour présenter un projet commun de convention.

Il me semble que le rôle d'intermédiaire incombe au syndicat médical : parlant au nom des syndiqués, propriétaires ou directeurs techniques de laboratoires, le syndicat médical pourrait d'accord, au besoin, avec le syndicat des pharmaciens locaux prendre l'initiative d'une réunion entre tous les propriétaires ou directeurs de laboratoires tant publics que privés, y compris le maire, ou son délégué, en ce qui concerne le laboratoire municipal, plus le médecin dudit laboratoire et un représentant de la commission administrative de l'hôpital, plus le médecin du laboratoire de l'hôpital.

Ensemble, on discuterait les termes d'une convention commune, à passer avec les caisses, on conviendrait des tarifs, du mode de paiement, etc.

Contrôle technique

D'ailleurs, n'oublions pas que le syndicat médical local doit forcément s'intéresser à cette question des laboratoires, puisque la loi lui confie le rôle de contrôleur technique, pour tout ce qui concerne la profession médicale.

Au syndicat de se préoccuper si les plaintes sont fondées, lorsqu'elles concernent la négligence, dans les examens, le mauvais rendement d'analyses faites en grand nombre, l'exactitude des réactions, faites en série, les accidents possibles, etc., questions d'ordre technique que le syndicat doit, au nom de la loi, résoudre, après enquête.

Conclusions

J'estime que, malgré la diversité des situations juridiques, provenant tant de la propriété même

des laboratoires que de la condition indépendante, ou salariée des médecins directeurs, il importe que, sous l'égide du syndicat médical local, une entente puisse être réalisée dans les grands centres, pour arriver à un accord unique avec les caisses d'assurances sociales.

Dr Paul BOUDIN.

II

Honoraires médicaux d'hospitalisation

L'hôpital de M. ne nous a rien fait savoir en ce qui concerne le paiement des médecins d'hôpital par les assurés sociaux hospitalisés. Or, il est avéré, d'après la loi, que les honoraires médicaux sont prévus pour le médecin traitant.

Plusieurs demandes faites à des administrateurs sont restées sans réponse. Le syndicat ne nous aide pas. Je tiens à avoir des précisions sur ce point particulier, qui me servira de base pour réclamer une plus juste rémunération du service hospitalier de notre petite ville jusque-là dérisoire et le paiement par tous les malades payants jusque-là gratuit à l'hôpital. Mais je voudrais, de préférence, que l'hôpital rembourse les honoraires au médecin, et qu'il les touche lui-même, car il sera difficile de nous faire payer tant la visite par chaque malade hospitalisé. Quant aux accidentés du travail, nous ne leur faisons pas payer d'honoraires, tout étant compris dans le prix de journée très faible (13 fr.) que payent les assurances à l'hôpital de M.. Je crois que les administrateurs se payent notre tête et je désirais modifier la situation depuis longtemps, 4 ou 5 ans. Je profite de la loi des A. S. pour mettre la chose au point. Mais il faut exiger du conseil d'administraton avec des documents à l'appui, que vous pouvez me fournir.

R. D.

Réponse

La loi sur les assurances sociales décide que les honoraires médicaux et chirurgicaux, ou de spécialités, sont payés en dehors du prix de journée, lorsque le malade est hospitalisé.

Les articles 3 et 4 de la convention type passée entre l'hôpital et la caisse (*Journal officiel* du 8 août 1930) prévoient la fixation soit d'un honoraire médical à forfait, soit d'un honoraire dont le chiffre clé sera réduit.

Mais, d'après l'article 5, si l'assuré est admis sur sa demande dans une chambre payante, ou dans un pavillon payant, il aura le libre choix du médecin et devra honorer directement ce praticien.

Tandis que si le malade est reçu dans la partie commune de l'établissement, les honoraires médicaux peuvent être perçus soit par le Corps médical hospitalier, soit par l'administration hospitalière, laquelle ensuite répartira les sommes ainsi touchées entre les médecins ayants droit.

Enfin, le tarif de réassurance, paru dans le *Journal officiel* du 23 septembre 1930 (page 10.948 colonne 2) prévoit les honoraires minima, pour les hôpitaux autres que ceux des villes de centre d'enseignement :

Médecine, par journée d'hospitalisation : 4 fr.

Chirurgie : par journée d'hospitalisation : 4 fr.

A l'intervention, application du chiffre clé de 3 francs au tarif des spécialistes.

Si le malade entre dans une chambre payante, ou dans un pavillon privé de l'hôpital, il sera considéré, quant aux honoraires, comme ayant été soigné et opéré chez lui ; mais la responsabilité de la caisse sera, dans ce cas, limitée aux prestations auxquelles elle est obligée, dans les cas où l'assuré est admis au régime commun de l'hôpital.

De tout ceci découle la nécessité, pour votre hôpital, s'il désire recevoir des assurés sociaux, de contracter avec les caisses du département, dans les limites de la convention-type précitée. Cet accord devra prévoir un honoraire médical à forfait, lequel vous sera ensuite versé par les soins de la commission administrative, si celle-ci consent à percevoir ces honoraires, pour tous les assurés admis en salles communes.

Pour les assurés, admis en salle payante, vous avez le droit de vous faire rémunérer directement par eux, ou de prier la commission administrative de se faire payer en votre nom.

Si la commission administrative fait la sourde oreille, vous pouvez directement, ou mieux par le canal de votre syndicat médical, adresser une requête au préfet, pour que ce magistrat oblige la Commission administrative de l'hôpital (qui est en tutelle administrative) d'obéir aux lois règlements et décisions ministérielles, en ce qui concerne l'hospitalisation des assurés sociaux.

Dr Paul BOUDIN.

CAUSERIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Impressions et réflexions d'un « opérateur opéré »

Sur le courage, la crainte, la douleur, le moral, la vie et la mort, la reconnaissance, la foi au progrès de la science, la grandeur de la science, d'après « un opéré conscient et ordonné ».

par le Dr Dartigues,

Ex-Président de la Société des Chirurgiens de Paris
Ex-Président de la Société de Médecine de Paris
Président-Fondateur de la Société de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique.

Le médecin ou le chirurgien devant sa maladie

Nuances psychologiques. L'opération, épreuve physique, intellectuelle et morale. Le conflit des suggestions de décision ou d'abstention opératoires. L'heure du salut ou l'heure chirurgicale.

Les médecins aussi paient un lourd tribut à la maladie, à la douleur, à la mort.

— « Docteur, vous ne devriez jamais être malade ! ». Nous la connaissons la phrase si souvent répétée par beaucoup de clients. En braves égoïstes innocents qui nous voudraient de fer, probablement pour que nous soyons sans fléchissement à la dévotion de leur corps dolent et surtout de leur esprit inquiet, ils se ne doutent pas qu'il nous arrive souvent d'être plus souffrants qu'eux, sous une énergie physique et morale qui ne le montre pas, pour précisément, leur insuffler plus de confiance et de courage.

En dehors de toute la pathologie qui pèse en effet sur les médecins, durant la vie, comme pour le commun des mortels et qui les décime également sans l'avantage d'illusion de l'ignorance de choses terribles, il y a, pour ainsi dire, la pathologie professionnelle : celle qui est produite par l'usure du genre spécial d'une vie haletante et surmenée et par l'accident : contagion, infection, ou blessure, en soignant les autres.

Beaucoup de médecins et de chirurgiens ont recours à la chirurgie et nous nous opérons entre nous beaucoup plus qu'on ne le croit.

A propos d'un événement personnel, il m'est permis, je pense, sans qu'on y voie de ma part un vain désir d'ostentation qui n'est pas dans ma nature, de dire quelques impressions. Elles peuvent avoir une valeur d'enseignement tenant à ce que l'individu spécialisé est mieux à même de les exprimer à cause de son habitude de l'observation et de l'auto-observation sur un terrain dont la substance lui est familière.

Nous, médecins, voyons tous les jours des malades, mais leur psychologie est généralement moins intéressante à connaître, à ce point de vue, que celle des hommes du métier dont l'état conscient repose sur des connaissances longuement emmagasinées et vécues, et qui peuvent s'analyser fructueusement.

Il y a eu des récits excellents autant qu'instructifs, de *médecins opérés*. Peut-être sera-t-il curieux de connaître celui d'un *chirurgien opéré*. Je me hâte de dire qu'il ne peut y avoir beaucoup de différence. Pour ce dernier, cependant, les détails chirurgicaux sont plus concrets dans son imagination ; vis-à-vis de la chirurgie, en effet, il est naturellement plus professionnel que le médecin. Il y a une telle précision, tant de prévision aussi, tant de connaissances anatomiques et techniques *présentes*, en ce qui concerne la réalisation chirurgicale, que le chirurgien de carrière a son esprit hanté d'une infinité de choses qui lui rendent, à certains points de vue, ses réflexions plus inquiètes et ses impressions plus aiguës. C'est parce qu'il vit davantage l'acte opératoire avec ses risques, ses angoisses préalables et consécutives, et c'est précisément parce qu'il est davantage aux prises avec la matière vivante, que le chirurgien opéré, chose paradoxale, a une multitude de sensations qui se répercutent en une psychologie, qui sait ! plus nuancée dans le tourment moral, parce que plus avertie.

Je puis certifier que, quand on n'a pas été opéré, on ne connaît pas entièrement la chirurgie.

Depuis plus de 40 ans, j'ai vu opérer presque tous les maîtres et j'ai fait moi-même des milliers d'opérations. Je croyais à peu près connaître ce qu'est cette chirurgie à presque toutes les branches de laquelle j'ai touché. Mais c'est maintenant, *ayant passé par là*, dans ma chair et dans mon sang, si je puis ainsi dire, que je crois en savoir réellement la rude grandeur. Il faut avoir été grand opéré, après avoir été opérateur, pour prendre conscience de la somme de sollicitude due à celui qui marche à la table d'opération où se couchèrent tant de douleurs et de misères et d'appréhensions pour une œuvre de vie ou de mort.

Peut-être est-il bon que, dans notre carrière, nous ayons fait nous-même un apprentissage dans la souffrance personnelle afin d'accéder à une perfection plus haute en nous élevant à une compréhension plus totale de la douleur, de la crainte et de la mort. Souvenez-vous du vers

célèbre de Musset : « L'homme est un *apprenti* ; la douleur est son maître ». C'est une leçon nouvelle, dans l'existence professionnelle, qu'une opération *subie*, pour qui opère quotidiennement autrui ; et c'est aussi *une épreuve totale* : une épreuve à la fois physique, intellectuelle et morale. Forgés, martelés à coups retentissants, en nos cœurs et en nos corps, sur l'enclume douloureuse de notre destin, et au feu de cette triple épreuve sur lequel soufflent bruyamment les événements de notre vie , nous sortons de là plus conscients à la fois de notre fragilité et de notre force.

La chirurgie est très souvent un aboutissant nécessaire. Mais avant d'en arriver là, à la nécessité d'une opération, quel chemin, quel calvaire ! et quelle adaptation à cet état d'esprit du malade chez l'homme qui a vu toute sa vie des malades !

Chez un amoureux de l'action qui ne veut pas renoncer à l'action, chez un sportif pour qui le mouvement est davantage la vie, chez un actif de la pensée toujours au travail, l'idée de s'arrêter, de s'immobiliser est déjà une première inquiétude et une première torture.

Pendant quelque temps, suivant sa force de résistance, il sourit, il plastronne, car on le croit « costaud » ; si on le savait faible, on le déserterait, et quels sont les faibles qui croiraient en lui, l'homme de qui on attend des réalisations effectives? Oui quels sont ces faibes qui pour se soutenir ont besoin d'un être fort auquel se remettre, car il n'y a personne qui croit plus à la force que les faibles ? Mais on s'accoutume peu à peu à une idée comme à un sentiment, car il faut bien arriver à une volonté de résolution.

A un momen , il faut donc opter : accepter ce que la chirurgie vous offre de délivrance avec une certaine incertitude qui s'attache toujours aux choses humaines les mieux conduites, ou renoncer à son intervention, mais alors avec la certitude de la déchéance ou d'un départ pour l'audelà que l'on pourra plus ou moins différer.

Et alors que s'offre à nous une espérance scientifique basée sur des précédents et une laborieuse expérience, comment se débrouiller au milieu de ceux qui nous conseillent et pèsent souvent sur nous de leurs impressions plutôt que leurs logiques raisonnements ? Et pourquoi écouterions-nous ces démoralisateurs qui, au lieu de nous encourager à tenter l'aventure, aventure qui n'est pas sans danger sans doute, mais qui a une proportion considérable de chances de vous rendre à la vie véritable dans la santé et l'harmonie physique nous affaiblissent dans notre volonté ? Pourquoi écouterions-nous ces voix semeuses de peur ?

Aussi, je m'élève de toute ma force, en passant, contre certains folliculaires abjects qui vivent de scandale et, de temps à autre, pour détourner l'attention publique de leurs vices et de leurs infâmies, tentent un raid de grande presse, qu'ils espèrent fructueux, sur notre belle profession. Ils savent la confiance qui est notre si puissante auxiliaire et sans laquelle nous ne pouvons aborder notre rôle avec fermeté. Sous couleur de justiciers qui croient avoir le monopole de l'intelligence et du savoir, ces ignares sont des assassins réels ; ils poignardent ou empoisonnent la volonté de ceux qui se raccrochent ; ils assassinent ceux qui ont besoin de soutien et eux, qui ne savent rien, sont les vrais meurtriers de bien des gens qui, désemparés et irrésolus, se refusent à une intervention et *laisseront ainsi passer l'heure du salut*. (*L'heure chirurgicale*, comme l'a très bien appelée le Prof. Lejars, de Paris, puis mon ami le Prof. Mériel, il y a quelques années, dans sa très belle leçon inaugurale à la Faculté de Toulouse).

Ces cultivateurs des épouvantements ou, comme aussi ces misérables timorés et débiles tremblants du cœur, font une œuvre nuisible et nous ne devons pas nous attarder à leurs paroles décourageantes.

Quand il est bien démontré que rien ne peut désormais vous amener à la guérison et remettre à la vraie vie, sinon l'acte chirurgical, préparez votre esprit à cette pensée et n'écoutez que les paroles fortes qui pousseront à livrer sur vous le vrai combat thérapeutique, même au prix du sacrifice possible.

A moi aussi, on m'a vanté des méthodes merveilleuses et sans danger et, pour en appuyer la valeur, on a sussurré à mes oreilles des mots de péril et de mort si j'avais recours à d'autres qu'à elles.

Ma raison a éloigné ces arguments captieux émanés d'esprits craintifs, peut-être par amitié ; mais j'ai senti que la plus haute expression de l'amitié était celle dont l'intelligence éclairée et l'âme forte, surmontant toute vaine sentimentalité, faisait dire à ceux qui me plaignaient au fond de leur cœur : « Marche ! tu as raison de ne pas accepter cette vie déficiente qui serait indigne de toi et où tu ne pourrais plus donner ta mesure de dévouement et de lutte. Marche ! va à l'opération ; tu as ta grande chance ! » Je n'oublierai jamais, pour ma part, la ferme voix persuasive, harmonieuse et tendre qui m'a dit, pour ainsi dire presque évangéliquement : « fais-toi opérer et tu seras délivré ! » Et je n'oublierai pas non plus avec quelle hauteur d'âme et quelle supériorité de splendide désintéressement, un véritable ami (Dr Bonneau), un des nôtres, m'a donné l'utile conseil au milieu des appréciations divergentes. Imitons, médecins, cette manière dans les occasions semblables qui s'offrent quotidiennement à nous : sachons prendre nos responsabilités morales, et n'oublions pas que la réelle intelligence consiste à préparer les autres et à nous préparer nous-mêmes moralement comme physiquement et je

veux dire ainsi médicalement, à l'opération pour en assurer au maximum la réussite.

Il est dur, le moment de quitter son chez soi, ses habitudes, ses occupations, ses travaux en cours. Il faut déjà de la possession de soi-même et de la patience pour se préparer à cette sortie ; et malgré une discipline que l'on s'impose à soi comme à ceux qui vous entourent pour créer une atmosphère de calme, l'esprit travaille fort et il est porté naturellement à une heure solennelle, à faire la revue de sa vie : on pense à son foyer originel, à la famille initiale, on revoit son enfance, sa jeunesse studieuse, sa lutte d'homme, son effort vers la montée ; et, dans cette évocation synthétique de son existence devant la mort possible, le médecin comme un des élus qui s'est efforcé vers la sagesse et la bonté suivant un idéal qu'il s'est fixé de bonne heure et qui l'a engagé dans cette profession si décriée de quelques-uns parce qu'ils n'en sentent si comprennent les difficultés, le médecin se demande s'il a fait tout le bien qu'il a pu, s'il a été suffisamment doux, compatissant envers ses malades, lui qui est un malade, c'est-à-dire un faible maintenant, qui aspire à être manié avec douceur, encouragé avec sollicitude. Aussi se réfugie-t-il dans la confiance et, tout comme un profane, son chirurgien choisi lui apparaît-il comme celui qui va lui tendre la planche surnageante du salut, et sa disposition le porte à se raccrocher à lui, à le considérer comme l'homme fort et qui sait, fort parce qu'il sait, et qu'il représente l'action guidée par la pensée, à l'apercevoir comme le sauveur.

En voyant dans cette sorte d'examen de conscience, point par point pour ainsi dire se dérouler sa vie jusqu'aux plus petits actes, il sent bien qu'il n'a pas encore donné toute sa mesure, que des possibilités lui restent, si l'issue lui est favorable, et quand la maladie qui l'étreint et l'amène à l'opération, n'a pas diminué ses facultés, il a des regrets à la pensée que cette lucidité cérébrale qu'il s'est efforcé d'intensifier par un labeur sans trêve peut rentrer tout à coup et prématurément au néant. Dans l'appréhension de l'inconnu qui pèse sur une grande opération, de ses complications, de ses mauvaises suites peut être, il ne peut s'empêcher alors de prendre conscience de son utilité comme de sa vanité sur la terre. Et avant d'entrer en maison de santé, en se demandant comment cela se finira, avant de quitter le chez soi coutumier, il sent alors toute l'inanité des disputes de la vie, des hostilités auxquelles l'ont obligé les forces mauvaises contraires, tout cela s'apaise dans son esprit et dans son cœur comme un tumulte de tambour qui s'enfonce dans le lointain et il comprend qu'une seule grande force lui reste : celle d'obéir à la loi de pardon envers ceux qui ont pu l'offenser, le combattre et essayer de le rapetisser alors qu'il n'avait rêvé que grandeur d'âme dans une bonté agissante.

L'entrée en maison de Santé

(*Le franchissement des seuils ; leur suggestion*)

Et maintenant, tout est décidé. On franchit le seuil de sa propre maison pour en sortir, on franchit le seuil de la maison de santé pour y entrer : on leur jette un coup d'œil furtif et on se demande si on reviendra guéri et libéré (ou si l'on ne sortira pas par le seuil noir et collatéral !). Cette évocation des seuils est assez troublante, car l'on ne peut s'empêcher de faire des réflexions funéraires ; et toutes les associations d'idées, d'images et de mots vous y poussent invinciblement.

Salon d'attente à la clinique, puis pénétration dans la chambre qui vous est réservée et qui a un caractère terriblement anonyme. Enfin, bien vivant, bien droit, bien debout, il faut en plein jour, délibérément se déshabiller et se mettre au lit. Cette montée au lit, c'est l'inaction immédiate et subite après l'action intensive d'une vie laborieuse. C'est l'état de *l'homme couché* : celui qui, de soigneur va devenir soigné, d'opérateur, va devenir opéré, et ce n'est déjà plus le même homme que l'homme debout : et, c'est le passage de l'état de médecin à la qualité de malade et c'est la sensation de l'infériorité de l'horizontal, devant le vertical.

Enfin, le voilà seul dans sa chambre et son lit pour sa première nuit en clinique, car l'âme affectueuse et tutélaire qui l'a accompagné a été obligée de le quitter. Pour s'être résolu à cette détermination et affronter un danger sérieux et la peine de cette solitude il a bien fallu y être poussé par la difficulté physiologique, car rien n'est pénible, comme la sensation d'impossibilité mictionelle, il faut être passé par là pour en savoir l'atrocité : être comme devant un mur que non seulement on n'enfonce pas ! mais qu'on n'humecte même pas ! !

La veillée des armes

(*La médication pré-opératoire sur la vie et la mort inquiétude, incertitude : le monologue d'Hamlet*).

Et la nuit commence, comme une veillée des armes, car ce sera pour demain ; la nuit, suscitéuse des pensées sombres comme elle. Il évoque autour de lui, dans ces heures abandonnées, ses parents qui l'élevèrent et qui ne sont plus, tous ses chers disparus et les êtres affectionnés qui lui restent. Et il pense à l'opération que chaque heure rapproche fatalement !

La perspective que dans 24, 48 heures, s'il y a un accident opératoire ou anesthésique, *on ne sera plus là*, alors qu'on est plein de vie et de conscience, et que l'on sent qu'on peut encore tant de choses, vous fait apercevoir toutes les autres préoccupations de la vie et tous les soucis d'intérêts divers, comme bien mesquins. Inévitablement je songe au monologue d Hamlet :

Etre ou n'être pas, voilà la question ! To be or not to be.....That is the question. Et me reviennent à la mémoire les vers que le génial tragédien Mounet-Sully, rêvait à haute voix, de cette voix surhumaine comme on n'entendit jamais et n'entendra peut-être jamais :

Quels rêves peupleront le sommeil de la mort
Quand sous notre front ne s'agitera plus l'inquiète pensée ?....

Et alors surgit, dans toute sa grandeur angoissante, le fantôme pâle de l'insoluble problème, du grand, de l'unique problème qui les contient tous : celui du Devenir : y a-t-il une survivance spirituelle consolatrice ? reste-t-il, après ce corps dont nous ne connaissons que trop la certaine destinée vers une pulvérulence dont la trace même s'évanouira comme le plus léger des songes, reste-t-il quelque chose de l'intelligence, du sentiment et de la puissance spirituelle en un mot, que nous avons développée dans cette fragile écorce de chair en une progressive conscience ? Est-ce le gouffre noir, silencieux et immobile pour toujours est-ce une blanche lumière surnaturelle dans laquelle nous nous retrouverons subitement agrandis dans un étonnement et un ravissement divins, auprès de ceux que nous aimâmes et qui nous chérirent, tous dans l'extase et la joie sublimes de s'être enfin retrouvés ?

Mais dans cet état d'âme tiraillée par l'incertitude du sort, monte le rappel vers l'inconnu divin, le rappel vers les idées premières reçues et traditionnelles, l'enseignement atavique : celui d'une mère d'une sœur aînée qui, dans votre enfance, vous ont fait balbutier les premières implorations de la prière. Mais ce n'est pas dire, cependant, que tout s'écroule dans la crainte, de ce qui est des corrections et des acquisitions de la pensée !

Et, dans ces heures nocturnes de recueillement vous ne pouvez pas vous empêcher de songer à l'histoire de ce lit anonyme où vous êtes étendu, peut-être pour très peu, peut-être pour trop de temps. Combien de douleurs a-t-il vues, combien de désespérances, combien d'agonies (car chaque lit pourrait raconter un martyrologe), combien de cadavres, et combien davantage, — heureusement ! et c'est ce qui encourage — grâce à la science grandissante,— de reviviscences ! Le lit d'une maison de santé est à la fois un lit funéraire et un lit de renaissance, un berceau où dans des langes nouveaux s'édifie une nouvelle vie, un cercueil où, dans un blanc linceul, s'enveloppe votre existence achevée. Vous en partez, après le stationnement d'une agonie, pour l'éternité qui vous accueille là, ou vous vous en envolez pour ces jours brefs que vous réserve encore l'existence éphémère. Combien, sur cette couche, ont été poussés d'appels désespérés ou angoissés ! Combien de bonheur s'y est épanoui de s'évader enfin vers la santé et la joie !

Le jour de la Bataille

Le départ pour la salle d'opération, l'anesthésie. Le retour au lit.

Le jour de la bataille est arrivé ; de bonne heure, le garçon de salle d'opération vient vous préparer la région à opérer : savonner, raser, laver ; c'est en cet endroit que le chirurgien fera son œuvre sanglante que, chirurgien vous-même, vous voyez déjà : et cela vous fait penser aussi à la dernière toilette du condamné. Jamais l'homme qui lutte pour la vie de ses semblables et qui avait souvent salué la mort comme la toujours finale ment victorieuse du combat humain, jamais il ne l'avait vue si redoutable en ses apprêts, et jamais il n'avait eu avec elle un tel face à face : Toi ou moi ! toi toujours, car si ce n'est pas encore cette fois-ci, tu reviendras fatale et pleine de la certitude de ton rapt et de ton assassinat ; mais en ce moment, toi ou moi qui vais parvenir, peut-être, à t'écarter comme la bête furieuse qui manque quelquefois ses coups, mais affirme sa définitive puissance ». Ah ! combien troublante, cette perspective envisagée en pleine santé cérébrale, en toute lucidité, alors que la maladie ayant fait déchoir une partie du corps nécessitant, un secours radical, n'a cependant pas altéré la faculté de penser et discerner ! Il faut faire, en cet instant où l'on vient vous chercher avec le charriot, un rassemblement de courage moral devant la crainte de disparaître et l'idée de quitter peut-être pour toujours ceux qui vous sont chers, car la séparation au moment de l'opération, exige aussi d'avoir du courage pour en donner, alors qu'on va soi-même au péril, à ceux qui ont peine à contenir leurs pleurs, et courage chirurgical de celui qui va être opéré et qui sait jusqu'au moindre détail tout ce qu'on va lui faire, se traduisant en saisissantes et précises visions, les accidents et les complications possibles, les affres qu'il affrontera ensuite et les douleurs ! Cet état d'extrême lucidité de celui qui va à l'opération, est évidemment bien autre que l'état de celui qui y va plongé dans un demi-coma, une indifférence de chose inerte et sans conscience.

Et vous voilà sur la table d'opération. Vous sentez la confusion d'une pudeur, qui sait à l'avance combien est inesthétique la chose lamentable que l'on est, dans le sommeil anesthésique. Nous la connaissons, en effet, la face même des plus belles que nous avons tenues sous notre bistouri ! C'est qu'en montrant, dans le courant de la vie, nos expressions, nous montrons surtout notre spiritualité ; en s'étalant sous la lumière crue de la salle d'opération et *inanimés de conscience,* nous montrons surtout notre laideur d'animalité, à moins que nous n'ayons un corps

sculptural de jeunesse ou élevé en dignité par la culture physique et le sport qui seuls font la décence du physique, sous la condition qu'il n'ait pas déchu sous l'effet de la maladie.

Le masque à anesthésie posé sur votre visage, vous cherchez volontairement le sommeil rapide en obéissant par de profondes inspirations, à la sollicitation de l'anesthésiste qui tient votre vie dans son attention, tandis que l'opérateur va la tenir, entre ses mains habiles et la netteté de son sang-froid et de sa décision technique. On prononce mentalement, un dernier nom ... et puis c'est la plongée dans le néant de l'inconscience et de l'insensibilité. Je remercie avec reconnaissance ici, celui qui (Dr Tranjas) m'a plusieurs fois favorisé ce passage inquiétant et a surveillé ma vie physique pendant le moment redoutable où l'âme est absente.

Puis, l'on se retrouve dans son lit, comme emmitoufflé dans des draps chauds et plein de sueur. La première aperception à son retour à la conscience, c'est pour se dire : Je suis réveillé et c'est fait. Il y a là un moment indéfinissable de joie de penser que l'on est en vie et de se sentir embrasser comme après un long retour. Puis les heures post-opératoires commencent, où le patient se sent cloué par sa faiblesse et à la merci de ceux qui s'occupent de lui, et où il a la notion qu'il ne peut rien, et qu'il n'a plus qu'à s'abandonner au dévouement de leurs soins ; et il a assez de clairvoyance pour en tirer tout de suite une leçon de modestie ; le plus fort, en effet, le plus allant, celui qui a connu la joie de la liberté physique et qui a, à l'ordinaire, de la vitalité suffisamment pour arriver à croire, par l'habitude, qu'elle est inépuisable, se convainct bien vite qu'il n'est qu'une pauvre et misérable loque humaine, moins forte même que l'enfant qui vient de naître. Tout opéré est *maté*, quel qu'il soit, et alors, comme toutes disputes et toutes ambitions d'auparavant lui paraissent vaines petitesses !

La voie douloureuse ; la lutte des premiers jours et des premières nuits

La triple menace post-opératoire : l'hémorragie, l'embolie, l'infection. De la douleur et de son enseignement.

Alors commence la voie douloureuse et la lutte des premiers jours et des premières nuits, où vous êtes tenu sur la balance et où on ne sait d'une façon sûre encore si l'oscillation va pencher vers la guérison libératrice ou vers la fatalité mortelle. On est plongé dans un état d'âme indécis et vague, comme si la vie et l'inconnu de ce qui va se passer, étaient suspendus, incertains sur l'éternité ; on ne compte plus avec le temps, on perd sa notion. Mais on a assez de claire souvenance de son expérience professionnelle pour songer aux possibilités menaçantes ; l'on a la conscience d'être pendant quelque temps sous la triple menace des grandes opérations : *menace hémorragique* post-opératoire : vision rouge d'une cataracte de sang et crainte de tomber sous sa chute : on sait, pertinemment que pendant quelque temps, sous cette menace, on est, dans son lit, comme *suspendu* entre la vie et la mort, et comme dans un hamac qui serait sur l'abîme et dont la corde pourrait soudain se rompre ; *menace embolique* : le coup de feu qui vous abat comme sous un browning, avec le point de côté angoissant ; *menace infectieuse,* avec l'ouïe assourdie, la sensation de roulement dans la fièvre et l'abîme.

La troisième nuit fut celle d'angoisse où j'ai senti l'infection m'effleurer du velours noir de l'aile de l'archange funèbre. Puis chute dans le gris et le noir qui envahit progressivement tout ce qui vous reste de vision. Votre couche semble suspendue dans un espace sans limites déjà bien au-dessus de la terre et encore plus au-dessous du ciel ; bourdonnements d'oreilles, battement des tempes et syncope qui vient cependant avec une dernière lueur qui vous fait dire encore conscient : « J'ai perdu la partie ! c'est comme cela qu'on s'en va probablement d'infection ! », Et l'on a le temps d'imaginer son corps étendu avec le profil impassible de son visage exsangue tourné vers l'infini ... et de voir à genoux une femme effondrée au pied de ce lit où il n'y a plus d'espoir devant le dur cadavre blanc entré dans la surdité éternelle de ce qui a cessé de vivre.

Revenu de l'évanouissement auprès du garde affolé, on redoute une nouvelle atteinte et le définitif naufrage. Et c'est la lutte avec l'archange noir : « Je ne veux pas mourir ; il n'est pas encore temps ; c'est trop tôt ; je ne veux pas abandonner les miens, et je n'ai pas achevé ma carrière, ni donné ma mesure ! » Et l'on écarte la vision obsédante de la dernière toilette funéraire, de la salle de Morgagni et du corbillard aux noirs panaches

Enfin l'aube reparaît et la tristesse de ne plus la revoir peut-être si cela recommençait. Alors montent au cœur les regrets ; tout de même, voir anéantir en quelques heures, son être lentement édifié par tant d'efforts ; avoir fait le cycle plus ou moins parfait des connaissances humaines, porter en soi un monde possible d'idées, un ardent désir de pensée agissante, une technique et une expérience acquises au prix de tant de labeurs ; s'être efforcé vers le vrai, le grand et vers le bien, avoir même cultivé son corps à la manière antique ; être conscient de tout cela, valoir tout de même mieux que tant de cerveaux inhabités et tant de cœurs secs ou sans virilité et sans volonté ... que de regrets, si tout cela allait s'évanouir, comme une force spirituelle dissipée au vent du hasard et du désastre, dans la syncope blanche d'une inondation hémorragique

ou sous le coup de foudre d'une embolie toujours possible ou dans la fièvre bourdonnante et vomissante de l'infection qui peut s'accroître. Iphigénie en Aulide regrettait la douce lumière du jour ! Sa plainte de colombe est d'un attendrissement profond, mais elle n'exprime pas un manque de courage. On a le droit de regretter le soleil, la nature, les fleurs, l'amitié et l'amour. Nous, hommes, lutteurs encore debout, hommes de notre siècle, ce que nous pouvons regretter sans paraître montrer de défaillance, c'est notre cerveau, notre puissance intellectuelle qui ont encore quelque mesure utile à donner pour nos semblables, et notre joie de l'action psychique et matérielle, et aussi nos affections qui ont plus de valeur parce qu'elles sont consacrées par plus d'années, par plus de preuves de mutuelle confiance acquise en une communion constante, et parce qu'elles sont enracinées par un chevelu de racines plus fines puisant la sève à plus de sources secrètes et délicates.

Je fais un suprême effort et je repasse en un instant les grandes avenues de ma vie, les paysages de mon existence et les êtres qui l'animèrent pour moi d'une douce flamme, car je veux tout au moins emporter dans la nuit qui est sous la terre qui m'ensevelira la lumière de toutes mes visions !

Enfin, la situation devient meilleure, on a traversé la mauvaise passe et l'espoir renaît. Mais une étape dure aussi est celle où on lutte avec un dieu inconnu ou plutôt intérieur, abdominal et éolien, qui veut trouver sa voie et où l'intestin ressemble à un serpent qui, après un sommeil hivernal, remue lourdement ses anneaux en les faisant crisser d'une façon sonore.

Puis viennent les pansements et leur cortège d'appréhensions et de douleurs. Nous la connaissons la question constante, quand on voit s'approcher les mains du chirurgien et ses instruments : « Vais-je souffrir ? » car ce que veut le malade avant tout, c'est ne pas souffrir ... et je l'ai proférée cette question, comme les ordinaires malades ! La douleur physique ou morale est un enseignement. Qui n'a jamais souffert en sa chair en son âme, en son cœur et qui n'a connu que la joie, *ne sait rien* ! Seule, la douleur est féconde, la joie seule *et continue* est stérile. Si la douleur n'existait pas, il faudrait l'inventer, comme Voltaire a dit de Dieu, tellement elle porte en soi une force créatrice. Les fruits enfantés par la douleur sont les plus beaux et sont dignes des Paradis supérieurs, mais il faut supporter que l'arbre qui les produit soit arrosé des plus amères larmes et que ses branches soient agitées des plus terribles frissonnements. Nous, médecins, nous sommes les premiers à recueillir l'enseignement de la douleur, par les spectacles des patients et de leurs maladies où nous mêlons notre action et notre intervention ; nous en recevons la leçon totale quand nous l'avons éprouvée à notre tour et que nous avons été élus et touchés par le mal !

Il est cependant des douleurs qui par leur acuité, par leur raffinement d'atrocité, par leur durée qui n'a pas de cesse, ne devraient pas exister : elles ont un caractère infernal et satanique : c'est pourquoi elles sont indignes d'une divinité qui nous voudrait mettre à l'épreuve ! Il est beaucoup de douleurs qui ne sont que temporaires, qui ne durent que quelques instants ; on peut, on doit les affronter avec le courage d'un soldat, ou la résignation d'un esprit pieux, ou la force d'âme d'un stoïcien ; mais il en est d'autres qui sont surhumaines, car il n'y a pas de chair d'homme qui puisse en supporter le long martyre sans frémir, dans ses plus profondes fibres, comme celles de certains incurables, des condamnés à mort que sont trop souvent les cancéreux, ces douloureux sublimes.

Il est des malades qui n'ont aucun courage moral devant la douleur et ne font rien pour la contenir ou pour faire figure devant elle ; au contraire même, ils l'exagèrent, pensant ainsi attendrir mieux le chirurgien et tempérer son action, alors qu'ils la paralysent. Ceux-là ne sont pas intéressants : ce sont des pusillanimes rusés. En principe, nous devons, même au risque d'être trompés, croire toujours à la douleur de nos malades pour y apporter le baume qui convient et la douceur la plus attentive ; il ne faut pas dire trop facilement : c'est nerveux, se dispenser de tout examen et de tout effort d'atténuation pouvant dépendre de nous, et puis il faut tenir compte de l'échelle des sensibilités, pour ainsi dire, car il y a des différences de sensibilités : suivant le sexe, l'âge, le genre de vie, les organes de l'économie. Les femmes, à l'encontre de ce que l'on pourrait croire au premier abord, à cause de leur plus grande fragilité et de leur plus grande finesse nerveuse, sont très souvent plus endurantes que les hommes, parce que plus habituées à souffrir peut-être depuis leur adolescence et parce qu'elles ont un système nerveux central moins soumis à la vibration continue de la vie des hommes. Il y a des malades, dit-on, difficiles sous le rapport de la tenue devant la douleur et qu'on traite parfois avec trop de désinvolture de « nerveux ». Il n'y a en effet rien de plus horripilant que de se sentir traiter de *nerveux* par de gros apathiques qui, eux, n'ont pas de réactions et en parlent à leur aise, et qui manquent totalement de psychologie devant des malades qui font un réel effort courageux pour faire face à la douleur ; c'est qu'il y a une sensibilité masculine et féminine un peu différente, il y a aussi une sensibilité différente selon qu'on l'envisage chez des travailleurs intellectuels. « Et puis, m'écrivait il y a quelques années mon vieil ami le Dr Audion -- qui est passé jadis, lui aussi, sous le glaive de la chirurgie, suivant une expression chère à mon ami le Prof. Lenormant

— on ne m'empêchera pas de penser que des intellectuels ultra-sensibilisés par leur profession, comme nous, souffrent plus que de braves paysans résistants et, par ailleurs, pleins de santé. » La sensibilité, chez les vieillards est généralement assez émoussée. Certaines races aussi sont moins accessibles à la douleur et il leur faut une dose forte pour faire apprécier le supplice. Enfin, il y a des différences de sensibilité suivant les diverses régions anatomiques : les organes urinaires sont souvent hypersensibles ; mon ami Cathelin m'avouait récemment que la douleur urologique était plus excessive que les autres. J'ai écrit, il y a 5 ans, une étude sur la *douleur en chirurgie* qui a été traduite en castillan, en Espagne, par le Dr Arredondo, de Madrid, et en Amérique par le Prof. Razetti, de Caracas ; j'y ai développé assez longuement le thème de la douleur et décrit « son clavier ». On pourra y passer en revue le polymorphisme infini de la douleur. Quand on s'analyse après avoir souffert violemment, on se rend compte que la douleur échappe parfois à tout freinage de volonté : elle est le cri déchirant et spontané échappé de la chair pantelante où l'être psychique n'a aucune part ; je le connais le hurlement sorti du tréfonds de son être sous l'effet d'une douleur horrible qu'on s'était cependant promis de soutenir avec courage ; j'ai pu avoir conscience de ce dédoublement où mon esprit à part se rendait compte que ce n'était pas mon *moi psychique* qui exhalait sa plainte, mais que c'était le réflexe affreux de mon être de chair.

J'ai opéré mille et mille fois. J'ai connu personnellement des accidents, les syncopes dues à des chutes et des chocs, les douleurs diverses et les petits tourments physiques de la vie. Je me suis opéré moi-même ; j'ai enfoncé le fer du bistouri et le feu du thermocautère dans ma propre chair ; je me suis arraché au milieu de douleurs lancinantes une dent rebelle ; je me suis penché, pendant plus de quarante ans sur la douleur physique comme morale des hommes ; j'ai été toutours attentif à l'éloigner ou à l'apaiser ; mais je ne l'avais pas connue avec son caractère de continuité suppliciante, comme en certaines opérations subies. Ecoutez la lettre que je dictais de mon lit de douleur, il y a six ans, pour mon ami le Prof. J.-L. Faure, l'auteur de ce chef d'œuvre : *l'Ame du chirurgien* : elle est *édifiante*, c'est le cas de le dire pour ceux qui, professionnellement, vivent le plus près de la douleur des hommes et poursuivent le noble idéal de la combattre de toute leur science et de toute leur âme :

« J'ai souffert terriblement, malgré ma volon-
« té et mon courage. J'avais connu, en maintes
« occasions, la douleur par moi-même et sur moi-
« même, m'étant personnellement opéré et ayant
« été victime de divers accidents.

« Cette fois-ci, j'ai appris à connaître la dou-
« leur suppliciante ; mais au lieu de croire, mal-
« gré cela que je la connaissais tout entière, j'ai
« entrevu, par mon épreuve récente qu'elle avait
« des étendues infinies et qu'il y avait des êtres
« assez malheureux sur la terre pour en toucher
« cependant les bas-fonds.

« Jusqu'ici une grande idée de pitié avait guidé
« toute ma vie ; mais cette idée, sous l'influence
« de la douleur personnelle dans une grande occa-
« sion de risque où je viens de jouer mon exis-
« tence, vient de prendre son entière conscience
« en moi et sa pleine signification.

« Croyez-moi, cher Professeur ami, nous ne
« nous pencherons jamais avec assez de commi-
« sération sur la souffrance humaine, et c'est pour-
« quoi (je vous compte, du reste, parmi les tout
« premiers qui pensent de même et qui l'ont *inex-*
« *primement exprimé*, si j'osais cette comparaison
« antithétique par son excès de force) et c'est
« pourquoi ne sont *vraiment grands*, dans notre
« profession, que ceux qui la pratiquent non seu-
« lement à coups de véritable intelligence, mais
« à grands battements du cœur qui compatit. »

On pourrait croire qu'on s'habitue à la douleur, mais ce n'est pas toujours le cas ; je suis « repassé » par les mêmes chemins et j'ai revécu les mêmes heures pénibles avec autant d'intensité déchirante : le supplice du pal par les sondes à demeure, est bien cruel. Le courage n'a rien à faire avec certaines douleurs qu'on ne peut surmonter ; et dire, comme l'a dit le stoïcien Zénon « Douleur tu n'es qu'un mot », comme, plus tard Brutus devait le dire de la vertu, est une ironique plaisanterie. Parfois cependant le courage résulte d'une accoutumance, c'est-à-dire, en quelque sorte, d'un *émoussement* (si l'on pouvait créer ce mot) venu à la longue ; mais bien des gens sont courageux parce qu'ils n'ont pas de réflexes ou ne sont pas intelligents ils n'ont pas de nerfs, pas de mérite, ou sont ignorants. Comme on abdiquerait volontiers toute supériorité intellectuelle, et tout affinement du système nerveux, dans ces terribles moments de la douleur, pour être une bonne brute quasi-insensible.

La voie d'accalmie ; la montée vers la guérison

Période d'apaisement et de sécurité. Jours de retraite ; bienfaisante cure de repos cérébral.

Et les jours succèdent aux jours ; puis lentement, l'organisme le plus fait pour l'action, de par l'accoutumance et la diminution de l'individu tombé à une passivité nécessaire, s'enveloppe pour ainsi dire des fils sûrement tissés d'une chrysalide qui le retient dans une étreinte où une partie de sa volonté se trouve paralysée et laisse passer indifféremment le temps dans la monotonie des heures.

Cependant l'état d'âme au lit, sous l'influence du repos forcé et prolongé est un état d'apaisement et de sécurité ; on sent qu'on écoule des jours bienfaisants de retraite et qu'on goûte un repos cérébral réel qui se traduira bientôt par une plus grande facilité de travail.

Mais, malgré des lectures attrayantes ou substantielles(et pour ma part j'ai lu ou relu plusieurs livres de Bossuet, de Flaubert, de Chateaubriand du Professeur Roule, le grand naturaliste et écrivain, de Blasco Ibañez, le grand romancier espagnol (en particulier son beau livre « *Entre naranjos* » (*Parmi les orangers*), l'esprit s'occupe instinctivement de l'ambiance et observe ; l'acuité des sens s'exacerbe ; l'ouïe devient comme celle du sauvage : on entend les moindres bruits, ceux des chambres voisines, du couloir, des portes ; on différencie les pas des chirurgiens, des médecins, des infirmiers, des visiteurs, des amis. On suit les heures à la pendule si souvent écoutée pendant la nuit lors des interminables instants de détresse et de souffrance, si souvent regardée pendant le jour dans l'attente impatiente de ceux qui viendront vous voir et que vous espérez. On suit aussi les heures annoncées par une cloche du dehors, triste, qui évoque le temps qui passe et semble pleurer ceux qui traversent la vie.

Votre chambre se peuple aussi de visions familières : et alors vous devient accoutumé ou obsédant le moindre dessin de la muraille, le moindre relief des meubles. Sous les yeux de *l'étendu* que j'ai longtemps été, en face de moi, constamment, s'est trouvé un Christ ivoirin : je l'ai bien souvent contemplé, y cherchant l'exemple d'une résignation. Je le voyais avec ses bras ouverts et tutélaires, avec ses mains traversées par la fixité des clous et qui laissaient tomber la bénédiction des gouttelettes sanglantes sur des milliards d'êtres qui vécurent de la consolation basée sur son supplice ; mais sa douleur antique, n'a pas, hélas ! épargné une crucifixion humaine. Pauvres humains, qui tourmentés par le doute que glissent en nous la vie et l'étude, n'avons pas le secours moral de connaître vraiment la vérité de l'au delà et qui savons sûrement que nous n'avons pas l'étoffe d'un Dieu !

Je songe à ce qui se passe aux alentours de ma chambre et dans les autres lits d'endurance et alors j'ai la vision d'un ensemble : une maison de santé, une grande surtout, me fait l'effet de ressembler à un champ de bataille, avec ses médecins, ses opérateurs, ses infirmiers qui s'occupent autour des blessés graves ou légers, avec ceux qui viennent pencher eur eux leur pitié secourable, avec ses moribonds et les civières qui, discrètement, les emportent la nuit. Si l'on pouvais soulever tout à coup le couvercle d'une maibon de santé ou d'un hôpital, si les cloisions s'asattaient et si ne restaient que les lits avec leurs occupants, tandis que les salles d'opérations et de pansements travaillent comme celles d'une ambulance, cette évocation d'un champ de bataille serait une réalité.

Mais d'autres visions font autour de vous une fête de couleurs accompagnées de la suavité des parfums. Grâce à l'amitié attendrie s'accumule autour de vous une profusion de fleurs, dont la beauté fait disparaître la laideur assaillante de la maladie. Je me souviens avec reconnaissance des violettes embaumées, des lilas, des œillets, des roses écarlates, qui, dans la direction de mes yeux, évoquaient tout Ispahan et la Perse fleurie, et de ce bouquet de la fête, ma fête, composée de glaïeuls rouges ou couleur chair, aristocratiquement élancés ; je revois aussi les marguerites blanches de France, les larges soucis jaunes d'Espagne qui me rappelaient l'Umfia pour laquelle je devais partir pour de nouveaux combats, ou qui m'évoquaient ma France, mon Sud ensoleillé et mon Espagne ardente et m'incitaient au courage chirurgical par le rappel du Cid Campeador !

De mon lit, dans cette période où la guérison était en marche, je pouvais goûter, par la fenêtre ou les rideaux écartés, la vue d'un magnifique jardin, avec ses arbres aux vertes frondaisons sphériques, ou aux cimes feuillues, pointues et hautes comme des clochers, avec ses pelouses vertes, fournies et molles comme des tapis de Smyrne, avec ses corbeilles de splendides géraniums écarlates, avec sa pièce d'eau dont la profondeur se sillonnait du passage rapide des poissons rouges et dont la surface portait les radeaux fleuris des végétaux aquatiques et les nénuphars blancs extasiés sur leurs feuilles en cœur, avec son Jardin des Légumes où j'entrevoyais un homme courbé et bêchant, m'évoquant, je ne sais pourquoi,le tranquille jardinier des Contes de Boccace. Parfois, au coucher d'un soleil invisible, remplissant les espaces des hauteurs voisines d'un rose immense dans lequel s'enveloppait la mélancolie des soirs crépusculaires qui reviennent, éternels, j'apercevais la lente promenade des Frères-moines qui me donnaient tout à fait l'impression apaisante d'une apparition claustrale du Moyen-Age.

Et le matin à l'aube, j'avais la bonne fortune d'entendre le gazouillis des oiseaux, et parfois même le chant du rossignol qui laissait tomber ses vertigineuses cascades de notes musicales qui ressemblaient aussi à des rythmes oratoires de mots et de phrases chargés de sonorités, de couleurs, de visions, d'idées et de pensées. Cette voix à l'élan suprême semblait dire aux humains: « Evadez-vous avec moi sur des ailes invisibles vers des régions de douce quiétude où vous oublierez un instant la quotidienne tristesse et l'effort sourd et martelé de votre labeur sans trêve. »

La convalescence ; la délivrance et la victoire

Ultimes journées.

Ainsi, dans ce séjour comme dans un couvent silencieux où le repos prolongé produit son effet salutaire après les alertes et les tourments des premiers jours, tout est propice à la méditation et au développement d'une vie intérieure passagèrement renforcée et se donnant plus libre cours puisqu'elle n'est plus assaillie par la frénétique vie quotidienne du dehors. L'esprit fait des retours vers le passé ; il se tourne aussi vers l'avenir nouveau qu'il croit entrevoir dans les bonnes conditions de la pensée retrouvée.

Puis l'on songe à la rénovation qui se fait dans l'organisme, à la puissance de réfection de la nature médicatrice, *la natura medicatrix* des anciens, qui tend à refaire son œuvre entamée, à reconstruire ses édifices vivants en partie écroulés, à établir la force de cicatrisation des plaies opératoires libératrices ; on sent sourdre en soi les fontaines vitales et s'élaborer le travail édificateur des tissus. Cette transformation structurale, on la sent aussi s'affirmer tous les jours, et vous avez, à cette pensée, la patience d'attendre que se parachève dans la profondeur de vos tissus, l'œuvre de vie sur ce corps qui s'en allait à la dérive vers la mort.

« — Me voici — vous murmure doucement la Nature vivante invisible incorporée en votre chair — O toi qui est si endolori, écoute, c'est moi ! Ne t'inquiète pas. Prends patience. Je travaille lentement, mais sans arrêt, comme une fourmi laborieuse. C'est moi, celle qui toujours édifie ; mes cellules chargées de vie et de puissance multiplicatrice sont mes briques et mes pierres de taille, bien petites en vérité, mais en se superposant et se stratifiant, elles élèvent des murailles de chair dont les éléments sont unis dans leurs interstices par un rouge ciment de sang ; et ces murailles dessinent, en se réalisant, un édifice aux lignes prévues comme si elles étaient l'émanation spiritutelle d'un être supérieur et constructeur qui se dresse contre les forces du mal et les chutes de la destruction, en recouvrant les formes établies auparavant et en participant de la grande morphologie qui est la figure infinie et multiple de l'Univers. Sois dans la quiétude ! Car c'est moi la Réparation, la Résurrection et la Vie, et bientôt tu vas te lever, réparé, renouvelé, de ton lit où tu as connu la profondeur inexprimable de la Douleur, comme se leva Lazare de sa tombe ! »

Alors, vous êtes dans les délices d'un état d'âme plein de fraîcheur et pour ainsi dire *en état de grâce* et d'infinie reconnaissance vis-à-vis de ceux qui vous tinrent amarré à la vie alors que votre existence avait tendance à s'éloigner comme une barque qui glisse sous la force d'un courant ténébreux. Et l'on a une gratitude sans bornes pour le chirurgien élu qui prit, avec fermeté, savoir expérimenté et habileté, la responsabilité de votre cas (pour moi, ce fut le D^r Papin) pour les conseillers qui vous donnèrent l'avis le plus désintéressé, pour les amis qui vous réconfortèrent de leur présence et de leurs encouragements pour tous ceux qui tinrent votre vie physique et morale dans leurs mains, leur esprit et leur cœur.

Enfin, l'on se lève, et, du fauteuil où l'on est, comme un peu surpris et étourdi, on attarde un regard sur ce lit où l'on a tant souffert tour à tour espéré et désespéré ; puis vient le jour ultime, celui de la délivrance et l'on sort de la Maison de santé, débordant de joie, trouvant l'humanité meilleure, heureux de voir rouler la vie dans les rues tumultueuses, et c'est dans une douce sérénité que l'on retrouve le charme de son chez soi, les êtres chers et les objets aimés !

L'œuvre bienfaitrice de la Science

La science actuelle réalisatrice de prolongation de vie.

Le médecin, ou le chirurgien, plus averti que le profane de la valeur de la science, ne peut s'empêcher, à la plus superficielle réflexion, de se dire que s'il avait appartenu à une autre époque et, pas même lointaine, seulement il y a cinquante ans, il n'aurait pu vivre une vie de durée normale : au lieu de mourir à 70, 75 ans, c'est à 50, 55 ans qu'il serait mort terrassé par une maladie dont on ne connaissait ni le secret ni le moyen de la guérir. La plus grande gloire de la science, c'est ce pouvoir souverain qui la fait puissante au point de prolonger la vie et son activité chez des êtres qui auraient été précipités à la mort bien plus tôt,en d'autres temps. Cette constatation suffit pour faire apprécier le bienfait de la science et son progrès. Ceux qui nient le progrès qui amène à un tel résultat, ou sont des ignorants ou des irréfléchis et peut-être des snobs qui trouvent que « ça fait bien » et que cela les rehausse d'être contre l'évidence.

J'ai déjà, il y a longtemps, éprouvé ce sentiment en faveur de la science salvatrice et de l'épargne de la vie sur la mort, d'aujourd'hui sur autrefois, due au progrès. C'était en 1906, quand je visitai Constantinople. Voici ce que j'écrivais, dans un article paru dans une revue, sur *La médecine à Constantinople* : »

« Aux immenses cimetières d'Eyoub et de Scu-
« tari, la forêt touffue des cyprès surgis de l'interstice des dalles mortuaires descellées, fait une
« ombre douce et blême au peuples innombrables
« des blancs fantômes des stèles : à la lisière de la
« ville, face aux remparts, les générations et les
« générations mortes semblent contempler ce qui
« reste des splendeurs d'autrefois.

« Dans les sentiers poudreux de la cendre des
« vivants de jadis, le passant heurte parfois des os-

« sements qu'on dirait être des branches dessé-
« chées et tombées des cyprès squelettiques.

« Et je songeais, combien dans ces foules souterraines ensevelies, il y avait de souffrances endormies à jamais, combien de maux éteints, mais aussi combien d'espérances abolies ! Que de guerriers gisent là dont la science chirurgicale eût soulagé et guéri les blessures mortelles, que de femmes au ventre douloureux que la gynécologie moderne eût rendues à la santé et à l'amour, que de jeunes hommes, que de jeunes vierges dont les ossements innombrables sont venus là accompagnés de larmes, *auraient pu connaître une plus longue vie et une existence normale, grâce aux progrès réalisés des sciences médicales d'aujourd'hui* !

« Bien qu'en pensent certains esprits moroses et ignorants, grâce à la science nouvelle, le tribut à la mort prématurée par la masse humaine est de plus en plus allégé. »

Je ne pensais pas, à cette époque de bonheur et de joie, que je serais un jour une victime douloureuse de la maladie, mais en revanche le bénéficiaire d'une science qui sauve et ramène à la vie.

Quelles magnifiques conquêtes de la médecine et de la chirurgie qui nous conservent à nous mêmes et aux nôtres, et qui donnent *une plus-value par le temps utilisable de la vie prolongée,* à nos individualités périssables !

Et alors comme nous comprenons, dans notre science encore plus que dans les autres sciences, car elle est plus chargée d'humanité et d'effort vers le bien, la consolation et la joie, l'internationalisme de la science qui est avant tout, au-dessus de tout, le domaine commun profitable au monde entier.

Notre savoir médico-chirurgical a un caractère d'universalité sans égal. De même qu'il n'y a pas une anatomie française, anglaise, allemande, italienne, etc... mais l'Homme construit identiquement, fonctionnant identiquement, souffrant identiquement, il y a un bénéfice identique de soulagement et de guérison dû à des acquisitions identiques. Et c'est une noble satisfaction de penser qu'un savant qui, dans toutes les parties du globe, travaille, découvre à la fois pour tous les êtres humains de la terre ; aussi, au-dessus des limites montagnardes, fluviales, océaniques, par dessus tout ce qui sépare et cadre en nations, races et pays, une bénédiction doit prendre son immense vol soulevé d'espérance vers ces génies qui ont trouvé un moyen nouveau de juguler la douleur et d'anéantir le mal. Dans l'Homme qui gravit le chemin de l'avenir, animé d'une plus riche et progressive pensée, il y a toujours le Prométhée des découvertes heureuses et bienfaisantes et l'Œdipe des énigmes universelles.

Honneur à ces génies, à Pasteur tout d'abord, à ces anatomistes, physiologistes, pathologistes et cliniciens, biologistes, chimistes, mécaniciens, physiciens, à tous ces savants qui ont contribué à armer chevalier ce chirurgien moderne, pour un tournoi où il concentre en une bataille de quelques instants, toutes les forces disponibles de la science, dans une attention condensée et des actes sauveurs qui passent avec la rapidité et la netteté des éclairs !

J'avais noté et recueilli quelques-unes de mes impressions d'*opérateur opéré*, de *chirurgien-patient* devant la chirurgie, dans un premier et terrible engagement il y a quelques années. Revenu pour une deuxième fois et tout récemment à six ans de distance, pour une complication urgente, me soumettre à la dureté de sa loi, je suis repassé par le même calvaire et j'ai pu constater que la chair et l'esprit restent semblables devant l'adversité de la maladie.

Et ces impressions se résument à cette conclusion synthétique que le malade que j'ai été peut dire, comme s'il s'agissait d'un autre qui lui ressemble étrangement, comme dans une litanie remémoratrice : Il est allé, avec l'espoir, vers les paradis de la santé, comme vers des palais enchantés où règnent les houris bienfaisantes, porteuses de joie et de délices d'intense vie, comme marchant sur un fil tendu par dessus un abîme, les yeux bandés dans l'obscurité inconsciente de l'anesthésie oublieuse d'où il pouvait tomber à jamais, sans même s'en douter, dans le néant de tout ce qui passe et se dirige vers l'infini.... Il a connu, chose nouvelle, la peur, non pour lui-même mais pour les siens, cette peur étrange de manquer à ceux qui l'aiment, à son être le plus cher surtout, et de provoquer en eux la déchirure affreuse de la plus grande douleur par la définitive séparation... Il a connu, dans sa propre personne à l'épreuve, et non plus seulement chez les autres, l'exaltation des sentiments jusqu'alors inéprouvés dans toute la puissance de leur réalité ... Il a connu pour la première fois, une crainte nouvelle en des périls nouveaux ; il a su tout le prix qui peut s'attacher à la vie, comme toute la fragilité de l'existence et comme le peu de place qu'il tient dans l'univers qui peut tout à coup l'enfoncer dans la profondeur de son océan où la légère voile gonflée d'espérance l'avait fait voguer l'espace éphémère d'un jour afin qu'il entrevit, dans un instant d'illusion, l'horizon et la courbe infinie d'un ciel sans fond...

Enfin, ayant repris mon équilibre de santé, revenu de la secousse de toutes ces traverses, je me suis dit : « Après une existence si remplie, n'ai-je point mérité un peu de repos ? et, avant d'en venir à la vieillesse, ne pourrai-je prendre un temps d'apaisement ; et me retirer de la lutte ardente ? Mais, non, j'ai appris plus fermement encore ce que je savais déjà : qu'il n'y a rien de beau, comme *d'agir jusqu'au bout,* de combattre la douleur humaine et avec elle le péril de

la chair auquel tient, comme un frère jumellement douloureux, le péril de l'âme et de l'intelligence instruite. Il faut donc que je me dévoue encore au secours de mes semblables désemparés dans la tempête et le risque du naufrage d leur vie. »

(L. D. août 1924 et novembre 1930.
Frères Saint-Jean-de-Dieu).

Je n'ai pas voulu, dans cette petite causerie au sujet de mon cas personnel, donner des détails plutôt techniques concernant l'état d'esprit du malade devant l'opération, comme certains l'ont fait, et je signale à ce propos une belle étude du Dr Mario Bérard (de Blidah) parue il y a quelques années. J'ai désiré surtout traduire ici des sensations, des impressions et un *état d'âme* dont j'ai vécu personnellement le drame, qui est celui chaque jour, de milliers d'opérés dans le monde, mais qu'un chirurgien pouvait peut-être plus explicitement décrire.

L. D.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La Division de Cavalerie.

Deuxième exercice pratique de l'Ecole d'Instruction et de perfectionnement du Service de Santé de la Région de Paris

15 février 1931

Médecin Lieutenant-Colonel SCHNEIDER
Professeur à l'Ecole de Guerre.

Les stratèges en chambre, qui ont décrété, à la suite des enseignements de la longue période de stabilisation de la grande guerre, que la cavalerie avait vécu et devait disparaître des armées modernes, ont une fois de plus manqué de clairvoyance et commis une lourde erreur. Ils ont oublié que cette longue période a été précédée d'une période toute de mouvement et suivie également, à partir de la rupture du front allemand en juillet 1918, et jusqu'à la victoire finale, d'une reprise d'opérations dominées par le mouvement. Et là, la cavalerie a de nouveau rempli son rôle séculaire, celui qu'elle doit à son extrême mobilité.

L'auteur fait justice de ces billevesées, et montre au contraire quelle place importante les hauts états-majors et leurs chefs assignent à la cavalerie dans la guerre moderne. Il se propose donc d'esquisser la silhouette du cavalier moderne, de détailler la composition de la division de cavalerie, et d'en étudier le déplacement, loin de la zone de feu.

Les missions de la cavalerie ? Reconnaissance ; Couverture ; Combat.

Dans une belle évocation où s'avère un sens artistique infiniment développé, il décrit le type de l'ancien cavalier tel qu'il est peint dans le tableau de Géricault, au Louvre, sous l'uniforme de l'officier de chasseurs tout chamarré de broderies et d'ornements, armé d'un sabre courbe dont il pourfend ses ennemis.

Rien de tel aujourd'hui. Le combat à cheval, à l'arme blanche, les charges ... tout cela semble périmé.

Le cavalier moderne est un soldat habillé comme les autres, qui défile le plus souvent, bourgeoisement assis dans de petites camionnettes. Ses diverses missions n'ont pas changé ; les moyens dont il dispose pour les accomplir se sont profondément modifiés. Au cheval, à la bicyclette se sont ajoutés les autos ; au sabre, les armes protégées, et les chars de combat. ...

La division de cavalerie se compose d'un chef, d'un Etat-major, de troupes et de services. Le chef ? Un général de division, disposant d'un important Etat-major où l'on compte 27 officiers et 260 hommes.

Les troupes ? Deux brigades de deux régiments chacune, le régiment à effectif de 1.000 hommes. Un escadron de mitrailleuses et des engins d'accompagnement, avec un armement puissant : 48 fusils mitrailleurs, 12 mitrailleuses, 3 canons de 37, un élément hippomobile pour assurer le ravitaillement lorsque l'unité est engagée loin de sa base.

En outre, en remplacement de l'ancien bataillon de chasseurs cyclistes, la division comporte un régiment de dragons portés, à effectif de 3.000 hommes divisés en 3 bataillons avec des camions et des camionnettes, dont un certain nombre munis de chenilles pour circuler en tous terrains, parcourant de 25 à 30 kilomètres à l'heure sur route ; de 10 à 15, en terrain difficile. Elle compte encore 150 motocyclettes pour la liaison ; 3 escadrons d'auto-mitrailleuses, et des autos blindées armées chacune de 2 mitrailleuses dont une peut tirer en l'air, et un canon de 37. Elle compte aussi un régiment d'artillerie de 75 monté et un groupe porté de 105 ; un groupe cycliste de sapeurs. Elle pourra enfin recourir au concours de

l'aviation, notamment pour évacuer rapidement blessés et gazés.

A ce propos, M. Schneider a réussi à faire adopter par le directeur du service de santé au ministère et par le directeur des hautes études militaires ses vues concernant l'utilisation systématique de l'avion sanitaire aux armées en campagne. Et de cette nouvelle, l'auditoire le félicite par une salve d'applaudissements.

Les services de la division de cavalerie sont très importants. Ils comportent notamment un service automobile, avec des sections de transport dont les véhicules pourront être utilisés pour évacuer les blessés et gazés. Un détachement d'orienteurs, de 2 pelotons (1 officier, 25 hommes) pour le jalonnement des réseaux routiers.

Pour donner une idée de l'encombrement d'une division de cavalerie, le conférencier nous apprend qu'elle se développé sur 47 kilomètres... Elle peut parcourir normalement des étapes quotidiennes de 35 à 50 kilomètres, mais à l'occasion de 100 kilomètres, et en 3 jours, de 200 kilomètres.

***

Le thème de l'exercice, qui permettra de voir la cavalerie en action, suppose que des forces bleues venant du N. E. ont envahi la Belgique, rejeté l'armée belge sur Anvers, et menacent la France. Un groupe d'armées des forces bleues a pour mission de déborder les forces rouges par la droite en direction Douai, Bapaume, Montdidier. La première division de cavalerie rouge qui occupe une zone située en Belgique, à l'extrémité N. E. des lignes, reçoit l'ordre de se porter en une zone B vers le S. O. Trois itinéraires lui sont impartis. Le plus septentrional sera réservé au détachement de couverture lancé par le commandement pour assurer la sécurité terrestre du mouvement.

Quel sera le rôle du Service de Santé dans cette opération ?

Il devra débarrasser les unités de leurs indisponibles et les évacuer. Il assurera le service sanitaire de la division, et celui du détachement de couverture.

Pour son premier objectif, il organisera une tournée préalable de ramassage dont il aura préparé l'exécution en se faisant remettre à une heure déterminée l'état des évacuables, assis, couchés et des éventuels contagieux. Le convoi sera commandé par un pharmacien auxiliaire du Groupe sanitaire divisionnaire.

Pendant la marche de la division, il organisera des postes de recueil pourvus d'un personnel composé d'un médecin et de 4 brancardiers ou infirmiers, d'un matériel et de médicaments de première urgence. Les évacuations s'effectueront avec les autos sanitaires qui transporteront d'abord le personnel et marcheront derrière l'avant-garde de chaque itinéraire, vers un point qui aura été désigné par le commandement.

Pour l'installation de ces postes de recueil, le conférencier conseille de choisir ce qu'il y a de mieux afin d'assurer le maximum de confortable aux malades et blessés ou gazés. Car, si la sécurité terrestre de la division peut être considérée comme assurée, il n'en est pas de même de sa sécurité aérienne Un pareil mouvement ne peut passer inaperçu même de nuit. Une aviation ennemie vigilante l'aura dépisté et ne manquera pas de se livrer à des attaques dont les effets solliciteront l'intervention sanitaire, comme au combat.

Enfin, le service sanitaire du détachement de couverture, composé d'un bataillon de dragons portés, avec des autos chenilles, sera assuré par deux autos sanitaires qui devront pouvoir le suivre partout, sur tous les terrains. Si bien que si elles-mêmes ne sont pas munies de chenilles, il est indispensable que l'on envisage leurs perfectionnement en ce sens.

Et M. le médecin lieutenant-colonel Schneider termine en mettant en évidence cette nécessité des perfectionnements de toutes sortes dans le matériel et son emploi. La guerre de 1914 n'a pas plus ressemblé à la guerre de 1870 que la prochaine guerre ne ressemblera à la précédente. De même que durant les premiers mois de la guerre de 1914, il a fallu, de part et d'autre, s'adapter aux situations créées par les améliorations de l'armement, de même une semblable adaptation s'imposera dans l'avenir en raison de l'accroissement de ces améliorations et perfectionnements. La victoire sera à celui qui s'adaptera le plus vite. « Et ce sera nous ! » conclut en terminant, sur une note optimiste, le distingué professeur de l'Ecole de Guerre qui, avec des moyens différents, forme avec M. Schickelé une équipe que les membres des Ecoles d'instruction du Service de Santé retrouvent et écoutent toujours avec intérêt et plaisir.

Au début de la séance, M. le général Inspecteur Cadiot avait salué, en termes choisis, M. le général de division Alexandre, nommé directeur des Ecoles d'Instruction et de perfectionnement, en remplacement du général Jouvin, passé dans la deuxième section de l'Etat-major. Le général Alexandre eut des paroles aimables pour un auditoire nombreux dont il sut complimenter le zèle et l'assiduité.

G. Duchesne.

HYGIÈNE SOCIALE

La femme et l'amour dans la Société de demain (1)

Le bouleversement moral qui a suivi la guerre a préoccupé tous les bons esprits soucieux de l'avenir de la famille, de la Patrie et de la Société. Parmi ces bons esprits, nous ne sommes pas étonnés de trouver Madame Vérine qui, fille de médecin, épouse de médecin, a, avec tant de talent, de délicatesse, de bon sens, de courage et de libéralisme, abordé l'étude des questions sociales les plus importantes, celles qui ont trait à l'éducation de la jeunesse et à la renaissance de la famille. C'est dans ce but que Madame Vérine a créé l'*Ecole des Parents*, cette belle œuvre d'Education mutuelle, destinée à apprendre aux pères et aux mères dignes de ce nom, les méthodes que l'expérience révèle les plus efficaces pour armer la jeunesse en vue de sa mission avenir.

Madame Vérine vient de faire paraître un livre intitulé : *La Femme et l'amour dans la Société de demain.* Ce livre est conçu dans un tout autre esprit tant pour le fond que pour la forme que celui de M. Léon Daudet qui porte à peu près le même titre.

Pour Mme Vérine, le grand danger, le mal le plus redoutable à notre époque est le pessimisme. Non pas ce pessimisme passager et transitoire, accès de fièvre qui réagit à la suite d'une période de dépression, mais le pessimisme chronique qui détruit toute initiative, tout enthousiasme et supprime tout idéal. Il faut être optimiste pour encourager les éléments sains et les valeurs réelles d'une nation et c'est le devoir de tous les honnêtes gens de favoriser les forces de relèvement qu'on voit se manifester un peu de tous les côtés.

Le problème du mal est angoissant. Le mal moral est la conséquence de la liberté humaine, c'est le contraire de ce qui convient à la santé morale d'un être. L'homme court à la joie et s'il poursuit le mal, ce n'est pas pour le mal lui-même, mais uniquement pour ses apparences de bien. A la femme de lutter, en entretenant le culte du foyer ; à elle il revient le devoir de réchauffer les cœurs et d'arriver à enlever les enfants à l'emprise du mal.

Mme Vérine dont l'esprit est généreux, s'apitoie sur la vie douloureuse des poètes maudits qu'elle ne peut s'empêcher d'admirer, de Villon, de Baudelaire, de Rimbaud, de Verlaine, qui poussèrent des cris poignants de détresse. Ils furent des « pécheurs parce qu'ignorants, eut dit Platon, mais pécheurs parce que sans mère » ajoute Mme Vérine.

Le malaise des jeunes qui se manifeste à cette époque, est fait d'inassouvissement, de désespoir, que les jeunes littérateurs avouent dans leurs accès de désespérance et qui font apprécier la splendeur saine des vies sagement ordonnées.

Mais pourquoi les hommes ne savent plus aimer ? Parce que, répond Mme Vérine, la femme ne se donne plus la peine de le lui enseigner. La mufflerie des hommes ne résisterait pas longtemps à une influence féminine intelligente. L'homme de nos jours n'est pas exclusivement sensuel, il est désaxé. Il ne s'effarouche pas de la femme émancipée mais il est effrayé, horrifié par les efforts que font certaines femmes pour se donner des apparences de mâles manqués dont la garçonne lui offre trop souvent l'image. Et que cherche-t-on dans ce fameux amour libre si vanté, si ce n'est le pâle reflet des joies du mariage.

L'amour conjugal parait méconnu. Intoxiqués par les doctrines freudiennes qui renversent les rôles, qui affirment l'innocence des sentiments les plus pervers et trouvent de l'impudence dans les sentiments les plus nobles, les jeunes de notre époque taxent d'audace celles qui osent glorifier l'amour maternel et l'amour conjugal. Ils opposent l'amant au mari et exaltent l'adultère. Le mari est inhabile à aimer et cependant le mari peut et doit être l'amant et Mme Vérine proclame que l'amour conjugal, l'amour indissoluble est le plus ardent et le seul qui compte.

Le salut est dans le féminisme. Mais il faut s'entendre sur ce mot. Ce n'est pas le féminisme qui tue l'amour, c'est l'hominisme, le féminisme masculin de mauvais aloi. Mme Vérine est nettement féministe. Il ne faut pas charger le féminisme de tous les maux, de tous les crimes dinatalité, mortalité infantile, avortements, augmentation des naissances illégitimes. Le vote des femmes est désirable comme le vote familial bien compris. Le vote féminin arrivera fatalement en France ; on ne rame pas contre un courant, on l'utilise. Le féminisme est la conséquence fatale des nouvelles conditions de la vie. La maternité consentie crée des droits et ce sont les mondaines, les désœuvrées, les femmes trop choyées et heureuses, celles qui n'ont rien à désirer qui déservent le féminisme. On parle d'éducation politique ! Quelle plaisanterie ! Où l'homme acquiert-il cette fameuse éducation ?

Mme Vérine rêve de la renaissance familiale. Les vertus familiales furent toujours très fortes en France, notamment au XVIIe siècle. La frivolité du XVIIIe siècle existait à la Cour et en surface. M. Edmond Pilon, dans un livre très documenté, a montré combien étaient puissants alors les liens dans la famille bourgeoise.

(1) Editions Spes, Paris 1931.

L'individualisme excessif du XIXe siècle a beaucoup nui à la famille. Il convient de réagir, ce que Mme Vérine a tenté en créant l'Ecole des Parents (26, rue du Quatre septembre à Paris). La valeur morale d'une famille relève de celle de ses deux chefs. Il faut développer le sens social chez la jeune femme. Le problème familial est surtout moral et religieux et est solidaire du problème social. La famille doit relever de la loi divine de Justice et d'Amour.

L'Amour conjugal, comme l'Amour maternel demande du tact, de l'intelligence, du dévouement. Mais cet amour découle de l'amour de soi-même et on n'a aucun mérite à aimer les siens.

Mais l'amour des malheureux, des inconnus, du peuple est un amour d'essence supérieur, il est fait de justice et de bonté réelles.

De cet amour du prochain ordonné par le Christianisme, doit résulter la Paix de Dieu qui s'appuie sur le Sens commun, la Prévoyance, la Justice, la Force, l'Amour.

A une époque de guerre et de misères en 1648, Pascal écrivait dans ses pensées des paroles qui sont d'actualité : « Le monde est un hospice de fous ». « La puissance des rois est fondée sur la folie des peuples. Les gens manquent de cœur. Quand il est question de juger si on doit faire la guerre et tuer tant d'hommes, c'est un homme seul qui en décide et encore interessé ; ce devrait être un tiers indifférent. » Et Madame Vérine pour qui la renaissance familiale est un pas fait vers un renouveau social, exalte l'apostolat de l'ouvrier, l'action bienfaisante de la jeunesse ouvrière chrétienne. On ne peut supprimer les Patries, pas plus que supprimer les classes ; leur fusion serait la désorganisation de la société mais il faut obtenir l'amour des uns pour les autres, leur collaboration. Elle fait un appel vibrant aux énergies aux enthousiasmes, aux valeurs conscientes de leurs responsabilités. « Sonnons donc le rassemblement de toutes les forces sociales, et nationales du pays, conclue-t-elle, et préparons tous avec elles le règne de la Justice et de l'Amour. »

Nous ne saurions rien ajouter à ces paroles chaleureuses et enthousiastes. Nous admirons la foi dans l'avenir de Madame Vérine et nous souhaitons de tout cœur la réalisation de son idéal.

Toute réflexion du vieil homme que nous sommes, et que l'âge rend fatalement quelque peu sceptique, ne ferait qu'affaiblir ce bel élan de jeunesse et comme l'a proclamé Mme Vérine au début de son livre l'optimisme est un devoir et le pessimisme le mal le plus redoutable.

J. NOIR.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCXLII. — M. TH. GADALA. — **Le féminisme de la Bible.** Tome 1er : la Genèse et l'Exode. Un vol. 19 × 24 avec deux bois gravés de Colette Pettier. Edit. Paul Geuthner. Paris, 1930.

« Féminisme » est peut-être beaucoup dire, puisque le sens actuel de ce mot est étendu à une psychose collective offensive et revendicatrice qui atteint de préférence des célibataires blettes et aigries ; et rien de pareil ne se trouve dans le livre de Madame Gadala qui nous dépeint le rôle autrement grandiose des héroïnes épiques de la Bible. La part de leur activité fut en effet considérable et le paraît bien davantage à la faveur de cet artifice de présentation, subtil comme une plaidoirie et destiné à nous montrer l'importance consécutive des actes tramés avec ruse ou natif génie par Sarah, Rebecca, Rachel, Tamar, et la femme de Moïse. Un chapitre particulièrement spécieux est réservé à Eve, un autre à Madame Putiphar. L'auteur, doucement sceptique, malgré un fervent pèlerinage en Palestine (1) a étayé son récit, ample et harmonieusement rédigé, de nombreuses citations empruntées aux textes sacrés et a su faire de l'ensemble une Histoire Sainte plus humaine, poétiquement agencée et assouplie avec talent aux besoins de la démonstration.

(1) Du Sphinx à la Croix. (Ed. Arthaud, Grenoble.

CCXLIII. — André BILLY. — **Les Ecrivains de Combat.** Un vol. 12 × 19 de la Collection : le 19 e siècle. Editions : Les Œuvres représentatives. Paris. 1930.

L'équilibre du livre est bien établi. Pendant cent pages, Monsieur Billy nous montre les raisons de ce prodigieux épanouissement de la presse à la fin du 19e siècle et les visages divers des pamphlétaires dont il nous donnera dans la seconde partie du livre une anthologie. Il faut reconnaître que ces morceaux choisis n'ont pas tous la même vigueur démonstrative. Pour certains auteurs, pour Jaurès, par exemple, il y a certainement dans son œuvre des pages d'un lyrisme plus grondant et plus « combattif » que cet article extrait de la Revue de l'Enseignement primaire ! Pour Barrès, Clémenceau, Prévost-Paradol, Vallée, Blanqui, etc... le choix est beaucoup plus heureux. Mais la réelle unité du livre vient de l'érudit avant-propos de Monsieur Billy. On y sent les regrets d'un esprit indépendant qui s'anime à évoquer cet âge d'or du journal, l'épo-

que où le quotidien n'était pas serf de l'économique, la pensée et l'article vassaux de l'argent. La riche documentation de l'auteur fait de sa préface une vivante histoire du journalisme du 19e siècle, tel qu'il s'épanouit, violent, piquant, après la proclamation de la liberté de la presse. La description très animée de cette famille littéraire des grands polémistes du siècle dernier nous fait regretter plus vivement que, depuis la disparition de Barrès, l'espèce soit à peu près éteinte et morte leur lanterne. Car il ne saurait être question de mettre sur le même plan les quelques torchons du 20e siècle sur lesquels l'assemblage de caractères d'imprimerie en injures rituelles ne suffit pas à faire du journal un organe de combat, ni de rédacteurs, écumant, les successeurs de Rochefort ou de Paul-Louis Courier.

CCXLIV. — Paul REBOUX et Charles MULLER. — **A la manière de......** Un vol. 12 × 19. Editions Grasset. Paris 1930. 15 francs.

Ce volume composé d'extraits puisés dans les trois tomes des célèbres pastiches a été établi, en manière d'édition « classique », pour pouvoir être mis entre toutes les mains. On ne se lasse pas de goûter toute la finesse de cette délicieuse moquerie ordonnée avec un art cruel, et où la caricature a une aisance naturelle et une saveur de produit d'origine.

CCXLV. — ALDO DAMI. — **Tunnels.** — Un vol. 12 × 19. Editions La Renaissance du Livre. Paris 1930.

Monsieur Dami (dont André Thérive nous détaille en une alerte préface le blason sur champ d'internationale) a fait, après guerre, un petit tour d'Europe : il nous le narre et son journal de voyage est extrêmement intéressant tant qu'il n'est que le récit pittoresque d'un voyageur, d'un observateur impartial. Dès qu'y paraît l'influence du commentateur ethnique, comme dans son « Ebauche d'un Allemand », l'intérêt se ralentit. Les pages sur l'Angleterre qui sont de la première manière atteignent par contre une réelle puissance d'expression : la charge y est flegmatiquement solennelle et cruellement acérée. Il en va de même pour la description de la Suisse « au ripolin », et du panorama de la pétaudière de l'Europe centrale, où Monsieur Dami nous apitoye sur le sort de la Hongrie écartelée. Mais l'axe du livre est indiscutablement ce dithyrambique éloge de l'Allemagne, du pauvre peuple qui fut isolé férocement pendant la guerre, du peuple-victime ! Nous en avions déjà entendu parler à l'époque d'ailleurs de l'attentat commis par un paquebot qui s'appelait le Lusitania par une torpille allemande qui se promenait pacifiquement entre deux eaux ! Le plaidoyer de Monsieur Dami nous confirme la douceur native du peuple allemand, pacifique entre tous, mystique, discipliné, inoffensif comme un innocent troupeau d'agnelets : en deçà du Rhin un peuple sanguinaire de pêcheurs à la ligne ! Monsieur Dami ne semble pas avoir non plus entendu chanter le *Deutschland uber alles*, ni le *Wacht am Rhein*, ni entendu parler d'Hitler. Il est donc à présumer qu'en France, nous avons comme de coutume le crâne « bourré ». A peine est-il fait mention d'une bouteille qui siffla aux oreilles damiennes un jour dans une rue de Munich où il parlait français. Ce dut être là pure, simple, encore que fâcheuse coïncidence qui ne saurait par conséquent entamer l'amour et les illusions de l'auteur. La fin du livre est moins soutenue. Manifestement le gros effort du discours sur la vertueuse Allemagne méconnue a essoufflé le narrateur qui n'a pas osé cependant rester sur ce coup de grosse caisse. Et il est dommage, grand dommage, que cette partialité vienne pendant presque un quart du livre gâter l'impression de large vision, de fraîcheur, de vivace originalité que dégage cette amusante leçon de géographie sentimentale, touffue, alertement écrite avec une très sûre connaissance de l'homme et une très philosophique impertinence.

CCXLVI. — Pierre LAFUE. — **Lénine ou le Mouvement.** Un vol. 12 × 19. Editions Prométhée, Paris. 1930.

Dans sa préface, l'auteur pense avec raison que les français jugeront « sans indulgence » son grand homme ! Je ne peux pas en effet « digérer » l'apologie de cet homme pour qui rien n'exista au delà du knout, de la prison et de la haine ! La façon dont il est mort explique médicalement sa vie et bien des catastrophes pour demain eussent été évitées s'il avait suivi le traitement normal que l'on fait avec raison subir aux énergies individuelles dangereuses pour la collectivité, quand le rictus de leur rire annonce la morsure prochaine.

CCXLVII. — Jean LASSERRE. — **Au Bar de la Mort.** Un vol. 12 × 19. Editions de la Nouvelle Revue critique. Paris. 1930. 12 francs.

Le livre de Lasserre est une bien jolie contribution à l'étude de la morale américaine, sapée par la prohibition. L'auteur n'a aucune peine à nous montrer la démoralisation de la masse, l'amoralité de l'élite, la corruption des pouvoirs publics, la décomposition de la bourgeoisie, la puissance des contrebandiers et des crapules. L'alcoolisme avec des produits frelatés est en train de faire outre-atlantique d'effrayants ravages : c'est leur histoire que nous conte Lasserre avec leur imbroglio de vols, de crimes, d'adultères mélodramatiques, de sordides intrigues qui feront d'un peuple fort une cohorte titubante sur le chemin

de la décadence. La jeunesse américaine n'ignore plus rien des tripots à tout faire et des plus honteuses débauches... Doux, doux pays...!

CCXLVIII. — Jean COCTEAU. — **Opium.** Journal d'une désintoxication. Un vol. de 256 pages 13 × 20 illustré de 51 dessins par l'auteur. Editions Stock Paris 1930. 25 francs.

Ce livre a toute la fragile incohérence du rêve, tour à tour confus, brumeux ou étincelant d'irréelles illuminations. Mais il n'a pas cette tragique puissance de l'au delà de vie qui affleure par exemple aux pages du *Horla*. Ici, c'est le capricieux déroulement de pensées, de souvenirs; mais il y a une bien curieuse exactitude dans la description des réactions du malade, de ses sensations. Les courbes de l'usage et de la privation sont assez fidèlement dessinées, mais il y a à côté de passages d'une *parfaite* netteté intellectuelle, des pages où l'on ne peut douter de l'action néfaste du bambou, sur le crâne de l'auteur et sur son contenu idéologique.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Variétés

HISTOIRE DU PAIN

Le blé fut d'abord consommé en nature, on mangeait, sans les moudre, les grains de blé frais, un peu avant leur maturité, alors qu'ils sont encore tendres et comme laiteux. Cet usage existait encore au temps de Jésus-Christ, puisqu'on en parle en plusieurs endroits de l'Evangile.

En Grèce et en Italie, le premier traitement qu'on fit subir au blé, fut de le faire bouillir et de le transformer en bouillie.

« *Pulte, autem, non pane, vixisse longo tempore Romanos manifestum...* ».

« Il est évident que pendant longtemps, les Romains ont vécu de puls (pâte, bouillie) et non de pain ... ».

(Plin. H. N. l. XVIII, c. XIX, § 2.)

Plus tard, pour améliorer le goût, on fit torréfier le blé, on attribuait cette invention au roi Numa.

« *Numa instituit... atque (ut auctor est Hemina) far torrere, quoniam tostum cibo salubrius esset.)* »

« Numa établit l'usage... d'après Hemina, de rôtir le blé, attendu que rôti, il donne une nourriture plus saine. »

(Plin. H. N. l. XVIII, c. II, § 2.)

Servius (ad Aen, I, 179.) dit que la nourriture des premiers temps de Rome ne fut que du blé rôti et bouilli.

Les Romains du Septimontium se nourrissaient surtout de bouillie (*puls*) et de galette (*libum*).

L'aliment principal des Grecs de la période pré-homérique était une pâte d'orge appelée μᾶζα que les Romains appelèrent *polenta* et que les populations pauvres d'Italie mangeaient encore au siècle dernier.

D'après Athénée, même au temps de Solon, le pain n'était servi aux repas des prytanes que les jours de fête seulement.

La fabrication du pain fut d'abord très simple et extemporanée. Le blé broyé entre deux pierres et mêlé d'eau était cuit sur des plaques de terre cuite, sur des pierres chauffées ou même directement sur les cendres brûlantes.

Aujourd'hui encore, en Palestine, on le prépare aussi primitivement.

Les femmes écrasent le grain entre deux meules de pierre volcanique; l'inférieure creuse est fixe, la supérieure, appelée coureuse (rékêb) est animée d'un mouvement de va-et-vient, au moyen d'une cheville de bois fichée verticalement. Le mélange ainsi obtenu, formé de farine, de son et de débris de meules est mêlé d'eau et pétri à la main : la galette plate ainsi préparée est étalée sur l'extérieur d'une simple cruche de terre, sans fond, qu'on a préalablement chauffée à l'intérieur.

Ce pain, non levé doit être consommé immédiatement ; le lendemain, il est devenu tellement coriace qu'on ne peut plus le manger.

La connaissance de ces détails permet de comprendre entièrement le sens d'une phrase du *Pater noster* dont on n'en saisit généralement qu'une partie. Il faut traduire « *panem nostrum quotidianum da nobis hodie* » par : « Donnez-nous, tous les jours, notre pain de chaque jour », c'est-à-dire : donnez-nous du pain frais et, au fur et à mesure de nos besoins, sous-entendu afin que nous puissions le manger.

Les Hébreux avaient appris à faire le pain en Egypte, où il y avait des boulangers spécialisés, ainsi que nous l'ont fait connaître d'anciennes peintures de tombeaux où toutes les opérations de la panification sont représentées. Une reproduction de ces peintures est au Musée Guimet.

Les Egyptiens avaient plusieurs sortes de

four ; le plus simple était un vase conique à l'intérieur duquel on allumait du feu et, quand il était chaud, on appliquait à l'extérieur des pains tout plats. D'autres fois, ils mettaient les pains à l'intérieur du four par l'orifice du haut sur des plaques de terre cuite chauffées.

En Grèce, le pain était fait à la maison par les femmes et les esclaves, quand il y eut des boulangers de profession, la préparation du pain à la maison ne disparut jamais complètement.

Un passage d'Hérodote (12,7) relatif à Périande, de Corinthe qui vivait à la fin du VII^e^ siècle et au début du VI^e^ siècle contient la première mention d'un four de boulanger (ἰπνος).

A partir du V^e^ siècle, il y eut dans les villes grecques, des boulangers de profession.

D'après Pline, il n'y eut de boulangers à Rome qu'après la guerre de Persée vers 168 avant Jésus-Christ.

« *Pistores Romæ non fuere ad Persicum usquè bellum, annis ab Urbe condita super DLXXX. Ipsi panem faciebant Quirites : mulierum que id opus erat.* »

« Il n'y eut pas de boulangers à Rome jusqu'à la guerre de Persée, plus de 580 ans après la fondation de la Ville. Les vieux Romains faisaient eux-mêmes leur pain ; c'était la besogne des femmes.

(Plin. H. N. l. XVIII, c. XXVIII.)

Chez les Romains, les *pistores* transformaient le blé en pain. A Pompéi, on a trouvé des boulangeries importantes, en pleine production ; un des fours était encore rempli de pains. Des meules mues par des animaux écrasaient le grain : des esclaves tamisaient la farine ; des machines à pétrir, mises en mouvement par des ânes ou des esclaves préparaient la pâte ; d'autres esclaves façonnaient les pains et les cuisaient dans de grands fours en briques. C'était une installation industrielle complète.

On y fabriquait toutes sortes de pains, du pain complet (pyrnos), du pain de munitions, du pain de fantaisie et même des pains qui passaient deux fois au four (dipyros).

Les Romains connaissaient la pâtisserie ; on incorporait à la pâte du lait, du beurre, du miel, des œufs, des fruits, etc.

Ce n'est que beaucoup plus tard que la minoterie et la boulangerie se séparèrent et devinrent deux industries séparées.

Les Anciens ne connaissaient pas la nature du levain ; l'empirisme leur en avait appris l'usage, mais leur levain était le plus souvent dégénéré et impur ; aussi la fermentation de la pâte était presque toujours défectueuse.

Chez les Hébreux, on se servait de lie de vin ou de vin doux pour provoquer la fermentation de la pâte, mais le levain, le plus habituellement employé était emprunté à la pâte antérieure dont on avait réservé une partie, parce qu'ils n'avaient pas toujours de vin doux à leur disposition.

Les Grecs et les Romains faisaient usage habituellement du levain qu'ils préparaient de plusieurs manières. A l'époque des vendanges, on mêlait du moût de raisin, du millet ou du son et on ajoutait ce mélange à la pâte. Hors l'époque des vendanges, on laissait fermenter, en vase clos, des petits pains d'orge grillé. Mais le plus souvent, on utilisait une partie de pâte ancienne.

Les Gaulois, buveurs de cervoise, se servaient de levure de bière fraîche, c'est-à-dire d'un levain sélectionné et leur pain était le meilleur du monde.

« *Galliæ et Hispaniæ frumento in potum resoluto, quibus diximus generibus, spuma ita concreta pro fermento utuntur. Qua de causa levior ilis, quam cœteris, panis est.* »

« La Gaule et l'Espagne qui font une boisson avec les espèces de blé indiquées ailleurs, emploient pour levain, l'écume (la levure) qui se concrète. Aussi le pain est-il dans ces contrées plus léger que dans les autres. »

(Plin. H. N. l. XVIII, c. XII, § 4).

Nous n'avons pas inventé les succédanés, les Anciens ajoutaient au bon blé, des grains inférieurs, du riz, de l'orge, des lentilles, des asphodèles, des glands, des mûres, des amandes, des fruits de lotus, voire du poisson séché.

Pour donner du poids, ils ajoutaient des matières minérales au pain.

Les Campaniens prétendaient qu'on ne pouvait préparer l'*alica*, une sorte de semoule, qu'en y ajoutant de la craie de Pouzzoles.

« *Alica fit e zea. . . Postea* (*mirum dictu*) *admiscetur creta quæ transit in corpus colorem et teneritatem affert. Invenitur hæc inter Puteolos et Neapolim, in colle Leucogæo appellato. . .* » *Quonium negassent Campani alicam confici sino eo metallo posse.* »

« L'*alica* se prépare avec la *zea*... Ensuite, chose singulière, on mêle une craie qui s'y incorpore et la rend blanche et tendre. Cette craie se trouve entre Pouzzoles et Naples dans une colline appelée Leucogée ». . . . . . Les Campaniens avaient déclaré que l'*alica* ne pouvait se préparer sans ce minéral. »

(Plin. H. N. 1. XVIII, c. XXIX, § 4.)

La fausse alica, dit Pline (*loco citato*) se prépare en Afrique avec des grains inférieurs et, pour la blanchir on y ajoute 25 % de plâtre (*posteaque gypsi pars quarta inspargitur.*)

Pline fait aussi remarquer naïvement que le pain mêlé de craie est plus pesant (*ponderosiorque cretacea.*)

Le blé de la Gaule fut toujours un blé léger ou tendre, on dit aujourd'hui que sa teneur en gluten est faible ; il absorbe moins d'eau que les blés lourds ou durs. Les blés les plus légers, dit Pline sont ceux de la Gaule..... ils ne pèsent pas plus de 20 livres par boisseau..... le blé des environs de Clusium, 26.

« *Siliginæ farinæ modius gallicæ XXII libras panis reddit, Italicæ duabus tribusque amplius.* »

« Un boisseau de siligo des Gaules donne 22 livres de pain, celui d'Italie deux ou trois livres de plus. »

(Plin. H. N. l. XVIII, c. XX, § 3).

Cependant, grâce à leur habileté, à un bon criblage de la farine au tamis de crin, qu'ils avaient inventé, à l'emploi d'une levure fraîche et sélectionnée, les Gaulois fabriquaient un pain qui faisait l'admiration des Romains.

Leurs successeurs, les boulangers actuels seraient-ils plus malhabiles que leurs ancêtres ? puisqu'ils déclarent ne pouvoir fabriquer de bon pain avec le blé de France, sans y incorporer féverolles, blé étranger et produits chimiques oxydants.

A Rome, les boulangers qui travaillaient pour le public, étaient soumis au contrôle des magistrats. Les édiles veillaient à ce qu'ils ne livrassent aux acheteurs que des pains de bonne qualité et d'un prix modéré.

Un candidat à l'édilité fit peindre sur les murs de Pompéi une profession de foi laconique qui ne contenait qu'un seul article, il promettait du bon pain à ses électeurs, s'ils l'élisaient.

C. IVLIVM. POLYBIVM
AED. O. V. F. PANEM BONVM FERT
(*Corp. ins. lat.* IV, 429.)

qui doit se lire :

C. IVLIVM. POLYBIVM
AED (ilem) O (ro) V (os) F (aciatis)
PANEM BONUM FERT.

Heureux Pompéiens ! les édiles surveillaient la fabrication de leur pain.

Elu édile, Jules Polybe n'aurait pas toléré que le pain que les boulangers livraient à ses électeurs ait été fabriqué avec une farine provenant d'un mélange hétéroclite de blé inférieur et de légumineuses toxiques, traitée par les vapeurs nitreuses, le chlore, le chlorure de nitrosile, le trichlorure d'azote et additionnée de peroxyde de benzoyle, de bromate de potasse, de persulfate et de chlorure d'ammonium, de plâtre et de chaux, sous prétexte de blanchiment, de maturation, d'amélioration du travail de la pâte et d'hydratation plus accentuée du pain.

Dr P. NOURY, de Rouen.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de psychiatrie médico-légale** (Professeur : Henri CLAUDE.) — Le docteur Henri CLAUDE, professeur de clinique des maladies mentales, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 16 mars, à 17 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté). Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines avec le concours des docteurs LÉVY-VALENSI, agrégé, HEUYER et CEILLIER.

PROGRAMME DES COURS. — 1° Etat mental et exercice des droits civils. — 2° Le problème de la responsabilité pénale et du témoignage devant la justice. Législation des aliénés. — 3° La délinquance infantile. — 4° Les réactions médico-légales : manie, mélancolie. Obsessions. Impulsions. — 5° Epilepsie. Hystérie. Simulation. — 6° Les psychoses traumatiques, paralysie générale. — 7° L'émotivité morbide. Déséquilibre psychique. — 8° Les délires et les démences. — 9° Fugues et vols pathologiques. Attentats à la pudeur. — 10° L'homicide et le suicide pathologiques. — 11° Les troubles mentaux de l'alcoolisme. — 12° Les toxicomanies.

— **Conférences d'hygiène et médecine préventive.** — M. Pierre JOANNON, agrégé, commencera ses conférences le mardi 17 mars 1931, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Hygiène sociale. Hygiène urbaine.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.) — TABLEAU DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi à 9 heures : Pneumothorax artificiels compliqués (Dr TRIBOULET, chef de clinique). Expertises militaires pour la tuberculose (Dr RENARD). — Lundi à 14 h. 30 : Au dispensaire : policlinique par les chefs de clinique : service médico-social, par le Dr BARON, assistant. — Mardi à 10 h. 30 : Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la clinique). — Mercredi à 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels simples (MM. les Drs TRIBOULET, POIX et VALTIS). Examen radioscopique des malades du service, par le Dr MAINGOT, radiologiste de l'hôpital Laënnec. — Mercredi à 11 heures : Leçon clinique, par le professeur. — Jeudi à 9 h. 30 : Au Dispensaire : policlinique avec examens radioscopiques ; prophylaxie anténatale de la première enfance, par le

professeur ; service médico-social, par le Dr BARON. — Vendredi à 10 heures : A la crèche Landouzy : clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le Dr LAMY, chef de clinique. — Samedi à 9 h. 30 : Au dispensaire : Sélection des malades de préventorium et de sanatorium, par le Dr Georges GUINON. Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les chefs de clinique. Service médico-social par le Dr BARON.

COURS COMPLÉMENTAIRES. — En mai, cinq leçons sur le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par le Dr E. RIST ; en juin : cinq leçons sur les traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire, par le Dr MAURER ; salle des conférences de la clinique, le samedi matin à 10 heures. La première leçon aura lieu le samedi 2 mai.

— **Enseignement de l'anatomie médico-chirurgicale et de la technique opératoire.** (Professeur : M. GRÉGOIRE.) — *Conférences de l'agrégé.* — M. le Dr BASSET, agrégé, fera une série de conférences tous les mardis et jeudis, à partir du mardi 21 avril 1931, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

SUJET : Anatomie radiographique normale et pathologique (avec projections de nombreux clichés.)

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours pratique de physiothérapie* (électrothérapie, actinothérapie, radiothérapie, hydrothérapie, cinésithérapie, sous la direction des Professeurs CARNOT et STROHL ; des docteurs DAUSSET, chef de laboratoire, CHENILLEAU et DEJUST, chefs adjoints, à la Policlinique physiothérapique Gilbert de l'Hôtel-Dieu.) — Un cours pratique de physiothérapie sera fait par MM. le Professeur STROHL, le professeur agrégé DOGNON, les docteurs Henri BÉNARD, DAUSSET, DEJUST, DUREY, DUBROIS-ROQUEBERT, FABRE, CHENILLEAU, FRIEDEL. CHAMBET, Mlle PAGES, Mme BRACE-GILLOT, tous les matins de 9 h. 1/2 à midi, du lundi 13 avril au jeudi 30 avril 1931 : de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4 : Démonstrations techniques de physiothérapie à la policlinique physiothérapique Gilbert ; de 10 h. 1/2 à midi : Exercices individuels de manipulations d'appareils et d'applications de traitements aux malades.

L'assiduité aux leçons et aux exercices pratiques donne lieu à la délivrance d'un diplôme. Le prix du cours est de 300 francs. L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul CARNOT. Cours de Pâques.) *Techniques biologiques appliquées à la clinique et à la thérapeutique.* — Les cours et démonstrations auront lieu le matin à 10 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, du lundi 13 avril au jeudi 30 avril 1931.

PROGRAMME. — Lundi 13 avril 1931, à 10 h. 1/2, docteur DUMONT, chef du laboratoire de bactériologie de la Clinique : Les hémocultures ; 2 h. 1/2, Dr Marguerite TISSIER, chef du laboratoire d'anatomie pathologique : Les séro-agglutinations.

Mardi 14 avril, à 10 h. 1/2, Dr THIRGLOIX, interne, médaille d'or, du service : Les cutiréactions ; 2 h. 1/2, M. DEVAL, chef du laboratoire d'analyses biologiques : Les réactions de fixation.

Mercredi 15 avril, à 10 h. 1/2, Dr BOLTANSKI, chef de clinique : La conduite du traitement de la syphilis d'après les réactions sérologiques ; 2 h. 1/2, M. ARNAUDET, interne du service : Interprétation des leucocytoses en clinique.

Jeudi 16 avril, à 10 h. 1/2, Dr CAROLI, ancien interne du service : Les troubles sanguins dans les diathèses hémorragiques ; 2 h. 1/2, M. VÉRAN, interne du service : Les groupes sanguins. Applications thérapeutiques

Vendredi 17 avril, à 10 h. 1/2, Dr LAMBLING, ancien chef de clinique : La lympho-granulomatose ; 2 h. 1/2, Dr DELALANDE, chef de clinique : Les leucémies.

Samedi 18 avril, à 10 h. 1/2, Prof. Paul CARNOT, Les traitements nouveaux des septicémies ; 2 h. 1/2, Dr DELAFONTAINE, chef de clinique : Les syndromes d'azotémie.

Lundi 20 avril, à 10 h. 1/2, Dr FROMENT, ancien chef de clinique : Les syndromes d'hyper et d'hypoglycémie ; 2 h. 1/2, Dr BARIÉTY, chef de clinique : Les syndromes de cholémie pigmentaire et saline.

Mardi 21 avril, à 10 h. 1/2, Dr FROMENT, ancien chef : Les syndromes d'hyper et d'hypoglycémie ; 2 h. 1/2, Dr BARIÉTY, chef de clinique. Les syndromes de cholémie pigmentaire et saline.

Mardi 21 avril, à 10 h. 1/2, Professeur agrégé BÉNARD, médecin des hôpitaux : Syndromes d'alcalose et d'acidose ; 2 h. 1/2, Dr LENORMAND, ancien chef de clinique. Le mécanisme des ascites.

Mercredi 22 avril, à 10 h. 1/2 : Dr RUDOLF, chef de clinique : Les syndromes d'hyper et d'hypochlorémie ; 2 h. 1/2, Dr JACQUET, médecin des hôpitaux : Les images radiographiques du carrefour inférieur.

Jeudi 23 avril, à 10 h. 1/2, Professeur agrégé CHABROL, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Les syndromes polycholiques ; 2 h. 1/2, Dr RACHET, ancien chef de clinique : Les scopies digestives.

Vendredi 24 avril, à 10 h. 1/2, professeur agrégé DOGNON, chef du laboratoire de physique de la clinique : Les points iso-électriques. Applications cliniques ; 2 h. 1/2 : Dr LAGARENNE, chef du laboratoire de radiologie : Les images radiographiques du carrefour supérieur.

Samedi 25 avril, à 10 h. 1/2, Professeur Paul CARNOT : Les syndromes d'hyper-sécrétion glandulaire ; 2 h. 1/2 Dr René GAYET, chef du laboratoire de physiologie de la clinique : Les systèmes régulateurs de la tension sanguine.

Lundi 27 avril, à 10 h. 1/2 : Dr DIOCLÈS, chef du laboratoire de radiologie : L'étude radiographique de la muqueuse gastrique ; 2 h. 1/2, Dr AMY (de Bruxelles), assistant étranger de la clinique : Les renseignements cliniques du tubage duodénal,

Mardi 28 avril, à 10 h. 1/2, Professeur agrégé BÉNARD, médecin des hôpitaux : Les équilibres de membrane applications cliniques ; 2 h. 1/2, M. Pierre MERKLEN, ancien interne du service : Interprétation des électrocardiogrammes.

Mercredi 29 avril, à 10 h. 1/2, M. COQUOIN, chef du laboratoire de chimie : Les carences minérales ; 2 h. 1/2, Dr COURY, ancien chef de clinique adjoint : Les syndromes d'hypertension.

Jeudi 30 avril, à 10 h. 1/2, Professeur agrégé CHABROL, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Le traitement insulinique ; 2 h. 1/2, Dr COMANDON : Séance de cinématographie biologique.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 300 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr PISSAVY, médecin de l'hôpital Cochin ; du Dr ODIN, de Saint-Galmier (Loire) ; du Dr PARIS, d'Orléans ; du Dr MADELAINE, de Marrakech.

— **Deuxième cours international de perfectionnement sur la tuberculose** (Pâques 1931, du 7 au 12 avril.) — *Palace-sanatorium; Montana* (*Suisse*). — Ce cours portera particulièrement sur une série de questions visant la clinique de la tuberculose, son traitement médical et chirurgical et sera suivi d'exercices pratiques et de démonstrations.

Il sera fait par de nombreux spécialistes des différents pays d'Europe sur les sujets suivants :

Dr AMEUILLE, Paris : Physiologie pathologique du drainage des cavernes. — Prof. BACKMEISTER, Saint-Blasien : Le traitement diététique de la tuberculose. — Dr BIRCHER, Aarau : Le traitement de la tuberculose péritonéale et du mal de Pott. — Prof. BÖHME, Bochum: Tuberculose et pneumoconiose. — Dr BONNAMOUR, Lyon : Clinique et radiologie de la tuberculose intestinale. — Prof. BAUER, Hambourg : Sujet à convenir. — Dr FLESCH-THEBESIUS, Francfort : Les nouveaux aspects du traitement des tuberculoses chirurgicales. — Dr FORESTIER, Aix-les-Bains : L'exploration pulmonaire par le lipiodol. — Dr GERAERD, Bruxelles : Traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. — Dr GERSON, Kassel : Résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire par mon traitement diététique (cas cavitaires). — Dr GROTE, Francfort : Le diabète et la tuberculose. — Prof. GUARINI, Naples : Sujet radiologique. — Prof. HEGLER, Hambourg : La guérison de la tuberculose miliaire hématogène aiguë du poumon. — Prof. HUGUENIN, Paris : Les formes nodulaires et les formes diffuses de la tuberculose pulmonaire du point de vue anatomo-pathologique. — Dr KINDBERG, Paris : Le traitement des abcès pulmonaires. — Prof. KLEMOORER, Berlin : Le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire. — Prof. LICHTWITZ, Altona : Maladies allergiques. — Dr MISTRAL, Montana : 1° Le traitement de la tuberculose pulmonaire à l'altitude ; 2° la thoracoscopie, indications et contre-indications. — Prof. MOURIQUAND, Lyon : Les formes cliniques et radiologiques de la tuberculose infantile. — Prof PENDE, Gênes : Une forme anatomo-clinique peu connue de la tuberculose du poumon. — Prof. POLICARD, Lyon : Bases histophysiologiques de la tuberculose du poumon. — Prof. PORTMANN, Bordeaux : Les formes cliniques de la tuberculose laryngée. — Prof. REALE, Montana : La caverne dans la tuberculose pulmonaire. — Prof. RONZONI, Milan : Quand débute la tuberculose chez l'adulte ? — Dr SIEBERT, Berlin : Indications de collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire (présentation d'un film intra-thoracal). — Dr SOULAS, Paris : La bronchoscopie, indications et résultats (projection d'un film.) — Dr ULRICI, Sommerfeld, Berlin : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — Dr DE WINTER, Bruges : L'apicolyse.

Pour inscription, s'adresser à M. le Dr O. M. MISTRAL, médecin directeur du Palace-Sanatorium, à Montana (Suisse).

— **La croisière d'été du « Bruxelles médical ».** — La croisière d'été du *Bruxelles médical* a reçu les encouragements du gouvernement norvégien et aussi ceux du Dr Charcot. Au sujet de la croisière en question du *Foucauld* à la banquise, le commandant Charcot vient d'écrire au Dr Bernard, secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical* la lettre suivante :

« Votre tracé est des plus intéressant et, placé sous l'égide de la personnalité qui l'a conçu, ce voyage ne peut être qu'un succès...

« Jan Mayen (1), que je connais fort bien, peut être « pour des touristes, une des choses les plus importantes. « Que ne puis-je être parmi vous pour vous en faire « admirer les merveilles et jouir de l'étonnement de « nos confrères ? Je souhaite vraiment qu'une « fortune « de mer » nous permette de nous rencontrer là, et cela « est fort possible... »

On sait, en effet, qu'à cette époque de l'année le commandant Charcot est habituellement dans ces parages avec son « Pourquoi-Pas ».

A ce moment aussi se trouvera dans les mêmes parages l'explorateur Wickins qui va tenter de gagner le Pôle Nord avec son sous-marin « Le Nautilus ».

Le *Bruxelles Médical* ajoute : « le gouvernement norwégien attache la plus grande attention à notre voyage et il a donné à son Service Scientifique des Explorations toutes les instructions nécessaires en ce qui nous concerne.

La personnalité qui a fait le tracé, et qui sera d'ailleurs des nôtres, est « le premier homme qui ait *hiverné* dans les glaces du Pôle Sud » (E. Reclus) et qui avait alors, comme collaborateurs Amundsen et Cook, qui faisaient leurs premières années.

C'est le même qui fit plus tard trois célèbres expéditions polaires-Nord et atteignait dans la banquise du Grœnland, le point le plus élevé qu'on eut jamais atteint ».

— **VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.** (*La Haye, du* 15 *au* 20 *juin* 1931). — PROGRAMME :

Dimanche 14 *juin*. 17 heures. — Réunion du Comité permanent.

Lundi 15 *juin*. 9 heures. — Remise des insignes, documents etc. — 11 heures. — Réunion des chefs des délégations et correspondants nationaux. Séance administrative. — 14 h. 30. — Ouverture solennelle ; puis ouverture solennelle de l'exposition historique des Services de santé. — 19 heures. — Soirée officielle.

Mardi 16 *juin*. 10 heures et 15 heures. — Réunion de toutes les sections. — 1re *question* : Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires. — Rapporteurs : Pays-Bas, Yougo-Slavie. Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions. — 21 heures. — Soirée offerte par la Municipalité.

(1) Petite île volcanique inhabitée — où il n'existe qu'une station météorologique du Service Norvégien des Explorations non loin de la banquise, par le 71° de latitude Nord.

Mercredi 17 *juin*. 10 heures et 15 heures. —IIe *question*. Psychonévroses de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants. Rapporteurs : France-Etats-Unis d'Amérique. — IIIe *question*. Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les services de santé des armées de terre et de mer. — Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie. Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions.

Jeudi 18 *juin*. 10 heures et 15 heures. — IVe *question*. Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application. — Rapporteurs : Pays-Bas, Italie. Nomination de la Commission chargée de rédiger les conclusions. — Ve *question*. Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Pour traitement.— Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne. 14 heures. — Réunion du Comité permanent. 21 heures. — Soirée offerte par le Gouvernement néerlandais. Excursion. Réunion du Comité permanent. Approbation des conclusions et préparation de l'ordre du jour de la séance de clôture. — 19 heures. Banquet.

Samedi 20 *juin*. 10 heures. — Séance de clôture. Assemblée générale.

Cotisations : 10 florins pour les Congressistes ; 5 florins pour les personnes accompagnant les congressistes.

Inscriptions : Secrétariat Jhr. SANDBERG VAN BOELENS, 3, Surinanestraat. La Haye. Les réductions des chemins de fer seront obtenues à l'Agence COOK, Pays-Bas.

— **Voyages de la « Caravane universitaire »** (G. Roy, professeur au collège de Gaillac-sur-Tarn). — 25 mars, 18 avril : Croisière de Constantinople, 3.915 fr. — 28 mars, 15 avril : Croisière de Constantinople et de l'archipel Grec, 4.500 fr. — 1er-11 avril : Castille et Andalousie, 1.700 fr.— 2-11 avril : Voyage de Londres, Oxford et environs, 1.610 fr. — 3-10 avril : Voyage de Corse, 1.120 fr. — 3-11 avril : Circuit des Orangers (Baléares et Valence), 1.300 fr. — 3-11 avril : Voyage des Trois-Volcans, 1.700 fr.

— **Société nationale de chirurgie**. *Prix à décerner en* 1931. — PRIX DUBREUIL, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

PRIX DUVAL-MARJOLIN, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1931.

PRIX EDOUARD LABORIE, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

PRIX LE DENTU, annuel. — A l'interne, médaille d'or, de chirurgie en 1931.

PRIX RICORD, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

PRIX JULES HENNEQUIN, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

PRIX DEMARQUAY, bisannuel (700 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement .

PRIX GERDY, bisannuel (2.000 fr.). —A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1931.

— **V. H. G.** — Sous la présidence de M. Georges Rondel, inspecteur général de l'A. P., un comité d'initiative est créé pour l'érection d'un monument à la mémoire de Victor Hugo, à Villequier (Seine-Inférieure). C'est là que sa fille Léopoldine et son jeune mari furent victimes d'un accident de canot, et reposent au cimetière de Villequier, ainsi que tous les membres de la famille Hugo. La gloire ouvrit le Panthéon à l'auteur des *Contemplations*.

Les souscriptions doivent être adressées au trésorier, M. James, notaire à Caudebec-en-Caux ; compte postal, Rouen no 4.

— **Nos confrères artistes.** — Un de nos jeunes confrères, le Dr Maurice ROLLET, graveur aquafortiste, qui expose non seulement au Salon des Médecins, mais encore participe à la plupart des manifestations artistiques officielles, dont plusieurs œuvres ont déjà été acquises par l'Etat et par la Ville de Paris, entre autres sa vivante « Ile de Saint-Louis », se dispose à faire paraître prochainement, un nouvel ouvrage important « De Notre-Dame à Saint-Germain » qu'a préfacé Edmond HARAUCOURT, où l'on verra revivre de curieux coins du vieux Paris qui disparaît. Cet ouvrage dont il est tout à la fois l'auteur, l'illustrateur, l'éditeur et l'imprimeur, tiré à un petit nombre d'exemplaires, sera certainement vite épuisé. Demander les conditions de souscription au Dr Maurice Rollet, 136, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

l'hôtel. — Embarquement au port de Nice, à partir de 11 heures sur *L'Ile de Beauté.* — A 12 heures, départ. — Déjeuner à bord. — (*Tous les repas de la croisière seront pris à bord*). — Arrivée à Calvi, à 18 heures. — Dîner et coucher à bord.

AJACCIO

Lundi 6 *avril.* — Départ à 8 heures. — Arrivée à Ajaccio, à 12 h. 10. — Déjeuner. — Visite de la ville, du musée et de la maison de Napoléon. — Excursions en voitures particulières au château de la Punta. — Retour vers 18 heures. — Dîner et coucher à bord.

BONIFACIO

Mardi 7 *avril.* — Départ à 7 heures. — Arrivée à Bonifacio, vers 10 h. 30. Visite du Goulet. — Déjeuner. — Départ à 13 h. 30. — Arrivée à Bastia, à 19 h. 30. — Dîner et coucher à bord.

BASTIA, LE CAP CORSE

Mercredi 8 *avril.* — Petit déjeuner à 6 h. 30. — Départ à 7 heures, en voitures privées. — Le Tour du Cap Corse. — Rogliano. — Pino. — Nonza. — Saint-Florent. — Le Col de Teghime. — Retour à Bastia et départ à 12 heures. — Déjeuner. — Arrivée à l'Ile Rousse, à 16 heures. — Thé à l'hôtel Napoléon-Bonaparte. — Dîner et coucher à bord.

L'ILE ROUSSE, NICE

Jeudi 9 *avril.* — Matinée libre. — Déjeuner à 12 heures. — Départ à 14 heures. — Dîner à 19 heures. — Arrivée à Nice vers 20 heures. — *Le transport du bateau à la gare ou à l'hôtel est à la charge des voyageurs.*

ITINÉRAIRE II (24 voyageurs)

Nice et la Corse.

N. B. — Les adhérents à la 1re partie du voyage ne prendront les itinéraires II et III que le 5 avril, au dîner. Le programme des 5, 6 et 7 avril est le même pour les itinéraires II et III.

NICE ET SES ENVIRONS

Dimanche 5 *avril* (*Pâques*). — Petit déjeuner à l'hôtel. — A 12 heures, réception et déjeuner au restaurant du Grand cercle du Casino municipal, place Masséna. — A 15 heures, promenade au Mont-Boron (visite d'une maison de santé) et à Cimiez. — Visite des usines d'ozonisation, à 16 h. 30. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

Lundi 6 *avril.* — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (sans bagages). — Excursion à Peira-Cava. — Retour à Nice vers 17 h. 30. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

DE NICE A L'ILE ROUSSE

Mardi 7 *avril.* — Petit déjeuner à l'hôtel. — Embarquement au port de Nice, à partir de 11 heures, à bord du *Corte II.* — *Le transport de l'hôtel au paque-*

bot est à la charge des voyageurs. — Départ à 12 heures. — Déjeuner à bord à 12 h. 30. — Arrivée à l'Ile Rousse à 19 h. 30. — Dîner à 20 heures, à l'hôtel Napoléon-Bonaparte. — Soirée libre.

Calvi, Calanques de Piana, Ajaccio

Mercredi 8 avril. —Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (avec bagages). — Calvi. — Les golfes de Galeria et de Porto. — Les Calanques de Piana. — Déjeuner à 12 heures à Piana (hôtel des Roches Rouges). — Départ à 14 heures. — La ville grecque de Cargese. — Le golfe de Sagone. —Arrivée à Ajaccio à 18 heures. — Dîner à 19 h. 30 (hôtel Continental). — Soirée libre.

Ajaccio, Corte, Bastia

Jeudi 9 avril. — Petit déjeuner à 7 h. 30. — De 8 heures à 10 heures, visite de la ville, du Musée et de la Maison de Napoléon. — Départ à 10 heures, devant l'hôtel. — Bocognano. — La forêt de Vizzavone. — Arrivée à Corte et déjeuner à 12 heures (hôtel du Parc). — Départ à 13 h. 30. — La Scala di Santa Regina. — Les Gorges du Golo. — Ponte-Lecia. — Les étangs de Biguglia. — Arrivée à Bastia vers 18 heures. — Dîner à 19 heures (Imperial-Palace) et soirée libre.

Le Tour du Cap Corse-Bastia

Vendredi 10 avril. — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (sans bagages). — Erbalunga. — Rogliano. — Déjeuner à 12 heures, à la Marine d'Albo. — Départ à 14 heures. — Nonza. — Le Col de Teghime. — Arrivée à Bastia vers 17 heures. — Visite de la ville et du vieux port. — Dîner à l'hôtel à 19 heures. — Embarquement à bord du *Général Bonaparte* à 20 h. 30. — Départ à 21 heures. — Coucher à bord.

Samedi 11 avril. — Arrivée à Nice, à 6 h. 30.

Itinéraire III (26 voyageurs)

Pour les journées du dimanche 5, lundi 6 et mardi 7 avril, voir l'itinéraire II.

Ile Rousse, Tour du cap Corse, Bastia

Mercredi 8 avril. — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (avec bagages). — Le Désert des Agriates. — Saint-Florent. — Le Tour du Cap Corse. — Déjeuner à 12 heures, à la Marine d'Albo. — Départ à 14 heures. — Pino. — Rogliano. — Arrivée à Bastia, à 18 heures. — Visite du Vieux-Port. — Dîner à 19 h. 30 à l'Impérial-Palace. — Soirée libre.

Bastia, Corte, Ajaccio

Jeudi 9 avril. — Petit déjeuner à 8 h. 30.— Départ à 9 heures (avec bagages). — Les Etangs de Biguglia. — Ponte Leccia. — Déjeuner à Corte (hôtel du Parc). à 12 h. 30. — Départ à 14 h. 30. — Venaco. — La forêt de Vizzavone. — Boçognano. — Arrivée à Ajaccio à 18 heures (hôtel Continental). — Dîner à 19 heures. — Soirée libre.

AJACCIO

Vendredi 10 *avril.* — Journée libre à Ajaccio. — Visite de la ville, du Musée et de la Maison de Napoléon. — Déjeuner, dîner et coucher à l'hôtel Continental.

CALANQUES DE PIANA

Samedi 11 *avril.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures (avec bagages). — Le golfe de Sagone. — La ville grecque de Cargese. — Déjeuner à Piana (hôtel des Roches-Rouges), à 12 heures. — Départ à 15 heures (sans bagages). — Les Calanques. — La Spelunca. — Le golfe de Porto. — Retour à Piana, vers 17 heures. — Dîner à 17 heures. — Soirée libre.

CALVI, L'ILE ROUSSE, NICE

Dimanche 12 *avril.* — Petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (avec bagages).— Arrivée à Calvi et déjeuner au Calvi-Palace, à 12 h. 30. — Départ à 15 heures. — Arrivée à l'Ile Rousse, à 17 heures. — Visite de la ville. — Dîner à bord du *Corte II*, à 20 heures. — Départ à 23 heures. — Coucher à bord.

Lundi 13 *avril.* — Arrivée à Nice vers 6 h. 30.

B

LES ALPES NIÇOISES ET LA ROUTE DES ALPES

De Nice à Grenoble.

N. B. — Les adhérents à la 1[re] partie du voyage (Côte d'Azur) ne prendront ce programme que le 5 avril, au dîner.

NICE

Dimanche 5 *avril* (*Pâques*). — Petit déjeuner dans les hôtels. — Matinée libre. — A 12 heures, réception et déjeuner au restaurant du Grand cercle du Casino municipal. — A 15 heures, promenade au Mont-Boron (Visite d'une masion de santé) et à Cimiez. — Visite des usines d'ozonisation, à 16 h. 30. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

PEIRA-CAVA

Lundi 6 *avril.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures. — Déjeuner à 12 heures, à Peira-Cava. — Départ à 15 heures. — Arrêt à Lucéram, à 16 heures. — Retour à Nice, à 17 h. 30. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

SAINT-MARTIN, VÉSUBIE

Mardi 7 *avril.* — Petit déjeuner à 8 heures. — Départ à 8 h. 30 (sans bagages). — Vallées du Var et de la Vésubie. — Déjeuner à Saint-Martin-Vésubie, à 12 heures. — Départ à 14 h. 30. — Retour à Nice vers 17 h. 30. — Dîner dans les hôtels.— Soirée dans les théâtres.

BEUIL, GORGES DU CIANS

Mercredi 8 *avril.* — Petit déjeuner et matinée libre. — A 12 heures, Déjeuner individuel à l'hôtel. — Départ à 14 heures (avec bagages). — Vallée du

Var. — Gorge de la Mescla. — Touet-de-Beuil. — Gorge du Cians. — Arrivée à Beuil, à 18 h. 30. — Dîner et coucher au grand hôtel du Cians.

LES GORGES DE DALUIS ET LA ROUTE DES ALPES

Jeudi 9 avril. — Petit déjeuner à 6 h. 30. — Départ (avec bagages), à 7 heures. — Péone. — Les gorges de Daluis. — Puget-Théniers. — Arrêt à Entrevaux, à 10 heures. Changement de voiture. — Départ à 10 h. 10 par la route des Alpes. — Déjeuner à Digne, à 12 heures. — Départ à 14 heures par le Col de Luz-la-Croix- Haute. — Lacs de Laffret. — Arrivée à Grenoble, à 19 heures. — Dîner et coucher à l'hôtel Majestic.

GRENOBLE

Vendredi 10 avril. — Petit déjeuner à l'hôtel. — Départ selon l'horaire des trains. — *Le transport de l'hôtel à la gare est à la charge des voyageurs.*

C

EXCURSION EN ITALIE

Une excursion dans la Haute Italie sera organisée durant la Semaine de Pâques. Les adhérents se rassembleront à Nice, le dimanche 5, et parcourront ensemble San-Remo, Gênes, Milan, le Lac de Come, Turin, Cunéo (Coni), en partant de Nice, le lundi 6 avril, à 7 h. 40 (gare P.-L.-M.). Ils seront de retour à Nice, le samedi 11 avril, dans la soirée. Les voyageurs pourront également partir de Turin ce même samedi pour d'autres directions.

Cette excursion est placée sous le patronage des Facultés de Gênes et de Milan où des réceptions sont prévues. Prière de demander, dès à présent, le programme spécial au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Pour tous renseignements écrire au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

Les médecins nord américains et canadiens, propagandistes de nos stations thermales et climatiques

Notre journal recevait tout récemment une aimable invitation à assister à la projection d'un film inédit, relatant le voyage fait, l'an dernier, en France, par les médecins nord-américains et canadiens. On se rappelle que, sous le patronage de l'O. N. T., MM. Lestel, d'Ornano, de Goursay, en accord avec l'Institut français de New-York et les grands réseaux fran ais avaient organisé, l'an dernier, un magnifique voyage de propagande dont le but était de faire connaître à cent médecins, choisis parmi les plus connus de l'Amé-

rique du Nord et du Canada, la technique de nos eaux minérales et la valeur thérapeutique de nos climats. Ces médecins, pour la plupart accompagnés de leur famille, visitèrent nos villes d'eaux. « *Venus en juges, ils repartirent en ambassadeurs* ».

Nos confrères ont tenu parole. L'un d'eux, le Dr Morgan, qui avait tourné lui-même des films, depuis le départ de New-York jusques au départ de France pour le retour, a, avec quelques-uns de ses confrères, développé ces films, en a établi le texte *sous sa propre responsabilité*, et en a fait faire plusieurs répliques. Il importait que ces films sur nos stations françaises soient projetés dans les principales universités.

Nous nous devons, en hommage et en remerciements auprès de nos confrères d'Outre-Mer de publier la liste et la date des séances qui ont été ainsi données. Nos amis voudront bien trouver dans cette note, l'attestation que nous leur sommes mille fois reconnaissants de ce qu'ils ont fait pour nous.

Mais ceci n'est qu'un commencement, car pendant cinq années, un pareil voyage va être organisé et, en 1931, cent cinquante médecins nord-américains et canadiens vont, à nouveau, en caravane agissante, étudier, voir, comparer et nous sommes assurés qu'une fois encore « *venus en juges, ils repartiront en ambassadeurs* ».

Dr MOLINÉRY.

Dates des manifestations organisées aux Etats-Unis par les participants au voyage d'étude des Médecins Américains du Nord et Canadiens aux stations thermales françaises.

2 janvier 1931 : Académie de Médecine de New-York, projection faite par le Dr Morgan, de Philadelphie.

7 janvier : Manifestation organisée par le Dr Morgan avec projections et conférence.

12 janvier : Lenox Hill Hospital conférence du Dr Jacobi.

15 janvier : Paquebot *Paris*, conférence par le Dr Hubert S. Howe et projection par le Dr Morgan.

19 janvier : Au Johns Hopkins Hospital de Baltimore, manifestation du Dr Albert Keidel.

2 février : Conférence et projections dans l'Amphithéâtre de l'hôpital de Ann Harbor, Michigan. Des membres de la Faculté de Médecine du Michigan et de l'Université étaient présents ainsi qu'un groupe de docteurs de Détroit. Cette manifestation a été organisée par le professeur C. Sturgis.

A Saint-Louis, M. le Prof. David Barr a organisé deux grandes manifestations.

A l'International Medical Club, manifestation organisée par le docteur J.-V. Donnet, de New-York. Cette manifestation aura lieu très probablement en mars.

En ce qui concerne Boston et Chicago des con-

versations viennent d'être entamées afin que des manifestations similaires aient lieu très prochainement.

A Denver Colorado, le Dr Arneill va organiser une très importante manifestation.

Depuis le 7 février, de semaine en semaine, sept conférences avec projection ont eu lieu ou auront lieu à Brooklyn. Ces conférences sont organisées par les docteurs du groupe de Brooklyn qui ont pris part au voyage de 1930. Le docteur Gorss est le plus important.

Ces démonstrations se font dans les hôpitaux et les organisations médicales de Brooklyn, tels que Long Island and College Hospital, the Rockaway hospital, etc.

11 février : Au county Medical Society de Baltimore, conférence du Dr Sprunt.

Modification au forceps Tarnier permettant d'éviter le décroisement des branches

Pour les nombreux confrères qui possèdent seulement le classique Tarnier, voici la modification très simple, qui évitera le décroisement des branches dans l'O. I. D. A. ou l'O. I. G. P., manœuvre toujours délicate et souvent dangereuse pour l'enfant.

Il suffit pour cela de visser le pivot d'articulation, non pas sur la face supérieure de la branche gauche, mais sur sa face inférieure.

Dès lors, imaginez une position droite antérieure. La première branche à introduire est la branche droite à encoche. La deuxième branche, la gauche, branche portant le pivot, vient croiser par-dessus la droite, mais comme le pivot a été fixé en dessous, l'articultation est d'emblée possible. Cette articulation ne tiendrait pas si on laissait les choses en l'état.

Pour qu'elle tienne, il suffira de faire pratiquer sur la branche droite et à sa face inférieure la même gorge en trois quarts de cercle qui existe déjà autour de l'encoche sur la face supérieure. C'est dans cette gorge que viendra s'emboîter la base du pivot pour rendre les deux branches solidaires.

Pas de modification pour la branche gauche, sauf à tordre très légèrement la vis qui porte l'écrou à ailettes ou vis de pression pour qu'elle puisse pénétrer dans la mortaise de la branche droite. C'est d'ailleurs un mode de fixation accessoire dont on peut se passer.

Le forceps ainsi transformé conserve, très sensiblement, sa statique. D'autre part, pour cette gorge circulaire ou aux trois quarts circulaire, n'importe quel mécanicien vous la tournera rapidement et correctement à condition de bien centrer l'encoche.

Dr Bonnet.
Laragne (Hautes-Alpes).

CORRESPONDANCE

Fiscalité

368. — Base de la patente ; prix-limite du loyer

Je suis installé depuis mars 1930 dans un appartement que l'on me fait payer un prix abusif.

Je n'ai ni bail ni location écrite. Puis-je (d'après la loi du 15 juillet 1880), demander que mon chiffre de patente soit basé sur une valeur locative en conformité des règles qui résulteraient de l'application de la loi destinée à limiter la hausse des prix des loyers. Auquel cas je serais taxé suivant le loyer d'avant-guerre majoré de 175 %.

Dr B.

Réponse.

Vous ne pouvez invoquer le prix limite de la loi sur les loyers au point de vue de la patente qu'autant que vous avez introduit, en vertu de cette loi, une action une réduction du prix payé par vous.

A. Martinot.
Conseil Fiscal.

387. — Montant de la patente

Je me permets de vous demander quelle est régulièrement ma patente avec 12.000 fr. de loyer et que deviendrait-elle si je prenais en plus l'appartement voisin de 12.000, fr. c'est-à-dire 24.000 en tout, et si je sous-louais une partie par exemple sous location de 5.000 fr. .

Et pour l'avenir comment puis-je escompter les modifications qui doivent intervenir dans le calcul de la patente.

Dr X.

Réponse.

A Paris, la patente de médecin représente environ les 2/3 du loyer lorsque ce dernier est supérieur à 8.000 fr. (celui des locaux professionnels et locaux d'habitations.)

Pour 24.000 de loyer, vous paieriez donc environ 16.000 de patente ; compte tenu de la sous-location de 5.000 fr., la patente sur 19.000 fr. de loyer serait donc ramenée à 12.500 fr. environ. L'exonération du droit proportionnel de patente sur les locaux d'habitation est reportée à 1932.

A. M.

366. — Déductions et amortissements divers

Abonné au *Concours*, je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner les quelques renseignements suivants, pour établir ma déclaration d'impôt sur le revenu.

1° Installé depuis le 20 janvier 1930, puis-je défalquer mes frais d'installation et dans quelle mesure.

2° Etant possesseur de ma voiture avant mon ins-

tallation, comment calculer son amortissement ? (si je peux faire jouer cette déduction).

3º Ayant acheté ma clientèle à la veuve d'un confrère, je n'ai versé que la moitié de la somme convenue. Puis-je déduire la somme versée comptant ? Puis-je déduire les intérêts de la somme qui reste due ?

4º Dans l'achat de ma clientèle se trouve comprise la valeur de l'instrumentation de mon prédécesseur ? Puis-je déduire cette somme, représentant la valeur des instruments ? Et puis-je ajouter à cette somme la valeur des instruments achetés depuis mon installation ? Pour cette question, je vous signale d'ailleurs, que l'évaluation des instruments a été établie.

Dr J.

Réponse.

1º Vous pouvez amortir vos frais d'installation en 10 ans, soit à raison de 10 % par an (ou sur la durée de votre bail).

2º Vous pouvez amortir votre voiture d'après sa valeur réelle au jour de votre installation.

3º Aucune déduction n'est admise sur le principal du prix de la clientèle proprement dite ; vous ne pouvez déduire les intérêts que si l'acte d'acquisition a été enregistré et si l'impôt de 16 % sur le revenu des créances a été acquitté sur le montant des dits intérêts.

4º Par contre, le prix des instruments peut être amorti, qu'il s'agisse de ceux provenant de votre prédécesseur ou de ceux acquis depuis votre installation. »

A. M.

Accidents du travail

567. — Accident du travail causé par un tiers

I

Le 20 septembre 1930, un contremaître de l'Entreprise B. rentrait le samedi soir de son chantier situé à 15 km. de M. Il était à bicyclette. Durant le voyage une voiture de paysan le renversa et lui passa sur un bras d'où fracture de l'humérus. Entre 10 et 11 h. du soir on vint me faire lever et je donnai les soins jusqu'au 16 novembre 1930. Je fis un appareil plâtré d'Hennequin dans lequel le bras resta jusqu'au 18 novembre sans consolidation. Après radiographie faite ce jour, je proposai au blessé un nouveau plâtre pour un mois et ensuite s'il n'y avait toujours pas de consolidation, une opération de suture osseuse. Le blessé accepte, mais me quitte aussitôt pour aller se faire traiter par un médecin de campagne à 30 km. de M..., J'envoie ma note qui se monte à 585 fr. et encore je suis inférieur de 100 fr. au tarif minimum du syndicat départemental. Je ne suis pas payé. Je fais traite, ma traite est refusée.

Je reçois une lettre de la Cie qui m'offre 430 fr.

au tarif des accidents du travail (loi de 1898) au lieu de 585 fr. qui me sont dus au tarif ordinaire.

Que dois-je faire ? Vaut-il mieux accepter les 430 fr. de la Cie, ou bien envoyer une carte au juge de paix du blessé lui-même ?

Dr P.

Réponse.

Même s'il s'agit d'un accident du travail, ce qui ne peut être contestable en l'espèce, vous avez le choix entre votre action de droit commun contre le blessé et l'action contre le patron responsable que vous donne l'art. 4 parag. 4 de la loi sur les accidents du travail.

Par conséquent, vous pouvez poursuivre votre client personnellement en paiement de vos 585 fr. d'honoraires à la condition bien entendu qu'il soit solvable et que vous puissiez espérer pouvoir le contraindre au paiement.

Vous pouvez également toucher les 430 fr. que vous offre la Cie d'assurance, mais en prenant bien soin de spécifier dans votre quittance que vous ne consentez à recevoir cette somme que comme un acompte sur votre créance et sous réserve de vos droits pour le solde contre le blessé.

Dans ce cas, vous pourriez encore poursuivre le blessé personnellement, mais seulement à concurrence de la différence entre vos honoraires calculés conformément au droit commun et la somme payée par l'assurance.

581. — II

Un surveillant du port est blessé par une remorque de tramway pendant son travail de surveillance, sur la voie publique : fracture de jambe et un mois et demi après, décès.

La veuve a-t-elle le choix pour actionner qui lui plaît, en l'espèce la Compagnie des tramways, art. 1382, ou bien — l'accident a été déclaré comme accident du travail par le port — la loi de 1898 est-elle seule applicable et la veuve peut-elle actionner seulement le Port autonome ?

Dans le cas ou la veuve aurait le choix de la procédure, peut-elle revenir sur la procédure commencée par le port autonome pour en engager une nouvelle contre la Cie des tramways ?

Dr R.

Réponse.

L'art. 7 de la loi sur les accidents du travail réserve expressément les droits de la victime ou de ses représentants contre les auteurs de l'accident autres que le patron, ses ouvriers ou préposés.

Par conséquent, sans que cette action puisse nuire à l'action introduite en vertu de la loi sur les accidents du travail, la Veuve du blessé est en droit de réclamer à la Compagnie des tramways responsable de l'accident, le paiement de l'indemnité équivalente à la différence entre le préjudice qu'elle a réellement subi et l'indemnité

forfaitaire qui lui sera allouée conformément à la loi du 9 avril 1898.

Si votre cliente est dénuée de ressources, elle peut demander l'assistance judiciaire pour intenter cette action.

Nous vous signalons que l'art. 7 de la loi sur les Accidents du travail comporte cette seule restriction aux droits de la victime ou de ses représentants : l'indemnité due par le tiers responsable ne peut être versée sous forme de capital, mais seulement sous forme de rente servie par la Caisse nationale des retraites.

683. — Délais de prescription et de revision

Quelle est la durée de recours d'un accident du travail pour aggravation d'accident ?

Il me semblait que c'était deux ans, une assurance prétend, que cette durée n'est que d'un an.

Dr A.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, l'action de l'ouvrier en paiement des indemnités prévues par la loi se prescrit par un an à compter, suivant les cas de la date de l'accident, de la date de la clôture de l'enquête du Juge de Paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire. (art. 18 de la loi du 9 avril 1898).

Mais, quand l'ouvrier a obtenu le paiement des indemnités légales, si son état vient à s'aggraver entraînant une aggravation d'incapacité permanente ou donnant naissance à une incapacité permanente, il est en droit d'introduire une action en révision pour faire augmenter sa rente ou se faire allouer une rente s'il n'en avait pas encore obtenu, pendant un délai de 3 ans à compter soit de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée (Art. 19).

Pupilles de la Nation

546. — Paiement des soins donnés à un pupille de la Nation

Veuillez me faire savoir la meilleure marche à suivre pour me faire payer mes honoraires (pour amygdalectomie) à une pupille de la nation d'O. Je me suis adressé au secrétaire de la mairie qui a, par deux fois au moins, écrit au directeur de l'œuvre des pupilles à Paris.

Dr A.

Réponse.

Le remboursement des frais médicaux pour soins donnés aux Pupilles de la nation n'est pas pour ces derniers un droit absolu. Ces frais

peuvent être pris en charge, en totalité ou en partie, par l'Office départemental des Pupilles de la nation. La décision dépend de la situation particulière de chaque pupille.

La demande doit être adressée au Préfet, président de l'Office départemental, à la Préfecture. Il n'y a pas de modèle spécial de demande. Elle doit indiquer la situation de famille, l'âge de l'enfant, le but de la subvention demandée.

Un certificat du médecin, en l'espèce, peut utilement y être joint.

Application du Tarif Fallières.

5995. — Diathermie

Dans une précédente réponse, sous le n° ci-dessus, j'avais indiqué 15 francs pour traitement par diathermie. Mais il est bien entendu que cette somme, indiquée au tarif, doit être majorée de 50 %, ainsi que tous les prix du tarif de radiologie, ainsi qu'il est dit art. 25, VI. *in fine*. Pratiquement, c'est donc 15 + 7,50 = 22,50.

Ne pas oublier toutefois, *qu'avant* de commencer le traitement, il faut qu'il y ait « *avis conforme* » du médecin traitant et de celui de l'assurance.

Il faut donc *un accord préalable* pour éviter toute réclamation et tout ennui dans la suite.

Dr F. Decourt.

616. — Electro-coagulation

J'ai recours à votre obligeance pour que vous vouliez bien m'indiquer à quel prix je dois tarifer pour un accident du travail une électro-coagulation pratiquée sur une tumeur d'un doigt.

Dr G.

Réponse.

Plusieurs points sont à envisager dans votre cas d'électro-coagulation pour une tumeur d'un doigt.

1° Cette tumeur est-elle un accident du travail ?

2° Avez-vous reçu un « *avis conforme* » du médecin du patron ou de l'assurance *avant* cet « acte électrothérapique », ainsi qu'il est prescrit dans la note (1) de l'art. 26-VI ?

3° L'électro-coagulation n'est pas indiquée dans le tarif. Le prix n'en pourrait donc être établi que *par analogie*, à l'amiable entre l'assurance et vous.

Dr F. Decourt.

698. — Appareil plâtré après luxation du pouce

Abonné du *Concours*, je me permets de vous demander votre avis sur le point suivant : Luxation du pouce, réduite par manœuvres externes, et pour le maintien de la réduction de laquelle je juge un ap-

pareil plâtré nécessaire (luxation datant de plusieurs jours).

Comment dois-je tarifer les soins ? Soit « réduction de luxation du pouce » (article 19) = 50 francs
Appareil plâtré (pose seule) (art. 28) = 50 francs

100 francs.

La Cie prétend que la pose de l'appareil plâtré est compris dans la réduction de la luxation. Or, si à propos des fractures (article 18) le tarif porte : *réduction et contention*, en ce qui concerne les luxations (art. 19) il porte simplement : *réduction* .....

Dr M.

Réponse.

Je ne vois pas comment vous pourriez compter un appareil plâtré *en plus* de votre réduction de luxation du pouce.

On ne peut compter d'appareil plâtré *seul*, en dehors de l'intervention (fracture ou luxation) qu'en se basant sur la dernière ligne de l'art. 28... mais alors ce n'est qu'en cas de « répétition » et, de plus, pour les « grands segments de membres ». Or, dans votre cas, il n'y a ni l'une ni l'autre de ces conditions.

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires

5898. — Maladie contractée par un prisonnier de guerre

Un ancien prisonnier de guerre a subi de grandes privations alimentaires pendant les 4 années qu'il a passées en Allemagne.

Démobilisé peu après son retour, il ne s'est fait ni soigner, ni réformer. Il était et est encore atteint de gastro-entérite chronique avec crises de dysenterie.

Peut-il espérer être pensionné au titre de l'art. 64 ? Il ne peut fournir aucune autre « preuve », que le certificat que je lui délivrerai.

Dr M.

Réponse.

Il faudrait que cet ancien prisonnier de guerre puisse, en plus de votre certificat, fournir deux attestations de camarades de captivité, l'ayant vu souffrir de *gastro-entérite* durant son séjour en Allemagne.

De tels camarades peuvent au besoin être retrouvés par voie d'annonce dans les journaux d'anciens combattants, en indiquant les camps de prisonniers et l'époque du séjour.

S'il était ainsi démontré qu'il s'agit bien de la *même* maladie qu'aujourd'hui, peut-être la commission de réforme n'exigerait-elle pas de certificats médicaux de soins donnés depuis la démobilisation.

Cinquante-troisième année — N° 11 — 15 Mars 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum., obés. mal. des f.*).
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Cadinouche Campana Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre, Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Ardoin (*v. ur.*), P. H. Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chirurgie*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*oto-rhino*), Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Jean Le Geard (*mal. nerv. et ment.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*dermat.*), Pietri, E. Potheau (*Psychothérapie*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard,
Toulon : Jamin (*chir.*) P. Kagi (*oto-rhino*, Pignet (*urol., derm.*)
Vence : Boulba (*Mal. poum.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr LOQUES, d'Orange, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 80. — Infirmière diplômée, hautes réf., cherche chronique à demeure Paris ou province. Prix mod.

No 81. — Fille et sœur de méd., 28 a., parl. angl. disting., cherche situat. chez doct. pour recev. client., aider labo. ou autre occupat. rémunér., Paris ou banl.

No 82. — A vend. disques gr. marques état neuf, 30 % rabais. Dr Cathala à Maraussan (Hérault).

No 83. — Paris. Méd. génér., aff. anc. gros rapp., appartem. 5 p., Indemn. 100.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 84. — Côte d'Azur. Méd. génér. gynécol., cab. import., 3 mois vac., bel appartem. Indemn. 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 85. — Rég. Nord, petit. ville, client. très active, gr. maison conf. Indemn. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiature, cure d'air et d'altitude (1.050 m.) ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Le tuberculeux a perdu 41 % de sa silice. Resilicifiez-le avec intensité et sans danger au moyen de la poudre de prêle stabilisée et vitaminée. 4 à 6 comprimés de **Prélase** par jour.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)
Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Commission du B. C. G.* — La Commission académique chargée d'examiner la question du B. C. G. est composée de MM. Chauffard, Barrier, Bar, Marfan, Sergent, Bernard, et J. Renault, Vallée, Nobécourt, Couvelaire, Lesage Lesné.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie.* — Un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie médicales aura lieu du 16 au 28 mars 1931, sous la direction du Professeur Piery.

Cet enseignement est destiné aux docteurs en médecine se spécialisant dans les cures climatiques ou hydrominérales et aux étudiants en médecine ou en pharmacie désireux de compléter leurs connaissances sur ce point en thérapeutique. L'inscription est gratuite. *Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.*

Un voyages d'études aux stations hydrominérales et climatiques des Pyrénées occidentales auquel pourront prendre part les auditeurs du cours de perfectionnement aura lieu au mois de mai 1931.

— **Congrès national de la tuberculose de Bordeaux.** *Participation des médecins officiers de réserve.* — Le ministre de la guerre a décidé d'autoriser les médecins officiers de réserve de la métropole à assister à ce Congrès.

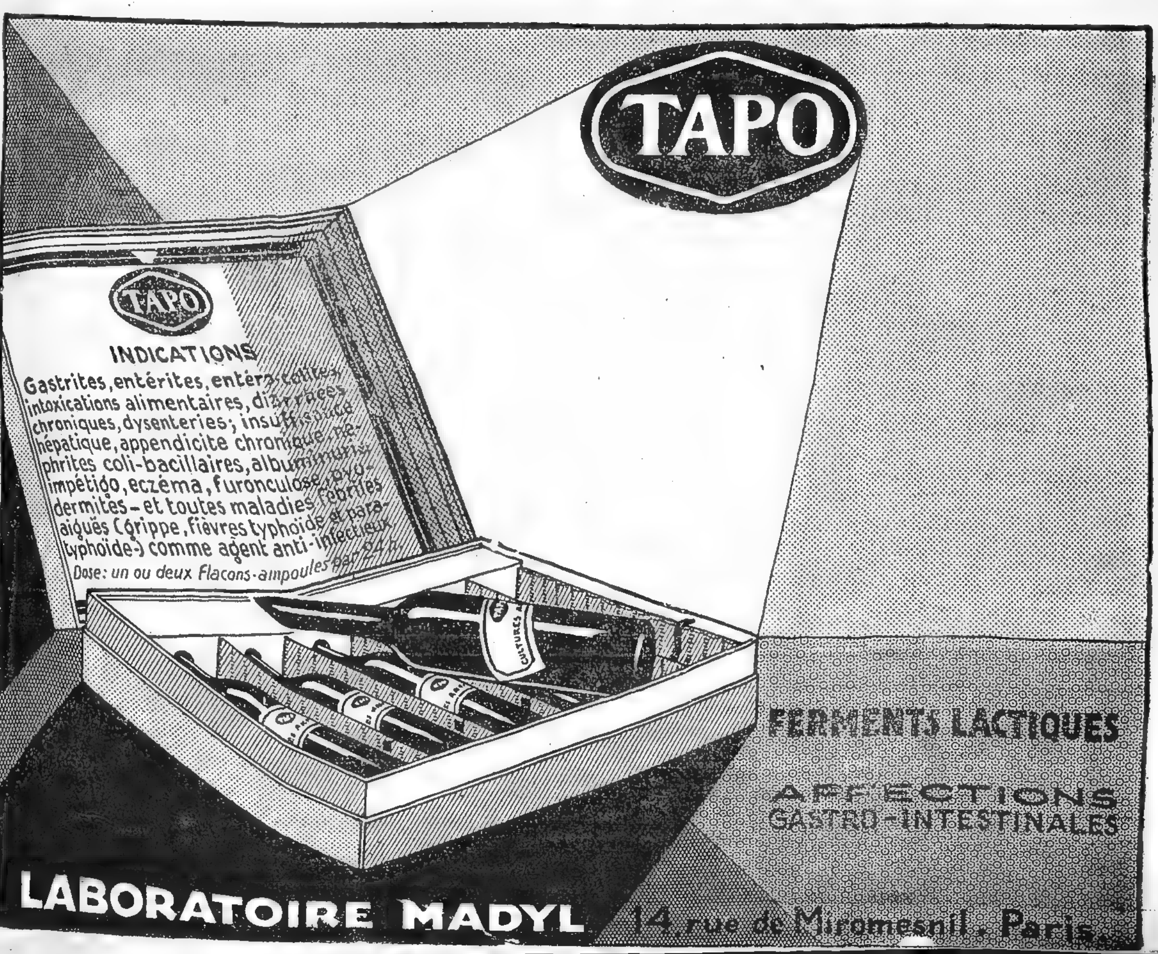
Leur participation à cette manifestation sera considérée comme période d'exercices de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixées par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ; *toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement.*

Les médecins de réserve du Service de santé de la région militaire de Paris désireux de prendre part à ce Congrès, devront envoyer avant le 20 mars 1931 leur demande à la Direction du Service de santé (Hôtel des Invalides) qui leur adressera une convocation.

Des programmes sont tenus à la disposition des intéressés à la Direction du Service de santé de la Région de Paris.

— **Congrès de la tuberculose de Bordeaux.** *Excursions et visites aux organismes antituberculeux de la Gironde et aux stations climatiques du Sud-Ouest.* — Excursions d'une journée : jeudi 2 avril. — Excursion I : Bordeaux, Pauillac, Le Médoc, Bordeaux. — Excursion II : Bordeaux, Libourne, Saint-Emilion, Bordeaux. — Excursion III : Bordeaux, Arcachon, Bordeaux.

Excursions de deux journées : Jeudi 2 avril et vendredi 3 avril. — Excursion IV : Bordeaux, Cambo, Bayonne, Biarritz, stations de la Côte basque, Hossegor. — Excursion V : Bordeaux, Pau, Lourdes, Gavarnie.



Le nombre des places est limité.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du congrès, au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel (6e). Téléphone : Danton 69-04.

— **Congrès de la tuberculose de Bordeaux.** *Excursion en Cerdagne et dans les Pyrénées-Orientales.* — Pour permettre aux membres du Congrès de la tuberculose, qui se tiendra à Bordeaux du 30 mars au 2 avril, de visiter l'équipement total antituberculeux des Pyrénées, le Docteur Hervé a proposé aux congressistes, en suite aux excursions projetées aux centres d'Arcachon, Pau et Cambo, qui se terminent le vendredi 3 avril, d'achever leurs vacances de Pâques par un voyage en Cerdagne et dans les Pyrénées-Orientales, au cours duquel ils pourraient visiter les stations climatiques des Escaldes, Font-Romeu, Superbagnères, et les divers établissements médicaux de Cerdagne, Vernet-les-Bains, Amélie, Banyuls-sur-Mer.

Le départ pourrait se faire à la dislocation des excursions régionales, soit à Bayonne, soit à Lourdes, le vendredi 3 avril au soir. La dislocation aurait lieu à Perpignan le mardi soir 7 avril.

La compagnie du Midi pressentie accorderait très vraisemblablement le demi-tarif pour le parcours Bayonne-la-Tour de Carol, et probablement la prolongation des billets spéciaux, jusqu'au mardi soir 7 avril.

Le prix de l'excursion pour les quatre jours, de la Tour-de Carol à Perpignan, transport et séjour compris, serait d'environ 350 francs selon le nombre des adhérents. Tous renseignements complémentaires seront adressés aux intéressés.

Pour les médecins parisiens qui, ne prenant pas part au Congrès et ne disposant que de quelques jours, voudraient les utiliser par un voyage en Cerdagne, le départ aurait lieu de Paris le vendredi 3 avril à 17 h. 18, gare d'Orsay. Ils rejoindraient à la gare de Toulouse les confrères venant du Congrès de Bordeaux pour faire avec eux les excursions énoncées ci-dessus. Le prix du voyage serait donc de 350 francs à partir de la Tour de Carol jusqu'à Perpignan. Il y aurait lieu d'ajouter à ces frais le billet d'aller et retour Paris-Toulouse, et des billets simples Toulouse-La Tour de Carol et Perpignan-Toulouse, pour lesquels une réduction de 50 % est demandée à la compagnie du Midi. La dépense totale du voyage Paris-Cerdagne, aller et retour, serait environ de l'ordre de 1.050 francs en 1re classe, et 850 fr. en 2e classe, réduction non comprise.

Pour fixer le nombre d'autos-cars, il serait indispensable d'avoir dès maintenant les adhésions à ce voyage. Les adresser : soit au Comité national de la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris ; au Docteur Secousse, Congrès de Bordeaux, centre antituberculeux, hôpital Saint-André, à Bordeaux ; ou au Docteur Hervé, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

Le nombre des adhérents devra être limité à 50.

— **Sociétés médicales d'arrondissements de la Seine.** — Le banquet du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, aura lieu le mardi 24 mars à 19 h. 45, au restaurant du Bœuf à la Mode, 8, rue de Valois, sous la présidence du Dr Sébillotte. Prix : 60 fr. Tenue de ville.

Adresser les adhésions au Dr A. d'Ayrenx, 176, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), secrétaire général. Tél. Littré : 57-17, avant le 20 mars.

— **Le syndicat professionnel de la presse scientifique** vient de tenir son assemblée générale.

Le Comité des syndics a élu, pour 1931, le bureau du syndicat : président : M. le Dr Foveau de Courmelles ; vice-présidents : MM. Saugrain et Coissac ; trésorier : M. le Dr Barlerin ; secrétaire général : M. J. Toutain.

A l'issue de l'assemblée générale a eu lieu un banquet présidé par M. Roussel, directeur de la Mutualité au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Parmi les convives : M. A. Schiller, président de l'Association des secrétaires de rédaction ; Mlle Leleu, secrétaire de l'Union internationale des Associations de presse ; M. M. Mounier, président de la Fédération internationale de la presse technique : Descroix, vice-président ; Thuau, secrétaire général, du syndicat de la presse coloniale ; de la Chanonie, président de la presse monarchique départementale ; Dr Terwagne, de Bruxelles, etc.

Les discours du président, de M. A. Schiller, du Dr Terwagne, ancien député d'Anvers, de M. G. Roussel, ont été très applaudis et ont contribué au succès de cette réunion, dont l'éclat était rehaussé par la présence de nombreuses et charmantes invitées.

— **Respectons le secret médical.** — Sous ce titre, la Fédération des syndicats médicaux de la Seine nous communique avec prière d'insérer la réponse ci-dessous qu'elle conseille de faire à certains questionnaires émanant des caisses d'assurances sociales ou de leurs médecins contrôleurs.

N en donner aucune ou adresser celle-ci :

« Mon cher Confrère,

« Votre questionnaire ne tient pas compte de l'art. 378 du Code pénal dont un récent arrêt du Conseil d'Etat (7 novembre 1928, affaire Bertrand) vient dans un cas analogue de consacrer une fois de plus l'obligation.

« Pour le moment, je n'ai aucune autre réponse à faire.

« Je vous prie d'agréer.... »

Le syndicat des médecins de la Seine vient précisément d'éditer, se plaçant au point de vue le plus général, des papillons ainsi libellés et destinés à être collés sur tous certificats autres que ceux d'expertise.

« Le secret médical ne doit être violé
« ni directement, ni indirectement.
« C'est la loi.
« Et c'est la tradition originelle, la
« charte intangible du Corps médical. »

— **Prix des laboratoires Gobey.** — Les deux prix de 5.000 fr. institués par les laboratoires Gobey en faveur de l'internat des hôpitaux de Paris, ont été décernés pour l'année 1930 le 24 janvier 1931.

On sait que les titulaires de ces prix, destinés à des internes français de quatrième année, sont désignés par leurs camarades.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 FÉVRIER

Service de santé militaire.

Par décret du 22 février 1931 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les officiers d'artillerie démissionnaires ci-après désignés qui, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(27 août 28) Drujon, ex-lieut., c. m. artill. 341, aff. 1er rég.

(7 oct. 28) Metin, ex-lieut, art. col., c. m.-art. col. n° 58, aff. 7e rég.

(23 déc. 28) Perret, ex-lieut. art., c. m. art. 16, aff. rég. Paris ; Dansac, ex-lieut. art., c. m. art. 302, aff. 2e rég. ; Chapon, ex-lieut. art., c. m. art. 10, aff. 10e rég. ; Antonetti, ex-lieut. art., c. m. art. 75, aff. 15e rég. ; Dejean, ex-lieut, art., c. m. art. col. 58, aff. 18e rég.

Par décret du 22 février 1931, les médecins, auxiliaires de réserve ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du 1er mars 1931 et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les médecins auxil. : (1er mars 24) Martin, 22e sect. inf., aff. rég. Paris.

(1er mars 25) Blum, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Ducas, 7e sect. inf., aff. rég. Paris ; Poumailloux, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Levy, 3e sect. inf., aff. rég. Paris ; Redon, 17e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Moatti, 22e sect. inf. aff. troupes Tunisie.

(1er mars 26) Barrague, 18e sect. inf., aff. région de Paris ; Bourgeois, 22e sect. inf. aff. rég. Paris ; Martin, 1re sect. inf., aff. 1re rég.

(1er mars 28) Arnon, 23e sect. inf. aff. rég. Paris ; Batut, 16e sect. inf., aff. rég. Paris ; Beuzart, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Cliquet, 3e sect. inf., aff. rég. Paris ;

Guybert de La Bausserie, 22e sect. inf., aff. rég. Paris; Halpen, 23e sect. inf., aff. rég. Paris ; Hodanger, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Houzel, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Le Guay, 3e sect. inf., aff. rég. de Paris ; Lucien, sect. inf., col., aff. rég. Paris ; Merand, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Moreau, 16e sect. inf., aff. rég. Paris ; Vinot, 22e sect. inf., aff. rég. Paris.

Brousses, 1re sect. inf., aff. 1re rég. ; Carbonnel, 6e sect. inf., aff. 1re rég. ; Gugelot, Mizon. 1re sect. inf., aff. 1re rég. ; Boussier, 22e sect. inf., aff. 1re rég. ; Tetart, 1re sect. inf., aff. 1re rég. ; Dassonville, 3e sect. inf., aff. 3e région ; Leduc, 3e sect. inf., aff. 3e rég. ; Marie, 3e sect. inf., aff. 3e rég. ; Reverse, 3e sect. inf., aff. 3e rég. ; Barazer, 10e sect. inf., ; Lesegretain, 22e sect. inf., aff. 4e rég.

Heber-Suffrin, 4e sect. inf., aff. 6e rég. ; Martinais, 10e sect. inf., aff. 9e rég. ; Rozier, 9e sect. inf. milit., aff. 9e rég. ; Laine . ; Laine, 11e sect. inf., aff. 11e rég. ; Le Pape, 11e sect. inf., aff. 11e rég. ; Praux, 11e sect. inf., aff. 11e rég. ; Gauthier, 12e sect. inf., aff. 12e rég. ; Chevallier, 10e sect. inf., aff. 10e rég. ; Priquet, 18e sect. inf., aff. 12e rég. ; Verger, 12e sect. inf., aff. 12e région ; Bernard, 13e sect. inf., aff. 13e rég. ; Chaux, 13 e sect. inf., aff. 13e rég. ; Ravon, 13e sect. inf., aff. 13e rég. ; Bazin, 14e sect. inf., aff. 14e rég. ; Carret, 14e sect. inf., aff. 14e rég. ; Feuillade, 14e sect. inf., aff. 14e rég. ; Hassler, 14e sect. inf., aff. 14e rég. ; Leloutre, 14e sect., aff. 14e rég.

Daussy, 10e sect. inf., aff. 15e rég. ; Gastaud, 15e sect. inf., aff. 15e rég. ; Jouglard, 15e sect. inf., aff. 15e rég. ; Moulard, 16e sect. inf., aff. 15e rég. ; Silhol, 15e sect. inf., aff. 15e rég. ; Thaon, 15e sect. inf. aff. 15e rég. ; Favier, 16e sect. inf., aff. 16e rég. ; Aversenq, 17e sect. inf., aff. 17e rég. ; Guguillère, 17e sect. inf., aff. 17e rég. ; Raine, 17e sect. aff. 17e rég. ; Desjardins, 23e sect., inf., aff. 18e rég. ; Detchepare, 18e section inf., aff. 18e rég. ; Estradère, 18e sect. inf., aff. 18e rég. ; Boivin, 23e sect. inf. aff. 20e rég.

Levy, 23e sect. inf., aff. 20e rég. ; Peiffer , 6e sect. inf., aff. 20e rég. ; Pages, 17e sect. inf., aff. troupes Maroc ; Estrade, sect. inf., col., aff. tr. groupe A.O.F.

(1er mars 29) les médecins sous-aides-maj. : Fauvel, 10e sect. inf., aff. rég. Paris ; Martin, 22e sect. inf. aff. rég. Paris ; Poulin, 10e sect. inf., aff. rég. Paris.

Les médecins auxiliaires : Becart, 2e sect. inf., aff.; rég. Paris ; Bertrand, 18e sect. inf., aff. rég. Paris Brosio, 22e sect. inf., aff. rég. de Paris ; David, 14e sect. inf., aff. rég. Paris ; Derancourt, 22e sect. inf., aff. rég. de Paris ; Dumont, 22e sect. aff. rég. Paris ; Gresy, 1re sect. inf., aff. rég. Paris ; Grippon, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Lafage, 22e sect. inf., aff. rég de Paris.

Martial, 22e sect. inf., aff. rég. Paris ; Rameaux, 7e sect. inf., aff. rég. Paris ; Train, 18e sect. inf., aff. rég. Paris ; Dereux, 1re sect. inf., aff. 1re rég. ; Craffe, 6e sect. inf., aff. 2e rég. ; Lepec, 3e sect. inf., aff. 3e rég. Dufour, 5e sect. inf., aff. 5e rég. ; Français, 6e sect. inf. aff. 6e rég. ; Ginsburg, 22e sect. inf., aff. 6e rég. ; Taillard, 7e sect. inf., aff. 10e rég. ; Serre, 9e sect. inf., aff. 9e rég.

Le méd. sous-aide-major Dubourg, 10e sect. inf., aff. 10e rég.

Les méd. auxil. : Serret, 12e sect. inf., aff. 12e rég. Blanc, 13e sect. inf., aff. 13e rég. ; Filippini, 15e sect. inf. aff. 15e rég. ; Robin, 15e sect. inf., aff. 15e rég. ; Teyssier, 16e sect. inf., aff. 16e rég. ; Billard, 16e sect. inf., aff. 17e rég. ; Boutes, 17e sect. inf., aff. 17e rég. ; Vergez, 18e sect, inf., aff. 18e rég. ; Pernin, 20e sect. inf., aff. 19e C. A. ; Vildrin, 22e sect. inf., aff. tr. gr. Antilles.

Par le même décret, sont promus :

Au grade de médecin lieutenant.

Les médecins sous-lieut. :

(1er mars 1928) Martin, rég. Paris.

(1er mars 1929) Blum, Ducas, Poumailloux, Lévy et Redon, rég. Paris ; Moatti, tr. Tunisie.

(1er mars 1930) Barrague, rég. Paris ; Bourgeois, rég. Paris ; Martin, 1ere région.

Notification relative à l'ouverture d'un concours pour l'emploi d'élève à l'école du service de santé militaire.

Un concours sera ouvert le 1er juillet 1931, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'école du Service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1931 est fixé comme suit :

A. — SECTION MÉTROPOLITAINE

A 65 pour les étudiants en médecine (dont en principe 43 étudiants à 4 inscriptions et 22 candidats P. C. N.).

A 3 pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et 4 inscriptions).

Nota. — Tous les élèves admis dans la section métropolitaine devront effectuer leur scolarité auprès de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

B. — SECTION MÉDECINE — TROUPES COLONIALES

A 20 pour les étudiants en médecine (dont en principe 15 étudiants à 4 inscriptions et 5 étudiants P. C. N.).

Nota. — Tous les élèves admis dans cette section devront effectuer leur scolarité auprès de la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

Sont admis à y prendre part :

A. — SECTION DE MÉDECINE

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat (étudiants P. C. N.) ;

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

B. — SECTION DE PHARMACIE

....

Nul n'est autorisé à prendre part au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français.

Peuvent être admis également les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu au 1er janvier 1931 :

a) Pour les étudiants P. C. N., vingt-trois ans au plus ;

b) Pour les étudiants en médecine concourant à quatre inscriptions valables pour le doctorat, vingt-quatre ans au plus ;

c) Pour les étudiants en pharmacie : vingt-trois ans au plus pour les stagiaires ayant un an de stage ; vingt-quatre ans au plus pour les étudiants à quatre inscriptions.

Nota. — Pour les candidats qui sont présents sous les drapeaux ou ont déjà fait leur service militaire, les limites d'âge sont reculées d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué. et présenter les conditions d'aptitude physique exigées des étudiants concourant pour l'école du Service de santé militaire, par l'instruction du 15 juillet 1929 relative à l'application du décret du 15 juillet 1929 (*Bulletin officiel*, partie permanente, p. 3502) ;

4° Etre pourvus au jour de l'inscription :

a) *Etudiants en médecine.*

Pour les candidats P. C. N. du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou être régulièrement inscrit en vue de l'obtention de ce certificat.

Pour les candidats à quatre inscriptions, du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats ne seront pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité au jour de l'ouverture des épreuves orales d'admissibilité, ainsi :

Concourront à quatre inscriptions :

Les étudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum.

b) *Etudiants en pharmacie.*

....

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats admis aux épreuves écrites ne pourront être autorisés à passer les épreuves orales que s'ils justifient au moment de ces épreuves, devant le président du jury, qu'ils ont subi avec succès les examens afférents à leur scolarité.

Les candidats devront se faire inscrire, s'ils son civils, à la préfecture du département où ils font leur

études médicales, s'ils sont présents sous les drapeaux à la préfecture du département où ils tiennent garnison.

La liste d'inscription sera ouverte le 11 mai et close le 1er juin 1931, terme de rigueur.

L'entretien des élèves à l'école du Service de santé militaire est gratuit, à l'exclusion du trousseau (loi de finances du 16 avril 1930, art. 152).

Les demandes de trousseau gratuit seront déposées dans les préfectures où résident les familles, du 11 mai au 15 juin 1931 inclus, lors même que les intéressés feraient leurs études ou leur service militaire dans un autre département. Les demandes de trousseau doivent préciser si la famille sollicite un trousseau ou un demi-trousseau.

La circulaire sur l'admission à l'école du Service de santé militaire en 1931, comportant les modalités et les programmes des épreuves du concours et indiquant les avantages offerts aux élèves de l'école du Service de santé militaire, est déposée dans les préfectures, dans les facultés de sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du Service de santé des régions.

A titre d'indication, le programme des connaissances exigées pour les étudiants en médecine (candidats P. C. N. et candidats à quatre inscriptions) et pour les pharmaciens concourant comme stagiaires est le même que celui prévu pour les concours d'admission à l'école en 1930 ; pour les candidats pharmaciens concourant à quatre inscriptions, les connaissances exigées sont les mêmes que celles prévues pour le concours d'admission à l'école en 1929 (chimie minérale : métaux, analyse chimique qualitative des matières minérales ; physique : chaleur, électricité et magnétisme ; botanique : botanique systématique ; zoologie : étude spéciale de l'homme).

Service de santé des colonies.

Sont agréés pour remplir les fonctions de médecin consultant à l'administration centrale du ministère des colonies : MM. les Drs Gougerot (dermatologie), Léger (médecine générale), Tanon (médecine générale), Massonnet (stomatologie) et Génil-Perrin (neuro-psychiatrie).

Ces fonctions sont exercées gratuitement. Les médecins consultants ne peuvent exiger ni honoraires, ni indemnité, soit de l'Administration coloniale, soit des malades.

1er MARS

Enseignement de la médecine.

Arrêté du 28 février 1931 modifiant l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des facultés de médecine.

Art. 1er. — L'article 23 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

Voir la suite page LV-867

PROPOS DU JOUR

Le climat et l'habitation dans les Colonies tropicales
Nécessité avant de se destiner à la médecine coloniale de connaître le climat des colonies et de savoir s'y adapter

Deux conférences de M. le Dr Séverin Abbatucci à l'Ecole coloniale

L'approche de l'ouverture de l'Exposition coloniale, l'importance donnée à la médecine dans la mise en valeur de notre empire d'outre-mer, l'utilisation rationnelle des emprunts coloniaux dont une importante partie sera consacrée à l'organisation sanitaire de notre domaine colonial, tout cela mérite d'attirer l'attention de nos confrères ou futurs confrères ; la correspondance importante que nous avons reçue à ce sujet prouve qu'ils sont loin de s'en désintéresser.

Mais avant de se destiner à une carrière colodiale, il convient de savoir ce que sont les colonies, quel est leur climat, dans quelles conditions on pourra y vivre, et, sinon s'acclimater, ce qui n'est pas toujours possible pour un européen, du moins s'y adapter suffisamment pour y faire des séjours assez longs et utiles. M. le Dr Séverin Abbatucci qui a fourni toute sa carrière aux Colonies soit en Extrême-Orient, soit en Afrique Occidentale ou Equatoriale, et pour lequel les pays intertropicaux n'ont pas de secrets, a bien voulu nous convier aux deux conférences qu'il a faites à l'Ecole Coloniale sur le climat et l'habitation coloniaux.

Ces conférences faites au titre de l'Enseignement préparatoire de la Femme à la vie coloniale, étaient organisées par la Fédération nationale de l'Art ménager et ont été présidées par M. le professeur J.-L. Faure et Madame Moll-Weiss, présidente de la Fédération.

M. le Dr Abbatucci est un colonial enthousiaste ; comme conférencier, c'est un charmeur. Il peut rivaliser avec Châteaubriand, Bernardin de Saint-Pierre et Loti dans les peintures poétiquement pittoresques dont il émaille ses discours en décrivant la nature exhubérante des tropiques et il sait admirablement égayer d'une anecdote vécue son sujet parfois un peu aride.

Néanmoins, M. le Dr Abbatucci sait qu'il doit la vérité à son auditoire, vérité qui n'est pas toujours pleine de charmes, il l'expose avec franchise. Pour nous, incapables de reproduire les brillantes et poétiques descriptions des climats tropicaux, et de la vie qu'on y mène nous dépouillerons le bouquet, si habilement composé par M. Abbatucci, de la plupart de ses fleurs, en espérant que nos lecteurs ne seront pas trop fâcheusement impressionnés par les nombreuses épines qui seront ainsi découvertes.

***

Si l'on part, en se dirigeant vers le Nord, de Libreville, la capitale de notre Colonie du Gabon, et qui est sensiblement sous l'Equateur, on constate que les populations changent d'aspect au fur et à mesure qu'on s'éloigne. A l'indigène, d'un beau noir foncé, succède le Maure, le Berbère à la peau bronzée ou bistrée, puis les Européens méridionaux bruns, ensuite les blonds du Nord de l'Europe, Anglo-Saxons et Scandinaves, enfin les Lapons et les Esquimaux. Le costume varie de la nudité à peu près complète, aux fourrures épaisses, en passant par les vêtements larges et flottants blancs ou aux couleurs vives des Nord-Africains, jusqu'aux costumes ajustés et aux fourrures des Européens.

Chaque peuple, chaque race se sont adaptés au climat de la région qu'ils habitent.

Dans la région intertropicale entre 30 degrés de latitude Nord et de latitude Sud, les originaires des pays tempérés ne peuvent guère faire souche, leur acclimatement est difficile. Or, les Colonies françaises sont presqu'exclusivement dans cette région intertropicale, car l'Afrique du Nord ne peut-être considérée comme une Colonie; l'Algérie dépend du Ministre de l'Intérieur et la Tunisie et le Maroc, pays de protectorat, ressortissent des Affaires étrangères. Ces seules régions méditerranéennes peuvent être peuplées par des Européens ; les Colonies intertropicales ne sont pas des pays de peuplement, mais des terres d'exploitation. Il est presqu'impossible de s'y acclimater et les Français ne peuvent guère s'y fixer définitivement.

La région intertropicale se divise en deux régions, les régions tropicales proprement dites et la région équatoriale qui est limitée par les 12es degrés de latitude Nord et Sud.

La chaleur n'est pas régulièrement répartie dans la zone intertropicale ; Humboldt a tracé par ses lignes isothermes cette répartition. L'équateur thermique n'est pas au même niveau que l'équateur géographique, il est plus au Nord.

Dans l'hémisphère austral, les océans sont plus étendus et les terres moins fréquentes que dans l'hémisphère Nord, il en résulte une évaporation plus grande qui modère la chaleur.

Cette évaporation détermine des nuages que les vents réguliers, les alizés, qui venant du Nord et du Sud et soufflant en sens inverse, accumulent en un anneau au voisinage de l'Equateur.

Cet anneau est le *pot au noir* de nos marins, que les Anglais appellent *cloud ring*. Les alizés du Sud sont plus rapides et plus puissants que les alizés du Nord et le pot au noir est sensiblement au Nord de l'Equateur. Le soleil se trouve deux fois par an au Zénith à l'Equateur et une seule fois aux tropiques. L'excès de chaleur agit sur le pot au noir et amène la saison des pluies, saison chaude, ou hivernage qui se manifeste deux fois par an à l'Equateur et une seule fois aux tropiques.

C'est en mai et juin que la chaleur est excessive aux tropiques. En Afrique occidentale française, le thermomètre monte à 45° et même à 50° à l'ombre. Les variations de température entre le jour et la nuit sont peu sensibles et pendant la saison des pluies, l'humidité, jointe à la chaleur, donne à ceux qui vivent dans cette atmosphère, la sensation d'être dans une étuve.

Ajoutez à cela comme conséquence de cette chaleur humide le développement rapide des moisissures qui détruisent tous les objets en cuir et répandent une odeur de moisi désagréable.

Quand il ne pleut pas, la luminosité est intense. Les dépressions barométriques déclenchent de terribles tornades et typhons.

L'air est surchargé d'électricité et pendant les orages qui sont souvent de longue durée, le grondement du tonnerre est constant.

Toutes ces conditions climatériques déséquilibrent l'Européen le mieux constitué, amènent dans l'organisme des troubles profonds du métabolisme cellulaire. L'anémie tropicale survient, l'abaissement de la tension vasculaire se manifeste. L'hyperchlorhydrie, l'insuffisance des reins et du foie qui ne peuvent éliminer les toxines, s'ajoutent aux autres troubles. Alors, interviennent les manifestations nerveuses, surtout intenses dans les postes isolés, le cafard, qui détraque le cerveau, surexcite et porte les gens les plus pondérés aux actes violents d'une véritable folie qui expliquent des drames étrangement mystérieux comme celui de la mission Voulet et Chanoine.

La perspiration cutanée exagérée détermine des éruptions, des démangeaisons intolérables.

Si l'équilibre thermique ne peut s'établir, le colonial tombe frappé du coup de chaleur, tandis que dans d'autres cas les rayons chimiques du soleil déterminent le coup de soleil

Le climat agit comme un véritable poison, comme l'alcool par exemple.

La dépression nerveuse déclenche les troubles digestifs, intestinaux, hépatiques.

Il se produit une véritable putréfaction intestinale très dangereuse.

Il convient donc de prendre dès le début des mesures pour assurer le bon fonctionnement normal des organes. C'est plutôt une adaptation momentanée qu'un acclimatement qu'on recherche.

D'abord, il ne convient pas de faire un trop long séjour dans les régions intertropicales. Tous les deux ou trois ans, il faut retourner dans une région tempérée et y séjourner pendant quelques mois.

Il convient aussi de chercher dans la région tropicale, des stations d'altitude ou maritimes où l'on pourra dans de meilleures conditions d'hygiène passer la mauvaise saison.

Il existe des sanatoriums, situés à 1.500 mètres environ à Madagascar, en Indo-Chine, au Cambodge, au Tonkin, au Laos. En Cochinchine, il existe des stations maritimes plus facilement abordables où la brise de mer rend la mauvaise saison tolérable.

Il ne faut aller aux Colonies qu'une fois le développement complet terminé, c'est-à-dire après 21 ans. Il convient que l'organisme soit sans tare, car le réveil des lésions anciennes et leur évolution y sont presque inévitables. On ne devrait envoyer aux Colonies que des élites physiques, intellectuelles et morales tant pour résister au climat que pour maintenir le prestige du blanc vis-à-vis de l'indigène.

Il faut éviter d'arriver à l'époque de la mauvaise saison.

Les vêtements doivent être blancs et flottants pour permettre la circulation de l'air sous eux ; les chaussures en toile à talons plats en ville ou à la maison, seront remplacés par les brodequins dans la brousse.

On se munira d'une ceinture pour éviter durant la nuit les refroidissements. Le casque colonial en liège, recouvert de toile blanche, avec bouton ventilateur au sommet et muni d'un double tour de tête pour permettre la circulation de l'air, est indispensable.

Dans les villes, l'habitation répond généralement aux exigences de l'hygiène. Quand on est obligé d'en construire une dans la brousse, il faut choisir soigneusement l'emplacement, de préférence sur un plateau bien aéré, loin des marais ou des flaques d'eaux stagnantes à cause des moustiques, agents vecteurs du paludisme et de la fièvre jaune. Il est bon de séparer les Européens des indigènes en isolant les malades, tant par mesure sanitaire que pour sauvegarder le prestige du colon qui ne pouvant faire un travail physique, doit avoir les fonctions et le caractère d'un conseiller technique.

Il est préférable d'établir l'habitation sur un sol sablonneux ou calcaire très perméable, pouvant absorber rapidement les eaux de pluies. Il convient d'orienter l'habitation dans une exposition Est-Ouest pour éviter les rayons les plus chauds du soleil et bénéficier de la brise.

La captation des eaux pluviales dans des réservoirs clos est très importante pour se défendre des moustiques.

Les matières usées, les vidanges sont des sources de danger; on doit les recueillir dans des fosses fixes qu'on vidangera fréquemment ou dans des tinettes hermétiquement fermées que les coolies videront chaque jour le plus loin possible de l'habitation.

Tout en donnant à l'habitation un aspect gracieux inspiré par le style local, il ne faut pas sacrifier ici l'hygiène à l'esthétique.

Il convient d'avoir un rez-de-chaussée surélevé, comprenant salon, salle à manger, entourés de vérandas, munies de stores, avec portes et fenêtres larges. Au premier sont les chambres, entourées encore de vérandas.

Au rez-de-chaussée dans une partie de la véranda sera aménagée la lingerie. Au premier, la salle de bains et les W. C. Un passage couvert reliera l'habitation à la cuisine et aux communs où logeront les domestiques indigènes. On assurera l'aération aussi large que possible. Si l'on dispose d'électricité, on pourra utiliser des ventilateurs; à leur défaut, on aura recours aux pankas, larges cadres garnis de toile, suspendus, qu'un boy fait balancer et qui joue le rôle d'éventail.

Il convient de se défendre des moustiques. Les grillages des portes, des croisées en toile métallique, avec tambour pour les portes, sont appliqués, mais il est difficile d'éviter ainsi la pénétration des moustiques et le grillage nuit sérieusement à l'aération, le mieux est d'avoir recours au moustiquaire. Si l'on voyage, il faut encore se protéger des termites ou fourmis blanches qui détruisent rapidement tout ce qui est en bois et particulièrement les cantines. Le mieux consiste à isoler les cantines sur des piliers en pierre ou sur des bouteilles fichées dans le sol.

L'éclairage sera obtenu par des lampes dites lampes-tempêtes ou des photophores dans lesquels sont introduites des bougies qu'un ressort fait monter au fur et à mesure qu'elles brûlent.

Ces moyens d'éclairage seront munis de réflecteurs pour éviter l'inconvénient des insectes attirés par la lumière.

Le lit sera en fer. Les pieds reposeront dans des godets remplis de pétrole pour arrêter l'invasion des insectes. Le sommier métallique sera recouvert du matelas en kapok. Un vaste moustiquaire bien bordé sous le matelas, transformera le lit en une chambre hermétiquement close et il faudra que le boy veille soigneusement en arrangeant le lit qu'un moustique ne s'introduise pas sous le moustiquaire.

Ces précautions élémentaires ont une réelle importance.

Aux Colonies, on trouve autant de domestiques que l'on désire. En ville, la division du travail est extrême, un cuisinier ne consentira jamais à être valet de chambre. Le boy de brousse au contraire est bon à tout faire. Il convient à l'égard des domestiques d'être fort réservé, de ne jamais se mettre en colère, de se méfier des voleurs, de mettre en pratique la théorie de la main de fer dans un gant de velours, de ne jamais se faire justice soi-même, d'avoir toujours recours aux autorités. Lorsqu'on se trouve dans la brousse, on doit souvent se contenter d'une case ronde en pisé, recouverte de chaume, ou de paillottes, munies de veranda.

Il faudra veiller à l'étanchéité de ces demeures improvisées contre les rayons solaires.

Si l'on voyage, on devra se servir de la tente à double paroi et à son défaut d'abris temporaires construits en feuillage par les boys. Il sera alors prudent de ne pas quitter son casque.

Le programme des occupations quotidiennes doit être réglé sur le soleil. Voici comment le Dr Abbatucci employait sa journée en Afrique occidentale :

Lever à 6 heures. Coup d'œil dans l'habitation et ordres donnés aux boys.

Un tour rapide de promenade dans le jardin.

De 7 heures 30 à 10 heures 30, visite à l'hôpital. Puis déjeuner.

Pendant l'incendie solaire, sieste étendu, avec une demi heure de sommeil.

Lecture des journaux, correspondance.

A 3 heures, reprise du travail.

A 5 heures, promenade à cheval ou sports (tennis ou golf).

A 6 heures, on abandonne le casque.

A 7 heures 1/2, douche, changement de costume, dîner, réceptions mondaines.

C'est en mettant en pratique ces conseils que M. le Dr Abbatucci a pu vivre en bonne santé pendant de longues années en Indo-Chine et en Afrique Occidentale, en revenir alerte, dispos, toujours jeune. Il a pu ainsi en rapporter des souvenirs attrayants qui, transmis à son auditoire en phrases imagées, pittoresques et poétiques, capables de susciter des vocations malgré la rudesse de la vie dans les régions tropicales, ont déterminé de longs applaudissements et une véritable ovation au distingué conférencier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE L'HÉPATOPTOSE

Par Roger Glénard.

Ancien interne des hopitaux
Médecin à Vichy.

Si les recherches chimiques sur l'exploration fonctionnelle du foie retiennent de plus en plus l'attention des milieux scientifiques médicaux, le praticien ne saurait assez se familiariser avec les procédés d'examen qui lui permettent, au lit même du malade, et sans secours extérieur souvent difficile à utiliser, d'établir un bon diagnostic qui lui facilite une prescription efficace.

Aucune méthode de palpation ne vaut, pour le foie, le *procédé du pouce* dont le principe est d'accrocher, d'arrière en avant et de bas en haut, à la fin d'une profonde inspiration, la crête du bord inférieur du foie, après avoir appliqué celle-ci par pression indirecte, contre la paroi antérieure de l'abdomen.

En nous permettant de préciser, avec une netteté tout aussi scientifique que n'importe quel phénomène de laboratoire, les moindres changements de situation, de forme, de consistance et de sensibilité du rebord hépatique, cette technique nous apprend à reconnaître, non seulement les « foies souples », mais aussi tous les intermédiaires entre le foie normal et les volumineuses hypertrophies.

Systématiquement mise en œuvre chez les malades du tube digestif et de la nutrition de la clientèle privée, elle nous fait découvrir une foule d'états pathologiques, insuffisamment décrits dans les traités classiques.

De ce nombre sont les *réactions vaso-motrices du foie* (1). Cet organe est une éponge vasculaire dont le volume, la forme et la consistance sont étroitement liés à l'état des vaisseaux qui constituent sa trame.

A la vaso-dilatation correspondent les poussées de congestion active, à la vaso-constriction ce qu'on peut appeler les « petits foies », moins fréquents qu'on ne le croit en général. Enfin à l'hypotonie vasculaire correspond l'hépatoptose, c'est-à-dire la forme de foie caractéristique des ptoses viscérales.

On sait que le foie, horizontalement placé à la partie supérieure de l'abdomen, est seulement fixé en ce lieu, par ses solides attaches à la paroi postérieure, mais qu'il doit son maintien dans cette situation anormale au double fait, des viscères sur lesquels il repose, et de la tension sanguine intérieure de ses vaisseaux.

Que ces modes de soutien faiblissent, le foie deviendra mou, souple, il s'affaissera, s'allongera verticalement, à la façon d'une paupière atteinte de « ptosis ».

Bientôt il ne semblera plus tenir en place que par ses attaches postérieures immuables. Il

(1) Roger Glénard. — Les réactions vaso-motrices du foie en clinique. (Un vol. in-8° de 240 pages. (G. Doin, collection Weissenbach, Paris, 1931.)

pendra comme ferait la main qu'un témoin, venant de tester en justice, laisserait tomber mollement au bout de son avant-bras tendu.

Or la présence d'une semblable forme de foie est peut-être, avec le « signe de la sangle », le meilleur "test" de l'existence de ptoses viscérales. Celles-ci constituent son accompagnement pour ainsi dire obligé, les organes de l'abdomen se tenant tous plus ou moins les uns les autres.

La seule découverte d'une hépatoptose au procédé du pouce suffit donc à certifier le diagnostic de ptoses viscérales, et engage d'emblée à en organiser la thérapeutique.

***

Hygiène préventive. — Il va de soi que, dans la crainte de voir apparaître un syndrome d'entéroptose, on se méfiera, au cours des maladies, de prescrire des diètes excessives ou trop prolongées ; par ailleurs d'encourager des exercices déraisonnables pouvant provoquer un « décrochement » du rein ou du côlon ; de faire lever trop tôt les récentes accouchées et les laparotomisées ; de laisser se développer des intoxications ou infections chroniques, des états déprimants du système nerveux. On pourchassera les corsets cambrés devant et les cordons trop serrés à la taille, etc.

Bref, on s'efforcera de mettre à l'avance les patients à l'abri des causes variées, qu'on a coutume de trouver à l'origine des ptoses viscérales.

Régime alimentaire. — Comme prescriptions diététiques, dans l'hépatoptose vraie, l'attention n'est que secondairement attirée vers le foie, pour lequel suffirait sans doute le régime de repos hépatique connu de tous. Ce qui passe au premier plan, c'est l'hypo-alimentation habituelle, l'atonie et la ptose de l'estomac, la difficulté de son évacuation.

Les directives suivantes combattront ces différents facteurs :

Assurer une alimentation nourrissante sous un petit volume : la faire accepter par tous les moyens.

Multiplier le nombre des repas, pour utiliser l'action tonique de chacun d'eux sur l'estomac, et ne pas trop charger ce dernier.

Les aliments les mieux supportés sont la viande crue (cheval, mouton), la viande grillée (rosbif, gigot, côtelette, filet), les œufs crus ou à la coque, le pain rassis, le thé au lait (1 /5) — beaucoup de ces malades ne supportent pas le lait pur.

Ceux dont ils devront se priver le plus longtemps sont les graisses et aliments gras, les féculents, fritures, sauces, choux, oignons, légumes verts, crudités et fruits crus, le vin.

Le meilleur repas sera conseillé le soir, en raison du séjour au lit consécutif, mais on n'imposera qu'avec circonspection au malade de manger couché, habitude qui devient rapidement tyrannique, mettant obstacle à toute vie sociale régulière. On conseillera de s'étendre de suite après le repas, et aussi trois heures après, spécialement sur le côté droit, le bassin légèrement relevé, de manière à ce que la déclivité du pylore favorise l'évacuation gastrique à son moment normal.

La situation couchée devra être permanente dans les formes sérieuses ; du reste, toutes les indications précédentes seront d'autant plus strictes qu'il s'agira d'un cas plus accentué.

Physiothérapie. — Dans les formes légères, on réservera une place importante à la *culture physique* médicale, dans le double but de stimuler l'organisme et de fortifier les muscles de la paroi. Cette dernière indication a surtout sa valeur dans les ptoses d'origine pariétale, rares d'ailleurs, et il conviendra de ne pas se faire trop d'illusions sur la rapide efficacité de l'exercice, si l'on néglige tant soit peu l'ensemble des autres prescriptions.

Une attention particulière sera portée aux mouvements en situation légèrement renversée (prière mahométane) qui tendent à mettre les organes momentanément en place ; quelques manœuvres de cette sorte avant de se coucher seront favorables.

La gymnastique respiratoire, type thoracique, ne peut avoir que des avantages, en déterminant des sortes de tractions de bas en haut sur les viscères de l'abdomen, et en favorisant l'hématose.

La gymnastique suédoise, le massage rendront service dans bien des cas, et aussi l'application, par intervalles, dans le décubitus dorsal, d'un petit sachet de sable sur l'abdomen, à tel ou tel endroit que le malade désignera.

Comme *hydrothérapie,* on aura recours, le plus possible, à l'action stimulante et neurotonique de l'eau froide sous forme de douche froide de courte durée, ou mieux de douche écossaise, lotions froides, frictions à l'eau de Cologne.

L'*électrothérapie* sera profitable, l'abdomen étant en position déclive. Les organes y sont excités en bonne situation et l'action physique s'y double d'une forte impression morale (Berthomier).

Les rayons ultra-violets pourront être essayés à l'occasion.

Sangle hypogastrique. — De tout l'ensemble des traitements qu'on peut prescrire dans les ptoses viscérales, le port d'une sangle hypogastrique, destinée à relever et à soutenir le bas-ventre, est de beaucoup la partie la plus importante.

La part d'amélioration immédiate qu'elle produit montre surabondamment que le fond de la maladie réside bien dans une baisse de niveau, une chute des viscères abdominaux.

En 1885, lors des premières descriptions de l'entéroptose, les femmes portaient le corset cambré devant, et cherchaient à réaliser la fameuse « taille de guêpe tenant dans les dix doigts » chantée par le poète. La pression de l'ancien corset, toujours rigide et généralement très serré, appuyait de haut en bas sur l'estomac, provoquait l'étirement du foie, et gênait le libre jeu respiratoire.

L'hépatoptose vraie était bien plus fréquente qu'aujourd'hui, et l'on ne comptait pas les foies mobiles, déformés, à lobe flottant.

La description des ptoses, et son corollaire la découverte de la sangle, amenèrent une profonde révolution dans l'hygiène du costume féminin, une complète transformation de la silhouette à la mode, la disparition de maintes maladies, la chlorose, par exemple. La libération de la taille fut une belle conquête thérapeutique (Ez. Glénard). N'est-elle pas encore en faveur au bout bientôt de cinquante ans ?

Les indications de la ceinture hypogastrique sont posées toutes les fois qu' à l'*épreuve de la sangle*, le relèvement du bas-ventre détermine un soulagement immédiat, qui disparaît dès qu'on la retire. Rendre cette action permanente, tel est le but poursuivi.

Il faut que la sangle soit plate et non concave, car elle doit refouler le bas-ventre et non épouser sa forme.

Ses bords seront parallèles et elle entourera les hanches, pour prendre point d'appui sur elles et sur le sacrum. Haute de 16 à 20 centimètres, elle doit affleurer, en bas, le pubis, et être maintenue en place par des sous-cuisses ou les jarretelles.

Son tissu sera caoutchouté, mais cependant résistant, ce qui est bien supérieur aux sangles rigides avec pelotes en caoutchouc. Les pelotes dures sont contre-indiquées ; elles se déplacent et leur action locale est plus pénible à supporter qu'elles ne sauraient être réellement efficaces.

Il sera bon, dans certains cas, de contrôler l'action de la sangle aux rayons X, tout en se souvenant qu'elle a moins pour but de remonter directement les organes, que d'augmenter la tension abdominale, et de fournir au foie et au diaphragme un solide point d'appui.

Bien des modèles existent, dont la plupart ont leur utilité dans telle ou telle condition. Généralement la forme la plus simple sera la meilleure, que le ventre soit maigre ou gras.

La sangle, dans les cas très accusés, demande à être mise dans le décubitus dorsal, le bassin relevé, pour ramener préalablement les organes en bonne position. Elle ne doit pas être trop serrée, mais agréable à porter. La complète disparition du « signe de la sangle » sera la meilleure garantie d'une parfaite application.

Hygiène morale. — Peut-être encore plus que nulle part ailleurs, la psychothérapie aura ici un rôle utile à jouer.

Bien des cas d'atonie viscérale sont provoqués ou entretenus par un certain état de dépression neurasthénique ; le retour d'un tonus moral satisfaisant ne manquera pas d'avoir sa répercussion sur celui des organes.

D'autre part, les malaises multiples de la digestion poussent à la restriction alimentaire, qui aggrave encore le mal. On n'hésitera pas à préconiser l'isolement, et la surveillance médicale continue en maison de santé, dans les formes sévères de la maladie.

Thérapeutique médicamenteuse. — Exciter les fonctions du foie, favoriser l'alimentation régulière et les digestions, combattre la constipation, stimuler le système nerveux, telles doivent être les directives principales.

Les laxatifs fréquents, voire journaliers, occupent la première place, et notamment le mélange *sulfate de soude* et de *magnésie*, la poudre de *réglisse composée* ou de cascara, etc. On pourra conseiller :

Aloès	0 gr. 05
Extrait de rhubarbe........	0 gr. 02

(Pour une pilule n° 20, en prendre une ou deux au repas du soir.)

Si les digestions restent douloureuses, le *bicarbonate de soude* est un médicament auquel on devra toujours avoir recours.

Bicarbonate de soude..........	40 gr.
Magnésie calcinée..............	40 gr.
Carbonate de bismuth..........	2 gr.
Craie préparée.................	1 gr. 50
Essence de menthe............	I goutte.

(Par cuillerée à café au moment des malaises ou le soir en se couchant.)

Du reste, il faut rechercher, par tous les moyens, à favoriser les digestions (*codéine, bromure de sodium*).

L'*opothérapie* hépatique sera mise à contribution et aussi l'opothérapie thyroïdienne, surrénale (adrénaline), voire hypophysaire, les troubles des glandes à sécrétion interne intervenant souvent dans la pathogénie, aux côtés de ceux du système nerveux général et vago-sympathique,

Les stimulants du premier seront indiqués, notamment le *phosphore*, un peu moins l'*arsenic*

(à cause de l'intolérance hépatique fréquente) mais surtout la *noix vomique*.

Sulfate de strychnine... un milligramme
Extrait de quinquina.... 0 gr. 10
(De deux à quatre pilules et même davantage.)

Et pour le second, l'on se trouvera bien du médicament suivant :

Salicylate de génésérine à 1/1000 10 gr.
(XX gouttes trois fois par jour aux repas.)

Interventions opératoires. — La chirurgie a bien rarement ses indications dans les formes ordinaires de ptoses viscérales. Le double fait de la multiplicité habituelle des organes ptosés, et de l'insuffisance concomitante du foie, contre-indique d'y avoir recours, hormis les cas notoires d'occlusion intestinale chronique par adhérences, ou de compression excessive du duodénum par le croisement de l'artère mésentérique.

Cures thermales. — Mais, par contre, une place importante doit être réservée aux cures thermales dont Vichy est le type.

N'est-ce point parce que cette station, par empirisme, recevait déjà quantité de ptosiques, que leur maladie y fut découverte, et n'y assiste-t-on pas aux transformations les plus marquantes du rythme de la circulation abdominale ? Il n'est point rare de voir de semblables malades engraisser de dix kilos pendant l'hiver qui suit la cure.

Les colloïdes catalysateurs de l'eau minérale ont une action stimulante marquée sur les terminaisons intra-stomacales du sympathique, allant réveiller l'activité du foie et des autres organes abdominaux.

Question de choix de source et de dose, l'eau minérale est au moins autant indiquée contre l'hépatoptose que contre la congestion du foie.

Les ptosiques trouveront, dans la station thermale, en plus de l'eau minérale spécialisée, tout ce qui peut heureusement compléter leur cure : régime alimentaire, organisations de culture physique, hydrothérapie, électrothérapie, mais aussi changement de milieu, repos, saines distractions.

Les stations thermales fonctionnent comme de vastes maisons de santé où de longs et coûteux efforts ont su réunir, autour d'un élément thérapeutique unique en son genre, tout ce que l'art de guérir possède à sa disposition.

***

Certes les examens radiologiques sont précieux pour suivre l'évolution des ptoses viscérales sous l'action de la thérapeutique que nous venons d'envisager.

Mais, la palpation du foie sait obtenir, au jour le jour, des renseignements plus faciles à se procurer et tout aussi précieux

En cas d'amélioration, on sent peu à peu le bord inférieur du foie augmenter de consistance, d'épaisseur, remonter de niveau, tandis que la tension abdominale s'accroît.

Par ailleurs, on peut affirmer que tous ceux qui pratiqueront méthodiquement et systématiquement la palpation par le « procédé du pouce » y trouveront la clef d'un grand nombre de désordres du tube digestif et de la nutrition.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les entérorragies consécutives à la kélotomie

Par M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Vous savez qu'à la suite d'interventions chirurgicales portant tant sur l'abdomen que sur les autres régions de l'organisme, il a été donné d'observer parmi les différentes complications qui peuvent alors se manifester, un certain nombre de cas d'hémorragies de l'appareil digestif se traduisant soit par des gastrorragies, soit par des entérorragies.

Ces émissions sanguines peuvent se produire, si l'on en croit les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, à la suite d'opérations ayant eu lieu sur les régions les plus diverses de l'économie, mais il semble bien que ce soient les affections du tube digestif qui présentent le plus fréquemment ces complications.

Et à ce point de vue, certaines interventions, comme la cure radicale des hernies, tant libres qu'étranglées, semblent être particulièrement suivies de ces accidents. Ce sont là des faits qui bien que signalés depuis assez longtemps, en 1864 par Broca, et en 1873 par Le Fort, et bien étudiés surtout par des auteurs russes et allemands, tels que Schnitzer, Ullman, Kukula et Busse, ne sont pas encore très bien connus en

France, car ce n'est qu'assez récemment qu'ils paraissent avoir reçu le droit de cité dans le domaine classique, grâce aux efforts de Louis Sauvé.

Ces hémorragies sont rares assurément, mais elles ne sont pas exceptionnelles, car, au cours de ces derniers mois, j'ai eu l'occasion d'en observer trois cas que je vais vous rapporter dans un instant : j'ajouterai qu'il convient de bien connaître ces émissions sanguines, l'influence qu'elles exercent sur le pronostic variant essentiellement d'après leur cause et leur signification.

Première observation. — Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, de bonne santé générale, sans rien de notable dans ses antécédents, amené d'urgence pour une hernie inguinale droite étranglée.

Depuis cinq ou six ans, il avait vu apparaître une petite tumeur qu'un pharmacien lui avait recommandé de maintenir par un bandage. Notre sujet avait porté cet appareil environ pendant deux ans, puis, comme il le gênait dans son travail de mécanicien, il l'avait supprimé, et n'avait jamais depuis lors constaté de symptômes quelconques.

La veille au soir, à la suite d'un effort assez violent, notre malade avait ressenti soudain une douleur assez forte dans l'aine, en même temps que sa hernie, qui, ordinairement, n'était pas procidente, sortait brusquement et demeurait irréductible en dépit de toutes les tentatives qui furent faites.

Le lendemain matin, comme l'irréductibilité demeurait entière, que les douleurs augmentaient et s'accompagnaient d'un certain nombre de phénomènes du côté du tube digestif, on fut chercher un médecin qui, par un taxis modéré d'abord, puis plus violent, essaya la réduction. Le seul résultat obtenu fut d'augmenter les douleurs, ce que voyant le praticien conseilla le transport à l'Hôtel-Dieu en vue d'une intervention.

A ce moment, on constatait la présence d'une grosse tumeur siégeant dans la région inguinale droite : elle était dure, mate, immobile et douloureuse. Le malade présentait des nausées et des vomissements, avec arrêt complet des matières et des gaz : à signaler une coloration bleuâtre des téguments inguinaux.

L'intervention fut faite sous anesthésie générale à l'éther : l'incision de la peau et du tissu cellulaire me conduisit sur le sac : toute cette région est pleine d'ecchymoses et le péritoine herniaire présente une coloration noirâtre. Je l'incise avec précautions, et j'évacue les nombreux caillots qui encombraient la cavité.

Puis l'agent d'étranglement constitué par l'anneau inguinal externe est levé, et je peux examiner l'intestin dont l'aspect ne paraît pas inquiétant, car sa coloration brunâtre se dissipe rapidement sous l'action du sérum. Je lui fais alors réintégrer sa cavité naturelle et je termine par une cure radicale.

Le lendemain matin, mon malade est en excellent état ; sa température est de 36°8, son pouls compte 80. Pas de douleurs, émission de quelques gaz. Le soir même état, température 37°3, pouls à 84.

Le surlendemain de l'opération, mon sujet a une selle spontanée accompagnée de l'émission d'environ un demi-verre de sang coagulé. Température 36,5, pouls à 78. La plaie a bon aspect, pas de douleurs abdominales : on fait une piqûre d'ergotine et on donne à l'intérieur de l'opium et du chlorure de calcium.

Le soir nouvelle selle sanglante, même médication, température 37,4, pouls à 88. Les jours suivants, par suite de l'action de l'opium, il n'y a pas d'émission de matières, la température est normale et le pouls bon, pas de météorisme, ni de douleurs abdominales. Vers la fin de la semaine, on prescrit un lavement qui produit une selle abondante sans aucune trace de liquide sanguin.

Les suites opératoires furent depuis lors normales, et vingt jours après l'intervention, notre patient quittait le service complètement rétabli.

Ainsi dans cette observation, il s'est agi d'un jeune homme dont la hernie étranglée avait subi un taxis des plus violents et chez lequel l'entérorragie s'est manifestée de bonne heure, dès le deuxième jour après la kélotomie, et le mécanisme de cette émission sanguine, ayant réalisé une *entérorragie précoce, primitive*, ne me paraît pas bien difficile à expliquer.

Il ne me semble pas qu'il faille invoquer ici la théorie de l'éclatement capillaire causé par la striction de l'agent d'étranglement, car ce dernier était en somme assez lâche et ne serrait que modérément l'intestin, et j'estime qu'il est beaucoup plus logique d'incriminer dans le cas présent le taxis qui, dans sa brutalité aveugle, a non seulement causé des effusions sanguines dans les plans superficiels et dans le sac, mais encore au niveau de l'intestin lui-même. Ce sont là des faits qui ont déjà été autrefois signalés par Broca, qui ont été bien étudiés par Luksh en 1897, et que Sauvé a rangé dans la catégorie des entérorragies évitables.

Quant au pronostic de cette émission sanguine, il est entièrement favorable, car sous l'influence de la médication interne, on voit rapidement disparaître tout écoulement sanguin et la guérison s'effectue dans le temps normal.

Toute différente a été l'évolution et, par suite, la signification des deux autres cas qu'il m'a été donné d'observer ; là, il ne s'est plus agi d'entérorragie primitive, mais d'émission sanguine tardive, ne survenant que vers les huitième et dixième jours, en s'accompagnant de phénomènes abdominaux.

Deuxième observation. — Une femme âgée de 50 ans, et dont les antécédents ne présentent aucun fait intéressant à noter est amenée à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale gauche étranglée depuis quarante-huit heures.

Cette malade avait vu apparaître, il y a dix ans environ, à la suite d'un effort dans la région inguinale, une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, indolore, mobile, réductible par la pression ainsi que dans le décubitus dorsal. Comme cette hernie ne la gênait en rien dans ses occupations de ménagère, elle ne s'en est jamais préoccupée et n'a point porté de bandage.

Deux jours avant son hospitalisation, notre malade, qui était grimpée sur une chaise, fut obligée de faire un effort considérable pour ne pas tomber à la suite d'un faux mouvement, et ressentit à ce moment une douleur assez vive dans le ventre.

Ayant alors constaté que sa hernie était devenue irréductible et douloureuse, elle fit appeler un médecin qui, sans s'attarder à faire du taxis, conseilla l'envoi immédiat à Toulouse, dans un service de chirurgie : toutefois, par suite de formalités administratives, son admission ne put se faire que le surlendemain.

A l'examen, on trouva les symptômes classiques des hernies étranglées : tumeur dure, mate, immobile, irréductible, douloureuse, arrêt des matières et des gaz ; léger ballonnement du ventre.

L'intervention eut lieu un quart d'heure après, sous anesthésie générale à l'éther : après incision de la peau et des plans sous-jacents, on découvrit le sac qui fut incisé. Dans sa cavité se trouvait une anse intestinale présentant une bonne coloration, bien que l'agent d'étranglement représenté par le collet du sac fut très serré. Après réintégration de l'anse, la paroi fut refaite suivant le procédé habituel.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes ; température normale, pouls bon, pas de douleurs, pas de météorisme. Le surlendemain il y eut une selle spontanée, le bon état persiste les jours suivants, et je pensais que tout allait se passer normalement, quand le huitième jour après l'intervention, la malade nous fit une brusque ascension de température (38°5), le pouls restant normal à 82. Dans l'après-midi, elle eut une selle très abondante accompagnée d'une émission sanguine sassez considérable, mais sans débris organiques. Piqûre d'ergotine, opium et chlorure de calcium. Température 38°7, pouls à 94.

Le 9e jour, nouvelle selle sanglante un peu moins abondante que la précédente, le sang est noir, on ne remarque pas dans les matières de débris sphacélés. La température est tombée à 37°2, le pouls est à 82, même médication.

Le 10e jour encore une selle légèrement sanglante dans la matinée, la température reste normale et le pouls bon. On donne encore de l'ergotine et du chlorure de calcium. Pas de douleurs abdominales, pas de phénomènes particuliers. Dans l'après-midi, une nouvelle selle à peine teintée de sang.

A partir du 11e jour, les entérorragies cessèrent complètement : la marche de l'affection devint tout à fait régulière, et le 22e jour, notre malade put quitter le service.

Voilà donc une deuxième observation qui diffère notablement de la précédente : en effet, les accidents ne se sont produits que le 8e jour s'accompagnant d'une élévation notable de température ainsi que d'une abondante perte de sang ; enfin cette émission s'est manifestée pendant un laps de temps plus considérable que dans le premier cas. Avec ce dernier fait, nous entrons dans le groupe décrit par Ullmann sous le nom d'*entérorragies tardives* dont le mécanisme et l'interprétation semblent plus difficiles à élucider.

Il est tout d'abord un facteur d'émission sanguine que j'estime pouvoir éliminer dès le début, c'est l'action de l'anesthésique employé. D'après Busse, Lee, et Sauvé dans un bon nombre de cas, c'est au chloroforme, par suite de son action directe soit sur le foie, soit sur le milieu sanguin lui-même, que l'on serait redevable de ces complications. Or, dans notre cas, c'est par l'éther que fut obtenue la narcose, et jamais aucun auteur n'a incriminé cet anesthésique. Dans son mémoire, Busse insiste nettement sur ce fait, que dans les cas où l'anesthésique employé avait été rendu responsable de cette complication, on ne s'était pas servi d'éther.

Je ne pense pas non plus qu'il faille penser à une infection post-opératoire, car, dans ce cas, nous eussions eu alors dès les premiers jours des symptômes alarmants, et l'évolution de notre opérée eut été toute différente. Le ventre est toujours restè très souple, il n'y a eu d'élévation de température qu'au moment de l'hémorragie, et la guérison s'est faite normalement dans le laps de temps minimum.

La thrombose artérielle ne me paraît pas non plus devoir entrer en ligne de compte. D'après les auteurs, elle ne surviendrait en effet, que chez des gens déjà atteints d'affections cardiaque ou aortique, et l'examen de notre malade nous a montré qu'il n'y avait aucune trace de cardiopathie quelconque.

S'agirait-il d'une thrombose veineuse analogue à celles qu'a décrites Kukula, d'origine intestinale, due à une lésion mécanique et exaltée par la virulence microbienne ? Je ne le crois pas non plus. Les différentes observations rapportées montrent que les cas d'entérorragie relevant de ce mécanisme sont extrêmement graves, et qu'une intervention hâtive consistant en une résection intestinale pouvait seule arrêter une issue

fatale. Ces thromboses veineuses entraînent en effet une ischémie d'un segment considérable de l'intestin grêle, et une ischémie définitive : l'anse est dès lors vouée à la gangrène et une péritonite aiguë survient brusquement si l'on n'intervient pas immédiatement.

Il ne me reste plus qu'une hypothèse à envisager, hypothèse à laquelle je me rallie d'ailleurs, c'est celle d'une hémorragie par chute d'escarre. Par suite de la striction exercée par le collet du sac, il y a eu gangrène herniaire, mais limitée seulement à la muqueuse, ce que prouve l'absence de réaction péritonéale.

Grâce à l'intervention, qui a permis de lever l'agent d'étranglement, le processus de nécrose s'est arrêté dans sa marche et n'a pas gagné les couches profondes. Il s'est donc formé ainsi une escarre purement muqueuse, dont la chute a provoqué une hémorragie, comme autrefois dans les amputations , le sphacèle des lambeaux provoquait à la chute de l'escarre des hémorragies des vaisseaux ligaturés.

Pour pouvoir affirmer d'une façon décisive mon interprétation, il me manque d'avoir pu constater dans les selles sanglantes, les lambeaux muqueux expulsés ; mais une semblable recherche est souvent extrêmement délicate, car les débris sont confondus avec les matières fécales et peuvent être complètement modifiés par elles. Si d'ailleurs, et c'est ce que je pense, la perte de substance se trouve *minime*, il ne peut s'agir que de quelques amas cellulaires en voie de désorganisation, et seules les recherches microscopiques eussent pu en déceler la présence.

Quoiqu'il en soit, c'est à ce dernier mécanisme de sphacèle limité de la paroi que je me range, et c'est lui que je pense devoir incriminer dans ce deuxième cas d'entérorragie.

Dans ma troisième observation, dont je vais maintenant vous donner lecture, vous verrez encore une hémorragie intestinale tardive, mais s'accompagnant de phénomènes plus graves et nécessitant ultérieurement une nouvelle intervention.

Troisième observation. — On amène d'urgence un soir à l'hôpital un malade âgé de 48 ans, atteint depuis six jours de hernie inguinale droite étranglée et qui s'était jusqu'alors refusé à toute intervention.

On trouve une tumeur volumineuse, dure,, mate, douloureuse, immobile avec arrêt absolu des matières et des gaz, ventre tendu, ballonné et vomissements bilieux incessants.

La narcose par inhalation d'éther étant impossible par suite de lésions emphysémateuses assez accusées, on fait une rachianesthésie.

L'intervention me montra une striction très serrée de l'anse intestinale herniée par le collet du sac : mais comme la coloration feuille morte de l'intestin se dissipa sous l'action du sérum chaud, je ne crus pas nécessaire de pratiquer une résection intestinale, opération toujours très grave en pareil cas, et après m'être borné à faire quelques points d'enfouissement au niveau du sillon d'étranglement dont la vitalité me semblait quelque peu douteuse, je réintégrai l'anse dans la cavité abdominale et je fermai la paroi en un seul plan.

Le lendemain, mon malade se trouvait très abattu, se plaignant de douleurs abdominales : le ballonnement avait pourtant presque complètement disparu, le pouls et la température étaient excellents. Même état le jour suivant, aussi le troisième jour, je prescrivis un lavement donné sous très faible pression qui ramena quelques matières.

Tout paraissait donc aller normalement quand mon opéré, qui n'avait jamais cessé de se plaindre de douleurs abdominales assez intenses fit le huitième jour une abondante hémorragie intestinale s'accompagnant d'élévation de la température qui atteignit 39°3, pendant que le pouls grimpait à 120.

Pendant quatre jours, les émissions sanguines se poursuivirent avec la même intensité, mais en s'accompagnant cette fois d'élimination de produits sphacélés, le ventre étant de nouveau tendu et ballonné. Devant cette situation, je proposai une nouvelle intervention qui fut refusée.

Sous l'influence de l'opium, de l'ergotine et du chlorure de calcium, les entérorragies cessèrent bientôt et au bout d'une vingtaine de jours, le malade quittait le service accusant toujours des douleurs internes.

Il ne devait pas tarder à revenir présentant dans la région inguinale droite, un volumineux phlegmon stercoral qui fut incisé. Ultérieurement une laparotomie permit la résection d'une anse grêle sphacélée en partie et adhérente à la paroi abdominale.

Au sujet de cette observation, je puis encore invoquer la même pathogénie que je vous exposais tout à l'heure, à savoir la gangrène herniaire.

Cette fois cependant l'agent d'étranglement ayant pu exercer plus longtemps son action nocive, le processus de nécrose ne s'est pas limité à une seule des tuniques intestinales, la tunique interne, mais a atteint toute la paroi.

Puis, pendant qu'évoluaient ces phénomènes de sphacèle, il y a eu une réaction péritonéale autour de l'anse lésée, ce qui a produit une péritonite localisée, discrète, aboutissant, lors de la perforation intestinale, à la limitation des désordres inflammatoires, se traduisant en définitive au phlegmon stercoral dont je vous ai parlé.

Ici, l'entérorragie toujours tardive s'est accompagnée de réaction abdominale sous forme de tension et de ballonnement du ventre ; ce symptôme joint à la durée et à l'abondance de l'é-

mission sanguine me commandait d'intervenir, et j'aurai pu, si le malade avait consenti à une nouvelle intervention, en supprimant l'anse atteinte de gangrène lui épargner les cruelles souffrances qui l'ont poursuivi si longtemps. C'est d'ailleurs à une deuxième opération qu'il a dû recourir pour amener la fermeture de sa fistule stercorale.

Tels sont les trois cas d'entérorragie que je tenais à vous signaler, cas qui se sont heureusement terminés et qui n'ont présenté qu'une seule fois une complication. Il n'en est pas toujours ainsi, et vous pourrez voir en parcourant les divers travaux parus sur cette question, que si les *entérorragies primitives* celles du début ne présentent pas de gravité de pronostic, c'est-à-dire guérissent sans laisser de troubles fonctionnels, au contraire les *entérorragies tardives* sont beaucoup plus redoutables, car elles annoncent une lésion profonde de l'anse herniée, se traduisant dans la plupart des cas par une perforation suivie bien souvent d'une péritonite mortelle.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Les pleurésies silencieuses chez les tuberculeux. Le silence respiratoire ne présage jamais rien de bon.

d'après le Dr A. Jousset (1).

I. Les pleurésies silencieuses et les pleurésies soufflantes.

Que signifie le *silence respiratoire* dans les pleurésies séro-fibrineuses des tuberculeux ?

Quand l'auscultation d'une pleurésie séro-fibrineuse laisse percevoir un souffle et de l'égophonie, ces bruits sont des bruits respiratoires ; ils prennent, en effet, naissance au niveau de la glotte du larynx, et des bronches ; transmis par le poumon congestionné sous le nom de souffle et de bronchophonie, ils sont transformés en souffle pleurétique et en égophonie par la plèvre, lorsque celle-ci est atteinte à son tour. Le son n'est donc pas élaboré par la plèvre ; celle-ci ne peut que modifier et surtout réduire ce son, formé dans la glotte et les bronches, et déjà transmis par le poumon.

Si le poumon ne transmet rien, l'adjonction d'une couche liquide n'ajoutera donc rien à nos sentations auditives.

Or, le poumon peut, très souvent, ne rien transmettre par le fait que l'abondance de liquide entrave le jeu pulmonaire : mais, dans d'autres circonstances, l'épanchement est médiocre, à peine décelable par la ponction exploratrice, et si la pleurésie est silencieuse, c'est parce que le poumon, lui-même, ne livre rien de bruyant.

Or, c'est ici que se place une importante observation, faite par le Dr Jousset. La voici : cet auteur a remarqué qu'à cette catégorie d'épanchements minimes, silencieux, correspondait toujours un état d'infiltration pulmonaire causé par une tuberculose insidieusement installée depuis longtemps. Or, *la caractéristique de l'infiltration tuberculeuse du poumon est de diminuer les bruits respiratoires ou même de déterminer le silence respiratoire ; dans ces conditions, l'épanchement ne fait qu'accentuer cette tendance.*

Dès maintenant, le silence respiratoire dans la pleurésie séro-fibrineuse du tuberculeux signifie une affection grave.

Par contre, quand le poumon est encore en état de transmettre les bruits respiratoires, c'est que, simplement congestionné, il est resté souple : il souffle et crépite. Survienne un épanchement les crépitations disparaissent, le souffle devient doux et lointain ; de tubaire, il devient pleural, simple affaire de force et de timbre ; mais il demeure. Bref, le souffle et l'égophonie, perçus dans la pleurésie sérofibrineuse, en d'autres termes la pleurésie non silencieuse, signalent simplement un état congestif du poumon, une bacillose fluxionnaire, et non, comme précédemment une tuberculose vraie du poumon ; le cas est moins grave.

En fait, ces deux catégories, forcément un peu schématiques, établies parmi les pleurésies séro-fibrineuses des tuberculeux par la constatation, ou non, du silence respiratoire, correspondent aux deux types des pleurésies bacillaires.

1° *Sans silence respiratoire*, par conséquent avec souffle et égophonie, c'est la pleurésie primitive, ou « *a frigore* », manifestation *révélatrice* de la bacillose.

2° *Avec le silence respiratoire*, c'est la pleurésie secondaire, manifestation accessoire d'une tuberculose *installée.*

Cette division, basée sur le silence, est d'ailleurs confirmée par d'autres signes : évolution, température, cytologie et bactériologie du liquide, cutiréaction. Elle ne fait que traduire deux phases successives dans l'évolution de la tuberculose pleuro-pulmonaire. La pleurésie primitive ne se

(1) Dr André Jousset. — Les pleurésies silencieuses. Leur valeur pronostique. Leur traitement (*Journal des Praticien*, 1er novembre 1930.)

sépare de la pleurésie secondaire que par l'âge et le degré des lésions pulmonaires. Dans la première dite primitive, la surface pulmonaire, sous-jacente à l'épanchement, est enflammée en nappe, congestionnée. C'est une corticalite fluxionnaire devenue exsudative. Dans la deuxième, dite secondaire, le poumon comporte des lésions tuberculeuses de tout ordre, granuliques, infiltrées, caséeuses, cavitaires.

Voyons respectivement les autres éléments de diagnostic :

Evolution. — La pleurésie a frigore s'observe chez les sujets jeunes ; elle est à début brusque, parfois violent avec allure pneumonique, à petite toux sèche, et à évolution cyclique régulière de quinze jours à trois semaines.

La pleurésie secondaire, des sujets adultes, est une affection chronique trainante, pouvant durer des mois ; elle s'attaque aux anciens tuberculeux, voire à d'anciens cracheurs.

Fièvre. — Quelle que soit son élévation thermique, la température évolue avec une régularité absolue dans la pleurésie a frigore ; les oscillations journalières ne dépassent guère : 1° à 1°5 ; tandis que, dans la pleurésie secondaire, la courbe de la température, même avec un niveau plus bas, se distingue par l'irrégularité du tracé, ses à-coups, parfois ses grandes oscillations. La différence, qui existe entre ces deux courbes, doit être remarquée, car elle correspond bien à deux états pulmonaires notoirement différents, à deux avenirs différents, à deux traitements différents

Cytologie et bactériologie du liquide pleural. — *Lymphocytose.* Ce résultat de l'examen cytologique ne fournit que des présomptions vagues ; la lymphocytose n'indique qu'une chose, l'âge et le caractère plus ou moins torpide d'un épanchement, mais nullement sa nature bactériologique. La prédominance lymphocytaire correspond à la pleurésie secondaire ; la prédominance polynucléaire à la pleurésie primitive.

Dans la pratique, l'analyse du liquide doit se borner à deux recherches, dit le Dr Jousset, le dosage de la fibrine et l'examen bactériologique.

Dosage de la fibrine.

On prélève à la seringue 20 à 40 cmc de liquide, dont on attend la coagulation au moins 24 heures. Le coagulum est recueilli, puis filtré sur un carré de toile, exprimé par torsion, lavé à l'alcool et à l'éther, desséché et pesé. Or, les pleurésies primitives fournissent 0 gr. 50 à 2 grammes de fibrine sèche par litre, tandis que les pleurésies secondaires atteignent rarement 0 gr. 50 *le pronostic s'aggrave avec l'abaissement de la teneur en fibrine.*

Examen bactériologique. — Les seuls résultats intéressants sont obtenus par la méthode de l'*inoscopie*, qui permet toujours de retrouver les bacilles générateurs, car la pleurésie primitive ne donne pas de liquide aseptique comme longtemps on l'a prétendu.

La fibrine capte par collage les éléments figurés du liquide, et c'est elle qu'il s'agit d'examiner. Après recueil comme précédemment et coagulation, on filtre liquide et caillot sur un petit carré de toile soigneusement lessivé ; après égouttage complet, on recueille la fibrine, et on l'introduit dans une petit flacon de 20 cc. bouché à l'émeri, très propre et stérilisé, contenant 10 cmc, du mélange suivant :

Pepsine en paillettes (titre 50)	0 gr. 2
H Cl..............................	0 gr. 2
Eau alcoolisée à 10 %..............	100 cc.

On bouche et on fait chauffer le tout doucement à 50° ou 55° jusqu'à dissolution complète du caillot ; cette opération ne demande qu'une 1/2 heure, si le caillot a été soigneusement égoutté et si la pepsine est de bonne qualité.

On centrifuge, et dans le culot étalé, on recherche les bacilles par la méthode de Ziehl, comme s'il s'agissait d'un crachat : il reste seulement des noyaux leucocytaires, le reste a été digéré ; c'est au milieu de ces débris, qu'il faut rechercher les bacilles tuberculeux.

Deux cas à contrôler :

Les bacilles sont rares, mais de type normal, c'est-à-dire allongés et homogènes : il s'agit d'un épanchement à frigore. Ils sont abondants, granuleux, moniliformes, voire réduits en fine poussière rouge au bleue : il s'agit d'une pleurésie secondaire recouvrant un poumon infiltré de tuberculose. La démarcation est des plus nettes.

Cuti-réaction à la tuberculine.

Elle est ordinairement positive dans toutes les formes de pleurésies bacillaires ; mais chaque forme peut déterminer des modalités réactionnelles.

Dans la pleurésie primitive : réaction franche, large, papuleuse, parfois bicolore (centre jaunâtre, pourtour rouge.)

Pour les autres formes: Réaction médiocre et monochrome.

II. Le pronostic de ces variétés de pleurésies tuberculeuses.

Plèvre et poumon étant solidaires l'un de l'autre, le pronostic se réduit au pronostic de l'affection pulmonaire, soit congestive, soit tuberculisante ou caséifiante, qui fait le fond de la maladie.

D'après ce qui a été dit plus haut, nous saurons donc que *les pleurésies soufflantes sont en principe de meilleur aloi que les pleurésies silencieuses* ; de même que la congestion prétuberculeuse est

préférable à la tuberculose constituée, *le silence respiratoire ne présage jamais rien de bon* ».

III. Leur traitement.

Les pleurésies soufflantes, primitives, peuvent à la rigueur se passer d'un traitement bien actif ; l'hygiène, une petite évacuation si l'épanchement atteint la clavicule, en viendront à bout aisément. Mais il faut compter près de 2 ans pour la surveillance du sujet et la cure d'air.

Les pleurésies silencieuses, affections graves, ne se contentent plus de l'hygiène. C'est avec l'allergine que le Dr Jousset a obtenu les meilleurs résultats, guérissant en quelques semaines des pleurésies d'une tenacité désespérante. Dans ces formes résistantes de pleuro-tuberculose, on devra, comme dans les tuberculoses chirurgicales et les tuberculoses torpides, en user avec une certaine hardiesse, on sera surpris des résultats.

G. F.

LA RÉÉDUCATION DE LA VOIX CHANTÉE

Ce travail rédigé par un laryngologiste, G. de Parrel, et une cantatrice professionnelle, Louise Matha, abonde en idées neuves. La question des défauts de la voix chantée et de leur correction y est présentée sous la forme la plus claire et la plus précise. Cet article n'est qu'un chapitre d'un livre actuellement sous presse et qui paraitra prochainement chez Doin. En voici les conclusions :

La *coopération du laryngologiste et du professeur de chant s'impose à l'évidence en matière d'éducation ou de rééducation de la voix chantée.* N'est-il pas illogique de commencer l'enseignement du chant à un élève sans avoir un renseignement précis sur l'état physique de son larynx et de ses cavités de résonance, sur sa capacité respiratoire, sur l'intégrité de son audition, etc ?

En ce qui concerne la rééducation des défauts de la voix chantée, il faut d'abord faire la discrimination entre ceux qui sont dus à une lésion pathologique et ceux qui ne relèvent que de troubles fonctionnels par malmenage ou surmenage. Les premiers appartiennent au laryngologiste, les seconds au professeur de chant.

La plupart des défauts de la voix chantée sont provoqués par un trouble de fonctionnement distinct ou associé de l'un des trois éléments primordiaux de l'acte vocal : la respiration, l'émission ou l'articulation. Il est donc indispensable pour le professeur de chant de posséder quelques claires notions d'anatomie, de physiologie et de phonétique, de manière à pouvoir redresser les erreurs de mécanisme commises par l'élève.

La rééducation des défauts de la voix chantée doit être basée sur ces connaissances élémentaires. *La technique rééducative doit être rationnelle et scientifiquement établie.* Ce n'est qu'à ce prix que le professeur de chant réalisera la correction de défauts graves comme le chevrotement, le nasonnement, l'inégalité vocale et l'instabilité tonale. Encore faut-il qu'il s'entoure de tous les moyens d'enseignement et de contrôle qu'il pourra rassembler, notamment de pièces artificielles d'anatomie, de schémas de physiologie ou de phonétique, d'appareils enregistreurs, etc.

Nous ne sommes plus à l'époque de l'à-peu près et de l'empirismo. *L'éducation du chanteur sera scientifique ou elle ne sera pas.*

Au surplus, pour quiconque observe avec attention les résultats obtenus par les méthodes en usage dans les Conservatoires et les Ecoles de chant, il apparait clairement que la technique vocale pure n'y occupe qu'une place insuffisante. Avant de se lancer dans l'étude du répertoire et dans les difficultés attirantes de l'interprétation, ne faudrait-il pas que l'élève apprenne à se servir de son instrument vocal, à entraîner et à orienter son souffle, à régulariser son débit aérien, à tonifier ses muscles respiratoires , à utiliser dans les meilleures conditions ses cavités de résonance, à articuler correctement ? Que de méfaits vocaux par malmenage ou surmenage seraient ainsi évités ! (*Revue de Laryngologie*, 31 janvier 1931) (1).

Dr Henriette Hoffer.

(1) Cet article est extrait d'un *Manuel de rééducation de la voix parlée* qui sera publié prochainement chez Doin. C'est le premier d'une série de dix manuels de rééducation formant une collection dont nous avons pris l'initiative.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Quelques mots sur l'eugénique et les consultations prénuptiales.

Le Prof. A. COUVELAIRE rappelle qu'en trois pays (Angleterre, France, Etats-Unis) se manifestent, sous des aspects divers, les tendances eugéniques, inspirées par des nécessités nationales, variables d'un pays à l'autre.

Les moyens mis en œuvre peuvent être groupés sous quatre chefs : eugénique constructive par sélection raciale ; eugénique destructrice par stérilisation des procréateurs jugés dangereux pour l'avenir de la race ; eugénique restrictive par réalisation de la limitation des naissances grâce aux techniques anticonceptionnelles ; eugénique curative visant à l'amélioration des conditions individuelles de la procréation.

L'idéal, qui est d'améliorer l'homme de demain, ne doit pas être le résultat d'arbitraires sélections. La sagesse est peut être de cultiver dans l'individu l'instinct qui le porte à avoir un fils, une fille qui le dépasse.

A Paris, l'administration de l'assistance publique vient d'ouvrir, en annexe au service deMaternité du prof. C., une consultation prénuptiale ouverte aux personnes des deux sexes, qui désirent être renseignées sur leur état de santé en vue du mariage, et recevoir les conseils d'ordre thérapeutique, qui éventuellement seraient jugés nécessaires avant toute procréation. Cette consultation fonctionne avec la collaboration de médecins et chirurgiens des hôpitaux spécialisés en phtisiologie, syphiligraphie, urologie, cardiologie et neuro-psychiatrie. (*Le Bulletin médical*, 27 septembre 1930.)

De l'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse (Procédé de P. Delmas.)

M. L. DEVRAIGNE rappelle que le Prof. Delmas a démontré que la rachi-anesthésie assurait l'insensibilité du territoire innervé, et supprimait la contraction et les spasmes de releveur et de l'utérus, ainsi que la poussée de la sangle abdominale, elle aussi relâchée ; par contre, le sympathique et les ganglions utérins intra-pariétaux n'étant par touchés, l'utérus conserve sa contractilité et sa rétractilité, sûrement exagérées. Par conséquent, par la rachi, la douleur utérine provenant de manœuvres intra-utérines lors du travail ou lors d'une section césarienne est supprimée, et tous les organes pelviens, canal cervico-segmentaire compris, sont relâchés. La rétractilité utérine, plutôt augmentée, en assurant le globe de sûreté après l'évacuation utérine, expliquera l'étanchéité parfaite, signalée par tous les auteurs, des tranches utérines, lors des sections césariennes. Il faut y ajouter le silence abdominal bien connu des gynécologues qui opèrent à la rachi.

Pour éviter des accidents, il faut suivre ponctuellement la technique de Delmas : injection dans l'espace sous-arachnoïdien, d'une solution faite extemporanément avec 5 cc. de liquide céphalo-rachidien et 10 centigrammes de scurocaïne en poudre contenue dans une ampoule spéciale fournie par les Usines du Rhône.

Pour conserver le caractère d'entière sécurité de la méthode, il ne faut lui demander que ce qu'elle peut donner : l'assouplissement d'une paroi ayant conservé son intégrité anatomique quand l'obstacle ne relève que de l'absence de travail, ou, celui-ci déclenché, de contracture qui disparaît sous la rachi, ou d'inertie, qui cède, elle aussi, à ce mode d'insensibilisation.

Par contre, ce procédé est à rejeter absolument si ces conditions sont remplacées par quelques modifications, qu'il s'agisse de cicatrices opératoires ou traumatiques étendues d'accouchements antérieurs ; ou de cicatrices inflammatoires, suites soit de cautérisations thérapeutiques, soit de cervicite prolongée (gonococcique le plus souvent). Il en serait de même au cas d'infiltration néoplasique de l'utérus, soit par fibrome, soit par cancer.

Passer outre à ces contre indications serait une faute grave.

Ce procédé ne sera, bien entendu, pas généralisé, surtout aux cas où accoucheurs et gestantes veulent, pour des raisons de commodité personnelle, interrompre la gestation à date fixe.

Avec cette méthode on ne fait, dans les cas où elle est indiquée, courir à la femme que le minimum de risques, si on opère sans violence ou brutalité. Chaque fois que l'on entendait le bruit du cœur fœtal avant d'intervenir, on a extrait l'enfant vivant, sauf quand il s'agissait de débilité congénitale.

Mais cette intervention n'est pas à la portée de tous les praticiens ; elle nécessite une éducation obstétricale certaine, et ne doit être pratiquée que par un spécialiste instruit, habile et prudent. (*Le Bulletin médical*, 27 septembre 1930.)

Les complications oculaires de la vaccine.

Les lésions vaccinales dues à une inoculation accidentelle de l'œil ou des paupières sont assez

rares ; mais il importe que tous les praticiens connaissent bien la vaccine de l'œil.

L'œil, précise P. Toulant, ne participe pas à l'immunité acquise par une vaccination préalable ; les sujets vaccinés avec succès peuvent être atteints de pustules vaccinales typiques de la paupière ou de la conjonctive, ou de kératite vaccinale. Une pustule vaccinale de la paupière n'immunise même pas le reste de l'œil.

L'inoculation est parfois consécutive à une blessure très superficielle faite par une pointe d'ivoire, ou un vaccinostyle, souvent aussi par un fragment de verre du tube à vaccin. Mais une plaie n'est pas nécessaire, et c'est parfois la simple projection d'une gouttelette de vaccin, qui a inoculé la cornée ou la conjonctive. D'autres fois, ce sont les doigts souillés du virus, qui viennent ensemencer le bord palpébral ou le canthus interne. D'ailleurs, l'inoculation de l'œil n'est pas toujours positive ; le lavage de la gouttelette projetée peut suffire à protéger le sujet.

La blépharite ou la conjonctivite vaccinale ne présentent pas de caractères bien particuliers. La kératite vaccinale est de beaucoup la lésion la plus sévère ; elle peut être primitive ou secondaire aux lésions précédentes ; la cornée ne réagit pas à l'infection vaccinale par une papule ou une pustule ; dès le début se forme un ulcère ; celui-ci peut très bien ne pas s'accompagner d'opacification, d'où la difficulté de le voir, même à l'éclairage oblique ; l'instillation de quelques gouttes de bleu de méthylène (1 p. 500) en facilite la découverte, en teintant l'ulcération par le colorant. Au bout de quelques jours la cornée s'opacifie sur une plus large étendue, puis surviennent des signes d'iritis et de cyclite. Les douleurs sont en général très vives.

L'incubation de la variole oculaire est plus courte (2 à 4 jours) que celle de la variole cutané ; la durée de la maladie est souvent fort longue ; il peut subsister des taies, des synéchies ; parfois, il y a perforation de la cornée et fonte purulente de l'œil.

Le traitement local n'a rien de spécial. La chloramine à 1 p. 100 donne le plus souvent des résultats excellents ; ni ce médicament, ni le bleu de méthylène à 1 p. 500 n'agissent contre l'infection profonde ; mais ils évitent l'infection secondaire de l'ulcère vaccinal. La ponction de la chambre antérieure paraît légitime dans une affection aussi grave. Comme traitement général, on recommande les médications par le choc, les injections de lait.

Il faut éviter avant tout cet accident oculaire de la vaccination (lunettes protectrices des vaccinateurs) ; on évitera aussi que les jeunes bébés s'inoculent par grattage.

S'il y a inoculation, faire un lavage soigneux et une antisepsie sévère comme pour l'ophtalmie du nouveau-né (nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100, protargol fort à 10 p. 100. chloramine à 2 p. 100). (*Paris médical*, 6 septembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les ganglions sous-trapéziens dorsaux.

(M. Rouviere. — *Académie de médecine* ; 6-1-1931.)

On a décrit dans les parties molles qui recouvrent la paroi postérieure du thorax un certain nombre de ganglions lymphatiques superficiels, d'ailleurs inconstants. Personne, jusqu'à ce jour, n'avait signalé, dans cette région, l'existence de ganglions plus profonds, sous-aponévrotiques. De récentes recherches sur les lymphatiques des muscles de la région postérieure de la paroi thoracique ont permis à M. Rouvière de constater la présence, entre certains plans musculaires, de ganglions intéressants à connaître anatomiquement et pathologiquement.

Ces ganglions forment deux groupes : un groupe sous-trapézien dorsal dont les éléments, au nombre de 1 à 3, s'échelonnent sous le trapèze ; un groupe scapulaire postérieur, placé sous le rhomboïde, le long du bord spinal de l'omoplate.

Ces groupes ganglionnaires sont constants. Ils peuvent être le siège d'adénopathie tuberculeuse et cancéreuse et aussi d'adénite aiguë. Récemment, dans sa thèse (1929), M. Rollet du Coudray a relaté des observations, recueillies pour la plupart dans le service de M. Ombrédanne, d'adénites aiguës ou chroniques, parfois avec torticolis, intéressant les dits ganglions sous-trapéziens cervicaux (adénites sous-trapéziennes).

Grands traumatismes de la colonne vertébrale sans troubles médullaires.

(M. Caraven, d'Amiens. — *Société de chirurgie* ; 29-10-1930.)

On a appelé l'attention, au dernier Congrès de chirurgie, sur les fractures par tassement des corps vertébraux lombaires. Elles ne s'accompagnent ni de déplacement, ni de troubles médullaires et elles sont souvent méconnues. Assez fréquentes, elles constituent la majeure partie des cas de maladie dite de Kümmel.

Plus rares sont les mêmes lésions en d'autres parties de la colonne vertébrale et en particulier au niveau du cou. M. Caraven en signale 4 cas concer-

nant des luxations ou des fractures sans troubles paralytiques et primitivement méconnues. Ces lésions, nécessitant l'immobilisation plâtrée, laissent des séquelles douloureuses, de la raideur du cou et des incapacités de travail souvent importantes. Les seuls signes de certitude sont fournis par la radiographie qui sera faite immédiatement chez tout blessé se plaignant de douleur vertébrale post-traumatique, même sans déformation de la ligne des apophyses épineuses.

Traitement de l'arthrite sèche du genou par l'arthroplastie

(MM. GERNEZ et MOULONGUET. — *Société de chirurgie* 29-10 1930.)

On connaît la situation lamentable des malades atteints de ces cruelles lésions articulaires dont la nature reste encore si mystérieuse et que l'on désigne sous le nom d'arthrite sèche. Chez une femme de 37 ans, devenue impotente à la suite d'une chute sur le genou, la marche et le mouvement réveillant des souffrances aiguës, la radiographie montrant des altérations étendues mais peu profondes d'arthrite sèche, les auteurs pratiquèrent une arthroplastie modelante. Cette femme, qui était une véritable infirme, malgré tous les traitements précédents, cessa de souffrir et put reprendre son métier de cuisinière.

Traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

(M. Jean MURARD, du Creusot. — *Société de chirurgie*; 29-10-1930.)

M. Paul Mathieu présente, au nom de M. Murard, du Creusot, une observation de luxation récidivante de l'épaule traitée par la méthode de Oudard (insertion d'un greffon osseux dans l'apophyse coracoïde pour y former une butée). Le malade, revu après sept mois, avait repris et continué son travail sans la moindre gêne.

L'opération décrite par Oudard, en 1924, a donné en général des résultats pleinement satisfaisants à tous ceux qui l'ont utilisée. On ne discute plus actuellement, à ce sujet, que sur quelques points de détails: nécessité ou non d'adjoindre un temps capsulaire à la greffe osseuse ; technique de la réalisation de la butée.

— M. Raymond GRÉGOIRE remarque que la luxation récidivante de l'épaule est guérie par une butée osseuse, tout comme une affection qui lui est similaire : la luxation congénitale de la hanche. De fait, la luxation récidivante de l'épaule serait, pour l'auteur, la conséquence d'une malformation congénitale de l'épaule, malformation portant non seulement sur le squelette de l'articulation, mais encore sur les ligaments et sur les muscles périphériques. M. Grégoire appuie son opinion sur une série de travaux personnels.

Cancer du lobe axillaire du sein.

(M. J. FIOLLE, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 10-12-1930.)

M. Fiolle a soigné une malade de 53 ans qui présentait une toute petite tumeur du creux axillaire. La lésion siégeait sous la peau ; elle répondait exactement au centre du creux axillaire quand on levait le bras, et descendait d'un centimètre environ quand le bras se rapprochait du corps. Consistance dure, presque cartilagineuse.

L'auteur pensa à une formation néoplasique aux dépens d'un lobe aberrant du sein, en plein creux axillaire. En mobilisant le sein correspondant, on sentait une sorte de prolongement en haut, sous le pectoral.

La petite tumeur étant enlevée, on pratiqua une biopsie qui fit conclure à un épithélioma atypique développé dans un prolongement axillaire du sein.

M. Violle conseilla et eut recours à une intervention large, ablation du sein, des pectoraux et du groupe ganglionnaire correspondant. C'est le traitement qui lui paraît, en pareille éventualité, le plus prudent. Une *minuscule* néoplasie sous-cutanée de l'aisselle l'a ainsi conduit à une grosse opération sur le sein et les lymphatiques de la région.

P. L.

A propos de la guérison d'un cas de grande insuffisance cardiaque.

(MM. Sigismond BLOCH et Félix TIXIER. — *Société de thérapeutique de Paris* ; 12-11-1930.)

Les auteurs ont soigné une femme d'une cinquantaine d'années, qui, en pleine ménopause, en proie à des soucis de toutes sortes, à la suite d'une forte émotion, entre de plein-pied à la faveur d'une crise de tachycardie dans l'insuffisance cardiaque progressive. Cette défaillance cardiaque se joue des cardiotoniques et diurétiques habituels. La mort paraît imminente. A la suite d'administration de neptal et de scille se produit une débâcle urinaire intense, avec disparition des œdèmes et suppression progressive de tout signe d'insuffisance cardiaque.

Comment interpréter ce cas de guérison d'une asystolie, qui paraissait irréductible ; très probablement, parce qu'il s'agissait d'une myocardie et non pas d'une myocardite.

Les hémoptysies au cours du pneumothorax thérapeutique et leur traitement.

(MM. CAUSSADE et A. TARDIEU. — *Société de thérapeutique de Paris* ; 12-11-1930.)

Voici de quelle manière, les auteurs envisagent la question.

a) Contre les hémoptysies provenant du côté opposé au pneumothorax en cours, qu'elles dépendent ou non d'une poussée évolutive, un traitement médical s'impose . Il consiste en médications coagu-

lantes, qui ont fait leurs preuves : 1/4 de lobe postérieur d'hypophyse dilué dans 10 cmc. d'eau physiologique stérilisée, en injections toujours intra-veineuses (jamais intra-musculaires), poussées très lentement (plusieurs minutes), et l'anthéma (sérum animal), en injections sous-cutanées aux doses de 10, 20, 30 cmc. Le pneumothorax en cours sera abandonné momentanément, car il risquerait de propulser dans le poumon qui saigne une masse sanguine, qui peut être considérable.

b) Hémoptysies traumatiques (déchirure, au moment de la ponction, d'une adhérence pleurale ou d'un fragment de poumon collé contre la paroi thoracique) ; immédiates ou au bout de quelques heures. Abandonner le trocart, et se servir de l'aiguille, que l'on enfonce à une certaine distance de la ponction précédente. Renoncer au pneumothorax après une radiographie montrant des adhérences étendues. S'il n'en est pas ainsi, on le continuera, mais l'insufflation sera pratiquée lentement, en petite quantité, en tension négative autant que possible.

c) Hémoptysies par compression ou décompression brusques. Dans le premier cas c'est l'opérateur qui est fautif. Recourir au traitement médical précédemment indiqué. Repos absolu. Ne soustraire, ni insuffler de gaz et abandonner le pneumothorax à lui-même jusqu'à la limite suffisante pour des insufflations ultérieures. Dans le second cas (décompression rapide), il faut réinsuffler, mais toujours à petites doses progressives, et autant que possible, en pression négative.

d) Hémoptysies par mobilité excessive du médiastin et torsion des troncs veineux hilaires. Cette éventualité ayant pu être reconnue ou soupçonnée par des radioscopies antérieures, il faut, pour éviter des hémoptysies, procéder au pneumothorax avec lenteur et s'arrêter au moment dangereux (radioscopie indiquant un mouvement de torsion) ; mais, si l'éventualité, signalée plus haut, survient brusquement, il faut soustraire des gaz lentement et par étapes successives ; les insufflations ultérieures seront modérées.

e) Hémoptysies rebelles. Poursuivre prudemment le pneumothorax en cours. Cependant, on renoncera à toute insufflation, si les hémoptysies persistent très abondantes, et alors on emploiera les médicaments coagulants, cités plus haut.

f) Hémoptysies récidivantes. S'il s'agit d'une tuberculose fibreuse, il faut penser à la fragilité des néo-vaisseaux, supprimer le pneumothorax et employer un traitement exclusivement médical : substances coagulantes ou vaso-dilatateurs de la circulation périphérique. Quand ce sont des hémoptysies d'hypertendus veineux avec cœur droit dilaté et foie hypertrophié, les tonicardiaques, diurétiques et saignées sont indiquées. Le pneumothorax sera décompressé plus ou moins suivant les circonstances.

Enfin, quelle que soit la forme de l'hémoptysie, on pensera toujours à l'hémogénie pouvant intervenir seule ou secondairement : médications coagulantes.

Le régime carné dans l'ictère catarrhal.

(M. P. Chevallier. — *Société de thérapeutique de Paris* ; 12-11-1930.)

Aujourd'hui encore, le régime lacté a toujours la préférence des traités classiques. Mais l'auteur reconnaît au régime carné de sérieux avantages dans l'ictère catarrhal, dont le début est d'ailleurs marqué par un embarras gastro-intestinal. Il exclut d'emblée la spirochétose ictéro-hémorrhagique, qui se traite davantage comme une néphrite aiguë que comme un ictère.

Naturellement, pas de viande à la période d'intolérance digestive sans ictère ; pas de viande, non plus, lorsque la jaunisse apparaît, alors que la période digestive et la période ictérique chevauchent et que le malade est encore nauséeux. Mais, très vite, l'ictère est d'un beau jaune — faible ou intense — et l'appétit commence à renaître. Eh bien, il faut donner de la viande, dès que le malade l'accueille avec plaisir. La jaunisse peut ensuite durer huit jours ou quatre semaines, peu importe : la viande est admirablement digérée. Une albuminurie et une hyperazotémie notables seraient sans doute des contre-indications ; il ne semble pas d'ailleurs utile de les rechercher, car, lorsque les malades présentent ces symptômes (d'ailleurs exceptionnels dans l'ictère catarrhal), ils n'ont point cette euphorie générale, qui appelle l'alimentation.

Dès que se calment les phénomènes gastriques, et que commence à disparaître le dégoût des aliments, on offre d'abord au malade un peu de pâtes, de fruits cuits et quelques bouchées de viande. En deux à trois jours, on atteint progressivement la pleine alimentation carnée. A chaque repas on donne 100 gr. de viande environ ; on peut aller souvent jusqu'à 200 gr. Bien que la viande de bœuf ou de cheval soit la mieux digérée, on peut parfaitement donner, une fois par jour, quelque peu de veau, de jambon, de mouton ou de poulet. La viande doit être aussi peu cuite que possible, mais cependant toujours préparée de façon appétissante, suivant les préférences du malade.

L'ictérique peut et doit manger à sa faim; mais il ne doit pas dès qu'il commence à manger, manger trop à la fois : plusieurs petits repas par 24 heures. Avec la viande, on permet les légumes cuits, les pâtes, les fruits cuits ou crus (bien mûrs). Les compotes de pommes ou de rhubarbe sont recommandées pour les collations ; elles combattent la constipation. Les aliments sont salés au gré du malade.

Certains aliments doivent être proscrits d'une manière absolue. Ce sont, les aliments gras (graisses, crèmes, entremets, œufs, gâteaux, etc.) ; les aliments fermentés et en particulier le pain, qui, chez les ictériques provoque très rapidement des troubles digestifs.

A part le sulfate de soude (10 gr., 2 ou 3 fois par semaine), les médicaments, même à petites doses, n'ont guère d'intérêt. L'eau doit être ici considérée

comme un médicament ; les malades doivent boire beaucoup pour éliminer et diluer leurs urines foncées.

Sur l'ictère lui-même, le régime carné n'a pas d'action ; il ne favorise même pas les reprises fébriles après la disparition de l'ictère ; il ne favorise pas non plus l'ictère grave.

Par contre, le régime carné relève admirablement l'état général ; la dépression disparaît avant l'ictère ; ainsi en témoigne aussi l'évolution nettement moins favorable chez les malades « témoins », qui ne mangent pas la viande rouge saignante ; les légumes associés servent à rassasier le malade s'il a faim.

MM. Lesné et Leven, par des remarques intéressantes, renforcent cette communication.

G. F.

Société scientifique française de chirurgie réparatrice plastique et esthétique.

Séance du 23 janvier 1931.

De la génitoplastie masculine.

M. le Dr Dartigues (de Paris) rappelle que les organes génitaux masculins et féminins se prêtent à des restaurations plastiques qu'il s'agisse de vice de conformation congénitale, de traumatisme, de lésions pathologiques. Il décrit la technique d'un procédé fait en collaboration avec Bonamy et qui consiste à refaire les enveloppes des bourses et une gaîne au pénis par des lambeaux cutanés pris aux parties voisines. De toute façon, il ne faut jamais recourir d'emblée à l'émasculation totale sans s'être assuré préalablement de l'état des testicules qui sont dans la profondeur.

Conformation morphologique du sein après la mammectomie totale.

Drs Dartigues et Leydier (de Paris). — Toute correction plastique doit se rapprocher le plus possible des canons artistiques. Le sein esthétiquement pur est le sein de la vierge adulte et d'après les anatomistes la mamelle ne comprend alors dans son épaisseur que 1 /3 de glande noyé dans 2 /3 de graisse. La mammectomie totale enlevant la glande mais conservant un excès de graisse rétablit un relief suffisant avec des muscles et un thorax développés ensuite par la culture physique.

Présentation de cas d'orteils en marteau.

M. le Dr Wallet (de Paris) a démontré, une fois de plus, avec malades guéris à l'appui, qu'ainsi que toutes les autres affections courantes des pieds, les orteils en marteau ne résistaient jamais à une intervention bien faite.

Chirurgie esthétique des doigts.

M. le Dr Montant (de Paris) a présenté : 1° deux blessés ayant eu un panaris profond de la phalange unguéale avec ostéite de la phalangette traité par une méthode conservatrice qui a permis la reconstitution de la phalangette avec cicatrisation esthétique des parties molles par intervention secondaire ;

2° Un cas de panaris grave de la gaine du médius traité par l'excision large des tissus infectés, guéri, avec intégrité absolue des mouvements de flexion et d'extension.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 6 février 1931.

Allocution du Président : M. Barbarin.

La diathermie dans le traitement des phlébites.

M. Vignal fait un rapport sur un travail de M. Vaudescal (de Paris), qui a appliqué avec de bons résultats les courants de haute fréquence, au traitement des suites de phlébites.

Traitement des varices par l'éther.

M. Hautefort fait un rapport sur un travail de M. Pasquin-Lopez (de Tucuman, République Argentine), préconisant les injections d'éther comme agent sclérosant ; c'est une variante de la méthode de Sicard, qui paraît avoir donné à son auteur de bons résultats. M. Hautefort pense qu'il faut faire des réserves sur une méthode qu'on serait mieux à même de juger avec des documents cliniques plus détaillés.

Vissage d'une fracture de l'olécrane sous anesthésie locale.

M. Dupuy de Frenelle a utilisé chez une femme un double vissage pour une fracture à grand écartement. Les vis utilisées sont longues de six centimètres et sont implantées dans l'olécrane et dans le pilastre osseux formé par le bord postérieur du cubitus. Résultat anatomique et fonctionnel excellent.

M. A. Treves préfère l'hémicerclage qu'il fait avec du tendon de renne.

M. Judet utilise aussi le fil résorbable.

Quelques résultats de résection du nerf présacré.

M. J. Lanos montre, avec des observations personnelles, quels bons résultats on peut obtenir dans le dysménorrhées et dans certaines névralgies pelviennes rebelles à tous traitements médicaux par la résection du nerf présacré suivant les indications et la technique de Coste.

A propos d'un kyste du sein.

M. R. Français a observé une malade nullipare ayant subi une amputation du sein droit et qui six ans après a présenté au niveau du sein gauche une poussée subaiguë de mammite à forme kystique. L'auteur, en 8 ans, a retiré trois fois par ponction, un liquide que l'analye a montré être du pus stérile.

La quantité diminuait à chaque ponction au fur et à mesure que s'accusait la sclérose de la glande qui se manifeste actuellement sous l'aspect décrit par Reclus (petites masses grenues dures). M. Français se demande si la lésion ayant nécessité l'amputation était bien un épithélioma.

Péristaltisme immédiat provoqué par le sérum hypertonique intra-veineux.

M. R. Bonneau insiste sur un signe qui l'a fréquemment frappé et qui apparaît quelques minutes après ou au cours de l'injection intra-veineuse de sérum hypertonique : c'est l'expulsion de gaz par l'anus. Il y a là une action immédiate sur le péristaltisme intestinal qui contribue à l'amélioration rapide de l'état général.

Quatorze résections gastriques pour ulcus térébrants de la petite courbure.

M. Leplat (de Cahors) qui utilise les techniques de Victor-Pauchet, est partisan des anesthésies rachidiennes locales ou régionales, et montre en se basant sur quatorze interventions, que les résultats éloignés sont incomparablement supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie.

Ouverture dans les cavités séreuses d'abcès amibiens du foie.

M. Bressot (de Constantine) a observé chez deux malades des ouvertures d'abcès amibiens du foie, une fois dans la plèvre, une fois dans le péritoine. La situation de l'abcès, plus que sa grosseur, est facteur de cette ouverture spontanée.

Autogreffe osseuse de l'humérus pour une large pseudarthrose. Résultat au bout de seize ans.

M. Dupuy de Frenelle présente ce blessé qui a conservé un bras robuste, de volume et de force normaux. Le long greffon utilisé a été prélevé sur le péroné. La greffe fut consolidée par une plaque vissée.

T ois amputations abdomino-périnéales du rectum.

M. Victor-Pauchet présente trois amputations abdomino-périnéales du rectum faites il y a trois ans ; les anus sont continents ; les sujets ne portent aucun appareil, ils vont à la selle une ou deux fois par jour, d'une façon réglée. La mortalité de cette opération est très faible ; les résultats éloignés sont excellents, incomparablement supérieurs aux résultats obtenus il y a quelques années.

Tumeur villeuse de la moitié droite du côlon transverse.

M. Victor-Pauchet présente une pièce opératoire enlevée par hémi-colectomie droite suivie d'anastomose latéro-latérale à muqueuse fermée faite au bistouri électrique, et anus à soupape.

Daviers à branches parallèles et à mors amovibles. Plante-vis pour fixer directement les vis dans l'os

M. Dupuy de Frenelle présente ces instruments qu'il utilise dans l'ostéosynthèse.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

Paris, 6-11 *octobre* 1930 (1)

Première question

Spondylite traumatique. Maladie de Kümmell-Verneuil

Résumé du rapport de MM. Frœlich (de Nancy) et Mouchet (de Paris).

Historique. — M. H. Kümmell décrit, le premier, cette affection en 1891, au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Halle.

L'année suivante, Verneuil, qui paraît ignorer le travail de Kümmell, présente à l'Académie de médecine, en collaboration avec Fournier, une observation qu'il intitule : « Fracture de la colonne vertébrale par cause musculaire, longtemps méconnue et révélée par l'apparition des douleurs névralgiques en ceinture et d'une gibbosité tardive ».

Il est donc juste de désigner cette maladie sous le nom de Kümmell-Verneuil.

La dénomination de « spondylite traumatique » a le tort de sous-entendre une origine inflammatoire, mais elle est rapide et tend à se généraliser.

Trois éléments caractérisent le syndrome morbide en question :

I. Un traumatisme généralement peu important suivi pendant quelques jours de symptômes légers.

II. Un intervalle libre de bien-être relatif quelquefois assez long.

III. Une difformité progressive et tardive du rachis : cyphose et quelquefois scoliose avec réapparition des douleurs.

Pour Kümmell, il s'agirait d'une ostéite raréfiante; pour Heule, d'une ostéomalacie des corps vertébraux provoquée par des troubles vaso-moteurs, une hy-

(1) Association de la Presse médicale française.

pérémie active, persistante, d'origine artérielle.

Virchow et Recklinghausen croient à une ostéite atrophiante sur base neurotique provoquée par des épanchements sanguins dans la moelle.

Mickulicz pensait qu'un hématome extra et sous-dural pouvait donner les symptômes de la spondylite par infiltration des racines et des ganglions spinaux.

Pour Kocher et Kœnig, la spondylite traumatique n'est qu'une fracture partielle du corps vertébral avec affaissement dû à une surcharge trop hâtive du cal en voie de formation.

Kümmell a renoncé à sa théorie de l'ostéite raréfiante et se range à l'opinion de Kocher et de Kœnig, ainsi du reste que Schulz, Oberst, Trendelenburg.

En France, Verneuil et Kirmisson parlent d'une fracture par tassement de la colonne vertébrale.

En 1905, Frœlich, dans la thèse de son élève Chappat, écrit : « La lésion primitive est une fracture anatomique ou histologique d'une ou plusieurs vertèbres ; le mécanisme du ramollissement secondaire, qu'il soit rattaché à une irritation du cal de la fracture ou à des troubles trophiques, consiste en une décalcification de l'os. Les lésions nerveuses semblent dépendre soit d'une contusion de la moelle ou d'une hématomyélie, soit d'une pachyméningite traumatique ».

Enfin, en 1930, Leriche, dans le *Lyon chirurgical*, donne son opinion sur la maladie de Kümmell. C'est pour lui un cas particulier des ostéoporoses post-traumatiques par hyperémies.

Pathogénie. — La dénomination « Kümmell-Verneuil » ne doit être donnée qu'à des affections post-traumatiques de la colonne vertébrale survenues chez des sujets indemnes de toute altération antérieure du squelette.

On ne doit pas davantage comprendre, sous cette appellation, les fractures évidentes du rachis succédant à un traumatisme important.

Ceci dit, deux opinions pathogéniques sont en présence :

a) Celle de Kümmell, qui explique les lésions par une altération trophique ;

b) Celle de Verneuil qui les explique par l'existence d'une fracture.

Cette différence dans la façon de concevoir la pathogénie de cette affection n'a pas empêché les deux auteurs de donner de l'évolution clinique un tableau identique.

Verneuil parle d'une fracture de la IX^{e} dorsale dans le cas qu'il a observé. Il n'y eut ni autopsie, ni radiographie puisque aussi bien l'observation remonte à 1892.

Kümmell parle de troubles de nutrition au sein de la vertèbre, mais ne rejette pas l'idée de fracture par tassement bien qu'il la croie exceptionnelle.

Verneuil n'est pas non plus très éloigné de l'opinion de Kümmell puisqu'il parle d' « ostéite traumatique » consécutive à des mouvements du rachis ayant amené une attrition légère d'un corps vertébral.

Schmorl (de Dresde) a publié, en 1926, de magnifiques travaux sur la question et les rapporteurs y voient comme une confirmation de la théorie de la fracture.

Sur des rachis prélevés à l'autopsie de sujets ayant succombé à des traumas, Schmorl a mis en évidence, en dehors de la lésion mortelle viscérale ou rachidienne, tantôt des fractures trabéculaires siégeant sur d'autres corps vertébraux, tantôt des hémorragies intra-osseuses que la clinique n'avait pu déceler huit jours après l'accident.

Dans d'autres cas, il s'agissait d'une fracture étoilée de la corticale supérieure d'une vertèbre chez un sujet mort quinze jours après le trauma.

Ces lésions étaient compatibles avec la marche. Cette marche aurait troublé plus ou moins vite la formation du cal et peu à peu le rachis se serait affaissé amenant la déformation et les symptômes médullaires tardifs.

Ces fractures des vertèbres s'accompagnent de lésions des disques intervertébraux. Ceux-ci sont aplatis et leur tissu fibreux est étiré si, dans les jours qui suivent l'accident, la colonne vertébrale reçoit une certaine surcharge.

Des fissures apparaissent au niveau de la corticale sur les faces supérieures et inférieures des corps vertébraux par lesquelles des masses fibro-cartilagineuses parties des disques, pénètrent dans le tissu spongieux des vertèbres.

De ses recherches, Schmorl conclut même que des lésions graves peuvent apparaître à distance dans les vertèbres siégeant loin de la fracture.

Certains auteurs, il est vrai, notamment Harrenstein, n'accordent pas à ces nodules des corps vertébraux une importance considérable. On les aurait rencontrés souvent chez des sujets d'une vingtaine d'années. Pour ces auteurs, il s'agirait de formations congénitales, reliquat de la corde dorsale primitive.

Quoi qu'il en soit, des observations nombreuses et des recherches radiographiques patientes ont montré que la production d'une fracture ne nécessite pas toujours un traumatisme important.

L'insuffisance de ce traumatisme initial et le peu d'intensité des symptômes au début, ne doivent donc pas faire écarter l'hypothèse d'une fracture par compression ou tassement.

Le choc minime du début entraîne un déséquilibre statique de la colonne vertébrale, et celle-ci, obligée de faire face à des conditions physiologiques nouvelles, s'adapte mal et lentement.

Il s'ensuit une série de traumatismes nouveaux, répétés, entraînant une hyperémie raréfiante suivie, à son tour, de tassement et finalement d'ossification.

« Tout traumatisme, dit Leriche, est avant tout, du point de vue biologique, un traumatisme de la motricité qui s'inscrit habituellement dans le sens d'une vaso-dilatation active ».

Toute non-dilatation active, en même temps

qu'elle modifie notablement la nutrition et l'état du tissu conjonctif à son niveau, produit de la raréfaction du squelette.

Après un stade de résorption osseuse, un appel calcique se produit et l'ossification succède à la raréfaction.

Mais au niveau des corps vertébraux, la consolidation est lente en raison de l'abondance du tissu spongieux.

Dans ces conditions et à cause également de l'absence complète d'immobilisation de la colonne vertébrale à la suite d'un traumatisme presque toujours insignifiant, on voit évoluer la maladie, insidieusement vers la gibbosité et les troubles nerveux.

Anatomie pathologique. — Elle n'est vraiment bien connue que depuis les progrès récents de la radiographie. Elle nécessite des épreuves multiples de face et de profil.

Un cliché pris à peu de distance de l'accident montre l'intégrité des corps vertébraux.

Renouvelé six semaines plus tard, il dénonce un affaissement net des vertèbres ; des stalactites osseuses de renforcement s'aperçoivent à la périphérie.

Des épreuves tirées de profil révèlent souvent des fissures et des ostéophytes en même temps qu'elles confirment l'aplatissement des corps vertébraux.

Au troisième stade de la maladie, la vertèbre est tassée surtout dans sa portion antérieure, cependant que sa face postérieure conserve sensiblement sa hauteur. Les faces supérieure et inférieure convergent en avant. L'ensemble prend l'aspect d'un coin à sommet antérieur ; cette déformation est quasi pathognomonique

D'autres altérations sont souvent visibles sous forme d'irrégularités osseuses, de bavures, d'épines, le tout probablement dû à des zones d'ossification périostique.

Exceptionnellement, comme l'a observé Frœlich, cet aplatissement en cône n'existera pas, mais à son défaut on notera des fissures étendues sur plusieurs corps vertébraux.

Parfois le cliché révélera le remplacement au sein des vertèbres du tissu spongieux par du tissu cartilagineux parti des disques voisins.

(A suivre).

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Gaston Doin et Cie
8, place de l'Odéon.

Raymond Passot. — **Chirurgie esthétique pure.** Techniques et résultats. In *Collection des Actualités de médecine pratique* (R. J. Weissenbach, directeur.) Un vol. in-8° 300 p., 80 fig. et 8 pl. hors-texte. Prix : 45 fr.

Roger Glénard. — **Réactions vaso-motrices du foie en clinique.** In *Collection des Actualités de médecine pratique.* Un vol. 240 p., 19 fig. 4 pl. hors texte. Prix 30 fr.

Daniel Critzman. — **La goutte. Son mécanisme et son traitement.** In *Collection des Actualités de médecine pratique.* Edition posthume mise au point par le Dr Jacques Forestier. Un vol. in-16 240 p. Prix : 25 fr.

G. Parturier. — **Problèmes sous-hépatiques.** In *Collection des Actualités de médecine pratique.* Un vol. in-16. 272 p. Prix : 32 fr.

Paul Ribierre et Ed. Pichon. — **Manuel de pathologie rénale.** Un vol. in-8°, 710 pages, 14 fig. Prix : 90 fr.

Pierre Rousseau et Pierre Nyer. — **La pratique de l'ionisation.** Application médico-chirurgicale. Un vol. in-8°, 168 p., 28 fig., 8 pl. Prix : 32 fr.

Ed. Michon et L. Michon, chirurgiens des hôpitaux. **Pratique urologique chirurgicale.** Un vol. in-8°, 250 pages, 63 fig. et 20 pl. dont 4 en couleurs. Prix : 75 fr.

Prof. Merklen et E. Aron. — **Les cardio-rénaux.** *Etude clinique.* In *La Pratique médicale illustrée.* Un vol. in-8°, 42 p. avec 1 pl. Prix : 15 fr.

E. Lesné et A. Boutelier. — **La syphilis héréditaire larvée.** Clinique. Diagnostic. Traitement. In *La Pratique médicale illustrée.* Un vol. in-8° 56 p. Prix : 14 fr.

G. Billard. — **La phylaxie.** In *Collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques.* Un vol. in-8°, 96 pages. Prix : 16 fr.

Sir William Hamer. — **Epidémiologie ancienne et nouvelle.** In *Collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques.* Un vol. in-8°, 184 pages. Prix : 32 fr.

Vigot frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

J.-P. Tourneux. — **Conférences de clinique chirurgicale pratique** (1re série). Un vol. 438 p. Prix : 40 fr.

Les Etincelles,
34, rue des Archives, Paris.

Dr A. Sécheret. — **Fin de chevauchée.** Comment l'ancien combattant vrai est peu à peu devenu, sans s'en douter, un *mutilé inconnu.* (Prix : 12 fr.)

BOIVIN et CIE ÉDITEURS,
3 et 5, rue Palatine, Paris IVe.

Gustave COHEN, Professeur à la Sorbonne. — **Un grand romancier d'amour et d'aventure au XIIe siècle : Chrétien de Troyes et son œuvre** (1 vol. in-8° 516 pages. Prix : 60 fr.)

Chez Amédée LEGRAND,
93, boulevard Saint-Germain.

Prof. Spyridion ŒCONOMOS, professeur d'urologie à la Faculté d'Athènes. — **L'infection coli-bacillaire de l'appareil urinaire.** (Un vol. in-8°, 292 pages. Prix : 35 fr.)

Y. CADORET,
Imprimerie de l'Université, 3, place Saint-Christoly,
Bordeaux.

Bernard SALINGARDES, docteur en droit. — **L'assurance sociale contre la maladie.** Préface de M. J. GUYOT, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Un vol. 216 pages.)

Les Thèses

P. — Dr Henri MONNIER. — **Etude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes.** (Edit. méd. Maloine, Paris, 1930.)

Les faits de guérisons, obtenues au Sanctuaire de Lourdes, ne peuvent se discuter ; ils existent. Leur explication scientifique seule amène chez les médecins des divergences de vue.

Dans une thèse soutenue à Paris le 7 avril 1930, sous la présidence de M. le Prof. Loeper, thèse qui a obtenu la *mention très honorable*, M. le Dr Henri Monnier, étudie trois cas de guérison : l'un ayant trait à un fibrome utérin qu'un mauvais état général avait rendu inopérable, fut guéri soudainement pendant un bain à la piscine ; un second cas ayant trait à une boiterie avec raccourcissement de trois centimètres ; enfin le dernier était celui d'un mal de Pott avec paraplégie. Ces deux dernières guérisons se manifestèrent brusquement à Lourdes au cours d'une cérémonie du culte catholique.

M. le Dr Henri Monnier recherche en toute sincérité les causes qui auraient pu déterminer ces guérisons soudaines. Il n'en trouva qu'une en étudiant minutieusement l'observation des malades et les circonstances de leur guérison : l'action de la foi chrétienne. Mais, prévoit M. le Dr Henri Monnier, on nous objectera que nous sortons là du domaine de la médecine, « nous répondrons que la science n'a d'autres limites que celles de l'Etre ; rien de ce qui est vrai n'est étranger au médecin. » M. le Dr Henri Monnier met sa thèse sous le patronage de Claude Bernard qu'il cite en exergue : « Il faut observer sans idées préconçues », a écrit le grand physiologiste dans son *Introduction à la médecine expérimentale*. « Il vaut mieux ne rien savoir que d'avoir dans l'esprit des idées fixes. » « La science rationnelle... ne doit jamais répudier un fait exact et bien observé », ajoute plus loin le savant.

J. N.

P. — Dr H. BALMELLE. — **Contribution à l'étude de réactions méningées aiguës aseptiques.** (Paris Imprimerie de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1930.)

Sous le terme de réaction méningée aiguë aseptique, se range tout syndrome méningé à symptomatologie aiguë, et à liquide céphalo-rachidien aseptique.

Dans le plus grand nombre des cas de réactions méningées aiguës aseptiques, la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien est la suivante : au début, polynucléose, à polynucléaires neutrophiles intacts. Puis diminution progressive des polynucléaires, qui font place à des lymphocytes. L'intégrité des polynucléaires est un caractère fondamental. La lymphocytose qui est constatée ensuite est dite « lymphocytose de guérison ». Entre le stade polynucléaire et le stade lymphocytose, on peut observer quelques polynucléaires présentant des altérations de sénescence, ce qui augmente les difficultés du diagnostic avec les méningites septiques.

On peut observer les réactions méningées aiguës aseptiques, à formule lymphocytique d'emblée. Ces cas sont évidemment rares par rapport aux cas à polynucléose initiale. Ils n'en constituent pas moins un fait clinique qu'on doit admettre. L'asepsie du liquide céphalo-rachidien reste donc le caractère essentiel des réactions méningées aiguës aseptiques.

La réaction méningée, en elle-même, a une tendance évolutive spontanée vers la résorption — d'où le terme : lymphocytose de guérison. — Mais le véritable pronostic dépend de la cause de la réaction méningée, cause souvent difficile et dans quelques cas, impossible à déceler avec précision. Il existe de nombreuses théories pathogéniques des réactions méningées aseptiques. Aucune ne paraît absolument satisfaisante.

Thérapeutique

ESSAIS THÉRAPEUTIQUES DANS LA BLENNORRAGIE AIGUË

Sous ce titre, le Docteur P. Barbellion, assistant à la clinique d'urologie de l'hôpital Necker, vient de publier dans le *Journal d'urologie* (tome XXX, nº 2, août 1930) une étude très documentée. L'ensemble des observations recueillies sur 82.000 malades qui se sont présentés à la clinique Necker permet d'envisager la valeur des différents traitements employés dans la blennorragie. Le Dr Barbellion s'est trouvé dans la nécessité de faire des infidélités *aux lavages*, à cause de l'irrégularité des malades et parce que les lavages sont imparfaitement exécutés à l'hôpital même, malgré une surveillance attentive. Dans la majorité des cas (90 %) la *vaccinothérapie*, appliquée seule, se montre insuffisante. Seuls les vaccins colloïdo-microbiens semblent être en progrès.

Le santal, en injections huileuses intramusculaires, n'a qu'une activité limitée ; c'est une méthode qui doit être améliorée. En injections uréthrales, les résultats ne sont pas encourageants.

Le complexe santalol, salol, héxaméthylène-tétramine, donné sous la forme d'Eumictine (10 à 15 capsules par jour) bien que appliqué à des malades se fatiguant beaucoup et porteurs d'une blennorragie très aiguë s'est, par contre, révélé très utile, chaque composant apportant non seulement ses propriétés particulières, mais, de plus, leur combinaison en triade spécifique agissant beaucoup plus nettement que chacun des médicaments absorbés séparément. A la dose de 10 à 15 capsules par jour, l'Eumictine a provoqué une diminution progressive et considérable de l'écoulement et une très rapide sédation de la douleur. Les urines s'améliorent vite et l'uréthrite postérieure se trouve particulièrement bien de ce traitement. Le résultat immédiat est satisfaisant. Le malade ne souffre pas, ne perd pas de temps à se soigner et continue à travailler. C'est là au point de vue pratique un avantage considérable, tant à l'hôpital qu'en clientèle. Cet avantage, que les praticiens apprécieront tout particulièrement, fait négliger l'inconvénient qui résulterait parfois de la prolongation du traitement et qui amènerait à faire quelques lavages à un moment où ils ne risquent plus, d'ailleurs, d'être aucunement nuisibles.

Expérimentée par le Dr Barbellion, l'association eumictine-gonacrine a paru intéressante, car, beaucoup plus rapidement qu'avec la gonacrine seule, la sécrétion s'atténue et se tarit. La période douloureuse est très brève et les urines deviennent rapidement très belles. Le traitement reste cependant assez long et souvent l'écoulement reprend si on interrompt les capsules d'Eumictine tout en continuant la gonacrine.

La conclusion de ce travail important est que aucune thérapeutique antiblennorragique actuelle ne peut se vanter d'empêcher à coup sûr les complications et qu'il n'existe pas de traitement standard. Il faut tenir compte de l'état local et général du sujet, de ses possibilités de consacrer plus ou moins de temps à son traitement. En tous cas, nous retiendrons que, dans la majorité des cas, c'est-à-dire chez les malades aigus, obligés de travailler, la supériorité de l'Eumictine est manifeste et que, dans tous les autres cas, associée ou non à la gonacrine, l'Eumictine reste l'agent chimiothérapique le plus sûr.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES ALIÉNÉS ET LA RÉFORME DE LA LOI DE 1838 AU SÉNAT

Nous avons été saisis l'an dernier, au *Sou médical,* de deux affaires dans lesquelles nos adhérents étaient recherchés comme civilement responsables d'internements, qualifiés d'arbitraires, de malades considérés comme des aliénés.

Affaires inconsistantes, poursuites vraisemblablement inopérantes, — encore qu'on ne sache jamais très exactement comment un magistrat envisagera les faits soumis à son appréciation et les points de droit qui s'y adjoignent, mais qui montrent pourtant que, dans cette branche de l'exercice de la médecine, comme dans toutes les autres, les risques deviennent chaque jour plus fréquents, sinon plus menaçants.

Cette question de l'internement des aliénés, considérée du point de vue légal,et aussi tout ce qui s'y rattache doit donc être connue de tous les praticiens. Et c'est à ce point de vue que j'ai suivi attentivement les débats qui se sont ouverts au Sénat le 20 novembre dernier, au sujet d'une proposition portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Ces débats ont repris le 3 mars dernier, et ont comporté un important discours du Dr LABROUSSE.

Actuellement, l'internement des aliénés s'effectue sous deux modalités différentes : ou bien il est prononcé administrativement par arrêté du préfet du département, et il ne peut cesser qu'en vertu d'un nouvel arrêté annulant le précédent ; ou bien, il est demandé par un tiers, parent ou même simplement ami de l'aliéné présumé ; c'est ce que la loi appelle le placement volontaire, qui cesse volontairement également, par la sortie pure et simple de l'intéressé.

A la base de l'internement d'un aliéné se place un certificat médical qui conclut à l'urgence de la mesure sollicitée. Un premier contrôle est exercé par le médecin de l'établissement où entre le malade, — qui doit donner son avis motivé dans les 24 heures de l'entrée de celui-ci, et le renouveler quinze jours plus tard. Un deuxième contrôle est exercé par un médecin inspecteur, délégué par la Préfecture, et qui, dans la huitaine, visite à son tour le sujet et donne aussi son avis motivé.

En outre, les magistrats du Parquet ont, en tous temps, accès dans les Etablissements et peuvent prononcer l'élargissement immédiat de toute personne qui ne leur paraît pas justiciable de l'internement.

Pour tous ceux qui connaissent bien le fonctionnement de la loi de 1838, l'éventualité d'une séquestration arbitraire paraît inadmissible. Et c'est cependant l'un des motifs invoqués par M. Paul STRAUSS, sénateur, pour réclamer la modification actuellement discutée par la Haute-Assemblée.

Dans le discours qu'il a prononcé au cours de la discussion générale, M. P. Strauss a naturellement mis en relief les avantages des nouvelles dispositions proposées. La principale innovation de la loi en discussion consiste à substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, pour l'internement d'un aliéné, le tribunal devant se prononcer dans un délai de six mois à dater de la mise en observation.

Une seconde innovation, intéressante dans son principe, difficile à mettre en pratique, c'est l'institution de *sorties d'essai.*

Le projet Strauss envisage aussi, à côté des deux modalités d'internement actuellement employées, le *placement* dit *spontané,* demandé par l'intéressé lui-même, dans les cas de toxicomanies (alcoolisme, morphinomanie, cocaïnomanie). Il élargit, par contre, le régime de la porte ouverte, l'*open door* des Anglo-Saxons. Enfin, il règle le sort des délinquants à responsabilité limitée qui, présentement, sont purement et simplement acquittés, ou bien emprisonnés, alors qu'ils mériteraient d'être soignés dans des locaux spéciaux, non plus comme des coupables, mais comme des malades.

Or, on voit, à plusieurs reprises, que l'une des préoccupations de M. P. Strauss, c'est l'internement arbitraire : « Il importe à tous points de vue, dit-il, qu'il n'y ait jamais prise ou prétexte à accusation de séquestrations arbitraires. Elles sont, j'en suis convaincu, rarissimes, exceptionnelles. N'empêche que nous devons fermer la porte à des soupçons qui sont évidemment

graves... Nous sommes pris entre deux écueils : les demi-fous, les fous en liberté et les internements injustifiés. »

M. A. Lebert, rapporteur de la commission de législation civile et criminelle, a rendu à la loi de 1838 l'hommage qu'elle mérite. Il a aussi courageusement défendu les asiles publics contre le reproche, que l'on adresse trop volontiers à ces établissements, de se prêter à des séquestrations arbitraires. Il a donné une excellente définition de l'aliénation mentale, « maladie qui altère ou anéantit, soit temporairement, soit définitivement, le contrôle que tout individu normal exerce sur ses paroles et sur ses actes, qui prive le malade de son libre arbitre et, comme conséquence, le soustrait aux sanctions pénales qui punissent les infractions aux lois, qui oblige, par contre, ceux qui ont mandat d'assurer l'ordre, la sécurité publique, à protéger le malade contre lui-même, et les tiers contre ses accès irraisonnés. »

M. Lebert a excellemment mis en évidence les dangers des sorties d'essai, de sujets dont on ne pourra pas dire qu'ils sont entièrement responsables de leurs actes, qui pourront nuire à autrui, et qui ne répareront pas le dommage ainsi causé si cette notion d'irresponsabilité prévaut. On admettra donc que les victimes de tels dommages pourront bénéficier de la présomption que le dément se trouvait, au moment de son geste attentatoire, en état de lucidité, donc responsable.

Ces sorties d'essai sont si peu de tout repos que voici une décision de justice qui a condamné l'Etat à payer des dommages intérêts aux victimes d'un fou laissé en liberté, telle que le *Journal* l'a rapportée il y a quelques semaines.

« Un habitant de Valensole, Antonin Jérome, avait été, le 11 mars 1923, interné à l'asile d'aliénés de Montdeverges, après plusieurs crises de folie dangereuse. Le 30 avril, le dément était mis en « congé d'essai ». Mais, quelques jours après, le procureur de la République de Digne, plusieurs maires du canton avertissaient le préfet que Jérome devenait un danger public. Il ne cessait de tenir des propos menaçants, particulièrement à l'endroit de la famille Garcin, habitant Manosque. Le préfet, bien qu'il en eût le pouvoir, ne crut pas devoir intervenir.....

« Le 30 juillet 1923, à Manosque, Jérome tuait de deux balles de revolver M. Garcin, marié et père de famille. Deux demandes d'indemnité adressées par la veuve, l'une au conseil de préfecture, l'autre au ministère de l'intérieur, restèrent vaines. L'affaire fut déférée au Conseil d'Etat, qui vient de rendre son arrêt.

« La décision implicite de rejet du ministre de l'intérieur est annulée. L'Etat est condamné à payer : 1° à Madame Garcin, une rente annuelle et viagère de 3.000 francs, dont les arrérages courront à compter du 30 juillet 1923 et porteront intérêts ; 2° à Mlle Garcin, sa fille, une somme de 20.000 francs, qui porteront intérêts à dater de la présente décision. Les dépens sont mis à la charge de l'Etat. »

L'intervention la plus remarquable, à mon sens, dans cette discussion, a été celle de M. Fernand MERLIN, notre confrère. Je risquerais de dénaturer ce qu'il a dit. Aussi préféré-je le citer intégralement. Vous lirez donc, ci-après, p. 860 son discours, que je recommande à votre attention.

Il a dit d'excellentes choses, qui mériteraient les honneurs de l'affichage, si la vérité qu'il a hautement affirmée à savoir, que « nous sommes à une époque où les lois biologiques doivent commander les lois politiques », était souveraine maîtresse.

Il a dit encore : « Que parle-t-on de prophylaxie mentale ? C'est aux facteurs les plus essentiels de l'aliénation mentale qu'il faut remonter : à la syphilis et à l'alcoolisme ». Il a déploré que ces questions restent ignorées du pouvoir. Il a glorifié à l'avance le gouvernement qui, dut-il être renversé, aurait le courage de poser la question de confiance sur un pareil terrain.

C'est là un langage que l'on n'est pas accoutumé d'entendre au Parlement.

Il n'en est que plus méritoire. Mais il réclame aussi des actes, plus que des paroles.

Victor Hugo, génial utopiste, s'écriait : « Toute école qui s'ouvre, c'est une prison ou un asile qui se ferme. »

Nous savons à quel point il s'est trompé dans cette généreuse prophétie. Mais ce que nous savons aussi, et les chiffres rapportés par M. Merlin sont là pour le démontrer, c'est que tout débit de boisson qui s'ouvre, devient un pourvoyeur supplémentaire de l'asile et de la prison. Or, rien ne s'oppose, dans la loi, à l'ouverture d'un nombre illimité de débits de boisson, la zone de protection de certains établissements publics (écoles, par exemple), étant d'une efficacité illusoire.

Charles Richet, cet été, exprimait le souhait que l'hygiène publique fut confiée à un Conseil supérieur muni de pouvoirs véritablement dictatoriaux.

Je crains bien que la question de l'alcoolisme, liée elle-même à la liberté de la vente de l'alcool, ne puisse jamais être résolue que par des procédés dictatoriaux.

C'est dire que ce n'est pas encore demain que nous en aurons les avantages.

G. DUCHESNE.

LA VIE DU MÉDECIN

(Déontologie et Technique Professionnelle)

2e EDITION*

Par Paul LE GENDRE.

Membre de l'Académie de Médecine ; médecin honoraire des Hôpitaux.

La première édition de cet ouvrage était intitulée *Déontologie-Jurisprudence médicale*, et renfermait une partie consacrée à la législation, rédigée sous la direction de Me Ribadeau-Dumas.

Il a paru à Paul Le Gendre que les développements qu'il avait le devoir d'introduire dans une seconde édition, publiée dix ans après la précédente, nécessitaient l'exclusivité de ce volume, qui est le tome I du « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée », au bénéfice du sujet qu'il entendait traiter dans toute son ampleur. Il lui a paru aussi nécessaire de lui donner un titre plus éloquent, plus évocateur du but qu'il s'est proposé : dans l'Histoire de la profession médicale en France, fixer un moment de cette histoire, montrer comment il se relie aux moments qui l'ont précédé, comment il permet d'envisager et de préparer l'avenir. Les médecins et les sociologues qui, dans cent ans, auront le désir de savoir comment la médecine s'exercait, qu'elle en était la *Technique professionnelle* (j'aime cette expression significative) en 1930, n'auront qu'à reprendre l'ouvrage de Paul Le Gendre : ils seront fixés.

Nul, en vérité n'était mieux qualifié que mon Maître et ami pour écrire cette « Vie du médecin ». Car s'il est de l'Académie, et s'il fût des hôpitaux, si officieusement, il prit pied à la Faculté où il fut chargé d'un cours de clinique annexe, il n'a jamais oublié ses débuts, si pénibles et si mouvementés, ni qu'il forma son esprit à la connaissance de cette technique professionnelle au contact des simples praticiens dont il se proclame nonobstant le pair, quand, rédacteur influent et écouté au jeune *Concours medical*, il assistait à la naissance et aux premiers pas du syndicalisme médical.

Dans une première partie, Paul Le Gendre étudie l'apprentissage, le doctorat et ses débouchés ; la vocation, la préparation aux études, les difficultés inhérentes à la formation du médecin, l'enseignement médical à Paris et en province, l'hôpital, le corps enseignant et son recrutement..... Je me suis demandé si cette première partie ne pourrait pas être détachée de l'ensemble pour former le *Guide de l'étudiant en médecine*, que liraient avec profit les élèves des lycées et collèges attirés vers la profession médicale, et tous les étudiants.

La deuxième partie est consacrée à la pratique de la médecine : savoir faire, orientation, installation, psychologie du malade et du médecin ; diagnostic, pronostic, traitement ; secret professionnel, honoraires, collaboration médico-chirurgicale ; spécialités ; incidents divers de la vie professionnelle...

Dans la troisième partie, l'auteur traite des rapports du médecin avec les collectivités, et de l'entraide et de la protection du médecin. C'est dans cette partie qu'il parle des œuvres diverses d'assistance et de défense professionnelle et plus particulièrement du *Concours médical* et de ses filiales.

Les conclusions de cet ouvrage sont empreintes de l'esprit qui est le nôtre, et cela n'a rien qui puisse nous surprendre : « Ni individualisme, ni imposition d'une égalité tyrannique, mais solidarité, voilà le salut pour nous..... Que tous les médecins, sans distinction de titres, de clientèles et de ressources, entrent dans le mouvement d'association si caractéristique de notre époque ; que l'esprit syndicaliste s'exerce, non pas dans le sens d'une lutte de classe au sein du corps médical, mais dans des formes cordiales, avec la volonté sincère de s'entendre, après discussions éclairées, sur les meilleures mesures d'intérêt général et de défense corporative..... Enfin que tout praticien se hâte, dès ses débuts, de s'affilier au plus grand nombre possible d'œuvres d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelle, suivant ses moyens ».

Que si je voulais exprimer brièvement la substance de « La vie du médecin », il me suffirait d'emprunter à son introduction la profession de foi de l'auteur, ainsi conçue : « Ce livre aspire à être un exposé sincère, impartial, de l'état actuel, matériel et moral, de notre profession. Il prêche l'*union* contre les maux que nous subissons ou qui nous menacent, la *concorde*, les égards réciproques, l'*entente* en vue d'améliorer les conditions matérielles tout en maintenant hauts les cœurs et intact l'*honneur professionnel*. »

C'était là le programme de Cézilly lorsqu'il y a 51 ans, il fonda le *Concours médical*. Ce programme est resté celui de ses successeurs. Quoi

* N. Maloine, éditeur, 27 rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

de surprenant qu'il soit aussi celui de Paul Le Gendre, qui fit ses premières armes dans notre maison ?

De tout mon cœur de disciple et de continuateur reconnaissant, je souhaite à tous mes confrères, jeunes et vieux, de puiser, dans la lecture de « La vie du médecin », les enseignements qui s'y trouvent, le réconfort qui s'en dégage, et la foi que doivent avoir tous ceux qui cherchent la paix daans les effets d'une bonne volonté indéfectible.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

I

Faut-il être spécialiste pour être payé pour un forceps, ou une réduction de fracture ?

J'ai lu avec intérêt votre article sur les assurances sociales et les médecins spécialistes (page 339) et je suis bien embarrassé pour savoir comment m'y prendre pour signer la feuille d'un assuré au cas où je pratique une intervention non tarifée au tarif médical et de petite chirurgie de la caisse.

Je vous préviens que je ne suis pas spécialiste, mais simple « médecin de campagne ».

Exemple : ai-je le droit d'appliquer un forceps, de faire une version ?

Si je signe la feuille de maternité, l'assurée ne touche que le montant d'un accouchement simple (le cas m'est arrivé deux fois, c'est pourquoi je vous en parle). Ai-je le droit de signer une feuille pour spécialiste sans encourir des sanctions proposées dans votre article, car les interventions ci-dessus se trouvent tarifées à la catégorie 10 des actes de spécialité ?

Il en est de même pour une fracture (catégorie 7) ou une luxation.

Ce sont à mon avis des interventions qu'en ville on peut « passer » à un spécialiste mais qu'on est obligé de pratiquer soi-même dans la brousse.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur la conduite à tenir dans ces cas afin que l'assuré puisse être remboursé.

Dr S.

Réponse.

Un médecin n'a pas besoin d'être spécialiste en accouchements, pour pratiquer une version ou un forceps : ceci est de la compétence du médecin praticien.

Il en serait autrement d'un acte obstétrical compliqué tel qu'une symphyséotomie, ou même une basiotripsie, etc.

En tous cas, les tarifs de tous les syndicats médicaux comportent des honoraires pour accouchements dystociques.

Ainsi, la Fédération des syndicats médicaux de la Seine a publié un tarif (*Concours Médical*, 1930. 3286). L'acte médical est de 25 francs. Un accouchement simple, y compris les visites normales consécutives, y est prévu pour : C : 40 ; soit 1.000 francs ; forceps : C: 48, soit 1.200 francs.

Lorsque le médecin est appelé auprès d'une parturiente, il signe la feuille de maternité, si l'accouchement est simple. Il se fera rémunérer au tarif de son syndicat et l'assuré se fera rembourser par la caisse, selon les tarifs de responsabilité prévus pour la maternité.

Mais, si l'accouchement est dystocique, si des complications surgissent, alors ce n'est plus la feuille de maternité, mais la feuille de maladie, qui entre en jeu.

La feuille de maternité est délivrée au compte de la caisse de maternité ; la feuille de maladie, au compte de la caisse maladie.

Si la sage-femme a été arrêtée par la parturiente, pour faire un accouchement, qui s'annonce normal, la praticienne sera payée par sa malade et signera la feuille de maternité.

Mais , doit elle faire appel à un médecin, soit pour un forceps, soit pour une complication pathologique, le praticien signera la feuille de maladie.

Il s'en suit que la sage-femme sera payée pour l'accouchement et 9 visites au compte de la caisse maternité, alors que le médecin sera payé au compte de la caisse maladie.

Bien entendu, et je le répète une fois de plus, le médecin, comme la sage-femme sont payés par le client, lequel, sur signature des praticiens, sera remboursé par sa caisse d'assurances sociales selon le tarif de responsabilité fixé par cette dernière.

Des modifications locales peuvent se présenter Ainsi, dans le tarif précité de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, nous lisons que si le médecin a été appelé par la sage-femme, pour pratiquer un forceps, il réclamera 500 francs (C. 20) ; mais s'il a été demandé directement par la famille, sans sage-femme, il demandera 1.200 francs (C. 48).

Appelé par la sage-femme, le médecin laissera à la praticienne le soin de continuer sa surveillance de l'accouchée ; mais si le docteur a été seul, assisté ou non d'une garde, il devra continuer à faire les visites consécutives : d'où la différence entre le prix de 500, pour le premier cas, et 1200 pour le second.

Si maintenant, nous nous reportons au tarif

des spécialistes, réservé aux seuls accoucheurs de profession, nous trouvons des chiffres sensiblement les mêmes.

La délivrance artificielle est tarifée K : 10 (acte isolé) K : 20 (avec soins consécutifs) soit 250, ou 500 francs, alors que le tarif syndical de la Seine prévoit 500 francs dans tous les cas.

Forceps à la vulve, ou dans l'excavation, version K : 20 ou 40, soit 500 ou 1.000 francs.

Forceps au détroit supérieur, embryotomie K : 40, ou 60, soit 1 000 ou 1.500 francs.

Conclusion, le médecin praticien n'a aucun avantage à se dire spécialiste en accouchement au regard des assurances sociales : il touchera à peu près les mêmes honoraires et l'assuré social sera remboursé de la même somme, dans les deux cas.

Le même raisonnement s'applique également pour la réduction et la contention des fractures, ou luxations. Point n'est besoin d'être spécialiste, pour pratiquer ces interventions ; point n'est besoin également d'adresser son malade à un chirurgien.

Cependant, le praticien agira toujours sagement et prudemment, en faisant, dans tous les cas, vérifier son diagnostic par un radiologue. Tant pis pour le malade, s'il doit payer tout ou partie de cet examen aux rayons X : voilà plusieurs procès en responsabilité, qui sont intentés à nos confrères, parce que, pour faire faire des économies d'argent et de temps à un client, ils se contentaient de leur examen clinique.

Résultat : lorsqu'il n'y a pas restitutio ad integrum, ou qu'il s'agit d'une luxation méconnue, prise pour une fracture, ou d'une fracture méconnue, prise pour une entorse, on demande des dommages intérêts, qu'accordent les juges, parce que, d'après ces derniers, le praticien a le devoir d'éclairer son diagnostic à la lumière des rayons X.

Tant pis pour la bourse de nos clients, tant mieux pour nos confrères radiographes : ce sont les tribunaux qui poussent ainsi à la consommation : obéissons pour mettre notre responsabilité et notre tranquillité à couvert.

Dr Paul Boudin.

II

Honoraires des médecins d'hôpitaux

Je vous demande la permission de recourir à vos lumières pour la solution de diverses questions relatives à l'application de la loi sur les assurances sociales. Nous sommes, en effet, en négociations avec l'hôpital de S,, et nous nous heurtons à des incertitudes sur le régime qui doit être appliqué aux assurés sociaux.

Voici les principales questions sur lesquelles vous seriez bien aimable de nous éclairer :

1° Quel est le tarif applicable aux médecins *et aux sages-femmes, dans les hôpitaux* :

a) Pour les assurées *non indigentes* ;

b) Pour les assurées inscrites à l'Assistance médicale gratuite ;

c) Pour les assurées « *notoirement indigentes* » ;

d) Pour les assurées « *privées de ressources* ».

Quelle différence fait-on entre les assurées « notoirement indigentes » et les assurées « privées de ressources » ?

2° Quel est le tarif applicable aux médecins (toujours dans les hôpitaux) pour les diverses opérations obstétricales (forceps, version, délivrance artificielle, suture du périnée) ?

Nous n'avons pu avoir jusqu'ici, sur ces divers points, que des renseignements contradictoires, dont quelques-uns ne tiennent pas debout.

Vous nous rendrez donc un réel service en nous aidant de vos avis éclairés.

Dr S.

Réponse.

La législation sur les assurances sociales n'a modifié en rien les législations antérieures, tant sur les hospices et hôpitaux que sur l'assistance médicale gratuite.

En vertu de la loi du 7 août 1851, les hôpitaux sont maitres chez eux, tant vis à vis de leur corps médical que vis à vis des tiers, qui se font hospitaliser en payant.

Vis à vis du corps médico-chirurgical hospitalier, la commission administrative peut imposer un forfait journalier, tant pour les malades soignés en médecine que pour ceux ayant à subir une opération. Elle peut au contraire laisser son corps médical libre de ses tractations avec les malades payants.

Elle peut décider que seuls les médecins, nommés par elle auront un service à l'hôpital ; elle peut, au contraire, admettre que tous les médecins de la ville viendront donner leurs soins aux malades payants.

Or, un assuré social est un malade payant, qui est admis selon la catégorie qui paie le moins cher. Il peut donc, selon le règlement intérieur, être obligé de se faire soigner par un praticien déterminé, ou avoir le libre choix ; il paiera un forfait journalier de soins, ou il aura à acquitter, en sus du prix de journée, les frais médicaux et pharmaceutiques.

La commission administrative a le droit de contracter avec les caisses, soit en consultant, soit sans consulter son corps médical hospitalier.

Vous voyez donc qu'une certaine diversité règne, en ce qui concerne les droits et devoirs des

parties en présence : assurés sociaux, caisses, hôpitaux, médecins.

Qu'a décidé la commission administrative de l'hôpital de votre ville ? A-t-elle déjà signé une convention avec les caisses, ou vous demande-t-elle conseil avant de signer ? Quelles sont les habitudes locales, en ce qui concerne le service médical et chirurgical de l'hôpital ? En ce qui concerne la maternité de l'hôpital ?

Que penser maintenant de la question de l'hospitalisation des assurés sociaux indigents ?

Comme je le disais plus haut, la loi du 15 juillet 1893, sur l'A. M. G. n'a pas été modifiée par la législation des 5 avril 1928-30 avril 1930. Un français malade, privé de ressources, doit être soigné gratuitement aux frais de la commune, du département et de l'Etat. Du moment qu'il est inscrit sur les listes prévues par l'article 12 de la loi de 1893, l'indigent malade a droit aux soins que nécessite son état, sans qu'il n'ait rien à payer.

Ce sera donc le service départemental qui paiera le médecin ou l'hôpital.

Mais, ici intervient la loi sur les assurances sociales, qui permet au service d'A. M. G. de recouvrer sur la caisse d'assurances sociales ce qui incombe à cette dernière pour les soins donnés à un assuré indigent.

Pour limiter ces frais, il a été décidé que ces indigents seraient soignés selon le tarif des accidents du travail.

Or, que signifie le mot «notoirement indigent» contenu dans l'article 59 de la loi de 1930 ? Cela vise l'indigent qui est inscrit sur la liste d'A. M. G., ainsi que sa famille, vu son état notoire d'ingence.

Mais il y a une autre catégorie de clients de l'A. M. G. qui ne sont qu'occasionnels, qui ne sont inscrits qu'en cas d'urgence (article 19 de la loi de 1893), ou qui ne peuvent pas payer toute la dépense occasionnée par une longue maladie, ou une opération.

Si ces malades sont inscrits sur la liste d'indigence, ils ont droit aux soins médicaux gratuits pour eux, mais payés par la commune et la caisse conjointement.

S'ils ne sont pas inscrits, mais que leur situation de fortune soit intéressante, le maire peut leur venir en aide, mais sans avoir à faire intervenir la caisse d'assurances sociales, ni sans être responsable des honoraires, par rapport au corps médical.

Par exemple, le maire peut faire allouer, sur le fonds du bureau de bienfaisance, une certaine somme, pour parachever le paiement des honoraires médicaux ou les frais de séjour à l'hôpital.

Pour ce dernier établissement, il devra se mettre d'accord à la fois avec le préfet et avec les caisses d'assurances sociales, pour déterminer le prix de journée (le plus bas pour les malades payants) qui sera réclamé aux assurés sociaux indigents et pour faire fixer la personnalité (caisse, ou département) qui devra acquitter ces prix de journée.

Or, l'hôpital encore sera maître de décider du quantum des honoraires pour ses médecins, à moins que la commission administrative de l'établissement n'ait, au préalable, demandé l'avis de ses médecins et ne se soit mis d'accord avec eux.

Dès que je serai en possession des renseignements complémentaires, que vous voudrez bien me donner, je vous adresserai une réponse plus précise.

Dr Paul BOUDIN.

III

Spécialités pharmaceutiques. Minoration excessive de remboursement

Les caisses vendéennes d'assurance sociale se sont réunies et ont décrété que pour diminuer leurs frais elles ne rembourseraient aux taux habituels que les spécialités admises par l'assistance médicale gratuite et les mutilés, que les autres ne seront remboursées qu'à 50 % de leur valeur ou au prorata des fonds.

Cela ne me gêne pas du tout, ayant l'habitude de soigner les malades non par catégories sociales mais par maladie. Cependant avec l'A. M. G. ou les mutilés, si un médicament de spécialité nouvelle s'imposait, je le formulais en ajoutant «médicament irremplaçable par prescription magistrale». Je doute fort que les caisses admettent cette façon de faire. Il faudra faire bénéficier les assurés sociaux des échantillons gratuits, tout comme les derniers des pauvres hères qui, on ne sait pourquoi, n'ont pas été admis à l'A. M. G.

Si cette façon de faire n'est pas légale, on peut se demander si cet empiètement ne va pas s'exagérer, l'exclusivité pouvant être prononcée alors envers un hôpital ou une clinique, un pharmacien, un médecin dont on remboursera tous les frais ou le pourcentage légal en réservant pour les autres 80 pour cent du tarif, ou bien par ce moyen pécuniaire on proscrira les potions sucrées, comme en Alsace.

Dans un autre ordre d'idée, certaines caisses remboursent leur assuré de tous ses frais sans que la signature du médecin affirme que le malade a payé. Cette façon de faire nous est préjudiciable car bien souvent nous ne voyons plus le client, il n'a plus intérêt à nous payer. Cette façon de faire est-elle légale ?

Cette évolution des assurances sociales vers la restriction des prescriptions (en attendant restric-

tion d'interventions, mise à l'index pécuniaire) et le paiement sans preuve d'acquit est-elle locale, est-elle générale ?

Que devons-nous en penser ?

Dr J.

Réponse

Les tarifs de remboursement des fournitures pharmaceutiques est indiqué dans la convention, qui est passée entre les caisses et les syndicats pharmaceutiques du département.

Cette convention précise le tarif de vente des pharmaciens et le tarif de responsabilité des caisses à leurs ayants-droit.

Le journal officiel du 8 août 1930 a publié un type de convention entre caisse et syndicats de pharmaciens. Nous lisons à l'article 2 : « Les ordonnances sont réglées et tarifées selon le tarif pharmaceutique à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques de France (21e édition 1930) tenu et mis à jour par ses bulletins de variations périodiques, mais avec les rabais et modifications figurant en annexe de la présente convention. Les dits bulletins de variations seront, avant leur application, soumis aux commissions tripartites. »

De ceci résulte que le tarif responsabilité de la caisse, en ce qui concerne le remboursement des dépenses pharmaceutiques, doit être soumis aux commissions départementales tripartites, prévues par l'article 7 de la loi, commissions qui sont chargées de connaître et de résoudre toutes les difficultés, provenant de l'application des conventions.

Or, en ce qui concerne plus directement les spécialités pharmaceutiques, nous pouvons faire remarquer que le tarif de l'A. G. n'en contient qu'un nombre infime, inscrites la plupart du temps, non pas sous leur nom usuel, mais sous leur formule chimique. La raison en est que le tarif s'appliquant aux œuvres de bienfaisance et d'assistance, au début, n'avait pas besoin de comporter une liste de spécialités, alors surtout qu'à cette époque de début, les rédacteurs de ce bulletin ont recherché à protéger le pharmacien détaillant contre l'envahissement de la spécialité, au détriment du médicament magistral, ou officinal.

Or, si pendant longtemps, la spécialité pharmaceutique a été considérée comme un médicament de luxe et un produit cher, il n'en est plus de même aujourd'hui : le législateur l'a prouvé en laissant, dans la loi de 1930, la liberté entière de prescription, pour le médecin, qui reste libre de son traitement.

Le décret du 25 juillet 1930, en son article 19 précise les modalités de nomination de la commission spéciale, qui réunie par les soins du Ministre du Travail, doit établir et tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

Or, cette commission a cru devoir ne jeter l'ostracisme sur aucun produit, laissant le médecin responsable de ses actes thérapeutiques.

Dans ces conditions, une caisse d'assurances sociales ne me paraît pas avoir le droit de faire une distinction entre le produit officinal, ou magistral et le produit spécialisé, quant à la nomenclature, ou au remboursement à l'assuré.

Toute dérogation au principe général doit être signalée par le syndicat médical au préfet, en attendant que fonctionnent les commissions départementales tripartites. »

Vous avez parfaitement raison d'indiquer, par un contre-seing, que le médicament que vous ordonnez est indispensable au traitement. Cela prouve aux caisses que le praticien se rend parfaitement compte de sa responsabilité, mais qu'il entend que son malade soit soigné conformément à la loi.

Cette question devrait non seulement être discutée par les syndicats médicaux, qui ont pour mission de faire respecter la liberté de prescription, pour le praticien, mais aussi par un syndicat de pharmaciens spécialisés.

Ce dernier groupe professionnel aurait à défendre les intérêts de ses adhérents, mais aussi pourrait donner toutes garanties contre la mauvaise spécialité, contre le produit de réclame commerciale, qui pourrait réserver des surprises après une analyse précise de ses composants.

En attendant, il appartient à votre syndicat médical, s'il a signé une convention avec les caisses de faire remarquer à ces dernières, qu'elles outrepassent leurs droits.

Si une conversation ne donne aucun résultat, le syndicat s'adressera soit à la commission départementale tripartite, si elle existe dans votre département, soit au préfet et enfin au ministre.

En ce qui concerne la seconde question, concernant le remboursement par la caisse, sans que la feuille comporte l'acquit du médecin, le syndicat a-t-il signé une convention avec les caisses ? Si oui, celles-ci doivent être invitées à se conformer à l'article 3 de la convention-type, qui spécifie que la signature du médecin vaut acquit de ses honoraires.

Si la caisse ne se conforme pas à cette observation, il faut saisir du conflit la commission départementale tripartite et, tant que celle-ci n'est pas constituée, se plaindre au préfet.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS LA PRESSE SOCIALE

Dans un article (*La Mutualité,* janvier 1931) signé de M. André, le distingué mutualiste, ayant pour titre « A l'aube de 1931 : Nos vœux », nous relevons les passages suivants :

Après avoir exprimé sa rancœur, sur le fonctionnement actuel de la loi sur les assurances sociales, il dit : « Que dire des groupes parlementaires de la Mutualité, dont en 1930, je saluais la résurrection, sinon qu'ils n'ont servi que de points d'appui à des ambitions qui réalisées et abattues, nous laissent meurtris et déçus. »

« Que penser du fait que le budget étant en plan, ensuite d'instabilité ministérielle, aucun crédit n'y est inscrit en faveur de ces vieux sacrifiés que sont les retraités mutualistes ».

Après avoir constaté l'indifférence de la plupart des sociétaires, il ajoute « que devient l'idée de porter solennellement nos revendications, dans toutes les préfectures de France, ce jour-là et d'avertir nos bons députés, que pour une fois en 1932, les mutualistes voteront contre tous ceux, qui ne les auront pas votées avant cette date. Velléités ! ! Que non ! Mais il faudrait des chefs. Or, où sont-ils ou qui sont-ils ?

Nous voyons que la mutualité ne renonce pas à faire intervenir la politique dans ses affaires.

Et pourtant, il ne peut s'empêcher d'ajouter : « enfin, en souhaitant que nos institutions ne soient plus des tremplins politiques, nous pensons à l'effet déplorable produit par les avatars successifs de la Mutualité, voyant tour à tour ses chefs passer au crible de l'opinion. »

Il est évident que les affaires Mabileau (couvertures et literie), Raoul Péret (affaire Oustric), comme je l'écrivais récemment, ne sont pas faites pour relever le prestige de la Mutualité, et de ses dirigeants responsables de ces malencontreux choix.

Mais si M. Raoul Péret n'atteint pas la haute fonction de président de la République, au moins il jouira de la Haute-Cour ; les deux ne sont pas la portée de tout le monde.

Dans un article intitulé : les prestations pharmaceutiques et les assurances sociales, l'auteur M. Delerue, se laisse aller à quelques diversions sur les médecins (*La Mutualité*).

« Le libre choix du praticien est pour l'heure actuelle, hors de discussion. Il a moins d'importance technique, vis-à-vis du pharmacien, que du médecin.

« L'assuré social malade doit avoir le droit de changer de médecin en cours de maladie. Or, en fait, avec la feuille de maladie, telle qu'elle a été conçue, c'est une chose difficile du point de vue psychologique.

« Le libre choix doit être pratiquement total et complet ; aussi il faudra trouver un autre système qui n'oblige pas le malade à divulguer à son nouveau médecin, qu'il a déjà été soigné par un autre confrère.

« Le contrôle des praticiens est assuré par les syndicats de ces mêmes praticiens, qui sont habilités par leurs organisations nationales, suivant la décision du conseil supérieur des assurances sociales.

« Mais il est à craindre que ce contrôle se montre inopérant et négatif, car les loups ne se mangent pas entre eux.

« Les caisses pourront faire appel devant le Conseil de famille national, puis devant la section permanente du conseil supérieur des Assurances sociales, cette procédure longue et fastidieuse, risque d'être vaine.

« Donc, en fait de contrôle, les caisses seront devant le néant. Quant elles s'en apercevront, elles exigeront la fin du monopole de l'habilitation et des modalités de contrôle plus sérieuses et plus rigoureuses. »

C'est toujours la même campagne de dénigrement, qui continue. On cherche à salir le Corps médical pour arriver à supprimer l'habilitation, garantie de l'honorabilité professionnelle. On pourra alors traiter avec des médecins rabaisiens, employés ou fonctionnaires. Voilà le but poursuivi.

Le grand dada du moment c'est le projet de loi Montigny-Dormann, appuyé par le patronat et cela va sans dire, par la Mutualité.

M. de Lasteyrie dans le même esprit, a déposé un autre projet de loi, qui a bien des affinités avec le précédent.

Il ne conserve que l'assurance vieillesse à titre obligatoire, supprime le précompte, laisse l'assurance-maladie facultative à la charge du salarié et assurée par les sociétés de secours mutuels. L'article 9 de ce projet de loi est ainsi conçu :

Les employés qui désireront s'assurer contre la maladie et contre tout ou partie des risques de répartition auront la faculté de se faire inscrire soit à une société de secours mutuels de leur choix, soit à la caisse départementale du lieu de leur résidence.

Art. 10. — Les frais de l'assurance-maladie, seront couverts au moyen des versements effectués par les employés ; lesdits versements effectués par les employés bénéficieront d'*une bonification d'un tiers de la part de l'Etat.*

C'est toujours le même principe, la mendicité organisée, l'acheminement progressif vers la médecine d'Etat et la transformation de la prévoyance en assistance sociale.

Pour continuer la lutte contre le Corps médical, les sociétés comparent les frais médicaux sous le régime des assurances sociales avec les mêmes frais sous l'heureux règne de la Mutualité.

Ainsi, la Société de Secours mutuels des usines de Fumel et Libos nous apprend qu'elle avait un forfait avec les médecins de la région (au nombre de 6) qui soignaient pour une somme globale de 3.664 fr. par mois, les *familles des ouvriers et employés, y compris leurs ascendants sans distinction aucune.*

Elle pousse les hauts cris parce qu'elle a dû verser à un seul médecin pour le mois de novembre, la somme de 7.000 fr.

Qu'est-ce que cela prouve, sinon qu'avant la loi des assurances sociales, les médecins de cette région étaient exploités par la Société mutuelle. En effet, on a négligé de nous apprendre combien sous l'heureux régime du forfait les médecins avaient fait de visites et de consultations et quel était le taux de chaque prestation médicale?

(*La Mutualité*).

Tous les jours des questions posées au ministre du Travail, nous font connaître quelques-unes des chinoiseries de la loi des assurances sociales.

Voici une question susceptible d'intéresser les médecins.

M. Uhry demande à M. le Ministre du Travail : 1° si l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par celle du 30 avril 1930, sur les assurances sociales prévoit, qu'un malade a droit au remboursement de 80 % des frais médicaux et de 85 % des frais pharmaceutiques ; 2° comment concilier ce texte, pour un salarié gagnant 30 fr. par jour, avec la restriction du 2e alinéa du paragraphe 5, de ce même article 4 qui stipule que le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra excéder par journée de maladie 50 % du salaire moyen ; ajoute que, d'après cette clause, il ne serait pas possible de rembourser à ce malade plus de 15 fr. quel que soit le montant des frais médicaux et pharmaceutiques ; 3° si une caisse primaire, estimant qu'une consultation donnée à temps empêche souvent le développement d'une maladie, peut prendre à sa charge, pour la première visite ou consultation 80 % des frais médicaux et 85 % des frais pharmaceutiques sans tenir compte de la restriction du 2e alinéa, du paragraphe 5, de l'article 4 précité. (Question du 4 novembre 1930.)

Réponse.. — 1° et 2° Les dispositions des deux alinéas de l'article 4, paragraphe 5, de la loi du 30 avril 1930, signifient : d'une part, que l'assuré a droit, en cas de maladie, au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, dans les conditions du tarif de responsabilité établi par la caisse et déduction faite de la participation légale de l'assuré (15 ou 20 % pour les frais médicaux) ; d'autre part, que le total des frais médicaux et pharmaceutiques à rembourser à l'assuré, pour une maladie déterminée ne doit pas dépasser, par journée de maladie, à partir de la première prestation 50 % de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation ; 3° les dispositions du 2e alinéa, du paragraphe 5, de l'article 4, de la loi, ne seront obligatoires pour les caisses, qu'un an après la mise en vigueur des assurances sociales. Il a été toutefois recommandé aux caisses, de fixer dès à présent, dans leur tarif de responsabilité, le chiffre maximum de dépenses, qu'elles rembourseront pour une maladie, par journée, ce chiffre ne devant pas être inférieur à un minimum donné et pouvant varier selon la durée de la maladie, mais, aux termes de l'article 4, paragraphe 9, de la loi, l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne nécessitant pas la cessation de travail, reçoit les indemnités spéciales, qui sont prévues dans le règlement intérieur. Il appartient, dans ces conditions aux caisses d'assurances de fixer dans leur règlement ou de préférence, dans le tarif de responsabilité annexe à ce règlement, les indemnités spéciales, qu'elles entendent accorder dans le cas envisagé par l'honorable député. (*Le Mutualiste de la Seine*, décembre 1930.)

Dans un précédent article, nous avons exposé le nouveau régime d'assurance-maladie en Allemagne. Une nouvelle ordonnance du 1er décembre 1930, modifie le régime antérieur sur les points suivants :

1° Taxe pour l'établissement de la feuille de soins.

D'après l'ordonnance de juillet 1930, tout assuré est tenu de se procurer, lors du premier appel au médecin, une feuille de soins moyennant une taxe de 50 pfennings. Pour le même cas de maladie, cette taxe n'est acquittée qu'une seule fois.

La nouvelle ordonnance maintient cette taxe, mais elle en libère les catégories d'assurés les plus nécessiteux, les chômeurs à la charge de l'assurance ou assurance-chômage ou de l'assistance publique, les grands invalides du travail, les personnes atteintes de tuberculose ou de maladies vénériennes et dépourvues de ressources, d'autre part, cette taxe peut n'être acquittée qu'après coup dans les cas d'urgence et notamment en cas d'accident ;

2° Taxe pour l'assistance pharmaceutique...

3° Interdiction du cumul de l'indemnité de maladie et du salaire, d'après l'ancienne ordonnance, le droit du malade à l'indemnité est suspendu tant qu'il continue à recevoir son salaire.

La nouvelle ordonnance, oblige les caisses à di-

minuer les contributions dues par et pour ces assurés, mais elle maintient l'autorisation de porter de 50 à 60 % du salaire de base l'indemnité maladie à verser à de tels assurés après la cessation du droit au salaire. (Cette disposition vise plus particulièrement les employés et contremaîtres) ;

4° La nouvelle ordonnance étend le bénéfice de l'assistance médicale aux familles des assurés résidant hors du territoire du Reich. Les familles des assurés dont le foyer se trouve dans un district frontalier, désigné comme tel par les statuts de la caisse, bénéficieront dorénavant de l'assistance médicale au même titre que les familles établies à l'intérieur des frontières du Reich. (*Informations sociales,* 2 février 1931.)

Dr M. VIMONT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'opinion d'un profane.

Le hasard me faisait, ces temps derniers, voyager avec un confrère et une troisième personne qui occupe dans la région une haute situation.

La conservation, banale d'abord, s'orienta vers les problèmes sociaux que nous envisagions chacun à notre point de vue spécial quant aux solutions mais qui nous trouvaient d'accord quant au but poursuivi. On parla du rôle social du médecin, de la médecine sociale ; on parla des assurances sociales, de la Mutualité, des efforts faits et des maigres résultats obtenus ..... et l'on finit par causer de la Mutualité familiale du Corps médical français.

Elle était mal connue de notre confrère et ignorée absolument de notre compagnon de voyage. Notre confrère en avait vaguement entendu parler mais il ne s'y était pas intéressé : sa situation de fortune, sa situation médicale le mettaient au-dessus des misères professionnelles et il n'avait pas songé à faire œuvre de solidarité confraternelle en s'y agrégeant.

Je dus donc faire l'historique de l'œuvre, dire les raisons qui nous l'avaient fait créer, son but, son caractère, son mode de fonctionnement ... et je vis, non sans une certaine satisfaction, mes compagnons s'intéresser à ce que je leur exposais de mon mieux. Puis ce furent des questions de détail sur les combinaisons maladie, sur les pensions de retraite, sur les résultats obtenus ; mais quand on en arriva à l'effectif des membres, je les trouvai quelque peu déconcertés.

Comment, 1600 membres après 36 années d'existence, après l'épreuve de la guerre victorieusement supportée, après tous les services rendus ! C'était à n'y pas croire. Et à notre confrère qui essayait d'expliquer les causes de l'indifférence de la masse des praticiens, notre interlocuteur répondait : « mais tous, oui, tous les médecins devraient en faire partie ! ».

Certes tous les médecins, au moins tous ceux qui le peuvent, devraient faire partie de la Mutualité Familiale, les uns par besoin, les autres par esprit de solidarité confraternelle ; tous parce que nul ne sait ce que sera demain, ce que l'avenir lui réserve, tous parce que c'est une œuvre essentiellement professionnelle, qu'elle a été créée pour les médecins et qu'elle répond à tous leurs besoins comme à toutes leurs possibilités.

Mais elle a contre elle l'ignorance et l'indifférence : l'ignorance parceque beaucoup ne cherchent même pas à savoir ce qu'elle est, parce qu'ils ne se donnent pas la peine de lire ce que nous pouvons écrire ; l'indifférence parce que le médecin ne se préoccupe guère du lendemain, qu'il se croit à l'abri du danger qu'il côtoie pourtant tous les jours — causez avec lui prévoyance, vous le trouverez d'accord avec vous ; mais s'agit-il pour lui d'agir, il remet à plus tard.

Notre confrère faisait son *mea culpa,* il regrettait de n'avoir pas connu *cette œuvre si intéressante,* car certainement il y fût entré, ce qu'il ne pouvait plus faire en raison de son âge. Mais celui de mes compagnons de voyage que j'appellerai le profane protestait contre toutes ces raisons, ne pouvant se rendre à aucune ; il n'admettait pas qu'après avoir approuvé, on ne donnât aucune suite à cette approbation, il n'admettait pas davantage que le médecin, dont l'activité personnelle constitue le gagne pain, se désintéressât des questions de prévoyance, qu'il vécût au jour le jour alors que tous autour de lui se préoccupent du lendemain.

Les médecins, ajoutait-il, constituent une des classes les plus éclairées de la société, mieux que personne ils voient les désastres, les catastrophes, et ils se laissent distancer ! ils se traînent à la remorque alors qu'ils devraient donner l'exemple, c'est inadmissible et aucune raison ne saurait les excuser. Pour eux, l'insouciance est une circonstance aggravante.

Ces paroles étaient peu flatteuses pour le Corps médical, mais combien justes. Oui, plus qu'un autre, le médecin devrait se montrer prévoyant car c'est sur sa tête que repose son avenir et celui de sa famille, car c'est lui qui, plus que tout autre, devrait non pas seulement comprendre mais encore faire comprendre aux autres la né-

cessité de se prémunir contre les éventualités de la maladie, contre la vieillesse, contre la mort.

Nous tenons ce langage et le répétons constamment, mais c'est entre nous — il est plus dur de l'entendre de la bouche d'un profane surtout lorsque ce profane peut parler avec une certaine autorité, et j'avoue que je me sentais peu fier de constater que le caractère du médecin semblait avoir baissé dans l'esprit de mon interlocuteur.

Voilà, mes chers confrères, ce qu'il faut que vous sachiez : non seulement votre indifférence n'est pas approuvée, non seulement elle n'est pas comprise, mais elle est nettement condamnée par ceux dont le jugement peut vous importer. Faut-il ajouter qu'il s'agissait en l'occurrence de toutes les œuvres de prévoyance et non pas seulement de la Mutualité familiale en particulier ? Mais comme celle-ci est de beaucoup la plus importante, qu'elle est ouverte à tous les médecins français sans restriction et seule à leur offrir à la fois l'indemnité maladie, la pension de retraite et la pension aux veuves, il est évident qu'elle pouvait être prise pour type de ce que dédaignent ou négligent si malencontreusement tant de médecins.

Oui, le médecin est coupable, coupable envers lui même et envers sa famille, en ne se préoccupant pas de l'avenir et il est d'autant plus coupable qu'il ne peut arguer de son ignorance et qu'il sait avoir à sa portée une œuvre qui s'offre à lui venir en aide si la mauvaise fortune s'abat sur lui.

Il trouve que les garanties de la Mutualité familiale sont insuffisantes ? Elles sont pourtant quelque chose d'appréciable, les profanes le reconnaissent, et d'ailleurs il peut les compléter par ailleurs. Mais ce qu'il ne trouvera pas ailleurs, c'est l'esprit confraternel et amical qui préside à son action, c'est le réconfort moral, la sollicitude qu'il trouvera près de ceux qui ont charge de l'administrer.

Et ce que le médecin ne comprend pas ou dédaigne, c'est ce qui est surtout apprécié par des personnes étrangères à la profession, absolument désintéressées, mais qui envisagent les choses d'un point de vue plus élevé.

D'aucuns, je ne l'ignore pas, souriront de mon langage qui peut leur paraître partial : ils ne voient en moi que le trésorier de l'œuvre : je me bornerai à leur répondre:

Tous les médecins devraient faire partie de la Mutualité familiale, méditez ces paroles d'un profane.

A. Gassot.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCL. — Lionello Fiumi. — **Survivances.** Poèmes ornés de compositions inédites de Mario Tozzi. Traduits de l'italien par Pierre de Nolhac de l'Académie française, Eugène Bestaux, Henri Marchand, Alfred Mortier. Un vol. in-4° raisin tiré à 400 exemplaires sur vergé Hollande. Ed. Sagesse. Paris, 1931.

Monsieur Fiumi est considéré en Italie comme l'un des chefs de la poésie d'avant-garde. Et ceci me fit ouvrir son livre avec quelque inquiétude : car la jeune école de chez nous, émet volontiers sous le nom de poèmes des sonnets qui ont l'air de puzzles vocabulaires et des alexandrins rimés à couleur de casse-tête chinois.

La nouvelle œuvre qui nous est présentée est, au contraire, d'une parfaite limpidité. De ci, de là quelques images surprennent par une puissance brutale, un élan brusque, mais chaque mot porte et beaucoup d'entre eux, par leur choix et leur ordonnance ouvrent sans effort à notre imagination les routes du monde et les sentiers de nos rêveries. La technique du poète italien est d'une sûreté d'autant plus remarquable que ses thèmes sont d'une concision extrême. Pour garder à travers la dure épreuve d'une traduction tant d'originalité et de vie, il faut que le texte italien ait une vigueur d'expression peu commune, et cela nous change des élucubrations rythmées où la banalité des images et des épithètes évoque au lieu de la lyre le rouet, ron-ron soporifique.

L'œuvre inédite de Monsieur Fiumi est profondément latine par l'exubérance de la pensée, l'originalité, la sincérité des expressions. Tozzi a campé face aux poèmes des images schématiques et emporté par la simplicité du rythme, il a oublié vers la fin du livre de dessiner l'un des deux yeux d'un personnage ; il est vrai qu'à mi-œuvre, il y a un couple qui est sans yeux du tout.

Peut-être sont-ils formellement clos sur l'enchantement évident de leurs occupations.

CCLI. — Blaise Cendrars. — **Rhum.** Un vol. 12 × 19. Ed. Grasset, Paris, 1930. 15 fr.

La mort dramatique de Jean Galmot, député de la Guyane s'est auréolée d'une légende que Cendrars s'attache à dissiper. Il retrace l'œuvre édifiée avec ténacité par un homme calomnié gênant des trusts puissants. Et la défense qu'il présente du disparu a toute la romanesque invraisemblance d'un drame machiné. Le talent du conteur parvient sans difficulté à rendre sympathique le petit employé parvenu à une opulente aisance, propriétaire d'une flotte de commerce, de riches comptoirs, et dont l'ascension consti-

tue, à l'ombre des précisions paradoxales qui la confirment, la plus colorée des vies romancées.

CCLII. — Henri SAUBEVAL. **Médecins et clients.** Un vol. 12 × 19. Ed. Flammarion, Paris, 1930, 12 fr.

Notre confrère qui doit être très jeune s'est longuement étendu sur les tares de notre profession et a caricaturé avec aisance les mauvais médecins. Je me demande si ce livre va rehausser le prestige de notre corporation et je ne le pense pas. Evidemment, l'auteur a glissé de ci de là, des phrases-tampons à notre louange, mais je crains que noyées dans le tout, elles n'aient le sort glorieux des états de même nom en temps de guerre. Le public ne manquera pas de *généraliser* les exemples mis en avant par l'auteur, et le coup d'encensoir final au bon médecin ne fera oublier ni à moi, ni aux malades surtout cette phrase fielleuse et *fausse* de la page 82 : « Je vais vous montrer ce qu'est un médecin honnête, parfaitement honnête. Il y en a de cette trempe, je ne dirais pas beaucoup, beaucoup......, mais plusieurs cependant ». Et nous pensons que malgré les erreurs de son livre, le confrère se considère comme partie de cette *part minima* qu'il nous semble avoir mal dénombrée par le petit bout de la lunette.

CCLIII. — Marie CZAPSKA. — **La vie de Mickiewicz.** Un vol. 12 × 19. Collection : Le Roman des Grandes Existences. Ed. Plon, Paris, 1931, 16 fr.

La préface émue de Drieu de la Rochelle est une magnifique réponse à ce bizarre manifeste d'intellectuels français (sorti ces dernières semaines) qu'inquiète en face d'une Pologne ressucitée, le sort malheureux de la pauvre Allemagne !

L'existence errante du grand poète polonais est minutieusement analysée par l'auteur, qui glisse avec une patriotique indulgence sur les périodes où le romantisme de son héros se tempère de réflexion prudente ou de mystique activité. La documentation est d'une consciencieuse exactitude historique et l'auteur a réussi à donner en même temps une vue d'ensemble très juste de l'époque enfiévrée où se place la vie du Polonais le plus représentatif de cette période, où l'exil servait de patrie aux ancêtres de nos alliés actuels, dont la joie trouble la béate et respectable quiétude allemande ..... « Que disent » quelques *intellectuels* de chez nous !!

CCLIV. — R. DALIZE et P.-J. TOULET. — **Au Zanzi des cœurs.** Comédie en un acte. Préface d'André Billy. Pointe sèche d'Yvonne Préveraud. Un vol. 13 × 19 tiré à 540 exemplaires numérotés sur pur fil Lafuma. Ed. Le Divan, Paris, 1931.

André Billy situe l'intrigue et nous donne la filiation des personnages. Il insiste sur la personnalité de Dalize moins connu que Toulet, et se défend de pouvoir nous délimiter la part respective des auteurs dans l'amusante collaboration qu'il conservait dans ses cartons. La pièce est d'une délicieuse cocasserie. Dans un bar, quelques personnages vont suffire à animer la scène avec un brio d'un parfait naturel. Les dominant la grande figure de Béhanzigue, dont les aïeux furent aux croisades et qui a mal tourné ! Le dialogue se poursuit avec une souplesse admirable. Les réparties fusent dans un argot savoureux, ponctuant la dignité du vagabond « spécial », l'ingénuité de leurs compagnes, la ruse génératrice de revenus « spéciaux » aussi, l'à-propos des solutions que la nécessité exige immédiates ! Que de finesse dans cette farce où force reste, malgré la loi menaçante, à Béhanzigue mystifiant avec une dextérité d'illusionniste, notre curiosité et bafouant avec une incomparable élégance la vertu, égarée dans le bar où il règne.

CCIV *bis*. — Léon DAUDET. — **La Femme et l'Amour.** Un vol 12 × 19. Ed. Flammarion, Paris, 1930.

M. Daudet a essayé d'écrire une encyclopédie du rôle sentimental de la femme. Il a produit en réalité un volume fort inégal, bourré d'anecdoctes intéressantes ou connues. Les grands hommes ne pèsent pas au bout de la plume de M. Daudet qui parle, par exemple, des « barrissements sacrés de Bossuet », qui qualifie un académicien de « Talleyrand de water-closets » ; de « cornichon », tel autre ; de « négroïde » Hérédia. C'est vous dire que le style ne rappelle que de loin celui de l'Encyclopédie ou du Grand Siècle pour lequel nous pensions que l'auteur avait une estime toute particulière. Le livre a pour but de chanter la gloire de la femme, sa *pro*-éminence (page 9). Je pense qu'il ne s'agit là que d'une mauvaise plaisanterie du typographe et que M. Daudet songeait en réalité plus purement à une *pré*éminence toute spirituelle ! Il y a quelques femmes qui n'ont pas trouvé grâce devant le « redoutable pamphlétaire », (si indulgent pour les tendres autochtones de Lesbos : page 175) et Marceline Desbordes-Valmore est du nombre : Ce « saule pleureur, s'il en *fût*, et qui, laide et mélodieuse, prétendait être aimée ».

Je manquerais à tous mes devoirs en ne remerçiant pas tout particulièrement M. Daudet de la phrase qu'il a écrite à la page 61 : « Le véritable personnage du Tartufe moderne serait, non plus le dévot, mais le médecin ou le chirurgien » ; et en l'assurant que nous sommes très audessus de ses injurieuses appréciations.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

UN GRAND ROMANCIER D'AMOUR ET D'AVENTURE AU XII[e] SIÈCLE

Chrétien de Troyes et son œuvre (1)

Gustave Cohen,

Professeur à la Sorbonne

Des légendes se créent, qui prennent peu à peu figures de vérités historiques jusqu'au jour où leur vanité éclate, — dont elles périssent. C'est ainsi que le moyen-âge a été longtemps considéré comme une période d'obscurantisme, « un gouffre d'ombre où la clarté ne plonge point. »

Or, la réalité est tout autre, et il est permis d'affirmer, à la suite de tous les pionniers vaillants et inspirés qui sont partis à la découverte et sont revenus les bras lourds de moissons précieuses, qu'il ne fut peut-être pas, au cours de notre histoire, de plus féconde époque que la médiévale.

M. Gustave Cohen est l'un de ces pionniers, et l'œuvre que je vous présente aujourd'hui, ô lecteurs parmi lesquels se comptent si nombreux les lettrés et les humanistes, ouvre des horizons d'une profondeur et d'une richesse inouies.

A vrai dire, et j'éprouve quelque peine et quelque embarras à signaler cette particularité, c'est surtout en France que le moyen-âge littéraire est le moins connu ; et à l'étranger, notamment en Allemagne, les ouvrages abondent, qui prouvent de quelle vitalité furent animés les XII[e], XIII[e], XIV[e] et XV[e] siècles, quels purs foyers de haute intellectualité s'y allumèrent et y brillèrent d'un éclat dont nous sommes fondés à nous enorgueillir.

« C'est simplement œuvre de justice, écrit M. Cohen, que d'arracher le moyen âge aux arcanes de la philologie et de la diplomatique, de le rendre accessible à tous, au lieu d'en faire l'objet d'une science fermée et abstruse. Il faut le rendre intelligible et sensible, le décaper aussi de la rêverie ignorante qui en déforme la vraie figure, et le faire entrer dans le plan de la littérature française, avec toute sa variété, ses costumes chatoyants, sa pensée un peu balbutiante, mais parfois profonde, ses sentiments souvent contradictoires, mais toujours spontanés, ses inventions débordantes et souvent désordonnées..... Cristallisons en quelque sorte les notions que nous pouvons rassembler sur elle (la littérature de la seconde moitié du XII[e] siècle), autour de la figure énigmatique et séduisante, narquoise, mais capable d'émotion, fine et raisonnable comme il convient à un Champenois, du plus célèbre romancier d'un âge qui en compte tant, l'un des créateurs les plus authentiques du genre : Chrétien de Troyes. »

Chrétien de Troyes fut un auteur fécond. Il écrivit Ovidiana ou Imitations d'Ovide ; Remèdes et art d'amour, Pélops, Philomena, Guillaume d'Angleterre, Tristan, Erec et Enide, Cliges, Lancelot, Yvain, Perceval, — ouvrages dont un certain nombre est perdu.

L'auteur analyse celles des Œuvres de Chrétien de Troyes qui sont parvenues jusqu'à nous, et il en étudie la psychologie, les descriptions, les portraits. Il met en lumière la maîtrise et les défauts du style, appuyant sa critique et ses observations sur d'abondantes citations, dont une traduction en français moderne permet la compréhension sans efforts.

Dans ces poèmes d'allure épique, apparaissent chez Chrétien des dons divers : celui de créer, celui d'intéresser, d'entraîner, de conter « avec une puissance d'évocation et une variété extraordinaire. »

Par Chrétien de Troyes, Tristan est français d'origine, et aussi Parsifal, monuments somptueux de l'inspiration wagnérienne, mais où l'on découvre « la pensée française qui se trouve là orchestrée par la magie musicale du génie allemand. »

Par lui nous apprenons à connaître et à aimer la langue simple, ingénieuse, claire qui a façonné la nôtre.

Il mérite que nous honorions en lui « un des plus féconds, un des plus puissants, un des meilleurs ouvriers des lettres françaises. »

G. Duchesne.

(1) Boivin et Cie., 3 et 5 rue Palatine. Paris, VI[e]

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre de l'Œuvre

La Folle du Logis

Je ne sais lequel de mes collègues, à l'*Argus de la Presse,* écrivait en apprenant que je collaborais comme critique dramatique au *Concours médical* : « Notre nouveau confrère aura de quoi exercer son activité avec toutes les œuvres à tendances médicales qui sortent actuellement ». Rien n'est plus vrai, et hier encore *La Folle du Logis* me permettait de vérifier son appréciation ; il nous manquait une pièce sur l'hystérie cérébrale, nous l'avons avec la production de Monsieur Frank VOSPER, auteur anglais dont MM. NOZIERE et J. GALLAND ont fait une si parfaite adaptation à la scène française.

ETHEL, jeune fille moderne, excitée, imaginative, apparaît désaxée dans ce milieu de petite bourgeoisie où elle est placée ; elle est sténodactylo, et, au premier acte, nous la voyons revenir dans le simple foyer paternel : elle vient d'être renvoyée de sa banque pour avoir éclaté de rire au nez d'une cliente d'un certain âge accompagnée d'un protecteur un peu jeune. Pressée de questions par son père, sa mère et son fiancé, elle hésite, elle ne sait plus bien, elle dit que ce sont ses retards successifs à son travail qui sont la cause de son renvoi ; l'histoire qu'elle vient de raconter est fausse, elle aurait voulu crier son indignation devant ce couple bizarre, elle n'a pas osé. ETHEL, est une détraquée, elle aurait très bien fait partie de celles qui se ligotent dans le fond d'un jardin le soir et qui se mettent à crier, affirmant avoir été attaquées par un individu masqué et portant une grande cape noire. HAROLD CARTER, le fiancé d'ETHEL, est un esprit raisonneur plutôt fin psychologue et qui s'amuse assez perversement des élucubrations imaginatives de cet être anormal ; ETHEL le tente et est pour lui un splendide sujet d'études ; hélas ! des caractères comme celui-là, s'ils sont intéressants objectivement, sont difficiles à saisir, à dominer, à diriger. *La Folle du Logis* dès leur mariage reprend de plus belle ses divagations et accentue ses ravages.

ETHEL a pris un amant et, au deuxième acte, nous la trouvons affolée à l'idée du départ pour six mois de ce dernier. A la fin d'une soirée chez HAROLD où il a été invité en même temps que les parents d'ETHEL, HAROLD les laisse seuls pour reconduire ses beaux parents et cette complaisance assez choquante du mari qui joue dangereusement avec le caractère de sa femme, permet aux deux amants des adieux bouleversés et frénétiquement passionnés. HAROLD, qui n'ignore rien s'amuse de la détresse amoureuse d'ETHEL, joue avec son cœur, malaxe et triture son âme, elle est à lui, il la gardera quand même et elle ne pourra s'échapper de ses liens. La température de la pièce monte, monte.

Après un peu de BERNSTEIN, nous passons à beaucoup de BATAILLE, et au troisième acte, c'est l'inévitable drame, car la vie est plus forte que tous les beaux rêves bâtis sur le sol mouvant des complications sentimentales : elle vous ramène à la réalité quand on veut la narguer, la provoquer, elle vous étreint et brise irrémédiablement les plus audacieux, ETHEL a entretenu une correspondance coupable avec ROWLIE, son amant, son imagination perverse l'a poussée à lui crier le dégoût de son mari, son désir d'en être débarrassée par tous les moyens ; elle a armé inconsciemment le bras de ROWLIE et quand ce dernier à son retour la trouve en compagnie d'HAROLD, il le tue froidement. Hélas ! c'est un cri d'indignation qu'ETHEL laisse échapper : « elle n'a pas voulu cela » et à voix basse, en attendant l'arrivée des policiers alertés, ce sont déjà des reproches amers que murmurent les amants.

Le quatrième acte nous montre ETHEL dans sa prison, recevant la visite de son pauvre père et de sa sœur, elle sait que le pourvoi a été rejeté pour ROWLIE et a confiance qu'il sera accepté pour elle, mais les chocs moraux qu'elle a subis, la tension psychique portée de plus en plus à un potentiel croissant ont déréglé son esprit et, quand le directeur de la prison viendra lui apprendre que son pourvoi a elle aussi est rejeté, c'est une véritable folle qu'il laissera aux mains de sa gardienne et qui n'aura conscience seulement de sa responsabilité que dans le dérèglement de son imagination démente.

Ce sujet ne vaut que par la façon très habile et particulièrement colorée et variée avec laquelle il a été traité. Il était d'autant plus difficile de le rendre intéressant que ces cas ne sont pas rares dans l'existence ; les dissentiments dus à une imagination maladive sont souvent la rançon de bien des ménages et fort heureusement n'aboutissent pas toujours à des tragédies semblables. La pièce de Monsieur FRANK VOSPER est bien équilibrée, l intérêt est soutenu sans cesse, l'intensité dramatique bien amenée et progressive, et il serait injuste de dire que le public très choisi du théâtre de l'Œuvre ne lui accorde pas sa faveur.

Le rôle d'ETHEL a été confié à Madame Germaine DERMOZ qui l'a interprété d'une façon parfaite ; si son jeu paraît légèrement agité et affecté

dans le premier acte, elle fut intensément dramatique et puissante dans les tableaux suivants et particulièrement dans la scène de la prison où elle porte au maximum son remarquable talent. Monsieur Aimé CLARIOND dans le rôle du mari, réalise parfaitement le personnage concentré, d'une psychologie froide et sarcastique que l'auteur a voulu pour caractériser HAROLD. Monsieur Jacques FERRÉOL est excellent dans le rôle du Père capitulant devant une épouse acariâtre et fantasque et reportant toute son affection sur sa fille. Madame Jeanne LION a composé le rôle de la mère avec beaucoup de justesse et Monsieur Léo PELTIER, dans le rôle de l'amant, nous donne bien l'impression d'un homme acculé au crime par l'inconsciente perversité de celle qu'il aime.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LES ALIÉNÉS ET LA RÉFORME DE LA LOI DE 1838 AU SÉNAT

Débats Parlementaires

(Sénat, 20 novembre 1930).

M. Fernand MERLIN. — Messieurs, dans ce grave débat aux multiples aspects et dont l'importance médicale, sociale, administrative et financière est déjà apparue au Sénat, je voudrais, en quelque mots, présenter quelques observations à mon avis essentielles.

Je n'ai certes point l'intention — je ne le pourrais pas après l'exposé présenté en termes si élevés par M. Paul Strauss — de redire, après lui, combien il est nécessaire de modifier la loi de 1838 sur les aliénés. J'aurai garde, surtout, après l'exposé juridique si complet de notre collègue M. Lebert, de vous entretenir, après lui, de ce qui ne touche ni à ma profession ni à ma spécialité.

Mais, sur ce grand et vaste problème de l'aliénation, parfois déconcertant pour ceux qui l'étudient, il est indispensable devant une assemblée comme le Sénat français, de dire nettement et sans réticence ce que l'on croit être, non seulement la vérité sociale, mais surtout la vérité scientifique. (*Assentiment.*)

Nous sommes à une époque, ne l'oubliez pas, *où les lois biologiques doivent commander les lois politiques.* Si un gouvernement, si une assemblée négligeaient de s'en inspirer, ils risqueraient fréquemment de se tromper.

Lorsqu'on étudie, à propos de l'aliénation mentale, le cadre même dans lequel nous évoluons, on a raison d'affirmer que l'importance en est de premier ordre, parce qu'en l'espèce, il s'agit non seulement de la liberté individuelle, de la sécurité des familles, mais aussi de l'ordre public et, d'autre part, de la question budgétaire, du problème financier.

En effet, le budget de l'aliénation mentale — d'aucuns diraient de la psychopathie — est particulièrement lourd. Il suffira, messieurs, après avoir entendu, comme je l'espère, M. le ministre du budget, de considérer si la part est égale, pour les dépenses des aliénés, entre l'Etat, les départements et les communes, s'il y a là une situation financière équitable et qui doit être maintenue. Je ne le crois pas et je vous dirai mes raisons.

Quoi qu'il en soit, le budget de l'aliénation mentale est d'un ordre de grandeur tel qu'il nous est impossible de le chiffrer. Nous savons approximativement qu'il y a 80.000 aliénés internés dans les établissements publics ou privés. Nous savons également qu'il y a un aliéné interné pour quatre cents habitants, et que, pour le département de la Seine, il existe près de 15.000 aliénés. La dépense totale équivaut à environ 300 millions par an, sur lesquels 100 millions incombent au département de la Seine. Telle est la lourdeur du budget de l'aliénation mentale.

Ce n'est pas seulement une question d'argent qu'il y a lieu d'envisager, il faut songer à l'activité professionnelle, complètement perdue par tous les aliénés, qui présentent, d'autre part, une surmortalité excessive précisément à la période de la vie où l'homme normal est le plus actif et le plus vigoureux et produit le plus. C'est un énorme rendement enlevé à l'activité générale de la nation. Enfin, ce qui est particulièrement troublant, c'est le problème de l'hérédité qui se pose devant nous.

N'oublions pas, en effet, que si, aux 80.000 aliénés internés en France, on ajoute deux ou trois fois plus de malades moins graves, ces petits mentaux appartenant à toutes les catégories sociales, on aboutit à un chiffre énorme que, malgré tous les renseignements fournis, je renonce à énoncer devant vous.

Certains prétendent, messieurs, qu'il existe autant d'aliénés que de tuberculeux, c'est-à-dire environ un million. Il s'agit ici, bien entendu, de larges approximations ; elles correspondent, malheureusement, dans bien des cas, à la réalité.

La conséquence, c'est une race qui va s'affaiblissant, le développement de la psychopathie, de l'aliénation mentale, devenant avec d'autres grandes diathèses, un des fléaux du pays.

Messieurs, la proposition de loi qu'a rapportée, avec une compétence à laquelle nous avons tous rendu hommage, M. Paul Strauss, constitue un progrès

considérable sur la législation antérieure de 1838.

Je ne reprendrai pas, après notre rapporteur, ce qu'il a dit excellement. Je souligne simplement devant vous combien il est intéressant de savoir que, dans l'avenir, les médecins, dont le rôle est capital en la matière, devront recevoir une éducation spéciale. Leur responsabilité en sera, certes, plus affirmée, mais la société ne pourra que se féliciter de disposer de praticiens qualifiés pour trancher la question de savoir si un malade est atteint d'aliénation mentale ou bien de troubles de nature différente et qui ne relèvent pas directement de l'aliénation.

J'accueille avec une grande satisfaction ce stage psychiatrique —pour employer l'expression si juste de M. Strauss — qui va devenir une obligation pour tous les étudiants. Je me souviens avec tristesse des temps lointains de ma jeunesse, où la formation médicale était trop limitée. Combien d'entre nous — pendant les nombreuses années de leurs études à la faculté ou dans les hôpitaux — n'ont-ils vu que très rarement des malades aliénés et se sont-ils trouvés dans l'impossibilité d'acquérir l'expérience, le savoir nécessaires aujourd'hui pour devenir un bon médecin social !

Ce stage psychiatrique constitue donc une des plus importantes réformes contenues dans cette loi et je félicite l'honorable M. Paul Strauss de l'avoir mis en relief.

Il est également réconfortant de savoir que les interventions administratives, c'est-à-dire les actes judiciaires, devront se produire tous les six mois, garantie complémentaire de l'acte et de l'expertise médicale, que dorénavant les placements spontanés, demandés par les malades eux-mêmes, seront possibles. Pour beaucoup d'entre eux, en particulier pour les toxicomanes, il sera intéressant, sans risquer aucun affaiblissement de leur individualité, de leur situation, de se rendre dans des asiles où ils seront surveillés et soignés dans des conditions excellentes.

Il y a un instant, M. André Lebert insistait sur les sorties d'essai envisagées par la loi nouvelle. Je ne saurais exposer mieux que lui les difficultés que nous aurons à vaincre dans une matière aussi délicate : les sorties d'essai sont désirables, cependant elles deviendraient inquiétantes si elles étaient l'occasion d'actes antisociaux ou criminels.

Nous constatons ici, une fois de plus, combien l'appréciation autorisée du médecin et du juge devra se manifester pour éviter les conséquences si graves dont notre éminent collègue vous donnait, il y a quelques instants seulement, des exemples fâcheux.

Sorties d'essai, c'est entendu, mais à la condition qu'elles soient entourées de toutes les précautions possibles.

Hier encore — je ne trahis point, ici, un secret professionnel — nous étions, à la commission de l'hygiène, impressionnés par certaines remarques présentées par nos collègues et qui faisaient nettement ressortir les difficultés du problème.

A toutes ces mesures, je donne ma complète adhésion ; elles réalisent une grande amélioration, au point de vue social, administratif et humain.

Je ne prétends pas les examiner en détail, en ce moment et me bornerai à reproduire quelques observations. Vous m'excuserez de me répéter ; j'estime, en le faisant, accomplir un devoir.

M. Lebert voulait bien tout à l'heure, après avoir exprimé le regret qu'il n'existât pas une définition de l'aliénation mentale, nous en fournir une qui résultait de sa propre expérience.

Le sens en est excellent et je remercie notre collègue de son texte qui traduit surtout sa grande autorité juridique ; je lui soumets cette autre définition, ou mieux cette réflexion de l'un de mes vieux maîtres les plus réputés de la faculté de Lyon, le professeur Lacassagne. Il nous disait : « Dans ma longue carrière, de nombreux cas d'aliénation ont été soumis à mon examen ; la conclusion que j'en retiens est la suivante : l'aliénation mentale est caractérisée par un ensemble de troubles psychiques qui enlèvent au malade la juste appréciation de la portée de ses actes. Le traitement est d'ordre médical et social. » Me laisserez-vous ajouter cette réflexion personnelle : Dans une société bien organisée, les cas d'aliénation mentale doivent se réduire au minimum.

« Société bien organisée », messieurs, qu'est-ce à dire ? Nous voilà bien dans le sujet que je voulais, en quelques minutes, traiter devant vous, afin de souligner l'organisation sociale actuelle et comment il est naturel que les troubles psychiques se développent de plus en plus dans un pays qui n'a pas su édicter les lois préventives indispensables à la sauvegarde de la santé publique. Ici s'applique trop justement, hélas ! le vieil axiome médical bien connu : « Mieux vaut prévenir que guérir».

M. Labrousse. — Alors, nous enfermerions tout le monde !

M. Fernand Merlin. — Il semble que la France ne soit ni mieux ni plus mal partagée en matière d'aliénation mentale que l'ensemble de l'Europe ; toutefois, dans certains pays où une législation nouvelle est apparue, des améliorations ont été réalisées que nous n'avons pas constatées en France.

En Belgique, en particulier, où je me trouvais il y a quelques semaines, j'ai pu me rendre compte des conséquences sociales heureuses des méthodes introduites dans ce pays il y a cinq ou six ans, tendant à la répression de l'alcoolisme et de l'intempérance. J'ai pu saisir à quel point leur application avait réduit le nombre des malades dans les hôpitaux, les asiles d'aliénés et aussi dans les prisons.

Messieurs, si l'augmentation de la folie est fatale, malgré les lois nouvelles que nous tentons de lui opposer, et si, connaissant les raisons d'ordre général de l'aliénation mentale, nous ne nous efforçons point d'introduire les réformes et les lois préventives, nous manquons, c'est incontestable, à ce qui constitue l'un des devoirs des hommes politiques.

Les causes de la folie seraient trop longues à énumérer. Sans parler, ici, de l'hérédité, du surmenage, des passions, des émotions diverses, ou mêmes de ce qui a été et reste peut-être la raison essentielle : la guerre et toutes les psychoses qu'elle a développées, et me bornant à l'expérience journalière de maîtres en la matière, je suis bien obligé de considérer que les facteurs principaux de l'aliénation mentale résident dans quelques maux connus de tous.

C'est d'abord la syphilis, qui pèse d'un poids si lourd sur la psychopathie ; c'est également la tuberculose, qui est apparue depuis quelque temps aux esprits avertis comme un des facteurs principaux de l'aliénation mentale — le cerveau étant plus particulièrement sensible au virus tuberculeux. C'est surtout l'influence des toxiques, des spiritueux, en particulier de l'alcool, qui dans tous les pays, et particulièrement en France, pèse également d'un poids très lourd sur l'aliénation.

Je ne voudrais pas me borner à énumérer sous forme d'aphorismes des réalités qui semblent banales, mais qui n'en existent pas moins. Je signale des faits aussi graves, parce que nous sommes nombreux ici à constater les ravages de l'éthylisme dans nos départements et en même temps la marche progressive de l'aliénation. En trente années, dans telles régions que je pourrais citer, les cas de folie ont augmenté des deux tiers.

Voici ce qu'écrivait, à propos des facteurs essentiels de l'aliénation mentale, un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, le docteur Nordmann, spécialiste en la matière. Après avoir énuméré les principales causes de l'aliénation, il concluait, ainsi dans un rapport au conseil général de la Loire :

« La syphilis, qui a fortement progressé, peut-elle constituer un facteur prédominant ? Si elle intervient peu directement dans l'aliénation mentale, il n'en est pas de même dans l'hérédo-syphilis. Un grand nombre des idiots et des épileptiques ayant passé dans ce service étaient notoirement des hérédo-spécifiques.

« Toutefois — ajoutait l'auteur de ces lignes — le facteur de beaucoup prédominant est l'alcoolisme, les autres toxiques ne comptent à peu près pas. Je ne veux point dire l'alcoolisme aigu ; suivant l'état d'esprit de la police ou des internes de garde, les poivrots agités sont dirigés plus volontiers sur le violon, tantôt de préférence dans mes salles. Mais, au total, je ne peux dire que l'alcoolisme aigu soit en progression dans le département. Ce que l'on constate presque toujours chez nos aliénés, c'est l'hérédo-alcoolisme. On trouve à peu près toujours chez les individus qui n'ont pas d'hérédité vésanique l'alcoolisme héréditaire, pouvant suffire, à lui seul, pour déterminer des tares profondes.

« Si l'on veut, dans l'avenir, qu'une véritable régression se produise, il faut combattre avec énergie les facteurs principaux de l'aliénation, en particulier la syphilis et surtout l'alcoolisme, puisque ceux-ci ne se contentent pas de toucher sérieusement l'individu, mais encore tarent profondément sa descendance.

« En résumé, l'alcoolisme et la syphilis paraissent être la cause principale de l'augmentation du nombre des aliénés. Cette augmentation correspond, en général, à celle constatée dans l'ensemble de la France. »

Une douzaine de départements sont énumérés, voisins du département de la Loire. Je n'ai pas besoin d'insister et de procéder à cette énumération géographique.

Les conclusions et les déclarations anciennes ou actuelles sont identiques et conformes à ce que je me suis efforcé d'exposer.

A la syphilis et à l'alcoolisme, ajoutez la tuberculose : vous aurez ainsi, messieurs, le schéma de ce vaste problème, dont nous cherchons une solution convenable.

M. Strauss disait justement tout à l'heure, en parlant des dispensaires d'hygiène mentale, que le docteur Toulouse avait pu, depuis un certain nombre d'années, à l'hôpital Henri-Rousselle, soigner de nombreux malades dans son service ouvert, et que ces consultations avaient permis l'internement de milliers de malades que l'on eût probablement ignorés jusqu'au jour où un acte grave, criminel les eut signalés à la police. La belle œuvre du docteur Toulouse a été réalisée avec l'appui du conseil général de la Seine. Elle était donnée en exemple, récemment, au congrès de Washington. Nos assemblées départementales doivent s'en inspirer. (*Très bien ! très bien !*)

Permettez-moi, à ce sujet, de vous donner lecture d'une page écrite, il y a plus de vingt ans, par un éminent professeur à la faculté de médecine, enlevé trop tôt à la science, le professeur Rénon, qui, dans un livre intitulé *Les Maladies populaires*, après avoir énuméré quelques cas de folie, notamment d'auto-accusation, disait :

« La folie des alcooliques n'est pas toujours anodine. Ce n'est pas toujours la folie, plus tapageuse que méchante, que donnent quelques ivresses, c'est trop souvent la folie avec impulsions violentes, criminelles ; c'est la folie vraie s'établissant lentement, mais sûrement.

« Voulez-vous un document qui vous montre avec précision l'alcoolisme acteur criminel, soit par les impulsions qu'il provoque, soit par l'anéantissement de la conscience dont il est cause ?

« Sur 100 détenus pour assassinats, on compte 53 alcooliques ; sur 100 détenus pour incendies, on compte 57 alcooliques ; sur 100 détenus pour vagabondage, on compte 70 alcooliques ; sur 100 détenus pour coups et blessures, on compte 90 alcooliques. C'est donc une moyenne des deux tiers et même davantage.

« Le greffier d'une des plus importantes prisons de Paris a eu l'idée de rechercher combien de ses 2.950 prisonniers étaient signalés par les recensements de la police comme s'adonnant à l'ivrognerie,

Eh bien ! on en a trouvé 2.124, par conséquent près des trois quarts, qui se décomposent ainsi : Pour les vols, abus de confiance, escroqueries, filouteries, soustractions frauduleuses, faux, chantages, extorsions de signatures sur 1.896 individus emprisonnés, il a compté 1.346 intempérants, soit 70 p. 100. Pour les coups et blessures volontaires, les homicides par imprudence, les outrages, rebellions, violences et voies de faits, attaques avec armes, séquestrations, sur 415 individus emprisonnés, il a compté 366 intempérants, soit une proportion de 53,6 p. 100. Pour les ruptures de ban, la mendicité, le vagabondage sur 272 individus emprisonnés, il a compté 216 intempérants soit 79,4 p. 100 Pour les assassinats, les meurtres, sur 15 individus emprisonnés, il a compté 8 intempérants, soit 53,3 p. 100. Pour les incendies volontaires, sur 14 individus emprisonnés, il a compté 8 intempérants, soit 57,1 p. 100.

« D'ailleurs, ce qui prouve encore mieux que la criminalité est en rapport direct avec l'alcoolisme, ce sont les faits suivants : dans le département de la Creuse, un des départements où l'on boit le moins, on compte un condamné pour 1.504 habitants, tandis que dans le département de la Seine-Inférieure un de ceux où l'on boit le plus, on compte un condamné pour 138 habitants seulement. Vous voyez la différence.

« La criminalité des alcooliques est le plus souvent une criminalité précoce ; M. Garnier a bien insisté dans tous ses travaux sur cette criminalité précoce et juvénile ; c'est elle qui nous gratifie de toute la race des jeunes apaches que nous voyons en quête de tous les mauvais coups de l'heure présente.

« L'alcoolisme a aussi une influence sur les suicides, et alors qu'on ne comptait en France, dans l'année 1840, que 137 suicides dus à l'alcoolisme, on en compte 439 en 1865, 564 en 1875, 789 en 1880, 1.053 en 1893, et cela en 1893 sur 9.000 suicides, c'est-à-dire que l'alcool est responsable de plus du neuvième des suicides, beaucoup concernant des enfants. En 1900 on a compté 472 suicides entre seize et vingt ans et 75 de quinze, quatorze, treize ans, dix ans et même de neuf ans.

« Je vous ai dit que l'alcool conduisait à la folie vraie ; c'est l'inlassable pourvoyeur des asiles d'aliénés, pourvoyeur si puissant que ceux-ci ne s'accroissent pas assez vite pour parer aux besoins de chaque jour.

« Faut-il vous en donner la preuve ?

« En 1865, il y a eu en France 873.000 hectolitres d'alcool consommé et on a constaté 14.983 cas d'aliénation mentale dans l'année. En 1892, il y a eu 1.735.367 hectolitres d'alcool consommé, on a vu immédiatement le nombre des cas de folie monter dans l'année à 58.752.

« Voici de nouveaux chiffres. Dans le département de la Seine, les aliénés alcooliques sont au nombre de 38 p. 100 pour les hommes et de 12 p. 100 pour les femmes. Dans la Seine-Inférieure, les aliénés alcooliques forment presque la moitié totale des aliénés. Dans la Haute-Savoie et la Creuse, qui sont des départements tempérants, la proportion est relativement moindre. En Algérie, le docteur Rouley nous apprend que, dans le département d'Alger où il y a 1.258,000 Arabes et 113.000 Français, on a seulement vu, en une année, 2 Arabes devenir fous sur les 1.258.000 Arabes, tandis qu'on comptait 14 Français aliénés sur les 113.000 Français. Or, vous savez que, d'après le Coran, les Arabes sont tenus de s'abstenir, pour la plus grande part, des boissons alcooliques.

« Ces chiffres montent encore dans les dernières statistiques, en particulier en Algérie où l'usage de l'anis et produits similaires est fréquent chez les indigènes.

« D'ailleurs, si on fait le recensement des asiles d'aliénés en le comparant au recensement des cabarets, on verra qu'il y a un parallélisme évident entre ces deux ordres d'établissements. Partout où le nombre des cabarets est élevé là se trouvent le plus d'asiles d'aliénés ; partout où le nombre des cabarets est moindre, là existe le moins d'asiles d'aliénés. »

M. Louis Soulié. — Voilà le fléau.

M. Fernand Merlin. — C'est un des fléaux.

M. Labrousse. — L'observation de notre collègue et ami M. Fernand Merlin, peut se traduire, d'une façon tout à fait différente et aussi saisissante, en disant que les trois courbes d'alcoolisme, de criminalité et d'aliénation sont parallèles à la courbe même de la croissance en consommation d'alcool.

M. Fernand Merlin. — Je remercie mon ami M. Labrousse d'avoir bien voulu, par une affirmation à laquelle sa personnalité donne toute sa valeur, souligner, après moi, une des causes essentielles de l'aliénation mentale.

Nous ne méconnaissons pas, messieurs, la valeur des textes, mais nous avons foi, surtout, dans la nécessité des mesures préventives. Si demain, le Parlement français se bornait à voter une loi qui constituera une amélioration très sensible sur celle de 1838, nous n'aurions probablement pas un aliéné de moins, les malades seraient mieux soignés, mais leur nombre se maintiendrait par la permanence des causes mêmes de la folie.

Je me permets de m'adresser directement à M. le ministre de santé publique ; il tiendra, certes à prononcer au cours de ce débat des paroles rassurantes. Nous ne lui demandons pas seulement de nous aider à établir un nouveau texte, et d'améliorer la loi ancienne ; nous lui demandons d'abord de nous dire ce que le Gouvernement et lui-même ont l'intention de faire pour assurer la régression des misères, des fléaux dont notre pays souffre trop et depuis trop longtemps. Vos services, monsieur le ministre, participeront dans une large mesure à la mise en application du plan d'équipement national dont la Chambre est saisie en ce moment ; nous vous en félicitons. Nous vous prions instamment, ainsi qu'à M. le ministre du budget, de ne pas perdre de vue que la politique de préservation réclame aujourd'hui plus que jamais, des mesures décisives.

J'ai eu l'occasion de dire à M. Germain-Martin combien nous étions attristés ici en constatant que les questions qui nous préoccupent le plus, celle de l'alcoolisme, en particulier, restent souvent ignorées du pouvoir. En présence des faits que nous avons rapportés — vous les connaissiez, d'ailleurs — en présence d'une situation qui s'aggrave tous les jours, ne nous déciderons-nous pas à suivre l'exemple que nous donnent des pays voisins, qui se trouvent dans les mêmes conditions démographiques, économiques et industrielles ? L'exemple de la Belgique dont j'ai parlé n'est-il pas suffisamment éloquent ? Ne trouverons-nous pas enfin le moyen de faire disparaître dans les grandes villes particulièrement à Paris, dans tout le pays, cette plaie de l'intoxication qui devient une honte et un danger public ?

Le jour où un gouvernement, quelles que soient ses tendances politiques, aura le courage de poser devant les assemblées la question de confiance sur un pareil terrain, dut-il être renversé, ce sera à son honneur. (Très bien !) *La France, messieurs, avant tout, doit en effet préserver la santé de ses enfants, et ce n'est pas, certes, par des paroles, que nous y arriverons : ce sont des actes que nous vous demandons d'accomplir.* (Très bien ! très bien !)

Je voterai avec empressement les dispositions soumises à notre examen et qui, pour la plupart, sont excellentes ; mais, si des réformes complémentaires ne venaient pas s'y ajouter, la loi ne conserverait qu'une valeur très relative, et, dès maintenant, nous serions autorisés à douter de son efficacité. (*Vifs applaudissements.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de Vacances de Pratique obstétricale*, par MM. les Docteurs Marcel METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Paul CHEVALLIER, agrégé, médecin des hôpitaux ; VAUDESCAL, agrégé ; LANTUÉJOUL, DESOUBRY, de PERETTI, JACQUET, anciens chefs de clinique ; SUZOR, BIDOIRE, FLEURY, chefs de clinique ; , de MANET, chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 28 mars 1931, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. . Ces leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques.

Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Samedi 28 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 heures ; Leçon par le professeur BRINDEAU ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Conduite à tenir dans la délivrance normale et pathologique (SUZOR).

Lundi 30 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultations des nourrissons (FLEURY) ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Indications du forceps : Forceps sur le sommet (BIDOIRE).

Mardi 31 mars, 9 h. 1/2: Consultations des nourrissons (JACQUET) ; 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur BRINDEAU ; 16 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Le forceps sur la face, le front et le siège (de PERETTI).

Mercredi 1er avril, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes (M. le Professeur BRINDEAU) ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. CHEVALLIER, agrégé, médecin des hôpitaux ; 16 heures : Visite du Musée ; 18 heures : Extraction du siège (BIDOIRE).

Jeudi 2 avril, 9 h 1/2 : Leçon par M. Marcel METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau, 10 h. 1/2 : Consultation de gynécologie (LANTUÉJOUL) ; 16 heures : Exercices pratiques de forceps ; 18 heures : La présentation de l'épaule (SUZOR)..

Vendredi 3 avril, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures ; La version par manœuvres internes (DESOUBRY).

Samedi 4 avril, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur BRINDEAU ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Les embryotomies (de PERETTI).

Mardi 7 avril, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons (JACQUET) ; 10 h. 1/2 : Présentation de malades par le professeur BRINDEAU : 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège ; 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (SUZOR).

Mercredi 8 avril, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Albuminurie et grossesse (FLEURY).

Jeudi 9 avril, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques ; Consultations des nourrissons ; 16 heures : Exercices pratiques : l'embryotomie céphalique ; 18 heures : Les fibromes au cours de la grossesse (LANTUÉJOUL).

Vendredi 10 avril, 9 h. 1/2 : Nouvelle maternité de l'hôpital Bretonneau ; Service de M. Marcel METZGER ; Policlinique des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques : l'embryotomie rachidienne ; 18 heures : Conduite à tenir dans le placenta prævia (DESOUBRY).

Samedi 11 avril, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur BRINDEAU ; 18 heures : Conduite à tenir dans la dystocie pelvienne d'origine rachitique. (VAUDESCAL).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— Clinique médicale propédeutique (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob), — *Cours de Perfectionnement sur l'Exploration radiologique de l'Appareil respiratoire* du lundi 20 avril au samedi 25 avril 1931 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réser-

vés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures, sauf le lundi, à 15 heures et à 17 h. 30.) — Lundi 20 avril, M. le Professeur SERGENT ; Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 21 avril, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathie médiastinale et tuberculose ganglio-pulmonaire ; 17 h. 30, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme.

Mercredi 22 avril, 11 heures M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches ; 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. 17 h. 30. M, le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 23 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux ; 17 h. 30, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse.

Vendredi 24 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire ; 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 25 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Docteur COUVREUX.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— **Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin** (47, rue du Faubourg-Saint-Jacques. Professeur : M. Pierre DELBET.) — *Cours complémentaire.* (Date du Cours : du 16 au 27 mars 1931, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique.) — *Traitement des fractures et luxations des membres.* Cours sous la direction de M. le Professeur Pierre DELBET, par MM. Jacques LEVEUF, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Ch. GIRODE, Raoul CHARLES-MONOD, chirurgiens des hôpitaux ; GODARD, MABILLE, PASCAL, PELLÉ, chefs de clinique.

1° Indications générales du traitement orthopédique des fractures. Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. —2° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue. — 3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. Luxations du carpe. Technique de réduction et appareils. — 4° Fractures du col du fémur. Indications du traitement orthopédique et du traitement sanglant. — 5° Fractures du col du fémur. Technique du vissage et de l'enchevillement au moyen d'un greffon du péroné.— 6° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche. — 7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction. — 8° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue. — 9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche. — 10° Traitement sanglant des fractures . Indications opératoires dans les fractures fermées et dans les fractures exposées. — 11° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des osthéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt. Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils : 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils. La onzième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté , sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Lariboisière.**— *Consultation Civiale* (Voies urinaires. Service de M. le Professeur agrégé MARION.) — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 heures, à partir du lundi 13 avril 1931, avec le programme suivant :

La blennorragie chez l'homme ; Anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires ; Les traitements et leurs indications, par M. EUDEL, ancien assistant du Service. — La blennorragie chez la femme, par M. BORDIER, assistant adjoint, chargé de la consultation des femmes. — L'Urétroscopie, par M. BUSSON, chargé des examens urétroscopiques du Service. — La haute fréquence en Urologie ; Principes généraux ; La diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. ROUCAYROL, chargé du Service de la diathermie . — Bactériologie des urétrites ; Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. COLOMBET, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M. Salle Béclard. Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription: 300 fr.

— **Concours de Médecin des hôpitaux** (admissibilité). — Jury : MM. Jules Renault, Lévy-Valensi, Dufour, Chabrol, Léon Bernard, Sézary, Nobécourt, Monier-Vinard, Loeper, Tixier, de Massary, Rivet.

Censeurs : MM. de Gennes, Coste, Jacquelin. Janet, Marquezy (Jacob), Bernard (Henri) Tzanck.

Liste des candidats :

MM. Azerad, Bariéty, Basch, Bascouret, Benda, Benoist, Blondel, Boltanski, Bourgeois, Brun du Bois Noir (de), Chabrun, Christophe, Clément, Darquier, Delafontaine, Delarue, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Duruy, Escalier, Froment, Hillemand, Isaac (Georges), Kaplan, Kourilsky, Lambling, Lamy, Laporte, Lemaire, Lenormand, Lévy (M.), Lichtwitz, Liège, Marie, Martin, Meyer

Mollaret, Moussoir, Olivier (Henri), Olivier (Jean), Oumansky, Pelissier, Périsson, Péron, Pollet, Poumailloux, Rachet, Schmite, Thévenard, Thurel, Wahl, Wallich.

Sujets donnés à l'épreuve théorique anonyme :

Série A. : Formes cliniques et diagnostic de la lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin).

Série B : Anémie pernicieuse.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — ÉPREUVE DE NOMINATION. — *Consultation écrite d'électro-radiologie.* — Séance du 25 février. — Ont obtenu : MM. Porcher, 15 ; Moutard, 8 ; Le Goff, 7 ; Beau, 14 ; Foubert, 6 ; Ordioni, 6 ; Marchand, 9 ; Brisy, 7.

Séance du 26 février. — Ont obtenu : MM. Porcher, 15 Beau, 15 ; Foubert, 11 ; Brisy, 13.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr BORTNOWSKY, de Paris ; du Dr Pierre DUPIN, de Privas (Ardèche) ; du Dr Joseph BASQUIAT, de l'Isle-sur-Serin (Yonne) ; du Dr Edouard GIRY, de Châteauroux ; du Dr CHMIÉLEWSKI, de Saint-Just-en-Chaussée ; du Dr ROUCHON, de Paulhaguet (Haute-Loire) ; du Dr BOUTINEAU, de Couhé-Vérac (Vienne).

XVe Croisière de « Bruxelles-Médical » au Spitzberg et à la Banquise. Eté 1931, — Par nos avis et par la brochure explicative du voyage les lecteurs du *Concours* ont pu se rendre compte du superbe programme d'excursions dressé pour les escales des fjords norvégiens, des Lofodens, de Laponie, du Spitzberg, de Jan-Mayen, des Feroë.

Des améliorations intéressantes ont été apportées à ce programme :

EXCURSION A BRUGES. — Modifiant ce qui est inscrit sur l'horaire officiel, le *Foucauld* viendra à quai à Zeebrugge dans la nuit du 11 au 12 juillet (L'heure du départ de Dunkerque demeure la même). A l'intention des voyageurs s'embarquant dans le port français, une excursion à Bruges en auto-car sera organisée, de peu de frais.

En ce qui concerne l'ECOSSE, voici une *excursion facultative*, nouvellement étudiée. La matinée comprendrait une incursion en terre écossaise à Melrose, Dryburgh et Abbotsford. Aller à Melrose, c'est en quelque sorte aller au cœur de l'Ecosse, spirituellement parlant ; Abbotsford est un vrai lieu de pélerinage, une Mecque écossaise. L'après-midi serait consacré à une visite réduite d'Edimbourg.

Notice sur l'excursion à Melrose : Départ pour les différents centres consacrés à la mémoire de Scott, par Eskbank et Newbattle, à travers les monts Moorfoot, les rives de Gala Water vers Stow, Galashiels et Abbotsford, la fameuse résidence de Walter Scott. Visite du monastère de Melrose et de l'abbaye de Dryburgh, lieu de sépulture de Walter Scott et du feld-maréchal Haig. Retour par les rives du Leader, par Earlston, visite de l'ancien bourg de Lander, traversée du Lammermoor à Dalkeith ; rentrée dans la ville par la « Little France », près du château de Craigmillar.

INTÉRÊT MÉDICAL. — Nous signalons à MM. les médecins la très intéressante léproserie de Bergen, dirigée par le professeur Sil, le successeur de Nansen, et le Royal Infirmery d'Edimbourg, immense hôpital moderne construit en style gothique le plus pur.

(S'adresser de la part du *Concours*, à la section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles).

UNE DES CARACTÉRISTIQUES DE CE VOYAGE, c'est que, pour toute une partie du trajet (du 24 au 30 juillet) aucun itinéraire fixe n'est même tracé. Ce sera la « croisière » au sens strict du mot, c'est-à-dire que le navire « croisera », suivant les circonstances. Il y aura là une semaine de « flou » laissée à l'appréciation du commandement, pour adapter sa route aux circonstances et au mieux de l'intérêt des passagers. Cette durée sera répartie dans la zone Spitzberg-Terre du Nord Est-Banquise. Mais si l'on visite des baies seulement explorées par les expéditions scientifiques, il ne faut pas croire que l'on va à l'aventure. Nul segment du voyage n'est plus méticuleusement étudié ; dans nul parage aussi les eaux ne sont plus « saines » au sens océanographique du mot, c'est-à-dire exemptes de dangers. C'est pendant cette période aussi que l'on pourra trouver les vestiges émouvants des campements d'Andrée, d'Amundsen et de Nobile.

N. B. — Grâce à son puissant poste de T. S. F. à ondes courtes, les passagers du *Foucauld* pourront en tous temps expédier ou recevoir directement des radios.

ARMES. — Beaucoup de voyageurs écrivent pour demander s'ils pourront emporter des fusils et s'en servir. Malheureusement, les règlements interdisent absolument d'embarquer des armes. Les dispositions de police maritime défendent de tirer du bord, et à terre la faune est protégée : c'est notamment le cas du renne, au Spitzberg, car cet animal sert de base à l'alimentation du personnel des mines de charbon. On sait, par ailleurs, que les mines du Spitzberg constituent une des curiosités de l'île, parce qu'elles sont à ras du sol ou émergent de celui-ci, à flanc de montagne.

(S'adresser de la part du *Concours*, à la Section des Voyages de *Bruxelles Médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

« Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi après la leçon orale, d'après les deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles au moins égal au double du nombre des emplois mis au concours . »

Art. 2. — L'article 41 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé complété par l'arrêté du 15 février 1930, est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la composition des jurys des concours du second degré.

....

Chirurgie générale (9 membres du jury).

Faculté de Paris : 4 membres choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

Facultés des départements : 5 professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

....

Art. 3. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 43 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les candidats reçus à la 1re épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la 2e épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouvertes pour pourvoir à des places de la faculté pour laquelle ils sont candidats dans les sections auxquelles leur donne accès leur admission à la 1re épreuve. »

Art. 4. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 44 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929, modifié par l'arrêté du 18 juillet 1930, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime ... »

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Allocations d'allaitement.

11270. — M. André Marie demande à M. le Ministre du travail : 1° si une assurée de la loi des assurances sociales, ayant versé les cotisations règlementaires et commencé à bénéficier des prestations de l'assurance-maternité, peut se voir refuser les allocations mensuelles d'allaitement pour le seul motif qu'elle ne travaille plus après une période de six semaines après l'accouchement ; 2° si, cessant de travailler pour un délai de six semaines suivant l'accouchement, une salariée perd la qualité d'assurée et, partant, le bénéfice de l'allocation d'allaitement. (*Question du* 15 *janvier* 1931.)

Réponse. — 1° et 2° Réponse négative. L'assurée conserve le droit aux primes d'allaitement tant qu'elle reste immatriculée sous le régime des assurances so-

ciales. Une interruption de travail après la période de six semaines suivant l'accouchement ne saurait motiver sa radiation de l'assurance obligatoire.

(*J. O.* 21 *février* 1931).

Paiement des prestations en nature.

649. — M. Maurice VIOLLETTE, sénateur, demande à M. le Ministre du travail, suivant quel barème sont rémunérés par les assurances sociales : 1° les fournitures de lunettes ou binocles faites suivant ordonnance du médecin ; 2° les examens de laboratoires : diabète, albuminurie, Wassermann, etc., ordonnés par le médecin ; 3° les analyses radiographiques et radioscopiques ordonnées par le médecin. (*Question du* 12 *décembre* 1930).

Réponse. — 1° Les fournitures de lunettes ou binocles faites suivant ordonnance du médecin sont remboursées, en principe, d'après le tarif résultant des marchés passés par les caisses d'assurances sociales avec leurs fournisseurs. A défaut de marché, et si la caisse autorise l'assuré à s'adresser à un pharmacien, ce remboursement est effectué d'après le tarif de l'association des syndicats pharmaceutiques de France. Dans les deux cas, il est déduit du montant du remboursement des 15 p. 100 restant à la charge de l'assuré, aux termes de l'article 4, paragraphe 5, de la loi du 30 avril 1930.

2° Les examens de laboratoire ordonnés par le médecin et effectués par un pharmacien sont remboursés par les caisses, sous réserve de la participation légale de l'assuré aux frais, dans la limite du tarif pharmaceutique susvisé, compte tenu, éventuellement, des rabais qui auraient été fixés par la convention passée entre les caisses et le syndicat des pharmaciens du département.

3° Les analyses radiographiques et radioscopiques sont remboursées suivant le tarif adopté par la caisse sur la base d'un chiffre clé auquel sont appliqués les coefficients admis par la Confédération des syndicats médicaux de France. Le tarif limitatif des droits à la réassurance a fixé ce chiffre clé à 8 francs.

(*J. O.* 18 *février* 1931).

Périodes d'instruction.

746. — M. Edmond CAVILLON, sénateur, demande à M. le Ministre de la guerre : 1° si un officier de réserve ayant accompli le maximum de quatre mois d'instruction fixé par l'article 49 de la loi du 31 mars 1928, peut être astreint à une nouvelle période pour un motif quelconque et, en particulier, dans le cas où cet officier déclare renoncer à tout avancement ; 2° pour quelle durée les services accomplis en temps de guerre comptent dans les quatre mois ci-dessus ; 3° si un officier ayant accompli le nombre de périodes fixé par la loi du 8 janvier 1925 pour le passage au grade supérieur et remplissant en même temps les

conditions d'âge et d'ancienneté fixées par les circulaires ministérielles annuelles réglant les conditions à remplir pour l'établissement des mémoires de propositions, peut être astreint à une nouvelle période dans son grade actuel sous peine de ne pas être inscritau tableau d'avancement. (*Question du 6 février 1931*).

Réponse. — 1° Réponse négative, s'il s'agit de périodes effectuées au titre de la loi sur le recrutement de l'armée ou de la loi du 8 janvier 1925 fixant le statut des officiers de réserve ; mais l'avancement de l'officier de réserve en cause demeure subordonné à l'accomplissement des périodes d'exercice imposées, dans chaque grade, par la loi du 8 janvier 1925 précitée ; 2° la durée des services accomplis en temps de guerre n'intervient pas dans la limite des quatre mois fixés par l'article 49 de la loi du 31 mars 1928 ; 3° l'avancement des officiers de réserve ayant lieu exclusivement au choix, si les autorités militaires dont il relève ne sont pas suffisamment fixées sur ses aptitudes au grade supérieur, l'intéressé ne pourra être promu que lorsqu'il aura pu être noté au cours d'une nouvelle période d'exercice. Celle-ci n'est pas obligatoire, mais dans le cas particulier visé l'avancement de l'officier de réserve en cause est subordonné à l'accomplissement de cette période.

(*J. O.* 20 *février* 1931.)

UNE CONFÉRENCE A L'HOTEL CHAMBON

Sur la structure de la personnalité humaine

Le Prof. Leschke, de l'Université de Berlin, a fait à l'hôtel Chambon une conférence sur la structure de la Personnalité humaine.

M. Georges Dumas, de l'Académie de médecine, qui présidait, a rappelé la brillante carrière du jeune et éminent médecin psychologue allemand qui, en 1919, alors qu'il n'avait que trente ans à peine, déjà fort connu, avait été appelé à occuper une chaire importante de médecine à l'Université de Berlin. M. le Prof. Leschke revenait de l'Amérique du Sud où il avait fait une série de Conférences à Buenos-Ayres et à Rio de Janeiro en français.

M. Leschke s'exprime facilement et correctement en notre langue

Il remercie les organisateurs de la conférence et le public très nombreux accouru pour l'entendre. Il y a avantage à multiplier selon lui les relations entre intellectuels, car c'est là le meilleur gage de Paix entre les nations.

Pour bien se rendre compte de la structure de la personnalité humaine, il convient d'étudier le mécanisme des sensations ordinaires telles que la soif, la faim, la sexualité.

Le siège de ces sensations est dans les centres

sous-corticaux de l'encéphale, dans l'hypophyse et les régions que le Prof. Leschke appelle transcérébrales. Les observations des malades atteints de diabète insipide, d'anorexie, permettent de s'en rendre compte. De même le sommeil et l'insomnie ont leur siège dans les couches optiques.

L'activité impulsive, l'énergie, la sensibilité ont leur siège localisé dans les régions transcérébrales, comme les troubles à la suite de l'encéphalite léthargique le montrent.

L'écorce cérébrale ne joue pas seule un rôle dans notre personnalité. L'individualité profonde, végétative, qui lui sert de base, les impulsions dépendent de la région transcérébrale.

Le cortex a une influence spéciale de direction, de canalisation, de sublimation des sensations ; il modifie par la raison, la volonté, l'attention, ces sensations ; il supprime les impulsions primitives, socialise, spiritualise les passions. Le contrôle de l'écorce cérébrale n'est pas toujours suffisant pour réprimer les impulsions transcérébrales. Parfois il est impossible de refréner les passions et leur refoulement peut amener des troubles psychiques. Mais l'écorce cérébrale, en intervenant, peut transformer ces passions, les sublimer, les spiritualiser en quelque sorte.

M. Leschke compare la personnalité humaine à un cavalier montant un cheval fougueux. Le plus souvent le cavalier, qui représente l'écorce cérébrale, conduit le cheval, le dompte, le maîtrise, mais il arrive cependant que le cheval qui représente les régions transcérébrales, ne répond pas à la volonté du cavalier, l'entraîne malgré lui où il ne veut pas aller.

La conférence du Prof. Leschke, remplie de faits médicaux ou psychologiques, d'observations, d'expériences, a obtenu un grand succès.

J. N.

LE DOCTORAT EN MÉDECINE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

On sait qu'un projet de loi est pendant au Sénat, à la diligence de MM. Milan-Rio, qui supprimera le grade provisoire de chirurgien-dentiste, prévu dans la loi de 1892, et fera rentrer l'art dentaire dans la pratique exclusive de la médecine, réservée aux seuls docteurs en médecine.

Des mesures transitoires ont été envisagées, qui permettraient aux chirurgiens-dentistes actuels de postuler le diplôme d'Etat de doctorat en médecine dans des conditions particulièrement faciles (art. 5 du projet).

C'est ce qu'expose M. Maurice Mordagne, dans un article publié par la *Gazette des Hôpitaux* du 31 janvier dernier et qui se termine ainsi :

A cet extraordinaire projet et aux demandes similaires des dentistes, les Syndicats médicaux ont répondu par le vote d'une résolution présentée par le docteur Cibrie et tendant à obtenir du Parlement la suppression de l'article 5. L'Association corporative des étudiants en médecine, qui a été la première à dévoiler le piège tendu par l'article de loi en question, a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (1930, nº 100, p. 1732) un communiqué qui précise sa doctrine : *Les mesures transitoires doivent être réservées aux seuls dentistes bacheliers, fixées par les Conseils des Facultés de médecine et inscrites dans le texte de loi.*

***

Or, au milieu de décembre dernier, la Commission sénatoriale de l'enseignement a adopté la proposition Milan-Rio, y compris l'article 5. Les personnalités bien informées affirment que le *Sénat serait disposé à voter très prochainement le texte étudié en Commission sans tenir compte des vœux que lui ont transmis les représentants qualifiés du Corps médical.* S'il est désirable pour certains de voir entrer l'art dentaire dans le giron de la médecine, il est indésirable d'accorder le grade de docteur à des diplômés d'enseignement primaire supérieur. Singulière incompréhension de la valeur scientifique du diplôme de médecin par ceux qui veulent ouvrir à la Faculté la brèche à travers laquelle passera rapidement l'invasion de masse des primaires. Et le précédent une fois créé pour les dentistes, la Faculté de médecine assistera impuissante à cette irruption que connaît hélas ! depuis longtemps la Sorbonne avec ses licenciés ès lettres « primaires » ignorant latin et grec et ses agrégés de philosophie ignorant la langue de Plutarque.

Le ministre de la Santé publique a demandé à l'Académie de médecine de lui faire connaître son opinion sur la proposition de loi Milan-Rio ; une Commission vient d'être nommée qui prépare un rapport dont la discussion ne tardera pas. *Le vote qui suivra sera très gros de conséquences* ; aussi faisons-nous des vœux ardents pour que la Haute Assemblée de la Médecine française prononce un verdict de sagesse qui soit entendu du Parlement.

Maurice Mordagne,

Membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, ancien externe des hôpitaux de Paris.

***

Le Dr Mordagne nous signale qu'il a été des premiers à mener campagne contre les équivalences. Il a obtenu la comparution du Ministre de l'Instruction publique et du directeur de l'Enseignement su-

périeur devant la Commission sénatoriale de l'Enseignement.

Nous connaissons son activité, son entregent, sa tenacité et sa patience.

La cause qu'il défend et qui mérite d'être soutenue est de celles qu'il faut gagner. « On les aura » !

Citations accordées à l'occasion de l'attribution de la médaille des évadés

La question a été posée de savoir si les citations accordées aux différents échelons (armée, corps d'armée, division, brigade, régiment) à l'occasion de l'attribution de la médaille des évadés, avaient la valeur correspondante à l'échelon auquel elles se rapportaient, avec, le cas échéant, les avantages y attachés (droit à une annuité pour les citations à l'ordre de l'armée).

Cette question doit être résolue par l'affirmative.

(*Circulaire n*° 04752-M, *du* 16 *février* 1931).

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

5910. — Contrôle par les médecins vacateurs des centres de réforme

En ma qualité d'abonné de votre estimé journal, je prends la liberté de vous exposer le fait suivant et de vous demander comment je dois m'y prendre pour faire cesser un état de choses qui m'est préjudiciable.

Depuis 3 ou 4 ans le Centre de Réforme de X., désigne pour faire les visites du contrôle des anciens militaires ou ascendants qui demandent des pensions le médecin vacateur le plus rapproché de leur résidence, en l'espèce mon confrère voisin. Voici comment se passent les choses :

Je fais un premier certificat de maladie ou d'invalidité pour un ascendant ; ce certificat est adressé au Centre de Réforme de X., qui le renvoie à mon confrère médecin-vacateur en le chargeant de l'expertise et du contrôle.

Dernièrement même un ancien prisonnier de guerre en instance de pension ne pouvant se présenter devant la Commission de Réforme fut contre-visité par le même médecin-vacateur.

Vous pouvez comprendre pourquoi je ne peux pas admettre d'être contrôlé par un confrère qui est mon concurrent immédiat et que cela ne soit pas très déon-

tologique. D'autant plus que mes clients viennent se plaindre à moi de ce que l'expertise risque de ne pas être impartiale.

Je voudrais savoir comment je dois m'y prendre pour faire cesser cette façon d'agir. Je me suis adressé au Président du Syndicat qui en a saisi la Préfecture. J'ai posé la question à la Direction du Service de santé et j'ai demandé en outre si je ne pouvais pas moi aussi être nommé médecin-vacateur en ma qualité d'ancien Combattant alors que mon confrère ne l'est pas.

On m'a répondu qu'on ne faisait pas de nouvelles nominations et que pour les expertises on s'adressait au médecin le plus rapproché, par raison d'économie.

Il est bien entendu que je voudrais seulement obtenir ceci. Quand j'ai fait un certificat pour un ancien Combattant, mutilé ou ascendant, je voudrais que le Centre de Réforme désignât pour la contre-visite ou l'expertise un médecin-vacateur, qui exercerait en dehors de mon rayon de clientèle.

Quant au titre de médecin-vacateur, je n'y tiens guère bien que je déplore qu'à la fin de la guerre des confrères restés à l'intérieur aient profité de ce que nous étions encore mobilisés pour se faire octroyer toutes les prébendes.

Dr Z.,

Réponse

Le nombre des experts près les centres de réforme n'est pas *limité*. *Si vous désirez* être nommé expert, faites-en *directement* la demande au *Ministre des Pensions*, Direction du contentieux, service des expertises médicales, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

En détaillant, à l'appui, vos services de guerre, ne négligez pas, par la même occasion, d'exposer les raisons très plausibles qui vous incitent à solliciter cet emploi. Ajoutez encore que, si votre nomination ne pouvait être agréée, vous désireriez *vivement* qu'un autre expert que votre voisin soit désigné pour visiter les intéressés de votre clientèle, auxquels vous avez délivré un certificat médical.

Afin qu'il n'en ignore, par le même courrier, écrivez au Médecin-chef du centre de réforme pour lui exposer vos justes remarques. Ne négligez pas de lui dire que vous mettez le Ministre au courant de la chose et que vous lui adressez une demande pour être nommé, vous aussi, médecin-expert.

Maintenant, voici quelques explications utiles :

Les certificats médicaux que vous rédigez pour mettre à l'appui de demandes de pension formulées par vos clients ne peuvent *en aucune façon* remplacer les certificats d'expertises prévus par la loi et qui, eux, ne doivent être rédigés que par les médecins-experts agréés par le Ministre des pensions. Ceux-ci sont d'ailleurs dans l'obligation, vis-à-vis du Ministre, de libeller leurs

expertises sous une forme déterminée, faisant ressortir par leurs termes le degré de gravité des invalidités et *justifiant ainsi le taux qu'ils proposent.* Vos certificats médicaux, si complets soient-ils, ne peuvent donc pas servir d'expertises. Ce n'est pas un *contrôle* qu'exerce votre confrère, mais une *mission spéciale qu'il remplit,* et durant laquelle on devrait pouvoir espérer, à part cela, le respect des règles de la déontologie.

Si un client ainsi expertisé croit devoir se plaindre d'un examen défectueux, c'est au médecin-chef du centre de réforme qu'il doit s'adresser ou, à la rigueur, au Président de la commission de réforme.

Pour les expertises, il est prescrit de s'adresser d'une façon générale au médecin le plus rapproché ; cependant cette coutume peut, dans certains cas, justifier des réclamations fondées, et il faut alors changer de méthode.

Cette question est du ressort direct du médecin-chef du centre ou, indirectement, du directeur du Service de santé, mais, mieux, du Ministre lui-même. Elle ne dépend ni du Syndicat, ni du Préfet.

5800. — Carte de surclassement. Périodes d'instruction

1° Quels sont les avantages de la carte de surclassement, donne-t-elle droit à l'avancement ?

2° Mobilisé pendant toute la durée de la guerre, à l'exception de 4 mois de réforme temporaire pour blessure de guerre, en dehors du Service de santé; depuis la démobilisation j'ai été nommé successivement : médecin auxiliaire, puis médecin sous-lieutenant, actuellement médecin lieutenant de réserve depuis mars 1927. Je n'ai jamais fait de périodes, classe 1912.

Je voudrais savoir si pour passer au grade supérieur, je suis tenu de faire des périodes ; quel nombre, de quelle durée et dans ce cas à quelle époque je pourrais être nommé médecin capitaine.

Dr M.

Réponse.

1° La carte de surclassement, accordée pour une année, en récompense de l'assiduité aux cours de perfectionnement, donne l'autorisation de voyager en 1re classe sur les chemins de fer, en payant le prix d'un billet de 3e classe. Par elle-même, elle ne donne aucun droit à l'avancement ; cependant elle témoigne de l'assiduité aux cours, laquelle assiduité peut aussi vous permettre d'obtenir un « témoignage de satisfaction », dont il est tenu grand compte dans la préparation du travail d'avancement.

2° Vous devrez, afin d'être proposable pour le grade de capitaine, avoir six ans de grade de lieutenant et avoir effectué deux périodes d'instruction de 21 à 25 jours chacune.

Quant à leur époque, le mieux est de vous entendre avec votre directeur du Service de santé.

5868. — Libération des obligations militaires des pères de six enfants

Je viens d'être rayé des cadres sur ma demande, par application de l'art. 10 de la loi du 8 janvier 1925, comme père de six enfants vivants.

J'étais médecin lieutenant de réserve, appartenant à la classe 1910 (né le 23 février 1890).

Au cas où je viendrais à perdre un enfant, malheur qui, hélas ! peut m'arriver comme à un autre, pourrais-je reprendre mon ancien grade, ou serais-je rappelé comme simple soldat ?

Je ne puis croire à cette dernière alternative, et désire être fixé quand même.

Dr L.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 31 mars 1928, sur le recrutement de l'armée spécifie que :

« Les pères de six enfants vivants ou d'un nombre plus élevé d'enfants sont libérés de toutes obligations militaires, *dès la naissance de leur sixième enfant* ».

Il n'y a pas lieu, à notre avis, d'envisager *votre réintégration* en cas de malheur.

5907. — Passage dans le Service de santé

J'ai lu dans un de vos derniers numéros égaré depuis, le nom d'officiers d'armes combattantes, qui, ont passé dans le Service de santé, à un galon et le même jour à deux galons. Comme je suis dans les mêmes conditions, officier d'artillerie démissionnaire, j'aimerais savoir, comment l'on peut passer le même jour à un puis à deux galons.

Dr X.

Réponse.

La loi du 15 mars 1927 prévoit que les militaires des réserves, promus au grade de médecin sous-lieutenant, bénéficient lors de leur nomination à ce grade d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, de la durée de leurs études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme.

Cette majoration comprendra également la durée de l'internat des hôpitaux obtenu au concours dans une ville de faculté, pour le temps durant lequel ces fonctions ne se seront pas cumulées avec le temps normal des études près les facultés de médecine.

Ainsi, pour l'ancien régime, cette majoration est de deux années, pour le nouveau elle est de trois ans. A ce temps d'études vient, à l'occasion, s'ajouter une partie du temps d'internat, ainsi qu'il a été dit au paragraphe précédent.

Ainsi des confrères, nommés médecins sous-lieutenants, ont pu obtenir d'emblée quatre années de majoration et, le jour même de leur promotion à un galon, passer à deux galons.

Adressez une demande de promotion au grade de médecin sous-lieutenant de réserve au Ministre de la guerre, en la faisant passer par le Directeur du Service de santé de la région. Joignez-y une note détaillée de vos services militaires.

5914. — Montant d'une pension d'invalidité

Je vous serais obligé de me faire savoir quel est le montant annuel d'une pension d'invalidité au taux de 100 p. 100 pour un médecin capitaine 1er échelon, sans enfants.

Dr R.

Réponse.

La pension d'invalidité de base au taux de 100 %, est, pour un médecin capitaine du 1er échelon, de :

échelon, de :	4.400 fr.
plus 140 % du taux de soldat	3.360 »
plus, pour allocation spéciale de grand mutilé à 100 %	1.400 »
Total, par an	9.160 fr.

849. — Délivrance de toxiques

On peut, je crois, prescrire des ampoules de morphine à un malade morphinomane, aux conditions suivantes :

1° Indiquer le nombre de centigrammes à utiliser par le malade, pour chaque jour.

2° Ne prescrire que pour sept jours.

3° Employer une feuille portant le nom et l'adresse du médecin et inscrire le nom et l'adresse du malade.

Ce que je désire savoir est ceci : peut-on continuer à prescrire dans ces conditions *indéfiniment* ? Serait on ainsi répréhensible légalement de quelque façon ?

Dr C.

Réponse.

Je dois tout d'abord vous prévenir que vous ne devez pas indiquer, sur vos ordonnances, le nom de votre malade : la loi ni le décret de 1916 ne le prescrivent.

Mais vous pouvez indéfiniment délivrer chaque semaine une ordonnance de stupéfiants pour le même malade, lorsque le traitement de ce dernier rend la prescription médicamenteuse nécessaire.

Un malade doit être soigné et doit pouvoir se faire délivrer, selon ordonnance magistrale, tous médicaments dont il a besoin.

Mais, où la chose devient plus discutable, partant plus dangereuse au point de vue pénal, c'est lorsqu'il s'agit, non plus de malades vrais, mais de toxicomanes, qui moyennant un honoraire, obtiennent, chaque semaine, de leur médecin, la dose nécessaire pour entretenir leur vice.

Certains praticiens soutiennent qu'ils essayent

des cures de désintoxication à domicile, en réduisant progressivement la dose de leurs toxicomanes.

Mais, quelques arguments professionnels qu'on puisse donner, je préfère avertir mes confrères des dangers correctionnels qu'ils encourent, lorsque, non spécialisés en neuro-psychiatrie, ils délivrent, chaque semaine, des doses de toxiques à des morphinomanes, ou cocaïnomanes invétérés.

Pour gagner quelques francs, ils risquent la condamnation, car le toxicomane est menteur, voleur : il utilise tous les moyens, pour se procurer sa drogue. Le médecin le plus concienscieux, le plus honnête finira toujours par être la victime, soit des circonstances, soit de ces dé générés mentaux.

Je connais de mes confrères des plus honorables qui ont été condamnés en correctionnelle, alors que leur honorabilité et leur bonne foi étaient absolues : ils ont été les victimes des événements, ou du mensonge de leur client.

Aussi, dois-je recommander la plus grande prudence. Qu'un praticien ordonne la quantité de morphine suffisante pour un tuberculeux, condamné à la mort, ou pour un cancéreux ; ces prescriptions n'auront qu'un temps limité ; mais n'hésitons pas à nous priver du profit hebdomadaire que peut nous rapporter un morphinomane, qui s'adresse à nous, non pas pour se guérir, mais pour assouvir sa passion et son vice. Sachons, par prudence, avoir le courage de renvoyer ces mentaux aux médecins, ou aux établissements spécialisés.

Dr Paul Boudin.

Fiscalité.

Le régime fiscal des artistes

Un sculpteur consacre trois années de son travail à exécuter un monument grandiose qu'il vend à la fin de la troisième année 150.000 francs.

Pendant les années précédentes, il a vécu, avec sa famille, sur ses économies et même son capital, faisant les avances nécessaires à l'élaboration de ce monument (modèles, matière première, frais professionnels divers, etc.)

Comment doit-il effectuer sa déclaration de revenus ?

Réponse de l'Administration

L'article 6 de la loi du 27 décembre 1927, en ce qui concerne la production littéraire et artistique, indique que le bénéfice imposable peut être déterminé en retranchant la moyenne des dépenses des 5 années précédentes de la moyenne des recettes pendant ces mêmes années.

Il suffit que les intéressés le demandent. Mais ceux qui ont adopté ce régime pour une année

quelconque ne peuvent revenir sur leur option pour les années suivantes.

En 1931, ce sculpteur déclarera la moyenne des revenus de 1930-1929-1928-1927 (4 ans seulement la loi étant de 1927).

En 1932, moyenne de 1931-1930-1929-1928-1927.

En 1933, moyenne de 1932-1931-1930-1929-1928.

587. — Impôts et primes d'assurance-vie à déduire

Je lis que dans les déclarations de dépenses professionnelles, si on ne peut mettre le montant des impôts de la cote personnelle et mobilière, on peut bien porter la part revenant aux pièces professionnelles ?

De plus, on ne peut porter la somme versée par une assurance-vie. Cependant, j'ai une assurance-vie, et l'inspecteur m'a dit que je pouvais porter la prime en déduction des bénéfices, car il est stipulé sur le contrat que je pourrais à mon gré à l'expiration du contrat (20 ans), transformer le capital en rente viagère.

Je voudrais donc savoir, si je puis en toute tranquillité mettre le montant de la prime soit : 4.340 fr. en déduction des bénéfices.

De plus, si à l'expiration du contrat, 20 ans, je ne transforme pas le capital en rente viagère (si je suis toujours de ce monde ?), que fera le fisc à mon égard ? Amendes ? Impôts ?

Qu'est-ce que l'impôt cédulaire ? à déduire également je m'excuse de vous poser tant de questions, mais elles sont d'actualité.

Dr B.

Réponse.

Dans le cas où la contribution mobilière porterait sur vos locaux professionnels, vous seriez évidemment admis à porter la part afférente aux dits locaux dans vos dépenses professionnelles. Mais en général, cette contribution ne frappe que les locaux réservés à l'habitation.

Ne voulez-vous pas parler tout simplement de la patente qui, en totalité, est admise en déduction ?

Vous pouvez déduire votre prime d'assurance sur la vie sans craindre une surprise même si à l'expiration du contrat vous encaissiez le capital ; l'instruction générale du 31 janvier 1928 est d'ailleurs muette sur le point visé dans votre lettre, relatif à l'obligation de transformer le capital en rente viagère.

A. Martinot,
Conseil fiscal

Cinquante-troisième année N° 11 *bis* 18 Mars 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

par le Sou Médical

Vous m'avez demandé, mon cher confrère, de bien vous expliquer la différence qui existe entre le « Sou médical » et les compagnies d'assurances. Et je ne saurais mieux faire que de vous inviter à lire les procès-verbaux des séances de son Conseil d'administration, dont vous trouverez un extrait quelques pages plus loin. Vous y verrez en effet que la responsabilité professionnelle du médecin, qui est le seul cas dans lequel interviennent les compagnies d'assurances, n'est qu'une partie, au contraire, de tout le vaste domaine de notre Ligue de défense professionnelle, créée pour « **fournir son influence, ses conseils juridiques, avec consultations d'avocats spécialisés, son appui moral et, s'il y a lieu, pécuniaire, à ceux de ses membres qui se trouveraient lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent de leurs droits professionnels et de les soutenir dans toutes les difficultés professionnelles dont la solution intéresse le Corps médical tout entier...** »

En voulez-vous des exemples ? Car il n'est rien de tel que le cas concret pour illustrer un exposé.

Un médecin habite un pavillon dont il est le locataire indéracinable jusqu'en 1938, en raison de la législation qui lui accorde des prorogations de jouissance.

Son propriétaire fait apposer un large écriteau sur cet immeuble, avec cette inscription : PAVILLON A VENDRE.

Et tous les clients de notre confrère de lui dire : « Vous nous quittez donc, que votre pavillon est à vendre ? ? »

Il y a là un préjudice certain pour lui. Afin de se défendre, il a fait apposer à son tour un écriteau indiquant qu'il jouit de la prorogation légale jusqu'en 1938. Et son propriétaire l'actionne à cette occasion. L'affaire étant portée en justice, le « Sou médical » a accordé son appui à son adhérent et le suivra, moralement et pécuniairement, devant les juridictions qui auront à connaître de ce litige curieux.

Autre cas : un membre du « Sou médical », occupant une haute situation professionnelle, a écrit dans une publication scientifique un article qu'une maison de spécialités a fait reproduire sans autorisation à de nombreux exemplaires, pour appuyer sa propagande en faveur de ses produits. Notre confrère, s'estimant lésé, nous a appelés à la rescousse, et nous sommes avec

lui pour qu'il se fasse rendre justice, et que son droit de propriété sur ses écrits soit reconnu, sans aucune discussion possible.

Je pourrais multiplier les exemples des situations infiniment variées dans lesquelles nous intervenons en faveur de nos sociétaires. Les deux qui précèdent sont assez typiques pour vous convaincre des avantages du « Sou médical » qui couvre en outre ses adhérents contre le risque professionnel jusqu'à cent mille francs (150.000 pour les membres du « Sou médical » en même temps abonnés du *Concours médical*) : ce qui a bien son prix.

Si le cœur vous dit de devenir enfin des nôtres, vous trouverez ci-dessous un bulletin d'adhésion qu'il vous suffira de remplir et de nous adresser, pour vous mettre en posture de candidat d'abord, et pour devenir ensuite membre d'un groupement qui totalise déjà six mille adhérents.

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du Sou médical.

ASSURANCES SOCIALES

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Immatriculation de la femme et des enfants d'un patron.

M. Jean MOLINIÉ demande à M. le ministre du Travail : 1° si un patron, qui occupe sa femme et ses enfants dans son usine, peut les faire immatriculer aux assurances sociales, dans les conditions suivantes : 1) épouse. Elle travaille avec son mari, mais, jusqu'à ce jour elle n'a pas été portée sur les livres de salaires ; 2) fille mariée. Son traitement consiste en : nourriture pour elle et sa famille (mari et ses deux enfants) ; le logement (assez bel appartement), le chauffage, l'éclairage ; 3) fille non mariée. Le traitement consiste en : nourriture, logement, habillement, chauffage, éclairage et argent de poche donné de la main à la main ; 2° ces trois personnes désirent faire partie des assurances sociales, comment procéder pour les faire immatriculer et quel taux approximatif doit être alloué à chacune d'elles. (*Question du* 18 *décembre* 1930.)

Réponse. — 1° La femme et les enfants d'un employeur, occupés par ce dernier, relèvent de l'assurance obligatoire s'ils perçoivent, en raison du tra

vail effectué, un salaire effectif, et si ce salaire n'excède pas les chiffres-limite fixés par l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930. Dans ces conditions, les questions posées comportent les réponses suivantes : 1) épouse : réponse négative ; 2) fille mariée : réponse affirmative, les avantages en nature perçus par son mari et ses enfants pouvant être considérés comme un salaire ; 3° fille non mariée : réponse négative, l'article 1er, paragraphe 2, alinéa 4, de ladite loi disposant que ne sont pas considérés comme salariés les enfants qui, sans recevoir de salaire en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci ; 2° pour la fille mariée, il convient d'évaluer son salaire d'après les avantages en nature dont elle bénéficie ainsi que son mari et ses enfants, et d'adresser au service départemental ou interdépartemental des assurances sociales une déclaration en vue de son immatriculation et de son classement dans la catégorie correspondant à ce salaire. (*J. O.*, 21 février 1931.)

Conditions d'admission aux prestations.

M. Pic expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'une assurée obligatoire de la 4e catégorie, qui a versé, comme cotisation, 26 fr. en juillet, 20 fr. en août, 4 fr. en septembre, 30 fr. en octobre, et 7 fr. en novembre, s'est vu refuser le 10 novembre 1930, le service des prestations pour la caisse Seine et Seine-et-Oise ; *b*) que cette application stricte du paragraphe 2 de l'article 5 de la loi sur les assurances sociales ne devrait jouer qu'en période normale et non au début de l'application ; *c*) qu'en effet, cette assurée, malade en septembre, n'a pu travailler, mais qu'il n'en résulte pas moins de l'examen de sa carte qu'elle a été une assurée et, que, par dérogation, le service des prestations devrait lui être accordé moyennant une attestation médicale de maladie en septembre dernier et demande quelle mesure il compte prendre à ce sujet. (*Question du 2 décembre 1930.*)

Réponse. — Il résulte de l'arrêté du 6 septembre 1930 que pour une maladie dont la première constatation médicale a eu lieu en novembre, les prestations ne peuvent être accordées à un assuré de la 4e catégorie que si, à la date du 11 octobre, le montant des cotisations journalières apposées sur le ou les feuillets trimestriels, au cours des mois d'août, de septembre et d'octobre s'élève au moins à 60 fr., somme correspondant à 60 cotisations journalières de la 4e catégorie. Le nombre de journées de cotisations afférent à chaque feuillet trimestriel étant présumé correspondre par portions égales à chacun des mois pendant lesquels le feuillet a été valable, il s'ensuit que si le premier feuillet délivré à l'assuré a été valable pour les mois de juillet, d'août, de septembre et d'octobre, et comporte 80 fr., l'intéressé remplit les conditions pour bénéficier des prestations-maladie, puisque pour les trois derniers mois sa cotisation

s'élève à 60 fr. $\frac{(80 \times 3)}{4}$. Dans le cas contraire, l'assuré n'ayant effectivement versé que 54 fr. n'a pas droit aux prestations. Toutefois, il aurait pu, durant les mois d'août, de septembre et d'octobre, et en tous cas avant l'apposition de timbres datés de novembre, afin d'éviter de perdre ses droits, effectuer, au moyen de timbres non datés, des versements facultatifs pour les journées de maladie n'ayant pas donné lieu au payement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphe 10 de la loi du 30 avril 1930, dont les conditions d'application ont été fixées par le décret du 27 août 1930. Les journées pendant lesquelles l'assuré susvisé a été malade en septembre ne sauraient être décomptées comme journées de cotisations, aux termes de l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, puisqu'elles n'ont pas donné lieu au payement des prescriptions.

(*J. O.*, 21 fév. 1930.)

Quand paraîtra le tarif des spécialités ?

M. Vincent-Auriol demande à M. le ministre du Travail si les caisses primaires de répartition peuvent espérer voir apparaître bientôt le tarif de spécialités prévu par l'article 18 du règlement d'administration publique codifié (décret du 25 juillet 1930) ainsi que la liste des médicaments spécialisés, autorisés, prévus par l'article 19, paragraphe *ter*, du même règlement ; et ajoute que, jusqu'à ce jour, les ordonnances pharmaceutiques sont formulées avec de nombreuses spécialités donnant fréquemment l'impression de l'abus et rendant très onéreuse pour les caisses la rubrique frais pharmaceutiques. (*Question du 15 janvier* 1931.)

Réponse. — Le rapport de la commission instituée par l'article 7, paragraphe 4 de la loi du 30 avril 1930 avec mission d'établir et de tenir là jour a liste des médicaments spécialisés autorisés sera examiné par le conseil supérieur des assurances sociales dans sa séance du 23 février 1931 et fera ensuite immédiatement l'objet d'une décision ministérielle.

(*J. O.*, 22 février 1930.)

Avances aux assurés qui ne peuvent payer les actes médicaux.

M. Paul Jacquier demande à M. le ministre du travail de lui faire savoir de quelle façon doivent être comprises les dispositions de l'article 21 du règlement type d'administration intérieure pour les caisses primaires d'assurances sociales (maladie, maternité, etc.) et relatives aux avances que les caisses peuvent accorder à l'assuré qui est dans l'impossibilité de payer l'acte médical ; ajoute que cet article prévoit, en effet, que l'avance est faite « sur le vu de la feuille de maladie où il est attesté que l'acte médical a été dispensé » ce qui semble indiquer

d'après les règles admises, que le médecin a été payé ; s'il en était autrement, l'avance aurait été consentie par le praticien lui-même, sous réserve d'un paiement ultérieur de l'acte médical. (*Question du 15 janvier 1931.*)

Réponse. — Au cours des délibérations de la commission consultative, qui a été chargée, conformément à l'article 18 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, de préparer le règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires d'assurances sociales, les représentants du Corps médical ont indiqué que les médecins ne refusaient jamais de donner leurs soins à un malade se trouvant dans l'impossibilité de les payer comptant. On a pu ainsi, d'accord avec les représentants du Corps médical, et par mesure de précaution, prévoir dans le règlement type susvisé que l'assuré ne recevait l'avance nécessaire au payement de l'acte médical que sur la justification que cet acte a été dispensé. (*J. O.*, 1er mars 1931.)

Droits aux prestations de l'assurance-maladie.

M. Tricoteaux demande à M. le ministre du Travail si un assuré obligatoire des assurances sociales, tombé malade, le 26 août et non guéri le 1er octobre, c'est-à-dire avant d'avoir pu verser les 60 cotisations prévues au paragraphe 2 de l'article 5 de la loi du 30 avril 1930, ne devrait pas être considéré comme l'assurée dont l'accouchement aurait eu lieu également le 26 août et profiter ainsi du régime maladie à partir du 1er octobre. (*Question du 15 janvier 1931.*)

Réponse. — L'assurée dont l'accouchement aurait eu lieu le 26 août n'aurait pas eu droit aux prestations de l'assurance-maternité, mais l'assurée dont l'accouchement aurait eu lieu en septembre aurait eu droit aux indemnités journalières visées à l'article 9, paragraphe 2 de la loi sur les assurances sociales pour la fin de la période de six semaines, postérieures à l'accouchement, restant à courir à partir du 1er octobre, à condition d'avoir justifié à la date du 30 septembre du versement d'au moins soixante cotisations journalières depuis le 1er juillet. C'est à cette condition qu'un assuré obligatoire, malade à la date du 1er octobre, peut prétendre aux prestations de l'assurance-maladie, pour la periode à courir du 1er octobre à la date d'expiration de la période de six mois à partir du début de la maladie, soit, si la date du début de la maladie est le 26 août 1930, jusqu'au 25 février 1931.

(*J. O.*, 22 février 1930.)

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

697. — Radio de deux membres « pour comparaison »

J'ai fait en novembre une radiographie d'accident du travail, traumatisme du calcanéum gauche.

J'ai fait de profil également le calcanéum droit pour juger par comparaison de l'état du gauche.

J'envoie ma note à la compagnie :

Calcaneum gauche face et profil........ 75 fr.
Calcaneum droit profil (nécessaire pour comparaison)........................ 45 fr.

Aujourd'hui la compagnie m'écrit qu'elle m'envoie les 75 fr. mais que son conseil médical juge inutile la radio pour comparaison.

Dois-je m'incliner et accepter, ou dois-je réclamer *au patron* l'intégralité de ma note ?

D[r] P.

Réponse.

« *a*) Lire l'art. 26, VII- alinéa 4 : « Sauf les cas d'extrême urgence l'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, *d'accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur substitué. »

Comme je ne vois pas d'« extrême urgence » dans ce cas (voir la note 1 qui spécifie l'extrême urgence) y a-t-il eu *accord préalable* ? Si non, la Compagnie a beau jeu pour ne pas accepter vos demandes.

b) Vous êtes toujours en droit de réclamer l'intégralité de votre note, non pas *au patron* (même cas que l'assurance) mais à l'ouvrier lui-même, le Tarif officiel n'étant que le « Tarif de responsabilité patronale » et non un tarif obligatoire pour le médecin par rapport au blessé lui-même. »

D[r] Fernand Decourt.

763. — Soins d'urgence pour deux fractures sur des membres différents

Un journalier travaillant pour le compte des Ponts et Chaussées tombe d'un arbre et se fracture un coude et une cuisse. J'immobilise les deux fractures provisoirement en gouttières ; et envoie le blessé sur sa demande dans une clinique où un chirurgien fait une résection du coude et une immobilisation de la cuisse. Dois-je compter une fois 50 francs ou deux fois 50 francs ?

Votre réponse sera sans doute identique pour un cas semblable survenu quelques jours après : un ouvrier au cours d'une explosion a les deux jambes fracturées en de nombreux endroits. J'ai immobilisé jambe et cuisse droites en gouttières et jambe et

cuisse gauches en gouttière aussi, et ai laissé le soin à un chirurgien de faire les appareils définitifs. Là dois-je compter une fois 50 francs, ou deux fois 50 francs ?

Réponse.

Question intéressante et qui n'a pas encore été posée. La tarification est basée sur la note 1 de l'art. 18, ainsi conçue :

Ce qui comprend les soins d'urgence donnés, dans ce cas, par le médecin et la pose de l'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin.

Soins d'urgence, dans ce cas, égale donc 50 fr. quels que soient les soins.... mais la note ne parle que « de l'appareil provisoire en vue d'une réduction, etc.. ». Il résulte du texte même de la note qu'il ne s'agit que des soins d'urgence pour *une fracture*. S'il y a deux fractures sur des membres différents (v. art. 14), il m'apparaît légitime de compter deux fois « les soins d'urgence » mais avec réduction de 50% pour la deuxième intervention, comme il est de jurisprudence de le faire pour deux interventions concomitantes sur le même blessé. Je compterais donc, dans ce cas, 50 + 25 = 75 fr.

Dr F. DECOURT.

---

854. — Tarification d'électrothérapie

Je vous prie de me dire quel prix je dois prendre pour des séances d'électricité faradique pour un accidenté du travail.

Je vois bien sur le tarif : traitement électrique par un *spécialiste* : 20 fr.

Ai-je droit aux honoraires ? Dr G.

Réponse.

Il est spécifié dans l'art. 26-VI *a*) Traitement électrique *par un spécialiste*... ce qui annule donc l'art. 15, alinéa. 2, permettant aux omnipraticiens de prendre les prix marqués dans le Tarif des spécialistes. Mais vous pouvez vous entendre à l'amiable avec l'assurance dans ce cas, *au préalable* s'entend comme d'ailleurs pour tout électrothérapeute puisqu'il faut *accord* entre le médecin traitant et celui du patron ou assureur, pour tout acte d'électro-diagnostic, électrothérapie et radiothérapie (v. note 1 de l'art. 26-VI).

Dr Fernand DECOURT.

1008. — Visites de contrôle concomitantes pour plusieurs accidents

Quand une compagnie d'assurance fait contre-visiter plusieurs de ses blessés au domicile du médecin traitant, ce dernier compte-t-il 50 % de plus pour un blessé ou pour tous les blessés contre-visités le même jour et à la même heure.

Dr B.

Réponse.

Vous avez à compter *chaque fois* la majoration (Décision de la Commission du Tarif du 3 juillet 1928).

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot.

1014. — Pneumothorax

Voudriez-vous me rendre le service de me dire :

1° Quel est le tarif actuel des insufflations et réinsufflations pour un pneumothorax fait aux bénéficiaires de l'article 64 ;

2° S'il existe, pour ces insufflations, un maximum et un minimum d'honoraires, suivant qu'elles sont faites une ou plusieurs fois par mois.

Dr D.

Réponse.

Voir décret du 30 mars 1927, art. 1er b).

Pneumothorax : Insufflation pour entretien.

Prix d'une insufflation mensuelle.... 100 fr.

Insufflation plus fréquente pour décollement parcellaire de la plèvre............... 50 fr.

Dr Fernand DECOURT.

Baux et Locations

873. — Durée et conditions de la prorogation

Vieil abonné du *Concours Médical* et membre du « Sou », craignant de me tromper en ce qui concerne les droits que me confère la loi des loyers actuellement en vigueur, j'ai recours à votre obligeance pour me donner des renseignements sur les points suivants :

J'occupe à L..... (45.000 habitants) un logement pour lequel j'ai fait un premier bail en 1913 pour 1.150 fr. J'ai refait le 1er septembre 1924 un bail de six ans pour 3.300 fr. Ce bail est venu à expiration le 1er septembre 1930. Je n'ai eu à ce sujet, depuis, aucun entretien avec le propriétaire ayant fait de grosses réparations, à mes frais, je désire naturellement conserver mon logment et ce au prix le plus avantageux. Quels sont exactement mes droits ?

Au sujet du prix du loyer que pourrai-je opposer aux prétentions que ne manquera pas d'émettre mon propriétaire le 1er mars prochain, date à laquelle se paient ici les loyers ?

A titre d'indication : Le propriétaire nouveau n'a acquis l'immeuble qu'il y a quelques mois. Il a fait des réparations très importantes, mais toutes, réparations d'entretien nécessitées par l'état délabré de la maison et qui n'ont en rien modifié la disposition des locaux habités. La seule amélioration dont

Voir la suite page XLI-929

PROPOS DU JOUR

Grandeur et servitude d'une dictature

Déjà « *Knock ou le Triomphe de la médecine* » n'est plus de notre époque. Les types de ce médecin, arriviste de la nouvelle école, et du traditionnaliste Parpaleix, la bonne ganache à la fois roublarde et naïve du temps jadis, sont périmés. Si nous avons franchement ri à la comédie de Jules Romain et si quelques-uns de ses mots, tel : « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » méritent d'être cités comme exemples de style lapidaire, tout cela n'est plus de saison.

Si Knock, qui est le Triomphe du charlatanisme médical et non celui de la médecine, a mérité son grand succès, il n'a pas eu toujours l'heureuse influence de la comédie, qui en riant, doit corriger les mœurs. On lui doit même quelques méfaits. Un de nos confrères, connu dans les lettres sous le pseudonyme de Marcel Réja, l'a exposé dans deux articles du *Progrès civique*, en citant des faits à l'appui. Des malades, de vrais malades, qui, hélas ! s'ignoraient, et se croyaient bien portants, ont perdu confiance dans leur médecin après avoir entendu *Knock*.

Ils ont ri à gorge déployée quand un praticien, quelque peu leur ami, leur a conseillé de ne pas conserver telle petite verrue de leur visage qui lui paraissait de nature suspecte. Vraiment, les prenait-il pour des clients de Knock ? Et quelques mois plus tard, la verrue ulcérée, devenue un épithélioma malin, était inopérable.

Mais n'insistons pas sur ces victimes de *Knock*, il est probable que leur nombre est assez restreint.

D'ailleurs, nous l'avons dit et nous le répétons : *Knock* est devenu vieux jeu, ou, pour parler le style du jour, il n'est plus à la page. Malgré M. J. Romain, la médecine triomphe ; elle a triomphé. M. J. B. dans un article du *Temps* du 14 février, intitulé UN DICTATEUR, nous décrit ce triomphe.

Mon Dieu ! La constatation n'est pas nouvelle. Il y a 24 ans environ, en 1907, alors que nous étions secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, dans un long article intitulé : l'*Avenir de la profession médicale*, paru en tête du numéro des Etudiants du *Progrès médical*, nous avions exposé le rôle social énorme, démesuré, que le médecin était obligé de remplir. Nous faisions remarquer que l'importance même de ce rôle, portant le public à considérer le médecin comme tout puissant, devait fatalement causer bien des désillusions, dont on le rendrait responsable, et lui susciter des envieux et souvent des ennemis.

Nous constations encore que l'accroissement du prestige du médecin et l'anoblissement de sa tâche provoquaient la mulitiplication du nombre des jeunes gens qui se destinaient à la carrière médicale, qu'il en résultait une crise aiguë (déjà il y a un quart de siècle !) et que tout cela compromettait notre avenir professionnel, que nous étions menacés, dans un avenir plus ou moins éloigné, de tomber dans le *salariat* ou le *fonctionnarisme*, et que seule, une forte organisation syndicale, comprenant dans son action les intérêts du médecin et de la Société étroitement unis, pouvait nous préserver de ce danger.

Ces idées, maintes fois répétées à la fin du siècle dernier par tous ceux qui se préoccupaient de défense professionnelle, réapparaissent aujourd'hui comme des découvertes, comme des nouveautés. La grosse majorité des médecins syndiqués à ce jour ignore sans doute que l'année 1931 est le cinquantième anniversaire de la création du syndicalisme médical et que, pendant ces cinquante ans, il y eut des gens qui se sont inquiétés de l'avenir de la profession, en ont prévu l'évolution, et ont cherché et même parfois trouvé les remèdes à opposer aux maux qui ne devaient pas tarder à la frapper. Il est vrai que le plus souvent, on a souri de leurs prophéties et qu'ils ont prêché dans le désert.

Mais revenons à notre époque et à l'article du *Temps* : *Un dictateur*. Le médecin, affirme M. J. B. en substance, est devenu très grand, très fort, très important dans une Société qui a peur pour sa santé et qui a fait de l'hygiène une de ses divinités.

Avec les progrès de la science, les plaisanteries traditionnelles sur « ces bons docteurs », même celles plus récentes de Knock, ont cessé de plaire. Pour le public, le médecin est le magicien dont on attend avec anxiété le miracle. Il règne sur l'imagination des gens. Tous les caprices lui sont permis, car seul il a l'art de les imposer au peuple. Son prestige qui, dans d'autres professions, serait disparu du fait des varia-

tions de ses doctrines, est devenu de plus en plus formidable. Il est le seul dont l'autorité ne soit pas discutée dans une société où s'est produit la débâcle de tous les respects.

Sa puissance au cours de la guerre était sans exemple C'était lui qui disposait des citoyens et de leur affectation. Dans la paix, son rôle est encore plus grand ; on le retrouve à tous les tournants de la vie : invalidité, assurances, dommages-intérêts, mise à la retraite, attribution de pensions et demain, sans doute, avec le certificat prénuptial, il disposera même de la vie sentimentale de tous.

« Quel dictateur est plus puissant ? conclut M. J. B. Mais quel homme aussi apporte plus d'espérance et de joie au cœur de ses semblables par sa seule présence ? ... »

Malgré l'ironie qui perce çà et là dans ce dithyrambe, nous devons reconnaître qu'il y a beaucoup de vrai dans ce tableau excessif et que la Dictature du médecin, ainsi établie, ne manque pas de grandeur.

Mais après la grandeur, recherchons la servitude, et voyons dans quelle chute peut être chaque jour entraîné ce lamentable dictateur.

Ne parlons pas des obligations légales, réglementaires, coutumières qui font de plus en plus de lui un véritable esclave. Elles le rendent assez comparable à ces monarques absolus du temps jadis terriblement asservis par l'étiquette et le protocole. N'insistons pas sur les suspicions plus ou moins légitimes que nous sommes souvent les premiers à nous jeter réciproquement à la tête. Arrivons à la véritable servitude, à celle qui fera du dictateur médical le plus pitoyable des esclaves : *la responsabilité.*

Nous passerons sur la responsabilité morale. Elle n'existe que pour les gens qui ont une conscience et, si elle joue un grand rôle dans la grandeur de notre profession, elle ne nous conduit pas, bien au contraire, à la servitude.

La responsabilité pénale nous touche moins ; elle s'exerce en cas de faute professionnelle, surtout en cas de faute lourde, du moins il en était ainsi autrefois. Les magistrats cherchent, il est vrai, chaque jour à l'étendre, mais ce n'est pas elle qui sera encore la servitude la plus pénible de notre profession.

Le genre de responsabilité qui est appelé à modifier de fond en comble l'exercice de la médecine, à supprimer toute initiative, à faire tomber ce fameux dictateur dont on nous vantait la puissance absolue, dans la pire des servitudes, est la responsabilité pécuniaire.

Petit à petit, les magistrats, par des condamnations de plus en plus fréquentes, ont ancré dans l'esprit public que le médecin doit réparer tous les dommages dont le malade est victime, même les plus imprévus. N'est-il pas le magicien dont on attend le miracle ? Si le miracle ne survient pas, c'est évidemment sa faute et il doit réparer.

Non seulement on le rend responsable de tous les accidents, mais on discute sa thérapeutique, les procédés opératoires qu'il eût dû employer. La médication n'a pas agi comme on l'espérait, la réparation d'une fracture, d'une opération ne s'est pas effectuée d'une façon aussi parfaite, c'est la faute du médecin : il doit en bonne justice indemniser la victime. Sans doute, il y a des circonstances, où l'on pourrait établir que l'hérédité, la constitution du malade, mille causes qui restent cachées, ont empêché la guérison parfaite. Il n'importe ; le médecin a été appelé pour guérir et s'il n'a pas guéri ou s'il a mal guéri, il en est responsable, il doit au malade des réparations. On ne pousse pas la logique jusqu'à la barbarie des tyrans des premiers âges de l'humanité qui envoyaient au supplice le médecin incapable de les guérir, on se contente de vider sa bourse et de le réduire à la misère.

Fait-il une injection de sérum antitétanique à la suite d'un accident sans grande importance, on l'accuse généralement d'abus et on le poursuit, s'il survient des accidents sériques. S'abstient-il dans le même cas de faire cette injection, même s'il a eu de bonnes, de sérieuses raisons pour s'abstenir, il est durement condamné s'il arrive au blessé de mourir de tétanos.

Ne sachant plus à quel saint se vouer, il s'adresse à l'Académie de médecine et lui demande ce qu'il doit faire. Et quand le savant aéropage aura rendu son oracle, le médecin devra l'appliquer servilement pour se mettre à l'abri de tout reproche. On en viendra ainsi à enlever toute initiative, à paralyser toute action. Comme au Moyen-Age, on s'abritera derrière l'autorité d'Hippocrate et de Galien, heureux quand entre eux les deux augures ne se contrediront pas. Et le médecin, ce tout puissant dictateur du rédacteur du *Temps*, devra subir la plus humiliante des servitudes : celle des fonctionnaires ou des salariés qui doivent se plier à tous les règlements, à tous les ordres, à toutes les routines. Son mot d'ordre sera celui qui est inscrit à la cimaise de tout bureau qui se respecte : Surtout pas d'histoires. Q'importent la santé et la vie des malades !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES PROBLÈMES CLINIQUES POSÉS PAR LA MALADIE DE BOUILLAUD

Par le Dr Germain BLECHMANN
Ex-chef de clinique infantile à la Faculté

On est bien loin d'avoir tout dit sur le rhumatisme articulaire aigu — la maladie de Bouillaud — si l'on en juge par les innombrables publications qu'elle inspire. Tandis que les uns discutent sur sa pathogénie, sur sa spécificité même en tant qu'affection déterminée par un germe microbien, l'attention d'autres chercheurs est appelée sur les formes dites extra-articulaires, sur les rapports de la maladie de Bouillaud avec les pseudo-rhumatismes infectieux, ce qui donne le jour aux hypothèses les plus contradictoires. Et même, l'accord n'est guère parfait sur les meilleurs modes d'administration du classique salicylate, ce qui risque d'inspirer longtemps encore de très nombreux travaux.

C'est pourquoi nous croyons intéressant de consacrer cette étude à quelques points particuliers de la maladie rhumatismale. Nous envisagerons d'abord les rapports du rhumatisme articulaire aigu avec l'arthritisme, d'après la conception soutenue avec beaucoup de talent par notre ami M. J. SÉDILLOT.

Nous nous attacherons ensuite à l'examen du rhumatisme scarlatin évoluant à la manière du rhumatisme articulaire aigu franc.

Nous terminerons enfin par la description des formes péritonéales pseudo-appendiculaires de la maladie rhumatismale et qui ne laissent pas d'intriguer les cliniciens et les opérateurs.

I. — Maladie de Bouillaud et arthritisme

Au point de vue de sa pathogénie, le rhumatisme articulaire aigu est pour SÉDILLOT, chez le sujet jeune, l'exact équivalent de ce qu'est chez le sujet un peu plus âgé l'accès de goutte aiguë.

L'auteur n'ignore pas que depuis deux ans la doctrine de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu est soutenue plus ardemment que jamais et qu'il se vend actuellement plusieurs vaccins antirhumatismaux, alors que l'accord est loin d'être fait sur l'identité du germe microbien présenté comme agent spécifique.

En particulier, Russel Cecil, Edith Nicolls, Wensell et Stainby (*Journal of experim. Med.*, novembre 1929) soutiennent que l'agent causal est le strepcoccus viridans type Z, le même qui pour la première fois fut isolé en 1897 par Triboulet et Coyon. Les auteurs américains auraient obtenu sur 31 malades 84 % de cultures positives.

Or, c'est en se plaçant avant tout au point de vue clinique que SÉDILLOT avance que la maladie de Bouillaud est une affection diathésique et non une maladie infectieuse.

C'est à Bretonneau et à l'Ecole de Tours vers 1830, ensuite à Trousseau, que revient le mérite d'avoir isolé cliniquement le rhumatisme franc du groupe confus et chaotique des arthrites aiguës. Bouillaud et Trousseau introduisirent en médecine la notion de la spécificité et au point de vue clinique, Trousseau fit, certes, du rhumatisme spécifique, une entité cliniquement bien définie. Mais au nom de la clinique, également, Trousseau a admirablement décrit les formes de passage qui relient le rhumatisme articulaire aigu franc : d'une part aux rhumatismes subaigus, chroniques et même au rhumatisme noueux, d'autre part à la goutte aiguë, à la goutte subaiguë à paroxysmes successifs et à la goutte chronique. « Pour Trousseau le rhumatisme articulaire aigu était bien une affection diathésique d'origine goutteuse (c'est exactement cette même thèse que je reprends ici aujourd'hui) ».

Puis vint l'ère pastorienne et depuis lors, tous les auteurs se sont toujours placés dans l'hypothèse d'un virus spécial. Chaque jour un peu plus la notion du rôle de la diathèse dans le rhumatisme franc a perdu du terrain, et insensiblement, fatalement, nous sommes arrivés, dit l'auteur, finalement à la doctrine toute récente de MM. Besançon et M. P. Weill : « Le rhumatisme articulaire aigu est une pyrexie entièrement indépendante de la diathèse rhumatismale et qui ne nécessite pas plus un terrain arthritique qu'une arthrite gonococcique ou tuberculeuse ».

Mais, pour M. Sédillot croire à la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu est une hypothèse probablement fausse, en tous cas infiniment dangereuse.

Il critique les arguments et les faits qui pa-

(1) *L'arthritisme, ses misères, ses dangers, ses traitements.* Louis Arnette, éditeur, 1930.

paraissent militer en faveur de l'origine microbienne et il expose les arguments et les faits qui plaident contre cette hypothèse d'un virus rhumatismal.

Etant supposée, démontrée la nature diathésique de la maladie de Bouillaud, il pense pouvoir répondre par l'affirmative à ces deux questions :

Tous les problèmes qu'on s'est posé à propos de cette affection reçoivent-ils une solution légitime ? Existe-t-il dans la réalité des faits capables de prouver cette idée d'un terrain nécessaire à l'éclosion de la maladie de Bouillaud. SÉDILLOT conclut en exposant sa conception personnelle de la diathèse goutteuse et du rhumatisme articulaire aigu qu'elle englobe.

A) Critique des arguments et des faits qui seraient en faveur de l'origine infectieuse du rhumatisme articulaire aigu.

M. SÉDILLOT reprend un à un les arguments invoqués pour prouver que la maladie de Bouillaud est une maladie microbienne.

1° **La fièvre** : « Voici la goutte aiguë. On n'a jamais pensé pour elle à un microbe. Or, je demande : Si un goutteux de 50 ans fait à l'occasion de sa crise de goutte de « 38°3, à 38°8 pendant 5 à 8 jours » (Trousseau) pour une seule articulation prise et une très petite articulation, l'adolescent de 15 ans qui a 4, 5, 6 grosses articulations frappées ensemble par le rhumatisme articulaire aigu n'aura-t-il pas le droit de faire 39°5 à 40° pendant 8 à 12 jours sans qu'on ait forcément besoin de penser à la présence d'un germe infectieux » ?

2° **L'atteinte cardiaque fréquente au cours du rhumatisme articulaire franc** : L'auteur a souvent constaté l'assourdissement des bruits du cœur chez le goutteux en crise. « Au cours de l'accès de goutte aiguë de l'adulte, le sang hyperfibriné laisse peut-être déposer de la fibrine sur les bords libres de la mitrale constamment et violemment battus par le choc de l'ondée sanguine. Mais des dépôts de fibrine seraient silencieusement détruits par les leucocytes, et sans laisser de séquelles sur la valvule, parce que celle-ci est formée chez l'adulte de tissus plus résistants et parce qu'elle est arrivée à son complet développement. »

3° **L'apparition saisonnière du rhumatisme articulaire aigu** : Ici encore le fait n'a qu'une apparence de valeur, car si les maladies infectieuses, les fièvres éruptives ont leurs saisons, les maladies diathésiques ont aussi les leurs qui peuvent d'ailleurs coïncider avec les premières : ce sont les changements de saisons.

4° **Les épidémies (?) de rhumatisme articulaire aigu** : La notion d'épidémie devrait forcément entraîner celle de la transmissibilité, de la contagiosité du rhumatisme articulaire aigu. « Or, autant les auteurs contemporains parlent volontiers des épidémies de rhumatisme articulaire aigu, autant ils se montrent pleins de réserves et de réticences quand ils abordent la délicate question de la transmissibilité. »

B) Arguments et faits qui plaident contre l'hypothèse d'un virus rhumatismal et en faveur de l'origine diathésique.

Nous ne pouvons que résumer le plaidoyer de SÉDILLOT contre la nature microbienne de la maladie de Bouillaud.

En faveur de la diathèse, il considère l'aspect clinique des arthrites dans le rhumatisme articulaire aigu et le fait que le virus rhumatismal, s'il existe, ne serait jamais pyogène, ni par lui-même ni par association avec d'autres microbes.

D'autre part, l'atteinte de la mitrale dans le rhumatisme articulaire aigu, diathèse de fibrination (Trousseau), n'est-elle pas un phénomène purement mécanique.

Comment expliquer l'action de l'opothérapie thyroïdienne et dans certains rhumatismes chroniques diathésiques (Léopold-Lévi) et dans le rhumatisme articulaire aigu (Prof. Sergent) ; le salicylate de soude, médicament spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu agit-il comme agent anti-infectieux ou antidiathésique ?

Et l'hérédité rhumatismale, comment l'expliquer en dehors de l'hérédité de terrain ? Pourquoi une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu non seulement ne confère-t-elle aucune immunité, mais prédispose-t-elle d'une manière remarquable aux rechutes et aux récidives. En ce qui concerne la transmissibilité, la contagiosité du rhumatisme articulaire aigu, SÉDILLOT n'a trouvé que cette remarque d'ailleurs si pleine de réserves de M. Grenet qui pendant la guerre, a observé 182 cas de rhumatisme articulaire aigu parfois groupés en apparence d'épidémies : « L'épidémie n'avait pas l'air de tenir aux locaux habités par la troupe, mais à l'unité elle-même ; le rhumatisme se déplaçait avec l'unité atteinte et diffusait autour d'elle. Un régiment prenant le cantonnement d'une unité atteinte restait indemne. » Notre ami SÉDILLOT conclut pour terminer : là où on ne peut affirmer la contagiosité, on n'a pas le droit de parler d'épidémies, mais on a le devoir de chercher à ces apparences d'épidémies une explication en dehors de l'hypothèse d'un virus.

C) Conceptions personnelles de Sédillot à propos du rhumatisme articulaire aigu

Le rhumatisme articulaire aigu franc ou maladie de Bouillaud est pour l'auteur chez le sujet jeune exactement l'équivalent de ce qu'est chez le sujet un peu plus âgé l'accès de goutte aiguë.

« Pour réaliser le rhumatisme articulaire aigu et la goutte aiguë, il faut des conditions très particulières : une leucocytose très active, très

bien entraînée et des tissus aux cellules non tarées se défendant vigoureusement contre l'imprégnation par les résidus azotés toxiques. C'est pour cela que le rhumatisme articulaire aigu apparaît rarement dans les familles où l'on est arthritique de longue date, depuis des générations. C'est cela qui donne en apparence raison à MM. Besançon et Weill quand ils écrivent « que le rhumatisme articulaire aigu est plus une maladie de clientèle hospitalière que de clientèle de ville. »

« Pour moi, la goutte aiguë peut commencer vers l'âge qui cesse d'être celui du rhumatisme articulaire aigu, et la goutte chronique commence vers l'âge qui cesse d'être celui de la goutte aiguë. »

Qu'il s'agisse d'un rhumatisme infectieux ou d'un rhumatisme diathésique, aigu comme le rhumatisme articulaire aigu, le mécanisme intime de la crise articulaire serait le même.

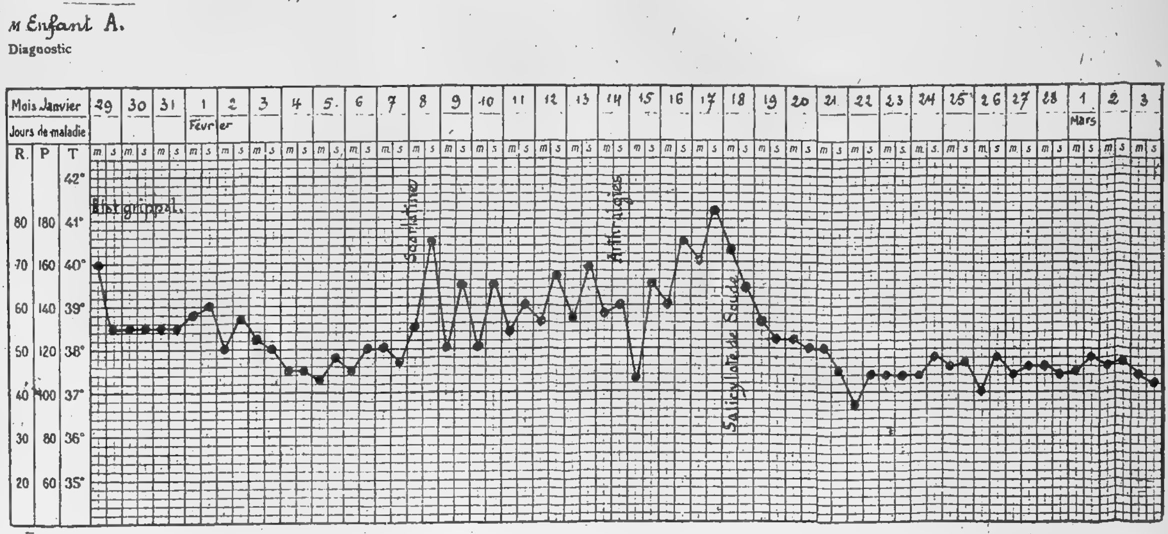
Nous convions d'ailleurs ceux qui nous liront à se reporter à l'ouvrage passionnant à consulter de notre collègue : ils y glaneront une manne précieuse, outre le plaisir de frayer des sentiers non encore battus.

II. — Rhumatisme scarlatin avec endocardite et maladie de Bouillaud

On sait que, dans certains cas, le rhumatisme scarlatin s'accompagne de lésions de l'endocarde. Dans le cas que nous avons suivi et dont nous publions l'observation, nous avons obtenu par le salicylate de soude à hautes doses, une amélioration remarquable des accidents. L'action de cette thérapeutique donne matière à une discussion qui ne manque pas d'intérêt.

Rien de particulier ne nous a été signalé au point de vue des antécédents de l'enfant, Andrée G., âgée de 7 ans 1/2.

En fin janvier 1929, elle présente un état fébrile



Chargés de microbes à détruire dans le premier cas, de floculats à faire disparaître dans le second, les leucocytes viennent faire au niveau des articulations leur diapédèse hors des vaisseaux pour le travail d'épuration que l'auteur envisage dans son chapitre de goutte aiguë.

Nous avons résumé du mieux que nous avons pu les idées si personnelles et si originales de l'auteur du volume sur l'arthritisme. Nous n'avons nullement la prétention de trancher le débat, mais on rendra justice à l'auteur qu'il conduit vigoureusement son argumentation.

Si discutables que soient les opinions de M. Sédillot, même si l'on admet pleinement que le rhumatisme, maladie de Bouillaud, est une maladie spécifique, infectieuse et transmissible, on ne peut se refuser à faire entrer en ligne de compte dans sa pathogénie et dans son évolution, le rôle joué en partie par la diathèse qu'invoque M. Sédillot.

de 3 jours, attribué à la grippe, puis la température redevient à peu près normale, mais subitement le 8 février, l'enfant fait une fièvre élevée (40°5), une angine rouge douloureuse, puis apparaît une éruption de scarlatine nettement caractérisée.

Pendant une semaine, la température montre des oscillations aux environs de 39° ; le 15, c'est-à-dire après une semaine, la température paraît tendre à la normale et l'éruption s'atténue sensiblement, quand, le 15 au soir, la fièvre remonte à 40° ; 48 heures après, elle atteint 41°2, l'enfant présentant depuis la veille des *douleurs articulaires extrêmement marquées.*

Nous examinons cette enfant avec le Dr Jean à la date du 18 : nous constatons une forte fièvre, et, comme signes persistants de la scarlatine, une langue desquamée tout à fait typique et une adénite angulo-maxillaire gauche ; mais ce qui nous frappe avant tout, c'est l'existence d'un poly rhumatisme (genoux, poignets, cou-de-pieds, phalanges, etc.) avec gonflement marqué et douleurs extrêmes qui em-

pêchent presque l'examen de la petite malade.

A l'auscultation, il existe un assourdissement du premier temps cardiaque tout à fait net ; les urines sont claires.

Ce rhumatisme ou pseudo-rhumatisme survenant au moment de la défervescence de la scarlatine nous surprit par sa violence et par son aspect clinique qui rappelait à s'y méprendre celui de la maladie de Bouillaud.

Nous n'hésitâmes donc pas à prescrire du salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour.

Or, *après trente-six heures de traitement salicylé*, on assistait à la chute de la température et les douleurs articulaires disparaissaient comme par enchantement.

Quand nous revîmes l'enfant le 22 février, après quatre jours d'administration de salicylate, la température était tombée à 37°4, le gonflement articulaire avait disparu et la palpation des articulations presque impossible auparavant, ne révélait plus aucune douleur. L'enfant présentait alors une desquamation de scarlatine typique, sans albumine dans les urines ; l'auscultation du cœur (assourdissement du 1er temps) n'avait pas varié.

Nous n'avons pas eu de nouvelles de l'enfant par la suite et nous ne savons si les bruits cardiaques sont redevenus normaux.

Cette question des rapports du rhumatisme scarlatin et de la maladie de Bouillaud a fait l'objet de plusieurs travaux de M. G. L. Hallez, auxquels nous faisons de larges emprunts (1).

Depuis Bouillaud, c'était l'opinion de la majorité des auteurs, que la scarlatine était, après le rhumatisme articulaire aigu, la maladie la plus susceptible de retentir sur le cœur. Martineau et Bouchut considéraient l'endocardite de la scarlatine comme extrêmement fréquente. Peu à peu, les statistiques donnent des pourcentages décroissants au fur et à mesure que l'on reconnaît mieux les souffles inorganiques du cœur (Roger, Broadbent, Teissier et Cochez).

Depuis quelques années cependant, nous constatons un retour aux conceptions des anciens auteurs et M. Nobécourt et ses collaborateurs insistent en particulier sur la fréquence relative de l'endocardite au cours de la scarlatine. Ils ont été suivis dans cette voie, par Roudinesco et Aris, par Boltanski et plus récemment par MM. Gallavardin et Mouriquand (de Lyon). Avec Nobécourt, MM. Comby et Hallez admettent (comme l'avait fait Jaccoud il y a 40 ans) qu'il existe au cours de la scarlatine une *endocardite infectieuse*, ulcéro-végétante tardive, généralement consécutive à des infections secondaires de nature streptococciques et généralement mortelle, et *une endocardite simple ou scarlatineuse* plus souvent précoce, souvent associée à des manifestations articulaires comparables à celles du rhumatisme articulaire aigu. Dans sa communication à la Société de pédiatrie, M. Hallez apporte deux exemples de cette dernière formule clinique.

Par contre, Gallavardin (de Lyon) a soutenu, en 1928, que le rhumatisme scarlatin n'est pas un pseudo-rhumatisme infectieux, mais bien un rhumatisme articulaire aigu.

Il se base sur trois sortes d'arguments :

1° Fréquence extrême de l'endocardite au cours du rhumatisme scarlatin ; 2° Possibilité de rechutes rhumatismales dans le mois ou les années qui suivent ; 3° Apparition possible d'une chorée dans la convalescence de ce rhumatisme.

Il conviendrait donc de traiter par la médication salicylée, comme le conseille Ramond, les arthralgies qui apparaissent au cours de la scarlatine et même de la continuer après la convalescence.

Faut-il penser, avec Mouriquand, que l'origine de ces arthralgies, voire de ces arthrites, n'est pas univoque et qu'il en est de même pour l'atteinte de l'endocarde.

Il est bien évident, comme le dit Hallez, que lorsque l'endocardite est grave et tardive, les lésions ne constituent que des localisations d'une septicémie rapidement mortelle et d'origine streptococcique.

Mais, dans un cas comme le nôtre, l'analogie de la polyarthrite et de l'endocardite avec la maladie de Bouillaud ne manque pas d'être impressionnante, quand on considère l'action immédiate de la cure salicylée.

Que conclure ? Nous avouons que sur ce point notre religion demande encore à être éclairée.

III. — Maladie de Bouillaud à début pseudo-appendiculaire

Continuer à ne considérer comme orthodoxe que le seul rhumatisme qui s'accompagne dès le début de manifestations articulaires conduit à méconnaître le polymorphisme de la maladie de Bouillaud et à priver certains cas anormaux et graves des bienfaits du traitement spécifique.

Les formes *extra-articulaires* de la maladie rhumatismale ont été bien étudiées par Grenet (1) qui les divise ainsi : I. Formes infectieuses pures (typhoïde, ou atténuées). II. Formes viscérales pures. Ces dernières comprennent les formes cardiaques, pleuro-pulmonaires, œsophagienne et pseudo-chirurgicales. Parmi celles-ci — et à leur propos nous désirons apporter un document inédit — l'auteur rappelle plusieurs cas dans lesquels, au cours d'un rhumatisme articulaire, apparaît un syndrome péritonéal passager ou pseudo-appendiculaire.

Voici l'observation d'un petit malade chez le-

(1) *Société de pédiatrie* 9-7-1929 et *Pratique médicale française*, n° 11, novembre 1929 A.

(1) Les formes extra-médicales de la maladie rhumatismale. *Presse médicale*, 12-3-1930.

quel la maladie conserva son caractère extra-articulaire pendant plusieurs jours, débutant par un syndrome appendiculaire à grand fracas ; le rhumatisme franc ne se détermina que consécutivement sur les jointures et l'endocarde.

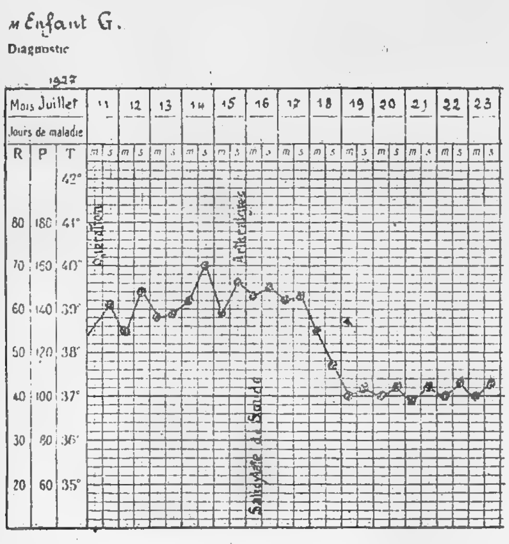
Il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui, dans la journée du 10 juillet 1927, est pris de vomissements, de coliques et de douleurs abdominales, plus marquées à droite qu'à gauche.

Il est examiné par le Dr Modiano, à la date du 11 au matin. L'état général paraît peu atteint. Localement, le ventre très tendu est sensible à la pression (surtout au niveau de la fosse iliaque droite). Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

L'opération a lieu le jour même ; l'intestin et l'appendice paraissent congestionnés et on constate la présence, dans l'abdomen, d'une petite quantité de liquide séreux, clair et inodore.

On pratique l'ablation de l'appendice et la fermeture sans drainage.

Après l'opération, la fièvre ne s'abaisse pas sensiblement, et vers le 14 ou 15, apparaissent des douleurs articulaires.



Nous sommes appelés auprès du petit malade par MM. Modiano et Cazes le samedi 16 juillet 1927.

L'enfant que nous examinons répond fort bien à nos questions et son psychisme est normal ; il est assez pâle. Malgré la température très élevée, le pouls est lent (72, 76). La langue est saburrale et ne présente pas le caractère typhique.

Nous constatons que trois articulations sont gonflées et douloureuses, le cou-de-pied droit et les deux genoux qui montrent même un léger degré d'hydarthrose.

L'abdomen ne présente pas de taches rosées, il est légèrement ballonné mais souple. Le foie et la rate ne sont pas gros.

A l'examen du cœur, on perçoit nettement un mouvement de roulis assez lent et l'aire de matité cardiaque est augmentée. A l'auscultation, le premier temps est assourdi et à la fois voilé. Au-dessus de la pointe, il existe un souffle systolique ébauché et un peu rude se propageant vers l'aisselle.

L'examen des poumons révèle quelques râles discrets à la base droite, en arrière.

La gorge est normale.

Notre diagnostic hésite entre une crise de rhumatisme articulaire aigu avec détermination cardiaque et une forme de pseudo-rhumatisme infectieux ayant compliqué une appendicite.

Comme traitement, nous prescrivons : l'application de glace sur le cœur, le salicylate de soude à la dose de 6 grammes par jour et le collargol en lavements. L'hémoculture se montre négative.

Le 18 juillet, soit deux jours après, nous revoyons le petit malade : sa température a considérablement baissé puisque le soir, elle n'est plus qu'à 37°3. Le pouls bat à 64-66. L'articulation du genou gauche est moins gonflée, les signes cardiaques sont sans changement.

Le 19 juillet, l'enfant n'a plus que 37° et le pouls bat à 70, légèrement irrégulier ; les phénomènes articulaires paraissent considérablement amendés.

Le cœur reste dilaté avec le même assourdissement du 1er bruit et un léger souffle systolique ; le second temps est moins vibrant. T. A. : 10 1/2 et 4 avec l'appareil de Laubry.

Phénomènes pleuraux stationnaires ; légère diminution de l'ouïe.

Le 21 juillet, la température reste aux environs de 37° ; les articulations sont redevenues complètement normales. L'éréthisme cardiaque a diminué, et le souffle systolique moins rugueux paraît en régression. Le second bruit cardiaque ne présente plus rien de particulier.

Aux poumons, les signes ont à peu près disparu.

L'enfant est revu le 4 août. Le pouls bat à 78 et il est irrégulier. Nous ne constatons plus qu'un souffle systolique très diminué se propageant à peine dans l'aisselle et à timbre beaucoup plus doux. Nous conseillons de faire suivre à l'enfant une cure à Bourbon-Lancy.

M. Modiano a reçu par la suite des nouvelles de l'enfant qui avant son opération était toujours souffrant et qui depuis lors s'est très bien porté (1).

Des cas à peu près analogues ont été publiés depuis deux ans et il nous paraît utile de les résumer.

M. Costedoat (du Val-de-Grâce) a rapporté (*Société médicale des hôpitaux*, 22-XI-1929) l'observation d'une jeune fille de 20 ans qui présenta, après une série de douleurs subaiguës dans les membres et articulations, des phénomènes abdominaux qui firent penser à une appendicite.

On pratique l'opération : l'appendice était un peu long, congestionné ; mais n'était ni gros, ni perforé, ni entouré d'adhérences. Les douleurs

(1) L'examen anatomo-pathologique de l'appendice montra qu'il ne présentait rien d'anormal.

abdominales spontanées disparurent. Mais, à partir de l'opération, la température s'éleva progressivement, des arthralgies apparurent et on constata en même temps un souffle cardiaque. Avec le salicylate, les douleurs s'effacèrent, mais l'amélioration ne fut que passagère et les douleurs et le souffle reparurent par la suite, le médicament n'étant plus donné d'ailleurs d'une manière systématique.

L'auteur a reçu également communication de deux observations de soldats à peu près calquées sur la précédente.

MM. LESNÉ et Cl. LAUNAY, *Société de pédiatrie* (21-I-1930) ont observé un enfant de 8 ans chez qui ont apparu brusquement des signes de péritonites aiguë, identiques à ceux d'une péritonite à pneumocoques. Une série d'arthrites de type rhumatismal, puis une péricardite sèche se développent par la suite. L'efficacité du traitement salicylé vis-à-vis de ces divers accidents, l'apparition à un mois d'intervalle d'une récidive caractéristique de rhumatisme articulaire aigu, confirment qu'il s'est agi d'une localisation péritonéale rhumatismale. Les auteurs insistent sur la grande difficulté du diagnostic.

Un peu plus tard (*Société de Pédiatrie*, octobre 1930), MM. FEVRE, FOLLIASSON et GARNIER reçoivent d'urgence à l'hôpital des Enfants-Malades un enfant avec le diagnostic d'appendicite aiguë, justiciable de l'intervention d'urgence. Au moment de l'examen, la zone cæcale est légèrement douloureuse, mais on ne peut vraiment dire qu'il existe un point appendiculaire précis et la défense musculaire manque. On décide donc de ne pas intervenir en prescrivant glace sur l'abdomen et diète absolue.

Le lendemain, le malade est passé dans un service de médecine avec une arthralgie du cou-de-pied et du genou qui disparaissent avec le traitement salicylé.

Les auteurs de cette communication après avoir passé en revue les observations que nous avons citées et celles de MM. WORMSER et AUVRAY (*Soc. de chirurgie*, 26-III et 9-IV-1930) insistent avec M. GRENET sur l'absence de vomissements au début : si elle n'est pas absolument exceptionnelle dans les appendicites aiguës, il est vraiment bien anormal que le malade ne présente pas quelques nausées. Nous devons néanmoins mentionner que l'enfant que nous avons suivi avec MM. MODIANO et CAZES commença sa maladie par des vomissements.

De tout ce qui précède, quand on se rappelle que LASÈGUE traitait le péritoine de « gros insouciant à l'égard du rhumatisme », il faut conclure qu'une telle affirmation est contraire à tous les cas que nous avons relatés : *la séreuse péritonéale peut réagir devant le virus rhumatismal* comme le font les séreuses articulaires, péricardiques ou pleurales. Et l'on conviendra avec M. LESNÉ que si l'interprétation de ces signes péritonéaux peut prêter à des discussions pathogéniques qui ne sont encore qu'hypothèses, les faits cliniques restent indiscutables.

LES CHATIMENTS CORPORELS DANS L'ÉDUCATION

(Fessées, gifles et coups)

Par le Dr Gilbert ROBIN

Ancien chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Paris.

La question des coups aux enfants, dès qu'on la soulève, suscite de vives polémiques, ce qui prouve qu'elle n'est pas encore résolue dans l'esprit de bien des gens. La preuve en fut donnée dernièrement à propos d'un article de Jean PRÉVOST paru dans *L'Intransigeant*, sous ce titre : «*L'art de corriger les enfants* » et de la critique que j'en fis. Voici le passage le plus caractéristique, on oserait presque dire l'exposé de doctrine.

....

La mémoire physique est incomparablement plus précoce : surtout celle des coups. Quand un père ou une mère tendre ont essayé de la philanthropie, ils obtiennent habituellement un enfant qui se rend malade à force de caprices, de désirs furieux, dont les parents finissent par ne plus même deviner les causes. Le marmot se congestionne, il s'irrite les cordes vocales ; cette souffrance l'exaspère davantage encore, et voilà les parents inquiets. C'est, presque, un cas médical ; ce dont l'enfant souffre, c'est d'une certaine quantité de sang mal placée. A ce moment, considérée comme simple remède, et non pas comme châtiment, la fessée ou une bonne cinglée des mollets, rappellera le sang ailleurs et produira un calme merveilleux ; chacun connaît aussi l'effet calmant des larmes. Quand on a essayé de ce remède, on ne traite plus autrement les colères, et dans presque tous les méfaits de l'enfant, il y a de la colère.

Pour lutter contre la paresse physique, les grandes personnes emploient le massage par gants de crin ou claquements. Une fois qu'on a considéré la fessée comme un bon médicament, rien de plus facile que de raisonner par analogie et de soigner aussi par claques, ou par la peur des claques, les petites indo-

lences, les refus de nourriture qui ne tiennent à rien de grave, qui viennent seulement de la pluie, ou du beau temps, d'une légère fatigue, d'une insomnie. Les bébés de quelques jours, paresseux pour téter, parce que l'effort est une chose neuve pour eux, ou parce que la tiédeur du sein ou du lait les engourdit, se réveillent couramment par de petites tapes sur le derrière, qui n'ont nulle prétention morale et qui assurent un régime régulier.

Vient ensuite l'exposé de la technique de la fessée, que Jean PRÉVOST veut bien qualifier d'art.....

Disons tout de suite que mon article a paru sous le titre, en outre de celui que nous avons déjà cité, de « Paradoxes ».

Aussitôt les protestations d'affluer, à telle enseigne que le rédacteur en chef de *L'Intransigeant* me demandait d'apaiser l'opinion à ce sujet.

« Est-il rien de plus balourd, disais-je au début de mon article, que de répondre d'un ton solennel aux propos d'un homme d'esprit ? Et je suis sûr que Jean PRÉVOST a voulu moins nous instruire que nous distraire avec son « Art de donner la fessée ». Aussi conviendrait-il de rire d'une verve qui s'exerce aussi spirituellement sur une technique, — la technique de la fessée, — beaucoup plus que sur un principe, si les parents ne risquaient de prendre au sérieux une plaidoirie en faveur des corrections corporelles.

Certains se demanderont devant un enfant difficile : « La manière forte est-elle, oui ou non, la bonne manière ? »

Il est facile de leur répondre, ils sont déjà de notre avis, que c'est une manière déplorable.

Il n'y aurait pas trop de mal si la fessée, voire les coups, n'étaient comme on l'a dit gaiement, qu'une manière de massage. Et encore faudrait-il prendre garde que ces corrections d'abord redoutées, ne deviennent pour l'enfant une source de plaisir et plus tard ne pervertissent ses joies d'une recherche douloureuse.

Mais ce n'est pas tant pour le corps que gifles et fessées sont douloureuses. C'est pour l'âme qu'elles le sont avant tout. Elles ont une valeur tristement symbolique. Elles veulent obtenir par la force. Elles sont le langage brutal et singulièrement elliptique que l'enfant, devenu grand, parlera aux hommes. Elles punissent de la plus mauvaise façon, car elles punissent en humiliant... »

...Sur ce, des lettres m'arrivèrent....

Je passe sur les réponses approbatives ; mais il m'a paru intéressant de publier les lettres de mères de famille qui me donnent tort sur toute la ligne.....

« Permettez-moi, Monsieur le Docteur, de vous donner mon avis sur votre article de tête de *L'Intran* « Corrections. Les enfants se souviennent ». Tout d'abord je vous demanderai : Avez-vous des enfants ? Combien ? Les avez-vous élevés sans la plus petite correction ? J'ai deux fillettes : l'aînée, 8 ans 1/2, va en classe depuis deux ans ; la seconde, 6 ans, doit aller à l'école le premier octobre prochain....

Pensez-vous vraiment que dans ces conditions une maman puisse élever des enfants sans une fessée, sans une gifle. Je n'ai que deux enfants ; pensez à celles qui en ont trois, quatre et plus et qui n'ont pas même une femme de ménage pour les aider dans leur lourde tâche. Croyez-vous que celles-là ont le choix des moyens dans l'éducation de leurs enfants ? »

Une autre :

..... Vous défendez fort bien les enfants et présentez en leur faveur des arguments très spécieux, mais qui me paraissent être surtout à l'usage des parents cruels ou imbéciles ; ou encore devoir séduire les gens qui n'ont pas de progéniture. Mais s'il sied d'avoir pitié des enfants, ne croyez-vous pas qu'on puisse quelquefois aussi avoir pitié des parents ? Leur tâche est souvent horriblement ardue. Et beaucoup auront à se féliciter, je crois, de mettre de côté toute sensiblerie et d'adopter la manière forte et particulièrement la fessée pour laquelle vous me paraissez professer une horreur particulière. Ce pourquoi je ne puis vous approuver, ayant moi-même fait l'expérience après l'article de Jean PRÉVOST.....

Vous semblez craindre l'humiliation pour les enfants. J'incline au contraire à croire que c'est une chose excellente..... Quant à la question sexuelle que vous effleurez, je ne vois guère qu'elles puissent pervertir, puisqu'on voit assez de mauvaises habitudes solitaires guéries par des fessées très fortes et répétées. Quant au plaisir immédiat que l'enfant peut ressentir, j'en doute davantage encore à entendre hurler mes filles. D'ailleurs, j'ai trouvé le moyen d'y parer en agissant souvent par surprise, en variant aussi les positions dans lesquelles mes filles sont fessées, ce qui fait qu'elles ne savent jamais très bien ce qui les attend.... Quoiqu'il en soit pour le présent, je suis extrêmement contente des résultats obtenus et suis bien décidée à continuer, même si les moralistes comme vous doivent m'en blâmer.....

Une troisième :

..... Je ne puis vous dire à quel point votre article de *L'Intran* « Les enfants se souviennent » m'a étonnée et je voudrais que vous expliquiez dans un autre article les moyens que vous connaissez de dresser les enfants. Je me vante d'avoir de l'expérience, ayant, veuve, trois filles que j'élève seule. Eh bien ! je ne serais arrivée à rien et encore aujourd'hui ne viendrais pas à bout d'elles, sans la fessée que vous déconseillez. Mes trois filles, Annie, Claire

et Marie-Claude ont 13 ans, 11 ans et 10 ans et il ne se passe guère de semaine sans que je fesse vigoureusement l'une ou l'autre et je m'en trouve très bien. Je ne suis nullement pour la méthode moderne qui fait des monstres égoïstes et sans pudeur. Tous les exemples que je vois autour de moi me prouvent que j'ai raison. Mes fillettes sont bien plus charmantes que toutes celles que je rencontre et je ne suis pas près de changer de méthode..... Quant à la technique de la fessée que vous raillez, elle a une importance capitale. Pour être utile, une fessée doit être donnée dans la perfection. C'est-à-dire qu'il faut atteindre le maximum de douleur supportable sans porter atteinte à la santé de l'enfant.

Ces lettres prouvent qu'une campagne contre les fessées, les gifles et les coups aux enfants, n'est pas déplacée même à notre époque. Elle éveille, cette correspondance, la curiosité de l'esprit, et l'invite à rechercher si tout le monde, dès l'antiquité, a été de l'avis de ces mères de famille.

***

Les corrections corporelles, coutume ancienne

On le pourrait croire.

La puissance paternelle est, dans son essence, religieuse. Un des plus anciens « monuments » écrits que nous possédions, l'Ancien Testament, ne dissimule pas sa préférence pour les châtiments corporels. A dire vrai, il ne semble pas en envisager d'autres. Il suffit de lire les Proverbes de Salomon pour s'en convaincre.

Le commandement est une lampe, l'enseignement une lumière et les corrections propres à instruire sont le chemin de la vie.

(Salomon : *Prov.*, VI-23).

Celui qui garde l'instruction tient le chemin de la vie, mais celui qui néglige la correction s'égare.

(Salomon : *Prov.*, 11-17.)

Celui qui épargne les verges hait son fils, mais celui qui l'aime s'empresse de le châtier.

(Salomon : *Prov.*, XIII-24.)

Châtie ton enfant pendant qu'il y a de l'espérance et n'écoute point ses plaintes.

(Salomon : *Prov.*, XIX-18.)

N'épargne point la correction au jeune enfant, quand tu l'auras frappé de la verge il n'en mourra pas.

(Salomon : *Prov.*, XXII-13.)

Tu le frapperas de la verge, mais tu délivreras son âme du sépulcre.

(Salomon : *Prov.*, XXII-14.)

La verge et la répréhension donnent la sagesse

(Salomon : *Prov.*, XXIX-15.)

De Sion passons à Sparte.

Les lois de Lycurgue prescrivent des châtiment extrêmement sévères. Les enfants, qui n'étaient pas élevés par leurs parents, devaient se « débrouiller ». Organisés en bandes, sous le commandement d'un chef appelé « *irène* », ils pourvoyaient eux-mêmes à leur subsistance et pour cela ils dérobaient leur nourriture. S'ils étaient surpris on les fouettait avec violence et on les obligeait à jeûner, pour les punir de leur négligence et de leur maladresse. Nul parmi nous n'a oublié l'histoire de ce jeune Spartiat, qui se laissa déchirer le ventre à coups de griffes et de dents, par un renardeau, plutôt que d'avouer le larcin commis. On imagine l'horreur du châtiment qu'il savait devoir lui être réservé..... Le fouet d'ailleurs, à Lacédémone, était considéré comme un excellent exercice (pour celui qui le reçoit). On fouettait les enfants sur l'autel de Diane Orthia, pour les rendre plus endurants. Pour qu'ils ne s'amollissent pas on leur interdisait tous soins de propreté. C'était-là l'éducation spartiate.....

Rome ?

Ce que les Pandectes nous ont conservé de la loi des Douze Tables, nous montre que le père avait droit absolu de vie et mort sur ses enfants. Ceux-ci sont une propriété dont il peut disposer en toute liberté. Déjà, d'ailleurs, et bien que la loi en question se soit efforcée de codifier par écrit des coutumes orales, quelques adoucissements étaient dans la pratique, apportés à cette rigueur. Dès le début de l'histoire de Rome, sous les Rois, c'est-à-dire du VIII^e au VI^e siècle avant notre ère, l'avis du conseil de famille était nécessaire au père pour que celui-ci puisse sans risque sévir contre son enfant. Dans les premières années de la République, on relate même des cas où le magistrat aurait cité des pères de famille devant les comices populaires, pour violences et abus de la puissance paternelle. Mais la loi des XII Tables est précisément de cette période républicaine (431 avant J. C.). Elle ne comporte aucun adoucissement à la primitive coutume. Le père, en droit, agit comme bon lui semble et ne doit compte qu'à lui-même de ses actes. Il est rare qu'un magistrat intervienne.

La flagellation est d'usage courant, appliquée aux enfants, aussi bien dans la famille qu'à l'école. Et pourtant c'est le châtiment que l'homme libre ne peut subir sans être avili.... La plupart des écrivains latins trouvent ce mode d'éducation normal. Ils en ont gardé un souvenir cuisant, mais ne protestent guère quand ils le dépeignent. Cicéron, qui cependant est très convaincu de la dignité de l'homme libre, ne dit-il pas :

« Plus un être est habile, plus riches sont ses dons, plus il est instruit avec colère et avec fatigue. »

Plaute, Horace, et bien plus tard Saint-Augustin, tracent des tableaux affreux des sévices exercés contre les enfants à l'école : férule, fouet, verges et même probablement un équivalent du knout, rien ne manque..... Et les peintures d'Herculanum et de Pompéï, viennent, au sens propre, illustrer ces terribles descriptions. Les marmots d'ailleurs, n'acceptent pas toujours avec patience ces rudes méthodes. Nous trouvons dans Plaute l'histoire d'un bambin de sept ans qui, mécontent d'avoir été fouetté par son maître, casse ses tablettes sur la tête du bonhomme. Mais ce sont là des résistances isolées, et qui n'impliquent aucune modification, ni dans la loi, ni dans les mœurs.

L'Antiquité transmit au Moyen-Age la coutume des châtiments corporels. L'Eglise catholique n'érige-t-elle pas en dogme l'idée de corruption de la nature humaine ? Pendant longtemps les uniques écoles sont religieuses. On n'y est pas tendre.

Du reste, l'exemple partait de haut et les rois de France ne se sont jamais privés de punir avec rudesse et souvent violence les enfants royaux.

Charlemagne fait flageller ses fils et les quelque trente rois qui lui succédèrent suivirent l'exemple du grand Carlovingien. Blanche de Castille ne gifle-t-elle et ne donne-t-elle pas le fouet à Saint-Louis déjà marié ? Henri IV applique — pour me servir du terme de l'époque — lui-même, le fouet au futur Louis XIII et ce, parfois devant l'assemblée des ambassadeurs. Louis XIV, dans son enfance abandonnée, a été copieusement rossé par son valet de chambre Laporte. Quant à son fils, le Grand Dauphin, élève de Bossuet et du duc de Montausier, il recevait de telles volées de coups de canne, qu'on le voyait des heures entières, assis sur une chaise, parfaitement abruti et frappant d'un air absent ses bottes du bout de sa cravache..... Bossuet n'a pas écrit grand chose sur ces méthodes d'éducation, sans doute la pratique lui suffisait-elle ?

Gaston, comte de Foix, frappa si cruellement son fils que celui-ci en mourut. Ce qui n'empêcha pas le roi Charles VI d'aller rendre visite — amicalement — au bouillant comte.

Les rois d'Angleterre donnent au prince de Galles, et à lui seul, un enfant du fouet pour éviter au précepteur de commettre un crime de lèse-majesté en portant la main sur la personne sacrée du futur souverain.

Les jeunes seigneurs reçoivent couramment le fouet. C'est quelquefois un valet de chien qui l'administre. On imagine avec quelle douceur !

Le fils du Maréchal de Boufflers, élève d'un collège de Jésuites, fut à l'âge de 14 ans si « bellement corrigé » qu'il en mourut au bout de quatre jours. L'histoire nous est contée par Saint-Simon, fort peu indigné d'ailleurs, en ses Mémoires.

Comment s'étonner que les châtiments corporels fussent si fort en vogue, puisque le XVIII^e^ siècle considère, avec La Bruyère, les enfants comme :

..... hautains, dédaigneux, colères, envieux, intéressés, paresseux, voleurs, timides, intempérants, menteurs, dissimulés.

Pour La Fontaine, on le sait :

Cet âge est sans pitié ;

Comment l'épargnerait-on ?

Les coups ? Molière en rit et le public avec lui :

(Argan, le malade imaginaire apprend qu'on a vu un homme baiser la main de sa fille aînée Angélique. Or il a chargé la petite Louison d'épier sa sœur et Louison n'a rien raconté. La voici en présence de son père.)

ARGAN. — N'avez-vous rien vu, aujourd'hui ?

LOUISON. — Non, mon papa.

ARGAN. — Non ?

LOUISON. — Non, mon papa.

ARGAN. — Oh ! ça ! Je m'en vais vous faire voir quelque chose, moi !(il va prendre une poignée de verges.)

LOUISON. — Ah ! mon papa !

ARGON. — Voilà qui vous apprendra à mentir.

LOUISON (*se jette à genoux*). — Ah ! mon papa, je vous demande pardon. C'est que ma sœur m'avait dit de ne pas vous le dire. Mais je m'en vais vous dire tout.

ARGAN. — Il faut premièrement que vous ayez le fouet pour avoir menti. Puis après, nous verrons le reste.

LOUISON. — Pardon, mon papa..... Ne me donnez pas le fouet..... Au nom de Dieu, que je ne l'aye pas.

ARGAN (*la prenant pour la fouetter*). — Allons, allons.....

LOUISON. — Ah ! mon papa, vous m'avez blessée. Attendez je suis morte ! (*elle contrefait la morte*).

ARGAN. — Holà ! Qu'est-ce là ? Louison, Louison. Ah ! mon Dieu ! Louison ! Ah ! ma fille ! Ah ! malheureux ! ma pauvre fille est morte. Qu'ai-je fait ? misérable ! Ah ! chiennes de verges. La peste soit des verges ! Ah ! ma pauvre fille ! ma pauvre petite Louison.....

LOUISON. — La, la, mon papa ne pleurez point tant, je ne suis pas morte tout à fait.

(*Malade Imaginaire*, acte II, scène 8.)

Restif de la Bretonne, Chateaubriand, Henri Heine, tant et tant d'autres, sont frappés par leurs parents et leurs éducateurs, bien que le XVIII^e^ siècle ait montré avant la Révolution des mœurs de brebis. Ecoutez Restif nous relatant l'histoire de son grand'père Pierre :

Ce père si aimable avec les étrangers était terrible dans sa famille. Il commandait par un regard qu'il fallait deviner...... Il y avait à Vitry une jeune fille appelée Catherine Gautherin, bonne, laborieuse, avec une physionomie qui semblait ne demander qu'à rire. Edme la remarqua. Dans le pays l'usage, qui subsiste encore, est de piller les filles qui plaisent. Les garçons leur enlèvent ce qu'ils peuvent : leurs bouquets, leurs anneaux, leurs étuis..... Edme, un dimanche en sortant de la grand'messe, aperçut un de ses rivaux qui arrachait le bouquet de Catherine. Il s'approcha d'elle, et, ôtant le sien de sa boutonnière, il le lui offrit.

Catherine rougit.

— Du moins partageons, dit-elle.

Le bouquet était composé de roses roses et blanches, elle garda les blanches. La scène avait pour témoin le terrible Pierre (le père). Il fut surpris que son fils osât lever les yeux sur une fille sans sa permission. Il ne dit cependant rien à dîner. Le lendemain à l'instant du départ pour la charrue, Edme étant, en chemise, déjà monté sur son cheval, son père s'approcha :

— Donnez-moi votre fouet.

— Le voilà mon père.

Trois coups vigoureusement appliqués coupèrent la chemise en trois endroits et la teignirent de sang. Edme ne poussa qu'un soupir.

Pierre lui rendit flegmatiquement le fouet en lui disant :

— Souvenez-vous en.

Edme ignorait ce qui lui attirait cette correction rigoureuse. Il partit et travailla tout le jour comme à l'ordinaire. A son retour sa mère ayant regardé sa chemise, elle crut qu'il lui était arrivé quelque accident. Elle s'informa auprès des garçons de charrue et apprit le fait et non la cause. Anne revint à son fils, elle pansa les plaies qui en avaient besoin à cause du linge entré dans la peau. Son mari survint ; elle le regarda avec des larmes dans les yeux :

— Comme vous l'avez arrangé !

— Voilà comment je traite les amoureux.

..... Mais cet homme si dur avait le cœur sensible. Il sortit et passa dans le jardin. Edme, après que sa mère l'eût pansé, passa à l'extrémité du jardin, où trouvant un carré à bêcher, il se mit à le faire. Son père l'entendit. Il vint auprès de lui et lui ôtant sa bêche :

— Mon fils, c'est assez de travail pour aujourd'hui. Allez vous reposer, je vais achever.

Jamais ce mot de mon fils n'était sorti de la bouche de Pierre.

Edme palpitant de joie, alla conter à sa mère ce qui venait d'arriver. Ce fut une fête pour la famille. De temps en temps, la bonne Anne entr'ouvrait la fenêtre et regardait bêcher son mari :

— Il l'achève, mes enfants, il achève le carré d'Edmond. Quand je vous disais qu'il a un cœur de père. C'est de peur que son fils n'ait la peine de l'achever. Oh ! que c'est un bon père !

Et les enfants répondaient :

— Que c'est un bon père !

(Restif de la Bretonne : *Village.*)

Ceci se passe chez les villageois. Les enfants de la bonne société ne sont pas mieux traités. Qui, dans les « Mémoires d'Outre-tombe », ne s'est ému au récit de la dureté et de la violence de M. de Chateaubriand, le père du romantique René ? La canne paternelle est dignement remplacée au collège par le fouet :

(*Chateaubriand a déniché un nid et a été surpris par le régent de l'école*)..... Allez, Monsieur, me dit-il, vous aurez le fouet..... Je me levai plein de rage, et lui lançai dans les jambes un coup de pied si rude, qu'il en poussa un cri. Il court en clochant à la porte de sa chambre, la ferme à double tour, et revient sur moi. Je me retranche derrière le lit, il m'allonge à travers son lit des coups de férule ; je m'entortille dans la couverture et m'animant au combat, je m'écrie : « *macte animo, generose puer.* Cette érudition de grimaud fit rire malgré lui mon ennemi, il parla d'armistice, nous conclûmes un traité.

(*Mémoires d'Outre-Tombe*, tome I.)

Quelque trente ans après, les mœurs ne se sont, sous ce rapport, pas adoucies. Balzac nous en apporte un témoignage dans cette autobiographie qu'est Louis Lambert.

..... De mon temps le correcteur était demeuré un vivant souvenir, et la classique férule de cuir y jouait (au collège) avec honneur son terrible rôle. Les punitions jadis inventées par la Compagnie de Jésus et qui avaient un caractère aussi effrayant pour le moral que pour le physique, étaient demeurées dans l'intégrité de l'ancien programme..... La férule était à Vendôme l'*ultima ratio Patrum.* Aux devoirs oubliés, aux leçons mal sues, aux incartades vulgaires, le pensum suffisait ; mais l'amour-propre offensé parlait chez le maître par sa férule. Parmi les souffrances physiques auxquelles nous étions soumis, la plus vive était celle que nous causait cette palette de cuir épaisse d'environ deux doigts, appliquée sur nos faibles mains de toute la force, de toute la colère du Régent. Pour recevoir cette correction classique, le coupable se mettait à genoux au milieu de la classe. Il fallait se lever de son banc, aller s'agenouiller près de la chaire, et subir les regards, curieux et souvent moqueurs, de nos camarades. Aux âmes tendres ces préparatifs étaient donc un double supplice, semblable au trajet du Palais à la Grève, que faisait jadis un condamné vers son échafaud. Selon les caractères, les uns criaient, en pleurant à chaudes larmes, avant et après la férule ; les autres en acceptaient la douleur d'un air stoïque mais en l'attendant, les plus forts pouvaient à peine réprimer les convulsions de leur visage.....

(Balzac : *Louis Lambert.*)

Mais déjà bien avant cette époque, de nombreuses protestations s'étaient élevées contre les sévices sur les enfants.

***

Ceux qui parlèrent contre l'éducation cruelle

Pour Platon :

« Celui que la parole ne frappe point, le bâton ne le frappe pas non plus. »

Ce qui indique l'aménité de ses mœurs...

Isocrate ne saurait approuver les sévices, puisqu'il ne croit qu'à l'enseignement par la parole ; mais prenons garde, Isocrate n'est qu'un rhéteur.

Quelques manifestations isolées se produisent à Rome. Sous le quatrième consulat de Marius, c'est-à-dire 103 ans avant le Christ, un père est condamné pour avoir fait mourir son fils. Jurisprudence toute de passage et qui n'a pas souvent été invoquée comme « précédent ». Les Stoïciens ne croient pas à la valeur des châtiments corporels. Grâce à eux sont pris quelques décrets et rescrits. Là encore il s'agit de cas particuliers.

Il faut arriver jusqu'à Quintilien, à la fin du premier siècle de notre ère, pour que se formule une vraie théorie contre les sévices envers les enfants. Dans son « Institution Oratoire », le grand critique estime que non seulement les châtiments corporels sont mauvais dans le présent, mais encore, mais surtout, qu'ils comportent des suites périlleuses pour l'âme et les mœurs. C'est la première fois qu'on aborde ce côté de la question.

Caton le Censeur s'était, lui, borné à déclarer que :

« ....., un homme qui bat sa femme et ses enfants, porte des mains impies sur ce qu'il y a de plus sacré..... »

Le Censeur d'ailleurs, qui blâmait Socrate et jugeait la mort de celui-ci juste, n'admirait dans le Sage que la douceur dont il ne s'était jamais departi vis-à-vis d'une femme acariâtre et d'enfants emportés. Le même Caton ne veut pas qu'un esclave tire les oreilles de son fils trop lent à étudier. Mais il a soin de préciser sa pensée et nous savons que sa principale objection à ce geste était l'avilissement de celui qui l'aurait fait. Caton n'aurait pas apprécié les coups de pieds dans le derrière administrés au petit roi Louis XIV par le moindre gâte-sauce des cuisines royales, à Versailles.....

Erasme le modérateur, s'élève avec véhémence contre les corrections si fort en honneur dans les écoles de son temps. Mais en dehors d'une « philosophie », ne faut-il pas voir là une mafestation de la haine de l'érudit pour les moines et les prêtres ? Toutes les écoles rappelons-le, étaient religieuses, et de son séjour forcé au monastère de Stein, celui que les Réformateurs se plaisaient à considérer comme un précurseur, avait rapporté un fort mauvais souvenir.

Pantagruel est élevé — dirai-je par Rabelais — sans aucun coups ni de fouet, ni de verges. La chose est rare à l'époque, Rabelais réprouve toute violence dans l'éducation.

On ne s'étonnera pas de trouver sous la plume de Montaigne — un de nos premiers grands « éducateurs » — des pages témoignant d'une grande répugnance pour les coups. Il en parle fréquemment dans ses « Essais » et les mêmes idées se retrouvent à chaque instant sous sa plume dans ses lettres à la comtesse de Foix et à la comtesse d'Estissac.

..... Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse c'est un homme ; il n'en faut pas faire à deux ; et comme dict Platon, il ne faut pas les dresser l'un sans l'autre, mais les conduire égalament, comme une couple de chevaulx attelez à mesme timon ; et à l'ouyr, semble-t-il pas prester plus de temps et de solicitude aux exercices du corps, et estimer que l'esprit s'en exerce quand et quand et non au contraire ?

Au demourant cette institution se doibt conduire par une sévère douceur, non comme il se faict : au lieu de convier aux lettres, on ne leur présente à la vérité que horreur et cruauté. Ostez-moi la violence et la force : il n'est rien à mon advis qui abastardisse et estourdisse si fort une nature bien née. Si vous avez envie qu'il craigne la honte et le chastiement, ne l'y endurcissez pas ; endurcissez-le à la sueur et au froid, au vent, au soleil, et aux hazards qu'il lui faut mespriser ; ostez lui toute mollesse au vestir et au coucher, au manger et au boire ; accoustumez-le à tout ; que ce ne soit pas un beau garçon et dameret, mais un garçon vert et vigoureux. Enfant, homme viel, j'ai toujours cru et jugé de mesme. Mais entre aultres choses, cette police de la plupart de nos collèges m'a toujours desplu : on eust failli à l'adventure, moins dommageablement en inclinant vers l'indulgence. C'est une vrai geaule de jeunesse captive : on la rend desbauchée, l'en punissant avant qu'elle soit. Arrivez-y sur le poinct de leur office ; vous n'oyez que cris et d'enfants suppliciez, et de maistres enivrez en leur cholère. Quelle manière pour éveiller l'appétit envers leurs leçons à ces tendres âmes, et craintifs, de les y guider d'une trougne effroyable, les mains armées de fouets ! Inique et pernicieuse forme ! joinct à ce que Quintilien en a très bien remarqué, que cette impérieuse autorité tire des suites périlleuses, et nommément à nostre façon de chastiement. Combien leurs classes seraient plus décemment jonchées de fleurs et feuilles, que de tronçons d'osier sanglants ! J'y ferais pourtraire

✦✦✦✦

la Joie, l'Alaigresse et Flora et les Grâces, comme feit en son eschole le philosophe Speusippus..... »
(*Essais*, Livre I, chap. 30.)

Ceci est l'éducation au collège. Elle ne doit pas être plus rigoureuse à la maison.

..... J'accuse toute violence en l'éducation d'une âme tendre qu'on dresse pour l'honneur et la liberté. Il y a je ne sçais quoi de servile en la rigueur et en la contrainte ; et tiens que ce qui ne se peult faire par la raison et par prudence et addresse ne se faict jamais par la force. On m'a ainsi élevé : ils disent qu'en mon tout premier âge je n'ai tasté des verges qu'a deux coups et bien mollement. J'ai deu la pareille aux enfants que j'ai eu : ils me meurent tous en nourrice ; mais Leonor, une seule fille qui est eschappée à cette infortune, a atteint six ans et plus sans qu'on ayt employé à sa conduicte et pour le chastiement de ses fautes puériles aultre chose que paroles et bien doulces. Et quand mon désir y serait frustré, il est assez d'aultres causes auxquelles nous prendre, sans entrer en reproche avec ma discipline, que je sçais être juste et naturelle. J'eusse été beaucoup plus religieux encores en cela envers des masles moins nés à servir et de condition plus libre. J'eusse aymé à leur grossir le cœur d'ingénuité et de franchise. Je n'ay veu aultre effet aux verges, sinon de rendre les âmes plus lâsches, ou plus malicieusement opiniastres.
(*Essais*, Livre II, chap. 8.)

Les Jansénistes croient à la dignité de l'homme. François de Sales, leur maître du début est, de plus, toute douceur. Pascal énonce leurs théories dans « l'Esprit de géométrie » et « l'Art de persuader » ou « Comment on pénètre les âmes par la persuasion, ce qui indique à quel point il est adversaire de la méthode brutale. Et pourtant, Pascal portait un cilice et se « mortifiait ».

Fénelon émet ses tendres théories dans le « Traité de l'éducation des filles ». Pour la première fois l'idée de la perversion instinctive de l'homme est résolument et explicitement écartée. La nature est bonne, il faut en faciliter l'épanouissement. L'éducation doit être agréable et surtout conduite avec douceur. Comme Senèque il estime que la colère arme la main de verges ou la fait se lever pour frapper et puisqu'il veut guérir l'enfant de ses accès de colères..... Le duc de Bourgogne élève du prélat, fut malgré quelques bastonnades données par son gouverneur, M. de Bauvilliers, plus heureux que son père, le Grand Dauphin.

Le XVIII[e] siècle fait apparaître la littérature sensible. Le cœur, l'intelligence, la raison, s'y mêlent, y tiennent une égale place, « ce que l'esprit ne pénètre qu'avec peine, ne va pas souvent jusqu'au cœur ». dit Vauvenargues. Il s'agit donc de comprendre ? On ne va plus exiger de l'homme, ni par analogie de l'enfant, une stricte abéissance ? Une haute idée de l'humanité apparaît. L'enfant est traité en futur homme. Ne le châtions pas en l'humiliant. Telle est l'idée qui, après Montaigne, guide les Encyclopédistes.

D'un autre point de départ, Rousseau est arrivé aux mêmes conclusions. Ici nous retrouvons Fénelon. La pensée française ne présente-t-elle pas, toujours, au cours des siècles, un admirable enchaînement ? une merveilleuse ligne de continuité ? L'enfant, dit Jean-Jacques, est pur naturellement, tout juste doit-on le guider (et encore). Aussi lisons-nous dans « Emile » :

Ne le punissez point, ne le grondez point qu'il n'entende pas un seul mot de reproche. Ne lui laissez pas même entrevoir qu'il vous ait donné du chagrin..... Ne vous plaignez pas des incommodités qu'il vous cause, mais faites qu'il les sente le premier.....

Et, ô Fénelon, ô Senèque :

..... La colère est une maladie.....

Beaux éducateurs serions-nous, qui commencerions par donner l'exemple d'un vice !

Bernardin de Saint-Pierre s'étonne théâtralement devant l'Académie Française..... que le dictionnaire ait conservé cet exemple barbare :

« Il appartient au père de châtier les enfants ».

Le XVIII[e] siècle d'ailleurs avait vu se dessiner le problème, d'un point de vue tout nouveau. Un médecin pour la première fois est entré dans la lice : Zacchias, au début du règne de Louis XV a posé le problème médico-légal des sévices envers les enfants. Les abus commis par les maîtres d'écoles étaient paraît-il criants..... Zacchias prêcha, au point de vue légal, dans le désert.

La Convention, qui supprima la peine du fouet au criminel, ne l'interdit pas dans les écoles.

Mais il y eut, au cours du XIX[e] siècle, de vrais scandales. C'est en Angleterre, le député Sadler qui révèle à la tribune les mauvais traitements infligés aux apprentis. N'oublions pas que l'on connaît maintenant le progrès. Les jeunes enfants vont travailler chez « les autres ». Ils n'étaient battus autrefois que par leurs parents et par le maître d'école ; ils ont un patron, pourquoi celui-ci serait-il plus tendre que ceux-là ?

En France, il y a l'affaire Céline Doudet. Cette institutrice employait, sur cinq enfants confiés à sa garde, la manière forte, si forte que deux des petites filles en moururent (1852).

L'opinion publique s'émut. Les maîtres de l'Université, de nombreux écrivains entreprirent d'actives campagnes. Il y eut des « histoires »

de sévices exercés par les parents, par les nourrices, par les instituteurs, par les patrons (rapports Tardieu ; rapport Toulmouche). Des lois intervinrent : 7 décembre 1874 sur les enfants employés dans les professions ambulantes ; 23 décembre 1874 (loi Roussel) sur la protection des enfants du premier âge puis, enfin, l'arrêté ministériel du dix-huit janvier 1887 interdisait, de manière formelle, les châtiments corporels dans les écoles :

Art. 18. — Les seules punitions dont l'instituteur puisse faire usage sont : 1° la réprimande ; 2° la privation partielle de la récréation ; 3° la retenue après la classe sous la surveillance de l'instituteur de service ; 4° l'exclusion temporaire par le directeur de l'école.

Art. 20. — Il est absolument interdit d'infliger aucun châtiment corporel et de tutoyer les élèves.

C'est enfin le 24 juillet 1889 que le législateur s'occupe des enfants maltraités ou moralement abandonnés et vote une loi que vint renforcer quelque dix ans après celle du 19 avril 1898. Ces loi punissent les mauvais traitements et violences envers les enfants. Mais combien graves faut-il que soient ces mauvais traitements pour que la justice intervienne, puisque la loi précise : portant atteinte à l'intégrité physique de la victime.

***

Les conséquences des châtiments corporels

La loi, pour les corrections que j'appellerai « ordinaires », ne concerne pas les parents. Nous avons vu par les quelques lettres citées plus haut, qu'elle pourrait leur être étendue. Je sais bien qu'il est des enfants très difficiles, que les préjugés éducatifs ne sont pas tombés au point que les parents cessent de parler de défauts, quand il s'agit de troubles morbides du caractère. Aussi en présence de cas qui leur paraissent réclacitrants, comme ils ne comprennent pas les mécanismes psychiques qui ont présidé aux troubles, ou qu'ils n'ont pas songé à demander l'avis d'un psychologue ou d'un médecin compétent, cherchent-ils à obtenir par la violence une amélioration momentanée. C'est bien un des inconvénients de la méthode, qu'elle soit justement momentanée, on pourrait dire opportuniste, et qu'elle soit si l'on veut symptomatique, mais n'aille pas à la racine du mal. Encore de tels parents n'obtiennent-ils pas toujours cette amélioration, et en admettant qu'ils l'obtiennent, ils ne se doutent certainement pas du retentissement psychique que peut avoir la méthode violente sur le caractère de l'enfant.

Sans doute toutes les gifles ne laissent pas de traces. Nous rions de celles que nous avons reçues ou convenons qu'elles étaient méritées ; et peut-être n'aurions-nous pas obéi sans cette gifle ?

Nous comprenons, peut-être comprenions-nous déjà, que nos parents avaient quelque raison d'être agacés par notre humeur récalcitrante, qu'une gifle, tout en les calmant, nous décidait à l'acte *Primum movens*...

... Il est évident qu'une étude sur les sévices aux enfants, même grossièrement esquissée, doit distinguer entre la fessée, la gifle, et les coups (la raclée !). Je pourrais y ajouter l'acte de tirer les oreilles et de pincer, s'il n'était une manière d'être violent, sans en avoir l'air et d'être cruel comme par inadvertance. Je me suis toujours demandé si l'acte de tirer les oreilles ne cherchait pas, par une sorte d'analogie symbolique, à montrer à l'enfant que son refus de travailler contribuerait à l'allongement de ses oreilles, tant que celles-ci deviendraient aussi longues que les oreilles d'un âne ?

1° *La fessée.* — La fessée aux nourrissons constitue de la part des parents qui l'appliquent, un acte réfléchi. C'est soit pour obtenir des habitudes de propreté, soit pour empêcher l'enfant de crier, soit à mesure qu'il grandit, pour le faire obéir. Nous avons vu, au moins par une lettre, que l'habitude de donner la fessée peut se prolonger jusqu'après la puberté.

Les conséquences de la fessée sont très complexes. Il faudrait entrer dans les détails les plus secrets de la psychanalyse pour bien les connaître, car c'est la psychanalyse qui nous a donné sur cette question les vues les plus pénétrantes.

Ce que l'on peut affirmer c'est que lorsqu'on étudie des névropathes, atteints par exemple d'obsessions, de phobies (telles que de craindre le contact des matières fécales, de se laver constamment, etc.) on est frappé de retrouver dans les souvenirs infantiles la flagellation, la fessée....

Hesnard et Laforgue viennent de montrer, dans un mémoire des plus intéressant paru dans la *Revue de psychanalyse*, que le souvenir du fouet ou de la fessée reste chez l'adulte à titre d'auto-punition inconsciente. Cette punition bien que pénible, bien qu'inhibant la conduite normale des sujets, est synonyme de jouissance, et, entre l'acte primitif subi et la maladie actuelle se créeraient si l'on en croit ces auteurs, des liens psychiques, avec un complexe d'Œdipe ; de telle sorte que le fouet, la fessée autrefois reçus, prendraient la signification symbolique d'un acte sexuel incestueux.

Bien que ces vues paraissent spécieuses, pour qui ne pénètre pas dans le dédale de l'analyse, il n'en est pas moins vrai que l'expérience clinique nous montre chaque jour des cas de masochisme qui trouvent leur explication dans les

fessées autrefois reçues. Une malade observée par Hesnard et Laforgue « savait, que, vers huit ans elle avait eu, un jour que son père l'avait fessée, une impression trouble et vaguement voluptueuse en constatant que la scène avait comme témoin de hasard le cocher de la maison (c'est-à-dire un homme grossier : image masculine antagoniste de celle de son père, ou plutôt sorte de père inférieur, qu'on peut concevoir grossièrement, sexuellement ; motif qui revint souvent dans ses rêves sexuels). Elle savait aussi qu'elle avait reçu, étant plus petite, quelques corrections, et que certaines de ses bonnes l'avaient fortement rudoyée ; mais ces souvenirs étaient d'un ordre beaucoup plus banal. Au cours de la cure, le flagellateur était un homme quelconque, parfois d'une virilité assez sympathique. Il fut même parfois l'analyste. Ses souvenirs de jeune fille ne précisaient pas la personnalité de ce flagellateur ; mais la malade admit toutefois sans difficulté qu'il pouvait s'agir du père. Ce qui acheminait l'analyse vers la découverte des pulsions œdipiennes ».

L'expérience de J.-J. Rousseau est assez significative pour devoir être rappelée :

Comme Mlle Lambercier avait pour nous l'affection d'une mère, elle en avait aussi l'autorité et la portait quelquefois jusqu'à nous infliger la punition des enfants quand nous l'avions méritée. Assez longtemps elle s'en tint à la menace, et cette menace d'un châtiment tout nouveau me semblait très effrayante ; mais après l'exécution je la trouvai moins terrible à l'épreuve que l'attente ne l'avait été et ce qu'il y a de plus bizarre c'est que ce châtiment m'affectionna davantage encore à celle qui me l'avait imposé. Il fallait même toute la vérité de mon affection et toute ma douceur naturelle pour m'empêcher de chercher le retour du même traitement en le méritant ; car j'avais trouvé dans la douleur, dans la honte même, un mélange de sensualité qui m'avait donné plus de désir que de crainte de l'éprouver derechef par la même main. Il est vrai que, comme il se mêlait sans doute à cela quelque précoce manifestation du sexe, le même châtiment reçu de son frère ne m'eût point du tout paru plaisant. Mais de l'humeur dont il était, cette substitution n'était guère à craindre ; et si je m'abstenais de mériter la correction, c'était uniquement par peur de fâcher Mlle Lambercier, car tel est en moi l'empire de la bienveillance, et même de celle que les sens ont fait naître, qu'elle leur donne toujours la loi dans mon cœur. Cette récidive que j'éloignais sans la craindre, arriva sans qu'il y eut de ma faute, c'est-à-dire de ma volonté; et j'en profitai je puis dire, en sûreté de ma conscience. Mais cette seconde fois fut la dernière et Mlle Lambercier s'étant sans doute aperçue à quelque signe que ce châtiment n'allait pas à son but, déclara qu'elle y renonçait et qu'il la fatiguait trop..... Qui croirait que ce châtiment d'enfant, reçu à huit ans des mains d'une fille de trente, a décidé de mes goûts, de mes désirs, de mes passions, de moi pour le reste de ma vie ? et cela dans le sens contraire de ce qui devait arriver naturellement. En même temps que mes sens furent allumés, mes désirs prirent si bien le change, que, bornés à ce que j'avais éprouvé, ils ne s'avisèrent point de chercher autre chose.....

..... Tourmenté longtemps sans savoir de quoi, je dévorais d'un œil ardent les belles personnes, mon imagination me les rappelant sans cesse, uniquement pour en faire autant de Mlle Lemercier et les mettre en œuvre à ma mode.

(*Confessions*, chap. I.)

Comme le fait remarquer Laforgue (Etude sur J.-J. Rousseau, *Revue française de psychologie*, tome 1, nº 2, 1927) l'épisode de J.-J. Rousseau est loin d'être constant. Un de ses malades « reste à trente ans assez fidèle à son phantasme érotique pour y recourir par l'imagination avec les femmes qu'il désirait quoique impuissant, n'offrait à l'analyse aucun souvenir de ce genre. Le phantasme avait été puisé vers 4 ou 5 ans, dans les lectures de la bibliothèque Rose. Le fait de se répéter les mots : « Fouets, fessées, battu, petit Georges », produisait l'érection pendant les périodes adultes où il la recherchait ».

2° Les gifles. — On ne peut pas dire que les gifles aient jamais fait partie de l'éducation. Bien que souvent on en promette : « attention tu vas recevoir une gifle... », elles échappent en réalité à ceux qui les donnent. Ils se rendent compte qu'ils vont gifler... souvent après avoir giflé. Ne leur arrive-t-il pas aussi de l'annoncer alors qu'elle est déjà donnée ?

Comme les gifles sont des actes presque réflexes, il est bien probable qu'elles ne sont pas toujours judicieusement données. L'enfant est bien obligé de les considérer comme le premier signe de l'injustice. Partant, il les redoute physiquement, mais ne leur accorde plus moralement qu'une valeur négative en ce sens que le monde, par elles, est troublé dans son harmonie impartiale. Cet enfant va obéir mais déjà le système du monde est modifié à ses yeux. Il peut s'établir une fausseté du jugement et des appréciations morales qui retentiront sur le comportement futur de l'individu.

D'autres ne modifient pas le monde, mais ce sont eux qui changent. Les uns, rabroués, humiliés, prennent l'habitude de se croire accablés des infériorités dont on les targue. On les verra timides, honteux, doutant d'eux-mêmes et baissant le front devant la vie ; marque parfois indélébile.

Les autres, au contraire, se ferment, se cadenassent, deviennent rageurs, vindicatifs ; il boudent et bouderont toute leur vie, isolés d

monde. D'autres encore, cherchent à se venger sur leurs camarades puis sur la société, d'une chiquenaude maladroite, d'une claque inopportune.

Tous ont été blessés dans leurs sentiments intimes, et cette conviction d'infériorité, creusée tout d'un coup par un geste irréfléchi, retentit sur leur destinée.

Que dire lorsqu'une gifle ou acte de violence, s'abat sur un enfant déjà grand, ou adolescent ? Surtout s'il appartient au groupe des émotifs, sensibles aux plus futiles impressions et grossissant les moindres faits. Ils considèrent une gifle non comme un geste, mais comme un jugement, un condamnation. Outre les transformations du caractère, l'éclosion des sentiments de haine, de désirs de vengeance, un départ, une fugue, modifient souvent le cours de leur destinée et je sais des jeunes gens qui se sont tués pour une gifle, que dis-je, pour la menace d'une gifle (je veux surtout parler des conséquences psychologiques du geste).

Dans les observations des névropathes et des psychopathes, chez les psychasthéniques, chez les prédisposés à la schizophrénie, une gifle ou un coup a souvent déclenché une affection latente. On en trouverait de nombreux exemples, notamment dans « Les obsessions et la psychasthénie » de P. Janet et dans les « Haines familiales ». (1)

3° Les coups. — Nous entrons dans le chapitre des sévices qui impliquent presque toujours un certain caractère de gravité non seulement en ce qui concerne l'état psychique mais surtout pour la santé physique de l'enfant qu'ils sont capables de compromettre. Dans certains cas les sévices peuvent about r au suicide de la victime. Ce ne sont plus ici les conséquences psychologiques dont nous parlions à propos des gifles. L'enfant s'échappe dans la mort. Le docteur C. Simonin, de Strasbourg, au XIVe congrès de médecine légale de langue française rapporte deux cas de ce genre.

« C'est une fillette de 6 ans, maltraitée par sa mère, qui se jette par la fenêtre pour échapper aux coups qu'elle reçoit quotidiennement. C'est un garçonnet de 5 ans qu'on retire de l'Elbe où il s'était précipité pour ne plus avoir à subir les mauvais traitements d'une mère cruelle.

(*Annales de médecine légale,* 9e année, n° 10, décembre 1929.)

A ce sujet qui déborde le cadre de cette étude en ce qu'il touche à la médecine légale, on pourra se reporter au rapport de Parisot et Caussade « Les sévices envers les enfants » (XIVe congrès de médecine légale de langue française, *Annales de médecine légale,* n° 6, juin 1929).

A la suite de ce rapport des vœux furent exprimés en vue de protéger l'enfant contre les violences et les privations, d'une manière plus efficace que celle prévue par le code jusqu'à ce jour. Voici les textes proposés au législateur :

Art. 14, alinéa 6. — Quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups à un enfant au-dessous de l'âge de 15 ans accompli, ou à une personne qui, à raison de son état physique ou mental, est incapable de se protéger ou de se suffire à elle-même, ou qui les aura volontairement privés d'aliment ou de soins au point de compromettre leur santé, sera puni d'un emprisonnement de 1 an à 3 ans, et d'une amende de 16 à 1.000 francs.

Alinéa 8. — Si les coupables sont les pères et mères légitimes, naturels ou adoptifs ou autres ascendants légitimes ou toutes autres personnes ayant autorité sur la victime ou ayant sa garde, ou ayant mission de le surveiller ou de soigner, les peines seront celles portées au paragraphe précédent, s'il n'y a eu ni maladie ou incapacité de travail de plus de 20 jours, ni préméditation ou guet-apens, et celle de la réclusion dans le cas contraire.

Conclusion

La question des violences exercées contre les enfants, en dépit des mesures légales et des progrès sociaux, reste on le voit d'actualité.

Ces sévices ont paru assez fréquents encore à des médecins, pour motiver un rapport dans un congrès de médecine légale. On peut penser s'il est important d'insister sur les conséquences psychiques de tels procédés; conséquences d'une gravité au moins aussi grande que les marques visibles sur le corps. D'autant plus que le retentissement psychologique d'une gifle ou d'une violence, déborde beaucoup les souvenirs physiques des enfants. Bien entendu on prendra garde à la mythomanie, maligne et calomnieuse si fréquente chez l'enfant. Les écoliers pervers ou paranoïaques sont coutumiers des accusations mensongères.

Quoi, dira-t-on, tant de bruit pour une fessée, pour une gifle ? Hélas ! oui. L'enfant n'oublie pas. Les moindres égratignures faites à son amour-propre s'ouvrent plus tard en blessures saignantes. Jamais les coups n'ont fait obéir un enfant. C'est tout au plus si, l'étonnant, ils l'immobilisent. Après il bondit de plus belle. Une autorité qui pour s'affirmer prend les armes, découvre aussitôt sa faiblesse. Une gifle c'est l'aveu d'un échec dans la tâche de l'éducateur. L'autorité on l'a en soi et non pas au bout de ses doigts. Tous les enfants sains obéissent à qui sait commander. Mais il est difficile, c'est certain — et les parents le savent bien — d'être un chef.

(1) Les haines familiales, docteur Gilbert-Robin. (N. R. F. collect. « Documents bleus », Paris, 1927.)

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR.....

Du pronostic de la tuberculose du nourrisson.

d'après le Dr M. LONG (1).

Le diagnostic de la tuberculose chez le nourrisson, est aujourd'hui facile à faire grâce à la cuti-réaction et à la radiographie.

Plus délicat reste à poser le pronostic : *L'infection est-elle active ou non, curable ou non ?*

Car on sait aujourd'hui qu'il ne faut plus considérer la tuberculose du nourrisson comme fatalement mortelle, et que nombre de nourrissons tuberculeux ne meurent pas.

Les éléments du pronostic sont dans l'enquête étiologique et clinique, l'examen radiologique et le laboratoire.

***

Circonstances étiologiques

Il est avant tout nécessaire de procéder à un interrogatoire méthodique, complété au besoin par une enquête médico-sociale à domicile.

« Le potentiel évolutif de la tuberculose du nourrisson est la résultante de plusieurs facteurs, dont les actions s'intriquent : *âge de l'enfant, durée du contact, intimité et contagiosité du contact* ».

Les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'enfant aura été contaminé à un âge plus avancé.

Quant à la durée du contact, il faudra en déterminer le point de départ par le moment où le contaminateur aura commencé à cracher, où les bacilles auront fait leur apparition dans l'expectoration. Ayant fixé ensuite les périodes de la vie de l'enfant, pendant lesquelles celui-ci a cohabité avec le malade, on se rappellera qu'après 6 mois d'exposition continue, la contamination a été réalisée, sauf exception. Par contre, un contact éphémère, intermittent, a toutes chances de donner lieu à une forme non évolutive.

La puissance du contage sera déterminée : 1° par la richesse en bacilles des crachats ; 2° par l'intimité du contact en remarquant les contacts paternels, moins fréquents, moins répétés, moins durables que les contacts maternels, sont moins dangereux que les contacts maternels.

Si maintenant, il est admis que le praticien puisse, dès sa première visite, obtenir la séparation du nourrisson de tout contact tuberculeux, deux faits à considérer :

1° Si la première cuti-réaction est encore négative à ce moment, et si elle ne devient positive que dans un délai supérieur à cinq semaines, on peut poser un bon pronostic.

2° Si aucune poussée évolutive n'est survenue plus de six semaines après la séparation d'un nourrisson contaminé, les chances de survie durable sont des plus grandes.

***

Examen clinique

Il faut savoir en tirer parti, car, bien des fois, on ne peut obtenir de renseignements exacts sur le mode de contamination du nourrisson, et, trop souvent, il est impossible de réaliser une observation à l'abri d'une séparation suffisamment longue.

Au point de vue du pronostic, les symptômes cliniques sont d'ailleurs de très inégale valeur.

En effet, rien n'est plus trompeur que l'*aspect général* du nourrisson. Si les signes généraux (chute de poids, élévation thermique, troubles digestifs, spléno et même hépato-mégalie) peuvent attester d'une extension progressive de la tuberculose, ils peuvent aussi résulter d'affections non tuberculeuses, de troubles alimentaires, et d'infections diverses prolongées. » D'autre part, malgré son mauvais aspect, un enfant à cuti-réaction positive peut n'être atteint que d'une forme latente de tuberculose ».

Inversement chez des nourrissons apparemment florides et apyrétiques, on peut faire de très graves constatations radiographiques en ce qui concerne la tuberculose.

Ensuite, la micropolyadénopathie, sur laquelle on insistait autrefois, n'est même pas un signe de tuberculose ; à plus forte raison n'est-elle pas un signe d'activité.

Plus grande est la valeur *des symptômes fonctionnels*, bien que ceux-ci puissent manquer d'une façon presque complète dans une forme mortelle ou accompagner une poussée évolutive curable « Toutefois leur absence prolongée doit incliner à espérer la mise au repos de la maladie ».

La *toux*, même banale, doit inquiéter le médecin si elle est tenace durant des semaines, et, à plus forte raison, si elle devient impérative et quinteuse. La toux coqueluchoïde, et surtout la toux bitonale indiquent un pronostic presque fatal. D'autre part, son absence durable est un symptôme généralement heureux, d'autant plus qu'elle

(1) Marcel LONG. — Le pronostic de la tuberculose du nourrisson, (*Paris Médical*, 3 janvier 1931.)

constitue un réflexe très sensible chez le nourrisson tuberculeux.

Enfin, on reconnaît une signification fatale au *stridor ou cornage expiratoire*, ainsi qu'à la *dyspnée avec tirage.*

Les *signes physiques* n'ont que peu de valeur. L'examen clinique peut être entièrement négatif (percussion et auscultation) ; très fréquemment, il ne révèle que des nuances minimes. Une matité franche, un souffle, des râles s'observent exceptionnellement dans certaines poussées, évolutives, curables ; le plus souvent, ils traduisent les grands incidents évolutifs terminaux.

***

Examen radiologique

Celui-ci fournit des données beaucoup plus sûres, mais à la condition de se composer de *clichés successifs*, que l'on compare en les prenant durant un délai d'observation variable, pendant lequel les conclusions restent provisoires.

Trois cas à distinguer :

1° *Les cas certainement mauvais* : Semis de taches fines et arrondies de la tuberculose miliaire ; taches nodulaires irrégulières de la bronchopneumonie ; ombre massive de la pneumonie caséeuse, Deux clichés successifs, même à court intervalle, suffisent à montrer la tendance extensive ou ulcéreuse du processus.

2° *Les cas certainement bons* (forme latente) : cliché normal, compte tenu d'une interprétation correcte des ombres hilaires. Mais il faut que le bon état de santé de l'enfant ait persisté pendant six semaines au moins après la séparation de tout contact ; passé ce délai la tuberculose n'a plus qu'un nombre de chances restreint de devenir évolutive.

3° *Les cas embarrassants ; formes évolutives curables.* Ici il faut avant tout interpréter les ombres, selon qu'elles sont isolées en plein champ pulmonaire, ou accolées au médiastin contre l'ombre médio-thoracique.

Les ombres siégeant en plein champ pulmonaire loin du hile, ne sont peu-être pas les plus difficiles à interpréter. Formant une nappe homogène en voile uniforme, généralement peu foncé, d'étendue variable, s'étendant même à un lobe ou à un poumon, ou bien en triangle transversal à base hilaire, — les ombres traduisent plutôt une inflammation collatérale, splénopneumonique, des lésions d'une évolution essentiellement régressive. L'étude des clichés successifs, montre la réalité de cette résorption et sa vitesse allant de quelques semaines à plusieurs années.

Plus délicates à interpréter sont les *ombres denses accolées au médiastin.* Quelle est la part respective, dans leur formation, des ganglions, du parenchyme pulmonaire, de la plèvre et de ses scissures ? Ni la forme de l'ombre, ni la netteté ou non de ses contours n'autorisent, ne permettent de conclure à la présence de lésions caséeuses (à peu près fatalement évolutives), ou d'infiltration péri-tuberculeuse, ou même de simple œdème, d'atélectasie par bronchosténose (ombres régressives).

Cependant une distinction topographique de Rist et Levesque est importante à retenir : les ombres situées dans la partie haute du médiastin sous la clavicule, correspondraient le plus souvent à des ganglions latéro-trachéaux hypertrophiés et caséeux, d'un *mauvais pronostic*; par contre, les ombres, situées dans la partie inférieure du médiastin, dans la région hilaire proprement dite, contre l'ombre cardiaque, correspondraient à des lésions plus pulmonaires que ganglionnaires, et mériteraient *un pronostic plus favorables.* Ici encore, la vérification de l'extension ou de la régression doit être faite par les clichés successifs.

***

Laboratoire

En l'état actuel de nos connaissances, les réactions tuberculiniques, cuti- ou intradermo-réaction, n'ont aucune valeur pronostique, de par leur délai d'apparition, leur intensité, leurs dimensions, leur durée. Mêmes remarques pour la réaction de fixation de compléments, la formule sanguine, l'équilibre leucocytaire.

Aucun test de laboratoire n'autorise à conclure à l'activité ou non de la tuberculose.

Seule la constatation de bacilles dans le liquide de lavage gastrique, ou plus simplement dans les selles, paraît un indice très défavorable.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il est possible de recueillir des éléments importants pour savoir si la tuberculose du nourrisson peut, dans un cas déterminé, être considérée comme curable ou non.

Ainsi, l'enquête étiologique sera d'un secours important : âge de l'enfant ; durée du contact ; intimité et virulence du contact ; délai d'apparition, une fois l'enfant séparé, d'une première cuti-réaction positive ou d'une poussée évolutive.

Mais trop souvent, privé de ces renseignements, le praticien trouvera un guide précieux dans l'appréciation de quelques symptômes fonctionnels (toux, cornage, dyspnée), et surtout dans l'examen radiologique, à la condition essentielle d'étudier comparativement des clichés successifs.

G. F.

LA RÉÉDUCATION DE LA VOIX PARLÉE[1]

Par G. de PARREL

Directeur du Centre de Rééducation pour les déficients de l'ouïe et de la parole
et pour les retardés psychiques

Les troubles de la parole mettent ceux qui en sont atteints dans un tel état d'infériorité que les en libérer est d'une importance sociale indiscutable.

Certaines professions sont absolument interdites aux « malparlants » : la diplomatie, le barreau et la magistrature, l'armée, le professorat, etc. En toutes circonstances, le défaut de parole ou le trouble de la voix indispose ou éloigne l'interlocuteur par la sensation acoustique désagréable qu'elle lui procure. On sait quelle influence peut exercer sur une assemblée ou sur un individu le choc d'une voix sonore, claire, soigneusement articulée ou la caresse d'une voix aux souples inflexions et au timbre harmonieux.

On devrait apprendre aux enfants à articuler, à poser leur voix, à régler leurs intonations. Les Grecs et les Romains qui s'y connaissaient en élégance du verbe, s'y employaient activement ; ils avaient des maîtres en l'art de parler. Que fait-on aujourd'hui dans nos collèges, dans nos écoles ? Aucun professeur ne nous initie à l'usage de l'incomparable appareil que la nature a mis à notre disposition pour sectionner en consonnes le courant aérien qui monte du réservoir pulmonaire, pour le sculpter en voyelles sonores, riches en harmoniques.

Si l'on apprenait à tous les enfants à parler, combien les échanges d'idées gagneraient en précision, en rapidité et en agrément. On ne verrait plus des professeurs, des acteurs, des académiciens qui ne savent pas se faire entendre de leurs auditeurs.

En fait, l'enfant est livré à son instinct phonétique et ne reçoit aucun enseignement méthodique d'articulation. S'il est bien doué de la nature, tout ira bien. Sinon, ce sera le désordre, le brouillard et la cacophonie, peut-être le malmenage vocal.

Acquérir le sens de la modulation, du rythme et de la nuance, extérioriser les consonnes et les mettre en valeur, émettre des voyelles justes, tout cela ne saurait être le seul fruit de l'imitation, de la mémoire et du contrôle auditif, de l'usage quotidien de la parole sous l'influence des habitudes ancestrales. Il faudrait en plus initier les jeunes sujets à la gymnastique buccolinguale, glottique et respiratoire, prélude des exercices de vocalisation, de syllabation, de récitation et des lectures à haute voix ou des conversations surveillées.

A vrai dire, nous possédons tous la pratique de la parole, peut-être même en abusons-nous ? Ce qui nous manque, c'est la technique. Or, celle-ci ne s'invente pas. Il y faudrait une longue préparation, sous la direction de maîtres renseignés sur les lois de la phonétique dynamique et connaissant la position moyenne des organes de la parole dans chacun des phonèmes (phonétique statique). Ces éducateurs devraient être documentés sur les ressources du réservoir pulmonaire et savoir les utiliser au maximum ; ils pourraient ainsi apprendre à l'élève à régler son souffle, à le prolonger, à l'amplifier ou à le réduire suivant les cas. Ceci étant acquis, le professeur chercherait à obtenir des effets d'euphonie, de rythme et d'accentuation, exactement adaptés au sens de la phrase et aux caractères acoustiques du lieu. Il resterait à mettre en œuvre les cavités de résonance pour poser la voix, enrichir son timbre et l'habiller de modulations musicales atténuées.

Aurons-nous jamais dans nos établissements scolaires des maîtres en l'art de parler ? On peut en douter. Même au Conservatoire, les élèves comédiens ne semblent pas bénéficier d'une éducation phonétique suffisante. Souvent ils crient, gesticulent, bredouillent et respirent à contretemps. Aussi ne faut-il pas s'étonner que des acteurs et des actrices de grand renom soient à peu près incompréhensibles dans leurs grandes envolées dramatiques, véritables rafales de mots entrecoupées de sanglots, de hoquets ou de cris. Le public devine, s'émeut, applaudit mais n'entend pas : l'acteur s'enroue et s'épuise.

Et que dire des auditions de films parlants où la diction des interprètes est souvent très imparfaite, certains d'entre eux n'ayant jamais joué que dans les films muets? D'autre part, l'amplification de la voix exagère les défauts d'articulation ou d'accent. Enfin certains phonèmes ne sont qu'incomplètement transmis par les appareils d'enregistrement. Pour toutes ces raisons l'audition d'un film parlant est parfois bien désagréable pour ceux qui aiment la clarté et la justesse de l'élocution. Il est juste d'ajouter que ces inconvénients disparaissent peu à peu sous l'influence des rapides progrès réalisés dans l'enregistrement sonore.

***

(1) Cet article est extrait d'un *Manuel de rééducation de la voix parlée* qui sera publié à la fin d'avril chez Doin. C'est le premier d'une série de dix manuels de rééducation formant une collection dont nous avons pris l'initiative.

Quelle amère déception pour les habitués des cours de Faculté ou des séances académiques de voir des hommes ayant atteint les plus hauts sommets de la culture littéraire ou scientifique, exposer le fruit de leurs travaux et de leur expérience en un langage pâle, monotone, diffus, à peine perceptible dans les premiers rangs de l'auditoire. Et cela, faute d'une instruction phonétique première et d'exercices méthodiques qui leur eussent appris à poser la voix, à mettre en valeur les voyelles, à frapper énergiquement les consonnes, à marquer les muettes, à éclairer la parole de nuances variées, à garder sans cesse le contrôle du débit et à l'accommoder aux circonstances.

Si l'enfant recevait, en ce sens, une éducation soignée, il prendrait l'habitude de parler distinctement, de respecter les syllabes, même les plus modestes..., de ponctuer ses phrases et de ménager ses cordes vocales. Plus tard, dans sa vie professionnelle et sociale, cela lui rendrait de signalés services et lui éviterait de fâcheuses périodes d'enrouement ou d'instabilité vocale. Rien n'indispose plus un interlocuteur que d'être obligé de mobiliser au maximum son attention pour essayer de comprendre ce qu'on lui dit ; c'est réclamer de lui un effort supplémentaire et il s'y résoudra difficilement.

Lorsqu'on débute dans la vie professionnelle la qualité de la parole revêt une importance capitale : un nouveau venu qui s'exprime avec clarté, posément, dont la voix est convenablement placée et bien fournie en harmoniques, aura quelque chance de produire une bonne impression sur ses chefs, ses collègues, ses subordonnés ou ses clients. Est-il besoin d'ajouter que, dans la vie sentimentale, « les cœurs s'ouvrent à la voix » de celui qui sera l'élu « comme les fleurs aux baisers de l'aurore » ; la symphonie des mots berce doucement, émeut et puis étreint. Il y a des voix qui charment, d'autres qui attirent, d'autres enfin qui enlacent et celles-ci ne sont pas toujours les plus sincères. Quels sens n'excite pas une voix caressante et libertine ? elle agit comme par le toucher :

« ... *Quod enim non excitet inguen*
Vox blanda et nequam ? Digitos habet... »
(JUVÉNAL, satire VI).

En somme la parole est l'ambassadeur de notre pensée et de nos sentiments : nous devrions chercher à la parer de toutes les séductions, à la rendre souple et élégante, tout en la soumettant au stricts devoirs que lui imposent le protocole grammatical, la syntaxe, l'euphonie et surtout le ménagement du larynx, condition primordiale de l'intégrité fonctionnelle de cet organe.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Incidents du sevrage et de l'ablactation.

La suralimentation est assez fréquente dans la période du sevrage et de l'ablactation, l'enfant étant doué d'un bon appétit. Cette suralimentation peut aboutir à des troubles digestifs sérieux, et les enfants maigrissent ; ou bien les troubles digestifs restent légers et il y a obésité par surnutrition.

Il y a sous-alimentation, par contre, quand l'appétit est médiocre, ou quand on prive l'enfant de nourriture par crainte de tel ou de tel trouble.

Ailleurs des troubles surviennent parce qu'on a donné trop tôt des œufs ou de la viande, ou des aliments que ne comporte pas encore l'âge de l'enfant.

Certains incidents sont particulièrement signalés par M. A.-B. MARFAN : c'est d'abord le refus de tout autre aliment que le lait ; il sera vaincu en essayant des préparations variées, notamment le jus de fruits crus (vitamine C), ou un extrait de levure de bière lysé (vitamine B), s'il s'agit surtout, comme le prétendent certains auteurs d'une avitaminose partielle. C'est aussi une forme d'anémie particulière, caractérisée par la diminution de la quantité de l'hémoglobine que renferme chaque globule, le nombre des globules restant à peu près normal ; dans sa forme pure, cette anémie se développe lorsque l'enfant est laissé, au delà des limites normales (7e mois), au régime lacté exclusif : elle est due à un manque de fer, dont la réserve normale vient à être épuisée ; dès qu'on le peut, on doit donc introduire dans l'alimentation des aliments riches en fer ; arine de blé plutôt que farine de riz ; vers un an, bouillies avec la farine de pois ou de lentilles, un jaune d'œuf en surveillant les réactions.

On peut faire trois ou quatre fois la semaine une soupe au pain, à la viande et à l'œuf. En voici la formule :

Dans 350 grammes d'eau, mettez 25 gr. de pain coupé en très petites tranches (croûte et mie), ou mieux biscotte ; mettez ensuite 15 grammes de viande maigre de mouton ou de bœuf, hachée

aussi menu que possible (chez les grands anémiques, on peut remplacer la viande par le foie de veau) ; ajoutez du sel ; faites cuire environ une heure, à petit feu, en remuant assez souvent. Vers la fin de la cuisson, ajoutez un demi-jaune d'œuf, puis un peu de beurre. Après la cuisson, passez dans une passoire à trous pas trop larges.

Après un an, on donnera aussi aux anémiques de la marmelade, ou de la gelée de pommes, ou d'autres fruits. On mélangera de temps en temps aux purées et aux potages des salades cuites, surtout des épinards, particulièrement riches en fer.

En outre, on prescrira du fer, véritable spécifique dans la chlorose des nourrissons.

Les deux meilleures préparations sont le protoxalate de fer, et le tartrate de fer et de potasse.

Protoxalate de fer : au-dessous de 15 mois, deux fois par jour 0 gr. 10 dans un peu de lait ou de bouillie ; au-dessus de 15 mois, deux fois par jour 0 gr. 15 :

Tartrate de fer et de potasse	3 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 gr.
Eau distillée	20 gr.

Au-dessous de 10 mois, deux cuillerées à café par jour.

Au-dessus, trois cuillerées à café par jour ; à prendre avant les repas.

Les effets de cette médication et de ce régime sont rapides ; au bout de quelques jours, les enfants sont plus gais, reprennent le goût du mouvement, un teint plus coloré, un appétit meilleur ; l'hémoglobine augmente. Ne pas cesser trop tôt, sous peine de rechutes. Mieux vaut continuer durant trois mois, par cures de 20 jours, puis 5 jours de repos.

A noter que pendant la période d'ablactation certains enfants montrent une intolérance aux œufs, malgré qu'après un an on introduise discrètement cet aliment dans le régime : une cuillerée à café de jaune d'œuf dans une bouillie pour arriver peu à peu à l'œuf entier. Les œufs crus ou demi-cuits sont moins bien tolérés que les œufs bien cuits (œufs durs) ; aussi sont-ils mieux supportés quand ils sont incorporés à une bouillie, à des plats sucrés, à des tartes, à des gâteaux secs.

Chez l'enfant, l'intolérance pour les œufs ne se manifeste presque jamais par le grand choc anaphylactique ; elle se traduit surtout par de la fièvre, par des accès de prurigo strophulus ou d'urticaire, des œdèmes, ou quelques troubles intestinaux. L'œuf n'étant pas indispensable à l'alimentation, on peut le supprimer, quand il n'est pas toléré.

D'autres intolérances ont été signalées pour le poisson, le pain, certaines légumineuses. Le traitement sera toujours le même : suppression temporaire de l'aliment nocif ; un peu plus tard, désensibilisation par l'ingestion de cet aliment à doses d'abord infinitésimale, puis progressivement croissantes ; emploi des ferments digestifs ; cure par la peptone ou l'hyposulfite de magnésium. (*Journal des Praticiens*, 6 septembre 1930.)

Les régimes sans lait chez le nourrisson.

Dans certains états morbides des nourrissons privés du sein, il est parfois nécessaire de supprimer transitoirement le lait. Suivant l'âge du sujet et la nature de son affection, on le remplace par de l'eau, des décoctions d'amylacées (eau de riz, eau d'orge), du bouillon de légumes, des bouillies de farines (maltées ou non) préparées avec de l'eau et du sucre, des potages au bouillon de viande et aux légumes passés.

Mais ces aliments sont surtout composés par un seul principe alimentaire, les autres y faisant défaut ou y étant en quantité minime ; ils ne peuvent constituer un régime complet.

Les amylacés seuls n'apportent qu'une quantité insignifiante de protéine et de graisse. Les substances protéiques, qu'elles soient d'origine animale ou végétale, sont pauvres en graisse et manquent presque complètement d'hydrates de carbone. Aussi, dit le Prof. MARFAN, ces aliments ne peuvent être employés que pendant un temps limité, ou, si on en prolonge l'usage, ils doivent être associés à des préparations à base de lait ; suivant les circonstances, on choisit le babeurre, le lait condensé écrémé, la poudre de lait demi-maigre, la farine lactée.

Ces temps derniers, on a tenté de réaliser des préparations de type complet, sans lait, afin de pouvoir en nourrir de très jeunes enfants pendant un temps indéfini : aliments avec protéines, graisses, hydrates de carbone dans les mêmes proportions que le lait, avec les additions nécessaires pour que la préparation contienne les minéraux, les acides aminés et les vitamines considérés comme indispensables. Il semble cependant que les accusations de nocivité portées contre le lait de vache ne soient pas toujours justifiées, et il ne faut pas oublier les bienfaits de l'allaitement mixte, non plus que les dérivés du lait, qui peuvent remplacer ce dernier, d'une manière souvent avantageuse : lait concentré et lait sec de bonnes marques, et pour les très jeunes enfants le babeurre.

Un certain nombre des indications, données par les auteurs, pour justifier les aliments sans lait ne paraissent pas non plus justifiées. Tout ce que nous avons appris sur le rachitisme et la tétanie suffit à montrer que, pour guérir ces états, il n'est nullement nécessaire de supprimer le lait. Pour les anémies, dites alimentaires, le lait exclusif doit être abandonné, mais la suppres-

sion complète du lait ne présente aucun avantage. La gastro-névrose émétisante ou maladie des vomissements habituels peut s'améliorer momentanément, mais elle ne guérit pas par la suppression du lait. Les arrêts de croissance et les états d'hypothrepsie peuvent s'améliorer avec le lait, si on guérit les troubles digestifs, les insuffisances glandulaires ou les infections qui les ont engendrés.

Les états dans lesquels la suppression complète du lait est justifiée, sont l'intolérance idiosyncrasique et l'anaphylaxie vraie pour le lait, puis l'anorexie élective pour le lait. Dans ces cas, on pourra essayer le régime de Hamburger : bouillie renfermant dans les proportions voulues, tous les principes nécessaires : protéines ayant dans leur constitution les acides aminés indispensables, graisses, hydrates de carbone, sels minéraux, vitamines, et représentant un nombre de calories suffisant (crème de riz, sucre, foie de veau pour ses albumines, son fer, ses minéraux, ses vitamines ; jus de fruits ou de légumes, huile de foie de morue). L'expérience montrera si ce régime, ou d'autres analogues, peuvent être prolongés au delà de quelques jours, et s'ajouter à ceux déjà recommandés par l'auteur, lorsque l'enfant, privé du sein, ne supporte pas le lait de vache et ses dérivés, et ne prospère pas quand on l'en nourrit. (*Journal des Praticiens*, 20 septembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Syndrome entéro-rénal et syndrome entéro-génital.

(M. Heitz-Boyer.— *Société de chirurgie* ; 19-11-1930.)

M. Heitz-Boyer signale une forme articulaire du syndrome entéro-rénal dans laquelle s'observent des arthrites ou ostéo-arthrites d'origine intestinale. En pareil cas, on peut croire à un rhumatisme blennorrhagique, d'autant qu'il existe certains diplocoques ne prenant pas le Gram qui ne sont pas des gonocoques.

Le traitement de ces arthrites d'origine intestinale doit, outre les médications locales, comporter une thérapeutique causale du foyer intestinal.

— M. Louis Bazy remarque que l'entérocoque et le coli-bacille, quand leur virulence s'est exaltée dans l'intestin, sont susceptibles de déterminer maintes complications, rénales, biliaires, articulaires, génitales, etc.

— M. Basset parle également d'un syndrome entéro-génital. Chez des femmes atteintes de métrite ou de salpingite on trouve assez souvent dans les sécrétions génitales du coli-bacille et parfois (plus rarement) de l'entérocoque. La vaccination régionale donne ici de bons résultats.

— M. Heitz-Boyer rappelle l'histoire d'une malade atteinte de leucorrhée extrêmement abondante avec cystite et troubles intestinaux. Les urines fourmillaient de coli-bacilles. Sans traitement utérin, par une médication uniquement intestinale et anti-coli-bacillaire, la leucorrhée s'atténua considérablement et la malade put reprendre une existence normale.

Traitement chirurgical des abcès du poumon.

(M. René Fontaine.— *Société de chirurgie* ; 3-12-1930.)

M. Roux-Berger présente, au nom de M. René Fontaine, 7 observations d'abcès pulmonaires traités chirurgicalement. Dans trois cas, il s'agissait d'abcès aigus, qui tous trois guérirent. Les 4 observations suivantes avaient trait à des abcès chroniques ou subaigus : ils ont donné 3 morts.

M. Fontaine conclut qu'en présence d'une suppuration putride du poumon, non ouverte dans les bronches, et qui entraîne un état général grave, il faut sans attendre faire une pneumotomie. Si la collection se draine dans les bronches, intervenir au bout de deux mois d'attente et d'emploi des moyens médicaux. Il conseille ici de commencer par une phrénicectomie, opération bénigne qui a suffi à guérir un de ses malades, mais qui doit être suivie, en règle générale, d'une pneumotomie. L'auteur ne parle pas du traitement bronchoscopique, qui n'a pas été mis en œuvre dans les trois cas en question.

Les abcès subaigus et chroniques sont beaucoup plus sérieux et leur traitement plus complexe. A l'heure actuelle, la tendance est de donner le pas aux excisions pulmonaires, aux lobectomies.

— M. Baumgartner ne croit guère à la possibilité de guérir un abcès du poumon par la collapsothérapie. Beaucoup de ces abcès guérissent par de simples moyens médicaux et les bons résultats de la phrénicectomie rentrent peut-être dans ces disparitions spontanées. Tout abcès, dit M. Baumgartner, doit être ouvert et drainé, en quelque endroit qu'il se trouve, au poumon ou ailleurs. La pneumotomie est le traitement idéal des abcès du poumon mais elle ne guérit définitivement la lésion que si elle est faite assez tôt. Si on laisse passer un certain délai (dont la limite peut être fixée approximativement à six ou huit semaines), des lésions chroniques diffuses viennent se surajouter à l'abcès primitif et la pneumotomie n'est plus suffisante. Seule alors la lobectomie en un ou plusieurs temps peut faire espérer une guérison complète.

— M. Robert Monod s'associe à l'opinion de M.

Baumgartner. Toutefois, il n'est pas toujours facile de poser les indications opératoires en matière d'abcès du poumon. Nombre d'abcès du poumon guérissent spontanément ou par le traitement médical. Un délai de quelques semaines est recommandable pour ne pas opérer des malades qui auraient guéri sans cela.

— M. Picot a eu l'occasion d'opérer un certain nombre d'abcès pulmonaires. Lorsqu'un abcès aigu n'est pas guéri 15 jours après la vomique, il faut intervenir. Si la vomique tarde à se produire et que l'état général s'aggrave, ne pas attendre davantage. Dans les cas aigus, la pneumotomie est l'opération de choix. Dans les cas chroniques, lorsqu'il s'est produit une sclérose considérable, des dilatations bronchiques, des abcès multiples, la guérison est difficile à obtenir. La pneumotomie est insuffisante. On doit recourir à la résection du lobe pulmonaire atteint.

Un cas de maladie de Kholer.

(M. Paul Masini, de Marseille.— *Société de chirurgie* ;, 5-12-1930.)

M. Louis Bazy présente, au nom de M. Paul Masini une observation de maladie de Kohler au niveau du semi-lunaire.

On donne le nom de maladie de Kohler à une altération osseuse révélée par l'examen radiographique, décrite par un radiologiste de Wiesbaden, Kohler, en 1908. Elle a été observée d'abord au niveau du scaphoïde tarsien et vue, depuis, sur d'autres os.

La nature de cette maladie est assez mal déterminée encore. Kohler l'attribuait à une anomalie de développement, mais d'autres auteurs ont incriminé une fracture par compression, des ostéites d'origines diverses. Dans le cas de M. Masini, il y avait eu traumatisme initial.

— M. Mouchet remarque que le terme de maladie de Kohler est actuellement des plus confus. Nous sommes aujourd'hui dotés de cinq maladies de Kohler : du scaphoïde tarsien, des épiphyses métatarsiennes, du semi-lunaire, etc. Il y aurait intérêt à ne pas donner à un symptôme isolé, qui n'est pas une affection définie, un nom d'auteur, ce qui rend les questions plus obscures. P. L.

Néphrite mercurielle aiguë par ingestion de sublimé. Longue survie. Evolution de la réserve alcaline et de la chlorémie.

(M. Choisy et Mlle E. Perrot. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-12-1930.)

Les auteurs ont eu l'occasion de soigner dans le service du Prof. Roch une malade atteinte de néphrite mercurielle ; son observation est intéressante, car elle diffère en plusieurs points d'affections semblables rapportées dernièrement. La durée de la maladie fut de 49 jours ; le taux de l'urée sanguine s'est maintenu pendant 34 jours au-dessus de 4 gr. 5 p. 1.000, et il a atteint 7 gr. 5 p. 1000 ; il n'y a pas eu les signes cliniques habituels d'urémie et la réserve alcaline s'est maintenue à un chiffre élevé. Sa valeur a varié parallèlement à l'état de la malade et elle a été un guide pronostic incontestable. On peut en dire autant du rapport chlore globulaire — chlore plasmatique. Celui-ci cependant s'est accru pendant les deux derniers tiers de la maladie, prouvant ainsi l'hypochlorhydrie tissulaire progressive. Il a donné des indications d'ordre plus général, moins fluctuant que la réserve alcaline.

Le traitement qui a paru le plus actif a consisté en injections intraveineuses de sérum glycosé hypertonique, qui ont, en une certaine mesure, influencé favorablement la diurèse et indirectement le taux d'urée sanguine. La rechloruration, qui a donné de bons résultats dans d'autres cas, n'a pas eu ici d'influence, notamment sur le taux de l'urée.

Un cas de mort par ictère grave après injection de dérivé acridinique.

(MM. R. Bénard et M. Tassin. — *(Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-12-1930.)

Il est de notion courante que le dérivé acridinique, connu sous le nom de trypaflavine ou de gonacrine est rigoureusement inoffensif. Cependant, après d'autres accidents dus à ce corps, les auteurs rapportent la mort d'un malade, atteint d'endocardite maligne subaiguë prolongée, mort en trois jours d'insuffisance aiguë du foie à la suite d'une seule injection de trypaflavine. Mais, il ne faut pas dépasser la dose limite de 0 gr. 01 par kilo ; d'autre part, la trypaflavine étant un poison cellulaire, notamment en ce qui concerne le parenchyme hépatique et le parenchyme rénal, il est préférable de s'abstenir de ce médicament dans les cas où les organes vitaux paraissent profondément atteints.

La trypaflavine est donc suceptible de déterminer des accidents ; mais si, avant de l'utiliser, on prend la précaution de scruter les fonctions rénales et hépatiques , tout en sachant d'ailleurs que l'on s'expose malgré tout à quelques risques, l'amido-acridine restera ce qu'elle s'est montrée jusqu'ici, un médicament merveilleux, dans certains cas, et qui garde à son actif des succès inespérés.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

LA MÉDECINE DES COLLECTIVITÉS

Qu'on le veuille ou non, la profession médicale ne peut plus aujourd'hui s'exercer de la même manière qu'il y a trente ans. Nous assistons à une évolution, qui nous entraîne malgré nous ; bien que quelques-uns essaient encore de s'opposer à ce mouvement de transformation et qu'ils y emploient toutes leurs forces, il n'est pas niable que si nous ne prenons pas hardiment la direction des événements, ce sont eux qui s'imposeront à nous, malgré nous.

Il n'y a pas très longtemps encore — et j'ai connu cette époque — le praticien, la plupart du temps, exerçait librement son art : ses clients venaient à lui spontanément et les honoraires étaient débattus en toute liberté.

Entre le malade et le médecin ne s'interposait aucune individualité, aucune collectivité : partout le régime de droit commun.

C'était l'époque où le médecin n'avait pas encore le téléphone et faisait ses visites à bicyclette l'été, en voiture à cheval l'hiver.

Peu de chirurgie, encore moins de spécialistes : la clinique seule présidait tant aux diagnostics qu'aux traitements.

Peu à peu les progrès de la science se sont imposés aux praticiens. Qui n'a pas son auto, qui n'est pas relié par le téléphone à toutes les communes de sa circonscription ?

La pléthore aidant, les spécialistes se sont décentralisés, ont exercé dans des villes secondaires, créant ainsi des centres régionaux et y attirant les malades des environs.

Les hôpitaux eux-mêmes se sont modernisés : l'antique établissement cantonal disparaît, alors qu'il ne possédait jadis ni salle d'opérations, ni instruments, autres que ceux que le médecin de service appportait lui-même.

Aujourd'hui, l'hôpital n'est plus « l'hostellerie de Dieu » réservée aux pèlerins, aux voyageurs sans ressources, ou aux malades indigents : la clientèle payante n'en a plus peur et ne craint pas d'y venir consulter le spécialiste, ou le chirurgien.

Force a été de moderniser l'établissement d'y créer des services nouveaux, dotés d'instrumentation adéquate et d'y faire exercer les praticiens idoines.

Les lois sociales, les organisations privées ont également poussé dans le même sens, accordant ou promettant aux malades bénéficiaires des avantages divers, du point de vue des soins et du diagnostic.

La médecine elle-même est devenue plus complexe : pour définir l'affection dont se plaint le patient, il faut que le praticien de médecine générale ait recours aux rayons X, aux examens spécialisés. La chirurgie elle-même a étendu son domaine. A tel point que les tribunaux, en condamnant des médecins, leur reprochent de ne pas s'être entourés de toutes les données de la science, pour asseoir leur diagnostic, de ne pas avoir fait radiographier ce membre fracturé, d'avoir entrepris seul ce traitement, sans avoir demandé le concours d'un confrère plus spécialisé, enfin, d'avoir consenti à soigner, à domicile tel patient qui eût été plus efficacement traité à l'hôpital, ou dans une maison de santé.

Cependant, l'exercice de la médecine moderne comporte l'acquisition d'une installation et d'une instrumentation coûteuses. De gros capitaux doivent souvent être engagés. Aussi, sommes-nous très fréquemment consultés pour déterminer les clauses de contrats d'association entre médecins pour la création et le lancement d'une clinique, ou maison de santé.

De sorte qu'à l'heure actuelle, l'individualisme a vécu : il cède la place au collectivisme, c'est-à-dire aux organisations collectives de soins. Il est même curieux d'assister à ce phénomène social quelque peu paradoxal : bien que ses membres soient à tendances conservatrices, fidèles aux traditions, surtout à celles de l'individualisme économique, la profession médicale est celle qui se trouve placée à l'avant-garde de l'évolution sociale : c'est chez elle et par elle qu'on cherche à instaurer un régime de socialisme d'Etat, principalement dans les hôpitaux et les établissements de bienfaisance, alors que les administrateurs, personnes fort charitables, sont loin de se ranger parmi les défenseurs d'un socialisme quelconque.

Je m'explique ; et nous allons tour à tour étudier les diverses modalités d'avenir, qui guettent la profession médicale : ou bien le médecin deviendra un salarié, ou il sera emprisonné, enrôlé dans des organisations de socialisme d'Etat, ou bien par le canal de ses syndicats profession-

nels, il traitera de puissance collective à puissance collective pour établir des conventions collectives de travail. Quant à l'individu, il aura disparu, du moins pour la généralité des cas.

Salariat médical

Il n'est pas douteux qu'en dehors de la classe riche, la clientèle moyenne, ou modeste, se réclame de l'application de lois sociales, ou d'avantages colletifs.

Ce sont les bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail, de celle des assurances sociales ; ce sont les mutualistes, qui se garantissent en commun contre le risque maladie ; ce sont les employés de grands magasins, les ouvriers d'usines, de mines, qui, d'une manière ou d'une autre se réclament d'avantages médicaux et pharmaceutiques.

Jadis, le salariat médical ne concernait qu'une minime partie de l'activité d'un praticien de campagne, ou de ville. Celui-ci qui, moyennant un forfait annuel, consentait à traiter des mutualistes, ou des indigents, ne se considérait pas comme étant à la solde de la mutualité, ou du préfet.

Cependant, l'application de la loi sur les accidents du travail donna la première l'éveil, en ce qui concernait une évolution nette vers le salariat. Les compagnies d'assurances contre les accidents, avaient, dès 1898, enrôlé des médecins à leur solde et ces praticiens devaient prendre plutôt les intérêts de leur patron, qui les engageait, les payait, ou les révoquait, que celui des malades qu'on leur donnait à soigner.

D'où la campagne en faveur du libre choix du médecin, qui fut discutée, pour la première fois, dans toute son ampleur au premier congrès des praticiens de 1907.

Obtenue pour les accidents du travail, la liberté de confiance fut revendiquée pour les indigents, bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

A l'heure actuelle, bien peu nombreux sont les départements où les médecins de l'assistance sont encore les salariés de la préfecture, nommés par elle et payés aux gages mensuels.

La menace était sérieuse, puisque la loi sur les accidents du travail s'est progressivement étendue aux professions agricoles, aux domestiques, aux employés de commerce, etc.

Les assurances sociales devaient également inciter le corps médical à lutter pour son indépendance, c'est-à-dire en faveur du libre choix du médecin.

La partie est-elle gagnée ? Pas encore, car nombreuses sont les sociétés mutuelles qui espèrent l'échec de la loi en sa forme actuelle et pensent que le législateur devra avoir recours à la Mutualité, pour faire fonctionner les assurances sociales.

Or, si la mutualité a pu vivre, c'est parce qu'elle avait son cadre de médecins, nommés par elle, liés à elle par un contrat de louage de services, avec paiement au rabais.

Le libre choix est consenti entre les praticiens, qui ont accepté les conditions offertes par la mutualité. Si donc celle-ci devient maîtresse du marché de soins, elle enrôlera, pour le service des assurances sociales, un très grand nombre de praticiens, lesquels, s'ils ne savent pas se défendre par leurs syndicats, devront accepter le salariat, ou faire autre chose.

Salariat encore la médecine des hôpitaux.

Lorsque l'établissement public de bienfaisance restait cantonné dans son rôle primitif, les praticiens s'associaient à l'œuvre de philanthropie des hommes généreux, qui administrent le bien des pauvres. Une modique allocation annuelle, véritable indemnité pour frais de transport, était allouée, alors que les soins étaient gratuits.

Aujourd'hui, l'hôpital devient progressivement une maison de santé publique : le malade indigent y devient la minorité, remplacé par le payant, qui acquitte de sa poche les frais de séjour, ou pour qui on paie, par l'entremise d'une collectivité quelconque.

Or, la maison de santé publique entend faire des bénéfices, non pour les partager entre les administrateurs, mais pour concourir à l'amélioration de l'établissement, faire construire de nouveaux pavillons, doter les différents services de l'installation et de l'instrumentation nécessaires.

Ces bénéfices ne peuvent être apprécialbles que si le médecin d'hôpital consent encore à des émoluments modestes. L'administration recouvrera, au nom des praticiens, les honoraires qui sont dus à ces derniers, mais restera maîtresse de la répartition ou de l'affectation de ces sommes.

N'est-ce pas un salariat que le fait d'être nommé par l'administration seule de l'hôpital, obéir à un règlement arrêté unilatéralement, sans que les intéressés soient appelés à en discuter et toucher, pour le travail journalier à heures fixes, un salaire mensuel.

Je sais qu'il est facile de m'opposer que beaucoup de médecins et de chirurgiens sont nommés au concours : mais ce dernier n'est qu'une indication au choix des administrateurs, qui, en dernière analyse, restent en droit, non seulement d'empêcher tel ou tel candidat de se présenter aux épreuves, mais encore, si le règlement du concours l'a prévu, de nommer le candidat classé second au lieu et place du premier.

Salariat, le fait d'être médecin de chemin de fer, d'usine, de mines, etc., etc.

Juridiquement est salarié, comme ayant loué ses services, le praticien, qui est nommé par une collectivité, doit accepter, en faisant acte de

candidature, le règlement, ou le cahier des charges et, imposé aux malades, doit soigner indistinctement tous ceux qui lui sont confiés par le patron (individuel ou collectif). Il devra donner ses soins, sans être payé à l'acte médical, mais selon un traitement annuel, ou mensuel.

Je sais bien que nombreux sont mes confrères qui pourront me dire que ces salariats sont fort utiles aux jeunes, à ceux qui débutent, parce que clientèle toute faite. Ils sont également très appréciés des anciens, parce qu'argent tombant à date fixe.

Mais ces situations qu'on désigne sous le vocable de situations fixes, n'en sont pas moins des salariats, qu'il s'agisse du modeste médecin de mutualité, ou du grand praticien, membre de l'élite de notre profession, et qui a obtenu le poste de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, grâce à un concours long et difficile.

Un juriste peut me chercher chicane, en m'objectant que le propre du salarié est d'être placé sous la direction et les ordres d'un patron. Or, ce dernier n'est pas docteur en médecine et n'a pas qualité pour dicter à un praticien la conduite professionnelle qu'il doit avoir.

Le médecin se trouve juridiquement placé dans une situation spéciale, qui va du louage de services pur au contrat d'entreprise. Comme un entrepreneur de soins, il soignera sous sa propre responsabilité et non sous celle de son commettant ; mais il n'en recevra pas moins les ordres de ce dernier, au point de vue de la discipline, de la régularité des heures de présence, de la manière même de traiter avec plus ou moins de frais.

Qu'un médecin, à l'hôpital, s'avise de refuser ses soins à un malade que l'administration a placé dans sa salle, qu'il demande des honoraires à un hospitalisé riche et il verra s'il n'est pas congédié, ou s'il ne doit pas donner sa démission, serait-il nommé au concours.

Nous aurons d'ailleurs à revenir plus loin sur ces diverses situations juridiques.

Socialisme d'Etat

Au congrès national d'assistance de Nancy, en 1927, je n'ai pu m'empêcher de m'élever contre les tendances actuelles de l'administration. Jadis, la médecine des pauvres n'était qu'un bien petit côté de l'activité médicale : le médecin praticien n'avait que peu de clients, appartenant à l'assistance médicale gratuite, ou privés de ressources hospitalisés.

Aujourd'hui les situations ont changé.

Sous prétexte de créer des services sociaux de soins, d'assistance et de dépistage, les Pouvoirs publics ont progressivement étendu les limites de l'action tutélaire d'asssistance.

Grâce aux visiteuses d'hygiène sociale, le malade hospitalisé sera, à sa sortie, suivi et médicalement surveillé à son domicile : l'infirmière lui donnera tous les conseils, pour que les ordonnances et prescriptions du chef de service hospitalier soient observées.

A la moindre rechute, ou même s'il est nécessaire, le malade reviendra à l'hôpital, à la consultation externe, se faire examiner à dates fixes.

Que le service d'A. M. G. communal, que même les séances du conseil de revision fassent connaître que tels et tels individus sont bacillaires ou suspects, vite l'infirmière visiteuse sera déléguée pour que ces malades, ou suspects, deviennent des clients assidus du centre de dépistage, ou de cure.

Même organisation, en ce qui concerne la maternité, la première enfance.

Est-ce à dire que je m'élève contre cette extension de l'hygiène prophylactique et même curative ? certes non ; mais je veux attirer l'attention de mes confrères sur cette évoluton vers un socialisme d'Etat : l'hôpital devient le centre social de traitement et de diagnostic, entretenu par des fonds d'Etat, ou de départements et de communes, avec assujettissement au droit administratif.

Ce n'est plus l'initiative privée : c'est la puissance publique qui organise et finance.

Avec la mise en train de la législation des assurances sociales, l'hôpital va perdre son ancienne clientèle de pauvres, pour recevoir une nouvelle catégorie de clients, qui seront en mesure de payer par eux-mêmes, ou par lesquels les caisses d'assurances acquitteront les dépenses hospitalières.

Or, l'initiative privée est déficiente dans bien des endroits : les médecins n'ont pas su s'organiser entre eux, pour créer, à frais communs, des maisons de santé syndicales. Aussi, l'hôpital bien qu'établissement public, doit-il se substituer à l'intiative privée, partout où la maison de santé est inexistante, ou trop chère et ne reçoit que la clientèle riche.

Voilà pourquoi l'hôpital s'est, depuis quelques années, préoccupé de cette évolution sociale vers les assurances sociales et peut, actuellement, soit proposer ses établissements, comme maison payante de santé publique, ou se met à faire une concurrence acharnée aux maisons de santé privées, créées par des chirurgiens, qui entendent également recevoir et hospitaliser des assurés sociaux.

Mais, si la maison chirurgicale se rencontre, la maison de santé médicale n'existe presque nulle part. L'hôpital bénéficie de la carence de l'initiative du Corps médical et propose ses lits aux caisses d'assurances sociales.

Par la force des événements, l'établissement public devient un centre régional de soins et de diagnostic. L'argent de la collectivité permet l'organisation de services spéciaux de soins : le

médecin trouvera donc à l'hôpital une situation médico-chirurgicale, ou de spécialité intéressante, avec clientèle toute faite. Il n'hésitera plus, non seulement à se parer du titre envié de médecin de l'hôpital, que ce titre soit donné au concours, ou à la faveur ; il acceptera les conditions pécuniaires qui lui seront offertes ; il acquiescera au règlement intérieur de l'établissement ; il consentira à l'organisation de services sociaux extérieurs à l'hôpital : il souffrira que ses confrères médecins de la ville puissent peu à peu perdre leur clientèle privée, pour que celle-ci soit accaparée par la maison de santé publique, anciennement dénommée hôpital.

Ce sera donc le salariat à l'hôpital.

D'ailleurs, il entre dans l'idée de quelques présidents de commissions administratives des hôpitaux de certaines grandes villes d'allouer à leur corps médico-chirurgical hospitalier des appointements fixes tels, qu'il soit possible de lui interdire toute médecine de ville, en dehors de l'établissement.

Sur un autre plan, des collectivités privées, des fédérations mutualistes ont organisé des centres de chirurgie, de médecine, de cure, de diagnostic. Elles ont leur corps médico-chirurgical nommé, payé par elles, soumis au règlement de la Fédération mutuelle, avec fonctions déterminées et heures de présence obligatoires.

Enfin, autre signe des temps, nous sommes actuellement consultés par des syndicats médicaux, qui sont entrés en pourparlers avec des municipalités, ces dernières désireuses d'organiser des services publics collectifs, tels que services du dimanche et de nuit, service de maisons de santé communales, service de l'inspection des écoles, de prophylaxie, de lutte contre les maladies vénériennes, tuberculeuses, ou autres.

De partout, à l'initiative individuelle se substitue progressivement l'initiative collective et cette dernière se manifeste principalement dans le domaine d'action des municipalités, ou des conseils généraux.

Toujours, on cherche à venir au secours de l'individu malade, ou suspect de le devenir ; on tend à lui donner des soins au plus bas prix, grâce à des organisations collectives. Alors qu'on ne se préoccupe guère de savoir si toutes les familles ouvrières ont suffisamment de quoi acheter du pain — si tant est encore que ce pain ne soit pas trop frelaté — ; alors qu'on délaisse le problème social de l'habitation saine, sinon confortable, on vient au secours du malade, en lui offrant des soins à bon marché, par des organisations, qui, pour la plupart, dépendent de la collectivité publique.

En matière médicale, l'Etat se substitue progressivement à l'initiative privée, non seulement dans un but de préservation sociale et d'hygiène publique, mais également dans le sens d'organisations, dans lesquelles les soins seront donnés presque à prix coûtant, au détriment de l'initiative privée, des maisons de santé et même des médecins praticiens indépendants.

Progressivement, la médecine deviendra une fonction de l'Etat : l'individu malade pourra quelle que soit sa condition, sa situation de fortune, trouver, dans l'hôpital, comme dans toutes organisations publiques, communales, ou départementales les soins nécessaires à son état. « A chacun suivant ses besoins ».

Dans cet établissement public, les soins sont assurés par un personnel médical, que le malade ne choisit pas, mais vers lequel il est dirigé par l'administration, ou par l'interne de porte, ou de garde. Ce personnel, recruté au choix, ou au concours, touche une rémunération globale, mensuelle, quelle que soit la qualité, ou la quantité d'actes médicaux accomplis.

Arguments en faveur de cette évolution

Méfions-nous de toute opinion irréfléchie, préconçue et, avant de proclamer l'anathème sur cette évolution professionnelle, avant de gémir, de nous désoler, sans pour cela passer à l'action, étudions, dans le calme, les arguments pour et contre cette médecine, qui risque de devenir la profession de demain.

Nos employeurs (collectivités publiques, ou privées) ont de tout temps recherché — et malheureusement ont trouvé — des médecins à leur solde.

Ils veulent avoir, disent-ils, un personnel consciencieux, sur le compte duquel on ne puisse pas colporter les insinuations de dichotomie, d'abus divers, d'actes opératoires inutiles, ou autres, dont on gratifie généreusement la majorité du Corps médical.

Parce que choisi par l'employeur, ce Corps médical sera donc, aux yeux du « patron », digne de tout éloge.

Bien entendu, les frais imposés aux malades seront diminués, du fait que le Corps médical, ainsi engagé, est payé, non à la tâche, à l'acte médical, mais en bloc, à forfait. De plus, les examens, interventions, ou autres seront faits en série. Au lieu d'imiter le praticien de ville, qui adresse son client chez le radiographe, puis chez tel ou tel spécialiste, au risque d'entraîner, pour le patient, des frais considérables, ce dernier sera examiné sur place, presque en série, en passant d'un cabinet dans l'autre et pour un prix global.

Enfin, le contrôle auquel l'employeur tient tant, sera exécuté selon ses désirs. Il redoute toujours, non pas une véritable collusion entre malade et médecin, mais un certaine faiblesse, condescendance de celui-ci envers le premier.

D'où des exemptions de service, des congés, etc.

Avec le médecin choisi par l'entrepreneur de

soins, rien à craindre, l'employeur saura, de son employé médecin, ce qu'ont les autres employés divers, qui sont examinés par le ou les praticiens.

De leur côté, mes confrères ont accepté jusqu'ici, sollicité même, ces fonctions dites acquises. Il est très humain — et surtout très médical — d'aimer à se parer de titres, pour séduire et attirer la clientèle. Qui n'est pas interne d'un hôpital quelconque de nᵉ catégorie ? Qui n'est pas lauréat, diplômé, médaillé, décoré de quelque ordre que ce soit ?

Aussi accepte-t-on avec faveur un titre nouveau, une fonction quelconque, dont on peut tirer gloire et profit, aux yeux de la clientèle de ville.

D'autre part, le caractère français aime à recevoir des appointements, à des périodes fixes, correspondant à des dépenses également fixes, telles que celles du loyer. Il n'est plus besoin de tenir des comptes, ni de discuter honoraires avec la clientèle : l'administration, qui vous emploie, se charge de ce soin et vous verse chaque mois des appointements. Quelle aubaine !

Inconvénients des situations fixes

En revanche, les inconvénients de pareille évolution professionnelle me semblent devoir retenir toute l'attention de mes confrères.

Tout d'abord, le malade est quelque peu oublié, dans ces louages de services conclus entre médecins et collectivités publiques ou privées. Le Corps médical a longuement lutté, et il lutte encore, pour que le patient puisse librement choisir le praticien, qui devra lui donner des soins. Ce libre choix est inscrit dans plusieurs lois sociales.

Et cependant, le Corps médical accepte de donner son concours à des organisations hospitalières, ou autres, dans lesquelles le malade est dirigé sur tel ou tel service, sans qu'il lui soit possible de désigner le praticien, qui devra le soigner. L'administration impose son règlement et malades comme médecins doivent s'y conformer, ou s'en aller.

Le Corps médical a également lutté, principalement dans le domaine de l'A. M. G. et de la mutualité, pour obtenir le paiement à l'acte médical et cependant il accepte de soigner à forfait dans bien des circonstances.

Les situations dites « fixes » sont un appât vers lequel se précipitent jeunes et vieux : les premiers pour se faire une clientèle, une renommée ; les seconds pour garder ce qu'ils ont acquis et empêcher les débutants de réussir. Partout, l'individualisme, pour ne pas dire l'égoïsme, l'invidia dans toute son horreur, dans cette lutte âpre pour la vie ! D'autant que les répartitions professionnelles sont mal établies, et comme le démontre Duchesne, il y a moins pléthore *qu'inégale proportion des postes médicaux, en* France.

La situation fixe conduit à la perte de l'indépendance : pour être nommé, il faut plaire, souscrire à toutes les obligations imposées unilatéralement par un contrat, qu'on ne peut pas discuter, mais qu'il faut prendre ou laisser. Encore bien heureux lorsque, par un écrit, sont spécifiés les avantages et obligations du praticien. Sinon, en cas d'accords verbaux, le jour où le médecin doit être remercié, on ne prend aucune forme pour le mettre à la porte.

Le médecin doit en outre souscrire aux ordres que lui donne son employeur : c'est à ce dernier, qu'il doit plaire et non plus à ses malades. Aussi le secret professionnel est-il fort mal en point, lorsque le patron a besoin de savoir ce qu'ont véritablement ceux des malades qu'il confie aux soins de son personnel médical.

Situations juridiques

Nous venons de faire une brève allusion aux contrats de louage de services médicaux. Nous devons cependant examiner ces derniers sous l'angle du droit, car, au Sou médical, nous avons fréquemment à défendre les intérêts de nos adhérents, victimes de la mauvaise foi, de l'intrigue, de l'ingratitude d'un employeur.

Pour faire valoir ses droits, notre confrère doit appuyer ses revendications sur les termes de son contrat de louage de services, si celui-ci existe.

Or, les situations juridiques sont diverses, selon le genre de travail qui est demandé au médecin, ou selon la qualité des parties en présence.

Lorsque le praticien doit simplement donner ses soins, il contracte sous l'empire du droit civil, que l'employeur soit une individualité, une collectivité privée, une commune, ou un département.

Ainsi, en matière d'assistance médicale gratuite, le médecin n'est pas un fonctionnaire, bien que les litiges soient de la compétence du Conseil de préfecture, d'abord, puis, en appel, de celle du Conseil d'Etat. Le praticien loue ses services, moyennant honoraires à l'acte médical, ou à forfait, tout en se conformant à un règlement arrêté par le préfet.

Le médecin, qui loue ses services à une commune, est justiciable des tribunaux de droit commun et non des tribunaux administratifs, en cas de conflit avec la dite commune, en ce qui concerne le contrat de louage de services.

Cependant, en matière d'hôpitaux, la loi du 7 août 1851 a donné aux commissions administratives de ces établissements toute liberté pour nommer, par suite révoquer, son personnel médical.

Le Conseil d'Etat a considéré que, dans une certaine mesure, le médecin d'hôpital doit être

considéré comme un fonctionnaire et, par suite, doit avoir connaissance de son dossier, avant révocation.

De même, les conflits de nomination, ou de révocation sont de la compétence du Conseil d'Etat.

Sans prolonger cette discussion juridique, nous pouvons d'abord conseiller à nos confrères de toujours faire consigner, par écrit, ne serait-ce que par une simple lettre missive, les accords de travail, intervenus entre eux et une collectivité publique ou privée.

En cas de difficultés, quant à l'interprétation dudit contrat, ou de révocation, etc., soumettre le cas au « Sou médical ».

En effet, ce sont les juristes de cette Ligue de défense professionnelle, qui rechercheront devant quelle juridiction il convient d'aller, selon que le droit civil, ou le droit administratif sont mis en cause.

A ce sujet, il est indispensable de faire remarquer que, s'il ne s'agissait que de donner des soins, la situation juridique du médecin serait bien définie : il loue ses services pour soigner des malades déterminés : c'est un contrat de louage, de nature juridique un peu spéciale, il est vrai, mais qui se résume à cette situation : moyennant des honoraires fixes, ou à l'acte médical, convenus dans l'accord en question, le praticien soignera en toute indépendance scientifique et sous sa propre responsabilité, certaines catégories de malades, qui lui seront adressés par l'employeur.

Mais, dans bien des cas, le médecin peut, soit alternativement, soit en même temps être utilisé dans des fonctions de contrôle. Lorsque l'employeur est une collectivité privée, le contrat est de droit civil, tel dans le cas des médecins contrôleurs à la solde des compagnies d'assurances, ou des mutualités, les œuvres de bienfaisance privée, etc.

Au contraire, lorsque l'employeur est le préfet, le médecin peut être considéré comme représentant l'autorité publique et, par suite, son contrat sera d'ordre administratif.

Tel est le cas du médecin inspecteur du service de la protection du premier âge, contrôleur d'hygiène, médecin de l'état civil, médecin assermenté, etc.

Malheureusement, bien souvent il y a confusion des fonctions : le même confrère est également chargé de donner ses soins et de contrôler le personnage qu'il soigne. Non seulement, il est dans l'obligation ou de violer le secret professionnel et les devoirs qui le lient à son client, ou de manquer à la confiance que la collectivité place en lui, en lui demandant d'accomplir une mission de contrôle en son nom.

Dans le même contrat de louage de services, peut se produire des conflits de lois et le préfet ne se privera pas du plaisir de soulever une exception d'incompétence, pour que le procès soit renvoyé de la juridiction civile à la juridiction administrative et vice versa.

L'avenir de la profession

De tout ceci, nous pouvons conclure que la profession médicale ne ressemble plus à celle que j'ai embrassée, lorsqu'il y a 30 ans, je passais ma thèse de doctorat en médecne. A cette époque, le malade discutait avec son médecin, sur les bases de « l'entente directe ». Peu, ou pas, de «tiers payant », sauf pour les mutualités, les usines, les grands magasins, l'hôpital. Encore ce dernier était-il réservé aux pauvres, car il était de bon ton de ne parler de l'hôpital qu'avec un certain dédain.

Aujourd'hui, la médecine devient collective : non seulement le praticien ne peut plus se contenter de la seule clinique, pour poser ses diagnostics, mais encore doit-il avoir recours à des confrères spécialisés, à des installations coûteuses de recherches, des laboratoires, etc. La médecine devient collective du fait même de l'évolution de la science et de la spécialisation professionnelle.

Mais, le client n'est plus maître de sa personne, dès qu'il est malade, ou qu'il est victime d'un accident du travail. Un tiers intervient, individualité, ou collectivité, qui, prenant à sa charge tout ou partie des frais du traitement et de la réparation du dommage, entend avoir un droit de regard sur la manière dont les soins seront donnés.

Les directives d'hygiène, la minutie des soins à prodiguer, le surpeuplement des maisons, conduisent progressivement les clients à ne plus se faire soigner chez eux, à rechercher qui la maison de santé, qui la clinique, qui l'hôpital, qui la maison d'accouchements.

A domicile, le patient n'est pas soigné par des personnes qualifiées, surtout en ce qui concerne les soins d'infirmier ; il risque de contagionner son entourage et surtout, il devient une gêne, car il oblige sa femme, ses enfants d'abandonner leur travail, pour rester auprès de lui et lui donner des soins ; chez lui, il commettra des imprudences, qu'il est censé ne pas courir, surtout dans les milieux hospitaliers.

S'agit-il de traitements spéciaux, le malade sera mieux dans l'établissement de soins, que chez lui, où rien n'est disposé pour qu'il soit traité utilement.

Voilà donc l'exode des malades vers une médecine en commun, médecine collective, organisée par des collectivités publiques, ou privées.

Devant cette évolution, le Corps médical a perdu beaucoup de temps en discussions byzantines, ou en luttes de personnes, pour des motifs parfois plus théoriques que pratiques. Il a laissé

à d'autres le soin d'organiser l'hôpital, la maison de cure ou de diagnostic. C'est un argent qui n'est pas médical, qui a permis la transformation de l'hôpital d'hier en maison de santé à bon marché d'aujourd'hui. Ce sont les fonds mutualistes, qui ont créé des organisations chirurgicales régionales, drainant la clientèle des sociétés mutuelles. Ce sont encore des organisations commerciales, qui ont érigé de luxueuses maisons de santé, pour personnes riches.

Pendant ce temps, le syndicat des médecins propriétaires et directeurs de maisons de santé se débattait, pour ne pas être écrasé par la concurrence faite par tous ces organismes publics ou privés.

Le syndicalisme médical a laissé faire, sans s'intéresser au proche avenir de demain, sans apporter des capitaux médicaux, pour avoir voix dans les conseils d'administration, sans offrir sa collaboration technique, pour l'élaboration des règlements intérieurs et la distribution des services médicaux.

Il convient cependant de remarquer que certains syndicats, de ceux qui interviennent le moins dans les joutes oratoires des assemblées générales, ont accompli de bon travail. Personnellement, je suis assez souvent consulté, du point de vue juridique, sur les modalités de contrats collectifs, passés entre le syndicat et une collectivité publique, ou privée.

Ici, comme à Cannes, un essai est tenté, pour l'organisation d'un service médical de l'assistance médicale gratuite, selon les données de « l'entente directe ».

Là, le syndicat se charge du service de garde du dimanche, ou de la nuit, en accord avec la municipalité.

Ailleurs, la ville veut organiser une maison de santé municipale, mais entend contracter avec le syndicat médical, pour que ce dernier élabore le règlement médical de l'établissement et fasse partie du conseil d'administration.

Ce sera l'inspection médicale des écoles, qui sera arrêtée d'accord entre la municipalité et le syndicat.

Des conventions collectives se signent, ou s'ébauchent, en matière de soins aux mutualistes, aux bénéficiaires des caisses de compensation, aux pupilles de la nation, etc.

Des accords interviennent avec l'office départemental d'hygiène, avec des organismes de contrôle, etc.

Même les puissantes compagnies de chemin de fer, qui cependant tiennent bien à leur solde le Corps médical, grâce aux permis de circulation en première classe, sentent leur pouvoir de domination être ébranlé par les propositions syndicalistes, ne serait-ce que parce que nombre de médecins, jouissant de la carte de surclassement, ne trouvent plus aussi intéressants que jadis les avantages conférés par les compagnies ferroviaires.

Et voici que les lois du 5 avril 1928-30 avril 1930 font reposer le fonctionnement des assurances sociales sur des conventions collectives avec les syndicats de praticiens.

Le Corps médical a donc le choix : à lui d'orienter l'exercice de la profession, étant données l'évolution des mœurs, celle de la science de guérir, l'organisation d'une médecine collective et les tendances économiques vers un socialisme d'Etat.

A nos syndicats de laisser faire et progressivement les praticiens concluront des accords individuels, que, du point de vue juridique, j'estime n'être que des contrats de louage de services.

Ou bien, devant la carence d'organisation de nos organisations corporatives et surtout à cause de nos luttes entre personnes, les Pouvoirs publics organiseront la médecine, non seulement par le vote d'un Conseil de l'Ordre, néfaste à nos libertés professionnelles, mais par l'institution d'un service de santé civil, comme l'appelle Duchesne. Médecins de cantons, médecins d'arrondissements, chirurgiens de ville, de secteurs, spécialistes de centrales : les praticiens de clientèle modeste devront s'enrôler et accepter des situations fonctionnarisées, payées au mois, avec avancement et statuts arrêtés par le Parlement et l'administration préfectorale.

Ou bien le praticien s'engagera comme salarié de collectivités publiques ou privées. Il louera ses services à des maisons de santé régionales mutualistes, ou de caisses, à des hôpitaux, à des organisations de soins à domicile.

Voilà un avenir peu rassurant et qui contraste avec les belles tirades sur l'indépendance du médecin et sa volonté de ne signer de conventions avec personne.

Mais, cependant, à mon avis, le seul salut de notre profession se trouve justement dans ces conventions collectives. Puisque l'évolution sociale conduit insensiblement l'individu à disparaître, abandonnant progressivement de son indépendance personnelle au profit de la collectivité, puisque l'organisation d'associations de toutes sortes et les plus diverses oblige l'individu à s'associer, parce qu'il ne peut plus, à lui seul, faire respecter ses droits, suivons ce mouvement d'économie sociale, qui nous entraîne et reconnaissons que le praticien isolé ne peut rien sans l'intervention de son syndicat.

Que peut, en effet, soutenir un médecin isolé, seul devant une collectivité qui lui oppose la concurrence, la baisse des tarifs et la jalousie des confrères voisins ? L'antidote de l'invidia c'est le syndicalisme.

Au syndicat de défendre la somme des intérêts individuels, groupés en son sein. Au syndicat de discuter de puissance à puissance avec

les organismes employeurs. Au syndicat de faire comprendre que, non seulement il défend l'intérêt de chacun de ses membres, mais qu'encore, aux termes du Livre III du Code du travail, il réclame d'être consulté sur toutes les questions qui se rapportent à sa spécialité ; il apporte même des solutions tout étudiées, des règlements médicaux, etc.

Du moment où certains syndicats médicaux ont convenu avec des collectivités privées, comme avec des municipalités, pour l'organisation de services médicaux, ouverts à tous les praticiens, ou aux seuls syndiqués, selon les circonstances, du moment où le législateur manifeste l'intention d'utiliser les syndicats médicaux comme étant les représentants de la profession médicale, pour la conclusion d'accords collectifs, je proclame ma foi entière dans un avenir organisé par nos syndicats professionnels.

Je suis certain que bientôt nous aurons à étudier des contrats à conclure entre un syndicat et une municipalité, pour le fonctionnement du service médical des indigents, d'une maison de santé municipale, l'inspection médicale des écoles, etc., avec un hôpital, pour la mise en train d'une maison publique de santé à prix modérés, avec le préfet, pour l'organisation du service départemental des indigents, des enfants assistés, des vaccinations, de la protection du premier âge, etc., etc.

Le syndicat, garant des libertés individuelles, contractant au nom de ces dernières, voilà l'avenir !

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le Risque Maladie.
Les remèdes

Nous avons vu dans un précédent article l'importance des conséquences du risque-maladie pour le médecin praticien.

Il faut maintenant examiner par quels moyens il peut s'en garantir.

Les moyens ? — Oh ! c'est bien simple ; je n'en connais qu'un, et c'est la prévoyance.

Mais encore faut-il rechercher les modalités diverses, les applications pratiques de cette prévoyance. Il semble bien, à la réflexion, qu'il y en ait trois principales qui se présentent à l'esprit :

1° *Se réserver des ressources personnelles, prises sur des capitaux ou des économies* ;

2° *Faire appel à des Compagnies d'assurances* ;

3° *S'affilier à des Mutualités.*

Etudions en quelques lignes chacune de ces modalités :

1° Les économies et le capital personnel.

A part de trop rares exceptions, ce moyen, de nos jours, n'est guère à la portée de nos confrères dans la première période de leur vie professionnelle. Il faut travailler durement pendant de longues années, et surtout il faut le faire avec un esprit profond et tenace d'épargne pour arriver à accumuler assez d'économies pour, au jour du chômage forcé, y trouver les ressources nécessaires.

Malheureusement, la vie chère, l'insécurité des lendemains, l'esprit moderne ont détruit un peu partout le vieux sentiment de l'épargne qui constituait autrefois la renommée du *bas de laine français*. Comment aujourd'hui faire des économies, quand les nécessités et les habitudes d'une vie toujours plus large, absorbent la totalité des recettes, dans la très grande majorité de nos budgets modernes ? Les autos, les enfants, les pertes, auront vite fait d'engloutir les quelques billets de mille péniblement amassés !

Quant au capital personnel, à la dot de la femme, à l'héritage de parents morts jeunes, il est à la merci d'un coup de bourse, d'une loi néfaste, etc.....

Combien de médecins de moins de 40 ans n'en ont pas ou l'ont vu disparaître avec les frais d'une coûteuse installation ?

C'est donc là, un moyen aléatoire, inconsistant de faire de la prévoyance. Nous en connaissons dans notre Société plus d'un exemple, et je pourrais citer plusieurs de nos chroniques, venus à nous autrefois par pur esprit de solidarité parce qu'ils jouissaient d'une belle fortune à l'époque, et qui, brusquement ruinés par la guerre et l'après-guerre, ont été bien heureux de trouver notre Caisse pour les aider au jour de la maladie et de l'invalidité.

Ne comptons donc pas sur nos économies pour faire de la prévoyance : la vraie prévoyance est de les mettre en réserve, si on en a quelque peu, et de chercher un autre mode de ressources.

2° Les compagnies d'assurances.

Evidemment, puisqu'on a recours aux Compagnies d'assurances pour s'assurer sur la vie, contre l'incendie, la grêle, le vol, les accidents, etc., etc., pourquoi ne pas s'adresser tout simplement à elles pour leur demander une indemnité quotidienne en cas de maladie ?

Ce serait bien simple : une prime de plus à payer, une déclaration d'invalidité à faire, et un

mandat à toucher. Oui, mais..... mais jusqu'à présent, il n'y a pas de Compagnie d'assurances qui veuille se « risquer » à courir ce « risque » !

Il n'en existe pas qui ait consenti à ouvrir un service spécial pour ce genre de sinistre. Elles doivent avoir pour cela des raisons *commerciales* assez sérieuses, et je ne crois pas que la façon dont est emmanchée la fameuse loi des assurances sociales les engage à tenter pour les classes moyennes et riches ce que notre étatisme vient de mettre sur pieds pour les classes pauvres et modestes. Et puis, les Compagnies d'assurances ne peuvent pas organiser un système d'indemnités-maladie pour une seule catégorie de citoyens ; et si elles l'ouvrent à tous, les difficultés de contrôle apparaissent telles que jusqu'ici elles ont préféré y renoncer et laisser ce rôle aux Mutualités.

3° Les Mutualités.

En effet, ce sont ces œuvres de solidarité qui, depuis plus d'un demi-siècle, ont en France pris la charge du risque d'invalidité-maladie.

Je n'ai pas à chercher ici de quelle façon la Mutualité en général s'est tirée d'affaire : les questions de subventions, de règlement des soins médicaux et pharmaceutiques, d'indemnités de chômage, de retraites, etc., varient d'une Société à l'autre et si elles peuvent être discutables en leurs applications, le principe même reste généreux et nous apparaît comme le seul capable de répondre aux besoins pour lesquels ces sociétés ont été créées.

En France, presque toutes les Mutualités sont des groupements locaux d'individus vivant et travaillant dans la même ville, le même canton, se connaissant tous, ce qui rend faciles les contrôles ; il en est de professionnelles dans un cadre un peu moins restreint, mais même celles-ci ne débordent guère les limites de la grande ville ou du département qui l'entoure.

C'est ainsi que plusieurs groupements médico-mutualistes se sont formés dans certaines régions de la France ; les plus importantes sont celles de Lyon, et la Société Galley-Lagoguey qui comprend Paris et sa banlieue.

Le défaut de ces Sociétés locales, c'est justement d'être limitées à un trop petit nombre d'intéressés : plusieurs ont dû s'éteindre après n avoir pu que végéter ; les plus grosses vivent plus encore peut-être de dons, de fondations de généreux philanthropes que de leurs propres cotisations, et aucune n'a le nombre d'adhérents qui fait la richesse et la puissance d'une œuvre.

4° La Mutualité familiale du Corps médical francais.

Il y avait là une lacune à combler et c'est à la combler que s'est consacré Cézilly, le fondateur du *Concours médical*, quand en 1894, avec la collaboration de ses intimes Maurat, Gassot et Jeanne, il a créé de toutes pièces, sans aucune aide financière ou autre, sans même l'appui de l'Association générale des Médecins de France, cette Mutualité médicale toute nouvelle dans son organisation comme dans son fonctionnement, qui fut tout d'abord l'Association Amicale des médecins français pour l'indemnité-maladie et qui devint la Mutualité Familiale et professionnelle des médecins français.

Cézilly voulut dès le principe grouper en un seul faisceau tous les praticiens de France qui voudraient s'enrôler sous son drapeau. Il leur demanda une cotisation annuelle, calculée par un actuaire tout particulièrement versé en ces matières, M. Léon Marie, et leur assura dès le cinquième jour de la maladie une indemnité de 10 fr. par jour pendant 60 jours, et ensuite de 100 fr. par mois jusqu'à reprise du travail.

Ce que Cézilly voulait faire, ce n'était pas assurer le fait d'être malade, indemniser la maladie ; il voulait donner au médecin associé, devenu incapable d'exercer du fait d'une cause pathologique quelconque, une indemnité de droit capable de l'aider à passer sans trop de pertes et dans une tranquillité morale meilleure le temps pendant lequel il serait empêché d'exercer du fait de l'accident pathologique dont il devenait la victime.

Depuis la Société a évolué, mais les principes sur lesquels elle avait été fondée sont restés les mêmes : seuls les taux de l'indemnité ont été augmentés.

Actuellement le médecin peut choisir entre cinq combinaisons donnant respectivement, dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs par jour pendant soixante jours et, au delà, cent, deux cents, trois cents, quatre cents ou cinq cents francs par mois jusqu'à la reprise du travail.

Les barèmes des cotisations ont été calculés d'après les données de l'expérience de la Société elle-même par M. Fleury, de sorte qu'elles représentent exactement la valeur des risques qu'assume la Société sans qu'un centime reçoive une destination autre que le service des indemnités-maladie ou accident.

Aussi, est-ce en toute conscience que nous pouvons conseiller à nos confrères de s'adresser à la Mutualité Familiale pour se garantir contre le risque-maladie : c'est pour eux que la Société a été créée, c'est pour eux et, pour eux seuls qu'elle fonctionne et trente-sept années d'expérience nous ont prouvé qu'elle répondait bien au but qu'elle s'était proposé.

H. MIGNON.

LA VIE DU MÉDECIN

Paul Le Gendre

Médecin honoraire des hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Extraits

Difficultés inhérentes à la formation du médecin [1]

FORMATION MORALE, FORMATION TECHNIQUE, LEURS BASES. — DEVOIRS DES MAITRES. — COMPLICATIONS ET LACUNES DE L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL. — PLAN IDÉAL D'ORGANISATION D'UNE ÉCOLE DE MÉDECINE PRATIQUE.

Pour réaliser un bon médecin il faut une formation morale et une formation technique.

Comme base de la formation morale, la vocation, dont nous avons analysé précédemment les éléments, est indispensable ; elle peut à la rigueur quelquefois suffire, fournissant à celui qui la possède des inspirations heureuses, qui lui font imaginer la solution d'un cas embarrassant, sans qu'un maître ait eu à lui enseigner celle qu'ont fixée la tradition ou la loi.

Elle a besoin pourtant en général d'être fortifiée et guidée par les maîtres ; l'enseignement moral doit tracer les règles de conduite, soit d'une façon didactique dans un cours spécial de déontologie, soit par des aperçus familiers, des conversations autour des lits des malades au fur et à mesure que les hasards de la clinique font surgir les thèmes de ces conversations ; cet enseignement familier n'est pas le moins fructueux — un Lasègue y excellait, — mais il risque fort d'être incomplet et ne peut servir que d'illustration au premier ; c'était pourtant le seul que jusqu'à nos jours recevait l'étudiant, à la condition que sa bonne étoile l'eût conduit vers un des rares maîtres qui fussent pénétrés de l'importance de cet enseignement moral et prissent la peine de le répandre autour d'eux.

La *formation technique* doit avoir pour base un organisme pédagogique, qui comporte :

1° Des maîtres, conscients de leur tâche et aptes à la remplir ;

2° Un matériel pédagogique adéquat au but à atteindre (hôpitaux, laboratoires), un outillage aussi perfectionné que le comporte l'état actuel de la science.

Plus les moyens matériels d'instruction sont perfectionnés, plus le temps nécessaire à la formation technique peut être abrégé ; les maîtres les plus instruits et les mieux intentionnés, s'ils sont mal outillés, ne peuvent former de bons élèves qu'avec beaucoup de temps ; ils sont obligés d'attendre que les hasards de la clinique aient amené sous les yeux de ceux-ci les cas à étudier, tandis que si, dans des hôpitaux appropriés à l'enseignement, on a pris soin de réunir des cas variés en nombre suffisant, les étapes de l'instruction sont plus vite franchies. — On peut encore abréger le temps par le choix de *méthodes* meilleures, en groupant les cas similaires, en complétant l'examen clinique par les planches, les moulages, les films, les tableaux synoptiques, en assemblant autour du maître un *personnel d'assistants* assez nombreux pour encadrer étroitement les étudiants.

Malgré tous ces perfectionnements, le cycle des études médicales est si vaste qu'il faudra toujours de nombreuses années pour le parcourir ; et d'ailleurs il est un élément dont il faut tenir compte, c'est la capacité d'absorption et de digestion de l'intelligence des étudiants pour les notions que le maître leur apporte : l'enseignement ne peut être fructueux, s'il se borne à empiler dans la mémoire des faits et des mots ; il faut que la réflexion, la comparaison aient amené l'*assimilation* de toute cette pâture scientifique.

Ceux qui ont la charge, honorable et redoutable, de former des médecins ont un *double devoir*.

Ils en ont un *vis-à-vis de la Société*, puisque le diplôme conféré par l'Etat est un monopole et qu'un malade, s'adressant à un docteur quelconque, doit pouvoir être assuré de trouver en lui les connaissances que suppose ce diplôme, — et aussi puisque le médecin, en dehors des soins à donner aux malades, est requis par la Société dans nombre de circonstances : expertises médico-légales, préservation de la santé publique, application des lois sociales.

Ils en ont un *vis-à-vis de l'étudiant*, qui vient leur demander les moyens d'acquérir toutes les connaissances et les qualités grâce auxquelles il pourra vivre de sa profession, sans craindre d'être écrasé par la concurrence de confrères plus instruits.

Un médecin insuffisant ne peut lutter contre la concurrence que par des moyens malhonnêtes ; il est un danger social.

Il est de plus en plus difficile de former un

(1) Extrait de la *Vie du médecin*, par Paul Le Gendre, (2e édition. Editions médicales Norbert Maloine, Paris 1931.)

médecin complet, c'est-à-dire possédant à la fois les qualités morales et l'ensemble des connaissances scientifiques qui constituent actuellement l'état de la science ; car ces connaissances s'accroissent de jour en jour.

Les qualités morales et sociales sont à peu près les mêmes depuis qu'il existe des médecins ; elles peuvent toujours être enseignées et acquises ; elles sont si nécessaires que, sans elles, les connaissances scientifiques n'assureront jamais la réussite.

Mais les connaissances scientifiques, qu'on peut théoriquement exiger d'un docteur en médecine capable de répondre à toutes les exigences de la médecine actuelle, sont en réalité trop étendues pour la moyenne des étudiants ; elles exigeraient plus de temps que le cycle officiel des études et trop d'aptitudes diverses.

Or, par une antinomie sociale, c'est le médecin de campagne, isolé, qui devrait pouvoir disposer de toutes les ressources du diagnostic et de la thérapeutique. Tout ce qu'on peut obtenir, c'est que le docteur qui se destine à être « *omnipraticien* » (mot que j'ai, je crois, employé le premier et qui a fait fortune) possède, outre un bon fonds de connaissances générales, les éléments des spécialités principales à un degré suffisant pour donner des soins courants ou urgents et surtout pouvoir apprécier le moment exact où sa compétence s'arrête, où il doit faire appel à l'intervention du spécialiste.

Outre l'obstétrique courante, il doit, en chirurgie, connaître les règles des pansements, la pose des appareils pour fractures, la réduction des luxations, et savoir pratiquer certaines opérations urgentes : la kélotomie, la trachéotomie, le tubage, la pleurotomie et la laparotomie avec sutures intestinales. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point et de souligner l'insuffisance actuelle de l'enseignement de cette chirurgie d'urgence.

Le nombre des docteurs appelés à pratiquer la médecine générale et à traiter les cas urgents des spécialités ne peut aller qu'en diminuant par suite des conditions de la vie contemporaine ; la facilité et la rapidité de plus en plus grandes des communications depuis l'automobilisme permettent à chacun d'eux d'exercer dans un rayon plus étendu et par conséquent de soigner un plus grand nombre de malades, en même temps que ceux-ci se déplacent plus aisément pour aller consulter les spécialistes dans les centres de plus en plus nombreux où ils apparaissent. Même l'aviation déjà permet de transporter si vite un malade à opérer d'urgence dans un hôpital ou une clinique.

Il est donc désirable que les docteurs adonnés à des spécialités soient de plus en plus nombreux et que *l'éducation technique des spécialistes* tienne une place plus large dans les préoccupations des dirigeants de l'enseignement que cela n'a été jusqu'à ce jour.

Même pour satisfaire à toutes les nécessités de la médecine privée, pour faire bénéficier les malades de toutes les ressources incontestées de la science, il faut que plus de médecins se spécialisent et se prêtent tour à tour assistance : outre les omnipraticiens, dont on peut prévoir la diminution, il faut des chirurgiens et des accoucheurs, des psychiâtres, des ophtalmologistes, des oto-rhino-laryngologistes, des urologistes, des physiothérapeutistes (électricité, radiologie mécanothérapie, hydrothérapie, etc).

Si on tient compte ensuite de l'obligation où se trouve de plus en plus la communauté de faire appel aux connaissances médicales pour sa défense contre les épidémies, pour l'hygiène des villes, pour la surveillance des écoles, la médecine légale, on doit reconnaître que, pour le service du public, il y a nécessité d'un nombre croissant de spécialistes en « médecine publique ».

Les examens de doctorat, tels qu'ils fonctionnent, n'offrent qu'une garantie tout à fait insuffisante au public touchant la connaissance pratique des spécialités, pour deux raisons. La première, c'est que les examinateurs eux-mêmes font défaut, puisque les professeurs et agrégés de spécialités sont encore inexistants dans certains centres d'enseignement pour plusieurs des spécialités, ou trop peu nombreux pour celles qui ont été officiellement enseignées ; — la seconde raison est que l'enseignement de celles-ci est presque uniquement théorique.

Or, toutes les spécialités requièrent des actes opératoires, une technique manuelle qui ne peut être acquise que par l'exercice : pour que chaque étudiant pût savoir manier un ophtalmoscope, un laryngoscope, faire des opérations sur les yeux, les cavités nasales, la mastoïde, pour qu'il pût apprendre la radioscopie et la radiothérapie, il faudrait qu'on eût pu lui fournir et des malades et des appareils et des occasions fréquentes de s'en servir sous la direction et la surveillance de moniteurs habiles. Un tel enseignement ne peut être réalisé qu'à la condition de disséminer les étudiants en un nombre tel de services cliniques que chacun d'eux puisse, à mainte et mainte reprise, être en mesure de s'exercer. On aura beau multiplier les moyens d'enseignement théorique qui peuvent être utilisés pour faire voir à un groupe d'étudiants la technique d'une spécialité : planches, films, opérations exécutées devant eux, on n'arrivera à donner à chacun d'eux la valeur de spécialiste que s'il a pu lui-même mettre la main à la pâte, manipuler, opérer.

D'ailleurs, étant donné le nombre croissant des acquisitions scientifiques et des progrès techniques, la signification probatoire du doctorat actuel deviendra de plus en plus mince comme garantie de la valeur d'un spécialiste, si on n'y

ajoute pas celle d'épreuves obligatoires dans sa spécialité.

Un des doyens de la Chirurgie contemporaine, le professeur Edouard Quénu, membre de l'Académie des sciences et président de l'Académie de médecine, a proposé la création d'un *Diplôme spécial de chirurgien.* L'Académie de médecine a émis seulement le vœu qu'un *certificat* spécial fût délivré par les Facultés pour la chirurgie, comme il en existe déjà pour l'hygiène, la radiologie, la médecine légale, etc.

Mais les spécialistes ne peuvent se concevoir sans un fonds commun de connaissances, qui constitue le minimum de ce que doit savoir un docteur en médecine.

La difficulté dans l'organisation des études médicales est donc de concilier la nécessité de donner ce fonds commun à tous les étudiants, de s'assurer qu'ils le possèderont tous avant d'être autorisés à accomplir aucun acte médical sous leur seule responsabilité, avec la possibilité d'acquérir les connaissances spéciales plus étendues qui sont nécessaires à l'exercice de chacune des spécialités de la pratique civile et des fonctions de la « médecine publique ».

Il suffit d'avoir fait partie d'une Commission ministérielle d'organisation des études médicales comme cela m'est arrivé il y a une vingtaine d'années, pour apprécier l'extraordinaire difficulté qu'il y a à réaliser pratiquement les moyens d'atteindre ces divers objectifs, surtout quand on ne peut faire table rase des institutions existantes dans un pays de civilisation déjà si ancienne. On conçoit une telle organisation, si on créait sur terrain vide et avec des ressources pécuniaires illimitées un enseignement complètement neuf, comme on fait en Amérique une ville nouvelle.

En ce cas, on dirait : *le point central de tout l'enseignement médical est le malade,* c'est-à-dire l'Hôpital ; c'est en faisant *graviter autour de l'hôpital toutes les applications des sciences à l'art médical* qu'on réalisera logiquement l'enseignement le plus fructueux et le plus rapide.

Rêvons ce plan.

Autour d'un hôpital, comprenant, outre des salles de médecine et de chirurgie générale, des salles consacrées à toutes les spécialités et des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses, se grouperaient tous les laboratoires, les uns pour travaux pratiques, les autres pour recherches scientifiques, les salles de cours théoriques.

Le nombre des étudiants ne devrait jamais excéder celui des places disponibles, de telle façon que la presse dans les salles de clinique ne portât préjudice ni au bien-être des malades, ni à l'instruction des élèves et que dans les laboratoires tous pussent également prendre part aux manipulations.

Grâce à la *juxtaposition des hôpitaux et des laboratoires,* les élèves pourraient, sans perdre de temps, passer continuellement de la théorie à l'application pratique sous la direction de maîtres, dont les heures d'enseignement seraient calculées pour *éviter les doubles emplois* et les *lacunes* et dont les *programmes méthodiquement gradués* convergeraient vers un but commun, aidés par *un nombre suffisant d'assistants,* de préparateurs et de moniteurs, aussi bien pour la propédeutique et la séméiotique clinique que pour la démonstration de toutes les sciences médicales.

Un tel organisme universitaire, pourvu de toutes les ressources de la science contemporaine et de *crédits suffisants,* assurerait sans à-coups, en un cycle de sept à dix ans, la formation technique irréprochable de médecins praticiens de tous les ordres, omnipraticiens des campagnes et des villes ayant une forte instruction générale avec des connaissances élémentaires des principales spécialités qui leur permissent d'y faire appel en temps opportun — et les spécialistes de tout genre qui assureraient sur toute l'étendue du pays les bénéfices de tous les progrès scientifiques aux malades, en même temps que le bon fonctionnement de tous les services publics.

Tel est l'idéal d'une *Ecole de médecine pratique.* Elle n'aurait pas pour but de faire progresser la science ; ce serait l'INSTITUT TECHNIQUE.

A part, devrait exister l'INSTITUT DES HAUTES ÉTUDES MÉDICALES, des recherches scientifiques, dont le personnel se recruterait parmi les savants chercheurs, les pionniers de la découverte et dont le public comprendrait les étudiants aspirant, après la fin de leurs études pratiques, à la recherche désintéressée ou même s'y consacrant dès le début, ainsi que les docteurs français et étrangers désireux de connaître les derniers progrès de la science.

Convaincu depuis longtemps de cette *nécessité de dédoubler l'enseignement de la médecine en une Ecole de pratique* et une *Ecole de Haute science,* j'ai été heureux de constater que cette idée était aussi celle du professeur G. Hayem, exprimée par lui fort nettement dans sa leçon d'adieu, quand, atteint par la limite d'âge, il a quitté sa chaire de Clinique, avec toute l'autorité que lui confèrent tant d'années d'un irréprochable enseignement dans plusieurs chaires : « La médecine, a-t-il dit, quoique très vieille, même en ne remontant qu'à Hippocrate, est relativement jeune, en ce sens qu'elle n'a pris une forme réellement scientifique que depuis un temps récent : on peut donc dire qu'elle est en pleine période d'évolution. Par suite, elle comporte deux sortes distinctes d'enseignement : un enseignement élémentaire, professionnel ; un enseignement supérieur. Le premier a pour objet de former des praticiens, de leur apprendre la technique de leur profession, de leur inculquer les notions classiques, les notions incontestablement ac-

quises et d'une application pratique indéniable. Le second se propose de faire progresser les diverses branches des connaissances médicales.

« Ces deux enseignements, ayant des buts différents, doivent être donnés à l'aide de deux organismes distincts, appropriés à leurs fins. Ils réclament deux écoles différenciées. C'est là, à mon avis, la base fondamentale, le principe directeur de la réforme des études médicales. Les deux genres d'enseignement étant actuellement confiés aux mêmes hommes, on peut dire que l'organisation pèche par la base. »

Hélas ! nous sommes encore loin de cet idéal, à Paris. Nos établissements d'enseignement et de recherches scientifiques s'enchevêtrent par suite de la fatalité de leurs développements historiques. Les maîtres qui en occupent les chaires sont poussés dans des directions parfois contradictoires, ayant en face d'eux des étudiants qui recherchent des buts différents ; ils se sentent eux-mêmes quelquefois désorientés dans leur tâche par la double préoccupation de maintenir le renom scientifique de leur chaire, en traitant les sujets avec une hauteur de vues qui est inaccessible à une partie de leurs auditeurs, et pourtant de préparer une autre partie de ceux-ci à des examens plus terre à terre.

Qui ne sait combien il est rare qu'un homme ait à la fois les qualités d'un *savant*, d'un *enseigneur*, et, j'ajouterai, d'un *examinateur* ? Car les professeurs sont en même temps examinateurs.

Or, il est permis de dire que tous ne s'acquittent pas toujours de cette partie de leur tâche avec la double préoccupation de s'assurer de l'instruction complète de chaque candidat et cependant de ne pas exposer à un échec, par une question mal choisie ou mal posée, d'un ordre trop élevé ou trop peu pratique, un candidat pourvu d'une instruction moyenne suffisante ?

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Drs :

9.240 Barazer, Villaines-la-Juhel (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.

9.241 Agnel, Chamonix (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.

9.242 Charret, Bellenaves (Allier), Syndicat de l'Allier.

9.243 Daubois, Valence (Drôme), Syndicat de Valence.

9.244 Magat, Marcoussis (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.

9.245 Vial, 14, rue Condorcet, Paris. Parrains : Drs Bouton et Tridon.

9.246 Sivieude, Saint-Antoine-l'Abbaye (Isère), Syndicat de Saint-Marcellin.

9.247 Gauthey, Saint-Lupicin (Jura), Syndicat du Haut-Jura.

9.248 Cousin, Tréguier (Côtes-du-Nord). Parrains : Drs Brandès et Violette.

9.249 Guyonnet, Trouville-la-Haute (Eure), Syndicat de Pont-Audemer.

9.250 Langeron, Cholet (Maine-et-Loire), Syndicat de Cholet.

9.252 Dalbos, 162, rue de Bègles, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.

9.253 Delarbre, Vernoux (Ardèche), Syndicat de la Haute-Ardèche.

9.254 Mlle Segal, 217, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris. Parrains : Drs Deguy et Marguliès.

9.255 Lavalée, Fontenay-sous-Bois (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.

9.256 Beuchard, Saint-Michel-sur-Orge (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée d'Orge.

9.257 Coirint, Metz (Moselle), Syndicat de Metz-ville.

9.258 Raymond, Briare (Loiret). Parrains : Drs Delthil et Bouyon.

9.259 Vielle, Lens (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.

9.260 Cayotte, Monthureux (Vosges), Syndicat des Vosges.

9.261 Bizard, Lille (Nord). Parrains : Drs Debuchy et Danhiez.

9.262 Chaffardon, Poule (Rhône), Syndicat du Rhône.

9.263 Hadot, Pouxeux (Vosges), Syndicat des Vosges.

9.264 Maksud, Bonneval (Eure-et-Loir), Syndicat de Châteaudun.

9.265 Gouiric, Saint-Girons (Ariège). Parrains : Drs Mazaud et Roques-Chabaud.

9.266 Mlle Prost, 7, rue César-Franck, Paris. Parrains : Drs Blanchier et De Parrel.

9.267 Chevrolle, Yvetot (Seine-Inférieure). Parrains : Drs Bouyssou et Behr.

9.268 Malouvier, Montivilliers (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.

9.269 Thebault, 23, boulevard Montparnasse, Paris, Syndicat des urologistes.

9.270 Houpert, 2, rue des Plantes, Paris, Syndicat des stomatologistes.

9.271 Boudin (Georges), 186, rue de Vaugirard, Paris. Parrains : Drs Boudin et Duchesne.
9.272 Pruilh, Habas (Landes), Syndicat des Landes.
9.273 Bernaud, 126, rue Legendre, Paris. Parrains : Drs Boudin et Noir.
9.274 Schalk, 17, avenue de La Motte-Picquet, Paris. Syndicat de la Seine.
9.275 Tesniere, Hourtin (Gironde). Parrains : Drs Veisenburger et Got.
9.276 Le Loutre, Rillieux (Ain). Parrains : Drs Pitre et Edouard.
9.277 Julien, Capendu (Aude), Syndicat de l'Aude.
9.278 Bernard, Clichy (Seine), Syndicat de la Banlieue Ouest.
9.279 Mme Finkelstein, Boulogne-sur-Seine (Seine). Parrains : Drs Sachnine et Lacronique.
9.280 Levy-Souplet, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
9.281 Binet, Le Raincy (Seine-et-Oise), Syndicat de la Banlieue Est.
9.282 Door, 128, boulevard Voltaire, Paris, Association générale.
9.283 Moussette, 27, rue Montaigne, Paris, Syndicat des oculistes.
9.284 Belin, Briec-de-l'Odet (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
9.285 Reverse, Rouen (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
9.286 Kaplan (Maurice), 12, rue César-Franck, Paris, Syndicat de la Seine.
9.287 Erlanger, 27, rue Bleue, Paris, Syndicat de la Seine.
9.288 Mazuez, Gergy (Saône-et-Loire), Syndicat de Chalon-sur-Saône.
9.289 Bargues, 13, cours Clémenceau, Bordeaux, Syndicat de Bordeaux.
9.290 Megret, La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
9.291 Coupu, Lamballe (Côtes-du-Nord), Association générale.
9.292 Peyre, Avignon (Vaucluse), Syndicat d'Avignon.
9.293 Brongniart, Asnières (Seine), Syndicat d'Asnières.
9.294 Bordet, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon.
9.295 Pigassou, Avignon (Vaucluse), Syndicat d'Avignon.
9.296 Denis, Estrée-Blanche (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.297 Duplenne, Tunis (Tunisie). Parrains : Drs Houdart et Cherouvrier.
9.298 Mme Duplenne, Tunis (Tunisie). Parrains : Drs Houdart et Cherouvrier.
9.299 Arsonneau, Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Camescasse et Chevalier.
9.300 Combes, Villasavary (Aude), Syndicat de Castelnaudary.
9.301 Gaudin, La Trinité-Porhoët (Morbihan), Syndicat de Ploermel.
9.302 Plat, Mégève (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
9.303 Richard, Le Perreux (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.
9.304 Roy, 19, rue Hautefeuille, Paris, Syndicat de la Seine.
9.305 Verger, Limoges (Haute-Vienne), Syndicat de la Haute-Vienne.
9.306 Berthet, Laval (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
9.307 Clement, Briey (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Drs Stern et Poirot.
9.308 Delcour, Hesdin (Pas-de-Calais), Syndicat de Montreuil-Saint-Pol.
9.309 Brissaud, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
9.310 Pierrot, Ban-de-Laveline (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.311 Salsac, Lourdes (Hautes-Pyrénées), Syndicat des Hautes-Pyrénées.

Honoraires de Droit commun.

Le Dr L. (Côte-d'Or), a été payé de ses honoraires, après citation en justice de paix, dans l'affaire d'accident d'automobile pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé et a payé 61,50 de frais, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Gard), ayant poursuivi en paiement d'honoraires une femme blessée au service de l'hôpital, sa cliente a appelé en garantie le maire, président de la Commission administrative. La femme, ayant été condamnée à payer les honoraires du Dr P. et sa demande en garantie contre l'hôpital ayant été rejetée, a interjeté appel du jugement.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr P. qui n'avait pas demandé cet appui en première instance, pour défendre à l'appel.

Le Dr M. (Constantine), ayant demandé le paiement de 425 fr. d'honoraires, le client, bien qu'ayant reconnu la dette, refuse de le payer, en prétextant qu'il est responsable de la mort de sa fille.

Le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr B. (Lot-et-Garonne), ayant demandé 330 fr. pour honoraires et remboursement de dégâts causés dans sa clinique par un malade qu'il avait soigné, le client refuse de le payer et le menace de le poursuivre pour avoir voulu le faire interner.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour recouvrer la somme qui lui est due.

Le Dr D. (Haute-Garonne), a obtenu gain de cause dans un procès en recouvrement d'honoraires contre la fille et le gendre d'un client décédé, qui avaient renoncé à la succession.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 300 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement

Le Dr C. (Seine-et-Oise), ayant soigné la victime d'un accident d'automobile, un dimanche et demandé 100 fr. d'honoraires, ne peut en obtenir le paiement.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le client.

Le Dr V. (Bouches-du-Rhône), ayant demandé 850 fr. d'honoraires pour visite et intervention chez un jeune homme, le père a offert 300 fr. sous le prétexte que l'intervention aurait été décidée sans son autorisation. Des démarches amiables faites par le « Sou » sont demeurées sans résultat.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr V. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Hérault) a obtenu, devant la Cour d'Appel, la réformation du jugement du tribunal qui avait réduit ses honoraires chirurgicaux.

Le Dr C. (Isère) a été condamné à payer la moitié des frais dans une affaire de contestation d'honoraires qui s'est terminée, en appel, par la réduction des honoraires qu'il avait demandés.

Le Conseil ordonnance le paiement de la moitié desdits frais, soit 454,35 et des honoraires de son avocat, qui sont de 250 francs, ensemble 704,35.

Le Dr B. (Eure) a accouché, chez ses parents, et appelé par ces derniers, une femme divorcée. L'ex-mari, qui a intenté une action en désaveu de paternité, refuse de payer, ainsi que les parents et l'accouchée elle-même, qui répondent par des injures aux demandes du médecin.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement la femme et ses parents.

Le Dr B. (Maine-et-Loire) ne peut recouvrer 4.150 francs d'honoraires pour soins donnés à un malade décédé, dont l'héritière refuse de le payer, prétendant que le Docteur a soigné son frère comme ami. Elle ne consentirait à payer que les dernières visites.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr B. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Accidents du Travail.

Le Dr M. (Alger), ayant demandé le paiement de 65 fr. d'honoraires accidents, la Compagnie lui offre 44 francs, d'après l'ancien tarif des accidents du travail, à concurrence duquel elle garantit seulement le patron et ce dernier refuse de payer la différence.

Le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron en paiement de sa note totale.

Le Dr R. (Gard) a soigné un accidenté du travail, sur la demande du patron et au domicile de celui-ci. L'assurance ne veut le payer qu'au tarif des accidents du travail, et non au tarif de droit commun.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer le patron en paiement de ses honoraires, calculés au tarif de droit commun.

Responsabilité professionnelle.

Le Conseil , d'accord avec l'autre assureur du Dr F., décide d'interjeter appel du jugement qui condamne celui-ci à 80.000 fr. de dommages-intérêts à payer à un client qui lui reproche une erreur de diagnostic à défaut d'avoir fait pratiquer la radiographie.

Le Dr M. (Rhône), n'a pas été autorisé par la Compagnie qui assure en premier rang sa responsabilité professionnelle, à citer en paiement de ses honoraires un client qui, après l'avoir assigné en référé pour nomination d'expert, a laissé l'affaire sans suite.

Conformément à sa demande, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre contre son client le recouvrement de ses honoraires et prend l'engagement de garantir sa responsabilité, dans le cas où celle-ci ne serait pas couverte par son premier assureur.

Le Dr J. (Charente-Inférieure), assigné en responsabilité professionnelle, a, à la suite d'un rapport d'expertise favorable, fait revenir devant le tribunal l'affaire, que son adversaire semblait abandonner et obtenu qu'il soit débouté de sa demande.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes) est menacé d'un procès en responsabilité pour avoir fait une radiographie insuffisante. Une fracture du radius au tiers supérieur aurait ainsi été méconnue. Le malade a été guéri sans impotence fonctionnelle.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale sont accordés au Dr D., pour le cas où il serait donné suite aux menaces de son ancien client.

Le Dr B. (Somme) est cité en référé, aux fins d'expertise, par un client qui prétend que le traitement qu'il lui a prescrit aurait aggravé son état.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de Garantie dans cette affaire.

Le Dr M. (Gard) a gagné son procès contre un client, qui, reconventionnellement à une demande en paiement d'honoraires, lui avait demandé des dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle. Mais, l'adversaire étant insolvable, les frais et honoraires de l'avoué, qui sont de 1.344,50 et les honoraires de l'avocat, qui sont de 500 fr., restent à la charge du « Sou » et sont ordonnancés par le Conseil, soit ensemble 1.844, 50.

Le Dr C. (Maroc) est invité par l'enregistrement à payer 7.751 fr. pour frais d'un procès en responsabilité, dans lequel il a été condamné à payer 25.000 fr., de dommages-intérêts, mais qui est actuellement en Cassation, l'adversaire ayant l'assistance judiciaire. Il a payé, en outre, 108 fr. pour frais de copie de l'arrêt.

Le Conseil ordonnance le paiement de ces deux sommes, ensemble 7.859 fr.

Le Dr B. est assigné en 150.000 fr. de dommages-intérêts par la veuve d'un client, décédé du tétanos, à la suite d'une brûlure, survenue au cours d'une séance de diathermie.

L'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie sont accordés au Dr B.

Baux et locations.

Le Dr Q. est assigné, devant le Tribunal civil, en interprétation de bail par le propriétaire de sa mère, chez laquelle il habite et exerce sa profession, en vue de la reprise de la maison.

Conformément à l'avis de Me Crochard, favorable à la thèse du Dr Q., le Conseil accorde à ce dernier l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande.

Le Dr P. (Alpes-Maritimes) contre lequel a été rendu, par défaut, un jugement qui a majoré son loyer dans des proportions excessives, demande l'appui pécuniaire pour former opposition contre cette décision, obtenue contre lui par surprise.

Cet appui lui est accordé.

Le Dr P. (Alpes-Maritimes) obtient également l'appui pécuniaire pour se défendre contre une action en relèvement du loyer de base de 1914 qui lui a été intentée par son propriétaire et dans laquelle il a été procédé à une expertise qu'il juge inacceptable.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Ligue nationale d'hygiène mentale.** — La Ligue nationale d'hygiène mentale, fondée en 1920 par M. Toulouse et reconnue d'utilité publique par décret du 12 juillet 1922, a tenu le 24 février son Assemblée générale annuelle.

M. Toulouse a annoncé à l'assemblée l'organisation d'une « Semaine d'hygiène mentale », sous le patronage de l'office d'hygiène sociale, du Ministère de la Santé publique, et la participation à l'Exposition coloniale de 1931.

— **Syndicat général des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire.** — La société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale, dans sa dernière séance, a chargé le Dr Eber de prendre en mains la constitution d'un syndicat de médecins spécialistes de l'appareil respiratoire.

Ce syndicat doit grouper tous les médecins spécialisés dans les questions intéressant l'appareil respiratoire (bronches, poumon, plèvres), c'est-à-dire aussi bien les phtisiologues que les médecins spécialisés dans les affections pulmonaires non tuberculeuses (stations balnéaires, etc). Ne pourront être membres de ce syndicat que les médecins exerçant uniquement leur spécialité et qui justifieront de leur qualification selon les dispositions des statuts à établir (longue pratique dans des services spécialisés).

Ce syndicat a pour but la défense des intérêts professionnels de ses membres face aux collectivités et notamment aux assurances sociales, le maintien du culte de la dignité et d'une étroite solidarité professionnelle.

Ce syndicat sera en liaison directe avec le syndicat des médecins de dispensaires et fera partie du groupement des syndicats généraux de médecins-spécialistes, reconnu par la Confédération des syndicats médicaux de France.

L'assemblée constitutive de ce syndicat aura lieu lors de la session du Congrès national de la tuberculose à Bordeaux (30 mars au 2 avril 1931).

Tous les spécialistes intéressés sont priés d'adresser leurs suggestions et leur adhésion de principe au Dr Eber 3, Allée de la Robertsau, à Strasbourg.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

nous jouissons, et qui nous a été imposée, sans que nous l'ayons demandée est l'installation de W. C. avec chasse d'eau et tout à l'égout.

Dr X.

Réponse.

La loi du 29 juin 1929 sur les loyers est applicable dans votre ville.

Depuis le 1er septembre 1930, date d'expiration de votre bail, vous bénéficierez donc de la prorogation légale qui ne prend fin que le 1er juillet 1936 puisque votre loyer d'avant-guerre était compris entre 1.000 et 2.500 fr.

Depuis le 1er septembre 1930, vous avez à payer un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 175 %. Vous avez en outre à rembourser à votre propriétaire la majoration subie par rapport à 1914 par les prestations en nature fournies par lui, s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris.

Pour le remboursement de ces charges, la loi autorise les parties à convenir d'un forfait dont le maximum peut excéder 30 % du loyer de 1914.

Conformément à la loi, vous aurez à supporter à partir du 1er juillet 1931 et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914.

Les réparations qu'a pu faire le propriétaire ainsi que les améliorations qu'il a pu apporter à l'immeuble ne sauraient entrer en ligne de compte ni dans la majoration du loyer ni dans les charges remboursables.

Nous restons à votre disposition pour vous donner tous les renseignements dont vous pourriez avoir besoin si vous avez des difficultés avec votre propriétaire au moment du règlement de votre loyer.

Fiscalité.

512. — Réclamation contre une imposition irrégulière

L'inspection des contributions n'admet pas les chiffres (recettes et dépenses professionnelles) de ma déclaration 1929. J'ai demandé à passer devant la commission qui maintient les chiffres de l'inspecteur.

Existe-t-il un tribunal devant lequel on puisse faire appel de cette décision ?

L'inspecteur reporte sur 1928 et 1927 le chiffre fixé par lui pour 1929 sans que cette question ait été soumise à la commission.

Je suis informé ce jour de la décision de la commission. Y a-t-il un délai pour réclamer ?

Dr D.

Réponse.

Vous ne pouvez réclamer qu'après la mise

en recouvrement du rôle, par voie de pétition sur timbre, adressée au Directeur des contributions directes du département.

Les impositions établies sans que vous en ayez accepté les bases ou que la commission départementale ait été appelée à donner son avis, seraient entachées d'irrégularité et susceptibles d'être annulées.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

---

498. — Amortissements divers

Etant installé depuis le mois d'octobre 1930, comment dois-je établir ma feuille d'impôt, comment amortir mes frais d'études, le prix d'achat de ma clientèle, de mes autos ? J'en ai acheté une pour m'installer, je viens de la revendre et en ai racheté une.

Dr L.

Réponse.

Vous ne pouvez amortir vos frais d'études que si vous les avez supportés personnellement.

Le prix de la clientèle n'est pas amortissable. Vous pouvez amortir le prix d'acquisition de votre voiture en 5 ans soit à raison de 20 % par an.

A. M.

Accidents du travail

1076. — Prescription en matière d'accident du travail

Je m'excuse de vous déranger mais je voudrais vous demander la marche à suivre pour rendre service à une famille digne d'intérêt. Voici les faits :

Il y a quatre ans environ, une jeune bonne, employée chez des cultivateurs, fait une chute dans l'escalier et reste sans connaissance pendant de nombreuses minutes. Les patrons font appeler un confrère qui constate une contusion, sans gravité, de la colonne vertébrale. Il n'y a pas eu de déclaration d'accident, ni de repos ordonné. La jeune fille souffrait toujours un peu, puis à la longue ses douleurs se sont atténuées, elles s'est mariée et a eu deux enfants et depuis quelques semaines se plaint violemment de son dos, elle reste couchée des heures entières dans la journée, vient me consulter. Je trouve une douleur nette au niveau de la Ve cervicale, et au niveau de la IVe dorsale réflexes un peu exagérés. Je pense à un mal de Pott et propose une radiographie. Voilà ce que l'on trouve : fracture transversale de tout le corps de la Ve cervicale, fracture apophyse transverse droite de la VIe cervicale. Au niveau du corps de la Ve dorsale, fracture en Y sans gros déplacement. Je fais remonter ces lésions à la chute, la malade n'étant pas retombée depuis. Puis-je invoquer la responsabilité patronale : 1° qui n'a pas fait de déclaration d'accident ; 2° qui est responsable des ac-

cidents survenant à son service ; 3° cette malade fait peut-être de la spondylite traumatique ce qui explique les douleurs de maintenant et permettrait peut-être de soutenir la légitimité de la douleur en rapport avec la chute, et ce, malgré l'absence de réclamation et d'interruption du travail.

Réponse.

L'action en indemnité prévue par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail se prescrit par un an à compter du jour de l'accident lorsqu'il n'y a pas eu déclaration du sinistre, ni paiement de l'indemnité temporaire.

Votre cliente ne peut donc plus prétendre au bénéfice de la loi sur les accidents du travail car la prescription se trouve depuis longtemps acquise.

Par contre, si l'accident avait été déclaré et si le demi-salaire avait été perçu, votre cliente aurait eu un délai de 3 ans à compter de la cessation du paiement du demi-salaire pour intenter une action en révision, basée sur une agravation de son état, pour obtenir l'allocation d'une rente.

D'après les renseignements que vous nous donnez, il nous apparaît que toute voie de recours est aujourd'hui fermée et que votre cliente est dénuée de toute action.

1116. — L'accident ne rompt pas le contrat de travail

Je soigne actuellement une jeune fille blessée dans son travail chez un patron épicier.

Elle présume que ses patrons qui ont dû la remplacer ne la reprendront pas au moment de sa guérison.

Ils ne l'ont pas prévenue. Dans le cas où cette jeune fille guérie ne retrouverait pas son emploi chez ses patrons, a-t-elle droit à une indemnité pour congédiement dans le cas où elle ne serait pas prévenue ferme au préalable ?

Quel est le délai de préavis ?

Cette jeune fille est employée au mois.

Dr B.

Réponse.

Suivant Sachet, auteur d'un traité très estimé sur les accidents du travail, l'accident n'a pas pour effet, en principe du moins, de rompre le contrat de louage d'ouvrage qui lie la victime envers le patron.

Après sa guérison et si elle est apte à faire le même travail, la victime peut exiger que le chef d'entreprise la reprenne jusqu'à l'expiration du terme, si le contrat est à durée déterminée, ou jusqu'à ce qu'il y ait eu une dénonciation du contrat faite par l'une ou l'autre des parties

conformément à l'usage des lieux ou conformément à la convention.

Par conséquent, le contrat qui unit votre cliente à son patron n'est pas rompu du fait seul de l'accident et, si votre cliente ne peut reprendre sa place lors de sa guérison, elle pourra demander une indemnité égale au salaire qu'elle aurait gagné pendant le délai de préavis normal, c'est-à-dire un mois, puisqu'elle a été payée au mois.

Il est évident que si le patron donnait congé dans les formes et délais légaux avant la guérison, elle ne pourrait prétendre à l'indemnité de congédiement que pour la période restant à courir entre la guérison et la date de congédiement.

1161. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Un blessé gagnant 25 fr. par jour est atteint d'une invalidité permanente de 20 %.

La Compagnie lui offre une rente annuelle de 660 fr. 50.

Je vous prie de bien vouloir me dire si cette rente correspond bien au taux de l'invalidité.

Dr A.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, la rente est calculée sur le salaire touché par le blessé au cours de l'année qui a précédé l'accident.

Lorsque le salaire annuel ne dépasse pas 8.000 fr. le taux de la rente est obtenu au moyen de la formule suivante en appelant S le salaire annuel et X le taux d'incapacité :

$$\frac{S \times X}{100 \times 2}$$

Au moyen de cette formule, lorsque vous connaîtrez le salaire de base retenu pour le calcul de la rente, il vous sera facile de déterminer si le calcul effectué par le Tribunal est juste.

Honoraires de droit commun

1217. — Accouchement d'une fille-mère mariée par la suite

J'ai été appelé pour un accouchement chez une fille-mère qui a accouché chez son père. Depuis, elle s'est mariée avec le père de son enfant, qui l'a reconnu. Mais personne ne veut me payer. Qui dois-je poursuivre ? Le père de l'enfant ou le père de l'accouchée qui est venu me réclamer pour sa fille ?

Dr C.

Réponse.

Vous avez à la fois comme débiteurs dans votre affaire, la femme que vous avez accouchée

et son père au domicile duquel vous avez donné vos soins et auquel vous avez fait confiance.

La femme étant actuellement mariée, il y a lieu de poursuivre le recouvrement de vos honoraires en citant conjointement et solidairement le père, la femme et son mari en justice de paix du domicile de l'un d'eux à votre choix.

Confiez votre affaire à un huissier qui se chargera de la procédure nécessaire.

927. — Accident survenu dans une école

Dans une école voisine de mon domicile, une fillette tombe au cours d'une récréation et se luxe le coude. La directrice envoie de suite l'enfant chez moi et la fait conduire par une maîtresse. Je réduis la luxation.

Pour le paiement des honoraires, la directrice pense que je dois m'adresser à la mairie, mais celle-ci refuse de payer, disant que la responsabilité de la ville n'est pas en cause.

La famille est sinon insolvable, mais ne paye que par voie d'huissier.

J'ai vu l'inspection académique qui m'a dit ne rien savoir.

Alors je ne sais plus où aller. Pourriez-vous me dire à qui je dois m'adresser pour être réglé de mes honoraires ?

Réponse.

Bien que l'enfant vous ait été envoyée par la Directrice de l'école, nous ne pensons pas que vous puissiez réclamer vos honoraires ni à cette Directrice ni à la Ville.

En effet, aucun engagement n'a été pris envers vous et en cas de procès, la Directrice ne manquerait pas de soutenir qu'elle a agi simplement par humanité en vous demandant de donner ses soins à l'enfant aussitôt après l'accident.

A notre avis, vous ne pouvez donc réclamer le paiement des honoraires qu'au père de l'enfant sauf à ce dernier à exercer ensuite tel recours qu'il jugera utile, soit contre la Directrice, soit contre la Ville, soit contre l'Etat, s'il estime que l'accident est dû à une négligence commise par la Directrice.

Questions médico-militaires.

60. — Avantages de la carte de combattant

Je possède depuis quelques jours ma carte de combattant.

A quoi donne-t-elle droit, je vous prie ? Quelles sont les faveurs accordées par cette carte ?

Que faut-il faire pour toucher l'indemnité, si indemnité il y a ?

Dr R.

Réponse.

La carte de combattant peut servir de pièce d'identité ; elle permet de toucher la retraite d'Etat du Combattant qui est de 500 fr. par an à partir de 50 ans, et de 1.200 fr. à partir de 60 ans.

Pour obtenir cette retraite, il faut en faire la demande à la section départementale de l'Office des Combattants, demande sur une formule spéciale que l'on vous remettra à son siège et à laquelle vous aurez à joindre un bulletin de naissance.

---

62. — Annuités pour la Légion d'honneur

Vieil abonné au *Concours* j'ai recours à votre obligeance pour m'établir le compte de mes *annuités pour la Légion d'honneur.*

Classe 1914. Sursis art. 21 en 1914.
Incorporé le 1er sept. 1914.
Envoyé en congé le 22 avril 1920.
Médecin auxiliaire en 1916.
Sous-aide major en 1918.
AM. 2e cl. 5 avril 1922.
AM. 1er cl. 24 mars 1926.
Aux armées de 1915 à 1918.
Cité à l'ordre du ne bataillon de chasseurs alpins en 1916.

Ai-je droit aux 5 annuités pour études préliminaires au 3 août 1914 ?

Dans combien d'années aurai-je droit à la Légion d'honneur ?

J'ai suivi depuis son institution les cours de l'E. P. O. R. (cinq ans je crois.)

Dr M.

Réponse.

Au 21 *décembre* vous comptez 16 annuités de service et 4 mois, plus 5 annuités 6 mois 22 jours de campagne de guerre. *Au total :* 21 *annuités* 10 *mois* 22 *jours.*

Les annuités pour études ne donnnent qu'une majoration pour passer de 1 à 2 galons ; elles ne donnent pas de majoration dans *le total* des années de service.

Une citation *à l'armée,* seule, donne droit à une annuité *supplémentaire.*

Il faut *trente* annuités afin d'être proposable pour la Légion d'honneur.

Les citations à l'ordre du régiment comme l'assiduité aux cours de perfectionnement sont des facteurs importants dont il est tenu grand compte pour l'inscription au Tableau de Concours pour la Légion d'honneur, une fois réunies les trente annuités de base.

---

172. — Droit à la pension d'ascendant

J'ai recours à votre obligeance sans limites pour me documenter sur le cas suivant, quoique n'étant pas d'ordre médical.

Ma mère, veuve d'un fonctionnaire de l'Etat,

touche une pension de retraite de	4.949 fr.
plus un relèvement de	5.892
Ce qui fait un total de............	10.839
A cela il faut ajouter un revenu de	1.000
Total...	11.839 fr.

Un de mes frères a été tué au cours de la guerre : ma mère a touché jusqu'à ce jour la pension d'ascendant soit 1.800 fr. actuellement.

Or, le percepteur m'avise que toute personne astreinte à une déclaration d'impôt sur le revenu et dont le revenu dépasse 10.000 fr. *n'a plus droit* à la pension d'ascendant. *Est-ce exact ?*

En 1930 ma mère a fait une déclaration de ses revenus et a payé 4 fr. 50 d'impôt. Il lui est difficile de dissimuler le moindre revenu. Et je connais bien d'autres titulaires d'une pension d'ascendant dont les revenus sont bien supérieurs et qui fournissent une déclaration de non-imposition sur le revenu ! parce que leurs revenus sont dissimulables...

Dr X

Réponse.

Comme conséquence du relèvement à 10.000 fr. du minimum non-imposable à l'impôt général sur le revenu, ont droit à la pension d'ascendant à dater du 1er janvier 1929 (toutes autres conditions prévues par la loi du 31 mars 1919 étant, par ailleurs, remplies) :

1° Les ascendants non inscrits à l'impôt général sur le revenu ; *pension au taux plein* ;

2° Les ascendants inscrits à l'impôt général sur le revenu pour une somme comprise entre 10.001 et 15.000 fr. (toutes déductions faites pour charges de famille) ; *pension au taux plein* ;

3° Les ascendants inscrits à l'impôt général sur le revenu pour une somme comprise entre 10.001 et 15.000 fr., augmentée de la pension d'ascendant, à laquelle les intéressés peuvent prétendre en raison de leur situation de famille ; pension au *taux réduit* dont le montant est égal à la différence entre le montant de la pension d'ascendant au taux plein et la portion de revenu imposable excédent 15.000 fr. (Art. 85 de la loi des finances du 30 décembre 1928.) »

A propos des noms de médecins à attribuer aux rues de Paris

25 février 1931.

Monsieur et cher Confrère,

J'ai lu, comme chaque semaine, votre article du dernier numéro du *Concours* (sur les noms des rues de Paris).

Permettez-moi de vous signaler à ce sujet une situation un peu curieuse, concernant la glorification de Pasteur par la ville de Paris.

Il y a à Paris :

1° Le boulevard Pasteur dans le XV^e.
2° L'avenue Pasteur dans le XV^e.
3° La rue Pasteur dans le XI^e.

Cela n'ajoute rien à la gloire du grand homme, mais cause parfois des retards dans la distribution de correspondances hésitantes entre la rue, l'avenue et le boulevard.

D'autre part, des médecins illustres comme Laënnec et Théophraste Renaudot n'ont pas donné leur nom à une voie publique de Paris.

Pourquoi ne pas s'en tenir au boulevard Pasteur proche du tombeau du savant, et ne pourrait-on pas donner à l'avenue Pasteur et à la rue Pasteur les noms de Laënnec et de Renaudot ?

Pasteur, je crois, n'en serait pas jaloux.

Veuillez agréer, etc. Dr G. DHERS,
167, rue de Vaugirard.

Tandis que tant de savants, d'hommes ayant rendu d'importants services, sont dédaignés de nos édiles, nous voyons attribuer à des rues de Paris les noms d'inconnus, politiciens obscurs, anciens conseillers municipaux ou députés qui n'ont rien laissé, ou de poètes et artistes de deuxième zone qui, le lendemain de leur mort, tombent dans un juste oubli. Il est délicat de donner des noms en cette occurrence, nous pourrions cependant en citer un grand nombre.

Quant à la gloire de Pasteur elle est suffisamment mondiale et solidement établie pour dédaigner deux des rues de troisième ordre auxquelles on a donné le nom du grand homme.

J. N.

VARIÉTÉS

L'état sanitaire, il y a 125 ans, en février et mars 1806

Nil novi sub sole. Durant l'hiver 1806, la situation sanitaire était en tous points comparable à l'actuelle. En outre, médecins et hygiénistes envisageaient la situation avec optimisme et bon sens. C'est ce qui ressort de deux coupures du *Journal de Rouen* que nous adresse notre distingué correspondant, le Dr P. Noury, de Rouen. Ce journal, qui a 170 ans d'existence, reproduit deux articles de sa « Gazette de santé », datant de 125 ans, et que nous croyons intéressant de communiquer à nos lecteurs.

Mercredi 19 février 1806.

La *grippe continue de régner parmi nous.* Il n'est pas une maison où elle n'ait exigé un tribut ; et l'on a compté jusqu'à 200 enfants alités par cette maladie dans une seule maison d'éducation.

Heureusement elle a été plus répandue que meur-

trière, parce qu'avertis de bonne heure sur la nature de cette affection et les remèdes convenables, tous ceux qui exercent l'art de guérir à Paris, se sont abstenus de la saignée, et ont allié les toniques et même les légers *stimulans aux mucilagineux édulcorés.*

C'est ainsi que les teintures, les pastilles et le sirop d'ipécacuanha ont tour à tour réussi, selon l'indication particulière ; car, tout en convenant qu'on peut tracer un mode général de traitement, il faut *dire aussi que ce* mode *est toujours subordonné* aux circonstances, à l'intensité des accidents, à la *constitution du malade*, etc. ; et quand on peut appeler un homme de l'art, on fait toujours bien d'invoquer ses conseils...

(*Gazette de Santé*).

Mercredi 5 mars 1806.

La température et la santé. — La constitution atmosphérique offre constamment la même physionomie ; et si l'on en excepte une courte et vive gelée, loin de varier, *depuis la mi-décembre,* elle n'a présenté qu'une température douce, molle et tiède : *de la pluie, du vent, des brouillards, peu de soleil, des catarrhes,* des paralysies, des apoplexies, des affections glandulaires, des diathèses scorbutiques, quelques péri-pneumonies ; tel est, en raccourci, le tableau de l'atmosphère et des maladies.

Si l'on a remarqué quelques fluxions de poitrine très aiguës, et d'une marche très rapide, on a surtout observé aussi que des phtisies pulmonaires inactives depuis longtemps, ont éprouvé tout à coup une accélération très prompte dans leur progression.

N'accusons de ces désordres que la macération de la fibre dans une atmosphère humide, et concluons-en que la médecine et la saine raison se sont accordées pour indiquer un régime tonique, tant alimentaire que médicamenteux. (*Gazette de santé*).

En 1931, on ne parlerait pas autrement.

J. N.

***

Adveniat regnum tuum

C'est du règne de la dactylo dont je veux parler. Tandis que, dans l'enthousiasme populaire, commence en Roumanie le règne d'un prince, descendu des cieux, Carol II, dans l'indifférence ou l'hostilité de tous, débute en France, avec les Assurances dites sociales, le règne de la dactylo.

Les journaux nous ont déjà annoncé que tout était prêt pour cet avènement qui aurait lieu irrévocablement le 1er juillet.

Commande a été passée, sans doute en Amérique, d'innombrables classeurs, munis d'innombrables casiers, et enfin de milliers de machines à écrire du type le plus perfectionné. Les journaux ne nous disent pas, parce que cela est évi-

dent, que ces milliers de machines à écrire seront actionnées par des milliers de dactylos que l'on choisira de préférence jeunes et jolies pour stimuler le zèle et l'activité des milliers de fonctionnaires utilisant, dans des milliers de bureaux, les milliers de classeurs à innombrables casiers, déjà mentionnés.

Que la France sera belle alors ! !

Elle ne sera plus la marâtre actuelle si peu préoccupée de la santé de ses enfants, garçons et filles. Garçons et filles seront l'objet de toute sa sollicitude. Si quelqu'une de ces dernières, dans la crainte de se voir refuser le certificat prénuptial, cher à M. le professeur Pinard, cède prématurément aux sollicitations parallèles de son tempérament et d'un complice, elle n'en occupera pas moins MM. les fonctionnaires des Assurances sociales. Six semaines avant l'événement prévu par un de ces médecins de Caisse Chinois dont M. Loucheur a souhaité, *in extremis*, l'installation prochaine en France, une jolie dactylo aura « tapé » à *n* exemplaires, sur des fiches du « Risque grossesse » les noms, prénoms, âge, etc... de la future parturiente. Pour son accouchement, pour ses suites de couches, d'autres fiches seront également mobilisées dans diverses directions. Cependant que son complice, qui par euphémisme, s'appellera son fiancé, non content d'avoir vu son nom inscrit déjà sur des fiches « Chômage », inaugurera, à l'occasion d'un opportun rhume de cerveau, des fiches « Maladie » d'un format plus confortable.

Avec toutes ces fiches, le moins qu'on puisse dire des Français de demain c'est qu'*a priori*, ils sont « fichus ».

Dr Jules BARANDON
Eguzon (Indre).

***

Nous publions volontiers cette satire, vieille déjà de quelques mois ; amusante boutade qui sera lue certainement avec plaisir par des médecins français qui aiment et cultivent l'esprit frondeur de la race.

Mais les boutades ne suffisent pas a résoudre les grands problèmes que pose l'Assurance-maladie.

Le Corps médical organisé se doit, le tribut une fois payé à la satire, de les aborder et d'en chercher la solution dans un souci de ses intérêts bien compris, en accord avec l'intérêt général. G. D.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MEDECIN

par le SOU MEDICAL

Plus de six mille praticiens français sont membres du « Sou Médical » et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels dont ils sont menacés, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte cinq juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'Appel de Paris et un avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat. En outre, une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les adhérents, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, en outre des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours médical*, les membres du « Sou Médical » bénéficient d'une couverture supplémentaire de 50.000 francs, soit au total cent cinquante mille francs.

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, paiement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 86. — Veuve de méd. 55 ans, recomm. par U. F. F., cherche situat. auprès d'une personne âgée ou malade.

Nº 87. — Centre . Rais. famille, client, agréab., beau logem., loyer et reprise légers, facilités.

Nº 88. — Infirmière diplom. hautes référ., cherche chronique à demeure, Paris ou province. Prix modér.

Nº 89. — Très import. client, pet. ville Bretagne, grande ligne, à céder de suite.

Nº 90. — Paris Centre. Cab. méd. uniq. consultat. à céder 105.000 fr. (y compr. mob. et appar. haute fréq., infra-rouges, U. V.) Rapport important certain. Urgent, cause santé.

Nº 91. — Vve méd. infirmière diplomée 15 ans pratique, habit. des nerveux, dem. garde de longue durée. Ecr. Mme Lucas, 80 rue du Mont-Valérien à Suresnes.

Nº. 92. — Poste méd. génér. pet. ville 8.000 hab. env. 100 km. Paris, affaire import., indem. à débatt. avec ou sans reprise d'appar. Locat. 3.000, eau, gaz, élect., chauff.-cent., 7 pièces, salle bains, cuis., buander. etc, 3 ans bail, 6 ou 9.

Nº 93. — A céder : 1º Paris, très anc. clin. méd. gros produit, gr. local bien inst. Assist. préal. Prix 120.000.

2º Confins Normandie, pro-pharm., import., jolie résid. chasse et pêche. Gr. mais., conf., ind. 50.000.

3º Ouest. Seul méd., client. groupée, près grandes plages, cess. urg., cause situat. fixe. Ind. min.

5º Paris. Radiolog. cab. import. dans très beau quart avec bel appart. 7 p. et dépend. Appareill. compl. et neuf. Prix avant.
S'adr. Cab. Breitel et Gorel, 1 rue Dante, Paris 5ᵉ. Tél. Odéon. 36-46.

Renseignements

L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey, à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Héliothérapie. Maison de santé. Dʳ Brody, Grasse.

Eden des enfants à B iANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

« **Vaujania** » maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

La salive est digestive. Faites donc saliver avec une pastille eupeptique, telle que la tablette de **Mangaïne**, vous obtiendrez une euphorie stomacale immédiate.

« La Soleillette », B iol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur Repos — Régime — Bains de soleil — Dʳˢ E. Charmot. et E. Rozet.

— Dʳ Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1ᵉʳ cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Belle Propriété à vendre de suite, 80 kil. de Paris — près Gisors. 20 pièces — jardin d'hiver — chauff. cent. élect., jard. d'agr., potager 100 arbres fruitiers — mais. de jardinier, serre — Chasse et pêche. *Conviendrait pour maison de santé ou de repos.* — M. à p. 500.000 fr. — S'adresser Hennocque, 4, r. du Docteur Heulin, Paris 17ᵉ.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — MM. Costantini (d'Alger) et Le Roy des Barres (d'Hanoï) sont élus correspondants nationaux de l'Académie de médecine dans la deuxième division (*chirurgie*).

— **Institut de France.** *Prix Allier de Hauteroche.* — L'Académie des Inscriptions et Belles Lettres vient de décerner au docteur Severin Icard (de Marseille) le prix Allier de Hauteroche. Ce prix est destiné à récompenser le meilleur ouvrage paru durant les deux dernières années sur la numismatique ancienne. Il a été accordé au docteur Severin Icard pour son livre : « Une nouvelle méthode pour faciliter la lecture des légendes frustes ou incomplètes : application de la méthode aux monnaies grecques et aux monnaies gauloises ».

— **Une belle manifestation de propagande coloniale.** — La revue mensuelle *Le Jeune médecin* organise pour le vendredi 27 mars, à 20 h. 45, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, une manifestation de propagande coloniale, sous la présidence de M. Charléty, recteur de l'Académie, en présence de M. le Maréchal Lyautey et de nombreuses personnalités officielles. Ouverture des portes à 20 heures. Participation aux frais : 2 fr. par personne.

PROGRAMME. — 20 h. 45 à 21 h. 30 : *Conférences.* 1) M. HARDY, directeur de l'Ecole coloniale : Le rôle du médecin dans la colonisation ; 2) M. le Professeur BALTHAZARD, doyen de la Faculté : La situation matérielle du médecin. — 21 h. 30 à 22 h. 30 : *Films cinématographiques* documentaires sur les colonies, projetés pour la première fois à Paris et présentés par le Dr DE COURTRY, membre de la Commission de propagande pour l'Exposition coloniale. — 22 h. 30 à 23 h. 30 : *Partie artistique.* L'orchestre du Cercle musical universitaire ; Le chansonnier Gaston Secrétan ; Le quadrille créole, danse exécutée par les quatre étoiles martiniquaises dans leur costume national.

—**Ligue française contre le rhumatisme** (Secrétariat-trésorerie : 51, rue Bonaparte, Paris-VIe). *Assemblée générale.* — Cette Assemblée aura lieu le jeudi 26 mars 1931, à 16 heures, à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux de France, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, et comportera une séance administrative suivie à 16 h. 45 d'une séance scientifique à laquelle sont conviés tous les membres du Corps médical.

A l'occasion de l'Assemblée générale aura lieu la quatrième conférence clinique de la Ligue, qui se tiendra à l'hôpital Broca, le jeudi 26 mars, à 10 heures du matin, et sera donnée par le Dr WEISSENBACH.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat-trésorerie, 51, rue Bonaparte, Paris, VIe.

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — L'Assemblée générale a eu lieu le mardi 17 mars au Cercle national des Armées de terre et de mer.

Elle a été suivie d'un dîner présidé par M. Claude Farrère, président de l'Association des écrivains combattants.

— **L'Association américaine pour l'étude du goitre** se réunira à Kansas City les 7, 8 et 9 avril 1931. Plusieurs rapports sont prévus, notamment sur les lésions cardiaques chez les goitreux, sur le traitement pré et post-opératoire, etc. Un prix de 300 dollars récompensera le meilleur travail original ou clinique sur la question du goitre.

— **Croisière de la « Revue générale des sciences ».**— Sous la haute direction de M. le Professeur Louis Hourticq, membre de l'Institut, aura lieu du 1er au 7 avril 1931, à bord du paquebot *Rose-Marie*, du Lloyd yougoslave, une croisière en Dalmatie et en Grèce.

Le prix de cette croisière, de l'arrivée en gare de Trieste au départ de la gare de Trieste, est de 5.400 francs.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au secrétariat des Croisières de la *Revue générale des Sciences*, 28, avenue de Tourville, Paris.

— **Hospices civils de Versailles.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de six internes en mé-

decine (trois titulaires, trois provisoires), aura lieu les 27 et 28 mars 1931.

— **Hôpitaux du Havre.** — Un concours pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux du Havre, directeur du laboratoire de chimie biologique, adjoint au laboratoire de bactériologie, aura lieu le 16 avril 1931 à la Faculté de pharmacie de Paris. Inscriptions à la Direction des hospices du Havre, 55 *bis*, rue Gustave Flaubert, avant le 5 avril.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 FÉVRIER

Service de Santé militaire

Par décret du 24 février 1931 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, libérés du service actif, est fixé, sans rappel de solde, ainsi qu'il suit, et, par décision ministérielle du même jour, ces officiers reçoivent les affectations suivantes :

Les méd. sous-lieut. (rang du 15 mars 26) : Schneegans, 6e rég., aff. 20e rég. ; Pauget, 7e rég., maint.

(Rang du 15 mars 1927) : Arnal, 19e C. A., aff. 16e rég. ; Terrenoire, 20e rég., aff. rég. de Paris ; Polu, 20e rég., maint. ; Cuénot, 20e région, maint. ; Gille, 19e C. A., maint. ; Henriet, 7e rég., aff. 20e rég. ; C. A., aff. 1re rég. ; Christin, 2e rég. ; aff. 1e rég. ; Warembourg, 19e, C. A., aff. 1re rég. ; Boulanger, 19e Nilus, 6e rég., aff. 20e rég. ; Kissel, 20e rég., aff. 7e rég. ; Dubarry 17e rég., aff. 18e rég. ; Lévy, 7e rég., maint. ; Julien, tr. Maroc, aff. 20e région ; Tuefferd, tr. Tunisie, aff. 20e rég. ; Fontaine, rég. Paris, maint. ; Blanchard, rég. de Paris, maint. ; Hesse, 2e rég., aff. rég. Paris ; Joly, 3e rég., aff. rég. Paris ; Cain, 5e rég., aff. rég. Paris ; Autissier, 9e rég., aff. rég. Paris ; Blanc, 15e rég., aff. rég. Paris ; Ardouin, 19e C. A., aff., rég. Paris.

Turcry, 1re rég., maint. ; Lesenne, 1re rég. ; maint. ; Berlemont, 2e rég., aff. 1re rég. ; Cadet, tr. Maroc, aff. 1re rég. ; Coualler, 4e région, maint ; Puicouyoul, 6e rég. , maint. ; Jaisson, 6e rég., maint. ; Guérin, 19e C. A., aff. 6e rég. ; Jubreaux, tr. Maroc. aff. 6e rég. ; Dewe, rég. Paris, aff. 8e rég. ; Prieur, 8e rég., maint. ; Rollet, 9e rég., maint. ; Jambon, 10e région. maint. ; Penanhoat, 10e rég., maint. ; Potier, 10e rég., maint. ; Foucaud, 11e rég., maint. ; Loheac, 19e C. A., aff. 11e rég.

Arbault, 19e C. A., aff. 13e rég. ; Freidel, 14e rég., maint. ; Terrier, 15e rég., maint. ; Contencin, 15e rég. maint. ; Recordier, 15e rég., maint. ; Lena, 15e rég., maint. ; Grether, 15e région, maint. ; Debernardy, 15e rég. , maint. ; Buisson, 15e rég., maint. ; Boussat, 15 rég., maint. ; Artières, 19e C. A., aff. 15e rég. Pous, 16e rég., maint. ; Pigot, 16e rég., maint. ; Mi-

mart, 16e rég., maint. ; Merle, 16e rég., maint. ; Julien, 16e rég., maint. ; Dumas, 16e rég., maint.

Combes, 16 rég., maint. ; Bessieux, 19 C. A., aff. 16e rég. ; Martre, tr. Maroc, aff. 16e érg. ; Gouiric, 17e rég., maint. ; Ducournau, 17e rég., maint. ; Domengeau-Viguerie, 17e rég., maint. ; Boutines, 17e rég., maint. ; Benquet, 17e rég., maint. ; Albenque, 17e rég., maint. ; Alzieu, 15e rég., maint. ; Izarn, 14e rég., aff. 17e rég. ; Daynie, 14e rég., aff. 17e rég. ; Benoit, tr. Maroc, aff. 17e rég. ; Magnouac, tr . Maroc, aff. 17e rég.

Cesteret, tr. Tunisie, aff. 17e rég. ; Bellocq, 18e rég., maint. ; Grazide, 19e C. A., aff. 18e rég. ; Delorme, 19e C. D., maint. ; Moutte, 19e C. A., maint. ; Peri, 19e C. A., maint. ; Stoll, 20e rég., maint. ; Schoch, 20e rég., maint. ; Montignot, 20e rég., maint. ; Gousset, 20e rég., maint. ; Coutin, 20e rég., maint. ; Pernet, 6e rég., aff. 20e rég. ; Noël, 6e rég., aff. 20e rég. ; Barthélemy, 6e rég., aff. 20e région ; Luccioni, tr. Maroc, maint.

(Rang du 16 mars 27) : Meurisse, 2e rég., aff. 1er rég. ; Couderc, rég. Paris, aff. 15e rég.

(Rang du 20 mars 27) : Gabillaud, 2e rég., aff. 1re région.

(Rang du 22 mars 27) : David, 1re rég., maint.

(Rang du 23 mars 27) : André, 1re rég., maint.

(Rang du 28 mars 27) : Bouisset, 14e rég., aff. 16e région.

(Rang du 1er avril 27) : Guyot, 14e rég. aff. 20e région.

(Rang du 3 avril 1927) : Groc, 14e rég., aff. 17e rég. ; Gruffy, 19e C. A., maint.

(Rang du 5 avril 27) : Gasne, rég. Paris, maint. ; Gaston, tr. Maroc, a. rég. Paris ; Rachelsberg, 3e rég., aff. rég. Paris ; David, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Gole, tr. Maroc, aff. 15e rég. ; Leroy, rég. Paris, maint. ; Masson, 8e rég. ; aff. rég. Paris ; Fau, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Lebental, 8e rég., aff. rég. Paris ; Zitzermann, 5e rég., aff. rég. Paris ; Rodrigue, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Savigny, tr. Maroc, aff. 2e rég. ; Vialle, 9e rég., maint. ; Dufour, tr. Levant, aff. 12e rég. ; Lautraite, tr. Levant, aff. 12e rég. ; Raymond, tr. Maroc, aff. 5e rég. ; Oustric, tr. Maroc, aff. 16e rég. ; Pajot, 18e rég., maint. ; Blanquine, 4e rég. aff. rég. Paris.

(Rang du 6 avril 1927) : Demallly, 3e rég., aff. rég. de Paris ; Guedeney, 20e rég., maint.

(Rang du 9 avril 27) : Mahé, rég., Paris, maint.

(Rang du 11 avril 1927) : Desmoulin, rég. Paris, aff. 3e rég. ; Spillmann, rég. de Paris, aff. 9e rég.

(Rang 12 avril 27) : Meric, 18e rég., aff. 17e rég.

(Rang du 13 avril 27) : Chaudron, rég. Paris, maint. ; Georgel, 19e C. A., maint.

(Rang du 8 mai 1927) : Rabain, 8e région, maint.

(Rang du 14 mai 27) : Langlois, 6e rég., aff. région, Paris.

(Rang du 17 juin 27) : Chevrolle, 10 rég., maint.

(Rang du 10 juillet 1927) : Drieux, 1re rég., maint.

(Rang du 30 juillet 27) : Pierrot, 6e rég., aff. 20 rég.

(Rang du 15 sept. 27) : Bleicher, 20e rég., maint.

(Rang du 1er octobre 27) : Wermeille, rég. Paris, maint. ; Silcher, rég. Paris, maint. ; Ronceray, rég. Paris, maint. ; Robin, rég. Paris, maint. ; Menger, rég. Paris. maint. ; Lacassagne, rég. Paris, maint. ; Dansaert, rég. Paris, maint. ; Conte, rég. Paris, maint. ; Aubin, rég. Paris, maint. ; Taboureux, 3e rég., aff. rég. Paris ; Vala, 6e rég., rég. Paris ; Moureau 8e rég. , aff. rég. Paris ; Chosson, 13e rég., aff. rég. Paris.

Douvry, rég. Paris, aff. 2e rég. ; Delange, 4e rég., maint. ; Guibout, 4e rég., maint. ; Hennion, 9e rég., maint. ; Chabrol, 12e rég., maint., ; Frugier, 19e C. A., aff., 12e rég. ; Boel, rég. Paris, aff. 13e lég. ; Charles, 19e C. A., aff. 13e rég. ; Boyer, 14e rég., maint. ; Dubuis, 14e rég., maint.

Mugniery, 14e rég., mant. ; Mariau, 15e rég. maint. ; Caillaud, rég. Paris, aff. 15e rég. ; Bouchère, 13e rég., aff. 15e rég. ; Grimaud, 13e rég., aff. 16e rég. ; Martineau, 18e rég., maint. ; Lellouch, 4e rég., aff. 19e C.A. Trubert, rég. Paris, aff. 19e C. A. ; Gilbrin, rég. Paris, maint.

(Rang du 15 mars 28) : Courriades, 14e rég., aff. 18e rég. ; Surville, 11e rég., aff. 18e rég. ; Laffitte, 18e rég., maint. ; Noblia, 18e rég. maint. ; Magnard, 14e rég., maint. ; Benoît, 14e rég., maint. ; Virenque, 16e rég. maint.

(Rang du 5 avril 1928) : Pautrat, 8e rég., aff. rég. Paris ; Lapine, tr. Tunisie, aff. rég. Paris ; Delay, rég. Paris, maint. ; Poilleux, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Lacoste, tr. Maroc, aff. 12e rég. ; Limasset, tr. Maroc, aff. 6e rég. ; Puymartin, 12e rég., maint. ; Joseph, tr. Levant, aff. rég. Paris ; Judet, tr. du Maroc, aff. rég. Paris ; Richard, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Rudier, 5e rég., aff. rég. Paris ; Cottet, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Pichon, rég. de Paris, maint. ; Vandenbossche, 4e rég., aff. rég. de Paris ; Peney, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Antonelli, rég. Paris, maint. ; Bolgert, rég. Paris, maint.

(Rang du 1er octobre 28) : Franco, 11e rég., maint. ; Graffin, rég. Paris, maint. ; Ribadeau-Dumas, 19e C. A., aff. rég. Paris.

Par le même décret sont promus au grade de médecin lieutenant (sans rappel de solde) :

Les méd. sous-lieut. (rang du 15 août 29) : Schneegans, 20e rég. ; Pauget, 7e rég.

(Rang du 15 août 1930) : Arnal, 15e rég. ; Terrenoire, rég. Paris ; Polu et Cuenot, 20e rég. ; Gille, 19e C. A. ; Henriet, 20e rég. ; Warembourg, Boulanger et Christin, 1re rég. ; Nilus, 20e rég. ; Kissel, 7e rég. ; Dubarry, 18e rég. ; Levy, 7e rég. ; Julien, Tuefferd, 20 rég. ; Fontaine, Blanchard, Hesse, Joly, Cain, Autissier, Blanc, Ardouin, rég. de Paris ; Turcry, Lesenne, Berlemont, Cadet, 1re rég. ; Couallier, 4e région.

Puicouyoul, Jaïsson, Guérin, Jubreaux, 6e rég. ; Dewe, 8e rég. ; Prieur, Rollet, 9e région ; Jambon, Penanhoat, Potier, 10e rég. ; Foucaud, Loheac, 11e rég. ; Arbault, 13e rég. ; Freidel, 14e rég. ; Terrier, Contencin, Recordier, Lena, Grether, Debernardy,

Buisson, Boussat, Artières, 15e rég. ; Pous, Pigot, Mimart, 16e rég.

Merle, Julien, Dumas, Combes, Bessieux, Martre, 16e rég.

Gouiric, Ducournau, Domengeau-Viguerie, Boutines, Benquet, Albenque, Alzieu, Izarn, Daynie, Benoit, Magnouac, Casteret, 17e rég.

Bellocq, Grazide, 18e rég.

Delorme, Moutte, Péri, 19e C. A.

Stoll, Schoch, Montignot, Gousset, Coutin, Pernet, Noël, Barthélemy, 20e rég.

Luccioni, tr. du Maroc.

(Rang du 17 août 30) : Meurisse, 1re rég. ; Couderc, 15e rég. ; (rang 25 août 30) : Gabillaud, 1re rég. ; (rang du 29 août 30) David, 1re rég. ; (rang 1er sept. 30) André, 1re rég. ; (rang 11 sept. 30) Bouissel, 16e rég. ; (rang 16 sept. 30) Guyot, 20e rég. ; (rang 21 sept. 30) Groc 17e rég. ; Gruffy, 19e C. A. ; (rang 25 sept. 30) Gasne, Gaston, Rachelsberg, David, rég. de Paris ; Gole, 15e rég. ; Leroy, Masson, rég. de Paris ; Fau, 14e rég. ; Lebental, rég. de Paris ; Zitzermann, Rodrigue, rég. de Paris ; Savigny, 2e rég. ; Vialle, 9e rég. ; Dufour, Lautraite, 12e rég. ; Raymond, 5e rég. ; Oustric, 16e rég. ; Pajot, 18e rég. ; Blanquine, rég. Paris.

(Rang 27 sept. 30) Demailly, rég. Paris ; Guedeney, 20e rég. ; (rang 3 oct. 30) Mahé, rég. Paris ; (rang 7 oct. 30) Desmoulin, 3e rég. ; Spillmann, 9e rég. ; (rang 9 oct. 30) Méric, 17e rég. ; (rang 11 oct. 30) Chaudron, rég. de Paris ; Georgel, 19e C. A. ; (rang 15 oct. 30) Langlois, rég. Paris.

3 MARS

Enseignement de la médecine.

M. le Dr Sourdille est institué pour 9 ans, professeur suppléant de la chaire d'ophtalmologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes.

4 MARS

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille en or a été décernée à M. le Dr Vassal, de Charleville, pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Enseignement de la médecine.

Un concours pour un emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Nantes s'ouvrira le mercredi 21 octobre 1931, devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes,

à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le bureau d'hygiène de Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 1.000 par an, susceptible d'être augmenté en 1932.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées d'un extrait de naissance et de tous titres, justifications ou références.

Assistance publique.

Avis de concours pour des emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique.

Un concours pour 12 emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique sera ouvert à Paris, le 9 juin 1931.

Ce concours est accessible aux candidats pourvus d'un diplôme d'enseignement supérieur ou d'un diplôme de sortie de certaines grandes écoles ou aux personnes ayant exercé pendant trois ans au moins certaines fonctions telles que celles, notamment, de rédacteur de préfecture ou de sous-préfecture.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 9 mai 1931 au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, où les intéressés pourront se procurer le programme du concours.

Les traitements des sous-inspecteurs et sous-inspectrices sont actuellement compris entre 14.000 et 22.500 fr., auxquels viennent s'ajouter des frais de tournées, une indemnité de résidence, dont le taux varie suivant le poste occupé et, s'il y a lieu, des indemnités pour charges de famille.

Enfin, les départements allouent des indemnités variables aux inspecteurs et sous-inspecteurs de l'assistance publique.

6 MARS

Code du travail.

Loi du 4 mars 1931 portant modification de la section 1re du chapitre II du titre III du livre Ier du code du travail (du payement des salaires.)

Art. 1er. — Il est inséré, après l'article 44 du livre 1er du code du travail (titre III, chap. II), un article 44*a*, ainsi conçu :

« Art. 44*a*. — A l'occasion du payement des salaires aux ouvriers et employés de commerce, de l'industrie et des professions libérales et du règlement des commissions aux voyageurs et représentants de commerce, il doit être remis aux intéressés une pièce justificative indiquant le nom et la qualification professionnelle de l'ayant droit et faisant ressortir le montant de la rémunération brute gagnée par celui-ci et, s'il y a lieu, la nature et le montant des diverses

déductions opérées sur cette rémunération brute, ainsi que le montant de la rémunération nette.

« Toutefois, la remise de cette pièce justificative ne sera pas obligatoire lorsque, sur la demande de l'ayant droit, en raison de la cessation du contrat de travail, la rémunération lui sera versée en dehors des dates habituelles de payement ou de règlement. »

Art. 2. — L'article 104 du même livre est ainsi modifié :

« Art. 104. — Sans préjudice de la responsabilité civile, toute contravention aux prescriptions des articles 43, 44, 44 *a* et 45 du présent livre sera poursuivie devant le tribunal de simple police et punie d'une amende de cinq à quinze francs. »

7 MARS

Tribunaux des pensions.

Sont nommés, pour l'année 1931 :

Premier membre suppléant du tribunal départemental des pensions de Paris (2e section), M. le Dr Lyon-Caen, en remplacement de M. le Dr Fouquet :

Deuxième membre suppléant du même tribunal, M. le Dr Gianetti, en remplacement de M. le Dr Lyon-Caen.

Service de Santé militaire.

Instruction provisoire relative à la création et à l'organisation de cours pour le certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire.

Cette instruction sera publiée ultérieurement.

8 MARS

Assurances sociales.

Liste des syndicats professionnels de praticiens de l'art dentaire, de sages-femmes, et d'herboristes habilités à passer des conventions avec les caisses primaires d'assurances sociales.

Cette liste sera publiée ultérieurement.

Légion d'honneur.

Sont promus dans la Légion d'honneur, au grade de commandeur : M. le Prof. Achard et M. le Dr Le Mée.

10 MARS

Hygiène publique.

Circulaire aux agents de la répression des fraudes (panification).

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Assurances sociales. Frais médicaux ; chiffres clés.

11260. — M. E. Canu demande à M. le Ministre du du travail : 1° si le texte de la circulaire du 26 décembre 1930, paragraphe 3, 3e colonne, page 14115 du *Journal officiel* du 27 décembre 1930 peut amener la

réduction des contingents afférents aux catégories 1, 2, 3, 4 (chirurgie) par suite de l'élévation des versements résultant du tarif clé 8 accordé aux contingents de la catégorie 5 : 2° si les caisses sont astreintes à assurer les contingents afférents aux catégories 1, 2, 3, 4 (chirurgie) résultant du tarif clé 3 qui reste accordé à ces catégories d'une manière intangible ; 3° si les caisses n'ont à payer que les versements afférents au tarif clé 3 à tous les assurés de la catégorie 5 ; 4° si les assurés catégorie 5 doivent seuls compléter ces versements pour atteindre les contingents du tarif clé 8. (*Question du* 15 *janvier* 1931.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Cette réduction est la condition même de la substitution du chiffre-clé variable au chiffre-clé unique, puisque la dépense totale résultant pour la caisse de l'application d'un chiffre-clé variant de 0 à 8 ne doit pas excéder celle qui résulterait de l'application uniforme à toutes ces catégories du chiffre-clé 3, prévu par le tarif de réassurance ; 2° réponse négative, comme conséquence de la précédente ; 3° et 4° il s'agit d'honoraires à l'hôpital, qui sont payés par la caisse non pas à l'assuré, mais au corps médical hospitalier. Si toutefois l'assuré choisit au lieu de l'hôpital un établissement de soins ayant passé une convention avec la caisse, c'est alors à l'assuré que la caisse fait le payement de l'indemnité d'honoraires, et cette indemnité est calculée, quelle que soit la catégorie de l'assuré, sur la base du tarif le plus élevé applicable à l'hôpital. (*J. O.*, 22 février 1931).

L'agrégation de médecine est un titre et non un grade.

11748. — M. Roger Salengro demande à M. le Ministre de l'Instruction publique si l'agrégation des facultés de médecine est un titre ou un grade universitaire. (*Question du* 11 *février* 1931.)

Réponse. — Le baccalauréat, la licence et le doctorat sont les seuls grades universitaires ; l'agrégation des facultés de médecine est un titre.

(*J. O.*, 26 février 1931.)

La liquidation de la retraite des combattants.

11518. — M. Lévy-Alphandéry demande à M. le Ministre des Pensions : 1° où en est la liquidation de la retraite des combattants ; 2° quelle est la dernière classe dont la situation est réglée à cet égard à la date du 23 janvier 1931, soit près de quatre mois après le commencement des opérations de liquidation. (*Question du* 30 *janvier* 1931.)

Réponse. — Au 31 janvier 1931, le bureau de l'allocation du combattant, qui avait été saisi de 322.987 affaires, en avait liquidé 293.253. Le nombre des dossiers reçus par les sections départementales et des carnets d'allocation du combattant délivrés par elles n'est connu de l'administration centrale que le 15 de chaque mois pour le mois précédent. Au 31 décembre 1930, il avait été délivré 102.818 carnets d'allo-

Voir la suite page LV-995

PROPOS DU JOUR

Les éternelles questions du Pain et du Vin

La décision prise à l'unanimité par le Conseil supérieur d'hygiène de refuser l'autorisation de l'addition aux farines des produits chimiques dits « améliorants » et l'ordre du jour de l'Académie de médecine qui conclut dans le même sens, n'ont pu nous surprendre. A ce sujet nous avons reçu des communications intéressantes que nous croyons utiles de publier.

D'abord notre dévoué correspondant, le Dr Paul Noury, de Rouen, nous adresse un compte-rendu des expériences faites par M. L. Lauvray, ingénieur-agronome et député de l'Eure, expériences dont l'exposé, rédigé par M. L. Lauvray lui-même, a été publié dans le *Journal de Rouen* du 10 février 1931 et que nous reproduisons :

J'ai pris, écrit M. Louvray, trois ballons aussi semblables que possible dans lesquels j'ai mis 100 cc. de moût de bière, j'ai ajouté dans le ballon A une solution renfermant 3 milligrammes de bromate de potasse.

Dans le ballon B une solution renfermant 3 milligrammes de persulfate d'ammoniaque.

(Les doses de ces sels correspondent à celles introduites dans 100 grammes de farine).

Le ballon C a servi de témoin.

J'ai ensemencé les trois ballons avec trois gouttes d'une culture homogène de levure jeune. La fermentation s'est établie, mais a paru partir moins vite dans les deux premiers.

Quand la fermentation a été terminée, j'ai filtré et pesé la levure produite.

Poids de levure du flacon A (bromate), 0 gr. 417 ; poids de levure du flacon B (persulfate), 0 gr. 350 ; poids de levure du flacon C (témoin), 0 gr. 490.

L'expérience montre que les prétendus améliorants de la panification sont nuisibles au développement de la levure et les théories mises en avant ne tiennent pas devant les faits de l'expérience.

On avait pourtant émis l'idée qu'il fallait de l'oxygène apporté par le bromate pour favoriser le départ de la levure et un sel azoté pour aider à son développement comme si, dans la pâte, il n'y avait pas assez d'oxygène par suite du pétrissage et assez de matière azotée, puisqu'il y a du gluten.

Que conclure ? C'est que si les prétendus améliorants ont une influence, ce n'est pas sur la fermentation, mais sur la pâte elle-même.

Je sais que d'autres expérimentateurs se sont attelés à cette tâche, de même que des orateurs qualifiés comme le général de Saint-Just, qui ont pris en main la charge d'attirer l'attention du consommateur et des pouvoirs publics sur les dangers du pain chimique.

On peut dire que la panification en question est dangereuse pour les consommateurs comme pour les producteurs, (agriculteurs, meuniers, boulangers).

Elle fait absorber au consommateur, par jour, au moins 15 milligrammes de bromate de potasse ou une quantité correspondante de bromure de potassium, si le premier est décomposé lors de la cuisson. On peut en penser ce qu'on voudra, mais tout de même, le bromure de potassium est un médicament qu'on n'absorbe pas sans précautions et sans ordonnance du médecin.

Elle est nuisible aux intérêts des producteurs :

1° Des agriculteurs, parce qu'elle permet la consommation de farines de seconde qualité, d'où une moindre consommation de blé ;

2° Des meuniers, parce qu'elle crée un monopole pour les grands moulins, ceux-ci étant seuls outillés pour faire convenablement le mélange en question ;

3° Des boulangers, parce qu'elle permet l'organisation d'une campagne contre la consommation du pain, d'où une diminution considérable de leur vente.

M. Lauvray promet ensuite de ne pas se désintéresser de la question et, si le temps le lui permet, de poursuivre ses expériences avec une précision encore plus grande.

D'autre part, nous avons, toujours à propos du pain chimique, reçu de M. le Dr Achille Audy, de Senlis, la lettre suivante qui donne, sur la question du succès des améliorants auprès des boulangers, des explications d'ordre social :

Senlis, 14 février 1931.

Monsieur le Rédacteur en chef
du *Concours médical*
et cher Confrère,

J'ai lu avec grand intérêt vos articles, et les documents publiés à l'appui, concernant les « améliorants » des farines ; mais l'étiologie d'une telle pratique est restée un peu vague.

Vous avez bien noté la question de lucre : elle existe du côté des puissantes sociétés de meunerie, là où le seul point intéressant se manifeste par les chiffres de bénéfice, et augmentation des profits au bilan et suppression de la concurrence.

Mais il y a une autre raison qui fait prêter par les boulangers une oreille complaisante aux représentants des « Produits améliorants » et cette raison existe dans la loi réglementant le travail des boulangeries, loi inspirée, discutée et appliquée suivant les suggestions des syndicats d'ouvriers boulangers.

Autrefois, en utilisant le traditionnel « levain », la pâte demandait 4 heures pour lever — je précise « autrefois », car actuellement la fermentation par levain est complètement abandonnée — on lui a substitué la levure qui, par la sélection des cultures, produit une fermentation extrêmement rapide, environ 1/2 heure. Il y a bien des variations suivant la saison, mais quand elle semble s'établir trop lentement, on y remédie par l'augmentation des doses : 1 kg., 1 kg. 5 quelquefois par quintal de farine mise dans le pétrin.

Cette augmentation des doses est déjà nuisible, car elle doit être la cause des fermentations gastro-intestinales pathologiques lorsque la digestion, plus lente que la normale à s'établir, met en liberté le pouvoir fermentescible de cet excès de levure momentanément arrêté par la cuisson toujours incomplète du pain.

Mais ce délai d'une 1/2 heure par fournée exige encore pour les boulangeries, voulant sortir le pain à 6 heures du matin — comme c'est le cas pour beaucoup de boulangeries de province qui vont livrer en voiture dans les communes dépourvues de boulangerie — exige, dis-je, de commencer le travail vers 11 heures ou minuit.

Or, la loi interdit le travail de nuit dans les boulangeries, car le législateur omniscient et infaillible a décrété que le travail ne devait commencer qu'à 4 heures du matin.

Pour arriver à sortir des fournées à 6 heures en commençant à 4 heures, on n'a pas de temps à perdre et, par conséquent, d'attendre 1/2 heure que la pâte veuille bien lever. Et alors, sur la sollicitation du représentant qui passe, après une crise causée par l'absence ou l'insuffisance ou la déficience de main-d'œuvre, quelquefois même après une condamnation pour travail de nuit, on adoptera la farine qui doit lever en 10 minutes, et permettra de sortir les fournées assez tôt pour satisfaire la clientèle en toute bonne foi, car le représentant malin ne parle pas de produits chimiques, mais de farines provenant de blés d'Amérique sélectionnés et traités spécialement.

La conclusion, c'est que, si la loi réglementant le travail dans les boulangeries a augmenté le bien-être des ouvriers, c'est le consommateur qui en subit les conséquences par la baisse de qualité du pain, malgré sa blancheur intérieure, ses yeux abondants et volumineux et sa croûte dorée.

Mais ceci est la rançon du progrès, car « est bien fou qui prétend contenter tout le monde et son père. »

Veuillez excuser la longueur de ces réflexions et agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr AUDY.

Nous croyons que le procès des « améliorants » des farines est instruit et définitivement jugé, à moins que, (la spéculation nous offre de ces surprises) la fraude ne réapparaisse sous un aspect inattendu et différent, car, depuis la guerre, nous avons constaté son évolution, grâce à la vigilante clairvoyance de notre distingué collaborateur, le Dr Veillard. De la période des mélanges de farines de maïs, de seigle, puis de fèves de Java, nous sommes tombés dans la période chimique, le blanchiment des farines, et en dernier lieu les améliorants. Que nous réserve demain l'ingéniosité des spéculateurs ?

***

Après le pain, le vin.

Nous avons, fin décembre, cru devoir répondre à un article de notre distingué confrère d'Arles, M. le Dr Paul Dauphin, secrétaire général de la Société des médecins abstinents, article intitulé le Pavé de l'ours. Nous y étions pris à partie pour avoir soutenu que le *vin naturel consommé en quantité modérée par un homme normal*, ne saurait être nuisible. Il paraît que cette affirmation constituait un véritable pavé de l'ours asséné par nous à la cause du vin, car M. le Dr P. Dauphin affirme que ces trois conditions ne peuvent se rencontrer.

Poussant la courtoisie à ses extrêmes limites, ce qui est de tradition au *Concours médical*, nous publions une réplique un peu longue à notre légitime réponse que M. le Dr P. Dauphin nous a adressée :

Arles, le 9 février 1931.

Monsieur et très honoré Confrère,

Il paraît, à lire vos *Propos du jour* du 28 décembre, qu'en risquant certaines réflexions sur votre dernier plaidoyer pour le vin, je me serais mis dans le cas de « tel qui, comme dit Merlin, s'engeigne soi-même, cuidant engeigner autrui. »

La courtoisie de votre réplique m'engage à croire que vous ne voudrez pas me laisser, aux yeux de vos lecteurs habituels, sans me permettre quelque tentative pour y échapper, dans la pénible posture de la grenouille de la fable, justement punie, et autrement antipathique, en vérité, que l'ours, « pavé », si j'ose dire, de bonnes intentions, et auquel j'avais commis l'irrévérence de vous comparer.

Ni vous, j'en suis persuadé, ni moi, vous me l'accorderez, n'avions au demeurant voulu pousser le parallèle jusqu'à l'ultime conclusion du fabuliste. Je n'ai donc pas à me disculper d'une accusation de « perfidie » qui n'était pas plus dans votre pensée qu'il n'était dans la « mienne » de vous assimiler à l'ignorant et trop zélé plantigrade.

Il m'a semblé seulement que votre argumentation, à votre insu, se retournait directement contre votre thèse. Et c'est, en somme, un reproche analogue que vous me renvoyez.

Après un temps, suffisant j'imagine, donné à la méditation à laquelle, obligeamment, vous m'invitiez, il me faut hélas ! confesser que ma conviction première reste entière : il n'est pour lutter contre l'alcoolisme de terrain solide que l'abstinence — et, d'autre part, n'admettre qu'aux trois conditions indiquées par vous l'innocuité du vin, c'est logiquement reconnaître que l'une de ces conditions étant absente, le vin, de votre propre aveu, est nuisible — ce qui revient à en condamner l'usage, tout simplement.

Vin *naturel* ? Si vous admettez qu'après les multiples traitements qu'il a subis avant d'arriver au consommateur, le vin le plus correct légalement puisse encore être tenu pour un produit direct de la nature, les doléances des viticulteurs sont assez fréquentes et assez peu discrètes pour que nul n'ignore les pratiques frauduleuses auxquelles se livrent des industriels sans scrupules. Et la guerre est-elle si loin dans notre souvenir qu'on ait déjà pu oublier quelle mixture innommable était souvent, au dire de ceux qui le buvaient, le pinard, divinisé depuis, distribué aux armées ?

Mais laissons cela. Le vin *naturel*, seul, disiez-vous, un *homme normal* en peut boire impunément, et seulement en *quantité modérée*. Je pose à nouveau la question : combien, ici ou ailleurs, car ni le vin tripatouillé, ni les tares physiologiques, ni une tendance trop humaine à dépasser les bornes préalablement fixées ne sont le propre de ma région méridionale, pour nous, médecins, combien d'hommes peuvent-ils être considérés comme normaux ? Quel est celui dont l'organisme, héréditairement indemne, n'a point, tôt ou tard, subi quelque atteinte ? et quelles sont d'entre ces dernières, celles que vous jugerez compatibles ou non avec l'usage du vin ? Avant d'y autoriser celui dont, après tant d'autres, vous croyez devoir flatter le penchant, lui imposerez-vous d'abord un examen de son métabolisme ?

Et à un sujet reconnu normal, comment chiffrez-vous cette quantité modérée de vin que vous estimez ne pouvoir lui nuire ? de vin et d'autres boissons alcooliques, puisqu'il apparaît que vous ne limitez plus au vin votre mansuétude ? Pour que la modération puisse servir de couverture aussi bien aux représentants de cet antialcoolisme verbal parmi lesquels vous vous rangez, qu'aux militants les plus fougueux de la C. G. V. et les plus directement intéressés au commerce des vins et spiritueux, ne faut-il pas qu'elle soit singulièrement élastique? De fait, est-il un seul buveur qui n'ait la prétention de se tenir dans une « juste mesure » ? et qui soit assuré de ne jamais aller au-delà ? Nous attendons toujours qu'on veuille bien nous dire ou se place cette barrière mobile qui, à votre idée, en matière d'alcoolisme, sépare l'usage de l'abus. Nous ne connaissons, nous, qu'une seule façon de nous garder du danger que présente l'alcool, qu'admettent, par définition, tous les modérés, et que n'osent ouvertement nier les plus audacieux d'entre ceux qui, par conviction ou par intérêt, louangent l'alcool et le vin : c'est de renoncer rigoureusement à tout breuvage alcoolique fermenté et distillé, quel qu'il soit, sous toutes ses formes, et en toute circonstance, serait-ce aux agapes confraternelles où vous voulez bien souhaiter ma présence. Nous ne concevons pas que nous puissions autrement nous préserver entièrement nous-même et préserver nos semblables. La modération peut être un fait, mais non un principe. Elle ne peut en aucune manière avoir force d'exemple. Pour exercer toute l'autorité désirable sur le malade à qui son devoir l'oblige à interdire l'alcool ou le vin, le médecin doit pouvoir montrer qu'il s'en passe lui-même.

Pourquoi paraîtrait-il plus fanatique, ce faisant, qu'en s'abstenant de morphine, d'opium, de cocaïne, de haschich ?

Ce dont les tempérants dont vous vous réclamez ont horreur, bien plus que « de tout ce qui est exagération et de tout ce qui pourrait paraître fanatisme », n'est-ce pas, en réalité, le sacrifice de chères petites habitudes ? Il est si facile évidemment de mettre en repos une conscience complaisante en donnant à quelque ligue une adhésion qui n'implique aucune réforme de soi-même !

Il est si commode aussi, quand on est bien obligé de reconnaître que l'action des innombrables modérés ou prétendus tels n'a pu enrayer la progression de l'alcoolisme, d'en rendre responsables ces insensés d'abstinents !

Voyez, en effet, jusqu'où vont notre aberration et notre inconséquence.

Nous osons combattre le vin, *véhicule d'alcool, à cause de cet alcool*, contre lequel vous, modérés, êtes, dites-vous, partis en guerre. Nous dénonçons ce sophisme de l'orthodoxie régnante : le vin antidote de l'alcool. Nous prétendons que si le jus du raisin possède quelques vertus indéniables, ce n'est pas l'alcool, produit de la fermentation, qui les lui confère. Que, en raison des conditions mêmes auxquelles vous devez en limiter l'usage, *à cause de l'alcool*, ces vertus du vin ne sauraient être utilisées par tous. Qu'il est pourtant facile d'en faire bénéficier tout le monde parce qu'il est des manières extrêmement variées de tirer du produit de la vigne tout le profit possible, qui est immense. Et qu'au lieu de flatter les préjugés et la routine des vignerons — puisque vignerons il y a, et pour ne point parler des industriels de la viticulture — on peut, oui l'on peut, on l'a fait, on le fait avec succès, leur faire entendre que la réforme souhaitée par les abstinents est beaucoup plus conforme à leurs intérêts que la modération conseillée avec plus ou moins de bonne foi : car nous prêchons *la consommation la plus large possible* du raisin frais, du raisin sec, des pâtes, des concentrés, gelée ou miel de raisin, des vins sans alcool.

Quand, dans tous les domaines, il est permis, sans

s'exposer «à n'être pas pris au sérieux», de détacher ses regards d'un passé dont il faut, certes, conserver ce qu'il nous a légué de bon, mais laisser le reste, pour entreprendre les révisions nécessaires et réaliser les projets les plus hardis, il serait donc interdit, chez nous, d'innover, s'il s'agit de la vigne et du vin ?

Oserai-je enfin ajouter que l'exemple, que vous m'opposez, de quelques honorables confrères octo ou nonagénaires, amis du vin, parmi lesquels vous omettez le vénérable et quasi-centenaire doyen de l'Académie de médecine, le Dr Guéniot, lequel préconise également une à deux cuillerées à café de cognac ou de rhum deux fois par semaine, oserai-je ajouter que cela ne m'impressionne guère ? Longévité relative, du reste, et qui ne nous étonne que parce que depuis bien longtemps, peut-être depuis des milliers d'années que les hommes font du vin et qu'ils en boivent, on a perdu de vue que notre organisme est physiologiquement construit pour durer quelque 140 ans. Mais si l'on peut signaler certains heureux vieillards alertes de corps et d'esprit et « buvant volontiers un verre de bon vin », qu'est-ce que cela prouve ? Cesserez-vous de condamner l'abus de l'alcool si l'on vous cite, ce qui est fort possible, tel alcoolique avéré, voire tel ivrogne incorrigible, parvenu à un âge avancé ? Tous les combattants n'ont pas été tués à la guerre. Qui aurait le courage de soutenir qu'elle n'a pas fait assez de victimes pour que le vœu de tout homme raisonnable doive être l'abolition d'un pareil fléau ?

Vous estimez que, dans cette lutte contre l'alcool qu'il est dites-vous justement, « du devoir de tout médecin de soutenir et de bien mener », l'on doit tout attendre des modérés. Ne sont-ils pas plutôt les inconscients et satisfaits porteurs de germe de cette maladie sociale ?

Mais nos points de vue sont si éloignés que je n'ose me flatter de vous convaincre. Et en m'excusent d'avoir donné trop d'étendue aux considérations qui précèdent, que j'ai cependant écourtées le plus possible et qui sont bien insuffisantes pour un pareil sujet, je vous remercie très sincèrement de m'avoir fourni une nouvelle occasion de les exposer.

Veuillez bien agréer, très honoré Confrère, mes sentiments de déférente confraternité.

Dr Paul DAUPHIN.

Nous n'éterniserons pas cette polémique, renvoyant pour la continuer le distingué secrétaire général de l'Association des médecins abstinents à la nouvelle Société dont on nous a fait part récemment de la création, celle des Médecins Amis du Vin. Résolument adversaire des extrêmes, nous ne ferons partie ni de l'un ni de l'autre de ces goupements.

Nous ferons toutefois remarquer qu'il se manifeste une tendance à l'étude expérimentale du vin sur nos organes. Nous venons de recevoir une thèse de Paris, soutenue par le Dr Albert Vincent, intitulée : *De certaines réactions du rein à nos vins blancs régionaux* où l'auteur affirme que « les vins les plus favorables au rein et les meilleurs excitants de l'action éliminatrice, ce sont surtout les vins sucrés ; le vin type qui contiennent à la fois sucre, sels de potasse et acide tartrique à dose modérée, est le vin d'Anjou. »

M. le Dr Paul Dauphin nous répète les arguments que nous entendons depuis près de quarante ans, sans qu'ils soient parvenus à nous convaincre. Ces arguments sont ceux de tous les abstinents et leur doctrine a été appliquée, avec le succès que l'on connait dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

Qu'il y ait des vins falsifiés, nous n'en disconvenons pas. Toutefois, c'est aller un peu loin que d'affirmer qu'il n'y a pas de bons vins naturels en France.

En prétendant que tous les hommes sont héréditairement tarés, notre Confrère prend à son compte la doctrine si plaisamment définie par Knock : « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore. » C'est sans doute exact. Tous les hommes sont anormaux, mais il conviendrait de définir ce que c'est qu'un homme normal. Il ne faut pas boire de vin, dit le Dr P. Dauphin, parce que le vin contient de l'alcool et que l'alcool est un poison. A ce compte, on ne devrait absorber aucun aliment, car de quel aliment ne peut-on à l'heure actuelle extraire un poison ? Quel est l'aliment qui, pris en excès, n'est pas un poison pour notre organisme ? Enfin M. P. Dauphin discute sur la longévité des confrères que nous lui avons cités et qui, cependant, consomment du vin. Quatre-vingts ans, quatre-vingt-dix ans, dit-il, qu'est-ce que cela ? « On a perdu de vue que notre organisme est physiologiquement construit pour durer quelque 140 ans ». Pourquoi se borner à 140 ans. ? Si nous prenons comme autorité la *Genèse*, nous y trouvons qu'Adam vécut 930 ans ; que Mathusalem mourut à 969 ans et que Noë, le bon père Noë, qui cependant buvait du vin, et parfois en abusait, atteignit sa 950e année ! ! Mais trêve de plaisanterie.

Comme le dit très bien notre excellent confrère, le Dr Paul Dauphin, nous n'arriverons ni l'un, ni l'autre, à nous convaincre, car nos points de vue sont trop différents et trop éloignés. M. le Dr P. Dauphin émet des doctrines absolues, il pousse son raisonnement jusqu'aux extrêmes limites de la logique. Nous, nous savons par

expérience, que les idées extrêmes, malgré leur logique, dépassent le plus souvent les bornes de la raison et nous nous confinons dans le domaine plus restreint de la vie pratique, dans celui qu'il est convenu d'appeler le domaine du bon sens, du sens commun. Notre Confrère est de la race des apôtres, des enthousiastes, qui, très sincères dans leurs convictions, sont persuadés détenir la vérité vraie. L'âge nous a rendus, nous, plus sceptiques ; nous savons par expérience combien on erre en cherchant la vérité, toute la vérité, et combien les découvertes de prétendues vérités sont éphémères et décevantes. Nous sommes et resterons homme moyen, homme de la rue, homme tout court. Et voilà pourquoi nous renoncerons mutuellement à nous convaincre. Nous laissons au Dr Paul Dauphin sa foi d'abstinent et préférons garder notre conviction des douceurs de la tempérance qui nous permet de goûter à tous les plaisirs et, même aussi, au bon vin, sans pour cela en abuser, ni en souffrir.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT PHYSIQUE DU FIBROME UTÉRIN

Dr Ch. Guilbert,

Radiologiste de l'Hôpital Boucicaut

Il n'est peut-être pas une intervention thérapeutique qui ait été plus discutée en France durant ces dix dernières années que la thérapeutique physique du fibrome utérin. Depuis vingt ans, la radiothérapie paraissait avoir acquis ses lettres patentes. A la suite des statistiques enthousiastes de A. Béclere, une réaction d'envergure a été déclenchée par le corps chirurgical. Limitant d'abord son action à la détermination exacte des indications de la radiothérapie, ce qui était nécessaire, on est allé jusqu'à lui dénier toute action thérapeutique et même jusqu'à l'accuser de provoquer une sorte de désintégration des tissus ou des adhérences, qui, en cas de non réussite de l'application physique, empêchaient tout acte chirurgical ultérieur. Il fallait pourtant laisser à côté de l'exérèse une autre possibilité thérapeutique ; et ainsi, l'application de radium connut une vogue injustifiée, car l'action du radium est identique à celle de la radiothérapie; elle n'est pas plus rapide, elle immobilise la malade, et peut être la cause d'infection secondaire, tandis que la röntgenthérapie ne présente aucun danger, laisse à la malade toute liberté d'action et le succès, la rapidité du résultat acquis sont les mêmes.

***

Objections faites au traitement Röntgenthérapique

1° *Le fibrome utérin n'est pas d'un diagnostic facile. Derrière lui se dissimulent des complications qui mettent au premier plan l'exérèse chirurgicale.*

Nous devons supposer que tout médecin appliquant un traitement est capable de faire un diagnostic , même difficile. Nous pouvons même espérer que la tournure d'esprit du radiologiste doit l'amener à préciser les modalités du diagnostic aussi bien qu'un autre médecin. Et même, poussant plus loin l'étendue des hypothèses, nous ne pouvons douter que son diagnostic fait et les indications bien posées, le spécialiste ne donne à son malade toutes ses conclusions, même si elles ne sont pas du cadre de sa spécialité.

2° *Le fibrome utérin n'est pas touché par la radiothérapie. Il reste inchangé. Seul, le symptôme hémorragie est modifié.*

C'est une objection à laquelle les faits répondent par eux-mêmes. De nombreux auteurs étrangers, surtout quand ils sont à la fois chirurgiens et radiologistes, ont publié leurs statistiques. C'est Wintz d'Erlangner, Gall de Budapest, Strassmann de Berlin et d'autres encore. Tous déclarent que les succès de la radiothérapie sont de 81 à 92 % quand les indications sont bien suivies. Le pourcentage des fibromes justiciables des rayons X parait varier de 47 à 61 %. C'est à peu près ce que nous avons constaté. Mais il y a plus, les circonstances ont voulu que nous ayons pu faire examiner histologiquement un utérus traité par nous-même et pour lequel le diagnostic clinique était incontestable, étant

donné le nombre et la valeur des médecins qui avaient examiné avant nous.

Nous avons publié cette observation ici même ; nous ne citerons aujourd'hui que les conclusions de l'examen histologique.

A. Atrophie des ovaires.

B. Atrophie de la muqueuse utérine qui ne peut être due à un curettage puisque la malade n'avait subi aucune opération antérieure.

C. Enfin une dégénérescence cirrhotique du muscle utérin en certains endroits, qui est probablement la seule trace visible de l'ancien fibrome utérin.

3° *L'irradiation provoque des adhérences qui troublent l'acte opératoire, quand il devient ultérieurement nécessaire.*

On a vu que, dans l'opération qui précède, le Dr Savariaud ne note aucune adhérence péri-utérine.

Mais ce témoignage serait inopérant à lui seul, si le Dr Louis Basy, chirurgien des hôpitaux, n'avait fait justice de ce grief dans une communication à l'Académie de médecine (1) dont voici le résumé :

« Les chirurgiens appelés à intervenir sur des « malades préalablement irradiées ont parfois « constaté des lésions d'une importance et d'une « complexité insolites, adhérences étendues, « friabilité particulière des tissus, etc., et ont été « tentés d'en attribuer la production aux rayons « X. Ces lésions ne s'observent cependant que par « exception ; les rayons X sont donc, à eux seuls, « incapables de les provoquer et elles ne peuvent » s'expliquer que par l'intervention d'un facteur « variable, à savoir l'infection des organes irra- « diés. Telle est l'opinion que l'auteur s'est effor- « cé de vérifier expérimentalement avec le con- « cours du Dr Solomon, de l'hôpital Saint-Antoine. « Après s'être assurés que le cobaye normal sup- « porte impunément une dose de 500 R, même plu- « sieurs fois répétée, après avoir vérifié, à l'aide « du bacille de la fléole auquel le cobaye est nor- « malement insensible, que l'application des « rayons X est incapable de rendre pathogènes des « microbes qui ne le sont pas, ils ont provoqué « chez des cobayes une infection streptococcique « localisée sous la forme d'un abcès dont les di- « mensions pouvaient atteindre le volume d'une « prune. Tandis que les témoins n'ont jamais pré- « senté de tendance spontanée à la généralisation « ou à la diffusion, les cobayes porteurs d'une « telle lésion locale et irradiés à la dose de 500 R « se comportèrent comme il suit : Quelques-uns « succombèrent après une seule séance d'irra- « diation, dans un délai d'environ trois jours. « D'autres succombèrent le lendemain ou le sur- « lendemain d'une seconde séance d'irradiation, « pratiquée à une semaine d'intervalle de la pre- « mière.

« Dans tous les cas, on trouva à l'autopsie un « phlegmon diffus de la paroi abdominale, con- « tenant un pus séreux blanchâtre avec placards « tissulaires escharifiés et dans lequel l'examen « bactériologique révélait du streptocoque à l'é- « tat pur. Chez un cobaye qui avait subi deux « séances d'irradiation, à une semaine d'intervalle, « on vit, après la seconde séance, se développer, « sans phénomènes locaux, de véritables phé- « nomènes toxiques dont l'animal, après avoir « semblé agonisant, finit toutefois par guérir. « Enfin, un 4e groupe de cobayes survécut, bien « qu'ayant reçu 5 séances d'irradiation à une se- « maine d'intervalle.

« Ces expériences concordent avec celles de « Loeven en 1909 et d'Oeller en 1925, ainsi qu'a- « vec les observations de Regaud sur l'action « du radium dans les cas d'utérus infectés. Elles « expliquent les phénomènes toxi-infectieux et les « lésions de pelvi-péritonite grave avec adhérences « multiples et altérations profondes des tissus ob- « servées parfois au cours d'interventions chirur- « gicales chez des malades précédemment irra- « diées ; elles conduisent à des conclusions prati- « ques qu'il n'est pas nécessaire de développer. »

Il est probable que les adhérences que l'on a mises à l'actif de l'intervention radiologique préexistaient. Il serait intéressant de noter combien de fois l'exérèse chirurgicale se trouve laborieuse du fait d'adhérences multiples si serrées qu'il faut parfois « sculpter » la tumeur et cela, en dehors de toute application de rayons X.

Enfin je ne crois pas que l'on puisse nier les adhérences post-opératoires consécutives à une simple appendicectomie. A-t-on noté dans l'histoire de la chirurgie moderne qu'un chirurgien ait reculé devant une opération nécessaire parce qu'une intervention antérieure aurait pu provoquer des adhérences ?

4° *L'irradiation peut provoquer la dégénérescence néoplasique.*

Après l'ablation chirurgicale d'un fibrome d'apparence très simple, après même une analyse histologique faite dans les conditions de parfaite garantie, après curettage préalable, on a parfois la surprise de voir une poussée néoplasique se faire dans les tissus cicatriciels ou sur le col laissé dans l'hystérectomie sub-totale. Il ne faut pas s'étonner qu'il en soit ainsi après la radiothérapie : « La « coexistence d'un épithélioma de la muqueuse « utérine, a écrit Béclère, est une lésion indépen- « dante, surajoutée, très différente du siège du « fibrome », et nous pourrions ajouter, de son traitement. Reste la dégénérescence sarcomateuse. Ici, le traitement radiothérapique est la seule thérapeutique indiquée, même pour les sarcomes utérins, reconnus inopérables après laparotomie.

(1) BAZY (L.). — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1928, n° 4, séance du 24 janvier, p. 123.

Cette objection a été amenée par les observations multiples de la dégénérescence cancéreuse des radiodermites professionnelles. Dans ce cas la répétition d'une irritation mécanique, ou plutôt physique, les rayons X, a amené à la suite de longues années et après des lésions inflammatoires chroniques, une dégénérescence épithéliomateuse de l'endroit lésé, comme l'aurait produite toute autre cause irritante locale : acide, goudron, ou simple lésion chronique de la peau.

Si l'on était donc en droit de redouter une dégénérescence néoplasique consécutive à l'application thérapeutique röntgen, c'est à la peau qui reçoit toute la dose qu'on devrait la rencontrer, aux ovaires qui reçoivent une dose profonde plus intense, plutôt qu'à la muqueuse utérine moins directement irradiée, et il n'y a nulle observation de ces localisations néoplasiques à la suite d'une application thérapeutique sur la peau ou sur les ovaires.

***

Contre-indication de la radiothérapie

Ces polémiques eurent l'avantage de préciser les indications et contre-indications de la radiothérapie des fibromes. Cependant, les auteurs ne sont pas d'accord, du moins quant au pourcentage des fibromes justiciables de la radiothérapie. A. Béclère donne comme pourcentage justiciable de la chirurgie 10 %. C'est d'un éclectisme un peu enthousiaste peut-être si l'on considère l'ensemble des contre-indications cliniques. Proust, au même congrès de chirurgie, élève ce pourcentage à 50 %. Il semble que ce soit à peu près la proportion des statistiques des gynécologues utilisant eux-mêmes, suivant les indications, l'exérèse ou les rayons X. Gall utilise la radiothérapie dans 55 % des cas. Schickelé de Strasbourg, dans 54, 7 %.

Les contre-indications formelles de la radiothérapie sont :

1° Les fibromes exerçant une compression sur les organes voisins et déclanchant ainsi des symptômes précis ;

2° Les fibromes sphacélés accompagnés de lésions inflammatoires au niveau des annexes ;

3° Les fibromes calcifiés ;

4° Les fibromes sous-séreux pédiculés ;

5° Les fibromes accompagnés d'une lésion concomittante nécessitant une intervention chirurgicale (kyste, appendicite, annexite) ;

A ces contre-indications, il convient d'ajouter la tumeur fibromateuse se développant après la ménopause, à cause de l'erreur de diagnostic possible et de l'incertitude de l'action des rayons X.

Schickelé opère les malades atteintes d'hémorragie grave. Nous avons, au contraire, irradié des malades si affaiblies par l'hémorragie que le choc opératoire était à redouter.

Les fibromes à développement rapide ne sont pas une contre-indication du traitement physique, nous le verrons, car l'action du traitement suffisant et bien appliqué est lui-même rapide.

Enfin Wintz ne considère pas que le fibrome sous-muqueux soit une indication chirurgicale.

La jeunesse de la malade n'est pas une contre-indication, du moins quand le volume de la tumeur peut faire prévoir une hyrtérectomie totale.

Contrairement à l'opinion de Schickelé, la radiothérapie est agissante, même chez une malade de 30 ans. Nous en avons irradiées plusieurs avec succès. Cependant, si la myomectomie avec conservations des ovaires et de la fonction génitale paraît possible, l'intervention chirurgicale est préférable à l'irradiation.

***

Technique de l'irradiation

La technique de l'irradiation doit s'inspirer de la radiosensibilité des différentse parties de l'ovaire, ovule, follicules, etc ... Or, si nous nous reportons au travail récent de Regaud, son étude très complète peut se résumer en deux conclusions très importantes au point de vue de la radiosensibilité générale des cellules germinatives de l'ovaire : 1° dans les follicules primaires l'ovocyte est très sensible, il est touché précocement et les cellules folliculeuses dégénèrent après avoir digéré les débris de l'ovocyte. Même marche pour les follicules paucistratifiés ; 2° Au contraire, pour les follicules multistratifiés et pour les follicules achevés, l'ovocyte devient radiorésistant, tandis que les cellules folliculeuses sont plus sensibles. L'irradiation produit donc une maturation anticipée d'un ovule dont la liquidation est très lente.

Et, ainsi que le dit Regaud, « la conséquence « est que l'on obtient facilement la disparition de « la totalité des follicules dont l'évolution est « commencée, parce que ce sont les plus fragiles . . . « D'autre part, la liquidation des débris de l'ovo- « cyte est d'autant plus rapide qu'il appartient à « un follicule plus jeune ».

Il semble bien que théoriquement, d'après ceci, toutes les cellules ovariennes sont touchées dans un temps très court et qu'il n'est nul besoin d'étaler l'irradiation sur des semaines pour obtenir la stérilisation.

Mais fallut-il une preuve expérimentale, elle nous est donnée par l'application curiethérapique faite pour le fibrome. A dose suffisante, l'application de radium produit en 48 heures la stérilisation. Pourquoi nier, par respect d'un dogmatisme ancien, qu'il existe une dose de rayons X susceptible de produire la stérilisation dans un court espace de temps ? Zaretzky a démontré

expérimentalement que la castration en une séance est plus efficace que l'application faite en plusieurs doses assez faibles.

Il y a donc une dose de castration.

L'expérience l'a du reste démontré. Kronig, Friedrich, Wintz, ont obtenu dans tous les cas la stérilisation par une dose massive. Nous-même, après avoir employé cette méthode depuis près de dix ans, nous pouvons affirmer qu'elle s'est toujours montrée efficace quand les indications de la radiothérapie étaient formelles.

C'est pourquoi, pour le fibrome, nous donnons la préférence à la technique des doses massives.

Enfin cette méthode met la radiothérapie sur le plan de la radiumthérapie pour la rapidité de l'exécution du traitement et des résultats obtenus, et elle n'a pas, comme cette dernière méthode, le désagrément de nécessiter une dilatation du col et d'immobiliser la malade au lit pendant huit ou dix jours.

Les suites de l'irradiation massive ne sont pas plus à redouter que celles de l'hystérectomie, ou celles de la curiethérapie. La crainte de celle-ci n'a jamais fait renoncer un chirurgien à faire une hystérectomie quand elle est indiquée, ni un curiethérapeute à faire une castration en une seule application.

***

Résultats de l'irradiation des fibromes

Le résultat est variable selon la méthode employée et, ainsi que le note Iser Solomon à propos de la statistique de Schmidt : « le pourcentage des guérisons augmente régulièrement avec l'amélioration de la technique ». Il faut d'abord mettre en principe que *la guérison ne peut être envisagée qu'après la stérilisation définitive et complète.* Alors seulement la tumeur commence à régresser. Donc toute aménorrhée transitoire doit laisser craindre la récidive.

La guérison ne peut se dire complète qu'après la disparition de la tumeur. Si nous prenons la statistique de Solomon il note :

Disparition complète	38 %
Réduction de plus de moitié......	33 %
Réduction notable..............	18 %
Réduction peu marquée	8 %

Cette statistique prend l'ensemble des cas, car pour l'auteur, les contre-indications de la radiothérapie sont assez réduites : 10 % des fibromes ; il serait donc nécessaire pour qu'elle soit comparable avec une autre statistique que les cas soient semblables.

Les grosses tumeurs, surtout sous-péritonéales, donnent, même après disparition des phénomènes subjectifs, une réduction sensible mais peu marquée. Le fibrome, après la ménopause, donne un pourcentage de succès minime, l'irradiation n'amène qu'une régression incomplète. Le fibrome infiltrant ou la tumeur interstitielle de volume moyen, avant la ménopause, régresse presque toujours complètement ; c'est du reste l'indication de choix de la radiothérapie.

Dans la méthode des doses fractionnées, la stérilisation que nous considérons comme nécessaire est parfois longue à obtenir. Nous avons vu, et nous ne sommes pas seul, des malades ayant reçu 20, 40 et même 80 séances d'irradiation sans obtenir la ménopause artificielle.

Dans la méthode des doses massives, la cessation des règles est obtenue un mois ou deux après l'application, selon l'époque intermenstruelle où a eu lieu l'irradiation, et selon que la dose a été donnée en un jour ou en plusieurs jours.

L'époque intermenstruelle de choix est celle qui suit immédiatement les règles (Wintz).

Comme nous répartissons la dose sur deux ou trois jours, la ménopause d'emblée est exceptionnelle dans notre statistique :

Aménorrhée d'emblée	20 %
Une menstruation	25 %
Deux menstruations............	50 %
Aménorrhée transitoire	5 %

La régression de la tumeur ne commence qu'après la ménopause artificielle et elle n'atteint son maximum qu'après six mois à un an.

Dans les cas que nous avons traités, la disparition complète de la tumeur a pu être constatée dans 70 % des cas, mais encore une fois il s'agit d'une statistique portant sur des cas choisis, respectant toute contre-indication, et nous ne voulons pas en faire état pour justifier notre manière de faire.

La méthode des doses massives, à notre avis, se justifie par la sécurité et la rapidité de la stérilisation et elle suffit par elle-même à rendre inutile la curiethérapie des fibromes qui ne trouve sa raison d'être que dans l'emploi de doses trop fractionnées et trop étalées. Il n'y a, nous le répétons, qu'une indication de radiumthérapie du fibrome : l'obésité de la malade.

LES ALBUMINURIES ORTHOSTATIQUES

Par G. Siguret, (de Saint-Nectaire)

Ancien préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le groupe important des albuminuries intermittentes, il existe une classe d'albuminuries qui apparaissent sous l'influence exclusive de la station verticale et disparaissent dès que le sujet est mis en position horizontale. Ce sont les albuminuries orthostatiques.

Distinctes des autres albuminuries intermittentes : albuminuries digestives, albuminuries de fatigue, albuminuries cycliques, albuminuries du rein mobile, de la lordose, etc..., ces albuminuries orthostatiques pures constituent une affection relativement rare par rapport à l'ensemble des autres albuminuries intermittentes.

Il importe, malgré tout, de savoir les diagnostiquer, car le diagnostic conduira à des considérations utiles lorsqu'il s'agira d'instituer le traitement et l'on pourra ainsi empêcher souvent l'albuminurie de se transformer en néphrite.

Les *sujets* qui sont atteints d'albuminurie orthostatique sont presque toujours des sujets jeunes , *ils se présentent* :

a) *Tantôt avec une croissance normale* et une apparence clinique de bonne santé ; simplement un peu de pâleur et de nervosité ;

b) *Tantôt avec une croissance insuffisante* : taille et poids inférieurs aux moyennes de l'âge ;

c) *Tantôt* enfin, et cela dans la grande majorité des cas, *avec une croissance exagérée,* réalisant le « type hyposphyxique de Martinet ».

Tous leurs appareils peuvent être touchés, mais le plus ordinairement, on trouve des troubles circulatoires (acrocyanose, hypotension, tachycardie, vertiges) ; nerveux (fatigabilité, asthénie, céphalée) ; digestifs (anorexie, atonie gastrique), endocriniens.

En tous cas, la SYMPTOMATOLOGIE *ne se trouve jamais au complet.*

Les urines émises en position orthostatique, contiennent en outre de l'albumine (serine et globuline) de l'urée en très petite quantité, mais, par contre, beaucoup d'acide urique et encore plus de phosphates ; il n'y a pas de cylindres urinaires à signification pathologique. Règle générale, les éliminations hydrique, chlorurée et azotée sont satisfaisantes.

Placés dans de bonnes conditions et traités méthodiquement, les albuminuriques à type orthostatique s'améliorent graduellement et finissent, pour la plupart, par guérir lorsqu'ils sont parvenus à la fin de la période de croissance.

En effet, si dans certains cas, il existe une lésion rénale indiscutable, le plus souvent, il semble que le rein ne soit atteint que d'un manque de résistance, de « débilité » suivant le mot du prof. Castaigne, et qu'il faille simplement le fortifier.

Le PRONOSTIC est donc *ordinairement favorable.*

Le traitement comportera des prescriptions médicamenteuses et hygiéno-diététiques.

A) Médication

a) On recommandera l'usage *des toniques généraux.*

Les plus efficaces m'ont toujours paru être les sels de chaux intéressants au triple point de vue tonique général, reconstituant minéral, modificateur des propriétés sanguines.

Je prescris volontiers :

Chlorure de calcium................	10 gr.
Sirop de limon......................	60 gr.
Eau de fleurs d'orangers........q. s.p.	150 cc.

(Une à deux cuillerées à soupe par jour).

que j'alterne chaque quinzaine (car il faut varier les médicaments), avec des préparations ferrugineuses, phosphoriques ou arsénicales :

Protoxalate de fer.................	0.15
Excipient..........................	q. s.

Pour une pilule nº 30. Une à deux par jour.

ou :

Protoiodure de fer.................	0.10
Excipient..........................	q. s.

Pour une pilule, nº 30. Une à deux par jour.

ou :

Sirop d'iodure de fer.............. }	ââ 125 cc.
Sirop de quinquina .... }	
Glycérine neutre q. s. pour..........	310 cc.

Deux à trois cuillerées à soupe.

ou :

Phosphate tricalcique	0.25
Glycérophosphate de chaux..........	0.10

Deux cachets par jour.

ou :

Acide phosphorique officinal	10 gr.
Phosphate acide de soude............	20 gr.
Eau distillée q. s. pour..............	150 cc.

Deux à quatre cuillerées à café par jour.

ou :

Phytine............................	0.25

Un à trois cachets par jour.

ou :

Arséniate de soude	0.10
Eau distillée	310 cc.

Une à trois cuillerées à soupe par jour.

Il m'arrive fréquemment d'ordonner une cuillerée à café matin, midi et soir du mélange ci-dessous, qui est également très recommandable :

Sulfate de strychnine	0.05
Arséniate de soude	0.10
Glycérophosphate de chaux	ââ 10 gr.
Glycérophosphate de soude	ââ 10 gr.
Glycérophosphate de magnésie	ââ 10 gr.
Extrait fluide de quinquina	30 gr.
Cognac vieux	30 gr.
Glycérine neutre q. s. pour	150 cc.

Ceci une quinzaine de jours tous les deux ou trois mois.

b) *Les préparations opothérapiques associées*, à base de surrénale, hypophyse, thyroïde, ovaire, ou extrait testiculaire, m'ont donné parfois de réels succès ;

c) *Les toniques cardio-vasculaires sont utiles* en cas d'hypotension ou d'atonie cardio-vasculaire.

Les plus recommandables sont : la strychnine, (0.001 à 0.002 milligrammes), l'adrénaline en solution au 1/1000e (XX à XXV gouttes), la caféine (0.05 à 0.10 centigrammes), la spartéine (0.05 à 0.15 centigrammes) ; exemple :

Sulfate de strychnine	un centigramme
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 cc.

1 à 4 cuillerées à café par jour.

Sulfate de spartéine	0.05
Extrait de genièvre	q. s.

Pour une pilule, n° 30.
1 à 3 par jour.

Benzoate de soude	ââ 0.50
Caféine	ââ 0.50
Sirop de quinquina	110 cc.
Eau de fleurs d'oranger s. q. s. pour	310 cc.

Une à deux cuillerées à soupe par jour.

d) *Les modificateurs du système végétatif*, peuvent donner de bons effets.

L'atropine à la dose de un à trois dizièmes de milligramme, sera réservée aux cas dans lesquels, il existe des signes manifestes d'hypersympathicotonie ; l'adrénaline sera prescrite dans le cas inverse.

B) Mesures hygiéno-diététiques

a) Régime. — Il serait déplorable d'imposer un régime sévère aux sujets atteints d'albuminurie orthostatique pure ; le *régime lacté* et le *régime déchloruré* sont *absolument contre-indiqués.*

Il faut instituer un *régime assez large,* car il est nécessaire de tenir compte des besoins nutritifs spéciaux de l'organisme en pleine croissance.

A cet égard, voici comment on peut procéder :

Dix grammes *de viande* environ par jour et par année d'âge suivant les conseils de M. J. Renault et Mme de Tannenberg ; on choisira des viandes adultes ; on veillera à ce qu'elles soient très fraîches ; on les recommandera grillées ou rôties toujours très cuites et on en prescrira de préférence l'usage aux repas de midi. — Pour apporter de la variété au régime carné, on remplacera de temps en temps, les viandes de boucherie par des poissons maigres de rivière et exceptionnellement des poissons de mer ; bien entendu les poissons doivent être également d'une fraîcheur absolue ; ils pourront être consommés bouillis ou grillés ; la friture est une préparation peu recommandable et tout poisson frit devra être mangé sans la peau. Personnellement, j'interdis l'usage de la viande et du poisson un jour par semaine. Les *pâtes* et les *laitages* en quantité modérée auront leur utilité de même que les *féculents*, les *légumes verts*, sauf l'oseille, les asperges et la rhubarbe et les *purées de légumes secs*, mais ces derniers à petites doses, de même que les *œufs* et les *pâtisseries*. Permis également les *gâteaux secs*, les *fruits* cuits et crus s'ils ne sont pas acides.

Le *pain* sera toléré en petite quantité et grillé de préférence.

L'*eau coupée de vin* et même un verre à Bordeaux de vin vieux ; les *bières légères*, le *cidre*, seront des boissons permises, ainsi que le *thé*, le *cacao* et le *café léger*, mais ce dernier par intermittences seulement.

Le *sucre*, le *beurre*, un peu de *sel*, de *poivre*, de *moutarde*, *du thym*, de l'*estragon*, du *cerfeuil*, de l'*oignon* et de l'*ail*, seront autorisés.

Mais on interdira formellement : les *hors-d'œuvre*, les *crudités*, les *viandes grasses*, *conservées*, *faisandées*, ou *fumées*, la *charcuterie* (sauf le maigre de jambon), les *poissons gras*, les *conserves*, les *fromages forts*, l'*alcool*, les *liqueurs*, les *condiments en excès*.

b) Règles générales d'hygiène. — Les albuminuriques à type orthostatique ont besoin de *repos physique* et *intellectuel.*

On prescrira donc le repos ; non pas le repos absolu et total, mais un repos prolongé au lit, matin et soir, et un repos d'une heure ou deux dans le décubitus horizontal après le repas de midi.

La *station debout*, immobile, sera *défendue.* En dehors des heures de repos, on entraînera petit à petit ces malades à faire des exercices à condition que les *exercices* ne soient *pas violents*, et qu'ils ne soient *pas trop prolongés.*

A cet égard, on insistera sur les *marches courtes en terrain plat* ; pas d'ascensions, pas de courses en terrain escarpé. La boxe, la gymnastique aux agrès, l'équitation, la motocyclette et même le croquet seront interdits ; par contre, l'*escrime*, le *canot*, la *bicyclette*, le *tennis* à condition d'en faire modérément, seront tolérés ; de même, la *gymnastique suédoise*, pourvu qu'elle soit exécutée dans le décubitus horizontal ou faite sous la direction de professeurs, qui n'imposeront que des mouvements développant la souplesse de la colonne vertébrale et la vigueur des muscles qui s'y insèrent.

Le *matériel scolaire* sera particulièrement surveillé.

On combattra la *ptose rénale*, si elle existe, par une *sangle abdominale* ou une ceinture spéciale.

Le *froid* est un ennemi redoutable pour les albuminuriques orthostatiques ; en conséquence, on mettra tout en œuvre pour éviter les refroidissements ; le port d'*une ceinture de flanelle*, de *sous-vêtements de laine*, de *chaussures* et de *pantouffles simples* ou *fourrées* suivant la saison, sera conseillé.

On évitera les maladies intercurrentes, et autant que possible, les infections pharyngées, par une *désinfection fréquente du rhino-pharynx*.

Contre l'atonie vasculaire et l'hypotension artérielle, on recommandera les *affusions*, les *bains*, les *douches*, les *enveloppements*, les *lotions chaudes*, ainsi que les *frictions générales sèches ou alcooliques* et *les massages*.

L'*actinothérapie* sera d'un précieux secours en raison de son action bienfaisante sur le relèvement de l'état général.

Une dernière question se pose, question qui ne manque pas parfois d'être embarrassante. Doit-on recommander aux albuminuriques orthostatiques, la mer ou la montagne ? Faut-il prescrire une cure hydro-minérale ?

Question *montagne*, demi-montagne particulièrement, il ne saurait y avoir de doute ; l'*altitude modérée* convient admirablement aux albuminuriques orthostatiques qui sont des débiles rénaux pendant les mois d'été ; par contre, les mois d'hiver, on interdira la montagne, en raison des refroidissements possibles.

L'envoi à la *mer* est plus discutable. Les albuminuriques orthostatiques se trouvent ordinairement bien d'un séjour sur les *plages de l'Ouest* et mieux encore sur celles du *Sud-Ouest* et de la *Méditerranée* ; par contre, les plages du Nord ne paraissent pas leur réussir, mais il est difficile de formuler à ce point de vue des règles précises.

Il existe des susceptibilités individuelles qu'il est impossible de mettre en évidence au départ et que l'on ne constate que sur place après un séjour un peu prolongé.

A cet effet, on fera un dosage d'albumine dès l'arrivée à la mer et on suivra régulièrement pendant une ou deux semaines la marche de cette albumine. Si l'ascension est continue, il faut quitter la mer. En tous cas, les bains seront proscrits ; de plus, on ne permettra le séjour à la plage que trois ou quatre heures par jour et seulement par les temps calmes.

Reste l'utilité d'une *cure hydro-minérale*. Personne ne la conteste actuellement. Parmi les stations le plus particulièrement indiquées, *Saint-Nectaire* occupe, de l'avis général, une place de choix. C'est donc vers cette station que l'on orientera les sujets atteints d'albuminurie orthostatique, en spécifiant toutefois qu'il y aura souvent nécessité de prolonger la cure au-delà des trois semaines « règlementaires ».

SUR LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE POUR LE CANCER GASTRIQUE PRÉSUMÉ OU DIAGNOSTIQUÉ

Par A. Chauvenet (de Thouars).

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux.

Attendre la symptomatologie « classique » du cancer de l'estomac avant d'en faire le diagnostic, c'est faire perdre au malade ses chances de guérison.

Comme le dit justement Mackensie, nous en sommes encore, pour bien des affections, au stade où nous avons besoin des signes de la mort — répondant aux lésions nécropsiques — pour faire notre diagnostic.

Aussi bien, un malade va-t-il voir le médecin pour des petits troubles gastriques que n'explique pas l'examen général (tension, urée sanguine, infection du tube digestif...) et reçoit-il un traitement anodin d'attente, et lui conseille-t-on de revenir dans « X semaines » parce que l'on se méfie de quelque chose de sérieux du côté de l'estomac et qu'il faudra voir celà ». C'est l'histoire classique d'un grand nombre de malades qui viennent enfin au chirurgien, alors que l'attente a porté ses fruits et permis, avec des signes pré-obituaires, d'affirmer la redoutable maladie que l'on avait crainte d'emblée.

Je relisais ces jours derniers un tout récent manuel d'exploration gastrique, et j'ai été frappé par l'importance clinique donnée à la description des signes qui, lorsqu'ils ont apparu, n'ont

guère qu'une bonne valeur anatomo-pathologique.

Il existe pourtant des petits signes de présomption du cancer de l'estomac débutant, et les médecins les connaissent en général fort bien.

A ce stade, la radiologie permet quelques fois d'affirmer le diagnostic. Parfois aussi, elle est négative et on a alors le tort de lui prêter une valeur absolue.

Chez tout malade ayant dépassé la quarantaine, ayant ou pas ce que l'on appelle un « passé gastrique », se mettant à souffrir de l'estomac d'une façon continue, perdant un peu l'appétit et maigrissant, on est en droit, quelle que soit la réponse du radiologue, de penser au cancer de l'estomac. Celà, bien entendu, après un examen minutieux négatif par ailleurs.

Cette possibilité envisagée, je pense qu'il y va de la vie du *plus grand nombre* de ces malades qu'on les décide à demander au chirurgien une laparotomie exploratrice qui sera l'héroïque *procédé d'examen* et le seul moyen d'obtenir de la chirurgie ce qu'elle doit sûrement donner, en pareil cas.

Si j'insiste sur la promptitude à apporter à cet acte, c'est parce que j'ai vu beaucoup de malades atteints de cancer gastrique dont l'affection, après une période de calme apparent, s'était mise à brûler les étapes et s'était placée presque subitement au-dessus des ressources de l'art.

Après et avec beaucoup d'autres, je pense qu'il n'est pas exagéré de faire entrer la laparotomie exploratrice dans la catégorie de nos moyens d'investigation.

Elle est le plus souvent anodine. Cela surtout, si elle est faite sous anesthésie locale ainsi qu'on le doit.

Si elle fait courir un risque, est-il plus grand que celui que peut faire courir l'injection d'air dans les ventricules latéraux ou celle de lipiodol par une ponction sous-occipitale ? Je ne le pense pas.

Dire que le risque qu'elle fait courir est absolument nul serait exagéré.

Si j'en juge d'après mon expérience, elle est grevée de mortalité là où justement elle s'est montrée négative. Deux de mes malades en sont morts : l'un était un rénal ; l'autre un petit addisonien. Ce sont là des erreurs qu'un examen plus sévère aurait pu me faire éviter.

Je crois cependant que ces inconvénients sont bien loin de contrebalancer les avantages de la laparotomie exploratrice qui, seule, permettra de faire donner à la gastrectomie précoce ses effets les plus heureux.

La pratique plus grande de la laparotomie exploratrice doit permettre à la chirurgie du cancer gastrique de se montrer plus souvent radicale que palliative. C'est dire d'inverser la formule actuelle.

***

Voici maintenant un malade pour lequel la clinique, plus ou moins aidée de la radiologie, permet de faire le diagnostic de cancer gastrique.

Sauf dans de rares cas où l'examen permet d'affirmer d'une façon absolue l'extension et la dissémination de la tumeur, il faut « aller y voir ».

J'ai consacré ma thèse (Bordeaux, 1925), à l'étude critique des contre-indications opératoires dans le cancer gastrique. J'étais arrivé à cette conclusion que le plus souvent, la laparotomie seule permettait de juger l'exérèse possible.

L'expérience m'a confirmé dans cette opinion.

Je ne veut pas revenir sur ce fait que certains signes cliniques peuvent — doivent même logiquement — faire penser à des métastases, alors qu'ils ne sont en réalité que l'expression d'une affection concomittante (hépatomégalie, nodosités hépatiques par tuberculose, ganglion de Troisier atteint d'inflammation banale, etc.). Il est évident que, *a priori*, on doit les considérer comme des signes néfastes contre-indiquant l'intervention. J'accorderais moins de valeur à la défense abdominale que Pauchet considère fermement comme un signe de métastases péritonéales. Il existe en fait des contre-indications relatives à la laparotomie (celles qui méritent d'être discutées) et des contre-indications absolues sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister.

Parmi les relatives, je veux dire que l'état de cachexie (surtout dans les formes sténosantes qui peuvent bénéficier de l'opération en deux temps) et le volume, même extrême, de la tumeur, ne doivent pas écarter le bistouri.

Si la radiologie paraît montrer des lésions étendues et un organe peu mobile, cela a certes une valeur pronostique assez sombre, mais ne doit pas empêcher d'intervenir. A tel de mes malades qui paraissait radiologiquement inopérable, j'ai pu faire une gastrectomie totale vraie. Il va y avoir 2 ans que je l'ai opéré : il va très bien.

Tel jour, j'opère deux malades : l'un cachectique, l'autre en très bon état. Le premier a une tumeur que je puis enlever. Le second a des métastases péritonéales diffuses.

Pour ce qui est du volume, je me permets seulement de citer ce qu'a très justement écrit Lion : « Le volume même considérable de la tumeur n'est pas une contre-indication à l'opération. Bien plus, elle ne saurait faire préjuger de la survie. Six au moins des tumeurs dont la résection a été suivie d'une longue survie avaient des dimensions considérables. Inversement, l'exérèse des petites tumeurs, facilement libérables, peut ne donner lieu qu'à une survie éphémère. »

***

Il est enfin un fait que doit faire accepter la

laparotomie dans des cas paraissant désespérés. C'est la possibilité de l'erreur de diagnostic.

Ici, nous avons tous les éléments pour affirmer la présence d'un cancer gastrique avancé. Il s'agit d'une malade âgée, cachectique, présentant une grosse masse épigastrique immobile. On intervient cependant. L'aspect de la tumeur est celui d'un cancer étendu et inextirpable. On fait cependant une gastro-entérostomie. Il y a de cela plus de trois ans, et la malade, superbe à présent, vit encore et n'a plus le moindre trouble gastrique (mon confrère Rameix reconnaîtra, à ce tableau, une de ses clientes). C'est l'histoire classique de l'ulcère calleux de la petite courbure qui peut si bien simuler le néoplasme cliniquement, et même au cours de l'intervention.

J'ai cité dans ma thèse une observation analogue de M. F. Papin. Si, dans ces cas, on n'avait pas fait de laparotomie, nul doute que les malades seraient morts.

J'ai eu l'occasion aussi d'observer quelques malades atteints de cholécystite calculeuse dont la symptomatologie avait simulé celle du cancer gastrique. L'un de ces malades était cachectique. L'intervention a permis de rectifier le diagnostic et d'obtenir la guérison. On pourrait multiplier ces exemples qui tous tendent à cette conclusion :

La laparotomie exploratrice permet donc seule dans la plupart des cas de juger l'étendue du mal et les possibilités d'exérèse. Elle permet aussi de rectifier des erreurs et de sauver quelques malades que la clinique avait injustement considérés comme étant atteints de tumeurs au-dessus des ressources chirurgicales.

LA THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Le traitement actuel de l'eczéma

d'après les travaux de MM. J. Darier et A. Tzanck (1) ainsi que ceux de M. G. Milian (2)

Les données nouvelles sur la conception de l'eczéma n'ont pas détruit l'ancien traitement de cette affection ; elles servent à en expliquer la raison ; elles montrent de quelle façon il devra être désormais complété.

***

Aujourd'hui, *on ne doit plus considérer l'eczéma comme une lésion toxique* (toxidermie ou auto-intoxication), *mais bien comme une réaction d'intolérance de la peau.* L'eczéma n'est plus une *lésion* causée par des agents nocifs, mais une *réaction* de la peau à une foule d'agents divers, dont les uns ont manifestement des propriétés nuisibles pour elle, tandis que d'autres apparaissent comme absolument inoffensifs et ne sont cependant pas tolérés.

Qui dit « réaction », dit par là même « organisme sensible ou sensibilisé », susceptible de réagir. La sensibilisation de la peau résulte d'une altération du système sympathique vaso-moteur, périphérique ou central.

Quant aux agents nocifs déterminants, externes ou internes, et qu'il paraît inutile d'appêler antigènes, ce sont : ou bien les causes habituelles des maladies aiguës, infectieuses ou parasitaires, ou bien des agents chimiques, qui sont avant tout vaso-dilatateurs, ou bien des agents physiques (traumatismes répétés, lumière) ; ce sont même des irritants impondérables, tant le sympathique lésé est sensible (émotion, frayeur, chagrin) ; ce sont encore des irritants internes (absorption de vin, repas copieux, digestion laborieuse, mets vaso-dilatateurs) ; ce sont enfin les agents infectieux de maladies chroniques, comme la tuberculose, la goutte, peut être la syphilis. (Il a fallu quelques granules de colchique pour guérir une poussée d'eczéma reconnu goutteux).

Ainsi s'expliquent fort bien les alternances morbides, si bien observées par les anciens : un eczéma cessant à l'apparition d'une fistule anale et reparaissant à la fermeture de celle-ci ; un vieux lupus de toute la face guérissant en deux mois après l'apparition d'un abcès froid du tibia fistulisé et suppurant abandamment.

Il y a donc trois éléments thérapeutiques à considérer : 1° la sensibilisation de l'organisme, due aux « sensibilisines » (terme commode, synthétique) ; 2° la réaction de l'organisme ; 3° la cause, qui amène la réaction de l'organisme sensibilisé, autrement dit les antigènes.

Nous les développerons dans l'ordre d'importance qu'ils revêtent en clinique : *réaction, cause, sensibilisation.*

Ne croyons pas que les médications nouvelles soient des terres vierges à défricher ; notons, par contre, que les traitements anciens et classiques, de l'eczéma ne diffèrent pas du tout au tout de ceux, qui nous paraissent recommandables de nos jours.

« C'est à nos Pères, que nous devons un bon

(1) J. Darier et A. Tzanck. — Le traitement actuel de l'eczéma. (*La Presse Médicale*, 17 janvier 1931.)

(2) J. Darier. G. Milian. — L'eczéma (VIIIe Congrès international de Dermatologie et de syphiligraphie. Copenhague. Août 1930).

nombre des traitements, locaux, tels que nous les pratiquons encore.

« Pour eux déjà, il était de règle essentielle de dépister les troubles hépatiques ou rénaux, le diabète ou la goutte, de soigner l'appareil dentaire et de rectifier le travail digestif, de proposer à l'occasion un traitement antisyphilitique. En agissant ainsi, ils ne pensaient pas modifier l'équilibre colloïdal des humeurs, l'équilibre vago-sympathique et endocrinien ; ils ignoraient le rôle des foyers septiques. Mais, en réalité ils faisaient, et nous avons longtemps fait après eux, de la désensibilisation sans le savoir ; les cures hydrominérales, par exemple, ne sont souvent pas autre chose. »

1° Réaction de l'organisme sensibilisé.

Pour diminuer cette réaction et rendre ainsi plus facile le travail de réparation, il est indiqué, comme autrefois, de mettre la région malade autant que possible au repos, d'exiger le repos professionnel complet, et même le séjour au lit en cas d'eczéma généralisé. Il faut de même nettoyer les surfaces atteintes des substances étrangères, comme des croûtes, par le pansement humide aseptique et occlusif. L'effet détersif des bains partiels ou généraux, des lotions stériles ou faiblement antiseptiques (eau d'Alibour diluée) sera complété et continué par des applications de crèmes, contenant beaucoup d'eau pour peu de corps gras : glycérolé d'amidon (30 parties) épaissi par du carbonate de magnésie et du talc (ââ 5 parties) et ichtyolé (1 partie).

Pour les eczémas érythrodermiques, très étendus ou généralisés, on emploie les poudres grasses ou les pâtes à l'eau en larges badigeons ; parfois il faut se contenter du vieux procédé, qui consiste à coucher le malade entre deux draps abondamment poudrés.

D'autre part, toute surface eczémateuse étant nécessairement infectée ou aisément infectable, il est rationnel de la soumettre à l'action d'antiseptiques peu irritants, tout en sachant que ceux, qui sont le moins irritants, peuvent déjà fort bien éveiller de l'intolérance. On recommande ainsi en lotions l'eau d'Alibour du Codex, diluée de 4 à 8 parties d'eau ; on enduit ensuite d'une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre (5 p. 100), additionnée d'acide salicylique et de résorcine (ââ 1 gr. p. 100) ; l'action réductrice de la résorcine, qui donne lieu à la production de mercure naissant, explique l'activité longuement éprouvée de cette pommade jaune.

Afin de protéger aseptiquement les surfaces, et de favoriser l'évolution des cellules épidermiques, on a recours aux pâtes à l'oxyde de zinc, au talc, au kaolin, etc. ; ce sont des onguents épais, riches en poudres inertes, et, par conséquent plus poreux et moins échauffants que des pommades grasses. Afin d'en obtenir des effets kératinisants et de combattre la lichénisation, on les additionne de goudrons divers, ichtyol, trinénol (antiprurigineux), coaltar (alcalin), huile de cade (acide), huile de bouleau (de senteur agréable), avec un centième d'acide salicylique et de résorcine comme mordants et antiseptiques.

Brocq a montré cependant que le coaltar brut lavé, appliqué en nature comme un vernis, remplace économiquement ces mixtures complexes.

Enfin, si les rayons ultra-violets et les infra-rouges ne sont pas entrés dans la pratique courante, les rayons X sont au contraire capables de résoudre rapidement l'infiltrat d'un eczéma lichénisé, ainsi que la papillomatose ; mais, en raison de ses inconvénients faciles à comprendre, cette médication n'a que des indications exceptionnelles.

2° Causes de la réaction de l'organisme

Supprimer les causes de la réaction, est l'idée thérapeutique la plus simple qui vienne à l'esprit ; encore faut-il les connaître ?

Pour rechercher ces causes, il est de règle générale de procéder en allant du simple au complexe, ou mieux à ce qui est éloigné et indirect ; et, très souvent, la forme éruptive de l'eczéma, la localisation et la configuration des lésions cutanées suggèrent d'emblée des présomptions.

Si l'eczéma en question est de *cause locale externe,* on recherche les contacts accidentels ou habituels d'ordre professionnel, ménager, thérapeutique, cosmétique ou quelconque, sans d'ailleurs tenir compte de l'argumentation du patient, lorsqu'il déclare que la substance ou le contact en question est parfaitement supporté par lui, et depuis fort longtemps.

On recherche ensuite les *parasites,* que peuvent faire soupçonner l'aspect et l'évolution des eczémas mycosiques (eczéma marginé de Hebra, trichophytie cutanée, dysidrose) ; l'examen microscopique ou la culture confirment le diagnostic. La teinture d'iode, diluée de 3 à 4 fois son volume d'alcool, est appliquée en frictions matinales, précédées d'un savonnage avec épluchage des lambeaux d'épiderme desquamant ; il est bon de combiner son action à celle d'une pommade appliquée le soir (ac. salicylique 3 p. 100, acide benzoïque, 6 p. 100).

Il est plus difficile de se prononcer sur une origine *microbienne,* à moins que ce soit par un ensemble de preuves ; de nombreuses bactéries sont, en effet, les hôtes normaux de la peau ; elles paraissent même susceptibles de surinfecter les dermites causées par les antiseptiques. Aussi recommande-t-on dans l'eczéma suintant, par exemple, une solution de nitrate d'argent, qui, non seulement obstrue par des coagulations, les espaces plasmatiques, mais agit aussi par l'action antimicrobienne de son acide azotique, et par le dépôt d'argent colloïdal, qui résulte de la décomposi-

tion du nitrate. L'alcool éthylique pur à 90°, en pansements occlusifs, opère à la fois une action désinfectante et asséchante très remarquable. Enfin, l'immunité locale nous permet d'utiliser, en applications locales et surtout en pommades, les filtrats et lysats bactériens, les antivirus de Besredka.

Cependant, il nous faudra aussi rechercher les *foyers infectieux* plus ou moins occultes (alvéolo-dentaires, amygdaliens, sinusaux, otiques, appendiculaires, cholécystiques, génito-urinaires des deux sexes), et enfin les *infections chroniques*: tuberculose, goutte, syphilis, diabète, rhumatismes chroniques.

Quoique plus rares, les eczémas d'origine *alimentaire* ne seront pas oubliés au cours de nos investigations : ingestion d'aliments ou de boissons individuellement non tolérés ; lait, lait maternel même, eczématogène chez certains nourrissons.

Cependant, la question se pose aussi de savoir si l'abstention ou la suppression, même provisoire, de l'agent eczémateux est réalisable, et si on doit la conseiller. C'est, en effet, souvent une mesure bien grave que d'engager un sujet à changer de profession pour le mettre à l'abri de l'agent nocif en cas d'eczémas professionnels ; bien souvent aussi, on a prescrit aux eczémateux des régimes alimentaires exagérément restrictifs, en défendant à tous ce qu'on a vu nuire à quelques-uns.

Il n'en reste pas moins vrai que le traitement causal de l'eczéma est loin d'être négligeable : par la destruction des causes, par la suppression des foyers infectieux, il pourra être curatif.

3° Désensibilisation.

Le problème consiste à réduire au silence la sensibilité anormale individuelle du malade, en tant qu'elle est à la base de tout le processus de l'eczéma.

La désensibilisation est *spécifique*, si elle est dirigée contre tel agent en particulier ; elle est *non spécifique*, si elle cherche à rendre le sujet tolérant à l'égard de cet agent et de beaucoup d'autres.

La *méthode spécifique* est réalisée par voie externe (cuti, intradermo, trans-épidermo-réaction, ou par la voie digestive (en faisant ingérer au sujet, dont les téguments se montrent intolérants à une substance, des doses d'abord minimes, puis croissantes de cet agent). Les tentatives de traitement par ces deux procédés ont donné lieu à des succès incontestables en très grand nombre ; mais elles ont occasionné aussi des accidents graves (surtout par l'intradermo), car il n'y a pas corrélation constante entre la sensibilité de la peau et celle d'autres tissus de l'organisme.

La *méthode non spécifique* est commode, car elle n'exige pas la connaissance de la substance nocive, surtout qu'il n'est pas toujours possible de la découvrir.

Elle comprend :

la **médication antichoc**, soit méthode des petits chocs répétés intervenant peu avant le contact de la substance nocive, (de préférence à la méthode dangereuse des grands chocs), soit autohémothérapie, ventouses, autosérothérapie ;

la **méthode vago-sympathique** ;

l'**opothérapie** ;

la **médication phylactique**, basée sur ce fait d'observation qu'une foule de substances de nature disparate exercent une action désensibilisante, indépendante de leur action pharmaco-dynamique ordinaire : mercure, arsénicaux et surtout arsénobenzols, bismuth, iode, iodures, sels d'or. Mais cette méthode en est encore au stade de l'empirisme, et pour qu'elle entre dans la science, il faut d'abord que nous en pénétrions le mécanisme.

G. F.

QUELQUES SIMPLES CONSEILS THÉRAPEUTIQUES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par le Dr L. Labarraque

Assistant de laryngologie de la consultation de l'hôpital Tenon

Il nous a paru utile de résumer quelle pourrait être l'attitude du médecin praticien, en présence de quelques états infectieux n'exigeant pas l'intervention du médecin spécialiste.

Nous voulons, d'une part, faire un choix parmi les différents états qui relèvent de la thérapeutique des médecins praticiens et, d'autre part, faire une sélection, la plus simple possible, dans la médication qu'il vaut mieux adopter avec cette directive essentielle : aider la nature à se défendre et ne pas nuire. Dans l'arsenal thérapeutique du médecin, nous ne retiendrons que quatre préparations : *sérum physiologique, glycérine boratée, septicémine, sels organiques d'argent.* En concentrant notre attention tout particulièrement sur cette « thérapeutique simplifiée », nous ne pensons pas ni exclure ni nier l'efficacité d'autres conceptions thérapeutiques.

Quelques exemples cliniques vont nous permettre de préciser les indications les plus importantes.

Au cours d'un examen général, il est fréquent que le malade expose quelques symptômes rentrant dans ce groupe dénommé « rhume de cerveau », ou mieux dit « rhinites ». Avant tout, il faut s'assurer de l'ancienneté de la maladie : si elle est récente, le médecin praticien indique sa prescription, si elle est chronique, mieux vaut confier le malade à un spécialiste.

Les cas les plus fréquents sont représentés par *les rhinites muco-purulentes*, dites *a frigore*, apparaissant en dehors de toutes affections générales ou grippales, et sans aucune manifestation douloureuse de voisinage. Dans les *rhinites aiguës* avec céphalée diffuse, obstruction nasale, enchiffrènement marqué, ordonner le repos absolu, et au lit, pendant 24 heures, si possible. Il faut conseiller, dans ces infections nasales et rhino-pharyngées, *un traitement en trois étapes* :

a) D'abord, trois fois par jour, instillations abondantes de sérum physiologique, puis pulvérisations nasales de septicémine.

b) Huit jours après, instillations abondantes de sérum. Après avoir mouché, prescrire une solution de protargol ou de collargol, au centième.

c) Enfin, dans le courant de la troisième semaine, instillations de sérum sans autres prescriptions médicamenteuses. La nécessité de cette prescription préalable de sérum physiologique, dans un flacon stérilisé, à l'aide d'un compte-goutte (et non pas avec un lavage au bock) s'adresse à tous les rhumes de cerveau, mais plus précisément aux personnes qui se plaignent de « se moucher toujours en arrière ». Il convient donc de débarrasser la muqueuse naso-pharyngienne de ses mucosités adhérentes pour que les pulvérisations de septicémine introduites dans les fosses nasales, puissent aborder directement la muqueuse enflammée ou secrétante. De plus, conseiller aux malades de s'efforcer de recracher les instillations nasales.

Particulièrement chez les enfants, *la conséquence de ces rhinites muco-purulentes prolongées*, se manifeste par deux sortes de réactions cliniques : tantôt par des inflammations pharyngo-amygdaliennes, tantôt par un phénomène réflexe déterminant une toux quinteuse et rebelle.

Très fréquentes sont les infections amygdaliennes primitives, mais très souvent aussi, dans les cas où l'on note de l'inflammation de la paroi postérieure du pharynx et de la rougeur diffuse des loges amygdaliennes, la cause infectieuse doit être recherchée dans une maladie nasale ou péri-nasale.

La toux pharyngée, en dehors des prescriptions médicamenteuses générales, sera particulièrement soulagée par des badigeonnages de la région qui se trouve en arrière des piliers du voile du palais. On constatera, dans ces deux zônes, une hypertrophie de la muqueuse, dénommée granulations pharyngées (granulations latérales). Cet aspect de la muqueuse, qui est le résultat d'une irritation des sécrétions rhino-pharyngées plus ou moins prolongée, est aussi responsable dans la majorité des cas des quintes de toux, dites « d'irritations pharyngées ». Collutoire de glycérine boratée 1/20 et un quart d'heure après, pulvérisations nasales et pharyngées.

Les pulvérisations pharyngées peuvent se pratiquer de deux manières. Soit avec l'appareil de Lucas-Campionnière, soit avec le Vaporino Cortial. L'appareil de Lucas-Championnière donne une pulvérisation hydro-médicamenteuse, plus ou moins chaude, suivant la distance à laquelle se place le malade (pharyngite et pharyngo-laryngite). Le Vaporino Cortial produit une vaporisation légère constituée exactement par le médicament choisi, donc très active (désinfection des cavités nasales et pulvérisations amygdaliennes).

Cette infection du rhino-pharynx, particulièrement chez les enfants, précède et accompagne *certains états fiévreux qui peuvent se prolonger*. même pendant 5 à 7 semaines, sans qu'aucune cause organique pulmonaire, intestinale ou rénale, (pyélonéphrite) explique l'élévation de la température. Dans ces infections générales, sans diagnostic bien net, il est une notion qui commence à pénétrer mieux dans le corps médical ; penser à une adénoïdite aiguë, surtout si la fièvre est très élevée et demeure le seul symptôme prépondérant. Dans ces cas, en examinant le fond de la gorge des enfants, le médecin constatera des mucosités épaisses descendant derrière le voile du palais et cheminant vers le bas.

Prescrivez de fréquentes intillations nasales de sérum physiologique : un ou deux compte-gouttes entiers, dans chaque narine, l'une après l'autre, en reniflant une narine après l'autre. Dix minutes après environ, pulvérisations nasales de Septicémine, en inspirant fortement par le nez. Le petit malade accusera une légère sensation de picotement dans l'arrière-nez, ce qui démontrera que la Septicémine a bien pénétré et a touché cette muqueuse enflammée. Si cet état grippal semble évoluer vers une infection plus grave, avec abattement général, le médecin praticien connaît parfaitement les bienfaits qu'il peut obtenir par des injections intramusculaires ou intraveineuses de Septicémine. Dans ces cas, il convient de provoquer une sécrétion abondante et bienfaisante de la muqueuse du rhino-pharynx (traitement iodé).

De plus, désinfection générale. Ce double but

thérapeutique est atteint par la Septicémine, qui lutte efficacement contre tous les agents infectieux de l'organisme, par sa composition 33 % d'iode et action de l'Hexaméthylène tétramine. Action neutralisante des toxines. Toxicité absolument nulle, même à hautes doses.

Les infections générales comme les maladies du rhino-pharynx se répercutent souvent dans les oreilles, soit sous forme d'otalgie, soit sous l'aspect d'une otite aiguë catarrhale ou purulente. Dans les récentes affections grippales de cet hiver 1930-1931 même chez les adultes, on a pu constater de véritables rages douloureuses ayant leur point de départ au niveau et dans l'oreille. L'examen physique de la membrane tympanale se montra absolument négatif. Le fait est évidemment plus fréquent chez les enfants, non opérés des végétations.

Dans les cas *d'otite catarrhale aiguë*, prescrire : bains de l'oreille (répétés toutes les deux heures) de sérum physiologique, tiédi au bain-marie, Pansements humides chauds devant et derrière l'oreille ; pulvérisations nasales et pharyngées de Septicémine, gargarismes ou collutoires de glycérine boratée.

Dans les cas *d'otites moyennes suppurées,* le praticien doit faire contrôler l'état des oreilles. En attendant : bains de sérum physiologique ayant une durée de 15 minutes trois fois par jour. Dans l'intervalle de ces soins : intillations d'une dizaine de gouttes de Septicémine, dans le conduit auditif, pendant 10 à 15 minutes.

Pour finir, il est un point de sur lequel je désire attirer l'attention des médecins praticiens. Ceux-ci sont consultés par des professionnels de la voix parlée ou de la voix chantée. Qu'il s'agisse d'orateurs de comédiens ou d'artistes lyriques, dès que la cavité rhino-pharyngée sera encombrée de mucosités ou sera le siège d'une inflammation aiguë, cette situation peut rapidement se compliquer soit de trachéo-bronchite, soit de rhume de poitrine : toux, expectoration, sensation de brûlure de la trachée, fièvre et enrouement. Volontairement, je dis enrouement et non pas « laryngite », car les professionnels de la voix présentent, très fréquemment, des troubles de l'émission vocale, sans que le larynx, en partie ou en totalité, ne soit le siège d'une inflammation nettement caractérisée. Le médecin praticien rendra le plus grand service à tous ces patients, en leur conseillant un traitement préventif rhino-pharyngé. A titre permanent, tous les matins, instillations nasales de sérum physiologique après le réveil. En cas de nez légèrement secrétant : pulvérisations nasales et pharyngées de Septicémine. En cas de rhinite muco-purulente, prescrire le traitement en trois étapes que nous avons déjà décrit. Dans les états de grippe, insister sur la désinfection du rhino-pharynx, beaucoup plus que la région laryngée, en y ajoutant les prescriptions habituelles qui s'adressent tout particulièrement à la désinfection de l'appareil pulmonaire.

En dehors de ce traitement préventif indiqué plus haut, il est un principe qu'il faut toujours respecter : c'est de rétablir une respiration normale à la suite du moindre arrêt de la fonction vocale. Dès qu'un orateur ou un artiste lyrique a suspendu son métier, soit pour raison de n'importe quelle maladie, soit même pour cause de chômage, il faut lui prescrire un entraînement respiratoire préalable de deux à quatre semaines avant de reprendre l'exercice de sa profession.

C'est dans la non observation de cette règle de pratique générale que les orateurs et les chanteurs doivent chercher la cause des difficultés vocales qui les conduisent à des enrouements passagers et récidivants. Donc: exercices respiratoires, respiration nasale intégrale, sans émission de voix, trois séances par jour de 5 à 10 minutes en augmentant progressivement la durée de chaque séance.

Nous pensons que, dans maintes circonstances, grâce à ces quelques médications extrêmement simples, le médecin praticien peut intervenir efficacement avec la garantie absolue de ne pas nuire. Il est bon de prévenir le client que, momentanément, les instillations de sérum physiologique suivies de pulvérisations de Septicémine, peuvent déterminer une augmentation de la sécrétion nasale pendant une heure ou deux. Cette saignée blanche des muqueuses rhino-pharyngées est éminemment salutaire. En tous cas, c'est la manière la plus naturelle de se débarrasser d'agents infectieux qui ne demandent qu'à se reproduire. Ces quelques simples conseils thérapeutiques s'adressent à tous les individus (quelque soit leur âge soit à titre préventif, soit à titre curatif, tantôt dans les infections courantes et banales, tantôt dans les inflammations légères et particulièrement gênantes chez les professionnels de la voix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Que faire pour l'enfant sourd ?

Les enfants sourds, écrit le Dr DE PARREL, se répartissent en trois catégories : les sourds-muets, les demi-sourds, et les durs d'oreille. Les uns et les autres ont droit à des soins médico-pédagogiques spéciaux, le plus précocement possible. C'est dire tout l'avantage que présente l'éducation privée, sous une direction médicale, sur l'éducation collective des écoles.

Pour les sourds-muets, c'est avant l'âge de trois ans, qu'ils doivent être confiés à un éducateur spécialisé, qui fera preuve d'une ingéniosité technique toujours en éveil, servie par un matériel scolaire très complet. Les soins médicaux apporteront la contribution la plus utile à cet effort de récupération, notamment les exercices méthodiques, en vue du développement des reliquats auditifs.

Les demi-sourds sont justiciables de soins médico-pédagogiques de même ordre, qui exigent la collaboration de l'oto-rhino-laryngologiste, du médecin rééducateur et des professeurs.

Quant aux durs d'oreilles, ils devraient être groupés par 8 ou 10 dans des classes spéciales, dont les professeurs, préparés à cet enseignement particulier, auraient à leur disposition des appareils amplificateurs de la voix, des écrans à projection, etc.

Tous les enfants, sourds ou candidats à la surdité, devraient être soignés par le spécialiste, soumis à des examens acoustiques et initiés à la lecture sur les lèvres. (*Le Progrès médical*, 13 décembre 1930.)

La vaccination préopératoire en chirurgie gastrique.

Le Dr J. MURARD essaie de montrer combien le problème de la vaccination était complexe, quelles incertitudes entouraient sa mise en pratique, et il a été bien près d'arriver à dire que, pratiquée empiriquement, d'une façon systématique, à l'aide d'un stock-vaccin, dans le but d'éviter des complications pulmonaires post-opératoires dont l'origine même est imprécise, la vaccination ne constitue qu'un geste aléatoire et sans bases biologiques. Il faudra chercher un vaccin mieux approprié aux infections pulmonaires post-opératoires, et, en outre, étudier auparavant la résistance des futurs opérés à l'infection à l'aide de la cuti ou de l'intra-dermo-réaction. Ce n'est que par cette méthode plus biologique qu'on pourra obtenir des résultats meilleurs, et non en faisant systématiquement avant toute intervention des injections soi-disant vaccinantes, dont ni le raisonnement, ni la pratique ne prouvent l'utilité. (*La Presse médicale 20 sept.* 1930).

« L'explosion de caries ». (Signal d'alarme.)

Une jeune cliente à qui l'on a remis complètement la bouche en état, vient au bout de deux ou trois mois, avec un grand nombre de caries nouvelles, caries le plus souvent localisées, soit en bordure d'obturation ancienne, soit aux points d'élection de la carie par défaut de développement de l'émail. C'est, dit M. E. CADENAT, « l'explosion de caries », que l'on doit considérer comme le signe d'une atteinte profonde et grave de l'organisme, atteinte qui se traduit par une déminéralisation rapide. C'est alors presque toujours un réveil de l'infection tuberculeuse, qui se trouve annoncé ou révélé.

Mais l'auteur ne croit ce signe ni pathognomonique, ni précoce, ce qui explique la localisation spéciale des caries. Mais il faut cependant, lorsqu'on le constate, faire examiner sérieusement le sujet ; si on ne trouve pas de tuberculose en évolution, presque toujours on découvrira une autre cause d'atteinte grave de l'état général. (*Toulouse médical*, 1er octobre 1930.)

L'endocardite maligne subaiguë à entérocoque.

Dans la plupart des cas, l'endocardite maligne subaiguë constitue un épisode terminal greffé sur une ancienne endocardite rhumatismale ; le plus souvent, elle est due à une infection streptococcique ; la place de l'entérocoque dans son étiologie est à peine mise en lumière

Les observations d'endocardite avec détermination précise et complète de l'entérocoque sont encore rares ; le Dr Ch. MASSIAS en rapporte une observation détaillée, avec recherches bactériologiques ; il en cite quelques autres.

En résumé, l'endocardite entérococcique, subaiguë ou lente, est d'un pronostic fatal.

Le diagnostic de bactériémie à entérocoque doit reposer sur la présence à l'état pur de ce germe dans le sang, vérifiée par plusieurs hémocultures et dans les foyers infectieux primitifs ou secondaires. Les hémocultures seront de préférence pratiquées en anaérobiose par le procédé de Boëz.

L'identité de l'entérocoque sera basée sur le polymorphisme des éléments microbiens,la vitalité et la très grande résistance du germe, sa conservation très longue en milieux usuels, son absence de pouvoir hémolytique, sa résistance à la lyse par la bile. L'entérocoque isolé sera toujour comparé avec des types de pneumocoques et de

streptocoques. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 10 août 1930.)

Traitement du rhumatisme gonococcique par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique.

Depuis quatre années, le Dr Ch. MASSIAS a beaucoup employé, avec plein succès, la sérothérapie gonococcique dans le traitement des épididymites et du rhumatisme blennorragiques. Il dilue 60 cmc. de sérum antigonococcique dans 250 cmc. d'eau physiologique à 9 ‰, et cette dilution est injectée très lentement, en 1/4 heure, dans les veines. Pour éviter les phénomènes de choc, on peut ajouter 15 à 20 cmc. d'hyposulfite de soude à 20 %. On injecte tous les deux jours de 40 à 50 cmc., et l'on répète trois à quatre fois.

Si le malade a reçu auparavant un sérum équin, on fait précéder l'injection intraveineuse par des injections de 1 à 3 cmc. sous la peau, puis 1 cmc. dilué dans les veines suivant la méthode de Besredka. La réaction sérique peut être immédiate. Les accidents tardifs (érythème, arthralgies, etc.), apparaissent du 5e au 10e jour ; ils ne sont jamais graves.

Les résultats de la sérothérapie sont très rapides dans les cas d'arthrites récentes. La douleur, le gonflement cessent en quelques jours, quelquefois le jour même de la première injection ; des articulations peuvent être redevenues normales en une semaine. Pour les arthrites anciennes, le sérum est un adjuvant des méthodes physiques utiles : diathermie, thermothérapie, boues radioactives.

En somme, la sérothérapie est surtout efficace à la période septicémique, aiguë, de la gonococcie, à la phase de flambée articulaire. Elle permet de la raccourcir au point d'arriver, dès la 2e ou 3e injection, à la mobilisation, cette dernière étant rendue possible sans réaction fluxionnaire, ni fièvre, par les injections de sérum. (*Journal des Praticiens*, 16 août 1930.)

Tumeur basilaire. Trépanation décompressive et radiothérapie.

L'intéressante observation que publie le Dr JEANNENEY montre une fois de plus combien il est souvent facile de poser le diagnostic de tumeur du cerveau avec les éléments cliniques dont on dispose. Il faut donc penser à la tumeur du cerveau : faire le diagnostic de bonne heure, c'est presque toujours donner au malade de grandes chances de guérison, qui diminuent avec le temps.

Parmi ces tumeurs, celles qui sont localisées à la base se traduisent cliniquement par un syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. Cliniquement, trois grands syndromes, névralgie unilatérale du trijumeau à type gassérien, amaurose unilatérale, ophtalmoplégie totale unilatérale, caractérisant le syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal.

Au point de vue thérapeutique, on ne peut, en l'état actuel, que recourir à un traitement palliatif : décompression complétée par la radiothérapie. Cependant, il faut insister sur ce point que la trépanation décompressive, pour être efficace, doit être précoce. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 mai 1930.)

Deux médullo-blastomes du 4e ventricule : ablation, guérison opératoire.

MM. ALAJOUANINE, DE MARTEL et GUILLAUME ont observé deux malades porteurs de tumeurs naissant du vermis et se développant sur le 4e ventricule. Leur symptomatologie très fruste était presque identique. Chez le premier malade, qui fut opéré sur un minimum de symptômes, et dont l'état général était excellent, les suites opératoires furent particulièrement simples, ce qui démontre une fois de plus qu'en chirurgie cérébrale le pronostic dépend souvent plus de l'état du sujet et de la précocité de l'intervention que du siège et de la nature de la tumeur. Enfin, il faut souligner le fait que les troubles cérébelleux et vestibulaires, après l'ablation presque complète du vermis, n'ont pas été notablement augmentés.

Le second malade, d'un mauvais état général, pouvait être néanmoins considéré comme guéri, après une crise grave, au bout de quatorze jours.

Chose intéressante, les deux sujets ont présenté, tous deux, à la période initiale, des manifestations qui ont fait diagnostiquer une affection digestive. Or, les vomissements matutinaux, ou les nausées survenant aux changements de position, sont très fréquemment observés dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.

Les métastases dans le cancer du col utérin.

MM. G. JEANNENEY, WANGERMEZ et ROSSET-BRESSAND, se basant sur l'observation de 51 cas, estiment que le nombre des métastases en pareils cas est infime (2 %). Cette fréquence semble d'ailleurs varier avec la nature histologique du néoplasme.

Le nombre des métastases est à peu près le même après ou sans curiethérapie. Quand celles-ci sont précoces après le traitement, cas très rares, les manœuvres accompagnant la pose du radium, les doses massives, ont pu favoriser les embolies. Il faut donc agir doucement en évitant les traumatismes locaux (grattages, curettages, dilatations sous anesthésie) ; éviter les doses massives ; traiter toujours le territoire ganglionnaire satellite après curiethérapie, même quand celui-ci paraît indemne. (*Gynécologie et obstétrique*, août 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Faut-il avancer la date des grandes vacances scolaires.

(M. Le Gendre. — *Académie de médecine* ; 3-2-1931.)

Au nom de la Commission du surmenage scolaire, M. Le Gendre présente un rapport sur une proposition législative concernant l'avance de la date des grandes vacances.

L'auteur rappelle qu'autrefois les vacances scolaires ne commençaient guère avant le 5 ou 6 août et que l'on demandait aux élèves, en pleine période caniculaire, un coup de collier pour les examens et le concours général. Aujourd'hui, les choses sont un peu différentes : les classes se terminent fin juillet au plus tard et ne sont suivies que par un nombre restreint d'élèves à partir du 14 juillet. Il n'en est pas moins exact, cependant, que pendant les journées de grandes chaleurs de juillet, il y aurait intérêt à modifier le curriculum des classes.

Comme remèdes ou palliatifs aux inconvénients de la chaleur, en pareil cas, les médecins conseilleraient volontiers de modifier l'horaire des études, qui commenceraient à 6 ou 7 heures le matin et finiraient plus tard le soir, en les interrompant totalement entre 11 heures et 16 heures. Quant à avancer la date des grandes vacances, c'est là une question qui n'est pas seulement hygiénique mais universitaire. Les vacances doivent-elles avoir lieu en juillet-août, ou en août-septembre, comme actuellement, il importe pour résoudre la question de tenir compte de considérations diverses ; l'hygiène n'intervient pas seule. A ce dernier point de vue, d'ailleurs, la situation diffère pour les régions du Midi, du Centre ou du Nord de la France. Il y aurait lieu peut-être de ne pas fixer une date unique d'ouverture des grandes vacances pour tous les départements.

M. Le Gendre et la Commission proposent les conclusions suivantes :

1° L'Académie admet que les chaleurs excessives et déprimantes qui se produisent en général pendant la seconde quinzaine de juillet, mais sont parfois plus précoces et varient suivant les régions et localités, peuvent entraver l'effort intellectuel nécessité par les examens et concours de fin d'année scolaire et porter préjudice à la santé de certains élèves peu résistants ;

2° L'Académie n'a pas qualité pour décider si l'avance n'aurait pas de répercussions administratives et sociales fâcheuses ;

3° L'Académie estime en tout cas qu'il serait utile, dans l'intérêt de la santé des élèves et des maîtres, de modifier pendant les périodes de chaleurs excessives les horaires des études et des classes, de manière à suspendre les travaux intellectuels pendant les heures les plus chaudes, soit, de 11 heures à 16 heures, en assurant l'usage quotidien de l'hydrothérapie froide (bains-douches, bains de rivière ou de piscine).

La rechloruration dans l'occlusion intestinale.

(MM. A. Gosset et Petit-Dutaillis. — *Société de chirurgie* ; 19-11-1930.)

M. Gosset apporte une conclusion aux nombreuses communications faites ces temps derniers sur la rechloruration dans le traitement de l'occlusion intestinale, suivant la méthode qu'avec Léon Binet il a introduite en France et préconisée.

Il est utile de pratiquer, en pareil cas, tout d'abord un dosage des chlorures du sérum, sinon pour commencer les injections de sérum salé, du moins pour les poursuivre. Normalement, les chlorures du sérum, exprimés en chlorure de sodium, sont en quantité remarquablement fixe, aux environs de 6 grammes (de 5 gr. 90 à 6 gr. 25). On appréciera ainsi le degré de chloropénie du sang. Pour ce qui est de la posologie du liquide à injecter, M. Gosset préfère aujourd'hui la solution à 10 p. 100, à raison de 10 à 30 cc. par injection, cette solution étant plus maniable que celles, antérieurement employées, à 20 et 30 p. 100.

Les faits observés conduisent à penser que les injections de sérum salé hypertonique sont à conseiller dans toutes les variétés d'occlusion aiguë du tube digestif, qu'il s'agisse d'occlusion basse portant sur le côlon et même le rectum, ou qu'il s'agisse d'occlusion haute. La méthode se montre inoffensive d'une façon générale, mais il faudra tenir compte du fonctionnement rénal, de l'azotémie sans chloropénie.

La chloropénie avec hyperazotémie constitue un syndrome humoral presque constant au cours des occlusions intestinales aiguës. Ce syndrome, d'ailleurs, n'est pas spécial à l'occlusion. Il se rencontre dans tous les états qui s'accompagnent de vomissements répétés et, partant, d'une déperdition importante de chlorures.

Au début de leurs recherches, et à la suite d'Hodden et Orr, MM. Gosset et Petit-Dutaillis ont conseillé les solutions hypertoniques de chlorure de sodium, surtout dans le but de rechlorurer l'organisme. Aujourd'hui, le mécanisme d'action de ces injections apparaît plus complexe. La rechloruration intervient certes, en premier lieu, pour modifier l'état de chloropénie. Mais la solution hypertonique agit aussi en faisant un appel d'eau des tissus vers le sang, en favorisant la diurèse, en provoquant suivant l'expression de M. Chevassu une « purge vasculaire ». On a, en effet, l'impression d'une désintoxication soudaine du malade.

Le mécanisme d'action des injections de sérum salé hypertonique dans l'occlusion intestinale aiguë, semble tenir à trois phénomènes : la rechloruration, la désintoxication avec chute de l'azotémie et enfin l'exagération du péristaltisme intestinal. Il n'y a donc pas lieu d'en proscrire l'emploi, du moins jusqu'à nouvel ordre, chez les malades dont la chloropénie est peu accusée.

Les heureux résultats de cette thérapeutique, comme moyen de désintoxication, laissent l'espoir de pouvoir l'étendre un jour à des cas autres que l'occlusion intestinale, avec ou sans vomissements, avec ou sans chloropénie.

P. L.

Epilepsie et cardiopathie.

(MM. D. Olmer, J. Bertier et J. Olmer, de Marseille). — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 28-11-1930.)

Grande est l'obscurité de la pathogénie de l'épilepsie cardiaque. Le malade des auteurs, âgé de 64 ans, éthylique avéré, avait présenté durant sa jeunesse des crises épileptiques certaines. Quarante-quatre ans après leur disparition complète, de nouvelles crises apparaissent, coexistant avec des troubles du rythme cardiaque, impressionnants dans leur instabilité.

On ne saurait ici penser à une épilepsie cardiaque pure, en raison du passé nerveux lointain du malade et du facteur toxique alcool surajouté. Mais il existait du fait de ces deux facteurs un état épileptogène latent. Les auteurs pensent que la cardiopathie a réveillé cet état.

Aurothérapie de la tuberculose pulmonaire.

(MM. P. Ameuille et I. Klotz. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 28-11-1930.)

Il s'agit de l'hyposulfite auro-sodique (sanocrysine), A l'heure actuelle, disent les auteurs, nous ne savons pas encore bien nous servir de l'aurothérapie ; nous n'en avons qu'une expérience très limitée. Les fameuses contre-indications de l'aurothérapie, tirées de l'état du foie et des reins ne paraissent pas très consistantes. Nous ignorons tout des causes d'intolérance, et quand elle survient chez un malade, nous n'avons aucun moyen de la prévoir, même par l'examen préalable le plus minutieux.

Les auteurs, en présence des résultats importants et assez constants obtenus, considèrent les sels d'or comme une méthode à employer de façon courante ; sauf les agonisants, elle doit être appliquée à tous les cas ; des malades, qui paraissaient désespérés, ont procuré des résultats heureux. Il n'y a pas de « formes cliniques » qui, à elles seules, à l'exclusion d'autres, donnent des succès constants, ou des insuccès constants. Il n'y a ni indications, ni contre-indications *a priori*.

La question des doses, cependant, est capitale. De 25 centigrammes par semaine (résultats insignifiants), les auteurs ont passé à 50 centigr. par semaine, chez les sujets qui les toléraient ; en totalisant, 10 grammes par série de traitement, ont donné des résultats nets et à peu près constants ; pas d'augmentation de fréquence, ni d'importance des accidents d'intolérance avec les doses.

Des documents rapportés, il semble résulter que le traitement aurique peut s'appliquer à peu près à tous les cas de tuberculose, et peut être efficace dans toutes les formes à la condition d'être suffisamment poussé. Les auteurs associent l'aurothérapie à la collapsothérapie avec avantage, dans tous les cas où le pneumothorax artificiel ayant été pratiqué, le côté opposé paraît suspect, ou bien dans ceux où la bilatéralité intervient malgré le collapsus.

L'aurothérapie semble pouvoir être employée comme traitement ambulatoire avec des résultats excellents.

MM. Léon Bernard et Rist approuvent les idées principales de cette communication et se proposent de la compléter prochainement par leur documentation personnelle.

Les malformations articulaires d'origine obstétricale.

(M. Raphaël Massart. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 6-6-1930.)

On observe, chez le sujet jeune, des malformations siégeant en général à la racine des membres, épaule ou hanche, qui sont sans rapport avec les malformations classées et connues de ces régions, et dont l'enfant paraît atteint depuis sa naissance. Décrites souvent comme congénitales, elles peuvent, semble-t-il, dans bon nombre de cas, se rapporter à un traumatisme de l'accouchement resté méconnu, et aux troubles qu'il a entraînés par la suite.

L'auteur en rapporte sept observations personnelles : une hanche et six épaules. Cette proportion s'explique par le fait que, dans les présentations dystociques avec procidence des membres, ce sont presque toujours les membres supérieurs qui sont procidents, De plus, chez le nourrisson, le maillot réalise une immobilisation du membre inférieur, et l'on peut se demander si, souvent, il n'y a pas eu une correction suffisante pour remettre les choses en état.

Pour l'épaule, on note souvent, en plus de la malformation, un trouble trophique créé par les phénomènes paralytiques. Cependant l'immobilité du membre, en pareil cas, peut fort bien être liée à une lésion épiphysaire douloureuse, quoique, toujours, on l'attribue à une paralysie. Au cours de la manœuvre obstétricale exécutée sur le membre, et dont la violence arrache l'épiphyse, est néanmoins parfois un premier stade, qui va rendre plus facile l'élongation du plexus brachial, l'épaule n'opposant plus la résistance de ses ligaments. En ces cas, le traumatisme obstétrical est la cause commune de la malformation articulaire de l'épaule et de la paralysie.

Cette notion commande chez un nourrisson qui

souffre ainsi de l'épaule d'immobiliser, avant toute électrisation, convenablement le membre en abduction et en rotation externe, pour remettre en place et réduire le bloc épiphysaire de l'épaule, décollé en masse. Si le membre était abandonné à lui-même, il se produirait un véritable décalage de l'épiphyse par rapport à la diaphyse,portant le bras en rotation interne très marquée, de telle sorte que le bord externe de l'humérus au niveau du coude deviendrait un bord antérieur.

Quant à l'observation de la hanche rapportée par l'auteur, celui-ci a pu découvrir au niveau de cette articulation une lésion d'origine obstétricale certaine ; après avoir constaté quelques semaines après l'accouchement des réactions périostées particulièrement marquées, il a vu s'établir progressivement une coxa vara, dont l'aspect radiographique diffère assez de ce qu'on observe en général.

Il importe de reconnaître assez tôt, par la clinique et la radiographie, ces lésions obstétricales, car, lorsqu'elles restent ignorées, elles viennent troubler le développement normal d'une articulation aussi importante que l'épaule ou la hanche.

Elles doivent être traitées de façon précoce au même titre qu'une fracture obstétricale de l'humérus ou du fémur, c'est-à-dire qu'elles doivent commander l'immobilisation : au membre supérieur en abduction et rotation externe ; au membre inférieur en extension avec rotation interne du pied.

Deux cas de péritonite pneumococcique généralisée. primitive chez l'adulte.

(MM. Darré, Laederich et Mamou. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 28-11-1930.)

Les auteurs confirment que cette affection est, en réalité, très exceptionnelle chez l'adulte. La principale difficulté du diagnostic consiste à la différencier de la péritonite appendiculaire ; cependant il faut noter dans la péritonite pneumococcique l'extrême atténuation de la contracture abdominale, et l'existence de la diarrhée bilieuse, tout à fait caractéristique.

Mais ces deux mêmes symptômes (diarrhée bilieuse et absence de contracture abdominale) rendent le diagnostic extrêmement difficile avec des accidents tout différents, les toxi-infections alimentaires : même début brutal, avec douleurs abdominales diffuses à type de coliques ; nausées, vomissements alimentaires, puis bilieux : diarrhée profuse, bilieuse et fétide ; facies grippé, quelquefois subictère ; fièvre élevée, pouls rapide.

Cependant dans les intoxications alimentaires, il n'y a pas la même intensité et rapidité de l'altération de l'état général ; ou bien celle-ci s'accompagne d'accidents cholériformes, avec algidité, qui manquent dans la péritonite pneumococcique. Puis, l'état de l'abdomen, pas absolument souple comme dans les intoxications, mais non « de bois » comme dans la péritonite appendiculaire, fait soupçonner l'inflammation péritonéale. Ensuite dans les intoxications, on ne trouve ni vomissements porracés, ni herpès labial. Enfin l'hémoculture demande trop de temps pour une réponse rapide. La leucocytose avec polynucléose semble, au contraire, constante dans la péritonite suppurée.

Il n'est plus indiqué, comme il y a quelques années, d'intervenir chirurgicalement dès le diagnostic soupçonné ; rien de fixe n'a cependant encore pu être établi à cet égard. Néanmoins le sérum antipneumococcique semble très utile pour la guérison : soit sous la peau, soit dans la cavité péritonéale après drainage si l'on est intervenu chirurgicalement.

Syndrome d'anémie aiguë au cours d'un paludisme de première invasion.

(M. Melnotte. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 28-11.1930.)

L'anémie est plutôt le fait du paludisme chronique. L'auteur rapporte un cas de paludisme de première invasion, observé au Maroc, avec une forme exceptionnelle d'anémie à évolution anormalement brutale et rapide ; alors que dans la majorité des cas de primo-invasion, il s'agit, en fait d'anémie, de formes peu intenses, et surtout thérapeutiquement très maniables.

Observations sur la fièvre exanthématique méditerranéenne.

(M. Vedrenne, de Cannes. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 28-11-1930).

Trois observations de l'auteur semblent une fois de plus montrer le rôle important des tiques du chien comme agent de transmission de la fièvre méditerranéenne avec exanthème. Mais les chiens ne sont pas absolument indispensables, car l'homme peut, rarement il est vrai, être piqué directement par la tique sur le sable des plages, où celle-ci pullule, ou bien dans les buissons et rocailles de la campagne, où l'on doit trouver de véritables nids de tiques.

G. F.

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales.

Formes particulières de la syphilis osseuse héréditaire dans la deuxième enfance.

M. F. Pauzet présente deux observations :

I. Fillette de 5 ans et demi, présentant une sensibilité à la pression au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit dans la région juxta-articulaire. La radiographie montre les lésions suivantes : cartilage de conjugaison doublé de volume, os métaphysaires criblés de vacuoles en mie de pain avec des zones de densification.

Au bout de deux mois et demi, le traitement par

l'arsénobenzol amena une grande amélioration qui se poursuivit par la suite. Wassermann positif chez l'enfant et chez le père.

II. Fillette de 8 ans et demi entrée à l'hôpital avec une tuméfaction juxta-épiphysaire du tibia droit. On pense à de la tuberculose, mais l'évidement ne montra que de l'ostéite raréfiante avec des fongosités « gelée de raisins ». Un an après l'enfant revint avec une hydarthrose du genou gauche, une tuméfaction de l'angle du maxillaire droit, de l'enrouement et enfin une tuméfaction de l'extrémité inférieure du radius, au niveau de laquelle la radiographie montrait une altération considérable de la structure osseuse au-dessus du cartilage de conjugaison avec aspect « hérissé » de l'os. Le Wassermann négatif, mais le traitement spécifique (arsénobenzol) se montra efficace sur la lésion, ainsi que sur d'autres survenus ailleurs.

Curetage éthmoïdal chez les asthmatiques porteurs de polypes du nez.

M. R. Rendu présente deux observations d'asthme bronchitique, avec polypes muqueux du nez, datant respectivement de quinze et dix ans, ayant résisté à tous les traitements, y compris l'ablation renouvelée des polypes ; la guérison fut obtenue par une cure radicale de l'ethmoïdite concomitante, consistant en une ethmoïdectomie bilatérale, véritable évidement méthodique de l'ethmoïde antérieur et postérieur, pratiqué prudemment en plusieurs séances espacées de trois à quatre semaines.

Brûlure gastrique par ingestion d'acide. Gastro-entéro-anastomose.

MM. Laroyenne et H. Jarnicot présentent l'observation d'un sujet de 28 ans, sans antécédents notables, qui avala par mégarde quelques gorgées d'acide chlorhydrique et ne présenta sur le moment qu'une forte hématémèse de sang noir et de vives douleurs. Hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, il en sort au bout de huit jours, ne présentant ni douleurs ni vomissement et s'alimentant normalement. Huit jours plus tard, les vomissements reparaissent ainsi que des douleurs. La radioscopie montre la présence dans l'estomac à jeun d'une grande quantité de liquide ; après ingestion de baryte, l'estomac apparaît très dilaté : sténose pylorique complète. L'état général s'altère : asthénie, anorexie, subictère des conjonctives, déshydratation marquée. Réaction de Weber positive.

On pratique une gastro-entéro-anastomose sous rachianesthésie. Le malade a présenté de la fièvre pendant quelques jours, puis tout est rentré dans l'ordre, et, un mois après l'intervention, le malade est complètement guéri. La gastro-entérostomie paraît donc bien ici être l'intervention de choix. A noter, en outre, l'intégrité de l'œsophage, habituelle en cas d'ingestion d'acides, alors que l'inverse se produit en cas d'ingestion de liquides alcalins caustiques.

Un cas de phlegmon ligneux de la cavité de Retzius à étiologie rare.

MM. Gaté, Ph. Rochet et Treppoz présentent un jeune homme de 22 ans entré à l'hôpital pour des végétations vénériennes. Syphilis contractée deux ans auparavant et soignée régulièrement depuis. Les végétations furent traitées au régiment sans grand succès, par des cautérisations, et déterminèrent des phénomènes inflammatoires avec température à 40°, adénopathie inguinale et tuméfaction hypogastrique. A l'entrée, les végétations de la verge persistent ; au niveau de l'hypogastre on trouve une tuméfaction assez dure et limitée, en forme de croissant dont les cornes remontent de chaque côté jusqu'à la partie moyenne de l'arcade crurale, forme caractéristique du phlegmon de la cavité de Retzius. L'inflamation intense de la verge qui suivit les cautérisations au nitrate d'argent des végétations est certainement l'origine de ce phlegmon.

Résultats éloignés d'une double ostéosynthèse de cuisse.

M. Sassard présente, au nom de M. le prof. Patel, un malade qui, en avril 1929, fit une chute de motocyclette. On constata : une fracture des deux cuisses, une fracture ouverte au tiers supérieur de la jambe droite et enfin une vaste plaie avec perte de substance au niveau de la face postéro-externe de la jambe droite. Les lésions de la jambe droite furent traitées à l'Infirmerie du poste (réduction de la fracture et maintien par agrafe de Dujarier). Les fractures de cuisse furent traitées dans le service de M. Patel par une double ostéosynthèse. Actuellement, plus d'un an après le traumatisme, le résultat est assez satisfaisant pour le malade qui aurait dû rester un grand infirme.

Néoplasme du cæcum.

M. Sassard présente une pièce opératoire provenant d'un malade du service de M. Patel ; à son entrée, on notait : amaigrissement de 4 kgr., bon état général, anorexie, douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite ; on sent une masse diffuse, profonde, à la partie tout inférieure de l'hypocondre droit. Pas de vomissements, pas de mélœna, mais Weber positif. Intervention : on se trouve en présence d'une tumeur maligne de la partie supérieure du cæcum. Ablation. Suites immédiates bonnes, mais le malade meurt chez lui au neuvième jour, à la suite de complications pulmonaires.

A. C.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, Bd. St-Germain, Paris.

Actualités médico-chirurgicales. — Seize conférences par les Chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. Préface du Professeur L. IMBERT. (1 vol. 344 pages. Prix : 35 fr.)

C'est une mise au point des grandes questions de la pratique actuelle. Voici les sujets, traités dans ces seize conférences par MM. :

J. PAOLI : Le cancer expérimental. — M. BOURRET Réflexions et suggestions à propos des conceptions actuellement classiques du traitement de la syphilis. — J. TURRIÈS : Le syndrome douloureux syphilitique de l'épigastre. — F. TRABUC : L'insuffisance hépatique d'origine hérédo-syphilitique au cours de la deuxième enfance. — G. SESQUÈS : Les anémies dans la première enfance. — A. CRÉMIEUX : Position actuelle du problème des névroses. — P. SILVAN : Prophylaxie et traitement de la maladie du sommeil. — Ch. TOINON : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les antigènes méthyliques et les sels d'or. — R. POINSO : Sur la thérapeutique des suppurations pulmonaires chroniques, non tuberculeuses. — E. GUIRAUD : La circulation périphérique des membres. — M. ARNAUD : Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes crâniens. — J. GIRAUD : Idées récentes sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — G. DARCOURT : Les coxarthrites. — J. CHOSSON : Le problème de la stérilité féminine. — Ch. LAHAYVILLE : *Les hydronéphroses.* — G. TISTANT : Troubles de la miction.

Gaston DOIN et CIE, éditeurs.
8, place de l'Odéon, Paris.

Lucien HUDELO. — **Prurits et prurigos** (in-8° de 40 pages, avec 10 figugres hors texte, 15 francs.)

La pathogénie des prurits et prurigos est loin d'être fixée, malgré les nombreux et importants travaux de ces dernières années. Au cours de cette étude, l'auteur, s'est efforcé de clarifier, dans la mesure du possible, les obscurités de la question. Dans l'étude symptomatique, il a procédé du simple au composé, passant des faits, où le prurit seul est en jeu, à ceux où il se complique de réactions cutanées, plus ou moins variées, plus ou moins complexes, en insistant, chemin faisant, sur les liens de passage qui unissent les diverses variétés.

L'étiologie a été minutieusement étudiée, et l'auteur a insisté sur l'habituelle complexité et la régulière indication des conditions associées dans la mise en jeu de ces réactions cutanées, il a montré combien est délicate la tâche du clinicien dans chaque cas, s'il veut établir une indication réellement étiologique, destinée non seulement à guérir les accidents en cours, mais surtout à en prévenir les récidives si fréquentes en s'attaquant à l'état allergique, qui les conditionne.

Dans des courts résumés, il est spécifié, pour chaque variété clinique, les médications tant internes qu'externes qui ont fourni les résultats les plus régulièrement satisfaisants.

C'est un guide clair dans la difficile conduite à tenir vis-à-vis de ces états dermatologiques, qui semblent devenir plus fréquents à la faveur des bouleversements sociaux de l'époque actuelle.

Les livres qui viennent de paraître...

A la LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris.

Ad.-J. CHARON, ingénieur agricole. — **Poules qui pondent, poules qui paient.** *Méthodes d'aviculture anglo-americaines.* 6e édition. (Un vol. 260 p., 73 fig. Prix : 15 fr.)

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Ch. PFEIFFER. — **La néoplasmogénèse.** *Etudes cliniques, biologiques et expérimentales sur la cancérisation.* (Un vol. in-8°, 166 pages. Prix : 25 fr.)

Dr M. TAILLANDIER. — **Spectrophotométrie et photométrie appliquées à l'analyse biologique.** *Les méthodes optiques d'analyse.* (Un vol. in-8°, 255 pages avec fig. et schémas. Prix : 40 fr.)

P. MOUNIER. — **Parvianalyse clinique des urines et des autres liquides de l'organisme.** Techniques, séméiologie, interprétation. (Un vol. in-8°, 445 pages avec schémas et figures. Prix : 65 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

« Margot et Mabu », scénario de Louis Devraigne pour un film de vulgarisation médico-sociale. — Les équipements sanitaires désirables et les concours qu'ils réclament. — L'hygiène et la prophylaxie organisées sous le double signe de la raison et du sentiment.

Le Docteur Louis Devraigne, accoucheur de Lariboisière, est, on le sait, un apôtre fervent de la vulgarisation, par le film, de l'hygiène et de la prophylaxie.

Poursuivant inlassablement son apostolat, il vient de publier sous le titre *Margot et Mabu*, le scénario d'un film d'hygiène sociale, qui, sous le titre « Le Voile Sacré, » vient d'en être tiré. (1)

Il expose comment, dans une petite commune de la Somme, grâce aux efforts conjugués d'un maire éclairé et avide de progrès, d'un médecin instruit et dévoué, d'un instituteur converti aux idées modernes en matière d'hygiène, d'une jeune fille charmante, diplômée de l'Ecole de Puériculture, et promue ainsi au titre d'Assistante, — c'est Margot, — que seconde d'un beau zèle éclairé une vieille femme, Mabu, dont l'intellect a su faire litière des préjugés qui règnent à la campagne sur la santé et la maladie, — il expose, dis-je, comment ont pu être organisés et exploités successivement un Centre d'élevage, une Consultation de nourrissons avec Goutte de lait, un Dispensaire d'hygiène sociale, une Maternité rurale, dont le service technique est assuré par une jeune sage-femme d'excellente formation. Et il les montre en action, sous une forme concrète, très animée et vivante.

Pas de difficultés, nul obstacle ... La population elle-même a adopté tous ces organismes, et considère tous ceux qui les ont créés et qui les font fonctionner comme ses Bienfaiteurs.

Même la mort d'un tuberculeux revenu vivre ses derniers jours au pays natal, déserté naguère pour Paris et ses dangereux appats, devient le point de départ de la fondation d'un Préventorium pour enfants de souche tuberculeuse, qu'il importe de soustraire rapidement aux éventuelles contagions du foyer familial.

(1) Editions de la Vie Saine. 36, rue des Artistes. Paris. Le Film *Le Voile Sacré* a été projeté le 22 février dernier dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

D'aucuns souriront peut-être d'un tableau si enchanteur, trop enchanteur. Ils objecteront que, dans la réalité, les choses ne se passent pas habituellement aussi bien ; que, par malheur, l'assistante d'hygiène sociale ne s'entend pas aussi harmonieusement avec le médecin, qui ne s'entend pas avec le Maire, qui ne s'entend pas avec... etc., etc.

A quoi M. Devraigne répondra sans doute, en s'inspirant de Corneille, qu'il n'a pas voulu décrire choses et gens tels qu'ils sont, mais tels qu'il souhaiterait qu'ils fussent ; et qu'au surplus, son dessein est de montrer les services que peuvent rendre à la santé publique une Consultation prénatale, une Maternité rurale, une Goutte de lait, et combien ces services deviennent plus considérables, si tous ces organismes peuvent être groupés les uns auprès des autres.

Et ce louable dessein justifie les brillantes couleurs dont il a brossé le tableau, dont la projection cinématographique fait ressortir toute la vertu éducatrice.

Si je m'étends aussi longuement sur ce sujet, c'est tout d'abord parce que l'initiative du Dr Devraigne mérite d'être soutenue et encouragée : son principe est en dehors de toute discussion.

C'est ensuite parce que l'équipement sanitaire de la France, région par région, localité par localité, suivant le plan dont je ne cesse de vous entretenir, doit comprendre évidemment, et sans contestation possible, la généralisation, la systématisation, et permettez-moi d'ajouter encore, la rationalisation des différents services d'une hygiène sociale et d'une médecine préventive bien comprises, — par les soins et sous le contrôle d'un Syndicalisme résolument constructeur.

En matière d'hygiène et de prophylaxie, l'éducation peut beaucoup. Mais, sans aller jusqu'à suivre le professeur Richet lorsqu'il proclame que l'hygiène sera dictatoriale ou qu'elle ne sera pas, nous sommes bien forcés de convenir qu'une certaine coercition est nécessaire, qui fera vio-

lence, j'emploie à dessein cette expression, aux résistances et aux inerties qui seront opposées aux tentatives poursuivies dans l'intérêt général, par des profanes insuffisamment instruits et convaincus.

Et c'est pourquoi il est juste de réclamer, pour les hygiénistes de carrière, un statut qui assure leur indépendance au regard du corps électoral et de ses émanations, en leur permettant de ne pas hésiter à prendre les mesures qui s'imposent, et qui seront surtout opérantes si elles associent les praticiens à leur exécution.

La raison réclame une impulsion féconde, et une division du travail, réparti entre exécutants disposant d'un matériel lui-même sagement réparti. Et l'on comprend alors la valeur et le rendement de la méthode qui réunit, par exemple tous les huit jours, dans le local approprié, tous les enfants d'un Centre d'élevage. C'est le travail en série. J'ai déjà employé cette expression dans mes essais d'interprétation de certains aspects de la médecine moderne. Et on me l'a assez reproché, — de l'autre côté de la barricade.

Or, on a beaucoup parlé récemment de la leçon inaugurale du professeur Cestan, de Toulouse, sur l'état de la médecine. Et, de cette leçon, j'extrais les lignes suivantes, que je ne puis m'empêcher de retenir pour les besoins de la cause que je défends:

On ne saurait nier, en effet, que la spécialisation ne soit la conséquence inévitable du progrès. Il devient de plus en plus difficile de se tenir au courant de la totalité du mouvement des idées médicales, et surtout de la pratique des techniques nouvelles. Qui pourrait se permettre aujourd'hui d'affirmer sa connaissance conforme aux idées du jour de toutes nos méthodes d'investigation médicale, exploration physico-chimique des humeurs, radioscopie, bactériologie, électrocardiographie, chronaxie, etc...

Au point de vue de la technicité, la spécialisation donne un tour de main, une virtuosité d'exécution incomparable. Par l'habitude, nos sens s'affinent dans telle ou telle direction, notre motilité s'hypertrophie et se précise par une sorte d'automatisme en vue d'un travail déterminé ; nous y gagnons précision et rapidité.

Au point de vue clinique, grâce à la spécialisation, la possibilité d'examiner *en série* la même catégorie de cas morbides enrichit notre mémoire de détails cliniques, ce qui rend rapides et précis l'étude comparative et le diagnostic des cas nouveaux (1).

Et voilà donc que ce professeur se réjouit de pouvoir examiner les mêmes cas morbides *en série.*

Mais la Raison appliquée à l'organisation de la médecine moderne n'exclut pas le Sentiment, la Tendresse, comme voulait bien me l'écrire M. le professeur COUVELAIRE, dont j'admirais la manière qui avait présidé à l'équipement de la Maternité Baudelocque, dont il est le grand Patron.

Et il y a place, en effet, pour une association heureuse entre la *Tête*, le *Cœur* et la *Main*, dans cette médecine organisée, tant pour la prévention que pour le diagnostic et le traitement, vers laquelle je veux croire que nous sommes en marche.

G. DUCHESNE.

(1) *Gaz. des Hôp.* (10-12-30.)

LE DIXIÈME DINER DU CENTRE DE DIAGNOSTIC MÉDICAL

Des audacieux que la fortune a favorisés...

Le 9 novembre 1921, nous annoncions qu'un groupe de docteurs, anciens internes des hôpitaux de Paris, venait de fonder un Centre de Diagnostic médical, 1 *bis*, rue Andrieux, destiné à mettre à la disposition des médecins praticiens les compétences et l'outillage nécessaires à l'établissement d'un diagnostic difficile.

Il comprenait alors des services d'affections du tube digestif, de gynécologie, d'oto-rhino-laryngologie, de dermatologie, de stomatologie, un laboratoire de recherches biologiques et micro-biologiques, et un laboratoire de radiothérapie et de physicothérapie.

Tout médecin ayant adressé un malade au centre reçoit le diagnostic avec les indications thérapeutiques utiles.

Ce centre a prospéré, s'est développé, et il fêtait mercredi 4 mars dernier le dixième anniversaire de sa création en un diner confraternel qui groupa une centaine de convives dans les salons de l'Hôtel Carlton.

Ce dîner était présidé par le Doyen, BALTHAZARD, qui avait à ses côtés les professeurs NOBÉCOURT et VANVERTS, celui-ci représentant la Confédération des Syndicats ; le Dr FANTON D'ANDON, représentant la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, le Dr M. DELORT, Président du Centre de diagnostic.

Composé d'une chère choisie et de haut goût, remarquablement servi, il s'est déroulé dans

une atmosphère de cordialité parfaite et de familiarité bienséante.

A peine avions-nous entamé le homard à la bordelaise, que le Dr Brille se levait et s'exprimait en ces termes : « Rassurez-vous ; ce n'est pas un discours que je vais vous faire. Mais nous avons pensé qu'il convenait que nos invités et commensaux connussent tous ceux qui les recevaient. Je vais donc appeler l'un après l'autre les médecins du Centre qui voudront bien se lever ». Et nous saluâmes ainsi les Drs Delort, gastro-entérologue ; Détape, stomatologiste ; M. P. Weil, médecin des hôpitaux, maladies de la nutrition et des glandes endocrines ; Schaeffer, neurologue; Bonnet, gynécologue ; Tournay, neurologue ; Serin, psychiâtre ; Roux-Delimal, dermatologiste ; Coliez, radiologiste ; Lejard, voies respiratoires ; Nora, voies urinaires ; Séjournet, chirurgien ; Lestoquoy, pédiatre ; Winter, oto-rhino-laryngologiste ; Tulasne, laboratoire d'analyse ; Margerin, ophtalmologiste ; Brille, stomatologiste ; Prévost, radiologiste ; Laporte, urologiste ; Omnès, stomatologiste ; Renaudeaux, gastro-entérologue ; Triboulet, voies respiratoires ; Pouliot, gynécologue ; Garnier, dermatologiste; Massart, chirurgien ...

Au dessert, ce fut à notre tour, nous les hôtes choyés de cette brillante réception, de nous lever à l'appel de notre nom, et d'être acclamés sympathiquement. Et quand cet appel fut terminé, nous nous rassîmes, sauf Maurice Delort qui, dans une langue élégante et choisie, sut remercier tous les amis qui prenaient part à cette solennité, et notamment les professeurs Nobécourt, Vanverts, et surtout le Doyen Balthazard, dont il fit un éloge subtilement nuancé, chaleureux et vibrant, ému aussi quand il évoqua des souvenirs de la guerre que le Professeur Balthazard fit toute comme officier d'artillerie. Il montra enfin le Doyen sous les traits d'un Précurseur.

Celui-ci répondit : il rappela sa première orientation vers l'Ecole polytechnique, d'où il aurait pu sortir ingénieur. Mais son destin était tout autre ; il lui était advenu de lire de mauvais livres, des livres de médecine ... Si bien qu'il bifurqua, entreprit ses études médicales, et devint rapidement interne des hôpitaux. Mais sa formation première ne se prêtait guère à ce qu'il prit contact avec la véritable profession médicale, et il pensa d'abord à se spécialiser dans la chimie médicale. Finalement, c'est la médecine légale qui l'accapara, et à laquelle il se consacre, tant pour la professer que pour la pratiquer.

S'il avait prévu la guerre de 1914, certes il aurait poursuivi sa carrière d'officier et serait sans doute aujourd'hui général. Mais alors, les officiers marquaient le pas dans les grades subalternes durant de longues années, avant d'avancer. Et ce fut l'une des raisons déterminantes de son aiguillage vers une Science qui l'attirait puissamment. Et au lieu d'être devenu général, il est parvenu au « Décanat ... »

Il félicita les médecins du Centre de Diagnostic d'avoir conçu et réalisé cette formule nouvelle dont la fortune fut particulièrement heureuse, se réjouit d'avoir pu se mêler à eux ce soir et les assura de tout son appui.

Un ban retentissant remercia le Doyen de son allocution simple et cordiale. Et la parole fut donnée à un artiste du Théâtre de Dix heures qui fit cingler vigoureusement le fouet d'une satire mordante dont nos vedettes contemporaines de la Politique, du Théâtre, des Arts, firent les frais.

Il fut remplacé par le Dr Dhotel, prestidigitateur habile doublé d'un poète inspiré qui nous régala d'une ballade à la Cyrano, sur sa baguette magique, apparaissant légère à son appel, virevoltant entre ses doigts agiles, à la cadence des vers évocateurs.

D'autres divertissements achevèrent la soirée dans une atmosphère de gaieté bien parisienne.

***

J'ai pris part à cette manifestation avec d'autant plus d'empressement et de joie que le Centre de Diagnostic de la rue Andrieux, vieux déjà de dix ans, est à mon sens le prototype de l'instrument de travail de la médecine moderne, soucieuse de répondre aux besoins créés par le progrès scientifique, le développement des spécialisations et le concours du laboratoire, accessoire indispensable de la clinique.

C'est bien là ce travail en équipes dont je ne cesse d'essayer de vous montrer l'intérêt et la fécondité. Et je suis heureux de son succès; il confirme des espérances que l'on avait mises en cette création.

Ces entreprises méritent d'être encouragées, et l'on n'en dira jamais assez de bien, si elles offrent comme dans le cas présent, toutes les garanties désirables de compétence et de correction professionnelle.

Centres de diagnostic, centres de traitement, centres de prophylaxie ... ce sont, je le répète, les instruments de la pratique médicale telle que nous avons le devoir d'en envisager l'évolution et le perfectionnement. Pour employer l'expression de mon maitre Paul Le Gendre, c'est là la nouvelle technique professionnelle.

Les fondateurs du Centre de la rue Andrieux ont été eux aussi des précurseurs. Il leur a fallu une certaine audace, au lendemain de la guerre, pour entreprendre leur œuvre et leur action. L'événement leur a donné raison et la fortune n'a pas manqué à sa tradition en souriant à ces audacieux.

Depuis, leur exemple a été suivi. Je sais d'autres *centres, inspirés par le même idéal, qui se*

sont créés plus ou moins récemment, avec d'autres objectifs. Et je songe notamment au Centre Médico-chirurgical des Agents physiques, de la rue Demours, que je visitais dernièrement, et où je voyais le noyau d'une organisation plus variée.

Tout cela répond tellement aux idées que je ne cesse de répandre que vous m'excuserez de m'étendre complaisamment sur des réalisations qui prouvent que ces idées n'ont rien de chimérique et que l'expérience en a ratifié et consacré la portée pratique.

Je veux terminer par un mot de gratitude envers les Dr Renaudeaux, Delort et leurs collègues pour le plaisir qu'ils m'ont procuré en me conviant à prendre part à la fête du dixième anniversaire de leur Centre de Diagnostic.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Conflit à propos de « situation fixe »

Une société industrielle de la ville, soumise à l'obligation des assurances sociales, puisque, (paraît-il, les concessionnaires de services publics peuvent échapper à la loi) voudrait organiser un service médical pour ses ouvriers. Elle me propose un tarif à la visite (tarif syndical minimum) pour les malades à domicile, et un forfait pour les consultations qui auraient lieu à l'usine un jour ou deux par semaine.

Y a-t-il au point de vue syndical quelque chose qui s'oppose à l'acceptation du forfait ; à ce sujet j'ai fait certaines réserves et j'ai réservé ma réponse. Il m'a été objecté par le directeur de l'usine que cette façon de procéder (forfait) était en vigueur dans beaucoup de sociétés industrielles, et qu'en particulier le P. L. M. avait bien un forfait pour les soins donnés à la gare aux employés. Je n'ai évidemment pas bien su quoi répondre.

D'autre part, au cas où la société accepterait le tarif à la consultation pour les soins donnés à l'usine, y aurait-il aussi un obstacle au point de vue syndical à ce que je donne mon acceptation, étant entendu que le dit tarif serait le tarif syndical minimum adopté par notre syndicat.

Le président de notre syndicat me dit que je ne peux pas accepter le forfait et qu'à son avis je ne dois pas non plus accepter le tarif à la consultation ou à la visite, car le libre choix du malade doit être sauvegardé. A cela la compagnie répond : Du moment que c'est moi qui paie intégralement le médecin, j'ai le droit d'avoir le médecin qui me plaît et de l'imposer à mes ouvriers. S'il plaît à ceux-ci de s'adresser à un autre médecin, ils sont libres, mais alors ils n'auront pas la gratuité des soins.

Je vous serais très reconnaissant, mon cher confrère, de vouloir bien me donner votre avis éclairé sur cette double question :

1° Puis-je accepter le forfait ?

2° Dans la négative, puis-je accepter d'être le médecin d'une société industrielle avec un tarif à la consultation et à la visite qui serait le tarif syndical minimum. C'est d'ailleurs le président de mon syndicat lui-même qui m'a conseillé de vous écrire à ce sujet. Notez qu'il m'est absolument indifférent d'être ou non le médecin de cette usine, cela n'étant d'aucun intérêt pour moi ; mais c'est une question d'ordre général qu'il importe de trancher une fois pour toutes, car elle se représentera certainement dans d'autres occasions.

Enfin il faut aussi pouvoir donner aux chefs d'industrie qui nous sollicitent des raisons valables pour expliquer notre refus. En particulier que répondre à cette question. Et le P. L. M. ? ou les autres réseaux de chemins de fer ! Et n'y a-t-il pas dans toutes les villes industrielles des médecins d'usines qui ont un forfait et qui, cependant, sont des syndiqués ? Ce sont les questions qu'on m'a posées et auxquelles je n'ai pas su quoi répondre.

Dr A.

Réponse

Le Directeur de la Société industrielle a raison et votre président de syndicat n'a pas tort.

Le premier a raison lorsqu'il affirme que, s'il n'est pas assujetti aux assurances sociales, il a la possibilité de désigner un ou plusieurs médecins, qui assureront le service médical de son usine. Dans ses chantiers, il est maitre chez lui : il peut donc librement décider que, dans le local qu'il affecte pour les consultations médicales, un ou deux praticiens, désignés par lui, auront seuls accès et que seuls, ils donneront des consultations aux ouvriers et employés de l'usine.

Il a raison d'opposer à la doctrine syndicale du libre choix et du tarif à la visite les errements des médecins de chemin de fer, ou autres entreprises, qui, malgré des débats solennels en assemblée générale syndicale, entendent garder leurs petits fromages, ne mettant dans le fonds commun que les situations à venir.

Il a raison de nous reprocher de ne pas faire une nuit du 4 août et de ne pas être logiques avec nous-mêmes : en réclamant le libre choix, nous devons spontanément renoncer à tous nos privilèges.

Il a raison enfin, lorsqu'il prétend vouloir placer sa confiance en quelques praticiens seulement. praticiens qu'il choisit librement.

Mais le président de votre syndicat est loin d'avoir tort. D'abord, comme président, il entend faire respecter les engagements, que chaque syndiqué a signés, aux termes desquels chaque praticien s'interdit de contracter avec une individualité, ou une collectivité, sans en avoir référé au syndicat.

J'estime donc que les médecins syndiqués, respectueux de leur signature, ne doivent pas accepter une situation à l'usine dont s'agit, sans en avoir référé au syndicat, qui décidera.

Si vraiment les médecins syndiqués veulent une bonne fois pour toutes, instaurer le régime de « l'entente directe »,c'est à la condition de l'instituer toutes les fois que cela devient possible. Vous avez une occasion : saisissez-la.

Mais, m'objectera-t-on, tous les praticiens ne font pas partie du syndicat et certains même, n'hésiteront pas à donner leur démission du groupe corporatif, pour se jeter sur la proie que leur offre le directeur d'usine.

Au Syndicat d'avoir l'énergie de frapper disciplinairement ces renards, de les exclure, ou de les mettre à l'index. On ne peut pas faire d'omelette sans casser des œufs : si vraiment on veut l'entente directe, il faut oser en vouloir les moyens.

Que faire en pratique ?

Il faut que le syndicat entame des pourparlers avec le directeur de l'usine et qu'il lui fasse remarquer que son intérêt est de contracter, non pas avec quelques individualités, mais avec le syndicat lui-même.

Qu'un médecin,en lequel il a placé sa confiance vienne à manquer à ses devoirs professionnels, le directeur hésitera à le trainer devant les tribunaux ; il se contentera de le renvoyer.

Mais alors, le médecin ainsi évincé, pourra s'adresser aux juges pour brusque renvoi et réclamer des dommages intérêts.

Au contraire, s'il existe un contrat avec le syndicat, ce sera le groupe professionnel, qui, par son conseil de famille, pourra connaître du conflit et appliquer les sanctions nécessaires, si besoin en est.

Le directeur veut avoir des médecins, en lesquels il aura toute confiance. Quelle compétence médicale a-t-il pour se faire juge de la probité scientifique et professionnelle d'un médecin ? Pourquoi imposer un praticien plutôt qu'un autre ?

Au contraire, le syndicat s'entend avec le directeur , pour que le service médical de ville soit assuré par tous les praticiens, qui accepteront le contrat collectif passé entre le groupe corporatif et l'usine, convention fixant les modalités du service médical et les honoraires.

Quant à la visite de l'usine, service de consultations à jours fixes,il peut être établi par le syndicat , entre les médecins, qui désireraient y participer. Le Syndicat verra s'il doit allouer, pour ce service, un honoraire fixe, pour une vacation de 1 à 2 heures de consultations , honoraire payé par l'usine.

Mais, gros avantage pour l'usinier, le syndicat se chargera du contrôle et si le directeur a un doute quelconque sur la maladie d'un de ses ouvriers, ou sur la faiblesse d'un médecin qui donne trop facilement des journées de repos, il s'adressera au syndicat, pour que ce dernier fasse l'enquête médicale, ou professionnelle nécessaire.

Si le directeur de l'usine est un homme ouvert aux visions d'avenir, il acceptera une convention collective avec le syndicat , sur les bases médicales de la loi sur les assurances sociales.

Si, parce qu'il est conservateur et ennemi des innovations et du progrès, l'usinier entend rester maître chez lui, le syndicat pourra interdire à ses membres d'accepter ce service médical, avertir de cette décision les non-syndiqués. Enfin, il prendra les sanctions nécessaires contre les délinquants.

Quant aux praticiens, qui ont la possibilité d'être choisis par le directeur de l'usine, comme salariés de ce dernier, ils auront, en refusant ces présents d'Artaxerxès la conscience d'avoir dédaigné quelques centaines de francs-papier, annuels, mais ils auront la satisfaction d'avoir obéi à leur conscience syndicale comme d'avoir respecté la signature qu'ils ont donnée de n'accepter aucun service, sans en avoir référé au syndicat.

Ce premier résultat obtenu,on discutera le service médical au libre choix et à l'acte médical, pour toutes les situations fixes, chemins de fer et autres.

Dr Paul Boudin.

II

Un consortium de syndicats de médecins, de chirurgiens dentistes et de sages-femmes doit-il être déclaré illégal ?

Dans un département, les praticiens, qui exercent en vertu de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ont formé un consortium, pour présenter un front unique, au sujet de l'application de la loi sur les assurances sociales, puis, plus tard, pour étudier en commun la solution de problèmes corporatifs généraux.

Mais certains ont soulevé la question d'illé-

galité et craignent que, par autorité de justice, une telle fédération départementale soit obligée de se dissoudre.

A mon avis, mes confrères peuvent être parfaitement tranquilles et considérer leur groupement départemental comme absolument licite.

Un arrêt de la cour de Cassation du 28 février 1902 (D. 1902. 1. 203 ; S. 1903. 1. 445) avait décidé que par son article 13, la loi du 30 novembre 1892 a statué, par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle, en autorisant les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes à se syndiquer ; mais que ledit article n'autorisait pas ces professions libérales à se syndiquer avec d'autres personnes exerçant des métiers similaires, ou des professions connexes au sens de l'article 2 de la loi du 21 mars 1884. Spécialement les médecins ne peuvent, en vertu de la disposition précitée, se former en syndicats avec des pharmaciens.

C'est le seul arrêt, qui soit rendu en cette matière.

Nous pouvons d'abord en déduire, qu'en 1892, si la jurisprudence de la cour suprême refusait aux médecins le droit de se syndiquer avec des pharmaciens, elle ne refusait pas ce droit aux praticiens de la loi du 30 novembre 1892, puisque ces derniers tiennent de l'article 13 de ladite loi le droit de se syndiquer.

Nous pouvons dire ensuite qu'également à cette époque, les fédérations et Unions de syndicats n'avaient qu'une existence imparfaite.

Mais, depuis, est intervenue la loi du 12 mars 1920, puis la codification des lois syndicales, qui forment actuellement le livre III du Code du Travail.

Or, si l'article 2 dudit code, Livre III, reconnait la faculté de se former en syndicats à toutes personnes exerçant une profession libérale, l'article 10 accorde aux syndicats la même liberté civile qu'aux citoyens. Les articles 24 et suivants reconnaissent les mêmes droits aux Unions de syndicats.

Nous n'en sommes plus aujourd'hui aux faveurs timides et restreintes, accordées par les lois du 21 mars 1884 et 30 novembre 1892 : le législateur a doté les groupes professionnels de droits aussi étendus que ceux dont peut jouir un citoyen français.

Donc, le consortium de syndicats de médecins, de chirurgiens-dentistes et de sages-femmes est, à mes yeux, parfaitement légal. Il suffit que les statuts soient déposés, sur papier libre, à la mairie du siège social. Il faut enfin que les membres du conseil d'administration soient tous français ou naturalisés.

Si le préfet, ou autre personnalité publique, ou privée, voulait contester la légalité de pareille Union syndicale départementale, il devrait, aux termes de l'article 54 du Livre III du Code du Travail, déposer une plainte entre les mains du Procureur de la République : celui-ci devrait alors requérir, devant le tribunal correctionnel, la dissolution de cette Union syndicale.

Le jugement pourrait ensuite être déféré à la cour de Cassation.

Mais je suis bien tranquille ; les autorités administratives, ou judiciaires ne soulèveront pas cette question juridique ; les termes du Livre III du Code du travail sont trop nets, pour qu'un doute puisse être permis sur la valeur légale des fédérations départementales des syndicats de praticiens de la loi de 1892.

Dr Paul Boudin.

DES QUALITÉS PROFESSORALES ET DU RECRUTEMENT DES PROFESSEURS — UTILITÉ D'UN CONSEIL SUPÉRIEUR PERMANENT DE DIRECTION DES ÉTUDES (1)

Paul Le Gendre

Médecin honoraire des hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de médecine.

Ce que j'ai dit de la nécessité d'un double enseignement de la médecine, ou plutôt de deux enseignements parallèles dans nos Facultés, un haut enseignement *scientifique* et un enseignement plus spécialement *professionnel*, conduit à la conception de *deux catégories de professeurs*, qui se distingueraient par des qualités différentes, qualités assez rarement associées dans le même homme.

Le maitre chargé du haut enseignement se conçoit naturellement comme un savant, un chercheur original, ayant fait progresser la branche spéciale à laquelle il s'est consacré, chef d'école, qu'on diminuerait en l'obligeant à restreindre l'exposé de ses travaux personnels et des déductions qu'ils entraînent dans les limites d'un cours aboutissant à un examen ; ce maitre ne peut que parfaire l'instruction des candidats au doctorat ou des docteurs qui eux-mêmes aspirent à l'enseignement ou à la recherche scientifique personnelle. A celui-là on pardonnera volontiers l'absence des qualités à proprement parler didac-

(1) Extrait de la *Vie du Médecin*, par Paul Le Gendre (2e éd.) Editions médicales Norbert Maloine, Paris, 1831.

tiques ; pourvu qu'il soit à l'avant-garde de la science, qu'il ouvre des horizons nouveaux, il importe relativement peu qu'il n'ait pas les dons de l'enseignement, qu'il soit peu enclin à faire des sacrifices pour s'attacher son auditoire.

Au contraire, le maitre, qui se charge d'instruire les étudiants de l'état actuel de la science et, en les mettant en mesure de subir avec succès dans les délais règlementaires leurs examens probatoires, de les préparer à exercer leur profession, doit avoir un ensemble de qualités, sans lequelles, malgré la plus haute valeur scientifique, il sera impropre à sa tâche.

La première de ces qualités est aimer d'enseigner, *aimer l'enseignement en lui-même,* et non pas seulement désirer faire connaître ses idées ou ses travaux personnels. Tel qui est tout disposé à s'étendre longuement sur ses propres recherches, mais qui passe rapidement sur les notions courantes et les faits indiscutés, ne peut donner satisfaction à un jeune auditoire, auquel il faut exposer les questions avec leur valeur proportionnelle dans l'édifice scientifique actuel, sans exagérer l'importance de certains points de vue particuliers. Aimer d'enseigner suppose qu'on veut avant tout conquérir son auditoire, fixer son attention de la manière la plus captivante, le tenir en haleine jusqu'au bout de la leçon, afin que chacun des auditeurs emporte dans son esprit les notions fondamentales et leur enchaînement. Pour atteindre ce but il faut s'astreindre à une méthode dont les lois fondamentales sont la clarté, l'enchaînement rigoureux des faits, l'attribution à chacun d'eux de sa valeur exacte dans l'ensemble de la démonstration, la préoccupation incessante d'être intelligible à chacun des auditeurs, même et surtout aux moins intelligents et aux moins zélés.

Ce professeur comprenait bien sa mission qui disait : « Quand je commence ma leçon, je cherche parmi mes auditeurs le visage le plus morne, la physionomie la moins éveillée ou la moins bienveillante et je ne le quitte plus des yeux ; c'est pour lui que je parle. Je varie mes termes, mes démonstrations jusqu'à ce que j'aie pu saisir sur les traits de cet auditeur mal doué cette modification, ces détails d'expression, ce mouvement d'assentiment qui me prouvent que j'ai réussi à entrer en communication avec lui ; à ce moment j'ai le sentiment d'avoir tout mon auditoire en main »

Un tel maître, convaincu que son but est d'instruire et non d'éblouir, ne s'inquiétera pas de polir de brillantes périodes, de chercher les grands mouvements d'éloquence ; il n'aura pas besoin de ces dons physiques qui séduisent les nombreuses assemblées, d'une voix mélodieuse ni de gestes entraînants. Sans doute un timbre de voix agréable n'est jamais à dédaigner, mais ce qu'il lui faut, c'est une prononciation nette, une élocution précise. Il peut d'ailleurs, suivant son tempérament, parler froidement ou avec chaleur ; il importe seulement que son débit ne soit ni bredouillant, ni monotone, qu'après avoir exposé clairement les divisions de son sujet, il le développe suivant une progression régulière, glissant sur les côtés secondaires, insistant énergiquement sur les points fondamentaux et résumant pour finir, en quelques traits bien appuyés, *ce qu'il importe que l'auditeur retienne,* non seulement pour ses examens prochains, mais surtout *en vue de sa pratique future.*

Ce sont de tels maitres que ne remplacent pas les livres, parce qu'ils ont su en extraire la « substantifique moelle ».

Malheureusement les motifs qui décident du choix d'un nouveau collègue par les professeurs des Facultés ne sont pas toujours en harmonie avec les réels besoins de l'Enseignement et l'intérêt bien compris des études comme du bon renom de l'Université.

On a vu trop souvent la majorité des électeurs s'incliner devant l'autorité quasi tyrannique de quelques chefs d'Ecoles décidés à grouper autour d'eux leurs seuls élèves, dans l'espoir d'assurer à jamais le triomphe de leurs idées doctrinales : espoir chimérique et bien souvent déçu ; car plus d'un de ces Grands Electeurs a vu ses élus, quand il les eut fait entrer dans la place, se détourner de lui et saper à leur profit son influence.

Dans d'autres cas, le choix s'est porté sur un vieil agrégé, qui n'a jamais offusqué personne et qui ne peut faire valoir que son ancienneté,—ou sur un de ces hommes au caractère facile, qui ont toujours cultivé la camaraderie en vue de leur avenir, — à moins que l'heureux élu ne soit une honorable médiocrité par qui personne ne craint d'être éclipsé et dont on n'a pas à redouter la trop grande réussite professionnelle.

Il s'en faut d'ailleurs que de pareils abus soient la règle ; l'éclat incontestable de notre enseignement médical à certaines époques et son rayonnement même à l'étranger prouvent que les Facultés ont su souvent faire les meilleurs choix. Toutefois, ce serait une erreur de croire que l'influence utile de notre enseignement sur la formation d'un corps de praticiens en grande majorité instruits et habiles soit en rapport direct avec la présence à la même époque de deux ou trois professeurs illustres à la Faculté. Ceux-ci peuvent orienter pour un temps dans un certain sens les idées doctrinales de leurs contemporains ; mais, pour créer une moyenne de praticiens élevée, il faut surtout une majorité de maîtres habiles à enseigner, et mus surtout par une haute conscience de leur responsabilité professorale.

Certains hardis réformateurs ont préconisé *l'élection des professeurs par les élèves* ; ce projet supposerait que fussent seuls électeurs les étudiants qui touchent à la fin du cycle scolaire et qui ont

pu se rendre compte des qualités nécessaires à un enseigneur ; dans une certaine mesure ces étudiants-là peuvent être d'assez bons juges.

Mais le mode de *recrutement par les concours publics*, qui a servi de base pendant une partie du siècle dernier au recrutement des professeurs et où le succès des épreuves auprès du public influençait énergiquement le vote des juges, représentait en quelque sorte une émanation des désirs des étudiants. J'incline à croire que son rétablissement ne serait pas une mauvaise mesure.

Une autre mesure qui m'apparaît souhaitable serait la création d'un *Conseil supérieur permanent de direction des études médicales*, qui fût l'émanation des principales compétences. Composé des Doyens de toutes les Facultés et des Directeurs des Ecoles, auxquels on adjoindrait quelques représentants élus par les membres médicaux de l'Académie de médecine et des principales Associations professionnelles et syndicales se réunissant périodiquement, un tel Conseil éclairerait le Ministre de l'Instruction publique.

Puisque j'en suis à faire des souhaits, j'y ajouterai celui d'une stabilité plus grande de ce chef suprême de l'enseignement, afin qu'il ait le temps de surveiller l'application des réformes qu'il décide, — et même l'unification de tous les services publics qui concernent la médecine, aussi bien son enseignement que sa pratique, l'hygiène publique, la prophylaxie sanitaire et sociale — en un *Ministère de la Santé* — soustrait même aux fluctuations de la politique ! ... Ainsi parlais-je en 1919. Or, on a bien créé un Ministère de la Santé, mais il ne gouverne que l'Hygiène publique. L'enseignement de la Médecine demeure rattaché au Ministère de l'Instruction publique dont les hauts fonctionnaires ne sont pas préparés à comprendre les nécessités propres à la formation scientifique et morale des médecins.

DE LA CERTITUDE MÉDICALE

Devant les Juges

J. Camescasse

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Première partie : La leucémie

L'*article premier* de la loi du 9 janvier 1926 est ainsi rédigé :

Il est ouvert un délai supplémentaire, jusqu'au 31 décembre 1928, pour la présentation, au titre de la loi du 31 mars 1919, des demandes de pension d'invalidité, lorsque les infirmités invoquées sont imputables aux services accomplis pendant la guerre 1914-1918, — à charge pour les intéressés *de faire*, par tous moyens, *la preuve* de cette imputation.

Je n'expliquerai pas ici pourquoi une veuve se trouve par un ricochet de cet article de loi, autorisée à plaider, en 1930, que son mari défunt est mort d'une leucémie et que cette leucémie est imputable aux services de guerre de ce mari.

Je retiendrai, par contre, que l'avocat venu au secours de cette veuve a dit « s'il s'agissait « de tuberculose, je pourrais plaider moi-même ... mais pour une leucémie, il faut un méde- « cin. »

Me voici donc devant le tribunal des pensions.

Des membres de ce tribunal, l'un est médecin. Il m'écoutera avec un *préjugé favorable* ; ma thèse *l'assure mais il est* visiblement désabusé : il sait, lui, que le président, magistrat de profession, interprétera la loi de 1926 *stricto sensu*.

Le paragraphe final de l'article de loi cité a été rédigé pour réprimer des abus ; des abus scandaleux qui nous ont conduit à servir quelques cinq miliards de pensions viagères aux victimes de la guerre et à leurs ayants-droit. Le législateur, il faut le reconnaître, fut sage qui voulut freiner et qui, pour ce faire, dit qu'il faudra désormais que le demandeur fasse la preuve de la *filiation* entre la blessure (ou la maladie) de guerre et les accidents ultérieurs.

Mais le juge a constitué une jurisprudence : cette jurisprudence est tout entière basée sur l'idée préconçue de CERTITUDE.

Or, le médecin ne connaît pas, ne connaît jamais cette situation euphorique : *être certain.*

N'importe où, n'importe quand, ce médecin conserve un doute.

C'est là la position fondamentale de notre art. Que nous ne laissions pas paraître ce doute, dans la plupart des cas, c'est seulement générosité de notre part envers le patient.

Mais le tribunal n'est pas un patient. Il a droit, ce tribunal, à toute la vérité. Il a, en contrepartie, le devoir de l'entendre.

Or, j'ai eu la double surprise, et de constater qu'on ne lui avait jamais affirmé cette *perpétuelle incertitude* où nous sommes, et d'apprendre que je n'étais pas admis à développer mes *probabilités*.

Plus simplement ma cliente a été déboutée, en

première instance, en vertu d'une fausse interprétation de la loi, (fausse, selon moi).

Nous irons en appel. Aussi *veux-je éviter* de me heurter à un mur — sorte de question préalable qui me fut posée au cours de mon développement et en arrêta net le décours : « Nous apportez-vous la certitude ? »

Je demande donc au lecteur de lire le présent mémoire avec patience et, aussi, quelque indulgence.

Je ne crois pas que le législateur ait commis une loi, — que les juges en aient tiré une jurisprudence — concluant d'avance au rejet de toute instance nouvelle. Ils auraient spéculé, ce faisant, sur cette contradiction : demander aux médecins, *qui ne le peuvent pas en droiture*, d'affirmer la certitude d'une relation de cause à effet.

Je crois seulement que, ici au tribunal comme à la tribune, on a oublié de s'informer, — car la vérité est que notre profession ne comporte que *des approximations.*

Ce mémoire ne ressemble guère à ce que j'ai pu dire. Je désire qu'il ressemble davantage à ce que je dirai.

Sa publication précoce me paraît indispensable, au risque de soulever des contradictions, (qui me seraient utiles). Et puis d'autres que moi peuvent se trouver dans mon cas, qui trouveront sans doute bon que quelqu'un ait commencé à saper le mur.

***

J'expose maintenant le cas Leucémie, qui a fait une veuve et une orpheline que je dis *de Guerre*, ce qu'on dénie.

Par éclats de grenades, une vingtaine de plaies, infectées, entre les pieds et les fesses. Perte de connaissance : *état de choc.* On luttera contre les processus infectieux ; entre autres médications énergiques, le sérum antitétanique cause un autre *état de choc* que dénonce l'urticaire classique, etc.

Des vingt plaies, d'aucunes intéressant aponévroses et muscles comme en témoignent les cicatrices (hernies musculaires, adhérences profondes, etc)., des vingt et quelques plaies, beaucoup suppurent. Il a fallu, aussi, extraire ceux des éclats qu'on a pu repérer : anesthésies locales, regionales ou autres.

Chocs.

Défaillances = huile camphrée, etc.

Choc, choc, chocs !

Floculations ? Résorption des flocula ..... par quels organes ? Destructions répétées de globules suivies du remplacement de ces globules par les organes hémato-poïétiques, à chaque épreuve surexcités ; combien y a-t-il eu de ces épreuves ?

Mon hypothèse est que chaque surexcitation équivaut, pour ces organes hémato-poïétiques, à un véritable traumatisme; que ces organes ont été ainsi préparés au grand déraillement, qui sera la genèse follement active de globules blancs pathologiques) : la leucémie.

Processus en tout comparable à celui qui, d'une blessure trop souvent répétée de la lèvre par le tuyau de sa pipe, engendre le cancer du fumeur.

Il est vrai que, dans mon cas, l'incident est étranger à la Guerre, qui déclenchera le drame jusqu'alors demeuré latent :

Mon blessé est agriculteur. Sur le siège, inconfortable, d'une machine aratoire, il blessera une de ses cicatrices fessières. Il se blessera à côté de l'une de ses cicatrices.

Il ne se ménage pas : l'ouvrage pressant, c'est comme ça dans l'agriculture, il *foule* cette écorchure initiale.

Ecorchure foulée ou furoncle contus ? Je suis fort embarrassé le jour où il me montre cette lésion ; c'est laid, très laid. Mon traitement, mes traitements, veux-je dire, le repos complet y compris, ne nous donnent aucune satisfaction... mais, à quelques semaines de là, nous voyons naître des taches, bientôt ulcéreuses, en différentes régions : ici, au bord de telle ou telle cicatrice qui n'a pas été irritée par un traumatisme récent ; là, en peau saine !

Je dis tout de suite, pour n'y pas revenir, que au cours des mois suivants, ces taches se multiplieront au point qu'il y en aura partout, depuis les pieds jusqu'au front ; qu'elles deviennent confluentes en plus d'une place !

Mais, bien avant cette époque, j'ai cherché un nom à cette horreur. J'élimine la Lèpre, ayant vu des lépreux qui eux ne souffrent point ou fort peu de leurs taches. Faute d'une réminiscence appropriée, j'ai ouvert, à la table des matières, un Traité de dermatologie !

Je m'arrêterai au *nom* le plus répugnant que j'aie pu trouver là : *mycosis fongoïde.*

Ayant obtenu un commencement de diagnostic par ce procédé ..... singulier, j'ai bouquiné : un des bouquins m'a ordonné de faire dénombrer les globules du sang : la réponse fut *Leucémie.*

Entre temps, un dermatologiste (le Dr Legrain) avait bien voulu venir à mon secours ; plus tard il voudra bien aussi assurer le contrôle, tous les contrôles possibles, par une hospitalisation, charitable mais temporaire, dans la vieille maison où l'on accueille les gens qui ont des maladies impossibles.

A l'hôpital St. Louis (saluez !) on a éliminé ce qui devait être éliminé, mais pas sur un simple examen : le Laboratoire répondant *non* à la question syphilis, on fera une thérapeutique d'essai, etc. Par instant un topique nouveau donne quelque espoir ... au patient. Puis ça recommence ... et il souffre !

Un beau jour, bien assuré de l'inanité de tant

et tant de tentatives, il demandera son exeat. Ensuite, six mois durant, je lui ai fait, *tous les deux jours*, entre cinq et sept , une injection de morphine. Dès la fin du premier mois j'en étais arrivé à injecter cinq centigrammes d'un seul coup, mais cette dose a suffi jusqu'à la fin.

Ce soir-là, je veux dire le soir de la piqûre, le malheureux *pouvait* dîner, manger avec appétit, après quoi il dormait une nuit entière. Au matin, il déjeunait assez bien. A midi, il mangeait encore. Puis les souffrances recommençaient, pour devenir intolérables; le second jour... nouvelle injection de morphine.

Enfin, il est mort !

Deux questions maintenant :

a) Avez-vous jamais vu des cas analogues ?

b) Comment établissez-vous un lien entre cette Leucémie (à Mycosis) et les blessures antérieures ?

A la première question je peux répondre oui !

Avant guerre, en une carrière déjà longue, je n'avais vu que deux cas de Leucémie : un pendant mes études qu'on se signalait de salle de garde en salle de garde ; un autre (retour d'Orient) que le hasard a mis devant moi.

Après guerre, coup sur coup, j'en ai vu plusieurs, dont deux chez d'anciens blessés de guerre à plaies graves et infectées. Ces deux hommes en sont morts comme mourra le troisième.

Ces deux hommes avaient vu la terrible maladie survenir assez tôt pour que leurs veuves ne se soient pas heurtées à la loi de 1926. Chez l'un ni chez l'autre je n'ai eu connaissance d'un incident banal (fesse machurée) ayant décelnché le drame. Voici d'ailleurs leur histoire très abrégée qui ne diffère point, quant au fond, de l'histoire de mon troisième leucémique.

1° Une lymphadénie, sans splénomégalie ; les ganglions mésentériques, plus tard les médiastinaux, constituent les masses principales que réduira deux fois le Radium. La blessure initiale était une plaie ouverte du genou suivie d'une adénite inguinale qu'il avait fallu ouvrir.

2° Une lymphadénie, avec splénomégalie, localisée ici sur les ganglions périphériques, cervicaux, axillaires, inguinaux, que réduisirent trois fois les rayons X. La blessure initiale avait été une plaie de tête avec adénopathie cervicale suppurée, mais jamais complètement réduite, au dire de l'homme.

Telle est ma réponse à la première question *a*) Je n'insiste pas !

La réponse à la deuxième question *b*) constitue, elle, la partie essentielle de ma thèse. Je vais m'efforcer de simplifier, mais il faut cependant que je sacrifie à la clarté.

A) Parmi les classifications nosologiques admissibles, j'accepte *l'hypothèse* la moins invraisemblable : la Leucémie est le Cancer du sang.

B) Cancer ? Parmi les *hypothèses* connues, je retiens la plus terre-à-terre : une cellule, d'une espèce donnée, a retrouvé, chez l'adulte, l'extraordinaire capacité de se multiplier (1) qu'elle possédait chez l'embryon.

Alors que normalement les cellules *en attente* ont peine à fournir au remplacement des morts en chaque tissu, chez le cancéreux cette activité s'exagère follement : la cellule pré-épithéliale, au lieu d'un épithélium, donnera un épithélioma ; le myéloplaxe par un processus analogue, une tumeur de l'os ; les hémato-poïétiques, pour faire une Leucémie, donneront en surnombre des globules blancs (de *mauvaise qualité*, mais ne compliquons pas).

C) Parmi les causes, qui préparent cette activité désordonnée, figure en bon rang le fait d'avoir eu à fournir une cicatrice et, parmi les causes qui déclenchent le désordre, en bon rang aussi, figurent les excitations de cette cicatrice ... les excitations répétées (2) dont l'une à la fin des fins sera déterminante.

D) Mais, m'objectera-t-on, peut-il y avoir traumatisme du sang, des organes hémato-poïétiques, c'est tout comme ? Traumatisme de ces organes ? Oui ! C'est l'état de choc : la floculation du sang montre le passage.

Car le sang ne pourvoit pas lui-même au remplacement de ceux de ses éléments figurés (et autres) qui ont été détruits.

Lors des crises d'hémato-clasie et de leucoclasie, ce sont en réalité les organes hémato-poïétiques (rate, moelle, etc) qui sont blessés, surexcités, *sensibilisés* comme le sont les cellules de remplacement au voisinage d'une cicatrice.

Plus que tous ces autres organismes de remplacement, les hémato-poïétiques conservent une grande activité pendant la vie normale, pendant *toute* la vie normale.

A l'occasion des *états de chocs* (nous l'ignorions il y a seulement quatre ou cinq ans , et la loi date de 1926) ces organes ont été fouettés : ils ont dû les uns résorber les éléments malades, les autres digérer les flocules, etc.Tous, fournir des éléments neufs en nombre anormal.

Ce qui constitue, les premières fois, un simple appel comparable à l'effort de cicatrisation ; mais, les fois subséquentes, ou bien une fois subséquente, la suractivité persistera, devenue morbide, ce dont témoignera, ici, la Leucémie, comme témoigne, ailleurs, le Cancer.

---

(1) *L'extrême capacité de se multiplier qu'elle possédait chez l'embryon.* Par exemple disons que le professeur Soppey, lui-même, a renoncé à dénombrer les cellules propres du foie, nées de la première cellule hépatisée.

(2) J'ai là, à côté de moi, ce 11 nov. 1930 (jour indiqué pour écrire à *des victimes de la guerre*) une oreille qui fut naguère victime d'engelures, et sur laquelle, chaque hiver, le frottement d'une casquette à rabats détermine un processus vaguement épithéliomateux, que l'été n'efface plus complètement.

Ecrivant ces lignes, je prends le loisir de m'égarer dans le domaine du possible, du plausible et enfin, du probable.

Le Juge, lui, ne m'a pas permis d'errer ainsi : dès le début de mon intervention, puis à plusieurs reprises en précisant de plus en plus, il a disqualifié les *hypothèses*, protesté contre le *vraisemblable* et, finalement, dédaignant le *probable*, il a exigé la certitude.

« Cancer ? Mais la médecine ne sait rien de sûr à « propos du Cancer ! Vous supposez ! Vous admet- « tez cette théorie en en attendant une autre ! Il me « faut, ici, une filiation donnant la certitude. »

A quoi j'ai répliqué que le médecin vit dans l'Incertitude.

Que le rôle du médecin est, très exactement, de choisir l'*hypothèse la plus probable* » et d'agir en conséquence.

Que ce médecin n'est jamais, *jamais certain* ?

« Jamais certain ! Je vous arrête, Docteur, en « matière de *Tuberculose*, par exemple ..... »

La Tuberculose !

La certitude en matière de Tuberculose !

Ouf ! Toute déboutée que soit, en cette première instance, ma cliente, sa cause n'est pas perdue et, puisque ce thème précis m'a été fourni, je plaiderai, en appel, les Incertitudes, de la médecine en présence de la tuberculose.

Ce sera le sujet de mon deuxième article.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLV. — A. t' SERSTEVENS. **Gens de Provence.** — Un vol. 16 × 25, composé à la main, orné d'un frontispice dessiné et gravé sur bois par Lucien Heurdier, tiré à 324 exemplaires numérotés. Editions du Cadran. Paris. 1930.

L'ingénieuse imagination de t'S. n'a pas eu à se dépenser beaucoup, ou plus exactement elle est intervenue avec un à -propos si discret qu'elle semble absente du beau livre où les types provençaux se détachent avec la netteté de silhouettes réelles sur le ciel cru et bleu de la Provence. Ecoutez par exemple la présentation du Comettant adonné à la philosophie contemplative du farniente :

« On le retrouve là-haut, sur la proue de roche, dominant de sa paresse l'immense paysage circulaire. Il est à plat ventre dans les herbes aromatiques. Il a mis son chapeau près de lui, avec une pierre au fond pour empêcher le vent de l'emporter. Sa barbe traîne parmi le thym ; ses orteils piochent une touffe de lavande. Il boit de la lumière ; il broute l'aspic et la menthe ; il possède la terre ; il est heureux comme un âne ».

Et c'est bien cette dominante de béatitude physique que nous retrouverons tout au long du livre, agrémentée de fantaisiste irrévérence, enjolivant les caractères, faisant pardonner les défauts de la race, dépenaillée, fine et rude, généreuse, crédule, insouciante, hâbleuse, gouailleuse, roublarde, compatissante, naïve, enthousiaste, saine et rieuse ... Je n'ai pas aligné ces qualificatifs en brochette pour leur harmonie respective ou conjuguée : chacun d'eux pourrait résumer (si une histoire provençale se résume !) une des aventures : de Farnier le chasseur ; du moine pouilleux qui parlait à la vermine de sa barbe comme Saint-François aux oiseaux ; du berger de la Crau ; du Sauvage ; du Saint qui faisait des miracles familiers ; du mendiant superbe ... et dédaigneux, etc ... Et l'ensemble constitue un admirable livre de contes qui supportent d'être assimilés aux Lettres de mon Moulin, par l'élégance de leur forme et la délicate finesse de leur trame. La Provence a évolué depuis Daudet, mais le décor a gardé son originalité, et l'autochtone sa communicative bonne humeur. C'est à cette influence que le divertissement littéraire de t'S. doit cette propriété de résonance et cette imprégnation de clarté, de lumière enveloppant les solides qualités d'une œuvre qui parvient, plus encore qu'à nous amuser, à nous émouvoir par l'équilibre et la perfection tranquille de sa joie.

Le texte du Cadran, comme de coutume, bien établi, repose le regard et l'entraîne sans effort.

CCLVI. — Marcelle CAPY. **Des hommes passèrent.** — Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. du Tambourin. Paris 1930.

L'auteur ne porte sûrement pas de bas-bleus ! Son roman n'a pas cette préciosité, cette prétentieuse maladresse des feuilletons de ... (ne sommons personne, et d'ailleurs elles sont trop !) ou cette hypocrite sexualité, cet appel au mâle de ... (ne nommons non plus personne !) . C'est une douloureuse page d'histoire, mieux encore qu'un roman ; c'est le journal de la vie d'un petit village du Lot pendant la guerre

Les hommes partent. Et de jour en jour nous voyons se dessiner les réactions psychologiques des villageois face à la monstruosité de la guerre. Après l'exubérance du départ , vient l'effort quotidien, le labeur qui n'était pas fait pour les mains des femmes, le découragement. Puis viennent les « prisonniers ». Et ces simples s'aperçoivent que ces hommes diffèrent si peu de ceux qui sont partis ! ... On sent au bord de leurs lèvres des questions qu'ils ne savent ou ne veulent pas formuler : pour qui, pour quoi ces corps broyés, ces membres déchirés, ces yeux perdus, ces foyers éteints,

cette lèpre qui ronge le village mutilé où la vie coulait autrefois si douce ? Cette œuvre aurait pu être de la plus affreuse banalité s'il y était entré la moindre grandiloquence. Mais vocabulaire, syntaxe, idées sont empreints d'une simplicité sans ornements, d'une bonté calme, sans recherches, sans fioritures et il y a ainsi plus de détresse et plus de grandeur dans la plainte sourde, dans la tragique interrogation de cette femme traduisant l'étonnement terrifié, muet, du peuple qu'elle connaît si bien, devant les séquelles horribles de l'horreur barbare et de la sanglante brutalité qui éclaboussa jusqu'au plus humble de nos hameaux.

CCLVII. — Georges-Louis GARNIER. **Le songe dépouillé.** — Poèmes. Un vol. 14 × 19 tiré à 400 exemplaires numérotés. Ed. Le Divan. Paris. 1931.

Gravement frappé par la maladie, G. L. Garnier avait déjà donné *La Grève du Sang*. Son second volume de vers traduit encore cette inquiète alternance d'espoir et de lassitude. Les thèmes : *Rouilles, Neiges, Flammes*, sont fermement traités ; le rythme est d'une harmonieuse souplesse, les images d'une poétique originalité : telle cette évocation de l'automne, frissonnant sur la forêt,

« tandis qu'à ses pieds blancs, tu laisses en tremblant, — glisser ton châle de feuillages — ».

Il y a dans ces pages, imprimées avec sollicitude en trois couleurs, toute la délicate douceur des fluides fumées et des songes de Samain.

CCLVIII. — Charles S. HEYMANS. — **La vraie Mata-Hari, courtisane et espionne.** — Un vol. 12 × 19. Ed. Prométhée. Paris 1930. 15 fr.

La préface de Louis Dumur précise les sources de documentation de Monsieur Heymans. Les détails de la vie privée de Mata-Hari, son activité pendant la guerre sont minutieusement exposés. L'auteur s'attache aussi à réfuter le livre de Gomez Carrillo écrit à la louange de la danseuse en 1923. Débarassée des oripeaux romantiques dont on s'est plu, en Allemagne surtout, à l'affubler, elle apparait après l'impitoyable réquisitoire d'un de ses *compatriotes*, brillant journaliste hollandais, sous son aspect vraisemblable d'espionne redoutablement intelligente et dangereuse.

CCLIX. — S. Zweig. **Fouché.** — Un vol. 312 pages 14 × 21 sous couverture illustrée. Ed. Grasset. Paris 1930. 20 fr.

Monsieur Zweig a très heureusement songé à vulgariser la monumentale monographie de Louis Madelin. Avant eux, seul Balzac avait vu la grandeur de cette figure. Il faut reconnaître à Monsieur Zweig un véritable talent de présentation. De ce personnage fort décrié, il montre l'importance et la puissance : « A un tournant du monde, celui que l'histoire a silencieusement relégué au dernier rang des figurants insignifiants, a dirigé tous les partis, et seul à leur survivre, a vaincu un Napoléon et un Robespierre. » Cet homme étrange dont l'existence tourmentée connut des fortunes prodigieusement diverses sert de prototype à la description psychologique, ébauchée dans la préface, de l'homme politique, du diplomate travaillant en coulisse. La redoutable activité de Joseph Fouché mise ainsi parfaitement en lumière prend un puissant relief. Je ne formulerai qu'un regret : c'est que cette magistrale leçon d'histoire de France nous ait été donnée avec cette clairvoyance par un grand écrivain . . . étranger.

CCLX. — J.-G. PROD'HOMME. **Vingt chefs-d'œuvre** (du Cid à Madame Bovary) **jugés par leurs contemporains.** Opinions, critiques, correspondances choisies et annotées. Préface d'Albert THIBAUDET Un vol. 13 × 19. Ed. Stock. Paris 1930. 18 fr.

L'auteur a eu la patience de rechercher dans les documents bibliographiques, connus ou inédits, les opinions portées sur vingt ouvrages célèbres au moment de leur publication respective. Le rassemblement de ces avis : condamnations péremptoires ou louanges sans fard est fort curieux, et démontre que l'impartialité n'était déjà pas une des qualités fondamentales de la critique au temps de la querelle du Cid. A chacun des juges (ils sont 150 environ) il est aussi consacré une notice biographique sommaire ; c'est dire le soin de la documentation qui s'est même attachée à identifier pseudonymes ou anonymes.

Monsieur Albert Thibaudet en présentant le livre montre, sans avoir l'air d'y toucher, le piquant de certains rapprochements et la respectable vétusté de la comédie des jugements littéraires, aussi fragiles quelquefois que redondants. Il est grand dommage que la tentative si originale de Monsieur Prod'homme meure aux bords de l'époque contemporaine avec Madame Bovary. Les chefs-d'œuvre, ou présumés tels, de la littérature actuelle examinés aux reflets de semblables jugements contradictoires prendraient, sans doute aucun, parfois bien joyeuse figure.

CCLXI. — **Varia** : Leçon inaugurale du Prof. Cestan. — L'œuvre de Charles Maurras. Errata.

Le Toulouse Médical vient de faire un tirage à part de la leçon inaugurale du Professeur Cestan : voilà qui sonne mieux que les travaux des écoles bordelaise et parisienne (pour une fois la main dans la main !) sur la dichotomie ! Je vous engage à parcourir ces quelques pages de souriants conseils où, tempérée de sa coutumière bonho-

mie, perce la persuasive autorité et la reposante érudition du maître toulousain, parlant en disert philosophe, plus encore qu'en clinicien de l'Esprit Médical.

Je vous signale un essai de bibliographie fort complet et soigneusement établi par Monsieur Gallut, (éditions : Les Amis des Beaux-Livres) de l'œuvre de Charles Maurras.

La présentation technique et les références sont établies avec un souci d'exactitude qui fait le plus grand honneur à Monsieur Gallut.

Errata est le titre d'un amusant petit journal, dont j'ai reçu le n° 1. Il n'y a ni nom d'éditeur, ni nom d'imprimeur, ni nom de rédacteur. Tout se passe dans un noir anonymat. Mais les pages sont savoureuses : ce sont des extraits « rigolos » ou peu grammaticaux d'articles de critique littéraire. Quelque chose comme une suite au vœu que je formulais tout à l'heure de voir l'œuvre de Monsieur Prod'homme se prolonger à notre temps. En toute cordialité je souhaite à ce petit journal de devenir grand : il a de substantiels morceaux à se mettre sous la dent et s'il meurt ayant à peine vécu (il est si petit !), ce ne saurait être d'inanition... littéraire.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Palace

La revue Argentine

Le Palace revient fort heureusement et définitivement il faut l'espérer, à la conception de la Revue sur scène après une digression qui a obtenu un assez gros succès de curiosité pendant quatre mois, je veux parler de l'ancienne production « Nudist Bar » ; la salle rectangulaire et toute en longueur de ce coquet Music Hall, ne se prêtait nullement à un spectacle situé juste devant l'orchestre, la scène ayant été aménagée pour contenir une partie du public qui, la plupart du temps, ne voyait que le dos des acteurs. Le fait de reprendre l'ancienne formule, conforme à la structure même de ce théâtre, n'a pas empêché les deux sympathiques Directeurs : Messieurs Dufrenne et Varna, de nous donner un spectacle délicieux et coloré qui possède toutes les qualités d'une grande Revue parisienne, tout en laissant de côté ce qu'elle peut avoir parfois de convenu, de frivole et de superficiel.

Monsieur Varna, dans un récent voyage en Espagne, a rencontré « la Revue Argentine » et avec l'esprit de décision qui le caractérise, a engagé immédiatement toute cette troupe de Buenos-Ayres qui est arrivée un beau matin dans la capitale avec ses décors et ses costumes ; avec la délicatesse et l'habileté que nous lui connaissons, il a retouché légèrement le spectacle et, tout en maintenant la saveur et la couleur locale initiales, il a su mettre en relief la partie finesse, charme et goût d'inspiration purement parisienne, et là encore au Music-Hall se trouve vérifié le fameux « Graecia Capta » puisque Paris se trouve maintenant séduit à son tour par un spectacle qu'il a lui-même primitivement influencé.

J'ai énuméré, dans un article précédent sur le Casino de Paris, tous les attributs et qualités que devait posséder une grande revue actuelle pour être au goût du jour ; la Revue Argentine nous donne deux vedettes au lieu d'une, de genres bien différents : Gloria Guzman et Solphia Bozan, la première fantaisiste étonnante, souriante et prime-sautière en laquelle la presse parisienne se plaît à reconnaître les qualités de Madame Jane Marnac et de la regrettée Jenny Golder. Il lui serait difficile à la vérité de posséder complètement le chic et le goût de la première ainsi que l'exubérance éclatante de la seconde ; pour la personnifier tout à fait, je compléterais volontiers le cocktail en y ajoutant un peu de l'intelligente souplesse d'Elsie Janis qu'elle nous rappelle nettement dans sa tenue en scène et sa façon de s'adresser au public. La seconde étoile, M. Sophia Bozan, représente en face de Gloria Guzman la poésie gracieuse et jeune de l'Argentine, simple et réservée, elle s'applique particulièrement à nous faire saisir le pittoresque savoureux de son pays dans des chansons populaires qui nous étonnent un peu tout d'abord et qui nous deviennent bientôt agréables, grâce au charme de sa voix et à ses expressions naïves et pleines de conviction.

Mais en suivant la revue scène par scène, il nous sera plus facile de l'analyser et de citer tous ceux qui contribuent à son succès.

Au premier acte apparaissent tout d'abord les Porteno Girls, personnifiant les ouvriers occupés à construire la revue et amenant en brouette les grands premiers rôles, les danseuses sont toutes jolies et d'un bel entrain et, si elles n'ont pas le sourire factice des anglaises ni leur science consommée, elles sont par contre plus vivantes et plus personnelles. Après le tableau sans valeur

des phénomènes vocaux, apparaît Gloria Guzman et son danseur Pedro Quarticci, fantaisistes curieux accompagnés des seize beautés créoles en poupées habillées; aussitôt, la Vénus May-Lou d'une aisance peu commune nous fait apprécier sa science acrobatique en même temps que son impeccable plastique, Sophia Bozan apparaît ensuite, entourée des guitaristes de Urquito et des Bandonéons los Chingolos, elle détaille de sa voix chaude quelques tangos argentins ; Gloria Guzman et Jean Sablon jouent très gentiment un Sketch : les délices de la vie conjugale. Le tableau de la galère leur succède, reconstitution un peu heurtée d'un vaisseau antique présenté en coupe, en haut sur le pont les festins et l'orgie, en bas l'affreux travail des rameurs sous le fouet des gardiens. Le parfait acrobate qui vient ensuite nous est présenté dans le costume embarrassant d'un Gaucho et son numéro parfaitement exécuté n'en a que plus de valeur. J'ai beaucoup aimé le tableau du vice et de la vertu où les danseuses autour de Gloria Guzman exécutent séparées en deux camps des danses rythmiques d'un plus bel effet. Signalons enfin avant la finale du premier acte consacrée à toutes les danses de l'Argentine, l'apparition de Kent et Bérénice dans leur numéro de fantaisie créole de haute qualité.

Le 2e acte débute par une scène un peu puérile dans laquelle les 16 beautés créoles, menées par Jean Sablon, le souriant jeune premier Français, cherchent dans la salle leur idéal masculin, ce sont des compères qui leur répondent en diverses langues ; le public a beaucoup applaudi la scène suivante où Gloria Guzman se dispute avec Pedro Quarticci ; ils s'arrachent au fur et à mesure que leur colère monte une partie de leurs vêtements en commençant par la cravate chez l'un et la rose du corsage chez l'autre, et arrivent ainsi tous deux à un déshabillé très sommaire qui les raccommode naturellement. Après le tango tragique, reconstitution des fameuses scènes de Mistinguett de jadis et une java à la mode Argentine, nous voyons réapparaître la Vénus May Lou, dans une danse nue de science un peu trop concentrée au détriment du charme et de la grâce. Suit une fantaisie où des jeux habiles de lumière distribuent diverses tonalités sur les Girls qui exécutent dans la perfection de difficiles mouvements d'ensemble et nous arrivons à la scène capitale de Gloria Guzman avec Jean Sablon, dans laquelle l'aimable fantaisiste détaille au public parisien son affection pour la capitale avec beaucoup de finesse en des attitudes pleines de charme et de grâce souriante, elle conquiert littéralement son public. Sous le nom d'Image Moderne, le trio Daresco lui succède : une excellente danseuse et deux danseurs plastiques et acrobatiques, se détachant sur un fond parsemé d'éclairs de nudités d'un très bel effet, et pour terminer avant la finale des danses chiliennes, un Setchk joué par Gloria Guzman, Sophia Bozan, Palau et Frétel intitulé « Entre gens du monde » où l'on voit deux parisiens mariés à deux argentines essayer de dîner tranquillement ensemble. Hélas ! les deux épouses ne s'habillent pas chez le même couturier et les deux hommes n'ont pas la même opinion politique, l'orage éclate et la vaisselle aussi ; c'est une scène très amusante que la qualité des interprêtes sait heureusement mettre en valeur.

J'ai essayé de vous donner une idée des principaux tableaux, de ce spectacle où la poésie de l'exotisme s'allie fort heureusement à la grâce parisienne et voilà comment sans plumes, sans falbalas et sans rivières de diamants, mais avec d'excellents artistes souriants et disciplinés on peut arriver à créer un délicieux spectacle. Je m'en voudrais d'oublier le Jazz de premier ordre qui les accompagne dirigé par Monsieur Curty et je dois un mot aimable à Monsieur Zim, le Régisseur général qui sait chaque soir coordonner les diverses phases de la représentation avec une régularité, une méthode et un art qu'il est bon de souligner.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

P. S. — Madame Camille du GAST, Présidente de la Société Protectrice des animaux, dont le nom avait été cité dans le compte rendu du Cirque d'Hiver, le 22 février dernier, nous demande de bien expliquer que *la Présidente de la S. P. A. fait actuellement campagne contre l'exhibition des animaux savants qui ne sont que de pauvres bêtes dressées par des procédés abominablement cruels.*

Nous donnons acte à Mme du Gast de sa mise au point que nous publions avec empressement.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Prix de revient en 1929 des journées d'indigents dans les établissements hospitaliers (1)

I

Prix de revient en 1929 de la journée de malade, dans les hôpitaux ; de celle des vieillard, infirme, incurable, dans les hospices ; de celle d'enfant assisté, dans les hospices dépositaires.

Nombre de lits	Désignation des établissements	Malade		Vieillard Infirme Incurable	Enfant assisté	Observations
		Médecine	Chirurgie			
		fr.	fr.	fr.	fr.	
350	Hôpit -hospices de Pau....	13 26	15 22	9 18	9 18	
1.197	Hospices civils d'Amiens ..	17 83	19 09	8 64	7 70	
597	Hospices civils d'Angoulême	12 »	12 75	et 8 84 5 85	5 85 8 50	
270	Hospices civils d'Annecy...	28 84	22 33	10 17	et 10 00	
415	Hôp. mixte d'Auxerre.....	17 60	Méd. et chir.	8 20	»	
270	Hôpital-hospice d'Avesnes.	12 57	—	6 18	3 00	
1.170	Hospices civils d'Avignon..	20 30	23 45	6 90	5 50	
440	Hôpital-hospice de Barle-Duc	10 91	12 57	et 7 80 7 88	et 13 70 7 88	
582	Hospices civils de Beauvais.	17 23	18 17	7 73	7 73	
208	Hospices civils de Belfort..	25 65	29 16	12 24	5, 9, 12	
917	Hospices civils de Besançon	13 97	14 55	7.829	7 29	
2.759	Hospices civils de Bordeaux	28 70	30 11	13 69	13 68	
560	Hospices civ. de Bourges...	17 45	18 80	8 50	8 50	
692	Hospices civils de Boulogne-sur-Mer	12 91	13 51	5 90	5 65	
682	Hospices civils de Brest ...	17 20	18 70	10 25	11 25	
1.503	Hospices civ de Caen......	17 85	19 35	7 50	7 50	
448	Hospices civ. de Calais.....	16 63	17 58	6 04	—	
420	Hospices civils de Carcassonne..................	20 84	Médec. et Chir.	11 96	11 96	
420	Hospices civils de Chalons-sur-Marne............	14 55	16 60	6 95	6 95	
220	Hosp. civ. de Chaumont...	19 99	21 40	9 76	9 29	
442	Hosp. civils de Clermont-Ferrand..............	24 30	25 55	11 85	8 35	
831	Hospices civils de Colmar..	23 33	Médec. et Chir.	11 28	11 18	

(1) *Revue des Etablissements et des Œuvres de bienfaisance.*

Nombre de lits	Désignation des établissements	MALADES Médecine	Chirurgie	VIEILLARD Infirme Incurable	ENFANT assisté	OBSERVATIONS
		fr.	fr.	fr.	fr.	
456	Hosp. civils de Compiègne..	17 67	27 99	11 91	6 »	
590	Hôpital-hospice de Digne..	12 »	12 60	7 50	7 35	
1.282	Hospices civ. de Dijon.....	19 26	20 49	7 45	8 60 et 17 20	
617	Hospices civ. de Douai.....	14 19	15 71	8 39	—	
700	Hospices civ. de Dunkerque	17 73	18 52	7 61	—	
479	Hôpital-hospice d'Epernay.	16 45	17 40	8 »	—	
455	Hospices civ. d'Epinal.....	11 95	13 »	5 80	5 80	
300	Hôpit.-hosp. d'Evreux.....	11 20	15 45	17 90	11 20	
1.180	Hospices civils de Grenoble.	21 65	21 65	9 50	3, 5, 7,	
264	Hospices civ. d'Hazebrouck	17 34	19 44	8 32	—	
591	Hospices civils de La Rochelle.................	18 81	20 66	9 10	9 10	
2.164	Hospices civils du Havre...	16 52	Médec. et Chir.	7 65	7 65	
1.255	Hosp. civ. du Mans.......	22 15	23 85	10 79	10 79	
495	Hospices civils du Puy.....	14 01	15 62	6 74	—	
3.081	Hospices civ. de Lille......	22 03	23 42	9 01	—	
1.147	Hospices civils de Limoges.	21 38	23 12	8 53	9 73	
800	Hospices civils de Lorient..	18 60	20 50	9 65	9 65	Maternité 49 fr. 90.
6.684	Hosp. civils de Lyon	29 65	31 58	10 88	10 88	
3.161	Hosp. civ. de Marseille.....	38 55	41 »	16 06	15 88	
305	Hôpit. mixte de Melun.....	17 93	19 78	8 65	8 65	
700	Hospices civ. de Metz......	17 55	17 55	7 65	6 »	
195	Hospices civils de Mézières.	14 60	Médec. et Chir.	10 80	8 »	
1.600	Hospices civ. de Montpellier	23 38	—	12 69	12 69	
1.265	Hospices civ. de Mulhouse..	29 96	—	7 45	7 10	Maternité 19 fr. 82.
.2792	Hosp. civ. de Nancy.......	17 53	—	7 54	9 33	
3.050	Hosp. civ. de Nantes......	18 04	19 26	8 06	8 06	
»	Hosp. civ. de Nice.........	31 22	33 62	15 01	7 88	
1.582	Hosp. civ. d'Orléans.......	23 80	22 48	9 26	9 26	
368	Hospices de Pau..........	16 38	17 79	7 95	7 48	
1.576	Hospices de Roubaix......	18 10	18 84	7 71	—	
1.540	Hosp. civ. de Reims.......	20 65	21 20	7.87 6,43	8 »	
1.812	Hospices civ. de Rouen....	16 60	Médec.			
400	Hospices civ. de Saint-		et Chir.	7 76	7 76	
	Dié.................	12 60	14 80	6 35	—	
270	Hospices civ. de Sens......	18 »	19 25	8 80	6 40	
				12 45	12 45	
486	Hospices civ. de Soissons...	25 49	27 26	19 01	12 89	
3.537	Hosp. civ. de Strasbourg...	34 12	Médec. et Chir.	9 25		
1.450	Hospices civils de Toulouse.	19 05	20 80	7 85	7 85 9 70	
1.955	Hospice général de Tours..	12 »	15 50	8 »	12 20	
570	Hosp. civ. de Troyes......	12 55	22 95	12 81	»	
686	Hosp. civ. de Versailles....	23 48	Méd. et chir.	7 50	7 50	
280	Hosp. réunis de Vesoul.....					

II

Prix de revient en 1929 de la journée de malade dans les sanatoriums.

Nombre de lits	Désignation des établissements	Prix de la journée	Observations
		fr.	
121	Sanatorium de Bel-air, La Membrolle (Indre-et-Loire)	23 99	
75	Sanatorium de Chavanne, près Saint-Chamond (Loire).......	24 »	
151	Sanatorium des cheminots, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise).....	25 »	
25	Sanatorium des cheminots, à Champrosay (Seine-et-Oise)....	25 »	
50	Sanatorium des Courmettes, à Tourettes-sur-Loup (Alpes-Maritimes)	25 »	
230	Sanatorium de La Guiche (Saône-et-Loire)................	20 62	
120	Sanatorium départemental de Larressore (Basses-Pyrénées)..	24 50	24 fr. 50 pulmonaires 25 fr. mixte
130	Sanatorium de Lay-Saint-Christophe (Hospices civils de Nancy (M.-et-M.)........	16 77	
170	Sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier)...........	21 65	
90	Sanatorium de Mombran, par Agen (Lot-et-Garonne)........	24 »	
92	Sanatorium Bellevue (hommes) (Hospices civils de Montpellier........	25 »	
144	Sanatorium Bon-Accueil (Femmes)......................	25 50	
209	Sanatorium d'Oissel (Seine-Inférieure)....................	17 50	
209	Sanatorium de Pessac (Hospices civils de Bordeaux)........	28 70	
372	Sanatorium de Plougouven (Finistère)....................	19 87	
200	Sanatorium de Saint-Jodard (Loire)......................	24 76	
164	Sanatorium de Seyssuel (Hospices civils de Vienne (Isère)....	23 50	
120	Sanatorium Saint-François, à Strasbourg (Hospices civils)...	26 51	
150	Sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (Seine-et-Oise).........	19 20	
75	Sanatorium d'Yerres (Seine-et-Oise)....................	25 10	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Enseignement complémentaire libre.** — *Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par le Dr André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

Programme des cours. — Lundi 30 mars : Traitement de la tuberculose osseuse et articulaire en général Traitement du mal de Pott. — Mardi 31 mars : Traitement des tuberculoses de la paroi thoracique. Traitement des adénites tuberculeuses. — Mercredi 1er avril: Traitement de la coxalgie. — Jeudi 2 avril : Matin (traitement de la tuberculose du genou), soir (traitement des tuberculoses du cou-de-pied et du pied). — Vendredi 3 avril : Traitement des ostéo-arthrites du membre supérieur.

Les cours auront lieu à l'hôpital maritime. Le premier, le lundi matin, à 9 heures.

Lundi, mardi, mercredi, jeudi et samedi matins : opérations des différentes affections faisant l'objet du cours par le chirurgien chef de service ou les chirurgiens assistants. — Chaque après-midi, visite des salles, exercices de clinique, de petite chirurgie ou de laboratoire. — Le vendredi, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Pour tous renseignements, écrire au Docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais.)

— **Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié** (Service du Professeur Vaquez.) — *Maladies du cœur. Cours d'enseignement et de perfectionnement.* — Ce cours commencera le lundi 27 avril 1931, à 10 heures, Il comportera deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

Première partie : Radiologie et électrocardiographie. Les Docteurs Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire, feront le matin une série de vingt leçons, suivies d'exercices pratiques.

Programme. — *Radiologie du cœur*, par le Docteur Bordet : 1° Technique de l'orthodiagraphie. — 2° L'ombre du cœur à l'état normal. — 3° Etude physiologique et anatomo-radiologique de la dilatation du cœur. — 4° Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie. — 5° Affections valvulaires. — 6° Affections congénitales. Gros cœur sans lésion valvulaire.

Péricardite. — Symphyse. — 7° Le pédicule cardiaque normal. — 8° Les aortites. — 9° Anévrismes de l'aorte. — 10° Artère pulmonaire. Veine cave.

Dix séances seront consacrées à l'examen des malades et à la prise d'orthodiagrammes.

Electrocardiographie, par le Docteur GÉRAUDEL : 1° Principe et technique de l'électrocardiographie. — 2° Notions anatomiques et physiologiques. — 3° L'électrocardiogramme normal. — 4° Les troubles de fonctionnement du sinus. — 5° Les troubles de fonctionnement des voies sino-auriculaires. — 6° Les troubles de fonctionnement des voies sino-ventriculaires. — 7° L'extrasystole. — 8° L'ondulation auriculaire (Flutter). — 9° La fibrillation auriculaire. — 10° Les déformations de l'électrogramme ventriculaire. — Chaque séance comportera, après la leçon théorique, des exercices pratiques consacrés à la manipulation de l'électrocardiographe, à l'analyse des électrocardiogrammes et à la rédaction des diagnostics électrocardiographiques.

Deuxième partie : Clinique. Le Docteur DONZELOT, agrégé, médecin des hôpitaux, et les docteurs MOUQUIN, médecin des hôpitaux ; René GIROUX et P. DURAND, chefs de clinique, feront, l'après-midi, à 16 heures, une série de vingt leçons.

PROGRAMME. — 1° L'examen d'un cardiaque. Les épreuves d'aptitude fonctionnelle cardiaque. — 2° L'insuffisance cardiaque. Ses différentes formes cliniques. — 3° Le diagnostic des lésions valvulaires. Valeur sémiologique des différents signes cliniques. — 4° Les endocardites infectieuses. — 5° Les affections du myocarde (myocardites aiguës, subaiguës et chroniques, infarctus du myocarde). — 6° Les arythmies. — 7° Les tachycardies. — 8° Les bradycardies. — 9° Les péricardites et les adhérences du péricarde. — 10. Les affections congénitales du cœur. — 11° Les méthodes sphygmomanométriques. — 12° L'hypertension artérielle et sa pathogénie. — 13° Les complications cardio-vasculaires de l'hypertension artérielle. — 14° Les aortites. — 15° L'anévrisme de l'aorte. — 16° L'angine de poitrine et son traitement. — 17° Les artérites sténosantes des membres. — 18° Les médicaments cardiaques. — 19° Les médicaments vasculaires. — 20° Hygiène et thérapeutique cardiaques.

L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4). Le droit d'inscription est de 250 francs pour une série de vingt leçons, soit de sémiologie pratique, soit de radiologie et électrocardiographie ou de 500 francs pour les deux séries. Le nombre des assistants est limité.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** (Professeur : M. GOUGEROT. Hôpital Saint-Louis.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF, chef de laboratoire, le 22 avril.

Les séances auront lieu les mercredis, jeudis et samedis, de 17 heures à 19 heures.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures. Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques. Prix de chaque cours : 350 francs

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour tous renseignements s'adresser à Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et samedis, de 10 heures à 11 heures.

— **Thèses**. — Mardi 3 mars. Jury : MM. Brindeau, Carnot, Claude, Vaudescal. — DEFAUT, P. : Etude des jumeaux (la non-identité). — Mme KONOVALOFF : Etude de la grossesse chez les tuberculeuses. — THORAIN, P. : Etude sur une observation de polynévrite.

Mercredi 4 mars. — Jury : MM. Loeper, Legueu, Sébileau, Tanon. — MIPUD : Traitement par la haute fréquence des calculs de l'urètre. — MONTAIGNE, L. : Etude du traitement de la prostatite chronique. — GAIDEBOUROF : Essai d'une théorie humorale des fonctions génitales de la femme. — SERRE, André : Des cas d'anémie aiguë. — SCHWARTZENBERG : Etude des coups de feu de l'oreille (petits projectiles). — LEROLLE, M. : L'exode d'un peuple. — NAZARIAN, A. : Protection des denrées alimentaires mises en conserve.

Jeudi 5 mars. — Jury : MM. P. Duval, Roussy, Gatellier, Oberling. — MOLDOVAN : Sur trois cas de maladie de Buerger.

Lundi 9 mars. — Jury : MM. Couvelaire, Labbé, M., Moreau, Portes. — AUCLAIR, J.: Les traitements de la septicémie puerpérale par l'Immuno-transfusion. — RENAULT X., La prohibition américaine.

Mardi 10 mars. — Carnot, Claude, J. Faure, Hertz-Boyer. — RAUNER, W. : La virulence du tréponème de la paralysie générale. — LACROIX, J. : Etude des phénomènes physiologiques concomitants de l'émotion. — KOTZAREFF, A., Traitement des cancers.

Jury : MM. Brindeau, Lenormant, Binet, Vaudescal.— MAGNIN R. : L'ostéochondrite disséquante de la hanche.

Mercredi 11 mars. — Loeper, Strohl, Tanon, Verne. — KALMANOVITCH, M. : Résultats obtenus dans 155 cas de broncho-pneumonies infantiles traitées par injections d'or colloïdal. — Mlle DUCLAUX, G. : L'action des rayons ultra-violets sur les organismes. — QUÉTIN, J. : La lutte contre le péril vénérien en France par le service social. — ROSNER, B. : Etude de l'épidémiologie de la poliomyélite (épidémie de 1930).

Jury : MM. Legueu, Sébileau, d'Allaines, Leveuf, Szekely L. : La Pyéloscopie dans les pyélonéphrites. — BRETON M : Considération sur les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique.

Vendredi 13 mars.. — *Thèses vétérinaires* : Jury : MM. Gosset, Dechambre, Robin. — CORNÉE : Exportation du cheval breton.

Samedi 14 mars. — Jury : MM. Achard, Bezançon, Lereboullet, Hutinel. — Mlle COLIN-LETAILLEUR, H. C. : Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant. — LECADRE, M. : Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson . — LEMAITRE : Etude de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon à propos de quelques résultats obtenus par la méthode de l'Ecole départementale de Vitry.

Thèses vétérinaires. Jury : MM. Desgrez, Maignon, Robin. — CHEVILLARD : Action du gaz chloré asphyxiant chez le cheval.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôtel-Dieu.** *Gastrologie.* — M. le Dr Leven fera le dimanche 22 mars, à 10 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) une leçon sur *la cure radicale des vomissements incoercibles de la grossesse.*

— **Service central d'électro-radiologie de l'hôpital des Enfants-Malades.** *Préparation au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — M. Duhem fait le mercredi à 10 heures, avec ses collaborateurs, un enseignement préparatoire au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris (présentation de malades, électro diagnostics et lectures de clichés).

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Classement des candidats : MM. Porcher, 60 ; Beau, 57 ; Mouchaud, 47 ; Bas., 45 ; Moutard, 43.

Sont nommés électro-radiologistes des hôpitaux MM. Porcher et Beau.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann.* —Outre les cours destinés à l'enseignement des étudiants et des spécialistes, qui ont lieu régulièrement à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël, il est prévu des cours spéciaux :

Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie. — Ce cours aura lieu du lundi 4 mai au samedi 23 mai 1931, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections oto-rhino-laryngologiques.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

Cours de perfectionnement en français. — Ce cours aura lieu du lundi 6 juillet au 19 juillet 1931.

Cours de perfectionnement en anglais. — Le « Five weeks american course » aura lieu du lundi 27 juillet au samedi 29 août 1931.

— **Institut de technique sanitaire et hygiène des industries** (Année scolaire 1930-1931). — *Conférences sur l'hygiène des industries :*

Hygiène spéciale de quelques industries alimentaires. — Règles d'hygiène applicables aux fabrications. Qualités hygiéniques requises pour les produits fabriqués. I. Industrie de la panification : pains ordinaires et pains de régime. — II. Industrie du lait : distribution ; transformation. — III. Industrie du lait : laiterie, beurres et crème ; fromages. — IV. Industrie du cacao et chocolat. — M. H. Labbé, docteur ès-sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique et du Conseil d'hygiène de la Seine.

Hygiène des industries. — Conditions et améliorations hygiéniques du travail. — Prophylaxie des maladies professionnelles. — Surveillance médicale des ouvriers à l'usine.

Industries à poussières. — Poussières industrielles. — Action sur l'organisme. — Notions sur les principales affections professionnelles déterminées par les poussières. — Pneumoconioses. — Prophylaxie. — Assainissement de certains industries à poussières. — Valeur hygiénique comparative des dispositifs anti-poussières.

Industries nocives par gaz et vapeurs. — Vapeurs acides. — Chlore. —Ammoniaque. — Hydrogène arsénié, sulfuré. — Sulfure de carbone. — Benzine et dérivés. — Aniline. — Solvants organiques.

Principales intoxications professionnelles. — Asphyxies professionnelles. — Travail en milieux spéciaux: air comprimé. — Travail devant les feux.

Infections professionnelles : M. le Prof. Heim de Balsac.

Principes d'organisation de la surveillance médicale des ouvriers dans l'industrie : A. Examens de laboratoire, notamment : examens du sang. Principes, indications, résultats. M. Agasse-Lafont, chef de service des Etudes de pathologie professionnelle à l'Institut d'hygiène industrielle (Faculté de médecine, Institut d'hygiène).

B. Examens cliniques : Comment doit être organisée une consultation d'usine. — Examens cliniques, importance pour l'assainissement industriel. M. Feil, chef de service des études de pathologie professionnelle à l'Institut d'hygiène industrielle (Faculté de médecine, Institut d'hygiène).

Les horaires détaillés de ces conférences seront distribués aux auditeurs et affichés au Conservatoire national des Arts et Métiers.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXVe session des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française aura lieu à Bordeaux du 7 au 12 avril prochain, sous la présidence de M. Pactet, médecin chef honoraire des asiles de la Seine.

Programme des travaux et excursions. — *Mardi 7 avril* : à 9 heures 15, séance solennelle d'ouverture à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le préfet de la Gironde. A 11 h. 15, réception des congressistes par le maire et le conseil municipal de Bordeaux. A 14 h. 15 séance de travail. Rapport de M. Arigu Anglade sur les psychoses périodiques tardives. A 17 heures, visite du musée colonial de la Faculté. A 18 heures, réception au Palais de la Bourse par le Président et les membres de la Chambre de commerce de Bordeaux.

Mercredi 8 avril : A 9 heures 15, assemblée générale du Congrès à la Faculté de médecine. A 11 heures

15, visite de la ville. A 14 heures 15, séance de travail. Rapport de M. Noël Péron sur les tumeurs intra-médullaires. A 17 heures, visite du port de Bordeaux. A 22 heures, soirée offerte aux membres du Congrès.

Jeudi 9 *avril* : A 8 heures 30, excursion en autocar dans le Sauternois. A 11 heures 30, arrivée à Cadillac. A 12 heures 30, déjeuner offert aux congressistes. A 15 heures, séance de communications dans la salle des fêtes de l'Asile autonome de Cadillac. A 18 heures, retour à Bordeaux.

Vendredi 10 *avril* : A 9 heures 15, séance de travail. Rapport de M. Fribourg-Blanc sur les fausses simulations des maladies mentales, leur intérêt médico-légal. A 11 heures 30, excursion à Saint-Emilion. A 12 heures 30, déjeuner au vin Saint-Emilion. A 15 heures, visite des grands crus. A 18 heures, retour à Bordeaux.

(Prix de l'excursion, 50 francs par personne). A 20 heures 30, gala du vendredi au Grand-Théâtre.

Samedi 11 *avril* : A 9 heures 15, à la Faculté de médecine, séance de communications. A 11 heures 15 départ pour l'asile autonome de Château-Picon. A 13 heures, déjeuner offert par l'établissement. A 15 heures, séance de communications dans la salle des fêtes de l'asile autonome. Clôture du Congrès. A 18 heures, visite du Château La Mission.

Dimanche 12 *avril* : A 8 heures, départ en auto-car pour Arcachon. A 12 heures 30, déjeuner. A 14 heures, promenade en bateau sur le bassin. A 17 heures, réception à la source des Abatilles. A 18 heures, retour à Bordeaux (Prix de l'excursion, 50 francs par personne).

Secrétariat général : M. D. Anglade, médecin-chef asile de Château-Picon (Bordeaux).

— Journées d'aviation sanitaire coloniale. — La « Ligue des amis de l'aviation sanitaire » a été autorisée à préparer des Journées d'aviation sanitaire coloniale, qui auront lieu du 25 au 30 juillet 1931. Le programme comprendra des conférences sur l'aviation sanitaire coloniale, des visites d'usines et du centre médical du Bourget, ainsi que des fêtes et des excursions. Des réceptions officielles seront organisées au Commissariat général, à l'Aéro-Club et à l'Hôtel de Ville.

Les Journées en question se tiendront en accord avec les « Journées médicales coloniales », ce qui permettra à tous les congressistes de l'aviation sanitaire de participer aux travaux de ces dernières.

Des réductions importantes seront accordées par les compagnies de transport, les sociétés d'aéronautique, etc. Des réductions dans les restaurants de l'exposition, permettront aux membres du Congrès d'y prendre leurs repas dans des conditions avantageuses. Pendant toute la durée des Journées médicales coloniales, c'est-à-dire du 22 au 30 juillet inclus, les congressistes auront l'entrée gratuite à l'exposition et aux diverses attractions.

Prix de la cotisation : 100 francs par congressiste ; 50 francs pour les adhérents, familles de congressistes, étudiants.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat des « Amis de l'aviation sanitaire », 2, square Trudaine (52, rue des Martyrs), Paris, IXe. (Tél. Trudaine 97-50 à 55.)

— Prix international du trachome. — Ce prix, de 2.000 francs suisses, a été institué par le gouvernement hongrois pour récompenser un travail original traitant de l'étiologie du trachome. Les ouvrages présentés peuvent être rédigés en allemand, anglais, français, italien ou hongrois. Ils doivent être adressés, jusqu'au 30 juin 1931, à la clinique ophtalmologique n° 1 de l'Université royale hongroise Pierre Pazmany, à Budapest, VIII, Mariantca 39.

— Congrès international d'études sur la population. — Un Congrès international d'études sur la population est organisé par le « Comité italien pour l'étude des problèmes de population » et aura lieu à Rome, du 7 au 10 septembre prochain, sous la présidence d'honneur de S. E. le chef du gouvernement Mussolini et la présidence effective du professeur Corrado Gini. Le « Comité français pour l'étude scientifique des problèmes de population », présidé par le professeur Léon Bernard, a donné son adhésion officielle à ce Congrès.

Le programme du Congrès ne s'inspire que de buts rigoureusement scientifiques, interdisant toute propagande politique, morale ou religieuse. Le Congrès comprendra les sections suivantes : biologie et eugénique, anthropologie et géographie, médecine et hygiène, démographie, sociologie, économie, histoire, méthodologie. Le programme complet du Congrès sera publié ultérieurement, mais dès maintenant les personnalités désireuses de participer à ce Congrès sont priées de s'inscrire et d'envoyer au Comité organisateur les sujets des communications et un bref exposé de leur contenu.

La cotisation donnant droit à l'inscription au Congrès et à la réception de ses actes est de 50 lires pour les invités et de 100 lires pour les autres personnes.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

cation se répartissant comme suit : combattants nés en 1870 et antérieurement, 34.997 ; en 1871, 7.819 ; en 1872, 11.440 ; en 1873, 14.186 ; en 1874, 15.799 ; en 1875, 15.756 ; en 1876, 696 ; en 1877, 627 ; en 1878, 576 ; en 1879, 607 ; en 1880, 315.

(*J. O.*, 25 février 1931.)

Protection des stations climatiques contre le séjour des tuberculeux.

11663. — M. Ravanat demande à M. le Ministre de la Santé publique si l'étude des mesures de protection des stations climatiques contre le séjour des malades atteints de tuberculose sera bientôt terminée et si le nouveau modèle de règlement sanitaire spécial à ces stations sera publié à bref délai. (*Question du* 6 février 1931.)

Réponse. — L'étude du règlement sanitaire spécial aux stations, et qui contient notamment les dispositions relatives aux mesures destinées à préserver des maladies contagieuses se poursuit ; le texte élaboré par le conseil supérieur d'hygiène publique de France est actuellement soumis à l'examen de la commission permanente des stations hydrominérales, qui va l'examiner dans une très prochaine réunion. La question de la protection des stations climatiques contre l'afflux des malades atteints de tuberculose va être examinée par la commission permanente de préservation contre la tuberculose, à sa séance d'avril ou de mai 1931. (*J. O.*, 4 mars 1931.)

AU VIIIe SALON DES ARTS MÉNAGERS

Comme chaque année, j'ai tenu à visiter le Salon des arts ménagers, car j'en emporte toujours une impression excellente comme hygiéniste.

C'est, en effet, l'exposition de l'hygiène et du confort de la maison.

En hygiène, c'est la lutte contre la poussière, grâce aux nombreux modèles d'aspirateurs mécaniques, ou mûs à l'électricité.

C'est la lumière répandue à foison, non seulement par l'électricité, mais également par des réflecteurs ou des diffuseurs, des amplificateurs de lumière, ce qui permet au soleil de pénétrer partout.

Ce sont les salles de bains, qui peuvent s'organiser en tous lieux, tant en ville qu'à la campagne, des cuisines très propres avec batteries d'ustensiles, des organisations de placards à faire rêver moult ménagères.

C'est encore la lutte contre la poussière par l'exposition de nombreux appareils de chauffage, les uns électriques, les plus nombreux au gaz d'éclairage, ou aux gaz pauvres, d'autres enfin organisés pour brûler du charbon, mais sans les poussières et saletés habituelles à ces phares et fourneaux.

Quant au confort du home, il est très poussé. Voici de très nombreuses expositions de meubles confortables, des présentations de studios, de salles à manger, de bureaux, de chambres à coucher, qui font aimer le chez soi.

A noter d'originales installations, qui permettent de gagner de la place et de dissimuler un lit pliant, ou à pont levis dans une bibliothèque, ou même dans un fauteuil. Avec les appartements modernes de villes, où la place est limitée, il faut s'ingénier à joindre l'utilisation nocturne du meuble à sa dissimulation diurne.

Le confort se révèle encore par tous ces innombrables ustensiles, qui les uns permettent d'obtenir d'excellent café tout en réalisant une économie sérieuse sur la poudre aromatique, d'autres qui servent, à la cuisine, pour éplucher les légumes, pour brosser les vêtements, les chaussures, pour ranger les placards et les armoires à vêtements, etc., etc.

Nous avons même trouvé plusieurs modèles de tables pliantes, d'ustensiles divers, permettant à l'automobiliste de passer confortablement sa journée du dimanche à la campagne, tout en ayant, en plein bois, le confort du home. On peut dresser la table en plein air et, non seulement tirer de la voiture le déjeuner, qu'on mangera avec l'appétit du grand air, mais sur une table bien servie, étant assis sur des sièges pliants, avec ce qui est nécessaire pour réchauffer les plats, ou absorber l'entremets glacé.

La crise des domestiques a également sa répercussion au Salon des Arts ménagers : ce sont des présentations d'appareils mécaniques, pour laver, essorer et sécher la vaisselle, d'autres installations pour le lavage du linge, son séchage et même son repassage.

On emporte donc de cette visite, une impression extrêmement intéressante : le progrès pénètre dans nos intérieurs pour les transformer, les rendre plus confortables, cependant que la maîtresse de maison a moins de peine pour faire à son mari le nid propret, douillet et reposant, qu'il aime à retrouver après le labeur quotidien et qu'il ne tient pas à quitter, pour le faux luxe du café ou du cercle.

A première vue, il semble que le Salon des Arts ménagers soit chaque année une réédition de celui de l'année précédente. On serait tenté de dire : « C'est toujours la même chose ; il n'y a rien de nouveau ».

Cette impression tient, je crois, à une défectuosité d'organisation.

Lorsqu'on entre dans le hall du Grand Palais, on est quelque peu ahuri, dérouté : on se trouve au milieu d'une vaste foire, sans ordre en apparence.

Vient-on en curieux, on ne sait pas par où commencer la visite et on est vite lassé, car les

laveuses de vaisselle voisinent avec les cafetières électriques, tout près des meubles, alors que plus loin, on retrouve encore au hasard des installations, les mêmes expositions faites par des maisons similaires.

Vient-on pour acheter, on ne sait encore comment comparer les différents modèles, qui vous sont présentés, çà et là, au hasard de la promenade.

On vend bien un catalogue, mais.... il faut l'acheter, alors que si les exposants comprenaient bien leur intérêt, ils offriraient ce dit catalogue, avec un plan de l'exposition, ce qui permettrait de se rendre compte rapidement de ce que l'on veut.

En France, c'est l'acheteur qui doit aller vers le vendeur ; à l'étranger, c'est le vendeur qui sollicite l'acheteur et va au devant de ses désirs. Voilà pourquoi les maisons étrangères obtiennent fréquemment des commandes là où le Français routinier ne sait pas attirer, intéresser et retenir celui qui peut devenir un client.

En France, pour économiser les quelques francs de gain, obtenus par la vente d'un catalogue, qui n'est autre chose que de la publicité, de la réclame, on perd des ventes ; à l'étranger, on intéresse l'acheteur, même en le relançant chez lui par ses journaux, par des circulaires, ou autres. Que de femmes feraient leurs commandes au Salon des Arts ménagers, si seulement on les avait intéressées à y aller !

Quant à mes confrères, je crois qu'ils peuvent tirer parti de cette exposition annuelle, principalement ceux qui dirigent leurs maisons de santé, leurs cliniques, ou bien encore tous mes confrères ruraux.

Je me reporte à mes années de médecine de campagne, avant guerre et j'aurais été bien heureux si, attiré vers un Salon des Arts ménagers, j'avais été incité à moderniser ma maison, à la rendre confortable et agréable.

Disons enfin, que le médecin aurait vu, audit Salon, quelques illégaux de la médecine, vendre des appareils vibro-masseurs ou de haute fréquence, guérissant toutes les maladies, les douleurs, les rhumatismes. La démonstration en était gratuite.

Quoiqu'il en soit, cette manifestation annuelle des inventions d'hygiène et de confort de l'habitation ne saurait nous laisser indifférents et c'est avec plaisir que chaque année je vais y faire mon petit tour d'inspection et d'études.

Dr Paul Boudin.

SUR LA FACULTÉ DE BEYROUTH

Avant de venir me perfectionner à Paris, j'avais fait mes études médicales à la Faculté de Beyrouth. C'est ce qui me permet de relever les erreurs qui ont glissé dans votre article du *Concours*, supplément du 11 février. Permettez-moi de vous renseigner au sujet de ladite Faculté et de vous prier de renseigner par la même occasion les lecteurs du *Concours*, dans un prochain numéro.

La Faculté de Beyrouth formait avant la guerre, la grande majorité des médecins des pays limitrophes : Palestine, Egypte, Perse, Turquie, Grèce, Arménie.

Et le diplôme d'Etat leur était octroyé pour leur permettre d'exercer dans leurs pays respectifs et d'y diffuser la science française.

Depuis la guerre, la Turquie ayant rompu ses amarres et prétendu à l'indépendance complète, la Faculté n'a plus d'étudiants turcs. L'Egypte elle-même refuse de reconnaître le diplôme français et fait passer des examens à tout médecin venant de Beyrouth. Donc plus de jeunes gens de nationalité turque, ou levantine. Mais bien des Libanais, des Syriens, Persans ou autres. Car je considère le terme levantin, comme un terme péjoratif.

D'autre part, les avantages consentis à ces étudiants sont de deux ordres :

1° Exemption du baccalauréat qui est remplacé par un examen d'admission, à cause précisément de l'élément majoritaire étranger que l'on ne peut y astreindre, tandis que les indigènes qui, tous, font leurs études classiques françaises, ont décroché leur baccalauréat ;

2° Dispense de thèse, pour la même raison de langues.

Ces deux avantages ne diminuent en rien la valeur des études suivies, puisque le programme de la Faculté est celui appliqué en France, et que les examens de doctorat et de clinique sont passés devant un jury de professeurs français qui se déplacent deux fois par an, à cette intention. Avec cela les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont astreints à la présence obligatoire aux cours, travaux et cliniques.

Ils suivent un cours de déontologie et subissent des examens de milieu d'année dont le résultat est inscrit sur leur livret scolaire.

Voilà pour la question nationalités et études. Passons à la question invasion en France. D'abord, en dehors des professeurs de la Faculté de Beyrouth, quantité de médecins français sont installés dans toute l'étendue du territoire sans mandat. Personne n'y voit d'inconvénient, malgré la pléthore médicale qui existe partout. Je ne vois pas pourquoi vous vous récriez lorsque, de temps en temps, un compatriote vient s'installer en France, sans faillir au bon renom de la science et de l'honnêteté françaises. Car

depuis 1923, date de ma promotion, je crois être le seul diplômé de Beyrouth, venu en France.

Ce n'est pas beaucoup et cela ne vaut vraiment pas la peine de décrier la Faculté de Beyrouth. Sans elle et sans l'œuvre universitaire connexe fondée par les jésuites, il y a belle lurette que l'autorité française eût été oubliée dans le Proche-Orient.

Et non seulement l'autorité, mais la science, l'instruction, la langue elle-même eussent fait faillite en Perse, en Irak, en Palestine, en Grèce et en Egypte. Pour vous en convaincre, vous pourriez vous adresser à ceux qui ont connu son action de près, à Monsieur le Général Weygand, à M. le Général Gouraud, à MM. les professeurs Hartmann, président du Jury en novembre 1930 ; Perrot, en juin 1930 ; Brindeau, externe en 1925.

En conclusion, mon cher confrère, je voudrais vous avoir convaincu que la Faculté de Beyrouth, par son diplôme d'Etat, n'a qu'un but : la propagation de l'esprit et de l'éducation français. Que ses médecins, à de très rares exceptions, ne viennent pas vous faire de concurrence en France. Qu'elle forme, malgré ses avantages précités, des praticiens aussi renseignés que la moyenne des praticiens en France.

Naturellement, j'approuve l'assimilation complète aux confrères français par la naturalisation et le service militaire.

Dr CHIDIAC,
Les Echelles (Savoie).

CORRESPONDANCE

Fiscalité

375. — Conditions du rehaussement de la déclaration

Par une note du 28 mars 1929, le contrôleur m'avertissait qu'il n'acceptait pas ma déclaration des bénéfices professionnels. Le chiffre de 12.375 bénéfice brut, il se proposait de le porter à 19.375. Après discussion à son bureau je déclarais 18.175 fr. bénéfice brut et 5.700 fr. de dépenses.

Il m'en accuse réception sans observation.

De nouveau le 2 décembre 1930 après avoir payé les impôts d'après la déclaration faite, le contrôleur revient sur ces déclarations de 1929 et 1930 m'avertissant qu'elles sont insuffisantes et qu'il se propose de se baser sur 35.000 fr. de bénéfice brut et m'imposer sur 20.000 de bénéfice net. Or, ces chiffres sont bien au-dessus de la réalité.

Par lettre recommandée dans les 20 jours je l'ai informé qu'il m'était impossible d'accepter les chiffres proposés.

Ma protestation suffit-elle ? Dois-je attendre que le contrôleur me convoque à son bureau pour discuter, ou y a-t-il d'autres formalités à remplir pour n'être pas taxé d'office ?

Quelle est la proportion habituelle entre les dépenses et les recettes professionnelles ?

Dr C.

Réponse.

Le contrôleur n'a pas à vous convoquer à son bureau, mais devant la commission départementale devant laquelle vous devez être appelé pour présenter vos observations.

Toutefois, la procédure suivie par le contrôleur paraît irrégulière ; vous ne faites pas mention de la notification qu'il a dû vous faire des motifs qui, d'après lui, justifiaient le rehaussement de votre déclaration.

La proportion entre les recettes et les dépenses professionnelles est très variable : de 25 à 60 %.

A. M.

281. — Amortissement du prix de l'achat des automobiles et du mobilier professionnel

Je suis installé depuis mai 1930. A cette époque j'ai acheté une Rosengart, 18.000 fr., que j'échangeais trois mois plus tard contre une 11 cv. Renault, moyennant la somme de 3.000 fr.

J'ai donc, en 1930, versé 21.000 fr. pour auto.

Comment dois-je faire ma déclaration vis-à-vis du fisc pour cette partie automobile ?

Peut-on faire entrer dans les dépenses professionnelles, le mobilier du cabinet médical et de la Salle d'attente ?

Si oui, comment doit-on l'amortir ?

Réponse.

Vous pouvez comprendre dans vos frais professionnels la totalité de la somme payée soit 21.000 fr. ou amortir cette dernière en 5 ans, soit à raison de 20 % par an.

Pour le matériel et le mobilier du cabinet médical et la salle d'attente, vous pouvez amortir la dépense en 10 ans soit à raison de 10 % par an.

A. M.

513. — Dégrèvement pour charges de famille

Sur les feuilles de dégrèvements pour charges de famille il est considéré comme personnes à la charge du déclarant les descendants *s'ils sont âgés de moins de 21 ans.*

Or, j'ai un fils etudiant, âgé de plus de 21 ans qui me coûte pour son entretien infiniment plus que lorsqu'il avait 10 ans ! !

Ai-je droit au dégrèvement pour lui ? Si oui, quelle est la formalité à remplir vis-à-vis du contrôleur des contributions directes ?

Dr L.

Réponse.

La condition d'âge est formelle à moins que le

descendant né soit infirme, ce qui n'est pas le cas. Vous ne pouvez donc obtenir aucune réduction pour votre fils majeur. A. M.

341. — Déduction des primes d'assurances-vie

Tous les ans je verse à diverses compagnies d'assurances des sommes importantes comme primes d'une assurance sur la vie, à capital réservé. Or, aujourd'hui une de ces assurances me conseille de défalquer pour : 1° mon impôt cédulaire, 2° mon impôt sur le revenu, ces sommes de mes bénéfices professionnels et de mes revenus. Un autre me dit que je puis défalquer, au titre d'assurance retraite, 6 à 8 % du chiffre de mes revenus professionnels ?

Qui croire et que faire ?

Pourriez-vous me renseigner ?

Voici des références qui me sont données, et qui peut-être vous seront utiles.

J. O. 31 août 1928, réponse du ministre à M. Sevestre député.

J. O. 16 janvier 1929, réponse du ministre à M. Verlot. Dr M.

Réponse.

Il est exact que vous pouvez déduire de vos bénéfices professionnels le montant des primes versées pour une assurances sur la vie dans la limite de 6 à 8 % du bénéfice net déclaré.

A. M.

Application du Tarif Fallières

1030. — Honoraires des aides

Un accidenté du travail se présente chez un confrère d'une localité voisine. Celui-ci constate une plaie pénétrante de la cornée, avec hernie de l'iris, et me téléphone. Je lui conseille de venir immédiatement chez moi, avec le blessé. Nous appliquons l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire, réduisons la hernie de l'iris, et rédigeons le certificat d'usage.

Quels honoraires la Compagnie d'assurances doit-elle verser à mon confrère ?

D'abord 10 fr. de certificat et 50 fr. d'aide-opératoire pour la réduction de la hernie de l'iris.

Mais faut-il demander quelque chose pour l'assistance à l'application de l'électro-aimant, et surtout ne faut-il pas réclamer l'indemnité kilométrique habituelle pour les 12 kil. qui séparent son cabinet du mien ?

Le cas était grave, et j'étais mieux placé pour opérer chez moi qu'au domicile du blessé. J'avais, de toute urgence, besoin d'un aide et il a tout laissé pour répondre à mon appel. Dr H.

P. S. — En matière accidents du travail, est-ce à moi, spécialiste, de réclamer les honoraires pour l'aide de mes confrères, ou à eux de s'entendre directement avec les Compagnies d'assurances pour faire régler leur assistance opératoire.

Réponse.

1° En cas d'opération, les honoraires de l'aide sont de 50 fr. (art. 11) ;

2° L'indemnité kilométrique est celle due au médecin *le plus rapproché*, lequel est dans la ville même en l'espèce, donc néant.

3° Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même (art. 30, *in fine*). Vous n'avez donc pas à « réclamer » les honoraires dus au confrère qui vous a aidé.

Dr Fernand Decourt.

1120. — Air chaud, lumière, etc.

Membre du « Sou » et du *Concours*, je désire savoir quel est actuellement le tarif à appliquer pour les accidents du travail, en ce qui concerne diathermie et ultra-violets.

Je croyais que c'était toujours 15 fr. plus 50 %.

J'ai trouvé dans un numéro récent du *Journal des Praticiens*, un extrait de tarif basé sur un décret de juillet 1930 qui indique 20 fr. + 50 %.

Qui a raison ? Depuis quand est-ce applicable ?

Dr M.

Réponse.

Voir art. 25-VI, alinéa 4 : « Traitement comprenant..... traitement par air chaud, lumière, ionisation », chaque 15 fr., ce qui avec les 50 % de supplément, édictés à la fin du même chapitre, donne bien 22,50.

Le dernier décret en la matière est du 10 avril 1930 et non de juillet comme vous l'écrivez.

Dr Fernand Decourt.

1124. — Agglomération différente ou non ?

Concernant les frais de déplacement pour assurés sociaux nettement indigents, la préfecture m'avise qu'ils ne sont dus qu'autant que médecin et blessé habitent deux agglomérations différentes. En l'espèce, il s'agit d'un malade habitant à 2 kil. de chez moi dans un endroit qui n'est pas considéré officiellement comme un hameau de la commune. Mais qu'entend-on par agglomération ? deux maisons contiguës ? Jusqu'à présent aucune compagnie d'assurances n'a contesté les frais de déplacement.

Dr S.

Réponse.

S'il n'y a pas solution de continuité dans les habitations entre votre domicile et celui du blessé, il s'agit de la même agglomération. D'ordinaire à la campagne, une agglomération spéciale, différente du bourg lui-même, porte un nom particulier et est considérée comme un « hameau ».

Dr Fernand Decourt.

Sages-Femmes

1131. — Les sages-femmes et les avortements

Je vous remercie de votre lettre du 3 janvier sur les droits des sages-femmes relativement aux avortements.

J'ai lu, d'autre part, votre article dans le *Concours*. La conclusion que la sage-femme agira sagement en appelant un médecin est excellente, mais ne résout pas toute la question au point de vue assurances sociales, car la caisse paiera pour les visites du médecin et non pour celles de la sage-femme. La Caisse d'ici ne veut pas payer pour les avortements soignés par des sages-femmes, l'avortement étant un cas pathologique par opposition à l'accouchement.

Les sages-femmes d'ici s'émeuvent. J'ai conseillé à leur président de saisir de la chose leur Confédération générale.

Il me semble que la Confédération des Syndicats médicaux pourrait, elle aussi, étudier la question. C'est un des nombreux problèmes que pose l'application des Assurances sociales.

Dr H.

Réponse

La Caisse a tort de ne pas vouloir rembourser les honoraires d'une sage-femme, lorsque celle-ci appelée au chevet d'une malade en train d'avorter, fait appel à un médecin. La sage-femme a fait un travail professionnel, pour lequel elle a droit à rémunération.

D'ailleurs, *mutatis mutandis*, serait-il équitable de refuser des honoraires à un praticien, lequel ferait appel à un autre confrère, ou à un spécialiste, lequel devrait pratiquer d'urgence une intervention ?

Dans le cas qui nous occupe, la sage-femme doit être considérée comme une praticienne, qui, d'abord, accomplit un acte professionnel, en posant un diagnostic, en conseillant le traitement, c'est-à-dire l'intervention, puis en servant d'aide, d'assistante au médecin.

Tout travail mérite salaire, lorsqu'il est accompli *secundum artem* et selon la loi.

Dr Paul Boudin.

Questions médico-militaires

106. — Périodes d'instruction obligatoire

Comme abonné au *Concours médical* et membre du « Sou Médical », je viens vous prier de bien vouloir me renseigner sur les articles 25 et suivants de la loi du 8 janvier 1925 qui fixent les périodes d'instruction à accomplir pour pouvoir être proposé pour le grade supérieur.

D'autre part, je suis actuellement médecin auxiliaire de réserve, le Directeur du Service de santé m'a fait savoir qu'il fallait que je fasse une période de 21

jours pour être nommé au grade de médecin sous-lieutenant de réserve.

Si je ne désire pas être nommé à ce grade suis-je malgré tout obligé de faire des périodes ?

Dr J.

Réponse.

En qualité de médecin auxiliaire, vous êtes tenu d'effectuer le même nombre de périodes de réserve que les hommes de troupe, c'est-à-dire, dans la première réserve (à laquelle on appartient durant 16 ans) 2 périodes, l'une de trois semaines, l'autre de deux semaines (*art. 49 de la loi sur le recrutement de l'armée*).

Une fois officier, vous êtes tenu à une période pour passer lieutenant, avec 4 ans de grade, pour capitaine ensuite à deux périodes et 6 ans de grade. (*Art.* 25, 26, 27 *de la loi du* 8 *janvier* 1925.)

---

119. — Blessé de guerre accidenté du travail

En vous remerciant pour les renseignements que vous m'avez bien aimablement envoyés récemment, je continue à vous poser des questions. Voici ce dont il s'agit :

M. P., blessé à la guerre en 1916, plaie à la main droite, gangrène, etc. A la suite de ces blessures, il est resté :

5e et 4e doigts fermés, rétractés en flexion sur la paume de la main ;

3e doigt étendu au contraire avec ankylose de la métacarpo-phalangienne et demi-ankylose de une ou deux phalanges. Ce doigt médian étendu continuellement était une gêne assez considérable.

Survient un accident (travail) le 22 décembre 1930, Chute sur la main et rupture de cette ankylose métacarpo-phalangienne du médius. Actuellement, le doigt est ballant et je doute que l'on puisse le rééduquer (à supposer que l'articulation s'y prête), étant donné un certain degré d'éthylisme chez cet homme.

Bref, la meilleure solution, à mon avis, c'est l'amputation au niveau des deux phalanges extrêmes.

Blessé de guerre. Accident du travail. Que faut-il faire ?

Dr B.

Réponse.

Que votre blessé demande une pension d'invalidité pour sa blessure de guerre (lettre recommandée au médecin-chef du Centre de réforme dont il dépend). La Commission de réforme évaluera ce qui revient à la guerre (probablement toute l'invalidité), l'accident du travail ultérieur n'ayant guère modifié le degré de l'invalidité.

---

200. — Démission après maintien dans les cadres

Médecin capitaine, nommé à trois galons dans les derniers mois de la guerre, classe de recrutement 1897, de mobilisation 1896 — six enfants — au moment d'être libéré de toute obligation militaire, j'ai demandé à être maintenu dans les réserves.

Puis-je maintenant, *sans raison*, donner ma démission et passer dans l'honorariat ? Quel avantage donne celui-ci et à qui adresser une demande ?

Réponse.

Ayant demandé à être maintenu dans les cadres après la libération de votre classe vous ne pouvez plus en être *rayé* que pour raisons de santé, pour infirmités vous mettant définitivement hors d'état de service, constatées par une Commission de réforme (art. 10 et 13 de la loi du 8 janvier 1925.)

Cependant au préalable (art. 20) par une Commission de réforme, vous pouvez être mis en non-disponibilité, si des infirmités temporaires vous mettent, pendant six mois au moins, hors d'état d'exercer vos fonctions. Cette mise en non disponibilité est prononcée pour un an ; elle est renouvelable trois années de suite ; au bout de ces trois ans peut intervenir, par décret la radiation de fonctions.

205. — Fin des obligations militaires

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir à quelle date, je pourrai être dégagé de toutes obligations militaires.

Je suis médecin-lieutenant depuis 1916.

Je suis né en 1886, mais, engagé, j'ai fait un an de service militaire avec la classe 1904.

Dr P.

Réponse.

Puisque vous avez fait un an de service avec la classe 1904, vous suivez, dans les réserves, le sort de cette classe (art. 62 de la loi sur le recrutement de l'armée, du 31 mars 1928).

Vous serez donc dégagé de toutes obligations militaires, en même temps que la classe 1904, c'est-à-dire le 15 octobre 1933.

Assurances Sociales

1341. — Allocations journalières aux assurés hospitalisés

Un assuré social atteint d'une fracture compliquée de la jambe est admis à l'hôpital au titre de l'assurance sociale.

A-t-il droit, en plus des frais médicaux et d'hospitalisation, à une indemnité journalière. Quelle serait cette indemnité, dans l'affirmative ?

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 6, paragraphe 3 de la loi sur les assurances sociales, l'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge.

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant, ni descendant à sa charge ;

Des trois quarts, dans tous les autres cas.

Nous vous rappelons que l'indemnité journalière complète est égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle les cotisations obligatoires classent l'assuré.

Accidents du Travail

1119. — Rachat partiel de la rente

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître votre opinion sur le sujet suivant concernant un accidenté du travail.

Il a été commissionné à la Compagnie d'Orléans en 1884. En 1909, il a eu son bras arraché en service, a présenté des troubles cardiaques graves passés en état de chronicité. Réformé en 1915 (mois de mars) avec 80 % d'invalidité.

Croyez-vous que la rente est réversible en faveur de sa veuve, car l'accidenté est mort il y a un mois.

Si la réponse est positive où faut-il s'adresser pour faire valoir ses droits ?

Au point de vue médical, il est incontestable que le malade est mort des suites de son accident.

Dr M.

Réponse.

En vertu de l'art. 9 de la loi sur les accidents du travail, lors du règlement définitif de la rente viagère, après les délais de révision prévus à l'art. 19, la victime peut demander que le capital nécessaire à l'établissement de la rente serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint.

Dans ce cas, la rente viagère est diminuée, de façon qu'il ne résulte de la reversibilité aucune augmentation de frais pour le chef d'entreprise.

Le délai de révision était depuis longtemps expiré lorsque l'ouvrier est décédé sans avoir jamais demandé l'application de l'article 9.

Dans ces conditions, la veuve ne peut prétendre à aucune pension de reversibilité.

Cinquante-troisième année — N° 13 — 29 Mars 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr BACHELET, de Pont-de-Brique, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 94. — Paris Centre. Cab, méd. uniq. consultat. à céder 105.000 fr. (y compr. mob. et appar, haute fréq., infra-rouges, U. V.) Rapport important certain. Urgent, cause santé.

No 95. — Méd. céder. bureau av. biblioth. et faut. Louis XVI état neuf, 4.500, ; salon occas. canapé, 2 faut. 2 chaises, 1.000, ; console Louis XV fer forgé, 2.800. ; lustre cristaux, 900. ; trumeau bois doré, 1.000.

No 96. — Haute-Loire. Ch.-L. cant, poste à prend. après décès, conv. à jeune doct. actif qui trouver. cab. installé, instrum., livres, etc., vente du matériel, sans autre indemn.

No 97. — A louer meublé à partir 1er mai, gr. appartem., très ensoleillé entre Etoile et Trocadéro, 5 p. princicip., gr. hall, salle bains, très beaux meubles, piano à queue Erard, tapis anciens, 1.600 fr. par mois. Prix pouv. être baissé si locat,. plus d'un an. S'ad. Mme Mille, 4 rue St-Florentin à Paris. (Tél. Cen. 89-10).

N° 98. — 2 h. Paris excell. poste Yeux et ORL à céder d'urg. par suite décès titulaire. Centre important.

N° 99. — Côtes-du-Nord. Plémet, belle client. méd. propharm. à pr. d'urgence. Rayon étendu, nombr. ouvriers, plus. industries, gr. trav. en cours, Jolie maison, long bail. S'adr. Dr Martin à Plancoët (C.-du-N.).

N° 100. — A céder : 1° Midi. Cab. d'urologie, ds gr. ville, rapp. intéress., sans indemn. sauf reprise instrum.

2° Normandie, jolie résid., chasse, pêche, client. fac. à desserv., gr. maison. Prix avantag.

3° Paris. quart. popul. et commerc., appartem. méd. sans indemn., bail, loyer 6.000 libre avril ;

4° Place stable avantag. offerte à Paris à doct. franc. très au cour. client . ;

S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon. 36-46.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Il est indispensable de reminéraliser le tuberculeux sans altérer ses voies digestives. Utilisez donc les comprimés de **Prélase** à base de poudre de prêle, qui constitue le reminéralisant le plus simple , le plus complet et le moins irritant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons appris avec un grand regret la mort du Docteur Edmond Vian, maire de Saint-Chéron et vice-président du Conseil général de Seine-et-Oise. A ses obsèques et à l'ouverture de la session du Conseil général, M. Bonnefoy-Sibour, préfet de Seine-et-Oise, et M. le sénateur Amiard ont rappelé le dévouement agissant de notre regretté confrère aux œuvres d'assistance et d'hygiène. Le *Concours médical* s'associe avec émotion à l'hommage rendu à la mémoire du Dr Vian, qui aimait profondément notre profession, si intimement liée au bien public, et prie Madame Edmond Vian, sa veuve, d'agréer ses condoléances et l'expression de sa sympathie attristée.

— **Académie de médecine.**— *Enquête sur le B. C. G.* — La Commission du B. C. G. prie instamment les médecins, les sages-femmes et les vétérinaires qui ont pratiqué la vaccination par le B. C. G., de vouloir bien lui faire connaître, *s'ils sont encore inédits*, les faits *favorables* ou *défavorables* à la méthode qu'ils ont observés et demande que ces documents soient aussi complets et explicites que possible.

Prière de les envoyer au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, avant le 30 avril.

— **Le banquet de la Société des chirurgiens de Paris.** — Le banquet annuel de la Société des chirurgiens de Paris a eu lieu le mardi 10 mars 1931 au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique.

Parmi les notabilités qui y assistaient nous citerons : M. Séguy, directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, remplaçant le Préfet de la Seine, empêché ; le médecin général inspecteur Gadiot, directeur du Service de santé du G. M. P. ; le médecin général Oudard, directeur du Service de santé de la marine ; le médecin général Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce ; le professeur Lenormant, président de la Société nationale de chirurgie ; le docteur Briquet, député de l'Eure : le docteur Lobligeois, président de la Société de médecine de Paris, conseiller municipal de Paris ; M. Féret du Longbois, chef du cabinet du ministre de la Santé publique ; le docteur Doin, le docteur Coelho, le docteur Vaccaro ; de nombreuses personnalités des grands laboratoires de produits pharmaceutiques, etc.

Des discours ont été prononcés par le docteur Barbarin, président de la Société des chirurgiens de Paris ; par le docteur Charles Buizard, secrétaire général, qui a montré que la Société des chirurgiens de Paris conserve les traditions léguées par l'ancien collège des chirurgiens de Paris et par l'Académie royale de chirurgie ; et par M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique qui a dit, avec éloquence, toute l'importance du rôle des chirurgiens et en particulier a montré l'intérêt qu'il attachait à l'œuvre d'expansion scientifique que poursuit à l'étranger la Société des chirurgiens de Paris.

— **Prix Erlich.** — La médaille d'or de la Fondation Paul Erlich a été remise, à la séance solennelle tenue à Francfort, au docteur Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur de Paris.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — *Adjuvat.* — Un concours, pour une place d'aide d'anatomie, s'ouvrira le *jeudi* 16 *avril* 1931 à 8 h. 30, à la Faculté libre de médecine, 56, rue du Port, à Lille. Le registre d'inscriptions, ouvert au Secrétariat, sera clos le 13 avril, au soir. Les inscriptions sont reçues par correspondance.

— **Journées prophylactiques de Toulouse-Luchon.** — Des Journées prophylactiques se tiendront à Toulouse les 21 et 22 mai prochains. Elles s'adressent plus spécialement aux médecins des dispensaires et services antivénériens et auront lieu à l'Institut de sérologie et de prophylaxie antivénérienne de la Faculté de médecine de Toulouse, à l'hôpital de la Grave. Une excursion facultative pourra être faite le samedi 23 mai à Luchon.

Adresser la correspondance au Dr Sicard de Plauzoles, 44, rue de Lisbonne, Paris-8e.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Dechaume.

— **Hôpitaux de Grenoble.** — Des concours s'ouvriront en avril 1931 pour la nomination d'un médecin suppléant, d'un chirurgien suppléant, de deux ophtalmologistes (titulaire et suppléant) et d'un stomatologiste suppléant.

— **XXIVe Voyage d'études médicales.** — Le Conseil de direction des V. E. M. s'est réuni le samedi 26 février, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du professeur Desgrez.

Le Conseil s'est ému du nombre croissant de voyages médico-touristiques suscités par le grand succès des V. E. M., et de l'inquiétude qu'il provoque de la part des Stations, en raison du dérangement et des frais occasionnés.

Aussi a-t-il été décidé de prévenir les Stations que le grand V. E. M. (créé par Landouzy et Carron de la Carrière, repris, depuis la guerre, par les Professeurs Carnot, Rathery et Villaret, et qui est actuellement organisé, chaque année, par les Professeurs d'hydrologie des régions visitées), ne saurait avoir lieu que si d'autres voyages, visitant les mêmes stations, ne risquaient pas d'en compromettre l'effet moral.

Sur ces bases d'exclusivité régionale, le 24e V. E. M. est prévu dans le sud-ouest, de Royan à Capvern, aux Stations de la côte et des Pyrénées occidentales, du 28 août au 11 septembre.

Il sera dirigé par les Professeurs Carnot et Villaret, et organisé par les Professeurs Sellier, de Bordeaux, et Serr, de Toulouse, chacun pour leur région universitaire.

Le programme détaillé et les conditions du voyage seront publiés dans les journaux médicaux aux environs de Pâques.

— **Secours sur route.** — Nos routes se garnissent de plus en plus de postes de secours grâce à l'activité de « l'Union nationale des Associations de tourisme » (U. N. A. T.), et surtout de sa commission de protection aux blessés de la route, dont le président est le Dr Béhague.

Envisageant le problème dans son ensemble, l'U. N. A. T. a signé un contrat avec la Confédération des Syndicats médicaux français. Ce contrat doit assurer l'appui médical au fonctionnement des postes, et en échange assure aux médecins une rémunération légitime.

Dès cette année, cette organisation va fonctionner dans le département de Seine-et-Oise et sera étendue ultérieurement aux autres départements.

Le contrat entre l'U. N. A. T. et la Confédération des Syndicats médicaux français a été publié dans le *Médecin de France* du 1er février 1931.

— **Département de l'Hérault.** — *Inspection d'hygiène.* — Un concours sur titres et sur épreuves pour

la nomination de deux médecins inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault, sera ouvert à la Préfecture de l'Hérault du 7 au 9 mai 1931 inclus.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de 23 ans au moins et de 40 ans au plus au 15 avril 1931, pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) ; ils devront avoir satisfait à leurs obligations militaires et être titulaires du diplôme d'hygiène délivré par une Université française.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées à M. le Préfet de l'Hérault (Cabinet du préfet) avec le dossier réglementaire avant le 30 avril 1931.

Les avantages attachés à la situation de médecin inspecteur d'hygiène de l'Hérault sont les suivants :

— Traitement de 30.000 à 42.000 francs par an en 5 classes, chaque classe étant obtenue après 3 ans à l'ancienneté et 2 ans au choix ; 15.000 fr. d'indemnité forfaitaire de déplacements et de Bureau.

— Indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires départementaux ;

— Inscription à la Caisse départementale des retraites.

— **Département de la Seine-Inférieure.** — *Inspection d'hygiène.* — Un concours sur titres, pour les fonctions de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint, chargé spécialement des Dispensaires d'hygiène sociale, section tuberculose, aura lieu à Paris, au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard St-Michel, dans la deuxième quinzaine d'avril.

Prière de s'inscrire à la Préfecture de la Seine-Inférieure, inspection des services d'hygiène, avant le 10 avril.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Vacances de Pâques.* — Du dimanche 29 mars au dimanche 12 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 13 avril.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée pendant les vacances.

Secrétariat. — Le secrétariat sera fermé : du samedi 4 avril inclus, au mardi 7 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, aux heures habituelles.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 MARS

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Baruk, reçu avec le no 1 au concours des médecins chefs des asiles d'aliénés pour 1930, est nommé médecin chef de l'asile de Clermont (Oise).

14 MARS

Lutte antituberculeuse.

Décret du 6 mars 1931 rendant applicables aux fonctionnaires coloniaux les dispositions de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929 relatifs aux congés de longue durée pour tuberculose.

Art. 1er. — Les dispositions de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929, relatives aux congés de longue durée pour tuberculose sont rendues applicables aux fonctionnaires civils des administrations coloniales, organisées par décret, soumis au régime des pensions civiles, des pensions militaires, ou de la caisse internationale des retraites.

Art. 2. — Un décret fixera les conditions d'application de cette loi.

Art. 3. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Enseignement.

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 13 mars 1931, un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le vendredi 23 octobre 1931, devant la faculté de pharmacie de l'université de Paris.

L'arrêté du 25 février 1931 fixant ledit concours devant la faculté de médecine de l'université de Paris est rapporté.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

15 MARS

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Somme.

Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène de la Somme aura lieu à Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 31 décembre 1931, et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Aucune limite d'âge n'est imposée aux médecins qui exercent les fonctions publiques directement rétribuées sur les fonds de l'Etat, des départements et des communes.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet de la Somme accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de service et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de reconcer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre à aucun mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 20 avril 1931. Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. et par cinq classes s'élève jusqu'à 42.000 fr.

Un fonctionnaire jouissant déjà d'un traitement est nommé à la classe correspondant à ce traitemnt ou à un traitement supérieur.

Les indemnités accessoires sont les suivantes :

1.120 fr. d'indemnité de résidence. Frais de déplacement payables sur justifications (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 3.000 francs.)

Le titulaire peut être chargé de services départementaux rétribués d'une façon spéciale.

Avis de concours pour un poste d'inspecteur départemental d'hygiène adjoint dans la Vendée.

Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène adjoint du département de la Vendée aura lieu à Paris, au ministère de la Santé publique, dans la première quinzaine du mois de juin 1931.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville, d'une faculté ou d'une école de plein exercice seront considérées comme titres spéciaux, ainsi que les stages dans les laboratoires de bactériologie.

La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à une pension de retraite.

Les demandes, rédigées sur timbre à 3 fr. 60, devront être adressées au préfet de la Vendée (cabinet), avant le 15 mai 1931 et, outre les attestations d'exercice médical indiquées ci-dessus, être accompagnées des pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

5° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3 ayant moins de trois mois de date) ;

6° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de service ;

7º Exposé des titres, travaux et services et productions des principales publications et ouvrages scientifiques médicaux effectués par l'intéressé ;

8º Engagement sur timbre, en cas de nomination, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à l'emploi sollicité et de ne prétendre à aucune fonction ou mandat public ;

9º Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département pendant une durée minimum de cinq ans ;

10º Engagement, en cas de départ par démission ou autrement, de continuer à assurer le service pendant trois mois au minimum.

Le médecin choisi par le jury accomplira un stage d'une année, avec faculté de licenciement, sans formalité ni indemnité. Il recevra, en cette qualité, un traitement annuel de 38.000 fr.

Après sa titularisation, il bénéficiera de l'échelle de traitement suivante :

5e classe (au bout d'un an de stage)	38.000 fr.
4e classe	40.000 »
3e classe	42.000 »
2e classe	44.000 »
1re classe	46.000 fr.

L'avancement aura lieu d'office à l'ancienneté d'une classe à la classe immédiatement supérieure, après trois années de services dans la classe occupée, ou au choix au bout de deux ans.

A ces traitements, s'ajouteront les indemnités ordinaires pour charges de famille et de résidence ou de logement touchées par les fonctionnaires du département. Le titulaire sera, en outre, admis à bénéficier, sur sa demande, des avantages de la caisse départementale de retraites.

Les frais de déplacement occasionnés par le service sont remboursés à l'intéressé sur état justificatif fourni trimestriellement par lui.

Le candidat nommé devra entrer en fonctions dans le délai de quinze jours à partir de la notification de sa nomination.

Sanatoriums publics.

Avis de concours des postes de médecin directeur des sanatoriums publics.

Le concours annoncé au *Journal officiel* du 11 février 1931 pour les postes de médecin directeur des sanatoriums publics de Liessies (Nord) et de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), aura lieu le 27 mars 1931. Les demandes accompagnées des pièces réglementaires pourront être envoyées, jusqu'au 26 mars 1931, au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés seront, préalablement à leur nomination, soumis à un examen médical et devront être reconnus indemnes de toute affection tuberculeuse. Le médecin qui sera affecté au sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet

pourra, toutefois, être choisi parmi des candidats non indemnes de tuberculose, pourvu qu'il soit reconnu apte physiquement à exercer les fonctions de médecin directeur.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Prix des consultations dans les hôpitaux pour les assurés sociaux.

717. — M. Maurice VIOLETTE demande à M. le Ministre de la Santé publique pour quelle raison ordre a été donné à l'assistance publique de Paris de majorer de 4 fr. le prix des consultations dans les hôpitaux aux malades appartenant aux assurances sociales, c'est-à-dire de le porter de 6 fr. à 10 fr. (*Question du 28 janvier* 1931.)

Réponse. — La loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales prévoit explicitement (art. 6, paragraphe 2), que des honoraires seront payés au Corps médical hospitalier pour les soins donnés aux assurés sociaux. C'est le motif pour lequel la circulaire du 23 septembre 1930 du ministre du travail et de la prévoyance sociale a fixé à 10 fr. le tarif de réassurance de la consultation dans les hôpitaux de l'assistance publique de Paris. Dans ce prix de 10 fr. sont compris les frais administratifs, tarifés à 6 fr. selon la formule en vigueur, et les honoraires médicaux, tarifés à 6 fr. La consultation comprend tous les actes de la nomenclature de pratique médicale courante et de petite chirurgie. Les 10 fr. sont payés par l'assuré et la caisse lès lui rembourse, sous déduction du pourcentage de participation (2 fr. pour les deux premières catégories, 3 fr. pour les autres). L'assistance publique fait d'ailleurs remise dudit pourcentage à l'assuré toutes les fois que sa situation le comporte. (*J. O.*, 6 mars 1931.)

Cas d'un assuré social malade qui continue à toucher son salaire.

11535. — M. André FÉVRIER demande à M. le ministre du Travail : 1° si, lorsqu'un employeur paye intégralement le salaire d'un de ses employés malade, les assurances sociales auxquelles cet employé est assujetti doivent rembourser à l'employeur la moitié du salaire de l'employé malade ; 2° dans le cas de l'affirmative, quelles sont exactement les formalités à accomplir par l'employeur pour recevoir la partie du salaire lui revenant. (*Question du* 30 *janvier* 1931.)

Réponse. — 1° et 2°. — Aux termes de l'article 38 du règlement type d'administration intérieure des caisses primaires d'assurances sociales, l'indemnité journalière n'est payée à l'assuré malade qu'autant et après vérification que celui-ci est effectivement privé de son salaire. Si l'assuré malade bénéficie d'un salaire réduit, l'indemnité ne peut excéder la différence entre ce salaire et le salaire réel dont il bénéficiait au

début de la maladie. Cette disposition a été introduite dans le règlement type en vue d'éviter que les assurés malades ne puissent recevoir, lorsque tout ou partie de leur salaire continuait à leur être servi par l'employeur, des sommes supérieures au salaire qu'ils gagnaient avant la maladie. Elle a amené les employeurs qui avaient l'habitude de maintenir tout ou partie du salaire aux employés ou ouvriers malades à n'accorder cet avantage que dans la mesure où il n'était pas assuré par la caisse d'assurances sociales. Ces employeurs complètent ainsi les indemnités attribuées au titre des assurances sociales jusqu'à concurrence du salaire ou de la portion de salaire qu'ils accordaient précédemment à leur personnel en cas de maladie.

(*J. O.*, 10 *mars* 1931.)

Tarif des allocations d'accouehement des assurées sociales ho:ptialières.

11345. — M. Jean LEROLLE demande à M. le ministre du Travail : 1° si le tarif des allocations à payer à une assurée en cas d'accouchement (accouchement simple 300 fr., accouchement gémellaire 400 fr., *Journal officiel* du 23 septembre 1930) est applicable pour les remboursements à faire par les caisses primaires des hôpitaux en cas d'hospitalisation de l'assurée ; ajoute que, dans le cas de l'affirmative, on aboutit à un résultat dont l'étrangeté apparaît à la lecture des chiffres suivants : accouchement simple 300 fr., accouchement dystocique (médecine) 4 × 15 = 60 francs, césarienne (chirurgie) 3 × 80 = 240 fr. (*Question du* 16 *janvier* 1931).

Réponse. — Réponse négative. Pour les accouchements à l'hôpital public ou dans un établissement privé ayant passé conventions avec la caisse d'assurances intéressée, les frais d'hospitalisation, y compris les honoraires médicaux, sont en principe comptés forfaitairement au prix de journée de médecine. Toutefois, en ce qui concerne les honoraires médicaux, si la convention hospitalière prévoit, pour la chirurgie, l'application d'un chiffre-clé à la nomenclature des spécialistes, ce même chiffre-clé pourra être adopté pour l'accouchement avec les coefficients prévus dans la nomenclature de pratique médicale courante ou dans la nomenclature des spécialistes, suivant le cas. Le tarif de responsabilité de la caisse pour les frais médicaux d'un accouchement simple à l'hôpital serait, avec le chiffre-clé unique de 3 fr., de 3 × 40 = 120 fr. ; l'accouchement dystocique serait tarifé 3 × 60 = 180 fr., césarienne (chirurgie) 3 × 8 = 240 fr.

(*J. O.*, 10 *mars* 1931.)

Droit au traitement de la Légion d'honneur.

11892. — M. TAITTINGER expose à M. le Ministre de la Guerre : *a*) qu'un médecin, nommé chevalier de

Voir la suite page LXIII-1071

PROPOS DU JOUR

Sur le médecin dans la Société moderne

Une conférence de M. le Professeur Emile Sergent à l'Hôtel Chambon. L'avenir de la médecine

Les conférences de l'Hôtel Chambon si brillamment organisées par le Dr Jayle et inaugurées par le Dr Maurice de Fleury, continuent à jouir toujours du même succès. Un public nombreux et toujours choisi, en grande partie étranger au monde médical, est venu applaudir M. le Dr Pasteur-Vallery-Radot, qui a traité le sujet : *Widal et son œuvre* (1) et le surlendemain, M. le Prof. Sergent a disserté *sur le Médecin dans la Société moderne*.

Dire que M. le Prof. Sergent est un remarquable conférencier est une simple constatation et non une flatterie. Tous ceux qui l'ont entendu, savent quel est le charme de ses conférences où, passant « du grave au doux, du plaisant au sévère », comme le poëte de Boileau, il sème son discours de saillies spirituelles et de traits d'une fine ironie. Nul mieux que lui ne sait en quelques mots égayer son sujet de courtes anecdotes vécues ; parfois il s'élève à une véritable éloquence et émeut son auditoire. Aussi la Conférence de l'Hôtel Chambon a été applaudie avec enthousiasme : elle le méritait.

***

Qu'est-ce que le médecin ? est la question que pose tout d'abord M. le Prof. Sergent.

Pour les gens du monde, c'est un homme qui soigne les malades et *doit* les guérir ; dont on se moque quand on est bien portant et qu'on implore à genoux quand on souffre.

Pour le Corps médical, le médecin est un être complexe, une sorte d'homme-orchestre qui joue de plusieurs instruments, c'est-à-dire qui remplit plusieurs rôles. Il soigne les malades en tant que praticien, il joue un rôle social abondant comme conseiller technique des pouvoirs publics, il est parfois un enseigneur, quelquefois un savant de laboratoire, un chercheur, et même un homme politique.

Le plus souvent, il ne peut remplir tous ces rôles à la fois, il se spécialise. Pour être un bon médecin, il faut des aptitudes physiques : la santé et un certain degré de résistance à la fatigue. Il faut aussi des aptitudes morales : l'abnégation, le dévouement, le désintéressement, la bonté. Il faut encore des aptitudes intellectuelles, car le médecin doit étudier et se perfectionner toute sa vie, les sciences médicales se modifiant constamment.

Il faut que ces aptitudes soient garanties moralement par un Code de déontologie qui indique les droits et les devoirs du médecin.

M. le Prof. Sergent a conservé un culte pour l'idée que nos pères et nos aïeux se faisaient de la médecine, la profession libérale par excellence. Et nous, fils de médecin, qui avons compté ou comptons, en dehors de nous, cinq médecins praticiens dans notre famille, nous partageons avec lui le respect qu'il a pour les médecins du XIXe siècle.

Hommes très cultivés, ayant des humanités, tenant un rang honorable et honoré à la tête de la bourgeoisie, ils se pliaient à certaines traditions qui en imposaient au public. Ils avaient des habitudes de correction dans leurs vêtements, dans leur tenue, dans leurs expressions qu'on ne retrouve plus guère aujourd'hui. Ils étaient surtout des thérapeutes, plus guérisseurs que savants. Ils devenaient les amis des familles qu'ils soignaient, jouissaient auprès d'elles d'une autorité, d'une affection sans rivales ; on ne les consultait pas seulement en cas de maladies ; mais on leur demandait conseil dans toutes les circonstances importantes de la vie. Le médecin le plus réputé soignait les pauvres comme les riches, sans se préoccuper de la question des honoraires et M. Sergent rappelle l'exemple de Laënnec.

Voyons maintenant ce que les médecins sont devenus. Ici, nous ferons une réserve car, à notre époque, et nous pourrions en citer beaucoup, nombre de praticiens modestes ont conservé les qualités morales, la tenue, le dévouement et le désintéressement que M. Sergent s'est plu, avec raison, à constater chez nos pères. Il n'est pas douteux cependant que la tendance générale de l'évolution de l'exercice de la médecine donne raison à M. Sergent, quand il expose ce que le médecin est devenu.

Il est devenu un petit fonctionnaire, du fait de

(1) Nous rendrons compte très prochainement de cette intéressante conférence.

la socialisation, de la démocratisation, de la commercialisation de l'exercice de la médecine.

Au cours de ses études, le médecin touche à tout et n'approfondit rien. Par la faute de programmes stupides, la culture générale du médecin baisse progressivement. Il n'est plus un lettré comme jadis, ni même un savant, malgré ses allures scientifiques. Il ne sait plus même parler ni écrire correctement sa propre langue.

Cette crise, qui se manifeste chez les étudiants, souffre cependant des exceptions notables et le Conférencier cite avec émotion l'histoire d'un de ses élèves à qui il reprochait sévèrement son manque d'assiduité, quand il apprit que le malheureux était obligé de travailler comme cheminot pour gagner sa vie, tout en poursuivant ses études. Il y a donc encore des étudiants énergiques, laborieux, dignes de la profession qu'ils veulent exercer.

Passons des étudiants aux médecins praticiens. Trop souvent leur tenue est négligée, parfois débraillée ; leur langage est, sinon grossier, trop fréquemment vulgaire. Ils sont toujours pressés, ils vont vite. Ils subissent l'influence de l'auto qu'ils utilisent ; dans quelques années, les grands consultants iront en avion. On fait des affaires médicales plutôt que de la médecine. La déontologie est à peu près oubliée. Il y a bien des Syndicats, mais leur plus grande préoccupation est la défense des intérêts matériels. On parle de créer un Ordre des médecins, M. Sergent doute de son autorité et encore plus de son efficacité, car ses sanctions seront inefficaces.

Le Conférencier aborde la question des relations entre confrères assez négligées le plus souvent, des relations avec les femmes médecins qu'on ne sait plus reconnaître, puisqu'elles s'affublent assez incorrectement du titre de Madame le Docteur.

Il parle du règlement des honoraires, n'admet pas qu'on réclame à un médecin sa *facture*. Il montre que l'on a intérêt à être poli et discret dans cette question et cite à ce sujet une anecdote amusante : Un grand chirurgien, qui n'était guère homme du monde, opéra une jeune fille dans une famille fort aisée. La mère de l'opérée vint le remercier, une fois la guérison obtenue. Après avoir témoigné au chirurgien toute sa reconnaissance, elle lui remit un portefeuille qu'elle avait brodé elle-même. « Tout ceci est très bien, répliqua le chirurgien, mais Madame vous m'êtes redevable de trois mille francs. » La dame ne sourcilla pas, elle reprit le portefeuille, l'ouvrit, en retira deux billets sur les cinq qu'il contenait et se retira laissant le chirurgien mal appris interloqué.

Il faut néanmoins chez les gens riches se montrer intraitable pour le règlement des honoraires légitimement dus et, en cas de conflit, après les avoir obtenus par des poursuites, les abandonner à une œuvre de bienfaisance pour montrer que le médecin, s'il exige qu'on le respecte, n'est pas un homme d'argent.

C'est un art que de savoir se faire une belle clientèle. Trois qualités légendaires sont pour cela nécessaires : le savoir, le savoir faire, le faire savoir. M. Sergent admire celui qui possède ces trois qualités. Quand on ne possède que la première, on a de sérieuses chances pour ne pas réussir. Si l'on est doté surtout de la dernière, on verse dans le charlatanisme.

Le secret médical est le devoir primordial du médecin. On ne doit la vérité d'une façon absolue à personne, pas même au malade lui-même. C'est au médecin de juger s'il y a intérêt ou danger pour le malade à être éclairé sur sa propre maladie.

Le Conférencier cite l'anecdote que racontait Verneuil, d'un pasteur protestant qui se prétendant fort courageux et très résigné, demanda au chirurgien s'il était atteint d'un cancer de la langue. Verneuil répondit affirmativement et le malheureux, en sortant, se brûla la cervelle dans l'antichambre.

Cependant, M. Sergent affirme qu'il a violé le secret professionnel une fois et, malgré son respect pour cette obligation, il le violerait encore en pareille circonstance. Il s'agissait d'un clerc de notaire qui vint lui annoncer qu'il allait épouser la fille de son patron, alors qu'il le soignait pour une syphilis secondaire en pleine évolution. Nous n'hésitons pas à dire que, sans la moindre hésitation, nous ferions de même. Le secret professionnel est fortement battu en brèche, notamment par les Assurances sociales pour lesquelles M. Sergent a la même répugnance que le regretté Prof. Weiss, l'ancien doyen de Strasbourg. Ces assurances conduisent la médecine à la fonctionnarisation dont le distingué Académicien, le Dr Paul Le Gendre, a bien montré tous les dangers.

M. Sergent fait l'éloge du médecin enseigneur, du professeur qui se dévoue à la fois à ses élèves et à ses malades. Il fait une distinction entre le véritable professeur et le Pontife, dictateur doctrinaire, plein de suffisance et d'orgueil, qu'il méprise. A ce sujet, il fait une courte allusion au mauvais jugement des Syndicats médicaux sur les professeurs. Sur ce point M. Sergent se

trompe. Il est certain que les Syndicats médicaux se sont élevés contre certains abus et ont protesté contre les prétentions de quelques pontifes, mais ils ont toujours respecté et vénéré les Maitres, dignes de ce nom. Brouardel, Lucas-Championnière, Cornil et bien d'autres en maintes circonstances, défendirent les Syndicats médicaux ou soutinrent leurs revendications dans les commissions officielles. Le Prof. Lande, de Bordeaux, fut président de l'Union des Syndicats médicaux de France. Le regretté chirurgien des hôpitaux, Guinard et M. le Dr Comby, médecin honoraire des Enfants-Malades, furent présidents du Syndicat des médecins de la Seine.

Tout récemment, M. le Prof. Balthazard, l'actuel doyen de la Faculté de Paris, présidait la Confédération des Syndicats médicaux français et M. le Doyen Roger, son prédécesseur, ne refusait jamais de prendre part à une fête syndicale. A la Faculté de Montpellier, les Professeurs les plus éminents ont, depuis bien des années, pris la tête ou soutenu de toute leur autorité les syndicats de leur régions.

A côté du médecin enseigneur, il y a le médecin chercheur. Tout en tenant compte de la valeur des recherches de laboratoire, M. Sergent donne le pas à la clinique, autrement délicate et plus difficile que la pathologie expérimentale et qu'un médecin chercheur ne doit pas négliger.

Chemin faisant, le Conférencier décoche quelques traits au médecin homme politique, qui cependant, il faut bien l'avouer, peut rendre de grands services à la médecine.

Quelle est la vie privée du médecin ? Dans quelque catégorie qu'il soit placé, le médecin mène une vie de labeur incessant et de renoncement. Il renonce à la fortune car, sauf de rares exceptions, quand il réussit, il gagne tout au plus sa vie et celle de sa famille. Souvent il meurt dans la misère ou laisse les siens dans la gêne. Il renonce à toutes les petites distractions, vie mondaine, théâtre. Le théâtre! mais il y assiste continuellement ; le drame, la comédie, le vaudeville se jouent sans cesse dans son cabinet. M. Sergent conte à ce sujet une savoureuse histoire :

M. le Duc de X et sa femme, la Duchesse, viennent le consulter. Mme la Duchesse souffre de malaises mal définis qui inquiètent M. le Duc. « Je vous en prie, docteur, examinez la bien soigneusement » — « Monsieur, réplique le Professeur indigné, j'ai l'habitude d'examiner toujours soigneusement mes malades. » Le Duc se retire discrètement et laisse sa femme avec le docteur qui la prie de se déshabiller. Il l'interroge, la palpe, la percute, l'ausculte, il ne trouve rien, rien. Elle souffre de quelques troubles nerveux, c'est tout. « Docteur, je vais vous faire une confidence, dit à la fin la Duchesse, mise en confiance par la minutie et la discrétion de l'examen. J'aime beaucoup le Duc, mon mari, je le respecte, je le vénère, je vous le répète, je l'aime beaucoup. » — « Comme un père, interrompt ironiquement le Docteur. » — « C'est exact, continue la Duchesse, car il est beaucoup plus âgé que moi. Or, le cœur a ses raisons et je suis en relation avec un jeune homme qui me plait beaucoup. Je tremble que mon mari ne découvre cette liaison et cette anxiété est la cause de ma nervosité. »

L'examen étant terminé, le Duc est de nouveau introduit dans le Cabinet du docteur qui le rassure sur les troubles de sa femme. Cette dernière prend congé, prétextant une visite à faire et M. le Duc lui abandonne galamment son auto. Une fois seul, le Duc remercie le médecin : « Docteur, continue-t-il, j'aime beaucoup ma femme, j'ai pour elle la plus grande affection et je serais désolé d'être la cause de sa maladie. Mais vous, vous me comprendrez, je suis homme et j'ai des faiblesses. Je ne vous cacherai pas que j'ai une petite amie et je tremblais en pensant que ma femme, ayant sans doute découvert cette intrigue, soit devenue malade par ma faute. »

Le Prof. Sergent rassura encore une fois M. le Duc qui se retira satisfait.

Quel est le médecin qui n'aurait pas à conter quelques histoires vécues de ce genre ?

Le Conférencier termine par la mort du médecin, mort qui est généralement courageuse.

Souvent, il est victime de sa profession et surtout du surmenage qu'il s'est imposé. Il arrive parfois à la vieillesse : alors il se retire, disparait de la scène, donnant à la lecture, aux arts et aux belles-lettres, ses derniers loisirs.

***

Par ce résumé, fatalement incomplet et infidèle, le lecteur peut se rendre compte de l'intérêt de cette conférence. Cependant, nous nous permettrons de dire, sans vouloir en quoique ce soit émettre la moindre critique, que M. le Prof. Sergent n'a examiné que superficiellement son sujet. M. Laignel-Lavastine se plait à distinguer deux sortes de diagnostics, le diagnostic en surface, si vous le voulez, l'exposé des symptômes, et le diagnostic en profondeur, c'est-à-dire la recherche des causes de la maladie. Or, en faisant l'examen *du médecin dans la société moderne*, M. Sergent s'est borné à faire un examen en sur-

face. Il eut pu rechercher pourquoi le médecin de 1930 diffère de celui de 1830 et même de 1880, et faire l'examen de la question en profondeur.

Plusieurs genres d'influences ont transformé les conditions de l'exercice de la médecine et modifié la mentalité du médecin. Ces influences sont, les unes générales d'ordre matériel, les autres morales, d'autres enfin sont d'ordre technique.

Les influences générales d'ordre matériel consistent dans les transformations des conditions d'existence ; le téléphone, l'automobile ont bouleversé complètement l'exercice de la médecine, surtout à la campagne. Le rayon de la région que desservait le praticien, a été de ce fait considérablement accru, et d'autre part, le transport des malades dans les centres hospitaliers a été singulièrement facilité.

Le développement de l'industrie s'ajoutant à la transformation des moyens de communications et de transports a créé des centres industriels où les ouvriers groupés se sont vu imposer, sinon en théorie, du moins en fait, les soins du médecin attaché à l'usine ou à la mine. Cette industrialisation du pays, qui a amené l'abandon des campagnes et le développement des centres urbains, a exigé toute une législation sociale nouvelle. La protection de l'enfance, l'Assistance médicale gratuite les secours aux accidentés du travail, la protection de la femme enceinte, la lutte contre les maladies transmissibles, etc., etc. ont été organisés et règlementés, par des lois et des décrets et le médecin a été l'agent indispensable de ces réformes. Toutes les administrations, toutes les collectivités se sont attachées des médecins. De sorte qu'à l'heure actuelle, il n'est peut-être pas un médecin en France qui, à un titre quelconque, ne soit peu ou prou fonctionnarisé ou salarié. Cela en est arrivé au point que le médecin isolé a du avoir recours au seul moyen efficace pour se défendre et se faire respecter, au Syndicat.

Ce n'est pas par goût, ni de gaité de cœur que le médecin praticien s'est jeté dans le Syndicalisme, c'est contraint et forcé. Et cela est si vrai que ceux qui, comme nous, ont suivi les progrès du syndicalisme médical depuis cinquante ans exactement qu'il existe, ont pu se rendre compte qu'il a fait des progrès par bonds et que chacun de ces bonds a été provoqué par l'application d'une nouvelle loi sociale.

Au début, les quelques syndicats qui furent créés, eurent pour but de répondre aux exigences de l'exercice normal de la médecine, de fixer des tarifs pour éviter une concurrence déloyale, de faire respecter les règles de la déontologie. L'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite (1893) détermina le premier bond qui augmenta le nombre des syndicats et des syndiqués ; nouveau bond quand la loi de 1898 favorisa le développement de la mutualité ; bond encore plus grand quand, après 1898, la responsabilité patronale dans les accidents du travail obligea les médecins praticiens à sauvegarder leurs intérêts et leur dignité dans l'application légale de cette mesure. Puis, la loi sanitaire de 1902, les diverses lois et règlementations de prophylaxie des maladies transmissibles imposèrent encore plus aux praticiens l'obligation de se grouper.

Après la guerre, ce fut encore plus nécessaire et avec la loi de 1919 et son article 64 sur les pensionnés de guerre ; la menace pressante des assurances sociales amena la généralisation du Syndicalisme dans le corps médical tout entier. Les discussions constantes entre les collectivités et les pouvoirs publics et nos syndicats pour permettre au médecin de vivre et de garder l'illusion de l'indépendance, ont indiscutablement modifié l'esprit du médecin et ont eu une répercussion indiscutable sur sa manière d'exercer. Mais peut-on le lui reprocher, en est-il responsable, n'a-t-il pas été contraint de s'adapter au nouveau milieu social et à chercher les modes les plus favorables pour lui de cette adaptation ?

En même temps des progrès inouis survenaient dans les sciences et la technique médicales. La Révolution pastorienne, avec ses corollaires l'antisepsie et l'asepsie, transforma la chirurgie de fond en comble. Toutes les opérations pouvaient être abordées avec un minimum de risques, mais pour cela, la maison de santé chirurgicale était indispensable. Le malade ne fut plus désormais opéré à domicile. Les cliniques chirurgicales se multiplièrent. On en trouve actuellement dans toutes les villes, même les moins importantes et parfois à la campagne. Il y eut de ce fait une profonde transformation dans l'exercice du simple praticien. Il en fut de même pour l'obstétrique dans les villes ; le développement des hôpitaux, des maternités, des cliniques d'accouchements fit qu'à Paris, par exemple, le praticien et même la sage-femme, firent de moins en moins d'accouchements à domicile.

Certaines maladies qui, comme la diphtérie ou la fièvre typhoïde, constituaient la moitié des occupations du praticien, ont presque disparu ou se sont singulièrement atténuées. Les vaccinations et les sérothérapies préventives limitent encore le nombre des malades et la durée des maladies.

A tous ces progrès vinrent s'ajouter des découvertes : la radiographie, les procédés de laboratoire, le développement des spécialités, en sorte que le médecin praticien doit avoir recours à tous ces auxiliaires.

Bien plus, l'extension de la responsabilité médicale fait une obligation au praticien d'user de tous ces nouveaux moyens de diagnostic et de traitement. La moindre fracture doit être radiographiée, sinon le médecin est rendu responsable d'une consolidation vicieuse. Le pansement d'une plaie souillée doit être suivie d'une injection antitétanique, sans elle le médecin est condamné durement , si le malade succombe au tétanos.

Le praticien ne soigne plus guère de tuberculeux ; ces derniers fréquentent le dispensaire, ou vont faire une cure dans un sanatorium.

Il lui est difficile de traiter un syphilitique, car la nécessité de nombreux examens sérologiques et de séries d'injections intraveineuses rendent le traitement inabordable aux petites bourses.

Tous ces progrès font que le médecin praticien, jadis un soigneur, un guérisseur, un thérapeute, devient de plus en plus un agent de répartition, un intermédiaire qui, selon les cas, dirige les malades chez tel ou tel spécialiste, dans tel ou tel établissement de soins.

D'autre part, ces établissements de soins exigent un matériel si encombrant et si coûteux que le médecin qui s'en sert , est tenu d'être le plus souvent l'employé d'une administration, comme à Paris l'Assistance publique, d'une grande industrie, d'une riche collectivité. Il suffit pour se convaincre de cette transformation de visiter à l'Hôtel-Dieu la Clinique du Professeur Carnot ou le service de physiothérapie du Dr Dausset.

En devenant intermédiaire, le médecin praticien est fatalement tenté d'adopter les mœurs de tous les intermédiaires et de compter sur une commission pour arriver à vivre.

En outre, dans les hôpitaux, dans les cliniques, dans les maisons de santé, la même évolution s'est produite que dans les industries sous l'influence du machinisme. L'artisan a fait place à l'ouvrier d'usine, le roulier a disparu devant le développement des transports par voie ferrée.

De même le praticien, et même le spécialiste, isolés, indépendants, ces artisans de la médecine, doivent de plus en chercher pour vivre une place dans l'usine médicale. Tout ceci est évidemment fâcheux pour ceux qui admiraient, comme M. Sergent, et aussi comme nous, les nobles traditions de la médecine d'antan, mais c'est le fait du progrès et nous sommes obligés bon gré mal gré de nous y plier. Nous sommes en plein dans cette période de transition : d'où le malaise qui règne dans le corps médical, d'où les fautes et les abus inséparables des transformations profondes de toute Révolution. Ce désarroi ne peut être que momentané. Peu à peu une nouvelle organisation de l'exercice de la médecine se réalisera. Sans doute le médecin, pourvu de toutes les qualités du praticien de jadis, deviendra de plus en plus rare, comme l'on ne trouve guère de ces artisans habiles et consciencieux qui, en véritables artistes, exécutaient jadis un ouvrage parfaitement soigné, un chef-d'œuvre. Mais l'industrialisme médical , dont le travail en série sera sans doute moins parfait que le travail individuel fait par un homme consciencieux, permettra, espérons le, de répandre les bienfaits des découvertes scientifiques sur tous, de faire disparaître les maladies évitables, de diminuer le nombre de beaucoup d'autres. Et en somme, ce sera peut-être un avantage pour l'humanité.

Au Syndicalisme médical la tâche de prendre part à cette réorganisation inévitable de l'exercice de la médecine, d'empêcher que dans la période de transition, il n'y ait trop de méfaits et trop de victimes, de faire que dans l'industrialisme médical qui s'annonce et dont personne ne pourra arrêter l'essor, le médecin s'empare, selon l'expression des politiciens de notre époque, des leviers de commande et que, s'il devient le fonctionnaire d'une vaste administration sanitaire, il conserve la direction de cette administration.

Tout ceci a été maintes fois exposé et développé sous des formes les plus diverses dans le *Concours Médical* depuis bien des années et nous remercions M. le Professeur Sergent de nous avoir donné, à l'occasion de sa belle conférence, l'occasion de le répéter.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INFECTION FOCALE ET RHUMATISMES CHRONIQUES (1)

(Exposé du problème et déductions pratiques)

Par

R.-J. WEISSENBACH, Médecin de l'hôpital Broca.

et

François FRANÇON. Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin de l'Hospice thermal Reine-Hortense, à Aix-les-Bains.

Depuis quelques années, les auteurs français invoquent de plus en plus volontiers l'*infection focale* comme cause de certains rhumatismes chroniques. Alors que cette notion acquiert droit de cité chez nous, le moment nous paraît bien choisi pour exposer les faits cliniques, les théories et les expériences, discuter les interprétations et les critiques qu'elles soulèvent, et en tirer des conclusions pratiques en nous gardant à la fois de sous-estimer ou d'exagérer le rôle de l'infection focale dans l'étiologie des rhumatismes chroniques.

Sans commettre d'injustice, on peut dire que, comme beaucoup d'idées neuves, la conception de l'infection focale est d'origine française (Chassaignac, Richet, Galippe, Lejars, Sébileau), mais elle n'a connu la vogue chez nous que lorsqu'elle a été présentée sous une estampille anglo-américaine, tant est vrai l'adage que « Nul n'est prophète en son pays ». En réalité, elle n'était ignorée que du grand public médical ; car, depuis qu'elle a été mise en lumière par les auteurs précités, soutenue avec beaucoup d'esprit de suite, de talent et de mesure par les frères Camille et Julien Tellier (de Lyon), elle a toujours gardé ou conquis la faveur des médecins stomatologistes (Frey et Ruppe, Lebedinsky, Mendel, Lagrange, Rousseau-Decelle, Fargin-Fayolle, Nidergang, Thibault, Raison, etc.), et des chirurgiens-dentistes (Housset, Chalcas-Hulin, Nivard, etc.), qui lui ont consacré de nombreux travaux. Des médecins non spécialisés en stomatologie s'y sont d'ailleurs aussi intéressés ; P. Sainton, Heitz-Boyer, Nathan, J. Troisier, Vaucher et Woringer, R.-J. Weissenbach, Cordier, Alquier, Jacquet, M.-P. Weil, etc. Néanmoins, nous le montrerons, les observations françaises démonstratives ne sont pas encore très nombreuses, du moins en ce qui concerne les rhumatismes chroniques.

Depuis 20 ans, la théorie règne en maîtresse aux Etats-Unis et en Angleterre, et elle a fait de nombreux adeptes en Autriche, en Espagne (Marañon, Pulido Martin, etc.). C'est surtout aux publications américaines et britanniques, les plus riches, que nous emprunterons notre exposé (Rosenow, Billings, Hastings, Goadby, Willcox, Watson Williams, Crookshank, Llewellyn, Thomson et Gordon, Pemberton, etc...).

I. Le dogme anglo-américain de l'infection focale dans la pathogénie de certains rhumatismes chroniques.

Nous sommes en présence d'un véritable système, cohérent et logique, qui enchaîne les faits et les interprétations : il faut le « démonter » pour étudier séparément ses différentes parties.

(1) La documentation de cette étude est tirée des nombreux mémoires originaux parus sur la question, dont la bibliographie détaillée ne saurait trouver place ici, et aussi des ouvrages généraux suivants, où le lecteur trouvera les développements qui débordent le cadre de cet article :

1° R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON. — Causes et traitements des rhumatismes chroniques. (Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

2° LLEWELLYN. — Aspects of rheumatism and gout, their nature, prevention and control. (Heinemann, éditeur, Londres, 1927.)

3° WORMS et LE MÉE. — Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires. (Rapport au 18e Congrès d'O. R. L., Paris, 15-18 oct. 1930.)

4° FARGIN-FAYOLLE et THIBAULT. — La septicité bucco-dentaire. (Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1930.) Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage à tous les médecins, qui y trouveront, parfaitement exposés en quelques pages, non seulement toutes les données modernes concernant le rôle de la septicité bucco-dentaire dans de nombreux états pathologiques, mais encore les moyens de rechercher eux-mêmes, sans instrumentation spéciale, et de dépister, le plus souvent, la septicité bucco-dentaire sous ses diverses formes.

1° **Idée directrice.** — Maintes affections — et nous considérons seules ici, celles qui intéressent l'appareil locomoteur — sont dues à l'action de *poisons* lentement déversés dans l'économie par des foyers d'infection localisée (*septic foci*) qu'il s'agit de dépister et de détruire si l'on veut guérir le malade de ces manifestations, secondes dans le temps et lointaines dans l'espace. A côté de cette thérapeutique chirurgicale, et *seulement une fois qu'elle est intervenue*, l'auto-vaccinothérapie, pratiquée à l'aide de germes issus de ces colonies microbiennes, donne habituellement de très heureux résultats.

2° **Siège et nature des foyers primitifs.** — Ils varient suivant les cas ; réserve faite des disparités que nous mentionnerons plus loin, on peut en moyenne admettre l'ordre de fréquence suivant:

A. Avant tout : *a*) les *dents*, avec deux lésions prépondérantes, la pyorrhée alvéolaire et le granulome apical. Interviennent encore parfois les gingivo-stomatites, les chicots, les caries, les pulpites, les abcès dentaires ou paradentaires, les fistules, les accidents de la dent de sagesse, l'infection entretenue par une dent dévitalisée ou un appareil prothétique (dent à pivot, bridge, couronne ; *b*) les *amygdales* : se méfier surtout de leur inflammation chronique avec tonsille rétractée, enchatonnée, dure, intravélique. « Plus l'amygdale se cache, plus elle est suspecte ». (G. Worms et Le Mée).

B. Viennent ensuite : *c*) le *naso-pharynx et ses prolongements* : végétations adénoïdes, sinusites, infection des glandes salivaires et de l'oreille moyenne ; *d*) le *tube digestif et ses annexes* : entérite, colite, appendicite, diverticulites, ictère infectieux, cholécystite, hémorroïdes infectées, fistules ano-rectales ; *e*) l'*appareil pleuro-pulmonaire* : dilatation des bronches, tuberculose (Poncet et Leriche, Duvernay, Llewellyn) ; *f*) les *voies génitales* : vaginite, métrite, salpingite, spermatocystite (Fuller, Luys) ; *g*) le *tractus urinaire* : urétrite, prostatite, cystite, pyélite, lithiase rénale infectée ; *h*) enfin les *infections de la peau* et des *ganglions lymphatiques*.

L'existence même de ces nids microbiens n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Certes, il y a des cas où ils sont patents (dilatation des bronches, urétrite, etc.) ; mais le plus souvent, ils ne se manifestent par aucun symptôme, il y a un contraste frappant entre leur latence et la gravité des accidents articulaires qu'ils conditionnent. Aussi leur découverte exige-t-elle habituellement l'intervention du spécialiste : du point de vue particulier des amygdales d'une part, des dents d'autre part, on trouvera dans le rapport de Worms et Le Mée, dans les mémoires des frères Tellier, dans l'ouvrage de Fargin-Fayolle et Thibault, d'utiles indications qui, déjà par les procédés cliniques usuels, permettent de soupçonner ou d'affirmer leur présence. En ce qui concerne les dents, la radiographie apporte une aide précieuse au diagnostic, elle doit être pratiquée au moindre doute. La pyorrhée alvéolaire, qui est d'ailleurs généralement évidente à la simple inspection, se traduit par une résorption du rebord maxillaire ; le granulome, type des lésions totalement silencieuses, par un disque clair coiffant l'apex : mais les clichés soulèvent parfois des difficultés d'interprétation sur lesquelles nous reviendrons.

Leur existence étant démontrée, il reste deux questions beaucoup plus délicates à résoudre ; celle de leur rôle pathogène, et celle du mécanisme de cette action nocive sur les articulations. La critique porte d'ailleurs, avant tout sur ces deux points.

3° **Fréquence relative des différents foyers.** — Son appréciation donne lieu à de grandes divergences. Les spécialistes, stomatologistes, oto-rhino-laryngologistes, etc., sous l'emprise de la déformation professionnelle, semblent vraiment trop « orfèvres » à la manière de Monsieur Josse : les uns revendiquent la toute première place pour les dents (75 pour cent des rhumatismes d'après Valadier), les autres pour les amygdales, etc. Citons cependant les chiffres modérés de Worms et Le Mée qui rattachent à une origine tonsillaire 15 à 20 pour cent des arthrites subaiguës, qu'on regarde en France comme infectieuses.

Aussi nous placerons-nous de « l'autre côté de la barricade » et emprunterons-nous nos données numériques à des juges plus impartiaux. Bien entendu, nous ne les reproduisons qu'à titre documentaire, sans leur accorder de valeur absolue, car ils présentent des oscillations étendues d'un auteur à l'autre.

L'American Metropolitan Life Insurance Company impute à l'infection bucco-dentaire 14 pour cent des cas de rhumatisme.

Sur 400 cas d'arthrite chronique, R. Pemberton trouve des foyers dans 72 pour cent des cas avec la répartition que voici :

Amygdales	52 pour cent
Dents	33,5 p. cent
Tractus génito-urinaire	12,5 p. cent.

Etudiant 200 malades du même genre, R.-L. Cecil et B.-H. Archer dressent la statistique suivante :

Amygdales	68 fois
Amygdales et dents	30 »
Dents	21 »
Dents et prostate	2 »
Dents et pharynx	2 »
Dents et vésicule biliaire	2 »
Pas de foyer trouvé	18 »

4° **Association de plusieurs foyers.** — Comme le montre le tableau précédent, elle est assez fréquemment réalisée : il s'agit alors d'un essaimage par greffes successives. Cette notion est admise par tous les auteurs. En particulier, la séquence dents-amygdales-intestin est classique en littérature anglo-saxonne : la contamination secondaire de l'intestin serait d'autant plus facile que les sujets présenteraient habituellement de l'hypo- ou de l'achlorhydrie gastrique ; non seulement, au lieu de les détruire, l'estomac laisse passer les germes, mais encore l'irruption dans le grêle d'un chyme non digéré favorise les putréfactions.

5° **Microbes et protistes responsables des foyers primitifs.** — Leur identification ne présente pas seulement un intérêt théorique, mais encore une haute valeur pratique puisqu'elle est le point de départ de la vaccinothérapie ; aussi l'examen micrographique de ces foyers doit-il toujours être pratiqué avec un soin tout particulier.

Or, on y a rencontré à peu près toutes les espèces de la flore aérobie et anaérobie, parfois des leptothrix, voire même des amibes : il suffit de se reporter au livre de Fargin-Fayolle et Thibault pour voir combien est complexe l'infection ou l'infestation dans la carie dentaire et la pyorrhée alvéolaire.

Il smble cependant que le germe le plus souvent en cause soit le *Streptococcus viridans* ; mais on ne le considère nullement comme nécessaire et spécifique, il est certain qu'on peut découvrir d'autres races de Streptocoques et des agents tout autres.

D'après Desgeorges, témoin non suspect, le Colibacille serait rarement à incriminer.

En se basant sur la déviation du complément et en étudiant ainsi 44 cas de rhumatisme déformant généralisé, Hastings a conclu au rôle habituel du *Streptococcus viridans*, rarement à celui du gonocoque. Par une technique analogue portant sur un grand nombre d'observations, Burbank et Hadjopoulos sont arrivés à des résultats différents : le *Streptococcus hemolyticus* serait responsable du rhumatisme déformant généralisé, le *Streptococcus viridans* de l'arthrite sèche.

Récemment Warren Crowe a développé une théorie fondée sur des arguments cliniques, bactériologiques et thérapeutiques. Il accuse le *streptococcus viridans* dans les formes polyarticulaires d'arthrite sèche ; par contre, le rhumatisme déformant généralisé dépendrait du *micrococcus deformans*, espèce voisine du staphylocoque blanc (?) On ne saurait adopter ces vues sans un contrôle longuement et sévèrement poursuivi.

Trois opinions, trois sons de cloche différents : ce n'est pas la seule contradiction que nous rencontrerons.

6° **Diffusion de l'infection focale.** — Insistons d'abord sur la surface considérable qu'ont souvent les foyers : elle est évidente lorsqu'il s'agit de l'intestin, des bronches, de la vessie, etc. Elle est plus grande qu'on ne l'imagine au premier abord dans la pyorrhée alvéolaire « Supposons, avec Barron J. Rodway, qu'on puisse ouvrir les différentes articulations alvéolo-dentaires atteintes, les dérouler et les étaler côte à côte ; dans un cas d'intensité moyenne, on obtiendrait ainsi une surface totale telle qu'elle pourrait recouvrir la paume de la main. On comprend qu'une ulcération aussi étendue constitue une surface de pénétration microbienne redoutable, surtout si l'on songe qu'elle limite une poche purulente dont le drainage ne s'effectue que très imparfaitement. Est-il besoin d'ajouter qu'elle confine à un os richement vascularisé, spongieux, surtout le maxillaire supérieur, dont la surface d'absorption s'accroît au fur et à mesure de l'évolution des lésions et de la destruction des rebords alvéolaires (Fargin-Fayolle et Thibault) ? »

L'infection focale :

a) S'étend sur place en gagnant de proche en proche.

b) Essaime à distance par le pus dégluti (pyophagie) ou inhalé en cas de lésion ouverte (pyorrhée alvéolaire).

c) Quand le foyer est fermé (granulome apical), elle diffuse par les voies lymphatiques ou veineuses.

Il semble que le SANG soit l'intermédiaire habituel entre le foyer primitif et les manifestations articulaires : notons cependant que l'hémoculture est très habituellement négative, même lorsqu'elle est pratiquée en série.

7° **Mécanisme pathogénique des déterminations articulaires : nature des poisons rhumatogènes.** — C'est à dessein que nous employons cette dénomination vague de « poisons », car le mécanisme pathogénique, le « support » de cette intoxication, a donné lieu à des interprétations successives :

a) On a d'abord émis l'idée la plus simple, celle d'une *métastase* à la faveur des poussées bactériennes, par voie sanguine, essentiellement passagères.

Qu'il en soit parfois ainsi dans l'infection focale, nous en sommes persuadés : et l'un de nous (1) a rapporté un cas d'abcès du poumon à *Streptoccus viridans*, dont l'origine dentaire par voie sanguine était infiniment probable.

Mais on peut objecter qu'ici nous sommes bien

(1) R.-J. WEISSENBACH. — Abcès du poumon à streptocoques, d'origine dentaire probable. Guérison, sans intervention chirurgicale, après auto-vaccinothérapie. (*Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 25 mars 1927, publié dans le *Bulletin* du 1er avril 1927, t. LI, n° 12.)

loin des rhumatismes chroniques : aussi allèguerons-nous d'autres preuves. Dans son ouvrage sur les Arthrites Gonococciques (1928), forme spécifique mais essaimée à partir d'un *focus*, Mondor a démontré que le gonocoque était ordinairement présent des mois, voire des années, dans les articulations touchées. Dans ces dernières années, des documents analogues ont été rapportés pour quelque cas de rhumatisme tuberculeux (Griffon, Harvier, Hachet et Lemaire, Carnot et Terris, Paisseau et Oumansky, etc.) ; nous mentionnerons particulièrement la très récente observation de MM. F. Bezançon, M.-P. Weil, J. Delarue, Oumansky et Mlle Pau (1)...., où le bacille de Koch fut mis en évidence dans les articulations, l'expectoration, le cœur, le sang. Donc ce mécanisme de la bactériémie apparaît comme possible.

Cependant, nous ne développerons pas les constatations et les expériences qui ont conduit Rosenow à concevoir la transmutabilité des espèces du groupe Streptocoque-Pneumocoque et l'affinité élective des germes pour un tissu déterminé, Adami à décrire la segmentation momentanée des bactéries pour expliquer leur passage à travers un tissu sain.

b) En effet, cette théorie de la métastase ne paraît pas applicable à l'immense majorité des rhumatismes par infection focale, car elle se heurte à deux objections de valeur inégale d'ailleurs, la négativité des hémocultures, peu probante et la stérilité des épanchements articulaires qui a beaucoup plus d'importance. Sur une série de 50 exsudats de cette origine, l'anglais Cassidy a trouvé une seule fois le Staphylocoque qu'à juste raison, il regarde comme une souillure accidentelle. Semblables sont les conclusions de Munrœ et Almond (de Bath).

L'essaimage des germes dans le sang peut être si fugitif, porter sur une quantité si faible, que l'étape circulatoire peut facilement échapper à l'investigation biologique. Et à la seconde objection répondent les expériences de Goadby et celles de Rosenow, inoculant, le premier sous la peau, autour des articulations, des germes d'origine dentaire (streptocoque, streptobacilles, *Bacillus microdentalis*), le second dans les muscles, des streptocoques, ils ont vu ces microbes disparaître en quelques jours, aux points d'injection où se développait de la fibrose sans suppuration. A quoi leurs adversaires rétorquent qu'il n'a pas été toujours possible de reproduire ces résultats.

Enfin, si l'on renonce à mettre en cause les microbes et leurs endotoxines, pourquoi ne pas accuser leurs exotoxines ? Le mot toxémie a fait fortune en Angleterre. Sans doute, mais, pour nous en tenir au seul *Streptococcus viridans*, qui peut se vanter de bien connaître ses produits solubles ? « Les injections à larges doses des milieux de culture filtrés n'ont jamais déterminé d'effets nocifs comparables aux effets toxiques des bacilles diphtérique ou tétanique » (Fargin Fayolle et Thibault).

Comme on le voit, cette discussion rappelle dans tous ses détails celle qui s'est élevée à propos du rhumatisme tuberculeux.

c) A l'heure actuelle, beaucoup d'auteurs se rallient à l'opinion d'un rhumatisme par *sensibilisation protéinique.*

On peut faire remonter le fond, sinon la forme, de cette conception à Pierre Marie, qui, pour expliquer la genèse de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, a supposé que « sous l'influence des micro-organismes, la production au niveau de l'appareil respiratoire de substances purulentes ou fermentées passant ensuite dans la circulation, exercerait une influence élective sur certaines parties des os et des articulations ».

L'irritation par des produits intestinaux est possible, mais non démontrée. En réalité, c'est, dans ces dernières années seulement, que la doctrine a pris définitivement corps quand a été invoquée une ACTION ALLERGIQUE (L. Duvernay, Rolleston, Osgood, Stone, Llewellyn, Bezançon, de Jong, M.-P. Weil et de Gennes, etc.).

En certains points se développe une sensibilisation locale qui reconnaît une origine variable : éléments microbiens secondairement lysés, exotoxines, poisons qui « sont peut-être autant le résultat de la réaction tissulaire au développement microbien que le produit sécrété par le germe lui-même » (Crookshank) : il suffira plus tard que des substances antigéniques arrivent au contact de ces *loci minoris resistentiæ* pour provoquer, réchauffer ou entretenir les lésions rhumatismales. Ce processus n'est d'ailleurs pas étroitement spécifique : substance préparante et substance déchaînante ne sont pas forcément identiques ; ce qui importe seul, c'est leur nature bio-chimique, leur qualité de protéine.

Dans un cadre très vaste, qui déborde de beaucoup les frontières de l'infection focale, cette théorie a été défendue avec de très sérieux arguments par Léri, Danysz, L. Duvernay, F. Bezançon, M.-P. Weil : elle connaît une faveur toujours croissante et nous l'avons longuement développée dans notre ouvrage auquel nous renvoyons nos lecteurs.

8° **Aspect anatomo-clinique des manifestations articulaires et para-articulaires d'origine focale.** — Quelles limites attribuer à cette forme pathogénique ? C'est là encore une question très débattue, une de celles qui appellent le plus de recherches nouvelles.

(1) De l'existence d'un rhumatisme tuberculeux. (*Académie de médecine*, séance du 16 décembre 1930).

A en croire certains enthousiastes, elle absorberait la majeure partie de la pathologie *articulaire*: goutte avec ses multiples variétés (Llewellyn), rhumatisme oxalémique (Desgeorges), rhumatisme articulaire aigu, arthrites subaiguës, rhumatisme chronique déformant progressif syndrome de Chauffard-Still, arthrite sèche, et *para-articulaire* : fibrosite si chère aux auteurs anglais, rhumatisme musculaire (lumbago), torticolis (1), sciatique, névralgie cervico-brachiale, etc.

En particulier, cette pathogénie serait valable pour le rhumatisme chronique déformant généralisé dont le déterminisme reste si souvent une énigme : aussi Thomson et Gordon ont-ils baptisé cette forme *arthrite focale* au lieu de *rheumatoid arthritis*, classique en Angleterre. Sir Georges Newman déclare qu'en pareille circonstance « il y a un foyer local d'infection...... dans au moins un tiers, sinon la moitié des cas ». Dans l'arthrite sèche, ajoute-t-il « la proportion est encore plus forte ». Mais ici, il y a de fortes oppositions et Thomson et Gordon s'inscrivent en faux contre cette opinion.

Pour Maranon, « ces lésions d'origine focale se localisent de préférence aux petites articulations (poignets, mains, cou, rachis), parfois même aux muscles où elles causent de vives douleurs ». Ce n'est pas une règle absolue, car il les a vu également siéger dans les grandes jointures (hanche, genou).

Il y aurait parfois une certaine relation entre l'âge du sujet, le siège de l'infection focale et les caractères des arthrites ; les infections rhino-pharyngées et tonsillaires, apanage surtout des enfants, édifieraient plutôt des lésions synoviales ; les foyers intestinaux, plus communs chez l'adulte, des formes ostéo-cartilagineuses (Sir William Willcox).

9° **Manifestations abarticulaires corrélatives.** — A cette toxémie, on a voulu rattacher un grand nombre de manifestations ou de troubles fonctionnels : par exemple, un ralentissement de la circulation capillaire périphérique, une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone démontrée par une élévation anormalement accusée et prolongée du triangle glycémique après ingestion de glucose, des altérations urinaires encore discutées, etc. On l'a rendue également responsable des dysendocrinies thyroïdienne, ovarienne, etc. que l'on rencontre chez maint rhumatisant, et que d'autres interprétations élèvent au rang de facteurs pathogéniques.

Il paraît vraisemblable que l'infection focale modifie la formule sanguine : mais on ne connaît pas encore le sens habituel de ces déviations malgré toutes les études qui ont porté spécialement sur la septicité bucco-dentaire : elle serait caractérisée pour J.-A. Toren par la présence de grands lymphocytes à contours irréguliers avec granulations acidophiles ; pour J. Daland et W. Adams par une lymphocytose, pour Weston Price, tantôt par une leucopénie (cas sans granulome), tantôt par une leucocytose ; (cas avec granulome) ; pour la majorité des auteurs par une polynucléose neutrophile ; pour Llewellyn par une diminution des hématies et de l'hémoglobine. Comme on le voit, ces données contradictoires ne sauraient encore comporter des applications pratiques.

10° **Sanctions thérapeutiques.** — Les manifestations rhumatismales résistent à toute thérapeutique tant que l'infection focale n'a pas été repérée et supprimée. C'est là l'indication capitale qui doit être remplie d'urgence, avant que les foyers aient essaimé et produit des dégats tissulaires irrémédiables.

Une fois pratiquée l'exérèse ou la stérilisation, il faudra recourir à l'auto-vaccinothérapie à l'aide des germes provenant des foyers : on emploiera des doses faibles progressivement croissantes et tiendra le plus grand compte des réactions individuelles.

II. Objections adressées à la doctrine de l'infection focale.

Ses partisans ont élevé une construction théorique à la façade séduisante et aux proportions imposantes : admirons-la un instant, puis approchons-nous et constatons les fissures qui la séparent, les malfaçons qui compromettent singulièrement sa solidité.

Après avoir entendu ses défenseurs, il serait équitable d'écouter aussi longuement ses détracteurs qui opposent des objections sérieuses à tous les arguments produits. Mais développer intégralement leur réquisitoire nous entraînerait trop loin ; force est de nous limiter et de résumer à grands traits, les objections principales. On peut les classer sous trois chefs :

a) Critiques d'ordre général ;
b) Critiques d'ordre biologique ;
c) Critiques d'ordre pratique.

a) **Critiques d'ordre général.** — « Qui trop embrasse, mal étreint » ; ce vieux proverbe nous inspire une salutaire méfiance vis-à-vis d'une hypothèse qui prétend non seulement expliquer l'origine de maints rhumatismes des types les plus disparates, mais encore nous donner la clef de bien d'autres mystères. Depuis quelques années, l'infection focale est devenue la « tarte à la crème » de la pathogénie, le mot magique que l'on prononce toutes les fois qu'on n'a pas dé-

(1) Comme le rappelle J. Troisier, Potain avait déjà signalé l'apparition d'un torticolis après une extraction dentaire : il l'expliquait par le traumatisme subi.

couvert de cause évidente, et auquel il faudrait rapporter l'ulcus gastrique et duodénal, l'appendicite, la maladie de Raynaud, la leucémie, l'hémophilie, le goitre exophtalmique, le diabète et bien d'autres affections qu'on trouvera énumérées dans le livre de Fargin-Fayolle et Thibault. Ces auteurs les mentionnent d'ailleurs expressément sous bénéfice d'inventaire.

Pour accepter cette extraordinaire polyvalence, il faudrait des preuves péremptoires dans chaque cas considéré : on peut se demander si elles existent. Pour cette discussion bornons-nous au seul domaine des rhumatismes, objet de cette étude, et examinons leurs relations plus spécialement avec la septicité bucco-dentaire.

par un *focus*. Cette proposition est contredite par deux constatations que peut faire tout médecin. Il y a des cas dans lesquels l'enquête la plus minutieuse, clinique, radiographique, etc., portant sur la bouche et tous les autres gites microbiens dont nous avons égréné la longue kyrielle, reste totalement négative, même quand on la répète, même quand interviennent des spécialistes pour contre-visiter les malades à l'aide des techniques qui leur sont propres. Inversement, combien de sujets sont atteints de pyorrhée alvéolaire, de granulome apical, etc., qui gardent à jamais leurs articulations indemnes ; et parmi tant d'appendicites chroniques, bien peu ont présenté du rhumatisme.

FIG. 1. — *Maxillaire normal* dans la région des incisives inférieures. (Noter la forme en fer de lance des cloisons interalvéolaires 1).

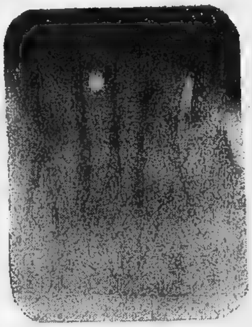


FIG. 2 (Même région que la figure 1). — *Pyorrhée alvéolaire à la période d'état.* (On voit nettement l'étendue des résorptions alvéolaires.)

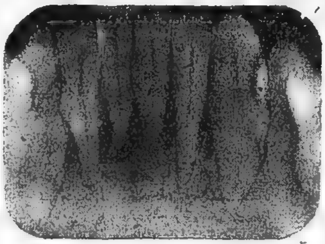


FIG. 3 (Même région que les figures 1 et 2). — *Pyorrhée alvéolaire à la période terminale.* (L'une des dents n'est plus retenue que par des adhérences gingivales.)

FIG. 4. — *Maxillaire normal* chez un sujet jeune. (On note la présence d'une canine temporaire et l'absence de la canine définitive.)

Dans bien des cas, nous le verrons, le doute est permis. Bien entendu les autres foyers, amygdaliens, intestinaux, etc., sont passibles des mêmes objections ; mais il nous suffira de rester sur le terrain le mieux déblayé.

Tout rhumatisme infectieux cryptogénétique, c'est-à-dire indépendant d'une gonococcie, d'une tuberculose, d'une syphilis, en un mot d'une maladie spécifique, est conditionné, nous dit-on,

(1) Les radiographies reproduites dans cet article proviennent de la collection du Docteur G. LACRONIQUE et sont extraites du livre de FARGIN-FAYOLLE et THIBAULT : *La septicité bucco-dentaire. San rôle et son importance en pathologie.* (Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1930.)

Voici maintenant des observations, plus favorables au premier abord, dans lesquelles coïncident arthrites et foyers infectieux. Mais quel a été le point de départ du processus, la localisation dentaire n'est-elle pas secondaire à la détermination articulaire ou bien toutes deux ne font-elles que traduire l'affaiblissement de l'organisme lié à une influence plus lointaine et plus profonde qui nous échappe ? (Llewellyn). Si la suppression du foyer dentaire entraînait toujours la guérison du rhumatisme, ce point de vue académique perdrait beaucoup de son intérêt : mais il n'en est pas toujours ainsi et l'objection subsiste. Il ne suffit pas de constater un foyer infectieux : il faut démontrer son rôle pathogène cer-

tain vis-à-vis des articulations et c'est là, nous y revenons, le nœud de la question.

b) **Critiques d'ordre biologique.** — Tournons-nous d'un autre côté et soumettons à la *cross-examination*, comme disent les Anglais, les propositions suivantes qui sont généralement admises par les tenants de la théorie.

1° Le germe le plus souvent en cause est le *Streptococus viridans*.

2° Il est fréquemment responsable du granulome apical en particulier.

3° Celui-ci se traduit radiographiquement par un disque clair de décalcification.

1° Admettons un instant que le *Streptococus viridans* soit non seulement commun, comme le veulent ses partisans, mais encore constant : quelles déductions tirer de sa présence ? Ce germe, qui est l'agent de l'endocardite maligne d'Osler, voit ici sa virulence s'atténuer au point de conditionner des arthrites chroniques dont quelques-unes compatibles avec un excellent état général (arthrite sèche). Sans doute, notre classification des streptocoques (1) repose-t-elle encore sur des bases assez fragiles : sans doute le microbe présente-t-il des aptitudes pathogènes extrêmement variables ; sans doute sont-elles modifiées par le terrain même sur lequel elles se manifestent : mais, il faut l'avouer, ces explications ne nous satisfont pas complètement.

Ce germe est, en outre, un des microbes de sortie habituels du lapin et cet animal a servi trop souvent aux expériences qui ont voulu établir son rôle dans les rhumatismes chroniques (Fargin-Fayolle et Thibault). D'autre part, Widal et Weissenbach, Schottmüller, Brailowsky-Lounkevitch et d'autres font du *Streptococcus viridans* un hôte normal de la bouche chez tous les sujets. Hartzelle enseigne son ubiquité, sa présence sur la peau, dans la poussière, le lait, etc. (cités par Llewellyn). Tout à l'heure hautement pathogène, le voilà maintenant déchu au rang d'un simple saprophyte ! Et nous avons déjà dit que sa toxine nous était tout à fait inconnue. Ces obscurités et ces contradictions détruisent la belle ordonnance de tout à l'heure.

Fig. 5. — *Pyorrhée alvéolaire.* — Période d'état. (La résorption est plus marquée entre la première et la seconde molaire.)

Fig. 6. — *Pyorrhée alvéolaire.* (A une période plus avancée que celle de la figure 5.)

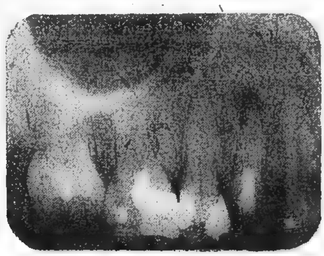


Fig. 7. — *Foyer d'infection péri-apicale* au niveau d'une racine de prémolaire.

Fig. 8. — Foyer d'infection péri-apicale (2e prémolaire).

Mais est-il même bien établi qu'il existe dans la majorité des granulomes apicaux ? Non, répondent Kritchewsky et Séguin, qui, sur 23 cas, ont noté seulement 5 fois des streptocoques anaérobies dont une fois une souche *viridans*. Non, corroborent Lesbre et Grandclaude, qui, sur 40 observations, ont trouvé constamment des streptocoques mais deux fois du *viridans*. Et des statistiques étrangères viennent confirmer le fait : à quoi, inlassable, la défense objecte que tous ces auteurs n'ont pas pratiqué leurs ensemencements sur le milieu spécial de Rosenow (bouillon dextrosé additionné de fragments de cerveau) ; et elle allègue d'autres chiffres, ceux-ci favorables à sa thèse. Oui, mais que penser de

(1) F. Widal et R.-J. Weissenbach. — *Streptococcies et érysipèle de la face.* Article du nouveau « Traité de médecine et de thérapeutique ». (Baillière et Cie, éditeurs, Paris.)

granulomes dans lesquels prélèvements et cultures restent négatifs ? (Garvin, Crane).

Ce n'est pas tout : concédons de nouveau la présence constante du *Streptococcus viridans* dans les granulomes ; pourquoi, disent certains, ne pas considérer cette néoformation comme une zone de défense et de réaction organique contre les microbes qui ascensionnent les canaux radiculaires ? Cette interprétation (Broderick, Weston Price) est aussi plausible que celle qui veut y voir des nids infectieux : mais il est exact, et c'est un point que marquent les partisans de la théorie, que sa limitante fibreuse ne saurait opposer une barrière efficace au passage des poisons dans le sang des capillaires alvéolaires.

3° D'autres critiques remettent en question la valeur sémiologique des disques clairs de raréfaction osseuse péri-apicale. Talbot les attribue à l'influence caustique de certains agents couramment employés en thérapeutique dentaire (acide arsénieux, créosote, etc.) : il les a observés à l'apex de dents dépulpées quelques semaines auparavant sous le couvert d'une stricte asepsie. Toutefois, ils semblent bien dus habituellement à une infection chronique car : 1° l'os finit par se régénérer après désinfection et obturation du canal radiculaire ; 2° inversement, la raréfaction reparaît en cas d'affaiblissement de la résistance organique générale.

c) **Critiques d'ordre pratique.** — Les partisans de l'infection focale font grand bruit des succès qu'ils ont obtenus par l'éradication des nids microbiens et la vaccinothérapie : l'équation rhumatisme chronique = traitement des foci = guérison des accidents articulaires est l'argument qu'ils mettent le plus volontiers en avant.

Or, que vaut-il ? Le bilan qu'ils ont dressé, est-il sincère et complet, tient-il compte des échecs qui doivent s'observer ici comme à la suite de toute thérapeutique, si héroïque qu'elle soit (sérum antidiphtérique, émétine, etc.).

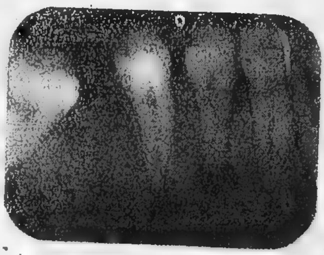


FIG. 9. — *Foyer d'infection péri-apicale* au niveau de la première prémolaire. (Il semble exister un foyer analogue au niveau de la seconde prémolaire. Il s'agit en réalité de l'orifice du canal dentaire inférieur.)

FIG. 10. — *Gros granulome* ayant déterminé une résorption osseuse étendue.

FIG. 11. — *Gros granulome* ayant déterminé une résorption osseuse étendue.

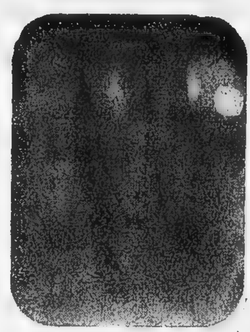


FIG. 12. — *Résorption péri-apicale* avec lésions radiculaires de *cémentite raréfiante.*

On en peut douter si l'on recueille les témoignages suivants :

1° Un point paraissait acquis, la forte diminution des rechutes de rhumatisme articulaire aigu après tonsillectomie : Muller nous a appris que ce traitement systématique aurait réduit de moitié le chiffre des hospitalisations pour maladie de Bouillaud en Angleterre. C'est aller un peu vite car les conclusions tant du Sous-Comité de la *British Medical Association* que du *Medical Research Council* sont beaucoup moins affirmati-

ves. Comme le dit Llewellyn : « Pour nous résumer, il est évident que même l'énucléation totale des amygdales n'empêche pas une *première attaque* de rhumatisme articulaire aigu. Et elle ne prévient pas davantage les *rechutes* qu'on observe, comme l'ont montré Ingerman et Wilson, dans 76 pour cent des cas ». Encore un mirage qui s'évanouit.

La même attitude de prudence s'impose en ce qui concerne les rhumatismes chroniques proprement dits : malgré les progrès immenses réalisés depuis 25 ans en matière d'hygiène et de thérapeutique bucco-pharyngées (soins dentaires, ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, etc.), le chiffre des rhumatismes chroniques n'a pas fléchi à Bath (Waterhouse).

nous qu'il est mis en œuvre de bonne heure, avant que les lésions articulaires n'aient atteint le seuil des déformations irrémédiables.

a) Reprenons notre exemple banal du granulome apical : la ligne de conduite à suivre est beaucoup moins bien tracée qu'on ne l'imagine. Faut-il enlever la ou les dents atteintes ? C'est là un procédé qui peut être néfaste pour l'avenir chez des sujets auxquels il importe de conserver un fonctionnement digestif en parfait état. « On s'y résoudra, disent J. Tellier et P. Beyssac (1), plus ou moins facilement si le foyer est unique, s'il y a des symptômes aigus, si l'on a l'impression que l'organe peut, sans trop d'inconvénients, disparaître. Oui, mais, s'il y a de nombreux foyers, si les dents atteintes servent de points

FIG. 13 et 14. — Résorption alvéolaire avec cémentite hypertrophique au niveau des racines.

FIG. 15 et 16. — Kystes radiculo-dentaires. (Comparer avec celles des figures précédentes montrant l'aspect radiographique des granulomes.)

2° Suggestives aussi sont les données établies par l'américain R. Pemberton : il a vu guérir des arthrites chroniques alors que persistaient des foyers d'infection localisée (184 cas sur 400, soit 46 pour cent). Le traitement chirurgical de ces derniers ne donne une amélioration que chez 56 malades, répondant à une proportion de 16,2 pour cent, trois fois moindre que dans les circonstances précédentes. Dans ces conditions, il paraît vraiment bien difficile de vouloir leur attribuer un rôle pathogénique.

3° Enfin, mentionnons encore les difficultés pratiques qui entravent souvent le traitement tant chirurgical que médical. Encore supposons-

d'appui à des prothèses, surtout à des prothèses fixes ? Au demeurant, ne sait-on pas, d'autre part, qu'à la suite d'extractions nombreuses, faites en une ou plusieurs séances, et même à la suite de l'extraction d'une seule dent présentant un foyer apexien, ne sait-on pas que l'on a vu apparaître des accidents formidables parfois, impressionnants souvent, suivis de phénomènes généraux graves, de poussées aiguës articulaires, musculaires ou autres, dont la durée a pu être de

(1) J. TELLIER et P. BEYSSAC. — La septicité buccodentaire et les rhumatismes musculaires. (*Revue de stomatologie*, t. XXXII, n° 4, avril 1930, p. 193-217.)

plusieurs mois, voire même de plusieurs années (1) ?

Et, d'autre part encore ne sait-on pas que l'on a souvent affaire à des organismes sensibilisés dont les réactions, par conséquent, pourront se manifester sous des formes dont on ne manquera pas de rendre le chirurgien responsable ? Aussi comprend-on que chez nous le principe de l'avulsion systématique des dents dévitalisées rencontre une forte opposition dans le milieu des spécialistes. Toutes les fois que la chose est possible, on la remplace par des interventions par voie radiculaire ou par trépanation alvéolaire : malgré tout, l'extraction doit être le plus souvent envisagée et il est indispensable qu'elle soit suivie d'un curettage du foyer, suivant la méthode de J. Tellier dite extraction chirurgicale.

Mais quels sont les lendemains de ces opérations radicales ? Ont-elles vraiment supprimé tous les foyers dentaires (sans même parler de ceux qui ont un autre siège), y a-t-il tellement lieu de se féliciter ? Haden vient nous crier casse-cou : examinant 200 radiographies de maxillaires édentés, il a ainsi découvert 17 aires décalcifiées dont les cultures se révélèrent franchement positives. Et il nous enlève une autre illusion en nous disant dans un autre article que les foyers les plus dangereux existent souvent autour de dents qui peuvent ne pas présenter d'anomalies aux rayons X.

b) D'autres obstacles compliquent la tâche du vaccinothérapeute : voici un sujet qui cumule plusieurs foyers d'infection focale : quel est celui qui est en cause ou tout au moins qui assume la plus grande responsabilité dans le rhumatisme observé ? Le même problème se pose à propos des multiples germes qu'on peut y trouver associés. Sans doute, qui peut le plus peut le moins. Mais il faut encore tenir compte des cas dans lesquels une vaccinothérapie intempestive ne fait que sensibiliser le malade aux protéines et perpétuer les accidents mêmes qu'elle a la prétention de traiter ; il en était ainsi dans une belle observation de Phélip (2) qui guérit son patient par une désensibilisation à la peptone.

Ainsi donc, sans même envisager dans leurs détails tous les problèmes infiniment délicats qui se posent aux spécialistes, nous arrivons à la conclusion suivante : *le traitement d'épreuve chirurgical et vaccinothérapique, signe décisif de l'infection focale d'après ses partisans, ne doit pas être conseillé et pratiqué à la légère, mais seulement à très bon escient, si l'on ne veut pas exposer ses malades à de graves mécomptes.* Aussi convient-il d'examiner les différents tests qui ont été proposés pour *mettre en évidence le rôle pathogène de l'infection focale avant toute intervention thérapeutique.*

III. Tests destinés à mettre en lumière le rôle pathogène de l'infection focale

Nous signalerons :

A. *La selective pathogen culture* (Solis, Cohen Walls, Cronin, Lowe) qui permettrait d'identifier le germe véritablement coupable dans une flore ausi bigarrée que celle du naso-pharynx, de l'intestin, etc. On ensemence deux tubes à culture, l'un avec les microbes prélevés directement, l'autre après séjour des mêmes germes pendant 24 heures dans 5 centicubes du sang du malade.

Dans le premier tube poussent indifféremment toutes les espèces, dans le second seules celles contre lesquelles le patient n'est pas prémuni, les autres ayant été lysées par le sang. Ainsi est obtenue la sélection des agents virulents qui fourniraient des vaccins très efficaces.

B. Dans le même but, les Américains R. Burbank et Hadjopoulos emploient la *réaction de fixation.* Ils ensemencent et isolent les germes présents dans les différents foyers et ils n'emploient pour la vaccinothérapie que les seuls microbes qui dévient le complément en présence du sérum du malade. Nous avons constaté les bons effets de cette méthode chez plusieurs malades qu'ils avaient traités. Hastings, Richards, Munrœ ont employé des procédés diagnostiques analogues.

C. Toujours dans le même but d'autres auteurs, comme Loeper, utilisent le test de l'*intradermoréaction.* Les germes utilisés pour la préparation des vaccins à injecter aux patients sont ceux pour lesquels la réaction s'est montrée positive.

D. Dans leur récent rapport, Worms et Le Mée insistent beaucoup sur le *test amygdalien* du danois Viggo Schmidt qu'ils ont contrôlé et perfectionné. Le massage de l'amygdale normale provoque une lymphopénie transitoire, celui de l'organe pathologique une hyper-leucocytose polynucléaire. Le ventousage ou la diathermie de la tonsille donnent un résultat analogue. En dehors de la réaction purement hématologique, l'épreuve déclenche encore des manifestations cliniques à distance, arthralgies, œdèmes, etc. Par cette double réponse, facile à provoquer et à observer, on peut « tâter le pouls à l'amygdale ».

E. Nous passerons plus rapidement sur le *procédé de Kauffer* qui met en évidence la réceptivité ou l'immunité des sujets vis-à-vis des germes d'origine buccale par une technique analo-

(1) Chez un malade de J. Troisier, toute séance d'extraction ou de plombage était suivie d'une poussée articulaire subaiguë. Il relate un autre cas : « Nous avons observé un rhumatisme déformant « en coup de vent », des mains et des genoux nettement consécutif à l'ablation de racines infectées chez une dame de 60 ans qui n'avait jamais présenté de maladie de Bouillaud. »

(2) Rhumatisme urinaire. (*Congrès de l'Ass. franç. d'urologie*, Paris, octobre 1929.)

gue à celles de Schick ou de Dick ; l'épreuve de l'*immunisation croisée* dans laquelle un lapin vacciné avec des cultures peu virulentes de la souche d'hémoculture (malheureusement elle est habituellement négative) doit résister parfaitement à l'inoculation du germe dentaire.

F. Très intéressants du point de vue doctrinal sont les travaux de Meisser qui, dans quelques cas a observé le rigoureux déterminisme suivant :

1° Isolement du streptocoque au niveau des foyers alvéolaires du malade ;

2° Présence du même microbe dans les lésions secondaires (tout à fait exceptionnelle dans les rhumatismes chroniques) ;

3° Reproduction chez l'animal de lésions secondaires analogues par inoculation de ce microbe isolé et cultivé ;

4° Présence du germe dans ces lésions secondaires expérimentales.

Ces différents tests dont la valeur est forcément inégale, sont actuellement à l'étude ; l'épreuve du temps les jugera ; nous pensons que leur application systématique, ou celle de procédés voisins encore plus perfectionnés, dissipera beaucoup des obscurités qui entourent encore la question.

IV. Les observations françaises de rhumatismes par infection focale.

Ces tests et épreuves sont les bienvenus, car ils nous libèreront peut-être, de l'esprit de système qui a accumulé tant de désillusions et jeté tant d'incertitude dans ce chapitre de pathologie. Il y a quelques années le diagnostic causal d'un cas de rhumatisme chronique reflétait aveuglément l'opinion régnante sous les diverses latitudes géographiques et, tuberculeux à Lyon, syphilitique ou endocrinien à Paris, le même rhumatisme était étiqueté d'origine focale en Amérique et aux Etats-Unis.

Grâce à ces tests, et à d'autres à découvrir, sans doute, la doctrine de l'infection focale, sera enfin débarrassée des notions parasites qui se sont développées autour d'elle à la faveur d'excès regrettables. Ainsi sera délimité avec précision le domaine qui lui revient. Il n'est pas douteux, en effet, que la théorie repose sur un fond solide, sur des faits consciencieusement observés et judicieusement interprétés. Dans l'intérêt de nos malades il ne faut pas les récuser en bloc sous prétexte des généralisations hâtives dont ils ont été l'objet. Ils sont innombrables dans la littérature anglo-saxonne. Nous rappellerons ici seulement *ceux qui ont été publiés en France au cours de ces dernières années*, en les groupant d'après le siège du foyer primitif. Nous éliminerons ceux qui sont relatifs aux rhumatismes tuberculeux et gonococciques, formes certes intéressantes du point de vue doctrinal, mais auxquelles leur spécificité même ne permet pas de prendre place dans ce cadre où nous envisageons avant tout les variétés dites cryptogénétiques.

1° **Dents.** — Citons les observations de C. et J. Tellier, et J. Troisier, Rousseau-Decelle de M. P. Weill, Weissmann, — Netter et Oumansky, de Nivard. Duvernay en signale également et, nous personnellement en avons rencontrées, sur lesquelles nous reviendrons dans une publication ultérieure. Dès 1911, Sainton et Debertrand avaient étudié un rhumatisme subaigu qui s'était développé à la suite d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire d'origine dentaire, et qui guérit après traitement chirurgical et auto-vaccinothérapie.

2° **Intestin.** — P.-L. Violle a insisté sur la coïncidence avec des flux diarrhéiques de poussées congestives articulaires chez des rhumatisants chroniques : il attribue le rôle déclenchant non à l'infection proprement dite, mais à une sensibilisation aux protéines intestinales, interprétation conforme à celle que nous avons précédemment développée.

3° **Anus.** — Duvernay a relaté l'histoire d'un malade dont le rhumatisme chronique disparut après exérèse d'une fistule anale. Puis récidivèrent la suppuration anale et les accidents articulaires, qui furent considérablement améliorés par un auto-vaccin (streptocoque, entérocoque et coli-bacille).

4° **Organes génito-urinaires.** — Le même auteur signale des guérisons par traitement de foyers urétraux. Une mention particulière doit être accordée à la communication de Phélip qui a étudié avec beaucoup d'originalité et d'esprit critique les diverses variétés de rhumatisme urinaire à point de départ focal. Dans son rapport au même *Congrès d'urologie* (1929), Minet précise les relations des vésiculites non tuberculeuses (gonococciques *ou non*), avec les rhumatismes et définit les indications de leur traitement chirurgical. Rappelons l'importance pathogénique que Duvernay, A. Léri et Lonjumeau attribuent aux vieilles métrites. Enfin, le rhumatisme peut être un élément du syndrome entéro-rénal comme dans l'auto-observation de Heitz-Boyer.

5° **Amygdales.** — Chez un malade de Phélip, la pyurie qui entretenait des arthrites, avait été provoquée par une amygdale, chez un autre, par une dent, infectées. L'observation de Le Mée est aussi très démonstrative.

6° **Bronches.** — Jacquet, Roque, Jeoffre et Alavoine ont appliqué avec un succès éclatant la vaccinothérapie à une malade dont le rhuma-

tisme chronique était lié à une dilatation des bronches. Cette observation est particulièrement suggestive.

7° **Peau.** — Nous attendrons la publication d'observations plus détaillées que celle de M.-P. Weil pour ranger l'acné thoracique parmi les causes certaines de rhumatisme chronique par infection focale.

Certes nous ne nous dissimulons pas que cette énumération est incomplète et que malgré notre attention, des cas nous ont sans doute échappé ! Nous nous en excusons d'avance auprès des auteurs. Il n'en reste pas moins que cette liste d'observations françaises est brève, et que le champ reste largement ouvert à de nouvelles publications.

V. — Conclusions et déductions pratiques.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de cette étude et ses déductions pratiques.

En nous appuyant sur les travaux rapportés dans cet article, et sur nos constatations, nous considérons comme démontré le rôle de l'infection focale dans l'étiologie de *certains cas de rhumatismes chroniques.*

Mais deux problèmes importent, avant tout, pour le médecin, les suivants :

1° Au point de vue général nosographique, préciser quelle est l'importance relative de l'infection focale, par rapport aux autres causes de rhumatisme chronique et, en outre, dans le groupe des rhumatismes chroniques par infection focale, quelle est l'importance relative de chaque variété d'infection : dentaire, amygdalienne, etc.....

2° Dans un cas déterminé de rhumatisme chronique, pouvoir préciser qu'il s'agit d'un rhumatisme par infection focale et de quelle variété d'infection, pour mettre en œuvre le traitement étiologique approprié.

Le premier problème ne pourra être résolu qu'à l'aide de statistiques portant sur un très grand nombre de cas. Cette enquête se heurtera d'ailleurs, à de grosses difficultés, car l'importance relative des différentes causes déterminantes des rhumatismes chroniques varie suivant le sexe, l'âge, les milieux sociaux, les races, etc., et ces statistiques devront tenir grand compte de ces facteurs. De plus, certaines causes, si elles ne sont pas systématiquement recherchées, restent, quoique présentes, fatalement méconnues.

Le second problème, particulier, sera plus facile à résoudre. Il suffira, pour chaque cas étudié de toujours faire l'examen minutieux et complet du malade, d'envisager l'éventualité de chaque étiologie, de procéder pour chacune d'elle, à l'enquête clinique, complétée, s'il y a lieu, par les examens de spécialistes et l'emploi des différents tests utiles.

On se rappellera que, dans l'étiologie des rhumatismes chroniques l'association de plusieurs causes est loin d'être exceptionnelle et que le traitement, pour être efficace, doit s'attaquer à celles-ci, simultanément.

On se rappellera aussi que les causes de certains cas de rhumatismes chroniques sont actuellement encore inconnues.

Ce sont là différentes notions que nous nous sommes efforcés de mettre en valeur dans ceux de nos travaux, consacrés à ces questions et, plus spécialement, dans notre livre : « Causes et Traitements des Rhumatismes Chroniques »

Il faut, ici comme dans la plupart des problèmes étiologiques concernant spécialement les maladies, ou mieux, les syndromes pathologiques chroniques, se garder de tout parti pris et de toute mystique. En recherchant toujours l'infection focale, il nous est arrivé de la dépister, parfois, dans des cas de rhumatisme chronique, qui, en guérissant, après la mise en œuvre des traitements étiologiques, ont ainsi donné la preuve de cette origine. Mais nous avons vu un bien plus grand nombre de malades, qui sont venus à nous, après avoir subi diverses interventions, et, même, par exemple, l'avulsion de toutes les dents, sans le moindre effet heureux sur l'évolution du rhumatisme. Parfois une enquête complète ne nous a pas permis de conclusion sur la nature de la maladie. Mais souvent nous avons découvert qu'il s'agissait de rhumatisme gonococcique, tuberculeux ou même endocrinien ou humoral.

Si nous avons, dans cet article, donné, à l'occasion, notre point de vue, nous nous sommes efforcés, avant tout, d'exposer d'une façon très objective, d'une part, les faits rapportés, et, d'autre part, les diverses opinions émises avec les arguments sur lesquelles elles s'appuient. Nous voudrions, en effet, que chacun puisse se faire, par sa pratique et ses observations, une opinion personnelle sur le rôle de l'infection focale dans l'étiologie des rhumatismes chroniques.

LES INDICATIONS DE LA RÉÉDUCATION AUDITIVE

par le Dr A. Maurice, de Paris.

La rééducation auditive est le seul traitement qui agisse véritablement contre la surdité, affection si pénible et si douloureuse moralement. La surdité n'est pas en réalité une maladie, mais le symptôme de troubles plus ou moins complexes qui aboutissent à une diminution ou à la disparition complète de la faculté auditive. On ne peut pas déclarer *a priori* que la rééducation doit s'appliquer à tous les cas de surdité. S'il en était ainsi, le premier empirique venu n'aurait qu'à faire exécuter lui-même des exercices acoustiques au vulgaire porteur de bouchon cérumineux, la « cire humaine » comme dit ma concierge.

Si nous nous reportons à un ouvrage d'Urbantschich, un des premiers rééducateurs qui utilisa pour cela l'accordéon, nous lisons : « Nous ne pouvons pas, dans chaque cas de surdité congénitale ou acquise, déterminer de quelle façon et dans quelle étendue les nerfs et les centres acoustiques sont affectés, et même, dans un processus destructif de l'organe percepteur du son, on ne peut avec nos connaissances actuelles, préciser s'il s'agit d'une destruction partielle ou totale. Mais du moment qu'il reste seulement une partie de l'organe percepteur avec des voies conductrices, il est possible de réveiller par des exercices méthodiques et à un degré qu'on ne peut préciser à l'avance, l'activité fonctionnelle de la portion conservée. »

Cet observateur consciencieux a démontré par l'expérience qu'on pouvait très bien réveiller et dès lors rééduquer un muscle plus ou moins atrophié. Tous les blessés de guerre savent combien ils ont récupéré (depuis la fin des hostilités) une partie ou parfois la totalité de leurs troubles fonctionnels par un entraînement progressif.

Nous éliminons toujours d'une façon absolue tout malade qui ne présente aucun reste d'audition. Dans notre livre « Surdité et Rééducation auditive » (chez Maloine) nous avons écrit : « Dans l'état actuel de la science il n'y a rien à faire s'il y a disparition complète du sens auditif »

Parmi les sourds-muets qui nous sont présentés, il ne reste la plupart du temps que des îlots auditifs tellement restreints que la rééducation auditive ne donne pas des résultats très brillants. En réalité ce sont presque toujours les vibrations molaires, c'est-à-dire les vibrations de la masse, qui sont perçues chez ces déshérités. Les vibrations moléculaires, à vitesse rapide, variant de 100 à 3.000 vibrations à la seconde, le sont très mal. Il est toujours intéressant de tenter chez eux, après épreuves positives de perception, une cure d'essai de rééducation. Nous avouons malheureusement que les succès obtenus sont assez restreints.

Tout différent est ce que l'on obtient chez les sourds acquis.

Chez le sourd-muet ce n'est pas une véritable rééducation qu'il faut faire, mais plutôt une éducation sensorielle. C'est donc avec la voix et ceci pendant des années qu'on peut arriver à quelque chose. Chez les sourds acquis au contraire, l'interprétation du rythme et de la variété des vibrations permet au rééducateur de faciliter, par des exercices acoustiques réglés, la perception et dès lors la compréhension de la voix humaine.

Notre méthode kinésiphonique de traitement ne s'applique donc pas du tout aux sourds complets, mais seulement à quelques cas de surdimutité et surtout aux sourds acquis.

Ces derniers sont extrêmement nombreux et il y a encore lieu de faire un choix. Nous mettons en attente ceux qui ont une suppuration d'oreille. La première des choses à faire est de tarir l'écoulement, qu'il provienne du conduit ou de la caisse. La thérapeutique otologique doit toujours s'en rendre maître par le pansement sec, la vaccination ou l'évidement pétro-mastoïdien. Disons que cette opération bien conduite doit laisser des traces cicatricielles peu visibles et souvent une amélioration de l'audition ; chez nos opérés l'augmentation de la surdité a été une chose tout-à-fait exceptionnelle et un traitement rééducateur postopératoire a, dans la plupart des cas, non seulement rendu l'ouïe telle qu'elle était antérieurement, mais donné aux patients une audition très appréciable et satisfaisante.

Chez les sujets ayant un suintement muqueux de la caisse avec altération du côté du tympan ou des osselets, on peut très bien appliquer le traitement rééducateur avec le kinésiphone. Ce traitement par vibrations accoustiques stimule d'une façon trophique et favorise l'assèchement de l'oreille moyenne.

Quand le sujet présente des vertiges ou des bourdonnements violents, on doit agir avec une certaine prudence pour ne pas les aggraver. Notre expérience nous a démontré qu'appliqué à forte dose le massage kinésiphonique agit comme excitant tandis qu'à dose modérée il agit comme calmant. Cet effet contradictoire se rencontre chez un certain nombre de médicaments, tel que la terpine par exemple. Les vertiges diminuent ou disparaissent souvent, mais nous devons dire que nous avons soin d'y appliquer également les autres traitements otologiques dont nous disposons et qui varient selon les cas. La rééducation

par massage phonique devient un accessoire qui renforce le premier et permet une guérison plus complète ou plus rapide.

Pour les bruits subjectifs il faut tenir compte que plus ils sont aigus dans leur tonalité et violents dans leur intensité, plus ils sont difficiles à calmer. Dans ce cas les séances doivent être moins longues et moins intenses que pour la surdité pure. Nous avons obtenu parfois des atténuations remarquables du côté des bourdonnements et souvent la disparition complète. La rééducation kinésiphonique est donc pour cela une arme puissante.

Chez les vieillards le traitement doit être conduit avec un certains doigté, car si certains bénéficient considérablement de a rééducation, il y en a qui ont « l'ouïe douloureuse » et qui supportent mal un massage sonore trop bruyant. Cela peut même les assourdir passagèrement et leur donner la sensation d'étourdissement.

Lorsque l'on a affaire à des sujets dont la surdité s'est produite récemment à la suite d'un catarrhe tubaire ou d'une otite séreuse, il y a lieu d'ajouter le massage kinésiphonique au traitement ordinaire. Les vibrations agissent à notre avis en mobilisant les organes ankylosés par l'inflammation ou en réveillant la conductibilité moléculaire des parois voisines. Le phénomène rééducateur doit dans ce cas être secondaire.

Nous venons de signaler les cas de surdité qui nécessitent une petite modification au traitement rééducateur ordinaire. Dans tous les autres cas, bien plus nombreux encore, on peut sans aucune crainte appliquer la kinésiphonie. Toutes les scléroses de la caisse ou du labyrinthe, atrophiques, hypertrophiques ou cicatricielles bénéficient de la rééducation au kinésiphone à condition de savoir l'appliquer. A ce sujet le Prof. Broitung nous écrivait naguère : « Toute machine est une force morte, elle n'acquiert de la vie que dans la main du maitre. Il est erroné de dire : La méthode ne vaut rien ; tout au plus peut-on dire : Dans ma main elle ne donne rien. »

Un grand nombre d'otologistes qui emploient notre instrumentation ont publié des résultats supérieurs à ceux que nous accusons. C'est ainsi que le Dr Pause de Dresde déclare n'avoir eu qu'un insuccès sur 50 cas traités ; en 1914 il soignait l'Archiduc Ferdinand d'Autriche avec notre appareil quand celui-ci a été assassiné. Plut au Ciel qu'il n'eut pas été sourd, qu'il soit allé se premener ailleurs qu'à Sérajévo et qu'il se soit fait tuer par un rhinocéros plutôt que par un serbe. Pour finir nous citerons une phrase de notre maitre Lermoyez : « Puisque le bruit est le seul remède qui procure aux sourds un soulagement manifeste traitons-les donc par le bruit. Peu importe l'explication si la chose est vraie, et elle l'est. » Nous partageons entièrement son opinion, mais malheureusement la chose n'est « vraiment vraie » que lorsqu'elle nous vient d'Outre-Rhin.

De toutes façons le bruit utilisé doit être dosé dans ses 4 éléments : durée, intensité, tonalité et timbre. C'est ce dosage qui permet véritablement de faire disparaître les troubles fonctionnels si fréquents dans la surdité. En aucun cas ce traitement n'agira sur les lésions anatomiques, mais peu importe si la paresse auditive disparait . Cette paresse existe chez tous les sourds. Elle n'est pas mesurable avant la cure, on la suppose plus ou moins forte à la suite d'un examen soigneux du cas présenté, mais le « flair » d'une longue expérience est souvent la seule façon de faire un pronostic. Cette paresse fonctionnelle se reconnaît surtout quand le traitement donne une amélioration rapide. Dans les surdités unilatérales elle est très manifeste, car 9 fois sur 10, c'est l'oreille la plus sourde, c'est-à-dire la plus paresseuse, qui s'améliore le plus rapidement.

Pour conclure on voit que les indications thérapeutiques de la rééducation sont extrêmement nombreuses et s'étendent sur presque tous les cas de surdité.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle

D'après le Dr Raoul-Charles Monod (1).

Quand on endort un malade, il est de règle d'attendre, pour commencer l'intervention, que la phase d'excitation ait été franchie et que l'anesthésie générale soit complète. Cependant il est, *avant cette phase d'excitation,* une *période d'insensibilité et de relâchement musculaire*; celle-ci, en vérité très courte, se révèle pourtant d'une durée suffisante pour permettre une intervention brève telle que, par exemple : *l'incision d'un abcès, d'un panaris* ; *l'extraction d'une dent* ; *la réduction d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.* Non seulement l'insensibilité est absolue, mais encore le relâchement musculaire complet, ce qui rend possible également la *réduction d'une luxation du coude ou de l'épaule,* où le seul obstacle réside dans la contracture musculaire quand il s'agit d'un accident récent.

Cette période si particulière de l'anesthésie s'observe avec tous les anesthésiques, même avec le chloroforme ; mais cependant, le *chlorure d'éthyle* est, à ce point de vue, de beaucoup le plus maniable.

Voici comment l'auteur a coutume de procéder. Point n'est besoin d'aucun appareil. Sur n'importe quelle compresse de toile, il suffit de verser une quantité de chlorure d'éthyle suffisante pour que la toile soit largement imbibée. Il faut éviter de donner au patient la sensation *d'étouffer* et bien se garder d'appliquer hermétiquement la compresse devant la bouche et le nez. On doit au contraire prendre grand soin de commencer l'anesthésie en tenant la compresse à distance du visage et de ne diminuer que très progressivement l'accès de l'air extérieur. On gagne d'autant mieux la confiance du malade qu'on lui promet, s'il a la moindre sensation désagréable, de suspendre aussitôt l'anesthésie. Il est de bonne pratique de parler au patient et de le faire parler ; s'il proteste, on écarte un instant la compresse pour lui permettre de faire une ou deux inspirations à l'air libre.

Très vite la conscience disparaît ; la parole meurt sur les lèvres ; *le bras soulevé au-dessus du plan du lit retombe inerte* : le relâchement musculaire est complet ; *c'est le moment qu'il faut saisir pour opérer.*

Aussitôt le coup de bistouri donné, la fracture ou la luxation réduite, on suspend l'anesthésie et le pansement est fait sur le malade en train de reprendre connaissance. Pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, un aide prépare la bouillie-plâtre, pendant que le chirurgien maintient la réduction. Le Dr R. C. M. applique l'appareil sur le blessé complètement réveillé, et cela sans douleur.

Dans les cas les plus favorables, l'anesthésie est presqu'instantanée, et le réveil quasi-immédiat, sans aucune agitation. Le patient marque seulement un profond étonnement que l'opération soit terminée et qu'il n'ait « rien senti ».

Ces conditions, qui sont les meilleures, s'observent le plus souvent chez les sujets jeunes et sans tare. Parfois le réveil s'accompagne de rire ou de pleurs ; mais, ce qui est plus gênant, c'est l'agitation à ce moment, qui, dans sa forme spéciale, rappelle l'ivresse. Cependant celle-ci peut être réduite, si, dès qu'on cesse d'administrer le chlorure d'éthyle, on cherche à réveiller le malade en lui parlant avec douceur, mais fermeté, en lui faisant aussi vite que possible reprendre conscience du monde extérieur. Surtout il faut se garder, s'il s'agite, de lutter avec lui, ce qui est le plus sûr moyen d'augmenter l'excitation. « Il y a là un certain tour de main qui ne s'acquiert qu'avec la pratique. »

Dans certaines circonstances, cependant, il n'est pas possible de percevoir de phase d'insensibilité avant la phase d'excitation ; il suffit alors de poursuivre l'anesthésie et de la rendre complète suivant la méthode classique.

Les *avantages* de ce procédé spécial d'anesthésie sont très appréciables. Le malade quitte l'hôpital ou la maison de santé aussitôt après l'intervention, sans éprouver ni malaises, ni nausées.

Le chirurgien peut cumuler les fonctions d'anesthésiste et d'opérateur, puisque, dès le moment où commence l'opération, toute anesthésie peut être suspendue. Pour réduire une fracture ou inciser un abcès à la campagne, ou même à la ville dans certaines conditions, il est parfois très utile d'utiliser ainsi l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

G. F.

(1) M. Raoul-Charles Monod. — Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (*Le Bulletin médical,* 23 octobre 1930).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement diététique du prurigo strophulus.

MM. E. Leroy et R. Mathieu rappellent que le prurigo strophantus est une dermatose des plus communes chez les enfants du premier âge, mais qui peut s'observer jusqu'à l'époque de la puberté. Elle est caractérisée par une éruption de papules lenticulaires, grosses comme une forte tête d'épingle, de consistance ferme, apparaissant au centre de taches ortiées. Celles-ci s'effacent au bout de quelques heures, mais les papules persistent 4 à 10 jours. L'éruption procède par poussées successives qui s'installent n'importe où : aux membres supérieurs, au tronc, au cou, à la face, aux membres inférieurs. Le prurit, souvent bénin, est quelquefois intense . Les récidives sont fréquentes, surtout chez les enfants, atteints de troubles digestifs chroniques.

Avant le sevrage, le strophulus est dû le plus souvent au lait de vache ; plus tard, il faut invoquer les œufs, le poisson, les coquillages, les charcuteries et même la viande fraîche.

Mais, disent les auteurs, l'abus des farineux n'est pas moins regrettable que l'abus des viandes. Il produit, chez certains enfants prédisposés, une colite par fermentations acides ; et, par ailleurs, on a vu les prurigos les plus invétérés guérir parfois rapidement, en remplaçant le pain, les lentilles, les légumes décortiqués, les pommes de terre par du jambon, de la viande, du poisson, voire même des œufs. Quelques observations récentes sont rapportées à l'appui de ces observations. Cette dyspepsie des farineux est facile à déceler par l'examen clinique et par les examens coprologiques ; la symptomatologie est toujours la même : dystrophies d'origine alimentaire, rachitisme, gros ventres, téguments blafards ; quant aux matières fécales, elles sont molles ; elles ont une odeur aigre et fétide ; elles contiennent une quantité considérable de grains d'amidon non digérés et une flore iodophile abondante.

La dyspepsie des farineux est souvent méconnue ; il faut y prendre garde, parce qu'elle peut se dissimuler sous les apparences trompeuses d'une dyspepsie élective pour les graisses ou les protéines (œufs, poissons, etc.) ; il s'agit alors de sujets en état de carence alimentaire, parce que soumis à un régime mal équilibré, beaucoup trop riche en farineux, beaucoup trop pauvre en vitamines. Si l'on a soin de modifier les proportions relatives des divers aliments et de fournir au petit malade les matières dont il a besoin pour assurer sa croissance, les éruptions disparaîtront, et peu à peu les graisses et les protéines interdites finiront par s'assimiler, en dépit des diarrhées et des recrudescences qu'on notera souvent en modifiant l'ancien régime.

On fera d'abord un choix parmi les féculents : interdire les légumineuses, lentilles, pois cassés, haricots, pommes de terre, bananes non mûres, betteraves, mie de pain.

Recommander au contraire les céréales, les biscottes, le pain complet, les farines riches en phosphore. Cependant une observation attentive peut montrer que l'une quelconque des céréales provoque électivement des accidents. Interdire aussi les sucreries, les bonbons au chocolat.

Puis, on s'efforcera de faire tolérer, à doses progressives, les légumes frais riches en vitamines, et plus tard le jambon, le poisson frais bouilli, la viande grillée, le gruyère, le yoghourt. Il est particulièrement indispensable de varier le régime le plus possible.

Mais ce traitement est toujours difficile, et il faut éviter les formules passe-partout. On n'oubliera pas non plus l'hygiène générale, la campagne, la mer, les rayons ultra-violets, compléments souvent indispensables du régime. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 septembre 1930.)

L'état saburral.

Jusqu'ici l'état saburral fut considéré successivement comme cause, puis comme témoin de troubles digestifs dans les états fébriles et son intensité révèle la gravité de la situation. D'après le Dr Godlewski, cette dernière notion doit subsister ; l'état de la langue reste de la plus grande importance au point de vue diagnostic, pronostic et même thérapeutique. Mais la signification symptomatique est à modifier : l'état saburral, classiquement observé dans les pyrexies, ne l'est plus, avec les mêmes caractères de gravité, quand le malade est convenablement hydraté.

L'état saburral est donc lié à la déshydratation du sujet ; d'ailleurs, les affections dans lesquelles l'état saburral est le plus prompt sont celles où la déshydratation est évidente : les diarrhées cholériformes et dysentériformes s'accompagnent d'un état saburral rapidement accusé et progressivement intense, lorsqu'une hydratation compensatrice bien comprise n'est pas instituée. D'autre part, le praticien constate l'état

saburral presqu'immédiat dans une infinité de cas d'infections fébriles banales aiguës.

La technique d'hydratation est généralement constituée par le goutte à goutte sucré ; par séances d'une demi-heure à trois quarts d'heure, on arrive en 4 ou 5 séances par 24 heures à faire absorber un litre à un litre et demi. Il est possible parfois de remplacer le goutte à goutte par des poires d'eau sucrée, gardées d'heure en heure jusqu'à concurrence du même volume en 24 heures. Il est aussi possible d'utiliser la sonde rectale à double courant pour réaliser un bain entéral prolongé, évitant par la tubulure d'évacuation l'hyperpression des gros volumes liquides. A ces soins, il faut ajouter ceux de la bouche, qui, pour être efficaces, seront des bains de bouche prolongés à l'eau savonneuse chaude, parfumée de menthe ou d'élixir dentifrice. L'eau chaude savonneuse seule déterge bien la saburre et permet un nettoyage efficace ; on termine l'opération à l'aide d'un morceau de sucre long, en guise de râpe, plus agréable et moins traumatisant que l'anse métallique vendue à cet effet dans le commerce.

Une diurèse abondante en résulte ; en même temps, on constate l'heureuse transformation de l'état buccal et de l'état général, l'appétence et le bien-être du sujet.

L'état saburral grave, si fréquent jadis, est une exception aujourd'hui, quand les malades sont opportunément hydratés. (*Le Journal médical français*, septembre 1930.)

L'atteinte du foie dans la néphrite chronique.

Les recherches expérimentales du Dr P. MAURIAC, confirment ce que laisse prévoir la clinique : dans les intoxications aboutissant à des lésions de néphrite chronique, le foie finit toujours par être lui-même troublé dans son fonctionnement. Même avec des lésions histologiques minimes, les épreuves d'évaluation de la capacité fonctionnelle mettent en évidence des troubles marqués. Ainsi, dans un cas de néphrite chronique, faut-il se garder, pour la thérapeutique comme pour l'interprétation des épreuves biologiques, de ne tenir compte que de la seule lésion rénale ; il ne faut jamais oublier que le foie, et probablement d'autres glandes, sont toujours atteints simultanément. (*Le Journal médical français*, septembre 1930.)

La fibro-conjonctivite du bassin de la femme (cellulite.)

De cette question importante, le prof. R. CONDAMIN fait une longue étude pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique ; nous n'en retiendrons que la partie thérapeutique.

Contrairement au traitement de la cellulite du reste du corps, qui reste presque toujours semblable à elle-même, celle du bassin de la femme emprunte une complexité un peu spéciale à la multiplicité des organes qu'il renferme, et à leurs déplacements que provoque la cellulite, en raison de la précocité de la phase de sclérose et de rétraction. Pour combattre les rétractions, qui se produisent, trois indications principales sont à remplir : 1° assouplir les tissus fibroplastiques ; 2° distendre les rétractions fibreuses de consistance et d'allure cicatricielle ; 3° maintenir en dernier lieu ce résultat acquis par une distension continue.

L'assouplissement des tissus fibro-plastiques sera le premier point d'attaque thérapeutique. Sans nier les effets des médications locales ou générales pour combattre l'élément algique, ni ceux de la chaleur (injections chaudes prolongées) ou de la diathermie, il faut arriver le plus tôt possible au véritable traitement causal, le massage, quelle que soit la modalité de celui que l'on emploie, et que l'on prescrit dans chaque cas, pris en particulier.

Mais, le massage vague, diffus, ne peut rien donner à la période des rétractions, et pas grand chose à la première période simplement œdémateuse. Le massage ne doit pas être confié à n'importe quel masseur, ou même praticien n'ayant pas de connaissances gynécologiques suffisantes. Au risque de complications, il faudra savoir jusqu'où pourront aller la distension, l'élongation, l'assouplissement d'une rétraction fibro-conjonctive ; il faudra respecter, dans les manœuvres, les organes récemment ou anciennement infectés. On doit insister ici sur la distension continue des rétractions par la columnisation et le maintien de la distension obtenue par l'usage des pessaires, qui seront réhabilités après une longue période d'injuste déchéance.

La columnisation est après le massage et concomitamment avec lui la méthode thérapeutique fondamentale des cellulites chroniques, des fibro-conjonctivites portant plus particulièrement sur le paramétrium. C'est la distension continue appliquée après la distension passagère déterminée par le massage ; elle utilise la compression des culs de sac rétractés par des tampons glycérinés, formant une véritable colonne de sustentation pour l'utérus dont le poids ou la pression était une cause des douleurs dans les fibro-conjonctivites du paramétrium. La columnisation diminue l'afflux du sang ; elle accroît l'absorption et la résorption des exsudats ; elle détruit les tissus hyperplasiques par métamorphose rétrograde ; elle réduit tout déplacement. Cette columnisation ne doit pas être vague ; elle doit être faite dans un but bien déterminé ; les tampons doivent être placés judicieusement à l'endroit où l'on veut agir, en les soutenant par d'autres, formant la colonne de sustentation. Répétée comme

le massage un certain nombre de fois, elle le complètera et abrègera notablement la durée du traitement. Elle sera douce et progressive.

Enfin, le maintien des tissus rétractés sera obtenu par le pessaire, judicieusement placé.

Mieux vaut cependant encore prévenir (que d'avoir à les traiter) les grandes rétractations des tissus conjonctifs, avec les déviations d'organes, qui les accompagnent. (*Lyon médical*, nos 44 et 45, — 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le contrôle médical des chauffeurs d'automobiles pour transports en commun.

(MM. CAZENEUVE et TANON. — *Académie de médecine* ; 3-2-1931).

On sait qu'un arrêté du ministère des Travaux publics, en date du 1er avril 1930, prescrit un examen médical, en dehors de tout permis de conduire, pour les chauffeurs d'automobiles (autobus, auto-cars) transportant des groupes de voyageurs.

La Société parisienne des transports en commun a institué déjà, spontanément, depuis plusieurs années, cet examen spécial et elle y soumet son personnel de chauffeurs d'autobus et de conducteurs de tramways. Pour les auto-cars circulant dans le département de la Seine, l'examen médical est passé à la Préfecture de police. Il comporte, outre une exploration des principaux organes (cœur, système nerveux, vision, audition, etc), une épreuve de réactions psychiques analogue à celle établie par MM. Gley, Lapicque, Mayer, Pieron, Rabaud et Bacqueyrisse, à la demande de la Société des transports en commun. L'épreuve en question a dans son programme la recherche de l'attention diffusée, de la sensibilité des réflexes (suggestibilité motrice), de la réflectivité globale et de la force musculaire. Une partie complémentaire est prévue : celle de l'appréciation des distances dans le temps et dans l'espace, et l'appréciation des volumes. Elle permet de se rendre compte si le candidat est capable d'évaluer le temps de croisement de deux véhicules marchant en sens inverse, et fixe l'aptitude à juger si deux véhicules de volume et d'encombrement différents pourront se croiser sans se heurter. Un appareillage physico-mécanique spécial a été construit à cet effet.

A la Préfecture de police de Paris, le contrôle a déjà examiné 500 candidats à la conduite d'auto-cars. Six seulement ont été refusés. La petitesse de ce chiffre tient certainement à ce que les candidats éventuels inaptes, connaissant leur état physique ou psychique insuffisant, s'éliminent d'eux-mêmes.

MM. Cazeneuve et Tanon estiment que l'organisation qui fonctionne dans la Seine pourrait, dans ses grandes lignes, servir de modèle pour les autres départements. Ils ajoutent qu'il y aurait utilité a rendre cet examen périodique. Les chauffeurs d'auto-cars pourraient être, disent-ils, examinés tous les deux ans. Au cas d'inaptitude, les maisons qui les emploient les verseraient dans d'autres services.

L'examen médical des chauffeurs d'automobiles est d'ailleurs une mesure qui tend à s'étendre : les P. T. T., les services d'auto-cars des Compagnies de chemins de fer, beaucoup de chefs d'entreprise (Etablissements Citroën) y soumettent leurs conducteurs.

Le chlorhydrate de choline dans la tuberculose.

(MM. Jacques CARLES et Fr. LEURET, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 3-2-1931.)

Comme suite à la note qu'ils ont présentée à l'Académie, il y a un an, MM. Jacques Carles et François Leuret apportent des résultats nouveaux concernant le traitement de la tuberculose par le chlorhydrate de choline. Ils ont réuni 331 cas de diverses formes de tuberculose, lesquels, après une cure prolongée au chlorhydrate de choline, ont donné 22 à 40 pour 100 de guérisons cliniques ou de stabilisation. Les auteurs attirent l'attention sur certains points de technique de leur méthode.

En premier lieu, le chlorhydrate de choline n'est pas un médicament spécifique de la tuberculose. Il n'a probablement aucune action directe sur le bacille et n'agit qu'en augmentant ou en rétablissant dans l'organisme les moyens de défense normaux contre la tuberculose. C'est dire qu'un traitement de quelques jours est tout à fait insuffisant. Le chlorhydrate de choline doit être employé de façon presque continue (2 à 3 piqûres par semaine), un peu à la façon de l'insuline dans le diabète. Toutefois l'élimination de la choline se prolongeant 48 heures, les doses trop élevées ou trop prolongées risquent de déterminer une hypercholestérolémie et, chez les sujets facilement hypercholestérolémiques (artério-scléreux, hépatiques), il sera bon de faire des dosages du cholestérol sanguin, au cours du traitement.

D'autre part, ce traitement n'en contre-indique aucun autre et il devra s'associer aux thérapeutiques médicales et chirurgicales habituelles de la tuberculose.

Sur la transmission de la poliomyélite par la voie digestive.

(MM. LEVADITI, C. KLING et P. LÉPINE. — *Académie de médecine* ; 10-2-1931.)

Les auteurs ont fait chez le singe une série de recherches expérimentales sur la transmission de la

poliomyélite par la voie digestive et sur l'action du chlore vis-à-vis du virus poliomyélitique.

Ces recherches ont confirmé leurs travaux antérieurs et montré qu'il est facile d'infecter le *Macacus cynomolgus* par la voie digestive, en lui administrant un, deux ou trois repas infectants, sans aucune préparation préalable, et même sans qu'il soit nécessaire d'user de la sonde stomacale. En pareil cas, la recherche du virus dans les matières fécales du singe a été positive vingt-quatre à quarante-huit heures après le repas infectant. A partir du troisième jour, les résultats de l'examen des matières fécales sont demeurés négatifs, ce que l'on peut attribuer à l'inconstante filtrabilité du virus, à son absorption par les fèces et aussi à l'inégale réceptivité de l'animal contaminé *per os*.

La javellisation (addition de chlore), à la dose de 4 milligrammes de Cl par litre, stérilise le virus contenu dans des émulsions étendues, mais manifestement troubles. Une dose de 4 décimilligr. de Cl pour 1.000 suffit à stériliser les même émulsions si une filtration grossière les a rendues limpides par rétention des grosses particules protéiques.

Conséquemment, la javellisation des eaux de boisson suffirait, semble-t-il dans les conditions normales, à assurer la protection des sujets exposés à faire usage d'une eau infectée par le virus poliomyélitique.

P. L.

A propos des essais de traitement de la tuberculose par le cérium et le lanthane.

(M. H. Grenet. *Soc. méd. des hôp. de Paris.* 9-1-1931.)

Les métaux des terres rares se divisent en deux groupes : le groupe de l'yttrium (toxique), et le groupe du cérium, qui comprend le cérium, le lanthane, le prascodyme, le néodyme et le samarium. Parmi les sels du deuxième groupe, les sels de cérium ont paru présenter une certaine toxicité, mais non les autres.

Les lésions tuberculeuses semblent être heureusement influencées par les nouveaux sels de cérium et du lanthane (Flandrin). L'auteur a, pour sa part, continué à employer avec de bons résultats les sels de terres rares.

Il existe donc là tout un ensemble de recherches, qui méritent d'être reprises.

Néphrite avec hyperlipoidémie.

(MM. L. de Gennes et J. Fouquet. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.* 9-1-1931).

A côté des cas, où le syndrome lipoïdique s'observe à l'état de pureté, il en est d'autres, aussi nombreux peut-être, où ce syndrome ne représente qu'un élément surajouté à l'histoire d'une néphrite banale. Les auteurs rapportent aujourd'hui une observation de néphrite chronique sans œdèmes, au cours de laquelle ils ont pu constater une augmentation considérable du taux des lipides du sérum, sans que cette hyperlipoïdémie modifiat en rien le tableau classique du mal de Bright. Chez ce malade, il n'a existé ni œdèmes, ni rétention chlorée, ni aucun trouble de l'élimination des chlorures ; on peut donc conclure que si l'hyperlipoïdémie va le plus souvent de pair avec l'œdème, elle peut exister sans lui, et qu'il n'existe entre les deux phénomènes aucun lien nécessaire.

Un cas de névraxite post-varicelleuse à symptomatologie cérébelleuse pure.

(MM. J.-A. Chavany et A. Chaignot. *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 9-1-1931.)

Il s'agit d'une forme cérébelleuse pure, dont le syndrome neurologique a pu être d'autant mieux observé qu'il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans.

Cinq jours après le début d'une varicelle très intense en voie d'extinction, en même temps qu'une nouvelle poussée cutanée, est survenu un épisode névraxitique, à début brutal, avec une symptomatologie cérébelleuse pour ainsi dire pure. La période d'état de la complication nerveuse dura quinze jours environ, et la disparition complète des signes cliniques se produisit à la fin de la troisième semaine de la maladie.

Les troubles de l'équilibre et les phénomènes vertigineux ouvrirent la scène et dominèrent le tableau clinique aussi intenses que dans certains syndromes labyrinthiques, s'accompagnant aussi de vomissements fréquents et d'une tendance nauséeuse, qui dura plusieurs jours. Les troubles du tonus furent également très marqués. Quant aux troubles de la coordination des mouvements, quoique manifestes, ils furent moins marqués que ceux habituels dans les lésions en foyers, qui intéressent spécialement les conducteurs cérébelleux.

Un traitement nouveau des teignes de l'enfance.

(M. Fructus. *Société des Médecins de Sanatorium* ; 7-4-1930.)

Il n'est question dans cette étude que des teignes dites à grandes spores (trichophyton tonsurans) et des teignes dites à petites pores (microsporon Andonini) chez les garçons.

Le seul traitement efficace, qui intéresse au plus haut point les médecins d'établissements d'enfants, est actuellement, la radiothérapie ; mais son point faible est qu'il ne tue pas les champignons, et que les cheveux tombent avec les parasites vivants, d'où la possibilité de contagions dans un Préventorium.

L'auteur a été frappé par l'influence considérable de la puberté dans l'évolution des teignes à grandes et petites spores ; il s'est donc demandé si en tentant de créer une puberté artificielle et momentanée, on ne pouvait pas espérer obtenir une modification aussi heureuse de l'évolution des teignes que celle qui se produit lors de la puberté naturelle. Ayant remarqué l'influence de la sécrétion testiculaire sur le développement du poil, il a essayé d'injecter aux teigneux

du liquide orchitique. Il a pratiqué ces injections sur cinq malades, et tous les cinq ont vu disparaître assez rapidement leurs lésions teigneuses, après une réaction violente, comparable à une poussée d'impetigo, au niveau de ces lésions, et après 5 ou 6 injections.

Le traitement comprend trente injections intramusculaires de 2 cc. d'orchitine ; elles sont réparties en cinq séries, séparées chacune de la précédente par huit jours de repos. Dans les trois premières séries, les injections sont faites à raison d'une injection tous les deux jours ; la quatrième est faite à raison d'une injection tous les trois jours ; enfin la cinquième est faite à raison d'une injection par semaine. Ces injections sont absolument indolores, et sans aucune réaction locale, ni générale. La chute des cheveux s'arrête rapidement ; puis se produit la repousse ; on observe la disparition des spores dans le poil et dans sa gaine .

La guérison est obtenue après la troisième série d'injections ; la quatrième série est une série de consolidation ; la cinquième est de prudence.

L'action curative du traitement local est négative ; il doit cependant être employé dans un but de protection des autres enfants ; il consiste en : cheveux coupés ras, frictions iodo-alcoolo-glycérinées, bonnet de coton changé chaque jour et désinfecté par ébullition.

La guérison obtenue depuis deux ans est suffisamment longue pour être probante.

Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle

(M. Barrieu. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 27-12-1930.)

L'obscurité de la pathogénie de l'hypertension artérielle tient à ce que le problème est mal posé. Pour l'auteur, le trouble primitif consiste en une altération des glandes digestives, qui entraîne soit une dégradation incomplète des matières albuminoïdes soit une synthèse défectueuse des édifices moléculaires, si bien que les albuminoïdes ne sont pas transformes en albumine spécifique. Il y a alors passage dans l'organisme d'albumines hétérogènes toxiques, dont l'expulsion ne peut se faire par le rein, que grâce à une augmentation de la pression, appelée surpression.

Quand les phénomènes toxiques et la surpression ont lésé le rein, il se produit l'hypertension proprement dite.

Cette théorie a son application thérapeutique dans la peptonothérapie polyvalente. Les peptones font disparaitre les céphalées des hypertendus, et elles ont à la longue une action sur le chiffre de la tension, en supprimant la surpression.

G. F.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

Paris, 6-11 *octobre* 1930

(*Suite*) (1)

Première question

Spondylite traumatique. Maladie de Kümmell-Verneuil

Résumé du rapport de MM. Frœlich (de Nancy) et Mouchet (de Paris).

Etude clinique. — Etiologie. — La maladie de Kümmell-Verneuil est plus fréquente qu'on ne croit, et si les observations en sont relativement rares cela tient surtout à l'ignorance de l'affection.

Les sujets sont généralement des hommes jeunes, entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Mais les adolescents et les enfants ne sont pas exempts. On a noté l'affection à cinq ans, six ans, huit ans, neuf et onze ans.

Les professions le plus souvent relevées sont celles de mineur, terrassier, débardeur.

Pendant la guerre, des cas nombreux ont dû se produire chez les soldats enfouis sous l'éboulement des abris.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 11, 1931.

Mais on a signalé d'autres mécanismes : une glissade sur le dos dans un escalier, une chute sur les ischions ou les talons, voire une violente contraction musculaire dans le dessein d'éviter un renversement en arrière.

Les accidents d'automobile fournissent un tribut toujours croissant au syndrome de Kümmell-Verneuil : sujet heurtant de la tête le plafond de la voiture à l'occasion d'un cahot de la route.

Il en est de même dans les accidents de chemin de fer : hyperflexion du sujet lors du télescopage d'un wagon.

Le mécanisme ne varie pas : hyperextension du rachis ou plus souvent hyperflexion accompagnée parfois d'une inclinaison latérale.

Dans 60 p. 100 des cas la lésion siège dans la région lombaire ou dorso-lombaire. Mais elle peut aussi se rencontrer à toutes les hauteurs du rachis, voire du rachis cervical.

L'évolution comprend trois périodes :

Premier stade. — L'expression clinique est différente suivant que le traumatisme a été minime ou violent.

Dans le premier cas, le blessé s'est relevé ; il a pu marcher. Pendant quelques heures ou quelques jours il a ressenti des douleurs dans le dos, dans les « reins »

Dans le second cas, il y a du shock avec sueurs, pâleur du visage, perte de connaissance parfois, et le sujet n'a pu se relever.

Quoi qu'il en soit, les douleurs ne manquent jamais ; elles sont du type névralgique et suivent le trajet des intercostaux, des nerfs lombo-dorsaux, des nerfs des membres inférieurs.

On note des contractures, des secousses musculaires, de la parésie des jambes, exceptionnellement des troubles sphinctériens. Tout ceci est transitoire et cède après deux ou trois jours.

L'examen révèle une sensibilité à la pression au niveau des apophyses épineuses, une contracture des muscles des gouttières, mais il n'y a pas de déformations manifestes. La radiographie est négative.

Deuxième stade. — Un état de bien- être relatif s'installe ; le blessé a d'ordinaire repris son travail ; et ceci peut durer plusieurs mois, un an, plus parfois.

Les douleurs ne sont pas toujours absentes dans cette seconde période, mais elles sont peu marquées et le malade les qualifie de « rhumatismes ».

Troisième stade. — Il est caractérisé par la réapparition des phénomènes douloureux, puis par celle des troubles moteurs. La marche devient souvent de plus en plus pénible et le malade consulte à ce moment. Rarement il s'est aperçu de sa déformation. Il attire l'attention du médecin sur les troubles de la sensibilité des membres inférieure : engourdissement, fourmillements, parésie. Il se plaint souvent d'une sensation de froid ou de chaud avec tiraillement à la partie antérieure des cuisses.

A ce moment le rachis s'incurve progressivement donnant une cyphose dorsale ou dorso-lombaire à grande courbure.

Les muscles sont contractés des deux côtés de la ligne des apophyses épineuses.

Le malade se couche-t-il sur le ventre ? La déformation paraît moins accusée ; mais si, dans cette position, on relève la jambe la douleur en ceinture s'exagère.

A cette cyphose s'ajoute d'ordinaire un certain degré de scoliose.

Il y a diminution de l'amplitude de tous les mouvements du rachis.

Abandonnée à elle-même, l'affection guérira en dix-huit mois ou deux ans laissant comme séquelles une gibbosité et des phénomènes douloureux généralement fort atténués.

Cette évolution bénigne, somme toute, peut être modifiée par le psychisme du blessé souvent accidenté du travail.

Parfois le pronostic est assombri à cause d'un mauvais état général ou du fait que, à distance, d'autres corps vertébraux sont lésés.

Dans ces cas, la structure du squelette se modifie, aboutissant au ramollissement, et la consolidation peut alors demander six, huit et dix ans.

Diagnostic. — Il est surtout difficile quand l'examen du malade est pratiqué très loin après l'accident.

Tel sujet souffrant depuis longtemps d'une spondylite rhumatismale incrimine facilement un accident récent.

Tel autre verra l'origine d'un mal de Pott authentique dans un effort violent fourni pendant le travail.

Au contraire, le souvenir du traumatisme initial pourra être perdu depuis longtemps et le blessé se croira atteint d'un mal vertébral récent.

Il faudra distinguer le syndrome Kümmell-Verneuil de toutes les spondylites infectieuses.

L'ostéomyélite est une affection touchant presque exclusivement les adolescents. Son allure aiguë ne saurait être confondue avec l'évolution traînante de la maladie de Kümmell.

Les spondylites typhiques qui naissent au début de la convalescence seront encore aisément distinguées.

Les infections gonococciques et syphilitiques ne sont pas toujours de diagnostic aisé, mais à la période de déformation la radiographie ne permet plus l'erreur.

La lombarthrie ou rhumatisme chronique de la région lombaire frappe des sujets de quarante à cinquante ans et réduit considérablement la mobilité du rachis. Pourtant, celui-ci se redresse complètement quand les malades sont examinés couchés. De plus, la radiographie fournit en l'espèce des renseignements précieux : vertèbres en diabolo, tassées, transparentes avec becs de perroquet sur les faces supérieures et inférieures. Un interrogatoire serré apprend qu'avant l'accident il y avait déjà de l'impotence et des douleurs.

La cyphose hérédo-traumatique de Bechterew, étudiée par Pierre Marie et Léri, peut prêter à l'erreur à cause des commémoratifs. Il s'agit d'un sujet antérieurement cyphotique par tendance personnelle ou héréditaire. Il fait une chute sur le dos ou est victime d'un traumatisme quelconque. Il souffre plus ou moins longtemps, plus ou moins violemment et sa cyphose s'accroît.

Seule la radiographie peut trancher la question. Elle donne dans le cas de maladie de Bechterew l'image d'une néoformation osseuse siégeant dans la concavité du rachis et correpondant à l'ossification pathologique du ligament vertébral antérieur commun, déchiré lors du traumatisme. Par contre, elle ne décèle rien d'anormal au niveau des corps vertébraux.

La spondylose rhizomélique est l'expression d'une ankylose sensiblement complète de la colonne vertébrale et des articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales.

Le traumatisme ne joue aucun rôle dans sa production. Elle n'aboutit pas à la gibbosité comme la maladie de Kümmell, et la radiographie révèle la soudure des lames vertébrales et l'ankylose des apophyses articulaires.

La camptocormie est plus difficile à distinguer. On note souvent, comme dans la maladie de Kümmell-Verneuil, un traumatisme initial, des douleurs, de l'inclinaison du tronc ; mais il n'y a pas cet intervalle libre où s'apaisent les douleurs, entre la première et la troisième phase. Le cliché n'indique aucune variation de la forme, du volume et de l'architecture des vertèbres.

Les altérations tabétiques du rachis mises en lumière par Pape et l'ostéomalacie récemment étudiée par Lance peuvent aussi induire en erreur.

Mais la grosse difficulté réside dans la distinction de la spondylite traumatique et de la spondylite tuberculeuse.

Le mal de Pott se greffe même, exceptionnellement il est vrai, sur une spondylite traumatique. Ces faits extraordinaires mis à part, il faut reconnaître que le mal de Pott peut être précédé d'une lésion traumatique du rachis préparant le terrain ou localisant l'infection tuberculeuse, que, d'autre part, le traumatisme initial est souvent si léger qu'on est exposé à ne pas le retrouver dans les antécédents d'une spondylite Kümmell-Verneuil authentique.

Il convient dans ces cas de tout mettre en œuvre pour éclairer le diagnostic, de faire appel en particulier au laboratoire, mais surtout à la radiographie qui multipliera s'il le faut les clichés de face et de profil.

Huet cite comme exemple d'une ténacité récompensée le cas de Ludloff qui ne parvient à établir le diagnostic d'un syndrome de Kümmell-Verneuil qu'à la vingt-septième radiographie !

D'ordinaire on découvre assez vite des indices importants. Les lésions pottiques atteignent souvent plusieurs vertèbres ; les disques eux-mêmes sont rarement indemnes et les abcès ossifluents se révèlent de très bonne heure sous l'aspect d'une ombre périvertébrale, fusiforme, à contour régulier.

Pour clore ce chapitre du diagnostic, les rapporteurs passent en revue toutes les malformations vertébrales congénitales pouvant prêter à confusion, ainsi que les déformations squelettiques de l'adolescence.

Ils concluent que si l'on veut faire un diagnostic précoce et par suite raccourcir la durée des syndromes Kümmell-Verneuil il importe de radiographier systématiquement tous les sujets ayant subi un traumatisme de la colonne vertébrale si minime soit-il.

A supposer que le cliché ne montre rien d'anormal, on devra cependant surveiller le malade et le radiographier de nouveau à la moindre reprise des douleurs.

Traitement. — Il faut distinguer suivant que le malade est vu immédiatement après l'accident ou seulement à la troisième période.

Dans le premier cas, le repos au lit soit en position ventrale, soit en position dorsale est la base du traitement. Des rouleaux de réclination ou des sangles seront placés sur la partie suspecte du rachis pour prévenir toute déformation ultérieure.

Après huit à neuf semaines, le malade pourra se lever et circuler. Le port du corset est inutile, mais on interdira les travaux pénibles ou dangereux.

Un examen à l'écran sera répété chaque mois, et quand on notera l'apparition des ossifications de soutien on considérera le malade comme guéri.

Cette thérapeutique donne 80 p. 100 de guérison complète après deux ans, sept ans, neuf ans.

Mais le plus souvent le malade se présente à une époque tardive avec une gibbosité déjà manifeste. On essaiera de corriger la déformation et on immobilisera dans un corset plâtré, ce dernier appliqué soit dans la position ventrale horizontale si la gibbosité est dorso-lombaire, soit dans la suspension si elle est située plus haut.

Le plâtre sera renouvelé tous les trois ou quatre mois pendant un an ou deux ans.

C'est là du reste la seule thérapeutique qu'on suivait autrefois avant la connaissance exacte de la maladie.

Actuellement on préconise parfois la greffe rachidienne qui donne d'excellents résultats. Elle a le double avantage de diminuer la durée de l'immobilisation et d'accélérer la consolidation de la colonne vertébrale.

C'est de Quervain qui pratiqua le premier cette greffe en 1912. Il s'agissait d'une lésion cervicale et l'épine de l'omoplate fut prise comme greffon.

Avant lui, Hadra, en Amérique, avait eu l'idée de réunir par un fil métallique trois apophyses épineuses cervicales, à l'époque où Chipault en France utilisait la même technique dans le traitement du mal de Pott et de la scoliose.

Bon nombre de chirurgiens de différentes nationalités ont recours à la greffe suivant la méthode d'Albee : Elsner, Mulleder, Donati, Zamboni, Mixter, Wilson, Lecène qui préleva un large greffon aux dépens de la crête iliaque, Tavernier, Leriche.

Rapport de la spondylite traumatique avec la loi des accidents du travail. — Le médecin traitant et le médecin expert doivent se rappeler l'importance considérable d'une radiographie faite immédiatement après tout accident ayant pu toucher la colonne vertébrale même légèrement.

Un cliché de face est insuffisant. Il peut ne montrer aucune lésion des corps vertébraux alors qu'un cliché de profil y révèle une fracture nette.

Un cliché de face peut, par contre, faire croire à un tassement alors qu'il ne s'agit que d'un rapprochement de deux vertèbres. Le cliché de profil montre alors qu'il existe en réalité un intervalle normal sans le moindre aplatissement du corps de ces vertèbres.

Il sera encore très important pour l'expert de savoir différencier une spondylite traumatique de toutes autres lésions pouvant la simuler : malformations congénitales, malformations de l'adolescence, déformations professionnelles.

Il devra pouvoir éliminer les spondylites tuberculeuses, syphilitiques, typhiques, tabétiques et toute la série des spondylites ankylosantes.

La question de la durée probable du traitement lui sera souvent posée et avec elle, celle des séquelles possibles et par suite des indemnités.

Une spondylite traumatique peut guérir en quelques mois, mais elle peut aussi durer plusieurs années.

Un facteur de retard considérable dans la consolidation réside dans la mentalité spéciale du blessé faite à la fois du désir de la rente et de la crainte de souffrir à nouveau. A ce point de vue, il semble que le traitement par le corset plâtré entretienne singulièrement cette « sinistrose ».

Le taux des rentes allouées semble varier de 15 à 50 p. 100, mais quand les séquelles nerveuses s'ajoutant à la gibbosité vont jusqu'à la paraplégie, le taux de ces rentes peut atteindre 100 p. 100.

Il est curieux de rappeler que certains chirurgiens ayant souvent l'occasion de soigner des accidentés du travail ont proposé un traitement préventif de la maladie de Kümmell-Verneuil.

Schanz, en particulier, a montré tout récemment que la résistance du rachis était renforcée pendant les efforts par la paroi abdominale et même par les organes creux du ventre. D'où le conseil, pour aider à cette action de faire porter aux ouvriers travaillant durement des ceintures de toile solide larges de 20 centimètres et faisant plusieurs fois le tour de l'abdomen.

Un autre auteur a préconisé de réduire la charge maxima des manœuvres à 60 kilos, toute charge plus forte risquant de rompre l'équilibre dynamique de la colonne vertébrale.

Enfin, Widmer voudrait qu'on apprît à tout ouvrier susceptible d'être un jour victime d'un traumatisme rachidien, qu'il est préférable de rester sur place après l'accident plutôt que de tenter des efforts dangereux pour quitter la position horizontale.

(*A suivre*).

Les Livres

LES ETINCELLES, 34, rue des Archives, *Paris*.

ANDRÉ SÉCHERET. Président d'une Section d'anciens Combattants. — **Fin de Chevauchée.**

Douze ans après l'Armistice, il en est, de ces anciens combattants, pour qui la Guerre continue, dans ses terribles effets. Et non pas seulement ces mutilés avérés, qui reçoivent la juste indemnisation de leurs infirmités. Mais, plus pitoyables peut-être encore, tous ceux qui furent atteints insidieusement dans leur chair, et n'en ressentirent les conséquences que plus ou moins longtemps plus tard.

C'est la lamentable aventure de l'un de ces « mutilés inconnus » que nous conte simplement, familièrement, mélancoliquement aussi, notre sympathique confrère A. Sécheret.

Aventure d'autant plus lamentable que l'auteur oppose au vaillant qui fit son devoir, à l'officier cramponné au sol qu'il défendait, le débrouillard, l'embusqué, le prospecteur du bon filon qui sut se mettre à l'abri.

Et tandis que le premier, sans le moindre document pour établir ses droits, mourra misérable, sans ressources, de l'affection cardiaque dont l'origine remonte à la commotion provoquée par un ensevelissement dont il fut victime à Verdun, l'autre, exploitant une simple foulure, résultat d'une chute banale, trouvera le moyen de se faire reconnaître une invalidité permanente de mutilé.

Ajoutez, à l'opposition violente de ces deux caractères, que Jean Lefèvre, l'officier, est marié à une délicieuse femme qui lui a donné deux enfants, et qu'il aime, et que Louis Mathy, l'embusqué enrichi, profite de la misère qui s'est installée dans le pauvre ménage pour s'imposer à Hélène, et devenir son amant. *Ajoutez-y enfin* que, dans un esprit de sacrifice en vérité surhumain, et peu vraisemblable, Jean Lefèvre consent à ce que, pour vivre et faire vivre ses enfants, Hélène aille habiter avec Mathy tandis que lui-même ira loin des siens, dans l'hôpital provincial qui l'aura accueilli, cardiaque condamné, dénué de tout au physique et au moral, mourir obscur, — Fin de Chevauchée ; — et vous saurez l'essentiel d'une affabulation qui laisse une impression pénible, et même révoltée contre un tel excès d'injustice. L'auteur l'a voulu tel pour mettre en relief l'abnégation de son héros dont les derniers mots sont d'espoir et d'orgueil :

« ... Athènes et Rome passeront avant que pâlissent notre gloire et les noms de nos exploits ... Et notre guerre demeurera le fondement de plusieurs millénaires d'histoire humaine. »

G. DUCHESNE.

G. DOIN ET Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

G. MILIAN. **Le chancre mou. Symptomatologie. Complications. Diagnostic. Traitement** (un vol. in-8° de 52 pages avec 4 planches hors texte. Prix; 20 francs.)

Le chancre mou est devenu très fréquent en France depuis quelques années, et de nombreuses acquisitons scientifiques ont été faites à ce sujet.

La symptomatologie est infiniment variée avec les chancres mixtes, les formes phagédéniques, les formes naines. Les bubons eux-mêmes sont d'une extraordinaire complexité symptomatique et même étiologique.

Le diagnostic repose surtout sur la recherche du bacille de Ducrey, l'auto-inoculation, l'intra-dermoréaction, toutes méthodes de laboratoire ou biolo-

giques que le médecin doit connaître aujourd'hui.

Le traitement est exposé avec précision ; celui des bubons (incisions, ponctions et surtout emploi du vaccin spécifique) permet au praticien, immédiatement renseigné, de faire l'application de ces méthodes, alors même qu'il en est à son premier cas.

REVUE DES MUTILÉS DE L'OREILLE,
Sanary, Var.

Robert MORCHE. — **La lutte contre la surdité** (Prix : 20 francs). Préface du méd. général St-Paul.

Ce travail, enrichi d'une lettre du professeur Nicolle aux mutilés de l'oreille, explique ce que sont les divers traitements actuels de la surdité et met en garde contre les charlatans. Il donne de nombreux renseignements pratiques sur le nouveau barème d'invalidité des sourds de guerre et en général sur tout ce qui concerne la surdité et les moyens de la combattre ou de la supporter.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'anion phénomène phylétique, ou la séparation clinique des bactéries et des mycoses. *Une contribution à l'hylergographie*, par le Professeur F. BOAS (de Munich). Traduit de l'allemand par le Dr C. I. KŒNIG. (1 vol. in-8° raisin de 100 pages, avec 12 figures et de nombreux tableaux. Prix : 25 francs.)

Cet ouvrage montre l'action des ions, et surtout des anions, sur l'arrêt du développement des bactéries et des mycoses, se basant sur la rangée d'Hofmeister, qui, elle-même correspond à la rangée théorique d'hydratation. L'adjectif « phylétique » est employé pour montrer que les ions agissent sur des classes d'organismes par un effet d'élection. L'ion sulfocyanique (S. C. N.), par exemple, a un seuil d'arrêt de croissance plus élevé pour les mycoses que pour les bactéries, tandis que l'ion sulfate (So^4) a un effet inverse, quoique à un degré moindre.

On trouve exposés beaucoup d'aperçus intéressants, qui montrent, entre autres, comment certaines cellules (c'est le cas des mycoses) sont protégées contre les ions par une abondance de corps, comme les lipoïdes, les albumines, les phosphatides etc., qui sont tous des colloïdes.

Les livres qui viennent de paraître...

chez Amédée LEGRAND
93, boulevard St-Germain.

Dr A. LEPRINCE. — **Défendons-nous contre la maladie, la tuberculose et le cancer.** (Un vol in-12, 150 pages avec fig. prix : 10 francs.)

EDITIONS DE L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi.

Dr Paul FAREZ. — **Comment échapper à la maladie.** Préface de M. Louis Madelin, de l'Académie. (Un vol. in-8° écu, 364 pages. Prix : 20 francs.)

ch z J.-B. BAILLIÈRE et FILS
19, rue Hautefeuille, Paris.

Professeur BORDIER, de la Faculté de Lyon. — **Diathermie et diathermothérapie.** Sixième édition revue, et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences. (Un vol. in-8°, 659 pages, 297 fig. Prix : 60 francs.)

THÉRAPEUTIQUE

Tuberculose et choline

Par le Dr J. M. SACAZE

Depuis toujours, les médecins ont été frappés du fait que l'évolution de la tuberculose est très variable suivant les sujets atteints.

Certains se montrent très sensibles et comme désarmés, devant cette maladie, qui produit chez eux des désordres profonds et rapides, tandis que d'autres semblent présenter un état organique spécial qui les rend réfractaires à l'évolution de la bacillose. Parfois enfin, on se trouve en présence de tuberculeux qui ne font pas de poussées évolutives et s'orientent rapidement, sinon vers une guérison complète, du moins vers une forme torpide.

D'où viennent ces différences ? L'expérience a montré en particulier à MM. Carles et Leuret que les sujets réfractaires ont tous un état général particulièrement floride : ce sont des arthritiques hypercholestérolémiques. C'est en effet au pouvoir antitoxique du cholestérol sanguin, existant chez eux à un taux élevé, que ces sujets doivent leur pouvoir de résistance à la tuberculose (voir les travaux si intéressants des Prof. Chauffard, Lemoine, Csarky, Carles, Leuret, etc.).

Les médications cherchant à agir dans la tuberculose sur la lésion locale, ou à détruire le bacille de Koch dans les tissus, s'étant révélées absolument insuffisantes et souvent illusoires, nous devons nous attacher à rendre l'organisme plus résistant à l'infection.

MM. Carles et Leuret ont démontré qu'il convient d'élever le taux du cholestérol sanguin chez les tuberculeux et les prédisposés à la

tuberculose, afin d'obtenir un terrain en quelque sorte réfractaire à l'évolution de cette maladie.

Mais comment élever le taux du cholestérol sanguin ? On a cherché à y parvenir en faisant absorber aux malades des aliments riches en purines ou en leur injectant des acides aminés.

Le cholestérol, absorbé par voie buccale, n'est pas assimilé de façon suffisante et ne peut être injecté en solution huileuse qu'à des doses inefficaces.

Tous ces procédés ne permettent pas d'élever d'une façon stable le rapport $\frac{\text{glycémie}}{\text{cholestérolémie}}$.

Le chlorhydrate de choline, essayé expérimentalement sur l'animal, ayant déterminé ce résultat, a été essayé chez l'homme où il produit le même effet. La choline, qui fait partie intégrante de l'organisme, et que l'on trouve dans les divers tissus, agit comme stimulant sur les glandes à sécrétion interne, en particulier sur la couche corticale de la glande surrénale (productrice de cholestérine) et amène, avec l'hypercholestérolémie recherchée, l'apparition de nombreux mononucléaires témoins, de l'état d'immunité provisoire de l'organisme.

A la suite de plusieurs injections de chlorhydrate de choline, on observe les effets suivants :

a) retour de la température à la normale ;

b) relèvement rapide de l'état général ;

c) retour de l'appétit et du sommeil ;

d) augmentation rapide du poids ;

e) disparition ou atténuation des troubles fonctionnels (toux, sudation, etc.) ;

f) relèvement durable du rapport $\frac{\text{glycémie}}{\text{cholestérolémie}}$

Nous avons utilisé la choline « Roche ». C'est une solution glucosée, isotonique, stérilisée, dosée à 2 % de chlorhydrate de choline chimiquement pur. Chaque ampoule d'un centimètre cube contient donc deux centigrammes de chlorhydrate de choline. Les injections sous-cutanées sont strictement indolores.

Cette médication est d'une innocuité absolue d'après tous les cliniciens qui l'ont expérimentée et elle présente une action favorable dans tous les cas de tuberculose quels que soient la forme et le degré de la maladie.

Précisons tout de suite que les malades bénéficieront d'autant plus du traitement qu'il sera appliqué plus tôt, c'est-à-dire dans les prétuberculoses (asthénies, amaigrissement, atonies du tube digestif, adénopathie trachéo-bronchique). Son indication est non moins formelle dans les cas habituels de tuberculose pulmonaire avec ses variétés (pleurites, lésions ulcéreuses, forme fibreuse et même dans les cas à évolution rapide).

Son emploi est même utile, dans les cas avancés, où l'on obtient souvent, d'après certains auteurs, une amélioration et une survie étonnantes. Cette médication donne également des résultats remarquables, dans les tuberculoses externes : plaies tuberculeuses, abcès froids, adénopathies bacillaires, etc., lésions qui, après une courte période d'activité accrue, s'assèchent rapidement.

L'action trophique et cicatrisante de la choline « Roche » motive son emploi dans les ulcères variqueux à allure torpide, le lupus et les diverses tuberculoses cutanées.

L'efficacité de ce médicament le fait utiliser enfin dans toutes les tuberculoses osseuses (mal de Pott, ostéo-arthrites, etc.), les tuberculoses de l'appareil génito-urinaire, les laryngites tuberculeuses, les tuberculoses péritonéales, etc. La choline étant atoxique peut aussi être employée chez les enfants.

La technique du traitement est très simple. La choline mettant 48 heures à s'éliminer, il faudra faire au malade une injection sous-cutanée de ce produit tous les deux jours. L'injection est indolore et sans danger. Le traitement devra être continué sans interruption, car la cholestérine formée, ne durant que trois ou quatre jours, l'arrêt des injections provoquerait certainement un retour à l'état antérieur.

Les injections ne pourront être suspendues qu'un certain temps après avoir obtenu une guérison ou au moins une amélioration notable. Il conviendra ensuite de pratiquer, pendant quelque temps encore et suivant la stabilité des résultats obtenus, des séries plus ou moins espacées d'injections de choline.

Pour mettre les malades dans les meilleures conditions de guérison, ce traitement de fond, qui provoque un état biologique réfractaire à l'évolution de la maladie tuberculeuse, pourra être complété par des cures d'air, de repos, une alimentation reconstituante et parfois quelques médications adaptées à la localisation du processus tuberculeux.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Faut-il supprimer le baccalauréat ? — Avis favorables du Professeur Pousson et du Dr Le Gendre. — La suppression du baccalauréat, en supprimant les équivalences, serait un frein à l'envahissement xénologique.

Lorsque j'ai abordé l'étude de l'enseignement médical et les réformes qu'il exige, j'ai commencé par réclamer, avec la suppression du P. C. N. actuel, le retour au double baccalauréat ès lettres et ès sciences qui était obligatoire il y a quarante ans pour l'immatriculation des aspirants au doctorat, dans les Ecoles et Facultés de médecine.

Or, la question rebondit, et voici que d'excellents esprits, assez sublimisés, si je puis me permettre cette expression, pour n'être suspects d'aucun parti pris, d'aucun intérêt personnel, se posent et posent publiquement l'interrogation suivante : Faut-il supprimer le baccalauréat ?

M. le Dr Pousson, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de traiter longuement ce sujet dans la *Petite Gironde* du 3 février dernier.

L'éventualité de la suppression du baccalauréat n'est pas nouvelle, et l'auteur rappelle qu'en 1896, un projet de loi avait été déposé en ce sens.

Il met ensuite en évidence l'encombrement progressif des programmes de l'enseignement secondaire, envahis par une partie scientifique « qui s'est démesurément enflée au souffle d'un encyclopédisme et d'un utilitarisme mal compris ». Programmes surchargés, horaires scolaires de plus en plus alllongés et chevauchant les uns sur les autres. D'où surmenage pour les enfants et impossibilité pour eux de bénéficier d'un repos salutaire qui permet à l'esprit de réfléchir « pour la formation du jugement et de la personnalité. »

Dans cette surcharge des programmes, force a été de morceler le baccalauréat, comme on avait morcelé les programmes eux-mêmes. De là la réforme de 1902 créant les fameux cycles, avec leurs aboutissants respectifs, baptisés A. B. C. D.

Ce morcellement, en limitant progressivement a qualité des matières de chaque cycle, a rendu les maîtres plus ambitieux et plus exigeants. « Dans sa bonne foi, chaque professeur, estimant que la partie littéraire ou scientifique qu'il est chargé d'enseigner, est la plus importante, la plus indispensabe même, croit de son devoir de bourrer la cervelle de ses élèves des plus hautes notions spéculatives et pratiques ».

Renchérissement des professeurs de Faculté qui en arrivent à réclamer, de candidats au baccalauréat, des connaissances qui ne seraient pas déplacées chez des licenciés, voire des agrégés. De là la méthode éloquemment baptisée bachottage, et qui consiste à exercer une mémoire toujours en haleine à emmagasiner et à retenir, à coups de manuels, les sujets tout traités d'avance, et cela, au détriment du raisonnement et du jugement.

De là encore toutes les fraudes dont se sont émus l'opinion publique et aussi les Conseils supérieurs des Centres d'enseignement, auxquelles ont recours des candidats qui craignent que leur succès tienne à un fil, et qui veulent consolider ce fil, même à un prix dolosif, pour assurer leurs chances. Le baccalauréat n'est-il pas la première clé qui ouvre la porte des carrières libérales et de tant de carrières administratives ?

Voici donc commencé le procès du baccalauréat. En sortira-t-il triomphant ? Ou bien sera-t-il condamné ?

Ici, je préfère laisser la parole à M. le Professeur Pousson.

Le grade de bachelier garantit-il donc l'avenir de tous ceux qui en sont pourvus ? Hélas ! Il est loin d'en être ainsi, et dans la foule des adolescents qui, chaque année, agitent triomphalement leur diplôme en quittant les bancs des collèges et lycées, combien y en a-t-il qui devront attendre longtemps, si même ils la trouvent jamais, une situation digne de leur titre universitaire ? Le baccalauréat entr'ouvre la porte de bien des carrières ; il ne permet d'en franchir

aucune par sa seule vertu. Veut-il s'assurer une situation en entrant dans les grandes écoles de l'Etat (Polytechnique, Saint-Cyr, Normale, Mines, etc.), le jeune bachelier doit subir un concours d'entrée : veut-il embrasser une profession libérale, il doit poursuivre de laborieuses études dans les Facultés et Ecoles sanctionnées par de nombreux examens : veut-il occuper une place dans une administration publique ou privée, il lui faut encore se mesurer avec de nombreux concurrents. La foule est si grande des jeunes gens qui, munis de leur diplôme, dédaignent les professions manuelles pour les emplois de bureau, que le choix entre eux ne peut être déterminé que par un examen de leur capacité. Or, je puis l'affirmer, ayant été appelé plusieurs fois à siéger dans des jurys de cette espèce, ce ne sont pas toujours des bacheliers qui font preuve de plus de connaissances, et trop souvent, des candidats munis du simple brevet de l'enseignement primaire l'emportent sur eux. Les exemples ne sont pas rares de personnes qui, sans le moindre diplôme, universitaire, sont arrivées aux plus hautes situations. Les deux Alexandre Dumas n'étaient ni l'un ni l'autre bacheliers. Je sais un parlementaire qui, bien que n'ayant pas de parchemin, joue à la Chmbre un rôle politique de premier plan et à qui son érudition a valu d'être nommé professeur dans une grande école. Qui ne pourrait trouver dans son entourage des exemples semblables ?

Bien d'autres raisons que celles que je viens d'énumérer pourraient être invoquées à l'appui de l'abolition du baccalauréat. Je ne me dissimule pas l'émoi que va provoquer parmi les Français de haute culture intellectuelle la proposition de supprimer un brevet qui, jusqu'à ce jour, a été considéré comme le palladium de l'homme complet, de l'homme intégral, du « vir bonus » de Caton. Qu'ils se rassurent, il ne s'agit pas de supprimer dans les lycées et collèges l'enseignement des 3e et 2e classes du cycle scolaire qui, avec la rhétorique et la philosophie, constituent ce que l'on appelle les humanités. Rien ne sera changé dans l'organisation des études. Les maîtres continueront à former l'intelligence et l'âme des élèves en s'inspirant des mêmes disciplines, aucune atteinte ne sera portée à la valeur de leur enseignement. Mais, dira-t-on, n'est-il pas à craindre que les parents, n'ayant plus en perspective pour leurs enfants la conquête d'un parchemin, les détournent d'un enseignement leur paraissant désormais sans sanction ? C'est ici qu'interviendrait pour les y retenir la création d'un livret scolaire qui, délivré en fin d'année, à la suite d'un sérieux examen, témoignerait du travail et du savoir de l'écolier, permettrait de suivre ses progrès, de mesurer sa puissance éducative et de l'arrêter dans la poursuite de ses études si ses aptitudes paraissaient insuffisantes. Ainsi, se substituerait à l'examen final du baccalauréat une série d'examens en cours d'étude, qui vaudrait à l'élève ayant fait preuve d'efforts réguliers et soutenus, de progrès constants, de connaissances solidement acquises, un diplôme définitif. Si jamais cette suggestion trouvait écho en haut lieu, elle mettrait fin aux incidents regrettables qui se renouvellent à chaque session de baccalauréat, libérant les examinateurs des soucis et des soupçons injurieux dont ils sont l'objet, préserverait les candidats d'échecs immérités et endiguerait le flot montant des diplômes.

La proposition de M. le Professeur Pousson est fort nette : à l'examen final représenté par le baccalauréat, il substitue des examens de fin d'année, durant le cours de l'enseignement secondaire, qui auraient pour sanction l'attribution ou le refus d'un livret scolaire.

D'autres ont envisagé la délivrance, à la fin des études secondaires, dans les établissements même d'enseignement, d'un certificat constatant que l'élève a suivi régulièrement ces études et qu'il a été jugé digne de cette consécration de ses connaissances.

En admettant que l'on en arrive jamais à cette réforme fondamentale, et si contraire aux idées que nous nous faisons en France de la formation spirituelle de l'homme, les programmes doivent-ils rester ce qu'ils sont actuellement ? Ne conviendrait-il pas d'en revenir aux méthodes qui font moins des encyclopédistes que des cerveaux entraînés par une gymnastique bien comprise, à raisonner, à juger, et surtout à assimiler un enseignement supérieur ?

Je connais une charmante jeune fille qui suit les cours de première et prépare son baccalauréat. Elle me parle souvent de ses compositions. Eh bien ! je suis effaré des sujets qu'on lui donne à traiter.

Je suis plus effaré encore de la conception de son professeur en matière de correction.

Voici un de ces sujets : « Commenter cette pensée de La Bruyère : *Il y a des lieux qui vous remplissent d'admiration : il y en a d'autres qui vous touchent et où l'on aimerait à vivre* ». Voilà ce que des cerveaux de seize ans doivent développer en opposant les impressions aux émotions, la raison au sentiment. Ce qui, en passant, semble bien plus être une étude psychologique, et donc philosophique, que proprement littéraire.

On lui demande une autre fois de vérifier l'exactitude de deux vers de Boileau :

> Censeur un peu fâcheux, mais souvent nécessaire
> Plus enclin à blâmer que savant à bien faire.

Elle a débuté de la façon suivante :

« Ces deux vers, que nous avons le devoir de commenter, sont tirés de l'Art poétique. Dans cette intention, il est nécessaire de connaître la vie et les œuvres de Boileau. Rappelons donc qu'il naquit............ »

Savez-vous quelle a été l'appréciation de son professeur ? — Sujet mal amené.......

Ailleurs, on lui proposera de comparer La Bruyère et La Rochefoucauld. Ce qui présumera qu'elle aura lu les Caractères de l'un et les Maximes de l'autre, et que son esprit sera suffisamment mûri et fortifié par une somme de notions préalablement emmagasinées, et d'idées générales assez développées, pour lui permettre de comparer et de juger.

Comme c'est au-dessus de ses forces, elle se sert des moyens dont elle dispose, en apprenant par cœur le plus grand nombre possible de sujets avec leur développement préalablement traité par une compétence plus qualifiée que la sienne.

Je me suis laissé dire d'ailleurs que la préparation de l'internat des hôpitaux, en un analogue bachottage, du moins à Paris, consiste également à apprendre par cœur de nombreuses questions capables d'être posées le jour du concours...

Donc, il ne paraît pas seulement opportun de supprimer le baccalauréat, en tant que porte ouverte sur l'enseignement supérieur, mais encore d'alléger sérieusement les matières des programmes des humanités, et de les sélectionner, en vue du but que l'on se propose.

Mais une objection se dresse immédiatement contre le livret scolaire du professeur Pousson ou le certificat d'études secondaires auquel j'ai fait allusion ; jamais l'Etat n'acceptera qu'un tel certificat soit délivré par l'enseignement libre ; du moins est-ce bien ce qui résulte à l'évidence de la tournure d'esprit des majorités au pouvoir, orientées vers la mystique de l'école unique, qui n'est qu'utopie et paradoxe, au moins du point de vues de ses conséquences pratiques. Après l'instituteur gratuit, le professeur de collège et lycée gratuit. A quand le médecin gratuit ? Est-ce vers ce « progrès social » que nous achemine une « justice sociale » facilement génératrice de fruits secs et de ratés prêts à s'entre-déchirer ? ?

En outre, et en dehors de cette considération, j'avoue que l'étude du distingué professeur de Bordeaux m'a paru incomplète et laissé insatisfait jusqu'à ce que le hasard qui, si souvent, fait bien les choses, me permit d'avoir avec mon maître Le Gendre, une longue conversation, un peu à bâtons rompus, au cours de laquelle ce sujet fut abordé. Lui aussi me déclara qu'il est partisan de la suppression du baccalauréat. Sur quoi je lui demandai : « Soit ! Mais par quoi le remplacerez-vous, pour ceux qui veulent accéder à certaines carrières dont la péparation exige impérieusement de sérieuses garanties de savoir ? » Et M. Paul Le Gendre ne fut nullement embarrassé pour me répondre : « Par un examen (ou un concours) qui sera particulier à chacune d'elles. Je vois très bien l'aspirant étudiant en médecine tenu de passer un examen comme en passent l'aspirant à Polytechnique, l'aspirant à St-Cyr, etc. »

J'ai d'ailleurs des attaches assez étroites avec l'Université pour savoir que, dans ses hautes sphères, on n'est pas éloigné de souhaiter un changement de régime qui exonérerait les Facultés de cette charge accablante qui consiste à examiner, en un temps très limité, et avec des moyens eux-mêmes limités, des dizaines de milliers de candidats à un grade universitaire dont la valeur diminue de jour en jour, et dont la nécessité disparaîtrait si on lui substituait, pour l'enseignement supérieur, un examen d'entrée propre à chacune de ses disciplines.

Et l'on peut être tout de même séduit par cette idée que l'examen d'entrée dans les Ecoles et Facultés de médecine pourrait comporter certaines conditions limitatives, telle qu'une limite d'âge, telle aussi que la capacité d'enseignement d'un centre déterminé.

Et c'est ainsi que cette chronique, consacrée d'abord au baccalauréat, ne s'écarte pas du domaine qui m'est familier et où j'ai l'habitude de moissonner les sujets dont je propose à mes lecteurs des solutions, sur lesquelles je leur demande ensuite de méditer et de se faire une opinion.

Mais ce n'est pas tout. Et Paul Le Gendre m'a encore ouvert des horizons qui m'ont particulièrement fait réfléchir. « Supprimons le baccalauréat à l'entrée des études médicales, m'a-t-il encore dit, et nous supprimons du même coup les équivalences, ces fameuses équivalences, à la faveur desquelles les étrangers nous envahissent. Et voilà en même temps une difficulté surmontée.... »

Et me voici ramené, par un détour, à l'objet de mes précédentes chroniques sur la Pléthore. Il n'y a pas tant crise numérique que crise de répartition. Mais le plafond est atteint, et il ne faudrait plus que les Facultés produisissent des médecins en surnombre, par rapport aux besoins résultant des décès, disparitions et retraites.

Or, voici un premier barrage efficace, si l'on veut le dresser sérieusement : plus d'équivalences d'un grade universitaire désormais sans intérêt. Tous les candidats au doctorat en médecine, *diplôme unique d'Etat*, tenus, à quelque nation qu'ils appartiennent, de subir l'examen d'entrée.

Et je conclus : il est désirable, il serait opportun de supprimer le baccalauréat considéré comme le grade universitaire nécessaire à l'accès de l'enseignement supérieur et des grandes écoles,

Un certificat délivré par les établissements d'enseignement secondaire attestera que son titulaire en a suivi toutes les étapes et acquis la moyenne des connaissances.

Un examen spécial à chaque branche de l'enseignement supérieur, et à la médecine en particulier, donnera accès aux études médicales. Nul, fût-il docteur ès lettres, ès sciences, en droit, fût-il le grand maître de l'Université, lui-même, ne pourra entreprendre ses études médicales en France s'il n'a pas subi avec succès cet examen, qui pourra au besoin servir à limiter le nombre d'étudiants admis dans nos divers centres d'enseignement.

G. DUCHESNE.

LABORATOIRES D'ANALYSES

Leur statut légal

Comment définir le rôle du biologiste ? Etre biologiste, cela consiste-t-il simplement dans le fait d'effectuer une recherche sur un liquide déterminé ? Dans ce cas un aide habile et intelligent n'ayant aucune connaissance scientifique spéciale peut très bien s'en charger et la question du laboratoire est résolue : il n'y a qu'à persévérer dans les habitudes actuelles. Mais alors pourquoi les médecins des hôpitaux importants ont-ils besoin, un besoin absolu, reconnu de tous, de laboratoires personnels et pourquoi fait-on l'impossible pour procurer à ces installations coûteuses des ressources qui leur manquent ? Et pourtant ces médecins ne sont pas des chercheurs de laboratoire, ce sont des cliniciens, et puisqu'ils ne se contentent pas de faire effectuer leurs recherches par un laboratoire quelconque, puisqu'on reconnaît la nécessité de ces dépenses supplémentaires c'est qu'on estime que ces laboratoires sont nécessaires au diagnostic et au traitement des malades.

Mais, répondront les routiniers, il suffirait qu'il indiquât à un laboratoire autonome les recherches à effectuer et le résultat serait le même. Non, si ce laboratoire n'est pas dirigé par un médecin ayant une grande habitude de la clinique, le résultat sera tout différent. Prenons un exemple : Malade présentant une infection sérieuse — 40°, signes méningés, etc. au cours d'une période où sont signalés quelques cas de méningite cérébro-spinale et par ailleurs quelques cas de grippe assez sévères. Le médecin traitant adresse au laboratoire X dirigé par un pharmacien ou par Mme Y., docteur ès sciences, du liquide C. R., avec prière de vouloir bien rechercher, cytologie, chimie et bactériologie. Or, le paquet ayant été recommandé ou pour toute autre raison aura mis 36 heures pour parvenir au laboratoire. Voici ce que pourra donner l'examen :

Cyt. Nageotte 20 éléments au mmc.
Formule lymphocytes 30 %.
polynucléaires 60 % altérés.
plasmocytes 10 %.

Chim. Glucose 0, 15 %.
Albumine 0,60.
Chlorures, 6.8

Bact. Présence de nombreux diplocoques, en grains de café, gram négatif. Le médecin traitant recevant le lendemain la réponse conclura aussitôt à une méningite cérébro-spinale.

Supposons que le même échantillon ait été adressé à un laboratoire dirigé par un médecin biologiste lequel aura prié le médecin traitant de lui indiquer les signes cliniques principaux. Il se trouve que le diagnostic de grippe serait plus satisfaisant et par ailleurs les diplocoques sont d'une régularité décevante. Le biologiste, en spécialiste averti, adressera donc les chiffres ci-dessus à son confrère mais lui indiquera que des cultures de contrôle sont en cours et le lendemain il pourra lui écrire « les diplocoques observés provenaient de la piqûre de la peau et avaient eu le temps de cultiver pendant la longue durée du trajet. Les polynucléaires n'étaient altérés que par leur mort survenue dans les mêmes conditions. Quant à l'hypoglycorachie elle a été provoquée par la présence de ces microbes qui n'ont aussi bien cultivé que précisément parce que le milieu était en réalité très riche en glucose, il convient donc de rectifier les résultats de la façon suivante :

Polynucléaires *intacts*.
Sucre > 0.50.
Bactériologie, *néant*. »

Et ceci seul un médecin aura la possibilité de le faire. Dans d'autres cas, avec la même formule le médecin biologiste, parce que médecin, pourra parvenir à porter le diagnostic de méningite M tout à fait indépendante de l'affection signalée, diagnostic qui ne lui avait pas été demandé.

Tout ceci prouve bien que faire du laboratoire ne consiste pas dans le fait de répondre automatiquement et mathématiquement à un questionnaire, mais que l'acte biologique constitue une véritable consultation médicale au même titre que la radiologie. C'est d'ailleurs ce que l'Assistance publique de Paris a fort bien compris en exigeant que le personnel dirigeant de ses laboratoires soit choisi parmi les médecins. La biologie est une spécialité médicale et tout autre qu'un médecin, quelles que soient par ailleurs ses capacités scientifiques est inapte à la pratiquer. Et cela parce que la biologie ne s'apprend pas dans les facultés des sciences ou dans les facultés de pharmacie et qu'un séjour de quelques mois à l'Institut Pasteur, s'il permet à un médecin de se perfectionner, ne peut apprendre la biologie à quelqu'un qui n'en a jamais fait. L'examen de laboratoire ne se sépare pas du reste de l'investigation médicale : la

direction des recherches exige que l'on connaisse les autres éléments du diagnostic, et seul un médecin, aux termes de la loi, est qualifié pour cela. Lorsqu'un médecin traitant même possesseur d'une installation radiologique veut éclaircir un point obscur, il s'adresse au médecin radiologue spécialisé.

Il ne s'adresse pas au mécanicien manipulateur de l'installation. Pourquoi ne pas agir de même en matière de biologie, pourquoi lorsqu'on désire un syndrome biologique s'adresser à un chimiste incapable de diriger ses recherches aux lumières de la clinique ?

D'autre part interviennent d'autres considérations.

Le pharmacien ou le chimiste étant inaptes à praquer certaines recherches, envoient les produits à d'autres laboratoires (ceux-ci dirigés par des médecins) et donnent la plupart du temps le résultat comme si c'étaient eux-mêmes qui l'avaient pratiqué.

En présence de telles habitudes le médecin biologiste se trouve en état d'infériorité constante. Comprenant la responsabilité morale qui pèse sur lui (la responsabilité matérielle est nulle et c'est ce qui fait la force des autres) et ne voulant pas donner des résultats erronés il est obligé de posséder un matériel complet, horriblement coûteux ; ses frais généraux sont écrasants. Il lui est matériellement impossible de pratiquer les prix ridiculement bas des pharmaciens et autres chimistes. Accepter ces tarifs, ce serait pour lui la ruine. Le médecin biologiste aurait donc besoin que son travail fût défendu contre les empiétements inadmissibles de tous ces gens sur le terrain médical.

Autre considération : le pharmacien qui fait du laboratoire ne paye pas une patente supplémentaire ; il n'a donc de ce côté là que des frais réduits. De quelque côté qu'on envisage la question on voit que le médecin est lésé par le fait que la profession de biologiste est libre alors qu'il s'agit d'une spécialité uniquement médicale.

Au cours de l'élaboration de la loi sur les assurances sociales on semble théoriquement avoir compris la chose et on a mis la biologie au même rang que les autres spécialités médicales, mais dans l'application on en est revenu aux anciens errements et il est des villes, où malgré la présence d'un médecin spécialisé, les caisses acceptent de payer des examens qui ont été pratiqués chez des pharmaciens ou des chimistes qui ne peuvent pas contracter avec elles, en les considérant comme des auxiliaires médicaux, travaillant sous la responsabilité du médecin-traitant. Il me semble que c'est méconnaître l'esprit de la loi, car si un masseur peut travailler sous le contrôle du médecin, le médecin sera responsable des fautes commises, tandis qu'il sera impossible de faire retomber sur lui les fautes commises par le laboratoire non médical. Dans le même ordre d'idées, un contrôle a été prévu pour les médecins ainsi que des pénalités purement médicales. Quel recours aura-t-on contre un non médecin, puisque théoriquement un non-médecin ne peut pas participer à l'application de la loi ? qui édictera des sanctions ? qui les fera appliquer ? qui pratiquera le contrôle ?

J'estime qu'il y a là un abus intolérable et je désirerais savoir de quelle façon on peut le faire cesser. L'analyse biologique est une des modalités de l'investigation médicale et seuls les médecins en France ont le droit de faire un diagnostic dont découlera une thérapeutique. L'abandon de ce droit qui n'est pas un privilège mais une nécessité, serait non seulement un acte inintelligent mais encore une atteinte portée à la santé publique, une faute professionnelle grave.

Aussi ai-je l'honneur de vous demander, cher Directeur, votre avis sur les points suivants et qui découlent de l'exposé ci-dessus :

1° Aux termes des assurances sociales, le laboratoire est-il reconnu comme une spécialité médicale ainsi que le laissent entendre textes et tarifs ?

2° Dans de telles conditions, les caisses peuvent-elles légalement payer les prestations afférentes à des actes médicaux de laboratoire effectués par des non-médecins ?

3° Au cas où un tel paiement serait illégal, quelles sont les voies de recours pour faire respecter la loi (Commission départementale, tribunaux, etc. ?

Dans l'espoir que vous voudrez bien vous occuper sérieusement de cette question qui engage la vie même de certains laboratoires médicaux, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes remerciements anticipés et l'assurance de mes sentiments profondément dévoués.

Dr Gaussen.

Réponse.

Jusqu'à une époque, qui est encore très proche de nous, les laboratoires étaient principalement destinés soit à faire des préparations d'ordre pharmaceutique, ou sérologiques, soit à faire des analyses plus chimiques que biologiques.

Pendant longtemps, seuls les pharmaciens faisaient du laboratoire : les analyses d'urines, de crachats étaient un accessoire de l'exercice de leur profession. Mais, avec le développement de la science biologique, puis de la bactériologie et de la sérologie, des savants se sont peu à peu spécialisés, en faisant non pas de la pharmacie, mais uniquement des recherches et des analyses.

Aussi, pouvons-nous d'ores et déjà laisser de côté le laboratoire pharmaceutique, qui ne se préoccupe que des drogues et découvertes pharmacologiques ; nous laisserons également de côté, du moins momentanément, les laboratoires qui se consacrent aux sérums et vaccins et par suite sont assujettis à la loi du 25 avril 1895. Ne nous occupons pour le moment que des laboratoires d'analyses.

A l'heure actuelle, n'importe qui, avec ou sans diplôme, peut ouvrir un laboratoire et faire des analyses pour le compte du public. Il semble tout à fait monstrueux que la santé publique

soit aussi mal protégée : il faut avouer que ceux qui sont chargés de ce département ministériel, sont plus savants dans l'art oratoire, ou connaissent mieux les détours de la politique que la science médicale, biologique et pharmaceutique.

Le danger est double : si l'analyse est mal conduite par des hommes incompétents, ou peu scrupuleux, le médecin praticien est trompé, par suite, le malade sera mal traité, parce qu'erreur de diagnostic à la base ; erreur imputable au laboratoire.

C'est ainsi que dans certains établissements, qui pratiquent le Wassermann en série, les résultats sont souvent différents de ceux obtenus dans une maison sérieuse, mais payante.

En second lieu, celui qui a fait l'analyse ou en a la surveillance, doit interpréter les résultats, pour renseigner le médecin traitant.

Celui-ci ne peut pas se tenir au courant de toutes les découvertes et acquisitions de la science médicale clinique, biologique et pharmaceutique ; il doit attendre du spécialiste l'interprétation des examens et analyses qui sont confiés à ce dernier.

C'est ainsi qu'en matière de radiographie, il a été admis, à plusieurs reprises, par nos sociétés savantes, que le radiographe non diplômé docteur en médecine n'a pas le droit de faire autre chose que la manipulation des appareils. L'interprétation des images et clichés doit rester l'apanage de celui qui, par son diplôme, connaît la médecine.

Malheureusement, le législateur est trop occupé à renverser les ministres : il n'a pas encore eu le temps de protéger la santé publique, en apportant quelques modifications à la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine notamment en précisant et en aggravant les pénalités prévues contre l'exercice illégal de la médecine.

Le laboratoire d'analyse a donc besoin d'être surveillé, contrôlé, au point de vue non seulement de la conduite des opérations diverses qui lui sont confiées par les médecins traitants, mais également de la qualité de ceux qui dirigent, puis interprètent ces divers actes professionnels.

Déjà, dans le *Concours médical* du 9 mai 1926, p. 1288, le Dr Duchesne analysait une communication, faite à l'Académie de médecine, le 9 mars précédent par M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger ; il rappelait également un Propos du jour de M. Noir, dans le *Concours*, 1926, p. 891, qui réclamait, pour la sauvegarde du public, que le docteur en médecine puisse donner des garanties de sa spécialisation, alors qu'actuellement n'importe qui peut faire du laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Et Duchesne d'indiquer les solutions déjà proposées pour qu'il ne soit pas permis à quiconque d'ouvrir un laboratoire d'analyses biologiques, sans avoir fait preuve, non seulement de son diplôme de docteur en médecine, mais encore de connaissances spécialisées.

C'est en 1929, que dans le *Paris médical* M. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Toulouse, étudie le statut légal des laboratoires, le montre inexistant et réclame lui aussi une réglementation utile au public.

Ce savant juriste indique qu'aujourd'hui, les malades n'ont qu'un seul moyen pour demander réparation d'une erreur d'analyse ou d'interprétation, imputable à un directeur de laboratoire non diplômé ; c'est d'agir en vertu de l'article 1382 du code civil et réclamer des dommages intérêts pour faute et préjudice.

Dans l'*Informateur médical* du 24 mars 1929, le Dr Crinon signifiait le décès d'un confrère parisien, qui venait de succomber de septicémie à la suite d'une injection de sérum mal préparé. Et Crinon de demander à son tour une surveillance de ces instituts divers qui sont ainsi un danger pour la santé publique.

Un projet de loi, voté par la Chambre le premier avril 1914 et resté depuis oublié dans les cartons du Sénat, modifiait la loi du 25 avril 1895, pour que le médecin puisse obtenir une autorisation spéciale, pour traiter ses malades par des mélanges de sérums, au autres découvertes, alors que, d'après un arrêt de Cassation du 28 juillet 1911, un médecin peut traiter ses malades avec n'importe quel sérum de son inventon.

Un scandale qui eut son heure de célébrité devant les tribunaux, en 1924, fut l'objet d'une proposition de loi votée par le Sénat, le 9 février 1926 et enterrée depuis cette époque, à la Chambre.

Il s'agissait surtout de réglementer la détention de cultures microbiennes par n'importe qui, alors que, dans le procès ci-dessus mentionné, un individu avait intoxiqué une personne avec des cultures virulentes.

Mais, en ce qui concerne les laboratoires d'analyses, rien, jusqu'à présent.

Une circulaire du ministre du Travail, en date du 16 janvier 1926 (*Concours médical* 1925, 1481) indique au préfet quels sont les laboratoires agréés par l'administration, qui outillés de façon parfaite, sont confiés à des sérologistes particulièrement qualifiés. Les préfets peuvent également agréer comme laboratoires de sérologie, des labos qui, sans avoir de véritables services spécialisés de sérologie, sont néanmoins en état de pratiquer, de façon convenable, les examens sérologiques.

Et si maintenant nous passons dans le domaine de la loi de 1895, sur les sérums et vac-

cins, nous apprenons que n'importe qui peut préparer des auto-vaccins, sans obtenir pour cela d'autorisation spéciale ! (voir *Concours médical*, 1924, pages 342, 450, 1844).

Une loi du 6 juin 1913 a créé le diplôme de chimiste expert ; mais ce diplôme ne consacre pas également des connaissances médicales, qui sont indispensables à celui qui veut diriger un laboratoire biologique.

Conclusion

Actuellement, nous sommes toujours régis par deux lois, qui ne répondent plus aux progrès de la science moderne : l'une remonte au 21 Germinal an XI, sur la pharmacie, l'autre au 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Depuis ces législations, les sciences médicales et pharmaceutiques ont évolué ; des découvertes ont été faites, des méthodes nouvelles d'examen et de traitement ont été utilisées, etc. Pratiquement, le médecin traitant, qui s'adresse à un laboratoire, pour faire examiner un prélèvement quelconque, a besoin d'être renseigné exactement, par un résultat d'analyses, qui sera interprété par une personne idoine.

Au médecin praticien de voir si les résultats du laboratoire sont en concordance, ou en opposition avec les données de la clinique. Il pourra, de la sorte, en tirer profit pour le plus grand bien de son malade.

Pour pouvoir consciencieusement diriger les opérations d'analyses et donner des résultats utiles au médecin praticien, le directeur du laboratoire doit être spécialisé, non seulement en sciences biologiques et chimiques, mais avoir également des connaissances médicales, consacrées par le diplôme de docteur en médecine.

Devons-nous attendre que l'administration organise à elle seule des laboratoires officiels, dont les titulaires seront plus ou moins des fonctionnaires de département ou de commune ?

Devons-nous au contraire, par l'intermédiaire de nos Syndicats aborder le problème sous sa face technique et pratique ?

Je crois, pour ma part, au rôle syndical ; mais au lieu de faire des protestations, des vœux et autres choses tout à fait inutiles, il conviendrait que les syndicats spécialisés en la matière puissent, avec la collaboration d'un juriste, mettre sur pied un projet, qui approuvé par la Confédération des Syndicats médicaux, serait présenté au ministre de la Santé publique, au nom du corps médical protecteur né de l'hygiène et de la santé de nos concitoyens.

Le ministre pourrait alors adopter cette proproposition syndicale, pour en faire un projet de loi. En pareille matière mieux vaut passer par un membre du gouvernement que par un parlementaire : le projet de loi a certaines supériorités sur la proposition de loi, cette dernière émanant de l'initiative d'un député ou d'un sénateur.

Apportons un travail tout préparé, bien équilibré, tout prêt à être mis en discussion dans les Commissions de la Chambre et du Sénat, puis devant le Parlement.

Mais, pour le moment, agitons la question dans nos milieux syndicaux et même ne craignons pas de porter le fait à la connaissance du grand public, comme le *Progrès civique* le fit en 1929 (page 1179) sous la signature de M. Paul Allard.

En ce qui concerne les rapports des laboratoires d'analyses, au regard des assurances sociales, j'estime, pour ma part, qu'un médecin directeur, ou propriétaire d'un laboratoire, doit être considéré comme un spécialiste et avoir droit aux honoraires adéquats à cette qualification de spécialiste.

Mais les caisses peuvent parfaitement contracter à des prix moindres avec ces laboratoires dirigés par les médecins et qui, dans un esprit de concurrence, consentiront à des honoraires inférieurs.

Il appartient donc au syndicat départemental des médecins de se mettre d'accord avec le syndicat des praticiens, pour faire front unique, en ce qui concerne les tarifs à appliquer pour les différents actes de laboratoire d'un même département.

Dr Paul BOUDIN.

SÉGRÉGATION HUMAINE ET SALUBRITÉ AUX COLONIES

Dr Legendre, La Rochelle.

« Depuis trente ans, dans nos colonies d'Afrique, nos médecins n'ont pas réussi à améliorer la situation démographique ». (Thiroux. *Presse Médicale*, 19-7-30). Ce que l'auteur attribue à la dissémination des populations dont-il propose le groupement.

Il n'est pas douteux que, par suite de la dispersion des villages beaucoup de malades échappent à l'action médicale. Mais les raisons majeures de notre échec au point de vue démographique ont été des erreurs de technique sanitaire et l'ignorance de coutumes indigènes qui restreignent la natalité et accroissent la mortalité infantile.

Les autorités médicales n'ont prêté aucune attention à ce que j'ai appelé l'agroprophylaxie, au remplacement de cultures insalubres, à l'élevage des animaux aquatiques ou terrestres destructeurs ou déviateurs d'insectes pathogènes en même temps qu'ils sont une ressource alimentaire importante. On a négligé l'assainissement du sol et le défrichement qui sont les seules méthodes radicales d'éviction du paludisme, de la trypanosomiase et des affections intestinales d'origine hydrique.

On a voulu combattre les grandes endémies meurtrières par la seule thérapeutique, la recherche et la cure du malade, sans se préoccuper de supprimer l'agent de transmission ou d'assainir le milieu morbigène. On a entrepris ainsi une tâche de Danaïde, les individus sains s'infectant, les individus guéris se réinfectant dans le milieu non modifié. On n'a vu dans la prophylaxie, comme dans la thérapeutique, qu'affaire de médicaments, de chimioprophylaxie.

On n'obtiendra pas de meilleurs résultats tant qu'on conservera, comme méthode unique de prévention la thérapeutique et les vaccins, procédés individuels de petit rendement, qu'il faut répéter fréquemment, qui exigent un personnel nombreux et des crédits considérables.

La vraie prophylaxie, par assainissement du milieu morbigène, sera l'œuvre des hygiénistes. Ceux-ci devront être indépendants des services médicaux, étrangers pour la plupart à la médecine. On évitera ainsi d'employer le flacon de médicaments ou la seringue hypodermique là où la pioche du terrassier, la hache du bûcheron, la houe ou la charrue du laboureur, l'action du garde sanitaire seront nécessaires.

Tous les secrets de la santé et de la vie ne résident pas dans la maladie, dans la clinique, encore moins dans les laboratoires ; le milieu extérieur récèle les plus nombreux et les plus importants, il faut savoir les y découvrir.

Il y a une dizaine d'années on s'aperçut que les résultats de l'assistance médicale indigène ne correspondaient pas à l'accroissement des formations fixes de traitement, dispensaires et hôpitaux, on fonda de grands espoirs sur la « médecine itinérante », sur la potion ou le pansement tous les deux ou trois mois lors des tournées du médecin dans les villages de la brousse. Les bons effets en furent d'ordre politique et moral, beaucoup plus que physique, ainsi qu'il était facile de le prévoir. La tournée du vaccinateur indigène, s'il immunise contre la variole avec un produit actif, est beaucoup plus efficiente et moins coûteuse.

S'il n'y a pas d'immigration, l'accroissement d'un groupe humain est représenté par l'excédent des naissances sur les décès. En Afrique tropicale cet accroissement est très lent, il fallait en chercher les raisons du côté de la natalité et de la mortalité, comme eût fait M. de La Palisse.

Dès 1907, au début de l'occupation du Soudan, le lieutenant L. Desplagnes écrivait : « La « femme indigène élève ses enfants et les nourrit, « mais pendant la période d'allaitement, qui « *peut durer de dix-huit mois à trois ans* (c'est « moi qui souligne) elle doit cesser toutes relations avec son mari (1). La polygamie en est « résultée. Les indigènes donnent comme raison « principale de leur polygamie la coutume qui « leur défend toute relation avec une femme mère « pendant toute la durée de l'allaitement. Cette « coutume est très répandue dans les tribus primitives du Centre de la Boucle (du Niger) et « des forêts de la Côte d'Ivoire, mais elle paraît « de moins en moins rigoureusement observée « dans le Nord au contact des Foulbés musulmans » (*loco citato*, p. 211).

L'auteur ne cherche pas les raisons de cette coutume que les médecins ne semblent pas avoir connue, sauf Murat qui l'a signalée en Afrique équatoriale. J'ai indiqué qu'elle a pour cause l'ignorance de l'allaitement artificiel et qu'elle est une cause sérieuse de restriction de la natalité. Cette coutume existe, sans doute, dans toute l'Afrique tropicale et pour la même raison, la crainte qu'a la mère de ne pouvoir plus nourrir et de voir périr son enfant si une nouvelle grossesse vient tarir son lait avant le sevrage.

Le médecin doit chercher dans l'étude de la vie familiale et sociale de l'indigène, autant que dans la pathologie, l'explication de l'accroissement si lent et même de la stagnation de l'effectif humain. L'effort accompli depuis quelques années pour la protection de l'enfance indigène par la création de maternités et de consultations infan-

(1) Lieutenant L. Desplagnes.— *Le Plateau central nigérien*, p. 227.

tiles ne répond qu'à l'idée de conservation des enfants nés ; il faut aller plus loin et tenter d'accroître la natalité en enseignant à la mère à se faire remplacer par la chèvre-nourrice qui assurera la vie du nourrisson en cas de nouvelle grossesse.

Les razzias d'esclaves ayant disparu, la sécurité régnant partout, l'apprivoisement des indigènes étant réalisé sur presque tous ces territoires, la population doit augmenter. C'est à l'administrateur et au médecin de rechercher ensemble pourquoi elle ne s'accroît pas ; c'est en remontant à la cause des maux qu'on peut le mieux les atténuer ou les supprimer.

Il est difficile de connaître ce qui se passe dans la famille indigène où on naît ou meurt sans appeler le médecin et sans aviser les autorités, c'est pourquoi les causes de mortalité ne sont pas aisées à déterminer. Si à Madagascar l'endémie palustre est fréquente et grave, en Afrique tropicale on lui a attribué une hégémonie morbide qu'elle n'a pas en lui imputant les méfaits d'autres maladies. Les noirs du continent africain paient surtout un lourd tribut à la pneumonie, à la congestion pulmonaire, à la dysenterie qui paraît plus souvent bacillaire qu'amibienne. Ce sont là les grandes causes de morbidité et de mortalité sur les chantiers et, probablement, dans les villages en dehors des zones où règne souverainement la maladie du sommeil. Contre les pneumoccoccies et dysenteries bacillaires les sérums spécifiques sont souvent impuissants. A Madagascar, dans la zone côtière au climat chaud toute l'année, aussi bien que dans les régions d'altitude au climat tempéré, la pneumonie épidémique est aussi meurtrière qu'en Afrique.

Le recrutement de travailleurs pour les chantiers de chemins de fer, les exploitations agricoles et minières ou de contingents pour l'armée noire provoque presque toujours une épidémie de pneumococcis. Cette ségrégation humaine est une nécessité limitée à des effectifs restreints ; il faudrait se garder d'en faire une règle applicable à toute une population.

Dans les régions où sévit la maladie du sommeil, la transplantation des villages de la zone où beaucoup de glossines sont infectées dans une autre où elles sont plus rares ou exemptes d'infection, est une méthode recommandable, pratiquée de longue date en colonies anglaises, et que j'ai plusieurs fois conseillée. Le danger de mort qui menace toute la population de la région contaminée est, à mon avis, la seule raison qui légitime, pour motif de santé publique, le transfert d'un groupe humain, afin de lui éviter les infections nouvelles et les réinfections. C'est que la trypanosomiase est difficilement curable, que la tsé-tsé pique de jour les individus vaquant à leurs occupations sans possiblité de se protéger, qu'elle est difficile à écarter ou à capturer à l'état ailé. La recherche et la destruction directe des pupes dans l'étendue de la brousse ne doit guère être praticable. Quand le danger est imminent il est, en somme, plus expédient de fuir les glossines que de les attaquer, au moins à titre de mesure temporaire.

Contre le paludisme endémo-épidémique, les déplacements de population seraient rarement utiles ou nécessaires. La fièvre paludéenne est moins grave, souvent spontanément curable et, en tout cas, plus facile à guérir que la maladie du sommeil. L'anophèle qui la propage est un insecte nocturne contre lequel on se protège aisément pendant le sommeil à l'aide d'une moustiquaire. Mais ce qui vaut mieux, c'est de rechercher et d'attaquer ses larves dans les eaux (marais, rizières, etc. qui les hébergent et de prendre contre l'insecte ailé les mesures de défense, de déviation ou de destruction bien connues. L'assèchement et la mise en culture sèche d'un marais est une œuvre définitive, qui supprime la masse des anophèles et laisse à ceux qui survivent la faculté de se montrer strictement zoophiles, tandis que le débroussaillement d'une zone à glossines est une opération à renouveler quand le sous-bois a repoussé.

Qu'on fasse des routes d'accès aux villages, des chemins vicinaux, rien de mieux. Mais grouper obligatoirement les villages indigènes le long des voies ferrées ou des grandes voies automobiles pour que le médecin puisse les visiter plus facilement, n'est pas nécessaire au point de vue de l'assistance médicale ni, sans doute, désirable ni possible au point de vue agricole. Toutes les terres ne sont pas également bonnes pour la culture des plantes alimentaires ou industrielles ; ceux qui les exploitent doivent résider à proximité. Les indigènes seraient peu disposés à abandonner leur lopin de terre à manioc ou à maïs et leur carré de rizière pour se rapprocher du secours médical. Le service d'agriculture s'opposerait probablement avec vigueur à ces migrations, une colonie n'est pas une infirmerie, s'il est souhaitable de pouvoir distribuer des médicaments aux malades, il est *vital* que la population valide puisse assurer sa subsistance dans les meilleures conditions. Le transfert obligatoire d'une population pour raison de santé publique ne peut être qu'une mesure exceptionnelle pour parer à un danger exceptionnel.

C'est par le drainage et la charrue, et non avec la quinine, qu'on peut assainir un district paludéen. Dans des villages de la Mitidja où ils pratiquaient depuis dix ans la quinisation « préventivo-curative », Edm. et Et. Sergent ont vu se déclarer, la onzième année, en 1916, « une épidémie foudroyante de paludisme » parce qu'on y cessa les distributions de quinine. Ce qui prouve brillamment, une fois de plus, qu'il y a mieux à faire que de quininiser à perpétuité.

Par l'assèchement d'un marécage, le blé et

l'orge y remplacent les joncs, les vaches et les moutons y succèdent aux oiseaux aquatiques, l'aisance à la misère ... Ce n'est pas le bien-être qui amène la disparition de la malaria, c'est la disparition de la malaria par l'assainissement du sol qui amène le bien-être ; c'est l'évidence. Considérer le bien-être comme la cause et non comme l'effet, c'est tomber de l'erreur de la quino-prophylaxie dans une erreur économique.

La ségrégation humaine favorise la diffusion des maladies pulmonaires aiguës et de la tuberculose, des fièvres éruptives et des affections intestinales. La peste atteint les villes plus que les campagnes. La ségrégation a plus d'inconvénients que d'avantages, il faut l'éviter quand elle n'est pas indispensable. L'agriculture et l'élevage ces deux grandes sources de vie humaine, réclament la dispersion de ceux qui s'y livrent. Il faut éviter de renouveler aux colonies l'erreur commise dans la métropole et de transformer les agriculteurs indigènes en serfs de l'industrie agglomérés dans des cités-ouvrières.

Depuis plus de trente ans dans nos colonies on a cru faire de l'hygiène en traitant les malades. Or, l'hygiène consiste essentiellement non à restaurer la santé des malades mais à préserver celle des individus bien portants. On a échoué parce qu'on a grignoté là où il fallait faucher. Deux fonctions aussi différentes que celles de thérapeute et d'hygiéniste exigent des personnels différenciés. Pour faire œuvre utile l'hygiéniste colonial doit avoir des connaissances dans toutes les branches de l'économie rurale et en d'autres sciences, dont le médecin n'a que faire. C'est pourquoi dans nos possessions d'outre-mer les prêtres d'Esculape et d'Hygie ne sauraient confondre leur sacerdoce ; à chacun ses autels.

Prêchant depuis plus de quinze ans dans de nombreuses publications l'importance de la culture et de l'élevage contre les grandes endémies coloniales, je ne puis que désirer que tous ceux qui détiennent le pouvoir se rallient à mon opinion, en vue d'accroître le nombre et le bien-être des indigènes dont nous avons la tutelle.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Fonctionnement du Service de Santé d'une Région en temps de guerre.

Troisième exercice pratique de l'Ecole d'instruction et de perfectionnement du Service de la santé de la région de Paris

15 *mars* 1931

Médecin Colonel Schickelé.

L'accueil sympathique fait à l'exercice dialogué du 18 janvier a encouragé le distingué conférencier à recourir à la même méthode. Mais le sujet à exposer étant très différent de ceux qui concernent le Service de Santé aux armées, il s'est trouvé embarrassé quand il a voulu en régler le développement, avec le concours de camarades tenant un emploi parfaitement défini, auprès de lui.

Il lui a semblé qu'il ne pouvait mieux faire que de mettre en scène un personnage ignorant et incompétent qui, parvenu dans la région dont il voudrait connaître les rouages sanitaires et leur fonctionnement, se ferait renseigner par les représentants qualifiés du Service de Santé de cette région.

Et il avait pensé tout d'abord à faire jouer ce rôle par un Directeur venant du front et prenant des fonctions, toutes nouvelles pour lui. Il y a renoncé : il ne pouvait décemment attribuer cette ignorance et cette incompétence à un officier haut placé dans la hiérarchie du Service de Santé.

Il songea alors à faire intervenir un Parlementaire, chargé de mission, et venu pour se documenter. Mais là encore, le choix n'était pas heureux, puisque ce Parlementaire n'avait aucun lien direct avec le Service de Santé, ni aucune autorité, pour intervenir au besoin.

Quel est donc le personnage, ayant des attaches assez puissantes avec le Service de Santé, en temps de guerre, pour avoir le droit d'être ignorant, de vouloir apprendre, de commenter, et au besoin d'ordonner ?

Ce personnage ne peut être que le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

Il y a deux mois, M. Schickelé s'était, pendant une heure, improvisé médecin général. Aujourd'hui, par une fiction analogue, il se sera encore élevé davantage, puisqu'il jouera le rôle d'un presque Ministre...

Au sixième mois de la guerre, qui tend à se stabiliser, le Sous-Secrétaire d'Etat nouvellement nommé à ces fonctions, vient dans la 4e région se rendre compte de l'organisation et du fonctionnement du Service. Il a amené avec lui le médecin commandant attaché à son cabinet, et se rencontrera avec le médecin général, directeur de la 4e région au Mans, avec le médecin répartiteur, et avec le médecin lieutenant-

colonel, chef du secteur hospitalier d'Alençon venu là pour raisons de service, et qui participera à la conférence.

Et le pseudo Sous-Secrétaire d'Etat questionnant, commentant, opinant, — ses collaborateurs occasionnels répondant, — nous apprenons que, dans les régions importantes, le Directeur est assisté d'un Directeur adjoint ; que la région est divisée en quatre secteurs hospitaliers, dont chacun a pour noyau un Centre hospitalier disposant de filiales.

— Quatre secteurs..... Un par département sans doute ?

— Non, M. le Ministre. Un secteur est un organisme capable de recevoir dans un journée, et de traiter le contenu d'un train sanitaire.

Le Centre hospitalier est divisé en Centres techniques, correspondant aux grandes spécialisations : trois médicales, médecine générale, gazés, contagieux ; trois chirurgicales.

Le médecin chef de chaque Centre technique est en même temps, et respectivement, le médecin consultant, le chirurgien consultant, le spécialiste principal consultant du Secteur.

Les filiales sont les succursales des Centres. Les avantages de ce système ? Un rendement excellent, en raison de la division du travail et de l'utilisation des compétences.

En outre des Centres techniques du Centre hospitalier, il existe des Centres régionaux pour spécialisations plus étroites : phtisiologie, stomatologie, vénéréologie, radiologie... des laboratoires de bactériologie et de chimie : sans préjudice des laboratoires cliniques que possède chaque Centre hospitalier.

Enfin, pour les spécialisations plus rares, la région peut recourir à des Centres interrégionaux : urologie, centres climatiques, stations hydrominérales, hôpitaux sanitaires...

Le Sous-Secrétaire d'Etat se fait dénombrer tous les lits disponibles dans chaque secteur, et dans la région. Et il réclame des détails sur le secteur d'Alençon dont le médecin chef assiste à cette conférence. Celui-ci explique qu'il n'existe pas, dans son secteur, d'hôpital militaire : les installations comprennent les hospices mixtes, les hôpitaux complémentaires, formations régulières du service de santé, en temps de guerre, les hôpitaux auxiliaires, agréés par ce service, et appartenant à la Croix-Rouge ou à des personnes bénévoles, ceux-ci installés dans des usines, des groupes scolaires, des maisons particulières...

— En résumé, dit le Sous-Secréfaire d'Etat, votre organisation est double : dynamique, dans la technique ; statique, dans l'exécution.

Tous les organes sont en liaison les uns avec les autres, médecin chef du secteur, médecin-chef du Centre hospitalier, médecin chef de la place... chaque médecin pouvant cumuler plusieurs fonctions.

Les évacuations se font en provenance du front, de la région elle-même, et des régions voisines. Tous les trains venant du front aboutissent à la gare régulatrice de la région, qui est unique et fonctionne comme station de répartition, sous la direction du médecin répartiteur. Les disponibilités de chaque Centre sont communiquées tous les jours à la station de répartition et la répartition a lieu à l'entrée du réseau ferré de la région.

Les trains sont ensuite acheminés vers les secteurs hospitaliers et leur action est complétée par des voitures sanitaires automobiles, et des voitures hippomobiles...

En dehors des trains qui arrivent en destination de la région, il existe des trains se dirigeant vers d'autres régions, et transitant à travers celle-ci. Chacun de ces trains est l'objet d'une révision sanitaire qui s'effectue dans une station de révision : il y en a trois dans la région : au Mans, à Maintenon et à Laval.

On utiliserait au besoin les voies navigables, pour les évacuations par péniches, et l'aviation sanitaire, à la condition de disposer de terrains d'atterrissage... (dans le voisinage de Chartres, par exemple.)

Nous sommes initiés ensuite aux mystères du ravitaillement en personnel officiers, infirmiers, infirmières ; en matériel, en fournitures de pharmacie... Les magasins régionaux, approvisionnés eux-mêmes par les magasins centraux ; les pharmacies régionales y pourvoient. Au besoin, on procède par achats sur place.

Enfin, on prévoiera les attaques aériennes de l'ennemi, et leurs effets sur la population civile dont il faudra assurer le service sanitaire. Dans ces circonstances, il n'y a plus de militaires, ni de civils, mais indistinctement des victimes de la guerre qui méritent d'être secourues. Les formations sanitaires de la région devront donc être prêtes à les recevoir sans distinction. Il faut, à cet égard, que le Service de Santé se maintienne en liaison étroite avec les autorités civiles responsables.

Pour faire face aux exigences de ce que le Sous-Secrétaire d'Etat présumé appelle des incidents, plus ou moins gros, on songera à la réquisition de tous les médecins, quel que soit leur âge, quelle que soit leur situation.

La conférence est terminée. Le Sous-Secrétaire d'Etat redevient le médecin lieutenant-colonel Schickelé, pour donner la formule qui, dans les cas de conscience embarrassants, permettra d'adopter la conduite et l'attitude qui conviennent, en se plaçant sous le triple signe du Devoir, du Dévouement et du Sacrifice....

Toutes ces notions, fastidieuses et ardues, si elles avaient fait l'objet d'un exposé didactique, ont, sous cette forme dialoguée, si vivante, for-

tement intéressé le nombreux auditoire qui se pressait dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, et que charme toujours l'humour souriante dont M. Schickelé a le secret. Une seule critique : on entend admirablement M. Schickelé, dont la voix porte admirablement jusqu'aux confins de l'Amphi. Ses collaborateurs, — timidité, gêne ? — parlent moins fort, et moins distinctement. On perd une grande partie de ce qu'ils disent. A noter pour une autre fois.

L'exercice pratique avait été précédé d'une courte allocution de M. le médecin général inspecteur Cadiot, le très distingué directeur du Service de Santé de la région de Paris. Il se fit l'écho de l'assistance pour exprimer au conférencier les sentiments d'estime et de confiance qu'il suscite. Et il termina par ces mots : « Il y a deux mois, M. le médecin lieutenant colonel Schickelé s'était improvisé médecin général. Je puis lui donner l'assurance que cette improvisation d'une heure, deviendra un jour réalité. Aujourd'hui, il s'improvise Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé : je ne puis lui donner la même assurance... S'il ne lui fallait pourtant que la sympathie de ses auditeurs, c'est, j'en suis certain, à l'unanimité qu'il serait désigné pour cette haute fonction... »

Un crépitement prolongé d'applaudissements ratifia les paroles de M. le médecin général inspecteur Cadiot : et c'était justice ! ! !

G. DUCHESNE.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Procès-verbal analytique

Première Session de 1931.

Séance du lundi 2 *février* 1931.

Le Conseil Supérieur de l'Assistance publique s'est réuni le lundi 2 février 1931 dans la grande salle du Ministère de l'Intérieur pour tenir sa première session annuelle.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2 sous la présidence de M. Lépine, doyen d'âge des membres présents, assisté de M. Sarraz-Bournet le plus jeune des membres de l'Assemblée.

Conformément à l'ordre du jour, il est procédé immédiatement à l'élection du Bureau à commencer par le Président.

MM. Mauger et Charles Voigt sont désignés comme scrutateurs.

Le dépouillement des bulletins déposés dans l'urne donne les résultats suivants :

Nombre d'électeurs inscrits : 124 ; votants : 71 ; suffrages exprimés : 68 ; majorité absolue : 35.

Ont obtenu : M. Berthélemy : 36 voix ; M. Leredu : 31 voix ; M. Paul Morel : 1 voix ; bulletin nul : 1 ; bulletins blancs : 2.

En conséquence, M. Berthélemy est proclamé président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Avant de lui céder le fauteuil, le Président d'âge fait connaître que le bureau a reçu 5 plis fermés indiqués comme étant des votes par correspondances. Ces plis qui n'ont pas été ouverts seront annexés au procès-verbal ainsi que le bulletin déclaré nul.

M. BERTHÉLEMY propose alors de voter à main levée pour l'élection des vice-présidents et du Secrétaire général.

Sont élus par acclamation : Vice-présidents : MM. Ogier et Paul Morel et secrétaire général : M. Georges Rondel.

M. le PRÉSIDENT remercie l'Assemblée au nom du nouveau Bureau et prononce l'éloge de M. le Docteur Dron le regretté Président ainsi que de deux autres collègues décédés depuis la dernière Session : MM. Muller-Simonis et Ricard, tous deux délégués des Bureaux de Bienfaisance.

M. le PRÉSIDENT expose que le rapport du Directeur de l'hygiène et de l'Assistance sur la situation des services d'assistance pendant l'année 1930 a été distribué. Il demande si quelqu'un a des observations à faire à ce sujet. Aucune observation n'est présentée.

L'ordre du jour appelle la suite donnée aux vœux du Conseil supérieur.

M. OGIER fait ce à sujet une observation qui est retenue par l'Assemblée. En ce qui concerne le statut du personnel hospitalier, le mot : « critiquant » sera remplacé par le mot « concernant ».

Le Conseil passe à l'examen de la liste des nouveaux vœux qui lui ont été soumis. Aucune observation n'est présentée au sujet de ce document qui a été distribué à tous les membres présents.

M. le PRÉSIDENT propose de procéder immédiatement à la réélection des membres de la Section permanente et à l'élection d'un délégué à l'office national des pupilles de la Nation.

M. Constantin est élu délégué à l'office National des pupilles de la Nation en remplacement de M. le Docteur Dron décédé et M. Brizon est désigné pour remplacer à la Section permanente M. Paul Morel qui, en faisant maintenant partie au titre de Vice-Président du Conseil, laisse une place vacante en qualité de délégué des établissements publics d'assistance.

M. Paul MOREL a la parole pour l'exposé de son

rapport sur *la loi des Assurances sociales et sa répercussion au regard des dépenses communales d'assistance.*

Au cours de cet exposé, M. Blaisot, Ministre de la Santé publique fait son entrée dans la salle accompagné de M. Serge Gas, Conseiller d'Etat, Directeur de l'hygiène et de l'Assistance.

M. le Président souhaite la bienvenue au Ministre qui prend place au fauteuil.

M. Blaisot dit qu'il est heureux de pouvoir prendre contact avec le Conseil supérieur dès le début de ses fonctions ministérielles. Il fait l'éloge du Président décédé dont il rappelle les qualités et les services et félicite le nouveau bureau en particulier le Président M. Berthélemy dont on connait la compétence et le long dévouement aux œuvres sociales.

Le Ministre exprime sa satisfaction de voir le Conseil étudier avec la sagesse qui le caractérise l'important problème de la mise en œuvre des Assurances sociales. Il déclare compter sur ses avis éclairés pour orienter l'administration et ajoute qu'il ne manquera pas de se faire l'interprète du Conseil pour défendre ses points de vue dans l'examen de questions comportant une commission interministérielle.

M. le Ministre termine en disant qu'il tient à apporter un témoignage de l'intérêt qu'il porte aux travaux du Conseil en assistant à une partie des délibérations et demande à M. Paul Morel de vouloir bien continuer son exposé.

A la suite de l'exposé du rapporteur une discussion générale est ouverte à laquelle prennent part MM. Ogier, Mauger et Sarraz-Bournet.

Comme conclusion de la discussion le texte suivant est proposé :

« Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, saisi du rapport de M. Paul Morel, relatif aux répercussions de la loi du 30 avril 1930 sur les dépenses communales ;

Considérant qu'il résulte de ce rapport que des instructions adressées aux Préfets sur l'application des lois d'assistance aux assurés sociaux sont en contradiction tant avec les principes posés par la loi sur les assurances sociales, qu'avec les Lois et Règlements sur l'assistance médicale gratuite et l'hospitalisation,

Emet le vœu :

Que le Bureau du Conseil supérieur, au nom de cette Assemblée, demande au Ministre de la Santé Publique d'intervenir auprès de son Collègue du Travail pour procéder à une nouvelle étude des rapports des lois d'assistance et de la loi sur les assurances sociales, et, le cas échéant, à une nouvelle règlementation de la matière. »

La Section, après en avoir délibéré, décide d'adopter ledit texte légèrement modifié et complété dont le libellé donné ci-après sera soumis à la Section Permanente pour rédaction définitive.

« Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, saisi du rapport de M. Paul Morel, relatif aux répercussions de la loi du 30 avril 1930 sur les dépenses communales ;

Considérant qu'il résulte de ce rapport que des instructions adressées aux Préfets par le Ministre du Travail sur l'application des lois d'assistance aux assurés sociaux semblent en contradiction tant avec les principes posés par la loi sur les assurances sociales qu'avec les Lois et les Règlements sur l'assistance médicale gratuite et l'hospitalisation ;

Regrettant que ces instructions aient été notifiées sans avoir été contresignées par le Ministre de la Santé publique ;

Emet le vœu :

Que le Bureau du Conseil supérieur, au nom de cette Assemblée, demande au Ministre de la Santé Publique d'intervenir auprès de son Collègue du Travail pour procéder à une nouvelle étude des rapports des lois d'assistance et de la loi sur les assurances sociales, et, le cas échéant, la modification des textes régissant la matière. »

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président déclare la séance levée et la session close.

***

Nous donnons ci-après les vœux qui peuvent intéresser le corps médical.

Commission départementale de l'assistance publique et de la bienfaisance privée de la Côte-d'Or.

« Que les cliniques privées, reconnues d'utilité publique et reconnues également comme hôpitaux de rattachement (assistance médicale gratuite) soient traitées sur le même pied que les hôpitaux, aussi bien au point de vue fiscal (impôts de toute nature) qu'à celui des dons et legs, attendu que ces établissements emploient tous leurs bénéfices à des buts d'assistance, sous le contrôle de l'Administration. » (Dossier 1381.)

Sera examiné par la Section Permanente.

Commission d'assistance médico-chirurgicale et de protection aux blessés de la route du Touring Club de France.

Envisager les mesures propres à obtenir l'admission des blessés de la route dans les hôpitaux civils municipaux ou départementaux.

« Les Administrateurs de ces hôpitaux estiment trop souvent que l'admission des blessés ou malades doit être réservée aux ressortissants, des communes ou des départements. En droit cette conception paraît légitime. En fait, il n'en est pas de même. En effet, la plupart des établissements hospitaliers reçoivent des subventions de l'Etat ; donc, toute victime d'un accident grave devrait pouvoir être admise et soignée sans distinction possible, dans tout hôpital du territoire. Et je ne parle pas de la question humanitaire, qui devrait aussi être prise en considération. » (Dossier 1426.)

A été adressé à M. le Ministre de la Guerre en ce qui concerne l'admission d'urgence des bles-

sés de la route dans les hôpitaux militaires. Sera examiné par la 3e Section.

Bourse du travail de Saint-Etienne (Loire.)

« Considérant que la clientèle des hospices civils est composée exclusivement de travailleurs vieillards, infirmes, malades, etc., etc. ;

« Que les Administrateurs des hospices nommés par des Comités électoraux ont quelque peine à défendre à la fois les intérêts des hospices et ceux des pensionnaires temporaires ou autres de ces établissements.

« Invite les pouvoirs publics à envisager la création d'une Commission extra-municipale, composée de délégués qualifiés des organisations syndicales et des organisations philanthropiques, ayant un droit de regard sur ces établissements charitables qui sont la propriété commune de tous les citoyens, et non des partis politiques » (Dossier 1428.)

Sera soumis à l'examen de la Section Permanente.

Commission départementale d'assistance et de bienfaisance privée du Puy-de-Dôme.

« Que soient prises toutes mesures propres à limiter le prix de revient des hôpitaux, sans nuire au bien-être et aux soins nécessaires aux hospitalisés, et que la participation légale aux dépenses d'assistance médicale gratuite soit réduite pour les communes pauvres. » (Dossier 1429.)

Ce vœu vise la modification des barêmes, dont l'étude est très avancée, ainsi que cela a été exposé au début du présent compte-rendu.

Réflexions

La session a été très brève ; un jour seulement, à cause de l'absence de présidence, pour l'organisation de ladite session.

Le rapport de M. Paul Morel montre qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance aux circulaires, ou arrêtés ministériels. Les ministres sont dans une position assez instable et le ministre d'aujourd'hui rapporte ce qu'avait décidé le ministre d'hier et que pourra rétablir le ministre de demain.

De plus, mal renseigné par des personnes parfois peu compétentes, le ministre peut violer ou tourner la loi, par un décret portant règlement d'administraton publique.

Aussi le conseil supérieur de l'Assistance publique a-t-il réclamé d'être considéré comme le conseiller technique du Ministre, en ce qui concerne les questions d'assistance et de bienfaisance.

Quant aux vœux qui ont été déposés, ils seront discutés en sections. Malheureusement, la section permanente ne renferme pas, parmi ses membres, de médecins en rapport direct avec les organisations professionnelles médicales pour que celles-ci puissent être consultées le cas échéant et faire entendre leurs avis autorisés. Les administrateurs des hôpitaux, des œuvres de bienfaisance publique et privée sont en grand nombre ; mais on oublie trop que le corps médical doit être collaborateur, et non pas être placé dans un rang subalterne d'employé.

Aussi, étudions, de notre côté, toutes ces questions médico-administratives, pour qu'en dehors de la section permanente, nous puissions faire bonne figure à la section des hôpitaux et de l'assistance, qui malheureusement ne se réunit pas souvent.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉ

Pasteur et l'Italie

Le *Concours Médical* a reproduit dans son numéro du 2 novembre 1930 un résumé de l'article publié par notre Consul général à Trieste, M. R. Dollot, sur le « Souvenir de Pasteur à Villa Vicentina » (« Figaro » des 15, 16 et 17 juillet 1930) L'auteur y suggérait l'apposition d'une plaque commémorative sur la maison qu'habita notre illustre compatriote lorsqu'il poursuivait en Frioul ses célèbres études sur la maladie des vers à soie.

La suggestion du représentant de la France a été relevée par la Société Adriatique des Sciences naturelles et bientôt une inscription rappellera le séjour de Pasteur dans la villa que fit construire Elisa Baciocchi. M. Dollot a cru devoir à cette occasion évoquer l'ensemble des relations de Pasteur avec l'Italie. Il nous a paru que son étude pouvait n'être pas sans intérêt pour nos lecteurs. Elle vient du reste pour nous à son heure. N'avons nous pas applaudi ici, il y a quelques semaines, la superbe manifestation médicale franco-italienne du dernier banquet de l'*Union médicale latine*, l'UMFIA, qui fut présidé, rappelons-le, par S. E. l'Ambassadeur d'Italie ? Tous les actes, qui peuvent resserrer les liens d'amitié entre les peuples latins ne doivent-ils pas être accueillis par nous avec le même enthousiasme ?

Aussi félicitons-nous et remercions-nous le distingué représentant de la France à Trieste d'avoir bien voulu nous envoyer la très intéressante communication suivante. J. N.

***

Avec aucun pays étranger, surtout si par une anticipation de quarante-huit ans, nous annexons la Vénétie-Julienne à la Péninsule, Pasteur, n'a eu de relations plus amicales et plus suivies qu'avec l'Italie.

Dès sa jeunesse, elle avait conquis son imagination. A dix-huit ans, en 1840, jeune bachelier, maître répétiteur au Lycée de Besançon, il s'enthousiasme à la lecture des « Mie Prigioni » comme tant d'autres français du XIXe et des plus illustres — qui ne se souvient de Châteaubriand à à Venise en 1833 cherchant à recueillir les souvenirs de Zanze — et recommande à ses sœurs le livre du prisonnier du Spielberg, « cet ouvrage intéressant où l'on respire à chaque page un parfum religieux qui élève et ennoblit l'âme. » Bientôt il leur offrira un roman français, « Picciola » de Saintine, écho gracieux mais un peu mièvre de « Mes Prisons », histoire d'une conspiration sous Napoléon où les lecteurs de Silvio Pellico revivraient les émotions qu'ils avaient éprouvées au récit des souffrances du patriote italien.

L'Italie même, il ne la connaitra que beaucoup plus tard, mais il s'en est manqué de peu qu'il ne visitât les nouvelles provinces qu'elle acquerra en 1918, dès 1852. Il est alors dans la fièvre de ses premières recherches cristallographiques sur le tartrate et le paratartrate et a besoin d'un acide qui s'appelle l'acide racémique. On le signale dans des tartres utilisés par un fabricant saxon qui d'après le chimiste allemand Mischerlich viendraient de Trieste. « J'irai jusqu'à « Trieste, disait Pasteur, dans sa ferveur, j'irai « jusqu'au bout du monde. Il faut que je découvre les sources de l'acide racémique, que je « suive les tartres jusqu'à leur origine. » Il les suivit, mais ils le conduisirent en Saxe, en Autriche et en Bohème. Pasteur ne viendra alors ni àTrieste, ni à Venise qu'il eût souhaité de visiter. L'acide racémique lui livrera ses secrets sans qu'il lui soit nécessaire de venir examiner les tartres de ces deux villes.

Ce que le tartre n'a pas réussi à faire au mois de septembre 1852, la maladie des vers à soie l'obtiendra en 1869. Le 25 novembre, Pasteur arrivera à Villa Vicentina pour y poursuivre dans le beau domaine qu'avait acquis la sœur de Napoléon, Elisa Baciocchi, au lendemain de son exil, ses célèbres travaux sur la maladie des vers à soie. Il y restera sept mois, jusqu'au 5 juillet 1870, y affirmant par ses expériences le triomphe de sa méthode et restituant à l'industrie séricicole du Frioul sa prospérité.

Le hasard lui donna pour voisin à Scodavacca pendant ce séjour le chimiste triestin Luigi Chiozza, autrichien de nationalité, italien de cœur, de sympathies françaises, disciple de Charles Gerhardt dont il avait suivi les leçons rue Monsieur-le-Prince et avec lequel il devait demeurer en relations. (1) Pénétré des doctrines de Pasteur, il appliquait ses méthodes de grainage pour les vers à soie dans ses terres du Frioul et ne cessa jamais de lui prodiguer les témoignages de la plus déférente admiration. (2) C'est Chiozza qui, lorsqu'en France les horreurs de la guerre civile furent venues s'ajouter aux deuils de la guerre étrangère, songea à lui faire proposer par le gouvernement italien la direction d'un laboratoire de sériciculture à Milan ; c'est à son instigation que le député de Pise, Toscanelli, suggéra de lui offrir aux bords de l'Arno une chaire de chimie dans ses applications à l'agriculture. « Pise, écri- « vait Chiozza, est une ville tranquille, une espèce « de quartier latin isolé au milieu de la campagne « où les professeurs et les étudiants forment une « partie importante de la population. Je crois que « vous y seriez reçu avec la plus grande cordialité « et des égards tout-à-fait exceptionnels. » On sait que le patriotisme de Pasteur lui interdit d'accepter la proposition qui lui a été faite et qu'il ne voulut pas s'éloigner de son pays dans l'épreuve.

La correspondance qu'il échangea avec Chiozza eut ajouté une page très noble à l'histoire des relations intellectuelles franco-italiennes. Elle a malheureusement disparu. On voudrait espérer qu'elle n'a pas été détruite au cours de la dernière guerre et qu'un heureux hasard nous la restituera quelque jour.

Au moment même où Chiozza cherchait à l'attirer en Italie, le Bulletin de la Société des Agriculteurs de Goritz publiait sous la signature de Teodoro Accalito, dix pages intitulées : « Bréviaire des principales doctrines proposées par Pasteur dans sa nouvelle œuvre concernant les plus importantes maladies des vers à soie. » Et le Congrès international de Sériciculture réuni à Goritz les 28 et 29 novembre 1870 lui votait à son tour — on peut le penser, à l'instigation du maire de Scodavacca qui y assistait — une adresse bien touchante si l'on songe à la date où elle était rédigée. Il semble malheureusement qu'elle ne lui soit point parvenue et le texte en est perdu.

Pasteur ne retournera pas en Vénétie, mais au mois de septembre 1876, délégué de la France au Congrès international de Sériciculture de Milan, il visitera dans la Brianza un établissement mo-

(1) Les noms de Chiozza et de Gerhardt se trouvent heureusement associés dans l'inscription, dictée par Silvio Benco, qui a été apposée sur la maison natale du premier à Trieste.

(2) Ne serait-ce pas à lui que s'appliquerait cette phrase de Pasteur dans une lettre du début de 1869 : « Je suis dépouillé en outre par un établissement bien « intéressant qui vient de se fonder en Autriche, une « grande magnanerie expérimentale sur un beau do- « maine en Illyrie. Le directeur, qui me dit être con- « vaincu de l'excellence de la méthode, me demande « deux onces de graine. » (VALLÉRY-RADOT, Pasteur, p. 238.)

dèle appartenant au piémontais Susani et qui portait son nom. Exaltant les luttes pacifiques de la science dans un toast prononcé au banquet de clôture du Congrès, il s'exprimait ainsi : «Vous «Italiens, travaillez à multiplier sur le sol de votre « belle et glorieuse patrie les Secchi, les Brioschi, « les Tacchini, les Sella, les Cornalia. »

Dix ans plus tard, en décembre 1886, Pasteur viendra demander une seconde fois au ciel d'Italie le rétablissement de sa santé. (1) Raphaël Bischoffheim avait mis à sa disposition la villa qu'il possédait à Bordighera et qui avait déjà accueilli la reine Marguerite de Savoie, Sainte-Claire-Deville, Léon Say et Gambetta. « Avec son cam« panile ajouré, ses balustres de marbre blanc, « son jardin plein d'orangers, sa profusion de « boutons de roses et de camélias qui n'atten«daient que le mois de janvier pour fleurir... elle «lui donna la notion de ce que peut-être le repos « dans ce climat si doux, enveloppé d'une atmos« phère si pure. » (2) Pourtant cette villégiature n'aura pas la douceur des mois passés en Frioul. L'esprit de Pasteur tout absorbé par les controverses que suscitaient les premières vaccinations contre la rage, ne trouvera pas l'apaisement. Son séjour sera d'ailleurs interrompu tragiquement le 23 février 1887 par un tremblement de terre demeuré fameux. Avec sa famille, en voiture, il quittera précipitamment Bordighera pour gagner Vintimille.

Pasteur ne devait plus revoir la Méditerranée et la chronique est close de ses rapports avec l'Italie. Il nous a paru qu'au lendemain du jour où Bordighera voulant rappeler le souvenir du séjour de Pasteur à la villa Bischoffheim vient d'inaugurer une avenue qui porte son nom, à la veille de celui où la Société Adriatique des Sciences naturelles dans un sentiment de vénération qui l'honore, s'apprêtait à inaugurer la plaque commémorative du séjour de l'illustre savant à Villa Vicentina, certains enseignements qu'il ne nous appartient pas de dégager, ressortiraient utilement de l'évocation de ces souvenirs.

R. DOLLOT.
Consul général de France à Trieste

(1) Je rappelle ici pour mémoire la controverse de Pasteur avec les professeurs de l'école vétérinaire de Turin, dont les expériences de vaccination charbonneuse avaient échoué par suite d'une erreur de méthode. (1882).

(2) VALLÉRY-RADOT, *l. c.*, p. 644. — « Elle fut ensuite « acquise par la reine Marguerite d'Italie et elle est « aujourd'hui une maison de repos et de retraite pour « les veuves des soldats italiens tombés pendant la « grande guerre. » (*Illustration*, 7 février 1931, p. XVI)

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXII. — Edouard NIGNON. **Les plaisirs de la table.** — Un vol. 19 × 24 sous couverture illustrée noir, rouge et or ; orné de dessins en sépia de P. F. Grignon. Deuxième édition revue et *augmentée*, tirée à 2105 ex. numérotés sur vergé. Editions Lapina. Paris. 1930.

Robert de Flers avait écrit une préface pour ce savoureux Formulaire de la gourmandise, où sous forme nouvelle l'auteur a dévoilé maints délicieux secrets et recettes de bonne cuisine, transcrit les précieux avis de gourmets fameux et de fins gastronomes, conseillers aimables et sûrs en l'art du bien-manger. Il est dédié au grand Carême et contient de ci, de là en souvenir des redoutables appétits du temps des dosages pour banquets pantagruéliques. Nous avons aujourd'hui plus moyenne panse mais l'amour des friandises culinaires n'est pas éteint puisque la première édition du livre a fondu comme crême onctueuse au palais. La technique des diverses préparations (hors-d'œuvres, sauces, entrées, rôtis, œufs, légumes, entremets,,, etc ...) est exposée par un brillant spécialiste (qui dirigeait il y a quelques années le restaurant L ... à Paris, après avoir été chef de cuisines royales), avec une précision de formules magistrales. C'est bien à dessein que j'ai écrit tout à l'heure «formulaire » étant entendu cependant qu'au lieu de prendre médecine nous nous livrons à une étude agréable mais qui exige quelque recueillement. Toute l'exquise urbanité des grands traiteurs de jadis n'est-elle pas dans la politesse de ce conseil que l'on devine chuchoté pour ne pas troubler quelque religieux mystère :

> « Surtout, de grâce, ne faites pas bouillir, frémir seulement ; tenez-les dans ce bain de vapeur trente-cinq minutes..... »

Il s'agit de cailles mijotant et le fumet du régal monte en lentes spirales vers votre mémoire ! Il en est ainsi trois cent quarante pages durant.

Le livre édité par Lapina n'a rien de commun avec les encyclopédies de Tante Machin, à la Guimauve et sur papier journal. C'est un livre de luxe, bien imprimé, égayé de silhouettes de marmites pansues, de broches, de lettrines, de culs-de-lampe de circonstance, des armoiries de toutes les corporations des pourvoyeurs de « gueule » : poissonniers, sauciers, pâtissiers, charcutiers, rôtisseurs, tameliers, regrattiers, etc ... Je me suis laissé entraîner à vous parler longuement de littérature bien matérielle. Elle avait paradoxalement sur l'autre le privilège de n'être pas indigeste et j'ai bien une excuse puisque Chrysale disait déjà qu'il vivait je crois, de bonne soupe et non de beau langage.

CCLXIII. — Henry Bordeaux, de l'Académie française. **Murder-Party ou Celle qui n'était pas invitée.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. Plon Paris. 1931. 15 francs.

Que Monsieur Bordeaux se rassure ! Quand je parlais de littérature indigeste, je ne visais pas le front de ma chronique. Au lycée nous discutions déjà (! !) avec autant d'incompétence que d'enthousiasme des sanctions à appliquer en bataille rangée aux« sportifs »qui n'avaient par le loisir de goûter la préface de la « Peur de vivre ». Si j'ai passé l'âge de distribuer des coups de patte, je n'ai pas changé d'avis et cette empreinte lointaine des souvenirs me fait au contraire prendre à chacune des œuvres nouvelles de Monsieur Bordeaux un intérêt renouvelé. Je m'excuse de faire intervenir ce facteur subjectif dans la pré sentation d'une œuvre qui, même jugée à froid, a de dramatiques puissances de nous émouvoir.

L'histoire, douloureuse, est une paraphrase profonde des éclipses de la joie, des surprises du destin. Et sous le récit qui tient en haleine notre attention c'est ce trouble éveil de notre inquiétude qui donne au livre son autorité. Les motifs ingénieusement enchevêtrés de la mort de l'héroïne, la fatalité du drame familial qui l'accompagne ne sont qu'une indirecte démonstration de ce thème fondamental : autour de nos fêtes, de nos espoirs, de nos rires rôde la vigilante cruauté des rançons. Mais il y a tant de clarté dans l'exposition de l'œuvre que ce n'est qu'après l'avoir terminée que nous parvient insidieusement cet écho de désespérance, dont nous n'avons pas perçu nettement le son originel au cours du livre, pendant cette importante partie du roman où nous n'apercevons que le brillant des mœurs contemporaines, cosmopolites, concrétisées par un jeu américain stupide et très à la mode comme le veulent son origine et le snobisme.

CCLXIV. — R. Telin. **Apparences et Paradoxes** Un vol. 14 × 17 tiré à 512 ex. numérotés sur vergé à la forme. Ed. du Lys Rouge. Paris.

Telin qui fut journaliste a groupé sous un titre exact d'amusants souvenirs de littérature, de journalisme, de théâtre et d'attachantes anecdotes sur Pierre Louys, les Pitoëff etc ... Cette guirlande est nouée de maximes, de petits aperçus philosophiques sur des sujets fort divers. La densité des idées et l'agrément de leur présentation donnent à ce petit livre le charme particulier des élégants divertissements littéraires où la verdeur des exposés alterne avec une amusante érudition, indulgemment désabusée.

CCLXV. — Y. Périer. — **Conseils aux bibliophiles.** Un vol. 14 × 19. Editions Hazan, Paris, 1930.

Jean Galtier-Boissière a préfacé la plaquette. Il l'a fait avec son habituelle désinvolture, séparant sans souci de la direction du vent le grain et la poussière..... Tant pis pour ceux qui sont sous le van ! Quand il les a suffisamment sucrés, ils sont repris par sa collaboratrice et soumis alors à un vigoureux passage à tabac. Souffrent surtout les éditeurs malhonnêtes et les faux bibliophiles : les bibliophiles d'occasion ! Pour les autres, la grâce naturelle de l'écrivain a réservé de sages conseils qui arrivent comme baume sur plaie sur leurs désillusions.

CCLXVI. — M. Israel. — **Jules Romains, Sa vie, Son œuvre.** Un vol. 12 × 19. Collection « Les Documentaires ». Ed. Kra, Paris, 1931, 15 fr.

J'en étais encore, Dieu me pardonne, à considérer Knock comme une basse vengeance de l'inventeur méconnu de la vision paroptique ! J'ai appris que Knock fait partie d'un vaste dessein littéraire dont Mad. Israël nous montre la réalisation. Je dois avouer que j'ai été entraîné par la démonstration du disciple. Mais si j'ai été convaincu de l'*unité* de l'œuvre « romainsienne » je reste encore sceptique sur la portée de cette œuvre, et plus encore sur la solidité du système philosophique qui est censé la soutenir et qui est baptisé du nom somptueux d' « unanimisme » ! Je ne crois pas plus qu'avant à l'unité, à l'identité, à la cohésion *spirituelle* qu'implique l'unanimisme. C'est une erreur (peu excusable de la part d'un homme sérieux) de transposer aux phénomènes psychologiques les postulats de b ologie élémentaire, vrais dans le domaine pour lesquels, ils furent formulés. Il y a des mystiques plus émouvantes, humaines ou divines qui ont buté sur cet écueil ! Le navire de Monsieur Romains ne saurait mieux faire. Ces considérations générales sont d'ordre bien différent des conclusions de Madeleine Israël, qui signe une œuvre d'étude parfaitement ordonnée et où la chaleur des convictions entraîne simplement parfois celle du discours : l'incendiaire *Dieu des Corps* parle alors par sa bouche. S'il me fallait fortifier mon idée, je vous rappellerais que Duhamel a quitté la petite phalange de l'unanimisme et que ses *Scènes de la Vie Future* sont une âpre critique de la vie grégaire que Romains met à la base de son Ethique.

La vibrante monographie de Madeleine Israël glisse un peu plus sommairement sur le théâtre de son maître. Elle néglige ainsi de nous donner le plaisir d'apprendre que Knock était..... dans Montaigne et exerça dans les Pyrénées. Je me doutais bien que Monsieur Romains n'avait rien inventé ! ! !

CCLXVII. — R. H. Mottram. — **La ferme espagnole**, traduit de l'anglais par Miriam Don-Desportes. Préface de René Lalou. Roman. Un vol. 12 × 19 . Editions Stock, 1930, Paris, 15 fr.

Le roman *anglais* dont on nous donne la tra-

duction est bien imprégné des qualités nationales : absence de fougue, conscience et exactitude des descriptions. Conventionnelle raideur de l'intrigue. La Ferme Espagnole est une ferme de l'arrière-front pendant la guerre. Les « relèves » passaient. Il arriva ce qui devait arriver. La propriétaire « couche » (le mot n'est pas dans le livre, mais elle « couche » tout de même !) avec un lieutenant anglais après des péripéties destinées à démontrer qu'elle avait déjà pratiqué le *french cancan*. A l'arrière plan, passe la figure épisodique et patibulaire de son premier amant *français* qui accepte indirectement des subsides d'origine anglaise..... *Very shoking* ! ! ! Il meurt d'ailleurs peu après, puni probablement par la justice immanente qui veille sur la pudibonde Angleterre et sur ses fils. Sous couleur de montrer l'émouvante dysharmonie du couple franco-anglais de la ferme espagnole nous pensons que l'auteur a surtout eu l'intention mal récompensée de travailler au resserrement de l'Entente Cordiale relâchée.

CCLXVIII. — ARLAUD. — **Vingt études de nu en plein air.** Préface de Saint-Pol-Roux. Un album 27 × 45. Editions Horos, Paris.

Arlaud se repose de ses travaux de géographie artistique en publiant d'autres clichés où sa science du contre-jour et sa connaissance des lignes drapent de pureté les chastes attitudes des corps féminins. Quand il aura débarrassé quelques-uns de ses modèles de gestes manquant de conviction, il n'y aura plus qu'à signaler sans bougonner la maîtrise de son talent graphique.

Varia. — **Le Crapouillot**, de février outre un panorama illustré du Salon des Indépendants, donne ses commentaires mensuels et acides de l'activité littéraire, une émouvante nouvelle de Llona, les chroniques habituelles de Paul Fuchs, André Rousseaux, Gus Bofa et un amusant extrait d'inédit de Léopold Chauveau (ne pas confondre avec le pére putatif des bienheureuses Assurances sociales. Ici c'est Léopold !) La « Bourse du Livre » se tient mieux que la vraie et l'ensemble de la livraison reflète comme toujours les méandres capricieux d'une bien vivante originalité.

**L'Archer* de février avec plus de gravité donne une nouvelle de Gil Robin, une étude sur le théâtre de Beaumarchais, sur le mysticisme de Tagore, et les Flèches du carquois bien rempli. Campagnou pousse à la roue avec vigueur.

*Sous le pseudonyme du Dr Ursus un érudit provençal donne un tirage à part de l'intéressante étude qu'il fit paraître en juillet 1930 au *Lyon pharmaceutique* sur les : *Miasmes Levains....., Microbesau XVIIIe siècle.*

**Æsculape* (février 1930) s'occupe de savoir si Socrate but bien sa ciguë, si Gilles de Rais se livra à la sorcellerie et à la magie. La documentation iconographique est bien adaptée et toujours reproduite avec le même soin.

Au centre du numéro, une savante description archéologique de mascarons grotesques de Tulle par notre érudit confrère Mayzerie.

**Le Libertin de Delft* cette étonnante autobiographie (d'un « vérolé ») dont je vous avais signalé cet été l'étrange prosodie vient de sortir des presses du *Trianon* : 11, rue de Cluny, Paris, 5e.

18 février 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre des Variétés

Reprise du « Roi »

Comédie de MM. CAILLAVET, Robert DE FLERS et Emmanuel ARÈNE

J'avoue très humblement ne pas avoir vu *Le Roi* avec l'interprétation du début en 1908, il m'est donc difficile de comparer ainsi que l'ont fait beaucoup de mes collègues de la Presse Parisienne les deux présentations de cette pièce, celle de la création et celle de la reprise que M. Max Maurey, l'éminent Directeur des Variétés vient de nous donner ces jours-ci. Je sais toutefois que pour des comédies de ce genre, qui sont des études satriques d'un certain milieu, en l'espèce le milieu politique, il y a deux façons très nettes d'agir sur le public, ou bien en s'attachant dans un jeu sobre, mesuré et malicieux à en souligner l'esprit critique, ou bien dans un jeu fantaisiste, par d'amusantes compositions, à faire de la pièce une farce souriante et légère, reléguant au second plan toute préoccupation corrosive

Il était bien dans les traditions de la maison de choisir cette seconde voie : le théâtre très Parisien des Variétés possède une formule séduisante qui depuis longtemps assure son succès : des artistes supérieurs au jeu bien personnel, gardiens jaloux de la force vitale des œuvres qu'ls interprètent et de l'agrément qu'elles procurent ; c'est donc sur le terrain de la saveur comique que je vais rester, négligeant la peinture de mœurs qui à mon avis a beaucoup vieilli

car en 1931 nous ne sommes plus sur le même plan qu'à l'époque où la République recevait si souvent des têtes couronnées, où les députés même socialistes pouvaient sans trop de danger flirter avec leurs adversaires politiques et où le temps précieux des ministres et surtout du Président du Conseil était si peu compté qu'Ils le perdaient volontiers dans de fréquentes réceptions mondaines ou demi-mondaines.

Au premier acte nous sommes chez le député socialiste *demi-mondain* Bourdier, qui possède une grosse fortune, il vient d'épouser une petite ouvrière connue autrefois sous le nom de Youyou et qui est restée gavroche ; Youyou respecte d'autant plus la fidélité conjugale qu'elle n'a pas encore rencontré le Prince Charmant. Bourdier qui a une fille d'un premier lit, exquise et ravissante créature, voudrait la marier au fils de son adversaire politique du château voisin, le marquis de Chamarande, mais, avec un dédain souriant et une certaine noblesse, ce dernier refuse son consentement ; pour se venger, Bourdier prend au marquis sa maîtresse : Thérèse Marnix, une célèbre actrice.

Au second acte Bourdier a installé Thérèse à Paris dans un superbe hôtel où il reçoit ses amis et collègues ministres, on ne parle que de l'arrivée récente du Roi de Cerdagne qui jadis a connu Thérèse et justement Bourdier s'absentant, le Roi se fait annoncer par son policier intime, un type amusant et rusé du nom de Blond qui s'introduit chez l'actrice sous le déguisement d'un garçon coiffeur et lui fait part des intentions du Roi. Quelques instants après le Roi arrive effectivement, se montre empressé auprès de Thérèse, s'enferme avec elle et Bourdier revenant précipitamment ne peut que constater son infortune. La mégalomanie du député fait taire en lui le désir de vengeance et Thérèse qui connaît fort bien son sujet fait promettre par le roi à Bourdier qu'il ira chasser chez lui.

Au troisième acte a lieu dans le château de Bourdier la réception en l'honneur du Roi. La soirée terminée chacun se retire mais le Roi revenant dans le hall fumer une cigarette se trouve en présence de Mme Bourdier ; séduit par le charme de la jeune femme, il s'enferme avec elle dans le boudoir où Bourdier ne pourra que constater une seconde fois son infortune ; son courroux ne se calme encore que par l'intervention du Président du Conseil qui offre à Bourdier un portefeuille et profite de l'occasion pour faire signer au Roi un excellent traité de commerce avec la France.

Sur ce thème qui était évidemment plus d'actualité jadis que maintenant, MM. Gaston de Caillavet, Robert de Flers et Emmanuel Arene ont bâti une pièce que l'on pourrait presque dire classique ; l'intrigue est savamment amenée, variée, amusante d'un bout à l'autre et toutes les scènes sont parfaitement traitées. Je citerai particulièrement l'arrivée du Roi chez Thérèse Marnix, leur dialogue courtois et réservé au début et qui passe bientôt du sentimental au libertin, la réception du Roi où certains jeux de scène sont un peu exagérés cependant ; ne voyons-nous pas à l'annonce successive des invités, hommes politiques, fonctionnaires de l'armée, de la magistrature et des cultes, Bourdier pousser un peu trop violemment vers le buffet un bon garçon qui préside son comité électoral ? une autre scène charmante est bien le souper en tête à tête de Jean de Cerdagne et de Youyou ; dans cette scène encore que Bourdier interrompt d'une si drôle de façon, le ton est badin et léger sans jamais tomber dans la banalité ; encore moins dans la vulgarité.

On sait par le succès de Topaze les qualités de la troupe actuelle et ce que l'on peut attendre d'elle, il ne pouvait y avoir de surprise du côté de M. Lefaur étonnant de vérité dans le rôle du roi de Cerdagne et de Mme Jeanne Provost parfaite Thérèse Marnix, mais on était en droit de se demander quelle composition Mme Marie Dubas allait faire de Youyou et M. Boucot du policier Blond, ces deux acteurs étant transfuges du Music-Hall.

Personnellement, j'ai trouvé qu'ils étaient tout à fait à leur place et en cela je suis d'un avis opposé à plusieurs de mes collègues de la critique; ces deux rôles sont à peu près les seuls où la fantaisie puisse se donner le plus facilement libre cours ; rien de plus naturel que M. Max Maurey directeur avisé ait choisi pour les tenir les deux artistes parisiens qui à l'heure actuelle sont les plus grands spécialistes du genre. Encore une fois *Le Roi*, en ce fait que les fondations mêmes de la pièce sont de plus en plus irréelles, arrive à friser le domaine du merveilleux ; les déguisements fort bien réussis de M. Boucot, sa verve comique truculente, l'extraordinaire originalité de Marie Dubas, gavroche et délurée comme il convient, sont tout à fait de circonstance. M. Pauley lui-même, avec sa rondeur simple un peu crédule, n'a-t-il pas sacrifié lui-même autant qu'eux à la fantaisie dans le rôle de Bourdier ? Et M. Marcel Vallée dans le rôle du Marquis de Chamarande, Mlle Simone Héliard dans celui de la fille du marquis ne sont-ils pas conformes aux originales estampes de cette époque déjà lointaine ?

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE. Vacances de Pâques.) — *Cours de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 30 mars au samedi 11 avril, sous la direction de M. LACOMME, accoucheur des hôpitaux et de M. DIGONNET, chef de clinique, avec la collaboration de MM. DESNOYERS, RAVINA, accoucheurs des hôpitaux, de MM. POWILEWICZ, SEGUY, SUREAU, anciens chefs de clinique ; Mlle BACH, chef de clinique ; FRANÇOIS, chef de clinique adjoint, ; M. LAENNEC, aide de clinique à la Maternité ; M. MAYER, interne des hôpitaux.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 30 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. MAYER : Examen de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — 14 h. 1/2, M. LAENNEC : Diagnostic des présentations.

Mardi 31 mars, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. LAENNEC : Examen de femmes enceintes. — 11 heures à midi : M. DIGONNET : Complications de la délivrance. — 14 h. 1/2, M. DIGONNET : Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.).

Mercredi 1er avril, 9 h. 1/2 à 11 heures : M. DIGONNET : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Présentations de malades. — 14 h. 1/2, M. RAVINA : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Forceps dans les variétés obliques antérieures.

Jeudi 2 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. LACOMME : Visite au pavillon Tarnier. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Discussions d'observations. — 14 h. 1/2, M. DESNOYERS : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

Vendredi 3 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. SEGUY : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. DESNOYERS: Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 4 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Visites dans les suites de couches.— 11 heures à midi, M. SEGUY : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Visite du musée. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Extraction de siège.

Lundi 6 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, Mlle BACH : Albuminurie et éclampsie. — 14 h. 1/2, M. LAENNEC : Version par manœuvres internes.

Mardi 7 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mlle BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 14 h. 1/2, M. SUREAU : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

Mercredi 8 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Présentations de malades. — 14 h. 1/2, M. SEGUY : Complications de l'avortement. — 15 h. 1/2, M. SUREAU : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 9 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. SEGUY : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Discussion d'observations. — 14 h. 1/2, Mlle BACH : Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Basiotripsie.

Vendredi 10 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. MAYER : Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 1/2, M. DIGONNET : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 11 avril, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mlle BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. POWILEWICZ : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle-fœtale et infantile. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Visite au Musée. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Mort apparente du nouveau-né.

Pour renseignements s'adresser à M. le chef de clinique à la clinique Baudelocque. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Enseignement.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** — *Cours de chirurgie infantile* du Professeur H.-L. ROCHER avec la collaboration de MM. les Professeurs DUPÉRIÉ, RÉCHOU ; le Professeur agrégé LOUBAT ; les Docteurs PHILIP, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux PESME, ophtalmologiste des hôpitaux ; ROQUES, directeur du service d'électro-radiologie de l'hôpital des enfants ; DESPIN, stomatologiste des hôpitaux ; R. GUÉRIN, chef de clinique ; G. ROUDIL, chef de clinique adjoint.

PROGRAMME DU LUNDI 1er JUIN AU MARDI 9 JUIN. 1931. — Les conférences auront lieu tous les jours, aux heures indiquées, à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, n° 168. Elles seront accompagnées de présentations de malades et suivies de séances opératoires. Deux séances de médecine opératoire auront lieu à la fin du cours à la Faculté de médecine.

Lundi 1er, à 9 heures, Professeur ROCHER : La chirurgie du nourrisson et de l'enfant. Soins préopératoires. Anesthésie. Hémostase. Shock. Soins postopératoires. — A 14 h. 30, Docteur G. ROUDIL : Les avitaminoses. Rachitisme et scorbut. — A 16 heures, Docteur DESPIN: Les notions essentielles de stomatologie et d'orthodontie chez l'enfant.

Mardi 2, à 9 heures, Professeur ROCHER : Les lésions traumatiques du squelette. Fracture du coude, du fémur, du crâne. Fractures obstétricales. — A 14 h. 30, Docteur R. GUÉRIN : Décollements épiphysaires et luxations. Les brûlures et cicatrices (peau, œsophage). —

A 16 heures, Professeur DUPÉRIÉ : Les notions essentielles de laboratoire et d'anatomie pathologique en chirurgie infantile.

Mercredi 3, à 9 heures, Professeur ROCHER : Les infections aiguës osseuses et ostéo-articulaires. — A 14 h. 30 :Docteur R. GUÉRIN : Les infections chroniques osseuses et ostéo-articulaires. Considérations générales étiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques. — A 16 heures, Docteur PHILIP : Les notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie chez l'enfant.

Jeudi 4, à 9 heures, Professeur LOUBAT : Les tumeurs malignes chez l'enfant (reins, testicules, os). — A 14 h. 30, Docteur G. ROUDIL : Les tumeurs tissulaires. Angiome, lymphangiome, kystes et fistules congénitales du cou. Tumeurs sacro-coccygiennes. — A 16 heures, Docteur ROQUES : Les applications de l'électrologie et de la radiologie en chirurgie infantile.

Vendredi 5, à 9 heures, Professeur ROCHER : Malformations de la face et de la bouche. Coloboma, mascrostomie, bec-de-lièvre. Fissure velo palatine. — A 14 h. 30 Docteur G. ROUDIL : Malformations du crâne et du rachis. Méningocèle. Spina bifida. — A 16 heures, Docteur PESME : Les notions essentielles d'ophtalmologie chez l'enfant.

Samedi 6, à 9 heures, Professeur ROCHER : La sténose du pylore et l'invagination intestinale. — A 14 h. 30, Docteur R. GUÉRIN : Affe tions chirurgicales du thorax et de l'adbomen. Pleurésie purulente. Péritonites bacillaire et à pneumocoque. eAppendicite. — A 16 heures, Professeur RÉCHOU : Les applications radiothérapiques et radiumthérapiques en chirurgie infantile.

Lundi 8, à 9 heures, Professeur ROCHER : Malformations congénitales de la région ombilicale. Hernie ombilicale. Fistule diverticulaire. — A 14 h. 30, Docteur R. GUÉRIN : Malformations congénitales du canal vagino-péritonéal. Hernie. Kyste du cordon. Hydrocèle. Ectopie testiculaire. — A 16 heures : Médecine opératoire concernant certaines questions traitées dans le cours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 30 mai 1931.

Droit d'inscription : 200 francs.

— **Cours de perfectionnement d'orthopédie** du Professeur H.-L. ROCHER, avec la collaboration de MM. les Docteurs CHARBONNEL, MASSÉ, chirurgiens des hôpitaux ; GOURDON, chargé de cours ; de MM. les Docteurs E. PAPIN, Ch. LASSERRE, P. FORTON, anciens chefs de clinique ; de MM. les Docteurs GUÉRIN, chef de clinique ; G. ROUDIL, chef de clinique adjoint ; de M. le Docteur DIJONNEAU et M. THIBAUDEAU.

PROGRAMME DU LUNDI 15 JUIN AU SAMEDI 20 JUIN 1931. — Lundi 15, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Ouverture du cours : Le domaine de l'orthopédie. Les bossus, pottiques et scoliotiques. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Séance opératoire : Les corsets, les lits plâtrés, les extensions. — A 15 heures, M. H.-L.ROCHER(Faculté de médecine) : Techniques opératoires : Interventions dans le mal de Pott et la scoliose. Laminectomie, costotransversectomie. Ostéotomies, ostéoclasies. — A 16 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Butées et arthrodèses extra-articulaires. Présentation de malades. — A 17 h. 30, M. G. ROUDIL (hôpital des Enfants): La scoliose congénitale et le spondylolisthésis.

Mardi 16, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Le rachitisme du nourrisson. Les dyschondroplasies. Les déviations de l'adolescence. Les exostoses ostéogéniques. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Séance opératoire : Redressements orthopédiques des membres. Ostéotomies. — A 15 heures, MM. H.-L. ROCHER et P. FORTON (Musée de la Faculté) : Examen des pièces les plus intéressantes de la collection osseuse du Musée de la Facultéet de la Clinique. — A 16 h. 30, M. LASSERRE (hôpital des Enfants) : Les kystes osseux ; les ostéopathies chroniques. — A 17 h. 30, MM. R. GUÉRIN et G. ROUDIL. Projection de clichés concernant différentes malformations des membres.

Mercredi 17, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Les malformations congénitales des membres: luxation de la hanche, pieds bots, mains botes. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Sénace opératoire et présentation de malades opérés. — A 15 heures, M. H.-L. ROCHER (Faculté de médecine) : Techniques opératoires : Réduction sanglante de luxations ; butée ostéoplastique de la hanche ; bifurcation de Lorenz. Les évidements osseux : les tarsectomies. Opérations pour la luxation congénitale de la rotule. — A 17 heures, M. PAPIN (hôpital des Enfants) : Les opérations osseuses dans les pieds bots.

Jeudi 18, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Les infections osseuses et articulaires des membres ; ostéomyélite ; tuberculose ; syphilis. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Séance opératoire : Appareillage pour les tuberculoses articulaires. Ponction. Plombage des os. Evidement ostéomyélitique. Résection. — A 15 heures : Visite du sanatorium Arnozan. Service des tuberculoses osseuses (adultes). Séance orthopédique (sanatorium Arnozan).

Vendredi 19, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Les difformités paralytiques des membres et les dysmorphoses de l'appareil aponévrotique et musculaire ; paralysie obstétricale, poliomyélitique, spasmodique ; myopathie ; raideurs congénitales ; aplasies musculaires ; torticolis, pied creux. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Séance opératoire : Torticolis ; pied creux ; arthrodèses, etc. — A 15 heures, M. H.-L. ROCHER (Faculté de médecine) : Techniques opératoires : Ténotomie ; ténoplastie ; transplantation tendineuse ; arthrodèse. Les grandes résections. Reposition sanglante et ostéosynthèse pour fractures ; arthroplastie, méniscectomie ; butées d'Oudard. — A 16 h. 30, M. GOURDON : Les grands principes de l'appareillage des amputés. — A 17 h. 30, M. CHARBONNEL (hôpital des Enfants) : Technique et résultats des arthroplasties.

Samedi 20, à 8 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Les difformités des membres d'origine traumatique : cal vicieux, pseudarthrose, membre ballant, luxation récidivante, lésions des ménisques ; chondromatose et corps étrangers articulaires ; les syndromes de Volkman ; les ruptures musculaires. — A 10 heures, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Séance opératoire : Présentation d'opérés et de malades en traitement. Opérations. — A 15 heures, MM. DIJONNEAU et THIBAUDEAU (Ecole des mutilés) : L'adaptation professionnelle des mutilés. Visite de l'école et présentation de mutilés au travail. — A 16 h. 30, M. H.-L. ROCHER (hôpital des Enfants) : Appareillage des difformités paralytiques. — A 17 h. 30, MM. H.-L. ROCHER et MASSÉ (hôpital des Enfants) : Les indications et le devenir des greffes osseuses.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er juin 1931.

Droit d'inscription : 200 francs.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 2 juin 1931, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h. du mardi 5 mai au samedi 16 mai 1931 inclusivement.

— **Concours de prosectorat des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le mardi 9 juin 1931, à 16 h., dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 11 mai jusqu'au vendredi 22 mai 1931 inclusivement, de 14 à 17 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr REBIERRE, de Bonnières-sur-Seine (Seine-et-Oise) ; du Dr EYRAUD, d'Allégre (Haute-Loire) ; du Dr REMOUSSENARD, de Levallois-Perret ; du Dr Henri RACINE, décédé accidentellement à Paris.

— **Les Journées médicales belges de** 1931. — On sait que les Journées médicales belges de 1931 constitueront une manifestation en l'honneur et à la mémoire du Professeur Widal.

Mme Fernand Widal, dans une lettre qu'elle adressait au secrétaire-général pour le remercier de son invitation à assister à la session des Journées médicales belges, dit notamment : « Je suis très heureuse et profondément touchée, que le Comité des Journées médicales ait décidé de consacrer sa onzième session à la mémoire et à l'œuvre de mon mari. C'est un grand honneur pour nous que la Belgique, par une manifestation internationale, reconnaisse la valeur des travaux d'un savant français. »

Le Professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine de Paris, qui présidera la délégation française, a réuni la semaine dernière en un dîner les élèves du grand « Patron ». Le Docteur Beckers, secrétaire général, assistait à cette réunion où a été établi le programme de cette importante session. MM. Ravaut, Lemierre, Abrami, Brulé, Pasteur-Vallery Radot, Joltrain et de Gennes, représenteront l'école « parisienne » de Fernand Widal.

La *onzième session* des Journées médicales se tiendra dans les locaux des Musées royaux d'Art et d'Histoire, au Parc du Cinquantenaire. La séance inaugurale aura lieu le samedi 20 juin à 4 heures, au Palais des Académies.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Prix de la Ligue pour* 1934. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours deux prix de 3.000 francs à décerner aux auteurs des meilleurs travaux de vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour ces deux prix, l'anonymat est obligatoire.

Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, constituer surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographié en triple exemplaire, paginé, suivi d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait exclu du concours.

Les ouvrages présentés devront parvenir directement au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e) avant le 1er octobre 1934.

Le jury du concours sera nommé par le Conseil d'administration de la Ligue, après cette date, et le prix décerné à l'Assemblée générale de la ligue, au mois de décembre suivant.

Il ne sera tenu aucun compte des travaux envoyés après la date fixée, alors même que ces travaux seraient présentés comme additions, compléments ou rectifications à un travail présenté au concours dans les délais réguliers.

Le Conseil d'administration de la Ligue reste juge de l'attribution des prix. Les prix pourront être partagés ; mais le Conseil d'administration pourra ne pas les décerner si tous les mémoires présentés étaient jugés insuffisants. Toutefois le Conseil d'administration pourrait accorder seulement des encouragements.

Un des trois exemplaires des mémoires sera rendu à l'auteur après la proclamation des résultats du concours. La Ligue, le cas échéant, pourra favoriser la publication de ces mémoires.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de la Ligue ; les *encouragements ou mentions honorables* n'y donnent pas droit.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

la Légion d'honneur en 1917, au titre militaire, ayant trois citations et une blessure ; *b*) que, blessé trois fois et cité deux fois depuis, n'ayant pas eu recours à la commission Fayolle, il fut promu officier de la Légion d'honneur (juillet 1919), au titre réserves, au choix, n'ayant pas les annuités voulues, donc au titre de guerre ; et lui demande si cet officier rentre dans la catégorie des légionnaires ayant droit à la promotion avec traitement. (*Question du* 19 *février* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 11 *mars* 1931.)

Estimation des appareils de radiologie en cas de décès

727. — M. RENAUDOT, sénateur, demande à M. le ministre du Budget si, lorsque dans une déclaration de succession d'un médecin radiologue sont compris des appareils de radiologie servant à la profession du défunt, le receveur de l'enregistrement doit en déterminer la valeur imposable en prenant les 60 p. 100 du montant de l'assurance contre l'incendie de ces appareils, conformément à l'article 20 de la loi du 30 juin 1923 ou en se basant sur la prisée de ces appareils faite dans un inventaire dressé dans les trois mois du décès, sans tenir compte de l'assurance-incendie dont les 60 p. 100 sont de beaucoup supérieurs à cette prisée. (*Question du* 31 *janvier* 1931.)

Réponse. — A défaut de vente publique effectuée dans les deux ans du décès, les appareils de radiologie qui ont un caractère mobilier doivent supporter l'impôt en prenant pour base 60 p. 100 de l'évaluation faite dans les contrats ou conventions d'assurance en cours au jour du décès et conclus par le défunt, son conjoint ou ses auteurs moins de dix ans avant l'ouverture de la succession, sauf preuve contraire (loi du 30 juin 1923, art. 20, 2°). Ce n'est qu'en l'absence de vente publique et de contrat d'assurance remplissant les conditions susvisées que la valeur imposable des appareils doit être déterminée d'après la prisée de l'inventaire dressé après le décès.

(*J. O.*, 11 *mars* 1931.)

Subventions à un comité antituberculeux.

11807. — M. LAUVRAY demande à M. le ministre de la Santé publique s'il est possible à un comité antituberculeux d'obtenir des subventions pour l'aménagement d'un pavillon en hôpital-sanatorium ou pavillon pour tuberculeux, étant donné que le comité est simplement locataire emphytéote pour cinquante ans dudit pavillon, lequel appartient à un hôpital-hospice communal. (*Question du* 13 *février* 1931.)

Réponse. — En principe, des subventions peuvent être allouées sous la réserve que le pavillon ne soit pas désaffecté, à l'expiration du bail, et conserve son caractère de bienfaisance et sa destination. Mais, il serait préférable, en vue de prévenir toute difficulté

d'allouer directement ces subventions à l'hôpital-hospice. On conçoit, difficilement, d'ailleurs, qu'un hôpital-hospice, qui est plus spécialement qualifié pour administrer des établissements hospitaliers, puisse confier à un autre organisme le soin de créer et de gérer un pavillon de malades lui appartenant.

(*J. O.*, 13 *mars* 1931.)

CONVOCATION DES OFFICIERS DE RÉSERVE

Accident au cours du trajet pour se rendre à une convocation

Il est aujourd'hui admis que l'accident survenu à un officier de réserve *pendant* la séance du cours de perfectionnement doit être considéré comme une blessure en service commandé. Cette solution résulte, non seulement de la réglementation (combinaison des articles 34 et 101 de l'instruction du 2 février 1909 ; feuille de renseignements n° 5634-3/11, du 14 juin 1924, *B. O.*, p. 1765), mais encore implicitement de la loi, puisqu'elle considère l'officier de réserve comme « en situation d'activité », lorsqu'il est présent sous les drapeaux pour une cause quelconque (art. 16, dernier alinéa de la loi du 8 janvier 1925.)

Il semble devoir en être de même si l'accident se produit alors que l'officier *se rend* au cours de perfectionnement. L'officier de réserve dûment convoqué et utilisant l'itinéraire *le plus direct* doit être assimilé à l'officier d'active allant prendre son service et se trouve, comme lui, couvert en cas d'accident, ainsi qu'il résulte d'une jurisprudence constante du Conseil d'Etat pour les officiers d'active (avis n° 191.275, du 30 mars 1926, dont ci-dessous copie).

De cet avis, il pourrait être déduit que l'utilisation de l'automobile serait, au même titre que la bicyclette, susceptible d'ouvrir les mêmes droits.

Toutefois, à ce dernier point de vue, c'est-à-dire l'utilisation de l'auto, des difficultés spéciales seraient peut-être à craindre, car, par note du 13 mars 1930, le général commandant la région de Paris a écrit ce qui suit :

« L'emploi d'une voiture automobile n'étant pas imposé par l'autorité militaire, il résulte de la jurisprudence en vigueur que la responsabilité de l'Etat ne saurait en aucun cas être envisagée par suite d'accidents survenus au cours des transports, soit à l'officier conduisant sa voiture, soit, à des officiers ayant pris place dans sa voiture, soit à des tiers. »

***

Ci-dessous l'avis du Conseil d'Etat en date du 30 mars 1926, dont il est fait mention ci-dessus :

Extrait du registre des délibérations de la section

AVIS

La section des finances de la guerre, de la marine et des colonies du Conseil d'Etat, sur le renvoi qui lui a été fait par le ministre de la Guerre d'une demande d'avis sur la question de savoir si un accident survenu à un officier regagnant son domicile sur sa bicyclette personnelle, à l'issue d'une séance d'instruction, revêt le caractère d'un accident survenu en service commandé ;

Vu les pièces jointes au dossier ;

Vu la loi du 31 mars 1919 ;

Considérant qu'aux termes de l'article 3 de la loi du 31 mars 1919 ;

« Ouvrent droit à pension...

« 2° Les infirmités causées ou aggravées par les fatigues, dangers et accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service » ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le lieutenant Jacquemi a été victime d'un accident alors qu'il regagnait son domicile, à l'issue d'une séance d'instruction ; que les accidents qui surviennent pendant les parcours effectués, soit pour se rendre à un service commandé, soit pour en revenir, ont toujours été tenus, selon une jurisprudence constante, comme survenus à l'occasion du service ; que si cet officier effectuait ce parcours sur une bicyclette lui appartenant, cette circonstance n'est pas de nature à faire obstacle à l'application des dispositions précitées, alors que l'usage de la bicyclette est autorisé pour des déplacements de service des militaires de carrière et qu'aucune faute ne peut être relevée à la charge des intéressés.

Est d'avis :

Qu'il y a lieu de répondre par l'affirmative à la question posée par le ministre de la Guerre.
(*France militaire*, 18 mars 1931.)

Assurance-maladie et honoraires médicaux

Il paraît que le ministre du Travail a déclaré au Sénat que les honoraires actuels des médecins sont excessifs, et que « douze francs à la campagne et quinze francs en ville étaient des honoraires répondant aux besoins des médecins ».

C'est-à-dire, pour les médecins de campagne, et les autres, le tarif actuel de la consultation d'Assistance médicale. Monsieur le ministre du Travail n'est vraiment pas généreux, et nous pouvons estimer qu'il est, lui aussi, trop payé.

Ce n'est même pas non plus le tarif des soins aux victimes de la guerre, qui est de quinze francs la consultation.

D'autre part, certains dirigeants de la mutualité ont accusé les médecins d'être des exploiteurs des assurés sociaux. C'est la vieille rengaine de l'exploitation des malades par le médecin. Cette apprécation des dirigeants de la mutualité est inique, à mon avis, étant donné que les médecins ont été, depuis le début, les principaux collaborateurs de la loi et que c'est uniquement sur leur bonne volonté qu'est basée l'application de cette loi. Et quelle bonne volonté il leur a fallu chaque jour que Dieu fait, pour remplir toutes les paperasses que les clients leur soumettent ! Il leur faut recevoir patiemment deux ou trois fois, je n'exagère pas, les assurés qui ne savent pas la plupart du temps, l'ABC de ce qu'ils ont à faire en cas de maladie ; très souvent, et tous les confrères peuvent le dire, ils commencent par appeler le médecin à domicile ; la visite faite, le médecin apprend que le malade est assuré social ; il demande alors la carte d'immatriculation et la feuille de maladie. Surprise de l'assuré qui n'a ni l'une ni l'autre.

C'est donc au médecin à renseigner le client sur sa ligne de conduite ; ce n'est très souvent que le lendemain, ou le surlendemain de la visite, que l'assuré ou un délégué de l'assuré vient apporter à « l'exploiteur » la feuille de maladie réglementaire et l'ordonnance à régulariser, c'est à-dire qu'il faut inscrire sur celle-ci les lettres A. S., les nom et prénoms de l'assuré et son numéro matricule.

Donc, en moyenne, deux ou trois dérangement pour une visite ou consultation à un assuré social. Et quand cet assuré fait en même temps partie d'une société de secours mutuels, il faut encore signer la feuille de cette société. En fait d'exploitation, nous ne sommes pas encore arrivés au degré des plus ou moins « oustricards ».

Non, Monsieur le ministre du Travail, nous ne sommes pas des exploiteurs, mais plutôt des exploités, car à tout moment la Société abuse de nous et nous demande notre contribution et nos « contributions » ; nous voulons simplement vivre honorablement de notre profession, et pouvoir élever dignement nos enfants.

Dr HAUSSMANN (Estissac.)

CORRESPONDANCE

Assurances sociales

1398. — Rabais sur les spécialités pharmaceutiques

Une caisse A. S. de mon département a établi son tarif de responsabilité concernant les spécialités de la façon suivante :

85 % pour les spécialités de l' A. M. G. ;
50 % pour les autres ;
50 % pour les accessoires prix établi par la caisse.

Je vous serai obligé de me faire savoir si cette décision peut être légalement prise, en attendant le fameux décret concernant les spécialités.

Dr R.

Réponse

La loi, par son article 7, § 4 décide que « les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments, conformes aux lois existantes.

Le paragraphe suivant prévoit la réunion d'une commission, qui devra arrêter la liste des produits spécialisés.

Or, cette commission a cru ne devoir arrêter aucune liste de produits spécialisés, qui doivent être vendus au prix marqué, ainsi que l'indique d'ailleurs le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, tarif dans lequel sont inscrites quelques spécialités.

Alors doit se poser la question suivante :

Le syndicat des pharmaciens du département a-t-il signé une convention avec les caisses d'assurances sociales ?

Si nous nous reportons à la convention type, insérée au *Journal officiel* du 8 août 1930, nous voyons que « les prestations pharmaceutiques sont réglées conformément au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques :

a) En ce qui concerne le prix des produits portés à la nomenclature, il sera appliqué, dans les communes de plus de 3.000 habitants les remises suivantes :

5 % dans les communes de 3.001 à 5.000 habitants ;
7,50 % dans les communes de 5.001 à 10.000 ;
10 % de 10.001 à 100.000 ;
15 % dans les communes de plus de 100.000 habitants et dans celles du département de la Seine.

Les eaux minérales ne supportent aucune remise.

Les spécialités sont délivrées au prix indiqué par le fabricant.

Or, le paragraphe 2 de l'article 18 du décret du 25 juillet 1930 indique que les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels peuvent déroger aux dispositions des conventions-types, qui n'ont pas un caractère obligatoire et les caisses peuvent modifier à leur usage le tarif de responsabilité-type, sous réserve de l'approbation de la commission départementale, prévue par l'article 7, paragraphe 5 de la loi.

Il s'agit donc de savoir si les syndicats pharmaceutiques de votre département ont contracté et sur quelles bases.

Quant aux spécialités pharmaceutiques, il ap-

partient à la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques spécialisés de faire toute diligence, pour que les intérêts de ses membres soient respectés, non seulement par des rabais considérables, qui comportent en fait l'exclusion, mais également en ce qui concerne le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, qui abusivement est considéré comme une nomenclature, alors que ni les médecins, ni les pharmaciens spécialisés n'ont été consultés pour la confection dudit tarif.

Au surplus, une commission a été nommée par le ministre du Travail, aux fins d'indiquer quelles sont les spécialités qui seront admises pour le service des assurances sociales.

Nous croyons savoir que cette commission n'a établi aucune nomenclature, laissant le médecin libre de ses prescriptions, aux pharmaciens intéressés de discuter quel sera le rabais fait sur les spécialités.

D[r] Paul BOUDIN.

1492. — Droits de la femme de l'assuré aux allocations en cas de maternité

La femme d'un assuré social a-t-elle droit à un secours pendant la grossesse donné par le département et à la prime d'allaitement ?

La qualité de femme d'assuré social ne permet-elle pas de percevoir ces allocations supplémentaires ?

D[r] L.

Réponse.

La femme de l'assuré social n'a droit, en cas de grossesse, qu'aux prestations médicales et pharmaceutiques, mais non à l'indemnité journalière, à l'allocation d'allaitement et aux bons de lait.

Mais elle peut avoir droit aux allocations de cette nature accordées par la législation applicable aux femmes en couches et aux femmes qui allaitent, si elle remplit les conditions imposées par cette législation spéciale.

1359. — Délivrance d'une ceinture abdominale à la femme d'un assuré social

La femme d'un ouvrier cotisant pour les assurances sociales peut-elle obtenir une ceinture abdominale (ptose accentuée des organes abdominaux) au même titre que les visites et médicaments ordinaires? Y a-t-il, en plus, une autorisation préalable à demander ?

D[r] M.

Réponse.

Aux termes de l'article 29 du règlement type d'administration intérieure pour caisses d'assurances sociales, la délivrance des appareils et accessoires (appareils orthopédiques, bandages, lunettes, etc.), n'est faite que sur avis favorable du médecin contrôleur de la Caisse et après décision de celle-ci. Elle est effectuée par le fournis-

seur choisi par l'assuré sur la liste des fournisseurs agréés par la Caisse.

Le payement desdits appareils et accessoires est opéré dans les limites du tarif de responsabilité de la Caisse et sous réserve de la participation légale de l'assuré à ces frais.

Application du Tarif Fallières.

1169. — 1° Reçu avant paiement ; 2° Supplément de radio pour appareil plâtré

J'ai recours de nouveau au grand défenseur des médecins (même s'ils sont Radiologistes) pour des questions générales au sujet des accidents du travail :

1° Les Compagnies d'assurances ont-elles le droit d'exiger un reçu à l'avance pour les sommes qu'elles doivent aux médecins ou ont-elles le droit d'exiger qu'on aille chez elles se faire régler ses honoraires et savez-vous si le « Sou » accepterait de faire régler ce point en justice d'une façon précise?

Le cas concret dont je vous joins l'histoire ci-contre en est un cas type ;

2° Les Compagnies ont-elles le droit de retrancher les frais d'envoi de leur mandat de la somme qu'elles doivent et croyez-vous que le « Sou Médical » consentirait à prendre à sa charge les frais qu'occasionnerait la réclamation en justice de ces quelques sous ;

3° *Cas spécial de radiologiste,* mais qui est d'intérêt général pour les radiologistes.

Le 11 juillet 1930, j'envoie une radiographie (à travers plâtre) à une assurance en y joignant ma note d'honoraires.

Le 19 février 1931, c'est-à-dire plus de 7 mois après, je reçois de ladite Compagnie d'assurance une lettre m'offrant 20 francs au lieu de 60 pour le supplément d'appareil plâtré pour deux poses et me demandant comme appui de ma réclamation d'honoraires d'envoyer une épreuve. J'ai répondu qu'au sujet de la radiographie au travers plâtre, elle n'avait qu'à lire la réponse n° 41 du Dr Decourt et que pour les épreuves, j'avais joint certainement des épreuves à ma note d'honoraires et que si par extraordinaire, je les avais oubliées, il serait bien extraordinaire qu'on ait mis 7 mois à me les réclamer.

Qu'en conséquence, j'étais prêt à leur fournir, s'ils les avaient égarées de nouvelles épreuves aux conditions légales.

Je n'ai rien reçu. Croyez-vous que ce troisième cas concret pourrait être pris par le « Sou ». Car il serait intéressant de savoir si une Compagnie d'assurances à qui on envoie des épreuves avec une note d'honoraires, a le droit d'attendre 7 mois pour dire qu'elle a reçu une note d'honoraires, mais pas les épreuves.

Dr G.

Réponse.

1° Les Compagnies d'assurance, pas plus que

quiconque, n'ont le droit d'exiger un reçu avant paiement. Personnellement, je m'y suis toujours refusé. Elles ne peuvent pas davantage exiger d'aller toucher un paiement chez elles.

2° Elles peuvent retenir naturellement les frais d'envoi si vous demandez un paiement à votre domicile, mais ne le font guère d'habitude.

3° Je ne comprends pas les 20 fr. proposés par la Compagnie. Vous parlez de « supplément d'appareil plâtré pour 2 *poses* », je pense qu'il s'agit donc de 2 *clichés*. Auquel cas, il y a à compter (voir art, 26-VII, alinéa 1 et 2), 20 fr. + 50 %, soit 30 *francs par cliché*, et deux épreuves, soit 60 *francs*, pour 2 clichés et 4 épreuves. Je ne parle naturellement en ces prix que des suppléments pour appareil plâtré, venant *s'ajouter* au prix normal de chaque radio. Quant à la question d'épreuves envoyées ou non, je ne puis naturellement rien dire, mais, en tous cas, ce n'est pas au bout de sept mois que la Compagnie aurait dû les réclamer.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

487. — Justification des bénéfices

Je me rappelle avoir lu, dans le *Concours médical*, il y a quelque temps, une réponse faite à un confrère auquel vous faisiez savoir qu'il était tenu de justifier ses déclarations de bénéfices professionnels.

Qu'est-ce que cette justification ?

Doit-on pour se justifier livrer au fisc les livres de comptabilité détaillée ce qui entraîne une violation du secret professionnel ? Ou bien, la justification ne se borne-t-elle qu'à indiquer en gros les recettes, par jour, semaine ou mois, sans mention de noms, ni d'adresses ?

Je serais heureux de connaître votre avis.

Dr R.

Réponse.

La loi ne précise pas la nature des justifications que peuvent demander les contrôleurs.

Généralement, ces derniers se bornent à demander le détail des dépenses et la répartition des recettes en différentes catégories (nombre de visites, consultations, opérations, accouchements, rémunérations perçues de certains services publics ou compagnies d'assurances, etc...). Quoique certains d'entre eux soient allés assez loin dans cette voie, aucun n'a encore exigé la production d'une comptabilité. Nous estimons d'ailleurs qu'ils n'auraient pas le droit de le faire et que leurs demandes de justifications doivent porter sur des points précis.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

604. — Déduction des cotisations pour la constitution d'une retraite

Je suis convaincu avoir lu dans le *Concours*, qu'à la déclaration au contrôleur des contributions directes, on avait le droit de déduire sur le revenu, la cotisation payée annuellement pour la caisse autonome nationale société mutuelle de retraite des A. C. avec participation de l'Etat.

Or, ce matin en parlant avec le contrôleur, il m'a déclaré qu'il n'accepterait pas de déduire du revenu le montant de cette cotisation et que je veuille bien lui prouver le contraire.

Comme je ne retrouve plus dans mes archives le *Concours médical* traitant cette question, je vous demanderais donc de bien vouloir me répondre si, en réalité, j'ai le droit de déduire cette cotisation de mon revenu.

J'attends votre réponse pour la fournir au contrôleur, et vous en remercie d'avance.

Dr J.

Réponse.

Vous avez le droit de déduire la cotisation payée par vous annuellement pour la constitution de la retraite mutuelle du combattant. Rappelez à votre contrôleur :

a) Le dernier alinéa de l'article 1er du décret du 30 décembre 1926 (pages 371 et 372 de l'instruction générale du 31 janvier 1928) ;

b) L'article 230 de ladite instruction (4e alinéa de la page 176) ;

c) Enfin la réponse du ministre du Budget à la question verbale posée par M. Joseph Courtier, sénateur (*J. O.*, débats, 2e séance du 11 avril 1930, p. 1041). Cette réponse est ainsi conçue :

« Je réponds de façon précise comme suit : il « est parfaitement exact que la déduction est de « droit, quel que soit le montant du versement, « mais à condition que la retraite ne dépasse pas « 6.000 francs ».

A. M.

---

550. — Déclaration du revenu et patente en cas de changement de domicile

J'ai quitté mon poste de campagne de S., le 20 novembre 1930 pour venir m'installer à L. où j'ai posé ma plaque et commencé à exercer le 20 décembre 1930 :

1° Pour la déclaration de mes revenus professionnels de 1930, je demande si je dois l'adresser à mon ancien contrôleur de S, ou à celui de L. ;

2° Pour ma patente qui a été payée pour 1930 à S., je demande si je dois avertir le contrôleur de S., de mon changement afin de ne pas risquer de recevoir deux feuilles d'impôts.

Dr B.

Réponse.

Adressez votre déclaration au contrôleur de

votre nouvelle résidence où vous exerciez et résidiez au 1er janvier 1931.

Le rôle des patentes est déjà établi ; dès que vous recevrez votre avertissement de patente pour votre ancienne résidence, faites une demande de décharge au contrôleur.

A. M.

---

431. — Amortissement de dépenses d'installation

Je soumets à votre appréciation le point de vue du contrôleur des contributions directes. En effet, dans une causerie que nous eûmes récemment, il me demanda de terminer l'amortissement de toutes mes dépenses (professionnelles, premier établissement et auto), cette année.

Cela fait la 5e année que je suis installé et comme les dépenses de 1er établissement ne s'amortissaient que de 10 % chaque année, j'en avais encore pour 5 années au moins à réduire mon bénéfice. En faisant comme me dit le contrôleur, cette année, j'aurai des pertes bien entendu ; mais l'année prochaine sera plus productive pour lui et je serai lésé d'autant.

Dr P.

Réponse.

Nous estimons que la prétention du contrôleur n'est pas fondée, attendu que le ministre des Finances a formellement reconnu le droit de procéder par amortissement en ce qui concerne les dépenses qui ne doivent pas être renouvelées chaque année et que, d'autre part, le taux de 10 % est absolument normal et général en ce qui concerne les dépenses d'installation.

A. M.

---

398. — Amortissement en cas de remplacement d'une automobile

Comment dois-je faire pour ma déclaration d'impôt sur le revenu, comme dépenses professionnelles concernant l'auto. En effet, j'avais en 1928, acheté une C4, que j'ai amortie de suite dans ma déclaration.

En mai 1930, j'ai vendu cette voiture et ai acheté à crédit une Rosengart. Comment dois-je compter, puisque le prix de revente de ma voiture est encore plus élevé que je n'ai payé de traites pour la nouvelle en 1930 ?

Je pensais, en tout cas, pour 1930, défalquer le montant des traites que j'ai payées jusqu'en décembre. Est-ce votre avis ?

Dr X.

Réponse.

Vous ne devriez normalement porter en dépense que la fraction du prix d'achat de la nouvelle voiture excédant le prix de vente de l'ancienne. Vous n'auriez donc rien à déduire tant que le total des sommes versées restera inférieur à ce prix de vente.

A. M.

522. — Vente d'immeubles. Déclaration du revenu

J'ai dans le courant de l'année 1930 vendu des immeubles pour une somme quelconque mettons X., la vente a eu lieu par acte authentique et le contrôleur peut exactement connaître le chiffre réalisé.

Je vais faire ma déclaration sur mes revenus.

Dois-je y faire figurer les intérêts provenant du produit de cette vente et à quel taux ? Ces revenus supplémentaires ont eu de nombreux emplois, ils ont servi à combler les insuffisances des années antérieures, à faire des réparations urgentes, à aider mes enfants, à me procurer un peu plus de bien-être, enfin, ils ont été un peu gaspillés, mais il me serait impossible en raison de leur multiplicité d'en justifier l'emploi.

Dans ces circonstances, le contrôleur peut-il m'imposer la preuve de mes dépenses ? Ne suis-je pas le *maître de dépenser mes capitaux selon mon agrément ou mes besoins ?*

Dr M.

Réponse.

Vous n'êtes tenu de déclarer que les revenus effectivement perçus.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, l'encaissement d'une somme représentant le prix d'une vente immobilière ne justifie pas un rehaussement de la déclaration, le contrôleur doit, en outre établir que cette somme a été productive de revenus.

A. M.

Questions médico-militaires

553. — Honoraires des experts des centres de réforme

J'ai fait le 29 juillet 1930 une visite d'expertise avec rapport pour un mutilé intransportable qui demandait une augmentation de pension.

J'ai envoyé une note d'honoraires de 20 francs, car il me semble avoir lu que le tarif des vacations d'expertises avait été doublé au commencement de 1930.

Je n'ai rien reçu, j'ai réclamé et je viens de recevoir un relevé de compte où les honoraires sont réduits à 10 fr.

Il me semble qu'il y a là une erreur du centre de réforme. Il serait anormal qu'une expertise soit payée la moitié d'une visite ordinaire.

Voulez-vous me faire connaître si je suis dans le vrai ?

Dr C.

Réponse.

Depuis le 1er juillet 1930, le tarif appliqué aux médecins experts près les Centres de réforme, est le suivant :

1o Expertise, par malade examiné : 5 fr. ;

2o Surexpertise, par malade examiné : 20 fr. ;

3o *En plus*, 10 fr. pour la première heure nécessitée par l'examen : 10 fr. et 5 fr. pour chaque demi-heure supplémentaire ;

4o En plus, les frais de déplacement s'il y a lieu,

Au cas où vous n'auriez pas employé plus d'une heure pour votre expertise, vous avez droit à 5 fr. + 10 fr., + s'il y a lieu, vos frais de déplacement.

439. — Droit aux soins gratuits en cas de suppression de pension

Vous seriez bien aimable de me faire connaître le texte exact et la date de la circulaire ou loi sur laquelle vous vous appuyez pour donner la réponse suivante à la question 4791, posée dans le *Concours médical.*

« ..... Toutefois un blessé ou malade de guerre ayant eu antérieurement 10 % d'invalidité par décision ministérielle et remis ensuite à moins de 10 % garde le droit aux soins gratuits pour l'infirmité en cause, la vie durant. »

Il me serait agréable d'être fixé au plus tôt.

Dr G.

Réponse.

Il s'agit du décret du 25 octobre 1922, art. 5, parag. 3.

L'art. 5 dit : « La première section de la liste *permanente* (des bénéficiaires de l'art. 64) comprend les noms des titulaires de pensions définitives ou temporaires. »

Et son paragraphe 3 :

La seconde section comprend les noms des anciens titulaires d'une pension temporaire qui a été supprimée sans conversion en pension définitive.

351. — Maintien dans les cadres. Démission. Honorariat

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si un règlement ou une loi établit mon droit incontestable à la démission et à l'honorariat.

Médecin capitaine de réserve.

Classe 1900.

Maintenu sur ma demande en 1929.

Invalidité de guerre 40 %.

Légion d'honneur, Croix de guerre avec traitement.

Quel est ce règlement ? Dr J.

Réponse.

Puisque vous avez demandé à être maintenu dans les cadres des officiers de réserve après la libération de votre classe, vous n'avez plus le droit de démissionner avant d'avoir atteint l'âge de 58 ans (capitaine).

Pour des raisons de santé seulement, pour des infirmités temporaires vous mettant dans l'impossibilité d'exercer vos fonctions durant plus de 6 mois, il vous serait loisible de solliciter votre passage devant experts militaires et Commission de réforme, afin d'être placé par le ministre en position de non disponibilité, renouvelable d'année en année pendant 3 ans.

L'honorariat est accordé ensuite aux officiers de réserve après qu'ils ont été maintenus comme vous, après la durée légale, et à l'expiration de leurs nouvelles obligations militaires.

Cinquante-troisième année — N° 14 — 5 Avril 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Travaux Originaux

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Demi-colonnes

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 101. — Dr 28 a, célib., expér. (méd. génér.) disposant 100.000 fr. dés. acquér. après essai ou mise au cour., poste méd. génér. ou spéc al., départem. littoral méditerr. ou atlantique, proxim. mer de préfér. Rapp. min. 50.000.

No 102. — A céd. pour cause doub. empl. pour hôpit. ou stat. therm. série complète des meill. appar. connus de mécanothér., Gr. bain acide carbonique, bain de Schnée à quatre cellul. bain hydro-électr., installat. compl. d'hydrothérap., machine statique, bobines, bains thermo-lumineux avec localisations.

No 103. — A vend. Spido-Gaumont 9 × 12, Tessar Zeiss 6 × 3 et access. couleurs : 650 frs. Dr Dèche à Tonneins (Lot-et-Gar.)

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections* — MM. Tournade (d'Alger) et Cluzet (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la quatrième division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **XVe croisière « Bruxelles-médical » : Spitzberg-Banquise. Eté 1931.** — Le succès remporté par cette croisière est tel qu'à l'heure actuelle la totalité des secondes classes et des premières mixtes, de même que certaines catégories des premières, se trouvent au complet. Une liste d'attente est dressée pour ces installations, comportant exclusivement des noms de médecins. Pour celles-ci comme pour les autres places, prière de bien spécifier que les demandeurs sont des abonnés du *Concours*. Les inscriptions, qui se montent actuellement à 326 personnes, comportent des médecins des pays suivants : France et Belgique en majorité absolue, puis Hollande, Suisse, Roumanie, Tchécoslovaquie, Espagne, Portugal, Italie, Angleterre, Argentine, Maroc, Egypte. En matière de passe-ports, certains écrivent pour demander pourquoi le visa danois est nécessaire : réponse : parce que les Féroës sont des îles danoises. — Bien spécifier également si, au retour, on désire débarquer à Zeebrugge, Dunkerque ou Bordeaux. —

De même bien spécifier si pour Edimbourg on désire participer à l'excursion officielle, c'est-à-dire la visite détaillée de la ville, ou bien à la variante composée, le matin, de l'excursion à Melrose (voir *Concours* du 15 mars) et l'après-midi de la visite de la capitale écossaise. Prière de remplir méticuleusement la carte-réponse qui sera envoyée cette semaine. (S'adresser à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles).

— **Hôpital Saint-Louis.** *Conférence du Dr R. Bernard (de Bruxelles)*. — Le Docteur Raoul BERNARD (de Bruxelles) a été invité officiellement par le Professeur Gougerot à venir faire une conférence, au cours de cette année, à la clinique de dermato-syphiligraphie de la Faculté de Paris.

— **F. E. M. Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins.** (Siège social, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe. Compte chèque postal 1466.88). — Le comité de la F. E. M. nous adresse le communiqué suivant que nous nous empressons de publier :

« Afin d'aider les veuves et orphelins de médecins dont un grand nombre est dans la détresse, prenez des billets de la tombola annuelle (tirage en mai). Prix du billet : 5 fr. Carnet de 10 billets : 50 fr.

Les médecins parisiens répondent en grand nombre à notre appel en venant au bal de la médecine qui est notre source principale de vie.

Nous demandons aux médecins de province de bien vouloir s'associer à notre effort en prenant des billets de tombola.

Le Comité. »

— **F. E. M.** *Bureau pour* 1931. — Au cours de son assemblée générale annuelle tenue récemment à son siège social, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e, la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins a modifié en partie son bureau et son Conseil d'administration qui sont composés comme suit :

Président : Dr A. Siredey ; vice-présidentes : Mmes Jayle et Marcel Labbé ; vice-président : Dr Darras ; secrétaire général : Dr Abel Watelet ; secrétaire : Mme Veillard ; trésorier : Dr Crouzon ; archiviste : Mme Thoinot.

21 administratrices : Mmes Aimé, Berruyer, Mlle le Dr Blanchier, Mmes Bourguignon, Carrié, Desprez, Dujarric de la Rivière, Maurice Fabre, Gutman, Lapeyre, Raymond Letulle, Mainot, Mlle le Dr Majerczac, Mme le Dr Montlaur, Mme Morvan, Mme le Dr Noël, Mmes Victor Pauchet, Paul, Poulalion, Mme le Dr Queyrat, Mme J.-A. Sicard.

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** — A l'assemblée générale de cette association, qui s'est tenue le 17 mars, au Cercle national des armées de terre et de mer, sous la présidence du Docteur Jacques Forestier, on a pu se rendre com-

pte des services rendus, tant pour l'attribution de la Carte de combattant que pour la Caisse mutuelle de traite et l'allocation du combattant.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association : Dr Rémy-Néris, 74, rue du Rocher, Paris, VIIIe.

— Dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine. — Le prochain dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine sera donné en l'honneur de la médecine canadienne française et des médecins canadiens présents à Paris, le mercredi 6 mai à 20 heures précises, au Cercle interallié, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris. Il se tiendra sous la haute présidence de l'honorable Philippe Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, et sous la présidence du Professeur Sergent, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, qui a été envoyé plusieurs fois en mission au Canada.

Les médecins canadiens présents à Paris sont priés de se faire connaître au siège social.

Prière de s'inscrire au siège social de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e.

La liste des inscriptions sera close *irrévocablement* le samedi 2 mai.

— Prix de l'Union médicale latine. *Les lauréats de 1930.* — Prix Voronoff : Prix de 10.000 francs, accordé au Docteur Brouha, de Bruxelles (Belgique) pour son travail : Insuffisances et hyperfonctionnements des glandes endocrines.

Prix Dartigues : Prix de 2.000 francs, réservé aux internes des hôpitaux de France. Docteur Pellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : Rétrécissements de l'uretère pelvien chez la femme.

Prix Tussau, de Lyon : Prix de 2.000 francs. Doctoresse Francillon-Lobre et Docteur Dalsace : Diagnostic et traitement de la stérilité par l'hystérosalpingographie.

Prix pour la jeune Umfia, Paris : Prix de 500 francs, à Jaime de Pariente, qui s'est classé premier au concours de l'internat ; prix de 300 francs accordé à Mlle Picart, qui a obtenu la place la plus élevée au concours de l'internat.

Prix de l'internat de Montpellier, fondation de la *Revue de l'Umfia* : Prix de 500 francs à M. Ratié : Réflexions sur la malariathérapie ; prix de 300 francs à Mme P. Lonjon : Etudes étiologiques de la névrite ascendante post-traumatique des membres.

Mention honorable, M. Fayot : Les bases anatomiques de la phrénicectomie.

Prix de l'internat de Toulouse : Prix de 300 francs au Dr P. Fabre : Occlusion intestinale et thérapeutique salée.

Prix Fischer (de Bordeaux) : Prix de 1.000 francs. Docteur Pierre Robin : Dysmorphoses cranio-faciales congénitales.

— **Concours de médecin-inspecteur des écoles de la Seine.** — Les candidats aux postes de médecin-inspecteur des écoles des communes suburbaines du département de la Seine sont, à la suite du récent concours, classés dans l'ordre suivant :

M. Chabrun, 67 p. 1/2 ; Mlle Guérin, 67 ; Mme Goutard, 65 p. 1/2 ; M. Phelipeau, 64 p. 1/2 ; M. Vandockstael, M. Hanriot, Mlle Pechenard, 61 p. 1/2; Mlle Wolff, Mme Gricouroff, M. Cony, 61 p. ; MM. Routhier, Martin, Boyer, 60 p. ; M. Jacquet, Mlle Desbrousses, M. Leconte, 59 p. 1/2 ; Mlles Vogt, Scher.er, MM. Robert, Delattre, Joffroy (Albert), 59 p. ; M. Langpierre, 58 p. ; MM. Cuel, Morin, Ribaut 58 p. ; Mme Hebert-Jouas, MM. Loireau, Bianquis, 57 p. 1/2 ; M. Liége, Mlle Vasseur, MM. Vialard, Lauriat, Heim de Balsac, Maurellet, Kervarec, 57 p.

— **Distinction honorifique.** — Nous avons le plaisir d'annoncer que M. le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale a décerné une médaille d'or au Docteur Jean Butaud, de Bourganeuf (Creuse). Le Docteur Jean Butaud appartient à une très ancienne famille médicale, ses père et grand-père, les Docteurs Marc Butaud (1868-1901) et Antoine Butaud (1834-1878) ayant tous deux exercé la médecine dans la Creuse.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 mars

Asiles d'aliénés.

M. le Dr Carbillet, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège) est nommé médecin-chef de service de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne) en remplacement de M. le Dr Lautier, appelé à un autre poste.

M. le Dr Dupont, médecin-chef de service à l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche) est nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne), en remplacement de M. le Dr Pignède, appelé à un autre poste.

Les postes de directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier et de médecin chef de service de l'asile privé faisant fonction d'asile public de Pontorson sont vacants, par suite du départ de MM. les Drs Carbillet et Dupont, appelés à d'autres postes.

19 mars

Service de santé militaire.

Par décret du 16 mars 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au gr. méd. s.-lieut. : (rang 23 janv. 1931), le méd. aux. Dessirier, 2e sect. inf. mil., aff. 2e rég. ; (rang 13 févr. 1931), le méd. aux. Plaquet, 1re sect. inf. mil. aff. 1re rég.

21 MARS

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public départemental du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés. Les demandes devront être adressées, avant le 22 avril 1931, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur.

22 MARS

Assurances sociales.

Circulaire relative à l'assurance-maternité.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Assistance publique.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'or : MM. les Drs Bonnenfant, de Soissons ; Jacquelot, de Mâcon ; Gerson, de Paris ; Monflier, de Villers-Cotterêts.

Médaille d'argent : MM. les Drs Chaintre, de Dôle ; Baude, de Douai ; Cornu, de Bassens ; Manhiavale, de Montauban.

Médaille de bronze : MM. les Drs Fillion, de Vertou ;

Becue, de Fleury-les-Aubrais ; Le Dosseur et Pivert, de Laval ; Munier, de Remilly; Gardin, d'Avesnes-sur-Helpe ; Guiard, de Clermont-de-l'Oise ; Barthelme, de Benfeld ; Rumpler, de Schiltigheim ; Gossel, de Cernay ; Paisseran, de Montauban.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Sur l'obligation de la vaccination antidiphtérique.

11924. — M. Emile Faure demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° s'il est possible d'imposer par un texte législatif, la vaccination contre la diphtérie, dans les mêmes conditions que la vaccination contre la variole ; 2° si le gouvernement peut prendre l'initiative d'un projet de loi dans ce sens ; 3° si en attendant le vote par le Parlement d'une disposition obligatoire, le gouvernement peut prescrire à l'autorité administrative d'organiser une surveillance étroite des établissements scolaires (à tous les degrés) publics et privés, à l'effet de dépister les cas de diphtérie contagieuse et d'amener par persuasion les parents intéressés à faire vacciner leurs enfants ; ajoute que toute possiblité de contagion conditionne le devoir du Gouvernement. (*Question du 23 février* 1931.)

Réponse. — 1° Un texte législatif pourrait imposer la vaccination antidiphtérique de la même façon que la loi du 15 février 1902 (art. 6) a rendu obligatoire la vaccination antivariolique ; 2° réponse affirmative. Il convient d'ajouter qu'une proposition de loi adoptée par la Chambre des députés le 4 décembre 1930 et transmise au Sénat, recommande l'emploi de l'anatoxine, vaccin antidiphtérique pour tous les enfants, dès le début de leur deuxième année, jusqu'à l'âge de 12 ans. Cette vaccination serait rendue obligatoire dans les milieux où la diphtérie existe à l'état endémique. Elle serait pratiquée gratuitement ; 3° en l'absence d'un texte sur la question, le Gouvernement ne peut ordonner à l'autorité administrative de prendre des mesures pour introduire la pratique de la vaccination antidiphtérique dans les établissements scolaires. Il lui appartient cependant, dans la mesure où lui incombe le devoir d'assurer une protection efficace de la santé publique, de conseiller l'emploi de cette vaccination dans les mêmes établissements. C'est ainsi que depuis 1928, une propagande a été faite auprès des familles et que, d'accord avec les inspecteurs d'académie, des séances de vaccination gratuites ont été organisées dans les écoles sous la direction des inspecteurs départementaux d'hygiène. Les opérations vaccinales, entièrement facultatives, ne sont pratiquées qu'avec le consentement express des parents. Ces essais, dont les résultats se sont révélés des plus satisfaisants, n'ont été tentés avec toute la prudence désirable que sur le conseil et avec l'approbation des conseillers techniques sanitaires compétents. Une commission

d'étude réunie au mois de janvier 1928 pour préciser les conditions d'application et d'extension de la vaccination antidiphtérique s'est montrée entièrement favorable à son développement. Un vœu de l'Académie de médecine avait antérieurement reconnu l'efficacité et l'innocuité de cette vaccination et demandé sa généralisation systématique parmi les enfants. Les efforts ainsi entrepris avec l'appui des plus hautes autorités médicales ont été bien accueillis du public et ont préparé la voie à l'introduction éventuelle du principe de l'obligation.

(*J. O.*, 21 mars 1931.)

Patente d'un ménage de médecins.

11117. — M. Cathala expose à M. le ministre du Budget : *a*) qu'un médecin est marié avec une femme également médecin ; *b*) qu'ils exercent deux spécialités différentes dans le même immeuble et dans les mêmes pièces ; *c*) qu'ils ont une salle d'opérations commune avec deux chambres attenantes pour les opérés ; et demande s'ils doivent être imposés séparément à la patente, et comment, dans ce cas, doit se calculer la patente de chacun d'eux. (*Question du 15 janvier* 1931.)

Réponse. — Dans le cas envisagé, chacun des époux est, conformément à la jurisprudence du conseil d'Etat, personnellement passible de la contribution des patentes à raison de la valeur locative totale des locaux professionnels utilisés en commun. En outre, le mari est imposable pour la valeur locative totale de l'habitation du ménage et la femme pour la moitié de cette même valeur locative.

(*J. O.*, 21 mars 1931.)

CARTE DE SURCLASSEMENT

Le ministre de la guerre fait connaître que les officiers de réserve, porteurs d'un billet de 3e classe, accompagné de la carte de surclassement, sont désormais autorisés à occuper une place de luxe sur les voitures des compagnies des chemins de fer algériens, tunisiens, marocains et de la Compagnie franco-espagnole du chemin de fer de Tanger à Fez, en acquittant le supplément correspondant.

Ils peuvent également occuper, dans les mêmes conditions, une place sur les voitures de la Compagnie internationale des wagons-lits, en service en Afrique du Nord.

(*Circulaire* no 4621 3/11 *du* 16 *mars* 1931.)

RETRAITES DES MÉDECINS DES MINES

A une question posée, sur la demande d'un certain nombre de ses adhérents, médecins de mines au Ministre du Travail, le « Sou médical » a reçu la réponse suivante :

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DES ASSURANCES SOCIALES
Direction de l'administration générale et technique.
3e Bureau
2e Section.

Paris, le 14 février 1931.
22, rue d'Estrées,

Monsieur le Secrétaire général,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'intérêt qu'il y aurait à admettre les médecins des mines au bénéfice de la législation spéciale concernant les retraites des ouvriers mineurs.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Conseil d'administration de la Caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs a examiné de nouveau, sur ma demande, la question de l'affiliation des médecins au régime de retraites des ouvriers mineurs.

Le Conseil, maintenant sa manière de voir antérieure, a émis l'avis qu'il convenait de n'admettre au bénéfice de la législation spéciale de retraites des ouvriers mineurs que les médecins attachés *exclusivement* soit à une société de secours, soit à une Compagnie minière, qui seraient liés aux dites sociétés par un contrat leur interdisant d'avoir une clientèle personnelle, et de rejeter les demandes de ceux qui n'ont pas de contrat, ou qui en auraient un où cette interdiction ne serait pas formulée.

C'est sous ces mêmes réserves que pourraient être admises les demandes présentées par les médecins attachés *simultanément* à une société de secours et à une Compagnie minière.

Dans ces conditions, je ne puis que vous exprimer le regret de ne pouvoir actuellement donner une suite favorable à votre requête.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministre du Travail,
Le Sous-secrétaire d'Etat,
FOULON.

A L'USAGE DES PRATICIENS. . .

(Ces pelés.... ces tondus...)

Les statistiques sont quelquefois édifiantes. Témoin : le « rapport du service de la statistique — année 1929, paru en 1930 — et publié par le comité national de la lutte antituberculeuse.

Nombre de consultants dans les dispensaires	542.325
Nombre de consultations ou examens	1.119.000
Nombre de tuberculeux diagnostiqués	66.422
Parmi les tuberculeux diagnostiqués, pourcentage envoyé par les médecins traitants	98.1 %
Placements de tuberculeux pulmonaires en sanatoria	11.891

Pour le profane, ces chiffres traduisent une activité considérable.

Le médecin praticien qui sait « comment ça se passe » est amené à faire des constatations :

1° Sur 1.000 tuberculeux inscrits dans les dispensaires, 981 sont envoyés par les médecins traitants qui jouent le rôle de « pourvoyeurs ».

2° Le budget officiel et officieux de la lutte antituberculeuse (dispensaires) se chiffrant par quelques dizaines de millions, on voit que chaque consultation coûte un minimum de 30 francs (que le consultant soit tuberculeux ou non).

3° Si l'on néglige le rôle de la consultation (qu'on peut juger inutile puisque le dépistage a été fait par le médecin traitant) et qu'on considère seulement le rôle de placement, on arrive à cette conclusion formidable : L'aiguillage d'un tuberculeux vers un sana revient au moins à 2.000 francs. J'élimine volontairement les placements dans les hôpitaux. Chacun sait qu'il suffit, pour cela, de signer un bulletin d'hospitalisation.

Est-il permis de penser et de dire qu'avec ces millions, on aurait pu construire les sana et les hôpitaux d'isolement réclamés par les médecins, et qu'il y aurait eu, ainsi, moins de tuberculeux pour les prochaines statistiques.....

Dr Robert Louis.

LES PROMPTS SECOURS IL Y A CENT ANS

« On vient de mettre à exécution le projet déjà plusieurs fois annoncé, d'établir à Paris des maisons de secours contre les accidents. Une première maison est ouverte rue de la Fenonnerie, 9.

« On y a réuni ce qui est nécessaire aux premiers soins à donner à un blessé et un médecin y est de

Voir la suite page LXII-1147

PROPOS DU JOUR

La réorganisation nécessaire des études de sages-femmes. — Un projet du Professeur Couvelaire. — L'accoucheuse puéricultrice. — Quand la réforme des études médicales viendra-t-elle ?

La préoccupation constante de tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène sociale et à l'avenir de notre pays, est la question de la natalité. On disserte sur la protection de la femme enceinte, on organise çà et là des consultations prénatales, on perfectionne la protection des enfants en bas-âge, on enseigne la puériculture et nous sommes étonnés qu'au milieu de ces innovations, on n'ait guère songé à donner à la sage-femme la place légitime qui devrait lui revenir. N'est-elle pas la première qualifiée pour seconder et parfois suppléer le médecin dans les consultations prénatales, pour surveiller les femmes enceintes à domicile et se rendre compte de leurs conditions d'existence ? N'assiste-t-elle pas et ne remplacet-elle pas *légalement* le médecin au lit de la parturiente ? N'est-ce pas elle qui initie la jeune mère ignorante aux soins à donner au nouveauné, qui lui apprend à l'emmaillotter, à réglementer l'allaitement, à veiller au bébé jusqu'à l'époque où la dentition accomplie, le jeune enfant peut *à la rigueur* se passer des soins assidus de sa mère ? Toute personne raisonnable ne peut discuter que, dans la vie sociale, la profession de sage-femme soit indispensable.

La remplacer ? Et par qui ? Par le médecin praticien ? Certes oui, s'il avait le loisir de passer des heures au chevet de la parturiente ; et encore, consentirait-il à se plier à donner tous les petits soins d'hygiène tant à l'accouchée qu'à l'enfant qui vient de naître ? Et quelque soit la bonne volonté du praticien et son dévouement, il serait certes moins habile dans ce rôle, à demi ménager, qu'une femme.

On pourrait, nous répondront certaines personnes, les remplacer par des infirmières ayant reçu une éducation spéciale. D'accord, mais si cette éducation a été poussée assez loin, ces infirmières seront de véritables sages-femmes auxquelles la loi cependant interdirait d'assister la parturiente au cours de l'accouchement, interdiction sévère et dont il conviendrait de tenir compte dans ces temps où les magistrats poussent la responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires jusqu'à ses dernières limites.

Nous savons bien que beaucoup de médecins se plaignent, et non sans raison, de certaines sages-femmes. Il en est de prétentieuses qui les critiquent à tort et à travers, leur causent mille difficultés, qui sortent des bornes de leur rôle et se croient de véritables médecins. Ces reproches sont exactement ceux que l'on fait à certaines infirmières. On objecte encore que, dans les villes, quelques sages-femmes ont une réputation sinistre de faiseuses d'anges, que d'autres tiennent de véritables cabinets de gynécologie et constituent un réel danger public. Nous n'en disconvenons pas. Il y a de mauvaises sages-femmes comme il y a de mauvais médecins. Est-ce une raison pour restreindre l'action des docteurs en médecine parce que parmi eux, deux douzaines d'escrocs ou d'imbéciles, abusant de leur diplôme, ont encouru des poursuites ?

Un reproche plus sérieux fait aux sages-femmes actuelles, c'est que, si on leur a enseigné l'obstétrique dans les maternités, on ne les a pas initiées à la puériculture ni à l'assistance sociale de la maternité, connaissances qui sont considérées comme essentielles à notre époque. C'est exact. La sage-femme, comme l'a définie le Prof. Couvelaire, est exclusivement, à l'heure actuelle, l'assistante ou la suppléante du médecin dans des limites nettement fixées. Il conviendrait d'organiser ses études de façon à en faire une puéricultrice, et réciproquement, faciliter l'obtention du diplôme de sage-femme aux puéricultrices. Il serait logique, utile, de réunir sages-femmes et puéricultrices dans une même profession, comme il y a plus d'un siècle, on unit la médecine et la chirurgie. Les domaines des professions de ce genre sont tellement « intriqués », ils empiètent à tel point l'un sur l'autre, que l'on aurait tout intérêt à les confondre.

La création d'accoucheuses puéricultrices aurait le grand avantage social, surtout au point de vue rural, de permettre à la sage-femme de vivre, de restreindre de plus en plus l'activité déplorable des matrones, d'assurer à peu près partout la surveillance et la protection de la

◆◆

maternité depuis son origine, la conception, jusqu'à sa terminaison, le sevrage.

Mais pour transformer la sage-femme et la puéricultrice actuelles en accoucheuse-puéricultrice, il conviendrait de réorganiser les études de sage-femme.

Nous avons eu l'occasion d'avoir à ce sujet une entrevue avec M. le Professeur Couvelaire, l'éminent professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Ses vues pratiques sur ce point concordent si exactement avec la conception que nous nous en sommes faite, que nous n'hésitons pas à les soumettre à nos lecteurs, persuadés qu'après réflexion, ils ne sauraient que les approuver.

***

Il y a fort longtemps qu'on s'est occupé en France de l'instruction des sages-femmes. En 1560, à Paris, elles furent rattachées à la Confrérie des chirurgiens de Saint-Côme et, pour avoir la licence d'exercer, elles durent préalablement subir un examen devant un jury composé d'un docteur-régent de la Faculté, de deux chirurgiens et de deux matrones jurées du Châtelet. La loi du 19 ventôse an XI, puis celle de 1892 sur l'exercice de la médecine, réglementèrent l'exercice de l'art de la sage-femme. La loi du 5 août 1916, supprimant les sages-femmes de 2e classe, créa un diplôme unique et un décret et un arrêté des 9 et 11 janvier 1917 fixèrent le régime des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, mais sans le modifier sensiblement en pratique. Or, M. Couvelaire qui désire, comme nous, voir étendre le rôle de la sage-femme à tout ce qui concerne la maternité, voudrait qu'elle connût à la fois l'art des accouchements et celui de la puériculture, arts que la nature elle-même a étroitement unis.

Le projet de M. le Prof. Couvelaire comprend trois années d'études : La *première année, année d'initiation*, consisterait à suivre les cours d'une école d'infirmières sérieuse, comme il en existe actuellement dans tous les centres importants. Cette première année comporterait des stages dans des services hospitaliers, car l'on ne peut concevoir une accoucheuse ignorant les soins courants à donner aux malades.

La *deuxième année d'études, l'année d'obstétrique*, aurait lieu dans une maternité. L'élève sage-femme apprendrait pendant ce temps son métier d'accoucheuse. Certes, on ne lui enseignerait pas la dystocie, mais il conviendrait de l'initier à la pathologie des infections puerpérales, génitales et mammaires qu'elle doit bien connaître d'abord pour assurer leur prophylaxie, puis pour avoir recours en temps utile à l'intervention du médecin. Cette année serait une année d'internat, ce qui rendrait l'éducation professionnelle plus complète et plus sérieuse.

Enfin la *troisième année* serait une année d'application consacrée à la pratique obstétricale et à la puériculture.

A vrai dire, la puériculture est inscrite dans le programme de 1917 : puériculture avant la naissance, hérédité, eugénétique, puériculture après la naissance, hygiène de la première enfance sont inscrites dans ce programme. Mais tout cela ne peut entrer pratiquement dans l'enseignement d'une maternité. Cet enseignement n'est pas donné ou s'il l'est, il consiste en des exposés trop sommaires et simplement théoriques.

M. Couvelaire désirerait pendant cette troisième année un *stage pratique* dans une maison maternelle, dans des dispensaires d'hygiène de l'enfance et de prophylaxie antisyphilitique et antituberculeuse ou autres établissements analogues. L'élève sage-femme, déjà instruite, pourrait rendre des services dans ces diverses institutions, y remplir un rôle d'assistante. Elle pourrait y être logée, y recevoir une petite indemnité qui lui éviterait d'être trop à charge à sa famille durant cette troisième année.

Une fois ces trois années d'études accomplies, l'accoucheuse puéricultrice pourrait rendre de nombreux services, elle deviendrait l'assistante du médecin non seulement en obstétrique, mais encore, son assistante sociale en tout ce qui concerne la maternité. Son rôle bienfaisant dans les campagnes pourrait être considérable.

Une objection, mais de peu d'importance, a été faite à M. le Prof. Couvelaire : c'est qu'une école d'infirmières ne peut, au bout d'un an, délivrer un certificat qui, habilement exploité, pourrait créer des confusions et nuire à la valeur du brevet d'état dont l'obtention demande des études plus longues. Mais M. Couvelaire ne désire nullement que les sages-femmes possèdent un certificat de ce genre; tout ce qu'il exige, c'est qu'avant d'entrer dans une maternité, elles apportent la preuve qu'elles ont fait un an d'études générales sérieuses dans une école d'infirmières.

Nous ne pouvions que trouver de très grands avantages à la réalisation du projet de M. Couvelaire.

En prenant congé de lui, nous lui fîmes la réflexion suivante : « Ne croyez-vous pas, mon cher Maître, qu'après la réforme des études de sage-femme celle des études médicales devra venir ? Ne pensez-vous pas que l'inutile P. C. N. pourrait être remplacé par une année d'études générales où les soins à donner aux malades et aux blessés seraient compris dans le programme car les futurs médecins, pour la plupart, les ignorent ? Ne pensez-vous pas qu'en fin de scolarité les étudiants en médecine gagneraient à faire comme vos sages-femmes, un an de stage pratique comme assistants dans un hôpital, où ils accompliraient sous la surveillance d'un médecin expérimenté ce que nous avons jadis maladroitement appelé « internat obligatoire » parce que le mot indiquait pour nous exactement le rôle d'aide responsable, de suppléant, que nous voulions faire jouer au jeune médecin ? »

M. Couvelaire sourit :

« Pour le moment, conclut-il, contentons-nous de nous occuper de la réorganisation des études de sage-femme. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FERNAND WIDAL ET SON ŒUVRE

d'après la Conférence faite à l'Hôtel Chambon, par le Dr Pasteur-Vallery-Radot.

Le succès des Conférences de l'Hôtel-Chambon s'affirme de plus en plus grâce au choix des Conférenciers et du sujet des conférences. Entendre prononcer l'éloge de F. Widal et exposer son œuvre par le petit-fils même du grand Pasteur était une manifestation peu banale qui devait attirer dans la Maison de la Confédération des Syndicats médicaux des auditeurs de marque. Ayant eu l'honneur d'être un des premiers élèves de F. Widal, puisqu'en 1890, externe de Cornil, nous eûmes l'avantage de le voir, comme interne médaille d'or, remplacer avec Chantemesse le professeur malade, ayant pu pendant cette année, à notre gré trop courte, bénéficier des conseils, de l'enseignement qu'il nous donnait déjà en maître, mais aussi en bon camarade, nous avons été heureux d'entendre un clinicien, doublé d'un savant de laboratoire, aussi distingué que M. Pasteur-Vallery-Radot, résumer l'œuvre de celui dont nous avons gardé un pieux et reconnaissant souvenir, car nous lui devons en grande partie le peu de connaissances scientifiques et cliniques que nous avons pu acquérir.

***

La médecine doit à Widal, expose M. Pasteur Vallery-Radot, d'abord le sérodiagnostic qui permet de reconnaître une infection grâce aux propriétés, développées dans les humeurs par un agent morbide. Ainsi le diagnostic certain de la fièvre typhoïde peut être fait sans qu'il fut nécessaire de déceler le bacille d'Eberth. Ce fut l'origine de la sérologie qui date de 1896. Dès l'âge de 24 ans Widal s'était attaché à démontrer d'une façon incontestable la spécificité du bacille typhoïdique.

Sa thèse sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dodens et l'érysipèle, trois affections dues au streptocoque, fit sensation à son époque.

Ses recherches de cytodiagnostic avec Ravaut sur l'examen des rares cellules déposées par centrifugation et permettant de savoir si un épanchement pleural est tuberculeux, septique ou mécanique, sont parmi les plus ingénieuses . Etendant avec Sicard et Ravaut le cytodiagnostic au liquide céphalo-rachidien, il permet de faire le diagnostic différentiel des méningites tuberculeuse , cérébro-spinale, et syphilitique. Il apporte quelque clarté dans l'obscur chaos des néphrites chroniques et y discerne les syndromes de rétentions chlorurée, azotée et d'hypertension. La rétention chlorurée provoque les œdèmes que le régime déchloruré aide à faire disparaître. Le pronostic d'un mal de Bright est lié à la rétention azotée qu'on apprécie, depuis Widal, par la recherche de l'azotémie.

Faut-il signaler ses travaux sur le vaccin anti-typho-paratyphoïdique, travaux poussés activement durant la guerre avec Chantemesse et Salimbeni ?

De 1914 à 1919, il étudia les phénomènes de choc analogues aux accidents de l'anaphylaxie expérimentale des laboratoires. Ces phénomènes, d'abord vasculo-sanguins, avant de donner lieu à des signes cliniques, constituent ce qu'il appelle une crise hémoclasique. Avec Abrami, Brissaud

et Joltrain, il montre que certains asthmes, urticaires et affections similaires sont dus à des crises hémoclasiques.

En poursuivant ce genre d'études, il démontre que de nombreux syndromes qui ne sont pas anaphylactiques, sont des phénomènes de choc, dus à la brusque pénétration dans l'organisme d'albumines hétérogènes, de cristalloïdes ou peuvent résulter d'une action physique comme le froid. Ces phénomènes de choc qui n'altèrent pas les cellules, qui n'ont pas de spécificité et n'ont rien de commun avec les intoxications, relèvent d'une thérapeutique spéciale.

Le but de Widal était d'arriver à faire de la médecine, autant que possible, une science exacte en lui appliquant les méthodes rigoureuses, les techniques réglées et précises des sciences physiques et naturelles.

Sa méthode de travail consistait après une lecture ou une observation clinique de poser un problème qu'il examinait sous toutes ses faces. Peu à peu la question qui paraissait obscure et confuse, s'éclairait en un point et Widal, enthousiaste, arrivait à la solution.

M. Pasteur-Vallery-Radot fait ensuite l'éloge de Widal enseigneur, suivant la tradition de Trousseau et de Dieulafoy, le maitre qu'il prenait dans sa chaire comme exemple. Véritable chef d'Ecole, il fut un animateur dont l'enthousiasme resta toujours soumis au contrôle d'un rigoureux esprit critique.

Malgré son grand désir de voir la médecine devenir une véritable science, une science exacte, Widal, avec son clair bon sens et son jugement sûr, sut lier la clinique au laboratoire, mais il maintint toujours la clinique au premier plan.

Et M. Pasteur-Vallery-Radot conclut :

« Son œuvre est immense et paraitra dans les temps futurs plus grande encore parce qu'à l'esprit de Trousseau, il sut allier l'esprit de Claude Bernard et de Pasteur. »

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôpital Cochin* : Service du Professeur Achard)

La névralgie cervico-brachiale rhumatismale

Dr Thiers

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin en chef de la Fondation Furtado-Heine.

Ne croyez pas qu'il s'agisse là d'une affection de haute spécialisation neurologique. La névralgie cervico-brachiale est une affection banale, fréquente, aussi banale, aussi fréquente que la sciatique ; Cotugno l'appelait d'ailleurs la sciatique du bras.

Seulement, cette affection est moins connue, peut-être parce quelle est moins gênante. La sciatique comporte en effet plus d'inconvénients, elle trouble davantage l'existence du sujet qui en est atteint. La névralgie cervico-brachiale, surtout lorsqu'elle siège au bras gauche, bien souvent n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations habituelles.

Dans la majorité des cas, elle reste non diagnostiquée et on en considère les symptômes comme l'effet de rhumatismes sans autre précision.

Son étude, il est vrai est plus complexe que celle de la sciatique. Lorsque vous aurez vu une fois un malade atteint de sciatique vous reconnaîtrez désormais ce mal sans difficulté. Ses symptômes sont si caractéristiques que vous ne vous tromperez plus. Le nerf sciatique a un trajet rectiligne que le malade indique du doigt sans hésitation possible. Il n'en est pas de même pour la névralgie cervico-brachiale, car elle embrasse tout un réseau de nerfs. Il faut connaître l'anatomie pour bien la comprendre. Elle a pour domaine, le territoire du plexus brachial.

Voyons comment est constitué le plexus brachial :

La connaissance précise de l'anatomie de la région est suffisante pour pouvoir bien se représenter la symptomatologie et la pathologie de la névralgie cervico-brachiale. Ici comme pour toutes les affections du système nerveux en général, l'anatomie domine la pathologie.

Le plexus cervico-brachial est formé par les quatre branches antérieures des quatre derniers nerfs cervicaux (C, V ; C, VI ; C, VII et C, VIII) et par le premier nerf dorsal (D.I).

Les cinq gros troncs s'unissent en trois troncs qui, à leur tour se divisent en trois branches antérieures et trois branches postérieures. Les premières donnent naissance au nerf musculo-cutané, au médian, au cubital, au brachial-cutané interne et à son accessoire. Les deuxièmes fournissent le radial et le circonflexe.

Le schéma ci-après vous montre avec netteté cette disposition.

Dans la névralgie cervico-brachiale, la douleur

occupe tous les troncs, mais ainsi que dans les autres névralgies, il y a certains points qui sont plus douloureux que les autres.

Ces points, points de Valleix, siègent là où le nerf se trouve placé ou peut être comprimé contre un plan résistant. Ces points peuvent se répartir en trois groupes : *points spinaux médians*; *points transversaires ou apophysaires et points perforants*. La prédominance des douleurs peut d'ailleurs affecter des localisations variées.

Certains malades accusent des douleurs plus fortes au coude, ou au bras, d'autres à l'avant-bras soit à la face externe, soit à la face interne, irradiant alors vers les deux derniers doigts ; elles peuvent aussi paraître fixées à l'épaule. Des combinaisons multiples peuvent être réalisées. Ce sont les irradiations sur le bord cubital et le bord radial qui sont les plus habituelles.

Que se passe-t-il au point de vue clinique ? provoquée par le désir du malade de diminuer ses souffrances, en détendant, les troncs nerveux. La tête est, en général penchée du côté douloureux ; parfois au contraire, elle est penchée du côté opposé ; ce fait, en apparence contradictoire avec les autres symptômes, s'explique par le siège de la lésion. Si la racine nerveuse est intéressée au niveau du trou de conjugaison, le sujet incline la tête du côté sain, pour diminuer le pincement, en faisant béer le plus possible le conduit osseux ; si au contraire, c'est le tronc qui est douloureux le sujet en inclinant la tête du côté malade et en soulevant l'épaule, cherche à faire cesser toute traction sur les cordons nerveux.

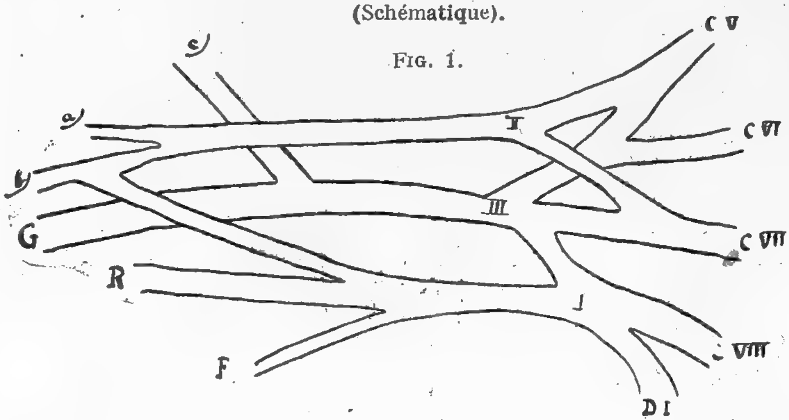
Pour examiner un malade atteint de névralgie cervico-brachiale, vous devez procéder par ordre, commencer votre examen en haut, par le cou et la nuque.

En exerçant une pression à l'aide de votre pouce

Constitution du plexus brachial.

(Schématique).

FIG. 1.



a) Musculo-cutané
b) Médian
c) Circonflexe
g) Radial
R) Cubital
F) Brach. cutané int.

I. Tronc formé par : DI et CVIII.

II. » » par : Branche ant. du CV et branche ant. du CVII.

III. » » par : Branche post. du CVII, branche post. du CV + br. CVIII.

Il s'agit généralement d'un sujet de 35 à 40 ans, qui vient consulter pour un torticolis; il a des douleurs discontinues, ou bien les douleurs d'abord passagères sont devenues permanentes. Elles sont, en général, plus vives pendant la nuit, par suite de la position en décubitus dorsal.

Suivant les cas, les douleurs revêtent la forme de crampes douloureuses, de sensations de lancinement, de tiraillement, de brûlure.

La douleur atténuée par l'immobilité, s'exaspère en paroxysmes à l'occasion de mouvements tels que l'abaissement ou l'extension du bras, à l'occasion du port d'un poids même léger, si l'on appuie sur l'épaule. Tout travail du membre supérieur provoque l'exagération des souffrances.

L'attitude du malade est souvent typique ; soutenant son bras fléchi, il tient la tête inclinée et se plaint de torticolis ; en réalité, ce torticolis n'est qu'une attitude antalgique, cherchez à mettre en évidence les points douloureux caractéristiques.

A la nuque, les points épineux, au niveau des 5e, 6e, 7e vertèbres cervicales et 1re D.

Au cou, les points transversaires, en comprimant les racines contre la face antérieure des apophyses transverses, V, VI, VII, le point sus-claviculaire.

A l'épaule, le point deltoïdien, à la face externe, et, en arrière le point circonflexe, là où le nerf circonflexe pénètre, dans le quadrilatère de Riolan (petit rond en haut, grand rond et grand dorsal, en bas, triceps, en dedans, humérus en dehors) pour contourner le col huméral sur le deltoïde.

Dans le creux de l'aisselle ;

Au bras à la face interne, et à la face externe au niveau de la gouttière de torsion ;

Au coude, le point cubital de la gouttière épitrochléenne ;

A l'avant-bras, le *point-radio-supinateur,* là où la branche motrice perfore le court supinateur et contourne en spirale l'extrémité supérieure du radius.

A la main, le point cubito-palmaire, là où se détache la branche profonde du cubital.

Pour la recherche du point radio-supinateur je conseille de donner la main au malade, et de chercher à mettre l'avant-bras en supination, pendant que le malade fait effort pour s'opposer à ce mouvement.

peut rien porter, qu'il lâche son crayon lorsqu'il écrit, mais c'est la douleur qui l'empêche de le faire ; il n'y a pas de paralysie vraie.

Les réflexes ne sont pas modifiés ou bien ils sont légèrement exagérés, ce qui dépend de l'état nerveux du malade.

On ne constate pas de troubles vaso-moteurs ni trophiques, ni de réaction de dégénérescence.

Que peut-on dire quant à la durée de la maladie ?

Elle peut être de six semaines, comme de trois

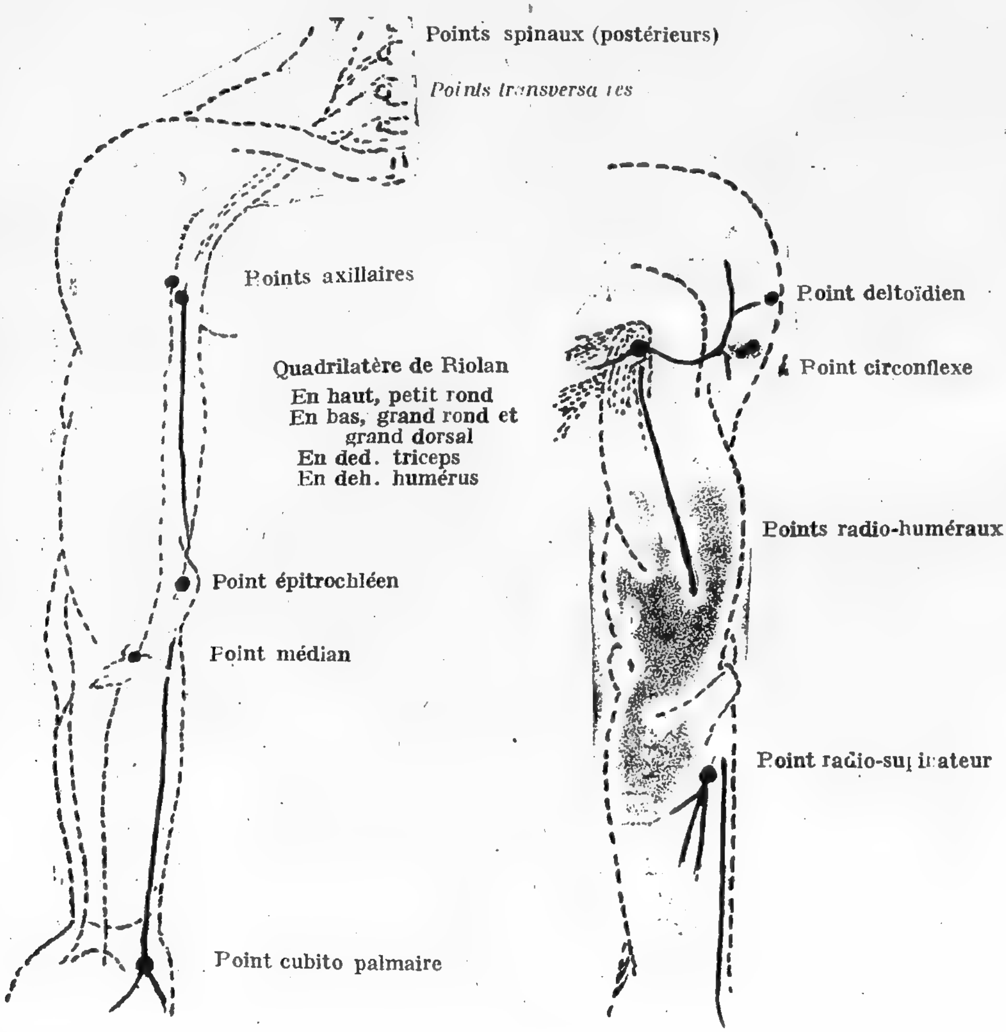


FIG. 2

Membre supérieur Face antérieure — *Points de Valleix dans la névralgie cervico-brachiale.* — Membre supérieur Face postérieure

Vous connaissez maintenant les symptômes, tout se réduit aux douleurs, spontanées ou provoquées.

En dehors de ces troubles sensitifs, subjectifs, pas de troubles objectifs sauf un peu d'hyperesthésie, pas de troubles moteurs, pas de paralysie, le malade a seulement un certain degré d'impotence fonctionnelle douloureuse, il vous dit qu'il ne peut rien serrer dans sa main, qu'il ne

mois ou d'un an ou même s'étendre sur plusieurs années, avec des périodes de rémission et des récidives.

On prononce alors souvent le mot de névrite, il n'est pas absolument exact dans ces cas, mais dans les cas trop prolongés, dire au malade qu'il a une névrite, constitue pour lui une explication suffisante à l'insuccès de la thérapeutique.

En réalité, il n'y a, dans ces formes, aucune

altération anatomique du nerf, donc pas de névrite. Les formes totales sont assez rares, ce qu'on observe le plus souvent, ce sont des formes partielles qui n'intéressent qu'une ou plusieurs des racines du plexus brachial. Il en résulte des localisations variables sur les troncs nerveux, soit hautes, soit basses, plus ou moins étendues, dont le diagnostic est difficile, si l'on ne recherche pas systématiquement ce cas de douleur localisée les points supérieurs spinaux et transversaires. Dans certaines formes, la douleur spontanée ne remonte pas au-dessus du coude, dans une autre, le radial et le circonflexe seuls sont touchés, etc.....

On croit à une névrite périphérique alors qu'il s'agit d'une forme partielle de la névralgie cervico-brachiale qui ne touche que certaines racines.

Je vous citerai, à ce propos, le cas d'une couturière venue consulter à l'hôpital Beaujon pour des douleurs de l'avant-bras : on avait posé chez elle le diagnostic de névrite, en raison de la localisation des phénomènes douloureux ; on trouvait chez elle les points supérieurs dont je vous parlais, et des accidents rhumatismaux qui permirent d'attribuer à sa douleur radiale basse sa véritable étiologie.

La névralgie cervico-brachiale est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, ou encore elle peut être alternante.

En règle générale, il y a des phénomènes douloureux des deux côtés, mais ils prédominent d'un côté. Chez le même sujet, il n'est pas rare que la névralgie cervico-brachiale soit associée à des symptômes de sciatique, du même côté ou du côté opposé, ou quelquefois à des phénomènes de névralgie sous-occipitale.

Comment faire le diagnostic ?

Le diagnostic positif repose sur la constatation des points douloureux que nous avons indiqués plus haut.

L'algie cervico-brachiale une fois reconnue, il s'agit de savoir, si l'on a affaire à une névralgie d'origine rhumatismale ou à une névralgie symptomatique. Eliminez tout d'abord les causes locales. Voyez si le malade a subi un *traumatisme* de la colonne cervicale (fracture ou luxation).

L'anamnèse, l'examen clinique vertébral, la radiographie lèveront tous les doutes.

Pensez ensuite au *mal de Pott.*

Ce diagnostic doit être envisagé avec le plus grand soin. Ce sont pour la plupart des sujets jeunes ; pas de début brusque, la douleur s'est installée progressivement, elle s'accompagne d'une contracture fixe ; il y a des signes généraux, température, amaigrissement.

A l'examen, on retrouve tous les points douloureux, mais on constate souvent des troubles de la sensibilité objective, et des modifications des réflexes tendineux, plus tard des troubles trophiques et de la D. R.

Faites une ponction lombaire, et vous retirez un liquide riche en albumine, mais sans lymphocytose proportionnée (dissociation albumino-cytologique). N'oubliez pas de faire faire une radiographie, qui confirmera votre diagnostic, en vous montrant l'atteinte du cartilage de conjugaison et des vertèbres.

Pensez à la possibilité d'*anomalies osseuses.* Ainsi l'apophyse transverse de la VII^e cervicale peut être hypertrophiée, il peut y avoir une côte cervicale ou encore l'association de ces deux anomalies, c'est ce qu'on appelle la dorsalisation.

Ces anomalies osseuses sont sans doute congénitales, mais elles peuvent tardivement provoquer des troubles nerveux, par suite de la formation d'un tissu fibreux qui irrite les troncs nerveux. Ces douleurs ne diffèrent en rien de celles de la névralgie cervico-brachiale. Mais le diagnostic est facile à faire à l'aide de la radiographie. A la palpation d'ailleurs, il n'est pas rare de percevoir une saillie osseuse anormale dans le creux sus-claviculaire. Ces malades peuvent être opérés avec succès.

Chez certains *tuberculeux pulmonaires* atteints de lésion du sommet avec pleurite apicale et adénopathie dans la fosse sus-claviculaire, André Léri a signalé l'atteinte de plexus brachial.

Parmi les causes d'erreur, il faut encore mentionner *la cellulite*, qui correspond à un engorgement des canaux lymphatiques ; elle se caractérise par la présence de nodosités que l'on sent au palper ; le pannicule cutané est sensible et douloureux au pincement.

Des névralgies cervico-brachiales ont été observées à la suite des *formes frustes de l'encéphalite épidémique*, mais alors les douleurs viennent par crises, elles sont fulgurantes comme les douleurs des tabétiques, et l'exploration des troncs nerveux ne fait naître aucune douleur.

En faveur de l'étiologie rhumatismale il faudra faire entrer en ligne de compte : l'âge, l'hérédité arthritique, d'autres manifestations arthritiques, précédentes ou associées, lumbago, arthrites, etc..... La radiographie, en d'autres segments vertébraux pourra montrer les déformations caractéristiques, butées, ponts osseux, becs de perroquet, etc... Dans la région cervicale même, il nous a été donné de découvrir des modifications , lésions d'arthrite, saillies, aspérités.....

Au point de vue pathogénique, la névralgie cervico-brachiale rhumatismale, relève du processus de la névrodocite. C'est sur l'appareil ostéo-articulaire vertébral que porte l'atteinte rhumatismale, et, c'est au niveau du trou de conjugaison que les cordons nerveux sont intéressés par le processus inflammatoire.

Cette notion commande le pronostic qui doit être réservé quant à la durée des phénomènes

nerveux, mais qui reste toujours favorable quant à leur régression.

Elle doit commander aussi le traitement ; ce traitement à notre avis, est un traitement général avant tout ; il a pour premier objet de combattre la diathèse rhumatismale dont la névralgie n'est qu'un symptôme, par le régime, les cures hydro-minérales, la médication salicylée iodée, lipiodolée, lithinée, l'aspirine et ses succédanés.

Le traitement local n est qu'un adjuvant ; il faut savoir que les applications diathermiques, radiothérapiques, exagèrent souvent les douleurs au début.

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË OU MALADIE DE HEINE-MEDIN

par M. Georges BOUDIN,

Interne des hôpitaux de Paris.

C'est une maladie infectieuse et contagieuse, due à un virus filtrant, s'observant surtout chez l'ENFANT. Connue anciennement sous le nom de paralysie infantile, survenant par cas sporadiques, elle a vu son cadre s'élargir depuis qu'on a pu étudier de véritables bouffées épidémiques de poliomyélite antérieure aiguë. Celles-ci se déclarent en été et en automne, la contagion se faisant d'homme à homme directement, ou par l'intermédiaire de *porteurs de germes sains.*

Cliniquement, elle est très *polymorphe.* Son aspect le plus typique est réalisé par la forme classique de la paralysie infantile.

C'est essentiellement une *paralysie flasque et hypotonique à topographie radiculaire,* due à l'atteinte des cornes antérieures de la moelle, et survenant brusquement chez un enfant, après un léger épisode infectieux qui passe souvent inaperçu.

Elle traverse *trois grands stades* :

- préparalytique ;
- paralytique ;
- de régression.

Après une **incubation** silencieuse de 4 à 7 jours environ, BRUSQUEMENT, en pleine santé, l'enfant présente un malaise général avec fièvre à 39 ou 40, pouls rapide, sueurs profuses. Des phénomènes gastro-intestinaux ne sont pas rares : vomissements, diarrhée, langue saburrale. Il s'agit, en somme, d'un *état banal* qu'on étiquette grippe ou embarras gastrique fébrile, et auquel se surajoute, fait important au point de vue pathogénique, un catarrhe des voies respiratoires supérieures avec *angine* et coryza. Souvent s'y associent de la *céphalée* et des *douleurs* musculaires.

Cet état dure 4 *à* 5 *jours,* la *fièvre tombe,* les signes s'amendent, et c'est, quand on espère la convalescence, qu'un matin, on trouve l'enfant paralysé.

Cette paralysie d'installation brusque et rapide est globale, atteignant d'emblée son maximum. Elle peut intéresser tous les groupes musculaires, mais siège souvent aux membres inférieurs et aux muscles du tronc, l'enfant ne pouvant s'asseoir dans son lit. Elle peut également se localiser aux membres supérieurs, donnant une monoplégie ou une diplégie ; il est exceptionnel qu'elle donne une hémiplégie. Parfois encore, elle reste très localisée, n'atteignant que quelques groupes musculaires (muscles de l'épaule, de la loge antéro-externe de la jambe). Mais, en règle générale, elle respecte toujours la face et les sphincters.

C'est une *paralysie flasque avec hypotonie musculaire* ; les membres atteints retombent lourdement lorsqu'on les soulève. Les *réflexes tendineux et cutanés sont abolis* dans le territoire atteint. C'est là un signe précoce qui, dans certains cas, peut précéder la paralysie, mais qui peut aussi s'observer momentanément dans un territoire qui ne sera pas paralysé. Le signe de Babinski se fait en flexion.

Il n'existe *aucun trouble sensitif,* ni subjectif, ni objectif. Par contre, on peut voir des troubles vasomoteurs au niveau des membres paralysés : cyanose, refroidissement, œdèmes.

Cette paralysie globale dure de quelques jours à quelques semaines : en moyenne 15 jours. Mais en général, dès les premières heures, on peut noter, par un examen attentif, qu'il persiste dans les muscles paralysés de *petites secousses fibrillaires* qui sont l'ébauche d'une dissociation qui va s'accentuer dans les jours suivants.

En effet, sitôt apparue, la paralysie régresse et tend à se localiser.

Cette régression, qui commence à être nette vers le 15e jour, débute au point d'apparition de la paralysie, et passe par deux stades : au début rapide, puis se ralentit. Elle se continuera *très longtemps,* parfois des années, dépassant toujours de beaucoup les prévisions les plus optimistes.

C'est *vers le* 15e *jour* qu'il sera d'un intérêt capital de faire un *examen électrique* des muscles atteints pour essayer de porter un pronostic fonctionnel.

Certains muscles se présenteront avec une réaction de dégénérescence complète : ce sont ceux qui laisseront la paralysie définitive surtout s'ils sont le siège d'une atrophie précoce et

intense. D'autres n'auront qu'une réaction de dégénérescence partielle ou même qu'une simple hypoexcitabilité faradique. Ce qui importe surtout, c'est de voir l'*évolution* des troubles électriques qui pourra se faire, soit vers la R. D. complète, soit vers la régression. Enfin, certains auteurs conseillent de rechercher les *chronaxies* musculaires.

Ainsi l'on devra suivre la régression des paralysies et par la clinique, et par l'examen électrique. Mais, même en cas de régression complète, les réflexes tendineux persisteront longtemps encore abolis.

Peu à peu, la paralysie se localisera, prenant une topographie radiculaire.

Au niveau des membres supérieurs, elle atteint surtout la racine du membre : trapèze, rotateurs de l'épaule.

Au niveau des membres inférieurs, elle se localise souvent à la loge antéro-externe.

Elle peut encore être plus dissociée, atteignant certains muscles seulement.

Au niveau du tronc, elle atteint souvent les masses lombaires : c'est une atteinte importante à rechercher car on pourra prévenir la scoliose par un corset.

C'est ainsi que peu à peu, le malade s'achemine vers la période de **paralysie définitive,** avec atrophie et déformations articulaires qui nécessiteront des appareillages, véritable période orthopédique.

C'est l'atrophie qui reste, surtout lorsqu'elle a été rapide et profonde, le meilleur indice du caractère définitif de la paralysie.

Elle va permettre les déformations ultérieures du membre favorisées par l'action des antagonistes, lui imposant une attitude vicieuse d'abord ballante et corrigible, mais que vont fixer des rétractions tendineuses secondaires et des ankyloses articulaires. Toutes les combinaisons peuvent se voir.

Aux membres inférieurs, c'est souvent un pied bot paralytique, pied équin avec ou sans varus. Plus rarement, pied talus, pied valgus. La paralysie des muscles rotateurs de la hanche peut entraîner une véritable luxation paralytique qui, si elle est bilatérale, peut aboutir au cul-de-jatte.

Aux membres supérieurs, on peut voir un applatissement du moignon de l'épaule avec chute du bras accollé au tronc. La main botté est plus rare.

On peut encore voir de la scoliose, une paralysie des muscles du cou aboutissant à la tête ballante, des déformations du bassin pouvant ultérieurement être une cause de dystocie chez la femme.

A ces troubles moteurs faits d'hypotonie et d'atrophie musculaire s'associent toujours des *troubles trophiques* accusés qui peuvent rendre l'appareillage très difficile, peau amincie, cyanosée, ongles friables, mauvaise circulation ; les oscillations au Pachon sont difficiles à percevoir ; adipose sous-cutanée qui peut au premier abord masquer l'atrophie. Chez l'enfant, il faut signaler l'importance d'un *arrêt de développement* : un membre reste plus court, plus fragile. Les os, à la radio, apparaissent amincis, clairs, les articulations, par suite de la laxité ligamentaire sont ballantes, sujettes aux luxations.

En somme, si au début la paralysie infantile apparaît d'un pronostic vital excellent, son pronostic fonctionnel éloigné est toujours réservé et difficile à porter. On ne peut prévoir où s'arrêtera la régression. De plus, l'enfant peut rester un infirme fragile, devenant une proie facile pour toutes les infections et surtout la tuberculose.

***

A côté de cette forme classique de paralysie infantile où tout l'intérêt est surtout un pronostic fonctionnel sévère du fait de la persistance chez un enfant de déformations d'ordre paralytique et de déformations d'ordre de croissance, les épidémies de ces dernières années ont permis d'isoler toute une série de **formes épidémiques** de la maladie de Heine et Médin qui s'opposent à la paralysie infantile par leur polymorphisme, leur meilleur pronostic fonctionnel ultérieur, mais aussi, par la plus grande gravité de leur pronostic vital immédiat.

Certes, au cours d'une épidémie, on voit souvent la forme classique de paralysie infantile, à quelques nuances près : période préparalytique plus riche en symptômes avec signes infectieux plus marqués : *céphalée, myalgies,* parfois même *réaction méningée.* Mais, à côté de ces formes typiques qui signent la maladie, on rencontre un grand nombre de formes cliniques très variées.

1° *Il est des formes atypiques par leur début.*

La période d'invasion *peut manquer* : brusquement, un matin, sans aucun signe prémonitoire, le malade se trouve paralysé. C'est la *paralysie du matin de West.*

Elle peut être *très intense* avec gros signes infectieux, état méningé, troubles intestinaux marqués. On a même signalé des cas avec ictère.

Elle peut être *anormale* de par la prédominance de certains symptômes. Nous insisterons sur deux aspects spéciaux : les formes douloureuses et les formes méningées.

— *Les formes douloureuses* sont caractérisées par le fait qu'au syndrome infectieux initial se surajoutent des douleurs musculaires *pseudo-rhumatismales* ou des douleurs névralgiques *pseudo-polynévritiques,* parfois simplement de l'*hyperesthésie cutanée.* Ces troubles sensitifs douloureux qui se localisent dans le territoire qui sera ultérieurement paralysé, disparaissent généralement quand la paralysie s'installe. Parfois

cependant, elles peuvent persister assez longtemps réalisant de véritables *formes névritiques.*

— *Les formes méningées* sont très fréquentes au cours des épidémies. C'est tout le tableau d'une méningite aiguë posant le diagnostic de la méningite tuberculeuse, mais surtout de la méningite cérébro-spinale, diagnostic d'autant plus délicat qu'il y a des épidémies de méningite cérébro-spinale qui alternent avec des épidémies de poliomyélite. La ponction lombaire permet dans certains cas de faire le diagnostic en montrant un liquide hypertendu mais clair, hyperalbumineux contenant des lymphocytes, mais stérile à la culture. En réalité, *c'est l'apparition des paralysies qui fait le diagnostic.* Elles sont généralement plus progressives, beaucoup plus diffuses, moins marquées, moins profondes, plus difficile à rechercher. Le pronostic est meilleur.

Elles peuvent même manquer : tout alors se réduit à un tableau de méningite dont le diagnostic ne peut être fait que par la notion d'épidémie.

On a même signalé un cas de syndrome méningé avec ictère. Dans toutes ces formes, le syndrome infectieux n'est pas atténué ou disparu lorsqu'apparaissent les paralysies.

2° *Il est des formes atypiques à la période d'état,* par l'apparition des symptômes traduisant l'extension des lésions anatomiques et réalisant de véritables formes myélitiques.

C'est ainsi qu'on a pu décrire des formes avec

a) *Troubles sensitifs,* parfois *anesthésie* (processus de myélite transverse) ;

b) *Troubles sphinctériens* ;

c) *Signes pyramidaux* : exagération des réflexes, Babinski, contracture ; les formes spasmodiques sont rares.

Selon le siège des lésions, on a vu :

Des formes bulbaires, avec atteinte du bulbe, soit à titre de complication terminale d'une paralysie ascendante de Landry, soit à titre d'association au cours d'une forme spinale ordinaire.

Des formes protubérantielles, pédonculaires, mésencéphaliques, réalisant une véritable polioencéphalite inférieure. Elles se révèlent souvent par une paralysie faciale, plus rarement par une paralysie oculaire. On a pu observer l'atteinte du IX avec paralysie du voile, troubles de la déglutition et de la phonation, et même celle du X avec troubles respiratoires et cardiaques.

Des formes cérébelleuses, formes ataxiques avec incoordination et titubation.

Des formes cérébrales avec atteinte du cortex. Ce sont, au cours d'une forme spinale ordinaire, des convulsions, de l'aphasie. Mais ce peut être aussi une encéphalite isolée se traduisant par une hémiplégie suivie de contracture, à tel point que l'on a pu un instant supposer que l'encéphalite épidémique n'était qu'une forme cérébrale de la maladie de Heine et Médin.

Selon l'évolution, on a décrit :

Des formes ascendantes, type Landry, graves, entraînant la mort avec troubles bulbaires en 4 à 7 jours.

Des formes descendantes, beaucoup plus rares.

Des formes abortives et frustes se traduisant par un état infectieux banal, ou par des douleurs névralgiques simples, ou même par un état méningé, mais où les paralysies n'apparaissent pas. Ces formes ne peuvent se reconnaître qu'en cas d'épidémies.

Elles sont très importantes, car ces malades peu atteints restent des porteurs de germes qui disséminent la maladie.

On voit donc tout le *polymorphisme* clinique de la maladie de Heine et Médin. Car si dans la paralysie infantile, il s'agit de lésions anatomiques localisées aux cornes antérieures de la moelle, plus dégénératives qu'inflammatoires, les formes épidémiques ressortissent de lésions plus inflammatoires, plus diffuses, pouvant atteindre les racines et les nerfs, véritable encéphalo-myélite aiguë, et même déborder le système nerveux et atteindre la rate, les reins, l'appareil lymphatique de l'intestin. Il s'agit donc d'une maladie infectieuse, aux formes cliniques multiples, due à un virus filtrant, mis en évidence par LANSTEINER et POPPER, et inoculable au singe.

Pronostic

Le pronostic est toujours délicat à poser.

Le pronostic vital immédiat ne se pose guère que dans les formes épidémiques, le malade pouvant mourir de la gravité des signes infectieux, et de l'extension des lésions, particulièrement au bulbe.

Le pronostic fonctionnel ultérieur est toujours difficile. Nous avons vu l'importance qu'il y a à observer l'évolution des signes cliniques et des signes électriques. Généralement plus sévère dans les cas sporadiques de paralysie infantile, il est variable dans les formes épidémiques, variant d'une épidémie à l'autre.

Les récidives sont rares, quoique possibles.

Enfin, il faut tenir compte, lorsque les paralysies sont définitives, que l'enfant reste un infirme, fragile, qui sera plus facilement atteint par une infection banale et surtout par la tuberculose.

Le Diagnostic

Il se fera sur le fait de paralysies flasques et hypotoniques apparaissant brusquement après un épisode infectieux banal.

Il se basera sur la notion d'épidémie.

On pourra dans certains cas le compléter par des examens biologiques .

Dans le sang : leucopénie.

Dans le L. C. R. : liquide clair, un peu hyper-

tendu, presque normal ; habituellement on trouvera une petite hypercytose (lympho) et une légère albuminose.

Beaucoup plus rarement une grosse hyperalbuminose, soit avec petite hypercytose, soit avec grosse hypercytose.

On pourra également faire la *réaction des immunisines* ou de *neutralisation du virus*, mais elle nécessite un singe et demande une grande expérience.

Le diagnostic différentiel se posera différemment suivant la phase de la maladie.

Au début, à la période préparalytique, il est presque impossible si l'on n'a pas la notion d'épidémicité. Le plus souvent, on pensera à une *affection banale* : grippe, embarras gastrique fébrile.

Les formes douloureuses feront penser à un *rhumatisme aigu.* ou même parfois à une *encéphalite épidémique.*

Les formes méningées feront discuter :

Soit une simple *réaction méningée* au cours des affections aiguës ;

Soit une *méningite aiguë vraie*, tuberculeuse, mais surtout cérébro-spinale. Mais les signes de méningococcémie manquent : purpura, herpès et la P. L. fait le diagnostic.

Pratiquement, en dehors des épidémies, le diagnostic est rarement porté à cette période.

A la période d'état, paralytique, il est beaucoup plus facile.

Parfois, cependant, on pourra hésiter avec une *paralysie diphtérique.* Mais, dans ce cas, il y a des troubles sensitifs plus marqués, il y a eu souvent paralysie du voile du palais, troubles de l'accommodation, enfin, la recherche du bacille diphtérique dans le cavum contribuera à permettre le diagnostic.

L'*encéphalite léthargique* peut parfois être difficile à différencier surtout dans ses formes dites périphériques.

Chez l'adulte, on pourra parfois être amené à discuter :

Une polynévrite éthylique ;

Une névraxite épidémique ;

Une myélite transverse.

Chez le nourrisson,

La maladie de Barlow ou scorbut infantile est une maladie par carence ne survenant jamais avant six mois.

La maladie de Parrot survient avant six mois ; c'est une affection hérédo-syphilitique avec douleurs épiphysaires.

Une paralysie obstétricale.

Une hématomyélie obstétricale (est la notion du trauma antérieur)

A la période atrophique de déformation, on pourra être amené à faire un diagnostic rétrospectif et on éliminera facilement :

toutes les affections spasmodiques : hémiplégie ou paraplégie,

une myopathie avec son caractère familial.

Le traitement

C'est une maladie infectieuse, donc :

1° Isoler les malades ;

2° Chercher les porteurs de germes qui ébergent les virus au niveau de leur muqueuse pituitaire.

En période aiguë, faire du sérum :

Sérum de convalescent, ou à défaut, sérum de Pettit.

Si l'on a rien, et en attendant l'arrivée du sérum spécifique, faire du sérum d'adultes normaux, car la réceptivité de la maladie est très variable pour l'espèce humaine ; et bien des individus n'ayant jamais eu la maladie sont cependant en totalité ou partiellement immunisés.

Le faire par voie intra-rachidienne (20 cc.) et intra-musculaire (40 cc.).

Le faire le plus précocement possible, avant l'apparition des paralysies en cas d'épidémie.

Y associer un traitement symptomatique :

Bains chauds, *uroformine*, tonicardiaques, désinfection nasopharyngée.

En période chronique, on pourra faire :

des *injections de strychnine,*

de la *radiothérapie* médullaire,

de la *diathermie,*

Surtout de l'*électrothérapie* : ne pas la commencer avant la fin du premier mois ; n'utiliser que le courant *galvanique* ; la continuer par séries pendant des années. On pourra faire de l'ionisation iodée.

Prévoir les *déformations* et les prévenir au moyen d'appareils légers et provisoires.

A la période définitive, orthopédique, c'est la période des appareillages délicats, qu'on pourra parfois compléter par de petites interventions *chirurgicales.*

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

La maladie de Nicolas-Favre.

(Lymphogranulomatose inguinale subaiguë).

D'après MM. Paul CHEVALLIER et Jean BERNARD (1).

Il s'agit d'une variété spéciale d'adénite inguinale, subaiguë et suppurée, sur laquelle Nicolas, Durand et Favre attiraient l'attention dès 1913, en la dénommant : *lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers multiples purulents intra-ganglionnaires* d'origine génitale probablement, peut-être vénérienne.

En l'état actuel des recherches, c'est une maladie autonome, spéciale, dont le virus est encore inconnu ; celle-ci n'est pas rare ; sa fréquence paraît varier suivant les périodes ; la femme est beaucoup moins souvent atteinte que l'homme ; on ne l'observe ni chez l'enfant, ni chez le vieillard.

***

Voici comment les faits se présentent dans la pratique journalière.

Un homme adulte vient consulter pour un *ganglion* (en général du groupe supéro-interne de la base du triangle de Scarpa). Celui-ci est apparu, après une gêne dans la région de l'aîne, parfois après un très léger malaise général. Le ganglion était, au début, isolé, petit et peu douloureux, gênant parfois la marche ou les grands mouvements. Puis, rapidement, le processus inflammatoire a gagné d'autres ganglions ainsi que le tissu périganglionnaire ; la douleur a augmenté ; le malaise général s'est accentué avec inappétence, fatigue, arthralgies ; il existe une fièvre plus ou moins élevée, en plateau, à petites oscillations, parfois même des sueurs et des frissons.

A l'examen, ce « ganglion » est une adénite inguino-iliaque avec forte périadénite ; la lésion est, en général, unilatérale, les ganglions du côté opposé étant parfois légèrement hypertrophiés. C'est une masse infiltrée, indurée et bosselée ; son volume est variable, tantôt celui d'un œuf, tantôt plus important ; la peau est encore de couleur normale, mais elle s'est parfois aussi infiltrée, épaissie ; elle a pris une teinte violacée.

Le placard *inguinal* peut être mobilisé en masse sur les plans profonds, sans que la manœuvre soit douloureuse. Ce *signe de l'ébranlement ganglionnaire* est surtout net au début.

Quelquefois on palpe, *dans la fosse iliaque,* une masse du volume d'une orange, lisse ou le plus souvent irrégulière, adhérente aux plans profonds, mais non à la peau.

Point capital pour le diagnostic de « Maladie de Nicolas-Fabre », il n'y a *pas autre part de gros ganglions apparus depuis peu* ; on note aussi *l'absence de splénomégalie et de gros foie.*

L'existence d'une telle adénite inguinale implique la *recherche d'une porte d'entrée génitale.* Mais, comme dans la syphilis (car, ici également, il existe des contaminations non vénériennes) l'ulcère initial a été souvent si minime qu'il est passé inaperçu, ou si passager qu'il a disparu lorsque le malade est examiné. Dans le cas contraire, de 10 à 25 jours après une contamination, un chancre est apparu, sur le prépuce, le gland ou le sillon balno-préputial chez l'homme, à la fourchette chez la femme. Il s'agit d'ordinaire d'une lésion d'aspect banal ; c'est une érosion herpétiforme, lenticulaire, unique, plane ou en cupule, souvent papuleuse, peu suintante, éphémère et indolente. Quelquefois, existent deux ou plusieurs érosions. Exceptionnellement, il s'agit d'une véritable ulcération ; parfois existent une papule et une nodosité, qui se fistulisent secondairement.

Cependant *il est rare que,* malgré l'importance de cette découverte du chancre initial, *le diagnostic soit porté précocement.* Plus tard, il deviendra relativement plus aisé à la suite de l'évolution.

Evolution

En un point circonscrit du « ganglion », la peau se ramollit, devient dépressible, d'une couleur lie-de-vin, alors que le voisinage reste dur. Le palper perçoit nettement une zone cupuliforme entourée d'une induration périphérique ; peu à peu la peau s'amincit ; un petit pertuis est formé, qui donne issue à du pus. Mais le signe de l'ébranlement ganglionnaire persiste : la tumeur saisie entre les doigts peut être, sans douleur, mobilisée en masse.

Cependant les foyers sont souvent multiples, s'ouvrant chacun par un orifice punctiforme indépendant. C'est l'aspect classique, en pomme d'arrosoir. Ces orifices cutanés restent petits, entourés d'une zone violacée ; les fistules ne s'éversent pas, ni ne se chancrellisent. Le pus, qui s'écoule, est peu abondant. C'est d'abord

(1) P. CHEVALLIER et J. BERNARD. — La maladie de Nicolas-Favre. (*Revue de médecine,* n° 10, 1930.)

une masse gluante, visqueuse, roussâtre, se coagulant dans la pipette en masse caoutchoutée. Bientôt la sérosité devient jaunâtre, salie de petits débris ; elle est de plus en plus séreuse et filante.

L'évolution est lente ; d'autres ganglions se prennent ; d'autres fistules apparaissent ; cependant l'extension aux régions crurale et périnéale est exceptionnelle.

Les ganglions iliaques persistent énormes, mais ne s'ouvrent pas.

La sclérose se mêle intimement à la suppuration ; l'infiltration péri-adénique aboutit à la formation d'un tissu fibreux dense, à la fois énorme et rétractile. Les masses diminuent, mais il est de règle que la fibrose soit déjà intense alors que persistent les fistules. L'aîne est alors occupée par une carapace irrégulière, bosselée d'amas granulomateux, salie de pertuis suppurants.

La maladie garde pendant *des mois et parfois des années ses caractères locaux de chronicité désespérante.*

Mais cette évolution est souvent accidentée de *poussées infectieuses.* L'infiltrat gonfle certains points, qui deviennent sensibles ; la fièvre peut même s'allumer. Enfin la cicatrice se resserre ; les infiltrats se résorbent. Peu à peu la masse s'amenuise et s'assouplit. Ne restent plus que des noyaux durs, fibreux, qui représentent les ganglions ; ils persisteront longtemps.

Il existe une *forme abortive,* fréquente depuis que l'on est bien armé contre l'infection.

Tantôt les ganglions n'arrivent pas à la suppuration décelable en clinique, et ils se résorbent en quelques semaines ou quelques mois, sous l'influence du traitement, et ne laissent que des séquelles minimes.

Tantôt les ganglions sont déjà sur le point de s'ouvrir, quand les injections intraveineuses sont commencées ; l'infection peut alors avorter sans s'ouvrir, ou après la formation d'un pertuis, qui se ferme vite.

Tantôt encore le guêpier suppurant est déjà constitué ; mais, par le traitement, sa fonte est accélérée ; les tissus voisins se nettoient et tout rentre dans l'ordre avec un minimum de dégâts.

Des *complications* peuvent aussi survenir au cours de la maladie, et notamment la formation d'une vaste ulcération, qui succède surtout aux larges incisions.

Au cours de la convalescence, on observe parfois de l'œdème de la cuisse, des bourses et même de l'éléphantiasis.

Exceptionnellement encore, il y a *des reprises de la maladie* : plusieurs mois et même plus d'un an après la guérison, on voit reparaître la fièvre et la tuméfaction ganglionnaire,

Diagnostic.

I. La maladie de Nicolas-Favre *au début* est difficile à distinguer de *l'adénopathie chancrelleuse,* quand il n'existe pas de lésion initiale ; mais l'allure évolutive, l'orifice d'ouverture unique, parfois la chancrellisation de la peau sont des éléments qui orientent vers le chancre mou. Dans les cas douteux, on n'est autorisé à affermir la maladie de Nicolas-Favre qu'après avoir échoué par tous les moyens à mettre en évidence le bacille de Ducrey et l'infection chancrelleuse. La réaction d'Ito pratiquée avec un antigène chancrelleux ne décèle pas le chancre mou ; mais d'autre part la réaction de Frei est presque toujours positive. C'est une intradermo-réaction avec un extrait ganglionnaire spécifique.

Pour éliminer *l'adénopathie syphilitique* (sans chancre visible) on répétera à plusieurs reprises le Wassermann ; celui-ci peut être à un moment positif ; mais il ne le reste pas.

Dans les *adénites pesteuses, filariennes,* etc., la biopsie et le laboratoire lèvent le doute.

L'adénite suppurée banale est une cause d'erreur plus fréquente qu'on ne l'imagine. Sans doute le ramollissement est plus homogène, les ganglions iliaques ne sont pas hypertrophiés ; mais au début, et même assez tardivement, on peut hésiter ; il importe de rechercher la porte d'entrée et de faire dévêtir complètement le malade.

A noter que l'examen du sang et du pus ne fournissent aucun renseignement spécial, en l'état actuel de nos connaissances.

II. A *la période d'état,* le diagnostic est beaucoup plus facile. Il n'est guère difficile que dans les cas atypiques. Toutefois, même si le guêpier paraît caractéristique, le chancre mou, la syphilis, et aussi la tuberculose doivent systématiquement être recherchés. On n'oubliera pas la possibilité *d'infections mixtes.*

Pronostic.

La maladie de Nicolas-Favre est bénigne pour la vie. Elle est sérieuse pour la Société et pour l'individu, en raison de sa très longue durée lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et en raison des cicatrices gênantes qu'elle peut laisser.

Traitement.

Le *traitement chirurgical* est discuté. Tout d'abord l'incision est mauvaise : le pus s'évacue, mais la suppuration s'éternise ; au fond de la plaie, la masse ganglionnaire finit par émerger sous forme d'une tumeur rouge et granuleuse, qu'il faut extirper.

L'exérèse chirurgicale est cependant préconisée par Nicolas, en se contentant de l'ablation des ganglions inguinaux ; celle-ci détermine, en effet,

la rétrocession spontanée des masses iliaques. Et ce n'est pas une action décongestive banale, car les ganglions intra-abdominaux, bien que ne suppurant pas, portent quand même de petits abcès. Il semble que d'enlever une partie de la masse infectée suffise à faire flétrir le reste. Cette méthode est nouvelle, et, dans un cas récent, elle a donné un résultat brillant.

Traitement médical. — La radiothérapie, mieux que les rayons ultra-violets, donnerait des succès ; sa technique est la même que pour les bubons du chancre mou.

Les applications médicamenteuses et les injections intra-ganglionnaires sont inefficaces.

Les *traitements internes* se montrent très supérieurs.

L'*iode* s'emploie par la voie buccale ou par la voie intra-veineuse.

a) Le Dantec maintient le malade dans le décubitus dorsal, avec un spica légèrement compressif sur l'aîne ; laxatif quotidien avec une cuillerée de sulfate de soude en cas de constipation. Administration à l'intérieur d'iode à doses lentement progressives. Au début, 30 gouttes par jour dans du lait ; augmenter de 10 gouttes par jour jusqu'à 100 et 150 gouttes par jour en doses fractionnées. On peut remplacer l'iode par la liqueur de Gram.

b) Ravaut injecte dans les veines la solution iodo-iodurée suivante :

Iode métallique...	1 gramme
Iodure de potassium......	2 grammes
Eau distillée.............	100 cent. cubes

On fait d'abord des injections quotidiennes de 5 à 10 cc., mélangées à une quantité égale d'eau physiologique. Pour éviter la possibilité d'une endophlébite toxique, on peut diluer la liqueur de Gram dans du sérum glucosé isotonique.

Ravaut conseille actuellement un mélange extemporané, à parties égales, de solution iodée à 10 p. 100 et d'hyposulfite de sodium à 20 p. 100.

L'*émétine.* Les injections de chlorydrate d'émétine, associées à la médication iodo-iodurée, ont donné à Ravaut d'excellents résultats ; on ne dépasse pas la dose de 6 à 8 centigrammes par jour jusqu'au total de un gramme.

L'*émétique* (tartrate d'antimoine), ou les produits antimoinés les plus complexes spécialisés dans le commerce, ont donné de très beaux résultats. On emploie une solution de tartrate d'antimoine à 1 p. 100 dans du sérum physiologique ; en général, on commence par 3 centigrammes, et on s'élève progressivement à 6, 9 et 12 par injection tous les 2 ou 3 jours.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal* à 4 p. 100 ; un centimètre cube intraveineux tous les jours ; il faut environ 30 injections.

Le *vaccin anti-chancrelleux* de Nicolle et Reenstierna (Dmelcos), injecté dans les veines tous les 3 ou 4 jours, a donné des guérisons.

D'après les auteurs, aucun vaccin (surtout à choc intense) ne réussit à coup sûr ; mieux vaut l'employer les sels d'antimoine, et, chez les malades dont la docilité est douteuse, le traitement iodo-buccal.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La surdité familiale et le mariage des sourds.

Le Dr G. de Parrel expose que, parmi les héritages morbides qui se transmettent le plus fidèlement, la surdité occupe une place privilégiée. Le problème du mariage des sourds offre donc pour le médecin un réel intérêt, au point de vue de la prophylaxie de cette infirmité socialement mutilante.

L'auteur fait un exposé très complet de la surdité familiale, de ses modes de transmission, de ses formes, de ses facteurs d'aggravation (hérédo-syphilis, neuro-arthritisme, consanguinité, adénoïdisme), de ses pourcentages. Ces notions sont indispensables à connaître, afin de pouvoir, le cas échéant, donner des conseils éclairés, à des parents soucieux de la descendance de leurs enfants. Il en résulte que :

1° Le mariage peut être autorisé, même si les deux candidats sont atteints de surdité, s'il est bien avéré qu'ils n'ont, ni l'un ni l'autre, d'antécédents héréditaires ou collatéraux de surdité, et si leur otopathie est indubitablement acquise.

2° Le mariage doit être déconseillé : *a*) si l'un des deux candidats est atteint d'otospongiose, familiale ou non ; *b*) si les deux candidats sont sourds congénitaux et si l'un d'eux a des antécédents familiaux de surdité ; *c*) si les deux candidats sont sourds acquis, mais l'un d'eux, ou tous deux, ayant des antécédents familiaux de surdité ;

3° Il doit être formellement interdit : *a*) aux candidats atteints tous deux de surdi-mutité congénitale, à plus forte raison s'ils ont, l'un ou l'autre ou tous les deux, des antécédents héréditaires de surdité ; *b*) aux candidats atteints tous deux de surdité familiale, et présentant, l'un ou

l'autre ou tous les deux, des antécédents de syphilis héréditaire, d'alcoolisme ou de névropathie ; *c*) aux candidats atteints tous deux de surdité familiale, même légère, mais unis par les liens du sang (cousins germains, ou issus de germains).

Si les conseils du médecin ne sont pas suivis, il faut se rappeler que la réglementation du mariage des sourds est actuellement irréalisable. Dès lors, on doit faire la part du feu et agir sur les facteurs étiologiques de l'infirmité familiale en soignant, dès qu'elles se manifestent chez l'enfant prédisposé, les affections qui peuvent engendrer des déchéances de l'oreille ou qui peuvent en favoriser l'évolution. (*La Presse médicale*, 14 janvier 1931.)

La splénomégalie vaccinale du nourrisson.

MM. Lereboullet et Worms soulignent l'existence chez le nourrisson, dans les premières semaines de la vie, de *splénomégalies transitoires*, parfois relativement considérables, survenues sous l'influence d'une éruption vaccinale ou d'une suppuration cutanée, et qu'il serait erroné de rattacher à l'hérédo-syphilis. On n'est autorisé devant une grosse rate mono-symptomatique, constatée chez un nourrisson de quelques semaines à suspecter de ce fait l'hérédo-syphilis, que si l'enfant n'a pas été vacciné dans les jours qui précèdent, et s'il n'a pas eu récemment une infection cutanée. Surtout, il faut, par des examens successifs, s'assurer que la splénomégalie est bien permanente et non transitoire ; alors que, chronique, elle garde toute la valeur qui lui a été attribuée dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, elle n'occupe évidemment pas, lorsqu'elle disparaît après quelques jours d'observation, la même place en séméiologie. (*Paris médical*, 1er novembre 1930.)

Erysipèle et sulfarsénol.

MM. M. Drouineau et J. Torlais rapportent trois nouveaux cas d'érysipèle traités et guéris par les injections sous-cutanées de sulfarsénol ; nette a été l'action du médicament sur la dermite et les phénomènes infectieux.

Dans la première observation, il s'agissait d'un érysipèle bénin à début atypique, l'adénopathie cervicale ayant précédé de plus de 48 heures la dermite et ayant pu égarer momentanément le diagnostic étant donné l'état général du sujet, ses symptômes pulmonaires cliniques et radiologiques.

Dans la deuxième observation, il faut signaler l'action rapide des deux premières piqûres de sulfarsénol sur la première atteinte, et l'action également très rapide, voire même abortive, du médicament sur la récidive survenant après onze jours d'apyrexie.

Dans la troisième observation, il s'agissait de phénomènes septicémiques graves avec profonde atteinte de l'état général, et rien ne permettait de prévoir une guérison spontanée et rapide. Divers traitements biologiques avaient été essayés sans résultat. Deux injections ont suffi à juguler les phénomènes infectieux, les deux dernières injections ayant été faites à titre de consolidation. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 16 novembre 1930.)

Le faux glaucome.

M. E. Aubineau montre qu'il s'agit en la circonstance d'une atrophie progressive du nerf optique avec excavation, mais tonus oculaire normal. Du fait de l'absence contrôlée et permanente d'hypertonus, le diagnostic de glaucome est éliminé. Il y a ici contraste entre l'excavation accentuée et la vision qui reste encore normale, tandis que dans les yeux glaucomateux l'excavation ne devient notable que lorsque l'atrophie est déjà presque complète et la vision très atténuée.

Retenons encore l'action très différente de la pilocarpine dans le glaucome et dans l'excavation atrophique. Ici, pas de modification de la tension initiale, pas d'amélioration dans le champ visuel et dans l'acuité visuelle ; myosis très prolongé et très gênant. Ce sont là des phénomènes exactement contraires à ceux qui suivent habituellement les instillations des myotiques dans les yeux hypertendus. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 septembre 1930.)

Les psychoses de guerre.

C'est le sujet d'une étude fort importante et très documentée du professeur Fribourg-Blanc. Il existe bien, en effet, des psychoses de guerre. Si l'état de guerre n'a pas fait éclore de choses nouvelles, il a coloré les délires et imprimé un cachet spécial aux psychopathies. Sans nier l'importance des facteurs prédisposants constitutionnels, il faut noter l'importance des facteurs occasionnels nés de la guerre : émotions et chocs moraux ; fatigue physique (surmenage, misère physiologique) ; blessures, commotions, affections organiques aiguës ; intoxications d'origine endogène ou exogène. Il importe aussi de noter que les réactions des psychopathes ont eu pendant la guerre des caractères spéciaux et des conséquences plus sérieuses qu'en temps de paix, tant pour les malades eux-mêmes que pour leur entourage.

Que reste-t-il à l'heure actuelle des psycho-névroses de guerre ?

I. Pour les névroses, on retrouve encore aujourd'hui, sous forme de séquelles :

1° le syndrome post-commotionnel, suite d'une véritable contusion de la matière cérébrale par

le violent déplacement de l'air dans la zone de déflagaration d'un obus : perte de connaissance momentanée, constatée aussitôt, ou, dans les jours suivants; petites parésies localisées à un membre ou à un segment de membre ; parésies rapidement régressives. Ultérieurement, le commotionné présente des céphalées, étourdissements, cauchemars, fatigabilité ; des altérations de l'humeur et du caractère ; un déséquilibre neuro-végétatif avec troubles digestifs ; de l'asthénopie accomodative ; une diminution de l'activité sexuelle. Le même syndrome peut s'observer chez les trépanés crâniens, et il s'explique par le même mécanisme ;

2° Le syndrome post-émotionnel, apparu chez des sujets de constitution émotive à la suite d'une frayeur subite, de l'éclatement d'un obus dans le voisinage. C'est tout d'abord un état subconfusionnel, sans perte totale de la conscience, avec parfois agitation anxieuse, fuite éperdue, discours incohérents. Cet état peut devenir persistant, avec insomnie, cauchemars, etc.

3° L'épilepsie peut avoir une origine de guerre : traumatique, commotionnelle, toxique, ou épilepsie antérieure aggravée. Elle se complique parfois de troubles mentaux, évoluant vers l'état de démence épileptique.

4° La neurasthénie, par surmenage psychique prolongé ou physique ; les auto-intoxications et les infections diverses jouent un rôle important dans le déclenchement de cette névrose. Il peut en persister des séquelles notables.

5° Les états obsessionnels, les phobies, la névrose d'angoisse, qui parfois s'atténuent et guérissent, d'autres fois restent rebelles.

6° Les états pithiatiques ou hystériques.

II. — Dans la catégorie des psychoses, on relève chez les mobilisés toutes les formes de troubles mentaux connus, qui ont pu être déclenchés dans une certaine mesure par la guerre : déséquilibre mental ; psychoses périodiques, systématisées ; états confusionnels ; démence précoce ; paralysie générale ; toxicomanies, etc.

Pour terminer l'auteur indique que le traitement des psychoses de guerre est analogue à celui des psychoses du temps de paix, et il dit comment évaluer leur taux d'invalidité d'après les barêmes officiels. (*La Revue médicale française*, octobre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Une notion nouvelle importante en cardiologie : la pression artérielle « moyenne ».

(MM. H. Vaquez et D.-M. Gomez. — *Académie de médecine* ; 17-2-1931.)

L'hypertension artérielle, cette donnée pathologique si souvent recherchée par le clinicien, est actuellement diagnostiquée par la mesure de deux pressions extrêmes : la maxima, qui représente la charge systolique du système artériel, et la minima, qui représente sa charge permanente diastolique, réelle. On a l'habitude d'apprécier l'hypertension par une augmentation de la maxima. En réalité, celle-ci ne révèle que le régime vasculaire momentané, à l'instant des systoles. La minima donne des indications ayant une valeur plus large, puisqu'elle traduit le travail permanent cardio-vasculaire.

M. Vaquez parle aujourd'hui d'une troisième pression artérielle, à peine connue encore, qui semble appelée, non à diminuer l'intérêt des deux autres, mais probablement à passer au premier plan : pression dynamique, pression efficace (Pachon), pression artérielle moyenne (Vaquez et Gomez). Cette pression n'est pas la moyenne arithmétique entre la maxima et la minima. Il ne suffit pas d'ajouter l'une à l'autre et de diviser par deux pour la mesurer. Voici comment on peut la comprendre . Entre les extrêmes, maxima et minima, la pression sanguine passe par une série de valeurs très inégales traduites par les oscillations de la courbe sphymographique. La « moyenne » de ces pressions successives donne, comme l'avait déjà indiqué Potain, une idée plus juste du travail qui s'accomplit dans le système artériel. La pression *moyenne*, en question, que l'on croyait cliniquement insaisissable, a pu être mesurée par Pachon, en notant l'oscillation maximale. Son évaluation, dit M. Vaquez, encore actuellement délicate, pourra probablement bientôt être rendue accessible à tous les praticiens.

Quoi qu'il en soit, cette « pression artérielle moyenne » est, en clinique, très importante et paraît appelée à donner de précieux renseignements. Dans les cas d'hypertension confirmée ancienne, elle suit la tension maxima. Elle se décale proportionnellement à la minima et à la maxima et, au lieu d'être comme normalement de 8 à 9, elle monte à 12, 13 ou 14. Sa mesure, alors, ne donne aucune indication originale. Mais, il est des cas où, seule, elle révèle de l'hypertension. Voici, par exemple, un malade, encore jeune (37 ans), se plaignant de dyspnée d'effort et d'oppression. A l'écran, le cœur est très augmenté de volume. Pressions maxima et minima normales. Or, ici la pression moyenne mesure 13 centimètres, chiffre supérieur de 4 centim. à ce que l'on devrait trouver chez un individu sain.

Il existe ainsi des sujets dont l'affection n'est déce-

lée que par l'élévation de la pression moyenne, celle-ci étant vraisemblablement le phénomène *initial* de l'hypertension et la cause principale de l'augmentation du volume du cœur.

Le grand intérêt de la recherche de la pression moyenne est que, très probablement, c'est son élévation qui est la première en date dans le syndrome pathologique de l'hypertension artérielle. Elle doit commencer d'assez bonne heure, souvent à un âge pas très avancé et chez des sujets prédisposés, M. Vaquez est persuadé que cette conception d'une hypertension moyenne longtemps solitaire sera la vérité de demain. C'est elle qui prépare les troubles vasculaires, l'hypertrophie cardiaque, la rupture des parois artérielles. L'hyperpression maxima agit comme coup de fouet, déclenchant, suivant l'expression de Fontan, les accidents de rupture par exemple, sur des tuniques vasculaires altérées par une hypertension moyenne ancienne.

Un traitement des infections gastro-intestinales du nourrisson.

(M. Henri de Rothschild. — *Académie de médecine* ; 10-2-1931.)

M. Henri de Rothschild a employé avec succès, dans le traitement des infections gastro-intestinales des enfants du premier âge, le plasma du lait de vache (lacto-sérum), qu'il a déjà recommandé avec M. Mazé, en 1929, dans la thérapeutique des plaies infectées.

Ce lacto-sérum renferme 58 grammes, par litre, de matières azotées et organo-minérales, et sa valeur énergétique est égale au tiers de celle du lait entier. Les éléments en question s'assimilent rapidement, par simple dialyse, en dehors de toute fermentation intestinale. D'autre part, ils procurent à l'organisme une ration alimentaire minima mais suffisante. Dans ces conditions, les fermentations alimentaires étant supprimées, les microbes trouvant en outre un milieu de culture peu riche et défavorable, on obtient une amélioration rapide des infections gastro-intestinales.

Le traitement conseillé par l'auteur est le suivant : suppression du lait ; administration 5 ou 6 fois par jour de biberons de lacto-sérum (60 à 100 cc., selon l'âge) ; lavements de 20 à 30 cc. de lacto-sérum, 3 par jour. Au bout de 48 heures et au plus tard le quatrième jour, reprise du lait stérilisé, coupé avec 50 % de lacto-sérum les premiers jours, puis avec 30, 20, 10 % de ce produit.

L'extension continue par broche métallique dans les fractures de cuisse.

(M. Boppe. — *Société de chirurgie* ; 14-1-1931.)

M. Hartmann présente un rapport sur un travail de M. Boppe relatif à l'utilisation de la broche de Kirchner dans le traitement des fractures de cuisse et de jambe. Aux procédés d'extension continue communément employés (appareils de Tillaux, d'Hennequin, de Delbet), l'auteur préfère l'extension directe sur le squelette à l'aide de broches traversant l'os de part en part. Il accorde la préférence à la broche et à la technique de Kirchner et fait un embrochage transcondylien dans les fractures du fémur et transcalcanéen dans les fractures de jambe.

— M. Cadenat montre le schéma d'un appareil permettant l'application correcte des broches.

P. L.

L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et eczémas.

(MM. Paul Chevallier et Léon Bloch. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-12-1930.)

Les auteurs poursuivent en ce moment des recherches sur la posologie et les indications de l'extrait aqueux de rate en injections sous-cutanées.

Mais, déjà, ils ont démontré que celui-ci possède une action immédiate remarquable contre les dermatoses prurigineuses, et plus spécialement l'eczéma, ou plutôt la poussée d'eczéma.

Essais de traitement de la tuberculose par l'or, le cérium, le lanthane et le molybdène.

(MM. Ch. Flandin, L. Lecoq, Maison et P.-L. Thiroloix. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-12-1930.)

Les auteurs concluent, après deux ans de recherches intéressantes, que nous ne sommes pas complètement désarmés contre la tuberculose. Aux sels d'or, jusqu'ici employés avec un certain succès, nous pouvons ajouter une nouvelle préparation, l'or liposoluble, moins toxique, plus maniable, et au moins aussi efficace que la crysalbine.

Les auteurs ont également recours, avec un succès au moins égal sinon supérieur, aux solutions huileuses de cérium et de lanthane ; enfin, ils ont l'espoir de pouvoir bientôt confirmer les succès obtenus avec le molybdène ; et il s'agirait là sans doute d'une médication spécifique.

Un cas de névrite radiale post-sérothérapique.

(MM. Marcel Labbé, Boulon, Azerad et Soulié. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-12-1930.)

Les auteurs signalent au cours de la sérothérapie antigonococcique, le premier accident névritique. D'autre part, cette paralysie à type radial est intéressante à noter, car ici, le territoire des muscles atteints ne rentre pas dans le cadre habituel des paralysies post-sérothérapiques communément observées.

Le pronostic de cette paralysie avec R. D. complète, troubles trophiques marqués, paraît des plus réservés, bien que des cas de paralysies analogues aient guéri après un an et plus.

Traitement de certaines formes graves du rhumatisme chronique déformant progressif par les extraits parathyroïdiens.

(MM. R.-J. Weissenbach, F Françon, L. Perlix et P. Seinmann. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-12-1930.)

Rapportant en détails une de leurs observations, les auteurs croient utile de publier (malgré les imprécisions qui persistent dans les indications), la posologie et surtout le mode d'action de ce traitement.

Malade depuis trois ans, la malade est vue pour la première fois en 1930 ; elle se présente comme une véritable infirme, atteinte d'un rhumatisme chronique déformant progressif, accompagné de douleurs ne lui laissant aucun répit ; son état général est profondément touché ; elle vit confinée à la chambre et le plus souvent au lit. Depuis cette époque, soit presque un an, en utilisant comme traitement de fond exclusif les injections d'extrait parathyroïdien, les auteurs ont vu l'état de la malade s'améliorer considérablement, alors que de nombreux autres traitements utilisés antérieurement étaient restés sans effet : les mouvements de cette impotente sont devenus relativement aisés ; les douleurs ont presque complètement disparu et l'état général s'est considérablement amélioré.

Les effets du traitement parathyroïdien ont été immédiats et éloignés. L'effet immédiat n'a pas été perçu nettement lors des premières injections, qui s'accompagnaient de réactions douloureuses, d'ailleurs modérées, sur les articulations ; cependant, il n'a pas manqué de se produire à chacune des injections ultérieures une sensation de mieux être, de souplesse articulaire, de facilité des mouvements, qui apparaissait de quinze à trente minutes en général après l'injection ; cette sensation persistait plus ou moins durant la journée pour diminuer vers le soir. La suspension des injections ramenait l'apparition des phénomènes morbides antérieurs : d'où la nécessité d'un traitement continu. Les injections sont, de préférence faites chaque jour, car la malade ne se trouvait soulagée que le jour de l'injection, et presque dans l'état antérieur les jours où celle-ci n'était pas pratiquée.

Ce traitement de certaines formes de rhumatisme chronique progressif par les extraits parathyroïdiens peut être ainsi assimilé à celui de certains diabètes par l'insuline, et au traitement des polyuries, dites hypophysaires, par les extraits de post-hypophyse.

L'effet éloigné n'apparaît qu'après un nombre plus ou moins important d'injections, une vingtaine ou une trentaine au moins ; il s'accentue avec la prolongation du traitement ; il est de même nature que l'effet immédiat ; mais de plus, il porte sur l'assouplissement des tissus infiltrés, sclérosés, etc. ; mais, on ne constate pas de modifications des extrémités osseuses.

Certes, la fragilité des indications de ce traitement montre que celles-ci reposent encore sur l'empirisme ; mais les observations seront de plus en plus complètes, et les résultats obtenus justifient dès maintenant l'emploi des extraits parathyroïdiens.

G. F.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance du 20 février 1931

A propos du vissage de l'olécrane.

M. Judet présente un malade chez lequel il a traité une fracture de l'olécrane par la suture au tendon de renne.

La rachianesthésie en obstétrique.

M. Devraigne fait un rapport sur un travail de M. Vaudescal (de Paris) portant sur 600 rachianesthésies faites à la Clinique Tarnier.

La chirurgie du sinus frontal par voie endonasale.

M. Dufourmentel fait un rapport sur un travail de M. Henri Fischer (de Bordeaux) dans lequel l'anatomie du canal fronto-nasal est étudiée en détail pour mettre en lumière les dangers de son cathétérisme et de son élargissement. On ne peut, en effet, réaliser aucune manœuvre par cette voie, sans une connaissance très exacte de sa topographie. L'auteur présente également une instrumentation personnelle appropriée.

Hypernéphrome. Extirpation par l'incision de Louis Bazy.

M. Victor Pauchet communique ce cas observé chez une jeune fille de seize ans. Guérison opératoire mais pronostic grave par suite de récidive probable à brève échéance.

Occlusion du grêle à la suite d'une gastro-entérostomie postérieure.

M. Hautefort a observé ce cas rare chez un homme de 57 ans. Quatre semaines après une gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum, apparut un syndrome d'occulsion du grêle. A l'opération, l'auteur trouva une longue portion du grêle (environ 2 m. 50) engagée dans un orifice situé entre l'anastomose et l'angle de Treitz. Mort onze jours après.

La voie d'abord sus-rotulienne dans la chirurgie du genou.

M. Raphaël Massart décrit cette voie d'abord utilisée par Putti (de Bologne) en montrant les avantages qu'elle offre lorsqu'on veut conserver la mobilité articulaire. Il a pu, grâce à elle, obtenir d'excellents résultats chez des malades présentant des lésions méniscales et ligamenteuses. Elle permet l'exploration articulaire parfaite et aussi la reconstitution articulaire indispensable si l'on veut mobiliser précocement les opérés, et obtenir un bon résultat fonctionnel.

Curieuse adaptation des hanches d'une luxation congénitale non traitée.

M. Roederer présente une très intéressante radiographie faite chez un adulte de quarante ans. Il n'existe plus de têtes fémorales et les petits trochanters sont devenus articulaires. La nature a constitué d'une part au-dessus de la tête, d'autre part au-dessous du petit trochanter, des butées et a réalisé à la fois la bifurcation de Lorenz et la butée avec résection de la tête.

Résultat éloigné d'une autoplastie par lambeau.

M. Burty présente une malade qu'il a opérée pour un lupus de la joue gauche. La brèche opératoire a été comblée par un lambeau autoplastique prélevé au niveau de la région sous-maxillaire aveec charnière postérieure.

Tumeur solide du mésentère.

M. R. Bonneau présente une tumeur solide en deux lobes, développée dans la partie inférieure du mésentère et dont le poids total est supérieur à cinq kilogs. L'ablation, quoique difficile, a pu être menée à bien grâce à une section du péritoine au-dessous de l'angle iléo-cœcal et au relèvement en masse vers le diaphragme du cæcum, de l'iléon et des vaisseaux mésentériques. Quelques ligatures de pédicules vasculaires profonds partant des vaisseaux, aorte et veine cave, ont été néanmoins nécessaires.

Arthrite chronique du genou avec ostéophytes. Blocage de la rotule. Ablation de la rotule. Guérison avec intégrité des mouvements.

M. H. Blanc, à propos de cette observation, soulève la question du traitement chirurgical des manifestations rhumatismales. Souvent une intervention simple sera bienfaisante et permettra la reprise d'une vie normale.

M. R. Massart est déjà intervenu plusieurs fois avec succès pour des arthrites rhumatismales du genou ; il croit nécessaire d'attendre les résultats lointains de ces interventions avant de donner un avis.

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales.

Néoplasme du corps utérin apparu sur un utérus prolabé.

M. Sassard présente une pièce provenant d'une malade de 65 ans entrée à l'hôpital pour prolapsus génital datant de quinze ans. Ménopause il y a quatre ans et depuis six mois petites pertes sanguines irrégulières. Celles-ci aiguillaient l'esprit vers l'idée de néoplasme. Aussi pratique-t-on une hystérectomie, et, de fait, l'examen de la pièce montre des bourgeons sur toute la surface de la muqueuse du fond et, histologiquement, il s'agit d'un cancer glandulaire. Suites simples. Guérison.

Leptoméningite dans le cours d'une sinusite frontale aiguë suppurée (sans abcès cérébral).

M. Jacod présente l'observation d'un homme de 39 ans qui fit une leptoméningite mortelle à la suite d'une sinusite frontale aiguë suppurée. Le développement de cette complication fut favorisé par une disposition anatomique spéciale provoquée par une blessure de guerre qui avait détruit toute la région naso-sinusienne droite et transformé le sinus en cavité close, d'où exaltation de la virulence microbienne.

Troubles de croissance d'origine syphilitique.

M. F. Pauzet présente un enfant de 7 ans et demi, hérédo-syphilitique avéré qui, depuis l'âge de 6 ans, a vu ses membres inférieurs jusque là droits se déformer en genu-valgum progressif, tandis qu'apparaissaient des manifestations douloureuses intermittentes dans les régions métaphysaires. Wassermann très positif. La radiographie montre des lésions localisées à la partie interne de la région métaphysaire (au voisinage du cartilage de conjugaison), ce qui explique le genu-valgum.

Abcès sous-phrénique résiduel, aboutissant d'une pyohémie secondaire à une plaie du doigt.

M. P. Sassard présente un malade du Dr P. Bonnet qui s'était fait une plaie insignifiante à un doigt. Il s'en suivit un phlegmon de la gaine des fléchisseurs qui nécessita l'amputation du doigt. La température persista avec de grandes oscillations et un état septicémique s'installa, sans qu'on trouvât de localisation. Quand M. Bonnet vit le malade, il constata aux deux bases de l'obscurité avec souffle. Une ponction ramena du pus. La difficulté qu'éprouvait le malade à s'asseoir fit penser à une suppuration sous-diaphragmatique. Intervention : résection de la 11e côte, incision d'un plan diaphragmatique et issue d'une énorme quantité de pus. Amélioration rapide.

Torsion du colon pelvien. Résection en un temps avec fistulisation temporaire.

M. P. Bozon présente, au nom de M. Delore et au sien, l'observation d'une fillette de 12 ans et demi qui fut prise brusquement de douleurs abdominales, suivies de l'évacuation de glaires sanguinolentes ; on constate sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, une onde péristaltique et on pense à une invagination. Intervention : on trouve un côlon sigmoïde très long, un peu épaissi et gonflé. On fait la résection d'emblée, en employant la méthode en un temps, avec assez de sécurité. Les suites furent simples et trois semaines après l'opération les matières passaient par le bout inférieur.

Pyloro-duodénite traitée par gastro-entérostomie. Ulcère peptique secondaire de la bouche anastomotique.

M. P. Bozon présente, au nom de M. Delore et au sien, l'observation d'une femme de 35 ans venue consulter en 1929 pour de violentes douleurs gastriques, amaigrissement marqué, sans vomissements, ni signes physiques très nets. Laparotomie : on trouve une inflammation œdémateuse diffuse de l'estomac et du duodénum, sans rien qui indique la présence d'un ulcère. Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay. Amélioration passagère suivie d'une reprise des douleurs, plus violentes que jamais . On intervient à nouveau : l'estomac présente les mêmes lésions que précédemment, avec, en plus, un tout petit ulcère à la jonction de l'estomac et du duodénum en arrière, avec un peu de rétrécissement de la bouche. Elargissement de celle-ci, résection de l'ulcère.

Ce cas montre que la gastro-pylorite n'est qu'un stade de la lésion qui peut dans certains cas aboutir à l'ulcère.

Luxation du genou.

M. P. Sassard présente, au nom de M. Patel, la radiographie du genou droit d'une femme de 65 ans qui fut renversée par une motocyclette. Il existe une luxation typique du genou en dehors et un peu en arrière ; il s'y ajoute une fracture parcellaire du plateau tibial. Réduction sous rachi-anesthésie ; plâtre. Après huit semaines d'immobilisation, le genou a repris sa forme normale, mais le résultat fonctionnel est médiocre (douleurs persistantes, raideur).

Société médicale des hôpitaux

La trachéo-bronchoscopie dans le diagnostic et le traitement des maladies broncho-pulmonaires.

M. Soulas (présenté par M. Bonnamour) étudie la place que doit occuper la méthode endoscopique et montre quelles en sont les indications et les résultats. Le but de la méthode est : 1° d'inspecter l'arbre trachéo-bronchique ; 2° de faire des prélèvements de sécrétions ou des biopsies ; 3° de modifier la muqueuse (badigeonnages, injections médicamenteuses) ; 4° de permettre l'aspiration des secrétions. — Les indications sont : les hémorragies trachéo-bronchiques et les suppurations broncho-pulmonaires.

Déformations de la région mitro-aortique du type congénital chez un homme de 47 ans.

MM. A Dumas, Jarricot et Giraud présentent une pièce provenant de l'autopsie d'un homme de 47 ans, hospitalisé à diverses reprises pour de la toux et de la dyspnée d'effort. En 1926, on nota au foyer aortique un souffle diastolique doux, auquel viennent s'adjoindre plus tard un souffle systolique et un souffle présystolique de sténose mitrale, ce qui fit admettre l'origine endocarditique de ces bruits. En avril 1930, le malade revient de nouveau, en pleine asystolie, avec splénomégalie. L'autopsie, outre les lésions viscérales habituellement observées en pareil cas, montra un cœur globuleux, avec un orifice aortique muni seulement de deux valvules sigmoïdes avec un bord supérieur très épaissi ; au niveau de l'orifice mitral, la valve interne se continue à la partie supéro-interne avec la valvule sigmoïde postérieure à laquelle elle est intimement unie par un tissu d'aspect fibreux ; enfin l'aorte, dans sa partie immédiatement sus-sigmoïdienne est nettement dilatée. — Le caractère congénital de ces lésions ne fait pas de doute, mais il semble bien qu'il s'agisse d'endocardite fœtale ou de la toute première enfance plutôt que de malformations proprement dites.

Sur les formes encéphalitiques des fièvres typhoïdes.

M. Langeron étudie des formes de fièvre typhoïde ou paratyphoïde dans lesquelles on relève des symptômes d'encéphalite épidémique : hypersomnie, paralysie d'origine centrale et aphasie, hypertonie, catatonie, myoclonies, hoquet, convulsions, paralysies oculaires, sudations, ptyalisme. Ces formes comportent un pronostic réservé. Bien que les preuves péremptoires fassent défaut, on peut admettre pratiquement que les bacilles typhiques peuvent déterminer une encéphalite diffuse ou localisée, surtout par leurs toxines ; dans certains cas toutefois, on peut admettre l'évolution simultanée des deux maladies.

Hépatosplénomégalie syphilitique fébrile.

MM. Cade, Cordier et Croizat rapportent l'observation d'une femme de 37 ans, sans antécédents bien notables, entrée à l'hôpital pour des crises douloureuses abdominales siégeant dans l'hypochondre et la fosse iliaque droite et accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux et d'une température atteignant 39°. A l'examen, gros foie assez douloureux ; rate perçue dans l'hypochondre gauche. Wassermann d'abord légèrement positif, puis négatif dans la suite. La notion d'une fausse couche antérieure, l'aorte élargie à la radio font pencher vers l'hypothèse de gros foie syphilitique. Le traitement spécifique amène une amélioration rapide, confirmant ainsi le diagnostic.

Forme anormale de cancer de la tête du pancréas.

MMM. Cade, Cordier et Croizat rapportent l'observation d'une homme de 49 ans, sans antécédents notables, qui, à son entrée présentait un foie énorme, très douloureux au palper, un peu inégal, sans véritables nodosités marronées. Rate non perçue. Pas de signes gastriques. Amaigrissement de 13 kilos depuis six mois environ. Le diagnostic hésite entre : foie syphilitique, néoplasme primitif. Quelques jours après l'entrée on note des signes de phlébite du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit. Apparition de subictère et d'épistaxis. **Mort rapide.**

L'*autopsie* montre un foie gros présentant des bosselures à type de noyaux secondaires ; à la coupe, plaques blanchâtres d'infiltration néoplasique ; le pancréas est dur avec des points ramollis et de véritables cavernes, le tout de nature néoplasique évidente et prédominant au niveau de la tête. Le cholédoque est souple et de siège *entièrement extra-pancréatique*, ce qui explique l'absence d'ictère pendant la plus grande partie de l'évolution.

Pneumococcémie avec localisation rénale, puis pulmonaire ; syndrome méningé ; rhumatisme infectieux.

MM. A. Pic, H. Thiers et Banysset présentent l'observation d'un homme de 46 ans entré à l'hôpital pour néphrite aiguë avec délire. Antécédents : paludisme et dysentérie (8 mois d'hospitalisation à Salonique) ; depuis, trois accès palustres par an en moyenne ; Wassermann (sang et L. C. R.) négatif ; éthylisme notable (plusieurs litres de vin par jour et apéritifs). L'affection actuellement en cause a évolué en trois périodes : 1° Période de néphrite aiguë avec œdèmes, azotémie modérée, troubles psychiques et syndrome pseudo-méningé ; 2° Douleurs articulaires prédominantes, calmées par le salicylate de soude, en même temps que disparaissent les signes méningés et que s'améliore l'état rénal ; 3° Apparition d'une pneumonie bilatérale, avec réaction pleurale, acidose, fausse chloropénie, azotémie modérée. Mort au milieu de phénomènes délirants intenses.

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Pyosalpinx tuberculeux inextirpables traités par l'incision suivie de radiothérapie.

M. Violet, en cas de contre-indications à l'opération radicale dans les cas de tuberculose annexielle, contre-indications tenant soit à l'état général de la malade, soit à l'état local (processus péritonéaux, extension au tissu cellulaire pelvien ou à l'intestin), préconise la radiothérapie, associée ou non à l'héliothérapie artificielle, mais précédée de l'évacuation chirurgicale de l'abcès par la voie d'accès la plus facile.

Disjonction de la symphyse pubienne.

M. P. Sassard présente, au nom de M. Patel et au sien, l'observation d'un homme de 71 ans qui, dans un accident d'ascenseur, eut le bassin coincé entre ce dernier et un palier. Schock très marqué. Par la suite, apparition d'un formidable hématome. au niveau de la région fessière et de la fosse lombaire La radiographie montra une disjonction symphysaire, une fracture du cotyle droit, un léger diastasis à la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite. Traitement par immobilisation (15 jours) dans une gouttière de Bonnet.

Après avoir commencé à se lever, le malade meurt de pneumonie.

Pachypleurite cancéreuse consécutive à un kyste de l'ovaire dégénéré.

MM. Roubier et Chanaleilles présentent l'observation d'une femme de 64 ans, entrée à l'hôpital pour pleurésie droite : liquide abondant, nettement hémorragique, se reproduisant rapidement. Il n'y avait à l'entrée aucun symptôme abdominal. La cytologie et l'inoculation au cobaye infirmaient l'hypothèse de tuberculose, mais, après une thoracentèse, on vit à l'écran, au-dessus de la zone de liquide, une masse sombre juxta-hilaire qui permit de faire le diagnostic de cancer pulmonaire. Plus tard, on reconnut l'existence d'une tumeur ovarienne droite qui était le néoplasme primitif, ainsi que cela fut confirmé par l'autopsie. Il est à noter que la pleurésie s'est reproduite rapidement au début, puis plus lentement à mesure que la plèvre s'épaississait. Cette pachypleurite ne s'accompagnait d'aucune atteinte du poumon ; la zone opaque juxtahilaire signalée plus haut correspondait à un ganglion.

Volumineux anévrysme de l'aorte thoracique rompu dans la plèvre gauche.

MM. Routier et Savaye présentent l'observation d'un malade de 55 ans entré à l'hôpital pour de violentes douleurs dans l'hémithorax gauche. Rien de notable dans les antécédents.

Début il y a un peu plus de deux ans par des crises douloureuses à type névralgique devenues de plus en plus intenses jusqu'à empêcher tout sommeil. A l'entrée, température subfébrile, douleur nette à la palpation des espaces intercostaux gauches ; signes nets d'épanchement pleural de ce côté. Par la suite, on constate de légers battements perçus par la main et observés par la simple inspection à jour frisant dans la région sus-claviculaire gauche. On pense à une ectasie aortique dont on ne trouve aucun autre signe. Wassermann positif. Une ponction exploratrice prudente montre que le liquide céphalo-rachidien renferme des placards endothéliaux sans cellules cancéreuses. Radiologiquement, ombre volumineuse accolée au médiastin et n'atteignant pas la paroi externe du thorax, pourtour comme tracé au compas, sans battements ni expansion. Quinze jours après son entrée, le malade est trouvé très abattu, couvert de sueurs profuses, et d'une pâleur extrême, avec un pouls filant et presque imperceptible ; il meurt quelques heures après. A l'autopsie, plèvre gauche remplie de caillots sanguins et de sang cachant entièrement le poumon. On trouve un volumineux anévrysme occupant toute l'aorte thoracique, adhérant fortement au rachis qu'il a érodé et présentant un vaste orifice de rupture. Le reste de l'aorte et le cœur paraissant normaux.

Epithélioma du larynx.

M. Jacob présente un malade de 32 ans venu consulter en octobre 1923 pour dysphonie ; le début

remontait alors à deux mois. Pas d'antécédents tuberculeux ni spécifiques. Ni douleurs, ni dyspnée, ni dysphagie. Pas d'amaigrissement. A l'examen, la corde vocale droite et la bande ventriculaire correspondante sont infiltrées par une tumeur bourgeonnante, irrégulière. Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés avec infiltration des plans musculaires sous-jacents. On pratique l'exérèse de la tumeur dont on dépasse largement les limites. Le résultat opératoire a été satisfaisant et s'est maintenu depuis l'opération.

L'auteur insiste sur ce qu'il a appelé les formes chirurgicales du cancer laryngé et pour lesquels il préconise, en général, la radiothérapie suivie de laryngectomie partielle.

Syndrome de circulus vitiosus après gastro-entéro-anastomose pour ulcus duodénal.

M. Desjacques présente l'observation d'un malade du service de M. Bérard qui, dix jours après une gastro-anastomose pour ulcus duodénal, présenta des accidents de « circulus vitiosus » (grands vomissements bilieux, rebelles, avec fléchissement de l'état général) qui obligèrent à réintervenir ; on trouve la bouche anastomotique libre, mais l'anse afférente est noyée dans de nombreuses adhérences sur une longueur de cinq centimètres environ, adhérences qui font disparaître sa perméabilité et que l'on sectionne prudemment ; une incision pratiquée sur l'anse afférente permit de vérifier, par le doigt, introduit à ce niveau, la perméabilité de la bouche et de pratiquer ensuite une jéjuno-jéjunostomie destinée à éviter le retour des accidents. Les suites ont été relativement simples et le malade, revu quatre mois après la première intervention, est en excellent état.

Accidents douloureux dus à l'os trigone.

MM. Pouzet et Brunot en présentent deux observations (on sait que l'os trigone est un petit os surnuméraire que l'on rencontre chez quelques sujets à la partie postérieure de l'astragale).

Epithélioma du voile du palais avec métastase ganglionnaire. Curage ganglionnaire. Rayons X.

MM. Rebattu, Coste et Parthiot présentent l'observation d'un homme de 68 ans, venu à la consultation d'oto-rhino-laryngologie pour ganglion cervical droit et dysphagie. L'examen du pharynx montrait l'existence d'une ulcération saignante, un peu bourgeonnante, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à l'union du voile et du pilier antérieur droit. Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés avec cellules anarchiques nombreuses. Intervention: curage jugulaire ; on ne trouve qu'un gros ganglion adhérent et envahi par le tissu néoplasique.

Le Dr Coste fit ensuite une application de rayons X suivant sa technique habituelle : séance unique, pas de filtre, rayonnement moyennement pénétrant. Actuellement (juin 1930) la guérison se maintient depuis vingt-cinq mois.

A. C.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du 23 décembre 1930

Recherches sur l'adrénaline et quelques-uns de ses dérivés.

MM. Paget, Lamelin, Piet et Leblond. — Les auteurs ont préparé la cétone de l'adrénaline (l'adrénalone) et la formoladrénaline ; ils ont expérimenté physiologiquement ces produits.

L'étude parallèle du chlorhydrate d'éphédrine et de la formoléphédrine leur a permis d'établir que l'action hypertensive était principalement subordonnée à l'intégrité du chaînon « amine secondaire ».

Leurs conclusions générales sont les suivantes :

L'action sympathomimétique de l'adrénaline est due surtout au groupement « amine secondaire », mais doit son importance à la coexistence des fonctions « alcool secondaire » et « diphénol ». L'adrénalone et l'éphédrine qui sont dépourvues, la première du groupement alcoolique, la seconde du noyau pyrocatéchine, ont en effet une activité physiologique beaucoup plus réduite.

Le bloquage de la fonction amine est réalisable par le formol, mais avec un excès de cet aldéhyde.

Des calculs latents du rein.

M. Lepoutre. — Dix observations de calculs latents du rein. L'auteur insiste sur la fréquence de cette affection, qui peut être diagnostiquée aisément, si l'on en prend les moyens : tout pyurique, tout hématurique doit être suspecté de lithiase et radiographié ; cette radiographie sera totale et comprendra les deux reins, les uretères et la vessie ; les investigations seront très serrées, même en des régions où la clinique ne laisse pas soupçonner de calcul.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite*) (1)

Maladie de Kümmell-Verneuil

Discussion du rapport Frœlich-Mouchet.

M. Julliard (de Genève) sur 2.000 expertises concernant des accidents de travail a vu 232 fractures de la colonne vertébrale dont il a suivi 201 cas sans avoir observé aucun cas de maladie de Kümmell authentique.

Il pense que cette affection est exceptionnelle et qu'elle est due à une immobilisation insuffisamment prolongée après une fracture légère du rachis.

M. Leriche (de Strasbourg) cite quelques cas où la fracture initiale a manqué, envisage la nature de la maladie de Kümmell et ne peut admettre la théorie de Schmorl. Le fait que des cellules cartilagineuses puissent passer des disques dans les corps vertébraux peut être un résultat mécanique mais non, une cause biologique de l'affection. Cette hypothèse est en effet en contradiction avec toutes les lois bien établies de la pathologie générale.

Il est de bonne pratique d'utiliser dans le traitement une greffe ankylosante s'il y a fracture avec écrasement et dans tous les cas de Kümmell-Verneuil confirmés.

M. Michel (de Nancy) confirme par quelques cas personnellement observés, les opinions des rapporteurs. Il insiste sur le fait que la maladie de Kümmell-Verneuil, syndrome post-traumatique, peut évoluer sur une colonne vertébrale déjà malade.

Le traitement opératoire est souvent indiqué. Il ne faut pas abuser du port du corset que les blessés ont tendance à garder trop longtemps.

M. Proust (de Paris) rapporte une observation fort intéressante de spondylite traumatique résultant d'un accident d'automobile et évoluant après un intervalle libre de trois mois. Le seul traitement conseillé et qui donna un excellent résultat fut la radiothérapie.

M. Oltramar (de Genève) a eu en sa possession 48 dossiers d'accidentés du travail et traités pour spondylite traumatique.

Après examen il n'a conservé que deux cas lui paraissant indiscutables.

Il en conclut que l'affection est exceptionnelle :

D'autre part il lui semble que la guérison doit s'obtenir à peu de frais. Il s'agit toujours de petits traumatismes et l'on ne voit pas bien sur quel signe on pourrait se baser pour conseiller une ostéo-synthèse précoce.

M. Gourdon (de Bordeaux) fait remarquer que le syndrome Kümmell-Verneuil s'accompagne de lésions anatomiques variables suivant les cas.

Les traumatismes par choc sur la tête provoquent une compression des vertèbres qui détermine une fracture transversale du corps vertébral bientôt suivie de tassement.

Les traumatismes directs produisent surtout de l'ostéoporose de la portion spongieuse des vertèbres, les contours restent normaux ; il n'y a pas de tassement.

Le diagnostic n'est possible qu'à la période de constitution des lésions apparentes à la radiographie.

L'aspect des vertèbres, les signes cliniques, les commémoratifs permettent de rattacher l'affection au traumatisme initial causal.

En présence d'un blessé se plaignant de douleurs vertébrales, surtout lombaires, la prudence conseille d'établir une radiographie du rachis, d'imposer une période de repos et d'assurer périodiquement un examen clinique et radiographique.

On pourrait prévenir la spondylite traumatique en n'admettant à l'exercice des métiers de force que les ouvriers dont la capacité physique aurait été éprouvée.

M. Imbert (de Marseille) possède 88 observations de fractures rachidiennes (non compris les fractures apophysaires). Sur ces 88 observations il a relevé 10 cas de spondylites traumatiques soit une proportion de 11 p. 100.

Pratiquement, les maladies de Kümmell-Verneuil peuvent se diviser en trois groupes :

1° Les cas complets cliniquement et radiographiquement. Une radiographie a été négative, au cours d'un intervalle libre, le blessé a repris son travail plus ou moins complètement ; puis sont apparus gibbosité et troubles médullaires. La radiographie montre des lésions vertébrales.

2° Les cas incomplets : la radiographie n'a pas été faite après l'accident. Ce sont là les observations les plus démonstratives puisque le traumatisme a été si léger que le chirurgien n'a pas fait appel au radiographe.

3° Ce sont les cas où il semble bien que la fracture ait été méconnue. La radiographie n'a pas été faite mais la gibbosité s'est aggravée.

A cette classification, l'auteur ajoute les remarques suivantes :

Les vertèbres touchées sont toujours comprises entre D8 et L5. Jamais de lésions cervicales ou dorso-supérieures.

La gibbosité est très variable : parfois inexistante,

(1) V. *Concours médical*, nos 11, 12, et 13.

elle courbe d'autres fois le malade « en deux ». Scoliose et cyphose s'observent souvent.

En réalité le Kümmell-Verneuil est une fracture méconnue parce qu'elle est méconnaissable au début, dans l'état de nos connaissances actuelles en radiologie. Cependant, l'auteur a observé un cas où le rachis devint douloureux à la suite d'un simple effort.

Il convient de rapprocher cette affection des déviations en valgus qu'on observe à la suite des fractures bimalléolaires surtout quand on fait lever le blessé trop tôt.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de cals malléables. Dans le Kümmel-Verneuil la situation s'aggrave parce que la fracture méconnue est insuffisamment traitée.

M. Masini (de Marseille) rappelle les trois stades de l'affection et résume la pathogénie. Arrivant au traitement, il conseille de pratiquer d'emblée une radiographie. Si l'on constate une lésion vertébrale, il ne faut pas hésiter à immobiliser pendant quatre ou cinq mois. La reprise de la marche et du travail se fera progressivement.

La plupart du temps, le diagnostic n'est fait qu'à la huitième période, lors des déformations. Le traiment devient difficile.

On s'appliquera à redresser le rachis, à assurer le maintien de la correction par un corset plâtré ou de celluloïd.

Mais l'auteur pense que le meilleur traitement est l'application d'une greffe osseuse d'Albee à tous les stades de la maladie.

M. Menciere (de Reims) rapporte un curieux cas de spondylite traumatique observé chez un jeune homme de dix-huit ans qui, chaque jour, conduisait un de ces lourds tracteurs employés en motoculture.

Le volant était trop éloigné du siège et constamment la colonne vertébrale du conducteur se trouvait en cyphose, subissant pendant des heures des secousses violentes.

La partie supérieure du rachis était ainsi projetée en avant cependant que les parties dorsale inférieure et lombaire étaient immobilisées par le bassin reposant sur le siège du tracteur.

Un syndrome Kümmell-Verneuil apparut au niveau de la X^{e} vertèbre dorsale. Cas intéressant à signaler en soi et au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

M. Masmonteil (de Saint-Ouen) a traité trois maladies de Kümmell-Verneuil par l'ostéo-synthèse vertébrale avec greffe osseuse.

La guérison fut obtenue en six mois.

Dans l'un des cas où le malade avait consulté tardivement, la guérison s'obtint avec gibbosité ; la greffe avait eu une action curatrice.

Dans les deux autres cas vus au début de l'affection, l'ostéo-synthèse eut un rôle préventif.

L'ostéo-synthèse a l'avantage de donner une guérison plus rapide et plus sûre.

L'auteur regrette la dénomination de « spondylite traumatique » qui laisse sous-entendre une origine inflammatoire. Il préfère celle de « spondyloporose post-traumatique » qui, sans préjuger de la pathogénie du syndrome, le rapproche des ostéoporoses observées dans l'évolution des autres fractures. Il émet des doutes sur l'action du nucleus pulposus qui n'aurait pour lui qu'un rôle purement passif.

M. Rocher (de Bordeaux) définit la spondylose traumatique un syndrome évolutif post-traumatique, caractéristique de certaines lésions rachidiennes qui sont ou des tassements immédiats, des fissures, des éclatements de la corticale du corps spongieux avec fracture interstitielle ou des altérations trophiques de celui-ci, conditionnées par un trauma antérieur.

Il adopte pour l'instant la théorie de Leriche concernant l'ostéoporose par vaso-dilatation post-traumatique.

Il n'a jamais observé « l'intervalle libre » absolu. Les diagnostics « à retardement » sont souvent l'explication des cyphoses traumatiques.

Le porte-à-faux des apophyses articulaires par inflexion du rachis après affaissement d'un corps spongieux que ne peut compenser la musculature vertébrale contracturée et dépassée dans son effort de résistance explique en grande partie, les troubles fonctionnels du syndrome.

Le traitement sera préventif : décubitus horizontal en réclination pour les lésions du rachis dorso-lombaire, suspension cervicale ou légère inclinaison pour les lésions cervico-dorsales. Immobilisation stricte pendant sept à huit semaines, puis corset amovible pendant six à huit mois.

Quand la gibbosité existe, il faut, soit conseiller le corset orthopédique en cuir en réclination pour les lésions dorso-lombaires, soit le greffon vertébral jouant le rôle de tenon comme dans les arthrodèses extra-articulaires.

Ce greffon n'a que des indications rares, et dans les cas où il est indiqué il est probable que le taux d'invalidité ne sera pas plus diminué que par le corset.

La psychothérapie joue un rôle de premier plan chez ces sujets en général « sinistrosés », pithiatiques exagérateurs et simulateurs.

M. Judet (de Paris) a observé 7 cas de fractures frustes de la colonne vertébrale. Trois fois l'affection a évolué selon le syndrome-type de Kümmell-Verneuil.

L'immobilisation au lit doit être prolongée durant plusieurs mois.

Le port d'un corset orthopédique lui paraît nécessaire au moins pendant six mois.

M. Peugniez (de Paris) insiste sur le rôle de la radiographie dans l'établissement du diagnostic dans la maladie de Kümmell. L'épreuve radiographique est encore nécessaire au cours du traitement. Elle doit être renouvelée chaque mois. Cette méthode permet seule de juger du moment de la consolidation laquelle n'est souvent obtenue qu'en deux ans

M. Silhol (de Marseille). Le type clinique du Kümmell-Verneuil paraît bien délimité et son traitement bien connu.

Cependant il est évident qu'en pratique le schéma ne sera pas toujours applicable.

Un traumatisme tellement banal qu'il ne sera pas question de radiographie, ou bien une radiographie négative pendant plusieurs mois sont des éventualités qui rendent l'immobilisation inacceptable par l'intéressé.

Si, d'autre part, le trauma relève de petits incidents journaliers et n'est suivi d'aucun symptôme révélateur, il ne pourra être question d'un intervalle libre qui ne saurait où commencer.

L'auteur fait remarquer que nous ne sommes pas très bien fixés sur le « pourquoi » de l'ostéoporose tardive de cette « fracture chronique » qui peut même s'observer à distance du point lésé, et aussi sur le « pourquoi » des troubles nerveux retardés.

Il rappelle que des lésions centrales ou paracentrales, radiculaires, méningitiques ou médullaires peuvent intervenir et que l'évolution post-traumatique dépend non seulement de la lésion osseuse mais aussi de ces lésions nerveuses.

Il cite à l'appui de cette hypothèse deux curieuses observations qu'il est difficile d'interpréter autrement.

M. Termier (de Grenoble) attire l'attention sur deux ou trois points spéciaux de l'histoire des traumatismes vertébraux.

Un premier est le temps de latence extrêmement long qui peut suivre une fracture méconnue, avant l'apparition des troubles nerveux : quinze ans et plus. Et il en cite deux cas personnels.

Toutes les fois où l'on peut soupçonner une lésion vertébrale la radiographie s'impose même si le traumatisme a été léger. Cette technique est suivie dans le service de M. Termier où aboutissent de nombreux accidentés d'auto, de moto, etc. Il est étonné du nombre de lésions ainsi reconnues alors que le simple examen clinique n'avait pu permettre le diagnostic.

Enfin, l'auteur insiste sur la confusion fréquente de la spondylite traumatique et du mal de Pott. Cette confusion s'explique facilement si l'on veut bien reconnaître que la maladie de Kümmell-Verneuil ne suit pas forcément l'évolution classique. Elle s'arrête parfois à sa deuxième période et guérit sans avoir amené ni gibbosité, ni déformation, ni en un mot de signes cliniquement constatables. D'autre part, une vertèbre traumatisée aura comme une vertèbre pottique sa phase de décalcification. Aussi l'auteur a-t-il constaté maintes fois de telles erreurs, sur lesquelles on ne peut revenir en ce qui concerne la rente ou l'indemnité accordée.

(A suivre).

Les Livres

Le Mouvement sanitaire, éditeur,
52, rue Saint-Georges, Paris, 1931.

Dr Eugène Briau. — **Hors l'amour, pas de baisers.**

Livre qui plaît, qui attire, livre somptueux qu'on ouvre avec religion parce qu'il est beau, et digne du rayon réservé aux grandes éditions que le bibliophile caresse avec amour ; c'est un ouvrage d'hygiène présenté sous une forme divertissante et inattendue, faite d'élégance, de charmante ironie et de haut talent : un livre, enfin, du docteur Eugène Briau — et c'est tout dire — pour qui connaît sa plume si fine et sa verve jamais prise en défaut.

Tout au long de ces 210 pages, aux caractères si faciles, et si soignés, la bonne humeur et la compétence de l'auteur nous pénètrent, et c'est à regret que l'on ferme le livre, après de trop courts moments passés en aussi agréable compagnie.

Rien n'est plus attrayant que les mille anecdotes que Briau nous conte en zigzags, avec tant de saveur ! Non seulement, c'est l'œuvre d'un hygiéniste réputé, qui a horreur de tout ce qui est officiel, mais c'est aussi le travail d'un écrivain de très grand métier et qui écrit notre langue ! Pour compléter le charme, de très amusantes et ravissantes illustrations de l'auteur nous révèlent l'artiste incomparable qu'il est encore (1) : Pourquoi, jusqu'à maintenant nous avoir caché son crayon ?...

Notre ami, le docteur Dequidt, directeur fondateur du *Mouvement Sanitaire*, s'est révélé ici, éditeur de grande classe : il ne lui reste plus qu'à prendre pour devise : « *Je maintiendrai* ».

Molinéry.

Les livres qui viennent de paraître...

Editions du « Mouvement sanitaire »,
52, rue Saint-Georges, Paris.

Dr Eugène Briau. — **Hors l'amour, pas de baisers.**

Imprimerie graphique,
9, rue Saint-Gilles, Paris

P.-R. Baglin, docteur en droit. — **Le risque professionnel médical et sa garantie.** *Thèse de doctorat en droit.* (Un vol. 254 pages).

(1) Cet ouvrage a été tiré à 385 exemplaires : 75 exemplaires sur Hollande van Gelder numérotés de I à LXXV, 310 exemplaires sur pur fil Lafuma dont 300 numérotés de 1 à 300, et 10 exemplaires hors commerce non numérotés.

THÉRAPEUTIQUE

Hémoptysies et troubles vaso-moteurs

Dans un récent travail, le Prof. Fernand BESANÇON et A. JACQUELIN se sont efforcés d'élucider le mécanisme de la production des hémoptysies chez les tuberculeux aux diverses périodes de leur affection et, en particulier, de préciser les conditions de tension qui interviennent dans la production et la répétition de ces accidents chez certains d'entre eux.

Non seulement ils ont noté soigneusement la tension sanguine et l'indice oscillométrique, mais ils ont, chez les divers malades, exploré le reflexe oculo-cardiaque et pratiqué les épreuves pharmacodynamiques actuellement classiques pour l'examen de l'excitabilité du système neuro-végétatif ; enfin, ils ont recherché le temps de coagulation du sang et également le temps de saignement.

Ils ont remarqué que, dans tous les cas, les malades présentaient une instabilité vaso-motrice très nette qui constituait un syndrome clinique très apparent.

D'autre part, ils ont constaté que, dans tous les cas, des troubles congestifs précédaient l'hémoptysie, que cette congestion s'établissait parfois seulement quelques minutes avant ; mais, assez souvent, plusieurs heures avant l'hémoptysie qu'ils annoncent au malade. L'attention étant attirée sur ces faits, il paraît donc possible d'éviter l'accident par une intervention thérapeutique rapide et convenable.

Il est de toute nécessité de diminuer l'excitabilité des vaso-moteurs, car, comme l'indiquent nettement les auteurs : l'intensité de la circulation pulmonaire, les brusques variations de celle-ci, la richesse et la complexité de l'appareil vaso-moteur qui lui est annexé sont autant de conditions favorables au développement de ces manifestations vaso-motrices pulmonaires.

Pour agir physiologiquement contre cette hyperexcitabilité des vaso-moteurs pulmonaires, il n'y a qu'un médicament qui donne des résultats satisfaisants, c'est le gui, administré rapidement en injection, ou, si on a le temps, par voie gastrique.

C'est, du reste, son activité dans le traitement des hémoptysies, constatée par René Gaultier, qui a été la cause de sa réapparition en thérapeutique ; c'est pour se rendre compte du mécanisme de cette action que cet auteur avec Chevalier a fait sur le gui les premières recherches pharmacodynamiques.

Actuellement, le mécanisme de cette action vaso-motrice est parfaitement connu : Chevalier, le Prof. Busquet en France, Fedeli et Antonini en Italie, ont montré qu'il s'agissait d'une action sédative centrale diminuant par l'intermédiaire du bulbe et de la moelle l'hyperexcitabilité des vaso-moteurs et spécialement ceux de la vie végétative ; que d'autre part, il fallait également faire état d'un abaissement de l'excitabilité et de la contractilité des muscles à fibres lisses.

On se rend ainsi compte des avantages que présente ce médicament sur les préparations antérieurement employées, qui agissaient localement sur les vaso-moteurs et les muscles à fibres lisses, mais seulement d'une façon momentanée. Avec le gui on agit directement sur la cause, l'instabilité vaso-motrice, signalée par Besançon et on abaisse la tension sanguine , l'hypertension étant le plus souvent indispensable pour la production de l'accident.

L'emploi de la Guipsine, qui renferme la totalité des principes actifs du Gui, privés de leurs substances irritantes et inertes, permet d'utiliser dans les cas d'urgence l'injection hypodermique. Une ampoule dosée à 5 centigrammes détermine presqu'immédiatement son action et empêche ou fait cesser l'hémorragie.

Il faut ensuite continuer la médication en utilisant les pilules de Guipsine à la dose de 6 à 10 pilules réparties dans la journée pendant plusieurs semaines ; il n'y a à craindre ni intolérance, ni accoutumance, ni phénomènes d'accumulation.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES CAMPAGNES ANTITUBERCULEUSES

Le 1er décembre dernier, M. Désiré Ferry, alors ministre de la santé publique, mais depuis ..... présentait au Président de la République le timbre *Propreté* destiné à la souscription publique anti-tuberculeuse 1930-1931.

Après avoir rappelé, dans son discours, que les ventes analogues, ainsi faites depuis 1929, ont produit environ 56.000.000 de francs, M. Ferry a continué en ces termes :

« La lutte contre la tuberculose ne peut être poursuivie sans d'importantes ressources. Le nombre des malades est encore considérable en France. On a estimé qu'il s'élève à 500.000 ; il faut donner à chacun de ces malades, suivant son âge, les soins que nécessite son état. Il faut surtout protéger les enfants et pour y parvenir, répandre la vaccination par le B. C. G. qui vient de recevoir, au dernier Congrès national d'Oslo, l'hommage de la science mondiale.

En l'absence de tout médicament spécifique, c'est par des méthodes éprouvées que le corps médical cherche à vaincre le fléau meurtrier de la tuberculose. Dans les conditions présentes, la lutte est onéreuse : elle nécessite un nombre croissant d'établissements spéciaux.

Les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats disposent, pour leurs malades, d'un nombre de lits égal à celui des décès. La France devrait donc compter 80.000 lits réservés aux tuberculeux. Elle n'en compte que 40.000. La création de 40.000 lits supplémentaires représenterait, à elle seule, une dépense de 1.600 millions de francs.

Une œuvre de cette importance ne peut, à coup sûr, être réalisée du jour au lendemain, et les Pouvoirs publics ne peuvent l'entreprendre sans faire appel à la collaboration et à la générosité de tous les citoyens.

Il faut reconnaître que l'Etat, pour sa part, a consenti de sérieux sacrifices. Les crédits destinés à combattre la tuberculose, inscrits aux budgets des ministères successivement chargés de l'hygiène, ont passé de :

30 millions en 1927, à 52 millions en 1928, à 61.500.000 en 1929, et à 86.500.000 en 1930.

Pour 1931, les prévisions s'élèvent à 91 millions.

Il faut, en plus, tenir compte qu'une part importante du crédit de 1 milliard 500 millions prévu dans le plan d'outillage national pour réduire les fléaux sociaux, sera consacrée à la tuberculose.

Depuis la guerre, les organisations antituberculeuses se sont développées sur tout le territoire.

Il suffit de rappeler quelques chiffres :

En 1918, la France ne disposait que de 70 dispensaires et 57 départements en étaient dépourvus.

En 1930, il existe 690 dispensaires et un seul département (celui des Landes) en est dépourvu.

Ces progrès sont dus aux efforts conjugués du Gouvernement, du Parlement, et de l'initiative privée : ils sont probants.

Pour l'ensemble du territoire, la proportion des décès par tuberculose toutes formes est passée de 278 pour 100.000 en 1918, à 166 pour 100.000 en 1926

Dans les agglomérations, les chiffres sont encore plus révélateurs.

A Paris, la mortalité par tuberculose toutes formes est passée (en chiffres bruts) de 339 pour 100.000 en 1918, à 279 pour 100.000 en 1926, à 228 pour 100.000 en 1928.

La diminution dans la période 1901-1928 a donc été de 51,3 pour cent.

Il est permis de trouver, dans ces premiers résultats, le meilleur des encouragements.

Mais ils ne doivent pas pleinement nous satisfaire. Dans beaucoup de pays, les taux de mortalité par tuberculose sont très inférieurs à celui de la France.

En 1925, la mortalité pour 100.000 habitants était en effet de 92 au Danemark et de 38 aux Etats-Unis, contre 160 en France.

Notre devoir est clair : il nous faut, par tous les moyens, intensifier la lutte.

Le timbre antituberculeux le permettra, grâce à la contribution financière considérable qu'il apporte aux organismes locaux, puisque ceux-ci disposent de 95 % de la recette.

***

Les méfaits de la tuberculose sont évidemment catastrophiques. Et s'il est exact que la mortalité en soit tombée de 2,78 p. 1000 en 1918 à

1,66 p. 1000 en 1926, en France, c'est encore trop qu'il disparaisse chaque année plus de 65.000 sujets, tués par ce fléau. Sur ce point, aucune discussion n'est possible.

Mais quel fond peut-on faire sur les statistiques ? Dans quelle mesure sont-elles exactes ? Toutes les formes de tuberculose y figurent-elles, scrupuleusement notées ?

En tous cas, si je laisse ces questions sans réponse précise, concernant les statistiques générales, je serai plus catégorique en ce qui concerne Paris. Si l a mortalité est tombée à Paris dans les proportions indiquées par l'ex-Ministre , nous savons tous que c'est en grande partie parce que les tuberculeux vont mourir à la campagne, où on s'empresse de les envoyer dès que leur état comporte un pronostic, non seulement fatal, mais même réservé.

C'est donc en vérité trop commode que de camoufler pareillement la véritable situation, pour auréoler Paris d'une fausse amélioration sanitaire.

Des efforts très louables ont été faits. Des organismes se sont créés : dispensaires, sanatoriums, preventoriums. .... quel résultat ont-ils donné ?

J'ai eu l'occasion de recourir à deux ou trois reprises au Dispensaire d'hygiène sociale de deux arrondissements que je ne nommerai pas. J'ai été surpris des formalités sans nombre auxquelles les malades étaient soumis.

Tout récemment, il s'agissait d'une jeune fille chez laquelle un examen radioscopique, effectué dans un hôpital parisien, par un de mes amis, révéla des lésions du sommet droit. Je l'envoie au Dispensaire pour avoir confirmation de ce diagnostic, provoquer un placement éventuel dans un sanatorium. Première visite : elle est reçue sans amabilité par une infirmière qui inscrit son nom et la renvoie à huitaine. Huit jours plus tard, on note en effet les signes cliniques des lésions découvertes, et on la renvoie de nouveau à huitaine pour examen des crachats. Sur ces entrefaites, une poussée aiguë se manifeste. Sa mère va au Dispensaire en rendre compte avec un mot de moi. C'est à peine si on l'écoute. Et..... la jeune fille est morte trois semaines après d'une généralisation granulique.

Je ne prétends pas que l'action du Dispensaire aurait pu être plus efficace si elle avait été plus prompte. Je suis persuadé que cette enfant était atteinte d'une forme sévère dès le début de l'affection, et qu'elle était *à priori* très compromise. Mais si l'on admet qu'en d'autres circonstances, le temps pourrait jouer son rôle, par une intervention précoce, je ne puis que déplorer des atermoiements pareils, intéressant de petites gens de condition médiocre, qui n'ont pas le moyen de perdre des demi-journées à courir pour rien.

J'ajoute que, dans le cas que je rapporte, j'ai eu l'impression fâcheuse d'une organisation trop administrative, où le personnel, à l'instar de certains fonctionnaires que n'étouffe pas le souci du public, traite avec désinvolture les pauvres bacillaires qui réclament cette assistance dont on leur leur promet monts et merveilles.

Sur l'efficacité de la cure sanatoriale, mon ami Noir a écrit des lignes impressionnantes auxquelles je prie le lecteur de se reporter dans les collections du *Concours médical.*

« Il faut, dit le Ministre, d'importantes ressources pour combattre la tuberculose ».

Cela ne fait aucun doute. Mais peut-on dire que la lutte soit bien engagée? Sont-ce les éléments de ce que l'on appelle, dans les milieux idoines, l'armement anti-tuberculeux qui donnent les meilleurs résultats ?

Avant de poursuivre la guérison d'un tuberculeux, — et c'est chose très possible, — ne pourrait on chercher à l'empêcher de le devenir ?

Les vaccinations, auxquelles on accorde un crédit sans doute mérité, ont une valeur, et il faut bien espérer que cette valeur ira en augmentant avec le progrès. Mais que valent toutes ces méthodes, tant que persistent les taudis, que surabondent les marchands de vin, que l'hygiène est si délibérément négligée ?

Pourquoi ne fait-on pas la chasse aux logements insalubres ? Pourquoi n'imite-t-on pas la Belgique qui a réussi à faire disparaître les débits de boisson ?

Eh ! la réponse à ces questions n'est pas difficile à formuler. On a bien le droit tout de même de regretter que la politique et le souci électoral jouent un tel rôle dans une question vitale pour le pays.

Le timbre de 1930-1931 est placé sous le signe de la Propreté. Et toutes les écoles de France ne sont pas équipées pour en permettre l'enseignement par l'exemple et la pratique de chaque jour.

Impossible de passer le matin dans une rue sans recevoir sur la tête la poussière des tapis et des literies secouées aux fenêtres.

Le balayage à sec est détestable. Impossible de circuler sur un trottoir sans qu'un nuage ne vous environne, formé de la balayure pulvérulente du sol.

Les denrées alimentaires, la viande, le poisson, continuent à être exposées à l'air libre et à ses souillures, sans aucune protection. Et quand par hasard, elles sont recouvertes, sur les éventaires, d'un filet, celui-ci n'a pour but que de les défendre contre les manipulations indiscrètes de la clientèle, mais les mailles en sont assez vastes pour que rien ne se perde, de ce qui peut atteindre les victuailles qu'il recouvre.

L'éducation du public n'a fait que de maigres progrès depuis que l'on a multiplié les crachoirs dans certains édifices publics, tels les halls des gares, et les expectorations continuent à se répan-

dre libéralement sur le sol, où elles forment parfois de véritables flaques impressionnantes.

C'est en vérité mettre proprement la charrue avant les bœufs que de donner tant de soin à l'armement anti-tuberculeux sans agir parallèlement sur les facteurs anti-hygiéniques de la tuberculose.

Je sais bien qu'il est infiniment plus aisé d'édifier un dispensaire que de faire tomber un logement insalubre. Et c'est pourquoi il n'a pas tout à fait tort, le professeur Charles Richet, lorsqu'il réclame un dictateur armé de pouvoirs illimités pour faire triompher l'hygiène et toutes les causes qui y sont liées. Mais quelle utopie ! ! !

Des timbres peuvent être mis en vente, achetés avec empressement ; des sommes importantes ainsi recueillies ..... Des jours passeront encore, nombreux, avant que les statistiques françaises se rapprochent de celles du Danemark, et de ces contrées nordiques où règne, bien plus que chez les latins, un esprit de discipline qui concourt si puissamment au bien public.

G. Duchesne.

L'ASSURANCE SOCIALE

Contre la maladie

Bernard Salingardes,

Docteur en Droit.

M. Bernard Salingardes, attaché au Parquet du Procureur général à Bordeaux, vient de soutenir brillamment une thèse de Doctorat en droit (1) sur ce sujet qui intéresse trop les médecins pour ne pas mériter d'être signalée dans un journal médical

Ce travail important et remarquable est divisé en trois grandes parties. Dans la première, l'auteur a traité du principe de l'assurance maladie et de quelques-unes de ses applications, notamment à l'étranger. La deuxième partie est consacrée aux lois françaises du 5 avril 1928, du 5 août 1929 et du 30 avril 1930. C'est de beaucoup la plus longue : elle ne compte pas moins de sept chapitres : je veux en retenir présentement, dans le chapitre IV consacré aux Prestations en nature, le § 5 de la IV[e] section, intitulé : *Quid lorsqu'une convention ne pourra être conclue* ? C'est l'objet du § 7, 3[e] alinéa de l'article 4 de la loi. Après avoir rappelé les deux éventualités qui s'offrent aux Caisses, ou bien prendre à leur charge une part forfaitaire des actes médicaux dans les limites d'un tarif de responsabilité établi librement par elles ; ou bien servir aux assurés une indemnité journalière représentative forfaitairement des frais médicaux, dont le minimum est égal à 20 % de la moyenne générale des salaires de base, il montre que la mésentente entre caisses et praticiens préjudiciera surtout aux malades. Et il ajoute : « Il est donc évident que les assurances sociales ne pourront bien fonctionner que par l'étroite collaboration des caisses et des praticiens ,..... C'est donc aux assurés qui administrent les caisses qu'il appartient de ne pas prendre une attitude qui rende la conclusion d'accords impossibles. »

La troisième partie est l'appréciation critique de l'Assurance maladie selon les lois de 1928-1929-1930 : difficultés d'application trop nombreuses, imprécision des termes, obscurité des explications, absence de détails sur des points capitaux... Le législateur, — je l'écrivais moi-même le 15 février dernier, — a cherché à concilier des intérêts souvent opposés et peut-être inconciliables. « Mais il est à craindre qu'en voulant trop promettre, il n'ait préparé d'amères désillusions à ceux qui auront cru jouir un jour de tout ce que la loi leur faisait ou laissait espérer. »

Formalisme excessif ; je retrouve une critique que j'ai cherché à développer également.

Eventualités d'abus et de fraudes. De la part des assurés d'abord. De la part des médecins, plus rares cependant : « Ils (les médecins) présentent presque toutes les garanties désirables et les organisations professionnelles se montrent particulièrement sévères à l'égard de quelques « brebis galeuses ..... »

D'ailleurs, si les syndicats étaient impuissants à réprimer les abus, le corps médical aurait la ressource d'instituer un Ordre des médecins, M. Salingardes ajoute : « l'idée est séduisante, et sous réserve de l'adaptation qu'exige la différence des professions, parait fort réalisable. » C'est une illusion qui ne s'explique que par l'influence d'une ambiance locale éminemment favorable à cette idée, aussi bien parmi les médecins, que chez certains magistrats que j'ose dire mal renseignés, et dont la documentation est fort incomplète et insuffisante.

Je ne reproduirai pas ici d'arguments personnels. Je me contenterai de citer un professeur qui ne doit pas être suspect de faiblesse envers les défaillances professionnelles. Voici donc ce que le professeur Sergent a écrit dans la *Revue de France*, le 15 janvier dernier :

(1) Imprimerie de l'Université, 3 Place Saint-Christoly, Bordeaux.

« Pour ce qui est du rôle frenateur que pourrait être appelé à jouer l'ordre des médecins, JE N'Y CROIS GUERE ... même si des sanctions formelles, telle l'interdiction de l'exercice de la médecine, pouvaient être prises ... Si jamais l'Ordre des médecins existe, il pourra rayer un médecin, afficher son nom sur le tableau d'infamie, à la mairie ou à la préfecture, le résultat sera que ce médecin marron ne pourra plus remplir aucune fonction publique, mais que rien ne l'empêchera de donner des consultations aux gens qui se presseront dans sa salle d'attente, d'autant plus nombreux ..... »

Je m'excuse de cette digression, et j'en reviens aux critiques que M. Salingardes adresse à la loi : part infime donnée à la prévention des maladies, dans cette loi *plus complète qu'aucune autre au monde* , menace de déséquilibre financier ; avantages insuffisants accordés aux familles nombreuses .....

L'auteur fait ensuite état de l'opinion des diverses catégories sociales intéressées : les praticiens ; les assurés, les patrons, les agriculteurs, les mutualistes ; le public, effrayé des incidences qu'elle n'a pas manqué d'avoir sur les prix de la vie.

La conclusion de M. Salingardes mérite d'être citée *in extenso*. Vous verrez qu'il est finalement d'avis que l'assurance maladie ne pourra fonctionner pratiquement et utilement que le jour où on aura éliminé de son action et de sa couverture le *petit risque.*

J'ai été particulièrement touché de la part que M. Salingardes a donnée au *Concours Médical* dans l'élaboration de son travail, et de l'honneur qu'il m'a fait en me citant personnellement à différentes reprises. Qu'un juriste étranger à la médecine ait pris ainsi en considération les opinions que j'ai soutenues, c'est pour moi un hommage dont j'ai le droit de m'enorgueillir.

G. DUCHESNE.

Conclusion

Des critiques que nous venons de formuler, nous ne voudrions cependant pas voir se dégager l'impression que l'assurance-maladie est une mauvaise chose, que nous croyons, nous aussi, être en présence d'une *loi folle*, et qu'il aurait mieux valu ne rien faire que d'organiser une semblable institution.

Si nous avons dit, très franchement, sans chercher à les atténuer, quels nous paraissent être ses défauts, c'est parce que nous estimons que, pour essayer de les corriger, il est indispensable de les bien connaître.

Mais il ne faut pas regarder que les imperfections. Tout d'abord il importe de rendre hommage à l'idée qui a inspiré les assurances sociales en général et l'assurance-maladie en particulier. Comment ne pas se réjouir en pensant que, désormais, si la maladie vient encore arrêter le travail et le gain de l'ouvrier, il recevra du moins des secours qui l'aideront à se soigner et lui permettront de subsister jusqu'au jour de sa guérison ? Et nous n'hésitons pas à dire que l'organisme qui se propose un tel but est digne de respect, comme en est digne tout ce qui s'attache à soulager la misère humaine.

Il faut constater, au surplus, que les principes fondamentaux eux-mêmes, sur lesquels repose la loi, sont bons. La double cotisation devrait permettre au salarié de s'élever en faisant acte de prévoyance, sans être accablé pourtant puisque l'employeur vient à son aide. Par là, ce dernier accomplit lui-même un devoir, car il ne doit pas fournir à son ouvrier seulement le strict équivalent de son travail, mais ce qui lui permet de vivre dans des conditions convenables. D'autre part, les prestations promises pour les cas de maladie seraient en général suffisantes si les caisses pouvaient les assurer intégralement. Enfin, de sages modifications du texte originaire nous promettent maintenant la parfaite collaboration des praticiens : ils mettront au service des malades assurés le dévouement que nous leur connaissons.

Malheureusement l'assurance-maladie présente aussi au moins deux graves défauts que nous avons déjà signalés. Le premier, c'est qu'elle est trop généreuse et qu'elle a eu trop confiance dans la moralité des assurés. A cause de cela, *ses finances se trouveront fatalement en déséquilibre.* Or, il ne peut être question pour les améliorer d'accroître sensiblement les cotisations : il faudra donc réduire les dépenses, mais de la façon la moins dangereuse pour la santé de l'assuré. Pour cette raison, nous nous prononçons contre une simple réduction du pourcentage des indemnités versées par la caisse et, surtout, contre une réduction des secours d'autant plus forte que les frais engagés sont plus importants. Or, c'est précisément à cela que conduirait le jeu des diverses limitations aux versements des caisses prévues par la loi (1).

Quand le malade est gravement atteint, il faut venir à son secours d'une façon très efficace, parce qu'il sera longtemps sans travailler et que les soins dont il a besoin sont très onéreux. Dans ce cas, la part laissée par la loi à la charge de l'assuré est presque excessive. Au contraire, il serait facile de réaliser des économies appréciables en réduisant la participation des caisses au traitement des malades plus légèrement atteints, ou en supprimant même tout à fait les secours lorsqu'il s'agit d'une indisposition insignifiante et passagère.

Et cela n'aurait pas de conséquences bien tragiques : l'ouvrier le plus imprévoyant a toujours assez d'économies pour vivre quelques jours sans toucher de salaire. Or ce sont les petites indispositions les plus fréquentes ; souvent même, sous un régime d'assurance, elles sont créées ou prolongées par la fraude. C'est donc elles qui feraient l'objet de la réduction

(1) Art. 4, § 5, al. 2 et art. 4, § 7, al. 1 et 2, Cf *supra*, p. 121 et 124.

de dépenses la plus équitable, la plus facile et la plus fructueuse.

Pratiquement, un tel système pourrait s'organiser de la manière suivante : L'assuré, dès qu'il se sent malade, a le droit de s'adresser gratuitement à un médecin ; suivant l'importance du mal, celui-ci fixe la part des soins que la caisse prendra à sa charge et le malade sait à quoi s'en tenir. Cette évaluation n'a du reste rien de définitif, et si l'état de l'assuré s'aggrave, la responsabilité de la caisse pourra être accrue après un nouvel examen. Le plus difficile, avec un tel régime, serait, semble-t-il, de limiter, les cas dans lesquels la caisse prendra part aux soins. Or, d'éminents praticiens affirment qu'il est relativement facile de dresser un tableau des maladies les plus graves, dont l'assurance couvrirait les frais pour le tout ou pour partie. La liste, du reste, ne serait pas limitative et s'il arrivait qu'une maladie ordinairement bénigne prenne un développement inaccoutumé, rien n'empêcherait, après s'être entouré de quelques garanties, de venir en aide à celui qui en est atteint. Il n'y aurait pas plus de difficulté à cela qu'il n'y en aura, avec les dispositions actuelles, à décider s'il y a lieu ou non de rembourser à un assuré un traitement spécial (1).

De cette façon, les cotisations perçues dépasseraient de beaucoup les prestations attribuées. Cela permettrait de corriger le second grand défaut de la loi : *l'absence d'une organisation préventive des maladies.* Un prélèvement sur les recettes des caisses, qu'il faut rendre obligatoire, nous l'avons précédemment établi, serait facile à effectuer. Il ne resterait plus qu'à mettre sur pied un plan d'ensemble d'outillage sanitaire national, qui donnerait aux caisses et à leurs unions des directions sur les œuvres à entreprendre et les améliorations à réaliser pour que notre pays soit aussi bien armé que ses voisins dans la lutte contre la maladie.

Nous ne prétendons pas, du reste, que ces idées soient à l'abri des critiques, et que l'on ne puisse trouver d'autres systèmes aussi satisfaisants ; elles paraissent du moins éviter les difficultés par lesquelles l'assurance-maladie risque d'être arrêtée demain. Il ne faut pas, en effet, s'illusionner sur la valeur des constructions théoriques et vouloir légiférer du premier coup pour l'éternité. Les enseignements de l'expérience sont plus précieux que les conjectures les plus scientifiques et les déductions de la logique la plus rigoureuse : l'Allemagne n'a pas instauré en une fois ses assurances, et, après quarante-cinq ans de fonctionnement, bien résolue à les conserver, elle vient encore d'en modifier certains points.

Une chose seulement est regrettable : une expérience ne peut se faire sans sujets, et les sujets de l'expérience législative que nous tentons, ce sont les travailleurs d'aujourd'hui. Sans doute ils subiront quelques déceptions, ils devront se prêter à des changements qui les ennuieront d'autant plus qu'ils n'en comprendront pas toujours le sens ; certains, peut-être même, verront leurs intérêts lésés. Mais leur sacrifice sera fécond, car il permettra d'établir une institution solide, parfaitement viable parce qu'elle sera bien équilibrée, et qui répondra le plus exactement possible au but qu'elle se propose.

Ce sera même un honneur pour les travailleurs de notre époque d'avoir su consentir de grand cœur des sacrifices qui assureront aux travailleurs qui viendront demain un peu de paix, de bien-être et de sécurité. Ils mettront ainsi un premier et un bien bel acte de solidarité à la base d'une institution qui ne vivra, dans la suite, que par la solidarité.

(1) Si, cependant, on craignait de voir l'assuré incapable de subvenir à ses besoins lorsque légèrement atteint, il ne serait pas aidé par l'assurance, ne serait-il pas possible de détourner une petite part de sa cotisation ou de demander un léger supplément, au besoin facultatif, pour constituer sur le principe de la capitalisation, un petit pécule personnel. L'assurance le restituerait au travailleur, lorsqu'il ne serait pas assez malade pour qu'elle-même lui verse des secours. Le compte personnel aurait pour résultat d'éviter la fraude ou du moins de la rendre inoffensive. Mais on ne peut étendre davantage ce système comme le propose le docteur Specklin, car l'assurance-maladie doit reposer sur le principe de répartition des risques.

LE CODE PÉNAL MÉDICAL

Un président de syndicat, mettant la dernière main aux statuts du conseil de famille, nous demande s'il ne serait pas nécessaire d'indiquer nettement quelles sont les fautes qui entraîneraient telle ou telle sanction et notamment l'exclusion.

Autrement dit, est-il possible de rédiger un code de déontologie qui, s'inspirant de la rédaction du code pénal, prévoit chaque faute et sa sanction ?

Il y a deux manières de concevoir le droit pénal.

La première découle de l'adage : « nulla poena sine lege », adage qui préside au Code pénal.

Aussi, avant de prononcer une pénalité, les tribunaux répressifs doivent-ils qualifier le délit, ou le crime et, une fois cette qualification obtenue, rechercher dans le Code, ou dans les lois, la pénalité correspondante et applicable.

Il en résulte que, souvent, les tribunaux qualifient de délit, ou de contravention, un acte répréhensible commis par l'inculpé, mais ne peuvent pas prononcer de pénalité, car le législateur a bien défendu, mais a oublié d'indiquer la sanction de sa défense.

C'est ainsi, par exemple, que l'exercice illégal de l'herboristerie est interdit par l'article 37 de la loi du 21 germinal an XI ; mais comme cette loi a oublié d'édicter des sanctions, force est aux tribunaux correctionnels de relaxer des fins de la plainte, tous les individus, qui, sans diplôme, vendent des plantes et se disent herboristes.

La seconde manière procède du droit coutumier : un code professionnel (Déontologie, Conseil de l'Ordre, chambres disciplinaires, etc), — que ce droit coutumier soit écrit (ce qui est l'exception) ou qu'il découle d'habitudes professionnelles, transmises oralement de générations en générations — interdit, au nom de l'usage, certaines pratiques professionnelles.

Le conseil de famille, de discipline, ou de l'Ordre examine d'abord si l'inculpé est véritablement coupable des manquements à la Déontologie, qu'on lui reproche ; puis, cette preuve faite, le tribunal professionnel apprécie la gravité de la faute et lui proportionne la sanction.

Ici, contrairement à la première manière, les juges ont toute latitude pour apprécier et la faute et la pénalité.

Pour revenir à la question qui m'est posée, il est certain qu'il serait juridique et équitable de préciser, par avance, les pénalités, qui frapperaient tel ou tel délit professionnel. Malheureusement, l'obstacle le plus insurmontable est de définir juridiquement ce qu'il faut entendre par manquement à la déontologie, par faute professionnelle.

J'ai entre les mains de nombreux codes de déontologie, votés par des syndicats divers. Aucun ne comporte la précision juridique, que nous trouvons dans le code pénal : on peut toujours ergoter et l'avocat de la défense aurait la partie belle, pour demander l'acquittement de son client.

Pour arrêter les termes d'un code pénal professionnel, il faut avant tout des juristes, pour vérifier à la loupe la valeur des mots et des termes.

En second lieu, il faut se mettre d'accord, par toute la France, sur les faits professionnels, qui doivent être reprochés à faute. En effet, la déontologie varie suivant les régions, les latitudes, les habitudes locales : il n'y a pas d'uniformité.

Ici, la visite de passage est réprouvée, alors qu'ailleurs elle est pratiquée par les dirigeants eux-mêmes du syndicat. Ici, toute réclame est interdite ; cependant qu'on tolère des bulletins de santé, des interviews, des publications à allure scientifique, ou autres, qui ne sont que de la publicité stricto sensu.

Dans notre profession, comme dans beaucoup d'autres, les vers du bon fabuliste sont toujours d'actualité : « selon que vous serez puissant ou misérable..... ».

C'est pour ces raisons que j'ai toujours lutté de toutes mes forces contre le don d'un Conseil de l'Ordre, qui composé de puissants du jour appliquerait à la plèbe professionnelle, dont je fais partie, un règlement de déontologie sans grande valeur juridique.

Je préfère, pour ma part, faire crédit au bon sens des conseils de famille, composés de confrères, praticiens ayant la confiance de leurs pairs, qui les ont élus.

A ces confrères d'apprécier la faute, ses motifs, ses excuses ; puis, dans leur bon sens, proportionner la pénalité au délit.

Je lis, dans le règlement du conseil de famille, qui m'est soumis, que ce dernier a pour mission de veiller à la moralité professionnelle, de résoudre les conflits qui peuvent s'élever entre confrères, de prendre des sanctions contre ceux qui violent les statuts, ou les décisions du syndicats ; qui se rendent coupables de concurrence déloyale et d'avilissement des honoraires par inapplication du tarif syndical minimum, qui ne respectent pas les clauses du code de déontologie, ou celles inscrites dans les contrats et les conventions collectives conclus par le syndicat .

Cela suffit, pour définir le délit professionnel, bien que, juridiquement, on pourrait ergoter sur l'inculpation. En effet, un confrère est accusé de procédés déloyaux : le conseil de famille a la mission de vérifier si ces procédés sont nuisibles à la

moralité professionnelle, s'ils constituent une violation des statuts, s'ils peuvent être qualifiés de concurrence déloyale, ou s'ils sont contraires au code de déontologie. Et l'avocat défenseur de demander au syndicat si celui-ci a adopté, en assemblée générale, un code de déontologie et si ce dernier est porté à la connaissance de tout candidat qui postule son admission au syndicat.

Au conseil de famille d'apprécier le délit et de prononcer celle des sanctions, qui lui paraîtra le plus propice à empêcher le retour de pareils manquements.

A l'assemblée générale du syndicat, ou au conseil de famille départemental, ou national d'apprécier à son tour le délit et la pénalité à appliquer.

Mais, d'ores et déjà, il faudrait définir les cas, dans lesquels telle ou telle sanction serait applicable. Or, après le congrès de 1900, les D^rs^ Lereboullet, Dignat et d'autres se sont attelés à cette besogne ingrate de rédiger un code de déontologie, véritable code pénal : ils ont dû renoncer à la difficulté de la tâche.

Contentons nous d'un à peu près juridique, constitué par les règlements de déontologie, qui ont tendance à devenir peu à peu les mêmes ; conservons une certaine imprécision dans la qualification des manquements à ce code professionnel et faisons confiance à la sagesse, à la pondération et à l'absence de passion des membres des conseils de famille.

Ils ont plus la mission d'aplanir les conflits que de les punir : ils doivent être plus paternels, confraternels que sévères. Ce n'est qu'en face d'un récidiviste, d'un endurci qu'ils se draperont de la dureté et de l'inflexibilité bien connues des juges correctionnels, qui condamnent souvent sans écouter la défense et qui, sans humanité, appliquent les textes du code pénal sans se soucier des conséquences individuelles ou sociales de leur rigidité toute professionnelle.

D^r^ Paul BOUDIN.

LOI DES PENSIONS

I

Refus du remboursement des spécialités.

Un de nos confrères propharmaciens se voit refuser le remboursement de spécialités pharmaceutiques, qu'il a cru devoir délivrer à un réformé de guerre.

Il nous demande si ce refus est légal et s'il n'a aucun recours contre cette décision.

L'arrêté ministériel du 12 août 1919, fixant le tarif pour le paiement des frais pharmaceutiques aux mutilés de la guerre décide, en son article 2 que « les seuls médicaments à fournir au compte de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sont ceux inscrits au tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et aux bulletins périodiques de variations. »

Or, on sait que ce tarif, qu'à tort on prend pour une nomenclature, a été adopté depuis longtemps par les conseils généraux, en matière d'assistance médicale gratuite. Et, comme au début de la spécialisation pharmaceutique, on considérait le médicament spécialisé comme un produit de luxe, pouvant être économiquement remplacé par une formule magistrale, le tarif de l'A. G. ne comporta, pendant longtemps, aucun nom de spécialité.

Peu à peu, celles-ci font leur apparition au dit tarif, non pas avec leurs noms propres, mais sous des dénominations chimiques, parfois sous leur dénomination usuelle, sans qu'aucun nom de fabricant ne soit indiqué.

Aussi, les arrêtés ministériels des 12 janvier 1923 et 24 décembre 1924 ne concernent-ils pas les spécialités.

Pour les pensionnés de guerre, nous voyons celles-ci mentionnées pour la première fois, en ces termes, dans l'arrêté ministériel du 3 juin 1927 (dernier alinéa de l'article 2) « Les eaux minérales et les spécialités marquées P. M. O. ne doivent subir ni remise ni réduction ». Il en est de même dans le décret du 14 février 1928.

Il en résulte que le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques est pris non seulement comme tarif, mais comme nomenclature.

Nous constatons dans ce tarif qu'aucun nom propre n'étant spécifié, le médecin peut prescrire tel vaccin, ou sérum, et le pharmacien délivre le vaccin X ou les sérums Y. La commission départementale n'a donc pas à refuser le remboursement.

Nous constatons en outre le pouvoir injustifié accordé au tarif, arrêté uniquement par des pharmaciens, sans collaboration des Syndicats médicaux, tarif transformé indûment en nomenclature limitative.

Or, ce sont les médecins qui doivent être invités à décider quels sont les médicaments qu'ils peuvent être appelés à prescrire, les pharmaciens n'intervenant que comme conseillers du tarif et non de la nomenclature.

De plus, peut-on se demander pourquoi certains produits spécialisés ont la faveur de figurer au dit tarif de l'A. G. et non pas d'autres ?

Qui en a arrêté la nomenclature ?

Aussi pouvons-nous répondre à notre confrère que, lorsqu'il croit devoir délivrer à un de ses malades, pensionné de guerre, une spécialité pharmaceutique, il agira sagement en indiquant,

sur la feuille de pharmacie : « indispensable au traitement. »

En second lieu, pour le conflit actuel, si la décision de la commission départementale ne lui a pas été notifiée, d'une manière formelle, il peut présenter ses observations au secrétaire de ladite commission.

Mais si la décision a été rendue, il doit faire appel devant la commission supérieure.

Mais je crois que les syndicats médicaux et leur Confédération devraient se saisir de cette question de principe, à savoir s'il est admissible que le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, uniquement rédigé par des pharmaciens, pour servir uniquement de tarification, soit détourné de son but et transformé en nomenclature ?

Les médecins doivent réclamer contre cette erreur ; ils sont compétents pour donner leur avis, en ce qui concerne les nomenclatures de médicaments, car le pharmacien n'a qu'à exécuter une prescription médicale, sans avoir à la modifier.

La Confédération des Syndicats médicaux, saisie par ses syndicats adhérents, pourrait, je crois, s'entendre avec l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, pour que le tarif ne serve que comme tarif et non comme une nomenclature, restreignant le droit de prescription des médecins.

La Confédération saisirait également les ministres compétents (Travail, Santé publique, Pensions) pour qu'il soit reconnu que le praticien reste libre de ses prescriptions pharmaceutiques, sous son entière responsabilité.

Il y a des années que nous aurions dû protester. Aujourd'hui, ce tarif de l'A. G. uniquement rédigé par des pharmaciens, nous est opposé à nous médecins, tant en matière d'A. M. G. , que pour les pensionnés de guerre, les mutualités et même les assurés sociaux.

Cependant, pour ces derniers, une commission a été nommée par le ministre, dans laquelle figure un représentant des syndicats médicaux.

Ne nous laissons pas ainsi retirer une de nos prérogatives, notre liberté de prescription.

II

Pénalités pour prescriptions défectueuses ou abusives.

Le *Propharmacien* du premier février 1931 a publié une décision de la commission supérieure de contrôle des soins gratuits aux blessés de guerre. Nous y voyons que, par application de la loi du 31 mars 1919, modifiée par celle du 21 juillet 1922 et du 19 décembre 1926, notamment de l'article 102, il est infligé aux médecins, à titre de pénalités, le remboursement de fournitures pharmaceutiques, par eux indûment ordonnées.

Un de nos lecteurs nous demande s'il n'y a pas de ce fait un abus de la part de la commission supérieure, car, après tout, c'est le malade qui est le vrai bénéficiaire de ces médicaments, puisqu'il les a consommés pour son bien.

On devrait donc, en toute justice, les lui faire payer, au lieu de les imputer au médecin.

D'ailleurs, ce dernier est obligé de se conformer à une nomenclature, qu'il ne connaît pas. On parle du tarif de l'A. G. des Syndicats pharmaceutiques, tarif qui fait fonction de nomenclature. Mais personne n'en a délivré un exemplaire au médecin. Son synd cat n'a pas été appelé à discuter sur cette nomenclature.

Ne sont-ce pas les médecins qui devraient être invités à discuter les médicaments permis et ceux défendus pour telle ou telle catégorie de malades ? Et cependant, on punit un praticien, parce qu'il ne connaît pas le tarif pharmaceutique, arrêté uniquement par des seuls pharmaciens, qui ne sont pas compétents en matière de prescriptions pharmaceutiques.

Ainsi, dans l'article du *Propharmacien*, nous relevons que le Dr X. a ordonné à tort des médicaments à un réformé de guerre, parce que ces médicaments ne correspondent pas à la blessure, ayant motivé la réforme.

Le titulaire du carnet devrait être invité à payer ces médicaments de sa poche, puisque c'est lui, qui en a fait usage. Ce n'est que dans le cas où, pour un motif quelconque, le blessé de guerre ne paierait pas, que le médecin serait rendu responsable vis-à-vis du pharmacien. Il me semble que c'est logique.

D'ailleurs, l'Etat se défend par ses commissions de contrôle. Il ne paie pas, lorsqu'il croit devoir ne pas payer ; mais il devrait laisser les parties se débrouiller entre elles.

Or, la loi du 19 décembre 1926 prévoit des pénalités pour frapper les médecins contre lesquels on relève des actes abusifs. Si donc le praticien a été coupable, si, en toute connaissance de cause, il a prescrit des médicaments, qui n'étaient pas nécessités par l'affection, cause de la réforme, il doit supporter les conséquences de son erreur volontaire et, à titre de pénalité, il doit payer lui-même les médicaments.

Mais si le médecin est de bonne foi, il ne doit pas être puni, en se voyant imputer le prix de médicaments, qu'il n'a pas absorbés. Au pharmacien, qui se voit refuser le montant de sa facture, de se retourner à la fois contre le malade et le médecin, mais ce dernier n'étant qu'au second plan, en cas de défaillance du principal intéressé : le réformé.

Avant de punir, il faudrait d'abord éclairer sur les droits et devoirs. Et c'est le rôle des syndicats.

Cette question devrait donc être soulevée par nos groupements professionnels, surtout par celui des propharmaciens, qui sont souvent le plus

lésés par le non remboursement des médicaments qu'ils ont fournis.

Mais, puisque les ministres prennent l'habitude de prendre comme nomenclature le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, il importe à nos syndicats d'éclairer nos confrères non seulement sur la valeur légale et professionnelle dudit tarif, mais encore sur les interdictions y contenues.

Dr Paul Boudin.

DE LA CERTITUDE MÉDICALE DEVANT LES JUGES

2e partie : La Tuberculose.

Par le Dr J. Camescasse.

Donc la veuve de ce pitoyable blessé de guerre, mort *tardivement* de leucémie, fut *déboutée* par le tribunal des Pensions — faute par moi d'avoir apporté la *certitude*.

Le refus auquel nous nous sommes heurtés a deux causes bien distinctes :

A. *Médicalement*, s'il y a eu, *après guerre*, beaucoup plus de leucémiques qu'il n'y en avait *avant guerre*, cela ne fait pas du tout qu'on ait observé beaucoup de cas de leucémie.

Parmi tous ces hommes qui ont été atteints de blessures à la fois multiples et infectées — et compliquées d'*états de choc* répétés, — la leucémie demeure une exception (et c'est fort heureux).

Pourtant, dans mon seul village, où je n'avais jamais (1) vu un leucémique, — j'en ai vu trois : trois grands blessés de guerre faisant une leucémie mortelle entre 1919 et 1925..... cela compte.

B. *Interprétation de la loi et jurisprudence.* — Par une circulaire du 24 janvier 1928, le Ministre des Pensions fait connaître un avis du Conseil d'Etat qui précise que la preuve est tout entière à la charge de l'intéressé qui *ne bénéficie plus de la présomption* (jusque-là admise).

Cette preuve doit comporter la *relation directe* entre la maladie constatée pendant le service et l'infirmité actuelle.

Elle peut être faite par tous les moyens de droit commun : preuves littérales (billets d'hôpitaux, écrits, certificats médicaux) ; — par témoins (pour les prisonniers de guerre) ; — par experts médicaux, — par raisonnement.

Voilà pour l'*interprétation*. Mais la jurisprudence est venue qui n'a ajouté qu'un petit mot : CERTITUDE.

Débouté en première instance — sur ce mot — j'irai plaider en appel contre ce mot : contre cette certitude qu'ignorent les médecins..... que dis-je, qu'ignore la médecine, car le juge n'a pris en considération ni les trois faits invoqués par moi, ni la rareté totale de la leucémie.

Voici le libellé du jugement :

(1) J'ai dit avoir vu une leucémie pendant mes années d'écoles — et une autre, depuis, mais pas dans ce village.

V. Tribunal des Pensions 27/10/30.

.....Attendu cependant que le Dr C., a défendu devant le Tribunal la thèse d'après laquelle la leucémie de X serait imputable au service. Attendu qu'il a déclaré, au cours de ses explications, que la nature exacte de la leucémie n'est pas actuellement connue, qu'il considère toutefois la relation de cause à effet comme infiniment probable ; *attendu qu'une probabilité ne saurait tenir lieu de preuve .....*

Oh ! le mot certitude n'y est pas, mais je vois encore l'effarement — l'indignation plutôt de ce juge quand j'ai déclaré, du ton le plus paisible que j'ai pu trouver, que le médecin n'était, en aucun cas, *sur de son fait* ; — que cet être singulier n'avait d'autre ambition que la plus grande probabilité.

La plus grande ?

C'est alors que le juge a vivement protesté, me citant la TUBERCULOSE comme exemple d'un cas où le médecin connaît la certitude.

Voyons donc ce qui en est.

J'expose d'abord le cas du doute radical : le laboratoire n'a pas trouvé de bacilles dans les crachats, même après enrichissement ; les inoculations n'ont pas infecté le cobaye. Ceci arrive, même quand la Clinique affirme la tuberculose.

Et je continuerai à soigner mon tuberculeux comme tel !

Je fais observer ici que ma conduite — mon entêtement — sont philosophiquement justifiés : l'échec du laboratoire, parce que *phénomène négatif*, ne fait pas preuve.

Oui ! Mais portez le fait devant le Tribunal des Pensions.

Il m'objectera, me mettant dans mon tort, les constats positifs : le microscope a dit *oui* ; le cobaye a succombé dans les délais normaux. Donc tuberculose — et tuberculose certaine !

Ne triomphez pas encore, Monsieur le Président.

S'agit-il d'établir un pronostic ? Tous les médecins présents vous répondront que l'on peut... espérer !

S'agit-il d'instituer un Traitement ? Je n'insiste pas : c'est trop douloureux !

Ce sur quoi j'insiste, c'est que nous ne connaissons la certitude ni ici, ni là.

D'ailleurs, cela ni ceci ne vous importe. C'est la filiation seule que vous voulez certaine.

Alors, veuillez m'entendre et prenez quelque patience, car c'est long et difficile.

Comme je veux vous éclairer, permettez-moi de vous citer un exemple vivant.

Si je finis ma vie — moi qui vous parle — par une de ces tuberculoses séniles qui ne sont point rares, vous aurez à choisir entre *deux hypothèses* quant à l'origine de ma maladie ; j'ai été contaminé, hier — ou un autre jour —, par ce miséreux qui m'a toussé en pleine figure ; — *ou bien*, ma tuberculose actuelle provient du retour à l'activité de la colonie qui, pendant l'hiver de 1879-1880, a creusé, au sommet de mon poumon droit, un trou dont la cicatrice plissée est encore visible — 1930 — sur la radiographie que je possède (et qui est signée d'un nom que vous ne discuterez pas).

Votre assesseur de droite, le membre médecin de ce tribunal, vous dira combien est réelle cette hésitation. Je n'ai pas l'honneur de connaître mon honorable confrère, mais, parce que je ne triche pas, je suis fort tranquille : il dira comme moi.

Il y a pis que cela qui nous replongerait dans l'incertitude s'il nous arrivait de croire que nous en sommes sortis. Ecoutez cette histoire déconcertante :

Un enfant a été colonisé par le terrible bacille ; ce gosse résiste bien ; il ne pâtit qu'en quelques ganglions où la maladie n'évolue pas. Qu'il vive au grand air, reçoive une nourriture convenable, — bénéficie d'un ensemble difficile à définir de conditions favorables, — et voilà que cet enfant semble devenu réfractaire, — *capable de résister à de nouvelles inoculations.*

Il est vacciné !

Il demeurera ainsi vacciné, *mais* à une condition telle que vous allez frémir.

C'est que, — de nos observations cliniques dès longtemps, mais d'une façon confuse (*incertaine*), de travaux de laboratoires tout récents aux détails *presque* probants, — il résulte que cette singulière vaccination ne vaut qu'à une condition : — il faut que, en un quelconque des ganglions primitivement pollués, une colonie survive contre le développement de laquelle *lutte* la substance humaine de ce ganglion.

Ce sont les déchets de la petite bataille locale qui, résorbés et promenés dans tout l'organisme, mettent cet organisme en état de résistance.

Où la chose devient effarante (j'ai gardé cet adjectif jusqu'ici) c'est quand on considère ce qui *peut* arriver quand le ganglion a tué tous les bacilles, a anéanti la colonie..... quand l'enfant est guéri..... de cette infection locale.

Il arrive que cet enfant est *sensibilisé*. D'avoir guéri à fond sa première tuberculose, — qui l'entretenait en état d'immunisation (relative), — il résulte que le voilà apte à être infecté à la première occasion, — plus apte qu'un autre à être victime d'un contage anodin !

Mais ça n'est pas tout. Il arrive aussi, — nous *croyons* tous le savoir, — que, en des circonstances autres que celles-ci — avant retenues, — encore qu'aussi mal définies — la même colonie, — jusqu'ici bridée, maintenue, dominée par la défense ganglionnaire, — reprend le dessus, essaime et tue le patient, soit par l'effet de sa masse (granulie), soit du fait de sa localisation (méningite tuberculeuse), soit, etc.

Je viens (novembre 1930) de vivre ce dernier drame *sans pouvoir dire* si la méningite mortelle a eu son origine dans une contamination nouvelle, à laquelle eut été exposé l'enfant *après* guérison de ses adénopathies anciennes, ou bien si cet enfant a été victime de la reviviscence de l'une des colonies primitives.

L'histoire est brutale. La voici dans toute sa brièveté.

Un gamin de 10 ans est choyé, dorloté, soigné à cause de ganglions cervicaux suspects. Entre autres soins, on l'emmène chaque année à la mer, ce dont il se trouve bien. Cette année, au retour il est magnifique..... on ne trouve plus les ganglions du cou... fin septembre.

Le 15 octobre céphalée et strabisme..... mort le 8 novembre !

Je demande maintenant la permission d'examiner d'un peu près la jurisprudence du Tribunal des Pensions en matière de tuberculose.

Je sais que le demandeur va se trouver en présence d'un *préjugé favorable* (comme dit cet autre). Il y a état de *lutte nationale* contre ce fléau et, dans les faits, — dans chaque fait pris en particulier, — le jugement pourra fléchir..... parce qu'il faut, nationalement, lutter contre la tuberculose.

Mais il y a tout de même une jurisprudence qui se trouve *être négative* sans le savoir.

Un tel a été réformé avec ces éléments de diagnostic : toux, amaigrissement notable ; quelques râles au sommet ; opacité correspondante à la radioscopie ; pas de bacilles dans les crachats.

Après des années, pendant lesquelles *Un tel a pu travailler* vaille que vaille, cependant, voici qu'il maigrit à nouveau.... et qu'il crache des bacilles.

Il prétend à une pension suffisante pour lui permettre un repos complet.

Le Tribunal acquiesce avec bienveillance, mais il demande que la preuve de la filiation directe soit administrée, et son règlement, sa jurisprudence, veux-je dire, l'entend ainsi :

Tu vas, ô demandeur, aller trouver tous les médecins qui t'ont soigné dans l'intervalle et tu leur demanderas des certificats établissant la *continuité* de ta maladie.

(A la rigueur, je me contenterai d'une collection d'ordonnances ou même de factures de pharmacie).

Oh ! en présence de la tuberculose, je serai généreux. Je n'exige pas une continuité absolue... il me suffira que tu aies *fréquemment* été dans l'obligation de te soigner.

Je n'exagère pas. J'ai été sollicité, après plusieurs années, d'affirmer que M. X., m'avait demandé une consultation — en l'an Y — et j'ai été prié d'affirmer que c'était pour une toux suspecte, — *au moins* pour une toux suspecte. Je passe sur les interpolations sinon sur les extrapolations..... immorales.

Est-il donc vrai? Est-il donc *certain* que la tuberculose ulcéreuse de 1930 ne peut être la fille de la tuberculose sclérosée de 1919 qu'à cette condition qu'*il y ait eu continuité* ?

Nous savons que c'est tout à fait faux ; que cette conception est contraire aux faits cliniques.

Il y a des heures, des années entières de repos ..... de sommeil de la maladie ; années au cours desquelles on travaille, ... au cours desquelles on ne se soigne pas.

On se croit guéri ; on est un homme comme les autres..... on brave un refroidissement,... on se fatigue trop, ... on attrape la grippe... et le drame recommence.

Cela est tellement fréquent que le praticien isolé peut se demander si cette *discontinuité* n'est pas la règle.

Je n'ajouterai pas à mon plaidoyer le récit de la révolution — 1929-1930 — qui a réincorporé l'hérédité directe de la tuberculose, de mère à fœtus, par le moyen des formes ultra-microscopiques : nous étions pourtant quasi-certains du contraire !

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES ET DES MÉDECINS RABAISIENS

Le *Concours Médical* a publié des réflexions de Confrères démoralisés par la possibilité d'une concurrence déloyale consistant à prendre aux assurés sociaux non le tarif syndical minimum, mais le prix effectivement remboursé par la Caisse. Ces confrères ne voient de recours que dans l'institution du tiers payant qui implique évidemment tarif limitatif et pour la plupart des régions tarif réduit. Je ne parle même pas de ceux qui, non contents de voir ainsi une partie de la clientèle ordinaire passer du tarif normal au tarif réduit, ont l'extraordinaire idée de proposer d'accorder sur ce tarif réduit une ristourne aux caisses en retour de la sécurité de paiement qu'ils croient trouver dans le tiers payant, oubliant que les caisses pourront être amenées à diminuer leur prix de remboursement.

Il serait regrettable que les lecteurs du *Concours* pussent croire que les prix au rabais sont appelés à devenir une habitude, et il est bon qu'on sache que les choses peuvent se passer très correctement. Ici les médecins prennent aux assurés sociaux comme aux autres malades le tarif syndical minimum ou davantage, mais jamais moins et s'en trouvent fort bien. C'est en fait dans la clientèle modeste qui est celle des assurances sociales que l'on rencontre ici le minimum de difficultés de paiement. En réalité l'esprit de solidarité des médecins conditionne la mentalité des malades et, là où les médecins se soutiennent et n'acceptent pas de tarifs au rabais, les malades paient sans difficulté le tarif syndical minimum. Que les médecins ne s'en prennent qu'à eux-mêmes là où leur manque de cohésion amène des résultats inverses ; ils n'ont que ce qu'ils méritent.

Si le tarif Syndical minimum dans certaines régions n'est pas appliqué, la solution est facile : baisser le tarif jusqu'à un niveau tel qu'il puisse être appliqué sans difficulté ; cela vaut beaucoup mieux que de garder un tarif plus élevé, mais non observé. Il suffit alors d'un peu d'énergie et de solidarité aux médecins pour donner rapidement aux malades l'habitude du paiement direct. Notre expérience locale le prouve : nous avons eu le tiers payant pour les sociétés de Secours mutuels, administrations, etc ... Il n'existe plus actuellement que pour les réformés et les accidentés du travail. Au contraire tous les mutualistes, assurés sociaux, etc., paient maintenant comme la clientèle modeste ordinaire le tarif syndical minimum de 20 francs la consultation et 25 francs la visite, et cela sans la moindre difficulté. Nous y gagnons en plus la généralisation du paiement comptant. Enfin nous avons supprimé avec le tiers payant ses deux conséquences fâcheuses : prix limitatif, prix réduit. Or ce que nous avons fait peut être fait partout ; seulement cela ne se fait pas avec des récriminations, mais avec de l'action ; que chacun, au lieu de perdre son temps et ses forces à se plaindre, les emploie à renforcer la puissance et l'énergie de son Syndicat, et il pourra voir celui-ci obtenir ce que nous avons obtenu.

Votre correspondant du 22-2-1931 signale que des confrères pourraient, en vue de faire obtenir à leurs malades assurés sociaux des remboursements plus élevés que ceux auxquels ils ont droit, porter sur la feuille de maladie des visites non faites ou des actes médicaux d'un tarif supérieur à celui des actes effectivement exécutés. Il oublie qu'aussitôt les conventions signées les Conseils de famille syndicaux auront la mission d'exercer le contrôle des assurances sociales et qu'ils

sont suffisamment armés pour que les quelques médecins qui se laisseraient aller à de pareilles complicités d'escroqueries perdent rapidement toute envie d'insister, sans préjudice des sévères sanctions de droit commun prévues par l'article 67 de la loi.

Enfin qu'on ne nous parle pas trop des abus de l'entente directe. Qu'on n'oublie pas que les abus ont fleuri au maximum dans le tiers payant avec les réformés et les accidentés du travail, alors que des régions ayant comme la nôtre une expérience déjà ancienne de l'entente directe pour la mutualité ont pu voir celle-ci ne pas faire appel au contrôle syndical, pourtant par contrat, aucun abus n'étant apparu.

Le Secrétaire du Syndicat de Cannes
Dr HOUSSIAUX.

DE LA CRITIQUE MÉDICALE

Rapport du Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Il était naturel que l'*Association des Journalistes médicaux français* songeât à la critique médicale, à son étude, à son rôle, à ses difficultés et je me bornerai, malgré l'annonce faite, à la seule critique des travaux médicaux, mais non scientifiques. Son président, le Dr H. Bouquet qui proposa de traiter le sujet en un rapport, ne dissimula pas combien la tâche était peu facile : j'ajouterai en ayant été chargé qu'un résumé y fut publié par les soins du Dr Garrigues et discuté, laborieuse, presque impossible, en la supposant, cela va de soi, bien informée, impartiale, dégagée de tout parti pris, bien éclairée par l'observation rigoureuse.

Les sujets à critiquer — dans le champ de notre « art », « l'art de guérir » — se complétant maintenant souvent de science ; les sciences dites « accessoires », moins instables ne manquent pas et, à mon sens, celles-ci diffèrent totalement de la médecine bien qu'elles l'aident puissamment sur notre terrain, plus qu'en tant d'autres, « la critique est facile, et l'art si difficile » !

Par ailleurs, ne voyons-nous pas les gens à travers notre ambiance, nos préjugés, nos sympathies, nos idées, donc partialement.

Gens et choses, méthodes, procédés, produits, ... tout prête en médecine le flanc à la critique. En science, il y a la science pure, désintéressée, théorique, si différente, facile à répéter et vérifier.

L'autorité d'un seul impose souvent une méthode médicale, un agent pharmaceutique ou physique ; « Prenez-en pendant que cela guérit », pendant que la mode en sévit, s'en empare au point de vue de cure ou d'applications !...

Les modes en médecine — comme la *Mode* en général — sont momentanément souveraines.

La critique ne peut y mordre et s'y brise les dents. Le Dr L. Pron (d'Alger) étudie (*Journal des Praticiens*, 25 janvier 1930), « les modes en médecine, et nous y montre les modes en doctrines (naturisme, vitalisme, humorisme...), en maladies (hystérie, kleptomanies...), en diagnostic (analyses, rayons X...), en thérapeutique (tubages, saignée, purge, opothérapie, drogues variées, opérations diverses,..., hypnotisme, émétine, vaccins, sérums...). Alors, comment juger, critiquer... ?

« Prenez-en pendant que cela guérit », n'est-ce pas là une phrase courante pour indiquer la mode courante, celle qui fait gagner aux « malins », aux commerçants qui savent « être à la page ».

Pour les savants, au contraire, en France, ils doivent mourir de faim, c'est la loi, l'habitude... Mode, absurde là, qui profite aux Allemands, qui font une « littérature » signée de leurs Maîtres, et accompagnant leurs produits qu'ils font ainsi « prendre ».

Une évolution se fait en France, heureusement, Maîtres et Praticiens s'y emploient, ne craignant pas d'affirmer la vérité sur les produits qu'ils connaissent et apprécient.

La critique est à l'ordre du jour. André Billy traitait récemment « la critique littéraire » dans l'*Œuvre*. G. de la Fouchardière, en le même journal, a cité mes observations sur les sanctions commerciales des critiques.

Le Dr David, de Lille, le Prof. Forgues, de Montpellier, s'en sont occupés au Congrès de la *Presse médicale latine de Bruxelles*, de 1930. (V. *Concours médical*), ont montré les procès de « critique scientifique, pour nous, côté médical plutôt. La *Revue mondiale* du 15 octobre 1930, sous le titre « La lampe de poche », parle de la polémique —sorte de critique— qui se meurt. Le Syndicat de la Presse scientifique, en son *Bulletin* de novembre, s'occupe de la critique scientifique. « Le droit de réponse », « la liberté de la Presse », remis en question, prouvent en quelque sorte le désir de régler la critique en général.

***

Peut-on préposer des gens *qualifiés* (?) pour critiquer, autrement dit examiner en science et conscience, ce qui paraît en médecine. En ce temps où l'on demande *tant et tant* à l'Etat — dont on connaît tant d'errements — faut-il lui faire créer une « critique médicale officielle ». Le Dr Agricola, de l'*Information médicale* a posé la

question de l'organisme chargé de donner un avis sur la valeur ou l'absence de valeur de « travaux scientifiques médicaux » ? Restreignons-nous, à la médecine qui n'est pas la science, elle, d'expérimentation rapide et précise, et que Colbert, créant l'Académie des Sciences, en 1666, avait voulu voir en ce rôle d'examen des inventions...

« L'art médical » est autre, même s'il s'appuie sur la science, sur la radiologie, par exemple dont j'ai, depuis longtemps, signalé tant d'erreurs d'interprétations, comme on nous le démontre actuellement et plus souvent, puisque plus vulgarisée. Ce qui est ou serait possible en science ne l'est pas à mon humble avis, possible en médecine, je tiens à mettre les choses au point.

« L'art médical » a subi les attaques, les critiques, les négations les plus absurdes en toutes ses branches, surtout en thérapeutique, même pour des médicaments qui ont depuis subi l'épreuve des siècles (Fagon, Gui Patin, la Faculté, contre l'émétique !) Trop de préjugés, d'intérêts, de réputations, s'opposent aux méthodes nouvelles. Pasteur, non médecin le sut... et ... triompha ! Mais il ne suffit pas, comme l'affirme *Le droit de guérir*, d'être laïque pour être un Pasteur ou presque !

Le Dr Agricola, cite cette lettre du Dr Sechehaye, de Chêne-Bougeries, près Genève, et s'y associe, montrant que certaines portes, même certains éditeurs ne s'ouvrent pas aux méthodes ou substances proscrites :

« ... Dans votre article *Critique médicale et critique littéraire*, dit le Dr Sechehaye, vous exposez excellemment les objections que l'on peut faire à la création d'une critique médicale officielle au sujet des nouvelles méthodes thérapeutiques et des nouveaux remèdes proposés. Vous montrez très bien que cette critique se fait librement et spontanément par les praticiens eux-mêmes et qu'elle n'en a que plus de valeur.

« Vous avez écrit en particulier ceci : «Créer des critiques officiels serait, pensons-nous, revenir aux usages du Moyen-Age, où seuls, les remèdes acceptés par la Faculté, les moyens de traitement approuvés par ses docteurs avaient le droit d'être employés ». Permettez-moi de vous dire qu'il n'est pas nécessaire de remonter au Moyen-Age pour voir un pareil procédé mis en pratique. Je puis vous en citer un exemple typique et tout à fait moderne.

« En effet, à l'instigation d'un Corps médical officiel, un tribunal a décidé, en 1914, qu'un nouveau remède proposé par un laïque et expérimenté avec succès par plusieurs médecins devait être inefficace. L'ostracisme qui en est résulté dure encore aujourd'hui, si bien qu'aucun médecin de ce pays n'ose employer le médicament.

« C'est l'Angleterre qui nous offre le spectacle de cet anachronisme, et la British Medical Association est l'auteur de ce veto ».

Il faut exercer, pratiquer pour être bon juge, mais que de médecins de campagne voient de choses, de faits intéressants, qu'hélas, ils ne publient pas.

Combien de théories brillantes, étincelantes si rationnelles ou applicatives, disparaîtraient plus vite si bien éclairées des lumières de tous qui déjà disparaissent vite du firmament médical, après ou même avant la mort de leur auteur, de leurs auteurs, et malgré l'énorme puissance suggestive de certains, véritables animateurs et créateurs d'écoles !

Que de travaux et de production, surtout en thérapeutique, source de tant de fortunes de nos amis les pharmaciens !

En revanche, c'est après leur mort que certains voient (?) la critique s'adoucir et les exalter !

La critique médicale est encore impossible ou inutile, car les travaux analysés, même et surtout s'ils servent à des firmes pharmaceutiques, ne seront pas cités : ne convient-il pas de ne pas paraître faire plus de cas de tel confrère (quelle que soit sa valeur, à moins qu'il ne soit aux sommets des honneurs !), car cela déplairait aux autres confrères, ce qui risquerait de les empêcher de prescrire le produit pour ne pas reconnaître tout ou partie de la compétence du confrère, pour ne pas sembler intéressé, associé, toucher de l'argent.

Les médecins ne sont pas assez cohérents, unis, car imprégnés d'esprit de castes, de titres... comme si la vie, la clientèle, mettons même la chance, ne mettaient tant de gens et de choses en place des jeunes se croyant titrés, ignorent des vieux célèbres près desquels ils vivent qui tant les pourraient aider.

Que de bons médicaments par exemple, dont le praticien est enchanté, et dont par suite, il n'ose parler, d'autant moins que ce praticien est quelque peu en vue, a quelque réputation, de peur de perdre cette estime confraternelle si difficilement acquise.

***

On pourra être tenté de me dire qu'ici je confonds éloge d'un produit et critique générale. Mais qu'est la critique ? Doit-elle être un dénigrement systématique, ne jamais dispenser ou témoigner de satisfaction, ou être le silence non moins systématique ? La critique est, peut être de trois ordres : le blâme, toujours ou négative ; l'éloge, toujours — il ne faut pas se faire d'ennemis ? ? ou positive ; ou, entre les deux et comment parler d'une chose sans en dire ni bien, ni mal ! — ce qui serait le rêve, l'impartialité !

Ne pas mentir, ne jamais mentir, dire toute sa pensée, est bien honnête, mais terriblement dangereux et j'ajouterai, bien orgueilleux en

notre domaine, car c'est croire tenir la vérité ? !...

« L'art médical » est, et doit être changeant, puisqu'il progresse. Tout y est discutable, et variable, variable, comme l'être vivant lui-même. Et nous allons nous prononcer, *ex cathedra*, avant que le temps ait fait son œuvre, que les expériences, les observations surtout bien vues et à l'abri de toute critique (?) aient été suffisamment prolongées, que l'on soit sorti des « séries heureuses », si fréquentes au début des méthodes des produits.

Le Dr G. Clemenceau en sa thèse de 1865 sur les *éléments anatomiques*, déclare ne l'avoir faite que pour vérifier des idées qu'il croit bonnes !...

La suggestion domine trop souvent les médecins expérimentateurs ou observateurs, et plus encore les malades, d'où, les résultats plus tard parfois si discutables ! Un médecin célèbre communique à l'Académie, y revient... la grande Presse s'en empare, et la critique n'en peut mais...

***

La critique n'est pas l'admission sans réserves des hommes, des faits, des théories ; elle en comporte souvent la négation, la réfutation, ou de simples objections. S'il s'agit de théories anciennes, admises, consacrées, que l'on discute, n'est-ce pas s'attaquer à la tradition, au passé ? Si un contemporain est en cause, selon sa célébrité, sa notoriété, on a plus ou moins de chances de réussir ; peu, s'il est reconnu pour un grand homme, on semble bien audacieux de s'y attaquer, on paraît être jaloux. S'il a une chapelle, une coterie, votre critique sera vite enterrée, annihilée. Est-ce bien la peine de se faire ainsi des ennemis pour rien, pour n'avoir nulle chance de triompher de l'erreur ! Et cependant ?...

Et cependant, la médecine évolue... sans la critique médicale faite par le médecin qui y serait apte s'il osait, s'il pouvait parler : la critique est faite par le temps, le public, les littérateurs, les théâtres... Depuis Molière, sur les planches, les médecins furent souvent « sur la sellette » ; dans les livres et articles, plus encore. Pour cela, je renvoie — et cela continue — à mon *Esprit scientifique contemporain*, de 1898. En nos temps de vapeur, d'électricité, de journalisme, les idées et les gens vont vite, enterrés, dans le silence désert en la critique ardente !...

Il faut se défier aussi de l'introduction de méthodes scientifiques qui doivent compléter, ajouter et non remplacer la clinique, comme certains médecins le veulent faire. Tout nous doit servir, et rien n'est de trop pour nous éclairer.

Un jeune médecin trouve dans le laboratoire et la clinique justement associés, quelque chose qui paraît bien et rationnel, — mais *être et paraître* sont deux phénomènes bien distincts — oserons-nous nous prononcer et cependant nous devrions l'encourager, l'aider, l'écrivain a ce rôle.

Un vieux praticien connu, ou mieux, un « officiel » — celui-ci a tout crédit *a priori* — lance une idée, une méthode, un produit. Evidemment, ce doit être excellent, allons-nous le dire, sans attendre, oubliant le vieux proverbe : « Expérience passe science » ?

Et puis, parler de l'*un* — en médecine, en tous les « arts » surtout, c'est vexer, mécontenter l'*autre*. On ne sait souvent que faire, nous avons tant de castes, de chapelles, de coteries !... On est tellement embarrassé pour savoir, pour distinguer... L'individualisme intellectuel domine et empêche la cohésion des intéressés, la juste critique, l'union ! ...

Faire de la critique, c'est écrire, c'est publier, c'est disons-le en terme habituel, faire de « la copie », un « papier », qui n'a de valeur que, si publié ! Pour *écrire*, placer sa prose, de critique surtout, il faut une tribune, des tribunes. Les grands journaux de médecine sont assez accueillants pour les travaux des praticiens. Je n'en dirai pas autant de beaucoup de journaux, de spécialités pharmaceutiques pour qui il n'est que les maîtres officiels !...

En réalité, pour placers a copie, condition essentielle de critique et de lecture, il faut des tribunes qui la trouvent non blessante, devant plutôt rapporter au journal qu'à l'écrivain, non déplaisante, sinon pour personne — on ne peut plaire à tout le monde et à son père, a dit La Fontaine — mais pour le plus grand nombre, les amis parfois de telle ou telle chapelle, de tel clan médical, de tel pharmacien spécialiste qui donne de la publicité. Il ne faut pas mécontenter le comité de rédaction souvent nombreux, je n'ose dire « ondoyant et divers », de la revue, du journal, qui veut bien accueillir « le papier » (on est mieux favorisé en général pour critiquer les lois sociales et médicales, car il y a tant à dire !)

Il faut se faire lire — imprimer, en l'espèce — et nous savons que c'est parfois difficile.

***

Il y a la critique des livres, des articles, dira-t-on, moins tremblante plus sûre, que celle des méthodes, des procédés, des produits ? Que non pas ! Ces choses participent des incertitudes, des obscurités, de notre profession. La biologie, dont nous ressortissons, ne varie-t-elle pas avec chacun de nous et variant sans cesse.

Et puis, la critique, le blâme, frisant souvent le dénigrement, voire la diffamation, ou ce que des esprits grincheux estiment ou veulent poursuivre en la voyant partout,

Comment le droit de réponse, ouvrant même la porte à des procès à suites longues et coûteuses! On sait que les affaires judiciaires sont fréquentes, que les médecins, si haut placés soient-ils

n'en sont pas indemnes, et que même si dévoués et en mourant souvent, même soigné, opéré, guéri pour rien ou pour des honoraires insignifiants sont parfois poursuivis : un médecin, écrivain et praticien, court donc le double de dangers. Gare aux « volées de bois vert » morales ! que le droit de réponse peut lui amener !

On est plus à l'aise pour louer ou blâmer, critiquer enfin, l'inconnu. Leregretté François Helme en sa remarquable « Chronique des Livres », en la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, écrivait souvent : « Je n'ai pas l'honneur de connaître l'auteur, et suis donc bien à l'aise pour en parler »...

Et combien juste sa critique où il était aidé par Madame Helme. Leur historiographe, le pharmacien exquis écrivain, lui aussi, L.-G. Torande, l'a souvent rappelé sans préjudice de ce bruit que tant de bons confrères propageront, surtout les « critiqués » : « X., n'exerce pas la médecine, c'est un écrivaillon !... N'y allez pas !

Le pseudonyme peut servir dans ces cas, et au bout d'un certain temps, « possession vaut titre », comme en matière de meubles. On se rappelle le procès d'Henri Fouquier, grand journaliste revendiquant le pseudonyme Colomba et gagnant. C'est au point qu'on peut défendre à quiconque tout ce qui peut prêter à confusion.

Il y a une trentaine d'années, le titre de docteur employé indûment, valut des poursuites.

Notre regretté collègue Dieupart avait jadis étudié la question des pseudo-docteurs signant de la publicité. On y a allégué qu'on pourrait toujours, en pareils cas, en trouver de vrais.

Où commence la publicité ? ? ?

Où finit la critique, la critique permise ? Car les gens se croyant lésés poursuivent maintenant vite en diffamation.

On a le procès facile aujourd'hui, surtout contre les médecins. Ils y prêtent facilement le flanc par un dénigrement trop réciproque, surtout dirigé contre ceux qui émergent du sein des praticiens, produisent...

Il est dangereux de trop travailler — un haussement d'épaules, une moue significative sont souvent des critiques sévères et ... tuantes !...

Le critique médical vrai doit être ou avoir été de longues années, un praticien,car ce que l'on ne pratique pas, s'oublie, et peut-être la médecine plus que toutes choses. Il faut suivre ses clients, les hôpitaux, les auteurs, pour les bien juger... mais comme la critique médicale est impossible, à quoi bon ?...

Je sais bien que sans « délaisser un livre, un produit, un procédé, on peut simplement dire que tel autre, concurrent, est « le seul » « l'unique » qui permettra telle cure, comme de tel appareil physiothérapique répondant seul à tous les desiderata.

Mais ce n'est pas là de la critique, ou trop indirecte, trop exclusive, trop intéressée évidemment ! C'est de la publicité, plus ou moins déguisée, même pas déguisée du tout !

Une forme de critique médicale est la Revue, l'exposé des travaux de l'année, de plusieurs années, sur une question déterminée d'un chapitre médical quelconque. La conspiration du silence volontaire ou non, y sévit sous des formes diverses, oubli total ou partiel, citation de l'ouvrage, sans le nom de l'auteur, ou celui-ci écourté et impossible à reconnaître.

Il y a souvent des circonstances atténuantes. On ne peut tout lire ! Tout le monde écrit comme tout le monde parle. L'éloquence (?) écrite ou verbale abonde ! Comment tout entendre ou tout lire ? Comment « distinguer le bon grain de l'ivraie ». Si des oublis sont volontaires, signalés et obligatoires à réparer — car, souvent trop gros, trop flagrants — combien l'excuse sera facile.

Pour critiquer avec éloges, ne parler que des amis, on fait souvent un historique très inutile, car très et volontairement incomplet, des travaux précédents, mais en cas de flagrants délits d'erreurs ou d'omissions nous retombons dans la précitée facilité d'excuses souvent valables, disons-le, car nous ne voulons pas être un critique malveillant d'autres critiques désirant au reste gagner ainsi leur bienveillance. Ceci dit pour prouver qu'avec l'*invidia medicorum pessima,* la vraie critique médicale, sous quelque point de vue que l'on se place, est impossible. Toute la vie pratique est du reste faite pour en dégoûter les plus ardents, les plus enthousiastes, les plus loyaux et même les autres !...

Ce que, dirons-nous, il fallait démontrer, et c'était là la tâche la plus facile de ce « rapport », si tant est qu'il y ait là, « rapport » ?...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

VARIÉTÉS

Le médecin, voilà l'ennemi !

Une séance à la Chambre des Députés

(Extrait du *Journal officiel* du 29 février 19...)

LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Durand.

M. DURAND. — Messieurs, la France célèbre cette année deux grands anniversaires : celui de la conquête de l'Algérie, et celui des Trois Glorieuses. Ces victoires républicaines.....

M. DE JUSSIEU. — Républicaines ? La conquête de l'Algérie a été faite sous Charles X.

LE PRÉSIDENT. — Messieurs, ne commencez pas à interrompre.

M. DURAND. — Si ce ne sont pas les soldats de la République qui ont amorcé la conquête, ce sont bien eux qui l'ont achevée. Et notre colonisation est l'œuvre d'une jeunesse courageuse, et essentiellement recrutée dans la démocratie.

(*Applaudissements à gauche.*)

M. DE CHANOIR. — Le Cardinal de la Vigerie, par exemple.

(*Rires ironiques à droite. Bruit.*)

LE PRÉSIDENT. — Messieurs, laissez l'orateur développer son interpellation. Ce débat important doit se poursuivre dans le calme et la dignité. (*Très bien.., sur plusieurs bancs à gauche.*)

M. DURAND. — Quant aux trois Glorieuses, vous ne suspecterez ni leur origine, ni leur importance. Elles ont été un geste définitif d'émancipation. En rendant à la presse son indépendance, elles ont libéré ce qu'il y a de plus sacré dans la conscience : la liberté de la pensée. (*Vifs applaudissements.*)

Depuis 60 années, la République peut accomplir son programme d'équité et de solidarité sociales, sans brutalité comme sans défaillance. (*Applaudissements répétés à gauche et sur quelques bancs au centre, rumeurs à droite.*)

M. DURAND. — Or, Messieurs, dans cette marche ininterrompue vers le progrès, au cours de toutes les étapes, il s'est trouvé, au travers des énergies et des bonnes volontés, un homme, qui s'est ingénié à rendre laborieuses les tractations, qui a cherché à en arrêter le cours ou à en limiter l'expansion, et cet homme — il faut avoir le courage de le démasquer —, c'est le médecin. (*Rumeurs.....*).

Le Dr DUVAL. — Je proteste énergiquement contre une affirmation qui a pour but de déconsidérer une catégorie de citoyens honorables et dévoués ; et qui, au contraire, ne cessent d'apporter au pays.....

M. DURAND. — Mon cher Collègue, excusez-moi de ne pas vous laisser terminer votre juste protestation.

Vous me savez incapable de faire aucune personnalité. Il est donc bien entendu que je ne parle pas des médecins qui siègent sur ces bancs. Ils ont donné en toute occasion, et récemment encore, au cours de la discussion de la loi sur les assurances sociales, la preuve d'un désintéressement absolu. C'est une justice que je tiens à vous rendre ; qu'aucun d'entre vous n'a soutenu le Corps médical, dans ses incessantes réclamations. Mais, quand je parle du médecin, c'est, libre ou syndiqué, celui que je retrouve sans cesse au travers de notre chemin, pendant ces dernières années.

Souvenez-vous, Messieurs, de notre premier geste de solidarité.

Il existait encore de pauvres gens, victimes d'une société égoïste, pères et mères de familles nombreuses, enfants malingres dont les privations minaient la santé, vieillards, déjà penchés vers la tombe. Comment pouvaient-ils se soigner, ceux-là qui n'avaient pas toujours le pain quotidien assuré ?

Nous avons créé pour eux l'assistance..... Vous savez avec quelle générosité. L'Etat n'est pas comme ces personnes charitables qui mesurent leurs dons à l'obséquiosité, à l'humilité, à la soumission religieuse des nécessiteux. Il se grandit à être large. Les budgets de nos communes se sont volontairement grevés de sommes importantes. Celui de Paris dépasse le milliard.

Or, s'il est un homme qui devait collaborer à ce geste humanitaire, n'est-ce pas celui qui pouvait soulager la douleur, lutter contre le mal ? N'est-ce pas le médecin ?

Hélas ! rappelez-vous sa résistance. Entendez encore l'âpreté de ses revendications et la médiocrité de ses arguments. « Pourquoi, gémissait-il, me demandez-vous un sacrifice ? Payez-vous moins cher au boulanger le pain que vous distribuez aux pauvres ? Au boucher, le pot au feu dont vous gratifiez la jeune mère ? Au marchand de vin, la bouteille que vous accordez aux nécessiteux le 14 Juillet ? » Voilà les paroles intéressées tombées de la bouche de cet homme que nous avions cru pitoyable. Et alors que nous donnions des secours aux miséreux, ce sont les médecins qui ont le plus vivement tendu la main..

Dr DUPONT. — Je ne puis vous laisser dire que...

M. DURAND. — Mon cher collègue, je répète ce que j'ai répondu tout à l'heure à l'honorable M. Duval : Aucun des médecins de la Chambre n'est visé par mon interpellation. Je reconnais, au contraire, que vous avez toujours collaboré aux lois d'assistance,

n'hésitant pas à imposer, même à vos confrères, les charges dont ils se plaignent. Grâce à votre appui, l'Assistance médicale gratuite a été votée. Nous vous trouvons encore avec nous, lorsque, nous créons les médecins inspecteurs pour la protection des enfants du premier âge. Mais le médecin — en général — proteste de nouveau. Il proteste contre la paperasserie — pourtant bien réduite ; il proteste contre les honoraires...

Le Dr Dulac. — Egalement bien réduits...

M. Durand. — Vous ne voudriez tout de même pas qu'on donnât un cachet de nabab pour examiner le rejeton de quelque fille-mère ou de..... (*Vives protestations à l'extrême gauche.*)

M. Chacun. — L'enfant d'une fille-mère est aussi intéressant que celui d'un bourgeois, j'imagine.

M. Durand. — Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire, mon cher collègue. J'ai parlé du peu de dérangement qui était causé au médecin par un passage mensuel dans une localité. C'est pour ainsi dire des honoraires inattendus qui lui étaient accordés.

Le Dr Duroc. — La protestation du Corps médical s'adressait alors au rôle de l'Etat. Si l'Etat veut faire des libéralités, qu'il les fasse ; mais pourquoi est-ce toujours le médecin qui.....

M. Durand. — A vous entendre, c'est contre le rôle de l'Etat, que le médecin s'élève. Comment allez-vous justifier son mécontentement lorsque les sociétés de Secours mutuels vont lui demander sa collaboration ? Ici, l'Etat n'intervient plus ; la solidarité est innée, pourrait-on dire. C'est le frère qui se penche sur son frère, et qui lui tend la main. C'est l'artisan aidant l'ouvrier, le paysan soutenant le compagnon. Mais, quand le mutualiste se tourne vers le médecin pour lui demander — non pas de l'argent — mais simplement le secours de ses lumières, celui-ci crie de nouveau qu'on l'écorche, discute, ratiocine ; et ne finit par lâcher une parcelle de ses honoraires que contraint pas l'insistance et la réprobation publiques. Est-ce tout, Messieurs ? Vous savez bien que non. La loi sur les accidents du travail va trouver chez les syndicats médicaux une opposition systématique. En vain, dirons-nous au médecin : « Vois ces braves ouvriers, levés à l'aurore, se dirigeant vers l'usine. Leur travail fait la richesse de la nation. Mais la machine semble vouloir se venger d'être dirigée par eux. Une flamme jaillit d'une électrode, un marteau s'échappe d'une main lasse, un embrayage saisit un membre..... C'est la blessure, c'est peut-être l'impotence ou la mort. C'est la misère et la tristesse au foyer. Assurons ce travailleur contre ces risques terribles et journaliers. Donnons à sa famille éprouvée, non pas les fragiles consolations des paroles pitoyables, mais la certitude de pouvoir vivre, en attendant des jours meilleurs. Surtout — ah ! surtout — calmons sa souffrance, pansons ses blessures.

La réponse à notre appel émouvant, vous la connaissez, Messieurs ; le mot qui jaillit des lèvres du médecin, c'est toujours la même : Combien ?

De l'ouvrier, de sa souffrance, les syndicats médicaux n'ont cure. Seul le paiement les intéresse. Et nous devons pendant des années batailler, accordant un tarif Dubief, bientôt trouvé insuffisant, un tarif Breton qui ne satisfait pas encore l'insatiable soif d'argent de ces mercantis de la douleur.

Le Dr Durieu. — Pourquoi ne pas accepter le tarif de la clientèle ordinaire, et faire payer par les assurances les sommes qui...

Le Président. — Monsieur vous n'avez pas la parole.

M. Durand. — Messieurs, il y a un souvenir que je n'aime pas évoquer à cette tribune ; c'est celui des heures douloureuses de la guerre. Je me réjouis de penser que, grâce au pacte Kellog, à celui de Locarno, le monde ne revivra plus les années tragiques d'où la France est sortie victorieuse, mais meurtrie. Mais les plus sombres événements ont leur éclair de consolation. Et nous pouvons évoquer avec fierté l'unanimité de tous les Français devant le péril. J'ai encore sous les yeux, le spectacle réconfortant de cette Chambre, se levant tout entière pour accepter la déclaration de guerre, comme si elle allait marcher la première à la tête de nos armées. (*Vifs applaudissements à droite et au centre. Rumeurs à l'extrême gauche.*)

M. Durand. — Messieurs, je ne veux pas passionner le débat. Si j'évoque cette unanimité ; si je rappelle les mois d'anxiété et de souffrance communes, l'héroïsme de nos soldats, la grandeur de notre victoire, les laborieuses discussions de la paix ; si je vous montre les soldats rentrés dans le foyer, c'est pour désigner surtout les victimes de cette sanglante époque.

Ah ! ceux-là, quelle gratitude devons-nous avoir pour eux. « Ils ont des droits sur nous », disait justement le grand Vendéen. Et jamais nous ne les honorerons, jamais nous ne les récompenserons assez de leurs sacrifices.

Quoi ! j'entends une voix qui proteste ? Il y a un Français qui trouve que l'on fait trop pour ces Français ? Je la reconnais cette voix, j'entends encore — et toujours — ce mot, le même : Combien ? C'est le médecin insensible à la plus glorieuse des souffrances, et qui me tend son tarif... Ce sera le même, quelques mois plus tard, qui arrachera au livret des victimes de la guerre, plusieurs feuilles pour une seule visite qu'il aura faite.

Le Dr Dufour. — M. Durand, il y a 25.000 médecins en France, il y a eu trois condamnations pour les faits que vous rappelez. Quelle est la profession qui n'ait pas de brebis galeuses ?

M. Delarenaude. — La nôtre. (*Vifs applaudissements sur tous les bancs.*)

M. Durand. — Je voudrais avoir fini, Messieurs, mais je sens que la Chambre entend « vider l'abcès ». (*Très bien..... très bien.*)

Dans un redressement magnifique, la France a repris son rang parmi les grandes nations. Elle va

désormais pouvoir consolider et améliorer sa politique sociale. La plus magnifique réforme est en cours ; celle des assurances sociales. C'est enfin pour le travailleur, la certitude du pain quotidien, c'est l'aide à la mère, c'est la sécurité pour le vieillard. La Chambre, tout entière, a voté la loi avec enthousiasme. Désormais, le chemin de la vie ne sera plus malaisé et épineux. Marche et travaille en chantant, Français ; l'air est pur, la route est large...

Mais que vois-je soudain au milieu de cette route ? Quel est ce bourgeois qui prétend me faire payer un tribut de passage ? Comment, c'est encore toi, médecin insatiable et antidémocratique ?... (*Applaudissements à gauche, protestations à droite, mouvements divers.*)

Te voilà encore au travers du progrès ? Que veux-tu donc ? — De l'argent — Et il exhibe des prétentions exorbitantes, des tarifs himalayatiques..... et si nous refusons de les lui accorder, il se retourne avec mépris, nous jetant à la face le mot diabolique : « *Non serviam.* Je ne servirai pas ».....

M. Chouleur. — Nous trouverons bien le moyen de l'y obliger. (*Applaudissements.*)

M. Durand. — Eh bien, Messieurs, je dis que la mesure est comble ! Qu'un groupe d'hommes, qui ne paient même pas d'impôts.....

Voix diverses. — Comment ? Qu'est-ce que vous dites ?.....

M. Durand. — M. Caillaux a apporté à la Chambre, la preuve que cinq médecins seulement en France, avaient avoué un revenu de cent mille francs.

Voix diverses. — Mais c'est faux !..... Les médecins sont écrasés par l'impôt. Il y a très peu de médecins riches.....

M. Durand. — Dans le flot des interruptions, je saisis celle-ci : il y a très peu de médecins riches..... Et je demande à mon interlocuteur s'il connaît beaucoup de médecins qui ne se promènent pas — jour ou nuit — en automobiles. (*Protestations, bruit, mouvements divers.*)

Messieurs, j'ai terminé..... C'est avec regret que j'ai dénoncé au pays le nom du pire ennemi du progrès social. Je me serai sans doute créé beaucoup d'inimitiés. Qu'importe au voyageur : « Les chiens aboient, mais la caravane passe ». Le seul souci de la justice et de la vérité a dicté mes paroles. J'ai fait mon devoir, à la Chambre de faire le sien. (*Triple salve d'applaudissements. En rentrant à son banc, l'orateur reçoit les félicitations de ses collègues.*)

Pour copie conforme :

Dr Georges Bourgeau.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXIX. — René Boylesve. **Les nouvelles leçons d'amour dans un parc.** — Un vol. 16 × 21 tiré à 1.000 ex. numérotés, dont 841 sur Rives. Illustré par Carlègle. Collection les Beaux Livres. Editions Mornay. Paris 1930.

C'est à propos de cette histoire un peu vive que Boylesve affirmait son goût de moraliser « sous la forme du badinage ». Dussent pincer le nez [et gonfler en l'allongeant la moue de leur lèvre inférieure] tous les moralistes enclins à plus d'austérité pédagogique il est exact que la philosophie de Monsieur de Chémillé contient la leçon de vivre la moins revêche que puisse trousser guilleret précepteur. Notre profession y est fort dignement représentée par le bon Monsieur Couloubre qui, sur la monture de Sancho, promène sans hâte, toute parfumée de modestie une science très « relative » bien en rapport avec l'imperfection réelle du système du baron. Mais ces faiblesses jumelées sont parées de tant d'esprit, d'étincelantes démonstrations, de si captieux sophismes que même à défaut d'en approuver l'inspiration on est tenu de subir le charme de leur épanouissement littéraire. A toute cette joie de vivre, pour la rendre plus vraisemblable, ne manque même pas l'ombre intermittente d'une discrète mélancolie. Au milieu de cette sarabande païenne perdue avec d'autres tout semblables une toute petite phrase donne à l'œuvre badine son amertune humaine : « On *dirait* le bonheur qui vient à pas lents. » Ce conditionnel, mirage d'une magnifique concision qui ramène (si nous y réfléchissons) à leur échelle exacte la trompeuse apparence de nos désirs et nos espoirs, est une des plus belles images du livre.

Il en contient d'autres dont je ne veux pas oublier de vous signaler l'importance. Ce sont celles que Carlègle a couchées à profusion sur les feuillets et qui tirent en pleine lumière l'hermète et tendre ardeur du texte ou sa narquoise effronterie. Elles sont enluminées de teintes délicates et chaudes où domine, comme il sied, la synchromie verte des bosquets. A l'ombre de ceux-ci ou dans leurs parages évoluent les alertes personnages de Boylesve. Le trait les a modelés en silhouettes d'une désinvolte sûreté d'expression. La fermeté du dessin, la souplesse fuyante des lignes leur donnent un extraordinaire mouvement. Et les courbes ont tant d'élégante précision qu'elles semblent réellement enclore des volumes .... rebondis. Paniers, perruques bassin mélancolique où frappa le marteau sacrilège ! En harmonie avec cette illustration d'une parfaite tenue artistique et d'une attrayante originalité, la typographie est d'une impeccable écriture. Le papier est à l'aune des images, des caractères, et de l'ineffable compagnie qui hante le parc.

CCLXX. — René Boylesve et Marcel Proust. **Quelques échanges et témoignages.** — Textes inédits avec deux lettres en fac-similé. — Un vol. 13 × 18. tiré à 750 ex. numérotés sur vélin Lafuma. Ed. Le Divan. Paris 1931. 18 francs.

Cet ouvrage est le premier d'une collection portant le titre général : « Le souvenir de René Boylesve ». Les suivants comporteront des études critiques, biographiques, souvenirs personnels, documents divers, tous *inédits* se rapportant à la personne ou à l'œuvre.

Les lettres que contient ce premier volume montrent surtout l'effort de deux talents que rapproche un commun amour de la littérature. Mais l'érudit préfacier exagère en assimilant la manière de Boylesve, jeune, à la manière de Proust. Proust a toujours l'air d'écrire entre deux miroirs en vis-à-vis où les phrases se réfléchissent à l'infini. Boylesve (1) suggère plus qu'il ne dit : il évoque des perspectives que nous peuplons à notre guise et selon nos moyens ou notre myopie. Le commerce de ces deux esprits de qualité s'explique par d'autres raisons qu'une *identité* intellectuelle. La teneur des lettres confirme surtout les dissemblances de deux talents originaux : l'admiration *tard* venue de Boylesse, son indulgente amitié ; chez Proust la déférente sympathie et le cœur à fleur de peau. Le jugement de Proust par Boylesve (à l'occasion de sa mort) qui clôture le livre dépasse le particulier et l'histoire de sa conversion « proustienne » est une fort belle dissertation et une harmonieuse glose de littérature contemporaine.

CCLXXI. — G. Charensol. **L'affaire Dreyfus et la troisième République.** — Un vol. 12 × 19. Collection « Documentaires ». Ed. Kra. 1931. Paris.

Les faits ne sont évoqués ici que dans la mesure où ils sont nécessaires au balisage des courants d'opinion qui créèrent, envenimèrent ou exploitèrent l'Affaire. Il s'agit, si j'en crois l'auteur, d'un exposé *impartial* (2) des facteurs politiques, de l'atmosphère où se déroula cette colossale agitation autour d'un nom d'origine israéliste. C'est bien un ouvrage d'histoire, si l'on veut, mais c'est surtout un résumé de la philosophie pragmatique qui dirigea les débats judiciaires ou publics. Il y a aussi des photos de l'époque reproduisant des militaires martiaux, de petits melons posés sur le sommet des crânes, des fiacres et des automobiles de la préhistoire mécanique qui ont une majesté rétrospective fièrement comique. Ecrite avec un recul suffisant, cette œuvre ramène à ses justes proportions l'Affaire que l'actualité théâtrale a remise à l'ordre du jour.

(1) Voir par exemple le verbe à écho au conditionnel dans le commentaire de l'ouvrage précédent.

(2) Sans garantie de l' « Homme aux Bésicles », ni *a fortiori* des autres rédacteurs *habituels* du *Concours*.

CCLXXII. — Montaigne. **Essais.** Livre premier (2 volumes). Texte établi et présenté par Jean Plattard, professeur à l'Université de Poitiers. Collection « Les Textes français ». Ed. Fernand Roches. Paris. 1931. Les deux volumes : 42 francs.

Si vous n'avez pas le loisir ou la possibilité d'aller voir ces combats sur le boulevard, mettez-vous à l'abri des giboulées au coin de votre feu et plongez-vous dans cette soigneuse réédition de Montaigne, où notre distingué confrère Armingaud dit que réside la meilleure recette de longévité. Je vous ai signalé que vous y trouveriez tout au long la version originale de Knock. Et par nos temps troublés il n'est pas de meilleure lecture que celle où fleurit cet allègre optimisme, cette souriante sagesse instructive et solide comme un bavardage d'aïeul. Le texte reproduit est celui de l'exemplaire conservé à Bordeaux et contenant des annotations innombrables de la main même de Montaigne. L'orthographe est celle de cette édition, la dernière revue par l'auteur. L'introduction de Monsieur Plattard présente le dernier état de l'érudition contemporaine touchant les Essais et l'écrivain. La présentation typographique est d'une soigneuse netteté, et le livre nous invite sans effort, agréable refuge, à nous évader du cercle quotidien où nous barbottons avec ceux qui ont coutume, plus que jamais, de *« vivoter en la moyenne région »*.

CCLXXIII — Lafcadio Hearn. **Etudes bouddhistes et Rêveries exotiques.** Traduit de l'anglais par Marc Logé. Un vol. 12 × 19. Ed. Mercure de France. 1930. 15 francs.

Les impressions de voyage qui forment la première partie du livre n'ont pas vieilli. Elles gardent la fraîcheur fanée de pastels au sourire, et le radieux rayonnement du bouddhisme les anime. Les « rêveries » qui leur font suite sont d'admirables réponses à nos angoisses spirituelles. Elles apportent en accents pathétiques de lumineuses éclaircies sur les ombres de nos destinées. Elles analysent nos sensations, les rébus psychologiques quotidiens en les teintant d'une immatérielle espérance. Quelques-unes ont toute la nébuleuse légèreté d'une séduisante métaphysique. Et il n'est pas possible de renfermer en quelques lignes la substance d'un pareil livre. Sa prose est une musique et peut-être une oraison :

« De même qu'à travers le rayonnement du Gulf Stream tropical passent ces ondulations irisées provenant de profondeurs encore plus insondables, avec leurs sanglots et leurs murmures, leur sillon fugitif d'écume, ainsi à travers l'émotion du bleu lumineux nous pou-

vous percevoir quelque vibration de l'Infini (multidineux comme ces billions de frémissements de l'éther qui créent la sensation bleue d'un instant), quelque chose de toutes les aspirations des Fois anciennes, de la puissance des dieux disparus, de la passion et de la beauté de toutes les prières murmurées par des lèvres humaines. »

CCLXXIV. — Albert LONDRES. **Pêcheurs de Perles.** — Un vol. 12 × 19. Ed. A. Michel, Paris 1930. 15 francs.

Les tenants des petits commerces exotiques qui exigent une main-d'œuvre barbare ne tiennent pas spécialement à rencontrer sur le champ de leurs opérations de reporters aussi clairvoyants que Londres. Son cran habituel lui a permis de voir sur place le calvaire de ces pauvres bougres qui plongent à la recherche des perles. Ce n'est pas un métier de tout repos, mais l'agence Cook ne vous délivrera pas de billets pour aller y voir et force vous en sera de vous tenir au récit pittoresque du grand journaliste, qui, passant au travers du réseau de surveillance tendu par l'Angleterre autour de ce trésor sous-marin, a examiné avec sa curiosité naturelle et son talent ce nouveau bagne.

Varia. — La place me fait défaut pour vous signaler un beau livre de Mac-Orlan. Ce sera pour la semaine prochaine. — Vient de paraître, édité par le Bulletin officiel des Maîtres Imprimeurs (1) le florilège annuel du livre, consacré cette année aux « *Livres chez eux* » ; gros volume de 300 pages 25 × 32 avec 60 gravures hors texte. Ont collaboré à cet important ouvrage les conservateurs des grandes bibliothèques de France, de nombreux bibliophiles et de patients artisans.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) 7, rue Suger, Paris (6e).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des Enfants** (Professeur : M. NOBÉCOURT) et **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Enseignement complémentaire. Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE fera, du lundi 20 avril au jeudi 14 mai 1931, dans le service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold, place du Danube (XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire, avec le concours du Docteur Ch. LESTOCQUOY, médecin assistant ; du Docteur LAQUERRIÈRE, chef du service radiologique, qui fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et du Docteur Pierre-Louis MARIE, chef de laboratoire, qui fera une leçon sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Droits d'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — 1° Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion tuberculeuse et virus filtrant.— 2° Primo-infection; premier stade ; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. — 3° Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. — 4° Stade de généralisation ; tuberculoses aiguës. — 5° Tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et l'enfant. — 6° Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 7° Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; injection intra-trachéale de lipiodol. — 8° Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 9° La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 10° Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 11° Tuberculoses viscérales ; symphyse cardio-tuberculeuse. — 12° Tuberculose rénale. — 13° Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 14° Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant. — 15° Méningite tuberculeuse. — 16° Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. —17° Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 18° Héliothérapie et thalassothérapie. — 19° Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 20° Prophylaxie ; la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'œuvre Grancher — 21° La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 22° Visite d'un foyer de placement familial de l'œuvre Grancher.

— **Chaire d'hygiène.** — *Conférences d'hygiène coloniale.* — Un enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. TANON et de MM. les médecins-inspecteurs généraux LASNET, directeur du Service de santé des troupes coloniales et BOYE, directeur adjoint, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du lundi 13 avril. Il aura lieu les lundi, mercredi, vendredi à la même heure et sera accompagné de projections.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 13 avril, M. Noël BERNARD : Le rôle des Instituts de microbiologie et d'hygiène aux colonies. — Mercredi 15 avril, BLANCHARD Le milieu indigène africain dans ses rapports avec l'hygiène. — Vendredi 17 avril, BOTREAU-ROUSSEL : Les filaires, l'éléphantiasis, leur traitement chirurgical.

— Lundi 20 avril, BOUFFARD : Les maladies sociales dans le milieu indigène africain. — Mercredi 22 avril, HECKENROTH : La protection sanitaire des indigènes dans les chantiers de travaux sous les tropiques. — Vendredi 24 avril, LAIGRET : Exposé des notions acquises dans ces dernières années sur la transmission, la prophylaxie et le traitement de la fièvre jaune. — Lundi 27 avril, Marcel LÉGER : Epidémiologie et prophylaxie du choléra. — Mercredi 29 avril, Gustave MARTIN : L'influence du climat tropical sur le psychisme de l'Européen. — Vendredi 1er mai, PONS : Pratique et résultats des vaccinations bactériennes aux colonies. — Lundi 4 mai, TOULLEC : La lutte contre la tuberculose aux colonies.

— **Laboratoire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard PEYRE, chef de laboratoire.

Ce cours comporte 16 leçons. Il commencera le lundi 18 mai 1931, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° un exposé théorique et technique ; 2° une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1° Généralités sur l'instrumentation nécessaire : numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2° Le sang sec, technique d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique. Les états anémiques simples. — 3° Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4° Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5° Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6° Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7° Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8° Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9° Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. le Docteur BENDA (chef de clinique). — 10. La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11° La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes. — 15. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA. — 15. Les épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien, cytologie et réactions biologiques, par M. le Docteur TARGOWLA, ancien chef de clinique. — 16. Les propriétés physiques du sang (pH, cryoscopie, viscosité, etc.), par M. le Professeur agrégé SANNIÉ.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Cours de vacances, de revision et de perfectionnement** (Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. *Cours de perfectionnement* (Pâques 1931, 20 avril au 4 mai, sous la direction de M. le Professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker.) — *La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* —

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, et envisagé surtout du point de vue thérapeutique, commencera le lundi 20 avril 1931, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri BENARD, agrégé, médecin des hôpitaux ; Henry BITH, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service ; François MOUTIER, SAINT-GIRONS, chefs de laboratoire à la Faculté ; et JUSTIN-BESANÇON, chef de clinique et du laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté. Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures. Il comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines.

Des examens cliniques au lit du malade et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur BITH, avec le concours du Docteur BRUNET, assistant radiologique du service. Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 2, 3 et 4 mai, à Vichy. Les élèves de ce cours et, s'il y a lieu, des autres cours de vacances de l'année, désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger EVEN, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Introduction à la séméiologie du foie et du tube digestif. Les sympathoses hépato-digestives : Déductions thérapeutiques, médicales et hydrologiques.

La thérapeutique des symptômes. — 2° Les troubles neuro-sensitifs : Les réactions douloureuses et vagosympathiques. L'aérophagie. Les viciations de la faim. Le déséquilibre psychique. — 3° Les troubles neuromoteurs : Atonies, hypertonies et spasmes, hypo- et hyperkinésies. Les ptoses. Les sténoses et les occlusions. — 4° Les troubles sécrétoires : Syndromes gastriques et duodéno-vésiculaires. Gastrites et dyspepsies. — 5° Les insuffisances hépatiques. L'ictère grave. — 6° Le syndrome ictère : Cholémies pathologiques ; ictères par hyperhémolyse ; ictères choluriques et acholuriques symptomatiques. — 7° Les troubles endocriniens dans la sémiologie hépato-digestive. — 8° Le syndrome d'hypertension portale. Les pyléphlébites. — 9° Les hémorragies du tube digestif. — 10° Les constipations. — 11° Les diarrhées. — 12° Le syndrome entéro-rénal. *La thérapeutique des maladies.* — 13° Les cancers du tube digestif : Diagnostic précoce et indications opératoires. — 14° L'ulcère gastrique. — 15° L'ulcère duodénal. — 16° L'appendicite. — 17° Les colites. — 18° Les dysenteries. — 19° L'intestin des tuberculeux et la tuberculose intestinale. Le foie tuberculeux. — 20° L'helminthiase et les diverses parasitoses du tube digestif. — 21° Les affections du rectum et de l'anus : Rectites, anusites, hémorroïdes. — 22° La syphilis du tube digestif et du foie. — 23° Les congestions du foie. Le foie cardiaque. — 24° Le foie alcoolique. — 25° Les hépatites toxi-infectieuses et leurs séquelles. La spirochétose ictérigène. Le foie paludéen. — 26° Le foie amibien. Le foie échinococcique. Les abcès du foie. — 27° La lithiase biliaire non compliquée. — 28° Les complications de la lithiase biliaire. — 29° Les périviscérites. — 30° Les pancréatites aiguës et chroniques. Cancer du pancréas. — 31° Le diabète simple : Régime et épreuve de tolérance. — 32° Les complications du diabète : Acidose et coma diabétique. L'insuline et ses succédanés. — 33° Les obésités et les maigreurs. La goutte. — 34° Les états thyroïdiens.

La crénothérapie. — 35° Notions générales de crénothérapie des maladies de l'appareil digestif. 36° Notions générales de crénothérapie des maladies du foie et de la nutrition.

Le droit d'inscription à verser est de 300 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété ultérieurement par un autre enseignement de vacances, en principe au début de juillet, portant sur la thérapeutique médicale, et hydrominérale des maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des reins.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (école pratique).

— **Médecine opératoire spéciale** (M. N..., professeur. Cours de M. le Docteur G. Menegaux, prosecteur.) — *Chirurgie de la tête et du cou, chirurgie nerveuse.*— Ouverture du cours, lundi 13 avril 1931, à 14 heures.

Première partie. —1° Interventions sur le corps thyroïde. Enucléations intraglandulaires. Ligature des artères thyroïdiennes — 2° Thyroïdectomies pour goitre simple et goitre exophtalmique. — 3° Amputations de la langue. Exérèses ganglionnaires cervicales. Extirpation de la sous-maxillaire, de la parotide. — 4° Trépanations de la mastoïde, des sinus de la face. Résection des maxillaires. — 5° Chirurgie de la tête et du cou chez l'enfant : torticolis, fistules branchiales, les becs-de-lièvre.

Deuxième partie. — 1° Technique générale des trépanations craniennes et de l'exploration du cerveau. Traitement des fractures de la voûte. — 2° Trépanations pour tumeurs cérébrales, pour tumeurs ponto-cérébelleuses, pour tumeurs de l'hypophyse. — 3° Technique des laminectomies. Section des racines postérieures. Cordotomies. — 4° Chirurgie du trijumeau (neurotomie rétrogassérienne), du facial, du phrénique. Découverte du plexus brachial. — 5° Chirurgie du sympathique : sympathique cervical, section du nerf présacré, sympathectomies périartérielles.

Ces cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. N... Cours de M. le Dr Merle d'Aubigné, prosecteur.) — *Chirurgie du thorax et du rachis et chirurgie orthopédique.* — Ouverture du cours : le lundi 27 avril 1931, à 14 heures.

Première série. — 1° La thoracotomie avec ou sans résection costale. La pneumotomie. Les thoracectomies. — 2° Les thoracoplasties. La phrénicectomie. Opération de Freund. — 3° Les voies d'abord des médiastins et du cœur. Volets et procédés divers. Sternotomies (Miginiac, Pierre Duval et Barnsby). Opération de Brauer. — 4° Chirurgie thoraco-abdominale. La mobilisation du rebord thoracique. Thoracophrénolaparotomie (Schwartz et Jean Quénu). Traitement des hernies diaphragmatiques. — 5° Les laminectomies. Section des racines postérieures. Les cordotomies.

Deuxième partie. — 1° Opérations d'Albee, de Hibbs pour mal de Pott. — 2° Opérations sur la hanche. Butées. Arthrodèse extra-articulaire. — 3° Les redressements d'axes. Coxa vara et valga. Genu valgum et varum. Incurvations rachitiques. — 4° Pied plat valgus. Pied bot. Tarsectomies. Arthrodèses. La triple arthrodèse. — 5° Les ténodèses. Allongement du tendon d'Achille. Torticolis.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Thèses.**— Mardi 17 mars. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Gastinel, Philibert. — Bertrand Jean : Asthme et troubles vaso-moteurs. — Gelbart A.L. : Etude du pansement gastrique. Emploi du charbon. — Panerazi A. : Les manifestations cutanées de la leucémie myéloïde. — Mlle Gardère T. : Etude des accidents cutanés de l'aurothérapie en cas de kératodermie. — Josseron P. P. : Les ulcérations chroniques de la vulve chez les prostituées. — Phalippou G. : L'hémolysothérapie intra-dermique dans le traitement de quelques dermatoses.

Mercredi 18 mars. — Jury : MM. Couvelaire, Labbé, M. Lemierre, Loeper. — Pigeaud P. : Etude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. — Roulin G. : Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or. — Fournaud J. : Méningite aiguë lymphocytaire bénigne. — Souilhé J. : Rapports entre la maladie de Basedow et états toxiques. Action de la médication iodée.

Jeudi 19 mars. — Jury : MM. Sebileau, Lenormant, Brocq, Velter.— Cadet A. : Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. — Comte J.-G. : Etude des abcès chroniques et centraux des os. — Delmas R. A. : Résultats éloignés de l'ostéosynthèse par bagues de Parham dans les fractures spiroïdes du tibia fermées ou récentes. — Jusseaume G. E. : De l'emploi du bactériophage de d'Hérelle comme traitement des otites moyennes suppurées.

Thèses vétérinaires. — Jury : MM. Achard, Rathery, Tanon, Dechambre, Coquot, Lesbouyries, Robin, Vergé . — Conté : Condition de l'élevage au Laos. — Cortambert : Applications du sérum normal de cheval en médecine vétérinaire. — Desroziers Ch. : De la question laitière dans le Bassigui.

Samedi 21 mars. — Jury : MM. Achard, Desgrez, Rathery, Tanon. — Ficonetti L. : Asthme et syphilis. — Baktrug Zygmunt : Prophylaxie et traitement de la teigne tavique en Pologne. — Le Parquier J. : Etude des fumées et des gaz nocifs dans la région rouennaise. — Lernould Th. : Hygiène et lait. — Oster G. : Injections pleuro-pulmonaires et tuberculose.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer le décès du Dr LAPORTE, de Vic-en-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; du Dr HUTH, de Seloncourt (Doubs) ; du Dr CASTELLAUT, de Sarcelles (Seine-et-Oise) ; du Dr Maurice MENDELSSOHN (de Petrograd), membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Paris ; du Dr Georges ANDRÉ, de Montmorillon (Vienne) ; du Dr Maurice DAVOIGNEAU, de Paris ; du Dr TORRÈS, de Paris ; du Dr CHANTELOUBE, de Port-Sainte-Marie (Lot-et-Garonne).

Le Dr Chanteloube, président du syndicat de Lot-et-Garonne, exerçait depuis quarante ans dans son pays natal. Très connu dans toute la région, où il avait rendu de grands services, sa mort a causé d'unanimes et profonds regrets.

— Nous apprenons la mort du Dr Henri MÉNARD, décédé le 9 mars 1931, à Paris, 197, boulevard Péreire, à l'âge de 70 ans. Nous prions Madame Henri Ménard sa veuve, et sa famille, d'agréer nos condoléances attristées.

— **Association amicale des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille.** (Hôtel-Dieu de Marseille, 10-20 avril 1931). — *Conférences.* — Vendredi 10 avril, à 10 heures, M. Albert ROUSLACROIX : Anatomie et physiologie du système réticulo-endothélial. — 18 heures, M. André TRISTANT : La radiologie en chirurgie urinaire.

Samedi 11 avril, à 11 heures, M. Jean OLMER : Les anémies spléniques de l'adulte.

Lundi 13 avril, 10 heures, MM. André FOURNIER et Marcel BOURRET : Les Bordet-Wassermann irréductibles. — 11 heures, M. Jean PAOLI : Les fibromes saignants de la ménopause. — 18 heures, M. Albert CAIRE : Les états péritonéaux au cours des hernies.

Mardi 14 avril, 10 heures, M. Paul BONNET : Traitement chirurgical des goitres exophtalmiques. — 11 heures, M. Jean TURRIES : La question des dyspepsies nerveuses. — 18 heures, M. Félix TRAHUC : Rhumatisme et hérédo-syphilis.

Mercredi 15 avril, 10 heures, M. Jean BRAHIC : Les œdèmes des cirrhotiques. — 11 heures, M. Gabriel AVON : Etat actuel de nos connaissances au sujet des phlébo-scléroses artificielles. — 18 heures, M. Marcel ARNAUD : Etude physiopathologique des hémorragies chirurgicales graves. Traitements actuels.

Jeudi 16 avril, 11 heures, M. Raymond IMBERT : Curiethérapie des cancers du col utérin. — 18 heures, M. Ch. TOINON : Les pleurésies du pneumothorax artificiel.

Vendredi 17 avril, 10 heures, M. Léon ISEMEIN : Traitement médical des suppurations pulmonaires fétides. — 11 heures, M. Jules GIRAUD : Notions sur l'appendicite pelvienne. — 18 heures, M. Georges ZUCCOLI : Les états thymo-lymphatiques chez l'enfant.

Samedi 18 avril, 10 heures, M. Adrien ARTAUD : Procédés de dilatation du col utérin. — 11 heures, M. Robert POINSO : Les syndromes hémorragiques, leur diagnostic, leur interprétation.

Lundi 20 avril, 11 heures, M. Georges DARCOURT : Traitement des pieds bots chez l'enfant. — 18 heures, M. Roger GUILLINY : Les dernières acquisitions en matière de fièvre jaune.

Mardi 21 avril, 10 heures, M. Louis ARTAUD : Diagnostic et traitements des sténoses duodénales. — 11 heures, M. Gustave COUSIN : Les métrorragies au cours des annexites. — 18 heures, M. Raymond ACQUAVIVA : Les techniques modernes de la césarienne.

Mercredi 22 avril, 10 heures, M. Louis MONTAGNIER : A propos du pneumothorax bilatéral. — 11 heures, M. Charles LAHAYVILLE : Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. — 18 heures, M. Jean CHOSSON : La névralgie pelvienne.

Jeudi 23 avril, 11 heures, M. Antoine RAYBAUD : Le syndrome d'imperméabilité pulmonaire. — 18 heures, M. Edouard GIRAUD-COSTA : Les palpitations. Leur valeur psychologique et leur pronostic.

Vendredi 24 avril, 10 heures, M. Jean BOUYALA : Fractures de cuisse chez l'enfant. — 17 heures, M. Albert CRÉMIEUX : Manifestations nerveuses de l'insuffisance rénale.

Ces conférences auront lieu à l'Hôtel-Dieu, salle des concours. Adresser la correspondance au Docteur Jean CHOSSON, 4, rue Rouget-de-l'Isle, à Marseille.

— **Publication nouvelle.** — Nous apprenons la parution d'un nouveau journal : *La Tribune universitaire*, journal de l'étudiant, hebdomadaire littéraire, artistique et scientifique. Directeur : Georges Barthès, 21, rue de la Tombe-Issoire, Paris XIVe.

— **Société française d'ophtalmologie.** — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIVe Congrès à la Faculté de médecine, le lundi 4 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le Professeur M. VAN DUYSE (de Gand) sur « l'hérédité dans les affections oculaires ».

Une visite de l'Exposition coloniale sera organisée le mardi 5 mai et suivie du banquet traditionnel.

Pendant la durée du Congrès, visites dans les hôpitaux et laboratoires et exposition d'instruments d'optique et de chirurgie oculaire et de produits thérapeutiques, à la Faculté.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : Dr René ONFRAY, 6, avenue de La Motte-Picquet, Paris, VIIe.

— **Centre de rééducation de Saint-Fargeau** (Traitement de la poliomyélite). — La Fondation de Mme Delpech-Poidatz, à Saint-Fargeau, près de Ponthierry (Seine-et-Marne) reçoit les enfants infirmes atteints de paralysies consécutives à la poliomyélite aiguë. Le traitement de rééducation physiothérapique appliqué dans ce centre a donné, dans de nombreux cas, des résultats très encourageants, rendant à la vie presque normale des enfants entrés infirmes. L'épidémie de poliomyélite qui vient de sévir en France appelle l'attention sur la colonie de Saint-Fargeau, reconnue d'utilité publique.

— **Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis** (Paris, 9, 10, 11 mai 1932) et *Centenaire d'Alfred Fournier* (Paris, 12 mai 1932). — Alfred Fournier, le grand syphiligraphe français, est né à Paris, le 12 mai 1832, et mort le 25 décembre 1914.

La Société française de prophylaxie sanitaire et mo-

rale et la Ligue nationale française contre le péril vénérien ont pris l'initiative, d'accord avec la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, la Société médicale des hôpitaux de Paris et la Société française d'histoire de la médecine, de célébrer le centenaire de sa naissance.

La cérémonie du centenaire aura lieu à Paris, le jeudi 12 mai 1932.

Elle sera précédée d'une conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, qui se réunira les lundi, mardi et mercredi 9, 10 et 11 mai 1932.

La conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, organisée par le Comité du centenaire d'Alfred Fournier, la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, la Ligue nationale française contre le péril vénérien, la Société française de dermatologie et de syphiligraphie et l'Union internationale contre le péril vénérien, aura pour ordre du jour les questions suivantes :

1° *Le service social dans la lutte contre la syphilis.* Rapporteurs : *a)* Mme Getting et M. le Docteur Louste, vice-présidente et secrétaire général du Service social, à l'hôpital (Paris) ; *b)* M. le Professeur Louis Spillmann doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; *c)* M. le Professeur Jadassohn, président de la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes, et Mrs. Neville Rolfe, secrétaire générale du *British Social Hygiene Council*, rapporteurs désignés par l'Union internationale contre le péril vénérien.

2° *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* Rapporteurs : *a)* M. le Docteur Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine de Paris ; *b)* M. le Docteur Dujardin, de Bruxelles ; *c)* M. le Docteur Mario Truffi, directeur de la clinique de dermatologie de Padoue.

3° *Prophylaxie des syphilis (acquises ou héréditaires).* Rapporteurs : *a)* M. le Professeur Wagner von Jauregg (Vienne) ; *b)* M. le Professeur Henri Claude, membre de l'Académie de médecine de Paris ; *c)* M. le Professeur Nicolau, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

4° *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* Rapporteurs : MM. le Docteur Gaston Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; le Docteur Sicard de Plauzoles ; le Docteur Cavaillon (Paris).

— **Conférence internationale des Colonies de vacances et Œuvres de plein air** (Genève), 26-27, 28, 29 août 1931. Placée sous le haut patronage de M. le Président de la Confédération suisse. — Conformément au vœu déjà émis à Paris, en 1928, par le Congrès international de l'enfance, le Congrès international des Colonies de vacances et Œuvres de plein air, tenu à Pau en avril 1929, a demandé la création d'un Comité international de documentation, d'échange de vues et de collaboration, chargé, sous l'égide du Bureau international du travail et de l'organisation d'hygiène de la Société des nations, d'assurer la liaison entre toutes les organisations nationales de colonies de vacances et œuvres de plein air.

La tâche de poursuivre cette organisation a été confiée au Comité national français des colonies de vacances et œuvres de plein air.

Après délibération il a paru que le Comité international envisagé, pourrait être définitivement constitué au cours d'une conférence internationale qui aurait lieu à Genève, à la fin d'août 1931.

Au cours de cette conférence, dont le principe a aussitôt recueilli l'adhésion d'un certain nombre de personnalités marquantes de différents pays, seraient fixées les conditions de fonctionnement du Comité international, son programme, ses moyens d'action, ses ressources financières, en même temps que serait ébauchée une organisation centrale des échanges internationaux de vacances, sur les bases entrevues au Congrès de Pau.

Ce serait là l'objet essentiel de la conférence, au cours de laquelle seraient désignés les personnalités ou délégués chargés de représenter les Œuvres de plein air de leurs pays respectifs au sein du Comité international ainsi définitivement constitué. En outre, le programme de la conférence comprendra l'étude d'une question administrative et de deux questions techniques de nature à souligner l'intérêt de la création projetée et à retenir l'attention de l'ensemble des participants.

Ce programme comprendra également la visite d'un certain nombre d'œuvres de plein air, dans différentes localités de la Suisse.

Programme provisoire. — Mercredi soir, 26 août : Réception des participants par le Comité local d'organisation et la Fédération des colonies de vacances du canton de Genève.

Jeudi 27, vendredi 28 août : Séances de travail et visites d'œuvres de plein air ; visite de la Société des nations et du bureau international du travail.

Samedi 29 août : Rapport général et constitution du Comité international. — Banquet officiel de clôture.

Dimanche 30 et lundi 31 août : Des excursions, et des visites d'œuvres sanitaires de l'enfance et de l'adolescence sont prévues à Lausanne, à Montana et à l'Exposition suisse d'hygiène et de sport, à Berne.

Question administrative. — La centralisation des efforts au point de vue de l'organisation des colonies de vacances dans les différents pays.

Questions techniques. — 1° Rôle des œuvres de plein air (colonies de vacances, cures d'air, écoles de plein air.) en vue d'augmenter la résistance de l'organisme contre les maladies et spécialement la tuberculose. — 2° Formation et recrutement du personnel de surveillance des colonies de vacances dans les différents pays.

(Le Comité international provisoire, 32, rue Saint-Georges, serait heureux de recevoir toutes documentations au sujet de l'organisation générale des colonies de vacances dans différents pays et toutes communications sur les questions techniques à l'ordre du jour. Les rapporteurs généraux seront ultérieurement désignés.)

La conférence comprendra :

a) Des membres délégués officiels des gouvernements ; *b)* des membres adhérents, soit à titre individuel, soit à titre de représentants de colonies de vacances et œuvres de plein air.

La cotisation donnant droit au rapport officiel qui sera publié après la conférence, est fixée à dix francs suisses (Ch. post. n° I-1.104 Genève), ou cinquante francs français (Comité national des colonies de vacances, 52, rue Saint-Georges, ch. post. Paris, 164-18).

Envoyer les adhésions au Dr Dequidt, 52, rue Saint-Georges, Paris (9e), ou à Charles Weber, 11, rue Calvin, Genève.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

garde, la nuit comme le jour toujours prêt à recevoir les blessés, soit à se transporter près de ceux qui réclameraient ses soins en dehors. (*Moniteur Universel*, 8 nov. 1839.) »

On voit que l'organisation des prompts secours n'est pas une conception moderne : Celle-ci ne dut pas avoir grand succès, car il n'en est pas parlé dans la suite. Ce projet de permanence avait été repris, il y a quelque vingtaine d'années, par notre ami Pamart, mais resta toujours à l'état de projet à cause des difficultés d'exécution.

Dr M. Vimont

CORRESPONDANCE

Pensions militaires

Fournitures par l'Etat aux malades eux-mêmes d'appareils de traitement électrique

Nous avons reçu communication du rapport suivant, qui soulève une question intéressante d'ordre pratique.

Rapport sur une lacune de l'art. 64

Médication électrique.

Beaucoup d'affectés de la tête, cerveau, système nerveux, soit par blessure directe ou indirecte, commotion ou maladie sont traités par la médication électrique au titre de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919.

L'article 64 prévoit bien les soins et la fourniture de médicaments, mais il ne prévoit pas la fourniture d'appareils pouvant produire des médicaments.

On peut dire que l'électricité est un médicament qui a ceci de particulier qu'il ne se vend pas sous la forme pharmaceutique courante à laquelle cependant il s'apparente, à l'encontre d'une intervention chirurgicale, radiographie, massage, appareillage.

Il faut prendre ce médicament d'un appareil qui représente un contenant et qui le contient réellement avant sa formation, et qu'on doit utiliser dès qu'on provoque cette formation par la mise en contact des produits générateurs.

La médication électrique est prescrite par un médecin qui en suit les effets après un temps relativement long.

Elle est administrée soit chez le même médecin s'il a les appareils comme d'autres fournissent des médicaments, soit par un radiologiste-électrothérapiste, soit par le patient s'il s'est procuré un appareil.

Comme dans toutes les médications, la médication électrique va de la simplicité à l'obligation de requérir un maître.

On n'imaginerait pas, pour prendre une pilule, un cachet, une cuillerée, ventouse, vésicatoire, gargarisme, etc., d'aller à chaque fois chez le pharmacien.

Et cependant, c'est ainsi que cela se passe pour un traitement à l'électricité.

Prenons par exemple l'ionisation.

X. médecin réputé et qualifié l'ordonne selon la technique d'Un tel qui comprend une soixantaine de séances avant de réexaminer le malade, parce que soulagement lent à se manifester.

Si c'est un malade soigné au titre de l'art. 64, il devra (en raison de la lacune que présente cet article) avoir affaire à un électrothérapiste qui lui appliquera ou ne lui appliquera pas la technique prescrite.

Il en coûtera à l'Etat :

Coût de la séance, environ 20 fr. $\times$ 60 = 1.200 fr. environ.

Il en coûtera au malade :

Ses frais de dérangement ;

Son temps ;

Sa perte du bienfait du repos qui devrait suivre immédiatement le traitement.

Et ce, en admettant que le traitement soit bien fait.

Mais si c'est un malade ayant à se soigner au moyen de ses deniers, ou que s'apercevant d'un traitement mal fait au titre de l'art. 64, il achètera une réserve d'électricité, c'est-à-dire l'appareil comme s'il achetait chez le pharmacien un flacon de potion, une boîte de cachets, etc., et se traitera selon les indications du médecin et de la technique et non pas selon la fantaisie de certains spéculateurs électriques.

Il en coûtera seulement à ce malade l'achat et recharge de l'appareil, 600 fr. environ.

Il bénéficiera :

De ses frais de dérangement ;

De la plus grande partie de son temps ;

D'un traitement parfait ;

Et du bienfait du repos immédiat.

Résumé.

Pour ne prendre que le cas d'ionisation et admettre la guérison après la première série d'une soixantaine de séances et considérer l'appareil comme perdu (j'en ai racheté un 265 fr. rechargé à une personne ayant fini son traitement laquelle le tenait déjà d'une autre) il n'en coûterait à l'Etat que moitié de débours, un soigné plus vite guéri et peu au malade si l'art. 64 prévoyait la fourniture des appareils électriques.

Conclusions.

Provocation d'action parlementaire tendant à interpréter l'art. 64 procurant la médication électrique en réserve pour l'administration de doses à intervalles prescrites.

Frédéric Leroux,
Chigny-les-Roses (Marne).

Réponse.

Nous avons demandé à notre dévoué et compétent confrère, le Docteur Quidet, ce qu'il pensait de la demande de remboursement d'un appareillage électrique.

Voici sa réponse :

« Il n'est pas dans les habitudes, ni les attributions d'une commission départementale de contrôle, d'autoriser les fournitures d'un appareillage électrique à un mutilé.

« Que l'intéressé expose sa situation spéciale au Ministre des Pensions, lequel dispose de crédits.

« Mais je doute fort que satisfaction puisse lui être donnée, pour de multiples raisons, au premier rang desquelles figurerait sans doute l'objection de principe qu'il peut y avoir danger de laisser un malade conduire lui-même un traitement, dont il n'est pas toujours capable d'apprécier les effets. »

A la réponse du Dr Quidet, nous pouvons ajouter, en reprenant les arguments de M. Leroux, que la potion, le cachet sont des produits pharmaceutiques, toujours identiques à eux-mêmes, alors qu'il n'en est pas de même avec l'électricité. Que le courant soit plus intense, que la peau soit plus humide, et l'absorption du courant électrique sera plus intense.

D'autre part, l'empirisme, l'expérience sur un très grand nombre de sujets ont permis de déterminer les doses usuelles, pour chaque produit pharmaceutique. Il n'en est pas de même pour l'électricité, dont les effets sont très variables selon les individualités en traitement.

Mieux vaut donc laisser le malade sous la surveillance et la direction suivie du praticien qualifié : la meilleure preuve en est dans les poursuites en responsabilité professionnelle, encourues par certains spécialistes de l'électricité, qui ont eu des accidents au cours de l'application d'un traitement électrique.

Nous ne pouvons donc qu'approuver la réponse du Dr Quidet.

Dr Paul BOUDIN.

Questions médico-militaires

396. — Droit aux soins gratuits. Liste provisoire

Un fermier, installé dans mon pays depuis deux ans, possède un carnet de soins gratuits délivré le21 juillet 1920 pour entérite muco-membraneuse. Il ne l'a d'ailleurs jamais utilisé, ayant toujours réglé son médecin de sa poche.

Il est inscrit dans la 2e section de la liste provisoire. Cela lui donne-t-il droit à pension ? Peut-il demander à passer devant la commission médicale ?

Le fait qu'on lui a délivré ce carnet prouve que l'imputabilité de la maladie a été admise. Or, jamais il n'a été convoqué devant une commission.

Dr C.

Réponse.

Ce fermier touche-t-il réellement une pension

d'invalidité ou a-t-il reçu du Ministre un rejet de sa pension ?

Depuis 1926, si sa pension lui a été accordée, il aurait dû retourner à la mairie pour se faire inscrire sur la liste *définitive* des bénéficiaires de l'art. 64.

Le fait d'être inscrit sur la liste *provisoire* ne prouve pas que sa maladie a été imputée au service.

Il y a là une situation à régulariser. S'il y a eu rejet ministériel avec invalidité de 10 % au moins, l'intéressé ne peut plus demander à nouveau pour la même infirmité, à moins de produire une pièce nouvelle (lettre au Ministre des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Service des réclamations, Paris-7e).

---

413. — Père de 3 enfants. Classement dans la 2e réserve

Comme abonné au *Concours médical*, je viens vous demander quelques renseignements au sujet de ma situation militaire. J'ai été mobilisé pendant toute la guerre : d'abord comme soldat, puis comme médecin auxiliaire, puis en 1917 comme médecin aide-major.

J'ai fait toute la campagne dans l'infanterie et les 8 derniers mois dans l'artillerie de campagne : j'ai 5 citations et la Légion d'honneur, deux frères tués à l'ennemi. En ce moment, je suis médecin-lieutenant de réserve, et je viens de recevoir une lettre du directeur du Service de santé du ne Corps d'armée m'invitant à faire une période d'instruction cette année ; comme je n'ai pas de temps à perdre, je vous demanderais de bien vouloir me dire s'il m'est possible de remettre ma démission et de rentrer dans le rang ; comme famille, je suis marié et père de deux enfants et le mois prochain de trois.

Dr X.

Réponse.

D'après les termes de votre lettre, vous ne serez père d'un troisième enfant que le mois prochain. Jusque-là, rien à faire, mais, dès la naissance de votre troisième enfant, vous serez classé dans la plus jeune classe de la deuxième réserve (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

A partir de ce jour, et appartenant dès lors à la 2e réserve, vous pourrez offrir votre démission d'officier de réserve au Ministre, en vertu de l'article 38 de la susdite loi.

En attendant cet événement répondez au Directeur par une demande d'ajourner votre période à l'année prochaine (invoquez des raisons matérielles ou professionnelles).

---

329. — Situation militaire. Sursitaire

Sursitaire de la classe 1909 et incorporé en octobre 1913, un peu après la classe 12 et avant la classe 13,

on me dit que je ne serai définitivement libéré qu'avec la classe 13.

Or, bien que sursitaire, j'étais, il me semble, mobilisable avec ma classe, si une déclaration de guerre était survenue avant mon incorporation le 10 octobre 1913.

La classe 1909 étant dans la 2e réserve, la question a pour moi de l'importance en vue d'une démission d'officier de réserve.

Dr B.

Réponse.

Sursitaire, vous suivez le sort de votre classe d'âge, à partir du moment où vous avez rempli vos obligations de service actif (art. 23 de la loi sur le recrutement de l'armée du 31 mars 1928.)

Vous marchez donc avec la classe 1909 (2e réserve depuis le 15 octobre 1930.)

---

552. — Exemption de périodes d'instruction

Sursitaire de la classe 23, j'ai été mobilisé à l'armée du Rhin en novembre 1928. Je suis resté en Rhénanie jusqu'en avril 1929, puis j'ai été envoyé au Maroc, d'où je suis revenu en février 1930, en permission libérable. J'ai donc fait tout mon service hors de France.

Avant de quitter le Maroc, une note du Service de santé m'avait laissé entendre que mon séjour colonial me dispensait de ma première période d'instruction.

Or, je reçois, aujourd'hui, une note du Service de santé du ne Corps me faisant connaître que conformément « *à la circulaire ministérielle du 30 septembre 1930*, j'étais astreint à accomplir *obligatoirement* une période de 25 jours *cette année* ».

Pouvez-vous me renseigner sur cette circulaire ?

Dois-je, dans ma situation, accomplir cette première période ?

Si oui, suis-je obligé de la faire cette année ? En somme, l'an dernier, à pareille époque, j'étais encore militaire et je trouve extraordinaire de réendosser déjà l'uniforme.

Dr X.

Réponse.

La circulaire du 30 septembre 1930 spécifie, 1re partie, chapitre 1 que « sont exemptés de leur période au cours de l'année de convocation :

5° Les réservistes ayant, au cours de leur service actif, accompli un séjour minimum de *trois mois* sur un théâtre d'opérations extérieur ;

6° Les réservistes ayant, au cours de leur service actif, pris part à des *opérations de guerre*, sur un théâtre d'opérations extérieur, même s'ils n'y n'y ont pas séjourné trois mois. »

Mais cette première partie n'intéresse que les sous-officiers et les hommes de troupe de réserves *et non les officiers de réserve*.

Au contraire, si vous êtes sous-lieutenant, vous devez être convoqué en temps voulu pour

avoir effectué une période avant l'époque à laquelle vous remplirez les conditions d'ancienneté de grade nécessaires pour être nommé au grade de lieutenant.

---

646. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Classe 20, j'ai passé mon examen de médecin auxiliaire en 1924; en 1927 demande pour être nommé médecin de réserve, mais demande faite trop tard (avril ou mars je crois) aussi ai-je fait une période de 25 jours en septembre 1927 comme médecin auxiliaire. J'ai dû être nommé quelque temps après avec rappel d'ancienneté pour années d'études.

Cette année je reçois une note du Service de santé me demandant une période de 15 jours pour être nommé à 2 galons.

N'aurais-je pas dû être déjà nommé à ce grade. Il me semble avoir vu il y a quelque temps des réponses à des cas semblables dans votre journal, disant que les médecins sous-lieutenants depuis un certain temps étaient nommés lieutenants sans périodes.

Dr B.

Réponse.

Si, *au moment de votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant de réserve*, vous aviez compté par vos majorations d'ancienneté de la loi du 15 mars 1927, *quatre* années *d'ancienneté* de grade d'officier, si par exemple ces quatre annuités avaient été obtenues par vos majorations pour années réglementaires d'études (2 ans pour l'ancien régime, 3 ans pour le nouveau régime) *plus* un an ou deux d'internat des hôpitaux *au delà* de la durée légale des études de médecin, vous auriez pu être nommé au grade de lieutenant sans faire de période (décret du 7 juillet 1929).

Malheureusement, dans vos conditions actuelles, vous devez effectuer cette période pour être nommé à 2 galons. (*Circulaire ministérielle* du 30 septembre 1930.)

---

636. — Evaluation d'infirmité et pension

1° Un médecin major de 2e classe de réserve (capitaine) rayé des cadres, a une acuité visuelle de : O. D. V. = 0.9 ; O. G. V. = 1/20, par suite de maladie contractée en service. Il est, pour cela, pensionné à 30 %. *Est-ce bien le pourcentage auquel il a droit* ?

2° *Quelle pension doit-il toucher pour ce* 30 %. Il a 3 enfants.

Dr X.

Réponse.

Si un œil est indemnisé, le taux de l'invalidité est bien de 30 %.

Si le deuxième œil est également indemnisé, il faut ajouter 3 %, puisque 1/10e de l'acuité visuelle est perdu.

Soit 30 % + 3 % = 33 % soit 35 %.

La pension à 30 % pour un capitaine est de	1.320
+ 140 % du taux de soldat	1.008
	2.328
+ 3 majorations d'enfants *en-dessous de* 18 *ans* à 216 × 3	648
francs par an.	2.976

---

589. — Indemnité de première mise d'équipement. Durée des périodes

Une indemnité de première mise d'équipement m'a été allouée pendant mon service actif, lorsque j'ai été nommé médecin auxilaire.

Sur le point de faire une période de réserve comme sous-lieutenant, et, dans la nécessité de me munir d'un autre équipement, ne puis-je pas prétendre à un autre indemnité ?

2° La durée d'une période est-elle de 21 jours, ou « d'au moins quinze jours », comme en fait mention une lettre reçue de la Direction du Service de santé ?

Est-il possible d'obtenir de ne faire que quinze jours ?

3° Est-il possible de demander à être affecté à un Centre stomatologique ?

Dr F.

Réponse.

Ayant reçu, une première fois, votre indemnité de première mise d'équipement comme médecin auxiliaire, vous n'avez plus droit à une autre indemnité de ce genre.

Comme sous-lieutenant, vous devez faire une période de 25 jours. (*Circulaire ministérielle* du 30 septembre 1930.)

Demandez à votre Directeur votre affectation à un centre de stomatologie ; vous pourrez obtenir satisfaction.

---

622. — Recours au Tribunal des pensions. Preuve de l'origine d'une affection

1° Le 3 décembre 1930, un de mes clients réformé de guerre, titulaire d'un pension à 10 p. 100 reçoit du ministre des Pensions, une lettre l'informant qu'en raison d'une décision de rejet prise à son égard à la date du 14 mai 1929, sa pension était supprimée. Motif du rejet : sclérose pulmonaire. N'est-il pas possible de faire appel de cette décision devant le tribunal des pensions ? Ou bien le délai pour former cet appel est-il expiré ?

2° Un de mes clients, victime des gaz pendant la guerre est sujet à des suffocations répétées dont la cause est due à l'inhalation des gaz ? Il n'a jamais été hospitalisé et ne peut fournir la preuve de l'origine de son affection. Mais deux gradés (deux officiers) pourraient témoigner en sa faveur. Ces deux offi-

ciers pourraient-ils être admis pour remplacer le certificat d'origine ? Leur témoignage serait-il suffisant à défaut de certificats de médecins militaires pour appuyer une demande de pension ? Dr L.

Réponse

A la date du jour où il a reçu notification du rejet ministériel, l'intéressé bénéficie d'un délai de 6 mois pour se mettre en instance devant les tribunaux de pensions : lettre recommandée au greffier du tribunal civil du ressort.

2° Si les deux officiers avaient, au moment de l'intoxication par les gaz, l'intéressé sous leurs ordres, ils peuvent, en mentionnant cette situation de hiérarchie militaire, attester le fait de l'intoxication subie, en mentionnant ce qu'ils ont vu : suffocation, etc. Il faut de plus des certificats médicaux attestant que le blessé a reçu des soins pour affection pulmonaire d'une manière continue depuis la démobilisation.

Accidents.

1369. — Rente d'un accidenté du travail

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire à combien s'élèvera la pension d'invalidité que peut obtenir un ouvrier scieur gagnant 15.521 fr. par an (payé à l'heure), atteint de perte de la phalange unguéale du médius et de l'annulaire droits.

Dr S.

Réponse.

D'après le « barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail » du docteur Lucien Mayet, la perte de la totalité de la phalange unguéale du médius droit donne droit à une incapacité de 3 % et celle de la totalité de la phalange unguéale de l'annulaire droit, à une incapacité de 2 %.

Les deux incapacités réunies forment donc un total de 5 %. D'autre part, en matière d'accidents du travail, les rentes ne sont calculées sur le salaire intégral que jusqu'à concurrence de 8.000 fr. Au delà de 8.000 fr., les rentes ne sont dues que sur le 1/4 seulement du salaire.

En l'espèce, le salaire de base est donc de 8.000 + (7.521 /4) = 9.880,25 ; sur un salaire de base de 9.880, 25 une incapacité totale de 5 % donne droit à une rente de :

$$\frac{9.880,25 \times 5}{100 \times 2} = 248,50.$$

1442. — Appareils de prothèse

J'ai l'honneur de vous demander si un amputé de jambe a droit à un appareillage aux frais de la Compagnie d'assurance (pilon ou jambe artificielle).

Dr S.

Réponse.

En vertu de la jurisprudence, seuls sont à la

charge du patron responsable en matière d'accidents du travail, les appareils pouvant servir au traitement de la blessure.

Quant aux appareils de prothèse proprement dits, ils restent à la charge des blessés.

Par conséquent, votre client devra lui-même faire les frais de son pilon ou de sa jambe articulée.

1511. — Accident survenu dans une école ou un stade. Tarif à appliquer

Un directeur d'école — ou de stade — est assuré contre les accidents pouvant arriver à ses élèves — ou à ses joueurs. Le tarif des honoraires à appliquer en pareil cas est-il celui des « accidents de travail » ou celui de la clientèle libre (comme pour certaines assurances individuelles) ?

Il s'agit, en l'espèce, d'une assurance un peu spéciale et vous m'obligeriez en m'éclairant.

Dr P.

Réponse.

Le contrat passé par un Directeur d'école ou par le président d'une Société sportive pour couvrir les risques d'accidents pouvant arriver aux élèves ou aux joueurs, peut prévoir que les frais médicaux seront supportés par la Compagnie d'assurance dans les limites du tarif des accidents du travail ; mais cette clause ne peut être opposable au médecin traitant choisi et mis en œuvre soit par les blessés eux-mêmes, soit par le Directeur ou le président de la Société, à moins que le médecin n'ait accepté expressément l'application du tarif d'accidents du travail pour ses honoraires.

Il en résulte qu'à défaut de conventions de ce genre, le médecin est toujours en droit de se faire honorer à son tarif de droit commun sans avoir à tenir compte des stipulations du contrat d'assurance.

Pour cela, il faut, bien entendu, que le médecin se fasse honorer par le blessé lui-même ou par ses représentants auxquels il doit remettre un reçu afin qu'ils puissent exercer leur droit à remboursement total ou partiel, contre l'assurance.

Mais s'il accepte de s'adresser directement à l'assurance pour le paiement de ses honoraires, il ne peut demander à celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue en vertu de son contrat, c'est-à-dire plus que le tarif des accidents du travail.

1575. — Accident survenu dans une école

Dans la ville que j'habite, à l'école primaire, l'instituteur étant présent, à la récréation, dans une bousculade entre élèves, un enfant fait une chute dans laquelle il se blesse sérieusement au genou droit.

L'instituteur et par suite l'Etat a-t-il quelque responsabilité dans cet accident ?

Il n'y a pas d'assurance. A qui doivent incomber les frais pharmaceutiques et médicaux ? doivent-ils rester à la charge de la famille ?

Qu'adviendrait-il en cas d'incapacité fonctionnelle partielle du membre blessé ?

Dr B.

Réponse.

Aux termes de l'article 1.384 du Code civil, les instituteurs sont responsables du dommage causé par leurs élèves pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance, à moins qu'ils ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

Une loi du 20 juillet 1899 a substitué la responsabilité civile de l'Etat à celle des membres de l'enseignement public, et décidé que l'action en responsabilité contre l'Etat doit être portée devant le tribunal du lieu où le dommage a été causé et dirigée contre le préfet du département.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, l'accident s'est produit au cours d'une récréation et l'enfant a été blessé par ses condisciples au cours d'une bousculade. Par conséquent, l'affaire est bien du ressort de l'article 1.384 et de la loi du 20 juillet 1899, puisque le dommage a été causé par les élèves au moment où ils se trouvaient placés sous la surveillance de l'instituteur.

Dans ces conditions et en vertu des dispositions légales sus-rappelées, une présomption de responsabilité pèse sur l'Etat substitué à l'instituteur et c'est à lui qu'il appartient, pour s'affranchir de sa responsabilité, de rapporter la preuve que l'instituteur n'a pu empêcher le fait dommageable.

Les parents de l'enfant ont donc une action contre l'Etat pour se faire indemniser du préjudice subi, tant en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques que le pretium doloris et l'incapacité fonctionnelle dont peut rester atteint le jeune blessé.

Mais le médecin et le pharmacien n'ont aucune action directe contre l'Etat en paiement de leurs honoraires ou fournitures faute de lien de droit avec lui.

Il faut donc qu'ils se fassent payer par leurs clients, conformément au droit commun, sauf à leur remettre des quittances régulières qui leur permettront de comprendre ces frais dans leur demande d'indemnité.

1669. — Honoraires accidents. Prescription

Le 3 avril 1930 j'ai vu un ouvrier blessé au service de M. X. Je remets un certificat au blessé et en fin de traitement j'envoie le certificat de guérison et ma note à la Compagnie d'assurance. En décembre, n'ayant rien reçu, j'écris à la compagnie : aucune réponse

J'écris au patron qui prétend n'avoir reçu aucun certificat de guérison et m'en demande un double en me priant de l'envoyer à la compagnie. Ceci en janvier.

Ne voyant toujours rien venir, j'écris une lettre recommandée à la compagnie, restée elle aussi sans réponse. J'ai vu le blessé qui s'est offert à me régler mes honoraires. Là n'est pas la question. Je voudrais pouvoir forcer le patron à payer lui-même les frais médicaux de son ouvrier. Ce patron prétend que si la Compagnie d'assurance ne paie pas l'ouvrier, il n'y peut rien ! et il profite de l'ignorance de cet ouvrier pour fuir toute responsabilité. Il a d'ailleurs congédié l'ouvrier alors qu'il était en traitement et ne lui a payé aucun demi-salaire.

Serait-il possible de citer le patron conjointement avec l'ouvrier devant le juge de paix, ceci pour obliger le patron à payer son dû à l'ouvrier et indirectement au médecin ?

Dr E.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, l'action du blessé contre le patron responsable se prescrit par un an à compter suivant les cas du jour de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du juge de paix ou du jour de la cessation du paiement du demi-salaire et, suivant la jurisprudence, l'action du médecin se prescrit dans les mêmes délais.

L'accident remontant au 3 avril 1930 et le blessé n'ayant jusqu'ici jamais touché son demi-salaire, la prescription sera donc acquise le 3 avril 1931 à moins que d'ici-là elle n'ait été interrompue tout au moins par un appel en conciliation devant le Juge de paix.

Il est donc trop tard pour tenter de nouvelles démarches amiables auprès du patron responsable. Il faut que sans plus tarder, vous appeliez en conciliation devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la loi sur les accidents du travail, le blessé auquel vous avez donné vos soins et son patron et que si cette tentative de conciliation reste infructueuse, vous les citiez conjointement et solidairement devant le juge de paix.

Il serait bon que de son côté, le blessé citât en même temps que vous, son patron en paiement du demi-salaire.

Confiez immédiatement vos intérêts à un huissier qui se chargera de la procédure nécessaire et pourra vous faire représenter aux audiences.

Ne manquez pas surtout de signaler à votre huissier qui pourrait l'ignorer, que, s'agissant d'une instance introduite en vertu de la loi sur les accidents du travail, la procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Fiscalité

769. — Délai de réponse aux réclamations

Le contrôleur n'a pas accepté en 1930 le chiffre de bénéfices que je lui ai donné. J'ai passé devant la Commission qui, bien entendu, m'a donné tort et j'ai une amende à payer.

Or, sur l'avis du contrôleur, j'ai envoyé au directeur des contributions directes une demande de remise, en passant par le contrôleur, selon les indications de ce dernier. Je n'ai encore rien reçu. J'ai payé mes impôts en entier, sauf l'amende. Que dois-je faire ? Attendre une réponse à ma demande ou bien payer l'amende ?

Dr R.

Réponse.

Le directeur a un délai de 6 mois pour statuer sur les réclamations. Si le percepteur insiste pour le paiement, nous vous conseillons de satisfaire à sa demande, car il pourrait vous mettre en demeure de constituer des garanties, si toutefois vous avez invoqué le bénéfice du sursis de paiement dans votre demande.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

703. — Calcul d'amortissements

En 1927, j'ai acheté une auto et fait construire un garage : coût 30.000 francs.

Le contrôleur des C. D. a accepté que cette dépense soit contenue dans mes frais généraux pour 5.000 francs par an, donc amortissement en six ans.

A la fin de l'année dernière j'ai vendu ma voiture 12.000 fr. et j'en ai acheté une autre 25.000 francs. J'ai donc déboursé 13.000 francs que je devrais ajouter aux 15.000 francs qui restent à amortir. (J'ai en effet, compté dans mes frais généraux 5.000 francs en 1928, 1929 et 1930).

En fait j'ai encore une dépense de 28.000 francs à déduire de mes frais généraux. Comment faire ma déclaration cette année ?

Dr X.

Réponse.

Il serait plus régulier de compter pour 1930 un amortissement de 3.000 francs sur l'ancienne voiture et d'amortir le prix d'achat effectif de la nouvelle, soit 25.000 francs, eu égard au nombre de mois restant à courir depuis son acquisition jusqu'à la fin de l'année.

A. M.

Cinquante-troisième année — N° 15 — 12 Avril 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 107. — Marseille. Pour rais. santé, céder. à célibat. cab. méd. plein centre, voies urin. syphiligr. Rapp. actuel import., suscept. augmentat.

N° 108. — Pour doctoresse active et sér., très belle client. pédiatrie à céder, raison santé, dans gr. ville Ouest. Long bail, condit. très avantag.

N° 109. — Chasse. Entre Orléans et Blois, sur gr. ligne et route goudron. à 6 km. gare où s'arr. express, chasse 200 ha, tous gibiers, plaine, bois, rivière, 5 fusils, milieu médical. Possibilité chasser 2 jours consécut.

N° 110. — Dr prendr. poste sérieux Côte d'Azur, banl. gr. ville. Urgent.

N° 111. — Dr spécial. élec. instal. 9e arr. met son cab. 3 jours et 3 mat. par semaine à disposit. confr. autre spécial., sauf derm. vén.

N° 112. — Suite décès, à vendre, état neuf : Table exam. gynécol. pansem., porte-jambes, 400 ; forceps Tarnier pet. mod., 150 ; aspirat. Potain, 70 ; spécul. Cusco, 25 ; sonde intra. inter, 45 ; thermocautère, 120 ; daviers, pinces, bistouris, etc., liste sur dem.

N° 113. — Normandie. Ancien. client. méd. en plein rapp., à 1 h. côte normande. Indemn. 20.000 ; compt. à débatt.

N° 114. — S.-et-O. Jolie résid., rapp. intéress., gr. maison confort., jardin. Indemn. 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 115. — Près Paris. Banl. agréab., client. de 30 ans, très beau pavill. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Bretel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tl. Odéon 36-46.

N° 116. — Orne. Près gr. ville, client. camp. plein rendem., à céder 6.000, cause départ. Loyer 1.800, 8 p., jardin. S'ad. Cab. Bretel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Rhumatismes. Les cachets **d'Urophényl** pris à la dose de 2 à 6 par jour constituent le remède de choix, sans aucune contre-indication. Littérature et échantillons sur demande aux Laboratoires de l'Urophényl, L. Crouy, Dr en Pharmacie, à Vernon (Eure.)

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — Le 26 mars a eu lieu à l'Hôtel des Syndicats médicaux de France, 95, rue du Cherche-Midi, et sous la présidence du Professeur Marcel Labbé, l'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme.

Elle fut honorée de la présence de M. Van Breemen, secrétaire général de la Ligue internationale, dont la Ligue française est une branche.

L'Assemblée générale a adopté le programme scientifique et social qui lui était présenté, et a renouvelé son Bureau sous la présiedence du Professeur F. Bezançon.

Cette séance administrative a été suivie d'une séance de communications scientifiques.

Rappelons que pour être membre de la Ligue, il faut être présenté par deux membres et admis par le Conseil.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat-trésorerie : 51, rue Bonaparte, Paris.

— **La British medical Association** célébrera en juillet 1932 le Centenaire de sa fondation.

— **Institut d'actinologie.** *Enseignement.* — Un cours d'actinologie en 11 leçons avec démonstrations pratiques sera fait en mai 1931, à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223, rue de la Con-

vention, Métro : Convention), par MM. J. SAIDMAN, J. MEYER, LAUTMAN, DUFESTEL, COLANÉRI, PALISSE et le Professeur JAUSION.

Mardi 5 mai, à 21 heures, M. J. SAIDMAN : Principes généraux de l'actinothérapie et de la sensitométrie ; à 22 heures, M. J. MEYER : Actinothérapie du lupus et des autres tuberculoses cutanées. — Jeudi 7 mai, à 21 heures, M. DUFESTEL : Les ultra-violets dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales ; à 22 heures, M. J. MEYER : Les ultra-violets en dermatologie. — Mardi 12 mai, à 21 heures, M. LAUTMAN : Les ultra-violets en pédiatrie ; à 22 heures, M. COLANÉRI : Les ultra-violets en médecine et en chirurgie générale. — Jeudi 14 mai, à 21 heures, M. DUFOUGERÉ : Les ultra-violets en stomatologie ; à 21 h. 30, M. PALISSE : Les ultra-violets en gynécologie ; à 22 heures, M. AUZIMOUR : Les ultra-violets en oto-rhino-laryngologie. — Mardi 19 mai, à 21 heures, M. JAUSION, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce : Sensibilisation et désensibilisation à la lumière en pratique actinologique ; à 22 heures, M. SAIDMAN : Les infra-rouges et les nouvelles radiations utilisées à l'Institut d'actinologie.

Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

L'Institut d'actinologie est ouvert les mardi, jeudi, samedi matin à 10 heures, et les lundi, mercredi, vendredi après-midi, à 16 heures.

Un certificat sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Le prix du cours est fixé à 150 fr. à verser à l'inscription ou à l'ouverture du cours. Prière de s'inscrire en écrivant au secrétaire de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, XV^e^.

— **Prix Nordhoff Jung.** — Le prix Nordhoff Jung a été décerné au Dr Alexis Carrel, pour ses travaux sur le cancer. Le Dr Alexis Carrel est déjà titulaire du prix Nobel (1912).

— **Les Journées médicales belges de 1931.** *L'excursion.* — C'est à Spa, où le Corps médical organise une journée Widal, que les congressistes se rendront le mercredi 24 juin. Au cours de cette journée, ils assisteront à l'inauguration du laboratoire de M. le Professeur Henrijean, et seront les hôtes à midi de la Compagnie fermière des eaux et des bains Spa-Monopole.

— **Barcelone.** — Le diplôme de docteur *honoris causa* de l'Université de Barcelone a été remis, au cours d'une cérémonie qui vient d'avoir lieu à Barcelone, à MM. les Professeurs Hédon et Forgue, de Montpellier. L'an dernier, on se le rappelle, la Faculté de médecine de Montpellier avait reçu les professeurs et les autorités officielles de la grande cité espagnole.

— **Croisière de plaisance et de repos, en Ecosse, Islande, au Spitzberg et en Norvège, à bord du transatlantique de grand luxe « Resolute »** (25.000 tonnes). — Départ de Cherbourg le 16 juillet, retour à Cherbourg le 14 août.

Conditions spéciales faites aux médecins et à leurs familles. Pour tous renseignements, s'adresser ou écrire : M. G. Legros, 36, boulevard Haussmann, Paris-9e (Tél. : Gutemberg 16.07).

— **Dispensaire antituberculeux de Tunis.** — La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

D'une façon générale, les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou services antérieurs.

Le médecin sera choisi sur une liste de propositions établie conformément aux dispositions prévues par le statut des médecins spécialisés des dispensaires antituberculeux ou des dispensaires mixtes de Tunisie qui lui sera applicable dans son ensemble.

Le jury tiendra compte de la connaissance des langues du pays.

Le candidat désigné pourra être éventuellement astreint à un stage de six mois.

Le traitement du médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis est fixé à 38.000 francs par an, pendant les six mois de stage et lors de sa titularisation, avec augmentation biennale de 2.000 francs jusqu'à un maximum de 46.000 francs. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'Administration tunisienne.

Le médecin désigné devra s'engager à s'abstenir de faire de la clientèle.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard le 15 mai 1931 à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis. Le concours aura lieu à Tunis.

Le médecin-chef du dispensaire sera engagé par contrat pour une durée de trois années, à l'expiration de laquelle il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, à Tunis, soit au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (6e).

— **Inspection d'hygiène de l'Hérault.** — Un concours sur titres et sur épreuves, pour la nomination de deux médecins inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault sera ouvert à la Préfecture de l'Hérault du 7 au 9 mai inclus.

Les demandes, rédigées sur timbre à 3 fr. 60, devront être adressées à M. le Préfet de l'Hérault (Cabinet du Préfet) avec le dossier règlementaire avant le 30 avril 1931.

Chaque candidat sera avisé par le Préfet, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, de l'acceptation ou du rejet de sa candidature.

Les avantages attachés à la situation de médecin inspecteur d'hygiène de l'Hérault sont les suivants :

Traitements de 30.000 à 42.000 fr. par an, en cinq classes, chaque classe étant obtenue après trois ans à l'ancienneté et deux ans au choix, 15.000 fr. indemnité forfaitaire de frais de déplacement et de bureau.

Indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires départementaux ;

Inscription à la Caisse départementale des retraites.

Pour tous renseignements concernant les épreuves, s'adresser à M. le Préfet de l'Hérault (Cabinet).

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 mars

Service de santé militaire.

Le promotions de médecins auxiliaires au grade de médecin sous-lieutenant de réserve seront publiées ultérieurement.

Nous y relevons avec plaisir celle du fils de notre collègue Paul Boudin, M. Georges Boudin, qui, reçu premier au concours de l'internat de 1929, achève actuellement son service militaire avant de prendre son service d'hôpital. Nous lui renouvelons à cette occasion nos très vives félicitations.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Assurances sociales. Tarif d'une extraction dentaire.

11609. — M. Maurice Vincent demande à M. le ministre du Travail si un docteur en médecine, procédant à une extraction dentaire chez un bénéficiaire de la loi des assurances sociales, peut considérer cette intervention comme un « acte de petite chirurgie au cours d'une consultation », inscription qui donnerait droit au praticien à un remboursement supérieur à celui prévu pour « l'extraction dentaire » faite par un chirurgien-dentiste. (*Question du 4 février 1931.*)

Réponse. — Réponse négative. Le tarif de responsabilité des caisses ne doit comporter qu'un prix pour une prestation, quelle que soit la catégorie professionnelle du praticien qui l'a fournie. Le tarif de réassurance a fait application de ce principe en précisant que le tarif dentaire serait applicable aux interventions de stomatologie dont l'équivalent se

retrouve, même sous une autre dénomination, dans la nomenclature dentaire.

(*J. O.*, 26 mars 1931.)

Assurances sociales. Cumul des prestations avec celles de l'assurance privée.

11692. — M. Firmin MERLANT demande à M. le ministre du Travail : 1° si un assuré social, à jour de ses cotisations et victime d'un accident consécutif à la pratique d'un sport déterminé, a droit, pendant la durée de son indisponibilité, aux prestations en espèces et en nature des assurances sociales ; 2° dans le cas de l'affirmative, si cet assuré est, par les soins ou l'intermédiaire de la société sportive à laquelle il appartient, garanti contre les accidents provenant de la pratique des sports, il aura le droit de cumuler les prestations de l'assurance sociale avec celles de l'assurance privée. (*Question du 7 février* 1931.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; mais aux termes de l'article 61 de la loi du 30 avril 1930, si l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, la caisse d'assurances est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure, sous réserve, pour l'assuré ou ses ayants droit, à tous droits de recours en réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun ; 2° réponse affirmative.

(*J. O.*, 26 mars 1931.)

Le brevet supérieur ne donne pas accès aux études médicales.

824. — M. André MORIZET, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si un chirurgien-dentiste ayant le brevet supérieur, peut passer le P. C. N. en vue de son inscription ultérieure à la Faculté de médecine, pour passer son doctorat. (*Question du 6 mars* 1931.)

Réponse. — Réponse négative. Le P. C. N. ne donne accès aux études médicales que s'il est accompagné d'un des autres grades ou titre requis : diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, de docteur en droit, ès sciences ou ès lettres, agrégation de l'enseignement secondaire (hommes-femmes).

(*J. O.*, 26 mars 1931.)

Limitation des spécialités à prescrire aux assurés sociaux.

11596. — M. César CHABRUN demande à M. le ministre du Travail si les caisses d'assurances sociales ont le droit, dans leur contrat avec les syndicats de pharmaciens, de limiter les spécialités à prescrire à celles admises pour l'assistance médicale gratuite et pour les blessés de guerre. (*Question du 3 février* 1931.)

Réponse. — En l'état actuel du texte de la loi sur les assurances sociales, il ne semble pas que les cais-

ses d'assurances puissent, à défaut de l'établissement de la liste des médicaments spécialement autorisés, confié par l'article 7, paragraphe 4, deuxième alinéa, de ladite loi, à une commission spéciale, adopter une autre liste pour ces médicaments. Toutefois, elles sont fondées à ne rembourser le prix des médicaments spécialisés que sur la base de l'échantillon le plus petit, sauf renouvellement, s'il y a lieu, dans la limite des prescriptions de l'ordonnance. Elles doivent, en tout état de cause, refuser le remboursement des médicaments non conformes aux lois existantes (art. 7, § 4, 1er alinéa, de la loi), par conséquent des médicaments secrets.

(*J. O.*, 26 mars 1931).

Droit des médecins d'hôpitaux militaires pour l'octroi des congés de convalescence.

6245. — M. Basset demande à M. le ministre de la Guerre si un médecin chef d'un hôpital militaire peut supprimer une permission de convalescence pour raison disciplinaire. (*Question du 22 novembre 1929.*)

2e *réponse.* — Les médecins traitants n'accordent pas de congés de convalescence ; ils ne font, à l'autorité territoriale qualifiée pour statuer, que des propositions concernant les militaires qu'ils jugent pouvoir bénéficier de cette faveur. En conséquence, d'une part, un militaire ne peut être proposé de droit pour un congé de convalescence, et, d'autre part, s'il est proposé pour cette faveur, il ne peut en déduire que cette proposition lui donne le droit au congé, puisque l'autorité territoriale reste juge d'accorder ou de refuser.

(*J. O.*, 28 mars 1931.)

Les médecins peuvent refuser de soigner les pensionnés de guerre.

12003. — M. Guichard demande à M. le ministre des Pensions, si un médecin a le droit d'exiger le payement de sa visite à un pensionné de guerre muni d'un carnet médical et lui demande : 1° quelles sont les conditions d'utilisation du carnet médical ; 2° quelles démarches il y aurait lieu de faire pour le remboursement des sommes versées. (*Question du 26 février 1931.*)

Réponse. — Le ministère des Pensions ne dispose d'aucun moyen pour obliger les médecins à accepter les bons détachés du carnet médical. Il appartient aux mutilés de s'adresser aux praticiens, qui consentent à les soigner au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

(*J. O.*, 28 mars 1931.)

ASSURANCES SOCIALES

Hospitalisation — Honoraires médicaux

Dans le *Concours médical* du 15 mars 1931, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt, à la rubrique « Honoraires des médecins d'hôpitaux », votre réponse aux questions, du Dr S...

Vous écrivez : « Vis-à-vis du Corps médico-chirur-« gical hospitalier, la Commission administrative « peut imposer un forfait journalier, tant pour les « malades soignés en médecine que pour ceux ayant « à subir une opération. Elle peut, au contraire lais-« ser son Corps médical libre de ses tractations avec « les malades payants ». Et plus loin : « Or, l'hôpital « encore sera maître de décider du quantum des ho-« noraires pour ses médecins. »

De nombreux Syndicats, dont celui de la Charente, se heurtant à la mauvaise volonté des Commissions hospitalières, et surtout au souci exagéré de leur omnipotence, il importe de préciser nettement notre situation et nos droits, quand il s'agit d'assurances sociales. Au moment, où s'élaboraient les conventions, d'un côté entre Caisses et Syndicat médical, entre Caisses et Commissions hospitalières d'un autre, je suis parti au nom du Syndicat d'un point de vue opposé à celui que vous soutenez.

Il est bien certain que la loi fondamentale de 1851 n'a pas été modifiée, bien que s'accommodant mal sur quelques points avec la loi de 1930, et les dispositions contestables des circulaires ministérielles.

C'est ainsi que la loi de 1851 réserve l'*hôpital aux indigents*, que les règlements modèles des hôpitaux définissent étroitement les catégories de malades pouvant être admis, tandis que le ministre du Travail, par simples circulaires, s'arroge le droit de pousser les assurés sociaux, tout venant, dans les salles communes.

Cependant l'article 8 de la Convention type Caisses-Syndicat m'a paru fournir la possibilité de résister aux prétentions des Commissions administratives, qui considèrent d'habitude, en province du moins et dans les petites villes, leurs médecins, comme des employés supérieurs, tenus à se plier à des règlements et à des tarifs pour lesquels ils ne sont pas toujours consultés. Leur désignation à la faveur, sans concours, n'est pas de nature à rehausser leur indépendance.

Le texte de l'article 8 est le suivant :

« Les Conventions intervenues entre la Caisse « et les Commissions administratives des hôpitaux, « et dont les clauses relatives au payement des hono-« raires médicaux ont été établies d'accord entre la « Caisse et le Syndicat contractant, sont annexées à « la présente convention ».

J'ai conclu que toutes questions relatives aux honoraires des médecins et spécialistes, pour soins aux assurés sociaux à l'hôpital, et au mode de paiement, doivent être examinées entre Caisses primaires et

Syndicat médical, le résultat de l'accord intervenu pouvant être inséré dans la Convention Caisse-Commission administrative. Et, par entente avec les dirigeants des Caisses, j'ai obtenu que ces questions d'honoraires, réglées au préalable, ne soient pas remises en cause, ni discutées, au cours des pourparlers pénibles et longs, nécessités par l'élaboration de la Convention d'hospitalisation. La Commission du principal hôpital, celui du chef-lieu de département, s'est refusée à l'intervention du représentant du Syndicat, même à titre consultatif. Qu'importe au surplus, puisque rien ne s'est conclu sans son avis ?

Voilà donc un cas intéressant à signaler où le Syndical médical a pu obtenir satisfaction, malgré l'hostilité de la Commission.

Dr Maffre,
Président du syndicat médical
de la Charente, à Montbron (Charente).

Réponse.

Le texte de la loi du 30 avril 1930 et celui du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, n'ont en rien abrogé, ou modifié les termes de la loi du 5 août 1851 sur les hospices et hôpitaux.

Or, cette dernière laisse les commissions administratives hospitalières libres d'organiser, comme bon leur semble, leur régime intérieur et leur règlement de santé, sauf approbation préfectorale.

Il en résulte que lesdites commissions administratives des hôpitaux restent en droit de réclamer leur autonomie entière, pour décider, avec ou sans l'accord de leur Corps médical, comment, par qui et à quels taux seront payés les frais médicaux, pour soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés.

A ce Corps médical hospitalier local de faire le nécessaire, pour faire valoir ses droits : il n'est pas forcé de s'incliner devant les prétentions de la commission administrative, si celle-ci, sans le consulter, contracte et arrête la question des honoraires médicaux.

Ces médecins restent toujours libres d'abandonner leurs fonctions à l'hôpital, s'ils estiment que celles-ci ne sont pas compatibles avec la situation morale inférieure qui leur est souvent faite, à savoir qu'on les considère comme des employés supérieurs, ne devant qu'obéir aux ordres administratifs qui leur sont donnés par le directeur de l'hôpital, au lieu d'être considérés comme des collaborateurs et avoir leur place marquée pour les délibérations de la commission administrative de l'établissement.

Ceci étant posé, vous m'objectez l'article 8 du modèle de convention, paru au *Journal officiel* du 8 août.

Je vous ferai tout d'abord remarquer que cet article 8 n'est pas reproduit dans le modèle de convention hôpital-caisse.

Par suite, l'hôpital peut toujours prétendre qu'il n'a pas à connaître cet article 8, qui lui est opposé et qui est inscrit, non dans sa propre convention, mais dans celle entre le syndicat et la caisse, convention à laquelle il n'est pas partie signataire.

Donc, si, pratiquement, les hôpitaux s'inclinent, lorsqu'on leur oppose ledit article 8, c'est un avantage sérieux pour le syndicat. Mais, la commission hospitalière est en droit de se refuser à admettre cet article 8 et à soutenir qu'elle n'a nullement à connaître le syndicat local : ce qui est son droit.

Tous ces conflits seraient évités, si répudiant l'ancien esprit autoritaire de l'Empire, les commissions administratives des hôpitaux considéraient que la loi du 7 août 1851 est quelque peu surannée et qu'il convient, dans un établissement moderne, de s'assurer la collaboration intime du Corps médical.

Celui-ci ne peut plus être tenu à l'écart de l'administration d'un hôpital ; la science médicale moderne oblige au contraire à une étroite collaboration entre les médecins et les administrateurs d'hôpitaux.

Mais cette idée, pourtant bien simple et qui repose sur l'évolution économique d'un peuple, entre difficilement dans la compréhension d'hommes de bonne volonté, administrateurs dévoués du bien des pauvres, mais qui restent imbus de leur autorité, vestiges d'un régime économique aujourd'hui suranné.

Dr Paul BOUDIN.

Brides-les-Bains est toujours debout

J'ai recours à l'obligeance du *Concours médical* pour rassurer les confrères qui auraient pu être impressionnés par les articles publiés récemment dans la presse française et étrangère sur les dangers courus par la station de Brides-les-Bains.

Au moment de la fonte des neiges, des glissements de terrains se sont produits dans le voisinage de Brides, menaçant d'entraîner un hameau rural situé à deux kilomètres de la station. Des travaux de protection (drainages, dérivation de ruisseaux, etc.), ont été exécutés d'urgence. Actuellement, les glissements ont cessé et tout danger a disparu.

Mais un journaliste — en mal de copie — avait, dans un journal régional, publié un reportage fantaisiste ; il concluait que, d'un moment à l'autre, les sations de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers risquaient d'être recouvertes et détruites par la montagne en marche .

C'était grotesque ! Mais cette nouvelle sensationnelle, après avoir fait le tour de la presse

Voir la suite page LXIII-1222

PROPOS DU JOUR

L'évolution historique de la Pensée médicale

Haud igitur penitus pereunt quaecumque videntur,
Quando alid ex alio reficit natura, nec ullam
Rem gigni patitur nisi morte adiuta aliena.

LUCRÈCE : *De rerum natura*, livre I.

« Rien de ce qui paraît périr n'est tout à fait détruit puisque la nature reforme les corps nouveaux avec les éléments des autres et n'en laisse s'organiser aucun sans le concours donné par la mort d'un autre ». Cette idée de la transformation constante de la matière qu'exprime en ces termes Lucrèce dès le début de son poème, proclamant que rien ne naît de rien et que rien ne retourne au néant, s'applique aussi bien aux conceptions de l'esprit. Les connaissances scientifiques d'une époque sont liées étroitement à celles qui les ont précédées. Sans doute à certaines périodes, on constate un plus puissant essor de la pensée humaine qui peut donner l'illusion du merveilleux ; c'est cet essor qui a permis à Ernest Renan de parler du « Miracle grec ». Mais au fur et à mesure que l'historien étudie le passé, qu'il se documente, qu'il examine les faits à la lumière d'une sérieuse critique, il s'aperçoit que le miracle n'est qu'apparent et que la civilisation grecque elle-même est intimement rattachée aux civilisations plus anciennes qui l'ont précédée. Toutes les connaissances humaines sont des branches plus ou moins développées, plus ou moins florissantes, mais sont les branches d'un même tronc unique.

C'est ce fait scientifique que M. le Prof. A. CASTIGLIONI, qui enseigne l'histoire de la médecine à l'Université de Padoue, s'est efforcé d'établir dans un ouvrage historique remarquable (1), véritable monument élevé à l'unité de la pensée médicale. Cette pensée a sans doute singulièrement évolué au cours des siècles, mais ses manifestations, malgré leurs diversités, sont unies entre elles par un lien historique ininterrompu.

L'œuvre du Prof. A. Castiglioni dépasse de beaucoup, par son immense érudition et la méthode avec laquelle elle a été conçue et écrite, tous les ouvrages du même genre. Le Maître suit le développement, les transformations, l'épuration, pourrions-nous dire, de la pensée médicale depuis ses origines qu'il fait remonter à la préhistoire, jusqu'à notre époque.

Après avoir exposé ce que pouvait être la médecine instinctive et empirique chez les peuples primitifs, qui prend un caractère démoniaque, animiste, magique, il nous montre l'art de guérir évoluant avec la civilisation chez les peuples de Mésopotamie et devenant astrologique et sacerdotal. Puis, la conception philosophique se glisse peu à peu dans la médecine de l'ancienne Egypte où l'on voit poindre une législation de l'hygiène qu'on retrouve, dans la médecine essentiellement théurgique du peuple d'Israël. Dans la Perse et dans l'Inde, la médecine, qui paraît bien avoir pris ses origines en Mésopotamie, affecte le caractère de constructions systématiques. En Amérique précolombienne et en Extrême-Orient, les pratiques médicales affectent de nombreuses analogies chez ces peuples si divers, analogies qu'on retrouve d'ailleurs dans les arts et la littérature. En Chine, l'art de guérir, formulé dans ses moindres détails, poussés jusqu'au grotesque, prend les caractères d'une médecine scolastique.

La Grèce antique nous montre, à côté de la médecine sacerdotale, une médecine vraiment scientifique naissante avec Pythagore et les grands médecins italiques, Alcméon, Philolaus, Héraclite et Empédocle. Cette médecine grecque atteint son apogée avec Hippocrate et son école.

Après Hippocrate, les études anatomiques et physiologiques prennent pied en médecine avec Aristote, puis, à Alexandrie, avec Erophile, Erasistrate et autres.

Rome inaugure la médecine d'Etat et établit une législation sanitaire.

A Byzance, nous assistons à la décadence de la médecine scientifique, et le culte des Saints guérisseurs ramène le Haut Moyen-âge à la médecine sacerdotale. Mais les Arabes ont re-

(1) A. CASTIGLIONI. — Histoire de la médecine. Edition française avec 279 gravures. Trad. par Mme J. Bertrand et M. F. Gidon, (Payot, édit. Paris, 1931.)

cueilli les traditions helléniques qu'on voit refleurir à Salerne, puis à Bologne, à Montpellier et à Paris.

La Renaissance se manifeste pour la médecine comme pour toutes les autres connaissances. L'étude de l'anatomie, de la physiologie prennent un nouvel essor. D'importants progrès se manifestent en pathologie, surtout en pathologie des maladies contagieuses.

Le XVII[e] siècle évolue vers la science expérimentale. Le XVIII[e] siècle passe de la médecine systématique à la conception anatomo-pathologique qui, au début du XIX[e] siècle, prend un caractère matérialiste et une orientation biologique. Enfin, à la fin du XIX[e] siècle et au début du XX[e] siècle, nous voyons la conception microbiologique conduire à un néo-hippocratisme avec de nouvelles doctrines humorales. Toutes ces variations de la pensée médicale se lient et s'intriquent. Certes, elles ne donnent pas l'impression d'un progrès régulier et continu. Nous constatons de singulières interférences et de bien étranges retours qui apparentent, par exemple, le démonisme des anciens et la thérapeutique suggestive moderne, l'organothérapie biblique et l'opothérapie actuelle, la pathologie humorale d'Hippocrate et l'endocrinologie. Souvent nous voyons resurgir des idées de précurseurs géniaux comme d'antiques erreurs qu'on croyait à jamais oubliées. D'autre part, des découvertes qui paraissaient devoir s'imposer et être assurées d'un succès rapide, se sont heurtées aux oppositions les moins compréhensibles et les plus acharnées.

Le but que se propose l'histoire de la médecine est de suivre, au milieu de cette trame merveilleuse, complexe, parfois même confuse, la pensée médicale qui exprime les rapports de l'homme et de la souffrance.

L'histoire de la médecine suit cette pensée dans les textes anciens, dans les faits qu'elle étudie à la lumière de la critique historique, et en en suivant la méthode.

M. le Prof. Castiglioni montre, avec une légitime fierté, la part prépondérante que les Italiens ont pris dans les études médico-historiques depuis les deux grands médecins historiens Puccinotti et de Renzi. C'est qu'en Italie, l'esprit même du peuple fait que la médecine est plus liée à l'art et à la philosophie que partout ailleurs ; c'est que ce pays est riche en documents, qu'on en trouve partout, sur les monuments, dans les vestiges des travaux sanitaires de l'Antiquité classique, dans les illustrations des grands artistes de la Renaissance, dans les premiers livres médicaux provenant des grandes imprimeries de l'Italie du Nord.

Une funeste erreur s'accrédita au Moyen-Age, ce fut de construire sur la seule logique l'édifice médical. On a cru alors que les systèmes de la seule philosophie spéculative parviendraient, à grand effort de dialectique, à donner la solution des problèmes biologiques. Les premiers résultats obtenus par la science expérimentale firent écrouler cet édifice. Mais le nouveau monument, élevé sur des recherches à bases solides, ne peut se maintenir que si des liens étroits l'enchaînent aux origines mêmes et aux racines profondes de l'art médical. Le retour actuel et presque universel à l'humorisme d'Hippocrate montre bien que les recherches chimiques et microscopiques ne suffisent pas à assurer exclusivement l'avenir de la science médicale moderne.

D'ailleurs, la médecine est sans cesse en voie de formation et de transformation. Il n'y a pas d'erreur sans un grain de vérité, ni de vérité sans un grain d'erreur ; l'essence même de l'histoire est constituée par des alternances de découvertes et d'erreurs.

Etudier l'avenir des sciences médicales, scruter leurs origines lointaines, dégager le rôle de l'instinct, de la peur, de l'espoir, de la foi dans la formation de la pensée médicale, mettre en relief l'influence des grands mouvements historiques, des bouleversements politiques et sociaux sur cette pensée et inversement les effets produits par l'esprit médical sur les modifications de la culture, de l'art, de la politique, de la vie sociale, relier logiquement et harmonieusement le présent au passé, tout cela doit contribuer à orienter la discipline de celui qui s'adonne à l'histoire de la médecine. Il ne doit pas se borner à observer le passé, à marquer le chemin parcouru, il doit s'efforcer de découvrir les lois qui ont guidé l'évolution de la pensée médicale à travers les âges et ont déterminé son développement.

Tour à tour il doit étudier l'histoire des idées, des faits et celle des hommes, il doit reconstruire pierre à pierre dans ses origines, dans son but, avec son harmonieuse unité, l'édifice de la pensée médicale.

Au milieu de l'efflorescence inouïe des découvertes modernes, le médecin a trop négligé de rechercher le lien qui unit les diverses conceptions, lien sans lequel tout paraît chaotique et incohérent. La médecine moderne s'est trop subdivisée en branches, en spécialités, en technique, en théories et l'origine commune

des premières idées médicales, nées de l'âme des premiers hommes en lutte contre la souffrance, a été oubliée. De même a été perdu de vue le but de toute étude, de toute connaissance médicales, qui est de rendre plus forts, plus robustes, plus aptes à la vie les hommes et de diminuer ainsi leurs souffrances. C'est ce but négligé au cours des trop subtiles disquisitions modernes, que l'histoire peut enseigner par l'examen des idées et des faits de la façon la plus efficace.

Toutes les idées médicales s'enchaînent et il n'y a pas de brusques floraisons. Un lien étroit persiste entre la pensée de nos plus lointains ancêtres de la préhistoire et celle de nos contemporains ; on découvre parfois même de singuliers et intéressants retours.

Notre médecine a été et reste essentiellement méditerranéenne, d'abord gréco-romaine, puis arabe à l'époque médiévale. A la Renaissance, ce fut l'Italie qui, pour la médecine comme pour tous les arts, ralluma le flambeau légué par la Grèce.

La pathologie humorale d'Hippocrate, maintenue par Galien, a survécu à la scholastique et a dominé pendant deux mille ans la médecine.

Au XIXe siècle Virchow survient avec sa pathologie cellulaire; avec lui, les théories nordiques ébranlent, paraissent ruiner la conception gréco-latine. C'est le triomphe de la recherche exacte, du laboratoire. La clinique et l'examen critique sont délaissés comme des poids inutiles. Mais voilà que la bactériologie, suivie de la découverte des antigènes, des immunisines, fait fleurir de nouveau la pathologie humorale qui éclipse la pathologie cellulaire.

Avec les doctrines de l'action des glandes endocrines, nous assistons à la résurrection de la pensée d'Hippocrate avec sa théorie de l'individualité, de la personnalité, de la constitution pathologique individuelle et les discussions entre l'Ecole allemande et l'Ecole française paraissent être le réveil de l'antique conflit entre l'école de Cnide et celle de Cos.

L'histoire des faits est aussi édifiante que celle des idées. L'oubli des mesures d'hygiène, des législations sanitaires, des organisations d'assistance et de prophylaxie a causé au Moyen-Age des désastres. Nous voyons tous ces faits réapparaître, et de nos jours la pensée médicale inspirer de plus en plus la législation sociale. Jadis confinée dans des débats philosophiques, dans les amphithéâtres, les cliniques et les laboratoires, cette pensée entre actuellement triomphante dans les Assemblées législatives.

Enfin l'histoire de la médecine ne saurait négliger la biographie des grands pionniers qui ont courageusement mené la lutte contre la superstition et le charlatanisme et mis en marche le progrès scientifique.

L'étude de l'évolution de la pensée médicale telle que, d'après M. le Prof. Castiglioni, nous venons d'en indiquer la méthode et le but, doit nous détourner des jugements précipités, nous exciter à être prudents, à apprécier avec une certaine modestie l'œuvre de notre temps et respectueusement celle des grands médecins des temps passés.

Il est nécessaire, dans l'intérêt de la médecine, de prêter l'oreille à la voix du passé, d'écouter ses conseils et ses enseignements. La belle histoire de la médecine du Prof. Castiglioni expose d'une façon remarquable et complète les enseignements de nos aïeux, elle nous fait assister à travers les âges et chez tous les peuples à cette évolution merveilleuse de la Pensée médicale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades : Professeur P. NOBÉCOURT.

Le rachitisme dans la moyenne enfance (1)

Voici la petite Huguette.

Son père a disparu. Sa mère est atteinte de tuberculose pulmonaire depuis 1929. Sa grand' mère, avec laquelle elle vit, est aussi tuberculeuse.

Elle avait une sœur, qui est morte à l'âge de cinq semaines de broncho-pneumonie.

Elle est née le 13 février 1925, au huitième mois de la grossesse. Elle a été élevée au lait condensé. Elle a eu, à 2 ans et demi, la scarlatine, à 3 ans, une broncho-pneumonie, en mai 1929, une gastro-entérite.

Elle ne marche pas et elle souffre de ses jambes à la moindre tentative de marche.

Nous n'avons pas d'autres renseignements à son sujet.

L'enquête qu'a poursuivie Mme Fournier-Mottaz, notre assistante sociale, nous apprend que la famille est dans la plus grande misère.

Huguette entre dans le service le 13 juin 1930. Elle est âgée de 5 ans et 4 mois.

Sa taille de 87 cm. 5 est celle d'une fille de 3 ans 4 mois ; elle est inférieure de 12 cm. 5 à la moyenne de son âge, qui est de 100 cm.

Son poids de 10 kgr. 200 est inférieur de 5 kgr. 750 à la moyenne de son âge, qui est de 15 kgr. 950 ; c'est celui d'un enfant d'un an et 6 mois.

Le rapport du poids à la taille est de 116, au lieu de la moyenne de 159 ; il est inférieur de 43 à la moyenne de l'âge ; c'est celui d'un enfant de 7 mois.

Sa température est normale.

Elle ne se tient pas sur ses jambes, ne marche pas.

On constate de grosses déformations du squelette des os longs : de l'incurvation des diaphyses, du gonflement des extrémités osseuses.

Aux membres inférieurs on note du genu valgum bilatéral, l'incurvation des tibias, des péronés et des fémurs, des bourrelets sus-malléolaires très prononcés. Les membres sont très grêles, les muscles atrophiés, les réflexes tendineux normaux. Le Dr Duhem constate que les réactions électriques des muscles sont normales.

Les déformations des membres supérieurs sont identiques à celles des membres inférieurs. L'épaississement des extrémités inférieures des os des avant-bras est très prononcée.

A l'examen du thorax, on constate l'évasement de la base, la présence de l'appendice xiphoïde, un chapelet costal.

Il existe quelques ganglions cervicaux et inguinaux, d'apparence banale.

L'abdomen est gros, météorisé.

Le crâne ne présente rien de spécial. Les dents sont en mauvais état ; on voit de nombreuses caries dentaires, les incisives supérieures médianes ont presque disparu, les latérales sont en voie de destruction. La voûte est un peu ogivale. Il existe de la glossite exfoliatrice marginée, phénomène banal.

Le foie, la rate, le cœur sont normaux.

On trouve dans l'espace interscapulo-vertébral gauche une légère submatité et une respiration un peu soufflante.

Les selles sont normales.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Les *radiographies du squelette*, faites le 18 juin, font constater des altérations importantes de tous les os longs.

Les diaphyses sont incurvées, la corticale est mince, peu opaque, le canal médullaire clair et large. Les extrémités diaphysaires sont grosses, peu opaques. La bordure juxta-épiphysaire n'est pas nette ; elle forme une ligne irrégulière, peu apparente, dentelée.

Au niveau des épiphyses, les noyaux complémentaires d'ossification sont grêles, peu opaques, ont des contours flous, à peine dessinés. Là où le noyau est suffisamment développé le cartilage de conjugaison est élargi. Le noyau de

(1) Leçon du 13 décembre 1930, recueillie par Madame le Docteur Trifonoff.

l'épiphyse inférieure du cubitus est à peine visible ; il est vrai que normalement il apparaît seulement vers 5 ans.

Le carpe droit possède trois points d'ossification, deux nets (grand os et os crochu), un grêle (semi-lunaire) ; le carpe gauche en possède quatre, les précédents et celui du scaphoïde. Il y a donc un retard d'apparition des noyaux d'ossification ; à 5 ans, on trouve normalement six points d'ossification, mais il manque encore celui du trapèze et celui du pisiforme, qui apparaissent à 6 ans et à dix ans.

Sur le rachis vu de face, apparaissent une scoliose lombaire à convexité gauche accentuée et une scoliose dorsale à convexité droite légère. De profil, on ne note rien de particulier.

Sur la radiographie du thorax, on voit des côtes floues, peu apparentes, boursoufflées. D'autre part, les deux tiers inférieurs du champ pulmonaire droit sont opaques ; l'opacité masque le bord du cœur et le diaphragme ; le champ pulmonaire gauche a le même aspect mais moins accentué.

Le crâne ne présente rien d'anormal ; la selle turcique a les dimensions habituelles.

Le 26 juin, le Dr Lebée mesure le métabolisme basal ; il est de 61,5 cal. par heure et mètre carré ; normalement il devrait être de 54,5 ; il est donc supérieur à la normale de 7, soit de 13 %.

L'examen de sang, pratiqué le 7 juillet, décèle une légère anémie : 60 % d'hémoglobine, 2.800.000 globules rouges, une valeur globulaire de 1 ; 4.000 leucocytes et, pour 100, 75 polynucléaires neutrophiles, 4 éosinophiles, 12 moyens mononucléaires, 4 lymphocytes, 3 formes de transition, et 2 cellules de Turck.

Le 3 juillet, le calcium total du sang est de 104 milligr. pour 1.000, le phosphore salin de 18 milligr.

Tel est l'état dans lequel se trouve l'enfant lors de son entrée à l'hôpital.

Dès son entrée, nous lui prescrivons un régime approprié à son état : bouillies, potages au lait, purées de pomme de terre, compotes, viande crue ou grillée. On lui donne de la tricalcine.

Parallèlement on emploie les moyens thérapeutiques suivants :

Du 3 juillet au 18 août, vingt séances de rayons ultra-violets.

Du 3 septembre au 11 octobre, quatorze injections d'un demi-centimètre cube de biocholine, c'est-à-dire d'une solution de chlorhydrate de choline, dosée à 0 gr.02 par cc.

Du 6 septembre au 4 décembre, chaque jour X gouttes d'irrastérine, solution huileuse à 1/100e d'ergostérol irradié, dont une goutte correspond à 150 unités antirachitiques.

Voyons maintenant l'*évolution* sous l'influence de ce traitement.

L'état général et les diverses manifestations s'améliorent rapidement.

Le *poids* augmente.

D'abord, simplement sous l'influence du régime, seul il passe de 10 kgr. 200, le 13 juin, à 11 kgr. 230 le 2 juillet ; l'accroissement est de 1 kgr. en dix-neuf jours.

Ensuite, pendant le traitement par les rayons ultra-violets, l'augmentation est de 1 kgr. 400 en trente-sept jours ; mais vers la fin du traitement le poids diminue un peu, ce qui arrive souvent quand on prolonge les applications ; après avoir atteint 12 kgr. 600, le 8 août, le poids retombe à 11 kgr. 500, le 18 août.

Pendant le traitement par la biocholine et l'irrastérine, le poids s'accroît de nouveau ; il est de 13 kgr. 650, le 11 octobre.

Après la cure d'irrastérine seule, le poids atteint le 4 décembre, 14 kgr. 600.

La *taille* augmente également.

A l'entrée, elle est de 87 cm. 5, avec une réduction staturale de 12 cm. 5.

Le 13 décembre, à 5 ans et 10 mois, est de 93 cm. 5 ; la réduction staturale n'est plus que de 9 cm. 5. En 6 mois, alors que l'accroissement moyen est de 3 cm. l'accroissement statural est de 6 cm.

Parallèlement l'état général se transforme favorablement, la force musculaire augmente et l'état du squelette s'améliore.

A la fin de septembre, Huguette se tient debout, son embonpoint est satisfaisant, les déformations osseuses sont moins visibles, mais encore nettes, les extrémités diaphysaires sont encore tuméfiés, les genoux sont gros et le genu valgum, accentué, les tibias, les fémurs sont incurvés.

Les radiographies permettent de suivre la régression des altérations osseuses.

Le 6 août, on constate une légère diminution des lésions. Les extrémités des diaphyses du fémur, du tibia, du péroné, sont moins tuméfiées, moins floues. Les bordures diaphyso-épiphysaires sont plus nettes, moins crénelées.

Le 5 novembre, l'amélioration est très notable. Les extrémités des diaphyses ont un aspect sensiblement normal. Les noyaux épiphysaires sont bien dessinés, plus opaques, plus gros. Les cartilages de conjugaison sont plus étroits. La scoliose lombaire est très diminuée.

Sur les radiographies des poumons, on ne note pas tout d'abord de changements appréciables. Sur celle du 27 août, les trois quarts inférieurs de l'hémithorax droit sont le siège d'une opacité diffuse, irrégulière, qui masque le diaphragme et le bord droit du cœur ; en haut elle est mal limitée ; du côté gauche, le long du

cœur, on voit une zone d'opacité avec des taches plus foncées.

Le 14 novembre, on dose dans le sang 110 milligr. de calcium total p. 1.000 au lieu de 104 milligr., 45 milligr. de phosphore salin p. 1.000, au lieu de 18 milligr.

A l'heure actuelle, Huguette est âgée de 5 ans et 10 mois.

Sa taille est de 93 cm. 5, la moyenne étant pour cet âge de 103 cm. ; son poids est de 15 kgr., la moyenne étant de 16 kgr. 700. La réduction staturale n'est plus que de 9 cm. 5 au lieu de 12 cm. 5, la réduction pondérale de 1 kgr. 700, au lieu de 5 kgr. 750.

Son état général est bon. Elle marche, mais sa démarche est encore lente et hésitante. Ses membres sont plus gros, plus fermes. Le chapelet costal est encore assez net. Les extrémités diaphysaires sont moins grosses, les bourrelets sus-malléolaires peu nets. Le genu valgum est peu marqué, les tibias, les péronés sont peu incurvés, les fémurs présentent encore une incurvation assez forte à concavité postéro-interne.

Dans l'espace interscapulo-vertébral droit on constate une légère submatité et une respiration un peu soufflante, au niveau du poumon droit une inspiration faible.

L'enfant a bon appétit, mange et digère bien.

Sur les radiographies du squelette, on constate que les diaphyses des os longs ont une corticale plus épaisse, un canal médullaire moins clair, que les extrémités diaphysaires, les noyaux épiphysaires, les cartilages de conjugaison sont sensiblement normaux.

A l'épiphyse inférieure du cubitus, le noyau complémentaire est bien développé ; à celle du radius, le noyau est gros et net. Au niveau des carpes, on voit six points d'ossification, au lieu de quatre au carpe gauche et de trois au carpe droit.

Sur les radiographies du thorax les côtes sont bien visibles, l'opacité de l'hémithorax droit est moins marquée, moins étendue ; à gauche, elle persiste surtout le long du bord du cœur.

En résumé Huguette a été atteinte, à 5 ans, d'un *rachitisme grave* et d'une *tuberculose ganglio-pulmonaire.*

***

Le RACHITISME est une MALADIE DE LA PREMIÈRE ENFANCE.

Les *premiers signes osseux*, les nodosités costales, les bourrelets sus-épiphysaires, les aspects radiographiques des extrémités des diaphyses apparaissent soit pendant la première année, quelquefois dès le troisième ou le quatrième mois, soit pendant la deuxième.

Pendant une première période les *symptômes s'accentuent* ; on voit se développer la tuméfaction des régions diaphyso-épiphysaires et la déformation des diaphyses. Cette période dure plus ou moins longtemps.

Puis vient la *période de régression* ; celle-ci s'effectue pendant la troisième et la quatrième années.

Alors les extrémités diaphyso-épiphysaires reprennent un volume normal, les diaphyses se redressent, les nodosités costales disparaissent, les bosses frontales régressent.

Beaucoup d'enfants guérissent et ne conservent plus, après 4 ans, aucune trace du rachitisme ou ne présentent que des manifestations discrètes. Cependant, si les déformations sont importantes, les enfants peuvent conserver des stigmates indélébiles, alors que le processus lui-même n'est plus en évolution.

Dans certains cas le RACHITISME EN ÉVOLUTION se rencontre pendant la MOYENNE et la GRANDE ENFANCES, et même dans la JEUNESSE ; il s'agit alors du RACHITISME TARDIF.

Le Professeur Marfan, en 1928, dans la *Clinique des maladies de la première enfance*, donne la définition suivante de ce dernier : « On peut appeler tardif le rachitisme dans lequel on observe, après quatre ans, des déformations osseuses en évolution ; celles-ci peuvent se rencontrer jusqu'à la soudure des épiphyses, c'est-à-dire jusqu'à 18 ans environ ».

Sous l'appellation de rachitisme tardif on groupe des faits différents. M. Marfan, qui dans *Le Nourrisson* de septembre 1914, a étudié *Le rachitisme tardif, ses rapports avec le rachitisme commun de la première enfance*, distingue deux ordres de faits.

C'est tout d'abord le *rachitisme commun prolongé*. Il s'agit de faits « dans lesquels on voit un rachitisme commun, un rachitisme de la première enfance, ayant débuté avant deux ans, continuer son évolution après quatre ans ». Ces faits ont bien été décrits par Kirmisson, en 1904.

C'est, d'autre part, le « *rachitisme débutant en apparence, ou récidivant au moment de la prépuberté, de la puberté ou de l'adolescence.* »

Ce second groupe de faits comprend :

1° « Le rachitisme tardif plus ou moins généralisé, à déformations symétriques, reproduisant le tableau clinique du rachitisme commun de la la première enfance ». Cette forme est assez rare.

2° « Le rachitisme tardif partiel et à déformations non symétriques ou prédominantes d'un côté ». Parmi ces manifestations on peut mentionner la scoliose, le genu valgum, le pied plat valgus, etc.

Ce rachitisme partiel se rencontre d'ailleurs également dans la moyenne enfance. J'ai vu, il y a quelques jours, dans mon cabinet, un garçon

atteint de cette modalité de rachitisme tardif. Voici son observation en quelques mots.

Claude est né le 14 décembre 1927. Ses parents sont bien portants. Il est élevé à l'allaitement mixte. Jusqu'en octobre de cette année il est bien portant ; ses digestions sont bonnes. Toutefois il a de temps en temps de l'urticaire provoqué par les œufs et le poisson.

Il passe l'été à Saint-Germain-en-Laye. En octobre, il rentre à Paris. Depuis lors il est toujours fatigué et ne demande qu'à se coucher, il grandit beaucoup, ses jambes s'incurvent, ses genoux grossissent.

Je le vois le 10 décembre. Il a 3 ans. Sa taille de 98 cm. 5 présente un excès de 9 cm. 5 sur la taille moyenne de son âge ; c'est celle d'un garçon de 4 ans et 3 mois. On remarque la tuméfaction des condyles internes des genoux, et un genu valgum surtout accusé à gauche. Il n'y a pas d'autres altérations osseuses.

Claude est d'ailleurs bien conformé. Le rapport de Manouvrier est de 0,741, exactement moyen. Le périmètre thoracique est de 55 cm. au lieu de 49 cm. Le poids est de 16 kgr. 900, au lieu de 12 kgr. 600.

Huguette est un exemple de RACHITISME COMMUN PROLONGÉ OU REVIVISCENT de la moyenne enfance. J'étudierai donc seulement cette forme.

Quand on constate du rachitisme après 4 ans, il peut s'agir d'un rachitisme de la première enfance qui a débuté avant deux ans et qui continue d'évoluer, c'est un *rachitisme prolongé*. D'autre fois, le rachitisme est resté léger ou a même régressé ; puis il subit une poussée évolutive nouvelle entre 3 et 6 ans. C'est alors un rachitisme reviviscent. Dans d'autres cas, l'enfant semble n'avoir eu auparavant aucune manifestation rachitique.

Les *symptômes* sont ceux du rachitisme commun de la première enfance. Vous n'avez qu'à vous rappeler ceux que présentait Huguette.

On note du gonflement des régions diaphyso-éphysaires, de l'inculvation des diaphyses, surtout au-dessus des régions juxta-épiphysaires des nodosités des côtes et un chapelet costal, des déformations du thorax.

Au niveau du rachis, la cypho-scoliose est plus fréquente et plus marquée que dans la première enfance. Par suite de la rotation du rachis le thorax prend la forme oblique-ovalaire, avec des gibbosités costales, l'une postérieure, d'un côté, l'autre antérieure du côté opposé.

Les radiographies des os longs montrent les lésions du rachitisme en évolution. Elles étaient typiques chez un enfant de 7 ans observé par M. Marfan.

Au niveau du crâne, on peut constater le retard de la fermeture des fontanelles.

Les symptômes généraux diffèrent suivant les enfants. Il y a des rachitiques maigres et des rachitiques gras. Les rachitiques florides sont gros et mous ; ce sont souvent de petits lymphatiques, ayant des adénites cervicales et de l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx.

Souvent ces enfants sont des anémiques ; l'anémie, plus ou moins accentuée, est le plus souvent simple.

Ces enfants sont apathiques, mous, faibles ; leur système musculaire est grêle. Très souvent la marche est retardée jusqu'à 4, 5 ou même 6 ans ; ou bien, si l'enfant marchait déjà, il cesse de marcher.

Les TROUBLES DE LA MARCHE ont, dans certains cas, une très grande importance et peuvent faire penser à des *paralysies.*

C'est Variot qui a attiré l'attention sur ces faits dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 27 novembre 1897, intitulée : *Sur une variété spéciale de rachitisme. Lésions rachitiques similaires du squelette chez trois frères avec troubles moteurs graves et prolongés.*

Il s'agit de trois garçons appartenant à une famille de 7 enfants, dont les quatre autres sont bien portants. Les renseignements à leur sujet sont presque nuls. On sait qu'ils ont été élevés à la campagne au biberon.

Voilà leurs observations très résumées.

Victor n'a jamais marché. A 6 ans, il est incapable de se tenir sur ses jambes ; les mouvements provoqués des membres inférieurs sont douloureux et le font crier.

La masse musculaire des jambes et des cuisses est peu développée. Les extrémités inférieures et supérieures des tibias et les extrémitées inférieures des radius sont très tuméfiées. Les tibias, les péronés sont incurvés dans les régions juxta-épiphysaires ; la partie moyenne du tibia « n'est pas nettement déviée ni déformée ». Il existe un genu valgum bilatéral peu accentué et un chapelet costal.

La taille est celle d'un enfant de 3 ans.

Henri revient à Paris à 2 ans et demi ; sa marche est lente et difficile. Les années suivantes sa marche ne s'améliore pas.

A 7 ans, il contracte une rougeole. A la suite, il perd l'usage de ses jambes. On porte le diagnostic de paraplégie due à un mal de Pott.

Variot le voit à 7 ans et demi. La paralysie des membres inférieurs est complète. Les mouvements provoqués sont très douloureux. On ne trouve aucun symptôme d'affection nerveuse, pas d'anesthésie cutanée, d'atrophie musculaire, de paralysie des sphincters vésical et anal ; les réflexes rotuliens sont normaux. On découvre, par

contre, les mêmes déformations rachitiques que chez Victor.

Paul n'a jamais bien marché. A 9 ans il marche « difficilement, les jambes écartées, les pieds tournés en dehors traînant sur le sol » ; il fauche de la jambe droite ; il présente « un dandinement, un mouvement d'oscillation bilatérale singulière du tronc sur les hanches ». Il marche lentement, ne court jamais. On trouve les mêmes déformations rachitiques que chez ses frères.

Chez les trois frères on ne note aucun signe d'affection nerveuse. L'examen électrique des muscles ne décèle rien d'anormal : au courant faradique, la contractilité semble légèrement exagérée aux membres inférieurs et supérieurs ; au courant galvanique la contractilité est normale.

Variot porte le diagnostic de rachitisme avec déformations osseuses caractéristiques et avec « des troubles de la locomotion insolites dans le rachitisme ordinaire ». Il cherche à expliquer pourquoi le rachitisme peut entraîner ces troubles locomoteurs.

« Je fus fort surpris, dit-il, de constater des troubles aussi importants du mouvement dans les membres inférieurs avec des lésions rachitiques très modérées », alors que des enfants de 5 à 10 ans, ayant des déformations plus marquées, marchent facilement. Il ne trouve pas d' « explication satisfaisante » à ces faits.

Ce même syndrome a été retrouvé et décrit, surtout chez des enfants plus âgés, par MM. Hutinel et Hervier, dans un important mémoire sur la *Dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme* (*rachitisme tardif, amyotrophie, et impotence musculaire, obésité et retard des fonctions génitales*), publié par les *Archives de médecine des enfants* de juin 1912.

Je ne vous rapporte pas leur observation, car il s'agit d'une fille de 13 ans, chez qui le syndrome est apparu vers 8 ans et demi, et je ne m'occupe aujourd'hui que du rachitisme de la moyenne enfance.

Dans le rachitisme commun de la première enfance il existe toujours de l'*hypotonie musculaire.*

Les muscles sont minces et mous ; leur tonicité. leur élasticité, leurs contractions, sont faibles. L'hypotonie musculaire entraîne le relâchement des articulations, d'où résultent des attitudes anormales, le retard ou l'arrêt de la marche, une démarche lente, incertaine, un ventre gros, flasque, étalé, dépressible, avec élargissement de la ligne blanche.

L'hypotonie peut être la conséquence soit de simples *troubles fonctionnels* des fibres musculaires, soit de *lésions.*

M. Hagenbach-Burkhardt, M. Marfan, ont parlé de *myopathie rachitique.*

M. Bing, en 1897, M. G. Banu, dans *Le Nourrisson* de juillet 1921, ont décrit les lésions histologiques des muscles des rachitiques. Elles apparaissent dès le début du rachitisme. Les fibres sont atrophiées en masse. La striation transversale est presque disparue, la striation longitudinale plus apparente ; le sarcoplasme est augmenté et ses noyaux sont plus nombreux. Les altérations ne sont pas secondaires à l'immobilité ; elles sont primitives et dues à la maladie rachitique.

Les enfants que nous étudions présentent des troubles de la CROISSANCE STATURALE. Leur taille est souvent inférieure à la moyenne. Les malades de Variot sont très petits : Victor, à 6 ans a une taille de 3 ans. MM. Hutinel et Harvier intitulent leur mémoire : *Dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme.*

L'*insuffisance de l'accroissement statural* est fréquente chez les rachitiques dans la première enfance.

Variot écrit, en 1921, dans son *Traité pratique des maladies des enfants du premier âge* : Chez les rachitiques, « le processus de dystrophie osseuse s'accompagne le plus souvent de retard de la croissance, d'une hypotrophie plus ou moins marquée ; il n'est pas rare de rencontrer des rachitiques âgés de trois ou quatre ans et qui n'ont que le poids et la taille d'enfants de dix-huit mois à deux ans. »

M. Marfan signale le retard de la croissance, « tant que l'affection évolue.... Mais, ajoute-t-il, ce retard n'est que transitoire. Il n'y a pas de vrai nanisme rachitique ; les cas décrits sous ce nom doivent être rattachés à l'achrondroplasie ou au myxœdème congénital ».

Les lésions rachitiques des régions diaphyso-épiphysaires, c'est-à-dire de la zone d'accroissement des os longs, expliquent l'insuffisance de l'accroissement.

Lorsque le rachitisme évolue jusqu'à 6, 7 ou 8 ans, la réduction staturale peut devenir importante. En effet, l'occroissement statural normal pendant cette période de la vie est très appréciable : de 2 à 8 ans, il est de 34 cm. pour les garçons et de 33 cm. pour les filles.

Ce retard de croissement est difficile à regagner. Aussi les sujets auront-ils souvent une petite taille. Suivant l'importance et la durée de la maladie rachitique, la réduction staturale atteint des degrés divers : hypotrophie légère, moyenne ou forte, voir même nanisme, mais ce dernier exceptionnel.

M. Santiago Cavengt, dans *La Pédiatria espanola* de mars 1928, a bien étudié ces faits dans un mémoire sur « *Hipotrofia, nanismo e infantilismo raquiticos* ».

MM. André Léri et Beck, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 1er mars 1918, et dans un mémoire des *Annales de médecine* de 1919, ont insisté sur la fréquence des stigmates de rachitisme chez les soldats de petite taille (145 cm. à 165 cm.) ; mais ils ont montré que tous les anciens rachitiques n'avaient pas une taille réduite.

Sur 38 soldats rachitiques, 12 ont les tailles inférieures à 154 cm. et, parmi eux, 6 des tailles de 147 à 150 cm. ; 12 ont des tailles moyennes (165 à 170 cm.), 3 des tailles élevées (174 cm., 176 cm. et 180 cm.). Je viens de donner une des raisons de ces différences.

***

Le rachitisme de la moyenne enfance reconnaît les mêmes FACTEURS ÉTIOLOGIQUES que celui de la première enfance.

Interviennent les *mauvaises conditions d'hygiène*, la *carence solaire* et une *alimentation défectueuse*.

L'alimentation peut être défectueuse quantitativement ou qualitativement. Je n'insiste pas sur le rôle bien connu de la *carence en vitamine D*, vitamine antirachitique.

En 1929, le Professeur Afred F. Hess, de New-York, dans son livre, *Rickets, including osteomalacia and Tetany*, écrit que l'étiologie du rachitisme tardif est la même que celle du rachitisme de la première enfance.

On l'a vu, précise-t-il, surtout après la guerre, en raison de l'apport insuffisant de phosphore et de calcium, dû à la rareté du lait frais, du fromage, des œufs et de la viande.

Dans certains cas des facteurs alimentaires particuliers interviennent. M. Jewesbury a observé un cas de *rachitisme tardif chez un enfant atteint de maladie cœliaque.*

Un garçon est allaité avec des mixtures de lait de vache. A 15 mois, il a de la dyspepsie des graisses ; à ce moment il ne présente pas de signes de rachitisme. Pendant dix-huit mois on le laisse à un régime pauvre en graisses et riche en protéines. A 5 ans, il présente de l'hypotonie musculaire, de l'épaississement des épiphyses radiales et cubitales, un chapelet costal ; la radiographie montre un rachitisme en évolution. La réduction des graisses, les irradiations ultraviolettes, une préparation de vitamine D améliorent rapidement le rachitisme.

Il est possible que des *facteurs intercurrents* viennent activer le processus rachitique. Rappelez-vous qu'un des trois frères soignés par Variot, Henri, déjà rachitique, cesse de marcher, à 7 ans, après une rougeole.

Vous n'ignorez pas que certains médecins attribuent un rôle important à la *syphilis congénitale* dans l'étiologie du rachitisme commun de la première enfance. Je n'ai pas le loisir aujourd'hui de discuter ce rôle. Il importe d'être très réservé à ce sujet. Mes élèves, M. Liège et Mlle Falguière, étudiant dans *Le Concours médical* du 11 mai 1930 *Les premières phases et les causes de la maladie rachitique* d'après les observations recueillies à la salle Husson, trouvent, sur 25 rachitiques de 2 à 13 mois, la syphilis certaine seulement dans 12 % des cas.

Chez les enfants atteints de rachitisme tardif la syphilis manque souvent. Dans les trois cas de Variot il n'y a pas trace de syphilis. MM Hutinel et Harvier écrivent : « La syphilis héréditaire ne paraît pas en cause ».

Il convient d'envisager également le rôle de la *tuberculose.*

Antonin Poncet et René Leriche, à l'*Académie de médecine*, le 8 octobre 1907, ont traité de la *tuberculose inflammatoire* et du *rachitisme tardif.*

Ils envisagent le rachitisme tardif primitif, « débutant inopinément vers 12 à 15 ans chez un enfant libre de toute atteinte rachitique », c'est-à-dire la scoliose, le genu valgum, etc... Pour eux, ce rachitisme est fréquemment causé par une infection atténuée et en particulier par la tuberculose. La tuberculose « agit, en pareil cas, comme tuberculose inflammatoire, sous des dehors inaccoutumés et en dehors des formules classiques ».

M. Marfan, dans la *Presse médicale* du 23 février 1910, a également étudié les rapports du *rachitisme* et de la *tuberculose*. Il admet un *rachitisme tuberculeux*, relativement rare, d'ailleurs.

Ce rachitisme apparaît vers la fin de la première année ou au début de la deuxième. Chez les tuberculeux occultes, ayant seulement une cuti-réaction positive à la tuberculine, le rachitisme est en général assez marqué, parce que les réactions médullaires suscitées par l'infection bacillaire sont vives et par suite les déformations osseuses importantes. Chez les tuberculeux probables ou certains, le rachitisme est généralement léger, parce que les réactions médullaires sont peu vives et, par suite, les déformations osseuses peu accusées.

L'existence d'un rachitisme tuberculeux ne me paraît pas bien établie et il est intéressant de rappeler l'opinion que Trousseau a relatée dans le tome II de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*

« On a dit... que la constitution scrofuleuse jouait un rôle capital dans la production du rachitis.

« Depuis longtemps je m'élève contre cette erreur... J'ai constamment trouvé une si grande disparité entre le rachitis et la scrofule... que non seulement le rachitis et la scrofule ne sont pas l'expression d'une même diathèse, mais

encore que les deux maladies s'excluaient généralement l'une l'autre. Cette loi, qui a été également formulée par M. J. Guérin, est si absolue, que, chez un individu rachitique, vous aurez, *a priori*, la certitude de la non-existence d'affections tuberculeuses ou scrofuleuses et que réciproquement, chez un enfant scrofuleux ou tuberculeux vous n'aurez point à redouter le rachitis.

« A cette règle générale il est, je le sais, des exceptions. On en a cité et je pourrais moi-même vous en citer des exemples. »

Je ne souscris pas, je n'ai pas besoin de le dire, à l'opinion de Trousseau, car les rachitiques deviennent tuberculeux aussi bien que les enfants non rachitiques. Huguette est tuberculeuse.

***

On sait peu de choses sur les TERMINAISONS du rachitisme dans la moyenne enfance.

M. Marfan, en 1914, dans *Le Nourrisson*, écrit que, sur quatre enfants, un a encore du rachitisme en évolution à 11 ans, tandis que, chez les trois autres, le processus s'est arrêté à 7 ou 8 ans, laissant des déformations définitives très prononcées, cypho-scoliose chez deux, genu valgum chez l'autre.

Les trois malades observés par Variot ont présenté une amélioration notable au bout de deux ou trois mois de traitement et l'amélioration se poursuivait lentement.

Le TRAITEMENT a une grande influence sur l'évolution et la terminaison.

C'est le traitement du rachitisme commun de la première enfance.

On impose *le repos* au lit ou sur une chaise-longue, en position correcte, pour éviter l'apparition ou l'exagération des déformations osseuses sous l'influence des actions mécaniques.

On insiste sur *l'hygiène générale* et notamment sur la vie au grand air et au soleil. Les séjours au bord de la mer ou à la montagne sont particulièrement utiles.

On prescrit un *régime alimentaire* approprié à l'âge, ainsi qu'à l'activité digestive et nutritive. On compose des menus avec des aliments d'origine animale, tels que le lait, les fromages, la viande, le poisson, le jaune d'œuf, et avec des aliments d'origine végétale, tels que les farines, les légumes frais et les fruits.

Dans certains cas on est obligé de prescrire, un régime spécial. Le garçon de 5 ans soigné par M. Jewesbury, qui avait une dyspepsie des graisses, a été amélioré par leur restriction.

Le régime suffit déjà à améliorer l'état des rachitiques même dans les formes où existent des troubles moteurs importants.

Chez les trois malades de Variot, auxquels il avait prescrit du lait stérilisé de la viande de bœuf crue, des œufs à la coque, des potages au riz, « une alimentation bien appropriée a fait céder assez vite des troubles fonctionnels moteurs manifestement en connexion avec des lésions du squelette, qui elles-mêmes, sont en voie de régression, et de disparition ».

Mais l'action du régime est lente : il faut simultanément employer divers agents thérapeutiques.

Les *rayons ultra-violets* et la *vitamine D* ont une action connue. Je ne m'y arrête pas, car, dans une leçon publiée par le *Journal des praticiens* du 21 juillet 1928, j'ai étudié *l'ergostérine irradiée par les rayons ultra-violets dans le traitement du rachitisme.*

Un régime alimentaire varié, les rayons ultra-violets et l'ergostérol irradié ont donné chez Huguette des résultats excellents.

Nous remarquons, d'autre part, chez elle, une grande amélioration de la tuberculose ganglio-pulmonaire, sous l'influence de l'alimentation de l'hygiène, du chlorhydrate de choline, des rayons ultra-violets et de l'ergostérol irradié.

Le traitement qui a convenu au rachitisme a aussi convenu à la tuberculose. Le fait n'est pas surprenant, car les mêmes règles thérapeutiques peuvent s'appliquer aux deux maladies. D'ailleurs MM. Levaditi et Li-Yuan Po, à l'*Académie de médecine,* le 13 mai dernier, MM. Simonnet et G. Tauret, à l'*Académie des sciences,* le 23 juin, ont montré l'action calcifiante de l'ergostérol irradié sur les lésions tuberculeuses expérimentales du lapin.

***

CONCLUONS

Huguette entre à l'hôpital à 5 ans et 3 mois avec des lésions rachitiques en évolution, présentant les caractères cliniques et radiologiques du rachitisme commun de la première enfance.

Ignorant son passé nous ne pouvons préciser s'il s'agit d'un rachitisme prolongé de la première enfance ou d'un rachitisme récidivant.

On est frappé par l'hypotrophie staturale et par l'impotence musculaire très grande, qui entraîne une véritable paraplégie du type Variot-Hutinel ; mais il n'existe pas de lésions du système nerveux.

Les causes sont les causes habituelles du rachitisme commun de la première enfance, c'est-à-dire l'hygiène générale et l'alimentation défectueuses, conséquence de la misère. Il n'y a pas de syphilis.

Huguette est atteinte, en outre, de tuberculose ganglio-pulmonaire. Peut-on parler de rachitisme tuberculeux ?

Je ne le pense pas. Sa tuberculose a peut-être contribué à exagérer le processus rachitique, mais n'en est pas responsable.

Les résultats du traitement par l'alimentation, les rayons ultra-violets, l'ergostérol irradié, le chlorhydrate de choline sont excellents. Actuellement, après six mois de traitement, Huguette est grandement améliorée : les déformations osseuses ont régressé, l'impotence musculaire est très diminuée, la croissance staturale se poursuit et la réduction staturale tend à diminuer, le poids augmente, l'évolution tuberculeuse semble arrêtée. Nous pouvons porter un pronostic favorable.

MATIÈRE MÉDICALE DERMATOLOGIQUE

Les Goudrons (1)

par Louis Bory

Les goudrons sont des produits de distillation de la houille ou du bois, contenant des carbures benzéniques et surtout des phénols, mais qui diffèrent beaucoup par une foule de composants ; la démonstration la plus simple vous en est donnée par la réaction acide du goudron végétal ou de Norvège et la réaction alcaline du coaltar, le premier contenant de l'acide acétique, le second des produits ammoniacaux.

Les goudrons de houille

Les goudrons de houille proviennent de la pyrogénation ou carbonisation de la houille, telle qu'on l'effectue dans deux grandes industries, celle du gaz, celle du coke métallurgique, qui toutes deux fournissent :

des gaz,
des liquides ou goudrons,
un solide, le coke.

Vous connaissez le goudron de houille **ou coaltar**, liquide noir épais, d'odeur caractéristique, c'est la forme courante que nous utilisons en dermatologie, depuis surtout que Dind (de Lausanne), puis Brocq nous en ont révélé les vertus.

A quoi tiennent-elles ? Il serait vraiment bien difficile de le dire, car on a pu identifier dans le goudron des centaines de composés chimiques définis ; on pourrait presque affirmer qu'il constitue une synthèse de toute la chimie organique non biologique : hydrocarbures multiples, composés oxygénés (phénols surtout), composés sulfurés (thiophènes), composés azotés (ammoniaque, amines, bases pyridiques et quinoléiques, pyrrol.....), etc.... Pour parodier un mot historique, dans ce mélange où il y a certainement du bon et du mauvais, la peau « sait reconnaître les siens ».

Car le goudron est incontestablement un excellent médicament cutané, auquel on peut reconnaître, parmi bien d'autres sans doute peu définissables, les qualités essentielles d'un *réducteur* et d'un *antiseptique*.

On le prescrit lavé, purifié, par séjour dans l'eau qui le débarrasse d'une partie de ses produits ammoniacaux. On l'emploie pur ou émulsionné dans l'eau, ou en teinture, ou en pommade.

Pur, il peut être considéré comme un véritable spécifique, d'après Dind, des eczémas suintants et des eczémas prurigineux. Avant de l'appliquer, on nettoie soigneusement les surfaces malades, en faisant par exemple une bonne pulvérisation ; on assèche, puis on applique une couche épaisse de coaltar ; on laisse sécher assez longtemps, puis on recouvre de talc. On ne renouvelle le pansement, si nécessaire, que lorsque la couche de goudron s'est spontanément détachée. Ce traitement peu coûteux donne d'excellents résultats.

L'*émulsion de coaltar* dans l'eau grâce à son mélange avec la teinture de Quillaya (coaltar saponiné du Codex : coalter 100 ; teint. de Quillaya 400) permet de l'employer même sur les régions pileuses, en lotions, dans le psoriasis ou dans le pityriasis du cuir chevelu par exemple.

Les vernis coaltarés à l'acétone sont commodes pour les petites surfaces et pour les pansements de jour.

Enfin, les pâtes au goudron (parties égales de coaltar, vaseline, lanoline) servent aux mêmes usages et sont plus particulièrement recommandées dans les cas de dermatite herpétiforme de Duhring.

Une variété de goudron, assez difficile à trouver actuellement et qui m'a paru très précieuse, en raison de son état naturellement fluide et de sa richesse en phénol et en naphtaline, est représentée par l'*huile lourde de houille* (huiles phénoliques du coaltar) un des produits de distillation du coaltar ; elle représente tout ce qui passe entre 200 et 270°.

Elle agit admirablement sur la *dishydrose*, cette variété d'eczéma à grosses vésicules, si prurigineuse, qu'elle assèche en général en très peu d'applications. On l'étale très facilement au pin-

(1) D'après une Leçon faite à la Faculté de Médecine.

ceau, ce qui est un avantage sur le coaltar et on enveloppe de gaze.

La fluidité et le caractère volatil des composants de cette huile lourde font qu'elle agit autant à distance par pénétration percutanée que sur les points badigeonnés ; c'est ainsi que j'ai vu des psoriasis guérir à la suite d'applications larges, faites tantôt sur un point du corps (même sans lésions), tantôt sur un autre, tous les deux ou trois jours par exemple, sous un simple pansement d'ouate ou de gaze.

Il faut savoir que cette huile de goudron, qui ne provoque sur la peau intacte qu'une légère sensation de chaleur de peu de durée, donne cependant une sensation plus vive sur les peaux fines, la peau des bourses en particulier ; sur la peau excoriée elle occasionne une forte cuisson qui dure une dizaine de minutes.

Le *psoriasis*, les *eczémas* de toutes catégories, les *affections parasitaires* (gales, poux du corps et du pubis), tous les prurits peuvent bénéficier de cet excellent remède, auquel j'ajoute parfois de 3 à 10 % de soufre, incorporé à chaud, au bain de sable à 120° ou au bain-marie prolongé.

Que faut-il penser des dangers que laissent soupçonner à nos malades les rumeurs qui s'échappent de nos laboratoires touchant la cancérisation expérimentale chez les animaux à la suite d'applications répétées de goudron ?

L'expérience clinique n'a jusqu'à ce jour, à ma connaissance, rien révélé de semblable chez l'homme.

Le seul inconvénient des applications de goudron, un peu trop répétées, est la production de papules acnéiformes, qui disparaissent aisément dès qu'on cesse la thérapeutique coaltarée. Il faut donc savoir l'interrompre à temps et pendant quelques jours.

Les goudrons végétaux, que nous allons maintenant envisager ont les mêmes inconvénients, que synthétise l'acné cadique.

Les goudrons de bois

Les goudrons de bois ont des propriétés un peu différentes suivant les bois employés pour la distillation. Les plus connus sont le goudron de pin et l'huile de cade de genévrier.

Le **goudron de pin** (goudron de Norvège), a l'aspect d'une matière noire épaisse, à odeur caractéristique, rappelant celle de la créosote. Il contient en effet, outre des carbures benzéniques, de l'alcool méthylique, de l'acide acétique, une forte proportion de phénols et de gaïacol, constituants essentiels de la créosote, produit complexe, obtenu en partant des huiles créosotées, sortes d'huiles lourdes, passant au moment de la distillation du goudron entre 120 et 280° et qui sont l'équivalent des huiles lourdes du coaltar.

Les HUILES CRÉOSOTÉES ne sont pas utilisées ; de même que les huiles phénoliques ci-dessus, du coaltar, elles auraient cependant d'utiles indications cutanées.

La *créosote*, elle-même, produit neutre au tournesol, est peu employée et mériterait de l'être davantage, en pulvérisations, ou en pommades ou en topiques glycérinés.

Elle fait partie de la pâte verte de Unna au trichlorure d'antimoine, contre les lupus. Voici deux préparations qui l'utilisent aussi.

Pommade contre les engelures (DEVERGIE) :

Extrait thébaïque		0 gr. 10
Créosote	ââ	X gouttes
Sous-acétate de plomb liquide		
Axonge		30 gr.

Pour pulvérisations (TAPRET) :

Créosote	10 gr.
Glycérine	20 gr.
Alcool	200 gr.
Eau ... Q. s p.	1.000

Pour ce qui est du goudron brut lui-même, goudron de pin, en raison de sa réaction acide, il ne saurait être employé tel quel, car il est plus irritant que le coaltar. Je le mélange habituellement à l'huile de cade, en ajoutant à l'excipient une petite quantité de borate de soude.

Contrairement, au coaltar, c'est plutôt aux *dermatoses non suintantes* (eczémas chroniques squameux, psoriasis, séborrhéides...) que le goudron de bois est applicable. Il en est de même pour l'huile de cade.

L'huile de cade de genévrier

L'huile de Cade de genévrier est un des médicaments les plus précieux et les plus employés, comme modificateur des réactions cutanées. C'est avec la chrysarobine un des meilleurs médicaments d'attaque de la *poussée psoriasique*. Les formules qu'on en peut donner sont très nombreuses.

Lorsque le psoriasis est limité à quelques plaques, on peut se contenter, c'est le plus pratique, d'appliquer des emplâtres à l'huile de cade comme on en trouve dans le commerce ou du collodion cadique (H. de Cade, 5 gr. ; collodion à l'acétone, 100).

Lorsque le mal est étendu, c'est aux glycérés, aux pommades et aux bains généraux qu'on peut avoir recours :

Glycéré faible :

Huile de cade		15 gr.
Glycéré d'amidon		85 gr.
T. de quillaya	ââ	Q. S.
Essence de girofle		

Glycéré fort :

Huile de cade	50 gr.
Glycéré d'amidon	45 gr.
T. de quillaya	5 gr.
Essence de girofle	Q. S.

Les *bains cadiques*, préconisés surtout par Balzer sont très actifs et moins désagréables que les applications de pommades ou de glycérolés surtout, qui entraînent inévitablement le séjour à la chambre et qui sont si pénibles, tant à cause de l'odeur si spéciale de l'huile de cade que de la sensation de corps visqueux sur tout le corps et des ravages causés par le goudron sur les vêtements. Le bain journalier à l'huile de cade limite l'action du médicament, que l'émulsion et la chaleur humide favorisent. Pris le soir, le bain ne laisse le lendemain sur la peau qu'une odeur facile à masquer. En voici la formule :

Huile de cade	50 à 100 gr.
Extrait fluide de quillaya..	10 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Eau ....Q. s. p..	250 gr. d'émulsion.

A mélanger à l'eau d'un bain. Durée variable suivant tolérance (3/4 d'heure en moyenne).

Le *cérat cadique* :

Huile de cade	10 gr.
Cire blanche	10 gr.
Huile d'amandes douces	30 gr.

est mieux supporté par certains malades que les pommades, dont la plupart sont rapidement irritantes.

La *pommade de Wilkinson*, qui associe à l'huile de cade le soufre et le savon noir, est excellente, mais désagréable ; son emploi, qui doit se borner aux cas de psoriasis non irrités et pas trop étendus, est à surveiller :

Huile de cade / Soufre précipité	ââ 25 gr.
Savon noir / Axonge	ââ 50 gr.

L'huile de cade n'est pas qu'un agent antipsoriasique.

Toutes les affections squameuses peuvent bénéficier de son emploi (eczéma chronique, parakératoses, lichens, pityriasis) ; nous la prescrivons souvent aussi dans les *pelades*. Voici trois formules particulièrement utiles :

Soufre précipité / Camphre / Acide salicylique	ââ 1 gr.
Huile de cade	10 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.
Vaseline	30 gr.

(GAUCHER).

C. Eczéma, séborrhéides, lichen plan.

Cinabre	1 gr.
Huile de cade	10 gr.
Lanoline	40 gr.

(SABOURAUD).

C. Alopécies séborrhéiques.

Huile soufrée à 1/2 %	100 gr.
Huile de cade	10 gr.
Huile phosphorée à 1/500	40 gr.

(BORY).

C. Alopécies, pelades ; en onctions le soir sur tout le cuir chevelu.

Les inconvénients de l'huile de cade ne sont pas niables, malgré l'excellence du médicament : produit sale, malodorant, irritant à la longue (production d'acné cadique).

On trouve dans le commerce des huiles de cade désodorisées et même décolorées, dont l'activité diminuée est encore suffisante. Si les malades acceptent la couleur, on peut atténuer l'odeur par adjonction de baume du Pérou et d'eucalyptol (5 gr. de chaque pour 150 de mélange).

On peut également remplacer dans tous ses usages l'huile de cade par l'**huile de bouleau**, dont l'odeur de cuir de Russie est beaucoup plus acceptable et qui est aussi un goudron ; et d'après Sabouraud par l'**huile de cèdre**, qui n'est plus un goudron, mais une essence. Ces succédanés ne valent pas l'huile de cade, mais peuvent lui être substitués dans le traitement des affections pityriasiques, squameuses, du cuir chevelu et de la barbe.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Prenons garde au rhumatisme blennorrhagique ; méconnu en raison de son polymorphisme, il cause parfois des erreurs thérapeutiques.

D'après J. LACAPERE (1).

Le rhumatisme gonococcique, type des pseudo-rhumatismes infectieux, présente, à cause de la multiplicité de ses formes, des difficultés de diagnostic parfois insolubles par la clinique seule. L'important est de savoir que toute manifestation pathologique articulaire ou péri-articulaire peut être d'origine gonococcique, alors même qu'il n'existe actuellement aucun symptôme apparent de gonococcie génito-urinaire.

I

Les principales formes du rhumatisme blennorhagique.

La polyarthrite aiguë gonococcique.

La polyarthrite aiguë gonococcique rappelle la maladie de Bouillaud. Parfois brutale, elle débute par une douleur articulaire. D'autres fois, elle est précédée de prodromes banaux : fatigue, pâleur, courbature, fièvre, traduisant la phase de septicémie gonococcique à point de départ génital. Il n'y a pas d'angine. La douleur articulaire est vive (surtout au début), le gonflement marqué, l'impotence fonctionnelle très accusée, et, fait notable, les mouvements passifs eux-mêmes sont pénibles : il y a arthrite. En quelques heures ou en quelques jours, le rhumatisme s'étend atteignant 3 ou 4 articulations, parmi lesquelles souvent une ou deux articulations digitales, métacarpiennes ou costales. Quand une nouvelle articulation s'enflamme, il n'y a aucune amélioration dans l'état de celles qui l'avaient été antérieurement.

L'analyse de la douleur montre bien que son siège est *articulaire,* c'est dire qu'elle est provoquée par l'exploration de l'interligne, des culs-de-sac synoviaux, des bourses séreuses, des ligaments, des tendons et même des muscles ; elle est calmée seulement par un repos absolu.

A l'examen, l'articulation est modérément tuméfiée ; les téguments sont infiltrés, de coloration peu modifiée, plus chauds que normalement. L'œdème noie les reliefs osseux ou tendineux et s'accroît parfois de la présence d'une hydarthrose. Les muscles présentent une amyotrophie remarquablement précoce ; il faudra d'ailleurs y pallier sans retard, pour ne pas aggraver le pronostic local.

Dans la règle, il existe en même temps une fièvre oscillant entre 38° et 39°, avec son cortège : accélération du pouls, anorexie, langue saburrale, céphalée, constipation. Les urines sont plus rares, plus foncées, sans albumine ; chose curieuse, mais habituelle, s'il existait un écoulement uréthral, il a disparu, ou, au moins, son abondance s'est considérablement réduite.

Comment écarter l'hypothèse du rhumatisme articulaire aigu franc ? En voici les principaux éléments.

L'angine du début, les sueurs font habituellement défaut. Les urines ne sont pas modifiées. L'examen du sang montre une leucocytose polynucléaire marquée, *sans anémie.* Le salicylate de soude n'agit pas. D'une façon générale, la fièvre est moins élevée, et peut disparaître sans qu'il survienne aucune amélioration dans l'état des articulations.

Enfin, l'examen général du malade ne montre aucune altération pulmonaire ou cardiaque. Il faut savoir, en présence d'un rhumatisme, qui ne donne pas de localisation endo-myo- ou péri-cardique, *pratiquer un examen génital détaillé et rechercher dans les antécédents l'existence d'une atteinte gonococcique.*

Car, il ne faut pas attendre, pour poser le diagnostic, l'évolution lointaine du rhumatisme gonococcique, qui est bien différente de celle du rhumatisme articulaire aigu. Pour la gonococcie, l'évolution peut amener la résolution des phénomènes les plus vifs, mais des recrudescences locales sont à craindre : souvent, alors que la plupart des articulations touchées reprennent peu à peu leur apparence normale, l'une d'elles, la plus anciennement intéressée d'habitude, va rester le siège d'une inflammation subaiguë, qui, au bout d'un long temps, et après des intermittences évolutives, aboutira, si on n'y prend garde, à des lésions ankylosantes définitives. Bref, il y a tendance manifeste à la chronicité et à l'ankylose ; nous reprendrons un peu plus bas l'étude de cette forme subaiguë ou chronique.

L'arthrite pseudo-phlegmoneuse blennorrhagique.

Autre forme grave, remarquable également par sa brutalité. C'est en quelques heures, en une

(1) Jean LACAPÈRE. — Rhumatismes blennorrhagiques. (*Le Bulletin Médical,* 7 mars 1931.)

nuit qu'elle se constitue ; et l'extrême acuité des douleurs ainsi que la rapidité du gonflement rappellent l'orchite blennorrhagique.

Les localisations sont variables.

Au genou, par exemple, le gonflement extrêmement marquée noie les saillies et dépressions normales. L'aspect est pseudo-phlegmoneux, c'est-à-dire que les téguments sont rouges, luisants, chauds avec des traînées inflammatoires d'aspect lymphangitique suivant les gaines tendineuses ; d'autre part, le membre est en flexion reposant sur son bord externe ; l'impotence est absolue. *On a faussement l'idée de pus*, et cette impression s'accentuera les jours suivants, quand l'infiltration inflammatoire sera violacée par endroits et qu'on percevra une pseudo-fluctuation. Mais, *à aucun moment, il n'existe d'adénopathie.*

La palpation donne peu de renseignements précis. On perçoit un empâtement, un blindage péri-articulaire ; cette carapace est parfois si résistante qu'elle fait penser à une hypertrophie osseuse condylienne. On ne peut affirmer s'il y a, ou non, hydarthrose ; celle-ci est, en tous cas, toujours peu abondante.

Au poignet, voici l'aspect de l'arthrite pseudo-phlegmoneuse : l'œdème gagne le dos de la main et immobilise celle-ci comme enclouée sur l'avant-bras, les doigts écartés, la première phalange en extension, les autres à demi-fléchies. L'articulation radio-carpienne reste ankylosée, et bien souvent les doigts eux-mêmes sont partiellement immobilisés.

A la cheville, le pied a tendance à se placer en équinisme, ; il est d'ailleurs capital de corriger dès le début cette déformation, afin d'obtenir au moins une ankylose en bonne position.

En effet, si l'arthrite pseudo-phlegmoneuse est abandonnée à elle-même, des dégâts considérables surviennent rapidement par suite d'un double processus plastique et destructif. Dès que la disparition des douleurs provoquées permet un examen de la jointure, on découvre un ankylose complète en mauvaise position, aggravée encore par l'atrophie des muscles et la rétraction de leurs tendons ; la destruction des ménisques et des ligaments a pu créer des subluxations.

Comment écarter l'idée d'un phlegmon ?

Voici un fait paradoxal, capable de nous mettre sur la voie du diagnostic : *dès que la fluxion locale a atteint son maximum, la température s'abaisse rapidement* : celle-ci, qui, le jour de la fluxion, s'était élevée jusqu'aux environs de 39°, est retombée le lendemain ; le plus souvent, le malade est devenu apyrétique.

Cependant, la douleur, l'insomnie persistent ; puis, *tandis que les signes infectieux ou toxiques disparaissent d'une manière progressive et assez rapide, l'état local ne subit presque aucune modification.* Les douleurs spontanées s'amendent au bout d'une huitaine de jours ; mais les douleurs provoquées très pénibles persistent durant des semaines, à l'occasion même des mouvements passifs.

Dès lors aux signes précédents, s'ajoutent, comme *caractéristiques* : *l'acuité des douleurs, leur persistance*, et aussi l'importance de l'*atrophie musculaire.*

La pyarthrose blennorrhagique.

Même début que pour la forme précédente, mais *la température reste élevée*, présentant parfois de grandes oscillations ; localement la *tuméfaction s'accroît* ; les téguments œdématiés prennent la coloration rouge, puis violacée, indiquant nettement la présence du pus (on sait aujourd'hui, contrairement aux opinions anciennes, que le gonocoque peut parfaitement provoquer la suppuration d'une jointure) ; le liquide synovial devient de plus en plus abondant ; les *douleurs persistent*, et l'état général du malade s'altère progressivement.

Dans cette forme, on peut redouter un état septicémique, capable de déterminer la mort en quelques jours. Il est donc indispensable d'intervenir, et surtout de suivre de près, par des ponctions, l'état du liquide intra-articulaire, afin de prévenir des complications locales (décollements musculaires, fistulisations), ou à distance.

Dans cet ordre d'idées, la plèvre, les poumons, les reins peuvent être touchés, mais, avant tout le *cœur*, contrairement à ce qui se passe pour la polyarthrite aiguë gonococcique ; il s'agit alors d'*endocardite maligne*, à pronostic fatal. La péricardite est plus rare. On a signalé des localisations vasculaires, phlébites et artérites.

C'est dans ces cas de suppuration qu'il est le plus facile de mettre le gonocoque en évidence, soit très souvent *par l'examen direct*, soit dans tous les cas *par la culture de l'épanchement synovial.*

Les arthralgies.

La polyarthrite aiguë gonococcique, parfois discrète, se manifeste uniquement par des arthralgies ; d'autres fois, elle est précédée ou suivie des arthralgies.

Malgré l'absence de lésions articulaires, les *douleurs* sont ici particulièrement importantes, et, *lorsqu'on les constate, il faut*, en l'absence d'une cause évidente, *toujours penser à rechercher le gonocoque.* Cette forme peut, en effet, parfaitement être l'origine d'un rhumatisme chronique progressif.

L'hydarthrose blennorrhagique.

L'infection blennorrhagique frappe souvent, et d'une manière isolée, le genou, après une période infectieuse très courte, caractérisée par un peu de fièvre et quelques arthralgies. Le genou se

distend, mais typiquement, sans aucun phénomène inflammatoire péri-articulaire. A l'examen, la douleur est modérée, et le choc rotulien se perçoit nettement, si le liquide n'est pas trop abondant. La pression de l'interligne n'est que peu douloureuse ; au repos, l'indolence est complète.

Les phénomènes généraux font entièrement défaut, sans signes d'infection générale. L'*atrophie musculaire, très précoce, se développe avec rapidité,* et peu à peu, il se constitue une laxité ligamentaire incompatible avec la solidité de la jointure. D'autres fois, l'épanchement va en diminuant, mais il récidive à la moindre tentative de marche, et l'évolution se fait vers l'ankylose.

La *nature de l'affection se décèle par l'examen du liquide* épais, verdâtre, visqueux, séro-purulent dans 80 % des cas. La formule est caractéristique au début par la polynucléose, plus tard, par la lymphocytose. Il est exceptionnel d'y trouver le gonocoque à l'examen direct ; mais *par culture,* on peut l'y déceler huit fois sur dix.

L'arthrite plastique ankylosante.

Parfois primitive, l'arthrite plastique ankylosante est aussi l'*aboutissant d'une évolution chronique de l'une quelconque des formes précédentes.*

Or, il ne faut pas voir dans cette chronicité une cicatrice, un reliquat d'infection, mais bien un véritable processus fibreux évolutif, *susceptible de poussées subaiguës.* Les phénomènes inflammatoires persistent très souvent et l'ankylose définitive indolente, n'est obtenue très souvent qu'après des années d'impotence, de poussées douloureuses, de gonflements articulaires. On aboutit ainsi à la destruction des cartilages de surfaces articulaires, à l'ossification de la capsule, des ligaments, à l'hyperostose des épiphyses. La douleur est peu importante au repos ; elle est souvent très vive par le mouvement spontané ou provoqué.

A l'inspection, la jointure est très légèrement augmentée de volume ; les creux sont estompés par un empâtement discret. Les téguments paraissent lisses, parfois 37°8 ou 38° au moment des poussées.

Cette évolution chronique est surtout primitive au niveau des petites articulations. Aux pieds, les ligaments enflammés se laissent distendre par le poids du corps ; la voûte plantaire s'affaisse, et il se constitue ainsi un *pied plat, douloureux.* Ce sont donc les phénomènes douloureux qui occupent ainsi la première place. Le pied est globuleux, élargi en arrière sous les malléoles, et la radiographie y montre l'affaissement de la voûte, l'ostéoporose, le tassement astragalo-calcanéum, les exostoses sous-calcanéennes qui sont le substratum anatomique de la talalgie.

Aux mains, ce rhumatisme siège seulement sur les articulations des phalanges entre elles, sur les articulations métacarpo-phalangiennes, carpo-métacarpiennes ; par son aspect, il rappelle le rhumatisme goutteux ; d'où son nom de *rhumatisme pseudo-goutteux.*

Au *gros orteil,* la localisation gonococcique prend en pareil cas, l'aspect de la goutte, mais d'*une goutte qui serait indolente, en dehors de la palpation et des mouvements.*

La *spondylose rhizomélique* (ankylose de la colonne vertébrale, des hanches, des épaules, quelquefois des genoux), *est, dans la grande majorité des cas, une gonococcie vertébrale.*

L'arthrite gonococcique chez l'enfant

On a insisté récemment sur sa fréquence ; elle complique l'ophtalmie purulente des nourrissons, l'uréthrite et la vulvite des petites filles. Le diagnostic est difficile, parce qu'on n'y pense pas, et cependant la preuve de la présence du gonocoque a été faite souvent tant par les examens de liquides articulaires prélevés par ponction que par la coexistence d'autres infections oculaires ou génitales.

II

Le diagnostic du rhumatisme blennorrhagique

En plus des diverses indications, mises en relief à propos de chacune des formes du rhumatisme blennorrhagique, certaines directives générales méritent d'être rappelées.

Ainsi, on ne croira pas trop longtemps au rhumatisme articulaire aigu, et, à ce propos, il ne faudra pas espérer voir un traitement salicylé devenir actif au bout de plusieurs semaines. On devra donner rapidement du salicylate de soude à haute dose, ne pas craindre 8, 10, 12 gr. quotidiens et au besoin 2 à 3 gr. intra-veineux, puis cesser en une semaine au maximum, si la preuve d'efficacité n'est pas faite.

L'adjonction de soufre colloïdal sera tentée en dernier ressort ; en cas d'échec, on pourra pratiquement affirmer l'existence d'un pseudo-rhumatisme infectieux, et abandonner l'idée du rhumatisme franc aigu.

A partir de ce moment, il faut systématiquement chercher le gonocoque. A côté des examens cliniques, toucher rectal chez l'homme pour déceler une prostato-vésiculite, examen de l'urine et des filaments, toucher vaginal chez la femme, examen et culture des sécrétions utéro-vaginales, il faut pratiquer d'autres examens de laboratoire : examen cytologique et bactériologique du liquide synovial ; en cas d'hydarthrose, biopsie, car le gonocoque vit dans les franges synoviales ; hémocultures sur bouillon-ascite, répétées au besoin hors d'une recrudescence thermique ; séro-diagnostic, cuti-réaction, et surtout réaction de fixation du type Bordet et Gengou ou gono-réaction.

En cas de septicémie, éliminer toutes les autres causes d'infection (nez, dents, tube digestif, etc., etc.).

La radiographie ne permet pas la différenciation des formes diverses du rhumatisme gonococcique ; elle est surtout nécessaire pour préciser l'état des surfaces articulaires, et prévoir l'avenir de la jointure.

III

Le traitement

En fait de *prophylaxie,* il ne suffit pas de guérir la blennorrhagie génito-urinaire ; d'ailleurs la clinique est impuissante pour affirmer la guérison d'une gonococcie, et, *avant de cesser tout traitement,* une gono-réaction est éminemment recommandable.

I. — *Quand le rhumatisme aigu gonococcique a éclaté,* une notion domine : c'est de provoquer par tous les moyens, la résorption de l'œdème, dont la persistance a entraîné des dégénérescences leucocytaires et tissulaires, qui sont à l'origine de la plupart des lésions (suppuration, ou déchéances des éléments normaux et finalement ankylose), et aussi de la douleur, de l'impotence, de l'atrophie musculaire.

On accorde la préférence à la protéinothérapie générale non spécifique ; toutes les méthodes sont bonnes ; il faut savoir les manier et ne pas provoquer inutilement un choc non contrôlable.

J. Lacapère emploie l'argent colloïdal électrique, à la dose de 10 cmc. intramusculaire (jamais intraveineux), pendant trois jours consécutifs, en provoquant une dérivation intestinale par l'administration de calomel à faible dose, le premier et le troisième jour. Vingt-quatre heures après la première injection, on peut dire que les douleurs ont cessé. La fièvre persiste rarement au delà du 4e ou 5e jour, et la fluxion locale est enrayée immédiatement.

D'autres procédés de protéinothérapie ont été conseillés (sérothérapie spécifique, et même non spécifique), de même que la protéinothérapie vaccinale (Françon et Weissenbach).

La chimiothérapie du rhumatisme gonococcique est dominée par les arsénicaux et le mercure, auxquels viennent s'ajouter les colorants, gonacrine, etc.

L'auteur s'adresse à la protéinothérapie générale non spécifique, ou exceptionnellement locale et spécifique sous forme de sérum antigonococcique intra-articulaire, s'il y a suppuration, et cela en y associant la thérapeutique par l'argent colloïdal intra-musculaire. L'intervention chirurgicale semble devoir être rarement conseillée.

II. — *Dans les cas chroniques,* la conduite à tenir est difficile. S'il s'agit d'une *mono-arthrite,* il faut essentiellement après recherche d'un foyer latent, et essai de désinfection ou d'immunisation, *appliquer un traitement local* : injections locales d'huiles iodées ou iodo-soufrées, massage, applications thermiques, électriques, actiniques, radio ou radiumthérapiques.

En cas de *polyarthrite* chronique, c'est la question de *terrain,* qui prime, car, *la durée de l'évolution dépend plus des réactions de défense du sujet que de la virulence du germe* qui l'infecte. Traiter la syphilis héréditaire (arsenic, bismuth ou mercure, donnés tôt, à doses faibles et prolongées), la tuberculose (essais d'immunisation générale par voie dermique en associant des protéines gonococciques à de la tuberculine).

L'essentiel sera toujours de reconnaître précocement le rhumatisme gonococcique pour attaquer, si possible, le foyer initial, puis la lésion articulaire, et le terrain.

G. F.

ACCOUCHEMENTS ET ANTISEPSIE OU ASEPSIE A LA CAMPAGNE

(Notes de pratique personnelle)

A la suite de la publication du travail du Professeur agrégé H. Vignes, accoucheur des hôpitaux, sur *l'Obstétrique à la campagne* (8 mars 1931) et de la courte note dont je l'avais fait suivre, j'ai reçu, d'un confrère normand que je connais, l'originale relation suivante : je suis d'accord avec M. Vignes pour la publier, tout en faisant remarquer que le pis-aller auquel il se soumet volontiers ne saurait être considéré comme un idéal ni même comme un exemple à donner. Compte tenu de la résistance plus grande des paysannes et des conditions plus favorables créées par un air pur et l'absence d'encombrement, je félicite notre confrère de la chance qui l'a favorisé et ne saurais pourtant aller audelà.

G. D.

Quand je m'installai dans la campagne normande, il y a des années, j'étais loin d'être un fort en accouchements. J'en avais vu de simples, quelques-uns aux fers, je n'en avais fait aucun moi-même ; jamais je n'avais assisté à une version ni à une délivrance artificielle ; mais j'avais une fois entrevu sur un mannequin, aux travaux pratiques, la manœuvre de la version et celle du

forceps. Mon prédécesseur n'aimait et ne faisait ni les visites de nuit ni surtout les accouchements ; il ne fallait pas compter sur son aide; depuis longtemps il se faisait remplacer par des matrones.

Comme je voulais tout faire dans la médecine, mes jeunes yeux en embrassaient tout l'horizon avec confiance : que les temps sont changés ! Je remerciai toutes les matrones attitrées de mon prédécesseur. Et seul, jeune imprudent, armé de son petit bagage scientifique et d'un Pajot, je me lançai hardiment à travers l'arène obstétricale. *Audaces fortuna juvat* !

Dès le début, j'eus bien peur quand une naine flanquée d'un grand mari, c'est l'habitude, et une estropiée marchant sur des béquilles et des moignons de jambes, vinrent m'annoncer leurs couches prochaines et me demander mon concours. Comment la naine allait-elle pouvoir rendre la graine agrandie de son grand diable d'homme ! Quelle malformation devait avoir le bassin de l'autre ! Celle-ci, je la débarrassai facilement avec mon forceps, c'était ma première application. Et j'allais à l'autre à pied à un kilomètre, par une nuit noire, entouré de terribles pressentiments quand en arrivant, j'appris que tout était terminé : quel bonheur !

Mais bientôt, me vint mon premier embarras, et il fut grand, chez une multipare bien constituée ; son enfant s'arrêtait obstiné au détroit supérieur et je ne pouvais pas avec mes fers arriver à le saisir ; vers 2 heures du matin, j'appelai un confrère au secours, j'en appelai un autre vers 7 heures, et je fis implorer mon prédécesseur vers 11 heures ; aucun ne vint avec une bonne raison pour excuse. A midi je réussis enfin, après une dernière tentative : j'avais eu chaud.

Une seule fois (j'ai toujours endormi moi-même mes malades au chloroforme) un confrère m'a aidé et dans un cas où il y avait plus de fatigues à endurer que de difficultés à vaincre. Chez une vieille fille de 40 ans, le col était fermé; il fallu le dilater avec une laminaire; puis, avec deux et ensuite avec un et deux doigts pour arriver à pouvoir appliquer les fers et terminer le tout après plusieurs heures d'efforts.

Pour ma première version, j'ai eu la chance de rencontrer un bassin large, une femme qui avait eu beaucoup d'enfants et un enfant qui a tourné facilement dans le sein de sa mère. Le courage m'en est venu pour toutes les autres versions.

Dans toute ma pratique obstétricale, et je n'ai jamais conduit une femme à l'hôpital, le plus grand mal que j'ai eu, et cela, depuis la guerre, c'est chez une grande et grosse fermière aux hanches larges, au corps puissant, deux fois de suite à deux ans d'intervalle. La première, après un certain temps écoulé, j'ai dû l'endormir pour savoir où en était le travail et la dilatation, mon doigt ne pouvant pas atteindre le col. Quand j'ai pu mettre les fers au détroit supérieur, j'ai tiré longtemps en vain, j'ai même fini par écraser la tête qu'enfin j'ai pu avoir : le corps énorme n'est sorti qu'après d'autres durs efforts. A la seconde couche, la tête est venue avec le forceps assez facilement, mais, pour avoir le corps, j'ai bien cru arracher la tête en tirant sur elle longtemps. La troisième fois, ah ! ce n'est pas moi qui en ai eu le mal, deux confrères s'y sont escrimés, ont dû laisser une partie dedans, la tête ou le corps, je ne sais, et ont fini par porter mourante à l'hôpital la parturiente, qui y est morte en arrivant.

Aussi n'est-ce pas sans raison que je n'aborde encore jamais un accouchement sans crainte, mais que je ne me décourage non plus jamais quand les apparences semblent redoutables.

J'en ai perdu, comme les autres, dans le cours de ma longue pratique : une d'hémorragie en nappe après un dur accouchement aux fers ; appelé près d'une autre qui m'attendait en même temps, je n'ai pu l'entourer des soins que j'aurais voulus. Trois ont succombé à la fièvre puerpérale, il y a plus de 25 ans. Et tout dernièrement une 5e, prise d'hémorragie utérine au moment d'une couche très facile, dont je n'étais pas encore averti, est partie après huit jours dans la paralysie et le coma. Son enfant, très petit et très faible, l'a suivie quelques jours après. C'est tout ; à moins que mon souvenir lointain, ce que je ne crois pas, en ait oublié.

Tel est mon bilan qui est aussi sincère que possible. Est-il mauvais si on le considère comme étendue sur l'espace de plus de quarante années sans sage-femme à côté, avec un très grand nombre d'opérations dont je ne puis déterminer le chiffre ? je ne le crois pas.

Et cependant, je suis loin, bien loin de pratiquer l'asepsie et l'antisepsie avec les règles que l'on recommande.

J'arrive et je me lave les mains à l'eau tiède ou froide selon la saison ; je trempe mon doigt dans un peu d'huile d'olive et je fais mon premier examen que je ne renouvelle pas souvent, pas assez souvent au gré des mamans et des parturientes, et toujours de la même manière. Si je me sers des fers, ils sont plongés dans l'eau tiède et l'huile va les lubréfier. Le même cérémonial est utilisé pour les versions. L'accouchement terminé et le cordon lié et coupé, j'attends vingt minutes ou la venue de coliques, et j'achève la délivrance. Rarement elle demande plus longtemps. Je lave ensuite l'accouchée à l'eau bouillie tiède. Quand elle est trop chaude et qu'il n'y a pas d'eau bouillie froide, on la refroidit avec l'eau ordinaire. Et cette eau n'est pas souvent d'une grande pureté. Prise dans les mares de la cour, la moins salie par les animaux, elle a besoin d'être passée à travers un linge, à défaut d'un

filtre qui est bien rare. Quelquefois, l'été, dans les sécheresses, elle présente une teinte jaunâtre due en partie à des animalcules qui ne sont pas invisibles, même à l'œil nu. Un chiffon de toile sur la plaie, les vêtements changés et les draps non souillés recouverts d'un drap plié propre, voilà l'accouchement terminé, le plus simplement possible et d'une manière à la portée de toutes les familles pauvres et riches.

L'endroit blessé, je le fais tous les jours laver quatre fois avec de l'eau phéniquée faible mêlée d'eau de Cologne qui sent bon. Je réserve et j'ai toujours réservé les injections pour les complications fébriles et pour les coliques trop pénibles où elles réussissent.

Chers confrères, vous êtes scandalisés ; tant que je réussirai comme je l'ai fait, assez bien, jusqu'ici, je continuerai. Que feriez-vous à ma place ? C'est si commode pour tous dans tous les milieux et sans inconvénients jusqu'ici ?

A mes débuts, je voyais souvent les garde-malades prendre des vases de nuit lavés succinctement pour y mettre l'eau tiède qui servait à nettoyer les accouchées. J'ai fait cesser cet usage, mais je ne lui ai jamais vu de conséquences fâcheuses car je ne l'ai jamais surpris chez mes fiévreuses ni chez mes décédées.

Autrefois elles accouchaient toutes sur de grands sacs à moitié pleins de paille ou de menue paille, la tête relevée par une chaise renversée, un oreiller dessus et les pieds appuyés sur le rebord de l'âtre. Je trouvais le système très pratique. Les pieds arcboutés contre l'âtre donnaient de la force aux poussées et l'accoucheur surélevé maniait le forceps avec une plus grande puissance. Un grand feu dans la cheminée rendait l'hiver l'attente plus agréable et la délivrée retrouvait son lit plus propre et mieux fait.

Une fois, j'ai vu la parturiente étendue sur le sac et le sac sur une brouette dont les branches étaient reliées par une traverse sur laquelle, la femme appuyait ses pieds : ce n'était pas mal pour l'aider à pousser.

Maintenant toutes accouchent sur leur lit ; ce n'est pas plus facile pour l'accoucheur, et le lit n'en est pas plus propre ni plus doux après l'opération malgré toutes les précautions prises.

La propreté, la simple propreté m'a toujours paru suffisante et nécessaire. Et combien encore arrivent à s'en passer ou à s'en servir d'une manière très imparfaite ! Une malheureuse n'avait à mon arrivée ni linge ni habits, ni feu, ni bois, ni allumettes, ni personne, et l'enfant venait.

Je les laisse se lever le 5e jour un moment pour commencer, s'il n'y a pas de fièvre, après un léger laxatif, s'il est besoin, le 4e jour au soir ; mais souvent elles se lèvent auparavant même le 3e et le 2e jour. Une accouchée aux forceps portait le 3e jour deux seaux pleins d'eau grasse pour ses animaux quand j'ai été à ma dernière visite. Et la malheureuse dont j'ai parlé circulait à plus d'une lieue de son domicile le 5e jour. En ont-elles eu des suites fâcheuses ? Ces deux-là vivent encore, ont eu d'autres enfants et se portent bien.

Dans ces conditions, la hernie utérine est-elle fréquente ? Je l'ai rencontrée deux ou trois fois, tout au plus parmi mes accouchées et après des couches très pénibles aux fers. Jamais non plus je n'ai eu de déchirure du périnée suffisante pour nécessiter une suture, ou même une agrafe de Michel. Elles ont toujours guéri toutes seules.

Vous ne le croyez pas, mais je n'ai là plupart du temps affaire qu'à des femmes qui travaillent jusqu'au moment des douleurs et résistent à toutes les fatigues et ne sont pas amollies par l'oisiveté et le bien-être : leur capacité de santé en est décuplée. Les femmes sauvages n'accouchent-elles pas assez facilement et ne reprennent-elles pas aussitôt leurs occupations ? Je l'ai du moins entendu dire.

Dans les accouchements comme dans les maladies, ce qui m'a paru toujours utile et nécessaire, c'est le régime ordonné d'après les circonstances et approprié aux possibilités de préhension et d'assimilation des organes digestifs dont les fonctions m'ont toujours semblé diriger et régler la tenue de l'ensemble du corps. Un peu de privation même ne peut qu'aider à leur action et à la liberté de leur jeu ; c'est leur entretien qui est la principale des préoccupations.

Permettez à un campagnard une comparaison que lui suggère son milieu : la culture du sol humain me paraît avoir un rendement supérieur à la culture des microbes en médecine. Voyez le nombre et l'utilité des régimes employés. L'étude du terrain a toujours concurrencé l'étude des agents extérieurs de la maladie.

Un médecin de la campagne normande.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Polynévrites ourliennes.

MM. G. Etienne et P. Gerbault rapportent un cas assez rare de polynévrite ourlienne. Au cours d'une affection ourlienne classique, indiscutable, le sujet présente en premier lieu une légère atteinte pancréatique, puis une orchite suivie d'une réaction méningée diagnostiquée cliniquement et biologiquement, enfin une polynévrite. L'atteinte pancréatique est survenue 4 jours après le début de l'atteinte parotidienne, l'orchite 6 jours, la réaction méningée 11 jours, et les phénomènes polynévritriques 18 jours après ce début.

Le sexe masculin, et l'adulte en particulier, sont plus touchés par cette complication, malgré la plus grande fréquence des oreillons chez l'enfant. Celle-ci apparaît toujours après une fluxion parotidienne ; et, dans presque tous les cas, il s'agit d'une atteinte ourlienne d'une intensité moyenne, peu sévère, sans hyperthermie élevée, ni phénomènes cérébraux graves.

Les phénomènes de début sont plus souvent sensitifs que moteurs ; le malade accuse des douleurs dans les membres, les articulations quelquefois. A la période d'état, les phénomènes moteurs sont constants, ne consistant que très rarement en paralysie complète, totale, mais bien plutôt en des phénomènes parétiques, beaucoup plus marqués au niveau des membres inférieurs, généralement progressifs. Les troubles sensitifs sont également la règle, jamais très intenses cependant, ni comparables aux douleurs des polynévrites éthyliques. Les troubles subjectifs consistent généralement en douleurs, fourmillements. Les réflexes sont toujours diminués au prorata de l'atteinte névritique. L'exploration électrique montre habituellement une réaction de dégénérescence, le plus souvent incomplète.

L'évolution de ces névrites ourliennes se fait toujours vers la guérison progressive, sans séquelle.

Quant à la pathogénie, on peut admettre que les lésions surviennent, dans de nombreux cas, à la suite de l'imprégnation des troncs nerveux par l'exsudat méningé, qui les engaine et les infiltre. (*Revue Médicale de l'Est*, 1er août 1930.)

Statistique d'opérations pour ulcères et cancers de l'estomac.

D'une série consécutive de 145 cas personnels d'interventions pour ulcères et pour cancers de l'estomac, le professeur F. Papin (de Bordeaux) tire les enseignements suivants.

Dans l'ulcère du duodénum, la gastro-entérostomie semble fournir les meilleurs résultats ; la résection, par duodénectomie, pratiquée avec succès dans quelques cas de cette statistique, n'est pas à rechercher systématiquement et reste exceptionnelle. Pour l'ulcère gastrique de l'antre pylorique et de la moité inférieure de la petite courbure, la résection par pyloro-gastrectomie présente au contraire tous les avantages ; elle assure au patient une meilleure qualité de la guérison en supprimant toute une zone gastrique toujours très altérée en pareil cas ; elle met à l'abri des erreurs, fort préjudiciables au malade, entre certains ulcères calleux et des cancers authentiques à leur début, impossibles à différencier. Enfin, dans les ulcères haut situés de la petite courbure, la même ligne de conduite est défendable, mais l'opération devient plus grave au fur et à mesure que l'ulcère est plus haut placé, et à cause de cela on est autorisé à se contenter souvent alors de la simple gastro-entérostomie. Dans leur ensemble, ces interventions dirigées contre l'ulcus ont une mortalité très faible, plus faible en tous cas que les risques que comportent les mêmes cas abandonnés à eux-mêmes (dégénérescences, perforations, hémorragies mortelles).

L'anesthésie locale est un facteur de bénignité, mais l'auteur estime qu'elle ne peut pas être absolument employée dans tous les cas (certains malades nerveux ou ceux dont le cas nécessite une large exploration lors de la laparotomie).

En fait de cancers gastriques, il est à noter que beaucoup de cas n'arrivent au chirurgien que très tardivement, cela n'étant pas toujours la faute du médecin, mais du mal qui est particulièrement sournois à son début et n'incite pas les malades à consulter. Aussi, faut-il recourir, lors des moindres troubles suspects, à la radiographie et surtout ne pas laisser passer, car ils sont plus facilement dépistables, les cancers succédant à un vieil ulcère ou se présentant sous le masque ulcéreux. F. Papin estime que la gastro-entérostomie pour cancer est une mauvaise opération, car elle comporte une mortalité opératoire importante pour un effet qui n'est que palliatif, et ne donne que très exceptionnellement une amélioration appréciable. C'est vers la gastrectomie que doivent tendre tous les efforts, pour la rendre moins grave et plus efficace. Dans l'état ac-

tuel d'opérations trop tardives, un opéré sur quatre de cancer gastrique seulement reste guéri à longue échéance. (*Le Scalpel*, avril 1930.)

Drainage osmotique et surdité.

Pour produire le drainage osmotique, il suffit de mettre sur la surface malade un liquide nettement plus hypertonique que le milieu interne. Il naîtra ainsi, à travers cette surface, un courant d'eau qui ira du milieu interne vers la solution externe et produira le lavage « a retro » désiré. On aura soin cependant d'éviter les substances toxiques ou irritantes, ou destructives de tissus, et de n'employer aucune substance ionisable. Le vulgaire sirop de sucre du Codex est de toutes les solutions possibles, celle qui convient le mieux.

Le Dr Henri FISCHER a démontré que le drainage osmotique, qui a déjà fait ses preuves en ophtalmologie et en dermatologie, pourrait guérir certaines surdités, non compris naturellement les cas de surdité par malformations congénitales des voies auditives centrales, par dysmorphies labyrinthiques, et par traumatismes violents. Cette médication ne concerne que les surdités survenues au cours d'otites sèches, d'otites catarrhales chroniques, d'otites adhésives, de l'otospongiose, d'otites séreuses.

En voici la technique :

1° Introduire tous les jours, suivant la même méthode que pour le tamponnement postérieur au cours d'épistaxis, deux tampons de gaze pliés et imbibés de sirop de sucre derrière le voile du palais. On les met tous les soirs, et on les enlève tous les matins (Les malades peuvent apprendre à le faire eux-mêmes).

2° Remplir les fosses nasales de sirop de sucre.

3° Fixer un nouveau tampon de gaze pour obturer chaque narine.

4° Quatre fois par jour, verser dans les fosses nasales une cuillère à café de sirop de sucre.

5° Verser dans les conduits auditifs, deux fois dans la journée, une demi-cuillerée à café de sirop de sucre, puis obturer l'oreille avec un peu de coton.

6° Tous les deux jours au début, puis tous les 8 jours, le spécialiste fera des badigeonnages du cavum au sirop de sucre.

7° Faire deux fois par jour un bain de gorge avec du sirop de sucre, avec sortie par les fosses nasales. Avoir soin de ne pas se moucher ensuite.

8° Faire également un badigeonnage sucré des amygdales et du pharynx matin et soir.

9° Faire pratiquer par le spécialiste trois fois par semaine le cathétérisme des trompes d'Eustache et injecter 1 à 2 cent. cubes de sirop de sucre (instrument spécial créé par l'auteur).

Bien entendu, avant de commencer un tel traitement, on devra s'assurer de l'état du nasopharynx, et, le cas échéant, on pratiquera au préalable, l'adénotomie, la résection des cornets ou des malformations de la cloison.

Par quelques observations rapportées, on voit l'indéniable secours que peut apporter ce procédé à la thérapeutique otologique. L'auteur espère ainsi arriver à guérir un grand nombre de sourds-muets si on sait intervenir à temps, pour rendre une audition, non pas peut-être parfaite, mais suffisante afin d'empêcher le sujet de ne point devenir infirme. (*Gaz. hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux*, 12 octobre 1930.)

Le dépistage précoce des localisations rénales.

Il serait nécessaire de découvrir au plus tôt la débilité rénale, phase préparatoire des néphrites. Mais, les localisations rénales elles-mêmes se reconnaissent difficilement au début. Cependant, le Dr PORGE (de St-Nectaire) expose, pour faciliter cette tâche, des recherches, toutes d'ordre pratique, mais qui doivent être méthodiquement réglées.

L'albuminurie doit être recherchée avec insistance, pendant plusieurs semaines encore, après toute infection (surtout s'il y a eu une localisation rénale passagère) à l'occasion de petites fatigues, d'incidents variés. On la recherchera dans toutes les émissions des 24 heures, une émission unique disparaissant le plus souvent dans l'ensemble de la journée. On la recherchera sous l'influence de la digestion, de la marche, etc. ; on recherchera aussi les moindres œdèmes.

Les renseignements les plus précis et les plus imprévus seront fournis par l'étude des sédiments que l'on a l'habitude d'écarter chaque fois que l'albumine, ce signe infidèle, inconstant et trompeur, est absent. On découvrira ainsi, après centrifugation, de rares cylindres hyalins, quelques hématies ; on les retrouvera les jours suivants ; on notera une légère bouffissure des paupières qui avait d'abord échappé : c'est une néphrite, qui évolue à bas bruit.

Il faut souligner toute l'importance des recherches cytologiques, chaque fois que l'on est amené à demander au laboratoire si l'albuminurie existe. Dans une néphrite avec albuminurie intermittente, la découverte d'éléments hématiques peut rétablir la chaîne apparemment interrompue. Combien de diagnostics d'albuminuries de croissances, d'albuminuries réputées orthostatiques, ont été réformés au microscope, fournissant trop souvent la preuve, par une reviviscence soudaine, de leur origine infectieuse.

Dans le culot des urines, conservées quelques heures, se produit parfois par alcalinisation du milieu la sédimentation d'une abondante flore de cristaux. On y trouve aussi divers déchets organiques, hématies le plus souvent, cylindres ; ces éléments fragiles se lysent, se décolorent avec une extrême facilité, et il importe de les saisir, quand ils sont là, car ils sont parfois les uniques

témoins d'une maladie, que rien ne révèle encore, et ils constituent un moyen de dépistage précieux. L'auteur a décrit une méthode d'enrichissement cytologique, qui aide à ces recherches; elle est dominée par deux conditions essentielles : la concentration physiologique des urines et leur utilisation très peu de temps après l'émission. On peut ainsi écarter un diagnostic erroné et s'orienter vers une meilleure thérapeutique, vers la guérison d'un malade, dont l'avenir aurait été sans cela compromis. (*Le Journal Médical français*, octobre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la fièvre ondulante d'origine bovine.

(M. Netter. — *Académie de Médecine* ; 24-2-1931.)

M. Netter présente un rapport sur la fièvre ondulante et discute la question de son origine caprine et bovine.

Le rôle de la chèvre et de la brebis infectées, comme celui de leur lait consommé à l'état cru ou des aliments souillés par les déjections provenant de ces deux espèces animales, dans la propagation de la fièvre ondulante, est unanimement reconnu. En dehors de ces sources de contagion la maladie peut aussi avoir pour origine une infection de la vache et du porc, et même, exceptionnellement, d'autres animaux, comme le chien.

Dans les conditions habituelles, l'infection de l'espèce bovine (avortement épizootique des vaches causé par le B. *abortus* de Bang, très voisin du B. *melitensis*), en dépit de sa fréquence, est sensiblement moins redoutable pour l'homme que celle des chèvres et des moutons. Pour ce qui concerne le lait des animaux malades, la stérilisation par simple ébullition suffit à détruire la virulence du germe (abortus et melitensis).

Quant à l'infection des bovidés, elle crée un danger *spécial pour* les personnes, ayant des excoriations aux mains ou aux bras, appelées à être en contact immédiat avec les germes contenus dans le suintement vaginal, les urines ou le contenu intestinal des vaches malades (vétérinaires, garçons vachers, équarrisseurs, etc.). Le port de gants, les lavages minutieux et fréquents des mains et des bras doivent être alors recommandés.

Dans les pays du nord de l'Europe et en France, des cas indiscutables de fièvre ondulante pour lesquels on a pu dénier tout rôle aux chèvres et aux moutons ont été publiés il y a d'assez nombreuses années déjà. On est en droit, même, de penser que le danger, pour l'espèce humaine, de la brucellose des bovidés a augmenté ces derniers temps.

L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. F. Dumarest et H. Mollard. — *Académie de Médecine* ; 24-2-1931.)

La technique de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire est assez délicate. On a préconisé les doses fortes et les doses faibles. MM. Dumarest et Molard dosent « sur mesure » et cherchent par tatonnement à fixer la dose optima pour chaque malade.

Pour éviter l'auro-intolérance (stomatite, érythrodermies, etc.) ils commencent par des quantités faibles : 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15. Si aucun incident ne se produit, ils continuent le traitement, en recherchant la dose efficace optima, variable avec les sujets. Chez certains malades, cette dose optima est faible ; chez d'autres, il faut arriver progressivement à 0 gr. 40 ou 0 gr. 50 pour obtenir des effets satisfaisants (chute de la température, reprise du poids, mieux-être, etc). Les auteurs font ces injections une fois par semaine ou, chez les patients résistants, et chez ceux traités par voie intra-musculaire, deux fois par semaine. Se souvenir aussi que l'or s'accumule en partie dans l'organisme. Après une quantité totale de 10 grammes, quelquefois plus tôt (tout ici est individuel) une intolérance physique peut se produire (aurides, amaigrissement, etc.) Suspendre alors quelque temps la médication.

Le pain « chimique ».

(*Académie de Médecine* ; 3-3-1931.)

Au nom d'une Commission composée de MM. Pouchet, Léon Bernard, Brouardel, Desgrez, Lapicque, Marchoux et J. Renault, M. Marchoux présente un rapport sur l'introduction des produits chimiques dit « améliorants » dans la farine.

L'auteur rappelle l'historique, connu, de la question. Le mot « améliorant », dit-il, a dû être employé en cette éventualité par un humoriste. Il n'est pas démontré que l'absorption quotidienne de peroxyde de benzoïle, de perborates ou de bromates soit inoffensive. Le pain doit être fait seulement de farine, de levure et de sel et le rapporteur propose les résolutions suivantes :

1° L'Académie, ne voyant aucune raison de modifier sa doctrine, condamne en bloc tous les traitements chimiques plus ou moins justifiés de la matière alimentaire ;

2° Elle considère que l'expérience ne peut jamais être assez prolongée pour permettre de juger de l'innocuité qu'est susceptible de présenter l'emploi des substances dites améliorantes dans un aliment de consommation quotidienne tel que le pain. L'action

nocive de ces produits peut ne se révéler que tardivement, quand les accidents dont ils sont responsables sont devenus irrémédiables. En conséquence, elle se prononce nettement contre l'addition à la farine de substances destinées au blanchiment ou de produits dits améliorants.

Anasarque mortelle sans néphrite

(MM. Ch. ACHARD, CACHERA et CODOUNIS. — *Académie de médecine* ; 17-2-1931.)

M. Achard rapporte l'observation d'une femme de 43 ans atteinte d'œdèmes rapidement généralisés, ayant entraîné la mort en quelques semaines, sans atteinte rénale ni viscérale. Aucune altération des reins ; aucun trouble cardiaque. Inactivité du régime déchloruré. On notait seulement quelques modifications physico-chimiques du sérum sanguin (diminution des protéines, de la sérine surtout, etc.). La cause première de ces phénomènes humoraux échappe. La malade était atteinte d'un myxœdème fruste de la ménopause.

La vaccination au B.C.G.

(M. WEILL-HALLÉ. — *Académie de médecine* ; 17-2-1931.)

M. Weill-Hallé apporte quelques documents sur les suites éloignées de la vaccination au B. C. G., basés sur un millier de vaccinations, dont les premières remontent à 1924.

L'auteur conclut que le B. C. G, qu'il soit introduit dans l'organisme par ingestion ou par injection, ne détermine jamais de tuberculose à longue échéance.

L'examen impartial des sujets vaccinés dans ces dix années témoigne de la rareté chez eux des incidents tuberculeux. La vaccination au B. C. G. a pour conséquence une réduction évidente de la mortalité générale. Elle mérite, dit en terminant M. Weill-Hallé, de prendre place au premier rang des méthodes de prophylaxie antituberculeuse et aucune objection ne saurait s'opposer à sa généralisation.

Commission du B. C. G.

(*Académie de Médecine* ; 24-2-1931.)

La Commission académique du B. C. G., dont nous avons annoncé la nomination, a été constituée sur la demande de M. Calmette.

Ayant posé cette question : « peut-on craindre que le vaccin B. C. G. se transforme dans l'organisme en bacille tuberculeux virulent », M. Calmette répond aux arguments qui ont été avancés à ce sujet, et il ajoute : « Je pense que tout le monde serait rassuré si l'Académie de médecine voulait bien constituer une Commission dont le rôle serait, non de faire des expériences, ce qui dépasserait ses possibilités, mais bien de s'enquérir auprès des médecins et des sages-femmes de notre pays qui, depuis 1924, ont une large pratique du B. C. G. J'offre, bien entendu, à cette commission, tous mes dossiers et toute ma correspondance. Elle les dépouillera avec la plus entière liberté. Je demande qu'elle en tire les conclusions qui lui paraîtront justes ».

P. L.

Deux cas de syphilisation par transfusion pour rajeunissement.

(MM. GOUGEROT, FIESSINGER, BRUNO et DALLYS. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie de Paris* ; 11-12-1930.)

Ces cas ont surtout une grande importance prophylactique. Les deux malades semblent avoir été contaminés à la même époque, chez le même médecin, par la même méthode de rajeunissement ; on avait antiseptisé le sang en le mélangeant à du cyanure de mercure.

Il faut donc insister sur les dangers de ces transfusions sans raisons d'urgence et sur leurs risques de syphilisation. La transfusion doit être réservée à des cas d'urgence de danger réel, et, médecins et malades, qui, pour un hypothétique rajeunissement, ou pour combattre une anémie que l'on pourrait traiter aussi efficacement par d'autres méthodes, veulent des transfusions, doivent savoir les dangers qu'ils encourent.

Recherches sur la sensibilité au blanc d'œuf chez les nourrissons eczémateux.

(P. WORINGER. — *Réunion dermatologique de Strasbourg* ; 9-11-1930.)

Pour cette recherche, l'auteur se sert de l'injection intradermique, qui lui semble supérieure en fait de précision, à la cuti-réaction. Un œuf frais est ouvert aseptiquement, le blanc prélevé avec une pipette et dilué au dixième avec de la solution physiologique. Le réactif, ainsi préparé est maintenu à la glacière, peut servir pendant 48 heures.

Si on prend uniquement les grands eczémateux, on trouve que sur 8 sujets, 4 présentent une ovo-albumino-réaction positive ; il semble donc que chez eux la sensibilité au blanc d'œuf soit assez répandue. La sensibilité se manifeste par une réaction urticarienne à l'endroit de l'application de la substance dans la peau. Cette réaction, qui apparaît après cinq minutes et atteint généralement son maximum après 20 minutes, prend l'aspect d'une cocarde blanche et rouge. Si l'injection n'est que de 2 ou 3 /10es de cc., l'urticaire se développe généralement sur tout le corps, avec maximum d'intensité aux parties eczémateuses, et fortes démangeaisons. Si la dose est un peu plus forte, 1 cc. par exemple, on provoque en l'espace de quelques minutes un choc anaphylactique très grave avec cyanose, vomissements, perte de connaissance, faiblesse cardiaque, état algide. Il s'agit donc bien d'une sensibilité spécifique, analogue à celle de l'asthme et des idiosyncrasies alimentaires.

Cependant, il n'existe pas de rapports directs entre l'eczéma et l'absorption d'œuf chez les eczémateux sensibilisés au blanc d'œuf. Mais la sensibilité au blanc d'œuf semble bien avoir un rapport avec l'eczéma ; l'eczéma du nourrisson se développerait, fréquemment ou peut-être toujours, chez des sujets sensibilisés pour une protéine alimentaire ; il est lié à l'état spécial de la peau, qui conditionne cette sensibilité, mais n'est pas provoqué par la substance pour laquelle le sujet est sensibilisé.

En thérapeutique de l'eczéma, il semble donc le plus souvent inutile de supprimer de l'alimentation, comme le font certains auteurs, à tout prix, la substance pour laquelle le sujet est sensibilisé. Ce qu'il importe c'est de faire cesser cet état allergique ; mais ce n'est pas chose aisée ; les injections de blanc d'œuf (désensibilisation spécifique) chez les eczémateux modifie l'eczéma, font cesser le prurit ; mais l'amélioration cesse avec le traitement. D'autre part, on n'oubliera pas que cette méthode de traitement comporte des dangers.

Fracture du coude ; paralysie radiale non opérée ; guérison.

(M. G. ROTTENSTEIN. — *Société de chirurgie de Marseille* ; 15-12-1930).

Une jeune fille , âgée de 23 ans, se fit une fracture grave du coude, fracture supra et intercondylienne avec bascule du fragment externe condylien en dehors et déplacement du fragment supérieur diaphysaire en bas et en dehors, la trochlée humérale étant restée sensiblement en place. Au moment de l'examen, il n'y avait pas de paralysie radiale, l'extention du poignet était d'amplitude normale, quatre heures après l'accident.

Le même jour, réduction de la fracture sous anesthérie générale, et immobilisation du bras en rectitude dans un appareil plâtré, prenant l'épaule et descendant jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes. Le résultat de cette réduction, sans être parfait, fut jugé suffisant ; l'axe du bras était rétabli, l'articulation normale. Après le 15e jour, quotidiennement, la malade fut sortie de son appareil pour faire des mouvements de flexion et d'extension. Dès la première fois, on constata la chute du poignet et l'impossibilité de le relever ; il y avait une paralysie radiale. Le traitement fut poursuivi jusqu'au 30e jour. Au 35e jour, on commença un traitement électrique. Près de 40 jours plus tard, la malade relevait normalement son poignet, et étendait ses doigts ; elle accusait un peu de gêne dans les mouvements du pouce et se plaignait de ne pouvoir serrer un objet dans la pince ; l'extension était complète ; la flexion atteignait 130°.

Cette malade est une preuve de plus de ce fait bien connu, que les fractures du coude chez les personnes jeunes n'exigent pas une reconstitution parfaite pour donner un bon résultat de forme et de fonction. La réduction dut être faite en extension ; c'était dangereux, car la moindre ankylose aurait été un désastre ; aussi, dès le 15e jour, fit-on de la mobilisation.

La paralysie radiale ne fut pas primitive, mais bien secondaire ; c'est sans doute lors des manœuvres de réduction qu'il y eut contusion du nerf ; l'englobement dans le cal était peu probable au 15e jour, date à la quelle la paralysie fut constatée.

On ne risque pas grand chose à attendre quelque temps dans ces paralysies secondaires, et ce n'est que si le traitement électrique ne donne aucun résultat, que l'on doit intervenir.

G. F.

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales

Invagination intestinale iléo-cæcale chez un enfant de 7 mois.

M. DESJACQUES présente un enfant de 7 mois envoyé à l'hôpital par Mlle Schœn pour invagination intestinale. Début brusque par des cris, une selle rosée, des vomissements ; puis, selle sanglante et enfin hémorragie véritable par l'anus. Intervention ; l'exploration révèle la présence dans la fosse iliaque droite d'une tuméfaction grosse comme une noix. La désinvagination se fait presque d'elle-même. On fixe le cæcum et la fin de l'iléon par deux points de catgut. On s'est attaché à éviter toute éviscération. Suites simples, pas de shock. Guérison.

Rétraction des muscles longs fléchisseurs des doigts consécutive à un abcès de l'avant-bras chez un ancien blessé de guerre.

MM. BÉRARD et DESJACQUES présentent un sujet de 33 ans qui, en mars 1918, fut blessé par une balle à l'avant-bras droit, d'où *fracture du radius.* Depuis il présenta plusieurs abcès et dut subir plusieurs curettages osseux. En avril dernier, il vient dans le service de M. Bérard avec un gonflement de l'avant-bras, qui est le siège d'un œdème dur, avec rougeur et chaleur. La radiographie montre l'existence de deux petites esquilles au niveau de l'espace interosseux. On incise au point où la tuméfaction bombe le plus ; l'abcès est profondément situé sous l'aponévrose antibrachiale ; drainage après contre-ouverture. Le malade est d'abord soulagé, mais on voit s'installer progressivement une *rétraction importante des fléchisseurs,* surtout des quatre derniers doigts ; à l'heure actuelle, l'impotence fonctionnelle est très marquée : l'extension des doigts n'est possible que quand la main est en flexion à angle droit sur l'avant-bras.

Il s'agit évidemment d'une rétraction des muscles longs fléchisseurs des doigts consécutive à la sclérose progressive post-inflammatoire du corps de ces mêmes muscles.

A. C.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

La préparation des malades à l'opération

Résumé du rapport de M. LAMBERT (de Lille).

Cette préparation vise un triple but :

I. Eviter dans la plus large mesure possible les cas de mort post-opératoire ;

II. Simplifier les suites opératoires ;

III. Rendre opérables des sujets qui, de prime abord, ne le sont pas.

Tout ceci nécessite la connaissance des troubles que l'intervention va faire naître dans l'organisme du malade, la connaissance aussi de son bilan fonctionnel qui permettra d'évaluer sa résistance, enfin l'exposé des ressources mises à notre disposition pour porter cette résistance au maximum.

A. **Perturbations provoquées par l'opération.** — *a.* LES TROUBLES D'ORIGINE NERVEUSE sont dus à l'émotion, à la douleur, à la peur. Toutes ces manifestations sont génératrices d'acidose. Elles ont des conséquences variables avec le tempérament du sujet, la durée de l'acte opératoire, l'importance du traumatisme imposé aux différents tissus, aux nerfs surtout.

La narcose n'évite pas toujours ces conséquences. Crile a montré en effet que des animaux endormis présentent des modifications du cœur et de la pression artérielle quand on excite leur trijumeau, mais que ces troubles manquent, si à l'anesthésie générale, on associe l'anesthésie locale.

b. ACTION DE LA NARCOSE. — Celle-ci s'obtient par des poisons chimiques de toxicité élevée.

L'action sur le foie et le rein est démontrée par la clinique, le laboratoire, l'anatomie pathologique.

Entre autres méfaits, les anesthésiques provoquent l'acidose parce qu'ils entravent l'oxygénation des tissus, et le phénomène est d'autant plus évident que le sujet est plus âgé.

c. L'HISTOLYSE est la conséquence des manipulations prolongées. Les cellules sont alors traumatisées au point d'en mourir ; l'organisme les reprend sous forme d'albumines dégénérées, véritables toxines dont la résorption atteint son maximum le deuxième ou troisième jours après l'opération et se traduit par une augmentation de l'urée sanguine assez peu toxique, mais aussi par une augmentation de protéides évoluées, qui, elles, sont de redoutables poisons.

d. L'HÉMORRAGIE a une action anémiante sur les centres nerveux pour peu qu'elle soit abondante et rapide.

Evaluation de la résistance et préparation des futurs opérés. — Il est toujours difficile d'apprécier la résistance d'un organisme.

A l'état normal, les fonctions s'accomplissent discrètement, et à l'état pathologique, les troubles sont souvent si bien compensés que seule une clinique attentive secondée par le laboratoire peut les dépister.

Supposons d'abord qu'il s'agisse d'un sujet exempt de toute tare manifeste. Il n'en sera pas moins nécessaire de le soumettre à une hygiène basée sur les résultats de l'analyse des urines, et, s'il atteint ou dépasse la quarantaine, sur le dosage de l'urée sanguine.

A fortiori, ces deux examens seront-ils pratiqués chez les individus tarés.

Il conviendra dès lors de mettre les émonctoires dans l'état le plus favorable à l'élimination des déchets résultant de l'opération.

Pour ce faire, l'alimentation sera « désintoxicante » : peu de viande et toujours « simplement cuite », des hydrates de carbone et des fruits en abondance, beaucoup de liquides, exception faite de l'alcool, du café et du thé. On conseillera les tisanes, les aliments sucrés, les vins « arrêtés dans leur fermentation », le laitage.

Il sera très important d'assurer le bon fonctionnement de l'intestin, mais la purge, la vraie purge, est à éviter car elle entraîne une déshydratation funeste que l'opération n'a que trop de tendance à augmenter du fait des hémorragies, de la sudation et des vomissements.

Cette régularisation des fonctions intestinales n'empêchera pas de s'assurer, en dernier lieu, de l'évacuation complète du côlon par quelques lavements bien donnés.

Il faut encore veiller par des bains et des frictions à conserver la peau dans un parfait état, à entraîner le malade à respirer « au maximum » grâce à des exercices modérés et méthodiques répétés plusieurs fois dans chacune des journées qui précèdent l'opération.

Enfin, il conviendra de calmer la susceptibilité émotionnelle de certains sujets en évitant de reculer l'heure de l'intervention. Chez les anxieux, les hypnotiques légers, peu toxiques, à base de barbiturates ou d'urée rendront des services. La veille de l'opération, la morphine assurera un sommeil de bon augure.

(1) Voir *Concours médical*, Nos 11, 12, 13 et 14.

Certains malades ne présentent pas de lésions évidentes, mais leur constitution morphologique les place dans un état de moindre résistance ; ils sont victimes de leur tempérament.

TEMPÉRAMENTS. CONSTITUTIONS MORPHOLOGIQUES. — Il est incontestable que des hommes viennent au monde avec un « mécanisme de santé » plus ou moins faussé et une résistance physiologique inférieure.

Le problème est complexe, mais le rôle des glandes endocrines commandées elles-mêmes par le système nerveux végétatif paraît considérable.

Quoi qu'il en soit de la cause, on peut reconnaître dans la multiplicité des tempéraments, des types extrêmes dont les réactions vis-à-vis de l'acte opératoire doivent être bien connues.

Les brévilignes sont des sujets trapus, au cou peu développé, aux épaules et à la poitrine larges, membres petits. Leur teint est coloré. On les dit robustes parce que ce sont de gros mangeurs polysarciques.

Leur système hépato-rénal fonctionne mal d'ordinaire et ils n'ont rien de la résistance qu'on est tenté de leur prêter.

Ce sont des ralentis des échanges ; leur élimination est incomplète ; la lymphe et la graisse surchargent leurs parenchymes et en dépit de l'ampleur de leur thorax, la respiration est insuffisante. Le cœur est volumineux. Ce sont des sujets que guettent au lendemain de l'opération, les complications pulmonaires et cardiaques.

L'obèse est le type achevé des bréviligne.

On a rapproché de ces individus certains lymphatiques gras, au teint pâle, bouffis et mous, chez qui la persistance du thymus exposerait, dit-on, à la mort subite.

Les longilignes sont maigres ; leurs membres sont longs et grêles, leur thorax est étroit et allongé ; l'abdomen bombe parfois à cause d'une mauvaise musculature pariétale.

Ce sont surtout des asthéniques. Plus résistants que les bréviligne, ils demeurent cependant exposés aux accidents pulmonaires, circulatoires et gastrointestinaux.

La préparation à l'opération varie avec ces différents types morphologiques.

Les bréviligne et les obèses seront soumis à une diététique raisonnée, à des exercices modérés.

L'opothérapie surtout thyroïdienne sera instituée avec prudence et toujours sous la direction d'un confrère médecin.

La cure diététique elle-même doit être prescrite avec doigté sous peine de dépasser le but poursuivi.

Le jeûne hydrique coupé de petits laxatifs salins, répétés à joui longtemps d'une vogue qui nous paraît présentement exagérée. L'usage du spiromètre est à conseiller.

Les longilignes ont une faiblesse marquée du système vasculaire dont l'innervation paraît défectueuse ; pour cette raison, l'hématose est faible.

Les parois des vaisseaux sont imperméables. Elles s'opposent à la sortie des leucocytes et favorisent ainsi l'infection.

La mort subite, également signalée chez ces malades, serait due à une insuffisance des surrénales.

Tous ces troubles sont difficiles à éviter. Il sera bon dans tous les cas d'améliorer les fonctions digestives par un régime de désintoxication, mais cependant nourrissant, les fonctions respiratoires par la spirométrie et les exercices progressifs, l'hypotension par l'adrénaline et le calcium.

DIABÈTE. — L'opération abaisse pour un temps le coefficient d'assimilation des hydrocarbonés. Il peut s'ensuivre deux complications graves ; l'acidose et le coma.

D'autre part, les tissus diabétiques sont d'une fragilité extrême à l'endroit des antiseptiques, de l'infection, des manipulations prolongées.

Il faut reconnaître que l'insuline a singulièrement modifié le pronostic opératoire chez les diabétiques. Les statistiques des frères Mayo, publiées en 1929, dans les *Annals of Surgery*, montre que la mortalité oscillait autrefois entre 30 et 40 p. 100. Elle est tombée depuis l'emploi de l'insuline à 1 et 2 p. 100.

Il est bon de distinguer à ce sujet comme l'ont fait Sauvé et Lapeyre :

I. Les maladies chirurgicales courantes, auxquelles comme tout le monde sont exposés les diabétiques.

II. Les complications chirurgicales chez les diabétiques.

Dans le premier cas, il s'agit par exemple d'une hernie, d'un fibrome, etc. Sauf extrême urgence, on doit s'appliquer à faire disparaître l'acétonurie, la glycosurie et ramener vers la normale la glycémie.

Pour obtenir ces résultats, un certain temps est nécessaire du reste variable avec les cas. L'insulinothérapie et le régime alimentaire donnent généralement toute satisfaction.

L'insuline est injectée deux fois par jour, avant les repas, en débutant par 20 unités, puis en augmentant de 10 unités par injection pour arriver à une dose maxima de une unité par kilo et par jour.

On redescend ensuite à la cadence inverse.

Le repas qui suit l'injection doit comprendre une bonne ration d'hydrocarbonés ou 50 à 100 grammes de sirop de sucre.

Très vite, le malade devient opérable, mais il est nécessaire, de s'assurer de la disparition des corps cétoniques dans l'urine et d'évaluer la réserve alcaline, car le traumatisme opératoire fait souvent réapparaître le sucre et avec lui la possibilité de phénomènes acétoniques.

Le même traitement sera suivi le jour de l'intervention et durant toute la convalescence.

Les affections chirurgicales qu'aggrave le diabète sont les anthrax, les cellulites, les lymphangites, les gangrènes.

Dans ces cas qui prennent toujours un caractère

d'urgence, il faut user largement de l'insuline combinée au sérum glycosé intraveineux, au bicarbonate de soude à hautes doses.

Pourtant, chez ces malades infectés, il est bon de se rappeler que l'insuline perd considérablement de son efficacité et que certains diabétiques même sont absolument réfractaires au traitement.

L'intervention sera menée rapidement et les manipulations se réduiront au strict minimum.

TROUBLES HUMORAUX D'ORIGINE HÉPATO-ENTÉRO-RÉNALE. — a. *Insuffisance rénale et azotémie.* — Depuis les travaux de Widal et de ses élèves, il est classique de ne pas opérer un sujet dont l'urée sanguine dépasse 0 gr. 50, car une azotémie pré-opératoire assez forte fait prévoir une azotémie post-opératoire plus forte encore.

Legueu estime que c'est là la plus grave complication de la chirurgie urinaire où elle provoque les neuf dixièmes de décès.

Il n'en va pas de même en chirurgie générale où l'azotémie demeure inquiétante certes, mais où son pronostic est discutable.

Une erreur fréquente consiste à prendre l'urée sanguine pour un poison qui, à un certain degré de concentration, tue nécessairement le malade.

Or, ce n'est pas l'azote qui, tue, mais plutôt les déchets non éliminés en cas d'anurie. Cela est si vrai qu'il suffit de rétablir une bonne diurèse pour voir baisser le taux de l'urée sanguine et s'installer une élimination normale de tous les déchets organiques.

A tout prendre la question est fort complexe. Des néphrites latentes existent sans azotémie ; toutes les azotémies ne sont pas dues à une insuffisance rénale.

Il en est qui ont pour origine un certain degré d'autophagie, comme cela s'observe dans les affections du tube digestif s'accompagnant de dénutrition.

D'autres ont pour point de départ des phénomènes d'histolyse ; d'autres, enfin, traduisent des vices de nutrition dont l'existence s'explique par la présence d'un ulcère ou d'un cancer gastrique, d'une stase intestinale, d'un trouble physiopathologique du foie.

Ce sont là autant d'azotémies peu graves qui, au lieu de s'exagérer avec l'opération, rétrocéderont en cinq ou six jours si l'on veille à entretenir une diurèse suffisante.

Il n'en est pas moins vrai qu'en face d'une hyper-azotémie, on doit redouter une néphrite sous-jacente et poursuivre une enquête sur la valeur fonctionnelle du rein par l'établissement d'une constante d'Ambard et par une épreuve à la phénosulfonephtaléine.

Trop souvent, l'urgence ne permettra pas ces recherches, mais dans tous les autres cas on instituera un régime hypoazoté jusqu'à obtention d'une azotémie voisine de 0 gr. 40.

Le rôle des boissons abondantes, du jus de fruits frais, du lait coupé et du bouillon de légumes est incontestable dans l'établissement de la diurèse et la chute de l'urée sanguine.

b) Insuffisance hépatique. Fonction glycogénique et cholémie. — Parmi les multiples fonctions du foie, il en est une qui doit intéresser particulièrement l'opérateur, c'est la *fonction glycogénique* dont la déficience crée l'acidose.

La maladie, l'inanition, le traumatisme opératoire diminuent la réserve glycogénique du foie. L'organisme supplée pour un temps à cette insuffisance du glycogène en utilisant les protéides et les graisses. Mais cette combustion donne naissance à des déchets acides dont l'excès rompt l'équilibre acide-base normal et fait apparaître l'acidose.

L'action de l'anesthésique quel qu'il soit aggrave encore la situation par son action sur la cellule hépatique. Il y a nécessité à fournir au foie le glucose défitient par voie cutanée ou veineuse.

Dans les cas particulièrement inquiétants, il faut recourir à l'insuline.

La cholémie mérite aussi d'attirer l'attention du chirurgien. Elle nécessite une numération globulaire, le dosage de l'hémoglobine, l'établissement du temps de saignement et de coagulation, l'étude de la viscosité.

S'il y a ictère, en songeant à l'éventualité d'une transfusion post-opératoire, il faut déterminer le groupe sanguin dont relève le malade.

Tous les ictériques sont exposés aux hémorragies et pour que celles-ci soient graves, il n'est pas nécessaire qu'elles soient abondantes.

Pour rétablir les temps de saignement et de coagulation, l'hémostyl à la dose de trois ampoules par vingt-quatre heures pendant cinq à six jours est tout indiqué.

Le chlorure de calcium, qu'il est classique de prescrire pendant huit jours à raison de un gramme par vingt-quatre heures, est employé par tous, sans grande conviction parfois.

L'agent le plus actif est le sang qu'on injecte en nature ou sous forme de sérum seulement ou mieux peut-être par transfusion. L'action est certaine, mais de courte durée, d'où la nécessité d'avoir recours à la méthode la veille même de l'opération.

L'*absence totale de la résorption biliaire* expose aussi à des complications.

On l'observe quand une fistule laisse couler la totalité de la bile au dehors.

C'est que la bile contient des hormones et des vitamines que l'intestin doit reprendre, faute de quoi il arrive, après un temps, que les fonctions intestinales puis hépatiques soient troublées profondément. Il faut alors redouter l'ictère grave.

Le choix de l'anesthésique est particulièrement délicat dans tous les cas où la fonction hépatique demeure suspecte. Le chloroforme paraît le plus dangereux. Mais quel que soit le produit choisi, on fera bien de tenter la désinfection biliaire à l'aide des cholagogues, des lavements froids et de l'uroformine intraveineuse.

Alcalose et chloropénie. — L'augmentation de la

réserve alcaline peut aboutir à l'alcalose. On l'observe souvent dans les sténoses duodéno-pyloriques, les occlusions hautes de l'intestin, les pancréatites hémorragiques, la dilatation aiguë de l'estomac.

On note, comme dans l'acidose, de l'insomnie, de l'agitation, de la dyspnée, des vomissements, du délire et du coma.

La chloropénie est d'autant plus marquée que les vomissements se montrent plus abondants.

Les injections chlorurées hypertoniques font merveille dans de telles circonstances et rendent très rapidement les malades opérables. On utilise une solution à 10 p. 100 dont on injecte dans les veines trois à quatre fois par jour 20 centimètres cubes.

DARIAU.

(*A suivre*).

Les Livres

Editions médicales N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr A. ACQUAVIVA. — **Les dermatoses inesthétiques. Leur traitement par les agents physiques** (Un fort volume de 412 pages, 72 figures et schémas, 1931, 70 francs.)

C'est le résultat d'une pratique de dix années de physiothérapie dermatologique. Cet ouvrage de thérapeutique moderne expose les plus récents procédés en détail : appareillages, tours de main, écueils à éviter indications et contre-indications.

Une première partie est consacrée aux agents physiques : courant galvanique (électrolyse et ionisation) ; courant faradique ; rayons X ; radium ; haute fréquence et diathermie ; galvanocautère ; infra-rouge ; ultra-violets ; neige carbonique ; massage ; scarifications ; tatouage thérapeutique ; douche filiforme ; agents physiques caustiques et modificateurs.

La deuxième partie indique et discute les indications des agents physiques dans les différentes dermatoses inesthétiques ; séborrhée, kérose, acné, rhinophyma, calvitie, hyperidrose, hypertrichose, kératose pilaire, ichtyose, chéloïdes, nævi, kystes, verrues, cors, xanthelasma, etc., etc.

Editions médicales N. MALOINE, Paris.

Dr Cl. MATRY. — **Métrites et salpingites.** (In-16, 110 pages, 18 fig. Prix : 12 francs. Collection des Petits Précis.)

L'auteur étudie les inflammations de l'utérus et des trompes, rappelant qu'il ne faut jamais oublier que l'utérus et ses annexes forment un tout anatomique dans la maladie comme dans la santé.

La façon de conduire l'examen méthodique de l'ensemble de l'appareil génital de la femme est décrite d'une façon claire et précise, et pour chaque forme clinique d'affection, cet ouvrage rappellera, au praticien le traitement à ordonner ou la conduite à tenir.

Les livres qui viennent de paraître...

RÉPERTOIRE MÉDICAL PRATIQUE
(janvier 1931).

P. FRUICTIER (de Vichy). — **Le régime carné dans l'ictère catarrhal et le traitement médicamenteux.** Publication de « La Clinique » 18, rue de Grenelle (une broch. 8 pages).

PAYOT, éditeur,
106, boulevard Saint-Germain.

G.-R. TABOUIS. — **Nabuchodonosor et le triomphe de Babylone.** Préface de Gabriel Hanotaux (Un vol. *in*-8°, 432 pages, de la *Bibliothèque Historique*, avec 19 croquis et 118 illustrations Prix : 30 fr.).

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi.

H. DAUSSET, L.-H.-DEJUST, A. CHENILLEAU, L. BRACE-GILLOT. — **Comment sont traités les rhumatisants chroniques dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris** (une broch. 64 p. *in*- 8°, Prix : 12 fr.)

M. PÉHU et P. BERTOYE, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Les enfants qui vomissent.** *Bibliothèque de pathologie infantile* (Professeurs Nobécourt et Cruchet). Un vol. 268 pages. Prix : 25 fr.

LÉON TIXIER médecin des hôpitaux de Paris. — **Les enfants syphilitiques.** *In Bibliothèque de pathologie infantile* (Professeurs Nobécourt et Cruchet). Un vol. *in*- 8°, 350 p. nombreuses fig. et hors-texte. Prix : 30 fr.

MAULDE ET RENON, Paris.

Le Mois. — Synthèse de l'activité mondiale. Du 1er février au 1er mars 1931 (Un vol. 320 p. Abonnement annuel : 150 fr.)

Chez Le FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr L. LAUMONIER. — **La thérapeutique des péchés capitaux.** GOURMANDISE, PARESSE, LUXURE. 2e édition (Un vol. *in*-16, Prix : 15 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ASSURANCE-MALADIE

Quelques précisions sur la tarification des accouchements, des opérations obstétricales sur le chiffre clé en pratique médicale courante et en pratique spécialisée; sur le régime des indigents assurés sociaux. — Le contrôle médical de la caisse et le rôle du médecin traitant. — Des avis divergents. — Souvent la peur d'un mal....

Le fonctionnement de l'Assurance-maladie dépend à la fois des techniciens dont elle requiert l'intervention, et des Caisses, chargées notamment du réglement des prestations. Les malentendus, les frictions, les heurts viennent assez souvent de ce que le personnel des Caisses ne connaît pas suffisamment tous les détails d'une règlementation infiniment complexe, et qui ne fait guère que commencer à s'appliquer.

Ces mêmes détails, les médecins ne les possèdent pas tous eux-mêmes, et il importe pourtant qu'ils soient renseignés pour pouvoir renseigner à leur tour leurs malades, assurés sociaux.

C'est ainsi que, récemment, un de nos correspondants nous demanda sur quelles bases devaient être calculés les honoraires d'une application de forceps compliquée.

Or, la nomenclature, établie sous les auspices de la Confédération des Syndicats, et dont d'ailleurs une seconde édition sérieusement corrigée et complétée est en préparation, prévoit, à la rubrique des *Opérations obstétricales* de la catégorie 10, l'application de forceps au détroit inférieur et à la vulve, la version podalique et l'accouchement provoqué, avec un coefficient = 20 pour l'acte isolé, et 40 pour le prix global. C'est donc par 20 ou par 40 que l'on multipliera le chiffre clé K du tarif syndical minimum d'une part, et du tarif de responsabilité de la Caisse de l'autre. A la même rubrique de la catégorie 12 figure l'application de forceps à la partie haute de l'excavation, la Césarienne vaginale et les embryotomies, avec un coefficient = 40 pour l'acte isolé et 60 pour le prix global.

Pour compléter les renseignements relatifs à l'obstétrique, j'ajoute qu'on trouve encore cette rubrique à la catégorie 7, comprenant l'incision du col au cours du travail, la délivrance artificielle et l'avortement thérapeutique. Coefficient = 10 (acte isolé) et 20 (prix global) ; et à la catégorie 14, comprenant la césarienne abdominale et le traitement chirurgical des phlébites abdomino-pelviennes. Coefficient = 60 (acte isolé) et 80 (prix global).

Il n'est pas inutile de rappeler ici que le prix global comprend le prix de l'opération, les soins et pansements durant 20 jours et la rémunération des aides.

Pour en terminer enfin avec l'obstétrique, je signalerai que c'est à tort que l'accouchement figure dans la nomenclature de pratique médicale courante. L'accouchement peut en effet être pratiqué indifféremment par un médecin ou une sage-femme, avec un honoraire unique. Cet honoraire, dans le tarif de responsabilité des Caisses, est de 300 francs, dont 80 % sont remboursés à l'accouchée, soit 240 francs.

Le chiffre-clé dans le tarif de responsabilité des caisses, peut prêter à confusion et à contestation, en certains cas, parce qu'il n'est pas le même dans la pratique médicale courante et dans la pratique spécialisée.

Dans la pratique courante, le chiffre clé est le prix de la consultation du tarif de responsabilité des Caisses, soit 15 francs à Paris. La ponction évacuatrice d'une pleurésie bénéficiant du coefficient 6, cette intervention sera remboursée à l'assuré social 15 × 6 = 90 + 2 (déplacement) = 92 — 20 % = 73,60.

Dans la pratique spécialisée, au contraire, le chiffre clé est seulement de 8 francs, prévu dans le Tarif de réassurance et adopté par les Caisses.

Une ponction de la vessie, classée dans la catégorie 5 et bénéficiant du coefficient 6 sera donc remboursée par la Caisse à l'assuré social à raison de 8 × 6 = 48 — 20 % = 39,40.

Et c'est là qu'apparaît une des anomalies qui déroutent l'esprit le plus conciliant. Tel assuré social qui sera remboursé de 73,60 s'il a subi une ponction de sa plèvre, ne touchera que 39,40, s'il a subi une ponction de la vessie...

Je me suis laissé dire que l'économie budgétaire des Caisses ne pouvait s'accommoder, pour les opérations chirurgicales et de spécialistes, que de ce chiffre clé, si bas, de 8 francs.

Quoiqu'il en soit, voilà présentement la situation.

***

J'ai reçu du Dr Haussmann, d'Estissac, la lettre suivante que je transcris ici *in extenso.*

Il y a une quinzaine de jours, j'ai voulu faire opérer une malade atteinte d'appendicite avec salpingite et par surcroît d'assurance sociale. Mais çà n'a pas été tout seul, car cette femme, mère de plusieurs enfants, et pauvre, ne pouvait faire les frais de la clinique et je lui avais conseillé l'hospitalisation. Certificat pour M. le maire, qui déclara n'être pas au courant de la question. D'après mes conseils, le mari de la malade se rendit à l'hôpital de Troyes (Hôtel-Dieu) pour demander si on pouvait prendre sa femme comme assurée sociale en vue d'une intervention chirurgicale.

Il lui fut répondu qu'on ne pourrait l'admettre que dans une quinzaine de jours, et qu'elle aurait à verser la somme de sept cents francs, le supplément devant être payé par la caisse des assurances sociales.

Sur ce, n'ayant pas les disponibilités nécessaires, le mari s'en fut à la caisse départementale des assurances sociales pour se documenter ; on lui dit qu'on ne savait pas du tout quelle somme lui serait versée pour l'opération. Finalement, la malade fut admise au bénéfice de l'assistance médicale gratuite comme assurée sociale, et je rédigeai la feuille d'envoi à l'hôpital, en attendant qu'on veuille bien l'y admettre.

J'espère qu'elle n'aura pas d'ici là une nouvelle crise d'appendicite ou de salpingite avec, cette fois, des complications graves, mais enfin j'ai constaté qu'il n'est pas facile, à l'heure actuelle, de faire opérer une assurée sociale, par un chirurgien, malgré la meilleure volonté de la part du médecin traitant, et qu'après près de cinq mois de fonctionnement de la loi, les caisses ne savent pas encore ce qu'elles ont à faire.

Dans le cadre de l'Assurance-maladie, l'individu notoirement indigent ne participe à aucun frais, et ne supporte même pas le pourcentage de participation (15 ou 20 %) aux frais médico-pharmaceutiques (art. 59 de la loi). Pour le règlement de ces frais, la Caisse en supporte 80 % et la commune du domicile de secours 20 %.

***

J'en reviens maintenant à la question du contrôle. Je crains, dans mon article du 15 février, de ne pas avoir été tout à fait exact, et d'avoir commis moi-même une erreur d'interprétation.

J'ai prétendu en effet que les Caisses disposent de deux modalités de contrôle, l'un qu'elles exercent par leurs médecins contrôleurs sur les *assurés sociaux* ; l'autre, spécialement technique, exercé sur les *médecins* par l'intermédiaire du Syndicat dont ils relèvent soit à leur requête, soit aussi spontanément, à l'instigation du Syndicat lui-même agissant *proprio motu.*

Je soutenais que rien n'autorisait un médecin-contrôleur à demander directement des renseignements à un médecin traitant, que celui-ci était tenu au secret professionnel, à l'encontre du premier, et qu'il ne devait rien lui dire, touchant ses malades.

Il me semblait que les textes étaient suffisamment clairs pour justifier mon interprétation. Car, en dehors de l'article 7 de la loi, que je rappelle ici :

« La Caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services..... Dans le cas où existe une convention avec la Caisse, les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes... la façon dont les services techniques sont assurés.... ».

Le Règlement d'administration, art. 8 et suivants, s'exprime ainsi :

Art. 8. — § 1. — La caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie.

§ 2. — Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses...... médecins contrôleurs.

Art. 9, § 1. — Les médecins contrôleurs, chargés de la surveillance des malades, procèdent à toutes investigations et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. En cas de désaccord avec le médecin traitant, ils avisent la caisse.

....

Art. 10, § 1. — Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est..... confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens.....

§ 2. — Le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel. En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre de visites, l'exactitude des certificats, la régularité

des ordonnances, et d'une manière générale la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

Eh bien ! il semble que je n'ai pas pris suffisamment garde : 1) au droit que possède la caisse d'exercer un *contrôle général*, qui peut jouer à côté du contrôle exercé par le Syndicat, et amener le médecin traitant à intervenir. Et c'est d'autant plus vrai que la loi autorise l'assuré social à se faire assister par celui-ci au cours de la visite du médecin contrôleur.

2) Je n'ai pas pris garde que cette rencontre entre les deux techniciens équivalait à une consultation, puisque le règlement prévoit un *désaccord entre médecin traitant et contrôleur*, et la procédure qu'appelle ce désaccord.

Peut-on soutenir dès lors que les renseignements, demandés par le médecin contrôleur par lettre au médecin traitant, équivalent aussi à une sorte de consultation à laquelle celui-ci ne saurait se soustraire sans risquer de porter préjudice à son malade ?

Mais que devient alors le secret professionnel ? Au Syndicat des médecins de la Seine, la question a été soulevée à l'Assemblée générale du 7 décembre dernier, de la façon suivante :

M. Guérin. — ... J'ai reçu du médecin qui fait le contrôle... un questionnaire administratif... demandant la nature de la maladie et les raisons de la fréquence des interventions que je faisais... Je disais que la loi n'est pas viable parce que les caisses qui versent une certaine somme doivent avoir la raison des interventions, le motif des dépenses. Mais nous, nous sommes, de notre côté, tenus à une discrétion sévère sur les secrets que nous confient les malades. On nous demande de faire le mariage de l'eau et du feu. C'est une chose impossible.

M. Cibrie. — Je connais la lettre à laquelle fait allusion M. Guérin. Elle portait ceci : « Ces renseignements que je vous demande, moi contrôleur médical de la caisse, resteront entre mes mains et dans aucun cas divulgation n'en sera faite aux caisses afin de conserver le secret professionnel... »

M. Devé. — C'est faux.

M. Cibrie. — C'est sur la lettre. Il est indispensable que le médecin contrôleur de la caisse sache, soit par consultation avec le médecin traitant...

M. Devé. — Jamais le médecin traitant ne doit rien lui révéler.

M. Cibrie. — Je vous demande pardon. *Nous avons admis au S. M. S. que lorsqu'un médecin contrôleur de la caisse se trouvait près d'un malade avec le médecin traitant, celui-ci avait non seulement la possibilité, mais le devoir d'indiquer à ce médecin le diagnostic,* ..... Il est bien entendu, à mon sens, que le secret professionnel n'est pas violé lorsque vous dites à un médecin expert ce dont il s'agit, à la condition qu'il garde pour lui le diagnostic..... *Si vous n'acceptez pas cette façon de procéder, toute médecine sociale devient impossible.*

M. Boyer, président. — Il a été admis — c'est la doctrine actuelle de la Confédération — que le secret professionnel médical existait pour les deux médecins, aussi bien le contrôleur de la caisse que le contrôleur du syndicat. A cette condition seulement, il pouvait ne pas y avoir de secret entre les deux médecins.

Je ne suis pas sûr que, juridiquement, la thèse soutenue par Cibrie et Boyer soit soutenable. En tout cas, la décision prise par la Fédération des Syndicats de la Seine et publiée dans le n° 11 du *Concours médical* (p. 817), va radicalement à l'encontre de cette conception.

Mais quoi qu'il en soit, la Caisse a le droit de savoir comment est justifié le remboursement qu'elle doit faire à un assuré qui vient d'être malade. M. Guérin le reconnait. Et c'est l'évidence même.

La Caisse a donc le droit, et je dirai même le devoir, étant comptable de deniers quasi publics, de vérifier l'emploi de ceux-ci. Et il est tout naturel qu'elle se préoccupe d'obtenir des justifications d'autant plus impératives que la maladie a été plus longue, les soins plus fréquents, les honoraires médico-pharmaceutiques plus élevés.

Au moment donc où l'assuré social se présente pour obtenir le remboursement de la part de responsabilité de sa Caisse, il ne peut se refuser à fournir les explications qui lui sont demandées. Et si le médecin contrôleur intervient alors, il faut se souvenir que la *loi lui donne le droit de procéder à toutes investigations et constatations concernant son état.*

Cela est indéniable. Mais évidemment, il y a la manière, et investigations et constatations ne doivent jamais prendre figure de brimades. Or, on m'affirme qu'Avenue Loewendal, les assurés sociaux ne sont pas toujours reçus avec l'aménité à laquelle ils ont droit.

Je crois comprendre que, pour éviter de se livrer à ces investigations et constatations, auxquelles l'assuré ne peut se soustraire sans risquer de perdre tout droit aux prestations, le médecin contrôleur s'adresse au médecin traitant et lui demande de l'éclairer sur le cas qu'il a soigné. Or, le médecin traitant est tenu, prescrit la Fédération de la Seine, de ne pas divulguer le secret professionnel. Dans ce cas, son malade est exposé à subir les investigations du médecin contrôleur ...

Des deux maux, quel est le moindre ? Fournir quelques renseignements, qui ne sont indiscrétion que par un rigorisme excessif dans l'acception de la lettre du code ou se désintéresser du sort ultérieur du malade que l'on aura soigné et du contrôle auquel il pourra être soumis ?

En répondant au confrère, chargé du contrôle

de la Caisse, que M. X *assuré* social a souffert d'une grippe broncho-pulmonaire avec température fébrile durant tant de jours, ayant nécessité tant de visites et consultations, on facilite sa tâche ; mais surtout, on doit affranchir l'assuré d'investigations importunes, et la situation n'est pas modifiée puisque lesdites investigations lui en auraient évidemment appris tout autant, avec les renseignements complémentaires fournis par les prescriptions médicamenteuses d'après lesquelles il est relativement facile de faire un diagnostic approximatif.

Car il y a encore cet appoint révélateur de l'ordonnance sur lequel je n'insiste pas. Il va de soi qu'une prescription de compresses chaudes abdominales, de lavements laudanisés, d'injections vaginales antiseptiques orientera immédiatement le médecin contrôleur vers une affection génitale, tandis que des ventouses thoraciques, une potion expectorante ... évoqueront immédiatement une affection broncho-pulmonaire ...

Mais il y a ceci encore, que la loi prévoit que le médecin traitant peut assister à la visite médicale de contrôle de son malade assuré social. A quoi rimera cette assistance si le premier se contente d'un acte de présence et demeure muet ? Puisque la loi prévoit un désaccord possible entre les deux médecins, c'est qu'elle admet qu'il y aura eu discussion préalable, et donc, *consultation*, chacun exprimant son avis. Il ne faudrait tout de même pas pousser le rigorisme jusqu'à un extrême qui confinerait à l'outrance.

Toute cette argumentation repose sur le postulat formulé par Boyer et Cibrie. « Le médecin-contrôleur est tenu lui-même au secret professionnel envers sa caisse à laquelle il doit se borner à dire. « *Payez* ou *ne payez pas.* »

J'ai voulu, en raison des divergences de doctrine constatées entre les Drs Boyer et Cibrie, et la Fédération des Syndicats de la Seine, en avoir, comme on dit, le cœur net, et je m'en suis ouvert à mon ami Cibrie qui m'a répondu. « Je continue à considérer, pour ma part, que le fait pour le médecin traitant de mettre au courant le médecin contrôleur, des évènements pathologiques survenus chez tel ou tel assuré, ne constitue pas une violation du secret professionnel, sous la condition absolue que le secret soit conservé par le médecin contrôleur de la Caisse. Le fait de refuser ces renseignements, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont demandés, équivaut à rendre impossible toute médecine sociale. Refuser de façon systématique tous renseignements au confrère contrôleur, équivaudrait sans doute à faire modifier rapidement la loi (art. 378 du C. P.) comme le vœu en a été implicitement exprimé par le contrôle de l'Etat. »

J'imagine cependant que le contrôle exercé par le médecin de la Caisse en présence du médecin traitant sera exceptionnel, en raison du dérangement qu'il causerait aux trois intéressés.

Mais je comprends que, pour toutes sortes de raisons, et d'abord, par discipline syndicale, vous refusiez de fournir ces renseignements, dont certains peuvent avoir un caractère strictement confidentiel. Et pourtant, vous ne niez pas la nécessité du contrôle ; vous en reconnaissez la légitimité, tout en souhaitant qu'il soit aussi peu gênant que possible pour votre client.

Eh bien ! je vais vous faire une proposition. Mais ne me lapidez pas si elle vous choque, si elle heurte votre orthodoxie. Pour peu que l'affection ait été sérieuse et ait dépassé les limites d'une indisposition banale, sachant qu'au moment de se faire rembourser, votre client sera contrôlé, pourquoi ne lui remettriez-vous pas *à lui-même*, sur une feuille de papier à votre nom, les renseignements qui pourraient être utiles au confrère contrôleur.

M. X..... Assuré social n° ...

Grippe broncho-pulmonaire ayant nécessité le séjour au lit douze jours, avec température ayant oscillé de 38° 3 à 39° 2 pendant ces douze jours, et nécessité une surveillance attentive se traduisant finalement par douze visites à domicile et quatre consultations à mon cabinet.

Votre client fera de ces renseignements techniques ce qu'il lui plaira. S'il ne veut pas les communiquer au médecin contrôleur, il s'exposera aux investigations et constatations prévues dans la loi. Votre conscience sera rassurée, en tous cas.

« Mais, m'objecterez vous, c'est un certificat déguisé que vous me conseillez de délivrer ainsi. Et je n'y suis pas tenu. Et je ne veux pas mettre le doigt dans cet engrenage. »

Libre à vous en effet. Mais je vous riposterai alors ceci.

Et d'abord, que si votre client vous réclame spontanément une pareille attestation vous n'aurez aucun motif pour la lui refuser. Vous en délivrez tous les jours de semblables.

Ensuite, le contrôle est légal, légitime, nécessaire même. Au médecin qui l'exerce au nom de la Caisse et vous demande des renseignements soit par écrit, soit par téléphone, soit au cours d'une rencontre au chevet même de votre client, puisque vous refusez de le faire, je vous suggère de fournir ces renseignements en vous servant comme intermédiaire de votre malade à qui vous les remettrez, ce qui n'a rien d'anormal et est courant dans la pratique médicale, et qui, à ses risques et périls, en sera le transmetteur (1).

(1) Sur cette suggestion, P. Cibrie est en désaccord avec moi : il considère ce procédé comme une façon élégante de se décharger d'une chose délicate. J'ai le devoir de ne pas laisser dans l'ombre ce désaccord.

G. D.

Et souvenez-vous du vers fameux de notre génial Bonhomme :

Souvent la peur d'un mal nous entraîne en un pire.

G. DUCHESNE.

***

Voici comment le rôle du médecin contrôleur des caisses d'assurances sociales a été défini *d'accord* en Lot-et-Garonne.

Le médecin contrôleur des caisses a pour mission :

1° De s'assurer que les assurés sociaux malades appliquent strictement les prescriptions générales du médecin inscrites sur la feuille de maladie ;

2° De vérifier si le malade peut ou ne peut pas reprendre son travail et, sur ce point, il peut apporter un concours précieux au médecin traitant, parfois très embarrassé par la mauvaise volonté d'un malade. (Le médecin peut lui-même réclamer le secours de ce contrôle par l'intermédiaire du Syndicat.)

3° De se rendre compte si les bénéficiaires des prestations maternité justifient bien des conditions requises par la loi ;

4° Enfin, sauf en cas d'urgence, pour les interventions chirurgicales ou spéciales, pour les examens ou traitements spéciaux (radiologie physiothérapie), la Caisse peut exiger, au préalable, l'avis de son médecin contrôleur.

Les bénéficiaires de l'Assurance ne peuvent s'opposer au contrôle sous peine de perdre leurs droits.

C'est dire que le médecin contrôleur de la Caisse a le libre accès auprès des malades, mais l'assuré peut exiger d'être examiné en présence de son médecin traitant. Le docteur De Gaulejac a déclaré spontanément que, suivant les règles déontologiques, il n'examinerait jamais un malade sans avoir, à l'avance, convié son médecin.

D'autre part, pour vérifier si le malade ne transgresse pas les prescriptions générales de son médecin, il est indispensable que le médecin de la Caisse fasse quelquefois des visites inopinées sans même avertir le médecin traitant, auquel ces visites à l'improviste rendront souvent un signalé service. Dans ces cas, il ne serait fait aucun examen clinique.

D'un commun accord nous avons pensé qu'il était bon de vous donner, au moment où va fonctionner le contrôle des Caisses, ces quelques explications afin d'éviter toute cause de malentendus.

En terminant, cette recommandation très pressante, n'oubliez pas d'inscrire sur la feuille la durée probable de la maladie et surtout le dernier jour de la maladie ou la reprise du travail.

Le médecin contrôleur des Caisses,
DE GAULEJAC.

Le Secrétaire du Syndicat,
Docteur GUY.

ASSURANCE-MALADIE

Région Lyonnaise (1)

Nomenclature des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie en clientèle.

K × 1

Consultation simple au cabinet du médecin. — Petit pansement : un ou deux doigts ou orteils, ou surface comparable. — Injection sous-cutanée ou intra-musculaire. — Vaccination anti-variolique, anti-diphtérique, ou similaire par piqûre. — Certificat de vaccination. — Certificat délivré à titre administratif sur papier libre.

K × 1,2 ou K × 1,25

Visite à domicile. — Consultation, avec pointes de feu, petit massage, pose de ventouses sèches, ou injection sous-cutanée ou intra-musculaire. — Injection de sérum antitoxique. — Injection intra-veineuse en série (autre que celle d'arsénobenzène).

(1) *Bulletin officiel du syndicat des médecins du Rhône*, mars 1931.

K × 1,5 ou K × 1,6

Consultation, avec pose de ventouses scarifiées, ou prise de sang, ou injection intra-veineuse isolée. Moyen pansement : un segment de membre, ou surface comparable ; ou plusieurs doigts. — Petit pansement, avec injection de sérum antitoxique préventif. — Injection intra-veineuse d'arsénobenzène ou de sérum antitoxique. — Suture simple (1 à 3 points). — Extraction facile de corps étranger superficiel. — Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome superficiel. — Dilatation, en série, de l'urètre.

K × 2

Grand pansement : deux segments de membre, ou surface comparable ; ou plaie assez étendue de la face. — Injection de sérum physiologique. — Sutures multiples (plus de 3 points). — Hémothérapie (auto ou hétéro). — Extraction facile d'un corps étranger de l'œil, de l'oreille ou des fosses nasales. — Tamponnement antérieur des fosses nasales. — Ou-

verture d'un abcès amygdalien. — Cathétérisme de l'urètre pour rétention. — Lavage de vessie. — Ponction d'abcès froid, sans injection modificatrice. — Ouverture de panaris profond ou d'anthrax. — Certificat sur papier timbré.

K × 3

Vaste pansement : tout un membre, ou surface comparable ; ou majeure partie de la face. — Saignée générale. — Lavage d'estomac.— Ponction d'abcès froid, avec injection modificatrice.

K × 4

Très vaste pansement : plusieurs membres, ou plusieurs larges surfaces du corps. — Ponction lombaire simple. — Ponction d'ascite. — Injection intra-utérine ou pansement intra-utérin. — Ponction d'hydarthrose, ou d'hémarthrose. — Ponction d'hydrocèle. — Traitement de l'asphyxie. — Assistance opératoire (aide ou anesthésiste). — Certificat pour internement.

K × 5

Ponction lombaire, avec prise de pression ou injection intra-rachidienne. — Réduction de hernie étranglée par taxis.

K × 6

Ponction évacuatrice de la plèvre. — Pneumothorax (sauf le premier). — Corps étrangers du rectum.

K × 15

Pneumothorax (première insufflation).

Nomenclature avec coefficients de certains actes médicaux dans les hôpitaux publics autres que les hospices civils de Lyon.

K × 1,5 ou K × 1,6

Injection intra-veineuse d'arsénobenzène ou de sérum antitoxique.

K × 2

Tamponnement antérieur des fosses nasales.

K × 3

Saignée générale.
Lavage d'estomac.

K × 4

Ponction lombaire simple.
Ponction d'ascite.
Traitement de l'asphyxie.

K × 5

Ponction lombaire, avec prise de pression ou injection intra-rachidienne.

K × 6

Ponction évacuatrice de la plèvre.
Pneumothorax, sauf le premier.

K × 15

Pneumothorax (première insufflation).

Nomenclature avec coefficients des actes d'obstétrique dans les hôpitaux publics autres que les hospices civils de Lyon.

K × 20

Délivrance artificielle.

K × 24

Accouchement simple.

K × 40

Accouchement gémellaire.
Accouchement dystocique.

(Communiqué par le Syndicat à la Caisse.......)

Tarif usuel local des honoraires médicaux tel qu'il est appliqué aux malades les moins fortunés.

1° *Médecins de médecine générale* :

A) Consultation au cabinet, et visite à domicile :

a) A Lyon :

Consultation .... 25 francs.
Visite.............. 25 — ou 30 francs.

b) Dans la banlieue lyonnaise :

Consultation........ 20 francs.
Visite.............. 25 —

c) Dans le reste du département :

Consultation........ 20 francs.
Visite.............. 25 —

(Dans certaines localités de la banlieue lyonnaise et du reste du département, les honoraires de consultation varient de 15 à 25 francs, et les honoraires de visite de 20 à 30 francs).

B) Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie :

Les honoraires demandés varient suivant les coefficients de la nomenclature du Syndicat, dans laquelle le chiffre-clé K est égal à 25 francs pour Lyon, 20 francs pour la banlieue lyonnaise et le reste du département.

2° *Médecins spécialistes* (chirurgiens, urologistes, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, dermatologistes, électro-radiologistes, etc.)

A) Consultation au cabinet : 50 francs (excepté pour les électro-radiologistes : 100 francs).

B) Interventions :

Les honoraires demandés sont calculés d'après la nomenclature de la Confédération des Syndicats médicaux de France, nomenclature dans laquelle se trouve multiplié, par des coefficients variables selon l'intervention, un chiffre-clé K égal à 25 francs.

UNE CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES PEUT-ELLE, SANS MOTIFS VALABLES, SE REFUSER A CONTRACTER AVEC LES SYNDICATS MÉDICAUX ?

Par deux syndicats médicaux différents, la même question vient de nous être posée.

Dans une grande ville, 9 caisses sur 10 ont contracté avec le syndicat médical : la 10e caisse se refuse à tout pour parler en vue d'une convention, parce que, dit-elle, elle entend conserver sa liberté, et recruter ses médecins.

Dans une autre grande ville, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ont constitué un consortium de syndicats, pour pouvoir contracter collectivement avec les caisses. Certaines d'entre ces dernières, non seulement ne veulent pas contracter, mais encore contestent la légalité dudit consortium.

Et nos confrères de nous demander ce qu'ils peuvent faire, pour obliger les caisses à respecter la loi.

Je viens de discuter de cette question avec plusieurs personnes averties ; mais les avis recueillis sont différents, car la loi du 30 avril 1930, modifiant celle du 5 avril 1928, est conçue sur ce point, en termes très imprécis. Il faut donc comparer un certain nombre d'articles, tant de la loi que du règlement d'administration publique, pour dégager l'idée directrice du législateur.

Je donne donc ici mon idée strictement personnelle, désireux que je suis d'indiquer à mes confrères ce que je ferais si j'étais à leur place, quitte à pousser le conflit jusque devant le Conseil d'Etat, en attendant que la loi soit révisée.

Au sujet des conventions à passer entre les caisses et les syndicats professionnels, quelle a été l'intention du législateur ?

Il a voulu que les intérêts en présence (ceux des caisses, ceux des médecins, puis des malades) soient sauvegardés respectivement dans des accords écrits.

Garanties pour les caisses.

Tout d'abord, ces dernières ne peuvent contracter qu'avec des syndicats habilités par les groupements nationaux de praticiens (loi, art. 4, § 4, alinéa 3). Il ne faut pas que des groupes professionnels puissent se former extemporanément, pour les besoins d'une mauvaise cause et que les dirigeants des caisses puissent être induits en erreur sur la qualité des syndicats, avec lesquels ils peuvent être conduits à signer des engagements bilatéraux.

Avec les syndicats ainsi dûment habilités, les caisses, par les conventions, arrêtent leur tarif de responsabilité (loi, art. 4, § 4, al. 1) et lesdites conventions doivent déterminer, au profit du malade, la manière dont la part contributive, dite de responsabilité sera remboursée ou avancée à l'ayant droit (loi, art. 4, § 4, al. 2).

Dans ces conventions, la caisse arrête d'accord avec le syndicat contractant les modalités concernant la participation des assurés au tarif de responsabilité (loi art. 4, § 5).

Il en est de même vis-à-vis des hôpitaux, établissements publics et des organisations privées, ou mutualistes, qui peuvent assurer le traitement, ou les moyens de diagnostic, au bénéfice des ressortissants des caisses et à la charge de ces dernières.

Par ces conventions prévues à l'article 6 de la loi, les caisses limitent leurs dépenses : la convention est la contrepartie du libre choix du praticien, ou de l'établissement de cure, laissé par le législateur au bénéficiaire de l'assurance maladie.

Si nous examinons maintenant l'article 7 de la loi, nous voyons qu'ayant contracté avec les syndicats professionnels de la région, les caisses se déchargent sur les premiers de tout le contrôle technique, ce qui constitue, pour les organismes d'assurances sociales,un avantage pratique et surtout pécuniaire.

D'ailleurs, l'article 26 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, spécifie que ledit contrôle technique est confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens, avec lesquels elles ont passé une convention et dans les conditions fixées dans cette dernière.

L'article 27 du décret prévoit même une garantie en faveur des caisses, dont certains ressortissants reçoivent des prestations en dehors de la circonscription de celles-ci.

Ces malades sont soumis au contrôle général de la caisse du lieu de leur résidence et au contrôle technique du syndicat médical local, qui a passé une convention avec cette dernière caisse. L'organisme d'assurance sociale d'origine est donc certain que les abus, s'il s'en produisait,seraient surveillés et réprimés, grâce aux conventions syndicat-caisses.

Il en est de même du contrôle technique, en ce qui concerne les établissements privés de cure, ou de diagnostic, contrôle technique qui s'effectue par le canal des syndicats qui ont passé des conventions avec les caisses.

Enfin, toujours à l'avantage des caisses, celles-ci peuvent recevoir des avis techniques des syndicats, avec lesquels elles ont passé des conventions, puisque ces syndicats doivent déléguer deux de leurs membres pour faire partie de leur conseil d'administration.

Quant à la commission départementale, appelée à connaître de différents conflits, survenus à l'occasion de l'application de la loi de 1928-1930, elle doit comprendre, aux termes de l'article 7, § 5 de la loi, un tiers de représentants des syndicats professionnels. Et l'article 30 du décret du 25 juillet 1930 de décider qu'en feront partie quatre représentants des syndicats professionnels, ayant signé des conventions avec les caisses.

Or, pourquoi le législateur aurait-il institué de pareilles commissions, si la liberté d'action était laissée de part et d'autre ? Bien au contraire, le Parlement a voulu que la convention soit la règle et la liberté d'action l'exception, tant pour les syndicats médicaux que pour les caisses d'assurances sociales.

Si ces dernières et les syndicats étaient restés libres de contracter, ou non, point n'était besoin d'habilitation pour les seconds, ni de commission tripartite pour régler les différends survenus à l'occasion, soit de l'élaboration, soit de l'exécution des conventions. L'administration préfectorale, ou les tribunaux de droit commun eussent suffi, pour assurer l'ordre public, tout comme en matière ordinaire.

Garanties pour les malades.

Les bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales ont intérêt à ce que des conventions puissent intervenir entre leur caisse et les syndicats professionnels de la région.

Les conventions que passe la caisse tant avec les syndicats professionnels qu'avec les hôpitaux et les maisons privées de cure et de diagnostic, précisent les divers tarifs, selon lesquels l'assuré sera soigné et la quote part de remboursement, dite de responsabilité, qui reste à la charge de la caisse.

L'assuré se trouve ainsi garanti contre tout arbitraire, cependant qu'il est certain de conserver le libre choix de son médecin. Ne pourrait-il pas craindre en effet, qu'en cas de non accord entre syndicat et caisse, cette dernière n'embauche à gages quelques praticiens, désignés par elle seule, et chez lesquels, à l'exclusion pratique des autres, l'assuré devrait se faire soigner, s'il veut être remboursé de la quote part à laquelle il a droit ?

La convention donne en plus au malade la certitude que les tarifs ne peuvent pas être modifiés du soir au lendemain : une certaine stabilité sera ainsi garantie quant aux modalités du fonctionnement local de la loi.

De cette incursion dans les textes de la loi ou du décret, portant règlement d'administration publique, nous pouvons déduire que l'intention manifeste du législateur a été de faire reposer le fonctionnement normal de la loi sur des accords locaux, conclus entre caisses et syndicats de praticiens, tant dans l'intérêt des caisses que dans celui des malades.

Quant à l'intérêt des praticiens, il ne saurait en être question, puisqu'ils conservent la faculté d'être librement choisis par leurs malades, d'être honorés directement par ceux-ci et selon le tarif syndical minimum local.

Comment le législateur a-t-il exprimé cette volonté en faveur des conventions ?

L'article 4, § 4, alinéa 3 précise que les caisses ne pourront conclure d'accords qu'avec des syndicats habilités.

Mais le législateur estime que, dans l'immense majorité des cas, ces accords pourront intervenir. La preuve nous en est donnée par la lecture de l'article 3, § 7 : « au cas où les caisses ne pourraient pas conclure avec les syndicats médicaux... ». Ces mots et surtout le verbe : « ne pourraient pas » signifient que le désaccord doit être flagrant et que le Parlement n'admet pas que les caisses puissent se refuser à converser avec les syndicats médicaux, en vue de l'établissement d'un accord.

N'oublions pas qu'au moment où fut discutée la modification générale de la loi du 5 avril 1928, au moment de l'élaboration de ce qui devait devenir la loi du 30 avril 1930, le législateur entendait mettre les caisses à l'abri du mauvais vouloir des syndicats de praticiens, au cas où ces derniers se refuseraient à contracter avec les caisses. D'où cet article 4, paragraphe 7.

Mais, *a contrario*, si les syndicats acceptent de discuter un accord, les caisses ne peuvent pas se dérober.

La preuve en est du fait que le règlement d'administration publique, en son article 18, décide des conditions selon lesquelles le Ministre du Travail s'inspirera des directives à lui données par des commissions spéciales , qu'il nommera, puis arrêtera les conventions modèles à intervenir entre les caisses et les syndicats professionnels, ou établissements de cure.

Dans ce souci du Parlement et de l'administration supérieure, à intervenir ainsi pour la rédaction des conventions entre les syndicats et les caisses, nous pouvons voir la volonté de protéger les caisses et les malades soit contre les prétentions des syndicats médicaux, au cas où ces exigences pourraient être excessives, soit contre le mauvais vouloir de certains syndicats qui se refuseraient obstinément à contracter.

Mais, dans l'esprit du législateur, comme de l'administration, la caisse ne peut pas se refuser à contracter, car, par la convention, elle se garantit une fixité de tarifs et de modalités d'application de la loi, fixité qui lui est indispensable, tant dans son propre intérêt que de celui de ses ressortissants.

Quelles sanctions sont-elles prévues ?

Contre le syndicat, qui se refuse à signer une convention ; ce groupe professionnel est ignoré de la caisse, qui reste en droit d'organiser, comme elle l'entend, son service médical.

De même, si le syndicat se dérobe à son devoir de contrôleur technique, l'habilitation peut lui être retirée.

Contre la caisse qui, sans motifs valables, se refuse à contracter avec les syndicats de praticiens, la loi n'a prévu aucune sanction.

Cependant, puisque la volonté du législateur est violée par cette carence de la caisse, on pourrait appliquer les termes de l'article 27, § 1, alinéa 3 : l'agrément peut être retiré par décret, lorsque la caisse primaire cesse de remplir ses engagements, ou les conditions auxquelles est soumis son fonctionnement.

Stricto sensu, on peut soutenir que ce texte pénal s'applique principalement au fonctionnement financier, ou aux prestations à fournir.

Cependant, le fait de ne pas se conformer à la volonté du législateur, en ce qui concerne les conventions à signer avec les syndicats, peut être considéré comme une irrégularité.

Devant quelle juridiction porter le débat ?

Devant la commission départementale instituée par l'article 7 de la loi ? Le paragraphe 5 dudit article semble ne devoir intervenir que lorsque les conventions sont signées. Elle est également appelée à connaître, pour les prévenir et les régler, des difficultés dans les divers services, ou entre eux ; elle arbitre encore les litiges, qui naîtraient entre les parties contractantes de l'application des dites conventions.

Il semble donc que la commission départementale ne soit compétente, que lorsque les conventions sont signées et non pas à l'occasion des difficultés qui surgiraient pendant l'élaboration et la discussion des conventions.

Serait-ce alors la commission cantonale, prévue à l'article 63, § 1 de la loi ? Cette commission composée du juge de paix, président, d'un employeur et d'un assuré, connaît des difficultés autres que celles prévues à l'article 7 précité, auxquelles donne lieu l'application de la présente loi.

Il y a donc une lacune dans la loi ; mais, en attendant que le législateur améliore son œuvre, il convient d'agir.

A mon avis, le syndicat professionnel, qui aurait à se plaindre du mauvais vouloir d'une caisse, qui se refuserait, sans motifs valables, à contracter, devrait s'adresser au préfet, puisque les commissions départementales ne fonctionnent pas encore.

Le préfet pourrait arbitrer sur place. S'y refuserait-il, ou échouerait-il, le litige serait porté devant le Ministre du Travail, dont la décision, ou le refus de décision pourrait être ensuite déféré, s'il y avait lieu, devant le Conseil d'Etat.

Mais il importe de ne pas laisser un syndicat médical pâtir de la mauvaise volonté d'une caisse, qui, parce qu'elle ne veut pas reconnaître le contrôle technique du syndicat, ou parce qu'elle espère abolir le libre choix du praticien, en imposant ses propres médecins, nommés par elle, se refuserait, sans motifs valables, à contracter avec ledit syndicat médical.

Faisons trancher le conflit.

Dr Paul BOUDIN.

Situation spéciale aux assurances agricoles

Quelques syndicats médicaux, des régions agricoles, se trouvent quelque peu surpris de l'attitude de certaines mutuelles agricoles, qui, bien que garantissant les risques d'assurances sociales, soutiennent avoir une autonomie complète tant pour choisir leurs médecins traitants que pour rembourser leurs assurés, tantôt selon un tarif de responsabilité, arrêté par elles, tantôt selon un forfait journalier, selon qu'elles trouvent plus ou moins d'avantages dans l'un ou l'autre mode.

Egalement ces syndicats nous demandent si les caisses agricoles peuvent se refuser à contracter avec les groupes de praticiens du département, ou si elles ont, comme elles le prétendent, une autonomie entière, à l'instar des mutuelles ordinaires, qui se réclament de la loi du premier avril 1898.

Nous avons demandé à l'Office central de la Mutualité agricole (8, rue d'Athènes et rue de Douai, à Paris) quelle était l'opinion des dirigeants de cette puissante association agricole.

Voici la réponse :

Renseignements sur les assurances sociales agricoles

Pour les professions agricoles, les conditions d'application de la loi sur les Assurances sociales présentent des différences avec celles qui sont en vigueur pour les professions industrielles et commerciales.

Les Agricoles ne sont pas sous la tutelle administrative et gèrent les assurances sociales eux-mêmes, sans intervention de l'Etat, au moyen de leurs Sociétés de Secours mutuels et des Unions de ces sociétés, qui restent régies par la loi du 1er avril 1898, dans les conditions fixées par le titre VI de la loi du 30 avril 1930.

Ce titre VI, qui est le statut « Assurances sociales » de l'Agriculture définit la liberté qui lui est laissée, en renvoyant ou non, dans chaque cas, au texte général de la loi qui, globalement, ne lui est pas applicable.

Les sociétés de Secours mutuels agricoles, dites « Caisses locales » et leurs Unions, dites

« Caisses régionales » ont la plus grande indépendance pour percevoir les cotisations et déterminer le régime, la quotité et l'attribution des prestations ; elles se conforment simplement aux principes généraux de la loi du 30 avril 1930 et en font application dans le cadre de la Mutualité agricole préexistante.

Ces Caisses sont en majorité affiliées à l'Office Central de la Mutualité agricole, 8, rue d'Athènes à Paris qui a créé une Caisse centrale de Secours Mutuels jouant pour elles principalement au point de vue réassurance le rôle d'organe national.

Les autres sont, en général, affiliées à un second organisme national et ces deux groupements se tiennent constamment en liaison cordiale.

D'autre part, les agricoles isolés qui, pour une raison quelconque n'ont pas été affiliés à une de ces sociétés de Secours mutuels agricoles, sont recueillis par la Caisse départementale qui a créé, à cet effet, une section agricole. Il y a lieu d'espérer que ces sections agricoles départementales se réassureront en général aux Caisses régionales et qu'ainsi, en pratique, tous les assurés des professions agricoles se trouveront administrés dans des conditions sensibles analogues.

Il est à noter également que ces assurés agricoles ne sont pas classés en catégories, en ce qui concerne les risques de répartition. Ils versent une cotisation uniforme et ont droit, par suite, à des prestations uniformes. Compte tenu de la contribution patronale et de la subvention de l'Etat, les Caisses disposent d'une somme brute de 240 francs par an et par assuré.

Les Syndicats médicaux, dans les conventions à passer avec les Caisses agricoles, ont donc à considérer que les Caisses agricoles n'ont rien de commun avec les Caisses primaires, qu'elles jouissent d'une véritable autonomie administrative et que les ressources sont toutes différentes.

Désireuses de faciliter la collaboration du Corps médical en ne le mettant pas en présence de deux régimes entièrement différents, les Caisses agricoles ont, d'une manière générale, adopté le modèle officiel des diverses feuilles de maladie, au moins en ce qui concerne le médecin, et sont, en principe, disposées à prendre pour base de pourparlers la convention-type insérée au *Journal officiel* du 8 août 1930.

D'autre part, tant pour l'établissement des conventions à intervenir que pour le maintien ultérieur d'une liaison étroite et facile, entre les Caisses et le Corps médical, il serait très désirable que les Syndicats médicaux, organisés généralement par département, fussent invités par leur Confédération à déférer, le cas échéant, à la proposition des Caisses agricoles, dont l'action est régionale, de constituer une commission ou un Comité comprenant un représentant de chacun des Syndicats médicaux départementaux, avec lesquels la Caisse régionale aura à traiter. Ce Comité aurait pour mission la préparation des accords et, d'une manière générale, assurerait l'unité dans les relations entre Caisse et Syndicats, dans un intérêt commun.

Le chapitre intitulé « Etablissements privés », du rapport au Ministre précédant la convention-type, rappelle que les Syndicats médicaux doivent être consultés, en particulier pour la création, par les Caisses, d'établissements dans les conditions prévues par la loi. En ce qui concerne l'agriculture, l'autonomie, qui lui est laissée en matière d'assurances sociales, ne permet guère de prévoir la création d'établissements, qui ne seraient pas strictement réservés aux agricoles. De nombreuses considérations administratives et psychologiques s'y opposent. Ces Etablissements, de cure notamment, sont déjà dans les projets des Caisses régionales. Le comité dont nous venons de parler serait de la plus grande utilité pour étudier régionalement les possibilités de création de ces établissements, spécialement réservés à l'agriculture.

***

Cette question présente un très gros intérêt pratique : si nous admettons la thèse de l'Office central de la Mutualité agricole, cette dernière a toute latitude pour organiser son service médical, dans les limites, non de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930, mais de la loi du premier avril 1898.

Autrement dit, les mutuelles agricoles ont-elles la possibilité de choisir librement leur Corps médical et de rembourser aux ayants-droit les prestations médicales, ou de les dispenser, grâce à des médecins payés à forfait ?

La loi des assurances sociales impose le libre choix du médecin et le tarif à la visite, sauf dans les cas où les caisses, n'ayant pas pu contracter avec les syndicats médicaux défaillants, ou hostiles, reprennent toute leur liberté d'action.

Au contraire, la loi du premier avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, laisse ces dernières libres de l'organisation de leur service médical et même du choix des praticiens, qu'elles peuvent imposer à leurs ressortissants.

Enfin, tout ce que nous avons exposé, au sujet de l'obligation de contracter avec les syndicats médicaux qui, à mon avis, s'impose aux caisses ouvrières d'assurances sociales, s'applique-t-il, ou non aux mutuelles agricoles ?

Le principal argument, invoqué par les mutuelles agricoles, découle des termes de l'article 75 de la loi du 30 avril 1930 : « les salariés des professions agricoles doivent s'affilier, ou être affiliés, pour la maladie, la maternité et le décès, à une société de secours mutuels approuvée, ou

section de société de secours mutuels approuvée, composée exclusivement d'assurés des professions agricoles ».

Donc, est-il facile de conclure, application de la loi de 1898.

A cela je réponds que ces mutuelles agricoles sont néanmoins comprises dans la grande loi des assurances sociales. Elles bénéficient de dispositions spéciales, principalement en ce qui concerne le taux des cotisations, mais les prestations restent les mêmes que pour les ouvriers et employés du commerce, ou autres salariés assurés sociaux.

D'ailleurs, si nous nous reportons aux termes de l'article 26 de la loi, nous voyons que la gestion des assurances sociales ordinaires est confiée à des caisses primaires, ou à une caisse primaire départementale. Ces caisses sont constituées et administrées conformément aux prescriptions générales de la loi du premier avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, sous réserve des dispositions de la présente loi.

Donc, elles aussi sont des sociétés mutuelles, les caisses primaires groupant les salariés du commerce et de l'industrie. J'en déduis que le cadre administratif de ces organismes, qu'ils soient agricoles, ou, non, est fixé par la loi du premier avril 1898, alors que le service des prestations doit se conformer aux directives de la loi de 1928-1930.

D'ailleurs, l'article 178 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, spécifie que « l'agrément, qu'aux termes de l'article 27, paragraphe premier de la loi, doivent obtenir les caisses primaires, est subordonné aux conditions ci-après :

1° La caisse doit avoir été inscrite dans les conditions fixées par la loi du premier avril 1898 au répertoire des sociétés de secours mutuels ».

Donc, caisses agricoles, comme caisses ordinaires sont des sociétés mutuelles.

Néanmoins, les mutuelles agricoles ont-elles une liberté plus grande que les caisses ordinaires, pour assurer, comme elles l'entendent, le service des prestations maladie ?

Certains de nos confrères ruraux nous demandent si ces mutuelles agricoles ne doivent pas contracter avec les syndicats médicaux, comme les autres caisses d'assurances sociales. Ils nous signalent, en effet, que certaines d'entre elles remboursent les prestations médicales et pharmaceutiques, tantôt par un forfait journalier, tantôt selon un tarif de responsabilité, selon que tel ou tel système paraît le plus avantageux pour la caisse agricole, eu égard aux dépenses faites par tel ou tel assuré.

Ainsi, lorsque les dépenses médicales et pharmaceutiques sont élevées, l'assuré touche, en sus de son indemnité d'incapacité de travail, un forfait quotidien de huit francs, pour frais de maladie (médecin et médicaments).

Si au contraire, la caisse estime avoir moins à débourser, elle applique un tarif de responsabilité, pour frais médicaux et pharmaceutiques, tarif qu'elle détermine elle-même, sans tenir aucun compte du tarif minimum syndical local.

Ne serait-il pas cependant utile qu'une convention existât entre caisse agricole et syndicat de praticiens ? Quel que soit le mode employé, caisse comme syndicat ont intérêt à convenir des modalités de remboursement des frais.

Si le malade touche son forfait quotidien, ne pouvant que, dans des cas très exceptionnels, dépasser ce plafond de huit francs par jour, il se fera soigner comme bon lui semblera et par qui il voudra.

Mais alors, que doivent répondre les praticiens, lorsqu'ils sont interrogés par leurs clients, qui disent qu'au lieu des huit francs par jour, la caisse leur a simplement remboursé les frais médicaux et pharmaceutiques, selon un tarif de responsabilité ?

Pourquoi ces deux modalités ?

Nous pouvons faire remarquer que, sur ces points, la loi a besoin d'être précisée, ou même remaniée. En effet, les dispositions spéciales à l'agriculture, précisées dans le titre VI de la loi (article 72 et suivants) ne concernent que le fonctionnement adiministratif des caisses agricoles et le montant des cotisations à verser.

Mais nulle part, il n'y est fait mention des prestations auxquelles ont droit les assurés.

J'aurais donc tendance à conclure que les agricoles ont, comme les assurés sociaux du commerce et de l'industrie, droit aux soins de maladie, dans le cadre de la loi de 1930 sur les assurances sociales et non dans celui de la loi de 1898 sur les mutualités.

Mais, comme les cotisations perçues pour les agricoles sont bien moins élevées que celles versées pour les autres assurés sociaux, il convient de limiter les dépenses de remboursement. D'où l'utilisation du plafond.

Quel est le régime légal de ce dernier ?

Les agricoles pensent agir uniquement dans le cadre de la loi de 1898 : par conséquent, ils sont libres d'allouer aux mutualistes, les avantages fixés par les statuts, sans tenir aucun compte des prescriptions de la loi sur les assurances sociales.

Mais, si l'on estime que les caisses agricoles doivent garantir les prestations médicales dans le cadre de la loi de 1930, ledit plafond est déterminé par les termes de l'article 4, paragraphe 5, 2e alinéa de la loi.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que les mutuelles agricoles ont le plus grand intérêt à contracter avec les syndicats médicaux. A mon

avis, la question du contrôle technique est la plus importante.

Dans le cas du plafond journalier, touchant de l'argent, pour se faire soigner, le malade peut être tenté de détourner ces subventions de leur destination et de consulter rarement le médecin, ou même de ne pas le faire appeler, tout en se disant malade. Mal soigné, pas surveillé, ce client risque de rester longtemps à la charge de sa mutuelle. D'où, pour cette dernière, la nécessité, non seulement d'avoir un service médical, au sein de son administration, mais également de pouvoir s'appuyer sur le syndicat médical local, pour faire assurer le contrôle technique, conjointement au contrôle général.

Je conclus donc, sur cette question agricole, qu'il me semble, pour ma part, que la loi de 1898 sur les mutualités, ne peut s'appliquer qu'en ce qui concerne l'administration et le fonctionnement intérieur de la caisse agricole ; mais que, pour les prestations, la loi de 1930 est applicable, avec libre choix du médecin, tarif à la visite et conventions collectives entre syndicats et caisses.

Mais, serais-je dans l'erreur, les agricoles auraient-ils vraiment le droit de ne se prévaloir que de la loi sur les mutualités, par suite leur serait-il reconnu la liberté d'organiser à leur guise leur fonctionnement médical, que je crois utile, pour ne pas dire nécessaire, que des accords locaux puissent intervenir avec les syndicats médicaux : les malades seront mieux soignés et l'intérêt des caisses pourra être sauvegardé, par la collaboration du Corps médical.

Conclusions.

De tout ce qui précède, nous ne pouvons que donner une impression juridique, qui m'est personnelle. Suis-je dans la vérité, ou dans l'erreur ? Au Conseil d'Etat de le dire, non pas par un avis, mais dans un arrêt.

Je crois que le législateur a voulu que des conventions collectives soient établies entre caisses et syndicats de praticiens, pour donner une certaine fixité au fonctionnement de la loi.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, alors que les syndicats professionnels entendraient vouloir ignorer la loi, que la loi les ignorerait : le droit commun reprend alors tout son empire et les caisses se débrouillent comme elles l'entendent, pour que leur service médical soit assuré.

Mais, si les syndicats médicaux acceptent de discuter une convention, les caisses ne doivent pas, de leur côté, se dérober et prétendre conserver leur liberté. Bien qu'il n'y ait pas de sanctions légales prévues, je crois néanmoins que le Conseil d'Etat appliquerait l'intention du législateur, en obligeant les caisses à donner des motifs valables et sérieux, pour étayer leur refus de tractations.

Quant aux caisses agricoles, elles ont une certaine souplesse, puisqu'elles se meuvent dans le cadre de la loi sur la mutualité ; mais néanmoins, j'estime qu'elles restent soumises aux lignes directrices de la législation sur les assurances sociales, tant pour l'octroi des prestations, que pour la question, qui nous préoccupe : les conventions, surtout si elles acceptent d'appliquer un tarif de responsabilité.

Pour ma part, je me déclare partisan des conventions, ne serait-ce que pour assurer une certaine fixité au fonctionnement médical de la loi.

Ces conventions doivent principalement concerner le contrôle : d'où avantage pour les caisses, qui pourront dépister les abus et les faire réprimer ; avantage moral pour le syndicat, qui pourra faire régner une certaine discipline professionnelle parmi les praticiens, qui, syndiqués, ou non syndiqués, participeront au fonctionnement des prestations.

Ces conventions enfin provoqueront un contact entre dirigeants, qui doivent collaborer, pour une œuvre commune : la protection de la santé publique. On ne peut pas dire que les uns et les autres sont placés de chaque côté d'une barricade et qu'ils doivent se considérer comme des adversaires.

Bien au contraire, ils doivent combiner leurs intérêts et leurs compétences, pour que les prestations soient utilement dispensées, sans que les finances de la caisse aient à pâtir des abus et sans que les médecins soient obligés d'abandonner une parcelle de leur indépendance professionnelle.

L'union fait la force.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Changement de combinaison

Un sociétaire m'écrit :

Mon Cher Confrère,

Les membres de la Mutualité Familiale sont autorisés à changer de combinaison pour s'inscrire à une indemnité-maladie plus élevée.

Dans quelles conditions ces changements peuvent-ils se faire ?

Le sociétaire déjà inscrit a des droits acquis et il en doit être tenu compte. Je crois d'ailleurs que vous l'avez écrit dans une de vos études.

Je prends mon exemple :

Je suis dans ma quarantième année et je suis entré à la Mutualité familiale à 30 ans pour une indemnité de dix francs, je paie une cotisation annuelle de 75 francs ; je voudrais passer à la Combinaison MA^5 qui donne l'indemnité de cinquante francs, quelle sera ma cotisation nouvelle ?

Je crois que la question intéresse un certain nombre de confrères et vous pourriez donner dans le *Concours* la réponse que vous allez me faire.

Je vous remercie à l'avance et vous prie d'agréer...

B.

La réponse est simple .

A quarante ans la cotisation annuelle pour MA^5 est de 545 francs ; mais, ainsi que le dit très justement notre confrère, il serait inique de lui réclamer ces 545 francs comme à un nouvel adhérent, et de ne pas tenir compte des droits acquis par ses années de participation. Aussi ne lui demanderons nous que 524 francs.

Mais sur quelles bases cette réduction est-elle faite ? C'est ce que je vais exposer.

Jusqu'à ces temps derniers, l'article 46 des statuts interdisait le changement de combinaison, car les diverses combinaisons existantes pouvaient se surajouter les unes aux autres.

Notre confrère inscrit à MA serait resté à MA et serait entré à MAD^2 : il aurait reçu 10 francs de la première combinaison et 40 francs de la seconde.

Mais le nouvel aménagement des combinaisons qui a été effectué, en supprimant la participation d'un même sociétaire à plusieurs combinaisons, a simplifié considérablement les choses.

Au fond rien absolument n'est changé : il n'y a que des dénominations nouvelles pour les combinaisons et une répartition plus judicieuse des sociétaires entre elles. Les sociétaires qui ne faisaient partie que de MA restent à MA.

Ceux qui faisaient partie de MA + 1/2 MAD ou de MAD ont été inscrits à MA^2 qui donne 20 francs.

Ceux qui faisaient partie de MA + MAD ont été versés à MA^3 qui donne 30 francs.

Ceux qui faisaient partie de MAD^2 ont été versés à MA^4 qui donne 40 francs.

Enfin ceux qui faisaient partie de MA + MAD^2 ont été versés à MA^5 qui donne 50 francs.

Leur situation reste donc absolument la même.

Mais l'interdiction de changer de combinaison n'a plus sa raison d'être ; le sociétaire qui veut augmenter son indemnité, passe à la combinaison qu'il désire, le calcul de l'indemnité nouvelle est le suivant :

Le sociétaire qui change de combinaison paie la cotisation nouvelle à son âge actuel, moins la différence existant entre la cotisation de la combinaison ancienne à son âge actuel et la même cotisation à son âge d'entrée.

Pour faire comprendre aisément la chose, je donne le tableau des cotisations annuelles.

Age d'entrée	MA 10 fr.	MA^2 20 fr.	MA^3 30 fr.	MA^4 40 fr.	MA^5 50 fr.
25 ans	68 fr.	148 fr.	223 fr.	308 fr.	389 fr.
26 —	69 »	151 »	227 »	314 »	396 »
27 —	71 »	154 »	232 »	320 »	404 »
28 —	72 »	157 »	237 »	326 »	412 »
29 —	73 »	160 »	241 »	333 »	420 »
30 —	75 »	163 »	246 »	340 »	429 »
31 —	77 »	166 »	251 »	346 »	438 »
32 —	78 »	170 »	256 »	354 »	447 »
33 —	80 »	174 »	262 »	362 »	457 »
34 —	82 »	178 »	268 »	370 »	468 »
35 —	84 »	182 »	274 »	379 »	480 »
36 —	86 »	187 »	282 »	389 »	492 »
37 —	88 »	192 »	289 »	399 »	504 »
38 —	91 »	197 »	297 »	410 »	517 »
39 —	93 »	202 »	304 »	420 »	530 »
40 —	96 »	208 »	313 »	433 »	545 »
41 —	98 »	213 »	321 »	444 »	560 »
42 —	101 »	219 »	330 »	454 »	576 »
43 —	104 »	226 »	341 »	470 »	593 »
44 —	107 »	232 »	350 »	482 »	610 »
45 —	110 »	239 »	360 »	497 »	628 »

Appliquons la règle au cas de mon correspondant : A son entrée il payait pour MA 75 francs, à son âge actuel cette cotisation est de 96 francs.

96 — 75 = 21. Il paiera donc 545 — 21 = 524 francs. Prenons un autre cas.

Soit un sociétaire entré à MA^2 (20 francs) à 32 ans et payant une cotisation de 170 francs.

A 38 ans il veut passer à MA^4 pour avoir 40

francs ; à cet âge la cotisation de MA[3] est de 197 francs.

197 — 170 = 27. Il paiera donc la cotisation de MA[4] à 38 ans, soit 410 francs diminuée de 27 francs, c'est-à-dire 383 francs.

Si le même sociétaire avait voulu passer à MA[5] pour avoir cinquante francs, il aurait eu à payer 517 — 27 = 490 francs.

Je crois inutile d'insister. Mais ce que je répéterai encore, c'est que, au fond, rien n'est changé à notre mode de faire : on arrivait aux mêmes chiffres par une voie beaucoup plus compliquée, et c'est tout.

Pour être complet, il faut ajouter que le sociétaire qui change de combinaison est soumis à toutes les formalités statutaires d'une entrée nouvelle.

Il doit passer un examen médical ;

Il doit être admis par le Conseil d'administration ;

Il doit subir un stage de six mois avant d'acquérir son droit à l'indemnité nouvelle. Il est vrai que pendant ce temps il a droit à l'indemnité ancienne.

Enfin il faut rappeler que l'âge limite pour les passages est 45 ans.

Je ne saurais trop engager mes lecteurs à conserver cette note, elle pourra leur servir à l'occasion.

De même que les sociétaires peuvent augmenter leur indemnité-maladie, de même ils peuvent s'ils sont dans les limites d'âge, augmenter le chiffre de leur pension.

Tel qui s'est inscrit pour une pension de 1.200 francs peut s'inscrire pour une pension de 2.400 francs ; il n'y a aucune difficulté, il lui suffit de souscrire dix nouvelles parts à son âge actuel et de payer la cotisation correspondante.

Et ces parts nouvelles, il peut les prendre soit à la même combinaison soit à l'autre combinaison. Ce qui permet d'arriver à une pension de 2.400 francs à 60 ans et à une seconde pension de 2.400 francs à 65 ans.

Ce sont les maximums actuels mais nous ne désespérons pas de les voir l'an prochain portés à 3.600 francs, ce qui permettrait d'atteindre 7.200 francs à 65 ans.

Et comme les mêmes facilités ont accordées aux femmes des sociétaires, un ménage pourrait ainsi arriver à 14.400 francs, ce qui, certes, est quelque chose.

La Mutualité familiale, on le voit, ne cesse pas de s'adapter aux circonstances et aux besoins de ses membres : elle marche prudemment, mais elle marche.

Faut-il rapprocher qu'à sa fondation, elle ne se proposait que de donner l'indemnité maladie de dix francs, alors qu'actuellement elle donne :

L'indemnité maladie de dix à cinquante francs à la volonté du sociétaire ;

La pension de retraite de 120 à 2.400 francs à soixante cinq ans ;

Le cumul de ces deux pensions, s'il est désiré ;

La pension viagère de 120 à 1200 fr. à la veuve en cas de décès du sociétaire, pension réversible sur les enfants mineurs ;

La pension de retraite à la femme du sociétaire dans les mêmes conditions exactement qu'à son mari ;

La pension de retraite aux enfants des sociétaires.

Et tout cela s'est fait sans bruit, progressivement, au fur et à mesure des besoins et des possibilités.

C'est que, filiale du *Concours Médical*, elle s'est toujours inspirée de l'esprit dans lequel elle avait été créée : l'amélioration de la situation matérielle et morale du médecin.

Il n'y a donc pour lui aucune raison de s'abstenir et de se montrer indifférent.

A. GASSOT.

SUR LES ORIGINES DE LA SYPHILIS EN EUROPE

Par le docteur Frank DUPRAT,

Médecin-consultant à Bagnères-de-Bigorre.

L'attention de beaucoup d'entre nous a certainement été retenue par un brillant article, plein de vie et de couleur, paru ici même sous la signature du docteur Phocion Barbatis, de Monaco, et relatif aux origines de la syphilis en Europe.

D'après notre éminent et érudit confrère, la syphilis aurait été importée d'Amérique par les compagnons de Christophe Colomb, et propagée d'Espagne en Italie, puis au continent tout entier par des soldats d'origine espagnole venus à l'armée de Charles VIII à l'occasion de l'expédition de Naples.

C'est la thèse issue des savantes recherches d'ASTRUC (*De morbis venereis* : 2 vol., in-4, 1740.)

Malgré l'exposé séduisant de l'auteur, et l'évocation très imagée qu'il nous fait d'une époque où Mars et Vénus allaient d'aimable compagnie, — ce qui assurément est susceptible d'expliquer bien des choses — nous allons exposer une thèse toute différente. « *Adhuc sub judice lis est* !.... »

L'étude qu'on va lire, inspirée en grande partie des recherches de HESNAUT (*Le mal français à l'époque de l'expédition de Charles VIII en Italie, Paris*, Flammarion 1886) et dont on trouvera chemin faisant la bibliographie indiquée, tend à démontrer par les textes que le prétendu mal de Naples était monnaie d'échange sur notre vieux continent bien avant le retour des voiles de Colomb. Le père de la médecine, le sage Hippocrate lui-même en avait, ainsi que nous le verrons, signalé quelques siècles auparavant l'existence et les ravages sous le ciel bleu de l'Hellade.

Déjà à cette époque, la « Venus Infelix » ne comptait plus ses victimes dans notre vieille Europe ; et si, à l'époque de l'expédition de Charles VIII le mal prit une exacerbation telle qu'il put passer pour un nouveau fléau infligé à l'humanité c'est, selon nous, pour une raison bien simple, et qu'expliquent aujourd'hui la physiologie, la biologie et la clinique : la race de tréponèmes inoculée sur de lointains rivages aux navigateurs de Colomb et par eux transmise aux Espagnols de l'armée de Charles VIII, emprunta par son passage dans le milieu humoral d'une nouvelle race, et, dans des conditions différentes d'hygiène, de climat et d'habitat, le caractère d'exaspération que signalèrent à cette époque tous les auteurs.

C'est ainsi que, de bénigne qu'était la syphilis sur le vieux continent avant l'expédition de Charles VIII, elle entra aussitôt après elle, et par voie de conséquence, dans une période d'acuité telle que, se méprenant sur ce qui n'était qu'un épisode évolutif d'une maladie ancienne, les historiens s'ingénièrent à individualiser une affection dont il est cependant facile de retrouver des descriptions complaisantes dans les anciens auteurs.

Et d'abord, un bref historique :

Des travaux aujourd'hui classiques (LE BARON : *Lésions osseuses de l'homme préhistorique en France et en Algérie*, Paris, 1881, gr., in-18, p. 118. — ROSENBAUM : *Histoire de la syphilis dans l'antiquité*, ch. VI, pp. 50-51, Bruxelles, 1847) donnent à la syphilis des lettres patentes aussi vieilles que l'humanité ; c'est ainsi que des lésions à caractère nettement spécifiques ont pu être relevées sur des ossements de l'époque préhistorique et néolithique ; un squelette de Solutré ne présente-t-il pas sur ses tibias des exostoses particulièrement typiques !

Mêlé par ailleurs à tous les mythes religieux de l'Asie et de l'Amérique, le mal vénérien apparaît à l'origine comme un châtiment divin ; les peuples dans leur effroi le mettent sous la protection d'un dieu ; et suivant leurs idées panthéistes, ils représentent ce dieu sous l'image de la partie par laquelle il manifestait ses effets ; telle est l'origine du culte des divinités génératrices, culte universel, du Lingam d'Asie et d'Amérique au Priape de nos pays de culture gréco-latine.

Les fêtes phalliques en particulier furent instituées en Grèce en l'honneur de Bacchus, qui avait guéri les Athéniens d'une affection très grave aux parties génitales, affection qu'il leur avait d'ailleurs infligée, faute d'avoir été honoré par ce peuple comme il convenait à un dieu : ... « *Deus indignatus (quare neglexerunt eum Athenienses, neque ut mos erat, cum pompa acceperunt), pudenda hominum morbo infestavit, qui erat illis gravissimus*... (Nathalis COMES : *Mythologiæ sive explicationis fabularum*, Lib. X, Francfort, 1588, in-8, p. 498.)

La même histoire se retrouve dans le scoliaste d'Aristophane : (ACHARN, 248). Le mythme du Lingam est identique chez les adorateurs de Vichnou. (ROSEMBAUM. *Loc. cit.*).

Observation à retenir (HESNAUT. *Loc. cit.*) du fait que le culte des divinités phalliques, Lingam ou Priape, était essentiellement lié à une affection maligne des organes génitaux rapportée par les hommes à la colère d'un dieu qui seul pouvait les guérir, les écrivains de l'antiquité n'abordèrent jamais qu'avec une extrême prudence le chapitre des maladies vénériennes.

Esprits peu rompus par ailleurs aux subtilités étiologiques, et aux diagnostics précis, n'ayant pour tout guide qu'une observation clinique rudimentaire, les anciens médecins, et surtout les médecins grecs nous ont légué des textes qui demandent pour ce double motif à être serrés d'assez près. Mais bien que

l'on n'y trouve guère que des descriptions ayant rapport aux manifestations extérieures, aux altérations prédominantes de la peau, les observations parvenues jusqu'à nous n'en sont pas moins éloquentes.

Quel était donc ce mal redoutable, et que savons-nous de sa symptomatologie ? . . .

Déjà à cette époque, les maladies des organes sexuels, peu étudiées en Grèce comme à Rome, se déguisaient comme si elles frappaient d'infamie ceux qui en étaient atteints par les dieux, et les malades se soignaient en cachette avec le secours des magiciennes et des vendeuses de philtres.

On trouve cependant dans Hippocrate des passages qui ne laissent aucun doute sur l'existence et les ravages de la syphilis en Grèce.

Parlant d'une épidémie qui avait sévi à Athènes, Hippocrate s'exprime ainsi : ... « *Beaucoup eurent des aphtes et des ulcérations de la bouche ; fluxions fréquentes sur les parties génitales, ulcérations, tumeurs en dedans et en dehors, gonflements dans les aines ; ophtalmies humides longues et douloureuses : carnosités aux paupières en dedans et en dehors, qui firent perdre la vue à beaucoup de personnes. Les autres plaies et et les parties génitales étaient aussi le siège de beaucoup de fongosités. Dans l'été on vit un grand nombre d'anthrax et d'autres affections qu'on appelle septiques ; des éruptions pustuleuses étendues, chez beaucoup de grandes éruptions vésiculeuses?...* » (*Œuvres compl.* Trad. de LITTRÉ, t. III des épidémies, L. III, sect. III, § 7, p. 85.)

Voilà déjà un tableau assez suggestif.

A Rome, le silence des médecins sur toutes les maladies touchant à l'une et l'autre Vénus (*utraque Venus*) est dû, comme chez les médecins grecs, aux mêmes motifs religieux.

Plus indiscrets, les poètes satiriques, n'ayant pas à obéir à des considérations de cette nature nous ont laissé un choix considérable de documents sur les accidents génitaux, et sur les causes qui les ont produits. Les raffinements de la débauche amenaient déjà avec eux le cortège inséparable des affections vénériennes et syphilitiques.

Il faut cependant aller jusqu'à l'époque de l'Empire, à Celse, pour avoir quelques détails sur la question qui nous intéresse plus spécialement. La description que cet auteur fait de ces maladies ne laisse aucun doute sur leur caractère essentiellement syphilitique ; le chancre induré y est nettement décrit : *Traité de la médecine*, liv. 6, sect. VIII, p. 372 jusqu'à la fin du liv. 6. Trad. de FOUQUIER et RATIER.

La corruption romaine gagna les provinces de la Gaule et y répandit ses ravages ; aussi peut-on suivre à la trace l'existence de la syphilis pendant toute la période du moyen-âge.

Au XIII^e siècle, Guillaume de Salicet parle dans son premier livre (cité par LANCEREAUX : *Traité historique et pratique de la syphilis*, p. 14) d'ulcérations sur la verge autour du prépuce ; il leur attribue pour origine un coït malsain : ..... « *propter coitum cum meretrice vel foedo.....* », et sa description ne laisse aucun doute sur l'existence des accidents secondaires syphilitiques.

Valescus de Tarente confirme la présence de chancres infectants sur les malades, dans des termes qui ne sauraient prêter à contradiction. Là encore, il reconnaît le coït comme point de départ de la maladie : ..... « *Ulcera et pustulæ fiunt in virga quæ aliquando, ratione malæ curæ et durationis, fiunt cancrosæ in tantum, quod aliquando perditur virga vel pars ejus, aliquando fiunt extra in pelle, aliquando ut plurimum intra... causæ possuntesse primitivæ..... ut est coitus cum fœtida, vel immunda, vel cancrosa muliere... Vidi aliquos mori quia tarde ad bonum pervenerunt medicum. Virga enim erat circumdata toto ulcere cancroso cum duritie, et erat rotundus sicut unus napus, et homo erat jam discoloratus et semimortuus...* » (PHILOMIUM. Lib. VI, f. 156, Venise, 1502.)

Il est difficile, avouons-le, d'être plus explicite ; tout le tableau des accidents primaires, secondaires et tertiaires se trouve-là en raccourci !

L'infection générale résultant de l'infection des organes génitaux est nettement indiquée dans les *Glossulæ Gerardi* : ..... « *Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis de spermato corrupto vel ex humore venenosa in collo matricis recepto ; nam virga inficitur et aliquando alterat totum corpus* ..... ». Nous ne traduisons pas ; ce latin est assez facile pour que chacun en puisse goûter la saveur !

Thomas Gascoigne, cité par Becker, dans ses *Transactions philosophiques*, rapporte ceci : ..... « *Novi nim ego diversos viros qui mortui fuerant ex putrefactione membrosum suorum genitalium et corporis sui ; quæ corruptio et putrefactio, ut ipsi dixerunt, causata fuit per exercitium copulæ carnalis cum mulieribus...* » Quelle autre maladie que la syphilis était donc susceptible de faire de tels ravages, et de faire mourir des hommes « de la putréfaction de leurs organes génitaux et de leur corps ! »

On a voulu voir dans beaucoup de ces descriptions un tableau clinique de l'éléphantiasis des arabes, dont les manifestations se produisent sur toutes les parties du corps, mais particulièrement sur les membres inférieurs, le scrotum, la verge et le clitoris. Les relations qu'en donnent Celse, et l'illustre médecin grec Aretée de Cappadoce, trop longues pour être reproduites ici, montrent à l'évidence qu'il s'agissait d'affections totalement différentes. (CELSE. Liv. III, sect. XXVI, p. 172.)

Quant à la lèpre, souvent confondue avec la syphilis au moyen âge, les textes anciens donnent plutôt l'une comme la résultante de l'autre ; la lèpre disparut en effet, en France du moins, à peu près au moment où la syphilis, qui avait toujours existé, se manifestait avec cette violence inouie qui la caractérise à la fin du XV^e siècle.

Outre la raison d'inoculation de race à race que nous donnions au début de cette étude pour expliquer la recrudescence de virulence du tréponème à cette époque, tout un concours de circonstances né-

fastes est indiqué par les chroniqueurs du temps, et qui explique cette soudaine gravité que la syphilis n'avait jamais eue : abandon total des lépreux, qui, se sentant mis au ban de l'humanité, se plongeaient avec une sorte de fureur dans les débauches les plus excessives, épidémies de peste, de typhus et de scorbut, orages terribles, et inondations qui firent de grands ravages, excès de la soldatesque, et dissémination du mal vénérien par les ribaudes, autant de circonstances qui aggravèrent le mal et déroutèrent la science des médecins.

Un témoignage enfin est à retenir ; celui de Fulgose qui déclare que deux ans avant la venue de Charles VIII en Italie, la syphilis exerçait déjà copieusement ses ravages : ..... « *Bienno antequam in Italiam Carolus veniret, ægritudo inter mortales detecta, cui nomen nec remedia medici ex veterum auctorum disciplina inveniebant, varie, ut regiones erant, apellata : in Gallia Neapolitanum dixerunt morbum, at in Italia appellabant, alii autem aliter...* » (ch. 6, p. 29, édit. Paris, 1578, in-8.)

Déjà donc, deux ans avant l'expédition de Naples, les peuples se rejetaient des uns aux autres, la responsabilité de l'indésirable et dangereuse Vénus ! ! !

Ainsi, et pour nous résumer, comme le dit aimablement P.-L. Jacob (in : *Recherches historiques sur les maladies de Vénus*, Bruxelles, 1883, in-16, p. 3), « Ne voulant pas faire injure aux dieux qui avaient accordé aux hommes le bienfait de l'amour, en accusant ces mêmes dieux d'avoir mêlé un poison éternel à cette éternelle douceur, les anciens évitèrent qu'Esculape, l'inventeur et le dieu de la médecine entrât en lutte ouverte avec Vénus en essayant de porter remède aux vengeances et aux châtiments de la déesse ».

Ce motif d'ordre purement religieux explique la discrétion des textes de l'antiquité en ce qui concerne les maladies vénériennes.

Moins respectueux de la volonté des dieux, parce que dégagé de la croyance panthéiste, le moyen âge fit un effort sincère pour identifier un mal qu'il voyait naître de la volupté, et dont il constatait avec effroi les ravages croissants.

Mais, accablés sous une avalanche de fléaux et de catastrophes de toutes sortes, les hommes de cette époque troublée attribuèrent aux causes les plus diverses une maladie dont ils connaissaient cependant parfaitement les manifestations pour les avoir complaisamment décrites.

Cependant que les chroniqueurs épiloguaient sur de prétendues responsabilités de peuple à peuple, les médecins à qui avait échappé le lien qui relie l'accident primitif, le chancre, (*ulcera et pustulæ fiunt in virga quæ aliquando, ratione malæ curæ et durationis fiunt cancrosæ in tantum.....*) avec les accidents consécutifs, secondaires et tertiaires (... *quod aliquando perditur virga vel pars ejus, aliquando fiunt extra in pelle, aliquando ut plurimum intra... nam virga inficitur et aliquando alterat totum corpus.....*) demeuraient impuissants dans l'art de guérir.

Ignorants du laboratoire, et assez mal avisés en clinique, leur science bégaya d'autant plus vite qu'un tréponème neuf, d'une vigueur accrue, rapporté par les navigateurs de Colomb, agissant à la façon d'un réactivant dans un milieu particulièrement réceptif, venait de donner soudain à la maladie, les allures et le caractère d'un nouveau fléau de l'humanité.

De cet ensemble de circonstances trop oublié, et qui ressort des textes, est née selon nous une erreur, qui est d'avoir décrit comme une entité nouvelle, ce qui ne fut en réalité qu'une exacerbation passagère d'un mal déjà existant ; et, de ce mal, vieux comme l'amour, tout nous prouve que les paillards les moins favorisés de notre vieux continent avaient déjà éprouvé les fâcheux effets, bien avant que ne réapparussent sous notre ciel les voiles blanches des caravelles !

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXXV. — **Atget, photographe de Paris**. Préface de Pierre Mac-Orlan. Un album relié 21 × 26, avec 97 reproductions photographiques en pleine page. Texte sur Rives. Editions Jonquières, Paris, 1930.

Aux premières pages, le profil d'Atget, voûté, avec son visage ridé d'aïeul rasé où surprend la vivacité d'un regard aigu, reflet frappant de celui que Fabre promenait sur le monde des insectes. Atget se penchait sur la misère de Paris, dos rond et vive intelligence à la recherche de documents qui ont l'émouvante simplicité de fables sans paroles. Il peut sembler paradoxal que la préface soit signée d'un écrivain de grand large, routier des routes d'aventure, bourlinguant sur tous les océans du monde, de port en bouges, de tempêtes en eaux mortes (1). Le préfacier est quelquefois mal à l'aise sur les chemins qu'un auteur a tracés ; il arrive aussi qu'il écrase l'œuvre mal faite pour supporter un chapiteau de choix. Une harmonieuse entente unit ici l'écrivain aux tableaux qu'il présente. Mac-Orlan montre les possibilités de la photographie, art d'expression, dans les rapports qu'elle peut avoir avec la littérature et avec cette « aventure », avec ce « fantastique social » que son âme inquiète de voyageur va chercher aux antipodes et qu'Atget trouvait dans son Paris sur une cheminée de chambre d'ouvrier ornée

(1) Vous serez, une de ces prochaines semaines, bien plus surpris encore de le retrouver analysant l'obscure biologie d'un « grand magasin ».

d'une prétentieuse décoration doublée par un miroir, sur le cliché d'une cour aux murs sales, sur celui d'une devanture de 1900 où baillent en rangs de détresse, (avec une résignation d'êtres disparates alignés par un destin sarcastique) des chaussures d'occasion. La silhouette du bouif transparaît derrière la vitre, à l'établi où l'on relustre ! Pour tous ces décors familiers, même quand l'homme en est absent on devine son effort quotidien, son usure, ses aspirations : trois lys poussés contre un baquet, des marches d'escalier limées par les pas, une baraque foraine pendant que la foire est vide... etc. Aucune recherche ne gâte la naïveté nuancée des ensembles soulignés d'ombres dures. Mieux que dans le térébrant « cent pour cent parlant » en vous arrêtant au coin de la page il vous semblera que vous entendez réellement nasiller l'orgue de Barbarie faux, luttant avec courage contre sa décrépitude musicale...

CCLXXVI. — BAUDELAIRE. — **Les Fleurs du mal.** Un vol. 17 × 22, illustré d'aquarelles d'Edy LEGRAND. Editions du Trianon, Paris, 1930.

Outre les Fleurs du mal proprement dites, le volume de près de 300 pages contient : un Supplément aux Fleurs du Mal ; Spleen et Idéal ; le Vin, Tableaux parisiens ; Révolte ; la Mort. La typographie est nette et l'équilibre de sa mise en page bien observé. Le dessin d'Edy Legrand est romantique à souhait et rehaussé de teintes vives qui prolongent la douceur et la violence alternées des chants d'amour et de désespérance.

CCLXXVII. — BAUDELAIRE. — **Les Pièces condamnées des Fleurs du mal**. Un album 29 × 39 illustré de sept compositions originales au lavis par PICART LE DOUX. Tiré à 257 exemplaires dont 250 sur velin d'Arches à 500 fr. Editions Cotinaud, Paris, 1931.

Dans la luxueuse carapace lourde d'un papier or et vert-de-gris, comme un fruit vénéneux dorment les chants maudits. Pièces que la papelarde justice de l'époque fit semblant d'étouffer et qui reviennent une fois de plus, *au grand jour* (1); comme dans un éclaboussement de cymbales un cortège de bacchantes ivres. Du texte je ne vous redis rien : seul le verbe magnifique de Baudelaire peut lui faire pardonner cette suite brutale de poèmes où se glissent quelques liliales images. La typographie est d'une finesse que M. Brémond lui-même dirait pure. Mais les dessins au lavis ont une diabolique précision. Sur les fonds noirs de l'encre se dressent les Damnées impudentes ou ployées comme si les emportait un vent de malédiction. Il y a à la page 10 surtout un cuivre de toute beauté qui est animé d'un mouvement d'une hardiesse sobre et d'une telle élégance que paraît tournoyer l'envol du voile claquant au bout des bras tendus sur le buste onduleux et le corps bondissant qui semble tout entier danser le cynisme de son blasphème ou l'impudeur de son offrande.

(1) Il ne s'agit pas d'une édition clandestine.

CCLXXVIII. — A. SAMAIN. — **Œuvres choisies.** Un vol. 12 × 19. Préface de François JAMMES. Un portrait. En appendice : lettre de Mallarmé en fac-similé ; poésies de Le Cardonnel, Charles Guérin ; textes de Rémy de Gourmont et Paul Léautaud ; bibliographie complète. Ed. Mercure de France, 1931, 15 fr.

Poètes des nostalgies, du *spleen* français, des désirs sourds , Samain avait à ses heures une vigueur d'expression contrastant avec l'habituelle fluidité chantante de son verbe. Si je vous avais cité à propos du livre précédent les vers suivants peut-être auriez-vous trouvé comme moi qu'ils avaient une ardeur plus baudelairienne que parfumée des brises languides du jardin de l'Infante... Ils sont cependant très authentiquement du poète de la *Musique Confidentielle*, du *Vas Tristitiae*:

« Luxure, aspic subtil endormi dans les os, — Tocsin ivre qui tinte aux minutes néfastes, — Diadème de stupre et manteau d'impudeur, — Je te salue ô très occulte, ô très profonde Luxure, étoile pourpre au ciel triste du monde ; — Lèvres, lit de l'amour profond comme la mort, — Vigne de volupté, grappe lourde, Ambroisie, — Vin du sexe qui met le sexe en frénésie — Mes sens dorment d'un air de félin au repos — mais leur calme sournois couve déjà l'émeute... »

Nous sommes loin du jardin primitif où des âmes « cueillaient le trèfle d'or en robes de candeur », et son goût des longues contemplations intérieures ne le menait pas toujours par les mêmes chemins... L'édition du Mercure donne un choix *très* abondant et bien ordonné de ces diverses « manières ». Elle donne ainsi une vision en raccourci, mais très fidèle, de l'œuvre que selon Paul Léautaud « Samain a chanté d'une voix pure, grave et confidentielle où persiste un lointain sanglot. »

CCLXXIX. — Jeanne-Aurélie GRIVOLIN. — **Les oraisons amoureuses.** Transcrites par Roger PILLET. Un vol. 14 × 18, tiré sur alfa par Coulouma à 1100 ex. numérotés. Ed. La Connaissance, Paris, 1931.

Jeanne-Aurélie Grivolin naquit (1) à Lyon au début du siècle dernier. Son journal où elle transcrivit fidèlement l'éveil et les manifestations de son « sentiment » sont d'une bien curieuse facture. Le romantisme qui baignait fade-

(1) Roger PILLET donne de nombreuses précisions d'état-civil et de biographie.

ment toutes les productions analogues de l'époque n'a laissé ici qu'une discrète empreinte, lointaine et pratiquement indécelable... à se demander si le « journal » n'est pas un agréable pastiche ! La jolie lyonnaise conte son amour avec une bien agréable perfection littéraire et une finesse telle que... *mutatis mutandis*, je ne trouve à lui comparer très rigoureusement que les chansons hellènes de Bilitis. Même fougue du cœur, si j'ose dire ; même disposition libre en tableautins courts ayant tour à tour la légèreté de l'épigramme ou la ferveur d'une ardente passion. C'est un fort beau livre, magnifiquement imprimé et qui plus encore qu'aux oraisons d'amour fait penser aux chants païens que scandaient la flûte aiguë de l'aegypan.

CCLXXX. Jean Giono. — **Naissance de l'odyssée.** Un vol. 12 × 19. Collection Regards. Ed. Kra, Paris, 1931.

Ce livre qui ouvre avec pleines promesses la collection *Regards* est la première œuvre écrite par Giono. L'auteur a eu la délicatesse de ne pas la retoucher : elle se présente avec les imperfections de composition qui ont disparu de « *Un de Baumugnes* » et de « *Regain* » et avec les mêmes qualités de ces deux œuvres où le métier de l'écrivain s'est affiné. Le conteur est déjà, dès cette œuvre de début, en pleine possession de ses moyens avec un style rude et simple, bourré d'images. Le retour d'Ulysse y prend une ampleur épique, et l'on suit sous un souffle puissant de poésie primitive l'agglutination de la légende née autour du conte de l'aède aveugle. ... Aucun des écrivains contemporains n'a saisi avec cette acuité la poésie de la terre, n'a traduit avec autant de légère sûreté le parfum magique des vergers et des collines, leurs couleurs, l'emprise que marque au cœur de l'homme l'horizon familier et qui amène aux paupières d'Ulysse à la vue de sa ferme, blottie à l'ombre des cyprès les larmes de la joie. Pénélope est très 1930 et il faut en conclure que la rouerie féminine et les rodomontades des prétendants ont une vénérable antiquité ! Le cycle littéraire de Giono les enferme avec aisance dans notre conception actuelle des valeurs du cœur et je crois que c'est pourquoi encore son livre nous semble si près des sources de la vie.

Varia. — Les Livrets du Mandarin (1). René-Louis Doyon reprend la publication de ces alertes chroniques. Avec une belle indépendance d'esprit et une causticité d'une agressive élégance il expose dans le numéro de février la « *Position de la Critique* » ; étudie la poésie et la musique populaire andalouses. L'actualité théâtrale est examinée sans indulgence et quelques faiseurs de légendes y reçoivent une délicate volée de bois vert. 15 mars 1931.

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

Aux Folies-Bergères

L'USINE A FOLIES

60 tableaux de Monsieur Louis Lemarchand

Il ne s'agit plus de « Revue »: ce mot n'apparaît nulle part, ni sur les affiches ni sur les programmes. Ce sont 60 tableaux « usinés » et jamais peut-être le titre n'a été si bien justifié. La production de Monsieur Louis Lemarchand vient à son heure, celle du travail en série, du Taylorisme. Il ne nous cache d'ailleurs pas ses intentions, ses méthodes puisqu'au début du 1er acte, nous assistons au travail intensif d'un laboratoire où s'élaborent les spectacles : voilà la grande roue de transmission, les courroies, les bielles qui tournent inlassablement sous la direction des ingénieurs des sons, des trucs, etc., Un obus géant sous une étincelle électrique produit à intervalles réguliers des nudités « faites au moule », tandis que l'or coule sous la forme d'un tapis de lamé qu'actionne une roue sans fin. Rien n'y manque, pas même la machine à habiller qui drape les modèles en une seconde au moyen de pièces d'étoffes descendant du cintre. Ce début est fameux et les applaudissements nourris qui l'accueillent sont tout à l'honneur de ceux qui ont su faire rendre le maximum à la machinerie compliquée de ce music-hall moderne.

A partir de ce moment, c'est une suite de scènes d'une animation trépidante, ballets les mieux réglés, muscles les plus perfectionnés, mirages les plus hallucinants kaleidoscopés dans une féérie de couleurs et de lumières et une orgie de sonorités qui nous laissent confondus, stupéfaits.

Nous allons d'ailleurs parcourir les diverses « sensations » de ce spectacle. Après l'ouverture fantastique du début, apparaissent les Jackson's -Stars dont l'éloge n'est plus à faire. L'auteur prodiguera au cours de la représentation ces

(1) Ed. de la Connaissance, 9, Galerie de la Madeleine, Paris. Abonnement aux dix livrets mensuels, 50 fr.

gracieuses et légères poupées mécaniques sous les aspects les plus divers. Je passe sur la coiffure féminine à travers les âges qui succède à ce premier tableau en indiquant cependant un fameux truc de scène, consistant en six médaillons sphériques éclairés, suspendus au plafond, contenant les seuls bustes vivants de six femmes « modèles de coiffure ». Et j'arrive aux Virtuosités Esthétiques composées de 3 parties successivement présentées : les 10 danseuses légères du ballet « Stella » virtuoses des pointes, les girls suspendues par le dos en trois étages à des moulins invisibles, pivotant sur elles-mêmes comme des soleils vivants et enfin l'acrobate John Bux qui danse une java avec une partenaire invisible et mime avec talent les déhanchements et bourrades qu'il lui fait subir. Puis voilà Randall en speaker d'autocar : il a pour mission de diriger la visite diurne des étrangers dans Paris, cette scène facile est bien menée, mais malheureusement Randall ne se renouvelle guère depuis qu'il est aux Folies et nous fait regretter le temps où, jeune premier au Moulin-Rouge, il était moins spécialiste de plaisanteries de ce genre. L'auteur a placé ensuite une série de scènes intitulées « Masques » dans lesquelles la technicité des Folies Bergères apparaît la plus parfaite au point de vue spectaculaire : décors admirables, éclairages parfaits, changements à vue rapides, gammes de couleurs infinies ; ce sont d'abord les masques de Florence, scène charmante de bals costumés sur une terrasse dont le fond est limité par des colonnades arquées sur un ciel d'une tonalité mauve du plus bel aspect ; ensuite les masques de Séville en pleine Semaine Sainte qui nous amènent au masque tragique de Pierrot pendu haut et court pour avoir troublé la fête par un baiser coupable. L'auteur intercale ensuite le couple du danseur Benga et de la danseuse Melka dans leurs excentricités nègres très « Exposition coloniale » et revient aux masques de guerre indiens, personnifiés par les Girls, et aux masques japonais consistant en 5 guerriers campés immobiles sur un paravent laqué tenant tout le fond de la scène et qui descendent ensuite pour simuler en cadence les attitudes guerrières de leur race dans des culbutes et moulinets scrupuleusement reproduits, Le 1er acte se termine aussitôt par les danses acrobatiques de Mademoiselle Andrée avec MM. Naldi, Cappella, et Romoff, attraction de 1er ordre où les 3 athlètes portent au maximum l'art difficile de se servir de leur partenaire comme d'une poupée vivante qu'ils se jettent de bras en bras ou font rebondir comme une balle, se jouant d'un danger réel sans effort apparent, et que dirai-je du talent de la patiente !

Les Jackson's Star ouvrent le 2e acte avec leur fougue habituelle, les unes en dandys, les autres en grisettes et nous conduisent à un pique-nique au temps d'Offenbach : l'un des derniers Mail-Coach amène une joyeuse bande à 25 kil. de Deauville (glissons sur l'anachronisme décidé pour les besoins de la cause) ; danses et festin sur l'herbe sont inopinément interrompus par un orage filmé en transparence qui éparpille toute la compagnie. Aussitôt que M. Benga nous eut donné du Simoun une interprétation puissante et colorée par ses danses, gestes et attitudes, l'auteur nous convie à un Tour du monde en 80 femmes et nous présente sur les quais de Toulon deux matelots français prêts à partir en croisière : l'un personnifié par M. Dellys toujours étonnant de réalisme dans ses compositions, l'autre Yves, est le ténor Lemercier qui a de l'aisance dans son rôle de papillon volage ; nos deux gaillards quittent le quartier du Chapeau-Rouge, prétexte d'une scène cocasse sur la place du Grand 9 où la verve de Castel se donne libre cours.

Après un tableau bien style « Folies Bergère », représentant Persée, en l'espèce le baryton Jysor à la voix ample et solennelle, combattant la Méduse dont les girls sont les innombrables tentacules, nous retrouvons « Randall » en Anglais égaré dans un restaurant parisien à 7 fr. 50, tentant mais en vain de se faire comprendre du maître d'hôtel et du garçon. Pour le numéro précédant la finale, je tiens à adresser mes plus vifs éloges au couple Matt Duffier et Janice Draper, il est intitulé l'Homme et la poupée : la souplesse dans l'acrobatie est bien, mais mieux est encore l'alternance rapide de la tension musculaire et de la mollesse corporelle dont ce couple hors classe nous donne l'exemple : l'homme, après avoir joué avec deux véritables poupées de chiffon grandeur naturelle, en avise une troisième qui est sa partenaire, et qui reproduit admirablement les inflexions gracieuses, les mouvements désordonnés, abattements, écarts, sauts que le bon vouloir de son maître et sa fantaisie lui font subir comme aux précédentes.

Enfin, c'est la finale avec Jysor en capitaine aviateur.

Voici, aussi fidèlement reproduite que possible, cette colossale production où les étrangers se presseront en foule et que les Français verront en grande partie tout d'abord parce qu'ils aiment les Folies Bergère et que pour endiguer les progrès inquiétants du cinéma, il faut savoir employer les moyens aussi luxueux, aussi éblouissants qu'il emploie lui-même. Et à quoi bon revenir en arrière et regretter que le côté esprit soit d'importance si minime ? que les créations d'art et de goût de nos grands couturiers n'y trouvent que peu de place ? que ce qui fait le charme de l'existence intérieure des individus comme la tendresse, la bonté et l'amour soient déclarés inutiles ? que la partie d'inspiration intellectuelle : la satire des mœurs, des

hommes politiques ou de la vie nationale ou internationale soit volontairement laissée de côté ? que même un élément essentiel dans l'adoucissement des rigueurs de la vie quotidienne : la «gaîté» cède de plus en plus la place aux fantaisies luxueuses ? Et sans mettre le moindre venin dans la fin de mon article, n'y a-t-il pas lieu de vérifier une fois de plus que les pays les plus tranquilles sont ceux où il y a du pain et des jeux ? Qu'avons-nous à craindre ? Il y a peu de chômeurs chez nous et les Folies Bergère viennent de rouvrir !

Jean SÉJOUNET,
de la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de physique médicale** (M. André STROHL, professeur) et **Institut du radium** (Mme P. CURIE et Dr Cl. REGAUD, directeurs.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales* organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux. — TROISIEME PARTIE : Electrologie. Photothérapie.

I. *Cours.* — Lundi 13 avril, M. ZIMMERN : Courant continu. Sources. Mesure. Graduation. Actions physiologiques. — Mardi 14 avril, M. LAQUERRIÈRE : Electrolyse et ses applications. — Mercredi 15 avril, M. LAQUERRIERE : Ionisation et ses applications. — Jeudi 16 avril, M. ZIMMERN : Courant alternatif. Courant faradique. Franklinisation. — Vendredi 17 avril, M. BOURGUIGNON : Excitation électrique des nerfs et des muscles. Electrotonus. Lois polaires. — Samedi 18 avril, M. BOURGUIGNON : Loi d'excitation. La chronaxie en général. Chronaxies motrices et sensitives normales de l'homme. — Lundi 20 avril, M. BOURGUIGNON : Forme et amplitude de la contraction à l'état normal et pathologique. — Mardi 21 avril, M. BOURGUIGNON : Electrodiagnostic. Technique. — Mercredi 22 avril, M. BOURGUIGNON : Electrodiagnostic. Interprétation. — Jeudi 23 avril, M. ZIMMERN : Les courants de haute fréquence. Physique et physiologie. — Vendredi 24 avril, M. COTTENOT : Application des courants de haute fréquence. Diathermie. Electrocoagulation. — Samedi 25 avril, M. DELHERM : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur périphérique. — Lundi 27 avril, M. DELHERM : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur périphérique. — Mardi 28 avril, M. DELHERM : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur périphérique. — Mercredi 29 avril, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Jeudi 30 avril, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. Vendredi 1er mai, M. BOURGUIGNON : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur central, les troubles vaso-moteurs et trophiques, les névroses. Traitement des contractures. — Lundi 4 mai M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Mardi 5 mai, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Mercredi 6 mai, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Jeudi 8 mai, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Vendredi 8 mai, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique dans les affections de l'appareil locomoteur. — Samedi 9 mai, M. LAQUERRIÈRE : Les indications et la technique en gynécologie. Voies urinaires. — Lundi 11 mai, M. BELOT : Les indications et la technique en dermatologie. — Mardi 12 mai, M. BELOT : Les indications et la technique en dermatologie. — Mercredi 13 mai, M. ZIMMERN : Les accidents de l'électricité. — Vendredi 15 mai, M. ZIMMERN : Les accidents de l'électricité. — Lundi 18 mai, M. COTTENOT : Les bases physiques de la photothérapie. Photobiologie. — Mardi 19 mai, M. COTTENOT : Héliothérapie. Finsenthérapie. — Mercredi 20 mai, M. COTTENOT : Actinothérapie. Ultra-violet.

Les leçons auront lieu à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. *Travaux pratiques.* — Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. TURCHINI, chef des travaux de physique.

III. *Stages.* — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage d'électrologie pour lequel ils pourront choisir parmi les services suivants : MM. AUBOURG, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie ; J. BELOT, hôpital Saint-Louis, service central d'électrologie ; BOURGUIGNON, hôpital de la Salpêtrière, Service d'électroradiologie ; DAUSSET, Hôtel-Dieu, clinique médicale du Professeur Carnot ; DELHERM, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; DUHEM, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie ; HARET, hôpital Lariboisière, service d'électroradiologie ; LAQUERRIÈRE, hôpital Hérold, service d'électroradiologie ; MAINGOT, hôpital Laënnec, service d'électroradiologie ; RONNEAUX, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie ; ZIMMERN, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques** (Professeur : M. Maurice VILLARET). — *Petit voyage d'études médicales pour les étudiants.*—Le voyage annuel d'études hydrologiques et climatiques, réservé aux étudiants reçus à l'examen de thérapeutique et aux internes des hôpitaux de Paris, aura lieu à la Pentecôte, dans les stations des Alpes françaises, les vendredi 22, samedi 23, dimanche 24, lundi 25 et mardi 26 mai 1931, sous la direction du Professeur Maurice VILLARET.

Le voyage sera gratuit. Le nombre des adhérents sera fixé, en répartissant les places par moitié entre les candidats ayant eu les meilleures notes à la dernière session de l'examen de thérapeutique, et par moitié entre les internes des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

Les inscriptions seront reçues, à la fin de l'examen de thérapeutique, tous les après-midi au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris, par M. Roger EVEN, chef de laboratoire adjoint, qui fournira, en temps utile, de plus complets renseignements sur les conditions du voyage.

ITINÉRAIRE. — Départ de Paris. Visite en auto-cars d'Allevard, Challes, Aix-les-Bains, Annecy, Saint-Gervais, Passy-Praz-Coutant, Chamonix, Evian. Retour à Paris.

— **Puériculture.** — M. B. WEILL-HALLÉ, chargé du cours, a commencé son enseignement à l'école de puériculture, 64, rue Desnouettes (XV^e) et le continuera les jeudis avec la collaboration de MM. TURPIN, médecin des hôpitaux ; LACOMME, accoucheur des hôpitaux ; LE MÉE, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; FREY, chargé de cours de stomatologie à la Faculté, CAVAILLON, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; LECLAINCHE, chef de service à l'Office national d'hygiène ; VITRY, ancien chef de clinique et TRÊVES, ancien interne des hôpitaux.

Le jeudi à 16 heures (M. B. WEILL-HALLÉ). — 17 avril : Hygiène scolaire. Rôle du médecin et de l'infirmière scolaire. La fiche ou le carnet de santé. — 23 avril : Hygiène scolaire. Prophylaxie générale des maladies contagieuses. — 30 avril : Prophylaxie de la rougeole et de la coqueluche. — 7 mai : Prophylaxie de la diphtérie. — 21 mai : Prophylaxie de la scarlatine et des oreillons. — 28 mai : Prophylaxie de la variole. Vaccine et vaccination. — 4 juin : Le Professeur GOUGEROT : Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. — 11 juin : Prophylaxie de la tuberculose. Méthodes générales. 18 juin : Prophylaxie de la tuberculose. Vaccination précoce et tardive par le B. C. G.

Le jeudi à 17 heures : Conférences complémentaires. — 17 avril : Protection de l'enfant séparé. Enfant placé par la famille. Contrôle légal. Loi Roussel. — 23 avril : Protection de l'enfant séparé. Enfants abandonnés ou assistés. Œuvres préventives d'abandon. Placement familial surveillé. — 30 avril : Hygiène scolaire. Le bâtiment et le matériel. — 7 mai : Œuvres scolaires et parascolaires.— 21 mai : L'orthodontie et la prophylaxie la carie dentaire. — 28 mai : De l'orthophonie. Les vices de phonation et l'éducation respiratoire. — 4 juin : L'orthacousie. Prophylaxie de la surdité et dépistage des troubles de l'audition. — 11 juin : L'orthopie, Correction du strabisme. Dépistage des troubles de la vision et prophylaxie de la myopie. — 18 juin : L'orthopédie. Les périodes dangereuses de l'enfance. Le rachitisme tardif. Les attitudes vicieuses.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de la Charité** (clinique médicale propédeutique). *Radiologie. — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* commencera le 20 avril, à 9 h. 1/2.

— **Hôpital Tenon.** — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE. Sous la direction du D^r Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon. — Ce cours, qui, sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 27 mai au 6 juin. Il sera fait par le D^r C. LIAN avec la collaboration de MM. HAGUENEAU, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne, lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Gilbert DREYFUS et P. PUECH, anciens internes du service ; BREANT et PLANTEVIN chef et assistant du laboratoire du service : P. MERKLEN et ODINET, internes des hôpitaux.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade.)

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique, pléthysmographie.)

PROGRAMME DU COURS. — Mercredi 27 mai, 10 heures. M. LIAN : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles. — 11 heures. M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures : M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie extrasystolique. — 16 heures : P. MERKLEN : Généralités électrocardiographiques. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 28 mai, 10 heures. M. LIAN : Causes et traitement de l'arythmie extra-systolique. — 11 heures. M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures : M. BLONDEL : Troubles du rysthme sinusal. — 16 heures : M. ODINET : Démonstration pratique d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiologie du cœur.

Vendredi 29 mai, 10 heures. M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures. M. MARCHAL : Radiologie vasculaire. — 16 heures. M. BREANT : Métabolisme basal. — 17 h. 1/2. M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie complète.

Samedi 30 mai, 10 heures. M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète. — 11 heures. MM. LIAN et MARCHAL : Exercices de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. BLONDEL : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète. — 16 heures. M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2. M. PUECH : Tachycardies permanentes.

Lundi 1^er juin, 10 heures. M. BLONDEL : Tachycardies paroxystiques. — 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes. — 15 heures. M. P. MERKLEN : Flutter auriculaire. — 16 heures. M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Traitement des tachycardies.

Mardi 2 juin, 10 heures. M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures : M. ODINET : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire. — 16 heures. M. PLANTEVIN : Démonstration pratique d'anatomie pathologique du tissu cardiaque primitif. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Forme clinique des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Mercredi 3 juin, 10 heures. M. LIAN : Diagnostic des bradycardies. — 11 heures. M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures : M. MERKLEN : Le bloc des branches terminales du faisceau de His. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 4 juin, 10 heures. M. LIAN : Traitement des bradycardies.— 11 heures. M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures. M. ODINET : Les inégalités du pouls. — 16 heures. M. MARCHAL : Démonstration pratique de radiologie cardio-vasculaire. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Le pouls alternant.

Vendredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la Consultation spéciale du service. — 15 heures, M. HAGUENEAU : Epreuves neuro-végétatives. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Pléthysmographie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque.

Samedi 6 juin, 10 heures. M. LIAN : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours : ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assitants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire ; 4° artères, veines et capillaires.

Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

Voyage à Royat. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat. Visite de l'établissement thermal. Leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure. — Excursion au Puy-de-Dôme. Départ samedi 6 juin à midi, retour à Paris lundi 8 juin à 19 heures.

Droits d'inscription : 250 fr. pour le cours, 100 fr. pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr BLONDEL, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Conférences du dimanche.* — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1930-1931. — 19 avril, M. R.-J. WEISSENBACH : Indications particulières et techniques des différentes méthodes d'hémothérapie parentérale. — 26 avril, M. TURPIN : Le mongolisme (à propos de 22 cas de dystrophie pseudo-mongolienne avec arriération mentale).

3 mai, M. RAVINA : Hydramnios. — 10 mai, M. B. WEIL-HALLÉ : L'infection tuberculeuse tardive et la prophylaxie vaccinale. — 17 mai, M. DESMAREST : Diagnostic des occlusions de l'intestin chez l'adulte. — 31 mai, M. E. BERNARD : Les causes connues de l'hypertension artérielle.

7 juin, M. JACQUET : Les éléments de diagnostic et le traitement de l'appendicite chronique. — 14 juin, M. ROUHIER : Diagnostic et traitement des grossesses tubaires. — 21 juin, M. LÉVY-VALENSI : Les magnicides damiens. Etude de psycho-pathologie historique. — 28 juin, M. HUBER : Zona et varicelle.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Entérologie.* — Du 20 au 29 avril 1931, M. Raoul BENSAUDE, assisté de MM. A. CAIN, HAMBURGER et LELONG, médecins des hôpitaux ; P. OURY, HILLEMAND, RACHET, MARCHAND, TERRIAL, LAMBLING, BOLTANSKI, BARADUC et STIEFFEL, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire auprès de M. Oury, Hôpital Saint-Antoine (service de M. Bensaude).

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — (Admissibilité). — Classement des douze candidats admissibles : MM. Bourgeois, 68 ; Hillemand, 64 ; Marie, 63,5 ; Azerad 63 ; Bariéty, 62,5 ; Rachet, 61 ; Peron, 61 ; Kaplan, 61 Lambling, 60 ; Lamy, 60 ; Blondel, 60 ; Chabrun, 59.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Sont déclarés, dans l'ordre suivant, admissibles aux épreuves orales du concours de chirurgien des hôpitaux : MM. Huard, 52 ; Ménégaux, 51 ; Fèvre, 50 ; Welti, Banzet, 48 ; Seillé, 47.

— **Concours des prix de l'internat en pharmacie.** — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 12 mai 1931, à 9 heures du matin, à l'administration centrale, 3 avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du mercredi 22 au mercredi 29 avril 1931 inclusivement.

— **Pitié.** *Assistant libre d'électro-radiologie.* — Au service central d'électro-radiologie, deux places d'assistant libre seront, à partir du 1er octobre 1931, à la disposition de jeunes médecins français ou étrangers (connaissant le français) désireux de se perfectionner dans la pratique de l'électro-radiologie.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. Delherm, chef du service, 83, boulevard de l'Hôpital (13e).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr BRUYÈRE, de Lyon ; du Dr G. CUEILLE, de Pamiers ; du Dr BLEUZÉ, de Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

— **Le banquet annuel de la Jeune Umfia.** — L'intimité du cadre et son élégance, la finesse de la chère et la qualité des vins, au service d'une assistance choisie, ont fait du banquet de la Jeune Umfia, donné le 7 mars à l'Ecu-de-France, une des manifestations les mieux réussies de ce groupement. Une cinquantaine de jeunes et joyeux convives, parmi lesquels une dizaine de jeunes filles ou dames, étudiantes ou amies de la Jeune Umfia, étaient réunis sous la présidence d'honneur du Docteur Dartigues, assisté du Docteur Molinéry, et la présidence active de Bompard, interne des hôpitaux, président en exercice, assisté de Mlle Roule, secrétaire générale.

Tous les degrés de la hiérarchie estudiantine étaient représentés, depuis le jeune stagiaire jusqu'à l'interne finissant ses quatre années, bientôt paré de l'épithète mélancolique d'ancien ; toutes les nationalités aussi, justifiant le rôle international latin de l'Union, de l'Amérique à la Perse, en passant par l'Espagne, la France, la Belgique et l'Italie ; toutes les branches médicales avaient leurs représentants, et même les branches paramédicales : pharmacie et jurisprudence médicale. La grande famille était donc au complet. Réjouissons-nous de voir le succès d'une telle réunion de jeunes, interme-

dicale et internationale, gage d'une fructueuse collaboration dans l'avenir.

Le menu ayant été épuisé par le solide appétit des jeunes Umfistes, et justement apprécié par les gourmets qu'ils sont, vint l'heure des discours inaugurée, trop brièvement, par Mlle S. Roule, externe des hôpitaux, secrétaire générale, qui remercia les convives d'avoir répondu avec un tel empressement à son appel, et rappela les buts de la Jeune Umfia. Puis, Bompard fit magistralement ses débuts présidentiels, félicitant ses prédécesseurs et la secrétaire de leur action fructueuse, et exposa comment il entendait poursuivre leur œuvre

Le Docteur Molinéry, secrétaire général de l'Union médicale latine, se leva ensuite ; il fit un pressant appel à la collaboration, souvent promise, rarement apportée, des jeunes, leur rappelant l'existence dans le journal de l'Umfia, d'une page spécialement réservée à eux ; il les invita aussi à concourir nombreux à l'obtention des prix de l'Umfia, dont le montant total est de 45.000 fr., et leur fit remarquer que l'Académie de médecine mise à part, aucune autre Association n'offrait des prix d'une importance aussi considérable.

Le Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Umfia, fit part de son émotion, très réelle, devant un auditoire aussi jeune et par là même observateur et caustique. Il rappela les conditions d'existence e t de travail de l'étudiant d'autrefois, et les compara avec celles de l'étudiant moderne. Il en vint tout naturellement à parler des étudiants étrangers dans les concours, et de la pléthore médicale. Sujet épineux s'il en fut dans une assemblée internationale pour tout autre que le Docteur Dartigues, qui l'exposa avec un tact parfait, une grande élégance, et une logique rigoureuse : soyons très accueillants, sachons retenir les éléments de grande valeur, comme ce fut le cas d'Orfila, Damaschino, Panas, Albarran. Les autres, en retournant dans leur pays, y feront connaître et apprécier notre culture. La Grande Guerre nous a montré le rôle et la valeur inestimables de telles amitiés ; puis, lisant un véritable palmarès, il annonça l'attribution du prix Voronoff à notre brillant ami Brouha, de Liège, des prix de l'internat à Abel Pelle et Jaime Bandelac de Pariente, major de l'internat 1930, et du prix de l'externat à Mlle Picard. Un triple ban remercia nos généreux et éloquents mentors qui surent créer la Grande Umfia et en faire l'Association prospère, au rôle international et français indiscutable.

Pour clore cette suite de discours, Mlle L. Roule nous conta, en espagnol, ses impressions d'Espagne. J. de Pariente lui répondit ; ils obtinrent tous deux un succès vif et mérité.

Un esprit facétieux proposa ensuite l'élection de Miss, ou plutôt de Senorita Umfia 1931. Un premier tour de scrutin opposa, avec un léger avantage pour celle-ci, Mlle S. Roule à sa sœur Mlle L. Roule. Un deuxième tour fut nécessaire qui offrit la palme au Docteur Dartigues, pour la remettre à Mademoiselle Lucie Roule. Un quintuple ban vigoureusemetn battu salua ce résultat. L'heure des adieux sonna, beaucoup trop tôt, au gré de tous ; on se sépara en se donnant rendez-vous au prochain banquet, à l'automne prochain ; il connaîtra, nous en sommes persuadés, un succès encore accru, et dès maintenant mérité.

— **Les étrangers dans le Corps médical.**— Sur les 29 docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de police pendant le mois de janvier 1931, 8 sont d'origine étrangère : 1 grec, 1 polonais naturalisé, 3 roumains, 2 russes naturalisés, 1 turc. (*La Vie médicale.*)

— **Sixième Congrès international de thalassothérapie. 1931.** — Le 26 mai 1931 s'ouvrira à Berck, sous le haut patronage de M. le Président de la République, le VI^e Congrès international de thalassothérapie.

Il sera présidé par M. le Docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Question a l'ordre du jour : Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles. Rapporteurs : pour la France, les Drs Delahaye et Galland ; pour Argentine les Drs Luis A. Tamini et Carlos E. Mosoteguy ; Rodolfo Rivarola et Ricardo d'Etchassery, Rodolfo Pasman ; pour l'Italie, les Professeurs Delitala, de Francesco, Ceresole ; pour la Roumanie, les Professeurs Balacesco, Jocobovici ; pour la Yougoslavie, les Drs Yovtchitch et Gradoyevitch.

Communications. — Des communications pourront être faites en dehors des rapports, après avoir été préalablement acceptées par le bureau (art. 6 des statuts).

Communications annoncées et acceptées. — Dr Terwagne (Belgique) : Les eaux artésiennes d'Ostende et le nouveau palais thermal. — Dr Nedelcoff (Bulgarie) : La tuberculose du péritoine et le traitement hélio-marin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna. — Les Drs Climesco et Santanas (Roumanie) : Le traitement de la coxalgie au sanatorium C. T. C. Carmen Sylva, près Constantza.

Programme du congrès. — Les séances scientifiques auront lieu à l'hôpital maritime. Des réceptions seront offertes au cours du Congrès, par les municipalités de Berck et du Touquet-Paris-Plage.

Fin du Congrès le jeudi 28 mai.

Dans les jours qui suivront, des excursions seront organisées dans la région ; le programme en sera publié ultérieurement.

Droit d'admission. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français pour les membres effectifs, et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de thalassothérapie et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif ; les membres effectifs seuls auront droit au volume des comptes rendus.

Adresser les adhésions au Dr Parin, trésorier du Comité, hôpital maritime Berck-Plage (Pas-de-Calais). Chèque postal CC. Paris 1412-26.

L'agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, se charge d'organiser et d'indiquer les conditions de séjour aux congressistes.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

française, a été reprise par la presse étrangère, et l'on me signale que des journaux suisses et allemands tentent de démontrer que Brides-les-Bains est appelé à disparaître dans un bref délai et qu'un séjour dans cette station peut être dangereux. C'est-à-dire que nos concurrents étrangers profitent des écarts d'imagination d'un reporter égaré pour tâcher de détourner la clientèle d'une importante station française.

La très grande diffusion du *Concours médical* (qui a le privilège, rare pour une revue médicale, d'être lu d'un bout à l'autre par ses abonnés), permettra, si vous voulez bien insérer cette courte correspondance, de remettre les choses au point. Brides et ses baigneurs ne risquent pas d'être engloutis ni écrasés, et nos confrères peuvent, en toute tranquillité, continuer à y envoyer leurs obèses, leurs hépatiques et leurs entéritiques.

Dr P. MATHIEU,
Maire de Brides-les-Bains.

VARIÉTÉS

La mort de la veuve du Dr Franklin-Grout nièce et exécutrice testamentaire de Gustave Flaubert

Notre érudit correspondant le Dr P. NOURY nous fait part de la mort de Madame Franklin-Grout, née Caroline Hamard, qui vient de s'éteindre à Antibes dans sa 86e année.

Fille d'une sœur de Gustave Flaubert, orpheline de très bonne heure, Caroline Hamard épousa M. Commanville, puis en seconde noces, en 1900, le Dr Franklin-Grout, médecin adjoint de la Maison de santé des Docteurs Blanche et Meuriot à Passy où il avait donné ses soins au disciple de Flaubert, Guy de Maupassant. Le père du Dr Franklin Grout avait été médecin à Rouen et ami de Flaubert et de sa famille. Flaubert, qui avait une grande affection pour sa nièce et la considérait comme sa fille, l'avait désignée comme son exécutrice testamentaire.

Avec un soin pieux et un admirable dévouement Mme Franklin-Grout se consacra à la publication de la correspondance de son oncle ; elle fit paraître ses œuvres posthumes : *Bouvard et Pécuchet* (1881) ; puis peu après les *Œuvres de jeunesse de Gustave Flaubert* et des *Mélanges*. En 1895 elle publia ses *Souvenirs sur Gustave Flaubert*.

Peintre de talent, Madame Franklin-Grout avait fait un portrait de son oncle qui, reproduit en eau forte, est dans l'édition de 1885 des œuvres complètes de Gustave Flaubert de la Société des Editions d'Art.

D'après le *Journal de Rouen* du 4 février qui consacre à Mme Franklin-Grout un très intéressant article, la nièce de Flaubert qui habitait à Antibes une magnifique villa qu'elle avait baptisée Villa Tanit, l'aurait destinée à devenir une Maison de repos pour les femmes écrivains. J.N.

L'origine de l'expression « Tirer les oreilles »

Un de nos lecteurs nous écrit .

« Votre distingué collaborateur, le Dr Gilbert Robin, dans son remarquable article : *Les châtiments corporels dans l'éducation* (*Concours médical*, nº 11 *bis*, 18 mars 1931) écrit, page 903 : « Je me suis toujours demandé si l'acte de tirer les oreilles ne cherchait pas, par une sorte d'analogie symbolique, à montrer à l'enfant que son refus de travailler contribuerait à l'allongement de ses oreilles, tant que celles-ci deviendraient aussi longues que les oreilles d'un âne ? » Si le Dr G. Robin avait eu connaissance de l'article du Dr Paul Noury dans la *Chronique médicale* du 1er février 1931 page 31, intitulé : *L'oreille, siège de la mémoire. « Tirer les oreilles »*, il ne se serait pas posé cette question. »

En effet, les documents que reproduit le très érudit Dr Paul Noury, citations latines, reproductions de pierres gravées romaines, figurant une main tirant le lobule d'une oreille avec l'inscription *Memento*, prouvent que l'origine de « tirer les oreilles » n'a rien à faire avec les oreilles d'âne, mais signifiait depuis la plus haute antiquité un rappel impératif à la mémoire dont le siège supposé était l'oreille.

J. N.

CORRESPONDANCE

Baux et Locations

1299. — Prorogation. Charges

Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance pour me renseigner sur une question de loyer.

Nous sommes 4 locataires dans la maison que j'habite. L'un a encore un loyer d'avant guerre (environ 2.000 fr.), les deux autres ont encore un bail de 2 ou 3 ans et payent environ 4 à 6.000 fr.

Pour moi mon bail est terminé et je paie 175 % en plus (mon loyer était de 2.500 fr. avant la guerre).

Mes charges qui étaient d'environ 150 fr. sont maintenant de 800 fr. (30 % sur le loyer).

Comment doivent être réparties ces charges ? Je sais que les autres locataires paient beaucoup moins que moi.

Malgré que j'en supporte une grande partie, le propriétaire a-t-il le droit de me demander ces 30 % ? Ces charges ne doivent-elles pas être réparties également entre tous les locataires ?

Je n'ai pas plus d'avantages qu'eux.

Dr R.

Réponse.

La législation spéciale des loyers met à la charge des locataires les majorations subies, par rapport à 1914, par les impôts grevant l'immeu-

ble, impôt cédulaire foncier non compris, et par les prestations en nature fournies par le propriétaire.

Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait dont le maximum ne peut excéder 30 % du loyer de 1914.

Si, pour l'application de la loi, vous avez convenu d'un forfait avec votre propriétaire, vous ne pouvez obtenir une réduction, même en justifiant que les autres localaires de l'immeuble payent pour les charges une somme inférieure à celle que vous payez.

Par contre, si vous avez adopté le système du remboursement des charges sur justifications, ces charges doivent être réparties, conformément à la loi, entre tous les habitants de l'immeuble, au prorata de leur loyer.

Fiscalité.

748. — Déduction des versement pour la retraite du combattant

Ai-je le droit en ce qui concerne l'impôt sur les professions non commerciales de compter parmi mes dépenses professionnelles le versement annuel que j'effectue à une caisse autonome d'anciens combattants en vue de la constitution d'une pension de retraite au bout de 10 ans. Oui, si j'en crois une brochure que j'ai en mains où il est dit : « Les versements effectués à une caisse autonome sont considérés pour les salariés et les professions libérales comme des dépenses de prévoyance.

Un contribuable assujetti à l'impôt sur les traitements et salaires est autorisé à déduire pour le calcul de l'impôt cédulaire et global dont il est redevable s'il est ancien combattant, la totalité de ses cotisations mutualistes. »

Quelle somme aurais-je à payer pour :

Bénéfices bruts	30.000
Dépenses professionnelles 25 %	7.500
Achat d'une auto 25.000. Amortissement en 5 ans	5.000
Ajouter s'il y a lieu le versement annuel mutualiste	3.600
Revenus de valeurs diverses	2.000

Dr X.

Réponse.

Vous avez le droit de déduire de vos bénéfices professionnels le montant de votre versement annuel pour la constitution de la retraite du combattant. Compte tenu de cette déduction, votre bénéfice professionnel ressort à 13.900 donnant lieu à un impôt de 234 fr. Pour calculer l'impôt général, il serait nécessaire que vous fassiez connaître votre situation de famille.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

872. — Déclaration des sommes touchées par les banques

Les Compagnies d'assurances sont tenues de faire connaître au contrôleur des contributions directes les sommes qu'elles versent aux médecins à titre d'honoraires à partir de 1.000 fr. (loi du 13 juillet 1925) d'après les renseignements qui m'ont été fournis par une Compagnie.

Je voudrais savoir si les établissements bancaires, qui versent des intérêts ou paient le montant des coupons, sont dans l'obligation de faire les mêmes déclarations au contrôleur et si celui-ci est en droit de leur demander des renseignements sur les sommes touchées par le médecin à titre de revenus.

Dr A.

Réponse.

Les établissements bancaires ne sont pas soumis à l'obligation de déclarer les intérêts et le montant des coupons payés à leurs clients.

Certainement, s'il y a des doutes sur la sincérité de la déclaration du contribuable, le contrôleur peut lui demander tous les renseignements.

Quant aux établissements bancaires, ils ne sauraient être interrogés que par une commission rogatoire.

A. M.

782. — Base de la patente

J'ai reçu un avertissement du percepteur m'invitant à payer 849 fr. 11 de patente, contribution des patentes 788.91 + taxe sur la valeur locative des locaux professionnels 60 fr. et j'ai payé (rôle mis en recouvrement le 29 décembre 1930). Aujourd'hui je reçois (rôle mis en recouvrement le 28 février 1931) un nouvel avertissement du même percepteur, m'invitant à payer 1.808,06 de contribution de patentes.

Le premier avertissement concernait les locaux (clinique) où j'exerce ma profession ; le second concerne mon appartement particulier où je n'exerce pas. Or je croyais qu' à partir de 1931 la patente n'était due que sur les locaux à usage professionnel. Est-ce vrai ? suis-je fondé à adresser une réclamation au contrôleur ?

Dr R.

Réponse.

La patente est toujours établie sur la valeur locative tant des locaux professionnels que de ceux servant à l'habitation.

Votre réclamation ne serait donc pas fondée.

A. M.

1207. — Impôt personnel mobilier. Déductions pour charges de famille

J'ai l'honneur de vous demander quelques renseignements concernant mon loyer et impôts, et vous

demander conseil pour les modifications que j'envisage de faire :

J'occupe un appartement de 2.018 fr., charges comprises, impôt 26 fr. 07.

J'avais alors trois enfants.

Ma belle-mère occupe un appartement contiguë et communiquant avec le mien de 1.346, fr. plus charges comprises, impôt 135 fr. 98.

Ne pourrais-je pas faire mettre les deux appartements à mon nom et comme j'ai actuellement 4 enfants de moins de 18 ans, et que d'autre part, la ville de Paris a modifié la base des impôts, aurais-je encore des impôts à payer ici et approximativement quelle somme : mon nouveau loyer étant alors de :

2.018 et
1.346

3.464 au total et charges comprises.

Ne puis-je pas bénéficier de certaines réductions pour familles nombreuses accordées par la ville de Paris : par..... et à qui faire la demande.

Dr X.

Réponse.

Pour être admis à bénéficier du nouveau régime, il faut adresser au maire de l'arrondissement une déclaration générale de charges de famille. Cette année, cette déclaration devait être faite avant le 28 février. Mais quoiqu'il soit trop tard, vous pouvez encore la faire.

D'après le nouveau régime, vous avez droit à une déduction à la base de 1.800 fr. plus 800 fr. par enfant ou personne à votre charge. Vous n'êtes donc pas imposable.

Si le contrôleur vous impose comme n'ayant pas fait votre déclaration, vous ferez une réclamation.

A. M.

838. — Amortissements divers

Installé depuis peu et fervent lecteur des conseils que vous donnez aux confrères au point de vue fiscalité, je me permets de venir vous demander certains renseignements, pour établir ma feuille de déclaration sur les bénéfices que me réclame le contrôleur des Contributions directes.

Dans le détail de mes dépenses professionnelles :

1° Ai-je le droit d'amortir mes frais d'études ? Sur combien d'années ? Cette question a-t-elle été jugée en haut lieu ?

2° Ai-je le droit d'amortir aussi mes frais d'installation en totalité ou uniquement ceux de mon cabinet, ma salle d'examen, mon salon, mes instruments, et mes livres ?

Sur combien d'années puis-je faire cet amortissement. Cette question a-t-elle aussi été jugée ?

3° Au sujet de mon automobile, j'ai lu vos conseils dans le numéro du *Concours* du 30 novembre 1930.

Je ferai l'amortissement. Mais je sais que mon contrôleur vient de le refuser tout dernièrement a un confrère, quelle conduite, dois-je tenir s'il me le refuse aussi ? Dr D.

Réponse.

1° Ne peuvent être amortis que les frais du matériel servant à l'exercice de votre profession. Il n'y a pas à notre connaissance de jurisprudence concernant l'amortissement des frais d'études, mais il est certain qu'il ne serait pas admis, sauf pour les frais d'impression de la thèse et à condition de déduire les bénéfices si vous avez vendu les exemplaires de cette thèse.

2° Ne peuvent être amortis que les frais d'installation du cabinet, salle d'examen, salon, instruments, livres, etc. L'amortissement est calculé en divisant le prix de l'objet par sa durée probable, mais vous avez la faculté de le déduire en une ou plusieurs fois à votre seule volonté.

2° Vous pouvez amortir votre automobile en un temps variant entre 5 et 10 ans. Le contrôleur ne peut pas vous refuser l'amortissement. S'il le fait, écrivez-nous.

A. M.

1193. — Déductions pour charges de famille

Sur une note adressée aux médecins pour calculer soi-même l'impôt dû sur le revenu, il est indiqué qu'on retranche du revenu 3.000 fr. si l'on est marié ou veuf avec enfants issus du maariage.

Je suis veuf avec 4 enfants majeurs, mais l'un d'eux, une fille, reste avec moi célibataire, par suite à ma charge.

J'ai perdu ma femme en 1929, sur ma feuille d'impôt sur le revenu, il ne m'a pas été déduit pour cette année 3.000 fr.

Est-ce régulier ?

D'après la note dont il s'agit, j'aurais droit à cet abattement non seulement dans l'année du décès, mais même pour les années suivantes.

Au cas où j'aurais droit à cet abattement n'est-il pas trop tard pour réclamer ?

Dr X.

Réponse.

Les contribuables mariés ou veufs ont droit sur leur revenu annuel à une déduction de 5.000 fr. s'ils ont à leur charge des enfants mineurs ou majeurs, mais infirmes.

Si votre fille ne remplit pas ces conditions, vous n'avez droit à aucune déduction.

A. M.

846. — Conditions d'imposition à la patente

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir :

1° Si le fait de donner occasionnellement des

consultations, et en les faisant payer (ceci pour ne pas léser les confrères locaux) ne m'oblige pas à la patente ?

2° Est-ce que, quand on donne des consultations périodiquement, mais en se faisant patenter, on paie la patente complète ?

3° Dans ce dernier cas, avec réponse affirmative à la question, le prix est basé sur la valeur locative des locaux pour l'année, ou seulement sur le loyer que l'on paie ?

Dr G.

Réponse.

1° Pour être imposable à la patente, il faut se livrer à l'exercice habituel de votre profession. Des faits occasionnels ne sauraient vous rendre imposable.

2° La patente est annuelle, elle ne peut donc être que complète.

3° La patente est établie sur la valeur locative, tant de la maison d'habitation que des locaux servant à l'usage de votre profession. Si le bail ou la déclaration de la location verbale sont enregistrés, c'est le loyer qui sera pris pour base. Sinon la valeur locative sera déterminée par voie d'appréciation.

A. M.

Application du Tarif Fallières

1272. — Intervention dominicale de nuit

Comment établir ma note pour l'accident de travail suivant :

Réduction de luxation métacarpo-phalangienne du pouce, un dimanche à 22 heures.

Dr L.

Réponse.

Vous avez tout d'abord à compter ((Art. 19) : réduction de luxation du pouce : 50 fr. Pas de majoration dominicale, celle-ci n'ayant lieu que pour la visite *seule*, mais majoration de 25 % (art. 8) pour intervention de *nuit*.

Conclusion : 50 + 12,50 = 62,50.

Dr F. Decourt.

1443. — La question du « médecin le plus rapproché »

J'ai été appelé le 18 septembre 1930 par un confrère de D., distant de 23 kil. de ma résidence, pour un accidenté du travail que je ne connaissais pas ; le cas était grave, en effet, il s'agissait d'une luxation de la colonne vertébrale, d'un hémothorax abondant et de symptômes péritonéaux inquiétants. En fin d'année j'ai envoyé ma note d'honoraires : consultation avec confrère 45 fr. + 46 kilom. : 82 fr. 80 = 127 fr. 80. Fin décembre j'ai reçu de la compagnie

une lettre (ann. 1) me disant qu'elle n'avait pas à me régler les frais de déplacement parce que la famille m'avait demandé personnellement sans autorisation de la Compagnie. Bien entendu je n'ai pas accepté cette façon de voir parce que j'ignorais complètement le blessé et que j'ai été sollicité par un coup de téléphone du confrère lui-même qui m'a prié de faire diligence pour voir le blessé avec lui. J'ajoute qu'il y a à D. deux médecins qui m'appellent fréquemment en consultation. A cette lettre la compagnie m'a répondu par les annexes 2 et 3 J'ai continué à discuter... nouveau refus (annexe 4). J'ai demandé alors au confrère une sorte d'attestation (annexe 5) en face de laquelle la compagnie m'oppose le certificat du Dr G. (annexe 6) qui dit en effet que j'ai été appelé sur le désir de la famille, par le confrère lui-même. Dans l'annexe 7 vous verrez que je n'ai pas obtenu gain de cause ; j'ai répondu que je soumettrais le cas au « Sou » et que j'assignerais le patron responsable.

Je m'excuse d'avoir été aussi long mais ceci est nécessaire pour que vous jugiez pièces en mains. La compagnie est de mauvaise foi et pour le principe je crois utile de poursuivre.

Quels conseils me donnez-vous à ce sujet ?

Dr H.

Réponse.

L'art. 2 est formel à cet égard :

a) Au paragraphe 4 il est dit : « Cette indemnité (de déplacement) ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au *médecin* le plus rapproché ».

b) Au paragraphe 6, il est dit : « L'indemnité kilométrique sera appliquée au *spécialiste* appelé en cas de consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché. »

Comme omnipraticien, dans le premier cas, vous n'avez droit à aucune indemnité de déplacement, puisqu'il y avait d'autres médecins dans la commune de D... où vous avez été. Comme spécialiste, il faudrait, puisqu'il s'agissait d'un cas chirurgical, que vous fussiez chirurgien. Dans ce cas, vous auriez eu droit (si vous étiez chirurgien) à l'indemnité attribuable au *chirurgien* le plus rapproché. Mais vous n'êtes pas chirurgien spécialiste, d'après l'en-tête même de votre lettre.

Conclusion. — Vous ne pouvez faire payer par le patron ou son assureur substitué, plus que le *tarif de responsabilité patronale* accordé, c'est-à-dire en l'espèce, néant.

Par contre, vous avez toujours le droit de faire payer ce déplacement au blessé, le tarif des accidents du travail n'étant pas opposable au médecin, *par rapport à son client.*

Dr F. DECOURT.

1516. — Double intervention, la même séance

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître le tarif que l'on doit appliquer pour une intervention de hernie bilatérale, accident du travail.

Dr J.

Réponse.

Je suppose que vous voulez parler d'une « cure radicale de hernie inguinale » à gauche et *idem* à droite. Auquel cas, il est de « jurisprudence » en cas de deux interventions faites dans la même séance, de compter la première à tarif plein et la seconde à demi-tarif. Soit en l'espèce 350 + 175 = 525 francs au total.

Dr F. DECOURT.

Assurances

1372. — Assurance automobile. Tarifs

J'ai une police accidents aux tiers à une assurance depuis 1925. J'ai déjà payé 6 primes dont les échéances ont lieu au début de novembre de chaque année. De 1925 à 1928, j'ai payé pour une 9 chevaux Chenard 189 francs.

En avril 1929, j'achète une 10 chevaux Delahaye et l'assurance en profite pour me faire payer, non seulement le supplément dû pour le restant de l'année à courir avril-novembre 1929 sur un cheval, une augmentation de prime qui est portée pour 10 chevaux à 325 francs.

En novembre 1929, je repaie donc mes 325 fr. ;— *idem* en novembre 1930.

En janvier 1931, un accident léger m'arrive : une portière arrière s'ouvre et renverse un bonhomme de 80 ans qui s'en sort avec un hématome frontal et se porte très bien en ce moment. L'assurance transige. Aujourd'hui, je reçois une lettre de l'agent qui m'assure m'annonçant que : *à cause de mon accident*, l'assurance a décidé de porter ma prime à 532 fr. et me demande pour cette année-ci 1930-31, un supplémen de 155 francs au prorata de la nouvelle augmentation, me disant que la prime de 325 francs que j'ai payée jusqu'ici était basée sur un ancien tarif et que le nouveau tarif était en vigueur depuis le 1er janvier 1930.

1° Si je veux rester à cette assurance est-ce que le supplément demandé de 155 fr. lui est dû puisque j'ai déjà payé en novembre 1930, 325 fr. pour être assuré jusqu'en novembre 1931.

2° Si l'assurance me résilie sur mon refus de payer ce supplément ne doit-elle pas me rembourser un prorata de ces 325 francs pour les mois qui resteront à courir du moment de la résiliation jusqu'en novembre 1931, date de renouvellement de la prime ?

3° Ne trouvez-vous pas cette nouvelle prime de 532 francs un peu exagérée pour une 10 chevaux, risque garanti 300.000 francs.

Dr X.

Réponse.

En droit, la Compagnie, lors du changement de voiture, était fondée à assurer cette dernière au tarif en vigueur lors de la mise en circulation de cette deuxième voiture, si celle-ci présentait une aggravation de risque, ce qui était le cas (puissance plus forte).

La Compagnie garde encore le droit soit de résilier le contrat, soit de demander une augmentation de prime à la suite de l'accident, mais cette augmentation ne doit pas avoir d'effet rétroactif.

L'assuré garde alors le droit de résilier le contrat ou de ne pas accepter l'augmentation.

En fait, la cotisation de 532 fr. n'est pas élevée compte tenu du tarif des Compagnies syndiquées qui, pour une garantie de 300.000 francs, est fixée à 800 fr. (voiture de 10 CV.).

La Compagnie qui applique ce nouveau tarif ne fait pas partie de ce syndicat.

Vous pouvez donc résilier votre contrat, mais payerez plus cher près d'une autre Société. Vous devez en tout cas refuser l'augmentation proposée pour une année. La Compagnie vous fera un prorata d'augmentation de ce jour à la prochaine échéance. Si elle résilie le contrat, elle devra rembourser la portion de cotisation non courue.

P.-R. Baglin,
Assureur conseil.

ANTHOLOGIE

La vente au château

Allons, Messieurs, approchez-vous. Examinez.
Prenez l'article en main. Ouvrez l'œil et le nez.
Aujourd'hui nous vendons une pièce fort rare,
Un bibelot de luxe, inutile et barbare,
Vestige du passé, maintenant démodé,
Instrument de santé morale, accommodé
Par la philosophie à l'heureuse harmonie
Des flux et des reflux de notre ingrate vie.
C'est une conscience, et, dans son cadre étroit,
L'homme la consultait jadis pour marcher droit.
Elle indiquait l'étoile et le chemin à suivre
Pour garder l'équilibre et la raison de vivre.
Le progrès qui, longtemps paisible et nonchalant,
Pour avancer plus vite a mal pris son élan,
Recule. Il a coupé, sans respect pour les âmes,
La moustache du mâle et les cheveux des femmes,
Et n'a laissé dans sa précipitation
De notre numéro qu'un seul échantillon.
Nous vous le présentons dans sa forme première.
Allons, Messieurs, vingt mille francs. Qui met l'en-[chère ?
Voilà le vrai joyau de haute antiquité.
Bergson a garanti son authenticité.
Alliage éternel de cœur et d'esprit d'homme,
La matière sans la main-d'œuvre vaut la somme.

Il est pur. Jamais un doigt sale n'y toucha.
Pas un vice, pas un virus ne l'approcha.
Il a son pedigree, l'estampille à sa base.
Récemment il vécut avec l'oncle Topaze.
Le ménage ne dura pas longtemps, faute d'argent.
Le compagnon n'était pas assez indulgent.
Pour sauver le crédit, il faut la confiance :
La banque regimbait.
A qui la conscience ?
A qui la conscience d'honnête homme ? A qui ?
A quel scapin fripon, à quel mamamouchi
Triomphant, gras de ventre et maigre de cervelle.
Des aristocraties, l'ancienne ou la nouvelle ?
A quel danseur mondain, à quel âne bâté,
Par les hommes raillé, par les femmes gâté,
A quel célèbre escroc de bourse ou de finance ?
Vous qui n'en avez pas, prenez ma conscience.
Mirez-y vos amis qui s'y regarderont
Pour voir si la rougeur peut leur monter au front.
Motus sur tous les bancs et sur toute la ligne.
Si vous ne savez pas parler, faites-moi signe.
Je devine, parbleu ! Gageons que tous ici,
Vous ne comprenez rien à cet article-ci,
Que vous ne connaissez ni le nom, ni la chose.
Ah ! si l'on vous offrait un meuble en bois de rose,
Table-bouillotte ou de chevet, bonheur-du-jour,
Où vous puissiez serrer chiffons, billets d'amour,
Vous ouvririez des yeux comme porte cochère ;
Les bancs retentiraient de friands « oh ! ma chère ! »
Mais vous baissez la tête et serrez le croupion
Comme écoliers n'ayant pas appris leur leçon
Pourtant, je vois là-bas un client qui s'agite.
Ils ne dorment pas tous.
Messieurs, finissons vite.
Tu ris, marquis, tu ris, non sans quelque raison,
Ces gens ont acheté tes terres, ta maison.
Aux fins lambris de ton salon; les récents maîtres
Ont conservé les portraits flous de tes ancêtres.
Dans les glaces Louis-treize où sombrent des éclairs,
Hautains, ils s'étudient à singer leurs grands airs.
La perruque des vieux les attire et les pose.
N'ont-ils pas pris leur place en ton beau château [rose ?
Place aux rois de l'argent. Magistrats, officiers,
Inclinez-vous devant Messieurs les épiciers.
Le tablier succède à la toge. Il lui tarde
D'élever aux honneurs le sucre et la moutarde.

Et toi, le favori du jour, fêtard bouffi
Des orgies de la nuit, relève le défi.
Prends mon ours. Profiteur de guerre et d'après-[guerre,
Tu n'as plus de prétexte à rester à l'arrière.
Crâne. Marche à l'avant. Ta canne à pomme d'or,
Fais-nous la tournoyer comme un tambour-major:
Sois brave. Eveille-toi. Redresse ta figure,
Montre tes dents encor et ta gueule en peinture,
Ton filet de garçonne encadrant ton sourcil
Et ton grand col d'esthète ouvert jusqu'au nombril.
Un conseil : l'étiquette commande. Ne fume
Plus la pipe. Tiens-toi mieux. Change de costume.
Prends mon hochet. Il manque à ta collection.

Par lui tu croîtras en considération.
De temps en temps murmure à la foule attendrie
Les mots de probité, d'honneur et de patrie
Cache ton ignorance en ne parlant pas trop.
Plus d'un bourgeois coté comme toi n'est qu'un sot.

Vous, politiciens, coureurs de sinécures,
Mouches tournant sans cesse autour des confitures,
Pots-de-viniers publics et privés, mercantis
Devenus soi-disant grands, mais restés petits,
Gueux jaillis des boyaux ainsi que d'une trappe,
D'où sort le million comme vin de la grappe,
Ecumeurs du travail, affameurs patentés,
Sur la plage étalant vos louches nudités,
Rats d'hôtel, rats d'égoût, et trafiqueurs du vice,
Propres à tout pourvu que la bourse s'emplisse,
Rabatteurs de voyeurs, chasseurs de casinos,
Tapettes garnissant votre oreille d'anneaux,
Noctambules volant de bastringue en bastringue
Avec, pour compagnons, Pravaz et sa seringue,
Pauvres fous saturés de morphine et d'alcool
D'absinthe, d'hydrargyre et d'arsénobenzol,
Dansez, caracolez votre dernière danse.
Votre richesse a fait votre déliquescence.
A l'appel du devoir, répondez toujours non.
Il vous restera bien un jour un cabanon.

Donc entendu. Personne ne couvre la mise
Le plus riche est celui qui le plus la méprise.
Amis, laissez les sots s'amuser. Dépêchons.
La buvette là-bas fait sauter les bouchons.
Un antiquaire, un vieux, vautré sur la pelouse,
Attaque une belote au gré de son épouse.
Un jeune épingle au dos d'un smoking flambant [neuf,
Un papier de water taché de jaune d'œuf.
Plus tard, quand, revenant de la chasse bredouille,
Vous côtoierez le soir la grille qui se rouille,
Le château vous rappellera dans le lointain,
La vente et vous regretterez votre dédain.

Prenez ma conscience en son coffret d'ébène,
Vous ne retrouverez jamais pareille aubaine,
L'affaire est bonne et vaut l'*Angelus* de Millet,
Acheté cinq cents francs, vendu mille billets.
Qu'en pense l'amateur et qu'en dit la brocante ?
Réfléchissez avant d'abandonner la vente.
On renonce ? — Baissons. — A mille francs, à cent ?
La valeur monte ici lorsque le prix descend.
— Ohé Cent sous pour toi, l'artiste au béret rouge.
Eblouis de clarté ta palette et ton bouge,
Crois en la trinité du beau, du vrai, du bien,
Tu t'esclaffes ?

Rentrez le meuble au magasin,
Le goût en est passé ; la pièce est trop ancienne.
Nous attendrons, Messieurs, que la mode en re- [vienne.
De grâce, excusez-nous de nous être attardé
Pour vous dédommager des offres ridicules.
Nous allons mettre en vente un lot fort demandé,
Un Arlequin blagueur sur la guérite à Jules.

Septembre 1930,

Dr Paul GROSSIER.

Cinquante-troisième année — N° 16 — 19 Avril 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-colonnes

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 117. — Normandie. Ancien. client. méd. en plein rapp. à 1 h. côte normande. Indemn. 20.000 ; compt. à débatt.

Nº 118. — A céder instruments : forceps, curettes, réflect. frontal, couteaux et scie à amputat., aspirat. Potain, pinces, spécul., sondes utérines, etc....

Nº 119. — A vend. : Pied supp. ampoule Ropiquet mod. 362 ; 1 meuble Gaiffe à bobine 5 milli 20 cent. étincelle cour. altern. 110 volts. Interrupt. Mercure 1 bobine Rumkorf 25 cm. étincelle. Le tout en bon état,

Nº 120. — Bon cab. méd. à céder dans importante stat. thermale du Centre.

Nº 121. — Midi. Gr. ville, mais. santé chirurgic., 12 ch. mal., bail 7 ans. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Nº 122. — Bords Océan, pet. ville, anc. client. gros chiffre à échanger contre ville ou proxim. ville. S'ad.

Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 123. — Paris. Quart. agréab., anc. client. avec bel appartem. 6 p., salle bains, dépend., loyer 8.500. Indemn. 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon, 36-46.

N° 124. — Doct. jeune, actif, se présent. bien, plume facile, est demandé par Laboratoire, pour quelques visites à Paris et correspondance médicale.

Renseignements

L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey, à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

« **Vaujania** » maison de repos, convalescents médicaux et chirurgicaux, pas de contagieux. Prix modérés. Bourg d'Oisans (Isère), 720 m. d'altitude.

Nos pères ordonnaient le manganèse pour relever les « fonctions alanguies ». Toute dyspepsie s'accompagne d'asthénie. Donnez 4 tablettes de **Mangaïne** à vos malades. Vous guérirez à la fois la dyspepsie et l'asthénie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le Dr Emile Feuillié, médecin des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, vient de mourir en Bourgogne des suites d'un accident de chasse dont il a été victime, il y a deux mois.

Emile Feuillié, doué d'une énergie et d'une puissance de travail peu communes, avait d'abord fait ses études de pharmacie et était pharmacien quand il aborda la médecine. Interne des hôpitaux de Paris, élève des professeurs Bouchard, Desgrez et Achard, il orienta ses recherches scientifiques du côté de la thérapeutique et publia de nombreux travaux très originaux. D'un caractère indépendant et se pliant difficilement aux exigences des concours, E. Feuillié fut assez tardivement reçu médecin des hôpitaux malgré son indiscutable mérite. Il assurait un service à l'hospice de Bicêtre au moment de sa mort.

Sous un aspect original et avec des allures un peu brusques, Emile Feuillié était un homme de cœur et un excellent confrère. Nous eûmes l'occasion et l'avantage d'avoir recours à lui durant la guerre pour soigner une personne de notre famille, alors qu'il était chargé comme médecin-major d'un important service à l'hôpital de Clermont-Ferrand et nous avons conservé de ce médecin savant et dévoué le plus reconnaissant souvenir. J. Noir.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Brocq-Rousseu est élu membre titulaire dans la V^e section (*médecine vétérinaire*).

— **Noms de médecins donnés à des rues et squares de Paris.** — Le *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* du 2 avril 1931 annonce que la voie projetée dans le prolongement de la rue Kuss, entre les rues des Peupliers et Damesme (13e arrondissement), portera le nom de RUE DU DOCTEUR TUFFIER.

D'autre part, le square aménagé sur l'emplacement de l'ancien réservoir Saint-Victor en bordure des Arènes de Lutèce (5e arrondissement) portera le nom de SQUARE CAPITAN.

Rappelons que le buste du Dr Capitan, professeur au Collège de France, membre de la Commission du Vieux-Paris, a été inauguré il y a un an dans ce square.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Prosectorat.* — Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Heitz, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — Sont nommés : chef des travaux d'anatomie, M. Salmon ; chef des travaux de chimie, M. Arnoux ; chef des travaux de bactériologie, M. Boyer ; chef des travaux d'histologie, M. Livon.

— **Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris.** — Un 5e exercice pratique commun aux quatre Ecoles annexes de Perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé, aura lieu le dimanche 17 mai 1931, à 9 h. 30, au Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles.

SUJET : Le médecin répartiteur dans une bataille d'armée, par le Médecin commandant de réserve Julien HUBER, médecin des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 1er juin 1931.

— **Hôpital de Versailles.** — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint de l'hôpital de Versailles s'ouvrira le 1er juin 1931, à la Faculté de médecine de Paris. Pour renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital civil de Versailles.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Les concours d'internat (10 places) et d'externat (50 places) des hôpitaux de Bordeaux s'ouvriront les 20 et 19 octobre 1931.

— **Le Caducée normand.** — Le prochain dîner du *Caducée normand* aura lieu le samedi 2 mai, à 20 heures, au « Bœuf à la Mode », 8, rue de Valois. Tous les médecins, pharmaciens et dentistes d'origine normande seront les bienvenus à cette réunion

amicale. Un prix de 500 francs sera remis à un étudiant en médecine normand particulièrement méritant.

Prière de s'inscrire auprès du Secrétaire général Robert Colas, pharmacien, 133, rue Lecourbe (Vaugirard 48-10) ou du président Docteur de Parrel, 78, boulevard Malesherbes (Laborde 14-43).

— **Douzième salon des médecins.** — Pour la douzième fois il s'ouvrira du dimanche 4 au 13 octobre prochain inclus, au Cercle de la librairie, 117, boulevard St-Germain, Paris (6e).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire organisateur : M. le Docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

— **La croisière du « Bruxelles-médical » au Pôle Nord.** — Sont inscrits jusqu'à présent à la XVe croisière du *Bruxelles Médical* des confrères des pays suivants : Belgique, France, Grande-Bretagne, Espagne, Portugal, Suisse, Italie, Tchécoslovaquie, Hongrie, Roumanie, Yougoslavie, Egypte, République Argentine, Algérie, Tunisie, Maroc.

A la date de ce jour, il ne reste plus que trente-neuf places disponibles ; c'est dire qu'il est très probable que les inscriptions seront clôturées d'ici une ou deux semaines au plus tard.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Henriette Baillière, fille du Docteur Georges J.-B. Baillière, Président du Cercle de la Librairie et du Syndicat des Editeurs, avec Monsieur André Roux-Dessarps, externe des hôpitaux de Bordeaux, fils de M. Gabriel Roux-Dessarps, avocat à la Cour d'appel de Pau. La bénédiction nuptiale a été donnée aux jeunes époux le mercredi 15 avril 1931, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin. Le *Concours Médical* est heureux de leur exprimer ses souhaits les plus sincères de bonheur.

— **Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 40 francs (Etranger : 60 francs). — 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe).

Le no spécial de mars qui vient de paraître est consacré au nez et à l'odorat dans l'art, l'histoire et la littérature. Il est luxueusement présenté, orné d'une centaine de reproductions magnifiques de vieilles gravures d'œuvres d'art des temps anciens et modernes, riche d'un texte émanant d'écrivains médicaux appréciés et de maîtres autorisés des Facultés. Voici un aperçu des articles.

Maccus, personnage des Atellanes, ancêtre de Polichinelle (1 ill.). — Les variations du nez dans la nature et dans l'art (17 ill.), par le Dr Henri Meige.

— Le rhume de cerveau et la grippe dans l'histoire et la caricature (6 ill.), par le Dr Henri FLURIN. — Le scarabée mourant du parfum de la rose (1 ill.). — Quelques nez pathologiques dans l'art classique (6 ill.), par le Dr LAIGNEL-LAVASTINE. — Les colosses de l'Ile de Pâques (3 ill.), par le Dr Benjamin BORD. — Tagliacozzi et la rhinoplastie (2 ill.). — L'odorat, les parfums, l'amour (7ill)., par le Dr Henri VIGNES. — Le rhume de cerveau (1 ill.), par le Dr CAMUZET. — L'odeur de sainteté (6 ill.), par le Dr Michel CÉNAC. — Le pugiliste au nez fracturé (2 ill.), — La transfixion nasale chez une Papoue (1 ill.): — Comment se mouchaient nos aïeux (5 ill.), par Jean AVALON. — La femme au groïn de porc (1 ill.). — Supplément (25 ill.).

Ce numéro spécial est vendu 15 francs.

— « **La Saignée Blanche** ». Dernière édition. Vol. VII, n° V. — Cet opuscule, publié par The Denver Chemical Mfg C° (Antiphlogistine) a été édité en neuf langues : français, anglais, allemand, espagnol, portugais, italien, hongrois, chinois et japonais, et le tirage total en est de 1.500.000 exemplaires, qui seront adressés à tous les médecins du monde entier, sauf ceux de Russie, Bulgarie et Lithuanie.

— **Erratum.** — N° 15. Page 1202. 1re colonne ; 5e alinéa ; lire : comme le vœu en a été implicitement exprimé par le *Conseil d'Etat* (et non le Contrôle...)

2e Colonne ; note en bas de page ; lire : il considère ce procédé comme une façon PEU élégante .....

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 MARS

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

L'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, fixée au 17 avril 1931 par l'arrêté susvisé, est reportée au jeudi 16 octobre 1931.

1er AVRIL

Loi du 31 mars 1931 portant fixation du budget général pour l'exercice 1931-1932.

Les dispositions de cette loi pouvant intéresser nos lecteurs seront publiées prochainement.

Tribunaux départementaux des pensions.

Par modification à l'arrêté du 27 décembre 1930, est nommé pour la fin de l'année 1931, membre suppléant du tribunal départemental des pensions du Gard, M. Viola, docteur en médecine à la Grand' Combe, en remplacement de M. le docteur Chapon, dont la démission est acceptée.

2 AVRIL

Tribunaux départementaux des pensions.

Par modification à l'arrêté du 31 décembre 1930, sont nommés, pour la fin de l'année 1931 :

Membre du tribunal départemental des pensions de la Manche, siégeant à Saint-Lô, M. Leclerc, docteur en médecine à Saint-Lô.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Rauline et Dupont, docteurs en médecine à Saint-Lô.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Meuse, siégeant à Bar-le-Duc, M. Fistié (Camille), docteur en médecine à Bar-le-Duc.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Joyeux et Baudot, docteurs en médecine à Bar-le-Duc.

4 AVRIL

Médaille d'honneur des épidémies.

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 3 avril 1931, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Raymond Chantier, de Troyes, mort victime de son dévouement.

5 AVRIL

Décret du 3 avril portant réorganisation du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Délivrance des permis de circulation.

11666. — M. LORGÈRE demande à M. le ministre du Budget si lorsque le premier jour d'un trimestre est un dimanche ou jour férié, il n'existe pas une tolérance permettant aux conducteurs de cycles, motocyclettes ou voitures automobiles de circuler ce jour-là sans être muni de laisser-passer dont ils ont fait la demande à leur recette buraliste, mais qui n'a pu leur être délivré pour ce premier jour en raison de la fermeture des recettes buralistes les dimanches et jours fériés. (*Question du 6 février 1931.*)

Réponse. — Sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, les permis de circulation sont délivrés à première réquisition des contribuables. D'autre part, les intéressés peuvent réclamer ces pièces à l'avance, en indiquant la date à laquelle doit avoir lieu la mise en circulation de la voiture ; cette date fixe le point de départ de l'exigibilité des droits qui, depuis le vote de l'article 48 de la loi du 16 avril 1930, ne sont plus obligatoirement payables par trimestre du calendrier. En tout état de cause, il n'est pas possible, sous peine de rendre toute surveillance illusoire, d'admettre que des automobiles ne soient pas accompagnées des pièces réglementaires.

(*J. O.*, 31 mars 1931.)

Renouvellement des permis de circulation.

11762. — M. Emile FAURE demande à M. le ministre du Budget pour quelle raison l'administration des contributions indirectes a cessé d'adresser aux propriétaires d'automobiles un rappel pour le payement de leur taxe trimestrielle en indiquant le montant de la somme à payer ; ajoute que, de ce fait, les intéressés courent maintenant le risque de recevoir une sommation par huissier, procédé vexatoire, désagréable et onéreux. (*Question du* 12 *février* 1931.)

Réponse. — Aux termes de la législation en vigueur, les droits sur les automobiles sont exigibles d'avance et les permis de circulation cessent d'être valables si l'impôt n'est pas acquitté pour la période trimestrielle en cours. Ces dispositions font une obligation au contribuable de prendre l'initiative de verser, à l'échéance, les droits dont la quotité est indiquée sur le titre de mouvement même, sans attendre un avertissement dont l'envoi n'est pas prévu. Toutefois, dans la pratique, il n'est pas engagé de poursuites contre les redevables retardataires, sans avis préalable et aucune instruction de l'administration n'a modifié, sur ce point les usages adoptés.

(*J. O.*, 31 mars 1931.)

Libération anticipée en raison de la naissance d'un enfant.

12336. — M. Edmond BLONDEL demande à M. le ministre de la Guerre si un médecin auxiliaire, de la classe 1923, faisant dix-huit mois de services, incorporé le 23 octobre 1930 et devant être vraisemblablement nommé sous-lieutenant le 15 avril 1931, qui s'est marié le 25 septembre 1930 et attend un enfant pour le mois de juillet 1931, peut bénéficier des dispositions de la loi du 13 juillet 1929 et être libéré à la naissance de l'enfant dès lors qu'il aura accompli un an de service. (*Question du* 19 *mars* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative. Il appartiendra à l'intéressé de demander le bénéfice de la loi du 13 juillet 1929, dès la naissance de l'enfant. Il sera renvoyé dans ses foyers après un an de service.

(*J. O.*, 1er avril 1931.)

L'Infirmerie de la Maison du Médecin

(*Troisième liste de souscription.*)

Voici la troisième liste de souscription ouverte pour couvrir les frais de la construction de l'Infirmerie de la Maison du Médecin à Valenton :

Dr Briault, 500 fr. ; Dr Giraud, 100 fr. ; Mme Vve Dupont (de Niort), 10.000 fr. ; Dr Maurice Vimont, 100 fr. ; Dr F. Raoult, 20 fr. ; Dr Deslandes, 10 fr. ; Dr L. Engel, 15 fr. ; Dr Pierrugues, 20 fr. ; Dr Sénat, 10 fr. ; Dr Lemaître, 50 fr. ; Dr C. 30 fr . ; Dr Bensaude, 100 fr. ; La Société Ami-

cale du XVIII[e] Arrondissement (La Butte Médicale) 500 fr. ; Mlle Dr Condat 500 fr. . — Total : 11.955 fr. ;

Total des listes antérieures : 92.105 fr. ;

Total général à ce jour : 104.060 fr.

Prière d'envoyer les souscriptions à M. le *Trésorier de la* MAISON DU MÉDECIN, 51, rue de Clichy à Paris (IX[e]). *Compte de Chèques Postaux: Paris* 391-46.

Les Confrères qui disposent de lustres, appliques, appareils d'éclairage électrique, dont ils ne se servent plus, rendraient service à la *Maison du Médecin* en lui en faisant don.

Les envois de linge et de vêtements seront encore bien accueillis par le Vestiaire de la *Maison du Médecin*. Nombre de nos pensionnaires ont peine avec leurs modiques ressources à entretenir leur lingerie et leur garde robe. J. N.

VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LES ALPES, LES CÉVENNES ET LES PYRÉNÉES

La Société médicale du littoral méditerranéen, dont on connaît déjà les beaux voyages de Noël et de Pâques, a créé, depuis trois ans, sur la demande de ses correspondants, et avec la collaboration de la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, des voyages d'été et d'automne, qui ont rencontré la même faveur que les voyages d'hiver et de printemps. Ces voyages sont tous, d'ailleurs, organisés avec la même technique, le même confort et les mêmes avantages moraux et matériels.

Voici les deux programmes présentés pour juillet et septembre 1931 :

Voyage dans les Alpes (1[er] au 13 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du Prof. Piéry (Climatologie et Hydrologie) et du Prof. agr. Thévenot (Histoire médicale et Pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. Visite de Villard de Lans et du Vercors, le Château de Vizille, l'Oisans, Le Lautaret, Le Galibier ; La Maurienne et Allevard ; Uriage, La Chartreuse, Challes ; Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le Lac du Bourget, Marlioz ; Annecy et son lac ; Moutiers-Salins et Brides ; La Tarentaise : Combloux, Le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi ; Les Sanatoria d'Assy et de Passy ; Thonon, Amphion, Evian, le Lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpellier et la direction scientifique des Prof. Delmas (Histoire médicale et Pathologie générale) et Giraud (Climatologie et Hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du X[e] siècle). Palavas et la Méditerranée,

Maguelone et Aigues-Mortes (Cités médiévales) ; La Source Périer ; Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, le Pont du Gard . Les Cévennes : l'Algoual, les Gorges du Tarn et La Malou ; La Cité de Carcassonne et la Montagne noire, Usson-les-Bains ; Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac ; Saint-Bertrand-de-Cominges et Superbagnères, Luchon, reine des Pyrénées ; excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées. On y verra presque tous les sites de ces régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

CORRESPONDANCE

Syndicats

1731. — Mise à l'index d'un non-syndiqué. Publicité.

Nous n'avons bien entendu aucun lien de droit avec les *non-syndiqués*, et la question des sanctions est par suite toujours épineuse.

Peut-on mettre à la fin du compte rendu d'une séance syndicale une motion de mise à l'index, en quelque sorte, d'un confrère non-syndiqué.

Le confrère en question ne serait pas nommément désigné, et la publicité ne consisterait que dans l'envoi du compte rendu aux seuls membres du Syndicat et sous enveloppe cachetée.

Comme il n'y a que 3 non-syndiqués, il serait toutefois facile de les reconnaître.

Voici la motion proposée :

« Sur l'intervention du docteur C., la décision « suivante est prise :

« Le Syndicat médical invite les confrères à n'a« voir aucun rapport professionnel avec un médecin « non-syndiqué dont la conduite est représentée « comme antidéontologique. »

Le Secrétaire du Syndicat.

Réponse.

La mise à l'index, prononcée contre un non-syndiqué, est à la fois une pénalité prononcée contre ledit non-syndiqué et une mesure de défense du syndicat, si les agissements de ce praticien portent un préjudice matériel, ou moral à la corporation.

Aussi est-il toujours prudent, avant de prononcer une telle exclusive, de fournir à celui qui va être mis en interdit, tous les moyens propres à présenter sa défense.

Il faut, autant que possible — à moins que les faits reprochés soient patents, indiscutables — faire comparaître le délinquant devant le Conseil de famille du syndicat, ou devant l'assemblée générale disciplinaire (selon les dispositions des statuts), et, si les explications du confrère ne sont pas admises, comme moyen de défense, la mise à l'index est régulièrement prononcée.

En effet, une telle pénalité peut être déférée aux tribunaux de droit commun, par celui qui en est l'objet : il peut demander au tribunal civil de déclarer que la mise à l'index a été irrégulièrement prononcée et qu'il lui est dû des dommages-intérêts.

Mais, si le syndicat peut apporter la preuve que les droits de la défense ont été respectés, ou que malgré des avertissements confraternels, le praticien a continué ses habitudes dolosives et préjudiciables pour tous, les juges donneront alors raison au syndicat.

Quelle publicité donner à une pareille sanction ?

Il faut, avant tout, ne pas donner l'impression que le syndicat n'a agi que dans un but de vexation, dans un esprit de nuire.

La publicité entre tous les membres du syndicat est parfaitement permise. La mise à l'index, annoncée dans l'organe officiel du syndicat, ou portée à la connaissance des syndiqués par lettre fermée, est absolument licite.

Ce qui n'est pas permis, c'est la publication de la pénalité dans des journaux qui ne sont pas strictement professionnels et qui peuvent être connus des tiers.

Par exemple, serait dommageable la publication dans un journal local politique.

Est également répréhensible la mise au courant du public, sur la pénalisation. Ainsi, refusant de se rencontrer en consultation avec un médecin mis à l'index, un praticien ne doit pas en donner les motifs à son client : il doit se borner à déclarer qu'il ne tient pas à se rencontrer avec le Dr X., mais sans faire connaître que c'est parce qu'il a été mis à l'index.

En tout cas, la rédaction qui nous est soumise est parfaitement acceptable.

Voir la suite page LXIII-1299

PROPOS DU JOUR

La vie lamentable et la mort tragique d'un pauvre médecin aveugle : Le Dr Henri Racine

Il était né à Tunis en 1889 où son père était officier de l'armée d'Afrique. Son grand-père maternel était médecin. Les hasards de la vie errante des militaires le conduisirent à Poitiers où il fit au lycée ses études secondaires. Mais il était sans fortune et pour arriver au bachot, il dut accepter une place de maître répétiteur au lycée de Tours. Il y prépara son P.C.N. qu'il passa à Poitiers et il fit deux ans d'études médicales à l'Ecole préparatoire de cette ville. Il devint interne de l'hôpital de Poitiers. Le voilà à Paris en 1913 à Lariboisière, comptant arriver dans quelques années docteur.

Sa vie paraît devoir désormais se dérouler normalement, car il est sérieux et travailleur et il fait des remplacements pour couvrir les frais de ses études. Tout à coup les troubles de sa vue qui depuis quelques temps laissait à désirer, s'aggravent alors qu'il remplaçait le médecin de Ténezay dans la Vienne. De retour à Paris il acquiert la certitude que la cécité complète et irrémédiable est prochaine. Aveugle à 24 ans et sans fortune, alors qu'il était sur le point de terminer ses études, quel coup terrible !

La mort dans l'âme, il doit renoncer à la médecine et se retirer à Lusignan où sa mère exploite une petite propriété. Il essaye de s'occuper de culture, de faire de l'élevage. Mais la guerre éclate. Il offre ses services à l'armée qui repousse l'aveugle.

Il tente néanmoins de se rendre utile dans une ambulance de 21 lits qu'il organise avec sa mère dans la salle de l'école de Lusignan.

La guerre se termine. Ses essais dans la culture n'ont pas été heureux. Odieusement exploité, ne pouvant surveiller suffisamment ses affaires du fait de son infirmité, il doit abandonner la terre sur laquelle il comptait pour vivre, et en 1923, il est totalement ruiné.

Il vient en novembre 1924 à Paris pour y chercher une occupation quelconque. On l'accueille à l'Institution Valentin Haüy où il suit les cours de massage du Dr Fabre et obtient en juillet 1925 le diplôme d'Etat de masseur.

Entre temps, Henri Racine s'est marié. Il est impossible à un aveugle de vivre seul surtout à Paris. La compagne qui a courageusement accepté de partager sa misère, lui a donné deux enfants, une fillette et un petit garçon.

Le malheur s'acharne sur cette pauvre famille. La jeune mère a une santé chancelante que minent l'incertitude du lendemain et les privations. Le petit garçon contracte la poliomyélite et guérit avec une atrophie du bras droit.

Henri Racine ne se décourage pas. Il va en 1926 à La Roche-Posay, où il est attaché à l'Etablissement comme masseur et exerce la massothérapie en hiver à Paris, rue Washington. A la Roche-Posay il a trouvé trois confrères excellents, trois hommes de cœur, les docteurs Georges Bardet, Albert Guyot et Léon Huet, qui se sont intéressés à lui. Ce sont eux qui l'ont incité à reprendre ses études médicales, qui lui ont facilité la rédaction de la thèse de doctorat qu'il soutint le 30 janvier 1931, sous la présidence du Professeur Couvelaire.

Nous avons sous les yeux cette thèse intitulée : *Syndrome d'atonie parieto-viscérale et son traitement kinésithérapique.* Elle est bien écrite, sérieusement documentée ; en la parcourant, on se rend compte que l'auteur est un homme de conscience qui a voulu faire un travail utile et non remplir une simple formalité pour obtenir le grade de docteur.

Mais ce qui nous a surtout touché en feuilletant cette brochure, ce sont les dédicaces. D'abord à sa vieille mère, à sa femme, à sa sœur, à ses enfants qui ont partagé courageusement sa misère, au Prof. Couvelaire qui se montra plus particulièrement bienveillant à son égard, à Madame Alfred Magne et Monsieur Alfred Magne, deux grands artistes, qui le prirent en affection, qui compatirent à sa situation désespérée, lui rendirent courage :

« En ce jour, écrit-il dans sa dédicace, où je cédais au découragement, votre bon cœur vous donna la prévision de mon avenir. Enjambant délibérément les difficultés de toutes sortes,

vous m'avez montré mon chemin de Damas ; c'est à vous que je dois d'abord, avec l'espoir, le retour à une vie plus normale. »

Mêmes sentiments délicats d'une gratitude qui n'est pas de circonstance au Dr Portes, professeur agrégé et accoucheur des hôpitaux, au Dr Fabre qui à Valentin Haüy, lui a appris le métier de masseur qui le fait vivre, aux médecins de la Roche-Posay dont nous avons déjà indiqué la sympathie agissante qu'ils lui témoignèrent.

Touchants encore sont les remerciements qu'il adresse au Dr Basset, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé, qui, lors de son examen de médecine opératoire, s'est rendu compte avec douceur et bonté de l'effort qu'avait dû faire Henri Racine pour rechercher et lier l'artère humérale sans le secours de ses yeux lors de son examen de médecine opératoire. Il adresse encore ses témoignages de gratitude au Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris, qui le documenta et le conseilla lors de l'élaboration de sa thèse.

Ces dédicaces de thèse dont la banalité fait généralement sourire de pitié, exhalent ici un parfum délicat de si sincère gratitude que, sans l'avoir connu, nous pouvons affirmer que le Dr Henri Racine possédait une âme d'élite.

Pourvu de telles qualités, entouré de tant de sympathies, Henri Racine devait se faire un situation digne et suffisante.

Un instant le Destin paraît lui sourire. Les clients affluent à son cabinet. Des personnes riches et ayant de brillantes relations, le recommandent à leurs amis. Ce n'est pas encore la fortune, mais c'est avant peu l'aisance, la large aisance. Il va pouvoir assurer le bonheur des siens, élever ses enfants. Il s'occupe même de placer de plus malheureux que lui.

Mais le pauvre aveugle devait vider jusqu'à la dernière goutte la coupe amère de l'adversité.

Depuis plusieurs mois il sortait seul, ses ressources ne lui permettaient pas encore de payer un guide et sa femme était entièrement absorbée par les soucis du ménage et les soins à donner aux enfants. Le dimanche 22 février, le Dr Racine traversait l'avenue des Champs-Elysées, en face de l'avenue Georges-V.

Il se fiait à sa grande prudence, au passage clouté, qu'il avait soigneusement repéré, à la canne blanche des aveugles qu'il considérait comme un talisman le mettant à l'abri de tout accident. Soudain une automobile arrive sur lui, sans bruit, à toute allure, le happe, le projette à plusieurs mètres devant elle.

Il est relevé, transporté mourant à Beaujon, le crâne en bouillie, le bassin défoncé, la cuisse fracturée, heureusement dans un profond coma.

Quelques heures après, il avait cessé de souffrir

***

Mais que vont devenir Madame Racine et ses jeunes enfants, dénués de toutes ressources ? Un comité s'est aussitôt formé sous la présidence d'honneur du Doyen Balthazard, sous la présidence effective du Président de l'Assocation des médecins de France, Bellencontre, avec l'appui de hautes personnalités françaises et étrangères s'intéressant au *Phare de France*, dont le Dr Henri Racine était un des collaborateurs. Ce comité adresse à tous ceux qui ont pitié des malheureux un pressant appel et nous croyons de notre devoir étroit de le transmettre aux confrères qui sont nos lecteurs. Nous croyons que pour les apitoyer il a suffi de raconter en toute simplicité la vie lamentable et la fin tragique du pauvre médecin aveugle que fut le Dr Henri Racine.

Confrères, laissez-vous toucher, *envoyez vos dons au trésorier du Comité* : M. Ernest MALLET, *ancien Régent de la Banque de France, au* PHARE DE FRANCE, 14, *rue Daru, Paris* (8e). Nous savons que les médecins praticiens ne sont pas riches, mais quel est celui qui, ayant lu ce qui précède, hésitera à adresser sa souscription, si modique soit-elle, pour secourir la veuve et les orphelins d'un confrère, tristes et innocentes victimes d'une terrible destinée ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

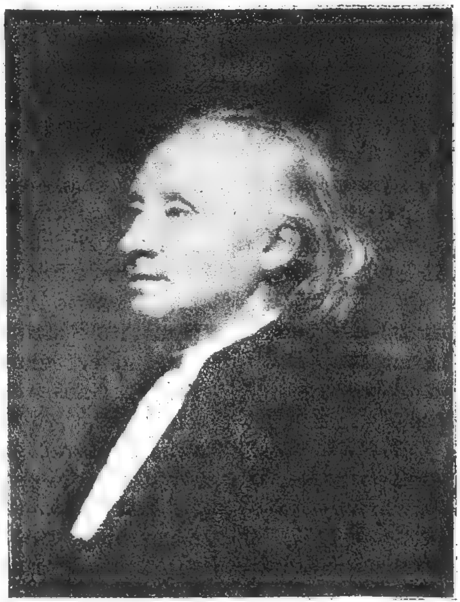
PARROT ET L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS [1]

Par P. LEREBOULLET,

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.

En cette leçon de rentrée, je voudrais, à l'occasion, d'un double événement, évoquer devant vous la mémoire de celui de mes prédécesseurs qui, par son enseignement, par ses travaux, par sa personne a jeté sur ce vieil hospice le plus vif éclat et dont le nom est resté pour cette maison un symbole. Parrot y a, pendant de longues années, travaillé, c'est dans ses vieux murs qu'il a poursuivi sa belle et féconde carrière scientifique, c'est là que la Faculté est venu le chercher pour en faire un professeur, c'est là que, quelques années plus tard, elle a créé pour lui la première chaire de clinique infantile. Aussi n'est-il que juste que son souvenir y reste vivant et qu'on y retrouve la preuve de son passage. J'ai tenu à ce que le nom de CLINIQUE PARROT soit affecté à la chaire que j'occupe comme le nom de Clinique Charcot caractérise justement la clinique de la Salpêtrière, celui de Clinique Guyon, la clinique urologique de Necker ou encore celui de Clinique Tarnier, notre voisine de la rue d'Assas. Et ces jours-ci, je recevais avis que, après la Faculté, l'Assistance publique avait accepté que soit ainsi dénommée la chaire d'hygiène et de clinique du premier âge. C'est la première raison pour laquelle je veux vous dire quelques mots de mon grand prédécesseur.

Il en est une autre. Parrot, je vous le redirai tout à l'heure, a eu pendant sa vie la bonne fortune d'avoir pour intime ami l'un des premiers artistes de la fin du XIXe siècle, Paul Dubois, le grand sculpteur, qui fut aussi un remarquable peintre. Et l'ami a laissé de son médecin un buste et un portrait, tous deux des chefs-d'œuvre. Le *portrait* est actuellement chez une de ses nièces et je n'en ai que la photographie, déjà puissamment évocatrice (1). Le *buste*, singulièrement attachant et parlant, n'a été reproduit qu'à peu d'exemplaires. L'un d'eux est un des joyaux du vestiaire des professeurs à la Faculté. Un autre, — beaucoup ignoraient pourquoi et comment — était sur une des armoires de la salle des séances du Syndicat des Médecins de la Seine. Un ancien interne de Parrot, un des praticiens les plus estimés de Paris et un assidu du Syndicat, notre confrère le docteur P. Gallois reconnut, il y a quelque temps, les traits de son maître dans ce buste du Syndicat. A sa demande, le bureau du Syndicat, ayant à sa tête le docteur Boyer, son président et le docteur Barlerin, son secrétaire général, eut la pensée de l'offrir en dépôt à la Clinique Parrot, afin qu'il puisse y être placé dans la salle des cours. Je n'ai pu qu'accepter avec reconnaissance cet aimable prêt et mettre en bonne place le buste de ce maître.



Portrait de PARROT, par Paul DUBOIS.

Il est d'ailleurs plus symbolique encore que je ne le croyais et son histoire est assez curieuse. Parrot avait un collègue et un ami, qui le soigna jusqu'à la fin, le professeur Potain. Celui-ci

(1) Leçon faite le 14 janvier à la clinique Parrot, aux Enfants-Assistés.

(1) C'est à la nièce de Parrot, Madame Lhomme, que je dois de pouvoir reproduire ici le portrait qu'elle possède.

hérita d'un exemplaire de buste de Parrot ; lorsqu'il mourut quelques années plus tard, en 1901, ne pouvant l'attribuer à la Faculté qui en possédait un exemplaire, il pensa à le léguer au Syndicat des médecins de la Seine, dont il faisait partie. En vain d'ailleurs cherche-t-on trace de ce legs dans les *Bulletins* du Syndicat, et il a fallu la mémoire infaillible de mon confrère et ami, le Docteur Noir, pour fixer ce petit point d'histoire. Par le geste que je vous ai dit, les dirigeants du Syndicat des médecins de la Seine ont mis à la disposition de la Faculté ce don d'un ancien professeur de notre Ecole. M. le doyen Balthazard, le Conseil de la Faculté et moi-même, nous sommes reconnaissants à nos confrères de cet acte si courtois. Le buste est en place aujourd'hui, mais combien d'entre vous savent ce qu'a fait celui dont, avec tant de vérité et de finesse, il reproduit les traits ? Laissez-moi donc, très rapidement, vous esquisser sa physionomie intellectuelle et scientifique.

***

Jules Parrot, né en Dordogne à Excideuil, le 1er novembre 1829, avait été rapidement externe des hôpitaux, interne des hôpitaux (1852), docteur (1857), agrégé (1860), médecin des hôpitaux (1862), non sans altérer gravement sa santé (le cas n'est hélas ! pas rare parmi nous). Deux années durant, il alla refaire ses forces sous le climat de l'Algérie et en revint guéri. Après quelques années passées à étudier la médecine générale et particulièrement les maladies du cœur, en 1867, le hasard des mutations de service plaça Parrot à l'hospice des Enfants-Assistés. Il comptait n'y faire qu'un court séjour ; il s'y attacha, car il y trouva une mine inépuisable de recherches. Il y resta toute sa vie et, grâce aux matériaux qu'il y amassa, il a pu renouveler presque toute la pathologie du premier âge.

La vieille maison avait eu avant lui d'autres médecins : Baron, Natalis Guillot, H. Roger, Bernard, Labric, Vidal, Racle. Elle avait eu près d'eux des médecins assistants ou des internes comme Billard et Valleix qui avaient fait de bonne besogne. Mais le champ des études y était vaste et Parrot put y trouver bien des documents cliniques et anatomiques qui lui servirent à édifier solidement son œuvre. C'était alors une «*maison funeste*», où, je vous le montrerai tout à l'heure, tout se réunissait pour faciliter l'infection qui décimait nourrissons et enfants et faisait que *plus d'un tiers* des enfants mourait. Du moins cette mortalité considérable donnait-elle à Parrot ample matière à des études anatomiques et l'anatomo-pathologiste qu'il était put, pendant les quinze années qu'il y resta, faire chaque jour les recherches qui le passionnaient. Aujourd'hui, nos autopsies annuelles n'atteignent pas la centaine et nous serions fort embarrassés pour reprendre les enquêtes qu'il poursuivit. Parrot put donc faire une belle œuvre aux Enfants-Assistés. Sans vous la retracer tout entière, je veux, en quelques mots, vous dire ce que furent l'homme et le savant.

L'homme, je ne l'ai pas connu, j'avais huit ans lors de sa mort. Mais, dès mes jeunes années médicales, j'en ai entendu parler et j'ai recueilli près de certains de mes maîtres l'impression de l'exceptionnelle personnalité de Parrot.

Sa figure était attachante et il suffit de jeter les yeux sur son portrait pour comprendre ce qu'en dit son fidèle élève Troisier qui évoque « sa physionomie d'artiste, ses cheveux flottants, son visage maigre, à nez droit, à lèvres minces, à menton aigu, où les quelques plis radiés de la tempe, le léger rictus de la bouche, la douce finesse du regard tempéraient la rigidité de lignes et la brusquerie des angles ». De même mon maître Hutinel, qui fut son interne, a rappelé « sa physionomie fine et distinguée, son regard perçant mais plein de bienveillance, la longue chevelure rousse, rejetée en arrière, qui couronnait son front ». C'est cette figure si caractérisée qu'a si bien fait revivre son grand ami Paul-Dubois : il le connaissait depuis le collège et il a su faire exprimer au bronze l'exceptionnelle intelligence de Parrot.

C'était, comme l'ont dit ceux que je viens de citer, «une nature généreuse et élevée, un caractère honnête et droit ». Il apportait à ce qu'il faisait un soin, une minutie, une conscience que, dit Hutinel « j'ai rarement rencontrés au même degré ». Il passait aux Enfants-Assistés toutes ses matinées et une partie de ses journées. Très sévère à lui-même, il l'était aux autres, exigeant une attitude ponctuelle, réclamant un maximum de travail et d'effort. Sans souci de l'heure, il prolongeait , à son cabinet et à l'amphithéâtre, des matinées écrasantes qui minaient sa santé précaire, mais il put y creuser un sillon scientifique profond. « C'était, dit encore Hutinel, un maître affable et accueillant qui traitait volontiers ses élèves comme des frères plus jeunes, qui aimait à les entendre parler en toute franchise, riant de leurs saillies, s'intéressant à leur vie. Tous ceux qui se sont succédé auprès de lui en ont gardé le souvenir que l'on conserve d'un parent ou d'un ami. »

Combien le service était alors différent de ce qu'il est aujourd'hui ! Les enfants n'étaient pas nombreux, vite moissonnés par les infections qui faisaient rage ; aussi les visites n'étaient pas très longues. « Presque tous les malades étaient des nourrissons. Le maître s'asseyait auprès de leurs berceaux, les examinait, les pesait, regardait leurs langes, prenait lui-même leur température et dictait, en même temps, une observation courte mais précise ». Il avait une vieille surveil-

lante qui était pour lui, — comme les nôtres — une collaboratrice admirable. Parrot, entrant dans la salle, lui disait « Eh bien ! ma sœur, qu'avons-nous ce matin ? » Et la sœur d'égrener son chapelet de diagnostics ; et lui d'aller directement aux lits indiqués et en prenant les petits malades par le fond de leur maillot et les collant à son oreille, de dire : « Encore une fois elle a raison, quelle intuitive ! » C'est cette même sœur qui, après les révoltes et les colères qu'entraînaient chez Parrot le culte de la justice, disait « Ah ! ce Monsieur Parrot, comment fera-t-il au paradis, où il sera bien sûr un jour, s'il ne trouve pas de torts à redresser et de vérités à dire aux gens ! ».

Quelle que fût l'attention apportée par Parrot à ses nourrissons, la visite se terminait vite et l'on passait à l'amphithéâtre. «La besogne n'y manquait pas. Plus de cinq cents enfants succombaient chaque année et on ne négligeait aucune autopsie. Tous les organes étaient examinés, pesés, mesurés et des fragments en étaient soigneusement conservés. A propos de chaque sujet, on rédigeait un protocole d'autopsie et plus tard, on faisait l'examen histologique des pièces durcies. »

Grâce à ces innombrables autopsies et à ces observations méthodiques, Parrot a amassé un ensemble de documents précieux qui lui ont servi à édifier une œuvre dont sans doute bien des parties ont vieilli, mais qui a marqué le début de l'étude vraiment scientifique de la pathologie du premier âge. Je ne vous énumérerai pas tous ses travaux et je me limiterai à ceux que tous vous devez connaître.

Buste de PARROT, par Paul DUBOIS.

Ce sont d'abord ses études sur l'*athrepsie*. Avant lui, presque toutes les affections gastro-intestinales du nouveau-né, le muguet, les érythèmes, les ulcérations buccales, l'endurcissement du tissu cellulaire, les convulsions étaient étudiés à part et considérés comme des entités morbides. Il montra que ces manifestations et l'état de maigreur extrême qui les accompagnait étaient des conséquences variées d'un même mal, qu'elles avaient pour point de départ habituel un *désordre des fonctions digestives* et que ce qui dominait dans leur progression et dans leur enchaînement, c'était un *trouble profond de la nutrition, un arrêt du travail formateur*. De là le nom d'athrepsie qu'il donna à ce qu'il croyait une maladie constituée. Il en fit une description saisissante, écrite dans une langue admirable ; il en analysa avec perfection les symptômes, les accidents, les lésions. Mais il ne pouvait voir la cause, l'infection réalisée dans le milieu où vivaient alors les nourrissons et qui enlevait les neuf dixièmes d'entre eux.

M. Hutinel a, depuis, mis d'une manière saisissante en lumière l'action de cette infection. « Oh ! écrit-il, cette infirmerie des Enfants-Assistés, avec ses deux salles orientées au nord, toujours sombres et lugubres, séparées par une office où se cuisinait l'athrepsie et longées par un couloir où sévissait la rougeole, quel souvenir j'en ai gardé ! Les nourrissons y étaient placés côte à côte, dans des berceaux trop rapprochés, les plus légèrement atteints à côté des plus malades, sans qu'aucune sélection fût essayée. La même cuiller à peine essuyée, servait à examiner toutes les gorges ; le même thermomètre, vaguement nettoyé à un coin de tablier, passait d'un rectum dans un autre, la literie n'était jamais désinfectée ; les draps étaient blancs, mais les matelas gardaient la souillure des déjections... Si l'enfant criait, on lui préparait une sucette. La religieuse du service avait à cette intention un biscuit écrasé dans une de ses poches ; elle y plongeait une main rarement lavée, elle en retirait une pincée de miettes qu'elle plaçait dans un chiffon de toile à cataplasmes traînant sur une table et dont elle faisait un cornet. Ce cornet était trempé dans un pot à confitures à demi rempli d'un julep gommeux exposé à tous ger-

mes. La sucette était introduite dans la bouche de l'enfant qui tétait évidemment mais qu'absorbait-il, le malheureux ? Bientôt, le muguet apparaissait, virulent, tenace, puis des vomissements et de la diarrhée ; le drame de l'athrepsie se déroulait, lent ou rapide, suivant les cas et suivant les saisons. L'été, en douze heures, un enfant était transformé. Le matin il était rose et frais, la nuit, il était bleuâtre, refroidi et moribond ; il était *tourné*, disaient les religieuses qui, d'instinct, assimilaient cette évolution à une fermentation. »

L'athrepsie était donc l'aboutissant de toxi-infections multiples et surtout intestinales en grande partie créées par les conditions néfastes du milieu dans lequel les enfants nouveau-nés étaient condamnés à vivre.

Si Parrot n'a pu voir les causes de cet état qu'il a si bien décrit, et si, fort heureusement, nous avons pu depuis les mieux saisir, il reste que c'est de son œuvre que découlent la plupart des notions d'ordre clinique qui nous aident dans nos conceptions actuelles et qu'il a fort bien vu la physio-pathologie de l'athrepsie, ce trouble profond de la nutrition, cet arrêt du travail formateur que les travaux contemporains ont précisé.

Une autre partie de son œuvre n'est pas moins importante, c'est l'étude de la *syphilis* et particulièrement des *lésions osseuses* qu'elle détermine. Dès 1872, il montrait qu'il existe une *pseudo-paralysie* causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. Cette pseudo-paralysie, c'est la « maladie de Parrot », que vous devez connaître, si significative et parfois si aisée à guérir. Il l'étudia, puis il démontra par une série de constatations, — groupées dans un fort beau livre que la piété de M. Troisier a publié quelques mois après sa mort —, que la syphilis héréditaire détermine sur le squelette des enfants nouveau-nés des altérations pour ainsi dire constantes, aussi caractérisées que celles du foie et des poumons. Il alla plus loin, il établit les analogies de certaines de ces lésions avec le rachitisme et montra qu'il y a un rachitisme syphilitique, idée discutée, excessive à certains égards, mais réelle à d'autres, et qui comporte des conclusions pratiques utiles. Il réalisa enfin sur le rachitisme une admirable collection anatomique.

Bien d'autres travaux ont été faits par lui sur les maladies du premier âge et c'est à Parrot notamment que nous devons en grande partie et la dénomination de l'*achondroplasie* et la description clinique de cette si curieuse affection dont il alla chercher chez les Egyptiens les premiers exemples. Dans une fort intéressante étude, il a montré que les figurines du dieu Phtah vénéré à Memphis reproduisent, trait pour trait les caractères de l'achondroplasie et il ne met pas en doute que les Egyptiens n'aient pris comme modèle de Phtah, dieu funéraire, maître des tombeaux, un être qui, par ses caractères objectifs, rappelait le mieux la forme du fœtus et du nouveau-né et semblait, après la naissance, continuer la vie fœtale.

Ce n'est pas tout. Professeur de clinique du premier âge, je dois rappeler qu'il a merveilleusement fixé les conditions de cet enseignement et les raisons pour lesquelles cet hospice est admirablement placé pour étudier les maladies du premier âge par le grand nombre de nourrices et d'enfants au-dessous de deux ans qui le fréquentent. Sur un seul point, fort heureusement, la situation s'est modifiée. « Il est, dit-il, un avantage que cet établissement ne partage avec aucun autre, c'est que l'on y peut faire presque toutes les autopsies, et, comme la mortalité y est considérable, il peut y être fait en moyenne de 350 à 400 ouvertures cadavériques et cela intégralement. Je n'insiste pas, vous comprenez qu'il y a là une source féconde d'instruction. »

Il trace le plan de son enseignement, — résolu qu'il est à faire de la clinique et non de la pathologie, — « désireux de laisser à la clinique, cette liberté d'allures qui en est le caractère essentiel ; se tenant prêt à l'improvisation qu'elle exige, à en subir les hasards, à connaître des jours de profusion et de jours de disette, à se rappeler que, pour le clinicien comme pour le collectionneur, tout échantillon a sa place et son intérêt ». Il rappelle plus loin que le professeur de la théorie doit passer à l'action, s'efforcer de développer chez ses élèves la sagacité, le coup d'œil, la résolution. Et il ajoute encore qu'il ne faut pas procéder par affirmation, mais initier les élèves aux difficultés, aux hésitations de la clinique. « Je ne veux pas, dit-il, vous imposer des dogmes, je ne veux pas être un professeur despote, surtout, je ne veux pas être un professeur pontife. Certes, j'oserai formuler des diagnostics, mais je veux que, le cas échéant, ils soient contrôlés, que chez vous la confiance naisse de l'expérience. Or, ajoute-t-il, il n'y a dans l'espèce qu'un moyen de contrôle, qu'une pierre de touche des assertions formulées au lit du malade, c'est, quand le malade succombe, son autopsie ». Et c'est pourquoi il voulait faire de l'anatomie pathologique, beaucoup d'anatomie pathologique. Il la considérait comme une partie intégrante et indispensable de l'enseignement clinique, au point, disait-il, que, si on lui en interdisait l'usage, il renoncerait à sa chaire.

Hélas ! ou heureusement, il nous faut bien nous priver souvent de cette précieuse méthode de contrôle. Nous en avons d'autres aujourd'hui et le laboratoire d'une part, la chirurgie d'autre part, nous apportent souvent des éléments de certitude.

Où nous sommes toujours d'accord avec Parrot, c'est quand il dit les bienfaits de la *consultation externe* où les élèves apprennent à interroger les mères et reçoivent des notions plus étendues de thérapeutique. Mais nos salles ne sont plus les siennes où toute thérapeutique efficace était interdite et où se multipliaient les contagions.

Et enfin Parrot voyait bien déjà l'utilité générale de cet enseignement qui, vous apprenant à soigner les jeunes enfants, vous met à même de sauver des vies humaines. Il dénonçait il y a 50 ans, les *périls de la dépopulation*, montrait la difficulté d'agir sur la natalité « lorsque, dans un nombre immense de ménages, la fécondité se calcule au prorata des revenus », établissait la nécessité de vaincre et de prévenir les maladies du premier âge. « Quelle noble mission que celle qui vise, par la conservation des enfants, le salut de la Patrie ! Je n'en connais pas de plus grande. C'est à la préparer et à l'accomplir que je vous convie, dans ce jour où j'inaugure officiellement la clinique des maladies de l'enfance. Ne soyez pas sourds à mon appel ».

Ah ! certes, celui qui prononçait ces paroles et qui, comme il l'annonçait, consacrait à cette œuvre de salut commun son temps, son savoir, sa force et son énergie, mérite de vivre dans la mémoire des médecins et c'est à juste titre, vous le voyez, que j'ai demandé que nous soyons ici à la Clinique Parrot.

***

Au surplus, la physionomie de Parrot, si attachante, le devient bien davantage lorsqu'on se rappelle que sa curiosité ne s'arrêtait pas à la médecine qu'il voyait aux Enfants-Assistés, qu'il fut toute sa vie le conseiller de nombreuses familles dont la confiance allait à lui sans réserve, qu'il fut un anthropologiste de premier plan et fit dans ce domaine de fort belles recherches, qu'il aimait les lettres et les arts, trouvant le temps de lire et de relire Montaigne et Brantôme, jouissant fort de la musique, goûtant les peintres et les sculpteurs et allant les admirer dans les musées d'Angleterre, d'Espagne et d'Italie.

Il était un merveilleux causeur et aimait à réunir à sa table des médecins comme Vulpian, Trélat et Potain, des littérateurs comme Meilhac, Halévy, Pailleron, d'autres encore.

Si l'on pense qu'il était de santé délicate, si l'on réfléchit qu'il est mort à 53 ans, à peine plus âgé que mon collègue Lecène, un peu plus jeune que mon cher et regretté ami Sicard, on se dit qu'il a bien rempli sa vie et qu'il a su faire œuvre de chef. Qu'eût-il accompli s'il eût vécu comme celui qui fut, pendant son séjour à l'hospice, chirurgien des Enfants-Assistés, le vénéré docteur Guéniot, aujourd'hui dans sa centième année !

***

Mais pourquoi cette œuvre de Parrot est-elle restée incomplète, pourquoi, alors qu'il se dévouait à sa tâche avec tant d'ardeur, a-t-il si peu réussi ? Pourquoi la situation lamentable des Enfants-Assistés qu'il déplorait a-t-elle persisté, malgré ses efforts ? Pourquoi la mortalité a-t-elle été de plus du tiers aux Enfants-Assistés de 1877 à 1881, puisque sur 9.377 entrants, il y eut 3.146 décès ?

Actuellement, alors que la population de l'hospice a augmenté, la mortalité globale est tombée à moins de 1 %. Chiffre peut-être plus frappant encore, et que je ne cite pas sans quelque fierté, la mortalité des enfants de un jour à un an qui était de 17 % en 1923, de 7,8 % en 1927 est tombée à 5,2 % en 1929. Au temps de Parrot, 26 % était considéré comme un succès !

Qu'y a-t-il donc de changé depuis un demi-siècle ? Il est facile aujourd'hui de le comprendre. Quand Parrot enseignait ici, l'hygiène et la prophylaxie n'existaient pas et leur nom n'est pas prononcé dans ses leçons. Les recherches de Pasteur venaient à peine d'être exposées et étaient vivement discutées. Parrot, si informé qu'il soit, n'en saisit pas l'application au jeune enfant.

Aussi ne peut-il rien faire. Il ne sait, M. Marfan l'a noté, à quoi attribuer les hécatombes d'enfants. Il remarque que l'hospice des Enfants-Assistés était « une de ces maisons où il semble que tout se réunisse pour imprimer au mal une marche funeste ».

Et les seuls essais qu'il tente sont bien imparfaits. Frappé des ravages de la syphilis chez les enfants confiés à ses soins et des difficultés chez eux de l'allaitement au lait de vache, il fait construire la *Nourricerie* qui existe encore, bien modifiée d'ailleurs, au milieu des jardins de l'hospice. Il se propose de mettre en pratique chez les enfants syphilitiques « l'allaitement direct au pis de l'animal ». Dans le travail fort intéressant qu'il consacre à cet essai, il rappelle les tentatives antérieures, pour la plupart désastreuses, notamment celle citée par Raulin et dans laquelle les enfants, en même temps que de lait, étaient gorgés de bouillie à la farine et de cidre doux. Il relate les essais d'allaitement par la chèvre faits à Aix-en-Provence « où les berceaux furent disposés sur deux rangs dans une grande salle ; chaque chèvre entrait en bêlant, allait chercher son nourrisson, relevait avec sa corne la couverture, enjambait le berceau et se faisait téter ». Il n'accepte naturellement pas comme vrai cet intelligent manège des chèvres provençales et, pour toute une série de raisons, préfère l'ânesse « au trayon bien adapté à la préhension et à la succion, patiente et douce durant la tétée ». Il se rappelle que François-I^{er}, réduit par ses

fatigues guerrières et ses excès à un état de langueur qui s'aggravait chaque jour, avait été guéri par un Juif de Constantinople qui ne lui avait ordonné que du lait d'ânesse. Il installe donc une étable d'ânesses à côté de la nourricerie et fait l'essai de l'allaitement direct de ses nourrissons syphilitiques, essai intéressant qui ne comporte pas de conclusions bien pratiques et est bientôt abandonné. L'effort de Parrot dans la lutte contre la mortalité des enfants assistés est donc demeuré à peu près sans résultats et ce n'est qu'après sa mort que, peu à peu, s'est transformée la vieille maison.

J'ai dit maintes fois ce que fut à cet égard l'action de mes prédécesseurs. Je ne vous l'exposerai pas à nouveau en détail. Je me bornerai à vous rappeler qu'on peut relever trois phases dans l'histoire de notre hospice, qui sont d'ailleurs celles de tout l'effort d'assistance aux jeunes enfants.

La *première phase* est purement *charitable* et *administrative*. C'est Vincent de Paul, qui, avec le concours de Louise de Marillac et de ses filles de la Charité, fonde l'œuvre des Enfants-Assistés, en assure les revenus matériels, en fixe l'organisation et crée une série de rouages que l'Assistance publique n'a qu'à reprendre et à développer. Malgré la perfection avec laquelle est réglée l'œuvre, malgré le dévouement admirable de ceux qui en ont la charge, les résultats sont lamentables, la mortalité des tout petits dépasse tout ce qu'on peut imaginer, on ignore tout de leurs maladies et, à plus forte raison, des moyens de les prévenir.

La *deuxième phase* est *scientifique et médicale*. Billard, Valleix et surtout Parrot observent les enfants, étudient leurs maladies et les lésions qu'elles entraînent. La physiologie et la pathologie du premier âge commencent à être connues. Le clinicien et l'anatomiste qu'est Parrot accumule une série de faits précieux, dont, faute des notions biologiques nécessaires, il ne peut interpréter les causes. La mortalité reste à peu près la même. Et la maison de la rue Denfert-Rochereau est toujours la « maison funeste ».

La *troisième phase* est *hygiénique et préventive*. Elle est due à l'application au premier âge des notions qui le génie de Pasteur a mises en lumière. Sevestre, successeur de Parrot, transforme l'hospice des Enfants-Assistés, y pourchasse les maladies infectieuses, y crée des pavillons d'isolement et un lazaret, arrive à des résultats positifs. Mon maître le Professeur Hutinel, pendant son long séjour rue Denfert-Rochereau, y prodigue une activité avertie, qui fait disparaître l'infection partout où il est possible d'organiser méthodiquement une barrière contre celle-ci. Il améliore tous les secteurs de ce vaste hospice, y compris la nourricerie de débiles et en faisant tomber la mortalité globale à moins de 2 %, transforme la maison funeste qui ne mérite plus ce qualificatif. Son successeur Variot, continue son effort en s'appliquant surtout à régler l'allaitement des tout petits et en créant un Institut de Puériculture destiné à donner à toutes celles qui doivent s'occuper de jeunes enfants les connaissances nécessaires. Enfin, mon prédécesseur immédiat, le professeur Marfan, a largement contribué à diminuer encore la mortalité des tout petits en améliorant nos nourriceries et en les dotant d'un nombre de nourrices suffisant pour assurer à nos débiles et à nos hypotrophiques le lait de femme nécessaire pour conjurer chez eux l'hypothrepsie et l'athrepsie. Nous poursuivons chaque jour la même lutte et vous avez vu comment nous avons pu notamment annihiler les méfaits de la diphtérie des nourrissons en assurant le dépistage de tous les porteurs, leur isolement, et la désinfection relativement rapide de leur naso-pharynx.

La surveillance médicale journalière est nécessaire dans un service de tout jeunes enfants et seule assure l'exécution rigoureuse des mesures d'hygiène indispensables. Elle doit être aidée par une bonne organisation administrative et c'est de cet accord que peut résulter le succès. L'effort de l'Assistance publique dans cette maison a fait les preuves de son efficacité. La création de la maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux celle de la pouponnière d'Antony, due à l'initiative du directeur général, M. Mourier, la répartition plus judicieuse des nourrissons abandonnés dans des centres d'élevage bien surveillés ont permis de faire tomber à des chiffres jusqu'ici inconnus la mortalité des jeunes enfants confiés à nos soins et l'heureuse collaboration du directeur de l'hospice, M. Deschâtres, à tous les efforts poursuivis par nous, a donné des résultats excellents.

Cette histoire montre que la Charité, le service médical, le sens de l'hygiène préventive doivent s'associer dans toute œuvre visant le premier âge, et c'est pourquoi je souhaiterais qu'à titre de symbole, le buste de Saint Vincent de Paul et celui de Pasteur viennent rejoindre dans cette salle de cours celui de Parrot. Ce triple patronage viendrait heureusement affirmer à tous ceux qui suivent cet enseignement que les qualités du médecin d'enfants doivent être tout à la fois le cœur et le dévouement dont Vincent de Paul a donné l'exemple, l'observation, la méthode et le savoir dont témoigne toute l'œuvre de Parrot, le sens de l'hygiène préventive basée sur les notions pastoriennes. Cette évocation de la vie de Parrot m'aura permis une fois de plus de vous redire ces vérités si nécessaires en même temps que de rendre hommage à l'un des plus illustres parmi les maîtres de la pédiatrie française.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME ENTÉRO-URO-GÉNITAL ET DE SON TRAITEMENT

par les Docteurs

Xavier COLANERI et Pierre MARTIN

de Paris — de Châtel-Guyon.

Il est à peu près établi actuellement et reconnu par tous les auteurs qu'un état intestinal déficient est à la base de certains états pathologiques tels que néphrites, cystites, métrites, annexites, orchites, arthrites, névrites, dermatoses, rhumatismes, insuffisance hépatique, cholécystites, etc., etc...

De son ignorance résultera une thérapeutique uniquement symptomatique et par suite peu efficace.

C'est pourquoi nous nous proposons, dans ce travail, d'esquisser les grandes lignes de l'étude clinique et thérapeutique de l'un des plus répandus parmi ces états :

Il s'agit des *métrites à point de départ intestinal*, ou plutôt entretenues par un état intestinal, constituant ce que l'un de nous a décrit sous le nom de *syndrome entéro-uro-génital.*

Bien entendu nous ne nous occuperons que des lésions utéro-annexielles à étiologie intestinale et nous laisserons volontairement de côté les états colitiques secondaires à une épine génitale, bien qu'il soit difficile de les différencier dans la plupart des cas chroniques où la réciprocité des actions d'un organe enflammé sur le voisin est la règle.

A) Quels sont les microbes incriminés ?

Nombreuses, très nombreuses même, sont les femmes atteintes de l'affection qui nous intéresse.

Quoi de plus naturel, en effet, si on songe à la situation anatomique des organes génitaux par rapport à l'intestin et à la flore microbienne qui pullule dans le tube digestif.

Chez toute malade atteinte de métrite ou d'annexite, nous avons pour principe de pratiquer un prélèvement aseptique des pertes au niveau du col utérin et d'en faire plusieurs examens directs ainsi qu'une culture.

Le *colibacille* et l'*entérocoque*, seront le plus souvent les hôtes de la cavité utérine. Parfois ces deux microbes seront associés. De plus, le *staphylocoque, le coryne bacterium* et dans certains cas le *gonocoque* lui-même apporteront leur note virulente dans cette symphonie microbienne. Mais il faut remarquer que dans les cas chroniques, le *gonocoque* n'a pas un caractère aggravant. C'est la persistance des microbes intestinaux qui, en général, fait la chronicité des métrites.

B) Quelles sont les voies de contamination ?

La flore microbienne intestinale peut ensemencer la sphère utérine et ses annexes.

a) Par la voie lymphatique et par la voie directe transpéritonéale :

C'est par la première ou plutôt par effraction directe des parois intestinales que se créent probablement les adhérences d'origine inflammatoire. L'un de nous a ensemencé des fragments d'épiploon et d'adhérences, a fait des frottis au niveau du dôme utérin et du ligament large au cours de ses interventions abdominales. La culture a été positive dans la majorité des cas, au colibacille.

b) Par la voie sanguine :

L'irritation et la congestion de la muqueuse intestinale, les ulcérations, etc..., sont le point de départ de solutions de continuité permettant au coli de se répandre dans l'appareil circulatoire (Fisch).

c) Par la voie ascendante :

Cette hypothèse est assez difficile à démontrer, mais il paraît vraisemblable que le colibacille venant du rectum puisse imprégner la vulve, remonter dans le vagin et atteindre l'utérus.

d) Par la voie descendante :

Elle est plus probable que la précédente.

L'urine chargée de colibacilles (dans les cas de syndrome entéro-uro-génital) trouve au niveau du vagin les conditions les meilleures de pullulation : chaleur, stase, milieu alcalin, etc., l'urine n'ayant été que la chasse d'eau transportant le coli à travers l'appareil urinaire sans très souvent causer de lésions. (Bactériurie).

C) Comment se présente la malade ?

C'est la souffrance utérine ou utéro-annexielle et les pertes blanches qui ont généralement attiré son attention.

Nous connaîtrons par la suite son passé intestinal.

Ses pertes ont une gamme variée, depuis le simple catarrhe séreux jusqu'aux glaires adhérentes visqueuses, accompagnées d'un flux séro-purulent épais et verdâtre.

L'utérus « fait poids » dans le bas-ventre, il est sensible avec irradiations lombaires, rénales, etc., la malade éprouve, parfois, de fréquents besoins d'uriner et le plus souvent des sensations de chaleur et de cuisson à la fin de la miction.

On constate chez elle les symptômes de voisi-

nage, les symptômes à distance et les signes physiques correspondant à l'inflammation des organes génitaux internes et sur lesquels notre étude ne nous permet pas de nous étendre plus longuement.

Mais parfois également, c'est pour la débarrasser d'une colite ou d'une constipation rebelle que la malade se présentera à notre consultation.

Au cours de l'interrogatoire et sans y attacher d'importance elle nous confiera ses tracas utérins !

C'est ainsi que nous nous trouverons en présence d'une constipée simple, d'une colitique, d'une personne atteinte de typhlite, de typhlocolite, de stase cæcale, de stase cæco-ascendante ou de recto-sigmoïdite. Notre malade pourra également être une porteuse de parasites, une diarrhéique et une appendiculaire ou une vésiculaire, car l'appendice et la vésicule biliaire sont de véritables réservoirs où prolifère et s'embusque la flore microbienne.

Enfin elle présentera souvent des troubles généraux qui pourront être causés par l'auto-intoxication stercorémique : inappétence, nervosisme, asthénie, maux de tête, troubles circulatoires etc...

D) **Quel sera le traitement** ?

Ce sera avant toute chose un traitement étiologique.

Pusique l'intestin est à la base de l'état pathologique utéro-annexiel, nous porterons d'abord nos soins sur le tube digestif.

Mais parallèlement à cette thérapeutique intestinale causale, nous établirons une thérapeutique utérine et symptomatique qui en complétera l'efficacité :

a) Action sur l'élément intestinal pathologique

N'oublions pas que dans les maladies du tube digestif, la radiographie, la rectoscopie, la coprologie, sont nécessaire à toute thérapeutique vraie et efficace !

Le diagnostic de constipation simple, colite, diarrhée, recto-sigmoïdite, parasitisme, etc., une fois posé, il faudra, suivant les cas, appliquer le traitement classique pour chaque variété.

C'est ainsi que chez les *constipées simples*, non douloureuses, nous nous efforcerons de faciliter l'évacuation par un régime approprié, par la physiothérapie et par les adjuvants mécaniques, non irritants, à base d'agar-agar ou d'huile de paraffine par exemple.

Chez les *colitiques*, nous recommanderons le repos, la chaleur douce sur le ventre, les adjuvants non-irritants, les sédatifs et le régime.

Chez les *diarrhéiques*, l'examen coprologique nous fixera sur le régime à appliquer et les médicaments à prescrire.

Chez les *appendiculaires vraies*, nous n'hésiterons pas à préconiser l'intervention chirurgicale, comme premier temps indispensable du traitement intestinal.

Chez les *recto-sigmoïdiennes*, nous recommanderons, et suivant les cas, les gouttes à gouttes rectaux à l'eau de Châtel-Guyon, les gouttes à gouttes de sérum physiologique et de vaccin, les lavements à base de vaccin et les lavements cicatrisants à base d'agar-agar, dermatol, oxyde de zinc, etc ...

Chez les *porteuses de parasites*, nous attaquerons les amibes, lomblias, trichomonas et autres trichocéphales par des empiriques qui nous permettront de blanchir nos malades et de les acheminer peu à peu vers la guérison.

Cette étape intestinale sera enfin complétée par :

1° *La vaccinothérapie buccale* ;
2° *Le changement de milieu humoral* ;
3° *La cure thermale* .

1° *La vaccinothérapie buccale.*

Son éloge n'est plus à faire dans les cas de constipation, de colite, d'auto-intoxication. « Elle est la seule logique, la seule efficace, la seule inoffensive ».

Les vaccins seront, soit des auto-vaccins, soit des vaccins commerciaux, de préférence mono ou polymicrobiens.

Nous donnons la préférence à un vaccin en milieu isotonique dont nous faisons absorber une ampoule le matin à jeun, dans un verre d'eau de Châtel-Guyon.

Nous ne sommes pas partisans de la vaccinothérapie par injection sous-cutanée. Nous n'avons pas obtenu avec elle les résultats escomptés. L'un de nous l'a d'ailleurs qualifiée de « vaccinothérapie à distance ».

2° *Le changement de milieu humoral.*

Il s'agit d'acidifier le milieu humoral, car le colibacille prolifère surtout en milieu alcalin ; c'est pourquoi nous prescrivons généralement le chlorure d'ammonium ou tout autre médicament acidifiant qui modifie l'acidité urinaire et probablement intestinale.

3° *La cure thermale.*

Il faut y adjoindre absolument un régime alimentaire antifermentescible à base de viandes rouges grillées et de légumes verts, mais où sont supprimées les graisses, œufs et féculents.

Elle fera, en fin de cette étude, l'objet d'un chapitre spécial.

b) Action sur l'élément utéro annexiel pathologique

Nous nous appesantirons surtout sur la *vaccinothérapie* en *pansements locaux*. C'est une méthode récente et qui complétera efficacement le

traitement gynécologique et thermal des utéro-annexites.

Les vaccins que nous utilisons sont préparés avec des souches provenant de métrites typiques fraîchement isolées et seulement repiquées.

L'un de nous a décrit la technique de ces pansements vaccinants gynécologiques dans un travail publié par le *Journal de Médecine de Paris*. (X. Colanéri, 8 novembre 1928).

En voici l'extrait qui nous intéresse.

On peut agir sur le segment cervical de l'utérus en introduisant dans le col, avec les précautions d'usage, une mèche étroite et stérile, imbibée du vaccin. Le reste de l'ampoule sera vidé sur une compresse dépliée et laissée dans le vagin. Là encore, le pansement demeurera 24 heures et sera renouvelé au bout de ce temps.

Aucune injection, avec ou sans l'adjonction d'un antiseptique, ne sera prise dans l'intervalle.

Si le pansement est retiré par la malade et dans le cas où on ne le renouvellerait qu'au bout de 48 heures, une injection de lavage, chargée de chasser le pus accumulé, sera prise avec un litre d'eau bouillie dans lequel on aura vidé une ampoule du vaccin.

Enfin, si le corps utérin est touché — et je ne crois guère à la métrite exclusivement cervicale — on aura recours à l'instillation intra-utérine.

Dans ce cas, il est encore plus indispensable d'agir en milieu stérile. Souvent, on sera obligé de poser une petite laminaire n° 8 ou 9 pour dilater le col qui ne laisserait pas passer la sonde.

J'ai créé une petite instrumentation pour cette intervention. Elle comporte une seringue à long embout effilé sur lequel s'adapte la sonde en caoutchouc durci. Celle-ci est longue de 25 centimètres et percée seulement à son extrémité.

Ces instruments sont stérilisés chacun dans un tube spécial à bouchon contenant du trioxyméthylène.

Après nettoyage du vagin à la compresse, on introduit la sonde montée sur la seringue remplie de vaccin dans la cavité utérine. Après avoir senti le fond de l'utérus, on ramène la sonde en arrière de 2 ou 3 centimètres et on pousse l'injection très lentement, puis on laisse refluer le reste de la seringue dans le vagin et l'on pose une compresse dépliée.

Le pansement ne sera renouvelé que tous les quatre ou cinq jours. Cette instillation présente parfois des inconvénients : elle est quelquefois douloureuse dans les heures qui suivent, surtout dans le cas de salpingite ; elle peut forcer la malade à s'aliter et nécessiter l'emploi de calmants. Mais elle a une telle action et si rapide que l'on peut regretter de ne pas l'avoir employée. J'ai vu, sous son action, des salpinx se vider presque sous mes yeux ou sous mes doigts dans les jours qui suivaient l'instillation.

Dans l'intervalle des pansements, je fais prendre des injections à l'eau bouillie et au vaccin pur ou avec un sachet de poudre vaccinante, selon l'intensité des lésions ou de la réaction.

Je ne saurais trop insister sur les inconvénients des antiseptiques forts et des alcalins qui amoindrissent la vitalité des cellules et favorisent en conséquence la pullulation microbienne.

c) La thérapeutique thermale

Puisque chez les malades dont nous venons de parler, l'état utéro-annexiel est secondaire à l'état intestinal, c'est à une station d'intestinaux que nous nous adresserons.

Bien entendu, les cures associées de Luxeuil Salies-de-Béarn, Divonne, etc., devront être, parfois envisagées et prescrites. Mais c'est à *Plombières* et à *Châtel-Guyon* que nous songerons tout d'abord.

A Plombières, nous adresserons les hypernerveuses et les hypersensibles, celles chez qui on constate le maximum de douleur avec le minimum de lésions, car la cure y est sédative.

Vers Châtel-Guyon, nous aiguillerons les autres malades.

C'est parce que nous apprécions journellement les ressources de cette dernière station dans les cas de syndrome entéro-uro-génital que nous nous permettons de rappeler ici l'efficacité de cette thérapeutique thermale.

Quelle sera donc l'action des eaux de Châtel-Guyon chez ces malades ?

a) *Prise en boisson, l'eau agira directement sur la cause intestinale.*

b) *Prise en injection ou en bain courant vaginal elle traitera le symptôme.*

a) Nous n'étudierons pas ici les propriétés des eaux de Châtel-Guyon chez les intestinaux.

(Voir à ce sujet : « Ce qu'il faut savoir avant d'aiguiller un malade sur Châtel-Guyon » Martin, Soc. des sciences médicales et biologiques de Montpellier, mars 1922).

Nous rappellerons seulement, qu'étant toniques de la fibre musculaire gastro-intestinale, excitatrices de la sécrétion glandulaire, cholagogues, diurétiques, cicatrisantes, rénovatrices de l'équilibre intestinal, antiseptiques, elles contribuent à régulariser la fonction du tube digestif, à faciliter l'évacuation, à lutter contre la colite, l'intoxication stercorémique et les troubles qui en résultent.

b) Nous connaissons l'action cicatrisante et antiseptique du *chlorure de Magnésium*. Ce sel entre pour une très grande part dans les eaux de Châtel-Guyon, *dont il est l'élément noble.*

Il s'agira donc de mettre l'eau minérale en contact avec les organes génitaux.

Pour arriver à ce résultat, nous userons du *bain vaginal et de l'injection* : pendant toute la durée d'un bain minéral à eau courante, la malade gardera un petit speculum vaginal spécial. De cette façon, l'eau sans cesse renouvelée, apportera ses sels dans la cavité vaginale et influencera l'utérus. Ce bain interne, modi-

ficateur tissulaire de la muqueuse, constituera un véritable pansement antiseptique et décongestif. Une injection chaude complétera son action.

Dans certains cas, le bain avec speculum et injection, sera remplacé par la *douche en hamac*, dont la pratique est plus délicate mais qui donne d'excellents résultats quand elle est judicieusement appliquée.

Enfin nous citerons également et pour mémoire l'action des bains généraux et celle des bains de siège percutants dont les jets ano-périnéaux sacro-lombaires contribuent efficacement à décongestionner le petit bassin.

Bien entendu, nous ne saurions trop recommander de ne pas adresser à la station les états aigus qui sont contre-indiqués.

Conclusion

On ne saurait donc nier l'existence du syndrome entéro-uro-génital.

En tout cas, un but aurait déjà été atteint si, en présence d'une affection utéro-annexielle, le praticien dirigeait systématiquement ses investigations cliniques du côté du tube digestif.

BIBLIOGRAPHIE

Xavier Colaneri. — Les pansements vaccinants en gynécologie (*Journal de Médecine de Paris*, 8 novembre 1928).

— Les stocks-vaccins (*Evolution thérapeutique*, fasc. 9, 1928-1929).

— La vaccination buccale dans le syndrome entéro-uro-génital (*Société de médecine de Paris*, 8 février 1929).

— La vaccinothérapie locale et buccale dans le traitement des métrites (*Bulletin médical*, n° 43, 1929).

— *Bulletin de la Soc. de Méd. de Paris*, n° 5 (7 mars 1930).

— Le syndrome entéro-uro-génital. (*L'avenir médical*, Lyon, juillet, 1930.)

— Le traitement moderne de la métrite. (*Journal de médecine de Paris*, 4 septembre 1930.)

Besredka. — L'antivirusthérapie (Masson, 1930).

Bécart et Gaehlinger. — Le traitement des adhérences abdominales. (*Société de médecine de Paris*, 9 novembre 1928).

Beckers. — Le traitement vaccinothérapique des affections gynécologiques, (*Bruxelles médical*, 31 juillet 1927.)

Campies. — A propos de la communication de M. Xavier Colaneri sur la vaccination buccale (*Société de médecine de Paris*, n° 6, 23 mars 1929).

Fisch. — L'évolution du colibacille intestinal (*Revue de médecine*, n° 1, 1930).

Hugel et Delater. — Rôle des germes intestinaux dans l'étiologie des phlébites obstétricales et gynécologiques (*Le Monde médical*, 1927 ; *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, n° 7, 12 avril 1929).

Gaehlinger et Bécart. —La vaccinationpar voie buccale dans l'infection intestinale (Doin, 1927).

— A propos de la vaccination par voie buccale dans les colites (*Presse médicale*, 30 janvier 1929).

Marcel Gallois. — La vaccination uro-gynécologique (*Journal de médecine de Paris*, n° 8, 20 février 1930).

G. Louys et P. Martin. — Les colites en médecine générale (*Thérapeutiques*, n° 1, avril 1930).

Mazeran. — L'infection colibacillaire par propagation (*Société de médecine de Paris*, n° 7, 12 avril 1929 ; Congrès d'hydrologie, 1928).

Pierra. — La vaccination en gynécologie (*Evolution thérapeutique*, fasc. 1928, 1929).

P. Schil. — Métrites chroniques à flore bactérienne d'origine intestinale (*Paris médical*, 24 juillet 1926).

Schneider. — L'état actuel des traitements de la colibacillose (*Société de médecine de Paris*, n° 5, 7 mars 1930).

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

Du traitement rationnel des broncho-pneumonies infantiles, réglé par de récentes notions sur la physio-pathologie.

D'après les travaux de A.-B. Marfan (1) et ceux de J. Levesque (2).

La broncho-pneumonie est restée, malgré les progrès de l'hygiène infantile, une des causes importantes de la mortalité chez l'enfant, surtout dans les hôpitaux et les pouponnières. Cependant cet état semble devoir être heureusement influencé par les tendances thérapeutiques actuelles, basées sur les notions étiologiques *et* bactériologiques *suivantes.*

Tout d'abord l'enfance est l'âge des maladies infectieuses, qui se compliquent le plus volontiers de broncho-pneumonies: rougeole, coqueluche, diphtérie ; elle est aussi particulièrement sensible à la grippe saisonnière, qui se localise si souvent au niveau du poumon. D'autres broncho-pneumonies, dont le déterminisme précis ne peut être mis en lumière, sont considérées comme primitives ; en réalité, elles ont pour point de départ l'intestin, ou des infections répétées du rhino-pharynx, de l'oreille, du poumon ; mais il est à considérer que, dans leurs formes graves, celles-ci ne se developpent pas chez n'importe qui, qu'elles choisissent surtout les débiles s'immunisant mal, et que parmi les infections latentes la diphtérie occupe une place prépondérante.

Comme conséquence de ces observations, la bactériologie nous fournit les renseignements utiles, que voici : 1° *la flore bactérienne des broncho-pneumonies est habituellement polymicrobienne ;* 2° *elle peut*

(1) A. B. Marfan. — Les médications spécifiques ou prétendues spécifiques de la broncho-pneumonie, (*Journal des praticiens*, 21 février 1931.)

(2) Dr Jean Levesque. — Traitement des broncho-pneumonies infantiles (*Le Bulletin médical*, 31 janvier 1931).

varier au cours de la maladie, car des surinfections, exagérées par contagion, ou endogènes par exaltation successive des microbes du naso-pharynx, viennent se superposer et expliquer l'allure variable, de la maladie, ainsi que ses brusques aggravations ; 3° il faut tenir compte de l'action du bacille diphtérique s'exerçant dans le foyer pulmonaire lui-même.

D'autre part, l'étude physio-pathologique de la broncho-pneumonie apporte ces précisions : quelle que soit la forme revêtue, suraiguë (catarrhe suffocant), aiguë, ou subaiguë (pseudo-tuberculeuse), les symptômes peuvent se grouper en deux syndromes : syndrome asphyxique, syndrome toxique.

Les moyens thérapeutiques à employer seront donc groupés sous trois chefs : médication antiasphyxique, médication antitoxique, médication anti-infectieuse.

* * *

I

Médication antiasphyxique

Le syndrome asphyxique comprend la cyanose et la dyspnée : soit la grande dyspnée du catarrhe suffocant, soit la polypnée avec battements des ailes du nez de la forme aiguë. Plusieurs éléments interviennent dans le déterminisme de ce syndrome : la diminution du champ de l'hématose, l'insuffisance cardiaque que révèle précocement l'hépatomégalie douloureuse, et aussi probablement l'insuffisance de tolérance des tissus pour l'oxygène.

Il s'agira donc, en réalité d'une médication antiasphyxique stimulante, et toni-cardiaque; c'est la médication classique ; elle reste dans ses grandes lignes la base de tout le traitement des broncho-pneumonies.

Une part importante doit être faite à la surveillance de *l'hygiène du milieu*, où se trouve le malade : aération de la pièce, atmosphère souvent ventilée, maintien d'une température constante de 19 à 20 degrés, d'un état hygrométrique constant par ébullition d'eau dans la chambre.

La *balnéation*, outre qu'elle évite l'extension de l'infection, exerce une action révulsive et stimulante considérable : l'enfant, au sortir du bain, respire mieux ; sa langue s'humidifie ; son faciès est moins anxieux.

Le bain est de prescription obligatoire dans tous les cas de broncho-pneumonie diffuse, avec dyspnée vive.

Sauf le cas d'hyperthermie excessive, au-dessus de 40°, où l'on a quelque avantage à donner des bains refroidis à 35°, il ne s'agit guère ici que de bains chauds à 2° au-dessous de la température du malade, donnés toutes les trois heures, six minutes, du moins au début de l'affection ; car, il ne peut être question de continuer la balnéation intensive plus de quatre ou cinq jours ; l'enfant se fatigue, se cyanose parfois dans le bain ; de même, beaucoup plus tôt, les débiles, les cachectiques le supportent mal. L'insuffisance cardiaque, souvent indiquée par l'hépatomégalie douloureuse est également une contre-indication. Assez rapidement donc, suivant la réaction de l'enfant, il faut espacer les bains, en donner seulement deux par 24 heures, ou même les remplacer par des enveloppements humides, tièdes, laissés une heure toutes les trois heures, qui ne fatiguent pas l'enfant, n'empêchent pas son sommeil, mais exigent une surveillance constante de la peau, car celle-ci peut macérer et se couvrir de folliculites.

Le *bain sinapisé*, ou l'enveloppement sinapisé du thorax, est le révulsif parfait dans les grosses fluxions pulmonaires, le catarrhe suffocant ; de plus, il est un stimulant énergique dans les formes toxiques.

L'*oxygénation* intensive reste toujours l'élément essentiel de la lutte contre l'asphyxie (non contre l'infection), surtout contre l'asphyxie du catarrhe suffocant, lorsqu'il s'agit de gagner quelques jours, les signes toxiques étant absents ou discrets. On délaisse un peu les injections d'oxygène (mal résorbé sous la peau) pour *l'inhalation d'oxygène.* L'élément essentiel de sa réussite est l'élévation de la tension de l'oxygène dans l'air inhalé, car celle-ci provoque une meilleure diffusion dans le parenchyme pulmonaire. Deux procédés : 1° l'entonnoir de verre maintenu une demi-heure par heure sur le visage de l'enfant, et relié au ballon d'oxygène par l'intermédiaire d'un flacon laveur ; 2° une sonde de Nélaton, introduite dans les narines, et fixée soit à la joue, soit à la chevelure de l'enfant, pour amener l'oxygène humide dans le nasopharynx.

Quel que soit le procédé employé, l'oxygénation quasi-continue ne compte plus ses succès, toutes les fois que l'asphyxie est l'élément principal de la maladie.

Les *toni-cardiaques* sont toujours à employer en même temps que la balnéation et l'oxygénation ; mais il ne faut pas se contenter des injections classiques d'huile camphrée, surtout stimulantes ; il faut aussi prescrire la digitale, ou mieux encore l'injection intra-musculaire d'ouabaïne, à la dose de un huitième de milligramme pendant 4 ou 5 jours de suite.

***

II

Médication antitoxique

Le syndrome toxique, c'est l'altération du faciès de l'enfant (pâleur extrême, visage gris, lèvres décolorées, regard vague ou, au contraire, anxieux); c'est une agitation spéciale, qui accompagne cette anxiété. Les signes internes en sont : des troubles profonds du métabolisme, une perte de poids massive, par dénutrition extrême et déshydratation. Il se produit une perte d'eau considérable par la respiration, la peau, alors que l'enfant urine peu ; l'azotémie est un témoin précieux de la dénutrition.

Au premier plan de la thérapeutique générale antitoxique se placeront certaines règles de *diététique, dont l'indication première sera une alimentation rationnelle, quantitativement et qualitativement.*

Il est indispensable d'éviter une alimentation réduite, la diète habituelle. Certes l'anorexie, les vomissements, un état digestif défectueux engendré par la fièvre, ne favorisent pas l'assimilation d'une riche alimentation ; mais les enfants, les nourrissons surtout, supportent souvent plus de choses qu'on ne le croit ; l'effort de l'infirmière pour faire manger ces petits malades est fort souvent couronné de succès. Or, *l'état toxique qui engendre la deshydratation et la dénutrition rapide, doit être combattu avant tout par une alimentation aussi voisine que possible de la normale.*

S'il faut faire boire abondamment le malade, il est néfaste de se contenter de prescrire le bouillon de légumes, le lait coupé et les tisanes. Il faut donner le lait en grande abondance, des bouillies, du kéfir, du fromage, des légumes farineux, des mets sucrés, du beurre. Il faut s'ingénier à donner des repas fréquents, substantiels sous un petit volume. Parfois, les petits enfants tolèrent parfaitement la viande crue, la soupe de viande ; on peut ainsi subvenir aux besoins de l'organisme, accrus par la désassimilation, sans provoquer de troubles digestifs. Cette lutte de tous les instants pour alimenter l'enfant est d'un intérêt tel qu'elle légitime à elle seule l'existence d'une garde-malade, placée constamment près de l'enfant. Voilà pour la *quantité* de l'alimentation.

Quant à sa *qualité*, elle importe encore plus que dans la vie normale. Souvent, en effet, au cours des infections ou dans leur convalescence, apparaissent des syndromes de carence, scorbut, rachitisme, qui témoignent ou de la consommation considérable que l'organisme fait des vitamines, ou bien de la difficulté qu'il a à se contenter des quantités minimes de substances, qui, normalement, suffisent à empêcher l'apparition des syndromes de carence. Il faut donc administrer les vitamines en grande quantité ; on donnera des fruits frais, un à deux citrons par jour (vitamine C) ; on y ajoutera la vitamine A, la vitamine B (levure de bière), la vitamine D (ergostérol irradié). D'ailleurs, la vitamine A exerce en outre une action anti-infectieuse fort nette.

La *transfusion sanguine* semble être la méthode de choix dans la lutte antitoxique. L'idéal serait de choisir un donneur ayant subi de nombreuses infections pulmonaires importantes. La transfusion chez l'enfant jusqu'à un certain âge devient une véritable opération, et exige qu'on dénude les veines du receveur. Chez le grand enfant, il n'y a aucune raison de ne pas faire la transfusion (150, 200 cc.), comme chez l'adulte.

Chez les petits enfants, où la transfusion est trop compliquée, on peut se contenter d'injecter sous la peau 30 à 40 cc. par jour, et pendant plusieurs jours, de sang total maternel ou paternel.

La *sérothérapie* , spécifique ou non, exercerait des effets réhydratants manifestes, pourvu qu'elle fût faite à doses suffisantes (60 à 80 cc. quotidiens.

Signalons enfin l'*abcès de fixation*, dont l'emploi semble de plus en plus discuté.

***

III

Médication anti-infectieuse. Que penser des médications spécifiques dans la broncho-pneumonie

La *médication anti-infectieuse spécifique*, tend à prendre une place importante dans la thérapeutique de la broncho-pneumonie. Il faut en rechercher la valeur, car le praticien doit savoir comment les résultats, qu'elle a donnés jusqu'ici, permettent de compléter par elle les autres thérapeutiques.

A. Sérumthérapie.

Le pneumocoque étant présent dans le plus grand nombre des broncho-pneumonies, on a d'abord essayé un *sérum antipneumococcique*, préparé par immunisation du cheval. Celui-ci est surtout antitoxique ; il est peu bactéricide. L'injection dans les veines provoque souvent des réactions violentes, qui ne sont pas dénuées de dangers. Mieux vaut la voie sous-cutanée ou intramusculaire. Le Prof. Marfan a injecté, aux enfants âgés de moins de deux ans, le premier jour 40 à 60 cc., le second et les suivants, 20 à 40 cc. ; ces injections ont été continuées jusqu'à amélioration évidente ; mais jamais 200 cc. n'ont été dépassés ; quand on a atteint cette dose sans avoir obtenu d'amélioration, c'est qu'il n'y a plus rien à espérer du sérum.

Pendant plusieurs mois, cet auteur a traité par le sérum antipneumococcique tous ses cas de broncho-pneumonie sérieuse chez des enfants, âgés de moins de trois ans, et voici le résultat de son observation. Le sérum n'abaisse pas la température, où il ne l'abaisse que très peu. Il ne modifie pas ou modifie peu les signes physiques ; parfois, il paraît diminuer la dyspnée et améliorer l'état général. Mais, en somme, il a paru que son emploi n'avait pas diminué d'une manière appréciable la mortalité par broncho-pneumonie ; comme, d'autre part, il provoquait parfois des accidents désagréables, il a été abandonné.

On a essayé de renforcer son action par le *sérum antistreptococcique* ; on a même employé ce sérum, seul, en le préparant avec plusieurs souches de streptocoques. Tous les sérums antistreptococciques se montreraient inefficaces, sauf en applications externes.

Une seule médication sérothérapique est indiquée dans certaines formes de broncho-pneumonie : c'est la *sérothérapie antidiphtérique* : toutes les fois que la broncho-pneumonie se développe au cours d'une affection diphtérique (d. membraneuse, ou d. larvée des nouveau-nés et des nourrissons) — chaque fois qu'il s'agit de broncho-pneumonies survenues dans une agglomération d'enfants, où sévit la diphtérie sous quelque forme que ce soit, J. Levesque prescrit constamment, pendant 4 à 5 jours, de grosses doses quodiennes de sérum, 60 chez les nourrissons, 80 et 100 chez les enfants du second âge.

Bref, *hormis la sérothérapie antidiphtérique, qui s'applique à des cas spéciaux, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les essais de sérumthérapie de la bronchopneumonie ont échoué.*

B. Bactériothérapie.

Au moment de la grippe épidémique de 1918-1919, qui causa tant de désastres par pneumonie et broncho-pneumonie, on a utilisé un *vaccin*, composé d'extraits de culture de trois microbes : pneumocoque, streptocoque et cocco-bacille ; on y a même ajouté le staphylocoque ; Minet (de Lille) y a remplacé le coccobacille par le pyocyanique. Les premiers essais n'ont donné qu'échecs ou résultats peu satisfaisants.

Dufourt (de Lyon) a réalisé un vaccin avec, par centimètre cube, 400 millions de pneumocoques (I, II, III), 400 d'entérocoques, 200 de staphylocoques et de tétragènes.

D'autre part Salimbeni a donné à son vaccin, la formule suivante : pour un centimètre cube, 3 milliards de corps de streptocoques (cultivés sur milieux liquides), 3 milliards de staphylocoques, 1 milliard et demi de pyocyaniques, autant de bacterium cutis commune, les cultures étant tuées par chauffage d'une heure à 60°, et tous es corps étant mis en suspension physiologique.

Enfin, Duchon a mis dans son vaccin polyvalent, sept souches microbiennes, y compris le bacille diphtérique, dont la lyse par le bacille pyocyanique (qui dissout d'ailleurs les corps de tous les autres micorobes) n'est pas toxique. D'après Duchon, on injecte chaque jour un cent. cube de vaccin jusqu'à la chute de la fièvre ; puis, on fait une injection tous les deux jours. On s'arrête le quinzième jour. Le premier jour, on pratique une injection de sérum antidiphtérique ; les jours suivants, on ne renouvelle cette injection que si l'examen bactériologique a révélé la présence dans la gorge ou dans le nez du bacille diphtérique ; on se dirige alors comme dans les infections diphtériques. Une amélioration nette se produirait ainsi du 4e ou 9e jour. La mortalité serait tombée de 80 à 30 % pour les jeunes enfants, atteints de broncho-pneumonie.

L'action de ces vaccins surtout préventive, plutôt que curative.

Conclusions. — Il semble que l'emploi de tous ces vaccins soit *dénué d'inconvénients.*

A l'hôpital, il est bon de se servir de l'un ou l'autre de ces vaccins, comme d'un moyen capable de *prévenir la broncho-pneumonie,* et de les injecter aux enfants, atteints d'une maladie prédisposant à la bronchopneumonie (surtout rougeole, coqueluche, diphtérie).

Dans le *traitement des broncho-pneumonies* graves des jeunes enfants, en dépit des résultats incomplets et inconstants qu'a donnés jusqu'ici l'emploi des vaccins, M. Marfan les a associés aux autres médications, en raison de l'insuffisante efficacité de celles-ci. Des vaccins précédents, il injecte le premier jour un demi-centimètre cube ; les jours suivants un centimètre cube ; il arrête, en général, après six injections, car il a paru, le plus souvent , inutile d'aller au delà.

Il faut remarquer que ces vaccins ne semblent pas, en l'état actuel des choses, capables de déterminer un véritable état d'immunité, la vaccinothérapie agit par choc, chez des sujets déjà sensibilisés, capables dès lors de réagir efficacement à des toxines microbiennes pour lesquelles, ils ont montré leur sensibilité par une intra-dermo-réaction positive. (C'est pourquoi, J. Levesque ne conseille les vaccins qu'à partir du 5e jour. V. plus loin, § IV.)

Les vaccins ne semblent pas non plus avoir des propriétés bactéricides ou antitoxiques constantes et actives.

En somme, la *vaccinothérapie* de la broncho-pneumonie appelle de nouvelles recherches. Les incertitudes, qui entourent cette médication, ses résultats incomplets et inconstants, nous font un devoir de l'employer que comme *un moyen auxiliaire,* et de *ne point la substituer aux autres médications,* à celles dont une longue expérience a montré, sinon l'héroïque efficacité, tout au moins la bienfaisance et l'utilité.

***

IV

Indications de ces méthodes thérapeutiques

Catarrhe suffocant.

Le syndrome asphyxique domine ; il résume toute la maladie. Si l'on peut passer les deux premiers jours de la période de début, cette forme guérit plus facilement, semble-t-il, que les autres.

Balnéation fréquente, cinq ou six fois par jour ; enveloppements sinapisés ; toni-cardiaques et surtout oxygénation continue.

Bronchopneumonie du nourrisson de cinq à dix mois

Le syndrome toxique est le principal. La dyspnée existe, peu active ; il y a à peine de toux, pas de cyanose. Par contre, les symptômes toxiques (pâleur du visage, teint plombé, yeux excavés, etc.), sont au premier plan. L'intoxication grave est l'aboutissant d'une série d'infections, qui ont usé la résistance de l'organisme.

Il faudra éviter les méthodes, qui agissent par le choc, ou qui demandent une certaine réactivité du malade ; c'est pourquoi, la vaccinothérapie est contre-indiquée. D'autre part, la thérapeutique antiasphyxique disparaît devant l'urgence de la thérapeutique antitoxique.

L'indication majeure, avec la continuation de l'alimentation la plus riche, et aussi la plus chargée de vitamines possible, est la transfusion sanguine, intraveineuse, sinon sous-cutanée, ou, à son défaut, la sérothérapie. L'oxygénation viendra aider l'organisme, mais sans donner les résultats prodigieux qu'elle apporte dans la forme précédente.

Forme aiguë commune de la seconde enfance, primitive ou secondaire à une ièvre éruptive, diphtérie ou coqueluche.

Ici, l'infection est nettement broncho-pulmonaire. Il y a association constante des deux syndromes, toxique et asphyxique. L'allure est très variable, en raison de certaines guérisons spontanées et rapides, comme des reprises successives, et des surinfections possibles par des germes devenant subitement virulents.

Il est donc nécessaire de faire une thérapeutique complexe, et *il n'y a pas de maladie, où l'importance des soins constants et minutieux soit plus nécessaire.* Il faut la présence constante, de jour et de nuit, d'une garde, qui, suivant un horaire précis, fera l'ensemble des soins indiqués.

Voici comment on peut organiser ces soins, d'après M. J. Levesque : toutes les trois heures, on baignera l'enfant broncho-pneumonique, ou bien on pratiquera un enveloppement tiède. On imposera une alimentation riche. Le matin, on fera la sérothérapie les quatre ou cinq premiers jours, et l'injection toni-cardiaque. Une demi-heure toutes les heures, même pendant le sommeil, on fera l'oxygénation humide par l'un des procédés indiqués plus haut.

Les quatre ou cinq premiers jours passés, si l'enfant est très fatigué, très intoxiqué, on fera la transfusion sous-cutanée ou intra-veineuse, si possible. Quand l'enfant est résistant et que l'infection dure ou reprend, on pratiquera la vaccinothérapie à doses vite assez fortes, un centimètre cube par jour, sans se préoccuper outre mesure des réactions.

Il sera bon de suivre, par des prélèvements du rhino-pharynx de l'enfant, les modifications de la flore microbienne ; il faudra constamment surveiller les oreilles, la peau, la plèvre.

Avec un horaire bien fixé, l'enfant peut reposer suffisamment, malgré l'abondance des prescriptions. Un dévouement constant de l'infirmière, un judicieux emploi de toutes les thérapeutiques décrites plus haut, apparaissent comme l'essentiel du traitement de cette forme. Aucune méthode ne peut revendiquer à elle seule la supériorité absolue.

Forme de bronchopneumonie traînante (pseudo-tuberculose), broncho-pneumonie à rechutes.

La fixité des signes, qui traduit la tendance à la suppuration, fait penser que toute tentative d'ordre spécifique, est à peu près inutile. De fait, la vaccinothérapie est ici le plus souvent impuissante, de même que les médications de choc, qui se révèlent plus nuisibles qu'utiles.

Les premiers jours passés, la thérapeutique est réduite à une *cure hygiéno-diététique* bien menée et très surveillée : aération constante, avec oxygénation modérée pour stimuler l'organisme ; injections d'huile de strychnine au 1/10e de milligramme préférables à l'huile camphrée. Mais l'*indication majeure est l'alimentation.* Il faut s'ingénier, imposer souvent sa volonté, pour donner une alimentation riche sous un petit volume (viande crue, foie de veau, fromage, beurre, crème), pour instituer de petits repas répétés ; il faudra donner des fruits frais et prescrire toutes les vitamines.

La maladie dure longtemps ; la convalescence est prolongée, parfois entrecoupée de rechutes toutes les quatre à cinq semaines. Ces rechutes amènent souvent des conséquences graves, telles que rachitisme, carences multiples, anémie, qui à leur tour favorisent les reprises de l'infection et la font traîner indéfiniment.

Aussi, *dès la convalescence,* même avant les rechutes possibles, la *cure climatique devient-elle la thérapeutique principale.* On envoie le petit malade au bord de la mer ; les côtes de Charente, Châtel-Aillon, Fouras, la Baule, Arcachon, Arès semblent les points tout indiqués pour cette cure d'aération tonique et stimulante. Il faut

imposer un séjour de plusieurs mois, même en hiver, et l'on obtient ainsi l'arrêt de ces évolutions traînantes, en même temps que des améliorations surprenantes de l'état général de l'enfant.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que la broncho-pneumonie infantile, affection très meurtrière et contagieuse, exige toute l'attention du praticien. Il ne peut être question d'une thérapeutique univoque des broncho-pneumonies ; de multiples moyens sont à notre disposition, dont aucun n'est indifférent, dont chacun possède à son actif des réussites brillantes, suivant les indications fort variées de l'évolution de la maladie. Il faut surtout être persuadé que l'activité intelligente du personnel, soignant le malade, est au moins aussi importante que toute autre prescription thérapeutique. S'il est une maladie où l'importance des petits soins et des soins répétés soit décisive, c'est bien la broncho-pneumonie.

Etant donnée l'incertitude de sa thérapeutique curative, tous les efforts devraient tendre à empêcher son éclosion. Si l'on se rappelle que la broncho-pneumonie ne survient pas chez n'importe qui, mais frappe soit des enfants débiles, soit des enfants, qui ont été infectés d'une façon quasi-permanente dans leurs voies respiratoires, deux moyens s'imposent :

1° La surveillance régulière des nourrissons au point de vue alimentaire, et la mise en pratique de toutes les règles de la puériculture ;

2° La lutte contre la répétition d'infections respiratoires, même cliniques : soustraire l'enfant au milieu, dans lequel il a contracté ses infections ; l'écarter des gens, qui l'ont entouré jusque-là et qui sont eux-mêmes infectés ; il suffit parfois de quelques semaines d'isolement en climat convenable pour arrêter une infection, qui ne guérissait pas, et pour transformer radicalement des enfants atteints sérieusement dans leur santé générale.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Remarques sur l'amibiase observée en France.

Depuis la fin de la guerre, on a observé de très nombreux cas d'amibiase autochtone ; néanmoins, le Dr F. Baraduc (de Chatelguyon) estime que l'amibiase n'a pu s'installer en France, et qu'elle y est même en décroissance. Les cas observés restent des cas assez rares. On relève très souvent la contagion familiale, ou conjugale, ou encore la contagion par la simple cohabitation, parfois par les linges ou vêtements souillés (lingères d'hôpital, trieurs de vêtements militaires).

Les cas se présentent sous des aspects très divers, et dans leur forme et dans leur intensité. L'amibiase autochtone est essentiellement protéiforme, et, par suite, d'un dépistage souvent difficile. La forme la plus habituelle, et la plus facile aussi à reconnaître, est la recto-colite, dont la symptomatologie est bien connue. A côté, il y a des formes purement colitiques, dont le début a pu passer inaperçu : colite avec constipation, colite avec diarrhée, et le plus souvent avec alternations de diarrhée et de constipation.

L'amibiase atteint souvent dans nos pays — comme sous les tropiques — les voies biliaires et le foie (abcès du foie rare ; cholécystites et hépatites amibiennes plus fréquentes). On observe aussi le rétrécissement recto-colique et la transformation néoplasique.

En raison des formes larvées ou camouflées, le diagnostic est souvent difficile ; il serait plus facile, si on pensait plus souvent à l'amibiase, et si on faisait l'examen coprologique, surtout à chaud et systématiquement. Au besoin, on réactivera l'affection par un purgatif salin, par l'emploi de pilules de bile durant plusieurs jours consécutifs. Ensuite, la rectoscopie renseigne sur la nature des lésions, et sur leur évolution.

Nous sommes actuellement bien armés pour lutter contre l'amibiase avec le chlorhydrate d'émétine, la pâte de Ravaut à l'ipéca, les tréparsol, stovarsol, sanluol, enfin l'Yatrène.

Trois principes doivent guider le traitement de l'amibiase chronique. Les traitements seront longtemps prolongés, répétés et variés, une médication excellente pouvant devenir inopérante au bout de quelque temps. Il ne faut pas se borner au traitement par ingestion ; les lavements médicamenteux sont le plus souvent indispensables : ils sont d'abord mal tolérés ; on commencera par les pansements calmants aux mucilages, aux sels de bismuth, avant d'aborder les médications actives à base d'émétine, d'ipéca, d'yatrène ; les substances caustiques doivent être écartées comme inutiles et dangereuses. Enfin, dans les formes anciennes, il faut savoir ne pas s'acharner à l'action antiparasitaire, ne pas la répéter trop souvent, et l'alterner avec les médications anticolitiques (Sous-nitrate de bismuth, associé au kaolin, ou charbon dans les formes avec pu-

tréfaction, associé au carbonate de chaux dans celles avec fermentation acide).

Les cures thermales de Châtelguyon ou de Plombières, de Vichy dans les formes où il y a réaction hépatique, complètent bien le traitement de l'amibiase. Le régime est simple : il suffit de prescrire l'abstention du lait, des œufs, des crudités ; un régime plus complexe sera parfois nécessaire dans les formes colitiques et bilio-hépatiques.

Le pronostic de l'amibiase autochtone est infiniment variable ; il dépend surtout de la précocité et de l'intensité du traitement. (*Le Journal Médical français*, octobre 1930.)

De l'examen systématique des épanchements articulaires.

M. Pouzet démontre par des faits cliniques que pour tout malade, dont les lésions osseuses ou articulaires n'imposent pas un diagnostic étiologique, l'examen par le laboratoire (Wassermann ; déviation du complément ; inoculation au cobaye ; examens bactériologique, cytologique,) peut-être utile. Il permet souvent une juste discrimination, spécialement entre tuberculose et syphilis, et à plus forte raison en cas d'association, il montrera la part respective de chacun. (*Lyon Médical*, 19 octobre 1930.)

Les petites azotémies.

D'après un intéressant travail de A. Lemierre on se rend compte que la mesure de l'urée sanguine pratiquée systématiquement au cours des infections, des intoxications et des états pathologiques les plus divers montre la fréquence des petites azotémies. Celles-ci témoignent d'un trouble léger de la fonction rénale souvent en rapport avec de minimes lésions du rein, habituellement silencieuses. Ces petites azotémies sont en général d'un pronostic bénin. Si, dans de nombreux cas, on ne doit pas s'en exagérer la gravité, si elles sont susceptibles de rétrocéder facilement, et si elles ne justifient pas des thérapeutiques et des diététiques trop sévères, leur découverte permet cependant de parer d'une façon précoce à certains dangers qui menacent les malades, et dont on peut les préserver en découvrant chez eux une infériorité rénale. (*La pratique Médicale française*, octobre 1930. A).

Les néphrites saturnines.

Ainsi qu'il résulte d'une étude détaillée de MM. Pasteur-Vallery-Radot et M. Dirot, la *néphrite chronique saturnine* est une néphrite à forme hypertensive, avec, au début, des troubles légers de la perméabilité rénale. Elle dure de nombreuses années, pendant lesquelles le malade présente uniquement de l'hypertension artérielle, et reste exposé aux grands accidents de l'hypertension, soit accidents de spasmes vasculaires (hémiplégies ou hémiparésies transitoires, aphasies fugaces, amauroses subites et passagères, ictères ne durant que quelques secondes et ne s'accompagnant pas de troubles moteurs), soit accidents hémorragiques. A une période plus tardive, peuvent apparaître des accidents d'insuffisance ventriculaire gauche. Quand le malade ne succombe pas à l'asystolie ou à un accident d'hypertension, l'évolution de la néphrite se fait vers l'azotémie ; celle-ci peut osciller longtemps entre 1 et 2 grammes ; puis, assez brusquement, elle atteint 2 gr. 50, 3 grammes et même davantage. Les symptômes de la grande azotémie (anémie, torpeur, anorexie, vomissements, parfois rétinite et péricardite) précèdent la mort, qui n'est plus qu'une question de semaines.

On signale exceptionnellement d'autres formes de néphrites chroniques : forme albuminurique, forme avec hématuries, forme avec œdèmes.

Les néphrites aiguës saturnines sont relativement exceptionnelles : néphrite suraiguë ; néphrite subaiguë ; troubles rénaux accompagnant l'intoxication aiguë, troubles rénaux au cours des accidents aigus du saturnisme chronique.

Traitement. Tout sujet, qui présente des accidents de néphrite saturnine chronique doit abandonner sa profession. Mais il est remarquable que, même si le malade n'est plus soumis à l'intoxication saturnine, la néphrite continue à évoluer ; la sclérose rénale est constituée ; le processus fibreux ira en s'accentuant progressivement.

Le traitement devra être celui de toute néphrite chronique hypertensive ; l'acétylcholine, en injections, donne souvent de remarquables résultats pour combattre les spasmes vasculaires si fréquents ; en atténuant le vaso-spasme, elle atténue souvent, fait disparaître parfois pendant un temps plus ou moins long, certains symptômes d'hypertension. (*Paris-Médical*, 18 octobre 1930.)

Le traitement des infections urinaires à colibacilles par le bactériophage.

Le traitement des infections par le bactériophage est à l'ordre du jour. Le Dr Michon, de l'exposé de faits cliniques, conclut que cette méthode thérapeutique est capable de donner des succès rapides et d'une qualité vraiment supérieure à ceux que nous pouvions obtenir jusqu'ici. On n'est certes pas assuré du succès, quand on l'emploie. Dans le traitement des cystites, en particulier, l'auteur a eu des échecs, et même des échecs totaux ; il est possible que ceux-ci fussent en partie dus au fait qu'il n'ait pas pris le soin d'alcaliniser les urines. Néanmoins, la méthode mérite d'être de plus en plus employée, ce qui permettra de la perfectionner et de la rendre plus féconde en succès.

Technique. Il faut sans hésiter recourir aux stocks-bactériophages, ce qui rend la méthode plus pratique ; sans eux, il serait impossible de la développer largement.

Le bactériophage doit être essentiellement employé en instillations vésicales ou pyéliques ; pour les instillations vésicales, l'auteur introduit à vessie vide une ampoule de 110 cc. de bacté-coliphage ; pour les instillations pyéliques, la quantité instillée varie avec la capacité du bassinet, mais l'instillation est toujours précédée d'un lavage avec le même bacté-coli-phage. Ces instillations sont répétées aussi souvent que nécessaire ; généralement, en cas de cystite : 6 à 12 instillations ; en cas de pyélonéphrite, une seule instillation pyélique a pu suffire.

La voie sous-cutanée n'a jamais donné de bons résultats, non plus que l'absorption *per os*.

Lorsque la bactériophagothérapie est entreprise, il faut supprimer tout autre traitement médicamenteux ; le nitrate d'argent, l'uroformine ou autres antiseptiques urinaires sont tout à fait défavorables. Par contre, l'infection colibacillaire étant presque toujours en rapport avec une affection du tube digestif, cet appareil devra être surveillé, un régime sera institué ; en cas d'infection entretenue par une appendicite ou par une cholécystite, une intervention chirurgicale sera parfois de première importance pour supprimer la cause pouvant entretenir l'infection colibacillaire. D'autre part, le bactériophage ne peut guérir une infection colibacillaire due à une stase vésicale (hypertrophie prostatique) ou pyélique (hydro néphrose). (*Paris Médical* 18 oct. 1930.)

La cure radicale de la hernie inguinale, et l'œuvre initiatrice de Lucas-Championnière.

Le Professeur Forgue rappelle que c'est Championnière, qui, dans une formule lapidaire, a défini les trois conditions que doit remplir toute opération de cure radicale : la suppression totale très haute du sac séreux, de façon à empêcher l'infundibulum, amorce de la récidive ; la réparation méthodique de la paroi ; l'ablation de l'épiploon accessible.

Championnière, pour refaire la paroi, a substitué aux lignes de réunion des surfaces de réunion, en les accolant pour plus de solidité.

L'auteur a perfectionné la méthode en effectuant toutes les manœuvres sous le contrôle constant de la vue, en isolant et en affrontant méthodiquement les plans anatomiques. Pour augmenter la résistance de la paroi reconstituée, pour exagérer même cette résistance, il s'agit d'embrasser par des sutures une bande aussi large que possible de la zone basse du plan musculaire du petit oblique et du transverse, de l'abaisser comme un panneau, et de la conjoindre sur toute la longueur de la lacune, au bord postérieur de l'arcade crurale. Ainsi, le point faible, erreur de structure, est totalement supprimé. Il est préférable, de faire la réparation antéfuniculaire du cordon (plutôt que rétrofuniculaire) ; et celle-ci, réglée depuis plus de 30 ans par le Prof. Forgue, refoule en arrière le cordon, rebâtit plus solidement que le Bassini la région de l'orifice inguinal interne (d'où l'absence de récidive à ce niveau) ; effaçant totalement le point faible, elle ne garde, pour l'émergence du cordon vers l'orifice externe, qu'une étroite lacune.

Quelques points techniques essentiels ne donnent que 2 % à peine de récidives : d'abord, la découverte large, en haut, du plan musculaire jusqu'au grand droit, en bas de toute la gouttière de l'arcade jusqu'à la bandelette iléo-pubienne, point fixe où va s'amarrer une série de sutures ; puis, après cette dissection, la reconstruction, l'abaissement et l'affrontement à toute la lèvre postérieure de la gouttière, pincée et dégagée, d'une large lame comprenant en pleine épaisseur le petit oblique et le transverse, et, dans certains cas, une bande de la partie externe du grand droit. Cette technique vaut par le détail, elle est minutieusement décrite par l'auteur. (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques.* 25 octobre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'épidémie alsacienne de poliomyélite en 1930.

(MM. P. Rohmer, Meyer, Tassovatz, Vallette, Villemin et Mlle Phélizot. — *Académie de médecine* ; 3-3-1931.)

Du 1er mars au 1er octobre 1930, 405 cas de poliomyélite ont été déclarés dans le département du Bas-Rhin et 230 dans les régions limitrophes. Sur ce total, 186 enfants ont été admis à la clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg que dirige le professeur Rohmer.

M. Rohmer présente une étude de cette épidémie, étude basée sur son expérience personnelle et sur les renseignements qui lui ont été adressés par les médecins traitants. Il classe ses observations en plusieurs catégories : forme foudroyante (7 cas), forme envahissante grave (24 cas), formes hautes (encéphalitique, mésocéphalique, cérébelleuse....), forme spinale commune (66 cas), forme spinale bénigne (34 cas), formes frustes (10 cas). La mortalité globale a été de 8,6 p. 100.

Après une période d'incubation (de 10 à 14 jours probablement) et une période d'invasion de quelques jours, la maladie a débuté par de la fièvre, de l'anorexie, de la prostration. Les paralysies se sont montrées généralement au bout de un à quatre jours.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur déclare s'être mieux trouvé du sérum de convalescent que du sérum antipoliomyélitique de Pettit.

— M. Netter estime également que le sérum d'anciens malades est incontestablement plus efficace que le sérum de cheval. Il n'est pas aussi difficile qu'on le supposerait de se procurer le sérum humain. On peut, dans les grandes agglomérations, réaliser des provisions, même au début d'une épidémie. Une fois l'épidémie constituée depuis un mois, la récolte est plus aisée encore. Le sang des convalescents renferme de très bonne heure des anticorps efficaces. A défaut, d'ailleurs, de sang d'anciens malades, il est possible de recourir au sang d'adultes ayant séjourné dans des localités où a sévi la poliomyélite et qui n'ont présenté aucun signe apparent de maladie. Le sérum de ces sujets, comme l'ont montré Aycock et Kramer, de Boston, Herman et Gordon, de Chicago, renferme très souvent (88 fois sur 100), aussi bien que le sérum d'anciens malades, des anticorps capables de neutraliser le virus de la poliomyélite. C'est que, dans une localité où sévit la poliomyélite, à côté de maladies typiques ou frustes, il existe vraisemblablement un nombre encore plus élevé de poliomyélites inapparentes (pour employer l'expression de Ch. Nicolle) dont la preuve est établie précisément par l'existence de ces principes neutralisants dans le sérum, le même fait se rencontrant dans la diphtérie des grandes villes.

— M. A. Pettit se propose de discuter la conclusion de M. Rohmer concernant le peu d'activité du sérum de cheval antipoliomyélitique. La supériorité du sérum humain d'anciens malades ne lui semble pas nettement démontrée.

— M. Levaditi souligne l'opinion de M. Rohmer sur la valeur du sérum de convalescents et d'anciens malades dans la thérapeutique de la poliomyélite aiguë ; elle est conforme aux observations expérimentales et cliniques publiées antérieurement tant en France qu'à l'étranger. Déjà, en 1910, en collaboration avec Landsteiner, M. Levaditi a vu le sérum de singes guéris de poliomyélite annihiler *in vitro* l'activité pathogène du virus de la maladie de Heine-Médin. Le pouvoir virulicide du sérum disparaît à la longue (onze ans). On peut le déceler tout au début de la maladie (troisième jour) et il existe chez les sujets atteints de formes frustes ou vivant dans un milieu de poliomyélite.

L'application du sérum de convalescents à la thérapeutique de la poliomyélite a été réalisée en 1910 et 1911 par Netter et ses collaborateurs. De nombreux chercheurs l'ont utilisé dans la suite avec avantage.

M. Levaditi est incité à croire que l'été prochain l'épidémie de maladie de Heine-Médin reprendra en toute probabilité et que l'affection se montrera dans les départements qui n'ont pas été touchés l'an dernier. Il conseille, dans ces conditions, de s'efforcer d'obtenir d'avance un stock de sérum d'anciens malades, sérum dont la valeur curative se conserve pendant de longs mois. Il demande à l'Académie de nommer une Commission, dite de la sérothérapie antipoliomyélitique, chargée de préciser les moyens de préparer et de mettre à la disposition des praticiens les quantités suffisantes dudit sérum. L'Académie nomme cette Commission qui est composée de MM. Netter, Marfan, Martin, Guillain, Nobécourt, Pettit et Levaditi.

Le salicylate de soude dans la pneumonie.

(MM. Couvy et Popoff. — *Académie de médecine* ; 3-2-1931.)

MM. Couvy et Popoff ont présenté en juillet 1929 un premier travail relatif aux résultats obtenus par eux à Dakar dans le traitement de la pneumonie des noirs, avec le salicylate de soude en injections intraveineuses.

Depuis leur communication, plusieurs auteurs ont eu recours à cette thérapeutique et déclarent

s'en être bien trouvés : Mével, de Riva-Balla, a utilisé le salicylate de soude en injections intra-musculaires chez ses malades atteints de pneumonie, bronchite grave et même tuberculose ; Moeller, au Congo belge, a employé ce médicament par voie buccale et endo-veineuse.

MM. Couvy et Popoff rapportent aujourd'hui 114 cas nouveaux observés à l'hôpital indigène de Dakar, soit, avec les 26 cas antérieurs, un total de 140 pneumonies soumises à la médication salicylée. La mortalité a été seulement de 5 pour 100.

Le traitement a consisté en injections intra-veineuses de 30 cent. cubes d'une solution de salicylate de soude à 1/30. La solution doit être préparée depuis moins de dix jours. Selon le degré d'infection du malade, il est fait une piqûre quotidiennement, ou une matin et soir. La médication est suspendue après la chute de la température pour être reprise si le malade présente une nouvelle ascension thermique. Aucun incident. Aucun degré de toxicité. La dose maxima atteinte a été de 11 grammes en six jours.

P. L.

Sur le diagnostic et le pronostic de la néphrose lipoïdique.

(A. Codounis, présenté par M. Achard. *Soc. méd des hôpitaux de Paris*, 9-1-1931.)

La néphrose lipoïdique est bien actuellement une réalité clinique, et non plus une trouvaille d'examen clinique minutieux. Elle semble assez fréquente, et elle intéresse le clinicien : rien n'est plus exact, en effet, que sa curabilité, tout au moins au point de vue clinique, dans une proportion de 10 p. 100 environ, pourvu qu'on ait la chance de faire un diagnostic précoce, soit de la forme pure, soit des formes associées à la néphrite.

Mais, étant donné que les symptômes cliniques ne sont pas suffisants pour faire un diagnostic précoce, puisqu'ils sont communs à d'autres formes de néphrite hydropique, la précision et la simplification des différents tests biologiques, au moyen desquels seul le diagnostic est possible, revêt une très grosse importance.

Il faut rappeler d'abord qu'à la base du tableau clinique sont : les œdèmes néphritiques avec tous leurs caractères classiques ; l'albuminurie ; l'oligurie avec ou sans cylindrurie, avec ou sans azotémie et hypertension artérielle.

Voici maintenant pour les principaux troubles humoraux caractéristiques. En première ligne est l'hyperlipidémie, qui de 5 à 7 grammes par litre (taux normal) peut atteindre 60 grammes par litre ; puis vient l'hypercholestérinémie (jusqu'à 7,5 p. 1000), enfin la lipoïdurie, avec présence de corpuscules biréfringents dans l'urine, témoignant de la surcharge lipoïdique du rein. Mais, en l'absence surtout de troubles de l'équilibre lipidique et de corps biréfringents, le diagnostic de la néphrose lipoïdique doit être rejeté ; la lipoïdurie avec la présence de corpuscules cholestériniques donnant la croix de polarisation ne manquent presque dans aucun cas de néphrose publié jusqu'ici.

Ainsi, devant un tableau clinique de néphrite hydropigène, avec œdème et grave albuminurie irréductible au régime déchloruré, la présence des corps biréfringents dans le sédiment urinaire, avec une hyperlipidémie ou encore avec une hypercholestérinémie, suffit pour porter le diagnostic de néphrose.

Quant au pronostic, favorable dans les formes pures, réservé dans les formes avec azotémie et hypertension, l'étude de l'équilibre protéique et de la pression osmotique garde toujours sa valeur.

Néanmoins, l'auteur estime que le praticien peut bien se dispenser de dosage de protéines sériques et de recherche de la pression osmotique des protéines, en se guidant sur l'efficacité du traitement et l'évolution de l'affection, par l'amendement des manifestations cliniques, et surtout par la disparition des œdèmes, l'augmentation de la diurèse, la diminution du poids corporel et de l'albuminurie, enfin, par les modifications de l'azotémie et de la tension artérielle.

Paralysies périphériques, observées chez deux hommes ayant subi la même intoxication par l'oxyde de carbone.

(G. Guillain, A. Thurel et H. Desoille. — *Soc. méd. des hôpit., de Paris*, 16-1-1931.)

Tous les troubles nerveux que l'on peut observer à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone (troubles méningés, psychiques, parétiques, etc.) ne doivent plus être considérés comme d'origine fonctionnelle, hystérique. Ils s'accompagnent au contraire de lésions du système nerveux, lesquelles consistent en stases, hémorragies capillaires, œdèmes, à l'origine desquelles on trouve des troubles sympathiques vaso-moteurs.

A la suite d'une même intoxication par l'oxyde de carbone, les deux malades observés ont présenté des troubles paralytiques de nature périphérique, l'un une paralysie d'un membre supérieur, l'autre une paralysie d'un membre inférieur. Traités par les agents physiques, ces accidents sont en voie d'amélioration.

La quinidothérapie intra-veineuse dans la thérapeutique cardiaque.

(P. Padilla et P. Cassio, de Buenos-Aires, présentés par M. Weissenbach). — *Soc. des hôp. de Paris*, 16-1-1931.)

Voici les résultats de longs essais, minutieusement faits par les auteurs ; il en résulte que la quinidine par voie intraveineuse ne semble pas dangereuse, si l'on se conforme aux instructions suivantes :

a) Employer du sulfate de quinidine chimique-

ment pur et pour usage intraveineux à la dose de 0 gr. 50 dissous dans 10 cmc, de sérum physiologique et stérilisé ; *b*) faire l'injection très lentement et mettre au préalable le sujet dans la position horizontale ; *c*) on peut, si la dose n'est pas suffisante, renouveler l'injection au bout d'un certain temps, à une dose plus élevée sans dépasser 0 gr. 15 par 10 kilog. de poids.

Une fois que l'effet recherché est obtenu, on doit continuer le traitement par l'administration du médicament par voie buccale, pour que le résultat soit durable.

La quinidothérapie endoveineuse est indiquée, du fait de son innocuité et de sa réelle efficacité, dans tous les cas de tachycardie paroxystique prolongés, et qui ne cèdent pas aux moyens thérapeutiques usuels, pour arrêter brusquement les accès et rétablir le régime normal.

Cette médication est indiquée aussi dans le flutter auriculaire et particulièrement dans la forme paroxystique pour diminuer la fréquence ventriculaire due à une augmentation de la conduction auriculo-ventriculaire.

Localisation de l'infarctus du myocarde par les modifications de l'électro-cardiogramme.

(Padilla et Cossio, présentés par M. Weissenbach. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 16-1-1931.)

Des modifications *caractéristiques* de l'électro-cardiogramme de l'infarctus (suivant la direction de la coupole ou sa dérivation), permettent de localiser cette lésion soit à la base, soit à la pointe du ventricule.

Quant aux modifications de l'électro-cardiogramme, non caractéristiques de l'infarctus du myocarde, elles facilitent le diagnostic de localisation en s'adressant à une portion déterminée du myocarde spécialisée au système excito-conducteur.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 6 mars 1931

Guérison d'un iléus paralytique post-opératoire par le sérum hyperchloruré.

M. Raymond Bonneau fait un rapport sur un travail de MM. Trajan Cruesco et Aurel Dragos (de Galatz, Roumanie). Il est d'accord avec les auteurs pour reconnaître qu'à côté des actions rechlorurante et antitoxique, le sérum hyperchloruré a une action péristaltique directe, particulièrement efficace dans les fausses occlusions post-opératoires.

Nouveau procédé de plastie pour atrésie post-traumatique du conduit auditif externe.

M. Dufourmentel fait un rapport sur un travail de MM. Lafite-Dupont et Henri Fischer (de Bordeaux). Les auteurs présentent une technique d'élargissement du conduit auditif au moyen d'un lambeau cutané prélevé sur la région cervicale et retourné par torsion de son pédicule.

Sur un cas rare de mastoïdite latente.

M. Bourguet fait un rapport sur un travail de M. Henri Fischer (de Bordeaux). L'auteur donne l'observation d'un malade qui fait une mastoïdite au cours d'une rougeole. Son diagnostic, malgré l'absence de douleurs, de gonflement rétro-auriculaire, est basé sur une suppuration abondante. Il opère ce malade et trouve une nécrose profonde de la corticale interne avec mise à nu de la dure-mère cérébelleuse. Il donne, comme conclusion, que toute suppuration auriculaire qui se prolonge au delà de quelques semaines, après otite aiguë suppurée, doit être opérée.

Sur un cas de grossesse ectopique tubaire ayant évolué jusqu'au terme normal.

M. Dartigues fait un rapport sur un travail de M. Lavoix (de Saint-Lô). Femme de 28 ans, Au terme de la grossesse, cessation des mouvements actifs du fœtus et des bruits du cœur fœtal. Pas de faux-travail. La malade attend encore deux mois et demi. L'auteur l'opère au onzième mois et demi de la grossesse et, par laparotomie, extirpe en bloc le kyste fœtal développé dans la trompe gauche : le fœtus pesait 4 kgr. Si le diagnostic avait pu être soupçonné, il eût été possible d'extraire un enfant vivant en opérant en temps opportun. Le rapporteur pense que la radiographie, dans ces cas, peut rendre des services ; il rappelle quelques cas de grossesses prolongées.

L'anesthésie interrompue en chirurgie gastrique.

M. Hautefort rapporte les résultats qu'il a obtenus en interrompant l'administration de l'anesthésique pendant une grande partie de l'opération. L'anesthésique (éther, balsoforme ou protoxyde d'azote) est donné, comme il est habituel, pendant l'ouverture de la paroi abdominale et l'exploration des lésions ; il est suspendu pendant les résections et anastomoses puis repris pour la fermeture de la paroi. L'auteur communique douze observations dans lesquelles ce mode d'anesthésie a été suffisant et paraît avoir réduit notablement le shock opératoire.

A propos de l'action du sérum hyperchloruré intraveineux dans les occlusions du grêle.

M. P. Laurent communique deux observations : l'une personnelle, d'étranglement crural avec sphacèle d'une anse grêle, traité par extériorisation simple, puis secondairement par anastomose iléo-cœcale ; l'autre, de M. Lascaux, de volvulus du grêle, traité par résection et anastomose termino-terminale. Dans ces deux cas, l'emploi du sérum

hyperchloruré avant ou après l'intervention d'urgence et continué pendant deux à trois jours, a eu une action anti-toxique et péristaltique des plus favorables, rendant les suites opératoires rapidement simples et assurant la guérison sans incidents.

Gastrostomie (Procédé de Depage).

M. Victor Pauchet expose la technique de ce procédé. Il le préfère aux autres procédés parce que, dans les cas de gastrostomie définitive, il donne une bouche continente.

Lyon

Société de médecine et des sciences médicales.

Torsion intra-herniaire d'un appendice épiploïque de l'S iliaque.

M. Clavel présente une pièce opératoire provenant d'un homme de 61 ans, entré à l'hôpital pour hernie inguinale gauche étranglée remontant à 48 heures. On pense à une hernie épiploïque, en raison de ce fait que l'arrêt des gaz n'est pas complet ; l'état général est bon ; un seul vomissement. Intervention d'urgence : on trouve dans le sac un appendice épiploïque de l'S iliaque tordu sur lui-même. Cure radicale. Guérison.

Cancer de l'S iliaque

M. Bréchet présente, au nom de M. Delore et au sien, une pièce opératoire provenant d'un homme de 61 ans qui depuis un an présentait des hémorragies intestinales : melæna d'abord, puis hémorragies véritables de sang rouge ; un peu de clapotage cæcal ; le toucher rectal permettait de sentir à bout de doigt une tumeur mobile de la fosse iliaque gauche. Intervention : après laparotomie latérale gauche, on sent sur la partie basse de l'S iliaque une grosse masse bourgeonnante dans la lumière intestinale. Résection étendue qui permet la mise en contact assez facile des deux bouts en arrière, mais avec plus de peine en avant : si bien qu'on réunit les bouts sur les deux tiers postérieurs de la circonférence seulement après avoir fermé le péritoine au pourtour des deux bouts. Deux mois environ après cette intervention, il ne passe plus au niveau de cette brèche que quelques liquides et on peut faire la cure radicale de la cæcostomie qui avait été faite en premier lieu.

Sarcome lymphoblastique de l'iléon.

M. Bréchet présente, au nom de M. Delore et au sien, une pièce opératoire provenant d'un sujet de 36 ans atteint depuis environ six mois de troubles digestifs, d'abord légers et vagues, puis caractérisés par des douleurs et des vomissements ; enfin apparaît un syndrome de sub-occlusion intestinale. Un traitement médical amène un soulagement passager ; mais on est finalement obligé d'intervenir ; la laparotomie conduit sur une tumeur de l'intestin grêle, située à un mètre environ de l'angle iléo-cæcal ; l'intestin est invaginé sur 10 cm. environ ; c'est cette invagination surajoutée qui a produit l'occlusion ; gros ganglions durs dans le mésentère. Résection de la tumeur et des ganglions ; entérorraphie. Suites simples. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome lymphoblastique. En pareil cas, l'invagination qui accompagne la tumeur peut être considérée comme providentielle, car elle force les malades à se faire débarrasser d'une tumeur qui par elle-même n'était pas sténosante et par suite n'aurait pas été diagnostiquée aussi précocement.

Plaque calcaire de la plèvre.

MM. Bonnamour et Pichat présentent l'observation d'une femme de 78 ans entrée à l'hôpital pour dépression physique et psychique, amaigrissement, toux et expectoration légères ; pas d'antécédents pulmonaires ou pleuraux ; à gauche submatité dans toute la hauteur du poumon avec exagération des vibrations et obscurité complète ; au cœur, double souffle d'une rare intensité. A la radioscopie : obscurité accentuée du champ pulmonaire gauche, avec bande sombre verticale sur la ligne axillaire. On porte le diagnostic de plaque calcaire de la plèvre avec tuberculose pulmonaire sénile, ce qui est confirmé par l'autopsie.

Pied en hyperéquinisme. Astragalectomie.

M. Poujet présente les moulages d'un pied d'une jeune fille de 19 ans, soignée à diverses reprises par M. Nové-Josserand pour tuberculose osseuse. Ce pied présentait un hyperéquinisme qui la faisait marcher sur ses têtes métatarsiennes.

A la radiographie, l'astragale présentait la déformation typique : écrasement du corps qui s'énucle en avant, chassé entre mortaise et calcanéum. On pratique une astragalectomie qui donne un bon résultat.

Paralysie obstétricale du plexus brachial, ostéotomie correctrice ; résultats éloignés.

M. André Rendu présente une fillette de 7 ans, troisième enfant d'une mère dont le premier eut une paralysie obstétricale du bras droit qui guérit spontanément ; un deuxième enfant n'a pas eu de paralysie ; celle qui fait l'objet de la communication a eu dès la naissance une paralysie du membre supérieur droit qui ne fut pas traitée de suite, mais seulement à l'âge de deux mois. On institua alors un traitement mobilisateur quotidien du membre suivi pour la nuit de la pose d'une gouttière plâtrée thoraco-brachiale dans laquelle le membre est maintenu dans l'attitude du salut militaire. Néanmoins le bras prit une attitude vicieuse en rotation interne

à laquelle on dut, à l'âge de 7 ans, remédier en pratiquant une ostéotomie haute qui permit la détorsion du fragment inférieur. Le résultat est très bon ; l'enfant peut se coiffer, manger, boire, s'habiller ; ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération. A noter que les trois accouchements de la mère avaient été normaux, sans application de forceps.

Vagins et utérus doubles.

MM. MOLIN, F. CONDAMIN et Mlle ROUGIER présentent deux observations de vagins et utérus doubles complets, dont l'un est particulièrement intéressant, du fait de la coexistence d'un anus vulvaire.

Société médicale des hôpitaux.

Syndrome de claudication intermittente des membres inférieurs, très amélioré par le traitement spécifique.

MM. GATÉ et TREPPOZ présentent l'observation d'une femme de 26 ans, venue à leur consultation hospitalière, pour des douleurs au niveau des pieds et des changements de coloration de la peau qui firent tout d'abord penser à une érythromélalgie. A un examen plus approfondi, on reconnut qu'il s'agissait d'un syndrome de claudication intermittente ; à l'examen oscillométrique, la pulsatilité était notablement diminuée au niveau des deux tibiales inférieures. Il y avait en outre des signes de sclérose pulmonaire, et des signes de syphilis nerveuse (signe d'Argyl-Robertson, abolition des réflexes achilléens) avec Wassermann très positif dans le sang, négatif dans le liquide céphalo-rachidien. Traitement par cyanure de Hg et bismuth, sans médication vaso-dilatatrice ; amélioration considérable en trois semaines.

Acrodynie infantile à évolution prolongée. Traitement par l'acétylcholine.

M. CHARLEUX (d'Annemasse) présente l'observation d'une fillette de 4 ans, sans antécédents notables, qui, en décembre 1928, fut prise de photobie, avec céphalée, température à 38°, agitation surtout nocturne ; puis apparaissent une teinte rouge des doigts, de l'amaigrissement, de la soif et une glycosurie de 4 grammes par litre. Vue par l'auteur à ce moment de l'évolution de sa maladie l'enfante présente : 1° des *troubles psychiques* (refus de jouer, cherche à mordre, etc.) ; 2° *des manifestations cutanées* : doigts boudinés, de couleur carmin, mains constamment moites et desquamantes, sudation abondante sur tout le corps ; 3° *manifestations nerveuses* : algies au niveau des pieds et des mains, prurit aux mêmes points, parésie des membres inférieurs, sans modifications des réflexes, hypotonie musculaire. En outre on notait : tachycardie (133), glycosurie, anorexie, avec gros amaigrissement, salivation, température oscillant entre 37°5 et 38°. Le *diagnostic s'imposant, on fait dix séances de rayons* ultra-violets, puis on donne de l'ergostérine irradiée. Une amélioration se produit, qui va s'accentuant jusqu'au mois d'octobre 1929. A ce moment se produit une véritable rechute, avec apparition de symptômes nouveaux : cheveux secs et cassants que l'enfant arrache par poignées au moment des paroxysmes douloureux, adénopathies axillaires et inguinales ; on fait de nouveau dix séances de rayons ultra-violets, sans grand résultat. On tente alors un traitement par l'acétylcholine : cinq puis dix centigrammes. Au bout de dix-huit piqûres, on note une disparition des sueurs, les doigts prennent l'apparence d'engelures guéries. Enfin, en juin 1930, l'enfant est redevenue à peu près normale et a repris trois kilogrammes. Ce cas est remarquable : 1° par la longue durée (un an) de l'évolution ; 2° par la rareté de certains symptômes (glycosurie) ; 3° par l'efficacité de l'acétylcholine, préconisée par Lelong et Odinot.

Tumeur ponto-cérébelleuse. Intervention.

MM. FROMENT, WERTHEIMER et IMBERT présentent une malade de 33 ans, entrée à l'hôpital pour faiblesse des jambes et surdité de l'oreille droite. Celle-ci remonte à environ deux ans et s'est aggravée progressivement jusqu'à devenir complète. Puis sont apparus des troubles de la marche, des céphalées occipitales et une diminution de la vision. A l'examen, la malade est titubante ; signe de Romberg net ; réflexes tendineux un peu vifs, ébauche de clonus rotulien, sans trépidation épileptoïde, ni signe de Babinski. L'examen oculaire montre un œdème papillaire au début avec papilles rouges. Au point de vue oto-rhino-laryngologique, on note des signes acoustiques et cochléo-vestibulaires indiscutables. Ponction lombaire : tension de 40 cm. à l'appareil de Claude , albumine dépassant 2 grammes, avec moins d'un élément par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. D'après cet ensemble clinique on fait le diagnostic de syndrome ponto-cérébelleux par tumeur du nerf auditif droit avec retentissement sur d'autres nerfs craniens. Un traitement d'épreuve étant resté sans résultat, on décide d'intervenir (Dr Wertheimer). La trépanation conduit sur une formation blanchâtre collée à la face postérieure du cervelet ; incision de la capsule, curettage de la poche qui ramène un tissu jaunâtre. Suites opératoires simples. Deux mois après l'opération, la malade, revue, ne semble pas avoir bénéficié de celle-ci : les symptômes antérieurement constatés n'ont pas rétrocédé et de nouveaux sont apparus : accentuation des phénomènes cérébelleux, signe de Babinski à droite, parésie faciale, troubles de la déglutition et dysarthrie. L'examen pratiqué un mois plus tard donne toutefois une note plus rassurante et il y a cette fois une amélioration nette. L'examen histologique des fragments de tumeur *retirés par curettage a montré qu'il s'agissait*

d'une tumeur développée aux dépens des gaines névrogliques de l'auditif droit (chitoneurome).

A. C.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du 13 janvier 1931.

Les tumeurs praevia au cours de l'accouchement.

MM. FAVREAU, KLEIN et LE DOURNEUF. — Les tumeurs abdominales (fibromes, kystes de l'ovaire) commandent rarement, au cours du travail, une intervention par voie haute. Il en est autrement des tumeurs prœvia.

A ce sujet, les auteurs présentent un kyste dermoïde de l'ovaire gauche de la grosseur d'un œuf d'oie, dont l'ablation fut faite au terme de la grossesse par M. FAVREAU. Les suites opératoires ont été simples.

Physiothérapie de la coqueluche : traitement par l'ozone.

M. DHÉNIN fait d'abord une étude critique des traitements physiques de la coqueluche : radiothérapie, actinothérapie, ozonisation. Il a donné la préférence à ce procédé, qu'il a mis en œuvre dans 146 cas, avec d'excellents résultats.

Fracture grave du col chirurgical de l'humérus ; déplacement considérable des fragments et impossibilité de réduction. Traitement opératoire : résultat anatomique et fonctionnel excellent (avec présentation de radiographies.)

MM. BESSON et LEPOUTRE estiment que les indications chirurgicales sont restreintes dans le traitement des fractures fermées récentes : mais elles s'imposent dans certaines circonstances et peuvent donner des résultats excellents. Ils en rapportent un exemple remarquable.

Quelques effets physiologiques d'un liquide de perfusion hépatique.

MM. PARTURIER, MAGNE et AUDOUY ont expérimenté, à l'aide du tube d'Einhorn, un liquide de perfusion, obtenu en faisant s'écouler à travers un foie de bœuf, du sérum physiologique. Quinze observations leur permettent de conclure que le passage de ce liquide dans le duodénum de l'homme détermine l'élimination des trois biles, à peu près comme le fait le sulfate de magnésie. Mais si l'on emploie les deux successivement, l'on constate que le liquide de perfusion exerce une action préparante vis-à-vis du sulfate de magnésie : la sécrétion de bile augmente.

Séance du 27 janvier 1931.

Corne prœvia d'un utérus bicorne, cause de dystocie (présentation de pièce)

MM. FAVREAU, KLEIN et LAMBLIN. — Chez une grande multipare, à dilatation complète, on trouve une présentation céphalique élevée et, dans l'excavation, faisant obstacle, une tumeur prœvia dure, de la grosseur d'un œuf de cane.

Laparotomie sous-ombilicale, désenclavement de la tumeur, extraction du fœtus par voie basse (forceps facile), ablation de la tumeur.

On reconnaît alors une corne violacée, congestionnée, d'un utérus bicorne vrai, la trompe est ecchymotique et l'ovaire sain.

Au toucher vaginal, on trouve un seul col.

Il est probable que la tumeur est restée abdominale dans les accouchements antérieurs, à moins que son volume moindre n'ait pas gêné jusqu'ici.

Une pareille thérapeutique, faisant appel à la chirurgie et à l'obstétrique simultanément, a été rarement signalée.

Suites favorables pour la mère ; l'enfant, mort depuis plusieurs, jours était macéré. La cause de la mort est inconnue.

Les immuno-transfusions, au cours du post-partum fébrile.

M. FAUVEAU et LE DOURNEUF rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus dans l'infection puerpérale grâce à une technique personnelle modifiée de l'immuno-transfusion.

Ils font au donneur, tous les trois jours, une injection de « Propidon » aux doses croissantes de 1/2, 1 et 1 cc. 1/2, et dès le lendemain de la première injection, puis tous les trois jours, ils font à la malade, par voie sous-cutanée ou plutôt par voie intra-musculaire, des injections de sang total légèrement citraté à la dose de 50 à 60 cc. chaque fois.

Cette médication employée chez des malades, en cours de traitement par le sulfarsénol, a amené dans tous les cas une rémission nette des symptômes infectieux.

Un cas de paralysie infantile atypique.

M. DUJARDIN. — Chez une fillette de huit ans, après début aigu à forme thoracique, paralysie de l'épaule et du bras droits, de l'hémi-face droite, du quadriceps gauche. Liquide C. R. dix éléments par mmc. avec 60 % de poly. Sérum de Pettit. Après l'injection intra-rachidienne, vive agitation, incontinence d'urine ; quatre jours plus tard, crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, menace de mort. Puis détente et guérison progressive.

L'auteur attribue cette réaction violente à l'injection intra-rachidienne. Il regrette, d'autre part, la pénurie de sérum de Pettit.

Calcul de l'uretère pelvien, juxta-vésical. Comparaison des données fournies par l'urosélectan et par la pyélographie ordinaire. — Technique opératoire.

MM. Camelot, Vincent et Desplats. — Femme de 25 ans ; douleurs rénales intermittentes depuis 3 mois. La radiographie montre une ombre pelvienne due à un calcul de l'uretère gauche (d'ailleurs perçu par le toucher vaginal). L'urosélectan donne une image peu nette du bassinet droit, meilleure du bassinet gauche et de l'uretère gauche jusqu'au calcul. La pyélographie réalise une belle image de dilatation du bassinet et de l'uretère gauche, mais l'ombre du calcul est perdue dans le liquide opaque. Les explorations fonctionnelles indiquent une déficience globale des reins (Ambard à 0,15) mais surtout accentuée pour le rein malade.

Incision lombo-iliaque étendue ; ouverture de l'uretère pelvien à 7 cm. de la vessie ; extraction du calcul. Suites très satisfaisantes.

Ostéite chronique de la diaphyse fémorale, de nature staphylococcique.

MM. Vincent, Callens et de Renty. — Homme de 30 ans; après furonculose, tuméfaction douloureuse du fémur gauche ; sédation par le repos. La radiographie montre une lacune de la corticale antéro-externe et des stratifications périostiques parallèles à l'os.

A l'intervention, périoste épaissi, os éburné, moelle intacte. La culture donne du staphylocoque doré, à l'état pur. L'examen histologique indique un processsus inflammatoire,. Le malade semble actuellement guéri.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite*) (1)

La préparation des malades à l'opération.

Suite du rapport de M. Lambret, de Lille.

Le sang. — Le sang peut présenter des altérations de quantité et de qualité offrant des dangers sérieux mais qu'une bonne préparation peut modifier dans un sens favorable.

La situation est grave quand une hémorragie a été brutale et qu'elle atteint 70 p. 100 de la masse du sang. L'anémie des centres nerveux ne saurait durer longtemps sous peine d'être irrémédiable.

La thérapeutique d'urgence consistera dans une transfusion. Dans les cas moins désespérés, l'usage du sérum physiologique, notamment du sérum de Normet, rétablira souvent la situation et permettra avec chance de succès une opération rapide.

Les échecs des sérums s'expliquent par leur action transitoire. Ils quittent les vaisseaux par exosmose en raison de leur manque de viscosité ; de là, l'utilisation par Baylisse et Barthélemy d'un sérum gommé qui est en définitive un sérum physiologique auquel on ajoute par litre 60 grammes de gomme acacia.

De ces cas d'anémie aiguë on peut rapprocher l'état de shock qui, cliniquement, se traduit par des signes identiques. La pression subit une chute impressionnante ; il y a stase sanguine au niveau des capillaires.

Là encore c'est à la transfusion qu'il convient de faire appel. Elle seule peut apporter aux centres nerveux la ration d'oxygène indispensable, grâce à quoi ils pourront agir de nouveau sur la circulation et mobiliser la masse sanguine qui stagne dans les tissus.

Mais l'hémorragie n'a pas toujours une allure aussi brutale. Elle peut être insidieuse et durer pendant des semaines (fibromes, ulcérations gastriques).

L'anémie aiguë ne menace plus comme tout à l'heure les centres nerveux ; elle diminue cependant le rendement de tous les organes et par suite la résistance du sujet.

La numération globulaire accuse parfois un chiffre de 1.500.000 hématies avec un taux d'hémoglobine voisin de 30 p. 100.

Mieux vaut ne pas opérer au-dessous de 2.500.000 globules rouges et d'un taux d'hémoglobine au-dessous de 40 p. 100.

Là, il ne peut être question de sérum, c'est à la transfusion qu'il faut recourir d'emblée.

La technique de la transfusion varie avec les cas.

S'agit-il d'une hémorragie abondante ? La transfusion doit être massive ; 700 à 800 grammes sont des doses moyennes. Il faut s'arrêter seulement quand le sujet est bien remonté. Tzanck est allé au delà de 4 litres et la transfusion a duré vingt-quatre heures.

On utilise le sang pur et l'instrumentation de Bécart, Tzanck ou de Jubé. Il est indispensable de s'adresser à des donneurs appartenant au même groupe sanguin que le malade. Dans les heures qui suivront, ce dernier sera surveillé de très près.

Si la transfusion a réussi à provoquer l'hémostase, et si la pression se maintient satisfaisante, on pourra opérer ; sinon il faudra au préalable faire de nouveau une petite transfusion.

S'agit-il au contraire d'une anémie du second type, lente, distillante ? Le temps presse moins, et pendant quelques jours, on se contentera de pratiquer de petites transfusions de 200 grammes seulement qui exciteront l'hématopoïèse.

On utilise à cet effet le sang citraté. L'association

(1) V. *Concours médical*, nos 11, 12, 13, 14 et 15.

de la méthode de Whipple, est de bonne *pratique*. Enfin, immédiatement avant l'intervention, on fera une transfusion plus importante de 500 grammes environ.

Le rapporteur considère ensuite les altérations qualitatives du sang.

La complexité de la composition du liquide sanguin fait prévoir la complexité de son action : rôle hémostatique et hématopoïétique, action des hormones et du fer, des anticorps, etc.

Il ne s'agit plus d'augmenter la masse sanguine diminuée, mais de raviver ses multiples fonctions. Mais là encore la transfusion est souveraine, notamment dans l'hémophilie, dans les altérations signalées chez les hépatiques, surtout les ictériques. Elle est encore indiquée dans certaines anémies leucémiques avant l'ablation de la rate.

Ce qu'on recherche en somme, c'est à mettre le malade à l'abri des hémorragies en ramenant la coagulation à la normale. En plus de la transfusion on a recommandé les injections hypertoniques de chlorure de sodium, l'emploi du chlorure de calcium, et chez les sujets atteints d'ictère chronique les irradiations de la rate pendant cinq à huit minutes, la veille de l'intervention.

Les échecs sont fréquents, car toutes ces thérapeutiques ont une action fugace ; et il arrive que quelques heures après une opération dont l'hémostase a été parfaite, le malade saigne dans sa plaie.

Quoi qu'il en soit, chez l'hémophile, la transfusion est la méthode de choix. On la pratique de 200 à 300 grammes, une heure avant l'intervention, en se tenant prêt à la renouveler dans les jours qui suivent.

Enfin, certains chirurgiens n'hésitent pas à transfuser tous les malades devant subir une intervention grave. Plusieurs jours durant, ils transfusent de 200 à 300 grammes et obtiennent ainsi une action tonique, stimulante, rapide et persistante.

Il semble que cette action s'exerce sur les glandes endocrines dont les hormones augmentent toutes les sécrétions.

Le malade éprouve une euphorie particulière avec sensation de chaleur. Il repose mieux, son appétit s'améliore, son psychisme est plus éveillé.

Il serait désirable que tous les chirurgiens aient à leur disposition des équipes de donneurs toujours prêts, et dont le sang serait examiné périodiquement.

Thromboses et embolies. — Ce sont là des causes trop fréquentes de mort post-opératoires pour que le chirurgien ne s'efforce pas de les éviter.

Trois facteurs sont à considérer :

1. La vitesse de la circulation :

Toutes les conditions susceptibles de réduire cette vitesse favorisent la stase et l'embolie (myocardite, obésité, âge avancé). Mais il faut y ajouter la stagnation dans les culs-de-sac veineux après les ligatures opératoires, surtout quand ces dernières sont faites en « masse ».

Ces conditions expliquent la fréquence des thromboses après les interventions portant sur les régions à plexus veineux compliqués (pelvis) et leur rareté après celles qui portent sur le cou, la tête, les membres inférieurs, toutes régions où le sang circule à plein canal.

II. L'état des parois du système veineux :

C'est ainsi que les varices, le développement des sinus si fréquent dans le fibrome, l'état de l'endoveine sont à considérer. La thrombose y trouve réunis ses meilleurs auxiliaires : la stase et l'inflammation.

Les lésions de l'endoveine ne sont pas toujours d'origine inflammatoire ; les tiraillements, les ligatures, les manipulations brutales sont autant de causes qui peuvent léser les vaisseaux et amorcer la formation d'un caillot.

Il est curieux de noter que les statistiques s'accordent pour affirmer une augmentation de fréquence de l'embolie, et d'aucuns se demandent si, pour une part, la cause n'en est pas à la pratique toujours plus répandue de la thérapeutique intraveineuse.

III. — Modifications de la viscosité et de la coagulabilité :

Elles sont augmentées chez les déshydratés dont le sang s'épaissit. Il en va de même chez certains hypothyroïdiens et chez les grands anémiques.

Est-il possible de ramener à la normale un temps de coagulation raccourci sans s'exposer, en dépassant le but, à multiplier les risques d'hémorragie ?

Ce serait là une crainte exagérée. Du reste, l'acide citrique et les citrates n'agissent qu'*in vitro*; les arsénobenzènes ne sont pas à conseiller. Reste l'hirudinisation dont l'action se montre plus réelle et plus durable. Il est regrettable qu'il soit si difficile de se procurer l'hirudine à l'état de pureté.

L'emploi des sangsues suivant la méthode de Termier n'empêche pas toujours les phlébites des membres inférieurs, et de plus, ce ne sont pas ces phlébites qui exposent le plus à l'embolie.

Étant donnée la relation certaine existant entre l'hypothyroïdisme et l'hypercoagulabilité, la médication opothérapique est à conseiller pour peu que le myocarde soit bon et qu'une stricte surveillance soit possible.

Toutes ces méthodes sont logiques, mais en pratique, il est bon d'être défiant. Les soins post-opératoires aussi ont leur importance, surtout ceux qui s'adressent au cœur et au poumon en vue de rendre meilleure la circulation.

Complications pulmonaires. — Le rapporteur les considère comme les plus fréquentes, à telle enseigne qu'elles font partie, pour lui, de ce qu'il nomme « le risque opératoire normal ».

Elles se traduisent par des infarctus, des foyers de congestion, des broncho-pneumonies, pneumonies, gangrènes, pleurésies purulentes, atélectasie.

Elles sont plus fréquentes et plus graves chez les malades atteints avant l'opération de lésions pulmonaires évolutives.

L'embolie se présente souvent à l'origine de ces complications. Il y a des infarctus qui sont la conséquence d'embolies volumineuses, mais de petites thromboses se forment aussi fréquemment dans le foyer opératoire. On imagine difficilement une opération sans formation de coagula dans les veines et veinules ; des micro-embolies en partent certainement, provoquant des accidents pulmonaires qu'on met trop volontiers sur le compte de l'anesthésie.

Certes, on ne peut nier l'action irritative de l'éther ou du chloroforme, mais pareils accidents se voient encore après l'anesthésie locale.

Les embolies pulmonaires n'ont pas toujours de conséquences graves ; cela dépend du nombre et du volume des infarctus et aussi de ce que le foyer s'infecte ou ne s'infecte pas.

Les brusques variations de température jouent là également un rôle considérable.

Les insuffisances respiratoires par mauvaise conformation des voies aériennes supérieures et du thorax, par ossification des cartilages costaux, ankylose costo-vertébrale, par adhérences pleurales ou sclérose du poumon diminuent la mobilité du diaphragme et contrarient l'hématose.

Il faut y ajouter l'action de la douleur au niveau de la plaie opératoire, qui limite l'excursion pulmonaire et donne au malade une respiration de mauvaise qualité.

Le cœur. — Les cardiopathies décompensées exposent à des accidents asystoliques graves ; aussi peut-on dire en principe qu'il faut s'abstenir de pratiquer chez eux toute intervention ne présentant pas un caractère d'absolue nécessité.

Mais s'il s'agit d'une opération qui seule peut sauver le malade, il n'y a plus à hésiter. Si le temps ne presse pas trop le devoir du chirurgien est de faire appel au médecin qui dirigera, avant et après l'opération, la thérapeutique tonicardiaque.

L'expérience montre que les troubles du rythme ont moins d'importance que ceux de la circulation périphérique, notamment la congestion des bases pulmonaires et l'engorgement du foie.

A moins d'extrême urgence : repos pré-opératoire, diététique, série d'injections d'ouabaïne ou digitale.

Naturellement, l'opération sera rapide, et si possible on évitera la position de Trendelenburg.

L'anesthésie locale serait à préférer, à condition qu'elle soit parfaite, car douleur et émotion peuvent retentir fâcheusement sur le rythme cardiaque et aggraver la tachycardie.

La rachi-anesthésie est à rejeter à cause des chutes brutales de tension qu'elle entraîne et qui peuvent être fatales chez des sujets dont l'équilibre circulatoire n'est déjà que trop compromis.

De tous les anesthésiques, l'éther est le moins dangereux.

Les cardiopathies bien compensées ne s'accompagnent pas généralement d'accident, à condition que l'intervention soit rapide, que le malade conserve le décubitus sur la table d'opération et pendant les jours qui suivent, et qu'on ne lui impose aucune fatigue, aucun effort.

Les cardiopathies latentes sont à l'étude. Pour les déceler, on a proposé de rechercher la valeur fonctionnelle du cœur par l'épreuve de l'apnée volontaire et les examens radio et électrocardiographiques.

Rien ne vaut peut-être l'impression clinique d'un médecin compétent, et c'est au chirurgien à discerner les cas où il convient de solliciter son avis.

La syncope anesthésique n'est pas l'apanage des cardiaques. Son mécanisme est mal connu. Elle est le résultat d'une erreur de technique ou, plus souvent d'un réflexe fâcheux imprévisible.

Les plus fréquentes des complications cardiaques post-opératoires sont des phénomènes de collapsus avec petitesse du pouls, amoindrissement des bruits et hypotension. La digitaline n'est pas indiquée ; c'est à l'huile camphrée, à la caféine et à la spartéine qu'il faut s'adresser.

Digitalisation préventive. — Cette méthode tend à se généraliser et certains chirurgiens l'appliquent à la totalité de leurs opérés, même en dehors de toute menace de défaillance cardiaque.

Le rapporteur se rangerait volontiers à cette pratique, car il a vu plusieurs malades supporter admirablement dans ces conditions des interventions importantes. Il a pu réaliser une amputation du rectum sous anesthésie générale chez un sujet qui précédemment avait à peine supporté l'établissement d'un anus artificiel sous anesthésie locale.

Jeanbrau digitalise ainsi systématiquement tous ses prostatiques. Il en demeure très satisfait.

Le rapporteur termine en soulignant l'étendue de ce que nous ignorons encore dans la préparation de nos opérés. Il lui semble que de grands progrès seraient vite réalisés dans cette voie par la collaboration du médecin, de l'anatomo-pathologiste, du bactériologiste, du chimiste et du physicien. Il souhaite la création de telles équipes avec, à leur tête, un clinicien averti qui recueillerait, apprécierait et classerait tous les renseignements en vue de l'opération à réaliser.

(*A suivre.*)

Les Livres

PAYOT, éditeur
106, boulevard Saint-Germain, Paris.

G. R. TABOUIS. — **Nabuchodonosor et le triomphe de Babylone.** Préface de M. G. HANOTAUX, de l'Académie française. Un vol-in 8° de 132 pages, 30 fr.

G. R. TABOUIS, dont l'Académie française couronna, il y a deux ans, le « Tout-ank-Amon », vient de donner dans la même collection historique de Payot un nouvel ouvrage « Nabuchodonosor » que préface M. Gabriel Hanotaux.

C'est la première fois que le grand public va être initié à la vie babylonienne sous le grand roi que, jusqu'à présent, la Bible seule offrait à nos imaginations, car aucun ouvrage n'avait encore présenté en aucune langue un travail d'ensemble aussi complet sur cette époque.

La médecine babylonienne y est évoquée à plusieurs reprises. Le public apprendra ainsi qu'elle doit prendre un rang aussi élevé que l'astronomie, dans la science babylonienne.

Les textes d'Assour, qui sont antérieurs au VIII^e siècle avant Jésus-Christ, montrent un système de médecine comportant une connaissance approfondes des maladies et des drogues animales, végétales, minérales. Il ne faut pourtant pas confondre à Babylone les méthodes des sorciers avec celles des médecins, quoique beaucoup de recettes rappellent les formules magiques : « Si un homme a telle et telle maladie, alors donne lui à boire ou applique-lui telle ou telle médecine syrienne et hébraïque. »

Cinq cents tablettes de la Bibliothèque de Kouyoundjik au British Museum représentent le savoir du médecin babylonien comme empirique, mais pratique.

Quelques rares tablettes, dont une lettre particulière, nous apprennent le rôle du couteau chirurgical ; plusieurs nous font connaître le rôle d'autres instruments opératoires ; au troisième millénaire, nous trouvons même dans le code d'Hammourabi des lois pour punir les écarts de couteau dans les opérations.

On n'a pas encore découvert en Babylonie une compilation médicale comparable à celles du papyrus Ebers, du papyrus de Berlin ou du papyrus Hearst en Egypte ; bien que, d'après M. Jastrow, pareille œuvre doive exister ; mais nous avons des séries de tablettes qui, comme on peut s'en rendre compte par les aperçus ci-dessus, témoignent d'une science très avancée.

A côté des prêtres médecins qui, seuls, ont ces données scientifiques grâce à leurs études, il y a aussi il est vrai, des Asipou ou incantateurs, des exorcistes ou des magiciens avec leurs recettes abominables qui sont les mêmes depuis l'exorcisme du temps de Nabuchodonosor jusqu'aux messes noires de la Montespan en passant par les filtres de Macbeth.

La religion est à Babylone la base même de la médecine : les maladies ne sont pour les Babyloniens que le témoignage de la colère des dieux. Vers celui qui a démérité, ils envoient tel ou tel démon qui s'empare de quelqu'une des parties du corps du pécheur pour le faire souffrir. Les démons sont, tout compte fait, les ancêtres mythiques des microbes, exécuteurs des représailles divines.

Les Babyloniens distinguaient trois grands démons qui avaient formé lignée : Ashakku, démon de l'épuisement et de la tuberculose ; Akhkhazu « l'agressif », démon des jaunisses, des maladies du foie ; Labartu, l'horrible monstre des avortements et des morts-nés.

Les livres qui viennent de paraître...

MASSON ET Cie éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain.

Pratique médico-chirurgicale. TROISIÈME P. M. C. publié sous la direction de MM. A. COUVELAIRE, P. LEMIERRE et Ch. LENORMANT. Secrétaire de la rédaction : André Ravina. *Troisième édition entièrement nouvelle.* 8 volumes grand in-8°, plus de 8.500 pages de texte et illustrations.

Sont parus les tomes I et II (Abasie. Démence).

Les tomes III à VIII paraîtront du 11 avril au 13 juin 1931. Prix (jusqu'au 30 juin, en cours de publication) : les 8 volumes, 1.200 fr. ; chaque groupe de 2 volumes, 300 fr.

Professeur P. NOBÉCOURT. — **Clinique médicale des enfants.** *Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang* (Un vol. 432 pages, avec fig. Prix : 60 fr.)

LANORE, éditeur,
48, rue d'Assas, Paris-VI^e.

L'école des parents. — L'adolescence. Rapports au Congrès de 1930 (un vol. 330 pages. Prix : 12 fr.)

J. PEYRONNET ET CIE, éditeurs.
7, rue de Valois.

Albert DESBRANCHES. — **Cloches et grelots.** Poésies, avec un dessin de A.-J. Powlilewicz (1 vol. 130 pages).

THÉRAPEUTIQUE

La cystite aiguë complication de la grippe.

Weytlandt vient d'observer coup sur coup cinq cas de cystite aiguë indiscutablement consécutifs à une atteinte de grippe aiguë et dont les particularités suivantes sont à retenir (*Ndel. Vijdschr. v. Geneesh.*, 1930, n° 19).

Il a constaté que les hommes furent plus atteints que les femmes dans la proportion de quatre sur cinq. Les uns et les autres n'avaient aucun antécédent urinaire.

De plus, la cystite eut l'allure d'une cystite franche avec pollakiurie, dysurie, ténesme et épreintes ; deux fois, elle s'accompagna d'hématurie, mais, dans les cinq cas observés, l'examen microscopique décela du sang avec la présence de leucocytes abondants. Il semble donc que, si on faisait cette recherche systématiquement dans tous les cas de grippe, la cystite passerait moins souvent inaperçue.

L'auteur observa, chez deux de ses malades, que si les mictions étaient très douloureuses et très difficiles, par contre, elles n'étaient point fréquentes. L'examen cystoscopique montra chez trois malades une muqueuse diffusement rouge et œdématiée.

Deux fois, alors que, cliniquement, la cystite paraissait guérie, il survint des complications intéressant le tractus urinaire (pyélite et épididymite). Ces deux complications furent précédées d'un accès de fièvre, mais elles cédèrent très vite à la médication.

En résumé, nous devons retenir de ce travail que la cystite est une des complications fréquentes de la grippe. Il est donc sage de la prévenir par un traitement prophylactique au cours de la grippe (diurétiques, tisanes abondantes, antiseptiques urinaires). Le traitement curatif sera le même, d'ailleurs, mais les antiseptiques urinaires) seront alors la base du traitement et nous devons insister sur leur choix. Parmi ces derniers, le santalol, le salol, l'héxaméthylène-tétramine sont les plus recommandables.

Parmi les santalols, on emploie aujourd'hui le santalol B dont l'action est manifeste dans les cystites. Sous son influence, les douleurs terminales de la miction diminuent rapidement et la fréquence des besoins disparaît.

Pour obtenir du santalol le maximum d'effet, il faudrait ne permettre qu'une faible quantité de boisson afin que l'urine soit peu abondante et très concentrée en principes médicamenteux. Mais, d'autre part, il faut des mictions abondantes pour soulager le malade ; aussi s'adresse-t-on surtout à l'héxaméthylène-tétramine.

Sous l'influence de l'hexaméthylène-tétramine la diurèse augmente considérablement. De plus, l'action antiseptique de ce corps est des plus énergiques, elle est locale et générale ; elle se fait sentir sur la vessie et sur l'organisme tout entier ; elle combat la cystite et la grippe elle-même.

La valeur du salol dans les affections urinaires est connue depuis les travaux de Fernand Dreyfus, Hirtz et Talamon, Basy, Lane de Londres, etc...

Bien que les trois antiseptiques précédents soient incontestablement les meilleurs contre la cystite, les résultats obtenus avec chacun d'eux isolément sont loin d'être constants ; ils varient avec chaque malade. D'où la nécessité d'associer, de réunir ces trois médicaments. L'eumictine est une association bien définie de santalol, de salol et d'hexaméthylène-tétramine, dans un enrobage de gluten qui permet de respecter l'estomac. C'est donc le médicament rêvé ici, puisqu'il combat à la fois la complication et l'affection principale, puisqu'il permet de triompher de la cystite et de la grippe.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Les correspondances sur la pléthore et une répartition réglementée. Si le plafond est atteint, comment faire pour ne pas le crever ? Rôle possible du syndicalisme.

Mes deux études statistiques sur la répartition du Corps médical dans les grandes villes où il se porte de préférence, et dans les campagnes, m'ont valu une copieuse correspondance. Parmi les lettres que j'ai reçues, j'en publierai d'abord deux qui émanent de confrères approbateurs.

Les idées que vous exposez dans un récent *Concours* sur la limitation du nombre des médecins me paraissent fort intéressantes et il ne me semble pas que les difficultés que vous entrevoyez dans l'application soient insolubles.

Il faut partir de ce principe qu'un médecin besogneux peut facilement devenir un danger social et qu'une limitation raisonnable est conforme à l'intérêt public aussi bien qu'au nôtre. Cela étant, il serait légitime que l'Etat prit les mesures nécessaires pour règlementer cette limitation. Pourquoi, dès lors, ne pas pousser plus loin que vous ne le faîtes l'assimilation avec les notaires ? Pourquoi ne pas assimiler chaque poste de médecin actuellement existant, avec certaines réserves, à une charge transmissible, en règlementant étroitement la possibilité de créer de nouveaux postes ? Ces charges seraient transmissibles de gré à gré, à titre onéreux, comme les études de notaires, et voilà supprimées les difficultés qui vous embarrassent. L'Etat n'aurait pas à intervenir dans la répartition des jeunes docteurs, chacun achetant la charge qui lui conviendrait, suivant ses goûts et ses ressources ; plus de difficultés pour répartir les charges entre spécialistes et omnipraticiens, chacun faisant de sa charge ce qu'il lui plairait : la loi de l'offre et de la demande interviendrait, comme aujourd'hui, pour fixer la proportion des divers spécialistes.

Qu'on ne dise pas que ce système serait antidémocratique. Comme vous le dites, il est pratiquement impossible de s'installer aujourd'hui sans avoir des ressources. A celui qui ne dispose pas d'argent comptant, il resterait la ressource de chercher un bailleur de fonds ou de conclure des arrangements à terme avec son prédécesseur. C'est d'ailleurs ainsi que les choses se passent, dans la pratique, d'une manière de plus en plus fréquente.

A celui qui ne pourrait ou ne voudrait acheter une charge, il resterait des postes déjà nombreux et qui le deviendront de plus en plus, de médecin appointé par l'Etat ou par les sociétés privées (armée, colonies, navigation, industrie, hygiène, sanatoria, etc., etc.). Il me semble que ce système, si avantageux pour nous, le serait également pour l'intérêt public et qu'il est assez souple pour s'adapter à toutes les situations : si ces idées vous intéressent, mon cher Confrère, faites en l'usage qui vous conviendra.

Dr C. (Seine).

Votre article sur « La Pléthore Médicale » paru dans le *Concours Médical* continue à témoigner du beau courage avec lequel

« Brisant ainsi l'idole et renversant l'autel » ...
de certains dogmes ancestraux (qui, vénérables dans la médecine individuelle de jadis, sont hérétiques dans la Médecine sociale et collective d'aujourd'hui) vous défendez les intérêts professionnels bien compris. Tous, médecins praticiens, nous sommes victimes de cette plaie ... thore... turante (!) qui finira par gangrener de proche en proche le Corps Médical en entier si un bistouri libérateur et autorisé n'intervient pas.

Aussi tous, à votre appel, nous devrions empoigner syndicalement cette question et la coller sur la table d'opération.

Puisque les vieilles formules pharmacoptiques et traditionnelles se sont avérées, *à l'usage*, incapables d'enrayer le mal médical actuel, ne persévérons pas « diaboliquement ». Essayons l'homéopathie révolutionnaire : « *similia similibus curantur* » ; essayons l'autosérothérapie secteurs-dispensaires ou cliniques ; employons le bistouri diathermique et coagulant envers les indésirables, etc.

Mais, de grâce, faisons quelque chose d'autre que ce que nous avons fait jusqu'ici : « Nous ne voulons pas mourir encore ».

Dr D. (Seine).

D'autres, par contre, s'élèvent contre le régime que j'ai proposé à leurs réflexions, et le combat-

tent. Je publie également trois de ces lettres que m'ont adressées d'aimables correspondants auxquels j'adresse mes remerciements.

J'ai lu avec un intérêt très vif, dans le *Concours Médical* du 1er mars, votre article sur la « Pléthore médicale ». Permettrez-vous à un très jeune praticien de campagne, d'expérience encore neuve, de vous exposer les réflexions que cet article lui a inspirées. Je le ferai en toute modestie, car ce problème présente une importance telle qu'on doit l'aborder avec précautions.

Je proteste d'abord contre l'affirmation du Dr Josse, qui nous présente la médecine fonctionnarisée comme le « dernier bastion de la morale professionnelle ». A examiner mes camarades, mes confrères, et moi-même, je n'imaginais pas que nous fussions pourris à ce point.

Peut-on alors espérer que des règlements administratifs suffiront à imposer à nos consciences déformées une morale qui n'est plus dans nos cœurs ?

La supériorité des médecins du Service de santé militaire sur leurs confrères civils est-elle si écrasante ? Il est injuste, dangereux et faux d'englober tout le Corps médical français dans la réprobation et le déshonneur qui pèsent sur quelques centaines de fripons disséminés dans les grands centres urbains.

C'est précisément l'encombrement de ces centres qui favorise l'éclosion et la multiplication de tels « gibiers ». La campagne, en effet, n'attire plus les jeunes médecins, dès lors qu'elle s'éloigne trop de la ville. Pour y remédier, vous proposez que désormais les postes soient fixes, et que la création de postes nouveaux ne soit plus livrée à la fantaisie de chacun. Ce serait sans doute réalisable avec le temps.

Mais le découpage uniforme des circonscriptions médicales (un poste pour 2.000 habitants) est une vue théorique que le cours des choses se hâterait rapidement de détruire.

Je regrette que vous éliminiez absolument les «affinités individuelles » pour la répartition des postes, leur préférant ce moyen aveugle qu'est un concours.

En admettant que ce concours soit toujours à l'abri de l'intrigue et du favoritisme, il ne pourra tenir compte de maints facteurs secondaires, mais très importants, tels que le goût particulier de chaque candidat, ses habitudes, sa vigueur physique.

Tel confrère, que ses origines, sa famille, ses goûts, rattachent à la ville se verra contraint à s'enterrer en pleine campagne. Vous condamnez cet homme-là aux travaux forcés et son travail s'en ressentira. S'il est un garçon pratique, au lieu de sombrer dans l'ennui et de s'aigrir, il n'aura qu'un but : « faire rendre » le client et s'en aller après avoir fait fortune le plus vite possible. Tel autre, de santé débile, usera ses forces dans un poste rural, n'ayant d'autre alternative que mourir de surmenage ou de faim. — Comment, enfin, le confrère âgé ou fatigué se procurera-t-il le poste de demi-repos qui lui permettra de gagner sa vie tout en ménageant ses forces ? En vérité, je crois préférable, tout en limitant le nombre des postes médicaux, de laisser chacun maître de choisir selon ses préférences, comme cela a lieu, d'ailleurs, dans le notariat. Comment, du reste concilier la répartition au concours et l'achat des clientèles, qui est fonction de la situation de fortune de chacun ?

On ne saurait, au surplus, calquer l'organisation de notre profession sur celle du notariat.

Elle comporte des modes d'activités plus variés, exige des aptitudes plus nombreuses, donc une règlementation infiniment plus souple et plus humaine.

La mise en œuvre en sera délicate.

L'Etat ne saurait s'en désintéresser, puisque le problème est social autant que professionnel. Mais je crois que la mécanique administrative, avec ses moyens sommaires et brutaux, doit intervenir aussi peu que possible dans l'organisation d'une profession dont une grande part est faite de psychologie, de finesse, d'« humanité » au sens propre du mot.

La réforme dont vous parlez doit être faite surtout par les médecins eux-mêmes le jour où leurs organisations professionnelles seront assez fortes et respectées.

Dr D.
(Maine-et-Loire).

Je lis toujours avec beaucoup d'intérêt vos articles du *Concours* et je me permets de vous envoyer quelques réflexions sur vos chroniques au sujet de la pléthore.

Contrairement à ce que vous semblez croire, la répartition des médecins est très bien faite ; mais, pour la juger, il faut tenir compte de la qualité des habitants et non pas seulement de la quantité.

Les villes riches, les régions aisées et agréables ont plus de médecins que les autres et c'est bien naturel.

S'il y a une grande différence numérique entre Caen et Troyes, c'est parce que celle-ci est une ville ouvrière. De même pour Limoges qui, avec 98.000 habitants, n'a que 80 médecins (y compris chirurgiens, spécialistes, stomato, etc.). Je me suis laissé dire par Hervy que Limoges compte 35.000 mutualistes !

A Niort, ville bourgeoise, 28 médecins pour 25.000 habitants, tandis que Rochefort, ville d'arsenaux et de marins, 24 médecins pour 28.000 ; d'autant que les médecins de la marine font de la clientèle.

Les villes agréables (ou soit disant telles) : Nice, Cannes, Biarritz, Tours, Royan, Bayonne, Bordeaux, etc., ont une plus forte proportion de confrères que les cités mornes et tristes : c'est normal. J'oublie Paris et sa banlieue ! !

La disproportion entre ville et campagne s'explique facilement : 1° par ce fait que dans le total des médecins citadins, nous comptons tous les spécialistes qui soignent non seulement les habitants de la ville, mais encore ceux de l'arrondissement. Ces spécialistes ne peuvent s'installer ailleurs qu'au chef-lieu de façon à voir converger vers eux les malades ruraux.

Les moyens de communication sont tous orientés vers des centres plus ou moins gros où se fixent tous ceux qui ont affaire avec l'arrondissement entier. Non pas seulement les médecins, mais les commerçants de gros, les industriels, etc...

2° Il y a un pourcentage plus élevé en ville parce que les citadins se soignent davantage que les campagnards. Ceux-ci sont, comme vous le savez, plus résistants, plus négligents, plus économes et aussi paient le médecin plus cher ; puisque au prix de la visite, il faut ajouter celui du transport. A la campagne, seuls les habitants du bourg paient la visite simple, c'est une fabile minorité, tous les autres ont, en plus, des km. à 2 fr.

En Saintonge et Poitou que je connais bien, car j'y ai fait toute ma carrière — ayant pris ici demi-retraite — le nombre des médecins ruraux a augmenté très nettement bien que la population ait diminué.

Tout bien réfléchi et bien observé, je puis dire que la répartition est bien faite, ce qui fait honneur à la perspicacité des confrères.

Quant à la pléthore, c'est une grosse question. Je n'y vois qu'une solution, le système vétérinaire. Concours à l'entrée des écoles de médecine et liberté d'installation. La fonctionnarisation à la Sergent serait déplorable à tous points de vue.

Dr V.
(Seine-et-Oise).

Inutile de vous dire quel intérêt je prends à lire vos articles sur la Pléthore médicale.

Au sujet de celui du 8 mars — je suis en retard — voulez-vous me permettre quelques réflexions se rapportant au milieu où j'exerce, — milieu uniquement agricole, sans aucune industrie ?

Vous citez le canton normand qui a perdu le 1/6e de sa population. Depuis 25 ans que j'exerce ici, j'ai perdu *le tiers* de ma clientèle, par la dépopulation. J'ai perdu bien plus que cela si je tiens compte de postes nouveaux créés récemment par de jeunes confrères.

Ma commune avait, il y a 25 ans, 905 habitants. Elle n'en a plus que 550. Les autres communes de mon rayon, à l'avenant.

Dans l'arrondissement, il y avait, à cette époque 47.800 habitants et 18 médecins ; aujourd'hui, 37.900 habitants et 20 médecins.

Il n'est donc pas exact de dire que, partout, les campagnes sont désertées par les médecins.

(A remarquer que notre chef-lieu d'arrondissement, petite ville de 4.000 habitants, avait, à cette époque, 5 médecins ; il n'en a plus que 4 ; nouveau gain (!) pour la campagne).

D'autre part, vous écrivez (p. 774, col. 2) « le public se soigne infiniment mieux qu'autrefois ; l'appel au médecin est infiniment plus fréquent ».

Avez-vous remarqué, dans le même n°, p. 749, note 1, ce que dit Vignes : « Le paysan n'aime pas à se soigner et n'aime pas à dépenser pour se soigner ».

Eh bien ! ici, c'est Vignes qui a raison contre vous.

Dans notre population diminuée, avec un nombre de confrères accru, l'appel au médecin se fait de plus en plus rare.

S'il y a, dans un village, 25 ou 30 cas de rougeole ou d'oreillons, nous en voyons 2 ou 3. Les vieux, on les laisse généralement mourir de leur belle mort : leur heure est venue. Et, aux inspections médicales d'Ecoles, les avis que nous envoyons aux parents, de faire soigner leur enfants par leur médecin de famille, restent lettre morte 8 fois sur 10.

Conclusion : Dans beaucoup de campagnes, la pléthore commence à se faire très sérieusement sentir.

Dr R. (Vosges).

Un quatrième confrère m'a dit en substance : « Votre remède est dangereux... Nos luttes syndicales ont eu précisément pour but de défendre notre indépendance et notre profession jusqu'ici libérale..... Gardons-nous de faire intervenir l'Etat dans nos affaires..... Vouloir faire intervenir l'Etat par une loi qui imposera peu ou prou des postes déterminés, c'est une atteinte portée à notre liberté, notre premier bien, et que ne pourrait motiver qu'une situation très grave de notre profession..... Nos Maîtres, auxquels j'accorde une éminence indiscutable due à leur travail et à leur savoir, n'ont aucune supériorité sur nous quand il s'agit de l'exercice de la médecine et de nos devoirs professionnels : ils ont souvent même manqué d'habileté... » (1)

Je retiens de la lettre du Dr V. que j'aurais tort de parler d'une crise de répartition, et qu'au contraire, celle-ci est très bien faite.

Si je suis d'accord avec lui pour comprendre que les spécialistes, dont l'accroissement est le plus grand facteur de l'augmentation générale de la population médicale, ne peuvent exercer que dans des centres d'une certaine importance, je n'en reste pas moins sceptique sur l'harmonie des rapports de la densité médicale avec la densité générale, dans les grandes villes, — en ce qui concerne la médecine générale. Et je continue à me demander comment vivent des confrères, qui sont pressés les uns contre les autres, à raison d'un pour 700, 800....., 1.000 habitants. Je sais certes bien que mon calcul est simpliste, que les clientèles ne sont pas égales numériquement et dans leurs revenus. Mais ma question n'en devient que plus angoissée : si la moitié des omnipraticiens d'une grande ville est recherchée de préférence par la population qui se porte plus volontiers vers leurs cabinets, de quoi vit l'autre moitié ?

(1) Mon sympathique collègue CRINON vient, dans l'*Informateur Médical*, de combattre également ce projet, qu'il considère comme anti-libéral, anti-démocratique, immoral ; ce ne serait pas un progrès, mais un recul. J'avais provoqué, appelé les critiques. Je n'ai pas à me plaindre d'être servi. Et je me réjouis, au contraire, d'avoir suscité tant de discussions. G. D.

Lorsque j'ai proposé un système de répartition en fonction de la population, j'ai pris soin de déclarer que ce système serait vraisemblablement inutilisable pratiquement. J'en ai fait moi-même la critique. Mais ce sujet fait l'objet de nos préoccupations. Des professeurs influents le portent devant l'opinion publique. Ils clament qu'il y a trop de médecins..... Ce n'est pas moi qui l'ai abordé le premier. Puisqu'il est de nouveau évoqué, j'ai voulu montrer, d'abord que cette fameuse pléthore dont j'entends parler depuis quarante ans et dont on parlait avant moi, n'est pas aussi grande qu'on le prétend, et que si la congestion existe, c'est en certains centres, au détriment d'autres régions, moins bien desservies.

Ce n'est qu'après coup que j'ai ajouté : En présence de cette répartition, que je crois défectueuse, que conviendrait-il de faire ? Et je vous ai soumis une idée, sans y attacher plus d'importance qu'il ne convenait.

Elle ne vous plaît pas ? Laissons-la de côté. Mais alors, que devons-nous faire, en présence d'une situation qui ne manquera pas de s'aggraver si la surproduction dépasse les besoins ?

Un concours à l'entrée des Ecoles et Facultés, me répond le Dr V.

En 1900, j'ai fait la même proposition, que j'ai abandonnée, parce que ce concours ne pourrait être institué que par l'Etat, et que celui-ci n'aura recours à une telle mesure que quand il sentira le besoin d'avoir un corps de médecins à lui. Souhaitons que ce ne soit pas encore demain.....

La situation de la médecine vétérinaire n'est pas comparable à celle de la médecine humaine. La première est libre, et à côté des vétérinaires diplômés, il existe de nombreux « empiriques » qui, sans aucun titre ni diplôme, soignent les animaux. Il n'y a que trois Ecoles vétérinaires en France : Alfort, Lyon et Toulouse, recevant des internes, des demi-pensionnaires et des externes payants. Le nombre des places y étant limité il est tout naturel que l'on y entre par la voie d'une sélection.

Si nos Ecoles et Facultés de médecine ne donnaient pas l'impression d'être extensibles à l'infini, surtout à Paris, si le nombre d'étudiants immatriculés dans chacune d'elles était limité à sa capacité d'enseignement, un concours d'admission pourrait être introduit dans leur régime respectif. La Faculté de Paris étant surpeuplée, ceux qui n'y seraient pas admis auraient la ressource de se présenter ailleurs.

Mais peut-on espérer qu'à Paris, pôle d'attraction magique et si souvent décevant, on aura le courage et la volonté de renoncer à une satisfaction d'orgueil numérique, et aux bénéfices des recettes produites par le montant des inscriptions ? ? ?

Avec un Corps médical de 25.000 membres, en présence d'une population de 40.000.000 d'habitants, il semble bien que tous les besoins peuvent être satisfaits, et qu'ainsi, le plafond est atteint, comme je l'écrivais dernièrement. Et le Dr B. m'écrit que, dans les Vosges, les campagnes commencent à se surpeupler médicalement.

Il m'écrit aussi que contrairement à mon assertion, le public n'est pas aussi prompt à appeler le médecin que je le prétends. Mais là-dessus, je conserve mon opinion. Il est possible qu'en périodes de crise économique, la restriction médicale soit pratiquée et que certaines populations soient, à ce point de vue, plus regardantes que d'autres.

Mais comment faire pour que le plafond ne soit pas crevé, comme le fut tant de fois le plafond de nos budgets nationaux ?

Tout d'abord, limiter le nombre des étrangers admis à prendre des inscriptions en vue du seul diplôme d'Etat. Ceux qui ne désirent que faire leurs études et suivre l'enseignement dans nos Centres universitaires recevraient un certificat attestant qu'il en a bien été ainsi, mais pas de diplôme d'aucune sorte.

Non seulement, il faut limiter le nombre des étrangers, mais il faut supprimer résolument toutes les équivalences. Tant que le baccalauréat existera et sera nécessaire pour prendre une première inscription, que nul ne puisse passer outre à cette obligation, sous couleur qu'il possède un parchemin délivré par une Université étrangère.

Recourir à des épreuves qui, subies devant un jury judicieusement choisi, fassent la preuve des connaissances du candidat : c'est bien là l'objet des examens dits *probatoires*.

Et compléter les épreuves pratiques et orales, actuellement en honneur, par des épreuves écrites, au moins pour les premiers examens.

Tout candidat qui aurait échoué un certain nombre de fois aux épreuves écrites, trois par exemple, serait éliminé définitivement de l'Ecole ou Faculté.

Naturellement, il faudrait que ces examens fussent exempts de toute fraude et aussi de toute partialité, en plus ou en moins.

C'est là que la copie anonyme et écrite serait d'un précieux secours.

Voilà pour ce qui concerne l'entrée dans nos Centres d'enseignement. A la sortie, que pourrait-on faire pour guider le néophyte vers une installation qui lui donne les moyens de vivre ? C'est là que le Syndicalisme devrait intervenir. Je sais bien qu'il n'est pas toujours consulté. Mais l'idéal serait qu'il prit assez d'autorité pour s'imposer et devenir l'intermédiaire nécessaire entre le jeune docteur en quête d'un poste et les postes vacants. De ceux-ci, il pourrait tenir la liste et la mettrait à la disposition des intéressés.

Les Syndicats savent bien, en général, quand une région est suffisamment desservie. Et c'est chaque jour que nous insérons des avis prévenant les amateurs de ne pas chercher à ouvrir un cabinet dans telle localité, sans en avoir référé au Syndicat local. C'est ce recours au Syndicat qu'il faudrait trouver le moyen de rendre nécessaire, sinon obligatoire.

Mais la liberté, me crieront peut-être encore des confrères, qu'en faites-vous ?

Evidemment, il y a la liberté, limitée d'ailleurs par celle de mon voisin. Il y a même la liberté de vivre chichement, d'en arriver à être aux abois, à recourir aux expédients, dont le premier est de chercher à l'aliéner.

« Est-ce un bien pour l'homme que la liberté, a dit La Bruyère, si elle peut être trop grande et trop étendue, telle enfin qu'elle ne serve qu'à lui faire désirer quelque chose, qui est d'avoir moins de liberté ? »

G. Duchesne.

SAPEURS-POMPIERS — ACCIDENTS EN SERVICE COMMANDÉ HONORAIRES MÉDICAUX

Un membre du « Sou Médical » demande l'appui de la Ligue, pour pouvoir toucher ses honoraires, pour soins donnés à un sapeur-pompier victime d'un accident en service commandé.

Etant à bicyclette, se rendant avec deux de ses collègues aux obsèques d'un pompier d'un village voisin, il avait fait une chute : plaies multiples, état de shock, contusion de l'épaule, plaie assez sérieuse à l'œil droit.

Le médecin traitant fournit un certificat au lieutenant des pompiers, car le blessé serait garanti par une assurance : la Fédération des sapeurs-pompiers de France.

Quelque temps après, aggravation de la lésion de l'épaule : le blessé était allé consulter un rebouteux qui, par ses manœuvres brutales, avait produit une luxation extracoracoïdienne. Cette luxation réduite se reproduisit à plusieurs reprises.

Envoyé à l'hôpital, le blessé est examiné, sous contrôle de la radio, puis opéré : résection de la tête humérale. Incapacité permanente consécutive.

Depuis ce moment, personne ne veut payer le médecin. La Fédération des sapeurs-pompiers de France n'étant pas une assurance, refuse le sinistre.

Le maire fait inscrire ce blessé à l'A. M. G., pour couvrir les frais d'hospitalisation ; mais ne veut pas acquitter les honoraires du médecin traitant. Il soutient que la commune n'a rien à payer, d'autant que le blessé n'avait pas de luxation avant sa visite au rebouteux et que la commune ne doit pas supporter les conséquences de l'imprudence de cet homme, qui est allé réclamer les soins d'un illégal.

Sur nos conseils, le médecin s'adresse au préfet qui saisit le maire de la réclamation. Le conseil municipal délibère et décide que l'accident n'étant pas survenu au cours d'un incendie, ni à l'occasion d'un secours public, comme le précise l'article 9 du décret du 16 février 1929, la commune décline toute responsabilité.

Le « Sou Médical » accorde son appui moral et pécuniaire et va soutenir le litige devant les tribunaux administratifs, seuls compétents. Mais nous croyons intéressant, pour tous nos confrères, de préciser le point de droit en discussion.

Disons de suite que la législation des accidents du travail n'est pas applicable en l'espèce. Les sapeurs-pompiers sont en dehors de cette loi du 9 avril 1898, car la commune n'est ni un commerçant, ni un industriel, lorsqu'elle utilise le corps de pompiers, qu'elle a organisé.

Ainsi en décide un arrêt de Cassation, Chambre civile, du 29 juin 1926 : « Si l'Etat, les départements et les communes, en dehors des exceptions portées à l'article 32 de la loi du 9 avril 1898, sont responsables des accidents du travail, survenus à leurs ouvriers et employés, dans les conditions où le seraient les chefs d'entreprise, cette règle ne saurait recevoir d'application à l'égard des sapeurs-pompiers, qui ne sont ni des ouvriers, ni des employés et dont la situation, en cas d'accidents, résultant de l'accomplissement de leur service et entraînant pour eux une incapacité de travail permanente, ou partielle, est déterminée envers les communes, par la loi du 5 avril 1851 et par les lois ultérieures, qui en ont développé le principe et réglé le fonctionnement.

« Ce régime de protection légale ne restreint pas son application aux blessures et maladies, survenues aux sapeurs-pompiers, du fait des incendies ; il s'étend, aux termes de l'article 3, 2° de la loi précitée du 5 avril 1851, sous la seule condition qu'ils se soient produits dans le service, aux accidents, n'étant pas arrivés dans un incendie c'est-à-dire survenus dans l'exécution des travaux accessoires, dont les pompiers sont ordinairement chargés. »

Dans l'espèce de ce procès, le pompier avait été blessé, en procédant, sur ordre de la ville, à la vidange d'un réservoir de la compagnie des eaux ; il avait été projeté sous les roues de la voiture qui le portait.

Le statut des sapeurs-pompiers est établi par

des lois et dispositions règlementaires spéciales. Recrutés par voie d'engagement, ils sont des citoyens chargés d'un service public.

Le contrat, qui les lie à la commune, est de nature administrative et est du ressort de la juridiction administrative (Conseil d'Etat, 11 février 1916 ; Leb. chron., p. 75).

Les droits des sapeurs-pompiers, en cas d'accidents survenus en service commandé, ont d'abord été régis par la loi du 5 avril 1851, puis par l'article 59 de la loi du 13 avril 1898 et par le décret du 12 juillet 1899, pris en exécution de cet article 59.

Actuellement, c'est la loi du 31 janvier 1907 qui est applicable, loi modifiée depuis quant aux taux, et le décret du 1er février 1910, portant règlement d'administration publique.

En ce qui concerne le cas qui nous est soumis, voici les textes législatifs et règlementaires qui s'y rapportent.

Loi du 31 juillet 1907, article premier : le crédit ouvert au budget du ministère de l'Intérieur, sous le titre : subventions aux communes pour les sapeurs-pompiers et le matériel d'incendie est réparti annuellement sur les bases suivantes, par une commission instituée auprès du ministre de l'Intérieur. Il est prélevé d'abord les sommes nécessaires à la caisse d'assurances contre les accidents, pour la constitution de pensions viagères aux sapeurs-pompiers en cas d'accidents graves, ou de blessures, entraînant une incapacité de travail permanente, absolue ou partielle, ou à leurs veuves et orphelins, en cas de décès ... Le surplus est réparti entre les communes, possédant un corps de sapeurs-pompiers régulièrement organisé..... Le montant de la subvention attribué à chaque commune, d'après cette répartition, est employé, concurremment avec les crédits votés par les conseils municipaux et avec les produits des dons et legs ayant cette affectation : 1° à donner des secours pour soins médicaux et interruption de travail, par suite d'accidents en service.....

Article 2 (modifié par la loi du 4 janvier 1922). La pension viagère à laquelle a droit le sapeur-pompier atteint en service commandé, d'une incapacité de travail permanente et absolue, est de deux mille quatre cents francs dans toutes les communes. La pension viagère pour incapacité permanente et partielle de travail est de mille huit cents francs.

Article 3 : Les pensions allouées pour incapacité permanente et partielle de travail sont fixées par la commission instituée au ministère de l'Intérieur. Toutes les pensions sont réversibles, jusqu'à concurrence de la moitié du montant, sur la veuve, ou les orphelins mineurs du sapeur-pompier.

Décret du 1er février 1910, portant règlement d'administration publique.

Article 2 : Au début de chaque année, la commission de répartition prélève sur le crédit des subventions et fait verser à la caisse d'assurances en cas d'accident la provision jugée nécessaire par ladite caisse, pour la constitution des pensions concédées aux sapeurs-pompiers, à leurs veuves et à leurs orphelins, en vertu des articles 2 et 3 de la loi du 31 juillet 1907...

Les articles suivants déterminent la manière dont la demande de pension doit être introduite, en cas d'incapacité permanente partielle, ou totale de travail : le maire de la commune constitue un dossier, relatant les circonstances de l'accident, les dépositions des témoins, un certificat de médecin assermenté, désigné par le sous-préfet, qui constate l'état du blessé et spécifie si l'accident entraînera une incapacité permanente totale ou partielle de travail et à quelle époque il sera possible de la déterminer. Le conseil municipal donne son avis et le maire transmet le dossier au sous-préfet.

Article 13 : Les secours pour soins médicaux et fournitures pharmaceutiques, ainsi que l'indemnité journalière pour incapacité de travail temporaire, auxquels a droit le sapeur-pompier victime d'un accident en service commandé, sont alloués par le conseil municipal, sur le rapport du chef du corps des sapeurs-pompiers, constatant que les blessures ou la maladie sont la conséquence d'un accidents en service commandé et au vu d'un certificat délivré par le médecin assermenté désigné plus haut.

L'indemnité pour incapacité de travail est égale au prix de la journée de pension à laquelle le sapeur-pompier aurait droit si l'incapacité de travail était permanente.

Néanmoins, dès le jour de l'accident, le maire peut subvenir aux premiers besoins du sapeur-pompier sur les fonds du chapitre spécial du budget municipal prévu à l'article 22 ci-après, sauf ratification par le conseil municipal.

Article 15 : les secours, indemnités et allocations prévus aux articles 13 et 14, sont à la charge de la commune, à laquelle appartient le corps dont le sapeur-pompier faisait partie ...

Article 16 : Les communes supportent définitivement les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que les frais funéraires.

Article 21 : Les dépenses résultant pour les communes tant de l'application des titres 3 et 4 du décret, que de l'acquisition et de l'entretien du matériel d'incendie, font l'objet de chapitres spéciaux aux budgets communaux.

Article 22 : Les ressources destinées à faire face à ces dépenses comprennent :

1° La subvention attribuée à chaque commune sur le crédit ouvert au budget du ministère de l'Intérieur, sous le titre : « subventions aux

communes pour les sapeurs-pompiers et pour le matériel d'incendie » ;

2° les subventions du département et des établissements publics ;

3° les allocations votées par le conseil municipal ;

4° les dons et legs faits aux communes en faveur des sapeurs-pompiers ;

5° et d'une manière générale les recettes énumérées à l'article 38 du décret du 10 novembre 1903.

Ces ressources figurent en recettes à des chapitres spéciaux ouverts au budget de la commune.

Mais, à notre adhérent, qui réclame son dû, la commune oppose les termes du décret du 16 février 1929. On espère que le praticien va s'incliner, ignorant qu'il est des lois et décrets en cette matière.

Nous avons le regret de ne pas partager l'avis du conseil municipal ; car voici le texte dudit décret du 16 février 1929.

Article 9. — Les demandes de pension sont instruites dans la forme suivante :

Le maire de la commune à laquelle appartient le corps dont faisait partie le sapeur-pompier victime d'un accident en service commandé, relate dans un procès-verbal les circonstances, les causes et la nature de l'accident. Il y consigne les déclarations des témoins, ainsi que ses observations personnelles.

Toutefois, si l'accident s'est produit au cours d'un incendie ou d'un service de secours public sur le territoire d'une autre commune, le procès-verbal ci-dessus prévu est établi par le maire de cette commune.

Le procès-verbal du maire est accompagné d'un certificat médical établissant les causes du décès ou constatant l'état du blessé.

A l'expiration d'un délai de trois mois à compter du jour de l'accident, un médecin assermenté, désigné par le préfet, sur l'avis du comité prévu par l'art. 12, visite le blessé et délivre un certificat constatant son état, spécifiant si l'accident entraîne une incapacité permanente de travail absolue ou partielle et énonçant le taux d'incapacité.

Le Conseil municipal est appelé à donner son avis.

Le maire fait ensuite parvenir au préfet le dossier de la demande comprenant le procès-verbal qu'il a dressé ou fait dresser par son collègue, le certificat médical et la délibération du conseil municipal.

Art. 15. — Les secours pour soins médicaux et fournitures pharmaceutiques, ainsi que l'indemnité journalière pour incapacité de travail temporaire, auxquels a droit le sapeur-pompier victime d'un accident en service commandé, sont alloués par le Conseil municipal, sur le rapport du chef de corps des sapeurs-pompiers constatant que les blessures ou la maladie sont la conséquence d'un accident en service commandé et au vu d'un certificat délivré par le médecin assermenté désigné à l'art. 9, paragr. 4. Ce certificat détermine la durée probable de l'incapacité de travail.

L'indemnité pour incapacité de travail est égale au montant de la perte du salaire subie par le sapeur-pompier sans toutefois qu'elle puisse excéder 30 fr. De l'indemnité ainsi fixée, sont déduites les prestations touchées par l'intéressé, à l'exception des sommes qui pourraient lui revenir du fait de son affiliation à des sociétés de secours mutuels ou d'assurances, à la condition toutefois que les cotisations ou primes versées aient été payées sur ses deniers personnels.

Néanmoins, dès le jour de l'accident, le maire peut subvenir aux premiers besoins du sapeur-pompier sur les fonds du chapitre spécial du budget municipal prévu à l'art. 23 ci-après, sauf ratification par le Conseil municipal.

Discussion

De la lecture de ces textes, que j'ai donnés aussi complets que possible, il résulte que le premier débiteur des honoraires médicaux est le malade lui-même, qui a reçu les soins du praticien.

Mais comme ce blessé est un sapeur-pompier, victime d'un accident en service commandé, il peut demander au maire le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, occasionnés pour le traitement de son accident.

Il peut en même temps réclamer une pension viagère, à laquelle il a droit, du fait de son incapacité permanente partielle.

A sa demande, il joindra un certificat du médecin assermenté.

Mais le blessé peut négliger de réclamer son dû. Il est, paraît-il indigent, ou presque et s'imagine que le médecin ne lui réclamera rien, en vertu de l'adage que là où il n'y a rien, le diable perd ses droits.

Le médecin peut alors, en vertu de l'article 1166 du code civil, employer l'action oblique et, se substituant à son débiteur, réclamer, au nom de celui-ci, au maire et à la commune, le paiement de ses frais médicaux.

Les tribunaux judiciaires sont incompétents en matières administrative : le budget municipal doit prévoir les sommes nécessaires, pour subvenir aux obligations contenues dans la loi du 31 juillet 1907 et des décrets du premier février 1910 et du 16 février 1929.

Seule l'autorité préfectorale peut mettre en demeure le maire d'avoir à obéir à ces prescriptions légales et règlementaires.

Mais, le maire peut très bien arguer que, par sa faute, le rebouteux a occasionné un dommage, non seulement au blessé lui-même, en le rendant infirme, mais à la commune, en mettant à sa charge des frais médicaux et une rente d'invalidité permanente partielle.

Au maire de faire poursuivre le rebouteux pour exercice illégal de la médecine et blessures par imprudence, puis de demander des dommages intérêts au civil.

Le blessé pourra se joindre à l'instance, ainsi que le syndicat médical.

Sur nos conseils, le membre du Sou Médical a tenté une démarche auprès du maire. Après le refus de ce dernier, notre confrère s'est adressé au préfet, sur l'intervention duquel le conseil municipal a discuté la question et l'a rejetée, motif pris que l'accident n'était pas survenu au cours d'un incendie.

Si le blessé peut apporter la preuve qu'il a été victime d'un accident, alors qu'il se trouvait en service commandé, devant assister à des obsèques, sur ordre de ses chefs, il doit être garanti par la commune.

En tout cas, le « Sou Médical » porte le litige devant les tribunaux administratifs. Ne s'inclinant pas devant la décision du conseil municipal, notre adhérent va se pourvoir devant le Conseil d'Etat, dans les deux mois de ladite décision, à dater du jour de sa notification.

Voici un des avantages du « Sou Médical » : aucune compagnie d'assurances contre la responsabilité civile n'accepterait de faire les frais d'un pourvoi en Conseil d'Etat, car, ici, la responsabilité de notre confrère n'est pas en jeu : ce sont ses seuls intérêts pécuniaires, d'ordre professionnel.

Dr Paul Boudin.

« LA MÉDAILLE » DU DOCTEUR AUVRAY

Chirurgien de l'Hôpital Laennec
Ex-Président du Congrès français de Chirurgie,

Par le Dr Dartigues.

La numismatique est vieille comme le monde des humains, en tous cas depuis l'âge de bronze ! les tombeaux grecs, les tombeaux siciliens, les tombeaux romains et gallo-romains, les tombeaux du Moyen-Age, en furent longtemps les réceptacles conservateurs à travers les âges.

Elle jouit à notre époque d'un renouveau des plus brillants ; et, n'en sont plus seulement bénéficiaires, comme jadis, les rois, les empereurs, les princes, les conducteurs de peuples, mais ceux qui sont, par l'évolution des temps, de la civilisation moderne, devenus des princes, des rois de la pensée et du travail patient et méthodique, qui créent la science et la font progresser.

C'est ainsi que, dans notre milieu médical, à l'achèvement d'une carrière de savant et de grand praticien, s'est instituée l'habitude de décerner, en une solennité amicale, une médaille qui perpétuera le souvenir d'un homme de valeur et en même temps de bien. Et comme il y a beaucoup de gens de valeur et de bien parmi les médecins et chirurgiens, ces remises de médaille deviennent de plus en plus fréquentes, peut-être un peu trop, malgré l'immense mérite des bénéficiaires. La numismatique revoit donc des jours glorieux, comme les hommes qu'elle représente ! Cependant, (en dehors bien entendu, de la petite fête qui a généralement un caractère de douceur familiale), ces remises de médaille finissent par s'empreindre, par une répétition incessée, d'un peu de banalité. Je crois utile, nécessaire, de fêter des couronnements scientifiques (qui ne seront jamais qu'une goutte d'eau à côté de la submersion marine par tant de gens, de trente-sixième plan, à qui on fait une publicité sans retenue et qui sont bien plus connus que tant d'hommes de réelle valeur, de talent et dont l'humanité a cependant besoin pour progresser et mieux vivre). Mais il faudrait varier la manière ; j'en vois plusieurs, une surtout ; mais je ne la dis pas aujourd'hui, car, c'est trop souvent celui qui a trouvé une idée qui ne jouit pas de sa paternité : ils sont nombreux les assimilateurs dont la promptitude est grande à se mettre en avant, et à faire croire *leurs* les choses auxquelles ils n'avaient jamais songé, oubliant avant tout qui a pu les inspirer ! J'ai vu jusqu'à des gens qui ont combattu une idée ; et, comme *malgré eux*, elle avait prévalu, aussitôt, profitant de la courte mémoire des hommes, ils se la sont attribuée et se sont laissés louanger pour lui avoir donné naissance !

Or donc, le 22 décembre, on a fait une remise de médaille à mon ami Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec et président du Congrès français de chirurgie de 1930. Nul plus que lui, par ses qualités éminentes, son savoir, son expérience, son labeur, son caractère et l'exemple d'une vie sans reproches, loyale, droite, pleine de modestie, en même temps que de grande utilité pour le prochain, ne méritait, pour le couronnement de sa carrière, un tel honneur rendu par ses nombreux collègues, amis, élèves. Si tous, à leur plan et à leur place, accomplissaient les devoirs de leur fonction et de leurs charges, avec autant d'honnête passion, de conscience inflexible et de travail poursuivi toujours dans le sens de la perfection, la société serait bien faite, harmonieuse et certainement plus heureuse.

J'ai tenu à assister à cette fête, car je connais Auvray depuis 34 ans : je l'ai eu comme prosecteur, en 1896, à l'Ecole pratique, alors que je

faisais ma première année d'internat, et je fréquentai, pour me perfectionner dans l'anatomie, son pavillon de dissection comme aide d'anatomie bénévole. Il se montra tout de suite avec moi bon et affable camarade, me donnant de temps à autre quelques conseils d'aîné. Il étudiait à ce moment les sutures du foie et je le vois au milieu de ses pièces verdâtres et durcies traversées de fils. Discipliné pour lui-même, il n'était pas sévère et les nombreux élèves de son pavillon l'aimaient. C'est là, je me le rappelle, que le Directeur de l'Ecole pratique, l'anatomiste-chirurgien, qu'on appelait « le beau Poirier », homme très intelligent, plein d'esprit, mais d'un caractère instable et raffolant d'exhibition cabotine, me joua un tour qui eût pu être pénible. Retenu un matin longtemps à l'hôpital, auprès de mon maître Polaillon, j'étais, par exception, arrivé en retard de quelques minutes. Je devais faire une leçon aux élèves sur les os du tarse, question follement réjouissante, vous voyez ça d'ici ! Quelle ne fut pas ma stupéfaction de voir, à la chaire, devant le tableau noir, Poirier faisant la leçon à ma place. Je m'excusai, au milieu du silence de mort des cadavres présents et de toute cette jeunesse exubérante qui se taisait avec l'agrément intime d'une diversion inattendue. Poirier fit le beau, se pavana, me dit « qu'à l'Ecole pratique, on ignorait l'hôpital et ses exigences même urgentes », me pria de revêtir ma blouse et me laissa au pied de sa chaire comme un petit élève et poursuivit sa leçon ; puis, quand il eut suffisamment joui de ce qu'il croyait mon embarras, il me pria de continuer la démonstration des os du tarse à l'endroit où il me la laissait ! Il descendit de la chaire prosectorale ; j'y montai. Il pensait sans doute que j'allais patauger piteusement sous l'effet de l'émotion, et il me regardait ironique, escomptant un succès d'effet par opposition — car il parlait bien, le bougre, et avait le prestige d'un grand officiel — auprès des élèves qu'il aimait à faire rire... On eût entendu voler une mouche cadavérique. Mais je ne perdis pas mon sang-froid : je commençais par m'excuser auprès des *élèves* que j'avais pu faire attendre ; mais ce serait la dernière fois, et je dis, combien ce contre-temps avait, malgré tout, un prix inestimable pour moi, puisque cela me valait l'honneur immense de voir ma leçon commencée par un maître tel que lui, et que j'allais faire de mon mieux pour me rapprocher de ce qui était inimitable ! Alors un tonnerre d'applaudissements. « Oh ! très gentil et très bien » dit-il, mais, au fond bien vexé ; il revêtit son petit pardessus, et partit aussitôt n'en demandant pas davantage. Cette année-là, Poirier ne vint plus dans le pavillon d'Auvray qui, bon enfant, ne me tenait aucune rigueur de cet incident. Je peux considérer Auvray comme un de mes anciens maîtres en anatomie à Paris ; j'avais à Toulouse été l'élève du grand Charpy ; j'avais aussi à Paris, travaillé dans le laboratoire de Farabeuf. Depuis son prosectorat, j'ai suivi Auvray dans son ascension ; je l'ai vu parcourir toute sa carrière et enfin, être nommé, l'an dernier, Président du Congrès français de chirurgie.

J'arrive à ce vieil hôpital Laënnec où je n'avais pas mis les pieds depuis plus de 40 ans, alors que j'étais externe dans un service où j'eus successivement Charrin, Thibierge, Mathieu, comme maîtres et où je fis la connaissance de mon pauvre ami Jules Auclair, alors interne provisoire, et qui devint ce merveilleux savant qui a fait une si belle découverte en tuberculose et que la mort a enlevé prématurément à la science cette année au moment même où il allait recueillir le fruit de son inlassable travail. J'avais alors vingt ans, et maintenant c'est un homme près de la vieillesse qui franchit ce seuil du vieux Laënnec qui n'a pas beaucoup changé, si ce n'est, paraît-il, le service de chirurgie d'Auvray qui est très beau et très bien outillé.

Dans la salle où va avoir lieu la cérémonie amicale, se trouve la maquette en glaise de la médaille qui sera offerte et qui est l'œuvre d'un jeune : j'ai pu lire au bas le nom de Pillet. C'est bien, mais c'est un Auvray un peu sévère et dur et non l'Auvray dont la physionomie a été et est toujours illuminée d'un fin sourire bienveillant.

La salle se remplit rapidement. Je cite, au hasard, sans ordre, dans cette foule d'amis empressés qui font vite une ambiance de sympathique et douce joie : le Dr Bazy, l'air d'un moine du XIVe siècle, le Dr Walther, le Prof. J.-L. Faure, souriant et bon enfant, le Prof. Legueu, toujours jeune et fin, le Dr Proust qui a récemment sacrifié sa moustache à la chirurgie et qui a l'air d'un proconsul un peu vitellien, le Dr Lardennois, le Dr Arrou, le Dr Collin qui est de toutes ces fêtes où le couteau et la pince ont joué leur rôle, le Dr Guéniot, le Dr Dujarrier, aux grands yeux pleins de luisance, le Dr Claisse, le Prof. Jousset, vieux camarade de dissection, qui domine tout le monde de sa haute taille, le Dr Le Sourd, le Dr Sauvé, le Dr Michon, le Dr Girode, le Prof. Marcel Labbé, le Dr Doin, le Prof. Viéville de l'Ecole centrale, le médecin général Rouvillois, le Prof. de Lapersonne, le Dr Noguès, le Dr Géraudel, le Prof. Chauffard, le Prof. Hartmann, la Doctoresse Suzanne Lévy, Madame Auvray, Madame Jean-Louis Faure, Madame Marcel Labbé, et bien d'autres médecins et d'autres dames que je n'ai pu noter. On voit aussi les internes et externes actuels du maître qui va quitter son service, et puis le Directeur de l'hôpital et toutes les surveillantes de l'Assistance qu'Auvray a eu dans ses services de chirurgie, qui sont de maîtresses et intelligentes femmes, car ce n'est pas une mince et simple besogne que de faire marcher un

service de malades chirurgicaux : il y faut de l'énergie et de l'expérience.

Aux côtés d'Auvray se trouvent le Prof. J.-L. Faure, le Dr Walther, le Dr Lardennois, et le Dr Bazy, membre de l'Institut, préside.

Walther parle le premier, et, en homme qui a subi et dirigé bien des épreuves de concours, il le fait la montre à la main et s'accorde deux minutes ; elles sont bien remplies par ce chirurgien affable et tout à fait sympathique : dans « *cette fête de l'amitié* », il tient à rappeler surtout la façon toute pleine d'aménité, de courtoisie, d'intelligence et de tact, dont Auvray a dirigé le dernier Congrès de chirurgie.

Le Prof. J.-L. Faure parle ensuite au nom des amis d'Auvray ; comme à l'habitude, il exprime en un magnificent langage de splendides pensées. Je ne puis plus le voir, ce charmant homme plein de talent que j'ai vu grandir comme un bel enfant de la fortune, depuis plus de trente ans, que sous deux apparences : celle d'un chevalier de la chirurgie tout bardé d'une armure de blanche toile immaculée, avec, en main, un bistouri étincelant ; et celle d'un aède portant une lyre mélodieuse.

Il est le Janus bicéphale de la chirurgie parisienne : une face tournée vers la guerre chirurgicale, l'autre tournée vers la paix et son attendrissement miséricordieux. Mais voilà que Jean-Louis, comme nous l'appelons tous familièrement, nous parle de sa « tour de Mercües ». Je connais cette haute tour de son château perché en plein ciel et alors je n'y aperçois plus un aède, mais un barde qui chante et dont les sonores harmonies s'enfoncent vers les horizons du paysage cadurcéen. Un homme comme Jean-Louis Faure qui s'attaque aux grands problèmes biologiques et a lutté avec passion pour le transformisme, ne peut admettre, on le conçoit, de miracle, et il prononce pourtant cette jolie phrase restrictive : « *Depuis qu'il n'y a plus de miracles, les femmes sont seules capables d'en faire* ! » On conçoit que les nombreuses dames élégantes et charmantes qui sont là, s'épanouissent d'aise convaincue. Jean-Louis est un grand gynécologue : il sait atteindre le cœur des femmes aussi bien qu'explorer cliniquement et délivrer leur ventre chirurgicalement. Pourtant, il avoue qu'Auvray a réalisé un miracle : celui de l'amitié ! Cela est vrai et je pense que l'amitié a été, en effet, le fil d'Ariane qui a guidé Auvray à travers le labyrinthe compliqué et plein d'embûches de la vie contemporaine et l'a fait accéder à des sommets très enviables : « *tu as été*, lui dit-il, *un bel exemple de travail et de désintéressement, de valeur scientifique, de talent chirurgical et de sympathie, et tu es arrivé à conquérir le plus beau titre que puisse envier un chirurgien : celui de président du Congrès français de chirurgie qui donne la consécration de la royauté d'un jour* ! »

Puis, développant le même thème philosophique, sous une autre splendide forme, qu'il avait soutenu récemment dans son éloge de Péan à l'Académie de médecine, J.-L. Faure, montre que le chirurgien ne travaille pas que dans le présent de sa vie et par ses uniques mains, mais dans l'avenir lointain par des descendances qui ont recueilli un héritage sans en savoir toujours l'origine et par d'autres mains que la vie, poursuivant son cours, aura créées. « *Tu travailleras, dit Jean-Louis à Auvray, au soulagement de ceux qui souffrent, même quand tu n'y seras plus* », car, en effet, « *nous chirurgiens, nous aurons transmis le geste sauveur à celui qui l'accomplira.* »

« Enfin, dans une belle péroraison : il souhaite à Auvray de goûter un repos bien gagné, pendant « *les années mystérieuses qui sont inscrites pour nous au Livre du Destin* ! »

Mais ce discours plein de choses élevées, a été émaillé de saillies spirituelles, auxquelles J.-L. Faure ne nous a pas habitués, accoutumé qu'il est à parler dans les altitudes de la pensée et sur le mode du rythme d'airain.

Lardennois, lit un très joli et très châtié discours, où s'enchâsse une émotion contenue, pleine de reconnaissance... Ayant été l'assistant d'Auvray (ainsi que Sauvé et Girode), il parle au nom des élèves. « *On ne vous connaît pas d'ennemis*, dit-il ; *vous n'avez que des amis conquis par votre modestie et par le spectacle exemplaire de toute votre vie dans le plus pur désintéressement* ». Et ceci : « *C'est dans le succès de vos élèves que vous mettez votre fierté.* » Il rappelle enfin une traverse cruelle de la vie d'Auvray dont l'existence fut en péril à la suite d'une grave piqûre infectante en soignant un malade, et qui montra à cette occasion un courage qui fut une « *belle leçon de stoïcisme* ».

Ma parole, dans ce discours, très beau de forme et de sentiment, mon ami Lardennois, se risque à un jeu de mots et trouve dans le nom patronymique d'*Auvray* sa devise « *Au vrai* » ! !

Puis Bazy, qui préside la séance, rappelle qu'il a nommé, comme juge avec Tillaux et Walther, Auvray aux hôpitaux, et assure que, dans la vie il y a des impondérables qui jouent un rôle dans son accomplissement et que pour Auvray, « *c'est la mère* ! »

Auvray, quoique blanchi, a conservé une figure étonnemment jeune ; les deux sourcils qui arquent ses yeux sont restés complètement noirs : cela n'y est pas étranger. Il remercie tout d'abord le Prof. J.-L. Faure « *l'ami au grand cœur* » ; puis ses assistants, Lardennois, Sauvé, Girode, chirurgiens des hôpitaux et ses élèves. Il rappelle combien il a été entouré de soins et de sollicitude encourageante quand il a eu sa piqûre anatomique : « *au moment où l'inquiétude grandissait* ».

Il accorde un souvenir ému à son père, grand

médecin et doyen de l'Ecole de médecine de Caen, qui fut pour lui « *le meilleur des conseillers* ». Heureux, dirai-je, en passant, ceux qui ont eu la tutelle scientifique d'un père ou d'un proche parent ou d'un très grand maître qui les a recueillis pour ainsi dire. Ils ne sauront jamais assez l'avance que cela leur aura donné dans la vie, l'épargne d'angoisse et de détresse qui accablent ceux qui sont livrés, désemparés, sans conseil, sans guide, sans directives (ces directives qui économisent tant de temps et évitent tant de labeur inutile), dans une solitude qu'il faut à tout prix franchir pour apercevoir un sentier, une route, et quelque horizon !

Auvray parle ensuite de ses maîtres : Tillaux, Walther « exemples de probité et d'*honneur professionnel* » ; de Terrier qui l'adopta comme son élève, lui accorda une affection toute parternelle et en fit son collaborateur. Terrier qui joignait la perfection de technique opératoire à l'asepsie la plus scrupuleuse. Il vante ensuite les charmes et les bienfaits de l'enseignement, même pour le maître : « *car l'enseignement est, à un moment donné de la vie, une des manifestations les plus éminentes de la pensée et donne l'avantage de conserver le contact avec la jeunesse* ». A ce propos, en termes très judicieux et très exacts, il parle de l'interne qui est, pour son maître, dans le service « *le confident de tous les instants* ».

Il évoque aussi ses élèves disparus sur les champs de bataille de la grande guerre : Funck-Brentano, Hugon, Cédan « *ces belles intelligences unies à de si beaux caractères* ».

Il remercie le Directeur de l'hôpital, le personnel hospitalier, les infirmières qui ont « *un rôle si ingrat en même temps que primordial auprès des grands opérés et des grands infectés* ».

Il ne se plaint pas de la retraite qui a sonné pour lui : « *la limite d'âge est une excellente chose et il est juste que de nouveaux se distinguent et montent aussi à leur tour* ».

Il termine en faisant un retour sur sa vie : « *Si j'avais à recommencer, dit-il, je me souhaiterais le chemin que j'ai parcouru, car je n'ai qu'à me féliciter du passé et à rendre grâce aux maîtres et amis qui en ont assuré la réalisation* ».

Voilà une fête réconfortante ! Trente quatre ans après avoir connu Auvray, je tenais à assister à ce beau couronnement d'une belle existence scientifique et d'une vie pleine d'honneur, de droiture et de désintéressement. Rien n'est bon, quand on a parcouru une longue route obéissant à un idéal supérieur, de se sentir entouré d'estime, d'affection et de nombreux amis qui vous les marquent, appréciant à leur valeur les aptitudes, les qualités, les vertus avec lesquelles vous avez acquis la dignité d'une place : celle d'un homme bon et utile à son prochain, par l'intelligence, le talent, le travail et le cœur ; celle en un mot d'un homme complet et méritant ce beau nom.

Auvray a mérité tout cela et, puis-je ajouter, en un temps de scepticisme et d'agitation où les plus hautes vertus de dévouement se sont réfugiées surtout chez les médecins, qu'il a mérité de son pays, de notre France, qui pourra être fière, tant qu'elle aura de tels hommes pour lui faire honneur.

LA MANIFESTATION EN FAVEUR DE LA MÉDECINE COLONIALE AU GRAND AMPHITHÉATRE DE LA SORBONNE

Nous avons assisté à la grande manifestation en faveur de la médecine coloniale, organisée par notre distingué confrère, le Dr Crouzat, Directeur du *Jeune Médecin*.

Hâtons-nous de dire qu'un public très nombreux avait répondu à l'appel du Dr Crouzat, que le Grand amphithéâtre de la Sorbonne qui, on le sait, est immense, était rempli de l'hémicycle jusqu'aux derniers gradins de ses galeries, que l'organisation a été parfaite, que les discours, les films, les intermèdes artistiques ont dépassé notre attente et qu'en somme le but poursuivi de propagande a été largement dépassé. C'est un succès, un très grand succès et nous nous plaisons à en féliciter le Dr Crouzat. Qu'il nous soit permis cependant d'exprimer un regret, c'est d'avoir constaté l'absence sur l'estrade de personnages officiels de l'Université, ou de maîtres qui prennent une part active à l'enseignement de la médecine coloniale ; ils ne devraient certes pas se désintéresser de cérémonies de ce genre. Mais la manifestation ne leur était pas destinée, elle était préparée pour cette jeunesse ardente d'étudiants qui, par milliers se pressaient sur les bancs de la Sorbonne et applaudissaient à tout rompre.

M. le Doyen Balthazard présidait, entouré de M. Hardy, directeur de l'Ecole coloniale, de M. le médecin général des Troupes coloniales de réserve, Thiroux, représentant l'Institut colonial de la rue Volney, de M. le Dr Foveau de Courmelles, président de l'Association de la Presse scientifique, qui s'intéresse tout particulièrement à nos colonies et collabore à de nombreux organes de la Presse coloniale, d'un représentant du Ministère des Colonies, de MM. les Drs Crouzat et Jodin du *Jeune médecin*. Dans la salle, nous avons reconnu M. le Sénateur, Dr Even, M. le Député Lorgeré, M. le Dr Dartigues, président de l'Union médicale latine, etc., etc.

M. le Doyen Balthazard a lu une lettre de M. le Maréchal Lyautey, s'excusant de ne pouvoir assister à la réunion et félicitant chaudement ses organisateurs. Les fonctions accablantes qu'il assume à son âge comme commissaire général de l'Exposition coloniale, suffisent à légitimer son absence et la lettre du maréchal a été longuement acclamée. M. le Recteur Charléty était aussi excusé.

M. Hardy, directeur de l'Ecole coloniale, a prononcé un très beau discours sur *le Rôle du Médecin dans la Colonisation.* M. Hardy n'est pas médecin, mais en colonial qui a occupé des fonctions très importantes dans nos colonies, il a pu juger le rôle des médecins qu'il a vu à l'œuvre. Il a été merveilleux d'éloquence et a prononcé le plus brillant panégyrique qu'il soit possible d'imaginer du médecin de colonisation. Un médecin n'aurait pu, n'aurait osé s'exprimer en termes aussi élogieux. Et bien qu'ils aient pu paraître à certains excessifs, tout cela était dit avec une telle conviction, un tel accent de sincérité qu'on ne pouvait pas de temps à autre éviter d'acclamer et d'applaudir. L'Assistance médicale, la lutte contre les maladies, la prophylaxie, la protection de l'enfance telles qu'elles se pratiquent au Congo, au Cameroun, en Afrique occidentale, au Dahomey ont été tour à tour exposées. Le rôle du médecin colonial est si noble, si utile, sa tâche donne lieu à tant de satisfactions morales, lui assure un tel respect, une telle autorité, une telle reconnaissance que la médecine coloniale suffit pour séduire tout jeune homme qui n'est pas dépourvu d'idéal. Mais si le médecin dans la Colonie est certain de mener une vie très large, même avec des ressources modiques, il faut qu'on songe à son retour en France et à la nécessité d'assurer son avenir et celui de sa famille. C'est pour cela qu'en quelques mots, M. le Doyen Balthazard a abordé l'exposé de la situation matérielle du médecin aux colonies. Cette situation très insuffisante est en voie d'amélioration et sera avant peu égale à celle du médecin de l'Armée coloniale, ce que le Dr Crouzat réclamait dans le *Jeune Médecin.*

M. le Dr de Courtry, membre de la Commission de propagande pour l'Exposition coloniale, a projeté alors de très beaux films cinémato graphiques, montrant les richesses de la prochaine exposition coloniale de Vincennes qui doit s'ouvrir le 6 mai. Puis il nous a fait faire la connaissance de l'Afrique occidentale française, du Cameroun, de l'Afrique équatoriale française avec leurs végétations luxuriantes, leurs populations indigènes si intéressantes, si dociles quand le médecin en tournée vient, passant dans le village, leur donner des soins et des conseils.

Un film réellement impressionnant et qui a excité une admiration et un enthousiasme sans limites, est celui ayant trait à la Mission du Dr Jamot qui combat au Cameroun la maladie du sommeil. Les ravages causés par le trypanosome, inoculé par la mouche tsétsé, sont effrayants. La mortalité qui était de 75 % est tombée à 5 1/2 pour cent, grâce à la Mission Jamot. Nous avons vu les divers aspects de la trypanosomiase, les dormeurs, les choréiques, les paraplégiques, les parkinsoniens, les aliénés, les cachectiques. Nous avons assisté à la prospection du Dr Jamot et de sa mission, puis au traitement des malades. Nous nous sommes demandés s'il était vraiment juste de faire des réputations outrées en France à des gens qui, sans risques, en pantoufles, font une besogne médiocre sans résultats appréciables et se donnent auprès des hommes politiques, des administrations, du Corps médical, et, par une habile publicité, auprès de tous des airs de grands bienfaiteurs de l'humanité, quand des hommes comme le Dr Jamot, presque inconnus du Corps médical et certainement inconnus du public, courent les dangers les plus grands, mènent la vie la plus pénible pour soigner une population cruellement décimée, qu'ils parviennent à sauver grâce à leur énergie, à la méthode de leur intervention et à la confiance et l'autorité qu'ils inspirent.

Les distinctions les plus élevées, les fauteuils vacants de nos Académies devraient être attribués à des hommes comme le Dr Jamot et non aux autres.

L'orchestre du Cercle musical universitaire, dirigé par M. Robert Chabé, un quadrille créole, exécuté par quatre jeunes martiniquaises en costume de leur pays, les chansons spirituelles de M. Gaston Sécrétan, l'artiste si populaire de la Lune Rousse, ont servi d'intermèdes, très appréciés des auditeurs, à cette belle manifestation.

Félécitons-en encore une fois et très sincèrement M. le Dr Crouzat qui en a pris l'initiative et en a été le parfait organisateur.

J. NOIR.

LE CORBEAU ET LE RENARD

Je me souviens d'avoir, il y a cinq ou six ans, été stupéfié et, l'avouerai-je un peu heurté par une certaine phrase dans un article de notre vénéré rédacteur en chef le Dr Noir.

Elle disait, cette phrase (je cite de mémoire, et j'espère n'en pas dénaturer l'esprit) : « La Charité est un legs des anciens âges ; sa place est de moins en moins marquée parmi nous ; car nous vivons au siècle de la prévoyance et de l'assistance ».

Il n'est que d'y réfléchir un peu pour trouver l'audacieuse proposition pleine de réalités actuelles et, plus encore, d'avenir.

Sans doute n'est-il pas ici question de l'« esprit de Charité », facteur personnel tout imprégné d'hérédité, d'éducation, de sensibilité intime. Cet esprit de charité il se verra longtemps encore (du moins faut-il l'espérer) illuminer certains regards et cheminer mystérieusement de cœur à cœur comme un remède secret de guérisseur pitoyable. Et nulle évolution des mœurs, nulle frénésie de la vie, nul mécanisme américanisé n'en aura raison de sitôt.

Mais la Charité dont parlait le Dr Noir (c'est ainsi que je l'ai compris : qu'il veuille bien m'excuser si je trahis sa pensée), c'est la Charité organisée, mise en œuvre et matérialisée en institutions charitables dont les hôpitaux étaient les types. Des types qui nous viennent du profond des âges, d'un temps rude où le malheureux crevait dans la rue, sans feu ni lieu, pour défendre son agonie de la froidure. La Pitié avait beau jeu à s'exercer, et à susciter dans le cœur des bourgeois près de décéder, des donations ou des fondations au profit des gueux voués à vivre et mourir comme des chiens.

Il en fut ainsi jusqu'à il y a peu de temps, puisque la « Charité d'Etat », (si l'on peut risquer ce vocable insolite) date de 1893. C'est en 1893, en effet, que l'Etat s'aperçut pour la première fois qu'il y avait des malheureux et fit voter la première loi d'assistance. Depuis, sa sollicitude s'est éveillée et ses scrupules ont grandi. Après la loi sur les accidents du travail, puis sur les maladies professionnelles, après la loi du 31 mars 1919 sur les victimes de la guerre, voici la dernière venue, celle dont il vaut mieux ne rien dire.

Dans le même temps que l'Etat s'avisait ainsi de couvrir de son aile certaines détresses, l'initiative privée s'occupait aussi, afin de mieux se défendre contre la maladie, la mort, les catastrophes et les ruines, de les prévenir ; et elle fondait les compagnies d'assurances et la Mutualité, conviant ainsi à la prévoyance de braves gens qui, jusqu'alors, ne s'en souciaient guère.

L'idée a fait son chemin : qui n'est actuellement assuré contre l'incendie ? Quel automobiliste, avant même de prendre possession de sa voiture, ne s'inquiète de sa police d'assurances ? Combien de pères de famille enfin, pensant à leur femme et à leurs enfants que leur disparition laisserait dans l'embarras, signent un contrat d'assurance sur la vie ?

Est-ce à des médecins qu'il faudra refaire l'histoire de la Mutualité, cette sournoise vieille qui les implorait jadis, qui les menace aujourd'hui ?

La Charité n'a donc plus, en effet, grand'chose à faire parmi nous. Oui ! je sais ce que l'on m'objectera : tout est dans la manière ..... la façon de donner ..... Il est des détresses qu'un bon regard secourt mieux qu'un billet de dix francs. D'accord : mais veuillez remarquer que nous en sommes à « fignoler » les aumônes et à trier les malheureux. C'est reconnaître que le gros de la misère est secouru.

On peut dire qu'aujourd'hui, pour envisager le côté de la question qui nous est le plus proche, dans tout pays civilisé, un malade dépourvu de ressources peut compter sur la communauté pour être soigné.

Et me voici à pied d'œuvre, maintenant, pour demander aux médecins : pourquoi diable ! ladite communauté compte-t-elle à son tour sur vous pour la décharger de ce soin ? Pourquoi la communauté vous fait-elle dans ses budgets d'hôpitaux ou ses tarifs d'assistance une part si ridicule ? Pourquoi la communauté société de secours mutuels ne peut-elle parvenir à comprendre qu'un médecin se rétribue autrement que par un pourboire ?

La cause de tout cela ? Ne serait-elle pas dans une conception attardée de notre rôle, conception qui est encore trop souvent la nôtre et qui fausse les rapports entre ces communautés et nous ?

Il n'y a pas encore longtemps l'on parlait très gravement du « sacerdoce médical ». Il y avait un costume professionnel et j'ai ouï parler de médecins que nul n'avait jamais vus que couronnés d'un chapeau haut de forme et le col ceint d'une cravate blanche. Ils allaient, d'un pas digne, le visage sévère, l'œil plein d'une sévère méditation. Ces personnages affectaient de n'avoir aucune idée de ce que leurs contemporains dénommaient avec vulgarité « l'argent ». Ils usaient, eux, d'un délicieux euphémisme, qui est encore d'usage et fleure un parfum presque émouvant à force d'être suranné : les honoraires. Encore ne devait-on, pour être respectable, prononcer ce mot qu'au plus une fois l'an, car ces honoraires faisaient l'objet de « notes d'honoraires », même s'ils s'élevaient à cent sous.

J'ai ainsi connu un vieux médecin à demi-aveugle, qui usait ses dernières forces à envoyer

des notes d'honoraires pour des soins donnés vingt ou trente ans auparavant.

Les plus vieux de ses clients avaient, depuis longtemps, rejoint leurs ancêtres ; les plus jeunes étaient maintenant pourvus de famille et niaient qu'ils eussent jamais été malades : ce fut un beau tollé dans le village. Le pauvre praticien ne recueillit pas un sol et, peu après, mourut dans le dénuement, pleuré et regretté de ceux-là même qui l'avaient laissé mourir. Il n'y avait pas d'exemple qu'un médecin (je parle de la plus modeste et la plus nombreuse catégorie) eût pu, la soixantaine franchie, se retirer décemment et vivre de ses économies amassées. Non ! il devait, c'était admis de tous, aller tant que ses jambes voulaient bien le porter et s'effondrer un jour avec discrétion entre les brancards, comme un vieux cheval de fiacre.

Ah ! certes, le sacerdoce médical avait belle allure, mais un grand tort aussi : il ne nourrissait pas son homme. Car si l'on dit que le prêtre vit de l'autel, il conviendrait équitablement d'indiquer qu'il en vit d'ordinaire assez mal.

Voulons-nous de cette prêtrise, mes frères, mes confrères, veux-je dire ?

Je n'ignore pas que certains, férus d'un idéalisme de vieille souche, se flattent de la maintenir contre vents et marées. Fort bien ! il serait malséant d'en dissuader ces apôtres attardés en un « siècle impie », sans doute pour « préparer des jours meilleurs ». — Mais je ne crois pas téméraire d'affirmer que, parmi les médecins contemporains, bon nombre entendraient les préparer d'autre manière.

Moraliser les foules, prêcher la bonne parole est, certes, un grand souci ; mais vivre de son travail et faire vivre les siens en est un autre et non moins noble, à mon sens. Il me semble que ce ne serait pas faire figure de marchands du temple que consentir à entrer enfin dans l'évolution qui entraîne la société. Et puisque celle-ci se soucie, très sagement d'assistance et de prévoyance, soucions-nous en de même, et, pour commencer n'admettons plus que l'on nous oppose un devoir de charité là où il n'y a place que pour un service public.

Gardons jalousement la liberté de faire à qui nous en semble digne et au moment que nous jugeons opportun la charité que notre cœur nous dictera : ce ne seront certes pas les occasions qui nous manqueront ! Nous avons l'amer privilège d'être les témoins de bien des malheurs et le confident de bien des souffrances. Toutes les organisations d'Etat ne pourront jamais nous disputer l'honneur de tendre, à la minute décisive, une main aux orphelins en détresse, de retenir des parents déchirés sur la pente du désespoir, d'apporter la lumière au chevet du moribond, et le billet nécessaire au foyer de la veuve.

Mais tout cela, c'est notre affaire ; c'est l'envers du décor, le tragique et pitoyable envers de notre profession, et, peut-être, par quoi nous lui sommes le plus attachés.

Ne confondons pas cela, je vous prie, Messieurs les parlementaires, Messieurs les conseillers généraux et municipaux, Messieurs les dirigeants des Sociétés de Secours mutuels, avec la charge qui vous revient à vous.

A vous ni aux collectivités que vous représentez nous n'avons vraiment pas de grâce à faire. C'est une mauvaise habitude que vous avez prise, quand il s'agit de faire des économies, de vous tourner vers nous et de nous inviter aux sacrifices. Comme il nous serait aisé, Messieurs les conseillers, de vous renvoyer la balle si, tout à coup, nous nous avisions de certaines choses...

Oh certes ! c'est toujours par un discours pathétique que vous préludez à l'opération (ou, du moins, vous préludiez ; car, lors des dernières controverses, le conseil général de la Seine a pris un autre ton). Mais foin des discours pathétiques ! nous en avons trop entendu : ils ne nous tirent plus un soupir. Et puis aussi gardez vos compliments : nous savons toutes les variations du répertoire des assemblées politiques sur le dévouement du Corps médical, son altruisme, son esprit de sacrifice. Assez ! assez ! ! nous avons, en vous écoutant, assez ouvert de larges becs et laissé choir assez de fromages.

Plaise donc, dorénavant, à vos orateurs nous traiter en simples citoyens : nous n'aspirons pas à être autre chose. D'abord quand vous couvrez de fleurs le Corps médical et le portez aux nues, c'est, implicitement, proclamer que les autres professions sont peuplées de gens de seconde qualité, et ce n'est guère aimable pour eux. Et puis notre ancêtre nous a appris à repousser les présents d'Artaxerxès : il savait déjà que ces cadeaux là se paient finalement fort cher. Nous avons eu tort d'oublier un moment sa leçon ; mais voici qu'elle nous revient en mémoire.

Laissez-nous donc être charitables à notre gré et sur notre propre initiative. Comme j'ai eu l'honneur de vous l'expliquer, la misère et nous, sommes de vieilles connaissances et d'assez bons voisins.

Mais quand c'est à vous de l'être, au moment où vos votes pourvoient aux charges des services d'assistance, apprenez à faire mieux que vous n'avez fait jusqu'à présent ; et ne chicanez pas si petitement leur légitime rétribution aux médecins. Avez-vous réfléchi que ce n'est pas montrer aux indigents, Messieurs les officiels, ou à vos sociétaires, Messieurs les mutualistes, beaucoup d'intérêt pour leur peau que payer ceux qui la soignent en monnaie de singe ?

G. LAVALLÉE.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXXXI. — COLETTE. **Œuvres.** — Douze dialogues de Bêtes *et* une préface de Francis Jammes. Un vol. 14 × 21 tiré à 594 ex. numérotés sur vergé pur fil Lafuma. Ed. Mercure de France. Paris, 1930. 25 francs.

Toby-chien débonnaire et Kiki-la-Doucette, hautain, distant, faux comme un traître de mélodrame qui aurait de l'esprit, tels sont (vous vous souvenez) les grands personnages du livre. Leur conversation, sous son manteau de bons mots, reflète avec une narquoise précision les pensées parallèles qu'auraient les «*deux pattes* » en face d'évènements semblables à ceux qui jugent et discutent avec un délicieux bon sens les deux bêtes. Mais qu'il faut les aimer pour avoir transcrit avec ce cœur et cette compréhension une traduction vraisemblable de leurs sentiments, pour avoir suivi avec cette exactitude le dédale de leurs pensées cachées sous la mimique expressive de leur intelligence, et les faire parler avec une sûreté si divertissante qu'ils semblent répéter des confidences humaines de pipelette ou de poète, de philosophe ou d'ami perfide, et souffrir eux aussi de tous les émois de nos vies. Et il faut que Colette se soit bien souvent penchée vers eux pour si bien comprendre leur difficile langage. La préface de Francis Jammes écrite au temps des « *bottines* » pour Madame « *Willy* » a un touchant petit air vieillot en tête des dialogues qui ont gardé une insolente jeunesse. L'édition est imprimée avec clarté ; le texte bien aéré sinue comme un sentier bordés de fleurs et de chansons dans une prairie sauvage d'herbes folles...

CCLXXXII. — Jules VALLÈS. **Les Réfractaires.** — Un vol. 15 × 20 tiré à 665 ex. numérotés sur Rives. Lettrines, Culs-de-lampe et bois gravés par Henry Barthélémy. Tirage en deux couleurs. Editions Mornay. Paris, 1930.

Les éditions Mornay qui publièrent en 1920 l'*Enfant*, en 1921 le *Bachelier*, et en 1923 l'*Insurgé* donnent la quatrième des œuvres principales de Vallès. Les *Réfractaires*, ce sont les bohêmes de la bohême royale de l'esprit, hôtes ingénus des soupentes, des ponts, saltimbanque, bachelier qui sait Pindare par cœur, clochard poète, ventres concaves qui se chauffent aux vapeurs chaudes des soupiraux de cuisines, qui « *déjeunent d'une joie et dînent d'une tristesse* » ; ceux qui meurent sans famille à l'hôpital et vont dormir dans la fosse commune, tombe « sans fleurs et sans prières ». Vallès les aimait comme des frères d'infortune et c'est ce qui donne à son livre cet accent de poignante sincérité. Ils ne se prévalent pas de leur indigence matérielle ; ils ignorent la génuflexion, la courbette, le lèche-bottes et le baise-main. Leurs aventures, qui n'ont de romanes que queleur douloureuse invraisemblance, ne pouvaient trouver narrateur plus sincère que Vallès. Le ton âpre, le souffle de sa phrase brûlant d'une ardeur d'émeute ou de révolte, son cours limpide comme un torrent grondant s'accomodent parfaitement de la peinture de ces gueux. Vallès a connu comme eux les tenailles de la faim, il a vécu comme eux (1) la lutte quotidienne avec la misère qui ne veut pas plier les genoux, auréolé d'une fierté qui laisse rarement percer les accents du découragement aigres comme une bise froide. Sa violence de polémiste, son style tranchant lui fournissent un admirable moyen d'expression et le livre tout entier s'illumine à « la lueur de ses colères ». Il y a place pourtant dans les coins d'ombre pour une pitié bien humaine, pour toute la mansuétude fondamentale de l'écrivain qui s'attendrit volontiers sur le sort pitoyable des malheureux, rêveurs de la descendance d'Icare, et d'un Icare qui voudrait après le broiement de chaque chute tenter encore l'ascension du ciel. Il y a place aussi pour le rire sarcastique, la gaieté funèbre du pamphlétaire dont l'éclat nous glace. Illustrer avec des bois une œuvre de cette puissance pouvait sembler une gageure : la xylographie avec l'empâtement coutumier de son trait, la raideur la gaucherie des grosses lignes délimitant trop souvent des attitudes fausses et conventionnelles ne paraissait pas très indiquée. Le cuivre plus docilement soumis aux oppositions de teintes, au luxe facile des détails n'a pas cependant retenu les préférences de l'illustrateur. Et Barthélémy s'est magistralement tiré de ce paradoxe graphique. Ses bois sont gravés d'un trait sans hésitation, ferme, bien fouillé sans cette lourdeur fréquente, qui amalgame ailleurs les plans ramenés à l'unité. Chez Barthélemy on peut noter un sens très avisé des perspectives, du groupement des personnages et surtout une déconcertante vérité dans la souplesse et le naturel des gestes ou des attitudes. Le jeu des clair-obscur est manié avec une science discrète qui est bien près de la virtuosité, avec une exclusion sévère de ces effets faciles où excellent les barbouilleurs égarés dans l'illustration des livres pour jobards nouveaux riches. Quelle sincérité par exemple dans les grandes lignes de ce vagabond endormi, la tête rentrée dans ses épaules (page

(1) « Exilés sur le sol au milieu des huées,
Laissant piteusement leurs grandes ailes blanches
Traîner........ »

117), le col du pardessus joignant les bords du chapeau minable ; recroquevillé contre le froid entre quelques poutres assemblées avec une hostile sévérité. Quel équilibre hardi dans la légèreté du jongleur de la page 260 devant son public en extase recueillie, près des faux poids et de la roulotte ... Il n'y a qu'un malheur : c'est que ces éditions-là s'épuisent avec une rapidité telle que le jour où on décide de les garder par devers soi, on se heurte trop tard aux regrets très vifs mais très sincères du libraire.

CCLXXXIII. — **Classiques Plon.** Volumes 13 × 20 sur Alfa. Illustrés d'une gravure en frontispice. Broché 16 fr. Relié toile 22 fr. Relié dos cuir, fers spéciaux 40 fr. le volume. Editions Plon. Paris. 1930.

Imprimés avec soin, avec des caractères neufs les classiques Plon constituent une bonne édition textes sûrs, références exactes sans fatras inutile. Parus à ce jour trois volumes du Théâtre de Racine, six volumes de Molière, deux des Fables de La Fontaine. Paraîtront ensuite, probablement sans décalage important les confessions de Rousseau, les Essais, les Caractères.

CCLXXXIV. — Maurice LAPORTE. **Sous le casque d'acier.** Un vol. 12 × 19. Editions de la Revue française, Paris 1931. 15 francs.

La préface est de Constantin Weyer, un des lauréats du Prix Goncourt à qui la couronne alla comme sur mesure (1). C'est presque une garantie du reportage que Laporte consacre aux frénétiques légions d'Hitler. Les conclusions ne sont pas roses et envisagent une « catastrophe prochaine » Veuille le bon vieux Dieu germain que nous ne courions pas à une nouvelle victoire ! Pour Laporte l'Allemagne a indiscutablement la fièvre Son rapport a de la vigueur et de la netteté

« *Les faits observés* », dit-il, « *sont assez sérieux, graves même ; ils engagent trop ma responsabilité pour que j'aie tenté de les corser un tant soit peu. Je demande pardon au lecteur d'avoir dû montrer, sans les précautions d'usage ce qu'une nation qui se prépare moralement et matériellement à la guerre est capable, etc....* ».

La collusion russo-allemande ne semble pas être un vain mot. On comprend la tristesse du reporter reprenant en gare de Berlin le train pour la France. La colombe que Monsieur Briand tira de son gibus de prestidigitateur à Locarno, branche d'olivier au bec, serait aux dernières nouvelles, bien malade.

CCLXXXV. — G. B. MEANS. **La mort étrange du Président Harding.** Un vol. 12 × 19. Collection Choses vues. Ed. Plon. Paris 1931.

La politique est une sale invention qui vaut entre temps aux chroniqueurs littéraires les plus inoffensifs des ruades aussi capricieuses qu'inélégantes ! Elle est capable de plus graves méfaits : le président Harding avait ses faiblesses et elles nous sont contées sous prétexte qu'il fut président avec un luxe de détails très américain ; détails qui ne sont pas épargnés davantage quand il s'agit de montrer la complexité des intrigues gouvernementales, ayant préparé son élection et causé indirectement son assassinat.

La vertueuse Amérique voit fleurir, s'il faut en croire Monsieur Means, le meurtre politique *organisé*, les scandales auprès desquels l'affaire Oustricoparlementaire est de la petite bière (1). Et Madame Harding domine le livre comme une inquiétante Euménide conjugale. Je n'ai jamais lu, autrefois, de roman policier aussi effarant et il paraît que celui-ci est tristement exact.

CCLXXXVI. — Han Ryner. **Prenez-moi tous.** — Un vol. 12 × 19. Ed. du Tambourin. Paris 1931.

Le fougueux écrivain a traité avec sa vivacité coutumière sous le couvert du roman le problème de l'éthique sentimentale future. Ce sont là graves questions avec lesquelles je suis obligé d'avouer que je suis peu familiarisé. En vérité cette « fraternité d'amour » me semble devoir être d'une redoutable complexité à l'usage et cet « amour plural » (comme le vote !) générateur d'inquiétantes discordes. Mais je répète que je n'ai qualité ni envie pour discuter la thèse soutenue par le dénommé Orphée, personnage central du roman, qui a une morale très spéciale encore qu'ordonnée en statuts rigoureux. Je souhaite en toute humilité qu'il n'ait pas égaré la précieuse lyre de son ancêtre qui pourrait à l'occasion lui être de première nécessité.

CCLXXXVII. — Pierre MAC ORLAN. **Le Printemps.** — Un vol. 12 × 19 orné de photogravures hors texte. Ed. Nouvelle Revue Française. Paris 1931.

J'ai ouvert le livre pensant que Mac Orlan avait un attendrissement saisonnier de circonstance. Poésie fervente des premiers bourgeons, des violettes et des lilas ... Las ! c'était le patronyme d'un grand magasin et j'ai changé l'épaule de mon fusil ... Mais dès les premières pages ma grimace s'est détendue. Je retrouvais le fil : ce « *fantastique social* » auquel Mac Orlan semble fidèle puisque je vous signalais sa présence la semaine dernière dans la préface que le même auteur accrochait à l'album d'Atget et puisqu'il nous annonce sous ce même titre prometteur un Essai en cours de gestation. Sous ce

(1) On a vu depuis des couronnements moins heureux sur des chefs trop petits ! !

(1) Je vous raconterai la prodigieuse équipée du bandit millionnaire M. CAPONE.

pavillon et avec un guide aussi original j'ai suivi sa promenade et j'en reviens amusé, réconcilié avec cette énorme machine intermédiaire entre le miroir aux alouettes grand modèle et le caravansérail. On n'y couche pas encore, mais on y mange et hors cette restriction provisoire, on y trouve de quoi satisfaire nombre respectable d'occupations, ou de besoins sociaux. L'originalité de Mac Orlan a été d'évincer de son récit le « prosaïsme » (1) commercial de cette organisme techniquement remarquable, et son talent a su dégager de cette activité aux prodigieux entrecroisements l'esquisse d'une personnalité synthétique, d'une philosophie (le mot est bien gros *avant* qu'on n'ait lu le livre) du Commerce et de la Publicité. Carrefour symbolique où affluent productions hétéroclites et consommateurs happés par un courant tel apparaît sous le travestissement poétique des mots le grand magasin. Mac Orlan ne limite pas son étude à ces subtiles généralités, au portrait matériel et psychique des clients, aux considérations commerciales, tous chapitres empreints de cordial humour et de riches remarques. Il examine aussi les rouages du monstre : le toboggan, la caisse, les réserves qu'il compare (repris par ses images familières) aux docks et termine avec un sérieux imperturbable par quelques anticipations sur le pouvoir et les attributions tentaculaires du grand magasin considérablement perfectionné que verront, à l'échelle *building*, quand la barbe leur sera venue les bambins que Mac Orlan a rencontrés au salon de coiffure pour enfants, juchés sur des chevaux de bois, qui seront eux aussi certainement bientôt anachroniques.

Varia. — * Les Ecrivains bibliophiles rééditent le « *Petit Ami* » de Paul Léautaud, paru en originale en 1903, et introuvable actuellemen, en librairie. On souscrit au siège de l'Association 19 rue de Navarin 9e.

* Les Editions du Bois Sacrés sortent un Barrès de grand luxe avec burins de Decaris.

* Le **Crapouillot**, retour d'Amérique et d'Allemagne consacre son numéro de mars au « voyage à Paris ». Et le Crapouillot qui ne s'« épate » pas facilement semble avoir été sidéré par l'habileté manuelle du chirurgien auquel il a vu faire une gastrectomie. Tous les chapitres sont bien venus, qu'il s'agisse de celui où parle Paul Morand ; de Paris-Finance ; de Paris-Cinéma ; de Paris-Lettres où Grasset a la dent dure pour la corporation, où Léautaud émet des aphorismes sans indulgence sur quelques écrivains contemporains ; de Paris-Commerce ; de Paris qui mange..., etc. ... La bonne humeur rosse des articles s'harmonise à la perfection du rapprochement de nombreuses photographies et sur près de cent pages grand format c'est un joyeux jeu de massacre Il n'y a que les têtes de Turc ou pas Turc qui « risquent » de ne pas rire !

* Dans le **Mercure** du 15 mars, John Charpentier continue la présentation de ses « Figures » littéraires. André Thérive se trouvera-t-il à l'aise sur la sellette ?

* L'**Archer** de mars (sans calembour, s. v. p.) publie en tête de sa livraison un bel article du Dr Fiessinger sur les « Difficultés du Pronostic ». Campagnou, discrètement effacé, continue à mener vigoureusement la revue où paraît un inédit de Carco. Les flèches pleuvent, mais à Toulouse on est « bon garçon » ! Il n'y a guère que Campagnou qui affute la pointe des siennes.

15 mars 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

l'Athénée

Pierre ou Jack.

Comédie en 3 actes et un prologue de Monsieur Francis DE CROISSET.

Je n'ai jamais constaté dans une salle de spectacle autant d'appréciations favorables et un tel concert de louanges ! La faveur qui salue chaque soir l'œuvre charmante et à la fois profonde de M. Francis de Croisset est unanime.

C'est que l'auteur de la « Passerelle », qui connaît admirablement le public si difficile d'aujourd'hui, a su renouveler les moyens propres à lui plaire. Pièce d'actualité d'abord pour la localisation des personnages dans l'espace, le temps, la situation sociale (nous sommes transportés successivement dans une usine d'automobiles, dans une salle d'émissions de radio et enfin dans un studio de cinéma). Pièce où les passions s'affrontent librement et sans contraintes et où l'affection tendre et sentimentale s'oppose à la puissance d'utilisation de la femme dans un but d'intérêt (Pierre est l'amoureux naïf et crédule tantôt triomphant, tantôt incompris, Jack, le sexuel au cœur blasé et froid, arriviste, utilitaire et débrouillard). De plus, pièce réelle sans les excès du réalisme, vivante, franche et jeune qui possède un art scénique infiniment sûr

(1) Si Lancelot lisait le *Concours* ce qui lui reste de cheveux se hérisserait sur ce néologisme !

et enfin, et c'est là la plus parfaite originalité du maître, pièce où Francis de Croisset paraît avoir compris le degré d'émotivité qu'exige actuellement la bourgeoisie intellectuelle et de qualité à laquelle il s'adresse : elle veut bien compatir à l'exposé et au développement des tristesses, des péripéties, des complications sentimentales qu'on lui présente, mais au ralenti et sans trop en souffrir de même qu'elle exige de son médecin ou de son dentiste un traitement ou une intervention sans douleur ; c'est pourquoi nous trouvons dans « Pierre et Jack » et développées au mieux, les parfaites qualités d'anesthésiste du grand auteur dont le théâtre fut le plus souvent jusqu'ici, un merveilleux monument de psychologie optimiste et réjouissante.

Le prologue est une scène prise sur le vif et tout à fait charmante : nous sommes dans la chambre de Pierre Verdier, ancien élève de centrale et candidat malheureux au diplôme d'ingénieur ; il a rencontré à la foire de son quartier Jeanne et Fernande, deux amies, employées à l'usine d'automobiles « Fauvette », il les invite à dîner dans son modeste home. Fernande a un chagrin d'amour : son amant Jack est parti en Amérique pour faire du cinéma et la laisse sans nouvelles, elle est jolie, ambitieuse et romanesque et c'est naturellement d'elle que s'éprend Pierre, garçon gentil, simple et tendre. Jeanne, sentimentale, veut être aimée par un homme de son choix qu'elle n'a pas encore trouvé, elle laisse Pierre et Fernande seuls ; et pendant que Fernande raconte à Pierre son amour malheureux pour Jack, celui-ci la console, la prend dans ses bras et elle se laisse faire.

Au premier acte nous sommes à l'usine d'aumobiles Fauvette, Pierre y est entré grâce à Fernande et à Jeanne pour présenter son invention sur les tracteurs automobiles, il est sur le point d'épouser Fernande dont il est amoureux fou mais celle-ci avoue à Jeanne que cet avenir avec Pierre l'épouvante, d'autant plus que Jack est rentré d'Hollyvood et qu'il lui a proposé de repartir en Amérique avec lui. Fernande n'est pas méchante, elle est ennuyée à l'idée de faire de la peine à Pierre, mais elle a toujours rêvé de faire du cinéma et elle se sent l'étoffe d'une star. Jeanne attristée à la pensée du chagrin qui menace Pierre qu'elle aime déjà sans bien s'en rendre compte, essaye de moraliser Fernande mais celle-ci, au moment où Pierre apprend que son invention a été rejetée par la direction de l'usine, s'enfuit avec Jack ; s'il ne lui a pas promis l'amour, Jack du moins saura peut-être lui donner la célébrité et la fortune.

Au deuxième acte, nous nous trouvons à l'Omnia-Diffuseur dans la salle de radio ; un speaker parle devant le micro et annonce aux sans-filistes les nouvelles du jour ainsi que les réclames. Ce speaker est Pierre Verdier qui après une longue maladie causée par le départ de Fernande, a trouvé cet emploi. Jeanne vient souvent le voir pour le consoler et par sa tendresse discrète tâche de lui faire oublier l'infidèle. Hélas ! Fernande et Jack sont rentrés en France en pleine gloire et ont été invités à dire quelques mots à la radio où Pierre est employé. Pierre en revoyant Fernande perd la tête et les reproches amers alternent avec les communications du speaker. Scène originale et divertissante qui adoucit vis-à-vis du public la douloureuse impression de la souffrance morale du pauvre employé. Jeanne qui désespère de le guérir, se met de la partie contre lui et le pauvre garçon prenant les sans-filistes à témoin de ses déconvenues, leur crie sa détresse et se fait chasser de son poste.

Au dernier acte, admirablement mené, nous assistons aux coulisses du cinéma, le directeur du studio est Malivaux un bon garçon débrouillard ancien ami de Pierre. Ce dernier depuis son triste départ de l'Omnia-Diffuseur gagne sa vie au hasard sans jamais avoir osé revoir Jeanne. Malivaux l'a engagé comme opérateur ; malheureusement la scène à tourner se passe à l'usine Fauvette où il était jadis employé, le sujet du film est son histoire à lui, jouée par Fernande et Jack, mais quand la Star l'aperçoit à la manivelle, elle est troublée et enchaîne difficilement. Pierre s'amuse à augmenter le désarroi dans lequel il plonge le couple glorieux et Jeanne avertie par hasard de l'emploi de Pierre chez Malivaux (après l'avoir beaucoup cherché pour lui annoncer que son invention première est achetée par un Américain) arrive à point pour recueillir une succession qu'elle a toujours enviée. Un rideau divisant la cour de l'usine d'automobiles en deux parties, symbolise très heureusement la séparation des deux vies qui se sont heurtées ou confondues, et qui sont si différentes et les derniers mots que l'on perçoit sont successivement dits par Fernande et Jeanne, l'une « Mon Jack », l'autre « Mon Pierre », la première évoquant la vie factice et superficielle de l'Illusion, l'autre l'existence honnête et sincère et un bonheur difficilement conquis.

Il fallait une grande artiste comme Madame Jane Renouardt pour composer avec succès, le personnage de Fernande simple ouvrière superficielle et ambitieuse supportant mal sa résignation au 1er acte et au 2e acte, vedette de l'écran orgueilleuse et coquette, caressant cependant quelquefois le souvenir de ses origines. Madame Blanche Montel ne pouvait donner de Jeanne une présentation plus parfaite, petit Française impatiente, mais optimiste dans le but à atteindre, fine et souriante, lisant avec infiniment de perspicacité dans l'âme tourmentée de Pierre.

Monsieur Fernand Gravey, jeune comédien en plein épanouissement a fidèlement servi la pensée

du maître dans sa composition de Pierre Verdier, tendre et bon, égoïste dans son amour, arriviste à faux et au demeurant d'une parfaite insouciance pour sa vie matérielle, incapable dans sa droiture et son inexpérience de la femme de lire dans son cœur ses ardeurs et ses tourments.

Monsieur Marconi a caricaturé Jack avec le souci le plus parfait de la réalité, jeune premier de cinéma, au cœur vide, suffisant et fat dont la compagne est le parfait instrument de publicité et de rendement. J'aurais mauvaise grâce d'oublier M. Pierre, Etcheparre si naturel dans le rôle de Malivaux qu'il éclaire d'un large sourire de bon garçon malicieux apte à toutes les situations.

Monsieur Lucien Rozenberg a mis en scène Pierre et Jack; cette simple phrase me dispense d'appréciations qui seraient insuffisamment élogieuses.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire d'anatomie pathologique.** (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement.* — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Roger LEROUX, agrégé, chef des travaux, et F. BUSSER, assistant.

Ce cours commencera le lundi 20 avril 1931, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprend : 1° huit séances de démonstrations d'autopsie, qui comporteront la présence et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 heures à 12 h. 1/2 à l'Institut du cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Généralités sur la technique histo-pathologique (fixation, inclusions, coupes, coloration). — 2° Les prélèvements : biopsie, autopsie, pièces chirurgicales. — 3° Généralités sur les processus inflammatoires. Inflammations aiguë, subaiguë, chronique, spécifique. — 4° Généralités sur les processus néoplasiques. Tumeurs bénignes, malignes ; cancers épithéliaux, conjonctifs, spéciaux. — 5° Région bucco-pharyngée : ulcérations et tumeurs de la langue, des lèvres, des amygdales. — 6° Réactions inflammatoires et tumeurs des gencives et des maxillaires. — 7° Tube digestif : ulcère et cancer de l'estomac. Diagnostic des ulcérations intestinales. — 8° Appendicites. Tumeurs de la région iléo-cæcale. Ulcérations et tumeurs du rectum. — 9° Inflammation et tumeurs des glandes acineuses. Glandes salivaires et pancréas. — 10° Organes génitaux de l'homme. Tuberculose et syphilis du testicule, tumeurs. Inflammation et tumeurs de la prostate. — 11° Col de l'utérus. Métrite, ulcérations, tumeurs, biopsies et pièces opératoires. — 12° Corps de l'utérus. Diagnostic des produits de curettage. Cancer, môle hydatiforme, chorio-épithéliome. — 13° Trompe et ovaire. Salpingites, épithélioma tubaire, grossesse extra-utérine. Tumeurs germinatives, wolfiennes et mixtes de l'ovaire. — 14° Glande mammaire. Tumeurs bénignes et malignes. Examen extemporané. — 15° Peau. Lésions du derme et de l'épiderme. Tumeurs nævoïques. — 16° Appareil urinaire. Affections chirurgicales du rein. Tumeurs de la vessie. — 17° Système lympho-poïétique. Inflammation ganglionnaire, tumeurs, lymphogranulomatose. — 18° Système osseux. Ostéites chroniques. Tumeurs. — 19° Tumeurs du système nerveux central et périphérique. — 20° Revision générale. Discussions diagnostiques.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Le droit à verser est de 300 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Ecole de malariologie** (Fondée sur l'initiative du Comité d'hygiène de la Société des Nations.) — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du lundi 1er juin au jeudi 9 juillet 1931, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

PROGRAMME. — Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier A, troisième étage, sous la direction de M. le Professeur BRUMPT. Les leçons théoriques seront données soit le matin de 9 heures à 10 heures, soit l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de trois heures, dirigée par MM. les Docteurs GALLIARD et F. COUTELEN.

I. *Hématologie.* — Trois leçons par le Docteur F. COUTELEN. — Hématies de l'homme et des vertébrés. — Numération. — Hémoglobine. — Hématies pathologiques. — Physiologie pathologique des hématies. — Leucocytes normaux et pathologiques. — Formule leucocytaire. — Rôle des organes hématopoïétiques. — Hématoblastes. — Sérologie. — Détermination spécifique des sangs ingérés par les moustiques.

II. *Entomologie.* — Huit leçons par le Docteur H. GALLIARD. — Morphologie et classification des insectes.

— Les moustiques. — Procédés de capture, de conservation et d'étude. — Classification des moustiques. — Anophèles européens, africains, asiatiques, océaniens et américains. — Biologie des moustiques. — Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. — Les culicinès, biologie et rôle pathogène. — Les anophélinès, biologie et rôle pathogène.

III. *Protozoologie* (sporozoaires et parasites du sang). — Trois leçons par le Professeur Brumpt. — Cycle évolutif des sporozoaires. — Hémosporidies de l'homme et des animaux. — Piroplasmidés. — Hémogrégarines. — Toxoplasmes. — Flagellés sanguicoles. — Microfilaires.

IV. *Parasites du paludisme.* — Quatre leçons par le Professeur Brumpt. — Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. — Paludisme expérimental. — Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des trois *Plasmodium* humains : *P. vivax*, P. *malariæ*, *P. falciparum*.

V. — *Etude clinique et épidémiologique du paludisme.* — Quatre leçons par le Professeur Brumpt. — Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes. — Epidémiologie. — Indice endémique. — Symptomatologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Méthodes de diagnostic. — Thérapeutique.

VI. *Prophylaxie.* — Huit leçons par le Professeur Brumpt. — Facteurs de l'endémie. — Prophylaxie individuelle. — Quininisation. — Protection mécanique. — Prophylaxie générale. — Stérilisation du réservoir de virus. — Destruction des anophèles. — Théorie du rideau protecteur. — Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. — Choix des méthodes prophylactiques. — Rôle de l'Etat. — Propagande. — Personnel. — Contrôle. — Résultats acquis.

VII. — *Assainissement et drainage.* — Deux leçons par M. Préaud, inspecteur général du génie rural. — Assainissement agricole.

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Les candidats proposés par les administrations sanitaires de leurs pays respectifs devront adresser une demande à la Section d'hygiène de la Société des nations, à Genève.

Un nombre limité de bourses sera accordé par l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, sur demande présentée au directeur médical de la Société des Nations par les administrations intéressées.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : Epreuve pratique d'hématologie ; épreuve pratique de protozoologie ; épreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : Epreuve théorique de protozoologie ; épreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme ; épreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 60 francs ; droit de bibliothèque, 40 francs ; trois séries de droits de laboratoire à 300 francs, 900 francs ; total 1.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (MM. les docteurs en médecine sont priés de se munir de leur diplôme ou d'un acte officiel en tenant lieu).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hospice de la Salpêtrière.** — *Neurologie. Affections chroniques des os et des endocrines.* — M. Crouzon fera, au pavillon du Perron, avec le concours de M. Christophe, assistant du service, le samedi 2 mai 1931 et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques. En outre : les mardis, à 11 heures, au pavillon du Perron : Consultation psychiatrique avec M. Vurpas ; les mercredis à 10 heures, consultation à la porte de l'hospice : Examen des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au pavillon du Perron : Examen des anciens malades externes.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Technique chirurgicale.* — Des conférences de technique chirurgicale seront faites en avril et mai à 16 heures.

Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme. — Chirurgie des côlons (2 leçons), par M. le Prof. Pierre Duval, les lundi 30 et vendredi 24 avril. Les colectomies. — Chirurgie des voies urinaires, par M. Marion, mardi 21 avril. Réparations de l'urèthre. — Chirurgie du système nerveux (4 leçons) par M. Robineau, les mercredi 22, lundi 27, mercredi 29, avril et vendredi 1er mai.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 2 juin 1931, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du mardi 5 mai au samedi 16 mai 1931 inclusivement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Etretat, de M. le Dr Paul FIDELIN dans sa 83e année. Il fut conseiller général du canton de Criquetot-l'Esneval pendant 36 ans.

Le Dr Paul Fidelin avait succédé à son père comme médecin à Etretat. Ses deux fils sont nos confrères : les Docteurs Robert et Charles Fidelin. D'une activité très grande jusqu'à la veille de sa mort, le Dr Fidelin avait rempli pendant la guerre les fonctions de médecin en chef de l'hôpital auxiliaire d'Etretat.

— **Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale.** — L'Institut organise, chaque année, des conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et services, les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie, ou l'étude des problèmes qui sont à la base des recherches.

Les conférences ont lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Magnan (hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis (métro Glacière).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), le matin de 10 à 12 heures.

Avril. — Mardi 28 : M. J. ROUBINOVITCH : Les enfants paranoiaques.

Mai. — Mardi 5, M. S. SERIN : Les suicides d'enfants. — Vendredi 8, M. J.-M. LAHY : Le rapport de l'intelligence mesurée par les tests avec les classes sociales. — Mardi 12, M. MINKOWSKI : La schizophrénie. — Vendredi 15, M. R. TARGOWLA : Du traitement en psychiatrie. — Mardi 19, Mlle D. WEINBERG : Profils psychologiques des malades mentaux. — Vendredi 22, M. R. MALLET : Obsessions et délires cénesthésiques. — Vendredi 29, M. C. LEVADITI : Les ultra-virus provocateurs des ectodermoses neurotropes.

Juin. — Mardi 2, M. A. HESNARD : Homosexualité et glandes endocrines. — Vendredi5, M. ROGUES DE FURSAC : Facteurs pathologiques de l'étiologie de la criminalité. — Mardi 9, M. MISSET : Aspect physique du déprimé constitutionnel. — Vendredi 12, M. TINEL : Les réflexes conditionnels dans les psychoses et les névroses. — Mardi 16, Mme SOKOLNICKA : Le dynamisme affectif des névroses et la psychanalyse. — Vendredi 19, M. P. SCHIFF : Les mécanismes de la catharsis. — Mardi 23, M. HEUYER : Les troubles de la sociabilité dans les maladies mentales. — Vendredi 26, M. Raoul-M. MAY : Répercussions de la transplantation nerveuse chez le porte-greffe. — Vendredi 30, M. Gilbert MAIRE : Le dynamisme mental dans la psychiatrie contemporaine (auto-conduction, schizophrénie, unité psychique).

— **Congrès de la lithiase urinaire,** organisé par la Société de médecine de Vittel sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est (Vittel, 24, 25 mai 1931. Pentecôte). — Présidents : Section chirurgicale : M. le Professeur Legueu ; section médicale : M. le Professeur Marcel Labbé ; section hydrologique : M. le Professeur Maurice Villaret.

PROGRAMME. — Dimanche 24 mai, à 9 heures : ouverture du Congrès. Allocution de M. le Docteur Jean BOULOUMIÉ, administrateur-délégué de la Société des eaux de Vittel. Allocution de M. le Docteur LHUILLIER, président de la Société de médecine de Vittel pour 1931.

Rapports : Les sources de l'acide oxalique et sa précipitation rénale. Rapporteur : M. le Professeur Maurice LOEPER. Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase rénale. Rapporteurs : M. le Professeur agrégé PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et M. Maurice DÉROT. — Lithiase urinaire et maladies de la nutrition. Rapporteur : M. le Professeur agrégé GUY-LAROCHE.

Séance de l'après-midi, à 14 h. 30 : rapports : traitement médical de la lithiase rénale. Rapporteur : M. le Professeur Marcel LABBÉ. — Indications du traitement chirurgical de la lithiase rénale. Rapporteur : M. le Professeur LEGUEU. — Infection dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : MM. les Professeurs agrégés MARION et ABRAMI. — A 17 h. 30 : Projections radiographiques : M. le Docteur BELOT et M. le Docteur DARRIGAU. — A 19 h. 30 : banquet.

Lundi 25 mai, à 8 h. 30 : Réunion de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est. — A 9 h. 15 : Rapports : Anurie calculeuse et son traitement. Rapporteur : M. le Professeur E. JEANBRAU. — L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux. Rapporteur : M. le Professeur agrégé CHEVASSU. — Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein. Rapporteur : M. le Docteur PASTEAU.

Séance de l'après-midi : A 14 heures : Inauguration du buste du Docteur Pierre BOULOUMIÉ. — A 15 heures : Rapports : Les calculs bilatéraux des reins, indications opératoires. Rapporteur : M. le Professeur ANDRÉ. — Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie. Rapporteur : M. le Docteur PAPIN. — La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques. Rapporteur : M. le Professeur SANTENOISE. — La lithiase urinaire chez l'enfant. Rapporteur : M. le Professeur P. MERKLEN.

COMMUNICATIONS. — La lithiase urinaire simulée : M. le Professeur PERRIN. — Indications du traitement hydrominéral de la lithiase rénale : M. le Docteur MONSSEAUX. — Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure diurétique : M. le Docteur FINCK. — Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le docteur AMBLARD. — Modifications apportées à l'équilibre physico-chimique sanguin, au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le docteur VIOLLE. — Traitement de la lithiase oxalique : M. le Docteur LHUILLIER. — Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique : M. le Docteur GUYONNEAU. — Eliminations sableuses ou calculeuses pendant la cure diurétique ou à sa suite : M. le Docteur Henri PAILLARD, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Colibacilluries et oxaluries latentes : MM. les Docteurs BUCHE et DECAUX et M. PAGEL, docteur en pharmacie. — Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique : M. le docteur MARCOTTE. — Influence de l'hydrothérapie et de la cure d'exercice sur la migration des calculs urinaires : MM. les Docteurs Maurice BOIGEY et Jean BRUSSET. — La lithiase, infection urinaire: M. le Docteur J. SCHNEIDER. — Lithiase urinaire chez l'enfant et utilité de la pyélographie, en particulier de la pyélographie endoveineuse : Mlle Docteur LEPOUTRE, professeur à la Faculté libre de Lille. — Anhématose et li-

thiase urinaire : M. le Docteur J. PESCHER. — La surveillance hebdomadaire de l'état de prélithiase et les directives du traitement médical de l'état de prélithiase : M. le Docteur Jacques SÉDILLOT. — L'uricémie plasmique et l'uricémie totale dans la lithiase rénale : MM. les Docteurs François FRANÇON et Francisque GERBAY, d'Aix-les-Bains. — Rapports des vitamines et de la calcification de l'épithélium du rein, par le Professeur E.-C. VAN LEERSUM, d'Amsterdam. — Fausse cystite et calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère, par le Docteur NOGUÈS, de Paris. — Calcul de l'uretère pelvien gauche, juxta-vésical, par le Docteur Georges VINCENT, de Lille. — Influence de quelques ions sur la précipitation de l'oxalate de calcium urinaire, par Ch.-O. GUILLAUMIN.

EXPOSITION. — Une exposition concernant la lithiase urinaire (sable, calculs urinaires) sera organisée pendant la durée du Congrès. Les organisateurs seront reconnaissants aux médecins possédant des spécimens intéressants de calculs urinaires de les leur envoyer pour être exposés. Le calculs devront être adressés en port dû à l'adresse suivante : *Secrétariat du Congrès de la lithiase, Société générale des Eaux : Vittel, Vosges.* Les pièces prêtées seront renvoyées à leurs propriétaires à l'issue du Congrès.

INSCRIPTION. — Les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants internes et externes des hôpitaux, sont invités à prendre part au Congrès de la lithiase urinaire. Ils devront quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (25 francs français pour les médecins, 15 francs pour les étudiants), au Secrétariat général du Congrès de la lithiase à Vittel. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 mai 1931.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront gracieusement mises à la disposition des congressistes par la Société générale des eaux minérales. Ils pourront prendre leurs repas soit au Grand-Hôtel (prix : 30 fr.), soit à l'hôtel des Thermes (prix : 20 fr.).

Une réduction de 50 % sur le prix de transport en chemin de fer pourra être obtenue pour les congressistes par l'intermédiaire du Secrétariat général du Congrès. La demande devra en être faite avant le 1er mai.

EXCURSIONS. — Le mardi 26 mai, des cars seront mis à la disposition des congressistes désireux de faire une excursion dans la région des Vosges.

— **Le bureau de la Presse médicale latine.** — Nous rappelons à nos lecteurs que le bureau parisien de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu (angle du boulevard des Italiens), est ouvert, *à titre entièrement gracieux* à tous les médecins et étudiants en médecine de toutes nationalités habitant Paris ou de passage dans cette ville, tous les jours non fériés, de 9 heures et demie à midi et 15 heures à 18 heures.

Ils peuvent y consulter les périodiques médicaux rédigés dans les cinq langues latines (espagnol, français, italien, portugais et roumain) ainsi qu'un grand nombre d'ouvrages scientifiques publiés dans les mêmes langues.

Ils y trouveront, en outre, des renseignements concernant les universités, cliniques, hôpitaux, etc., ainsi que certains avantages d'ordre matériel (réduction dans les hôtels, etc.).

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu, Paris (2e).

— **VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.** — Le VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à La Haye du 15 au 20 juin 1931.

Tous les officiers du Service de santé (active et réserve) sont invités à ce Congrès.

INSCRIPTIONS. — Le droit d'inscription pour le Congrès est de 10 florins, donnant droit aux publications du Congrès.

Le droit d'inscription pour les personnes de leur famille accompagnant les congressistes est de 5 florins.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat du Congrès à l'adresse suivante : Jonkheer Sandberg Van Boelens, secrétariat général du VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 3, Surinamestraat, La Haye (Pays-Bas).

RÉDUCTIONS SUR LES CHEMINS DE FER. — Des réductions de tarif, pour le transport par voie ferrée ont été consenties aux congressistes et à leurs familles les accompagnant, par les compagnies des chemins de fer des divers pays.

Pour la France, il est accordé une réduction de 50 % aux congressistes qui ne bénéficient pas déjà du tarif militaire ainsi qu'à leur famille les accompagnant ; les chemins de fer belges consentent une réduction de 35 % aux congressistes et à leur famille.

Pour faciliter l'obtention pratique de ces réductions le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires a chargé l'Agence Thos Cook de constituer des billets avec réduction.

Pour obtenir ces réductions, les congressistes sont priés de s'adresser au bureau de l'agence Thos Cook le plus rapproché de leur résidence. Cette agence peut également se charger, pour les congressistes qui le désirent, de s'occuper de la question des logements.

Une liste des hôtels avec indications des prix sera publiée incessamment.

EXCURSIONS. — Des programmes d'excursions complémentaires de trois, quatre ou cinq jours, permettant la visite de la Hollande, seront prochainement publiés. L'agence Thos Cook est chargée de leur mise au point.

TENUE. — Le port de l'uniforme n'est pas obligatoire. Pour les soirées et réceptions officielles, la grande tenue avec décorations est recommandée.

PARTICIPATION AU CONGRÈS DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ. — La participation au Congrès des officiers de réserve du service de santé sera assimilée à une période d'exercices de huit jours, entrant en ligne de compte dans la durée totale des quatre mois fixée par la loi sur le recrutement de l'armée, mais sans intervenir toutefois comme période exigée par la loi du 8 janvier 1925 pour l'avancement des officiers de réserve ; considérés comme accomplissant une période d'exercices, les officiers de réserve participant au Congrès auront droit pour le voyage en chemin de fer, au tarif militaire à l'aller et au retour, entre leur résidence et la gare frontière (ou éventuellement le port d'embarquement).

Pour bénéficier de ces avantages, les intéressés devront adresser une demande au directeur du Service de santé de leur région d'affectation ; ils recevront par ses soins, une convocation.

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ce Congrès leur seront fournis à la direction du Service de santé de la région de leur résidence.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Mais encore une fois, je crois prudent de ne prononcer cette mise à l'index qu'après que le confrère incriminé ait été mis à même de présenter sa défense, ou ses excuses devant le conseil de famille, ou devant l'assemblée générale.

S'il refuse de comparaître, la sanction est prononcée régulièrement par défaut. Elle doit lui être notifiée par lettre recommandée, pour qu'il puisse faire opposition au défaut, s'il le juge à propos.

Mais, de cette manière, les formes juridiques sont respectées.

Dr Paul BOUDIN.

Exercice illégal

1746. — Bandagiste herniaire ambulant.

Notre syndicat a déposé une plainte contre un de ces bandagistes-spécialistes herniaires, qui opèrent périodiquement dans nos régions. Cette plainte a été motivée par une intervention d'un malade affilié à une caisse d'assurances sociales ayant traité avec le Syndicat, et qui éprouve des difficultés à se faire rembourser la part contributive de la caisse dans une fourniture de 750 fr. de bandage.

J'ai eu, au sujet de l'intervention du parquet, et en ma qualité de médecin-légiste une conversation avec le magistrat instructeur à qui j'ai bien spécifié que « prescrire un bandage est — à mon sens — faire acte médical puisqu'il y la à un diagnostic posé après examen plus ou moins superficiel — et qu'il ne s'agit pas seulement de faire acte de simple bandagiste ».

Je crois bien avoir lu autrefois dans le *Concours* que vous étiez intervenu déjà dans des cas de ce genre. Je vous demanderai, si vous avez une jurisprudence, de bien vouloir me l'indiquer et me donner les renseignements utiles pour préciser le point de vue médical.

Dr C.

Réponse.

Depuis de nombreuses années, je réclame personnellement la modification de la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne la répression de l'exercice illégal de la médecine. J'ai même fait un projet, précisant les termes mêmes de la modification législative, que je propose. Lettre morte.

Aussi, devons-nous envisager les faits eux-mêmes, pour voir s'ils tombent ou non sous l'application de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

En l'espèce, n'importe qui peut se présenter chez un bandagiste, lui dire qu'il est porteur d'une hernie bien diagnostiquée et prier le fabricant de délivrer un appareil de contention, soit fait d'avance, soit fait sur mesure, spécialement pour le client.

Jusqu'à présent, il n'y a aucun délit : la pro-

fession de bandagiste est *libre*, en ce sens qu'il n'est point besoin, pour le malade, de se munir d'une ordonnance médicale, prescrivant tel ou tel bandage.

Des décisions de jurisprudence ont reconnu valable pareille manière de faire (Cassation, 15 novembre 1906 ; cour de Nancy, 12 mai 1897 ; tribunal correctionnel Seine, 10e chambre, 22 octobre 1903.)

Le bandagiste a même le droit d'indiquer à son client la manière d'utiliser l'appareil, qu'il lui vend, notamment comment il doit placer les pelotes, pour que la hernie soit toujours contenue, les précautions à prendre en cas d'efforts brusques, etc. (tribunal correctionnel Seine, 22 octobre 1903.)

Mais il y a délit d'exercice illégal de la médecine, lorsque le patient vient trouver le bandagiste, se plaignant d'une grosseur, dans une région herniaire et demandant au fabricant de bandages, d'abord ce que c'est, puis ce qu'il faut faire.

Il y a alors de la part du non-diplômé un véritable acte médical, consistant en un examen du malade, puis dans la prescription de l'appareil, qui doit amener la guérison, ou tout au moins le soulagement.

Le délit d'escroquerie serait même constitué, si le voyageur d'une maison de bandages se faisait passer pour un spécialiste, afin de pouvoir, aux yeux d'une malade crédule, pratiquer un examen médical, diagnostiquer faussement une hernie et appliquer un bandage, sur une grosseur, qui n'est pas une hernie. Ainsi a jugé le tribunal correctionnel de Mamers, le 5 février 1923 (*Concours médical*, 1923-2041).

Mais, ce jugement fut réformé par un arrêt de la cour d'appel d'Angers, du 3 mai 1923 (*Concours médical*, 1923.2923) motifs pris que le fait de promettre la guérison ne constitue pas, pour un illégal, le délit d'escroquerie, ni même le bénéfice excessif, obtenu par la vente d'un appareil mirifique, qui n'avait aucune propriété spéciale.

Dans le cas qui nous est soumis, il faudrait connaître, d'une façon précise, les reproches qui sont faits à l'encontre du bandagiste.

Si un voyageur ambulant fait savoir, d'une façon tapageuse, qu'il vient pour guérir tous les hernieux de la région, il n'y a pas délit d'exercice illégal de la médecine, aux sens de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 : pour qu'il y ait exercice illégal, il faut prendre part d'une manière suivie au traitement des maladies.

C'est l'acte lui-même de thérapeutique qui est répréhensible et non pas la promesse de guérison.

Si le bandagiste se contente d'appareiller des hernieux invétérés, il agit dans la plénitude de son droit, surtout, lorsqu'en présence d'un diagnostic douteux, il renvoie le client chez un médecin, pour que celui-ci établisse un diagnostic,

Mais, si le bandagiste fait un examen, pour décider si telle grosseur est ou non une hernie et qu'ensuite il applique un traitement, c'est-à-dire un bandage, il a fait acte médical et doit être poursuivi.

Si on le poursuit, il sera condamné à 50 francs d'amende avec sursis, surtout si un des magistrats est son client.

La répression de l'exercice illégal de la médecine est absolument illusoire ; l'illégal est condamné à quelques francs d'amende, alors que le praticien diplômé est condamné à des milliers et des milliers de francs de dommages-intérêts, si son client le poursuit, comme d'ailleurs il en prend de plus en plus l'habitude, avec la complicité irréfléchie, inconsciente des tribunaux, qui condamnent durement pour faute professionnelle et rendent ainsi l'exercice légal de la médecine de plus en plus difficile.

Dr Paul Boudin.

Questions fiscales.

1201. — Le médecin qui conduit son auto ne peut déduire les gages de chauffeur

J'ai lu, je ne sais plus dans quelle revue professionnelle, qu'au chapitre « dépenses » le médecin pourrait, s'il conduit lui-même son auto, sans le concours d'un chauffeur, faire intervenir la somme correspondante aux gages d'un chauffeur.

Q'y a-t-il d'exact dans cette assertion ?

Dr B.

Réponse.

Vous ne pouvez pas ajouter à vos dépenses professionnelles, la somme correspondant aux gages du chauffeur, étant donné que la dépense n'est pas effective.

A. Martinot.
Conseil Fiscal.

1321. — Déclaration de revenu global et de revenu cédulaire.

J'ai adressé pour le 28 février, comme d'usage, ma déclaration pour l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

J'ai déclaré : recettes professionnelles brutes : 85.000 ; dépenses professionnelles : 35.000 ; bénéfice net : 50.000. Or, je reçois aujourd'hui une note du contrôleur des contributions qui m'invite à lui adresser dans le délai d'un mois une déclaration pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu.

Or, j'estime n'être pas astreint à cette déclaration, ne possédant, en dehors de mes gains professionnels, que ma maison, dont le loyer peut être évalué à 3.000 fr. environ, plus un champ que je loue 550 fr., plus quelques titres et actions qui ne constituent pas un portefeuille intéressant.

D'autre part, je suis marié et père de quatre en-

fants et, par conséquent, dois disposer d'une certaine marge pour cette déclaration.

Dr X.

Réponse.

L'impôt général sur le revenu est perçu en sus de l'impôt cédulaire auquel vous êtes soumis et sur la totalité des revenus ; vous devez donc faire la déclaration.

Quant aux déductions pour charges de famille, vous ferez mention dans votre déclaration des personnes qui sont à votre charge.

A. M.

1448. — Déduction des cotisations pour retraite ou assurance-vie.

Je vous prie de vouloir bien me faire savoir si les sommes versées pour la Mutuelle-retraite des médecins du front sont déductibles de l'impôt sur le revenu.

Dr D.

Réponse.

Les sommes versées à la Mutuelle retraite peuvent être déduites jusqu'à concurrence de 6 % de vos bénéfices. Les primes d'une assurance-vie dans la même proportion.

A. M.

1579. — Justification des recettes et dépenses. Utilité d'une comptabilité.

Le contrôleur des contributions me demande de lui faire connaître mes recettes de 1928-1929 :

1° Pour soins aux mutilés et assistés ;
2° Pour les Compagnies d'assurances ;
3° Clientèle pour visites à domicile ;
4° Clientèle en consultations ;
5° Les honoraires touchés comme médecin assistant dans les interventions chirurgicales.

Je voudrais savoir :

1° Si je dois tenir une comptabilité ;
2° Si le contrôleur a le droit de me poser toutes ces questions surtout pour 3, 4, 5 ;
3° Comme il m'est absolument impossible de le renseigner (n'en sachant rien moi-même) que dois-je faire?

Dr X.

Réponse.

Vous n'êtes pas obligé de tenir une comptabilité, mais en fait elle vous est indispensable, car elle vous permettrait de répondre aux questions du contrôleur ; et il a parfaitement le droit de vous en poser.

Répondez-lui avec approximation en spécifiant que vous puisez ces renseignements dans vos souvenirs exclusivement.

A. M.

Questions médico-militaires

797. — Demande de pension militaire

1° Un de mes clients fut réformé n° 2 en 1913 pour bronchite spécifique pendant son service militaire ;

2° Maintenu réformé à la mobilisation en 1914 pour bronchite spécifique toujours ;

3° En 1917, il est récupéré service armé et est envoyé au front où il reste dans un régiment d'infanterie entre 1917-1918 ;

4° Démobilisé en 1919. Il me demande aujourd'hui, s'il n'aurait pas droit à une pension, disant avec raison ce me semble que la bronchite contractée à l'armée avant la guerre fut aggravée par la guerre.

Depuis 1919, il est chaque année soigné pour des bronchites récidivantes.

Ce malade peut-il demander une pension, je crois que oui ?

N'est-il pas trop tard pour faire sa demande ?

Doit-il attendre une prorogation des délais ?

Dr E.

Réponse.

Votre malade, comme ancien combattant, peut, dès maintenant, demander une pension d'invalidité, sans attendre la prorogation des délais. Mais, ayant une filiation médicale depuis 1919, il faut qu'il prouve :

1° Ou bien qu'il a été évacué du front ou soigné au Corps pour bronchite ;

2° Ou bien qu'il a été soigné pour une intoxication par les gaz de combat.

---

780. — Pension militaire. Evaluation d'infirmité

Est-il exact qu'au point de vue pensions militaires, la perte d'un pouce = 60 % ?

J'ai à expertiser un mutilé de guerre qui offre la perte du pouce gauche et une ankylose tibio-tarsienne qui sont actuellement pensionnés au taux de 40 % en global.

Or, le blessé se basant, d'après ses dires, sur le fait que le taux de 60 % est admis depuis quelques années pour la perte d'un pouce pour les militaires de carrière, et que les mutilés ont droit au taux le plus avantageux, a introduit une instance en révision, car, d'après ses calculs, il aurait droit à 70 %

Ne connaissant pas le décret en question, je ne puis appuyer mes conclusions sur les dires du blessé, et vous serai reconnaissant de me fixer exactement sur la réalité ou non de ce pourcentage de 60 % pour perte de pouce (les deux phalanges) et si oui quelle est la circulaire ou le décret ? Dr S.

Réponse.

D'après le guide barème de 1929, les deux phalanges du pouce perdues valent :

A droite : 30 %.
A gauche : 20 %.

Mais, les blessés de la grande guerre, ayant droit au barème le plus favorable d'après l'art. 63, ont droit à l'équivalence de l'échelle de gravité des pensions de 1887, qui accorde pour cette infirmité la 6e classe n° 64, soit 60 % avec un taux de 10 % pour l'ankylose tibio-tarsienne, cela ferait :

60 + 10 = 70 %.

---

776. — Fin des obligations militaires

Je vous serais tout à fait obligé si vous vouliez bien me donner le renseignement suivant que je ne peux me procurer nulle part, chacun ayant son avis spécial :

A quel âge puis-je donner ma démission d'officier de réserve (médecin-major de 2e classe). Classe 1902. Mobilisé d'août 1914 à février 1919.

Je ne voudrais pas :

1° Risquer d'être appelé pour des périodes ; 2° prolonger mon temps de mobilisation.

Dr X.

Réponse.

Appartenant à la classe 1902, vous serez, *le 15 octobre* 1931, entièrement dégagé de toutes obligations militaires, si vous ne demandez pas *spécialement* à être maintenu dans les cadres des médecins de réserve.

Puisque vous êtes, en somme, dans la *dernière* année de vos obligations militaires, on ne peut plus vous convoquer pour une période.

---

735. — Périodes d'instruction avec ou sans solde

Comment ferait-on si on n'avait pas le « Sou médical » pour se renseigner !

Je reçois du Directeur du Service de santé militaire de ma région, une lettre me demandant de faire connaître, si j'accepte d'être convoqué en 1931 pour une période d'instruction *avec* ou *sans* solde en indiquant le lieu et la date où je serais désireux d'accomplir cette période.

La lettre ajoute que les officiers qui ne consentent pas à être convoqués sont considérés comme renonçant à toute proposition pour l'avancement.

De par mon âge, je n'ai plus de période à faire obligatoirement, mais je ne demande pas mieux que d'en accomplir une.

Je viens vous demander si, dans ces conditions, *c'est un droit*, d'accomplir une période AVEC SOLDE.

Dr C.

Réponse.

C'est un droit pour vous d'accomplir *avec solde*, une période d'instruction ; on ne peut vous faire

accomplir une période d'instruction *sans solde, que sur votre demande* ; aussi vous pose-t-on la question.

---

796. — Démission. Périodes d'instruction

Je suis né en novembre 1889, je suis médecin lieutenant de réserve depuis le début de 1918, marié, sans enfant :

1° Appartiens-je à la 1re ou à la 2e réserve ?
2° Suis-je tenu de faire une période obligatoire ?
3° Puis-je donner ma démission d'officier de réserve ?

A noter que j'ai fait mon service militaire actif avec un sursis d'un an.

Dr Z.

Réponse.

1° La classe 1909, qui est la vôtre, appartenant à la 2e réserve, depuis le 15 octobre 1930, vous pouvez donc, dès maintenant offrir votre démission d'officier de réserve.

2° Si vous n'avez pas effectué le total des quatre mois de périodes d'instruction, prévu par l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, vous devez, jusqu'à concurrence de cette limite, effectuer les périodes, pour lesquelles vous serez convoqué.

---

874. — Maladie contractée au service militaire. Demande de pension

Un jeune soldat faisant son service a été libéré le 28 septembre 1930.

Au mois de novembre 1930, il vient me consulter et je constate un grand abcès par congestion dans la fosse iliaque droite. Je lui demande à quelle date remonte cet abcès et il me répond que cet abcès (moins volumineux naturellement à ce moment-là) existait lors de son séjour à la caserne. Il avoue qu'il avait consulté le médecin-major qui voulait l'inciser. Effrayé il ne s'était plus rendu à la visite.

Actuellement ce jeune homme est immobilisé dans un corset plâtré et l'abcès a été ponctionné.

Je voudrais savoir si ce jeune homme dont la maladie a été méconnue au régiment peut formuler un recours contre l'Etat ? Une pension est-elle due ? Quelles formalités remplir pour l'obtenir ?

Remarquez que cet abcès par congestion a pour cause un mal de Pott dorsal et que sa libération est récente.

Tout le monde sait que le mal de Pott met du temps à évoluer, que l'abcès par congestion ne se produit que très tard.

Cette évolution lente n'est-elle pas une preuve suffisante pour affirmer que cette maladie existait bien au régiment ?

Dr L.

Réponse.

Le jeune homme a-t-il été exempté de service un ou plusieurs jours, ou bien traité à l'infirmerie pour cet abcès ?

Si oui, qu'il adresse une demande de visite pour pension d'invalidité (lettre recommandée) au médecin-chef du Centre de réforme dont il dépend, en indiquant ses références, et en joignant un certificat médical de continuité de soins pour cette même affection depuis sa libération jusqu'à ce jour.

Sans le document initial de la visite au corps, ou à l'infirmerie, il n'y a rien à tenter.

---

901. — Droit au traitement de la Légion d'Honneur.

Je lis dans le *Concours* nº 7, nº 5466, page LXIX-577 : droit au traitement de la Légion d'honneur.

« Vous avez droit au traitement si vous avez reçu une blessure de guerre ou si vous avez obtenu au cours de la guerre, une citation avec croix de guerre. »

J'ai été nommé chevalier de la Légion d'honneur, par décret du 5 novembre 1928, il est spécifié que je suis nommé « *au titre des réserves sans traitement* », et, d'autre part, ma nomination spécifie 32 ans de service, 5 campagnes, *a été cité.*

D'autre part, je n'ai pas eu de blessure, mais j'ai été atteint de dysenterie dans le Sud-Tunisien et j'ai une pension définitive de 10 %.

Croyez-vous que malgré qu'il soit spécifié que j'ai été nommé sans traitement, j'ai quand même droit à ce traitement, ainsi qu'il semble logique de le déduire de votre réponse 5466.

Dr N.

Réponse.

Si vous avez été cité à l'ordre, avec attribution de la Croix de Guerre, nous pensons que vous avez droit au traitement.

Le décret du 5 novembre 1928, qui vous a fait Chevalier de la Légion d'honneur, est *antérieur* à la Loi des Finances du 16 avril 1930 (art. 79) qui a institué le traitement de la Légion d'honneur des réserves, sous certaines conditions.

Vous pourriez donc écrire au *Grand Chancelier de la Légion d'honneur, rue Solférino, à Paris*, 7e, pour lui exposer votre situation spéciale, avec copie de votre citation, etc., et lui demander de vous accorder le bénéfice de l'art. 79 de la loi des Finances du 16 avril 1930.

---

694 — Promotions et périodes d'instruction.

J'ai reçu de la direction du Service de santé un questionnaire, me demandant si j'étais volontaire pour une période d'exercice de 15 ou 26 jours.

Je suis informé que je ne puis être promu médecin capitaine sans avoir accompli ces périodes.

Mais une phrase de ce questionnaire, me semble incompréhensible, la voici :

« Les officiers de réserve..... seront convoqués « en 1931 et doivent *obligatoirement* pour être pro- « posés ou grade supérieur, compléter les périodes « exigées par la loi et pour lesquelles ils auraient dû « être convoqués même s'ils déclarent *renoncer à tout* « *avancement.* »

Dois-je comprendre que je suis tenu à accomplir des périodes même si je ne tiens pas au 3e galon ?

J'ai 54 ans et 13 mois de front, le 3e galon me laisse indifférent.

Dans ce cas, j'indiquerais sur le questionnaire mes préférences pour l'époque, le lieu de ces périodes, ou bien faut-il comprendre que je ne suis tenu à ces périodes que si je désire être promu à un grade supérieur ?

J'avoue ne rien comprendre à l'indicatif « déclarent » régi par le parfait conditionnel « auraient dû ».

Je voudrais être renseigné à ce sujet ?

Dr N.

Réponse

La phrase que vous citez signifie que, même si vous renoncez à l'avancement et par suite aux périodes exigibles dans certaines conditions pour les franchissements de grade, vous devez cependant vous conformer à la Loi sur le recrutement de l'Armée et pouvez être appelé à compléter, jusqu'à concurrence de 4 mois, la durée totale de la présence en fait de périodes d'instruction, qu'exige l'art. 49 de la loi de 1928.

869. — Classe d'un sursitaire.

Classe 1908, sursis jusqu'en 1913, mais réformé no 2 à cette date à la veille d'être incorporé et sans avoir fait un seul jour de service.

Pris dans le service auxiliaire en décembre 1914, service armé sur ma demande en décembre 1915, nommé quelque temps après médecin aide-major de 2e classe, j'ai fini la guerre avec ce grade, et un an après la fin de la guerre, j'ai été nommé à deux galons.

J'ai fait en 1926, une période de 15 jours. Je suis maintenant convoqué pour une période de 21 jours en juillet-août prochain. *Ai-je le droit de démissionner* dès maintenant ou *à cause du sursis obtenu de* 1908 *à* 1913, *n'aurai-je ce droit qu'en* 1933.

Dr C.

Réponse.

Sursitaire, vous marchez ensuite avec votre classe d'âge — 1908 ; vous appartenez donc à la 2e réserve et, comme tel, vous avez le droit, dès maintenant, d'offrir votre démission de médecin de réserve au ministre de la Guerre par la voie hiérarchique de votre Directeur régional du Service de santé.

842. — Démission. Fin des obligations militaires.

Né en 1887, incorporé en octobre 1907 avec ma classe, père de 3 enfants, médecin-major de 2e classe de réserve après 4 ans de guerre dans un régiment :

1o Puis-je donner ma démission de médecin-major ?

2o Remis soldat de 2e classe, quand serai-je exempt de tout service militaire ?

5o Dois-je joindre à mon offre de démission, l'acte de naissance de mes trois enfants ou un certificat de vie ?

Dr S.

Réponse.

Avec ou sans vos enfants, vous appartenez de par votre classe à la 2e réserve ; vous pouvez dès lors offrir votre démission au Ministre en vertu de l'art. 38 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

Remis soldat de 2e classe, ou médecin auxiliaire, vous serez définitivement libéré de toutes obligations militaires le 15 octobre 1937.

Assurances Sociales

1780. — A propos des tarifs d'assurances sociales.

Je vous prie de poser la question au docteur Decourt, au sujet du *tarif du premier appareil plâtré appliqué pour coxalgie.* Je n'ai pas trouvé le prix dans le tarif de responsabilité des assurances sociales.

Dr G.

Réponse.

Il n'y a pas « *un tarif de responsabilité des assurances sociales* » mais un tarif de responsabilité pour *chaque* caisse d'assurance-maladie (donc des centaines et des centaines de tarifs), chacune étant libre de dresser ce tarif, sans que le Corps médical de la région ait un droit de regard à ce sujet, d'après les principes de « l'entente directe » et également sans qu'il ait *en rien* à en tenir compte.

b) Même remarque sur *la multiplicité* des tarifs syndicaux minima sur lesquels le médecin se basera pour ses honoraires. Toutefois, dans ce cas, il y a un *tarif type* de base pour *nomenclature,* sur lequel chaque syndicat peut faire varier la valeur de la clé *K*.

Dans le *tarif type* (tarifs syndicaux minima classé par catégories de prix) dressé par le Groupement des médecins spécialisés, je n'ai pas vu mentionné « l'appareil plâtré appliqué pour coxalgie ». Toutefois, si nous procédons comme d'habitude, *par analogie,* nous pourrions (impressions personnelles) prendre comme type la catégorie 10 où nous lisons, tout au début : « *Ré-*

duction et contention d'une fracture de la cuisse ». Si nous prenons cette base, nous lisons alors :

Acte isolé = K × 20 (*isolé*, donc sans compter les visites consécutives).

Quant au *prix à fixer*, il faut connaître la valeur attribuée à K dans le *tarif syndical minimum de la région*. C'est donc au syndicat auquel appartient le praticien que ce dernier doit s'en référer pour fixer pratiquement les prix du tarif *minimum* applicable par lui.

Dr F. DECOURT.

Baux et Locations

1812. — Congé pour démolition et reconstruction.

J'habite une maison seule au centre de la ville, je paie un loyer de 250 fr. par mois, je suis installé là depuis avril 1920. Le propriétaire vient de vendre la maison à une banque qui veut la faire démolir pour reconstruire un immeuble où elle installera ses bureaux.

Je n'ai encore rien reçu comme notification du nouveau propriétaire. Mais, je crois que cela ne saurait tarder.

Quels sont mes droits et que devrai-je faire au cas où je recevrai congé ou l'annonce d'une augmentation de loyer ?

A quelle date peut-on m'obliger à partir ?

Je suis mutilé de guerre à 20 % et ancien combattant.

Dr V.

Réponse.

La solution de votre affaire peut être différente suivant que la loi sur les loyers du 29 juin 1929 est applicable ou non dans votre commune.

Nous vous rappelons que la loi est applicable dans les communes de plus de 4.000 habitants, dans celles qui sont distantes de moins de 5 kil. d'une ville de 10.000 habitants et dans celles dont la population municipale s'est accrue d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre ville rentre dans l'une quelconque de ces catégories, votre maison ne peut, même par la reconstruction, être transformée en local commercial ou industriel jusqu'au 1er juillet 1939, à moins que le local ne continue, malgré sa nouvelle affectation, à servir d'habitation à des personnes dont le nombre est au moins égal à celles qui l'occupaient précédemment (art. 20).

Au cas où votre propriétaire, tout en respectant les dispositions de l'art. 20, voulait exercer son droit de reprise pour reconstruction, l'exercice de son droit serait subordonné aux conditions suivantes :

1° Qu'un préavis de six mois vous soit donné pour céder les lieux ;

2° Qu'une indemnisation préalable égale à un an du loyer annuel soit versée par le propriétaire ;

3° Que les travaux de reconstruction soient commencés dans les six mois.

Par contre, si la loi du 29 juin 1929 n'est pas applicable dans votre commune, votre propriétaire peut poursuivre votre expulsion à la seule condition de vous donner congé dans le délai d'usage et sans vous devoir aucune indemnité.

Dans ce cas, votre qualité de mutilé de guerre à 20 % et d'ancien combattant ne vous conférerait aucun privilège particulier.

1848. — Enregistrement du diplôme

Devant m'installer à X., la mairie s'est chargée de faire enregistrer mon diplôme. Il me revient aujourd'hui, avec la mention : « enregistré à la Sous-Préfecture de A., sous le numéro cinq cent seize ». Signé, *Le Sous-Préfet.*

Précédemment, mon diplôme avait été enregistré dans la Seine, et là, on avait exigé son enregistrement à la Préfecture de Police et au greffe du tribunal de 1re instance.

L'enregistrement à la Sous-Préfecture de A., suffit-il et par suite suis-je en règle ?

Dr Z.

Réponse.

Aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, les docteurs en médecine sont tenus, dès leur établissement ou en cas de transfert de leur domicile, dans un autre département, et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement.

L'enregistrement à la Sous-Préfecture ne dispense pas de l'enregistrement au greffe du Tribunal civil.

Pour être tout à fait en règle, il faut donc que vous fassiez encore procéder à cet enregistrement

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs. Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 125. — A vend. Forceps Tarnier, 150 fr. ; lampe U. V. Gallois 225 v., continu, deux brûleurs, dont l'un à peine servi, 1.500 fr. ; poste téléphon. mural, 150 fr. Port charge acheteur.

N° 126. — Dr prendr. poste sér. Midi ou Centre, méd. génér. ou avec spécial. accouch., gynéc., mal. enf. Urgent.

N° 127. — Seine-et-Marne. — A céder par suite décès brusque du titul. survenu 6 avril, cabinet méd. en plein essor. Import. chiff. d'aff., instrument. médicale complète et neuve. Auto à reprendre à volonté.

N° 128. — A céder : 1° Paris, plein centre quart. ouvrier, cliniq. méd. gros produit, loyer 2.500, 5 p. Indemn. 50.000 dont moit. compt.

2°. Seine-et-Oise. — Une heure Paris, pro-pharmac. concurr. éloigné, grande villa, jardins, rivière, conf. Indemn. 50.000 dont part. compt.

3° Aube. — Gros centre, anc. poste très important, méd. ch. de fer, 10 p. Salle bains, indemn. 65.000.

4° Sarthe. — Pet. ville, gros. client. méd. génér., gr. habitat. confort., conduit. à débatt.

S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon, 36-46.

Renseignements

A louer de suite **Beaux Appartements Modernes** conviendraient à Docteur dans localité d'avenir en pleine extension. Visiter 74, avenue d'Orléans à ANTONY (Seine), 7 kilomètres porte d'Orléans.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Après la pose d'un appareil sur une fracture, quel est le devoir d'un chirurgien. Resilicifier le malade au moyen de quelques comprimés de **Prélase** (4 à 6 par jour).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Conférences médicales de l'Hotel Chambon.** — La prochaine conférence sera donnée le mercredi 29 avril 1931, à 18 heures, dans la Grande Salle des Conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, VIe, par M. le Docteur Henry Meige, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, sur : *Les médecins doivent étudier le nu.*

— **Banquet du Syndicat des médecins de la Seine.** — Le onzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 9 mai 1931, à 7 h. 1/2, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence du Docteur Le Fur.

Une soirée dansante avec attractions suivra le banquet.

Non seulement les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités, comme de coutume, mais aussi tous les médecins du département de la Seine, syndiqués ou non syndiqués, qui ont répondu à l'appel de la Confédération et signé l'engagement d'honneur de s'opposer au bouleversement de l'exercice traditionnel de la médecine.

Ainsi en a décidé, à l'unanimité, le Conseil d'administration du S. M. S. dans sa séance du 3 mars.

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

— **Le projet de loi Armbruster.** — Les représentants de la Confédération des Syndicats médicaux et de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, MM. Hilaire et Mordagne, ont été reçus le 10 avril au Ministère de l'Instruction publique par M. Truchelut, chef de cabinet du ministre, qui leur a réservé le meilleur accueil. Ils ont appelé son attention sur l'urgence du vote de la loi Armbruster qui a pour objet d'éviter la démoralisation du Corps médical, surtout en présence de l'application des lois sociales, en restreignant l'apport excessif des éléments étrangers. La même démarche avait été faite antérieurement auprès de M. Léon Bérard, garde des Sceaux, un des premiers signataires du projet Armbruster et un de ses meilleurs défenseurs.

— **Le jubilé du Dr Charles Abadie.** — Les élèves et les nombreux amis du Dr Charles Abadie ont fêté, le 26 mars dernier, le 90e anniversaire et la 40e année de pratique ophtalmologique de l'éminent oculiste parisien. Personnellement, j'ai le souvenir de l'accueil infiniment cordial que me fit, il y a bien près de 40 ans, le Dr Charles Abadie à qui, jeune étudiant alors, recommandé par mon maître Du Castel, je présentais une malade qui m'était très chère. Je suis heureux, aujourd'hui, de joindre ma voix à celle des maîtres les plus réputés de l'ophtalmologie française pour féliciter le Dr Abadie des éminents services qu'il a rendus pendant si longtemps aux malades et à la science médicale. P. L.

— **Le jubilé du Professeur Bousquet.** — Un groupe d'anciens élèves du Professeur Bousquet ont pris l'initiative de fêter le quatre-vingtième anniversaire de leur maître, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ancien professeur de clinique chirurgicale, agrégé de chirurgie (Val-de-Grâce), membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société de chirurgie.

A cette occasion, ses élèves et anciens collaborateurs à l'Ecole de médecine ont décidé de lui offrir une plaquette commémorative.

La cérémonie de remise de cette plaque commémorative constituera une fête médicale tout intime dont la date sera fixée prochainement, et elle sera suivie d'un banquet.

Le Comité d'organisation invite tous les anciens élèves et anciens collaborateurs du Maître à participer à cette belle manifestation de sympathie et de reconnaissance à l'égard d'un maître qui a contribué si puissamment à former deux générations médicales.

En outre, et à cette occasion, le Comité a décidé d'offrir une médaille commémorative aux Professeurs honoraires Maurin, Planchard et Huguet.

Le prix de la cotisation est fixé à cent francs et les anciens élèves et anciens collaborateurs du Professeur Bousquet, qui désireront participer à cette fête sont priés d'adresser avant le 15 mai prochain, dernier délai, le montant de leur cotisation, soit à l'un des membres du Comité d'organisation, soit au doc-

teur Georges Paturet, 39, Cours Sablon, à Clermont-Ferrand, secrétaire du Comité.

Comité d'organisation : Docteur Alary, clinique Saint-Dominique, rue Montlosier ; Docteur Bardet, 38, rue du Port ; Docteur Frank Bellet, place des Cordeliers, à Montferrand ; Docteur Buy, 37, cours Sablon ; Docteur Edmond Dechambre, 36, rue Blatin ; Docteur Delorme, 13, boulevard Lafayette ; Docteur François, 78, place Lamartine ; Docteur Grasset, 3, rue Abbé-Girard ; Docteur Pakowsky, 11, boulevard Lafayette ; Docteur Georges Paturet, 39, cours Sablon.

— **Station thermale de Pougues.** *Extrait du Journal officiel* du 19 mars 1931. — Le Président de la République française, sur le rapport du ministre des Colonies, décrète :

Art. 1er. — La station thermale de Pougues (Nièvre), est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement, dans les conditions prévues à l'article 12, position 5, du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 15 septembre 1923, 4 mai et 30 août 1924, 7 mai 1925, 14 août, 9 novembre 1926 et 16 novembre 1929.

Art. 2. — La durée du traitement dans cette station est fixée à vingt et un jours.

Art. 3. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

— **Faculté de médecine de Marseille.** *Clinicat.* — Sont nommés pour l'année 1931 : chefs de clinique à la Faculté de Marseille, MM. Isemein et Brahic (cliniques médicales), Chosson (gynécologie), Guilliny (maladies exotiques) ; chefs de clinique adjoints, MM. Trabue, Ed. Giraud et J. Olmer (cliniques médicales), et G. Cousin (clinique gynécologique).

— **Faculté de médecine de Toulouse.** *Cours de perfectionnement d'obstétrique.* — Ce cours aura lieu à la clinique d'accouchements de La Grave du 27 avril au 9 mai 1931, sous la direction de MM. les Professeurs Audebert et Garipuy, avec l'assistance de M. Estienny, chef de clinique, et de M. Ribat, aide de clinique.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse.** — La Session générale-congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie se tiendra le dimanche 26 avril 1931, à la Faculté de médecine de Toulouse, sous la présidence de M. le doyen Sabatier, membre de l'Institut, et de M. le Doyen Abelous.

— **Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et de la région.** — Il vient de se fonder une Société d'oto-rhino-laryngologie pour Lyon et sa région. Cette nouvelle Société a pour but l'étude scientifique de la spécialité oto-laryngologique. Elle tiendra ses séances salle Pasteur, à l'Hôtel-Dieu, le premier vendredi de chaque mois, sauf pendant les vacances.

— **Société internationale de chirurgie.** — Lors du VIIIe Congrès de cette Association tenu à Varsovie

en 1929, l'Assemblée générale avait décidé de charger les Professeurs de Quervain (Berne), et Schœmaker (La Haye) de faire connaître aux membres allemands, autrichiens et hongrois qui avaient fait partie de la Société avant 1914, que la décision prise en 1920 était annulée sans restriction ; il avait été, en effet, reconnu qu'aucun membre de la Société n'avait signé le manifeste des 93 qui avait été la cause de cette décision.

A la suite des pourparlers ayant eu lieu entre les représentants des chirurgiens austro-allemands et le Comité international, les anciens membres allemands, autrichiens et hongrois reprendront leur place dans la Société internationale de chirurgie.

— **Dispensaires antituberculeux de la Drôme.** — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de la Drôme (Valence excepté).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 30 mai.

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 Avril

Enseignement de la médecine.

Sont nommés agrégés près les Facultés :

De Paris : Physiologie : M. Chailley-Bert.

De Bordeaux : Physiologie : M. Fabre. Obstétrique : M. Marc Rivière.

Ecoles d'infirmiers.

Est approuvé sans réserve le règlement de l'école d'infirmiers hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, 206, route de Vienne, à Lyon.

9 Avril

Enseignement de la médecine.

La chaire de clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du *Journal Officiel* est accordé aux candidats, pour faire valoir leurs titres..

10 Avril

La déclaration de vacance de la chaire de pathologie externe de la Faculté de Lyon, publiée au *Journal Officiel* du 5 avril 1931, est et demeure rapportée.

12 Avril

Accidents du travail.

Arrêté du 1er *avril* 1931 *fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.*

Ce document sera publié ultérieurement.

14 Avril

Exercice de l'art dentaire.

Décret du 4 *avril* 1931 *portant réglementation de l'exercice de l'art dentaire indigène à Madagascar.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Budget général de l'exercice 1931-1932

(*Loi du* 31 *mars* 1931)

Dispositions susceptibles d'intéresser les médecins.

Réclamations en matière de contributions directes.

Art. 3. — L'article 12 de la loi du 27 décembre 1927 est ainsi modifié :

« Dans le cas où la décision du directeur ne donnera pas entière satisfaction au contribuable, celui-ci aura la faculté, dans le délai d'un mois à partir du jour où il aura reçu notification de cette décision, de porter le litige devant le conseil de préfecture.

Il devra alors faire parvenir, dans le délai sus-indiqué, au greffe départemental du conseil de préfecture, une demande sur papier libre, accompagnée de l'avis de notification de la décision du directeur, dont il sera délivré récépissé.

« Les vices de forme prévus par le deuxième alinéa de l'article 28 de la loi du 21 avril 1832, modifié par l'article 17 de la loi du 13 juillet 1903 et qui auraient motivé le rejet d'une réclamation par le directeur, pourront être utilement couverts dans la demande adressée au conseil de préfecture. »

Taxes postales.

Art. 51. — Il est prélevé, sur chaque somme recouvrée par la poste, un droit d'encaissement calculé comme suit :

Jusqu'à 100 fr. et par 20 fr. ou fraction de 20 fr., 30 centimes.

De 100 fr. à 500 fr., 150 pour les premiers 100 fr. et, pour le surplus, 50 centimes par 100 fr. ou fraction de 100 fr. ;

De 500 fr. à 1.000 fr., 3 fr. 50 pour les premiers 500 fr. et, pour le surplus, 25 centimes par 100 fr. on fraction de 100 fr. ;

Au-dessus de 1.000 fr., 4 fr. 75 pour les premiers 1.000 fr. et, pour le surplus, 10 centimes par 100 fr. ou fraction de 100 fr.

Chaque valeur à recouvrer demeurée impayée est assujettie à un droit de présentation de 1 fr.

Art. 52. — Lorsque l'administration estime que la mise en permanence de jour et de nuit d'un poste

téléphonique d'abonnement à la disposition du public, dans des conditions préalablement fixées, présente un caractère d'intérêt général, elle peut accorder au titulaire de ce poste une réduction de 50 p. 100 sur le montant de la redevance annuelle d'abonnement.

Art. 53. — La taxe unitaire des conversations téléphoniques ordinaires échangées à partir des postes d'abonnés pendant les heures de service de jour, est fixée comme suit :

Taxe unitaire :

Paris et les communes suburbaines de Paris et les conversations échangées à l'intérieur de ce réseau : 0 fr. 375.

Départements .... 0 fr. 30

Art. 54. — L'article 43 de la loi du 19 décembre 1926 portant fixation du budget général de l'exercice 1927 est remplacé par le texte suivant :

« L'annuaire officiel des abonnés au téléphone de la région de Paris est livré à domicile moyennant une taxe de 2 fr. par exemplaire. »

Aliénés.

Art. 68. — A partir du 1er avril 1931 et jusqu'à promulgation de la loi portant réforme des finances départementales et communales, l'Etat participera aux dépenses d'entretien des aliénés à la charge des départements et des communes.

La répartition de ces dépenses entre l'Etat, les départements et les communes, sera déterminée par les barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Toutefois, dans le cas où l'application de ces barèmes comporterait, pour certaines communes, un taux de participation supérieur à celui qui résultait pour elles du barème départemental en vigueur en 1930, l'excédent de charges constaté sera supporté par le département.

D'autre part, le département pourra réserver, sur la subvention de l'Etat, une somme qui ne pourra être supérieure à 1 p. 100 du montant de cette subvention, en vue de l'attribution par le conseil général d'allocations aux communes auxquelles l'entretien des aliénés impose des obligations particulièrement lourdes.

Un décret déterminera les conditions dans lesquelles le présent article sera applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Art. 69. — Le préfet, sur délibération conforme du conseil général, fixe, chaque année, pour les asiles départementaux qu'il administre, le prix de journée de toutes les catégories d'aliénés indigents ou autres. Le prix de journée fixé pour les aliénés indigents sans domicile de secours à la charge de l'Etat est le même que celui des aliénés indigents à la charge des départements et des communes.

Ce prix de journée ne peut entrer en application qu'après avoir été approuvé par le ministre de la Santé publique.

Les traités que les départements passent pour l'entretien de leurs aliénés, soit avec d'autres départements, soit avec des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, soit avec des quartiers d'hospices ne reçoivent exécution que s'ils ont été approuvés par le ministre de la santé publique après avis du ministre de l'intérieur. Ils ne pourrront être modifiés que dans les mêmes formes.

Pensions militaires.

Art. 70. — Le deuxième paragraphe de l'article 30 et le premier paragraphe de l'article 32 de la loi du 31 mars 1919 modifiée par les lois des 13 avril 1923 et 9 décembre 1927 sont remplacés, à dater du 1er avril 1931, par les textes suivants :

« *Art.* 30, 2e paragraphe. — La pension est fixée pour le père ou la mère veufs, divorcés, séparés de corps ou non mariés, à 800 fr. ; pour le père ou la mère veufs remariés ou qui ont contracté mariage depuis le décès du militaire ou marin, à 400 fr. ; pour le père et la mère conjointement, à 800 fr.

« *Art.* 32, 1er paragraphe. — A défaut du père et de la mère, la pension sera accordée aux grands-parents dans les conditions prévues à l'article 28. Elle sera la même que pour les parents. »

Art. 71. — L'indemnité de soins accordée aux tuberculeux est portée de 7.000 fr. à 10.000 fr.

Art. 72. — Toutes les dispositions législatives et réglementaires s'appliquant aux pensionnés de la guerre 1914-1918 s'appliqueront, à dater de la promulgation de la loi, aux pensionnés à la suite d'infirmités contractées ou aggravées au cours d'expéditions déclarées campagnes de guerre par l'autorité compétente.

Enseignement secondaire.

Art. 91. — Sous réserve du maintien de la liberté d'enseignement, qui est un des principes fondamentaux de la République, par extension des dispositions de l'article 157 de la loi de finances du 16 avril 1930, instituant la gratuité de l'externat dans les classes de sixième de tous les établissements d'enseignement secondaire de l'Etat, les rétributions scolaires de l'externat simple cesseront d'être perçues, à dater du 1er octobre 1931, pour les élèves des classes de cinquième des mêmes établissements.

A dater du 1er octobre 1931, des bourses d'internat sont spécialement attribuées jusqu'à concurrence d'une somme totale de 10 millions de francs aux élèves de l'enseignement secondaire auxquels la résidence de leurs parents ne permet pas de poursuivre leurs études en qualité d'externes.

Sont abrogées les dispositions de l'article 238 de la loi du 13 juillet 1925, en ce qu'elles ont de contraire au présent article.

Assurances sociales.

Art. 99. — Le paragraphe 8 de l'article 68 de la loi du 5 avril 1928, modifié par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, qui fixe la composition du

conseil supérieur des assurances sociales, est complété par la disposition suivante, qui devient l'avant-dernier alinéa dudit paragraphe 8 :

« Un membre agrégé de l'institut des actuaires français désigné par le ministre du travail. »

Caisse nationale des retraites.

Art. 101. — Le premier paragraphe de l'article 130 de la loi du 30 décembre 1928 est modifié comme suit :

« A compter du 1er avril 1931, il sera accordé par l'Etat une allocation annuelle de 360 fr. aux pensionnés de la caisse nationale des retraites. »

(Le reste sans changement.)

Familles nombreuses.

Art. 102. — L'article 2 de la loi du 14 juillet 1913 modifié par la loi du 26 novembre 1930, est modifié à nouveau comme suit :

« Tout chef de famille de nationalité française ayant à sa charge plus de trois enfants légitimes ou reconnus, et dont les ressources sont insuffisantes pour les élever, reçoit une allocation annuelle, par enfant âgé de moins de 13 ans, au delà du troisième enfant de moins de 13 ans.

« Si les enfants restent à la charge du père, par suite de la mort de la mère, de sa disparition, de l'abandon par elle de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de 13 ans au delà du deuxième enfant de moins de 13 ans.

« Si les enfants restent à la charge de la mère par suite de la mort du père, de sa disparition, d'abandon par lui de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de 13 ans, au delà du premier enfant de moins de 13 ans.

« Seront considérés comme chefs de famille, les parents qui, en cas d'abandon des enfants ou de la disparition des père et mère, auront pris la charge des enfants. Dans ce cas, l'assistance est donnée à partir du premier enfant de moins de 13 ans.

« Seront assimilés aux enfants de moins de 13 ans, pour l'application des dispositions de la loi du 14 juillet 1913, les enfants de moins de 16 ans pour lesquels il sera justifié, dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique, pris en exécution de l'article 15 de la loi précitée, qu'il a été passé un contrat écrit d'apprentissage ou qu'il a été souscrit une déclaration tenant lieu de ce contrat, ou qu'ils poursuivent des études dans des établissements d'enseignement publics ou privés, ou qu'ils sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, sauf le cas où ils seraient hospitalisés aux frais de l'Etat, du département ou de la commune.

Les dispositions qui concernent le maintien des allocations de treize à seize ans pour les enfants dotés d'un contrat d'apprentissage, ont effet à partir du 26 novembre 1930.

« La loi du 26 novembre 1930 est abrogée. »

Taxe de séjour.

Art. 106. — Par dérogation à l'article 12 de la loi du 24 septembre 1919, le maximum du tarif de la taxe de séjour qui sera perçue dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, fixé à 2 fr. par la loi de finances du 31 juillet 1920 et porté à 3 fr. par personne et par jour de séjour par la loi de finances du 26 mars 1927 jusqu'au 1er janvier 1932, est maintenu à 3 fr. par personne et par jour de séjour pour une période de dix années.

LE CONTROLE EN ASSURANCES SOCIALES

D'ores et déjà, le contrôle en A. S. apparaît comme un acte difficile à mettre en œuvre.

L'épidémie de grippe qui a sévi partout a mis à mal les fonds des caisses primaires. Nous avons entendu des plaintes. Ce qui a coûté aux caisses, ce ne sont pas les prestations médicales qu'elles ont à assumer dans une bien faible part, mais un peu les dépenses pharmaceutiques, *et surtout les indemnités de chômage.*

Les indemnités de chômage occasionnées par les journées d'incapacité ont été distribuées *larga manu* pour des affections bénignes, où jadis, avant les Assurances sociales, ce très petit malade ne se serait certainement pas arrêté.

Nos législateurs nous répondront : « Oui, mais il y a le contrôle ; faites jouer le contrôle. » Alors, dans ce cas, il faut tout contrôler pour être sûr d'atteindre les paresseux et ceux qui abusent — travail impossible parce que trop onéreux — travail impossible parce que non déclenché à temps. Alors, les fricoteurs ont beau jeu.

C'est cette dépense d'indemnité de chômage qui videra les caisses et ruinera le système actuel des A. S. si on n'y porte pas remède. Et quel remède à apporter ? Je n'en vois qu'un seul qui rétablisse la vérité et permette le contrôle. Mais il va faire pousser de hauts cris, il n'est pas démagogique :

Pas d'indemnité de chômage pendant les 30 premiers jours. D'où les conséquences :

— Les malades qui doubleront le cap des 30 premiers jours seront des malades sérieux.

— Le contrôle sera facile et sera effectué sur tous ces cas dont le nombre se sera déjà raréfié.

Il montrera la gravité de la maladie dont les symptômes et les traces seront encore évidents.

Il permettra à ceux reconnus comme incapables de reprendre leur travail, la possibilité de leur accorder une indemnité de chômage pour les 30 premiers jours écoulés.

Le résultat sera le suivant :

Des réserves importantes pourront se constituer, car l'argent des caisses ne sera plus grignoté pour des actes bénins et pour alimenter la

Voir la suite page IXIII-1375

PROPOS DU JOUR

Le réveil d'une vieille question de déontologie : le secret médical

M. le Professeur Sergent, au cours de la conférence qu'il a faite à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, avait attiré l'attention sur la nécessité du respect du secret professionnel. Il avait cependant avoué qu'il l'avait une fois violé dans les circonstances suivantes :

Il soignait un jeune clerc de notaire qui était atteint de syphilis secondaire en pleine évolution. Un jour, ce jeune homme vint lui annoncer qu'il allait épouser la fille de son patron. Indigné, le Prof. Sergent lui fit remarquer quelles pouvaient être les conséquences de ce mariage, tant pour la jeune femme que pour la famille à venir et combien ce projet était criminel. Le clerc de notaire répliqua qu'avec la jeune fille, il prenait l'étude du futur beau-père et qu'il ne rencontrerait jamais pareille occasion.

« Ce mariage ne se fera pas », lui dit le Prof. Sergent et, comme il connaissait le notaire, sans plus d'explications, il lui fit savoir que sa fille ne devait pas épouser le clerc en question et le mariage n'eut pas lieu.

Le Prof. Sergent se rendait parfaitement compte que, légalement, il était coupable ; il savait qu'un professeur de Montpellier avait été, dans des circonstances analogues, assassiné par celui dont il avait empêché le mariage ; mais, pareil cas se représenterait-il qu'il agirait de même, sa conscience d'honnête homme ne lui permettant pas de laisser accomplir pareille infamie. Nous avions ajouté que, non seulement nous approuvions la conduite de M. le Prof. Sergent, mais qu'en pareil cas, nous agirions de même.

A ce sujet, nous avons reçu la lettre suivante de M. le Dr Albert Philippe (de Saint-Lô) :

Saint-Lô, le 3 avril 1931.

Mon cher Confrère,

J'ai la stupeur de lire dans le *Concours médical* du 29 mars 1931, votre approbation au Prof. Sergent qui a violé, dans un cas grave, il est vrai, le secret médical.

A mon humble avis, le Prof. Sergent a été, dans cette circonstance, gravement répréhensible, non seulement juridiquement, c'est évident, mais aussi moralement.

Si le secret médical est soumis à des cas d'espèce et d'appréciation de la part de chacun de nous, nos clients le considéreront avec grande raison comme inexistant.

(Il est vrai qu'un simple praticien qui se permettrait une telle violation serait, en justice, sévèrement jugé par MM. les professeurs-experts, n'ayant pas un discernement suffisant, réservé aux seuls grands maîtres).

Le vrai rôle du médecin n'est-il pas d'ignorer d'une façon absolue pour le reste du monde tout ce que les clients ont révélé au seul médecin ? C'est du moins ce qu'on apprend au praticien. Qu'en pense le Dr Le Gendre ?

Secrets aussi graves que celui du Prof. Sergent :

Que penserait-on d'un avocat ou d'un prêtre qui, pour ne pas laisser condamner un innocent, révéleraient les confidences qu'ils ont reçues — pour leurs qualités respectives — du vrai coupable.

Un jour, mon vénéré maître, le Prof. Vouters, s'indignait qu'un de ses clients vint le trouver tantôt avec sa femme, tantôt avec sa maîtresse.

En réalité, quel plus bel hommage aurait pu lui donner ce client de la confiance qu'il avait en lui et qui, certainement, pouvait permettre à son médecin de mieux le soigner.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion de recevoir d'un confrère l'aveu de l'hérédo-syphilis de ses enfants et petits-enfants. Secret qu'ils ignoreront toujours. Le confrère est décédé, j'ai quitté la région, je n'ai pas cru pouvoir leur révéler leur tare pour mieux soigner les stigmates qu'ils en portent et ceux qu'ils sont susceptibles d'avoir à l'avenir.

L'opinion de notre distingué confrère, M. le Dr A. Philippe, est, nous le savons bien, l'opinion généralement admise. C'est celle qu'a toujours soutenue Brouardel.

L'intangibilité absolue du secret médical ne doit pas théoriquement être mise en discussion. Nous l'admettons.

Mais ce que nous n'admettons pas, c'est que nous fassions passer, dans certains cas, la loi humaine qui est sujette à des variations, et notre propre intérêt, avant le devoir que nous dicte notre conscience d'honnête homme.

Alfred Fournier, le maître respecté de tous, a traité la question du secret médical à la tribune de l'Académie de médecine (1).

(1) *Bull. de l'Ac. de Méd.* du 2 octobre 1880.

« Entre le silence professionnel dont je pourrais faire bénéficier un scélérat, et la préservation, la protection que je dois à un honnête homme, a dit Alfred Fournier, mon choix est tout fait, et il n'est pas à mon sens d'hésitation en pareil cas.

Enrayer une machination criminelle et au besoin la dénoncer à la Société en vue de sauvegarder un innocent me semble constituer *un devoir*, je répète le mot à dessein, *un véritable devoir*, auquel je n'ai pas le droit, *quoique médecin*, de me *dérober*. »

Nous savons bien que l'article 378 du *Code Pénal* nous impose le secret dans tous les cas. Nous savons que, sur cette question de syphilis matrimoniale, la discussion a été depuis longtemps épuisée, que, bien qu'en 1863, les Sociétés de médecine des VIIIe et IXe arrondissements aient approuvé le Dr Gaide qui prétendait que le médecin n'était pas toujours tenu au secret, selon les cas, que bien que des hommes comme Tardieu, Amédée Latour, Brochin, Legrand du Saulle et autres aient été de cet avis, que cette doctrine, discutée par Dechambre, n'a pas prévalu et que Brouardel la condamne catégoriquement. Mais en la condamnant, Bouardel se rend bien compte qu'il n'est pas sur un terrain parfaitement solide. Dans un cas absolument semblable à celui cité par le professeur Sergent, il recourt à des subterfuges : il conseille par exemple au père de la jeune fille d'exiger que son futur gendre contracte une assurance sur la vie, etc.

Aussi, en pareille question, nous n'hésitons pas à déclarer qu'*en droit* le secret médical doit être absolu, mais qu'*en fait* le médecin ne doit régler sa conduite, quelles que puissent en être pour lui les conséquences, que sur le devoir que lui dicte sa conscience d'honnête homme, car *Summum jus, summa injuria*.

Quant à ceux qui poussent le respect du Secret professionnel à l'extrême, nous craignons qu'ils finissent par le rendre odieux et que, loin de le défendre, ils mettent le Parlement dans la nécessité de modifier, sinon de supprimer l'article 378 du Code Pénal. Nous serions alors, nous médecins, dans la situation des confrères de plusieurs autres nations étrangères où la violation du secret médical ne constitue un délit qu'autant qu'il y a eu intention de nuire et préjudice causé au malade.

Avec les tendances des magistrats à étendre notre responsabilité jusqu'à ses dernières limites, le Corps médical n'aurait rien à gagner à pareille modification.

J. Noir.

La situation matérielle des médecins de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française

A l'heure où la médecine coloniale semble attirer l'attention des parlementaires et du public, nous croyons de notre devoir de documenter le plus sérieusement possible nos lecteurs à son sujet.

Un de nos correspondants qui connaît bien la situation des médecins de colonisation en Afrique occidentale française, nous fait remarquer la différence notable et injustifiée qui existe entre la solde des médecins et des administrateurs. On a tenté de légitimer cette différence par la possibilité laissée aux médecins de faire de la clientèle. Cet argument n'a aucune valeur. Les postes où le médecin pourrait faire quelque clientèle payante, sont infiniment rares et la clientèle payante indigène n'existe pas et est d'ailleurs formellement interdite.

La plupart des autres administrations touchent des indemnités diverses ou des primes (heures supplémentaires, primes de rendement, compléments de solde), les médecins ont des indemnités fixes mais aucun de ces suppléments de traitement qui sont parfois intéressants.

Notre correspondant trouve un véritable charme à la vie coloniale et se défend de vouloir en détourner les jeunes confrères, bien au contraire. Mais il pense qu'il est nécessaire de faire savoir qu'elle est la situation exacte des médecins de l'Assistance indigène.

Les confrères qui assurent ce service sont peu nombreux et dispersés ; ils n'ont jamais l'occasion de se rencontrer, de se concerter, ils ne peuvent faire entendre aux Pouvoirs publics leurs revendications comme les fonctionnaires coloniaux qui ont leur Fédération et leurs organes de presse. Il est donc nécessaire que la presse médicale prenne en main les intérêts de ces confrères lointains, sans défense, et le *Concours médical* qui ne saurait souffrir qu'il y ait des parias dans le Corps médical, n'a cessé, et cela depuis près de dix ans, de signaler les doléances des médecins de nos colonies et de demander

LA PAGE ILLUSTRÉE

Dr PERDRIGÉ

— Mon Dieu ! que je suis malheureuse ! Le Docteur vient de me téléphoner qu'il n'y a plus d'espoir pour maman....

— Hélas ! tout arrive.... même un bon diagnostic.

qu'on leur rende la justice qui est due aux services qu'ils rendent.

Comme aucun argument ne vaut un document précis, nous reproduisons le tableau comparatif des traitements des administrateurs et des médecins occupant un rang analogue dans la hiérarchie coloniale, tableau qu'a bien voulu nous communiquer notre distingué correspondant :

Administrateur en chef

Après 8 ans	67.000
Après 6 ans	63.000
Après 3 ans	57.000
Avant 3ans	51.000

Adm. de 1re classe

Après 6 ans	46.000
Après 3 ans	42.000
Avant 3 ans	38.000
Adm. nde 2e classe	36.000
Adm. de 3e classe	33.000

Adm. adj. de 1re classe

Après 6 ans	30.000
Après 3 ans	26.000
Avant 3 ans	23.000
Adm. adj. de 2e classe	20.000
Adm. adj. de 3e classe	17.000
Elève administrateur	15.000

Médecin principal de 1re classe

Après 3 ans	62.000
Avant 3 ans	55.000
Médecin principal de 2e classe	46.000
Médecin de 1re classe	38.000
Médecin de 2e classe	32.000
Médecin de 3e classe	26.000
Médecin adj. de 1re classe	23.500
Médecin adj. de 2e classe	20.000
Médecin adj. de 3e classe	14.000

Loin de notre esprit de témoigner la moindre jalousie à l'égard des administrateurs, nous trouvons même leurs traitements insuffisants, étant dnnnés les dangers qu'ils courent et les services qu'ils rendent, mais nous pensons que les médecins qui sont encore plus exposés, dont la tâche est plus délicate et plus pénible, sont insuffisamment rétribués, ne touchant pas d'ailleurs les indemnités supplémentaires qui sont attribuées aux administrateurs.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRIPLE MÉCANISME (NERVEUX, HORMONAL ET CHIMICO-SANGUIN) DU TONUS VASCULAIRE, ET LA PATHOGÉNIE DE L'HYPERTENSION

Par le Dr A. Mougeot

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Royat-les-Bains

La spécialité dite de la « cardiologie » partage, avec l'étude de la pathologie rénale, cette particularité qu'elle exige de celui qui s'y adonne d'être abondamment nourri, intimement pétri de la « substantifique moelle » de la physiologie. Le temps n'est plus, comme pour la génération qui nous a précédé, où l'anatomie pathologique et la pathologie générale constituaient à peu près tout le bagage du spécialiste.

J'en trouverai un exemple typique dans la question si obscure de l'hypertension artérielle, considérée d'abord comme un symptôme de néphrite atrophique, conception tout à fait surannée ; puis comme une maladie essentielle, ayant son évolution propre vers l'insuffisance cardiaque, l'athérome et la rupture vasculaire ; ensuite comme un simple symptôme, et à entendre la voix tout récente et très autorisée de Dumas (de Lyon), à nouveau comme une entité morbide. Or, en matière d'hypertension, l'anatomie pathologique reste muette. Il faut chercher ailleurs, et dans la physiologie, la lumière propre à percer le mystère.

Sans prendre part directe dans le débat, je me bornerai aujourd'hui à prétendre qu'il est illégitime de hasarder au sujet de l'hypertension et de l'hypotension une théorie pathogénique sans être complètement au courant de toutes les récentes acquisitions quant au tonus vasculaire, et à sa régulation.

Aux très belles découvertes des Vulpian, des Claude Bernard et des François-Franck sur les nerfs vaso-moteurs, il a été beaucoup ajouté de-

puis trente ans. Les techniques physiologiques se sont multipliées et, grâce à elles, il est possible de démontrer que le tonus vasculaire obéit à trois ordres de sollicitations, l'influx des centres nerveux involontaires, celles des hormones à point de départ dans la sécrétion des glandes endocrines, et enfin la teneur du sang en oxygène, acide carbonique et bicarbonates. Ces deux dernières sortes de sollicitations s'exercent directement sur le muscle lisse de la paroi vasculaire.

***

Il y a en premier lieu un mécanisme vasculo-nerveux, si bien connu que je passerai très rapidement à son sujet. Il a été, dans ces dernières années, très bien étudié et précisé, et je ne connais pas d'expériences plus concluantes que celles de MM. Tournade et Chabrol, poursuivies selon la technique de la circulation céphalique croisée chez deux chiens parallèles. Du chien A, le bout central des carotides et le bout périphérique des jugulaires sont anastomosés à plein canal avec le bout périphérique des carotides, et le bout central des jugulaires du chien B. Et vice versa.

Ceci fait, l'on provoque des abaissements et des élévations de pressions artérielles chez le chien A, et l'on en étudie les répercussions sur le chien B. Ainsi l'on met en évidence un mécanisme régulateur tel que, par l'intermédiaire des centres bulbo-médullaires, il se produit un réflexe abaisseur de la pression artérielle par voie surtout vagotonique, lorsque la pression s'élève dans l'aorte ; et un réflexe presseur positif par voie surtout sympathique lorsque la tension s'abaisse dans l'aorte. Il faut ajouter que ces réflexes s'exercent surtout sur le tonus des vaisseaux périphériques.

***

Deux autres mécanismes sont beaucoup moins bien connus des médecins et, de ce chef, méritent une plus longue exposition.

D'abord, l'influence des hormones vasotoniques d'origine endocrine. L'action vaso-constrictive et hypertensive de l'adrénaline venait d'être solidement établie lorsque en France et simultanément, M. Gautrelet d'une part, MM. Desgrez et Chevalier d'autre part, découvrirent l'action hypotensive de la choline. M. Gautrelet put établir l'origine endocrinienne de la choline et opposer l'un à l'autre deux groupes de glandes à sécrétion interne : l'un (surtout la surrénale, accessoirement la rate) lâchant dans le sang des substances vaso-contrictives ; l'autre, comme le foie, l'intestin, le pancréas, l'estomac (M. Loeper) ayant une sécrétion interne hypotensive, type choline. Ainsi conçoit-on qu'un déséquilibre endocrinien portera de préférence sur l'un de ces deux groupes de glandes à sécrétion interne pour créer, ici l'hypotonie vasculaire, là l'hypertonie ou hypertension.

M'objectera-t-on qu'après tout, ces hormones n'agissent que sur les centres nerveux tono-régulateurs dont nous avons rappelé ci-dessus l'existence prouvée par des expériences cruciales ?

Je répondrai que ces hormones portent leur action, en grande partie ou en totalité, directement sur la paroi vasculaire, et vraisemblablement sur la fibre lisse circulaire, ou s'il s'agit des capillaires, sur la cellule neuro-musculo-endothéliale de Rouget.

Voici tout d'abord l'opinion de Krogh (de Kopenhagen) qui a, plus que personne, étudié avec acharnement la physiologie du capillaire.

Le tonus des vaisseaux capillaires est maintenu par une hormone qui offre les plus grandes analogies avec la sécrétion interne du lobe postérieur de l'hypophyse, et n'en diffère que par des caractères bien secondaires.

Pour l'adrénaline, la question est discutable. Ceux qui tiennent à l'opinion selon laquelle l'adrénaline n'est vaso-constrictrice que par son action excitante sur le sympathique invoquent les faits bien connus de son inversion par les paralysants du sympathique : yohirubine, ergotamine, ergotoxine, quinidine. Je leur opposerai le fait que ces paralysants n'empêchent pas l'action hypertonique de l'adrénaline sur les veines ; et comme le muscle veineux reçoit la même innervation que le muscle artériel, je crois que l'adrénaline agit, en partie au moins, directement sur la fibre lisse.

Pour l'histamine qui est vaso-dilatatrice des capillaires et vaso-constrictrice des artères et des veines, et que quelques auteurs veulent assimiler à l'hormone sécrétée par l'hypophyse, le doute n'est plus à sa place ; les paralysants du sympathique ne modifient pas le pouvoir vasoconstricteur et je l'ai vérifié pour la carotide de bovin, pour la carotide et la jugulaire de chien.

Quant à l'acétylcholine, qui est vaso-dilatatrice sur les capillaires, indifférente pour les artères, et constrictrice pour les veines, nous avons vérifié (avec MM. Loeper et André Lemaire) que la yohirubine ne paralyse pas son pouvoir veinoconstricteur qui apparaît donc comme une action directe sur la fibre musculaire.

Il resterait à s'assurer si les extraits d'organes, dont les propriétés vaso-constrictrices sont bien établies, sont empêchés dans leur action vasculaire hypertonique par les paralysants du sympathique. C'est une œuvre à laquelle je m'attellerai peut-être. Mais déjà, la littérature physiologique ne manque pas d'arguments.

Après des recherches assez longues, je n'ai pu réunir d'indication bibliographique que pour 39 travaux originaux comportant l'expérimentation sur le lambeau vasculaire isolé *in vitro* ; sur ce

nombre deux seulement sont en langue française.

L'un est une note de M. Lucien Brouha, physiologiste belge (sauf erreur) in *C. R. Soc. de Biologie*, t. XCII, p. 202 (1925), qui affirme l'action directe sur le muscle lisse des acides aminés parce qu'ils provoquent une hypotonie aussi bien sur le lambeau veineux que sur le lambeau de muscle utérin ou intestinal.

L'autre est un travail de longue haleine dû à Stern et Rothlin (1), deux physiologistes suisses, qui étudient l'action des extraits d'organes (foie, rein, thyroïde, poumon, muscle, thymus, moelle osseuse, ganglions lymphatiques, capsules surrénales, rate, bile, sang défibriné et sérum).

Ils comparent l'action sur le muscle vasculaire, et celle sur un autre muscle lisse comme l'intestin et l'utérus. Ils démontrent que les reins, le foie, le poumon, le muscle strié, la thyroïde, contiennent à la fois des substances hypertonisantes, et d'autres hypotonisantes agissant directement sur le muscle lisse, indépendamment de son innervation. De même agissent directement sur le muscle lisse, les extraits hypertonisants de la moelle osseuse et du thymus, des ganglions lymphatiques, des capsules surrénales (indépendamment de l'adrénaline), de la rate (celui-ci très puissant), le sang défibriné et le sérum (ici substances spécifiques indépendantes des hormones provenant des glandes à sécrétion interne nommées ci-dessus).

Depuis environ cinq ans que fut découverte par Raymond Hamet l'action paralysante de la yohirubine sur le sympathique vasculaire, bientôt retrouvée dans l'ergotamine, l'ergotoxine, la quinidine, et que je viens de vérifier, on n'a pas, que je sache, démoli l'opinion de Stern et Rothlin, à savoir que les extraits d'endocrines sont hypertenseurs ou hypotenseurs par action directe sur le muscle vasculaire.

***

Enfin, il existe un mécanisme purement chimique, et encore moins bien connu des médecins que le mécanisme hormonal. Depuis longtemps on savait que le gaz carbonique libre à doses un peu plus fortes que celles du sang en période de repos de l'organisme, diminue le tonus vasculaire, relâche nos vaisseaux ; l'école physiologique russo-polonaise l'a démontré dans de nombreuses publications. S'il y a hypertension dans l'asphyxie, cela tient à ce que la teneur en CO^2 devient énorme et qu'il intervient beaucoup d'autres facteurs.

Plus récemment, par la méthode du lambeau vasculaire isolé en survie *in vitro*, on a démontré que le muscle est sensible aux variations du pH du sang. Ainsi les veines périphériques des bovins réagissent par hypertonie à l'augmentation en ions H, et par hyptotonie à la diminution en ions H ; les V. jugulaires et mésentériques ne réagissent pas (Renata Beckmann). Sur les carotides et jugulaires de bovins, je m'en suis assuré par moi-même, l'artère se relâche sous l'influence des acides et se contracte au contact des alcalins, et la veine réagit aux fortes doses, en se contractant sous l'influence des acides, se relâchant par les alcalins. Franklin a vu les mêmes réactions, pour la V. mésentérique de mouton. J'ai vérifié en plus que ces réactions persistent ne présence de l'yohirubine ; donc elles sont musculaires et non nerveuses.

Mais ces réactions n'interviennent pas dans le mécanisme dont nous voulons parler, et qui est beaucoup plus sensible. Ici la régulation est produite par deux éléments qui ont une action spécifique ; c'est d'un côté le gaz carbonique qui agit non en tant qu'acide, mais comme une hormone relâchante sur tous les vaisseaux, artères et veines, et d'autre part le bicarbonate de soude qui exerce un pouvoir hypertonique. Pas plus que pour CO^2 il ne s'agit d'une action ionique, soit ions H, soit ions hydroxyde libérés par hydrolyse. *Le tonus des artérioles et capillaires est spécialement sensible au rapport* (a) $\frac{H^2CO^3}{Na\ HCO^3}$ ou $\frac{\text{acide carbonique libre}}{\text{bicarbonate de soude}}$ dans le sang circulant.

Les variations positives dans le rapport (a) (comme cela se passe normalement dans le sang veineux ou encore après effort ou travail dans le sang artériolaire et capillaire) amènent une vasodilatation et par suite l'hyperhémie de l'organe en activité. Au contraire, les variations négatives du rapport (a), comme on les trouve dans le sang artériel et au repos, causent de la constriction. Par le seul jeu de cette régulation chimique, sans qu'interviennent le système nerveux ni les hormones d'origine endocrine, l'organe possède son auto-régulation vasculaire ; il fait automatiquement son hyperhémie par vaso-dilatation lorsqu'il entre en travail actif (muscle, ou estomac, ou toute autre glande digestive) et son hypohémie lorsqu'il revient en période de repos.

Mansfeld (de Vienne) veut voir dans ce mécanisme auto-régulateur chimique le substratum de l'automatisme de la fibre myocardique. Après avoir été séduit par cette théorie, je suis obligé de lui opposer une objection : elle ne peut s'adapter à une culture *in vitro* de cellules myocardiques embryonnaires qui cependant ont leurs contractions spontanées et rythmiques. Aussi la théorie des dissociations ioniques et recombinaisons électrolytiques avec variations cor-

(1) Stern et Rothlin. — Action des extraits de tissus animaux sur les organes à fibres musculaires lisses, *J. Physiol. et Pathol. gén.*, 1919-20, vol. XVIII, p. 441.

respondantes des charges électriques, formulée par Henrijean (de Liège) rend-elle beaucoup mieux compte de l'automatisme cardiaque.

Rothlin (*Bio-chem. Ztsch.*, T. CXI, 1920) vient de démontrer que l'oxygène est un vaso-tonique, et en quelque sorte un antagoniste de CO^2.

Mes expériences personnelles, quant aux variations de tonus du muscle artériel au contact des eaux-minérales bicarbonatées carboniques, (que Gubler appelait « lymphes minérales », que Billard, Fleig ont montrées être des «milieux vitaux») me conduisent à penser que le bicarbonate de soude a peu d'action, que les cations bivalents et peut-être surtout le calcium jouent un rôle antagoniste fort actif vis-à-vis de l'action hypotonique du gaz carbonique. De telle sorte que le mécanisme chimico-sanguin de régulation m'apparaît comme possédant au numérateur le CO^2 et au dénominateur l'oxygène libre et les ions alcalino-terreux. Evidemment cette conception demande des recherches confirmatives chez l'homme.

***

A mon avis, on peut entrer dans l'hypertension par troubles de l'un de ces trois mécanismes : nerveux, hormonal endocrine et chimique de la régulation vaso-tonique, à condition que les deux autres se montrent incapables de rétablir l'équilibre. Ne semble-t-il pas qu'en raison de la gravité de l'hypertension artérielle, la nature nous ait donné non pas un seul mécanisme, mais trois, afin de rétablir à l'aide des deux autres, l'hypertonie naissant du déséquilibre de l'un des trois ? Mais peut-on dire que les publications sur la pathogénie de l'hypertension tiennent suffisamment compte de l'existence de ces multiples auto-régulations ? Je ne le crois pas, et pour ma part je ne l'ai pas fait dans la mesure qui s'imposerait.

Toutefois on ne saurait transposer directement de la physiologie à la clinique, et celle-ci conserve tous ses droits. En voici un exemple. Il est une forme spéciale d'hypertension, toujours faible, que connaissent bien les médecins du Mont-Dore : liée à l'hypo-hématose chez les scléreux du poumon, avec légère cyanose permanente. Or, la physiologie démontre qu'à lui seul, un faible excès de CO^2 est vaso-dilatateur ; il y a donc dans cette forme d'hypertension soit asphyxie chronique soit un autre facteur que CO^2.

Quant à admettre l'origine digestive ou anaphylactique de l'hypertension, cela demanderait d'oublier que les peptones, les acides aminés et le choc anaphylactique exerçent sur le tonus vasculaire une action abaissante surabondamment démontrée.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(HOTEL-DIEU)

Aspects cliniques de la névrite rétro-bulbaire (1)

Professeur F. TERRIEN

Je voudrais vous parler aujourd'hui des névrites rétro-bulbaires car vous aurez souvent l'occasion d'en voir tant dans les hôpitaux que dans la clientèle privée.

Ces névrites se traduisent essentiellement, au point de vue subjectif, par l'existence d'un scotome central, c'est-à-dire par la perte de la vision centrale

Voici un malade qui vient nous consulter pour une perte totale de la vision des couleurs ; son champs visuel est normal pour la périphérie, mais il a un scotome central ; son acuité visuelle est de 2/10 à droite et de 1/10 à gauche. A l'examen ophtalmoscopique on trouve une papille légèrement décolorée.

Lorsqu'on recherche l'étiologie de cet état, on trouve le plus souvent l'alcoolisme ou le tabagisme ou encore les deux associés.

Voici une autre observation : ce malade est venu nous consulter pour la première fois le 24 novembre 1930. Son acuité visuelle à droite est de 2/10, à gauche de 1/10. Son champ visuel périphérique est normal, mais il a un scotome central. Il abuse des boissons alcooliques : 3 litres de vin par jour, et il fume beaucoup, un paquet de tabac par jour.

Après trois semaines de traitement, les alcools étant supprimés ainsi que le tabac, l'acuité visuelle se modifia ; elle atteint 4/10 pour l'œil gauche et 5/10 pour l'œil droit. De plus le tremblement dont il souffrait a disparu presque complètement.

Ce malade est intéressant du point de vue de l'étiologie et aussi pour ce qui est du résultat du traitement. Au bout de trois semaines de sobriété son acuité visuelle, vous le voyez, a presque doublé.

La névrite rétro-bulbaire se traduit donc par la présence du scotome central, c'est là son caractère essentiel. Il se manifeste tout d'abord par

(1) Leçon recueillie par Madame le Dr Trifonoff.

des altérations dans la vision pour les couleurs (surtout le vert et le rouge). Le scotome doit être recherché attentivement et on se sert pour cela d'appareils variés : on peut le déterminer par le procédé de Haitz à l'aide du stéréoscope de Holms ou bien à l'aide du stéréoscope de Pigeon (stéréoscope Dixio), ou plus simplement encore au moyen du périmètre, en faisant fixer au sujet le centre de celui-ci et en ayant bien soin qu'il fixe bien avec la seule macula.

Lorsque le scotome est reconnu, vous concluez à la névrite rétro-bulbaire. Mais il faut d'abord vous assurer qu'il n'y a pas de lésions de la rétine (troubles de la circulation, artério-sclérose), qu'il n'existe pas de lésions de la région maculaire (hémorragies rétiniennes, chorio-rétinite maculaire). Elles se traduisent également par l'existence d'un scotome central, mais d'ordinaire plus irrégulièrement limité et de plus l'examen ophtalmoscopique permet de reconnaître l'existence des lésions rétiniennes.

La névrite rétro-bulbaire, comme son nom l'indique, désigne l'inflammation du nerf optique en arrière du globe oculaire ; elle s'oppose ainsi aux névrites endobulbaires : dans la première il n'y a pas de lésions ophtalmoscopiques, du moins au début, car dans la suite, secondairement, on peut voir apparaître des altérations de la papille caractérisées par de la névrite optique.

Comment se présente la névrite rétro-bulbaire ? Elle peut être aiguë ou chronique.

Névrite rétro-bulbaire aiguë. — Elle est le plus souvent le résultat de troubles toxiques intenses. En quelques jours, quelquefois même du jour au lendemain, la vision diminue ou disparaît totalement : Le malade, qui s'était couché la veille avec une vision normale, se lève le lendemain avec une déficience ou une perte à peu près complète de la vision. Ce phénomène reconnaît des causes diverses : les intoxications, les infections, un refroidissement (tel le cas d'un mécanicien qui s'était penché longtemps en dehors de la locomotive en marche).

Quels en sont les symptômes ?

Le scotome est le premier qui attire l'attention. Il est central, nous l'avons vu, et le champ visuel périphérique est conservé. L'étendue de ce scotome central peut être considérable, si bien que dans certains cas, on peut avoir l'impression d'une amaurose complète ; mais on trouve toujours la vision périphérique conservée (du moins pour la lumière).

Un second élément important de diagnostic est l'existence d'une douleur à la pression exercée sur le globe oculaire, avant ou arrière ou sous l'influence des mouvements de l'œil.

L'examen ophtalmoscopique ne donne rien au début et la papille ne montre pas d'altérations. Mais à des périodes plus avancées il n'est pas rare de constater de ce côté des phénomènes congestifs.

A côté de cette triade symptomatique : 1) scotome central, 2) douleur à la pression et 3) absence de lésions du fond de l'œil, on peut observer encore des phénomènes accessoires. C'est tout d'abord une paresse plus ou moins accusée de la réaction pupillaire. Cette diminution du réflexe lumineux constitue en même temps un élément de pronostic : plus la pupille est paresseuse, plus le pronostic sera réservé.

Un second élément, assez peu recherché mais intéressant cependant à noter, est l'agrandissement de la tache aveugle ou tache de Mariotte. Elle se trouve, on le sait, à 15 degrés en dehors et à trois degrés au-dessous du point de fixation ; ces dimensions peuvent être augmentées, alors que l'examen objectif de la zone péri-papillaire donne un tableau d'apparence normale. Cette recherche peut en même temps apporter quelques précisions sur le pronostic, par exemple chez les myopes assez forts et chez lesquels il existe presque toujours un staphylome postérieur. L'accroissement des dimensions de la tache de Mariotte marche de pair avec l'augmentation du staphylome et la progression de la myopie.

En général le pronostic des névrites rétro-bulbaires est très favorable. Dans la moitié des cas, après deux ou trois semaines les phénomènes rétrocèdent et l'acuité visuelle s'améliore.

Il est assez rare de voir l'amblyopie persister, et le pronostic est lié aux causes de l'affection. Celle-ci est infectieuse ou toxique. Mais il faut aussi bien distinguer si les phénomènes sont uni ou bilatéraux, car les causes en sont diverses.

Les scotomes bilatéraux sont dus à des infections ou des intoxications générales ; les scotomes unilatéraux sont souvent déterminés par une lésion de voisinage. Un simple coup d'œil sur la région de l'orbite nous montre celle-ci presque totalement encerclée, sauf en dehors, par les cavités pneumatiques de la face.

Sa paroi inférieure répond au sinus maxillaire, sa paroi supéro-interne au sinus frontal, sa paroi interne aux cellules ethmoïdales en avant et en arrière, au sinus sphénoïdal ; le nerf optique se trouve là, à son passage dans le trou optique, presque en contact avec ce dernier sinus, quelquefois même directement, en raison des déhiscences osseuses de la paroi qu'il n'est pas rare de rencontrer.

Cette constatation des rapports anatomiques a poussé à rechercher là les causes de la névrite rétro-bulbaire et on a incriminé dans son étiologie les affections des sinus sphénoïdaux.

Les interventions sur le sinus sphénoïdal semblèrent donner raison à cette supposition ; car après l'intervention on a vu assez souvent la névrite rétro-bulbaire disparaître. Je n'ai pas à vous rappeler ici le procédé de Segura, moyen

simple et commode pour l'ouverture des sinus sphénoïdaux. Vous en voyez la technique reproduite sur ces schémas. L'accès de la paroi antérieure du sinus est relativement facile et après cette opération on voit, dans certains cas, alors même que le sinus semble être indemne de toute altération, se rétablir l'acuité visuelle.

On a incriminé alors une mauvaise aération du sinus (vacuum sinus). Dans d'autres cas une simple résection du cornet moyen a donné le même résultat favorable. Enfin, seule la saignée de l'opération, en provoquant la décongestion du nerf optique, a donné des résultats également favorables.

Mais en attribuant l'amélioration à toutes ces interventions il ne faut pas oublier que la restitutio *in integrum* se produit rapidement et spontanément, d'autant plus que les lésions disparaissent dans la moitié des cas par elles-mêmes. Il convient donc de se montrer assez réservé avant d'incriminer une origine sinusienne possible. Toutefois, dans les cas de névrite rétro-bulbaire unilatérale, il sera toujours sage de faire une radiographie. En l'absence de toute lésion nette du côté des sinus on attendra deux ou trois semaines, avant d'intervenir, pour être certain que l'affection ne va pas rétrocéder d'elle-même. Après ce laps de temps il n'est pas défendu d'intervenir sur le sinus.

Une autre cause possible de névrite rétrobulbaire unilatérale, due à une infection voisine, doit être recherchée dans les altérations dentaires.

Névrite rétro-bulbaire chronique. — Aux Etats-Unis en particulier, on a beaucoup insisté sur ces faits et on a rapporté à des affections dentaires supposées une foule troubles oculo-orbitaires, n'hésitant pas à conseiller au malade, par mesure de précaution, l'ablation de toutes les dents ! Il ne faut pas bien entendu être aussi exclusif, et il convient de ne rien exagérer, mais en présence d'une lésion dentaire caractérisée le traitement doit être dirigé dans ce sens.

En présence d'une névrite rétro-bulbaire bilatérale il faut penser à une infection d'ordre général, et tout d'abord *à la sclérose en plaques.* Car bien souvent la névrite rétro-bulbaire est le premier symptôme de cette affection et elle apparaît de très bonne heure, pouvant précéder de longtemps tous les autres symptômes. Puis après un certain temps on observe le tremblement caractéristique : massif intentionnel, et les réflexes s'exagèrent.

Nous avons suivi avec le Professeur Achard pendant des mois une malade qui au début n'avait qu'un scotome central, puis un léger nystagmus et seulement bien plus tard elle présenta les symptômes caractéristiques de la sclérose en plaques, en particulier le tremblement. Il faut donc être réservé dans le pronostic de la névrite rétro-bulbaire et avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de la sclérose en plaques.

Névrite rétro-bulbaire chronique. — Dans les formes chroniques, il s'agit presque toujours d'une intoxication alcoolique ou tabagique.

Dans certains cas la névrite rétro-bulbaire reconnaît une origine médicamenteuse, en particulier les sels arsénicaux à fortes doses.

J'ai vu l'été dernier en consultation avec les Drs Landowski, Ravaut, Rochon-Duvigneaud et Scrini, une femme soignée par l'acétylarsan à la dose de 2 cc. (0,03) ; elle avait reçu seulement 6 injections ; 6 jours après la dernière injection les réflexes lumineux avaient disparu et l'abolition de la vision des deux yeux était presque complète, mais le fond de l'œil était absolument normal.

Quelques semaines plus tard, le Dr Ravaut ayant prescrit des injections d'hyposulfite de soude, 10 cc. par jour d'une solution à 20 p. 100, l'acuité visuelle était très améliorée.

A côté de cette forme aiguë il y a la forme chonique, presque toujours due à l'abus de l'alcool et du tabac.

On s'est souvent demandé, lequel était du tabac ou de l'alcool le plus nocif. Il faut savoir que chacun des deux est toxique et peut être responsable de la névrite, mais il existe de grandes variations individuelles dans la sensibilité à ces deux toxiques. La forme chronique se traduit par les symptômes précédemment décrits : scotome central, tout d'abord pour les couleurs, pour le vert surtout, puis survient une altération secondaire de la papille, qui porte sur le côté temporal de celle-ci.

Le scotome est toujours beaucoup moins étendu que dans la forme aiguë ; il ne dépasse pas 4 à 5 degrés, et après quelques mois on remarque une certaine décoloration de la moitié temporale de la papille. Notez d'ailleurs que cette décoloration existe toujours plus ou moins à l'état normal, la partie temporale étant toujours moins rosée que la partie nasale, du fait de la moins grande richesse en fibres nerveuses de ce côté.

Il ne faut donc pas attacher à ce dernier signe une très grande attention, à moins qu'il ne soit bien caractérisé et ici, comme dans toutes les névrites rétrobulbaires, les symptômes caractéristiques demeurent purement subjectifs.

La perte de la vision centrale est due à une altération du faisceau central maculaire du nerf optique comme l'a démontré Samelsohn en 1882.

Le nerf optique, en effet, est constitué, vous le savez, par trois faisceaux : temporal, nasal et faisceau central ou maculaire.

C'est ce faisceau qui est atteint, cette altération atteint également les cellules de la rétine correspondantes.

Uhthoff a incriminé une névrite interstitielle

rétro-bulbaire : les travées conjonctives du nerf s'épaississent, se sclérosent et par compression détruisent les fibres nerveuses. A ce titre l'artériosclérose favorise l'amblyopie toxique, et on pourrait penser à une certaine prédisposition. Il en est de même des excès de toute nature et des privations, de la mauvaise alimentation, etc... Enfin le diabète peut aggraver singulièrement le pronostic en même temps qu'il favorise l'apparition du scotome.

Chez un de nos malades qui prenait relativement peu d'alcool (un litre et demi par jour), et fumant peu, mais qui était atteint de diabète avec 12 gr. de sucre dans les urines, un scotome bilatéral apparut rapidement et le diabète semblait bien ici avoir joué un rôle considérable dans le développement de l'affection.

A côté de la théorie de la névrite interstitielle, défendue par Uhthoff, Nuel a soutenu une thèse inverse. D'après des examens rapportés au Congrès international de 1900, la lésion première porte sur la fibre nerveuse, sur l'élément noble et ce n'est que secondairement que le tissu interstitiel (névroglie et tissu conjonctif) est intéressé.

En 1903, Sourdille, dans les *Archives d'ophtalmologie*, a publié deux observations très intéressantes avec autopsie des malades. Dans un cas il s'agissait d'une infection à streptocoques et dans l'autre d'une intoxication par l'alcool.

L'auteur, après autopsie et examen microscopique, arrive à la conclusion que dans les cas aigus les lésions portent sur les éléments nobles ; qu'il y aurait une nécrobiose des cellules nerveuses' les lésions étant produites par absorption massive d'une grande quantité de poisons (alcool ou toxines) transportés par le sang. A leur contact les éléments nerveux de ce fait se trouvent rapidement détruits (action comparable à celle du phosphore sur la cellule hépatique, de la cantharidine sur l'épithélium rénal).

Dans les formes chroniques au contraire, il s'agirait de névrite interstitielle. Les poisons ici agiraient sur les parois des capillaires, entraînant l'épaississement et le rétrécissement de leur lumière, d'où insuffisance d'irrigation des fibres nerveuses et prolifération du tissu névroglique et conjonctif. Si la partie centrale du nerf est seule intéressée, c'est que, moins riche en vaisseaux que la périphérie du nerf, elle ressentirait la première les effets de l'ischémie produite par les altérations des capillaires.

Des recherches plus récentes de Rônne ont montré que les petites cellules nerveuses ganglionnaires, de la rétine étaient atteintes par l'infection au niveau de la région correspondante à la macula, recherches confirmées par Mac Donald au 13e congrès international d'Amsterdam qui a trouvé ces lésions sur trois sujets morts d'intoxication par alcool méthylique. L'atrophie du faisceau maculaire serait donc secondaire à la dégénérescence des cellules ganglionnaires de la macula et c'est en effet l'hypothèse la plus vraisemblable.

Dans un travail récent d'Alajmo, ces faits se trouvent confirmés par des expériences très intéressantes sur des lapins.

Jusqu'ici, dans les expériences sur les animaux on injectait la nicotine en solution, mais à côté de la nicotine sans doute une foule d'autres substances interviennent-elles et il faut penser aussi aux transformations chimiques qui s'opèrent au niveau de la muqueuse buccale.

Si bien que l'injection de nicotine ne peut avoir la même action que la nicotine respirée par le procédé habituel. En effet, la nicotine subit au niveau de la muqueuse buccale certaines modifications et on aurait constaté la formation de sulfocyanure de potassium. Aussi, pour se rapprocher autant que possible de la réalité, l'auteur italien faisait fumer ses lapins à l'aide d'appareils spéciaux très ingénieux, leur donnant quatre cigarettes par jour, pendant un mois, ou les alcoolisant à petites doses.

L'examen du fond de l'œil montrait alors une atteinte du seul faisceau central, du faisceau maculaire du nerf optique et l'examen anatomique montra que les altérations portaient uniquement sur ce faisceau et sur les cellules ganglionnaires rétiniennes correspondantes.

Quel doit être le traitement des névrites rétrobulbaires ? Tout d'abord il faut écarter le poison ; les habitudes d'intempérance du sujet atteint seront progressivement restreintes, puis supprimées. On peut aussi donner un peu d'iodure, mais ce dernier médicament n'a guère d'action.

Le plus souvent, par le seul régime diététique, on note une amélioration rapide. S'il s'agit d'une affection générale comme le diabète, il faudra bien entendu la traiter et le régime sera très surveillé. Lors d'intoxication alcoolo-tabagique le pronostic est donc particulièrement favorable.

Retenons de tout ceci la fréquence de la névrite rétro-bulbaire et son origine infectieuse ou toxique, la première revêtant le plus souvent la forme aiguë, et assez souvent unilatérale, la seconde au contraire se présentant sous la forme chronique et presque toujours bilatérale.

Dans la première modalité on recherchera tout d'abord l'existence d'une lésion de voisinage, du côté de l'orbite, du sinus ou même des dents ou du cavum et à son défaut une infection générale d'origine plus éloignée.

Parmi celles-ci la plus fréquente de beaucoup est la sclérose en plaques dont la névrite rétrobulbaire, uni ou bilatérale, peut constituer l'unique symptôme, précédant de longtemps les autres manifestations de la maladie.

Les variations assez fréquentes dans l'étendue

du scotome central suivant le moment de l'exament est un des principaux caractères de la névrite rétro-bulbaire de la sclérose en plaques, associé souvent à des encoches dans le champ visuel périphérique.

On se rappellera aussi que les tumeurs de la région de l'hypophyse, avec leur syndrome chiasmatique caractéristique : hémianopsie bitemporale, se traduisent souvent au début par l'apparition de symptômes d'une névrite rétro-bulbaire qui peut même demeurer assez longtemps unilatérale.

Enfin il est une forme de scotome central assez rare, héréditaire (maladie de Leber), transmise par les femmes, frappant surtout les hommes, apparaissant au moment de la puberté et s'installant rapidement. Le diagnostic en sera aidé par l'étude des antécédents et par la constatation fréquente de l'affection chez d'autres membres de la même famille.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR ....

De l'examen de la fonction vestibulaire.

D'après le Professeur WORMS (1).

L'étude de la fonction vestibulaire n'intéresse pas seulement l'otologiste, préoccupé de reconnaître à temps une labyrinthite, un abcès du cervelet, la gravité d'une surdité chronique progressive ; elle est également indispensable au neurologiste (diagnostic topographique des affections cérébrales) ; elle est des plus utiles au *praticien*, souvent appelé à donner son avis à propos de l'expertise des anciens blessés de guerre.

Car il est possible en demeurant sur le terrain de la clinique, de la pratique journalière, de dégager de cet examen quelques conclusions de bon sens, un certain nombre de signes, dont l'objectivité consacre la valeur.

L'examen vestibulaire comprend une série d'épreuves, qui se contrôlent et se complètent mutuellement, seule la *comparaison des épreuves spontanées* et *provoquées* du malade permet d'établir la valeur de l'appareil vestibulaire, et d'interpréter judicieusement ses anomalies.

***

I

Notions préliminaires d'anatomie et de physiologie

L'oreille interne est essentiellement constituée par un sac rempli de liquide endolymphe, fermé de toutes parts, divisé en compartiments et diverticules communiquant entre eux, et séparé de la coque osseuse, qui le renferme, par un espace, où chemine la périlymphe, laquelle est en relation avec les espaces sous-arachnoïdiens.

Deux parties, à fonctions absolument dissemblables, sont à distinguer dans l'oreille interne : en avant, le *canal cochléaire du limaçon*, ou *labyrinthe antérieur, réservé à l'audition* ; en arrière, le VESTIBULE ET LES CANAUX SEMI-CIRCULAIRES QUI SE RAPPORTENT A LA FONCTION D'ÉQUILIBRATION.

Le vestibule se compose de deux petites vésicules : l'une supérieure ou *utricule*, dans laquelle s'ouvrent les canaux semi-circulaires ; l'autre inférieure, plus petite, ou *saccule*, qui est reliée à la portion initiale du canal cochléaire. De la face interne du saccule part un canalicule, qui se porte à la rencontre d'un canalicule analogue, né de l'utricule. Ces deux canalicules se réunissent en formant le canal endo-lymphatique, qui parcourt tout l'aqueduc du vestibule et se termine à la face postéro-supérieure du rocher, en formant audessus de la dure-mère le cul-de-sac endolymphatique.

Les canaux semi-circulaires sont au nombre de trois, disposés dans trois plans perpendiculaires l'un à l'autre : l'un canal *horizontal*, ou mieux externe, forme avec le plan horizontal un angle de 30°. Des deux autres, qui sont *verticaux*, l'antérieur est perpendiculaire, le postérieur est parallèle à l'axe du rocher lui-même dirigé obliquement en avant et en dedans. Il s'ensuit que le canal antérieur d'un côté et le canal postérieur du côté opposé sont dirigés, dans des plans parallèles.

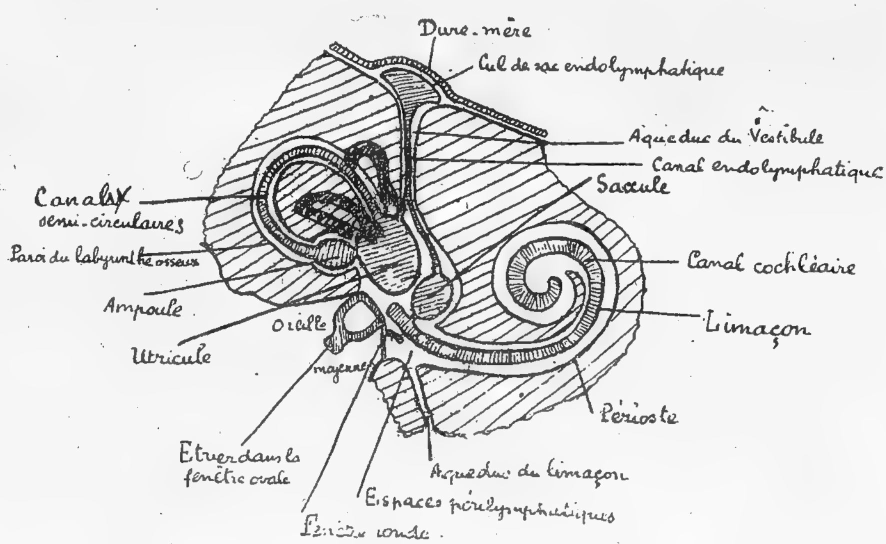
A l'intérieur des canaux semi-circulaires, on trouve les crêtes acoustiques, ampullaires, où s'épanouissent les rameaux du nerf acoustique. A la paroi postérieure de l'utricule et du saccule, on remarque la macula acoustique, légèrement excavée, avec les otolithes, cristaux de carbonate de chaux, en contact avec les cils nerveux par une couche de gélatine.

Il faut savoir aussitôt que *si le labyrinthe vestibulaire renferme des organes sensoriels affectés au maintien de l'équilibre, d'autres sensations, les unes conscientes (sensations visuelles, tactiles, auditives), les autres inconscientes et qui sont les plus importantes (sensibilité musculaire profonde, surtout sensibilité articulaire), interviennent à chaque*

(1) G. WORMS. — L'examen de la fonction vestibulaire. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, janvier 1931.)

instant aussi pour régler les réflexes nécessaires au maintien de l'*équilibre*. Le sens de l'orientation, ou mieux la fonction de l'équilibration, ne s'accomplit donc pas par l'intermédiaire d'un organe bien localisé comme l'œil ou l'oreille, mais bien par l'intermédiaire de multiples éléments disséminés dans toutes les parties de l'organisme.

Au point de vue des *connexions nerveuses*, on saura qu'au cours de son trajet centripète particulièrement complexe, le nerf vestibulaire rencontre de nombreux centres de relais, qui expliquent l'*existence de réflexes à point de départ vestibulaire*. Ce sont : des centres bulbaires assurant les *connexions avec les noyaux oculo-moteurs homo- et hétéro-latéraux et le noyau du facial*; des centres cérébelleux, très importants, assurant les connexions avec les fibres cérébelleuses directes et croisées de la moelle, lesquelles véhiculent les *sensations d'attitudes segmentaires du corps et des membres, émanant des organes anesthésiques*. Enfin,



le nerf vestibulaire aboutit *à des centres corticaux de l'équilibration volontaire*. Le vestibule transmet simplement à des centres spéciaux, et vraisemblablement rhombocéphaliques, (par conséquent des centres inférieurs, dont le fonctionnement anatomique échappe à l'analyse et à la conscience), les excitations, que suscitent en lui les mouvements, que nous subissons ou que nous provoquons.

Le vestibule doit donc être considéré comme un « stabilisateur automatique », et cette fonction ne s'exercera convenablement que s'il y a entre les deux vestibules une harmonie fonctionnelle, et un pouvoir de compensation.

Sur quelles bases fonctionnelles repose l'examen vestibulaire.

Après l'exposé succinct, qui précède, ce paragraphe est facile à comprendre.

Dans les canaux semi-circulaires, comme dans l'utricule et la saccule, se trouvent des terminaisons nerveuses de la VIIIe paire, au niveau soit des crêtes acoustiques (canaux), soit des otolithes (vestibule) ; et leur *excitation* est réalisable par suite de déplacements imprimés au liquide endolymphatique, qui les baigne.

Un flux de ce liquide se produit lorsque la tête subit une rotation de vitesse *variable*, c'est-à-dire *au début ou à la fin* d'un mouvement rotatoire, et à tout changement de vitesse survenant dans ce mouvement.

L'*excitation des semi-circulaires* amène des *sensations de vertiges et des réflexes. Celle de l'appareil otolithique* est encore peu connue, délicate à interpréter ; nous ne nous en occuperons pas.

Sensations de vertige. — La pression du liquide endolymphatique éveille la sensation d'une rotation se produisant dans le plan du canal auquel appartient la crête excitée, et dans un sens opposé à celui de la pression. Cette sensation devient une sensation vertigineuse, quand elle est très accusée et qu'elle provoque une impression d'instabilité avec son cortège de réactions bulbaires dans le domaine du vague et du sympathique.

Réflexes. — Ils se produisent dans l'appareil musculaire, comme dans le domaine du vague et du sympathique.

Pour le vague et le sympathique, les réflexes ne sont perçus que si l'excitation est assez intense : ce sont des *vomissements, diarrhée, troubles vasomoteurs, vertiges, syncope.*

Dans l'appareil musculaire des membres du cou et du tronc, ce sont des *mouvements réflexes*, dans le plan du canal excité et dans la même direction que celle du flux endolymphatique.

Quant à l'appareil musculaire oculo-moteur, il réagit d'un manière plus importante au point de vue de l'examen, par le *nystagmus*.

La pression exercée sur l'ampoule d'un canal semi-circulaire amène un mouvement réflexe associé des yeux dans le plan du canal excité et de même direction que le flux endolymphatique ; ce mouvement des globes oculaires atteint à un moment donné son maximum d'amplitude ; il est alors brusquement inhibé par une action d'origine cérébrale, et l'œil est ramené instantanément à sa position primitive. Ce mouvement de va-et-vient, qui se constitue, est le *nystagmus.* Il comprend donc : *une phase lente* d'origine vestibulaire, qui est le véritable mouvement réactionnel, et une *phase rapide,* d'origine centrale, simple mouvement contre-réactionnel. On a pris l'habitude de désigner le sens du nystagmus par la direction de la phase rapide.

***

II

Les épreuves de l'examen de l'équilibration

Un malade, atteint de troubles de l'équilibration ou de vertiges, doit avant toute épreuve spéciale avoir subi un examen complet : anamnestiques ; état local, anatomique et fonctionnel, de l'oreille; autres fonctions générales ; stigmates d'infections chroniques.

Les épreuves sont : ou bien simples, cliniques, non instrumentales (*troubles spontanés*) ; ou bien instrumentales, rudes, violentes, plus ou moins pénibles (*troubles provoqués* par l'excitation artificielle du labyrinthe). Il convient de les graduer en allant des épreuves les plus douces (déterminant le minimum de réflexes) aux plus dures ; et parfois, il est indispensable de ménager entre chaque séance un repas de quelques heures, sinon de quelques jours.

A. Les épreuves vestibulaires spontanées.

Elles permettent de déceler des troubles au cours d'une hémorragie ou d'un processus infectieux, qui envahissent brusquement le vestibule et les canaux semi-circulaires. Ce sont :

1° Des *troubles subjectifs, vertiges,* associés à nausées, pâleurs, sueurs, etc. ;

2° Des *troubles objectifs, nystagmus et mouvements réactionnels de déviation et de chute* ;

1° *Le vertige spontané,* d'origine vestibulaire, a des caractères spéciaux. Il est, avant tout, constitué par une sensation illusoire de déplacement du sujet par rapport aux objets extérieurs (*vertige subjectif*), ou, plus rarement, des objets extérieurs par rapport au sujet (*vertige objectif*). Il est le plus souvent *rotatoire* (sensation de tournoiement) ; mais parfois aussi le sujet se croit entraîné en avant ou en arrière, ou de côté, ou soulevé en l'air, ou précipité dans un goufre. Le vertige labyrinthique survient souvent par accès, plus ou moins intenses, durant plusieurs heures, s'accompagnant de nausées et de vomissements. Il est, en général, augmenté par les mouvements de la tête, par certaines directions du regard ou l'occlusion des paupières.

Il est plus violent quand la lésion est unilatérale ; mais le désaccord entre les deux labyrinthes n'est que passager, car le vestibule sain met son excitabilité à l'unisson de celle du vestibule déficient. Les crises de vertiges labyrinthiques finissent donc par s'éteindre, laissant entre elles des rémissions de plus en plus longues.

Quelquefois le vertige s'accompagne d'une sensation de déséquilibre, suivie dans quelques cas de chute, mais avec conservation de la conscience. Cette chute se fait en sens inverse de la sensation vertigineuse, et dans le même plan ; le sens où elle se produit est influencé par la position de la tête.

Ce vertige doit être distingué des faux vertiges, dits lipothymiques : éblouissement, dérobement des jambes chez les émotifs, les anémiques, gastropathes, hypo ou hypertendus, états ataxiques.

Causes : Les vertiges les plus violents sont déterminés par des attaques brusquées (*hémorragie intra-labyrinthique, poussée vasomotrice, spasme, mal de mer*).

Mais *certaines labyrinthites chroniques* peuvent détruire lentement et complètement un labyrinthe *sans épisode vertigineux.*

2° *Le nystagmus spontané* est le signe révélateur le plus constant, le plus facile à observer, et peut être le plus sensible d'un trouble de l'équilibration.

Recherche. — Le patient est assis, la tête droite en pleine lumière. Le nystagmus spontané s'observe d'abord en position directe du regard, le sujet regardant un doigt placé à un mètre devant lui ; puis, dans le regard latéral, en faisant dévier l'œil à 45°, dans le sens, où bat le nystagmus (secousse brusque). Il est parfois utile d'annihiler l'influence de la fixation par le port de lunettes opaques.

Appréciation. — Il ne faut pas attacher une grande importance au nystagmus n'apparaissant que dans la position latérale du regard (nystagmus du 1er degré) ; car il existe chez 60 p. 100 de sujets normaux.

Le *nystagmus, du 2e degré, dans le regard direct au loin comporte une valeur diagnostique beaucoup plus grande* ; il demande à être recherché avec attention, en se rapprochant des yeux du malade, et en l'observant latéralement.

Il est certains *nystagmus latents,* qui n'existent pas dans la position normale du regard, et ne peuvent être révélés que, soit par la position extrême du regard, soit par la convergence. Il y

en a d'autres que révèlent seulement les mouvements brusques de la tête, brusques par renversement en arrière (d'origine canaliculaire) ou lents.

Causes. — Le nystagmus spontané résulte souvent d'une altération de la tension du liquide céphalo-rachidien (tumeurs intra-craniennes du lobe frontal), car les voies vestibulaires réagissent avec une grande facilité ; quand il est ainsi d'*origine centrale,* il est en général bilatéral, à secousses rapides, assez irrégulier, changeant dans sa forme (tantôt horizontal, ou rotatoire ou vertical) ; il dure et augmente d'intensité avec le temps ; il est toujours indépendant des différents mouvements de la tête ou du sens de chute du malade (ainsi qu'il arrive pour les lésions du cervelet ou du bulbe). D'*origine périphérique,* il n'est jamais vertical ; il survient en général par crises, avec syndrome vestibulaire au complet ; il est unilatéral, souvent influencé par les mouvements de la tête ; il ne persiste pas très longtemps.

3° *Les troubles spontanés de l'équilibre* vont parfois en s'atténuant. Pour les faire apparaître, il suffit de placer le malade dans une position un peu anormale, c'est-à-dire différente de la vie quotidienne.

Voici un certain nombre d'épreuves simples pour les mettre en évidence.

Epreuve de Romberg : les yeux fermés et les pieds joints, ou encore mieux un pied devant l'autre, le sujet normal présente tout au plus de petites oscillations de corps d'avant en arrière.

Le labyrinthique franc perd aussitôt l'équilibre ; le labyrinthique fruste ne tombe pas, mais il présente un déplacement de l'axe du corps d'un côté ou de l'autre. Cependant, il ne faut tenir compte que des déviations ou des chutes de même sens, après plusieurs examens.

La chute se fait généralement dans le même sens que celui de la secousse lente du nystagmus, du côté du labyrinthe atteint ou du plus atteint. Quand l'épreuve est positive, il est parfois utile d'étudier les variations de la direction de chute en variant les positions de la tête.

Epreuve de l'équilibration retardée (R. Foy) ; elle est de valeur réelle et d'exécution simple. On fait effectuer au sujet trois tours sur lui-même, les yeux fermés, et on le place immédiatement après dans la position de Romberg, un pied devant l'autre. Les tours se font d'abord par le flanc gauche, après quoi le sujet met le pied gauche en avant ; puis, après un temps de repos, on fait tourner par le flanc droit, et le sujet met le pied droit en avant ; on chronomètre le temps nécessaire pour que l'équilibre, détruit après la giration, soit retrouvé ; ce temps est de 10 secondes en moyenne normalement ; il ne dépasse jamais trente secondes.

Lorsqu'il est raccourci (2, 3 secondes), on dit qu'il y a hypoexcitabilité ; dans le cas contraire, il y a hyperexcitabilité.

Epreuve de la marche les yeux fermés ou de la déviation angulaire (Babinski-Weil). Dans une pièce longue de 5 à 6 mètres, large de 4 au moins, le sujet est placé les yeux fermés à une extrémité, rigoureusement dans l'axe de la pièce ; puis il reçoit l'ordre de la parcourir dans toute sa longueur, en avançant et en reculant sans jamais ouvrir les yeux et sans jamais s'arrêter. On fait ainsi effectuer, dix voyages aller et retour.

Un sujet normal ne dévie pas sensiblement, ne dévie surtout pas toujours dans le même sens.

Le labyrinthique, au contraire, dévie presque toujours d'une façon très particulière ; quand il marche en avant, il incline d'une façon constante et régulière vers un seul côté, soit le côté droit, et dans la marche arrière il est entraîné en sens inverse (à gauche, dans l'exemple pris), si bien qu'au bout d'un certain temps on peut le voir marcher sur une ligne perpendiculaire à sa direction première, et même finir par aller en sens inverse du départ.

Causes. — Les troubles spontanés de l'équilibre sont parfois très marqués à l'origine d'*une fracture du rocher,* d'une *suppuration auriculaire*; mais, ils disparaissent par compensation des centres, après une certaine période d'adaptation, du moins pour les positions habituelles du corps, les réflexes usuels.

4° *Les mouvements réactionnels des membres.*

En même temps qu'une réaction de chute, l'excitation vestibulaire détermine un déplacement lent et peu marqué des membres du côté de la secousse lente du nystagmus.

Ce déplacement est mis en évidence par les deux épreuves des bras tendus et de l'indication.

Ce dernier procédé est d'une appréciation délicate : les yeux fermés, le malade doit avec son index toucher alternativement son propre genou, puis l'index de l'observateur.

Pour les bras tendus, le malade est assis, les yeux fermés, la tête maintenue en position droite, les bras tendus en avant, bien parallèles et dans l'axe sagittal des épaules. L'observateur se met de face debout et place un index devant le médius de chaque main du malade. Normalement, il n'existe aucun déplacement spontané ; à l'état pathologique, les deux bras dévient latéralement ; parfois la déviation se limite à l'abaissement de l'un des bras. On ne tiendra compte que des déviations typiques d'une certaine étendue, et on répétera au besoin plusieurs fois l'examen.

B. Les épreuves labyrinthiques provoquées ou instrumentales.

1° L'*épreuve calorique.*

C'est de beaucoup la plus importante ; elle peut être facilement recherchée au lit du malade ;

elle permet non seulement d'interroger un seul labyrinthe, mais aussi chaque canal séparément.

Dans les infections auriculaires, elle suffit, à elle seule, à dépister la complication labyrinthique d'une otorrhée. Dans les affections vestibulaires non suppurées, elle permet de mettre en évidence des altérations discrètes.

Elle est fondée sur l'excitation (vaso-motrice) des canaux semi-circulaires par une modification brusque de leur température (réchauffement ou refroidissement), au moyen d'un courant d'eau chaude ou d'eau froide injectée dans le conduit auditif externe.

Contre-indications : un obstacle (cérumen, etc.) empêchant l'accès de l'eau sur le tympan ; la violente congestion, qui accompagne une otite aiguë ; une large perforation sèche du tympan, à cause des risques de réinfection de la caisse.

Technique. — Un bock, une simple canule d'oreille, une assez grande quantité d'eau.

On recherche l'*apparition du nystagmus.*

Causes. — Quand celui-ci apparaît avec une quantité d'eau minime, à température peu éloignée du corps, inutile souvent d'aller plus loin ; le labyrinthe est excitable. Sinon, il faut continuer l'épreuve avec une quantité d'eau plus considérable et plus froide, la répéter au besoin, noter la durée de la phase de latence, la durée du réflexe l'amplitude et la rapidité des secousses. On vérifiera aussi la sensation vertigineuse, le sens de la chute, la déviation des bras.

2° *L'épreuve rotatoire.*

Elle se pratique à l'aide d'un fauteuil, tournant autour de son axe vertical ; le *nystagmus* survenant à l'arrêt (post-rotatoire) est seul à considérer.

Cette épreuve est plus pénible que la précédente ; sa valeur pratique est moindre, en raison de l'assez grande variabilité des réactions nystagmiques rotatoires chez les sujets normaux.

Causes. — Il y a *hyperéflectivité* nystagmique post-opératoire, quand le nystagmus dure plus de trente secondes environ, et surtout quand il y a exagération des phénomènes d'entraînement, pouvant aller jusqu'à la chute avec vertiges intenses, pâleur, vomissements. Cet état se rencontre chez des sujets sains ou nerveux, mais aussi *chez des commotionnés* ; son pronostic est bénin, car toute lésion sérieuse du vestibule entraîne plutôt l'hypoexcitabilité. Une hyperexcitabilité marquée avec un post-nystagmus de 2 ou 3 minutes, secousses amples et rapides, est assez souvent l'*indice d'une lésion centrale et surtout cérébelleuse.*

L'*abolition de tout réflexe* se note, quand les *deux vestibules sont détruits.*

Si leur *destruction est partielle, il y a diminution ou absence du nystagmus, mais persistance des troubles de l'équilibre.*

En cas de *destruction unilatérale,* récente, le *post-nystagmus est très raccourci* ; il est plus court que normalement (20 secondes environ) au cas d'une lésion ancienne ;

3° L'*épreuve pneumatique.*

Ce sont des alternatives de compression et d'aspiration d'air réalisées dans le conduit auditif externe à l'aide d'un ballon de caoutchouc ; cette excitation fait apparaître une réaction dans les cas pathologiques seulement.

Les causes de ce nystagmus sont : la fistule labyrinthique, cause d'une perte de substance au niveau du canal semi-circulaire externe, au cours d'une otite moyenne suppurée ; la labyrinthite hérédo-syphilitique tardive ; certaines otites suppurées simples, non compliquées.

4° L'*épreuve galvanique,* au moyen du passage d'un courant de faible intensité.

Celle-ci est du domaine pur du spécialiste, car son interprétation est assez délicate.

Les résultats fournis par ces *diverses* épreuves instrumentales, doivent être étudiés *comparativement,* afin de pouvoir conclure synthétiquement à l'*hyperexcitabilité* ou à l'*hypoexcitabilité vestibulaire* (cette dernière étant la plus fréquente).

***

Ce qu'il faut retenir c'est que le vestibule peut être considéré comme le stabilisateur automatique de notre équilibre corporel. Organe particulièrement sensible, de par ses connexions avec la dure mère et la tension endocranienne, (cul-de-sac endolymphatique) ainsi qu'avec certains noyaux moteurs, son excitation produit notamment le vertige, le nystagmus, des troubles de la station ; la nature de ces troubles varie suivant les lésions existantes.

Ces phénomènes de réaction peuvent être spontanés. Il est également possible (avec ou sans instrumentation) de les réveiller : dans certaines conditions d'apparition et de durée, ils traduiront alors des lésions bien déterminées. En clinique courante, les épreuves vestibulaires spontanées, plus douces, seront suffisantes ; les épreuves instrumentales, plus pénibles, n'interviendront qu'à titre de contrôle.

C'est alors qu'il faudra la collaboration éclairée du spécialiste, car bien des inconnues subsistent encore dans cette question des épreuves vestibulaires. En dehors des deux grands types d'hyperexcitabilité et d'hypoexcitabilité, totale ou partielle, combien de syndromes vestibulaires mixtes, imprécis, complexes, chez des malades atteints de troubles fonctionnels passagers, ou même sans suppuration d'oreille, combien de lésions organiques mal déterminées ! Que de prudence, il faut donc apporter parfois dans les conclusions relatives à la localisation des lésions en un point ou l'autre des voies vestibulaires ou de leurs nombreuses connexions !

G. F.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale des Enfants : Affections des organes hémo-lymphopoiétiques et du sang. (1)

Professeur P. Nobécourt.

C'est un chapitre très vaste, complexe, en partie peu exploré, de la Pathologie infantile que M. le professeur Nobécourt, poursuivant le cours de la publication de son enseignement, vient de faire paraître, ajoutant un huitième volume à ceux qu'il a déjà consacrés au groupement des leçons relatives à des sujets qui se placent sous le même titre.

Ce n'est pas une description didactique complète qu'il se propose de donner, mais, fidèle à son heureuse formule, ce sont les malades qui se sont présentés à son observation, qu'il étudie dans leur aspect clinique, afin de discuter le diagnostic de l'affection dont ils sont atteints, en formuler le pronostic et le traitement, et rechercher en même temps tout ce qui ressortit à l'étiologie et à la pathogénie de celle-ci.

Il s'agit présentement d'affections diverses dont les unes sont assez communes, et d'autres plus rares. Leur apparentement est créé par la communauté qui les place organiquement sur le plan des ganglions, de la rate, et du sang.

Un certain nombre de ces leçons ont trait aux anémiés infantiles : anémies des nourrissons hérédo-syphilitiques, dont les unes s'accompagnent de splénomégalie, les autres affectent le type pernicieux. Anémie scorbutique de la première enfance, ou encore Avitaminose C. dont la cause est généralement d'origine alimentaire. « Il faut se méfier des laits et des farines conservés, qui sont très souvent des aliments carencés et doivent être maniés avec la prudence nécessaire . »

Voici maintenant l'histoire d'enfants qui, à la suite d'une rougeole, ont fait une anémie grave, traitée par l'hémothérapie et l'hépatothérapie, avec succès. « Ces anémies se caractérisent par une forte déglobulisation, l'abaissement du taux de l'hémoglobine, une élévation de la valeur globulaire et enfin une réaction plastique à peine ébauchée ; elles se rapprochent donc des anémies du type pernicieux ... »

Les anémies simples de la grande enfance sont d'observation courante et relèvent de causes diverses : surtout de la maladie de Bouillaud, de la tuberculose et de la syphilis. D'autres ont une origine alimentaire, ou sont dues à des parasites intestinaux, s'observent aussi dans les albuminuries, etc...

Deux leçons sont consacrées à la Splénomégalie avec anémie grave hypoplastique et leucocytose embryonnaire : elles permettent au professeur Nobécourt d'étudier le groupe qui comprend les leucémies anormales et les pseudo-leucémies. Entre les leucémies et les anémies graves existent des types intermédiaires mal définis, qui sont néanmoins des maladies du sang.

Le curieux syndrome de Werlhof, caractérisé par l'apparition d'hémorragies gingivales ou nasales, suivies de pétéchies, de plaques ecchymotiques plus ou moins nombreuses, et qui guérit habituellement en quelques semaines, est parfaitement individualisé. Il ne faut pas l'englober dans le cadre des Purpuras. Ceux-ci sont à leur tour étudiés dans leurs formes diverses : chroniques, comportant encore beaucoup d'inconnues ; infectieux primitifs, qui sont des septicémies avec purpura, dans lesquelles le pneumocoque et le méningocoque jouent un rôle prépondérant.

On observe aussi des purpuras qui se compliquent de néphrite. Ce sont surtout les purpuras rhumatoïdes dits primitifs. L'observation d'un enfant hémophile permet à M. Nobécourt de faire le tour de cette curieuse et décevante affection qui, par quelques côtés, touche à l'histoire.

Et voici le cas d'un enfant atteint d'ictère hémolytique congénital, auquel on enleva la rate, opération qu'il a bien supportée... les cas de fillettes ayant présenté des ménorragies et des métrorrhagies de la puberté, dont les unes sont dues à des lésions appréciables de l'appareil utéro-ovarien, les autres en sont indépendantes et dérivent d'une affection cardiaque, rénale, digestive, hépatique, sanguine...

Le diagnostic des adénopathies chroniques de l'enfance est discuté à propos d'un garçon atteint d'une volumineuse adénopathie qui n'a rien du lymphosarcome, et se présente comme une variété d'adénie avec légère leucocytose et légère polynucléose dont la cause échappe ; à propos ensuite d'une fille atteinte d'un lymphome tuberculeux du cou.

Trois leçons ont trait à la lymphogranulomatose maligne, ou maladie de Paltauf-Sternberg, à ses formes splénomégaliques, et à celles qui s'acccompagnent de pleurésie.

Et la série se termine par l'histoire de deux malades atteints de tumeurs cancéreuses multiples du crâne (myélocytomes ou myélosarcomes).

Cette huitième série appelle l'attention du praticien sur des états qu'il faut savoir reconnaître, encore que souvent, ils échappent à toute action thérapeutique. Elle prend place dans la riche collection du Maître des Enfants-Malades, et par sa portée plus particulièrement pratique, ne manquera pas de connaître le succès de celles qui l'ont précédée, à juste titre d'ailleurs.

G. Duchesne.

(1) Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Adénopathies trachéo-bronchiques et condensations périhilaires. Leur diagnostic. Méthodes d'investigation.

MM. Armand-Delille, R. Lehmann et Ch. Lestoquoy font ressortir la contribution importante apportée par la radiologie au diagnostic positif et différentiel de ces affections ; de très importantes précisions ont été obtenues par un judicieux emploi de ce remarquable moyen d'investigation, et par la juxtaposition des films radiographiques et des constatations anatomiques ; car la séméiologie clinique est restreinte par la défaillance de la percussion et de l'auscultation.

Tout diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, afin de ne pas affirmer à tort l'existence d'une tuberculose ganglionnaire, doit être étayé par la notion de contamination. Il faut donc rechercher soigneusement la contamination familiale tuberculeuse, pratiquer la cuti-réaction à la tuberculine brute, ainsi que l'intra-dermo-réaction, faire systématiquement la radiographie (et non la radioscopie) de face et de profil, rechercher le bacille de Koch dans les crachats par le lavage gastrique.

C'est au terme seulement de ces patientes investigations, et en se donnant pour règle de ne jamais interpréter une image radiographique sans l'avoir intégrée dans l'ensemble des données d'une observation minutieuse et complète, que l'on pourra enfin, soit éliminer toute atteinte de tuberculose, soit conclure à une adénopathie trachéo-bronchique, soit admettre l'existence d'une lésion pulmonaire, dont il sera certes impossible de préjuger la nature anatomique exacte, mais dont on pourra déterminer le siège et l'étendue.

Le pronostic d'une affection aussi importante étant naturellement sévère, le diagnostic n'en sera donc pas porté à la légère.

L'adénopathie trachéo-bronchique est définie par des lésions anatomiques volumineuses, et l'on ne doit plus désigner sous ce nom les petites intumescences ganglionnaires, que l'on rencontre si fréquemment dans les autopsies pratiquées chez l'enfant, pas plus que l'on ne désigne sous le nom d'adénite cervicale les petits ganglions, que l'on peut si souvent sentir rouler sous le doigt, lorsqu'on palpe le cou d'un enfant. (*Paris-Médical*, 22 novembre 1930.)

Les hémorragies de la ménopause.

Ce sont ou des ménorrhagies ou des métrorragies. Ces dernières sont les plus importantes à connaître, et elles doivent toujours attirer l'attention du praticien. Si minimes soient-elles, elles doivent commander une surveillance attentive, car leur aggravation en même temps qu'une augmentation du volume de l'utérus peut nécessiter une décision rapide au point de vue thérapeutique ; ceci dit, car il arrive que, longtemps avec les signes utérins, elles constituent le seul symptôme, le col ne présentant aucune altération importante, ni au doigt, ni à la vue.

Mais aussi, les hémorragies de la ménopause, ainsi que le fait remarquer fort justement le Dr Siredey, peuvent apparaître comme un simple trouble de la santé générale, et il suffira de soins médicaux pour y mettre fin (hygiène, repos, diététique, cure thermale, opothérapie).

En présence de fibro-myomes nettement constatés, ne pas se contenter d'un traitement symptomatique, mais s'attaquer à leur cause (opération chirurgicale, rayons X, radium).

Parfois même l'approche de la ménopause autorise, sous la réserve d'une surveillance attentive, la temporisation dans l'espoir que tout reviendra spontanément normal par l'évolution normale de cette ménopause. Cependant le volume exagéré des fibromes exige une solution aussi prompte que possible. Certes l'hystérectomie subtotale ou totale est la décision la plus séduisante à prendre ; néanmoins elle comporte toujours un risque de mortalité de 3 à 4 p. 100, dans lequel l'embolie entre pour les 2 /3 environ. Aussi pour les cas légers, bénins, mieux vaut recourir aux rayons X ou au radium, qui ne comptent à leur passif que des accidents d'une extrême rareté ; car il serait excessif d'imputer à leur action des cancers, dont l'apparition n'a lieu que 5 ou 6 ans plus tard et même davantage. En pareil cas, la proportion des cancers survenus ultérieurement ne dépasse pas sensiblement celle que l'on observe chez des femmes ayant subi l'hystérectomie totale.

Dans un très grand nombre de cas, la guérison obtenue par les agents physiques est complète et définitive. Mais aussi, pendant des semaines et des mois, peuvent subsister des suintements vaginaux ; ceux-ci finissent par disparaître, à moins qu'on ne les entretienne par l'abus d'injections trop chaudes ou agrémentées d'antiseptiques irritants.

Néanmoins ces accidents peuvent aussi s'aggraver ou persister durant des années, donnant aux malades la crainte du cancer ; ces complications sont d'autant plus fréquentes que les altéra-

tions de l'utérus avant les radiations étaient plus importantes ; elles n'ont certes que peu de valeur si on les compare à l'embolie, cause fréquente de la mort des opérées. En tous cas le radium ou la radiothérapie s'impose pour les fibromes de volume modéré, ou s'il y a quelque contre-indication au traitement chirurgical (affection cardiaque, anémie grave, hypertension). Le Dr S., accorde une préférence au radium ; il est surtout indiqué pour les femmes qui vivent loin d'un centre radiologique, car il n'exige pas de nombreux voyages, mais seulement un séjour de 8 à 9 jours dans une maison de santé ou un hôpital.

En présence d'un cancer de la cavité utérine (épithélioma cylindrique), l'opération chirurgicale s'impose, et, autant que possible, l'hystérectomie totale, ou à la rigueur subtotale ; la proportion des guérisons est de 80 %, et les récidives sont d'une extrême rareté.

En revanche les essais de radiothérapie sont peu encourageants ; l'épithélioma cylindrique offre une grande résistance au radium, et on a signalé plusieurs fois des perforations ; le seul traitement pour l'épithélioma cylindrique du corps est donc une opération chirurgicale.

Pour l'épithélioma malpighien du col, plus fréquent, plus grave, il semble qu'à l'heure actuelle le traitement de choix soit le radium, comme en témoigne l'amélioration croissante des statistiques de l'Institut du Radium (Regaud). Non seulement la radiumthérapie supprime le risque opératoire, mais la diffusion de l'action du radium à travers les tissus ambiants, semble donner plus de garantie. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 nov. 1930.)

Action paradoxale de la scopolamine.

Le Dr Leroy signale l'apparition des crises convulsives chez des épileptiques, à la suite d'injection de scopalamine ou de scopolamine-morphine. Citons deux observations entre autres :

Chez une première malade démente, bruyante et irritable, presque continuellement une injection de scopolamine-morphine-héroïne, à faibles doses, a été suivie, après une période de calme, de l'apparition, quelques heures plus tard, de trois crises convulsives, et ce, malgré un traitement calmant.

Chez un autre malade, épileptique à crises convulsives, avec des équivalents et des périodes d'humeur difficile et méchante, l'injection de scopolamine-héroïne-morphine à déterminé l'apparition assez rapide de crises convulsives après une période d'accalmie. Le renforcement du traitement calmant a eu pour effet de retarder ou d'empêcher le déclenchement de la crise convulsive.

On voit par ces exemples que des doses, même très faibles, comme deux dixième de bromhydrate de scopolamine, en injections sous-cutanées, ont une action nettement excitante et peuvent, chez certains épileptiques, déclencher des crises convulsives dans les heures qui suivent. (*Liége Médical*, 30 novembre 1930.)

Traitement de l'acné. Technique personnelle.

A. Mauté pense que, dans l'acné, il s'agit surtout d'un fonctionnement anormal des glandes sébacées et d'une tendance pathologique de l'épithélium des follicules vers la prolifération et la kératose.

L'anomalie peut porter sur la glande elle-même (structure anatomique et sécrétions) ou sur le système nerveux sympathique, les troubles nerveux étant d'origine congénitale ou coïncidant avec des troubles endocriniens (ovaire, etc.).

Quant aux troubles digestifs (à part l'acné couperose, où l'élément gastrique joue un rôle important), les acnéiques sont trop souvent les victimes de régimes systématiques, quelquefois carencés ou insuffisants, qui ne réussissent qu'à entraîner des troubles nerveux ou anémiques, ayant une répercussion plutôt fâcheuse, aussi bien sur les lésions cutanées que sur la santé générale.

La bactériothérapie (le facteur infection semblant trop souvent mis en cause) n'agit pas sur l'acné par le microbe lui-même, mais bien par les produits, issus de la désintégration des corps microbiens. L'auteur emploie ainsi une solution sodique de staphylocoque à 10 p. 100, après neutralisation et filtrage. Dans le même ordre d'idées, il a recours aux produits de désintégration de tissus dermo-épidermiques embryonnaires. Ces deux préparations, à doses minimes, exercent spécifiquement une influence d'exaltation sur les fonctions vitales des cellules.

En plus, il a fait jouer des interventions médicamenteuses, appropriées à chaque cas particulier :

1° Acné dite juvénile. Nettoyer d'abord la peau, qui est le plus souvent graisseuse, à l'aide du tétrachlorure de carbone, le meilleur solvant des graisses. Appliquer ensuite le traitement par le soufre. Voici la formule d'une excellente lotion :

Soufre précipité....	q. s. pour saturer
Tétrachlorure de carbone	120 cent. cubes

Laisser sécher sur la peau, sans essuyer. Cette lotion peut être remplacée par une pommade au soufre :

Axonge fraîche....	10 grammes
Soufre............	5 grammes
Ammoniaque......	5 grammes

Si les préparations soufrées ne sont pas tolérées, se contenter de nettoyer la peau, soit avec de l'alcool additionné de lessive de soude dans la proportion de 1 p. 200 à 1 p. 100, soit avec de l'eau sédative.

Ce traitement local, par le processus inflammatoire chronique qu'il entretient à la surface de la peau, complète heureusement les effets du traitement général pour diminuer le volume des glandes sébacées, et même en faire disparaître un grand nombre. Et le traitement interne tient tout entier dans les piqûres de solution sodique de staphylocoque, pratiquées tous les deux jours par séries de douze, à raison d'une série par mois, durant toute la maladie. La dose du premier mois sera d'un dixième de milligramme, celle du deuxième de un milligrammme, à partir du troisième mois de 1 à 5 milligrammes. Les acnéiques, contrairement aux furonculeux, supportent très bien, sans réaction locale ou générale, ce traitement, qui doit durer de 4 à 6 mois. En dehors des fromages forts et de la viande de porc, aucun régime spécial n'est nécessaire.

2° Acné furonculeuse de la nuque. Même traitement.

3° Acné nécrotique. Même traitement ; cependant on peut prescrire avantageusement pour la nuit un pansement humide au sulfate de cuivre à 1 p. 100.

4° Acné mentionnière indurée. Le traitement local paraît à peu près sans effet ; le soufre paraît plutôt nuisible. Seule l'application de paraffine fondue, laissée en place chaque jour pendant une demi-heure est de quelque utilité.

Pour le traitement général, l'auteur emploie les extraits dermo-épidermiques embryonnaires, mais avec de moins bons résultats que dans l'acné polymorphe.

5° Acné rosacée. Voici un traitement, qui donne à coup sûr d'excellents résultats.

Localement, application matin et soir de la solution sulfo-campbrée ; au point de vue général, régime, acide chlorhydrique et piqûres de solution sodique de staphylocoque.

Ici, le régime alimentaire est capital ; il faut supprimer le pain, l'alcool, le vin pur, les aliments gras autres que le beurre et l'huile en petite quantité ; il faut éviter les excès d'hydrates de carbone et de crudités, diminuer l'absorption de liquides aux repas et recommander au malade de manger lentement.

On doit toujours prescrire l'acide chlorhydrique ; aucun facteur étiologique n'apparaît dans la couperose aussi constant que l'hypochlorhydrie : même sans troubles digestifs apparents, 4 à 10 gouttes prises pendant les repas dans un verre d'eau.

Si à cette médication gastro-intestinale, on ajoute des piqûres de solution sodique staphylococcique, à la dose de 1/10e à 1 milligramme, au bout de 2 à 3 mois, le malade est guéri. En trois semaines, il est déjà considérablement amélioré. (*Paris médical*, 6 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le diagnostic biologique de la grossesse par injection d'urine à la souris.

(MM. A. Bauer et H. Borrien. — *Académie de médecine* ; 10-3-1931.)

Ascheim et Zondek ont décrit une méthode de diagnostic biologique de la grossesse basée sur la réaction que provoque au niveau de l'ovaire de souris femelle l'injection à cet animal d'urine de femme enceinte. Modifiant la méthode d'Ascheim et Zondek, MM. Brouha, Hinglais et Simonnet ont proposé d'injecter l'urine de femme, non plus à la souris femelle, mais à la souris mâle. Au cas de grossesse de la femme, l'hormone gravidique (non encore bien caractérisée quant à sa nature) qui provoque la réaction ovarique détermine cette fois une hypertrophie des vésicules séminales de la souris mâle, hypertrophie-criterium. Selon MM. Brouha, Hinglais et Simonnet, la réaction positive donne une multiplication par 5 du poids des vésicules séminales.

MM. Bauer et Borrien ont fait des recherches vérificatrices de cette méthode de diagnostic chez 28 femmes, en état de grossesse ou non. Ils ont pratiqué, pour plus de précision, l'injection d'urine non pas seulement chez une souris, mais chez plusieurs et ils ont même, plusieurs fois, effectué l'injection, chez des souris mâles et femelles, pour avoir plus d'éléments d'appréciation.

Ils ont vu, tout d'abord, que la méthode donnait des résultats déjà positifs peu de temps après le début de la gestation (trois semaines après les dernières règles dans plusieurs cas). Ils ont constaté, d'autre part, des réactions, les unes positives concordantes (13 cas) les autres négatives concordantes (11 cas), quelques-unes aberrantes (4 cas sur 36). Dans les 4 cas aberrants en question, les souris qui avaient reçu des urines de femmes non enceintes eurent une hypertrophie notable des vésicules séminales. Jusqu'à plus ample informé, donc, et quelle que soit l'explication à en donner, la méthode de diagnostic biologique de la grossesse par injection d'urine à la souris, quoique des plus intéressantes,

doit être considérée comme non absolue dans ses résultats.

MM. Bauer et Borrien concluent leur étude ainsi :

1° Avec l'épreuve sur souris mâle qu'ont eu le mérite d'étudier les premiers MM. Brouha, Hinglais et Simonnet, nous possédons un procédé de diagnostic de la grossesse d'un grand intérêt. Toutefois, il est apparu insuffisant d'opérer l'épreuve avec un seul animal et il n'est pas superflu d'en inoculer trois en même temps.

2° Si la réaction n'est pas uniformément positive ou négative avec les trois animaux inoculés, on doit pratiquement regarder l'épreuve comme négative ou pour le moins douteuse. Il convient au surplus de la répéter ou, mieux encore, de recourir pour complément d'enquête à la réaction d'Ascheim et Zondek sur la souris femelle.

L'embolectomie.

(M. Raymond BERNARD, — *Société de chirurgie* ; 17-12-1930.)

En présence d'une embolie d'une grosse artère, avec toutes les menaces d'un tel accident, une première idée vient à l'esprit du thérapeute : pratiquer l'exérèse de l'embolus, c'est-à-dire ouvrir l'artère, enlever le caillot obturant, et suturer l'incision faite au vaisseau. Idée déjà ancienne, séduisante en tout cas. Eh bien, qui donne cette intervention ?

A propos d'un cas d'embolectomie de la fémorale, rapporté par M. Paul Mathieu au nom de M. Raymond Bernard, cas ayant été suivi de succès, une discussion s'est engagée à la Société de chirurgie. L'opération de M. Raymond Bernard fut pratiquée à la sixième heure et consista en l'extraction d'un caillot de la fémorale d'environ 3 centimètres. Le sang ne venant pas, on fit un cathétérisme du vaisseau, puis l'expression de l'artère, et cette dernière manœuvre fut suivie d'un fort jet de sang. C'est seulement le lendemain que le pied se recolora et que l'amélioration fut vraiment nette.

L'embolectomie pour caillot parti du cœur est, dit M. Paul Mathieu, une opération bien connue. En 1909, MM. Ch. Monod et Vanverts, au Congrès de chirurgie, en rapportaient 7 observations à résultats non favorables. En 1911, M. Proust opéra, 14 heures après le début de l'embolie, une malade qui succomba avec une nouvelle thrombose de l'artère fémorale. Deux mois plus tard M. Labey publiait une observation d'embolectomie pratiquée à la sixième heure avec suite favorable. D'autres cas ont été rapportés, avec des succès (surtout des succès complets) assez rares. L'opération, même effectuée de bonne heure, laisse donc place, semble-t-il, à bien des incertitudes.

— M. DUJARIER a eu l'occasion d'opérer deux malades atteints d'embolie artérielle d'origine cardiaque. Le diagnostic est en général facile : chez un cardiaque, douleur brusque et intense au niveau d'un membre qui, de suite, devient livide. En tâtant l'artère, on sent habituellement un point douloureux qui est le siège de l'embolus.

— M. Paul MOURE croit que le résultat fonctionnel obtenu par M. Bernard est dû au rétablissement progressif d'une circulation collatérale suffisante pour éviter une gangrène massive mais insuffisante pour permettre une restitution fonctionnelle intégrale du membre. Néanmoins, M. Moure se déclare partisan de l'extirpation précoce de l'embolus, car ce dernier constitue un centre de coagulation intra-vasculaire.

Certains auteurs ont obtenu des succès par la fragmentation manuelle immédiate de l'embolus obtenue à l'aide d'un massage énergique du tracé artériel à travers les téguments. Cette méthode peut trouver son indication chez des cardiaques très affaiblis non opérables ou lorsque le secours chirurgical ne serait pas assez précoce. Il peut être ainsi utile de débloquer le carrefour de la bifurcation fémorale : les fragments viennent emboliser plus bas et provoquent seulement des nécroses de moindre importance.

P. L.

A quel moment faut-il ouvrir une péritonite à pneumocoques ?

Une précédente communication de MM. Darré, Laederich et Mainou, a rapporté deux observations de péritonite à pneumocoques chez l'adulte, en insistant sur l'importance pour le diagnostic de certains signes, en particulier la diarrhée bilieuse profuse et l'absence de contraction de la paroi abdominale.

L'observation actuelle met bien en lumière les conséquences fâcheuses d'une intervention particulièrement précoce ; elle permet d'arriver à une conclusion ferme en ce qui concerne le moment de l'intervention.

Qu'il s'agisse du péritoine ou de la plèvre, au début le liquide est plus séro-purulent, que franchement purulent ; il contient des polynucléaires peu altérés, ce que l'on constate en voyant que leur noyau est bien coloré, et nettement dessiné ; on y voit la majorité des pneumocoques en dehors des cellules. Plus tard, et c'est alors seulement qu'il est indiqué d'opérer, le pus est épais, bien lié, verdâtre, les cellules se colorent de façon diffuse, le noyau y est comme diffusé, et les pneumocoques sont en grande partie intercellulaires. Alors, et seulement alors, l'épanchement est « mûr » et bon à évacuer.

Un cas d'ostéite fibro-kystique à évolution progressive traité par la parathyroïdectomie.

(MM. André LÉRI, LAYANI, LIÈVRE et Jean WEILL — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 19-12-1930.)

C'est la première observation française d'ostéite fibro-kystique, traitée par la para-thyroïdectomie. Il s'agissait de lésions extrêmement étendues, s'ag-

gravant de façon incessante, associées à des troubles graves du métabolisme calcique. L'arrêt, puis la réparation des altérations osseuses, la suppression de l'hypercalcémie et de la calciurie, l'amélioration de l'état général suivirent l'ablation d'un adénome para-thyroïdien.

Cette observation confirme les heureux résultats obtenus à l'étranger ; elle établit les rapports des adénomes parathyroïdiens et des décalcifications étendues du squelette et autorise à considérer certaines de celles-ci comme des syndromes d'hyperfonctionnement ou de dysfonctionnement paratyroïdien.

Péritonite avec épanchement bilieux, sans perforation visible des voies biliaires.

(J. Rouillard et R. A. Schwal. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 19-12-1930.)

C'est là un fait rare : une femme de 83 ans est morte en quelques heures d'une péritonite aiguë avec épanchement bilieux, sans perforation de la vésicule ; elle n'avait présenté ni fièvre, ni accélération du pouls ; la douleur initiale, très violente, avait été sus-ombilicale.

A l'autopsie, on trouva des lésions de péritonite aiguë dans l'étage sus-mésocolique, un liquide très fluide, fortement teinté de bile. Pas de perforation gastrique, ni intestinale. La vésicule n'était pas distendue, mais paraissait bien l'avoir été ; elle n'était par perforée, et ne présentait, ni à l'extérieur, ni à l'intérieur, aucune altération macroscopique. En revanche, on notait un œdème accentué de sa paroi. Il s'agissait bien d'une péritonite aiguë avec épanchement bilieux, sans perforation visible des voies biliaires.

Il semble que les accidents aient évolué de la façon suivante : distension aiguë de la vésicule, transsudation d'un liquide œdémateux, puis péritonite aiguë par infection surajoutée, évolution grave et rapide. Il faut y penser quand on se trouve en présence d'un syndrome douloureux aigu de la région épigastrique ou de l'hypochondre droit. La laparotomie amenant la découverte des lésions ci-dessus, permet le diagnostic. Le traitement consistera en une cholécystectomie ; les résultats sont favorables, si l'intervention n'est pas trop tardive.

L'hémocrinothérapie dans la cryptorchidie.

(Léon Fildermann. — *Soc. de médecine de Paris* ; 9-1-1931.)

Il s'agit d'un cas de cryptorchidie gauchechez un sujet de 18 ans. Après échec complet de doses importantes d'extrait orchitique, la migration de la glande fut obtenue grâce à l'hémocrinothérapie orchitique. A la troisième injection, le malade signala spontanément qu'il éprouvait des « tiraillements » dans la région inguinale gauche. Bientôt on put percevoir la glande à la sortie du canal inguinal. Vingt-trois jours après le début du traitement (12e injection) le système pileux pubien jusque-là absent, s'était presque normalement développé ; à la vue et au palper, on percevait la glande en cours de descente dans la bourse.

Quelques cas de traumatismes vertébraux.

(M. Roederer.— *Soc. de médecine de Paris*, 9-1-1931)

L'auteur revient sur la question des séquelles des traumatismes rachidiens. Un de ses cas nouveaux semble être une fracture méconnue ; un autre, un Kummel-Verneuil. Dans un troisième cas, la radio de profil, faite en raison de douleurs survenues à la suite d'un effort, montre la calcification d'un nucléus pulposus déplacé en avant.

Dans un autre traumatisme récent, chez un adolescent, M. R. a pu faire la preuve qu'il s'agissait d'une anomalie préexistante probablement de nature congénitale.

M. R. insiste sur la forme larvée du Kummel-Verneuil, sans étapes classiques, avec, au point de vue radiologique, un simple engaînement des vertèbres, celles-ci n'étant pas déformées. Il se demande également si, chez l'adolescent, le traumatisme ne pourrait pas être inscrit parfois à l'étiologie de la cyphose essentielle, celui-ci agissant par réaction sur les disques.

Hyperpnée et épilepsie.

(M. Hartenberg. — *Soc. de médecine de Paris* ; 9-1-1931.)

L'hyperpnée ou respiration forcée, qui consiste à répéter 15 ou 20 fois par minute des inspirations profondes suivies d'expirations prolongées, a pour curieux effet de provoquer au bout de quelques instants un accès de tétanie artificielle. On attribue actuellement cette tétanie à une hyperexcitabilité du système nerveux, et en particulier du synapse neuro-musculaire de la plaque motrice, due à l'hyperalcalose et à la carence en ions calcium, consécutives à une élimination excessive de CO^2 par la respiration intensive. L'hyperpnée provoque quelquefois des manifestations épileptiformes chez les comitiaux. Mais cette réaction épileptique ne saurait être considérée comme spécifique. Elle est simplement la conséquence de l'hyperexcitabilité du système nerveux et ne représente qu'une cause provocatrice banale, au même titre que quantité d'autres causes provocatrices des paroxysmes comitiaux.

Les réflexes des diabétiques au cours de la cure thermale de Vichy.

(MM. Parturier et Ch. Legrain. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 14-1-1931.)

Les auteurs ont constaté avec une grande fréquence chez les diabétiques soumis à la cure de Vichy, un retour vers la normale de la réflectivité tendi-

neuse. Ce fait s'accompagne d'une amélioration de l'état général, d'une diminution de la glycosurie, d'une évolution vagotonique très nette du réflexe oculo-cardiaque. Mais leurs observations ne leur ont pas encore permis de préciser si ces faits sont liés à une baisse de la glycémie.

G. F.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Séance du 6 février 1931.

Encéphalopathie infantile. Myopathie et syphilis héréditaire.

MM. MARGAROT et ZAKHAJM. — L'évolution progressive d'une myopathie pseudo-hypertrophique du type Duchenne présente un parrallélisme curieux avec l'aggravation d'une encéphalopathie ayantpour point de départ une syphilis héréditaire.

Dans ce cas comme dans les faits analogues qui ont été publiés il semble que la senescence philogénique spéciale qui caractérisait les myopathies (altérations abiotrophiques du système nerveux extra-pyramidal et végétatif central) ait été déclenchée par une hérédo-syphilis à localisation cérébrale.

La névralgie grippale du nerf laryngé supérieur.

MM. TERRACOL, Mlle FOSSE et Mlle GINESTE. — Exposé général des symptômes, de la pathogénie et de la thérapeutique des phénomènes d'irritation du nerf laryngé supérieur d'origine grippale.

Résultats de la curiéthérapie dans quelques cancers épithéliaux du voile du palais.

MM. LAMARQUE, ROUX, GUIBERT et BERT. — Huit observations de cancers du voile, traités par l'aiguillage, les appareils intra-buccaux ou les appareils de surface et déterminant une guérison apparente de un à six ans suivant les cas.

Séance du 13 février 1931.

Recto-colite purulente chronique. Endocardite et méningite pneumococciques terminales.

MM. PUECH, VIDAL et ANSELME-MARTIN. — L'observation relatée par les auteurs est celle d'un homme atteint de recto-colite purulente,dont l'évolution s'est poursuivie pendant près de deux ans, sans que l'étiologie de l'affection ait jamais pu être précisée. Une biopsie a précédé de peu les accidents septicémiques terminaux qui ne se sont manifestés cliniquement que sous les apparences d'un syndrome méningé ; l'endocardite végétante a été une découverte d'autopsie. Le pneumocoque isolé d'abord du liquide céphalo-rachidien a été retrouvé ensuite au niveau des végétations endocarditiques. Les auteurs, après avoir souligné la rareté de ces complications infectieuses à distance au cours des recto-colites, discutent le problème étiologique que posent les constatations qu'ils ont faites.

Paralysie de type hystérique avec exagération des réflexes et trépidation épileptoide.

MM. PUECH, VIDAL et P. RIMBAUD. — Les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme qui se réveilla un matin paralysé des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche : triplégie en contracture, avec exagération des réflexes et surtout trépidation épileptoïde très marquée au pied gauche ; guérison obtenue en quelques minutes par la psychothérapie.

Les auteurs insistent sur l'erreur possible de diagnostic avec une paralysie organique et ils soulignent à ce propos la valeur du signe de Babinski demeuré négatif.

Deux nouvelles observations de cancer familial à caractère similaire.

MM. LAMARQUE et BERT. — Les auteurs rapportent l'histoire clinique de quatre malades, le frère et la sœur atteints tous deux d'un épithélioma palpébral, la mère et le fils atteints tous deux d'une épithéliomatose diffuse de la face. Les faits de cet ordre laissent penser qu'il existe peut-être un facteur constitutionnel jouant le rôle d'un point d'appel dans la localisation des cancers.

Séance du 20 février 1931.

Etude d'une nouvelle technique d'inscription de la pression artérielle. Présentation de tracés.

M. L. HEDON. — Comme suite à une note préliminaire présentée le 15 mars 1930 à la Société de biologie sur cette technique, l'auteur apporte le résultat de nouvelles expériences. Il s'est attaché à préciser les conditions nécessaires pour que la coagulation ne se produise pas dans le sac veineux adapté à l'artère de l'animal. Il décrit un dispositif permettant à volonté de laisser distendre ou au contraire d'aplatir presque complètement le sac veineux sans interrompre l'inscription. Cette manœuvre répétée de temps en temps est efficace pour empêcher la formation d'un caillot. L'auteur présente plusieurs tracés montrant qu'il est possible d'inscrire sans interruption la pression artérielle pendant plus de sept heures au moyen de cette technique.

Les réflexes oto-cardiaques, oto-vasculaires et oto-musculaires chez le cheval.

M. J. ROGER. — La constriction de l'oreille pratiquée à l'aide d'un tors-nez déclenche des manifestations à distance variables selon le tonus végétatif et les viscéropathies.

On observe des réflexes oto-cardio-rythmiques;

2° Oto-cardiobathmotrophiques; 3° Oto-cardio inotrophiques ; 4° Oto-vasculaires (modification des artères, veines et capillaires de la face) ; 5° Oto-musculaires (clonies ou contractions toniques des pectoraux et des aconés notamment) directs ou croisés, unis ou bilatéraux selon les viscéropathies en cours.

Détermination du tonus végétatif chez le cheval.

M. J. Roger. — Procédé consistant à injecter 1 cgr. de sulfate neutre d'atropine et à noter le nombre de pulsations et le rythme de disparition et de réapparition des réflexes d'origine vagale et sympathique.

Le rythme normal est le suivant : Disparition de la réflectivité vagale après exagération passagère ; 2° Disparition de la réflectivité sympathique après exagération passagère ; 3° Retour de la réflectivité sympathique ; 4° Retour de la réflectivité vagale.

L'ampho-hypotonie se juge par l'accélération intense du rythme.

L'ampho-hypertonie par le ralentissement du rythme.

Les hypertonies unilatérales par l'inversion du rythme.

Exemple : Dans la vagotonie, la réflectivité vagale persiste plus longtemps que la réflectivité sympathique. Les résultats fournis par la réflectivité sont recoupés par ceux de la tachycardie. Il existe un parallélisme entre la réflectivité et la tachycardie. Si la réflectivité est forte et la tachycardie faible le pouvoir dromotrope peut être responsable.

Sur l'origine des plaquettes sanguines.

M. J. Turchini. — Après avoir rappelé les diverses hypothèses relatives à l'origine des plaquettes sanguines, l'auteur rapporte les expériences poursuivies dans son laboratoire par S. Gvozdieva (injections de saponine, de pilocarpine, de pyridine entre ligatures vasculaires ou dans la circulation générale et examens du sang et des organes hématopoïétiques) qui permettent de conclure que les plaquettes ne proviennent pas de la destruction des éléments figurés du sang ; qu'elles paraissent former une lignée indépendante et se multiplier dans la moelle osseuse sans participation certaine des mégacaryocytes.

Séance du 23 février 1931.

Tuberculose du rein en fer à cheval. Héminéphrectomie-guérison.

MM. Auge et Truc. — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade chez qui ils intervenaient pour tuberculose rénale gauche. L'opération permit de constater un rein en fer à cheval à concavité supérieure en position haute. L'héminephrectomie fut pratiquée en pinçant et en sectionnant successivement pédicule, uretère et isthme. Dans ce cas le signe de Rosving et la palpation de l'isthme étaient négatifs. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire toutes les fois que c'est possible une pyélographie ascendante ou rétrograde ou mieux par voie intraveineuse. Ils rappellent les renseignements qu'apporte cette pyélographie qui seule dans certains cas affirme le diagnostic de l'anomalie.

A propos des images radiologiques des calcifications pleurales.

MM. P. Lamarque et P. Betoutieres. — Le diagnostic radiologique de calcification pleurale se fonde sur les caractères suivants :

1° Localisation des images à la périphérie du poumon.

2° Le degré d'opacité qui dépasse l'opacité costale.

3° L'aspect des images.

A ce dernier point de vue, il convient de distinguer :

a) des images irrégulières en taches ou trainées (stalactites).

b) des images régulières, dont le type est « l'os de seiche ».

Présentation de clichés (3 clichés représentant l'os de seiche, 3 clichés se rapportant à des calcifications irrégulières).

Or, les 3 premiers cas répondent à des hémothorax évolués aseptiquement ; les 3 derniers a des calcifications secondaires à des processus infectieux.

Il semble permis de conclure :

A l'évolution aseptique : calcification régulière (image en « os de seiche »).

A l'évolution septique : calcification irrégulière (taches ou trainées).

Recherches expérimentales sur le blocage chimique des articulations.

MM. Etienne et Montagne. — Les auteurs ont étudié expérimentalement le blocage chimique des articulations.

Après quelques essais, la substance chimique choisie a été le carbonate de soude en solution aqueuse à saturation.

La solution était injectée, après anesthésie locale de la cavité articulaire, dans l'articulation tibio-astragalienne du chien.

Une première série d'expériences, dont la relation a fait l'objet de la thèse de Montagne, aboutit à un échec.

Une deuxième série d'expériences, mieux conduites, a permis d'obtenir une ankylose centrale solide. Les auteurs présentent les pièces anatomiques se rapportant à ces expériences.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite*) (1)

La préparation des malades à l'opération, moins l'infection.

Résumé du rapport de M. Sauvé (de Paris).

La préparation à l'opération se base sur le bilan organique des futurs opérés. Elle s'inspire avant tout du tempérament ou comme on disait autrefois de « diathèses »

Les états diathésiques. — Le diabète. — Considéré jusqu'à ces derniers temps comme une contre-indication formelle à tout acte chirurgical, le diabète a vu son pronostic s'améliorer considérablement depuis la découverte de l'insuline.

Cette dernière présente trois indications fondamentales :

I. Parer aux complications chirurgicales du diabète.

II. Limiter pour les sujets diabétiques frustes ou avérés les processus infectieux accidentels.

III. Permettre d'augmenter l'étendue des indications opératoires en conservant une large marge de sécurité.

Avant tout traitement insulinique, il faut établir le métabolisme du diabétique par l'examen des urines (dosage du sucre, des corps cétoniques), par l'examen du sang (dosage de la glycémie, des corps cétoniques, recherche de l'acidose et de la réserve alcaline).

C'est que, un diabétique peut avoir une glycosurie faible et même nulle et présenter cependant une glycémie formidable par rétention sucrée tissulaire : deux grammes, trois grammes, par exemple.

Le mode de réaction du sujet à l'endroit de l'insulinothérapie permet de tirer des indications pronostiques importantes.

L'insulinothérapie absolue est exceptionnelle, mais elle entraîne un pronostic fâcheux et contre-indique tout acte chirurgical.

Pratiquement, on peut dire que l'insuline bien administrée est un moyen certain de ramener la glycosurie à zéro et de mettre le malade, au moins temporairement, dans des conditions opératoires suffisantes. Cette méthode a donc une double valeur : pronostique et thérapeutique.

Nos connaissances en insulinothérapie sont toutes récentes et datent à peine de 1925. Elles sont dues surtout aux travaux de Leyton, en Angleterre ; de Minkowski, en Allemagne ; de Chabanier et Lebert, en France.

(1) Voir *Concours médical*, Nos 11, 12, 13, 14, 15 et 16.

L'imprégnation insulinique est de courte durée et exige d'être entretenue assez longtemps après l'opération. On n'omettra pas de fournir au malade des rations abondantes d'hydrocarbonés ou de sucre.

Les injections intraveineuses de bicarbonate de soude ne sont guère indiquées qu'en face des accidents d'acidose post-opératoires, et là encore l'insuline donne d'excellents résultats.

La diathèse arthritique. L'obésité — Tout le monde connaît ce type « trop bien portant » de l'arthritique, gros mangeur, bon vivant. La femme est migraineuse, elle s'est laissée « gagner par la graisse ».

Ce sont des sujets souvent hépatiques, cardio-rénaux, obèses. Du point de vue chirurgical, ce sont des tarés. L'opération est chez eux plus difficile. Le terrain est favorable au choc, à l'infection, aux complications pulmonaires et cardiaques.

En cas d'urgence, on examinera minutieusement les viscères, on établira un équilibre acide-base, on déterminera l'état de la réserve alcaline.

Si le temps presse moins et qu'on ait la latitude d'établir un traitement « d'adaptation », on obéira aux règles suivantes :

I. Examen des organes : foie, cœur, poumons, dosage de l'urée, des corps cétoniques, du sucre sanguin ; étude du métabolisme basal et de la réserve alcaline.

On se souviendra que des chiffres proches de la normale sont toujours susceptibles de s'exagérer ou de baisser du fait de l'opération.

II. La médicamentation doit être parcimonieuse, aussi réduite que possible. L'extrait thyroïdien doit être absolument proscrit.

III. La cure de l'obésité est avant tout diététique et gymnastique.

Mais un double écueil est à éviter :

Une diététique trop radicale peut créer une défaillance du myocarde toujours surchargé de graisse ; insuffisante, elle n'arrive pas à brûler l'excès des réserves ; elle augmente l'appétit du sujet et par suite son obésité.

Les exercices respiratoires activent l'oxygénation des humeurs et facilitent les combustions intra-cellulaires.

La syphilis. — Son rôle est bien connu depuis Verneuil. Mais les conceptions ont évolué et présentement, on ne se contente plus d'incriminer la syphilis acquise mais encore celle de la deuxième et de la troisième génération en face de certains troubles généraux post-opératoires.

La syphilis serait une cause fréquente du retard de consolidation des fractures. Elle serait aussi responsable de certaines éventrations après laparotomies ou de certaines désunions des plaies, par ailleurs, absolument aseptiques. D'où la nécessité de faire pratiquer avant l'opération un traitement sérieux chez tous les sujets suspects de syphilis.

Enfin, la septicémie spécifique est assez grave quand elle est en pleine activité pour faire remettre à plus tard toute intervention n'ayant pas un caractère d'urgence.

La tuberculose. — L'étude de l'influence des tuberculoses viscérales sera faite plus loin. Au premier chapitre, le rapporteur n'envisage que la diathèse bacillaire.

Il va de soi, que les infections tuberculeuses aiguës ou généralisées sont une contre-indication opératoire formelle.

Verneuil enseignait qu'une tuberculose latente pouvait toujours être suivie d'une généralisation rapide après l'intervention.

Villemin, Delbet, Schwartz, Reclus ont repris la question. Ils s'accordent pour considérer cette opinion comme fort exagérée.

La diathèse tuberculeuse ne contre-indique nullement l'opération. Les différentes lésions locales, en raison de leur multiplicité ou du mauvais état général, pourraient exceptionnellement interdire l'intervention, mais en règle générale, ces conditions sont rarement présentes.

Le paludisme. — La question est toute entière dans le résumé des travaux d'après-guerre d'Alamartine, Van den Bosche, Burn et Sergent.

a) Le traumatisme opératoire si minime soit-il peut déclencher chez les paludéens des accès parfois redoutables ;

b) Le foie du paludéen est particulièrement sensible au chloroforme. Il faut renoncer à cet anesthésique et lui préférer la rachi-anesthésie ou l'anesthésie locale.

c) Le paludisme agit sur les plaies en provoquant des hémorragies en nappe, en retardant la cicatrisation, en créant parfois leur transformation phagédénique.

Un traitement d'attaque est donc toujours indiqué à moins d'indications opératoires urgentes.

Les intoxications exogènes. — L'ALCOOLISME. — Quand l'imprégnation va jusqu'à la production d'altérations viscérales, cette intoxication est grave. Elle expose notamment au « delirium tremens ».

Il était classique jadis, pour éviter cette redoutable complication, de conserver à l'alcoolique sa ration quotidienne de toxique et de lui prescrire un peu d'opium.

Mais Quénu et Maret ont montré les bons effets des saignées copieuses suivies d'injections de sérum artificiel,

La méthode ancienne a fait ses preuves et elle convient à tous les cas où l'examen approfondi ne révèle ni lésions viscérales, ni lésions sanguines. Quand le sang est altéré, la méthode Quénu-Maret reprend tous ses droits.

LE SATURNISME — Il n'a pas, par lui-même, d'influence sur les suites opératoires. Les lésions viscérales marquées peuvent être dangereuses. Leur étude appartient à un chapitre suivant.

L'OPIUM ET LA COCAÏNE sont redoutables par l'intensité des troubles viscéraux qu'elles créent et par les accidents psycho-nerveux qu'elles réservent à l'opéré qui est toujours un mental. La cure de désintoxication, sauf urgence, sera confiée à un médecin spécialiste, et l'opération ne sera tentée qu'après résultat complet.

Examen des différents états organiques. — *A.* EXAMEN CLINIQUE DES PRINCIPAUX VISCÈRES. — *Appareil cardio-hépato-rénal.* — Il faut le considérer d'abord dans son ensemble, puis dans chacun des organes qui le constituent.

L'état du complexe biologique, cœur, foie, rein, s'apprécie objectivement par :

La recherche de la tension artérielle ;

L'examen de ce que laisse passer le filtre rénal ;

L'examen de ce qui est retenu dans le sang.

La tension artérielle peut se mesurer indifféremment avec l'appareil de Pachon ou celui de Vaquez. Ce dernier donne des indications plus précises ; cependant, du point de vue chirurgical, l'appareil de Pachon est préférable à cause de ses renseignements oscillométriques, indispensables dans la chirurgie des membres.

Il convient de tenir compte des chiffres fournis par ces appareils et de se rappeler que le traumatisme opératoire augmente l'hypertension et fait baisser l'hypotension.

L'hypertension contre-indique l'opération, si elle est très accusée et si la différentielle est minime. Un traitement réducteur est nécessaire dont le régime alimentaire fera tous les frais, car le chirurgien aurait tort de trop compter sur les agents chimiques y compris l'acécholine.

Une mauvaise différentielle impose de grandes précautions quant à l'anesthésie. On n'emploiera jamais le protoxyde d'azote, mais plutôt la rachi-anesthésie qui est dépressive.

L'*examen de ce que laisse passer le filtre urinaire* comporte le dosage des éléments normaux de l'urine : chlorures, phosphates, urée, et la recherche et le dosage des éléments anormaux : albumine, sucre, corps cétoniques, sels, pigments biliaires, urobiline. Dans les cas difficiles, il faut y ajouter les épreuves de la sécrétion provoquée : bleu de méthylène, phénolsulfonephtaléine, rose bengale, etc.

Certaines méthodes déjà oubliées ont eu une vogue passagère : telles la cryoscopie et la recherche de la concentration maxima.

Du reste, l'examen le plus important pour le chi-

rurgien est incontestablement celui qui porte sur les *produits de rétention* en cas d'insuffisance rénale.

Parmi ces produits, deux surtout ont une importance considérable : l'urée et les chlorures.

L'augmentation de l'urée sanguine est constante après l'opération. Elle atteint son maximum vers le troisième jour pour redescendre en lysis pendant six à huit jours.

Elle est surtout à redouter chez les sujets qui, antérieurement à l'acte opératoire, présentaient déjà un taux d'urée élevé.

La pratique montre que jusqu'à 0 gr. 50, toutes choses étant supposées normales d'ailleurs, le danger opératoire est minime et que le chirurgien peut agir en toute confiance.

Si le chiffre est plus fort, le régime réducteur doit être institué d'emblée. Mais il arrive qu'en dépit de ce régime, l'urée ne baisse pas. Il faut alors s'entourer d'autres renseignements, comparer notamment le taux de l'urée sanguine et celui de l'urée urinaire en tenant compte de la rapidité du débit rénal. La constante d'Ambard répond à ces desiderata.

Quelle est l'origine de l'hyperazotémie post-opératoire ? D'aucuns l'attribuent à l'anesthésie qui la provoquerait en lésant le foie et le rein. Elle a peut-être une origine multiple. Le traumatisme opératoire détruit tissus et cellules, et c'est la résorption des produits azotés résultant de cette destruction qui constitue sans doute le facteur essentiel de cette azotémie.

La chlorurémie, jusqu'à ces dernières années, n'attirait l'attention du chirurgien que par la crainte qu'il avait de l'hyperchlorurémie.

Il est acquis maintenant que l'hypochlorurémie joue elle aussi un rôle pathologique considérable avant tout dans l'occlusion intestinale où le taux des chlorures s'abaisse sans qu'on sache bien pourquoi, mais encore dans les états intestinaux post-opératoires et certaines azotémies.

Pour lutter contre cette hypochlorurémie nous disposons d'une méthode facile et sûre : l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium à 10 p. 100. Toute concentration supérieure peut présenter des inconvénients. On procède en plusieurs fois de façon à administrer au total 4 à 5 grammes de chlorure.

Etude du foie en particulier. — Il est bien évident que dans la production de l'urée le foie lui aussi joue un rôle considérable. Parmi ses fonctions propres, il n'en est pas de plus importante du point de vue qui nous occupe, que sa fonction antitoxique. C'est elle qui est la plus atteinte par l'opération, et cela du fait de l'anesthésie.

En pratique, cependant, il ne faut rien exagérer et l'on peut passer outre à des signes d'insuffisance hépatique légère à condition de fournir aux malades des alcalins et de bien choisir l'anesthésique.

La narcose chloroformique est de toutes la plus nocive ; puis viennent à un degré moindre le balsoforme, le protoxyde d'azote-éther et l'éther. Il ne semble pas que la rachianesthésie, le protoxyde d'azote pur et l'anesthésie locale par infiltration puissent provoquer le moindre accident hépatique.

Etude du sang et du cœur en particulier. — L'étude du cœur, l'interprétation des données du Pachon, à plus forte raison les cardiogrammes radiologiques et les électro-cardiogrammes devront être dans les cas difficiles confiés à des médecins expérimentés. Le chirurgien se souviendra que les lésions orificielles bien compensées ne contre-indiquent pas l'acte opératoire.

L'étude du sang prête à des considérations importantes.

Hémophilie et hémogénie. — La thérapeutique chimique est d'action transitoire sinon douteuse. Seuls agissent les traitements biologiques. On aura donc recours aux sérums (Dufour et Le Hello), à l'auto-hémothérapie ou mieux à la transfusion sanguine.

Anémies. — Trois facteurs sont à considérer : la diminution des globules rouges qui devient grave autour de 2.500.000 ; la répétition des hémorragies, qui, peu abondantes chaque fois, n'en modifient pas moins considérablement la résistance du sujet ; l'apparition des formes embryonnaires, en particulier des leucocytes, qui entraîne un pronostic toujours défavorable.

Dans tous ces cas, la transfusion sanguine est indiquée. Elle fait des miracles. La méthode de Whipple qui consiste dans l'ingestion de foie de veau cru, soit pur, soit additionné d'extraits hépatiques ou mieux pluriglandulaires rend d'incontestables services.

Les hémorragies petites et moyennes, répétées, comme celles qui accompagnent le fibrome seront souvent favorablement influencées par l'irradiation splénique. On a même pensé à irradier dans les cas graves la moelle des os superficiels.

Néanmoins, s'appliquant à la rate, cette méthode n'est pas sans danger. Elle risque de compromettre pour toujours la fonction hémopoïétique. C'est une méthode de pis-aller qui doit dans la plupart des cas céder le pas à la transfusion.

Etude de l'appareil pulmonaire. — En sus des moyens cliniques, les chirurgiens auront recours souvent à la radiologie qui révèle des signes inobservables sans elle, et à la spiroscopie dont Pescher a montré toute l'importance.

Chez le malade qui expectore l'examen bactériologique des crachats s'impose.

On pouvait s'en tenir là jusqu'à ces dernières années, mais les travaux de Vaudremer et Fontès ont tout bouleversé.

Le virus filtrant de la tuberculose serait l'agent responsable de la tuberculose à la phase antibacillaire, des typhobacilloses, des pleurésies séro-fibrineuses, du rhumatisme tuberculeux.

On le retrouve, ce virus filtrant, dans les crachats bacillaires des prétuberculeux, dans les exsudats et les liquides articulaires.

Etude de l'appareil digestif. — Une place à part

doit être faite à la constipation chronique qui est souvent d'origine endocrinienne et qu'on traitera par les hormones intestinales, la péristaltine, l'hypovagol, les extraits biliaires.

La pratique de la rachi-anesthésie, facilement libératrice de l'intestin, il est vrai, ne doit pas faire omettre ce traitement préopératoire de la constipation. Son effet n'est pas toujours certain et, dans tous les cas, il peut être un épisode sans lendemain.

On renoncera à la purge brutale la veille de l'opération et à la plupart des moyens mécaniques qui ne sont pas toujours sans danger.

Enfin, les lésions dentaires seront recherchées et traitées le cas échéant.

Examen du système nerveux. — Deux groupes de malades sont à considérer : les neurologiques et les psychiques.

Les premiers ne sont guère justiciables que des interventions urgentes ; la plupart : hémiplégiques, tabétiques, syringomyéliques, sont en effet des incurables gravement tarés.

Il est à noter que tous ces malades, notamment les tabétiques, supportent très bien les opérations. Par contre, les épileptiques voient leurs crises se réveiller.

Les psychiques ont été rangés par Picqué en deux catégories :

a. Les psychopathes (mélancoliques, anxieux, persécutés, interprétateurs) sont des *noli me tangere*, principalement ceux qui présentent une affection des organes génitaux ou ano-rectaux. Le danger est double : pour les malades chez qui l'opération peut déclencher des accidents psychiques redoutables, pour le chirurgien qui peut devenir victime des revendications des malades.

b. Les aliénés véritables sont moins dangereux. Ils supportent bien l'anesthésie, et il est indiqué parfois de les opérer pour supprimer une épine organique responsable des accidents mentaux ou tout au moins de leur aggravation.

Cependant deux catégories d'aliénés ne sauraient bénéficier de la chirurgie, exception faite des cas d'urgence : les déments précoces et les déments séniles.

Les avis sont partagés en ce qui concerne les simulacres d'opération chez les hallucinés qui s'imaginent avoir une maladie déterminée ou recéler des animaux nuisibles. Ces malades sont défiants et remplacent souvent une hallucination par une autre.

B. EXAMEN DE L'ÉQUILIBRE ACIDE-BASE ET DU MÉTABOLISME BASAL. — L'équilibre acide-base est établi quand les ions OH basiques électro-négatifs que contient le milieu humoral neutralisent exactement les ions H acides électro-positifs.

Cet équilibre se juge par l'étude du potentiel hydrogène ou pH qui, à l'état d'équilibre, gravite autour de 7,4. Au-dessus de ce chiffre, il y a alcalose, au-dessous, il y a acidose.

A l'état normal, l'équilibre acide-base du milieu humoral est remarquablement constant : pH = 07,3 à 7.40 . Il est assuré par le mécanisme des bicarbonates alcalins ; et cette constante est nécessaire à la normalité de l'organisme.

Les accidents d'acidose post-opératoire sont plus fréquents qu'on ne croit. En dehors du terrain diabétique, ils ont été observés après les opérations d'appendicite, de cholécystite, d'ulcères gastriques et d'affections hépatiques.

La recherche du pH, de la réserve alcaline et l'exploration de la fonction hépatique devraient être faites systématiquement avant toute opération importante, car c'est à ce moment seulement qu'on peut prévoir et parer utilement à la diminution du pH et de la réserve alcaline ; après l'intervention, il est souvent trop tard.

Le métabolisme basal est d'appréciation plus délicate, les résultats sont moins constants et son importance chirurgicale est plus limitée. Il n'intervient guère que dans l'appréciation des fonctions thyroïdienne, hypophysaire et surrénale.

Le métabolisme de base exprime le nombre de calories minima nécessaires à la vie chez un sujet humain en état de repos physique et alimentaire complet, mesuré par l'examen des échanges gazeux, autrement dit par l'appréciation du quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O^2}$.

A jeun, en position de repos complet et à la température de 18 degrés, il faut 40 grandes calories par heure et par mètre carré de surface corporelle. Ce chiffre de 40 représente le métabolisme de base.

Alors que la technique de la recherche du pH est relativement facile, celle du métabolisme basal demeure vraiment délicate. Elle est de plus, pénible pour le malade auquel elle impose plusieurs heures d'immobilité absolue avec un masque hermétique sur le visage pour capter les échanges gazeux respiratoires.

Il est peu vraisemblable que cette méthode se généralise jamais.

En manière de conclusion, le rapporteur résume en quelques lignes l'ensemble de son travail. Il montre qu'avec les progrès et la vulgarisation des techniques désormais bien réglées, l'avenir appartient non plus au chirurgien prestigieux, mais à celui qui, sachant prévoir les risques et les éviter, fera reculer les limites de son pouvoir en faisant reculer celles des déficiences organiques.

M. NEUMAN (de Bruxelles) est d'accord avec les rapporteurs sur l'importance des soins pré-opératoires, notamment en ce qui concerne la recherche et le traitement de l'azotémie et de l'acidose.

Il insiste particulièrement sur la nécessité :

1° Du repos au lit avec administration de sédol chez les anxieux ;

2° De la réhydratation par les boissons abondantes, les jus de fruits, les injections de sérums physiologiques et sucré ;

3° Du régime lacté ou lacto-féculent pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'intervention.

La purge pré-opératoire doit être modérée et jamais donnée la veille même de l'intervention. Les grands lavements évacuants sont probablement préférables.

Les exercices respiratoires, en particulier la spirométrie sont à conseiller avant et même après l'opération ; dans ce dernier cas, l'administration d'une certaine dose de morphine est nécessaire pour supprimer la douleur au niveau de la plaie.

Contre les complications pulmonaires si fréquentes après les interventions portant sur le tube digestif, l'auteur a essayé la pratique de la vaccination. Elle lui a donné de tristes résultats. Il pense que cela est dû à une faute de technique et que les malades en question ont été sensibilisés et non vaccinés.

A son avis, la perfection de la technique, la douceur apportée dans les manipulations des organes, l'hémostase minutieuse, le fini des sutures sont les facteurs qui permettent d'éviter le plus sûrement les complications pulmonaires, sans qu'il soit nécessaire de vacciner préventivement.

M. Leriche (de Strasbourg) apporte sa statistique personnelle de morts ou d'accidents post-opératoires.

Le problème le plus pressant lui paraît être celui de l'embolie dont nous connaissons encore très mal les causes.

Certes, l'auteur reconnaît l'importance des soins pré-opératoires, mais il pense que bien des accidents sont dus à des erreurs de technique ou même à des fautes lourdes au cours de l'intervention : insuffisance de l'asepsie et de l'hémostase, oubli de compresses, ligatures en masse, etc.

M. de Fourmestraux (de Chartres) insiste sur quelques points spéciaux de la préparation d'un diabétique à l'opération et fait remarquer que depuis l'emploi de l'insuline, le pronostic opératoire s'est grandement amélioré chez les glycémiques.

Le danger immédiat est l'acidose et la perturbation profonde de l'équilibre acide-base.

L'injection intraveineuse de bicarbonate de soude en solution suffisamment concentrée, donne de bons résultats malgré le shock qu'elle provoque parfois. Il faut la faire lentement. **Elle** ne contre-indique pas l'utilisation immédiate de l'insuline.

S'il n'y a pas urgence et qu'on ait affaire à un diabétique gras, il convient d'entreprendre une cure d'amaigrissement : fruits abondants, alimentation liquide et sucrée et insulinothérapie. La chirurgie chez le diabétique obèse est redoutable ; elle l'est beaucoup moins chez le diabétique maigre.

Il est également nécessaire d'étudier l'azotémie. Mais on oublie trop souvent de préparer la bouche de ces malades, toujours porteurs de dents cariées et infectées. Le dentiste doit précéder le chirurgien. La plupart des pneumonies post-opératoires ont leur origine dans l'infection bucco-pharyngée préexistante.

Au cours de l'intervention pas d'antiseptiques ; opérer rapidement avec sections nettes et hémostase soignée.

M. André Chalier (de Lyon). — L'auteur ne considère que le traitement pré-opératoire de deux complications importantes : les accidents pulmonaires et les phlébites.

Les complications pulmonaires diminuent de fréquence, grâce à l'antisepsie buccale qu'on négligeait trop autrefois, grâce aussi aux précautions de protection contre les changements brusques de température, grâce enfin au choix plus éclairé du mode d'anesthésie.

Mais il semble que le grand progrès consiste dans l'emploi systématique du vaccin de Weill-Dufourt.

La phlébite et l'embolie ne sont pas toujours la conséquence d'une faute d'asepsie. Dautres facteurs interviennent pour les expliquer : obésité, varices, insuffisance cardiaque, hypotension, stase veineuse, hypercoagulabilité sanguine.

Pour éviter ces complications, on se trouvera bien de ne jamais opérer en période d'épidémie de grippe. On améliorera la circulation par la digitale, et l'on diminuera la coagulabilité sanguine par le citrate de soude, plus rarement par hirudinisation.

Ces différentes méthodes seront utilisées également après l'opération.

Enfin, l'auteur termine en rappelant l'influence favorable du lever précoce.

M. Robert Sorel (de Paris) s'élève contre la pratique de désinfection du champ opératoire à l'aide de la teinture d'iode.

Cette préparation lui paraît malpropre, difficile à manier, offensante pour un épiderme sensible.

Durant toute sa carrière, il s'est contenté de laver la peau de ses malades au savon et à l'eau bouillie sans avoir jamais observé d'accident.

L'auteur estime, d'autre part, que l'on doit éviter au malade toute émotion inutile : lavages, sondages, purgations, injections, tubages de l'estomac. La veille, un bain de propreté, c'est tout.

M. Pauchet (de Paris) insiste sur l'importance de la « spiroscopie » qui stimule l'organisme, réveille les fonctions endocriniennes, favorise la circulation et l'action du rein et du foie.

Il conseille les frictions du thorax à l'alcool, immédiatement après l'opération et dans les jours qui suivent, l'application d'un balsamique quand il y a menace de rhume ou épidémie de grippe, voire même le lavement de créosote.

Chez tous les affaiblis, la transfusion s'impose. Pour être appliquée couramment et facilement, il importe que tous les élèves sachent la faire et sachent user de leur influence pour dépister dans l'entourage des équipes de « donneurs ».

Chez tous les opérés gastriques, on doit pratiquer systématiquement la veille de l'intervention un lavage d'estomac. Là aussi, il faut savoir donner aux élèves « le réflexe » du lavage à la moindre odeur de l'haleine, à la première apparition des régurgitation ou des renvois.

Enfin, l'auteur décrit en détail la préparation spéciale des obèses à l'intervention : repos au lit pendant huit jours avec cure de fruits, citronnades, gymnastique et massage.

Si l'opération peut être faite à longue échéance, conseiller au malade de se faire préparer par un médecin spécialiste.

Il faut se méfier du myocarde des obèses dont le régime alimentaire, physique, endocrinien, doit être spécialement surveillé.

La combinaison de ces différents facteurs permettra de ramener le malade à son poids physiologique sans que l'opération soit plus dangereuse pour lui que pour un sujet normal.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) expose que la gravité des complications post-opératoires est due souvent chez les sujets peu résistants à l'aggravation du shock opératoire par l'intoxication anesthésique.

Il préconise l'administration du chlorure d'éthyle au goutte à goutte, soit pur, soit mélangé de 10 p. 100 de chloroforme.

Ce procédé, qui conserve généralement l'amplitude respiratoire pendant le sommeil, est l'un des moins offensifs pour le poumon, surtout si l'on a soin de réchauffer les vapeurs anesthésiques.

Les malades les plus prédisposés à l'hémorragie sont ceux dont la fonction glycogénique se fait mal. Ce sont également ceux qui résistent le moins aux pertes sanguines, même minimes.

La meilleure technique de préparation à l'opération est celle des injections intraveineuses de sérum glucosé à 40 p. 1000 mélangé de petites quantités de sang selon le procédé de l'auteur.

M. Jayle (de Paris) ne nie pas la valeur de la transfusion, mais fait remarquer qu'il a opéré bien des malades exsangues sans y avoir recours. Il n'a du reste perdu aucun de ces malades.

Avec M. Lambret et contrairement à M. Sauvé, il pense que les thromboses et les embolies ne sont pas le fait d'infections opératoires, mais qu'elles sont dues au ralentissement de la circulation, au traumatisme des veines au cours de l'opération, voire à une affection endogène : la grippe par exemple.

Il recommande le repos aux malades avant l'opération, l'examen systématique de la coagulation.

Chez les cardiaques, la position déclive doit être réduite.

Des cas de morts sont imputables à cette technique.

L'auteur insiste, enfin, sur la thérapeutique morale, sur cet « impondérable » qu'est le stimulant spirituel.

Pour conclure, l'auteur estime que la meilleure préparation pour le malade consiste encore à choisir un opérateur rapide, sectionnant nettement les tissus, évitant tout traumatisme inutile et ne traçant que des incisions d'une dimension strictement nécessaire.

M. Lardennois (de Reims). — Les urologistes ont montré l'importance de l'examen du « standing » physiologique des malades et des soins pré-opératoires.

Il est indispensable de garder les patients en observation pendant deux jours au moins.

Le repos, la suggestion morale, la purgation, la gymnastique respiratoire les placeront dans des conditions de résistance meilleures.

Durant ces deux jours, on a le temps d'apprécier la valeur fonctionnelle des poumons, du cœur et des reins.

Le malade doit s'entraîner à vider au lit, en position horizontale, son rectum et sa vessie.

Enfin, il ne faut pas oublier la recherche du tic aérophagique si fréquent chez les opérés, et le traitement préventif préconisé depuis longtemps par l'auteur.

M. Delangre (de Tournai). — Aucune préparation ne vaut l'usage de la digitaline pendant quelques jours avant l'opération. L'action stimulante de la spartéine est incontestable également.

L'anesthésique préférable serait le mélange de Schleich dont l'auteur fait précéder l'emploi d'une injection hypodermique de cinq centigrammes de spartéine et d'un centigramme de morphine.

L'addition d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine au mélange précité est de bonne pratique. C'est l'antagoniste de la morphine. Il dissipe le réflexe laryngé, les vomissements et par suite le danger de syncope blanche.

M. Sénéchal (de Paris) insiste sur la nécessité de préparer le malade aussi longtemps que possible avant l'opération, par une diététique végétarienne et fruitarienne additionnée de boissons sucrées abondantes. C'est le meilleur moyen d'éviter l'acidose et les troubles de la fonction hépatique.

L'auteur souligne les avantages de la gymnastique suédoise qui aide à l'exonération de l'intestin, détermine la désintoxication et apprend au malade à respirer.

Il insiste enfin à propos de l'étude de la prévention des embolies et des phlébites sur tout l'intérêt qu'il y a, et surtout lorsqu'on opère sur les organes du petit bassin chez la femme, à pratiquer d'emblée la ligature des pédicules vasculaires utéro-annexiels sans forcipressure préalable.

Il conclut, en constatant que, pour la détermination de la décision à prendre, la clinique garde le pas sur les procédés de laboratoire, tout en exprimant le souhait que la collaboration entre les deux, réalisée par le travail en équipes qui s'organise de mieux en mieux, permettra d'arriver à une connaissance de plus en plus précise des notions de physiologie et de physicologie pour le plus grand bien des malades.

(A suivre.)

Dariau.

Les Livres

R. Lépine, éditeur.

L'Année médicale pratique 1931, 10e année, 1 vol. in-16, 635 p., 6 fig. publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, méd. des hôp. Préface du Professeur E. Sergent. Prix : 26 fr.

Il suffit de connaître l'*Année médicale pratique* pour aimer davantage et exercer mieux la profession médicale. En effet, avec ce petit volume annuel, on est immédiatement au courant de toutes les nouvelles notions médicales enrichissant la pratique du diagnostic du pronostic et du traitement. Au lieu de faire des efforts inouis et infructueux pour retenir la teneur de la multitude des journaux et livres médicaux, on savoure à la lecture de ce petit livre le choix des notions nouvelles et utiles, choix fait par une pléiade de spécialistes, chacun dans son domaine familier.

C'est un jeu de trouver parmi les articles, classés par ordre alphabétique, les méthodes dernier cri pour le diagnostic ou le traitement de toutes les maladies à l'ordre du jour. Au lieu de tempêter contre les nouveautés qui risquent de lui compliquer sa tâche, le lecteur de l'*Année médicale pratique* les accueille avec le sourire car pour chaque cas il se familiarise avec elles en quelques minutes.

J. Peyronnet et Cie, 7, rue de Valois, Paris.

Cloches et grelots. — Albert Desbranches.

Sous la frappe de vers harmonieusement cadencés, voici que tintent tous les Angélus s'envolant des clochers villageois dont les cloches presssées font sentir

Le timbre impérieux et rude du métal...

Angélus du matin, Angélus de Toussaint, Angélus de Midi....

Et voici que résonnent toutes les sonneries, qui rythment les moments divers de la vie de campagne : sonnerie pour le Glas, pour la Fête patronale, pour les Noces, pour le Feu...

Mais qui les agite ainsi ? Le sonneur, tout ensemble bedeau, tambour et cordonnier.

Et ces autres clochettes qui, maniées par les mains agiles du Petit servant, scandent toutes les genuflexions de l'office divin :

Pour répondre la messe, il se tient, le gamin,
Sous le surplis moins long que sa soutane rouge ;
Et le prêtre à l'autel, de crainte qu'il ne bouge,
Lui fait, tout en priant, des signes de la main.

L'auteur excelle à ciseler ces pièces brèves, le plus souvent en forme de sonnets, et qui traduisent toutes les sensations et tous les sentiments que lui inspire la Nature aux Champs.

Mélancoliques, rieuses, sentimentales, hardies, voire quelque peu gaillardes, elles en évoquent d'une touche à la fois juste et légère, les aspects divers.

J'ai goûté particulièrement les *Grelots du Printemps*, dont voici la première strophe :

Malgré la pluie et les rafales
Qu'amène avril en bataillons,
La primevère et ses cymbales
Ont réveillé les papillons.....

J'admire la fécondité de M. Albert Desbranches ; et je suis heureux de pouvoir mettre en évidence l'inspiration qu'il doit à sa muse, belle et saine paysanne, aux allures gracieuses et décidées.

G. Duchesne.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

C. Bonorino-Udando et L. V. Sanguinetti. — **Les affections douloureuses de l'intestin terminal. Diagnostic. Traitement** (in-8° de 26 pages avec figures, Prix : 9 fr.)

Le syndrome douleur leur servant de base pour faire le diagnostic de chacune des affections étudiées, ces praticiens de Buenos-Ayres résument la thérapeutique indiquée.

Après un court rappel de notions anatomo-pathologiques, sont exposées les douleurs fonctionnelles du rectum (crises rectales du tabès, encéphalite épidémique, coccydynie).

Ce sont ensuite les douleurs dans les affections organiques du rectum : hémorrhoïdes, fissures de l'anus ; processus inflammatoire ; tumeurs du rectum ; abcès anaux et péri-anaux.

Editions médicales, N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr P. Philardeau. — **Varices et phlébites** (in *Collection des Petits Précis*, in-16, 126 pages, 6 figures, 1931. Prix : 12 francs.)

Après l'exposé des différentes formes cliniques de varices, de leurs complications, et de leur diagnostic, l'auteur envisage les différents traitements possibles avec leurs indications générales. Le traitement par injections sclérosantes, mis au point par Sicard, y est très clairement exposé, ainsi que sa technique et ses résultats.

La deuxième partie est consacrée aux phlébites : syndromes cliniques et traitement des phlébites chirurgicales, obstétricales, tuberculeuses, chlorotiques, syphilitiques, cancéreuses, rhumatismales, typhiques, grippales et goutteuses.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

SA MAJESTÉ LA MACHINE

Les petits signes quotidiens du Progrès.

Il suffit d'ouvrir un journal quotidien pour être effrayé du nombre croissant des accidentés, victimes des progrès du machinisme, au moment surtout des périodes de vacances, dites *périodes de repos.* Cependant, j'entendis soutenir un jour par des esprits très distingués, enthousiastes du taylorisme du Nouveau-Monde, que c'était en Amérique qu'il fallait aller chercher les formules du bonheur moderne parce qu'un habitant sur trois était propriétaire d'une automobile. Ce à quoi je ne pus m'empêcher de répondre que si l'Américain avait des jambes d'acier extra-rapides, il y avait lieu de se demander s'il saurait seulement un jour marcher sur celles que la Nature lui a données pour s'en servir comme tout le monde.

Or, d'après le Bulletin statistique du « *Metropolitan Life Insurance* » d'octobre 1930, la courbe des décès par suite de maladies accidentelles subit, aux Etats-Unis, une progression annuellement croissante. Leur nombre qui était de 97.000 en 1929, est passé à 100.000 en 1930 et dépasse *celui des morts par tuberculose.* Il se place immédiatement après celui des décès pour maladies organiques du cœur.

Le principal facteur de destruction qu'il convient d'incriminer est l'accident d'automobile. Il a immolé, sur les autels des Dieux de la Vitesse et de l'Imprudence, 31.000 personnes parmi lesquelles on compte 17 p. 100 d'enfants prenant leurs ébats dans la rue, alors que le vieil accident traditionnel : brûlures, noyades, accidents de chemins de fer, etc., est, depuis quelques années, en décroissance manifeste.

Ces petits signes quotidiens du Progrès menacent d'imprimer une nouvelle orientation aux Œuvres de prophylaxie sociale et à côté des ligues contre les maladies américaines, la tuberculose, le cancer, le trachome, le rhumatisme, les affections cardiaques, etc..., il faudra sans doute chercher à organiser la ligue de protection de l'*Etre vivant normal* qui a déjà fait ses preuves de résistance contre les facteurs morbides, s'il est adulte, ou qui ne demande pas mieux que de les faire, s'il est enfant.

J. ABBATUCCI.

***

Dans la courte note qu'il a bien voulu nous remettre, M. le Dr Abbatucci souligne opportunément certaines conséquences du Progrès qui, Minotaure moderne, exige sa rançon de vies humaines. Et il est bien certain que le développement intensif du machinisme, poussé à l'extrême dans le Nouveau-Monde, n'a pas été suivi d'un développement parallèle d'une adaptation que l'état de choses préexistant ne comporte pas encore. C'est ainsi que le réseau routier de la France, tout amélioré qu'il ait été, n'est pas à la hauteur de la circulation automobile dont il est le théâtre.

Le machinisme n'en devient pas moins tout puissant. Et s'il n'est pas révéré à l'égal d'un Dieu, il n'en dispose pas moins d'une puissance assez souveraine pour que l'un de ses fervents ait pu baptiser le volume qu'il lui a consacré : Sa Majesté la Machine (1).

L'auteur, J.-L. Duplan, est un Français dont la formation intellectuelle et professionnelle avait été soignée, et qui débuta à Lyon dans l'industrie de la soie. Son esprit ouvert à toutes les initiatives, ne tarda pas à se révolter contre les méthodes désuètes, les procédés routiniers, tel le métier à bras, demeurés en honneur chez le fabricant lyonnais. Il partit aux Etats-Unis où la chance le favorisa, en lui permettant de donner libre cours à ses idées, si bien qu'il est devenu le chef d'une des plus puissantes industries de la soie du monde entier.

Dans ses nombreuses usines, la Machine est partout prépondérante, et comme le dit son

(1) Librairie Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 15 fr.

Préfacier, M. L. Rougier, « le travail s'y exécute allègrement dans des ateliers vastes et clairs, dont l'air, maintenu à température constante, est perpétuellement renouvelé. »

C'est la Machine qui a créé au personnel des loisirs qu'il peut employer à son gré dans les diverses organisations ingénieusement aménagées à cet effet : salle de repos, salle de jeux, de danse, de musique ; bibliothèque, concours sportifs, cours, conférences, spectacles, etc...

La Machine, en effet, peut travailler sans arrêt jour et nuit, sous la surveillance d'un personnel réduit et divisé en trois équipes. Son rendement est considérable ; les prix de revient *s'abaissent ; les champs d'exploitation s'élargissent* ; la clientèle se développe de plus en plus et les bénéfices progressent en conséquence. L'ouvrier qui dispose ainsi de salaires importants devient à son tour consommateur de sa propre production qu'il stimule ; il devient aussi capitaliste s'il devient propriétaire d'actions de l'entreprise qui l'emploie.

Il en résulte que les deux courbes des salaires et des prix de vente sont portées à s'éloigner l'une de l'autre, celle-ci ne tendant qu'à descendre, tandis que l'autre tend à monter.

Les loisirs que la machine laisse au personnel permettent à celui-ci d'avoir une seconde occupation et d'accroître ainsi ses revenus. Mais, mieux encore, ils peuvent être consacrés à des disciplines intellectuelles et conduire à des situations libérales telles que la carrière d'écrivain, d'artiste, d'ingénieur, de médecin, d'avocat. « Telle est la vertu de la Machine, selon Duplan ; elle résoud la question sociale et atténue les iniquités du sort, non par un impitoyable nivellement par le bas ... Mais par le haut, par l'ascension progressive des couches inférieures et la récupération d'une élite. »

La Machine, toujours au dire de M. Duplan, doit être aussi génératrice de paix entre les peuples, groupés en une vaste fédération économique européenne...

« La Machine dispense ainsi aux hommes les deux biens qui leur sont le plus précieux : la prospérité et la paix ».

L'auteur de S. M. La Machine, fort de sa réussite personnelle, est un enthousiaste, et voit tout en beau, sous le signe du Machinisme. Il n'apporte aucune ombre au tableau enchanteur qu'il brosse avec entrain. Mais son préfacier en discerne, qu'il ne manque pas de mettre en évidence. Et d'abord que la Machine conduit à la fabrication en série selon un type standardisé, moyen, pour convenir ainsi à la masse. L'automatisme s'est substitué à l'intelligence créatrice, dont les initiatives se trouvent paralysées. S'il est vrai que la Machine permet à une élite de se dégager dans une ascension continue, elle joue une contre-partie en appelant à elle des esprits particulièrement doués, issus de la bourgeoisie et de l'aristocratie, et qui jadis, se portaient volontiers vers les carrières libérales qui réclament un certain désintéressement, éloigné de l'utilitarisme à la mode.

Elle a eu bien d'autres conséquences, sur lesquelles il est inutile de s'étendre. Car, quoi qu'on en pense, elle s'impose à cette heure : « Un peuple moderne qui renoncerait à s'engager dans la voie du machinisme, se déclasserait ou se suiciderait ».

La Machine ne s'impose pas seulement à l'industrie. Comme instrument de recherche, d'exploration, de diagnostic, de traitement, elle envahit les cabinets médicaux. Et le médecin se déclasserait ou se suiciderait moralement, qui n'exhiberait pas aux yeux de sa clientèle certains appareils dont elle est la première à réclamer l'utilisation à son profit. L'Oscillomètre ou le Phonotensiomètre, pour la mesure de la pression artérielle, font partie de l'arsenal du moindre praticien, et bientôt, chacun d'eux possédera un bloc radioscopique impressionnant.

Or, cela, qui est inévitable, n'a pas été sans exercer une influence sur la tournure d'esprit des jeunes générations médicales. C'est ce que Noir a parfaitement mis en lumière dans son Propos du Jour du N° 13. Et c'est ce qui m'a autorisé à dire que le médecin, dans la société moderne, tend à prendre figure d'ingénieur sanitaire, sans qu'il s'en rende précisément compte.

Ce n'est plus évidemment la Médecine telle que la concevaient nos pères, telle que nous la concevons nous-mêmes d'après notre formation. C'est quelque chose de différent, d'assez différent pour provoquer de l'émoi et de la résistance de la part de ceux qui, formés à d'autres disciplines, demeurent fidèles à des traditions dont la disparition progressive les peine.

L'essentiel, c'est que la Santé publique n'ait pas à souffrir de ces bouleversements.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE SYNDICALE

Condamnations prononcées par le conseil de famille.

C'est avec une certaine satisfaction qu'en lisant « l'*Echo médical des Cévennes* », numéro de février 1931, nous avons constaté que les médecins syndiqués du Gard ne se contentent pas de voter, en assemblée générale, des règles de déontologie, que certains peuvent ensuite impunément violer.

Ils sont passés carrément à l'action et puisse leur exemple devenir contagieux auprès des autres syndicats.

Il fut d'abord décidé, en une réunion syndicale du 25 janvier 1931, que désormais serait appliquée rigoureusement l'amende prévue contre tout confrère qui, sans excuse vraiment valable, n'assisterait pas à une réunion du syndicat.

Ce sont toujours les mêmes qui sont présents ; ce sont ces dévoués, ces convaincus, ces altruistes, qui se dérangent, pour venir discuter pour le bien de tous.

Pendant ce temps, les égoïstes restent tranquillement dans leur clientèle, raflant les clients des absents, et sachant bien qu'ils bénéficieront des avantages collectifs, obtenus par le travail des dévoués, qui assistent, pendant ce temps, à la réunion du syndicat.

Tant pis, si certains confrères abandonnent le groupe et adressent leur démission, pour ne pas avoir à payer d'amende. J'estime, pour ma part, que le syndicat doit devenir indispensable par intérêt, puisque, jamais en France, il ne pourra devenir obligatoire.

Que le syndicat réserve pour ses membres des avantages pécuniaires, professionnels, ou autres. Le bureau peut toujours faire remarquer, aux individualités, ou aux collectivités, qui contractent avec le syndicat, que celui-ci peut se porter garant de l'honnêteté et de la conscience professionnelles de chacun de ses membres, liés que ces derniers sont par le pacte syndical et les sanctions du conseil de famille.

En cas de plainte formulée, ou de réclamation adressée à l'encontre d'un praticien, le litige sera instruit par le conseil de famille syndical, si le confrère en cause est membre du syndicat.

Le groupe professionnel peut donc se porter fort de l'exécution, par chacun de ses membres, des clauses de la convention collective intervenue.

Pour en revenir aux médecins du Gard, nous lisons dans l'*Echo médical des Cévennes*, que le conseil de famille intersyndical du département s'est réuni. Voici d'ailleurs la reproduction de l'article.

Le Conseil de Famille de la Fédération départementale des Syndicats médicaux du Gard, institué conformément aux statuts établis en vue du fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales, réuni sous la présidence de M. le Dr Giral, assisté des Drs Grimaud, de Bellegarde, Paulet, de Sommières, Deleuze et Chausse, d'Alès, et Foulquier, pour étudier la plainte déposée par le Dr Belley, de Vallabrègues, contre le Dr X. au sujet de l'avilissement des honoraires.

Après avoir entendu le rapport du Dr Grimaud, enquêteur, et la déposition du Dr Belley, le Dr X. faisant défaut et repoussant, par lettre jointe au dossier, la compétence du Conseil de famille en termes inconvenants....

Considérant que les faits reprochés au Dr X... sont probants, officiels (pièces à l'appui) et non niés.

Considérant que le Dr X. avait déjà été rappelé à l'ordre par le Dr Giral, président de la Fédération départementale des Syndicats médicaux du Gard, pour l'application stricte de la loi des Assurances sociales suivant la convention signée.

Considérant qu'en agissant ainsi, le Dr X. s'oppose au libre choix du médecin et viole l'art. 15 (f) § 4 du règlement spécial des Assurances sociales joint aux statuts de la Fédération.

En application de l'article V des statuts du Conseil de famille départemental, le Conseil décide d'appliquer envers le Dr X. la sanction suivante :

Exclusion temporaire du droit de donner des soins aux assurés de la Caisse départementale des Assurances sociales du Gard pendant trois mois à dater du 1er février 1931.

Le même jour, une deuxième affaire appelait les médecins de Z. : Dr Z. contre Dr Y ; les Drs A. et M. vinrent témoigner, mais les faits reprochés n'ayant pu être retenus par le Conseil de famille incompétent, tout s'est borné à une intervention quasi-chirurgicale qui a tout de même permis, par incision préventive, de faire avorter un phlegmon dangereux (gangrène gazeuse ! puisqu'il s'agissait de la Cie du Gaz de Z....)

***

Enfin, le 14 février 1931, sur plaintes de la Caisse départementale d'Assurances sociales du Vaucluse, du Gard et de la Famille gardoise, le Dr Z. était cité devant le Conseil de famille départemental sous la présidence du Dr Pantel, d'Alès, et des autres membres du Conseil auquel fut adjoint en la circonstance Me Viala, notre deuxième avocat-conseil.

Après étude des dossiers dont il avait été saisi et après audition du Dr Z. il a été décidé ce qui suit :

Pour les plaintes émanant du Gard, attendu que le Dr Z.. ne conteste pas avoir donné la deuxième signature d'acquit sur les feuilles d'A. S. sans en avoir cependant touché les honoraires ;

Attendu que sans doute l'intéressé allègue de sa bonne foi, mais que néanmoins cette circonstance serait-elle établie, elle ne saurait faire disparaître l'infraction prévue par l'article 3 derniers paragraphes de la convention en vigueur.

Décide d'appliquer au Dr Z. conformément à l'art. V des statuts du Conseil de famille, un blâme en raison des faits ci-dessus relatés.

Pour la plainte du Vaucluse :

Attendu que, d'après les déclarations du Dr Z. le Conseil ne saurait statuer en l'état sur cette question ;

Décide de nommer le Dr Rocher comme enquêteur à l'effet de se rendre sur place pour entendre contradictoirement le représentant de la Caisse du Vaucluse, le Dr Z. et l'assuré visé à toutes fins utiles et de fournir un rapport de ses opérations au Conseil de famille qui statuera dans les plus brefs délais.

Pour l'application du premier jugement, nous avions trouvé auprès de la Caisse départementale du Gard une collaboration rapide et loyale que nous sommes heureux de signaler ici.

***

Nous ne pouvons qu'approuver cette action syndicale. Les faits valent mieux que les paroles et point n'est utile de voter des sanctions, si on ne doit pas les appliquer.

Depuis la dernière guerre, un vent néfaste de démoralisation s'est abattu et a atteint toutes les classes de la société. On veut gagner de l'argent vite et le plus possible, per fas et nefas, pour pouvoir jouir de la vie.

Or, en vertu de l'adage « initium sapientiae timor Domini » qu'on traduit en français « la peur du gendarme est le commencement de la sagesse » beaucoup restent dans le droit chemin, lorsqu'ils savent qu'en cas d'écart, ils peuvent être frappés.

Jadis, de nombreux abus se sont produits, en matière de soins aux réformés de guerre. Les commissions de contrôle y ont mis bon ordre.

Au sujet des accidents du travail, certaines pratiques peu recommandables ont presque totalement disparu, parce que la commission d'arbitrage non seulement redresse les erreurs, mais formule des observations et des avertissements, dont les médecins tiennent le plus grand compte, pour ne pas retomber dans leurs errements passés.

La discipline syndicale bien appliquée peut donner les meilleurs résultats. A nous de faire notre police professionnelle ; point n'est besoin du Parlement, pour nous doter d'un Conseil de l'Ordre, qui nous asservira et nous tyrannisera. Organisons nous-mêmes, par nos syndicats, la défense contre les mauvais confrères, d'autant que beaucoup pèchent plus par ignorance que par mauvais instincts.

Un avertissement, donné en temps utile, une franche explication, une mise au point des reproches formulés de part et d'autre et les adversaires d'hier vivent ensuite en bonne confraternité.

Aussi, crois-je sincèrement à l'avenir du syndicat : organe de représentation professionnelle, traitant collectivement des conditions du travail médical, avec des individualités, ou des collectivités, donnant au contractant l'assurance que la discipline professionnelle sera respectée et que toute plainte sera instruite et recevra la suite qu'elle comporte.

Mais, en échange de cette obligation de suivre et de respecter les règles de la déontologie, le syndiqué bénéficiera d'avantages procurés par des conventions collectives traitées par le syndicat, avantages qui peuvent parfaitement n'être réservés qu'aux seuls syndiqués.

Nous sommes actuellement entraînés par une évolution sociale, qui provoque une véritable révolution dans nos habitudes professionnelles ancestrales. La médecine individuelle a vécu : la médecine collective s'installe de plus en plus.

Si nous voulons résister au salariat, si nous voulons conserver une partie de nos libertés corporatives, il faut que nous soyons défendus par nos syndicats.

L'hôpital, la mutualité, les assurances diverses, les grandes compagnies, chemins de fer et autres et tutti quanti veulent avoir leur corps médical spécial, nommé par l'employeur.

Au syndicat d'empêcher les défaillances, d'arrêter le geste égoïste de ceux qui sacrifient tous leurs confrères et leur enlèvent une partie de la clientèle, pour obtenir, ou conserver des situations fixes, à forfait, véritables louages de services, un salariat, en un mot.

Il faut que le syndicat puisse représenter la somme des intérêts individuels de chaque praticien, pour traiter au nom de tous, pour conserver le libre choix et le tarif à la visite.

Mais le syndicat ne peut agir que s'il est fort, et si ses décisions sont respectées. D'où l'obligation d'un conseil de famille agissant.

Je suis donc heureux de donner toute la publicité possible au geste corporatif de nos confrères du Gard, espérant que d'autres syndicats nous feront savoir l'activité de leurs conseils de famille.

Dr Paul BOUDIN.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Accidents du travail, frais pharmaceutiques, appel du médecin en garantie.

JUSTICE DE PAIX de BÉZIERS (2e Canton).

1° Lorsque le pharmacien justifie que les produits pharmaceutiques ont été régulièrement ordonnés par le médecin et remis au blessé lui-même, la note doit être intégralement payée.

2° Le recours en garantie, exercé contre un médecin, ne doit pas reposer sur un contrat de vente, mais sur une faute professionnelle, qui doit faire l'objet d'un procès distinct du premier.

3° Lorsque la date ancienne de la guérison ne permet pas de faire les recherches utiles, la demande d'une expertise doit être considérée comme sans objet.

4° Lorsque l'appel en garantie, formé contre un médecin, occasionne indûment a ce dernier des dérangements, frais et préjudice moral, des dommages-intérêts doivent être alloués à ce praticien.

Attendu que sur la demande en paiement de la somme de deux cent cinquante neuf francs dix centimes formulée par T....., pharmacien, contre le sieur M....., par jugement de ce Tribunal rendu par défaut le 26 mai 1930, ce dernier a été condamné au paiement de la somme sus-indiquée.

Attendu que par exploit de Maître R..., huissier à B..., en date du sept juin 1930, le sieur M... a formé opposition à ce sujet, et que, par exploit dudit Maître R..., huissier, en date du trois juillet 1930 il a mis en cause le docteur Emile A... pour s'entendre condamner à le garantir de la somme de cent quatre vingt deux francs soixante quinze centimes, sur celle réclamée par le pharmacien T..., au prétexte que les médicaments et produits pharmaceutiques prescrits par ledit docteur Emile A... auraient été ordonnés sans nécessité, savoir :

Premièrement : 750 grammes de coton hydrophile.

Deuxièmement : quatre paquets de gaze.

Troisièmement : cinq bandes de crêpe.

Quatrièmement : et tous les liniments prescrits et fournis.

Sur la demande principale :

Attendu qu'il résulte des débats :

Premièrement : que la somme de 48 francs 35 centimes formant le total de diverses fournitures effectuées à divers ouvriers du sieur M..., victimes d'accidents, n'est pas contestée et qu'elle est donc légitimement due au pharmacien T...

Deuxièmement : en ce qui concerne celle de 210 fr. 85 centimes, représentant le montant total des médicaments délivrés à l'ouvrier F... à la suite d'un accident du travail, le sieur M..., patron responsable, en demande la réduction à la somme de 76 fr. 35 centimes, au prétexte que cette fourniture serait exagérée et abusive en raison du peu d'importance de l'accident survenu à F...

Mais attendu que le sieur M... ne conteste nullement que les produits aient été remis à F... en conformité des ordonnances prescrites par le docteur Emile A... ; que, dans ces conditions, les produits ayant été délivrés par le pharmacien T..., il lui en est dû légitimement le paiement intégral, car il ne pouvait se faire juge s'ils étaient ou non nécessaires au blessé, et ne pouvait par suite se refuser à les lui délivrer.

Attendu dans ces conditions que la demande totale du pharmacien T... est entièrement justifiée et qu'il y a lieu d'ordonner le paiement intégral de la somme de 259 francs dix centimes qu'il réclame au sieur M.....

Sur la mise en cause du docteur Emile A...

Attendu que par l'exploit susvisé, le sieur M... a fait appeler le docteur Emile A... au procès pour voir déclarer que les médicaments et objets de pansement prescrits par celui-ci ne correspondaient pas au peu d'importance de la blessure de F..., en conséquence s'entendre condamner à effectuer le paiement de la somme de 182 francs 75 centimes, — montant total des produits dont il conteste l'utilité, — à son lieu et place, et nous demande subsidiairement la nomination d'un médecin expert à l'effet de dire si les lésions qui sont résultées de l'accident survenu à F... le premier octobre 1929 ont pu nécessiter les produits pharmaceutiques dont le montant est réclamé.

Attendu que le docteur Emile A... nous demande de déclarer cette demande irrecevable,faute d'identité d'objet, et subsidiairement, la déclarer mal fondée par suite du long délai qui s'est écoulé depuis la guérison, les recherches qui pourraient être ordonnées ne pouvant aboutir à éclairer la justice ; nous demandant reconventionnellement le paiement de la somme de cinq cents francs à titre de dommages.

Attendu qu'il résulte des débats que l'accident dont a été victime le sieur F... au service de M... a nécessité neuf visites médicales, et que les honoraires du docteur Emile A... s'élevant à la somme de cent treize francs ont été réglés par la Compagnie d'assurances couvrant le sieur M... sans aucune contestation ni réserve.

Attendu que si le sieur M... avait trouvé cette demande exagérée, il n'aurait pas manqué de contester

celle-ci et de nous demander la nomination d'un médecin expert pour visiter le blessé, en conformité de l'article quatre de la loi du neuf avril 1898, ce qu'il n'a point fait.

Attendu que les produits pharmaceutiques dont le montant total s'élève à 210 francs 85 centimes ne paraissent nullement hors de proportion avec un accident ayant nécessité neuf visites médicales, et que les prétentions émises aujourd'hui par le sieur M... pour en refuser le paiement ne sont nullement justifiées, puisqu'il n'a pas même usé du droit de visite sus-visé et a soldé la note du docteur.

Attendu que c'est à bon droit que ce dernier fait observer que la demande principale repose sur un contrat de vente, tandis que le recours en garantie reposerait sur une faute professionnelle de sa part et une méconnaissance grave des règles de sa profession, et que dans ces conditions une telle action doit faire l'objet d'un procès distinct.

Attendu en outre que la date ancienne de guérison ne permettrait plus aujourd'hui de faire effectuer utilement les recherches par un docteur expert qui nous sont demandées ; qu'il y a lieu de rejeter également cette demande subsidiaire de M...

Qu'il convient par suite de déclarer irrecevable l'appel en garantie ainsi formulé contre le docteur Emile A...

Sur la demande en dommages-intérêts formulée par le docteur Emile A... :

Attendu que les agissements du sieur M... à l'égard du docteur Emile A... ont eu pour résultat de causer à celui-ci un préjudice certain en lui occasionnant des dérangements, frais de défense et un préjudice moral dont il lui est dû réparation ; que la demande en dommages-intérêts formulée est donc justifiée dans une certaine mesure dont nous avons les éléments d'appréciation pour en fixer le montant.

Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Par ces motifs :

Nous Juge de Paix,

Statuant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort.

Disons l'opposition formulée par le sieur M... au jugement de défaut rendu contre lui le 26 mai 1930 régulière en la forme ; au fond l'en déboutons.

Confirmons purement et simplement le jugement de défaut du 26 mai 1930 dont s'agit ; disons qu'il sortira son plein et entier effet à l'égard du sieur M... seul responsable du montant total des condamnations portées à ce sujet.

Déclarons irrecevable l'appel en garantie formulé par le sieur M... à l'encontre du docteur Emile A...

Condamnons le sieur M... à payer au docteur Emile A... la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts, à raison du préjudice causé à ce dernier.

Rejetons toutes autres conclusions des parties.

Condamnons le sieur M... en tous les dépens de la première instance..

L'ORGANISATION SANITAIRE MODERNE ET L'ART DE GUÉRIR (1)

M. le docteur Raphaël MASSART.

En choisissant le sujet que je viens traiter cette année, j'ai été surtout guidé par le désir de vous montrer dans son ensemble, en vous en faisant mesurer toute l'importance et toute l'étendue, la révolution pacifique et lente qui s'opère dans l'art de guérir.

On s'est jusqu'ici peu préoccupé dans la Société moderne de l'organisation de la santé publique.

On a laissé beaucoup à l'initiative privée ; pendant des siècles, les institutions charitables ont assumé, à côté de l'éducation des enfants, la lutte contre la maladie, la défense contre ses atteintes, la protection contre ses retours.

Aujourd'hui, le rôle chaque jour plus grand pris par l'Etat vient modifier la conception de la médecine telle qu'on l'a exercée pendant des siècles et on voit se développer, à côté d'une médecine qui soigne la maladie, lorsqu'elle est déclarée, une médecine préventive, basée sur l'hygiène, médecine qui s'exerce dans des directions multiples, en contrôlant l'enfant dès sa naissance, particulièrement si l'hérédité est chargée, puis en nourrice, puis à l'école où on le prémunit contre les maladies évitables ; en contrôlant l'ouvrier, dont les conditions de travail doivent répondre à des règles formulées par des hygiénistes ; en contrôlant les accidentés dont les soins grèvent les caisses responsables ; et augmentent les primes de responsabilité, une médecine qui s'est donné pour rôle de conserver la santé publique et dont les assurances sociales doivent permettre le développement et l'évolution.

Le moment n'est plus de savoir si le passé valait mieux : il ne sert à rien de regarder en arrière et de récriminer, il est préférable de s'adapter à la vie nouvelle.

Ces conditions nouvelles de la vie non seulement chez nous, mais dans le monde, modifient le vieil ordre de choses et il faut avoir le courage d'envisager en face les situations qui en sont la

(1) Conférence faite le 12 février au Musée Social.

conséquence, pour conserver ce qu'il y avait de bon dans nos institutions un peu bouleversées.

Il est bien évident qu'à l'époque de transition que nous vivons, l'organisation de la santé nous semble, avec son appareil administratif un peu compliqué, avec ses formules encore trop rigides, une révolution qui va transformer l'art médical et cependant, quand on veut bien réfléchir à l'évolution qui s'est faite dans l'exercice de la médecine dans ces cinquante dernières années, on réalise que la transformation a déjà commencé depuis longtemps et il suffit pour s'en convaincre d'évoquer à nos esprits deux images bien différentes : le médecin d'autrefois et le médecin d'aujourd'hui.

Vous ne l'avez pas tous connu, ce médecin familial, et c'est pour moi un souvenir un peu mélancolique d'évoquer les années de mon enfance et la maison paternelle pour vous en retracer le tableau.

Il faut se reporter, pour bien comprendre ce qu'a été l'art de guérir vers la fin du XIXe siècle, à l'époque des chevaux et des attelages, à l'époque déjà lointaine où des distances importantes séparaient les villes et les campagnes.

L'exercice de la médecine se faisait alors dans les limites précises d'une clientèle où le praticien ne pouvait compter sur nul autre que sur lui-même et où il devait tout connaître et tout traiter, quelle que soit la gravité du cas qui lui était confié; il était, comme on l'a souvent dit, le maître absolu de la vie et de la mort.

Ce médecin familial exerçait un apostolat dont les origines remontaient à la fondation des cités, il avait, au cours des âges, mis au monde des générations, soigné et pansé les hommes d'armes, utilisé toutes les ressources de la pharmacopée pour triompher des épidémies, des maladies et des pestes ; à toutes les époques et dans toutes les sociétés, souvent même par sa seule présence, il apportait l'espoir et le réconfort s'il ne possédait pas le remède efficace.

Il y a quarante ans, le médecin était resté un des rares usagers de la route ; son cabriolet attelé d'un cheval qu'il conduisait souvent lui-même roulait hiver comme été dès l'aube pour ne rentrer souvent que fort tard.

J'ai encore le souvenir de ces longues courses à travers la campagne, pour aller porter secours à un cultivateur tombé d'un arbre, à un malheureux écrasé par sa voiture, à un autre frappé d'apoplexie ou bien encore pour aller délivrer une femme en travail depuis des heures; je revois ces longues randonnées, je revois ces côtes interminables où il fallait mettre pied à terre, je retrouve le charme de ces heures vides si propres à la réflexion que ne troublait pas le bruit d'un moteur et où seul devant la nature et subissant le rythme des saisons, le médecin se hâtait vers le malade.

De plus loin qu'on apercevait sa voiture, l'espoir renaissait au cœur des familles éprouvées, on lisait sur leurs rudes visages tout ce que cette venue apportait de consolation et de soulagement, et en s'en allant, il laissait les bonnes paroles qui rassurent et promettent la guérison. Au cœur de nos provinces, on conserve encore le souvenir de quelques-uns de ces médecins dont la pratique fut longue et dont la mémoire est encore vénérée. Sans doute, il y en avait sur le nombre qui étaient pauvres de savoir, mais ils possédaient bien d'autres richesses ; ils possédaient cette connaissance profonde du cœur humain, ils savaient l'art d'imposer la confiance ; on trouvait toujours en eux ce dévouement qui les forçait en toutes les saisons à courir les grandes routes et les mauvais chemins, pour pratiquer un exceptionnel sacerdoce. Combien d'entre eux sont morts sans avoir connu d'autre satisfaction que celle d'avoir fait un peu de bien !

Après ces rudes journées de travail et le soir venu, c'était la vie au foyer où le labeur allait continuer ; cette terrible puissance de vie et de mort qu'ils exerçaient dans la solitude, ils comprenaient qu'elle exigeait de se tenir au courant des progrès accomplis, des découvertes nouvelles, elle obligeait à lire ce qu'écrivaient les maîtres et c'est ainsi que pénétrèrent dans les campagnes toutes les découvertes médicales. L'arsenal qui permettait de tout faire, de tout traiter était bien peu compliqué, il ferait sourire nos docteurs au sortir de l'école : un forceps, quelques pinces, des ventouses, des seringues, des lancettes, un bistouri ; pour les fractures un peu de plâtre, quelques attelles, du diachylon. On suppléait à ce qui pouvait manquer par une ingéniosité sans cesse sollicitée, et que de fois le menuisier ou l'artisan du village ont été appelés pour la confection d'un appareil un peu spécial.

Cet apôtre de l'art médical, nous l'avons vu peu à peu disparaître et ceux qui l'ont remplacé en ont été forcément différents, puisqu'ils ont dû s'adapter aux modifications d'une médecine devenue plus scientifique et à la transformation de la vie des villes et des campagnes par l'industrie et par les moyens de transports rapides inconnus jusqu'alors.

Pour pratiquer la médecine, il est impossible désormais de rester isolé dans sa clientèle ; l'automobile qui supprime toutes les distances va relier le jeune médecin au centre hospitalier le plus proche ; c'est que la chirurgie est devenue bienfaisante et qu'elle rend à la vie des cas autrefois désespérés, c'est qu'il va devenir nécessaire d'être en relations suivies avec un radiographe pour traiter correctement les fractures souvent graves, pour dépister plus facilement des tuber-

culoses, il va falloir que notre médecin soit en rapport avec un laboratoire, pour les réactions du sang, pour les examens de crachats, de liquides pathologiques, souvent, c'est à la ville voisine un pharmacien qui se charge de tous ces examens biologiques ; le téléphone va jouer dans ces rapports quotidiens un rôle de premier plan ; à la vie calme de jadis va succéder une vie trépidante ; aussitôt appelé, aussitôt arrivé, car le malade aussi est pressé, sinon, on appelera un autre confrère, plus facile à atteindre. Nous allons voir les clientèles se pénétrer ; les allées et venues des malades vers la ville, vers la clinique voisine, vers ses laboratoires, vers ses consultants vont devenir fréquentes, chez nos anciens, elles étaient l'exception.

Le vent du nouvel esprit qui souffle sur le monde n'épargne ni médecins, ni malades et le besoin de mieux connaître, de mieux analyser la maladie et les troubles qu'elle cause, transforme lentement mais sûrement notre vie professionnelle.

Mais pour saisir complètement toutes les modifications profondes qui se font dans l'exercice de l'art de guérir, il est indispensable de les étudier parallèlement aux modifications sociales qui bouleversent la vie de l'ouvrier, de l'employé, du cultivateur.

L'apparition des chemins de fer et de la grande industrie ont modifié partout les conditions de la vie et du travail dans le monde ; la vie en commun dans les usines, au voisinage des villes et dans les grands centres ont créé des situations nouvelles pour l'ouvrier.

L'artisan de jadis dont on se plaisait à louer l'habileté, l'adresse, l'ingéniosité a disparu ; il a préféré aux aléas d'une vie simple mais aux gains modestes, la sécurité d'un salaire quotidien et ainsi, les fils de ces inconnus qui exécutèrent ces chefs-d'œuvre dont notre France est si riche, ces fils ont abandonné la profession du père pour aller travailler à l'usine. Avec l'artisan a disparu les belles qualités qu'on se plaisait à lui reconnaître et il n'est pas rare d'entendre aujourd'hui de très importants chefs d'entreprises le regretter et chercher à rétablir l'artisanat.

Dans le labeur quotidien de l'usine, le fils a perdu le goût, la mesure, l'originalité que de père en fils des générations se transmettaient, la manufacture qui fabrique en série des produits à des prix minimum n'a pas besoin d'ouvriers, il lui suffit de manœuvres. Puissions-nous, dans la transformation médicale qui s'opère, ne pas voir pareil fait se produire et sacrifier à un rendement médical de plus en plus recherché par l'industrie les belles qualités du praticien actuel !

Le travail en commun, l'utilisation des machines outils sont pour le patron une source de responsabilités nouvelles, les accidents deviennent plus fréquents et plus nombreux, il devient indispensable de garantir l'ouvrier contre le risque professionnel.

Ainsi apparaît, dans la médecine, l'accident du travail avec ses suites parfois sérieuses et le législateur s'aperçoit vite des lacunes que comporte la réglementation de certaines situations. Pour se couvrir du risque permanent que comporte l'industrie, l'employeur doit recourir aux assurances dont les primes fixes suppriment pour lui l'aléa et nous voyons s'établir une formule nouvelle qui en son temps fit couler bien de l'encre, où entre le blessé et le médecin est venu s'interposer la Compagnie d'assurances. Il y aurait trop à dire sur la transformation survenue par ce simple fait, pour que j'entreprenne ici ce sujet ; il vous suffit de savoir que la médecine des accidents du travail s'est développée parallèlement à la grande industrie et qu'actuellement fonctionne, tant bien que mal, une médecine réglementée par des tarifs, par des lois et à laquelle l'ouvrier a recours quand il est accidenté.

Tandis que la vie du médecin se transforme du fait des grands changements survenus vers la fin du XIX^{e} siècle, voici qu'à la même époque l'art médical basé sur l'étude des tempéraments est révolutionné par les découvertes de Pasteur.

Tous ceux qui ont essayé d'opposer au génial savant qui ébranlait les colonnes du temple, une résistance, dont les comptes rendus scientifiques ne donnent qu'une faible idée, sont aujourd'hui jugés avec sévérité. Pouvaient-ils croire, ces maîtres de la médecine, que du petit laboratoire de la rue d'Ulm, Pasteur menait le bouleversement de toutes les théories jusqu'alors en vigueur?

Depuis Galien, la médecine avait subi une transformation moins profonde qu'elle ne l'a fait depuis qu'a été identifié le premier microbe. La vérité reconnue dans tout ce qu'avance et démontre Pasteur modifie la médecine, puis la chirurgie et on voit substituer aux théories sans fondements, qu'on enseignait jusqu'alors, des pathogénies basées sur une expérimentation biologique ; à côté de l'examen clinique l'examen des exsudats, des humeurs du sang au laboratoire prend une importance légitime.

Dès lors, le médecin pour établir son diagnostic avec précision et certitude doit avoir recours à des procédés scientifiques et l'art de guérir se transforme et se modifie à la faveur de chaque découverte nouvelle.

La bactériologie en identifiant les variétés microbiennes a montré que la pneumonie, la diphtérie, la fièvre typhoïde reconnaissaient pour cause un germe spécifique dont la recherche permettait un diagnostic précis et ce sont des gestes devenus courants et des compléments indispensa-

bles de la clinique que de rechercher le pneumocoque dans les crachats, d'identifier le bacille de Loeffler dans les exsudats de la gorge, ou de faire la réaction d'agglutination de Widal.

La chimie a permis de suivre l'élimination de l'urée et son passage dans le sang et ainsi un des grands problèmes posés par la fonction rénale a reçu une solution constituant pour le médecin un guide précieux.

La physique avec ses appareils précis pour mesurer les tensions sanguines ou humorales, avec le spectroscope, avec les instruments optiques qui permettent de voir au delà du microscope nous a ouvert des horizons nouveaux.

A côté de la médecine qui se transforme, voici qu'apparaît, pleine de promesses et basée sur des constatations expérimentales, la chirurgie nouvelle ; l'examen des organes qu'on parvient enfin à atteindre sans attenter à la vie du malade révèle des fonctions insoupçonnées du corps thyroïde, le rôle nocif de l'appendice, on agit plus facilement sur les complications infectieuses des lithiases et à côté de la vieille pharmacopée, la thérapeutique purement chirurgicale se fait une large place.

La science médicale prend une telle extension qu'à un moment donné de sa carrière le médecin ou le chirurgien doit limiter son effort, il ne peut plus tout faire ; on assiste à l'éclosion des diverses spécialités, l'un étudie les maladies des yeux, l'autre les organes des sens, tel autre se limite à l'étude des accouchements et chacun, dans le sillon qu'il s'était tracé, moissonne de merveilleux épis et contribue à établir les bases solides de la pathologie. Toutes les questions doivent être reprises sur des données nouvelles que viennent encore enrichir de merveilleuses découvertes.

Rœntgen nous apporte le moyen de photographier le squelette et les organes les plus cachés.

Roux offre le moyen efficace de combattre la maladie par le sérum ; Laveran montre que, dans le sang, des infiniment petits continuent une vie commencée dans le corps des moustiques : ces découvertes dont une seule eut suffi à la gloire d'une époque se pressent nombreuses avec le siècle qui finit : tous les espoirs sont permis, plus rien n'étonne et,... le jour où Koch révèle au monde la découverte de la tuberculine, les foules se pressent à Berlin, car nul n'a pensé un instant mettre en doute la guérison de la tuberculose.

Le praticien de la fin du XIX^{e} siècle, qui a assisté à toutes ces découvertes et a essayé de les utiliser pour le grand bien de ses malades de clientèle s'est vite rendu compte, s'il n'habite pas une très grande ville, de toutes les difficultés qu'il rencontrait ; bien des examens ne sont réservés qu'à des cas ou à des malades exceptionnels ; bref, on ne retire pas tous les bénéfices qu'on est en droit d'attendre d'une science biologique précise que la routine et les habitudes séculaires éloignent du vieil art de guérir.

Quelques grands services hospitaliers ont pour annexe des laboratoires bien outillés de biologie, de bactériologie, de chimie. Chaque malade avant d'être vu cliniquement est soumis à une série d'examens, mais, dans la pratique courante, cette manière de faire est peu répandue, le malade recule devant les frais élevés qu'ils entraînent, bien des médecins les jugent superflus. Jusqu'à la guerre, on peut dire qu'il en a été ainsi et que c'est à l'apprentissage de la médecine et de la chirurgie en série, que nous avons tous fait, qu'il faut rapporter l'évolution de nos idées, de nos procédés d'examen et de notre thérapeutique.

Dès les premiers jours de 1914, on s'apercevait très vite de l'insuffisance manifeste de notre Service de santé avec ses conceptions anciennes, ses médecins aptes à tout et on arrivait à cette idée qu'il fallait assigner à chacun un rôle particulier, celui auquel il paraissait le mieux préparé, c'était un essai en grand d'une médecine rationnelle.

On vit se créer les médecins, les chirurgiens consultants, on vit auprès des équipes chirurgicales composées de chirurgiens de carrière et de chirurgiens adjoints, des équipes radiologiques avec leur matériel, des laboratoires où tous examens pouvaient être demandés, on créa des équipes médicales pour les premiers soins à donner aux gazés ; on équipa l'arrière de services spéciaux pour les fractures, pour les blessés de la face, pour les blessés du thorax. Les paludéens, les dysentériques avaient leurs hôpitaux avec leurs médecins.

Et ainsi sur tout le territoire, la santé constituait un vaste corps où chacun était utilisé au mieux de sa compétence et pour le plus grand bien du soldat malade ou blessé.

Il est curieux de voir que jeunes et vieux, réservistes et territoriaux, les médecins, sans trop maugréer, se sont admirablement adaptés à cette formule et que ce curieux type de médecin du début des hostilités qui, regardant sa manche très galonnée, se découvrait des aptitudes pour la chirurgie ou le laboratoire, avait totalement disparu.

Le résultat de cette organisation a été excellent. On a obtenu un rendement remarquable tant au point de vue du nombre des malades traités que de la qualité des résultats obtenus et, ceux d'entre nous qui ont vécu dans ces véritables usines à malades ou à blessés disent souvent que la paix n'a pas su profiter de ce qu'avaient de bien les organisations de la guerre.

Et cependant, pendant de longs mois, nous nous étions habitués à utiliser de façon courante la radiologie, le laboratoire, l'électrologie, a

avoir recours à tous les examens utiles et en vivant au milieu de nos camarades spécialisés, nous avions compris que le domaine des connaissances était trop vaste pour le cerveau d'un seul.

Revenus de la guerre, nous avons essayé de récréer autour de nous, souvent avec les mêmes camarades redevenus civils, ces centres dont nous nous étions si bien trouvés. Si l'idée n'a pas été féconde, c'est qu'elle heurte encore trop d'habitudes.

Cependant quoi que nous fassions pour retarder cette évolution, nous devrons subir la transformation de l'exercice de la médecine, il suffit pour s'en convaincre de regarder par-dessus le mur et de voir ce qui se passe chez le voisin.

En Amérique, les choses en sont à peu de chose près au même point que chez nous, mais déjà, des esprits avisés, par leurs conférences et par leurs écrits, parlent d'une révolution médicale.

Groupez-vous, disent-ils aux médecins, constituez, autour du centre hospitalier universitaire ou privé, un groupement médical où le malade trouvera les spécialistes compétents, les laboratoires bien outillés, les installations nécessaires à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie nouvelle.

Groupez-vous, car si dans la guerre, il fallait récupérer aussi vite et aussi complètement que possible le combattant, le problème est encore beaucoup plus important dans la paix.

Chaque jour, les Compagnies d'assurances paient des indemnités plus élevées, chaque jour les patrons voient augmenter leurs primes ; les mutualités, les Compagnies d'assurances, les groupements industriels ne connaissant que leurs intérêts et forts de l'exemple de la guerre réaliseront ce que vous n'avez pas voulu avoir l'initiative de mettre sur pied.

Ces groupements, qu'il eut été facile de réaliser au mieux des intérêts de chacun, vous seront imposés et alors il sera trop tard pour vous plaindre.

Telle est la voix prophétique du recteur d'une université américaine.

C'est cette voix que je voudrais aujourd'hui faire entendre.

Vous devez comprendre que la maladie pour être bien traitée ne doit plus laisser de côté quantité de facteurs qu'on négligeait autrefois par ignorance ou par impossibilité pratique de les connaître ; pour n'en prendre qu'un exemple, croyez-vous que la transfusion du sang telle qu'on la pratiquait autrefois avec tous ses dangers est comparable à la technique précise apportée par la notion des groupes sanguins qui permet de donner rapidement au schoké ou au blessé saigné à blanc le sang exact qui lui convient.

Croyez-vous que les risques opératoires n'aient pas diminué depuis que le futur opéré est mieux étudié, maintenant qu'on a la possibilité de connaître les réactions de ses humeurs organiques, la manière et le temps dont son sang coagule, l'état de son système vasculaire et de son cœur, la manière dont se fait l'élimination de ses reins, maintenant qu'on voit par la radiologie ses transits intestinaux, la texture de ses os, l'aspect de sa vésicule ou de son uretère, qui s'inscrivent sur la plaque photographique avec toutes leurs malformations ?

Ne pensez-vous pas, que tout l'aléa, qui se posait autrefois au moment où le chirurgien allait plonger son fer dans la chair vive, n'a pas considérablement été réduit ?

Ne pensez-vous pas que les risques opératoires soient moindres là où toutes les précautions conseillées par la science sont prises et où tous les examens utiles ont été pratiqués ?

C'est en réfléchissant au chemin parcouru qu'on voit l'évolution qui s'est faite dans l'art de guérir et ceci pour le plus grand bien du malade.

A cette médecine basée sur la biologie et sur des sciences exactes, nous refuserions toutes les facilités dont elle a besoin pour progresser encore !!...

Il n'y a pas de progrès sans que souffrent ou soient lésés des intérêts particuliers, sans que s'élèvent contre ce qui est nouveau les contempteurs du passé, mais l'avenir juge avec sévérité les ouvriers stupides qui voulaient jeter à la Saône, Jacquart l'inventeur du métier à tisser.

La santé de chacun est importante pour tous ; dans un pays à faible natalité comme la nôtre, si l'individu est trop inscuciant pour se soigner, la Société doit se substituer à lui. Elle doit le faire d'autant plus que la mauvaise hygiène individuelle peut nuire à la collectivité. Le tuberculeux non soigné qui, dans l'autobus ou le métro arrose de ses bacilles vos enfants bien portants est un danger public et à n'en pas douter la déclaration obligatoire des maladies contagieuses comprendra la tuberculose ouverte.

La syphilis, ce péril de la race, doit être traquée comme un fléau, c'est l'avenir qu'elle compromet et nul doute que les ligues qui ont entrepris la lutte contre le tréponème n'aboutissent un jour à leur but.

Vous parlerai-je de la médecine scolaire qui permet de dépister chez les enfants les tares, les malformations quand il est encore possible de les traiter avec succès, qui permet de les préserver en les vaccinant contre les affections graves de l'enfance.

Peu à peu vous le voyez, partout, à l'école, à l'usine, au magasin, la médecine sociale se substitue à la médecine qu'on pratiquait quand la maladie était déclarée. Peu à peu, la révolution dans nos mœurs médicales gagne un peu plus et on en arrive partout à cette formule ;

Protéger l'homme bien portant, saisir le mal dans ses débuts quand il est facilement curable, remplacer chaque fois que faire se peut le traitement de la maladie déclarée par l'hygiène préventive.

Si nous voulons évoluer avec les idées modernes nous devons nous transformer encore, nous devons créer ces centres hospitaliers dont les Américains vantent les bienfaits et qu'ils ont déjà réalisés où les malades trouvent les examens et les traitements spéciaux que réclame leur état, où les praticiens sont sûrs d'avoir l'assistance et la collaboration de spécialistes bien outillés pour toutes les recherches ; nous devons créer ces groupements un peu différents des organisations hospitalières et où la formule sera moins rigide que celle d'une médecine officielle et administrative qui ne convient pas à tous.

Les deux reproches qu'on fait toujours à la médecine administrative et qui seront des entraves au développement d'une médecine sociale, c'est qu'elle n'est plus une médecine individuelle, c'est que son exercice ne s'accorde pas avec nos idées humanitaires ; quelle que soit la discipline sanitaire vers laquelle on tende, notre race ne souffrira pas que des psychiatres avec leurs tests mentaux viennent étalonner nos enfants comme une graine sélectionnée, ni que des biologistes basent, comme chez les éleveurs, l'avenir des unions sur des données physiologiques. Le malade ne veut pas perdre sa personnalité et devenir le réactif d'un immense tube témoin où des phénomènes biologiques se réalisent ; il a toujours une tendance à voir l'homme de science qui étudie son cas sous un aspect froid et cruel ; il lui répugnera toujours de devenir un matériel humain suivant un mot couramment employé en Europe Centrale et que, pour ma part, je n'ai jamais entendu prononcer, même par des hommes pleins de bonté et de dévouement, sans que quelque chose en moi se révolte.

La médecine scientifique ne saurait faire disparaître ces trois vertus cardinales : l'*humanité*, la *pitié*, la *charité*, vertus que nous ont léguées les médecins qui nous précédèrent.

Les organisations médicales créées et dirigées par des médecins et telles que je les envisage ont un avantage de plus, celui de permettre au médecin de la famille de continuer l'exercice honorable de sa profession et de ne pas succomber, victime de la révolution médicale qui s'opère.

En trouvant dans les centres hospitaliers tels que je les envisage, les laboratoires permettant toutes les recherches, les spécialistes dont les avis sont utiles pour diriger les traitements, le médecin de famille restera auprès de ceux qu'il soigne le conseiller intime dont on apprécie dans les circonstances douloureuses de la vie, les qualités ; il restera le directeur de la santé et de l'hygiène, celui dont les paroles sont écoutées, il permettra justement à la médecine scientifique sa libre évolution, car ses avis et ses décisions auront toujours du poids et souvent aideront à pratiquer en temps opportun une recherche importante.

Ces centres, que quelques médecins redoutent, comment ne voient-ils pas que c'est en eux justement qu'ils trouveront une défense et un appui contre une médecine trop réglementée, très hiérarchisée, dont la création serait fatale et où la plupart des actes médicaux seraient soumis à un contrôle et d'où on verrait disparaître peu à peu la libre recherche, puis l'esprit de devoir, en réalité le seul vrai contrôle d'un médecin digne de ce nom ?

L'époque curieuse à laquelle nous vivons depuis la guerre et qui a vu la transformation profonde des idées et des mœurs devait voir aussi la transformation de nos milieux médicaux.

L'avènement d'une médecine nouvelle qu'annonce déjà la loi des Assurances sociales sera dans quelques années un fait accompli. Nous devrons tous le subir quoi qu'on veuille et au fond ne vaut-il pas mieux s'adapter à l'évolution des idées et à la vie des sociétés nouvelles que de regretter ce qui a été et ce qu'on ne reverra jamais plus.

En s'adaptant nos institutions médicales, nos organisations montrent qu'elles restent jeunes, que la guerre n'a pas atteint à leur vitalité, qu'on les trouve toujours en tête du progrès et qu'elle sont les premières à comprendre que la force d'une Société est liée de façon intime à la santé des citoyens qui la composent.

Variétés

EN MARGE D'UNE PRÉFACE

Par Albert GARRIGUES

Je ne sais qui, le premier, a déclaré qu'on ne lit pas les préfaces. S'il est vrai, on y perd parfois ; car, à côté de préfaces ennuyeuses, d'autres au contraire sont de plus d'intérêt que le livre même qu'elles présentent. Il en est ainsi des pages liminaires d'un recueil de lettres, publiées à plusieurs reprises depuis le XVIe siècle (1) en appendice à des éditions de *Priapeia.*

Cet *Avis au Lecteur* a le premier mérite de faire un instant revivre à nos yeux nombre d'érudits, dont les noms autrefois célèbres sont maintenant à peu près oubliés. Il a cet autre avantage de nous rappeler l'ensemble des anciens traités sur les maladies des femmes, qui servirent à l'instruction médicale de tant de siècles. Il est enfin un curieux exemple des présentations éditoriales d'hier *ad majus typographi lucrum*, qu'on peut ainsi comparer à celles d'aujourd'hui. A ce dernier point nous nous tiendrons.

L'ouvrage même est fait, d'une part, de quatre lettres du triumvir Marc Antoine, de Cléopâtre VI et du médecin Soranus, traitant de la nymphomanie de la reine d'Egypte ; d'autre part, de deux lettres au sujet de l'antique correspondance précédente découverte dans un tombeau violé, l'une de l'empereur Heraclius, la seconde d'un certain Sophocle, le Sophiste.

Ce sont là autant de faux littéraires. Pour les deux dernières lettres, ajoutées de seconde main au recueil afin de lui donner plus d'importance, j'ai montré ailleurs combien le faux fut malhabile (2). Plus maladroit encore fut le premier faussaire qui, dans un latin barbare, composa de morceaux pris de divers côtés, et qui, par surcroît, fut desservi par des copistes altérant les mots, tronquant les phrases et intervertissant les passages.

Il est si difficile de présenter un pareil ensemble au lecteur que le manuscrit et ses copies passèrent de mains en mains à la fin du XVe siècle sans que l'idée vint à personne de l'imprimer. Elle vint un siècle plus tard ; nous verrons comment. Cependant la difficulté de présentation restait la même. L'éditeur s'en tira avec une habileté de marchand et les maladresses d'une érudition un peu courte en ce qui regarde l'antiquité, à moins que les ignorances dont elles témoignent ne soient voulues.

Voyons ce qu'il disait *Au Lecteur Bénévole* (1).

Je t'ai offert, excellent lecteur, le texte d'un manuscrit sur parchemin, dont le noble et très illustre Melchior Haiminsfeldius Goldast me donna une copie, lorsqu'il s'arrêta ici quelque temps. Ce manuscrit appartenait à sa bibliothèque amusante, remplie d'ailleurs de livres de tous genres. Aussi bien l'élégance des caractères que le parchemin même sur lequel ils étaient tracés témoignaient de l'antiquité de ce manuscrit. A la vérité, ces pages sont-elles bien de ceux dont elles portent les noms, ou s'agit-il de textes supposés, écrits par d'autres ? La question se pose.

A considérer la suite du discours et le texte dans son ensemble, tout cela semble aussi éloigné de l'élégance de l'époque cicéronienne que la terre est loin du ciel. On y voit l'œuvre d'un écrivain postérieur de beaucoup de siècles et qui n'était même pas très versé dans la langue latine. Ce sentiment me vient des lettres elles-mêmes.

En effet, Soranus écrivant à Cléopâtre lui dit : « *Je te donnerai les commentaires de Théodote et d'autres sur les maladies des femmes et leur traitement ; tu pourras ainsi apprendre et ces maladies et comment on les soigne.* Or, notre très noble et très savant Goldast ne

(1) J'utilise l'édition in-8° de Gerhard Nicolas V, Padoue, 1664.

(2) Cf. *La Médecine pratique*, n° 3, mars 1931 et *Nord Médical*, n° 744, 15 février 1931.

(1) Praesentavi tibi, *Lector humanissime*, fidem membranei codicis, cujus mihi copiam ex festiva sua Bibliotheca & omnis generis librorum referta fecit vir nobilis & clarissimus Melchior Haiminsfeldius Goldastus, cum hîc aliquandiu subsisteret. Ejus autem vetustatem tum characterum elegantia, tum ipsa membrana satis commendat. An vero ipsorum, quorum nomina præ se ferunt, genuini partus sint, an ab aliis suppositi, quæstionis esse videtur. — Equidem dum orationis filum & contextum considero, qui non propius à venustate Ciceroniani ævi abire quam cœlum terra potest, videntur non esse, sed unius cujusdam multis sæculis posterioris, qui ne Latinè quidem admodum doctus erat. Eam conjecturam ex ipsis epistolis capio. — Nam Soranus in ea ad Cleopatram ita scribit : *Dabo tibi commentorios Theodotæ & aliorum & de vitiis & de curatione mulierum, in quibus poteris addiscere & diversa*

doute point qu'il ne faille, ici, lire Théodore au lieu de Théodote et comprendre les Commentaires de Théodore Priscien, que celui-ci intitula *Gynæcea ad Salvianum* et que Sigismond Gelenius a édités à Bâle.

Lorsque Soranus dit ensuite *et d'autres*, n'indique-t-il pas ainsi le traité *De vitiis muliebribus* du médecin Eros, affranchi de Julie (fille d'Auguste), qui vécut dans le même temps que Cléopâtre et que Soranus ; mais aussi, d'une part, le Περὶ γυναικείων παθῶν de Moschion (ou Muschion, comme quelques-uns écrivent), dont C. Gesner, le Varron de notre siècle, a donné une édition gréco-latine avec des notes, et qui fut un peu postérieur à Cléopâtre ; et, de l'autre, le *Liber matricis* de Trotila et le *De morbis muliebribus* de l'arabe Albucasis, recueillis pour la première fois par C. Wolf, médecin et professeur de Zurich, et publiés par Israël Spachius de Strasbourg, dans ses *Libri Gynaeceorum*, l'un et l'autre ouvrage à coup sûr postérieurs aux auteurs de nos lettres ?

Remarquons, en passant, que Soranus ajoute : *Tu pourras apprendre dans ces livres*, etc. Ainsi devient manifeste l'incroyable audace de celui qui a publié sous le nom de Cléopâtre le *De vitiis et curatione mulierum* de Soranus lui-même, que Wolf et Spachius éditèrent aussi.

Quant à l'insatiable nymphomanie de Cléopâtre, c'est un sujet rebattu même chez les anciens auteurs ; mais nul n'en a plus clairement ni mieux parlé que notre Marc Antoine.

A les prendre en elles-mêmes, il reste incertain qu'on doive attribuer ces lettres à quelque antique auteur perdu pour nous. Mais, quoiqu'il en soit, elles ne nous paraissent pas moins dignes d'être mises entre les mains de nombreux lecteurs que ce livre de Cléopâtre édité par des hommes de jugement et d'autorité, ou même que cet *Isagoge in artem medendi* de Soranus qu'a publié en Suisse Alban Thorer de Winterthur.

Admettons même que ce soient des lettres supposées. Je tiens de bonne leçon, qu'elles aident à merveille à comprendre maints passages de Pétrone, de Martial et d'autres auteurs.

Pour ce qui est de la thérapeutique, libre à chacun de tenir les remèdes de Soranus comme assurés, ou au contraire leur prescription comme sujette à discussion. En fait, l'usage de ces remèdes, encore aujourd'hui, ne s'est pas perdu pour calmer la maladive ardeur érotique des femmes, cause pour certaines d'avortements, pour la plupart de stérilité. Et même il ne manque pas d'hommes charmés ou victimes d'un philtre (maléficiés et ensorcelés suivant l'expression des juristes) pour la guérison desquels, on recourt à d'analogues remèdes.

C'est de tout cela que j'ai voulu que tu ne sois pas ignorant. Adieu, Lecteur, et sers-toi de ceci, mais d'honnête et mesurée manière. Songe que l'obscénité est odieuse à Dieu et abominable aux anges.

La préface que l'on vient de lire est suivie d'un emprunt fait au sixième livre des *Epistolarum familiarum libri XV* de François Philelphus, parues en in-4°, à Venise en 1498. Philelphus y parle d'un recueil qu'il a vu chez Philippe Medius (1) ; et notre éditeur en conclut que ce recueil *paraît* être celui même des lettres qu'il publie.

[*Lorsque la guerre troublait Rome*, écrit Philelphe à Philippe de Milan, *Virgile chanta sur un mode très prudent les choses de la vie familière. A son exemple*,

---

vitia & curationes earum. Ubi non dubitat nobilissimus simul & doctissimus Goldastus, quin pro *Theodotæ* legendum sit, *Theodori*, intelliganturque commentarii Theodori Prisciani, quos ipse *Gynæcea ad Salvianum* inscripsit, editi Basileæ opera Sigismundi Gelenii. — Deinde quod ait : *et aliorum*, annon innuit Erotis Medici, liberti Juliae, *De Vitiis muliebribus librum*, qui eadem, qua Cleopatra & Soranus, ætate floruit ? Prœterea Moschionis sive (ut nonnulli scribunt) Muschionis Περὶ γυναικείων παθῶν à Conrado Gesnero sæculi nostri Varrone Græce Latineque editum cum notis ? Atqui iste multo post Cleopatram tempore vixit. Ut nunc ponam ad compendium, Trotilæ *Librum matricis* & Albucasis Arabis *De morbis muliebribus*, quos primus collegit Caspar Wolfius Medicus & Professor Tigurinus & in *Gynaeceorum libris* recensuit Israël Spachius Argentinensis : quippe qui videntur posteriores harum epistolarum auctores fuisse. — Ait porro Soranus : *in quibus poteris addiscere etc.* Unde exstitit alius quispiam qui non minori audacia librum *De vitiis & curatione mulierum* hujus ipsius Cleopatrae Reginae nomine proscriberet, quem iidem illi, quos dixi, Wolfius & Spachius edidere. — Et sane decantata est ab antiquis scriptoribus insatiabilis Cleopatrae libido, quam vero nemo clarius & evidentius expressit isto nostro Antonio. — Ex se ne an veteri quopiam scriptore qui nobis perierit, incertum. Nobis quidem hae epistolae non minus dignae visae quae ad plurium manus perveniant, quam vel ille Cleopatræ liber ab eis viris editus qui et judicio valent & auctoritate ; aut etiam ipsius Sorani *Isagoge in artem medendi*, quam Albanus Torinus Medicus Vitudurensis apud Helveticos in lucem protulit. — Nam fictitiorum licet sint auctorum, multum tamen facere ad veterum quorundam loca intelligenda, Petronii Arbitri, Martialis, & aliorum, domi doctus didici. — Quod autem ad remedia attinet, certa et indubitata esse, vel ipsa eorum præscripta materies argumento esse potest. Nec perdidere usum suum hodie ad vitiosam mulierum tentiginem sedandam quæ nonnullis solet esse abortus, plerisque sterilitatis causa. Sed & viri non pauci reperiuntur fascinati & veneficio tacti, sive, ut Jurisconsultorum verbis utar, maleficiati et sortilegiati, quibus persanandis remedio hujuscemodi opus. — Haec volui nescius ne esses. Vale, *Lector*, & utitor, sed more modoque honesto ; obscœnitatem Deo invisam, Angelis cogita abominabilem.

(1) Il convient, de lire *Philippum mediolanensem* et non *Philippum Medium*, comme, par négligence, l'éditeur l'a fautivement écrit (Cf. *Nord Medical*, 15 avril 1931). Par surcroît, cet éditeur a supprimé dans la lettre de Philelphe plusieurs lignes du début, peut-être parce qu'elles sont altérées dans plusieurs éditions des *Lettres de Philelphe*, et parce qu'on en est réduit à deviner leur sens, à défaut de pouvoir rigoureusement le saisir. Nous rétablissons de notre mieux ce début entre crochets [ ].

oublions nous-mêmes cette Italie lourde de guerres et frémissante sous les armes pour des études plus douces.] *Je me souviens qu'aux jours où* [*notre divin prince Philippe Marie Visconti vivait encore et que*] *tu étais à Milan, je me souviens d'avoir vu chez toi certain manuscrit fort ancien qui contenait les écrits de plusieurs médecins, tels que que Celse, l'un des deux Soranus, Apulée, Démocrite et aussi de quelques femmes. Je te prie de la plus instante manière ou bien de m'envoyer ce recueil, que je ne garderai que juste le temps nécessaire à le copier, ce que je m'appliquerai à faire le plus vite possible, ou bien de m'en faire faire toi-même une copie. Ce que tu dépenseras ainsi pour moi, je te le rembourserai sans délai. Je veux relire ces médecins. Ce n'est pas que je pense à tirer parti de leurs préceptes pour mon propre compte, car je suis, tu le sais, de bonne constitution et de santé prospère ; mais je prendrai plaisir à leurs doctrines.* (Milan, la veille des nones de janvier 1449) (1).

Quand on a sous les yeux le texte des lettres supposées, les maladresses de l'éditeur apparaissent au moins averti. Des fautes de copistes grossières faciles à redresser, des omissions aisées à rétablir,semblent à peine avoir été soupçonnées. Et pour ce qui est de son érudition défaillante, lorsqu'il écrit, par exemple, que nul n'a mieux parlé que Marc Antoine de la nymphomanie de Cléopâtre, il paraît ignorer que son faussaire a emprunté à Juvénal ses expressions contre Messaline et pris ses précisions dans des récits dont on retrouve, ici, des phrases tout entières. De même, dans la partie proprement médicale de son texte, le faussaire a, sans vergogne et sans soin aussi, recopié dans une traduction latine quelques passages de Soranus conservés au livre XXIV des *Collectanea* d'Oribase. Tant qu'il est permis de se demander, comme je l'ai laissé entendre, si tout cela, au lieu d'être maladresse et ignorance, ne fut pas une habileté de plus, pour donner à l'ouvrage une apparence plus antique, plus originale, et en faire plus haut estimer le prix.

Sans conteste, notre éditeur était, en effet, un homme habile. C'est ainsi que d'abord, sentant bien qu'il était impossible de soutenir l'authenticité de ses textes, il dit tout le premier ses doutes à cet égard ; mais ce n'est qu'un doute dans sa préface et cette préface ne décide pas. Il laisse le soin de prendre parti à son lecteur, en essayant toutefois de l'égarer. La lettre de Philelphe est reproduite avec une fausse bonhomie à cette intention, en laissant entendre, quoique sans l'affirmer, et pour cause, que le manuscrit de Philippe de Milan était le même que celui que l'on imprime. De même, tous les anciens traités sur les maladies des femmes, jetés dans le débat et qui n'y ont, en réalité, que faire, ne viennent que pour augmenter la confusion en provoquant l'intérêt. Ajoutez à cela un adroit étalage de noms d'érudits célèbres, et la bibliothèque de Goldast donnée comme origine de l'antique manuscrit sur parchemin. Il y a là plus qu'il n'en faut pour attirer l'attention et pour la retenir. C'était l'essentiel. Qu'importe, par exemple, que l'intervention même de Goldast dans cette affaire fut, en réalité, plus que douteuse (1) ; l'œuvre n'en paraissait pas moins sous l'autorité d'un grand nom.

Au fond, l'éditeur s'appliqua, sacrifiant la défense impossible de l'authenticité de ses textes, à établir du moins leur importance et à présenter comme une œuvre sérieuse des pages qui ne l'étaient pas du tout. Elles ne l'étaient pas, car il n'est pas exact, au point de vue littéraire, qu'elles éclairent Martial ou Pétrone ; et, du point de vue médical, elles valent moins encore. Leur intérêt est d'autre nature. Il est, d'une part de nous fournir un curieux exemple des faux de la Renaissance ; et, d'autre part, de permettre des comparaisons entre plusieurs passages empruntés et ces mêmes passages dans les autres éditions que nous avons des auteurs pillés. De cela, l'éditeur ne s'est pas inquiété ; il ne l'a même pas soupçonné.

La vérité est qu'il s'agissait simplement d'augmenter le volume d'une édition de *Priapeia. L'obscénité*, dit notre préfacier, *est odieuse à Dieu et abominable aux anges* ; mais il savait que, parmi les hommes, il en est qui ne la détestent pas. La nymphomanie de Cléopâtre était pour ceux-là un sujet plein d'intérêt ; et, par surcroît, le faussaire en le traitant a largement usé de la faculté qu'a le latin de braver l'honnêteté. Laissant cela dans l'ombre et déguisant le but de la publication, notre préface était bien venue. Sans écarter les lecteurs qu'un démon méridien tourmente, elle attirait les autres.

La plus ancienne édition que je connaisse de no-

(1) [Cum Italia tota in armis erat, prudentissimo ac vero familiari modo Virgilius cecinit. Gravidam bellis armisque frementem ipsi ad mansuctoria nos studia referamus]. Memini cum nuper [vivo divino principe nostro Philippo Maria] esses Mediolani, vidisse apud te vetustissimum quendam codicem, qui Medicorum plurium scripta complecteretur, ut Corn. Celsi & utriusque Sorani, & Apuleii, & Democriti & quarundam etiam mulierum. Rogo igitur te majorem in modum, ut aut illum codicem ad me mittas, tantisper apud me futurum, donec exscribatur, quod factum iri curabo quam primum ; aut isthic ipse mihi cures exscribendum. Nam quod mea causa impenderis, id omne pecuniarum brevi ad te ibit. Medicos vero istos lectitare volo, non ut eorum mihi praeceptis utendum cupiam, qui sum,ut nosti, corpore bene composito & valetudine prospera, sed doctrinae duntaxat gratia. Mediolano pridie Non. Januarias, MCCCCXLIX.

(1) Ce n'est pas que le personnage, qui volontiers forgeait des pièces historiques et n'hésitait pas à faire usage de faux diplômes, ne fut fort capable d'une supercherie médico-littéraire ; mais il l'eut fabriquée avec plus de soin qu'il n'y en a dans nos fausses lettres, et il les eût écrites dans un latin moins barbare que le leur.

tre supercherie médico-littéraire est padouane (1), et les Italiens appellent les préfaces *la salsa del libro*. Notre éditeur pensait, comme de Marville devait l'écrire beaucoup plus tard, que, si cette sauce est bien assaisonnée, elle sert à donner de l'appétit et dispose à dévorer l'ouvrage. Ce qu'il voulait, c'était lancer un *bon* livre, je l'entends à la manière du Dr Martin dans la préface de sa traduction burlesque de *l'Ecole de Salerne* :

Vois-tu, Hénault, ce n'est l'affaire
D'un imprimeur ou d'un libraire,
De juger quand un livre est bon,
S'il ne fait venir le teston ;
Car, en ce cas, bon est le livre
Qui fait venir argent pour vivre (1).

A cet égard, les *Priapées* et les *Lettres* d'Antoine, de Cléopâtre et de Soranus durent être un bon livre ; car, depuis leur première édition en 1554 (2), elles en eurent foule d'autres : l'une publiée à Francfort en 1596 ; une autre citée par Brunet, en 1606 (3) ; une autre encore, que j'ai suivie, en 1664 (4) ; une cinquième en 1669 (5) ; une sixième en 1781 (6) ; et vraisemblablement d'autres que j'ignore.

(1) Certains bibliographes prétendent que l'indication de Padoue est un mensonge et que l'ouvrage fut imprimé à Amsterdam.

(1) MARTIN. — L'Eschole de Salerne en vers burlesques, Jean Hénault, Paris, 1649. L'ouvrage avait eu une édition antérieure à Rouen en 1660. Il fut réédité en in-8o par Adrien Delahaye, à Paris, en 1875 (Cf. *La Chronique médicale*, no 12, 1er décembre 1930, p. 321).

(2) Chez Gerhard Nicolas V, à Padoue. — Bibliot. Nation. Yc. 7551. *Ex libris* : *Ex Bibliotheca* Nicolai Joseph Foucault.

(3) In-12 Francfort. — Cf. BRUNET : *Manuel du libraire*, Didot, Paris, 1863, t. IV, p. 870.

(4) In-8o. Chez Gerhard Nicolas V, à Padoue.

(5) Chez Joannes Blaevius, à Amsterdam.

(6) In-8o sans indication de lieu. Bibliothèque Nationale Yc. 7752.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXXXVIII. — Emile VERHAEREN. **Œuvres** : *Les Heures Claires. Les Heures d'après-midi. Les Heures du soir.* — Un vol. 13 × 20. Bibliothèque choisie du Mercure de France. Paris, 1930. 25 francs.

Tome VII des Œuvres, présenté avec un soin typographique remarquable, sous sobre couverture blanche rehaussée de capitales rouges. Le texte a l'ordonnance *claire* des pensées du poème qui déroule sa cadence, étouffée comme un glissement : « *Symbole —, sans geste vain, ni sans parole, — du repos dans la joie* ». On y trouve aussi, presciences peut-être de son tragique trépas, quelques lourdes tristesses de Verhaeren au milieu de l'enchantement de l'été : « . . . *J'aurais pu voir s'ouvrir sans crainte — Les tortueux chemins qui vont vers les tombeaux, — . . . Et mêlerai-je à votre ronde ardente et douce — Les pas et les adieux de mes heures du soir* ». Ce ne sont plus les fanfares joyeuses, les verbes éclatants, mais une sorte de douloureuse splendeur, de souffrance inquiète qui exalte les échos et les renforce d'une mélancolique vibration. Le vers a toujours cette résonnance pleine des œuvres précédentes, la prosodie son rythme si spécial et cette simplicité poétique si puissante dans sa richesse ; et cet hymne harmonieux d'amour à celle qui fut sa compagne s'il a plus de douceur dans la transcription sentimentale est inspiré par cette même sensibilité, cette pureté verbale cette profondeur sonore des images qui fera de Verhaeren un des classiques de notre temps.

CCLXXXIX. — R. KIPLING. **Le second Livre de la Jungle**. Traduction d'Humières. Compositions de Deluermoz gravées par Louis-Joseph Soulas. Un vol. 16 × 21 tiré à 1.000 ex. numérotés dont 818 sur Rives. Collection les Beaux-Livres (52e tirage). Ed. Mornay. Paris 1930.

Vous connaissez trop bien la légende de la Jungle, au même titre que les contes de fées, pour que je m'attarde à vous reparler de l'humaine sagesse de Mowgli, le Petit d'Homme, de Bagheera, de Baloo, de Hathi, de Kaa, de cette histoire merveilleuse où ne passe que le souvenir du Clan des Hommes. Le premier livre est paru depuis quelque temps déjà : son complément est traité avec la même sûreté de goût, et la même perfection de présentation.

Il démontre à quelle harmonie peuvent parvenir sous la direction d'éditeurs éclairés les artisans et les artistes concourant à l'édification d'un *beau livre*. Il n'est pas de petit détail qui ait échappé à leurs attentives précautions, qui ne concoure à renforcer discrètement cette recherche de l'*unité* de l'enjolivement bibliographique par la juxtaposition patiente de trouvailles d'impression, de coloris, de technique graphique. Le papier lui-même n'a plus cette blancheur où je vous disais (il y a quelques jours) que s'infléchissaient avec élégance les courbes élancées du trait de Carlègle : il semble légèrement hâlé par le soleil des Indes brûlé par toutes les exhalaisons fauves du pays maudit. Sur son fond assombri les caractères typographiques ont perdu cette dureté linéaire qui ne convenait pas à une fiction, sans que leur netteté en souffre le moins du monde. Et par cette sensation préalable fondamentale, l'œil est préparé à tous les bistres des cuivres

qui ont été dispensés sur une gamme extrêmement nuancée estompée de noirs mystérieux. Il y a quelques planches hors-texte où se sont reposées des teintes chaudes de vitrail (pages 60, 86). La gravure de Soulas est d'une impeccable sûreté. Quant au dessin de Deluermoz on ne peut le rapprocher que de celui des « animaliers » célèbres. Ses serpents, ses panthères, ses éléphants, ses ours ont une exacte aisance d'êtres vigoureux *en liberté,* une force contenue, une sauvage souplesse (page 211), une puissance à l'image de la grandeur du texte et des bêtes qui semblent venir à nous, de la forêt, par la voie secrète de pistes neuves, que jamais ne foulèrent les modèles rachitiques de ménagerie ou de jardin zoologique dessinés à l'accoutumée par des imagiers de troisième ordre,pour tels albums où les fauves ont un air pacifique de basse-cour. Et cet ensemble texte, papier, gravures représente une *magnifique* réussite dans la difficile présentation d'une œuvre qui paraissait d'une insaisissable diversité.

CCLXC. —H. Houben. **Henri Heine par ses contemporains**.. Traduction (1) de B. Netter-Giden. Un vol. 14 × 23 sous couverture illustrée avec huit héliogravures hors texte. Bibliothèque historique Payot. 25 francs.

Dans le fatras compilé par le Professeur Houben, avec cette méticuleuse manie allemande de la documentation « *Kolossalle* » le traducteur éliminant les deux tiers d'oiseux détails a limité son choix aux relations les plus dignes de retenir son attention par leur exactitude et l'intérêt de leur nouveauté.

L'introduction ne laisse pas prévoir cependant cette amputation et d'un certain point de vue, il est regrettable que la préface allemande ait été placée en tête de l'œuvre française, sans avertissement précisant cette différence du *contenu*. Le traducteur a opéré sa sélection avec un tel à-propos que de l'enfance à la mort de Heine les témoignages forment une chaîne solide sans solution de continuité. Le diagnostic de *tabès* paraît bien être le plus propre à expliquer l'agonie physique du poète, et le Docteur Gruby semble l'avoir porté très tôt sur les premiers symptômes oculaires. Le livre contient sur la vie et la maladie du poète à Paris d'intéressantes précisions (rééducation de l'écriture, cure thermale, moxa bourré d'opium, etc).... Il y a quelques renseignements sur le délicat Gérard de Nerval. Le tour de phrase de la traduction en facilite considérablement la lecture tant par la parfaite correction du style que par la juste transposition de la physionomie psychologique et pathologique du poète. Heine parle, en moment donné, à propos d'Augustin Thierry de leur mal commun « ayant la *même* origine ». Veut-il parler d'une simple identité nosologique générale, ou d'une voie étiologique physiologiquement unique ? Le Professor Houben ne manquera certainement pas de nous le dire un jour.

(1) Du même traducteur, à la même librairie, le Fils de l'Homme.

CCLXXXXI. — A. Baillon.. **Délires.** Un vol. 12 × 19. Ed. Valois, Paris 1931.

Le fond de la première nouvelle est très psychiatriquement exact : il s'agit d'un fou qui veut démontrer abondamment qu'il est sain d'esprit. Cette curieuse logique du maboul est exposée avec une redoutable aisance et le lecteur non-médecin sortira de là avec une inquiétude non équivoque. La seconde nouvelle ferait la joie de Gil Robin : elle est consacrée à la fugue de deux enfants et démontre par l'absurde et par le canal d'un agent de police l'utilité des corrections corporelles. Le fil des raisonnements enfantins est d'une curieuse cocasserie. La blague froide de Baillon, ses trouvailles de style, son humour triste, donnent au livre une étrange physionomie à base de rire jaune.

CCLXXXXII. — Comte Tisza. **Lettres de guerre**. — Un vol. 14 × 19 orné de 8 gravures hors texte. Coll. « Hier ». Ed. Œuvres Représentatives. Paris, 1931. 15 francs.

Le grand magyar, président du Conseil en 1914 n'était pas partisan de la guerre. Il fit tous ses efforts pour l'empêcher. Il se laissa convaincre sans doute, mais c'est une belle figure politique, d'une grande loyauté et qui eut toujours en vue le bonheur de la Hongrie. On ne peut pas en dire autant de tous nos *ex-ennemis* (1) ! Il eut devant son tragique destin et devant ses exécuteurs un stoïque courage, comme le montrent dans la préface bien ordonnée les frères Tharaud. Le groupement des feuillets de sa correspondance privée et publique montre de quel poids eut pu être l'intervention de ce juste s'il eut été éclairé loyalement et complètement.

CCLXXXXIII. — Jean-Paul Dubray. **Constantin Guys**.. Un vol. 16 × 20 avec 60 planches hors-textes en héliogravure. Collection (Les Maitres de l'Art Moderne » Ed. Rieder. Paris. 1931. 20 francs.

Jean-Paul Dubray qui donna en 1929 (2) un Rops d'une puissante originalité s'est attaché à analyser avec le même bonheur la personnalité de Guys. Il a pour son modèle une fervente indulgence.Et il a su, avec une très subtile et pénétrante intelligence marquer tout ce que l'artiste avait réussi à tirer de la médiocrité ambiante du second

(1) Le mot est extrait du vocabulaire locarnien.
(2) Chez Marcel Seheur.

Empire. Il a montré et retrouvé dans la technique, le curieux amalgame de romantisme et de réalisme qui inspira le peintre. L'influence de Lord Byron que Guys suivit en Grèce imprime à sa facture un indéniable élan et par ailleurs l'esprit bohême du rapin lui inflige un amusant contre-poids. Dubray qui est animé de la plus religieuse admiration pour son héros n'a pas noté de quel secours lui furent, providentielles, les crinolines, car dès qu'il s'agit de dessiner des pieds Constantin Guys a l'air tout simplement d'avoir avant la lettre découvert sur ce point spécial la palette fantaisiste qui devait servir à Van Dongen ou à l'ineffable Douanier.

CCLXXXXIV. — Martin-Louis GUZMAN. **L'ombre de Caudillo.** — Traduit de l'espagnol par Georges Pillement. Un roman 12 × 19. Ed. Nouv. Rev. Française. Paris, 1930, 15 francs.

A la lecture du livre de Guzman, toute l'histoire *révolutionnaire* du Mexique s'éclaire étrangement. Hommes politiques mâtinés de condottière pronunciamentos, sanglantes dictatures, fournissent au roman de vivantes péripéties que Pillement a transposées dans un style vigoureux, nourri de son attachement à tout ce qui a couleur proche ou lointaine de Castille.

Varia. * Chez Dorbon-Ainé sort une édition superbe de *Mon Oncle Benjamin.*

*Henry Cyral donne un *Roi Pausole* dont je vous parlerai plus longuement.

**Le Crapouillot* d'avril, avec une ubiquité déconcertante d'agilité s'occupe de la Vie sexuelle des sauvages ; et renferme deux chroniques d'un vif intérêt sur le Roman d'aventures et la Petite Histoire (louis-philipparde). Gus Bofa bombarde la littérature contemporaine et plus spécialement ce qui s'affuble sans droit de ce titre.

**La Nouvelle Revue française* de novembre 1930 publie, revus par le Dr Claoué de Bordeaux, d'intéressants documents sur la Folie de Nietzsche. Leur fait suite un Essai de Benda intitulé un peu légèrement semble-t-il, Discours *cohérent.*

*Le n° 2 des *Livrets du Mandarin* (1) rédigé avec la verve coutumière rend à un écrivain contemporain un hommage qui n'est pas dans ses habitudes. Il est vrai qu'il s'agit d'un *véritable* écrivain. Mais Monsieur Doyon a mal et trop généreusement compté les « dents » de tel autre ! ! Stravinski est aimablement éreinté. Les notations théâtrales, gastronomiques, ou artistiques du Mandarin qui complètent cette alerte livraison sont d'une délicieuse facture.

**Les Editions du Cadran* vont sortir un inédit de Ch. Maurras dont je vous reparlerai aussi, avec beaucoup plus de détails.

*Le Dr GIROU de Carcassonne a créé dans Pyrénées-Littoral une agréable chronique littéraire. Il a déchaîné en avant-garde Joseph Delteil, le peintre malheureux de Don Juan.

*Le Dr LOISEL fonde le Bulletin et la Société des *Amis de Marc-Aurèle.* Le titre est grand ; le bulletin plus petit. Nous verrons.

1er avril 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES MUSICS-HALLS

Après avoir pour les amateurs de Music-Halls donné les comptes rendus des spectacles actuels de trois grandes scènes parisiennes : le Casino de Paris, les Folies-Bergères et le Palace, je m'en voudrais d'oublier deux théâtres plus humbles qui méritent néanmoins beaucoup d'éloges chacun dans son genre et qui luttent victorieusement contre les quatre facteurs principaux de la crise des spectacles : économie forcée de la clientèle sur ses distractions, T.S.F. chez soi, taxes trop élevées concurrence du cinéma. C'est ainsi que le Concert Mayol et le Moulin Bleu savent satisfaire leur public et conserver leur popularité.

Au Concert Mayol

Le spectacle est très varié, amusant, sans platitudes, avec d'excellents artistes et une mise en scène parfaite, décors et éclairages soignés, ensembles bien réglés, excellent orchestre et, fait que l'on ne remarque pas ailleurs, il s'établit un courant de sympathie entre les acteurs et le public qui baigne la salle dans une bonne humeur et une gaieté constante.

La revue actuelle qui fait suite à la précédente, «Nu Sonore» a conservé plusieurs scènes de cette dernière qui suffisaient à elles seules à attirer beaucoup de monde au coquet music-hall de la rue de l'Echiquier. Tout d'abord le tableau de la chanson des disques où nous voyons une quinzaine de danseuses évoluer sur un immense plateau de phonographe et animant d'un rapide mouvement de rotation des disques qu'elles tiennent à la main et qui les dissimulent en partie au public. Ce sont ensuite les chansons des marins, d'étudiants et de soldats ; à signaler la joyeuse bande en blouse blanche, béret à liserés rouges ou verts, qui nous rappelle les refrains de notre jeunesse : Et on s'en fout, Trois Orfèvres, le Père Dupanloup, etc... Refrains où les mots scabreux ont été in-

(1) 9, galerie de la Madeleine, aux Editions de la Connaissance.

telligemment remplacés. Puis les scènes du Marquis de Sade où l'art parfait du mime Oguinsky et l'impeccable plastique d'Alice Badian sa partenaire atténuent la pointe d'érotisme de cette exhibition un peu heurtée. Enfin, le tour de chant d'un artiste que je considère comme la révélation de l'année dans un genre si difficile à réactiver, je veux parler de Fernandel, troupier à la « Polin » sérieusement modernisé ; quand il attaque « Octavie », sa création, ce sont chaque soir des ovations ma foi très méritées.

Telles sont les scènes de l'ancienne revue, déjà jouée plus de trois mois, que le sympathique Directeur du Concert Mayol, Monsieur Fonsèque, a décidé de conserver. Pour remplacer les sœurs Guy qui n'ont pas le don de la constance (ce qui nous chagrine parce qu'elles sont très gentilles) et Monsieur Carol que le public a vu partir avec regrets, nous voyons revenir sur cette scène Parisys et Charpini. L'immitable Parisys, gamine de Paris, espiègle et sentimentale à la fois, chante de la plus gentille façon « petit oiseau joli » et « A cause du bilboquet » et interprète avec une charmante conviction un sketch tragico-comique du regretté Nozière « Paul et Virginie ».

Quant à Monsieur Charpini il nous redonne une fois de plus ses numéros d'imitations vocales si réjouissantes avec l'assistance effacée mais non moins brillante de Brancato ; l'idylle de Schubert et le duo de Mireille nous deviennent même un peu trop familliers et nous avons tant plaisir à l'entendre (comme il dit dans Manon) qu'il serait bien gentil de renouveler un peu ses numéros.

Il y a dans cette revue encore bien d'autres scènes parfaites que je me vois obligé de passer sous silence et mon appréciation élogieuse sera complétée en disant qu'il ne lui manque qu'un cadre digne d'elle en dimensions scéniques pour être susceptible telle une super-production d'être jouée au moins un an.

Je ne puis citer tous les interprètes qui, très simplement et avec talent, en assurent le succès, et j'ai plaisir à constater que les promesses de l'affiche quant à la glorification du nu sont sincèrement tenues, je ne l'espérais pas si scrupuleusement choisi.

Au Moulin Bleu

Monsieur Martial Tallien, le distingué Directeur du Moulin Bleu, connaît très bien son public « Montmartrois d'occasion » qui vient chez lu pour passer une bonne soirée et s'amuser gentiment sans contraintes. Fidèle gardien des traditions de cette scène « spéciale » comme il l'intitule lui-même, il sait que l'esprit gaulois, le libertinage, le persiflage et la crudité des situations si loin qu'ils soient poussés doivent néanmoins rester dans les limites de la bienséance et c'est cela qui fait son succès. Le nouveau spectacle est de plus donné dans une salle coquettement parée de neuf ce qui ajoute encore à l'impression d'illusion sensuelle et de fantaisie dorée qu'on y goûte. Mais Monsieur Tallien est puissamment aidé dans sa tâche par son fidèle lieutenant, le sympathique Monsieur Paul Murio, véritable « Deus ex Machina » auteur principal de la revue, metteur en scène excellent et acteur plein de bonhomie souriante et de réalisme vivant.

La revue très court vêtue mais malheureusement dont la plastique féminine n'est pas toujours à la hauteur des intentions artistiques, est fort divertissante et pleine d'esprit, notons particulièrement, au 1er acte, la scène de l'Exposition Coloniale où Marianne reçoit ses petites cousines des pays voisins : l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne, la Russie, etc., qui lui apportent, comme dit la toute gentille Mlle Raymonde qui personnifie la Belgique, la blanche colombe de la Paix ! Hélas, les charmantes voisines se retournent et l'on découvre la croix gammée, la faucille et le marteau, la machoire de Mussolini, etc... Marianne prends garde ! ne soit pas si bonne fille !

Dans la finale du 1er acte, Mme May Liette interpèrte un excellent sketch intitulé « à Chicago ». La gracieuse divette, avec une froideur épicée, représente une vedette du cinéma américain faisant tuer successivement ses amants par chacun d'eux sans se donner à aucun mais en emportant leur fortune, c'est là le summum de l'art jadis muet au pays des dollars dans la présentation des complications sentimentales !

Au 2e acte, une excellente présentation de ce que sera l'existence dans une centaine d'années quand les femmes se feront greffer des enfants par simple piqûre quand, à l'instar d'une ruche, des milliers d'insexués travailleront aux usines, quand on prendra un comprimé nutritif pour huit jours de voyage interplanétaire, mais le bolide retombe dans une contrée inexplorée où poussent encore des fleurs et où la reproduction est à l'ancienne mode et l'héroïne de la traversée, en l'espèce Madame May Liette, connaît enfin les joies actuelles de l'amour triomphant.

La distribution comprend, en dehors de l'équipe des Moulins-Gilrs, d'excellents interprètes comme Mesdames : Ketty Roquelaine, Jane Dorban, le très vivant Monsieur Zarum, Messieurs Roger Arié, Billy Carl et Marcel Turbat. Mentionnons spécialement Monsieur Serge Darcel, chef d'orchestre compositeur et souhaitons sincèrement pour le bon renom de la butte, que tournent longtemps, toujours, les ailes du gentil Moulin Bleu.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Médecine opératoire spéciale.** (Cours de M. le Dr Roger Gueullette, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Pierre Duval.) — *Chirurgie du tube digestif.* — Ouverture du cours le lundi 11 mai 1931, à 14 heures.

Programme du cours. — *Première série* : 1° Chirurgie de l'œsophage. Diverticules de l'œsophage. Œsophagoplastie pour méga-œsophage (Grégoire). — 2° Voies d'abord et exploration de l'estomac. Gastrotomie. Gastrotomie : Fontan, Witzel. — 3° La gastro-entérostomie. — 4° Traitement de l'ulcère de l'estomac. Résection en selle. Résection annulaire. — 5° Traitement du cancer de l'estomac. Gastro-pylorectomie : Péan, Billroth, Polya, Kocher, Finsterer.

Deuxième série. — 1° Traitement de l'ulcère du duodénum. Traitement des sténoses duodénales. La duodéno-jéjunostomie. — 2° Les résections intestinales. — 3° Chirurgie du côlon droit. La colectomie. L'iléosigmoïdostomie. Les exclusions uni et bilatérales. — 4° Chirurgie du côlon transverse et du côlon gauche. Colectomie en un temps, en deux temps. — 5° Chirurgie du rectum : amputation périnéale, amputation abdomino-périnéale.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Médecine opératoire spéciale.** — *Chirurgie des annexes du tube digestif (foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine).* — Cours de M. le Docteur P. Gérard-Marchant, prosecteur. Ce cours commencera le mardi 26 mai 1931, à 14 heures.

Première série : 1° Chirurgie de la vésicule : cholécystostomie, cholécysto-gastrostomie. — 2° Chirurgie de la vésicule : les cholécystectomies. — 3° Chirurgie de la voie biliaire principale : drainage externe et interne du cholédoque, sutures du cholédoque, cholédocoplastie. — 4° Chirurgie de l'ampoule de Vater : le décollement duodéno-pancréatique. — 5° Voies d'abord du foie. Sutures du foie ; traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie.

Deuxième série : 1° Traitement chirurgical des pancréatites. Fistules et kystes du pancréas. — 2° Chirurgie de la rate : ligature de l'artère splénique. Les splénectomies. — 3° Chirurgie de l'épiploon. Omentopexie. Décollement colo-épiploïque. Décollement colo-pariétal. Epiplooplastie. — 4° Gastropexie. Cæco-colo-pexie. Cæcoplicature. — 5° Chirurgie des glandes salivaires.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** *Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie.* — Ce cours sera fait sous la direction de M. le Professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; Nicolas, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon ; Favre, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Hudelo, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Duvoir, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Babonneix, médecin de l'hôpital Saint Louis ; Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; J. Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chevassu, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Lemaitre, agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Darré, médecin de l'hôpital de la Charité ; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Tixier, médecin de l'hôpital de la Charité ; Touraine, médecin de l'hôpital Broca ; P. Chevallier, médecin des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Blum, ancien chef de clinique, assistant adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, ancien chef de clinique ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Cl. Simon, médecin de Saint-Lazare ; Fernet, médecin adjoint de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 11 mai au samedi 6 juin 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démontrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (57 leçons). — M. Gougerot : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — M. Levaditi : Le tréponème. — Mlle Eliascheff : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, floculation. — M. Gougerot : Sérologie de la syphilis. — M. Sézary : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — M. Levaditi : Syphilis expérimentale. — M. Milian : Chancres syphilitiques. Chancre mou. — M. Hudelo : Roséole. Syphilis secondaire papuleuse. — M. Chevallier : Plaques muqueuses. Alopécie. Onyxis. Syphilis pigmentaire. — MM. Nicolas et Favre : Ulcère vénérien adénogène. — M. Burnier : Syphilis maligne précoce. — M. Chevallier : Méningites syphilitiques. — Mlle Eliascheff : Anatomie pathologi-

que et histologie de la syphilis. — M. BURNIER : Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme. — M. MILIAN : Leucoplasie. — M. LOUSTE : Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne. — M. LOUSTE : Syphilis du foie et de la rate. — M. PINARD : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection ; super-infection — M. GOUGEROT : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection. — M. C. SIMON : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve. — M. DUVOIR : Expertise médico-légale en matière de syphilis. — M. BLUM : Syphilis et diabète. — M. BABONNEIX : Atrophies musculaires syphilitiques. — M. FERNET : Syphilis et tuberculose viscérale. — M. LOUSTE : Syphilis du tube digestif. — M. HUTINEL : Syphilis du poumon et du médiastin. — M. LOUSTE : Syphilis ostéo-articulaire. — M. LIAN : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — MM. BARTHÉLEMY et SCHULMANN : Syphilis des glandes endocrines. — M. LORTAT-JACOB : Syphilis médullaire et cérébrale. Tabes. — M. CLAUDE : Paralysie générale. — M. DUPUY-DUTEMPS : Syphilis oculaire. — M. HAUTANT : Syphilis de l'oreille. — M. LEMAITRE : Syphilis du nez et du larynx. — M. BARBÉ : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. LOUSTE : Syphilis et grossesse. Hérédité. — M. TIXIER : Hérédo-syphilis précoce. — M. DARRÉ : Hérédo-syphilis tardive. — M. BABONNEIX : Hérédo-syphilis nerveuse. — M. GOUGEROT : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. GOUGEROT : Syphilis et cancer. — M. HEITZ-BOYER : Blennorrhagie. — M. CHEVASSU : Critérium de la guérison de la blennorrhagie.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est suivi d'un cours de thérapeutique dermatovénéréologique qui a lieu du 8 ou 27 juin 1931. Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr BURNIER (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

— **Vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.** — Le Docteur B. WEILL-HALLÉ, chargé de cours, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, exposera la pratique de la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades (salle de cours de la crèche), à partir du 4 mai 1931.

Elles seront complétées par des démonstrations cliniques, tous les samedis, à 3 heures, à l'école de puériculture de la Faculté, 64, rue Desnouettes (15e)

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — Lundi 4 mai : Etude historique et justification de la vaccination contre la tuberculose. — Mardi 5 mai : Le B. C. G. et l'expérimentation. Innocuité et efficacité du B. C. G. chez l'animal. Exposé suivi de démonstration pratique au laboratoire, par M. le Docteur NÈGRE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. — Mercredi 6 mai : La vaccination par le B. C. G. dans l'espèce humaine. Méthode de l'ingestion et de l'injection ; leurs indications respectives ; suites immédiates de la vaccination ; réactions locales des injections vaccinales. — Jeudi 7 mai : Les suites éloignées et les réactions biologiques de la vaccination ; l'allergie vaccinale. — Vendredi 8 mai : Les modes de réaction des sujets vaccinés à la contagion tuberculeuse. — Samedi 9 mai : Etude générale des résultats de la vaccination. Innocuité et efficacité du B. C. G. dans l'espèce humaine. Rôle de la prémunition dans la prophylaxie antituberculeuse. Organisation sociale de la vaccination antituberculeuse.

— **Thèses**. — Lundi 20 avril. — Jury : MM. Labbé M., Sergent, Lemierre, Aubertin. — LAZERINE J. : Hémoptysie d'alarme et caverne isolée. — POUR H. : Les hémorragies dans les anémies pernicieuses cryptogénétiques. — Mlle CIVADE-ARNOULT G. : Antigénothérapie dans la tuberculose oculaire. — HURET G. : L'angor aigu coronarien fébrile (forme angineuse).

Mardi 21 avril. — Jury MM. Claude, Gougerot, Villaret, Verne. — VILLOUTREIX A. : Les arsénides érythémato-pigmentées fixes.

Mercredi 22 avril. — Jury : MM. Legueu, Bernard, Clerc, Debré. — SCHWARTZ Salomon : Spirochétose méningée pure. — GRITTY J. G. : A propos d'un cas de péricardite tuberculeuse hémorragique. — ADLY FAYEZ KOTRY : Traitement endoscopique de l'urèthre postérieur.

Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Gosset, Dechambre, Robin. — FRISSON M. : L'élevage du cheval de trait en Haute-Saône.

Jeudi 23 avril. — Jury : MM. Brindeau, Duval, Lenormant, Mondor. — BRISSET P. : Reposition sanglante du semi-lunaire : sa technique, ses indications.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Broca**. *Dermato-vénéréologie*. — Un cours élémentaire de dermato-vénéréologie aura lieu du 18 mai au 17 juin 1931. Ce cours s'adresse particulièrement aux étudiants en fin d'études, aux jeunes médecins qui désirent acquérir les notions essentielles de la pratique des affections cutanées et vénériennes.

PROGRAMME. — 18 mai, M. BASCH : Erythèmes, érythrodermies. — 19 mai, M. WEISSENBACH : Toxicodermies, urticaires, purpura. — 20 mai, M. TOURAINE : Eczéma, eczématisation, dysidrose. — 21 mai, M. TOURAINE : Séborrhée, acné rosacée, eczématides, pityriasis. — 22 mai, M. RENAULT : Psoriasis. — 23 mai, M. RIMÉ : Prurits, prurigo, lichen, lichénification. — 27 mai, M. TOURAINE : Kératose, leucoplasie, sclérodermies, vitiligo, dyschromies. — 28 mai, M. BASCH : Herpès, zona, pemphigus, dermatoses bulleuses. — 29 mai, M. RENAULT : Pyodermites, phagédénisme, ulcères. — 30 mai, M. BASCH : Parasites (gale, phtiriase), mycoses cutanées.

1er juin, M. RENAULT : Maladies du cuir chevelu, sycosis, maladies des ongles. — 2 juin, M. RIMÉ : Tuberculose cutanée, lupus, tuberculides. — 3 juin, M. MARTINEAU : Tumeurs épithéliales (cancer) et conjonctivites. — 4 juin, M. LÉPAGNOLE : Blennorragie aiguë. — 5 juin, M. LÉPAGNOLE : Blennorragie chronique. — 6 juin, M. BASCH : Chancre mou, poradénolymphite. — 8 juin, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités), syphilis primaire. — 9 juin, M. RIMÉ : Syphilis secondaire

précoce. — 10 juin, M. RENAULT : Syphilis secondaire tardive. — 11 juin, M. RIMÉ : Syphilis tertiaire. — 12 juin, M. RENAULT : Syphilis viscérale tardive. — 13 juin, M. TOURAINE : Syphilis héréditaire. — 15 juin, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 16 juin, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 17 juin, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 11 heures et permet d'assister, à partir de 9 h. 30, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie et de blennorragie, aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 100 francs. S'inscrire auprès de M. RENAULT, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Le même cours aura lieu du 9 novembre au 8 décembre 1931.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr SÉRULLAZ, de Vaugneray (Rhône) ; du Dr Jean GALLOIS, de Dijon ; du Dr Théophile RAYMOND, sénateur de la Haute-Vienne ; du Dr Jean BEUFFEUIL, de Bonhaut (Maroc) ; du Dr Henri BRENOT, de Dijon ; du Dr KUBORN, de Levallois-Perret (Seine) ; du Dr BOUESSÉE, médecin du sanatorium d'Hauteville ; du Dr Raymond CHANTIER, de Troyes ; du Dr André MONASTIER, de Noyon ; du Dr COURCELLES, d'Oran ; du Dr FLAISSIÈRES, sénateur, maire de Marseille ; du Dr Prosper MASSAD, de Marseille ; du Dr Jean MARY, de Paris.

— **Réunion du Comité médical consultatif de Villard-de-Lans.** — Le Corps médical sait que la station de Villard-de-Lans, la seule en Europe dans ce genre, s'est organisée pour exclure tout tuberculeux et se consacrer aux enfants délicats et convalescents. Les grandes lignes d'une organisation de ce genre ont été tracées et elles sont surveillées dans leur exécution par un Comité médical consultatif présidé par le Professeur NOBÉCOURT et dont font partie les principaux pédiatres de nos différentes villes de Facultés de médecine.

Le Comité s'est réuni le 2 mars 1931 sous la présidence du Professeur Nobécourt, assisté de M. Pierre Chabert, le grand animateur de la station. Etaient présents en plus à cette réunion les Professeurs Lereboullet, Carrière (de Lille), Rohmer (de Strasbourg), et MM. les Drs Babonneix, Tixier, Armand Delille, Huber, Terrien, Jules Renault, Debré, Lesné, Gardette et Pierret.

Il a formulé entre autres, les vœux importants suivants :

1° *Organisation d'un service d'héliothérapie méthodique.* On pourrait envoyer le médecin physiothérapeute de Villard-de-Lans en mission pour se rendre compte de ce qui s'est fait de mieux ailleurs, en France et à l'étranger, et organiser ensuite les services nécessaires sous la direction scientifique d'un praticien très rompu aux pratiques et aux exigences de l'héliothérapie.

2° *Création d'un service d'infirmerie et radiologie cantonal.* Le pavillon d'isolement actuel a pu être suffisant jusqu'à présent ; le développement de Villard-de-Lans exige aujourd'hui une organisation beaucoup plus importante qu'il appartiendra à la municipalité de construire sur les fonds de la taxe de séjour.

3° *Création d'une école de plein air* rendue indispensable par le grand nombre d'enfants qui fréquente Villard-de Lans. Cette école devra adopter les programmes de l'enseignement de l'Etat et être placée sous la dépendance et le contrôle du ministère de l'Instruction publique.

4° *Création d'un hôpital climatique d'enfants.* Cette création est déjà envisagée depuis quelques années, il faut la réaliser malgré les difficultés matérielles qu'elle présente. Le Docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique de Paris, est favorable à ce projet, il apportera son concours effectif et d'autre part il serait peut-être possible d'obtenir une subvention importante dans le plan d'équipement national.

Un certain nombre d'autres questions d'un intérêt moins primordial ont été examinées également et le Comité consultatif s'est félicité du succès obtenu par la formule d'intérêt national réalisée à Villard-de-Lans, du scrupule apporté à son application et de la confiance de tous les organismes locaux pour suivre les directives du comité consultatif.

— **Parti social de la santé publique** (*Déclaration concernant la lutte contre l'alcoolisme.*) — *Conclusions adoptées par le Comité directeur*, après discussion du rapport présenté par le Dr Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, vice-président du P. S. S. P.

I. — Le parti social de la Santé publique n'est pas l'adversaire d'un usage modéré des boissons fermentées (vin naturel, bière, cidre) pour les adultes.

II. — Il considère comme un danger la consommation des boissons distillées : liqueurs et apéritifs.

Pour lutter contre ce danger, il demande notamment :

a) La stricte application des pénalités prévues par la loi sur l'ivresse publique et des dispositions légales ou arrêtés municipaux imposant la limitation des débits et interdisant leur ouverture au voisinage des églises, écoles, casernes, etc. ;

b) L'adoption de la proposition de loi Justin Godart donnant aux associations reconnues d'utilité publique le droit de citation directe devant les tribunaux ;

c) L'élévation des droits sur les alcools et apéritifs, et l'application des mesures capables de lutter contre les fraudes susceptibles d'augmenter la consommation familiale de l'alcool.

III. — Le P. S. S. P. décide d'engager une active propagande contre l'alcoolisme par tous les moyens dont il peut disposer et de collaborer avec les associations anti-alcooliques.

IV. — Le P. S. S. P., estime que toutes les mesures ci-dessus envisagées seraient insuffisantes si des modifications importantes ne sont pas rapidement apportées aux conditions défectueuses actuelles du logement, de l'alimentation et de l'utilisation des loisirs.

— **Sanatorium pour tuberculeux de guerre.** — Le sanatorium de Saint-Gobain a été affecté exclusivement aux tuberculeux de guerre, pensionnés à 100 %. Son organisation est celle du sanatorium-modèle.

— **Union médicale latine.**— *Les prix de l'Umfia* (1931)
— *Prix Voronoff.* — Prix de 5.000 francs.

Sujet : En s'appuyant sur des arguments cliniques, thérapeutiques, expérimentaux, anatomiques, histologiques, embryologiques, fournir un travail se rapportant aux questions suivantes :

1° « Existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier thyroïde, testicule, ovaire, surrénale) ? »

2° « Les hyperfonctionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles ? »

Prix Dartigues-Rosenthal pour 1931. — Prix de 4.000 francs, par les docteurs Dartigues et Rosenthal, pour les membres de l'Umfia, de quelque pays qu'ils soient.

Le sujet est le suivant : « Intervention médico-chirurgicale en cas de tuberculose ; pneumothorax bilatéral. »

Ce prix est uniquement destiné à récompenser les recherches originales.

Prix Georges Luys. — Prix de 3.000 francs du docteur Georges Luys, membre de l'Umfia, décerné au meilleur travail sur le sujet suivant :

« Traitement de l'adénome prostatique par la voie endoscopique ».

Prix réservé aux internes des hôpitaux de France. — Prix de quatrième année d'internat, fondation du docteur Dartigues. — Prix de 2.000 fr. réservé à l'interne de quatrième année qui aura présenté au Conseil la meilleure thèse ou le meilleur mémoire, au choix du candidat.

Prix réservé aux internes des hôpitaux de Paris. — Prix de première, deuxième, troisième années d'internat, sur la proposition du docteur R. Molinéry, secrétaire général. Ce prix de 500 fr. sera affecté au meilleur mémoire dont le sujet aura été arrêté par le bureau.

Prix réservé à tous les étudiants en médecine de France (stagiaires ou externes en fin d'études). — Ce prix de 300 fr. est donné au meilleur travail présenté au bureau. Le sujet en est donné par ce dernier.

Prix réservés aux internats des hôpitaux de province. — Prix de 300 fr. réservés aux hôpitaux de Bordeaux, Montpellier, Toulouse. — Prix de 1.000 fr., fondation Bandelac de Pariente, réservé aux hôpitaux de Marseille.

Prix de l'Université de Toulouse : fondation Bandelac de Pariente. — A l'occasion du septième centenaire de l'Université de Toulouse, le docteur Bandelac de Pariente a fondé un prix de 1.000 francs qui sera donné, alternativement, au meilleur travail fait par un élève en médecine sur la protection de la première enfance ; au meilleur mémoire d'un étudiant en droit portant sur toutes les modifications à apporter à la législation qui protège les droits de l'enfant.

Prix Foveau de Courmelles et Bandelac de Pariente. — Prix de 2.400 fr. accordé à un membre de l'Umfia. Sujet du concours : « Les radiations chez les enfants. »

Prix Keim. — Prix de 500 fr. pour le meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Diagnostic et traitement obstétrical des hémorragies des six derniers mois de la grossesse. »

Prix Fermé. — Prix de 2.000 fr. pour le meilleur travail sur le sujet suivant : « De la supériorité du complexe hydroxyde de bismuth-radioactivité sur les sels de bismuth non radiférés. Etude comparative de ces deux classes de composés au point de vue de leur action biologique et clinique, et particulièrement de la thérapeutique spécifique. »

Prix Cathelin. — Prix de 1.000 fr. réservé aux internes des villes de province qui n'ont pas de Faculté, sur un sujet inédit de chirurgie générale ou de préférence de chirurgie génito-urinaire.

Prix Leydier. — Prix de 3.000 fr. destiné au meilleur travail durant l'année, sur un sujet de chirurgie plastique et esthétique. Ce travail devra être complètement inédit et comporter un caractère d'originalité : un travail entrepris dans le sens d'une revue générale ne sera pas agréé. Il est nécessaire que le prix soit destiné à récompenser une avance réelle d'une technique de chirurgie plastique ou esthétique ou encore à faire progresser la question de l'invisibilité des cicatrices par des moyens physiothérapiques ou autres.

Prix Bandelac de Pariente. — Prix de 1.000 fr. pour récompenser la meilleure thèse présentée à Paris par un Espagnol, Portugais ou Sud-Américain.

Prix P. Robin. — Prix de 1.000 fr. attribué par le bureau de la Jeune Umfia au candidat qui aura présenté les conditions stipulées par le règlement de ce concours.

Prix Groc. — Prix 2.000 fr. au meilleur travail sur l'opothérapie splénique dans le traitement des anémies.

Prix Bourguet. — Prix de 2.000 fr. au meilleur travail de chirurgie cranio-cérébrale.

La condition essentielle pour pouvoir participer à l'attribution de ces prix est d'être inscrit sur les listes de l'Umfia, l'année, au moins, qui précède le concours.

Les candidats doivent envoyer le mémoire dans les six mois qui suivent la publication du *Bulletin* où ces prix sont mentionnés. Le mémoire du lauréat sera analysé et publié, si possible, dans le *Bulletin officiel de l'Umfia.*

Sur la proposition de M. Baillis, il a été décidé que pour le prix de thèse fondé par le docteur Dartigues, le sujet donné par le bureau serait limité et précis et qu'il comprendrait non seulement des sujets sur les maladies communes en France, mais aussi des sujets sur des maladies coloniales ou étrangères.

C'est sur la proposition de M. Jodin que le prix de 300 francs, réservé aux jeunes Umfistes, non internes, a été créé par le bureau.

Pour les conditions de ces prix, écrire au Secrétariat général de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris et pour les Jeunes : à Mlle Suzanne Roule, secrétaire de la Jeune Umfia, 36, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris.

— **Chemin de fer P. L. M.** *Fontainebleau : son palais, sa forêt.* — Par la beauté de son palais et de la forêt qui l'entoure, Fontainebleau offre une des plus belles excursions qu'on puisse faire aux environs de Paris.

Dès le 3 avril, trois circuits d'autocars P. L. M. fonctionnent en forêt au départ de la place Dénecourt.

Deux d'entre eux ont lieu chaque jour jusqu'au 2 novembre :

L'un dans la matinée, pour la visite de la partie nord de la forêt : Gare, Croix de Toulouse, Mont Chauvet, Bas Bréau, Caverne des Brigands, Gorges d'Apremont, Carrefour des Cépées (prix : 10 fr.).

L'autre, l'après-midi, pour la visite de la partie sud de la forêt : Château, Croix du Grand Maître, Gorges aux Loups, Mare aux Fées, Croix de Saint-Hérem et de Souvray, Georges de Franchard, Carrefour des Cépées et de Paris, gare (prix : 17 fr.).

Pour la visite complète de la forêt, un circuit de la journée, permettant de déjeuner à Barbizon, est mis en marche les dimanche, lundi, jeudi, samedi et jours fériés, du 3 avril au 31 mai et du 1er octobre au 2 novembre. Il est quotidien du 1er juin au 30 septembre. Son prix est de 28 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

paresse des fraudeurs et la démagogie de certains médecins — et comme à la guerre...... ces réserves pourront être portées sur les points menacés de l'édifice social et qui sont :

La maladie grave, nécessitant ou non une intervention chirurgicale, nécessitant l'hospitalisation, le sanatorium, mettant à mal le chef de famille nombreuse, le clouant sur un lit pour des mois — mettant ainsi sa famille en danger de mort par contagion ; de maladie, par privation.

C'est le gros risque que les assurances sociales doivent protéger. Le petit risque doit céder le pas devant le gros risque et être diminué à son profit, car le petit risque est peu intéressant et souvent entaché de fraude.

Et cependant, actuellement, c'est le contraire qui se passe ; le risque minime et douteux absorbe les disponibilités des caisses et le gros risque n'est protégé que d'une façon dérisoire. C'est une injustice et un danger.

Le remède est simple : que nos élus aient le courage civique de l'appliquer.

Dr Paul Gay.

ASSURANCES SOCIALES

Peut-on exclure du service médical des médecins étrangers ?

Un de nos confrères, de nationalité étrangère, mais muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine, nous demande si la convention, conclue entre le syndicat médical local et les caisses d'assurances sociales, peut décider que seuls les médecins français, ou naturalisés, seront habilités pour donner leurs soins aux assurés sociaux.

Xénophobe, le syndicat médical local essaye d'appliquer la formule : « l'exercice de la médecine aux médecins français », et a obtenu, de l'ensemble des caisses du département, que seuls les médecins français ou naturalisés seront accrédités comme pouvant donner leurs soins aux ressortissants des assurances sociales.

Notre réponse s'appuiera sur le rapprochement de la loi du 30 novembre 1892 et des lois des 5 avril 1928-30 avril 1930.

La première décide que, quelle que soit la nationalité, les titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine peuvent librement exercer leur art en France.

Une seule restriction est apportée par l'article 14, qui décide que les fonctions de médecin ex-

pert près les tribunaux ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français.

La loi sur les assurances sociales reconnaît, en son article 4, paragraphe 2, que le libre choix est absolu entre tous les praticiens, qui ont droit d'exercer légalement en France.

Qu'il soit syndiqué, ou non syndiqué, français, naturalisé, ou étranger, le titulaire du diplôme d'Etat, s'il veut participer au service médical des assurances sociales, n'a qu'à donner son adhésion soit au syndicat, soit aux caisses, aux termes de la convention collective passée entre le syndicat et les caisses.

Est donc un abus de pouvoir, qui doit être réformé, la stipulation par laquelle il est interdit aux assurés sociaux de choisir comme médecin un praticien de nationalité étrangère.

Cette difficulté doit être soumise à la commission départementale tripartite, ou, si celle-ci ne fonctionne pas encore, au préfet qui aura le devoir de faire supprimer cette exclusion.

Il ne faut pas d'ailleurs, *a priori*, suspecter la bonne confraternité d'un étranger : il en est des plus honorables et fort considérés de leurs clients et de leurs confrères. Si un syndicat croit devoir suspecter les habitudes professionnelles d'un « métèque », il suffit de déférer au conseil de famille toute infraction aux règles de la déontologie, ou aux stipulations de la convention syndicat-caisse.

La discipline syndicale, bien organisée et surtout bien appliquée, est la meilleure garantie contre tous les fléchissements de moralité professionnelle, provenant non seulement de médecins étrangers, mais aussi de médecins bien français.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Fiscalité

1694. — Justifications à produire

J'ai reçu une note du contrôleur des contributions directes libellée comme ci-dessous :

« Je vous prie de m'indiquer le détail des re-
« cettes brutes que vous avez déclaré avoir réalisées
« en 1925, 1926, 1927, 1928, 1929 et 1930.

« Par détail j'entends une répartition en :

« 1° Recettes à votre cabinet ;

« 2° Visites au dehors ;

« 3° Sommes touchées des Cies d'assurances, mines, chemins de fer, etc. ;

« 4° Opérations, accouchements, etc. ;

« 5° Remises de chirurgiens ou de confrères, etc., etc..

« (Voir art. 59 des lois codifiées ci-dessous).

Veuillez me dire s'il a le droit de me demander

tous ces détails, si je suis forcé de les lui donner et ce que je dois lui répondre.

Je dois vous signaler que j'habite une région essentiellement industrielle et très pauvre où il n'y a pas de clientèle, sauf clientèle ouvrière, que je suis médecin d'une Cie de mines où j'ai 1.200 familles à soigner et que je ne fais pour ainsi dire que ce service et de nombreux accidents du travail pour d'autres sociétés.

Comme d'ailleurs elles le doivent, la Cie des mines et les assurances déclarent chaque année les sommes qu'elles m'ont versées.

Je ne fais pas d'opérations, ni d'accouchements, sauf pour la caisse de secours des mines qui paie les chirurgiens au prix minimum et ouvrier et par lesquels je ne suis pas rémunéré. Il en est de même pour les consultations avec confrères.

Quant aux etc., etc., qui terminent la lettre du contrôleur, je me demande ce qu'il faut encore bien déclarer ?

Chaque année, je fais une déclaration le plus exactement possible, en additionnant toutes les sommes qui m'ont été versées et y ajoutant le peu d'honoraires supplémentaires qui me sont payés par la clientèle privée.

Dr X.

Réponse.

Le contrôleur a parfaitement le droit de vous demander tous ces renseignements. Répondez lui comme vous le faites dans votre lettre en lui disant que la plupart de vos bénéfices professionnels proviennent des sommes versées par la Cie des Mines, en indiquant le montant de ces sommes et les honoraires payés par la clientèle privée.

Indiquez lui également quelle est la recette du cabinet et des visites en dehors en l'évaluant d'après l'importance de votre clientèle privée ainsi que celle provenant d'opérations, accouchements, etc.... si vous en faites.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

1708. — Les droits de mutation ne sont pas déductibles du revenu

Une fois de plus j'ai recours à votre obligeance pour un renseignement en matière fiscale : Dans ma déclaration d'impôt sur le revenu, j'avais déduit une somme de 24.000 fr. représentant la somme que j'avais versée à l'enregistrement pour frais de succession de mon père décédé en février.

Je reçois du contrôleur un avis que cette somme n'est pas déductible.

Est-ce réel et dois-je m'incliner ? il me paraît formidable d'avoir à payer de l'impôt sur une somme que l'Etat a empochée ; mais, le pauvre a tellement besoin d'argent pour augmenter ses représentants et ses fonctionnaires ! ! ! ! !

Dr Z.

Réponse.

L'avis du contrôleur est exact. La somme de 24.000 fr. n'est pas déductible de votre revenu.

A. M.

1754. — Exemption d'impôt des constructions nouvelles

Je me propose de faire construire une petite villa qui me servirait de pied à terre pendant la saison, mais ne serait pas occupée la plus grande partie de l'année.

Au point de vue de l'impôt foncier, quelle serait ma situation ? D'un côté je crois que les constructions nouvelles en sont exemptes pendant 15 ans. Mais d'autre part il me semble avoir lu des avis contraires dans le *Concours médical.*

Pourriez-vous me fixer à ce sujet et me donner la liste des lois ayant trait à cette question ?

Dr N.

Réponse.

Les constructions nouvelles bénéficient de l'exemption d'impôt pendant 15 ans (lois des 31 mars 1922, 1er août 1926, 30 mars 1929 et 29 juin 1929).

Sont toutefois exclues du bénéfice de l'exemption les habitations d'agrément, de plaisance ou servant à la villégiature, à moins qu'elles constituent une habitation principale.

A. M.

1106. — Déduction du prix d'achat d'une automobile

Dans ma déclaration au contrôleur j'avais déduit le prix d'achat total d'une voiture automobile neuve.

Il m'écrit aujourd'hui, me disant : Vous déduisez le prix d'achat total de votre voiture. Il faut considérer qu'elle vous rend des services personnels que j'évalue en général au 1/5.

Il ne faut donc la compter dans vos dépenses professionnelles que pour 24.000 (prix de la voiture)
moins 4.800

19.200

Dois-je accepter ceci ? J'attends votre réponse et vous en remercie à l'avance.

Dr P.

Réponse.

Répondez au contrôleur que vous avez acheté l'auto exclusivement pour l'exercice de votre profession et qu'en aucun cas le pourcentage des kilomètres promenade n'est supérieur au dixième du nombre total des kilomètres.

Vous aurez dans ce cas 1/10 seulement à déduire.

A. M.

1849. — Patente en cas de cession de clientèle

Cédant ma clientèle pour le 1er mai, et ne devant plus exercer ensuite, je vous serais reconnaissant

de me faire savoir ce qu'il advient de la patente que je n'ai pas encore payée pour l'année 1931.

1° Dois-je la payer en entier et dans ce cas mon successeur en est-il exonéré ?

2° Ou bien en avons-nous chacun une part proportionnelle ?

3° Quelles sont, et à qui, les déclarations ou autres démarches à faire ?

Je dois vous dire que mon successeur deviendra mon locataire la maison m'appartenant.

Réponse.

Vous serez imposé à la patente pour l'année 1931 et la cotisation devra être soldée entièrement, bien que vous cessiez l'exercice de votre profession le 1er mai.

Toutefois, si la session de votre cabinet est constatée par un acte régulièrement enregistré, vous pourrez en faire supporter une fraction à votre successeur, sans que ce dernier puisse être à nouveau imposé.

A. M.

Questions médico-militaires

909. — Aggravation de maladie ayant donné lieu à pension

Je vous serais extrêmement obligé de me donner la ligne à suivre dans le cas particulier que je vous expose. Il s'agit d'un homme ayant au cours des opérations de guerre, contracté à Salonique un paludisme à forme séreuse qui nécessita plusieurs hospitalisations à dates différentes et dans des hôpitaux divers. Les certificats d'origine existent d'ailleurs et sont multiples.

Présenté à la commisssion de réforme en 1925, cet homme fut pensionné à 10 % à titre temporaire.

En 1927 il fut appelé à subir une nouvelle visite et à la suite de cette visite la pension lui fut enlevée.

Or, il n'a jamais cessé de faire des poussées de fièvre et de présenter des troubles qui de toute évidence sont dus au paludisme contracté en Orient. Que faut-il faire pour que cet homme puisse à nouveau obtenir la pension méritée ? Quelles démarches exécuter ?

Dr C.

Réponse.

Il suffira à cet homme d'adresser (par lettre recommandée) au médecin-chef du centre de réforme le plus proche, une demande de nouvelle visite pour aggravation : il joindrait un certificat médical d'aggravation.

S'il obtient le taux de 10 % *minimum*, il sera pensionné définitivement, comme ayant été pensionné la première fois, il y a plus de 4 ans.

833. — Maintien dans les cadres. Démission. Périodes d'instruction

Quoique de la classe 1896, j'étais resté dans les cadres de réserve.

Aujourd'hui, je reçois, sous pli recommandé, une note de la Direction du Service de santé me disant que « classé dans la catégorie B C (?) je remplis les conditions pour être appelé au cours de l'année 1931 à accomplir à titre *obligatoire* une période d'instruction de 21 jours ».

A cette note sont jointes des copies ministérielles, d'après lesquelles, si j'ai su bien lire, je suis dispensé de toute période, ayant été mobilisé pendant plus de six mois dans mon grade actuel (capitaine) et n'ambitionnant pas un galon de plus. Cette interprétation est-elle exacte ?

Si je ne puis échapper à cette période, ne puis-je pas donner ma démission ? En ce cas à qui l'adresser ?

D[r] X.

Réponse.

Ayant demandé à être maintenu dans les cadres et titulaire du grade de capitaine vous ne pouvez offrir votre démission et vous ne serez rayé des cadres qu'à l'âge de 58 ans.

Indépendamment de tout *avancement* (*cas* où la dispense de période dont vous parlez pourrait jouer) vous êtes obligé d'accomplir toutes les périodes pour lesquelles vous serez convoqué jusqu'à concurrence de la durée *totale de quatre mois*, prévue par l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le Recrutement de l'armée.

Cependant, si vous pouvez invoquer une infirmité qui vous mette hors d'état de remplir votre fonction, soit définitivement, soit pendant 6 mois au moins, vous pouvez demander dans le 1er cas votre radiation des cadres pour raisons de santé incurables ; dans le 2e cas, votre mise en non-disponibilité pour infirmité temporaire.

En ces deux éventualités, il faut demander à votre directeur de passer devant des experts militaires, puis devant une Commission de réforme, afin de faire l'objet d'une proposition éventuelle au Ministre qui, lui, décidera de vous rayer ou de vous mettre en non-disponibilité pour 3 ans, par périodes successives d'une année, avec renouvellement des mêmes formalités.

1044. — Proposition pour le grade de médecin capitaine et la Légion d'honneur

Classe 1907. Incorporé en octobre 1911, libéré septembre 1913. Mobilisé le 2e jour comme médecin auxiliaire ; aide-major de 2e cl. juillet 1916 ; de 1re cl. juillet 1819 ; démobilisé en juillet 1919, depuis lors aucun changement.

Je voudrais vous demander :

1° Que faire pour passer à trois galons ?

2° Pour la Légion d'honneur, quand suis-je proposable et qui doit le faire ?

J'ai une citation au régiment.

Ma nomination à trois galons est-elle utile pour cela ?

Ai-je des chances de l'avoir à l'ancienneté en restant dans le *statu quo* ?

Toute la guerre j'ai été dans la zone des armées : train sanitaire, bataillon et ambulance D I.

Si j'avais une période à faire comme volontaire, pourrais-je la faire au Gouvernement militaire de Paris ?

Dr X.

Réponse.

1° *Avancement* :

Ayant six ans de grade de lieutenant, ayant d'autre part effectué plus de 6 mois de services de guerre avec ce grade, vous *pouvez* être proposé pour capitaine sans faire de période, si l'autorité militaire estime sur le vu de vos notes que vous avez les aptitudes nécessaires pour être promu ; si non vous devrez faire une période.

Témoignez à votre Directeur votre désir d'être promu ; votre citation vous aidera à obtenir satisfaction.

2° *Légion d'honneur* :

Elle est indépendante du grade détenu, en ce qui concerne la croix de chevalier.

Il faut réunir 30 annuités, y compris pour vous près de 5 annuités de guerre, une citation à l'armée, seule, peut compter pour une annuité.

3° Il faut vous entendre avec le Directeur du Service de santé pour essayer de faire votre période à Paris.

1072. — Droit au traitement de la Légion d'honneur

Je lis votre réponse n° 5466 dans le *Concours* du 15-2-31.

J'ai été nommé moi aussi chevalier de la Légion d'honneur (en 1923) : blessé de guerre, invalidité de 30 %, 2 citations : une au régiment l'autre, à la brigade.

Je n'ai reçu aucun titre de pension. Dois-je attendre ? Dois-je faire des démarches : lesquelles ?

Dr H.

Réponse

Ayant été blessé et cité avec Croix de Guerre, vous avez sans nul doute droit au traitement de votre Légion d'honneur de 1923.

L'institution de ce traitement est encore chose récente (Art. 79 de la Loi des Finances du 16 avril 1930), et toutes les situations antérieures seront régularisées, d'une manière progressive.

Peut-être pourriez-vous, pour gagner du temps, exposer votre situation par lettre adressée au *Grand Chancelier de la Légion d'honneur, rue Solférino, Paris, 7e.*

1087. — Tenue d'équipement obligatoire

Appelé à faire prochainement une période, je vous serais reconnaissant de me faire connaître ce que je dois me procurer comme tenue et équipement.

Dr M.

Réponse.

La tenue de campagne comprend un képi, une vareuse, une culotte, molletières ou bandes, un baudrier et une épée.

La tenue kaki est actuellement réglementaire.

1034. — Organisation des services médicaux pour le temps de guerre

Un renseignement s'il vous plaît qui doit intéresser la corporation :

Mon administration préfectorale avec laquelle je suis très en froid m'envoie un qu stionnaire confidentiel me demandant quelle est ma situation au point de vue militaire.

Je m'empresse de ne pas répondre. Trois rappels. Quelle patience ! Bref, je demande en vertu de quel droit me questionne-t-on ? En vertu de l'article 2 et 4 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ainsi conçu :

« Tout Français du sexe masculin non soumis aux obligations de la présente loi pourra être individuellement convoqué à titre de requis civil — hors le cas d'incapacité physique absolue — pour être employé en temps de guerre aux services administratifs et économiques. »

Nous ne sommes pas en temps de guerre et l'on me requiert déjà d'envoyer une réponse. Ce ne doit pas être légal.

Je vois sur le *Concours médical* que beaucoup de confrères paraissent aspirer au moment où ils ne seront plus astreints aux obligations militaires.

Se doutent-ils qu'ils peuvent être dans l'obligation de faire un service *où* sans doute *et comme* il plaira à l'administration Mais dans quelles conditions ?

N'est-il pas plus avantageux de rester dans l'armée ? Ceci bien entendu pour les médecins des régions frontières.

Où seront envoyés les médecins requis ?

Pendant combien de temps ? Quel traitement ?

Dr N.

Réponse.

Cette demande de la Préfecture est régulière ; elle correspond à des prévisions pour l'organisation des services médicaux sur le territoire en temps de guerre.

Les médecins requis seront les remplaçants des médecins mobilisés, qui occupaient des postes ou fonctions à l'Assistance publique, dans les Bureaux de l'hygiène, les bureaux de bienfaisance, etc., etc... et aussi pour les soins des

habitants des communes, momentanément dépourvus.

Leurs traitements seront ceux des remplacés ; dans les communes, ils seront honorés par les malades, suivant les tarifs en cours du temps de paix.

Cette réquisiton durera tout le temps reconnu nécessaire.

1038. — Promotion au grade de médecin lieutenant

1° Classe 1903. Premières inscriptions de médecine en nov. 1920. Interne des hôpitaux de novembre 1926 à novembre 1928. Thèse passée en novembre 1928.

Parti au service militaire en novembre 1928, titulaire du brevet du P. M. S., nommé médecin sous-lieutenant en date du 15 mai 1929, libéré du service en octobre 1929 je suis convoqué pour ma première période de réserve en avril prochain. Ne devrais-je pas déjà être nommé médecin lieutenant ? Si oui, quelles démarches dois-je faire pour être nommé avant une période ?

2° Combien de périodes devrais-je accomplir pour être nommé médecin capitaine et à combien de périodes obligatoires serais-je tenu avant d'être rayé des cadres ? Dr X.

Réponse.

Vous *devez* avoir effectué une période de réserve, afin d'être promu à deux galons ; dès lors votre bonification d'ancienneté pour études médicales entrant en ligne de compte, vous serez très vite nommé médecin-lieutenant.

Pour être nommé capitaine, il vous faudra 6 ans de grade de lieutenant et deux périodes.

D'après l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, vous devez au maximum effectuer un total de 4 mois en fait de périodes de réserve, au cours de vos obligations militaires.

Application du Tarif Fallières.

1646. — Double ostéosynthèse

J'ai fait ces jours-ci une ostéosynthèse des deux os de la jambe droite (tibia et péroné) au titre de la loi de 1898.

Le tarif porte : ostéosynthèse des os longs des membres: 400 fr. S'agit-il du prix concernant l'ostéosynthèse des deux os ou d'un seul os ? Peut-on compter : ostéosynthèse du tibia, 400 fr. Péroné 400, soit 800 fr. ? Dr I.

Réponse.

Je ne pense pas qu'on puisse admettre que les 400 fr. sont mis pour *une* ou *deux* ou X ostéosynthèses, suivant les lésions.

Vous avez fait, dites-vous, *deux ostéosynthèses*, c'est donc deux qui vous sont dues.

Mais, en l'espèce, les *deux* ayant été faites *au cours d'une même séance* (suivant la jurisprudence établie à ce sujet en accident du travail depuis de longues années en cas de deux interventions concomitantes) on compte la première intervention au prix du tarif et la seconde avec une minoration de 50 %.

Ce serait donc, pour vos deux ostéosynthèses : 400 + 200 = 600 frs.

Dr F. DECOURT.

1681. — a) « Hémostase » pour plaie de l'auriculaire ; b) La Commission d'arbitrage

Je vous adresse ci-joint deux lettres de la Cie d'assurances qui me refuse les honoraires demandés par moi pour hémostase, etc.

Le blessé s'est coupé avec un canif qu'emploient les coupeurs à la machine pour défaire les bottes de blé. A mon arrivée la plaie saignait abondamment, le sang giclait à chaque pulsation et il m'a fallu plus d'une heure pour arriver à fixer «ce qui saignait » et le lier au catgut. L'assurance prétend que ces artères ne se lient pas et que cela n'est pas prévu au tarif Fallières. Dois-je accepter leur proposition ou m'adresser à la fameuse Commission d'arbitrage.... mais au fait, où loge-t-elle ?

Je ferai ce que vous me conseillerez de faire.

Dr S.

Réponse.

a) Il me semble difficile de compter « Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie = 40 fr. » alors qu'il s'agit d'une artériole de l'auriculaire ;

b) *La Commission d'arbitrage* est celle créée par accord entre la « Réunion des Assureurs » et notre « Confédération des Syndicats médicaux ». Si vous voulez la saisir du litige, adressez votre lettre à *Monsieur le Secrétaire de la Commission d'arbitrage en accidents du travail, 15 bis, rue Laffitte, à Paris.*

Dr F. DECOURT.

1808. — Soins donnés « en deux temps » au lieu de tous à la fois

Je voudrais vous demander quelques renseignements au sujet du tarif pour le cumul de la visite avec une intervention quelconque. Le tarif le défend, mais ne pourrais-je par exemple compter : *le matin* à 10 *h.*, 1 *visite* et *l'après-midi à* 16 *h.*, 1 *séance de massage et* 1 *pansement.* En ce moment-ci j'ai en traitement entre autres deux accidentés que je vois tous les matins : l'un d'eux a besoin de massages, l'autre de pansements quotidiens. Ne pouvant tout faire le matin, ce qui me prendrait trop de temps, je les fais venir à mon cabinet l'après-midi. Comment m'y prendre pour compter mes visites le matin et mes massages et pansements de l'après-midi ? Puis-

je compter à cause du cumul interdit : le matin à 10 h. visite, l'après-midi à 16 h. : 1 pansement ou une séance de massage ?

Il me semble qu'il n'y a pas cumul puisque chacun des actes médicaux et chirurgicaux accomplis *n'ont pas lieu à la même heure* mais à un intervalle de plusieurs heures.

Réponse.

Je ne comprends pas quelles raisons *techniques* vous empêchent de « liquider » en un seul temps ce que vous avez à faire pour un blessé.

La Cie d'assurance ne le comprendrait pas davantage et *a fortiori* des juges, si vous plaidiez, car on vous reprocherait de « tourner » ainsi l'article 13 concernant le *cumul* afin de toucher davantage... Ou alors fournissez des « raisons techniques » valables pour cette façon de faire.

Dr Fernand DECOURT.

1796. — Spécialiste le plus rapproché

Un ouvrier accidenté du travail doit choisir comme médecin celui le plus rapproché ou payer le supplément de distance. Il en est de même, me semble-t-il, en ce qui concerne le chirurgien ou le spécialiste. Mais que faut-il entendre au juste par chirurgien ou spécialiste ? Par exemple un médecin qui fait à la fois de la médecine générale et de la chirurgie ou bien de la médecine générale et une spécialité doit-il être considéré comme chirurgien ou spécialiste « le plus rapproché » (s'il y a lieu).

Dr D.

Réponse.

Le « *spécialiste* » le plus rapproché est le médecin qui est qualifié, par ses *interventions habituelles*, pour pratiquer l'intervention qui se trouvait à effectuer, en l'espèce. Par exemple : un chirurgien (qu'il fasse *aussi* de la médecine générale *ou non*) peut être qualifié comme « spécialiste » pour une opération qu'il a coutume de faire en clientèle, au vu et su de ses confrères, auquel cas, si on va chercher pour ladite opération un chirurgien plus éloigné, le patron n'est tenu à payer le déplacement que d'après la distance du domicile du confrère le plus près du domicile du malade (Voir le dernier alinéa de l'art. 2).

Application du Tarif Maginot.

1688. — La visite de contrôle n'est pas payée au médecin traitant

Depuis octobre 1930, je soigne un réformé à 100 pour 100 atteint de tuberculose pleurale avec longue fistule consécutive à deux pleurotomies. Le pus sort à flot même actuellement. Estimant que les pansements seraient nombreux, j'ai demandé le contrôle. Un confrère âgé a été désigné par la Commission. Après entente nous sommes allés voir

le réformé et j'ai fait devant lui le pansement, pansement long et compliqué avec mise en place de mèches. Il n'y a donc pas eu une visite spéciale.

Or, ce matin j'ai reçu une note de la préfecture m'informant qu'une diminution de 48 francs serait faite sur mon mémoire pour les motifs suivants :

« A déduire une visite de contrôle du malade. Les visites faites avec le médecin contrôleur ne sont pas comptées. »

Que pensez-vous de cela ? Il me paraît énorme d'être convoqué par le confrère contrôleur à une heure fixée par lui, de faire le pansement et d'être honoré ainsi. Dr D.

Réponse.

La Commission s'est basée, pour la réduction opérée sur *l'art.* 57 qui traite des visites de contrôle. On y lit, en effet, au 2e alinéa : « Le médecin traitant pourra toujours assister à l'examen du médecin contrôleur et devra être prévenu 24 heures à l'avance. Il n'aura droit, de ce fait, ni à des frais de déplacement ni au remboursement d'une visite ».

Ici, cependant, il n'y a pas eu simplement une visite de contrôle puisque vous avez donné des *soins* : pansement, dites-vous, long et compliqué avec mise en place de mèches. En ce cas, il me semblerait équitable que vous soyez payé de ces soins. Pour cela, donnez des *explications* à la Commission de contrôle sur ce que vous avez fait en la priant d'en référer si elle le désire, au médecin contrôleur qui pourra lui attester qu'il y a eu des soins donnés effectivement.

Dr F. DECOURT.

Accidents.

1940. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Voudriez-vous être assez aimable pour me dire quelle sera la rente d'un blessé du travail à 60 % d'invalidité qui gagnait annuellement de 16 à 18.000 fr. ?

Dr F.

Réponse.

En vertu de l'art. 2 de la loi sur les Accidents du travail, le salaire annuel n'entre en ligne de compte pour la totalité dans le calcul des rentes dues en cas d'incapacité permanente que jusqu'à concurrence de 8.000 francs.

La portion du salaire excédant 8.000 fr. et jusqu'à 18.500 fr. n'est retenue que pour le quart.

Enfin le salaire au delà de 18.500 fr. n'est retenu que pour le huitième.

La rente due à un blessé du travail atteint d'une incapacité permanente de 60 % et gagnant 16.000 fr. par an, est obtenue à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{8.000 + (8.000/4) \times 60}{100 \times 2} = 3.000 \text{ fr.}$$

Si le salaire était de 18,000 fr. la rente serait de :

$$\frac{8.000 + (10.000/4) \times 60}{100 \times 2} = 3.150 \text{ fr.}$$

Cinquante-troisième année   N° 18   3 Mai 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bousquet, Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Mulle, Portes Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne: Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, E. A. Maury, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Jacquet, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Delmas Armaud.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hammam-Lif (Tunisie): Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Tauzin, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot, Georges Perrin.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matten, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Segard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, A. Boutelier

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes, Roussignol

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

AVIS

Les confrères sollicités de s'installer à Trementines (Maine-et-Loire), sont invités à prendre renseignements près de l'ex-titulaire du poste.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 129. — Méd. dés. acheter : 1° voit. Talbot II CV 6 cyl. ; 2° appar. diatherm. mod. récent ; 3° vitrine mobile 1 m. × 1 m. envir.

No 130. — Très anc. client. à céder à 80 km. Paris, dans belle vallée Normandie. Pavill., eau, gaz, électr., bail en cours, loyer 1.600. — Conviendr. à jeune confr., actif. Compt. 60.000. Confr. rester. à disposit. success.

No 131. — Allevard-les-Bains (Dauphiné), à louer pour grande famille, ou 2 fam. groupées, vaste mais. dans parc boisé, 8 lits, élect. téléph., piano, garage, vue splendide. Dr Boel, propriét.

No 132. — Gr. ville Ouest. — Méd. génér. et infant., très gros produit, appartem. confort. plein centre ville. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Praticiens,** PRENEZ GARDE, EN RÉDIGEANT UN CERTIFICAT SUR PAPIER TIMBRÉ. — Un de nos lecteurs nous informe qu'il vient d'être condamné à quatre amendes de neuf francs chacune pour avoir maculé d'un trait d'encre le rebord du timbre sec des feuilles de papier timbré sur lesquelles il avait rédigé un bail. Confrères, prenez garde en rédigeant vos certificats sur papier timbré de ne pas écrire sur les timbres, ni même les tacher.

— **Abstinence et tempérance.** — Notre excellent confrère, M. le Dr Paul Dauphin, secrétaire général de la Société des médecins abstinents, nous écrit aimablement qu'il se rend compte que la discussion sur l'abstinence et la tempérance en matière d'antialcoolisme et de consommation du vin, ne saurait s'éterniser dans le *Concours médical.* Mais il nous fait savoir en même temps que les colonnes du *Bulletin de la Société des médecins abstinents*, 16, rue Jouvène, à Arles-sur-Rhône (Bouches-du-Rhône), nous sont ouvertes ainsi qu'à tout confrère qui désirerait prendre part à cette controverse. Nous remercions bien sincèrement M. le Dr Paul Dauphin. J. N.

— **Monument à la mémoire du Docteur Henry Delagénière.** — La Ville du Mans ayant décidé l'érection,

sur le territoire de la Commune, d'un monument à la mémoire du Docteur Henry Delagénière, il vient de se créer dans ce but, un Comité d'honneur, comprenant des personnalités françaises et étrangères, et un Comité local composé des amis sarthois du grand chirurgien, sous la présidence du Docteur Gabelle, adjoint au maire du Mans.

Les souscriptions sont reçues chez Madame Mercier, trésorière, 9, rue Lionel-Royer, au Mans, et au compte de chèques postaux : Comité Henry Delagénière, Hôtel de Ville, Le Mans (Sarthe) C. C. 1554.70.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** — *Banquet annuel.* — Nous rappelons que le banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 9 mai, à 7 h. 1/2 du soir dans les salons de l'hôtel Lutetia, 43, boulevard Raspail, sous la présidence de M. le Docteur Le Fur, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine.

Les Dames sont instamment priées d'assister au banquet.

Le prix est de 50 fr. (service compris). Smoking ou tenue de ville.

Le banquet sera suivi d'un bal qui durera de 22 h. 30 à 2 heures du matin (intermède artistique à 23 h.30). Les Syndiqués qui, pour une raison quelconque, n'auront pas assisté au banquet, y sont invités gracieusement avec leur famille.

Prière d'envoyer son adhésion par courrier (au plus tard le 8 mai). Le prix du banquet sera versé à l'entrée.

— **Congrès de la Fédération des chefs de clinique de France.** — La Fédération des chefs de clinique de France a tenu son Congrès annuel le 7 avril 1931, à la Faculté de médecine de Bordeaux. L'assemblée a renouvelé son vœu tendant à l'assimilation des chefs de clinique aux préparateurs des Facultés de médecine au point de vue de leur traitement.

— **Société de médecine publique et de génie sanitaire.** — Sous les auspices de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, M. le Professeur Messerli, de Lausanne, a fait le 29 avril, à l'Institut Pasteur, une conférence sur : *La protection des populations civiles contre les gaz de combat.*

— **Société de retraite des médecins du front.** — La Société mutuelle de retraite des Médecins du front, réunie en assemblée générale extraordinaire le 28 mars 1931 à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du Professeur Balthazard, a élu son Conseil d'administration, lequel a constitué ainsi le bureau : président : Professeur Balthazard ; vices-présidents : Docteurs Nogué et Sénéchal ; secrétaire général : Docteur Pasquet ; trésorier : Dr Hufnagel ; secrétaire général adjoint : Dr Lévy.

Moyennant des versements, complétés par des subventions de l'Etat, variant de 25 à 60 %, cette

société assure aux médecins munis de la carte de combattant, des retraites de 6.000 fr., après dix années de versement, ramenées à quatre ans à partir de 60 ans.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Pasquet, 42, rue de Bretagne, Paris, 6e.

— Dîner du Cinquantenaire du « Journal de Médecine de Paris ». — Le 24 mars a eu lieu dans les Salons du Cercle de la Renaissance française, le dîner du Cinquantenaire du *Journal de médecine de Paris.*

A la fin du repas, le Dr Rouèche, rédacteur en chef, retraça l'histoire du journal depuis sa fondation en 1880, par Auguste Lutaud, journaliste consommé et indépendant.

Il fut repris en 1905, par A. Nigay qui sut en 1920 réunir autour de lui un nombre important de collaborateurs distingués. Pierre Nigay reprend, à l'occasion du cinquantenaire, la succession de son père.

— Hôpitaux de Nantes. — Des concours pour deux places, l'une de médecin suppléant, l'autre de chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes, s'ouvriront à l'Hôtel-Dieu de cette ville les 15 et 22 juin 1931.

— Société d'électro-radiologie du Sud-Ouest. — La Société d'électro-radiologie du sud-ouest se réunira le dimanche 3 mai 1931, à 10 heures du matin à La Rochelle, dans le local du Syndicat des médecins, rue Chaudrier.

L'ordre du jour comportera : 1° La lecture et la discussion du rapport confié au Docteur Lachapelle sur : les radionécroses ; 2° des communications diverses.

Après la séance de travail, un déjeuner aura lieu à 13 heures au restaurant de la Pergola, sur la plage (les dames sont admises).

— La France Mutualiste (Caisse autonome de retraites. Siège social en son immeuble, 8, rue de la Douane, Paris, 10e.) — La « France Mutualiste », société de retraites des combattants, organise pour le 17 mai prochain, au Palais du Trocadéro, en matinée, une manifestation à l'occasion de l'inauguration de son nouveau Siège social.

Cette manifestation qui sera placée sous la présidence effective de M. le Président du Conseil des ministres, comprendra une partie officielle et une partie artistique qui sera diffusée par T. S. F. Elle comportera également un bal et un banquet par souscription (45 fr.).

— Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France. — *Les cures thermales pour les assurés sociaux.* — Aux demandes formulées récemment au ministère du Travail par le Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France au sujet des cures thermales pour

les assurés sociaux, il a été répondu que cette question n'avait pas encore été étudiée et ferait ultérieurement l'objet d'une discussion spéciale au Conseil supérieur des assurances sociales.

Cependant, devant l'urgence de cette question qui se pose dès maintenant pour la saison prochaine, il a semblé que la cure thermale pour les assurés sociaux pourrait recevoir provisoirement pour cette année une solution analogue aux autres traitements de spécialités et qui est d'ailleurs celle pratiquée depuis plusieurs années par les caisses d'Alsace-Lorraine.

L'assuré social pour lequel une cure thermale est indiquée, d'après l'avis de son médecin traitant (l'état du malade étant sans doute contrôlé à ce moment par le médecin de la caisse) recevra une « feuille de soins spéciaux » qu'il présentera à son arrivée dans la station au médecin thermal. Celui-ci y apposera sa signature pour justifier de la régularité de la cure et du paiement de ses honoraires qui seront réglés suivant le principe de l'entente directe, au tarif syndical minimum.

Le médecin traitant pourra choisir librement la station indiquée par le cas de son malade et adresser celui-ci au correspondant de son choix.

Il est désirable que le médecin traitant, suivant la pratique habituelle, se mette en rapport avec le médecin thermal pour l'éclairer sur le cas du malade qu'il lui adresse. Le médecin thermal, à son tour, devra à la fin de la cure rendre compte au confrère traitant des résultats obtenus par le traitement thermal, et des observations qu'il aura pu faire sur son malade.

— **VI^e Congrès international de Thalassothérapie.** — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils de prothèse, radiographie, électricité...) aura lieu pendant les journées du Congrès, à l'hôpital maritime de Berck. Pour tous renseignements concernant cette exposition, s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e]).

— **Ministère de la Marine marchande.** — *Médecins sanitaires maritimes.* — L'article 1[er] de l'arrêté du 16 octobre 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

Les jurys pour l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime sont constitués dans les villes et aux époques ci-après : Marseille (mars), Paris (juin), Bordeaux (octobre).

— **Orchestre médical.** — L'orchestre médical donnera son prochain concert, le lundi 4 Mai, à 21 heures, dans la salle du Conservatoire, avec le concours de la jeune violoniste virtuose, Janine Andrade, fille de notre confrère, et qui jouera le *Concerto de Mendelsohn.* On peut louer ses places à la salle du Conservatoire, rue du Conservatoire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 AVRIL

Médecin du centre aéronautique du Bourget.

Décret du 1er avril 1931 portant création au centre principal médical d'examen et d'études du Bourget d'un poste de médecin pratiquant la médecine générale.

Art. 1er. — Les articles 4, 5 et 7 du décret du 25 août 1922 portant création des centres médicaux d'examen et d'études au sous-secrétariat d'État de l'aéronautique et des transports aériens, modifié par les décrets des 17 décembre 1923, 13 mai 1926, 31 octobre 1927, 4 janvier 1929 et 24 septembre 1930, sont à nouveau modifiés ainsi qu'il suit :

Article 4.

....

Centre principal.

Indépendamment du médecin chef du centre principal : 4 médecins spécialistes, 1 médecin pratiquant la médecine générale, 1 opérateur radiographe mécanicien, faisant fonctions de secrétaire du centre principal.

....

Article 5.

....

Le médecin pratiquant la médecine générale est convoqué par le médecin chef du centre principal.

Article 7.

....

Allocation par séance ou par journée de présence.

....

Le médecin pratiquant la médecine générale recevra une allocation de 100 fr. par journée de présence.

....

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent auront effet à compter du 1er avril 1930.

Art. 3. — Le ministre du budget et le ministre de l'air sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

Service médical de la Marine.

Organisation des emplois de l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Décret du 27 mars 1931.

Art. 1er. — Les articles 6 et 9, titre II, du décret du 20 décembre 1930, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Article 6.

A. — *Ligne médicale.*

1° Les médecins principaux ;

2° Les médecins de 1re classe qui remplissent les conditions de services à la mer ou de services assimilés au service à la mer telles qu'elles ont été définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 et sont

compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours.

Le reste de l'article sans changement.

Article 9.

Les deux premiers alinéas sans changement.

Le 3e alinéa est remplacé par le suivant :

« 3° Les professeurs agrégés du grade de médecin principal, devront avoir satisfait dans ce grade aux conditions de service à la mer définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929, avant d'être chargés d'un enseignement ou d'être affectés à un service hospitalier ou à un laboratoire correspondant à leur spécialité. »

Le reste de l'article sans changement.

Décret du 27 *mars* 1931.

Art. 1er. — Les articles 4 et 5, titre II, du décret du 21 décembre 1930 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Article 4.

1° Les médecins principaux ;

2° Les médecins de 1re classe qui remplissent les conditions de services à la mer ou de services assimilés au service à la mer, telle qu'elles sont définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 et sont compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours.

Le reste de l'article sans changement.

Article 5 (nouvelle rédaction).

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes de tout grade sont affectés, en principe, aux services hospitaliers ou aux laboratoires.

Toutefois, quand les circonstances du service l'exigent, ils peuvent être désignés pour tout autre service à terre.

Ils continuent à figurer sur la liste de départ en campagne lointaine.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes du grade de médecin principal devront avoir satisfait, dans ce grade, aux conditions de service à la mer telles qu'elles sont définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 avant d'être affectés ou pour continuer à être affectés à un service hospitalier ou à un laboratoire.

Fait à Paris, le 27 mars 1931.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre de la marine militaire :

Charles DUMONT.

Concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes.

Arrêté du 27 *mars* 1931.

Art. 1er. — L'article 11 de l'arrêté du 23 décembre 1930 est modifié ainsi qu'il suit :

Article 11.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Pour constituer un premier cadre de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes, les mesures transitoires seront prises dès la publication du présent arrêté :

1° Les chefs ou anciens chefs des services médicaux chirurgicaux et de spécialités, du grade de médecin principal et au-dessus, etc... Le reste de l'alinéa sans changement ;

2° Les professeurs de l'école principale du service de santé de la marine et des écoles annexes ainsi que les chefs de clinique et le médecin adjoint au professeur de bactériologie de l'école d'application, deviennent assistants des hôpitaux maritimes pour la durée de leurs fonctions actuelles et sont considérés comme ayant acquis le bénéfice de l'admissibilité pour les concours de médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux auxquels ils seront autorisés à se présenter dans les conditions prévues pour les chargés de cours à l'article 4 du décret du 21 décembre 1930.

Toutefois, ils pourront être nommés sans concours par le ministre, après avis de l'inspecteur général du service de santé, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux maritimes lorsqu'ils auront accompli quatre ans d'exercice de leurs fonctions ou lorsqu'ils réuniront quatre ans de présence dans les services hospitaliers d'une même catégorie ou dans un laboratoire ;

3° Les anciens professeurs de l'école principale du service de santé et des écoles annexes ainsi que les anciens chefs de clinique et les anciens médecins, adjoints au professeur de bactériologie de l'école d'application, pourront être nommés, sans concours, par le ministre, après avis de l'inspecteur général du service de santé, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux maritimes, s'ils ont accompli au moins quatre ans d'exercice de leurs fonctions ou lorsqu'ils réuniront au moins quatre ans de présence dans les services hospitaliers d'une même catégorie (médecine, chirurgie ou spécialiste) ou dans un laboratoire.

S'ils ne remplissent pas ces conditions et s'ils sont autorisés à se présenter au concours, conformément aux dispositions de l'article 4 du décret du 21 décembre 1930, ils sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité ;

4° Sans changement.

16 AVRIL

Titres universitaires.

Un arrêté du Ministre de l'Instruction publique, en date du 9 avril 1931 a créé un diplôme d'études médicales d'éducation physique et de médecine scolaire de l'Université de Montpellier et en a réglé les conditions de scolarité.

17 avril

Service de santé de la Marine.

Instruction fixant les conditions particulières à l'établissement des notes et propositions des officiers du corps de santé, cadre actif, pour l'année 1931.

A. — OFFICIERS EN ACTIVITÉ DE SERVICE

Avancement (1)

Les dispositions générales, cinq premiers paragraphes de l'instruction du 11 mars 1931 (*Journal officiel* du 15) sont applicables dans leur ensemble aux officiers du corps de santé.

1° Conditions exigées pour pouvoir être l'objet d'une proposition d'avancement en 1931 :

Pourront seuls être proposés pour l'avancement en 1931 les officiers du corps de santé qui réuniront, au 1er janvier 1932, les conditions d'ancienneté indiquées ci-après :

Il demeure entendu toutefois que tout officier remplissant les conditions légales pourra, en cas de services remarquables, être l'objet d'un rapport spécial en vue de l'obtention d'une proposition exceptionnelle.

---

(1) Certains emplois à terre ont été assimilés au point de vue des conditions requises pour l'avancement, au service à la mer (loi du 4 mars 1929. (*Journal officiel* du 5 mars, pages 2651-2658.)

a) Médecins.

Pour le grade de médecin général de 1re classe.

(Conditions légales).

Deux ans d'ancienneté dans le grade de médecin général de 2e classe. (Art. 8 de la loi du 4 mars 1929.)

Pour le grade de médecin général de 2e classe.

(Conditions légales).

Deux ans d'ancienneté dans le grade de médecin en chef de 1re classe. (Art. 8 de la loi du 4 mars 1929.)

Pour le grade de médecin en chef de 1re classe.

Les médecins en chef de 2e classe promus avant le 1er février 1930.

Pour le grade de médecin en chef de 2e classe.

Les médecins principaux promus avant le 1er avril 1928 et ayant effectué dans leur grade une année de service à la mer.

Pour le grade de médecin principal.

Les médecins de 1re classe promus avant le 1er janvier 1927 et ayant effectué dans ce grade une année de service à la mer.

Pour le grade de médecin de 1re classe.

Il n'y aura pas lieu d'établir de proposition d'avancement en faveur des médecins de 2e classe qui réuniront trois ans de grade au 1er janvier 1932.

Voir la suite page LV-1443

PROPOS DU JOUR

A propos de la protection de l'enfance.

Nécessité d'apporter un peu de méthode et de coordination dans la réalisation des problèmes d'hygiène sociale. La Récupération de l'enfance anormale : l'Ecole du Comité national de l'Enfance anormale pour former des maîtres spécialisés pour l'éducation des enfants anormaux. — N'oublions pas les Enfants sains et normaux : l'École des Parents.

Un de nos grands défauts en France, défaut qui se manifeste plus particulièrement dans les réalisations d'hygiène sociale, est le manque de méthode et de coordination. Les médecins, les sociologues, les hommes politiques, mettent à l'ordre du jour des questions d'hygiène sociale de premier ordre. Les journaux font aussitôt une campagne qui produit immédiatement ses effets car il s'agit de lutte contre la tuberculose, la syphilis, le cancer, la protection des aveugles, des sourds muets, des cardiaques, la sauvegarde de l'enfance, le problème de la natalité, l'encouragement à l'allaitement maternel, l'éducation de l'enfance anormale, l'aide morale aux déficients, aux déchus, aux déliquents, etc., etc., etc. A ces appels les âmes généreuses s'émeuvent, des comités se forment, les souscriptions s'ouvrent, des sommes importantes se recueillent, des œuvres se créent, des journaux, des revues se publient, et les orateurs et les collaborateurs abondent. C'est une débauche de conférences et de brochures de propagande. Tout cela se fait sans ordre, sans méthode, mais non sans bruit par des gens qui, comme l'Enfer, sont pavés des meilleures intentions du monde. Quelques-uns et non des moindres n'ont pas leur *moi* absolument haïssable ; beaucoup éprouvent une réelle satisfaction à voir leur nom imprimé: M. X., aime à être Président de ceci et Mme Y., Directrice de cela. Le résultat est que beaucoup d'argent et d'efforts sont gaspillés. On a mis, par exemple, cinquante ans à organiser la lutte contre la tuberculose et pour aboutir, et à quel mince résultat ; ce n'est que lorsque l'Etat s'en est mêlé, (et alors nous savons quel en sera le prix) qu'un peu d'ordre a été mis dans la maison et un peu de coordination dans l'action.

Il est impossible de tout faire à la fois, il faut sérier les questions et résoudre chaque problème l'un après l'autre.

Grancher, esprit clair et méthodique, entreprenant la lutte contre la tuberculose, avait emprunté à Pasteur son idée directrice : « Pour sauver une race menacée par une maladie, le mieux est de préserver la graine. » Et il fonda l'*Œuvre de préservation de l'Enfance contre la tuberculose*. Au lieu de suivre la voie ouverte par Grancher, les bonnes âmes voulurent faire plus grand et mieux, attirer l'attention par une copieuse publicité autour de leurs intéressantes personnes. Il y eut tout un plan compliqué d'armement contre la tuberculose que se plut à schématiser M. le doyen Landouzy en un langage grandiloquent. Il en résulta une efflorescence de dispensaires antituberculeux de M. X. et de Mme Z. des plus variés que dirigeaient le Prof. A. ou le Dr B.

Les œuvres furent le plus souvent vaines et quelquefois nocives. L'édification de sanatoria populaires coûteux qui s'ajouta aux pseudo-dispensaires donna surtout l'illusion de la guérison à de malheureux tuberculeux, car, quelques semaines après leur sortie, il se retrouvaient dans les mêmes conditions d'existence misérables et malsaines que jadis et la phtisie qu'ils avaient cru guérie, évoluait cette fois sans rémission possible.

Quand en 1918 fut fondé à Paris l'Office public d'hygiène sociale, son premier et distingué Directeur, M. A. Guillon, reprit l'idée de Grancher et consacra tous ses efforts, si non toutes ses ressources, à la sauvegarde de l'enfance et il eut grandement raison.

***

Aujourd'hui, la grande préoccupation d'hygiène sociale est la *récupération de l'enfance anormale.* Notre ami Molinéry a, dans *la Médecine internationale illustrée* de janvier et février 1931, exposé en détail l'état de la question et avec l'enthousiasme généreux qui l'anime, son cœur compatissant plaide avec éloquence la cause de « l'Enfance déficiente ».

Là encore les Comités, les Œuvres, les Sociétés, les Ligues se sont multipliées. Aussi a-t-on éprouvé la nécessité de coordonner les efforts en créant un Comité national de l'Enfance anormale. Ce Comité s'est constitué sous la Présidence du Prof. Claude de la Faculté de Médecine de Paris et de Mme Bayard, avec le concours de M. Maurice de Fleury, de l'Académie de médecine, du Dr G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris, de M. Debray et de Mme Bernadac, spécialisés dans l'éducation des anormaux.

La première préoccupation du Comité a été d'enseigner leur métier aux maîtres qui désirent se spécialiser pour éduquer les enfants anormaux, car les maîtres qualifiés pour cela sont rares. Une école dont les professeurs sont d'une compétence reconnue, a été constituée sous la direction du Prof. Claude, du Dr M. de Fleury, des docteurs Georges Paul-Boncour, Roubinovitch, Georges Heuyer, Gilbert Robin, Fay et de M. Emile Debray.

Notre ami Molinéry compte faire bénéficier les anormaux des camps thermaux dont il poursuit la création avec la foi d'un apôtre ; il escompte pour mener tout cela à bien les crédits de l'Equipement National. Tout en faisant des vœux sincères pour le succès de ces généreuses tentatives, nous sommes plus sceptiques sur l'aide que l'on espère de l'Equipement National. Pauvre Equipement National ! avant d'être doté que de rêves n'a-t-il pas inspiré ! Que d'appétit n'a-t-il pas fait naître ! Gare aux déceptions ! !

La campagne pour la récupération de l'enfance anormale s'appuie comme toute bonne campagne sur des statistiques. Mme Pierre Bayard, présidente de l'Œuvre de l'*Aide rééducative de France pour l'Enfance déficiente*, affirme que 49.000 familles d'enfants anormaux attendent en France qu'on fasse pour elles quelque chose. Nous serions curieux de savoir sur quels documents précis est établi ce nombre de 49.000. Pourquoi pas 50.000 ? De même nous ferons quelques réserves sur les statistiques étrangères, que cite M. Debray, qui fixent à 87,5 % et 90 % les anormaux arrivant à gagner totalement ou partiellement leur vie en Suisse, en Allemagne et en Autriche.

Ce pourcentage, il est vrai, est calculé sur les élèves des Ecoles d'anormaux, élèves qui ont été vraisemblablement sérieusement sélectionnés avant d'y être admis.

Puisque nous sommes sur le chapitre des anormaux, rappelons que c'est à la France que revient le mérite de s'être la première occupée du traitement médico-pédagogique des anormaux avec Itard qui, il y a plus d'un siècle, se consacra à l'éducation du sauvage de l'Aveyron, avec Ed. Séguin, qui, après avoir jeté les bases de la méthode médico-pédagogique actuelle, fut en Amérique rechercher l'aide qui lui fit défaut en France et y obtint succès et fortune, avec notre maître Bourneville qui organisa si complètement et si méthodiquement, il y a cinquante ans environ le service des Enfants de Bicêtre et plus tard l'Institut médico-pédagogique de Vitry, où son élève, le Dr Georges Paul-Boncour, et M. Albouy, directeur pédagogique, continuent actuellement avec talent, la tâche que notre maître avait entreprise.

Rappelons encore que c'est le Dr Bourneville qui le premier réclama, il y a une cinquantaine d'années, la création de classes spéciales pour les enfants arriérés dans les Ecoles de Paris.

Nous nous souvenons alors que nous étions son collaborateur, il y a 35 à 40 ans, que chaque année, il faisait adopter par la Caisse des Ecoles du Ve arrondissement dont il était administrateur, un vœu pour la création de ces classes spéciales. A l'Etranger, le projet de Bourneville fut partout adopté et ce ne fut que ces dernières années que nous vîmes créer des classes de ce genre dans quelques arrondissements de Paris, parmi lesquels nous regrettons de ne pas voir notre cinquième arrondissement où Bourneville avait le premier émis le vœu de leur création.

Au point de vue de l'Education des anormaux, la France qui a eu toutes les initiatives, d'où sont parties toutes les idées fécondes, s'est considérablement laissé distancer. Cette constatation, trop fréquente dans plus d'une branche de notre activité nationale, ne surprendra personne, mais il est des choses qu'il est bon de rappeler toujours, ne serait-ce que pour rendre justice au mérite des pionniers et des innovateurs ?

***

Mais les anormaux ne doivent pas nous faire oublier les enfants sains et normaux. Si pour élever les anormaux, la création d'une *Ecole des Maîtres* a paru nécessaire, pour éduquer (nous ne disons pas instruire) les enfants normaux, Madame Vérine dont le nom est bien connu des lecteurs du *Concours médical*, qui jadis ont pu apprécier la collaboration de son père, le regretté Dr Courgey, Madame Vérine, secondée par Madame G. Jean Camus, a fondé l'*Ecole des Parents* (26, rue du Quatre-Septembre, à Paris).

Tous les ans, l'Ecole des Parents, dont le but est d'apprendre aux pères et mères de famille, leur tâche délicate d'éducateurs, organise un Congrès.

Celui de 1930 a été consacré à l'*adolescence* et son compte rendu a été publié en un volume de 350 pages (1). Chaque séance du Congrès a été présidée par une personnalité éminente : M. le Prof. Lereboullet, M. G. Goyau, de l'Académie française, Mlle Zanta, docteur ès lettres, M. le député Duval-Arnould, M. le Maréchal Lyautey, M. Thamin, de l'Institut, Directeur honoraire de l'Enseignement supérieur, M. Paul Gaultier, de l'Institut, Directeur de la *Revue Bleue*.

Il suffit d'énumérer les sujets des communications pour montrer tout l'intérêt qu'a présenté ce Congrès :

L'Education physique (Dr Boigey) ; L'Œuvre de la mère (Mme J. Camus), du Père (Général Borie), du Prêtre (R. P. Dassonville), du Pasteur (Pasteur Bœgner), du Rabbin (Rabbin L. Germain Lévy) ; les Ecueils du sentiment (Mme G. Jean-Camus), des Sens (Dr Monsaigeon) ; Fatigue et Surmenage (Chanoine Jeanjean) ; Cinéma et Radio (M. Bonvoisin) ; la Volonté (M. Bertier) ; le Scoutisme, école des chefs (Commandant Lhopital) ; le Scousisme et l'éducation des instincts (M. Guérin-Desjardins), les Guides de France (Mme Depeaux-Dumesnil) ; le Scoutisme et l'Amour de la Nature (M. R. Gamzon) ; l'Essor de l'Intelligence (M. P. Haury) ; les Lectures de l'Adolescence (Comtesse de Pange).

Madame Vérine a lu le rapport de clôture. Elle peut être fière du succès de son œuvre.

Est-il utile de faire ressortir les mérites de l'*Ecole des Parents*, cette simple énumération des travaux de son Congrès annuel suffit, ainsi que l'intérêt que lui portent les personnes éminentes que nous avons citées, mais ce qui nous plaît le plus chez Madame Vérine, c'est la largeur d'esprit qu'elle met dans ses écrits et dans ses œuvres.

L'*Ecole des Parents* qui est une œuvre familiale qui appartient à tous, a un Comité d'action catholique, intégralement catholique. Mme Vérine ne le cache pas, elle le proclame. Mais, ajoute-t-elle dans son rapport : « Nous avons mieux que l'esprit de pont qui implique toujours l'idée d'un énorme travail à faire en vue de rapprocher deux points de vue séparés, nous avons l'esprit de carrefour, parce que, qui dit carrefour, dit terrain solide, sans dépression, non susceptible de faire courir un risque à qui que ce soit. Au carrefour peuvent se rencontrer les gens venant de toutes les confessions, de toutes les classes et de tous les pays. L'esprit de carrefour n'est pas un esprit de tolérance, mais un esprit de bienveillance. Très joli le mot tolérance, mais il signifie trop *supporter* ceux qui ne pensent pas comme nous ; or, il ne s'agit pas de supporter des êtres de pleine bonne foi, soucieux comme nous de vivre dans la noblesse des sentiments humains ; il s'agit de les aimer comme nos frères et de leur tendre la main ; il s'agit de travailler ensemble sur les points de vérité qui nous sont communs ; de voir d'abord ce qui rapproche et non toujours ce qui divise ; et cela en respectant d'abord en chaque être la dignité de la personnalité humaine.....

« Le sectarisme, non seulement est l'indice d'un esprit étroit à œillères, mais il mine les nations plus encore que les guerres ; inévitablement, il les conduit à la mort, parce qu'il est à base de haine. »

Nous avons tenu à citer ce passage, belle profession de foi du libéralisme qui anime Mme Vérine qui, dans la même séance de son Congrès, a réussi à faire traiter le même sujet par un prêtre, par un pasteur et par un rabbin. Nos lecteurs qui savent que nous aussi au *Concours médical*, avons l'esprit de carrefour, tel que l'entend Mme Vérine, l'esprit de bienveillance, l'esprit de libéralisme, en donnant à ce mot non le sens de parti politique mais celui de respect de la liberté de chacun, nos lecteurs comprendront pourquoi nous éprouvons pour Madame Vérine et l'*Ecole des Parents*, la sympathie la plus respectueuse et la plus sincère.

J. Noir.

(1) F. Lanore, édit., 48, rue d'Assas.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU DIABÈTE INSIPIDE [1]

Par GILBERT-DREYFUS

Chef de Clinique à la Faculté.

Encore que malaisé à définir d'une façon précise et rigoureuse, le diabète insipide doit être actuellement considéré comme l'expression d'un *dysfonctionnement des centres hypophyso-tubériens régulateurs du métabolisme de l'eau.*

Physiologiquement parlant, c'est une *polyurie primaire*, la polydipsie n'étant qu'un phénomène compensateur, conséquence naturelle de la fuite rénale. Cette fuite rénale paraît elle-même conditionnée par une insuffisance des tissus à retenir l'eau, une « *hydrophobie tissulaire* » — selon l'expression que nous avons proposée avec Marcel Labbé et Violle.

Au point de vue pratique, le diagnostic de diabète insipide se pose dans des conditions très diverses et d'inégale difficulté.

* * *

Lorsque la diurèse se maintient aux abords de 3 litres par 24 heures sans jamais dépasser 5 litres, on ne soupçonnera le diabète insipide qu'après avoir éliminé les polyuries transitoires qui marquent la défervescence des maladies infectieuses, les polyuries nettement symptomatiques et toutes celles qui, longtemps confondues sous le terme générique de diabète, sont uniquement destinées à permettre l'élimination d'une quantité excessive de produits du métabolisme (Laffitte et Et. May.)

La polyurie de l'amylose et de la tuberculose rénale, de la néphrite albuminurique, du diabète sucré avec glycosurie notable, seront immédiatement rattachées à leur cause. Il n'en va plus de même si l'on se trouve en présence d'un *diabète sucré aglycosurique* ou d'un *mal de Bright sans albuminurie.*

Il faut savoir en effet que, sous l'influence d'un régime restrictif, et tandis que persiste la polyurie, la glycosurie peut manquer de façon passagère, voire durable au cours du diabète sucré. De même, un diabète sucré que vient compliquer une sclérose rénale voit sa polyurie augmenter et parfois disparaître sa glycosurie. C'est ainsi que la plupart des glycosuries intermittentes, signalées par Trousseau dans le diabète insipide, appartiennent vraisemblablement à un diabète sucré méconnu. On connaît cependant l'existence possible de glycosurie et d'une altération du métabolisme hydro-carboné dans les syndromes hypophyso-tubériens : en cas de doute sur la nature de ce trouble glyco-régulateur, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de 50 gr. de glucose sera d'un grand secours, en montrant s'il s'agit d'un diabète pancréatique vrai ou d'un paradiabétique hypophysaire.

La polyurie des brightiques, même en l'absence de toute albuminurie, s'accompagne de cylindrurie, d'hyperazotémie, ou, pour le moins, d'une élévation de la constante d'Ambard — laquelle demeure toujours normale chez le diabétique insipide. Mais les stigmates rénaux peuvent rester discrets, et nombre de polyuries à 2 /3 de litre, étiquetées essentielles sont en réalité symptomatiques d'une néphrite chronique à son début. Rappelons que, d'après Lhermitte, la diurèse des rénaux serait sensible aux injections d'extraits d'hypophyse, mais nullement à la ponction lombaire.

* * *

C'est au diabète insipide que le clinicien pense d'emblée, en présence d'une polyurie abondante (5 à 15 *litres et plus*) *et durable, si les urines émises sont de composition chimique normale*, c'est-à-dire si leurs constituantes — bien que diluées à l'extrême — s'y trouvent en quantité habituelle lorsqu'on en ramène le taux aux 24 heures.

On dépistera sans peine un diabète simulé dont les urines sont concentrées lors de l'émission, et ultérieurement diluées dans le bocal par le malade qui cherche à induire le médecin en erreur.

Les *polydipsies primaires* constituent la seule source de difficultés diagnostiques ; ce sont des maladies de la soif n'entraînant de la polyurie

(1) Les éléments de cet article sont extraits du volume nouvellement paru : GILBERT-DREYFUS : *Le Diabète Insipide*, 120 pages. Doin, éditeur. (Collection des Actualités de Médecine pratique du Dr Weissenbach).

que par contre-coup. Longtemps, elles ont été confondues avec le diabète insipide, en ce sens que celui-ci fut, depuis Lacombe, considéré lui-même comme une maladie de la soif, et tour à tour mis sur le compte d'une hyperchlorhydrie gastrique, d'excès alcooliques, d'une alimentation trop riche en sel, de la dégénérescence mentale, puis de l'hystérie. Valleix le premier tenta d'opposer, un peu arbitrairement il est vrai, deux formes de diabète insipide, selon que prédomine la soif ou l'hydrurie.

Aujourd'hui les polydipsies primaires doivent être, de l'avis général, distinguées du diabète insipide. Dans leur groupe, on fait entrer :

La polyurie des alcooliques, qui semble rare, car l'alcoolisme chronique tendrait plutôt à réduire les éliminations rénales ;

La *polyurie pithiatique*, également exceptionnelle, si l'on réserve le terme de pithiatiques aux cas qui guérissent par la suggestion, mais qui pourrait parfois prêter à confusion avec certains diabètes traumatiques ;

La *potomanie* d'Achard et L. Ramond, polydipsie par idée fixe, par névrose de la soif que caractérisent d'importantes variations spontanées de la courbe urinaire, l'absence de signes de déshydratation, l'existence de troubles mentaux accusés ;

Certaines polydipsies dites des dégénérés, certaines polyuries hérédo-familiales, qui débutent chez le nourrisson, n'altèrent pas l'état général, et sur la signification desquelles nous sommes imparfaitement renseignés ;

La *dipsomanie*, ou accès intermittents de soif paroxystique, s'adressant de préférence au vin, et se présentant soit comme le phénomène précurseur d'une crise épileptique, soit comme un équivalent comitial.

Enfin, des états mal classés intermédiaires entre la dipsomanie et la potomanie, et dont R. Boulin et L. Justin-Besançon ont récemment rapporté un exemple.

***

Les diabètes *azoturique* et *phosphaturique* ne semblent pas constituer des affections autonomes ; ce seraient ou bien des diabètes vrais, ou bien des polydipsies primaires, modifiées par un facteur alimentaire ou métabolique accessoire.

Seules, en définitive, la potomanie et les névroses de la soif simulent parfois d'assez près le diabète insipide pour nécessiter une discussion diagnostique serrée. Il n'existe malheureusement aucun test biologique valable qui permette d'affirmer l'existence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement des centres hypophyso-tubériens.

1° On commencera par instituer l'*Epreuve de la Soif*. Chez le diabétique, la privation temporaire (4 ou 5 heures durant) de boissons détermine toute une série de troubles : malaise intense, frissons, fièvre, dyspnée, céphalée, nausées et vomissements ..., et surtout, fait capital, *ne réduit pas sensiblement la diurèse*, qui se maintient à un niveau à peu près uniforme. Si l'épreuve est négative, c'est-à-dire si la privation de boissons entraîne de l'oligurie, il ne s'agit certainement pas d'un diabète insipide. Mais si, inversement, la polyurie persiste, on ne peut rejeter à coup sûr le diagnostic de potomanie, car une polyurie secondaire — artificiellement provoquée par l'administration massive d'eau — se prolonge quelquefois au delà du moment où les apports liquides sont supprimés.

2° L'épreuve de l'*injection sous-cutanée d'extrait posthypophysaire* n'est pas non plus absolument spécifique du diabète insipide, puisque, chez le sujet sain lui-même, elle entraîne généralement une certaine réduction de la diurèse. Néanmoins, quand on voit 1cc. de pituitrine abaisser la polyurie dans des proportions considérables, par exemple de 8-10 litres à 2-2 litres 1/2, il y a les plus fortes chances pour qu'il s'agisse d'un diabète insipide véritable.

3° Si l'injection d'hypophyse s'est montrée active, on pourra tenter d'injecter le lendemain, au lieu d'extrait pituitaire, 1 cc. *d'eau distillée* : en cas de polyurie névrosique, il n'est pas exceptionnel que le subterfuge réussisse et que l'eau distillée se montre douée d'un pouvoir uro-freinateur inattendu. S'agit-il au contraire d'un diabète insipide, la diurèse remonte aussitôt à son niveau antérieur.

4° Enfin, on ne manquera pas de pratiquer un *examen neurologique, endocrinien et somatique minutieux*. L'existence d'un terrain névropathique, d'un psychisme un peu particulier, d'anomalies dans le développement intellectuel et affectif — surtout s'il s'agit d'un enfant — orientent vers la probabilité d'une potomanie. La découverte, à la lueur de la radiographie et de la ponction lombaire, d'une tumeur hypophysaire ou infundibulaire, d'une syphilis de la base, l'association de séquelles encéphalitiques, de signes d'hypertension intracranienne, d'hémianopsie, d'un syndrome adiposo-génital.... permettent d'affirmer le diabète insipide. Mais il faut savoir que trois fois sur cinq, le diabète insipide le plus authentique évolue de manière absolument isolée, sans aucun trouble concomitant.

On voit donc que le diagnostic de diabète insipide, tantôt presque évident, est tantôt fort délicat, et qu'il ne pourra pas toujours être posé lors d'un premier examen. On devra alors suivre le malade, noter régulièrement les variations de son poids et de sa diurèse, l'effet des différentes médications instituées, et il est bien rare qu'alors, après quelques jours d'observation, l'on n'aboutisse pas à une conclusion définitive.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'injection anté-opératoire de Pantopon

M. J.-P. Tourneux.

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Quoique né d'hier, grâce à ses nombreuses propriétés qui rendent ses applications multiples, le Pantopon a déjà acquis en thérapeutique une place des plus importantes.

L'opium, dont il contient tous les alcaloïdes, constitue assurément un médicament vieux comme le monde et qui n'a plus besoin de faire ses preuves, mais le Pantopon a cependant sur lui deux avantages considérables ; sa composition constante et son dosage rigoureux.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'une application chirurgicale particulière du Pantopon, à savoir son emploi comme adjuvant des méthodes anesthésiques usitées dans notre service. Toutefois, avant de vous montrer les bons effets qu'il nous a été donné de retirer de cette pratique, il me semble utile de vous rappeler quelques notions thérapeutiques, vous renvoyant pour des renseignements plus complets aux nombreuses études parues à ce sujet et notamment au travail de Bardet et Gy. (*Bulletin de Thérapeutique*, 1911).

Vous savez que l'on peut diviser les composants de l'opium en deux grands groupes ; le groupe hypnagogue comprenant comme alcaloïdes principaux la morphine, la codéine, la narcéine, et le groupe excitant avec la narcotine, la papavérine et la thébaïne. En dehors de ces six corps principaux, on trouve encore quatorze autres alcaloïdes, mais dont la valeur thérapeutique, au moins prise isolément, est beaucoup moins importante.

Le grand défaut que présentent toutes les préparations opiacées usitées couramment, c'est que leur composition varie avec le dissolvant employé et que l'on ne peut pas obtenir ainsi la totalité des principes actifs contenus dans l'opium brut : cela se voit par exemple pour l'extrait thébaïque qui ne contient que les alcaloïdes solubles dans l'eau. C'est pourquoi, différents auteurs se sont efforcés de trouver un produit bien défini, capable de réunir toutes les propriétés de l'opium.

Déjà en 1888, Duquesnel, en essayant de retrouver la narcéine, avait abouti à la découverte des alcaloïdes miconarcéiques, c'est-à-dire d'un composé complexe contenant la narcéine et les bases hypnagogues, mais dont était exclue la morphine : ainsi se rapprochait-il de la préparation de l'opium total.

Shaerges et Sahli, de Berne, réalisèrent en 1909, cet opium total sous forme d'une substance injectable réunissant tous les alcaloïdes de la drogue, et lui donnèrent le nom de Pantopon.

Ce Pantopon, que l'on obtient en mettant l'opium digérer avec de l'acide chlorhydrique dilué, puis en séparant l'extrait acide qui est neutralisé par un carbonate alcalin, est un chlorhydrate baséique complexe, mélange salin de bases qui peuvent être considérées comme pures si on les envisage séparément.

D'après Bardet et Gy, sa constitution serait la suivante :

1° *Hypnagogues* :

Morphine	52
Codéine	2
Narcéine	1,2
Total	55,2

2° *Excitants* :

Narcotine	20
Papavérine	2.5
Thébaïne	1
Total	23.5

Le Pantopon se présente sous la forme d'une poudre gris clair, soluble dans l'eau, surtout en présence d'un peu de glycérine. Sa solution est légèrement acide au tournesol : elle peut être chauffée jusqu'à l'ébullition, c'est-à-dire stérilisée sans altération, propriété indispensable, vous le comprenez aisément, à un produit qui est destiné à être injecté.

L'idée dominante des recherches de Sahli fut de respecter les principes actifs totaux de la drogue végétale, afin d'arriver à un produit bien défini dont la composition fut et demeura constante. C'est que, en effet, l'opium a une action des plus complexes ; soporifique en influençant le cerveau, analgésique en modifiant la sensibilité nerveuse, excitant pour les réactions glandulaires, tonique et stimulant pour le cœur.

Chacun des différents composants de l'opium possède une efficacité moindre que l'opium total, aussi ce dernier possède-t-il une action analgésique beaucoup plus considérable que la morphine : les alcaloïdes analgésiques s'ajoutant les uns aux autres, cette association arrive à produire des actions dont la somme est plus importante que le to-

tal des pouvoirs de chacun des corps pris à part. De là découle la supériorité du Pantopon sur les extraits ou sur les composants de l'opium.

De toutes les diverses propriétés que présente l'opium total, je ne retiendrai que celles qui jouent un rôle dans l'anesthésie et qui comprennent, l'action vis-à-vis des spasmes musculaires, l'action toni-cardiaque extrêmement importante dans le cas de shock, l'action soporifique, l'action analgésique.

Dès avril 1911, Brustlein, au quarantième congrès de la société allemande de chirurgie, signalait les excellents résultats qu'il avait obtenus en se servant du Pantopon pour la narcose. Quarante minutes avant l'opération, il injecte 4 centigrammes de Pantopon, plus 4 décimilligrammes de scopolamine, puis il fait l'incision sous anesthésie locale : il recommande en cas d'insuffisance de la narcose d'avoir recours à l'éther et non au chloroforme. Il conclut en disant que l'anesthésie au Pantopon-scopolamine se substituera à la morphine-scopolamine à cause des produits excito-respirateurs contenus dans le Pantopon : il n'a observé ni vomissements, ni constipation à la suite de cette anesthésie.

A signaler que dans le même congrès, Pfeil-Schneider (de Schönebeck) signalait un cas de mort due à l'anesthésie chloroformique après injection de Pantopon-scopolamine.

Depuis lors, l'injection anté-opératoire de Pantopon a été employée par de très nombreux auteurs, notamment en France par Leriche (de Lyon), de Rouville (de Montpellier) et Maurice Boureau (de Paris).

Leriche (*Lyon chirurgical*, 1911) se sert de la méthode de Brustlein, mais après l'avoir modifiée à cause des inconvénients que peut occasionner la scopolamine. Il injecte une demi-heure avant l'opération 3 centigrammes de Pantopon, puis il fait faire une anesthésie ordinaire, locale ou générale suivant les cas. Il a pu alors observer que la narcose était obtenue plus rapidement et avec une quantité d'anesthésique bien moindre que dans l'anesthésie ordinaire.

De Rouville (La *Gynécologie*, 1912) injecte également une demi-heure avant l'intervention 2 centigrammes de Pantopon, puis il fait l'anesthésie générale à l'éther donné goutte à goutte, l'éthertropfnarkose des auteurs allemands. Il a lui aussi observé une diminution de la sécrétion bronchique et une augmentation de l'amplitude respiratoire : pour lui, une des propriétés les plus importantes du Pantopon serait de favoriser la circulation pulmonaire, c'est-à-dire l'hématose.

Maurice Boureau (Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpétrière, 1927), qu'il s'agisse d'anesthésie au chloroforme ou d'anesthésie à l'éther, a également recourt à l'injection sous-cutanée, faite une demi-heure ou trois quarts d'heure avant l'opération, de deux centigrammes de Pantopon.

Dans la narcose chloroformique, cette injection a l'avantage, dit-il, de donner une demi-somnolence, de supprimer l'agitation chez les nerveux, la peur chez les pusillanimes : les malades les plus effrayés à l'idée d'être endormis demeurent calmes et dociles. Le Pantopon rend plus rapide l'anesthésie et diminue la quantité nécessaire pour arriver à la résolution musculaire ; il jouit encore d'une influence heureuse sur le tonus cardiaque et provoque une augmentation de l'amplitude respiratoire.

Dans l'emploi de l'éther, le Pantopon, grâce à ses propriétés vaso-constrictives lutterait avec succès contre l'action vaso-dilatatrice de l'anesthésique en supprimant l'hypersécrétion des glandes salivaires et en rendant la respiration aussi calme qu'avec tout autre agent de narcose.

En ce qui me concerne, j'emploie d'une façon presque systématique, et cela, depuis 1913, l'injection anté-opératoire de Pantopon et j'ai pu réunir ainsi plusieurs miliers d'observations.

L'injection habituelle est d'une ampoule contenant deux centigrammes de Pantopon : elle est tantôt sous-cutanée, tantôt intra-musculaire, et cela de cinq à cinquante minutes avant l'intervention. Les malades subissent ensuite l'anesthésie générale soit au chloroforme à la compresse, ce qui est l'exception, soit et surtout à l'éther qui a été donné successivement suivant les époques, avec le masque de Julliard, au goutte à goutte sur une compresse, ou avec l'appareil d'Ombrédanne.

Les résultats obtenus ont été d'une façon générale des plus satisfaisants : il faut reconnaître cependant qu'ils ont varié avec le laps de temps qui a séparé l'injection du début de l'anesthésie et aussi avec l'anesthésique employé.

Bien que certains auteurs aient prétendu qu'il suffisait de cinq minutes pour que la solution puisse passer dans le torrent circulatoire et soit par suite capable d'agir sur l'organisme, je dois reconnaître que je n'ai obtenu d'effets vraiment satisfaisants que lorsque l'injection avait été pratiquée au moins un quart d'heure avant l'anesthésie, et il me semble également que les résultats sont à leur maximum lorsque l'injection la précède de quarante à cinquante minutes.

Ces résultats concordent, comme vous le voyez, avec ceux de Leriche, de de Rouville, de Boureau ainsi qu'avec ceux de Graefenberg : d'après cet auteur, le temps qui s'écoule, après injection de Pantopon, entre le début de l'anesthésie et la perte du réflexe cornéen n'est que de cinq minutes, tandis qu'avec la scopolamine morphine il est de quatorze minutes.

Lorsque l'anesthésique employé a été le chloroforme, les résultats ont été assez inconstants : dans un certain nombre de cas, il est vrai, la pé-

riode d'excitation a été diminuée comme durée ainsi que comme intensité, mais il m'est arrivé dans pas mal d'autres, d'avoir à enregistrer des échecs complets avec cet anesthésique. Il ne m'a jamais cependant été donné d'observer d'accident grave analogue à celui rapporté par Pfeil-Schneider et dans lequel sans doute la scopolamine doit être incriminée.

Avec l'éther, la méthode m'a presque toujours donné des résultats excellents. Au début, vers 1913, lorsque cet anesthésique était encore administré avec le masque de Julliard, la période initiale d'angoisse, cette sensation d'étouffement qu'ont habituellement les malades, et qui est si pénible pour eux, était considérablement diminuée : la période d'excitation était très réduite et la résolution musculaire obtenue très rapidement.

La respiration était calme et profonde, le pouls ample, fort, régulier, bien frappé. La dose d'anesthésique était considérablement diminuée et parfois les deux doses massives initiales de vingt-cinq grammes ont pu suffire pour une opération de courte durée.

Mais c'est surtout avec l'éther donné goutte à goutte soit avec la compresse soit avec l'appareil d'Ombrédanne, que l'injection anté-opératoire de Pantopon m'a procuré les meilleurs résultats. La période d'excitation se trouvait diminuée d'une telle façon, que la plupart du temps on pouvait la considérer comme totalement supprimée : l'anesthésie complète était obtenue au bout de cinq à dix minutes et il m'est même arrivé d'obtenir chez certains sujets, une anesthésie complète en trois minutes et cela sans aucune secousse musculaire, sans que le malade cherche à se défendre d'aucune sorte.

Dans ces derniers cas, la quantité d'anesthésique employé a pu être réduite de façon très notable, car il a suffi d'environ trente grammes d'éther pour obtenir une anesthésie complète pendant une demi-heure.

En outre, et c'est ce qui constitue un avantage très appréciable de cette dernière méthode, c'est que les opérés, une fois ramenés dans leur lit, se réveillent très facilement, rapidement et sans souffrances. Je n'ai jamais eu à noter d'accidents sérieux, tout au plus m'a-t-il été donné d'observer dans un certain nombre de cas une légère paresse vésicale, mais purement transitoire.

J'ai également cherché à combiner, mais pas de façon systématique le Pantopon avec l'anesthésie locale, l'anesthésique employé étant une solution de stovaïne ou de novocaïne à 1 p. 100. Les résultats obtenus ont également été très satisfaisants : la perte de la sensibilité s'est manifestée beaucoup plus rapidement et de façon plus complète que d'ordinaire.

Cette action bienfaisante du Pantopon en injection anté-opératoire est peut-être due à ce fait, bien mis en lumière par Bürgi que la cellule nerveuse possède pour chaque substance douée d'une action pharmacologique un récepteur spécifique qui, après sa saturation, n'est généralement plus capable de prendre une plus grande quantité de la même substance. Ce récepteur a besoin d'un certain rétablissement pendant lequel la cellule se désintoxique, et c'est seulement après un certains laps de temps que la même substance introduite de nouveau trouve à s'attaquer au même récepteur. Comme la cellule possède de nombreux complexes récepteurs qui sont destinés aux substances les plus diverses, le groupe des récepteurs peut être complètement épuisé par un constituant, alors que tous les récepteurs sont encore capables de prendre une deuxième substance différente.

C'est ainsi, me semble-t-il, que l'action anesthésique du Pantopon arrive très heureusement à pouvoir se combiner à celles des autres anesthésiques pour la renforcer.

De ce rapide exposé où j'ai envisagé les différentes actions de ce médicament, je crois qu'il est permis de conclure que grâce à ses multiples propriétés, action antispasmodique, influence sur le tonus cardiaque, action analgésique et anesthésique, action sur les sécrétions bronchiques, le Pantopon s'est classé comme un adjuvant des plus utiles pour le chirurgien .

LA THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Les hémorragies tardives des suites de couches ne résultent pas toujours d'une rétention cotylédonaire ; dans la moitié des cas, elles sont dues à l'infection.

D'après le docteur A. GROSSE (1).

Récemment encore, on regardait les hémorragies tardives des suites de couches comme liées à la rétention placentaire ; les phénomènes infectieux concomitants ne résultaient que de celle-ci, ou bien de manœuvres obstétricales, de la délivrance artificielle en particulier.

Mais il a été démontré ensuite, par le Prof. Couvelaire notamment, que l'infection pouvait aussi jouer un rôle pathogénique.

Balard et Eparvier admettent, tant d'après leurs observations personnelles que d'après leurs recherches bibliographiques, que ces hémorragies se divisent à peu près par moitié en hémorragies par rétention, et en hémorragies par infection pure.

Fait important à noter, elles constituent une complication relativement fréquente (2 p. 100 des cas environ), qui entraîne une mortalité de 20 à 25 %.

Comment distinguer cliniquement ces deux variétés ?

Aucun signe particulier, aucun ensemble symptomatique, à part le toucher intra-utérin, ne permet de les différencier. La fièvre, la sub-involution utérine avec utérus mou, gros, douloureux, col entr'ouvert, s'observent dans les deux cas ; il en est de même pour le moment de leur apparition, l'abondance, la répétition des hémorragies.

Cependant, les hémorragies par rétention sont plus fréquemment précédées de délivrance artificielle ; elles sont souvent un peu plus tardives, avec un maximum de fréquence du 12e au 15e jour.

L'existence, ou non, d'une rétention cotylédonaire étant d'une importance primordiale au point de vue de la conduite à tenir, il faut de toute nécessité recourir à l'exploration intra-utérine, si l'examen du délivre lui-même ne peut fixer sur ce point.

Malgré les opinions contraires, celle-ci sera sans danger, (pas de coup de fouet à l'infection), si elle est pratiquée avec douceur et avec les précautions d'asepsie. Les quelques inconvénients, qu'elle pourrait présenter, seraient d'ailleurs négligeables en comparaison de l'importance des renseignements, qu'elle peut fournir.

(1) A. GROSSE. — Conduite à tenir dans les hémorragies tardives des suites de couches. (*Gazette médicale de Nantes*, 1er janvier 1931.)

Conduite à tenir.

En voici les *directives actuelles*, basées sur de nombreuses et longues observations cliniques ; elles montreront, sans répondre à un schéma impossible, qu'il ne faut pas toujours recourir à l'hystérectomie, laquelle ne convient qu'aux cas graves, et dont l'emploi systématique aboutirait à la suppression d'utérus, qu'une thérapeutique intra-utérine, plus modérée dans son action, aurait pu conserver : dans bien des cas, il est bon de rester fidèle aux anciennes méthodes du curage ou du curetage utérin.

PREMIER CAS. — *Hémorragies avec rétention de cotylédon sans fièvre*, ou avec fièvre peu élevée, *bon état général*, pouls satisfaisant, utérus de consistance normale : pratiquer le *curage digital* ou le *curetage* instrumental, qui donnera le plus souvent un résultat excellent et rapide ;

DEUXIÈME CAS. — *Hémorragies avec rétention*, mais aussi *avec fièvre élevée, lochies purulentes*. S'*abstenir du curetage*, ou du tamponnement, qui faciliterait la résorption des produits toxiques et qui donnerait un coup de fouet à l'infection et pourrait provoquer un désastre. On peut essayer le curage digital, qui sera le plus souvent le complément de l'exploration intra-utérine, *mais* à la condition de le pratiquer avec douceur et prudence, en évitant toute action brutale, qui aurait pour effet d'extirper de force un cotylédon adhérent. Se contenter de cueillir par un curage très doux un cotylédon en voie d'expulsion, ou qui se détache, sous une légère pression du doigt.

Si l'hémorragie se reproduit, et si la réaction thermique persiste, si les frissons ne cèdent pas dans les 24 heures, surtout si l'état général devient inquiétant, l'*hystérectomie* s'impose après 36 heures, 48 heures d'attente au maximum ; encore ce délai pourra-t-il être raccourci en cas d'accidents graves précoces.

D'ailleurs, *quand l'état général du sujet est mauvais d'emblée*, l'auteur rejette toute demi-mesure ; il faut *ou* pratiquer d'emblée une hystérectomie, *ou* faire un traitement médical (glace, injections vaginales, septicémie, abcès de fixation, etc.), et s'abstenir de toute thérapeutique chirurgicale intra-utérine.

TROISIÈME CAS. — *Hémorragie infectieuse sans rétention*. Pas de *curetage*, qui est inutile et dan-

gereux. Pas de demi-mesure. *Traitement médical ou*, si la situation est, ou devient grave, traitement radical par hystérectomie.

Remarques. — Bien des fois, « la situation peut être indécise, et l'accoucheur hésitera entre une hystérectomie, qui peut être inutile et la crainte de laisser passer l'heure, où elle aurait pu sauver la malade. Ces cas douteux sont l'angoisse du chirurgien, qui devra *s'inspirer des circonstances, tenir compte de la résistance du sujet, de son état général,* etc., qui pourront faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre. »

« L'aggravation rapide, le fléchissement de l'état général, l'échec du traitement médical peuvent entraîner une décision radicale et l'hystérectomie, comme dans d'autres cas la faiblesse du sujet et son trop mauvais état général peuvent faire repousser l'hystérectomie que le malade ne supporterait pas. »

G. F.

Faits cliniques

UN CAS DE TUBERCULOSE AIGUE DE L'ENFANCE GUÉRIE PAR LE SÉRUM DU PROFESSEUR JOUSSET

L'observation que j'ai l'honneur de rapporter ci-dessous n'a d'autre prétention, ni d'autre but, que de contribuer, pour une modeste part, à la propagation d'une méthode thérapeutique, qui, malgré son ancienneté et sa valeur, n'occupe pas, dans l'arsenal du praticien, la place qu'elle mérite. Elle vient simplement prendre la suite des nombreuses observations du Professeur agrégé Jousset, de ses collaborateurs, et des médecins qui l'ont employée avec succès, comme le Dr Jean Longchampt, de Toulon, qui, dans un article très intéressant du *Concours Médical* du 15 février 1931, en a publié plusieurs.

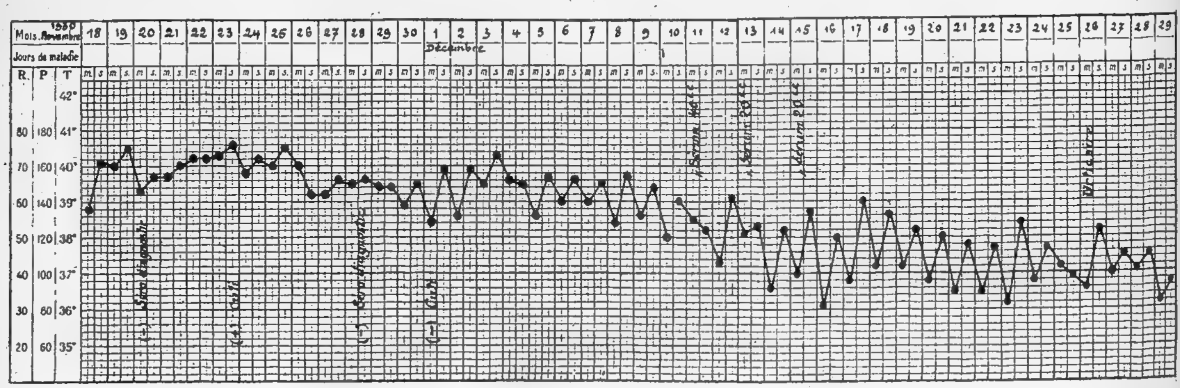
Je suis appelé le 8 novembre 1930, pour voir l'enfant Georges G..., âgé de 6 ans, qui depuis quelques jours est atteint de fièvre. Cet enfant est l'aîné d'une famille indigente, composé du père, de la mère, et de quatre enfants.

Le père, journalier, est tuberculeux bacillifère. La mère a fait plusieurs crises de pyélonéphrite à coli-bacille ; entre les crises sa santé est bonne. Les trois autres enfants ont eu diverses maladies : rougeole, grippe, coqueluche. Ils réagissent tous les trois fortement à la cuti-réaction. Toute cette famille vit dans deux pièces, sans le moindre souci d'hygiène.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation a lui aussi payé son tribut aux maladies de l'enfance, coqueluche, rougeole, avec complication d'otite, dont il lui reste une diminution marquée de l'audition. Depuis quelque temps, deux ou trois semaines, me dit sa mère, il avait moins d'entrain et avait perdu l'appétit ; puis la fièvre était apparue et l'on m'appelle vers le troisième jour de cet état fébrile, le 8 nov. 1930. Le thermomètre marque 39° au rectum, et, à part un peu de rougeur de la gorge, je ne trouve aucun symptôme à l'examen des divers organes.

Les jours suivants la température se maintient élevée, de 39° le matin à 40° le soir. L'enfant ne tousse pas ; rien à l'auscultation. Mais il a eu quelques vomissements ; le ventre se météorise ; la diarrhée apparaît et va devenir intense au huitième jour. Epistaxis. J'envisage la possibilité d'une infection éberthienne, mais il n'y a pas d'hépatomégalie, pas de splénomégalie, la langue est humide, le pouls rapide (100 puls. et au-dessus), et l'enfant n'est pas abattu. Etant donné le milieu, je pense aussi à un processus tuberculeux.

J'attends le 20 novembre, douzième jour environ de la maladie, pour faire un séro-diagnostic : celui-ci est négatif, au bacille typhique et aux



para-typhiques. Le 23 nov. je pratique une cuti-réaction à la tuberculine ; elle est positive moyenne. D'autre part la maladie évolue sans symptômes nouveaux ; pas de toux, rien à l'auscultation. Le ballonnement du ventre est très marqué, mais il y a aucune modification de volume du foie, ni de la rate ; pas de taches rosées. La diarrhée continue, et va durer encore huit jours. Entre temps , à cause de l'infection colibacillaire de la mère, je faisais à l'enfant du vaccin colitique.

La température se maintient élevée, mais assez irrégulière. Le pouls est à 120. Malgré l'hypothèse plausible de tuberculose, en raison de l'état de l'intestin, je maintiens l'enfant à la diète liquide, infusions, bouillon maigre, un peu de lait coupé. Naturellement il maigrit beaucoup.

Le 28 novembre, deuxième séro-diagnostic, de nouveau négatif à l'Eberth et aux para-typhiques. A ce moment-là, la diarrhée, qui avait diminué, cesse ; mais l'enfant commence à tousser ; je n'entends rien à l'auscultation, d'ailleurs très difficile à pratiquer, car l'enfant, grognon, crie dès qu'on le touche. Je l'alimente un peu plus, davantage de lait, des bouillies, tapioca... Néanmoins l'amaigrissement fait des progrès considérables.

Le 1er décembre deuxième cuti-réaction : résultat négatif. La fièvre se maintient entre 39° et 39°5 ; le pouls au-dessus de 120. L'enfant est squelettique, très pâle. Il tousse maintenant beaucoup et j'entends des râles dans la région du hile droit, qui me semble submate. A ce moment, je ne peux cacher aux parents que le diagnostic de tuberculose aiguë, que je leur avais laissé entrevoir, est évident ; que l'évolution va être rapide et l'issue fatale à brève échéance. Pour un diagnostic certain, j'aurais voulu une radiographie que les circonstances ne permettaient pas de faire ; néanmoins malgré l'état de faiblesse extrême de l'enfant, je leur conseille de le transporter au Dispensaire antituberculeux d'Angers pour examen radioscopique.

Le 9 décembre, cet examen est pratiqué par le Docteur Amsler, directeur du dispensaire, qui veut bien m'envoyer la note suivante : « Tuberculose bi-latérale ; très volumineuse réaction congestive autour du hile droit, diffusant dans tout le parenchyme pulmonaire ; réaction plus modérée du hile gauche ; pronostic très défavorable ».

Nantis de ce triste bilan, les parents ramènent leur enfant. Que faire maintenant ? ... Je leur dis qu'il n'existe qu'un seul traitement qui puisse sauver leur enfant : c'est le sérum antituberculeux du Professeur Jousset. Je les préviens qu'il n'est pas absolument sûr que ce traitement puisse le guérir ; qu'il peut lui occasionner de grosses réactions ; mais que c'est la seule chance à tenter. Ils acceptent. Avant de le mettre en œuvre, je demande encore l'avis au promoteur même de la méthode. J'étais en effet mal impressionné par le peu d'intensité, et même la nullité à la deuxième épreuve de la cuti-réaction, par la température un peu irrégulière, enfin par l'extrême dépérissement de l'enfant. Avec son amabilité coutumière, dont j'avais eu précédemment d'autres exemples, et dont je lui exprime ici ma sincère gratitude, le Professeur Jousset me répondit aussitôt : « n'hésitez pas, injectez le sérum ».

Voici donc la situation le 11 décembre : enfant décharné, la peau et les os littéralement : la température la veille au soir est encore à 39°. Suivant la technique du Professeur, j'injecte à la face externe d'une cuisse 40 cc de sérum. Pansement humide sur la région. Prescription d'une potion au chlorure de calcium (que l'enfant refusera de prendre) ; et c'est tout.

Le 12 décembre au matin, le thermomètre marque 37°3 dans le rectum, ce qui ne s'était jamais produit depuis un mois. Le soir il remonte à 39°1.

Le 13 décembre, j'injecte 20 cc. de sérum, à la face externe de l'autre cuisse ; et le lendemain matin la température tombe à 36°6 ; le soir elle remonte à 38°2 seulement.

Enfin le 15 décembre, je fais une troisième injection de 20 cc de sérum, et le 16 le thermomètre marque 36°1.

Et en dehors de cette chute impressionnante de la température, qu'avons-nous constaté ? L'enfant qui était grognon, agité, ne dormant pas, anorexique, est maintenant calme, il dort et demande à manger. Il tousse moins. Ce changement brusque et complet de l'état général est frappant. Les parents et l'entourage n'en reviennent pas ! c'est une véritable résurrection.

Les jours suivants la température vespérale fait encore quelques ascensions, de moins en moins fortes, et à partir du 20 décembre reste définitivement au-dessous de 38°. Puis nous attendons les réactions sériques escomptées, lesquelles, à ma grande surprise, se sont bornées à une urticaire fugace, le 15e jour, avec seulement 38°2 de température.

A partir de ce moment la température se stabilise au-dessous de 37° ; l'enfant engraisse à vue d'œil ; il est maintenant potelé et dévore tout ce qu'on lui donne. Au bout de 15 jours, il se lève et rapidement reprend sa vie normale.

Depuis je l'ai revu plusieurs fois, il a toutes les apparences d'une santé parfaite. Certes il n'est pas guéri de la tuberculose, mais l'orage, (et quel orage !) est passé. Et ce résultat est dû uniquement au sérum de Jousset. Dernièrement un nouvel examen radioscopique a été fait ; il indique encore « réaction autour du hile droit, plus modérée à gauche ». L'enfant ne tousse pas. Il attend son placement en sanatorium.

Point n'est besoin de commenter cette obser-

vation, qui est banale pour ceux qui suivent les travaux du Professeur Jousset et de ses élèves. Mon rôle de modeste praticien se borne à exposer ce que j'ai obtenu en appliquant sa méthode et à encourager mes confrères à l'expérimenter.

Beaulieu, le 22 février 1931. Dr Arin.

LES MALADIES DES COLONIAUX OBSERVÉES A VICHY

(*Communication faite au Congrès international d'hydrologie de Lisbonne*, 15-17 *octobre* 1930).

par M. Humbert Boucher.

Ancien directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive,
Professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble,
Médecin consultant à Vichy.

Le sujet éveille par son titre des notions connues. Aucun cependant ne montre mieux la complexité de la médecine thermale, vrai type de médecine générale, nécessitant des connaissances très variées et une expérience clinique déjà ancienne.

C'est à juste titre que la station de Vichy a été qualifiée de « port de salut des coloniaux ». Y suivre une cure thermale, au cours d'un congé en France, représente indubitablement un élément de durée dans la carrière coloniale, quelle que soit la profession occupée. S'il est une existence active et complexe, dans laquelle la santé importe, c'est indubitablement la carrière coloniale, Le personnel s'y rénove vite, et conséquemment les habitudes, si chères à la vie métropolitaine, jouent un rôle moindre. Enfin, les situations trop souvent médiocres et nullement en rapport avec leurs qualités d'action offertes en France aux coloniaux non fortunés, leur font un devoir de se maintenir le corps et le cerveau actifs. Ces qualités ne représentent-elles pas un véritable acquis financier et social !

Les coloniaux constituent en outre un matériel d'observation clinique très apparente. Au début et à la fin de la saison thermale de Vichy, lorsque la foule est peu dense dans le vieux parc, on peut facilement reconnaître les paludéens anémiques au teint terreux, les vieux diarrhéiques amaigris et déshydratés, les hépatiques au teint jaunâtre, les dysentériques aux traits tirés. L'on suit facilement, au cours des promenades, leur retour rapide à la santé. Les conversations facilement liées dans la ville d'eaux, permettent encore à l'observateur non averti de constater en même temps la transformation morale de nos coloniaux.

Nous n'observons pas à Vichy les périodes aiguës des maladies, qui sont une contre-indication à la cure thermale. Les conseils médicaux, les nécessités du voyage à la station, nous font assister aux séquelles des maladies aiguës ou aux périodes d'euphorie des maladies chroniques. Aussi une statistique des maladies des coloniaux observées à Vichy, n'est pas du tout superposable à une statistique des maladies relevées en Afrique ou en Asie tropicale. Ces explications données, on comprend le jugement de Disraeli.

La statistique que nous vous présentons s'étend sur une période de six années, de 1924 à 1929. Elle est basée sur un total de 523 observations. Les malades se répartissent de la façon suivante, au point de vue de la langue et de la nationalité :

Français	424
Suisses	15
Hollandais	3
Belges	3
de langue anglaise	45
de langue portugaise	23
de langue espagnole	10
Soit un total de	523 malades
dont hommes	408
femmes	115

Ils appartiennent surtout à l'âge moyen de la vie, entre 20 et 60 ans et répondent principalement aux professions d'officier, fonctionnaire, commerçant, colon, missionnaire, donc jouissant d'un certain confort.

La proportion des sexes est nettement inversée, par comparaison aux autres Européens venant à Vichy, et n'ayant jamais quitté la métropole. Elle semble refléter simplement le rapport comparatif des hommes et femmes européens vivant aux colonies. Les pays de provenance de nos malades appartiennent surtout à la zone tropicale : Indo-Chine, Côte d'Afrique, Congo, Madagascar, Antilles. La zone subtropicale, Algérie, Maroc, Egypte, etc., est moins fortement représentée dans notre statistique.

Trois contre-indications à la cure thermale ont

été observées chez nos malades. Elles reconnaissent pour cause. :

Cachexie paludéenne........	1	cas
Kyste hydatique du foie.....	1	»
Cancer de l'anse sigmoïde....	1	»

Les cinq cent vingt observations de malades ayant suivi la cure thermale donnent le pourcentage suivant de diagnostics :

Paludisme....................	17	%
Dysenterie....................	6	»
Helminthiase.................	5	»
Paludisme et helminthiase.....	4,1	»
Paludisme et dysenterie.......	3,9	»
Sprue........................	1	»
Hépatisme....................	15	»
Lithiase biliaire.............	8,7	»
Congestion du foie............	7,3	»
Hypertension portale..........	6	»
Colibacillose.................	5	»
Diabète......................	4	»
Syphilis du foie..............	4	»
Lithiase rénale...............	2,6	»
Entéroptose..................	2,4	»
Mal de Bright................	3	»
Dyspepsie....................	2	»
Artério-sclérose..............	1,7	»
Périviscérite.................	0,8	»
Divers (troubles de nutrition, sympathèses, etc)........	1,2	»
	100	»

soit 37 % d'affections exotiques.

Nos malades étaient des coloniaux de carrière, des professionnels de la vie coloniale, ayant résisté aux infections aiguës, exotiques. Tous comptaient au moins deux années de séjour dans nos colonies ou d'autres pays chauds, et tous étaient rentrés en France depuis moins d'une année, au moment de leur cure à Vichy. Aussi rien d'étonnant si les maladies cosmopolites sont le plus souvent observées chez eux. Notre statistique, rapprochée de statistiques comparables, antérieures à la guerre européenne, indique indubitablement l'assainissement de nos colonies.

Les maladies cosmopolites chez les coloniaux présentent quelques caractères particuliers. Tout le monde sait que la pathologie de l'Européen aux pays chauds est dominée par les maladies de la cavité abdominale. La chaleur humide élevée et constante provoque une sudation abondante caractérisée par une perte élevée de chlorures. Celle-ci entraîne progressivement une atonie digestive, d'abord gastrique, puis généralisée à tout le tube digestif : c'est la dyspepsie gastro-intestinale des médecins coloniaux, encore insuffisamment connue au point de vue physiologique, et contre laquelle les indigènes luttent par une alimentation épicée. Sous l'influence de l'atonie, l'estomac et l'intestin deviennent facilement un milieu de culture pour les microbes.

L'hypertension portale apparaît alors comme le premier processus de défense : d'abord prandiale, elle tend ensuite à devenir permanente. A celle-ci succède la congestion du foie, trouble fonctionnel plus important, qui de prandiale devient aussi permanente à son tour.

L'hépatisme, qui répond aux états de précirrhose et de prélithiase, représente des lésions curables, de longue évolution. La calculose biliaire ou rénale, dans la pathogénie de laquelle l'expérimentation récente a montré le rôle important du régime alimentaire, de pratique souvent difficile dans les pays chauds, est un état d'insuffisance fonctionnelle beaucoup plus marquée des organes abdominaux, foie ou rein.

Le diabète est trop facilement symptomatique chez les coloniaux d'une usure générale avancée de l'organisme, et annonce un pronostic fatal plus rapide que chez les métropolitains de même situation sociale comparable.

Vous aurez sans doute remarqué le chiffre élevé des cas de syphilis du foie dans notre statistique. Le diagnostic en est de première importance, en raison des résultats thérapeutiques impressionnants, obtenus en conjuguant le traitement spécifique au traitement thermal. Pas plus en matière de pathologie exotique qu'en matière de pathologie européenne, les réflexes mentaux ne doivent jouer, que l'on considère les maladies du point de vue de l'anatomie pathologique ou du point de vue de l'étiologie générales. Seul un examen complet du malade permet de faire un diagnostic utile.

La colibacillose est fréquemment observée aux pays chauds, en raison de l'atonie du tube digestif et de la fréquence des infections hydriques. Nous nous souvenons d'en avoir observé une petite épidémie dans une localité de la Cochinchine, dont les habitants ne consommaient que de l'eau de citernes surélevées au-dessus du sol ; on ne pouvait donc parler de contamination par les matières fécales humaines. Les colibacilles isolés de ces eaux se montraient virulents pour le cobaye : il s'agissait de coli de hérons, oiseaux très nombreux dans le pays, qui en volant déposaient leur fiente sur les toits du village. L'eau de pluie provenant de ces toits était recueillie dans les citernes. Affection tenace, à rechutes fréquentes, facilement démoralisante par les céphalalgies qu'elle détermine, la colibacillose nécessite souvent un traitement adjuvant par les vaccins ou le bactériophage.

Parmi les affections exotiques, le paludisme seul représente près de la moitié de nos cas observés à Vichy. Nous n'avons classé sous ce diagnostic que les malades ayant présenté des for-

mes cliniques de paludisme, dans les six mois qui ont précédé la cure à Vichy. On le retrouve encore dans les antécédents des malades, pour environ la moitié des cas de maladies cosmopolites : son ancienneté d'évolution ne permet plus de le considérer comme seul agent causal, puisque bien des Européens n'ayant jamais quitté leur pays présentent ces mêmes maladies. Nos 90 observations de paludisme simple se répartissent sous les formes suivantes :

Anémie palustre	23	cas
Paludisme chronique avec splénomégalie	16	»
Séquelles de paludisme (dyspepsie, asthénie, insuffisance hépatique, etc...)	51	»
Total	90	cas

La dysenterie des coloniaux observée à Vichy est presque toujours de nature amibienne. Elle se présente comme une diarrhée, plus ou moins continue, avec ou sans kystes amibiens. L'état général des malades, malgré l'amaigrissement, n'est plus aussi précaire que pendant la période antérieure à la guerre. Le fait est dû aux grands progrès de la thérapeutique de la maladie, émétine pour l'amibe libre, stovarsol, tréparsol, narsénol pour l'amibe ankystée. La comparaison avec un passé récent est tout à l'avantage de la période actuelle.

La recherche des kystes permet encore de découvrir les autres protozoaires pathogènes.

La sprue devient rare, ce qui corrobore les observations des médecins coloniaux. Cette diminution de fréquence de la maladie est bien en rapport avec les progrès de la thérapeutique et de l'hygiène dans nos colonies, et conséquemment de leur plus grande salubrité. De grands travaux d'utilité publique ont été faits dans les villes, l'âmentation des Européens y est devenue plus variée. Les auto-vaccins nous ont donné des résultats inespérés dans le traitement de cette affection.

Une maladie, bien enseignée par les recherches de laboratoire, à laquelle on pense peu souvent dans la pratique, et facilement observée à Vichy, est l'helminthiase intestinale (trichocéphale, ascaris, ankylostome, anguillule, douve, bilharzie, etc.). Presque aussi fréquente que la dysenterie, elle réclame en sus de la cure thermale, qui remonte l'état général et l'état fonctionnel de l'appareil digestif, le traitement par les divers anthelminthiques (thymol et son dérivé le rhéothymine, huile de Chenopodium, émétique et dérivés, etc.). L'eau de Vichy n'a jamais détruit les helminthes. Un de nos malades ne présentait pas moins de quatre vers parasites : un du tissu cellulaire sous-cutané, le filaire loa, et trois de l'intestin, ankylostome, bilharzie et trichonstrongylus instabilis.

La cure thermale n'exerce pas sur les coloniaux une action spéciale, tenant au séjour antérieur dans les pays exotiques. Gautrelet et de Lalaubie ne lui reconnaissent pas moins de 83 modes d'action pharmacodynamique, qu'ils groupent en six catégories : actions d'ordre chimique, d'ordre physique, d'ordre histologique, d'ordre mécanique, d'ordre physiologique, d'ordre nerveux. De celles-ci les plus évidentes et les plus rapides sont l'augmentation de toutes les sécrétions digestives et la guérison des lésions mécaniques portant sur l'appareil circulatoire. La congestion du foie, l'hypertension portale disparaissent les premières : l'heureuse diminution du volume de l'abdomen, la boulimie engendrant un meilleur moral, causent toujours du plaisir au malade. La reconstitution hémoglobinique, la réfection de l'épithélium du gros intestin par la pratique de la douche ascendante, l'augmentation du tonus général par les nombreux catalyseurs colloïdes, sont plus lentes.

Le maniement des eaux de Vichy est souvent délicat chez les malades. Comme toutes les eaux minérales, elles favorisent facilement une reviviscence de courte durée des symptômes morbides, que le malade vient combattre. L'augmentation thermique générale provoquée peut amener le retour des accès de paludisme : aussi avons-nous soin de prescrire de la quinine à nos paludéens, concurremment aux eaux. Et à Vichy comme aux colonies nous avons dû employer la seringue de quinine ou de quinoforme. Les règles que Verneuil a édictées au sujet de la chirurgie chez les paludéens ne doivent pas être oubliées du médecin hydrologue.

Les rechutes de dysenterie à la station sont de courte durée, et vite jugulées par les médicaments appropriés. En raison de la stimulation de toutes les fonctions du foie par les eaux thermales, et notamment de la fonction antitoxique, les arsénicaux organiques peuvent être facilement employés.

Les résultats à distance, qui comptent seuls dans l'évaluation des services que peut rendre la crénothérapie, sont d'appréciation malaisée dans la clientèle coloniale. Les officiers et fonctionnaires ne reviennent guère que tous les trois ans à Vichy, pendant un congé entre deux séjours hors d'Europe. Et surtout il est souvent difficile au médecin hydrologue de poser un diagnostic précis, un, pour chaque malade. Il s'agit le plus souvent d'un ensemble de signes et de symptômes morbides, et seul un état avancé de fatigue contre-indique le retour aux pays chauds. Que d'hépatiques répondant à la définition de Frank Glénard de lithiasiques, retournent parfaitement aux colonies, sans être plus incommodés que dans la métropole ! Les Européens de

l'Afrique du Nord reviennent facilement chaque année à Vichy et en constituent une solide clientèle d'habitués.

Il faut même remarquer que les échecs de la cure thermale de Vichy sont moins nombreux chez les coloniaux que chez les métropolitains. Ils viennent moins tardivement à la station, ne laissent pas aussi facilement leurs maladies évoluer vers la chronicité. En outre leurs fréquentes mutations de séjour, leur entrain et leur allant bien connus, leurs changements répétés de genre de vie, rendent leur organisme plus accommodant. De vieux missionnaires fatigués, comptant plus de trente années de séjours aux pays chauds supportent parfaitement la cure de Vichy. Aussi nos échecs du traitement, contastés avant le départ de la station, sont rares dans notre statistique : nous n'avons relevé que trois cas manifestement aggravés par les eaux, un de sprue, un de paludisme, un de colibacillose.

Amélioration incontestable de l'état sanitaire des Européens vivant aux colonies, marquée par la prépondérance des maladies comospolites observées et l'état moins précaire de ceux présentant des maladies exotiques, telle est la conclusion qui se dégage de notre étude.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La maladie osseuse de Paget serait-elle une maladie par carence ?

Le Dr P. Delmas-Marsalet, à propos d'une observation relatée, fait remarquer que le rôle des rapports entre la maladie de Paget et les parathyroïdes reste incertain ; mais il met nettement en évidence le résultat obtenu en traitant la maladie osseuse de Paget comme si elle relevait d'une carence calcique et d'une avitaminose D : la reconstruction de l'os malade, révélée par la radiologie, montre bien le retour de la structure osseuse vers l'état normal. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 30 novembre 1930.)

Traitement des hémorroïdes.

M. Anselme Schwartz craint que le traitement chirurgical ait vécu et qu'il doive céder le pas aux injections sclérosantes ou à la diathermo-coagulation. Mais celui-ci a toujours donné de bons résultats entre les mains des chirurgiens adroits et minutieux, et les autres méthodes ne sont pas exemptes de récidives, ni d'incidents (hémorrhagie post-opératoire, etc.).

L'auteur n'a jamais eu ni incident, ni récidive, grâce à la méthode chirurgicale qu'il emploie depuis trente ans, et qui consiste en la simple résection des hémorroïdes, sous l'anesthésie locale faite dix minutes auparavant par le procédé de Reclus.

Le moignon est touché à la teinture d'iode, et la région, recouverte d'une compresse couverte de pommade de Reclus, pendant deux jours ; c'est ensuite, de l'eau alcoolisée pendant une dizaine de jours ; un régime léger parce que le malade est constipé pendant 6 ou 7 jours.

L'ablation chirurgicale des hémorroïdes doit donc garder une place très honorable, à la condition que l'on sache faire convenablement l'anesthésie locale, et pratiquer la résection des hémorroïdes suivant le procédé de Reclus. (*Paris médical*, 11 octobre 1930.)

Acquisitions nouvelles dans la thérapeutique des affections ano-rectales.

MM. Cain, Oury et Godard exposent que les médecins ont à leur disposition des méthodes de traitement d'un emploi facile contre les hémorroïdes, les fissures de l'anus et le prurit anal.

Pour le traitement des *hémorroïdes* internes, c'est la méthode des injections sclérosantes au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, sous la muqueuse rectale saine. On injecte une solution sclérosante de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %, qui fixe la muqueuse aux plans sous jacents et étouffe la varice hémorroïdaire sous un amas de tissus sclérosés. Ces injections sont répétées, sous anesthésie, sous le contrôle de l'anuscope spécial de Bensaude, sur tout le pourtour du bourrelet, à raison d'une par semaine, et une dizaine de fois en moyenne. Les indications de cette méthode de Bensaude sont très précises ; en bénéficient, avant tout, les hémorragies et les prolapsus hémorroïdaires ; le prolapsus doit être réduit avant l'injection sclérosante.

Les douleurs hémorroïdaires sont justiciables d'abord de la haute fréquence ano-rectale et ensuite des injections sclérosantes : la combinaison des deux donne les sédations les plus durables.

Quelques précautions à prendre : ne pas injecter d'hémorroïde externe, ni thrombosée, ni en milieu infecté, ni prolabée non réduite ; in-

jecter au-dessus de l'hémorroïde ; ne pas injecter de préférence la région de la commissure antérieure ; ne pas injecter trop superficiellement, ni dans une région déjà sclérosée, ni dans une veine, ni trop profondément dans le muscle.

Bien respectées, ces conditions permettent d'obtenir de nombreux succès. Les récidives sont possibles, quoique rares. Les incidents sont rares ; le plus fréquent est une escarre superficielle à l'endroit de la piqûre, escarre toujours bénigne, qui guérit spontanément en créant une fixation solide de la muqueuse.

Le *prurit anal,* affection banale et fréquente dans ses manifestations légères, peut devenir rebelle à toute thérapeutique, au point de rendre la vie impossible au malheureux patient. Evidemment, il faut surtout en traiter la cause (syphilis, goutte, urémie, eczéma, etc.) ; mais on est parfois obligé d'aller au plus pressé, et de traiter rapidement un symptôme, dont on n'a pas encore découvert la cause.

Trop souvent, on n'obtient aucun résultat des badigeonnages, onctions, pommades, haute fréquence, rayons X, photothérapie, douche filiforme, etc. Le Dr Bensaude a employé récemment les injections sous-cutanées de la solution suivante :

Alcool phénylméthyl méthylique .... Benzoate de benzocaïne.	ââ 5 grammes
Huile d'amandes douces .	90 grammes

Les injections, 1 à 2 cc., se font dans la région péri-anale (tissu cellulaire sous-cutané), après antisepsie. L'injection est poussée lentement, en éventail autour du point choisi, en évitant de former des bosses. On injecte tous les 2 ou 4 jours en des points différents de la ligne cutanéo-muqueuse de l'anus, afin d'injecter en nappe toute la région prurigineuse.

La méthode est indolore, à condition que l'injection ne soit pas trop superficielle ; les résultats seraient des plus satisfaisants, et souvent supérieurs à ceux des autres méthodes. La sédation temporaire est, en tous cas, très remarquable dans la grande majorité des cas.

Mais, aussi important que le traitement local, est le traitement général : autohémothérapie avec adjonction de gluconate ou de chlorure de calcium ; ingestions de xylol ; injections prudentes de liposplénine.

Quant aux *fissures anales,* l'injection de quinine-urée paraît agir autant par analgésie que par cicatrisation directe ; le syndrome fissuraire cède rapidement ; on obtient parfois même la sédation totale et définitive dès la première ou deuxième injection. Au prix d'une sensation douloureuse en éclair au moment de l'injection, la grande douleur fissuraire s'évanouit et le spasme sphinctérien disparaît à son tour, la fissure est mise « à plat » en bonne posture de guérison. C'est un procédé de guérison comparable, somme toute, à celui de la dilatation. Dans la moitié des cas (sur 21) la sédation a été obtenue en une ou deux injections seulement.

Comme pour les hémorroïdes, on emploie la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée ; avec une seringue de 2 cc. et une aiguille très fine à biseau court, on pénètre juste au-dessus de l'extrémité externe de la fissure, et l'on fait glisser l'aiguille sous le trajet de celle-ci. On pousse l'injection rapidement (car elle est douloureuse), tout en faisant pénétrer l'aiguille de 4 à 5 millimètres et en restant aussi près de la muqueuse que possible. On injecte environ 1/4 de cc. de la solution ; on répète l'injection, si c'est nécessaire, une ou deux fois par semaine. Après la piqûre, on peut toucher la fissure à l'ichtyol pur ou au nitrate d'argent, ou au crayon de zinc métallique.

Pour que le traitement soit applicable, il faut qu'une fissure anale typique ait été bien reconnue, fissure linéaire, radiée et accompagnée d'un syndrome douloureux, dit fissuraire, parfois encore ulcère atone de la commissure accompagné d'un syndrome fissuraire.

La guérison anatomique a été constatée plusieurs fois de 10 à 20 jours après la dernière injection.

Ne pas appliquer la méthode aux névralgies ano-rectales sans fissures, que l'injection risque d'exacerber. Bien rechercher la fissure dans les replis de l'anus et la mettre en pleine lumière.

Ce traitement peut être combiné, renforcé par la haute fréquence. (*La Pratique médicale française,* novembre 1930-A.)

Les angines syphilitiques.

Les angines syphilitiques, contrairement à l'opinion de beaucoup, ne sont pas une lésion rare.

Le Dr P. Rudmann rappelle que toute dysphagie pharyngée, qui dure plus de 3 à 4 semaines, est, dans la majorité des cas, de nature syphilitique.

Ce sont des angines rouges, rencontrées seulement à deux périodes de la syphilis, à la période secondaire et à la période tertiaire.

A la période secondaire, l'angine rouge est assez fréquente ; c'est la dysphagie qui attire l'attention du malade, et l'examen de la gorge montre un exanthème diffus de la muqueuse pharyngée, ainsi qu'une hypertrophie des amygdales. Le plus souvent, cette angine est contemporaire de l'efflorescence des syphilides secondaires ; le diagnostic est alors facile ; mais cette angine peut être isolée ; elle en impose alors pour une angine banale, et de même que chez l'enfant, toute angine rouge de l'adulte fera penser

à l'angine du rhumatisme articulaire aigu et à l'angine syphilitique.

L'absence de température, l'évolution lente de l'angine, la céphalée, l'examen général des téguments et des muqueuses, les adénopathies, la lésion génitale dans l'anamnèse, pourront permettre d'affirmer le diagnostic de syphilis et d'instituer une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce.

Quant à l'angine rouge de la période tertiaire, elle passe le plus souvent inaperçue ; c'est l'absence presque complète de phénomènes généraux et l'indolence de cette angine, qui la font ignorer. Une de ses caractéristiques est sa longue durée ; il y a de la dysphagie et une sensation de corps étranger à la base de la langue. A l'examen, on constate une rougeur diffuse de toute l'arrière-gorge avec un peu d'œdème de la luette ; les gargarismes les plus savants restent inefficaces.

Plus difficile est le diagnostic des lésions ulcéreuses de la syphilis amygdalo-pharyngée ; les erreurs principales à éviter sont : l'angine diphtérique, l'angine de Vincent, et le cancer de l'amygdale.

En résumé, en présence de toute angine rouge de l'adulte à évolution lente et sans phénomènes généraux, en présence de toute lésion suspecte du pharynx, il faudra penser à la syphilis et la rechercher. (*La Semaine dentaire*, 30 novembre 1930.)

Le pneumothorax thérapeutique en « cure libre » chez les tuberculeux.

De plus en plus s'affirme l'importance de cette notion, que les chances de succès de la collapsothérapie sont d'autant plus grandes qu'elle est appliquée contre des lésions plus récentes.

Aussi a-t-on pensé qu'il serait peut-être préférable de pratiquer le pneumothorax chez des malades sans hospitalisation, ni cure sanatoriale, suivant le mode ambulatoire, plutôt que de leur laisser perdre les chances de guérison en attendant une trop tardive hospitalisation pour des raisons majeures. Ce pneumothorax en « cure libre » ne peut s'appliquer qu'à ceux susceptibles de suivre à domicile une cure de repos aussi rigoureuse qu'à l'hôpital ou au sanatorium.

MM. Poix et Bosnières comparent les résultats de ce pneumothorax avec ceux du pneumothorax habituel, avec hospitalisation. Ils décrivent tout d'abord l'enquête clinique et sociale à mener, durant une huitaine de jours, avant de décider de la collapsothérapie.

Puis ils indiquent la technique opératoire des deux premières insufflations, pratiquées à 48 heures d'intervalle, au cours de deux visites successives à l'hôpital, le malade devant, entre temps, garder le repos au lit à son domicile, et prendre certaines précautions, qui lui sont indiquées. Les réinsufflations ont lieu, ensuite, chaque semaine pendant les premiers mois jusqu'à ce que l'état général du sujet soit très satisfaisant, et que les expectorations ne soient plus bacillifères ; elles sont alors pratiquées tous les quinze jours, sauf dans certains cas exceptionnels.

Cette collapsothérapie a été pratiquée chez 47 malades, sans le moindre incident opératoire. Le pourcentage d'épanchement pleural a été seulement de 29 en cure libre, alors qu'il était de 26 pour les hospitalisés durant la même période. Aucune perforation pulmonaire, ni chez les uns, ni chez les autres. Le taux de bilatéralisation des lésions a été de 14,8 p. 100 en cure libre, et de 13,7 p. 100 en hospitalisation. La bacilloscopie négative a été constatée chez 75 p. 100 des sujets hospitalisés et 70 p. 100 de ceux traités en cure libre ; et cette disparition se produit surtout dans les six premiers mois. Quant au test d'amélioration générale (apyrexie permanente, augmentation pondérale, disparition de la toux), il est constaté en proportion égale (70 p. 100) dans les deux groupes de malades.

On ne saurait trop insister auprès des malades « en cure libre » sur la nécessité du repos, de la cure hygiéno-diététique, et de la cessation des occupations professionnelles pendant la durée des six premiers mois, époque à laquelle apparaissent le plus souvent les complications.

Ces résultats favorables obtenus par l'application du pneumothorax en cure libre doivent retenir l'attention des médecins, au moment où de nouvelles dispositions légales viennent d'apporter à un grand nombre de tuberculeux des facilités particulières pour se soigner (Congés de longue durée aux fonctionnaires de l'Etat; Assurances sociales), au moment aussi où l'Office public d'hygiène sociale limite l'admission dans les sanatoria aux seuls porteurs de pneumothorax thérapeutiques, qui présentent un fléchissement de l'état général.

Grâce au dépistage des dispensaires et à la multiplication des visites prophylactiques des sujets en contact infectant, grâce aussi à la campagne éducative menée avec tant de succès dans tous les milieux, le diagnostic de la tuberculose est également formulé plus précocement aujourd'hui qu'autrefois, à un moment où les lésions, le plus souvent unilatérales et peu avancées, sont justiciables de la collapsothérapie avec les plus grandes chances de succès. Le pneumothorax thérapeutique « en cure libre » permettra dans ces conditions aux tuberculeux, à bon état général, à troubles fonctionnels relativement légers, de ne point quitter le foyer familial. (*La Presse médicale*, 8 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le projet de loi Milan-Rio sur les études dentaires.

(*Académie de médecine* ; 3, 24, 31-3 et 14-4 1931.)

Au nom d'une Commission nommée à l'effet d'examiner la proposition de loi Milan-Rio sur la réforme des études de stomatologie, M. Roussy présente un rapport favorable à ce projet qui, on le sait, propose de rendre le doctorat en médecine exigible pour l'exercice de la profession de dentiste. Rien ne serait changé, toutefois, pour les chirurgiens-dentistes actuellement installés et les élèves déjà inscrits dans les écoles dentaires.

Le projet prévoit même pour eux des facilités spéciales assez grandes pour obtenir le diplôme de docteur en médecine.

— M. Hayem critique le projet de loi Milan-Rio. L'obligation du diplôme de doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire aurait, à son avis, des conséquences fâcheuses pour l'hygiène générale buccale. Il y a, en France, 6.000 chirurgiens-dentistes et seulement 700 docteurs en médecine stomatologistes. Il est évident que 700 praticiens en stomatologie seraient dans l'impossibilité de donner tous les soins dentaires à la population. D'ailleurs, l'expérience du doctorat en médecine pour les dentistes a été faite à l'étranger, en Autriche depuis 1873 et en Italie depuis 1889 ; or, le nombre des docteurs en médecine qui se sont ainsi spécialisés a été de 1 pour 8 médecins en Autriche-Hongrie et de 1 pour 20 médecins en Italie. Il en est résulté que les stomatologistes, débordés, se sont trouvés dans l'obligation de s'adjoindre des mécaniciens sans diplôme, c'est-à-dire illégaux et le gouvernement a dû, dans la suite, autoriser ces illégaux.

Il faut, pour ne pas nuire aux besoins de la population, attendre l'époque où le nombre des stomatologistes sera assez grand pour que l'on puisse envisager l'exigibilité du doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. Jusque-là on doit procéder par étapes au perfectionnement des études de chirurgien-dentiste.

— M. Hartmann appuie les critiques de M. Hayem. Le programme du doctorat en médecine actuel est déjà très chargé. Il ne comporte pas d'études dentaires pratiques. On ne saurait à la légère approuver le nouvel article de loi proposé.

— M. Mauclaire pense également qu'il y a lieu de maintenir pour quelque temps encore le titre de chirurgien-dentiste. Si l'on exige le doctorat en médecine, le recrutement des dentistes sera très difficile. Une fois docteurs, beaucoup préféreront exercer la médecine générale et la dentisterie sera pour une part importante confiée à des sous-ordres qui deviendront des illégaux.

Il y a certes, cependant, quelque chose à faire dès maintenant : élever le niveau des études dentaires en demandant le baccalauréat et une éducation médicale plus complète.

— M. Paul Carnot envisage la clause du projet qui permettrait aux chirurgiens-dentistes du régime actuel de devenir docteurs en médecine sans subir la totalité des examens de doctorat. Rejetant cette clause, il demande qu'*en aucun cas, le diplôme de docteur en médecine donnant le droit d'exercer la totalité de la profession médicale ne soit accordé, rétrospectivement, aux dentistes, sans les examens probatoires exigés de tous.*

— M. Pierre Sébileau a le sentiment que pratiquement cette loi, qui est prématurée, ne serait pas une bonne loi. L'heure n'est pas encore venue où il sera possible de demander le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. Il paraît préférable de procéder par échelons en élevant le niveau des études dentaires progressivement.

— MM. Brumpt et Roger estiment, au contraire, que le projet de loi Milan-Rio doit être soutenu par l'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, des étudiants en médecine et des dentistes. Les étudiants en médecine trouveront là un débouché (il est vrai que ce débouché leur est déjà entièrement ouvert) et les dentistes verront leur profession moins encombrée (elle paraît devoir l'être, dans l'avenir, à la cadence actuelle des diplômes délivrés), et d'un niveau scientifique plus élevé. On a publié des documents inexacts sur l'expérience faite en Autriche et en Italie. M. Brumpt donne lecture à ce sujet d'une lettre du prof. Cœncogli, favorable au projet Milan-Rio.

Devant cet ensemble d'avis non concordants, l'Académie, avant de conclure, demande à la Commission une nouvelle étude de la question.

Sur le pouvoir phylactique des eaux minérales.

(MM. A. Mougeot et V. Aubertot (de Royat). — *Académie de médecine* ; 3-3-1931.)

G. Billard a découvert que la spartéine, le chloroforme et certaines eaux minérales protègent le cobaye contre une dose plusieurs fois mortelle de neurotoxine et il a réservé à cet ordre de faits le terme de *phylaxie* (protection). MM. Mougeot et Aubertot ont entrepris quelques recherches du même genre sur le vairon. Immergeant ce poisson dans de l'eau de Seine et dans diverses eaux minérales diluées, additionnées de picrotoxine, ils ont vu l'animal présenter des signes d'intoxication après 1 h. 50 (eau de Seine), après 2 h. 15 (Royat, Châtel-Guyon), après 2 h. 55 (Le Mont-Dore). Ces résultats, quoique moins accusés que ceux obtenus par Billard sur des cobayes

soumis à la phalline, au venin de vipère, aux toxines tétanique et diphtérique, offrent toutefois un réel intérêt et permettent d'entrevoir des applications à la clinique humaine. P. L.

Cancer primitif du poumon à marche aiguë et à début pseudo-pneumonique.

(P. N. Deschamps et S. Vialard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 16-1-1931.)

Un homme de 35 ans, jusqu'alors bien portant, présente brusquement un tableau de pneumopathie aiguë, rappelant singulièrement une pneumonie ; bientôt cette affection prend une allure traînante ; les signes physiques font penser à une pleurésie, mais la ponction ne ramène aucun liquide. Des symptômes de compression, surtout œsophagienne et radiculaire, font leur apparition et l'on voit s'extérioriser les signes cliniques d'une néoplasie pulmonaire. Des radiographies successives montrent l'extension rapidement progressive de la masse néoplasique. Le malade meurt sept mois après le début, sans qu'à aucun moment se soient révélées les métastases, et sans que la cachexie aient eu le temps de s'affirmer. L'autopsie montre une énorme tumeur du poumon gauche ayant effacé le médiastin, envahi et refoulé le cœur.

Au point de vue clinique, l'allure véritablement aiguë de l'affection, jointe au jeune âge du malade, est un des traits les plus frappants. Au point de vue histologique, il s'agissait indiscutablement d'un épithélioma, bien que l'allure clinique et l'âge du sujet eussent pu faire croire à un sarcome.

L'épilepsie bravais-jacksonienne précédant le ramollissement cérébral.

(R. Sorel. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 16-1-1931.)

Un ramollissement cérébral peut, à la manière d'un processus néoplasique, et quel qu'en soit le siège, déclencher à sa phase initiale ou dans les semaines qui suivent, des crises d'épilepsie jacksonnienne. On conçoit toute l'importance du diagnostic pour la conduite à tenir, et en même temps toute sa difficulté, si l'on songe qu'il peut exister au cours du ramollissement cérébral une ébauche d'hypertension intra-crânienne associée à l'hyperalbuminose, et même exceptionnellement de la stase papillaire, et que par ailleurs il ne faut pas attendre pour trépaner l'apparition de l'hypertension cranienne, trop tardive dans l'évolution des tumeurs rolandiques.

En général, la discrimination est toutefois possible entre ces deux affections. S'il s'agit de tumeur cérébrale, les crises jacksoniennes précèdent les phénomènes paralytiques, ces derniers se développent progressivement ; d'autre part, l'aura motrice est strictement localisée à un groupe de muscles et même à un seul muscle, et l'amyotrophie est précoce au niveau de ce dernier. Dans le cas de ramollissement, au contraire, c'est nettement après le début brutal d'une paralysie que les manifestations épileptiques apparaissent, et celles-ci ont un début beaucoup plus massif que dans la néoplasie. Ces caractères se rapportent à la majorité des cas ; mais, parfois, la différenciation ne peut être basée sur des signes aussi tranchés.

Les observations rapportées concernent des manifestations épileptiques à type jacksonien, qui ont apparu bien avant l'avènement du ramolllissement cérébral. C'est respectivement 8 jours, 15 jours et 3 semaines avant l'hémiplégie, et par conséquent avant l'établissement définitif de la lésion malacique du cerveau que l'épilepsie ouvrit la scène.

Cet accident est l'expression d'un angiospasme cérébral, déclenché au niveau d'une branche de la sylvienne par une lésion d'artérite, et non d'une irritation corticale ou sous-corticale habituellement invoquée. Cette nature angiospasmodique commande une médication artério-dilatatrice, dont l'acétylcholine est le mode le plus efficace.

Le traitement des algies chez les tuberculeux.

(J. Paraf. — *Soc. méd. des hop. de Paris* ; 16-1-1931.)

Les douleurs sont fréquentes au cours des différentes étapes de la tuberculose pulmonaire. Il s'agit généralement d'algies thoraciques avec leurs irradiations variées : cervicales, lombaires, même vers les membres. Ces douleurs, souvent violentes, immobilisent le malade ; tantôt elles sont légères. Elles sont en relation avec les lésions pleuro-pulmonaires ; si elles nécessitent parfois l'emploi de médications calmantes, leur thérapeutique est essentiellement liée à celle de la maladie causale.

Mais les tuberculeux présentent fréquemment d'autres douleurs, qui, soit par leur localisation, soit par leurs caractères, soit par leur évolution, paraissent liées d'une façon beaucoup moins intime à la tuberculose, ou même en semblent tout à fait indépendantes. Ce sont des algies cervico-brachiales, des sciatiques, des lombalgies ; chez 113 tuberculeux pulmonaires avérés, qui présentaient ces algies, on a recherché, tant cliniquement que radiologiquement et après ponction lombaire, l'existence d'un foyer tuberculeux causal : compression, par une vertèbre, un ganglion ou un abcès tuberculeux. Mais, contrairement à ce qu'on pourrait penser, ces faits sont ici tout à fait excptionnels ; les examens sont restés négatifs, et on a été admis à porter le diagnostic de lombalgie, d'algie cervico-brachiale essentielle, dont le tableau clinique n'était d'ailleurs en rien modifié du fait de la tuberculose concomitante. On leur a appliqué le traitement habituel physiothérapique (diathermie), et surtout par injections locales lipiodolées; celui-ci amena, dans la plupart des cas, dans les délais habituels, la guérison de ces malades.

Il faut signaler que le lipiodol, introduit au contact des os (lames vertébrales, ischion, etc.) ou par voie épidurale, a toujours été parfaitement toléré par les

tuberculeux ; jamais on n'a eu à déplorer d'hémoptysies ou de poussées évolutives consécutives.

En effet, l'iode sous forme de lipiodol, introduit dans la profondeur des tissus, est absorbé avec une très grande lenteur, comme le démontrent les examens radiographiques et chimiques, et ne saurait dans ces conditions avoir une influence néfaste sur le processus tuberculeux.

Chez les tuberculeux, la sciatique se montre avec les mêmes caractères que chez les non tuberculeux : elle cède aux mêmes thérapeutiques, et ne paraît nullement influencée par la forme et les processus de la tuberculose.

Ces faits sont intéressants à connaître, afin de pouvoir faire bénéficier dans beaucoup de cas les malades d'une thérapeutique inoffensive et bienfaisante.

Un nouveau cas de tétanos grave, guéri par la méthode de Dufour.

(M. Villaret, Haguenau, Wallich et Bernal. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-1-1931.)

Cette observation démontre la grande valeur de la méthode, inaugurée par Dufour en 1925 : injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique sous chloroformisation. Elle a permis, de plus, d'observer de manière presque expérimentale, dans une forme particulièrement grave, l'insuffisance de la thérapeutique sous-arachnoïdienne, si elle n'est pas jointe à la chloroformisation.

Il s'agissait, en effet, d'un cas de tétanos généralisé, tardivement traité au 6e jour, accompagné d'accidents bulbaires et qui d'abord traité par la sérothérapie intense sous-cutanée, intra-musculaire (80 cc. par jour) et même intra-rachidienne (40 cc. par jour), avec somnifène intra-musculaire à haute dose, et chloral en ingestion, n'a cédé que lorsque l'anesthésie chloroformique a été surajoutée au traitement précédent (employé pendant 4 jours). Cette anesthésie améliora le malade presque du jour au lendemain, en supprimant ses crises asphyxiques et en diminuant le nombre de ses paroxysmes.

Le malade, qui a reçu au total 300 cc. de sérum par voie intra-rachidienne, 1 litre de sérum par voie sous-cutanée ou musculaire, et qui a subi 7 chloroformisations, a présenté dans le cours de sa maladie des accidents sériques intenses avec méningite sérique et érythème purpurique. Ces derniers ont semblé être heureusement influencés, malgré la continuation de la sérothérapie, par l'injection sous-cutanée quotidienne de 1 gr. 5 d'extrait hépatique (soit 150 gr. de foie de veau frais), instituée à leur apparition et prolongée pendant 20 jours. G. F.

Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des infections d'origine gonococcique,

(A. Jaubert et P. Goy. — Société française d'Urologie ; 16 mars 1931.)

Les auteurs exposent le résultat de leurs observations personnelles enregistrées depuis quatre ans et de celles de plus de trois cents praticiens pour la plupart urologistes.

L'expérimentation a été conduite avec le stock-vaccin « Gonagone » et les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La vaccinothérapie et surtout l'anatoxinothérapie des infections d'origine gonococcique demande, pour être efficace, l'utilisation de techniques bien définies : mal utilisée, elle pourra être inactive ; judicieusement employée, elle sera toujours l'adjuvant indispensable d'une thérapeutique bien conduite ;

2° A la période abortive, il faut vacciner dès qu'on le peut ;

3° A la période aiguë, la vaccination devra être commencée avant le cinquième jour de l'écoulement ou après le dixième jour, afin d'éviter la phase négative que subissent les défenses humorales pendant cette période. Les deux premières injections pourront avantageusement utiliser la voie intradermique. La cure vaccinale pratiquée ainsi évite les complications, abrège la durée de l'évolution de l'infection en même temps qu'elle en atténue sensiblement les phénomènes douloureux ;

4° A la période chronique, la vaccinothérapie précèdera de quelques jours les interventions mécaniques ou antiseptiques locales. Les injections seront nombreuses (12 à 18 injections selon les cas), à doses progressivement croissantes (de 1/4 à 1 ou 2 centicubes) et espacées d'au moins trois, quatre ou cinq jours ;

5° Les complications de l'infection gonococcique seront traitées comme les infections chroniques, si elles sont apyrétiques. Si elles sont accompagnées de fièvre, on peut associer à l'immunothérapie spécifique les techniques de la protéinothérapie ou de la pyrétothérapie locale. La septicémie gonococcique peut avantageusement bénéficier du mode thérapeutique de la cure vaccinale des infections aiguës.

Les auteurs concluent que la vaccinothérapie antigonococcique est une voie nouvelle, largement ouverte à la cure des infections blennorragiques : c'est de la collaboration scientifique étroite et quotidienne de tous les praticiens, que sortiront bientôt les principes définitifs qui imposeront une posologie dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Effets sur l'organisme humain d'une injection sous-cutanée accidentelle de 20 cmc. de vaccin T. A. B.

M. Tamalet. — Un homme de 38 ans entre à l'hôpital pour une fièvre à bacilles d'Eberth d'évolution sévère, compliquée à son déclin de diphtérie laryngée avec polynévrite précoce et quadriglégie. Au cours du traitement sérothérapique, l'infirmière se trompa de flacon et injecta sous la peau du malade,

le contenu entier d'une ampoule de 20 cmc. de vaccin T. A. B. chauffé de l'Institut Pasteur.

A la surprise générale, les suites de cette injection, furent relativement bénignes : quatre heures après celle-ci, le malade présenta subitement une congestion œdémateuse du poumon facilement jugulée par une forte saignée. La température qui était montée à 39° revint à la normale au bout de trois jours ; seule, de l'albuminurie persista pendant deux semaines.

La réaction locale douloureuse ne fut guère plus intense que si l'on avait injecté une dose normale de vaccin. La matité splénique n'a augmenté que d'une façon légère et transitoire.

L'auteur rappelle à ce sujet que le prof. Vincent avait déjà fait connaître que des injections massives de vaccin antityphoïdique faites par erreur, chez de jeunes sujets, n'avaient été suivis d'aucun accident fâcheux.

L'observation actuelle démontre d'une façon quasi-expérimentale, la parfaite innocuité du vaccin T. A. B. chauffé de l'Institut Pasteur.

Plaie pénétrante du genou.

M. J.-P. Tourneux a eu à intervenir chez un enfant de 11 ans, qui, à la suite d'une chute sur une verrière s'était fait une large plaie transversale du genou droit avec section complète du tendon quadricipital au ras de son insertion rotulienne et des deux ligaments latéraux.

L'articulation largement ouverte et souillée de terre renfermait de nombreux débris de verre. Après nettoyage de la cavité et ablation du ménisque externe sectionné sur une partie de son étendue, il fut procédé à la réfection ligamentaire et à la suture de la capsule avec drainage filiforme.

Les suites ont été excellentes : le membre primitivement immobilisé pendant une vingtaine de jours fut ensuite soumis à des exercices de mobilisation passive puis active. Actuellement, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, le genou a récupéré la presque totalité de sa capacité fonctionnelle.

Atrésie cicatricielle du col après un accouchement.

MM. Duguing et Rascol rapportent le cas d'une IIIe pare de 42 ans qui avait présenté des phénomènes d'infection utérine grave au moment de son dernier accouchement (enfant mort et macéré).

Cette femme n'avait pas présenté de retour de couches et n'avait pas non plus été réglée depuis plusieurs mois. A l'examen, on sentait une tumeur tendue dans le vagin correspondant à une hématométrie par sténose utérine : une incision donna issue à un litre de sang noir et visqueux.

Il est à présumer que le col, déjà altéré par les accouchements antérieurs, avait dû être le siège d'escarres lors de l'infection puerpérale et que la disparition du revêtement muqueux avait entraîné la coalescence des tissus : il s'agit là d'un fait assez rare dont on ne connaît qu'un petit nombre de cas.

Recherches expérimentales sur l'action hémostatique de la prêle des champs.

M. Vuathis dans le but de déterminer le pouvoir hémostatique de la prêle des champs (Equisetum arveuse) a examiné l'action d'un extrait de ce végétal à 10/100 successivement dans un sérum fibriné artificiel et sur du sang.

De toute une série d'expériences, il résulte :

1° Que l'action hémostatique de la prêle est incontestable, puisqu'un extrait de cette plante coagule le sang environ 9 fois plus vite qu'en conditions normales ;

2° Que cette action hémostatique ne se produit pas par précipitation directe de la fibrine du sang puisque les expériences par le sérum fibriné artificiel n'ont donné que des résultats négatifs ;

3° Qu'elle ne peut s'expliquer par la présence d'un ferment coagulant préexistant dans le végétal, car l'extrait de prêle stérilisé pendant 20' à 120° s'est montré exactement aussi actif que le même extrait non stérilisé ;

4° Que la présence de silicium et de calcium dans la prêle n'est pas suffisante pour déterminer cette action puisque les solutions de silicate alcalin et de chlorure de calcium renfermant une même proportion de ces métaux se sont révélées inefficaces ;

5° Que la prêle renfermant du manganèse agit vis-à-vis du sang exactement de la même manière qu'une solution de sulfate de Mn renfermant ce métal en proportions identiques.

Ainsi, il est permis de conclure que l'action hémostatique de la prêle des champs est due au manganèse renfermé dans ce végétal, ce manganèse jouant le rôle de stimulant diastasique en activant la plasmose pour transformer plus rapidement le fibrinogène en fibrine.

Suppuration d'un myome utérin.

MM. J.-P. Tourneux et Sol communiquent l'observation d'une femme âgée de 49 ans, atteinte de fibrome utérin depuis deux ans environ et qui jusqu'à ces derniers temps avait refusé toute intervention chirurgicale. Ce n'est que devant l'apparition de phénomènes douloureux particulièrement intenses, coïncidant avec une fièvre élevée qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

On constatait la présence d'une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, dure, peu mobile, et très douloureuse, répondant au corps utérin : rien aux annexes, pas d'écoulement vaginal ; le diagnostic porté fut celui de fibrome à noyau sphacélé.

La laparotomie montra un utérus de volume moyen surmonté d'une partie du côlon pelvien présentant une consistance indurée et qui lui adhérait intimement sur toute sa région supérieure. Au cours des manœuvres de décollement faites avec grande prudence, on s'aperçut que l'utérus présentait au niveau de son dôme une perforation d'un centimètre d'étendue donnant issue à une collection purulente,

qui était venue infiltrer les couches superficielles de la tunique intestinale. Après hystérectomie subtotale et toilette du côlon pelvien, le ventre fut refermé sur un Mickulicz : l'opérée mourut le 4e jour.

L'examen de l'utérus montra que la perforation conduisait dans une cavité creusée en plein muscle renfermant un noyau myomateux presque totalement sphacélé ; quant au liquide purulent, il renfermait du streptocoque à l'état de pureté.

Avortements provoqués, infection consécutive.

M. Rascol rapporte trois cas d'avortements provoqués où, en dépit d'un curettage, des phénomènes d'infection d'abord locale puis générale extrêmement graves ne tardèrent pas à se manifester.

Dans deux cas, où la septicémie ne fut combattue que par des moyens purement médicaux, on dut enregistrer chaque fois un décès. On obtint, au contraire, une guérison dans celui où l'on décida de pratiquer une hystérectomie vaginale qui semble bien être le meilleur mode de traitement des infections utérines post-abortives graves.

Kyste de l'ovaire gauche dégénéré, à disposition rétropéritonéale.

M. J.-P. Tourneux a eu à intervenir au mois d'août dernier chez une femme de 57 ans, qui présentait une tumeur bloquant le petit bassin et dont le début remontait à plusieurs années.

Les différents caractères firent porter le diagnostic de kyste de l'ovaire inclus et dégénéré. La laparotomie montra que cette tumeur s'était échappée en partie du ligament large gauche et que, s'insinuant sous le mésocôlon sigmoïde, elle était venue s'étaler sous le péritoine pariétal postérieur. La décortication fut très pénible en raison des adhérences que la paroi du kyste avait contractées avec l'intestin, les vaisseaux et l'uretère.

Le ventre fut refermé sur un Mickulicz : les suites opératoires, d'abord un peu mouvementées, ne tardèrent pas à prendre une allure plus favorable, et la guérison survint sans complication.

La mort subite au cours des injections intraveineuses de solution de quinine.

M. Tamalet relate un certain nombre de faits impressionnants, recueillis au Maroc, montrant que l'injection intra-veineuse de quinine, faite aussi correctement que possible, n'est pas dans le traitement du paludisme une thérapeutique inoffensive.

Une enfant de 13 ans, atteinte de paludisme de première invasion, reçoit une injection intraveineuse de 0 gr. 50 de chlorhydrate de quinine-méthane diluée dans 20 cc. de sérum glucosé isotonique. Aux 2/3 de la seringue, l'enfant présente quelques soubresauts et meurt instantanément.

Une femme de 48 ans, obèse, atteinte de paludisme de rechute, reçoit une injection intraveineuse de 1 gr. de chlorhydrate de quinine méthane dilué dans 30 cc. de sérum glucosé isotonique. Aux 2/3 de la seringue la malade s'agite et tombe dans un état comateux, avec secousses des membres du côté droit. Cet état disparaît au bout de deux heures, mais dans la soirée, cette femme meurt subitement au court d'un effort.

Un jeune homme de 20 ans, d'apparence très robuste, en plein état infectieux de nature inconnue, reçoit dans un but de traitement d'épreuve une injection intraveineuse de 1 gr. de chl. de quinine dilué dans 30 cc. de sérum glucosé. A peine l'injection terminée, le malade tombe dans le coma et présente des secousses épileptiformes des membres du côté gauche. Ces symptômes alarmants durèrent une demi-heure, puis disparurent.

Un enfant de 7 ans, paludéen, traité jusqu'alors sans incidents par des injections intramusculaires de formiate de quinine, reçoit un jour de son médecin une injection intraveineuse d'un collobiase de quinine. L'enfant est pris soudainement d'agitation et meurt sur le champ avant que l'injection soit achevée.

Dans tous ces cas, l'injection avait été poussée très lentement, le sujet étant couché. S'agit-il d'un choc anaphylactique ou colloïdoclasique ? S'agit-il au contraire d'une toxicité particulière de la quinine pour l'appareil cardio-vasculaire chez certains sujets spécialement réceptifs? Sans pouvoir conclure, l'auteur pense que ces deux effets ont dû s'ajouter.

Les dérivés anthracèniques du Rhamnus Pamila.

M. Maurin. — Ce Rhamnus vulgairement appelé le nerprun nain, qui croît sur les hautes montagnes, présente comme tous les autres rhamnus étudiés jusqu'ici une richesse notable en dérivés anthracèniques atteignant dans ses feuilles jusqu'à 0,75 pour cent.

Son nom de nerprun nain paraît doublement justifié par sa parenté chimique et botanique avec le nerprun officinal.

Du traitement sanglant de la luxation du semi-lunaire.

MM. Pinat et Gorbay estiment que le traitement sanglant des luxations irréductibles du semi-lunaire s'impose : l'intervention par voie antérieure peut viser la reposition ou l'énucléation si la reposition est trop laborieuse.

Le congrès de chirurgie de 1919 a mis en lumière la prépondérance de la compression comme indication indiscutable d'une thérapeutique sanglante :

a) Compression du médian avec douleurs lancinantes de la main ;

b) Compression des tendons fléchisseurs déterminant l'impotence absolue de la main.

A tout prendre, ils estiment que le point sombre de ces lésions complexes ne siège pas au carpe modifié dans son esthétique ou sa dynamique, mais que l'in-

térêt se rencontre bien plutôt dans le contenu du canal carpien arqué sur le chevalet du semi-lunaire luxé.

Deux observations de blessés présentant la luxation du semi-lunaire ont été opérés par voie antérieure; après essai infructueux de reposition, l'énucléation fut pratiquée. La main a récupéré dans les deux cas sa valeur fonctionnelle, ce qui est primordial.

Fractures de la diaphyse cubitale.

MM. J.-P. Tourneux et P. Fabre communiquent deux cas de cette solution de continuité observée chez des sujets âgés respectivement de 16 et de 50 ans, qui avaient fait une chute sur la paume de la main, le poids du corps portant surtout sur l'éminence hypothénar.

Dans les deux cas, ainsi que le montrèrent les clichés radiographiques, le trait de fracture siégeait au niveau du tiers inférieur : il n'y avait pas de déplacement des fragments, et les seuls symptômes relevés consistaient en gonflement, douleur localisée et légère impotence fonctionnelle.

Il s'agit là d'une lésion peu fréquente, surtout à l'état pur, c'est-à-dire sans luxation concomitante de l'extrémité supérieure du radius.

Tumeur bénigne du recessus palatin.

M. A. Viéla rapporte la curieuse histoire clinique d'un malade âgé de 55 ans atteint brusquement de crachements de sang, d'une sensation douloureuse de corps étranger dans l'hémipharynx droit et de nausées.

L'examen du pharynx ne montre d'abord rien d'anormal, mais à l'occasion du réflexe nauséeux déterminé par le contact de l'abaisse-langue, apparut au sommet de la loge amygdalienne droite une tumeur pédiculée et fortement congestionnée. De forme très curieuse, à contours plurilobulés, ressemblant un peu à l'étoile de mer, elle fut accouchée dans le pharynx par traction à la pince de Bourgeois. Pas de cartonnage du voile, pas d'adénopathie.

Ablation à l'anse froide, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lobule amygdalien aberrant, en voie de dégénérescence fibreuse.

Variations de quelques propriétés physiques des eaux minérales après embouteillage.

M. J. Aversenq. — Venant à l'appui des faits empiriques, les variations des propriétés physiques de certaines eaux après leur sortie du griffon confirment cette notion que beaucoup d'eaux minérales doivent être consommées à la source pour avoir les effets thérapeutiques maximum.

L'auteur se propose d'en envisager seulement trois qui ont été surtout étudiées dans cet ordre d'idées et qui sont particulièrement démonstratives, l'état colloïdal, l'état électrique et la radioactivité.

A ces notions théoriques, l'auteur peut apporter des confirmations expérimentales personnelles : dan une station où l'eau est amenée depuis le griffon jus qu'aux baignoires par une pompe qui l'élève à une hauteur de 3 mètres, il a trouvé une quantité de radon dissous de 2.36 millimicro au griffon et de 0,13 à l'arrivée aux baignoires. L'eau a donc perdu de ce fait 95 % de sa radioactivité initiale.

L'eau minérale doit donc de préférence être consommée à la source. Cependant, une cure à domicile est pleinement justifiée dans certains cas, à condition que l'eau ait été reconnue apte à cet usage par les expériences scientifiques et les recherches cliniques.

Etude clinique et médico-légale des paralysies post-sérothérapiques.

M. E. Sorel, après avoir rappelé l'extension du domaine de la maladie du sérum et indiqué qu'en dehors des accidents cliniques, dont la fréquence est diminuée par l'emploi des sérums désalbuminés, il en est d'autres, particulièrement ennuyeux tels que les troubles paralytiques, rapporte une observation de paralysie post-sérothérapique où il lui fut donné d'intervenir en qualité de médecin-légiste.

Il s'agissait d'un homme âgé de 33 ans, ancien blessé de guerre, qui, à la suite d'une injection antitétanique faite pour blessure du pied droit par un clou, avait présenté après des accidents sériques (urticaire généralisé, arthralgies, érythèmes), une impotence douloureuse de l'épaule gauche suivie bientôt d'amyotrophie.

Dans la suite, les phénomènes douloureux s'atténuèrent puis disparurent, mais l'impotence fonctionnelle persista et différents examens pratiqués plusieurs mois après montrèrent de l'hypoexcitabilité des muscles de l'épaule, entraînant de la gêne des mouvements d'abduction du bras, et de flexion de l'avant-bras, avec hypotonicité du membre supérieur gauche et fonte de certains groupes musculaires.

L'auteur expose ensuite l'interprétation pathogénique de ces accidents, et termine par différentes considérations médico-légales au point de vue du médecin traitant dont la responsabilité ne saurait être engagée, de l'employeur ou de la compagnie d'assurances dans le cas d'accident du travail, ou de l'auteur de l'accident dans le domaine du droit commun, qui auraient mauvaise grâce à ne pas reconnaître l'imputabilité de la paralysie à l'accident.

Fracture de l'astragale.

MM. J.-P. Tourneux et P. Fabre ont eu à intervenir chez un homme âgé de 54 ans qui, à la suite d'une chute de quatre mètres sur le pied droit, présentait une fracture du col de l'astragale avec énucléation en arrière du fragment postérieur.

Une partie de la région du col ayant été broyée lors du traumatisme, la mortaise tibiotarsienne privée de tout soutien était venue s'enfoncer entre les deux fragments, sans subir aucun déplacement et encastrait la face supérieure du calcanéum.

L'astragalectomie totale, réalisée sans incidents, a donné au blessé un pied indolore, solide, avec une néarthrose pourvue d'une motilité suffisante.

Traitement du décollement de la rétine par la méthode de Gonin.

M. Ed. GARIPUY, après un historique rapide des traitements employés dans cette maladie et de leurs insuccès, ne retient que les méthodes de Sourdille (de Nantes) et de Gonin (de Lausanne). Il rapporte deux observations dans lesquelles la méthode de Gonin lui a donné des résultats immédiats remarquables.

Le premier cas concerne un jeune professeur de collège, qui avait perdu un œil de décollement et qui avait depuis la veille, un vaste décollement de l'autre œil avec une déchirure de la rétine facile à trouver. Six jours après le traitement chirurgical de Gonin, le décollement avait disparu entièrement : la guérison s'est maintenue après quatre mois.

Un second cas concerne une jeune fille ayant perdu l'œil droit de décollement il y a 7 ans, ayant eu un décollement de l'œil gauche en juillet 1928, amélioré par des injections sous-conjonctivales d'eau salée : depuis un an la vue baisse et le décollement s'étend. A la première intervention (méthode de Gonin), le décollement avait disparu : mais on a découvert une seconde déchirure qui amorçait un nouveau décollement qui a été arrêté par une deuxième intervention.

La méthode de Gonin a donné à l'auteur, dans ces deux cas, des résultats immédiats inespérés et surprenants. Toutefois, tous les décollements ne paraissent pas relever de ce traitement. C'est un progrès très important sur les méthodes antérieures, il reste à bien préciser les indications. Ce traitement nécessite beaucoup de patience et doit être fait avec une méthode rigoureuse, mais il donne parfois de belles satisfactions.

J.-P. TOURNEUX.

Les Thèses

P. — Dr Fanny BLEU. — **Sur l'Hippocratisme digital dans les endocardites infectieuses.** (Edit. méd. Maloine, Paris, 1930.)

Mlle Fanny Bleu, inspirée par son maître, M. le Dr Harvier, a fait des recherches fort intéressantes sur l'hippocratisme digital dans les endocardites infectieuses. Les doigts hippocratiques ne se rencontrent pas chez les seuls tuberculeux, on les observe dans l'endocardite infectieuse à marche lente (type Osler), dans l'endocardite aiguë maligne (type Jaccoud), dans l'endocardite subaiguë d'une origine infectieuse autre que le streptocoque ; ce signe est loin d'être constant, mais il faut le rechercher car il peut aider au diagnostic dans les cas frustes où le médecin hésite dans la détermination de la maladie. Dans les formes rénales, apyrétiques, quand la plupart des signes ordinaires de l'endocardite font défaut, il peut avoir une valeur séméiologique considérable. Mlle Bleu, à l'appui de la thèse qu'elle a soutenue, a donné trois observations intéressantes et concluantes.

J. N.

P. — Dr Guy HOUZEL. — **Le lumbago. Les affections auxquelles il appartient. Son interprétation dans les accidents de travail.** (Editions médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1930.)

Un traumatisme réel est suivi d'algies siégeant au point d'application, qui témoignent de la participation de racines ou de filets nerveux : qu'il s'agisse de contusion, de fracture, de blessure de guerre, d'opération chirurgicale. Un traumatisme permanent constitué par une affection médicale, chirurgicale ou un état anatomique produit les mêmes effets : hernie, orchiépididymite, ptose, fibrome, grossesse et suite de couches, dysendocrinie, nervosisme, état du squelette lombaire ; sacralisation, bec de perroquet, tuberculose, lumbago xanthochromique.

A la suite d'un traumatisme important, il persiste dans la région lésée un état latent de sensibilité, décelable en tous temps à l'exploration des points nerveux. Cet état se révèle sous forme de névralgie ou de lumbago à l'occasion d'un épisode fébrile.

Une affection fébrile : infection buccale, amygdalienne, rhino-pharyngée, gastro-intestinale, pulmonaire, génitale, quelle qu'en soit la cause microbienne, peut créer cet état latent chez un individu neuf. Le malade se plaindra de courbatures ; l'examen révélera sensibles des points nerveux qui ne le sont pas habituellement. Chez un individu traumatisé antérieurement, l'infection marquera par une manifestation douloureuse les points déjà sensibles.

La découverte des points névralgiques latents doit attirer l'attention sur le territoire anatomique correspondant. Ils révèlent un traumatisme antérieur, accidentel, chirurgical ou microbien, dont la connaissance n'est pas indifférente au diagnostic et au traitement de l'affection causale.

Lorsqu'il y a eu traumatisme extérieur, anormal, subit, soudain, violent, le lumbago est un accident du travail. Un examen local est suffisant pour faire constater les symptômes objectifs ou radiographiques. Il en est de même lorsqu'un effort par surcharge, réunissant les mêmes conditions, est suivi d'un arrêt de travail immédiat.

Lorsque les conditions de *l'accident* ne se trouvent

pas réunies, un examen général fera découvrir les signes d'une affection médicale. L'effort ou le mouvement brusque invoqués ont eu seulement pour effet « de révéler la douleur ou de l'exagérer ».

La rupture musculaire souvent inscrite comme diagnostic n'est pas admise par Zollinger. Jamais Bircher n'a trouvé de lésion anatomique sur les biopsies qu'il a pratiquées.

Un certain nombre de lumbagos, causés par une affection fébrile, imputés à tort actuellement à un accident du travail ressortiront dorénavant, non de la loi de 1898, mais de la loi sur les assurances sociales à laquelle ils appartiennent.

Ly. — Dr B. METZQUER. — **Etude sur la forme hémorragique du cancer du gros intestin (rectum excepté).** (Lyon, imprimerie Bosc frères et Riou, 42, quai Gailleton, 1928.)

L'apparition dans les selles d'hémorragies occultes ou d'hémorragies discrètes chez un individu présentant les signes habituels du cancer de l'intestin représente un fait fréquent, bien connu et, de ce fait, assez banal. Plus intéressante quoique plus rare est l'éventuatité de l'écoulement sanguin réalisant un symptôme unique ou prédominant et créant ainsi une forme clinique autonome et bien individualisée.

Tantôt, c'est la précocité d'apparition qui confère à l'hémorragie son caractère d'originalité et pendant un temps parfois fort long, l'entérorragie peut être la première et seule manifestation d'un cancer intestinal jusque-là latent. Hémorragie d'alarme, vraiment providentielle, hémoptysie de l'intestin cancéreux, elle permet d'intervenir de façon précoce chez ces malades dans les meilleures conditions opératoires. Tantôt c'est l'abondance de l'écoulement sanguin qui domine la scène clinique, affaiblit ces sujets et diminue leur résistance au choc de l'intervention chirurgicale. Parfois, enfin, c'est la répétition des hémorragies qui permet d'individualiser cette forme clinique. Elle aboutit en général à une anémie rapide et grave. La pseudo-anémie pernicieuse, d'un pronostic si fâcheux, peut résulter elle aussi d'hémorragies répétées, mais se voit également en dehors de tout écoulement sanguin dans les tumeurs du côlon droit.

L'entérorragie est surtout la manifestation des cancers du côlon gauche. Sur cette partie du gros intestin, l'hémorragie est précoce, abondante, mais se répète rarement, donnant plutôt au cours de l'évolution de la maladie des selles glaireuses et sanguinolentes. Pou les sumeurs du côlon droit, l'hémorragie est par contre tardive, continue mais discrète, et elle passe souvent inaperçue du malade.

Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie LESBORDES, à Tarbes ; et chez l'auteur, à Luchon.

Dr MOLINÉRY. — **De Barèges à Luchon.** Esquisse d'hydrologie historique, 40e série. (Une broch., 63 pages, illustrée.)

LA PLACE DE L'ADONIS VERNALIS PARMI LES MÉDICAMENTS DU CŒUR

par le Dr Gabriel PERGET
de la Faculté de Médecine de Paris
Licencié ès sciences

Les médicaments du cœur étaient, il y a peu de temps encore, séparés en deux classes : les toni-cardiaques héroïques, d'une part, et, d'autre part, les médicaments de second plan, à action moins énergique et surtout moins sûre, moins fidèle. On sait quelle place importante ont pris, dans la thérapeutique journalière, la digitale et les strophantus, depuis qu'on a réussi à obtenir en partant de ces drogues, les préparations à action fixe qui se classent parmi les médicaments d'urgence les plus employés par le praticien. Et nous rappellerons seulement l'action vraiment incomparable dans les cas graves de la digalène, préparation qui présente, sous une forme toujours semblable à elle-même, toute l'activité de la macération de feuilles fraîches de digitale. Dans la catégorie des toni-cardiaques secondaires, il avait été convenu de ranger surtout l'huile camphrée, la spartéine, le muguet, l'aubépine, la chicorée, l'adonis. Si, parmi ces médicaments, certains comme l'huile camphrée et la spartéine étaient d'usage courant, les autres étaient d'un emploi beaucoup plus rare et il faut avouer que l'infidélité de leur action, toujours plus ou moins problématique et variable selon les préparations employées, justifiait en grande partie l'oubli dans lequel ces drogues étaient tombées.

Il semble qu'on doive aujourd'hui revenir de cette opinion sur la division des toni-cardiaques en deux classes nettement séparées. Les progrès de la chimie permettent en effet de rechercher et d'isoler les principes actifs des plantes médicinales, et on a reconnu que, si beaucoup de préparations galéniques ont une action variable, c'est à cause de la teneur incertaine en principes actifs des différents échantillons considérés. Et voilà que précisément l'adonis a fait l'objet, au cours de ces dernières années, de travaux très intéressants. Le Professeur F. Mercier

et le docteur L. J. Mercier, utilisant pour leurs recherches une seule variété d'adonis, l'adonis vernalis, ont isolé de cette plante deux glucosides qu'ils ont dénommés adonidoside et adonivernoside. Le mélange de ces deux corps, spécialisé sous le nom d'adoverne, a été expérimenté en clinique par MM. Lutembacher, Jung, Fontenaille, Faguet, Chausset, et les conclusions de ces auteurs ont été synthétisées et confirmées dans la thèse toute récente du Dr Sassard.

L'intérêt capital de ces travaux a été de démontrer que la médication adonidienne, naguère encore si discutée, pouvait désormais être utilisée, grâce à la découverte des principes actifs de l'adonis, sous une forme à action fixe, étalonnable physiologiquement et toujours identique.

Quelle place occupe l'adoverne dans la série des cardiotoniques ? Dans un travail très documenté, M. le Professeur Pouchet a situé cette place à côté de celle de la digitaline et les divers auteurs cités plus haut ont fixé les indications du nouveau médicament toni-cardiaque. Sans doute, dans les cas graves, l'injection d'ouabaïne, de digitaline et en particulier l'injection de digalène restent les médicaments héroïques auxquels le praticien doit penser avant tout. Mais quand l'asystolie menaçante a été conjurée et que la situation semble s'être stabilisée, on hésite à renouveler les injections d'ouabaïne et, d'autre part, les préparations de digitale ne peuvent être administrées d'une façon suivie ou trop répétée, en raison de l'inconvénient de leur accumulation dans l'organisme. C'est alors que l'adoverne trouve sa véritable indication. Il continue et prolonge l'action de la digitale. De plus, il la complète par les propriétés eupnéiques, durétiques et neuro-sédatives que les divers auteurs se sont accordés à lui reconnaître. Son élimination rapide permet son emploi prolongé et, si l'on adopte le système des cures de plusieurs jours consécutifs, ces cures peuvent être répétées, selon le besoin du malade, sans qu'on ait à craindre aucun phénomène d'intoxication.

A côté des cardiopathies chroniques où le cœur a besoin d'être « remonté » périodiquement et où l'adoverne réussit à merveille en remplaçant, renforçant ou continuant l'action de la digitale, il est de nombreux cas où il peut être substitué avantageusement aux toni-cardiaques les plus réputés. C'est ce qu'on observe chez les cardio-rénaux, les bronchiteux chroniques avec emphysème et défaillance cardiaque progressive, les grands infectés et les opérés, chez lesquels un fléchissement du cœur est à craindre ou à combattre. Dans tous ces cas, l'adoverne freine moins brutalement le rythme cardiaque que la digitaline, à égalité d'action sur la contractilité. En outre, son action diurétique s'exerce favorablement en cas d'œdèmes ou d'épanchements divers ; ses propriétés neuro-sédatives rendent de grands services chez les chroniques contre les phénomènes d'agitation causés si souvent par la mise en circulation dans l'organisme des déchets toxiques accumulés dans les tissus infiltrés. Enfin, il n'est pas besoin de souligner que l'action eupnéique des glucosides adonidiques est loin d'être négligeable dans les cas où la difficulté de la petite circulation détermine de la dyspnée.

L'adoverne existe sous forme de gouttes et de granules. XXX gouttes (1 cc.) ou 4 granules d'adoverne « Roche » contiennent 5 mgr. du mélange des deux glucosides dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs. Dans les cures tonicardiaques périodiques, au cours des cardiopathies chroniques avec décompensation progressive, on donnera de XXX à LX gouttes ou de 4 à 8 granules d'adoverne par jour pendant 3 à 5 jours (Lutembacher). Dans les cures d'entretien, par exemple après un traitement digitalique, ou encore à la période d'état des toxi-infections aiguës, la dose utile sera de XX à XL gouttes par jour et pourra être prolongée pendant un certain temps, grâce à l'élimination rapide du produit.

En résumé, l'adoverne n'est pas destiné à remplacer les tonicardiaques héroïques, toujours à employer dans les cas graves. Mais par son action fixe, régulièrement efficace, par son absence de toxicité, il mérite d'être placé à côté d'eux (Pouchet, F. Mercier), très loin devant les cardiotoniques secondaires avec lesquels l'adonis vernalis était, naguère encore, généralement relégué.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

A propos de la leçon inaugurale du professeur Pierre Mauriac, professeur de clinique médicale, passons en revue quelques-uns des problèmes actuels.... Et controversons.

Une leçon, une conférence du professeur Pierre Mauriac, c'est toujours régal de lettré, même si l'on n'est pas complètement d'accord avec lui sur le fond. Aussi, ai-je mis tout l'empressement possible à prendre connaissance de sa leçon inaugurale du cours de Clinique médicale, à la Faculté de Bordeaux, dont il a été nommé professeur, en remplacement de Henri Verger, comme nous l'avons annoncé, dès qu'elle a été publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (20 mars 1931).

Langue prestigieuse, ordonnancement irréprochable, appel opportun au souvenir classique qui servira d'étai puissant à une affirmation, à une argumentation, — rien ne manque des qualités qui sont l'apanage du parfait orateur : *vir bonus, dicendi peritus* !

L'esprit combatif n'y fait pas défaut davantage ; et telle période, harmonieusement cadencée, sonne comme un appel de trompettte sonore ; mais c'est un esprit de belle qualité toujours, et l'on sent à n'en pas douter, combien, chez lui, l'ordre du cœur est puissant.

Cette leçon, c'est avant tout une profession de foi : l'auteur en est coutumier, et s'il mérite qu'on lui rende justice, c'est bien d'abord sur ce point particulier qu'il n'est pas de ceux qui mettent leur drapeau dans leur poche. Mais il en est d'autres aussi, et notamment cette compréhension large du rôle de celui qui est chargé d'enseigner la clinique médicale.

Eloge discret et finement nuancé d'Arnozan et de H. Verger : la tradition, les convenances l'exigent, et le jeune professeur y manquera d'autant moins qu'il se proclame de ceux qui savent le prix de la reconnaissance.

Le voici donc chargé d'enseigner la clinique, après avoir pratiqué et enseigné la médecine expérimentale..... « dont l'utilité immédiate ne s'impose peut-être pas toujours à l'étudiant ; mais son austérité, son détachement procurent à l'esprit des joies supérieures... plaisir d'initiés, un peu égoïste et de haute qualité ; car, *par ces temps d'américanisme menaçant, les vrais aristocrates sont les servants de la science pure* ». L'entendez-vous, l'appel du clairon dont les vibrations font ériger en nous tout ce que nous avons encore de panache ? Hélas ! la science pure ne nourrit guère son homme...

La clinique ? « Son enseignement surpasse tous les autres par tout ce qu'il contient d'humanité ». Il exige un gros effort d'adaptation, et d'abord celui « de nous débarrasser de l'empire du livre, de la documentation, pour revenir à la réflexion, à l'observation... » Car il importe que les découvertes de la biologie profitent au malade, tel qu'il s'offre, tel qu'il faut l'accepter.

La bonne volonté, hélas ! n'y suffit pas. Et P. Mauriac s'en prend avec véhémence aux installations hospitalières qui, à Bordeaux « sont moins différentes des services hospitaliers du Moyen-Age que des services modernes à Paris ou de l'étranger. »

Et quelle âpre, mais juste critique de la lutte antituberculeuse dont les millions sont impuissants à rien faire en faveur des phtisiques « que les sanatoria n'acceptent pas et que leurs familles ne veulent plus, et qui échouent, lamentables épaves, dans les services de médecine générale ? » Incurie criminelle, s'écrie-t-il, scandale intolérable...

Et ceci nous mène au procès de la spécialisation à outrance qui, grignotant un peu plus chaque jour le domaine de la médecine générale, n'approvisionne les services de celle-ci que de ses laissés pour compte. Mais il a l'intention de ne renoncer à rien. « J'affirme même qu'il peut être utile au tuberculeux, au cardiaque, au diabétique, d'être examiné par un médecin qui n'est ni phtisiologue, ni cardiologue, ni spécialiste de l'insuline. »

Jusque-là, le professeur P. Mauriac s'en est tenu à envisager les conditions dans lesquelles, il entend donner son enseignement ; il est dans sa chaire. Je l'écoute en disciple attentif qu'il peut toujours enseigner. Mais le voici qui aborde maintenant les grands problèmes qui sollicitent

notre attention et alimentent notre actualité professionnelle. Et là, le professeur est surtout un médecin praticien qui dit son mot sur le mouvement corporatif ; et nous sommes dès lors sur le même plan. C'est ainsi qu'il proclame son impuissance à adapter ses idées à la révolution qu'on nous annonce... « Je me demande si je n'arrive pas trop tard dans un monde trop neuf. Défenseur de nos traditions, je fais figure d'attardé, incapable d'évoluer..... Ah ! non, je ne suis pas de ceux qui renient par avance la médecine individualiste pour reconnaître avec docilité la médecine d'Etat ; c'est un carcan qui serait trop lourd à mon col. »

Qu'est-ce à dire ? Et que vient faire alors votre foi dans le progrès de la science et de l'organisation ? Vous souriez ironiquement quand on vous parle de la transformation inéluctable de notre art, sous la pression des lois sociales... Et ce bouleversement qui se prépare, qui est déjà commencé, quoiqu'on en pense, vous êtes trop avisé pour n'en pas discerner les raisons, les tendances, les nécessités, et pour n'être pas homme à guider une évolution qui nous dépasse ; mais vous préférez vous voiler la face avec indignation, et vous prenez figure d'attardé... Je ne vous le fais pas dire.

Eh ! oui, le cœur de l'ouvrier malade aura besoin des mêmes secours en 1940 que présentement, mais ils ne lui seront pas plus donnés à la mode de 1930, qu'ils ne le sont, en 1931, à la mode de 1890 ; quand en 1890, nous avions ausculté un arythmique, nous avions épuisé nos moyens de recherche. Aujourd'hui, nous photographions son cœur, nous en filmons les révolutions, nous en mesurons les efforts ; que feront nos successeurs dans 10 et 20 ans ? ? ?

Ce qui est étrange, et tout de même contradictoire et aussi rassurant, c'est que tout attardé que vous vous disiez, — et je n'en crois rien — vous croyez au progrès dans l'organisation. Et l'organisation, en principe, vous l'avez définie rigoureusement quand vous avez annoncé que vous envisagiez, dans votre service, la division du travail sous une direction unique coordonnatrice des efforts. Comme c'est curieux ! Voici que nous parlons la même langue ; mais alors, vous y êtes en plein, dans le mouvement, et vous préparez pour votre compte cette médecine de l'avenir qui est déjà, en maints centres médicaux, la médecine d'aujourd'hui. Adaptation, organisation, deux mots qui reviennent volontiers sur vos lèvres et que ma plume, maintes fois, traça.

Sera-t-elle, comme vous le proclamez, en ce qui vous concerne, libre de toute chaîne ? C'est une autre affaire, et nous en reparlerons dans quelques années, si je suis encore de ce monde.

Ce que je pense, ce que je dis et répète, c'est qu'adaptation et organisation, actuellement commencées, donneront un jour une forme différente de ce qu'elle est actuellement, à la pratique de la médecine, à la technique professionnelle : la profession a pour devoir de préparer et de réaliser cette transformation. Si elle s'y montre défaillante, d'autres y pourvoiront, et en tout premier lieu, l'Etat.

Une médecine d'Etat, un corps de santé civil, comme j'ai été, je pense, le premier à employer cette expression, M. Mauriac n'en veut à aucun prix, tant est grande son horreur de l'aliénation de l'indépendance du médecin civil aux ordres d'une compagnie, d'une Société, d'un Etat. Mais, nouvelle contradiction : il excepte les médecins militaires et navals de son horreur dédaigneuse, sans doute parce que « un uniforme les protège, et une tradition, une discipline qui maintiennent les moins bons et exaltent les meilleurs... ».

Je pourrai répondre bien des choses à l'orateur. Mais il arrive qu'aujourd'hui encore, je trouve, dans le numéro du *Journal de médecine de Bordeaux* qui publie cette leçon inaugurale, un article qui en est, dans une certaine mesure, l'argumentation et même la critique : j'emprunterai donc au Dr Chabé, auteur de cet article, ce qui suit : »

« N'en déplaise à l'auteur de ces lignes (le professeur Mauriac), il semble ignorer totalement que la médecine d'Etat existe. Que sont nos médecins militaires, nos médecins de la marine, des troupes coloniales, de colonisation, nos médecins fonctionnaires civils de la Métropole, sinon des médecins d'Etat ?

« Ces médecins n'ont-ils pas donné, en dehors de leur dévouement et parfois de leur vie, de grands noms, de très grands noms à la science ? Je trouve bien imprudent de parler ainsi *ex cathedra* de la tranquillité, de la sécurité, de la médiocrité des médecins fonctionnaires. Dans l'auditoire, il y avait certainement de hauts médecins d'Etat, des étudiants qui sont de futurs médecins d'Etat..... Il y a parfois intérêt à envelopper sa parole ou, en tout cas, à mieux se faire comprendre. »

Rapprochons les paroles du Dr Chabé de celles de mon ami Noir : « la protection de l'enfance, l'Assistance médicale gratuite, les secours aux accidentés du travail, la protection de la femme enceinte, la lutte contre les maladies transmissibles, etc., ont été organisés et réglementés par des lois et des décrets, et le médecins a été l'agent indispensable de ces réformes. Toutes les administrations, toutes les collectivités se sont attachées des médecins. De sorte que, à l'heure actuelle, il n'est peut-être pas un médecin de France qui, à un titre quelconque, ne soit peu ou prou fonctionnarisé ou salarié..... » (*Concours médical*, 29 mars 1930.)

Quoiqu'il en soit, et bien qu'elle existe et se développe, cette médecine fonctionnarisée, c'est un esclavage dont le professeur Pierre Mauriac,

— fonctionnaire de l'Instruction publique —, ne veut pas. C'est son droit de le proclamer. A moi-même, elle ne sourit guère, mais elle me semble pourtant préférable à l'asservissement d'un certain salariat médical dout nous connaissons maints exemples. Mais il est d'autres esclavages contre lesquels il entend se défendre pareillement, et d'abord le Césarisme, le Pontificat, qui forment des clans, des chapelles, on a même dit, Dieu me pardonne! des écuries. Et l'air de bravoure qu'il lance à ce propos me plaît infiniment. J'en détacherai cette pensée qui mérite d'être mise en relief :

« L'esprit critique a toujours été le parent pauvre de la médecine clinique ; sorte de bohême, d'affranchi, il se glisse parmi la foule des suivants ; mais sa voix est aussitôt couverte par le dédain irrité du patron ou l'indignation des élèves intéressés. »

Quel contraste avec cette autre forme d'esclavage que subissent MM. les professeurs, qui procède d'une crise d'autorité dans leurs rapports avec leurs élèves ? Je cite textuellement M. Mauriac :

«..... Seuls la faiblesse, et quelquefois l'intérêt, nous y font tomber, et, avec nous, notre dignité et notre autorité. Messieurs les Etudiants, nous sommes à votre égard d'une indulgence funeste.

« Les examens sont devenus trop souvent des manifestations rituelles qui ne comportent plus de sanctions. Un vent d'abdication a soufflé sur les facultés de médecine, si violent que ceux-là mêmes qui veulent y résister sont renversés un à un. Tous les professeurs reconnaissent le désastre ; mais celui qui voudrait se lever pour affronter la tempête sait bien qu'il ne peut rien dans son isolement, sinon servir de cible aux critiques et menaces de chahut..... Combien plus facile, plus agréable est l'indulgence nonchalante des maîtres à l'égard des élèves..... Peu à peu, s'il ne se surveille, le professeur glisse vers la démagogie ; il court à une popularité facile par une indulgence sans dignité ; il paie de son autorité et de sa liberté quelques sourires, quelques applaudissements, et même hélas ! quelques consultations ou opérations à venir ... ».

Quel aveu, et dans cette bouche ! ! ! Mais de qui doit venir la réaction contre cette abdication, sinon des professeurs eux-mêmes ? Qui prendra la tête du mouvement ? A qui appartient l'initiative, sinon à ceux-là mêmes que qualifie la haute mission dont ils sont chargés ?

C'est pourtant peu de chose, semble-t-il, cette réforme qui consisterait à introduire dans les examens, ou tout au moins, certains d'entre eux, l'épreuve écrite anonyme, et à créer des jurys interchangeables ; deux mesures au sujetdesquelles nous nous rejoignons encore, M. Mauriac et moi.

Mais là, par exemple, où nous différons complètement d'opinion, c'est quand il aborde à son tour la question de la pléthore médicale, et de ses causes. La pléthore ? Ah ! Certes, il en peut parler, lui qui réside dans la ville la plus pléthorique qui soit en France, avec ses 409 médecins, — dont une centaine de spécialistes, — pour 256.000 habitants, soit 1/620... C'est pire encore qu'à Paris. Et je conçois qu'un Bordelais s'en émeuve... Mais Bordeaux, ce n'est pas toute la France. Et je crois encore que nous souffrons plus d'une crise de répartition que d'une crise numérique, bien que celle-ci tende à s'aggraver par un apport étranger, et sur tout roumain, qui est un véritable débordement, comme l'a démontré le doyen Balthazard. Le Dr Chabé dit, de son côté : « ... La répartition des postes médicaux est actuellement mal faite surtout le territoire, au petit bonheur du plaisir et des intérêts de chacun ».

Et le même docteur Chabé explique l'envahissement de la profession médicale par ce qu'il appelle une aspiration démocratique vers la place privilégiée que nos pères ont su, au XIXe siècle, se tailler dans la Société. « Socialement, dit-il, la médecine s'est donc inclinée vers le peuple, et partant vers le nombre. La France s'embourgeoisant trop rapidement par le bas, la pléthore médicale vient moins de certains décrets malheureux ou d'une loi encore inexistante que de la construction même de la nation. »

Mais il y a d'autres raisons qui motivent l'attirance de la médecine pour les masses. Les lois militaires, en créant aux médecins une situation privilégiée, y ont concouru fortement. Et aussi la réputation que nous nous faisons à nous-mêmes de bien gagner notre vie, et que confirment les mercuriales de certains périodiques qui annoncent des postes à céder, où l'on réalise des recettes astronomiques : 100.000, 150.000, 200.000 francs, et plus parfois. Car il y a parmi nous, j'en suis sûr, des malheureux. Mais combien l'avouent ? Et encore, le prestige, qui tend à se perdre d'ailleurs un peu plus chaque jour... Et pourquoi tant de médecins, payés pour savoir ce que vaut l'aune de leur situation, engagent-ils leurs fils dans la même carrière qu'eux-mêmes ? C'est la question que se pose M. Chabé : « Comment expliquer ce phénomène, dit-il ? Est-ce par nonchalance, par goût du moindre effort et des choses établies ? Est-ce l'espoir de facilités confraternelles, à la Faculté voisine, auprès de camarades en place ? Est-ce pour trouver dans leurs fils ou leurs gendres cette tournure d'esprit qui caractérise le métier, tournure qui, en vérité, a son charme ? Est-ce par tradition ? Pour un fils passe encore, c'est peut-être excellent pour la tradition, mais plusieurs ! ! ! Cela ne facilite pas le problème. »

Donc, mille et une raisons justifient, chacune

pour sa part, l'attrait de la profession, toutes sauf celle que fournit le professeur Mauriac, l'école unique.... Je suis d'accord avec lui et aussi avec Chabé pour être rien moins qu'enthousiaste d'un régime que j'ai déjà appelé pépinière de fruits secs et de ratés..... Mais, tout de même, ce n'est pas la gratuité de la classe de sixième, qui ne joue que depuis un an, qui, de longtemps, contribuera à encombrer nos Centres d'études. « Ce n'est pas, dit Chabé, le bambin de 10 à 12 ans, à qui on donne la gratuité de la sixième et de la cinquième, qui peut avoir une influence sur la pléthore médicale actuelle. »

Et il convient maintenant que je cite textuellement le passage de la leçon du professeur Mauriac, relatif à ce sujet, qu'il relie à la question des examens :

« ..... Il est vraiment trop commode de rendre les étudiants responsables d'un état de choses dont ils sont les victimes. C'est très bien de donner à tous la culture secondaire ; l'école unique est un beau thème à développements oratoires ; et quel plus merveilleux appât à jeter aux foules que la gratuité de la sixième. Mais ayons au moins le front d'accepter les conséquences de nos largesses. Nous détournons du champ ou de l'atelier les meilleurs ouvriers de France, nous tenons pour viles la tâche sacrée du paysan et les chefs-d'œuvre de nos artisans, et de tout le monde nous voulons faire des bacheliers. Fort bien ; mais de quel droit interdire à cette jeunesse de tirer parti, de monnayer ce diplôme, véritable Sésame de la fortune ? Nous nous étonnons qu'il y ait trop d'avocats, trop de médecins ; mais qui les a poussés contre cette porte étroite, se poussant, se bousculant et brisant tout sur leur passage ? Et maintenant, on nous demande de leur fermer la porte au nez ou de ne l'entr'ouvrir qu'à demi ? A d'autres. Nous ne voulons pas nous prêter à cette manœuvre. Ceux qui implorent notre sévérité pour enrayer la pléthore se trompent d'adresse. Sévères, certes, nous voulons l'être, mais pour faire des médecins meilleurs, et non pour rebuter, pour refouler des jeunes gens qu'un esprit d'égalitarisme borné a précipités dans une voie trop étroite dont on voudrait faire maintenant une impasse. Ils ont payé de longues années d'études studieuses le droit d'entrée ; qu'ils entrent donc : le jour où ils verront toutes les places prises, peut-être comprendront-ils l'erreur originelle. Elle est dans l'esprit des institutions et dans la loi et la faute en est à ceux qui l'ont votée. »

Qu'est-ce à dire ? Comment être à la fois assez perspicace et impartial pour interpréter le sens véritable de cette sorte de défi ? Ne s'y recèle-t-il pas l'espoir que d'un excès de mal, un grand bien pourra sortir ; qu'à un désordre extrême pourra succéder un ordre nouveau.... ou rénové ?

Monsieur le professeur, faites-nous, à votre image, de bons médecins : vous en avez pris l'engagement. Et nous savons combien vous y êtes apte.

Vous pensez bien que M. Mauriac ne laisserait pas échapper l'occasion qui s'offrait à lui de flétrir la dichotomie. Il l'a fait discrètement à la fin d'une fine critique de ce qu'il appelle le paradoxe des honoraires, qui frise l'imposture. « Nous parlons sans cesse de dévouement, de sacrifice, de sacerdoce, et au bout du compte nous présentons une note d'honoraires. Bien plus, l'argent que nous demandons est la rançon du malheur, de la souffrance des autres ; nos affaires ne marchent que dans la mesure où les épidémies règnent, la tuberculose et le cancer dévastent. Il y a là matière à scandale et à plaisanterie facile. Mais la médecine porte en elle sa justification ; car, de ses mains, elle s'efforce de détruire la source de sa fortune, elle travaille à sa ruine en disputant le terrain, la maladie. Et nos honoraires auront été d'autant plus justement gagnés que nous aurons mieux combattu le mal qui nous les vaut. »

Oui, la qualité de la lutte que nous menons contre la maladie justifie plus qu'elle n'excuse nos honoraires. Mais il y a aussi la lutte que nous menons pour la prévenir. Et nous voici à la porte de la médecine préventive ; cette médecine qui ne s'adresse plus directement à l'individu, mais indirectement, au travers de la collectivité et qui, telle qu'elle nous apparaît avec ses Ligues, ses Centres, son personnel, est, que cela nous plaise ou non, socialisée...

Je passe sur la critique des lois médico-sociales, dans laquelle le professeur Mauriac oppose la charité à la philanthropie, avec une ironie qui se défend vainement d'être acerbe, par instants. Et j'en arrive à sa conclusion : « Dans un monde hérissé de décrets, de lois, d'ordonnances, sera-t-il permis au malade de s'y pencher sans déchoir (vers la charité, cette source vive qui coulait à pleins bords au temps de la médecine libre), l'évasion sera-t-elle possible au médecin resté sensible à l'ordre du cœur ? Messieurs, l'avenir dépend de notre ténacité à défendre les positions traditionnelles qui sont au-dessus de la coutume et du progrès... Il faut une profession qui oppose une résistance tenace au perfectionnement social afin que le salut du malade ne lui soit pas sacrifié. A cette œuvre de réaction professionnelle, à la défense de cette vocation particulière, je vous convie, Messieurs les étudiants, pour la sauvegarde et la suprématie perpétuée de la clinique française. »

Et voici, d'autre part, la conclusion de l'article du Dr Chabé :

« Le professeur Mauriac..... se fait une idée quasi-religieuse de l'exercice de la médecine..... Mais, pendant ce temps, on lance sur les pavés et les routes des milliers de médecins..... »

Les privilégiés qui, à la force du poignet, ont accédé sur les sommets voient les choses de si haut qu'ils risquent de ne les apercevoir qu'à travers l'opacité de la brume, ajoute en substance M. Chabé.

Quant à moi, je le prendrais au mot, et le tiendrais pour un réactionnaire, si, dans sa leçon, comme ailleurs du reste, deux expressions, deux mots, ne revenaient pas volontiers dans sa bouche : *adaptation, organisation.*

Adaptation, organisation : c'est tout le programme de la médecine du point de vue de son rôle dans la Société moderne. Et par ce qu'il le fait sien, il montre malgré tout, peut être malgré lui, que sa vaste et haute intelligence sait embrasser les conceptions qui allient les traditions, dans ce qu'elles ont de respectables, avec les nécessités du progrès.

G. Duchesne.

ASSURANCES SOCIALES

I

Les internes des hôpitaux sont-ils assujettis aux assurances sociales ?

La question suivante m'est posée :

Que va devenir la situation des internes des hôpitaux vis-à-vis des assurances sociales, tant à Paris qu'en province. Sont-ils-considérés comme des assurés obligatoires ?

La réponse est fort délicate à donner, car nous devons avant tout nous demander si les internes des hôpitaux sont des salariés.

Désignés par un concours à l'agrément de la commission administrative d'un hôpital, ou choisis directement par ladite commission, les internes des hôpitaux sont placés dans une situation de dépendance complète par rapport à leur employeur : l'hôpital.

En effet, d'une part, ils doivent obéir aux règlements de l'établissement, au point de vue discipline, régularité et heures de service, etc.

D'autre part, n'étant pas docteurs en médecine, n'ayant, par suite, pas encore le droit légal d'exercer, ils sont placés sous l'autorité scientifique et professionnelle des chefs de services.

Or, ceux-ci sont les représentants techniques de l'administration de l'hôpital, puisque eux aussi sont investis dans leurs fonctions par cette dernière.

On peut en conclure que les internes des hôpitaux se trouvent placés dans la situation de dépendance, qui est indispensable, pour la qualification de salarié.

Certes, je me situe purement sur le terrain du Droit, car les mots ont, en France, une valeur considérable et, personnellement, lorsque j'étais interne des hôpitaux de Lyon, j'aurais mal supporté d'être considéré comme un salarié des hospices civils.

Cependant, ne faut-il pas appeler un chat un chat ?

En second lieu, les internes touchent une rémunération mensuelle de la part de leur employeur : l'hôpital.

Cependant, cette indemnité est loin de représenter un salaire normal, eu égard aux services considérables que les internes rendent à l'hôpital.

Supposons, en effet, une grève générale du corps de l'internat et supposons que le Corps médical, tant des médecins que des étudiants soit suffisamment solidaire pour que personne n'accepte de prendre la place des démissionnaires.

Pour soigner ses malades, l'hôpital serait obligé de faire appel à des médecins, qui, sans avoir le titre ni les fonctions de médecins des hôpitaux, seraient, sous la direction de ces derniers, appelés à donner des soins aux hospitalisés.

Et ces praticiens ne se contenteraient pas des maigres indemnités allouées actuellement au corps de l'internat.

Cependant, la commission administrative de l'hôpital déclare que les internes ne sont que des étudiants, qui viennent parfaire leur instruction dans un établissement de bienfaisance. Ils ne sont pas des employés, mais des élèves auxquels pour les services qu'ils rendent, on alloue une indemnité modique.

Nous partageons cette manière de voir, lorsqu'il s'agit d'un hôpital, n'admettant dans ses salles que des malades absolument indigents : maîtres comme élèves se joignent aux hommes de grand cœur et tous gratuitement, ou presque, gèrent le bien des pauvres, ou donnent leur science et leur dévouement, sans attendre de rétribution salariée.

Mais, il en est autrement lorsque l'hôpital fait fonction de maison de santé publique, institution d'ordre juridiquement commercial, bien que les bénéfices de l'entreprise soient affectés à une destination philanthropique : l'amélioration de l'hôpital, de ses services et du bien-être des hospitalisés.

Le service de l'A. M. G. n'enverra désormais presque plus de malades à l'hôpital ; la clientèle de celui-ci devient une clientèle payante, soit

par soi-même, soit par le canal de l'assurance sociale, ou des chefs d'entreprise (accidents du travail), etc.

Qu'on le veuille ou non, l'hôpital ne reçoit presque plus de pauvres. Aussi, les différentes personnes, attachées à l'établissement, sont-elles en droit de réclamer un changement dans leur statut, tout en pensant avoir droit à des appointements plus élevés que jadis.

Pourquoi désormais faire des cadeaux à des caisses d'assurances sociales, à des compagnies d'assurances contre les accidents du travail, ou autres, en soignant, en donnant des soins presque gratis à leurs ressortissants, qui ne sont pas des indigents ?

Aussi, en ce qui concerne le corps des internes des hôpitaux, puis-je citer la définition donnée par le Ministère du Travail, en ce qui concerne les salariés intellectuels :

« L'objet de la loi est de protéger contre les risques sociaux tous les travailleurs « économiquement faibles », c'est-à-dire tous ceux qui vivant principalement du produit de leur travail, se trouvent placés, à l'égard de celui qui les rémunère, dans un rapport soit de subordination personnelle, soit de dépendance économique.

« En conséquence, la qualité de salarié doit être déterminée, non pas d'après la nature, ou la qualification juridique du contrat qui unit l'employeur à l'ouvrier, ou l'employé, mais d'après la situation de fait dans laquelle se trouve l'intéressé.

« Cette qualité est indépendante de la nature du travail qui doit être accompli, travail manuel, ou travail intellectuel ; elle est également indépendante du mode de rémunération du travail, rémunération d'après la durée du travail (c'est-à-dire à l'heure, à la journée ou au mois), ou rémunération d'après sa productivité (par exemple à la tâche ou aux pièces, au chiffre d'affaires, etc.) ; elle est enfin indépendante des conditions d'exécution du travail ; travail à l'atelier, travail à domicile.

« Il faut et il suffit que le travailleur, qui remplit les autres conditions prévues par la loi soit, en fait, dans un rapport de subordination personnelle, ou de dépendance économique à l'égard de celui qui l'emploie. »

Les termes de cette circulaire ministérielle ne s'appliquent-ils pas aux internes des hôpitaux ? Beaucoup d'entre eux sont des travailleurs, qui doivent avoir recours à leur famille, pour poursuivre leurs études. Ils se contentent d'indemnités modestes, infimes, parce qu'ils trouvent à l'hôpital un champ d'études considérable.

Mais, les assurances sociales apportent une perturbation considérable dans le recrutement de la clientèle des hôpitaux : désormais, corps médical et commission administrative n'ont plus à rivaliser de dévouement, de désintéressement et d'altruisme, pour se consacrer au soulagement des pauvres : les hospitalisés sont des payants, admis dans une maison de santé publique et non plus dans un hôpital.

Pourquoi, dès lors, ne pas faire profiter les internes de cette loi sur les assurances sociales ? Pourquoi ne pas prévoir l'avenir d'un certain nombre d'entre eux, en leur favorisant l'adhésion, non seulement à la caisse-maladie, mais surtout à la caisse-retraite ?

Plus tard, si la fortune leur sourit et qu'ils soient parmi les assurés facultatifs, d'abord, puis parmi ceux qui n'ont plus à bénéficier des assurances sociales, ils pourront contribuer à verser pour avoir une retraite maxima à 60 ans.

Quant à ceux, qui, très nombreux, ne s'enrichissent pas, par l'exercice de leur profession, ils seront très heureux de recevoir une pension de retraite de droit, qu'il leur faut actuellement solliciter de l'Association générale des médecins de France.

Le Français n'est pas acquis aux idées de prévoyance : nous en savons quelque chose à la Mutualité familiale du Corps médical français. Pourquoi ne pas profiter de la loi nouvelle, pour faire entrer dans les mœurs, dans la mentalité des professions libérales, cette prévoyance de l'avenir, pour l'heure où les forces physiques diminuant, le praticien a droit au repos ?

Certes, mon opinion va soulever des objections, principalement du côté des commissions administratives des hôpitaux. Ces dernières sont habituées à faire des économies de toutes sortes, parce qu'elles gèrent le bien des pauvres.

Mais aujourd'hui, il n'en est plus de même et si elles relèvent les indemnités du Corps médical des hôpitaux, si elles acquittent les cotisations du corps des internes et des externes, pour les assurances sociales, elles feront figurer ces dépenses dans leurs budgets pour la fixation du coût du prix de journée.

Conclusion. — La question de l'admission des internes des hôpitaux aux assurances sociales n'a pas encore été soulevée ; mais j'estime qu'elle doit retenir l'attention des intéressés eux-mêmes, des commissions administratives des hôpitaux et enfin du ministre du travail.

Dr Paul Boudin.

II

Accouchement — Forceps — Honoraires

A la suite de votre article relatif aux assurances sociales (accouchement avec forceps) paru sur le *Concours médical* du 15 mars 1931 j'avais cru bien faire d'en aviser la caisse d'A. S. Or la réponse que je reçois me porte à conclure qu'une femme ayant appelé une sage-femme pour un accouchement qui avait été prévu comme normal, n'a pas le droit de demander une *feuille de* MALADIE si une intervention de forceps est jugée nécessaire. De plus, elle ne touchera comme remboursement de tous les frais que 336 fr. sur la somme de 420 fr. prévue pour ce cas dans le tarif de responsabilité. Pour le cas qui m'intéresse si la sage-femme qui m'avait fait appeler pour une application de forceps le 19 février dernier, a appliqué le tarif admis par la caisse, elle a dû demander 300 fr. à sa cliente. Il est inadmissible qu'on évalue les frais d'un accouchement au forceps à la somme de 120 fr. et cependant cela est puisque le prix de remboursement des frais de sage-femme est *fixé à* 240 *fr.* et celui des frais de *médecin à* 96 *fr.* !... Total 336 fr. pour le prix de responsabilité de 420 fr. C'est pourquoi la caisse qui reconnaît cette lacune conseille à cette mère de famille de demander un secours à la Commune qui très probablement le lui refusera ! *Dans l'intérêt général et pour ne point laisser multiplier les précédents*, dans l'intérêt dis-je des clientes, des sages-femmes et des médecins, il y aurait lieu je crois de mettre les choses au point. Votre solution serait assurément la meilleure, mais elle ne paraît pas devoir être agréée par la caisse « le T. ». Je n'ai du reste pas la nomenclature des divers actes chirurgicaux, je ne sais si l'application de forceps figure dans cette nomenclature et j'en ignore le numéro. Je serais heureux d'avoir votre avis très documenté sur cette question afin que je puisse le communiquer au plus tôt à cette caisse d'A. S. qui ne me paraît pas être très bien renseignée.

Dr C.

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 18 courant, concernant l'accouchement au forceps de Madame P., après avoir pris consultation avec mon collègue trésorier, celui-ci a bien effectué le remboursement sur un accouchement de ce genre, soit sur 420 fr. comme il est prévu dans notre tarif de responsabilité. Bien entendu sur ces 420 fr. il y a la participation des 20 % à la charge de l'assuré, qui a été retenue.

Evidemment, comme Madame P., bénéficiait avant l'application de la loi sur les assurances sociales, des soins gratuits au titre de l'assistance médicale gratuite (1), elle se trouve donc lésée et c'est pour cela que nous lui avons conseillé de demander un secours à la commune, qui régulièrement ne devrait pas faire de difficulté, du moment qu'elle n'aura pas à payer l'intégralité de la somme, puisque notre caisse a participé d'après son tarif de responsabilité, et que d'autre part si la loi des assurances sociales ne fonctionnait pas, la ville aurait bien été obligée de prendre tous les frais à sa charge.

Maintenant, vous me mentionnez sur votre lettre que vous ne pouvez signer une feuille de soins spéciaux sans autorisation de notre part, c'est bien exact.

Si vous êtes intervenu dans cet accouchement, pour un acte chirurgical quelconque, soit points de sutures, etc., ne connaissant pas les termes médicaux, vous pouvez vous faire délivrer une feuille par la correspondant de notre caisse qui est M. G..., café-restaurant. Il vous suffira de mentionner sur cette feuille le numéro de la nomenclature de l'acte chirurgical que vous avez accompli pour que nous puissions rembourser. Mais si ce n'est que pour l'accouchement au forceps, Madame P. a été remboursée sur cet accouchement et malheureusement, pour rester dans le cadre de la loi, nous ne pouvons pas rembourser plus. Je regrette cette lacune, mais je suis sans pouvoir pour y remédier.

Dans l'espoir que la ville, au cas où nous ne pourrions rembourser plus, aura un geste humain en faveur de Madame P., recevez Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Le Secrétaire.

(1) C'est une erreur, elle a été seulement admise à la Maternité de Mâcon pour son 2e enfant, il y a 2 ans, à titre exceptionnel, aux frais de la commune ; elle n'a jamais été inscrite à l'A. M. G.

Réponse.

Le secrétaire de la caisse d'assurances sociales se trompe étrangement, dans l'interprétation des textes légaux et réglementaires.

Vous pouvez lui faire observer qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892, une sage-femme n'a pas le droit de faire elle-même un accouchement laborieux et qu'elle doit faire appel à un médecin.

Dans ces conditions, lorsque normal jusqu'à présent, un accouchement devient dystocique, il faut qu'un docteur en médecine intervienne.

Comment et par qui seront payés les deux praticiens, sage-femme et médecin ?

Si nous nous reportons aux termes de la convention-type, parue au *Journal officiel* du 8 août 1930, nous lisons page 9169, à la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes, note 1 : « les honoraires forfaitaires de l'accouchement sont dus à la sage-femme, même si elle a dû re-

courir à l'intervention d'un médecin (accouchement dystcocique).

Ce qui signifie, en bon français, que la sage-femme doit toucher intégralement la même somme, qu'elle ait pratiqué seule un accouchement normal, ou qu'elle ait été obligée de faire appel à un médecin, en cas de complication dystocique.

Par qui est payé le médecin ?

Pas par la caisse maternité, car celle-ci ne concerne que l'accouchement normal.

Or l'acte obstétrical ayant été pathologique, il entre dans la catégorie des actes médicaux : donc son prix doit être imputé à la caisse maladie, qui aura à payer les frais du médecin, pour toutes les interventions que celui-ci aura à faire.

Il en résulte que, conjointement, mais pas solidairement, les deux caisses (maladie, maternité) devront intervenir pour acquitter les dépenses professionnelles, occasionnées par un accouchement pathologique.

Il en est de même lorsqu'un accouchement normal nécessite cependant, à cause de complications ultérieures, un supplément de visites en sus des neuf forfaitaires prévues dans le tarif.

La caisse-maladie intervient alors, pour se substituer, à la caisse maternité, dont le rôle est terminé et le praticien inscrira ses visites et actes professionnels sur la feuille de maladie, à partir de la 9e visite faite à l'accouchée.

Peut-on reprocher au médecin de ne pas avoir averti la caisse, parce que la sage-femme a eu besoin de lui, pour pratiquer une intervention obstétricale ?

Aux termes de la convention-type, parue au *Journal officiel* du 8 août, il est spécifié que « si l'état du malade exige les soins répétés d'un spécialiste, ou une intervention chirurgicale, l'assuré se fait délivrer par la caisse qui peut exiger une attestation du médecin traitant, lorsqu'il y en a un, et l'intervention préalable du contrôle, une feuille de soins spéciaux et chirurgicaux... ».

Mais, lorsque la sage-femme fait appeler le médecin, il y a urgence, dans l'immense majorité des cas : il faut parer au plus pressé, c'est-à-dire sauver la vie de la mère et de l'enfant. Les formalités, on les fera une fois que le danger sera écarté.

D'ailleurs, dans la même convention-type, il est spécifié qu'en cas d'urgence, le malade peut se présenter à un médecin sans feuille de maladie, pour la première visite ou consultation.

De ceci, découle que, lorsque le médecin est appelé par une sage-femme, pour un cas d'urgence, auprès d'une accouchée, il remplit son devoir professionnel ; puis la caisse-maladie est avertie, pour qu'elle délivre la feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux.

Quels honoraires doit demander le médecin ?

La nomenclature des soins normaux ne comporte que l'accouchement simple, tarifé au coefficient 40.

La nomenclature des soins spéciaux et chirurgicaux, établie par la Confédération des syndicats médicaux, indique, pour le forceps à la vulve, la catégorie 10 et pour le forceps au détroit supérieur, la catégorie 12.

Encore une fois, ce n'est pas la caisse de maternité qui doit payer ces frais.

D'ailleurs, supposons le cas où à la place ou à défaut de sage-femme, un médecin est retenu pour un accouchement. La caisse maternité intervient et délivre une feuille. La parturiente sera remboursée des frais médicaux, par la caisse de maternité, au tarif de cette dernière, au même prix que si c'était une sage-femme qui avait pratiqué l'accouchement normal.

Mais, l'accouchement devient-il pathologique, le médecin doit-il intervenir et appliquer un forceps, cette intervention obstétricale sera signalée à la caisse-maladie, qui fera contrôler, si elle le désire, mais devra solder les frais d'intervention obstétricale.

Je maintiens donc que le secrétaire de la caisse « le T. » est dans l'erreur, comme interprétation des textes. Il appartient au syndicat médical local de soumettre ce conflit à l'arbitrage de la commission départementale tripartite et, si celle-ci n'est pas encore composée, au préfet.

Dr Paul BOUDIN.

LA QUESTION DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Roumains, en Roumanie....

Le rapport remarquable que vient de présenter notre nouveau Doyen, le Professeur Balthazard, sur *la pléthore médicale*, nous change agréablement des articles pauvrement documentés, que depuis des mois nous lisons un peu partout.

Laissant de côté les considérations générales, ce rapport nous démontre avec une rigueur mathématique :

1° Que le nombre des étudiants en médecine, français, inscrits à la Faculté de Paris, s'est abaissé de 1920 à 1930 de 3.342 à 2.642 — *soit* 700 *en moins.*

2° Que pendant ce temps, le nombre des étudiants étrangers est passé de 429 à 1.511, *soit* 1.082 *en plus.*

Ce premier point établit que la campagne, faite dans nos lycées et collèges, était au moins inutile et que les conditions de la vie actuelle ont suffi à empêcher les familles de diriger leurs fils ou leurs filles vers des études longues et coûteuses.

Ce sont d'ailleurs ces conditions, et il faut le regretter, qui empêchent quantité de nos confrères de faire suivre à leurs enfants la carrière du père, souvent du grand-père et de l'arrière grand-père, tarissant ainsi ce recrutement médical excellent d'où sont sorties la plupart des grandes figures dont s'honore notre profession.

A côté de ce qui se passe pour les Français, le rapport du Doyen nous apprend que les Roumains dont l'afflux est tel qu'ils sont passés de 50 avant la guerre à 571 en 1930, font pour la plupart une grande partie de leurs études médicales gratuitement exonérées, *en vertu de coutumes, datant du temps de la domination turque,* des droits d'inscriptions et de travaux pratiques.

N'allez pas croire que ces médecins roumains ont l'intention de retourner vers la mère patrie, faire de la bonne propagande, exalter la science française, lire les livres français, utiliser les instruments français, non point, sur les 571, 491 réclament le diplôme d'Etat et c'est à Paris et dans les grands centres que nous allons les voir prendre les places que les Français, qui eux, ne profitent pas d'avantages pécuniaires, doivent leur céder.

Je me considère d'autant plus autorisé à demander que les étudiants roumains instruits en France retournent en Roumanie, qu'au cours de la guerre, j'ai fait partie de ces médecins que la Roumanie a appelés, *car elle en manquait.* Les cendres de plusieurs de nos camarades reposent en terre roumaine, victimes de la grande épidémie de typhus exanthématique ; moi-même je l'y ai contracté, des mois d'hôpital, des opérations douloureuses m'ont permis de me rendre compte des nécessités médicales du pays : que doivent-elles être dans une Roumanie de 18 millions d'habitants ?

Je suis persuadé que les dirigeants de la médecine roumaine, qui est une médecine hiérarchisée, ne l'oublions pas, verraient avec beaucoup plus de plaisir revenir chaque année des étudiants ayant complété en France des études faites en Roumanie plutôt que d'assister à l'exode de nationaux perdus pour toujours et de voir déserter les excellentes facultés de Bucarest, de Jassy et de Cluj.

Il y a là une situation qu'il suffisait au Doyen Balthazard de bien établir, pour que le bon sens, qui ne manque pas dans notre pays, montre que si les Roumains restent en Roumanie, une des grandes causes de la pléthore médicale sera supprimée en France et la Roumanie ne viendra plus à manquer de médecins.

Nous n'osons pas croire que le Parlement français puisse être d'un avis différent.

Dr Raphaël MASSART.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Les mémoires de Fléchier sur les Grands Jours d'Auvergne en 1665. — La plainte de M. Griffet, médecin à Bourbon, contre un baigneur de cette station devant les Grands Jours

La collection : « Les hommes, les faits et les mœurs », dirigée par Edmond Pilon, et publiée chez Henri Jonquières, vient de rééditer les *Mémoires de Fléchier sur les Grands Jours d'Auvergne en* 1665 (1).

Ces mémoires sont précédés d'une préface de M. Fernand Dauphin, préface dont la lecture est captivante, car, en quelques pages, l'auteur fait le récit romanesque de la vie de Fléchier qui, tout en restant un prêtre sérieux, sincère et pieux, fréquentant les salons de Mlle de Scudéry et de Madame des Houlières, se fit une réputation dans les ruelles de poète léger. Ce prélat devint prédicateur du roi, sut provoquer à l'église les applaudissements en prononçant l'oraison funèbre de Madame de Montausier, la Julie de la Guirlande, fille de la célèbre Madame de Rambouillet, et finit comme un saint, évêque de Nîmes, en une époque de persécutions, dans un pays troublé par les discordes religieuses, dépensant plus qu'il ne possédait pour atténuer les misères, également vénéré et regretté par les protestants et les catholiques.

Ce fut comme secrétaire de M. de Caumartin, maître des requêtes, désigné par le roi pour tenir le sceau aux Grands Jours d'Auvergne, que l'abbé Fléchier, précepteur du fils de ce magistrat, assista à la tragédie judiciaire de 1665. Madame de Caumartin qui accompagna son mari à Clermont, pria l'abbé pour lequel elle avait une affectueuse estime, d'écrire la relation des Grands Jours.

A cette époque, les nobles des provinces éloignées et peu accessibles comme l'Auvergne se moquaient de l'autorité royale ; leurs excès et leurs crimes restaient impunis et les officiers royaux étaient impuissants et quelquefois complices de leurs méfaits. A l'instigation de Colbert, Louis XIV résolut de frapper un grand coup et de mettre à la raison les derniers féodaux, achevant la grande œuvre de Richelieu. Des lettres patentes du 31 août 1665 ordonnèrent que des *Grands Jours* seraient tenus à Clermont et les Commissaires désignés, pourvus de pouvoirs dictatoriaux, présidés par M. de Novion, président à mortier du Parlement de Paris, arrivèrent à Riom le 23 septembre et le 25 septembre à Clermont. Dès le 26, le vicomte de La Motte-Canillac, coupable d'un assassinat, fut arrêté jugé et peu après exécuté. La noblesse du pays terrorisée prit la fuite, de sorte que la plupart des criminels et les plus coupables, furent condamnés par contumace et exécutés en effigie. Mais le coup avait été porté ; le peuple sut que la justice du Roi savait se manifester et frapper les plus puissants. Les hobereaux se le tinrent pour dit.

Fléchier, dans ses mémoires, fait un savoureux récit des mœurs de l'Auvergne à cette époque, raconte l'histoire peu édifiante des méfaits des de Beaufort, des Marquis de Canillac, des d'Espinchal et autres et montre de quels espoirs chimériques et ridicules se berça la naïve imagination des paysans auvergnats, qui, voyant frapper les nobles, croyaient qu'ils allaient les remplacer. Certains achetèrent des gants, persuadés qu'ils n'auraient plus à travailler désormais.

La lecture des Mémoires de Fléchier oblige de faire de sérieuses réserves sur la partialité dont Michelet a fait preuve en portant un jugement sur les Grands Jours d'Auvergne et sur l'esprit du peuple à cette époque.

***

Les *Grands Jours d'Auvergne* ne s'occupèrent pas seulement des crimes et des méfaits des hobereaux de la région, ils jugèrent des causes beaucoup moins graves, tel le conflit entre un médecin de Bourbon et un baigneur de cette station que Fléchier conte dans ses détails et qui mérite d'être reproduit :

« On jugea le même jour (13 novembre 1665), relate Fléchier dans les *Mémoires*, une plainte de M. Griffet, médecin de Bourbon, contre un baigneur qui par une témérité sans exemple, avait osé se révolter contre lui. Il n'est point d'art plus souverain que la médecine, elle ordonne avec autorité tout ce qui lui plaît, et menace de mort ceux qui refusent d'obéir à ses ordonnances. Tous les malades sont ses sujets et tous ceux qui veulent vivre reconnaissent son pouvoir et révèrent ses ordres. Aussi il n'est rien de plus glorieux qu'un médecin qui prétend qu'on lui doit honneur par un précepte de l'Ecriture, et qu'il est nécessaire à la république. Les baigneurs de Bourbon n'ont pas l'esprit de juger des choses, et qui n'ont pas lu par malheur les livres de la Sagesse, n'avaient pas cette soumission d'esprit et cette obéissance aveugle pour leur maître. Ils croyaient que leur science était indépendante de celle d'Hippocrate et de Galien et qu'ils savaient aussi bien les règles du bain que M. Griffet et M.

(1) Avec préface et notes de Fernand Dauphin, illustrées de 9 gravures, hors texte. Jadis et Naguère, chez H. Jonquières, édit. Paris, 21, rue Visconti.

M. Delorme. Ce dérèglement parut si étrange que ces Messieurs jurèrent par Esculape qu'ils les rangeraient bien à leur devoir ; ils le firent avec beaucoup de chaleur, et depuis ils n'ont vu que des baigneurs soumis. Mais comme ces soumissions contraintes ne sont pas éloignées de la révolte, et qu'une domination violente trouve quelquefois de la résistance, il s'en trouva un qui ne porta pas tout l'honneur qu'il devait à M. le Médecin, et qui doit réparer par toute sorte de voie. L'occasion se rencontra bientôt de venger l'injure reçue en vengeant les intérêts publics ; et quelque personne qui prenait le bain s'étant évanouie entre les mains du baigneur révolté, il fallut lui faire de grandes leçons et le menacer d'un ton bien grave ; mais il n'eut pas assez de vertu, et s'échappant en paroles, il appela M. Griffet *âne de Médecin.* Toute la faculté de Bourbon qui réside en lui en fut scandalisée, et lui fit procès devant Messieurs des Grands Jours, qui pour l'exemple et pour la satisfaction d'un médecin dont ils peuvent avoir besoin, si Dieu réduit leur santé à la nécessité des eaux de Bourbon, condamnèrent ce misérable à lui demander pardon, à lui payer une amende de 100 francs et à être suspendu durant six mois de ses fonction de baigneur ; il est vrai que ce sont les mois d'hiver où son office est inutile. Voilà comment on a puni ce téméraire. Le médecin pourtant murmure encore et trouve qu'il n'a pas sujet d'être satisfait. »

Nous devons admirer à notre tour le souci de ces magistrats du Parlement de Paris, qui, dédaignant l'adage, *De minimis non curat prætor*, ne refusèrent pas de juger un conflit qui, de nos jours, ne dépasserait pas la compétence du juge de paix. Nous constatons la modération dont ils firent preuve en condamnant le baigneur à une peine modérée et goûtons le malicieux récit que fait Fléchier de cette histoire qui nous laisse entendre que M. Griffet, le médecin de Bourbon, était convaincu de sa haute importance pour imposer aux Commissaires des Grands Jours l'examen de cette affaire saugrenue en pareilles circonstances. Aussi, ce bon docteur murmure et trouve qu'il n'a pas sujet d'être satisfait. Quel est celui de ses confrères de notre époque, qui en pareil cas ne se contenterait du jugement des Grands Jours ?

J. Noir.

LES TRAGIQUES GRECS ET LES PSYCHOSES

Par le Dr Scouras

Le docteur Kourétas, d'Athènes, vient de publier un fort important travail, intitulé : les Psychoses dans les tragiques grecs (1). C'est un ouvrage de longue haleine qui a exigé des qualités d'observation minutieuse, des connaissances approfondies sur le théâtre grec, un goût artistique aiguisé.

Les œuvres des trois tragiques, Eschylle, Sophocle, Euripide, sont envisagés sous un angle purement médical.

L'auteur de ce magnifique ouvrage s'est imposé la tâche difficile de donner une image autant que possible réelle des principaux personnages de la tragédie Attique.

Les données fournies jusqu'à présent par les sciences médicales, ont paru à l'auteur comme des excellents outils de recherche. Elles lui ont permis de dévoiler les misères les plus intimes des héros effleurés par le délire.

Et c'est peut-être à cette notion de maladie intuitivement saisie du lecteur que ces chefs-d'œuvres doivent leur immortelle fraîcheur et leur puissance suggestive.

Ajax, le héros intrépide des siégeurs de Troie nous apparaît ainsi sous son véritable aspect : celui du paranoïaque orgueilleux et susceptible manquant sa vengeance sur les Atrides par l'intervention imprévue d'Athéna.

Médée, la triste héroïne d'Euripide, étrangle ses enfants qu'elle croit ménacés de mort, dans un accès de mélancolie délirante.

Prométhée, victime de la colère de Jupiter, endure stoïquement comme un autre idéaliste passionné les conséquences désastreuses du sacrifice qu'il s'est imposé en dérobant le feu divin.

Oreste, nous offre l'image accomplie de la confusion mentale hallucinatoire : des accès terribles d'agitation se succèdent et le regard anxieux du héros, perçoit dans l'infini déroulement des images oniriques le spectre des Errinyes déesses de la vengeance qui viennent le chercher.

Io, fille cadette d'Inachos roi d'Argos erre dans sa fugue éperdue, dans les bois, poussée par l'aiguillon des hallucinations cénesthésiques.

Ses réactions revêtent bientôt la forme schizoïdique et le Docteur Kouretas n'hésite pas d'émettre à son sujet le diagnostic de démence précoce à forme paranoïde.

Hercule furieux nous donne un des plus curieux exemples d'épilepsie larvée. La confusion mentale onirique dont il est subitement atteint, représente, en effet, l'équivalent psychique de la crise convulsive.

Nous ne pouvons pas malheureusement donner

(1) Athènes 1930, (en Grec).

un aperçu même sommaire de cette importante analyse psychologique, ni montrer par quels chemins tortueux l'auteur a atteint le but de ses efforts : la diagnose.

Laissant donc de côté les commentaires qui ne se résumeraient qu'en des recettes de diagnostic, voyons plutôt quelles furent les idées directrices qui ont guidé l'auteur dans ses recherches patientes, et efforçons-nous d'en extraire les raisons souveraines d'une pareille tentative.

Des rapports intimes unissent la science à l'Art. Expression parfaite de la vie et des mœurs l'Art s'est toujours efforcé de rendre sous une forme complimenteuse, les principaux événements de chaque époque. C'est en nous familiarisant avec l'Art — dans l'acception la plus large du mot — que nous arrivons enfin à nous rendre compte de l'évolution lente et progressive de la pensée, depuis le mysticisme primitif jusqu'au rationalisme contemporain.

Les légendes, les mythes, les traditions populaires, les croyances superstitieuses ou religieuses ont fortement imprégné l'Art. Témoins, les statues de l'Antiquité, celles du Moyen-Age, les prodigieuses compositions de la renaissance...

Au cours de cette longue évolution la médecine n'a pas perdu ses droits de cité. L'artiste, observateur averti, matérialisa dans ses œuvres les idées médicales régnantes apportant ainsi un nouveau motif de composition, et une raison nouvelle d'émotion artistique.

Dans la bible, les écritures, nous avons encore des curieux exemples d'aliénation mentale ayant rendu célèbres les artistes de la renaissance.

Sans doute les idées changent, mais les faits restent, car ces derniers sont le fruit d'une longue et patiente observation. Au médecin et au psychologue appartient le devoir d'établir l'évolution historique des faits, par l'étude des œuvres d'Art qui en portent l'empreinte.

Cette tâche est singulièrement facilitée en ce qui concerne la Grèce où le IVe siècle avant notre ère connut une effloraison sans pareille de chefs-d'œuvre.

Les créateurs qui les ont fait éclore n'ont pas manqué à leur devoir de représenter fidèlement la réalité, en se servant au besoin des types psychopathiques susceptibles de répondre à l'appel le plus intime de leur pensée.

L'aliénation mentale dans son expression élémentaire a existé de tout temps. Rien d'étonnant donc à ce que les tragiques Grecs, aient profité des enseignements que leur donnaient leur prodigieux talent d'observation. Ils ont symbolisé dans la personne de leurs héros, les formes principales de l'aliénation mentale, comme s'ils avaient le soin de dévoiler leurs connaissances devant leurs futurs historiens.

Dans les œuvres des tragiques, il ne faut pas voir seulement la plus pure expression de l'Art mais aussi le reflet des principales opinions médicales et religieuses qui régnaient pendant cette époque.

Et le Dr Kourétas nous invite au cours de son beau livre à reconstituer mentalement la liste des maladies mentales connues des anciens Grecs.

D'ailleurs, la physionomie si particulière du délirant fournissait aux yeux du tragique, des chances plus sûres de succès, et elle s'adaptait mieux aux exigences de l'imagination superstitieuse du spectateur.

Le personnage tragique devait par conséquent être doué d'attributs psychologiques exceptionnels pour que ses réactions et sa conduite puissent provoquer la compassion et la pitié du spectateur.

Alors, il n'y avait qu'une seule ressource, celle de la névrose, créatrice de caractères exceptionnels et d'intrigues imprévues.

La notion divine de la folie favorisait l'émotion et flattait en même temps l'idéal religieux de la foule.

La constitution névropathique du héros se laisse vaguement entrevoir.

Dès les premiers actes de la tragédie, le chœur inquiet de vieillards est tourmenté par des craintes et des sentiments obscurs.

Il déplore la fragilité des choses humaines et croyant convaincu, il invoque l'indulgence de la puissance divine. Le spectateur muet reçoit l'écho de l'inquiétude générale.....

Tout d'un coup, tout change d'aspect. La passion bat son plein, le héros cède à ses impulsions, l'intrigue suit son cours dramatique : crimes, meurtres, vengeances ensanglantées.....

Mais le Dieu, personnification de la conscience collective punit l'imprudent, et le plonge dans la démence.

Le but moral de la tragédie est atteint et le spectateur ému comprend que tout est subordonné à l'emprise de l'implacable Ananké.

Dans cette esquisse sommaire de la tragédie, l'on saisit facilement les idées directrices du tragique.

D'un côté il s'agissait de trouver des éléments aptes à provoquer des réactions émotives intenses — ce qu'en général le tragique réalisait en se servant des types psychopathiques qu'il avait eu l'occasion d'observer — de l'autre côté, il fallait blâmer les tendances impies du spectateur pour sauvegarder la souveraineté de la morale. Ainsi le choix des personnes pathologiques, troublées, délirantes, n'étaient pas le fait d'une simple curiosité scientifique. Les tragiques y voyaient ainsi que vous le dit le Dr Kouretas un moyen efficace de frapper l'imagination de la foule et de provoquer des réactions émotives sincères et douloureuses.

***

Un travail comme celui du Dr Kourétas est toujours d'une passionnante actualité. Il nous fournit d'abord les explications ingénieuses et convaincantes sur la façon d'agir des personnages tragiques dont la physionomie éclairée par la science nous apparaît plus proche de nous et plus humaine.

Il nous donne ensuite, la vraie image du héros tragique, symbole de l'homme séculaire qui malgré la civilisation est resté dans le fond ce qu'il fut : la victime irresponsable de la passion et de l'instinct.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXXXXV. — Gabriel Brunet. **Evocations littéraires.** Préface d'André Bellessort. Un vol. 12 × 19. Editions Prométhée, Paris, 1931. Prix : 15 fr.

On a asséné à Monsieur Brunet quand parurent au Mercure de France les premières Chroniques (qu'il vient de réunir sous le titre d'Evocations littéraires), quelques compliments bien sentis qui auraient laissé sur le carreau un organisme de moins robuste complexion.

La légèreté bien connue de tel critique dans l'hyperbole, sa mignardise de pachyderme emmi cristaux et porcelaines s'en donnaient à cœur joie :

« *Cela était exquis... et en profondeur* », « *ceci était étincelant* ».

Souriant, la bouche en cœur, notre Alceste sussurait à tout venant :

« *Que tout cela est bien dit* »

et :

« *Qu'un nouveau critique se levait...* »

comme s'il eût repris de la tarte à la crème. Monsieur Brunet n'a probablement pas été aussi flatté que l'eût espéré son encombrant thuriféraire, de se voir pompeusement (1) comparé à un astre nouveau au ciel obscur de la critique. Je suppose que, sans prétendre à cette qualité mi-dynastique, mi-astronomique, il se réjouira bien davantage de savoir que l'on peut plus simplement prendre à la lecture de ses Evocations le plaisir évident qu'il prît à les écrire. Qu'il nous parle de Bossuet, de Madame de Sévigné, de Renan, de Sainte-Beuve, de Courier, sa méthode est neuve : non dans ses buts (comme l'ont remarqué les perspicaces analystes susdits), mais, (comme ils ont oublié de le noter), dans ses moyens. Quelle adroite curiosité dans le recensement des qualités de l'écrivain, dans le groupement de leurs interférences composant la personnalité *créatrice!* De l'homme au style, du style à la pensée, de la pensée à la genèse plus confuse de l'idée, amorcée par les sensations et, les réactions affectives ou sensorielles de la vie quotidienne, quel étonnant dédale et quelle instructive démonstration ! J'emploie à tort ce mot mathématique trop rigide, car s'il règne un ordre parfait dans les exposés , il y a une telle souplesse dans les liaisons de leur agencement que la rigueur constructive disparaît tout entière sous l'élégance de la critique. Il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir fixer l'attention du lecteur de notre époque sur Madame de Sévigné ou sur Bossuet fort décriés. Monsieur Brunet y parvient avec une singulière aisance. Mais, misère de misère, les « tarte-à-la-crème » (1), n'en ont rien vu. Il y a cependant quelques raisons apparemment pour que ces évocations aient un accent si particulier et si personnel, qui les distingue si fortement des autres œuvres analogues :

« *Exquises et tout en profondeur... etc.* »

mais qui, en général, réussissent simplement, (vous excuserez le « mot propre » !), à nous « raser » !

Si ma page était plus longue, je m'amuserais à vous détailler ces « raisons ». Bloqué, je ne peux que vous signaler : l'absence totale de clichés solennels, de poncif, de pédantisme ; une vivacité et une alacrité d'esprit au service d'une sensibilité aiguë ; une méthode d'investigation très souple ; une compréhension très juste des modèles ; un style d'une parfaite correction excellant à traduire les nuances psychologiques les plus ténues avec des mots justes portant bien et sonnant clair ; la vraisemblance constante et la modération des interprétations et des jugements ; une honnête exactitude ornée de discrète érudition ; une concision descriptive ferme et qui surprend agréablement dans son éloignement de l'instabilité intellectuelle de notre temps et des procédés contemporains des industriels des Lettres ; un naturel sans emphase. Sans artifices clinquants, la méthode analytique de Monsieur Brunet situe ses personnages dans leur cadre social, dans le courant de leur époque... Sommairement exposés voilà quelques-uns des motifs par lesquels ces jugements déjà marqués d'une pénétrante intelligence prennent une nouvelle ampleur critique. En concluant suivant le mot d'un des plus brillants « essayistes » de l'a-

(1) Lisez : pompièrement.

(1) On peut prononcer au choix : « tarte à la crème » ou « tarte » tout court ! !

près-guerre (Monsieur Brunet l'identifiera aisément) : «*Ses essais très concentrés assemblent dans un bref espace une somme notable de méditations* », je crois que vous aurez, en même temps que le désir de lire le livre, une opinion préalable qui aura plus de saveur et d'exactitude que celle, « exquise », enchassée avec le respect qui lui est dû en préambule de cette présentation.

CCLXXXXV *bis.* — Romain ROLLAND. — **Paroles de Renan à un adolescent.** Une plaquette 12 × 16 tirée à 188 ex. numérotés. Collection Rara Avis, 1931. Editions de la Belle Page, Paris.

En 1886, Romain Rolland, élève de l'Ecole Normale supérieure, rencontra Renan. Et ce que lui dit : « *le vieil homme très sage et très patient* » nous est fidèlement rapporté. Après une brève description du milieu où eut lieu l'entretien, Romain Rolland transcrit les paroles qu'il nota le jour même de l'entrevue. Je comprends que cette espérance profonde d'une « *humanité meilleure* » ait laissé un ineffaçable souvenir dans la mémoire de Rolland, mais par delà la magie sonore de leur verbe, il me semble que rien de ferme ne reste que le brouillard et la funèbre grisaille du matin de décembre où l'adolescent qui avait perdu sa foi et le sceptique cruel, torturé par l'insaisissable mirage de ses utopies, veillaient ensemble la dépouille de leurs dieux morts sous le regard sans vie de leurs idoles.

CCLXXXXVI. — P. LOUYS. — **Les Aventures du Roi Pausole.** Un vol. 15 × 20 avec illustrations en couleurs de Daniel-Girard. Tiré à 1.021 exemplaires. Trente deuxième livre de la Collection Française. Editions Henry Cyral, Paris, 1931.

Dans cette magnifique collection dont chaque tirage est rapidement épuisé, vient de sortir un « Pausole » d'une très belle tenue. L'illustrateur a parfaitement rendu l'esprit de nonchalance de cette cour légendaire où le harem et les personnages féminins tiennent ouvertement si large place dans les conseils et les préoccupations du Gouvernement. Il a saisi l'occasion de nous montrer une fois de plus la très juste adaptation de ses images à l'aventure qu'elles reflètent. Je ne veux pas lui chercher chicane, mais pour lui prouver le soin avec lequel j'ai examiné sa technique, je lui signale page 97 et page 256, une erreur de trait sans importance d'ailleurs. Son Taxis à redingote grise est parfaitement digne de représenter à l'avenir le type symbolique du cuistre. Ses anatomies ont, en général, une agréable exactitude. Les coloris ont l'insolente ardeur des teintes que l'œil rencontre sous les cieux où le « sentiment » est élevé à hauteur d'institution et d'occupation nationales. Il y en a quelques-uns de fort délicats, à la page 152 par exemple où j'ai retrouvé un souvenir discret des bleus, des mauves et des violets *inégalables* de Georges Barbier dans les Rencontres de M. de Bréot (1). Daniel-Girard s'est amusé à tracer de graciles silhouettes d'une jeunesse hardie, effrontée même, d'une pétulance telle que l'on conçoit le triste découragement de Taxis impuissant à contenir ces impétueux débordements. La typographie sur un très beau papier, spécialement filigrané est admirable de netteté : les caractères ont une finesse de frappe qui séduit l'œil et que rehaussent de belles lettrines rouges en harmonie avec l'abondante débauche de couleurs qui enlumine l'odyssée mineure du bon roi.

CCLXXXXVII. — G. DUHAMEL. — **Géographie cordiale de l'Europe.** Un vol. 12 × 19. Editions Mercure de France, 1931. 15 fr.

Quand vous lirez le livre, il ne faudra pas sauter la préface. Elle n'a pas un simple intérêt d'avant-propos. C'est une profession de foi, un manifeste, une explication de l'attitude intellectuelle de Duhamel et une justification de l'*unité* de son œuvre. Chemin faisant Duhamel réfute les objections saugrenues que firent éclore ses Scènes de la vie future : il a bien de la patience de discuter ainsi avec des malheureux qui ne comprirent pas un livre aussi clair ! ! Revenons à sa préface. Je disais qu'elle raccordait l'œuvre actuelle à l'ensemble de ses écrits précédents et qu'elle précisait la position de l'écrivain lui-même. De la vie des Martyrs à Salavin, c'est toujours sous des visages divers la recherche et la géniale traduction de la souffrance humaine : martyre de la chair, tourment secret de l'esprit héroïque ou grotesque.

Puis, après guerre, c'est au tour des peuples d'être tenaillés tout entiers par ce déséquilibre et Duhamel les examine, continuant son rôle de prospecteur, de clinicien étrange pour maladies démesurées. Il cherche à « *retrouver la règle, la loi, dans cette émeute de toutes les certitudes* ». Et des livres de l'homme, il monte aux livres des races : Russie ensanglantée, Amérique babélique, puis aujourd'hui Europe frissonnant de fièvre ou de peur. Avant de quitter la préface, il faut bien noter son retour sentimental vers la France, vers l'Ile-de-France, où altéré de toute la poussière de ses routes, il vient se reposer à l'ombre de ses peupliers et à l'abri de ses souvenirs. Dans le monde qui croule, il n'est pas, nous dit-il, de repos comparable, de havre plus tranquille. Mais là aussi, n'a-t-il donc pas vu aux flancs des vignes

(1) Editions Mornay... mais l'ouvrage est épuisé. C'était une des plus belles éditions que j'aie pu vous signaler et si vous laissâtes passer l'occasion, il est trop tard.

en friches s'ébouler les murettes de pierres patiemment édifiées par les aïeux de ses aïeux ? Et plus bas dans cette même France qu'il aime, sur les plateaux abandonnés, les genêts (où le vent siffle presque aussi fort que les merles), envahir les champs nus que la charrue ne féconde plus ?

Le livre lui-même est ordonné avec une originalité singulière... De cette Europe désaxée, il nous montre d'abord, placide, intacte, tout à la joie de son effort, une Hollande d'une activité bourdonnante, puis une Grèce contemporaine minable, vivant sans vergogne de son passé, mesquine, trafiquant ses glorieuses légendes ; puis, enfin, la jeune ardeur de la Finlande sous le ciel froid où il composa pour elle ce « *Chant du Nord* ». Le style a la vigueur coutumière, cette étrange résonnance, ce frémissement de vie qui tiennent à je ne sais quelles qualités et puissances d'évocation dont la simplicité accentue la portée ; l'ironie est plus douce que dans la fresque yankee, mais elle a plus de tristesse comme si Duhamel dans ce calme inquiétant qui précède les cataclysmes avait voulu nous marquer la douceur de vivre. Vous voyez que ce livre n'a pas les qualités requises pour rester sur le rayon des œuvres creuses relevant de la géographie et de la « *bougeotte* » très à la mode depuis que les voyageurs et (hélas !!) voyageuses de lettres ont pensé enrichir leurs thèmes déficients par un exotisme qu'ils n'ont même pas compris. Ces braves gens s'ils demandaient conseil au grêle fantôme de Salavin reviendraient à plus d'humilité et à des travaux manuels plus indiqués qui nous délivreraient en même temps de cet encombrement littéraire où les meilleurs livres submergés, ont de la peine à se frayer un chemin. Ceux de Duhamel sont, en général, hors question, c'est entendu, mais j'ai tenu à vous préciser que celui-ci n'avait rien de commun avec cette littérature obsédante du « partir » qui grince comme une guitare sentimentale de Napolitains émigrants. Vous rencontrerez au cours des pages une exacte définition médicale de la civilisation que Duhamel identifie étroitement à la santé. Et son périple européen laissera sûrement dans votre mémoire le sillage profond des grands livres, de ceux qui marquent une époque sans réclame tapageuse avec la tranquille puissance du talent.

10 avril 1931.

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre de Paris

Ces Messieurs de la Santé

Comédie en 3 actes et 6 tableaux de M. Paul Armont.

Pour stigmatiser notre époque où, la plupart du temps, les gens honnêtes sont montrés du doigt comme rares phénomènes, où la vertu fait sourire parce qu'elle ne peut plus guère espérer sa récompense qu'en l'autre monde, le théâtre nous offre une pièce qui vient s'ajouter à tant d'autres du même genre et, « Ces Messieurs de la Santé » sont une réédition, sous un autre aspect, des fameux combinards, charlatans et aigrefins supérieurs de « Topaze » et de « Donogoo ».

Pour être amusant, c'est amusant, il n'y a aucun doute, mais alors, il ne faut envisager ce genre que comme « satire des temps » et ne pas s'offusquer de voir une fois de plus triompher les exploiteurs de la bêtise humaine puisqu'il en est ainsi trop souvent. De même que nous ne pourrions déguster les escargots s'ils n'étaient accompagnés d'un assaisonnement qui lesrend comestibles, de même : audace, culot, habileté, brio, faconde et charme personnel sont la parure de la médiocrité et arrivent même à nous rendre moins détestables ces sortes d'opérations frauduleuses, et d'autant moins que le terrain de manœuvre de ceux qui en font métier, les attributs moraux de leurs dupes sont : confiance aveugle, ignorance, bêtise, routine et fatuité. Rien ne dit d'ailleurs que cet étalage de supercherie intelligente, dont les événements se combinent admirablement au gré de l'auteur pour les besoins de la cause, ne soient pas une manière de purifier petit à petit les habitudes et les mœurs et de mettre en garde nos contemporains contre pareils forfaits. Jadis les Spartiates enivraient les Ilotes pour rendre l'abus du vin détestable aux yeux de la galerie qui contemplait ce spectacle, et tout porte à croire que le fin sourire des spectateurs intéressés par les capacités de dupeur de « Ce Monsieur de la Santé » ne signifie pas qu'ils aient envie d'en faire autant et quand, les bras chargés de fleurs, ce Gédéon, banquier, se constitue lui-même prisonnier à la fin de la pièce accompagné des regrets et de la sympathie de ses victimes mêmes, l'expression ordinaire : il n'y a de veine que pour la canaille, — est bien sur les lèvres de tout le monde et tout le monde pense : « canaille » tout de même.

Ne soyons donc pas trop moralistes au théâtre, et convenons qu'une pièce comme celle-là

est certainement moins malsaine que beaucoup d'autres où les situations sentimentales ambiguës ou scabreuses sont étalées crûment et exercent leurs ravages en des âmes tourmentées ou insuffisamment protégées. Après avoir dit tout d'abord que le sujet de la pièce n'est pas nouveau comme idée et avant de formuler d'autres critiques, je vais en quelques mots vous en résumer l'action.

L'illustre banquier Tafard, qui vient de s'évader de la Santé, se réfugie dans une vétuste maison de corsets du Palais-Royal tenue par Mme Genissier qui y occupe son fils Hector et sa bru Fernande, ainsi qu'un vieux comptable, Amédée. Tafard qui a pris le nom de Gédéon a choisi ce refuge car il y compte une ancienne amie parmi le personnel, du nom de Claire ; il ne réclame aucun gage, connaissant Mme Genissier comme une vieille avare, mais petit à petit y montre d'étonnantes qualités d'homme d'affaire; de veilleur de nuit qu'il était au début; il arrive en peu de temps au titre de Directeur commercial et au fur et à mesure de son ascension, entraîne tout le monde dans son sillon, favorisant les goûts de luxe de la bru, les aptitudes au jeu et aux courses du fils et donnant à la maison une allure tellement moderne que Mme Genissier elle-même alléchée par l'appât du gain, stoke chez elle outre les corsets, des marchandises de toutes espèces qu'elle achète et revend pour augmenter ses revenus.

La subite transformation de la firme Genissier a fait jaser tout le quartier et le commissaire de police s'inquiète de ces caisses de marchandises qui contiennent aussi bien des corsets que des mitrailleuses, des savons et des camemberts et, quand il fait une descente dans ce tripot bizarre, Gédéon, qui connaît lui le code et la loi, comme son partenaire, le prend de haut, menace le commissaire de dénonciation et d'abus de pouvoir et le renvoie comme indésirable. Le rayonnement du directeur commercial ne fait qu'augmenter auprès de son entourage: tout le monde lui confie ses économies et rien ne l'empêche plus de monter une banque place de l'Opéra avec la fortune même des Genissier, qui mènent maintenant l'existence la plus luxueuse.

La banque fait des affaires d'or, mais un beau jour, Mme Genissier et ses enfants, sans consulter Gédéon, ont vendu à une cote assez élevée leurs meilleures actions : c'est la catastrophe car le titre n'en était qu'à ses débuts d'ascension. Le directeur se drapant dans sa dignité en a assez de ces commanditaires sans flair ni patience, se dénonce à la police comme étant le Tafard qu'on recherche depuis 8 mois. Cet excès d'honnêteté et cet entêtement à retourner au vert, cache tout simplement le désir de faire tomber les actions qu'il a émises lui-même afin de les racheter par intermédiaire à vil prix ; il se fâche même au moment où le directeur de la Santé s'étonne de son insistance à se constituer prisonnier, bien qu'il bénéficie d'un non-lieu en tant qu'ex-Tafard, et radieux, part pour la prison avec la considération de tous, les bras chargés de fleurs et de cadeaux ; il emporte même l'amour secret et reconnaissant de Fernande qui a connu grâce à lui la vie éblouissante qu'elle avait toujours rêvée.

M. Raimu dans le rôle de Gédéon, avec son air nonchalant et désabusé, est sournois et cauteleux quand il convient, autoritaire et persuasif comme il sied à certains instants. S'il pensait à articuler un peu mieux et ne tournait pas si souvent le dos au public, il ne donnerait pas si fréquemment cette impression de se désintéresser de lui. M. Alerme a fait du vieux comptable honnête de la maison Genissier une composition réjouissante et scrupuleuse. Mme Thérèse Dorny-ce Jouvet au féminin est obligée, dans Mme Genissier, de concentrer ses qualités si variées et si personnelles à la fois, et c'est dommage. Mlle Diana, sur laquelle je ne tarirais pas d'éloges si je la revoyais au Music-Hall, n'a pu donner dans Fernande Genissier que ce qu'on demandait à un rôle trop effacé pour son talent et ses charmes. Mlle Lilian Greuze apparaît trop peu souvent à notre gré et les autres interprètes, MM. Guy Derlan, Henry Vilbert, Charpin et Vattier complètent parfaitement l'excellent ensemble de cette comédie aux assises solides et une fois de plus d'actualité, hélas !

Jean SEJOURNET,
De la Société des Auteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de radiologie clinique.** — M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le mardi 2 juin 1931, à 5 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1° Mardi 2 juin 1931 : Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers. Squelette. — 2° Jeudi 4 juin 1931 : Appareil locomoteur (os et articulations). — 3° Samedi 6 juin 1931 : Appareil locomoteur (suite). — 4° Mardi 9 juin 1931 : Appareil digestif : bouche, pharynx, œsophage, estomac. — 5° Jeudi 11 juin 1931 : Appareil digestif : Estomac (suite). Duodénum. — 6° Samedi 13 juin 1931 : Appareil digestif : intestin grêle, côlon. — 7° Mardi 16 juin 1931 : Foie, voies biliaires, pancréas, rate. — 8° Jeudi 18 juin 1931 : Thorax, appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). — 9° Samedi 20 juin 1931 : Thorax, appareil respiratoire. — 10° Mardi 23 juin 1931 : Thorax, appareil respiratoire (suite). — 11° Jeudi 25 juin 1931 : Appareil urinaire. — 12° Samedi 27 juin 1931 : Appareil urinaire (suite). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections. A la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

— **Médecine opératoire spéciale.** — Cours de M. le Docteur R. SAUVAGE, prosecteur, *Chirurgie abdominale, pratique chirurgicale courante,* sous la direction de M. le Professeur A. GOSSET et en liaison avec un cours de perfectionnement de chirurgie abdominale fait aux mêmes dates et avec le même programme à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 47.

Ouverture du cours : le mercredi 10 juin 1930, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE : *Chirurgie du tube digestif et des voies biliaires.* — 1° Appendicectomie. Cure opératoire des hernies. — 2° Gastro-entérostomies. — 3° Pylorectomies. — 4° Cholécystectomies. Cholédocotomies. — 5° Colectomies. Anus cæcal et iliaque.

DEUXIÈME SÉRIE : *Chirurgie gynécologique.* — 1° Hystérectomies pour fibrome. — 2° Hystérectomies pour annexites. Castration unilatérale. — 3° Hystérectomies pour cancer. — 4° Périnéorraphies. Hystéropexies. — 5° Amputation du sein.

Ces cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Institut de criminologie.** (Section de police scientifique). — Les cours ont lieu tous les jours, à 16 et 17 heures, à l'Institut médico-légal (place Mazas).

Ils comportent des notions de médecine légale, de psychiatrie, de droit pénal et d'organisation policière et un enseignement de police scientifique.

— **Conférences d'anatomie pathologique.** (Professeur : M. G. ROUSSY.) — M. le Dr Ch. OBERLING, agrégé, a commencé ses conférences le lundi 27 avril 1931, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, pendant les mois de mai et juin.

OBJET DU COURS : Les processus néoplasiques étudiés dans les différents tissus et organes (programme de l'examen de 3e année).

— **Thèses.** — Mardi 28 avril. — Jury : MM. Claude, Lereboullet, Nobécourt, Aubertin. — LETRÉSOR A. ; Etude des troubles vasculaires dans la catatonie. Ischémie horizontale. Rougeur cyanotique de déclivité. — DELAFFOND J. : L'eczéma des nourrissons. Essai de diététique. — SCHALIT-RESCHE : Manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu.

Mercredi 29 avril. — Jury : MM. Couvelaire, Ombrédanne, Baudouin, Quénu. — LACHAUD M. : Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë. (Maladie de Heine-Médin par la radiothérapie. — PRADAUDE A. : Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Baudelocque. — Mlle VIMEUX J. : Exploration tubaire et stérilité. — CECCALDI M.-A. : Indications et technique opératoire pour les fractures du condyle externe de l'humérus.

Jeudi 30 avril. — Jury : MM. Cunéo, Jeannin, Sebileau, Terrien. — Mlle CHOQUART M. Th. : De l'extrait hypophysaire ocytocique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie chloro-kélène au cours de l'accouchement normal. — VICLOR H. A. : La maternité de l'hôpital de Rothschild, son fonctionnement jusqu'en 1930. — PESQUÉ J. : L'amygdalectomie totale chez les enfants par l'énucléation instantanée. — MASURE G. : Un cas d'épithéliome des glandes de Meibomius.

Jury : MM. : Achard, Bernard, Roussy, Leroux. — MM. GOURAUD P. : Etude des savons (rôle dans l'organisme et applications. — HUBAULT G. : A propos du traitement des méningococcies thérapeutiques. — BLUMBERG M. : Valeur de l'ascension et de l'immobilité du diaphragme pour l'interprétation des résultats de la phrénicectomie chez les tuberculeux. — BARRÉ E. P. : Les métastases cutanées dans les épithéliomas spinocellulaires cutanés.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Le Docteur Edmond CHAUMIER, membre correspondant de l'Académie de médecine.— Un coup imprévu de la destinée vient d'arracher à l'affection des siens, à la profonde sympathie de ses confrères, à l'admiration et à la reconnaissance de tous ceux qu'il avait su conquérir, le Docteur Edmond CHAUMIER, le Tourangeau bien connu dans les milieux scientifiques.

Directeur de l'Institut vaccinal renommé de Plessis-les-Tours, qu'il créa, président honoraire de la Société médicale d'Indre-et-Loire, de la Société protectrice de l'enfance, fondateur de l'Œuvre Grancher en Touraine, membre de la Société d'anthropologie de Paris, de la Société d'histoire de la médecine, le Docteur Edmond Chaumier donna à ces diverses assemblées d'importantes communications, le bénéfice d'une activité infatigable, l'exemple d'un jugement parfaitement droit et d'une générosité sans limites. Aussi, malgré la discrétion qu'il apportait à se laisser mettre en avant, fut-il l'objet de distinctions élevées qu'il méritait sans conteste. Élu membre correspondant de l'Académie de médecine, fait chevalier de la Légion d'honneur, officier de la Couronne d'Italie, chevalier de l'Ordre de Léopold, commandeur du Nicham Iftikar, officier du Ouissam Alaouite, il fut maintes fois chargé de missions à l'étranger.

Le Docteur Ed. Chaumier fut aussi l'un des fondateurs de la *Gazette médicale du Centre* et le directeur de la *Revue internationale de vaccine.*

Titulaire de la médaille d'or et de plusieurs médailles d'argent de l'Académie de médecine, il obtint le grand prix dans la section d'hygiène à toutes les expositions, depuis 1910, où il fut fréquemment membre du jury.

La part la plus secrète de sa vie, celle qu'il consacrait au soulagement des souffrances humaines, n'était pas la moins absorbante. Immuniser nos jeunes enfants toujours par un meilleur vaccin fut l'œuvre de cet éminent savant.

Il avait immensément lu ; des références innombrables, des analyses sûres et toujours bienveillantes en prodiguent les preuves tout au long de ses ouvrages. Il avait immensément écrit ; ceux qui entreprendraient la tâche pieuse de dresser la liste de ses publications y trouveraient des études toujours creusées, souvent pénétrantes, toujours ingénieuses et brillantes sur les sujets les plus divers. Son superbe et savant traité sur les maladies des enfants est encore précieusement conservé et consulté.

Il ouvrit les vastes champs d'études du folk-lore et de la préhistoire, ainsi qu'en témoigne son amirable musée du Grand-Pressigny classé monument historique. Et le Docteur Ed. Chaumier le fit avec l'enthousiasme d'un artiste consommé, la foi d'un apôtre.

Son œuvre, son cadre familier, sa vie tout entière gardent l'empreinte de cette noble tournure d'esprit. L'exquise urbanité de son caractère, la parfaite distinction de sa vie, jointes à la profonde et discrète érudition qu'il avait puisée dans de nombreux voyages, donnaient à son commerce un charme devenu bien rare.

Savant le plus accueillant, le moins rebelle aux idées les plus neuves, il réservait à tous les travailleurs sa cordialité la plus empressée.

Avec quelle libéralité nous furent personnellement prodigués les trésors de son intelligence et de son infinie bonté ! Sa mémoire vivra impérissable dans notre souvenir.

Telle fut l'harmonieuse physionomie de ce maître, grande figure médicale prématurément disparue, pour qui le sens de la vie résidait dans le dévouement autant que dans la haute culture et qui ne connaissait pas de plus parfaite élégance que celle du cœur.

Dr HENRI-FISCHER
(de Bordeaux).

— **Centre de consultations pour dermatoses et syphilis exotiques.** — Il existe à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et de M. le Docteur Paul BLUM, ancien chef de clinique, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, un centre de consultation et de traitement des maladies de la peau : syphilis, lèpre, mycoses, dermatoses exotiques, etc., réservé particulièrement : 1° aux travailleurs coloniaux ; 2° aux travailleurs étrangers ; 3° aux immigrants ; 4° aux étrangers qui demandent aide et assistance à leurs consulats respectifs.

Cette consultation a lieu les lundi, mercredi, vendredi et samedi matin à 9 h. 30 au pavillon Bazin, 40, rue Bichat.

Une autre consultation a également lieu le mercredi soir à 20 h. 30, à la grande consultation, 40, rue Bichat, pour les travailleurs étrangers qui n'ont pu venir à celle de la matinée.

Les malades qui ne connaîtraient pas la langue pourront s'adresser à leur consulat afin de se faire accompagner d'un interprète.

Ils pourront se munir de leur passeport ou de leurs pièces d'identité.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Paul BLUM, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, à Paris, 10e.

— **Pour la création d'anesthésistes spécialisés dans les hôpitaux de Paris.** — Il existe à l'étranger des médecins spécialisés chargés de l'anesthésie générale dans les services chirurgicaux hospitaliers. Le Conseil municipal de Paris, vient de décider la création d'un cadre analogue d'anesthésistes attachés aux services de chirurgie des hôpitaux de l'Assistance publique.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
Maison spéciale pour périodiques médicaux

b) Pharmaciens chimistes.

. . . .

B. — LÉGION D'HONNEUR

Pour les propositions au grade de commandeur et d'officier, se reporter aux dispositions communes à tous les corps prévues par l'instruction du 11 mars 1931. (*Journal officiel* du 15).

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Pourront être proposés pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, les officiers du corps de santé réunissant, au 1er janvier 1932, dix années de services militaires effectifs.

Il est rappelé que les cinq années de services accordés aux officiers du corps de santé au titre d'études préliminaires ne constituent pas des services militaires effectifs.

Les numéros de préférence pour la Légion d'honneur seront donnés, s'il y a lieu, sur l'ensemble du personnel (médecins ou pharmaciens chimistes), proposés pour cette distinction.

Nota. — Les prescriptions du titre IV (établissement des notes des officiers) de l'instruction du 11 mars 1931 sont également applicables aux officiers du corps de santé.

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance du directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville d'Epernay.

Le traitement alloué est fixé à 5.000 fr. par an, avec faculté de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de l'extrait de naissance et de l'exposé de tous titres, justifications ou références.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Présidence de la commission administrative d'un hôpital; adjudication des fournitures.

11708. — M. le général de Saint-Just demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si un député-maire, président de commission administrative, retenu momentanément au Parlement, peut valablement se faire remplacer par son adjoint pour la passation des marchés de fournitures nécessaires à cet hospice, et si, dans ce cas, l'adjoint a qualité pour dresser le procès-verbal d'adjudication de ces fournitures, ou

le traité de gré à gré, à défaut de cette adjudication ; 2° cette adjudication et ce traité de gré à gré seraient valables si — au lieu de l'adjoint remplaçant le député-maire retenu momentanément au Parlement — ils avaient été reçus par le vice-président de la commission administrative de l'hospice ou un membre de cette commission ; 3° quand l'adjudication des fournitures doit avoir lieu à une date fixée d'avance et que le député-maire est retenu momentanément au Parlement et ne peut venir la présider, s'il ne semble pas que c'est le suppléant légal du maire, c'est-à-dire l'adjoint ou le conseiller municipal dans l'ordre du tableau qui doit présider l'adjudication — attendu qu'il y a alors urgence à la résoudre — par identité de motifs contenus en la réponse faite par M. le ministre de la Santé publique à M. Renaitour. (*Journal officiel* du 30 mars 1930, p. 1456). (*Question* du 9 février 1931.)

Réponse. — D'après l'art. 3 de la loi du 21 mai 1873, la présidence des commissions administratives des établissements d'assistance appartient au maire ou à l'adjoint, ou au conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire. En cas d'absence du maire et du vice-président, la présidence appartient au plus ancien des membres présents, et, à défaut d'ancienneté, au plus âgé. En conséquence, lorsque le maire est remplacé dans la plénitude de ses fonctions (par suite d'absence ou d'empêchement durable), c'est le suppléant qui préside la commission et a qualité pour passer les marchés. Quand il est simplement empêché (par suite d'une simple absence ou d'un empêchement imprévu), sans être remplacé dans la plénitude de ses fonctions, c'est le vice-président, élu par la commission administrative, qui préside. Les opérations d'adjudication des marchés doivent avoir lieu devant la commission administrative régulièrement constituée. L'assistance du maire est indispensable lorsqu'il s'agit de travaux (art. 3 du décret du 10 brumaire, an 14). Mais elle n'est pas nécessaire pour les adjudications de fournitures, la loi du 16 messidor, an 7, et l'ordonnance du 14 novembre 1837 n'exigeant pas la présence de ce magistrat. Dans ce dernier cas, les marchés peuvent être passés, dans l'ordre fixé par l'art. 3 de la loi de 1873 précitée, par l'adjoint ou le conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire, par le vice-président, par le plus ancien ou le plus âgé des membres présents. Lorsqu'il n'y a pas adjudication, la commission administrative délibérant régulièrement peut également désigner l'un de ses membres pour passer le marché. (*J. O.*, 16 avril 1931.)

La lutte antituberculeuse dans l'administration des P. T. T.

11433. — M. Beluel expose à M. le Ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, qu'au mois de décembre 1930 paraissait dans la presse le communiqué suivant : « Le conseil supérieur d'hygiène et d'épidé-

miologie des postes, télégraphes et téléphones, réuni le 6 novembre 1930 a pris connaissance des propositions de l'administration des postes, télégraphes et téléphones, sanctionnées par le Parlement et relatives à la lutte contre la tuberculose. Elles comportent des garanties plus complètes au point de vue sanitaire des candidats aux divers emplois de l'administration et des moyens efficaces permettant aux agents dans les cadres de se soigner lorsqu'ils sont atteints. Légalement, il y aura mise en congé de longue durée des agents atteints de tuberculose pulmonaire, chirurgicale non abcédée ou de tuberculose extrapulmonaire. Enfin, tous les agents atteints de tuberculose ouverte ou non seront admis au bénéfice des congés de longue durée, sous les conditions que les bénéficiaires de cette mesure seront soumis à une surveillance médicale et administrative régulière... » ; et lui demande : 1° si ce communiqué a une valeur officielle et si les mesures indiquées ont été appliquées dans tous les cas de tuberculose ; 2° si les fonctionnaires malades de tuberculose et mis en disponibilité avant la publication de ce communiqué sont admis au bénéfice des congés de longue durée. (*Question du* 22 *janvier* 1931.)

Réponse. — 1° Le décret du 6 novembre 1930 a, conformément aux dispositions de l'article 51 de la loi de finances du 30 mars 1929, étendu le bénéfice des congés de longue durée a tous les agents des cadres permanents du personnel des postes, télégraphes et téléphones, en activité ou en congé de maladie, atteints de l'une des affections autres que la tuberculose ouverte énumérées à l'article 1er de l'arrêté du ministre de la Santé publique du 25 février 1930 (*Journal officiel* du 9 mars 1930, p. 2678) ; 2° le personnel des postes, télégraphes et téléphones bénéficie depuis 1923 (art. 83 de la loi de finances du 30 juin 1923) des congés de longue durée pour tuberculose ouverte et, depuis le 30 mars 1929, pour les autres affections tuberculeuses indiquées à l'arrêté précité.

(*J. O.*, 16 avril 1931.)

Promotion d'un médecin commandant de réserve.

11799. — M. Georges MAZERAND demande à M. le Ministre de la guerre : 1° si un médecin commandant de réserve, titulaire de ce grade depuis le 1er janvier 1918, qui sera rayé des cadres à soixante et un ans, le 22 mai 1931, proposé chaque année, depuis cinq ans, pour le grade de médecin lieutenant-colonel de réserve, peut encore être promu à ce grade : *a*) soit avant sa radiation des cadres ; *b*) soit au jour même de sa radiation des cadres ; 2° si, chevalier de la Légion d'honneur depuis le 18 avril 1918, et proposé chaque année, depuis quatre ans, pour le grade d'officier de la Légion d'honneur, il continuera à concourir pour la rosette après le 22 mai 1931, date de sa radiation des cadres. (*Question du* 13 *février* 1931.)

Réponse. — 1° Sous réserve d'être inscrit au tableau d'avancement, rien ne s'oppose à ce qu'un offi-

cier de réserve soit promu au grade supérieur dans l'année même où il devrait être rayé des cadres ; 2° l'intéressé peut concourir pour le grade d'officier de la Légion d'honneur pour le tableau de 1931 (contingent normal). Après sa radiation des cadres, s'il est admis à l'honorariat de son grade, il pourra concourir pour cette distinction au titre de la loi du 16 juillet 1927 (officiers honoraires), à condition de continuer à rendre des services à l'armée, notamment aux sociétés de préparation militaire agréées par le Gouvernement. (*J. O.*, 16 avril 1931.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'extrait splénique

par le Dr T. Sabbagha, de Beyrouth.

C'est à la suite des différentes communications faites par M. le Dr J.-C. Bayle, de Cannes, sur l'emploi de l'extrait splénique dans la tuberculose pulmonaire que je commençai à expérimenter ce produit dans la grande majorité de ma clientèle urbaine.

Le produit opothérapique qui a servi à mon expérimentation est le même que celui qu'emploie M. Bayle ; c'est à son obligeance que je dus de connaître cet extrait qui porte d'ailleurs son nom.

Je limitai l'emploi de cet extrait aux injections seules, voie que je jugeais plus efficace, causant moins d'ennuis aux malades, leur évitant l'absorption parfois répugnante des drogues, respectant leurs voies digestives et réservant à l'alimentation leur estomac, organe qui chez la plupart des tuberculeux est atteint de dyspepsie. Les injections se font par séries de douze à raison d'une par jour, un repos de douze jours, et on recommence. Ces injections, quoique un peu douloureuses, sont très bien tolérées, n'occasionnent qu'une douleur passagère qui disparaît au bout d'un quart d'heure. Je les faisais faire surtout dans la région fessière et je n'ai jamais eu, après l'emploi de 2.900 injections réparties sur 108 cas, le moindre accident.

En général, les malades à qui j'ordonnais l'extrait splénique étaient tous porteurs de lésions tuberculeuses en pleine évolution, avec mauvais état général et chez qui le diagnostic clinique était contrôlé par l'examen radiologique et la recherche de bacilles dans les crachats.

Ce sont des lésions fibro-caséeuses, ulcéro-caséeuses, des lésions de la plèvre avec ou sans épanchement : dans ce dernier cas, j'ai compté 6 malades.

Je ne pourrais donner, pour chacun des malades soignés par l'extrait splénique, une observation particulière, étant donné que tous réagissaient à l'égard de cet extrait à peu près de la

même façon. Je résumerai donc, en général, l'ensemble des résultats qu'on obtient à la suite de cet emploi :

Un malade arrive fatigué, anorexique, fébrile ou subfébrile, tousseur avec plus ou moins d'expectoration ; il a déjà vu plusieurs médecins, il ne veut pas être hospitalisé ; il refuse toute intervention chirurgicale. A l'examen on reconnaît plusieurs lésions disséminées dans l'un ou les deux poumons, je dis à l'examen complet, jamais l'examen clinique tout seul ; c'est l'examen général complet tant au point de vue radiologique que bactériologique.

A ce malade j'ordonnais l'extrait splénique en injections par séries de douze, repos égal et reprise du traitement, et à mon grand étonnement j'observais que, même après la première série, le malade ressentait un mieux être, qui continuait à s'accentuer après la deuxième et la troisième série ; aussi chez tous les malades soignés par cette méthode ai-je obtenu de véritables guérisons cliniques après la 6e ou la 8e série, et aucun d'eux n'a eu à regretter d'avoir suivi ce traitement.

Chez tous, on voyait en quelques semaines la température se régulariser au voisinage de la normale, la toux et l'expectoration diminuer ou même disparaître, les bacilles disparaître ou diminuer de nombre et changer d'aspect, le champ pulmonaire à la radiographie s'éclaircir, les nodosités et les marbrures disparaître, l'appétit revenir parfois intense, l'anémie régresser, les fonctions intestinales reprendre leur cours normal, le poids augmenter avec une rapidité marquée.

Enfin, tous les malades accusent une sensation d'euphorie qui les pousse à réclamer leurs injections quand, pour une raison ou pour une autre, on a été obligé de les suspendre.

Voilà les résultats la plupart identiques obtenus chez les 108 malades sur qui j'ai expérimenté l'extrait splénique. M. Armand Delille a obtenu dernièrement des résultats semblables aux miens en expérimentant cet extrait sur des enfants tuberculeux. J'invite tous les phtisiologues qui n'ont pas jusqu'ici employé ce produit opothérapique, que je considère comme d'une grande valeur et inoffensif chez tous les tuberculeux, à l'essayer à leur tour. Notre arsenal thérapeutique chimique est d'un effet tellement aléatoire, tellement problématique qu'il ne faudrait pas reculer devant l'emploi de ce produit opothérapique vraiment efficace.

Certes, on ne pourrait comparer les résultats obtenus avec l'extrait splénique à ceux qu'on obtient avec le pneumothorax artificiel, véritable conquête de la phtisiologie ; mais on est d'accord sur ce point qu'on ne peut malheureusement pas appliquer cette thérapeutique chez tous les tuberculeux par ce qu'on peut se heurter

à des contre-indications d'une part, ou d'autre part au refus du malade ou à des raisons pathologiques locales empêchant d'effectuer une insufflation.

D'ailleurs un de ces deux traitements ne contre indique pas l'autre : on peut les combiner à la fois ; c'est ce que je ne cesse de faire à l'heure actuelle et dans plusieurs cas où le pneumothorax a été pratiqué, j'ai pu obtenir des résultats plus rapides que ceux que donne le pneumo seul, en employant en même temps les injections d'extrait splénique.

CORRESPONDANCE

Hôpitaux.

1878. — Les internes des hôpitaux sont-ils garantis en cas d'accidents du travail ?

Je me permets, au nom des mes camarades de l'internat de N. (sept étudiants en médecine) de m'adresser à vous pour un renseignement d'ordre tout à fait pratique.

Nous sommes constamment exposés au cours de notre travail à la salle d'opérations ou à l'amphithéâtre mortuaire au cours d'autopsies, à nous blesser fréquemment et si un accident sérieux ou une infirmité en résultait, nous ne sommes couverts par personne. Un interne d'une ville voisine a eu, dans ces conditions, de grandes difficultés à être indemnisé.

Par ailleurs, vous comprendrez sans peine que le traitement minime des internes ne leur permet pas de s'assurer eux-mêmes.

Nous faisons appel à votre compétence en cette matière et à votre bonté, pour nous conseiller dans l'attitude à tenir devant l'administration des Hospices.

Avons-nous le droit de lui réclamer une assurance-accidents professionnels comme plusieurs villes le font déjà ou vaut-il mieux agir différemment ? Avant d'exprimer notre désir, nous aimerions être fixés là-dessus.

Pour les internes :

P...

Réponse.

En cas d'accident survenu au cours de son travail, à l'hôpital, un interne des hôpitaux n'a droit à aucune réparation.

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, ne lui est pas applicable, motifs pris que l'établissement hospitalier ne poursuit aucun but commercial, ou industriel, mais remplit simplement une mission de charité.

Aussi, un projet de loi a-t-il été voté par la Chambre des Députés ; mais il dort dans les cartons du Sénat. Il conviendrait que l'Association

des internes et celle des externes puissent joindre leurs efforts, pour réveiller nos pères conscrits de leur torpeur et faire enfin discuter ce fameux projet de loi, qu'en son temps, j'ai publié et commenté dans le *Concours médical*.

Cependant, ému de la détresse où certains de nos camarades, ou leur famille se sont trouvés, à la suite d'accidents très graves, le Conseil supérieur de l'Assistance publique m'a chargé de rapports sur la question. J'ai été assez heureux, pour faire reconnaître qu'en cas de maladie, ou d'accident survenu à un interne, ou à un externe, au cours de son service hospitalier, notre camarade serait soigné gratuitement dans l'établissement.

Reste la grosse question du décès, ou de l'indemnité à verser en cas d'incapacité permanente partielle du travail.

L'Assistance publique de Paris a apporté certaines modifications à son règlement de santé, pour accorder un droit à réparation, à son personnel médical, victime d'un accident, ou d'une maladie contagieuse, contractée en service.

D'autres hôpitaux ont fondé une société hospitalière d'assurances mutuelles, dont le siège est à Lyon.

Les hôpitaux adhérents peuvent couvrir leur personnel médical, conformément aux dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Il convient donc, pour votre cas particulier, de faire une démarche auprès de la commission administrative des hôpitaux de votre ville, pour savoir si elle n'est pas adhérente à ladite société hospitalière d'assurances mutuelles.

Si oui, vous devez probablement être garantis. Sinon, faites tous vos efforts, conjointement avec les médecins et chirurgiens des hôpitaux, pour que cette adhésion soit donnée, ou pour que les hospices de votre ville puissent imiter l'Assistance publique de Paris et être son propre assureur.

La loi, dont je vous parlais plus haut, n'est pas encore votée ; mais il convient de considérer qu'elle le sera certainement un jour, surtout lorsque les dirigeants de vos associations corporatives feront moins de discours, moins de rapports et un peu plus d'action directe. Qu'ils fassent des démarches au Sénat, principalement auprès du Dr Dudouyt, rapporteur du projet de loi : ce dernier a en mains actuellement, tout ce qui lui est nécessaire, pour établir son rapport.

Une autre solution consiste en l'octroi d'une police d'assurance, conforme aux dispositions de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail : l'hôpital et chaque interne pourraient verser chacun la moitié de la prime annuelle.

Quoiqu'il en soit, pour le moment du moins, vous n'avez aucun droit légal à réparation, en cas d'accident, ou de maladie contagieuse, contractée en service.

Néanmoins, comme une loi prochaine vous donnera ce droit, vous pouvez demander et obtenir de la commission administrative des hospices civils de votre ville, qu'elle imite les mesures bienveillantes et généreuses, consenties par d'autres hôpitaux, envers leur personnel médical.

Dr Paul Boudin.

Assurances sociales

1966. — Application aux assurés sociaux du Tarif des accidents du travail

Embarrassé pour établir la note Assistance médicale aux assistés indigents art. 59, je viens vous demander avis. La note préfectorale précise : honoraires accidents du travail pour le chapitre Radiologie (scopie-graphie) faut-il appliquer la majoration 50 % qui en fait représente le tarif actuel accidents. La loi ne précise pas : arrêté du 31 décembre 1925 ni majoration du 1 janvier 1927.

Comme dans notre département, où l'assistance médicale gratuite est tarifée : accidents du travail 50 %, on refuse de tenir compte de la majoration actuelle ; je crains que la préfecture ne me fasse objection au sujet du mémoire que je lui adresse.

Je vous serais donc obligé de vouloir bien me communiquer votre opinion autorisée sur ce sujet.

Dr F.

Réponse.

En vertu de l'article 59 de la loi sur les Assurances sociales, les dépenses concernant les soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents, sont tarifiées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et supportées pour 80 % par la Caisse primaire et pour 20 % par la commune du domicile de secours.

Nulle part la loi ne dit que les médecins devront être honorés à un tarif inférieur à celui des Accidents du travail, dans le cas où les honoraires alloués pour l'Assistance médicale gratuite seraient inférieurs à ce tarif.

Le tarif actuellement en vigueur pour des interventions de radiologie en matière d'accidents du travail comportant une majoration de 50 %, il n'y a pas de raison pour que vous renonciez à cette majoration en faveur des Assurés sociaux indigents que vous avez soignés, alors que la loi ne vous en fait aucune obligation.

Nous vous conseillons donc d'établir vos notes en conformité stricte avec le tarif des Accidents du travail.

1923. — Droits d'un assuré social soigné dans une clinique

J'ai été appelé dans le courant du mois de janvier auprès d'un assuré social qui présentait une hernie étranglée. Transporté d'urgence dans une clinique

de son choix il a été opéré immédiatement et est actuellement guéri.

L'opéré a payé le chirurgien, les frais de clinique, moi-même pour les soins que je lui ai donnés depuis sa sortie de la clinique.

Lorsqu'il a voulu se faire rembourser par la caisse départementale, celle-ci a refusé de lui rembourser les journées de séjour à la clinique, sous prétexte qu'il avait été opéré dans une clinique et non à l'hôpital.

Je croyais que l'assuré avait le droit de choisir une clinique s'il le voulait et qu'il recevait par journée une somme égale à celle qu'il aurait touchée s'il avait été à l'hôpital soit 24 francs en chirurgie. D'ailleurs certaines caisses paient ces frais même pour une clinique.

Dr G.

Réponse.

La question que vous nous posez est susceptible de recevoir deux solutions différentes, suivant que la clinique où l'assuré social a reçu des soins a passé ou non un contrat avec la Caisse.

Dans le cas où la clinique aurait un contrat avec la Caisse, l'assuré aurait droit aux frais de séjour dans les conditions fixées par le contrat, mais, en revanche, son allocation serait réduite, conformément au nº 3 de l'article 6, du tiers s'il a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ou un ou plusieurs ascendants à sa charge, de la moitié s'il est marié sans enfant ni ascendant à sa charge, des trois quarts dans tous les autres cas.

Dans le cas où il n'existerait aucun contrat entre la caisse et la clinique, l'assuré devrait être considéré comme ayant été soigné à domicile. L'assuré devrait alors toucher de la Caisse l'intégralité de son allocation et faire son affaire personnelle des frais de séjour à la clinique.

Baux et Locations

1838. — Droit à la prorogation

Je suis locataire d'une maison, avec un bail trois, six, neuf, partant du milieu de l'année 1924. Or j'apprends indirectement que le propriétaire se disposerait à reprendre sa maison à expiration de mon bail, ce qui me porterait un énorme préjudice. Ce propriétaire est une compagnie de transports en commun.

Je vous serais reconnaissant de me dire si je n'ai aucun moyen légal de demander à prolonger ma location qui doit prendre fin en 1933. Je paye un loyer minima que je consentirais à doubler s'il le fallait. Mais je crois avoir lu à diverses reprises que les loyers pour professions libérales étaient prolongés de droit pendant un temps appréciable.

Pourriez-vous me donner les renseignements demandés par la voie du *Concours* ? je crois en effet que cela pourrait intéresser un bon nombre de nos

confrères qui sont aussi ignorants que moi en matière de droit.

Dr B.

Réponse.

La législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1925 et 29 juin 1929 est applicable dans votre ville.

Par conséquent, lorsque votre bail sera terminé, vous bénéficierez de plein droit et sans même avoir à la demander de la prorogation instituée par ces lois.

Tant que durera la prorogation, il sera impossible à votre propriétaire de reprendre votre maison pour de multiples raisons, mais surtout parce que vous exercez votre profession dans les lieux loués et que les locaux à usage d'habitation ou professionnels ne peuvent être transformés en locaux commerciaux.

Quant au loyer que vous aurez à payer, au cours de la prorogation, il sera taxé, suivant les dispositions légales, d'après le loyer payé en 1914. C'est encore le loyer de 1914 qui détermine la durée de la prorogation.

Si vous voulez bien nous préciser les éléments de fait nécessaires, nous pourrons vous dire exactement jusqu'à quelle date vous jouirez de la prorogation et le loyer que vous aurez à payer au cours de celle-ci.

2119. — Cessation des prorogations et des taux-limite des loyers

Pourriez-vous me donner les renseignements suivants :

1° Dans quelles conditions une localité peut-elle demander et obtenir le retour au droit commun au point de vue des loyers ?

2° En cas de retour au droit commun, le médecin subit-il le sort commun ou bien reste-t-il privilégié (loi du 29 juin 1929), sans que le propriétaire puisse l'augmenter à son gré, l'expulser, ou user contre lui du droit de reprise ?

Dr M.

Réponse.

Le disposition à laquelle vous faites allusion est contenue dans l'article 1er de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929.

En voici le texte :

«..... Toutefois, après avis des conseils mu-
« nicipaux intéressés et des conseils généraux,
« des décrets rendus en Conseil d'Etat détermi-
« neront les localités dans lesquelles la présente
« législation cessera d'être applicable à partir du
« 1er avril 1931.

« Les assemblées consultées feront connaître
« si le prix limite des loyers déterminé par la pré-
« sente loi doit être maintenu dans le cas où la
« prorogation serait supprimée. »

Dans les communes pour lesquelles les décrets visés ci-dessus ont été rendus, la taxation des loyers peut subsister, mais toutes les autres dispositions de la législation spéciale des loyers cessent d'être applicables. C'est ainsi que les propriétaires recouvrent le droit de faire expulser leurs locataires, après congé, soit pour occuper eux-mêmes les locaux, soit pour les louer à nouveau, sans que les locataires de locaux à usage professionnel ou mixte puissent prétendre encore au bénéfice des privilèges particuliers que leur accordait la loi du 29 juin 1928, notamment en ce qui concerne l'exercice du droit de reprise.

2085. — Renouvellement de bail. Prorogation. Prix du loyer prorogé

Je suis entré dans mon logement actuel le 1er juillet 1922 avec un bail de 3, 6, 9, expirant le 1er juillet de cette année. Le prix du logement fixé le 1er juillet 1922 pour les 9 années à courir était de 1.600 fr. J'ai consenti bénévolement à donner 2.000 fr. depuis 1925.

Je voudrais savoir si mon propriétaire en renouvelant mon bail, est autorisé à augmenter le prix de mon loyer à volonté ou s'il est limité par un maximum légal.

Je voudrais savoir de plus, si mon propriétaire pourrait ne pas renouveler mon bail. Je suis titulaire de la carte de combattant. Dr X.

Réponse.

Lorsque votre bail actuellement en cours, sera expiré, votre propriétaire aura le droit à sa seule volonté de vous accorder ou de vous refuser un nouveau bail.

S'il vous l'accorde, il ne pourra exiger de vous, aux termes de la loi du 29 juin 1929, qu'un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 275 %, plus les charges qui, au cas de forfait ne peuvent excéder 30 % du loyer de 1914, mais à la condition qu'il vous consente un bail d'au moins 9 années à votre seule volonté.

S'il vous refuse un nouveau bail, vous bénéficierez de plein droit, et sans avoir aucune demande à faire, de la prorogation accordée par la loi du 29 juin 1929, jusqu'à une date que nous ne pourrons préciser que lorsque nous connaîtrons le loyer de 1914.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer, à partir du 1er juillet 1931, un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 190 % plus les charges qui, comme ci-dessus, ne peuvent excéder 30 % du loyer de 1914.

Chaque année par la suite à partir du 1er juillet jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914.

Nous sommes à votre disposition pour tous les renseignements complémentaires dont vous pourrez avoir besoin.

Fiscalité

1850. — Proportion des diverses recettes. Déclaration insuffisante

J'ai déclaré au fisc une somme de recettes, que je le crains, il trouvera insuffisante, car il m'est demandé des explications à ce sujet.

Les recettes touchées pour mutilés, assistés, assurés, etc., égalent un peu plus de la moitié de la recette totale.

Qu'en pensez-vous ? Les trouvez-vous raisonnables?

D'autre part, (ne possédant pas de comptabilité régulière), au cas où mon contrôleur voudrait m'augmenter, *est-ce que je risque une amende en acceptant* ?

Dans l'affirmative, *quelle peut être l'importance de cette amende* ?

En somme, si la somme déclarée n'est pas acceptée, me conseillez-vous de m'arranger à l'amiable ? Qu'est-ce que je risque ce faisant ?

Dois-je aller devant le tribunal *ad hoc* ?

Dr X.

Réponse.

La proportion existant entre les différentes catégories de recettes est très variable et des déclarations également exactes peuvent présenter des différences très sensibles.

Toute insuffisance dans le revenu déclaré entraîne une majoration du quadruple de l'impôt cédulaire et de l'impôt général afférent à la partie du revenu dissimulée, lorsque le contribuable ne peut établir sa bonne foi.

Lorsqu'il s'agit d'une insuffisance commise de bonne foi, l'impôt cédulaire ne comporte aucune majoration et celle de l'impôt général est seulement de 25 %.

Vous avez tout avantage à voir le contrôleur et à vous arranger avec lui, s'il vous demande de rectifier vos déclarations. Il serait alors à présumer qu'aucune majoration ne vous serait réclamée.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

1967. — Base de la patente

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je me permets de vous poser une question concernant la patente :

J'ai l'intention de faire un nouveau bail (à un nouveau propriétaire), et l'on me conseille de faire inscrire dans le bail, pour diminuer la patente :

Loyer = x francs plus amortissement de frais et travaux (agrandissements, remise à neuf, etc.) = x francs.

Est-il exact que, dans ce cas, je n'aurais à payer la patente que sur x francs, loyer officiellement déclaré ?

Dr B.

Réponse.

L'amortissement et les frais de travaux constituent des éléments à retenir pour l'évaluation de la valeur locative imposable et, si le contrôleur lit attentivement votre bail, vous ne tirerez aucun avantage de cet artifice de rédaction.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE

« du CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN
par le Sou Médical

Je vous parlais, le 18 mars dernier, du conflit surgi entre un de nos confrères, membre du « Sou Médical, » et son propriétaire. Celui-ci ayant affiché sur l'immeuble : Pavillon à vendre, notre sociétaire, bénéficiant, jusqu'en 1938, de la prorogation légale, avait à son tour affiché qu'il en demeurait le légitime occupant durant sept ans encore, affichage contre lequel protestait le propriétaire, qui le considérait comme dommageable.

L'affaire est venue devant le Juge de Paix, il y a quelques jours ; elle a été plaidée par l'Avocat du « Sou Médical », qui a obtenu gain de cause.

Voilà un exemple des nombreuses et diverses difficultés auxquelles se heurtent les médecins, et que le « Sou Médical » est *Seul* à les aider à surmonter. Cela n'a rien à voir en effet avec la responsabilité professionnelle, qu'il couvre également, comme les Compagnies d'Assurances.

Ces jours-ci, un de nos sociétaires a été injurié par un fonctionnaire, ennemi des médecins. Nous lui avons donné la marche à suivre pour se défendre, et notre appui ne lui fera pas défaut.

D'ailleurs, il faut reconnaitre que nos sociétaires savent gré au « Sou Médical » des services qu'il leur rend. Et je n'en veux pour preuve que ces extraits de lettres, reçues depuis le commencement de l'année.

Le Dr L. (Eure) écrit le 21 mars : « ... Je vous adresse pour le « Sou Médical » un mandat de cent francs en reconnaissance de ses bons offices. »

Le Dr C. (Alger) écrit : « Par deux fois, j'ai eu à vous demander des conseils sur des questions locatives et professionnelles. Vos réponses m'ont beaucoup aidé ; j'en ai été fort heureux. On n'apprécie l'entr'aide à sa juste valeur, comme la Vie, comme la Santé, que quand on en a besoin ... » (6 janvier).

Le Dr L. (Ariège) écrit le 24 févr er : « ... Je vous remercie bien sincèrement de l'appui du « Sou », et bien qu'il ne s'agisse que d'une affaire de peu d'importance, j'avais l'impression réconfortante de ne pas être seul. » (24 février).

C'est cette impression qu'éprouvent généralement les confrères qui s'adressent à nous, où qui viennent nous voir, dès qu'ils se trouvent aux prises avec un conflit d'ordre professionnel. Dans les limites de nos Statuts, ils savent en effet qu'ils peuvent compter sur nous.

Et ils sont six mille dans ce cas. Mais, vous, cher Confrère, que mes appels n'ont pas laissé indifférent, qui avez bien l'intention de devenir aussi membre de notre Ligue, mais qui n'avez pas encore trouvé le temps de nous adresser vo-

tre adhésion, n'allez-vous pas le faire, ce geste qui vous est facilité par le *Bulletin* que vous trouverez page XXXVII ?

Il vous en coûtera *cent francs* par an. Et vous aurez droit aussi jusqu'à concurrence de cent mille francs, à la Caisse de garantie contre le risque de la responsabilité civile. Tout cela, vous le savez depuis longtemps ; puisque l'occasion s'offre à vous de n'être plus isolé, dans les batailles de la vie médicale, ne la laissez pas échapper.

Dr G. Duchesne,
Secrétaire-général adjoint
du « Sou Médical »

ASSURANCES SOCIALES

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Droit aux prestations en argent des assurées accouchées.

11080. — M. Bedouce demande à M. le Ministre du Travail : 1° si le droit aux prestations en argent, réglé par l'arrêté du 6 septembre 1930 et la circulaire n° 102 relative à l'application de la loi des assurances sociales, est acquis à l'assurée accouchée en janvier, alors que, pour une raison quelconque, maladie non salariée, etc., elle n'a pas cotisé depuis le 1er juillet mais a cotisé régulièrement pour les trois mois (octobre, novembre, décembre) précédant le mois des couches ; 2° si, pendant la première année d'application de la loi, l'assurée accouchée entre le 1er octobre 1930 et le 30 juin 1931 doit, en tout état de cause, avoir cotisé régulièrement depuis le 1er juillet 1930 pour avoir droit aux prestations maternité en argent. (*Question du* 13 *février* 1931.)

Réponse. — 1° En ce qui concerne les grossesses, postérieures ou non au 31 octobre 1930, qui ont motivé après cette date des soins ou un repos, la date à laquelle est déterminé le droit de l'assurée ou de ses ayants droit est, aux termes de l'article 2 de l'arrêté du 6 septembre 1930, celle du dernier jour du mois qui précède la première constatation médicale. Toutefois, les caisses peuvent, par application de l'article 9, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, subordonner les prestations en argent de l'assurance-maternité à la production, dans un délai fixé par leur règlement intérieur, du certificat justifiant l'état de grossesse. Le règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires de répartition a prévu, dans son article 49, que l'assurée ou la femme de l'asuré devait justifier de son état au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement. La date à laquelle est déterminé le droit des intéressées dépend donc de la date à laquelle l'assurée ou la femme de l'assuré justifie de son état dans le délai fixé par la caisse. Pour les prestations en nature, il appar-

tient aux caisses de ne pas se montrer trop rigoureuses en ce qui concerne l'observation de ce délai, étant donné que les termes de l'article 9, paragraphe 6, de la loi, ne visent que les prestations en argent ; 2° réponse négative. (*J. O.* 16 avril 1931.)

Prise en charge de la cotisation ouvrière par le patron.

11693. — M. Henri Tasso demande à M. le Ministre du Travail : 1° quand un patron a bénévolement accepté de prendre en charge le précompte, c'est-à-dire la retenue de la contribution ouvrière aux assurances sociales qui devait être retenue sur les salaires de son personnel, revient sur cette décition et opère la retenue légale sur les salaires, quelle est la situation des ouvriers ; 2° si ceux-ci sont en droit d'actionner le patron pour suppression d'avantages, alors que lesdits avantages avaient été librement consentis par le patron. (*Question du 7 février* 1931.)

Réponse. — 1° L'assuré obligatoire ne peut juridiquement s'opposer à la retenue de la cotisation ouvrière opérée sur son salaire par l'employeur au moment de la paye ; 2° il appartiendra aux tribunaux d'apprécier, le cas échéant, si l'employeur en opérant la retenue de la cotisation ouvrière alors qu'il avait assuré auparavant la charge de cette cotisation, ne viole pas les clauses et conditions du contrat de travail. (*J. O.*, 16 *avril* 1931.)

Choix des médecins des hôpitaux et hospices par les assurés sociaux.

11679. — M. René Gounin demande à M. le Ministre du Travail si les commissions administratives des hospices et hôpitaux peuvent s'opposer au choix de médecins fait par les vieillards et les malades affiliés aux assurances sociales. (*Question du* 18 *février* 1931.)

Réponse. — Aucune disposition de la loi sur les assurances sociales n'oblige les commissions administratives des hospices et hôpitaux à modifier, en faveur des assurés sociaux, les règlements en vigueur dans ces établissements. Ces règlements s'appliquent aux assurés sociaux comme aux autres malades. Toutefois, la convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les commissions administratives contient une clause, d'après laquelle, lorsque les commissions administratives ont aménagé des quartiers ou pavillons séparés ouverts à tous les malades payants, les assurés admis sur leur demande dans ces quartiers ou pavillons, à charge pour eux de supporter les frais supplémentaires en résultant, y auront le libre choix du médecin. (*J. O.* 16 *avril* 1931.)

CORRESPONDANCE

Hôpitaux et Cliniques

Fournitures pharmaceutiques aux assurés sociaux

Pourriez-vous nous donner des renseignements à propos de la délivrance par les cliniques aux assurés sociaux des médicaments et objets de pansements ?

Sauf erreur, seuls les pharmaciens ont le droit de délivrer des médicaments ?

Il nous semble donc que la seule solution est que le médecin traitant fasse une ordonnance sur le vu de laquelle le pharmacien délivrera les médicaments nécessaires aux malades ou destinés à remplacer ceux dont la clinique aura fait l'avance.

Mais il n'est sans doute pas possible que la clinique fournisse à titre de détaillant aux assurés sociaux des médicaments achetés en gros.

Par contre, il ne semble pas en être de même des objets de pansements, puisque ceux-ci sont vendus couramment par des magasins divers. Il nous semble donc que le médecin pourrait faire une ordonnance et la clinique fournir à titre de détaillant les objets de pansements portés sur cette ordonnance.

Cette possibilité à notre avis s'étendrait aux crins, catguts, etc..., mais non aux anesthésiques, ampoules diverses, etc.

Réponse.

Les conventions passées entre les caisses d'assurances et les hôpitaux publics, lorsqu'elles se conforment à la convention-type parue au *Journal Officiel*, spécifient que le prix de journée d'hospitalisation comprendra les fournitures pharmaceutiques, décomptées à forfait.

Or, des maisons de santé privées se sont inspirées de cette convention-type et ont également compris un forfait journalier, pour les fournitures pharmaceutiques, forfait faisant partie du prix de journée, pour les assurés sociaux, soignés en salle commune.

En ce qui concerne les assurés sociaux, soignés dans des pavillons ou chambres payantes de l'hôpital, comme dans certaines maisons de santé, les dépenses pharmaceutiques sont facturées à part, de sorte que l'assuré a à payer : 1° les dépenses journalières d'hospitalisation ; 2° les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités ; 3° les frais pharmaceutiques.

Ceci posé, en vertu de la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie, seuls ont le droit de vendre et de débiter au public des drogues et produits médicamenteux, les titulaires du diplôme de pharmacien.

Il en résulte que si un hôpital, ou une maison de santé privée, entend délivrer les médicaments aux hospitalisés et en faire rembourser le prix, soit par un forfait journalier, soit par un décompte spécial et détaillé, la pharmacie de l'établissement devra être gérée par un pharmacien diplômé.

Lorsque le quantum des dépenses pharmaceutiques fait l'objet d'une note détaillée, la difficulté n'est pas grande : soit que l'établissement comporte une pharmacie gérée par un pharmacien diplômé, soit que les pharmaciens de la localité fournissent les médicaments, il ne peut se présenter aucune difficulté.

Mais, lorsque l'établissement entend, sans avoir de pharmacien diplômé, vendre les médicaments à ses hospitalisés, soit en fournissant le détail de ces dépenses, soit par un forfait journalier, il peut y avoir exercice illégal de la pharmacie.

L'établissement n'a pas le droit légal d'acheter en gros certaines substances ou préparations officinales et les débiter à ses hospitalisés sans passer par le canal d'un pharmacien diplômé.

Constatons cependant qu'une certaine tolérance s'était établie jusqu'à ce jour, en ce qui concerne les pharmacies d'hôpitaux. Parce que ces établissements publics ne sont, en principe, ouverts qu'aux seuls indigents et parce que l'hôpital ne faisait aucun bénéfice dans la vente de médicaments simples et courants, on fermait les yeux sur cette illégalité, alors que l'infirmière, ou la sœur pharmacienne ne possédait pas le diplôme de pharmacien.

Mais aujourd'hui, il n'en est plus de même : l'hôpital devient, par la force des choses, une maison de santé publique, à forme commerciale, puisque les indigents sont la minime portion de la clientèle actuelle hospitalière et que la grosse majorité des hospitalisés est payante (assurés sociaux, accidents du travail, malades payants ordinaires).

Il ne peut donc plus être toléré par le Corps pharmaceutique qu'une concurrence illicite lui soit faite, alors qu'il ne s'agit plus d'assister les pauvres, les indigents.

Aussi, suis-je d'avis que si l'hôpital, ou la maison de santé, veut lui-même délivrer les médicaments aux hospitalisés, il convient que le pharmacien de l'établissement puisse justifier du diplôme exigé par la loi.

Sinon, les médicaments ordonnés par les médecins de l'établissement doivent être préparés et délivrés par les pharmaciens de la localité, soit chacun à tour de rôle, soit d'après une modalité arrêtée entre l'établissement et le syndicat pharmaceutique.

Il est évident que, pour certains médicaments simples, tels que teinture d'iode, aspirine, etc., l'hôpital peut se fournir en gros directement. Cependant, j'insiste sur la nécessité de faire inter-

venir le syndicat local des pharmaciens, pour régler le *modus faciendi* et les tolérances, qui peuvent être permises.

En ce qui concerne les matières de pansements, cotons, gazes, bandes, il est admis, par la jurisprudence que la vente en est libre, lorsque ces produits ne contiennent aucun médicament.

C'est ainsi qu'un bazar, un épicier, un hôpital sans pharmacien, peuvent vendre, ou consommer directement des cotons, gazes, etc, stérilisés, ou non, et même les stériliser eux-mêmes.

Mais la gaze iodoformée, salolée, etc., les cotons iodés, etc., et autres produits médicamenteux ne peuvent être débités que par des pharmaciens diplômés.

Dura lex sed lex. A l'heure où nos habitudes médicales ancestrales se trouvent bouleversées de fond en comble par l'application progressive des lois sociales, il convient de ne pas laisser établir ou continuer des errements, qui sont en opposition avec les lois en vigueur.

Tant que la loi du 21 germinal an XI ne sera pas abrogée, ou modifiée, nous devons respecter et faire respecter cette législation, qui sauvegarde les intérêts des pharmaciens ainsi que ceux du public.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Fallières

2036. — Indemnité de déplacement

Conformément à la réponse du Docteur Decourt, en date du 25 mars 1931, j'ai maintenu dans mon mémoire pour soins aux mutilés de la guerre, l'indemnité de déplacement de 5 francs, ajoutée au tarif indiqué pour l'opération (réduction de luxation de l'épaule) pratiquée au domicile du malade, à B. où j'exerce.

Le médecin secrétaire de la Commission départementale n'est pas du même avis que le Docteur Decourt.

D'après lui, ainsi que vous le verrez dans sa lettre ci-jointe (que je vous prie de me renvoyer en me répondant) :

« L'indemnité de déplacement se confond avec le « prix de la visite qui a été de ce fait élevé à 20 francs, « mais *elle ne joue pas pour les autres tarifs.*

« La réduction de la luxation de l'épaule est donc de « 75 francs tout compris et non de 75 + 5 = 80 « francs ».

La querelle ne porte que sur une somme de 5 francs. Mais il s'agit ici d'une question de principe que je m'en remets à vous du soin de faire trancher.

Dr C.

Voir la suite page XXXIX-1499

Le **LIVRET DE BÉBÉ** que nous éditons, a été amélioré selon les désirs que nous a exprimés le Corps médical.

Pour instruire les jeunes mères dont l'ignorance est si grande et, surtout pour contrebalancer l'influence des grand'mères routinières et des commères bien intentionnées, mais parfois dangereuses.

Combien en désirez-vous ? Veuillez-nous l'écrire.

PROPOS DU JOUR

Le Cinquantième anniversaire de la fondation du premier Syndicat Médical de France.

CINQUANTE ANNÉES DE SYNDICALISME.

Le 16 mai 1881 est une date, sans doute inconnue de beaucoup de médecins de cette époque, mais qui doit compter et compte cependant dans l'histoire de notre Profession.

Ce fut en effet le 16 mai 1881, il y a exactement cinquante ans, que fut fondé à MONTAIGU-EN-VENDÉE par le Dr GUSTAVE MIGNEN le premier Syndicat médical de France.

Or, il y a exactement vingt-cinq ans, le mercredi 16 mai 1906, étant alors secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, que nous nous rendîmes à Montaigu avec le Dr Gairal, président de l'Union, le Dr Olive, président du Syndicat des médecins de Nantes, les Drs Fleury et Barbanneau, vice-président et secrétaire du Syndicat médical de la Vendée, pour célébrer le vingt-cinquième anniversaire de la naissance de notre Syndicalisme.

Le Dr Gustave Mignen présidait la fête. Après avoir souhaité la bienvenue à ceux qui, comme M. Gairal et nous, étaient venus de très loin pour y prendre part, après avoir indiqué comment, à l'instigation du *Concours Médical*, il avait réussi avec son confrère et ami le Dr Gouin, de Vieillevigne, à fonder le premier Syndicat, le Dr G. Mignen, constatant que de nombreux membres fondateurs étaient encore présents, fit un vœu un peu téméraire qui ne pouvait, hélas ! se réaliser :

« Puissions-nous, dit-il, tous être présents aux Noces d'or du Syndicat !

« Si ce bonheur ne nous est pas permis, ceux qui nous survivront se feront sans doute un devoir de donner à notre mémoire un souvenir confraternel. »

Nous croyons être un des rares survivants qui assistèrent à cette fête. L'époque des Noces d'or du premier Syndicat médical de France est arrivée. Ces noces d'or seront-elles célébrées ? Nous l'ignorons ; on oublie volontiers les précurseurs et les pionniers, à notre époque où les préoccupations graves du Présent font, un peu trop peut-être, méconnaître les mérites du Passé. Mais nous qui survivons, nous considérons comme notre devoir de donner, à propos de ce Cinquantième anniversaire, le souvenir confraternel demandé, il y a vingt-cinq ans, à sa mémoire, par notre regretté ami le Dr Gustave Mignen, fondateur du Syndicat médical de Montaigu, le premier Syndicat de médecins de France.

* * *

L'histoire de ces cinquante années de Syndicalisme mérite d'être rapidement évoquée en cette date mémorable.

Le Syndicalisme médical devança de trois ans la loi qui donna dans notre pays le droit d'exister aux Syndicats professionnels (loi du 22 mars 1884). Quand cette loi fut promulguée, quarante syndicats médicaux avaient déjà été créés en France. Le 27 juillet 1884, sous l'égide du *Concours Médical*, les délégués de 27 syndicats constituaient l'Union des Syndicats médicaux de France, mère de notre actuelle Confédération.

En vain un jugement du tribunal de Domfront (4 décembre 1884), un arrêt de la Cour de Caen, et en dernier lieu un arrêt de la Cour de Cassation (27 juin 1885) refusèrent de reconnaître la légalité de nos Syndicats, le Syndicalisme médical continua à se développer, à s'organiser, à agir sous la forme de simples associations professionnelles, jusqu'à l'époque où la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine (30 novembre 1892) accorda une existence légale aux syndicats médicaux.

* * *

Pour se rendre compte de la nécessité du Syndicalisme médical, de l'utilité de son action et de la tâche difficile qu'il eut à entreprendre, il faut connaître exactement ce qu'était l'exercice de la médecine il y a cinquante ans.

Les tarifs n'existaient pas en fait et les honoraires étaient au-dessous de ce que l'on peut imaginer ; dans certaines régions de France, le système de l'abonnement par famille s'était établi et nous nous souvenons avoir vu persister encore longtemps dans le Médoc l'abonnement, dit *de Château, à cinq francs par famille et par an.*

L'exercice illégal de la médecine florissait à tel

point que les magistrats eux-mêmes le jugeaient légitime et que le Syndicat des médecins d'Angers, subventionné par l'Union, dut soutenir un procès contre les Magnétiseurs, procès perdu successivement devant le tribunal et devant la Cour d'Angers.

La Cour de Cassation saisie cassa l'arrêt et renvoya le procès devant la Cour de Rennes qui donna enfin aux médecins une légitime satisfaction. Il s'agissait en l'espèce du traitement d'un nourrisson, atteint de diarrhée infantile, par un magnétiseur.

L'Assistance médicale gratuite était presque partout inexistante ou ridiculement rétribuée. Quelques rares départements, parmi eux les Vosges et les Landes, avaient devancé la loi sur l'Assistance médicale gratuite (15 juillet 1893) et organisé l'assistance, instituant même pour l'indigent le libre choix du médecin, système que les syndicats s'efforcèrent et réussirent péniblement à faire généraliser. Nous n'insisterons pas sur l'insuffisance ridicule des honoraires des médecins de l'Assistance ; nous nous contenterons de rappeler qu'il y a à peine une vingtaine d'années, un confrère d'une bourgade du Nord nous signalait qu'il avait été rétribué *cinq francs* pour un accouchement dystocique pratiqué à deux kilomètres de son domicile.

Les rapports avec la *Mutualité* étaient pour le moins singuliers. Les praticiens avaient confondu le mutualiste et l'indigent ; non seulement ils consentaient à soigner gratuitement, ou presque, le mutualiste, mais ils payaient une cotisation de membre honoraire à la Société de Secours mutuels, cotisation qui leur était imposée ; ils étaient souvent tenus en outre de donner des soins au tarif mutualiste aux autres membres honoraires très aisés ou riches de la dite société.

Quand la loi du 1er avril 1898 permit à la Mutualité de prendre un nouvel et formidable essor, les chefs mutualistes eurent la prétention de laisser se perpétuer ces abus.

Le système de l'abonnement à un taux ridicule avec monopole accordé à un ou plusieurs praticiens était seul adopté. Il fallut des années de discussions et de palabres dans des commissions mixtes, d'abord avec le Pasteur Arboux, puis avec M. Léon Mabillaud, pour faire adopter le *principe* du libre choix du médecin par le mutualiste et du payement à l'acte médical et cela, grâce à la haute intervention de M. E. Loubet, ancien Président de la République, qui avait bien voulu accepter de diriger les débats de la dernière Commission.

Survint la loi du 9 avril 1898 sur la responsabilité en cas d'accidents du travail. Nos confrères ne se doutent guère actuellement quels étaient alors les rapports des médecins avec les compagnies d'assurances. Ces dernières traitaient dans les régions industrielles avec des praticiens faméliques et leur imposaient un forfait de 6 à 8 francs par sinistre, quelle que fût la durée des soins.

Nous vîmes à l'Union un de nos vénérés vice-présidents, M. le Dr Pouliot, de Poitiers, se faisant l'interprète des doléances des praticiens de sa région, venir nous supplier de faire des démarches auprès de telle ou telle puissante Société d'Assurances, pour relever le taux du forfait de *cinquante centimes*, ce qui pourrait alors permettre au médecin d'y trouver de quoi vivre.

Au début, lors de la discussion de la loi, les Assureurs avaient obtenu du Parlement que le tarif de la responsabilité patronale en cas d'Accidents du travail fût celui de l'Assistance médicale gratuite. Quels efforts, quelles démarches, quelle patiente énergie ne dut pas employer le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France pour arriver, en s'appuyant sur les syndicats ouvriers, à faire modifier cette loi et à obtenir la loi actuelle ! Combien de confrères intéressés, aveugles ou munis d'œillières, ne s'élevèrent-ils pas avec violence et souvent avec mauvaise foi, contre l'action menée avec une indomptable énergie et un imperturbable désir d'aboutir par les dirigeants de notre Syndicalisme, dont Jeanne, Diverneresse et Dubuisson !

Nous ne parlons pas des difficultés soulevées sans cesse par l'organisation sanitaire qui était absolument chaotique avant la loi du 15 février 1902 sur la Protection de la Santé publique.

Elle ne paraît pas depuis avoir trouvé sa formule définitive. Nous reprocherons même à beaucoup de nos syndicats de n'avoir pas compris suffisamment l'intérêt qu'il y avait pour le Corps médical à collaborer activement et à diriger, si possible, le mouvement sanitaire dans notre pays.

Nous ne pouvons citer par le menu toutes les questions qui préoccupèrent nos syndicats naissants : exercice de la médecine par les étrangers, surtout dans les régions frontières, exercice de la médecine civile par les médecins militaires, expertises médico-légales et leur tarif, médecine des administrations, inspection médicale des écoles, législation et règlementation de l'exercice de la pharmacie, abus de la médecine hospitalière, lacunes de l'enseignement, etc., etc. ; il faudrait écrire un volume pour résumer les

questions dont nos syndicats et leur Union eurent à s'occuper.

Cette simple énumération doit suffire pour montrer combien nécessaire était le Syndicalisme médical et quelles furent les difficultés de son action dès ses débuts.

Aussi ne pouvons-nous, sans un sourire d'ironie et de pitié, lire les actuelles diatribes, formulées par des ignorants, contre ceux qui, trahissant les intérêts du Corps médical, ont permis jadis le vote des lois sociales actuelles et ont toléré l'institution du tiers-payant dans l'Assistance, les Accidents du travail, etc, etc.

Pour arriver à tenir tête aux adversaires sans nombre que rencontrait le Syndicalisme médical, voyons de quels moyens il disposait.

Au début sans ressources, il ne pouvait compter que sur le dévouement de quelques-uns et sur l'activité du *Concours Médical*, car, pas un seul organe de la presse médicale n'aurait osé alors prendre parti pour les syndicats.

Lorsqu'en 1895, on imposa, un peu par surprise, à notre complète inexpérience (1), la tâche du Secrétariat général de l'Union, cette dernière ne comprenait pas plus de 2.000 adhérents qui payaient avec une irrégularité traditionnelle, une cotisation de *deux francs* par tête. Avec ces « subsides », il fallait payer le loyer du siège social, rétribuer un employé, faire paraître le bulletin, entretenir une active correspondance, faire face aux démarches indispensables et entreprendre des voyages de propagande. Lorsqu'en 1910, nous quittâmes le secrétariat, l'Union comptait 135 Syndicats avec 8.275 affiliés.

Il existait bien alors 12.017 médecins syndiqués, mais certains, tout en sympathisant avec l'Union, ne pouvaient s'y affilier ; les uns, ceux de la Fédération du Nord par exemple, ne pouvaient consentir à une cotisation de *plus de cinquante centimes par membre*, ce que l'Union ne pouvait pas accepter; les autres, comme la Fédération lyonnaise, exigeaient que l'Union obligeât les Syndicats de leur région déjà affiliés, à sacrifier leur autonomie et à se fondre dans leur fédération, ce que nous ne pouvions leur imposer.

Il fut en effet toujours difficile de maintenir l'entente et la cohésion dans le Corps médical français.

Pour arriver à un résultat, il fallait un programme, un état-major et une propagande.

Le programme peut se résumer en quelques principes qui prévalent encore aujourd'hui :

Faire le possible pour que l'intérêt du malade se confonde avec celui du médecin.

Dans ce but, exiger le libre choix du médecin par le malade (principe que nous avons nous-même désigné sous le nom de liberté de confiance).

Exiger le respect absolu du Secret médical.

Poser le principe du payement des honoraires en indemnisant séparément chaque acte médical.

Proscrire l'abonnement et le forfait de tous les tarifs syndicaux.

Reconnaître le droit à celui qui paye de s'assurer par un contrôle de l'emploi légitime de ses deniers.

Offrir aux pouvoirs publics la collaboration du Corps médical pour tout ce qui concerne l'hygiène, la prophylaxie et l'assistance.

S'opposer le plus possible à la fonctionnarisation et au salariat du Corps médical.

L'Etat-Major se recruta parmi des hommes de bonne volonté qui poussèrent le dévouement jusqu'au sacrifice. Les membres du Conseil, dispersés dans toute la France, se rendaient à Paris plusieurs fois par an et à leurs frais. Ainsi, Porson venait de Nantes, Mignen et Barbanneau de la Vendée, Pouliot de Poitiers, Cellier de Laval, de Font-Réaux de la Haute-Vienne, Lande de Bordeaux, Salomon de la Sarthe, Lasalle de la Gironde, Lardier des Vosges, Gairal des Ardennes, Decourt, de Seine-et-Marne, Boudin, de l'Ain, etc., etc. Quelques parlementaires comme Dubuisson, du Finistère, et Pédebidou, des Hautes-Pyrénées, faisaient partie du Conseil et avec un dévouement que nous ne devons pas oublier, ne ménageaient pas à l'Union leurs conseils et leur appui.

Le Syndicat des Médecins de la Seine, avec Le Baron, Le Blond, Courichon, Levassort, Bellencontre, et nous-même, secondés par quelques confrères voisins de Paris, assuraient une permanence et collaboraient au Secrétariat général.

A cette époque, il fallait payer de sa personne et aller un peu partout pour prêcher l'union et montrer les avantages du Syndicalisme. Le Dr Gairal et nous, fîmes à nos frais cette sorte de croisade ; tour à tour en Vendée, à Alençon, à Tours, à Blois, à Saumur, à Reims, à Bourges, à Lyon, à Vienne, à Marseille, à Bordeaux, à Nancy, nous fûmes prôner l'entente syndicale. Nous eûmes la satisfaction de recevoir partout l'acceuil le plus cordial et de nous con-

(1) Nous exerçions la médecine depuis deux ans et étions âgé de 29 ans.

vaincre que notre besogne ne serait pas vaine.

Ce fut avec cette organisation improvisée, sans ressources appréciables, que l'Union des Syndicats médicaux, souvent secondée par le « Sou Médical », parvint à faire face aux nécessités de la défense professionnelle et à obtenir maintes modifications des lois et des décrets, notamment pour les accidents du travail.

L'Union eut l'initiative et prit une part fort active à l'organisation du Congrès de médecine professionnelle de 1900.

Ce fut elle qui, plus tard, assura le succès des trois Congrès des Praticiens et du Congrès de l'Exercice illégal de la médecine. Elle obtint, et non sans peine, d'avoir des représentants officiels dans les Grands Conseils du Gouvernement : Conseil supérieur de la Mutualité, Conseil supérieur de l'Assistance publique, Conseil supérieur d'hygiène, Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Son rôle fut fatalement très restreint durant la guerre. Mais une fois la paix signée, notre mouvement syndical devint encore plus actif.

Le conflit entre les Syndicats médicaux et l'administration au sujet des soins aux pensionnés de guerre, conflit dans lequel Lafontaine sut diriger énergiquement l'action syndicale, fut un succès relatif pour le Syndicalisme médical français.

La loi sur les assurances sociales, après avoir déterminé des conflits et une scission regrettable, a fini par obliger les Syndicats médicaux à s'unir et à se réorganiser en une Confédération qui, actuellement pourvue de ressources suffisantes, est en mesure de défendre efficacement les médecins praticiens qui sont, en fait, sauf dans quelques très grandes villes, tous syndiqués.

***

Quel sera l'avenir du Syndicalisme médical après ces cinquante ans d'existence ?

Il est difficile de le préciser, mais, quoiqu'il arrive, l'organisation syndicale s'imposera de plus en plus aux praticiens. L'isolement du médecin n'est plus possible et l'exercice de la médecine, que nous le voulions ou non et pour mille raisons qui ont été exposées ici à diverses reprises, aura de plus en plus le caractère de la médecine collective. Ce qu'on appelle la médecine sociale prendra le pas sur la médecine individualiste actuelle et le praticien, s'il veut vivre, ne pourra plus s'en désintéresser.

Trois éventualités pourront se produire, et dans ces trois éventualités, le rôle du Syndicalisme médical sera des plus importants.

1° Les médecins syndiqués organiseront eux-mêmes, disons le mot, prendront en charge, les divers services de médecine sociale.

Cette éventualité qui eût pu sauvegarder l'indépendance du médecin, et que certains envisageaient comme possible et voulaient tenter de réaliser, n'a pas, avouons-le, obtenu l'assentiment du Corps médical. Elle heurtait trop de front le traditionnalisme individualiste et la plupart qui n'avaient pas réfléchi à la véritable Révolution sociale qui s'opérait et que la guerre a précipitée, n'ont rien compris à l'intérêt qu'il y avait pour les praticiens à rester, au moyen d'un syndicalisme bien organisé, les maîtres de la situation.

2° La seconde éventualité est la collaboration des syndicats médicaux avec les Pouvoirs publics et les collectivités de toute espèce pour assurer le fonctionnement des services de médecine sociale. Cette collaboration peut s'établir. Elle exigera des conventions, des contrats où les syndicats médicaux joueront un rôle important. C'est le système, qu'à défaut du premier, nous espérons voir réaliser.

3° Enfin la troisième éventualité consisterait dans la fonctionnarisation et le salariat des médecins.

C'est le grand danger que court actuellement le Corps médical. Mais si fonctionnarisation et salariat nous étaient imposés, et cela est dans l'ordre des choses possibles, le Syndicalisme deviendrait pour le médecin le seul moyen d'échapper à l'arbitraire et de se faire tant bien que mal respecter.

***

Nous le voyons, la tâche du Syndicalisme médical n'est pas terminée après ces cinquante années d'existence ; loin de là, elle devient de plus en plus importante. Et si nous nous sommes permis en ces quelques lignes d'évoquer très superficiellement ce que furent ces cinquante années de luttes, c'est moins pour rendre justice aux pionniers de la première heure qui, avec Cézilly, Mignen, Gassot, Jeanne, Maurat et beaucoup d'autres, sont parvenus à secouer l'inertie des médecins praticiens et à les enrôler sous la bannière syndicale, que pour laisser entrevoir le rôle considérable et redoutable que le Syndicalisme est appelé à tenir dans l'organisation prochaine de la profession médicale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'EXTRA-SYSTOLE

Par Léon GIROUX.

Ancien chef de clinique à la faculté
Médecin de l'hôpital Foch

L'extra-systole est une variété d'arythmie liée à un trouble de l'excitabilité cardiaque et essentiellement caractérisée par une contraction anticipée consciente ou non, généralement suivie d'une pause compensatrice. En raison de sa fréquence, de sa nature et des sensations pénibles qui l'accompagnent, le médecin est souvent appelé par les sujets qui en souffrent à se prononcer sur la signification qu'elle comporte et sur le traitement qu'il convient de leur opposer. Pour formuler dans ces circonstances une interprétation exacte et un traitement opportun, il lui est indispensable de savoir comment on la reconnaît, à quoi elle correspond : sous quelles influences elle survient. C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre en nous plaçant au point de vue de la pratique journalière. Mais la clinique ne saurait ici, comme dans beaucoup d'autres domaines, éclairer par ses seules ressources, complètement et jusqu'au bout, la route que nous devons parcourir ; aussi serons-nous amenés à faire appel à l'électro-cardiographie, méthode souveraine en ce qui concerne les arythmies.

A) **Anatomie et physiologie normales du cœur.**

Le médecin ne peut se faire de l'extra-systole une idée exacte qu'à la condition d'avoir présentes à l'esprit certaines notions élémentaires concernant l'anatomie et la physiologie normales du cœur. Le cœur se compose de deux systèmes anatomiques fonctionnellement distincts ; l'un qui représente les vestiges du tube cardiaque primitif de l'embryon et dans lequel naissent et se propagent les excitations destinées à déclencher la contraction des cavités cardiaques ; l'autre qui a pour fonction de répondre à ces excitations par une contraction.

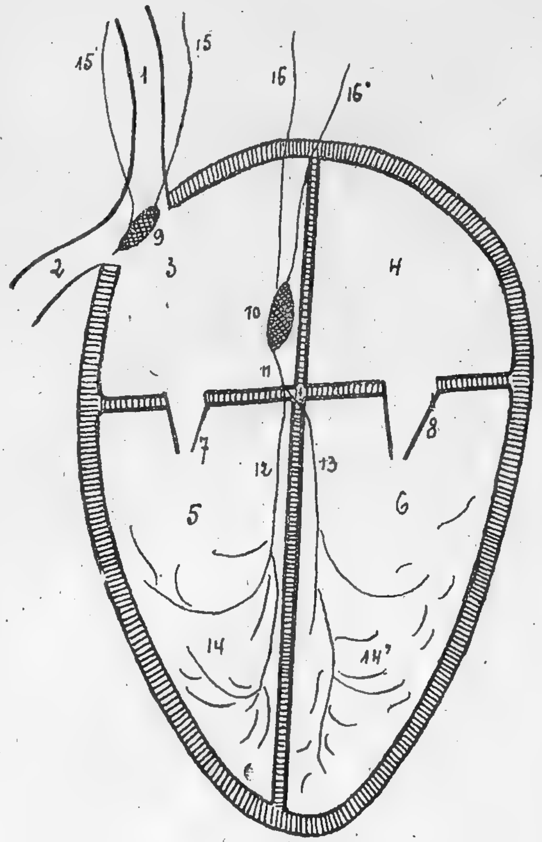


FIGURE 1. — 1. Veine cave supérieure ; 2. Veine cave inférieure ; 3. Oreillette droite ; 4. Oreillette gauche ; 5. Ventricule droit ; 6. Ventricule gauche ; 7. Valvule tricuspide ; 8. Valvule mitrale ; 9. Nodule de Keith et Flack : 10. Noyau de Tawara ; 11. Faisceau de His ; 12. Branche droite du faisceau de His ; 13. Branche gauche du faisceau de His ; 14, 14'. Réseau de Purkinje ; 15,15'. Filets nerveux vago-sympathiques se rendant au nodule de Keith et Flack ; 16, 16'. Rameaux vago-sympathiques destinés au noyau de Tawara.

Le premier système comprend différentes formations : 1° le *noyau de Keith et Flack* situé sous le péricarde au niveau de l'orifice de la veine cave supérieure et qui entre en connexion avec l'oreillette ; 2° le *noyau de Tawara* situé sur la face droite de la cloison interauriculaire en avant du sinus coronaire, au-dessus de la valve interne de la tricuspide ; 3° *le faisceau de His* qui part de la formation précédente et se divise bientôt en deux branches l'une droite qui se rend au ventricule droit ; l'autre gauche qui traverse la cloison interventriculaire dans sa partie supérieure et gagne le ventricule gauche en passant sous le plancher valvulaire aortique ; 4° *le réseau de Purkinje* épanouissement sous-endo-

cardique, des branches hisiennes qui tapisse la face interne des ventricules et se met en rapport avec les masses ventriculaires. Le second système est représenté par les oreillettes et les ventricules droit et gauche.

A l'état normal l'onde d'excitation encore appelée stimulus qui est à l'origine des phénomènes cardiaques prend naissance au noyau de Keith et Flack, de là elle gagne l'oreillette dont elle provoque la contraction puis le nœud de Tawara, le faisceau de His et ses branches, le réseau de Purkinje et enfin les ventricules, qui sous son influence entrent à leur tour en activité, le premier système est excito-conducteur, c'est lui qui commande le second en fidèle serviteur exécute les ordres qui lui parviennent et réalise ainsi les actes efficaces de la fonction cardiaque.

Grâce à ce mécanisme et aussi à ce fait que le cœur après sa contraction devient inexcitable et entre dans la période dite réfractaire ; le rythme cardiaque se poursuit avec une grande régularité mais avec une fréquence variable que le système nerveux vago-sympathique adapte aux besoins changeants de l'organisme.

B) Caractères généraux de l'extra-systole

Les cas sont fréquents où certaines influences organiques ou fonctionnelles interviennent pour exagérer l'excitabilité du cœur et provoquer pendant la période réfractaire une contraction anticipée consciente ou non ; c'est à ce trouble du rythme cardiaque qu'on donne le nom d'extra-systole. L'extra-systole a encore pour caractère d'être généralement suivie d'une longue pause cardiaque désignée sous le nom de repos compensateur. Par là on entend que si l'on additionne le temps qui sépare l'extra-systole de la contraction qui la précède avec celui qui le sépare de la contraction qui la suit on obtient une durée égale à celle de deux révolutions cardiaques. Le mécanisme de repos compensateur est aisé à comprendre si l'on se rappelle les notions d'anatomie et de physiologie que nous venons d'exposer ; l'extra-systole met en effet le cœur en période réfractaire et rend inefficace l'excitation qui descend du sinus au moment où le trouble se produit ; il faut donc attendre une seconde sollicitation du sinus pour que le cœur réponde et reprenne son rythme normal. Or, comme la contraction extra-systolique est anticipée ; que celle qui la suit vient à son heure, il en résulte une longue diastole représentant le repos compensateur qu'il est important de connaître car il intervient pour une part importante comme nous le verrons dans l'expression clinique de l'extra-systole.

Ces considérations sommaires permettent en outre de se rendre compte que l'extra-systole est un accident passager, un phénomène épisodique qui n'atteint pas le rythme fondamental du cœur dont la direction comme à l'état normal appartient au sinus.

C) Étude clinique

L'extra-systole est la plus fréquente des arythmies et il semble qu'on puisse affirmer que tous les sujets à un degré variable en ont présenté au cours de leur existence. Elle peut avoir son origine dans toutes les régions du cœur ; au sinus : à l'oreillette, à la région auriculo-ventriculaire, mais surtout aux ventricules ; sa fréquence est très variable ; tantôt elle est rare et survient à de longs intervalles, tantôt elle se répète toutes les deux ou trois pulsations, parfois elle apparaît et disparaît d'une manière capricieuse sans qu'on trouve dans l'état du sujet la raison de ces alternatives ; dans certains cas enfin, elle se répète avec une ténacité désespérante pendant des mois et même des années.

L'extra-systole est fonctionnelle ou organique, c'est-à-dire associée ou non à une cardiopathie ; elle est consciente ou non et d'une façon générale, sans que toutefois on puisse généraliser, les extra-systoles fonctionnelles sont les plus vivement perçues sans doute parce qu'elles surviennent chez des sujets dont le tonus neurovégétatif est anormal et le seuil de la sensibilité abaissé.

Les signes de l'extra-systole sont d'ordres physique et mental ; les signes physiques d'ordres local et général. Le malade éprouve au niveau du cœur une double sensation qu'il objective par des images variées, la première, liée à l'extra-systole elle-même, est comparée à un raté, un spasme, une torsion ; la seconde en rapport avec la forte contraction qui annonce la fin de la longue pause compensatrice et la reprise du rythme normal est comparée à un afflux de sang, à un coup de bélier dans la poitrine. Cette seconde sensation s'accompagne de répercussions lointaines désagréables et beaucoup de sujets se plaignent de battements simultanés dans le cou ; les gobes oculaires, la région occipitale, le sommet de la tête, etc.

Parfois la sensibilité est plus fortement ébranlée et ces malades accusent des sensations douloureuses qui aggravent leur inquiétude ; tantôt il s'agit d'une douleur lancinante, fugitive, généralement localisée à la base du cœur ; tantôt d'irradiations dans le bras et l'épaule gauche parfois aussi et du même côté, dans la région cervicale et le pavillon de l'oreille.

A ces sensations locales s'ajoute un malaise général difficile à définir, un sentiment de défaillance, de lipothymie, de syncope imminente en rapport avec la longue pause diastolique et les variations subites de l'équilibre circulatoire qui en sont la conséquence.

La nature de l'extra-systole, sa répétition, les phénomènes douloureux associés, la constitution

émotive du sujet qui le prédispose aux réactions anxieuses sont à l'origine d'un état affectif particulier fait d'angoisse et d'anxiété. Beaucoup de ces malades sont très malheureux ; ils se sentent menacés et vivent dans un état permanent d'insécurité et de grande souffrance morale. Ces sujets ont besoin d'être rassurés, aussi le médecin devra-t-il tenir un grand compte de ces répercussions affectives et se montrer attentif et bienveillant s'il veut trouver le langage qui convient aux suggestions favorables.

Les extra-systoles ne sont pas toujours perçues et le malade n'est mis en éveil que par des sensations d'ordre général : un sentiment de faiblesse, de défaillance, qui l'amène à explorer son pouls où il constate des irrégularités : de là naît l'inquiétude qu'il appartient au médecin de dissiper.

Pour un esprit averti il suffit généralement d'écouter le malade pour être fixé sur la nature des troubles dont il se plaint et cela est fort heureux, car souvent au moment de l'examen, on ne constate rien d'anormal ; le cœur sous l'influence de l'émotion s'accélère et se régularise. Dans le cas contraire on observe des signes qui diffèrent suivant que l'extra-systole est précoce ou tardive. L'extra-systole précoce survient à un moment où le ventricule, encore à peu près vide, est impuissant à soulever le plancher valvulaire aortique ; à l'auscultation on n'entend donc qu'un brut surajouté et vibrant succédant au second bruit de la contraction normale précédente ; ce bruit est dû au claquement de la valvule mitrale violemment mobilisée dans un ventricule à peu près vide ; puis survient un long repos cardiaque correspondant au repos compensateur auquel succède une forte contraction en rapport avec la réplétion diastolique anormale.

Si on explore le pouls on y constate des intermittences, l'extra-systole ne pouvant se traduire à la périphérie puisque l'orifice aortique n'a pu être forcé. Dans les cas de bigéminisme, c'est-à-dire de la succession régulière d'une extra-systole à chaque battement normal, on constate un pouls régulier mais lent ; c'est le faux pouls lent extra-systolique qu'il est facile de distinguer par l'auscultation du cœur, du pouls lent par dissociation auriculo-ventriculaire. Quand au contraire l'extra-systole est tardive on entend un rythme à quatre temps ; dans ces circonstances en effet le cœur est suffisamment rempli pour que la systole soulève le plancher aortique et s'accompagne d'un double bruit mitral et aortique. Dans ces conditions, on constate au pouls une petite pulsation anticipée, plus rapprochée de la pulsation qui la précède que de celle qui la suit.

D) Modalités de l'extra-systole

a) **Suivant leur groupement.** — L'extra-systole présente à ce point de vue des modalités diverses ; généralement il s'agit d'un phénomène qui interrompt, d'une façon passagère et à intervalles variables, la régularité du rythme cardiaque : mais souvent aussi elle se répète à intervalles fixes en créant une arythmie régulière.

Les formes régulières de l'extra-systolie constituent suivant leur groupement ce que l'on désigne sous le nom de bigéminisme, de trigéminisme de quadrigéminisme lesquels peuvent d'ailleurs s'associer. Le bigéminisme ou rythme couplé est le type le plus fréquent ; il est caractérisé par l'apparition après chaque contraction normale d'une extra-systole suivie d'une pause compensatrice, ces extra-systoles peuvent avoir suivant les sujets des origines diverses, mais pour un même individu, elles sont généralement identiques.

Le rythme couplé peut être durable ou passager conscient ou non ; une forme importante à connaître est celle qu'on observe chez certains cardiaques graves sous l'influence d'un dose même minime de digitale. Le trigéminisme et le quadrigéminisme beaucoup plus rare sont caractérisés par l'apparition d'une extra-systole après deux ou trois contractions normales.

Les types de groupement que nous venons d'envisager, s'ils sont les plus fréquents, ne sont cependant pas les seuls que le médecin sera appelé à observer, c'est ainsi qu'il verra dans certains cas une contraction normale être suivie de deux, trois ou même quatre extra-systoles ; qu'il rencontrera de véritables crises de tachy-arythmie, extra-systolique, ou de tachycardie paroxystique, ces dernières secondaires à des extra-systoles massées.

b) **Suivant le siège.** — L'extra-systole peut avoir son origine dans les différentes parties du cœur, au sinus, à l'oreillette, à la région auriculo-ventriculaire, mais surtout au niveau des ventricules. Il n'est pas sans intérêt d'en connaître la localisation exacte et aussi de savoir si elles sont de types divers, c'est-à-dire s'il existe plusieurs centres d'excitabilité anormale du cœur. A ce point de vue, la clinique, réduite à ses seules ressources, ne saurait nous renseigner et nous sommes amenés à demander à l'électrocardiographie un supplément d'information. Mais pour interpréter les images qu'elle va nous fournir il est indispensable de connaître l'électro-cardiogramme normal.

L'onde d'excitation qui descend du sinus vers les ventricules crée sur son passage des variations du potentiel électrique et secondairement des courants ascendants ou descendants. Quand le sujet est en connexion avec l'électrocardiographe, ces courants arrivent à la corde du galvanomètre tendue entre les pôles d'un électro-aimant puissant, or un courant qui traverse un champ magnétique est dévié vers la gauche ou

vers la droite suivant que le courant est ascendant ou descendant. Ainsi naissent dans la corde des oscillations lesquelles, après amplification par un système optique, sont enregistrées sur un papier sensible qui se déroule verticalement d'un mouvement uniforme. Simultanément s'inscrivent, en dixièmes et en cinquantièmes de seconde les temps donnés par un chronographe. On obtient aussi une échelle des temps et une image appelée électrocardiogramme formée était la synthèse des effets électriques droits et gauches ; la combinaison d'un électrocardiogramme du ventricule droit et du ventricule gauche, c'est-à-dire d'un dextrogramme et d'un levogramme qu'en un mot il représentait un bigramme. La section de la branche droite ou gauche, en barrant la route à l'onde d'excitation, permet de dissocier les effets électriques droits et gauches et donne dans le premier cas un levogramme caractérisé par une grande flè-

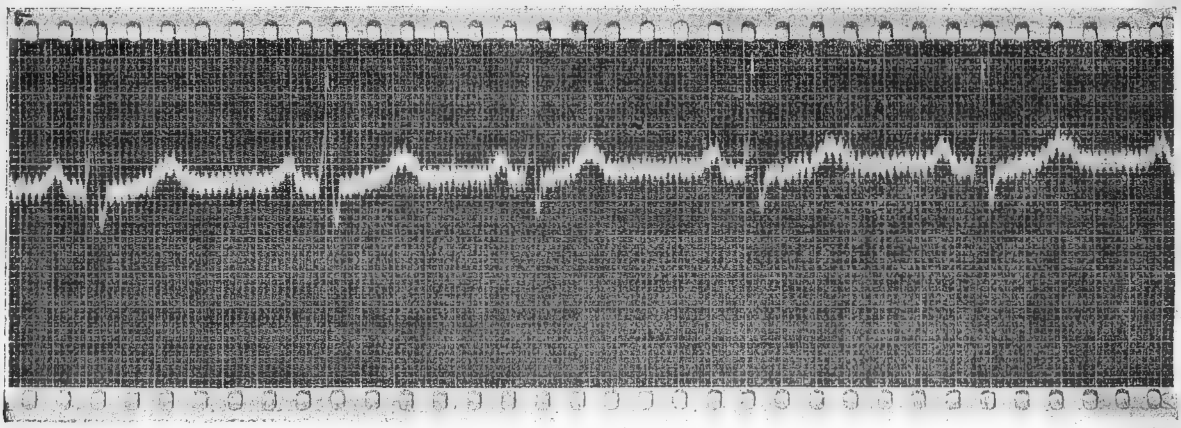
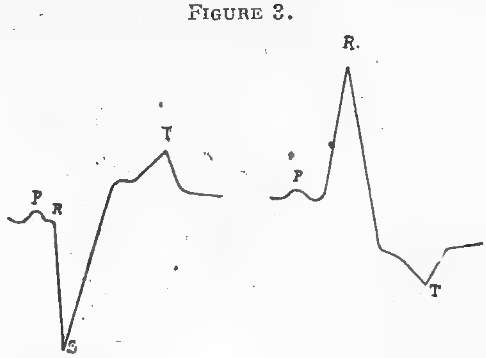


FIGURE 2. — Electro-cardiogramme normal. P accident auriculaire. Q R S T, complexe ventriculaire. Les lignes blanches, verticales, les plus apparentes, marquent les 1/10e de seconde ; les lignes intercalaires les 1/50e de seconde. Les petites dents qui accidentent d'une façon régulière l'image, sont liées aux périodes du courant alternatif et n'ont par conséquent aucun caractère pathologique.

d'une série d'accidents dont la durée chez un sujet normal est à peu près fixe ; le premier positif appelé P correspond aux phénomènes électriques auriculaires ; les autres désignés par les letres Q, R, S, T représentent le complexe ventriculaire et traduisent les phénomènes électriques qui naissent au niveau des ventricules. Q est inconstant et négatif, R est positif, S négatif, T positif. Ces différents accidents se reproduisent régulièrement avec les mêmes caractères à chaque révolution cardiaque.

che négative suivie d'un T positif et dans le second un dextrogramme représenté par une grande flèche positive et un T négatif. Par des calculs sur lesquels nous ne pouvons insister. Lewis a pu à l'aide d'un levogramme et du dextrogramme reconstituer l'image normale. Ces notions sont importantes à retenir, car c'est grâce à leur connaissance qu'on peut interpréter certaines images électriques anormales et en particulier préciser l'origine des extra-systoles ventriculaires.

FIGURE 3.



a) Levogramme. b) Dextrogramme.

Mais Lewis, par des recherches précises, à l'aide de procédés différents et en particulier par la section des branches du faisceau de His, a démontré que l'électrocardiogramme normal

1° EXTRA-SYSTOLES VENTRICULAIRES. — L'extra-systole ventriculaire est la plus fréquente, elle a son origine dans la branche droite ou gauche du faisceau de His. Suivant sa localisation on

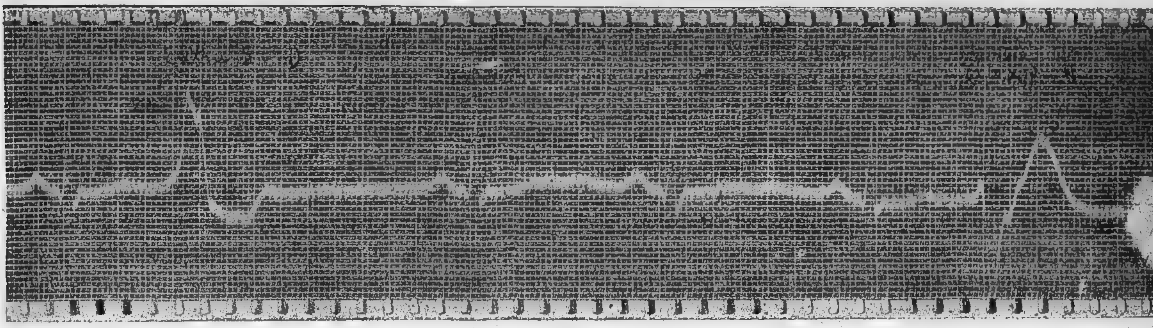


FIGURE 4. — A gauche, extra-systole ventriculaire droite, suivie d'un repos compensateur, à droite, extra-systole ventriculaire gauche.

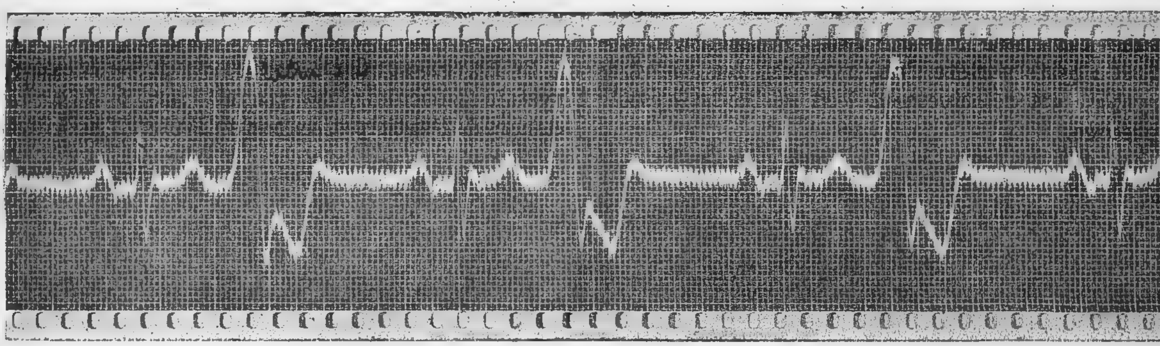


FIGURE 5. — Rythme couplé ou bigéminé. Chaque contraction normale est suivie d'une extra-systole ventriculaire droite.

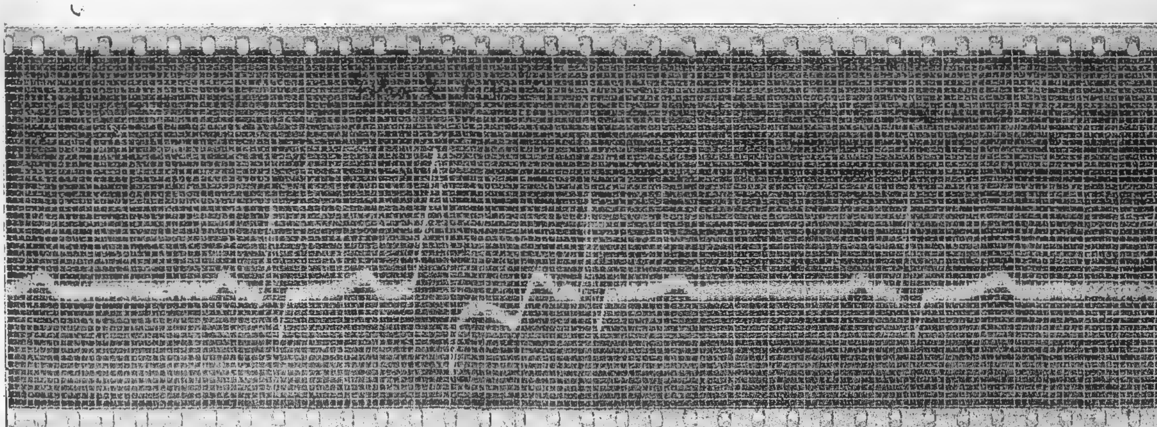


FIGURE 6. — Extra-systole ventriculaire droite interpolée, sans repos compensateur. L'extra-systole est intercalée entre deux contractions séparées par des délais normaux.

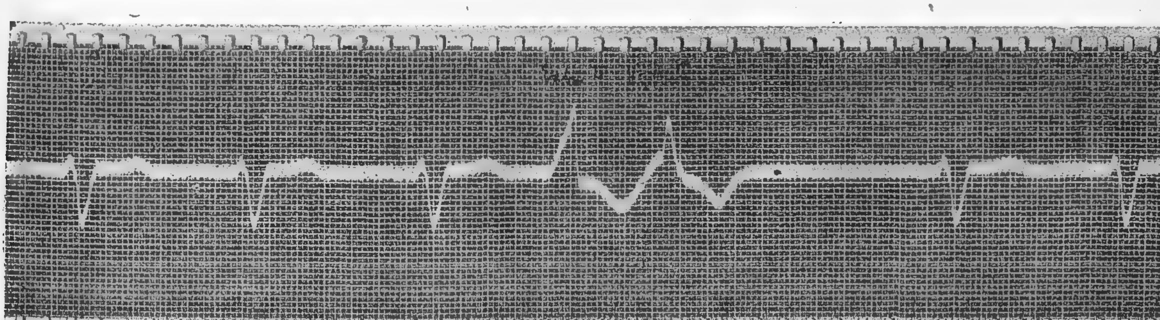


FIGURE 7. — Extra-systoles ventriculaires droites gémellées.

observe sur les films une contraction anticipée réalisant l'image d'un dextrogramme ou d'un levogramme. L'extra-systole ventriculaire droite est donc caractérisée par une grande flèche positive suivie d'un T négatif, l'extra-systole ventriculaire gauche par une grande flèche négative suivie d'un T positif.

Régulièrement l'extra-systole ventriculaire devrait toujours être suivie d'un repos compensateur ; en réalité, il ne l'est presque jamais complètement et cela tient à ce fait que le faisceau de His, reposé par la longue pause extra-systolique, conduit mieux l'excitation ce qui entraîne une légère anticipation de la contraction qui annonce la reprise du rythme normal. Dans certains cas aussi la pause fait complètement défaut ; cette variété s'observe dans les cas où le rythme est relativement lent et l'extra-systole précoce.

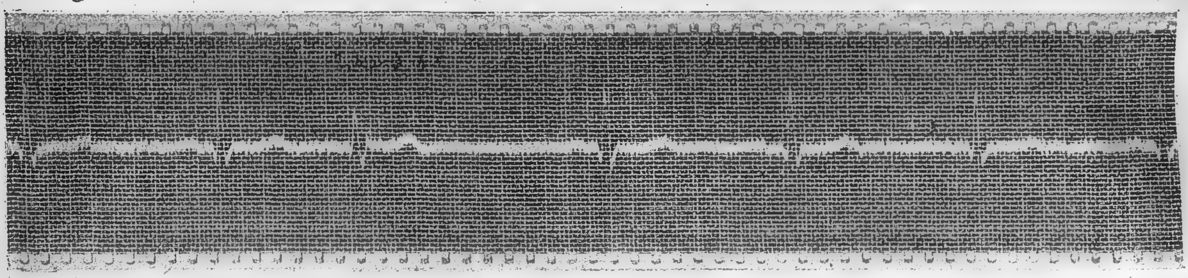


FIGURE 8. — Extra-systole auriculo-ventriculaire. Absence de l'accident P. Repos compensateur.

Dans ces conditions, le cœur est sorti de la période réfractaire au moment où le stimulus habituellement bloqué descend du sinus : l'extra-systole est dite interpolée ; elle est représentée par une contraction supplémentaire intercalée entre deux contractions séparées par des délais normaux.

2° EXTRA-SYSTOLE AURICULO-VENTRICULAIRE. — Cette extra-systole est encore appelée nodale ou atrio-ventriculaire ; elle a son origine dans la région du nœud de Tawara et le stimulus se dirige à la fois vers les ventricules et l'oreillette. Comme l'excitation siège à la partie supérieure, moyenne ou inférieure de cette région, les effets électriques auriculaires précèdent, suivent ou se confondent avec les effets électriques ventriculaires. D'autre part, comme l'influx suit vers l'oreillette un trajet inverse du sens normal, l'accident P est négatif. Enfin, comme à partir du nœud de Tawara, l'onde d'excitation se propage par les voies normales du faisceau de His et de ses branches, le complexe ventriculaire ne présente aucune anomalie. Donc l'extra-systole auriculo-ventriculaire sera caractérisée par une contraction anticipée : un P négatif, un image ventriculaire normale. Cette extra-systole présente généralement comme l'extra-systole ventriculaire une pause compensatrice.

3° EXTRA-SYSTOLE AURICULAIRE. — L'extra-systole auriculaire se traduit sur le film, en dehors de l'anticipation, par un P positif, un intervalle P-R normal et un complexe ventriculaire sans altération, l'influx suivant les voies normales. Cependant, il peut être altéré quand il existe une lésion ou un trouble fonctionnel des branches du faisceau de His ; dans certains cas, il peut manquer ; l'extra-systole est dite bloquée ; ce fait se produit quand l'influx anormal, très prématuré, atteint les voies de conduction à un moment où elles n'ont pas encore récupérer leurs propriétés.

L'extra-systole auriculaire peut provoquer au pouls du bigéminisme et du trigéminisme, mais elle ne s'accompagne pas de bradysphygmie, c'est-à-dire de pouls lent ; pour produire un pouls

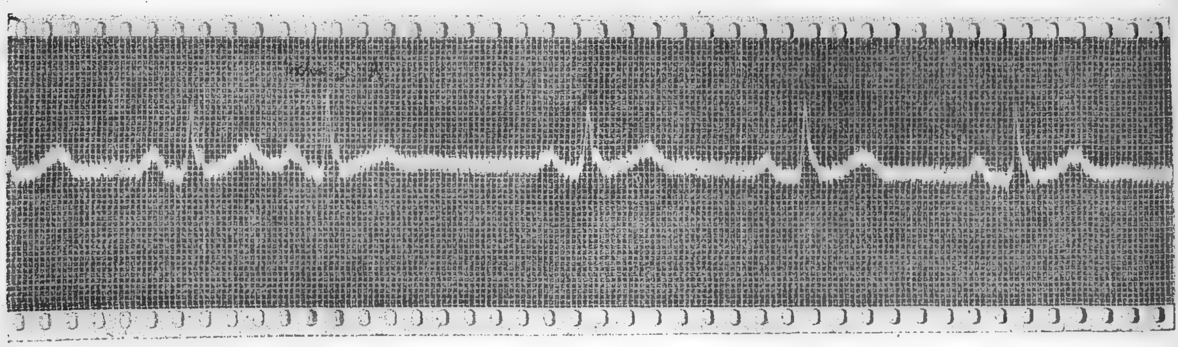


FIGURE 9. — Extra-systole auriculaire. L'accident P précède le complexe ventriculaire dans les délais normaux. Repos compensateur.

lent, il faut en effet une extra-systole précoce impuissante à projeter le sang dans les vaisseaux ; or, une extra-systole auriculaire ne parvient aux ventricules qu'à une période où ils sont suffisamment remplis pour donner une pulsation radiale.

4° Extra-systole sinusale. — L'extra-systole sinusale est rarement observée ; elle naît du sinus, c'est-à-dire au lieu d'origine des contractions normales ; elle ne se distingue de ces dernières, que par ce fait que l'influx qui lui donne naissance, est plus rapidement élaboré, d'où comme conséquence une contraction anticipée. En raison de ce mécanisme, il est aisé de comprendre que l'extra-systole sinusale ne comporte pas de pause compensatrice ; en effet, le stimulus prématuré décharge le sinus qui reprend son activité dans les délais normaux ; l'espace qui sépare l'extra-systole de la contraction qui le suit est donc égal à celui qui s'observe entre deux contractions normales.

L'extra-systole sinusale appartient à la catégorie des extra-systoles dites décalantes, dont l'unique conséquence est de changer le pas du rythme cardiaque.

5° Extra-systole et rythmes spéciaux. — Dans la pratique, les cas sont fréquents où l'extra-systole se superpose à d'autres arythmies de nature et de signification différentes ; en particulier, au pouls lent permanent et surtout l'arythmie complète. Au cours des dissociations auriculo-ventriculaires du pouls lent permanent, on peut observer des extra-systoles auriculaires ou ventriculaires. L'extra-systole auriculaire se traduit sur le film électrique par un accident P anticipé et solitaire, c'est-à-dire non suivi de phénomènes ventriculaires, ce qui se conçoit aisément puisque les voies de conduction sont fermées au passage de l'influx. Généralement, on observe des extra-systoles ventriculaires, mais sans pause compensatrice ; en effet, après l'extra-contraction ; le centre autonome qui s'est substituée au centre sinusal reprend sa cadence ; l'extra-systole est décalante comme l'extra-systole sinusale.

L'extra-systole est souvent associée à l'arythmie complète ; on sait que cette arythmie est la plus fréquente après l'extra-systole ; qu'elle est secondaire à la fibrillation auriculaire, qu'elle se rencontre surtout au cours des cardiopathies mitrales à la période de décompensation ; qu'elle est essentiellement caractérisée par la force inégale et l'espacement variable des contractions ventriculaires. En général, la clinique par ses seuls moyens permet de la reconnaître, mais elle ne saurait identifier les phénomènes extra-systoliques, qui se greffent sur ce rythme irrégulier et souvent accéléré. L'électro-cardiographie peut seule nous éclairer et naturellement en raison de l'état de fibrillation auriculaire, elle ne décèle que des extra-systoles ventriculaires.

E) Évolution et pronostic de l'extra-systole

L'évolution de l'extra-systole diffère suivant qu'elle est de nature organique ou fonctionnelle ; l'extra-systole organique est étroitement liée à l'état de la fonction cardiaque ; elle s'espace ou disparaît quand cette dernière s'améliore et reparaît quand l'équilibre circulatoire est de nouveau compromis.

L'extra-systole fonctionnelle est naturellement beaucoup plus capricieuse en raison du terrain neuro-végétatif sur lequel elle survient et qui crée une sensibilité anormale au surmenage, aux intoxications, aux influences morales et aux réflexes organiques lointains.

Elle peut n'apparaître que de loin en loin à l'occasion d'un mouvement ou d'une émotion ; elle peut être rare et espacée au début ; puis augmenter de fréquence et persister pendant plusieurs jours, plusieurs mois ou même pendant des années. Ces longues crises si pénibles par leur répercussion physique et morale peuvent cependant cesser dans un délai parfois très court, sans modification de l'existence et de l'hygiène, à un moment où le malade, découragé, n'attend plus rien de la thérapeutique dont il n'a retiré aucun effet bienfaisant. Les exemples de cette nature ne sont pas rares : je citerai uniquement celui d'un confrère ayant dépassé la cinquantaine et persécuté depuis plusieurs années par des extra-systoles nombreuses qu'aucun traitement ne put modifier. Récemment après l'avoir connu déprimé et anxieux, je le retrouvais optimiste et confiant, il m'annonçait que ses troubles avaient disparu depuis plusieurs mois, à sa grande surprise et sans cause apparente.

L'extra-systole n'a par elle-même aucune signification pronostique et l'importance qu'on doit lui attacher au point de vue de l'avenir est intimement liée à l'existence ou non d'une affection organique de cœur.

Dans le jeune âge, qu'elle soit durable ou passagère, fréquente ou espacée, qu'elle survienne le jour ou qu'elle apparaisse quand le sujet se met au lit, qu'elle soit isolée ou groupée, elle comporte un pronostic favorable. A un âge plus avancé vers la cinquantaine, l'interprétation des extra-systoles est plus délicate ; cependant si l'on ne constate pas de lésion organique du cœur et si l'on retrouve dans le passé des accidents de même nature, on pourra conclure à leur bénignité.

Le type de l'extra-systole ne permet pas de conclusions plus absolues ; généralement, on considère les extra-systoles bigéminées ; les extra-systoles auriculaires comme d'un pronostic plus réservé ; en réalité, on ne saurait être for-

mel à ce point de vue et il est d'observation courante de rencontrer des sujets qui présentent, sans conséquence fâcheuse et pendant de longues années, des extra-systoles auriculaires ; d'autre part certains vieillards peuvent supporter pendant longtemps, sans en être incommodés, un rythme couplé.

Par contre, quand l'extra-systole survient chez un sujet atteint d'affection organique du cœur ou d'hypertension et dont le cœur a toujours été irrégulier, on doit la considérer comme un signe probable de décompensation et agir en conséquence. Mais en réalité, on ne peut la rattacher avec certitude à l'insuffisance cardiaque que dans les cas où celle-ci est évidente et dans ceux où elle disparaît sous l'influence du traitement.

Quand l'extra-systole est déclenchée ou augmentée de fréquence par un traitement toni-cardiaque, elle prend une valeur pronostique considérable et on peut la considérer, comme un signe de mauvais augure. Il n'est pas rare, au cours d'un traitement par l'ouabaïne intra-veineuse et surtout d'un traitement digitalique, d'observer des extra-systoles et en particulier du bigéminisme. Ces faits se rencontrent, au cours des cardiopathies graves, chez des sujets dont le myocarde se dilate et s'encombre davantage sous l'influence du traitement ; dans ces circonstances, il n'a que des inconvénients et il faut en suspendre l'emploi. Cependant il ne faudrait pas en conclure que tout bégiminisme, observé au cours des cardiopathies, contre-indique toujours la digitale, car, en général, cette substance en améliorant la fonction cardiaque diminue l'excitabilité du cœur et régularise son rythme.

L'extra-systole n'a donc par elle-même aucune valeur pronostique, elle n'a qu'une signification d'emprunt : le pronostic d'une cardiopathie toujours difficile à élaborer ne peut d'ailleurs être dégagé de notions fragmentaires ; il ne saurait réaliser le maximum de rigueur qu'à la condition de s'appuyer sur les différents moyens d'observation dont le médecin dispose, c'est-à-dire sur le syndrome clinique pris dans son ensemble, sur l'aspect des images radioscopiques et électriques, et enfin sur les résultats obtenus par le traitement.

F) Etiologie de l'extra-systole.

1° **Extra-systole fonctionnelle.** — Les extra-systoles de cette nature sont exceptionnelles dans le jeune âge, par contre elles sont très communes à la puberté et surtout dans la seconde moitié de l'existence. Souvent elles surviennent sans cause apparente, mais en réalité, à l'occasion d'une instabilité neuro-végétative favorable aux perturbations fonctionnelles. Chez de tels sujets, il est fréquent d'observer des troubles digestifs gastriques ou coliques qui interviennent à leur tour pour déclencher ou entretenir les extra-systoles ; la colite muqueuse représente à ce point de vue un facteur important et il est d'observation courante de noter un parallélisme remarquable entre l'état du cœur et celui de l'intestin. Mais en réalité, les troubles cardiaques et digestifs ne sont que la manifestation dans des territoires distincts d'un même terrain neuro-végétatif anormalement sensible aux émotions et au surmenage ; ils prennent leur origine à une source commune et s'aggravent par leurs influences réciproques. La guerre a nettement mis ces faits en évidence ; c'est ainsi que certains sujets antérieurement surmenés et mobilisés, loin de la zone du combat ont vu, sous l'influence du repos et de la vie au grand air, s'améliorer ou disparaître les troubles fonctionnels cardiaques ou digestifs qu'en temps de paix aucun traitement n'avait pu modifier ; que d'autres, dont l'existence se déroulait sans heurt, ont eu à souffrir des mêmes troubles à l'occasion de la rude épreuve physique et morale que leur réservait la vie du front.

Les notions que nous venons d'exposer concernant la constitution qui prédispose aux extra-systoles nous dispense d'insister sur le rôle, des intoxications, en particulier par le café et le tabac et sur la nécessité qu'il y a à les écarter chez les sujets sensibles à leur action.

L'extra-systole fonctionnelle peut aussi se rencontrer chez des sujets atteints d'une lésion cardiaque organique et il appartient au médecin d'en établir la nature. Dans ces circonstances, la discrimination est délicate, car il n'existe aucun signe objectif certain de l'insuffisance cardiaque à son début, mais cela est fondamental, car l'opportunité du traitement en découle.

En présence d'un cardiaque qui n'a jamais présenté d'extra-systoles, leur apparition sera en faveur d'une origine organique ; en réalité, les cas de cette nature ne sauraient s'accommoder de règles absolues et leur interprétation est surtout une question de jugement et d'expérience.

2° **Extrasystole organique.** — L'extra-systole est fréquente chez les hypertendus et on la considère généralement comme l'un des premiers signes de la défaillance ventriculaire gauche, cependant, il n'est pas rare de rencontrer de grands hypertendus qui parcourent, sans en présenter, toutes les étapes de l'insuffisance cardiaque. L'extra-systole s'observe souvent au cours des cardiopathies mitrales, des myocardites chroniques et aiguës, et aussi des localisations cardiaques rhumatismales.

Longtemps l'extra-systole observée chez les rhumatisants a été rattachée à une intoxication par le salicylate de soude ; aujourd'hui, elle est considérée comme une manifestation de l'infection rhumatismale. Cette notion est importante à retenir depuis que l'on sait que la maladie de

Bouillaud peut se localiser d'emblée sur le cœur, qu'elle peut être à l'origine de poussées cardiaques évolutives sans manifestations articulaires concomitantes.

L'apparition d'extra-systoles chez un ancien rhumatisant qui n'en présentait pas antérieurement doit éveiller l'attention du médecin et l'engager à recourir à la médication salicylée. Enfin, la chorée peut éventuellement être à l'origine de véritables crises extra-systoliques, il en était ainsi dans un cas d'Aubertin et Parvu où l'arythmie apparut avec la maladie et céda au moment de la guérison.

G) **Traitement.**

Tout ce que nous venons de dire sur la nature et l'origine des extra-systoles met nettement en évidence que le médecin ne saurait intervenir d'une manière opportune, qu'à la condition d'établir entre les extra-systoles organiques et fonctionnelles une discrimination rigoureuse.

1° **Extra-systole organique.** — Le traitement de l'extra-systole organique se confond avec celui de l'insuffisance cardiaque ; suivant les circonstances, on recommandera la digitale, l'ouabaïne, ou ces deux substances associées à des doses et sous des modes variables suivant les cas. A ce point de vue, aucune règle ne peut être formulée, et la conduite à tenir devra reposer sur l'observation de chaque jour et sur l'expérience. Généralement, quand le traitement est bien conduit, la fonction cardiaque s'améliore et les extra-systoles s'espacent ou disparaissent. Mais l'efficacité de la médication n'est pas indéfinie, et un moment arrive, à une échéance plus ou moins tardive, où elle exagère l'excitabilité cardiaque sans améliorer le rendement du muscle cardiaque. C'est alors que survient le rythme couplé ou bigéminisme et que l'état du malade s'aggrave. A cette période, on constate à l'écran radioscopique, la dilatation des cavités cardiaques, et sur le film électrique, une déformation plus ou moins marquée des complexes ventriculaires. Alors le traitement n'a plus que des inconvénients, il faut le suspendre et recourir, si les troubles fonctionnels sont trop accentués à la médication opiacée dans le but de soustraire le malade à ses souffrances.

Naturellement, s'il s'agit d'un sujet syphilitique quelle que soit la période de la contamination, et si l'état du cœur et du rein le permettent, on conseillera le traitement spécifique ; de même s'il s'agit d'un ancien rhumatisant toujours menacé d'une poussée cardiaque évolutive, on tenfera la médication salicylée.

2° **Extra-systole fonctionnelle.** — L'extra-systole fonctionnelle survient comme nous l'avons dit sur un terrain neuro-végatif particulier, favorable aux réactions anxieuses. En raison de sa répétition, des symptômes pénibles qui l'accompagnent, de leur localisation et aussi à la faveur des tendances émotives constitutionnelles, elle est à l'origine chez les sujets qui en sont atteints, d'un état d'inquiétude et d'insécurité. De ce fait, malgré sa banalité et sa bénignité, elle représente un trouble sérieux en ce qui concerne l'activité quotidienne.

Le médecin peut à de tels sujets faire beaucoup de bien s'il comprend leurs souffrances et s'il identifie d'une manière exacte le trouble dont ils se plaignent, par contre son intervention n'a que des inconvénients s'il le rattache comme le fait est fréquent à une affection organique du cœur. Il doit accueillir ces malades avec bienveillance, car ils sont tourmentés ; les écouter avec attention et les rassurer, car ils se croient menacés. C'est à cette condition qu'il acquerra leur confiance, qu'il favorisera la détente nerveuse et qu'il préparera le terrain qui convient à sa thérapeutique et aux suggestions salutaires. Après les avoir écoutés avec patience ; il recherchera toutes les causes susceptibles de provoquer ou d'entretenir les troubles pour lesquels, il est consulté, le surmenage, les intoxications par le café, le tabac, l'alcool, les troubles gastriques ou intestinaux ; les troubles endocriniens ; ensuite, il examinera le cœur avec la plus grande attention, tant au point de vue clinique, que radioscopique et électro-cardiographique si les circonstances le permettent.

Après cet examen prolongé, au cours duquel aucun moyen d'information, n'aura été négligé, il pourra affirmer au malade, avec toutes les chances de le convaincre, qu'il est atteint de troubles fonctionnels sans gravité et uniquement justiciables de soins d'hygiène et d'une médication sédative du système nerveux. Il prescrira alors le repos : une hygiène générale et digestive rigoureuse, puis il recommandera les médicaments suceptibles de diminuer l'excitabilité cardiaque ; la valériane, le gardénal le bromure ou certaines substances à la fois légèrement toniques et sédatives tels que le cratœgus et l'adonis vernalis. Mais les drogues qui, dans ces circonstances donneront les meilleurs résultats seront la belladone, la quinine, l'ésérine.

La quinine sera conseillée sous la forme de sulfate de quinine ou de préférence de valérianate de quinine, associée à la belladone ou à la strychnine, c'est ainsi qu'on recommandera :

Valérianate de quinine. 0 gr. 20
Extrait de belladone.... un centigramme

Pour une pilule, 2 ou 3 pilules par jour.

Valérianate de quinine. 0 gr. 20
Sulfate de strychnine... un milligramme

Pour une pilule, 2 à 3 pilules par jour.

Le sulfate de quinidine, peut aussi être utilisé ; il donne dans certains cas, des résultatsfavorables, mais son action est très inconstante et le traitement est parfois mal toléré.

L'ésérine sera surtout réservée aux sujets atteints de troubles digestifs et prescrite de préférence sous la forme de génésérine.

Le marrube blanc, récemment préconisé, nous a paru dans certains cas d'une efficacité réelle.

La digitale à petites doses aurait parfois des avantages, mais il ne faudra y recourir que contraint par l'échec des autres médications. Le malade sait, en effet, que la digitale est le médicament fondamental des affections organiques du cœur et il est à craindre que son emploi ne consolide chez lui les craintes qu'il est important de combattre.

Mais la diversité des moyens d'action dont dispose le médecin, n'implique pas qu'il soit puissamment armé ; aucune des médications qu'il est appelé à recommander n'a, en effet, une action certaine et il faut souvent bien des tâtonnements avant d'obtenir le résultat poursuivi ; aussi avant de quitter son malade, après l'avoir rassuré, il l'engagera à la patience en lui faisant remarquer que le trouble qui le tourmente a, malgré sa bénignité, l'inconvénient d'être parfois tenace.

H) Conclusions.

L'extra-systole est un trouble fréquent du rythme cardiaque ; elle est de nature organique ou fonctionnelle ; l'extra-systole organique emprunte sa signification à la cardiopathie dont elle émane et elle est justiciable du même traitement ; l'extrasystole fonctionnelle ou nerveuse, banale et sans gravité, est liée à l'instabilité neurovégétative que l'on rencontre chez les sujets de constitution émotive. Par sa localisation et les signes qui l'accompagnent, elle libère les tendances affectives et crée si elle est fréquente et durable un état permanent d'anxiété. A de tels malades, il faut un médecin à la fois instruit et psychologue averti ; c'est à cette seule condition qu'ils retireront de son intervention un bénéfice réel, car il saura trouver le langage qui rassure et préparer du même coup un terrain favorable aux médications qu'il lui appartient de conseiller.

LES CANCERS DU PETIT BASSIN

Par le Dr G. Fischer

Sommaire :
I. Le Cancer de l'utérus.
II. Le Cancer de la vessie.
III. Réflexions sur la portée sociale du cancer.

* * *

I

Le cancer de l'utérus.

Une femme, vers l'époque de la ménopause, présente des métrorragies ; indépendantes du flux menstruel, les hémorragies sont régulières, tantôt presque ininterrompues, tantôt reparaissant à de très courts intervalles, sans rythme bien défini.

Le plus souvent ces métrorragies dépendent de lésions locales de l'utérus, qui se manifestent sous deux aspects très différents, suivant leur origine cervicale ou intra-utérine.

I. — Le cancer du col de l'utérus.

La malade.

Lorsque les *métrorragies* proviennent d'altérations du col, elles peuvent être spontanées ; mais elles se révèlent fréquemment, dès l'origine, à l'occasion d'un traumatisme parfois insignifiant : coït, introduction d'une canule, d'un doigt ; quelques gouttes de sang apparaissent, puis tout rentre dans l'ordre, pour reprendre de la même façon au moment d'un nouveau traumatisme. Les saignements peuvent aussi se produire à la suite d'un ébranlement ou de secousses, à la suite d'un effort violent brusque ou prolongé, à la suite d'une longue course en voiture, surtout en automobile.

Ces petites pertes de sang n'attirent pas suffisamment l'attention des malades, car elles ne s'accompagnent d'*aucune douleur*, ni *malaise*, d'*aucune altération de la santé générale*. Seule, leur répétition finit par inquiéter, et lorsque, d'aventure, les femmes s'en vont consulter leur médecin, celui-ci a trop de tendance à les rassurer.

Et, dit M. Siredey, cette erreur est d'autant plus commune que l'examen local à cette période ne révèle que des modifications minimes, peu appréciables pour un doigt insuffisamment exercé. On ne constate, en effet, ni érosion, ni saillie, et le spéculum ne révèle ni végétation, ni ulcération.

« Cependant, un observateur expérimenté, dont l'attention est mise en éveil par l'afflux brusque du sang sur le doigt explorateur introduit très doucement, avec de minutieuses précautions, peut, dès ce moment, se rendre compte que le *col a perdu de sa souplesse*, que sur une étendue parfois limitée, sa paroi est dure, *empesée*, et si la pression du doigt s'accentue, on fait sourdre du sang presque à chaque fois. »

Bref, le cancer du col étant le plus fréquent des cancers de la femme, *deux signes de début* doivent, surtout dans certaines circonstances, attirer l'attention du médecin et de la malade : *les pertes rouges*, et *aussi les pertes blanches*. Ces dernières souvent précèdent les rouges ; ce sont d'abord de pertes aqueuses, incolores, abondantes (hydrorrhée), au point que la malade peut les prendre pour de l'urine ; par la suite, le liquide devient de plus en plus foncé, séro-sanguinolent, roussâtre (bouillies de châtaignes), empesant le linge. Elles sont malodorantes, ou le deviennent rapidement : ichor fétide, contenant du sang et des débris sphacélés.

Si la femme a dépassé 40 ans, qu'on ne les mette pas trop facilement sur le compte de l'âge critique ; mais *qu'on fasse d'abord le toucher*, pour s'assurer qu'il n'y a pas autre chose que la ménopause ; qu'on soumette au besoin l'intéressée à une surveillance prolongée.

Une femme qui a dépassé la ménopause, peut même avoir des petites pertes de sang normal, et penser qu'elle rajeunit : « ironie dangereuse, il faut aller voir un médecin. »

L'examen de la malade

I. Au début, le col peut présenter (d'après G. Jeanneney) :

1° Une ulcération siégeant sur une lèvre, à *bords durs*, à fond friable, qu'un coup d'ongle peut entamer et faire saigner facilement. (L'ulcération métritique banale n'est pas friable) ;

2° Ou bien une ulcération sous forme de nodule sous-muqueux soulevant et durcissant un point d'une lèvre, comme s'il y avait un morceau de bois sous la muqueuse ;

3° Ou encore un bourgeon végétant et friable, comme une framboise s'écrasant sous le doigt ;

4° Ou enfin, un orifice cervical un peu entr'ouvert et à lèvres cartonnées (épithélioma endocervical).

Le *corps* est normal, *mobile* dans tous les sens ; les *culs-de-sac* sont souples et lisses.

Au spéculum, on ne peut constater qu'une légère saillie de la muqueuse, une coloration d'un rouge plus vif au niveau de la région empesée ; mais ce ne sont que des nuances. Une petite saillie polypeuse à l'entrée du col doit appeler la méfiance ; les polypes peuvent exister à d'autres époques de la vie, comme à cet âge ; mais ils ne donnent pas toujours lieu à des pertes de sang ; ils occasionnent plutôt des pertes muqueuses blanchâtres plus ou moins prolongées, et la muqueuse à leur voisinage ne subit aucune tuméfaction. Franchement pédiculés, d'aspect flottant, ces polypes sont moins inquiétants que s'ils ont une large base d'implantation. *L'examen biopsique* par un histologiste qualifié s'impose.

Quand les hémorragies reparaissent après l'ablation de ces polypes, un doute sur leur origine cancéreuse doit naître dans l'esprit du praticien.

A une période plus avancée, on découvre sur le col l'existence de saillies indurées, d'érosions ou de masses végétantes, qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic : un examen histologique confirmera le diagnostic.

II. A la période d'état, c'est encore le *toucher vaginal*, qui se révèle comme essentiel, devant la constance des pertes blanches, roussâtres et purulentes, — devant des pertes rouges quotidiennes avec périodes d'hémorragies plus intenses — et bien que les vraies douleurs soient encore absentes (parfois simples coliques utérines).

Ce toucher montre des lésions beaucoup plus étendues :

a) Perte de substance, pouvant avoir détruit une lèvre, irrégulière, à bords durs, ligneux, à fond déchiqueté, saignant au moindre contat ;

b) Gros col à lèvres éversées, distendues par une tumeur sous-muqueuse s'étendant jusqu'aux culs-de-sac ;

c) Grosse masse bourgeonnante, faisant ressembler le col à un bouchon de champagne, masse saillante en chou-fleur dans le vagin, de consistance ferme et cependant friable, saignante,

d) Orifice cervical élargi, dans lequel pénètre le doigt, pour révéler des parois bourgeonnantes, grenues, friables.

On recherchera dès lors la *mobilité du col*, au bsesoin par le palper bimanuel, car celle-ci conservée, indique, dans une certaine mesure, l'opérabilité du cancer.

La *liberté des culs-de-sac* se traduira par le fait que le doigt peut faire le tour du col (sauf en cas de masse exubérante), que ceux-ci ont leur profondeur normale, leur souplesse conservée.

A cette période, le diagnostic est facile ; la biopsie, non indispensable, ne fera que confirmer le résultat de l'examen clinique.

III. Un peu plus tard, des *douleurs* ayant pu apparaître, on trouvera envahis les culs-de-

✦✦✦✦

sac ; ceux-ci seront réduits de profondeur ; le ligament large aura perdu sa souplesse pour devenir dur et cartonné ; la mobilité utérine sera diminuée.

IV. A LA DERNIÈRE PÉRIODE, on note des *douleurs continues et paroxystiques,* s'étendant au plexus sacré (sciatique), ne pouvant être toujours calmées par la morphine. Le toucher montre l'envahissement complet des culs-de-sac, et même l'infiltration des parois vésico-vaginale ou recto-vaginale ; des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales peuvent s'ouvrir.

C'est aussi l'époque des *métastases ganglionnaires* du voisinage, après infiltration du paramètre : ganglions hypogastriques et sacrés, ganglions iliaques externes et lombo-aortiques. Il faut citer aussi les *métastases à distance,* d'ailleurs assez rares (2 % d'après Jeanneney) périnéales, pleuro-pulmonaires, rénales, hépatiques, cérébrales, osseuses.

Enfin, les malades non traitées meurent: soit par suite de cachexie, soit par anémie grave, consécutive aux hémorragies répétées, soit par urémie due à l'oblitération des uretères et à la destruction progressive du parenchyme rénal.

Le traitement

Le cancer du col, à la période d'état, est une maladie curable ; il y a donc le plus grand intérêt à le dépister dès ses premiers signes, ou, si possible, à en supprimer les causes, (traiter les métrites du col, les adénomes, les déchirures du col post-partum, les leucoplasies).

TRAITEMENT CURATIF.— G. Jeanneney estime qu'au début et dans les cas favorables (utérus mobile, culs-de-sac libres), on peut obtenir de bons résultats chez des malades maigres, en bon état, par l'*hystérectomie totale élargie,* c'est-à-dire en enlevant à la fois l'utérus, les annexes et tout le tissu cellulaire péri-utérin avec les ganglions hypogastriques.

Entre des mains expertes, la mortalité opératoire moyenne tombe de 20 p. 100 à 3 p. 100, et la guérison définitive est obtenue chez 70 p. 100 des opérées.

Dans les cas limites, l'application du *radium* en plusieurs foyers (culs-de-sac et col), aux doses suffisantes de 50 à 60 millièmes, amène en quelques semaines des améliorations telles que l'utérus se mobilise parfaitement. On peut alors (quatre à six semaines après le radium) faire une *hystérectomie totale seconde,* dont la mortalité est encore élevée (20 p. 100), mais qui donne de bons résultats.

D'après R. Monod, qui se base sur l'étude de 75 cas, la *curiethérapie pré-opératoire* offre le double avantage d'obtenir la stérilisation des lésions cancéreuses du col et d'aseptiser les lésions ulcérées et bourgeonnantes ; le chirurgien opère ensuite dans de meilleures conditions en faisant une hystérectomie aussi large que possible.

D'ailleurs l'opération donne, après le radium, une seconde garantie de guérison, puisque sur quinze cas où les examens histologiques avaient montré que le radium était insuffisant, huit cas sont restés guéris par la chirurgie. L'association curiethérapie-hystérectomie élargie a procuré à Monod 55,5 % de guérisons, se maintenant depuis plus de trois ans ; cette méthode semble donc donner, à l'heure actuelle, le maximum de chances de guérison aux malades atteintes d'un cancer du col de l'utérus.

Enfin, lorsque la mobilité du col et l'envahissement des culs-de-sac contreindiquent une opération, même secondaire, le *radium et la radiographie* pénétrante (4.000 R sur les paramètres. Jeanneney) donnent des résultats parfois remarquables, sous la réserve que la rœntgenthérapie précédera la curiethérapie.

Voici d'ailleurs l'opinion autorisée de M. Siredey sur cette importante question :

Pour l'épithélioma malpighien du col, dit-il, le traitement de choix n'est pas encore fixé avec une précision mathématique. Quelques chirurgiens, comme J.-L. Faure, considèrent l'opération précoce comme le traitement de choix. Mais nombreux déjà sont les chirurgiens qui, frappés de la sensibilité du cancer malpighien aux rayons du radium, préfèrent la radiumthérapie à l'opération chirurgicale. Non seulement, elle supprime le risque opératoire, mais la diffusion de l'action du radium à travers les tissus ambiants semble donner plus de garantie. Elle constitue vraisemblablement à l'heure actuelle le traitement de choix comme en témoigne l'amélioration croissante des statistiques de l'Institut du radium (Regaud).

En tous les cas, le traitement général ne sera pas négligé : reminéralisation magnésienne, repos, morphine, etc.

TRAITEMENT PALLIATIF.— Pour les cas désespérés, avec envahissement des cloisons vaginales, Jeanneney est très prudent dans l'emploi du radium à cause du danger de fistuliser les parois vésico-vaginales ou recto-vaginales, sans pour cela obtenir la guérison du cancer. Dans tous les cas mauvais, le curetage palliatif la destruction large par le cautère, ont donné de surprenantes survies.

II. — Le cancer du corps de l'utérus.

La malade.

Voici l'histoire typique d'une malade qui vint consulter le Dr Siredey.

« Je ne suis pas malade, dit-elle, ce qui m'amène chez vous, c'est une coquetterie de vieille femme, dont vous allez sourire. Habituellement propre, soigneuse de ma personne, je suis gênée, honteuse de voir mon linge toujours sale, en dépit d'injections et de lavages minutieux. Elle me fit voir des chemises couvertes de taches multicolores, bien qu'elles n'eussent été portées que quelques heures : taches jaunâtres, muqueuses, empesant le linge, taches auréolées d'une bordure rosée ou hortensia ; taches en cocarde, avec un peu de sang clair ou noirâtre au milieu, et des cercles concentriques jaunâtres, puis violacés à la périphérie. Or, l'examen local ne révélait aucune lésion. Après quelques semaines, ces pertes avaient augmenté malgré des injections astringentes et l'usage prolongé de l'hamamélis. Puis le volume de l'utérus s'accroît peu à peu, lentement, la malade n'éprouvant ni douleurs, ni fléchissement appréciable de la santé. Celle-ci ne voulut, malgré les conseils donnés, voir aucun chirurgien. Mais, un soir, une violente hémorragie la surprit au moment où elle s'habillait pour aller dîner en ville. Elle consentit à voir le lendemain le professeur Segond, qui l'opéra deux jours plus tard ; il y a de cela 20 ans et elle est encore vivante. »

Ainsi, le cancer du corps utérin apparaît en général, au voisinage de la ménopause, ou dans les années qui suivent, sans douleurs, sans malaises, sans hémorragies véritables au début. Il y a simplement une hypersécrétion des glandes de la muqueuse utérine, plus ou moins teintée de sang ; ces pertes, parfois véritables écoulements séreux, hydrorrhéiques, d'abondance variable, se produisent à divers intervalles pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois.

D'autres fois, si la menstruation persiste, elle est généralement plus abondante et surtout plus prolongée ; en plus, le sang réapparaît entre les règles, mélangé aux pertes, ou parfois pur, donnant lieu à de petites hémorragies de courte durée, à la suite de courses en voiture, de fatigues diverses.

Mais, fait important, le *col conserve au doigt et à l'œil, son apparence normale, et il y a là une cause d'erreur formidable.*

Toujours est-il que la *persistance indéfinie de l'hypersécrétion* intra-utérine, son accroissement, *l'apparition de pertes de sang* de plus en plus fréquentes et abondantes, l'*augmentation de volume de l'utérus*, sont les trois symptômes, sur lesquels on peut appuyer le diagnostic de cancer du col utérin.

Le cancer utérin peut aussi faire suite à un fibrome, traité par les rayons X ou par le radium.

Des pertes de sang, consécutives à une ménopause provoquée par les rayons X ou par le radium doivent être considérées comme suspectes. Celles-ci sont généralement précédées par une recrudescence des pertes blanches, habituellement observées pendant quelque temps, et ce peut être une véritable hydrorrhée abondante, obligeant les femmes à se garnir, et souillant leurs vêtements en dépit de toutes les précautions. Ces pertes deviennent de plus en plus rosées, puis striées de sang, et elles alternent avec de véritables écoulements sanguins, qui s'accentuent progressivement. En même temps l'utérus, régressé à la suite du traitement initial, se développe de nouveau, grossit et devient sensible.

Puis c'est l'évolution habituelle du cancer du corps de l'utérus.

Remarquons cependant que des femmes, traitées par les agents physiques, peuvent durant les 2 ou 3 premiers mois, perdre du sang, soit sous la forme d'un suintement léger, soit sous la forme d'une véritable hémorragie, durant un jour ou deux, à la suite de fatigue ou de grosses imprudences. Chez elles, on peut même voir persister des suintements, qui se renouvellent durant des mois et des années.

Le traitement.

Traitement curatif. — *Les cancers de la cavité utérine guérissent remarquablement par l'hystérectomie, à la condition que celle-ci soit faite par la voie abdominale et qu'elle soit précoce.*

La mortalité opératoire est faible (5 p. 100), c'est dire que leur pronostic opératoire est infiniment supérieur à celui des épithéliomas malpighiens du col.

Il faut, autant que possible, pratiquer l'hystérectomie totale. Cependant Siredey a vu plusieurs grands chirurgiens qui, dans le but de diminuer le risque opératoire chez une femme âgée, parfois obèse, avec un cœur instable, se sont contentés d'une hystérectomie subtotale basse ; celle-ci a donné une guérison complète, sans récidive ; chez la plupart des opérées, les guérison est restée complète après 10, 15 et même 20 ans.

Toujours est-il qu'après une hystérectomie totale, les cancers n'ont qu'une faible tendance à la récidive ; d'après Jeanneney, après 5 ans, 70 pour 100 des opérées restent guéries.

Toutes ces raisons commandent de faire opérer les malades dès que le diagnostic est fait de manière certaine.

En revanche, les essais de radiothérapie sont peu encourageants ; l'épithélioma cylindrique offre une grande résistance au radium et on a signalé plusieurs fois des perforations (Siredey).

TRAITEMENT PALLIATIF. — Le curettage peut amener une sédation des hémorragies et des douleurs ; la radiothérapie n'a qu'une action d'arrêt sur les pertes de sang et les phénomènes douloureux.

III. — Les affections qu'il ne faut pas confondre avec un cancer.

La certitude d'un cancer n'est effectivement donnée que par les résultats d'une biopsie, pratiquée, soit sur un polype du col ou des fragments de sa base d'implantation, soit sur des débris cellulaires prélevés au moyen d'une curette dans la cavité utérine. Quelques cas malheureux, où la curette a perforé l'utérus, font que cette méthode est aujourd'hui combattue par certains gynécologues ou chirurgiens. Il n'en reste pas moins que le curettage fait prudemment et avec toutes les précautions désirables, peut rendre de grands services.

D'autre part, les hémorragies qui surviennent après la ménopause, ne sont pas forcément liées à des tumeurs malignes de l'utérus ou des annexes. La ménopause, en effet, ne se fait pas toujours d'emblée ; les hémorragies menstruelles peuvent cesser durant un mois et beaucoup plus, puis reparaître avec les mêmes caractères, la même durée, la même régularité qu'auparavant, pendant plusieurs mois, puis plus tard après une nouvelle éclipse. Ce retour de règles a pu se produire même après un an, dix-huit mois et plus, d'aménorrhée, et cela sans aucune suite fâcheuse. Mais, le caractère rythmé de ces pertes, les phénomènes qui les accompagnent, l'accalmie complète qui suit leur dispartion spontanée, montrent bien qu'il s'agit du réveil d'une fonction que l'on croyait éteinte. D'ailleurs l'examen local ne révèle rien de suspect. Bref, cet état réclame cependant une surveillance attentive.

Certaines métrorragies relèvent parfois encore de simples troubles endocriniens. Elles peuvent être aussi entretenues et prolongées par une opothérapie prescrite à tort.

On les observe encore chez des obèses, chez des arthritiques variqueuses avec tendances congestives, que des arthropathies chroniques condamnent à une immobilité presque absolue ; celles-ci semblent dues à des varices pelviennes, à un mauvais état du foie et des reins, à une élévation de la tension artérielle ; il n'y a chez elles ni lésions du col, ni augmentation de volume du corps utérin. Les hémorragies cèdent souvent à un régime sévère, ou à l'action de l'opothérapie (thyroïde, hypophyse, mais surtout ni surrénales, ni ovaire).

Mais la lésion qui simule le plus le cancer du col, en dehors de la syphilis et de la tuberculose, c'est la métrite chronique, et spécialement la métrite cervicale adénomateuse ; or, la végétation œdémateuse est souple, élastique ; sa surface est finement grenue et peu saignante (Drouay).

Enfin, on ne confondra pas les hémorragies du cancer avec celles dues à un fibrome ou à une dystrophie scléreuse du parenchyme.

***

II

Le cancer de la vessie

Le malade

Attention ! quand un sujet entre 30 et 60 ans, avec un état général plus ou moins altéré, est pris d'une *hématurie*. Le pissement de sang est, en effet, le seul signe de début d'une tumeur maligne de la vessie. Avant l'hématurie, le malade a pu avoir des mictions fréquentes, diurnes ou nocturnes, et cette pollakiurie était limpide ; mais elle n'a pas causé d'inquiétude.

Légère, l'hématurie du cancer de la vessie au début est à prédominance terminale ; ce ne peuvent être que de petites gouttes rouges, véritables gouttes d'expression du col ; quand l'écoulement sanguin est plus marqué, c'est au cours de l'épreuve des trois verres, le troisième verre, qui est surtout coloré. Généralement l'hématurie est abondante, totale ; le sang se mélange intimement à l'urine dans l'intérieur de la vessie ; et il colore le contenu des trois verres ; dans les cancers, il est de coloration plus noire et plus trouble que dans le polype.

Les caractères de cette hémorragie sont d'être indolores, spontanés et capricieux, survenant et disparaissant sans cause, aussi bien le jour que la nuit, rebelles aux traitements habituels (Jeanneney).

A UN STADE PLUS AVANCÉ, s'ajoutent des phénomènes de *cystite*.

C'est d'ailleurs pour de la cystite que la majorité des cancéreux de la vessie viennent consulter : ils accusent des phénomènes pénibles et violents, dus à la dysurie, à la pollakiurie, aux épreintes, au ténesme ; les douleurs ne sont pas calmées par les moyens médicaux habituels.

La cystite affecte soit une forme banale, soit une forme putride (par infection), ou pseudo-gangréneuse. Dans les urines, on trouve parfois de petits débris de tumeur sphacélée ; parfois aussi, la présence d'une grande quantité de fibrine, exsudée du néoplasme et coagulée, donne à l'urine un aspect gélatineux.

Mais bientôt, sinon aussitôt, apparaissent les hématuries. Celles-ci sont à caractère *terminal* comme toutes les hémorragies de la vessie. Avec l'évolution du processus elles deviennent abondantes et persistantes ; elles déterminent dans l'urine la formation de caillots gros, fragmentés et sans forme, pouvant même nécessiter une aspiration à la seringue (F. Cathelin). Leur répétition est susceptible de déterminer une anémie sérieuse.

Le *toucher rectal* montrera parfois une infiltration vésicale ; cette constatation, jointe à celle du début spontané des troubles de cystite fera d'emblée éliminer les autres causes possibles d'une inflammation vésicale, et penser au cancer.

Inutile de cathétériser ces malades, le spécialiste seul, grâce à la *cystoscopie*, fera le diagnostic de la tumeur qu'il verra, en éliminant de même d'autres causes possibles d'hématurie terminale (bilharziose, varices vésicales). Les tumeurs tuberculeuses, qui provoquent aussi des hémorragies seront éliminées de même, surtout si l'on découvre des bacilles de Koch (examen direct ou inoculation), et s'il s'agit de sujet jeune.

Cependant, dans quelques cas rares, la cystoscopie peut rester muette, après que le toucher rectal a trompé ; il s'agit des *cancers méconnus de la vessie*.

Voici une observation de F. Cathelin :

Un malade, d'un bon état général, sans cystite, ni douleur, présentait des hématuries nombreuses ; la cystoscopie n'avait permis de rien voir. Comme la prostate était saine, on pense à un gros papillome de la vessie empêchant toute vision en noyant le prisme dans ses franges.

L'auteur conseille la taille sus-pubienne sous anesthésie locale ; à peine son doigt dans la vessie, il se trouve en présence d'une énorme tumeur cancéreuse, ayant envahi presque tout l'organe, à forme carcinomateuse ; on ne sentait que des boules et des masses dures, dont la vessie était pleine.

Bien entendu, il s'agissait d'un cas absolument inopérable, par aucune méthode. On se contenta d'un drainage temporaire ; le malade fut soumis à la quinine, suivant la méthode de Jaboulay ; il se porta à merveille pendant 2 ou 3 mois, puis il fit des accidents graves.

C'est le toucher rectal qui avait fait affirmer la bénignité de la tumeur, et l'erreur était impossible à éviter. Il ne faut donc plus considérer comme un dogme intangible l'aspect lisse et rénitent de la prostate, signe de bénignité, sans toutefois renoncer aux excellents renseignements fournis d'une manière générale par ce mode simple d'exploration.

Plus tard, interviennent deux autres signes dans l'appréciation du diagnostic : la *propagation ganglionnaire iliaque*, et, d'autre part, grâce au palper combiné recto- ou vagino-sus-pubien, l'*augmentation d'épaisseur de la vessie*, celle-ci étant à l'état de vacuité.

La propagation ganglionnaire à distance est très importante à connaître pour tous les médecins, qui ne peuvent avoir à leur disposition des moyens d'investigation un peu spéciaux, comme la cystoscopie. Si cette propagation est parfois discutable, il est des cas très nets, cités par Grandjean, où, la tumeur étant nettement localisée à la vessie, l'origine de l'adénopathie ne peut être discutée; celle-ci est comparable à l'adénopathie axillaire du cancer du sein, et à l'adénopathie juxta-utérine du cancer de l'utérus. Si l'envahissement ganglionnaire ne permet pas de faire le diagnostic précoce dans le cancer de la vessie, il peut cependant servir à confirmer un diagnostic hésitant, et à indiquer une opération plus précoce et plus complète.

Le traitement.

Voici les conseils donnés par le Dr Jeanneney :

Traitement curatif. — S'il s'agit d'un papillome ou d'une tumeur diffuse encore peu étendue, il faut les détruire par les voies naturelles à l'aide d'*étincelage par les courants de haute fréquence*.

Les tumeurs diffuses et les tumeurs sessiles volumineuses seront abordées par la voie hypogastrique et traitées par un *curettage, suivi d'électro-coagulation ou d'étincelage.*

D'après M. Boeckel (de Strasbourg), l'étincelage semble bien être le traitement de choix du cancer de la vessie ; il n'entraîne aucune mortalité opératoire comme la cystectomie (52 %), ou le radium ou la radiothérapie ; il donne, au contraire, des améliorations telles qu'elles semblent être vraiment des guérisons dans certains cas.

On peut associer à ce traitement l'action radioactive du *mésothorium* (voie intra-veineuse), sous la forme d'injection de 4 microgrammes tous les deux jours, répétée autant qu'il sera nécessaire. Dans l'ensemble les résultats sont assez bons.

Quant aux tumeurs infiltrées, elles sont toutes d'un pronostic navrant ; après cystectomie partielle, on pratiquera une implantation d'aiguilles de radium.

Traitement palliatif. — Les tumeurs inopérables seront traitées par la *cystostomie hypogas-*

trique ; parfois même, pour parer aux douleurs atroces de la cystite néoplasique, on recourra à l'exclusion de la vessie par double uretérostomie iliaque.

« Les injections locales de mésothorium, la radiothérapie, seront également tentées. »

Citons aussi l'opinion de F. Cathelin, en ce qui concerne l'intervention chirurgicale qu'il considère comme devant être le plus souvent palliative.

« Ceux qui, comme nous-mêmes, ont essayé des extirpations larges, ou des cautérisations profondes, ou des ablations de gros bourgeons à l'anse galvanique, n'ont pas été récompensés de leurs peines et ont assisté à des récidives rapides et lamentables. Les plus larges résections, que commandent la logique, ont été suivies des résultats les plus meurtriers et, comme on l'a dit, une ablation de cancer vésical, pour être rationnelle, devrait s'accompagner d'une ablation totale de la vessie et de la prostate ; malheureusement, les procédés d'abouchement uretéro-intestinaux donnent lieu à de trop rapides infections montantes pour être conseillés. »

Tout ce que l'on fera, et suivant que les symptômes le commanderont, ce sera une cystostomie de drainage et de sauvetage, que Bazy a justement comparée à l'anus contre nature.

Voici trois ou quatre ans que Cathelin n'opère plus les tumeurs de vessie assez fréquentes qu'il rencontre, sauf dans les cas tout particuliers, où des portions de tumeurs, envahissant le col, créent la rétention et des douleurs si vives, quelquefois terribles d'expulsion. Ce sont là des cas spéciaux ; en dehors d'eux et des cas hémorragiques graves, il estime que, dans un avenir très proche, ce sera presque une faute d'ouvrir une vessie pour tumeur.

Devant cet insuccès des méthodes chirurgicales, il a cherché à obtenir, par des soins purement locaux, le maximum de rendement ; et les résultats sont excellents, grâce à la *méthode suivante* :

Dans les vessies cancéreuses, à fortes hématuries, avec caillots, il ordonne 2 et 3 fois par jour des lavages au sérum physiologique très chaud à 38°, et même à 45° (pour éviter de faire l'aspiration des caillots.)

Dans les vessies cancéreuses à hématuries sans caillots, ce sont des lavages avec l'antipyrine à 2 p. 50 très chaude, matin et soir.

Dans les vessies cancéreuses à hématuries discrètes, tous les matins, lavages à l'eau bouillie, immédiatement suivis d'une instillation de sublimé à 1 p. 10.000 sans alcool.

A l'intérieur, on donne la quinine à doses fragmentées, c'est-à-dire à la dose de 0 gr. 25 par jour pendant plusieurs mois, et même plusieurs années par intermittences (1).

***

III

Réflexions sur la portée sociale du Cancer.

D'un travail de statistique très important, publié par le Dr Mayer, il ressort que la proportion des décès par cancer est en augmentation notable dans tous les pays, surtout en Belgique. La mortalité par cancer aurait plus que doublé en l'espace de trente ans.

En France, le cancer tue par an 40.000 personnes, la plupart en pleine activité sociale. D'autre part, le nombre des sujets atteints de lésions cancéreuses paraît à peu près aussi élevé que celui des sujets atteints de tuberculose.

L'augmentation des cas n'est pas limitée à certains organes ; mais, elle est surtout appréciable pour les cancers du côlon, du rectum, de l'utérus, de l'ovaire.

Cette aggravation est-elle réelle ? Ou bien résulte-t-elle d'une meilleure éducation du public, comme de l'amélioration des techniques médicales, faisant constater plus souvent l'existence de lésions cancéreuses, chez des sujets qui, précédemment, n'avaient pas recours au médecin ? La chose est difficile à dire. Cependant le Prof. Hartmann estime que les cancers utérins, notamment, ne sont plus aussi souvent méconnus qu'autrefois.

Quoiqu'il en soit, cette situation inquiétante a attiré l'attention des Pouvoirs publics, et une vaste organisation défensive est en train de s'organiser dans le monde entier. Dans la plupart des pays il existe déjà des centres médicancéreux, cellules de l'organisation anticancéreuse ; cependant l'Etat les subventionne d'une manière insuffisante, et l'initiative des médecins, les générosités des Sociétés philanthropiques leur assurent une existence par trop précaire, qui n'est en rapport, ni avec le but à atteindre, ni avec les résultats qu'on est en droit de leur demander.

Mais, tout d'abord, un élément primordial dans la lutte anticancéreuse, *c'est la statistique de la mortalité* ; or, une statistique de ce genre ne saurait avoir la moindre valeur, si elle n'est pas basée sur des données précises; c'est

(1) Dans un prochain numéro, je publierai une étude sur : I. Le Cancer de la Prostate ; II. Le Cancer du Rectum. G. F.

précisément le cas pour le chapitre du cancer, où l'on doit tenir compte : des cancéreux guéris cliniquement et mourant d'affections intercurrentes ; des cancers méconnus, comme des cancers traités en clientèle privée et échappant aux statistiques des hôpitaux ou des centres spéciaux. Grâce à une organisation spéciale, la Suisse fournirait actuellement une statistique avec le maximum de garanties qu'on puisse demander.

D'autre part, depuis vingt ans, la méthode expérimentale s'est emparée du cancer ; mais les résultats obtenus ne sont pas encore aussi appréciables que pour deux autres maladies sociales importantes : la tuberculose et la syphilis.

Il faut de plus en plus de *laboratoires* divisés et systématisés : laboratoires spéciaux de sérologie, d'anatomie pathologique et de thérapeutique. Leur but serait non pas seulement d'opérer l'enregistrement de tous les examens de laboratoire, mais encore d'essayer de nouvelles thérapeutiques.

Cette organisation nécessite, bien entendu, la création auprès des centres anticancéreux, de *dispensaires et de policliniques*, pour les indigents comme pour les autres malades. Des *infirmières spécialisées*, qui auraient pour mission de surveiller le malade, de noter l'évolution de la maladie et de la thérapeutique, faciliteraient grandement le travail médical.

Car il faut aussi que le *médecin praticien* des campagnes, comme celui des villes, apporte son tribut à l'œuvre commune. Il le peut dans diverses circonstances, et tout d'abord en aidant à la statistique et en utilisant largement l'existance des centres anticancéreux et de leurs laboratoires.

Il devrait exister pour le médecin *l'obligation de signaler les cas suspects*, et de faire parvenir au laboratoire d'anatomie pathologique, toutes pièces suspectes, d'envoyer au laboratoire de sérologie une prise de sang, tout comme il est fait pour le Wassermann. Ces envois seront accompagnés d'une fiche de renseignements (âge, sexe, profession, habitat, antécédents héréditaires et familiaux, symptômes actuels, etc.). En cas de mort suspecte, l'autopsie devrait être exigible. Le centre anticancéreux prévenu viendrait en aide au praticien par ses moyens spécialisés.

Au point de vue *thérapeutique* également, les médecins actuels, trop ancrés dans leur pessimisme, et quelquefois guidés aussi par des considérations extra-médicales, temporisent avec le mal, faisant souvent des thérapeutiques malencontreuses et irritantes (caustiques, pommades) jusqu'à ce que les progrès du mal rendent le diagnostic évident. Il est alors fait appel au radiologue ; souvent il est trop tard.

Enfin, *le public doit être instruit*. S'il considère le diagnostic du cancer comme la plus terrible condamnation à mort, c'est qu'il ignore l'importance primordiale du diagnostic précoce. Par la *propagande* il apprendra que le cancer pris au début, est une maladie curable et guérissable. Par des conférences, des projections de cinéma, il connaîtra les formes habituelles du cancer, les causes prédisposantes, les possibilités de guérison. Le cancer au début ne fait en général pas souffrir ; cependant toute tumeur doit être examinée ; il en est de même pour toute excroissance, toute verrue surtout si elle saigne ; toute plaie chronique, toute ulcération qui ne se cicatrise pas, et même qui s'accroît en l'absence de souffrance, doit faire l'objet d'une consultation médicale.

Il est absolument nécessaire de soustraire d'emblée le cancéreux à ses occupations et de l'envoyer dans un centre spécial, où il sera soigné avec toute la sollicitude possible, et où il sera, en outre, pourvu à son existence matérielle.

***

En Suisse, il existe depuis 1907 une Ligue contre le cancer, attachée à la Ligue internationale. Depuis 1925, ont été fondés plusieurs centres anticancéreux à Genève, Lausanne, Berne, Zurich. Des laboratoires et des hôpitaux spécialisés ont été créés pour le traitement chirurgical, les rayons X et le radium.

En France, l'organisation des centres régionaux contre le cancer date de 1922.

A Paris, citons les centres de l'Institut du radium, de l'Hôtel-Dieu, de la Salpêtrière, de Tenon, de Villejuif, de Necker, de Lariboisière,

En province, on a créé un centre, en moyenne, par Université.

Pour faire admettre un malade au centre contre le cancer, il suffit au médecin de délivrer un certificat médical, déclarant que le malade ne peut être utilement soigné à son domicile. Le maire de la commune, si le malade est inscrit sur la liste de l'Assistance médicale gratuite, délivre un certificat d'admission, et la préfecture donne un ordre de transport pour l'indigent.

Ainsi le malade, le plus pauvre du village le plus reculé, peut, dans un temps minimum, recevoir les soins nécessaires.

Le sujet est examiné à la consultation du centre par le médecin et le chirurgien consultant, qui décident de la nécessité de l'hospitalisation, pratiquent les examens nécessaires (biopsie, Wassermann), et formulent le traitement (chirurgie, curiethérapie, radiothérapie). Les cas désespérés sont dirigés sur les hospices d'incurables (L'Œu-

vre du Calvaire), où les règlements d'admission diffèrent suivant les régions.

L'éducation du public est faite très discrètement par des affiches, des conférences, des avis insérés dans la presse.

La Ligue française pour la lutte contre le cancer a rédigé un Avis.

Le Ministère de l'hygiène publie aussi un Avertissement, rédigé par l'Association française pour l'étude du cancer. En voici le texte :

« Le cancer est guérissable.

« Il est d'autant plus guérissable, qu'il est traité plus tôt. Il n'est en général pas traité à temps, parce que les malades consultent trop tard.

« Pour permettre aux médecins de constater les signes du cancer dans la période où il peut être guéri, chacun doit posséder les notions suivantes :

« Le cancer peut se développer chez des personnes très vigoureuses, et toutes les apparences de la santé peuvent persister un assez long temps après son début. Ne vous croyez donc pas préservé du cancer, parce que vous êtes robuste et de bonne santé habituelle.

« Vous n'en êtes pas préservé non plus, parce qu'il n'y a pas de cancéreux dans votre famille.

« Gardez-vous de l'erreur, que le cancer est forcément douloureux. Pendant ses premières périodes, il ne détermine habituellement aucune douleur.

« Certaines lésions anodines, mais qui durent, si elles sont irritées, insuffisamment ou mal soignées surtout, peuvent se transformer en cancer.

« Méfiez-vous, si vous constatez sur votre langue ou sur vos lèvres un petit bouton, une grosseur, une induration, une ulcération, une crevasse, surtout si ces lésions se développent sur une plaque blanche (plaque des fumeurs), et hâtez-vous de vous faire examiner par un médecin.

« Femmes, qui découvrez dans votre sein une petite induration (boule dure), peu ou pas douloureuse, une rétraction du mamelon, ou même d'un point quelconque de la surface mammaire, ou encore qui constatez un suintement par le mamelon, allez immédiatement demander l'avis du médecin.

« Méfiez-vous des pertes de sang anormales, des pertes d'eau rousse, méfiez-vous particulièrement si le sang reparaît, même en très petite quantité, alors qu'il avait disparu depuis un certain temps. Faites-vous tout de suite examiner complètement par un médecin.

« Méfiez-vous des vomissements répétés, des vomissements sanglants ou noirs, des selles sanglantes ou noires, des périodes de constipation opiniâtre alternant avec des crises de diarrhée, des amaigrissements survenant sans aucune cause apparente, et ne vous arrêtez pas trop à une explication de ces symptômes par la supposition d'une entérite ou d'hémorroïdes, et, dans le plus bref délai, réclamez du médecin l'application des méthodes d'exploration qui permettent le diagnostic précoce des cancers du tube digestif.

« Toute perte de temps compromet la guérison. Un cancer guérissable aujourd'hui peut ne plus l'être dans peu de semaines.

« Les pommades, les topiques, les dépuratifs, les traitements internes ne guérissent pas le cancer. Le temps perdu à les appliquer peut coûter la vie. »

Le public est ainsi averti ; le malade ou le suspect doit aller consulter son médecin en temps opportun, et celui-ci pose le diagnostic, puis recourt au spécialiste.

« Sur le convalescent, sur le sujet qui récidive, sur l'incurable, le praticien aura toujours à remplir non seulement son rôle thérapeutique, mais encore sa tâche médicale morale de patience, d'encouragement, de dévouement, de bienfaisance » (Jeanneney).

BIBLIOGRAPHIE

A. Kotzareff et R. Fischer. — Les cancers et la physico-chimie (Vigot, frères, Paris, 1927).

Mayer. — Augmentation mondiale de la fréquence du cancer (*Bruxelles médical*, 29 janvier 1928).

R. Monod. — Résultats thérapeutiques obtenus dans soixante-qninze cas de cancers cervico-externes par l'association du radium et de la chirurgie (*Gaz. hôpitaux*, n° 49, 1929).

Oscar Mercier. — Séméiologie urinaire (A. Legrand, édit., Paris, 1929).

F. Cathelin. — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, tome III (Baillière, éd., Paris, 1930).

G. Jeanneney, Ch. Wangermez et Rosset-Brevaud. — Les métastases dans le cancer du col utérin (*Gynécologie et obstétrique*, août 1930).

G. Siredey. — Les hémorragies de la ménopause (*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 10 nov. 1930).

G. Jeanneney. — Le cancer (Maloine, éd., Paris, 1931).

E. Drouay. — *L'Hôpital*, 17e année, n° 241.

Prof. Hartmann. — Le cancer et les moyens de le combattre (*Gaz. des hôpitaux*, 18 mars 1931).

L'Actualité Scientifique

La Presse

La réaction à l'infection tuberculeuse des nourrissons vaccinés par injection de B. C. G.

MM. WEILL-HALLÉ et R. TURPIN ont précisé dans un premier article les circonstances étiologiques particulières (milieu social; morbidité tuberculeuse familiale; hérédité tuberculeuse; origine, caractères et moment de l'infection) du pronostic dans les accidents consécutifs à la vaccination des nourrissons par le B. C. G. Leurs premières conclusions sont maintenues dans cette deuxième note.

L'étude de la morbidité des nourrissons vaccinés par le B. C. G., et élevés dans des milieux contaminés par des parents ou des étrangers tuberculeux, permet d'individualiser une forme rare (cinq pour 100 des cas environ) de tuberculose atténuée, curable, d'expression clinique variable. Elle mérite de prendre place en nosologie à côté des maladies infectieuses atténuées, nées de circonstances analogues, et que nous apprendrons à connaître à mesure que se développe en pathologie la pratique des vaccinations préventives. (*La Presse médicale*, 13 décembre 1930.)

Le traitement des kystes dits « synoviaux ».

M. MUTEL expose que la nature des complications consécutives à l'ablation d'un kyste sont essentiellement fonction de sa nature : c'est elle qui permet de prévoir quand, comment et dans quel sens elles peuvent apparaître. A ce point de vue, il y a trois hypothèses à envisager :

1° Le kyste est un accident herniaire d'une synoviale, et son extirpation est suivie de guérison ;

2° Le kyste est une lésion tuberculeuse, et son extirpation peut être suivie de l'évolution d'un foyer de même nature, sur place ou à distance ;

3° Le kyste est une lésion fibro-kystique para-articulaire, et son extirpation peut être suivie de récidive.

Les incertitudes, que l'on peut éprouver ainsi, donnent une grosse valeur aux examens de laboratoire, et en particulier aux méthodes de Besredka et de Vernes, qui renseignent sur l'absence ou l'existence d'un foyer de tuberculose en évolution. Si un examen local et général du sujet permet d'éliminer avec certitude toute crainte d'imprégnation tuberculeuse, l'exérèse chirurgicale peut donner de bons résultats.

Dans le kyste herniaire, c'est une cure radicale, suivie à tout coup de succès.

Il n'en est pas toujours de même pour la fibrose kystique. En présence d'un gros kyste, comme le kyste dit migrateur, qui devient gênant par ses dimensions, et dont le volume est plutôt en faveur de sa nature non tuberculeuse (ce qu'il faut vérifier par le laboratoire), l'énucléation chirurgicale, complétée par le curage du foyer opératoire, est une bonne méthode thérapeutique. Par contre, il y a intérêt à respecter un kyste petit, indolore, non gênant, d'apparition récente, chez un sujet douteux, et si la coquetterie arrive à forcer la main du chirurgien, la conduite sage à tenir est de savoir utiliser d'humbles procédés, mais qui mettent à l'abri de tout risque ; la ponction au ténotome pointu permet l'évacuation du contenu gélatineux du kyste et ne laisse aucune cicatrice ; la bénignité de l'acte en autorise la répétition quand il y a lieu. (*Paris médical*, 29 novembre 1930.)

Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux sur l'évolution de l'accouchement.

Voici les conclusions d'un travail très long et très documenté de M. P. LA HAYE.

La poche des eaux n'est pas indispensable à la dilatation, qui est due à la seule intervention des contractions utérines ; elle constitue, au contraire, dans de nombreux cas, un obstacle à l'avancement du travail. Aussi l'auteur, à la clinique gynécologique et obstétricale de Strasbourg, en fait-il la rupture artificielle le plus précocement possible ; la condition indispensable est que la femme soit en travail. L'expérience a prouvé que cette intervention exerçait dans de très nombreux cas, une action des plus favorables, accélérait l'accouchement, en renforçant les contractions utérines et en rendant leur rythme plus rapide ; parfois, elle détermine des spasmes du col, ou décèle le plus souvent un spasme préexistant parfois méconnu au préalable ; mais, contre ces spasmes, nous sommes très bien armés grâce à la spasmalgine, pourvu qu'ils soient remarqués assez tôt ; aussi voit-on certains de ces accouchements se terminer très rapidement, d'autres, au contraire, avoir une durée prolongée. Cet inconvénient aurait-il pu être évité, si la poche était restée intacte ? On peut assurer toutefois que, dans certains cas, la rupture de la poche vient manifestement changer du tout au tout l'allure de l'accouchement, qui jusqu'alors ne progressait que très lentement ; dans d'autres cas où la poche n'avait pas été reconnue, l'accouchement n'a progressé que du moment où elle a été repérée et rompue.

Lors de bassins relativement rétrécis, où le

volume de la tête ne paraît pas en grande disproportion avec les diamètres du bassin, la rupture artificille précoce de la poche marque le début de la vraie épreuve du travail : car elle permet l'application étroite sur le détroit supérieur de la tête, le plus souvent mobile jusqu'alors ; ainsi la force développée par les contractions utérines sera utilisée, dès le début, à l'engagement de la tête, à son adaptation au canal osseux qu'elle doit traverser.

La rupture précoce dans de tels cas, ainsi que dans ceux de tête mobile avec bassins normaux, évite le devoir de la pratiquer lors de la dilatation avancée ou complète, éventualité à laquelle on doit parfois se résoudre pour voir progresser l'accouchement ; elle évite aussi le danger toujours constant d'une procidence du cordon, et le collapsus du col, qui n'est pas rare dans de telles conditions. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique,* novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La pression artérielle moyenne.

(MM. Vaquez et Kisthinios. — *Académie de médecine* ; 24-3-1931.)

M. Vaquez expose quelques considérations nouvelles sur la pression artérielle moyenne, question qu'il a étudiée déjà dans une précédente communication.

La pression moyenne représente réellement le travail que le cœur a à supporter pendant toute la durée de la systole. A l'état normal, sa fixité contraste avec la grande variabilité des pressions extrêmes.

MM. Vaquez et Kisthinios ont constaté que cette pression moyenne était de 8 à 9 centimètres Hg entre dix et vingt-cinq ans ; de 8 à 11 cm. entre vingt-cinq et cinquante ans ; de 9 à 12 cm. après cinquante ans. La pression moyenne, en résumé, ne varie guère au delà de 1 à 2 centimètres Hg. Le sexe, la digestion, l'exercice, ne la modifient pour ainsi dire pas. Elle se caractérise par sa grande fixité physiologique et on pourrait la considérer, dans ces conditions, comme une véritable constante hydraulique, analogue dans ses moyens et dans ses fins, à la constante chimique pH du sang.

Toutes ces considérations s'appliquent à l'état physiologique. L'étude de la pression moyenne au cours des maladies offre un grand intérêt. Les auteurs se proposent d'en parler dans un travail ultérieur.

Le lavement baryté dans l'invagination intestinale des nourrissons.

(MM. Fruchaud et Peignaux, d'Angers. — *Société de chirurgie* ; 28-1-1931.)

MM. Fruchaud et Peignaux présentent un travail sur les résultats que donne l'emploi du lavement baryté dans l'invagination intestinale des nourrissons, procédé de traitement préconisé en France par le Dr Pouliquen.

MM. Fruchaud et Peignaux indiquent d'abord qu'ils limitent la méthode à l'invagination des nourrissons. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, l'invagination intestinale a souvent un aspect moins aigu et est assez souvent provoquée par une tumeur ou un diverticule de Meckel, sur lesquels une action chirurgicale s'impose. De plus, la laparotomie n'est pas alors une intervention grave en elle-même, tandis que chez le nourrisson elle peut, comme toute intervention à cette époque de la vie, entraîner les phénomènes bien connus et fréquemment mortels d'hyperthermie et pâleur.

Se basant sur un total de 14 cas, les auteurs estiment que le lavement baryté, employé de bonne heure, est susceptible de guérir l'invagination un bon nombre de fois. Si l'on a soin de surveiller sous l'écran la réalité de la désinvagination et d'être prêt à intervenir chirurgicalement lorsque le résultat est insuffisant, la méthode s'avère comme ne présentant que des avantages. Ils conseillent donc l'emploi du lavement baryté sous pression, à condition qu'il soit pratiqué par le chirurgien ou en sa présence, à proximité de la salle d'opération et avec le contrôle radiologique.

— M. Ombrédanne oppose aux conclusions de MM. Fruchaud et Peignaux un certain nombre de critiques. Il récuse, d'abord, la valeur des statistiques, en pareille circonstance. Les partisans du lavement baryté ont eu la chance de l'appliquer dans des cas reconnus précocement. D'autres statistiques sans lavement baryté sont aussi favorables. La technique de cette méthode est moins simple qu'elle ne semble, le lavement sous pression tendant à s'échapper en fusées, et on a pu signaler des exemples de rupture de l'intestin. Dans ces conditions, M. Ombrédanne accepterait la formule de Fruchaud et Peignaux, si elle était suivie dans toute sa rigueur ; au cas contraire, elle devient dangereuse. Dans les circonstances les plus habituelles, il est plus prudent et plus sûr d'intervenir opératoirement.

— M. Paul Mathieu accorde au lavement baryté un rôle important, mais seulement dans le diagnostic de l'invagination. Il peut permettre de préciser celle-ci avant l'apparition des hémorragies par l'anus.

— M. Victor Veau appuie l'opinion de M. Ombrédanne. Lors d'une discussion antérieure sur cette question, la Société de chirurgie avait donné un avis d'ensemble analogue. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

LE RECOUVREMENT DES HONORAIRES MEDICAUX

Jamais, plus que maintenant, le praticien n'a rencontré de difficultés, pour se faire payer les légitimes honoraires qui lui sont dus. La complaisance par trop grande, avec laquelle imprudemment les tribunaux accueillent les poursuites en responsabilité professionnelle, laisse espérer au client de mauvaise foi — et il devient légion — qu'en menaçant le médecin, on pourra obtenir de lui de grosses réductions, sinon la remise complète de la dette.

Il faut donc que le praticien soit défendu : il faut qu'il puisse savoir qu'en cas de demande reconventionnelle du client, il ne restera pas isolé et abandonné.

Aussi, le « Sou médical » accorde-t-il son appui moral et pécuniaire, toutes les fois qu'en essayant de recouvrer ses honoraires, l'adhérent de la Ligue de défense professionnelle est en butte à des procédés judiciaires vexatoires.

Ainsi — et c'est une des différences primordiales entre le « Sou médical » et les Compagnies d'assurances — lorsque le médecin se plaint qu'à sa demande d'honoraires, le client répond en menaçant de mettre en cause la responsabilité professionnelle du praticien, lorsqu'oublieux du service rendu, le malade déclare que si on lui présente une note d'honoraires à payer, il assignera à son tour devant les tribunaux, pour obtenir un dédommagement, en raison de ce qu'il a été mal soigné, insuffisamment guéri, ou trop longtemps malade, le « Sou » intervient-il.

Il conseille à son adhérent de prendre les devants et d'assigner le mauvais payeur. Si ce dernier met sa menace à exécution, le « Sou » donnera tout son appui moral et financier, pour résister à cette demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

Il est inadmissible que le praticien puisse être la victime de l'intimidation et même du chantage, alors qu'il a besoin d'une complète tranquillité d'esprit, en dehors de tout procès, pour exercer sa profession.

Une assurance, au contraire, ne regarde souvent que son propre intérêt. Elle n'intervient pas tant que n'est pas lancée, contre le médecin, l'assignation en responsabilité professionnelle ; mais, officieusement, elle fait souvent comprendre au praticien, que, pour sa tranquillité personnelle, il est préférable, pour lui, d'abandonner sa créance contre le client récalcitrant.

L'assurance fera ainsi l'économie de la défense d'un procès en responsabilité professionnelle ; mais le médecin perdra ses honoraires, qu'on lui conseille ainsi de ne pas réclamer.

Aussi, le « Sou médical » a-t-il été dans l'obligation de constituer un office de contentieux, pour le recouvrement des honoraires, car souvent la crainte du contentieux est, pour le client, le commencement de la réflexion, partant de la sagesse.

Nous allons tour à tour envisager comment par lui-même, ou par un contentieux de recouvrement, le médecin peut arriver à se faire payer.

Recouvrement par le médecin lui-même

Le meilleur procédé pour éviter tout conflit est de se faire payer comptant. De cette manière, pas de discussion, le jour où, guéri, le client ne considérera plus son médecin comme un sauveur, mais comme un créancier.

La législation sur les assurances sociales a rendu, sur ce point, un grand service au Corps médical, parce qu'il faut, à chaque visite, certifier que le malade a payé comptant ou non.

Mais, il faut que les syndicats médicaux fassent perdre la mauvaise habitude aux praticiens, de répondre par le fameux « cela ne presse pas ; nous verrons plus tard », à la demande formulée, par le client, de solder de suite les honoraires dus.

Que de fois, au « Sou médical », n'avons-nous pas constaté que des litiges et contestations ne seraient sûrement pas nés, si d'emblée le médecin avait accepté de percevoir ses honoraires, au lieu d'attendre la guérison ultérieure. Que de fois une opération, un examen spécial, s'il avait été payé comptant, comme le proposait le malade, n'aurait pas, plus tard, entraîné des discussions sur le quantum des honoraires, voire même sur l'utilité de l'intervention.

Donc, paiement au comptant, le plus souvent possible.

Mais, pour les honoraires à crédit, le praticien doit tenir une comptabilité en règle. Je ne m'attarde pas, dans cette revue générale, à signaler la foi que les tribunaux ont, dans la véracité des actes professionnels, mentionnés dans la comptabilité médicale. La production des livres du médecin comporte d'une part, une levée plus ou

moins grande du secret *professionnel*, comme aussi la constitution d'un simple commencement de preuve, dont le juge peut plus ou moins tenir compte, selon que les livres sont bien, ou mal tenus.

Or, n'oublions pas que n'étant pas un commerçant, le praticien n'est pas obligé de tenir une comptabilité en règle ; cependant, il agira sagement et prudemment en produisant des livres, qui puissent donner l'impression de la vérité.

Mais, le médecin doit perdre du temps, pour tenir sa comptabilité à jour, pour envoyer ensuite le relevé de compte de chaque client.

Il lui faudra faire des dépenses de timbres, car il est convenable d'adresser ces relevés sous pli fermé : quelques clients, recevant une enveloppe ouverte, protestent contre une violation du secret professionnel, car ils ne tiennent pas à ce que la concierge ou la receveuse des postes sache qu'ils ont reçu des soins.

Un adhérent du « Sou », radiologiste, a eu, sur ce point, des difficultés avec un client, qui a essayé de ne pas payer des radiographies, en invoquant la violation du secret professionnel et en menaçant d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

Si le client n'adresse pas de numéraire, ou un chèque postal, ou un chèque de banque, le praticien sera obligé de relancer le mauvais payeur, puis de confier ses recouvrements soit à la poste, à une banque, soit à un homme d'affaires, la plupart du temps l'huissier du lieu, ou enfin à une agence de recouvrements.

Je n'insiste pas sur les différentes modalités de recouvrement par poste, par banque, ou par mandataire : nos confrères connaissent tout cela, pour leur malheur.

Je préfère insister sur les organisations collectives de recouvrement des honoraires, soit par des entreprises financières, soit par les syndicats professionnels.

Différences entre l'encaissement et le contentieux du recouvrement

Une distinction s'impose, dès l'abord, entre ce qu'il faut entendre par encaissement des honoraires et les difficultés contentieuses, qui seront ensuite confiées à un office de recouvrement.

L'encaissement consiste purement et simplement à faire présenter la note d'honoraires et à en encaisser le montant.

Ainsi l'homme d'affaires, l'huissier, le facteur (pour les encaissements postaux) l'employé de banque, etc., présentent la note que le praticien a établie : si le client paie sans discussion, l'intermédiaire touche sa commission et verse le total des notes encaissées entre les mains du médecin.

Mais, si le débiteur refuse de s'exécuter, s'il conteste partie ou totalité de la note, le recouvrement entre dans la phase contentieuse.

Tantôt le débiteur conteste le nombre des visites, la nature des actes médicaux ; il n'est pas d'accord sur le quantum du prix de la visite, de la consultation, ou du déplacement.

Au médecin de répondre directement et personnellement, ou de faire donner toutes explications par un intermédiaire.

Ce dernier peut être l'homme d'affaires, l'huissier qui s'est déjà présenté pour l'encaissement ; ce peut être également l'employé du contentieux, de l'office de recouvrements auquel s'est adressé le praticien.

Par lettre, ou par discussions verbales, le mandataire du médecin présente les explications de ce dernier, produit les dates des différentes visites, consultations ou interventions, discute les distances kilométriques, fait la preuve des chiffres réclamés, en égard aux tarifs en vigueur : bref, tous éclaircissements sont donnés au client, pour que celui-ci acquière la preuve du bien-fondé de la réclamation d'honoraires du praticien.

Mais, si le client refuse de se soumettre, s'il chicane encore, il faudra porter le litige devant les tribunaux de droit commun.

La compétence des juges de paix a été étendue, de sorte que la plupart des conflits peuvent leur être soumis, ce qui est le procédé de beaucoup le plus économique.

Jusqu'à mille francs, en dernier ressort, et de 1.000 à 3.000 à charge d'appel devant le tribunal civil, le tribunal de paix est compétent.

Si la somme est supérieure à 3.000 fr., il faut s'adresser, en premier lieu, au tribunal de première instance, puis, en appel, devant la cour.

Or, les frais de justice de paix sont nettement inférieurs à ceux entraînés par une action devant le tribunal civil, puis devant la cour d'appel.

De plus, devant le juge de paix, on peut se présenter soi-même, faire comparaître son débiteur, pour s'expliquer, alors que devant le tribunal civil, il est nécessaire de constituer avoué et de se faire défendre par un avocat.

Les dépenses sont donc considérables, par rapport aux frais de justice de paix.

Cependant, pour des questions d'ordre local, il est parfois conseillé au praticien de réclamer une somme additionnelle, comme dommages-intérêts, pour rendre l'affaire susceptible d'appel, le praticien peut, parfois, à bon droit, suspecter l'entière impartialité du juge unique.

Quoi qu'il en soit, la plupart du temps, le litige est ainsi présenté : par lui-même ou par mandataire, le praticien appelle son débiteur en conciliation devant le juge de paix.

Ce magistrat reçoit les deux parties dans son cabinet et tente de les concilier.

S'il y parvient, les deux adversaires acceptent cette solution : l'un paie et l'autre encaisse le total indiqué comme transaction. L'affaire est terminée.

Mais, si le juge ne parvient pas à concilier les deux adversaires, ou si le débiteur ne se dérange pas et fait défaut, alors le médecin obtient le permis de citer.

Par le ministère de l'huissier de la justice de paix, le client est convoqué à se présenter à la barre du tribunal de paix, en audience publique.

Coram populo, la cause est appelée, discutée, plaidée même, soit par le médecin lui-même, soit par son représentant ou un avocat.

Puis, le juge de paix rend sa sentence et, par jugement, condamne l'une des parties au profit de l'autre.

Il n'y aura plus qu'à exécuter le jugement, par toutes les voies d'exécution habituelles, ou à porter le litige devant le tribunal d'appel, si cet appel est possible, étant donnée la somme en discussion.

Il peut se faire que le client fasse défaut aux débats et ne se présente pas devant le juge de paix.

Le tribunal rend alors son jugement, qui est dit par défaut et, dans les trois jours de la signification, l'adversaire peut faire opposition au défaut. Ce qui veut dire que les parties reviendront devant le juge et présenteront leurs dires, moyens de défense et articulations.

Si une deuxième fois, l'adversaire ne se présente pas et fait défaut, le jugement devient définitif, car il ne saurait être permis à un débiteur de mauvaise foi de faire faire indûment des frais de justice, en se dérobant, chaque fois, aux assignations régulièrement envoyées.

Si le jugement de paix n'est pas susceptible d'appel, il ne peut être déféré à la Cour de Cassation que s'il y a violation de la loi, ce qui est fort rare. La cour de Cassation ne peut juger que des questions de droit pur et n'a pas à connaître des questions de fait, qui constituent le fond même du procès : elle ne doit se préoccuper que d'une seule chose : une loi, ou un article d'un code ont-ils été violés, par la sentence du juge de paix.

Si le jugement du juge de paix est susceptible d'appel, le débat sera porté devant le tribunal civil de l'arrondissement. Le praticien devra alors envoyer son dossier à un avoué, lequel sera chargé de représenter le médecin. Un avocat soutiendra sa demande.

Que ce soit le client, ou le praticien qui fasse appel, les deux parties sont obligées de constituer avoué et avocat. La fable de l'huître et des plaideurs est toujours d'actualité.

Quoi qu'il en soit, le médecin, qui exerce sa profession, se trouve très embarrassé pour s'adresser lui-même au greffier de la justice de paix, afin de faire appeler son débiteur en conciliation, puis le faire citer à comparaître devant la barre du tribunal de paix, pour alors présenter, devant tous, le bien-fondé de sa réclamation, et discuter, au risque de faire rire la galerie, subir les soupçons, les railleries ou les médisances que la partie adverse peut adresser au médecin.

Aussi, la plupart du temps, lorsque l'encaissement des honoraires n'a donné aucun résultat, le médecin s'adresse-t-il à un Office de recouvrements.

Les offices de recouvrement

Ces derniers sont, comme nous le verrons plus loin, des organisations privées, ou syndicales, chargées de prendre la place du médecin, de se substituer à lui, pour actionner en justice le mauvais payeur.

Moyennant un forfait convenu d'avance, ou en décidant le quantum des frais judiciaires qui doivent incomber au médecin, l'agence de recouvrement se charge de toutes les démarches.

Tout d'abord des moyens de conciliation sont tentés : l'Office écrit au client, ou lui envoie un représentant, pour démontrer au débiteur récalcitrant qu'il s'expose à des poursuites judiciaires.

Ces moyens échouent-ils, l'Office assigne en conciliation devant le juge de paix, obtient le permis de citer et suit l'affaire devant la juridiction compétente.

Mais un reproche qui est fait à ces agences de recouvrement des honoraires, c'est d'abord leur prix élevé, puis parfois l'insuffisance de leurs agents, en ce qui concerne la connaissance des questions d'ordre médical.

Non seulement, il faut montrer aux magistrats une comptabilité bien tenue, mais encore faut-il prouver le bien-fondé de la réclamation d'honoraires, sans toutefois dévoiler le secret professionnel.

Il est, en effet, très difficile, pour un médecin, de réclamer sa créance, alors qu'il ne peut pas dire ouvertement pourquoi il lui est dû des honoraires.

Il appartient donc au représentant du médecin d'entraîner la conviction du juge et, si besoin est, obtenir une expertise, pour que, devant les hommes de l'art, tenus également au secret professionnel, un examen médical puisse être fait, qui, la plupart du temps, doit confondre le mauvais payeur.

D'autre part, du point de vue de l'exercice de leur profession, les médecins sont solidaires les uns des autres : ce qui arrive à tel confrère aujourd'hui, peut parfaitement advenir demain à tel autre.

Aussi, la défense doit-elle être collective et conduite par des organismes professionnels médicaux.

Tel client conteste la validité du tarif syndical.

médical local, tel autre invoque les usages locaux, un troisième met en cause la responsabilité professionnelle du praticien : bref, ce sont questions d'ordre pratique, qui, si elles s'établissent dans une région et y prennent droit de cité, peuvent ultérieurement menacer le libre exercice de la profession.

Aussi, pour remédier à ces inconvénients, et principalement pour diminuer les frais judiciaires de recouvrement, certains syndicats médicaux ont-ils organisé des Offices.

C'est ainsi que le syndicat médical de Toulouse, la Fédération des syndicats médicaux d'Alsace, le syndicat général des médecins stomatologistes (section parisienne), etc., ont organisé des offices de recouvrements.

De son côté, le « Sou médical » a été obligé de créer pareil organisme. Dans ses statuts, le « Sou » décide qu'il n'est pas un office de recouvrements, c'est-à-dire qu'il ne peut pas présenter à l'encaissement, les notes de ses adhérents, notes qui sont discutées par le client, ou restent en souffrance.

Le « Sou » ne peut intervenir que lorsque le rerecouvrement devient litigieux, lorsqu'après des réclamations présentées par le praticien, le débiteur oppose, soit l'inertie complète, soit de mauvaises raisons, qui nécessitent le recours aux tribunaux.

Or, l'expérience nous a prouvé qu'un client résiste souvent à la demande d'honoraires de son médecin, lorsqu'il croit que ce dernier est seul, isolé et qu'il redoutera de faire des frais de justice, pour obtenir son dû.

Mais lorsque ledit client a affaire à un syndicat, à une Ligue comme le « Sou », lorsqu'il reçoit de cette dernière, une injonction à payer, s'il veut échapper à un appel en justice, il consent alors à s'acquitter de ses dettes.

C'est pour venir en aide à ses adhérents, que le « Sou » a organisé un office de recouvrements, qui se charge, à l'amiable, de faire les démarches nécessaires, pour faire payer les médecins.

Les statuts de cet office ont été publiés dans le *Concours médical*, 1930, p. 1187.

Conflits avec les agences de recouvrements

En dehors de ces organisations syndicales et purement professionnelles, se sont créés des organismes commerciaux, sociétés privées, qui s'occupent à forfait du recouvrement des honoraires médicaux.

Certains de ces organismes sont très consciencieux ; d'autres apportent moins de soins pour faire triompher les intérêts des médecins, leurs clients.

Mais, je tiens à bien faire remarquer à mes confrères, que lorsqu'ils s'adressent à l'une de ces agences de recouvrements, ils contractent avec elle et doivent tenir leurs engagements, principalement ceux d'ordre pécuniaire.

Ainsi en a décidé le tribunal civil de la Seine, par jugement en date du 11 mars 1924.

Un médecin avait chargé une agence de recouvrer deux notes : il devait verser pour cela une indemnité forfaitaire de 15 %.

Or, tout en laissant l'agence procéder à ses démarches, le praticien avait pu toucher ses honoraires directement, par ses discussions personnelles avec son client. Il croyait donc ne rien devoir à l'agence, puisque, seul, il avait obtenu satisfaction.

Ce ne fut pas l'avis du tribunal :

« Attendu, dit le jugement précité, que si le Dr L. a chargé M. et R. du recouvrement de notes dues par des clients récalcitrants, c'est qu'il a estimé que leur ministère lui était nécessaire, ses démarches personnelles étant jusqu'alors restées sans résultat ;

« Qu'on ne saurait conclure du fait qu'il a lui-même encaissé directement les sommes, qui lui étaient dues, que l'agence du recouvrement n'a n'a pas mené à bonne fin le mandat dont il l'avait chargée ;

« Qu'il est certain, au contraire, que ce règlement de deux notes en souffrance depuis longtemps et qui a eu lieu peu de temps après les démarches de l'agence, en est la conséquence ;

« Qu'il importe peu, dès lors, que les sommes que réclament le Dr L. lui aient été versées à lui-même. »

Et le tribunal de prononcer la condamnation du médecin à tenir ses engagements.

Refus de soins — les listes noires

Pour se défendre contre de mauvais clients, qui changent constamment de médecin, pour ne pas payer d'honoraires, les syndicats médicaux ont organisé ce qu'on appelle les listes noires.

Y sont indiqués les noms des clients, qui restent sourds aux demandes de paiement d'honoraires. Les praticiens sont ainsi avertis et ne consentent à répondre à l'appel d'un quelconque de ces mauvais payeurs que si la preuve a été fournie que le médecin précédent a été honoré.

Bien entendu, nous laissons de côté les cas où le praticien ne saurait se dérober aux devoirs de l'humanité, lorsqu'un cas urgent, très grave, nécessite l'intervention immédiate de l'homme de l'art.

Quelle que soit la réputation du client, quel que soit le droit individuel que possède chacun d'accepter, ou de refuser de travailler, il est de coutume, dans le Corps médical, de donner des soins d'urgence, quitte ensuite à se débarrasser sur l'hôpital, ou autrement, d'un client connu pour sa mauvaise volonté notoire pour régler ses notes d'honoraires médicaux.

Cependant, l'établissement d'une liste noire

comporte une certaine publicité. Il importe que les adhérents d'un syndicat médical puissent être avertis des noms, qui sont inscrits sur ces nomenclatures occultes.

A plusieurs reprises, nous avons été consultés sur ce point : un syndicat médical engagerait-il sa responsabilité, en faisant connaître, uniquement à ses seuls membres, la liste des mauvais payeurs ? Ces derniers pourraient-ils obtenir une réparation pécuniaire, sous prétexte qu'un dommage leur aurait été causé, par les agissements du syndicat médical ?

Je prie mes lecteurs de se reporter à la consultation juridique, que j'ai donnée dans le *Concours médical* du 11 mars 1928, page 733. Ils y trouveront la jurisprudence sur la question.

Qu'il nous suffise de dire ici que le syndicat est en droit de se porter défenseur des intérêts collectifs de ses membres : il a le pouvoir de mettre en garde chaque syndiqué contre les agissements de certains clients, qui compromettent la dignité du Corps médical en portant atteinte à ses intérêts matériels, en refusant systématiquement d'acquitter leurs dettes médicales ou chirurgicales.

Tout d'abord, le syndicat peut, par une délibération en assemblée générale et par un vote, inviter ses membres à se faire payer au comptant ou à ne faire qu'un crédit très limité.

Si le client se montre un mauvais débiteur, la perte subie par le praticien, du fait du non paiement de sa créance, ne sera pas très considérable.

Toutefois, lorsque le praticien est la victime d'un mauvais payeur, que toute action de recouvrement est restée vaine, il devra avertir le bureau du syndicat, en donnant le nom et l'adresse du client récalcitrant.

J'estime que le groupe corporatif a parfaitement le droit d'avertir chacun de ses adhérents, par lettre fermée, que M. X., demeurant à Y, refuse de payer les honoraires médicaux.

Ainsi averti, le praticien syndiqué verra ce qu'il aura à faire, lorsqu'il sera mandé auprès du mauvais payeur. Il pourra accepter de donner ses soins, mais en réclamant le paiement comptant ; il pourra également refuser de soigner ce malade, soit en lui donnant, loin de tout témoin, le motif exact de son refus, parce que le malade n'a pas payé les honoraires du Dr X., soit en se refusant à donner toute explication, sur les causes, qui le conduisent à ne pas accepter à soigner le malade.

Il ne faut pas oublier que le médecin reste toujours en droit de refuser de soigner qui que ce soit, lorsque le praticien ne s'est pas engagé, par avance, à donner son concours à tels ou tels clients.

C'est ainsi, par exemple, qu'un médecin de société de secours mutuels, un médecin de l'assistance médicale, un médecin d'usine, etc., ne saurait refuser à traiter les malades de la mutuelle, avec laquelle il a contracté, les indigents, alors qu'il a été nommé par le préfet, les blessés de l'usine, puisqu'il est, comme médecin le préposé du directeur de l'entreprise, qui l'a investi de ces fonctions.

Mais le médecin indépendant, n'ayant aucun contrat, ni aucune obligation envers une collectivité, reste toujours en droit d'accepter, ou de refuser d'entreprendre un nouveau malade.

Ici encore, une remarque s'impose. Au cours d'un traitement déjà entrepris, le praticien ne saurait se retirer brusquement sans motifs valables. Si même le cas est grave, le médecin agira prudemment en laissant un certain temps suffisant, pour la cessation de ses visites, afin de permettre au malade, ou à sa famille de trouver un autre praticien, qui prendra la suite du traitement.

Il est également évident que le client ne peut pas rester sans défense contre les variations d'humeur d'un praticien, qui, après avoir accepté de commencer un traitement, interrompt ce dernier, sans motifs vraiment plausibles.

Je n'ai en vue ici que le début d'une maladie, pour laquelle on requiert les services d'un praticien, ou pour la simple consultation, qui se donne au cabinet médical.

Ce principe étant admis, à savoir que le médecin est libre d'accepter, ou de refuser de traiter tel ou tel malade, il s'agit maintenant de ne pas donner des armes contre soi-même.

Serait imprudent, le fait de dire au client : « Je viens de recevoir de mon syndicat la liste noire, sur laquelle vous figurez ».

Aussi procédurier que mauvais payeur, le patient pourra se retourner contre le syndicat et réclamer, devant le tribunal, des dommages-intérêts, pour préjudice causé par le groupe corporatif.

Ce dernier gagnerait certainement sa cause ; mais il est inutile de s'exposer, de gaieté de cœur, à des conflits judiciaires.

Mieux vaut répondre au client : « je sais que vous avez l'habitude de ne pas payer vos médecins. Moi, vous me paierez comptant et même d'avance ; sinon, allez ailleurs ».

Et si le client insiste pour savoir comment ont pu être portées à la connaissance du médecin ses habitudes peu recommandables, le praticien devra se borner à répondre : « Je sais que vous êtes un mauvais payeur ; je n'ai pas à vous faire savoir comment je le sais. Voici mes conditions : payez-moi comptant, ou allez-vous en. »

De cette manière, rien à craindre. Rebutté de partout, le client finira par où il aurait dû commencer, c'est-à-dire par payer son médecin.

Action syndicale contre les mauvais payeurs

En dehors de la confection de listes noires et des divers procédés, pour faire connaître aux syndiqués, le nom des clients récalcitrants, le syndi-

cat peut agir d'une manière plus directe encore.

Saisi d'une plainte d'un de ses adhérents contre un client de cette espèce, le syndicat peut écrire à ce dernier cette première lettre d'avertissement : « Le syndicat vient d'être averti, par le Dr X. que vous deviez à ce dernier une note d'honoraires, se montant à n francs, note que vous laissez sans paiement.

« Dans un but de défense corporative et professionnelle, nous avons le regret de vous avertir que si vous persistez dans votre obstination de non paiement, nous serons dans l'obligation de prévenir tous les médecins syndiqués, que vous vous refusez à payer les soins qui vous sont donnés.

« Mais, au cas où vous auriez à soulever des observations sur la note d'honoraires, qui vous a été présentée par le Dr X., le bureau du syndicat se tient à votre disposition, pour discuter le bien-fondé de vos réclamations, étant donné que vous et le Dr X, acceptiez que le bureau du syndicat médical puisse agir comme amiable compositeur, pour résoudre le conflit qui vous sépare. »

La conduite du syndicat est ainsi légalement correcte, d'autant qu'il convient de remarquer que la lettre recommandée, adressée au client ne contient aucune menace.

Elle ne dit pas, en effet, que les médecins syndiqués seront invités, par le syndicat, à désormais refuser leurs soins au mauvais payeur ; elle spécifie simplement que les syndiqués seront avertis que M. X. refuse de payer son médecin.

Je crois, pour ma part, que la mesure est efficace et entre complètement dans le devoir de défense collective, qui incombe au syndicat.

Les clients n'aiment pas à se trouver en conflit avec les collectivités : lorsqu'ils reçoivent une lettre recommandée, émanant d'un groupe corporatif, les mauvais payeurs préfèrent s'incliner et s'acquitter de leurs dettes médicales.

Je crois également que le rôle du syndicat est de servir, autant que possible, d'arbitre, pour résoudre de nombreux conflits entre médecins et clients. A nous d'organiser nos tribunaux d'arbitrage, dont les membres sont acceptés comme amiables compositeurs.

Je conclus en disant que le médecin peut être utilement défendu contre les mauvais payeurs, soit par son syndicat, soit par le « Sou médical ».

Par le syndicat, alors même que ce groupe ne croirait pas devoir organiser un office de recouvrement, le praticien peut être défendu de la manière suivante.

Lorsque le malade ne répond à aucune des demandes en paiement d'honoraires, qui lui sont adressées, lorsqu'il oppose un refus brutal, ou lorsqu'il menace de poursuivre le praticien en responsabilité professionnelle, pour mauvais soins, ou erreur de diagnostic, le bureau du syndicat peut adresser au malade récalcitrant la *lettre recommandée* suivante :

« Monsieur, vous avez jusqu'à présent négligé d'acquitter les honoraires que vous devez à M. le docteur A., pour soins donnés et s'élevant à la somme de.....

« Le syndicat médical de..... a le regret de vous informer que la créance de M. le docteur A., a été déposée entre les mains de Me X., huissier, chargé de poursuivre le recouvrement des honoraires en justice.

« Nous vous avertissons, en outre, que le syndicat médical va, par lettre fermée, informer tous ses adhérents et les médecins exerçant dans la région, que vous refusez, sans motifs valables, d'acquitter vos dettes envers les praticiens, qui vous ont donné leurs soins, afin que désormais, chaque docteur, appelé par vous, puisse se faire payer comptant, en vous refusant tout crédit.

« Au cas où vous auriez des plaintes à formuler contre la note que vous a adressée M. le Docteur A., le bureau du syndicat médical de ....., accepterait d'entendre vos griefs et plaintes et même, au besoin, si vous y consentiez, d'arbitrer le différend, comme amiable compositeur.

« Veuillez agréer..... ».

Agissant de cette sorte, la conduite du syndicat serait juridiquement irréprochable.

De son côté, le « Sou médical » peut accorder son appui moral et même pécuniaire à son adhérent, lorsque celui-ci, au cours d'un recouvrement, est la victime de la procédure, de la mauvaise foi, du chantage, ou d'une demande reconventionnelle du client, mettant sa responsabilité professionnelle en jeu.

« Sou médical » et syndicat peuvent même conjuguer leur action, pour enrayer autant que possible les agissements des mauvais payeurs.

Jadis, ces derniers se contentaient de ne pas payer leur médecin et de changer de praticien, jusqu'à ce qu'ayant abusé de chacun, ils soient repérés et mis à même de payer désormais comptant.

Aujourd'hui, la large publicité faite par les journaux aux procès en responsabilité professionnelle, la complaisance maladroite des magistrats, qui condamnent les médecins malgré même les rapports et conclusions favorables des experts conduisent les clients à cette idée simpliste : pour ne pas payer le docteur, on va l'accuser de malfaçon, d'erreur de diagnostic, d'insuffisance de soins et de traitements.

S'il transige, parce qu'il aura peur de la publicité et du bruit, le moins qu'on pourra obtenir de lui, c'est la remise complète de la dette.

Pourquoi se gêner : après tout, l'assurance est derrière le praticien et elle est bonne pour payer.

Je me demande si les syndicats médicaux ne devraient pas sérieusement parer à cette menace, qui, plane actuellement sur l'initiative et l'indépendance du Corps médical. Tout client, qui aurait poursuivi un médecin en responsabi-

lité professionnelle, devrait figurer sur le livre noir et chaque praticien, dûment averti, saurait s'il doit se rendre à l'appel de celui qui ne craint pas de poursuivre le médecin, lorsque ce dernier a le mauvais goût de réclamer des honoraires.

Organisons notre défense, sinon tout médecin qui n'aura pas guéri entièrement son malade, risquera, non seulement de ne pas toucher d'honoraires, mais encore d'avoir à supporter les ennuis d'un procès, au cours duquel, *coram populo*, sa science et sa conscience professionnelles seront discutées en plein prétoire.

Recouvrement des honoraires et secret professionnel

Lorsqu'en justice, soit personnellement, soit par mandataire, le médecin veut apporter la preuve de sa créance, il voit ses moyens en partie diminués par l'obligation de conserver secrets, certains détails, se rapportant aux soins qu'il a donnés.

La difficulté se révèle plus importante surtout lorsque c'est le représentant d'une agence de recouvrements, un huissier, un homme d'affaires, qui présente et soutient la réclamation du médecin. Cette personne ne peut pas savoir jusqu'à quel point il est licite d'indiquer au tribunal le pourquoi et la nature des soins, dont on demandé paiement.

La jurisprudence admet que le malade, qui ne paie pas régulièrement son médecin, est présumé s'en rapporter aux notes, que celui-ci lui envoie, pour déterminer le nombre des visites et actes médicaux. Par suite, lorsque le client conteste ce nombre, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve.

D'autre part, la nature même des rapports entre malade et médecin, empêche ce dernier de réclamer une preuve par écrit, au fur et à mesure qu'il donne ses soins. Aussi les tribunaux, par de nombreuses décisions, ont-ils décidé que les livres constituent un élément de preuve suffisant, surtout lorsqu'ils sont bien tenus et offrent un caractère suffisant de sincérité.

Mais la production de pareille comptabilité offre des inconvénients, du point de vue obligation au secret professionnel.

Par la lecture des actes médicaux, qui y sont portés, on peut laisser connaître la nature exacte de la maladie, pour laquelle des soins ont été donnés.

On peut encore dévoiler le traitement fait à des tiers, à des personnes, qui ne sont pas partie au procès de recouvrement d'honoraires.

Aussi, les tribunaux décident-ils que le médecin n'est pas tenu de produire intégralement ses livres, qui, contenant des secrets, ne peuvent pas être remis et examinés par n'importe qui, le tribunal peut se réserver à lui seul cet examen, les parties toutefois présentes.

De plus, dans cette production, le médecin doit se borner à donner communication seulement des pages de ses livres et carnets, contenant les indications de ses visites et consultations et qui sont de nature à appuyer sa réclamation.

Aussi, ne saurions nous trop recommander la prudence à nos confrères, lorsque, pour les besoins de leur demande en justice, ils doivent confier à un tiers, à un agent de recouvrements, leurs livres de comptabilité.

Il est préférable, dans ces cas, de présenter soi-même sa comptabilité et d'observer une prudence extrême. N'oublions pas qu'un jugement du tribunal de la Seine, du 11 mars 1864 a décidé que si le médecin ne peut faire la preuve de sa créance qu'en violant le secret professionnel, il ne peut réclamer ses honoraires.

De son côté la cour d'appel d'Amiens décide, par arrêt du 12 mai 1902, que le secret professionnel persiste, lorsque cette obligation se trouve en conflit avec l'intérêt du médecin.

Aussi, le praticien peut-il avoir une double comptabilité : la première consiste en un carnet journalier, sur lequel le médecin inscrit ses rendez-vous, ses consultations, ses visites, sans indications de la nature des soins donnés à chaque client.

C'est cet agenda journalier, qui peut être produit, sans aucune difficulté, en justice. Il servira de commencement de preuve, s'il est tenu régulièrement et ne semble pas avoir été surchargé, ou raturé, pour les besoins de la cause.

Concurremment à ce carnet-journal, le médecin peut avoir un autre livre de comptes plus détaillé, mais confidentiel, qui lui servira personnellement, pour se rappeler ses différents actes médicaux, dont il demande honoraires.

Ce dernier livre ne sera produit, s'il y a lieu, qu'à des experts médecins, liés par le secret professionnel.

En effet, s'il appartient au médecin d'apporter la preuve de la matérialité de sa demande d'honoraires, il convient, pour le client, de résister à cette demande, par tous moyens, notamment par la production de ses propres comptes.

Et si des contestations d'ordre technique sont invoquées, le juge désignera un ou plusieurs experts médecins, qui seront chargés de se faire une opinion, après avoir entendu médecin et client. Les experts peuvent alors recourir à tous moyens d'investigation, notamment en pratiquant l'examen médical du malade, pour relever, par exemple, les traces et cicatrices d'une intervention chirurgicale.

Conclusion

La reconnaissance que jadis beaucoup de clients exprimaient à leur médecin, de toutes manières, n'existe presque plus aujourd'hui.

L'introduction des tarifs d'honoraires, l'habitude prise progressivement par le Corps médical d'établir des notes d'honoraires, en détaillant chaque acte médical et en inscrivant en face un prix déterminé d'avance par le tarif, conduit le malade à ne considérer son médecin que tel un distributeur d'ordonnances et de soins, un marchand quelconque, un fournisseur, avec lequel on est quitte, lorsqu'on lui a donné quelques billets-monnaie.

L'augmentation progressive des procès en responsabilité professionnelle incite les clients à ne plus payer le médecin, mais, bien au contraire, à lui réclamer des dommages-intérêts.

Aussi, les agences de recouvrements sont-elles légion, accomplissant leur tâche avec plus ou moins d'exactitude.

Voilà pourquoi les syndicats médicaux, le « Sou médical » ont dû s'occuper du recouvrement des honoraires de leurs adhérents.

Tantôt, l'office syndical s'occupera directement de l'encaissement, puis du contentieux ; tantôt, il ne se préoccupe que de ce dernier. Il intervient alors, lorsque le praticien se plaint que tous les moyens ordinaires d'encaissement ont échoué.

Il faut aller en justice et se défendre contre la mauvaise foi et toutes les attaques, que ne manque pas de faire la partie adverse.

C'est actuellement une des grosses préoccupations du « Sou médical », soit qu'il soit obligé de soutenir, en justice, les intérêts de ses adhérents, soit qu'il soit conduit à accorder toute son aide au praticien, qui, en butte à un chantage, se voit menacé d'être l'objet d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, s'il a le mauvais goût de réclamer ses légitimes honoraires.

Qu'on le veuille ou non, l'individualité doit s'incorporer dans des collectivités professionnelles et à celles-ci incombe la défense des praticiens.

Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les pensions de retraite

On m'a dit que nous ne nous occupions pas des pensions de retraite.

Je proteste hautement contre ce reproche, si réellement c'en est un, car il suffit d'ouvrir le *Concours médical* pour constater que, chaque année, une ou plusieurs de mes études portent sur les retraites.

Encore dernièrement, je répondais à un correspondant que, si lui considérait la pension de retraite comme devant être la première préoccupation du médecin, l'indemnité-maladie n'étant que l'accessoire, je pensais, moi, que l'indemnité devait passer au premier rang, mais devait avoir la pension de retraite comme corollaire.

Quoi qu'il en soit, et estimant que mon correspondant voulait surtout m'inviter à parler plus souvent de la retraite, je m'exécute, et cela sans arrière pensée aucune car, si personnellement je ne suis pas inscrit à une combinaison qui l'assure, c'est mon âge qui m'en a empêché, et je me suis fait un devoir d'y faire inscrire mes fils.

Donc parlons aujourd'hui des retraites.

La Mutualité Familiale offre aux médecins, à leurs femmes et à leurs enfants deux combinaisons :

La combinaison P leur donnant la pension à 60 ans ;

La combinaison R la leur donnant à 65 ans ;

Avec la possibilité de s'inscrire à la fois aux deux combinaisons et de cumuler les deux pensions qu'elles assurent.

Actuellement, le maximum pour chaque combinaison est de 2.400 francs, mais nous espérons que l'an prochain, ce maximum pourra être porté à 3.600 francs, soit dix francs par jour et vingt francs, à 65 ans, si les deux pensions se cumulent.

Pour mettre la retraite à la portée de tous, la part type a été arrêtée à 120 francs et on en peut souscrire tel nombre qu'on veut jusqu'à concurrence du maximum.

La loi exigeant un minimum de quinze années de participation, l'âge limite d'entrée est 45 ans pour la combinaison R et 50 ans pour la combinaison P.

Quelles sont les caractéristiques de la pension offerte par la Mutualité Familiale ?

C'est d'abord que l'âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura au cours de l'année de son admission. Ainsi tous les candidats nés en 1891, par exemple, sont considérés en 1931 comme ayant quarante ans, qu'ils soient nés en janvier, en août ou en décembre, et ils paient la cotisation afférente à 40 ans.

C'est ensuite que, dans l'année où, suivant la combinaison choisie, ils atteindront 60 ou 65 ans, ils ne paieront plus de cotisation. Le sociétaire, né en 1891, ne paiera pas de cotisation en 1951 pour la combinaison P ou en 1956 pour la combinaison R.

C'est encore qu'il touchera la première annuité de la retraite au 1er janvier 1952 pour P ou au 1er janvier 1957 pour R et qu'il touchera à cette date la pension en son entier. Vint-il à mourir le 2 janvier, la pension lui serait due dans son intégralité.

C'est enfin que le sociétaire a la faculté de

contre-assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, le total des sommes versées par lui en vue de cette pension, serait remboursé à ses ayants droit.

J'ajouterai qu'il n'a à participer à aucune autre œuvre connexe ni aucune cotisation pour un autre objet à verser et que la pension lui parvient exempte de tous frais et sans dérangement aucun.

Mais ce n'est pas tout :

Si le sociétaire vient à cesser le versement de ses cotisations il n'est pas déchu pour cela.

Sous la seule condition qu'il ait versé cinq cotisations annuelles, il a droit, à l'âge voulu, à une pension réduite calculée selon ses versements.

Il peut, quand il le veut, reprendre ses versements pour augmenter cette pension réduite.

Il peut même effectuer ses versements en souffrance pour récupérer sa retraite totale, quand il le voudra, sauf dans les quatre dernières années qui précèdent l'âge de la retraite.

Et toutes ces dispositions s'appliquent aussi bien à la femme du sociétaire qu'à ses enfants.

Quelles sont maintenant les cotisations annuelles à verser ?

En voici les tableaux :

1° *Combinaison P. — Retraite à 60 ans.*

Cotisation annuelle à verser pour jouir d'une part de cent vingt francs.
Multiplier par le nombre de parts.
Maximum 20 *parts.*

Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	COTISATIONS simples	COTISATIONS contre-assurées	Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	COTISATIONS simples	COTISATIONS contre-assurées
20 ans	40	8 20	9 70	33 ans	27	18 80	22 20
21 —	39	8 70	10 30	34 —	26	20 20	23 70
22 —	38	9 30	10 90	35 —	25	21 70	25 50
23 —	37	9 90	11 60	36 —	24	23 40	27 40
24 —	36	10 50	12 30	37 —	23	25 20	29 50
25 —	35	11 10	13 10	38 —	22	27 20	31 80
26 —	34	11 90	14 »	39 —	21	29 50	34 40
27 —	33	12 60	14 90	40 —	20	32 »	37 20
28 —	32	13 60	15 90	41 —	19	34 70	40 40
29 —	31	14 40	16 90	42 —	18	37 90	43 90
30 —	30	15 40	18 10	43 —	17	41 50	47 90
31 —	29	16 40	19 30	44 —	16	45 50	52 40
32 —	28	17 60	20 70	45 —	15	50 10	57 50

Le plus souvent, les sociétaires prennent dix ou vingt parts, mais il leur est loisible d'en prendre le chiffre qu'ils veulent, quitte à augmenter plus tard.

2° *Combinaison R. — Retraite à 65 ans.*

Cotisation annuelle à verser pour jouir d'une part de cent vingt francs.
Multiplier par le nombre de parts.
Maximum 20 *parts.*

Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	COTISATIONS simples	COTISATIONS contre-assurées	Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	COTISATIONS simples	COTISATIONS contre-assurées
20 ans	45	4 80	5 80	36 ans	29	12 90	16 10
21 —	44	5 10	6 20	37 —	28	13 90	17 20
22 —	43	5 40	6 60	38 —	27	14 90	18 50
23 —	42	5 70	7 »	39 —	26	16 »	19 90
24 —	41	6 »	7 40	40 —	25	17 20	21 40
25 —	40	6 40	7 90	41 —	24	18 60	23 »
26 —	39	6 80	8 40	42 —	23	20 10	24 90
27 —	38	7 20	8 90	43 —	22	21 70	26 90
28 —	37	7 70	9 50	44 —	21	23 60	29 10
29 —	36	8 20	10 10	45 —	20	25 60	31 60
30 —	35	8 70	10.80	46 —	19	27 90	34 30
31 —	34	9 30	11 50	47 —	18	30 50	37 40
32 —	33	9 90	12 30	48 —	17	33 50	40 90
33 —	32	10 60	13 10	49 —	16	36 90	44 80
34 —	31	11 30	14 »	50 —	15	40 80	49 30
35 —	30	12 10	15 »				

En comparant ces tableaux avec certains autres, il est possible de trouver peut-être quelques différences dans les chiffres, mais ces différences s'expliquent par les conditions spéciales dans lesquelles fonctionnent les combinaisons de la Mutualité familiale, conditions qui ne se retrouvent pas ailleurs.

Les cotisations se paient soit d'une seule fois en janvier, soit en deux fois, par moitié en janvier et juillet, à la volonté des sociétaires.

Enfin, pour être complet, je dois dire qu'au total de la cotisation prévue par ces tableaux, il faut ajouter 10 % représentant les frais de gestion de la société.

Et maintenant que pourrais-je ajouter si ce n'est le conseil pressant à mes confrères de se faire inscrire à ces combinaisons retraites avant que la limite d'âge ne les en empêche.

Combien ai-je reçu de confidences de confrères qui regrettaient de ne pas avoir été prévoyants et qui voyaient venir avec quelque terreur le moment où cesserait pour eux la garantie de l'indemnité maladie, où l'âge et les infirmités les contraindraient à restreindre leur activité professionnelle ?

2.400 francs, c'est peu de chose, dira-t-on, mais il ne faut pas oublier que ces 2.400 fr. peuvent se transformer en 4.800 fr. à 65 ans et que, si la femme s'est inscrite également, ce peut être 9.600 francs pour le ménage — et ces sommes, c'est toujours quelque chose, les accusés réception qui me parviennent en témoignent surabondamment.

Confrères,

Venez à la Mutualité Familiale, entrez à la combinaison R qui coûte relativement moins cher ou à la combinaison P, si vous trouvez l'âge de 65 ans trop éloigné.

Faites inscrire votre femme : en prenant pour elle la retraite à 60 ans et pour vous la retraite à 65 ans, vous arriverez à toucher à peu près en même temps le premier arrérage.

Pensez aussi à l'avenir de vos enfants, de vos filles surtout et assurez leur le bénéfice d'une retraite que la Mutualité Familiale leur servira avec autant de régularité que de cordialité.

S'il est vrai que c'est la pension de retraite qui vous intéresse avant tout, venez à une société qui a été créée pour la famille médicale et qui vous présente toutes les garanties que vous pouvez souhaiter.

A. GASSOT.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.312 PIERRET, La Bourboule (Puy-de-Dôme), Syndicat des Stations thermales.
9.313 WOLFF, Saverne (Bas-Rhin), Syndicat de Saverne.
9.134 LELU, Pougues-les-Eaux (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
9.315 ESPAGNE, Aumessas (Gard), Parrains : Drs Gaujoux et Claron.
9.316 SMOLIZANSKI, 65, avenue Marceau, Paris, Société des Médecins de Sanatoriums.
9.317 ACHARD, 63, rue Paradis, Marseille, Syndicat de Marseille.
9.318 ANDRÉ, Angoulême (Charente), Syndicat de la Charente.
9.319 SALLES, Aureilhan (Hautes-Pyrénées), Syndicat des Hautes-Pyrénées.
9.320 CAILLARD, Saumur (Maine-et-Loire), Syndide Saumur.
9.321 DANA, El Biar (Alger), Syndicat d'Alger.
9.322 GAUTROT, Chécy (Loiret), Syndicat d'Orléans.
9.323 MUGNIERY, Lorette (Loire), Parrains : Drs Eugène et Charles Mugniéry.
9.324 DEVERRE, Domfront (Orne). Syndicat d'Alençon.
9.325 THIBAULT, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers.
9.326 FRENKEL, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat des Oculistes.
9.327 MAURANGES, 39, avenue du Parc Montsouris, Paris, Syndicat de la Seine.
9.328 PECHILLIOT, Orgerus (Seine-et-Oise), Syndicat de Dreux.
9.329 NIVET, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), Syndicat de Saône-et-Loire.
9.330 HUBNER, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de la Côte-d'Or.
9.331 DASSONVILLE, Albert (Somme), Syndicat de Péronne.
9.332 LEBOUCHER, Bayeux (Calvados), Syndicat de Bayeux.
9.333 FRAENKEL, 25 rue de la Terrasse, Paris, Syndicat de la Seine.
9.334 CACAN, 159, rue de Dunkerque, Lille, Syndicat de Lille.
9.335 GIBAUD, Pierre-en-Bresse (Saône-et-Loire), Syndicat de Louhans.
9.352 QUERCY, Gennevilliers (Seine), Syndicat de Gennevilliers.

9.353 Leduc, Pont de l'Arche (Eure), Syndicat des Andelys.
9.354 Gachet, Roybon (Isère), Syndicat de St-Marcellin.
9.355 Michon, 39, rue Michel-Ange, Paris. Parrains: Drs Chevallier et Meurs.
9.356 Davidovici, Noyers-sur-Serein (Yonne), Parrains : Drs Meunier et Billaudet.
9.357 Dieulot, Airaines (Somme), Syndicat d'Amiens.
9.358 Eloire, Wassigny, (Aisne), Syndicat de Laon.
9.359 Audouin, Thouars (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
9.360 Spindler, Volmunster-les-Bitche (Moselle), Syndicat de Sarreguemines.
9.361 Martin, Souvigny (Allier), Syndicat de l'Allier.
9.362 Cadenat, 53, avenue Montaigne, Paris, Syndicat des Chirurgiens des Hôpitaux.
9.363 L'Heureux, Le Cateau (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.364 Mettey, Belfort, Syndicat de Belfort.
9.365 Rolet, 44, rue de la Pompe, Paris, Syndicat de la Seine.
9.366 Barenton, Bédée (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
9.367 Martel, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de la Loire
9.368 Verhaeghe, Vieux-Condé (Nord), Syndicat de Valenciennes.
9.369 Montalti, La Garenne-Colombes (Seine), Syndicat d'Asnières.
9.370 Fuchs, Le Kreider (Oran). Parrains : Drs Ferriot et Benhamou.
9.371 Wagogne fils, Desvres (Pas-de-Calais), Parrains : Drs Bachelet et Cadart.
9.372 Gay, Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Syndicat des Stations thermales.
9.373 Benoiste-Pilloire, Kerpape (Morbihan), Syndicat de Lorient.
9.374 Faivre, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.375 Ganiez, Darney (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.376 Guilbert, 25, rue Henri Rochefort, Paris, Syndicat des Radiologistes des hôpitaux.

Responsabilité professionnelle

Le Dr H. est accusé d'avoir méconnu, à défaut de l'avoir fait radiographier, une fracture occasionnée par la chute d'un enfant dans une école. Il est garanti antérieurement au « Sou » à concurrence de 50.000 francs par une autre assurance.

Le Conseil lui accorde en tant que de besoin, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr Z., a soigné, dans une clinique privée, un accidenté du travail qui, ayant refusé à deux reprises une injection antitétanique, est mort du tétanos. Il est assuré en premier rang par une autre assurance, jusqu'à 100.000 francs.

Le Conseil lui accorde, en tant que de besoin, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la caisse de garantie.

Le Conseil ordonnance le versement à L., du trimestre de rente de 300 fr. que le Dr C. a été condamné à lui payer.

Le Dr B. est menacé de poursuites en responsabilité professionnelle pour mauvaise réduction de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr M. est menacé de poursuites en responsabilité parce qu'il aurait oublié une compresse au cours d'une intervention chirurgicale.

L'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie lui seront acquis s'il est donné suite aux menaces de ses anciens clients.

Le Dr C. annonce que les clients, contre lesquels l'appui pécuniaire lui a été accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires qu'ils ne voulaient pas payer parce qu'ils lui reprochaient la mort de leur enfant, ont porté plainte contre lui entre les mains du juge d'instruction.

Le Conseil est d'avis qu'il cite de suite ses débiteurs en justice.

Baux et Locations

Le Dr Q. ayant obtenu partiellement gain de cause dans son affaire d'interprétation de bail, son propriétaire à l'intention de porter l'affaire au fond devant le juge de paix, pour obtenir son expulsion.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour résister à cette nouvelle demande.

Le Dr E. est en désaccord avec son propriétaire sur le prix du loyer de son appartement professionnel, qu'il aura à payer au cours de la prorogation et demande l'appui pécuniaire pour le cas où l'affaire serait portée en justice.

Cet appui lui est éventuellement accordé.

Honoraires

Le Dr S. (Eure), a obtenu, après citation en justice, le règlement amiable de ses honoraires accidents contestés et a payé, pour frais et honoraires d'huissier, 15 fr. dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr G. (Hérault) a obtenu, en justice de paix, puis en appel, la condamnation d'un client à lui payer 500 fr. pour un accouchement, alors que le client prétendait ne rien devoir personnellement,

parce qu'il faisait partie d'une Société de Secours mutuels.

L'avocat demande 500 fr. d'honoraires pour les deux plaidoiries devant le juge de paix et le Tribunal d'Appel. Le Conseil en ordonnance le paiement.

Le Dr F. (Seine) a obtenu la condamnation d'un client à lui payer ses honoraires, mais le client étant insolvable, le jugement n'a pu être exécuté et le Conseil ordonnance le paiement des 76 fr., 70 de frais exposés dans cette affaire.

Le Dr L. (Eure) a été payé intégralement des honoraires dus par un client qui l'avait menacé de mettre en cause sa responsabilité professionnelle.

Le « Sou » a eu à supporter dans cette affaire 390 francs de frais.

Le Dr L. fait don à la caisse du « Sou », d'une somme de cent francs, ce dont le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr F. (Gironde) rembourse une somme de 128 fr. 80 que le « Sou » avait payée pour frais dans une affaire et qu'il a récupérée.

Dans une autre affaire, il a obtenu gain de cause contre un patron, qui refusait de payer les honoraires dus pour soins donnés à sa domestique sur sa demande.

Sa part dans les frais de justice et les honoraires d'avocat est de 248 fr. 30, desquels il y a lieu de déduire les 128 fr. 80, de l'affaire précédente. Reste à lui payer 119 fr. 50. Il demande qu'il lui soit envoyé seulement 100 fr., faisant abandon du surplus, ce dont le Conseil, en ordonnançant le paiement des 100 francs, le remercie.

Le Dr C. (Gironde) a soigné, dans une clinique privée, un patron agriculteur accidenté du travail, qui ne l'a pas prévenu qu'il avait été victime d'un accident et était assujetti volontaire à la loi sur les accidents du travail. Le blessé refuse de le payer et le renvoie à son assurance, qui offre 2.160 fr. sur 6.202 fr. demandés.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le blessé en paiement intégral de ses honoraires.

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents qui n'est pas contestée, mais que la Compagnie ne veut payer que lorsque le sinistre aura été liquidé.

Le Conseil décide qu'une démarche sera faite, avant de poursuivre, auprès de la Compagnie.

Le Dr B. (Ille-et-Vilaine) ayant soigné, dans une clinique, un jeune homme mineur blessé en travaillant pour son père, la Cie d'assurances lui oppose le « tout compris », alors qu'il a ignoré, à l'origine et au cours du traitement, qu'il s'agissait d'un accident du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires en droit commun.

Divers.

Le Dr B. (Pas-de-Calais), qui avait été révoqué de ses fonctions de médecin d'une caisse de secours d'ouvriers mineurs, a obtenu la condamnation de celle-ci à 10.000 francs de dommages-intérêts.

Le Dr M. (Oise) qui a donné ses soins à un pompier blessé en service commandé, n'a pu obtenir de la commune le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour saisir le Conseil d'Etat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Voyages de « La Caravane universitaire »** (G. Roy, professeur au Collège de Gaillac-sur-Tarn). — 5-23 août *Soleil de minuit et Spitzberg.* — Prix de 2.000 à 3.000 fr., selon la cabine et les excursions.

1re quinzaine d'août. *Venise et les lacs italiens.* Diverses villes du parcours. Prix d'août 1930, 1.400 fr.

1re quinzaine d'août. *Angleterre.* — Prix approximatif, 1.500 fr.

2e quinzaine d'août. *Rome, Naples, Florence* et autres villes du parcours. — Prix d'août 1930, 1.450 fr.

2e quinzaine d'août. *Croisière de Jérusalem.* — Prix de l'an dernier, 5.125 fr.

2e quinzaine d'août. *La Corse en auto.* — 8 jours pleins dans l'Ile de Beauté. L'an dernier, 1.260 fr., bateau en IIe classe.

1re quinzaine de septembre. *Grand voyage en Espagne.* — Irun, Saint-Sébastien, Burgos, Madrid, l'Escorial, Tolède, Cordoue, Séville, Grenade, Murcie, forêt d'Elche, Alicante, Valence, Barcelone. Durée 15 à 16 jours. Prix probable, 2.400 fr.

1re quinzaine de septembre. *Le Portugal.* — Irun, Salamanque, Porto, Coïmbre, Lisbonne, Cintra, L'Estoril, 1.700 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse.

La réponse du secrétaire de la Commission de contrôle, telle que vous me la communiquez, contient une erreur matérielle, à mon avis.

Qu'on lise pour cela le décret du 16 avril 1930. On y trouvera : *Article premier* : Les articles suivants du décret du 25 octobre 1922 sont modifiés comme suit :

«... *Article* 60. — Le prix de la consultation « et de la visite médicale est fixé à 15 francs pour « toute la France, l'Algérie, la Tunisie et le Ma- « roc. Ces prix comprennent .....

« ... *Article* 64. — Lorsque son état de santé « ne permet pas à un malade de se rendre en con- « sultation au cabinet du médecin, celui-ci peut « *recevoir une indemnité pour se rendre en visite* « *au domicile du malade* :

« 1º Une *indemnité fixe* est attribuée pour tou- « te visite effectuée, quelle que soit la distance « parcourue. Cette indemnité est :

« *a*) De trois francs dans les villes de 50.000 à « 100.000 habitants et leur banlieue ;

« *b*) De cinq francs dans les villes de plus de « 100.000 habitants et leur banlieue... »

Ce texte me paraît suffisamment explicite pour signifier : 1º que le prix de la visite est *partout* de 15 francs ; 2º en cas de déplacement, il s'y ajoute dans votre cas, alors que vous habitez une ville de plus de 100.000 habitants, une indemnité fixe de déplacement (quelle que soit la distance) de cinq francs.

Notre confrère dit que c'est le prix de la visite qui est élevé à 20 francs dans de telles villes et qu'il ne s'agit pas d'une indemnité de déplacement ... alors que signifient en français les mots « ... *une indemnité pour se rendre* ... », si cela ne veut pas dire une indemnité de déplacement ?

D'ailleurs, qu'on relise le décret de 1922 rappelé ci-dessus et dont celui-ci n'est qu'une modification de quelques lignes sur plusieurs milliers restées sans changement. On y verra que l'article 64 (cela aussi est resté sans changement) est l'*unique* objet du chapitre II, dont le titre porte ces mots en lettres capitales : « *Frais de déplacement des médecins* ». Et cela, alors que le *prix* de la consultation ou de la visite est à un *autre* article (dans les deux décrets, à l'article 60).

Il me semble, ceci exposé, que je suis en droit de penser que les cinq francs dont il est parlé visent « *une indemnité fixe de déplacement* », qui doit s'ajouter au prix de toute visite ou de *tout acte quelconque, ainsi que s'y ajoute l'indemnité horo-kilométrique, en campagne,* dont il est parlé également dans cet article 64, consacré uniquement aux « *frais de déplacement des médecins* ».

Dr F. DECOURT.

Fiscalité.

1997. — Patente d'un ménage de médecins

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur le point suivant : un mari et sa femme médecins, exerçant chez eux, dans le même local, sont-ils astreints à payer une patente double ?

Dr A.

Réponse.

Le mari et la femme sont tous deux imposables à la patente, le mari sur la valeur locative totale de l'habitation et de ses locaux professionnels, la femme sur la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation et sur la valeur locative totale de ses locaux professionnels.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

1992. — Supplément de patente en cas d'augmentation du loyer

Un médecin installé au 1er janvier 1931 dans un logement qu'il quitte au mois de juin de la même année pour un autre beaucoup plus cher dans la même ville doit-il payer la patente seulement sur son premier loyer pour toute l'année ? ou devra-t-il subir une augmentation de sa patente (basée sur le chiffre de son nouveau bail) pour les mois où il exercera dans son nouveau logement ?

Dr D.

Réponse.

Un supplément de patente peut être réclamé à raison de l'augmentation de valeur locative des locaux imposables et pour la durée du temps d'occupation, c'est-à-dire en l'espèce pour la période de juin à décembre, soit 7 mois.

A. M.

2084. — Effet de la demande de sursis de paiement

En 1930, la commission consultative m'a condamné à une amende pour déclaration insuffisante.

En décembre 1930, j'ai fait une demande de remise d'amende.

En février 1931, j'ai fait une demande de sursis de paiement. Bien entendu, mes impôts sont payés, il n'y a que l'amende qui reste. Le 3 mars le directeur des directes m'a envoyé un mot :

1° M'accordant le sursis de paiement ;

2° Me disant que je recevrais ultérieurement notification de la décision prise au sujet de ma demande en remise.

Or, il y a trois jours, j'ai reçu du percepteur le poulet que je vous envoie, je ne comprends plus, puisque j'ai un sursis de paiement, je n'ai qu'à attendre, qu'en pensez-vous ?

Dr R.

Réponse.

Si la demande de sursis est intervenue avant l'expiration du délai de réclamation, elle est valable, mais le percepteur peut exiger la constitution d'une garantie. Voyez de toute façon le percepteur à ce sujet.

A. M.

Accidents.

2180. — Majoration de rente d'un accidenté du travail ancien

J'ai recours une fois de plus à vos lumières et à vos si bons conseils, m'autorisant de ma qualité de vieil abonné au *Concours Médical.*

Voici ce dont il s'agit: un de mes clients, actuellement patron mécanicien, âgé maintenant de 35 ans, a eu le 19 mai 1920, alors qu'il était ouvrier mécanicien, un accident de travail (lésion de l'œil gauche par éclats métalliques) qui a motivé une incapacité de 22 %, par décision du Tribunal.

Son salaire de base était alors de 5.541 fr. 45 et de ce fait il touchait alors une rente de 349 fr. 50 qui après augmentation en vertu de la loi du 15 août 1929 fut portée à 699 fr. 20.

Je vous demanderai donc de me dire :

1º Si cette rente concordait avec son invalidité de 22 %, ce dont je doute, et par suite de m'indiquer la rente exacte à laquelle il a droit.

2º Ayant un enfant n'a-t-il pas droit à une majoration quelconque de ce fait?

3º Cet accident datant de 1920, a entraîné une grave complication ; de l'avis de spécialistes compétents, cet œil gauche devenu glaucomateux a besoin d'être énucléé soit par simple aggravation, soit très probablement du fait d'un éclat métallique n'ayant pu être extrait et siégeant dans la chambre postérieure.

Mon client se décidant à cette opération mutilante, quelle sera la rente nouvelle allouée?

4º Faut-il prévenir à l'avance la Cie d'Assurances de cette opération mutilante?

5º L'assurance doit-elle supporter le prix de l'intervention avec frais de clinique (au tarif accident de travail bien entendu)?

6º L'œil énuclée, mon client peut-il, au lieu d'une rente, transiger par une somme fixe (rachat de la rente) et dans ce cas quelle somme doit être allouée?

7º Enfin, quelle sera désormais la position militaire de l'intéressé, la réforme est-elle obligatoire après la perte totale d'un œil?

Dr D.

Réponse

1º La rente qui a été allouée à votre client a été calculée sur les bases du salaire en vigueur au moment de l'accident. Aucun recours n'est actuellement possible contre l'évaluation d'incapacité faite par le Tribunal ni contre la rente fixée par lui.

2° Votre client n'a droit à aucune majoration de rente en raison de son enfant.

3° Plus de trois ans s'étant écoulés depuis que le jugement attributif de rente est passé en force de chose jugée, votre client n'a plus aucune action en révision pour aggravation de son infirmité.

4° et 5° Il est inutile de prévenir l'assurance de l'opération qui doit être pratiquée, car le blessé, serait-il même encore dans les délais de l'action en révision, ne pourrait avoir droit à nouveau aux frais médicaux et pharmaceutiques pour les soins devenus nécessaires depuis la consolidation.

6° En raison du montant de la rente, le blessé aurait pu obtenir seulement que le quart au plus du capital représentatif lui soit versé directement, mais son action aurait dû être introduite pour cela dans le mois qui a suivi l'expiration du délai de révision. Donc rien à faire encore de ce côté.

7° Suivant l'avis de notre conseiller médico-militaire, la perte totale d'un œil est incompatible avec le service militaire. Une fois qu'il aura subi l'énucléation de l'œil malade, votre client devra donc être réformé.

Nous vous signalons qu'aux termes de l'article 2 de la loi du 15 août 1929, les mutilés du travail borgnes, ayant perdu la visibilité entière d'un œil, reçoivent l'allocation prévue pour les invalides de 30 à 34 % (1.065 francs par an), si le taux de l'invalidité qui leur est accordé est inférieur à 30 %.

Votre client, après avoir subi son opération, pourrait peut-être demander que l'allocation, qui lui a été attribuée par application de la loi du 15 août 1929, soit portée à 1.065 francs par an, en faisant sa demande dans les mêmes formes que sa première demande d'allocation. Il y a là une chance à courir, mais nous ne pouvons vous garantir le succès de la demande, l'article 2 de la loi du 15 août 1929 paraissant viser le cas de mutilés de travail ayant perdu d'emblée, ou tout au moins dans les délais de révision, la vision totale d'un œil, et non celui de mutilés du travail n'ayant perdu la vision complète de l'œil atteint que bien longtemps après l'expiration des délais de révision.

1639. — Contestation pour abus de médicaments

Je vous adresse les « observations » d'une compagnies d'assurances et ma réponse. Il peut-être intéressant de savoir comment certaines compagnies traitent les médecins, mais je n'ai pas l'habitude de me laisser marcher sur les pieds.

Il s'agissait d'un panaris ayant nécessité deux incisions différentes, l'ouvrier a pu reprendre son travail avant d'être guéri, mais en continuant à se soigner ;

« Il y aurait je crois une campagne à mener en ce moment, car dans notre département, les Compagnies d'assurances mettent un temps de plus en plus long pour régler les honoraires, bien que je les envoie très régulièrement.

Dr P.

Lettre des Agents de la Compagnie

Sur les instructions de la Compagnie, j'ai l'honneur de vous faire connaître que notre service médical a trouvé exagérées les fournitures pharmaceutiques ayant trait à l'accident S. chez MM. R.

En effet cet accident n'ayant entraîné que 9 jours d'incapacité, la note de M. X., pharmacien, établie d'après vos ordonnances à été ramenée de 142 fr.20 à 79 fr. 10, certains médicaments ayant été jugés superflus.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.,

Ma réponse

Messieurs,

Veuillez être assez aimable pour transmettre à votre Compagnie ma réponse à votre lettre du 14 courant.

J'ai l'habitude de prescrire à tous mes malades les médicaments qui leur sont nécessaires et jamais rien d'inutile, sans me préoccuper de ce que peut penser une compagnie d'assurances, qui doit avoir à son service des médecins très forts pour pouvoir juger à neuf cents kilomètres et à six mois de distance des objets de pansements qui ont pu être nécessaires pour soigner un blessé.

Je considère donc la lettre de votre compagnie comme une aimable plaisanterie (car c'est la première fois que je reçois une telle lettre depuis onze ans d'exercice de la médecine) et je serais heureux de savoir quel rapport il peut y avoir entre le nombre de jours d'incapacité de travail et la somme qu'un blessé a le droit de dépenser.

S'il existe cependant des gens sérieux dans votre compagnie, je leur propose de faire examiner le cas par un médecin (le président du Syndicat médical, par exemple) et s'il juge que j'ai prescrit trop de médicaments, je m'engage à vous rembourser moi-même (et pas le pharmacien qui n'y peut rien) les objets qu'il jugerait comme prescrits inutilement.

Veuillez donc présenter à votre compagnie, mes regrets de ne pouvoir accepter des observations ridicules.

Dr P.

Questions médico-militaires

1653. Militaire en convalescence. Examen en vue de la réforme

Un jeune homme qui termine son service militaire est actuellement en convalescence pour « séquelles d'arthrite chronique du genou » ; il n'est pas guéri et ne le sera peut-être jamais ; or, il va être démobilisé dans quelques jours. Que doit-il faire pour sauvegarder ses droits ? Peut-il réclamer avant d'être démobilisé ou seulement après ?

Réponse.

Que ce jeune homme adresse aussitôt, par pli recommandé, une demande de visite pour pension d'invalidité, au médecin-chef du Centre de réforme le plus proche.

Il sera convoqué devant des experts, puis devant une Commission de réforme.

1647. — Obtention et avantages de la carte de combattant

Voulez-vous me donner les formalités à accomplir pour l'obtention de la carte du combattant et me dire quels sont les avantages pécuniers y attachés ? Je suis de la classe 1900 et ai fait toute la campagne.

Dr D.

Réponse.

Si vous appartenez encore aux cadres de la réserve, adressez à votre Directeur régional du Service de santé une demande de certificat provisoire, en indiquant exactement votre *curriculum vitæ* pendant la guerre, fonctions tenues, avec l'indication des diverses unités, leur durée, blessures de guerre, évacuations pour maladies contractées ou aggravées par le service au front, etc.

Si vous êtes dégagé de toutes obligations militaires, adressez la même demande au chef du Bureau des Archives administratives au Ministère de la Guerre, boulevard Saint-Germain, Paris, 7e et n'oubliez pas alors d'ajouter votre classe et votre *Recrutement d'origine.*

Lorsque vous serez en possession de ce certificat provisoire, vous le déposerez au Bureau militaire de votre mairie, afin qu'il soit transmis au Comité départemental des anciens combattants. Vous y joindrez deux photos d'identité. La carte de combattant vous sera retournée par la mairie.

Avantages : Vous aurez droit à l'allocation du combattant (500 fr. par an à compter de 50 ans ; 1.200 fr. par an à partir de 55 ans).

Vous pourrez également, si vous avez des pièces d'origine de maladie, obtenir une pension d'invalidité pour l'infirmité en cause, au titre de la loi du 9 janvier 1926.

1649. — Point de départ de la pension

Un blessé de guerre (plaie du crâne et trépanation) blessé en 1918 et ayant seulement passé la commission de réforme en septembre 1929, et pensionné à 35 p. 100 par cette commission, a-t-il droit au rappel de pension depuis 1918 ?

A qui adresser la demande ?

Réponse.

Il ne peut y avoir de rappel de pension depuis 1918. Le point de départ légal de la pension d'invalidité est fixé au jour de la première Commission de réforme, qui a constaté l'infirmité, cause de la pension (art. 3 de la loi du 31 mars 1919).

1684. — Fin des obligations militaires. Légion d'honneur

Classe 1907, sept années consécutives de service militaire.

Aide-major de 1re classe à ma démobilisation.

32 mois d'infanterie pendant la grande-guerre et 17 mois d'ambulance-divisionnaire.

1 citation au bataillon de chasseurs.

1 citation à la brigade de chasseurs.

Rayé des cadres en 1930, sur ma demande, comme père de huit enfants vivants.

Etant donné ces renseignements, pouvez-vous me certifier :

1° Que je ne suis plus soumis à aucune obligation militaire.

2° Que je n'ai plus droit à aucune décoration (Légion d'honneur ou médaille militaire) du fait de ma radiation des cadres.

Dr X.

Réponse.

Ayant été rayé des cadres, comme père de huit enfants vivants, six années avant votre classe d'âge, vous êtes définitivement dégagé de toutes obligations militaires (art. 58, 6e alinéa de la Loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'Armée).

Cependant n'appartenant plus à l'armée, vous ne pouvez plus obtenir la Légion d'honneur au titre militaire.

1645. — Maintien dans les cadres. Démission du grade. Périodes d'instruction

Médecin capitaine de réserve. Classe 1898, ayant fait avant guerre 3 périodes d'instruction, et toute la guerre, dont 7 mois avec le grade de médecin capitaine ; maintenu sur ma demande et convoqué en 1930 pour accomplir une période d'instruction de 15 jours, j'ai obtenu sur ma demande un sursis.

Je viens de recevoir une nouvelle convocation pour 1931.

Ayant accompli plus de six mois de service de guerre avec le grade de médecin capitaine, je croyais que l'on ne pouvait pas m'imposer une nouvelle période d'instruction.

Je vous prie de me faire connaître, si je puis refuser d'accomplir une période. Dans le cas contraire, il me semble que je puis me libérer définitivement en donnant ma démission.

Dr Z.

Réponse.

Bien que vous ayiez effectué *trois* périodes d'instruction avant-guerre, vous n'avez pas atteint le maximum de 4 *mois* que fixe pour les périodes de réserves l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'Armée. Dans ces conditions, et *quelles que soient vos conditions pour l'avancement*, vous ne pouvez vous soustraire à la période pour laquelle vous êtes convoqué

cette année ; et le sursis, obtenu une fois, ne peut être renouvelé (même art. 49).

Mieux vaut donc vous entendre avec votre Directeur, sur l'époque et le lieu de convocation, qui vous gêneront le moins, *car ayant été maintenu* dans les cadres sur votre demande, vous ne pouvez plus démissionner et ne serez libéré (comme capitaine) qu'à l'âge de 58 ans.

Seule une infirmité incurable ou temporaire vous mettant dans l'impossibilité de remplir vos fonctions durant 6 mois au moins, pourrait vous permettre, sur décision ministérielle, après expertise militaire et passage devant une Commission de réforme, d'être rayé des cadres ou mis en non-disponibilité pour infirmités.

1573. — Maintien dans les cadres. Démission. Périodes d'instruction

Pourriez-vous m'éclairer sur le point de savoir si je dois accomplir une période d'instruction militaire pour laquelle je suis convoqué.

J'ai 54 ans, suis père de 6 enfants, mobilisé pendant toute la guerre, j'ai éte promu médecin capitaine en août 1918.

Envoyé en congé le 26 février 1919, j'ai donc plus de six mois de mobilisation dans mon grade actuel.

Je viens d'accomplir en octobre-novembre 1930, une période d'instruction de 15 jours ; et le Directeur de ma Région me convoque pour une autre période en 1931, alléguant qu'il m'en faut accomplir deux, pour être promu au grade supérieur.

Cela paraît en contradiction avec un article d'un journal des officiers de réserve, article commentant la loi du 8 janvier 1925 (art. 27 et 28).

Réponse.

Vous avez demandé à être maintenu dans les cadres et, jusqu'à 58 ans (avec votre grade actuel de capitaine), vous serez obligé de faire toutes les périodes de réserve pour lesquelles vous serez convoqué, tant que vous n'aurez pas atteint le *total maximum de durée de 4 mois*, fixé par l'art. 49 de la loi sur le recrutement de l'Armée du 31 mars 1928.

Quant aux deux périodes qu'on exige de vous pour passer au grade supérieur (malgré votre temps de front dans votre grade actuel), elles peuvent être exigées si l'autorité militaire ne se trouve pas suffisamment fixée sur vos aptitudes au grade supérieur (Réponse ministérielle au *J. O.* du du 20 février 1931. *Concours Médical*, du 15-3-31, page 868) mais, si vous renoncez au grade supérieur, elles ne sont pas obligatoires au delà de la limite des 4 mois de l'art. 49.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle, J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bonnuier. Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barrand G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand.
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 135. — Rég. lyonn. pays chasse et pêche, proxim. ville import., poste seul méd., gros ch. affaires, possib. augment., à céder cause santé enfant. Indemn. 35.000.

N° 136. — A vend. 5.500, torp. Renault 6 CV. N. N., mécanisme entièrem. remis à neuf, fact. à l'appui ; accessoires. Dr Boulle, 74, bd. Saint-Germain, tél. Odéon 33-50.

N° 137. — Auto Citroen mod. B. 14, 9 CV., en très bon état de marche. Dr Weill, 13, av. des Gobelins, Paris.

N° 138. — A louer chasse en Sologne, 250 ha., dont 2/3 bois et 1/3 plaine. S'ad. M. Hubert de Mautaudoin, Quatre-Vents, Olivet (Loiret).

N° 139. — A louer saison été, jolie vallée normande, maison semi-meublée, six pièces. Dr Humery, La Ferrière-s.-Risle (Eure).

N° 140. — Bon cabinet médical à céder à Vichy.

N° 141. — Dem. confr. ou interne remplacement août, au courant pneumo-thorax thérapeutique et si possible diathermie médicale et U. V.

N° 142. — Jeune méd. marié, 2 enfants, cherche France ou colon. saine, poste import. seul méd. ou avec fixes. Sans apport imméd., payable en deux ou trois ans, selon importance.

N° 143. — Fille méd. disposant plus. appartem. situés à Paris (Champs-Elysées, Auteuil, bd. Saint-Michel, Saint-Augustin) d'un loyer de 12 à 30.000, les réserver de préfér. au corps médical. Ecrire Mlle Coutand, 22, rue de l'Arrivée, Paris.

N° 144. — Ouest. A céder pet. poste suscept. augmentat., chef-lieu cant. gr. ligne, chasse et pêche.

N° 145. — On dem. infirmière secrétaire pour Paris, ayant tout son temps libre, pour hôpital le matin et cab. consultat. l'après-midi. Si pas sténo s'abstenir. S'ad. Dr Lardennois, 4, rue Quentin-Bauchart, Paris.

N° 146. — Touraine. Proxim. gr. ville, poste méd. génér. à céder, chif. aff. import., suscept. augmentat. Maison confort. avec jardins et garage, électr., eau cour., chauff. central. Long bail. Indemn. à débatt.

N° 147. — Près Paris, banl. ouest, très anç. client., pavill. confort. Très gr. facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 148. — Anjou. Excell. client. rurale, facile à desservir, maison très confort. Indemn. 45.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 149. — Sarthe. Très gros poste, maison part., cession avec facil. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Pour les enfants du Dr Racine.** — Nous avons reçu, pour les enfants du Dr H. Racine et transmis au *Phare de France,* de trois confrères qui désirent garder l'anonymat, respectivement, 100 fr., 20 fr. et 100 fr. ; du Dr Huart, de Saint-Quentin, 20 fr. ; du Dr Perrault, de Nueil-sous-les-Aubiers, 25 fr. ; de notre ami Plantier d'Annonay, 1000 fr.

A chacun d'eux, merci !

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu le dimanche 17 mai 1931, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir banquet au Cercle d'Iéna 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 15 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.), à M. le Dr Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). (Chèques postaux : Paris 186.07. Téléphone : Littré 61-43).

— **Le Jubilé du Professeur Hartmann.** — La cérémonie de remise au Professeur Hartmann de sa médaille jubilaire a eu lieu le 3 mai à l'Hôtel-Dieu, dans l'ancien service de l'éminent professeur honoraire de clinique chirurgicale.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Décanat.* — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a réélu doyen M. le professeur Sigalas. M. le Prof. Guyot est élu assesseur.

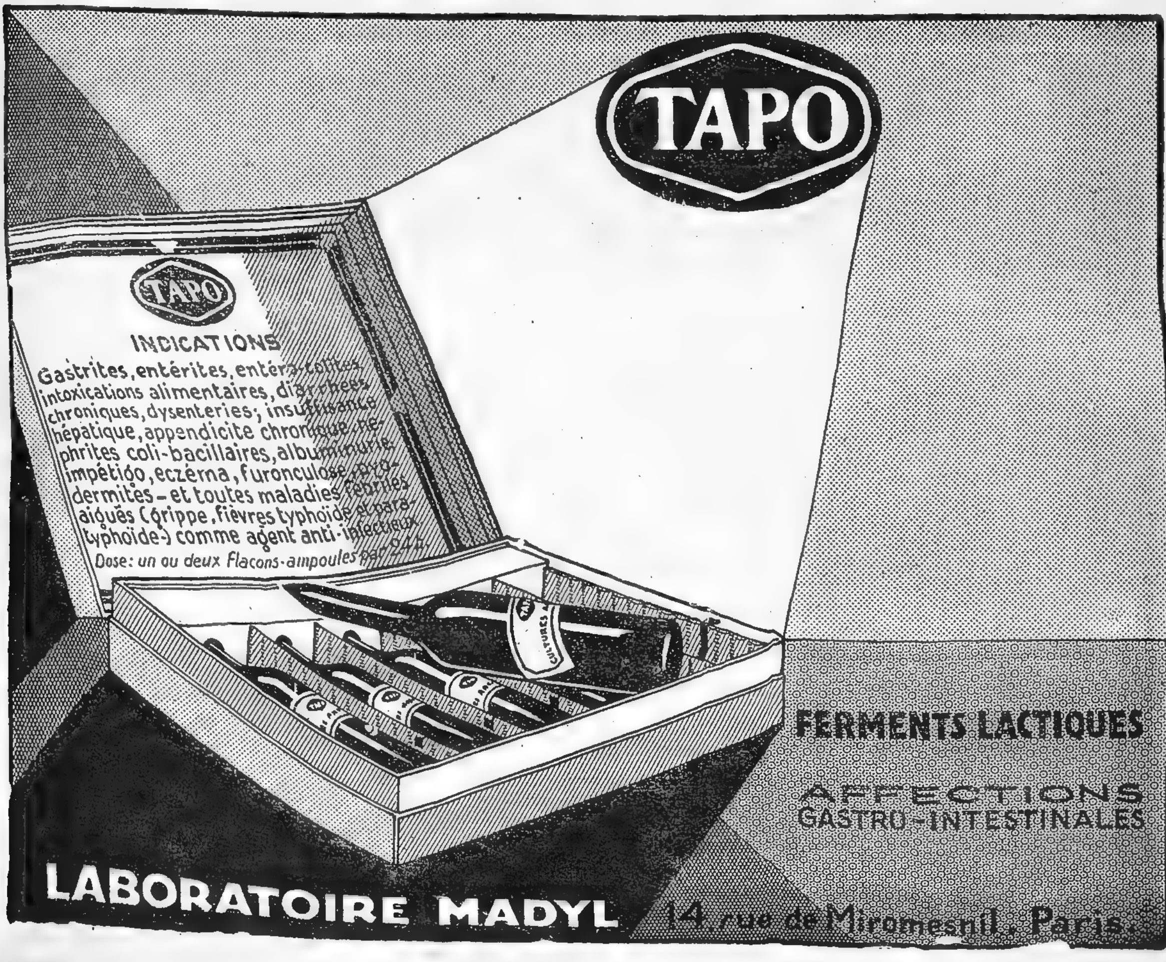
— **Sanatorium de Champrosay.** — L'administration de l'Assistance publique de Paris vient d'ouvrir son nouveau sanatorium sis à Champrosay, dans la partie ouest de la forêt de Sénart. Ce sanatorium, entièrement neuf, comporte plus de 500 lits distribués dans plusieurs pavillons.

— **Société médicale d'Aix-les-Bains.** — Une séance d'études et de discussions se tiendra à Aix-les-Bains, le dimanche 17 mai. Deux rapports seront présentés : 1° La sédimentation globulaire dans le rhumatisme chronique ; 2° la coxarthrie ou arthrite chronique de la hanche.

La réunion se tiendra à l'établissement thermal à 10 h. 15 et les conférences auront lieu à 10 h. 30 et à 16 heures.

Tous ceux que cette question intéresse sont cordialement invités. La municipalité d'Aix-les-Bains se fera un plaisir d'être leur hôte ce jour-là.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire de la Société médicale d'Aix-les-Bains.



— **Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.** *Prix Barthe* (de Saint-Emilion). — Ce prix, d'une valeur de 500 fr. sera décerné à l'auteur d'un bon mémoire manuscrit ou imprimé sur un sujet quelconque de médecine, de chirurgie ou de physiologie.

Le titre de docteur en médecine n'est pas exigé, mais les candidats doivent avoir leurs domiciles dans un des ressorts académiques ressortissant à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le prix peut être accordé à tout ouvrage paru depuis 1926.

Adresser un exemplaire au Dr de Coquet, secrétaire général, 15, rue Professeur-Demons, à Bordeaux.

— **Sanatorium de Ris-Orangis.** — Un poste de médecin assistant (traitement de 22.000 fr., plus avantages en nature) est vacant au sanatorium des cheminots de Ris-Orangis. S'adresser au médecin-Directecteur du Sanatorium, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise).

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 AVRIL

Asiles publics d'aliénés.

Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés qui s'est ouvert à Paris le 27 avril, était composé de MM. les docteurs Santenoise, président ; Riser, Danjean, Courbon, Truelle, Aubry, Leroy et de M. Haye, membres titulaires ; docteurs Alaize et Capgras, membres suppléants.

Service de santé militaire.

Par décision du 9 avril 1931, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A rég. Paris : le méd. command. Charazain, 2e rég. ; les méd. capit. : Devimeux, 6e rég. ; Metzger, 6e rég. ; Gosselin, 10e rég. ; les méd. lieut. : Willot, 1er rég. ; Simard, 4e rég. ; Andrade, 7e rég. ; Peroz, 7e rég. ; Perrier, 7e rég. ; Tétard, 8e rég. ; Hémon, 10e rég. ; Prévost, 11e rég. ; Giraud, 14e rég. ; Marchand, 14e rég. ; Massie, 14e rég. ; Brûlé, 18e rég. ; Schwab, 20e rég. ; Collette, tr. gr. A. E. F., à rég. Paris (p. o.) ; les méd. sous-lieut. : Sterin, 1er rég. ; Guibe, 3e rég. ; Carbuccia, 5e rég. ; Baron, 8e rég. ; Ey, 16e rég.

A 1re rég. : le méd. lieut. Velluot, tr. du gr. Indochine, à 1re rég. (p. o.) ; les méd. sous-lieut. : Fabre, rég. Paris ; Nauwelaerts, rég. Paris.

A 2e rég. : les méd. capit. : Bavelaer, rég. Paris ; Martin, 5e rég. ; les méd. lieut. ; Debray, rég. Paris ; Bonnot, 14e rég. ; le méd. sous-lieut. Dassonville, 3e rég.

A 3e rég. : les méd. lieut. : Boury, 6e rég. : Perrigault, 10e rég. ;

A 6e rég. : le méd. lieut.-col. Collet, 7e rég. ; les

méd. lieut. ; Sanson, rég. Paris ; Estor, 5e rég. ; le méd. sous-lieut. Relliaud, rég. Paris.

A 7e rég. : le méd. lieut. Daujat, tr. Tunisie.

A 8e rég. : le méd. command. Merle, 2e rég. ; les méd. lieut. : Barelle, 14e rég. ; Verger, 14e rég. ; Rolot, 20e rég.

A 10e rég. : le méd. capit. Huyghes de Beaufond, rég. Paris ; le méd. lieut. Reulos, rég. Paris ; le méd. sous-lieut. Savoure, rég. Paris.

A 12e rég. : le méd. sous-lieut. Faure, rég. Paris ;

A 13e rég. : le méd. lieut. Lemariée, rég. Paris ; les méd. sous-lieut. : Pigehon, 5e rég. ; Charret, 14e rég.

A 14e rég. : le méd. command. Morras, tr. Maroc ; le méd. lieut. Dumollard 13e rég.

A 15e rég. : les méd. command. : Joyeux, 4e rég. ; Lutaud, 20e rég. ; le méd. capit. Goutenègre, 17e rég. ; les méd. lieut. : Alet, 14e rég. ; Bertrand, 16e rég. ; Martin, 16e rég. ; le méd. sous-lieut. Richaud, 16e rég.

A 16e rég. : les méd. lieut. : Dorvault, 11e rég. Durand, 11e rég.

A 17e rég. : le pharm. lieut. Cruzel, 15e rég.

A 18e rég. : le méd. capit. Lataillade, 20e rég. ; le méd. lieut. Sicard, rég. Paris ; le méd. sous-lieut. Lacassie, 1re rég.

A 19e C. A. : le méd. lieut.-col. Michel, 15e rég. ; les méd. sous-lieut. : Maure, 14e rég. ; Palau, 16e rég.

Aux tr. Tunisie : le méd. lieut. Rapp, 20e rég

Aux tr. du Maroc : le méd. command. Delorme, tr. Tunisie ; le méd. capit. Laban, 16e rég. ; les méd. lieut. : Comte, 14e rég. ; Higue, 17e rég.

Aux tr. du Levant : le méd. lieut. Froge, 2e rég.

Aux tr. du gr. A. O. F. : le méd. capit. Constantin, 15e rég.

21 AVRIL

Médecine sanitaire maritime

Centres d'examen pour les fonctions de médecin sanitaire maritime.

Par arrêté du 18 avril 1931, l'article 1er de l'arrêté du 16 octobre 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les jurys pour l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime sont constitués dans les villes et aux époques ci-après :

« Marseille (mars) ;

« Paris (juillet) ;

« Bordeaux (octobre). »

22 AVRIL

Enseignement de la médecine.

M. Dupérié, professeur sans chaire à la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur de médecine expérimentale à ladite Faculté (chaire vacante, M. Maurice, dernier titulaire).

23 AVRIL

Service de santé militaire.

Par décret du 20 avril 1931, sont nommés dans le

cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant :

Les méd. aux titres brev. P. M. S. : (rang 18 mars 1931) : Berge, 32ᵉ sect. inf. mil., aff. tr. Maroc ; (20 mars 1931) : Houriez, 1ʳᵉ sect. inf. mil., aff. 1ʳᵉ rég.

Non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure (13 février 1931) : Robert, 3ᵉ sect. inf. mil., aff. 3ᵉ rég. ; (20 mars 1931) : Michel, 3ᵉ sect. inf. mil., aff. 3ᵉ rég. ; (22 mars 1931) ; Ficonetti, 2ᵉ sect. inf. mil., aff. 2ᵉ rég.

24 AVRIL

Lutte antituberculeuse.

Loi du 18 avril 1931 accordant des congés spéciaux de longue durée aux militaires ainsi qu'aux fonctionnaires civils soumis au régime des pensions militaires qui sont atteints de tuberculose ouverte.

Cette loi sera publiée ultérieurement.

Accidents du travail.

Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques.

Par arrêté du 22 avril 1931, est nommé membre de la 1ʳᵉ section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, M. André Baudet, président de la chambre de commerce de Paris, en remplacement de M. Pascalis, démissionnaire.

Service de santé militaire.

Par décret du 21 avril 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(Rang du 15 mars 1931), les méd. aux. tit. brev. P. M. S. :

Cheyssial, 22ᵉ sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Durel, 22ᵉ sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Quetin, 22ᵉ sect. inf. milit., aff. 15ᵉ rég. ; Rommel, 1ʳᵉ sect. inf. milit., aff. 1ʳᵉ rég. ; Mazeyrie, 12ᵉ sect. inf. milit., aff. 12ᵉ rég. ; Bassaget, 16ᵉ sect. inf. milit., aff. 16ᵉ rég. ; Cartault, 23ᵉ sect. inf. milit., aff. 20ᵉ rég.

Non titul. brev. P. M. S. (rang 20 mars 1931) : Auzeloux, 22ᵉ sect. inf. milit., aff. rég. Paris.

25 AVRIL

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Intérieur, M. le Dʳ Sevène, conseiller général, maire de Mont-Louis (Pyrénées-Orientales).

26 AVRIL

Stations climatiques.

Par décret du 18 avril 1931, la commune de Saint-Briac (Ille-et-Vilaine) est érigée en station climatique.

Pensions militaires.

Décret du 23 avril 1931 modifiant le guide-barème des invalidités en ce qui concerne les amputations.

Ce document sera publié ultérieurement.

Service de santé de la marine militaire.

Ecole principale du Service de santé.

Par décision du sous-secrétaire d'Etat en date du 20 avril 1931, le nombre des candidats à admettre à l'école principale du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1931 pourra, suivant les résultats des examens, atteindre les chiffres maxima ci-après :

Ligne médicale.

90 places, dont 18 pour la marine, et 72 pour le corps de santé des troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique.

3 places réservées uniquement aux troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 7 et 8 juillet 1931 à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger dans les conditions fixées par l'avis de concours publié au *Journal officiel* du 29 janvier 1931.

28 AVRIL

Maladies professionnelles.

Commission supérieure des maladies professionnelles.

Par décret du 25 avril 1931, sont nommés membres de la commission supérieure des maladies professionnelles, en dehors des membres de droit :

MM. Auribault, le professeur Balthazard, le professeur Léon Bernard, Biot, le docteur Bordas, Dubois, Fleurent, Florentin, Gounod, Guyard, le professeur Heim de Balsac, Lambert-Ribot, Lapierre, de Lavergne, Leven, le docteur Martin, le docteur Meillère, le docteur Netter, Panissal, Parent, Puge.

Par arrêté du 27 avril 1931, M. Lancien, sénateur du Finistère, a été nommé président de cette Commission.

Assistance publique.

Arrêté du 24 avril 1931 relatif aux élections du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Art. 1er. — La date des élections du conseil supérieur de l'assistance publique est fixée au 13 mai 1931.

Art. 2. — Les élections auront lieu au scrutin de liste dans quatre collèges électoraux ainsi constitués :

Les représentants des hospices ou hôpitaux ayant plus de 30.000 fr. de recettes ordinaires, à l'exception de ceux des villes de Paris et de Lyon.

Les représentants des bureaux de bienfaisance ayant plus de 10.000 fr. de recettes ordinaires, à l'exception de ceux de l'assistance publique de Paris.

Les représentants des œuvres de bienfaisance privée reconnues d'utilité publique du département de la Seine.

Les représentants des œuvres de bienfaisance privée reconnues d'utilité publique des autres départements et des œuvres enregistrées du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Art. 3. — Les listes des électeurs seront publiées au *Journal officiel* dix jours au moins avant l'élection.

Art. 4. — Huit jours au moins avant l'élection, il sera procédé par les commissions administratives des hospices ou hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, appelés à participer à l'élection, à la désignation d'un délégué mandaté à cet effet pour chaque établissement.

Art. 5. — Le secret du vote sera assuré à l'aide de doubles enveloppes portant comme inscription : « M. le ministre de la Santé publique, secrétariat général du conseil supérieur de l'Assistance publique, 49, rue de Miromesnil, Paris (8e). » A l'intérieur sera un pli fermé contenant le bulletin de vote, pli auquel sera joint, soit un extrait de la délibération désignant le délégué de chaque commission administrative, soit l'indication sur feuillet volant de l'œuvre et du nom de son président.

Art. 6. — Dans la semaine qui suivra la date ci-dessus fixée pour l'élection, le dépouillement des votes aura lieu, au ministère de la Santé publique, par les soins d'une commission composée de MM. Berthélemy, président du conseil supérieur, Ogier et Paul Morel, vice-présidents, Leredu, Bienvenu-Martin et Mirman, présidents de sections, et Rondel, secrétaire général, avec le concours de deux secrétaires du conseil.

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance assistera au dépouillement ou s'y fera représenter.

Les noms des membres proclamés élus seront publiés au *Journal officiel.*

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Affectation des militaires sursitaires.

12572. — M. Pierre TAITTINGER, demande à M. le Ministre de la Guerre si la décision ministérielle nº 9951 1/11, du 29 septembre 1930, concernant l'affectation dans la localité où ils faisaient leurs études des militaires sursitaires incorporés au mois d'octobre 1929 ne sera pas étendue aux militaires sursitaires incorporés au mois d'octobre 1930 désirant faire acte de scolarité au mois d'octobre 1931 dans leurs facultés, et s'ils pourront bénéficier des avantages accordés précédemment ! (*Question du* 31 *mars* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative. (*J. O.* 28 avril 1931.)

Caractère obligatoire des périodes d'instruction.

12524. — M. René Burtin demande à M. le Ministre de la Guerre si un officier de réserve (service vétérinaire), classe 1919, peut être obligé à faire une période, même s'il ne désire pas changer de grade. (*Question du* 30 *mars* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative. Le fait, pour un officier de réserve, de renoncer à tout avancement, ne saurait dispenser l'intéressé des obligations qui lui sont imposées, en matière de périodes d'exercice, d'une part par la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves, d'autre part par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

(*J. O.*, 28 avril 1931.)

Déclaration des enfants sans vie

11986. — M. Albert Sérol expose à M. le Ministre de la Justice que « l'acte de déclaration d'enfant sans vie » s'applique non seulement aux mort-nés, mais aussi aux nouveau-nés, décédés dans le délai de trois jours, avant que la déclaration de leur naissance ait été faite à l'état civil ; et lui demande, dans l'hypothèse où après un accouchement, dans une petite commune, la mère et l'enfant ont été transportés immédiatement à l'hôpital de la ville voisine, où le nouveau-né est décédé, si l'acte de « déclaration d'enfant sans vie » doit être dressé par l'officier de l'état civil du lieu de l'accouchement ou par celui de la commune où le nouveau-né est décédé. (*Question du* 25 *février* 1931.)

Réponse. — Aucun texte ne détermine, dans l'espèce signalée, la compétence *ratione loci* de l'officier de l'état civil. C'est donc à l'autorité judiciaire seule qu'il appartiendrait, dans le silence de la loi, de se prononcer le cas échéant sur la compétence de l'officier de l'état civil qui aurait reçu « l'acte de déclaration d'enfant sans vie » et d'apprécier la validité de cet acte. Néanmoins, et sous cette réserve, il semble que, l'acte de déclaration d'enfant sans vie ayant le caractère d'un acte de décès, ce soit plutôt l'officier de l'état civil de la commune où le décès est intervenu que celui du lieu de naissance qui ait compétence pour constater le décès et pour dresser l'acte. (*J. O.*, 28 avril 1931.)

Un assuré social blessé du travail n'a pas de cotisation à verser.

12168. — M. Ernest Flandin demande à M. le Ministre du Travail si un ouvrier, accidenté du travail, et ne touchant, par suite, que son demi-salaire, est tenu à verser sa cotisation au titre des assurances sociales, pendant l'interruption de son travail. (*Question du* 6 *mars* 1931.)

Réponse. — Réponse négative. Il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'article 60 de la loi du 30 avril

1930, l'ouvrier considéré conserve ses droits aux prestations des assurances sociales pendant son interruption de travail pour lui, son conjoint, et leurs enfants à charge, s'il remplissait, au moment de l'accident, les conditions légales de versements. Il peut, toutefois, en vue d'éviter toute perte de droit en cas de maladie ou d'accident survenant après la reprise de son travail, effectuer des versements facultatifs dans les conditions fixées par le décret du 27 août 1930, pour les journées qui n'ont pas donné lieu au payement des cotisations obligatoires.

(*J. O.*, 28 avril 1931.)

Etablissement de la liste des médecins experts.

12474. — M. Louis Proust, demande à M. le Ministre de la Justice : 1° si les tribunaux de première instance, qui, au début de l'année judiciaire, établissent la liste des médecins experts près les tribunaux soumise aux cours d'appel, doivent obligatoirement comprendre dans cette liste les docteurs en médecine français, titulaires du diplôme de médecine légale et de psychiatrie de la faculté de médecine de Paris, si ces titulaires sollicitent leur inscription sur cette liste ; 2° si les cours d'appel doivent, dans ces conditions, désigner obligatoirement comme experts les titulaires dudit diplôme, à l'exclusion ou non de tous autres docteurs ; 3° dans les cas de l'affirmative ou de la négative, s'il existe des textes ou circulaires officielles s'appliquant aux titulaires dudit diplôme, quels sont-ils et dans quel recueil ou journal on peut les trouver. (*Question du* 26 *mars* 1931.)

Réponse. — Les cours d'appel ne peuvent choisir les médecins experts que parmi les docteurs en médecine, de nationalité française, demeurant dans le ressort de la cour d'appel et ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale. Cette dernière condition n'est pas exigée des docteurs munis soit du diplôme de l'université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiatrie », ou d'un diplôme analogue créé par d'autres universités (décret du 21 novembre 1893, modifié par le décret du 10 avril 1906). Il résulte de ces dispositions que les tribunaux, dans leurs propositions, et les cours d'appel, dans leur désignation, ne doivent pas obligatoirement inscrire sur les listes d'experts tous les docteurs médecins munis du diplôme susvisé. Le décret du 10 avril 1906 a été inséré au *Journal officiel* du 12 du même mois, et se trouve dans les recueils privés des codes et lois. Une circulaire de la chancellerie du 12 avril 1906, (*Bulletin officiel* du ministère de la justice, p. 46) a appelé l'attention des magistrats sur cette disposition.

(*J. O.*, 28 avril 1931.)

Voir la suite page LXIII-1571

PROPOS DU JOUR

Hommage rendu à Louis Pasteur en Italie

Inauguration d'une plaque commémorative du séjour de Pasteur à Villa Vicentina

Le *Concours médical* a résumé « *Le Souvenir de Pasteur à Villa Vicentina* » (1), dans lequel le très distingué Consul général de France à Trieste, M. René Dollot, évoquant le séjour en Frioul de notre illustre compatriote, rappelait comment il y poursuivit ses travaux sur la maladie des vers à soie et formulait le vœu qu'une plaque commémorative fut apposée sur la maison qu'il habita pour en perpétuer la mémoire.

Ainsi que nous l'avons annoncé en reproduisant son étude sur Pasteur et l'Italie (2), la suggestion de notre Consul général a été relevée par la *Société adriatique des Sciences naturelles* et le 19 avril, une plaque commémorative dont l'inscription est due à un écrivain de grande valeur, M. Silvio Benco, a été inaugurée. Un de nos amis a bien voulu nous renseigner sur cette cérémonie et nous adresser le texte suivant de l'inscription :

Calma dimora
dal 25 novembre MDCCCLXIX
al VI Luglio MDCCCLXX
qui arrise
a
Luigi Pasteur
il grande scienziato
intento
col vigore della ritemprata salute
agli studi sul baco da seta
inserti nella sua opera immortale
benedetta
dall'umanità.

« *Cette paisible demeure accueillit du* 25 *novembre* 1869 *au* 6 *juillet* 1870 *Louis Pasteur, l'illustre savant. Dans la plénitude de sa santé recouvrée, il se consacra ici aux études sur le ver à soie, enchâssées dans son œuvre immortelle bénie par l'humanité.* »

De Trieste s'étaient rendues à Villa Vicentina un certain nombre de personnes appartenant au monde politique et scientifique. M. Dollot était notamment accompagné du Dr Alfred Brunner, praticien éminent, médecin du Consulat général, et l'un des élèves les plus distingués de M. Calmette, de MM. Pierre Regazzi, président de la Colonie française, et André Rochet, vice-consul. On remarquait aussi le Dr Arturo Castiglioni, professeur à l'Université de Padoue, dont l'ouvrage monumental sur l'Histoire de la médecine a fait ici l'objet d'un de nos récents « Propos du Jour » (1), le Prof. Furlani, connu par son beau livre sur la télévision, ainsi que le Prof. Morpurgo, recteur honoraire de l'Université de Trieste et biographe de l'éminent chimiste italien, Chiozza.

La remise de la plaque au propriétaire de la villa Elisa, M. Ciardi, qui l'a rachetée aux héritiers de l'impératrice Eugénie à la mort de celle-ci, a été effectuée par M. le Prof. Ravasini, l'un des chefs de service de l'hôpital de Trieste, président de la Société adriatique des Sciences naturelles de Trieste. M. René Dollot, Consul général de France, lui a répondu par le discours suivant où, rappelant les services de Pasteur, son rôle à Villa Vicentina, il a dégagé le sens de la manifestation :

Messieurs,

La mémoire des hommes, fidèle gardienne des terreurs de jadis, conserve le souvenir épouvanté des maux qui désolèrent le monde aux siècles passés, le choléra ou la peste, venus d'Asie, la lèpre à laquelle s'attache une sorte de poésie tragique et légendaire, la rage dont l'atteinte imprévue et sans merci revêt un caractère de particulière atrocité. Lorsqu'au soir de sa vie, Pasteur en découvrit le vaccin, sa gloire qui semblait à son apogée, atteignit les suprê-

(1) 2 novembre 1930.

(2) 29 mars 1931. — Mentionnons que le 15 avril, le « Piccolo della Sera di Trieste » a publié la traduction de cet article pour inaugurer la semaine de Pasteur, et que le même jour, dans le grand amphithéâtre de l'Université, le Prof. Ravasini, président de la Société adriatique des Sciences naturelles de Trieste, a fait une belle leçon sur l'œuvre de notre compatriote en présence du préfet et de diverses autorités locales.

(1) V. *Le Concours médical*, le 12 avril 1931 : « Propos du jour : « L'évolution historique de la pensée médicale ».

mes sommets et ses travaux antérieurs environnés déjà de tant de prestige parmi ses pairs, de tant de gratitude parmi ceux qui en avaient éprouvé les bienfaits, virent leur éclat s'atténuer dans le rayonnement de la découverte nouvelle.

Votre mérite est d'avoir voulu rappeler une des étapes, non pas certes oubliée ni méconnue, mais avec le temps moins familière à notre mémoire, de l'illustre carrière du savant franc-comtois. M. le Prof. Ravasini l'a très élégamment évoquée dans la conférence si sobre et si compréhensive à la fois que nous avons eu le plaisir d'applaudir le 15 avril dans la grande salle de l'Université. Il vous a montré Pasteur, cédant aux instances de J.-B. Dumas, suspendant ses autres travaux pour gagner Alès où, lui qui ne s'était jamais occupé des vers à soie, va saisir le secret de leur maladie, restituer la prospérité à la Provence et Mireille à son chant.

Mais les grandes découvertes ont toujours rencontré des sceptiques parmi ceux-là même que leur expérience aurait dû préparer à les accueillir. Il en fut ainsi de celles de Pasteur. Bien que beaucoup de vous soient encore sous l'impression des paroles de M. le Prof. Ravasini, il voudra bien m'excuser devant cette maison qui fut celle de mon illustre compatriote, à laquelle son souvenir demeure indissolublement attaché, de dire à mon tour en quelques mots comment, pour lui permettre de triompher des attaques dont son œuvre était l'objet et l'aider à rétablir sa santé compromise, le Maréchal Vaillant, ministre de la Maison de l'Empereur Napoléon III, et son confrère à l'Institut, eut l'idée de lui confier une mission en Frioul. De même qu'aux bords du Rhône, la maladie des vers à soie y étendait ses ravages. Elle y sévissait particulièrement dans le beau domaine qui nous entoure et que le prince impérial, voué à un si tragique destin, venait d'hériter de la Comtesse Camerata, cette fille étrange d'Elisa Biaciocchi, l'aînée des sœurs de Bonaparte, que Waterloo avait amené en 1818 à se fixer parmi vous.

Le 25 novembre 1869, le grand chimiste qu'accompagnait sa famille, arrivait à Villa Vicentina. « Ce « fut, écrit M. René Vallery-Radot, auquel nous de- « vons une biographie du maître toute pénétrée de « piété filiale, une période non de repos, mais de « grand calme, sous un ciel pur, dans un travail ré- « gulier ». Une récolte brillante allait bientôt sanctionner les nouvelles expériences de Pasteur et longtemps l'année 1870 qui, pour les sériciculteurs frioulans marqua le retour du bien-être, devait rester l'année d'or.

Quand, le 5 juillet, il dit adieu à la Vénétie, un livre résumait ses travaux et la démonstration de la valeur de sa méthode était achevée. Nulle part elle ne devait rencontrer un assentiment plus complet que dans votre région où il avait trouvé auprès de Luigi Chiozza, l'éminent chimiste triestin, son voisin de campagne, une intelligence et une sympathie qui devait s'affirmer aux jours d'épreuves, où, le 15 décembre, le Congrès international de sériciculture, réuni à Goritz, lui votait une adresse que rendait plus touchante encore le deuil de sa patrie.

Soixante ans se sont écoulés. Vous avez prouvé, Messieurs, que vous n'avez pas oublié. Au moment où vous inaugurez cette plaque commémorative dont Silvio Benco, héritier fortuné du talent épigraphique d'Attilio Hortis, a si heureusement dicté l'inscription, laissez-moi vous exprimer, avec la gratitude de la famille du maître et celle de l'Institut Pasteur qui m'ont prié d'être leur interprète auprès de vous, celle aussi du Consulat général de France.

Le nom du grand savant que vous avez voulu honorer est de ceux qui rapprochent. Rappelons-le d'un cœur fraternel, car il n'évoque entre nos deux pays que des souvenirs d'amitié, legs inestimables du passé, heureux présage d'avenir.

Puis, le cortège s'est dirigé vers la localité voisine de Scodavacca où a été inaugurée également une plaque commémorative sur la maison du chimiste triestin Chiozza. Luigi Chiozza, élève du célèbre chimiste français Gerhardt, professeur de l'Université de Strasbourg, dont il suivit les cours, à Paris, rue Monsieur-le-Prince, disciple, voisin, ami de Pasteur, devait prodiguer à l'illustre maître les témoignages du plus affectueux dévouement en 1870.

Le Consul général de France a tenu à s'associer à cette manifestation par la brève allocution suivante :

Messieurs,

Au témoignage que M. le Prof. Ravasini vient d'apporter à Luigi Chiozza, dont nous a jadis entretenu avec une compétence si avertie et un respect presque filial M. le Prof. Morpurgo, permettez-moi de joindre l'hommage du Consulat général de France.

Le nom de ce chimiste distingué est indissolublement lié au souvenir du séjour de Pasteur en Frioul. C'est à son initiative, en effet, que sont dues les offres qui furent faites à mon illustre compatriote pendant la guerre de 1870-71 de la direction d'un laboratoire et d'un grand centre de sériciculture à Milan, plus tard, d'une chaire à Pise.

C'est pourquoi vous trouverez légitime qu'à l'heure où nous venons d'inaugurer à Villa Vicentina la pierre qui y éternisera le souvenir de Pasteur, j'apporte à Chiozza l'expression de la gratitude française.

Une réception offerte par la famille Chiozza a clos cette dernière manifestation. Des toasts cordiaux ont été portés par un des descendants du chimiste triestin, le Prof. Ravasini et le Consul général de France. Et comme M. René Dollot est appelé à quitter très prochainement Trieste pour aller gérer le très important consulat géné-

ral de France à Milan, le Prof. Castiglioni a tenu à le saluer au nom des assistants, rappelant qu'il avait consacré une partie de son activité à retracer le séjour des français illustrés en Vénétie-Julienne et notamment celui de Pasteur.

A onze heures et demie du matin, la double cérémonie était terminée, ajoutant une nouvelle page et non la moindre à l'histoire de ces lieux tout remplis de souvenirs français. Ce fut là en effet que mourut Elisa Baciocchi, la sœur aînée de Napoléon ; que Fouché vint en villégiature chez l'ex Grande Duchesse de Toscane ; ce fut encore de là que partit pour essayer de rendre l'Aiglon à sa mission, comme l'a rappelé Rostand, la Comtesse Camerata ; enfin, gloire suprême, ce fut ce lieu que Pasteur illustra de son génie.

Nous avons tenu à rendre compte ici de cette fête, car il est dans les traditions du *Concours médical* d'apporter sa contribution aux efforts faits pour rapprocher les intellectuels, et plus particulièrement les médecins de divers pays. C'est pour cela que nous ne négligeons jamais de prendre part aux manifestations de l'*Union Médicale latine* (UMFIA), de collaborer dans la mesure du possible à l'œuvre si intéressante de *l'Association pour le développement des relations médicales* (A. D. R. M.), de faire connaître les résultats obtenus par l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) que son excellent secrétaire, notre ami Decourt, veut bien nous communiquer.

En collaborant au rapprochement des savants et des médecins des divers pays, nous pensons faire acte de patriotisme éclairé et contribuer dans une modeste mesure à l'apaisement des conflits internationaux et à la Paix du monde. Et c'est pourquoi nous sommes heureux de signaler les efforts faits par M. R. Dollot pour amener nos amis d'Italie à évoquer le séjour chez eux de notre grand Pasteur, et à le féliciter d'avoir vu le Gouvernement de la République reconnaître ses éminents services et sa valeur en lui confiant le très important consulat de Milan.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Conférences de gastro-entérologie du dimanche matin (1)

(SALPÊTRIÈRE)

LES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'AMIBIASE INTESTINALE

par René A. GUTMANN,

Médecin des hôpitaux de Paris,
Chargé des consultations du tube digestif de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

La dysenterie amibienne était, naguère, une maladie presque exclusivement tropicale et dont on ne reconnaissait en France que d'assez rares cas chez des sujets arrivant des pays infestés. Certains auteurs pourtant, Chauffard, Landouzy, Debré, commençaient déjà à soupçonner l'importance des cas autochtones ou méconnus. La guerre, avec le brassage des peuples qu'elle amena, a transformé complétement nos idées sur la question.

L'amibiase, telle que nous la connaissons maintenant, est une infestation des divers appareils de l'organisme par l'amibe dysentérique. L'amibiase intestinale n'est plus que sa localisation la plus fréquente.

C'est une maladie chronique, à réveils aigus ou subaigus, à très longues latences ; ses expressions cliniques sont multiples : très rarement, on observe le « syndrome dysentérique aigu », la « dysenterie amibienne » ; bien plus souvent, il s'agit de formes anormales ou larvées.

Quelle que soit sa fréquence, l'amibiase intestinale est une source continue d'erreurs. Si l'on examine d'ensemble les causes qui troublent le diagnostic, on peut y distinguer quatre ordres de faits :

L'amibiase, en effet, est méconnue :

(1) Conférence du dimanche 22 février 1931.

1) Parce que tout, dans les *notions étiologiques*, semble écarter ce diagnostic ;

2) Parce que les aspects cliniques sont tellement *anormaux* que rien ne fait penser à l'amibiase ;

3) Parce que les aspects cliniques sont d'ordre tellement *banal et léger* que, là encore, le diagnostic fuit ;

4) Enfin, à cause des *difficultés de laboratoire* qui s'opposent à son identification.

Ces quatre groupes de faits nous serviront à passer en revue les difficultés pratiques du diagnostic. Nous étudierons ensuite le traitement.

I. Anomalies étiologiques

1) Lorsqu'un malade, se plaignant de désordres abdominaux, arrive d'un pays contaminé, on pense vite à la « dysenterie ».

Mais en pratique, très souvent, l'époque du séjour infectant est déjà *éloignée.*

Il est fréquent de voir se plaindre de troubles, que l'avenir démontrera amibiens, des individus jusque là sans accidents et qui ont séjourné en Extrême-Orient, en Egypte, en Amérique latine, 5, 10, 15 ans même auparavant. Manson Bahr et Tait (1) ont même observé deux sujets à phénomènes amibiens nets, auparavant bien portants et contaminés, l'un 20 ans, l'autre 30 ans plus tôt.

Le séjour infectant peut avoir été très *court* ; j'ai soigné deux malades dont l'un, architecte, était, 7 ans plus tôt, resté un mois en Indo-Chine et dont l'autre, médecin, avait, 5 ans auparavant, contracté une dysenterie légère et d'apparence passagère pendant un voyage de 10 jours en Egypte.

Pendant ce séjour parfois si lointain, parfois si bref, le malade a pu n'avoir que des *troubles très estompés* qui ne lui permettent même pas, à l'interrogatoire, de bien renseigner le médecin ; il ne faut pas croire en effet que, dans les pays chauds, l'amibiase ne se traduise que par de grands tableaux dysentériques. Même là, les formes larvées sont plus fréquentes que les formes nettes (2).

2) Ce séjour en pays chauds peut même *manquer.* Nous voyons actuellement encore un grand nombre d'amibiens contaminés pendant la guerre sur le front d'Orient ou sur le front français. Parfois le diagnostic de dysenterie a été fait. Plus souvent, on a soigné le malade de façon symptomatique pour un de ces accidents légers dont beaucoup d'auteurs, Ravaut principalement, Carles, Dopter, Mouriquand et Deglos, montrèrent, à l'époque, qu'ils étaient dysentériques. En général même, on ne peut retrouver à l'interrogatoire aucun détail net ; le malade a commencé à avoir, pendant ou peu après la guerre, des troubles intestinaux, et l'on décèle l'amibiase des années plus tard.

3) Bien souvent enfin, *toute notion étiologique fait défaut.* Le malade n'a jamais été en pays infesté, il n'a pas été en rapports avec un colonial, il n'a pas eu le moindre trouble intestinal pendant la guerre, et l'on découvre chez lui une amibiase nette. Dans une statistique de Bensaude, Cain et Terrial (1), sur 68 dysentériques, 34 avaient fait un séjour en pays chauds ; 6 avaient vécu avec des coloniaux ; 28 n'avaient aucune cause de contagion décelable.

J'ai observé divers cas de ce genre. Plusieurs d'entre vous ont vu ces jours-ci, à la consultation, cette jeune parisienne atteinte de dysenterie amibienne aiguë avec amibes virulentes dans les selles. Elle n'a jamais quitté Paris, mais travaille dans un bureau d'un ministère où fréquentent surtout des coloniaux.

Il y a quelques années, je vois, également à ma consultation de gastro-entérologie, à la Salpêtrière, une jeune ouvrière couturière de 18 ans, qui se plaint d'avoir depuis 15 jours plusieurs selles par jour. Je lui donne un traitement banal, pensant à une colite aiguë passagère. Une dizaine de jours plus tard, elle revient ; elle a maigri, ses selles se sont multipliées, sont douloureuses, sanglantes. L'examen microscopique fait à ce moment montre des amibes histolytiques en grande abondance L'émétine guérit tout en peu de jours. Je fais une enquête qui est négative. La malade n'a jamais quitté Paris, ne connaît personne qui ait séjourné aux pays chauds, qui ait eu de la dysenterie. L'origine de cette amibiase demeure inconnue.

Quelque temps plus tard, je reçois chez moi la visite du directeur de la maison où travaille cette jeune fille. Il a appris que je cherchais s'il n'y avait pas, autour d'elle, de personnes ayant été aux Colonies et c'est à ce sujet qu'il vient me voir. Il est alsacien. En 1914, il est passé en France, il a été mobilisé et il a été envoyé en Indo-Chine. Il y est resté 1 an, il n'a jamais eu de dysenterie ; seulement depuis cette dizaine d'années, il a tous les matins 2 ou 3 selles pâteuses et c'est tout. L'examen de ces selles, que je fais pratiquer, montre des amibes dysentériques authentiques. J'apprends enfin qu'à une époque qui correspond au début des troubles de la jeune malade, les latrines du magasin ont été obstruées pendant un jour et qu'il a pu y avoir ainsi souillure et contamination.

Si j'ai rapporté cette observation, c'est qu'un hasard heureux m'a permis de connaître l'étiologie exacte et doublement anormale de cette dysenterie. Mais que de cas restent non élucidés ! Il

(1) Manson Bahr et C. V. Tait. — Sympt. de l'amib. intest. (*Lancet*, 26 nov. 1929, p. 1028.)

(2) M. James. — Comptes rendus de la Confér. scient. internat. de l'Amérique tropicale, 1924, p. 273.

(1) Bensaude, Cain et Terrial. — Remarques sur 103 cas d'amibiase. (Société de gastro-entérol., 10 fév. 1930.)

suffit de penser aux nombreuses causes de contagion possibles : w. c. de restaurants, d'hôtels, de chemins de fer fréquentés par des coloniaux ; contamination possible par le linge chez des blanchisseuses (1) ; par les mains (2) ; par les souliers ; par les mouches peut-être (Patrick Monson), les rats (Chiang) (3) ; par des salades souillées d'un engrais infecté ; par les aliments même contaminés par un cuisinier ou un garçon d'hôtel. Dans un hôtel de Chicago, par exemple (4) éclatent de temps en temps des cas aigus ou subaigus d'amibiase ; on fait une longue et inutile enquête. Finalement on décide de pratiquer l'examen systématique et répété des selles de tout le personnel et l'on trouve un cuisinier, non dysentérique, mais porteur d'amibes pathogènes. En toute occasion d'ailleurs ce rôle des porteurs sains d'amibes paraît considérable.

En résumé, je concluerai qu'on ne peut tenir comme arguments contre un diagnostic d'amibiase :

Ni la longueur du temps écoulé depuis le séjour en pays infesté,

Ni la brièveté de ce séjour,

Ni l'atténuation des premiers accidents,

Ni même, on le voit, l'absence apparente de toute notion étiologique.

II. Anomalies cliniques

Jusqu'ici l'étiologie seule était entourée de mystère, mais nous avions supposé des accidents actuels qui pussent aider au diagnostic.

En réalité, très souvent ces accidents eux-mêmes sont tellement anormaux qu'ils contribuent plutôt à égarer le clinicien.

Nous allons étudier les divers aspects qu'ils peuvent présenter.

Formes hémorragiques. — Il est classique de voir les selles des dysentériques contenir un peu de sang ; il est moins connu que l'amibiase puisse provoquer des hémorragies intestinales pures. J'en ai observé plusieurs cas.

Le dernier concerne une jeune femme venant d'une de nos colonies d'Extrême-Orient où elle avait présenté depuis plusieurs semaines des hémorragies rectales. Les examens radiologiques et rectoscopiques, faits dans cette colonie et refaits en France, n'avaient montré aucune lésion, sinon quelques hémorrhoïdes. Il n'y avait, en dehors des hémorragies, aucun symptôme digestif. Divers traitements locaux avaient été inopérants. Mais, même dans ce pays amibien, on n'avait pas, devant cette symptomatologie et en présence d'examens négatifs, institué de traitement d'épreuve.

Au cours du séjour en France, les hémorroïdes furent opérées, mais les hémorragies continuèrent et c'est dans ces conditions que le chirurgien m'adressa la malade. Je trouvai une jeune femme très anémiée, qui plusieurs fois par jour présentait, comme avant l'intervention, des émissions pressantes de sang rouge pur.

La malade devait rembarquer peu de temps après. Sans demander, à cause du court délai, aucun examen des selles, et me fondant sur la notion du pays qu'habite cette jeune femme je tente, de façon, il faut bien le dire, tout à fait empirique, un traitement à l'émétine. Dès le deuxième jour, les hémorragies s'arrêtent ne reparaissent plus ; la guérison s'est maintenue en Extrême-Orient sous l'influence de cures d'émétine.

J'ai observé deux autres cas analogues, mais peut-être moins frappants parce que dans l'un et l'autre, on retrouvait par l'interrogatoire une dysenterie ancienne. L'examen des selles montra une fois des amibes vivantes, une autre fois des kystes. Je n'ai fait de rectoscopie dans aucun de ces deux cas, le diagnostic ayant été orienté immédiatement et le traitement commencé et efficient.

Rachet (1) a publié, dans le même ordre d'idées, une observation tout à fait complète. Un malade avait eu, pendant 8 jours, au front, de la diarrhée avec glaires et sang, épisode banal guéri en quelques jours d'infirmerie par le bismuth et l'opium. Il resta ensuite tout à fait bien, et, des années après, il fut pris d'hémorragies intestinales abondantes. Les divers examens furent négatifs, sauf la rectoscopie qui montra des ulcérations ; on y trouva des amibes et le traitement arrêta immédiatement tous les accidents.

Je citerai encore un autre cas assez curieux (2). Un enfant de 8 ans est envoyé avec le diagnostic de polypose intestinale. De temps en temps, il présentait une émission de sang rouge dans les selles ; l'anémie était marquée. Rien ne permettait de préciser le diagnostic. A la rectoscopie, on trouva une coloration rouge diffuse, sans ulcérations. On constata de plus « un petit relief sur la muqueuse de la sigmoïde », et comme on se demanda s'il ne s'agissait pas « d'un polype en voie de formation », on l'enleva pour biopsie. Or, cette lésion contenait des amibes dysentériques.

Formes anémiques. — L'amibiase s'accompagne souvent d'anémie, mais elle peut aussi ne don-

(1) *In* Baraduc. — Remarques sur l'amibiase observée en France. (*Journ. médic. franç.*, octobre 1930.)

(2) « L'amibiase est la maladie des mains sales », dit G. Izar. (*Riv. Sanit. Siciliana*, 1er oct. 1928.)

(3) Cité *In* G. Izar. — *Loc. cit.*

(4) C. S. Williamson, B. Kaplan et J. C. Geiger. — Etude sur la dysenterie amib. à Chicago. (*Journ. Am. med. Ass.*, 16 février 1929.)

(1) J. Rachet. — A propos de quelques formes anormales d'amibiase intestinale. (*Paris médical*, 6 avril 1929.)

(2) G. Osellador. — Amibiase intestinale sans dysenterie. (*Giorn. Médic. dell' Alto-Adige*, févr. 1929)

ner que des signes d'une atteinte générale où prédomine l'anémie. C'est surtout Guido Izar, en Italie, qui a insisté sur ces faits.

Une observation typique (1), et vraiment très saisissante et instructive, concerne une malade atteinte depuis un an et demi d'une anémie profonde, progressivement descendue jusqu'à un million de globules, s'accompagnant d'adénopathies (2), de splénomégalie, d'achylie, de fièvre irrégulière oscillant autour de 38. Toutes les recherches étiologiques avaient été négatives et rien n'appelait l'attention sur l'intestin. Guido Izar se rappela un cas du même genre où les troubles coliques avaient finalement permis de découvrir une dysenterie. Ici l'examen des selles fut négatif ; mais l'auteur s'obstina, chercha à réactiver l'infection par lavement iodé ; quelques jours après, il trouva des kystes et des formes mobiles d'amibes typiques ; il institua un traitement et guérit la malade.

Formes avec troubles de l'état général. — Cette anémie, tout en étant moins profonde, peut être nette, s'accompagner de modifications sérieuses de l'état général ; le malade maigrit, son teint change, prend une tonalité pâle et bistrée (3). Il existe une fièvre légère, ondulante ou irrégulière.

Selon les aspects, on peut, on le comprend, décrire des formes qui font penser au paludisme, à la tuberculose, au cancer.

Parfois des signes d'examen viennent encore rendre plus trompeur le tableau et donner comme une base physique à l'erreur de diagnostic.

Formes pseudo-cancéreuses. — Il en est ainsi lorsqu'on perçoit une tumeur.

Voici, par exemple, un homme d'une cinquantaine d'années qui se plaint de troubles intestinaux, de constipation alternant avec des selles glaireuses et sanguinolentes. Il a maigri, il est fatigué. A l'examen abdominal, on peut sentir sur le côlon une masse dure et irrégulière, mobile ou fixée. Dans une intéressante observation de A. Desjardins (4), il existait, avec les signes précédents, à la radiographie, « un rétrécissement filiforme de toute la partie du côlon pelvien, sur une étendue de 12 centimètres ». De plus, « toute la partie inférieure du côlon descendant était rétrécie sur une longueur d'environ 15 centimètres, ce qui donnait une diminution du calibre intestinal sur une longueur de 27 cm. »

C'est précisément cette diffusion de la lésion qui, dans le cas que je cite, fit écarter le diagnostic de cancer. A ces signes radiologiques, il faut ajouter, dans ce cas, la notion d'une évolution très longue, à poussées successives, chez un homme à passé colonial, ayant eu la dysenterie au Maroc une vingtaine d'années auparavant.

Mais tous ces signes et ces indices peuvent ne pas se trouver toujours si nets et des observations de ce genre sont un bon enseignement. On sait combien le cancer du rectum est pris souvent pour un syndrome dysentérique : il faut inversement savoir qu'en présence d'un « cancer » de l'intestin, même avec tumeur nette, la question de l'amibiase doit, dans certaines circonstances, être discutée, l'examen des selles fait et au besoin un traitement d'épreuve institué qui, dans le cas que je viens de rappeler, a guéri la malade.

L'allure clinique, signalons-le, peut être, non plus d'une tumeur, mais d'une sténose (1).

Forme de pseudo-tuberculose intestinale. — Parfois même le problème est plus complexe ; le syndrome est appendiculaire. La palpation montre une tumeur de la région iléo-cæcale qui oriente vers le diagnostic de tuberculose ; et pourtant l'amibiase est seule responsable (Lasniez). Solé et Bacigalupo ont aussi signalé un cas de tumeur amibienne (2).

Si à ces syndromes tumoraux se joignent l'amaigrissement, la fièvre oscillante, quelques désordres intestinaux vagues, on est encore plus incliné vers le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale.

L'absence de signes pulmonaires patents, de bacilles de Koch, la rareté extrême de la tuberculose intestinale primitive, tels sont les éléments qui doivent au moins mettre le clinicien en garde.

Formes appendiculaires. — Il est fréquent que l'amibiase, sans tumeur locale cette fois, se présente sous le masque appendiculaire [Leveuf et Heuyer, Ascoli, Carnot (3), Sanfilippo (4), Fanelli (5), etc.].

Il peut s'agir d'une *poussée appendiculaire aiguë* chez un malade atteint d'une amibiase intestinale chronique déjà diagnostiquée. Plus difficile est le cas d'une crise aiguë qui ouvre brus-

(1) G. Izar. — Syndr. d'anémie pernicieuse dans l'amibiase chronique. (*Riforma medica*, 25 avril 1927.)

(2) M. Blanchard et F. Toulec signalent que des adénopathies consécutives à des ulcérations coliques peuvent s'observer dans l'amibiase. (*Les grands syndromes en pathologie exotique*, Doin, 1930, p. 259.)

(3) Trabaud. — Le masque amibiasique. (Soc. de méd. et d'hyg. tropic., 27 janv. 1927.)

(4) A. Desjardins. — Les pseudo-cancers coliques d'origine amibienne. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1929, n° 10, p. 443.)

(1) Brun et Masselot. — Sténose colique d'origine amibienne. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 23 fév. 1921.)

(2) R. Solé et J. Bacigalupo. — Tumeur inflammat. para-intest. d'orig. amib. (*Arch. Argent. de Enferm. del Apar. digest.*, 1926, n° 3, p. 412.)

(3) Carnot. — Vraies et fausses appendicites amibiennes. (*Journal des Praticiens*, 14 avril 1928.)

(4) Sanfilippo. — Sur les syndromes appendicul. d'origine amibienne, Policlinico. (*Sez. prat.*, 1921, fasc. 51 et *Medica*, 1929, n° 16.)

(5) Fanelli. — Pseudo-appendicite amibienne, Policlinico. (*Sg. Prat.*, 1929, 14 janv., n° 2.)

quement la scène chez un malade jusque là sans trouble net, soit que l'amibiase intestinale préexistante ait été latente ou méconnue, ce qui est la règle ; soit que vraiment, comme le pense Sanfilippo, il puisse y avoir une localisation amibienne primitive au niveau de l'appendice.

Cette notion de l'origine amibienne de certains processus aigus sur l'appendice ou le cæco-appendice n'a pas qu'un simple intérêt pathogénique ; ces formes revêtent souvent une intensité particulière ; les lésions qu'elles déterminent peuvent avoir une allure nécrotique et térébrante ; lorsque l'amibiase peut être soupçonnée avant l'opération, il y a intérêt à faire le minimum, cæcostomie ou appendicostomie. L'appendicectomie, d'après Carnot, pourrait y être mortelle.

Malheureusement l'étiologie est souvent inconnue avant l'intervention. C'est au cours de l'opération que les lésions cæcales associées frappent ; ou bien c'est ensuite, sur la pièce extirpée, que l'on trouve, comme dans un cas de Bacigalupo (1), un abcès contenant des amibes ; ou bien, l'intervention, ce qui n'est pas rare, donne un véritable coup de fouet à une amibiase jusque là plus ou moins larvée et la transforme en dysenterie aiguë parfois violente. J'ai rappelé un cas de ce genre à la Société de gastro-entérologie, à la suite de la communication de MM. Carnot et Rachet.

Toutes les appendicites amibiennes ne sont pas aiguës ; le syndrome de l'*appendicite chronique* n'est pas rare. Là encore, diverses éventualités s'observent. Tantôt ce sont des appendicites chroniques tout à fait banales, semble-t-il, où, sur la pièce enlevée, l'examen microscopique montre des amibes. Tantôt l'amibiase n'est que la cause qui prépare le terrain à une infection banale et les lésions sont mixtes.

Pourtant dans tous ces cas, il peut n'y avoir qu'une coïncidence ; j'ai, tout récemment, observé un malade, Américain du Sud, près de qui m'avait appelé son chirurgien. Vieux dysentérique à manifestations épisodiques, il présentait un syndrome subaigu cæco-appendiculaire. J'essayai un traitement actif : émétine, stovarsol, qui ne changea rien et, quelques jours plus tard, ce malade dut être opéré. On trouva un appendice plein de pus banal.

Quoi qu'il en soit, il semble qu'on ait le droit, si quelque indice fait soupçonner l'amibiase, si le côlon gauche est épaissi et douloureux, si, comme dans un cas d'Harvier et Rachet (2), il existe une forte éosinophilie (15 %), d'essayer, en cas de syndrome appendiculaire non menaçant, l'effet du traitement dysentérique.

Ce traitement d'essai est d'autant plus indiqué que, à côté de ces vraies appendicites aiguës ou chroniques, tous les auteurs signalent la fréquence des *fausses appendicites amibiennes* (1). Elles aussi peuvent être aiguës ou chroniques. On opère un malade pour une appendicite aiguë ; les seules lésions que l'on trouve sont cæco-coliques et l'on fait ultérieurement la preuve de l'amibiase. On a pu même, exceptionnellement, trouver, avec un syndrome de péritonite aiguë, une véritable infiltration amibienne aiguë du mésocolon (2).

Parfois, dans l'évolution chronique de la maladie, s'installent des adhérences, des sténoses, des brides avec les mêmes aspects cliniques et radiologiques que dans l'appendicite banale, mais où, de plus, l'origine amibienne peut être soupçonnée et le traitement agir.

Formes vésiculaires.. — Je ne ferai que signaler ici les problèmes analogues qui se posent au sujet des formes vésiculaires : cholécystites amibiennes véritables aiguës ou chroniques, fausses cholécystites, soit par colite dysentérique de l'angle droit, soit par hépatite localisée.

J'examinerai plus utilement les faits lorsque nous étudierons ensemble, une autre fois, les hépatites amibiennes.

III. Formes cliniques atténuées ou banales

Jusqu'ici c'est l'anomalie des signes qui éloignait du diagnostic d'amibiase. Voici maintenant des cas où l'allure est si banale, entre tellement dans le cadre des entéropathies courantes, que souvent rien ne vient stimuler l'esprit du clinicien et l'aider à faire un diagnostic étiologique précis.

Colites amibiennes.. — De tous les aspects que revêt l'amibiase, celui de la colite banale est le plus fréquent.

Le malade présente des alternatives de selles moulées, constipées ou pâteuses ; parfois surviennent des épisodes plus marqués de selles plus liquides. Chez d'autres sujets, les selles sont presque exclusivement pâteuses ; chez d'autres, il s'agit vraiment de diarrhées qui peuvent présenter tous les types, qu'on les spécifie par leurs caractères physico-chimiques (mousseuses, acides et putrides, ou bien alcalines, muqueuses et fétides), ou coprologiquement (diarrhée de fermentation, de putréfaction) (3).

Tous ces accidents évoluent avec des recrudescences, dues aux écarts de régime, au froid, aux temps trop chauds, aux secousses de l'auto,

(1) Cité *in* Carnot et Rachet. — Soc. de gastro-entér. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, août 1925.)

(2) Cité *in* Rachet. — *Loc. cit.*

(1) Fanelli : Pseudo-append. amib. (*Policlinico* XXXVI, n° 21). — Pontano : *Policlin. Soz. med.*, 1924, n° 8. — Carnot : *Loc. cit.* — Tonelli : Fausses append. amib. (*Policlin. Sez. prat.*, fasc. 31, 1928.)

(2) B. de Vecchi. — Méso-sigmoïdite amibienne. (*Pathologia*, 15 juill. 1926.)

(3) R. Longnon. — Les colites amibiennes chroniques méconnues. (Th. Paris, 1925), etc.

du train. Ils peuvent être indolores ou accompagnés de coliques ; assez souvent, il existe une sensibilité diffuse, les malades « sentent leur ventre », disent qu'ils ont les « intestins fragiles ».

Mais rien dans tout cela n'est caractéristique ou même seulement évocateur de l'amibiase.

Il faut retenir, comme plus particulière, l'abondance des glaires parfois striées de sang, de mucus enrobant les matières. J'ai eu plusieurs fois mon attention éveillée par de petits épisodes de rectite, très léger et passager ténesme, fausses envies d'aller à la selle, émissions involontaires de quelques glaires à l'occasion d'un gaz. Mais, ces indices minimes manquent souvent.

Il faut donc se rappeler que toute colite, toute diarrhée, si banale soit-elle, peut-être amibienne.

Constipation chronique amibienne. — Dans les cas précédents, la constipation était au second plan, intercalaire à des phénomènes colitiques. Elle peut être le signe dominant : les malades viennent consulter pour une constipation résistant à tout traitement.

Dans les cas les plus faciles pour le diagnostic, on trouve dans les antécédents un syndrome dysentérique aigu, net. Cet épisode s'est atténué, des alternatives de diarrhée et de constipation lui ont succédé. Progressivement, les périodes de diarrhée diminuent et une constipation franche s'est installée.

Dans d'autres cas, l'épisode initial, celui sur quoi se fonde le diagnostic, a pu être extrêmement fruste ; il a pu consister en une diarrhée passagère étiquetée ou non dysenterie, et à laquelle a succédé la constipation.

Enfin, dans quelques cas, cet épisode fruste lui-même a manqué. Tout se passe comme si la constipation chronique, lentement ou rapidement progressive, avait été la première et unique manifestation de l'amibiase intestinale (1).

Rectite amibienne chronique. — On voit parfois des sujets qui, contaminés 8, 10 ans auparavant, et souvent l'ignorant, présentent, chaque matin au réveil, une ou deux selles. Rien dans l'état général n'appelle l'attention, il n'y a aucune complication générale ni locale. Seul l'aspect des selles est un peu anormal. Elles contiennent du mucus et souvent un peu de sang. Si on vient à les examiner, on y constate des amibes vivantes (2) ou des kystes. Cette forme, longtemps anodine pour le malade, est par contre très dangereuse du point de vue de la contagion. C'est un état de ce genre que présentait le malade qui avait contaminé la jeune ouvrière de qui j'ai rappelé l'observation au début.

(1) M. Delacroix. — Amibiase et constipation. (*Maroc médical*, 15 oct. 1920.)

(2) J. Rieux. — Les méfaits de l'amibiase. (*Journ. des sc. médic. de Lille*, 22 déc. 1929.)

D'autres fois, le malade se plaint uniquement de constipation. Si on l'interroge, on apprend que la défécation est douloureuse ; les selles sont enrobées de mucus. Le toucher et la rectoscopie montrent un spasme de l'anus et du rectum et, à l'examen, on trouve une muqueuse rouge.

D'autres sujets, également constipés, présentent au contraire un état assez particulier d'atonie rectale ; ils ont l'impression que leur rectum ne se contracte pas ; leur abdomen est un peu douloureux. L'état général est médiocre.

Ni les traitements ni les cures hydro-minérales ne viennent à bout de la constipation.

L'examen radioscopique permet de voir l'anse sigmoïde, d'aspect lisse et sans incisure. La rectoscopie montre l'anus et le rectum béants, atoniques. La muqueuse est sèche, rouge ; on y découvre parfois de toutes petites ulcérations ou des cicatrices (1).

Je ne fais que mentionner la rectite amibienne sténosante.

Formes localisées intestinales. — Je vous ai, au cours de cette conférence, signalé l'intérêt des formes régionales cæcales, angulaires ; des formes tumorales ou sténosantes iléo-cæcales, sigmoïdiennes. Je n'y reviendrai pas. Je ne veux ici que vous rappeler que l'amibiase, par ses formes localisées, peut créer les tableaux les plus trompeurs : colite droite, transverse, descendante, sigmoïdite, colite angulaire droite, gauche, proposant les diagnostics les plus variés.

IV. Difficultés du diagnostic parasitologique

Si le diagnostic de l'amibiase pouvait se faire au laboratoire aussi facilement que le diagnostic de diphtérie, toutes les difficultés que nous venons d'étudier se résoudraient facilement. Il n'en est malheureusement rien.

Examens négatifs. — D'abord, très souvent, même en cas d'amibiase certaine, ultérieurement vérifiée par exemple, les examens sont négatifs ; on ne trouve ni amibes ni kystes. Dans la statistique de Bensaude, Cain et Terrial dont nous parlions plus haut, on trouve, chez 68 amibiens, 18 fois des amibes, 22 fois des kystes et 27 fois absolument rien.

Même l'expérience prouve que si l'on répète les examens, certains sont positifs, d'autres négatifs. Savignac (2) fait 34 examens de selles chez 8 amibiens patents ; 10 de ces examens sont négatifs. Il faut connaître ces « périodes négatives » parfois extrêmement longues.

Je ne veux pas ici multiplier sans utilité les statistiques. Rappelons-nous seulement qu'il ne

(1) C. Flandin. — La recto-colite sèche amibienne. (Soc. méd. des hôpit., 10 juil. 1914.)

(2) R. Savignac. — De la nécessité de penser à l'amibiase chronique. (*Paris médical*, 30 mai 1930.)

suffit pas de faire un examen ; s'il est négatif, multiplions les recherches. Il y a intérêt à exciter la muqueuse intestinale avant de les pratiquer. On a proposé les injections intra-veineuses de cyanure, les pilules de bile (Le Noir et Mathieu de Fossey). On peut aussi donner chaque matin, pendant 3 ou 4 jours 5 à 10 gr. de sulfate de soude. Enfin le lavement iodé est utilisé par divers auteurs (Guido Izar, Bensis).

Examens positifs. — Lorsque l'examen est positif, les difficultés ne sont pas résolues.

L'amibe dysentérique se présente sous trois formes de valeur inégale, deux formes végétatives, une forme de résistance.

Amæba Histolytica est la seule forme virulente et nocive. Elle est assez facile à distinguer des autres amibes par sa taille, sa mobilité et l'inclusion de globules rouges.

Elle peut revêtir un autre aspect, celui d'*amœba minuta* ; c'est une forme que l'on a appelée pré-kystique ; elle marque le passage de la forme virulente à la forme enkystée ; elle est moins nette, plus difficile à reconnaître ; elle représente un stade saprophyte, sans pouvoir nocif actuel.

Enfin le kyste amibien a ses caractères classiques. Il n'a pas, lui non plus, de pouvoir immédiatement nocif.

Mais aussi bien *amœba minuta* que les kystes sont capables, sous des influences diverses et même après de très longues latences, de se transformer et de donner naissance de nouveau à la forme virulente, *amœba hystolytica*.

Ces trois formes, un médecin compétent et rompu à ces examens, peut, au milieu de diverses difficultés techniques, les distinguer des autres kystes et des autres amibes.

Il serait donc toujours possible d'arriver à un diagnostic microscopique précis ... s'il n'existait pas *Entamœba dispar*.

Cette amibe, étudiée par divers auteurs et en France par Brumpt, est un parasite saprophyte, non pathogène et assez répandu. Elle est malheureusement absolument indifférenciable, dans toutes ses formes, de l'amibe dysentérique virulente. Son seul caractère distinctif est la nocivité légère qu'elle exerce, par inoculation, sur l'intestin du jeune chat pour qui, on le sait, *entamœba dysenteriæ* est d'une extrême virulence. Mais il s'agit en pratique d'un caractère très difficile à mettre en valeur et dont certains auteurs, d'ailleurs, contestent la rigueur.

Et nous sommes ainsi amenés à ce paradoxe. Lorsque après des examens de laboratoire longs et délicats, nous arrivons à un diagnostic microscopique, il plane toujours sur ce diagnostic un doute léger mais qu'à l'heure actuelle, il est très difficile de lever.

Conduite pratique à tenir. — Que faut-il donc faire ? Il me semble qu'on doit ici raisonner comme pour la syphilis. Il faut par l'interrogatoire rechercher toute cause de contamination possible ; si ces causes n'existent pas, nous avons vu, qu'on ne doit pas tenir leur carence pour une preuve. S'il y a le moindre doute ; si l'aspect clinique est l'un de ceux que l'expérience nous a montrés pouvoir être réalisés par l'amibiase ; dans les formes banales même, si les traitements ordinaires n'agissent pas il faut recourir à l'épreuve thérapeutique. *Pas plus que la négation du malade et la négativité de la réaction de Bordet-Wassermann n'empêchent d'essayer le traitement syphilitique sur une aortite, pas plus l'absence de commémoratifs, de contage et même d'amibes ou de kystes ne doit empêcher l'essai du traitement dysentérique dans les états que nous avons étudiés plus haut.*

Il faut, en pathologie digestive penser aussi systématiquement à l'amibiase qu'on pense à la syphilis en médecine générale.

Traitement

Il existe pour traiter l'amibiase de nombreuses médications. Je ne vous parlerai que des trois principales, l'Emétine, le Stovarsol et le Yatrène 105 (1).

Emétine. — Le chlorhydrate d'émétine s'ordonne dans les cas ordinaires par injections sous-cutanées ou intra-musculaires, de 0,04 à 0,08, de façon à atteindre en un mois (car l'effet est cumulatif), la dose que l'on a choisie.

Il faut considérer que cette dose doit être entre 0,50 et 0,80 ; 1 gramme par mois représente un maximum qu'il ne faut toucher qu'avec prudence.

Il y a intérêt à donner chaque matin, pendant ce mois de traitement, une petite cuillerée à café de sulfate de soude, pour essayer de faire passer les amibe de leurs formes enkystées à leur état végétatif plus sensible.

Il faut arrêter l'émétine au moment des règles ; il ne faut pas l'injecter à une femme enceinte. Il y a un petit intérêt à ne pas piquer avec l'aiguille qui a servi à aspirer le médicament et pousser un peu d'air à la fin de l'injection, celle-ci est ainsi moins douloureuse. Si le malade à traiter est fatigué, il faut en même temps prescrire, selon les cas, adrénaline, huile camphrée, etc...

Les accidents d'intolérance sont les érythèmes, l'urticaire, la tachycardie, l'asthénie musculaire et la diarrhée.

Le stovarsol. — J'ai l'habitude d'intercaler le stovarsol dans les jours sans émétine ; de donner par exemple, pendant 3 jours chaque semaine, un

(1) Les autres sont l'acétylarsan avec lequel mon collègue et ami Garin (de Lyon) a obtenu des résultats remarquables, le tréparsol (Flandin), le rivanol, l'amibiasine (extrait de garcinia composé), l'hordénine, etc.

comprimé de 0,25 à déjeuner et à dîner (un mois).

Certains auteurs donnent de la même façon 3 comprimés par jour. D'autres prescrivent le stovarsol à la dose de 2 ou 3 comprimés par jour pendant 8 jours de suite par mois.

L'important est de surveiller son malade et de savoir reconnaître au début les signes d'intolérance (érythème scarlatiniforme surtout).

Yatrène 105. — Le Yatrène 105 s'administre par trois voies, injections intraveineuses, ingestion, lavement. La première seule peut présenter des dangers. Je ne vous parlerai que des voies buccale et rectale qui suffisent dans la pratique européenne.

Le Yatrène pour ingestion se présente sous forme de cachets de 0,50 ou de pilules de 0,25. La dose *pro die* est, selon les cas, de 1 gramme 50 (dose faible) à 3 grammes (dose moyenne, forte). On fait prendre ces doses avant les repas en trois fois chaque jour ; on prescrit ainsi trois périodes de 8 jours, séparées par des intervalles de 5 à 8 jours.

Le Yatrène provoque ou exagère la diarrhée. Cette diarrhée est utile à l'action du traitement ; elle ne doit être combattue, par les moyens habituels, que si elle est trop abondante, dépassant 3 ou 4 selles par jour.

On donne en même temps des lavements (1). On prescrit chaque soir un lavement de 250 gr. d'eau où l'on mettra (sans que l'eau soit bouillante) 2 jours, 0,25 ; 3 jours, 0,50 ; 3 jours 1 gr. 50 ou 2 gr. (Il faut adjoindre du laudanum pour que le lavement soit toléré). Après ces 8 jours, repos de 8 jours.

Il existe de grandes différences de doses selon les auteurs et selon les pays.

Certains auteurs donnent des quantités bien supérieures. Il faut tater la susceptibilité de chaque malade ; le Yatrène peut être légèrement irritant, mais il n'est *pratiquement pas toxique* ; la néphrite chronique paraît seule être contre-indication (?).

En résumé donc, pour les formes moyennes européennes, il semble qu'on peut s'en tenir au schéma suivant qu'on variera, répétera selon les cas :

Un mois. Chaque semaine : mardi, mercredi, vendredi, 2 comprimés l'un à déjeuner, l'autre à dîner de 0,25 de stovarsol, lundi, jeudi, 0,08 de chlorhydrate d'émétine (Clin).

Après ce mois :

Trois périodes de 8 jours séparées par des arrêts de 8 jours. Chaque période comprenant, par exemple : chaque jour 2 grammes de yatrène *per os* en trois fois, et chaque soir un lavement de 0,50 à 2 grammes.

Il faudra recommander au malade de se surveiller longtemps, de se faire traiter, par prudence, à intervalles réguliers et, bien entendu, à la moindre alerte. La dysenterie, en effet, est une maladie qui évolue avec des périodes de longue et absolue latence ; il faut n'y prononcer qu'avec prudence le mot de « guérison ».

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôpital Cochin)

Les stases duodénales (2)

Professeur P. Delbet.

Je viens de voir une malade opérée par moi il y a deux ans et qui revient aujourd'hui pour une hématurie. Je profite de l'occasion pour vous parler de l'affection dont fut atteinte cette malade, lorsqu'elle est venue me consulter pour la première fois.

Voici son observation en quelques mots : c'est une femme âgée de 32 ans, elle est entrée dans le service pour des douleurs gastriques, douleurs survenant rapidement après le repas, et durant une ou deux heures. Elle n'a jamais eu de vomissements. Les douleurs surviennent par crises ; pendant huit à dix jours elle souffre après les repas et puis elle a des périodes plus ou moins longues sans douleurs. C'est au moment d'une crise qui fut plus intense que toutes les autres qu'elle est venue nous consulter.

Que peut-on dire au sujet de cette observation?

Cette femme souffre de son estomac, ses douleurs sont précoces.

Les douleurs précoces sont celles qui se produisent tout de suite après le repas. Elles sont le signe d'une lésion siégeant au niveau de l'estomac, souvent sur la petite courbure.

Je vous rappelle que les douleurs tardives sont celles qui se produisent lorsque l'estomac commence à se vider.

Ces douleurs tardives ne veulent pas nécessairement dire qu'il y a une lésion du tube digestif.

(1) Chauffer de l'eau distillée *non acide* ; ne pas mettre le yatrène dans de l'eau au-dessus de 80 degrés. Faire précéder si besoin le lavement d'un lavement évacuateur, légèrement bicarbonaté de préférence. Le lavement de yatrène doit être gardé une dizaine d'heures.

(2) Leçon du 15 janvier 1931, recueillie par Mme le Dr Trifinoff.

Le moment où l'estomac commence à se vider est pour ainsi dire un moment critique, car les phénomènes qui se produisent portent sur l'ensemble du tube digestif.

L'arrivée du suc gastrique hyperacide dans le duodénum détermine une série de phénomènes — peu importe leur mécanisme, réflexe ou hormonal, contractions de la vésicule biliaire, contractions du gros intestin ; les douleurs tardives après le repas peuvent se rencontrer dans les affections des voies biliaires et dans celles du côlon.

Au moment de l'évacuation gastrique il se produit une chasse de bile, la vésicule se vide dans le duodénum, fait qu'on peut constater ou bien à la radio ou bien par le tubage duodénal, on trouve alors de la bile A, foncée, vésiculaire.

Mais tout ce que je viens de vous dire se rapporte aux douleurs tardives ; notre malade a des douleurs précoces, immédiates.

Ceci nous fait penser à l'intolérance gastrique. En même temps il faut mentionner le fait que les douleurs viennent par crises se répétant pendant une dizaine de jours et sont suivies d'une période de répit : l'intermittence des douleurs est caractéristique de l'ulcère siégeant à l'estomac ou bien à la région juxta-pylorique.

Les malades atteints d'un ulcère, parlant de leur estomac, disent qu'il est capricieux ; certains jours ils supportent bien même du homard à l'américaine et d'autres jours un verre d'eau ne peut être toléré. Comment expliquer les périodes d'accalmie des ulcères ?

Procédons par comparaison : les ulcères variqueux sont à peu près indolores, ils ne deviennent douloureux que lorsqu'ils s'infectent ; il en est de même pour les ulcères du tube digestif.

Notre malade n'a pas d'ulcère : la radiographie montre un estomac abaissé, son évacuation est assez lente à s'amorcer, il y a de la dilatation et de la stase duodénale, les contractions mêmes très intenses de l'estomac ne réussissent pas à l'évacuer. Les radiologistes dans des cas de ce genre disent qu'il y a de la sténose du pylore, ce qui est bien souvent tout à fait faux. Il faut avoir beaucoup de patience pour bien pratiquer la radioscopie de l'estomac, car dans certains cas, après une période plus ou moins longue de contracture, l'estomac peut parfaitement et très rapidement se vider et on voit alors qu'on n'a aucune sténose.

La radiographie de notre malade nous montre la présence d'un bulbe duodénal irrégulier, les portions D,2 et D,3 du duodénum sont dilatées et au niveau de ces deux parties il y a des mouvements antipéristaltiques. La question du péristaltisme est sujet à discussion, et pourtant l'existence des mouvements antipéristaltiques me paraît nette : qui de nous n'a pas au cours de sa vie vomi de la bile ? La présence de bile dans l'estomac montre bien l'existence des mouvements antipéristaltiques. Notre radiologiste, M. Barret, dit que les mouvements antipéristaltiques au niveau du tube digestif sont un phénomène normal, lorsqu'ils ne s'étendent que jusqu'à la 3e partie du duodénum (D,3).

La stase peut être gastrique ou duodénale suivant les cas. On connaît plusieurs variétés de stases duodénales. La stase peut porter sur toute l'étendue du duodénum.

On a interprété la stase duodénale de façon mécanique.

Pour bien comprendre il faut connaître l'évolution du développement de l'estomac et du tube digestif en général.

Au début l'estomac a une position verticale ainsi que l'instestin, puis progressivement cette position se modifie, il se produit une certaine torsion du tube digestif. Cette torsion se produit sur deux plans ; lorsqu'elle est terminée nous voyons une disposition du tube digestif qui est contraire à tout bon sens. La torsion du tube digestif a lieu sur le plan frontal, il y a rotation, d'où résulte la position rétro-vasculaire de l'intestin. Les vaisseaux forment un compas qui pince entre ses branches le duodénum ; la branche supérieure c'est l'artère mésentérique supérieure. Les tractions de cette artère peuvent provoquer de la stase duodénale. Telle est l'explication mécanique de la stase : le phénomène peut exister, mais il est exceptionnel.

Dans certains cas les malades se mettent sur le ventre ou bien prennent la position à genoux et les douleurs disparaissent, mais il est rare qu'on puisse soulager les malades en les mettant dans cette position.

La stase peut être partielle, ou bien totale. La stase peut se localiser à la partie supérieure ou inférieure du duodénum, ou bien dans certains cas on voit le duodénum en sablier. Dans tous ces cas l'artère mésentérique me paraît ne jouer aucun rôle dans la production de la stase.

Quelle est la cause de la stase duodénale ?

Les phénomènes inflammatoires, des périduodénites paraissent être la cause de ces stases.

Mais quelle est la cause de ces phénomènes inflammatoires ?

Ces phénomènes inflammatoires peuvent être secondaires à des lésions du duodénum. Les phénomènes inflammatoires peuvent venir des organes du voisinage, telle la vésicule biliaire. Au cours des opérations on trouve la vésicule biliaire plus ou moins adhérente . J'ai fait environ 70 opérations pour stase duodénale et il me paraît presque certain que la vésicule biliaire n'est pas la cause de ces stases.

Mais alors quelle en est donc la cause ?

Notez que la stase duodénale est une affection très fréquente mais on n'y pense pas le plus souvent.

Nous sommes arrivés à la conviction que la cau-

se de ces stases était lointaine. Dans 85 % des cas les malades souffrant de stase duodénale sont d'anciens opérés pour appendicite.

C'est l'appendicite qui est la cause des périduodénites. Mais que se passe-t-il, comment la lésion appendiculaire peut-elle retentir sur le duodénum ?

L'infection se transmet par les voies lymphatiques. Ainsi nous avons pu observer le fait que les infections pelviennes chez les femmes pouvaient aussi retentir sur le duodénum ; il en est de même pour les infections gonococciques.

Au cours de l'intervention on trouve des ganglions dans le pédicule mésentérique, fait qui affirme l'infection.

La symptomatologie des stases duodénales manque de précision. On peut seulement dire que les douleurs dont souffrent les malades sont pénibles, ils peuvent avoir des sensations nauséeuses, mais ils ne vomissent jamais. Ils ont souvent des céphalées, des malaises variés. Ces malades sont des amaigris, à certains moments ils peuvent perdre jusqu'à 8 ou 10 kgr. en l'espace de quelques semaines. Notez que lorsque la fonction du pancréas est troublée l'assimilation ne se fait pas normalement. Chez notre malade il y avait des signes de pancréatite.

Il faut toujours rechercher le melæna occulte ; pour cela il faut mettre le malade au régime blanc pendant trois jours et examiner les selles le quatrième jour : si dans ces conditions il y a du sang dans les selles il faut refaire l'épreuve au moins trois jours de suite.

La recherche du melæna occulte est négative, cela peut autoriser à dire qu'il n'y a pas de néoplasme, mais on ne peut pas affirmer qu'il n'existe pas d'ulcère, car les ulcères peuvent saigner de façon discontinue ; les néoplasmes saignent continuellement.

Dans certains cas de stase, on trouve du sang dans les selles, mais en petite quantité.

Je crois que l'ulcère pylorique ou duodénal se développe à la suite d'une stase plus ou moins prolongée.

Les indications thérapeutiques seraient trop longues à exposer aujourd'hui, je les remets à une autre leçon.

LES CANCERS DU PETIT BASSIN

(*suite*)

par le Dr G. Fischer.

Dans le n° 18 bis, nous avons traité du cancer localisé : 1° à l'utérus, 2° à la vessie, en terminant par quelques réflexions sur la portée sociale du cancer. Aujourd'hui, nous achevons cette étude par deux chapitres : cancer de la prostate, cancer du rectum.

***

Cancer de la prostate

Le malade

Dans 25 p. 100 des cas, c'est un sujet entre 45 et 60 ans ; le cancer de la prostate est, en effet, plus fréquent qu'on ne le croyait jadis : sur 10 adénomes prostatiques enlevés par le chirurgien, l'histologiste constate un épthélioma ; sur dix malades, qui consultent pour des troubles d'origine prostatique, le clinicien reconnaît une fois, par le toucher, un cancer de la prostate (V. Pauchet).

Le malade nous consulte d'abord pour une fréquence de mictions, un retard du premier jet, un écoulement goutte à goutte à la fin de l'émission, bref, pour des signes d'une hypertrophie banale de la prostate. Ceux-ci peuvent durer des mois ou des années.

Puis, *les émissions deviennent plus rapidement impérieuses, nocturnes* ou diurnes (différence avec l'hypertrophie prostatique) ; la douleur se montre surtout à la fin de chacune d'elles ; l'hématurie n'est pas rare.

Le caractère le plus net repose sur la *rapidité* de progression de ces signes, et sur le degré d'*intensité*, qu'ils atteignent dans un temps très court, sans que la cystite, ou autre cause similaire, puisse être invoquée, surtout pour une pollakiurie nocturne.

Nous devons toujours être frappés, *quand le prostatisme survient chez des sujets trop jeunes ou trop vieux, quand il y a hématurie spontanée, ou provoquée facilement par un instrument.*

L'hématurie, provoquée ou non, n'est pas aussi fréquente que dans l'hypertrophie prostatique ; dans la variété dure, habituelle, du cancer prostatique, elle est légère. Quand le point de départ de l'hémorragie est au voisinage du col vésical, l'écoulement peut précéder la miction ; il y a parfois émission d'un caillot moulé avec le premier jet d'urine ; mais plus souvent, il se présente à la fin. Le sang n'est pas mêlé à l'urine. Cette hémorragie n'est caractéristique que si elle se produit sans cause et abondamment, comme s'il s'agissait d'une tumeur vésicale.

Le sujet souffre-t-il ? Les *douleurs* sont en faveur d'un cancer, car l'adénome ordinaire n'est pas douloureux ; et, s'il y a cystite ou calculs, celles-ci siègent au bout de la verge ou au niveau du col vésical. Dans le cancer, les douleurs persistent jour et nuit ; elles siègent profondément dans le périnée ou le rectum, *ne présentant aucune relation avec la miction* ; plus tard, on observe d'une façon intermittente la névralgie sciatique d'un seul ou des deux côtés, ou encore des douleurs sacrées.

La *rétention* se produit rarement au début (1 cas p. 100), (différence avec l'hypertrophie adénomateuse), et n'apparaît qu'après les trois grands symptômes : douleur, pollakiurie, hématurie.

L'*incontinence* est marquée et coïncide avec une rétention minime ; elle possède alors une grande valeur diagnostique et pronostique ; elle est due probablement à un envahissement du sphincter par le néoplasme.

Parfois, l'amaigrissement peut être le premier trouble noté par le patient. Les troubles urinaires, légers, ayant passé inaperçus, un amaigrissement constant, progressif, sans cause, inquiète le patient et le conduit au médecin.

L'examen du malade.

Le *toucher rectal* fait constater des modifications de forme, de volume, de consistance, de sensibilité, de mobilité de la glande.

La glande devient *asymétrique*, quand une de ses parties est envahie plus que le reste de la glande.

Si l'adénome prostatique donne l'impression d'une masse régulière, élastique, bosselée, le cancer affecte au contraire l'aspect d'une nappe très *dure*, d'une infiltration en masse ; presque toujours, la première région envahie est audessus de la base, tissu dans lequel baignent les canaux éjaculateurs ; le doigt perçoit une masse rappelant la forme d'une tête de taureau, dont les cornes sont constituées par le tissu néoplasique, qui s'étend de chaque côté vers les vésicules séminales et finalement se confond avec elles. Dès que l'espace inter-vésiculaire se cancérise, le doigt perçoit mieux encore la nappe néoplasique qui double le bas-fond vésical.

On trouve une induration, d'abord limitée à une ou deux zones séparées par des parties souples, les points durs étant sensibles à la pression du doigt ; puis, les zones indurées se confondent ; toute la glande perd de son élasticité ; sa consistance devient ligneuse ; son sillon médian disparaît.

La prostate cancéreuse perd sa mobilité ; ses limites deviennent imprécises. La fixité est souvent mieux appréciée en combinant le toucher au palper. La fixité relative de la glande ne doit pas faire immédiatement conclure à un pronostic mauvais et à l'inutilité opératoire, car elle peut être due aussi à la réaction fibreuse développée dans le voisinage, en avant de l'urètre profond et en arrière, dans le voisinage des vésicules.

Si la prostatite chronique peut simuler le cancer, parce que la masse glandulaire est peu mobile, dure, avec des ébauches de corne du côté de la vessie, sa consistance est cependant ferme plutôt que dure, sa surface est plus lisse, plus régulière que dans le cancer. L'évolution est d'ailleurs plus lente et il n'existe pas de douleurs spontanées ; la sensibilité à la pression est faible et non localisée.

Quant aux nodosités de la tuberculose, elles sont plus petites, moins dures, souvent ramollies, entourées de portions saines. D'ailleurs cette localisation de la tuberculose se montre chez les jeunes sujets ; puis, elle est rarement limitée à la prostate, mais envahit en même temps l'épididyme, les déférents, les vésicules.

Cathétérisme. La difficulté du sondage est un des caractères du cancer. En effet, c'est par suite de l'infiltration de la prostate et de l'urètre membraneux que la sonde passe avec peine ; de plus, l'opération réveille souvent de la douleur ; la moindre manœuvre forcée fait saigner.

Le résidu vésical est variable, sans valeur diagnostique.

Il faut encore remarquer que, contrairement à ce qui se passe pour l'adénome, le cathétérisme n'amène aucun soulagement ; il augmente au contraire les troubles dysuriques. D'autre part, la sonde à demeure est difficilement supportée.

Un fait important de l'examen consiste à *combiner le cathétérisme au toucher rectal* : une sonde ferme ou un cathéter métallique n'est pas perçu par le doigt rectal à travers le tissu prostatique cancéreux.

La *cystoscopie et l'urétroscopie postérieure*, si elles sont possibles, montreront que l'orifice vésical de l'urètre est modifié par un épaississement de la portion médiane de l'urètre, et que le sphincter interne est rigide. Elles permettent d'éliminer une tumeur de la vessie.

F. Cathelin parle de *cancers méconnus* de la prostate, quand le toucher est trompeur. Il cite l'observation d'un malade de 72 ans, qui présentait des hématuries depuis trois mois, avec des troubles mictionnels. Le toucher rectal donnait l'impression d'une prostate adénomateuse, c'est-à-dire grosse, mais n'étant ni dure, ni noueuse. L'opération est décidée ; à peine, F. Cathelin a-t-il mis le doigt dans la vessie ouverte, qu'il sent deux petits points indurés, deux petits noyaux sur la saillie du lobe médian ; il comprit aussitôt qu'il avait affaire à un néoplasme. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un ancien adénome prostatique, en dégénérescence cancéreuse.

Mêmes remarques que pour les cancers mécon-

nus de la vessie : il ne faut plus considérer comme un dogme, que l'aspect lisse traduise fatalement le caractère de bénignité.

En résumé, « l'apparition récente du prostatisme (6 mois par exemple), son évolution, rapide, sa brusquerie relative, seront toujours suspects. Si le sujet se plaint de rétention, et si le cathétérisme ne ramène que peu d'urine, si les sondages donnent peu de soulagement, si la présence de phénomènes prostatiques ne coïncident pas avec l'augmentation nette de la glande, s'il y a disproportion entre les symptômes qu'accuse le malade et les signes physiques, il faut craindre le cancer. Si le sujet, de plus, se plaint de pesanteur constante dans le périnée, si le doigt rectal révèle un noyau induré et sensible dans le tissu prostatique, l'absence de sillon médian, si la tumeur s'étend vers les vésicules, si la sonde béquille, mise dans la vessie, n'est pas reconnue au doigt rectal, le diagnostic de cancer s'impose » (V. Pauchet).

Forme diffuse du cancer prostatique : carcinose prostato-pelvienne.

A une phase avancée, le cancer prostatique ne reste plus circonscrit ; le volume de la tumeur augmente. L'induration a dépassé les limites de la glande prostatique pour atteindre le tissu cellulaire péri-vésiculaire ou rétro-vésical.

Plus tard le pelvis est envahi, bloqué par une « coulée de plâtre », pouvant comprimer le rectum et aboutir à l'occlusion intestinale.

Voici par exemple l'histoire d'un malade du Prof. Hartmann :

Il est âgé de 63 ans, souffre depuis quelques mois de douleurs siégeant au niveau du sciatique ; il a des troubles urinaires et aurait considérablement maigri. Il éprouve des envies fréquentes d'uriner ; souvent après la miction ses douleurs diminuent. Les urines sont normales. Le cathétérisme fait constater une rétention incomplète d'urine ; après cette exploration, les urines sont rosées.

Au toucher rectal, la prostate est volumineuse ; on trouve à la surface quelques petites bosselures ; elle est dure ; sa partie latérale gauche semble se continuer vers la paroi de l'excavation pelvienne.

Il existe, en somme, des troubles urinaires habituels chez les prostatiques ; mais la prostate est dure ; en même temps que les troubles urinaires, il y a des douleurs de sciatique, que l'extension le long des lymphatiques explique parfaitement.

C'est la carcinose prostato-pelvienne de Guyon, avec sa masse prostato-cellulo-ganglionnaire, ses prolongements durs étendus de la prostate aux parois pelviennes, les masses ganglionnaires abdomino-pelviennes, la douleur, la cachexie.

Complications.

Elles sont fréquentes au cours du cancer prostatique.

Le praticien peut observer des *suppurations* locales, qui se produisent par suite d'un cathétérisme maladroit. L'*abcès prostatique* s'annonce par de la fièvre, par l'augmentation de troubles urinaires, quelquefois par une crise de rétention. Le toucher rectal fait constater une prostate plus volumineuse, plus dure, plus *douloureuse*. En général, au moment où l'on sonde le malade, l'abcès s'ouvre spontanément.

On peut observer aussi la *suppuration du périnée*, l'*infiltration d'urine*, l'*intoxication urinaire*, l'*infection urinaire ascendante*.

Les *métastases* se font du côté du *rectum*, *de la vessie*, de l'*urètre* ; mais, celle qu'on observe le plus fréquemment, est celle du *rachis*.

Il se produit alors des troubles médullaires, sans déformation des os ; la douleur imprécise généralisée, associée à une raideur spéciale, s'accompagne des troubles généraux d'une tumeur maligne. Les signes urinaires manquent chez un tiers peut-être des malades, atteints de métastases osseuses ; par conséquent, *chaque fois qu'un homme, ayant dépassé* 60 *ans, présente une tumeur osseuse, avec douleur vive, il faut examiner la prostate* (V. Pauchet).

Evolution

50 % des cas évoluent en moins d'un an ; 25 %, dans l'espace de un à trois ans ; 25 % durent plus de trois ans. Ainsi, certains cancers, d'une grande malignité, évoluent rapidement vers l'adénopathie, la carcinose pelvienne, les métastases viscérales et osseuses ; d'autres, moins virulents, évoluent et laissent au praticien le temps de poser le diagnostic et l'indication thérapeutique.

Les aggravations suivies de rémissions ne sont pas exceptionnelles ; elles tiennent probablement à des infections secondaires, à des lésions de péri-prostatite ; il ne faut donc pas se baser sur leur marche pour éliminer l'idée du cancer.

Le traitement

Traitement curatif. — Le traitement de choix du cancer prostatique est l'exérèse. Mieux encore : enlever toute prostate volumineuse, c'est faire la meilleure prophylaxie du cancer, et, parfois même, c'est enlever un adénome en voie de dégénérescence (G. Jeanneney).

Pour opérer, peut-on tenir compte de l'âge et du degré de cachexie ? Non, répond V. Pauchet. Les cancers constatés par ce chirurgien, se sont surtout montrés de cinquante à soixante ans et de soixante-douze à quatre-vingts ans. Il faut donc se méfier des trop jeunes (cinquante à soixante) et des trop vieux (soixante-douze

à quatre-vingts ans) ; mais cependant, il n'y a rien d'absolu. Quant à la cachexie, elle ne survient qu'à une période avancée de la maladie. Quand elle est légère, elle peut être due à l'insuffisance rénale et se montrer aussi bien avec l'hypertrophie banale qu'avec le cancer ; elle n'a donc aucune valeur au point de vue diagnostique.

L'exérèse du cancer prostatique, faite au début, quand la tumeur est bien encapsulée, noyée dans un adénome, donne des survies éloignées ; il s'agit alors d'un cancer à évolution relativement bénigne.

Quand, au contraire, le néo a atteint la surface de la prostate au point d'être diagnostiqué cliniquement, il faut faire la prostatectomie extra-capsulaire, et, dans ces conditions, les résultats sont fort bons, à la condition que le cancer soit bien limité.

Deux méthodes principales : la prostatectomie par voie sus-pubienne, et la prostatectomie péritonéale.

La *prostatectomie par voie sus-pubienne* est actuellement presque bénigne, surtout quand l'opération en un temps est réservée aux sujets résistants, porteurs de reins suffisants, et que l'opération en deux temps est appliquée en cas d'urines troubles ou d'insuffisance rénale.

Cette voie haute est excellente, à la condition d'opérer à ciel ouvert, et de faire une opération large, en enlevant au bistouri les vésicules séminales et la partie initiale des déférents.

La *prostatectomie périnéale* est plus bénigne, car elle se pratique en un seul temps, même s'il y a insuffisance rénale avec urines légèrement troubles. V. Pauchet l'emploie, quand il ne veut pas faire l'opération en deux temps, chez les obèses, ou en cas de périprostatite. Les inconvénients sont les risques de léser le rectum, de créer l'impuissance, l'incontinence, de laisser une fistule ou un rétrécissement ; cette méthode est ainsi réservée au quart des cas.

Le *radium et les rayons X* viennent compléter l'exérèse chirurgicale. Quand la tumeur a été enlevée totalement, on place dans la loge évidée deux tubes de radium, éléments de dix milligr., filtrés à 2 mill. de platine, et laissés six jours.

En outre, dans le mois qui suivra, on pratiquera sur les régions iliaque et épigastrique des séances de radiothérapie suivant la méthode de V. Pauchet.

Si l'extirpation a été incomplète, même méthode radium-radiothérapique, mais l'application de radium sera plus poussée.

Traitement palliatif. — Si l'état du malade est déficient, si celui-ci a atteint un âge avancé, si des accidents graves de rétention d'urine ou d'hématurie se présentent, il convient de borner l'action chirurgicale à la *taille hypogastrique* ; opération d'urgence, elle est au cancer de la prostate, ce que l'anus contre nature est au cancer du rectum.

Dans les formes diffuses, alors que la glande présente déjà la forme d'une tête de taureau, il faut recourir à la *radiumthérapie ou à la radiothérapie,* car les groupes ganglionnaires intéressés par la propagation du cancer sont pratiquement inextirpables (Wolfrommm).

C'est alors la radiumpuncture à travers le périnée, ou bien par les voies périnéale et transvésicale combinées. Même, s'il n'a pas été reconnu de métastases, il est bon de faire de la radiothérapie au niveau des zones ganglionnaires ; cette pratique est susceptible d'amener une réduction et une diminution des compressions douloureuses.

Il est possible d'éviter de gros *accidents*, dans le traitement, par le radium et les rayons X ; mais, malgré une technique correcte, des désagréments assez marqués peuvent survenir. Certes, en ce qui concerne la radiothérapie, des radiodermites sont susceptibles de se produire, qui indiquent que la dose en profondeur a été atteinte ; mais il faut éviter d'irradier directement dans le rectum, et tout faire pour se garder de ces rectites atroces, qui ajoutent des souffrances intolérables à une situation déjà fort pénible.

D'ailleurs, les résultats obtenus sont peu encourageants (Wolfromm), et Cathelin, comme Jeanbrau, croit que le radium et la rœntgenthérapie n'apportent pas encore la solution du problème ; et cet auteur personnellement n'en a jamais constaté les bons effets.

En cas d'envahissement de la vessie, on utilisera les resssources radio-actives du *mésothorium* ; il sera facile, une taille étant supposée faite, d'introduire dans les masses vésicales, 5 centimètres cubes d'une solution renfermant deux microgrammes par centimètre cube, et de renouveler cette petite intervention jusqu'à emploi d'une dose totale de 150 à 200 microgrammes (V. Pauchet).

***

Le cancer du rectum

Le malade.

Entre 50 à 60 ans, certains symptômes intestinaux doivent toujours faire naître la pensée d'un cancer rectal, le rectum étant, après l'estomac, le point de localisation le plus fréquent du cancer. Ce néoplasme débute progressivement et peut ainsi passer souvent inaperçu, avant qu'il ait une répercussion sur l'état général.

Avant tout méfions-nous d'une *constipation*, survenant vers 45 ou 50 ans, ou de l'aggravation d'une constipation préexistante.

Méfions-nous surtout des *diarrhées résistant à un traitement* médical bien dirigé : il est de toute importance de regarder ces selles, que le malade prend pour de la diarrhée, et qui ne sont que de fausses diarrhées. Le Prof. Hartmann remarque que souvent les selles, soi-disant diarrhéiques, sont constituées par des glaires sanguinolentes et des par matières putrides, dont l'expulsion s'accompagne quelquefois de ténesme ; les glaires et le sang enrobent les matières (*mœlena circonférentiel*), ou bien elles sont mélangées à celles-ci (*cancer haut situé*).

Méfions-nous, enfin, de *l'écoulement de sang.* Celui-ci, dit Hartmann, a une grande importance. Malheureusement, trop souvent les médecins ont tendance à l'attribuer à des hémorroïdes. Il présente cependant des caractères qui permettent de le distinguer. Alors que, chez *l'hémorroïdaire*, « l'hémorragie se produit au moment où le sphincter se contracte, à la fin de la garde-robe, et exprime une muqueuse malade, qui souvent vient d'être excoriée par le passage du bol fécal, que le sang rouge tombe en plein sur les matières occupant le fond du vase, — dans le cancer (alors *cancer bas situé*), le sang sort souvent avant les matières ; au lieu d'être rouge, foncé, comme celui des hémorroïdaires, il est plus ou moins altéré par suite de son séjour dans l'intestin, brunâtre ou noirâtre, parfois même le sang est expulsé sans accompagnement de matière intestinale ». Enfin, on peut observer simplement de la sérosité brunâtre, des glaires ou du sang, tachant le linge en dehors de la défécation.

Des *sensations anormales* doivent aussi éveiller l'attention. D'après G. Jeanneney, celles-ci sont d'abord représentées par de la gêne, une vague pesanteur dans le fondement, puis par de la perte de la sensibilté spéciale du rectum, si bien que le malade ne peut distinguer le besoin de déféquer du besoin d'émettre un gaz ; enfin des faux besoins, des efforts d'expulsion l'obligent à se présenter plusieurs fois par jour à la garde robe pour n'émettre que quelques glaires striées de sang. Tout au plus y a-t-il quelquefois une sensation de plénitude, de gêne vague dans la région sacrée. Ce sont encore des coliques, quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche, parfois des douleurs à droite en rapport avec la distension cæcale par des gaz. Le Prof. Hartmann a vu deux fois des malades, que l'on avait traités comme atteints d'appendicites chroniques, et qui, en réalité, souffraient de la fosse iliaque droite, parce que la circulation gazeuse intestinale était gênée par la sténose néoplasique du rectum ; l'appendicectomie n'avait naturellement en rien modifié les douleurs iliaques.

Le cancer au début est masqué parfois aussi par différentes affections, telles que rectocolite, dysenterie, tuberculose, lésions syphilitiques, prolapsus ulcéré, hémorroïdes, et surtout polypose adénomateuse rectale. Dans tous ces cas, surtout si des *poussées aiguës se produisent anormalement rapprochées*, on doit penser au cancer du rectum.

D'autres fois, encore le cancer se masque tout d'abord sous l'aspect de *troubles généraux* : asthénie, perte de poids, anémie.

En tous ces cas, et chaque fois qu'il y a le moindre doute sur la nature des lésions, il est nécessaire de pratiquer un examen local ; sinon on laissera le mal progresser, et on ne le reconnaîtra que devenu incurable.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT, les signes fonctionnels s'exagèrent.

La forme végétante se complique de douleurs violentes, atroces, en coup de poignard irradiant vers le sacrum, le périnée, les organes génitaux, les cuisses ; plus fréquentes deviennent les émissions de glaires diarrhéiques très fétides, de pus et de sang ; parfois l'écoulement de glaires est presque continu, obligeant le malade à se garnir d'un pansement.

Dans la forme « en virole », c'est la constipation qui domine la scène. Suivant la hauteur du néoplasme, les matières sortent ovidées (striction haute), ou rubanées (striction basse). A des périodes de constipation rebelle succèdent des débâcles diarrhéiques très fétides.

Puis surviennent, A LA PÉRIODE TERMINALE, la cachexie, l'infection chronique avec des fistules périanales, vésicales ou vaginales. L'occlusion vient souvent hâter la fin de cette évolution néoplasique, qui dure en moyenne deux ans.

L'examen du malade.

C'est, avant tout, le *toucher rectal*, qu'il faut pratiquer, car la protoscopie ou l'endoscopie rectale avec les tubes de Kelly n'a pas, d'après Hartmann, l'importance du simple toucher rectal.

Celui-ci constitue le mode fondamental d'exploration. Pour en tirer tous les renseignements qu'il peut donner, il faut coucher le malade sur le côté gauche, ou de préférence sur le dos, les poings placés sous les fesses, les cuisses légèrement fléchies et écartées. Le praticien introduit le doigt bien enduit de vaseline dans l'anus, avançant lentement dans le rectum ; il peut ainsi reconnaître la tumeur et surtout, point capital au point de vue de l'indication opératoire, préciser son degré de mobilité.

Dans les cancers haut placés, recto-sigmoïdiens, le doigt n'arrive pas au contact direct de la tumeur, mais en déprimant avec la main gauche la paroi abdominale, on arrive à la baisser, et par ce palper bimanuel, à sentir à travers la

paroi antérieure du rectum, le plus souvent au niveau de la partie antéro-latérale gauche, une nodosité dure, quelquefois un peu sensible à la pression.

En général, le doigt, après avoir suivi une muqueuse saine, rencontre une masse dure, localisée à une paroi du rectum ou annulaire, plus ou moins bourgeonnante ; il apprécie l'étendue de la lésion, la dépasse, et cherche à la mobiliser par abaissement ou refoulement.

La tumeur peut apparaître plus ou moins sténosante, ressemblant parfois à un col utérin bourgeonnant ; le doigt en franchit difficilement la lumière (Jeanneney).

Mobile un certain temps, la tumeur se fixe plus tard aux organes voisins (prostate, sacrum) et c'est alors là un signe d'inopérabilité.

La *rectoscopie* a été fort conseillée à un moment donné, parce qu'elle permettait de mieux explorer les lésions, et de faire une biopsie. Cependant les biopsies mêmes, qu'elle permet d'opérer, peuvent, exceptionnellement, exposer à des erreurs. Le morceau prélevé l'est généralement à la limite inférieure de la lésion, et, dans quelques cas, il n'y a pas en ce point de cancer nettement constitué. Chez un malade du Prof. Hartmann, l'anatomo-pathologiste avait répondu « lésion bénigne » ; or, l'ablation du rectum, pratiquée cependant, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Dans un autre cas de cancer très bas situé, le spécialiste en proctologie traversa avec son tube la partie malade, et n'examina que les parties sus-jacentes de l'ampoule ; mais il n'avait pas, au préalable, pratiqué le toucher rectal.

Quant à l'*exploration radiologique*, elle n'est applicable qu'aux cancers haut situés, et elle est le plus souvent inutile.

Chez la femme il est toujours nécessaire de faire un *toucher vaginal*, et chez l'homme, *une cystoscopie* ; cette dernière a permis, lorsque la tumeur s'étendait du côté de la vessie, de constater des lésions d'œdème bulleux, des soulèvements de la muqueuse, et même son envahissement, alors qu'il n'y avait encore aucun symptôme vésical.

A noter que *du cancer se distinguent* les rétrécissements inflammatoires, dits syphilitiques car ils surviennent chez des sujets jeunes, et, sont, au toucher, en entonnoir à bords rigides, secs, ne saignant pas.

Les rétrécissements tuberculeux sont souvent très difficiles à distinguer du cancer.

Le traitement

Sur 413 cancers opérés dans sa clinique, le Prof. Hartmann a fait 203 opérations palliatives et 210 opérations radicales.

L'opération palliative a toujours été la colostomie iliaque gauche. Celle-ci, dont la mortalité est faible (3,5 p. 100) améliore considérablement l'état des malades, au point qu'ils peuvent se croire guéris ; elle donne quelquefois une survie assez longue, en moyenne de 2 à 4 ans. On peut, une fois l'anus fait, irradier la tumeur au radium ou aux rayons X ; les résultats en sont douteux, en l'état actuel de la science,

Les curiethérapeutes savent d'ailleurs que si les radiations agissent sur les épithéliomas pavimenteux, elles ont une action beaucoup moindre sur les cylindriques ; or l'épithélioma du rectum est un épithélioma cylindrique.

Quant à l'infirmité consécutive à la colostomie iliaque, elle est beaucoup moindre qu'on ne pourrait le croire. Les matières, en ce point de l'intestin, sont solides ; la plupart des malades arrivent à régler son fonctionnement ; ils ont une garde-robe le matin, et se contentent pendant la journée d'appliquer une plaque d'ouate sur l'anus artificiel, le maintenant avec un bandage. Le port d'un appareil n'est nécessaire qu'en cas de diarrhée ; mais celui-ci peut provoquer une évagination de l'intestin.

A noter que dans le procédé d'Hartmann, très simple dans son exécution, il n'y a pas de sections musculaires, mais simple dissociation des fibres ; ce qui n'expose pas aux éventrations si fréquentes avec les anciens procédés, à la période où les malades commencent à maigrir.

L'opération curative se fait en deux temps : 1° l'anus artificiel définitif ; 2° résection ou mieux amputation du rectum par la voie périnéale large (opération peu choquante, avec une mortalité opératoire de 9 p. 100 ; mais souvent incomplète — Jeanneney).

Le Prof. Hartmann croit inutile d'établir un anus iliaque préalable ; mais il considère comme un point capital la nécessité d'enlever le rectum à contenu septique comme un sac clos. Après fermeture de l'anus par un fil en bourse, il fait une incision arciforme bi-ischiatique, au milieu de laquelle il branche une autre incision allant vers le coccyx, en se dédoublant au niveau de l'anus. On décolle le rectum, on l'abaisse, puis on le résèque suffisamment haut, en fixant à la peau son extrémité inférieure. La mortalité a été ainsi de 16 p. 100. Sur 69 opérés, qui ont été suivis, on a noté 29 récidives, dont 7 dans le tissu cellulaire, de un à cinq ans. On peut admettre d'après cet auteur, qui se base sur son expérience personnelle, 50 p. 100 de guérisons par ce procédé.

Un autre procédé est l'amputation abdomino-périnéale, dont la mortalité opératoire est plus élevée (37 %), mais qui donnerait un plus

grand nombre de guérisons définitives (64 p. 100 d'après Hartmann ; 80 p. 100 d'après Jeanneney).

En raison de cette mortalité opératoire plus élevée, Hartmann abandonne l'amputation abdomino-périnéale ; et, pour permettre une ablation lympho-ganglionnaire plus étendue que dans l'amputation périnéale, il recourt pour les cancers du haut rectum à l'ablation par voie exclusivement abdominale, avec fermeture du cul-de-sac recto-anal et colostomie terminale. Cet auteur ne peut encore fixer de pourcentage ; toutefois, ses deux premiers opérés sont encore en vie après huit ans, sans récidive ; et son troisième opéré a récidivé.

En résumé, pour le traitement du cancer rectal, meilleure que le radium ou les rayons X est encore l'exérèse opératoire. « Pour avoir une amélioration dans les résultats définitifs, le point le plus important paraît être de faire l'éducation du public et des médecins, de manière à opérer plus précocement, et à ne pas voir arriver au chirurgien des malades, qui ont été traités médicalement des mois et des mois, sans qu'on ait fait un examen local, sans qu'on ait pratiqué l'exploration, simple, si utile, malheureusement souvent négligée, qu'est le toucher rectal. »

BIBLIOGRAPHIE

Victor Pauchet : Le cancer de la prostate (G. Luys : maladies de la prostate ; G. Doin, éd. 1926).

A. Kotzareff et R. Fischer. — Les cancers et la physico-chimie (Vigot frères, Paris, 1927).

Oscar Mercier. — Séméiologie urinaire (A. Legrand, édit., Paris, 1929.)

Prof. Hartmann.— Le cancer du rectum et son traitement (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Leçon du dimanche, 1930.)

Prof. Cathelin. — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, tome III (Baillière, éd., Paris, 1930).

Wolfromm. — Traitement chirurgical du cancer de la prostate (*Paris médical*, 15 mars 1930).

Prof. Hartmann. — Carcinose prostato-pelvienne (*Le Concours médical*, 27 avril 1930).

V. Pauchet. — Résection du rectum cancéreux par la voie périnéo-sacrée (*Paris chirurgical*, mai-juin, 1930).

Prof. Hartmann. — Le cancer et les moyens de le combattre (*Gaz. des hôpitaux*, 18 mars 1931).

G. Jeanneney. — Le cancer (Maloine, éd. Paris, 1931).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Intervention d'un facteur individuel dans les accidents provoqués par le camphre.

Il ressort d'une étude de MM. H. Busquet et Ch. Vischniac que le camphre et ses dérivés injectés dans les tissus, peuvent donner lieu à des accidents locaux, échappant à toute prévision rationnelle et dépendant d'un état réactionnel spécial de certains sujets.

Bien entendu ces accidents, extrêmement rares, ne doivent pas faire obstacle à la thérapeutique camphrée ; mais il faut connaître leur existence pour ne pas les imputer à une erreur de technique de celui qui a préparé ou de celui qui a administré le médicament.

Ce travail présente aussi un intérêt théorique, relatif au mécanisme de l'idiosyncrasie médicamenteuse. Si l'on connaît bien la réalité de cette individualité réactionnelle, on a longtemps ignoré ses causes premières. Actuellement, quelques-unes d'entre elles se sont déjà précisées. A cet égard, le rôle de l'anaphylaxie, n'est pas douteux. Un autre facteur de réactions individuelles inattendues est l'état circulatoire anormal de la région où le médicament doit être absorbé ; ce facteur circulatoire se vérifie une fois de plus avec le camphre, dont la nocivité expérimentale est déterminée par une ischémie des tissus absorbants. Ce dernier fait est une nouvelle preuve que l'idiosyncrasie n'est pas une propriété mystérieuse du protoplasma, mais relève des conditions mécaniques de l'absorption médicamenteuses. (*Paris médical*, 29 novembre 1930.)

Les périviscérites digestives et leur traitement médical.

MM. P. Oury et J. Mézard exposent que les périviscérites sont une affection plus rare que ne le pourraient faire croire les travaux contemporains ; leur diagnostic ne doit donc être posé qu'avec précaution.

Dans l'immense majorité des cas, les périviscérites sont secondaires. L'infection le plus souvent est à leur origine, et le rôle de l'appendicite, aiguë et refroidie, ou chronique, est de toute première importance ; cholécystite et affections duodéno-pyloriques jouent également un rôle appréciable.

Le signe le plus caractéristique est la douleur, qui siège au niveau même du foyer de périviscérite. A ce propos, le médecin doit être également mis en garde contre la diffusion des signes cliniques : quand le diagnostic erre d'une affection abdominale à une autre, on peut présumer l'existence de périviscérite digestive adhésive. On est

souvent frappé de voir ces malades, souffrant de façon continue durant toute la journée, éprouver quelques recrudescences provoquées par les repas. Bref, la douleur, répétons-le, résume à peu près toute la symptomatologie fonctionnelle de l'affection ; quelques troubles digestifs lui sont associés : difficulté de digestion, état saburral, constipation surtout.

Deux localisations essentielles : les périviscérites du carrefour inférieur ou péri-entérocolites, qui sont secondaires à l'appendicite chronique, ou à l'appendicectomie, à la stase intestinale chronique, à la constipation droite, aux typhlocolites (douleur permanente de la fosse iliaque droite) ; les périviscérites du carrefour supérieur (péricholécystites, périduodénites).

La radiologie est le temps capital de l'examen : modifications du transit ; déformations persistantes du tube digestif ; fixations en position anormale ; douleur à la pression au niveau des adhérences.

Il faut tout d'abord éviter dans la mesure du possible la formation des adhérences : être ménagé d'interventions chirurgicales ; hormis l'urgence, ne pas intervenir dans un foyer inflammatoire localisé ; avoir le souci d'empêcher leur formation au cours des interventions chirurgicales.

Les insuccès du traitement chirurgical (à part les occlusions) sont fréquents.

Médicalement, on combattra la constipation par des moyens doux (huile, etc.) ; on donnera un régime privé d'éléments putréfiables (œuf, viande) ; on prescrira des vaccins polyvalents contre l'infection et l'inflammation causales. Les cures thermales (Plombières, Châtel-Guyon) pourront être utiles.

Enfin, trois méthodes intéressantes ont aussi donné des succès.

1° L'éther benzyl-cinnamique, en solution huileuse à 4 %, avec un centigramme par dose de thiosinamine en suspension : des séries de 12 injections quotidiennes intra-musculaires de 1 cmc., séparées par 15 jours de repos, sont très utiles, quand l'élément douleur domine. (Succès dans 2/3 des cas.)

2° Toute la gamme des agents physiques, on cite les rayons ultra-violets, l'héliothérapie. Mais la chaleur se montre plus efficace avec toutes ses variétés d'applications : bouillotte, compresses chaudes, révulsifs locaux, rayons infra-rouges (très souvent recommandés) et surtout diathermie trans-abdominale. Cette dernière méthode constitue un antispasmodique puissant, diminue l'œdème et la congestion. Les contre-indications, peu nombreuses, sont bien précises ; ce sont les affections inflammatoires aiguës (appendicite, salpingite), et celles qui s'accompagnent d'un syndrome hémorragique ; il en est de même des ovaires sclérokystiques. En général, l'amélioration se manifeste dès la première série d'applications ; mais il est rare que le résultat se maintienne, et on est obligé de refaire de nouvelles séries tous les six mois ou tous les ans.

3° La méthode des injections intradermiques antalgiques, faites au niveau de la région douloureuse, soigneusement recherchée : l'eau distillée, la naïodine, ont une action nette, à la condition de n'être pas acides, et que l'infiltration dermique soit faite soigneusement. Il en serait de même pour l'injection intradermique de novocaïne qui procure une sédation de 6 heures ; répétée, celle-ci amènerait à la longue, une diminution de la sensibilité à la pression et de la contracture. (*La Pratique médicale française*, novembre 1930-A.)

L'hypochondrie et la constitution hypochondriaque.

L'hypocondrie constitutionnelle, écrit le Professeur Abadie, est de tous les temps, de tous les lieux, de toutes les conditions. L'hypocondriaque se reconnaît à tous les âges. De toutes les fonctions corporelles, la digestion est celle qui attire et préoccupe le plus l'hypocondriaque.

Fixer un hypocondriaque, le conseiller et le diriger dans la seule voie utile du redressement de son caractère morbide, est un tour de force, rare pour un médecin même instruit en cette matière. Par nature l'hypocondriaque ne retire aucun soulagement de ce que lui ordonne le médecin, aucun apaisement de ce qu'il lui dit ; aussi est-il entraîné à changer perpétuellement de médecins et de médications, toujours sans profit et même pour son plus grand dommage.

Si l'hypocondriaque s'éloigne un beau jour de la médecine et du médecin, il aime cependant toujours s'occuper de l'une et converser avec l'autre.

Dans la foule marquée du sceau de l'hypocondrie native, les uns sont plus fortement tarés que les autres, allant jusqu'au délire.

Ce déséquilibre inné de l'esprit doit se ranger, parmi les grandes constitutions psychopathiques par sa fréquence si grande, par sa physionomie si personnelle, par son intérêt si général. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1930.)

L'hypotension artérielle n'est pas toujours un état pathologique.

Faisant une classification sévère des hypotendus, d'ailleurs pas très nombreux, MM. Broustet et Bernes-Lasserre les rangent en deux groupes : les hypotendus malades et les hypotendus bien portants.

Chez les premiers, on découvre, en général, en plus des éléments du syndrome hypotension, des accidents divers, qui traduisent une insuffisance fonctionnelle du tube digestif, du système nerveux, des reins, et surtout des glandes endocrines.

Quant aux autres, qui constituent la majorité, ce ne sont pas des malades. Leur hypotension est compatible avec un parfait état de santé. On n'a pour la déclarer pathologique qu'un seul argument : la différence de leurs chiffres tensionnels avec ceux considérés ordinairement comme normaux. Ici, contrairement, à ce qui se passe pour l'hypertension, nous ne pouvons affirmer pathologique un état uniquement caractérisé par une diminution de la pression artérielle, à l'exclusion de tout autre trouble. (*Journal de médecine de Bordeaux,* 30 octobre 1930.)

La fixation du calcium dans les tissus.

Le Docteur STRELETSKI étudie les différents facteurs qui interviennent dans le métabolisme et dans la fixation du calcium.

Il analyse tout d'abord l'importance du milieu intestinal, qui doit être acide, afin d'obtenir la formation de composés solubles et diffusibles à travers la muqueuse intestinale. Il estime que les sels calciques ingérés seuls, loin d'avoir une action recalcifiante, provoquent au contraire, ainsi que l'a signalé Mouriquand, une augmentation du taux d'élimination calcique physiologique.

Pour obtenir une fixation du calcium dans les tissus, il faut l'intervention de certaines glandes à sécrétion interne, telles que le thymus, les surrénales et surtout les parathyroïdes. L'auteur souligne également le rôle prépondérant de l'huile de foie de morue, de la lumière solaire, des rayons ultra-violets et de l'ergostérine irradiée ou vitamie D.

Mais il insiste sur ce fait, d'accord avec Hess, que la vitamine D, ainsi apportée à l'organisme ou formée en lui sous l'influence des rayons ultra-violets naturels ou artificiels, n'a aucune action si elle ne se trouve pas en présence d'un extrait parathyroïdien.

Pour obtenir des résultats thérapeutiques satisfaisants, il faut apporter aux malades, comme le fait l'opocalcium irradié, à la fois des sels de chaux, des extraits glandulaires, surtout parathyroïdiens, et, enfin de l'ergostérine irradiée. (*Pratique médicale française,* n° 2 *bis,* février 1931-B.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Anesthésie générale et cardiopathies.

(M. Pierre BAZY. — *Académie de médecine* ; 3-3-1931.)

M. Pierre Bazy revient sur cet important sujet, déjà traité à la Société de chirurgie par M. Vaquez, de l'anesthésie générale chez les cardiopathes.

M. Vaquez avait conclu sa communication, on se le rappelle, en déclarant que dans la très grande majorité des cas, l'existence d'une cardiopathie ne devait pas empêcher de pratiquer une intervention chirurgicale jugée nécessaire. M. Pierre Bazy partage entièrement cette opinion.

M. Vaquez, toutefois, appelait l'attention des chirurgiens sur les malades peureux, cardiopathes ou non, et il recommandait, en présence de sujets particulièrement angoissés par la crainte d'une opération, de faire précéder l'anesthésie générale, d'une sorte de cure psychique de réconfort, pour que l'intervention ait lieu dans des conditions aussi favorables que possible. M. Bazy remarque que la plupart des opérés éprouvent une appréhension, légitime d'ailleurs, à l'idée d'être endormis. Cette « peur » ne saurait arrêter le chirurgien, même lorsqu'elle paraît grande. Il conviendrait plutôt, alors, de hâter le moment de l'intervention, pour libérer le malade de cette obsession.

— M. VAQUEZ ajoute qu'il n'en est pas moins important de remettre le patient en confiance, avant et au moment de l'anesthésie. Les peureux peuvent être opérés, mais il est bon de prendre avec eux quelques ménagements.

— M. Pierre DELBET estime que la diète à laquelle on soumet le malade la veille de l'opération diminue sa résistance aux toxiques. Il recommande, au contraire, un dîner substantiel la veille et le matin de l'opération la prise d'un verre de lait additionné de sucre et de sel de magnésium.

La méthode phylactique en thérapeutique des maladies neurotropes.

(M. René CRUCHET, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 10-2-1931.)

La méthode phylactique, par des agents de protection (φύλαξις protection) s'avère, dit M. René Cruchet, comme un procédé thérapeutique intéressant dans les maladies neurotropes.

Le chloroforme, appliqué dans le tétanos, intervient comme agent phylactique. L'urotropine, le gardénal, certaines eaux minérales (Billard) pourraient aussi combattre, par un mécanisme analogue, l'action néfaste des neurotoxines fixées sur les centres nerveux.

Transmission possible de la fièvre ondulante par les oiseaux.

(M. H. VIOLLE. — *Académie de médecine* ; 10-2-1931.)

La chèvre a été le premier animal, et pendant assez longtemps le seul, auquel on a attribué la propagation de la mélitococcie. Puis, on s'est aperçu que d'autres animaux (vaches, chevaux, porcs, chiens,

chats) pouvaient aussi transmettre la maladie. M. Violle s'est demandé si certains oiseaux ne devaient pas également être considérés comme des vecteurs éventuels de germes de la fièvre ondulante. Une série d'expériences lui ont montré que les pigeons, les pinsons, les grives étaient capables de devenir porteurs de germes mélitococciques. Les pigeons peuvent se contagionner au voisinage de chèvres ou de vaches malades. Ces animaux étant quelquefois voyageurs sont susceptibles ainsi de porter au loin la contagion. De même les grives qui, hibernant en Corse parmi les troupeaux, reviennent dans le centre de la France à la saison chaude.

La vagotonine dans le diabète.

(MM. SANTENOISE, LOUYOT et VIDACOVITCH. — *Académie de médecine* ; 24-2-1931.)

La vagotonine est un produit de sécrétion du pancréas, indépendant de l'insuline, qui a été isolé par M. Santenoise et qui possède des propriétés vagotonisantes. Cette substance s'est montrée également douée d'un pouvoir hypoglycémiant, d'un caractère différent de celui de l'insuline et étroitement lié au pouvoir vagotonisant.

Il était intéressant, dans ces conditions, d'essayer la vagotonine dans la thérapeutique du diabète. Les auteurs ont vu que, dans cet ordre d'idées, l'injection intra-musculaire ou sous-cutanée de vagotonine était suivie d'une baisse de la glycémie et de la glycosurie. Associant la vagotonine à l'insuline, ils ont obtenu, dans le diabète, d'excellents résultats. L'adjonction de vagotonine permet de faire les injections d'insuline à doses moins fortes et plus espacées et de rendre meilleure la tolérance des malades aux hydrates de carbone. L'action de l'insuline se trouverait ainsi non seulement intensifiée, mais encore et surtout considérablement prolongée.

La cure de soleil et de travail dans la tuberculose.

(M. A. ROLLIER, de Leysin.— *Académie de médecine* ; 10-3-1931.)

M. Rollier, qui est le père de l'héliothérapie générale dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, fait une communication sur la cure de soleil et de travail chez les tuberculeux chirurgicaux.

L'auteur garde toutes ses préférences pour l'héliothérapie totale, pour l'emploi de l'ensemble des radiations solaires, supérieure à la cure de rayons ultra-violets ou d'autres rayons isolés. Il montre le rôle physiologique important du revêtement cutané, les effets heureux des radiations solaires sur le fonctionnement de la peau, la régénération des téguments, le développement des muscles, sur le système osseux, et les propriétés d'ordre général de cette cure (circulation, système nerveux, calcémie, etc.).

Mais la cure solaire a souvent besoin d'un complément, d'un complément d'ordre moral en particulier. C'est pour cela que M. Rollier a été amené à lui adjoindre la « cure de travail » qui s'est avérée à son tour une véritable thérapeutique d'une triple valeur, physique, morale et économique.

Les injections de glycérine dans le traitement des varices.

(MM. MAIGNON, GRANDCLAUDE et LAMBRET. — *Académie de médecine* ; 17-3-1931.

Les injections intra-veineuses de glycérine, à la dose de 3 à 5 cent. cubes, chez le chien, sont sclérorantes. Indolores et bien tolérées, elles n'entraînent aucune trouble fonctionnel.

Ces considérations ont incité les auteurs à utiliser la glycérine de préférence aux autres agents que l'on a l'habitude d'employer, dans le traitement sclérosant des varices. On a ainsi l'avantage d'une substance plus active et non toxique. On obtient une sclérose oblitérante avec deux injections seulement, espacées de six à dix jours. Il y a intérêt à ne pas dépasser cet intervalle car, au delà, le processus sclérosant est moins fort, la désensibilisation ayant probablement commencé à se produire.

P. L.

Antisepsie profonde par le complexe savonneux d'acridine.

(MAURICE RENAUD. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 23-1-1931.)

L'auteur a montré comment l'action de l'acide oléique, conjuguée à celle des métaux lourds, augmente l'efficacité de ceux-ci vis-à-vis des virus de la syphilis et de la tuberculose au point que le complexe savonneux d'or et d'osmium permet d'obtenir la guérison complète de certaines lésions tuberculeuses chez le cobaye, et de réaliser la cure de la tuberculose humaine dans des conditions qu'aucune autre médication n'avait jusqu'ici réalisées.

Aujourd'hui, il est question de l'influence que peuvent exercer les complexes savonneux sur l'évolution des maladies infectieuses d'origine bactérienne. Ces complexes permettent de traiter systématiquement et efficacement tous les états infectieux en atteignant directement le virus, et aussi de réaliser sans risques et très simplement cette antisepsie profonde, jusqu'ici méthode d'exception, parfois dangereuse.

Le complexe d'acridine est le plus efficace et le plus maniable de ceux qui ont été jusqu'ici expérimentés.

Qu'il s'agisse des lésions inflammatoires de la peau et des muqueuses (y compris le chancre mou), des lésions infectieuses localisées, ou des maladies infectieuses (notamment des streptococcies), il est hors de doute que le savon d'acridine, introduit dans la circulation, permettra d'agir en toute certitude sur les virus en les atteignant par une médication répartie dans tout l'organisme. Grâce au complexe savonneux, l'action antiseptique est accrue en même temps que disparaissent inconvénients et dangers :

on obtient ainsi l'action thérapeutique à des doses très inférieures à celles qui pourraient être très bien tolérées.

Deux cas d'anémie pernicieuse aplasique aiguë fébrile chez l'enfant.

(M. Marquezy et P. Flandrin. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* : 23-1-1931.)

L'anémie pernicieuse aplasique, plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, n'en reste pas moins chez celui-là une affection extrêmement rare, dont le caractère cryptogénétique est toujours troublant.

Alors que l'évolution de l'anémie de Biermer a été transformée par l'hépatothérapie, chez les deux malades observés le cours rapidement fatal de l'anémie aplasique n'a été modifié en rien par les thérapeutiques qu'on a coutume actuellement de tenter avec des succès variables contre les anémies graves les plus diverses. Seules les transfusions ont paru agir, mais d'une façon toute momentanée. Il est cependant permis de penser que, dans certains cas où leur répétition serait possible d'une façon régulière et prolongée on puisse maintenir le malade en vie un temps suffisant pour que prenne fin la sidération de l'hématopoïèse.

L'épreuve sucrée amphogyre.

(Noel Fiessinger et J. Duryck. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 23-1-1931.)

Il s'agit de la traversée de l'organisme par les sucres, celui-ci présentant normalement une tolérance différente pour les glycose, lévulose et galactose. Les auteurs ont repris l'étude de ces traversées en faisant de ces sucres des mélanges ne donnant plus de déviation au polarimètre. Ils ont utilisé deux séries de mélanges : glucose-lévulose et lévulose-galactose, et ils ont étudié la tolérance à l'état normal ainsi qu'au cours des affections hépatiques.

Il en résulte que l'organisme oppose aux différents sucres des résistances différentes ; chaque malade a son pouvoir d'utilisation spécifique, mais aussi chaque sucre a une faculté d'utilisation spécifique. L'épreuve sucrée amphogyre nous apporte cette notion indiscutable que la faculté d'utilisation se classe dans l'ordre suivant : glucose, lévulose, galactose. Ainsi le sucre le plus diffusible, celui qui, ayant accompli sa traversée hépatique, à le moins de chance d'être arrêté dans sa traversée tissulaire, est le galactose.

Forme pyélo-cystique de la fièvre typhoïde.

(Loeper et Lemaire. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 30-1-1931.)

La pyélocystite représente une localisation assez rare des septicémies éberthiennes ; elle est plus rare encore au cours des septicémies à para B. Mais il est plus exceptionnel encore que les symptômes d'infection urinaire occupent le premier plan de la scène clinique, au point d'estomper les signes proprement typhiques de la maladie. — Le sujet fut, en effet, pris brusquement au cours de son travail d'une douleur abdominale violente, d'abord transversale et sus-ombilicale, puis bientôt lombaire droite ; cette douleur simulait, dit le malade, un tour de rein. Mais son irradiation douloureuse, la survenance de mictions douloureuses, et la discrète hématurie qui les terminait, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une infection urinaire. La température de 40° persistant les jours suivants fit porter le diagnostic de fièvre typhoïde.

La fièvre exanthématique. Son inoculation, ses portes d'entrées, ses aspects cliniques.

(D. et J. Olmer (de Marseille). — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 30-1-1931.)

C'est par centaines que chaque année se comptent les observations recueillies dans la région méditerranéenne, si bien que, pendant la période estivale, la possibilité de cette infection est maintenant envisagée par tous les cliniciens ; elle est très répandue dans le midi de la France et en dehors de notre pays.

Dans un délai de 3 à 6 jours, elle fait suite à la piqûre par une tique de chien, le Rhipicéphalus sanguineus ; la lésion d'inoculation est assez caractéristique pour imposer dès le début et avant l'éruption le diagnostic de la maladie ; que la porte d'entrée soit cutanée ou conjonctivale (rare), elle s'accompagne souvent d'une réaction ganglionnaire, parfois très marquée surtout chez les sujets jeunes, mais n'aboutissant jamais à la suppuration. L'escarre persiste une huitaine de jours, puis s'élimine, laissant une ulcération superficielle arrondie, indurée, entourée d'un halo rougeâtre, et dont la cicatrisation est complète en quelques jours.

Les signes généraux, peu marqués au début, se précisent du 3e au 6e jour (température 39°-40°, parfois davantage) ; l'éruption survient du 3e au 4e jour ; elle se fait par plusieurs poussées, débutant au niveau du tronc, pour se généraliser à tout le corps, et terminer par la face. Ce sont des taches isolées, arrondies ou ovulaires, de 2 à 3 millimètres de diamètre, séparées par des espaces aussi larges de peau saine. Leur teinte est rose ou rouge au début, souvent lie de vin. Fait important, l'atteinte du système nerveux est en général minime : le délire, la prostration et la stupeur sont exceptionnels.

L'évolution est cyclique ; la défervescence est souvent rapide, parfois en lysis ; la durée est en moyenne de 12 à 14 jours. Il n'y a ni rechutes, ni récidives ; la convalescence est toujours longue. Les complications (congestion pulmonaire, albuminurie, hémorragie intestinale, etc.) sont rares ; la terminaison fatale est exceptionnelle. A côté de formes atténuées, il y a cependant des formes graves avec fièvre, atteinte du système nerveux, arthromyalgies intenses ; mais celles-ci évoluent néanmoins vers la guérison.

Les rares cas mortels ont été surtout observés chez des sujets présentant une tare viscérale antérieure, en particulier une lésion cardiaque ou rénale. G. F.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite*) (1)

Les pancréatites chroniques

Résumé du rapport de MM. P. Brocq (de Paris) et Miginiac (de Toulouse).

La pancréatite chronique est une altération scléreuse, péricanaliculaire, périlobulaire ou périveineuse.

Il est regrettable qu'à cette définition anatomique, nous ne puissions ajouter une définition pathogénique. Cela tient à la multiplicité des causes de cette transformation scléreuse.

Pour établir le diagnostic, nous disposons :

I. Des constatations cliniques,
II. — bio-chimiques,
III. — opératoires,
IV. — histologiques.

En dépit de leur nombre, aucune, dans l'état actuel de la question, n'est absolument décisive, pas même celles que pourrait nous donner un examen histologique portant sur une biopsie pratiquée au cours d'une laparotomie.

La biopsie est trop fréquemment faite, et cela sans aucune faute de la part du chirurgien, sur des régions saines de la glande.

D'autre part, la nature particulièrement vaculaire du pancréas s'oppose à des biopsies répétées qui ne seraient pas sans danger. Il y a eu des biopsies mortelles.

Documents. — Ce très consciencieux travail porte sur 208 observations. En dépouillant ces observations, les rapporteurs se sont efforcés d'éliminer les documents manquant de précision. Ainsi, n'ont-ils retenu que 177 cas ; encore convient-il de reconnaître que tous, sans exception, ne correspondent peut-être pas à la définition donnée ci-dessus de la pancréatite chronique.

Le diagnostic de la pancréatite est, en effet, un diagnostic de « longue haleine » et il manque à certaines de ces observations l'épreuve du temps.

Etiologie. — La fréquence est bien difficile à établir. D'aucuns considèrent l'affection comme très commune, d'autres la croient exceptionnelle. Entre ces extrêmes, il y a place pour maintes opinions.

Sur la statistique des rapporteurs l'âge n'est retenu que 190 fois.

On note :

1 cas avant un an ;
3 cas de 10 à 20 ans ;
20 cas de 20 à 30 ans ;
44 cas de 30 à 40 ans ;
52 cas de 40 à 50 ans ;
48 cas de 50 à 60 ans ;
17 cas de 60 à 70 ans ;
6 cas de 70 à 80 ans.

Le sexe féminin semble plus exposé que le sexe masculin : 58 p. 100 contre 42 p. 100.

L'ictère existe dans 80 p. 100 des cas.

Les causes, il faut le reconnaître, sont pleines d'obscurité.

On a rencontré la pancréatite chronique au cours de toutes les infections aiguës ou chroniques : typhoïde, variole, scarlatine, choléra, dysenterie, angine, diphtérie, penumonie, grippe et surtout au cours des oreillons.

Elle serait fréquente pendant l'évolution de la tuberculose, mais fréquente davantage pendant la syphilis.

Les intoxications par le plomb, le phosphore, l'arsenic, le mercure et surtout par l'alcool feraient le lit à la pancréatite chronique.

Dans tous les cas, elle est fréquemment consécutive à des lésions des organes voisins.

Il faut considérer :

I. Les lésions de l'arbre biliaire.
II. Celles du tractus gastro-intestinal.

Les pancréatites biliaires répondent à la forme la plus souvent rencontrée. Il ne s'agit pas d'une inflammation du pancréas à laquelle s'ajoutent des symptômes biliaires.

La pancréatite biliaire est celle qui reconnaît pour cause une affection des voies biliaires la précédant et l'engendrant par un mécanisme qui n'est pas encore du reste élucidé.

D'autre part, la coïncidence d'une pancréatite chronique et d'un ulcus gastrique est assez fréquente.

Le plus souvent, un *ulcus calleux, térébrant*, a pour fond le tissu pancréatique. Les lésions glandulaires sont au total des réactions fibreuses au contact de l'ulcus ; elles ne s'étendent pas à distance. Leur traitement se confond avec celui de l'ulcus responsable.

D'autres fois, il existe des lésions pancréatiques massives allant de la tête au corps de la glande et coïncidant avec un ulcère gastrique ou duodénal.

Une gastro-duodénite, une périgastrite, une périduodénite, la stase duodénale, la stase intestinale chronique, l'appendicite, les diverticules du duodénum pourraient être à l'origine des inflammations chroniques du pancréas.

(1) V. *Concours médical*, Nos 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 17.

Enfin, il existe incontestablement des pancréatites en apparence primitives.

Ce sont des indurations ou même de véritables tumeurs isolées et en apparence indépendantes de lésions inflammatoires des organes du voisinage.

Le pancréas est généralement gros, bosselé ; il y a de l'ictère sans lithiase de la voie biliaire principale.

On pense souvent à un cancer, mais l'évolution favorable après drainage opératoire permet le diagnostic exact tardif.

Ceci dit, les pancréatites « primitives » sont-elles une simple apparence ou une réalité ?

On ne peut nier leur exitence. Et les rapporteurs sont d'avis qu'il convient de rechercher leur cause dans le cadre élargi de la pathologie générale, comme on l'a fait pour le foie et le rein.

Manifestations cliniques. — Elles sont bien connues pour les formes s'accompagnant d'ictère ; elles le sont moins pour les autres variétés.

De plus, il existe des pancréatites chroniques facilement reconnaissables et d'autres « effacées, trompeuses, atténuées ».

A. **Pancréatites franches**. — SIGNES GÉNÉRAUX. — La dyspepsie pancréatique se traduit par de nombreuses manifestations : fétidité de l'haleine, perte de l'appétit, dégoût de la viande et des graisses, flatulence, ballonnement après les repas, nausées, régurgitations, sialhorrée, malaise constant au niveau du creux épigastrique, diarrhée chronique, selles fétides de volume considérable et d'aspect blanc-grisâtre.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — L'amaigrissement peut être considérable et fait penser à tort au cancer. Les malades présentent une grande faiblesse et un grand besoin de dormir.

TROUBLES DE LA SÉCRÉTION INTERNE. — Ils se traduisent par la présence du sucre dans l'urine. Cette glycosurie est légère ou importante, transitoire ou permanente, et constitue un caractère de gravité.

LES DOULEURS. — Siègent au creux épigastrique, à l'ombilic. Les irradiations se font parfois à l'épaule gauche, rarement à la droite ; elles se font encore vers l'angle costo-lombaire surtout à gauche, parfois des deux côtés. Elles affectent souvent l'aspect clinique des coliques hépatiques. Leur intensité est excessivement variable.

La palpation les réveille en certaines zones : point de Déjardins, zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard, point d'Orlowski.

Head a signalé une plaque d'hyperesthésie cutanée au niveau de la région dorso-lombaire gauche et délimitée par les trois dernières côtes.

LES HÉMORRAGIES. — Sont quelquefois signalées. Ce sont des épistaxis, des hématémèses, du melæna, des hématuries, du purpura.

LA TUMEUR. — A l'état normal, la palpation du pancréas est impossible. En vidant l'estomac et le gros intestin, on peut, mais seulement chez les sujets maigres, sentir le relief de la glande. Encore faut-il le plus souvent endormir le malade, et les sensations recueillies ne sont que diffuses, imprécises. Cependant, Vautrin affirme avoir perçu une induration ; Grégoire, Okinczyc et Martina auraient senti une véritable tumeur.

Delbet, à propos des formes atténuées, dit qu'on peut percevoir des battements aortiques anormalement étendus dans le sens transversal.

B) **Signes d'emprunt des pancréatites franches. Troubles de compression**. — Ce sont eux qui d'ordinaire amènent le malade au chirurgien. Ils consistent dans des troubles ou dans la suppression de l'évacuation de la bile, ou dans des modifications du transit gastro-duodénal, ou bien encore dans des phénomènes d'irritation du plexus solaire.

Ils créent une physionomie particulière au syndrome et permettent de distinguer :

Les pancréatites avec ictère ;

Les pancréatites avec gêne du transit gastro-duodénal ;

Les pancréatites douloureuses.

Les premières sont les mieux connues. Tantôt elles affectent une évolution fébrile du type inflammatoire; tantôt une évolution froide du type néoplasique.

Dans les formes fébriles on croit à une lithiase avec poussées d'angiocholite. Il y a de la douleur, des vomissements, de la contracture du grand droit.

Dans les formes néoplasiques tout semble conduire au diagnostic de cancer. Les malades sont généralement d'un âge plus avancé. L'ictère s'installe lentement, progressivement, sans fièvre, et ne présente que des variations minimes difficiles à saisir. La vésicule est habituellement distendue.

Le diagnostic de néoplasme paraît d'autant plus évident qu'il y a souvent compression de la veine porte et un certain degré d'ascite.

Les pancréatites accompagnées de modifications du transit gastro-duodénal sont peu fréquentes. On ne trouve que de très rares observations relatant un véritable syndrome de sténose pylorique.

La compression du duodénum serait due à des phénomènes de stase ou de sténose correspondant à certains pancréas de forme annulaire.

Les pancréatites douloureuses sont plus fréquentes. On les a confondues souvent avec des crises gastriques tabétiques. Elles s'expliquent par la compression du plexus solaire, l'inflammation du péritoine, la congestion passagère de la période digestive.

C) **Les pancréatites atténuées**. — Delbet, Okinczyc, Kalsch les croient fréquentes.

Elles s'accompagnent de douleurs diffuses, soit à droite, soit plus souvent à gauche de la ligne médiane. Ces douleurs irradient vers la rate et le rein gauche et font penser à une pyélonéphrite, à une colique néphrétique, à un lumbago. Elles ne sont pas sous la dépendance de l'ingestion des aliments. Elles ne sont pas calmées par la diète.

D) **Les pancréatites méconnues**. — Ce sont sans doute les plus fréquentes étant données les difficultés

du diagnostic, même le malade laparotomisé et exploré.

Actuellement, au cours de toute opération pratiquée dans la sphère sus-ombilicale, sur les voies biliaires, l'estomac et le duodénum, on doit systématiquement examiner le pancréas.

E) **Faits de passage entre les pancréatites chroniques et les pancréatites aiguës.** — Ces deux variétés extrêmes sont reliées par toute une série de formes intermédiaires, et ces formes de transition existent cliniquement et anatomiquement.

Après certaines pancréatites ayant évolué par poussées on a rencontré sur des pièces d'autopsie et sur des pièces opératoires une association de lésions aiguës (stéatonécrose, foyers hémorragiques en voie de résorption) et de lésions chroniques (indurations).

Desplas a rapporté le cas d'une malade qu'il avait opérée pour une pancréatite chronique et qui mourut trois ans plus tard d'une pancréatite aiguë avec stéatonécrose.

De tels faits amènent naturellement les auteurs à envisager la question des récidives. L'opérateur doit y penser au moment où il pratique le drainage des voies biliaires ; il ne faut jamais en principe supprimer la vésicule, car la cholécystectomie rendrait ultérieurement impossible toute exploration et tout drainage des voies biliaires.

Renseignements fournis par les examens de laboratoire. — Les résultats de ces examens sont encore incomplets et parfois incertains.

Tels qu'ils sont cependant, ils facilitent le diagnostic quant à sa localisation pancréatique. Ils ne permettent pas de diagnostic étiologique.

Les uns traduisent l'insuffisance pancréatique externe, les autres l'insuffisance pancréatique interne.

Parmi les premiers il convient de citer :

L'examen des selles dont l'interprétation est délicate en raison des suppléances physiologiques venues des glandes salivaires, des glandes intestinales, du foie et de l'estomac.

Les examens des fèces portent d'abord sur le taux des graisses ingérées et non dédoublées, et sur la présence de fibres musculaires non attaquées ou faiblement attaquées.

Ces examens recherchent aussi les ferments pancréatiques dont un seul, l'amylose, dans l'état actuel de nos connaissances, peut être dosé.

L'examen des urines. — La ligature des canaux pancréatiques réalisée chez l'animal fait apparaître l'amylase dans les urines et dans le sang. Il est donc logique de la rechercher dans ces deux liquides en cas de pancréatite.

L'examen du sang ne portera ni sur la trypsine, ni sur la lipase ; ces ferments s'y trouvent en dehors de tout état pathologique. Mais il sera toujours utile de déterminer le pouvoir amylolitique du sang.

L'examen du suc duodénal suppose l'usage de la sonde d'Einhorn. Le liquide ainsi recueilli permet la recherche des trois diastases pancréatiques.

Chiray et ses collaborateurs pensent que la « lipase » est de ces diastases le « ferment le plus représentatif » de l'activité pancréatique et que c'est lui qu'il faut surtout doser. Ces mêmes auteurs ont montré tout l'intérêt qu'il y a à étudier la sécrétion provoquée du pancréas. Ils donnent la préférence, parmi les excitants de la sécrétion, au lait. Et Mme Jeandel-Mercier a publié dans sa thèse récente les résultats plus précis obtenus par tubage duodénal après excitation de la sécrétion par injection intraveineuse de sécrétine.

L'étude de l'insuffisance pancréatique interne suppose les examens suivants :

1° Recherche et dosage du glycose urinaire ;

2° Dosage de la glycémie et épreuve de l'hyperglycémie provoquée ;

3° Détermination de la tolérance du diabète aux hydrates de carbone ;

4° Recherche et dosage de l'acidose urinaire et sanguine ;

5° Recherche et mesure de la dénutrition azotée

(*A suivre*).

Les Livres

MASSON ET CIE, Éditeurs
120, Boulevard St-Germain, Paris (VIe).

Pratique médico-chirurgicale (*Troisième P. M. C.*) *Troisième Edition entièrement nouvelle* publiée sous la direction de MM. A. COUVELAIRE, A. LEMIERRE, C. LENORMANT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire de la Rédaction : André RAVINA. Huit volumes grand *in*-8° (17 cm×25 cm) plus de 8.500 pages de texte comprenant une abondante illustration sous riche reliure de bibliothèque, tête dorée.

La *Pratique Médico-Chirurgicale*, publiée sous la direction de Brissaud, Pinard et Reclus, a vu ses deux premières éditions, mises en vente l'une en 1907, l'autre en 1911, s'épuiser chacune en moins de deux ans. Avant 1914, 14.000 exemplaires de cet important ouvrage se trouvaient entre les mains des praticiens, tant en France qu'à l'étranger. De tous côtés, une édition entièrement à jour était réclamée aux éditeurs. C'est ce nouvel ouvrage, qui paraît aujourd'hui.

La *Pratique Médico-Chirurgicale* fournit au praticien et à l'étudiant, *classés dans l'ordre alphabétique*, toutes les notions essentielles qui sont disséminées dans les traités de médecine et de thérapeutique, de

chirurgie et de technique opératoire, d'obstétrique et des diverses spécialités. Cet ouvrage est orienté exclusivement vers la pratique, c'est-à-dire vers la clinique et la thérapeutique.

Plus encore que dans les premières P. M. C. on a rejeté tout ce qui n'est qu'historique, hypothèses et théories. Ce n'est pas ici un ouvrage didactique ayant la prétention d'être complet et de remplacer tous les traités et manuels classiques. C'est un guide où chacun doit trouver, immédiatement et avec tous les détails nécessaires, le conseil d'ordre pratique, le renseignement précis dont il a besoin.

A côté de la description méthodique des maladies, de leur diagnostic et de leur traitement, de nombreux articles ont été consacrés aux thérapeutiques nouvelles (bactériothérapie et sérothérapie, traitements par les agents physiques, collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, etc.) qui tiennent aujourd'hui une si grande place dans la pratique médicale, aux questions d'hygiène et de prophylaxie, à la médecine sociale (accidents du travail, lois d'assistance, assurances sociales). Une importance spéciale a été donnée à la pharmacologie et aux grandes médications qui constituent un tout particulièrement complet et homogène.

Publiée sous la direction des professeurs Couvelaire, Lemierre et Lenormant, avec le concours du Dr André Ravina, comme secrétaire général, et celui de 220 collaborateurs, la troisième P. M. C. est l'œuvre des nouvelles générations médicales.

Tous les articles ont été l'objet d'une mise au point rigoureuse ; tous ont été écrits en s'inspirant des principes ci-dessus exposés, de façon à ne jamais déborder le cadre assigné à l'ouvrage.

La mission qui incombait aux directeurs n'a pas été celle de conseillers théoriques ; ils ont apporté à la mise en œuvre leur concours effectif et, en plein accord avec leurs collaborateurs, ils ont obtenu qu'aucun d'entre eux ne se laisse entraîner à « traiter la question » sans limite et perde de vue le caractère utilitaire de cet ouvrage.

Par une répartition judicieuse des articles entre ses 220 collaborateurs, la P. M. C. a pu être réalisée entièrement (écrite et imprimée) en *un an*, fixant ainsi, dans le même temps, au même moment précis, dans un tableau complet, l'état d'une science dont l'évolution dans ce quart de siècle a été considérable.

Aussi, cette troisième *Pratique Médico-Chirurgicale* sera-t-elle accueillie du public médical avec le même intérêt que ses devancières ; les directeurs et les éditeurs de ce grand ouvrage auront atteint leur but, s'ils ont fourni un instrument de travail efficace au médecin dans sa tâche quotidienne, chaque jour plus complexe et plus difficile.

Quatre volumes (*in*-8° relié tête dorée) ont paru à ce jour (11 avril 1931) :

Tomes I et II (Abasie. Démence) ;

Tomes III et IV. (Demodex. Intestin grêle).

Le prix de chaque tome est de 150 francs. Les 8 volumes reliés : 1.200 francs ; à partir du 1er juillet, le prix de l'ouvrage complet sera porté à 1.300 francs.

Les livres qui viennent de paraître...

Jouve et Cie, Editeurs,
15, rue Racine,

Dr Jean Gordonnèche (La Bourboule). — **Réactions de cure. Crises thermales à la Bourboule.** (Une broch. 64 fig. Prix : 5 francs).

Chez Masson et Cie, Editeurs,

III° **P. M. C. Pratique médico-chirurgicale**, publiée sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre et Ch. Lenormant. *Troisième édition entièrement nouvelle.*

Tome III. Demodex à gérontoxon. Un vol. 1.108 pages et fig., 150 francs.

Tome IV. Gestation à Intestin grêle (sténose). Un vol. 904 pages et fig., 150 francs.

(Les 8 volumes reliés : 1.200 fr.— A partir du 1er juillet, le prix de l'ouvrage complet sera porté à 1.300 fr.).

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Paul Cossa. — **Précis d'anatomie du système nerveux central.** Préface du professeur Henri Claude. (Un vol. 400 p. 131 fig. Prix : 60 fr.)

Imprimerie Aloccio,
rue Annibal, 4, Tunis.

(En vente chez Maloine, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Dr Louis Caillon, médecin de l'Etablissement thermal de Vichy. — **Tous les régimes alimentaires.** Guide pratique du malade et de son entourage. (Un vol. 200 pages. Prix : 10 fr.)

THÉRAPEUTIQUE

Tension artérielle et pression capillaire.

D'après Finck, lorsqu'on s'occupe de l'artério-sclérose, on insiste beaucoup trop sur l'importance de l'élévation de la pression artérielle, et, au contraire, pas assez sur les variations de la tension capillaire artérielle et veineuse, qui joue dans cette affection un rôle prédominant, du moins à la première période.

Finck rapporte un certain nombre d'observations qui montrent très nettement qu'assez souvent, il n'existe aucun rapport entre l'élévation de la tension artérielle et les symptômes cliniques de l'artério-sclérose, mais que, d'autre part, on constate toujours des augmentations sinon constantes, du moins habituelles, de la tension capillaire.

La conséquence de cette élévation de la tension capillaire, alors que la tension artérielle n'est encore que faiblement modifiée, se traduit par une diminution du rapport de ces deux tensions, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que se manifeste une élévation de la pression générale tendant à ramener ce rapport à la normale, la pression capillaire devant se maintenir environ aux deux tiers de la pression artérielle. Villaret, dans ces derniers temps, insiste également sur l'importance de ce fait.

Ce n'est qu'à une phase plus avancée de la maladie qu'on voit à nouveau la tension artérielle baisser et ce rapport varier pour se rapprocher de l'unité. C'est alors la conséquence de l'insuffisance cardiaque qui se fait sentir, le cœur forcé renonçant à lutter contre la pression capillaire qui augmente de plus en plus.

L'étude simultanée de ces variations de pressions centrale et périphérique présente donc le plus grand intérêt pour le clinicien et lui permet de suivre l'évolution de la maladie ; de plus elle en explique le mécanisme intime et celui des affections veineuses, varices et hémorroïdes, qui l'accompagne souvent. Enfin, elle confirme nettement les théories de Huchard et celles de Martinet. Ce fait avait été mis en évidence par Bouloumié qui a insisté sur son importance dans sa sphygmomanométrie clinique ; il suivait ainsi les effets thérapeutiques de la cure de Vittel et dosait le traitement hydro-minéral. Il constatait que l'amélioration des symptômes morbides s'effectuait en même temps qu'il obtenait la chute de la tension périphérique et le relèvement de l'énergie cardiaque.

Le même phénomène a été observé par Huchard et ses élèves Lagrange et Bonhomme à la suite de l'administration de la guipsine chez les artério-scléreux, et, en général, chez tous les hypertendus ; à la suite de l'administration continue pendant plusieurs jours consécutifs, de 6 à 8 pilules de guipsine, on constatait une diminution de la tension maximum accompagnée d'une augmentation du travail relatif du cœur et une diminution du travail relatif des artères.

Ces effets thérapeutiques sont dus à la triple action toni-cardiaque, vaso-dilatatrice et diurétique déterminée par l'association naturelle dans la gupsine de l'alcaloïde, des glucosides et de l'inosite contenus dans le gui frais, dont l'association réalise un agent thérapeutique physiologique de l'hypertension ne déterminant ni intolérance, ni accoutumance, ni phénomène d'accumulation.

C'est le médicament de choix à prescrire lorsque les varices commencent à apparaître ; il suffit de réfléchir à leur pathogénie et à leur mode de formation pour s'apercevoir que, pour les éviter ou les améliorer, il faut agir sur le volume du sang et sur la tension périphérique et diminuer les résistances circulatoires périphériques qui, seules, provoquent la dilatation et l'altération des parois vasculaires veineuses soumises à des à-coups de pression.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité Professionnelle

La réforme de la loi de 1838 au Sénat. — Un important discours du Dr Labrousse. Judicieuses interventions de MM. Jénouvrier et Even.

J'ai été profondément ému en lisant récemment, dans la presse d'information, le récit dramatique du suicide d'une jeune et charmante femme, réalisé de nuit, à l'insu de son mari pourtant tout proche. Elle avait déjà fait une première tentative, à laquelle on avait pu s'opposer.

Elle était atteinte de dépression mentale, dit-on. Mais les détails fournis, et notamment ce fait qu'elle accusait des idées d'indignité, de culpabilité, permettent d'affirmer qu'elle faisait une crise de mélancolie. Et l'on sait que cette affection comporte également des idées de suicide, qu'une surveillance rigoureuse n'est pas toujours capable de refréner, mais qui est encore ce que l'on a trouvé de mieux pour protéger ces patients contre leurs propres réactions.

Et je me souviens de cette malade, résignée et tranquille, dont aucun geste n'avait pu permettre de soupçonner les possibilités de réaction qui, un matin que la fenêtre de sa chambre était ouverte, et malgré la présence auprès d'elle de deux infirmières qualifiées, eut un raptus qui, soudainement, la précipita dans le vide.

On sait, aussi que ces états mélancoliques ont une évolution qui peut tourner à la chronicité, mais qui souvent aussi, se termine par la guérison, pour peu que le traitement qui leur convient ait été mis en œuvre. Or, à la base de ce traitement figure l'*isolement*, et j'entends par là la soustraction du malade à son milieu habituel, aux lieux où il vit d'ordinaire, au voisinage de ses proches, généralement bien intentionnés, mais malhabiles...

Isolement ne veut pas dire *internement*. Mais si cette dernière mesure est prise, c'est qu'elle donne le droit d'empêcher ces malades de se nuire à eux-mêmes, tandis que demeurés libres, ils restent maîtres de leur corps, et peuvent se dérober à toute surveillance active.

Des faits comme celui que je rappelle plus haut sont de tous les jours. Suicides, meurtres, commis par des psychopathes livrés à eux-mêmes alimentent régulièrement les faits divers de nos journaux.

Et l'on ne peut s'empêcher de sourire tristement quand on met en opposition l'éventualité improbable d'une séquestration arbitraire, effectuée sous le couvert de la loi de 1838, d'une part, et de l'autre, le nombre infini de fous qui vivent en liberté.

Dans une politique sanitaire générale, il conviendrait donc de faire une large place aux affections neuro-psychiques.

Le projet de loi en discussion au Sénat fait cette large place à l'hygiène et à la prophylaxie mentales. Il appelle cependant des critiques, et celles-ci ne lui ont pas fait défaut. Je vous ai signalé le discours de M. Fernand Merlin, qui a pris la question d'une très grande hauteur, et montré que la politique sanitaire mentale, remontant aux causes, doit avant tout tendre à les combattre. Alcoolisme, syphilis, tuberculose même, sont les pourvoyeurs les plus actifs des asiles, et de la morbidité mentale et nerveuse.

Aujourd'hui, j'appelle votre attention sur le discours de M. Labrousse, qui est médecin, et médecin particulièrement compétent en ces matières. Je le publie *in extenso* page 1559.

Il y a là tout un plan de politique sanitaire psychique exposé par un psychologue averti. Et ce plan fait, dans le projet de loi Strauss, en même temps, la part des innovations qui peuvent et doivent être acceptées sans réserve, et de celles qui, au contraire, appellent des critiques sérieuses, et de non moins sérieux et fondamentaux amendements.

Après le Dr Labrousse, M. Jenouvrier a pris la parole pour montrer, à son tour, que les séquestrations arbitraires dans les asiles sont pour ainsi dire inexistantes : « Dans ma longue carrière, a-t-il dit, je n'en ai pas constaté, ou si j'en ai vu... elles ne viennent pas de la loi de 1838, mais de la facilité avec laquelle, dans certains tribu-

naux lourdement chargés, on prononce l'interdiction par défaut contre des gens qui n'ont jamais été interrogés. »

Il met en évidence l'objectif de cette loi de 1838, qui n'a jamais été faite pour discriminer entre elles les différentes modalités de psychopathies, mais pour permettre de soustraire certains aliénés aux impulsions qui les rendent nuisibles à eux-mêmes et à autrui.

M. Jenouvrier a fait aussi le procès des sorties d'essai : « Voilà un pensionnaire que le médecin qui le soigne juge capable de sortir. Il donne au directeur l'ordre de le faire sortir. D'après le texte, le directeur doit se conformer à cet ordre : où va-t-il l'envoyer? Chez qui? Qui va le recevoir ? Il est sorti. Il a trouvé quelqu'un qui l'a reçu. Il commet un délit, un acte criminel; qui va être responsable ? »

Qui ? Mais l'Etat, et le jugement que j'ai mentionné dans mon précédent article le démontre péremptoirement... Puisque c'est une loi qui a permis, et même ordonné, cet essai si gros de risques...

M. Pierre EVEN, lui aussi médecin, a dit d'excellentes choses concernant la prophylaxie mentale, qui doit entrer dans le cadre de la prophylaxie générale : « La prophylaxie mentale doit tout naturellement être associée aux autres services de prophylaxie. Cette liaison entre tous les services de protection de la santé publique, que nous réclamons depuis si longtemps sans perdre l'espoir de la voir se réaliser un jour, cette liaison doit permettre de constituer un front unique contre l'alcoolisme, contre l'abus des stupéfiants, contre la syphilis, elle doit aussi assurer la coordination des recherches, pour le dépistage des déficiences dès l'enfance, puis l'organisation méthodique de l'orientation professionnelle, et plus tard, un meilleur régime du travail. »

Ainsi donc, à l'occasion de la réforme de la loi de 1838 concernant les aliénés, voici de nouveau que l'attention est appelée sur l'organisation de la médecine préventive. Cette organisation doit faire l'objet des préoccupations de notre Syndicalisme. S'il n'y prend garde, c'est dans ce domaine qu'une médecine d'Etat sera particulièrement facile à réaliser. A lui d'être sagace et vigilant.

G. DUCHESNE.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos des commissions d'abitrage. Honoraires médicaux.

Voilà plusieurs fois que, chargé par le Sou médical, d'assister des confrères, ou de présenter leurs intérêts, devant la Commission d'arbitrage, j'entends prononcer contre mes confrères des reproches d'ordre divers, mais qui ont une grande importance du point de vue pratique.

Plusieurs fois, la bonne foi du praticien n'était nullement mise en doute, mais il me fallait accepter des réductions sur les notes d'honoraires en litige, par la faute, ou la négligence de celui que je défendais.

Je vais donc essayer de dégager quelques enseignements de mes comparutions devant ce tribunal arbitral, pour que tous nous puissions en tirer profit pour l'avenir.

Je dois d'abord dire que, jusqu'à présent, uniquement réservé aux praticiens de la Seine, l'arbitrage est maintenant étendu à toute la France. Un accord est intervenu entre la Confédération des syndicats médicaux et la plupart des compagnies d'assurances contre accidents du travail.

Deux médecins, deux assureurs, la présidence étant réservée, pendant la première moitié de la séance à un médecin, pendant la seconde moitié à un troisième assureur.

Les dossiers sont distribués selon le sort à la première ou à la seconde partie de la séance.

Lorsqu'une note est soumise à l'arbitrage, elle doit être adressée quelque temps à l'avance au secrétaire de la commission d'arbitrage. Le président l'étudie et connaît tout le dossier.

Le représentant de l'assurance en cause et le praticien intéressé présentent chacun leurs dires et explications. On leur pose des questions, des objections. Après quoi, la commission d'arbitrage rend sa décision.

Ainsi on évite les lenteurs et les dépenses de la justice de droit commun et les litiges sont résolus en équité, aussi scrupuleusement que possible.

Voyons maintenant les reproches que je puis formuler à l'égard de pas mal de confrères.

I — Rédaction du certificat initial.

Les médecins ne se doutent pas assez du rôle qu'ils ont à jouer, lorsqu'ils rédigent le certificat initial. Cette pièce, mal payée (5 francs) est pourtant d'une utilité incontestable et est loin d'être, comme son prix modique semblerait l'indiquer, une vague formalité, spécifiant la durée probable de l'incapacité de travail.

L'intérêt du blessé est le premier à être envisagé. Survient-il un litige entre la victime et son employeur, ou l'assureur de ce dernier, on commence par lire attentivement la description des suites de l'accident, description mentionnée dans ledit certificat initial.

Si le certificat est rédigé en termes vagues, imprécis, ou au contraire exagérés, si le diagnostic initial est controuvé par la suite des événements, le blessé risque de voir ses légitimes intérêts en mauvaise posture.

L'assureur compte sur le médecin traitant, pour rédiger un certificat initial complet, qui permettra le déclenchement du contrôle, qui rendra possible le dépistage de la fraude de l'ouvrier simulateur.

Quant au médecin, lorsqu'il réclame ses honoraires, on compare sa note aux précisions de son certificat initial.

Au cours de la dernière séance, j'ai perdu sur un point, parce que le praticien avait parlé d'un traumatisme ayant atteint la partie interne de la jambe, alors que les complications traumatiques pour lesquelles il demandait paiement, concernaient la partie externe du membre. Sa négligence lui a coûté cher, car s'il avait été attentif à la rédaction de son écrit, il n'eut pas écrit « interne » au lieu d'externe.

C'est un autre praticien qui donne ses soins à un blessé, qui *vient* de se piquer le doigt et est atteint d'un phlegmon, ou d'une lymphangite. Et le conseil médical de l'assurance de demander aux arbitres de décider qu'un phlegmon, ou une lymphangite, ne surviennent pas immédiatement après la piqûre septique. Cette complication a donc une autre cause et ne doit pas être imputée au traumatisme. Donc, les honoraires du praticien ne doivent pas incomber à l'assurance.

C'est encore un certificat médical incomplet, hâtivement rédigé, ne décrivant pas toutes les lésions, même les plus minimes, alors que ce sont ces dernières qui donnent une complication, pour les soins de laquelle le praticien demande ses honoraires.

Et l'assureur de soutenir que, du moment où le certificat initial est muet sur le compte de la lésion pathologique, qui s'est compliquée, il n'a pas à en supporter les frais, car rien ne prouve que ladite complication soit imputable à l'accident initial.

Ainsi, le praticien se contente de mentionner une lésion de la partie moyenne de la jambe, négligeant de spécifier que le traumatisme a également intéressé le genou. Ultérieurement, hydarthrose, ou complication septique du genou. Comment faire la preuve de la légitimité des soins donnés par le praticien au blessé, si le médecin a omis de coucher, sur son certificat initial, le traumatisme de l'article ?

Il ne faut pas cependant croire — comme certains assureurs le soutiennent — que le médecin traitant, en rédigeant son certifiat, doit agir comme un véritable expert. Le praticien n'a pas à formuler un avis : il doit se borner à enregistrer les plaintes de la victime, à constater le bien fondé de ses assertions, vérifier la nature, l'emplacement, la diversité des lésions et les exposer, ausssi minutieusement que possible, dans son certificat.

Lié quand même par le secret professionnel, il ne doit la mention que des conséquences immédiates, ou lointaines de l'accident ; il ne décrit que la matérialité des lésions traumatiques, sans faire état des tares, ni des antécédents.

L'imprécision, l'absence de détail est la source de chicanes, à propos des honoraires.

Ainsi, un chirurgien réclame un prix de réduction et contention de deux fractures compliquées du tibia, l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers inférieur. Or, le certificat initial du médecin traitant se borne à mentionner : fracture de jambe et l'assureur de s'opposer au paiement réclamé par le chirurgien.

Cependant, à la lecture du dossier, après avoir vérifié les dires du médecin de contrôle, on a pu accorder satisfaction au chirurgien, pour réduction et contention de deux fractures sur le même segment de membre, car une fracture siégeait au plateau tibial et l'autre au tiers moyen.

Un autre confrère réclame des honoraires pour massages. Son certificat initial parle d'effort musculaire, avec ruptures fibrillaires probables. Le blessé a fait un hématome du muscle, d'où massages. Et le chirurgien, membre de la commission d'arbitrage de soutenir que s'il s'agit d'un hématome, le massage était contre-indiqué. A son avis, le médecin traitant avait dû diagnostiquer non un hématome, mais une suffusion sanguine.

Conclusion : confrères, apportez une grande conscience et un soin extrême, pour la description des lésions traumatiques que vous êtes appelés à certifier. Faites-le dans l'intérêt de votre malade et dans le vôtre personnel.

Qui doit rédiger le certificat initial ?

Une question de principe s'est trouvée soulevée devant la commission d'arbitrage : elle découle de la présentation de notes d'honoraires d'un chirurgien, qui, appelé à différentes reprises, par le médecin traitant, pour opérer des blessés, rédigea des certificats, dont il demande le prix aux assurances.

D'après le chirurgien, ces attestations étaient destinées à compléter le certificat initial, à le rectifier, alors que le médecin traitant omnipraticien n'avait pas pu préciser la gravité ou l'existence de lésions d'ordre chirurgical.

Les assureurs soutenaient que le coût de ces certificats ne leur incombait pas, car ils n'avaient rien demandé et s'étaient servi de la déclaration initiale pour faire à la mairie la déclaration imposée par la loi.

Les membres médecins de la commission d'arbitrage ont estimé que le médecin traitant devait

conserver son rôle prépondérant, le chirurgien, bien que spécialiste, ne venant qu'en second lieu.

C'est au praticien traitant qu'incombe la responsabilité du traitement : à lui de faire le premier certificat, de demander le concours de tel ou tel spécialiste (chirurgien, radiographe, oculiste, etc.) dont il juge l'intervention nécessaire. A lui encore de rédiger les certificats complémentaires, explicatifs, si son client (le blessé) les lui réclame, ou si la compagnie d'assurances lui demande des précisions.

A ce sujet, nous pouvons examiner les décisions de jurisprudence.

De nombreuses décisions de justice de paix mettent à la charge du patron le coût du certificat initial, même comme le décide le juge de paix de Montaigut en Combrailles, le 2 novembre 1909 (*Concours médical*, 1910, 440) lorsqu'il a été délivré par le médecin choisi par l'ouvrier et n'a pas été joint par le patron à la déclaration d'accident faite par lui.

Mais, le document le plus important est un arrêt de la chambre des Requêtes de la cour de Cassation (2 mars 1914, *Concours médical*, 1924 2044) : le certificat initial doit être laisssé à la charge de celui qui fait la déclaration d'accident à la mairie. Lorsque la victime fait elle-même cette déclaration, elle n'agit ni à la décharge de son patron, ni comme son représentant, mais en son propre nom et pour son compte personnel, en vue d'éviter les atteintes de la prescription. Seul, il a intérêt à cette déclaration qui ne peut, en aucune hypothèse, profiter au chef d'entreprise.

A l'ouvrier donc de payer de sa poche tout certificat, qu'il demande lui-même et dont il usera pour faire la déclaration d'accident à la mairie, au lieu et place du patron défaillant pour cette tâche. A l'ouvrier également de payer tout autre certificat, délivré en sus du certificat initial, qui n'a pas été demandé par le chef d'entreprise lui-même.

Un jugement d'appel du tribunal civil d'Alès, du 11 janvier 1917, décide que le coût des certificats médicaux produits par l'ouvrier, qui n'émanent pas du médecin traitant, ne rentrent pas dans les frais médicaux et, par suite, ne doivent pas être supportés par le patron.

Aussi la commission d'arbitrage s'est-elle refusée à donner satisfaction au chirurgien qui au lieu et place du médecin traitant et sans y avoir été invité par l'assureur, avait délivré un certificat, complétant ou modifiant le certificat initial. Les arbitres ont estimé qu'il appartenait au médecin traitant seul de rectifier son certificat primitif et qu'il avait seul qualité pour rédiger une seconde attestation.

Mais, attention ! le tribunal de paix de Paris, 15 mars 1906, a décidé que ne sera pas payé du prix d'un second certificat le médecin qui a délivré une seconde attestation reconnue inutile.

Aussi, mes chers confrères, pas de zèle. Adressez vos blessés à un chirurgien, à un radiographe, à un spécialiste, avertissez-en le chef d'entreprise ; ce sera à ce dernier à vous demander, ou à réclamer du spécialiste un complément d'information.

A ce sujet, disons que les assureurs se refusent à acquitter les frais d'un certificat délivré par un radiographe, estimant que ce dernier a le devoir de remettre gratuitement une note explicative, interprétant les résultants de son enquête radiologique.

Soins donnés par deux praticiens.

A plusieurs reprises, nous avons eu à discuter, devant les arbitres, une autre question de principe.

Un médecin traitant adresse un blessé à un chirurgien. Celui-ci pratique les opérations qu'il juge nécessaire, puis renvoie ce blessé chez lui. Qui devra donner les soins ultérieurs, et, s'il y a lieu, faire les pansements ?

Dans plusieurs cas, le blessé recevait la visite régulière de son médecin traitant ; mais le chirurgien, croyait pouvoir suivre son opéré et demandait à l'assurance le prix de ces actes médicaux de surveillance.

Les arbitres ont estimé que, du moment où le blessé était rentré chez lui, la direction du traitement appartenait exclusivement au médecin traitant. Par suite le chirurgien ne doit revoir le blessé que sur appel du médecin traitant, qui juge sa présence utile et nécessaire.

Au surplus, la victime a le droit de se faire soigner par le médecin de son choix et le patron intervient pour payer la majeure partie des frais médicaux (car n'oublions pas, le tarif ministériel n'est que la part laissée à la charge du chef d'entreprise, le blessé devant toujours acquitter lui-même la différence entre les chiffres du tarif ministériel et ceux du tarif syndical local).

Or, si l'ouvrier entend avoir recours au médecin en supplément, il est sans droit pour faire payer, par son patron, cette charge nouvelle d'un second praticien.

Consultations entre confrères.

Il ne faut pas oublier, comme certains l'ont fait, dans leurs contestations devant les arbitres, que la visite en consultation entre confrères est triple, alors que la présence du médecin traitant à la visite de contrôle n'est tarifiée qu'une fois et demie le prix de la visite.

Or, les notes d'honoraires médicales sont si mal rédigées que le chirurgien réclamait le prix d'une ou plusieurs consultations avec le médecin traitant et ce dernier marquait une visite simple, à la date indiquée, ou même ne mentionnait au-

cun acte médical à la date indiquée par le chirurgien.

Qui avait raison ? Y avait-il négligence du médecin traitant dans la rédaction de ses mémoires d'honoraires, ou dans la tenue de ses livres ? Ou bien le chirurgien, examinant seul un blessé à lui adressé par le médecin traitant, comptait-il cet examen triple, comme ayant été fait en la présence du médecin traitant ?

Disons, à ce sujet, que la commission d'arbitrage s'est refusée à allouer le prix d'une visite, lorsque le blessé est adressé au chirurgien par le médecin traitant, et, après examen superficiel, est immédiatement opéré. On a estimé que cet acte médical d'examen entrait dans le prix de l'intervention.

Ainsi le blessé est adressé au chirurgien, pour que celui-ci retire un corps étranger, fasse une amputation, ou une désarticulation, réduise une fracture, ou une luxation : dans ces cas, l'examen du chirurgien fait partie de l'opération elle-même et ne donne pas lieu à des honoraires particuliers.

Il en serait différemment, si la victime devait subir, de la part du chirurgien, un examen approfondi, pour fixer le diagnostic et bien déterminer le genre d'intervention, qui sera pratiquée. Dans ce cas, les honoraires sont dus pour la consultation, en sus de l'opération.

Rédaction des notes d'honoraires.

Nous venons de voir qu'une rédaction défectueuse de la note d'honoraires du médecin traitant entraîne la suppression d'honoraires pour visites en consultation, avec un confrère.

Nous ne saurions trop insister sur la mauvaise impression que produit sur les arbitres une note mal établie. La commission ne peut juger que sur documents écrits, puisque les confrères en cause habitent la province. Il faut donc que leurs notes d'honoraires soient précises, détaillées, pour qu'il soit possible d'apprécier le bien-fondé de la réclamation. D'autant que le représentant de l'assurance oppose des opinions préconçues.

C'est ainsi que tel assureur estime que, par principe, il n'est pas possible de payer un pansement quotidien pendant la durée du traitement. Qu'au début, pendant les premiers jours de surveillance, le pansement soit renouvelé chaque jour : c'est parfait ; mais rapidement cet acte médical ne doit être répété que tous les deux ou trois jours.

Il faut donc que le praticien puisse, par des détails, prouver le bien-fondé de sa conduite.

Mais, en sens contraire, que dire de ces praticiens qui, systématiquement, pour chaque blessé présentent des notes, qui ressemblent à un calendrier ; chaque jour un pansement, jusqu'au jour de la reprise du travail et de la guérison !

On éprouve parfois la sensation que certains de nos confrères établissent leurs notes de chic : un pansement chaque jour, quelle que soit l'affection. Aussi les assureurs ont-ils la partie belle, pour soutenir la présomption d'abus.

D'autres font des massages d'un doigt qui a été plus ou moins blessé et le massage se reproduit chaque jour.

Dans un autre cas, les arbitres se sont demandé pourquoi deux blessés au pied et à la jambe, habitant à quelques 25 kilomètres du praticien, ne se faisaient pas soigner dans la ville de leur résidence, où exercent plusieurs médecins ? Pourquoi ce déplacement quotidien, imposé aux blessés, pour venir chez le médecin qu'ils ont choisi ? Pourquoi ce choix ?

Autre remarque : confrères, écrivez lisiblement. Pour pouvoir vous défendre et répondre rapidement à telle ou telle critique, formulée par mon adversaire (le représentant de la compagnie d'assurances), j'ai été obligé de faire dactylographier vos mémoires d'honoraires. Certains d'entre eux étaient indéchiffrables et j'ai vu un des juges lire, à la loupe, mais avec peine, le gribouillage, qui représentait une note d'honoraires. Si vous écrivez mal, adoptez la machine à écrire. Mais je vous avoue que parfois au *Concours* et au Sou, nous nous mettons à trois ou quatre pour deviner ce que nous écrit tel ou tel correspondant. A plus forte raison, lorsque dans une discussion, j'ai besoin rapidement d'opposer une dénégation aux affirmations de l'assureur.

Les médecins de contrôle.

La Commission d'arbitrage a eu plusieurs fois à comparer les diagnostics des médecins traitants avec les rapports du contrôle. Vraiment, ces derniers sont parfois rédigés d'une manière insuffisante : le médecin de contrôle se borne à reproduire les dires du blessé et le diagnostic du médecin, mais il ne donne pas son opinion personnelle.

Au contraire, d'autres contrôleurs se croient des médecins hors classe, ils décident, ils tranchent, font les chefs d'école, pour critiquer, condamner telle ou telle thérapeutique, sans qu'à la lecture du rapport, on ait vraiment la sensation d'avoir affaire à autre chose qu'à un vaniteux, peu enclin à la bonne confraternité.

Je sais que cette besogne de médecine de contrôle est assez délicate à pratiquer, aussi est-il regrettable de voir les assurances choisir leurs contrôleurs au petit bonheur des recommandations.

Pour ma part, je ne vois par pourquoi, se référant aux dispositions de l'article 17 du Livre III du code du travail, les assurances ne s'entendraient-elles pas avec les syndicats médicaux locaux, pour que ces derniers soient chargés de faire contre-visiter tel ou tel blessé.

Un contrôleur de métier a tendance à se croire un médecin supérieur ; il acquiert une certaine rudesse administrative ; il croit avoir du galon et cherche à le montrer.

Il en serait différemment si les assureurs demandaient la collaboration des syndicats médicaux, pour cette besogne de contrôle.

Conclusions.

Dans leur propre intérêt, nos confrères feront bien d'apporter une grande attention dans l'accomplissement de leur tâche professionnelle, en ce qui concerne cette médecine mixte.

La loi s'impose à nous : il faut obéir à la loi, toutes les fois que celle-ci règle les rapports entre médecins, clients et tiers.

A nos groupes corporatifs de faire apporter les modifications désirables à la législation ; mais souvenons-nous de l'adage : *dura lex, sed lex.*

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

La division de cavalerie pendant et après la bataille

Quatrième exercice pratique de l'Ecole d'instruction et de perfectionnement du Service de santé de la Région de Paris

19 *avril* 1931

Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER

Le 15 février dernier, M. le médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, professeur à l'Ecole de guerre, avait pris comme sujet de l'exercice pratique le Fonctionnement du Service de santé d'une division de cavalerie en déplacement loin de l'ennemi. Il en avait profité pour exposer en détail la composition d'une division de cavalerie dans l'armée moderne : deux brigades de deux régiments chacune ; un régiment de dragons-portés à trois bataillons. Un escadron de mitrailleuses et des engins d'accompagnement...

Présentement, il étudiera le fonctionnement du Service de santé pendant et après la bataille, et montrera la division de cavalerie remplissant les deux missions qui lui sont dévolues au contact de l'ennemi : l'exploration et le combat.

Quelle est la dotation en personnel de son groupe sanitaire divisionnaire ? Deux fois moins importante que celle d'une division d'infanterie : 1 médecin commandant ou capitaine, médecin chef ; 3 médecins lieutenants (au lieu de 6) ; 1 médecin auxiliaire (au lieu de 2) ; 1 pharmacien lieutenant (au lieu de 2) ; 2 pharmaciens auxiliaires (au lieu de 3) ; 1 dentiste ; 1 officier d'administration (au lieu de 2).

Force est donc d'utiliser les pharmaciens et les dentistes comme des médecins, pour diriger certaines opérations de recueil et d'évacuation. Il n'est pas jusqu'à l'officier d'administration qui, en dehors de sa mission de gestionnaire et d'approvisionneur, ne pourra également rendre des services, en surveillant l'évacuation des éclopés.

Le thème tactique du 15 février est repris : les forces bleues venant du N.-E. ont envahi la Belgique et la France ; elles ont pour but de déborder les forces rouges par l'ouest. La division de cavalerie des forces bleues se portera rapidement jusqu'à la Somme pour renseigner le haut commandement, et empêcher les forces rouges de franchir la Somme en un retour offensif. Elle poussera même une forte reconnaissance jusqu'au Tréport où des débarquements importants sont signalés. Si les forces rouges avaient déjà franchi la Somme, elle s'efforcerait de les repousser.

L'hôpital d'évacuation primaire est à Bruxelles. Le point d'embarquement est à Audenarde. Quatre avions sanitaires sont mis à la disposition du Service de santé de la division.

Le général commandant décide de porter le gros de sa division jusqu'à Saint-Pol et Arras, le 1er septembre, et de pousser jusqu'à Doullens et la Somme le 2 septembre. Mais il se fait précéder de quatre détachements de découverte. Le déplacement du gros se fera selon deux itinéraires et en trois bonds, pour chacun desquels sera organisé un Centre de renseignements, constituant en même temps le P. C. du général, près de qui se tiendra le directeur du Service de santé de la division.

Celui-ci organise à son tour son service. Et d'abord, il prescrit la veille du mouvement une tournée de ramassage des éclopés et des blessés éventuels.

Chaque détachement de découverte est accompagné d'un médecin, d'un infirmier, de 4 brancardiers, fournis par le régiment d'où est parti ce détachement. Une auto sanitaire leur est affectée. Si le nombre des médecins est insuffisant pour diriger le personnel sanitaire des détachements, on utilisera les pharmaciens auxiliaires.

Le gros de la division disposera de postes de recueil dirigés par un médecin lieutenant ou auxiliaire, fournis par le groupe sanitaire divisionnaire.

Les évacuations se feront par avions vers l'H.

O. E. pour les blessés de première urgence ; par auto sanitaire pour les autres blessés et gazés. Cependant, en raison du petit nombre d'autos (20 pour le G. S. D.), on songera à l'utilisation, pour les éclopés et les petits blessés, des véhicules du ravitaillement retournant à vide vers leur base et comme ce transport pourra être long, on n'oubliera pas de prévoir l'approvisionnement en vivres de ces éclopés.

Enfin, les détachements de découverte seront accompagnés par des avions avec lesquels ils seront en liaison, par signaux optiques le plus souvent. Le Service de santé ne manquera pas de recourir à ces avions pour se renseigner lui-même.

Sur ces données, le Méd. lieut.-colonel Schneider nous fait assister aux opérations des 1 et 2 septembre. Le premier jour un seul des détachements a pris contact avec l'ennemi : blessés de première urgence et de seconde urgence. Evacuations par avion, par autos sanitaires. Le 2 septembre, contact plus étroit, de 2 détachements d'abord, puis des avant-gardes du gros, avec des forces rouges fortement organisées. Le régiment de dragons a été bombardé vigoureusement par l'aviation ennemie. Une attaque bleue devant être menée vers 14 heures, le directeur du Service de santé divisionnaire organise son poste de secours et un poste de recueil, et prévoit que les évacuations auront toujours lieu par avions vers l'H. O. E. pour les blessés de toute première urgence, et vers le point d'embarquement d'Audenarde pour les autres.

Cette attaque ayant coûté 44 blessés, 4 d'entre eux, plus particulièrement touchés, bénéficient de deux axions sanitaires ; les autres sont rassemblée au P. S. D., d'où ils seront dirigés par auto sanitaire vers le point d'embarquement.

Pour terminer, le distingué conférencier rappelle que, dans la guerre de mouvement, il est indispensable que règne une liaison étroite et confiante entre le commandement et le Service de santé, entre le commandement et l'aviation, et enfin, entre tous les membres du Service de santé.

Cette coopération de tous les membres du Service de santé est indispensable. Car c'est sur elle que repose la bonne exécution du service.

G. DUCHESNE.

GLANES MÉDICALES SUR JEANNE D'ARC

Jeanne était bien compassée de membres et forte (8). A Domrémy, elle s'exerçait à la course, à combattre avec des lances, à monter à cheval (14).

Avant son départ pour Chinon, Charles, duc de Lorraine, lui ayant fait remarquer qu'elle n'avait jamais porté les armes et monté à cheval, Jeanne lui répondit :

« Quand elle auroit un arnois et un cheval, dessus je monteroy, la verra on si je ne le sçay guider... Elle estoit légère, on amena le cheval et des meilleurs tout sellez, tout bridez : en présence de tous, sans mettre le pied en l'estrier, dedans la selle se rua. On lui donna une lance, elle veint en la place du chasteau, elle la couru. Jamais homme d'armes, mieulx ne la couru. Toute la noblesse esbahy estoient (11) ».

Plus tard, outrée des basses insultes des Anglais, elle les provoqua à venir combattre en champ clos : personne ne se présenta. Les Anglais l'insultaient, mais la craignaient, aucun d'eux n'osa relever le défi et se mesurer avec elle.

Jeanne n'eut jamais ses règles. Chez une jeune fille de vingt ans vigoureuse et robuste, cette aménorrhée est anormale. D'Aulon, son écuyer, qui vécut pendant plus d'un an dans son intimité affirme que c'était une jeune fille belle et bien formée.

« Dit encore plus qu'il a oy dire à plusieurs femmes que ladicte Pucelle ont veue plusieurs fois nue, et sçeu de ses secrets, que oncques n'avait eu la secrette maladie des femmes et que jamais nul n'en peut rien cognoistre ou appercevoir par ses habillements ne aultrement (2).

A Poitiers et à Rouen, les sages-femmes et le médecin de la Chambre qui avaient visité Jeanne, n'avaient noté aucune anomalie génitale externe, mais seulement constaté qu'elle était une vraie vierge (*incorrupta et virgo*).

Thomas Basin, un des premiers défenseurs de la mémoire de Jeanne, avait signalé que la tête de Jeanne pouvait être échauffée par l'effet naturel du physique de son corps, privé des évacutations périodiques (7).

Le vendredi 6 mai 1429, à la prise de la bastille des Augustins, devant Orléans, elle se fit une entorse du pied.

« En icelуy assault, la Pucelle fut blessée de chaussetrapes en l'un de ses pieds : et à cause qu'il s'ennuictoit, fut ramenée à Orléans » (9).

Cette blessure n'eut pas de gravité car le lendemain, elle montait à l'assaut des Tournelles.

Le samedi 7 mai vers une heure de l'après-midi, au moment où elle montait à l'échelle pour assaillir la bastille du Pont, Jeanne fut blessée entre le cou et l'épaule d'un vireton, flèche ailée, animée d'un mouvement giratoire ; le fer pénétra à six pouces de profondeur. Jeanne tomba à la renverse dans le fossé : les Anglais allaient l'entourer lorsque le sire de Gamache accourut à son secours et lui offrit son cheval : elle ne put le monter à cause de la gravité de sa

blessure. La Pucelle *fut emmenée à l'écart* sur le terrain ; la douleur lui fit verser des larmes, mais après cette détente nerveuse, elle retrouva son énergie et arracha elle-même le fer de la plaie. Pour étancher le sang, on appliqua du coton (9) et on fit le pansement avec de l'huile d'olive et de la graisse de lard (*et opposuerunt eidem vulneri oleum olivarum cum lardo*) (3).

A la fin de l'après-midi, pour éviter la retraite que conseillaient les capitaines, Jeanne monta à cheval et retourna au combat. Aussitôt que le bout de son étendard toucha la muraille, l'assaut fut donné et se termina à 6 heures du soir. A cause de sa blessure, Jeanne n'avait pu endosser son armure, elle était seulement armée d'un jesseran ou cotte de mailles (6).

Jeanne n'avait ni bu ni mangé de la journée ; le soir, elle ne voulut prendre que quatre ou cinq tranches de pain trempé dans du vin coupé d'eau par moitié. Elle quitta Orléans le mardi 10 mai et sa plaie fut guérie en quinze jours, et sans pour cela laisser de chevaucher et de besogner (1).

A l'assaut de Jargeau (dimanche 12 juin 1429), Jeanne était sur une échelle tenant son étendard, quand un Anglais lui lança du haut du rempart une grosse pierre. Son étendard fut abattu et la pierre se brisa en plusieurs morceaux sur son casque. Etourdie par le choc, Jeanne fut renversée à terre, mais elle se releva aussitôt, remonta à cheval en criant : Amys, amys, sus ! sus ! Notre Sire a condempné Les Angloys (4) Montez hardiement et entrez dedans (9). L'assaut avait duré quatre heures.

Dans la seconde moitié du mois de juin, Jeanne donnait à son entourage l'impression d'être fatiguée si bien que Charles VII lui-même lui avait conseillé de prendre du repos.

« Lorsqu'on s'était trouvé près de Saint-Benoist sur la Loire où le Roy la voyant fatiguée l'exhortoit à se reposer, elle lui avoit répondu en pleurant de ne doubter de rien et qu'il auroit tout son royaulme sous peu de temps (5).

Le jour de la Nativité de Notre-Dame, jeudi 8 septembre 1429, Jeanne partit de la butte du Marché aux Pourceaux, près de la porte Saint-Honoré pour assaillir la ville de Paris. Elle descendit jusqu'au deuxième fossé où elle sonda l'eau profonde avec sa lance. L'endroit découvert, exposé aux coups des assiégés, était particulièrement dangereux. Jeanne eut la cuisse traversée d'outre en outre d'une flèche d'arbalète (12) ; son porte-étendard fut tué à ses côtés (13). Elle se mit à l'abri d'un dos d'âne (3) et elle voulut qu'on continuât l'assaut qui durait depuis midi. Après le coucher du soleil, on renonça à l'assaut et les troupes se retirèrent. Malgré la nuit venue, Jeanne refusait de partir : Guichard de Chiembronne, le sire de Goncourt, le duc d'Alençon, le duc d'Anjou et d'autres capitaines *firent successivement plusieurs démarches* près d'elle pour l'emmener. Finalement, ils la mirent à cheval et la ramenèrent à son logis au lieu-dit la Chapelle entre Paris et Saint-Denis (1).

Prisonnière au château de Beaurevoir, près de Saint-Quentin, elle tenta de s'évader pour échapper aux Bourguignons qui voulaient la vendre aux Anglais. Jeanne sauta du sommet de la tour, haute d'environ cinquante pieds : on la ramassa, sans connaissance, dans les fossés du château. Après cette chute, elle était tellement meurtrie qu'elle ne put ni boire ni manger pendant deux ou trois jours. Et alors, elle se prit à revenir, à elle et commença de manger et tôt après fut guérie (1).

Plusieurs des blessures de Jeanne paraissaient tout d'abord présenter une certaine gravité ; cependant grâce à sa robuste constitution et à sa sobriété, elle guérissait très vite.

Cette invulnérabilité apparente étonnait les Anglais superstitieux et les confirmait dans l'idée que Jeanne était sorcière.

Pendant la semaine sainte, l'évêque Cauchon envoya à la prisonnière Jeanne une carpe (ou peut-être une alose). Après en avoir mangé, Jeanne fut très malade, avec des douleurs d'entrailles et des vomissements. Connaissant le personnage, elle ne douta pas que le cadeau de l'évêque était empoisonné ; cependant, il est fort probable que Cauchon, dont la conscience est suffisamment chargée par ailleurs, est innocent de ce forfait. Une gastro-entérite aiguë, par intoxication alimentaire, peut expliquer tous les symptômes présentés par Jeanne et point n'est besoin de parler d'empoisonnement.

La température exceptionnellement froide qui régnait alors, aggrava encore la maladie de Jeanne. Le Bourgeois de Paris a enregistré que

« Le 5 avril 1431, il gresla et negea toute jour... et gela si fort et si asprement... que tous les bourgeons et fleurs d'arbres furent gelés... et avec ce geloit tous les matins très fort et dura t'elle ce très grande froidure jusques après la Translacion de sainct Nicolas en may (13).

La gravité de son état n'échappa pas à Jeanne puisque le 18 avril, elle déclarait :

« Il me semble que veu la maladie que j'ay, je suis en grant péril de mort (1).

Le cardinal de Winchester et le comte de Warwich craignant que Jeanne ne mourut en prison de mort naturelle, la firent visiter et soigner avec sollicitude afin qu'elle guérit (*et cum sollicitudine visitarent eam, quod sanaretur*),

Plusieurs médecins, choisis parmi les juges du Procès, furent convoqués à cet effet et conduits par Jean d'Estivet au château de Rouen, près de la malade. Les dépositions de Tiphaine et de la Chambre au Procès de Réhabilitation nous ont fait connaître les noms de trois de ces médecins et les détails de la consultation.

Guillaume de la Chambre, âgé de 24 ans environ, fils d'un médecin de la reine, examina Jeanne et constata sa virginité (*et eam palpavit in renibus et erat multum stricta quantum percipere potuit ex aspectu*).

Jean Tiphaine, âgé de 36 ans, prit son pouls et l'interrogea : il apprit qu'elle avait beaucoup vomi (*quod ipsa passa fuerat multum vomitum*).

Guillaume Desjardins, âgé de 61 ans, vieux praticien, paraît avoir été le directeur de la consultation. Il palpa Jeanne au côté droit, lui trouva de la fièvre, et conseilla une saignée.

Warwich s'opposa à la saignée de peur que Jeanne n'en profitât pour se laisser mourir d'hémorragie (*se interficere*). Les médecins insistèrent sur l'utilité de la saignée, et de la Chambre dit qu'aussitôt après la saignée, la malade fut guérie (*sanata*).

Cette amélioration fut cependant précaire. Jeanne ayant affirmé que le poisson de l'évêque Cauchon était la cause de sa maladie, Jean d'Estivet l'insulta grossièrement et entres autres accusations lui dit : « *Tu paillarda comedisti halleca* (hareng salé) *et alia tibi contraria* ». Jeanne répondit qu'elle n'avait pas mangé de hareng. D'Estivet continuant ses insolences, Jeanne entra dans une violente colère et la fièvre la reprit. A cette occasion, Warwich défendit à d'Estivet d'injurier Jeanne à l'avenir.

Cinq cents ans ont passé. A l'occasion du demi-millénaire de la mort de Jeanne d'Arc, Rouen prépare de grandes fêtes pour honorer et remémorer l'héroïne nationale. Tous les soirs, pendant ces fêtes, à l'endroit du bûcher, les filles des Ecoles de Rouen ranimeront la flamme du Souvenir de Jeanne la Pucelle.

Dr P. Noury, de Rouen.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Procès de condamnation.
Procès de réhabilitation :
(2) Déposition de Jean d'Aulon, faite à Lyon, le 28 mai 1456.
(3) Déposition du 13e témoin de l'enquête de Paris.
(4) Déposition du duc d'Alençon.
(5) Déposition du président Charles, 15e témoin de l'enquête de Paris.
(6) Déposition de Jean de Champeaux, maçon.
(7) L'Averdy. Notices et extraits des manuscrits de la Bibliothèque du Roy, t. III, 1790.
(8) Chronique de Monstrelet.
(9) Chronique de la Pucelle (Guillaume de Cousinot).
(10) Journal du siège d'Orléans.
(11) Chronique de Lorraine.
(12) Chronique de Perceval de Cagny.
(13) Journal du Prétendu Bourgeois de Paris.
(14) Philippe de Bergame. *De Claris mulieribus.*

VARIÉTÉS

Le médecin qui interviewe les rois

Ceux de nos lecteurs qui ont suivi, dans le Petit Parisien *du vendredi* 17 *avril, les péripéties de l'arrivée d'Alphonse XIII, n'ont pas été peu surpris de trouver au bas d'un sensationnel reportage* : « Dans le Train avec le Roi, de Marseille à Paris » *la signature de notre ami* Maurice Ségard.

A notre tour, nous sommes allés surinterviewer ... l'interviewer royal.

— Comment avez-vous réussi ce coup de maître, puisque le roi était si bien gardé dans son wagon que personne n'a pu l'approcher ?

— Oh ! un coup de veine, nous confie Ségard... Vous savez : je suis spécialiste en coups d'Etat ! J'ai déjà assisté à celui de Mussolini, à Naples, il y a quelque 7, 8 ans. Il était descendu dans l'hôtel où je me trouvais ; j'ai suivi la révolution des dix mille chemises noires. Mussolini mangeait à la table voisine de la mienne. Et nous étions voisins de chambre !

— Mais il faut aussi autre chose que de la chance, comme vous dites... Il y a le coup d'œil, il y a le moment psychologique...

— Vous voulez dire, ami : la *seconde* psychologique ... que j'appellerai, pour Alfonso, la seconde gastronomique !

— Comment cela ?

— C'est simple. Suivez moi un instant.

Tandis que les voyageurs du Côte-d'Azur-Pullmann remontant de Vintimille sur Paris en cette belle matinée de vendredi, déploient les gazettes où s'étale le portrait d'Alphonse XIII au milieu des dépêches de Madrid, ils ne se doutent pas qu'ils vont au-devant de l'actualité. Moi-même, je rêvasse en feuilletant une belle étude sur la physiologie du *Rêve*, par Yves Delage...

Mais voici Marseille-Saint-Charles : cinq minutes d'arrêt prévu pour changer de machine. Sur le quai, une agitation inaccoutumée, une foule maintenue par un service d'ordre indiquent qu'il va se passer quelque chose.

« *Alphonse XIII, Alphonse XIII va prendre le Pullmann pour Paris* » ! chuchote-on de tous côtés.

Oui, mais notre train est bondé : Anglais, Français, joueurs de golf. Ordre est donné d'accrocher un wagon spécial pour le royal voyageur.

Le voici qui passe au milieu de curieux, rangés en une double haie. Public respectueux, en sympathie manifeste avec le souverain déchu... qui après tout, n'est qu'un homme comme vous et moi. Quand la foule voit Alphonse, seul, sans courtisans, sans suite autre que ses deux parents, alors, c'est une explosion « *Vive le Roi* » ! Et le vieux démocrate que je suis ne rougit pas, à ce moment, de crier du haut de son marche pied : *Viva el Rey* !

Alphonse XIII, surpris par ces vivats, est profondément remué. Il sourit, remercie, rejoint son wagon

accroché au nôtre. Le commissaire spécial G. a mission de ne pas le lâcher. Consigne formelle : personne n'approchera le roi ... Et surtout, pas de journalistes ! Coup de sifflet : nous roulons sur Paris.

Midi et demi. Après tant d'émotion, me dis-je, le roi doit avoir faim. Or, son wagon ne comporte pas de cuisine. Où le roi va-t-il prendre ses repas, en attendant de toucher Paris ce soir à onze heures ?

A l'une des extrémités de mon wagon, celle qui est contiguë au tambour de communication avec le wagon royal, se trouve une sorte de petit salon à 4 places : le coupé !

On déloge les occupants pour en faire la salle à manger du roi.

Une heure et quart : c'est l'heure à laquelle le roi a demandé à être servi.

Je ne perds pas de vue ce bout de couloir qui aboutit au tambour de communication. Le roi doit passer par l'accordéon pour venir prendre son repas.

Oui, mais le commissaire spécial est là et il a déjà refoulé un quarteron de journalistes. Je reste aux alentours et aux aguets.

Brusquement, le duc de Miranda apparaît à la sortie du tambour pour venir se rendre compte des préparatifs du déjeuner.

Suivez-moi bien, ami : c'est ce que j'appelais tout à l'heure : *la seconde gastronomique* !

Je m'approche du Commissaire spécial.

— Dites-moi, Monsieur le Commissaire, voulez-vous me rappeler l'orthographe de votre nom ? (Et M. G. l'épelle consciencieusement, avec un accent frotté d'ail). Fixant mon œil droit sur le commissaire, je darde strabiquement mon œil gauche sur le duc qui, satisfait de son inspection, ressort à ce moment de la petite salle à manger. Comme il faut à tout prix que ma conversation ne soit pas interrompue, je continue du ton le plus sérieux du monde, sachant bien qu'une dénégation est plus longue à formuler qu'une affirmation :

— Ne seriez-vous pas d'origine ... lorraine, M. le Commissaire ?

— Je suis marseillais !

(Et ce roi qui ne sort toujours pas de son accordéon).

Alors je me penche, confident, vers l'oreille de M. G.

— Dites-moi, Monsieur le Commissaire ; je voyage dans le compartiment d'à côté. Je suis médecin ... Si par hasard, n'est-ce pas, il y avait quelque accident en face ...

Au même instant, voici le menton du roi qui pointe hors du tambour. Le Commissaire fait un geste pour m'écarter. Et moi ... un geste de salutation pour m'incliner devant le souverain.

— Majesté, dis-je en espagnol, permettez à un français moyen de vous souhaiter très respectueusement la bienvenue au moment où vous entrez en terre de France ...

Je vois un visage qui se détend, me sourit. Le roi me tend la main ... Et le commissaire comprenant que la conversation est engagée, puisque le roi m'a répondu : « Aimable, très aimable », en un français à peine teinté d'accent, — le commissaire n'ose plus me refouler.

Le roi m'invite à entrer dans sa petite salle à manger.

— Voici un an, jour pour jour, que j'ai eu l'honneur de vous photographier, à Séville, lors de la Semana Santa.

— Et où cela ? répartit Alphonse XIII amusé.

— Dans une petite rue, tout proche de la *Casa de Pilatos* : vous étiez au volant de votre petite Ford, absolument seul. La rue était embouteillée. Et vous paraissiez heureux du bon tour que vous aviez joué aux policiers qui devaient vous suivre en voiture.

— Oui, je les avais « semés », sans doute. (Le roi aime parler l'argot français. On me l'avait déjà dit).

— Naturellement votre photo à laquelle je tenais tant, c'est la seule que j'aie ratée dans toute ma série.

— Votre appareil est ultrasensible !

Le roi qui avait souri semble redevenir songeur... à moins que l'appétit ne lui vienne à la vue du premier plat que le serveur apporte. Il me tend la main et mélancolique :

— Il y a un an de cela !

....

Vous pensez bien que je n'ai pas songé un seul instant à demander à ce roi en exil ses projets d'avenir, ses impressions, selon le canon de la parfaite interview. C'eut été aussi inutile qu'indécent. Et je n'aurais obtenu d'autre réponse qu'un congé rapide ...

A la gare d'Avignon, le duc de Miranda descend acheter à la bibliothécaire un livre sur Mirabeau et *Emeutes en Espagne*, d'Henri Béraud.

Quant à moi qui suivais le manège des yeux, je ne pouvais pourtant pas conseiller au roi d'acheter mes *Conférences sur la Démocratie*, ou plutôt celles que Clemenceau a faites en Sud Amérique et que j'ai publiées l'hiver dernier. C'eût été d'une indécence cruelle ! !

Valence, Lyon : des policiers envahissent le train à chaque arrêt. Des journalistes veulent les suivre. Mais le « Côte-d'Azur » est à nombre de place limité. Personne en surcharge, c'est la consigne des Pullmann.

« Nous sommes les grands journaux de Paris ! ... je suis le *Chicago Tribune*, vocifère un reporter. Et moi, le *Daily Mail* ... »

Quelle fièvre journalistique !

Jusqu'à Paris, les envoyés spéciaux vont et viennent à travers la voiture n° 1 pour se heurter à un barrage de cerbères. Rien à faire : c'est « le ratage » !

Dans la nuit, voici le rapide qui s'arrête en pleine campagne, en pleine obscurité, sous la pluie battante.

Le signal fermé se débloque après quelques minutes. Mais les journalistes du train ont eu le temps de sauter à terre, de contourner le dernier wagon pour prendre d'assaut à contre-voie la voiture royale. Peine perdue, tout est verrouillé. Ils ont tout juste le temps de regagner leur place ...

Paris... Enfin !

Je renonce à vous dire comment un service d'ordre qui n'avait pas fait évacuer les quais laissa écraser et presque étouffer un roi et un préfet de police, sous

les torches magnésiennes des cinéastes qui « tournaient » à toutes manivelle et dans un fracas de vivats qui vibrent encore en mes tympans.

Alphonse XIII, M. Chiappe et M. Guichard ne sont pas près d'oublier ces minutes-là !

***

Et voilà, cher ami, comment moy, chestif qui ne suis roy, ne rien, j'eus la chance de souhaiter la bienvenue à un roi qui venait demander l'hospitalité à notre France libérale, comment j'eus la chance de faire accepter mon « papier » par un journal qui fut ainsi le seul, ami, à ne pas « rater » le retour du roi, comment j'eus la chance d'apporter deux clichés pris à Marseille qui, cinq heures après l'arrivée du train royal, paraissaient dans le *Petit Parisien* et *Excelsior.*

Si vous songez qu'un autre quotidien avait, à Marseille, frété spécialement un avion pour porter à Paris deux clichés semblables (qui ne furent pas publiés avant les miens), vous comprendrez quelle fièvre avait ce jour-là secoué les salles de rédaction.

***

Et maintenant, disons-nous à Ségard :

—Vous n'avez plus qu'à vous tenir prêt pour le prochain coup d'Etat !

— C'est cela. En l'attendant, je vais relire *Les Rois en Exil*, et aussi les strophes beaudelairiennes de *Réversibilité.*

Ange, plein de Gaité, connaissez-vous l'Angoisse.....
Ange, plein de Bonté, connaissez-vous la Haine .....
Ange, plein de Santé, connaissez-vous les Fièvres.....

LORET.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCLXXXVIII. — Paul FAREZ. — **Comment échapper à la maladie.** Causeries médicales, 2e série, préface de Louis Madelin de l'Académie française. Un vol. 13 × 20. Ed. Expansion scientifique française, Paris, 1931, 20 fr.

Le distingué chroniqueur médical du *Journal des Débats* nous donne la suite de l'*Art de bien gérer sa santé,* paru il y a quelques mois déjà aux mêmes éditions. Je précise la source marchande, car si ce tome premier avait échappé à votre attention vous aurez grande envie de le lire quand vous aurez goûté la rédaction de son cadet. Le brillant académicien de la préface est spirituel cinq pages durant ; c'est énorme pour un membre de cette austère compagnie.. Ses pairs le lui pardonneront-ils, barbes solennelles (1) ? ? Les chroniques du docteur Farez ont, toutes, cette qualité qui fait si couramment défaut aux exposés techniques : elles *intéressent* le lecteur. De fréquentes diversions historiques, anecdotiques, rompent subrepticement le cours des conseils pour ne pas lasser l'attention. Dans la présentation des passages strictement scientifiques (hygiène, prophylaxie), notre érudit confrère use d'une clarté et d'une simplicité que nous n'avons pas rencontrées régulièrement dans les amphithéâtres d'enseignement. Nos malades prendront à ce livre, eux aussi, un très vif intérêt : ils s'y instruiront de l'équilibre de la santé, des dangers de la vie quotidienne, des traîtrises de l'alimentation et en compagnie d'un érudit disert et spirituel, ils apprendront *aussi* que leur médecin n'est pas, tous les jours, vingt-quatre heures durant, préoccupé par un partage médico-chirurgical de viscères fumants comme l'ont prétendu quelques Justes, — agrégés, en superescouade ou *Ligue Médicophobe du Salut Public et du Vaudeville.* »

(1) Il court, sous le manteau, le bruit que leur grammaire à paraître, serait l'œuvre patiente d'un érudit grammate, modeste, anonyme, mais étranger à la Compagnie. Lancelot n'a pas retenu pour la réfuter à ce jour, cette « nouvelle académique ».

CCLXXXIX. — Paul MORAND. — **Route de Paris à la Méditerranée.** Un album 20 × 25, illustré de 96 reproductions photographiques hors texte. Collection Images du Monde. Editions Firmin, Didot, Paris, 1931.

L'itinéraire Paris-Riviera commenté par Paul Morand retrouve quelque imprévu. Son acerbe ironie qui a un goût très spécial de glace au piment rouge donne une originale saveur au récit de sa traversée de la France. Familier de plus longues étapes, il est très amusant de le voir faire de petits pas d'Avignon à Tarascon avec ses bottes (1) de sept lieues.

Il raconte son voyage avec une bonne humeur de sportif et avec toute l'adresse calculée de son style, jonglant avec les images rares et l'éclair fugace de brillantes métaphores. Sous chaque photogravure, il a écrit quelques lignes où il emprunte tantôt la solennité du guide pour monuments historiques, tantôt l'irrévérence de l'homme sensé pour le pédantisme et le mauvais goût qu'il est loisible de rencontrer en cours de route. Les reproductions photographiques des paysages de la voie suivie théoriquement par l'automobile sont triés avec un agréable éclec-

(1) Je vous préciserai la pointure prochainement quand j'aurai lu ses « Papiers d'identité » que je viens de recevoir de chez Bernard Grasset.

tisme. Les clichés, (ceux de G. Krüll surtout), ont été « pris » avec un sens très aiguisé de la signification synthétique des sites et des édifices.

CCC. — J. DE LACRETELLE. — **Le Demi-Dieu** ou le **Voyage en Grèce**. Un vol. 12 × 19. Ed. Grasset, Paris, 1931.

Au sortir des Images de Grèce de Duhamel, il m'a paru intéressant de parcourir les notes de voyage d'un de nos romanciers les plus émouvants. Duhamel prend prosaïquement de l'aspirine aux antichambres de l'Olympe. Lacretelle aborde la Grèce avec une âme recueillie de pèlerin passionné. Et il est curieux que le terrible observateur et le poète méditant aient eu cette même impression de pénible *disproportion* entre la Grèce actuelle et l'Hellade. Chez Lacretelle, il n'y a pas cependant la soumission aux faits, le scepticisme (douloureux à force d'enjouement) qui ombre le livre de Duhamel. C'est un effort constant pour retrouver sur les ruines, sur les collines inspirées l'âme défunte des temps héroïques : mais effort harmonieux de médisance tendue vers l'enthousiasme, jouissance d'un esprit pénétré de la beauté formidable du passé qu'il invoque. Ces directives donnent au livre une grandeur presque religieuse à force de ferveur. Le style du récit a une cadence musicale, *forte* ou *piano*, du lyrisme à la confidence, très juste, sans discordances et très personnelle.

Mais dans cette atmosphère limpide de Propylées où Lacretelle nous maintient avec virtuosité, que nous sommes loin de la Pythie bigle que Duhamel crut voir, ressuscitée et vociférante sur un modeste cargo tanguant doucement dans les eaux grecques !

CCCI. — Blaise CENDRARS. — **Al Capone, le Balafré, tsar des bandits de Chicago**. Un vol. 12 × 19 avec photographies. Editions Au Sans Pareil, Paris, 1931.

Je conseille plus spécialement la lecture du livre aux bonnes âmes yankeephiles (!!!) qui soupçonnent Duhamel d'avoir médit de l'Amérique vertueuse et sèche. Il y a quelque chose d'effarant dans la puissance de ce millionnaire qui tient en respect la loi et en échec la police avec un luxe rocambolesque. Il se déplace dans une auto blindée de sept tonnes qui a coûté la bagatelle de 20.000 dollars, et possède une garde de corps, un domaine d'épicurien à Miami, etc... Geo London qui connaît l'original affirme que le portrait n'est pas défiguré par l'imagination.

CCCII. — Jean d'ESME. — **Tornade**. Roman. Un vol. 12 × 19. Editions Piazza, Paris, 1931.

La présentation du livre est extrêmement soignée, sur pur fil Lafuma, avec frontispice et ornementation de Pierre Courtois. Jean d'Esme qui connaît bien l'Afrique a situé l'intrigue simple de son roman en pleine forêt équatoriale et ceci lui permet de décrire autour des blancs (soumis aux complications sentimentales communes à toutes les latitudes), harcelés par la haine des indigènes, la splendeur du décor où se jouent drames de cœur et drame de races. Les péripéties sont échelonnées avec une modération dramatique et une précision d'engrenage. Le reflet de la nature exaspérée, violente, indomptée sur les passions et les conflits est harmonieusement dessiné, et le livre entier (grâce aussi au « métier » fort adroit de Jean d'Esme), se trouve grandi à l'échelle de cette sauvage simplicité où grondent les cataclysmes.

10 avril 1931

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre des Nouveautés

Les Nouveautés en Revue.

2 actes et 19 Tableaux de Henri JEANSON

Il y a bien un mois que j'ai l'intention de vous parler de la revue des Nouveautés, et si j'ai reculé mon compte rendu, c'est que j'étais certain que cette réjouissante et si parisienne production tiendrait longtemps l'affiche. Je ne me suis pas trompé : la satire est de qualité, les interprètes excellents, Monsieur Benoit Léon-Deutsch, le distingué Directeur, a doté la revue de décors et de costumes dont le goût est sûr et le luxe plein de charme et nous applaudirons longtemps encore les traits acérés, la verve, la fantaisie, si intelligemment rendus de Monsieur Henri Jeanson, les réparties et saillies de son dialogue : c'est du véritable Jeanson, je pourrais presque dire du Jeanson de Saillie (!) car il est bien sur son terrain.

La seule critique qu'on puisse adresser à l'auteur, cela pour se venger un peu de sa verve si corrosive à l'égard des journalistes et fouiller aussi dans sa propre poubelle, c'est l'absence d'idée d'ensemble, de fil conducteur dans sa revue ; on pourrait ajouter que les multiples tableaux qui la composent sont assez inégaux en intérêt et en portée, quoique toujours fort bien présentés, mais, nous ne sommes pas certains que cette diversité ne soit réellement voulue par lui afin de varier un peu les plaisirs du public et souligner ainsi la portée des scènes relevant plus spécialement de ses propres desseins. Monsieur Jeanson, en somme, nous fait penser à Rip avec moins de sûreté et de maitrise que lui dans son

art propre, plus de fantaisie incisive peut-être et certainement un moindre souci de ses égratignures et des réactions douloureuses de son thermocautère.

Après le prologue du chômage des Muses, bien fait pour mettre en valeur les personnages de second plan et présenter la belle Edith Méra, voici l'heure du porto où nous voyons un commissaire de police accueillir avec des égards un peu exagérés une dame du meilleur monde (en l'espèce l'inimitable Mlle Suzanne Dehelly) qui vient de tuer son mari, puis rudoyer ensuite une femme de condition moindre venue pour le même aveu ; la scène serait fort réussie si les effets étaient moins soulignés par M. Champell. Le tableau suivant nous montre trois magistrats d'une même famille, le Fils, le Père et le Grand-Père qui racontent chacun les scandales de leur temps : Oustric, Rochette et Panama : plus ça change, plus c'est la même chose ; Les trois se trouvent d'accord pour proclamer à la fin qu'il faut une loi pour protéger les épargnants. Le quatrième tableau nous montre un journaliste fouillant dans les poubelles des puissants du jour et en sortant toutes sortes de potins, de calomnies, et de médisances qui portent sur le public, non pas tant par leur valeur que par l'originale façon dont Monsieur Dalio les détaille. A la scène suivante, une femme est attendue dans un bar par son mari et son amant qui viennent de se retrouver après de longues années de silence, en ignorant tout de leur existence réciproque ; cette femme arrive, se moque de la tête des deux adversaires, et tel Janus, joue un jeu tantôt distingué, poli et affectueux pour plaire à l'un, tantôt désinvolte, cascadeur et argotique pour conserver l'autre. Mlle Suzanne Dehelly, fantaisiste d'un réalisme frappant dans l'art de la caricature, affirme dans tous ses rôles et particulièrement dans celui-ci un intelligent et sobre talent de composition qui la classe nettement la première dans un genre si spécial. Les tableaux suivants sont les préliminaires de la finale du 1er acte : nous y voyons Monsieur Carette en metteur en scène à la recherche d'une vedette pour revue à grand spectacle. Le voici chez Madame Elvire Popesco qui critique tout d'abord les rôles qui lui sont proposés et accepte enfin, étant donné que ses cachets seront en raison même de la simple façon de descendre les escaliers, ce qui lui permettra de monter toujours plus haut au firmament des étoiles. La répétition de la revue dont Madame Popesco accepte d'être la star éblouissante commence donc et au tableau suivant, nous voyons les girls essayer leurs pas en cadence avec des attitudes de débutantes les plus cocasses, et rien n'est plus hilarant d'entendre celle qui a la tenue la plus grotesque, en l'espèce Mademoiselle Suzanne Dehelly, répliquer au metteur en scène affolé qui la tourne en ridicule : « C'est tout de même malheureux d'être eng ..... par quelqu'un qui pourrait être votre père ».

Je passe rapidement sur l'allégorie de Charlot et sa profonde mélancolie très bien interprétée par Monsieur Dalio et j'arrive au final du 1er acte qui nous fait assister au défilé des grands personnages de la comédie classique, qui expriment leur vitalité de plus en plus grande en dépit des silhouettes superficielles des comédies contemporaines, et principalement des vedettes aux pieds d'argile du cinéma sonore.

Au 2e acte, la boîte à musique est la réédition de tout ce que peuvent dire d'émouvant les petits soldats mécaniques des orgues des cheveaux de bois de jadis, mais très bien dit et très bien scandé par Mlles Yo Maurel et Becky Rosanis ; vient ensuite la vieille France, scène campagnarde, qui n'a d'autre qualité que de nous montrer Madame Elvire Popesco en Bourguignonne, transformation que son accent rend encore plus parfaite. Citons ensuite Mademoiselle Ginette Vincent que nous avons vue jadis faisant partie du Spark-Ballet au Moulin-Rouge et qui apporte la note originale d'une danse savamment exécutée avec son partenaire Monsieur Dalio déjà plusieurs fois nommé. Le dernier salon littéraire est un des meilleurs et des plus amusants tableaux de la Revue. Edith Mera dans le rôle de la Sauterelle, Suzanne Dehelly dans celui de Fanfreluche, accompagnées de leurs protecteurs au dos vert se retrouvent dans un bar du « milieu » et dans l'argot le plus pur, vantent leur culture en citant des passages de Verlaine, Moreas, Paul Valery et même des classiques ! Après l'inévitable tableau sur l'Exposition Coloniale, nous voyons apparaître Mlle Suzanne Dehelly en Dranem, voilà une bonne charge sur notre grand comique : il se déclare partisan de la rénovation de la chanson française et le prouve en détaillant les couplets de son répertoire qui, malgré la plus grande platitude, ont connu le plus grand succès. J'ai moins goûté la présentation un peu ridicule de M. Dario en académicien gâteux. Fort heureusement, il sait en faire une scène désopilante grâce à sa mimique expressive et à ses acrobaties burlesques. Le final est la contre-partie de la dernière scène du premier acte et nous voyons défiler les divers cinémas du monde entier présentés d'une façon très originale par une artiste abondamment douée en « sexe appeal » : Edith Méra, dans le rôle de Marlène Dietrich.

Telle est donc en quelques lignes cette tranche d'actualité qui tient de la caricature aussi bien que du cabaret et de la Revue à grand spectacle. Voilà des qualités aptes à conserver longtemps encore au coquet Théâtre des Boulevards sa clientèle fidèle et particulièrement choisie.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

DÉBATS PARLEMENTAIRES

L'Aliénation mentale au Sénat.

(*J.O.*, 4 mars 1931.)

M. Labrousse. — Messieurs, la procédure de discussion suivie pour le projet de loi sur le régime des aliénés qui a été adoptée par le Sénat permet un échange de vues heureux, digne de la question, digne de l'esprit juridique de cette Assemblée, des hautes discussions qui se sont instituées autrefois dans la même enceinte et constitue un hommage à l'esprit libéral de son rapporteur, M. Strauss. Si nos amendements pénètrent par effraction dans le texte qu'il nous propose, s'ils nécessitent un effort supplémentaire de sa part, qu'il veuille bien pardonner à l'impatience de disciples avides de collaborer à une œuvre sociale qui, en suite de tant d'autres, a inspiré la généreuse activité de notre collègue.

C'est bien sous le signe de la raison, de la réalité pratique que j'entends présenter mes observations, sans prétention juridique, sans effet de scientisme, mais avec l'absolue conviction que la vie doit commander les textes législatifs et que théories, conceptions de droit pur ou de science pure doivent s'incliner devant les faits.

Le plus brièvement possible, pour ne pas trop longtemps agiter le grelot ou la marotte (*Sourires*), je vais faire et l'éloge et la critique du projet qui nous est soumis et je précise dès l'instant : éloge des tendances médicales, éloge de l'esprit moderne, dont il est inspiré ; critique des formes juridiques qui sont innovations sur tant de points.

En ce qui concerne la protection et l'assistance aux malades mentaux ou anormaux, j'approuve sans réserve l'aménagement prévu en conformité avec l'état actuel des asiles et la distinction entre l'aliéné dangereux et l'aliéné non dangereux. C'est le pur bon sens que les mêmes règles ne peuvent s'appliquer aux uns et aux autres, aujourd'hui où les séparations et les classements des maladies mentales si longtemps confondus se sont lentement effectués dans l'admirable et silencieux effort des aliénistes et particulièrement des aliénistes français. De cette discrimination nosologique est née la spécialisation des traitements, des services et si l'on en voit encore hélas ! on en voit tout de même moins de ces salles à faire frémir Dante où, pêle-mêle, confondant leurs cris, leurs agitations et toutes leurs angoisses, se rencontraient épileptiques, déments, idiots. Le projet doit être une étape nouvelle vers cette spécialisation : nous devons nous en féliciter hautement.

Mieux encore, le projet prévoit des annexes psychiatriques, une inspection systématisée pour les criminels devenus aliénés. Il prévoit des asiles de sûreté pour les criminels aliénés. Il organise des services ouverts pour les aliénés non dangereux ; et là encore notre approbation est entière, à la condition que soient respectées les règles de la loi de 1838, lors du passage du service ouvert à l'asile proprement dit.

A l'instigation de notre éminent collègue, M. Chéron et de moi-même, M. Strauss a enfin introduit dans l'article premier l'obligation pour les départements d'organiser, dans un large délai, des services de prophylaxie mentale qui sauront se modeler, espérons-le, sur le plan si complet des services du professeur Toulouse. J'en parlerai tout à l'heure.

Je note encore la possibilité de mise en observation, par le juge, des délinquants ou des criminels dont la culpabilité pénale apparaîtrait comme douteuse par suite d'affection mentale. Légèrement rectifié et appliqué aux buveurs délinquants, l'article 32 sera en conformité avec les articles des codes hollandais et espagnol, les seuls qui aient légiféré en cette matière et qui peuvent servir de modèle.

Le projet de loi rapporté par M. Strauss recevra aussi l'assentiment de tous sur un point spécial sur lequel je ne veux aujourd'hui qu'appeler l'attention : c'est une participation plus grande de l'Etat dans les dépenses des services d'aliénés, dépenses qui, dans les petites communes, vous le savez, vont jusqu'à l'absorption totale des ressources budgétaires.

M. Milliès-Lacroix. — Non seulement de l'Etat, mais encore du département.

M. Labrousse. — Oui, mais toutes les ressources budgétaires d'un département ne sont pas absorbées par les services d'aliénés, tandis qu'il arrive que toutes les ressources budgétaires des communes soient absorbées par l'entretien de leurs aliénés dans les établissements. (*Très bien ! très bien !*)

M. Auguste Mounié. — L'Etat ne contribue pas aux dépenses des aliénés. Seuls y contribuent les départements et les communes. C'est précisément ce qu'il faut modifier.

M. Labrousse. — C'est exact. Du reste, nous discuterons ces points au moment où seront appelés les amendements.

Je voudrais insister un peu sur la création des dispensaires d'hygiène et de prophylaxie mentale, ne fût-ce que pour en démontrer la nécessité à nos conseillers généraux qui auront à en assurer l'organisation.

La grande difficulté pour faire pénétrer dans l'es-

prit des gens l'idée de l'hygiène mentale, à l'instar de l'hygiène corporelle, provient de ce que si, comme on le croyait jadis, la maladie mentale n'est plus un péché et si l'aliénation s'est laïcisée, pourrait-on dire, l'idée de fixité d'esprit, d'immatérialité et aussi d'atavisme immuable domine encore l'opinion publique, idée absolue, d'un autre âge, contre laquelle il faut se prémunir pour bénéficier du progrès d'une science tous les jours plus positive et pour en arriver à accepter la maladie mentale comme on envisage une viciation de la fonction hépatique.

Il y a une deuxième difficulté. En matière pédagogique ou d'éducation mentale ou de répression des instincts, la persuasion par l'idée pure paraît suffire au grand public, aux familles et cela, malgré les travaux de tous les savants. Or, on ne peut agir sur l'individu que par ses sens et son état affectif. Sainte-Beuve voyait parfaitement quand il écrivait : « L'intelligence pure est une lune morte ; c'est elle qui désole les paysages qu'elle éclaire ».

Enfin, l'idée littéraire qu'on a de la psychologie morbide ou normale entrave encore la juste notion de l'hygiène mentale ; la littérature dite psychologique tente d'expliquer, avec la seule et vaine présidence de l'esprit, les actes dictés par une influence affective ou mystique, comme s'il n'y avait pas une logique des sentiments et comme si le cœur se trouvait privé par la nature elle-même de toute culture régulière. Tantôt elle tombe dans l'excès contraire, si bien que ce que contient un livre de psychologie mondaine n'est pas, en vérité, l'étude psychologique elle-même, mais la mentalité qui l'a faite ; entre cette psychologie et la véritable analyse mentale, il y a la différence qui existe entre un mirliflore de Watteau et un dessin anatomique de Léonard de Vinci.

L'hygiène mentale est donc ignorée sauf par quelques savants au premier rang desquels se place le professeur Toulouse, un des apôtres de sa vulgarisation.

Pourtant, même chez les plus normaux, la mentalité a ses défaillances, ses malaises ; elle s'exerce souvent dans un état intermédiaire entre la santé et la maladie. S'il arrive parfois qu'on se plaigne de sa mémoire, comme dit La Bruyère, nul ne songe à se plaindre de son jugement, de l'association de ses idées, nul n'a l'idée qu'il puisse modifier son propre instinct.

Il faut donc faire passer la prophylaxie mentale dans la pratique pédagogique, grâce à une éducation spécialisée dans nos écoles normales, la faire passer dans la pratique médicale par des consultations privées, par des dispensaires publics, surtout par l'éducation des médecins, la faire passer dans la pratique judiciaire, dans la vie sociale. Et ceci s'impose non seulement pour l'individu, mais aussi pour la société, afin d'éviter l'aliénation, le crime, la délinquence et surtout — seul sujet que je veuille traiter en ce moment — afin d'atténuer les réactions antisociales non délictueuses, d'autant plus graves que leurs auteurs sont considérés comme normaux ; afin d'arriver à déceler ces fils invisibles qui relient les hommes au malheur ; il faut rechercher et poursuivre ce qui dégrade le plus la famille, corrompt le mieux les traditions d'honneur, ruine au plus vite les biens. C'est surtout ce qu'il importe de supprimer.

De cette hygiène mentale relèvent, bien entendu, les alcooliques, les syphilitiques, les toxicomanes ; mais à un même degré, en relèvent également et surtout les anormaux.

Je ne veux pas revenir sur ce qu'a si éloquemment expliqué ici mon ami M. Fernand Merlin à propos de l'alcoolisme et de la syphilis ; mais je tiens à faire défiler devant vos yeux quelques types de ces anormaux qui relèvent bien de la prophylaxie mentale et des annexes que nous prévoyons dans la loi.

Ce sont, d'abord, non plus les alcooliques, mais simplement les alcoolisés. Tout le monde connaît le rôle de ces orateurs qui, trop souvent, donnent l'apparence de chefs qui ont leur état-major, leurs grégaires, qui sont craints, recherchés et dont la dégradation s'étend très vite à la famille et à la race, dont le dynamisme entraînant n'est, en vérité, que réaction alcoolique. Vous connaissez tous de ces instables, vagabonds, véritables parasites sociaux qui entraînent les leurs vers des vies shakespeariennes, jusqu'à la culbute ; ces angoissés pessimistes qui répandent autour d'eux la tristesse et le défaitisme de la vie, vous connaissez ces verbomanes chez lesquels l'abondance des paroles inutiles est un symptôme d'infériorité mentale, ces petits délirants, méconnus, hyperlogiciens, hyper-atrophiés du moi, amateurs de réclame, hypomaniaques, grande classe d'agités, à la vitesse de perception excessive, qui donnent l'apparence de magnifiques intelligences et qui sont parfois de grands entraîneurs d'hommes ; vous connaissez, Messieurs, ces hystéries, ces inflations sentimentales et mystiques, avec tout leur cortège de mensonges, de vices, d'égocentrisme, de lettres anonymes, de perturbation familiale ; vous connaissez ces débiles qui masquent leur faiblesse sous des apparences de vivacité, du peu d'intelligence qu'ils ont — classes des nombreuses prostituées qui relèvent bien de la prophylaxie mentale et qui sont surveillées par les dispensaires spéciaux dans certains pays du monde, en Suède, par exemple ; vous connaissez ces pervers sexuels des deux sexes qui contagionnent tous les milieux et dont l'extension est si grande à l'heure actuelle ; vous avez entendu parler de ces iconoclastes qui crèvent les toiles de Rembrandt : *La ronde de nuit* ou *La leçon d'anatomie.*

Tous ces types, vous les rencontrez, mais tout le monde ne les reconnaît pas. Ils alimentent la presse, et si je voulais donner au Sénat quelques titres sensationnels empruntés aux seuls journaux de cette quinzaine relatant les délits ou les crimes commis par des gens qui relèvent de la prophylaxie mentale, je pourrais vous indiquer : « Deux jeunes chenapans avaient attaqué un enfant de seize ans » ; « un alcoolique blesse sa femme d'un coup de couteau et s'ouvre la gorge » ; « histoire d'un petit garçon qui lutta

toute la nuit pour empêcher sa mère de se tuer » ; « un cultivateur tue sa femme » ; « au cours d'une crise de folie, un Polonais tue son hôtelier », etc., etc.

Vous voyez d'après ces titres d'articles — et j'abrège — combien sont graves les cas qui relèvent de la prophylaxie mentale. Tous les auteurs de ces crimes, si on les étudie, apparaissent comme anormaux. Ils étaient ignorés comme aliénés, ils auraient pu être prophylactisés.

Or, messieurs, pas un seul n'a une réaction purement personnelle, sauf peut être l'idiot congénital et complet. Tous réagissent sur la société, sur la famille, sur la nation. Non seulement, ils contribuent à déterminer le crime ou la délinquance, termes extrêmes je le répète, mais ils sont autant de germes de dispersion du crime et de la délinquance. Ce sont bien eux qui constituent la psychologie collective. Ils sont légion. « Dix anormaux pour un aliéné », nous dit le docteur Toulouse. Le professeur Grasset, en dehors de toute nosographie purement scientifique, leur a donné un nom : les demi-fous.

Mais le peuple a mieux compris encore les nuances par lesquelles se traduit l'activité mentale qui va d'une extrémité à l'autre, et il a trouvé, lui, des mots et des termes qui s'appliquent presque à chaque classe d'aliénés. C'est le « dingo », c'est le « toc toc », c'est le « fêlé », c'est celui qui « a une araignée dans le cerveau », c'est « la tête brûlée », c'est le « loufting ». (*Rires*). Le vocabulaire populaire a devancé le projet de loi. Le nombre de ces anormaux en est immense et il faut beaucoup de normaux pour rétablir l'équilibre. (*Nouveaux rires.*)

L'hygiène mentale s'impose plus que jamais, car l'influence de ces individus, influence méconnue, est d'autant plus grande qu'à notre époque, les éléments de contagion sont nombreux et que s'accélèrent peut-être davantage les dégénérescences.

Certes, à toutes époques, les conditions de vie, les émotions révolutionnaires, les extases religieuses se sont rendues complices du dérèglement mental. La somme serait immense de ce qu'a déterminé d'anormalité le mysticisme médiéval, de ce qu'a provoqué de suicides la langueur et la mélancolie romantiques.

On ne pouvait réagir à cette époque, on ignorait trop de l'aliénation, on ne soignait pas l'aliénation. Mais que dire de notre époque ? Plus que jamais le crime est une collaboration collective. La vie est une suite de contagions mentales continues. A plus forte raison agit-elle sur la délinquance, l'aliénation, le déséquilibre, l'anormalité, et cela tient à la vitesse de notre temps, vitesse telle qu'on se demande si les civilisations pourront la supporter longtemps. A plus forte raison, la question se pose pour les individus faibles ou tarés.

Je lis dans le journal *Le Quotidien*, sous la signature de M. Barbarin, un article dont je me permets de vous citer quelques lignes, car il précise dans de fort bons termes, la thèse que je soutiens en ce moment. Je lis :

« Frénésie de l'esprit moderne — cadence des cerveaux chaque jour plus rapide, âmes de chronomètre — déséquilibre s'accentuant entre la matière et l'esprit. — La génération qui précède la nôtre était crédule, mais souriante ; celle qui la suit est méfiante et fébrile. — Les jeunes gens d'après guerre sont inquiets. — La vie devient un immense cinéma parlant, odorant, bousculant, allant et venant comme des pantins, comme des ombres sous la manivelle frénétique d'un invisible opérateur. »

Cet état de choses a un corollaire, c'est l'utilitarisme, l'indifférence spirituelle, l'absence de rêves sans lesquels il ne peut y avoir d'individu complet. *Très bien ! très bien !*)

Citons encore l'alcoolisme et le retour à l'absinthisme. M. Fernand Merlin nous a éloquemment entretenu de cette question. Il est donc inutile d'insister.

Mais laissez-moi vous rappeler que les courbes de croissance de la consommation de l'alcool sont parallèles aux courbes d'entrées dans les asiles et aux courbes de la criminalité. Quelles courbes n'atteindrait-on pas si l'on prenait l'action de l'alcool, l'action de la syphilis, de tous les facteurs que je viens d'énumérer sur les simples dégénérés et les anormaux ?

Il y a autre chose, il y a la rue, avec tous ses éléments de contagion, la rue plus fréquentée depuis que les campagnes se dépeuplent, la rue avec son langage, avec ses promiscuités ; elle est le siège de toutes les tares sociales.

Il y a les publications qui excitent les sens pour les épuiser et les pervertir ensuite. Je citerai le nombre croissant d'attentats à la pudeur.

Il y a enfin la presse, qui fait un piédestal à l'excentrique, contribue au prestige du crime en exaltant la personnalité même du criminel. (*Marques d'approbation.*)

Il y a enfin autre chose ; le cinéma. On reste confondu devant les admirables moyens que, parfois, la science, tour à tour bonne mère et marâtre, met à la disposition pour abîmer le génie de l'homme. Le cinéma qui laisse passer sans filtration chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant des impressions nerveuses trop fortes et mal appropriées à leur résistance, qui suspend le moi, et dans la fatigue sensorielle substitue le fond du film à la personnalité qui joue, dont les drames s'installent dans la subconscience pour ressortir un jour, Dieu sait comme, qui crée les héros — il faut un héros à chaque film — un héros qui devienne prestigieux et à qui le plus faible voudra s'identifier.

Et puisque nous sommes sur le terrain de l'hygiène mentale, laissez-moi suggérer à M. le ministre de la Santé publique une mesure efficace : imposez au cinéma des scénarios courts et des entr'actes nombreux sans écran lumineux pendant l'entr'acte, développez le film parlant ; ainsi la suspension du moi, la tendance à l'hypnose sera moins longue, moins soutenue, et l'oreille servira de contrôle à l'œil.

Je range, parmi toutes ces causes, le manque de sûreté de soi-même, qui vient de la multiplicité énorme des directives sociales sans que soit à la portée de nos enfants ce cathéchisme civique et moral qu'avait prévu la Révolution. (*Très bien ! très bien ! à gauche.*)

La plupart de ces éléments, hélas ! échappent au législateur. C'est entendu. Si on ne peut rien sur les mœurs, on peut peut-être prémunir tout de même les individus faibles. L'hygiène mentale existe. Il y a une thérapeutique des sept péchés capitaux. Les résistances s'atténuent et la personnalité peut se reconstituer. On peut substituer un état affectif à un autre par des représentations visuelles, auditives, morales. On ne réussit pas toujours, mais en médecine, quelle thérapeutique est toujours souveraine ?

En dépistant les petits mentaux, c'est autant d'éléments sociaux qu'on améliorera.

Et tout de suite vous apercevez, Messieurs, quels très nets progrès de défense sociale constitue le projet de M. Strauss. C'est un pas de fait vers la substitution de la sauvegarde utilitaire aux méthodes de répression brutales et personnelles. Ce n'est plus œuvre de sûreté. C'est œuvre de philanthropie, alors que la loi de 1838 ne s'était occupée de l'aliéné que dans le sens où il peut être gênant sans s'occuper de l'aliéné luimême.

Ce ne fut — je le rappelle — qu'en 1886 que le Sénat ratifiait la loi créant une section d'aliénés dans les asiles pénitentiaires.

C'est parce que l'étranger nous a devancés en cette matière, dans cette œuvre d'assistance, que l'on constate qu'en Allemagne, dans les asiles d'aliénés, on arrive tout de même à 74 p. 100 de guérisons, et qu'en France, j'ai quelque honte à le proclamer, nous n'arrivons qu'à 30 ou 35 p. 100 de guérisons, si j'en crois les chiffres que le professeur Rémon, de Toulouse, a publiés en 1929.

Ces points de vue objectifs sont précis. Pourquoi ne feraient-ils pas l'objet d'un projet de loi spécial médical de protection et d'assistance pour les individus atteints de maladies mentales ?

Car j'entre dans la partie technique de mes observations.

Dans le projet qui nous est soumis, s'affrontent quelque peu, beaucoup trop entremêlés, les points de vue civil, criminel, administratif, médical. En vérité, quatre lois seraient nécessaires, concordantes évidemment.

Leur établissement, longtemps pesé, aurait pu aboutir au balaiement de ces termes fictifs, d'aliénation, de démence, d'internement, de folie, de responsabilité qui, datant de l'âge métaphysique de l'aliénation, ont un je ne sais quoi de démoniaque, correspondant à des habitudes d'esprit, monde de fiction, sans définition des termes, sujets à des interprétations personnelles, à toutes les contradictions.

Sans plus tarder, quelle est la caractéristique du projet, la modification essentielle apportée à la loi de 1838, si injustement décriée, qui a donné tant de preuves de son équilibre, des preuves telles qu'elle a pu résister aux assauts de 1867, de 1881, de 1888, de 1893 et de 1913, aux assauts de Gambetta, de Théophile Roussel, de Dubief et autres ? Cette caractéristique, Messieurs — et je demande ici l'attention spéciale du Sénat dans une argumentation assez difficile à poursuivre — cette caractéristique, c'est l'intervention de la magistrature par le jugement d'internement. C'est bien l'article 13 qui constitue le point névralgique de toute la discussion. Examinons-le. A l'heure actuelle, sous le régime de la loi de 1838, le procureur de la République, saisi d'une demande de sortie ou d'une protestation contre un internement, met en œuvre le tribunal et, dans ce cas, la délibération peut ordonner la sortie, ou le maintien de l'internement, avec ou sans contre-expertise.

Avec l'article 13 du projet Strauss, l'internement, qui est aujourd'hui une formalité administrative, devient un acte judiciaire solennel. Avec l'article 13 du projet Strauss, l'intervention de la magistrature devient systématique, le jugement obligatoire au bout de six mois d'internement.

Ainsi donc, l'on va légiférer sous le prétexte de garantie individuelle, en vérité, sous l'hallucination de quelques cas douteux de séquestration arbitraire. Ah, la séquestration arbitraire, Messieurs, sous l'Empire, cela a été une arme contre le Gouvernement, contre la police ; depuis, c'est devenu une arme contre les médecins, cela a été une arme contre le personnel administratif. Dubief avait bien raison quand il craignait à plus juste titre la séquestration à domicile. On peut y remédier sans aller jusqu'au jugement systématique.

Cas douteux de séquestration arbitraire ? Mais la commission de 1867, instituée précisément pour juger de ces cas soi-disant arbitraires, en a fait justice. Il y avait à ce moment une campagne de presse menée principalement par Francisque Sarcey et Hector Malot. La commission les convoqua, ils ne vinrent pas (*Rires*) ; et la commission de 1867, qui était présidée, si je ne me trompe, par Tardieu, le célèbre médecin-légiste, fit entièrement justice de ces cas de séquestration arbitraire. A vrai dire, on n'en trouverait pas deux dans le siècle qui soient incontestables. (*Exclamations.*)

M. Debierre. — Je peux vous donner la preuve du contraire ; j'en connais personnellement plus de deux. Méfiez-vous des statistiques.

M. Labrousse. — Monsieur Debierre, ce qui existe, c'est l'erreur de diagnostic au début de l'internement.

M. Debierre. — C'est tout de même un acte arbitraire.

M. Labrousse. — Mais cette erreur ne résiste pas au certificat de quinzaine. Je vous affirme que, de tous les cas soumis à l'appréciation des aliénistes en matière de séquestration arbitraire, aucun n'a résisté à l'examen. Si vous voulez considérer le *curriculum vitæ* de ceux qui se sont prétendus victimes de séquestration arbitraire, vous verrez qu'ils sont à peu près tous morts dans des asiles d'aliénés.

C'est en vertu de ces cas spéciaux — et l'on ne peut pas légiférer pour des cas spéciaux — qu'on va grever d'un jugement d'internement, qu'on va pour ainsi dire condamner à être aliénées, combien de personnes ? Je vais vous le dire.

Etant donné qu'il y a en France environ 40.000 internés volontaires et en admettant que le quart seulement d'entre eux restent plus de six mois à l'asile, au lendemain de la promulgation de la loi, les tribunaux de France seront obligés de prendre 10.000 jugements confirmant l'internement.

M. Léon Bérard, *garde des sceaux, ministre de la justice*. — Et le contingent annuel ?

M. Labrousse. — Le contingent annuel sera de 5.000, de telle sorte qu'avant 10 ans, vous aurez en France plus de 100.000 individus qui seront marqués à l'épaule d'un jugement qui prendra figure de jugement infamant.

M. Debierre. — Il faudra créer de nouvelles chambres.

M. Labrousse. — Voici par exemple une jeune femme qui, à sa première grossesse, a eu de l'albumine. Elle n'a pas été surveillée ou elle a été mal soignée. Elle a fait un accès de confusion mentale. Elle restera 6 mois et 2 jours à l'asile. Cet accès pourra ne pas se reproduire parce qu'à la deuxième grossesse, elle n'aura pas d'albumine ou elle sera mieux soignée, et toute sa vie elle sera sous le coup d'une décision, prise en chambre du conseil, je le veux bien, mais d'une décision judiciaire qui pèsera sur elle, qu'elle portera dans son avenir, mettra dans ses archives !

Si encore la mesure était opérante ! Mais, Messieurs, je vais vous prouver qu'elle est profondément dangereuse. Bien des familles ne voudront pas se soumettre à cette solennisation de la folie, à cette diffamation de l'internement. Elles ne placeront plus les malades ou elles les feront sortir avant l'expiration du délai de six mois, à six mois moins un jour ; où elles les emmèneront à l'étranger. Alors, le grand nombre d'aliénés en circulation augmentera, et comment seront-ils traités ? N'y en a-t-il pas assez déjà qui courent les rues ?

Ne saisissez-vous pas que plus vous multiplierez les formalités administratives, plus vous rendrez difficiles les internements, et plus vous verrez de crimes reconnus trop tard comme des crimes de folie ? Il faudrait cependant penser aussi à défendre le public, au lieu de raisonner sur des cas exceptionnels. (*Très bien ! très bien !*)

Il y a mieux. Jugement dans les six mois pour éviter la séquestration arbitraire ? Bien ! Mais après les six mois que prévoit la loi ? Rien, si bien que la séquestration ou le maintien sans motif apparent pourront s'effectuer en toute liberté ou à peu près. Passé ce délai, un asile privé pourra conserver un client au delà du terme de la disparition de la maladie.

M. Jénouvrier. — Toute sa vie.

M. Labrousse. — Je ne puis accepter cela. Et en cas d'erreur ? Précisons l'article 13 dans son application juridique : que feront les juges ? Et je suis en plein accord avec M. le conseiller Michel, avec Ballet et d'autres ; j'ai du beau monde derrière moi (*Rires*). Que feront les juges ?

Ou bien ils vont simplement, automatiquement, entériner les rapports médicaux et alors, quel rôle leur fait-on jouer, de quel simulacre vont-ils être les auteurs ? Et en cas d'erreur qui, devant sa conscience, sera plus coupable, du médecin qui l'aura commise ou du juge qui l'aura homologuée dans son incompétence ou dans la suffisance d'esprit que risque de lui donner, comme nous le verrons tout à l'heure, une définition de l'aliénation mise à sa disposition ?

Ou bien, ils jugeront du cas médical ; et quelle est alors leur compétence ? Pourtant, l'article 13 leur accorde cette compétence ? En est-on donc resté à l'état d'esprit d'il y a quatre-vingts ans ? Et puisque le juge a, désormais, seul qualité pour juger de l'internement, c'est-à-dire de l'aliénation, laissez-moi vous lire une protestation émanant du médecin-légiste Tardieu, qui date de l'époque où l'on veut nous ramener, contre l'opinion d'un magistrat de son temps. Ce magistrat, Troplong, avait écrit — et c'est contre cela que s'insurgeait Tardieu :

« La médecine légale affiche, depuis quelque temps, la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence. Il faut l'avouer, ce que j'ai vu et entendu de certains médecins dans ma carrière judiciaire dépasse toute croyance ; il n'y a pas un homme que l'on ne pourrait déclarer monomane en les écoutant.

« Si Pascal n'était pas mort, il devrait prendre garde à lui, car je connais maint docteur qui le tient pour halluciné. Socrate est bien heureux d'être venu si tôt ; il a péri du moins avec la réputation du plus sage des hommes, tandis qu'on pourrait bien trouver, dans plus d'un savant écrit médical, qu'il était à peu près monomane, avec son démon familier. Enfin, faut-il le dire, combien n'ai-je pas vu de consultations qui rappellent, trait pour trait, les scènes de notre divin Molière ? Un mouvement nerveux dans le visage, un tic familier, une manière de parler, un geste, les choses en un mot les plus simples et les plus naturelles étaient tournées en diagnostic et pronostic comme la sputation fréquente de M. de Pourceaugnac. (*Sourires*). Et l'on voudrait que nous autres juges, qui tenons dans nos mains, la liberté et la capacité civile des personnes, nous fissions dépendre de ces frivoles symptômes ces grandes questions où sont engagés l'honneur des familles, la succession des biens, les droits les plus chers de l'homme !

« Je pense que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence et que l'on ne doit en rien les modifier. »

Telle était l'opinion contre laquelle s'élevait Tardieu, et il ajoutait : « Je suis convaincu, et j'ai hâte de le dire, que bien peu de magistrats consentiraient à signer cette page du premier président Troplong. C'est la thèse qu'avait déjà soutenue un médiocre légiste, Elias Regnault, qui prétendait, avec la

même force de raisonnement, que les médecins ne sont pas plus compétents que le premier venu pour juger si un homme est ou n'est pas sain d'esprit. »

Si je rapporte cela, Messieurs, c'est que l'opinion s'est exprimée ici, qu'elle s'est peut-être exprimée à la commission même, dans les mêmes termes qu'employait M. Tardieu pour la dénoncer. Ah ! cette idée de la folie maladive de l'esprit, elle est encore celle du public. Elle a été le plus grand obstacle à l'établissement du droit de la médecine légale des aliénés. Vous ne pouvez donner au juge le droit de contrôler le diagnostic que si vous revenez à cette formule.

Je sais bien ! la connaissance de l'aliénation — peu le savent — nécessite de très longs efforts. Elle n'est pas faite d'intuition. De diagnostic d'intuition, nous n'en connaissons qu'un, qui est assez curieux. J'ouvre une parenthèse pour vous le conter. Seul, un homme, un jour, eut une vision de génie en matière de médecine mentale. Il s'appelait Bonaparte. C'était au lendemain de la bataille des Pyramides. Voyant venir vers lui des soldats harassés, assoiffés, hagards, accablés de chaleur, il s'écria : « On les dirait atteints de confusion mentale. »

Un sénateur à gauche. — Il était de l'Institut !

M. LABROUSSE. — Ce n'est que longtemps après que Delasiauve et Baillarget ont repris le terme et défini la confusion mentale. Mais je ne sais pas si nous trouverions beaucoup de juges de même pénétration que Bonaparte. (*Sourires.*)

L'incompétence du juge étant donc absolue, il n'aura plus que le rôle de greffier. M. Lebert, si éloquent et si subtil, a bien compris que les juges n'avaient ni l'intuition, ni la compétence. Il a compris leur situation fausse dans l'affaire, et il s'est essayé alors à leur donner une directive par la définition même de l'aliénation.

M. André LEBERT, *rapporteur de la commission de législation civile et criminelle.* — Je ne l'ai pas faite pour le juge, mon cher collègue.

M. LABROUSSE. — Tout de même, elle reste dans les débats de l'Assemblée ; il pourrait s'en servir. Sinon, pour qui l'avez-vous faite ?

M. LE RAPPORTEUR DE LA COMMISSION DE LÉGISLATION CIVILE ET CRIMINELLE. — Pour vous, pour vous donner le plaisir de me réfuter : nous en aurons peut-être une meilleure quand vous aurez donné la vôtre.

M. LABROUSSE. — Je vais vous répondre dans un instant .

M. Lebert, allais-je dire, a remplacé le mot « aliénation » par l'expression « perte du libre arbitre ». On pourrait tout aussi bien dire que la perte du libre arbitre c'est l'aliénation. (*Sourires et interruptions.*)

Je ne dis rien, je crois, qui puisse froisser aucun de mes collègues. (*Non ! non ! Parlez !*)

M. Lebert a donc remplacé le mot « aliénation » par les mots « perte du libre arbitre ». Et ici on retrouve, dans cette définition, la notion d'erreur de *l'esprit à laquelle faisait allusion M. Tardieu.* Fait-on autre chose que substituer une obscurité à une autre obscurité ? Et quel danger !

Voici un jaloux qui a longtemps médité son crime. Il a réfléchi pendant des heures, des semaines, si vous voulez, pour savoir s'il tuerait sa femme avec un couteau ou s'il l'étranglerait avec un corde. (*Sourires.*) Le juge, qui confondra l'état raisonnable avec l'état raisonnant, le juge qui sera trompé par ce fait que souvent, le plus souvent, l'aliéné ressemble à un autre ou que très souvent aussi l'autre ressemble à l'aliéné (*Sourires*), le juge, qui ignore peut-être que le mot est multiple, divers, masqué, que l'être intime est difficile à démêler, verra le libre arbitre dans cette discussion intérieure du jaloux en question.

Mais le médecin, lui, par une longue étude, aura décelé que c'est le délire qui domine la scène, et dira : maladie, irresponsabilité, si vous tenez au terme. Donc, au fond, que peut faire le juge ? Il pourrait juger de l'imbécillité, de la fureur ou de la démence, comme il pouvait juger autrefois. Le dilemne resté invarié. J'aimerais mieux, pour ma part, si vous tenez, monsieur Lebert, à une définition, l'emprunter au conseiller Michel, qui dit :

« Sera justifié l'internement de tout malade psychopathe qui, à raison de ses troubles mentaux et des conditions sociales dans lesquelles il vit, est hors d'état de jouir de la vie sociale normale. »

C'est là une définition simple qui coordonne et synthétise à la fois les étymologies du mot « aliéné » : *alienus a se*, parce qu'on est étranger à soi-même, que sa propre vie n'est plus normale, ou bien *alienus ab aliis*, différent par rapport aux autres êtres sociaux.

La définition du conseiller Michel m'apparaîtrait comme préférable. Mais il y a aussi la définition du docteur Dupuy, bien plus hardie : internement et aliénation se confondent dans un asile.

Je ne veux pas entrer dans la discussion de la définition de l'aliénation mentale, cela nous entraînerait trop loin. En vérité, il n'y a pas de définition de l'aliénation. Aucun traité de médecine légale n'en porte, monsieur Lebert.

C'est un terme générique, qui comporte des nuances dans sa compréhension, et ce sont ces nuances, d'ailleurs, qui font les écoles.

C'est un vieux mot de valeur pratique, certes, mais qui déchire, qui désole l'esprit, et auquel doit se substituer la description des symptômes morbides, c'est-à-dire l'acte médical.

C'est bien là, ce que demandaient hier Legrand-Dusaulle, Ballet, Emile Combes, qui soutenait la même thèse en 1886, et je crois, de Marcère, si j'ai bien compris son intervention de cette époque, enfin même M. Paul Strauss dans les premières heures de son éternelle jeunesse. (*Très bien ! très bien !*)

Monsieur Strauss, en 1913, vous avez approuvé ceci :

« Pendant toute la durée de l'internement, tout cas paraissant douteux est soumis à l'approbation du tribunal ». Je souligne, messieurs, « tout cas *paraissant douteux* ..... ! ». Il paraît donc superflu de

procéder de même, lorsque rien ne décèle un internement ou un maintien injustifié.

M. Strauss ne voulait-il pas, dans le premier essai de rapport qu'il nous a soumis, reporter à dix-huit mois — ce qui était bien différent — la décision judiciaire ? Mais la décision judiciaire, au bout de six mois, c'est la diffamation — je l'ai dit et je répète le mot, parce que j'y tiens — c'est la diffamation complète de l'internement.

Pourquoi ne pas revenir, monsieur Strauss, à vos anciennes amours ? Pourquoi, si vous voulez faire quelque chose de nouveau, ne pas créer, comme dans le canton de Genève, une commission médico-légale qui, ayant à s'occuper de ces cas litigieux, comprend deux médecins psychiatres sous la présidence d'un magistrat et qui homologue la régularité des expertises et des contrôles ?

Voilà ce que je proposerais si vous tenez à modifier la loi du 30 juin 1838. Mais surtout gardons-nous, sous le couvert de l'irresponsabilité du juge, de créer l'irresponsabilité de tous par des textes qui enregistrent des carences échangées. La médecine légale peut aujourd'hui parfaitement revendiquer le responsabilité de ses actes. *(Très bien ! sur divers bancs.)*

Encore ! Diffamation de l'internement à l'article 14. Cet article prévoit le placement à l'étranger.

Que se passe-t-il aujourd'hui ? Voilà une jeune fille de vingt et un ans, on songe à la marier. Brusquement, accès de mélancolie qui peut-être ne se reproduira jamais. Le père, la mère, l'emmènent en Suisse, cela ne se sait pas.

Avec le projet de M. Strauss, le père de famille est obligé de demander la permission au procureur de la République. Celui-ci fait une enquête, puis il prévient le consul du pays où a été amenée la malade. (*Exclamations.*) Et là — je ne sais pas comment le projet de loi peut le prévoir alors qu'il n'y a aucune entente internationale, ce qui est d'ailleurs regrettable, sur la surveillance des aliénés — le projet donne un droit de regard du consul sur la maison de santé étrangère, qui ne saurait évidemment souscrire à ce contrôle étranger.

Puisque je fais la critique de quelques textes juridiques, j'arrive à l'article 22. Si je le prends, c'est pour bien montrer comme quoi la discrimination est indispensable entre les textes juridiques et les lois de protection et d'assistance.

L'article 22 a rapport aux toxicomanes. Prenons un exemple d'application. Voici un individu qui a le goût de la morphine, de la cocaïne. Il le regrette et il demande à entrer dans un asile. Il signe un bout de papier au médecin : « Je vous autorise à ne me laisser sortir que quand je serai guéri. Si je veux m'en aller avant, vous me direz : non et vous me retiendrez. »

Est-il possible de mettre cela en un texte juridique. C'est tout à fait opposé à certains articles du code pénal et à des articles du code civil, dans le pays des Droits de l'homme où les vœux perpétuels ont été supprimés !

Je me demande quelle sera la responsabilité du médecin qui utiliserait ce papier d'abandon de personnalité et qui voudrait retenir l'individu. Celui-ci peut désirer sortir pour d'autres raisons, parce qu'il est battu, parce qu'il est mal nourri, parce qu'il ne se plaît pas à l'asile. On le retiendra malgré lui.

Sur ce point, monsieur le garde des sceaux, messieurs les légistes, je voudrais un avis précis quand l'heure sera venue de discuter cet article.

Pour en finir j'en arrive, messieurs, à une autre question grave que je trouve dans le projet de M. Strauss. C'est l'introduction du mot responsabilité. Je regrette de voir employer ce mot à l'article 32. Je ne veux pas traiter la question de la responsabilité ici, pensez-le bien, autrement qu'au point de vue de son introduction dans un projet.

Ce terme n'existe que dans très peu de codes. En Autriche, en Allemagne, on lui a substitué le terme même de culpabilité pénale. Pourquoi donc, en France, ne nous en tenons-nous pas aux articles 64 du code pénal et 434 du code civil ? Le mot « démence » est quand même plus scientifique. J'accepterais encore « diminution dans la plénitude des facultés mentales ». C'est une bonne formule ; mais en protestant contre le mot « responsabilité », je suis d'accord avec tous les congrès de médecine légale. Voici la délibération d'un des derniers congrès où la question ait été traitée, celui de Genève-Lausanne en 1907 :

« Considérant :

« 1° Que l'article 64 du code pénal, en vertu duquel les experts sont commis pour examiner les délinquants ou inculpés suspectés de troubles mentaux, dit simplement qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ; que le mot responsabilité n'y est pas écrit ;

« 2° Que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non d'ordre moral ;

« 3° Que le médecin, seul compétent pour se prononcer sur la réalité en matière de troubles mentaux chez les inculpés, et sur le rôle que ces troubles ont pu jouer sur les déterminations et les actes desdits inculpés, n'a pas à connaître de ces questions ;

« Emet le vœu :

« Que les magistrats, dans leurs ordonnances, leurs jugements ou leurs arrêts, s'en tiennent au texte de l'article 64 du code pénal et ne demandent pas au médecin-expert de résoudre lesdites questions qui excèdent sa compétence. »

Or, que dit l'article 32 du projet ? C'est le jury qui jugera de la responsabilité médicale ! Songez, messieurs, à ce qui se passera devant le jury lorsque vous aurez donné une valeur légale supplémentaire à ce mot de responsabilité, lorsque la parole puissante de l'avocat d'assises se fera entendre ! Voyez-vous la confusion dans l'esprit du jury, entre la responsabilité pénale, métaphysique, sociale, intermittente, par-

tielle, atténuée ? Messieurs quels effets n'en tirera pas l'avocat !

Quels effets sur la responsabilité — elle est collective — sur l'Etat tentateur dans l'alcoolisme ? Tarde l'a dit : « Le crime est affaire collective ».

C'est le jury qui va régler la responsabilité avec l'idée que l'on se fait de la folie dans le public, ou même l'idée que s'en font certaines cours, certains magistrats ?

Non, Messieurs, cela n'est pas possible.

Tous les aliénistes au fond d'eux-mêmes — et expressément le plus souvent — repoussent ces termes : le médecin n'a qu'à établir le rapport entre la mentalité morbide et l'acte incriminé.

La capacité pénale doit s'inspirer — et ce sont les formules modernes, et dernières — de la nocivité de l'intimidation, de a perfectibilité, de la sociabilité, de la conscience de l'acte et de l'impulsivité de l'individu.

Avec ces notions nouvelles, bien mieux qu'avec le terme de responsabilité, vous arriverez peut-être à toucher le drame passionnel trop souvent acquitté et là, vous aurez fait de la véritable prophylaxie mentale.

J'en arrive, Messieurs, à ma conclusion, en m'excusant du temps précieux que je fais perdre au Sénat. (*Non, non ! — Parlez ! parlez !*)

Il fut un temps où on aurait pu établir une seule loi sur les aliénés ; au temps de Théophile Roussel encore, cela pouvait se faire. Mais ces questions d'assistance, de protection, sont devenues très larges, immenses même ; si bien qu'aujourd'hui, on peut affirmer nettement que les deux objets, l'objet juridique et l'objet protection et assistance sont deux projets distincts comportant des problèmes distincts. (*Très bien, très bien !*)

Deux projets, ai-je dit. Mais je demanderai tout de même le passage à la discussion des articles parce que j'estime que l'escrime qui s'instituera à propos de chacun de ces articles éclairera singulièrement le Sénat, la commission et, je l'espère bien, le rapporteur, sur la nécessité de la discrimination nécessaire.

Dans l'un de ces deux projets, quel magnifique programme ne peut-on soumettre à l'activité de M. le ministre de la Santé publique ? La loi peut inspirer des règlements d'administration publique où seraient prévus la segmentation des asiles en pavillons spécialisés ; l'asile village à nombre restreint de malades ; la création de petits hôpitaux urbains de traitement, d'hôpitaux de quartier de surveillance ; le développement de la colonisation ; l'extension du traitement en liberté ; la disparition de l'isolement cellulaire ; la création de services officiels spécialisés ; l'augmentation du nombre des médecins — car il est insensé que, dans certains asiles, il y ait un médecin pour 700 aliénés — le développement de la culture des infirmiers ; des écoles plus nombreuses pour anormaux ; l'extension de l'assistance familiale ; la création de cliniques, de centres de prophylaxie que nous avons envisagés ; le développement de l'enseignement clinique ; le stage de quelques mois dans un asile d'aliénés, obligatoire pour tous les étudiants ; l'étude obligatoire, au moins sommaire, de la psychologie des anormaux pour les maîtres et les professeurs, y compris l'école normale supérieure. Tel était le programme de Regis et Sérieux. Mais je vois d'ici M. le ministre des Finances dont le front se plisse et dont la main se rétracte. Pourtant, ces réformes sont acquises dans bien des pays ! Est-ce que, seule, la France ?

Dans le deuxième projet, les légistes se borneraient à étudier les quelques retouches nécessaires à la loi de 1838 sur le régime des biens et la responsabilité civile. Pour moi, je considérerais que, complétée par une loi d'assistance et de protection, la loi de 1838 resterait encore longtemps suffisante. Elle a fait ses preuves, comme je le disais au début de mon exposé. Touchons-y donc le moins possible. Deux projets, monsieur Strauss ! Cela fera plaisir à Descartes. (*Vifs applaudissements. — L'orateur, en regagnant sa place, reçoit les félicitations de ses collègues.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Examen d'aptitude aux fonctions de Médecin sanitaire Maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les Docteurs Joannon, agrégé d'hygiène ; Henry Thierry, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la Ville de Paris ; Cambessèdes, Marcel Clerc et Neveu, assistants d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; Navarre, chef des travaux de l'Institut d'hygiène et André Villejean, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 1er au 11 juin. Il comprendra des cours de démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 heures, et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, Français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi, vendredi de 14 à 16 heures (guichet n° 4). Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

— **Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.** (Fondation Franco-Américaine, 64, rue Desnouettes, Paris, XVe. Téléph. : Vaugirard 46-15. Di-

recteur : M. le Professeur Pinard ; directeur adjoint : M. le Docteur B. Weill-Hallé.) — *Enseignement pour étudiants et docteurs en médecine.* — L'enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers aura lieu à partir du 15 juin, sous la direction de M. le Professeur Pinard et de M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec la collaboration de MM. les Docteurs Lévy-Solal, agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine ; Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière ; Heuyer, Turpin, Paraf, médecins des hôpitaux ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Vitry, Hallez, anciens chefs de clinique ; Benda, chef de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire à l'Ecole de puériculture ; Tretes et Mlle Dreyfus-Sée, anciens internes des hôpitaux ; Cavaillon, adjoint technique à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, et Leclainche, chef du service technique à l'Office national d'hygiène.

Cet enseignement dure environ un mois et comprend : *a*) un stage dans les dispensaires de l'école de puériculture ; *b*) des leçons, des démonstrations et des travaux pratiques ; *c*) douze visites d'œuvres d'hygiène et de protection de la mère et de l'enfant. Il donnera lieu, après examen, à l'attribution du diplôme universitaire de puériculture.

Programme des cours. — Hygiène médico-sociale de la femme en état de gestation et du nouveau-né. — Hygiène médico-sociale de la première enfance. — Hygiène médico-sociale des périodes préscolaire et scolaire. — Organisation administrative de l'hygiène sociale de l'enfance en France. — Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique.

Un certificat sera délivré aux candidats qui auront suivi avec assiduité cet enseignement. L'examen donnant lieu à l'attribution du diplôme universitaire aura lieu dans la deuxième quinzaine de juillet. Les candidats devront fournir, avant le 15 juin prochain, les certificats des stages suivants : quatre mois dans un service d'accouchement ; quatre mois dans un service de première enfance ; quatre mois dans un service de deuxième enfance. Ces certificats seront soumis à la Commission de l'enseignement qui sera juge de leur validité et des équivalences. Les candidats devront, en outre, avoir suivi l'enseignement complémentaire de l'école de puériculture. L'examen comportera : 1° des épreuves pratiques ; 2° des interrogations sur la puériculture à ses différentes périodes ; 3° l'examen des titres des candidats.

Les droits sont fixés ainsi qu'il suit : Immatriculation, 60 francs ; bibliothèque, 40 francs ; laboratoire et travaux pratiques, 250 francs ; examen, 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur adjoint, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe).

— **Clinique gynécologique.** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — *Gynécologie. Cours d'anato ie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 4 au 16 mai 1931.

Ce cours permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 heures et l'après-midi de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Programme du cours. — 1° Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes. — 2° Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique. — 3° Inflammations et ulcérations. Ovarites. — 4° Tumeurs bénignes. Adénomes. — 5° Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine. Diagnostic biologique de la grossesse par l'examen des urines. — 6° Métrites et salpingites aiguës et chroniques. — 7° Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires. — 8° Kystes de l'ovaire. Papillomes. — 9° Fibromes et sarcomes. Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang. — 10° Cancers du corps et autres cancers génitaux. — 11° Cancers du col. — 12° Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 250 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur : F. Bezançon.) — *Cours complémentaire* (à dix heures et demie à l'amphithéâtre de la clinique). — Programme du cours. — Lundi 11 mai, M. Destouches : Syndrome de rétraction au cours de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 13 mai, M. Jacquelin : Morphologie et tuberculose. — Vendredi 15 mai, M. Delarue : Les données fondamentales de l'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 18 mai, M. Oumanski : Les réactions à la tuberculine. Etats allergiques et hypersensibilité. — Mercredi 20 mai, M. Azoulay : Importance de la radiostéréoscopie pour le diagnostic radiologique ; Radiostéréoscopie du poumon normal et des lésions tuberculeuses. — Vendredi 22 mai, M. F. Bezançon : Les médications antituberculeuses.

Du 27 mai au 20 juin : Cours complémentaire par M. le Professeur F. Bezançon, avec le concours de MM. M.-P. Weil, R. Moreau, L. de Gennes, E. Bernard, A. Jacquelin, médecins des hôpitaux ; J. Celice, ancien chef de clinique. Objet du cours : Notions de thérapeutique générales des affections respiratoires.

Programme du cours. — Mercredi 27 mai, M. F. Bezançon : Les médications sédatives de la toux. — Vendredi 29 mai, M. E. Bernard : Les médications expectorante et déplétive. — Lundi 1er juin, M. F. Bezançon : La médication asséchante. — Mercredi 3 juin, M. A. Jacquelin : La médication antidyspnéique. — Vendredi 5 juin, M. R. Moreau : Les méthodes de drainage. — Lundi 8 juin, M. P. Braun : Les méthodes de collapsothérapie. — Mercredi 10 juin, M. J. Celice : Les méthodes de rééducation de la fonction respiratoire. — Vendredi 12 juin, M. de Gennes : Les méthodes de choc. — Lundi 15 juin, M. Biancani : Les méthodes physiothérapiques. — Mercredi 17 juin, M. M.-P. Weil : Les régimes. — Vendredi 19 juin, M. F. Bezançon : Les médications spécifiques.

Du 29 juin au 3 juillet : trois leçons cliniques par M. le Professeur F. Bezançon : Cures climatiques et hydrominérales dans les affections des voies respiratoires. — Lundi 29 juin : Thérapeutique hydrominérale de l'asthme. — Mercredi 1er juillet : Thérapeutique hydrominérale des rhinobronchites aiguës et chroniques. — Vendredi 3 juillet : Le facteur climatique en phtisiothérapie.

Pendant la durée de ces cours : les mardi, jeudi, samedi, visite dans les salles de 10 h. 1/2 à 12 heures.

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** — (Professeur Emile Sergent).

Le cours de perfectionnement sur la tuberculose **aura lieu du 8 juin au 4 juillet inclus.**

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

— Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. (Professeur : M. GRÉGOIRE.) — *Chirurgie d'urgence.* — Cours de MM. les prosecteurs, ouverture le lundi 29 juin 1931, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Membres ; crâne ; poitrine* : 1° sutures des tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main, panaris, ostéomyélite. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomie du genou. — 4° Mastoïdites. Abcès du cerveau et du cervelet, thrombophlébite du sinus latéral. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Abdomen* : 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Sutures intestinales, sutures du foie. — 3° Splénectomie ; gastrostomie ; cholécystectomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cæcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. Péritonites localisées et généralisées. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Serront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 19 mai 1931, à midi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1931.

— Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 18 mai 1931, à midi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1931.

— Thèses. — Lundi 4 mai. — Jury : MM. Lemierre, Ombrédanne, d'Allaines, Moreau. — ELEFTHÉRIAN. E. — Etude du cancer de la tête du pancréas chez les jeunes. — BRISARD P. — Arthrorisis antérieure et postérieure, dans les pieds équins et talus.

Mercredi 6 mai. — Jury : MM. Bernard, Tanon, Cathala, Debré. — GUIGNER M. — Les amaigrissements liés au pneumothorax artificiel. — LEVEILLER J. — Les traitements actuels des artérites sténosantes non diabétiques. — ROTH. L. — Etude de la relation entre la tuberculose humaine et la tuberculose des volailles.

Jeudi 7 mai. — Jury : MM. Guillain, Lenormant, Roussy, Fiessinger. — BAQUÉ G. — Etude clinique des luxations exposées du coude. — MOUTARD A. — La maladie polykystique du foie.

Samedi 9 mai. — Thèses vétérinaires. Jury : MM. Achard, Rathery, Tanon, Panisset, Robin, Henry, Lesbouyries. — DEVILLERS M. — La résistance globulaire dans la piroplasmose du chien. — ROUX R. — Le rat musqué, notion sur la classification, les mœurs, l'élevage et la pathologie.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de chirurgien des hôpitaux : MM. Auvray, Mathieu, Baumgartner, Desmarets, Mauclaire, Guimbellot, Vallery-Radot.

— Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1931) **et la nomination aux places d'élève interne en médecine**, vacantes le 5 janvier 1932. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 24 juin 1931, à 9 h. à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h. depuis le samedi 23 mai jusqu'au vendredi 5 juin 1931 inclusivement.

— Concours de médecin des hôpitaux. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux : MM. Grenet, Bruhl, Babonneix, Laroche, Ribadeau-Dumas, Guillain, Trémollières, Courcoux, Lœderich, Schwartz et Lesné.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr DECOUVELAERE, d'Hazebrouck (Nord) ; du Dr DUFOUR, de Seclin (Nord) ; du Dr JOLLY, de Vouziers (Ardennes) ; du Dr Nestor GOREZ, de Saint-Amand-les-Eaux ; du Dr EPERY, de Dijon ; du Dr Henri SOULIÉ, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger ; du Dr MÉRITAN, de Marseille ; du Dr DOUBLET, d'Argences (Calvados) ; du Dr Maurice DE FLEURY, de Paris ; du Dr AUGAGNEUR, de Lyon.

— Le Dr MAURICE DE FLEURY, né à Bordeaux, en 1860, élève de Pitres et de Charcot, s'était spécialisé dans les études de neuro-psychiatrie. Il laisse des travaux nombreux sur l'épilepsie et la neurasthénie en particulier. Il collabora longtemps, on le sait, au *Figaro*, signant ses articles du pseudonyme très connu d'Horace Bianchon. Il était, depuis 1909, membre de l'Académie de médecine.

— Le Dr AUGAGNEUR, député de Lyon, avait été gouverneur général de Madagascar, ministre de la Marine et de l'Instruction publique. Elu maire de Lyon en 1900, en remplacement du Dr Gailleton, il avait été lui-même remplacé en 1906 par M. Edouard Herriot. Il faisait partie de la lignée célèbre des maires de Lyon du demi-siècle écoulé !

— **Ve Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie** (Paris, 18-21 juin 1931.) — Le Ve Congrès des sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Paris les 18, 19, 20 et 21 juin 1931.

I. Le Comité d'organisation est composé comme il suit :

1° Président d'honneur : les Professeurs Barré (Strasbourg), H. Roger (Marseille), Portmann (Bordeaux), H. Coppez (Bruxelles).

2° Président : le Professeur agrégé Velter (Paris).

3° Vice-présidents : les Professeurs Ayala (Rome), Danis (Bruxelles), Collet (Lyon), les Docteurs André Thomas et Baldenweck (Paris).

4° Secrétaire général : le Docteur A. Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe). Tél. Central 03-16 ; secrétaire général adjoint : docteur Renard, 15, rue Vavin, Paris (VIe). Tél. Danton 63-21.

5° Trésorier : le Docteur Cousin, 2, rue Chaptal, Paris (IXe). Tél. Trinité 66-97.

II. Des rapports seront présentés sur *les séquelles oto-neuro-ophtalmologiques de l'encéphalite épidémique*, par MM. Portmann (Bordeaux), Riser et Mériel (Toulouse), Teulières et Beauvieux (Bordeaux).

Les communications et présentations de malades, de documents ou de pièces anatomiques porteront uniquement sur les questions touchant au sujet des rapports.

III. Le programme provisoire est ainsi établi :

1° Ouverture et première séance du Congrès le jeudi 18 juin, à 15 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Présentation des rapports.

2° Vendredi 19 et samedi 20 : séances de discussion des rapports et de communications.

3° Samedi, à 20 h. : banquet du Congrès.

4° Dimanche 21 juin : excursion par voie ferrée et bateau ; Rouen, visite de la ville, descente de la Seine-maritime de Rouen au Havre, retour à Paris.

IV. — Des démarches sont faites auprès des grands réseaux de chemins de fer français en vue d'obtenir pour les congressistes une réduction sur les prix de transport. Un avis ultérieur fera connaître si cette réduction peut être obtenue.

V. — La participation au Congrès ne comporte aucune cotisation.

Pour le banquet et l'excursion les conditions seront fixées ultérieurement.

VI. — Pour permettre au Comité d'organisation d'établir en temps voulu le programme détaillé des travaux du Congrès, de fixer toutes les dispositions relatives au banquet et à l'excursion et d'obtenir des compagnies de chemins de fer les autorisations nécessaires pour l'obtention des bons de réduction, les adhésions au Congrès, ainsi que les titres des communications et présentations devront être adressés au secrétaire général, Docteur A. Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe), tél. Central 03-16, avant le 15 mai 1931, dernier délai de rigueur.

— **IIIe Congrès international de radiologie** (Paris, 26-31 juillet 1931.) — Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du IIIe Congrès international de radiologie :

1° Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif.

2° Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques.

3° Traitement pré et post-opératoire du cancer du sein par les radiations (à l'exception des récidives et des métastases).

4° Radiothérapie des affections inflammatoires.

5° Electrothérapie diathermique des affections inflammatoires.

Une conférence de trente minutes en séance plénière, toutes sections réunies, sera faite sur chacun de ces sujets. Tous les congressistes sont invités à apporter dans des communications particulières et au cours des discussions générales les résultats de leur expérience sur ces questions.

La cotisation est de 300 fr. français par membre titulaire et de 50 fr. français par membre adjoint (personnes de la famille).

Les congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 p. 100 sur le prix du trajet aller et retour des chemins de fer français.

Après le Congrès, plusieurs voyages à prix réduits seront organisés pour les membres du Congrès dans diverses régions de la France avec visites de stations d'eaux thermales et minérales.

Adresser toute la correspondance au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boétie, Paris (VIIIe).

— **« Nord-Sud ». VIIIe voyage d'études pour médecins aux villes d'eaux, stations climatiques et plages marines d'Italie.** — Le VIIIe voyage « Nord-Sud » aura lieu, à Rome, Naples et la Sicile, du 18 septembre au 20 octobre 1931. Seuls, les médecins sont admis à prendre part à ce voyage, à nombre de places limité (150). Ils pourront se faire accompagner par une personne de leur famille jusqu'à concurrence d'un tiers des inscrits.

Prix (de Rome à Palerme) : 1.600 lires, et réduction sur les chemins de fer italiens pour les trajets de ces villes à la frontière aller et retour.

Les inscriptions sont reçues à l'Ente Nazionale industrie Turistiche, 6, via Marghera, Roma.

Itinéraire : 18 septembre, concentration, dans la journée, à Rome, dîner dans les hôtels ; 19 septembre, journée à Rome ; 20 septembre, à 10 heures, départ en train spécial, arrivée à Acque Albule à 10 h. 30, visite des thermes, départ à 14 heures, arrivée à Fiuggi à 17 heures ; 21 septembre, journée à Fiuggi ; 22 septembre, le matin départ en train spécial, arrivée à 12 h. 30 à Agnano, visite des thermes ; le soir coucher à Naples ; 23 septembre, le matin départ en bateau spécial, visite des thermes de Casamicciola et d'Ischia ; le soir coucher à Capri ; 24 septembre, journée à Capri ; 25 septembre, le matin départ en bateau spécial, arrivée à Sorrento, visites ; 26 septembre, excursions en auto à Amalfi et Ravello. Retour à Sorrento ; 27 septembre, le matin départ en bateau, arrivée à Naples à 10 heures ; 28 septembre, voyage en train spécial de Naples à Taormina ; 29 septembre, journée à Taormina ; 30 septembre, le matin départ en train spécial, arrivée à Acireale, visite des thermes ; départ dans l'après-midi, arrivée à Palermo à 19 heures ; 1er octobre, le matin, visite de Mondello, après-midi à Palermo ; 2 octobre, petit déjeuner. Fin du voyage « Nord-Sud ».

— VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. (Secrétariat général : 3, Surinamestraat, La Haye.) — *Programme* : Dimanche 14 juin, 17 heures : Réunion du Comité permanent (de Lairessezaal).

Lundi 15 juin, 9 heures : Remise des insignes, documents, etc. (Rolzaal). — 11 heures : Réunion des chefs des délégations et correspondants nationaux. Séance administrative (de Lairessezaal). — 14 h. 30 : Ouverture solennelle (Gebouw voor Kunsten en Wetenschappen). — 16 h. 30 : Ouverture solennelle de l'Exposition historique des Services de santé. — 19 heures : Dîner offert par le Gouvernement néerlandais aux chefs des délégations et autres autorités (invitation spéciale).

Mardi 16 juin, 9 h. 30 : Réunion de toutes les sections. Première question : Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires. Rapporteurs : Pays-Bas, Yougo-Slavie (Ridderzaal). — 15 heures : Continuation de la séance. — 21 heures : Soirée offerte aux congressistes par la municipalité.

Mercredi 17 juin, 9 h. 30 : Deuxième question : Psychonévroses de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants. Rapporteurs : France, Etats-Unis d'Amérique (Ridderzaal). — Quatrième question : Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de santé des armées de terre et de mer. Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie. — 15 heures : Continuation de la séance. — 17 heures : Thé offert par la Croix-Rouge néerlandaise aux chefs des délégations et à leurs dames (Princessegracht) ; invitation spéciale.

Jeudi 18 juin, 9 heures : Troisième question : Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application. Rapporteurs : Pays-Bas, Italie (Ridderzaal). — Cinquième question : Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Leur traitement. Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne. — 15 heures : Continuation de la séance. — 21 heures : Soirée offerte aux congressistes par le Gouvernement néerlandais.

Vendredi 19 juin : Excursions ; réunion du Comité permanent ; approbation des conclusions et préparation de l'ordre du jour de la séance de clôture. — 19 heures : Banquet par souscription (fl. 12 par couvert, vin y compris).

Samedi 20 juin, 9 h. 30 : Séance de clôture : Assemblée générale (Ridderzaal).

Exposition historique. — Une exposition historique du Service de santé se tiendra pendant le Congrès, à laquelle des promesses importantes ont déjà été reçues.

— Parti social de la Santé publique. — *Une semaine de bon accueil* est organisée par la Section de propreté du Parti social de la Santé publique à l'occasion de l'Exposition coloniale. La Section de propreté du Parti social de la Santé publique a pensé que l'Exposition coloniale attirerait à Paris un afflux considérable d'étrangers et qu'à cette occasion il serait particulièrement indiqué de faire un grand effort pour rendre la ville lumière aussi brillante que possible, au point de vue de l'aspect de ses places, de ses rues, de ses établissements publics, de ses parcs, de tous les sites qui l'entourent. Il lui a paru qu'il serait en même temps indiqué de demander à tous les habitants de rendre les logements particuliers intérieurement aussi propres et aussi appétissants que possible.

La Section de propreté estime encore que cet effort doit porter, non seulement sur les édifices, les maisons particulières et les objets de toute nature, mais encore sur les habitants eux-mêmes. Elle tient à ce que la bonne tenue de tous les fonctionnaires, de tous les agents publics produise sur nos visiteurs la meilleure impression.

C'est ainsi, pour n'en donner qu'un exemple, qu'elle exprime le vœu que, dès la frontière, les étrangers soient frappés par la bonne tenue de nos douaniers ; qu'aucun agent de nos administrations n'ait une tenue débraillée, ou n'accueille les personnes venues aux renseignements avec une cigarette aux lèvres par exemple.

En un mot, la grande manifestation qui doit avoir lieu cet été à Paris paraît être très propice pour répandre largement les idées qui figurent au programme du Parti social de la Santé publique, concernant la propreté et la bonne tenue de chacun.

La Section de propreté du Parti organise à cet effet, au début de juin, une *Semaine de bon accueil*, et cette semaine sera utilisée plus spécialement pour répandre sous les formes les plus variées, avec l'aide de la presse et des organismes poursuivant un but analogue, les idées exprimées plus haut.

Nous demandons à toutes les personnes susceptibles de nous apporter leur concours pour cette manifestation de haut intérêt national et social, de bien vouloir nous donner leur collaboration en s'adressant à la présidente de la section de propreté du Parti social de la Santé publique, Mme Le Verrier, 37, rue Boissy-d'Anglas, Paris (8e).

— Chemins de fer P. L. M. — *Rapide de soirée, Paris-Vichy.* — A partir du 15 mai un nouveau rapide de soirée permettra aux voyageurs quittant Paris à 16 h. 15 d'arriver à Vichy à 21 h. 53.

Wagon-restaurant entre Paris et Saint-Germain-des-Fossés.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE

Berck-Plage 26 au 28 mai 1931

Les 26, 27 et 28 mai 1931 se tiendra à Berck le VIe Congrès international de thalassothérapie.

La question à l'ordre du jour est : le traitement de la coxalgie et de ses séquelles.

Rapporteurs : pour la France, les Docteurs Delahaye et Galland ; pour l'Argentine, les Docteurs Carlos E. Mosoteguy et Luis A. Tamini, Ricardo d'Etchessary et Rodolfo Rivarola, Rodolfo Pasman ; pour l'Italie, les Professeurs Ceresole, Delitala, de Francesco ; pour la Roumanie, les Professeurs Balacesco, Jacobavici ; pour la Yougoslavie les Docteurs Gradoyevitch et Yovtchitch.

Communications. — Le Dr Vignard (Lyon) : le traitement chirurgical de la coxalgie en évolution ; le Dr Terwagne (Belgique) : les eaux artésiennes d'Ostende et le nouveau Palais thermal ; le Dr Nedelkoff (Bulgarie) : la tuberculose du péritoine et le traitement hélio-marin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna (Bulgarie) ; les Docteurs Climesco et Lanas (Roumanie) : le traitement de la coxalgie au sanatorium C. T. C. Carmen Sylva, près Constanza ; les Docteurs A. Théohari, J. Tatarano, Mlle Alexiu et Eugène Mares (Roumanie) : Modifications biochimiques du terrain dans les cas de coxalgie traités à Tekir-Ghiol (Roumanie) par la cure mixte (hélio-marine et limon minéral).

Emploi du temps. — Arrivée à Berck-sur-Mer, le lundi 25 mai au soir. — Mardi, matin : séance solennelle d'ouverture (hôpital maritime) ; midi : déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités ; après-midi : séance de travail (hôpital maritime) et visite des hôpitaux de Berck ; soir : dîner et soirée offerts par la municipalité de Berck au Grand Casino. — Mercredi matin : séance de travail (hôpital maritime) et visite des hôpitaux de Berck ; midi : déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités ; après-midi : séance de clôture et décisions à prendre pour le Congrès suivant (hôpital maritime), départ pour Paris-Plage, arrivée à 5 heures, réception des congressistes par les autorités du Touquet-Paris-Plage, inauguration de la piscine ; soir : dîner et attractions au Casino, offerts par la municipalité du Touquet-Paris-Plage. — Jeudi, matin : visite de Paris-Plage ; lunch offert par la municipalité de Paris-Plage, à 11 h. 1/2.

Un Comité de dames se tiendra à la disposition des dames congressistes pour des visites et excursions pendant la durée du Congrès.

Exposition. — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils de prothèse, radiographie, électricité...), aura lieu, pendant la durée du Congrès à l'hôpital maritime. Pour tous renseignements,

concernant cette exposition, s'adresser à M. Haujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Facilités de transport et de séjour. — Le Comité des grands réseaux accorde, pour le transport des Congressistes, une réduction de 50 % aux adhérents qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres, ou qui consentiront à payer pour cette distance. Des prix spéciaux ont été obtenus auprès des principaux hôtels de Berck.

Excursions. — Jeudi : départ de Paris-Plage à 1h. 1/2 ; visite des champs de bataille (crête de Vimy, Notre-Dame-de-Lorette ; visite des cités ouvrières, et cités-jardins des pays miniers et d'une grande centrale électrique ; arrivée à Lille ; dîner libre ; représentation théâtrale offerte aux congressistes ; coucher à Lille. — Vendredi matin : visite de Fives-Lille (usine de métallurgie) et d'une filature de coton ; déjeuner à Roubaix, offert aux congressistes ; après-midi : visite d'une usine de peignage, filature et tissage de laine ; retour en auto-cars à la gare de Lille, pour prendre le train de Paris ; dîner en wagon-restaurant.

Pour de plus amples renseignements concernant l'organisation du voyage, le séjour à Berck, et le tarif des excursions, s'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Droits d'admission. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français, pour les membres effectifs, et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de thalassothérapie, et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif. Les membres effectifs seuls auront droit aux volumes des comptes-rendus.

Renseignements. — Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Mozer, secrétaire général du Congrès, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Pour les adhésions, s'adresser au Dr Parin, trésorier du Congrès, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Chèque postal C/C Paris, 1412-26.

DROIT SYNDICAL

Un consortium de Syndicats de médecins, de chirurgiens-dentistes et de sages-femmes doit-il être déclaré illégal ?

Dans un département, les praticiens, qui exercent en vertu de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ont formé un consortium, pour présenter un front unique, au sujet de l'application de la loi sur les assurances sociales, puis, plus tard, pour étudier en commun la solution de problèmes corporatifs généraux.

Mais certains ont soulevé la question d'illégalité et craignent que, par autorité de justice,

une telle fédération départementale soit obligée de se dissoudre.

A mon avis, nos confrères peuvent être parfaitement tranquilles et considérer leur groupement départemental comme absolument licite.

Un arrêt de la cour de Cassation du 28 février 1902 (D. 1902. 1. 203 ; S. 1903. 1. 445) avait décidé que par son article 13 la loi du 30 novembre 1892 a statué, par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle, en autorisant les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes à se syndiquer, mais que ledit article n'autorisait pas ces professions libérales à se syndiquer avec d'autres personnes exerçant des métiers similaires ou des professions connexes au sens de l'article 2 de la loi du 21 mars 1884. Spécialement les médecins ne peuvent, en vertu de la disposition précitée, se former en syndicats avec des pharmaciens.

C'est le seul arrêt qui soit rendu en cette matière.

Nous pouvons d'abord en déduire qu'en 1902, si la jurisprudence de la cour suprême refusait aux médecins le droit de se syndiquer avec des pharmaciens, elle ne refusait pas ce droit aux praticiens de la loi du 30 novembre 1892, puisqu'ils tiennent de l'article 13 deladite loi le droit de se syndiquer.

Nous pouvons dire ensuite qu'également à cette époque les fédérations et Unions de syndicats n'avaient qu'une existence imparfaite.

Mais, depuis, est intervenue la loi du 12 mars 1920, puis la codification des lois syndicales, qui forment actuellement le livre III du Code du Travail.

Or, si l'article 2 dudit Livre III reconnaît la faculté de se former en Syndicats à toutes personnes exerçant une profession libérale, l'article 10 accorde aux syndicats la même liberté civile qu'aux citoyens. Les articles 24 et suivants reconnaissent les mêmes droits aux Unions de syndicats.

Nous n'en sommes plus aujourd'hui aux faveurs timides et restreintes, accordées par les lois du 21 mars 1884 et 30 novembre 1892 : le législateur a doté les groupes professionnels de droits aussi étendus que ceux dont peut jouir un citoyen français.

Donc, le consortium de syndicats de médecins, de chirurgiens-dentistes et de sages-femmes est, à mes yeux, parfaitement légal. Il suffit que les statuts soient déposés, sur papier libre, à la mairie du siège social. Il faut enfin que les membres du conseil d'administration soient tous français ou naturalisés.

Si le préfet ou autre personnalité publique, ou privée voulait contester la légalité de pareille Union syndicale départementale, il devrait, aux termes de l'article 54 du Livre III du Code du Travail, déposer une plainte entre

les mains du procureur de la République : celui-ci devrait alors requérir, devant le tribunal correctionnel, la dissolution de cette Union syndicale.

Le jugement pourrait ensuite être déféré à la Cour de Cassation.

Mais, je suis bien tranquille : non seulement les autorités administratives ou judiciaires ne soulèveront pas cette question juridique; mais les termes du Livre III du code du Travail sont trop nets pour qu'un doute puisse être permis, sur la valeur légale des Fédérations départementales de syndicats de praticiens.

Il ne faut pas se laisser intimider par des menaces, car souvent nos adversaires connaissent bien moins la loi que nous. En tout cas, le syndicalisme est reconnu comme étant l'organe de défense collective de chaque catégorie de travailleurs intellectuels, comme manuels. Les fonctionnaires eux-mêmes font du syndicalisme et on ne peut les en empêcher, malgré les foudres judiciaires qu'on brandit.

Défendons notre profession par tous les moyens légaux, surtout si nous parvenons, dans certains départements, à rapprocher les syndicats de tous les praticiens, qui exercent plus ou moins l'art de guérir, sous la charte commune de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Dr Paul Boudin.

Déclarations de naissances. Exercice illégal. Matrones

Une sage-femme nous consulte sur le point de savoir si, au moment de la déclaration d'une naissance à la mairie, on est obligé d'indiquer si l'accouchement a été fait par un médecin ou par une sage-femme.

On pourrait, de la sorte, dépister les matrones, qui exercent illégalement. Obligées d'être nommées, dans la déclaration faite à l'officier de l'état-civil, celui-ci pourrait les faire poursuivre correctionnellement, pour exercice illégal de l'art des accouchements.

Le procédé est ingénieux ; malheureusement, il se heurte à quelques difficultés juridiques.

L'article 56 du code civil fait une obligation au père de l'enfant, de déclarer la naissance de ce dernier, dans les trois jours ; mais il n'est fait aucune mention de l'indication à donner du nom du praticien, qui a pratiqué l'accouchement. Le père doit se borner à donner ses nom et prénoms, ceux de la mère, le lieu et l'heure de la naissance, puis les noms et domiciles des témoins, s'il y a lieu.

Lorsque le père ne peut pas faire cette déclaration de naissance, la charge en incombe soit au praticien, soit à toute personne, qui a *assisté* à l'accouchement.

Ce n'est donc pas le travail professionnel, mais la simple présence à l'accouchement, qui oblige à faire la déclaration à l'officier de l'état-civil.

Par conséquent, nulle part, il n'est prescrit de mentionner le nom et la qualité professionnelle de la personne qui a pratiqué l'accouchement.

Mais, cette assistance serait-elle indiquée, l'officier de l'état-civil pourrait-il provoquer des poursuites en exercice illégal de l'art des accouchements ?

Certes, l'article 29 du code d'instruction criminelle oblige tout fonctionnaire à dénoncer au procureur de la République les crimes et délits, qu'il a connus, dans l'exercice de ses fonctions.

Le maire aurait donc l'obligation de dénoncer l'exercice illégal.

Mais, cet élu municipal a besoin des voix de ses électeurs ; il craindrait des représailles, s'il dénonçait la femme d'un de ses administrés, comme pratiquant illégalement l'art des accouchements. Bien mieux, le maire favorise parfois les illégaux, qui rendent, d'après lui, des services au pays.

Ajoutons que les pénalités prévues sont tellement illusoires (50 à 100 francs d'amende), qu'elles sont parfaitement inefficaces et n'arrêtent pas les illégaux.

De sorte que je conclus que les sages-femmes sont, comme les médecins, dans la presque impossibilité de faire obstacle à l'exercice illégal, pourtant si dommageable à la santé publique.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Fiscalité

1942. — Locaux multiples. Patente

Connaissant votre extrême obligeance, je me permets, à nouveau, d'avoir recours à vous.

Depuis février 1930, j'habite un pavillon avec jardin donnant sur deux rues. J'habite le local ayant une entrée, rue *a*, et j'ai fait construire dans le jardin un petit pavillon professionnel attenant au local principal.

Voici l'organisation de mon service.

L'entrée des consultations se fait par la rue *b*, les demandes de visites se font aussi bien par la rue *b* que par la rue *a*.

A-t-on le droit de me faire payer trois patentes ?

A savoir :

Une patente professionnelle rue *a* ;

Une patente professionnelle, rue *b* ;

Une patente pour mon garage, lequel est construit dans le jardin.

Naturellement j'ai payé, mais en faisant remar-

quer au percepteur que je me réservais le droit d'adresser une réclamation, si vous trouviez celle-ci légitime.

Dr X.

Réponse.

Les trois locaux visés sont imposables à la patente ; l'établissement de trois feuilles distinctes ne vous est pas préjudiciable, si la valeur locative totale des locaux imposés n'est pas exagérée.

Ce serait le seul point intéressant à examiner.

A. MARTINOT.
Conseil Fiscal.

1946. — Patente de polyclinique

Un O. R. L. de banlieue installe un poste de laryngologie dans une clinique parisienne déjà occupée par le médecin propriétaire et un autre spécialiste.

Chacun des trois médecins a, sur la porte, son nom et sa spécialité.

Cette clinique ne comporte que des locaux professionnels.

L'O. R. L. doit-il payer patente sur l'ensemble de la clinique ou *seulement sur le cabinet qu'il occupe et sur la salle d'attente* ? (En plus, bien entendu, de ce qu'il paie, sur son domicile-cabinet).

Dr L.

Réponse.

L'O. R. L. ne doit payer la patente que sur la valeur locative des locaux dont il a la jouissance, soit exclusive (cabinet de consultation), soit commune avec d'autres médecins (salle d'attente etc.)

A. M.

2060. — Timbre des certificats de maladie des fonctionnaires.

Lorsqu'un employé de la poste est malade, on l'oblige à faire délivrer un certificat sur papier timbré à 3 fr. 60 ou à faire timbrer son certificat à ce taux, et à faire légaliser la signature du médecin, si celui-ci n'est pas agréé par l'administration, c'est-à-dire n'est pas assermenté.

L'administration a-t-elle ce droit ?

Il y a lieu de remarquer que pour les instituteurs, par exemple, les certificats sur papier libre sont parfaitement valables, et la légalisation de la signature du médecin non assermenté n'est pas exigée.

L'administration des P. T. T. a-t-elle le droit d'avoir des exigences que n'ont pas les autres administrations ? Dans les autres départements, l'administration des P. T. T. réclame-t-elle aussi des certificats sur papier timbré aux médecins non assermentés ? La question pourrait être posée dans le journal.

Dr M.

Réponse

D'après l'article 205 du décret portant codification des droits de timbre, sont seuls exonérés desdits droits les certificats de maladie délivrés

par les médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat.

A. M.

2092. — Justification des dépenses professionnelles.

Ayant fait exactement mes déclarations en 1930 pour le 28 février, je reçois par lettre recommandée une sommation de donner dans le délai de vingt jours le détail de mes dépenses professionnelles.

Pourriez-vous me répondre, si je dois le faire ?

D'autre part, a-t-on le droit de vérifier ma comptabilité ?

Dr H.

Réponse.

Il est de votre intérêt de donner au contrôleur le détail de vos dépenses professionnelles. Il n'y a pas de droit de vérification de la comptabilité des médecins, pour la simple raison qu'ils n'y sont pas tenus. Mais, c'est pour eux le seul moyen de répondre aux demandes concernant les recettes et les dépenses.

A. M.

Assurances Sociales

2313. — Certificat médical pour l'admission à l'assurance sociale facultative.

Je vous envoie à titre documentaire pour le *Concours médical*, la position prise par notre syndicat en ce qui concerne le certificat médical pour l'admission à l'assurance sociale facultative.

Dr Houssiaux,
de Cannes.

Assurances sociales. Certificat médical pour l'admission à l'assurance facultative et secret professionnel. — L'Assemblée générale du 12 mars 1931 a étudié la question. L'article 38 de la loi exige une attestation médicale disant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie aiguë, ou chronique, ni d'aucune invalidité totale, ou partielle, susceptible d'élever notablement sa morbidité.

Le cas n'est pas identique à celui des examens pour les assurances sur la vie, où il y a rapport détaillé envoyé à la Compagnie et précisant toutes les maladies de l'intéressé.

Pour l'assurance sociale facultative, il s'agit simplement d'une attestation remise à l'intéressé, où le médecin n'indique aucune maladie ; et qu'il doit refuser quand l'état du malade ne permet pas de la lui donner.

Il n'y a donc pas violation du secret professionnel et le médecin peut délivrer cette attestation quand il y a lieu.

Mais à un autre point de vue, l'Assemblée a constaté que le médecin habituel de l'intéressé peut se trouver gêné vis-à-vis de lui, quand il estimera de-

voir lui refuser cette attestation. Il y a lieu d'éviter cet inconvénient.

Dans ce but, l'Assemblée a décidé que le médecin habituel de l'intéressé devra refuser de procéder à son examen et de lui délivrer l'attestation prévue pour admission à l'assurance sociale facultative.

D'autre part, l'article 40 de la loi dit que la Caisse fixe les conditions d'admission des assurés facultatifs et notamment de la visite médicale qu'ils doivent subir.

L'Assemblée a décidé d'engager la Caisse à décider que l'examen médical devra être pratiqué et l'attestation délivrée par un médecin choisi par la Caisse ou tout au moins par un médecin déclarant n'être pas le médecin habituel de l'intéressé.

Questions médico-militaires

1115. — Point de départ de la pension d'invalidité

Un de mes clients vient d'obtenir une pension de 10 % pour blessures de guerre.

Son état actuel est le même qu'au moment de sa démobilisation et je crois au moment de son passage dans l'auxiliaire — déjà ancien — pour les mutilations qui motivent sa pension actuelle.

A-t-il droit à un rappel. Il a d'ailleurs, je crois des billets d'hôpital justifiant l'ancienneté de ses lésions, juin 1916.

Dr B.

Réponse.

Le point de départ de la pension d'invalidité est invariablement fixé, par l'article 3 de la loi du 31 mars 1919, au jour de la première commission de réforme, qui a constaté la maladie, cause de la pension.

Votre client n'a donc droit à aucun rappel.

1532. — Gratuité des soins pour un non pensionné

Un ancien militaire, blessé, mais non pensionné ou réformé, peut-il obtenir la gratuité des soins pour l'extraction d'un projectile qui, jusqu'ici, ne l'avait pas gêné ? Quelles sont les démarches nécessaires pour obtenir la gratuité des soins ? Est-il nécessaire de faire une demande de pension ?

Dr P.

Réponse.

Ce blessé de guerre, non pensionné peut obtenir la gratuité de soins pour extraction d'un projectile de guerre, sur demande spéciale adressée au *Ministre des pensions, 2e direction, service des soins gratuits*, 37, *rue de Bellechasse, à Paris*, s'il justifie de la réalité de sa blessure de guerre (billet d'hôpital ou autre pièce officielle), et de la présence du projectile de guerre (certificat médical avec détails, ou radio si possible).

1577. — Traitement pour la Légion d'honneur

Promu chevalier de la Légion d'honneur le 19 décembre 1923, au titre réserves, je n'avais jusqu'ici touché aucun traitement quand l'an dernier à la suite d'une réclamation, on m'a envoyé mon carnet de traitement avec certificats et coupons semestriels à la date du 1er décembre 1929, donc avec arrérages d'un semestre que j'ai touchés. Les arrérages ne comporteraient-ils pas un traitement depuis la date de ma promotion, c'est-à-dire depuis janvier 1924 et dans l'affirmation, à qui dois-je adresser ma réclamation ?

Dr S.

Réponse.

L'art. 79 de la Loi des Finances du 16 *avril* 1930, qui a voté un traitement aux Croix de la Légion d'honneur dans les réserves, sous certaines conditions, n'a pas d'effet rétroactif, en ce sens que le traitement de la Légion d'honneur étant payable par semestre le 1er décembre et le 1er juin de chaque année, le vote de la loi s'est appliqué au semestre *en cours*, 1er *décembre* - 1er *juin*.

Puisqu'il s'agit de la loi du 16 *avril* 1930, le premier coupon payable était donc bien celui du 1er décembre précédent, soit du 1er décembre 1929.

1608. — Pension d'un médecin réformé à 35 %

Veuillez me faire connaître le taux de pension pour un médecin commandant (sept. 1926) père de deux enfants admis au taux de 35 % temporaire.

A partir de quelle date commence le droit à pension ?

Quelles formalités y aura-t-il à accomplir après cette deuxième visite sur dossier ?

A partir de quel moment l'intéressé a-t-il le droit de se faire délivrer un carnet de soins ? et par qui ?

Dr Z.

Réponse.

Pour un médecin commandant, le taux de la

pension d'invalidité à 35 % est de ...	2.013 fr.
plus 140 % du taux de soldat	1.176 fr.
	3.189 fr.
plus 2 majorations d'enfants âgés de *moins* de 18 ans : 252 × 2....	504 fr.
	3.693 fr. par an.

A noter que le point de départ de la pension est celui de la première commission de réforme qui a constaté les infirmités et que la pension devient définitive au bout de quatre ans (art. 3 et 4 de la Loi du 31 mars 1919).

Le carnet de soins est délivré par le maire sur présentation du certificat modèle 10, délivré par le Centre de Réforme.

Il faut encore considérer que la pension est celle du *grade détenu au moment de la démobilisation.*

1525. — Annuités pour la Légion d'honneur

Je me permets d'avoir recours à votre obligeance à titre d'abonné du *Concours* pour vous demander de me faire connaître, d'après mes états de service, quelles sont mes annuités et mes titres à la Légion d'honneur.

Classe 1904, ajourné une année, incorporé en octobre 1905, libéré en octobre 1906.

Périodes d'instruction en 1908 et 1912.

Médecin aide-major de 2e classe en 1910, de 1re classe en 1914. Médecin-major en octobre 1918.

J'ai été affecté toute la guerre aux formations combattantes sauf trois mois à l'intérieur,

Une citation à l'ordre du régiment.

Dr C.

Réponse.

Comme ajourné, incorporé ultérieurement, vous êtes astreint par la suite aux obligations militaires de votre classe d'âge, soit 1904.

Au 1er novembre 1930, vous comptiez donc, de ce fait, 25 annuités auxquelles il faut ajouter votre temps de mobilisation, soit 4 ans 1/2 environ (à défaut d'indications précises de votre part). Vous ne semblez donc devoir compter qu'à la fin de 1931 les trente annuités exigées pour être inscrit au Tableau de concours de la Légion d'honneur.

1117. — Pension d'invalidité

La Commission de réforme vient de me proposer pour une pension d'invalidité de 20 % pour paludisme chronique :

1o Quelle sera la somme que je toucherai avec cette pension, étant donné que j'ai été :

Médecin auxiliaire du 2 août 1914 au 10 octobre 1916 ;

Nommé médecin A.-M. de 2e cl., à TT., le 10 octobre 1916 ; 1re classe à TT., le 10 octobre 1918 ; 2e classe, à TD., le 6 juillet 1917 ; 1re classe, à TD., le 6 juillet 1919.

2o Aurai-je droit, avec ce pourcentage, à une réduction de tarif sur les chemins de fer ?

Dr Y.

Réponse.

Vous aurez droit à la pension d'invalidité fixée pour un lieutenant à 20 %, à 730 fr. par an plus 140 % du taux de soldat... 672 fr.

soit.................. 1.402 fr.

Le taux de 25 % est le premier qui permette d'obtenir une réduction (50 %) sur les transports par chemins de fer.

1116. — Maintien dans les cadres. Avancement. Période d'instruction

Classe 1900, maintenu dans les cadres sur ma demande en octobre 1929.

Démobilisé en mars 1919 comme médecin-lieutenant, nommé médecin capitaine en 1920.

Je suis avisé que je serai convoqué obligatoirement pour une période d'instruction en 1931 parce que je réunis les conditions d'âge et d'ancienneté pour le grade supérieur (Circ. minist. de sept. 1930.)

Or, je ne demande rien.

Puis-je refuser de faire les deux périodes qu'on me demande de faire ?

Dans la négative, ai-je le droit de démissionner ?

Réponse.

Vous ne pouvez vous dispenser même si vous renoncez à l'avancement, de faire la période pour laquelle vous êtes convoqué, à moins qu'au cours de vos obligations militaires vous ayiez effectué un total de quatre mois en périodes d'instruction.

D'autre part, vous avez demandé à être maintenu dans les cadres, et il vous est désormais impossible de démissionner ; vous devez rester médecin de réserve jusqu'à l'âge de 58 ans (capitaine).

Seule une raison de santé, vous mettantdans l'impossibilité de remplir vos fonctions durant plus de 6 mois, vous permettrait de demander votre passage devant une Commission de réforme pour mise en non disponibilité ou pour radiation des cadres (infirmité incurable).

1206. — Démission pour raison de santé

Officier de réserve, âgé de 55 ans, je désirerais donner ma démission pour raison de santé.

A qui dois-je m'adresser pour cela ?

Dr P.

Réponse.

Il faut adresser à votre Directeur du Service de santé une demande pour être présenté devant une Commission de Réforme en vertu de l'article 20 de la loi du 8 janvier 1925 (mise en non disponibilité pour infirmités temporaires ou radiation des cadres pour infirmités incurables).

1149. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

J'ai accompli une année de service militaire, à la fin de ma 4e année d'études (nouveau régime), en novembre 1927. J'ai été libéré comme médecin

auxiliaire en novembre 1928 (j'ai accompli toute mon année comme médecin auxiliaire, parce que j'avais fait de la préparation militaire supérieure).

J'ai fait ma 5e année de médecine de novembre 1928 à juillet 1929. J'ai passé ma thèse en février 1930.

Je viens d'être nommé médecin sous-lieutenant de réserve, à dater du 1er mars 1931. En vertu de la loi du 15 mars 1929, qui accorde une majoration d'ancienneté de 3 ans aux médecins candidats sous-lieutenants de réserve, ma prise de rang dans le grade prend effet trois ans avant la date de nomination déterminée par le ministre, soit le 1er mars 1928 pour mon cas.

J'étais absolument persuadé que ces trois années devaient être décomptées à partir de la date de la thèse, soit donc pour moi, à dater du 1er mars 1930.

Mes camarades qui ont passé leur thèse au cours de leur service militaire (de novembre 1928 à novembre 1929), ont été nommés immédiatement sous-lieutenants et sont lieutenants depuis peu (deux du moins, qui ont accompli une période).

Alors pourquoi certains sont-ils nommés immédiatement sous-lieutenants, à dater de leur thèse, alors que la nomination d'autres est laissée au caprice du ministre ? Mon dossier de candidat sous-lieutenant était à Paris depuis le 1er juillet 1930.

Dr L.

Réponse.

Ce que vous dites est logique ; mais vos camarades en cours de service militaire ont-ils bien été nommés sous-lieutenants *du jour* de la soutenance de thèse ?

Avant la promotion au grade de sous-lieutenant, une enquête est nécessaire ; il faut constituer aussi un dossier complet ; les formalités ont été plus rapidement menées pour vos camarades, car en temps ordinaire (votre cas) on doit compter un délai minimum de six mois.

1547. — Promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur

Excusez-moi d'abuser de vos instants pour vous demander si je puis avoir des chances, étant chevalier de la Légion d'honneur, depuis juin 1920, d'obtenir la rosette, un jour ou l'autre. Voici les renseignements qui peuvent être utiles : classe 1904, S. X., mobilisé 6 août 1914, médecin A. M., 2e classe, décembre 1914 et service armé, au front du 10 février 1915 à la fin de la guerre, une blessure, 4 citations (aucune à l'armée). Démobilisé en avril 1919. Trois galons depuis 1921. Depuis j'ai toujours refusé de faire des périodes pour avoir un galon de plus.

Dr X.

Réponse.

Un officier de réserve doit compter 50 annuités dont 8 de chevalier afin d'être proposable pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

Classe 1904, vous comptiez au 1er novembre 1930, 25 annuités de service ; du 6 août 1914 en avril 1919, vous aviez, 4 ann. et 8 mois ; une blessure de guerre, 1 ann. ; pas de citation à l'armée : 0 ; ancienneté dans le grade de Chevalier, environ, 10 ann. et 4 mois ; total : 41 annuités.

Cinquante-troisième année — N° 20 — 17 Mai 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les Bains Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Souix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bousquet, Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, A. Mulle, Portes Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, E. A. Maury, Dresse M. Peillon, E. Poulain

Bains-les-Bains. M. Henry, Jacquet, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat.

Besançon La Mouillère. Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann Brousse, St-Rene Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Delmas Armaud.

Divonne-les Bains Ballivet.

Eaux-Bonnes Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie): Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guilliot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Gugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Tauzin, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot, Georges Perrin.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, A. Bouteiller

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes, Roussignol

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la société du « Sou médical », de M. le Dr Thin, de Paris, la somme de cent francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

No 150. — Pet. groupem. médical parisien, organisé autour d'un centre de physiothérapie recherche deux méd. suscept. prendre part associé.

No 151. — Confr. achèterait : 1o glacière d'occasion; 2o actions Lithia jusqu'à 15 fr.

No 152. — Conf. habit. banl. Nord à 20 km. Paris, pleine campagne, louerait sa maison meublée de juin à septembre inclus. Nombr. pièces et jardin.

No 153. — Dr recomm. tout particul. pour pers. désirant repos, Family Home, 6 *bis*, rue Frédéric-Passy, à Nice, dans quartier aéré et tranquille près du Centre. Conf. mod. Prix mod.

No 154. — Grande ville Ouest, à céder cab. stomatol. datant de 33 ans, titulaire âgé et fatigué se retire. Vente dans très bonnes condit. Ecr. Dr Bachelier, à Poitiers (Vienne).

No 155. — Savoie. — Famille médic. à la campagne altit. 670 m., recevr. enfants de 4 à 10 ans, pas contag. Soins maternels, surveill. médicale, 1.500 fr. par mois.

No 156. — Auvergne. — Client. thermale avec maison d'enfants, prod. intéress., install. confort. Indemn. 60.000. Reprise pour saison 1932. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 157. — Plage du Nord, près gr. ligne, gros produit, maison 11 pièc., loyer 5.000. Indemn. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 158. — S.-et-O. — 30 kil. Paris, anc. client. plein rendem. Jolie villa, indemn. 70.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 159. — Méd. diathermiste dem. à créer service de diathermie dans établiss. thermal ou collaborat. av. conf. dans stat. thermale.

N° 160. — Confr. exerc. à Paris, quart. Monceau, depuis longtemps ayant auto, dem. remplacem. Côte d'Azur ou littoral Atlantique, période juillet-août.

N° 161. — Viroflay (S.-et O.) à 1 min. gare, villa à louer meubl. ou non, reprise de bail. Loyer, sans meubles, 15.000, 8 p., office, grenier, téléphone, calorifère, jardin. Meubles à débatt. S'ad. Ag. Métayer, tél. 752 à Viroflay.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Un médecin pastelliste.** — Le Docteur Henri Morel a exposé à la Galerie « l'Epoque », 22, rue de La Boétie, une collection de 20 pastels qui méritent une mention particulière.

Certains d'entre eux attirent l'attention par leur composition, leur coloris, leur harmonie. Tel *Decor* 1830. Tel encore *Intérieur*, où un vieux secrétaire, un fauteuil centenaire, se détachent avec de jolies tonalités.

Henri Morel est un jeune. Quand il aura perfectionné sa technique, qu'en fils du Midi qu'il est, il fera passer dans ses œuvres toute la chaude luminosité de son pays, son talent s'affirmera et lui permettra de prendre place, à coup sûr, parmi ceux d'entre nous que leurs aptitudes ont conduits à servir l'Art comme ils servent, ou ont servi, la Science.

Je suis heureux d'apporter mon témoignage à ce sympathique confrère, avec qui j'ai eu de fréquents entretiens sans me douter qu'il était, par quelque côté, un nourrisson des Muses. Et je lui souhaite, comme Pastelliste, tous les succès qu'il mérite.

G. Duchesne.

— **Les épidémies.** — Une épidémie de fièvre scarlatine est signalée dans divers arrondissements de Paris.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — *Séance du Conseil d'administration du 5 mai 1931.* — A propos des cours en anglais, qui doivent avoir lieu en juin et juillet, les professeurs Dubé (de Montréal), et Smithies (de Chicago) se sont chargés de les faire connaître au Canada et aux Etats-Unis. La publicité qu'ils ont faite a amené une série de médecins étrangers à nous demander des renseignements sur ces cours ; dès aujourd'hui nous avons reçu quelques inscriptions.

Une filiale de l'A. D. R. M. vient d'être fondée au Canada sous la présidence d'honneur des doyens Rousseau (Québec), Lotbinière Harwood (Montréal), Martin (Université McGill de Montréal) et Primerose (Toronto) ; président : Prof. Dubé, vice-président : Desloges, secrétaire-trésorier : Benoit.

L'Association ISHA (Association internationale d'accueil universitaire) nous a demandé d'organiser des visites hospitalières pour 12 gastro-entérologistes américains, puis pour une douzaine de femmes médecins.

L'Inter-State Post-Graduate Medical Assembly of North America nous a demandé de vouloir bien dresser comme les années précédentes, le programme du séjour de leurs membres qui viendront à Paris fin juin.

Le Dr Coca, directeur de la *Medicina Ibera* met à la disposition de l'A. D. R. M. son journal *La Medicina Ibera* dont le correspondant à Paris est le Dr Mathé.

Le professeur Cunéo, représentant de l'A. D. R. M., s'est rendu à la suite d'une entente avec notre filiale hellénique à Athènes où il a fait plusieurs conférences.

Election de nouveaux membres : MM. Blatter, Cardinaux, Compagnie générale de radiologie, M. Delhers, Ecole odontotechnique, International Student Hospitality Association, MM. Maingot, Frank Smithies, Société immobilière et fermière des Eaux thermales et minérales de Dax, Villain, Wallgren.

— **Conférences de l'Hôtel Chambon** (95, rue du Cherche-Midi, 6e). — Une récente conférence de l'Hôtel Chambon a été consacrée à l'étude du nu en médecine.

M. Henry Meige a montré combien la connaissance de la morphologie humaine était nécessaire pour le futur médecin et comment son enseignement était actuellement négligé dans nos Facultés de médecine. Il existe en médecine « une série d'épreuves permettant de s'assurer qu'un étudiant connaît tous les secrets du cadavre et jamais on ne s'enquiert de savoir s'il est en mesure de comprendre les formes vivantes ».

Il serait pourtant très facile, sans surcharger les programmes, d'apprendre à l'étudiant *à lire le nu*.

La prochaine conférence sera faite le mercredi 20 mai, à 21 heures, sous la présidence de M. le Professeur A. Gosset, membre de l'Académie de méde-

cine, par M. le Docteur Robert Soupault, chirurgien des hôpitaux sur : La chirurgie devant le cancer.

— La XI[e] session des Journées médicales de Bruxelles, consacrée à la mémoire et à l'œuvre de Fernand Widal, s'annonce dès aujourd'hui comme un brillant succès. Placée sous le haut patronage du Roi et de la Reine, et la présidence du Professeur Auguste Ley, elle réunira les noms des savants qui furent à l'école du grand clinicien français et qui continuent aujourd'hui cet enseignement médical qu'il avait marqué de sa puissante personnalité : Abrami, Ambard, F. Bezançon, Brissaud, Brûlé, de Gennes, Lagrange, Laurens, Lecomte du Nouy, Lemierre, Merklen, Ravaut et Pasteur-Valléry-Radot. Parmi les Belges, les Professeurs Péchère et H. Frédéricq, et le D[r] Lucien Brouha ont voulu se joindre à leurs collègues français pour honorer la mémoire du maître.

Le Professeur Vaquez, l'éminent cardiologue, fera la conférence inaugurale, le samedi 20 juin, au Palais des Académies.

Afin de donner à cette manifestation de reconnaissance scientifique internationale un cadre digne d'elle, l'Université libre de Bruxelles a accordé l'usage de ses locaux pour y tenir les séances et installer l'Exposition des sciences et des arts appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire.

C'est donc au Solboch, dans le cadre somptueux des nouveaux bâtiments universitaires, à proximité du Bois de la Cambre, que se tiendront les Journées médicales de 1931.

Au point de vue chirurgical, les Professeurs Lambret (Lille) et Desmarest (Paris) ont promis d'adjoindre leur précieux concours à celui des chirurgiens bruxellois.

Le Corps médical spadois, avec le concours de la Compagnie fermière, qui recevra les congressistes, organise à Spa, le mercredi 24, une journée Widal, au cours de laquelle sera inauguré le laboratoire du Professeur Henrijean.

Enfin, en plus de cette excursion, toute une série de festivités est prévue : banquet, soirée, représentation théâtrale.

Les adhésions et les cotisations (75 fr. pour les médecins, 50 fr. pour les dames)) peuvent être envoyées au D[r] R. Beckers, secrétaire général, 145, rue Belliard, à Bruxelles.

— Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne. — M. le D[r] Charles Buizard a été élu président du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne par le Conseil d'administration du Syndicat dans sa séance du 20 avril 1931.

— Création de la Société française de gynécologie et du Syndicat des gynécologues français. — Sous le nom de Société française de gynécologie, une société scientifique réunissant les médecins dont l'activité principale est consacrée à l'exercice de la gynécologie

médicale, chirurgicale ou physiothérapie, vient d'être constituée. Son siège social, est 95, rue du Cherche-Midi. Elle a pour objet l'étude de toute question scientifique ayant trait à la gynécologie. Le bureau est ainsi composé : président : M. F. Jayle ; vice-présidents : MM. X. Bender et L.-M. Pierra ; secrétaire général : M. Maurice Fabre ; trésorier : M. F. Papillon. Pour renseignements et adhésions, s'adresser à M. F. Jayle, 20, rue Cassette, Paris (6e).

Le Syndicat des gynécologues français a pour principal objet la défense des intérêts professionnels des gynécologues. Son siège social est, 95, rue du Cherche-Midi. Un conseil d'administration composé de MM. Briault, Buquet, X. Colanéri, Maurice Fabre, Guyot, F. Jayle, Raymond Petit, Regnard, M. Sénéchal, Violet, a été nommé. Le Conseil de famille est composé de MM. Bender, F. Jayle, Raymond Petit, M. Sénéchal. Le Conseil d'administration se réunira prochainement pour élire le bureau du Syndicat.

Provisoirement adresser les demandes d'admission à M. Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (9e). Ces deux groupements ont pour but de réaliser l'indépendance de la gynécologie qui a toujours été inféodée soit à la médecine, soit à la chirurgie, soit à l'obstétrique et d'affirmer cette indépendance tant du point de vue professionnel que du point de vue scientifique.

— **Les amputés des deux mains voyageront gratuitement dans le métro.**— A la suite d'un accord intervenu entre la Compagnie du Métropolitain de Paris et la préfecture de la Seine, les amputés des deux mains seront autorisés désormais à voyager gratuitement dans le métropolitain de Paris.

— **IVe Salon des médecins de Provence.**— Le IVe Salon des médecins de Provence aura lieu à Marseille, Galerie Detaille, 77, Canebière, du 26 mai au 11 juin 1931. S'inscrire chez M. Rottenstein, 1, rue du Lycée. (Tél. : Colbert 23-24). Droit d'inscription : 20 francs (C. C. P. 310.40 Marseille).

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 Avril

Reconnaissance d'utilité publique.

Sont reconnus d'utilité publique les Établissements suivants :

La Transfusion sanguine d'urgence, 94, boulevard Flandrin, à Paris.

La Fondation hospitalière israélite de Cimiez, villa Jacob, à Nice.

La Fondation nationale pour la recherche scientifique, 1, rue Pierre Curie, à Paris.

Le Comité roubaisien de protection de l'enfance, Goutte de lait, à Roubaix.

Assurances sociales.

Circulaire relative aux spécialités pharmaceutiques.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Elle indique que la liste des spécialités autorisées prévues par la loi sera arrêtée le plus tôt qu'il se pourra ; que, dès qu'elle aura été publiée, les Caisses devront rembourser le prix de toutes les spécialités figurant sur la liste, mais celles-là seules ; que jusqu'à nouvel ordre les Caisses devront rembourser, à concurrence de 85 pour 100, toutes les spécialités dont la vente est légale en France et pour lesquelles des décisions individuelles d'exclusion ne leur auront pas été notifiées.

Provisoirement, c'est aux médecins et pharmaciens qu'il incombera de déterminer si un médicament est de vente légale en France.

Tout fabricant de spécialités pharmaceutiques qui voudra faire constater qu'un médicament est de vente légale en France adressera une demande au Laboratoire national de contrôle des médicaments, 4, avenue de l'Observatoire, à Paris, avec la justification de sa qualité de pharmacien exerçant s'il ne l'a précédemment fournie au Laboratoire, un échantillon du produit permettant d'en faire l'analyse et deux exemplaires de l'étiquette à apposer sur le produit.

Pour que le produit figure sur la première liste, les fabricants devront adresser leur demande au laboratoire avant le 31 mai.

Des décisions individuelles d'exclusion devront être prises par la Commission des spécialités à l'égard des médicaments mis en vente dans des conditions contraires aux règles de la déontologie médicale et pharmaceutique et de ceux dont le prix est nettement abusif.

30 Avril

Etudes de chirurgie dentaire.

Décret du 26 *avril* 1931 *fixant les droits à percevoir en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Examen médical en vue du brevet de tourisme aérien.

Arrêté du 29 *avril* 1931 *fixant les conditions dans lesquelles sera passée la visite médicale préliminaire à l'obtention du brevet de tourisme aérien.*

Ce document sera publié ultérieurement.

Assurances sociales.

Décret du 21 *avril* 1931 *déterminant les circonscriptions industrielles dans lesquelles le chiffre limite de salaire ou de gain annuel est porté de* 15.000 *à* 18.000 *fr.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Hospice national des Quinze-Vingts.

Décret du 19 *avril* 1931 *fixant les indemnités à allouer aux agents de l'hospice national des Quinze-Vingts*

chargés du fonctionnement du service des piqûres antisyphilitiques.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Dispensaires antivénériens.

Décret du 24 avril 1931 relatif à l'organisation et au fonctionnement des dispensaires antivénériens dans les localités sièges d'un port maritime.

Ce décret sera publié ultérieurement.

1er Mai

Accidents du travail.

Loi du 30 avril 1931 complétant la loi du 15 juillet 1922 et les lois postérieures relatives au rajustement des rentes des mutilés du travail.

Art. 1er. — Les veuves et ascendants des victimes d'un accident du travail bénéficieront d'une pension qui ne pourra être inférieure à 1.600 fr. par an.

Art. 2. — Les mutilés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne recevront, en plus de la majoration qui leur est accordée par la loi du 15 août 1929 et par les lois subséquentes relatives au même objet, une bonification annuelle spéciale de 3.000 fr. payable aux mêmes époques et dans les mêmes conditions que la majoration principale.

Le caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne sera constaté par ordonnance du président du tribunal civil de la résidence du mutilé.

Art. 3. — Les dispositions de la loi du 15 août 1929, portant rajustement des rentes des mutilés et invalides du travail et des lois subséquentes portant même objet, sont applicables aux colonies et pays de protectorat dans les conditions qui seront déterminées par règlement d'administration publique.

Art. 4. — Les dispositions de la présente loi sont applicables à partir du 1er juillet 1930.

Les majorations et bonifications en résultant seront liquidées et acquittées dans les conditions fixées par les articles 6 et 7, alinéa 1er, de la loi du 15 juillet 1922 et par la loi du 15 juillet 1926.

Art. 5. — Les dispositions des articles 1er, 2, paragraphe 1er, et 4, paragraphe 1er, de la présente loi sont applicables aux bénéficiaires de rentes d'accidents du travail servies en vertu du livre III du code des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Toutefois, sera imputé sur la bonification prévue à l'article 2 le montant de la majoration de rente allouée par application de l'article 560 dudit code des assurances sociales.

Art. 6. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles de la présente loi.

Service de santé militaire.

Par décret du 24 avril 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et,

par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au gr. méd. sous-lieut., les méd. aux tit. brev. P. M. S. ci-après désignés (rang 15 mars 1931) : Cuallacci-Stephanopoli, 19e sect. inf. milit. aff. 19e C. A. ; (20 mars 1931) : Cordonnier, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; (24 mars 1931) : Autissier, 22e sect. inf. milit. aff. rég. Paris ; (28 mars 1931) : Rousselle, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; Ackein, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

Prix de médecine navale.

Par décision ministérielle du 28 avril 1931 et conformément à l'avis émis par le conseil supérieur de santé de la marine, le prix de médecine navale pour 1931 a été attribué à M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts (J.-A.-F.), pour son étude appliquée de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans le personnel de la marine et pour l'ensemble de ses publications concernant ses travaux de laboratoire.

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées à cette occasion aux officiers du corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

Mention très honorable.

A M. le médecin en chef de 2e classe Cristol (H.-P.-H.), pour son mémoire intitulé : *L'assistance médicale aux ouvriers et le problème de la tuberculose dans les arsenaux.*

Mention honoraable.

1° A M. le médecin principal Penaud (A.-J.-J.) pour son *Guide pour l'application de la loi des pensions du* 31 *mars* 1919 ;

2° A M. le médecin principal Daleguy (L.-J.-B.), pour son *Rapport sur la croisière autour du monde* effectuée d'avril en décembre 1929 par le « Tourville » ;

3° A M. le médecin de 1re classe Godal (J.-P.-L.), pour ses notes médicales recueillies au cours d'une croisière de deux ans dans le Pacifique ;

4° A M. le médecin de 1re classe Siméon (A.-P.), pour son étude intitulée : *Considérations sur les causes prédisposantes des fractures du col fémoral*

3 Mai

Enseignement de la médecine.

Concours d'agrégation des facultés de médecine (1er *degré*).

Arrêté du 26 *avril* 1931.

Art. 1er. — Une session pour les concours du premier degré d'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira le 6 novembre 1931 pour les catégories ci-desssous désignées :

Catégorie A. — Anatomie.
Catégorie B. — Histologie.
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

Catégorie D. — Bactériologie.
Catégorie E. — Anatomie pathologique.
Catégorie F. — Physiologie.
Catégorie G. — Chimie.
Catégorie H. — Physique.
Catégorie I. — Médecine générale.
Catégorie J. — Chirurgie.
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie.
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie.
Catégorie K. — Obstétrique.
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.
Catégorie M. — Pharmacie.
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Art. 2. — Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Art. 3. — Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ce concours est fixé au maximum ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés, dans chaque catégorie :

Catégorie A. — Anatomie.................... 3
Catégorie B. — Histologie.................... 2
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie 2
Catégorie D. — Bactériologie.................... 2
Catégorie E. — Anatomie pathologique.................... 3
Catégorie F. — Physiologie.................... 4
Catégorie G. — Chimie.................... 6
Catégorie H. — Physique.................... 5
Catégorie I. — Médecine générale.................... 15
Catégorie J. — Chirurgie.................... 12
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie.................... 2
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie.................... 2
Catégorie K. — Obstétrique.................... 4
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique 2
Catégorie M. — Pharmacie.................... 2
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie 3

Art. 4. — Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies du 6 juillet au 5 septembre 1931 inclus.

5 Mai.

Reconnaissance d'utilité publique.

Sont reconnus d'utilité publique les établissements suivants :

Association des médecins du département de la Seine, Faculté de médecine, Paris.

Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Var, Draguignan.

Association française des femmes médecins, 6, rue d'Astorg, Paris.

Fondation dite Institution des sourds-muets de Toulouse.

Association de patronage de l'Institut régional des sourds-muets et des jeunes aveugles de Marseille.

Voir la suite page LXIII-1647

PROPOS DU JOUR

I

La Jubilé du Professeur Hartmann.

Ce fut une belle cérémonie, touchante dans sa simplicité, que la remise officielle d'une médaille jubilaire à M. le Professeur Hartmann dans cet amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu où il donnait naguère ses leçons.

L'artiste De Hérain a modelé en bronze le visage énergique et toujours jeune du Maître, donnant à sa physionomie, au sourire légèrement ironique, l'expression originale qui lui est familière.

L'amphithéâtre était comble. Les amis, les collègues, les élèves étaient accourus en foule. C'est que le Prof. Hartmann est aimé et estimé de tous ceux qui ont eu l'avantage de le connaître.

Ce que nous apprécions en lui, c'est sa rude franchise, c'est sa droiture, c'est sa réputation méritée de bourru bienfaisant. Sans doute, il est un chirurgien habile, un clinicien de premier ordre, un professeur éloquent, un savant érudit, un organisateur remarquable, un apôtre de la propagande médicale française, mais ce qui avant tout le grandit dans notre estime, c'est qu'il est un caractère. Il est un de ces exemples, rares à notre époque, d'hommes qui, sans intrigues, sans compromissions, sans bassesses, parviennent par leur travail acharné, par leur énergie, leur probité et leur conscience à gravir un à un tous les échelons de la hiérarchie médicale.

***

M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, ami personnel du Prof. Hartmann, présidait la cérémonie ; il lut une lettre d'excuses du ministre de l'Instruction publique absent de Paris. Il rappela que, récemment il présidait, l'assemblée générale de l'A. D. R. M. l'œuvre de propagande médicale française à laquelle se consacre M. Hartmann et qui rend de si grands services à notre pays. En quelques mots il apporta l'hommage de son admiration au Maître que la limite d'âge éloignait de l'Université.

Le Professeur Dominguez, ancien doyen de la Faculté de la Havane et ancien ministre de l'Instruction publique de la République de Cuba, rappela qu'il avait été jadis un élève de M. Hartmann, alors prosecteur. Il affirma que tous les médecins cubains étaient ses élèves, les uns directement comme lui, ayant eu l'avantage de suivre ses leçons à Paris ; les autres par la lecture de ses ouvrages. Heureux d'être l'interprète des médecins d'Outre-Atlantique, il a apporté au Professeur leur tribut d'affection et de gratitude.

M. le Doyen Balthazard exprima les regrets de la Faculté de se voir privée du précieux enseignement de M. Hartmann. Laissant à de plus compétents le soin de juger son œuvre, il ne saurait oublier le dévouement, la conscience, le talent dont il a donné l'exemple au cours de sa carrière professorale et au nom de la Faculté de médecine a apporté à M. Hartmann l'expression de sa reconnaissance.

M. Chenevier, secrétaire général de l'Assistance publique, qui représentait M. le Directeur Mourier, retenu au Conseil général du Gard, dans une allocution éloquente et émue, a remercié le grand chirurgien au nom de l'Assistance publique, au nom des pauvres malades de Paris au nom du personnel hospitalier de son dévouement et de sa bonté.

Le Professeur Forgues, de Montpellier, dans une merveilleuse improvisation, a apporté à son collègue et ami l'hommage des professeurs et des chirurgiens de Province. Il a rappellé les liens d'amitié qui l'unissaient depuis bien des années à M. Hartmann. Il a fait un tableau rapide de la merveilleuse évolution de la chirurgie dont ils ont été tous deux les témoins et les acteurs, évolution qui fut la conséquence de l'application des doctrines pastoriennes dont il est heureux de saluer en M. Roux, présent à la cérémonie, le représentant le plus savant et le plus qualifié.

M. le Dr Yves Delagenière, du Mans, ancien élève de M. Hartmann, a évoqué le souvenir de son père depuis peu décédé, qui fut un ami du Maître et qui aurait, s'il avait vécu, pris la parole à sa place. Il a rappelé, les années de la guerre et la période durant laquelle il servit sous ses ordres et a rendu hommage à sa bonté que masquaient des allures un peu rudes, ce qui lui donnait plus de prix.

Le Professeur Cunéo, l'organisateur de la fête,

✦✦

a fait la remise à son Maître de la médaille qui lui était offerte. Avec une émotion profonde et mal contenue, il a énuméré les qualités du grand chirurgien, clinicien averti, opérateur prestigieux, praticien consciencieux, organisateur de premier ordre comme Terrier dont il fut le disciple et qui a répandu la pratique de l'asepsie en France. Il n'a pas voulu énumérer ses travaux scientifiques, il aurait fallu plusieurs heures pour en donner une idée incomplète. Il a associé au triomphe du Maître Madame Hartmann, dont il a vanté l'intelligente et inlassable bonté.

Tous ces discours ont été remarquables par leur sincérité, leur simplicité, et leur concision. Aucun n'a dépassé la note et n'a donné à l'auditeur l'apparence de la flatterie. Ils ont dû être certainement appréciés par M. le Professeur Hartmann, car ils s'adaptaient bien à son caractère.

Ayant peine à maîtriser son émotion, le Maître a remercié ses amis, ses collègues, ses élèves et tour à tour chacun des orateurs. Il a évoqué en termes touchants la vie laborieuse de son père, la tendre sollicitude de sa mère qui avait appris le grec pour lui faire repasser ses leçons. Il a le droit de finir sa carrière avec quelque fierté, car nombreux sont les chirurgiens qui furent ses élèves et au moins une trentaine sont chirurgiens des hopitaux de Paris. Ses collègues, a-t-il dit, voulaient faire des démarches pour le maintenir malgré les règlements à sa chaire durant encore quelques années. Il s'y est opposé formellement, car il a jugé que la limite d'âge était une nécessité devant laquelle on devait s'incliner, mais il n'a pas quitté complètement la scène chirurgicale. Le Prof. Cunéo, son élève, son successeur et son ami, a bien voulu lui réserver une place dans sa clinique et lui confier le service du Centre anticancéreux. La parole, coupée par l'émotion, le Prof. Hartmann, aux acclamations de tout l'auditoire a donné alors l'accolade au Prof. Cunéo.

Telle fut cette belle et touchante cérémonie qui montre que la sévérité et la rudesse chez un Maître, conscient de son devoir et d'une foncière bonté, n'éloignent de lui, loin de là, ni les élèves, ni les amis qui savent lui témoigner leur admiration et leur reconnaissance. Elle prouve, répétons-le, ce qui est pour nous tous un réconfort, qu'un homme de valeur, consciencieux, laborieux et énergique, peut, même à notre époque, fournir une brillante carrière sans s'avilir, en gardant son franc parler, et sans avoir à faire un vaniteux étalage de ses travaux, ni de ses qualités. Malgré sa haute situation, et la conscience qu'il a évidemment de sa valeur, le Prof. Hartmann reste simple et on peut pour conclure rappeler ce que La Bruyère a dit de la modestie : La simplicité chez un Maître « est au mérite ce que les ombres sont aux figures dans un tableau : elle lui donne de la force et du relief. »

J. Noir.

II

Au sujet du secret professionnel

Dans notre Propos du Jour du 26 avril 1931, nous avons publié une lettre du Dr Albert Philippe (de Saint-Lô) qui nous disait :

« Le vrai rôle du médecin n'est-il pas d'ignorer d'une façon *absolue* pour le reste du monde tout ce que les clients ont révélé au seul médecin ? C'est du moins ce qu'on apprend au praticien. Qu'en pense le Dr Le Gendre ? »

Le mot *absolu* sonne mal à une oreille médicale, car pour le médecin moins que pour tout autre, il n'y a rien d'absolu et, comme l'a dit Renouvier, l'absolu est une notion vide. Aussi n'admettons-nous pas qu'en pratique, le respect du secret professionnel soit absolu.

M. le Dr Albert Philippe en a appelé à M. le Dr Paul Le Gendre. Notre excellent maître, qui est une autorité en l'espèce et qui nous fait le grand honneur de nous lire, n'a pas fait attendre sa réponse. La voici :

Paris, 146, rue de Grenelle,

26 avril 1931,

à M. le Dr J. Noir,

Mon cher Rédacteur en chef,

Dans votre récent article sur le secret médical, vous avez cité une lettre du Dr Albert Philippe, qui m'a fait l'honneur de demander mon avis sur la question. Le voici :

Chargé par l'Académie en 1930 de rédiger avec G. Brouardel des « Principes de déontologie », j'ai dû, parlant au nom d'un corps officiel, écrire : « le médecin est tenu au secret professionnel suivant les termes de la loi ». Mais j'ai, dans une note, indiqué que mon opinion personnelle était la nécessité de modifier la loi actuelle pour la mettre en harmonie avec les nécessités de l'hygiène publique et la morale absolue, qui nous interdit de nous rendre sciemment complices d'un crime.

Aussi, ai-je écrit dans l'édition récente de ma « Vie

du médecin », p. 352, après avoir résumé impartialement tout ce qui a été dit sur ce sujet : « Pendant les « 40 années de ma vie professionnelle, je me suis « conformé au précepte hippocratique dans ce qu'il a « de fondamental. — Mais, en ce qui concerne l'o« béissance stricte à l'art. 378, je me serais cru « obligé, en conscience, d'y déroger dans certaines « circonstances, si elles s'étaient présentées. Je n'au« rais pas laissé emprisonner mon client, ni laissé ac« cuser injustement un innocent et j'aurais dénoncé « un assassin ; je ne me serais pas non plus laissé ac« cuser d'une action déshonorante ou criminelle, pas « plus que je n'aurais laissé commettre *ce crime* qu'est « le mariage d'un client syphilitique, en période « contagieuse, sans dire aux parents ou à l'intéres« sée : « Ne faites pas ce mariage ». — Agissant ainsi, « j'aurais accepté fièrement la pénalité prévue par « l'art. 378, si les magistrats avaient cru devoir me « l'appliquer, comme ils firent au Dr Watelet en 1887, « quand il viola le secret pour sauvegarder la mé« moire de son client défunt.

« Pour de multiples raisons, je pense qu'on doit « conclure à la nécessité de réviser la législation au « sujet du secret médical, en remplaçant la prescrip« tion à la fois trop absolue et trop vague par des « précisions détaillées et absolument claires, formu« lant les cas où le secret est obligatoire et ceux où « la dérogation est ou légitime ou obligatoire. »

Dans le cas rapporté par le Professeur Emile Sergent, que j'ai eu l'honneur d'avoir pour élève, j'aurais agi comme lui et il m'est impossible d'admettre qu'un honnête homme eût pu conserver sa conscience tranquille, en se donnant comme excuse qu'il avait respecté la loi.

En somme, il me semble que vous avez conclu vous-même à peu près dans le même sens et cette communauté d'opinion entre nous n'est pas pour m'étonner.

Croyez, mon cher Rédacteur en chef, à mes sentiments de haute estime.

Dr Paul Le Gendre.

D'autre part, le professeur Sergent, mis en cause par le Dr Philippe, nous a adressé la lettre suivante dont il nous demande l'insertion :

Mon cher confrère,

J'aurais été étonné si le compte rendu détaillé et très sympathique que vous avez donné dans le nº du 29 mars, de ma conférence de l'Hôtel Chambon, n'avait provoqué quelque réflexe... confraternel.

Le Dr Philippe (de St-Lô) marque sa « stupeur » de lire dans ce numéro « votre approbation au Prof. Sergent, qui a violé, dans un cas grave, il est vrai, le secret médical. »

C'est donc moins — si je lis bien — ma conduite que la vôtre qui le jette dans la stupeur.

J'ai le tort, il est vrai, d'être un de ces professeurs qui, sans avoir jamais voulu être experts, n'en sont pas moins porteurs d'une tare aux yeux « d'un simple praticien ». Vous voyez bien : ce n'est pas moi qui érige la barrière entre deux camps de médecins !

Laissons cette constatation et demeurons sur le terrain du secret médical. J'ai dit que la circonstance dans laquelle je l'ai violé fut la seule de toute ma carrière ; j'ai dit que, dans les mêmes conditions, je recommencerais. Votre approbation me suffit et l'opinion de Fournier achève de me couvrir. L'autorité de Le Gendre, qui est mon maître très cher, invoquée par le Dr Philippe, achèverait de me disculper à mes propres yeux, si ma conscience ne suffisait pas.

Parmi les rapprochements que fait le Dr Philippe, il en est un qui me placerait encore en désaccord avec lui. Je ne pourrais admettre qu'un confesseur ou un avocat, connaissant le vrai coupable, laisse condamner — guillotiner peut-être — un innocent. Dans cette circonstance, confesseur ou avocat, je dirais au Président du tribunal : « En mon âme et conscience, je jure que l'accusé est innocent, parce que j'ai reçu les aveux du coupable ». Mais je n'irais pas plus loin et je me refuserais à dénoncer le coupable.

Quand j'ai empêché un ignoble individu en pleine période secondaire, de contaminer une vierge innocente, je n'ai pas dit quelle était sa maladie ; je n'ai même pas dit qu'il était malade ; j'ai dit au père : « Vous ne pouvez pas donner votre fille à cet homme ! »

J'ai toujours considéré que le médecin devait faire pour les autres ce qu'il voudrait qu'on fasse pour lui-même.

Je demanderai à M. le Dr Philippe — s'il a une fille — ce qu'il souhaiterait pour sa fille, dans les mêmes circonstances.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Emile Sergent.

Nous n'avons rien à ajouter à ces lettres et nous avions prévu d'avance ce qu'elles pouvaient contenir.

Nous nous permettrons cependant encore une réflexion, c'est que le médecin (et c'est un défaut qu'il a eu de tout temps) se place un peu trop en dehors, quelquefois au-dessus de la Société où il vit. Il ne s'occupe pas assez de ceux qui l'environnent et s'enferme volontiers dans sa légendaire tour d'ivoire. Ce qu'il juge son devoir et qui est souvent son intérêt, doit passer, selon certains, au-dessus de l'intérêt social, comme s'il n'était pas lui-même fait pour servir la Société. Sans doute, la nature des services qu'il rend lui donne des droits et il a raison de les revendiquer, mais il ne faut pas qu'en poussant cette revendication jusqu'à l'absolu, c'est-à-dire jusqu'à l'absurde, il arrive à compromettre les intérêts même de la Société qu'il a pour mission de défendre. Et c'est cependant là qu'on arrive en poussant jusqu'à l'absolu, c'est-à-dire jusqu'à l'absurde, le respect du secret médical. J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES TERMES EMPLOYÉS EN OPHTALMOLOGIE

Par le Professeur Henri FRENKEL,
de la Faculté de Médecine de Toulouse.

La terminologie médicale abonde en termes impropres, inexacts, voire faux, mal choisis, mal construits. L'ophtalmologie ne fait pas exception à la règle.

Parmi les oculistes, pour nous en tenir à notre spécialité, qui ont réclamé au nom de la logique nul n'a été plus éloquent que M.-A. Terson (1) qui, dans une excursion rapide à travers toute l'ophtalmologie, a stigmatisé la nonchalance avec laquelle on perpétue le désarroi de la classification et de la nomenclature. Il a fort bien indiqué ce « besoin d'aménagement *périodique* » qui me servira d'excuse d'oser, après ses efforts multipliés et fondamentaux, d'ajouter quelques glanes à tout ce qu'il nous a appris. Aussi bien si je n'apporte pas de contributions nouvelles à ce chapitre, il me sera du moins permis de discuter un certain nombre de termes parmi ceux qui sont le plus usités dans notre art.

Kératite parenchymateuse ou kératite interstitielle

Dans tous les ouvrages ophtalmologiques de langue allemande comme dans ceux des pays partiellement tributaires de l'Allemagne (j'ai le regret d'être obligé de citer à ce point de vue particulier les travaux italiens et russes), on appelle la kératite profonde-kératite parenchymateuse. Par contre, dans les ouvrages français et ceux tributaires de l'ophtalmologie française, cette même affection est étiquetée kératite interstitielle. Seul peut-être M. A. Terson (*loc.cit.*), qui demande qu'on associe ces « états infiltrés, diffus, parenchymateux (plutôt qu'interstitiels), segmentaires (iri-kératite) avec le nom d'Hutchinson », paraît enclin à adopter la manière allemande.

Comment se fait-il donc qu'une même affection soit appelée par les uns kératite parenchymateuse, par les autres, kératite interstitielle ?

La division en inflammations parenchymateuses et interstitielles traverse toute la pathologie médicale, et les discussions sur la nature parenchymateuse ou interstitielle de telle ou telle toxi-infection ont rempli tout le XIX^{e} siècle, siècle de l'anatomie pathologique. C'est sur le terrain de la pathologie rénale que se sont livrées les plus fameuses discussions. On a fini par se concilier dans la constatation que la plupart sont à la fois parenchymateuses et interstitielles. Cependant, il y a des néphrites parenchymateuses plus ou moins pures, telles la congestion rénale aiguë «idiopathique» de Albert Robin, la glomérulo-néphrite cantharidienne, la néphrite syphilitique précoce de la période des exanthèmes, quelques-unes des néphrites scarlatineuses, etc., comme il y a des néphrites interstitielles pures, telle la néphrite saturnine, la néphrite syphilitique tardive, la néphrite des scléroses polyviscérales, des artérioscléroses, etc.

Les hépatites parenchymateuses pures s'observent dans l'intoxication phosphorée, dans les dégénérescences granulo-graisseuses des tuberculeux, dans l'atrophie jaune aiguë, etc., comme on connaît bien les cirrhoses primitives diverses, alcooliques, biliaires, syphilitiques, etc.

Les pneumonies parenchymateuses existent dans les infections par le pneumocoque, par le bacille de Koch, comme les pneumonies interstitielles s'observent dans la forme interstitielle de L. Bard avec bronchiectasies, dans les pneumoconioses soumises d'ailleurs à une révision récente par Paviot et Policard.

Les myélites et encéphalites parenchymateuses ou polio-myélites et poliencéphalites sont d'autant mieux connues que, depuis la guerre, par leur apparition épidémique, elles ont acquis un certain regain d'actualité, tandis qu'ici encore la syphilis fournit les exemples classiques pour les formes interstitielles, sous le nom de tabès et de paralysie générale.

La pathologie de la cornée permet-elle d'établir un parallèle analogue ? Si oui, dans quelle classe doit-on ranger la kératite profonde ? En tout cas, ici il n'existe pas de forme mixte, comme elles existent dans les néphrites, les hépatites, les pneumonies, les myélites ou encéphalites.

(1) A. TERSON. — Remarques sur la classification et la nomenclature ophtalmologiques. *Annales d'Oculistique*, t. 160, p. 929, 1923.

C'est *l'une ou l'autre,* mais en aucune façon à la fois l'une et l'autre.

Pour répondre cette question, on peut invoquer des arguments présentés soit dans les études d'anatomie pathologique, soit dans celles de la pathogénie.

Au point de vue anatomique, rappelons que si normalement il n'y a pas de vaisseaux dans la cornée, ces vaisseaux apparaissent au cours de la kératite profonde entre les lames du tissu propre de la cornée. Le processus lui-même se caractérise par une infiltration leucocytaire profonde, précisément entre les lames du tissu propre de la cornée. La parenchyme de la cornée étant constitué par ces lames mêmes du tissu propre, lames qui restent intactes pendant toute la durée du processus, il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'une inflammation parenchymateuse, mais bien d'un processus interstitiel *pur*.

Au point de vue de la pathogénie de la kératite profonde, on sait que presque toujours, sinon toujours (il y aurait quelques cas à étiologie tuberculeuse traumatique, à infection inconnue), cette affection est due à la syphilis héréditaire ou à la syphilis acquise où le virus d'origine endogène pénètre par le système vasculaire et agit dans le voisinage des vaisseaux. Comme dans tous les autres organes, ce virus, le tréponème, déclenche ici un processus interstitiel.

La kératite profonde doit donc porter le nom de kératite *interstitielle* et *non* de kératite *parenchymateuse.*

Existe-t-il une affection parenchymateuse pure de la cornée et quelle est-elle ? Oui, elle existe. — C'est la fonte purulente de la cornée à la suite de l'ophtalmie purulente, c'est-à-dire d'une conjonctivite gonococcique. Ici les lames cornéennes sont nécrosées et peptonisées par les toxines gonococciques, et ce véritable abcès de la cornée est une kératite parenchymateuse pure. Dans l'ulcère à hypopyon, une kératite parenchymateuse peut succéder à un ulcère de la cornée d'abord superficiel qui se propage en profondeur.

Kératite phlycténulaire

Lucus ab non lucendo... Kératite phlycténulaire, appelée ainsi parce que l'élément anatomique *n'est pas* une phlyctène.

A l'époque lointaine où la clinique n'était pas encore éclairée par l'anatomie pathologique, les auteurs, constatant que les petites élevures translucides se transformaient rapidement en petites ulcérations au niveau du limbe cornéen, pensaient à l'existence de vésicules, de phlyctènes, et donnèrent à cette affection le nom de kératite phlycténulaire. Mais depuis que Iwanoff (1) eut montré qu'il s'agissait d'une accumulation de leucocytes entre l'épithélium cornéen et la membrane de Bowman, il n'y a aucune raison pour maintenir cette dénomination. Tout le monde le sait, et, depuis 60 ans on continue à se servir de ce terme impropre. En vain M. A. Terson (1) proteste qu'il faut en finir avec l'absurde « phlyctène » parce que la soi-disant phlyctène est une *pustule,* sans liquide (la kératite *bulleuse* est la seule *vraie* kératite phlycténulaire). »

Ce n'est pas que les synonymes manquent : kératite-impitigineuse, eczémateuse, lymphatique. Aucun n'a prévalu. A mesure que la notion d'allergie tuberculeuse pénètre plus profondément dans la conviction des oculistes (de Weekers), on serait tenté de proposer le nom de kératite tuberculinique. Je doute cependant qu'il fasse fortune, ne fût-ce qu'à cause de l'apparence de gravité que ce nom donnerait à l'affection. On pourrait aussi proposer le nom de kératite lymphomateuse , mais alors on penserait à des lymphomes. Le plus anodin serait encore « infiltrations leucocytaires en foyers ».

Abcès de la cornée

C'est là, dans le langage ophtalmologique courant, une variété de la kératite phlycténulaire, (ou « d'infiltrations leucocytaires en foyers »), celle où le leucocytome, au lieu de faire saillie au-dessus du niveau de la conjonctive ou de la cornée, est renfermé dans l'épaisseur de l'épithélium cornéen et de la membrane de Bowman. Mais, en fait, il n'y a pas là plus d'abcès que dans l'autre forme il n'y a de phlyctènes. On croit justifier tacitement ce terme en entendant parler « d'abcès microscopique », à la taille de la cornée. Même entendue ainsi, l'expression est impropre. La définition de l'abcès comporte l'existence d'un amas de leucocytes vaincus, aux trois quarts nécrosés, en majorité polynucléaires, avec beaucoup de débris cellulaires. Rien de tel dans la structure fine de l'abcès cornéen. Ce sont les mêmes lymphocytes, jeunes pour la plupart, mobiles et capables de se résorber par leurs propres moyens, avec un minimum d'éléments polynucléaires et de cellules nécrosées, comme le prouve le succès rapide d'un traitement approprié.

Le vrai abcès cornéen est constitué par l'infiltration purulente du parenchyme cornéen, telle qu'on la trouve dans l'ophtalmie purulente ou dans l'ulcère à hypopyon. C'est la vraie kératite suppurée.

Comme la kératite phlycténulaire, l'abcès de la cornée devrait s'appeler « infiltrations leucocytaires en foyers », à défaut de kératite tuberculinique, terme qui aurait l'avantage de serrer de plus près le diagnostic pathogénique.

(1) Iwanoff. — *Klinische Monatshefte fur Augenheilkunde,* 1869.

(1) A. Terson. — *Loc. cit.*, p. 939.

Descemétite, kératite postérieure

Le désir de bien préciser le siège de la lésion a fait passer sur les multiples inconvénients, que présentent les termes de descemétite ou de kératite postérieure et qui ont la vie dure. Comment peut-on avoir l'idée de parler de descemétite, alors que la membrane de Descemet est une formation anhiste, dépourvue non seulement de vaisseaux, condition essentielle de toute inflammation, mais même de structure. Cette membrane ne peut être ni l'origine, ni même le siège d'aucune affection. La seule chose qu'on peut lui laisser, c'est la faculté de faire hernie, Descemétocèle.

De même, une kératite postérieure laisse supposer que la cornée est réellement enflammée, alors qu'il s'agit seulement d'amas leucocytaires à la face postérieure de la cornée, à la place de l'épithélium desquamé. La vérité est qu'on est en présence d'une uvéite antérieure, d'une cyclite, quelquefois d'une iri-cyclite. Iritis séreuse serait admissible, mais la participation de l'iris, très réelle, puisqu'il ne se laisse pas dans ces cas dilater par l'atropine, est généralement occulte, les synéchies postérieures étant plutôt rares. Il est remarquable combien cette inefficacité de l'atropine est un indicateur fidèle de la résistance de l'affection au traitement, et comment la guérison s'annonce par un commencement de dilatation pupillaire par l'atropine. En l'absence de tout signe direct du côté de l'iris, cette inefficacité temporaire de l'atropine est un signe précieux pour admettre l'existence d'une iritis, qui est dite séreuse à cause d'absence de synéchies. Mais il serait plus juste de parler de cyclite, car le siège principal du processus est dans le corps ciliaire.

Blépharo-conjonctivite et kérato-conjonctivite

Voilà un accouplement de termes qui m'a toujours déplu. Non pas qu'une conjonctivite ne puisse être suivie de kératite, comme par exemple dans la conjonctivite aiguë à bacille de Weeks ou par association fortuite d'une blépharite avec une conjonctivite, mais parce qu'en réalité ces faits sont rares et parce qu'on décore du nom de conjonctivite les simples congestions de la conjonctive. Il s'agit, dans tous ces cas, de blépharite sans conjonctivite. C'est contre l'abus du mot « conjonctivite » que nous protestons. Cet abus se manifeste, en particulier, de la part du praticien non spécialisé qui, en présence de n'importe quelle rougeur oculaire, prononce le mot de conjonctivite. A en juger d'après la fréquence avec laquelle on trouve, dans les certificats médicaux, mentionné ce terme, on croirait la conjonctivite la maladie oculaire la plus répandue. Or, on sait que les kératites dites phlycténulaires sont bien plus fréquentes que les conjonctivites.

Le nom de conjonctivite doit être réservé aux inflammations *diffuses* de la conjonctive palpébrale qui s'accompagnent d'une sécrétion muqueuse ou muco-purulente, dont l'abondance est en rapport avec l'acuité du processus. L'existence d'une sécrétion conjonctivale est un critère pour admettre l'existence d'une conjonctivite. Mais toutes les rougeurs conjonctivales, doublées d'une sécrétion, ne sont pas synonymes de conjonctivite. La plus grande partie de ces cas sont tributaires de la dacryocystite, manifeste ou latente. Cette dernière est encore plus souvent méconnue que la conjonctivite n'est reconnue à tort. Entre autres, toute conjonctivite monolatérale et qui reste telle plus de quinze jours, est une dacryocystite.

Si l'on réfléchit que les conjonctivites ont une durée éphémère tandis que les dacryocystites persistent pendant des mois, on comprendra que parmi les cas de rougeur conjonctivale avec sécrétion on a, *a priori*, autant de chances de tomber sur une dacryocystite que sur une conjonctivite.

Ne confondons donc pas rougeur oculaire avec conjonctivite. Cela admis, les blépharites et les kératites s'accompagnent souvent d'une injection de la conjonctive palpébrale ou bulbaire, mais s'accompagnent très rarement d'une conjonctivite vraie. J'admets kérato-blépharite, mais non kérato-conjonctivite. C'est que la cornée étant, en ce qui concerne son revêtement épithélial, un prolongement de la peau, la pathologie cornéenne a de multiples analogies avec la pathologie des paupières. Les kératites superficielles sont des dermatoses, et, comme telles, se combinent aisément avec les blépharites. Au contraire, les conjonctivites procèdent isolément, et, lorsqu'elles entraînent à la longue de l'eczéma des paupières, c'est que derrière ces conjonctivites apparentes se cache une dacryocystite ou du moins un état lacrymal.

Etant donné notre définition de la conjonctivite comme une affection diffuse et sécrétante de la conjonctive, nous répudions le terme de *conjonctivite* phycténulaire, pour y substituer celui de « pustule » ou « infiltration leucocytaire en foyers de la conjonctive bulbaire ». Nous répudions aussi le terme de conjonctivite granuleuse, pour dire « granulations de la conjonctive palpébrale et du cul-de-sac » ou « trachome ». Ne sait-on pas, depuis les recherches de Morax, que la forme aiguë, sécrétante chez les trachomateux est due à une infection surajoutée par le gonocoque, le bacille de Weeks, le diplobacille de Morax ou tout autre agent infectieux.

En somme, les conjonctivites sécrétantes, justiciables d'un traitement par des collyres aqueux, astringents ou caustiques, n'ont rien de commun avec les blépharites, ni avec les kératites, justiciables les unes et les autres de pommades ou collyres gras, à base de préparations hy-

drargyriques ou de la série des phénols (ichtyol, etc.). Cette séparation anatomique, physiopathologique et thérapeutique, doit trouver également son expression dans la terminologie.

Contusion oculaire

C'est un chapitre très vaste, à symptomatologie variée. Suivant les cas, on énumère tels ou tels symptômes, mais on oublie souvent les plus importants. Il convient de distinguer les cas légers qui n'ont laissé des troubles qu'au niveau des annexes, et les cas plus graves, qui ont intéressé le globe oculaire. Pour désigner ces derniers cas, nous avons proposé le terme de *syndrome traumatique du segment antérieur*. Nous avons cherché à justifier ailleurs l'intérêt pratique qu'il y a d'ajouter ce nouveau terme à tant d'autres déjà existants. C'est que ce terme fait comprendre qu'il n'y a pas de symptômes isolés et variés suivant les cas, dans les blessures non perforantes du globe. Il y a en réalité une entité morbide très caractéristique et constituée par la réunion d'un grand nombre de symptômes, les uns essentiels, les autres accessoires. Dans le syndrome même, il faut distinguer un certain nombre de degrés, suivant la gravité.

Un degré léger du syndrome, c'est l'iridoplégie ou l'iri-plégie traumatique, qui peut aller jusqu'à l'ophtalmoplégie interne. Si, en outre de ces symptômes, il y a des traces de déchirure de l'iris, soit au niveau du bord pupillaire (bord crénelé, encoches, petit colobome), soit au niveau du corps de l'iris (fentes, raréfaction du tissu, décoloration localisée) ou de la racine de l'iris (dialyse), c'est qu'il s'agit d'un degré plus grave. Dans ces cas, on peut trouver quelquefois facilement, quelquefois par une analyse plus fouillée des signes, une subluxation du cristallin et souvent aussi une cataracte traumatique, partielle et stationnaire. Dans quelques cas, cette cataracte peut revêtir une marche évolutive et devenir complète.

Ce qu'on doit toujours faire, dans des cas de contusion oculaire, et ce qu'on ne fait pas couramment, c'est d'observer attentivement la forme et la profondeur de la chambre antérieure, la position, la forme, la grandeur et les réactions pupillaires, l'existence ou non d'un pli anormal, semi-circulaire de l'iris, au niveau du grand cercle artériel. On doit, en particulier, explorer attentivement le cristallin au point de vue de la présence de stries ou autres opacités au niveau de la cristalloïde antérieure, de l'équateur et de la cristalloïde postérieure.

Remarquons ici expressément que la présence, dans quelques cas de contusion oculaire, d'un dépôt pigmentaire sur la face antérieure du cristallin, ne doit pas être interprété comme signe d'ancienne iritis, mais confirme l'idée d'un syndrome traumatique antérieur, avec subluxation du cristallin et desquamation de l'épithélium uvéal, au moment du conflit entre le cristallin et la face postérieure de l'iris, qui survient du fait de la contusion du globe.

Signalons encore que la connaissance du syndrome traumatique du segment antérieur enseigne à voir des symptômes qui passeraient inaperçus sans cette notion, et, en première ligne, l'existence d'une subluxation du cristallin ou d'une cataracte partielle stationnaire.

Donc, au lieu d'une litanie de symptômes dont le nombre peut être très grand, un seul syndrome, le syndrome traumatique du segment antérieur.

Chorio-rétinite traumatique

Pour la symétrie, opposons au syndrome traumatique du segment antérieur le syndrome traumatique du segment postérieur. L'étude de ce syndrome a été faite magistralement par Lagrange et aussi par M. Rollet. Il suffit de rappeler ici les quatre classes, établies par le regretté Maître bordelais. Mais nous tenons à protester contre l'emploi du terme de chorio-rétinite traumatique pigmentaire et atrophique, devenu classique. Car il n'y a ici nulle inflammation ; il n'y a que des effets mécaniques. Cette chorio-rétinite n'est que la suite d'une hémorragie de la choroïde et de la rétine, une atrophie des tissus après résorption de l'épanchement hémorragique, avec déplacement du pigment choroïdien. Qu'il s'agisse d'une hémorragie isolée ou combinée avec un décollement de la rétine, avec une déchirure de la choroïde ou telle autre lésion localisée, ce n'est toujours qu'une séquelle purement mécanique d'un traumatisme non perforant, d'une contusion indirecte (exceptionnellement directe), qui a porté ses effets sur le segment postérieur. Aussi proposons-nous, pour ces cas, le nom de syndrome traumatique du segment postérieur, et faisons remarquer que très souvent dans les cas les plus graves, comme cela est souvent survenu pendant la guerre, comme cela peut s'observer aussi en temps de paix, le syndrome traumatique antérieur se combine avec celui du segment postérieur.

Il importe de préciser la localisation du syndrome postérieur au niveau de la région maculaire, quand elle existe, et l'état du nerf optique, dont l'atrophie peut être, soit partielle, soit totale. On peut encore indiquer le siège des lésions d'une façon plus détaillée au niveau du secteur inféro-temporal, cas le plus fréquent, temporal, inférieur, nasal, supérieur. On peut décrire l'aspect des lésions suivant leurs diverses manifestations, mais le terme de syndrome traumatique du segment postérieur de la région papillo-maculaire, ou autre, englobera tous les cas qu'on peut rencontrer.

Rappelons encore que, dans les cas de syndrome traumatique du segment antérieur, le pôle

postérieur, la région maculaire, en apparence indemne, peut être intéressée fonctionnellement, ainsi que le montrent les cas où les seules lésions du segment antérieur n'expliquent pas la forte diminution de l'acuité visuelle qu'on rencontre souvent en pareil cas.

Choroïdites myopiques, scléro-choroïdites myopiques

Ici encore on a souvent blâmé l'emploi d'un terme, qui laisse supposer la nature inflammatoire du processus dans la myopie maligne. Au point de vue pratique, cette question de nomenclature a une importance médico-légale, surtout dans les expertises des myopes mobilisés, quelquefois dans les expertises pour accidents du travail. Les experts des centres spéciaux de réforme, pour blessures et maladies dues à la guerre, ont souvent cherché à discriminer dans les choroïdites myopiques la part qui revient à la prédisposition individuelle et celle due aux fatigues de service. Tantôt ils admettaient l'origine de la maladie ou de son aggravation chez les myopes les plus avérés, parce qu'ils présentaient des lésions étiquetées « choroïdite », tantôt, en présence de la contradiction de la part d'autres experts, ils cherchaient à dégager quelle part pouvaient avoir les fatigues du service, dans l'aggravation survenue au bout de 4, 6, 10, 15 ans.

Il est possible que sans l'existence de l'étiquette « choroïdite » ces mêmes experts auraient pensé à l'évolution spontanément progressive de cette même myopie, en dehors de toute fatigue, soit corporelle, soit visuelle. Ils auraient pensé aussi à ces myopes-savants, qui fatiguent leur vue pendant des dizaines d'années, sans qu'il leur arrive un décollement de la rétine ou des lésions maculaires graves. En tout cas, ces mêmes experts auraient été plus sobres dans l'attribution de pensions de 70, 80 ou 90 % aux nombreux territoriaux relégués dans les divers services de l'arrière, comme infirmiers ou commis ouvriers d'administration.

Non pas que je refuse d'admettre qu'un myope puisse être atteint d'une choroïdite. Je suis si loin de cette pensée, que je cherche à m'expliquer le manque de corrélation entre la fréquence du décollement de la rétine et l'intenisté de la myopie par l'hypothèse de l'existence d'une choroïdite antérieure, comme point de départ de tout décollement rétinien. La chose contre laquelle je m'élève, c'est la confusion entre les lésions du pôle postérieur du globe dans la myopie avec la choroïdite inflammatoire. Il convient donc de réformer les appellations de scléro-choroïdite ou de choroïdite myopique et de parler seulement de staphylomes postérieurs, de lésions d'atrophie péripapillaire autour des staphylomes, de foyers atrophiques et pigmentaires dans la rigion papillo-maculaire, de vestiges de petites hémorragies dans le voisinage de ces foyers, de flocons prépapillaires, analogues ou identiques avec la persistance de débris de l'artère hyaloïde, etc. La seule description de la localisation de ces diverses lésions doit permettre de différencier ces troubles mécaniques avec les diverses manifestations de la choroïdite disséminée ou de chorio-rétinites, spécifiques ou non. J'admets bien l'existence d'associations morbides mais dans la pratique, l'aspect ophtalmoscopique offre plus souvent les formes pures que ces associations morbides.

En discutant la terminologie des diverses affections oculaires, que nous venons de passer en revue, nous n'avons pas cherché seulement à traiter des questions d'étymologie ou de logique, ou de classification. Nous avons voulu pénétrer plus intimement dans la nature de ces affections, pour mieux adapter leur appellation à leur vraie nature. Il ne s'agit pas ici d'une vaine querelle de mots, mais d'un effort pour faire correspondre le mot avec la chose, grâce à la connaissance plus approfondie de la nature réelle de ces affections. Craignons les répercussions des mots sur les idées, et redoutons le danger de cultiver des fausses idées.

Clinique Chirurgicale

HÔPITAL SAINT-ELOI MONTPELLIER

LE DÉCOLLEMENT TRAUMATIQUE DES ÉPIPHYSES

Leçon clinique du Dr G. MASSABUAU,

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté.

Le décollement traumatique des épiphyses n'est en réalité qu'une fracture, mais franchement caractérisée, nettement individualisée par le siège de son trait, qui passe à travers le cartilage de conjugaison. Il s'agit donc d'une lésion spéciale à l'enfant et à l'adolescent, puisque ce cartilage, zone fertile de l'os, n'existe plus chez l'adulte.

On lit dans les écrits d'HIPPOCRATE que les Amazones mutilaient le poignet des jeunes mâles, prétendant ainsi s'assurer le privilège de la force et de l'adresse ; et c'est sans doute la plus ancienne référence bibliographique concernant les décollements épiphysaires. Sans m'attarder à ces évocations légendaires, je vous signalerai encore le travail capital qui est la thèse de ROUX DE BRIGNOLLES, soutenue à Montpellier en 1822 ; les discussions poursuivies devant la Société de chirurgie de Paris, en 1867, à propos d'un cas de DOLBEAU ; et le rapport présenté par KIRMISSON au Congrès français de chirurgie de 1904. La discussion s'est longtemps prolongée sur le point de savoir si le décollement épiphysaire avec son trait trans-conjugal, existe réellement, ou s'il n'est qu'une fracture banale ; cette querelle est aujourd'hui périmée, et la radiologie permet de trancher la question, en démontrant l'existence certaine du décollement épiphysaire.

***

Etiologie. — A quel **âge** l'observe-t-on ? Très rarement au cours de la première enfance ; à ce moment, en effet, l'épiphyse entièrement cartilagineuse fuit sous le traumatisme. L'âge d'élection est l'adolescence, et jusqu'à la vingtième année ; car c'est alors qu'existe, entre l'épiphyse ossifiée et la diaphyse osseuse, la zone faible du cartilage fertile.

Quel en est le **siège** ? Le plus souvent, c'est l'extrémité inférieure du fémur, puis celle du radius. Viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, les extrémités inférieures de l'humérus et du tibia et les extrémités supérieures de l'humérus et du fémur.

Quel en est le **mécanisme** ? Exceptionnellement, le traumatisme est direct : un choc, une chute. Habituellement, au contraire, le traumatisme est indirect : les membre a été engagé entre les barreaux d'une rampe d'escalier, ou saisi par une courroie de transmission.

Les faits démontrent que le traumatisme agit en TORDANT le membre, et non pas en TIRANT, suivant son axe ; et ceci ne saurait nous surprendre puisque, expérimentalement, une force de 300 kgr. est nécessaire pour décoller une épiphyse par traction axiale, tandis que 50 kg. suffisent, s'ils agissent par torsion.

Quant au mécanisme intime, il varie suivant que l'épiphyse reçoit ou non l'insertion des ligaments articulaires. Dans le premier cas, ce sont ces ligaments distendus qui l'arrachent,; dans le second, l'arrachement doit être attribué à la contraction musculaire.

***

Anatomie pathologique. — Le premier point, qu'il importe de préciser, est celui du **siège exact du trait de fracture.** Pour cela, je dois vous rappeler la constitution du cartilage de conjugaison et des régions contiguës ; ce qui est du reste assez simple : au contact de l'épiphyse cartilagineuse, existe une première couche, qui a la structure histologique du cartilage et qui est dite *couche chondroïde* ; entre cette couche et l'épiphyse, existe une tranche intermédiaire, dont le cartilage est infiltré de substance osseuse et qui est dite *couche ostéoïde*.

Depuis la thèse de CURTILLET (Lyon, 1890-91), il est bien établi que le TRAIT SIÈGE HABITUELLEMENT DANS LA COUCHE OSTÉOÏDE, empiétant ou non sur la diaphyse (décollement mixte ou pur), tandis que la couche chondroïde reste adhérente à l'épiphyse. C'est cette particularité, que veulent indiquer les différents noms donnés au décollement épiphysaire : *fracture para-cartilagineuse* (OLLIER), *fracture para-diaphysaire* (RIEFFEL), *fracture métaphysaire* (GANGOLPHE).

La deuxième particularité anatomo-pathologique, importante à retenir, est celle des **lésions périostiques.**

Quelquefois, le périoste est simplement *décollé*. Le déplacement de la diaphyse est alors insignifiant ou nul, si bien que, sur les images radiographiques, on ne voit pas grand'chose.

A ces cas, OLLIER (*Revue de chirurgie,* 1881) a donné un nom qui n'est pas très bon, car il prête un peu à confusion : celui d'entorse juxta-épiphysaire.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Assez souvent, le périoste est *déchiré,* et présente une brèche, une boutonnière, par où peut sortir la diaphyse déplacée. Si bien que le manchon périostique se trouve interposé entre la diaphyse et l'épiphyse, et qu'il peut en résulter de très graves difficultés pour la réduction du déplacement.

A ces deux notions essentielles : le siège du trait et les lésions du périoste, j'ajoute cette indication, que l'*hémarthrose* est habituelle, sauf dans les cas où le cartilage conjugal, que traverse le trait, est extra-articulaire.

***

Les **symptômes** sont évidemment variables avec la localisation. Mais je ne veux envisager que les signes généraux, communs à tous les cas.

Voyons d'abord les SYMPTÔMES SUBJECTIFS. Au premier plan, se place la *douleur,* très vive parfois et qui immobilise le patient. Quant à l'*impotence fonctionnelle,* à côté des cas où elle est complète, comme dans une fracture, nous en observons d'autres, où elle est absente : témoin la jeune fille, dont parle KIRMISSON, qui se décolla la tête fémorale en dansant en rond avec ses compagnes, et qui put cependant continuer son jeu.

Parmi les SYMPTÔMES OBJECTIFS, retenons, le *gonflement,* aussi considérable que dans une fracture ; la *déformation locale,* parfois absente, qui est fonction du déplacement et de la déchirure périostique et qui peut aussi être analogue, par exemple au niveau de l'extrémité inférieure du radius, à celle d'une fracture de siège voisin ; la *mobilité anormale,* pareille encore à celle d'une fracture, mais plus difficile à mettre en évidence, étant donné la petitesse du fragment épiphysaire ; enfin la *crépitation* qui, ici, n'est jamais rude, mais *douce,* attendu qu'il s'agit d'un frottement cartilagineux. Ce dernier signe est d'ailleurs le plus souvent difficile à chercher et à préciser.

***

Le **diagnostic** est-il facile ?

Non, si l'on s'en tient au seul examen clinique ; car il est malaisé de distinguer un décollement épiphysaire d'une facture voisine. Vous pouvez cependant vous aider de quelques éléments intéressants.

a) L'*âge du sujet* ; s'il s'agit d'un adolescent, l'idée d'un décollement doit vous venir naturellement à l'esprit ;

b) Le *siège du trait,* tout voisin de l'articulation, tel que l'exploration clinique pourra vous l'indiquer ;

c) Le *caractère particulier de la crépitation,* digne d'attention, mais insuffisant pour fonder une certitude.

En somme, par le seul examen clinique, on ne peut que soupçonner le diagnostic. Seule, la **radiographie**, en montrant de façon formelle le siège de la solution de continuité, permet de le poser sans hésitation.

***

L'**évolution** est variable selon les cas.

Quelquefois très bonne, elle aboutit à la formation d'un cal osseux de faibles dimensions, sans aucun trouble de l'activité du cartilage, et avec une restitution fonctionnelle parfaite. Ce sont là les cas heureux, qui, je dois le dire, sont assez nombreux.

Mais elle est parfois mauvaise, du fait des complications qui viennent la compromettre.

C'est d'abord l'**irréductibilité du déplacement,** consécutive au passage de la diaphyse à travers la brèche du périoste, et génératrice de raideur dans l'articulation voisine.

Ce sont ensuite les **troubles de l'accroissement de l'os**, relativement rares, il faut le dire, puisque POLLAND, sur 700 cas, ne les a notés que 56 fois. Vous en connaissez la raison : le cartilage fertile, dont la mission est d'assurer la croissance, ne fonctionne pas comme par le passé, et, consécutivement, l'os ne s'allonge plus. Mais *à quoi est dû cet arrêt de fonctionnement du cartilage* ?

A cette question répond, par d'intéressantes constatations anatomo-pathologiques, le très important mémoire publié par CORNIL et COUDRAY dans la *Revue de chirurgie* en 1904. Et voici l'explication que vous y trouverez :

La réparation se fait par un tissu osseux de nouvelle formation, qui vient du périoste ; dans certains cas, ces travées osseuses néoformées s'orientent perpendiculairement à l'axe de l'os et forment une barrière transversale, un véritable mur, infranchissables aux boyaux cartilagineux venus de la couche chondroïde. Ainsi, l'accroissement de l'os est en quelque sorte tari, surtout si le cartilage atteint est celui de l'épiphyse la plus fertile : près du genou pour le membre inférieur, loin du coude pour le membre supérieur.

Si l'os, qui a subi le décollement épiphysaire, est isolé, il y a seulement différence de longueur entre le membre malade et le membre sain. Mais s'il s'agit, comme à l'avant-bras ou à la jambe, d'un os jumelé, il y aura, en outre, déviation de l'extrémité du membre et inclinaison vers l'os atteint : le meilleur exemple en est fourni par la main bote radiale consécutive au décollement épiphysaire inférieur du radius.

Je vous le répète : ces troubles de l'accroissement osseux sont peu fréquents ; mais vous comprenez combien ils peuvent être ennuyeux dans leurs conséquences.

***

Traitement. — Je ne vous parlerai que du traitement des décollements épiphysaires récents, et je laisserai de côté la correction des consolidations vicieuses et des déformations tardives.

S'IL N'Y A PAS DE DÉPLACEMENT, l'application d'une écharpe, ou le séjour au lit pendant quelques jours, suffiront ; après quoi, vous entreprendrez la mobilisation progressive.

S'IL Y A DÉPLACEMENT, il faut le réduire, ce qui n'est pas toujours commode ; l'anesthésie générale, vous donnera la souplesse articulaire et la détente musculaire indispensables, et, grâce à elle, la réduction sera facile et correcte. Après quoi vous immobiliserez le membre dans un appareil plâtré.

Pendant combien de temps ? Pas trop longtemps, sans doute, car il faut se méfier des raideurs articulaires de voisinage. Mais ne craignez pas de prolonger cette immobilisation assez longtemps, plus même que pour une fracture : elle, seule, met au repos le périoste et sa dangereuse activité, et ainsi c'est elle, comme on l'a dit, qui va éviter l'ankylose.

Après l'ablation de l'appareil plâtré, rappelez-vous, plus encore ici qu'après une simple fracture, qu'il faut proscrire, chez l'enfant, le massage, excitateur de la menaçante prolifération périostique. Et contentez-vous de faire de la mobilisation méthodique.

Il y a des cas où, malgré l'anesthésie, malgré tous les efforts réalisés, le DÉPLACEMENT RESTE IRRÉDUCTIBLE. Que faire alors ? Laisser persister ce déplacement ? Non pas : vous seriez sûrs d'avoir une déformation importante, une raideur articulaire grave.

Il faut intervenir, et l'opération sera extrêmement simple, si vous savez vous inspirer de l'anatomie pathologique et vous rappeler que l'irréductibilité est due à la boutonnière périostique par où sort la diaphyse : incisez, débridez le périoste, pour qu'il permette la réintégration de la diaphyse ; d'eux-mêmes, pour ainsi dire, les fragments se remettront bout à bout, et vous n'aurez même pas besoin de faire une ostéosynthèse pour les y maintenir.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Une classification utile des rhumatismes chroniques : les arthrites et les arthroses. L'efficacité de la cuti-vaccination dans les arthrites.

D'après les travaux de MM. F. COSTE et J. LACAPÈRE (1).

Il s'agit là d'une méthode fort simple et très efficace dans le traitement des rhumatismes chroniques, et, qui, fait important, justifie pleinement la nouvelle classification, purement clinique, proposée aujourd'hui : en effet, *la* cuti-vaccination donne des résultats très favorables dans les arthrites, mais non dans les arthroses.

Cette cuti-vaccination utilise le cuti-vaccin tuberculinique de Ponndorf. C'est une méthode très répandue depuis de longues années en Allemagne et dans les pays centraux ; son historique est assez curieux, car de tous temps elle a été appliquée, surtout par les médecins praticiens, alors que la science officielle la tenait plus ou moins à l'écart. Partant de la remarque qu'une des immunités les plus solides, parmi celles qui confèrent les maladies infectieuses, est celle de la variole ou de la vaccine, et s'appuyant, d'autre part, sur la bénignité, la lenteur évolutive des tuberculoses cutanées, et la rareté de leurs complications viscérales, Ponndorf s'était représenté la peau comme le grand organe de l'immunité : pour « immuniser » contre la tuberculose, il suffit, d'après lui, de faire appel à la peau, de pratiquer des cuti-vaccinations tuberculiniques. Alors que la tuberculinothérapie par les autres voies parentérales ou par la voie digestive est non seulement inutile, mais dangereuse, la tuberculine déposée sur des scarifications dermiques serait, elle, transformée par la peau, organe immunisant, en anticorps antituberculeux. Il y avait là, déjà, un certain nombre d'erreurs d'interprétation.

Cependant Ponndorf allait plus loin : une importante partie de la pathologie en général,

(1) F. COSTE, médecin des hôpitaux de Paris, et J. LACAPÈRE, ancien chef de clinique. Grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures. I. Les arthrites (*La Presse médicale*, 11 mars 1931). — II. Les arthroses (*La Presse médicale*, 21 mars 1931).

F. COSTE et J. LACAPÈRE. — Cuti-vaccination du rhumatisme chronique (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 20 mars 1931).

prend place dans le domaine de la tuberculose, et, dès lors, la cuti-vaccination était appelée à devenir un traitement primordial pour des affections très diverses, où cette maladie est censée jouer le rôle d'un fond morbide, notamment pour les affections rhumatismales.

Le fait était bientôt confirmé par les résultats obtenus par des « milliers » de praticiens. Et, chose singulière, cette méthode, périlleuse en somme, livrée aux médecins, sans contrôle sérieux des doses employées, — cette inondation tuberculinique d'une partie de la population des pays centraux — ne semblait pas entraîner de nombreux réveils ou aggravations de tuberculose.

Une telle innocuité relative de la tuberculine, introduite par voie dermique constituait un fait digne d'attention. La faveur, dont la méthode continue à jouir en Allemagne et dans d'autres pays, portait à se demander si les résultats thérapeutiques annoncés ne méritaient pas, eux aussi, une certaine créance. L'intérêt de plus en plus grand, qui paraissait se porter sur son application au traitement des rhumatismes, engagea les auteurs à expérimenter sa valeur dans ce cas spécial.

***

Comment on peut utilement classer les rhumatismes subaigus et chroniques

Passablement confuses sont les classifications françaises du rhumatisme chronique, en tant que basées à la fois sur l'étiologie et la clinique, ou seulement sur l'étiologie.

MM. Coste et Lacapère ont eu l'impression d'être dans la *vérité clinique*, en tentant de rattacher la grosse majorité des cas de « rhumatisme » à deux types, qui s'opposent :

Celui des *arthrites inflammatoires*, ou plus simplement des *arthrites*.

Celui des *ostéo-arthropathies dystrophiques* ou des *arthroses*.

Les arthrites

Cliniquement, les symptômes et l'évolution des arthrites portent la *marque inflammatoire*. Ce sont, avant tout, des arthro-synovites, où la synoviale est touchée en premier et d'une manière prépondérante. Elles sont fluxionnaires, sujettes à des poussées évolutives avec inflammation locale et fièvre, entre lesquelles la température reste souvent dénivelée (entre 37° et 38°). Elles tendent, soit vers la résolution spontanée, soit vers l'aggravation progressive, atteignant alors les cartilages et l'os, et aboutissant à une ankylose fibreuse. Des déformations considérables peuvent survenir, liées moins au boursoufflement et à l'hypertrophie des extrémités osseuses qu'aux attitudes vicieuses, imposées aux jointures par les rétractions ligamentaires ou synoviales, par l'atrophie ou la contracture musculaires. Elles se comportent enfin comme des maladies évolutives, susceptibles de retentir par elles-mêmes sur l'état général (anémie, amaigrissement).

Radiologiquement : au début (stade synovial pur), peu de chose. Ultérieurement (stade ostéo-cartilagineux) : décalcification, pincement et disparition de l'interligne, fusion des extrémités articulaires ; mais très peu de déformations osseuses ; pas ou très peu d'ostéophytes.

Les arthrites peuvent survenir à tout âge, parfois, et même souvent, sous l'influence directe ou lointaine, ou méconnue, d'une maladie infectieuse, ou d'un foyer d'infection locale. Ce groupe englobe essentiellement tous les rhumatismes subaigus ou chroniques d'origine infectieuse (post-rhumatismale, blennorragique, tuberculeuse, syphilitique, etc.), et toutes les poly-oligo- et mono-arthrites (d'origine infectieuse, protéinique, endocrinienne, tropho-névrotique ou sympathique), même le rhumatisme déformant progressif généralisé au début (et non à un stade avancé), pourvu que l'on y reconnaisse *les caractères généraux inflammatoires*, décrits plus haut.

Les arthroses

Les arthroses sont en principe des déterminations *non inflammatoires*, dues à l'usure des articulations, sans fièvre, ni autre retentissement sur l'état général que celui qu'entraîne une infirmité parfois très douloureuse, et fatigante dans la marche comme dans les mouvements.

Elles se voient le plus souvent dans la vieillesse ou tout au moins dans la deuxième moitié de l'existence. Elles sont liées à toutes les causes de la senescence : *générale* (ostéoporose sénile ; artério-sclérose ; facteurs endocriniens ; influences toxiques, dyscrasiques ; causes d'affaiblissement momentané de l'organisme par maladies générales, fatigue, surmenage, hygiène défectueuse) ; *locale* par facteurs mécaniques et surtout statiques (surmenage fonctionnel par attitude vicieuse d'un segment de membre ou d'une articulation, par imperfection congénitale des contours articulaires, telle que subluxation ancienne ; affaiblissement sénile de la musculature diminuant la solidité des articulations, etc.).

Leur aspect radiologique est particulier : l'élément synovial y est minime ; le cartilage est frappé d'altération velvétique en son centre ; il prolifère en chondro-ostéophytes à la périphérie ; il y a peu de décalcification. En règle générale l'arthrose n'évolue pas, comme l'arthrite, vers l'ankylose fibreuse, ni vers la fusion des extrémités articulaires.

Ce groupe est surtout constitué par les arthrites sèches du genou et de la hanche ; aux membres supérieurs, il englobe le rhumatisme d'Heberden. A la colonne vertébrale, il est représenté par le rhumatisme ostéophytique, dont le type est la spondylose rhizomélique.

***

La pratique de la cuti-vaccination.

Le vaccin

Les vaccins, utilisés par Ponndorf, sont au nombre de trois :

1° *Le vaccin A* contient uniquement un mélange de tuberculine et d'un autolysat de bacille de Koch ; il renferme donc, en plus de la tuberculine, des endotoxines bacillaires, et se montre supérieur dans ses effets à la tuberculine seule.

2° *Le vaccin B* contient, en plus des constituants précédents, des autolysats de streptocoques, staphylocoques, pneumocoques et bacille de Pfeiffer. C'est lui, que les auteurs ont employé le plus souvent pour le traitement des rhumatismes chroniques de nature indéterminée, ou peut-être streptococcique.

3° *Le vaccin G* contient, en plus du vaccin B, un autolysat de gonocoques.

Ces trois vaccins possèdent des propriétés assez voisines, liées avant tout à leur teneur en antigènes tuberculeux. Peut-être le vaccin A provoque-t-il des réactions plus vives dans les cas, (rhumatisme compris) où la tuberculose joue un rôle ? Peut-être le vaccin B donne-t-il plus fréquemment des réactions positives, dans ceux où il s'agit d'autre chose que la tuberculose, notamment du streptocoque.

La cuti-vaccination

Le traitement consiste en scarifications *extrêmement serrées*, tracées *en tous sens* à l'aide d'un scarificateur à lames multiples, sur une surface de peau variable : 3 cent. carrés au début, pour tâter la sensibilité du sujet, et ultérieurement 5, 6 et jusqu'à 8 cent. carrés. Il faut entamer franchement le derme, *faire saigner*, tout en ne dépassant pas le réseau capillaire : Le sang doit sourdre et perler lentement le long des stries tracées par l'instrument, par fines gouttes qui grossissent peu à peu et finissent par recouvrir la surface cruentée, sans toutefois s'épancher en quantité suffisante pour s'écouler en dehors d'elle. Dès que les scarifications sont tracées, on répand sur elles le vaccin, contenu dans un tube de verre effilé (VIII à IX gouttes environ), ou parfois dans deux tubes, si l'on tient à renforcer la réaction chez un sujet reconnu, par une première vaccination, peu sensible. Puis, *assez longtemps*, avec le manche recourbé de l'instrument on malaxe la peau scarifiée pour *faire pénétrer* le vaccin. Ces précautions sont très importantes. Si on les néglige, les réactions peuvent être tout à fait insuffisantes.

Ces dernières sont de trois ordres, et il faut les noter soigneusement après chaque vaccination : 1° *réaction locale*, qui peut être légère (seules les stries rougissent dans les jours qui suivent), moyenne (rougeur ardente en nappe et infiltration de la zone scarifiée), intense (grosse réaction érythémateuse à distance, exsudation séreuse abondante, formation de croûtes épaisses, forte réaction ganglionnaire dans le groupe tributaire) ; 2° *réaction générale*. Elle peut être, ou nulle, ou des plus violentes : dans ce dernier cas on verra la température atteindre 40°. Elle peut durer pendant plusieurs jours. Ou bien cette réaction éclate le soir même et est d'emblée portée à son plus haut point. Ou bien elle est progressive, n'atteignant son maximum qu'au bout de quelques jours. Les auteurs l'ont vu durer jusqu'à huit jours. C'est d'ailleurs très rare. L'éventualité habituelle est une réaction à 39° pendant un ou deux jours. *En principe, le bénéfice thérapeutique procuré par le vaccin est parallèle à l'intensité de cette réaction* ; il marche également de pair avec la netteté de la *réaction focale*. Dans toutes les jointures touchées par le rhumatisme, le malade ressent, pendant un ou plusieurs jours, une recrudescence parfois très marquée des douleurs. Cette irritation focale est de bon augure pour le succès du traitement.

Les cuti-vaccinations sont répétées à un intervalle moyen de trois semaines ou de quinze jours. La durée totale du traitement dépend de l'effet obtenu. Parfois 3 ou 4 applications suffisent pour amener la guérison. Dans d'autres cas, l'effet est très lent à se prononcer et l'on peut être amené à pratiquer 12, 15 vaccinations. On peut espacer beaucoup plus les dernières (1 à 2 par an, conseille Ponndorf). Enfin, dans les cas, où aucune amélioration n'a suivi les 2 ou 3 premières vaccinations (ce qui est lié soit à la nature du rhumatisme traité, soit à l'absence de sensibilisation cutanée vis-à-vis des antigènes bacillaires), il est le plus souvent indiqué de renoncer à poursuivre la cure, à moins que, le rhumatisme en cause appartenant au groupe de ceux où la vaccination a chance de réussir, on n'insiste dans l'espoir d'augmenter, par la répétition des vaccins, l'intolérance de l'organisme

vis-à-vis de ces antigènes. On a pu observer plusieurs fois cette sensibilisation progressive d'une séance à l'autre.

D'ailleurs, chaque nouvelle vaccination entraîne non seulement une réaction locale au niveau de la plage scarifiée, mais une reviviscence d'inflammation au niveau des emplacements antérieurement vaccinés.

On prendra soin d'interdire au malade le port d'un pansement occlusif, qui pourrait, lorsque la réaction locale est vive et s'accompagne d'un gros suintement séreux, favoriser la production d'une carapace de croûtes épaisses, sous lesquelles la peau s'ulcérerait, une simple compresse sèche suffit.

***

Les résultats thérapeutiques

On sait que toute vaccinothérapie ne peut réussir que sur un organisme en état de réaction, ou capable encore de réagir, puisque ce procédé agit en suscitant la defense organique. Il était donc à prévoir, que, étant donné la nature, inflammatoire ou non, des deux classes établies dans les rhumatismes chroniques, la cuti-vaccination devait être efficace dans les arthrites, et échouer dans les arthroses. C'est ce que l'expérience a vérifié.

Les arthrites

MM. Coste et Lacapère peuvent actuellement faire état de 85 observations, où la vaccination de Ponndorf a été employée, à l'exclusion de tout autre traitement : 67 concernent des localisations pluri-articulaires (poly- ou oligo-arthrites), et 18 des mono-arthrites (ou périarthrites).

C'était pour la plupart des malades au stade de *polyarthrite* débutante, essentiellement synovitique, n'ayant encore entraîné que des ankyloses très partielles et des déformations modérées. Chez ces sujets, la polyarthrite ne fait pas nettement la preuve étiologique ; elle évolue par poussées ou insidieusement, s'aggravant peu à peu, et l'on a l'impression que, livrés à eux-mêmes, et victimes des erreurs thérapeutiques courantes, soumis par exemple en pure perte à de longues cures par le salicylate ou par les médicaments de la goutte et à un régime de famine inspiré par la hantise de l'arthritisme, — ils sont voués à une impotence de plus en plus grave, et exposés à une déchéance générale, qui ne fait que hâter la marche des lésions articulaires. C'est dans de telles conditions, chez des malades pris relativement près du début de leur affection, qu'un *traitement d'arrêt,* capable de guérir l'élément inflammatoire des arthrites, donc d'en enrayer les progrès évolutifs, peut jouer un rôle capital et transformer l'avenir.

La cuti-vaccinothérapie a donné à ce point de vue des résultats parfois remarquables.

Pour 67 *polyarthrites* : 15 échecs, 38 améliorations, 13 guérisons, 1 accident.

La guérison (terme employé pour des cas essentiellement synovitiques) a amené non seulement la disparition de tout symptôme d'ordre inflammatoire (général ou local) et de tout symptôme fonctionnel (douleur, limitation des mouvements), mais une régression objective et définitive des tuméfactions et déformations articulaires.

Les améliorations comportent l'atténuation des douleurs, l'amélioration fonctionnelle, la disparition de tout symptôme inflammatoire, le retour à la vie normale ; elles comportent aussi les malades qui, porteurs avant le traitement de grosses lésions constituées, conservent des jointures déformées, dont ils ne souffrent plus et dont les mouvements ont récupéré plus ou moins complètement leur amplitude initiale.

L'accident s'adresse au cas d'une femme, ayant présenté dix ans auparavant une infiltration tuberculeuse curable du sommet gauche, qui fit une pleurite après la quatrième vaccination.

Le nombre des vaccinations, faites chez chaque malade, a varié de deux à une quinzaine. Leur importance, l'étendue de la surface scarifiée, la quantité de vaccin utilisé furent déterminées d'après l'intensité des réactions ; chez les sujets les plus sensibles on a espacé les séances d'un mois et davantage.

Pour 18 *mono-arthrites* : 10 résultats très bons ou guérisons, 4 améliorations, 4 échecs.

Les arthroses

On ne peut citer ici, qu'un nombre de cas moins élevé, ceux dans lesquels la vaccination a été utilisée seule : sur 8 observations, 7 fois (4 lipo-arthrites des genoux, 2 coxarthries, 1 rhumatisme des mains), l'échec a été total. Dans un cas de lipoarthrite, une forte vaccination, pratiquée dans le voisinage du genou malade, a donné une petite rémission.

Il faudrait ajouter à cette liste d'autres cas, plus nombreux, où la vaccination, employée concurremment avec d'autres traitements, euxmêmes inadéquats contre les arthroses, a échoué.

En principe la méthode de Ponndorf ne donne aucun résultat dans cette classe d'arthropathies

***

Les proportions de succès dont l'énoncé précède sont assurément bonnes, surtout quand on

réfléchit qu'aucune autre thérapeutique n'a été appliquée et qu'en particulier les foyers d'infection locale, quand il en existait, n'ont été l'objet d'aucun traitement. Ce qui a le plus frappé, c'est la rapidité d'action. Dès les premières vaccinations, on est fixé ; on l'est souvent dès la première. Le malade accuse, aussitôt après l'aggravation momentanée due à la réaction focale, une amélioration fonctionnelle nette, indice qu'on est dans la bonne voie. Il est des cas où cette amélioration est vraiment étonnante et où la situation des malades, à demi-impotents, béquillards, parfois même complètement immobilisés, se transforme entièrement en quelques semaines.

Faute d'une expérience qu'il faudra encore beaucoup plus large, il est difficile de comparer utilement la vaccination de Ponndorf aux autres traitements médicaux, actuellement les plus recommandés, et qui ont été, eux aussi, largement employés par les auteurs : injections intraveineuses d'iodo-alcoylates, et chrysothérapie. On a cependant l'impression qu'elle est supérieure, aux autres, et en tous cas d'une exécution beaucoup plus commode ; autant il est aisé d'obtenir des malades qu'ils se présentent une fois toutes les deux, trois ou quatre semaines pour subir une vaccination, autant il est difficile de les astreindre à une cure journalière d'injections intraveineuses prolongée pendant des mois.

Le traitement par l'allochrysine a donné également des résultats fort intéressants ; il est d'exécution simple, n'entraîne que des risques d'intolérance assez minimes, si l'on reste dans les faibles doses ; son seul défaut est d'agir souvent très lentement, laissant se prolonger la période d'incertitude, où l'on se demande s'il se révélera à la fin efficace ; car l'allochrysine, comme le vaccin de Ponndorf, ne connaît pas que des succès. Quelques observations heureuses permettent de penser que loin de se combattre, les deux méthodes peuvent s'associer ; il en serait de même des iodo-alcoylates. L'utilité de ces synergies thérapeutiques ne sera toutefois démontrée que par un nombre plus important d'essais.

Les auteurs ont tendance pour l'instant, dans les cas appartenant au groupe des arthrites, à recourir, comme méthode d'attaque, à la cuti-vaccination, parce qu'elle a l'avantage de renseigner rapidement le malade et le médecin sur les chances de réussite de la cure. Si l'absence d'amélioration après les premiers vaccins, ou encore un état d'anergie cutanée, font mal augurer de la suite du traitement, mieux vaut alors s'adresser à une autre méthode, car, là où le vaccin a échoué, il n'est point dit que doive échouer l'allochrysine ou l'iode intraveineux. (Inversement d'ailleurs, tel cas qui résistait à ces derniers peut s'améliorer rapidement sous l'effet du vaccin.)

***

Indications. Contre indications.

Indications : L'opposition entre le groupe des arthrites et celui des arthroses est apparue aussi nette au point de vue thérapeutique qu'au point de vue clinique. C'est dans les premières seules que la vaccination donne des succès. Il est inutile, à moins de données étiologiques très particulières, d'infliger celle-ci, et ses réactions locales et générales, à un sujet atteint d'une arthrite sèche ou d'un rhumatisme d'Heberden.

Contre-indications : L'une d'elles, toute relative, est d'ordre esthétique. Les scarifications laissent à leur suite une pigmentation brunâtre, parfois très longue à disparaître. Il est bien rare qu'une jeune femme, en butte à une douloureuse et inquiétante polyarthrite, se refuse pour ce motif à subir le traitement. Elle réclamera simplement d'être vaccinée non au bras, mais à la cuisse, ce qui n'a aucun inconvénient.

La seule contre-indication véritable — hors celle tirée du type clinique du rhumatisme à traiter — pourrait, de l'avis des auteurs, résulter de l'état général trop atteint du sujet, et surtout de l'existence d'une imprégnation tuberculeuse. Avant qu'un contrôle vraiment scientifique des assertions de Ponndorf ne nous ait définitivement rassurés sur les dangers éventuels de sa méthode appliquée au traitement de la tuberculose, il semble indispensable de recommander dans ce cas spécial la plus grande prudence.

Restent les sujets cliniquement indemnes de tuberculose. Chez eux, l'expérience de MM. Coste et Lacapère confirme jusqu'à présent celle des nombreux médecins étrangers, qui emploient la méthode de Ponndorf ; ils n'ont éprouvé aucun ennui, ni même aucune inquiétude en suivant les réactions déterminées par la vaccination chez leurs malades.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Dangers du menthol en oto-rhino-laryngologie.

D'après M. Leroux-Robert, le menthol est toujours suspect, souvent dangereux, parfois mortel. Il peut être cause de troubles subaigus (douleur, conjonctivite aiguë, pseudo-érysipèle de la face) ou chroniques (érythèmes labial et narinaire, mentholisme), mais aussi des accidents suraigus les plus tragiques, quand il s'agit de jeunes enfants.

Il faut donc absolument s'abstenir, chez le nourrisson, et même chez l'enfant au-dessous de trois ans, de toute préparation mentholée, et on doit proscrire de la pratique usuelle les injections trachéales, voir les instillations d'une seule goutte d'huile au menthol jusqu'à 7 ans ; au-dessus de cet âge, il faut tenir compte des susceptibilités individuelles et proportionner les doses à chaque cas particulier, ne l'élevant jamais au-dessus de 10 centigrammes pour 50 grammes.

La seule indication paraît être la *sinusite frontale aiguë*, à la période du vacuum sinus, ou de sinusite congestive avec ou sans léger exsudat.

En décongestionnant l'orifice du sinus, les inhalations d'alcool mentholées suppriment rapidement la douleur, par évacuation de quelques gouttes liquides qui pourraient subir une transformation purulente (empyème).

Formuler :

Alcool à 70°...........	100 grammes
Menthol	2 grammes

Verser dans un bol d'eau bouillante deux cuillerées à café du mélange, retourner sur ce bol un entonnoir, prendre un tube de 20 centimètres, l'ajuster sur l'entonnoir d'un côté, et de l'autre l'introduire dans la narine intéressée pendant 10 minutes ; puis se moucher fortement en comprimant la narine opposée.

A part cette indication, le menthol doit être prescrit avec la plus grande prudence, et il doit être complètement proscrit de la thérapeutique des nourrissons. (*La Consultation*, octobre-novembre 1930.)

La vaccination régionale par la porte d'entrée. Son emploi en gynécologie.

En voici les principes : pour mettre en œuvre cette méthode de vaccination curative contre une infection, il faut injecter le vaccin antimicrobien, qui lui correspond, dans les tissus mêmes qui ont servi de porte d'entrée aux germes pathogènes.

M. P. Poincloux étudie le procédé d'une manière fort complète. Il faut tout d'abord, dit-il, préciser l'étiologie de la lésion infectieuse à soigner, par l'enquête clinique, par le laboratoire, et même à l'aide de la vaccination par la porte d'entrée. Ceci fait, l'effort doit toujours tendre à présenter le vaccin au tissu sensible dans lequel l'infection a germé. Puis, sont décrits minutieusement le matériel, les données générales et les données particulières du traitement, enfin les résultats obtenus.

La vaccination régionale par la porte d'entrée, qui a paru puissante à combattre l'infection gonococcique et l'infection colibacillaire, quelles que soient leurs localisations, se révèle capable de rendre de grands services aux femmes, atteintes de manifestations génitales des mêmes infections isolées ou associées.

L'infection gonococcique, où qu'elle soit localisée, sera soignée en injectant le vaccin gonococcique dans la paroi muqueuse de l'urètre. L'infection colibacillaire, où qu'elle soit localisée, sera traitée en injectant le vaccin coli-bacillaire dans la muqueuse du rectum. Accessoirement, les glandes vulvaires et le col utérin pourront être utilisées comme voies d'introduction des vaccins, notamment en cas d'infection staphylococcique.

La vaccination par la porte d'entrée calme ou anéantit le processus inflammatoire. Elle n'agit pas directement sur des lésions anatomiques intenses et anciennes.

L'action sur les métrites est donc bonne, mais insuffisante pour guérir l'hyperplasie glandulaire. L'action sur les salpingites est souvent merveilleuse, habituellement très bonne. Les cautérisations au néo-Filhos peuvent être utilisées pour achever de guérir une métrite déjà améliorée, sans crainte de réaction périmétritique ou salpingée, même chez les femmes qui avaient une périmétrite ou une salpingite intense, quand elles ont d'abord été soumises à la vaccination régionale par la porte d'entrée. L'action sur les bartholinites suppurées est excellente. (*Paris médical*, 20 décembre 1930.)

Une technique clinique de détermination des groupes sanguins.

Les techniques trop simplifiées, adoptées par certains auteurs, ont donné des mécomptes dans

la détermination des groupes sanguins, notamment par suite des pseudo-agglutinations.

Une première sorte de pseudo-agglutination est celle par empilement des hématies, basée sur la vitesse anormale de sédimentation des hématies, fonction de variations conditionnelles. Celle-ci est susceptible d'être favorisée par l'infection microbienne *in vitro* et de disparaître selon certaines modalités physico-chimiques.

La pan-agglutination à froid est un deuxième mode de pseudo-agglutination ; les hématies normales, en présence de leur propre sérum, sont susceptibles, entre 0 et 25 degrés, de subir une pseudo-agglutination.

Ces deux principales variétés de pseudo-agglutination se distinguent de la véritable agglutination, parce qu'elles ne sont pas spécifiques. En particulier, elles ne comportent pas une absorption élective de la propriété agglutinante par des hématies déterminées.

Il existe une troisième cause d'erreur : c'est la faiblesse des sérums-tests employés, le manque d'agglutinabilité des hématies à grouper, ou la trop faible concentration de celles-ci, de sorte que la propriété éso-agglutinante des sérums ou éso-agglutinine, peut être absorbée par l'éso-agglutinagine des hématies sans que l'agglutination s'en suive.

MM. Servantie et J. Soulage ont adopté une technique qui évite ces causes d'erreur dans la mesure du possible. Pour préparer les sérums-tests, ils prélèvent aseptiquement le sang veineux et le portent à la glacière pendant 24 heures pour faire absorber par les hématies les pan-agglutinines à froid, ainsi libérées électivement entre 0 et 5 degrés. Ils ont ensuite centrifugé et recueilli aseptiquement les sérums dans des ampoules stérilisées scellées immédiatement à la lampe. Ces ampoules sont conservées à la glacière, pour éviter la pullulation de germes générateurs de pseudo-agglutinations ; ils évitent, ainsi l'addition d'antiseptiques, dans les sérums tests, et écartent dès lors une cause de précipitation.

Pour préparer des suspensions d'hématies fraîches de l'individu à grouper, ils font sourdre une goutte de sang de l'oreille (après piqûre aseptique), ils prélèvent le sang avec une pipette stérilisée, et le mêlent intimement à 1 cc. de sérum isotonique (20 gouttes).

Les auteurs détaillent ensuite la technique du mélange des gouttes de sérum. Dans les cas douteux, pour diminuer la vitesse de sédimentation des hématies, dont l'exagération conduit à la pseudo-agglutination par empilement, ils ajoutent au mélange hématies-sérum-test une goutte de la solution de kaolin au tiers dans du sérum physiologique ; ils mélangent intensement avec un agitateur stérile. Dans le cas de pseudo-agglutination, la tache obtenue est homogène, laiteuse, très légèrement rosée ; dans celui d'agglutination réelle, les grumeaux rouge-vif persistent et sédimentent rapidement dans un milieu blanc laiteux, qui contraste nettement avec eux.

Ces réactions sont effectuées sous une forte lampe électrique, qui porte la température ambiante des préparations à 30 degrés de moyenne ; on se trouve ainsi hors des limites thermiques, où peuvent s'effectuer les pan-agglutinations à froid.

La réaction d'agglutination est apparue, dans la majorité des cas, au bout de une à trois minutes.

Cette nouvelle technique évite les causes d'erreurs, signalées plus haut. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1930.)

Deux cas de septicémie streptococcique guéris à la suite de l'actinothérapie, associée à la vaccinothérapie.

Le Dr G. Marchal apporte deux nouvelles observations de septicémies streptococciques sévères, guéries immédiatement après une série d'injections intra-veineuses de gonacrine. Ces injections nécessitent une technique et des précautions spéciales, que décrit minutieusement l'auteur. A noter que dans l'un des deux cas la septicémie était à la fois streptococcique et staphylococcique.

L'endocardite secondaire streptococcique, à évolution lente, échappe encore à l'acridinothérapie, comme à toutes les autres ressources thérapeutiques.

Il est préférable d'utiliser l'acridinothérapie en association avec une méthode biologique, telle que la transfusion ou la vaccinothérapie. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les liquides inflammables ou toxiques utilisés dans les salons de coiffure.

(MM. P. CAZENEUVE et G. BERTRAND. — *Académie de médecine* ; 31-3-1931).

MM. Cazeneuve et Bertrand font une communication sur les liquides inflammables ou toxiques utilisés dans les salons de coiffure. Autrefois, le dégraissage et l'entretien de la coiffure s'effectuaient au savon. Mais le lavage et le séchage des cheveux prenant du temps, on s'est adressé à la chimie pour abréger les manipulations et ménager simultanément les ondulations demandées par la mode. On eut ainsi recours à des dissolvants spéciaux (benzine, éther de pétrole, tétrachlorure de carbone, tétrachloréthane, etc.), produits explosifs ou même toxiques.

Les ordonnances de police ont réglementé l'usage de ces produits, mais il n'apparaît pas à MM. Cazeneuve et Bertrand que ladite réglementation soit suffisante. Ils émettent le vœu qu. la vente de ces liquides inflammables ou toxiques et leur détention dans les salons de coiffure soient purement et simplement interdites. Ce serait là, selon eux, le seul moyen d'éviter les accidents, que peut causer leur emploi pour le lavage de la chevelure.

La proposition de MM. Cazeneuve et Bertrand est renvoyée à une commission composée de MM. Meillère, Balthazard, Tiffeneau, Radais, Breteau et Cazeneuve.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

(MM. MARCEL-LABBÉ et AZERAD. — *Société de chirurgie* ; 28-1 ; 4 et 18-3-1931.)

Après avoir essayé la thyroïdectomie totale (qui donne des morts brutales), les thyroïdectomies partielles (qui sont insuffisantes), la sympathectomie (qui n'a d'action que sur l'exophtalmie, non sur l'hyperthyroïdie), les ligatures d'artères thyroïdiennes (qui sont seulement des moyens de préparation), les chirurgiens pratiquent aujourd'hui la *thyroïdectomie subtotale*, opération dans laquelle on enlève le corps thyroïde, en ne respectant que les pôles supérieurs des lobes latéraux et les bandes postérieures, où sont situées les glandes parathyroïdes. Le dosage du corps thyroïde à laisser, est, d'ailleurs, affaire d'expérience de la part du chirurgien.

Pour que la thyroïdectomie soit suivie de succès, il est indispensable que le malade ait une préparation médicale destinée à réduire l'activité fonctionnelle de son corps thyroïde. Dans ce but, on a employé la radiothérapie, la ligature des artères thyroïdiennes. Ces procédés sont aujourd'hui délaissés au profit de l'iodothérapie : pris à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour, l'iode améliore rapidement et fortement l'état du basedowien. La tachycardie diminue, l'amaigrissement cesse, le métabolisme basal s'abaisse. A l'iode, on ajoute le repos, le calme psychique, le régime alimentaire (lacto-végétarien). Grâce à ces précautions préparatoires, les statistiques opératoires se sont beaucoup améliorées, la mortalité tombant de 6 et 8 pour 100 à 1 et 2 p. 100.

Les résultats ne sont pas, en toutes circonstances, cependant, aussi favorables. Sur une série de 25 cas de maladie de Basedow traités par thyroïdectomie subtotale, M. Labbé a noté 5 morts, soit 20 pour 100. Dans les 20 auires cas, la guérison a été complète ou incomplète. M. Marcel Labbé, il est vrai, se montre exigeant et n'accepte le terme de guérison complète que s'il y a disparition de tous les symptômes.

En somme, ajoute l'auteur, la thyroïdectomie subtotale donne quelquefois des guérisons complètes dans la maladie de Basedow, mais aboutit le plus souvent à une guérison incomplète, qui exige l'idiothérapie pour parfaire la santé de l'opéré. Elle offre encore des dangers assez sérieux pour que l'on hésite parfois à l'employer. Des améliorations dans la préparation et la surveillance des malades permettront certainement dans l'avenir des succès plus accentués.

— MM. Pierre DUVAL et WELTI ont opéré 45 cas de goitre exophtalmique avec 1 seul mort. C'est donc une mortalité beaucoup plus faible que celle enregistrée dans les observations de M. Marcel Labbé. M. Duval signale, d'autre part, des cas réfractaires à la médication iodée, celle-ci ne devant être, à mon avis, qu'un traitement palliatif et non curatif.

— M. HARTMANN relève 2 cas de mort sur 30 cas de Basedow opérés dans son service à l'Hôtel-Dieu, soit 6 % de mortalité. Les thyroïdectomies subtotales, pratiquées pour maladie de Basedow dans les hôpitaux de Paris, ne sont pas encore très nombreuses, les médecins parisiens n'ayant pas une grande tendance, jusqu'à ce jour, à faire opérer cette catégorie de malades.

— M. CUNÉO a eu l'impression que la cure iodée donnait une amélioration dans le plus grand nombre de cas. Mais cette amélioration ne se produit pas indéfiniment, quelquefois mme elle s'arrête assez vite.

— M. MARCEL LABBÉ emarque que la durée du traitement iodé est difficiie fixer. Ce que l'on voit après l'iode c'est une action rapide sur les symptômes et sur le métabolisme basal. Il arrive un moment où le maximum d'effet est obtenu. C'est à ce mo-

ment (pas toujours facile à saisir) qu'il est logique d'opérer. L'auteur a bien vu quelques cas réfractaires à l'iode, mais jamais de cas aggravés par ce médicament. L'iode bien manié reste ici un remède excellent, destiné non à guérir par lui seul, mais à préparer la guérison.

— MM. Moulonguet et Blondin rappellent l'opinion de leur maître, le regretté Paul Lecène. Comme M. Marcel Labbé, Lecène considérait que l'opération, dans la maladie de Basedow, n'était indiquée que dans les cas invétérés, ayant résisté aux thérapeutiques médicales diverses. Comme M. Labbé, il était impressionné par la gravité de la thyroïdectomie dans les véritables maladies de Basedow. Il insistait sur le caractère un peu fallacieux de certaines statistiques qui englobent beaucoup de cas bénins.

P. L.

Deux cas de syndrome de Chauffard-Stil, ou rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies et splénomégalie.

(R. J. Weissenbach, Françon, Gerbay et Robert *Soc. méd. des hôp. de Paris*; 30-1-1931.)

On en connaît à peu près une centaine de cas. Les auteurs distinguent les signes en principaux et accessoires.

Signes principaux. — Arthrites chroniques ; leur extension est symétrique, progressive ; la saillie des articulations tranche avec l'amyotrophie très marquée des régions voisines ; en dehors de cette constatation, les articles ne présentent ni altération morphologique considérable, ni dislocation, comme dans certains rhumatismes chroniques ; les attitudes vicieuses sont orientées dans le sens de la flexion.

Adénopathies : elles apparaissent comme satellites des arthropathies ; les ganglions sont isolés sans périadénite, ni aucune tendance à la suppuration.

Splénomégalie : dans les deux observations citées, la rate n'est pas palpable, mais son aire de percussion est franchement augmentée.

Atteinte de l'état général : pas de fièvre ; parfois une pâleur cireuse du facies ; les deux malades étaient encore capables de vaquer aux occupations de leur ménage.

Signes accessoires. — Sang : anémie avec légère diminution de la valeur globulaire ; leucocytose modérée avec prédominance des mononucléaires et en particulier des lymphocytes ; pas de forme anormale de la série rouge ou de la série blanche. L'acide urique est normal ou un peu abaissé. La vitesse de sédimentation paraît normale, du moins au bout d'une heure ; il y a là une curieuse exception à la règle posée par certains auteurs ; si elle était confirmée, elle posséderait une véritable valeur diagnostique.

Du côté des viscères aucune anomalie n'a été révélée. Aucun autre fait certain n'est à noter.

La thérapeutique n'autorise pas de conclusion étiologique. L'iode serait la meilleure médication interne. Dans un cas, l'actinothérapie aux rayons ultra-violets a valu une accalmie de six mois.

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique.

(MM. P. Jacquet et L. Gally. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-1-1931.)

La présence d'un point douloureux au bord interne du cæcum représente en matière d'appendicite un signe de première importance. Le diagnostic ne peut être affirmé toutefois que s'il existe un syndrome radiologique associé, qui traduit l'état de souffrance du carrefour inférieur, constant dans l'appendicite, et révèle la participation au processus réactionnel du côlon droit lui-même et de la zone sphinctérienne iléo-cæcale.

Pour mettre en évidence ce syndrome radiologique, il importe de préparer le malade par un repas baryté unique, ingéré six heures avant l'examen, pour pouvoir prendre connaissance de la durée du transit ; normalement, au bout de six heures, la baryte s'est déversée en totalité dans le cæcum ascendant, qu'elle remplit jusqu'à l'angle hépatique, et il ne reste dans l'iléon qu'un résidu infime.

Chez l'appendiculaire, à la condition que l'affection évolue depuis 2 ou 3 mois environ, il existe de façon constante une gêne au franchissement du défilé iléo-cæcal, entraînant un encombrement baryté de l'iléon au delà des délais habituels. Contrairement à l'opinion classique, c'est là un symptôme de premier ordre en matière d'appendicite, au cours de laquelle il existe avec une remarquable constance. On note aussi des spasmes iléo-cæcaux, spasmes en masse, ou spasmes localisés. Très souvent le cæcum est rétracté en masse. Les spasmes de l'iléon sont essentiellement rapides, transitoires et très localisés.

Quant à la visibilité de l'appendice, la superposition du point douloureux à l'image appendiculaire directement visible apporte une confirmation à l'ensemble déjà très concluant des symptômes précédents. Mais, en fait, la visibilité de l'appendice n'est nullement indispensable ; les auteurs s'en passent le plus souvent.

— MM. Cain et Gutmann font quelques réserves au sujet du caractère pathognomonique de ces signes radiologiques dans l'appendicite, dont le diagnostic doit être réservé à la clinique.

La cirrhose résiduelle à la suite des sténoses prolongées du cholédoque.

(MM. Noël Fiessinger et G. Albot. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 23-1-1931.)

La cirrhose cholostatique est surtout connue dans sa forme très spéciale de cirrhose calculeuse. Les auteurs montrent aujourd'hui que, chez l'homme, une sténose prolongée du cholédoque peut engendrer une cirrhose hypertrophique et que, si la cause de

de rétention biliaire cesse, l'ictère peut disparaître, mais qu'il persiste une cirrhose hypertrophique avec grosse rate, sans ictère, sans ascite, sans signe important d'insuffisance hépatique. Cette cirrhose n'évolue pas, s'immobilise sans aucun signe d'altération biliaire ; ils proposent de la nommer cirrhose résiduelle.

La disparition complète de l'ictère, le caractère figé de cette cirrhose, sans signe d'insuffisance hépatique, prouvent que malgré la longue durée de l'ictère par rétention, il ne s'est établi ni une angiocholite chronique avec ictère, ni une cirrhose progressive avec insuffisance fonctionnelle importante. Il s'agit véritablement d'une cirrhose résiduelle qu'il convient de rapprocher des néphrites résiduelles, maladies de cicatrice définitives, mais aussi trop limitées pour continuer une évolution extensive.

Influence des ondes galvaniques à longues périodes sur la trophicité locale (et peut-être générale).

(M. A. Laquerrière. — *Soc. de méd. de Paris* ; 24-1-1931.)

L'auteur rapporte les effets obtenus sans contractions musculaires dans deux cas de ptose de la paroi abdominale, dans un cas de troubles liés à un prolapsus utérin et chez une obèse à circulation défectueuse avec ptose de la paroi abdominale.

Traitements récents de quelques affections ano-rectales : hémorroïdes, fissures, prurit anal.

(M. Cambiès. — *Soc. de Méd. de Paris* 24-1-1931.)

Un film, avec dessins animés, présente la technique de la recto-sigmoïdoscopie et des traitements décrits. L'auteur passe en revue le traitement des hémorroïdes internes par les injections sclérosantes de quinine et urée à 5 %, faites suivant la technique du Dr Bensaude, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire.

Dans le traitement de la fissure anale, il signale les bons résultats obtenus à l'aide de l'injection sous la muqueuse de quelques gouttes de quinine et urée ; cette méthode est cependant très douloureuse. Pour éviter cette douleur, il a imaginé le traitement de la fissure par la dilatation diathermique progressive, à l'aide de son électrode olivaire spéciale. Le Dr C. signale enfin le traitement du prurit anal par les injections péri-anales sous la peau, et non dans le derme, de benzoate de cocaïne, dont voici la formule :

Benzoate de cocaïne..... } àâ 5 cc.
Alcool phényl-éthylique. }
Huile d'amandes douces... 90 grammes

La technique est simple. Après badigeonnage à la teinture d'iode de la peau de la région péri-anale, on injecte le liquide dans la région où siège le maximum de prurit : injection lente de 1 à 2 cmc. de solution, dans le tissu cellulaire sous-cutané, en éventail, en évitant la production de nodosités. Répéter tous les 4 à 5 jours les injections, en des points opposés. Injections indolores, sans réaction, ni nécrose, si on évite d'injecter dans le derme.

Résultat en général excellent, après 5 ou 6 injections ; les malades sont calmés et peuvent retrouver le sommeil. La méthode est trop récente pour qu'on puisse fixer la durée maxima des améliorations.

La dibromoxymercurifluorescine (D. O. M. F.) et ses applications en gynécologie et en urologie.

(M. Ch. David. — *Soc. de méd. de Paris* ; 24-1-1931.)

La D. O. M. F. est un produit très employé en Amérique, mais à peu près inconnu en France. Il s'emploie en solution à 1 ou 2 % ; les solutions sont de couleur rouge vif ; il s'agit là d'un antiseptique extrêmement puissant, très peu toxique, non irritant pour les muqueuses, ni pour la peau, et ayant un pouvoir de pénétration considérable dans les tissus. L'auteur a employé la solution à 1 % dans le traitement des vaginites et des métrites, en badigeonnages du vagin et du col utérin, et il en a obtenu des résultats supérieurs à ceux que donnent tous les autres moyens de traitement.

Dans les infections des voies urinaires, les résultats n'ont pas été moins bons ; dans les métrites et les cystites, Ch. D. a utilisé la solution à 1 % en instillations ; dans toutes les cystites, l'instillation de 5 cent. cubes de la solution amène en quelques jours la disparition de la douleur et de la pollakiurie, en même temps que les urines s'éclaircissent avec une rapidité surprenante.

Dans la blennorrhagie aiguë chez l'homme, on fait *des lavages* à 1 p. 1000 ; dès que la sécrétion est à peu près tarie, ce sont des instillations à 1 %, bien supportées. Dans la blennorrhagie chronique, instillations à 1 % avec dilatation haute et massage de la prostate.

L'auteur considère que ce produit est l'antiseptique local idéal, et qu'il mérite la première place dans la thérapeutique urologique et gynécologique.

G. F.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite et fin*) (1)

Les pancréatites chroniques

Suite du rapport de MM. Brocq et Miginiac

Constatations anatomo-pathologiques. — *A*) **Examens macroscopiques.** — Il faut distinguer :

La pancréatite localisée à la tête de l'organe. — C'est le type inflammatoire, très fréquent, s'accompagnant de l'augmentation de volume de la tête pancréatique, d'un aspect congestif du péritoine de voisinage, et d'une réaction lymphatique plus ou moins marquée.

La pancréati e indurée avec localisation identique, mais rappelant l'aspect néoplasique. La tête atteint le volume du poing, elle peut être dure, très dure.

La pancréatite du corps.

La pancréatite de la queue.

La pancréatite à noyau unique, situé d'ordinare au voisinage du cholédoque près de son abouchement dans le duodénum et susceptible d'être pris pour un calcul ou un cancer.

La pancréatite à noyaux multiples. — Toute la glande peut être bourrée de noyaux arrondis de volume variable.

La pancréatite totale.

Les pancréatites chroniques à manifestations discrètes.

Les pancréatites atrophiques.

La lipomatose pancréatique et les formes de transition.

L'examen macroscopique porte encore :

Sur la vésicule qui est calculeuse dans 19 p. 100 des cas ou qui présente des lésions chroniques sans calcul, dans 35 p. 100 des cas, ou qui, enfin, est manifestement saine une fois sur deux.

Sus la voie biliaire principale. Les calculs y sont rares deux fois sur 100 malades. Cette voie principale est souvent dilatée au-dessus du pancréas Après cholédocotomie le cathétérisme est parfois impossible, et, chose curieuse, dans les formes s'accompagnant d'ictère il est généralement très aisé.

Sur l'ampoule, la papille de Vater et le sphincter d'Oddi ; ces organes sont vierges d'ordinaire de toute lésion évidente.

Enfin, la *bile* mérite aussi d'être examinée. Elle est souvent normale ; elle peut être foncée ou blanche. Il est regrettable que son examen bactériologique n'ait été que rarement pratiqué.

B) **Examen histologique.** — *Il met en relief les caractères de l'hyperplasie conjonctive au sein de la* glande. On distingue : la sclérose périlobulaire dont le point de départ serait canaliculaire (Apie), la sclérose intralobulaire d'origine périvasculaire, la sclérose acineuse ou insulaire et la sclérose totale.

D'habitude, les îlots de Langerhans paraissent indemnes, d'où sans doute la rareté de la glycosurie.

Diagnostic. — Il faut avouer qu'en dépit de tant de renseignements fournis par la clinique, le laboratoire et l'opération, le diagnostic n'est jamais certain. On peut soupçonner l'existence d'une pancréatite, on ne peut jamais l'affirmer.

La pancréatite ne peut être reconnue que par la confrontation des constatations opératoires et des résultats lointains de l'intervention.

Trois hypothèses sont à discuter : calcul, cancer, pancréatite ? C'est la première qu'il convient de considérer d'abord. Si elle se confirme, le traitement est tout indiqué : c'est l'ablation du calcul.

Or, même le ventre ouvert, l'hésitation n'est pas rare entre un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater ou du cholédoque et une tumeur solide qui peut être un épithélioma ou une simple pancréatite.

En cas de doute, le décollement du duodénum s'impose ; seul il permet d'ajouter à la palpation antérieure de la glande, sa palpation postérieure. Le cholédoque doit être cathétérisé. Si le doute persiste et il persistera souvent, le chirurgien est autorisé à piquer le noyau suspect ou à l'inciser.

Supposons éliminée la possibilité d'un calcul : reste à résoudre le problème : pancréatite ou cancer.

L'âge du sujet doit entrer en ligne de compte mais cette considération ne résout pas le problème, et Quénu a conseillé d'avoir recours à la biopsie.

Bon nombre de chirurgiens la considèrent comme dangereuse : menace d'hémorragie, choc toxique par autodigestion de la glande ; voire même illusoire. Un examen histologique concluant au cancer a certes de la valeur, mais s'il reste négatif il peut avoir porté sur du tissu sain ou sur des zones de fibrose intense qui ne sont que des scléroses de défense à la périphérie des parties dégénérées.

Toutes ces incertitudes obligent à remettre à plus tard l'établissement d'un diagnostic certain.

La vérité n'apparaît qu'après une durée plus ou moins longue, c'est l'épreuve du temps.

L'examen radiographique, après injection de lipiodol, rendra quelques services.

Mais les rapporteurs sont d'avis qu'on ne peut vraiment affirmer l'existence d'une pancréatite qu'au bout d'un an. C'est l'état général du malade après ce laps de temps qui juge la question. Est-il

---

(1) V. *Concours médical*, nos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 19.

demeuré satisfaisant ou tout au moins suffisant, toute idée de cancer doit être écartée.

Encore convient-il de ne pas oublier que l'évolution d'une pancréatite ayant amené la sclérose de la glande a souvent préparé le terrain du cancer.

Essai de pathogénie. — Le mot même de pancréatite évoque l'idée d'une infection. Mais la conception inflammatoire est-elle vraie toujours ?

Nombreux sont les cas où l'affection évolue sans fièvre, sans œdème, sans lymphangite ni adénite.

A) **Pancréatite à allure inflammatoire.** — La glande est grosse, rouge, congestionnée ; il y a des ganglions dans le voisinage, des poussée fébriles et la bile, en cas d'ictère, contient des germes, presque toujours du colibacille.

L'infection est souvent venue d'un ulcère ou d'un calcul cholédocien, par continuité.

D'autre fois, c'est la voie lymphatique qui a été suivie, et pour quelques auteurs, la majorité des pancréatites ne serait que des adénites.

La voie canaliculaire pourrait entrer en jeu, par phénomène de stase, de reflux ou d'infection ascendante.

Et les rapporteurs, font justement remarquer que, ce triple mécanisme peut agir en cas d'obstacle vatérien. Il est curieux de noter qu'on a signalé en cas d'infection ascendante le rôle vecteur des parasites intestinaux, en particulier des lombrics.

L'infection par voie sanguine est fréquente : on l'a réalisée expérimentalement. Cependant elle paraît rare, dans les formes chroniques.

B) **Pancréatite à allure de tumeur.** — Il n'est pas prouvé que ces dernières aient une pathogénie différente des précédentes.

Des manifestations inflammatoires ont pu exister au début qui ont fait place peu à peu à une réaction fibreuse. Mais il semble hors de doute que certaines pancréatites ont une tout autre origine.

La pancréatite hémorragique n'évolue pas en général comme un processus infectieux. Elle est le résultat d'une autodigestion de la glande initialement aseptique. Aux foyers hémorragiques fait suite l'organisation conjonctive.

Traitement médical. — N'est guère de mise que pour préparer le malade à l'opération. Cependant le traitement antisyphilitique donne des succès quand il est indiqué. Dans tous les autres cas et en attendant que l'opération ait donné quelque résultat, l'opothérapie peut remédier à l'insuffisance pancréatique.

Traitement chirurgical. — Son indication formelle est tirée des troubles mécaniques, de la compression persistante des voies d'excrétion biliaire et pancréatique.

A) **Traitement des pancréatites avec ictère.** — On se propose un triple but :

1° Mettre fin à la rétention biliaire ;

2° Combattre la lésion pancréatique ;

3° Supprimer la cause de cette lésion.

Fort heureusement, il n'est pas en pratique, toujours nécessaire de réaliser ces trois indications ; et le plus souvent il suffit de drainer la bile au dehors ou de la dériver dans l'intestin ou l'estomac.

Essayons d'apprécier les différentes méthodes opératoires.

1° Laparotomie exploratrice. — Si paradoxal que cela puisse paraître, cette intervention a été souvent suivie d'amélioration notable et même de guérison.

Ce n'est cependant pas un traitement. Mais cela prouve que même quand le chirurgien n'a rien pu tenter, le ventre ouvert, un faible espoir subsiste quand même.

2° La cholécystectomie. — Pratiquée seule, elle a donné parfois des résultats remarquables.

Tout se passe alors comme si la cause du mal était dans la vésicule elle-même. C'est donc là une intervention défendable. Malgré tout, l'ablation de la vésicule est dangereuse, immédiatement et à distance. Chez les sujets très fatigués la cholécystectomie est pour le moins une opération sérieuse. Dans l'avenir, elle a le gros inconvénient de priver le malade, en cas de continuation ou de récidive de la pancréatite, de la ressource précieuse que constitue la voie biliaire accessoire pour établir une anastomose bilio-intestinale ou pour aborder la voie biliaire principale.

3° La dérivation externe de la bile. — Trois interventions la réalisent :

La cholécystostomie, le drainage de la voie biliaire principale et le drainage transvésiculaire de cette même voie.

Il semble bien établi que la cholécystostomie constitue la méthode de choix. Gosset, Bérard, Mallet-Guy, Lecène, Leveuf la déclarent « nécessaire et suffisante ». En fait, elle guérit la pancréatite avec ictère dans les deux tiers des cas.

4° La dérivation interne de la bile. — Elle s'obtient par les procédés que voici :

I. Cholécystogastrotomie et cholécystoduodénostomie ;

II. Hépatico- ou cholédocogastrostomie ou duodénostomie ;

III. Anastomose de la voie biliaire et du tube digestif grâce à une prothèse par tube de caoutchouc ;

IV. Drainage par tube perdu intracholédocien.

L'anastomose de la vésicule à l'estomac ou au duodénum est la meilleure de ces opérations. On ne peut les opposer l'une à l'autre.

Il semble cependant que la première soit d'exécution plus aisée et plus rapide.

L'anastomose de la voie principale avec le tube digestif (hépatico- ou cholédoco-gastrotomie ou duodénostomie) ne peut être qu'une intervention d'exception.

Un chirurgien opérant pour un ictère chronique par rétention est amené pour explorer les voies

entre la dérivation externe et l'anastomose cholécysto-digestive, l'âge du sujet prend une importance considérable.

Il convient de faire une cholécystomie chez les malades jeunes, car on peut chez eux observer une régression des lésions.

La cholécyto-digestive est plutôt indiquée chez les gens âgés.

Dans un cas nécessitant la dérivation biliaire et où la vésicule était inutilisable, l'auteur a pratiqué, avec un bon résultat la cholédoco-duodénostomie.

M. Gosset (de Paris) estime que la meilleure opération quand elle est réalisable est la cholécystostomie.

La suppression de la vésicule est un pis-aller. Elle supprime toute possibilité d'exploration ultérieure des voies biliaires dans une affection fréquemment récidivante.

Mais il importe de pratiquer une véritable bouche et non une simple fistule qui très souvent s'oblitère avant d'avoir rempli son rôle.

M. Thévenard (de Paris) réserve le drainage externe par cholécystostomie aux cas où prédominent les lésions des voies biliaires.

Dans tous les autres cas, ses préférences vont à la dérivation interne par cholécystoduodénostomie. Cette opération diminuerait les risques de reflux du bol alimentaire vers l'arbre biliaire.

S'appuyant sur ses observations personnelles, l'auteur désirerait que cette intervention se généralise dans le traitement de toutes les pancréatites, même de celles qui ne s'accompagnent pas d'ictère. Ce serait là un moyen d'éviter sans doute « le drame pancréatique ».

Communications

Traitement chirurgical du goitre. — M. Gentil (de Paris). Cette chirurgie n'est pas dangereuse mais spéciale. L'auteur a pratiqué 200 opérations sans accident.

Il insiste sur la nécessité d'un bon examen clinique. Il est important en particulier de distinguer le goitre énucléable et le goitre non-énucléable. Au premier s'applique l'énucléation intraglandulaire ; au second la thyroïdectomie partielle.

L'auteur opère toujours sous anesthésie locale, découvre largement la région par une incision transverse de la base du cou.

Dans les énucléations intraglandulaires, il clive à la compresse le nodule goitreux en restant toujours au contact de sa paroi tandis que les pinces éversent la capsule.

Dans les thyroïdectomies, il lie d'abord les artères thyroïdiennes puis repère tous les tissus périthyroïdiens et les veines par des pinces de Kocher. Il sectionne entre deux ligatures.

Ainsi sont évités les hémorragies et l'encombrement du champ opératoire.

L'anesthésie locale permet d'éviter le récurrent puisqu'on peut faire parler le malade, le contact du nerf donnant immédiatement de la raucité de la voix et de la gêne respiratoire.

Quand au goitre s'ajoute un Basedow, l'auteur associe à l'opération thyroïdienne, la ligature et la section des pédicules vasculaires et nerveux supérieurs.

Les agrafes sont enlevées le deuxième jour. On les remplace par un pansement collé maintenant la tête en flexion. La cicatrice ainsi obtenue est invisible.

Traitement des sciatiques rebelles pa rélongation non sanglante. — M. Termier (de Grenoble) La méthode ne s'applique pas à toutes les sciatiques avec un égal succès. Elle convient surtout aux formes tronculaires avec ou sans funiculite, même aux cas anciens. Elle réussit également contre les sciatiques d'origine musculaire s'accompagnant de contracture au niveau des insertions tendineuses.

Le malade est endormi à l'éther ou au chloroforme, profondément, car la manœuvre étant douloureuse il faut se méfier des réflexes.

On procède lentement à la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant bien étendue au genou comme dans la recherche du signe de Lasègue, mais en allant beaucoup plus loin, progressivement.

En quelques minutes on arrive à mettre le genou au contact de la face du malade, la jambe toujours en extension ; on la maintient quelque temps ainsi et c'est tout.

Le réveil étant assez douloureux on fera une piqûre de morphine.

Il est curieux de noter qu'un retour des phénomènes algiques se produit d'ordinaire vers le douzième jour, pour disparaître alors définitivement.

Cette méthode tombée dans l'oubli mérite d'être reprise. Elle a donné dans 23 cas un résultat satisfaisant.

La résection du plexus hypogastrique supérieur. Sa valeur réelle dans la thérapeutique chirurgicale. — M. Ferey (de Saint-Malo). C'est une opération simple et sans danger qui présente de multiples indications.

Elle est à pratiquer au début d'une hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. Mais on doit la déconseiller si le cancer est devenu inopérable.

Elle donne d'excellents résultats dans les règles douloureuses et les névralgies pelviennes, surtout quand ces phénomènes douloureux apparaissent à la suite d'accouchements longs et pénibles où il semble que les nerfs du col utérin aient été tiraillés, traumatisés, réalisant une véritable causalgie du petit bassin.

C'est une bonne intervention également dans les cystalgies et les cystites rebelles.

Les examens histologiques montrent sur les pièces opératoires des lésions de sclérose périnerveuse et parfois intrafasciculaire.

Anciens opérés pour perforation aiguë de l'estomac ou du duodénum. — M. Pauchet (de Paris). Le

biliaires en totalité à faire une cholédocotomie. Il reconnaît la nature pancréatique de l'obstacle. Il utilise l'incision cholédocienne et l'abouche dans le duodénum.

D'autres fois, la vésicule est inutilisable ou même absente, et la méthode s'impose encore.

Ces deux techniques n'ont chance de réussir que sur des sujets très résistants.

B) **Traitement des pancréatites sans ictère, provoquant une gêne du transit gastro-duodénal.** — On peut observer, rarement il est vrai, un véritable syndrome de sténose pylorique ou duodénale par une tumeur pancréatique ne s'accompagnant pas de jaunisse. Dans l'impossibilité où l'on est de supprimer la tumeur compressive, il faut recourir à une gastro-entérostomie.

Parfois aussi, aux troubles d'ordre mécanique s'ajoutent des phénomènes fonctionnels. C'est le cas quand la pancréatite complique un ulcère digestif de voisinage. On doit alors pratiquer une gastro-entérostomie, simple, ou combinée à la résection de l'ulcère.

C) **Traitement des pancréatites douloureuses sans ictère. Traitement direct des pancréatites chroniques.** — Quand les phénomènes douloureux dominent la scène et qu'il n'y a pas d'ictère, on peut obtenir non seulement des améliorations, mais encore des guérisons temporaires ou définitives en pratiquant certaines interventions locales sur la glande pancréatique elle-même.

Ce sont :

La pancréatolyse, la pancréatostomie et la pancréatectomie partielle.

Ces deux dernières sont vraiment dangereuses ; mais la pancréatolyse qui libère la glande tuméfiée, a donné à Lecène, Okinczyc, Moulonguet et quelques autres de beaux succès.

Discussion.

M. Jacobovici (de Cluj). Les altérations pancréatiques survenues au cours de l'évolution des ulcères gastriques et duodénaux ont une importance considérable au point de vue du pronostic, d'où la nécessité d'en dépister la cause à l'avance.

Malheureusement la pancréatite n'a pas un tableau clinique bien défini.

Pour reconnaître cette association d'une lésion digestive et de la pancréatite on a tenté de mettre en évidence les troubles de la sécrétion externe et interne du pancréas.

L'hyperglycémie avec glycosurie, la recherche de la diastase dans le sang et l'urine sont incertaines et insuffisantes. L'épreuve de la lipase paraît plus sensible.

Les complications post-opératoires sont plus fréquentes en cas d'ulcère duodénal qu'en cas d'ulcère gastrique.

En ce qui concerne la conduite opératoire, l'auteur arrive aux conclusions que voici :

1° S'il existe un ulcère duodénal, celui-ci sera laissé en place pour peu que les adhérences soient fortes ; on pratiquera une résection partielle à la « Finsterer » suivie d'une anastomose selon le procédé de Reichel.

2° En cas d'ulcère gastrique compliqué de pancréatite, on n'aura recours aux résections larges que si la séparation d'avec le pancréas est facile ; si cette dernière est mal aisée on préférera pratiquer une gastro-entérostomie.

En cas d'ulcère pylorique la résection de Finsterer doit être appliquée ; si elle était impossible on ferait une simple gastro-entérostomie.

3° Les résultats tardifs obtenus par la résection de Finsterer ont toujours été satisfaisants.

M. Colin (de Copenhague) attire l'attention sur les réactions pancréatiques assez souvent constatées par lui au cours des inflammations pelviennes chez la femme, et évoluant parallèlement à celles-ci.

Peut-être y a-t-il là une cause prédisposante encore mal connue à la sclérose du pancréas.

M. Patel (de Lyon) rapporte deux observations de pancréatite chronique s'accompagnant d'ictère où il a obtenu un excellent résultat par la cholécystogastrostomie.

Cette opération lui paraît d'exécution plus facile que la cholécysto-duodénostomie. Les reproches qu'on lui fait sont plus théoriques que réels.

Il cite un cas pouvant rentrer dans le cadre des formes de passage, entre les pancréatites aiguës et les pancréatites chroniques. Il s'agissait d'une forme pseudo-kystique à évolution subaiguë qui guérit parfaitement après incision et marsupialisation.

MM. Bérard et Mallet-Guy (de Lyon) exposent d'intéressantes considérations sur la pathogénie et le traitement chirurgical des pancréatites chroniques.

Il semble bien que l'origine de cette affection doive être recherchée uniquement dans les altérations de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et dans la présence de calculs.

Les auteurs signalent les formes s'accompagnant de sténose pylorique sans ictère qui guérissent par cholécystostomie alors qu'une gastro-entérostomie eut été inefficace.

Au total, la dérivation externe par abouchement large de la vésicule à la peau est la méthode de choix c'est le « traitement nécessaire et suffisant » pour obtenir la guérison.

M. Papin (de Bordeaux) envisage quelques points particuliers de la pathogénie et du traitement des pancréatites chroniques.

Certaines lésions de la tête du pancréas ne s'accompagnant d'aucune altération des voies biliaires semblent pouvoir être rapportées à un ulcus duodénal difficile à voir, de la deuxième portion, par exemple.

L'auteur a constaté trois fois des pancréatites localisées au contact d'ulcères incontestables du duodénum.

Chirurgicalement, lorsque la pancréatite de la tête impose une dérivation biliaire, et que l'on hésite

traitement le meilleur et le plus bénin est la suture simple. En cas d'ulcère duodénal, la gastro-entérostomie donne parfois la guérison définitive.

Elle est un peu plus grave que la suture simple. Donc, il est mieux de s'en dispenser.

Il faut suivre étroitement ces malades qu'on améliore par le traitement médical.

Faire le minimum au moment de la perforation. Faire le maximum six mois après.

Le bistouri électrique. — M. Pauchet (de Paris). L'auteur s'en sert depuis quinze mois, notamment dans les interventions suivantes :

Les goitres (sauf la peau),

Les seins ulcérés en totalité,

Les périnées,

Les prostatectomies périnéales pour cancer.

Il fait merveille dans la section des viscères et dans toutes les opérations en tissus infectés.

Cet instrument doit se rencontrer dans toute salle d'opération.

Résultats éloignés de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour les ulcères de l'estomac. — M. Abadie (d'Oran). Deux tableaux de statistiques personnelles portant sur 437 opérations pour ulcères de l'estomac mettent en évidence 71 gastro-entérostomies avec une mortalité de 5.6 p. 100 et 354 gastrectomies avec une mortalité de 5.9 p. 100.

En ce qui concerne les résultats éloignés, la duodénopylorectomie donne 94 p. 100 de bons résultats, dont 80 p. 100 de guérisons complètes ; 4 ulcères peptiques, 4 cancers ultérieurs, 2 résultats nuls. Par contre, la gastro-entérostomie ne donne que 71 p. 100 de bons résultats dont 60.5 p. 100 de guérisons complètes, 4 ulcères peptiques, 3 cancers, 4 résultats nuls.

Ces résultats lointains sont en faveur de la duodéno-gastrectomie.

L'auteur s'affirme une fois de plus partisan de la résection large, de l'écrasement tant sur le duodénum que sur l'estomac, du Billroth II, de la pince couplée, de l'analgésie locale complétée ou non par la rachi-stovaïnisation.

Dans les cas simples, la gastrectomie n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie et meilleure dans ses résultats.

Dans les cas difficiles, elle est nécessaire.

Une technique de l'hystéropexie. — M. Sénéchal (de Paris). L'utérus, libéré s'il y a lieu, est reconnu pouvoir prendre la position dans laquelle on se propose de le fixer.

Une aiguille courbe passe sous un des ligaments ronds, se faufile au niveau de l'isthme utérin sous le péritoine qu'elle sous-tend depuis la réflexion du feuillet antérieur du ligament large jusqu'à l'autre côté de l'isthme utérin pour se dégager alors, pour saisir le second ligament rond.

Le fil est passé et ses deux chefs fixés ensemble par une pince.

Un deuxième, puis un troisième fils sont passés de la même manière en remontant vers la face antérieure de l'utérus, mais sans dépasser en hauteur la portion isthmique de l'organe.

On lie ensuite les chefs de chacun des fils, ce qui constitue un très fort ligament à la face antérieure de l'utérus.

Il ne reste plus qu'à réaliser une ventro-fixation à la Terrier.

L'auteur conseille d'employer du fil de lin n° 4.

Ce que doit être le traitement des luxations et subluxations congénitales aux divers âges. — M. Calot (de Berck). L'auteur apporte les résultats de son expérience sur la valeur respective des divers traitements proposés.

Au début de sa pratique, il faisait des réductions sanglantes. Depuis trente ans, il emploi les méthodes orthopédiques, en y ajoutant dans quelques cas une simple ostéotomie sous-cutanée.

Cette ostéotomie est indiquée chez les enfants quand il existe une antéversion trop marquée ; et chez les adultes dans les formes particulièrement douloureuses et tenaces.

L'auteur condamne la pratique des « butées » notamment en ce qui concerne les luxations réduites orthopédiquement et récidivantes. Dans ces cas, c'est encore aux méthodes non sanglantes qu'il faut avoir recours, en maintenant la réduction par flexion du fémur à 90 degrés et pression ouatée du grand trochanter à travers une fenêtre taillée dans l'appareil plâtré classique.

Rétrécissements du rectum après curiethérapie pour cancer du col. — M. Jeanneney (de Bordeaux). On peut dans ces circonstances observer deux types de rétrécissements.

A) Des rétrécissements intrinsèques, par rectite cicatricielle sténosante après radiomucite. Ils peuvent aboutir à l'occlusion. Ils se présentent au toucher comme un diaphragme ou un anneau plus ou moins serré à muqueuse sèche, rèche, cicatricielle ; à la radiographie comme un étranglement en sablier ; à la rectoscopie comme un infundibulum ou un diaphragme rigide et nacré.

L'origine en est dans une brûlure par faute de technique (doses trop fortes, filtration insuffisante, tube dans le cul-de-sac postérieur) ou par accident (chute d'un tube dans le cul-de-sac postérieur).

La biopsie montre que la muqueuse est remplacée par un trou fibreux infecté.

B) Des rétrécissements extrinsèques, sur lesquels Bérard a insisté, péri-rectaux, par sclérose des ligaments utéro-sacrés et du paramètre infiltré et infecté. Ces rétrécissements peuvent affecter la forme d'un croissant antérieur ; ils sont alors moins sténosants, et la muqueuse est d'ordinaire saine à leur niveau.

Sur 600 cas traités au centre du cancer de Bordeaux, 15 rétrécissements intrinsèques et 5 extrinsèques ont été observés.

De la biopsie dans le cancer de l'œsophage. — M. Guisez (de Paris) insiste sur la nécessité et la diffi-

culté de la biopsie dans le cancer de l'œsophage et du larynx.

La laryngoscopie directe permet d'arriver sur la région malade sans le secours d'un miroir. On peut se servir de pinces droites. La prise du fragment est facile.

Quand la lésion siège à l'œsophage, la biopsie est pratiquée également sous le contrôle de la vue grâce à l'œsophagoscopie.

Les observations de l'auteur montrent toujours l'accord de la clinique et du laboratoire, sauf dans deux cas, en ce qui concerne le larynx. Dans ces deux cas la biopsie était positive alors que cliniquement il ne s'agissait pas de cancer. L'évolution donna raison à la clinique.

Pour ce qui est de l'œsophage, une fois sur quatre les signes cliniques étant très nets, la réponse histologique fut négative. L'évolution donna encore raison à la clinique.

Cela tient à ce que dans les formes infiltrantes et sous muqueuses il est difficile de faire une prise en bonne place.

En résumé, la biopsie n'a de valeur que si elle est nettement positive.

Anesthésie générale par éthérisation rectale. — M. A. Chalier (de Lyon) a une expérience de cette méthode remontant à douze ans. Il n'a jamais observé d'accident mortel. Sa technique actuelle est basée sur trois principes :

I. Diminution de la dose totale de l'éther injecté : 90 à 130 centimètres cubes sans atteindre 150.

II. Dilution du mélange éthéro-huileux : 75 centimètres cubes d'huile pour 100 centimètres cubes d'éther.

III. Injection très lente du mélange, suivant la méthode du goutte à goutte rectal. Cela dure trente minutes et doit être commencé exactement une heure avant l'opération.

L'auteur reconnaît des contre-indications formelles : interventions abdominales et pelviennes, sujets entéritiques ou hépatiques.

La méthode est à utiliser surtout dans les grosses opérations craniennes et cervicales (trépanation, extirpation de goitres difficiles) et dans la chirurgie cavitaire (ablation des cancers du pharynx et du larynx, résection des maxillaires.

Elle convient merveilleusement au cours de la thoracoplastie extrapleurale chez les tuberculeux pulmonaires et aussi dans les opérations rachidiennes en particulier dans l'opération d'Albee.

De la pylorotomie dans l'hypertrophie du pylore chez le nourrisson. — M. Perrin (de Lyon) croit peu au traitement médical ; il fait perdre un temps précieux ; et trop souvent on amène au chirurgien un nourrisson amaigri, cachectique, incapable de supporter l'intervention.

La technique consiste après laparotomie médiane sus-ombilicale dans l'incision des couches musculaires au niveau de l' « olive » qu'on perçoit aisément sur le pylore. On respecte la muqueuse. L'incison faite suivant l'axe du pylore est suturée perpendiculairement à cet axe.

Il importe de faire une hémostase soignée, car l'hémorragie post-opératoire est le gros danger chez ces nourrissons affaiblis qui n'ont plus une goutte de sang à perdre.

Les résultats sont encourageants. Ils seront meilleurs quand on hésitera moins à recourir d'emblée au chirurgien.

Les survies prolongées après néphrectomie pour cancer du rein. — M. Cathelin (de Paris) donne sa statistique et relève 3 cas de guérisons paraissant définitives, l'une remontant à dix-huit ans, les autres à dix-neuf et vingt ans. L'examen histologique a été fait. Il est donc faux d'affirmer que le cancer est incurable. La chirurgie ne le guérit pas souvent, mais le guérit quelquefois. La raison du succès est toujours dans l'intervention précoce.

La cellulite des membres. — M. Tierny (d'Arras). C'est l'inflammation aiguë du tissu cellulaire souscutané des membres, consécutive d'ordinaire à une poussée d'érysipèle ou de lymphangite.

L'agent responsable est le streptocoque.

Il est vraisemblable que les troubles constatés, œdème blanc mou, peau cireuse, température élevée, au début, urines rares, état général satisfaisant soient dues à des oblitérations massives des voies lymphatiques de la racine des membres du fait d'embolies microbiennes.

L'évolution est lente. La guérison est de règles après deux ou trois mois. Il se produit une suppuration sous-cutanée en nappe qu'il faut drainer.

Le traitement consiste à pratiquer au thermocautère une quantité d'orifice équi-distants de 3 à 4 centimètres sur la peau de la région malade. Il s'écoule une sorte de liquide clair riche en streptocoques.

Les vaccins aparaissent peu efficaces. Les rayons ultra-violets sont un adjuvant plutôt qu'un agent direct de la guérison.

L'incision et la suture dans la laparotomie chez la femme. — M. F. Jayle (de Paris). — Pour une même opération, les chirurgiens pratiquent des incisions très différentes quant à leur étendue et leur situation. Ainsi, pour l'appendicectomie, J. a observé des cicatrices sur tous les points du quart inférieur droit du ventre, y compris la ligne médiane et, en les mesurant, il les a vu osciller, comme longueur, entre 2 cmc. 1 /2 et 14 cm. En dehors des grosses tumeurs qui deviennent rares et des cancers, il estime qu'une petite incision est suffisante dans la très grande majorité des cas. Il n'emploie jamais la grande valve sus-pubienne et se sert uniquement d'un écarteur bi-valve moyen pour les lésions moyennes et d'un petit écarteur minuscule pour les petites lésions ; quelquefois il n'emploie aucun écarteur fixe. Pour rendre les cicatrices aussi invisibles que possible il utilise largement la région pileuse. Sur le péritoine

il fait une suture en bourse de manière à n'avoir qu'un nœud. Il réunit le plan musculaire et le plan cutané par un point en 8 ouvert en cheville comprenant deux fils dans l'écartement desquels il place un petit cylindre métallique ; sur ce cylindre, les fils sont noués de chaque côté. Par ce point la ligne de suture reste apparente et le tissu adipeux sous-cutané est largement affronté. Les fils étant noués entre les deux cylindres, les plans superficiels font une sorte de moue ; les dépressions cicatricielles sont ainsi évitées. Les agrafes sont enlevées en moyenne au bout de 48 heures, les fils sectionnés unilatéralement le 5e jour et enlevés le 6e.

Le lever précoce chez les prostatectomisés. Statistique de trois ans de pratique d'une technique personnelle. — M. Descarpentries (de Roubaix). Le prostatectomisé doit être maintenu au lit le moins longtemps possible, pour bien des raisons ; c'est un homme âgé, vieilli par un long régime restrictif, par des nuits d'insomnie, par une longue lutte épuisante contre l'idée d'une opération qu'il s'imagine toujours redoutable.

L'auteur opère en deux temps et ses malades gardent le lit un jour à l'occasion de la cystostomie et deux jours lors de la prostatectomie.

Pour obtenir ce résultat, la cystostomie doit être pratiquée par incision transversale ; l'ouverture de la vessie est faite par dissociation, aucune de ses fibres ne devant être sectionnée.

Une telle incision permet une large vue sur la loge prostatique qui est ainsi très aisément revisée et hémostasiée.

L'hémolysothérapie est toujours pratiquée à titre préventif.

La statistiques porte sur 48 cas opérés avec vingt-six confrères différents ; 23 malades avaient dépassé soixante-dix ans, 5 avaient plus de quatre-vingts ans. La mortalité fut nulle.

Aucun des opérés n'eut à supporter de sonde à demeure sus-pubienne.

Extirpation limitée dans le traitement du polype adénomateux du rectum, en dégénérescence cancéreuse. — M. Loubat (de Bordeaux). Le polype adénomateux du rectum tout comme les tumeurs villeuses peut dégénérer. Mais dans ce cas la lésion maligne évolue lentement et reste localisée.

Il est donc abusif de traiter une telle tumeur au début par une résection étendue.

D'autre part, la simple ablation du polype est insuffisante. Il y faut ajouter l'extirpation un peu élargie d'une collerette de muqueuse avoisinante, et dans les cas où l'envahissement gagne les couches musculaires l'ablation de toute l'épaisseur de la paroi rectale en tissu sain.

Deux malades ainsi traités restent guéris, l'un depuis six ans, l'autre depuis un an.

Les Livres

Lesbordes, imprim., Tarbes, 1931.

Molinéry. — **De Barèges à Luchon.** *Esquisses d'hydrologie historique* (40e série), chez l'auteur à Luchon.

Continuant ses recherches à la bibliothèque nationale et dans les archives départementales et notariales de nos provinces, M. Molinéry, de Luchon, inlassablement et patiemment, nous donne chaque année, depuis quinze ans, le fruit de ses découvertes pyrénéistes : *L'histoire du Journal de Barèges, le séjour à Barèges du cardinal de Rohan, l'ascension à la Maladetta des hétérogénistes adversaires de Pasteur* sont les trois chapitres de cette quarantième série *d'Esquisses d'hydrologie historique.*

S'il faut féliciter l'auteur de nous donner ainsi une large contribution à l'histoire de nos Eaux minérales françaises, il faut souhaiter qu'un jour, il puisse en faire la synthèse générale dans un ouvrage qu'il pourrait nous promettre sous le titre :

Sur les vieux chemins des Fontaines de Jouvence.

Maulde et Renon, Éditeurs, Paris.

Le Mois, synthèse de l'activité mondiale, s'efforce de répondre aux besoins de l'homme moderne.

Pour juger et se conduire, l'homme moderne doit être universel, c'est-à-dire qu'il doit connaître l'essentiel de ce qui se pense, s'écrit, se fait sur tous les points du Globe.

Même s'il ne mène pas la vie d'affaires, même s'il n'est pas absorbé par un métier, l'homme moderne dispose de loisirs insuffisants et d'un regard trop court pour scruter un horizon qui s'élargit sans cesse. De plus, et surtout, comme il n'est qu'un homme, il ne peut appliquer à l'universel ce sens des valeurs que chaque spécialiste acquiert dans sa spécialité par un long apprentissage et qui lui permettrait de deviner, du premier coup, qu'il s'agisse de politique, d'économie, d'art , de science ou de vie sociale, les causes secrètes d'un événement, l'importance d'une nouveauté, les conséquences d'une découverte, bref cet essentiel d'aujourd'hui qui sera, demain, l'histoire d'hier.

Or, ce qui est à retenir d'une époque peut tenir sur un rayon de bibliothèque et les informations, qui remplissent les milliers de journaux et de revues paraissant dans le Monde en un mois, peuvent tenir dans trois cents pages.

Le Mois, rédigé par des économistes, des savants, des littérateurs français et étrangers, s'efforce de tout

voir, de tout lire, de tout comprendre ; puis, ayant déterminé les valeurs, de choisir et de condenser.

Le Mois, qui tient à se tenir au-dessus des partis et à n'écouter que la voix du bon sens, dressera tous les trente jours, en un volume ainsi attrayant que substantiel, divisé en rubriques constantes et contenant les opinions inédites de personnalités de tous les pays, des amalgames photographiques, des schémas originaux, le bilan synthétique de l'activité mondiale dans tous les domaines.

Le Mois formera donc peu à peu l'histoire impartiale, et prise sur le vif, de la vie contemporaine.

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris, VI[e].

H. Dausset, L.-H. Dejust, A. Chenilleau, L. Brace-Gillot. — **Comment sont traités les rhumatisants chroniques dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris.** (Une brochure de 64 pages *in*-8° raisin. Prix : 12 francs.)

Les divers agents physiques utilisés isolément ou combinés entre eux, voire associés aux autres procédés thérapeutiques, ont fait la preuve de leur efficacité.

Sans doute, les résultats ne sont pas aussi constamment favorables que dans quelques-uns des cas observés. Dans une maladie protéiforme comme le rhumatisme chronique, les données statistiques n'apporteraient d'ailleurs qu'une apparente précision. Il est impossible de catégoriser les rhumatisants.

Mais les cas sont innombrables où, grâce à la physiothérapie, la maladie ne *tourne pas à l'infirmité, et nombreux sont les infirmes partiels ou totaux qui purent récupérer une plus ou moins grande part de leur capacité fonctionnelle.*

Le sort des rhumatisants n'intéresse point qu'eux-mêmes. Il constitue un problème familial et social. Lorsque les conditions permettent au malade d'être conservé à son foyer, son infirmité, ses douleurs constantes deviennent une charge pour l'entourage, charge dont le poids, supporté durant des années, lasse à la longue l'affection. Cette lassitude perçue par le malade est une aggravation de son découragement. Le rhumatisant dépourvu de ressources doit être hospitalisé. Il est l'objet pour la collectivité d'une dépense considérable, même au tarif réduit des asiles trop rares, acceptant ces chroniques. Les agents physiques, au prix de quelques dizaines de séances, conservent à ces malades des fonctions suffisantes leur permettant de continuer une existence parfois ralentie, mais loin d'être à charge à la collectivité. Par là, cette méthode thérapeutique mérite d'être appliquée à tous les rhumatisants chroniques pour le soulagement du plus grand nombre.

Il est à souhaiter que la Ligue française antirhumatismale puisse doter tous ses centres de tout l'arsenal physiothérapique nécessaire.

Les livres qui viennent de paraître...

Editions médicales
7, rue de Valois.

Dr A. Marie, ancien médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne. — **Influences psychopathiques ancestrales.** Préface du Professeur Charles Richet (un vol. 80 pages).

Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

A. Schwaab, accoucheur de l'hôpital de Rothschild. — **L'obstétrique du praticien** (un vol. in-8, 1288 pages, 297 fig. Prix : 150 fr.)

Henri Lorin, ancien prosecteur à la Faculté de Paris. — **Manuel de clinique chirurgicale journalière.** *Examens cliniques. Indications thérapeutiques* (un vol. in-8°, 670 pages, 221 fig. Prix : 115 fr.)

Dr Léon Schekter. — **Pour vaincre la tuberculose pulmonaire** (un vol. in-8°, 150 pages. Prix : 18 fr.)

Paul Catin, éditeur.
3, rue du Sabot, Paris VI[e].

Mme Alice La Sauge. — **Croquons la pomme.** Hygiène alimentaire (un vol. 18 × 12 Prix : 12 fr.)

Pierre Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris. — **Appareil respiratoire.** *Collection des Consultations journalières* (un vol. in-16, 611 pages, 12 planches. Prix : 55 fr.)

Dr A. Bécart. — **La constipation. Son traitement** (broch. 24 pages avec fig. et 4 pl. Prix : 6 fr.)

Gilbert Dreyfus. — **Le diabète insipide.** *Collection des Actualités de médecine pratique.* (R. J. Weissenbach, directeur). (Un vol. in-16, 122 pages. Prix : 18 fr.)

Chez Vigot frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec. — **Conférences de clinique médicale pratique** (9[e] série) (Un vol. 476 pages, avec fig. Prix : 40 fr.)

Dr G. Parturier. — **Traitement des syndromes hépato-biliaires** (un vol. in-8°, 334 pages. Prix : 30 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

VARIATIONS DANS L'ORGANISATION DE CONTROLE DES CAISSES DANS L'ASSURANCE MALADIE : LOT-ET-GARONNE, GARD. — CAS DONNANT LIEU A INTERPRÉTATION

Il est inévitable que le fonctionnement de l'Assurance-maladie rencontre des difficultés, variables selon les régions. C'est une machine trop compliquée, à rouages trop nombreux. pour qu'il ne lui arrive pas de gripper, et même d'être en panne. C'est ainsi qu'à Toulouse, la Convention Syndicat-Caisses est signée, mais que la Convention Hôpitaux-Caisses ne l'est pas, les difficultés venant de la Commission administrative qui met, comme on dit, « des bâtons dans les roues ».

A Marseille, il y a quelques semaines, il semble qu'après cinq mois de luttes entre le Syndicat et les Caisses, on arrive à envisager la nécessité de signer la Convention, selon l'ordre du jour suivant, voté à l'unanimité par le Syndicat réuni en Assemblée bgénérale.

« L'Assemblée générale ... fait pleine confiance au conseil pour poursuivre l'action en vue de la signature de la Convention-type en conformité avec les directives de la Confédération et les décisions des A. G. antérieures, et rend responsables les dirigeants mutualistes du retard apporté dans la signature des Conventions types ».

Les débats, qui ont précédé le vote de cet ordre du jour, sont en vérité intéressants à lire. Et l'on se rend compte, à leur lecture, que, tout de même, le Syndicalisme médical prend conscience du potentiel dont il était jusque-là virtuellement chargé, et qu'il tend de plus en plus à mettre en valeur.

Le Président a très habilement mené les discussions, et il a eu des paroles de sagesse impressionnantes, parmi lesquelles je détache celle-ci :

« Les solutions humaines changent : elles sont vraies dans le moment où elles sont prises et se déplacent avec le temps ».

En revanche, en Franche-Comté, si j'en juge d'après le *Bulletin* du Syndicat de la région, vieux déjà de trois mois, « l'application de la loi se poursuit normalement. Les Caisses sont satisfaites de la collaboration médicale, elles font confiance aux praticiens dont elles reconnaissent la conscience professionnelle et le loyal désir d'entente. Le Bureau du Syndicat se tient en liaison étroite et quasi-permanente avec les Caisses et surveille avec vigilance les premiers pas dans la vie sociale de cette loi si complexe, si grosse d'inconnu... ». Ces lignes, sous la signature du Dr Maître.

S'il se fait entendre des notes pessimistes, il faut bien reconnaître, par contre, que sans aller jusqu'à l'optimisme béat, il se trouve des régions où l'on ne voit pas tout en noir.

A Lyon, les conventions ont été signées et j'ai même publié, il y a quelque temps, la nomenclature médico-chirurgicale, avec les tarifs minima, du Syndicat. Comme l'a écrit le Dr Phélip, en voici pour un an d'essai loyal et sincère.

Ce bref aperçu permet de se rendre compte que la façon dont les médecins et leurs Syndicats envisagent l'Assurance-maladie varie d'un lieu à un autre. Cette variation est manifeste en ce qui concerne le contrôle et ses modalités.

Un contrôle médical est exercé par la Caisse : il est légal, et aussi très étendu. Dans quelle mesure le médecin traitant peut-il et doit-il intervenir pour permettre à ce contrôle de s'exercer ? Doit-il s'en désintéresser complètement, en se refusant d'entrer, sous quelque forme que ce soit, en relation avec le médecin de la Caisse ? Il semble que la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine professe cette opinion ; ce qui est sûr, c'est qu'elle s'oppose à ce que le médecin traitant réponde au questionnaire que le médecin contrôleur peut lui adresser (1).

Or, tous les syndicats ne poussent pas l'intransigeance jusqu'à ces limites.

(1) Aux dernières nouvelles, un tempérament aurait été apporté à la rigueur de cette prohibition : j'y reviendrai. G. D.

J'ai publié l'accord intervenu, dans le Lot-et-Garonne, entre le Syndicat, représenté par son Secrétaire, et le médecin contrôleur des Caisses, et j'y relève que, sauf en cas d'urgence, pour les interventions chirurgicales spéciales, pour les examens ou traitements spéciaux, la Caisse peut exiger, au préalable, l'avis de son médecin contrôleur.

Dans le Gard, le médecin contrôleur a rédigé une note intitulée : Quelques conseils concernant les A. S. Cette note a été publiée dans l'*Echo médical des Cévennes* de mars dernier, sous le couvert du secrétaire général du Syndicat médical. Je ne saurais mieux faire que de la reproduire, comme un document intéressant.

Quelques conseils concernant le fonctionnement des Assurances sociales.

Contrôle médical des Caisses.

Le contrôle médical des Caisses est en période d'organisation. La loi prévoit en effet que la Caisse, qui a délivré à un assuré une feuille de maladie, est en droit de le faire contrôler par un médecin contrôleur attaché à la Caisse.

Ce contrôle est indépendant du Contrôle d'abus qui est exercé par les soins du syndicat contractant.

Les confrères sont priés de faire bon accueil aux demandes de renseignements qui pourront leur être adressées par les médecins contrôleurs, dans le but d'éclairer les Caisses sur la justification du nombre de visites, sur la nécessité de certains soins spéciaux ou d'interventions chirurgicales s'imposant dans tel ou tel cas particulier.

Il est certain que la mise en application de la loi, par sa paperasserie administrative, va accroître la correspondance des médecins traitants. Nul doute cependant qu'ils voudront ne pas compliquer la tâche des médecins contrôleurs, lesquels s'efforceront de leur côté de réduire le plus possible cet échange de correspondance afin de ne pas faire perdre trop de temps aux praticiens souvent surchargés.

D'autre part, les médecins traitants auront intérêt à prendre les devants. Lorsque, devant la gravité ou les complications d'un cas donné, ils estimeront utile de multiplier leurs visites, d'effectuer certains actes de petite chirurgie plus ou moins répétés, d'avoir recours à l'aide d'auxiliaires médicaux, d'appeler un consultant ou encore en présence d'une indication d'intervention chirurgicale, ils auront avantage à se mettre aussitôt à couvert en faisant connaître au médecin contrôleur de la Caisse, les raisons de leur décision. Point n'est besoin pour cela d'une longue observation, un résumé succinct mais précis, peut suffire.

Il va sans dire que la Caisse conserve toujours son droit de contrôle, dont les médecins traitants n'ont pas à s'offenser.

En somme, ceux-ci pourront agir vis-à-vis du Contrôle médical des Caisses d'assurances sociales comme ils agissent vis-à-vis du Contrôle médical des assurances-accidents du travail.

Loyauté, probité, modération dans les soins médicaux et les honoraires

De même, pour éviter toute surprise ultérieure et restreindre les réclamations, les médecins traitants, particulièrement les chirurgiens et autres spécialistes feraient bien d'avertir le malade ou sa famille du tarif qu'ils comptent appliquer, surtout si ce tarif est plus élevé que le tarif minimum syndical. De sorte que le malade pouvant être averti également que la Caisse ne le remboursera que selon son tarif de responsabilité, diminué du pourcentage de participation de 15 à 20 %, il sache nettement qu'une partie des honoraires et frais restent entièrement à sa charge.

Le médecin reste le premier juge du nombre de visites et de la nature des soins, aussi bien que de la quantité et du choix des médicaments. Cependant, il ne doit pas perdre de vue que les assurés sociaux relèvent, en général, du tarif syndical minimum, sauf situation particulière de l'assuré ou du médecin. Ils constituent une clientèle modeste, qui n'est pas habituée à des dépenses médicales et pharmaceutiques de luxe. Il faut donc prescrire ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut.

Il semble donc bien que dans le Gard, on reconnaît et on accepte l'utilité de rapports entre médecins traitants et médecins contrôleurs, les premiers devant faire bon accueil aux demandes de renseignements du contrôle. Bien plus, comme dans le Lot-et-Garonne, et dans un esprit plus large encore, les cas graves, compliqués, les actes chirurgicaux plus ou moins répétés, l'indication d'une intervention.... méritent d'être considérés comme les évènements dont le contrôle des Caisses sera averti préalablement.

Je ne prends pas parti : je me contente de citer mes auteurs et mes sources.

Notez que je n'ai vu nulle part, ni dans la loi, ni dans le règlement, cette analogie entre la médecine dans l'assurance-maladie et les pensionnés de guerre, concernant cet avis préalable à donner dans les cas énoncés.

Ce sont les conventions Syndicat-Caisse qui les prévoient et prescrivent (1).

Il est bien certain toutefois que, comme Cibrie et Boyer l'ont précisé au S. M. S., les rapports entre médecins traitants et médecins contrôleurs ne peuvent se concevoir qu'à la condition que ces derniers soient tenus au secret professionnel, même envers les Caisses qu'ils représentent.

---

(1) « Si l'état du malade exige les soins répétés d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale, l'assuré se fait délivrer par la Caisse, qui peut exiger une attestation du médecin traitant, lorsqu'il y en a un, et l'intervention préalable du contrôle, une formule de soins spéciaux ou chirurgicaux ». (Convention-type).

Les soins étaient-ils justifiés ? Ont-ils été donnés opportunément ? L'assuré s'est-il bien conformé aux prescriptions de son médecin ? A-t-il exagéré son chômage ?

Son contrôle terminé sur ces différents points, le médecin contrôleur doit dire à sa Caisse : « Payez ! » ou bien « Ne payez pas ! » ou « Ne payez que tant ! ! ! »

S'il y a désaccord avec l'assuré, la procédure est prévue, qui soumettra le cas à la Commission technique instituée par le § 3 de l'article 7, de la loi.

La question est de savoir si les médecins contrôleurs peuvent conserver une pareille indépendance envers les Caisses dont ils relèvent. Elle est de principe, mais nullement insoluble. On doit présumer que les Caisses ont choisi leurs médecins contrôleurs à bon escient ; et parce qu'ils ont leur confiance. Dès lors, pourquoi ne pas admettre que les Caisses s'en remettent aveuglément à leur médecin et suivent leurs conseils sans demander d'explications complémentaires ?

Songez que nous n'en sommes encore qu'au huitième mois de l'application de la loi, et que chaque jour, — nous en savons quelque chose d'après la correspondance que nous recevons, — chaque jour, dis-je, des cas surgissent auxquels il convient d'appliquer une interprétation qu n'est pas préalablement définie.

Par exemple : le tarif à appliquer aux soins médicaux donnés aux assistés assurés sociaux est celui des accidents du travail. Bien ! Cherchez maintenant, dans ce tarif, certaines interventions telles que l'adénoïdectomie, l'amygdalectomie. Ce sont actes chirurgicaux inconnus et pour cause, dans la médecine du travail.

Que faire alors ? J'ai conseillé au confrère qui nous demandait un avis, de prendre le chiffre-clé qui, en cette matière, est celui de la consultation du Tarif Fallières : 15 francs, ou 20 francs, s'il s'agit d'un spécialiste, et de le multiplier par le coefficient indiqué dans la Nomenclature comportant le Tarif minimum des Syndicats médicaux, éditée par la Confédération des Syndicats.

L'apprentissage continue donc chaque jour ; et c'est l'expérience qui nous fixera sur les qualités du régime que le Corps médical a obtenu. La loyauté et la bonne volonté qui seront apportées de part et d'autre donneront à cette expérience toute sa valeur et toute sa signification.

G. DUCHESNE

ORGANISATION D'UNE MAISON DE SANTÉ PAR UN HOPITAL COMMUNAL

Un petit hôpital de campagne, n'ayant que de maigres ressources et un très léger fonds de dotation, ne peut admettre que des infirmes et des vieillards.

Néanmoins, des locaux et parties de bâtiments sont libres sans affectation spéciale, inoccupés.

La Commission administrative peut-elle envisager l'utilisation de ces locaux vacants, en organisant une maison de santé, érigée grâce à une subvention municipale, ou par l'apport d'un argent venu du dehors ?

Mais, ce faisant, ladite maison de santé hospitalière ne pourrait-elle être contrainte à recevoir des malades bénéficiaires des lois d'assistance, ou des blessés du travail, alors que le projet ne considère que la création de quelques lits payants seulement, lits qui pourraient être surtout affectés à la chirurgie et quelques-uns à la médecine pour malades payants ?

La question est difficile, parce que nouvelle ; mais elle demande à être étudiée avec grande attention, car les petits hôpitaux plus ou moins inutilisés aujourd'hui, faute de ressources, pourront demain servir de maisons de santé publiques, grâce à des concours financiers divers.

Nous allons tour à tour envisager les différents problèmes juridiques qui se posent.

A. L'hôpital est le fondateur de la maison de santé publique

Propriétaire des locaux vacants, la commission administrative entend rester la maîtresse de tout l'établissement. Elle accepte les concours financiers ; mais elle administrera elle-même cette clinique payante.

Alors, première difficulté : la spécialisation des établissements publics et, en particulier celle d'un hôpital empêche celui-ci de faire acte commercial. Or, la gérance d'une maison de santé est véritablement un acte commercial, bien que les bénéfices de l'entreprise, au lieu d'être distribués à des actionnaires, ne serviront qu'à l'amélioration des services de l'hôpital.

Nous nous heurtons à une jurisprudence du Conseil d'Etat, qui décide que les administrations publiques ne peuvent faire acte de commerce que lorsqu'il y a déficience ou carence de l'initiative privée.

Je viens d'ailleurs de donner sur ce sujet une consultation juridique dans le *Concours* 1931, p. 701.

Il faut en conclure que si aucune maison de santé privée n'existe dans les environs, et si celles déjà existantes ne s'y opposent pas, l'hôpital,

et le conseil municipal peuvent organiser en commun une maison de santé publique.

1° *Admission des indigents.*

Ici surgit une grosse difficulté. Ladite maison de santé, parce qu'elle est une dépendance de l'hôpital, ne sera-t-elle pas obligée de recevoir les malades indigents ?

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'article premier de la loi du 7 août 1851, je crains qu'il ne faille répondre par l'affirmative.

Cet article décide en effet que « lorsqu'un individu, privé de ressources, tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune. »

L'article 3 de la même loi décide que « les malades et incurables indigents des communes privées d'établissement hospitalier pourront être admis aux hospices et hôpitaux du département désignés par le conseil général, sur la proposition du préfet, suivant un prix de journée fixé par le préfet d'accord avec la commission des hospices et hôpitaux. »

Or, la maison de santé publique, organisée et gérée par la commission administrative du petit hôpital local, fait partie de « l'établissement hospitalier » et, par conséquent, doit il me semble, recevoir les indigents tombés malades sur le territoire de la commune.

Quant aux bénéficiaires de l'A. M. G., l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893 décide que toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs hôpitaux les plus voisins.

De ce qui précède résulte cette conclusion : si l'hôpital proprement dit n'est pas organisé pour recevoir utilement les indigents, qui ont besoin de soins médicaux, ou chirurgicaux, je crains que l'organisation d'une maison de santé payante, dans les bâtiments de l'hôpital ne soit considérée comme faisant partie intégrante de l'établissement hospitalier et que ce dernier soit dans la nécessité de recevoir lesdits indigents, au lieu de les renvoyer à l'hôpital de rattachement le plus voisin, comme actuellement il le fait.

B — L'hôpital peut-il s'adresser à des individualités, ou collectivités, pour la création d'une maison de santé ?

A cette question, je réponds carrément : oui. Et c'est même, à mes yeux, la seule solution.

La commission administrative peut parfaitement louer une partie de ses locaux, les donner à bail, pour l'organisation d'une maison de santé et même accepter la gérance de ladite clinique.

La loi du 9 février 1927, modifiant l'article 8 de la loi du 7 août 1851, décide que la commission administrative des hospices et hôpitaux règle, par ses délibérations, les conditions des baux et fermes de ses biens, lorsque leur durée n'excède pas dix-huit ans pour les biens ruraux et neuf pour les autres. Point n'est besoin de l'autorisation préfectorale.

Par suite, l'hôpital peut donner à bail, pour neuf ans, une partie de ses locaux, pour l'organisation d'une maison de santé payante.

Le locataire peut être le conseil municipal, ou un syndicat médical, un médecin, une personne quelconque.

Un arrêt de la Cour de Cassation, du 19 janvier 1921 (*Gaz. Pal.*, 9 mars 1921) décide qu'un contrat, ayant pour objet de mettre à la disposition d'un médecin, des immeubles dépendant d'un hospice, en vue de l'organisation d'une clinique chirurgicale dans ces bâtiments et de lui fournir des infirmières, l'eau, le gaz, l'électricité et le mobilier, ne constitue pas un acte administratif, mais un simple acte de gestion civile, dont les difficultés s'y rattachant, interprétation ou exécution, rentrent dans la compétence exclusive des tribunaux ordinaires.

Cette convention ne contient aucune délégation d'un service public à une personne privée.

Les dispositions de l'article 15 de la loi du 15 messidor an VII et de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, sur les baux d'immeubles urbains, appartenant à des hospices ou hôpitaux, lorsqu'ils sont faits pour une durée supérieure à neuf ans, ne sont pas applicables en l'espèce. Ils doivent être faits aux enchères publiques, devant un notaire désigné par le préfet. Mais ces textes ne prévoient pas la nullité desdits baux, qui ne seraient pas faits au moyen de ces enchères.

La Cour de cassation, dans un arrêt du 25 juin 1907 (D. 1907.1.337) a décidé que le contrat, par lequel la commission administrative d'un hospice s'engage, moyennant le versement d'une somme déterminée, de tenir une partie de cet hôpital à la disposition de professeurs et élèves d'une faculté libre de médecine, pour l'installation d'une clinique, ne présente ni le caractère d'une affectation d'une partie de l'hôpital à un service, ni celui d'une délégation d'un service public à une personne privée.

Une semblable convention ne saurait être assimilée à aucune de celles, dont l'appréciation est réservée à l'autorité administrative et, suivant les règles du droit commun, c'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient de connaître des contestations auxquelles elle peut donner lieu (Conf. trib. Lille, 19 juin 1902 ; *Gaz. trib.*, 16 octobre 1902 ; cour de Douai, 25 février 1903 ; *Gaz. trib.*, 6 mars 1903).

De ceci résulte que la commission administrative de l'hôpital est en droit de louer directement, sans autorisation préfectorale, une partie de ses locaux, pour 9 ans, ou par adjudication publique devant notaire, pour un bail exécédant 9 ans. Le bailleur (l'hôpital) donne au locataire le droit d'organiser une clinique payante. La commission

administrative de l'établissement public peut accepter de gérer cette clinique, moyennant rétribution à débattre.

C — Hospitalisation des blessés du travail

Cette maison de santé publique, sise à l'hôpital, sera-t-elle obligée de recevoir les blessés du travail et de se laisser imposer le fameux « tout compris » ?

J'ai déjà répondu par la négative, dans un article paru dans le *Concours médical*, 1927-1950.

Mon argumentation était d'ailleurs corroborée par l'ouvrage « du rôle des hôpitaux et hospices », par M. Gouachon, docteur en droit, secrétaire général des hospices civils de Lyon, page15.

D — Voies et moyens

Toutes ces considérations juridiques ayant été envisagées, comment un petit hôpital communal, sans ressources, peut-il collaborer à l'organisation, dans ses bâtiments, d'une maison de santé exclusivement payante et réservée aux seuls malades payants ?

Pour éviter toute difficulté , provenant de l'interprétation et de l'application des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, en ce qui concerne l'hospitalisation des malades privés de ressources, je crois prudent que le budget de l'hôpital proprement dit soit nettement séparé de celui de la maison de santé.

Pour cela, la commission administrative prend une délibération, aux termes de laquelle elle donne à bail une partie de ses locaux, pour l'organisation de ladite clinique payante et dont elle accepte la gestion administrative.

Le locataire peut être soit le conseil municipal, soit le syndicat médical, soit un chirurgien de la localité, d'accord avec ses confrères.

Mes sympathies iraient au contrat avec le syndicat, qui louerait la partie de l'hôpital et s'entendrait d'une part avec le conseil municipal et de l'autre avec la commission administrative de l'hôpital, pour mettre sur pied cette affaire.

D'ailleurs, je me mets à la disposition de mes confrères, pour étudier avec eux les conditions d'organisation de pareille clinique.

Ce qu'il faut retenir jusqu'ici, c'est que l'hôpital a le droit de contracter, pour l'organisation de la clinique et que juridiquement, la chose est faisable.

Maintenant, si la commission administrative entend rester maîtresse chez elle et organiser elle-même la maison de santé, elle peut recevoir des concours financiers venant de la commune, ou de particuliers.

Mais, il serait prudent qu'elle organisât une ou deux salles communes, pour y recevoir les indigents, ou les blessés urgents, dans les limites des lits affectés à cette destination humanitaire. C'est l'hôpital lui-même qui décide du nombre de ces lits d'hôpital en salle commune, car la loi de 1851 donne toute latitude à la commission administrative pour gérer l'hôpital, sous réserve, sur certains points, de l'approbation préfectorale.

Dr Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES ET A. M. G.

Certains de nos confrères nous font part de leurs démêlés avec les maires qui, arguant tantôt de la loi sur l'A.M.G., tantôt de celle sur les assurances sociales, soit se refusent à inscrire certains malades sur les listes des indigents, soit les y font figurer avec trop de facilité, ou pour les besoins de la cause.

De sorte, que les médecins voient une partie de leur clientèle réclamer des soins et ne vouloir rien payer.

Quelques praticiens ont cru en la parole de leurs malades, qui priaient leur docteur de signer la feuille de maladie d'assurances sociales, comme si les honoraires avaient été versés au comptant, promettant solennellement de rapporter de suite l'argent, dès que la caisse d'assurances aurait remboursé ces honoraires supposés acquittés.

Puis, comme sœur Anne, le médecin ne voyait rien venir, ni client, ni argent.

D'autres fois, le praticien donne ses soins à des gens fort pauvres, des indigents, qui ne peuvent pas payer par eux-mêmes. Impossible de toucher un sou de qui que ce soit : le malade se disant insolvable, la caisse d'assurance sociale renvoyant à la mairie et cette dernière se refusant à tout secours, parce que l'assuré social n'est pas un indigent.

Et cependant, le médecin a fourni du travail professionnel, pour lequel on lui doit des honoraires.

Que faire ?

La loi du 5 avril 1928, en son article 59, avait décidé que les assurés sociaux ne sont pas des indigents, puisqu'ils touchent, de leur caisse d'assurances, des prestations en nature et en argent.

Les assurés sociaux même indigents étaient ainsi exclus désormais du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893. Cependant, le 3e paragraphe de l'article 59 spécifiait que « toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste de l'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et

pharmaceutiques restera à la charge de ce service. »

Ainsi, le législateur de 1928 commençait par affirmer que les assurés sociaux ne pouvaient pas se prévaloir des dispositions de la loi sur l'assistance médicale gratuite ; puis, il admettait que néanmoins, pour les personnes inscrites sur la liste des indigents, bien qu'étant assurés sociaux, la différence entre le tarif de responsabilité de la caisse et le tarif syndical, comme les 15 ou 20 % de retenue, pourront rester à la charge du service de l'A. M. G.

L'article 59 de la loi du 30 avril 1930 maintient le même principe : l'assuré social ne peut pas être considéré comme un indigent ; mais, cependant, certaines personnes sont indiscutablement des privés de ressources ; ils sont notoirement indigents.

Ces individus doivent constituer une classe à part et seront inscrits sur une liste spéciale, conformément aux directives de la loi de 1893, c'est-à-dire que le conseil municipal sera appelé à délibérer sur le cas de chaque inscrit et toute contestation soit pour inscription, soit pour radiation sur cette liste spéciale sera portée à la connaissance de la commission cantonale, prévue par l'article 14 de la loi du 15 juillet 1893.

Ces inscrits, notoirement indigents, n'auront pas à débourser les 15 ou 20 %, laissés à leur charge, sur les frais médicaux et pharmaceutiques. Leur famille bénéficiera des mêmes avantages.

Bien entendu, les caisses d'assurances sociales ont voix au chapitre, d'autant qu'elles seront tenues au courant des variations des dites listes.

Quant aux médecins, ils ne seront pas payés directement par leur client, puisque celui-ci est notoirement indigent, c'est-à-dire dénué de toute ressource. Le praticien sera honoré directement par le service départemental de l'A. M. G., d'après les prix fixés pour les accidents du travail.

Le praticien ne connaît alors, pour son paiement, que le service d'assistance et nullement la caisse, ou l'assuré social.

Ainsi, pour le médecin, rien n'est changé en ce qui concerne ces assurés sociaux notoirement indigents : il est rémunéré par le service départemental de l'A. M. G. ; mais, au lieu que ce soit d'après le tarif, arrêté par le préfet, ce sera d'après le tarif ministériel des accidents du travail.

Que faut-il penser de la demi-assistance ?

Un indigent, qui n'est pas assuré social, peut être inscrit sur la liste des indigents, au début de l'année, après délibération du conseil municipal.

Mais l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893 laisse au maire la faculté d'inscrire d'office, sur la liste des assistés, toute personne, qui brusquement, se trouve privée de ressources et a besoin de soins médicaux, ou hospitaliers.

De nombreux abus ont été commis par des maires et maintes fois le « Sou médical » a dû intervenir, pour prendre la défense de confrères, auxquels on opposait, au moment de la note à payer, une inscription, plus ou moins complaisante, sur la liste des indigents, plusieurs jours après les soins, l'opération, ou l'accouchement, manière élégante de payer son médecin au tarif le plus bas.

Faisant un pas de plus, le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait décidé, il y a trois ans, qu'à côté des indigents notoires, se trouve une catégorie de demi-indigents, de personnes qui sont momentanément privées d'une partie de leurs ressources, soit à cause d'une cessation de travail, soit à l'occasion d'une maladie longue et coûteuse, d'une opération chirurgicale, d'un séjour prolongé dans un hôpital.

Pour ces demi-indigents, il était admis que la commune pouvait venir à leurs secours, non pas complètement, comme pour les assistés ordinaires, mais partiellement.

Ce fut encore une source de conflits et d'abus.

Mais, nous est-il demandé, un assuré social peut-il demander le bénéfice de la demi-assistance ? Peut-il, en cas de maladie longue et coûteuse, solliciter de la commune un secours plus ou moins partiel ?

Nous ne le croyons pas, du moins en ce qui concerne l'application de la loi du 15 juillet 1893 : d'après l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, seuls les « notoirement indigents » ont droit au bénéfice de l'A. M. G. ; tous ceux qui ne sont pas des absolus privés de ressources, doivent se contenter des allocations fournies par leur caisse primaire d'assurances sociales.

Certes, si le bureau de bienfaisance de la localité est suffisamment riche pour pouvoir allouer un secours, libre à lui de distribuer les subventions, qu'il croira devoir accorder; mais le service communal et départemental, dépendant de la loi du 15 juillet 1893, ne peut rien accorder.

Le législateur a voulu supprimer le régime de l'assistance, pour le remplacer par celui de la prévoyance et de l'assurance sociale.

Prenons un exemple tout récent : une assurée sociale, ou femme d'assuré, a des couches difficiles : la sage-femme est dans l'obligation de faire appel au médecin, pour terminer un accouchement laborieux.

Immédiatement, on demande le bénéfice de l'A. M. G., pour ne pas avoir à payer les honoraires des deux praticiens.

Bien entendu, tout le monde cherche à esquiver ce paiement d'honoraires : la caisse d'assurances sociales soutient à tort qu'elle ne doit ho-

norer que la sage-femme et que la commune doit payer le médecin.

Le maire répond que la malade n'est pas inscrite sur les listes d'A. M. G. ; l'accouchée prétend ne pas pouvoir faire les frais de cet accouchement extérieur. De sorte que le praticien risque fort de ne pas être payé pour son intervention et demande aide et assistance au « Sou médical ».

Je réponds : la caisse maternité doit payer la sage-femme, car il est prescrit sur les feuilles de maternité (conformes à la rédaction parue au *Journal officiel* du 8 août 1930) que la sage-femme a droit à ses honoraires, même dans le cas où elle a dû recourir à l'assistance d'un médecin.

Celui-ci doit être payé par sa malade, qui se fera rembourser 15 à 20 % de ces dépenses par la caisse maladie (et non pas caisse maternité), car l'accouchement dystocique fait partie des spécialités médicales.

Du moment où l'accouchée est assurée sociale, elle n'a aucun recours à l'encontre de la commune, sauf si elle, ou son mari, est notoirement indigent.

Dans ce dernier cas seulement — cas exceptionnel — le médecin sera payé par la commune, ou le département, d'après le tarif ministériel des accidents du travail.

Mais, si la parturiente se trouve simplement gênée, elle peut commencer par demander à sa caisse d'assurances sociales que celle-ci veuille bien lui faire l'avance de la part, qui incombe à cette dernière, d'après son tarif de responsabilité, retenue étant faite de 15 à 20 %.

La cliente versera cette somme au médecin, plus le complément, qui reste à la charge de l'accouchée.

Si celle-ci a besoin véritablement d'un secours, elle s'adressera, non pas au service de l'A. M. G., mais au bureau de bienfaisance, pour obtenir l'assistance de ce dernier.

Conclusion.

Il faut encore un peu de patience, pour que le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales soit aussi satisfaisant que possible ; les formalités administratives ont grand besoin d'être simplifiées, mais également les dirigeants des caisses doivent bien se pénétrer des difficultés de chaque jour, comme de leurs devoirs et obligations.

Aussi, sommes-nous désireux de nous mettre à la disposition de nos confrères, surtout lorsqu'ils se voient renvoyer de service en service, chacun de ceux-ci cherchant à se débarrasser sur autrui de la charge pécuniaire des honoraires médicaux.

Dr Paul Boudin.

LES ASSURANCES SOCIALES

Les chirurgiens devant les assurances sociales.

Les médecins omnipraticiens ont obtenu tout ce qu'ils réclamaient dans l'application de la loi des assurances sociales et il convient de les féliciter.

Ils ont le libre choix, le respect du secret professionnel, la liberté de prescription, enfin l'entente directe.

La raison de leur succès est facile à saisir : ils avaient pour eux le nombre, donc la force.

Par contre les spécialistes, et parmi eux les chirurgiens, les seuls dont je veuille m'occuper ici, ont vu leurs intérêts totalement oubliés durant les pourparlers qui ont précédé et accompagné l'élaboration de la loi, puis finalement sacrifiés.

La situation qui leur est faite, comparée à celle des omnipraticiens, est aussi peu brillante que possible. Examinons-la d'un peu près à la lumière des faits.

Par la force des choses, c'est-à-dire par la puissance de l'argent et par l'argument irrésistible des tarifs, les assurés sociaux sont régulièrement dirigés vers l'hôpital, dont le bon marché voue à l'impuissance toute tentative de concurrence des cliniques particulières. Déjà se manifeste en ce sens un courant qui sera bientôt irrésistible.

Quel est, en effet, le prix de séjour à l'hôpital dans la région où j'exerce ? Le voici : les hôpitaux de Montpellier et de Béziers, pour ne citer que les deux principales villes de l'Hérault, demandent aux caisses 23 fr. 50 par jour. Or, je défie aucune clinique privée de pouvoir subsister, sans courir à la faillite, avec un tarif aussi réduit.

En effet, la lutte est par trop inégale : les hôpitaux sont construits et entretenus avec l'argent des contribuables ; ils jouissent de dons, de legs, de revenus tirés de donations anciennes ; ils sont exempts de tous impôts ; ils reçoivent des subventions municipales et autres ; enfin ils ne payent pas la plus grosse partie de leur personnel, quand ils ont eu l'idée, comme les deux hôpitaux cités plus haut, de créer dans leur sein une école d'infirmières.

La clinique mutualiste de Montpellier, qui s'est assurée le concours d'un professeur de faculté, fait mieux encore : elle a traité avec certaines caisses, notamment avec les caisses de Millau,

sur la base de 20 francs par jour, tout compris, même les honoraires médicaux. Mais cette clinique s'est fondée avec des subventions diverses, du Pari Mutuel, par exemple, largesse qu'ignorent les cliniques privées.

La lutte est donc inégale et voilà une première injustice, dont souffrent les chirurgiens. Ce n'est pas la seule.

Car voici un assuré social, poussé par la caisse vers un service chirurgical hospitalier.

Qui donc l'y opérera ? Le chef de service naturellement.

En effet, aucune autre hypothèse n'a été même envisagée par nos dirigeants syndicalistes jusqu'à ce jour, et le règlement intérieur de la plupart des hôpitaux s'opposerait à ce qu'il en fut autrement.

Ce malade chirurgical n'a donc pas le libre choix de son chirurgien.

Ce libre choix, que nos dirigeants nous ont présenté comme une conquête capitale et définitive, qui constitue un des articles fondamentaux de la Charte Médicale, est donc valable pour le malade médical, mais non pour le chirurgical.

Voilà une deuxième injustice dont le chirurgien a le droit de se plaindre. Car si le libre choix profite au malade, lequel jouit ainsi de la liberté de confiance, il intéresse le chirurgien au même titre que le médecin : pour l'un et l'autre de ces deux membres de la famille médicale, il signifie l'égalité des droits devant la loi, juste compensation de l'égalité des charges.

Le libre choix ne jouant pas en faveur de tous les chirurgiens, ceux-ci sont fondés à se dire victimes d'une inégalité et d'une injustice choquantes, par comparaison avec leurs confrères médicaux.

Les dirigeants de la Confédération se sont moins attachés à empêcher cette injustice qu'à obtenir des tarifs suffisants pour les heureux chefs de service.

Or, la question de sous, gros ou petits, n'offre ici qu'une importance secondaire.

Le fait capital est celui-ci : payé peu ou beaucoup, le chirurgien officiel accapare une clientèle, qui n'est pas sienne et, mettant à son service exclusif la force du syndicalisme médical, il élimine, il « luxe » élégamment ses collègues non officiels.

Car, lisez les comptes rendus des assemblées générales ou des réunions du Conseil de la Confédération, de ces chirurgiens non-officiels, j'entends ceux qui sont restés à la porte de l'hôpital, ceux qui n'y ont pas accès, personne ne parle.

Ce sont des parents pauvres et honteux, qui n'ont jamais osé rien réclamer, de qui personne ne s'est jamais fait le porte-parole.

Tant à la Confédération des syndicats qu'au Syndicat des chirurgiens français, les choses se passent comme si les orateurs et revendicateurs étaient tous des gens biens nantis, titulaires d'un service d'hôpital assuré, surtout soucieux de faire relever les tarifs, mais non désireux d'inviter leurs collègues, non officiels, à partager le gâteau.

En quoi consiste, en effet, le dernier succès, proclamé à son de trompe, du secrétaire général de la Confédération ? Est-ce d'avoir obtenu le libre choix pour les malades chirurgicaux et le libre accès de tous les chirurgiens auprès de leurs malades dans les hôpitaux ? Non, car c'était, paraît-il, trop difficile.

Mais il a conquis la discrimination des catégories : les chirurgiens officiels, et eux seuls, toujours eux, pourront obtenir le chiffre-clé 12 pour les assurés de la 5^{e} catégorie.

Le chirurgien d'hôpital voit donc se consacrer plus solidement la situation privilégiée, souvent injustifiée, le monopole de fait qu'il détient aux dépens de ses confrères.

Et le fossé s'élargit qui sépare les gourmands, qui auront tout, des sacrifiés qui n'auront rien. Notons, en passant, que beaucoup d'officiels seraient bien embarrassés, si l'on recherchait les raisons de leur position si avantageuse. Rares sont les villes où le concours est en honneur ; plus nombreuses sont celles, où la valeur professionnelle a moins de poids que les considérations politiques, l'habileté dans l'intrigue ou la souplesse dans l'échine.

On conviendra que ces titres ne sont pas de ceux qui forcent à s'incliner.

Le secrétaire de la Confédération a récemment agité une manière d'épouvantail en écrivant ceci : « ne fermez pas trop la porte de l'hôpital, sans quoi vous ouvrez la maison de santé de caisse. »

A quoi je réponds : que m'importe que mon malade soit soigné à la clinique de caisse, ou à l'hôpital, si je n'ai pas plus accès à l'une qu'à l'autre, si mon client m'est enlevé, contre son gré, par celui-ci ou par celle-là. Je suis Gros Jean dans les deux cas.

En guise de conclusion je dirai que les chirurgiens doivent réclamer le libre choix avec la même énergie que les médecins, sans souffrir aucune exception de condition ou de lieu.

Si des conventions hospitalières s'imposent, elles doivent être basées sur les principes suivants : la salle commune de l'hôpital sera réservée aux seuls indigents ; les assurés sociaux, puisqu'ils payent, pourront choisir partout leur chirurgien ; si l'hôpital veut les héberger, qu'il organise des services spéciaux.

Mais, me dira-t-on, la Confédération a émis récemment un vœu semblable. On m'accordera, j'espère, qu'il est venu bien tardivement et que sa rédaction, empreinte de mollesse, contraste

avec le ton comminatoire des résolutions précédemment émises.

Dr Guibal (de Béziers).

***

La Confédération des Syndicats étant mise en cause par notre distingué correspondant, nous avons soumis son article au Dr P. Cibrie, qui nous a demandé d'en faire suivre la publication de la réponse suivante :

Courte réponse

Où M. Guibal a-t-il vu que le libre choix, le respect de la liberté de prescription et l'entente directe étaient réservés aux seuls *médecins* ?

Que la clientèle de l'hôpital, au point de vue tant médical que chirurgical, soit augmentée du fait de l'exercice des assurances sociales, c'est possible. Ce n'est pas certain.

En effet, le malade médical ou chirurgical qui, *hier*, faisait appel au médecin et au *chirurgien*, de son choix, alors qu'il avait la totalité des frais à supporter ; comment ce même malade ne continuerait-il pas la pratique du libre choix alors que, *aujourd'hui*, il est remboursé par sa caisse d'une partie des frais ?

L'attrait spécial de l'hôpital ? ? Ce n'est pas ici que je le discuterai.

Quant à « la part du gâteau », à laquelle fait allusion l'auteur de l'article, qu'il me permette de lui dire que la loi sur les assurances sociales n'a jamais été considérée par nous comme constituant un «gâteau » pour le Corps médical ; — une charge sociale, oui ; — une source de difficultés de toutes sortes, oui ; — un gâteau, non.

M. Guibal nous accuse, si j'ai bien compris, d'avoir obtenu à l'hôpital public le libre choix du médecin, et pas celui du chirurgien.

Ceci dénote une absence de documentation, telle qu'il me paraît inutile de relever l'erreur.

N'en déplaise à M. Guibal, le libre choix existe dans la loi française, et il est en fait réalisé partout, sauf à l'hôpital public.

Quant aux efforts que nous faisons pour permettre l'entente directe à l'hôpital — ou tout au moins obtenir là un chiffre-clé élevé, M. Guibal n'a pas compris que l'écart entre les frais de l'hôpital et ceux de la clinique privée devenant ainsi moins grand, la concurrence peut plus facilement jouer.

Notre règle de conduite consiste à tendre vers la réalisation des vœux émis par l'assemblée générale de 1930, divisant les assurés en deux catégories :

« Les indigents ou privés de ressources, pour lesquels le Corps médical est prêt à envisager la gratuité complète des soins ;

« Les autres assurés, pour lesquels l'entente directe avec libre choix, partout où il sera possible, doit être reconnue comme la seule modalité équitable. »

M. Guibal ne veut pas de la discrimination des catégories et paraît bien ne voir la question que sous un jour très étroit. Je lui rappelle que les chirurgiens français, réunis en Syndicat général, sont d'un avis diamétralement opposé.

La création de maisons de santé sans libre choix n'intéresse par M. Guibal..... Là aussi il diffère d'avis avec quelques-uns.....

Quant au libre choix à l'hôpital public, demandez à M. Guibal s'il croit pouvoir faire modifier d'emblée, les lois de 1849 et 1851, et surtout les règlements intérieurs de tous les hôpitaux publics de France, et si lui, M. Guibal, aurait accompli ce petit tour de force à propos de la loi des assurances sociales.

Enfin, — car je ne voudrais pas être trop long — je termine par un conseil à M. Guibal.

Qu'il veuille bien se donner la peine de lire *attentivement* la loi de 1928 et la loi de 1930. Le collationnement des textes pourra lui donner une idée du travail accompli par la Confédération des syndicats médicaux et des résultats obtenus — l'injustice dans l'appréciation doit tout de même avoir quelques limites !

Et enfin, qu'il veuille bien faire un peu de législation comparée, et, s'il en a le temps, examiner les lois : allemande, anglaise, danoise, autrichienne, tchécoslovaque, etc. De cette promenade dans la législation étrangère, il reviendra ahuri peut-être, mais, je l'espère, satisfait d'être médecin français.

P. Cibrie.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

5 *avril* 1931.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; NOIR, H. MIGNON, A. GASSOT, HENNE, LEVASSORT, DUCHESNE, FISCHER, MAZEROUX et M. MIGNON.

Excusés : MM. VIMONT, BOUDIN et PAMART.

En l'absence de M. le Dr BOUDIN, M. HENNE remplit les fonctions de secrétaire.

Indemnités-maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes : à MM. :

Combinaisons B et MA.

10	VIEL	Manche	57 jours	570 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
151	GRORICHARD	Jura	33 jours	330 »
164	DE GRISSAC	Charente-Inférieure	un mois et 14 jours chr.	143 30
193	COLLIN	Var	3 mois	300 »
211	CAMUS	Finistère	26 jours	260 »
303	RIGNIER	Seine-et-Marne	21 jours	210 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
356	LOP	Bouches-du-Rhône	21 jours	210 »
374	TRABY	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
375	PIERRHUGUES	Var	26 jours	260 »
382	GUSTIN	Vendée	3 mois	300 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
444	PATET	Saône-et-Loire	2 mois	200 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
511	LELOUTRE	Rhône	18 jours + 14 jours chr.	226 60
535	CUNNAC	Pyrénées-Orientales	60 jours + un mois et 11 jours chr.	736 65
547	CLISSON	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
569	CADILHAC	Yonne	3 mois	300 »
609	RINGUET	Ille-et-Vilaine	32 jours	320 »
653	DUHAMEL	Lot-et-Garonne	3 mois	300 »
659	BONNEL	Hérault	35 jours	350 »
684	LAURENCIN	Saône-et-Loire	49 jours	490 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
724	ROURE	Drôme	6 mois	600 »
730	LEFER	Meuse	15 jours	150 »
731	VOLPERT	Moselle	19 jours	190 »
745	POTIÉ	Nord	26 jours	260 »
827	TISON	Paris	3 mois	300 »
845	VALLAIS	Manche	3 mois	300 »
848	GALAND	Nord	60 jours + 43 jours chr.	743 20
863	CAT	Bouches-du-Rhône	27 jours	270 »
927	GUYOT	Haute-Marne	12 jours	120 »
931	CHIFFRE	Pyrénées-Orientales	17 jours + 2 mois	370 »
934	GIRARD	Paris	59 jours	590 »
946	BÉZY	Haute-Garonne	13 jours + 2 mois et 17 jours chr.	386 60
947	COUSIN	Haute-Garonne	12 jours + un mois et 22 jours chr.	293 25
956	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	60 jours + un mois et 13 jours chr.	748 30
990	BOUDEY	Gers	55 jours	550 »
991	ODIN	Loire	9 jours	90 »
1043	MASSINA	Pyrénées-Orientales	37 jours	370 »
1051	ROGUET	Maine-et-Loire	41 jours	410 »
			A reporter	14.647,90

			Report	14.647 90
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1094	Diard	Yonne	11 jours	110 »
1176	Tel	Lot-et-Garonne	18 jours	180 »
1225	Briault	Loire	20 jours	200 »
1232	Lert	Var	21 jours	210 »
1248	Lemaitre	Manche	23 jours	230 »
1259	Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1272	Moliněry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1325	Aschkinasi	Seine-et-Oise	31 jours	310 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1376	Rayrolles	Cantal	60 jours + 6 jours chr.	620 »
1476	Bordo	Pyrénées-Orientales	37 jours	370 »
1534	Gayet	Seine-Inférieure	6 mois	600 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1619	Bridoux	Pas-de-Calais	6 jours	60 »
1655	Satte	Drôme	8 jours	80 »
1661	Luciani	Corse	12 jours	120 »
1741	Le Pipe	Morbihan	14 jours	140 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1799	Castagnoni	Constantine	3 mois	300 »
1825	Michel	Saône-et-Loire	9 jours	90 »
1839	Le Prieur	Manche	19 jours	190 »
1845	Eloire	Nord	46 jours	460 »
1868	Greliche	Puy-de-Dôme	3 jours	30 »
1886	Guillon	Vienne	7 jours	70 »
1895	Roure	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
1934	Hintzy	Mayenne	27 jours	270 »
964	Anjaleu	Tarn-et-Garonne	14 jours	140 »
			Total	21.827 90

Combinaison MA²

26	Vire	Isère	15 jours	300 »
144	Goulven	Finistère	18 jours	360 »
215	Hugues	Loiret	15 jours	300 »
224	Tissot	Ain	8 jours	160 »
358	Mainsbrecq	Loir-et-Cher	38 jours	760 »
407	Lejeune	Sarthe	15 jours	300 »
420	Girod	Manche	11 jours	220 »
647	Bellin	Isère	3 mois	600 »
697	Poitevin	Haute-Vienne	31 jours	620 »
709	Sabatier	Bouches-du-Rhône	11 jours	220 »
717	Reynier	Haute-Savoie	6 mois	1.200 »
750	Moriniere	Maine-et-Loire	21 jours	420 »
793	Binet	Doubs	36 jours	720 »
800	Laurans	Loire-Inférieure	14 jours	280 »
842	Sage	Isère	49 jours	980 »
880	Guéret	Hérault	60 jours + 15 jours chr.	1.300 »
916	Verne	Var	11 jours	220 »
1019	Cauvin	Alpes-Maritimes	22 jours	440 »
1085	Vial	Allier	16 jours	320 »
1172	Renoult	Yonne	13 jours	260 »
1370	Coste	Drôme	7 jours	140 »
1383	Durozoy	Seine-et-Oise	40 jours	800 »
1472	Fileux	Nièvre	60 jours + 11 jours chr.	1.273 25
1520	Pouliquen	Finistère	17 jours	340 »
			A reporter	12.533 25

			Report	12.533 25
1585	Daguet	Doubs	4 jours	80 »
649	Rousset	Savoie	12 jours	240 »
1856	Miroudot	Haute-Saône	17 jours	340 »
1924	Pasquereau	Loire-Inférieure	10 jours + 27 jours chr.	379 80
1969	Guinaudeau	Charente-Inférieure	8 jours	160 »
1988	Weybecher	Indre-et-Loire	5 jours	100 »
			Total	13.833 05

Combinaison MA³

43	Collignon	Sarthe	36 jours	1.080 »
54	Hernette	Charente-Inférieure	5 jours	150 »
59	Vernier	Nord	7 jours	210 »
451	Cheynel	Ardèche	6 jours	180 »
509	Menguy	Cher	18 jours	540 »
586	Boisseau	Charente-Inférieure	12 jours	360 »
851	Sedeilhan	Gironde	18 jours	540 »
			Total	3.060 »

Combinaison MA⁴

190	Brallet	Vosges	22 jours	880 »
887	Hardy	Loire-Inférieure	1 jour	40 »
			Total	920 »

Combinaison MA⁵

269	Ezanno	Morbihan	8 jours	400 »
564	Feige	Savoie	12 jours	600 »
583	Boichot	Saône-et-Loire	3 jours	150 »
596	Raffegeau	Eure-et-Loir	4 jours	200 »
642	Duballen	Ain	3 mois	1.500 »
649	Ruppe	Paris	2 jours	100 »
705	Brausch	Moselle	2 jours	100 »
839	Balme	Isère	9 jours	450 »
1007	Para	Hautes-Alpes	4 jours	200 »
1131	Bézine	Aube	60 jours + un mois et 9 jours	3.550 »
			Total	7.250 »

Le Conseil inflige une amende de 50 francs aux sociétaires nos 724 et 1.534 pour retard dans l'envoi de leurs nouvelles. Ces amendes seront versées à la Caisse auxiliaire.

Pensions aux veuves

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension du 1er trimestre 1931, les sommes suivantes à :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr. »
13	Mineurs Deshusses, Hte-Savoie.	50 fr. »
27	Veuve Gallois, Côte-d'Or	66 fr. 65
38	Veuve Gillette, Calvados	150 fr. »
43	Veuve Chevreux, Paris	150 fr. »
45	Veuve Valot, Hautes-Alpes	60 fr. »
51	Veuve Rousselot, Hte-Marne	150 fr. »
	Total	776 fr. 65

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1931.

Remboursement de cotisations contre-assurées

Le Conseil ordonnance le remboursement aux ayants droit de Madame Hervé, de Talence, de la somme de 4.938 francs, montant des cotisations par elle versées en vue d'une pension à 60 ans.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA

M. le Dr Gomy.

Combinaison MA²

MM. les docteurs Morlet et Daubigny.

Combinaison MA³

M. le Dr Béraud.

Combinaison MA4

M. le Dr Escoffier.

Combinaison MA5

MM. les docteurs Clénet, Mugniéry, Coulombier, de Sablet, Jouve, Ouvrard, Carrière, Jaillette, Samoyeau et Perdreau.

Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Combinaison MA3 :

M. le docteur :
ESCANDE, d'Auxerre.

Combinaison MA4 :

M. le docteur :
LE BOULLIÈRE, de Pluvigner (Morbihan).

Combinaison MA5 :

MM. les docteurs :
ROYER, de Trebeurden (Côtes-du-Nord).
DRENEAU, de Challans (Vendée).
SANDINO, d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin juin.

Admissions :

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison R :

MM. les docteurs :
PAULET, de Sommières (Gard).
MORLOT, de Dijon.
GONY, Cette (Hérault).
PERRET, de Romans (Drôme).
RENAUX, de Paris.

Combinaison V

D. le docteur MORLOT, de Dijon.

M. GASSOT, *trésorier,* fait part au Conseil de son impression sur les travaux préparatoires de l'inventaire : la Mutualité Familiale lui paraît être dans une excellente situation.

L'évaluation du portefeuille faite au 31 décembre 1930, moment cependant peu favorable, permet de constater une plus value de 700.000 fr. sur les prix d'achat des valeurs.

M. MIGNON, *secrétaire général,* se préoccupe de la propagande qu'il faudrait parvenir à intensifier. Depuis le commencement de février, il n'a pas reçu moins de 180 lettres de demandes de statuts et de renseignements, mais les dossiers, qui lui sont revenus complets, sont bien peu nombreux, et émanent de confrères, qui approchent de la limite d'âge : il faudrait faire comprendre aux jeunes le danger qu'il y a à ajourner et à attendre.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire : H. HENNE. *Le président* : A. MAURAT.

Ve VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

Pendant les récentes vacances de Pâques, j'ai été convié au banquet de clôture du Ve voyage médical sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, dont nous avons soutenu ici les heureuses initiatives. Dans ce voyage, j'ai rencontré des confrères belges, suédois, danois, portugais, norvégiens, américains, lettons, polonais, luxembourgeois, suisses, hollandais, yougo-slaves, hindous, etc. Tous étaient manifestement ravis d'avoir pu, à très bon compte, être promenés sur la Côte d'Azur, dans les conditions les plus agréables. Ils devaient se séparer le lendemain, pour prendre part à diverses excursions en Corse et dans la haute Italie (Gênes, Milan, le lac de Côme et Turin).

Le banquet auquel j'ai assisté, était présidé par M. Gaston Gérard, haut Commissaire au tourisme, et chacun des orateurs a tenu à lui exprimer, au nom du groupe de ses nationaux, les impressions d'ordres divers, que ce voyage touristique et professionnel lui avait apportées. Aussi, avons-nous entendu dix-huit discours consécutifs sur le même thème, et c'est la seule critique que je me permets d'adresser à cette très belle réception !

Nos confrères, venus d'au delà de nos frontières (et que nous ne considérons pas pour cela comme des étrangers, car un médecin n'est jamais un étranger pour un autre médecin), ont célébré la belle et douce France, au séjour enchanteur : ils se sont déclarés (comme, d'ailleurs, leurs confrères français), fort intéressés, à la fois, par la beauté des sites, qu'ils ont visités, et par la multiplicité et la variété des ressources thérapeutiques de la Côte d'Azur, de ses installations, de ses établissements de cure, etc.

Il est impossible de ne pas se rendre compte, en écoutant ces discours, de la portée bienfaisante des voyages ainsi recrutés. En assumant, depuis dix ans environ, cette lourde charge, la Société médicale a évidemment rendu de très grands services, et elle l'a fait dans l'esprit le plus large et le plus désintéressé.

En effet, elle n'a pas borné son action au territoire restreint qu'elle représente particulièrement : elle a voulu marquer nettement la nécessité, pour toutes les régions thermales ou climatiques françaises, de s'organiser *régionalement*, pour prendre l'initiative de recruter, chaque année, les éléments d'un voyage de propagande, et le recevoir comme il convient.

La Société médicale du littoral a été heureusement écoutée et suivie. Elle a obtenu l'appui effectif des facultés de Marseille, de Montpellier, de Lyon, de l'Ecole de médecine de Grenoble, et l'appui moral de presque toutes les Facultés et les Ecoles de France. En outre des deux voyages réguliers annuels de Noël et de Pâques sur la Côte d'Azur, elle organise, non moins régulièrement, maintenant, chaque année, deux voyages d'été dans les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées. Enfin, les Facultés de Gênes, de Milan et de Turin, lui ont demandé d'ajouter, à son voyage de Pâques, une excursion facultative dans la haute Italie, ce qu'elle a fait. Elle avait déjà d'ailleurs, ajouté une excursion en Corse.

Nous croyons savoir que les stations d'Auvergne et les stations des Vosges agissent de même dans leurs propres régions. Il s'en suit que, maintenant, toutes les régions de France sont pourvues et assurées d'avoir, tant qu'il leur plaira, chaque année, entre leurs mains, sous la forme d'un voyage régional international, le meilleur outil de propagande qui soit.

C'est ce que le Ministre a souligné très heureusement. Il a montré qu'il savait que le Corps médical est le meilleur des collaborateurs, lorsqu'il s'agit de faire connaître les richesses climatiques, thermales et touristiques dont nous disposons. Non seulement le praticien doit, en effet, connaître l'arsenal thérapeutique ainsi constitué ; non seulement il doit y diriger, à bon escient, ses malades ; — mais encore il peut aisément conseiller ses amis, ses parents, ses relations, en même temps que ses malades, dès qu'il s'agit d'utiliser au mieux quelques jours de villégiature et de repos.

Il faut savoir diriger l'un vers le soleil et la mer bleue, pouvoir lui indiquer l'hôtel où il trouvera l'un et l'autre (comme celui des Néréides, sur le Mont Boron, à Nice, dominant de quarante mètres la mer, où j'ai pu faire des cures de soleil, de repos et de bleu).

Il faut savoir diriger tel autre vers l'Océan, ou vers des climats plus rudes, tels que ceux du Nord de la Bretagne ; — tel autre, vers différentes altitudes des Alpes, du Massif Central, des Pyrénées, etc. Tout cela nécessite une connaissance des lieux que, seuls, des voyages médicaux répétés peuvent donner.

Il ne faut pas se draper dans un exclusivisme égoïste, mais il ne faut pas non plus refuser de voir que, dans d'autres pays, des voyages réguliers offrent aux médecins des possibilités de visite et que nous ne devons pas, à cet égard, rester en arrière. La Société médicale du littoral, par ses voyages trimestriels d'été et d'hiver, a donc fait une besogne très intelligente, puisqu'elle convie les praticiens de l'intérieur de la France ou du dehors, tantôt sur la Côte d'Azur, tantôt dans les Alpes, tantôt dans les Cévennes et tantôt dans les Pyrénées et cela avec des programmes fixés d'avance, parmi lesquels on peut choisir. Ce n'est pas l'égoïsme d'une région qui la guide, c'est le désir de faire connaître les ressources de toutes nos régions climatiques, thermales et touristiques.

« La France repose, guérit et distrait » nous a dit le Ministre. Elle instruit également, et désire aussi se faire aimer de ceux qu'elle reçoit. C'est la politique du « bon accueil, » que le Ministre nous a exposée. Il a aussi rappelé et développé la pensée de Paul Valéry : « La paix se démontre par l'esprit des peuples, qui, au lieu d'être hostiles les uns aux autres, désirent collaborer pour construire, au lieu de détruire. »

J'ai remporté, de cette réunion et des agapes confraternelles, qui en étaient le résultat, une réconfortante impression, et je désire ici apporter mon tribut d'admiration à nos confrères de la Société médicale du littoral, et particulièrement à son président, le Dr Maurice Faure, qui fut l'initiateur, l'animateur et l'apôtre de ces voyages médicaux comme, d'ailleurs, de bien d'autres œuvres. Dans sa tâche devenue écrasante, il est heureusement secondé par son fils Jean-Paul Faure, qui a su acquérir très vite l'amitié de tous, et s'assurer la reconnaissance des voyageurs, de suite conquis par sa déférente prévenance et son activité souriante. Grâce à lui, le voyage est, d'un bout à l'autre, un salon où l'on cause, où l'on se distrait, où l'on se félicite de se connaître, où l'on se promet de se revoir, et cette atmosphère de sympathie, à la fois mondaine et cordiale, est bien pour quelque chose aussi dans le succès exceptionnel des voyages de la Société médicale du littoral.

Mais hélas ! un point noir à ce tableau enchanteur : les organisations régionales, sur lesquelles s'appuie la Société, sont les seules qui, jusqu'à présent, lui ont accordé un appui réel. De l'Office national du tourisme, de l'Institut d'hydrologie, de l'Etat, etc., aucune aide matérielle et efficace ! Et j'ai été particulièrement frappé d'apprendre que les invitations gratuites dont bénéficient, pour ces voyages, des étudiants, des professeurs, des journalistes, des notabilités françaises et étrangères, sont entièrement à la charge de la Société médicale ! Elle a cependant demandé, à diverses reprises, la création de Bourses de voyages, qui, précisément, permettraient, en augmentant le nombre des invités,

de donner satisfaction à un plus grand nombre de personnalités, dont le concours est nécessaire. La création de ces Bourses de voyages nécessite naturellement une allocation de fonds, et cette allocation ne peut venir que des organismes nationaux, précisément constitués pour la propagande en faveur de nos stations touristiques, climatiques, thermales, etc.

La Société médicale du littoral a fait ses preuves. Son organisation marche. Elle a été créée, il y a dix ans. Elle ne peut porter ombrage à personne. Jamais cette organisation n'a prononcé d'exclusive contre quiconque : notamment, les voyages des Facultés françaises et étrangères continuent à être accueillis aussi bien que par le passé, dans les régions méridionales équipées par la Société médicale. Une entente plus étroite entre les groupements régionaux, les Facultés et l'Office national du tourisme, permettrait d'utiliser cette organisation, et, par là, d'éviter des pertes de temps, d'efforts et d'argent.

Les stations françaises sont habituées maintenant aux voyages médicaux. Elles en ont compris la portée, elles acceptent parfaitement de recevoir, chaque année, plusieurs voyages réguliers. Elles se plaignent seulement de l'incoordination des efforts, qui accumule les voyages dans certaines régions et à certaines époques, alors qu'il serait facile de les mieux répartir. Elles se plaignent aussi des initiatives isolées, qui ajoutent, à ces voyages réguliers, des manifestations inattendues, qui ne sont pas toujours nécessaires, au point de vue général.

Le Haut Commissaire au tourisme, l'Office national, l'Institut d'hydrologie, les Facultés, ne peuvent ignorer tout cela. Tous doivent comprendre qu'une entente est nécessaire, et qu'elle ne peut être faite au détriment de tous et au profit d'un seul. Il faut donner à la Société médicale du littoral et aux Groupements régionaux qui collaborent avec elle, les bourses de voyages qu'ils sollicitent : sans quoi, ils resteront exposés, comme ils l'ont été jusqu'à présent, à la concurrence d'organisations similaires établies dans d'autres Nations, et qui disposent de ressources et de concours beaucoup plus larges. Il en résulte ce qui nous a été dit à la réunion du dimanche 5 avril, savoir : que lors du dernier voyage de Pâques, un groupe de médecins canadiens, et lors du voyage précédent, un groupe de médecins danois ont préféré se joindre précisément à ces organisations d'autres nations, où ils étaient défrayés de tout, alors que la Société médicale était dans l'impossibilité de leur offrir un nombre d'invitations suffisant.

Si l'on songe que les frais de ces voyages sont relativement minimes et que l'organisation est de premier ordre, il ne paraît pas admissible que l'on ne puisse trouver les ressources nécessaires pour remédier à un état de choses, qu'il suffit de signaler pour que tout le monde comprenne qu'il est préjudiciable aux intérêts des stations françaises.

Paul BOUDIN.

N. B. — Rappelons que les deux prochains voyages auront lieu : en juillet dans les Alpes, et en septembre dans les Cévennes et les Pyrénées. Le sécrétariat de la Société médicale du littoral méditerranéen répond, dès à présent, à toutes les demandes (24, rue Verdi, à Nice).

Le Voyage Médical en Haute Italie, organisé par la Compagnie italienne de Tourisme et les chemins de fer de l'Etat Italien, faisait suite au V[e] Voyage médical de Pâques sur la côte d'Azur organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen. Le D[r] HUBAC a bien voulu nous remettre les quelques brèves notes suivantes dont nous le remercions.

Lundi 6 *avril* : Départ de Nice, arrêt à Monte-Carlo ; déjeuner à Alassio, dîner à l'Hôtel Colombia à Gênes. Soirée théâtrale offerte par le maire au théâtre Marguerite.

Mardi 7 *avril* : *Gênes*, Visite de la ville et du port, à la fin de la matinée réception très amicale à la clinique du professeur Pende, par le professeur lui-même et son assistant le D[r] Luzzat. Allocution du professeur Pende auquel répond le D[r] Targhetta de Nice. Visite du grand hôpital de San-Martino, sous la conduite du directeur. Après-midi, visite de la ville, réception par le podestat sénateur Broccardi, à l'Hôtel de Ville.

Départ pour Milan le soir, arrivée à l'Hôtel Principe et de Savoie.

Mercredi 8 *avril* : *Milan*. Visite de la Ville ; l'après-midi réception à la Faculté royale de médecine, visite de la Faculté accompagnés du professeur Valenti, ensuite visite du centre anticancéreux, que dirige le professeur Fichera, établissement pourvu de toutes les ressources de diagnostic et de thérapeutique modernes. Soirée à la Scala de Milan, loge offerte par le sénateur Borlettia ; près le théâtre, réception au « Cova » par le professeur Valenti avec allocution très aimable, à laquelle répondent les docteurs Targhetta et Meurice de Nice au nom de la caravane médicale.

Jeudi 9 *avril* : Excursion au Lac de Côme, déjeuner à Bellagio.

Vendredi 10 *avril* : La matinée, excursion à la Chartreuse de Pavie, départ pour Turin l'après-midi. Arrivée à l'Hôtel Majestic Lagrange, dîner et soirée théâtrale au théâtre Balho.

Samedi 11 *avril* : *Turin*. Visite de la ville, réception à l'hôpital San Viti, par le professeur Quarelli et le professeur Colombino, visite des services, allocution du professeur Quarelli, auquel répondent le D[r] Targhetta et le docteur Meurice de Nice.

L'après-midi départ pour Nice et dislocation.

Excellent accueil partout au cours du voyage, très intéressant non seulement par son caractère touristi-

que, mais encore par le côté technique qui nous a permis de constater que l'Italie était dotée de cliniques, de laboratoires et d'hôpitaux modernes, où les savants et les étudiants peuvent se livrer aux recherches les plus diverses, nécessitées par les conceptions nouvelles de diagnostic et de thérapeutique. Il faut encore féliciter le Dr Faure, qui avec son fils organisa ce voyage médical, qui s'exécuta dans d'excellentes conditions en tous points et fait présager du succès des prochains voyages.

LIBRES PROPOS D'UN RADIOLOGISTE SPÉCIALISTE SYNDIQUÉ (1)

Je remercie le *Concours médical* de permettre à un radiologiste spécialiste syndiqué de faire entendre sa voix.

J'ai l'intention d'étudier dans quelques articles :

D'abord la définition du radiologiste spécialiste et ses prétendus privilèges ;

Puis ses rapports avec les médecins traitants, avec les accidentés du travail, avec les assurés sociaux.

Cette étude, essentiellement personnelle et incomplète, accueillera avec reconnaissance toutes les objections et réparera tous les oublis, que les confrères voudront signaler.

Définition et prétendus privilèges du radiologiste spécialiste

La définition du radiologiste spécialiste est assez difficile, puisque les membres du Syndicat des radiologistes sont eux-mêmes loin d'être unanimes sur ce point.

A mon avis le radiologiste spécialiste est celui qui ne fait ni médecine générale, ni surtout de visites à domicile, et qui, dans son cabinet, ne fait qu'exceptionnellement des prescriptions médicamenteuses.

S'il donne un traitement ou un régime au malade, venu le voir directement, il reste spécialiste, mais il perd cette appellation, s'il continue à traiter ce malade en dehors de sa spécialité.

Il reste spécialiste, s'il fait en plus une autre spécialité, soit la peau, soit la phtisiologie, soit la gastro-entérologie, etc., mais en se cantonnant à une seule spécialité supplémentaire.

Il perd son caractère de spécialiste, s'il se dit spécialiste, sans indiquer sa spécialité, comme cela existe sur un grand nombre de plaques médicales à l'entrée des immeubles.

Mais, il existe un grand nombre de localités, où il est impossible à un radiologiste de vivre de sa spécialité, et, fréquemment en province, il arrive qu'un médecin qui fait de la médecine générale en même temps que de la radiologie et qui n'est donc pas un spécialiste, est cependant regardé comme tel par ses confrères, puisqu'il reçoit d'eux (plus ou moins contraints, il faut l'avouer) des malades à radiographier.

C'est pour cela qu'il y a quelques années, à tort à mon avis, le syndicat des radiologistes définissait comme spécialiste, le radiologiste à qui ses confrères envoyaient des malades.

Cette définition, en outre de son imprécision, puisqu'il suffit du certificat plus ou moins de complaisance d'un ou de deux confrères, peut empêcher un véritable spécialiste d'être regardé comme tel, s'il ne veut pas passer sous les fourches caudines du syndicat local.

J'estime personnellement que, même dans ces localités, la définition du spécialiste doit être conservée avec toute sa rigueur, quitte au radiologiste, si sa spécialité seule ne peut le faire vivre, de s'adjoindre une autre spécialité, pour laquelle il a fait des études spéciales, ou pour laquelle il se sent des dispositions particulières.

Je considère donc que, seul, peut s'instituer radiologiste spécialiste, celui qui prend l'engagement écrit de ne pas faire de médecine générale, de ne faire aucune visite à domicile et de ne vivre que de sa spécialité.

Des avantages devraient être concédés par les lois sociales aux radiologistes spécialistes.

Car, de même que la possession d'un bistouri ou de quelques pinces à forcipressure ne donne pas au médecin praticien le titre de chirurgien, quand bien même, exceptionnellement ou en cas d'urgence, il se sert utilement de ce bistouri et de ces pinces, — de même posséder un poste radiologique, sans avoir fait d'études spéciales et sans continuer à en faire chaque jour, ne devrait pas autoriser un médecin praticien à se déclarer radiologiste.

Or, dans les lois sociales actuelles, alors que dans la clientèle ordinaire les malades savent parfaitement faire cette discrimination et qu'ils exigent (c'est d'ailleurs pour cela qu'ils vont chez lui) payer moins cher chez le praticien qui fait de la radiologie que chez le radiologiste spécialiste, dans les lois sociales, le médecin praticien radiologiste occasionnel est regardé comme ayant la même valeur que le radiologiste spécialiste.

Cela est souverainement injuste, car....

Tandis que pour le praticien, radiologiste occasionnel, l'examen radiologique n'est qu'une

(1) Tribune libre, le *Concours Médical* publie les *Libres Propos* de son distingué correspondant, le Dr GAUCHER, qui en assure l'entière responsabilité.

N. D. L. R.

corde de son arc médical, qu'il visite le malade avant et après l'examen, et que le prix qu'il prend pour ce dernier n'est qu'une faible partie de ce que lui rapporte le malade, le radiologiste spécialiste ne voit le malade qu'une fois et est obligé de vivre de cet examen unique.

Tandis que le médecin praticien, radiologiste occasionnel, fait un examen pour lui seul, ne donne même pas, la plupart du temps, de compte rendu à son malade, sait qu'il *ne sera contrôlé par personne*, peut, par conséquent, faire un examen rapide et souvent superficiel, le radiologiste spécialiste est obligé, par sa valeur professionnelle, par le sentiment qu'il a de sa responsabilité, par la certitude qu'il sera contrôlé par les médecins traitants, de faire un examen long et minutieux, de donner un compte rendu détaillé.

Tandis que le médecin praticien a en général un petit poste, qui lui a coûté à peine quelques milliers de francs, dont l'usure est nulle et dont les frais d'entretien sont minimes, le radiologiste spécialiste est obligé d'avoir des appareils coûteux, encombrants, dont l'entretien est onéreux.

Enfin, tandis que le médecin praticien, radiologiste occasionnel, pourra faire passer devant son écran, sans presque aucune formalité, tous les malades qui en exprimeront le désir, puisque, la plupart du temps, il ne prendra comme honoraires que le tarif de responsabilité et que le malade en sera remboursé intégralement, et qu'il pourra y avoir, de ce fait de nombreux abus et de la part du médecin et de la part du malade. au contraire, pour pouvoir envoyer un de ses malades au radiologiste spécialiste, le médecin ordinaire sera obligé d'avoir des raisons d'autant plus importantes, que le malade ne sera remboursé que d'une faible partie des honoraires que lui aura pris le spécialiste. Il ne pourra donc y avoir d'abus de ce côté.

Il en résultera forcément que, dans les lois sociales, la plupart des examens radiologiques seront faits par les médecins non spécialistes, dont la compétence ne pourra être, toutes autres choses étant égales par ailleurs, la même que celle des spécialistes.

Mettez donc, d'une part, les avantages que le médecin praticien a dans l'exercice supplémentaire de la radiologie et ceux du spécialiste, et voyez de quel côté est le maximum d'avantages.

Mettez d'autre part les garanties qu'offre la valeur moyenne des examens faits par les praticiens, et celles qu'offre la valeur moyenne des examens faits par les radiologistes spécialistes, et faites une comparaison... Et ne trouvez-vous pas qu'il est souverainement injuste que les avantages matériels soient d'autant moins élevés que les garanties sont plus certaines.

Remarquez que je ne nie pas la grande utilité pour le médecin praticien de l'emploi de la radiologie :

Il est sage pour le praticien, il est plus commode pour lui, il est utile pour le malade, qu'il se rende compte par lui-même si tel symptôme clinique correspond à des signes radiologiques; mais, il n'a ni le temps, ni la compétence de faire des examens radiologiques approfondis, et il est juste, ce qui existe d'ailleurs dans sa clientèle ordinaire, qu'il reçoive un prix modéré pour ses examens.

Ce que je trouve injuste, c'est que les examens qu'il fera dans les assurances sociales ou dans les accidents du travail, lui seront remboursés au même prix qu'au spécialiste, soit intégralement comme dans les accidents du travail, soit indirectement, par le même tarif de responsabilité dans les Assurances sociales.

Il ne suffit pas de montrer des injustices et de prévoir des abus, il faut pouvoir corriger l'injustice et empêcher les abus.

Il faut : 1° *Ou bien que le tarif de responsabilité des caisses ou des compagnies d'assurances soit moins élevé pour le médecin praticien que pour le radiologiste spécialiste.*

2° *Ou bien (en particulier pour les assurances sociales) que, lorsqu'un radiologiste quelconque ne prendra pas à l'assuré social au moins le prix correspondant au prix de la catégorie de l'examen radiologique qu'il a fait, obligatoirement ce radiologiste doive marquer le prix qu'il aura demandé dans une case à cet effet. Ce sera le seul moyen de reconnaître la valeur de l'examen, et le tarif de responsabilité de la caisse sera en rapport avec le prix réellement payé par le malade.*

Agir autrement, c'est favoriser les radiologistes occasionnels au détriment des radiologistes spécialistes ; *c'est déconsidérer la radiologie, qui sera faite n'importe comment, par n'importe qui* et j'applaudis des deux mains aux paroles de notre éminent confrère le docteur Boudin, quand il écrit dans un de ses derniers articles :

« *Vis-à-vis des collectivités, le médecin de médecine générale, qui occasionnellement, donne, des soins de spécialiste, ne doit réclamer que des honoraires de médecine générale et, pour obtenir des honoraires de spécialiste, il faut qu'il fournisse la preuve qu'il est vraiment spécialisé.* »

Docteur GAUCHER.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCCIII. — Ch. MAURRAS. — **Sous l'étoile du Mage.** Edition originale ornée de huit gravures au burin par Albert DECARIS. Un vol. in-4° raisin sous emboîtage. Tiré à *quatre-vingt-dix-neuf* exemplaires sur grand velin d'Arches à la forme. Edition du *Cadran*, Paris, 1931 : 500 francs.

Ce magnifique volume clôture superbement l'année du souvenir « mistralien ». L'étoile du félibrige, à sept pointes, depuis la mort de Mistral, ne fut jamais aussi harmonieusement invoquée. L'attachement, que M. Maurras voua tout jeune au grand poète, lui a inspiré quelques pages, qui compteront parmi les plus solides qu'il ait écrites. Son style, d'une limpidité classique, retrace des impressions de jeunesse, quelques rencontres avec Mistral, et justifie avec aisance la prosodie spéciale du *Poème du Rhône* (1). Mais, parmi tant de passages méritant, par leur facture et l'élévation de leur inspiration, de fixer notre esprit, il y a lieu de retenir surtout le récit de la visite, que l'auteur fit au Musée de Naples en 1906, et la poétique méditation, que lui suggéra, claire et spontanée, le buste de Sophocle. Par degrés insensibles, la rêverie de Maurras glisse vers le grand provençal ; du buste de marbre, d'une ressemblance physique des traits de l'effigie, il arrive à un rapprochement intellectuel saisissant de vérité et de grandeur sans grandiloquence. La grande figure patriarcale disparue, vers laquelle si souvent il se tourna, s'identifie par la magie de sa prose au visage mort du grand tragique, et, avec une aisance convaincante, il les unit dans la chaleureuse envolée de son enthousiasme et de son admiration.

La présentation technique de ces écrits est d'un luxe sobre. Sous un élégant emboîtage bleu-de-nuit, les feuillets reposent côte à côte frangés de la transparente irrégularité du beau velin. L'impression en Jenson témoigne discrètement du souci, qui a présidé à la recherche des caractères d'ornementation. Et, pour illustrer ces thèmes graphiques et littéraires d'un si juste équilibre, le burin de Decaris (2) a gravé dans une opposition très stricte et très pure huit dessins d'une hardiesse linéaire étonnante. Il y a, dans sa manière une ampleur, une sévérité âpre, qui donne une curieuse impression de puissance. Son trait incisif grave, avec une poétique exactitude, le ciel tourmenté sur ses villages, ses collines ombrées d'oliviers et de cyprès, le profil puissant des montagnes (où se détache une croix minuscule pesant de ses bras grêles sur tout un paysage, page 23), la force fluide de l'eau (page 46), le regard pensif de Pétrarque sur Avignon assoupie sous un crépuscule noir, et, tout à la fin du livre, la masse trapue et d'une extrême finesse de contours, d'une forteresse : poupe de nef gigantesque échouée sous le mistral, arrondie pour mieux résister sous le temps, avec ses créneaux, sa tour du guetteur ; refuge et symbole du passé, de sa force et, par sa tourelle, évoquant les horizons clairs, où doit monter, les soirs d'été, dans la nuit provençale, l'étoile du Mage.

(1) Fernand GREGH prétend que c'est le chef-d'œuvre de Mistral.

(2) C'est Decaris, qui a illustré aussi le Barrès du Bois-Sacré.

CCCIV. — **Album du Salon international d'art photographique de Paris.** 1930. Un vol. 25 × 32 orné de cinquante photogravures hors texte en pleine page. Editions de la *Société française de photographie*, Paris 1931.

Ce très bel album est composé d'un choix des œuvres exposées au 25e salon international. Les éditeurs ont groupé les tendances diverses des exposants avec un éclectisme très sûr. En tête de l'ouvrage une critique générale du Salon, écrite avec beaucoup de sagesse et une connaissance approfondie de l'art photographique. Je me permets de signaler deux erreurs au préfacier : la traduction espagnole de son *Desnudo* par *Dos nu* ne satisfaira probablement pas les hispanisants ; et une autre, plus grave, quand il dénie aux lignes de certains clichés (cage d'escalier, châssis, etc.) autre chose qu'une valeur *publicitaire*. Je lui conseille de se reporter à l'émouvant album édité par Jonquières et consacré à Atget, photographe de Paris. La préface de Mac-Orlan, qui est une brillante apologie de la photographie, et les images de ce précurseur, que fut Atget, le feront sans peine changer d'avis.

Dans l'album du Salon, le perfectionnement de la technique arrive à produire de véritables merveilles... On rencontre de moins en moins de ces *clichés creux*, où la recherche de l'originalité à tous crins faussait l'expression et chassait définitivement le naturel. La sentimentalité de l'opérateur ou du modèle, si elle frise le trémolo, devient si facilement grotesque à sa traduction graphique ! ! Le flou des images a gardé ses partisans convaincus ; mais il y a beaucoup plus de mérite réel dans les envois des opérateurs, qui ont su garder aux lignes leur dureté et leur netteté réelles. Les Japonais en particulier, avec leur sens inné de la *poésie concise* et de l'art sans fioriture, ont exposé des reproductions remar-

quables. La patience allemande et l'imagination latine des Italiens, dans des voies différentes, ont produit aussi des ensembles de grosse valeur. Les exposants français (hors la belle figure normande) ont poussé très loin notre souci national de l'hospitalité, en tâchant de ne pas écraser la production étrangère.

L'ensemble de l'ouvrage, tiré avec un soin méticuleux sur des presses de qualité, a une simplicité de présentation très artistique, et il faut souhaiter que le succès qu'il mérite nous permette d'avoir l'année prochaine un volume encore plus copieux, où devraient figurer *d'office* les œuvres jugées les meilleures par le jury et par un referendum des visiteurs du Salon.

CCCV. — E. Pérochon. — **Marie-Rose Méchain.** Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. *Plon*, Paris, 1931.

Pérochon continue son épopée des humbles. Son livre salubre, est la simple histoire d'une jeune fille pure de la bourgeoisie française, ruinée par la guerre, et vers qui glissent avec persévérance les catastrophes quotidiennes. Elle fait front avec ténacité. Les caractères sont dessinés très fermement et avec une connaissance aiguë de la province déséquilibrée par les événements, qui dépassèrent son activité routinière. Et dans un livre qui, littérairement et moralement, malgré une certaine raideur conventionnelle de la trame, a une très belle tenue générale, M. Pérochon pouvait se dispenser de décocher aux médecins des plaisanteries de *primaire*, qui commencent à avoir de la bouteille.

CCCVI. — Jean Variot. — **Liberté, liberté chérie.** 1 vol. 12 × 19. Editions de la *Nouvelle Revue française*, Paris 1931.

En groupant des extraits de livres de Raison ou de lettres... virtuels des ancêtres successifs de François Moyen, député socialiste de la Seine en 1914 et professeur en Sorbonne, Jean Variot a composé, de la Révolution de 89 à nos jours, un cours d'histoire de France humoristique, d'excellente qualité. Son pamphlet a beaucoup de bonne humeur et d'esprit. Cet ensemble de « faux » est établi avec un talent d'imitation (qui doit lui valoir en société une réputation de bon aloi) d'une amusante cocasserie. J'ai beaucoup aimé la narquoise insolence de l'écrivain, armée de toute l'irrévérence sans pitié des jeunes pour les solennelles ou criminelles badernes, qui confondent (de nos jours comme autrefois) la politique dont ils vivent et les grands destins de la France qu'ils paralysent.

CCCVII. — P. Benoit. — **Le déjeuner de Sousceyrac.** Roman. 1 vol. 12 × 19. Sur velin supérieur. Ed. *A. Michel*, Paris, 1931, 15 fr.

M. Benoît a de la reconnaissance. Il confie aux générations à venir (car il est probable que nos petits-enfants le liront encore) le souvenir du ministère de l'Instruction publique, où les héros de son nouveau roman ont leur port d'attache... Parti de ces bureaux paisibles, pour une randonnée de vacances, Philippe Mestre va rencontrer un héritage, dont il fut frustré. Une énigmatique figure de femme (dont le prénom commence rituellement par un A) l'empêchera de le récupérer et on sent bien qu'il dira tout bas : « Merci ! », avec l'héroïque sottise des amoureux. Je ne vous raconte pas l'histoire ténébreuse que Pierre Benoît brouille avec une astuce toujours renouvelée. Elle est captivante comme les œuvres qui l'ont précédée ; et, conduite avec la même sûreté romanesque, se joue dans le Ségala désolé, où il reste pour notre consolation et pour celle du romancier de précieuses ressources gastronomiques.

CCCVIII. — Henri de Lestang. — **En Terre d'oc : le Pays Tarnais.** Dessins de Bonpunt. 1 vol. grand in-8° carré, 244 pages, 10 planches 1 carte. Ed. *Occitania*, Paris, 1931, 40 fr.

Cette monographie d'une région, où bourdonnent les souvenirs d'une histoire combative, a été écrite avec une méthode, qui fait le plus grand honneur à l'érudit magistrat qui en a réalisé l'exécution. Par les vallées du Tarn, de l'Agoût, du Dadou, du Viaur, de l'Aveyron, il nous conduit à travers sites (1), légendes, ruines, qui assurent à cette région une renommée touristique bien méritée. J'aurais aimé qu'il protestât avec plus d'indignation contre le barrage de Lescure, contre l'usine qui défigure Ambialet (qu'Onésime Reclus appelait : une des merveilles de la France) blottie aux pieds de son Prieuré abandonné, contre le délabrement de cette tour étrange de Castelnau d'une conception architecturale si surprenante, contre le dynamitage du Saut de Sabo. Il connaît admirablement la région et je m'étonne qu'il ait passé sous silence le «roc de Saint-Pierre» curieusement frappé au milieu du Tarn d'une effigie de fer à cheval, et que les riverains, sans souci de l'anachronisme ... probable, rapportent au passage en terre tarnaise de l'apôtre chrétien et de sa monture. M. de Lestang avait tant de choses à raconter, qu'il est bien pardonnable d'avoir oublié dans sa moisson quelques épis du folklore. Son œuvre, par ailleurs, fortement documentée, est d'une très agréable lecture, et les dessins, à la plume de Bonpunt, évoquent avec une méticuleuse précision, cette utilisation séculaire, régionale

(1) Il mentionne avec raison l'oubli thérapeutique de *Trébas*, où se perdent, pratiquement inutilisées, des sources thermales, *cuivreuses*, d'une richesse *insoupçonnée*.

de la brique, qui trouva son apothéose dans la cathédrale Sainte-Cécile qu'on ne saurait plus oublier, si on l'a vue une fois, s'empourprer au couchant, orgueilleuse, altière comme une citadelle de la foi.

CCCIX. — Grégoire SIMON. **Les Juifs règnent en Russie** 1 vol. 12 × 19. Ed. *Rieder*, Paris, 1931, 15 fr.

Dans ses curieux *Papiers d'identité* dont je vous parlerai une des prochaines fois, Paul Morand écrit que le temps n'est plus où, en Russie, « les militaires rossaient les Juifs » ! Le roman-reportage de Simon, avec son titre douloureusement ironique, dément-il réellement cette affirmation ? Simon, vers la fin de son livre, prétend qu'à l'heure actuelle *encore* « le cimetière *seul*, quand ils réussissent à y reposer, sauve les Juifs ». Faut-il penser qu'il y a là-bas Juifs sacrifiés et Juifs régnants ? Pour ceux, que nous présente l'auteur, aucun doute ne saurait subsister. L'œuvre où ils vivent, touffue, comme un roman russe, est sinistre dans son atrocité. Geôle monstrueuse aux marches de l'Europe, telle nous apparaît la sanglante Russie de Simon... Je repensais en fermant le livre au témoignage pathétique de Panaït Istrati, qu'on ne saurait suspecter de partialité, et je conseille la lecture de ce réquisitoire aux âmes teintées de rose, qui voient sous cette couleur, le paradis moscovite, que tant d'autres considèrent (et Simon est l'un d'eux) avec leurs paupières et leurs prunelles rondes d'effroi.

CCCX. — **Aix en Provence.** Collection « Visions de France ». 1 vol. 17 × 24, avec 60 illustrations en héliogravure. Ed. *Arlaud*, Lyon, 1931.

Pierres délicatement sculptées, vieux hôtels, fontaines chantantes, collines blanches sous la flamme obscure des cyprès, ruines romaines, châteaux, bastides font à la région d'Aix une parure très particulière. Les clichés d'Arlaud avec leur originalité coutumière, le choix des éclairages et l'adroite utilisation des perspectives donnent de cette ville et de ses abords une vue d'ensemble très juste. Quelques pages très discrètes de texter appellent opportunément, avec quelques brèves notations au bas de chaque image, les richesses archéologiques et historiques, auxquelles un amusant personnage d'Henri de Régnier montra jadis un si fervent attachement.

Varia. — * *Errata* est le titre d'un virulent petit journal dont je vous avais signalé (en lui souhaitant longue vie) le nº 1 ! Le nº 2 que signale, entouré du même mystère, Charles Henry Hirsch dans le *Mercure* est paru. Je serais reconnaissant à ceux de mes lecteurs, qui pourraient me procurer les nºs 2 et 3, de me les adresser, et plus reconnaissant encore à ceux qui me mettraient sur la piste de ce distributeur de vitriol redoutablement spirituel et modestement anonyme.

* Dans la livraison de mars de l'*Esprit français*, Jean Ajalbert, de l'Académie Goncourt, qui ne semble pas avoir lu avec toute l'attention désirable, le beau livre de Pierre Lasserre, parle de la politique de Mistral, et il est publié des fragments inédits de la correspondance Louys-Debussy. Le typo, qui ne veut pas faire mentir le titre de la revue, parle au masculin de Renée Vivien.

Il est vrai que cette ardente enfant des Muses signa, en effet quelquefois au masculin. Passons !

Un grand reportage de Rivière : Chez les fous. De bonnes chroniques d'Auriant, de Dumesnil, de Varlet, et une solide évocation de la vie prodigieuse de Guillaume-le-Conquérant. La revue, copieusement fournie, fait preuve de bout en bout (1), de ce soin que Candide mettait à expurger son jardin...

* Edouard Villermoz publie hors-commerce un *Scénario sur l'Algérie romantique* que l'on dit consacré à un paladin de Grenoble exilé au pays des Teurs.

* L'*Archer* d'avril, au moment de la rétrospective de Toulouse-Lautrec, publie des notes illustrées sur l'art du peintre et sa vie. Marcel Coulon reporte avec arguments neufs sa polémique avec les amis de Rimbaud. Jules Pigasse rejoint M. de Lestang (voir plus haut)... Campagnou fait du sport avec gravité.

* Dans le *Mercure* du 15 avril, le docteur Legendre donne une étude très approfondie du bolchevisme en Extrême-Orient. Les partisans et adversaires de Glozel, dirigés de chaque côté de la barricade par des « médecins » continuent à échanger des épithètes homériques et leur guerre de tranchées continue aussi. Pourvu que nous « tenions » ! ! !

18 avril 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Mon jardinier dit « d'un bout-à-fond ».

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre Antoine

La Chaîne

Pièce en 3 actes de M. Stève Passeur

Quant on sort du théâtre Antoine après la représentation de « La Chaîne », pièce si crue, si heurtée et cependant si capable de vérité, on a l'impression que l'auteur est très habile et possède, certes, un grand talent, mais qu'il s'est attaqué à un sujet trop difficile pour lui. Nous le jugeons tout plein d'intentions et de puissance mais, à moins d'être un Bataille ou un Charles Meré, ce qui pourra lui arriver un jour, il est toujours très risqué, très audacieux d'aborder un thème si vaste et si plein d'embûches ; le voici d'ailleurs en quelques mots :

Une jeune fille imaginative et sensuelle est subitement privée de son amant qui l'a rendue mère, et recueillie par un homme d'âge mûr passionné d'elle au point de l'épouser et d'accepter l'enfant. Première partie déjà difficile à traiter sans tomber dans le mélodrame. De ce côté il y a peu à reprocher à M. Stève Passeur.

Tout irait à peu près bien jusqu'ici si cette femme, qui devrait vivre sinon heureuse, du moins résignée, comme tant d'autres, hélas ! ne donnait libre cours à son tempérament volage et à ses sens. Elle trompe son protecteur devenu son époux et lui avoue cyniquement qu'elle en aime un autre avec cette brutale franchise des amoraux mis à la question. L'attachement sensuel de son mari pour elle est trop profond, il est prêt à accepter son infortune pour la conserver ; restera-t-elle ? non, elle veut vivre sa vie, réclame son indépendance (?) et s'enfuit rejoindre son complice sans avoir pu obtenir de son mari d'emmener avec elle son fils chéri dont il a accepté d'être le père.

Voilà, certes, de terribles complications dans lesquelles l'instinct est roi et où la difficulté pour l'auteur résidait dans ce fait de ne pas trop nous le souligner. Il eut fallu en supprimant certaines crudités dans le dialogue, ne laisser percer que ce qui sommeille au cœur des personnages ; à la manière des grands dramaturges, dans des finesses psychologiques qui manquent, par des développements où la tendresse se mélange habilement au désir ou à la félonie, il eut fallu poétiser, si j'ose dire, certaines situations ou luttes parfois assez choquantes.

Mais le titre même de la pièce ne s'expliquerait pas, si en fin de compte, nous n'assistions au retour de la coupable non pas en épouse repentante, mais en mère douloureusement meurtrie par la privation de son enfant, c'est là la « chaîne ». Son fils est son seul amour, elle ne le quittera plus ; le gage dont l'habile mari n'a pas voulu se départir lui sert enfin à lui-même et, bien qu'ayant cherché l'oubli de cette femme ardente auprès d'une autre qui s'efface alors, il la reprend, se contentant de son corps à défaut de son âme, de son cœur et de ses sens.

Il semble que M. Stève Passeur soit nettement supérieur dans son 3e acte ; la puissance de liaison vitale entre la mère et l'enfant, il a su très fortement nous la dépeindre. Il nous a enfin émus, (et il était temps), par la vision charmante de cette douceur, de cette fragilité, de cette pureté immaculée de l'âme de ces petits êtres exprimée par cette femme dont il n'atténue ni la noirceur ni la piètre mentalité et dont les sentiments maternels sont restés intacts malgré ses dérèglements. De cette habileté particulière, M. Stève Passeur doit être loué, il n'a pas oublié qu'elle était essentielle.

Je ne dirai que peu de mots de la situation des personnages ou des rebondissements accessoires de l'intrigue, l'auteur m'a paru aller chercher bien loin son début et envelopper sa présentation d'un réseau d'inutilités qui augmentent parfois les quelques invraisemblances scéniques ou tout au moins n'éclairent nullement la question ; il y aurait aussi à respecter dans les dialogues importants un certain dosage de texte de part et d'autre. Rien n'est plus désagréable pour l'auditeur que de sentir un personnage gêné pour répondre, et d'avoir envie de lui souffler ses reparties. Quelquefois le théâtre est un art muet, mais dans certaines scènes où les expressions de physionomie de l'interprète suppléent volontairement au texte inutile, et pour cela, il faut de très grands artistes.

Ce qui se dégage d'un peu révolutionnaire dans la façon de M. Stève Passeur est-il voulu ou est-il l'apanage de ses possibilités non encore réalisées ? Les deux, peut-être, mais ce qui est certain, c'est que son public lui fait confiance et que ses réactions bien compréhensibles ne sont nullement mal intentionnées.

Mlle Jane Chevrel, dans le très dur rôle d'Armance, jeune fille séduite, épouse séductrice et mère avant tout, a été simplement admirable de simplicité et de naturel ; M. Jacques Baumer a joué comme il le fallait le rôle de Daniel, son protecteur et son époux, dont le feu couve sous la glace, sans volonté, malgré un semblant d'énergie concentrée.

J'ai beaucoup aimé Mlle Line Noro dans le rôle d'Yvette, amie d'Armance, qui devient ensuite une rivale peu dangereuse. Elle flirte

admirablement bien au début du 2e acte et à des façons de vicieuse à retardement détaillées et distillées avec le souci le plus parfait et le plus curieux de la réalité.

Mlle Yvette Andreyor, M. Berthier, M. Henri Crémieux, M. André-Laurent, Mme Charlotte Barbier-Krauss qui complètent l'interprétation méritent des éloges.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Pathologie médicale.** (Professeur : M. A. CLERC. Semestre d'été.) — Deuxième série (mai-juin) : M.M. BRULÉ, agrégé : Maladies du pancréas et des glandes endocrines ; M. R. MOREAU, agrégé : Maladies de l'appareil respiratoire (*fin*). Intoxications.

M. R. MOREAU a commencé ses leçons le lundi 4 mai 1931, à 18 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

M. M. Brûlé a commencé ses leçons le samedi 2 mai 1931, à 18 heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

— **Chaire de pathologie médicale.** (Professeur : M. A. CLERC.) — *Cours complémentaire.* — M. A. CLERC, professeur, et MM. AUBERTIN, BÉNARD, BRULÉ, CATHALA, CHABROL, CHEVALLIER, DONZELOT, GUY-LAROCHE, LIAN, MOREAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux feront, du 15 au 27 juin prochain, une série de douze leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu, tous les jours, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, selon le programme ci-dessous : le 15 juin, M. CLERC : Cardiopathies et grossesse ; le 16 juin, M. AUBERTIN : Le sang des radiologues ; le 17 juin, M. BRULÉ : Amylose rénale ; le 18 juin, M. DONZELOT : Hypertension artérielle paroxystique ; le 19 juin, M. PASTEUR VALLERY-RADOT : Conception actuelle des néphrites ; le 20 juin, CHEVALLIER : Phagédénisme ; le 22 juin, M. BÉNARD : Néphrose lipoïdique ; le 23 juin, M. LIAN : Œdème aigu du poumon ; le 24 juin, CHABROL : Exploration fonctionnelle du foie ; le 26 juin, M. CATHALA : Syndrome cholériforme ; le 27 juin, M. GUY-LAROCHE : Les hypoglycémies ; le 28 juin, M. MOREAU : Rhumatisme tuberculeux.

Le cours est gratuit.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique.* (Sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT). — Le cours aura lieu du lundi 8 au samedi 27 juin 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40 rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (59 leçons). — M. GOUGEROT : Conduite générale du traitement de la syphilis. — M. BARTHÉLEMY : Technique des injections intramusculaires, intraveineuses et intrarachidiennes. — M. GOUGEROT : Traitement d'attaque de la syphilis. — M. MILIAN : Traitement du chancre syphilitique. — M. SÉZARY : Traitement de la syphilis secondaire et tertiaire. — M. GOUGEROT : Traitement de l'hérédosyphilis. — M. LOUSTE : Traitement de la syphilis viscérale. — M. GOUGEROT : Traitement de la syphilis nerveuse. — M. LEVADITI : Chimiothérapie de la syphilis. — M. TOURAINE. — Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis. — M. LEVADITI : Le bismuth dans le traitement de la syphilis. — M. MILIAN : L'arsenic dans le traitement de la syphilis. — M. CH. RICHET, fils : Contrôle toxique expérimental des arsénobenzènes. — M. MILIAN : Accidents des arsénobenzols. — M. PINARD : Traitement du chancre mou. — M. HEITZ-BOYER : Traitement de la blennorragie. — M. JAUSION : Chimiothérapie de la blennorragie. — M. WOLFOMM : Petite chirurgie urinaire, endoscopie. — M. GOUGEROT : Protéinothérapie et pronostic de la syphilis. — M. GOUGEROT : Lutte contre les causes de la syphilis, contre la prostitution. — M. TZANCK : Désensibilisation en dermatologie (autohémothérapie). — M. CLAUDE : Malariathérapie. — M. SABOURAUD : Traitement des teignes, de la séborrhée, de la pelade, des eczémas du cuir chevelu. — M. PEYRE : Vaccinothérapie. — M. MEYER : Traitements externes en dermatologie. — M. LORTAT-JABOB : Cryothérapie. — M. COHEN : Traitement des affections prurigineuses et bulleuses. — M. BURNIER : Traitement de l'eczéma. — M. GOUGEROT : Traitement des affections érythémato-squameuses. — M. GOUGEROT : Traitement des mycoses cutanées. — M. MILIAN : Traitement de la gale et de la phtiriase. — M. LEMAITRE, DUFOURMENTEL : Chirurgie restauratrice de la face. — M. GIRAUDEAU : Les agents physiques en dermatologie. — M. MEYER : Finsenthérapie. Traitement moderne des varices et ulcères variqueux. — M. GIRAUDEAU : Radiumthérapie. — M. GOUGEROT : Pharmacologie dermatologique. — M. FLURIN : Traitement hydrominéral. — M. SABOURAUD : Cosmétique, les teintures. — M. JAUSION : Applications thérapeutiques de la photosensibilisation. — M. SAIDMAN : Actinothérapie par l'arc polymétallique.

Un cours semblable a lieu chaque année en juin et en décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr BURNIER (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Tenon.** — *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque.* — Sous la direction du Dr Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.

Ce cours, qui sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 26 mai au 6 juin. Il sera fait par le Dr C. LIAN avec la collaboration de MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; GILBERT-DREYFUS et P. PUECH, anciens internes du service ; BREANT et PLANTEVIN, chef et assistant au laboratoire du service ; P. MERKLEN et ODINET, internes des hôpitaux.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 30, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique, pléthysmographie).

PROGRAMME DU COURS. — Mercredi 27 mai, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie extrasystolique ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Généralités électrocardiographiques ; 17 h. 30, M. GILBERT-DREYFUS : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 28 mai, 10 heures, M. LIAN : Causes et traitement de l'arythmie extrasystolique ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Troubles du rythme sinusal ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration pratique d'électrocardiographie ; 17 h. 30, M. MARCHAL : Radiologie du cœur.

Vendredi 29 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. MARCHAL : Radiologie vasculaire ; 16 heures, M. BRÉANT : Métabolisme basal ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie complète.

Samedi 30 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Exercices de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. BLONDEL : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 30, M. PUECH : Tachycardies permanentes.

Lundi 1er juin, 10 heures, M. BLONDEL : Tachycardies paroxystiques ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Flutter auriculaire ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 30, M. GILBERT-DREYFUS : Traitement des tachycardies.

Mardi 2 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. ODINET : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire ; 16 heures, M. PLANTEVIN : Démonstration pratique d'anatomie pathologique du tissu cardiaque primitif ; 17 h. 30, M. BLONDEL : Formes cliniques des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Mercredi 3 juin, 10 heures, M. LIAN : Diagnostic des bradycardies ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Le bloc des branches terminales du faisceau de His ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 30, M. BLONDEL : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 4 juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement des bradycardies ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. ODINET : Les inégalités du pouls ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration pratique de radiologie cardio-vasculaire ; 17 h. 30, M. BLONDEL : Le pouls alternant.

Vendredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. HAGUENAU : Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Pléthysmographie ; 17 h. 30, M. BLONDEL : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque.

Samedi 6 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies, 2° grands syndromes cardiaques ; 3° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire ; 4° artères, veines et capillaires. Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

VOYAGE A ROYAT. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydrominérale de Royat : visite de l'établissement thermal ; leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; excursion au Puy-de-Dôme. Départ samedi 6 juin à midi, retour à Paris lundi 8 juin à 19 heures.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours, 100 francs pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien auprès du Dr BLONDEL, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Epreuve orale.* — Séance du 1er mai. — Ont obtenu : MM. Hillemand, 19 ; Lambling, 20 ; Weissmann, 20 ; Chevalet, 19,45.

Séance du 4 mai. — Ont obtenu : MM. Peron, 20 ; Ravina, 19,45 ; Rachet, 20.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Epreuve orale.* — Séance du 4 mai. — Ont obtenu : MM. Huard 16 ; Reinhold, 14 ; Bernard, 18.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Guilaine, de Bonnat (Creuse) ; du Dr Charles Arambourou (de Chatellerault) ; du Dr Eyraud, d'Alligos (Haute-Loire) ; du Dr Plouvier, de Créteil ; du Dr Vedel, Professeur à la Faculté de Montpellier ; du Dr Dransard, de Somain (Nord) ; du Dr Charles Phalippon, de Toulouse ; du Dr Canivet des Graviers, de Mansle (Charente) ; du Dr Bouin, de Vieille-vigne ; du Dr Dalché, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— **Congrès des pédiatres de langue française.** — Ce Congrès aura lieu à Strasbourg du 5 au 7 octobre 1951, sous la présidence du Professeur Rohmer. Les sujets mis à l'ordre du jour sont : 1° Les fièvres alimentaires. Rapporteurs : *a*) Professeur Schaeffer, Strasbourg : Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire; *b*) Docteurs Corcan et Valette : Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique ; *c*) Docteurs Mathieu et Chabrun, Paris : La fièvre alimentaire en clinique. — 2° Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant. Rapporteurs : *a*) Docteurs Heuyer et Claire Vogt, Paris : Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant ; *b*) Docteur Clovis-Vincent, Paris : Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure. — 3° Formes frustes et atypiques des avitaminoses dans la première enfance. Rapporteur : Docteur Bertoye, Lyon.

Les inscriptions au Congrès sont à adresser au Docteur Woringer, secrétaire du Congrès (Strasbourg, 18, rue des Veaux). La cotisation est de 100 francs, et est à verser au Docteur Forest, trésorier du Congrès (Strasbourg, 1, avenue de la Paix, compte courant postal Strasbourg 4513).

— On nous adresse le communiqué suivant :

« **La Maison de l'ami** » (Œuvre de perfectionnement individuel et de solidarité sociale. Studio n° 19, 25, rue Jean-Dolent, Paris, 14e. Métro Saint-Jacques ou Denfert).

Programme d'activité provisoire des groupements actifs de « La Maison de l'ami » : Les amis de l'ami. — Jeunes gens, jeunes filles, femmes, hommes, époux et parents qui cherchez à occuper utilement vos loisirs, à amuser vos enfants en faisant naître en eux des dons qui seront la parure de leur savoir et l'agrément de leurs vies :

Venez enrichir vos cœurs et votre esprit en adhérant aux groupements actifs de « La Maison de l'ami ».

Vous pourrez presque sans frais, apprendre : la diction, la musique, le chant, la peinture, le dessin, faire de la culture physique, de la danse rythmique, de la littérature et du théâtre. Etudier les sciences, la biologie, la psychologie, la philosophie, etc.

Vous pourrez assister à nos conférences, matinées dansantes, réunions amicales, récréatives et éducatives.

Et si vous êtes incompris ou malheureux, si nul ne vous tient chaud au cœur... vous trouverez à notre œuvre quelqu'un pour compatir, vous comprendre et aussi — pourquoi pas — vous aimer.

1° *Groupe artistique* : Littéraire. Réunion tous les vendredis à 20 h. 30. — Art théâtral (diction et déclamation). Cours tous les lundis à 17 h. 30. — Chant et musique, tous les jeudis à 10 heures. — Peinture, tous les dimanches, à 10 h. 30.

2° *Groupe de culture physique* : Culture physique, tous les dimanches à 9 h. 30 (chacun doit apporter son costume, ses cordes, etc.). — Danses rythmiques, tous les vendredis à 17 heures. — Sports et jeux sur terrain (à trouver).

3° *Groupe tourisme* (voyages, camping, villégiature) : Réunion le 1er vendredi de chaque mois à 20 h. 30.

4° *Groupe d'études.* Sciences, philosophie, paix, etc. (politique et religion excepté). En formation. Réunion provisoire les vendredis à 20 h. 30.

5° *Groupe de jeunesse* (Amusements et distractions). Réunion le jeudi à 15 heures.

6° *Groupe naturiste* (Médecine, hygiène, biologie) En formation. Réunion provisoire les vendredis à 20 heures 30.

7° *Groupe d'entr'aide.* Mercredi et samedi de 15 heures à 18 heures.

Pour assister à nos réunions, cours, etc., il est indispensable d'être inscrit comme adhérent aux « Amis de l'ami ». Le prix de l'inscription est de 10 fr. par an, pour l'année en cours. L'adhérent en règle n'a d'autre débours à faire pour participer à nos manifestations que celui de verser deux francs par séance, lorsqu'il fait acte de présence. Les membres inscrits doivent assister aux réunions de leurs groupes, sinon ils s'exposent à être radiés après trois absences consécutives, sans excuses valables. La réunion plénière de tous les groupes a lieu le premier vendredi de chaque mois à 20 h. 30.

Lors des réunions de groupes, les visiteurs doivent entrer au Studio par la grille, 23 *ter*, rue Jean-Dolent et prendre la première porte à droite, où se trouve l'escalier qui conduit au sous-sol. La sortie a lieu par le même chemin.

On est prié d'être exact aux heures de rendez-vous. L'inscription peut se faire aux séances ou au siège de l'œuvre et par correspondance.

Permanences. — En dehors des heures de réunion ou de cours, « La Maison de l'ami » n'est ouverte que les mercredi et samedi de 15 à 18 heures. Entre temps la porte est close, sauf pour les personnes ayant pris rendez-vous, soit avec Mme Lettry, soit avec notre ami. Donc ne pas se présenter, mais écrire.

Adresser les correspondances et adhésions à E. Béchet, 25, rue Jean-Dolent, Paris (14e). (c./c. postal 904.07). (*Communiqué*)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

HOPITAUX

Tarif des accouchements à l'hôpital

Avant l'application de la loi sur les assurances sociales, certains hôpitaux de province, qui avaient une maternité, donnaient soit au médecin, soit à la sage-femme, un honoraire fixe, pour chaque accouchement. Que la parturiente soit indigente ou payante, l'économat de l'établissement versait au praticien la même somme.

Aujourd'hui, l'hôpital se refuse à s'occuper des honoraires, ou bien, s'il adopte un prix forfaitaire de journée, il soutient ne rien avoir à verser à l'accoucheur.

Nous pouvons dire que des difficultés s'élèvent parce que bien des points de pratique courante n'ont pas été prévus.

Un hôpital est en droit d'admettre les assurés sociaux, selon un prix de journée, convenu avec la caisse, qui a passé convention avec l'établissement.

Dans le prix de médecine, ou de chirurgie sont compris forfaitairement les honoraires des médecins, chirurgiens et spécialistes, plus les frais pharmaceutiques.

Dans ces conditions, l'administration de l'hôpital rémunère son Corps médical au forfait annuel, aux appointements fixes, quel que soit le travail professionnel fourni.

D'autres hôpitaux, au contraire, ont fixé un prix de journée, excluant les honoraires médicaux. Ceux-ci sont déterminés selon une nomenclature et un chiffre-clé. L'accouchement, simple ou dystocique, se trouve dans cette nomenclature.

Le chiffre-clé varie de 3 à 8. Ce qui fait que le tarif de responsabilité de la caisse peut varier, de 120 fr. à 320 fr. pour un accouchement simple, de 180 fr. à 480 pour un accouchement dystocique.

Mais, ici ne sont prévus que les chiffres de la responsabilité de la caisse, c'est-à-dire les sommes que cette dernière rembourse à la parturiente.

Aussi, le Corps médical hospitalier peut-il s'entendre avec la commission administrative, pour que cette dernière laisse le Corps médical libre de ses honoraires, vis-à-vis des hospitalisés, ou que, par le canal de l'économat, on demande des honoraires, fixés d'accord avec l'administration de l'hôpital.

S'agit-il d'une accouchée notoirement indigente, bénéficiaire de l'article 59 de la loi des assurances sociales ? La parturiente est hospitalisée, comme jadis l'étaient les assistés et l'hôpital doit donner à son Corps médical les indemnités jusqu'ici prévues, pour les soins à donner aux indigents.

Dr Paul BOUDIN.

L'eau d'Uriage est un sérum naturel sulfureux, aseptique, donc injectable
Son emploi en Gynécologie.

Par le docteur Paul Sappey,

Ancien interne des hôpitaux de Montpellier,
Ancien Chef de Clinique gynécologique à la Faculté
Chirurgien-accoucheur des hôpitaux de Grenoble,
Consultant à Uriage (Gynécologie).

L'eau d'Uriage est injectable.

Voici, en quatre mots, toute la puissante originalité de cette source sulfo-saline, originalité qui, sauf de rares exceptions, est absolument ignorée de tout le Corps médical.

Cette propriété, cependant, a son importance, « car elle ouvre un champ immense aux applications des eaux minérales ». (G. Bardet).

Uriage est *la seule*, parmi le groupement des eaux sulfureuses, à la posséder.

Ce n'est, pourtant, pas une notion nouvelle : les premiers travaux sont ceux de Fleig, en 1907, puis sont venus les publications de Larat, de Tixier, de Feuillé, de Jourdanet, les thèses de Piéry et Milhaud sur « les injections intra-tissulaires d'eaux minérales », et enfin, en décembre 1929, le merveilleux rapport de Chevallier et Flandrin sur « l'essor de la thérapeutique soufrée » à la Société de pathologie comparée.

Je me permets, d'autant plus, de souligner le fait que je l'ignorais moi-même il y a quelques années. Mes travaux et mes recherches personnelles ayant été, en thérapeutique gynécologique, orientée de ce côté-là, j'ai appris d'abord l'existence de cette curieuse propriété ; j'en ai ensuite expérimenté les effets, et maintenant que j'en connais les magnifiques résultats, je m'en voudrais de ne pas contribuer à sa vulgarisation.

L'eau d'Uriage est injectable

Elle l'est, à ce point, que l'eau prise à la source, est injectée par voie intra-musculaire ou intraveineuse, *telle quelle*, sans subir la moindre préparation — ni ébullition, ni stérilisation d'aucune sorte, — ni adjonction d'aucune substance quelconque ; jamais la moindre douleur locale, jamais le plus petit abcès n'ont été constatés.

Pourquoi ?

La réponse est aisée, car l'eau d'Uriage est en effet,

1° *Isotonique* ;
2° *Aseptique* ;
3° *Antiseptique*.

Il suffit donc d'avoir l'absolue certitude que ces trois points sont scientifiquement exacts, pour que le premier mouvement d'étonnement que l'on ait pu avoir cède aussitôt la place à la

conviction de la puissance de ce moyen thérapeutique.

C'est cette certitude et cette conviction que je veux donner :

Isotonie. — L'eau d'Uriage est salée au taux d'environ 7 pour 1.000 ; son point cryoscopique est de 0,55, celui du sérum sanguin étant de 0,53.

Asepsie. — J'ai fait faire à ce sujet, l'expérimentation suivante : trois flacons d'eau d'Uriage ont servi à ensemencer les milieux : bouillon peptoné, gélose inclinée, gélose lactosée tournesolée, en douze tubes, ces tubes, demeurés à l'étude cinq jours, *sont restés rigoureusement stérilisés.* (Laboratoire Biron, à Grenoble).

Antisepsie. — Des cultures très vivaces de colibacille et de staphylocoque doré (microbes particulièrement résistants) ont été mélangées, en parties égales, avec de l'eau d'Uriage prélevée quelques heures auparavant à la source : *toutes ont été rigoureusement stérilisés.* (Laboratoire Biron, à Grenoble).

Il n'y a donc plus aucun doute, plus aucune crainte à avoir : l'eau d'Uriage peut, sans danger, être injectée dans les tissus, le fait est indiscutable. Il y a plusieurs années d'ailleurs que cette méthode est entrée dans la pratique courante.

Résultats cliniques.

En procédant par déduction et en partant des faits précédents, on peut envisager quelle peut être l'action de ce mode de traitement.

En effet :

1° *Puisque l'eau d'Uriage est isotonique,* elle est, selon les propres termes de Fleig, « *un véritable plasma naturel* ». Il est donc évident que son introduction quotidienne dans l'intimité des tissus doive entraîner un relèvement de l'état général avec réveil de l'appétit, augmentation de poids, augmentation du nombre des globules rouges.

2° *Puisque l'eau d'Uriage est antiseptique,* puisqu'elle tue les microbes *in vitro,* pourquoi son action ne serait-elle pas la même *in vivo* ? Nous pouvons donc admettre la possibilité d'une *action anti-infectieuse puissante* qui doit expérimentalement être prouvée par le retour à la normale du nombre des globules blancs.

J'ai donc encore, par des recherches de laboratoire, tenu à prouver, d'une manière absolument indiscutable, que cette action reconstituante générale et anti-infectieuse n'était pas qu'une hypothèse : j'ai eu recours pour cela aux examens hématologiques faits systématiquement à l'arrivée et au départ pour un certain nombre de malades, consistant en la recherche de la numération globulaire et de la formule leucocytaire.

Examens hématologiques :

Dans 70 % des cas au moins, j'ai noté :

1° *Augmentation du nombre des globules rouges* pouvant les porter de 4.000.000 à 4.500.000 ou 5.000.000 ;

2° *Diminution du nombre des globules blancs*, pouvant aller de 34.000 au voisinage de la normale ou à la normale, chute intéressant surtout les polynucléaires neutrophiles ;

3° *Rétablissement de l'équilibre leucocytaire*, ramené près du type habituel.

Tout ceci s'accompagnant d'une amélioration très notable ou d'une guérison des lésions organiques, d'un relèvement de l'état général, d'une reprise de l'activité, etc.

Il y a donc corrélation absolue entre les faits expérimentaux, les recherches de laboratoire et les résultats cliniques.

Dans un travail qui paraît actuellement dans la *Presse médicale*, se trouve la documentation intégrale de tout ceci avec graphiques à l'appui. Mes recherches n'ont porté que sur des cas de gynécologie et à peu près uniquement sur des cas inflammatoires salpingites surtout

Voyages médicaux internationaux dans les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées

La Société médicale du Littoral méditerranéen, dont on connaît déjà les beaux voyages de Noël et de Pâques, a créé, depuis trois ans, sur la demande de ses correspondants, et avec la collaboration de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne, des voyages d'été et d'automne, qui ont rencontré la même faveur que les voyages d'hiver et de printemps. Ces voyages sont tous, d'ailleurs, organisés avec la même technique, le même confort et les mêmes avantages moraux et matériels.

Voici les deux programmes présentés pour juillet et septembre 1931 :

Voyage dans les Alpes (1er au 13 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du Prof. Piery (climatologie et hydrologie) et du Prof. agrégé Thévenot (histoire médicale et pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. Visite de Villard de Lans et du Vercors, le Château de Vicille, l'Oisans, le Lautaret, Le Galibier, La Maurienne et Allevard, Uriage, La Chartreuse, Challes, Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le Lac du Bourget, Marlioz, Annecy

et son Lac, Moutiers-Salins et Brides, La Tarentaise, Combloux, Le Fayet, Saint. Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. Les Sanatoria d'Assy et de Passy. Thonon, Amphion, Evian, le Lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpellier et la direction scientifique des Prof. DELMAS (histoire médicale et pathologie générale) et GIRAUD (climatologie et hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du X[e] siècle). Palavas et la Méditerranée, Maguelone et Aigues-Mortes (Cités Médiévales). La Source Périer, Nîmes et ses monuments romains: les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, le pont du Gard, les Cévennes, : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. La Cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Usson-les-Bains, Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges et Superbagnères, Luchon Reine des Pyrénées. Excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées. On y verra presque tous les sites de ces régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Le prix de cette cotisation n'est pas encore définitivement fixé.

Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et même luxueux. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire dès à présent, au secrétariat de la Société du littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail

2450. — Fixation de la date de la consolidation

Il s'agit de la question des soins après la consolidation d'un accident de travail. L'ouvrier T. a été atteint le 24 avril 1930 d'un traumatisme grave du poignet avec section du nerf médian et de plusieurs

tendons fléchisseurs. Il a été opéré le 25 avril 1930 par un chirurgien d'A. La consolidation a été fixée par un médecin expert du tribunal à la date du 25 juillet 1930 et le tribunal a accordé à mon blessé 15 %.

Mon client a interjeté appel.

Mais depuis les symptômes de la paralysie du médian ne se sont nullement amendés. De plus, il s'est formé un nevrome du médian dans la région de la cicatrice. Le chirurgien estime qu'une nouvelle opération est indispensable.

En bonne logique, la Cie d'assurances devrait prendre à sa charge les frais de la nouvelle pension faite à l'hôpital.

Mon blessé est-il en droit de l'exiger ?

Dr N.

Réponse.

Puisque le blessé a interjeté appel du jugement qui avait fixé la consolidation au 25 juillet 1930, tout est remis en question, le jugement dont appel étant considéré comme inexistant et la Cour devra fixer à nouveau la date de la consolidation, à compter de laquelle les soins médicaux et les médicaments cessent d'être dus.

Appuyé par un certificat médical constatant que son état n'est pas définitif et peut être amélioré par une nouvelle opération, le blessé pourra, par le ministère de son avoué, demander qu'une nouvelle expertise soit ordonnée par la Cour d'Appel et, devant l'expert, il pourra soutenir que la consolidation ne devra être fixée qu'ultérieurement.

La Compagnie aura alors à supporter les honoraires de l'opération, mais, si celle-ci est faite à l'hôpital, elle pourra opposer le « tout compris », à moins qu'elle n'ait pris, au préalable, formellement l'engagement de payer. Bien entendu, il serait prudent que cet engagement fêt pris par écrit.

2348. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire à quelle rente a droit un de mes clients, petit cultivateur ayant adhéré à la législation des accidents agricoles.

Amputation du bras droit au tiers moyen, moignon un peu défectueux, l'articulation de l'épaule est normale.

Le blessé était assuré pour un salaire annuel de 6.000 fr.

Dr L.

Réponse.

Suivant le « baréme pour l'évaluation des incapacités résultant des accidents du travail » du docteur Lucien Mayet, l'amputation du bras droit au tiers moyen, donne lieu à une invalidité de 80 %.

Le salaire déclaré par votre client lorsqu'il a

contracté avec la Compagnie d'assurances étant de 6.000 fr. par an, la rente à laquelle il aura droit sera, conformément aux dispositions de la législation sur les accidents du travail, de :

$$\frac{6.000 \times 80}{100 \times 2} = 2.400 \text{ fr.}$$

2162. — Droit d'un accidenté du travail à un traitement thermal

Une de mes clientes, domestique, s'est, en travaillant, fait une fracture du poignet actuellement consolidée au point de vue *osseux* ; mais il persiste un gros œdème douloureux de la main très nettement dû à une manifestation rhumatismale chez une prédisposée, mais dont la localisation est consécutive non moins nettement au traumatisme.

Dans ces conditions, les bains de Dax lui ayant bien réussi pour les phénomènes qu'elle présentait l'an dernier (par conséquent avant sa fracture et, en d'autres régions), peut-elle obtenir une indemnité pour faire une nouvelle saison cette année, étant entendu que le certificat de consolidation n'a pas encore été délivré ?

Si oui, quels éléments faudrait-il compter pour réclamer ladite indemnité ?

Demi-salaire, consultations médicales, établissement thermal, voyage ?

Dr G.

Réponse.

Dans son traité des accidents du travail, qui fait autorité, Sachet, conseiller à la Cour de Cassation, examine en ces termes dans quelles conditions le patron responsable peut être tenu de supporter les frais d'un traitement thermal (édition 1926, tome 1, nº 610) :

« Un traitement thermal, lorsqu'il est jugé « indispensable, peut rentrer dans les frais médi- « caux et pharmaceutiques. En pareil cas, le chef « d'entreprise doit, non seulement acquitter les « honoraires du médecin, frais de bains, douches, « massages, etc., ainsi que le coût du transport « du blessé, aller et retour, de chez lui dans la sta- « tion thermale, mais aussi lui tenir compte, dans « une mesure modeste, à la vérité, de l'accrois- « sement des dépenses inhérentes à son séjour « dans une ville d'eaux ».

De l'avis même de Sachet, pour qu'un traitement thermal puisse être mis à la charge du patron responsable, il faut donc qu'il soit reconnu *indispensable.* D'après les renseignements que vous nous donnez, il nous paraît douteux qu'il en soit ainsi en l'espèce.

Il est à craindre que la Compagnie d'assurances qui couvre le patron responsable ne se refuse à supporter les frais d'un traitement thermal parce que non indispensable.

En tout cas, il serait bon que vous écriviez à la Compagnie à ce sujet, avant d'envoyer votre

cliente à Dax, et que vous lui demandiez à examiner la malade avec votre confrère, médecin de la Compagnie, pour vous mettre d'accord avec lui.

2147. — Les frais médicaux sont dus lorsque l'accidenté n'a pas cessé de travailler.

J'ai soigné un accidenté du travail, qui ne fut pas dans l'obligation d'interrompre son travail.

La Compagnie d'assurances refuse le règlement de ma note en me disant que « la loi ne l'oblige pas de régler des honoraires pour un accidenté qui n'a pas suspendu son travail ».

Est-ce exact ?

D[r] M.

Réponse.

Contrairement aux assertions de la Compagnie d'assurances, les frais médicaux et pharmaceutiques sont dus par le patron responsable, même si l'accident n'a entraîné aucune incapacité de travail. La légalité se trouve ainsi d'accord avec l'intérêt bien compris de l'assurance puisque, si l'ouvrier n'interrompt pas son travail, elle n'a pas de demi-salaire à payer.

Si vous voulez bien nous faire parvenir une copie détaillée de votre note avec la date de l'accident et les noms et adresses du patron et du blessé, ainsi que les pièces, correspondance, ou autres que vous pouvez avoir en votre possession, nous pourrons faire faire une démarche au siège de la Compagnie (si le siège est à Paris) pour essayer de régler le litige à l'amiable.

Application du Tarif Maginot.

2221. — Un pensionné de guerre ne peut se faire rembourser des honoraires médicaux

Un de mes clients aisés a été opéré au début de l'année dernière (avril) d'une appendicite chronique pour laquelle il était pensionné de guerre depuis plusieurs années. Ce malade s'est fait opérer naturellement dans une clinique et n'a pas songé à réclamer à l'armée le montant des frais que celle-ci lui doit (c'est-à-dire le prix de la journée à l'hôpital) ni il n'a parlé au chirurgien de réclamer le montant imposé de cette opération (appendicectomie, quel prix ?). Le peut-il actuellement ? et comment doit-il s'y prendre ?

D[r] B.

Réponse.

S'il ne s'est pas fait opérer ès qualité de pensionné de guerre, et sans carnet, ni feuilles de visites signées, il ne peut se faire *rembourser* des frais, puisque *seul* le médecin peut (feuilles de visites fournies) toucher des honoraires.

D[r] F. Decourt.

ANTHOLOGIE

A mes livres

Sans vous qu'aurais-je fait, mes livres, dans la vie ?
Vous seuls avez toujours contenté mon envie,
Rasséréné mon cœur, et rempli mon esprit.
Vous êtes la blancheur, sur laquelle ont écrit
Pour les plaisirs humains les plumes des prophètes,
Les témoins délicats de mes modestes fêtes,
Fêtes de la pensée et des yeux, radieux
Discours dialogués des hommes et des dieux.
Dès que je suis penché sur la feuille imprimée,
Je sens ma force éteinte à l'instant ranimée,
Comme par un sérum en ma veine injecté,
Et vous rajeunissez ma chaste volupté.

Verbe d'humanité vivante ou disparue,
Pauvres enfants perdus ramassés dans la rue,
Petits corps grelottants sous les auvents cachés,
Plébéiens sans couleur, cartonnés ou brochés,
Que de fois j'emportai sous mon manteau de laine
Vos feuillets soulevés par le vent de la plaine,
Prêts à prendre leur vol comme perdreaux tirés.
Que m'importait à moi vos habits déchirés ?
J'achetais votre chair et non votre costume.
Mirabeau se vendait pour cinq sous le volume.
Heureux temps où lisaient à peu de frais les gueux !

Oh non ! vous n'êtes pas de ces tomes pompeux.
Qu'on ne touche que pour montrer leurs reliures,
Leurs fers, leurs culs-de-lampe et leurs enluminures,
Qu'on ne lit pas, qu'on tient derrière des rideaux
A l'abri du soleil et des mites, le dos
Chaudement calfeutré d'une épaisse lustrine,
Graves seigneurs distants, mannequins de vitrine,
Fruits d'apparat, fiers de leur taille et leur couleur,
Qu'on ne coupe jamais, sans suc et sans saveur.

Vous, vous êtes du peuple et l'on sent votre veine
Battre à chaque ressaut de la misère humaine.
Car vous réfléchissez, vous pensez, vous vivez,
En braves travailleurs vous parlez. Vous avez
L'attaque vigoureuse et la riposte prompte.
De fait mal élevés. Car vous n'avez pas honte
De gueuler, au mépris de la légalité,
Des cris impertinents hurlant la vérité.

***

Donc les voilà tous là dans ma bibliothèque,
Erudits et savants, langue latine et grecque,
Poètes, prosateurs, en ordre et sur deux rangs,
Les petits en avant, en arrière les grands.
Les voilà bien gentils comme élèves en classe ;
Les turbulents, les plus choyés, jamais en place,
Toujours en l'air, poussant, poussés, debout, cou-
[chés,
Sportifs, les cartonnés montant sur les brochés.
Un siècle trop serré sur le suivant chevauche.
Saint-Simon siège à droite, et Beaumarchais à gau-
[che.

Ces auteurs, qui jadis se toisaient de travers,
Se récitent entre eux leurs proses et leurs vers.
Leur phrase s'apprivoise et se rend familière.
Bossuet redevient homme et sourit à Molière,
Et s'étonne de voir oublier ses sermons
Quand Tartuffe et don Juan flirtent sous tous les [fronts,
Quand Hugo et Zola scandent de leurs épées,
Les Châtiments et Germinal, deux épopées.
Regardez-les. Comme ils sont beaux ! Leur nudité
Ajoute une parure encore à leur beauté.

* * *

Mes livres, je vous aime et je veux vous le dire.
Vous êtes mon rayon, mon soleil, mon sourire,
L'astre devant mes yeux allumé jour et nuit,
L'étoile qui me guide et jamais ne me fuit.
La souffrance physique et morale se calme
Dès qu'un de vos feuillets étend sur moi sa palme.
Vous êtes presque égaux tous dans mon amitié.
Car tous vous avez fait le geste de pitié,
Releveur de courage et redresseur de tête,
Ainsi le dieu des vents apaisait la tempête.
Oui, je vous aime tous. Ne soyez point jaloux.
Vous venez tous à votre tour sur mes genoux.
Selon l'occasion, chaque étude a son heure.
Très vite Jean-qui-rit succède à Jean-qui-pleure.
S'il revenait, Flaccus crierait, haussant le ton :
« Combine en ta lecture Epicure et Platon.
« L'attention s'endort dans une thèse unique.
« Réveille-la. Monte d'un dièze ta musique,
« Apporte à ton métier quelque distraction.
« Relâche-toi parfois de ta profession.
« Ne sois point prisonnier de ton laboratoire.
« Passe du microscope aux hoquets de Lidoire,
« Comme Roger, approfondissant son savoir,
« Sois docteur le matin, exégète le soir.
« Bats la campagne avec ton fusil et ta guêtre.
« Aère ton esprit. Ouvre grand ta fenêtre
« Tantôt sur la montagne et tantôt sur l'étang.
« Pour rester bien portant, jamais l'homme ne tend
« Son antenne toujours sur la même besogne,
« Ainsi que vers son verre un bras tremblant d'ivro- [gne.
« L'abeille pour son miel se plaît à s'accrocher
« Aux thyrses du lilas comme aux fleurs du pêcher. »

* * *

Oui, vous avez l'honneur d'entretenir ma fièvre,
Et vous savourez tous l'approche de ma lèvre.
Pourtant en ce sérail de mignons vénérés,
La franchise l'emporte et j'ai mes préférés.
Molière et Rabelais me versent leur sagesse,
Chaque jour je les lis comme un curé sa messe.
Ce bréviaire-là m'aide à passer le temps
Et chasse de mon front les noirs inquiétants.
Quelquefois je varie. Un regain de jeunesse
Me ramène aux accents humides de tendresse

De Lesbie inondant de larmes son moineau.
Ovide passe au doigt de Corinne un anneau.
Horace et Juvénal font toujours mes délices.
Rome m'attire avec ses riches et ses vices,
Ses poètes râpés, quêteurs de vieux manteaux,
Que loge le patron aux combles des châteaux.

Quand je suis avec eux, j'exulte et je rayonne,
Je joue avec Horace à la balle trigone,
Tous les deux nous allons marchander au marché
Les légumes. Le soir quand Marsyas l'écorché
A chassé du forum les suppôts de l'usure,
Nous fréquentons les diseurs de bonne aventure,
Les pitres, bateleurs et les belles de nuit
Descendant de Subure en sandales sans bruit.
L'été dans la fraîcheur d'une douce nuit bleue
Nous cheminons sur un mulet à courte queue,
Notre valise en croupe, au mépris des rieurs
Et de l'encens fumant sous le nez des préteurs,
Jusqu'au côteau d'Ustique, où le fidèle Dave,
Disciple de Chrysippe et philosophe esclave,
Pour le maître colère, en préparant le bain,
Décachète un cruchon poudreux de vin sabin.
Quintus parle. Je compare son temps au nôtre,
Rome qui se vautrait à Paris qui se vautre
Dans le luxe et l'orgie et l'argent, les cocktails
Soufflant de leurs relents la flamme des autels,
Les sexes confondus, Cotytto révérée
A Montmartre aussi bien que sur la voie, sacrée.
L'artisan qu'autrefois la pensée anima,
Ivre d'apéritifs, de jeu, de cinéma,
Acclame Carpentier, hue et siffle Térence.
Le chevalier, toujours disposé pour la danse,
Fait chorus. Le journal, Pindare au petit pied,
Chante l'honneur du muscle et lui voue un trépied.
Les clercs mauvais bergers, se sont vendus. L'élite
Sacrifiée aux intérêts a fait faillite.
Hermès, dieu des bavards, du commerce et du dol,
Attache au pied son aile et prend gaiement son vol.
Pourvu que le b..... paie à l'Etat patente,
La République a droit de s'estimer contente,
Décore la Corniche, et, triant les jurés,
Grâcie en s'excusant l'assassin de Jaurès.

Mais pourquoi discuter ? A penser l'esprit s'use,
Au diable l'histrion, l'idéal et la muse,
Si, sortant de l'épreuve épuisé, je renais
Plus sec et plus maigri qu'un râle des genêts !
Laisse tomber, mon bon Flaccus, la poire est blette,
Qu'il soit fils de la Louve ou fils de l'Alouette,
Un peuple ne vit pas la pourriture au cœur.
Quant le rat l'a mordu, le fruit pourrit et meurt...

***

Mes livres, ce sont mes fétiches. Il me semble
Que si l'un d'eux partait, nous partirions ensemble.
Un vagabond s'est-il de mon fouillis sauvé,
Je ne puis m'endormir sans l'avoir retrouvé.
Madame, excusez-moi si mon palais préfère

A votre table fade un ragoût de Voltaire.
Vos doigts ont beau jouer avec les diamants ;
Ils ne vaudront jamais en éblouissements
L'esprit de Figaro, de Panurge ou Candide.
A l'ordinaire, l'or couvre une tête vide.
Je quitte avec respect votre salon mondain,
Pour m'en aller tout seul cueillir dans mon jardin
Une rime naissant sur un bouton de rose.
A votre babillage, il manque quelque chose.
Je baille et je m'endors au bruit de vos ronrons.
Les parlotes de chiens, d'autos et de chiffons
Ne sauraient retenir plus d'une heure éveillée
Mon oreille à la vôtre mal appareillée.
Quand un après-midi, las d'avoir peu causé,
Avec un vieux bouquin je n'ai point conversé,
L'ennui brusque me serre et ma langue se sèche.
J'ai besoin de courir à la fontaine fraîche
Où me mena jadis boire avec les anciens
La muse vierge encor de mes fougueux parrains.

***

Vous, les vieux, les premiers, vous, mes livres d'é-[tude,
Qui peupliez de visions ma solitude,
Sur les pages desquels se sont usés mes yeux,
Que tout jeune j'appris et que je relis vieux,
Dont, pauvre étudiant, je coupais les ficelles
Pour en mieux emporter certains feuillets rebelles
A ma mémoire lasse au temps des examens,
Pêle-mêle en ma poche avec des petits pains,
Et que je ruminais tout le long de ma route
Comme un bœuf en marchant mâche l'herbe qu'il [broute ;
Vous, les mal habillés, hâves, dépenaillés,
Bons ouvriers nerveux aux gilets débraillés
Qui n'avez pas eu peur en votre œuvrante crise
D'arracher le faux-col et d'ouvrir la chemise ;
Qui le matin dès l'aube au pupitre attachés,
Frémissez de sentir des doigts d'encre tachés,
Toujours les mêmes doigts, s'appuyer sur vos marges,
Dont les blancs annotés chaque jour sont moins lar-[ges ;
Pères de mon esprit et de mon cœur aussi,
Je vous embrasse en fils et je vous dis merci
De m'avoir donné, vous, les maîtres du vrai Livre,
Dans le savoir la joie et les moyens de vivre !

***

Tant que je garderai la vie et ma raison,
J'associerai deux voix, l'âme de ma maison,
La vôtre, et puis une autre encor plus éloquente.
Et la mienne criera, claire et reconnaissante :
« Deux êtres sur la terre ont comblé mon séjour,
« Mes livres, tout plaisir, ma femme, tout amour. »

Janvier 1930.

Dr Paul Grossier.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1^re Zone 75 fr. — 2^e Zone 100 fr.

AVIS

I

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Conf, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Henseval, d'Angers, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 162. — Grande ville Ouest, à céder cab. stomatol. datant de 33 ans, titulaire âgé et fatigué se retire. Vente dans très bonnes condit. Ecr. Dr Bachelier, à Poitiers (Vienne).

N° 163. — Touraine. Proxim. gr. ville, poste méd. génér. à céder, chiff. aff. import., suscept. augmentat. Maison confort. avec jardins et garage, électr., eau cour., chauff. central. Long bail . Indem n. à débatt.

N° 164. — A vend. moit. prix, 1 accu 12 volts, 1 essuie-glace à dépression.

N° 165. — Dr fatigué donnerait poste méd. 100 km. Paris, faisant gros chiff. à augmenter, jeune confr. franç. célibat. bonne santé.

N° 166. — Dr Castagnoni à Bône, (Algérie) offre à prix mod. et à l'état de neuf, divers instrum. et ouvrages de méd. et chirurgie. Lui écrire.

N° 167. — Illustration, année 1930, à céder. Faire offre à Dr Baudot, Villeloin-Coulangé ((I.- et L.)

N° 168. — Midi. Bon poste propharm. avec maison confort., à céder faible indemn. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 169. — Gr. banl. Parisienne, seul méd., gros produit, suscept. augment., gr. maison confort., s. bains, jardins. Indemn. 60.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 170. — Paris. Quart. agréab., bel et gr. appartem. avec client. méd. génér., indemn. 40.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris 5e. Tél. 36-46.

Renseignements

Villa des Sapins, à Ballaigues, près Vallorhe (Suisse). Pension de famille, séjour de repos idéal. Prix modérés. Pas de malades. Ouvert toute l'année. S'adr. Mlle Huber.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvese** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Le professeur Robin a écrit : « Il faut rendre aux tissus sous forme assimilable les éléments minéraux qu'ils ont perdus en excès. Le tuberculeux a perdu 41 % de sa silice. Donnez-lui 4 à 6 comprimés par jour de **Prélase** (silice organique).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. ZIMMERN est élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la IVe section (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Académie des sciences.** — *L'Académie des Sciences* a élu membre correspondant le Dr S. FLEXNER, directeur du laboratoire des recherches de l'Institut Rockefeller de New-York, auteur d'importants travaux de bactériologie.

— **Pour les enfants du Dr Racine.** — Nous avons reçu et transmis au *Phare de France* :
— du Dr Challamel, de Paris, 200 fr.
— d'un anonyme, 45 fr.
Nos remerciements.

— **Dîner de printemps de l'UMFIA.** — L'Union médicale latine, dans les Salons du Cercle interallié, a donné le mercredi 6 mai son dîner de printemps en l'honneur de la Médecine canadienne. C'est une tradition de l'UMFIA de fêter chaque année, l'une des nations adhérentes à l'Union médicale latine. La réception donnée en l'honneur de l'Italie au cours de l'automne dernier nous permit de rendre hommage à Rome, mère de la culture latine. En fêtant le Canada, l'UMFIA a voulu montrer combien notre culture s'était perpétuée à travers quatre siècles dans ce pays qu'on a appelé une France prolongée.

Ambassadeur et médecin, Son Excellence Philippe Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France, devait ainsi que sa nation, être reçu au cœur de Paris.

Prirent la parole : Dr Molinéry, secrétaire général de l'Union médicale latine, Dr Dartigues, président-fondateur de l'UMFIA, M. le Professeur agrégé Simard, délégué officiel de l'Union médicale latine canadienne, venu tout exprès pour assister à cette réception et porter le salut du Canada ; le Prof. Grondin, de Québec, prit la parole au nom des étudiants canadiens ; le Prof. Sergent, membre de l'Académie de médecine, président du dîner, au nom de tous les médecins français qui ont été reçus au Canada, et Son Excellence le Docteur Roy, au nom de la médecine canadienne.

Reconnu autour de Son Excellence Philippe Roy ; S. E. Caballero De Bedoya, les Professeurs Sergent, Roussy, Lereboullet, Clerc, Achard, Grégoire, Lemierre, M. Labbé, Boudouin, Hartmann, Desgrez, Legueu, Guillain, Nattan-Larrier, J. Renault, G. Petit, Mauriac, Roule, Montane ; les Médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Boye, Cadiot, Emily, les Professeurs agrégés Basset, Busquet, Lian, Le Lorier, Okinczyc, les Médecins et Chirurgiens des hôpitaux Crouzon, Devraigne, Durand, Gaudard d'Allaines, Lafourcade, Huber, Milian, Trémollières, Weissenbach, G. Labey, Pinard, Belot, Laquerrière,

Armand-Delille, Rist, Moulonguet, les médecins Barbarin, Desfosses, Joly, Charpentier, Francis Bordet, Diocles, Simon, Gastou, Roucayrol, etc., etc., MM. les sénateurs ou députés Dr Gadaud, Caujolle, Briquet.

La Colonie canadienne était très largement représentée par plus de 50 médecins canadiens.

La jeune UMFIA, dirigée par sa secrétaire générale Mlle Suzanne Roule, accueillit fraternellement tous les étudiants de la Maison canadienne et la fête s'est prolongée très avant dans la nuit.

—**Le Concert de « l'Orchestre Médical** » a remporté le 4 mai dernier, un grand et légitime succès. Le programme en a été magistralement exécuté, et la cantatrice, Madame Didsbury, a été vivement applaudie dans l'interprétation d'œuvres modernes.

Mais le clou de la soirée a été incontestablement le Concerto pour violon de Mendelsohn, interprété brillamment par Mlle Janine Andrade, fille du Dr Andrade, et qui, bien qu'âgée seulement de dix ans, possède déjà une technique et un mécanisme qui la classent parmi les prédestinés pour qui l'Art est une religion à laquelle ils se consacrent entièrement.

Après une si brillante expérience, l'Orchestre Médical serait impardonnable de rester désormais trop longtemps sans se faire entendre. C'est un vœu que nous exprimons à notre ami Louis Henri Destouches qui fut, en 1910, l'un des fondateurs de ce groupement symphonique et qui en demeure l'un des plus zélés animateurs.

— **Service de santé militaire.** *Tableau d'avancement* (Réserve). — Le tableau d'avancement des réserves paraîtra probablement vers la fin du présent mois.

— **Syndicat des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire.** — Le bureau de ce syndicat, de création récente, qui groupe les médecins phtisiologues de dispensaires, de sanatoriums, les médecins phtisiologues exerçant en pratique libre, etc, est ainsi composé :

Président : Dr Ameuille, 55, rue Varenne, Paris ; vice-présidents, Dr Quelmé, 80, rue Jean-Jaurès, Brest et Dr Tobé : trésorier : Dr Chabaud, 22, rue de l'Arquebuse, Reims ; secrétaire général : Dr Eber, 3, allée de la Robertsau, Strasbourg.

— **A la Fédération des S. P. A.** — Dans sa dernière assemblée générale, la Fédération nationale des sociétés protectrices des animaux, dont le siège social est rue Tronchet, n° 9, a élu comme suit son bureau pour deux ans :

Président : M. le Docteur Foveau de Courmelles, vice-président : de la S. P. A. (Paris) ; vice-présidents : M. Favre, président de la S. P. A. (Lyon) ; et Mme la générale Yvonne Daniel-Pompé, présidente fondatrice de la Ligue pour la défense des animaux (Nice) ; secrétaire-trésorier : M. A. Vittecoq, secrétaire général de la Société normande de protection aux animaux (Rouen).

— **Dispensaires antituberculeux de l'Aube.** — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les

dispensaires antituberculeux de Troyes et Romilly (Aube).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le Statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulev. St-Michel, Paris, 6e.

Le concours aura lieu dans la deuxième quinzaine de juin.

— **Naissance.** — Monsieur Jacques Midy, le pharmacien spécialiste bien connu, ex-interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Pharmacie de Paris, et Madame, nous font part de la naissance de leur fils Jean-Loup (25 mars 1931). Nos plus sincères compliments.

— **Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison est fixée au 24 mai. Comme les années précédentes, la Direction de l'Etablissement, met gracieusement ses services à la disposition des Médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Théâtre 1932.** — Le Théâtre 1932, 24, Place Denfert-Rochereau donne pour un nombre de représentations limitées une curieuse satire para-médicale en 4 actes, de M. Ril-Dab, intitulée : *Marchands de Bobards.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 Avril

Service de santé des Troupes coloniales.

Concours pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Un concours sera ouvert à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, le 1er décembre 1931, à neuf heures, pour l'admission à :

Des emplois, sans limitation de nombre, de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales ;

Un emploi de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Pour être admis à concourir, les docteurs en médecine et pharmaciens devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien. ;

3° Avoir satisfait, au 31 décembre 1931, aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Etre âgé de moins de trente-deux ans au 1er janvier 1931, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1899. Cette limite d'âge pourra être élevée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

5° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le Corps de santé de l'armée active, à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — Pour les docteurs en médecine.

1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale et chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — Pour les pharmaciens.

. . . .

L'appréciation de chacune des épreuves est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Des majorations de points sont accordées pour les titres scientifiques indiqués par l'instruction interministérielle du 16 septembre 1929.

PIÈCES A PRODUIRE

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 1er novembre 1931.

Ces pièces sont :

1° Un acte de naissance sur papier libre dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou à défaut certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours). Le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien.

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement établi l'année de l'admission, constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service armé. Cette aptitude, ainsi que celle au service colonial, sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin capitaine au moins ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

5° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait tutulaire dans la réserve ;

7° Engagement, dans la forme indiquée ci-après de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de l'admission dans le Corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis sont nommés médecin ou pharmacien sous-lieutenants pour compter du 31 décembre 1931 et bénéficient d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exception, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine, c'est-à-dire que par application de ces bonifications, les docteurs en médecine seront immédiatement nommés médecins lieutenants, pour prendre rang du 31 décembre 1930 et les pharmaciens seront nommés pharmaciens lieutenants, pour prendre rang au 31 décembre 1931.

Ils suivent à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Ils concourent à la fin de ce stage avec les médecins et pharmaciens lieutenants de leur promotion provenant des écoles du Service de santé de la marine et du Service de santé militaire et prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin ou de pharmacien lieutenant dans l'ordre du classement de sortie et deviennent disponibles pour le service colonial.

A l'issue de ce stage, ils peuvent percevoir les bourses suivantes, destinées à les indemniser de leurs frais d'études antérieures, sous conditions d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse.

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune, au titre de l'Afrique occidentale française, pour un séjour normal.

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune, au titre de Madagascar, pour un séjour normal.

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune au titre du budget de la guerre, pour un séjour normal dans toutes colonies.

Fait à Paris, le 20 avril 1931.

André MAGINOT.

6 MAI

Enseignement de la médecine.

MM. Forgue et Estor, anciens professeurs de la Faculté de Montpellier, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Les chaires de clinique thérapeutique médicale et d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

7 MAI

Substances vénéneuses.

Décret du 30 avril 1931 relatif au régime des substances vénéneuses dans la colonie de Madagascar.

Art. 1er. — Les dispositions de l'article 8 du décret du 20 avril 1919 réglementant à Madagascar l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses sont abrogées et remplacées par les suivantes :

Art. 8. — Lorsqu'elles sont destinées à la destruction des parasites nuisibles à l'agriculture, ces substances ne peuvent être délivrées en nature. Elles doivent être mélangées à des matières odorantes et colorantes. Toutefois, lorsqu'elles sont destinées spécialement à la destruction des sauterelles, ces substances doivent être seulement mélangées à des matières colorantes. Les formules de ces mélanges seront établies par arrêté du gouverneur général.

Les produits arsénicaux destinés à la préparation des peaux ne sont admis dans la colonie que sous forme de poudre conforme à la formule déterminée par le décret du 27 juin 1917.

Les dispositions des articles 4, 6 et 7 sont applicables à la vente des mélanges qui ne pourront être vendus et livrés que dans des récipients métalliques.

Art. 2. — Les dispositions de l'article 11 du même texte sont abrogées et remplacées par les suivantes :

Art. 11. — Les substances visées au présent titre ne peuvent être délivrées en nature lorsqu'elles sont destinées à la destruction des rongeurs et des bêtes fauves. Elles doivent être mélangées à dix fois au moins leur poids de substances inertes et insolubles, additionnées d'une matière colorante intense noire, verte ou bleue.

Par dérogation à l'article 2, la vente de ces substances est interdite à quiconque n'est pas pourvu du diplôme de pharmacien.

Art. 3. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

9 MAI

Service de santé militaire.

Décret du 3 mai 1931 modifiant le décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du Service de santé militaire.

Notification relative au modèle de l'acte d'engagement spécial des jeunes gens nommés élèves de l'école du Service de santé militaire.

Ces deux documents seront publiés ultérieurement.

Service de santé de la marine militaire.

Avis de concours pour les emplois de chargés de cours et prosecteurs dans les écoles de médecine navale, Service de santé.

Des concours pour les emplois de chargés de cours et prosecteurs dans les écoles de médecine navale in-

diqués ci-après auront lieu à Toulon à partir du 28 septembre 1931.

1° Chargés de cours

A. —Ecole principale du Service de santé de la marine.

1° Pathologie interne et thérapeutique ;
2° Pathologie externe et accouchements ;
3° Anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale.

B. — Ecole annexe de médecine navale de Brest.

1° Séméiologie et petite chirurgie ;
2° Physique.

C. — Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

1° Anatomie descriptive ;
2° Physique.

2° Prosecteurs

Prosecteurs pour les écoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 20 et 22 décembre 1930 réglementant l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Les médecins de 1re classe qui auront effectué, le 1er octobre 1931, au moins six mois d'embarquement effectif dans ce grade, pourront être admis à concourir pour l'emploi de prosecteur.

Avis de concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes.

Des concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes auront lieu à Toulon à partir du 5 novembre 1931.

Le nombre de nominations ne pourra pas excéder celui indiqué en regard de chacune des catégories ci-après :

A. — *Concours de médecine.*

1° Médecine générale, une ;
2° Bactériologie et anatomo-pathologie, une ;
3° Médecine légale et neuro-psychiatrie, une ;
4° Dermato-vénéréologie, deux ;
5° Electroradiologie et physiothérapie, deux.

B. — *Concours de chirurgie.*

1° Chirurgie générale, une ;
2° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, deux ;
3° Stomatologie, une.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par les décret et arrêté des 21 et 23 décembre 1930 portant réorganisation des services hospitaliers de la marine.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Régime des ouvriers sociaux assistés médicaux.

11271. — M. Marius MOUTET demande à M. le Ministre du Travail : 1° quelle est la situation respective de la ville de Romans et des médecins résidents, en ce qui concerne l'application de la loi sur les assurances sociales, pour des assurés notoirement indigents, soignés par le service de l'assistance médicale gratuite ; 2° si ces médecins peuvent revendiquer le droit de soigner ces indigents, alors qu'en 1927, sur leur refus, la ville a dû faire assurer ce service par les médecins spécialement affectés à l'hôpital, dont la rétribution comprend le service hospitalier et les soins aux indigents à domicile ; 3° s'ils peuvent revendiquer une rétribution spéciale à la charge de l'assistance médicale gratuite et, dans l'affirmative, sur quel tarif on doit se baser pour déterminer la part contributive de l'assistance médicale gratuite. (*Question du* 15 *janvier* 1931.)

Réponse. — La question de savoir si un assuré bénéficiant de l'assistance médicale gratuite doit être soumis au régime médical de l'assistance ou au régime médical de l'assurance — ces deux régimes étant différents, notamment sur la question du libre choix du médecin, mais également sur d'autres points — est actuellement à l'étude. Elle a été examinée par une commission interministérielle, et les difficultés d'interprétation et d'application de l'article 59 de la loi sur les assurances sociales vont être résolues par un projet de loi qui sera incessamment déposé.

(*J. O.*, 6 mai 1931.)

Situation de la femme d'un assuré social à l'égard de l'assurance-maternité.

720. — M. Jean BOSC, sénateur, demande à M. le Ministre du travail : 1° quelles conditions doit remplir la femme d'un assujetti aux assurances sociales lorsqu'elle se trouve en état de grossesse pour bénéficier des lois des 17 juin, 30 juillet 1913, 23 janvier, 14 décembre 1917 et 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches ; 2° quelle est, au regard des lois ci-dessus, la position d'une femme en couches lorsque ni elle, ni son mari ne font partie des assurances sociales, (*Question du* 30 *janvier* 1931.)

Réponse. — 1° La femme d'un assuré de la loi du 30 avril a droit, en cas d'accouchement, si son mari remplit les conditions de versement prévues à l'article 5, paragraphe 2, de ladite loi, aux prestations en nature. Elle peut, en outre, si elle est privée de ressources suffisantes, être admise au bénéfice des prestations en argent prévues par les lois sur l'assistance aux femmes en couches et sur les primes d'allaitement (art. 150 du décret du 25 juillet 1930) ; 2° les femmes qui ne sont ni assurées ni femmes d'assurés sociaux, peuvent obtenir le bénéfice des lois sur l'assistance aux femmes en couches et sur les primes

Voir la suite page LXIII-1723

PROPOS DU JOUR

Un grand biologiste aujourd'hui méconnu Charles Robin (1821-1885)

Il ne faut pas toujours compter sur la Postérité pour rendre justice à la science, à la valeur et au talent. Il fut des hommes de mérite dont la mémoire fut, de suite après leur mort, ensevelie dans un injuste oubli. La haine inassouvie d'adversaires irréconciliables, la vanité blessée des envieux entretinrent parfois à leur égard, même outre tombe, les effets malveillants d'un dénigrement systématique. Puis, si un concours de circonstances, détourna à ce moment l'attention de leurs travaux, l'oubli, le pesant oubli recouvrit leur mémoire de sa chape de plomb et leur nom resta inconnu des générations futures. Ce fut le sort posthume de Charles Robin, le grand biologiste, qui, en anatomie générale, compléta l'œuvre de son grand compatriote Bichat, et qui, appliquant aux sciences biologiques, les disciplines du positivisme, fonda, tout en lui donnant un but précis et en la règlementant, cette Société de biologie à qui la physiologie et la médecine doivent tant de progrès, qui vulgarisa enfin l'emploi du microscope pour l'étude des sciences naturelles. Il créa l'histologie et fut le premier à l'enseigner comme professeur à la Faculté de médecine de Paris. Aujourd'hui le nom de Charles Robin, disciple d'Auguste Comte, collaborateur de Littré, ami de Claude Bernard, de Mérimée, de Sainte-Beuve, de Renan, de Michelet, de Taine, d'Alexandre Dumas fils, de Gustave Doré, est celui d'un inconnu. Ch. Robin qui documenta Edmond About et les Goncourt, lui à qui le Gouvernement de la Défense Nationale confia lors de la guerre de 1870 la direction du service de santé et dont M. de Freycinet, ministre de la guerre, admira « outre les connaissances scientifiques », « les facultés administratives de premier ordre ». Ch. Robin, qui, élu sénateur, envisagea la réforme de l'enseignement avec une largeur de vues et une indépendance d'esprit surprenantes à cette époque, Charles Robin est à peu près totalement ignoré moins de cinquante ans après sa mort.

Nous devons être reconnaissants à M. le Dr Victor Genty, le frère de notre ami Maurice Genty, le distingué bibliothécaire de l'Académie de médecine, d'avoir rendu justice à la mémoire du grand biologiste, et d'avoir, dans une remarquable monographie (1), enrichie de documents empruntés aux archives de la famille de Ch. Robin ou donnés par des amis et des élèves du professeur, fait connaître la vie et les amitiés philosophiques et littéraires de l'éminent professeur.

***

Charles Philippe Robin naquit à Jasseron (Ain) le 4 juin 1921, la même année que Virchow et Flaubert et un mois après le jour de la mort de Napoléon.

Sa famille paternelle, de petite bourgeoisie, était originaire de Nantua et son père, après avoir dirigé à Lyon le Pensionnat de l'Enfance, institution assez modeste, qu'un court passage et une fugue de Lamartine enfant sortirent de l'obscurité, acheta une propriété à Jasseron où il se fixa, non loin des ruines du Château des Coligny. Sa mère, Adélaïde Tardy, était la petite fille d'un Maître en chirurgie de Gex et avait un oncle qui exerçait la médecine à Nantua.

Troisième d'une famille de cinq enfants dont quatre garçons, Charles Robin fut surtout élevé; par sa mère, femme pourvue de grandes qualités morales et intellectuelles. A 11 ans, il fut mis en pension à Ménestrel dans l'institution annexée à la Maison Mère des Frères de la Croix, que dirigeait le Chanoine Bochard. La discipline y était sévère, on y apprenait surtout le français, les mathématiques, les sciences naturelles et des rudiments de latin.

Ce fut dans cette pension qu'en jouant avec ses camarades, Charles Robin eut un œil crevé, ce qui détruit la légende que nous avons entendu nous-même conter par des amis de Ch. Robin, qu'il s'était abimé la vue en se servant trop du microscope.

(1) Dr Victor Genty. — Un grand Biologiste. Charles Robin (1821-1885). Sa vie, ses amitiés philosophiques et littéraires. Lyon, imp. Rey 1931.

Nous regrettons que cet ouvrage, en tous points très intéressant et remarquable, n'ait été tiré qu'à 150 exemplaires. Souhaitons qu'il soit réédité.

J. N.

En 1835, il fut terminer ses études au Collège royal de Lyon. Élève plus laborieux que brillant, il fut reçu bachelier ès lettres en 1838 et bachelier ès sciences en 1839.

La mémoire des ancêtres maternels médecins, la grande réputation que Bichat avait laissée dans le pays, déterminèrent vraisemblablement l'orientation médicale du jeune homme, qui, en automne 1839, vint à Paris, logea chez un de ses frères, 39, rue Michel Le Comte, s'inscrivit à la Faculté de Médecine le 6 novembre et fréquenta aussitôt comme externe bénévole les services de la Pitié. Reçu externe le 15 décembre 1841, il fut attaché à Necker au service de Trousseau. Ce fut là qu'il eut pour collègue Brown-Séquard qui resta son ami. Une sérieuse difficulté pour s'exprimer lui nuisait considérablement dans les concours, mais il était un travailleur acharné, consacrant régulièrement 16 à 18 heures par jour à ses études. Aussi fut-il nommé interne provisoire des hôpitaux en 1842, et fut reçu le 12e au Concours de l'internat de 1843. Il fut successivement interne de Velpeau, de Trousseau, de Guéneau de Mussy, de Bouvier, de Beau, de Baillarger, de Cloquet, de Nélaton, de Gosselin, de Voillemier.

En 1844, il fit à la Société Anatomique la connaissance de Lebert, docteur de l'Université de Zurich, qui avait été l'élève de Schœnlein et du physiologiste allemand Jean Müller.

Cette liaison eut une influence biologique marquée sur l'orientation des études de Ch. Robin.

En 1845, le doyen Orfila qui organisait un Musée d'Anatomie et qui désirait l'étendre à l'Anatomie comparée, envoya Lebert et Robin en mission en Normandie et à Jersey pour y recueillir des poissons et des mollusques. Ce fut là que Robin fit ses recherches sur les organes électriques de la raie, ; elles firent l'objet d'une communication à l'Académie des Sciences. Entre temps il acquit le diplôme de docteur en médecine avec une thèse sur l'*Anatomie chirurgicale de la région de l'aine.*

En 1847, déjà licencié ès sciences, il devient docteur ès sciences soutenant une thèse de botanique intitulée : *Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*, dans laquelle il décrit le parasite du muguet qu'il appelle l'oïdium albicans et celui du ptyriasis versicolor qu'il dénomme microsporon furfur. Sa thèse de zoologie a trait à l'*appareil électrique des raies.*

Peu après il concourt avec succès pour l'agrégation d'histoire naturelle à la Faculté de médecine. Dans sa thèse d'agrégation sur *les fermentations*, il classe dans les cryptogames les êtres que Sédillot avait décrit sous le nom de microbes.

Une fois agrégé, il se consacre tout aussitôt à l'enseignement et fonde un laboratoire d'anatomie comparée où il donne des leçons d'anatomie pathologique. Ce laboratoire improvisé était installé dans des locaux dépendant de la mairie du XIe arrondissement, qui occupait au n° 8 de la rue Garancière le vieil hôtel de la Présidente du Gué, où Adrienne Lecouvreur avait joué pour la première fois le rôle de Pauline dans Polyeucte.

Ch. Robin vivait en reclus dans son laboratoire. Sa clientèle était à peu près nulle, il avait quelques élèves et faisait des examens microscopiques de tumeurs que ses amis lui adressaient. Brown-Séquard qui continuait à lui vouer une solide amitié, lui fit faire la connaissance de Rayer, médecin de la Charité, membre de l'Institut, qui s'intéressa à lui, lui confia des expertises et le mit en relations avec Littré.

A cette époque, Auguste Comte faisait un cours de Philosophie positive au Palais-Royal. Ce cours faisait beaucoup de bruit et même quelque peu de scandale dans le monde bien pensant. Littré y conduisit Ch. Robin qui du coup fut conquis à la doctrine positiviste.

Le 7 juin 1848, Charles Robin, avec les chirurgiens Follin et Houel, fondait la Société de Biologie dont Rayer fut le premier président.

La Biologie était une science nouvelle dont le nom avait été créé par Lamarck en 1801 et à laquelle Tréviranus, en 1803, avait consacré un ouvrage. Mais cette science ou plutôt ce groupe de sciences, ayant trait aux lois générales des phénomènes communs aux êtres vivants, était assez mal défini. Ch. Robin, vice-président de la Société avec son ami Claude Bernard, rédigea son règlement et lut à la première séance une étude : *Sur la Direction que se sont proposés en se réunissant les membres fondateurs de la Société de biologie pour répondre au titre qu'ils ont choisi.* C'était une véritable profession de foi positiviste et cet esprit continua à régner dans la Société nouvelle.

En 1849, suppléant Richard dans sa chaire d'Histoire naturelle, Ch. Robin fit alors paraître son ouvrage célèbre : *Traité du microscope et des injections dans leurs applications à l'anatomie et à la pathologie, suivi d'une classification des sciences fondamentales, de celles de la biologie et de l'Anatomie en particulier.*

La première partie de l'œuvre était purement technique, mais dans la seconde partie d'ordre philosophique régnait l'influence d'Auguste Comte à laquelle s'ajoutaient des idées inspirées par

Vicq d'Azyr, de Blainville, Dumas, William Edvards ; l'auteur y proclamait l'inanité des recherches sur la nature intime de l'essence des choses et des phénomènes.

Peu après, il publiait les *Tableaux d'anatomie* où il exposait les principes de l'Anatomie générale et y étudiait l'élément anatomique indépendamment du tissu dont il fait partie. Ces travaux eurent un grand retentissement. Ch. Robin n'avait pas trente ans et était considéré déjà comme le chef d'une Ecole.

Ses recherches microscopiques lui permettaient de découvrir les médullocèles et les myéloplaxes, d'interpréter la structure des ganglions nerveux, d'élucider la signification de la segmentation incomplète spontanée de l'ovule sans fécondation.

Collaborant avec le chimiste Verdeil, il faisait paraître en 1852, le *Traité de Chimie anatomique et physiologique* poussant ainsi au delà du microscope l'étude de l'organisation de la vie.

En 1853, il rédigea et compléta l'œuvre que Béraud n'avait pu achever avant sa mort, les *Eléments de physiologie de l'homme et des mammifères.*

En même temps, il continuait à enseigner, mais comme son enseignement ne répondait à aucun examen, il avait peu d'élèves. Son laboratoire d'histologie, installé dans un taudis de la rue Ste-Hyacinthe St-Michel, l'actuelle rue Malebranche, était misérable. Il avait comme élèves surtout des étrangers et parmi les Français, Pouchet, Ch. Bouchard, Lortet et quelques autres.

A cette époque Ch. Robin menait une vie des plus simples, il habitait 19, rue Hautefeuille un appartement, depuis le 1er février 1850, dont le loyer annuel s'élevait à 800 francs. Il y resta jusqu'en 1875, époque à laquelle il fut loger 94, boulevard St-Germain où il occupait le premier au-dessus de l'entresol.

En 1855, l'éditeur Baillère avait acquis le *Dictionnaire de Médecine de Nysten*, qu'avait d'abord rédigé Capuron; il en confia la refonte à Littré et à Robin ; les deux savants se dévouèrent à cette tâche et s'acharnèrent à faire de ce dictionnaire un moyen de propagande positiviste. Le succès de cet ouvrage dont de nombreux articles exposaient sommairement la philosophie nouvelle, fut formidable ; en 1858, il en était à sa onzième édition. Ce fut alors que Ch. Robin fut élu membre de l'Académie de médecine (11 mai 1858).

Le 19 avril 1862, l'Empereur Napoléon III créa par décret à l'instigation de Rayer deux nouvelles chaires, l'une de Médecine comparée pour son médecin, Rayer lui-même, et une d'histologie pour Charles Robin. Cet acte arbitraire amena de violentes protestations de la part des étudiants, protestations surtout dirigées contre Rayer qui en même temps avait été élevé au décanat.

Ch. Robin parlait mal et était ce fait un professeur médiocre. Son enseignement se faisait surtout dans son laboratoire que fréquentaient Charcot, Pouchet, Magitot, Legros, Rabuteau. Ce fut dans ce laboratoire que Georges Clémenceau fit sa thèse.

En 1864, Robin développa les idées émises jadis dans ses *Tableaux d'anatomie* en rédigeant le *Programme du cours d'Histologie* et, avec son ami Brown-Séquard, fonda le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*, en même temps il collaborait au *Dictionnaire universel d'histoire naturelle* de d'Orbigny et au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre où plus de 50 articles importants ont été écrits de sa main.

En 1865, l'Empereur, sur les conseils de Rayer, le chargea de faire l'autopsie du duc de Morny, mort subitement ; il ne put découvrir la cause mystérieuse du décès.

La mort de Valenciennes laissa une place vacante à l'Académie des Sciences. Charles Robin posa sa candidature. Milne-Edwards et de Quatrefages organisèrent une cabale contre lui, et lui opposèrent Lacaze-Duthiers. Robin n'était-il pas un positiviste et l'ami de Littré ? Et positiviste pour les gens bien pensants de cette époque signifiait matérialiste et athée. Taine, Sainte-Beuve se mirent en campagne en sa faveur ; Mérimée obtint l'appui de la princesse Mathilde. Les deux partis se disputèrent le vote et l'appui de Pasteur. On savait que l'illustre chimiste n'aimait guère les positivistes.

« Dans les élections de ce genre, répondit Pasteur, je regarde ce que l'Académie peut gagner en admettant le candidat et non le profit que le candidat peut retirer de l'Académie. » Et il vota pour Charles Robin parce qu'il avait introduit le microscope dans l'étude de l'anatomie. Ch. Robin fut élu bien que présenté en seconde ligne.

En 1867, parurent les *leçons sur les humeurs*, considérées par l'auteur comme entrant dans l'anatomie des êtres vivants au même titre que les tissus, et la treizième édition du *Dictionnaire de Médecine*. Littré et Robin crurent honnête d'indiquer que ce dictionnaire était rédigé d'après le plan de Nysten. Ce fut là l'occasion du déclenche-

ment d'une campagne d'une violence inouïe contre le positivisme et ses adeptes. La Veuve de Nysten intenta un procès aux auteurs du Dictionnaire et obtint de la Cour d'appel une réparation pécuniaire « pour l'offense faite à la mémoire de son mari » en publiant sous son nom « des doctrines philosophiques et morales qui n'ont rien de commun » avec celles de ce dernier. Mais ce n'était là qu'un commencement et la campagne fut transportée sur le terrain politique. Ch. Robin, accusé de professer le matérialisme dans son cours, n'eut aucune peine à se disculper auprès du ministre Duruy, mais une pétition fut déposée au Sénat contre Ch. Robin, Broca, Vulpian, Charcot, Germain Sée, Axenfeld et Naquet. On accusait Robin d'avoir défini l'homme, dans son dictionnaire, un animal mammifère, de l'ordre des primates, famille des bimanes, ce qui était d'ailleurs la définition de Cuvier ; on reprochait à Broca d'avoir prononcé des paroles élogieuses en faveur de Malthus, à Vulpian et à Charcot d'avoir souri en voyant à leur consultation d'hôpital un malade portant une médaille, à Naquet d'avoir comparé l'homme à une pile électrique.

A notre époque, on prendrait en pitié ou on songerait à interner dans un asile d'aliénés ceux qui oseraient saisir le Sénat de pareilles niaiseries. Il n'en était pas de même en 1866. Pendant trois séances on discuta gravement sur ce sujet ; le baron Dupin, Quentin-Bauchard, Mérimée, Sainte-Beuve durent prendre la parole pour défendre Robin et les autres accusés et par 83 voix contre 40 le Sénat les approuva. Cela valut des manifestations enthousiastes des étudiants les 25 et 26 mai à G. Sée, à Vulpian et à Robin et des félicitations adressées à Sainte-Beuve.

Un certain Dr Machelard qui s'était fait sans preuve le dénonciateur de G. Sée, fut copieusement conspué et le doyen Wurtz envoya au Ministre Duruy dont la conduite avait été au Sénat assez équivoque, une lettre de protestation où il disait : « La Faculté enseigne la physiologie d'après les expériences, la médecine d'après les faits ». L'effervescence se calma de part et d'autre ; Ch. Robin continua son enseignement et ses travaux comme par le passé, et cela sans modifier ses opinions, l'article *biologie*, paru en 1868 dans le Dictionnaire de Dechambre, en fait foi.

En 1869, le savant, bien que fort recommandé par Mérimée, visita sans enthousiasme le Danemark et l'Angleterre.

La guerre de 1870 ne le surprit pas. Dans des lettres à Cl. Bernard et à Doré, il raconte que Mérimée, fort au courant par ses relations avec la Cour impériale, l'avait averti, depuis déjà deux ans, dans quel état de désorganisation se trouvait la France. Gambetta qui le connaissait bien fit, appel à Robin et en fit le Directeur du Service de santé et, comme le reconnut de Freycinet, il fut un administrateur hors ligne. Bien que très patriote, il s'opposa le 8 mars 1871 au vote d'une motion de Paul Bert qui demandait l'exclusion des savants allemands de la Société de biologie, n'admettant pas de responsabilité collective.

Il passa sans être inquiété les jours sombres de la Commune dans son logis de la rue Hautefeuille et continua de travailler. Son *Traité d'anatomie et de physiologie cellulaires* parut en 1873.

En 1875, il fut élu sénateur du département de l'Ain. Dans sa profession de foi d'un pur libéralisme, il se défendait d'être l'ennemi de la religion, il réclamait la liberté pour elle comme pour la science dans ses investigations. Cependant en 1872, le juge de paix du XIe arrondissement l'avait rayé de la liste du jury, prétendant qu'il ne croyait pas en Dieu.

Sa carrière parlementaire fut assez effacée, car il n'était pas orateur.

Il publia en 1876, dans *la Philosophie positive* un mémoire sur les *rapports de l'Instruction et de l'Education*. Il réclamait le prolongement de l'éducation familiale sans séparation des sexes jusqu'à 14 ans. Jusqu'à sept ans on devait se borner à diriger les sentiments, à donner des leçons pratiques (plus tard dénommées leçons de choses).

Ce n'est que lors de la seconde enfance que l'on devait apprendre à lire, à écrire, à compter, à dessiner.

Comme Auguste Comte, il considérait que l'enseignement secondaire devait suivre la hiérarchie des sciences et que la morale devait être son couronnement. L'enseignement supérieur devait amener la diffusion des clartés de la science acquise. Il donnait une place importante à l'instruction civique et économique. Libre penseur, il était partisan de l'enseignement laïque : « Le danger, disait-il, vient de ceux qui ne savent pas ».

En 1873, il avait été nommé directeur du laboratoire zoologique de Concarneau, fondé par Coste en 1859. Il dut soutenir un procès jusqu'en 1879 contre un de ses collaborateurs qui prétendait faire servir le laboratoire d'entrepôt pour le commerce des turbots et des homards. La vie à Concarneau était animée et pleine de charme. Ses élèves Pouchet, Variot, Pannetier allaient

sur le bateau de la station, le *Moustique*, pêcher au large les Mollusques et les Amphioxus. Robin ne pouvait les accompagner, retenu à terre par le mal de mer. Charles Robin était depuis longtemps directeur du laboratoire d'histologie zoologique. Il avait été nommé en 1869 quand Duruy créa l'Ecole des Hautes Etudes.

Ce laboratoire dont dépendait la station de Concarneau, fut d'abord ouvert au Muséum, puis transporté dans la rue du Jardinet où, en 1872 Nachet et Gaudry firent les frais de son installation. Robin, accaparé par le Sénat et sa collaboration au Dictionnaire de Dechambre, en céda la direction à Pouchet.

La vie privée de Ch. Robin était des plus simples. Depuis 1875, il habitait un appartement très modeste 94, boulevard St-Germain. N'étant pas marié, tout son personnel se bornait à une bonne à tout faire qui entretenait un petit salon, un cabinet encombré de papiers, de livres, de documents et sur la cheminée duquel était le buste de Bichat, une salle à manger et une chambre où l'on ne pénétrait jamais. Son déjeuner était plus que frugal. Le soir, il dînait au restaurant ou très souvent chez ses amis Garnier, A. Dumas fils, Meissonnier, les Doré, le Dr Goujon, son élève, dans la famille desquels il était cordialement reçu. En sortant le soir, il allait boire un bock au café situé à l'angle de la rue Saint Jacques et du boulevard St-Germain, puis il rentrait chez lui et travaillait jusqu'à deux heures du matin.

En août, il gagnait Jasseron où avec sa vieille mère il menait une vie encore plus simple ; il chassait et herborisait. Il était si peu sectaire qu'il accompagnait tous les dimanches sa mère à l'Eglise, portant parfois son livre de messe.

La mort de Littré (2 juin 1881) qui l'obligea à des discussions pénibles avec Mme Littré qui voulait faire remanier le Dictionnaire de Médecine, l'affecta beaucoup.

Il résolut d'abandonner cette œuvre et de faire paraître un *nouveau dictionnaire abrégé de Médecine* avec le concours de ses élèves, de Lanessan et Variot.

Un autre événement le tourmenta encore beaucoup. A l'expiration de son mandat de sénateur, on voulut le mettre dans l'obligation de choisir entre le Sénat et la Faculté, il opta pour le Sénat. Une loi nouvelle lui permet de conserver sa chaire mais les étudiants, excités par ses ennemis, se livrèrent à ce sujet à des manifestations hostiles qui le chagrinèrent profondément. La mort d'un de ses frères, frappé d'hémorragie cérébrale lui porta un dernier coup. Fatigué, alourdi, il se rendit comme de coutume à Jasseron en août 1885.

Le 3 octobre au matin, il se leva, ouvrit la fenêtre et tomba frappé d'une attaque. Il put à peine prononcer : « Apoplexie, curieux ! », car il s'attendait à mourir d'une crise cardiaque. Il mourut le 6 octobre à 5 heures du matin. Ses obsèques organisées par sa famille, eurent lieu à l'Eglise de Jasseron et il fut inhumé au Cimetière de ce bourg où un buste de lui couronne la stèle qui domine sa tombe. Pouchet, Pichard, Reliquet Goujon, Magitot vinrent de Paris lui porter leurs derniers hommages. Seul Retterer, agrégé, représentait la Faculté de médecine de Paris qui avait omis de désigner un délégué.

Il y aurait tout un chapitre à écrire sur les relations mondaines, philosophiques et littéraires et de ce savant. Il serait intéressant de préciser ses rapports avec Auguste Comte qu'il dut abandonner avec Littré quand le philosophe sombra dans le mysticisme. Il y aurait certes beaucoup à dire sur sa fréquentation aux fameux dîners Magny qui avaient lieu tous les lundis d'abord rue Contrescarpe Dauphine (l'actuelle rue Mazet), puis au coin de la rue du faubourg Montmartre et du boulevard Poissonnière. A ces dîners, Ch. Robin était fort écouté et tenait une place prépondérante dans une société de choix comprenant parmi les convives : Sainte-Beuve, Gavarni, Taine, Flaubert, les Goncourt, Viollet-le-Duc, Théophile Gautier, Berthelot, Renan, Scherer, Paul de Saint-Victor, About et beaucoup d'autres. Le Dr Victor Genty relève dans sa biographie un grand nombre d'anecdotes, de lettres et de documents d'un haut intérêt, mais que nous ne pouvons reproduire ici.

Tout cela, avec l'exposé de la vie du Savant que nous venons de résumer, montre combien la postérité a été injuste envers Charles Robin. Sans doute, il eut ses défauts et il commit des erreurs ; il s'acharna par exemple à défendre la théorie du cytoblastème de Schwann qui fut démontrée fausse ; mais quelle est la doctrine dont les auteurs sont certains de n'être pas un jour controuvés ?

En tous cas Ch. Robin dont un petit monument rappelle à Bourg l'existence et dont le nom a été donné à la rue principale de Jasseron, mériterait plus à Paris que le buste « relégué à la Faculté contre une cheminée de chauffage central dans la cour mal odorante des travaux anatomiques ». Il existe dans le vestibule de la Faculté maints bustes ou statues de professeurs qui ont

infiniment moins donné à la science et au pays que Charles Robin, le grand biologiste aujourd'hui trop tristement méconnu.

J. NOIR.

Notons toutefois que Brown-Séquard et Pouchet à la Société de Biologie, Sappey lors de l'inauguration du monument de Bourg, Gley et Maurice Genty dans divers articles ou communications, se sont efforcés de rendre justice à Charles Robin. Le regretté Variot, avec lequel nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous entretenir du célèbre biologiste, ne pouvait jamais sans émotion rappeler la mémoire du Maître dont il avait été un des élèves préférés.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA PLACE DE L'HYSTÉRECTOMIE ET DU RADIUM DANS LE TRAITEMENT DU CANCER CERVICAL

Par

Jean GAGEY et A. DEVOIS

Chef des travaux de curiethérapie — Chef des travaux de rœntgenthérapie

Au centre anticancéreux de l'hôpital Saint-Antoine.

(Service du Dr A. Lapointe).

On a publié ces dernières années, un assez grand nombre de statistiques de cancers du col traités par les radiations, par la chirurgie, ou par leur association. La commission radiologique de la Société des Nations en essayant d'unifier les travaux statistiques et en centralisant les directives thérapeutiques a permis à ce sujet des comparaisons fructueuses. Leur étude ne permet pas encore, semble-t-il, de constater de différence très sensible dans les résultats thérapeutiques obtenus et il persiste une certaine indécision en ce qui concerne le choix du traitement. Sans doute, les techniques, tant radiologiques que chirurgicales, paraissent fixées, et ne varient plus guère d'un auteur à l'autre. Mais, sur leurs combinaisons, il existe encore pas mal d'incertitudes.

En présence d'un cancer du col, on peut avoir recours soit :

a) à l'hystérectomie totale seule ;

b) à l'hystérectomie suivie d'une application de curiethérapie vaginale ;

c) au radium cervico-vaginal suivi d'hystérectomie ;

d) au radium cervico-vaginal, sans hystérectomie ;

e) enfin, à l'une ou l'autre de ces diverses méthodes se combinant à la rœntgenthérapie ou à la curiéthérapie par foyers extérieurs à distance (télécuriéthérapie).

a) L'hystérectomie élargie, employée seule, ne peut, évidemment, être utilisée que dans une catégorie de cas, celle où le néo est opérable.

A la période de début, alors qu'il n'y a encore, au point de vue clinique, qu'une ulcération cervicale localisée que la biopsie a révélé être un épithélioma, alors que les culs-de-sac sont parfaitement souples et que l'utérus est tout à fait mobile, nous sommes à l'époque la plus favorable pour l'hystérectomie.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre qu'il faut faire une hystérectomie aussi large que possible, disséquant les uretères, enlevant tout ce qu'il est possible d'enlever du paramètre. C'est une grosse opération, mais les résultats éloignés en sont très bons, et le Prof. J.-L. Faure en particulier, s'en fait l'apôtre. La mortalité opératoire primitive qui était encore très grande ces années dernières (environ 25 %) a été abaissée aux environs de 3 % d'après J.-L. Faure, par l'emploi systématique du drainage au Mikulicz. On comprend donc que nombre de chirurgiens restent fidèles à l'opération dans ces cas de début.

Dans les néos du col à la seconde période, c'est-à-dire avec début d'envahissement des paramètres, mais avec conservation relative de la mobilité utérine, nous sommes à la limite de l'opérabilité. L'hystérectomie élargie, peut encore être pratiquée, mais dans ces cas, les résultats sont nettement moins favorables. Fréquemment, en effet, au cours de l'intervention, on se rend comp-

te que l'envahissement est beaucoup plus grand que ne le faisait prévoir l'examen clinique le plus minutieux. Bien souvent, l'opérateur est obligé de sectionner en plein tissu cancéreux. Il enlève les ganglions qu'il peut voir, mais combien en reste-t-il qui sont déjà infiltrés ? Il faut d'ailleurs reconnaître que même dans ces formes où l'extension juxtacervicale est évidente, on a vu, à la suite de l'intervention, de longues survies. Il existe, en effet, un facteur imprévisible, sur lequel nous aurons plus loin, l'occasion de nous étendre, celle du degré de malignité du cancer traité.

b) Dans ces néos avec envahissement encore localisé du paramètre, où l'hystérectomie est souvent insuffisante, y a-t-il lieu de compléter l'action du bistouri par une application curiethérapique interne ? L'action du radium peut-elle nous donner une stérilisation des tissus restant envahis ? Et même dans les néos au début, ceux de la première catégorie, le radium post-opératoire apporte-t-il une sécurité de plus ? Autrement dit, doit-on faire l'hystérectomie d'abord, puis la faire suivre d'une application vaginale du radium ?

Cette méthode a été pratiquée et à première vue, elle paraît logique, mais depuis longtemps déjà, Regaud a montré qu'elle donnait très souvent des déboires. Le Prof. J.-L. Faure qui en était, au début, partisan, y a maintenant renoncé. En effet, l'utérus n'est plus là pour protéger la vessie et le rectum. Les doses de radium que l'on peut se permettre d'appliquer sont trop insuffisantes pour stériliser les cellules néoplasiques qui ont été essaimées. On ne peut guère dépasser 25 millicuries. Le tube inclus dans une sonde de forte épaisseur ou des bouchons de liège doit être éloigné des parois vaginales, car ce qu'il faut craindre c'est la perforation. L'emploi systématique, voulu, de la curiethérapie post-opératoire semble donc à rejeter. Est-ce à dire qu'on ne doive jamais l'employer ? Il semble évident, au contraire, que si le chirurgien s'est trouvé en présence d'un cancer plus étendu qu'il ne le pensait, s'il ne peut l'enlever en totalité, on donnera quelques chances de plus à la malade en faisant une irradiation complémentaire. On peut ranger à côté de ces cas, ceux où l'on voit se développer un épithélioma sur le moignon cervical, chez des femmes qui ont subi autrefois une hystérectomie subtotale pour une affection inflammatoire ou autre (salpingite, fibrome, etc...). Des observations de ce genre ne sont pas rares. Pour les raisons déjà indiquées, la curiethérapie que l'on est obligé de pratiquer dans ces conditions, ne peut être faite d'une manièere absolument correcte, les doses nécessaires sont plus difficiles à donner et les résultats s'en ressentent.

c) Toujours dans ces cas opérables ou à la limite de l'opérabilité, la combinaison inverse, radium cervico-vaginal suivi de l'hystérectomie totale, présente certainement moins d'inconvénients. Beaucoup la préconisent et en ont obtenu de bons résultats. Ses partisans pensent, un peu théoriquement, peut-être, que deux sécurités valent mieux qu'une, et qu'il est plus sage d'enlever l'utérus secondairement.

En réalité, cette technique n'apporte qu'une sécurité illusoire, et les statistiques des auteurs qui pratiquent l'hystérectomie post-curiethérapique ne sont pas sensiblement différentes de celles de ceux qui se bornent à la curiethérapie seule. D'ailleurs, on se heurte à quelques difficultés. L'opération ne doit pas être trop hâtive. Peu après l'application, l'opération risque d'ajouter, au choc radiumthérapique, le choc opératoire. Il y a intérêt à attendre six semaines à deux mois avant d'intervenir. D'autre part, si la stérilisation des cellules est incomplète, l'opération risque de libérer des lymphatiques chargés de cellules. Elle traumatise certainement les tissus et détruit les barrages conjonctifs. La cicatrisation est souvent anormale. Même si le chirurgien n'a rencontré aucune difficulté opératoire du fait du radium, comme c'est la règle, les incidents sont multiples ; nécrose du fond du vagin, fistules vésicales ou urétérales, etc... pouvant aboutir à une terminaison fatale. Finalement, le pourcentage des guérisons ne semble pas être amélioré. Et l'un de nous concluait au Congrès de gynécologie de Bruxelles (1929) qu'il fallait ou opérer ou faire du radium, mais non, l'un et l'autre.

En tous cas, notre expérience nous montre que si l'on désire combiner les deux méthodes, il ne faut pas comme on l'a dit, faire une application de radium à la même dose que s'il devait être employé seul. Si l'on a la sagesse de s'en tenir à des doses moindres (30 mcd environ) irradiant surtout le col, l'utérus sera asséché tout de même, et les complications opératoires seront moins fréquentes.

d) Le radium employé seul présente des indications beaucoup plus étendues que l'hystérectomie. Dans les néos au début, nous l'avons déjà dit, les résultats sont tout à fait comparables à ceux de l'hystérectomie seule. L'un de nous a publié ailleurs les observations de dix malades présentant un épithélioma cervical au début et traités en 1919 et 1920. Neuf malades se sont maintenues guéries, depuis ces dix ans, sans récidives (sauf l'une âgée de 85 ans, morte il y a deux ans d'une maladie intercurrente). Sans doute, le chirurgien peut apporter des cas de guérison remontant à plus longtemps, à une époque où les applications curiethérapiques n'étaient pas encore pratiquées, tout au moins avec la technique d'aujourd'hui.

Il faut toutefois remarquer que rien ne peut nous faire prévoir l'évolution d'une ulcération néoplasique à son début. Il y a pour les cancers

du col, une différence extraordinaire dans leur aptitude à récidiver. Ni l'examen clinique le plus minutieux, ni l'étude histologique la plus fine ne nous apportent la clé de cette énigme. Deux malades présentant des lésions apparemment identiques à tous points de vue, traitées de la même manière auront des évolutions entièrement différentes. L'une survivra cinq ans après le traitement en parfait état, l'autre aura six mois après, des récidives généralisées. Il y a des cancers malins et des cancers bénins.

Dans les néos inopérables, le traitement par le radium est évidemment le seul possible. Ce sont les cas les plus fréquents. Naturellement, plus la lésion est avancée, et moins on a de chances de longues survies sans récidive, mais, outre l'amélioration passagère qui donne à la malade l'impression d'une guérison complète, et qui dure souvent des mois et des années, on a encore des guérisons de 5 ans dans la proportion de 30 à 35 %.

e) Il nous reste maintenant à envisager le rôle de la rœntgenthérapie pénétrante et de la télécuriethérapie.

Nous n'avons jamais utilisé la rœntgenthérapie seule dans les cas au début. Nous ne connaissons d'ailleurs pas de statistiques montrant des guérisons éloignées obtenues par les rayons X seuls même dans des cas au début, histologiquement confirmés, et il semble que les résultats annoncés d'abord par Seitz et Winz, en Allemagne, n'aient pas été confirmés. Par contre, l'emploi de la rœntgenthérapie après curiethérapie ou hystérectomie est logique, et il nous a semblé que l'aptitude à récidiver des néos était un peu moins grande après irradiation homogène des paramètres par les rayons X pénétrants. Quoiqu'il en soit, sans pouvoir démontrer d'une façon certaine leur efficacité, étant donné ce que nous savons de la malignité très inégale des cancers du col, nous pouvons affirmer leur innocuité à peu près complète, lorsque l'on prend soin, comme le font actuellement presque tous les radiothérapeutes d'étaler la dose sur un laps de temps de 20 à 30 jours environ. Le seul reproche qu'on puisse faire aux rayons X pénétrants c'est qu'ils fatiguent la malade et retardent la guérison, s'ils sont appliqués trop peu de temps après le radium. C'est pourquoi, il vaut mieux retarder leur emploi jusqu'après la cicatrisation complète des lésions cervicales. Nous nous en passons fréquemment dans les cas qui ne paraissent pas très étendus.

Toutefois, nous avons l'habitude de les prescrire aux malades qui ne sont pas cicatrisées dans les délais habituels, c'est-à-dire six semaines à deux mois après l'application du radium, en en réservant l'application systématique aux malades déjà très envahies et qui souffrent, la douleur nous paraissant un des meilleurs symptômes de l'envahissement profond.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à la télécuriethérapie. En basant la posologie des radiations émises par le radium à grande distance sur la méthode ionométrique, méthode pratique et rigoureuse, analogue à celle des rayons X, Mallet et Coliez ont fait faire à la question un pas important. Il est possible que la télécuriethérapie ait sur les rayons X, grâce à la plus courte longueur d'onde des radiations du radium, l'avantage d'une action biologique plus intense. Ce sont des questions encore en suspens.

Conclusions

De cette étude, il nous paraît permis de tirer les conclusions suivantes :

1° En présence d'un néo cervical, au début, les résultats sont sensiblement les mêmes, que l'on fasse l'hystérectomie ou la curiethérapie interne. On peut choisir l'un ou l'autre procédé, mais il vaut mieux, semble-t-il, ne pas associer la chirurgie et le radium. L'association des deux procédés n'apporte que peu d'avantages, et peut être nuisible.

2° En présence d'un cas à la limite de l'opérabilité, le radium nous paraît devoir être employé systématiquement. Nous serions tentés de dire sans opération. Toutefois, car notre opinion reste discutable, si l'on veut associer les deux méthodes, il n'est pas douteux qu'on doive commencer par la curiethérapie, et il nous paraît certain qu'il faut réduire la dose de radium, pour scléroser au minimum le paramètre et faciliter l'opération ultérieure.

3° Dans les cas inopérables, on emploiera avant tout le radium, qu'il sera sage le plus souvent de faire suivre d'irradiation générale sur le territoire des lymphatiques pelviens, par voie externe, rœntgen ou télécuriethérapie.

SUR LA QUESTION DE L'INJECTION DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Rapport du Professeur Gosset

présenté à l'Académie de médecine au nom d'une Commission composée de MM. Roux, Vaillard, Bazy, Walther, Hartmann, Dopter, Balthazard, J.-L. Faure, Vallée, Mauclaire, Auvray et Gosset (1).

Messieurs,

Vous vous rappelez que, dans la séance du 3 février, notre confrère, M. Henri Hartmann, a posé à l'Académie la question suivante, question, faisait-il remarquer, qui étonnerait peut-être quelques-uns de ses membres : *Dans quel cas un médecin est-il tenu de faire une injection antitétanique* ?

M. Hartmann faisait suivre cette demande d'une série de considérations qui en montrent tout l'intérêt. « L'efficacité de l'injection de sérum est bien établie, disait-il. Si je pose la question de ses indications, c'est que c'est actuellement une de celles qui préoccupent les médecins praticiens.

« Tout récemment, un médecin vient d'être condamné parce qu'un blessé, qu'il avait été appelé à soigner, était mort de tétanos, alors qu'il n'avait pas fait d'injection préventive de sérum. Il s'agissait d'une plaie contuse par écrasement.

« En regard de pareils cas, il en est d'autres de plaies superficielles, pour lesquelles certains médecins n'hésitent pas à faire systématiquement, dans tous les cas, l'injection préventive de sérum. Ils sont alors accusés quelquefois d'avoir été inutilement cause d'accidents sériques par les malades, et souvent accusés par les Compagnies d'assurances d'exploiter les accidentés du travail...

« Si l'Académie voulait bien avec sa grande autorité, préciser les cas où l'injection de sérum est formellement indiquée, ceux où l'on peut se dispenser de la faire, elle rendrait un réel service à l'ensemble du Corps médical... »

Telle était la demande très précise formulée par M. Hartmann.

Vous avez aussitôt nommé une Commission composée de MM. Roux, Vaillard, Bazy, Walther, Hartmann, Balthazard, J.-L. Faure, Dopter, Vallée, Mauclaire, Auvray et Gosset.

Cette Commission a tenu trois séances : elle a longuement discuté, sous tous ses aspects, la question soulevée par M. Hartmann, et c'est le fruit de cette discussion, à laquelle ont pris part tous les membres, que, comme rapporteur, j'ai l'honneur de présenter devant vous.

Tout d'abord, notre premier soin a été de préciser notre tâche. Tout le monde, dans la Commission, a été d'accord avec notre éminent président, M. Roux, pour dire que l'Académie ne peut avoir la prétention d'édicter des règles impératives, concernant la sérothérapie du tétanos. L'Académie peut seulement donner des avis, formuler des conseils. Ces conseils, le médecin est toujours libre de les suivre, la liberté du médecin dans le domaine thérapeutique devant toujours rester entière, le médecin, dans ce domaine, ne relevant que de sa conscience.

Notre rôle à nous, dans cette Commission instituée pour répondre à la question posée par notre collègue, M. Hartmann, était très simple : nous devions chercher à rappeler, à faire connaître encore mieux, les conditions dans lesquelles peut se développer le tétanos ; nous devions montrer, à côté de quelques inconvénients, les immenses avantages de la sérothérapie antitétanique, et nous avions à conclure en formulant des *conseils*.

Après avoir arrêté sa méthode de travail, votre Commission a cru, en effet, de son devoir de ne pas passer sous silence les inconvénients que peut avoir, comme toute sérothérapie du reste, la sérothérapie antitétanique. Les éruptions d'urticaire, les arthralgies sont parfois des conséquences très désagréables de l'emploi du sérum. Ces inconvénients sont surtout marqués chez ceux qui ont déjà reçu du sérum ; ces derniers restent sensibilisés, même après un temps très long et, par contre, l'immunité que leur confère le second sérum injecté sera plus courte. D'autre part, il convient de rappeler que quelques individus, qui ont absorbé d'autres sérums par la bouche, peuvent aussi réagir au sérum antitétanique. De même, les membres de certaines tribus, qui consomment, de manière continue, de la viande de cheval.

On étudie, en ce moment même, dans les Sociétés de médecins, des accidents graves de névrite, surtout de névrite des membres supérieurs, observés chez des individus ayant subi des injections de sérums antitoxiques, accidents dont la pathogénie exacte demande à être établie avec soin, mais qui doivent cependant retenir toute l'attention, et sur lesquels nous serons heureux de connaître l'avis de nos confrères neurologues. M. Roux, qui est celui ayant pratiqué et vu pratiquer le plus grand nombre

(1) *Académie de médecine*, séance du 14 avril 1931.

d'injections sérothérapiques qu'on puisse réaliser dans une vie humaine, fait cependant remarquer, à ce propos, qu'il n'a jamais observé de cas de névrite, et il rappelle un exemple tout à fait typique. On fait, depuis bien des années, à tous ceux qui ont été mordus par des chiens — et on se demande du reste pourquoi — des injections de sérum antitétanique, et dans ces cas, qui se comptent par milliers, on n'a jamais observé de névrites.

On ne peut donc nier les inconvénients, disons même parfois les dangers de la thérapeutique par les sérums. A ce propos, il faut conseiller, il faut vulgariser encore plus la méthode de Besredka, si sûre dans ses résultats.

Quoi qu'il en soit, si la vie des individus sensibilisés est en danger, quel est le médecin qui hésiterait à employer le sérum antitétanique ? D'autant plus que l'emploi des sérums désalbuminés permet d'éviter les complications, dont nous venons de parler.

Ce qui a pu mettre en garde contre l'emploi des injections de sérum antitétanique, ce ne sont pas les accidents d'urticaire ou d'arthralgie, ou encore les accidents de névrites, même s'il était démontré pour ces derniers que le sérum en fût cause, ce sont surtout les cas de mort. Mais il faut bien spécifier que, sauf les accidents d'anaphylaxie, contre lesquels on peut se prémunir, les cas mortels ont été surtout observés après les injections intra-veineuses ou intra-rachidiennes. Du reste, nous ne savons pas tout sur la tolérance de l'organisme devant la méthode antitoxique. N'est-ce pas le Dr Roux qui nous relatait, aux séances de la Commission, le cas de cette famille où quatre enfants sont soumis à la sérothérapie antidiphtérique ? Trois enfants supportent la médication sans aucun incident le quatrième enfant meurt subitement. Mais n'a-t-on pas noté, comme le faisait remarquer M. Balthazard, un cas de mort subite après une simple piqûre de morphine ?

La véritable question pour votre Commission n'était du reste pas d'étudier les inconvénients de la méthode sérothérapique en général, inconvénients qu'elle a eu, comme je viens de le montrer, le scrupule de rappeler ; elle se résumait à chercher, à déterminer, de la meilleure manière possible, les conditions dans lesquelles la sérothérapie antitétanique doit être recommandée.

Pour éclairer dès le début l'orientation de la discussion, M. Balthazard avait bien voulu relater, pour la Commission, les conditions dans lesquelles un jugement de tribunal avait affirmé la responsabilité du médecin. Il s'agissait d'un cas, où toutes les conditions paraissaient bien réalisées pour indiquer l'injection antitétanique : blessure de la face dorsale de la main, avec mise à nu des tendons, vaste plaie anfractueuse souillée de cambouis, *aucun nettoyage réel* de plaie n'ayant pu être pratiqué, étant donnée l'extrême faiblesse du blessé ; le tétanos se déclare, le blessé succombe. En opposition avec ce cas, on ne constate dans les mêmes milieux, les milieux métallurgiques du Nord, sur 150.000 blessures, pour lesquelles aucune injection de sérum ne fut pratiquée, que 7 cas de tétanos. Il y a mieux : dans un énorme établissement industriel du centre de la France, le chirurgien déclare qu'il n'a jamais observé un seul cas de tétanos, et la sérothérapie n'y est jamais pratiquée. Dans une grande usine de la banlieue parisienne, on ne pratique aucune injection antitétanique, et, sur 20.000 blessures observées annuellement, on ne constate aucun cas de tétanos.

Le milieu a, en effet, une importance reconnue depuis toujours. Dans les milieux agricoles, ne pas employer le sérum antitétanique pour les blessures conduirait à des désastres. M. Balthazard, à propos des blessures souillées de terre, nous relatait les circonstances d'une affaire retentissante, encore récente : une femme avait été jetée dans un égout ; en s'efforçant de sortir de sa prison, elle s'était fait aux mains et aux pieds de nombreuses blessures souillées de boue. Elle arrive enfin à se faire entendre, elle est délivrée; on ne lui pratique pas d'injections antitétaniques; elle succombe au tétanos.

***

Les blessures de guerre n'ont pas été discutées longuement à votre Commission, car, à leur sujet, l'accord est aujourd'hui unanime. A leur propos, M. Walther rappelait — et j'ai observé moi-même dans le même milieu hospitalier les mêmes faits — les nombreux cas de tétanos chez les blessés de la Marne, à une époque où l'on ne pratiquait pas, chez les blessés de guerre, d'injections antitétaniques.

Je ne veux pas m'étendre sur les blessures de guerre, mais le temps marche vite, et il est parfois nécessaire de rappeler, aux jeunes générations, des notions qui, pour ceux d'un certain âge, paraissent banales. Et à ce point de vue, laissez-moi vous mettre sous les yeux quelques-unes des très heureuses instructions que M. Dopter vient d'adresser, comme directeur du Service de santé au Ministère de la guerre, au sujet de la *prévention* du tétanos. Cette instruction, qui est datée du 11 février 1931, dit excellemment : « L'expérience acquise pendant la guerre a montré qu'une plaie pouvait, malgré la sérothérapie spécifique, recéler des spores tétaniques vivantes, susceptibles de germer et de provoquer le tétanos, même après une période prolongée ; doué uniquement de propriétés antitoxiques, le sérum antitétanique n'exerce, en effet, sur elles ou sur le bacille tétanique, aucune action bactéricide.

« Des cas de tétanos tardif ou retardé ont pu ainsi être observés, non seulement par le fait de blessures en évolution ou lors d'une intervention chirurgicale sur le foyer d'une blessure, mais encore en dehors de toute cause apparente, dans un délai pouvant atteindre plusieurs mois, voire même une année, après la blessure, chez des sujets dont les plaies étaient entièrement cicatrisées. »

Aussi, M. Dopter, entre autres conseils que tous les médecins auront le plus grand intérêt à lire, insiste-t-il sur la nécessité de pratiquer « une nouvelle injection de sérum chez tout blessé porteur d'une plaie suspecte, récente ou datant de plusieurs mois (deux, quatre, cinq mois) et devant être soumis à une intervention chirurgicale pouvant jouer le rôle de cause provocatrice à l'égard du tétanos. Nouvelle injection, enfin, pouvant également être indiquée chez tout blessé dont la plaie, après un délai variable et souvent prolongé, peut être le siège d'une mobilisation ou d'une migration d'esquilles osseuses, de corps étrangers, pouvant jouer le même rôle provocateur que l'acte chirurgical ». De telles directives ont besoin d'être données et répétées.

***

Après cet échange de vues qui fut vraiment très intéressant, j'allais dire passionnant — et je n'ai jamais autant regretté de n'avoir pas le talent nécessaire pour en rendre toute la valeur dans mon rapport — notre président nous proposa de nous réunir à huitaine et de réfléchir afin de rédiger chacun de notre côté, une courte note qui serait remise entre les mains du rapporteur. Et c'est de ces notes écrites, remises par les membres de la Commission, que j'extrais les dernières considérations suivantes et les conclusions qui en découlent.

M. Vaillard, que la Commission comptait heureusement parmi ses membres, nous a remis une note assez longue qui contient, en somme, presque toute la question. Je vous en donne les points les plus saillants :

« Le tétanos peut survenir dans des conditions si diverses, et parfois si inattendues, qu'il est impossible de préciser, pour la pratique courante du médecin, tous les cas, où l'application préventive du sérum devient nécessaire ou simplement légitime. On doit donc se borner à des considérations d'ordre général déduites : 1° des faits d'observation concernant la survenance de cette infection ; 2° des notions fondamentales sur sa pathogénie.

« 1° Toutes les plaies accidentelles peuvent éventuellement provoquer le tétanos : certaines y prédisposent plus que d'autres par leur siège et leur nature.

« Les traumatismes des extrémités (doigts et orteils) sont les plus dangereux ; suivant les statistiques, ils assument de 41 à 50 et même 82 p. 100 des cas de tétanos. Les blessures de la continuité des membres, de la face et du cuir chevelu viennent ensuite par ordre de fréquence, puis celles des organes génitaux. Les blessures du tronc semblent jouir d'une notoire immunité.

« Les plaies contuses, les blessures à foyer irrégulier et meurtri ; les écrasements, les arrachements, les fractures compliquées d'issue des fragments (surtout lorsque ceux-ci arrivent au contact du sol), les luxations avec plaies sont les traumatismes, qui exposent le plus au tétanos. Les brûlures et congélations des extrémités interviennent assez souvent. Les coupures nettes se trouvent très rarement à l'origine de l'infection.

« La fréquence du tétanos n'est en aucune façon proportionnelle à la gravité de la blessure. On a même pu soutenir qu'il survenait plutôt à la suite des petites plaies, et l'affirmation paraît souvent exacte. Bien minime peut être le trauma, qui suffit à son développement. On l'a vu succéder à une piqûre d'abeille, d'aiguille, d'épine de rosier, à la vaccination, à une simple écorchure du nez, à l'application d'un cautère, à l'extirpation d'un cor, l'avulsion d'une dent, la ponction d'un hydrocèle. Les injections hypodermiques de sulfate de quinine ont maintes fois déterminé son apparition dans les pays chauds. Le tétanos a plusieurs fois été signalé à la suite de l'injection sous-cutanée de sérum gélatiné.

« Mais, si ces faits exceptionnels, et rappelés pour mémoire, sont négligeables quant à l'emploi préventif du sérum, il n'en est plus de même de ceux où le tétanos survient après la pénétration dans les tissus de certains corps vulnérants : épine, écharde, caillou, fragment de verre, clou de rue, clou de vieilles charpentes, ou encore après les piqûres ou éraillures faites aux extrémités par les instruments aratoires. Le danger est surtout grand lorsque le corps vulnérant reste implanté dans la plaie.

« On a vu le tétanos survenir après des traumatismes non ouverts : violente contusion des parties molles, luxation, fracture sous-cutanée ; ces faits sont rarissimes et imprévisibles.

« Le tétanos consécutif aux plaies opératoires, extrêmement rare aujourd'hui, a été cependant mentionné après certaines interventions chirurgicales : castration, hystérectomie, ovariotomie, kélotomie, cure radicale de hernie, etc. Les opérations sur les organes génitaux de l'homme ou de la femme ont surtout fourni les accidents de ce genre.

« Le tétanos puerpéral ne s'observe plus dans les maternités, mais quelquefois encore chez les accouchées de la campagne, plutôt que chez celles de la ville. Son point de départ peut être la plaie utérine, ou mieux encore une des lésions diverses

(déchirure du périnée, excoriations vulvaires, vaginales) qui se produisent pendant l'accouchement naturel ou provoqué.

« Le tétanos du nouveau-né par infection de la plaie ombilicale a disparu de nos pays, mais demeure une cause fréquente de mortalité dans les régions chaudes de notre domaine colonial.

« Mentionner pour mémoire que le tétanos a été observé au cours de maladies comportant ulcérations du tube digestif (fièvre typhoïde, dysenterie).

« 2° Le bacille tétanique,ou plutôt la spore, se rencontre dans tous les milieux extérieurs.

« La terre y est le réceptacle par excellence. Sa présence est commune dans la terre des rues, la terre végétale, notamment celle des jardins et des champs soumis à la fumure ; rare dans les couches profondes, il abonde dans les parties superficielles. La terre, et tous les objets qu'elle souille, peuvent donc servir à l'inoculation du virus.

« Les spores sont introduites dans les habitations avec la terre qui les recèle; de là leur présence éventuelle dans les poussières des planchers et des murs. On les trouve à la surface des végétaux, où elles sont apportées par les poussières et débris de terre (poussières du foin). A ce fait se rattache la présence du bacille tétanique dans les excréments des herbivores (équidés, bovidés). Les spores ingérées avec les fourrages ne sont pas détruites par le suc gastrique et trouvent dans l'intestin, où l'oxygène fait défaut, un milieu favorable à leur culture. Les herbivores deviennent dès lors les agents, qui entretiennent et disséminent les spores tétaniques dans les milieux extérieurs. Ainsi s'explique la nocuité des fumiers, le pouvoir tétanigène des terres cultivées et *fumées*, de la terre des routes, des rues, la quasi-constance du bacille dans le sol des fermes, des écuries.

« Les spores se rencontrent dans les vases que les eaux déposent.

« 3° Malgré cette dispersion des spores dans le milieu extérieur, le tétanos n'en reste pas moins une maladie rare. La raison en est que la pénétration du germe tétanique dans une plaie ne résume pas toute l'étiologie de la maladie ; d'autres conditions sont nécessaires pour que l'infection se produise. L'expérimentation, par l'inoculation à l'animal de spores *pures* et *sans toxine*, a permis de déterminer quelques-unes de ces conditions : *nature du traumatisme*, associations microbiennes.

« Les plaies simples, superficielles, régulières ne créent point, par elles-mêmes, la circonstance favorable à la germination des spores ; si dans les conditions naturelles de l'infection, le tétanos survient en pareil cas chez l'homme, c'est qu'un autre facteur est intervenu. Mais il n'en est plus ainsi lorsque les spores *pures* sont injectées dans des tissus mortifiés par une brûlure, par l'écrasement, dans un foyer hémorragique, au foyer d'une fracture sous-cutanée : alors les spores germent sans l'aide d'aucun autre secours.

« Les associations microbiennes jouent un rôle de premier ordre dans le mécanisme de l'infection. C'est, le plus souvent, parce que certains microbes sont introduits dans une plaie avec les spores tétaniques, que celles-ci peuvent germer et produire l'intoxication.

« La plaie des tétaniques contient toujours certaine bactérie, microcoque, ou bacille, qui, jointe à quelques spores tétaniques sans toxine, permet de donner sûrement le tétanos aux animaux. Le microbe favorisant, qui intervient alors, est aussi celui qui introduit *seul* sous la peau des animaux y engendre des lésions locales caractérisées. Il suffit de détruire ces microbes favorisants, sans altérer la vitalité du germe tétanique, pour rendre inoffensif un produit, devenu inactif pour lui faire recouvrer son pouvoir infectant.

« Dans les milieux extérieurs le germe tétanique est fatalement mélangé à des microbes divers, et quand il accède dans une plaie c'est de pair avec d'autres bactéries ; mais toutes ne sont pas aptes à jouer le rôle de favorisants.

« Cette notion des associations microbiennes importe à la pratique. Il en résulte, en effet, que l'application de la plus rigoureuse antisepsie au traitement de toutes les plaies, même les plus légères, réduira au minimum les chances d'infection. Non pas que les spores tétaniques puissent être ainsi détruites, mais les antiseptiques agiront sur les microbes, qui les accompagnent et sont plus fragiles ; éliminer ces derniers ou les empêcher d'évoluer, c'est supprimer l'auxiliaire des spores tétaniques. Toutefois les plaies anfractueuses, à foyers contus, meurtris et infiltrés de sang, offriront toujours des dangers plus grands, parce qu'elles sont éminemment propices, par elles seules, à la végétation des spores.

« Les considérations, qui précèdent, sont de nature à guider le médecin dans l'appréciation des cas où l'emploi du sérum préventif devient nécessaire ou simplement légitime; toute formule impérative à cet égard serait inopportune et dangereuse. Assurément, bien du sérum risque alors d'être injecté inutilement, mais, assurément aussi, un certain nombre de blessés lui devront la vie.

« Il importe de rappeler que l'immunité conférée par le sérum est temporaire, et, pour être maintenue, exige le renouvellement des injections à des périodes convenablement espacées. Lorsque le foyer où cultive le bacille tétanique n'est pas enlevé, la toxine continue à y être sécrétée et son action se manifestera, dès que celle du sérum aura pris fin. De là, pour une préser-

vation efficace la nécessité de *supprimer* le foyer d'infection, et, si la mesure est impraticable, de maintenir le sujet sous l'action du sérum jusqu'à la guérison de la plaie. Telle était du moins jusqu'ici la pratique à conseiller. Mais aujourd'hui, avec l'utilisation de l'anatoxine tétanique, il est possible de conférer au blessé une sécurité plus complète et durable par le fait d'une immunité active ; celle-ci s'obtiendra en associant l'anatoxine tétanique au sérum antitoxique que l'on injecte. Le sérum confère la protection immédiate contre un danger imminent ; l'anatoxine immunise définitivement contre les dangers plus lointains. »

M. Auvray a lu devant la Commission une note, qui montre quel esprit a animé votre Commission au cours de tout son travail :

« Etant donné le peu de gravité dans la grande majorité des cas des accidents sériques pouvant être imputés au sérum antitétanique ;

Etant donné que ces accidents, du reste, peuvent être prévenus souvent par l'observation de certaines précautions, qu'il importe de rappeler aux médecins (méthode de Besredka) ;

Nous estimons que loin de restreindre l'application du sérum, nous devons conseiller aux praticiens d'en généraliser l'emploi de plus en plus, surtout dans le traitement des plaies anfractueuses.

Si nous donnons au public et aux médecins l'impression que l'Académie hésite dans les indications du traitement antitétanique, nous amènerons certainement un recul de la méthode, qui pourra être très préjudiciable aux blessés, si on admet que le sérum antitétanique est réellement efficace. »

M. J.-L. Faure a remis à la Commission les considérations suivantes :

« La guerre a démontré l'efficacité souveraine des injections de sérum antitétanique. L'observation de tous les jours démontre, en revanche, l'infinie rareté du tétanos dans les petites plaies.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer, en particulier chez les enfants, exposés à recevoir des injections nécessaires de sérums thérapeutiques, à commencer par le sérum antidiphtérique, des accidents anaphylactiques assez sérieux, dont il y a lieu de tenir compte.

Dans ces conditions, l'Académie recommande :

1° De pratiquer une injection antitétanique toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une plaie profonde, anfractueuse, souillée de terre ou de débris de toute nature et surtout dans les plaies par écrasement ; toutes les fois, également qu'on pourra supposer dans une plaie, même peu importante, la présence d'un corps étranger, écharde, débris de bois ou de vêtements, surtout lorsque la plaie siégera à la face, aux mains ou aux pieds ;

2° Pour les plaies superficielles légères, écorchures, piqûres, coupures communes, sans corps étrangers suspects et surtout chez les enfants où ces plaies sont innombrables, il n'y a pas lieu de pratiquer d'injection antitétanique, sous réserve de la demande formelle des blessés ou de leurs parents, dûment avertis des avantages et des inconvénients de cette injection.

3° Dans le doute, pour des plaies d'importance moyenne, l'opportunité de l'injection doit être laissée à l'appréciation du médecin. »

M. Hartmann a déposé les conclusions suivantes :

« 1° Dans tous les cas de plaies anfractueuses, dans les plaies moins importantes, lorsqu'elles sont compliquées de corps étrangers ou souillées par de la terre ;

Dans les plaies, même minimes, de la plante du pied ou des régions sous-unguéales, en particulier aux membres inférieurs, il convient de pratiquer le sérum antitétanique.

2° Au contraire, dans les plaies superficielles, faciles à nettoyer, dans les plaies nettes non compliquées de corps étrangers, non souillées par de la terre, on est autorisé à s'abstenir.

M. Roux, dont la Commission apprécie comme vous le ferez avec moi la présence, a remis la note suivante :

La Commission reconnaît : 1° qu'il est impossible d'énumérer toutes les circonstances, dans lesquelles peut survenir le tétanos, et dont plusieurs sont assez rares pour qu'on ne puisse reprocher à un médecin de ne pas les avoir prévues ; 2° qu'il appartient au médecin traitant de prendre l'initiative de l'emploi de l'antitoxine tétanique.

La Commission n'a donc pas la prétention d'édicter des règles impératives concernant la sérothérapie du tétanos, elle se borne à rappeler :

Qu'il est prudent d'injecter du sérum antitétanique dans le cas de plaies contuses ou anfractueuses ou souillées de terre, de fumier et contenant des débris de vêtements, dans les traumatismes ayant entraîné la pénétration dans les tissus de corps étrangers. Les plaies des extrémités, mains et pieds, surtout les plaies par écrasement ; les traumatismes des doigts par écrasement, même en l'absence de plaie véritable, sont les plus fréquemment suivies de tétanos.

La Commission rappelle aussi que l'immunité *passive* conférée par une injection de sérum antitétanique ne dure guère que deux ou trois semaines, qu'une seconde injection est suivie d'une immunité plus courte encore ; aussi, lorsqu'un chirurgien prévoit qu'il devra intervenir à nouveau après un certain temps comme cela a lieu par exemple dans le cas de corps étrangers que l'on ne peut extirper sur-le-champ, il est sage d'immuniser *activement* le patient contre

le tétanos au moyen de l'anatoxine tétanique de Ramon. Pour cela, il injectera, dès le début après le pansement, 1/2 cent. cube d'anatoxine, puis, après un quart d'heure, il fera à une autre place l'injection classique de sérum antitétanique ; deux semaines après, il complétera l'immunisation par une deuxième injection de 1 cent. cube d'anatoxine et, après le même délai, il la terminera par une troisième injection de 1 cc. 1/2. Il n'est pas besoin d'insister sur les avantages que présenterait l'immunité active si une guerre venait à se produire. »

Voici les conclusions de votre Commission, conclusions qui ont été votées par tous ses membres, à l'unanimité, et qu'elle propose à votre haute appréciation :

Conclusions. — Avant tout, on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue de nettoyer et de désinfecter aussi minutieusement et aussi soigneusement que possible toutes les plaies, surtout les plaies anfractueuses, qui se présentent à l'observation des médecins, et aussi sur la nécessité d'enlever les corps étrangers qui ont pu, par ces plaies anfractueuses, pénétrer dans l'organisme.

Dans tous les cas de plaies anfractueuses, dans les plaies moins importantes, lorsqu'elles sont compliquées de corps étrangers ou souillées par de la terre, dans toutes les plaies, même minimes, de la plante du pied, sous-unguéales, en particulier au membre inférieur, il est indiqué de pratiquer la sérothérapie antitétanique ; au contraire, on est autorisé à s'en abstenir dans les plaies superficielles, faciles à nettoyer, dans les plaies nettes sans corps étrangers, non souillées de terre.

M. Louis Martin. — Puisque la Commission a envisagé la conduite à tenir dans le cas de plaies anfractueuses souillées de terre ou de débris de fumier, qu'elle recommande de désinfecter avec le plus grand soin, je demande s'il ne serait pas possible d'ajouter que ces plaies particulièrement souillées ne doivent pas être suturées ; ce serait enfermer le loup dans la bergerie.

M. Souques. — M. Gosset ayant demandé l'avis des neurologistes sur des névrites consécutives aux injections de sérum antitétanique, je donnerai mon opinion en quelques mots. Ces névrites sont très rares, exceptionnelles. A une des dernières séances de la Société de neurologie, M. Haguenau a dit avoir réuni une soixantaine de cas de paralysies post-sérothérapiques.

J'ai eu l'occasion d'observer 2 cas de névrite avec douleurs, paralysie et amyotrophie, consécutivement à une injection préventive de sérum antitétanique. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une plaie souillée de la jambe ; dans l'autre, d'une plaie de la main avec section d'un doigt. Dans les deux, la paralysie avait frappé les quatre membres et la polynévrite était apparue, au bout d'une huitaine de jours, au milieu des symptômes habituels de la maladie du sérum. Mais, en général, les paralysies se limitent aux membres supérieurs, et le plus souvent à un seul de ces membres. Le plus souvent bénignes, elles guérissent en quelques mois. Mais elles peuvent parfois durer un ou deux ans, et même passer à la chronicité.

Ces paralysies, sont, je le répète, tout à fait exceptionnelles et imprévisibles. Elles ne sauraient en aucune manière faire rejeter une injection préventive de sérum antitétanique, dont les bienfaits sont immenses.

Pour répondre à une question de M. Vaillard, j'ajouterai que ces névrites, tout en étant plus fréquentes dans les injections antitétaniques, ne leur sont pas propres, et qu'on les a observées à la suite d'injections de sérums antidiphtérique, antistreptococcique, antipneumococcique.

M. Georges Guillain. — L'existence des névrites post-sérothérapiques est indiscutable ; des observations probantes en ont été publiées en France et à l'étranger; personnellement j'ai pu suivre plusieurs cas de telles névrites à la clinique neurologique de la Salpêtrière. Ces névrites, souvent très douloureuses au début, atteignent avec élection le territoire radiculaire du plexus brachial et la paralysie du grand dentelé est fréquemment observée ; elles s'accompagnent d'amyotrophies, de troubles des réflexes tendineux, de modifications accentuées des réactions électriques. Ces névrites guérissent, mais lentement et souvent après plusieurs mois. Dans les cas que j'ai observés, et cette constatation a été faite par la plupart des auteurs, ces névrites étaient consécutives à l'injection de sérum antitétanique. Il convient d'ailleurs de remarquer que les névrites post-sérothérapiques s'observent chez les adultes, et que les injections du sérum antitétanique sont beaucoup plus fréquentes chez les adultes que les injections du sérum antidiphtérique ou des autres sérums antitoxiques. Par rapport au nombre des injections de sérum antitétanique, les cas de névrite apparaissent exceptionnels; cette complication éventuelle ne peut jamais légitimer l'abstention d'une injection de sérum antitétanique, lorsque celle-ci est indiquée par les conditions des blessures spécifiées dans le rapport si précis et si documenté de M. Gosset.

M. Carnot. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention la note de M. Roux dans laquelle il préconise l'*immunisation active* par l'anatoxine contre le tétanos pour les blessés à réopérer. Je pense que cette méthode serait recommandable dans un beaucoup plus grand nombre de cas et fournirait la solution au problème, si angoissant, qui nous est posé.

Je demanderai donc à M. Roux de bien vou-

loir nous renseigner sur l'état actuel de la question de l'immunité par l'anatoxine tétanique : car si l'on pouvait l'utiliser pratiquement (pour les enfants surtout, si souvent exposés aux petites blessures souillées de terre), l'immunité serait obtenue sans danger et avec une durée beaucoup plus longue qu'après sérothérapie.

Je demanderai, notamment, s'il n'a pas été fait, en grand, dans l'armée, des immunisations de la cavalerie qui ont donné de très bons résultats, pouvant faire espérer que, prochainement, la vaccination par l'anatoxine pourra être substituée à la sérothérapie antitétanique, et en éviter ainsi les inconvénients.

M. Roux. — M. Carnot demande si, en vulgarisant l'immunisation active antitétanique par l'anatoxine, on n'arriverait pas à rendre très rare l'emploi du sérum antitétanique. L'immunisation active antidiphtérique est acceptée aujourd'hui pour les enfants de deux à douze ans; on pourrait, en ajoutant à l'anatoxine diphtérique de l'anatoxine tétanique, immuniser activement, en même temps, contre la diphtérie et contre le tétanos. MM. Ramon et Zœller ont montré que cette immunisation ne présentait aucune difficulté; elle exige trois injections à trois semaines d'intervalle, mais elle est acquise pour longtemps.

On ne peut cependant étendre à toute une population cette double immunisation ; il y aura toujours beaucoup de personnes susceptibles d'avoir le tétanos ; chez celles-ci, il faut créer l'immunité immédiate, quand la nature de la blessure l'exige, c'est-à-dire avoir recours à l'antitoxine tétanique.

En cas de guerre, il serait avantageux de combiner les immunités antityphique, antitétanique et même antidiphtérique. L'immobilisation des hommes ne serait pas plus longue pour les trois immunisations que pour une seule.

M. Carnot vient de faire allusion aux expériences d'immunisation active contre le tétanos actuellement en cours sur les chevaux de l'armée. L'expérience porte sur la cavalerie des régions, où le tétanos est le plus fréquent ; elle doit être poursuivie, et quand elle sera terminée les résultats pourront sans doute être communiqués à l'Académie.

M. Quénu. — Je voterai bien entendu les conclusions du sage rapport, qui vient de nous être lu ; je veux simplement me borner à faire une remarque au sujet de certaines plaies du pied et de la main qui se produisent sur les plages, chez les pêcheurs et aussi chez les enfants. Depuis trente et un ans je fréquente une plage, où existent des rochers et des moulières, j'ai observé des centaines de plaies du pied et de la main soit par bord tranchant de moules, soit par les aspérités des rochers, soit encore par des hameçons souvent dissimulés dans le sable; aucune injection antitétanique n'est habituellement pratiquée ; je n'ai jamais entendu parler d'aucun cas de tétanos.

Il y a donc là des conditions spéciales, qui peuvent influencer la pratique médicale et différencier ces plaies de toutes celles, qui se produisent au contact de la terre.

M. Vaillard. — Le fait signalé par M. Quénu est intéressant et facile à expliquer par les connaissances acquises sur l'habitat naturel des spores tétaniques. La terre en est le réceptacle par excellence, surtout la terre cultivée soumise à la fumure par l'engrais de ferme, je veux dire les fumiers contenant les excréments des herbivores : de là, la fréquence relative de l'infection tétanique dans les milieux agricoles, parce que les plaies y peuvent être plus fréquemment souillées par le virus. Or, sur les plages, le sable et les corps vulnérants, incessamment lavés par l'eau de la mer, n'y sont guère exposés à la souillure spécifique, qui pourrait provoquer le tétanos. Ainsi je m'explique l'immunité habituelle des plaies dont nous a parlé M. Quénu.

M. Gosset. — Je remercie les orateurs qui par leur intervention ont montré tout l'intérêt qu'ils attachent à la question posée devant l'Académie.

Mon ami Martin — qui avait bien voulu m'entretenir à l'avance du cas qu'il vient de relater — me permettra de lui dire que nous avons eu grand soin, au début de nos conclusions, d'insister sur l'importance capitale du nettoyage et de la désinfection des plaies. Dans le cas envisagé, on avait fait une réunion *immédiate* ; le tétanos se déclare ; le Dr Martin est appelé : sous ses yeux, on fait sauter les sutures et on constate que la plaie, une plaie du coude, contient encore des détritus de la rue.

Je remercie MM. Souques et Guillain. Ils nous ont donné des précisions très intéressantes et ils ont eu, l'un et l'autre, grand soin de conclure que les complications *exceptionnelles*, qu'ils ont pu observer, ne sauraient en rien limiter l'emploi du sérum antitétanique.

Si l'on pouvait employer l'anatoxine dans tous les cas, ce serait l'idéal. Mais la plaie une fois faite et contaminée, il faut aller vite et il ne peut alors être question que de l'antitoxine. M. Roux, dans le papier spécial qu'il a remis et que je vous ai lu, le mettait bien en relief, et montrait aussi quelle serait la conduite à tenir dans le cas d'une guerre.

A M. Quénu, je répondrai qu'il a raison, que le milieu a une importance primordiale et cette notion est exposée avec le plus grand soin dans la note remise par M. Vaillard et qui sera publiée, *in extenso*, dans le Bulletin.

Enfin, je voudrais terminer par ce cas de contamination que vient de me citer mon ami le Dr Portier : il existe des coléoptères (les bousiers)

qui vivent dans les excréments des herbivores. Les pies-grièches prennent ces coléoptères et les empalent sur les épines des prunelliers. Or, notre confrère a eu l'occasion de constater qu'un ingénieur en villégiature à la campagne, ayant été piqué par l'épine qui portait un de ces coléoptères (en voulant s'emparer de l'insecte), est mort du tétanos.

***

— Les conclusions du rapport de M. Gosset, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

L'INJECTION DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE DOIT-ELLE ÊTRE PRATIQUÉE CHEZ TOUS LES BLESSÉS ? (1)

Par J. de FOURMESTRAUX,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Notre excellent confrère et ami de Fourmestraux ouvre, sur cette question passionnante, un referendum auquel nous nous empressons de donner la large diffusion du Concours Médical, *en même temps qu'il fait une critique judicieuse et serrée du rapport d'expertise que nous avons publié dans le n° 8 du 22 février* 1931.

N. D. L. R.

C'est là un problème de pratique journalière grave, que vient de poser un jugement récent qui condamne un médecin à des dommages et intérêts importants, en alléguant le fait qu'un de ses blessés avait succombé à un tétanos, à évolution rapide, secondaire à une lésion traumatique de la main, pour laquelle ce praticien n'avait pas fait de sérum, non par omission ou ignorance, mais en connaissance de cause, en estimant que la dite plaie n'avait pas été souillée de terre, qu'il n'avait jamais observé du tétanos dans la région où il exerçait, et que, d'autre part, les accidents sériques étaient loin d'être chose négligeable.

Ce jugement nous paraît gros de conséquences, et bouleverse les idées, que nous nous faisions de la responsabilité professionnelle. Ce n'est pas le premier procès intenté à un médecin par un malade mécontent ; il s'agit le plus souvent, dans ce cas, de ce que la partie civile considérait comme une faute opératoire ou une erreur de technique ; c'est la première fois, en revanche, à notre connaissance, où une question de doctrine se trouve en jeu. Comme le fait observer Fauquez (2) dans un travail récent, le succès ou l'insuccès d'un acte médical est-il donc un critérium équitable pour juger de sa légitimité ?

Notre confrère le *Concours Médical* (3), dont nous savons le rôle de premier plan dans les questions de responsabilité professionnelle, pose le problème devant l'opinion médicale, et le professeur Hartmann en saisit l'Académie de médecine dans sa séance du 3 février dernier (1), dans les termes suivants :

« Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de sérum antitétanique ? Tout récemment, un médecin vient d'être condamné à une grosse indemnité, parce qu'un blessé, qu'il avait été appelé à soigner, était mort de tétanos, alors qu'il n'avait pas fait d'injection de sérum. Il l'a été à la suite d'un rapport que les experts avaient, à mon avis, très judicieusement rédigé (il s'agissait d'une plaie par écrasement). En dehors de pareils cas il en est d'autres de plaies superficielles, dans lesquels certains médecins n'hésitent pas à faire systématiquement, dans tous les cas, l'injection préventive de sérum. Ils sont alors accusés quelquefois d'avoir été inutilement cause d'accidents sériques, et souvent accusés par les Compagnies d'assurances d'exploiter les accidents du travail ; pour un peu ils seraient traités de médecins marrons. Beaucoup de médecins honnêtes et consciencieux se trouvent embarrassés au point de vue de la ligne de conduite à suivre ; ils seraient désireux de voir posées de façon précise les indications de l'injection préventive de sérum, de manière à se mettre à l'abri des condamnations des tribunaux d'une part, des accusations des compagnies d'assurances d'autre part. Si l'Académie voulait bien, avec sa grande autorité, préciser les cas où l'injection de sérum est formellement indiquée, ceux où l'on peut se dispenser de la faire, elle rendrait un réel service à l'ensemble du Corps médical, qui certainement suivrait ses conseils. Ils se mettraient ainsi à l'abri des condamnations des tribunaux et des accusations d'exploitation des accidentés du travail. » A la suite de cette proposition une commission a été nommée dans laquelle entrent des chirurgiens qualifiés. Nous attendons les indications utiles qu'elle précisera ; mais nous présumons qu'elles seront identiques à celles qu'a données la Société de chirurgie en 1929.

Notre journal est lu par des praticiens, qui exercent surtout dans les régions agricoles, considé-

(1) *Archives médico-chirurgicales de province* (avril 1931).

(2) FAUQUEZ. — *Bull. chirur. des accidents du travail*, n° 45, mars 1931.

(3) *Concours médical*, 22 février 1931, n° 8.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1931, p. 149.

rées, à tort ou à raison, comme tétanigènes. Beaucoup d'entre nous ont vu des cas nombreux de tétanos aux heures grises de la guerre, de l'Yser à l'Artois, dans la misère de Verdun et la boue de Champagne. Leur avis nous paraît particulièrement précieux, et nous serions heureux qu'ils nous donnent en toute objectivité leur opinion sur cette grave question en répondant au referendum suivant :

1° *Avez-vous observé des cas de tétanos malgré le sérum ? Combien d'injections préventives ont-elles été pratiquées ? A quelle date, après l'accident initial ?*

2° *Dans quelle proportion avez-vous observé des accidents qui vous paraissent imputables au sérum? Accidents anaphylactiques, accidents sériques. Paralysies post-sérothérapiques ?*

3° *Quelle a été la gravité de ces accidents ? Blessés n'ayant pas été injectés antérieurement. Blessés ayant eu une ou plusieurs piqûres ?*

4° *Faites-vous une injection préventive dans les cas douteux, lorsque le malade aura présenté une tare vasculaire ou rénale, ou qu'il est atteint de tuberculose ?*

5° *Quelle est votre pratique habituelle ? Injectez-vous du sérum antitétanique chez tous vos blessés ? Injectez-vous du sérum massif ou du sérum dilué ?*

La question a une importance capitale pour le libre exercice de notre profession. Nous publierons les réponses qui nous parviendront sur la question et donnerons l'avis du comité des *Archives*. Les opinions, que j'expose maintenant, le seront à titre personnel.

Jugement

(Le Jugement et le rapport des experts ont été publiés dans le N° 8 du *Concours Médical*).

Du jugement rien à dire, le tribunal a jugé en droit. Il s'est appuyé sur l'expertise médicale et nous ne pouvons que trouver parfaitement équitable l'attendu final : « Il convient de rappeler qu'il ne faut pas que l'exercice d'une profession quelconque puisse, quoi qu'il arrive, jouir du privilège de la non-responsabilité, il ne faut pas oublier non plus que l'extension de la responsabilite serait de nature à gêner considérablement au grand péril de l'humanité, l'exercice libre, consciencieux et progressif de l'art de guérir et à en rendre la pratique impossible ».

Le rapport des experts en revanche nous semble devoir être serré de près et, tout en reconnaissant leur haute conscience, nous ne pouvons partager leur opinion.

La mort provient de l'absence d'injection de sérum antitétanique.

La valeur préventive du sérum est à l'heure actuelle universellement admise ; en ce qui concerne le jeune M. le tétanos est survenu dans les délais normaux, 7 jours après la blessure. On est en droit de dire que, selon toute vraisemblance, l'injection de sérum antitétanique eût empêché l'évolution du tétanos. Ces deux points méritent discussion : il serait plus exact de dire que la valeur du sérum antitétanique est généralement admise. Les experts qui, du fait même de leur orientation professionnelle, n'ont pas observé de nombreux cas de tétanos, se basent surtout pour affirmer leurs conclusions sur une discussion, qui eut lieu à la Société de Chirurgie en mai 1919, et à laquelle nous avons assisté à la suite d'une communication de notre regretté collègue Lecène (1), travail qui de prime abord ne constitue pas un faisceau d'arguments précis en faveur du rôle prophylactique de l'injection de sérum, parce que Lecène déclare au début de son mémoire qu'il présente l'observation de deux cas de tétanos aigu, qui lui paraissent dignes d'être rapportés, car ils prouvent indiscutablement que, si l'on n'applique pas le plus précocement possible le traitement chirurgical de la plaie, les injections de sérum antitoxique, même répétées, peuvent être tout à fait incapables de prévenir l'apparition d'un tétanos aigu mortel chez l'homme. S'il est vrai, pense-t-il que le traitement prophylactique du tétanos repose sur deux bases également importantes, qui sont le débridement large de la plaie, l'ablation des corps étrangers et le traitement antiseptique de cette plaie, et l'injection de sérum antitétanique aussitôt après la blessure, il *n'en est pas moins vrai que l'injection de sérum anti toxique même deux fois répétée à 8 jours d'intervalle ne met pas à coup sûr le blessé à l'abri d'accidents de tétanos aigu mortel.* « Je pense, conclut Lecène, que les faits positifs observés ont toujours leur valeur ; l'observation scientifique s'accommode mal des dogmes ; le traitement sérothérapique prophylactique du tétanos a pris la valeur d'un dogme ; les auteurs qui admettent ce dogme ne seraient pas loin de jeter l'anathème sur ceux qui osent le discuter. Je persiste à penser que, pour la prophylaxie du tétanos, le traitement chirurgical des plaies a une importance au moins égale sinon supérieure à celle de l'injection de sérum antitétanique. » Dans la même séance notre regretté maître Souligoux va plus loin encore dans ses conclusions et cite une observation singulièrement angoissante (2). « Je ne crois pas, dit-il, que l'on soit assuré d'avoir un blessé à l'abri du tétanos lorsqu'on lui a fait les deux injections règlementaires. En voici un exemple : Un jeune médecin militaire à la suite d'une chute de cheval avait

(1) Lecène. — Deux cas de tétanos aigu mortels développés chez des blessés de guerre malgré deux injections préventives de sérum antitétanique. (*Bull. de la Société de chirurgie*, 14 mai 1919, p. 791.)

(2) Souligoux. — *Bulletin de la Société de chirurgie* 14 mai 1919, p. 293.

eu une fracture compliquée des deux os de l'avant-bras. La plaie, après désinfection, avait été suturée, et on lui avait fait deux injections de sérum antitoxique ; quand il vint à l'hôpital 226 il était guéri, les fils enlevés et l'avant-bras immobilisé dans un appareil plâtré. Il présentait à son entrée quelques accidents sériques mais sans grande importance. Il était à l'hôpital depuis 1 mois lorsque apparurent sur le membre blessé des phénomènes de contracture, qui s'étendirent peu à peu, et, au bout de quelques jours, nous dûment reconnaître que le pauvre garçon était atteint de tétanos. Je priai mon ami le docteur Martin de l'Institut Pasteur de venir le voir et lui en confiai le traitement ; malgré tous nos soins, le docteur L. mourut de tétanos. Ce cas, et il n'est pas seul, est absolument troublant.

Certains chirurgiens vous disent : Depuis que je fais des injections préventives dans mon service, je n'ai plus constaté de cas de tétanos. *Pour mon compte je ne fais pas ces injections préventives et je n'ai pas vu de tétanos.* A mon avis donc, l'acte chirurgical large et bien conduit est la principale sauvegarde du blessé. L'injection de sérum antitétanique ne peut être qu'un adjuvant et doit être placée au deuxième plan. L'opinion de Thierry est identique. « Je tiens, dit-il, à m'associer entièrement aux conclusions de mon ami Souligoux, car s'il n'avait pas pris la parole, j'aurais dit exactement ce qu'il nous a exposé. »

Les conclusions du rapport des experts, qui s'appuient surtout sur cette discussion de la Société de Chirurgie, me paraissent quelque peu prématurées, et, quand ils rangent notre regretté maître parmi les partisans de la sérothérapie, Souligoux dans le service duquel l'on ne faisait pas d'injection de façon systématique, nous sommes obligés de reconnaître qu'il y a une erreur d'interprétation fâcheuse.

Dans une discussion antérieure à celle-là, Potherat conclut en rapportant une observation de Bailleul et de Worms : « Nous devons, dit-il, féliciter Messieurs Bailleul et Worms, dont les observations ont le mérite d'être scrupuleusement suivies et bien étudiées ; elles appellent quelques réflexions. Tout d'abord le tétanos est survenu malgré l'injection de 10 cmc. de sérum *faite une fois dans les deux cas et renouvelées dans les deux autres cas. Le fait n'est pas nouveau et nous savons qu'il s'est produit souvent au cours de la guerre* (1). Nous avons vu, même à diverses reprises, survenir des cas de tétanos chez des blessés, qui portaient sur leur fiche : injection faite. Nous ne pouvons en faire état de façon absolue, et il faut avoir vécu la vie de l'avant, aux heures aiguës de la bataille, pour savoir que la tenue des fiches et des observations ne pouvait se faire avec une rigueur absolue. Mais, nous avons observé dans la pratique civile, il y a deux ans, un blessé, qui fit un tétanos d'une extrême gravité, alors que l'injection avait été faite de façon certaine peu de temps après la blessure ; on pourrait multiplier les exemples.... ».

Je ne crois vraiment pas, en toute conscience, que l'on puisse préciser de façon absolue, comme l'affirment les experts, que selon toute vraisemblance l'injection préventive de sérum antitoxique eût empêché l'éclosion du tétanos.

Le praticien en cause fit une irrigation discontinue de la plaie à l'eau oxygénée, chez un blessé en état de choc, en considérant qu'une anesthésie générale était impossible et qu'un nettoyage ou épluchage de la plaie risquait d'enlever des organes encore utilisables pour une restauration partielle de la main. Ceci nous paraît plus discutable, mais c'est là une question de doctrine. Au cours de ma vie de chirurgien d'ambulance pendant la guerre, n'ai-je pas reçu une fois le conseil impératif de ne pas débrider les plaies par arme à feu et l'autre fois de faire des irrigations discontinues de Dakin, sans pratiquer l'ablation du projectile inclus ! Erreur d'hier, vérité d'aujourd'hui mais là n'est pas la question. Le confrère n'a pas fait de sérum antitétanique parce qu'il vivait dans un milieu où le tétanos était inconnu, et que sur 80.000 blessés en 26 ans (il s'agit d'un médecin attaché à une usine), il n'en avait observé que deux fois.

II. — L'injection préventive de sérum antitétanique présentait-elle de gros dangers éventuels pour le blessé ? Là encore je ne puis partager l'avis des experts dont les conclusions me paraissent beaucoup trop absolues.

Les accidents après sérothérapie existent et *ils sont trop fréquents.*

Accidents mortels. Sans faire état de la discussion un peu confuse de la Société de Chirurgie, 1912, où Riche, rapporte l'observation d'une mort rapide, à une époque plus rapprochée, nous voyons Morichau-Beauchant (1) présenter l'observation d'un cas d'hémiplégie suivi d'accidents cardiaques aigus et mortels, consécutifs à une injection de sérum. Cordier, Morenas et Delort signalent un cas d'insuffisance surrénale ayant entraîné la mort (2). Deroide communique à la Société médicale des hôpitaux, mai 1925, une observation de mort immédiatement consécutive à la piqûre antitoxique chez un malade qui n'avait jamais reçu d'injection de sérum.

Des accidents plus nombreux d'une gravité variable sont le fait de la maladie sérique. Quelques-uns ont comporté un caractère de gravité immédiate, sans cependant entraîner la mort ;

(1) POTHERAT. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 14 mai 1919, p. 643.

(1) MORICHAU-BEAUCHANT. — *Soc. de Médecine des hôpitaux*, 13 octobre 1923.

(2) CORDIER. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, mars 1925.

ce sont, entre bien d'autres, les observations de Cauchois à la Société de Chirurgie en 1912 : paralysie du membre supérieur droit. En 1913, à la Société médicale des Hôpitaux, observation de Sicard et Canteloube : blessés présentant après injection de 20 cmc. une paralysie radiale tenace avec réaction de dégénérescence. En 1924, à la Société médicale des hôpitaux, encore Sicard qui présente à nouveau l'histoire clinique d'un malade, qui fit une paralysie des membres supérieurs, et, à cette occasion, fait état d'une vingtaine de cas analogues, où la guérison ne fut obtenue qu'au bout de plusieurs mois. Tout récemment Beaudoin et Hervy (1) rapportaient l'observation de trois cas de paralysie post-sérothérapique, dont la gravité avait été variable. Ils ont rappelé que ces accidents moteurs s'observent presque toujours après la sérothérapie antitétanique, cela sans aucun doute, en raison du nombre des injections pratiquées, qui dépasse de beaucoup, chez l'adulte, celui des injections de sérum ordinaire ; ils font observer que ces accidents se voient après les injections de sérum purifié et même d'anatoxine. Bourguignon, dans la même séance, cite un cas de paralysie post-sérothérapique, caractérisée par la diffusion des troubles moteurs généralisés à toute la musculature, membres, muscles rachidiens et oculaires. Batonnier a vu, après injection de sérum, des phénomènes pseudo-tabétique...

Les accidents sériques, ne s'accompagnant pas de troubles paralytiques, sont certainement moins graves ; mais il faut bien admettre qu'ils sont d'une extrême fréquence. Exceptionnels lors d'une première injection, je n'ose dire qu'ils sont de règle dans les injections itératives, mais ils surviennent en tous cas avec une constance troublante. Il est rare qu'un blessé, qui reçoit une injection de sérum pour la deuxième ou la troisième fois, ne présente pas d'accidents fugaces, légers souvent, mais parfois véritablement impressionnants. Ils laissent un si mauvais souvenir au patient que, lorsqu'on lui propose de recevoir une injection, il déclare qu'il a déjà été piqué pendant la guerre, qu'il sait ce dont il s'agit, que lui-même ou des camarades ont douloureusement souffert et il refuse. A-t-il tort, a-t-il raison, je n'en sais rien. Si le prurit si pénible, l'érythème, les œdèmes, l'oligurie constituent les manifestations pénibles de la maladie du sérum, il n'en est pas moins vrai que les accidents purement sériques peuvent présenter parfois un caractère plus dramatique. Je sais quelqu'un qui me touche de près, dont l'histoire clinique est la suivante : Injection de sérum prophylactique en 1913 après un accident banal, sans incidents. Injection en septembre 1915 après écorchure de la main, pendant la désarticulation de la hanche d'un tétanique, avec des accidents sériques sérieux : oligurie, œdèmes, dysphagie, prurit intense mis sur le compte de la fatigue due à un labeur sans arrêt. Injection en 1920 après un accident d'automobile sur le conseil de l'un de ses camarades, médecin des hôpitaux, qui affirme, malgré les hésitations du patient, que la méthode de Besredka le mettra à l'abri de tout risque. Six jours après l'injection, accidents graves. Etat demi-syncopal, petitesse du pouls, nausées ; dans la même journée, oligurie, œdèmes, troubles cardiaques graves avec arythmie, prurit intense, arthralgies pénibles. Le lendemain, état général moins que brillant, anurie presque totale. Les accidents, coïncidence peut-être, cessent après l'administration d'adrénaline à dose élevée. Etat de fatigue et de dépression, qui dure une quinzaine de jours. Le malade en question a gardé un bien mauvais souvenir de ces jours pénibles, et s'il m'arrive un nouvel accident, je refuserai avec la dernière énergie l'injection prophylactique...

Un confrère de campagne de mes amis, qui est un des hommes les plus instruits et qu'aucun problème ne saurait laisser indifférent, me déclarait avec une douce philosophie que la sérothérapie était pour lui en tous points comparable aux lois sociales, dont il admirait sincèrement le principe tout en en déplorant les résultats. Ceci n'est pas juste, et il ne viendra à l'idée de personne de nier les magnifiques résultats obtenus par la sérothérapie antitoxique ; mais de là à généraliser son emploi de façon absolue, il y a loin. C'est le gros danger des procès comme celui de notre confrère du Nord. Nous craignons que beaucoup de médecins, hantés par la crainte de la responsabilité professionnelle, ne fassent une injection de façon systématique à tous leurs blessés, ce qui serait déplorable.

Espérons que l'enquête que nous ouvrons dans les *Archives* (1) donnera un résultats précis. Nous publierons les réponses, qui nous parviendront et nous efforcerons d'en tirer un enseignement utile.

---

(1) Beaudoin et Hervy. — *Société de neurologie*, février 1931.

(1) Adresser les réponses au referendum au Docteur de Fourmestraux, 12, rue de Beauvais, Chartres.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

L'énigme des angoisses précordiales.

La crénothérapie et les injections « loco dolenti » de stovaïne ou de camphrosalyl dans leur traitement.

D'après les travaux du Professeur G. GIRAUD (1), et ceux de M. L. LANGERON (2), de M. H. KRAUTER (3).

I

Le trouble de la sensibilité est-il dû, ou non, à une affection cardio-vasculaire ? Tout est là, car le pronostic de l'anxiété précordiale varie ainsi depuis les couleurs les plus noires jusqu'aux plus rassurantes.

Dans un cas comme dans l'autre, on peut observer *tous les types cliniques de l'angoisse du cœur.*

C'est l'*angoisse atroce*, avec sensation d'une menace de mort imminente, avec douleur violente, par laquelle le malade reste immobilisé sur place. C'est l'*angoisse fruste*, ou l'*angoisse incomplète* sans douleur véritable. Et ces deux types présentent presque toujours un *caractère temporaire et paroxystique.*

C'est ensuite l'*état anxieux prolongé*, avec des sensations précordiales très variées : constriction angoissante, qui se rapproche de la précédente ; anxiété atténuée ; sensations paresthésiques anxieuses, que le malade compare à une sensation de gonflement, de vide, de flottement d'organe, de présence dans la région du cœur d'une bouteille à demi-remplie, dont le contenu ballotte avec les mouvements.

Le cœur peut être étranger à des symptômes d'angoisse importants, comme il peut être en cause au cours d'états d'anxiété, qui s'accompagnent d'une symptomatologie touffue. Cependant, dès l'abord, les malades à angoisses temporaires ou paroxystiques évoquent l'idée d'une affection primitivement cardiaque, tandis qu'on a une tendance première à considérer les troubles cardiaques de l'état anxieux prolongé comme secondaires, au milieu d'un tableau de déséquilibre sympathique. Ce schéma trop simpliste comporte pourtant de nombreuses exceptions.

De cette étude, il faut commencer par *éliminer la grande angoisse de l'angine de poitrine vraie.* Celle-ci s'observe, tantôt chez des sujets atteints de lésions ou de troubles fonctionnels manifestes du cœur ou de l'aorte (aortite, hypertension artérielle, cardiopathies artérielles, dilatation et distension aiguës du cœur, péricardites, médiastinites, infarctus du myocarde, myocardites, etc.) ; tantôt on la note en dehors de toute lésion apparente. L'angor d'aortique, l'angor de distension ventriculaire gauche, comme l'angor des affections cardiaques, — bref l'angor pectoris *vrai*, complet ou fruste, constitue aux yeux du clinicien une entité définie, qui comporte un pronostic personnel très lourd et entraîne les craintes les plus légitimes.

Cette élimination faite, reste l'importante question des ÉTATS D'ANXIÉTÉ PRÉCORDIALE, *que nous devons interpréter au point de vue étiologique.*

Une distinction capitale, sera établie parmi eux, suivant M. G. Giraud, *suivant que le cœur sera nettement altéré, ou non, dans sa constitution anatomique ou dans son fonctionnement.*

I. — Le sujet présente une altération anatomique ou fonctionnelle du système cardio-aortique.

Les états d'anxiété, il faut le répéter, revêtent tous les degrés d'intensité ; ils sont susceptibles de s'observer indépendamment de toute algie précordiale ou dorsale, angulo-maxillaire ou brachiale ; ils peuvent aussi s'associer à elles.

A. *Porteurs d'une lésion organique du cœur ou de l'aorte* (aortite commençante, lésion valvulaire, surcharge adipeuse du cœur, myocardite).

L'observation d'une sensation de barre douloureuse, précordiale, pesante et angoissante, est fréquente chez les aortiques ainsi qu'aux premiers stades de l'insuffisance cardiaque ; lorsque celle-ci est éprouvée par des valvulaires, il est vraisemblable qu'elle relève d'une petite insuffisance ventriculaire gauche momentanée. Chez les obèses, les accidents angineux ou anxieux,

(1) Professeur G. GIRAUD. — Les angoisses précordiales. Directives crénothérapiques. (*Paris médical*, 18 avril 1931).

(2) Dr L. LANGERON. — Remarques sur le traitement des angines de poitrine par l'injection de stovaïne « *loco dolenti* » (méthode de Lemaire). A propos de trois cas personnels. (*La Presse médicale*, 11 avril 1931.)

(3) Dr H. KRAUTER. — Le traitement des algies précordiales par les injections topo-analgésiantes. (*Thèse de Paris*, 1931, *L'Informateur médical*, 12 avril 1931.)

même graves, disparaissent rapidement, lorsqu'un traitement approprié a réduit leur obésité.

B. *Insuffisants fonctionnels, avec ou sans myocardite* (myocardites lésionnelles, myocardies purement fonctionnelles, ou myocardies associées de Laubry).

Ici, comme précédemment, il s'agit d'accidents de petite insuffisance ventriculaire gauche, qui sont également autant de signaux d'alarme.

C. *Porteurs d'altérations du rythme* (extrasystoles, en particulier).

Toute extra-systole peut s'accompagner, en même temps qu'un choc est perçu par le malade, d'une légère anxiété très passagère ; mais, si les extrasystoles se rapprochent, celles-ci entraînent une sensation souvent très pénible de vide cérébral, d'inquiétude, d'anxiété précordiale allant jusqu'à la lipothymie, voire même jusqu'à la crainte de la mort dans les cas extrêmes. D'ailleurs, dans l'arythmie extra-systolique, l'extrasystole traduit une véritable surcharge ventriculaire gauche plutôt qu'une irritabilité excessive du système nerveux cardiaque. C'est là le fait surtout des extrasystoles à apparition tardive, alors que celles des jeunes sont, dans la règle, de signification bénigne.

II. — **Le sujet présente une intégrité clinique et radiologique du cœur et de l'aorte ; mais il est atteint d'un déséquilibre sympathique.**

Chez un très grand nombre d'autres malades, l'anxiété précordiale accompagne une importante symptomatologie viscérale, issue de régions organiques, desservies par le système nerveux de la vie végétative.

A. *Porteurs de troubles fonctionnels de l'estomac, de l'intestin, du foie, des organes génitaux féminins.*

C'est surtout chez les dyspeptiques et chez les colitiques, que se déclenchent des phénomènes anxieux, à symptomatologie thoracique, prolongés et diffus, mais parfois individualisés nettement en crises. De véritables crises d'angor, souvent dramatiques dans leur expression clinique, mais de pronostic bénin, peuvent survenir chez des aérophagiques ; la chose est si vraie que ces crises sont améliorées ou suspendues à la suite d'un traitement digestif approprié. Cependant, on ne saurait oublier que ces accidents pseudo-angineux, bien qu'ils soient initialement provoqués par des troubles digestifs, ne se produisent, dans un certain nombre de cas, qu'à la faveur d'une résistance cardiaque diminuée.

Aussi bruyant est l'angor colique nocturne, qui s'accompagne généralement d'une débâcle intestinale. Certains colitiques présentent, en dehors des grandes crises, quelquefois chaque jour, des états d'angoisse abdominale ou même exclusivement précordiale, obéissant plus ou moins régulièrement à un horaire connu du malade.

Il y a là un véritable déséquilibre du système végétatif, et celui-ci s'accompagne fréquemment aussi d'extrasystoles ; comme celles-ci sont perçues par le malade, il n'est pas rare qu'elles lui donnent le change, au point qu'il en arrive à se prendre pour un vrai cardiaque.

Mêmes troubles pseudo-angineux et états d'anxiété dans les accidents vésiculaires et lithiasiques, ou dans les affections génitales féminines.

B. *Porteurs d'affections nerveuses, endocriniennes ou psychiques.*

Chez les basedowiens, de grands accidents anxieux accompagnent parfois les crises d'exagération tachycardique. Il faut également citer les états d'anxiété des psychonévrosiques, des intoxiqués (tabac).

Gallavardin a décrit l'angor névrosique. D'autre part, une angoisse précordiale est susceptible d'accompagner toutes les grandes douleurs, et, en particulier, les douleurs névralgiques intercostales et brachiales.

***

II

Le traitement des angoisses précordiales

I. La crénothérapie

A. — **Dans les altérations anatomique ou fonctionnelle du système aortique.**

Comme dans les manifestations graves d'insuffisance cardiaque et les lésions graves de l'aorte, la plus grande prudence s'impose, si les petites manifestations angoissantes ou anxieuses traduisent une tendance à la distension cardiaque par effort. La chose est vraie, qu'il s'agisse de cardiaques vrais, valvulitiques, aortitiques, myocarditiques, ou méritant d'être classés dans le groupe des myocardites fonctionnelles de Laubry.

La prescription crénothérapique, dit le Dr Giraud, n'intervient qu'en l'absence de tout signe de fléchissement vraiment sérieux du cœur. Le pouls alternant, l'insuffisance mitrale fonctionnelle, la grosse dilatation des cavités cardiaques, et à plus forte raison les stases viscérales et l'insuffisance cardiaque caractérisées, constituent des contre-indications. Il en est de même si le malade a fait de l'œdème aigu du

poumon, du pseudo-asthme cardiaque, s'il présente un rythme de galop.

La constatation d'une arythmie de tension ou d'une arythmie d'indice isolées constitue au contraire une indication de la cure crénothérapique (Bourbon-Lancy, Royat, Bagnoles-de-la-Lozère, Rennes, etc. ; et, chez les hypertendus, Royat, Bains, Lamalou-le-Haut, éventuellement les stations de diurèse).

Les extrasystoles, traduisant une surcharge ventriculaire, indiquent une cure cardio-tonique (bains carbo-gazeux forts) ; si elles témoignent d'une simple hyperexcitabilité neuro-végétative du malade, elles commandent des cures sédatives (Bourbon-Lancy, quand la séméiologie est surtout cardiaque).

B. — Dans les états de déséquilibre sympathique.

1er *cas. — Il existe une épine irritative organique vraiment importante, et plus importante, que les manifestations névropathiques elles-mêmes.*

Cette épine irritative doit être traitée par les cures appropriées. Chez les gastropathes et les hépatiques : Vichy, Vals, Pougues, Le Boulou, etc. Chez les intestinaux : Châtel-Guyon, Plombières, etc. Chez les utéro-ovariennes : Luxeuil, Saint-Sauveur, Ussat, etc.

L'idéal serait d'ajouter à cette cure fondamentale, une post-cure sédative, qui s'adresserait directement au système végétatif déséquilibré.

2e *cas. — L'épine irritative est discrète, en tous cas disproportionnée par rapport à l'importance de la symptomatologie subjective.*

Il faut avoir recours d'emblée à la cure sédative. Néris, Evaux, Lamalou, etc., sont à conseiller. Mais une place de choix doit être faite à Bagnères-de-Bigorre, qui est la grande station de l'éréthisme sympathique, et se propose à la fois le traitement de l'épine irritative provocatrice et celui des réactions désordonnées, auxquelles elle a servi de point de départ.

Si des affections organiques, en général douloureuses, sont à la base des états d'anxiété, il faut, avant tout, calmer la douleur organique (Néris, Lamalou). Chez les basedowiens, les neurasthéniques, les cénestopathes, on recommandera les grandes stations sédatives, et surtout les stations hydro-psycho-thérapiques du type de Divonne, Saujon ou Saint-Didier.

« Mais il convient de ne pas oublier que parfois ce n'est pas sans raison que des viscéraux, des psychonévrosiques, ou des cénestopathes projettent sur leur cœur la sensation anxieuse qu'ils éprouvent et qui les tourmente ; et ce n'est qu'après un examen minutieux et complet de cet organe qu'on sera en droit de le mettre hors de cause dans la fixation du pronostic étiologique et de la conduite thérapeutique. » (G. Giraud.)

II. Les injections topanalgésiantes

Principe.

Voici, d'après Krauter, l'explication la meilleure des douleurs précordiales : les excitations splanchniques gagnent la moelle pour s'y réfléchir dans un centre vaso-moteur cutané ; puis, ce centre modifie la mécanique circulatoire au niveau des bouquets vasculaires, qui coiffent les corpuscules sensitifs (ou terminaisons nerveuses, lesquelles reçoivent les excitations, qui font naître la douleur). Enfin, de ce centre cutané part, une impression, qui gagne à son tour la corticalité par les voies habituelles.

L'injection analgésiante, faite « *loco dolenti* », a précisément pour but d'interrompre l'impression douloureuse au niveau du métamère intéressé.

Technique.

« La topanalgésie mérite par sa simplicité et son efficacité, d'entrer dans le domaine de la pratique courante » ; elle est d'une innocuité absolue.

Krauter a employé, d'une part la novocaïne, d'autre part une huile médicamenteuse salicylo-camphrée, dénommée camphro-salyl, dont la formule est la suivante : 0.50 salicylate de benzyl, 0.20 camphre, 5 cc. huile d'olive.

Si, pour la novocaïne, les injections intradermiques paraissent recommandables, la novocaïne mettant plus longtemps a être résorbée, pour le camphro-salyl, les injections sous-cutanées paraissent indiquées.

Les injections se font ainsi dans l'hypoderme, à l'endroit où le malade perçoit la plus vive douleur ; c'est ce qu'on appelle le point d'élection de l'algie. On injecte, suivant les cas, une ou deux ampoules de 5 cc. à la fois, employant une aiguille longue de 5 cent. et changeant de direction pour répandre la solution sur une plus ample surface.

L. Langeron a adopté, en injections sous-cutanées, la solution de stovaïne à 1 p. 100, préconisée par Lemaire.

Résultats.

Certains résultats furent remarquables par la rapidité de leur manifestation. Parfois, la sédation se produisit dès la première piqûre ; d'autres fois, il fallut continuer jusqu'à 3 ou 5 piqûres ; enfin, quelques malades reçurent 8 à 10 piqûres.

Quant à la durée de la disparition des algies, la plupart des malades ont été suivis pendant 5 à 6 mois.

Les résultats les plus beaux ont été obtenus par Krauter dans les cardiopathies organiques, telles que la sténose mitrale ; ici le point auriculaire (décrit par Vaquez) a pu céder à la topanalgésie, alors que tous les sédatifs ne l'avaient pas influencé.

De même les algies, en rapport avec une cardiopathie organique sont plus rapidement influencées par la topanalgésie.

Dans les algies fonctionnelles, les résultats sont plus variables, moins certains et plus capricieux ; ici encore, on est parfois surpris agréablement par un bon résultat, alors que, dans d'autres cas, l'algie résiste au traitement. Peut-être, doit-on croire que si les algies fonctionnelles (non en rapport avec une cardiopathie organique du cœur) sont parfois rebelles, c'est parce qu'une multitude de facteurs nerveux et endocriniens, etc., président à leur apparition.

Quant aux cas de palpitations douloureuses, l'algie peut disparaître, et les extrasystoles continuer à se manifester.

***

Nous avons exclu de notre étude *l'angine de poitrine vraie* ; cependant c'est pour elle que la topanalgésie semble donner les meilleurs résultats. Mais, il faut, d'après M. L. Langeron, faire une distinction capitale : la topanalgésie serait inefficace dans les cas d'oblitération artérielle, de lésion anatomique ; elle ne donnerait d'excellents résultats que pour les spasmes coronariens. Ici, l'analgésique non seulement supprimerait la douleur, mais encore serait susceptible d'améliorer la lésion elle-même, en modifiant le régime circulatoire du cœur. Par le même mécanisme (vaso-dilatateur), agirait la radiothérapie dans l'angine de poitrine. G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La mort au cours des vomissements acétonémiques de l'enfance.

L'acétonémie est un phénomène d'observation courante chez les enfants, et cela d'autant qu'ils sont plus jeunes. Elle survient, en effet, au cours de multiples états pathologiques : maladies fébriles banales, fièvres éruptives, troubles digestifs ; c'est alors un symptôme secondaire, qui relève à la fois de la fièvre et du jeûne.

Parfois, l'acétonémie vient compliquer le diabète sucré de l'enfance.

R. TURQUETY laisse tous ces cas pour n'envisager que les accidents mortels, survenant au cours d'une *acétonémie essentielle*, qui se traduit par des vomissements à type périodique, chez des enfants apparemment bien portants ; ceux-ci durent de quelques heures à quelques jours et s'accompagnent d'élimination d'acétone par les voies respiratoires et les urines. Ils cessent brusquement pour faire place à l'état de santé parfait.

On les observe généralement de un an à deux ans, rarement avant le 12e mois, exceptionnellement après 6 ou 7 ans.

Il faut savoir que, malgré le caractère de bénignité qu'il est classique d'accorder aux vomissements périodiques, on peut. même chez un grand enfant, et en pleine santé apparente, sans cause occasionnelle appréciable et sans prodromes, observer une crise mortelle.

Ni l'état antérieur de l'enfant, ni l'évolution favorable des crises précédentes, ne permettaient dans les cas étudiés par l'auteur de prévoir l'apparition de tels accidents.

On s'inquiétera, dans les formes sévères de vomissements acétonémiques, du caractère incoercible des vomissements, de la précocité, et de la ténacité des hématémèses, et on devra considérer comme des signes de la plus haute gravité l'apparition d'une *albuminurie* à taux élevé avec cylindrurie, de la *dyspnée*, de l'*hypothermie* et de la *cyanose*.

Ces formes mortelles sont la manifestation d'une *hépato-néphrite*, dont la nature infectieuse ou toxique a échappé jusqu'ici aux investigations. (*L'Hôpital*, décembre 1930-A.)

Le calcium dans la tuberculose.

A la suite des travaux initiaux de Ferrier, on a admis, dit le Dr MILLOT, que le calcium était constamment déficient dans l'organisme des tuberculeux. Mais les dosages effectués dans le sang n'ont pas montré chez eux de modifications importantes de la calcémie et ont amené certains auteurs à contester le bien-fondé de l'opinion de Ferrier.

En réalité la composition du sang n'est nullement le reflet de ce qui se passe dans l'intimité des tissus.

Les travaux français et étrangers les plus récents établissent expérimentalement l'importance du rôle joué par le calcium dans la cicatrisation des foyers tuberculeux. Ceux de Levaditi et Li Yan Po sont surtout démonstratifs et concordent avec les données cliniques.

Ils conduisent, au point de vue pratique, à l'utilité de prescrire aux tuberculeux des reminéralisants complets, tels que l'opocalcium irradié, qui apportent les matériaux nécessaires pour colmater la fonte tissulaire et favoriser la

cicatrisation des lésions. (*Pratique médicale française*, n° 3 *bis*, mars 1931, B.)

Le vaccin antistaphylococcique dans le traitement du zona.

Le Dr J. Camescasse signale un fait très intéressant, qui est basé sur quatre cas personnels, rapportés en détails.

Traitant, chez un premier malade, un furoncle situé au voisinage d'un placard de zona par le vaccin antistaphylococcique, il obtint la guérison de la dermite zostérienne, plus vite que celle du clou. A quelque temps de là, en présence d'un autre zona, il employa systématiquement le vaccin antistaphylococcique, et il vit fondre le placard caractéristique.

Un troisième cas de zona ophtalmique fut traité d'emblée, et sans aucune autre médication, par le vaccin antistaphylococcique, et celui-ci, grâce à cinq injections, modifia considérablement, en l'espace de huit jours, la marche de la maladie.

Dans un quatrième cas de zona thoracique typique, une seule injection d'un quart de cc. de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, a sidéré du premier coup lésions cutanées et douleurs.

Le vaccin antistaphylococcique semble donc bien exercer une influence notoire sur l'évolution du zona ; cette observation mérite de susciter de nouvelles recherches . (*La Médecine pratique*, 30 mai 1930.)

La naïodine dans le traitement des maladies infectieuses du système nerveux.

Dans les maladies infectieuses et non spécifiques du système nerveux, on a expérimenté différents traitements, qui donnèrent parfois d'excellents résultats, mais au prix de certains inconvénients : réactions thermiques, injections douloureuses, etc. Il s'agissait de pyrétothérapie ; d'injections de lait, de soufre colloïdal ; de vaccins divers ; de bromures, etc.

Cependant le Dr Brun (Service du Dr Cl. Vincent) a démontré récemment que la médication iodurée, sous forme d'iodure de sodium injectable, possédait une efficacité incontestable, en outre qu'elle ne donnait lieu à aucun incident. Il l'a utilisée sous forme de solution stabilisée à 1 %, en ampoules de 10 et 20 cc. (naïodine). Les maladies infectieuses, non spécifiques, du système nerveux, ont été : la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, les encéphalites, les névrites périphériques.

L'auteur communique quelques observations, concluantes parce que les malades ont pu être revus périodiquement depuis leur guérison ou leur amélioration. Il a laissé de côté certaines observations, parfois plus nettes plus intéressantes, parce que les malades ont été traités trop récemment, ou parce qu'ils ont été perdus de vue depuis leur traitement.

Il convient d'observer que les meilleurs résultats obtenus par la naïodine ont trait à des lésions à leur début, mais cependant fixées récemment ou incomplètement. Il n'en est plus de même pour des lésions trop profondément ancrées. Ce traitement est à mettre en œuvre sans hésitation, car il permet d'enrayer l'évolution des lésions cérébrales, médullaires ou nerveuses ; il se fait généralement par des séries d'injections intraveineuses ou intramusculaires aux doses progressives de 5, 10, 20, 30, 40 cc., en nombre variable suivant les cas, et espacées par un repos suffisant.

Ces injections sont très bien tolérées, indolores, et dénuées de réactions secondaires locales ou générales. (*Presse thermale et climatique*, n° 43, janvier-février 1931.)

Sur quatre cas de plexite par tumeur du creux sus-claviculaire.

De l'étude de quelques observations recueillies par MM. Jeanneney et Guichard, il résulte que les tumeurs de la région sus-claviculaire peuvent ne se manifester au début que par des syndromes douloureux au niveau du membre supérieur correspondant ; des examens cliniques approfondis ne révèlent parfois rien, et l'on soigne le malade pour : rhumatisme, arthrite, radiculite, névralgie, névrite. Dans ces cas, la douleur est le signal-symptôme de début. Il faut donc dans ces cas examiner attentivement le creux sus-claviculaire. On ne remarque pas habituellement de luxation paralytique de l'épaule ; quand elle existe, elle contribue aux phénomènes douloureux par les tiraillements et l'élongation du plexus brachial.

Ces algies intenses ne sont calmées par aucun médicament ; la radiothérapie peut les améliorer ; la sympathectomie les soulage dans quelques cas. Leur caractère causalgique nécessite parfois la section des racines du plexus brachial au dessus de la lésion, ou même une radicotomie postérieure, si la tumeur causale est inextirpable. La neurotomie du plexus brachial est de beaucoup l'opération la plus simple, la moins grave ; la perte fonctionnelle du bras n'a aucune importance, si elle supprime la douleur chez un sujet, qui va mourir dans quelques mois. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 9 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'examen des vaisseaux pulmonaires aux rayons X.

(MM. Egas Moniz, de Carvalho et Alméida Lima, de Lisbonne. — *Académie de médecine* ; 14-4-1931.)

On connaît les travaux de M. Egas Moniz sur l'artériographie par injections dans les gros vaisseaux de solutions d'iodure de sodium, et en particulier sur l'artériographie cérébrale par injection iodurée dans la carotide. M. Egas Moniz présente aujourd'hui une nouvelle étude d'artériographie concernant la visibilité possible aux rayons X des vaisseaux pulmonaires après injection dans l'oreillette droite de fortes solutions d'iodure de sodium (80 à 120 pour 100).

Le problème de l'artériographie pulmonaire est apparu tout d'abord comme difficile, les solutions d'iodure injectées dans les grosses veines au voisinage du cœur n'arrivant pas aisément à ce dernier et étant mal tolérées. Ayant eu connaissance des travaux de Forssmann, qui avait pu atteindre l'oreillette droite avec une longue sonde introduite dans l'axillaire, les auteurs ont essayé et réussi cette technique et ont injecté alors par la sonde 8 c. c. d'une solution d'iodure de sodium à 80 %. Une radiographie instantanée faite à ce moment a permis de prendre une vue des vaisseaux pulmonaires rendus ainsi opaques aux rayons X. L'injection a été bien tolérée.

L'avenir de cette technique et les applications cliniques de cette méthode ne sauraient être aujourd'hui précisées. L'angio-pneumographie donnera peut-être des renseignements cliniques intéressants quand on l'aura appliquée à des cas pathologiques variés.

L'action du radon dans le rhumatisme chronique.

(MM. Rathery et Monnery. — *Académie de médecine* ; 14-4-1931.)

Dans une note lue par M. Desgrez, MM. Rathery et Monnery exposent quelques considérations biologiques et cliniques sur l'action du radon dans le rhumatisme chronique.

Les propriétés thérapeutiques du radon (émanation du radium) ont été surtout étudiées à l'étranger, mais aucune directive bien caractérisée n'a été fixée jusqu'à ce jour pouvant servir de base à une pratique régulière de la radonthérapie. MM. Rathery et Monnery, abordant la question au point de vue biologique et clinique, ont cherché à établir, en particulier, ce que pouvait donner le radon dans le traitement du rhumatisme chronique. Ils ont employé ce gaz en dissolution, par voie digestive, et avec des doses de 150 à 300 millimicrocuries par jour.

Vingt-cinq rhumatisants, à manifestations articulaires diverses, subaiguës ou chroniques (type goutteux hyperuricémique, type chronique simple, type déformant) ont été soumis à la radonthérapie quotidienne, sans autre médication. Dans la majorité des cas, le radon a provoqué une augmentation de la diurèse, une augmentation de l'excrétion des purines et de l'acide urique, une baisse de l'uricémie, et, cliniquement, une action sédative, rapide à l'habitude, une atténuation des lésions locales et une amélioration de l'état général.

Deux malades seulement n'obtinrent aucun effet favorable du traitement.

Pour ce qui concerne les doses, les auteurs estiment prudent de commencer par des quantités faibles, de 150 millimicrocuries par jour, environ.

Recherches sur l'étiologie de la sclérose en plaques.

(MM. Pierre Lépine et Mollaret. — *Académie de médecine* ; 24-3-1931.)

Dans un travail paru le 15 mars 1930 dans le journal *Le Lancet*, Miss Chevassut décrivait un germe ultra-microscopique (*spherula insularis*) qu'elle déclarait avoir trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de sclérose en plaques.

MM. Pierre Lépine et Mollaret ont fait des recherches de contrôle des études de Miss Chevassut, en suivant aussi fidèlement que possible les techniques indiquées par cet auteur, mais ils ne sont pas parvenus à retrouver la spherula insularis.

Sur la valeur du sérum et des vaccins anti-amarils.

(M. Auguste Pettit. — *Académie de médecine* 31-3-1931.)

M. Auguste Pettit présente un rapport sur la valeur immunisante des vaccins employés contre la fièvre jaune et la valeur thérapeutique du sérum anti-amaril.

Il conclut qu'actuellement aucune méthode de vaccination, de sérothérapie, ni de chimiothérapie n'a suffisamment fait ses preuves, en matière de fièvre jaune, pour passer dans la pratique.

Le sérum de convalescent paraît jouir de propriétés préventives qu'il convient d'expérimenter. Le sérum anti-amaril de singe et de cheval est prophylactique et curatif *chez le singe*, mais ses effets, chez l'homme sont inconnus. Quant à la vaccination, essayée par Hindle, il faut s'assurer de son innocuité, préciser ses conditions de préparation et d'efficacité.

Grands traumatismes de la colonne cervicale, sans suites importantes.

(M. Pierre Fredet.—*Société de chirurgie* ; 18-3-1931).

M. Pierre Fredet rapporte trois observations de

grands traumatismes de la colonne cervicale sans symptômes consécutifs importants.

Les blessés, qui, en réalité, étaient porteurs de lésions sérieuses de vertèbres cervicales (luxations, fractures), lésions révélées par la radiographie, avaient pu reprendre une existence normale et ne présentaient que des troubles nerveux légers.

Des observations de ce genre ont été publiées récemment par M. Desplas, M. Caraven, M. Jurasek.

Autrefois, il était classique de dire que les fractures de la colonne cervicale entraînaient normalement des lésions médullaires graves. En 1910, Jules et André Bœckel, s'appuyant sur des radiographies, montrèrent que nombre de fractures du rachis cervical offraient une réelle bénignité relative.

M. Pierre Fredet ajoute judicieusement qu'il ne faudrait pas aller du pessimisme excessif de jadis à un optimisme béat. Tous les grands traumatismes de la colonne cervicale ne sont pas bénins et parmi ceux (assez nombreux apparemment) qui ne causent pas de troubles graves pendant assez longtemps, il est possible que quelques-uns produisent dans la suite des accidents.

Quoiqu'il en soit, les observations rapportées par M. Pierre Fredet et par MM. Desplas, Caraven et Jurasek doivent inciter à pratiquer des radiographies chez les blessés de la colonne cervicale, même sans symptômes importants, si l'on veut préciser le diagnostic.

P. L.

Considérations sur l'éternuement ; à propos d'un cas d'éternuement à type paroxystique.

(MM. G. Canuyt et E. Vaucher, de Strasbourg. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6-2-1931).

Il s'agit d'une jeune fille atteinte de crises d'éternuements paroyxstiques datant de novembre 1926. Cette malade a un passé nasal peu chargé. Les éternuements sont survenus au cours d'un coryza en apparence banal, et sont extrêmement fréquents (5 à 600 par jour) ; ils ne s'accompagnent d'aucune hydrorrhée nasale. Des causes provocatrices très variées (poussières, fumées de tabac ou de poële, odeur d'écurie, odeur des plantes, émotions) augmentent considérablement leur fréquence. Un traitement endo-nasal et chirurgical est suivi presque immédiatement de leur disparition pendant un mois. Ils réapparaissent peu à peu et redeviennent très fréquents à la suite de la mort du père de la malade, pour disparaître de nouveau grâce à un traitement endo-nasal, associé à la diathermie, et cette fois la guérison se maintient pendant huit mois. A la fin de 1928, les éternuements recommencent ; on combine cette fois un traitement endonasal, à un traitement général désensibilisateur. Une nouvelle guérison est obtenue et se maintient depuis dix-huit mois.

Il y a dans tout éternuement plusieurs phénomènes successifs, qui se suivent toujours dans le même ordre : 1° un point de départ de l'éternuement, un stimulus (nez, conduit auditif externe, œil, etc.) ; 2° une voie centripète, occasionnant l'inspiration brusque, spasmodique ; 3° une impression du centre de l'éternuement ; 4° une voie centrifuge, qui, par les nerfs moteurs, occasionne l'éternuement.

L'observation de cette malade, et les autres semblables, s'apparentent à beaucoup de points de vue au coryza spasmodique périodique simple par l'existence de l'éternuement ; elles s'en différencient par l'absence d'écoulement nasal, de signes oculaires, bronchiques et respiratoires (asthme). Cependant, toutes ces affections doivent être considérées comme très voisines les unes des autres au point de vue pathogénique. Chez tous ces malades, il y a une base commune, c'est l'hyperexcitabilité sympathique particulière, qui explique pourquoi ces malades se sensibilisent si facilement, et pourquoi ils sont si souvent améliorés par les médicaments agissant sur le système vago-sympathique.

La patiente observée a finalement été traitée comme ayant des troubles paroxystiques du sympathique nasal.

Un cas de diabète insipide syphilitique ; guérison par le traitement spécifique.

(MM. Lebon, Loubeyre et Becmeur,. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6-2-1931.)

C'est un cas typique de diabète insipide dû à une méningite syphilitique apparue chez un sujet atteint de neuro-syphilis et insuffisamment traité. La lymphocytose rachidienne, l'hyper-albuminose et les réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien fournirent la preuve irréfutable de la localisation méningée de la syphilis. L'intérêt principal est dans le résultat, qui fut acquis par la thérapeutique spécifique, dont l'efficacité se montra nettement supérieure à celle de la médication hypophysaire. Certes, les injections d'extrait post-hypophysaire firent baisser très rapidement le taux de la polyurie, mais elles ne ramenèrent pas cependant à la normale le volume des urines. Par contre, l'action du traitement spécifique fut ici aussi rapide que durable.

Ce cas de diabète insipide fut de toute évidence conditionné par une poussée aiguë de méningite syphilitique, dont la céphalée, les vertiges, furent les premières manifestations, et dont la preuve fut donnée par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait de lésions tubériennes jeunes, en pleine évolution, non encore fixées, et, par le fait même, accessibles au traitement .

Un cas d'anémie de Biermer hépato-résistant.

(MM. Marcel Labbé, Boulin, Petresco et Soulié. *Soc. méd. des hôp.*, 6-2-1931.)

Tout le monde s'accorde pour reconnaître que la méthode de Whipple est presque toujours inopérante dans les anémies dites aplastiques ; dans les

anémies secondaires, symptomatiques, elle n'a qu'une efficacité variable, inconstante, souvent temporaire.

Par contre, pour les anémies pernicieuses primitives, cryptogénétiques du type plastique (dites de Biermer), l'accord n'est pas encore réalisé. Certains font de l'efficacité de l'hépatothérapie un critère diagnostic de cette anémie de Biermer.

L'intérêt de l'observation communiquée est que son caractère primitif, cryptogénétique, a été contrôlé à l'autopsie, et que tous les stigmates hématologiques de cette affection y ont été retrouvés. Le foie a été administré dans les conditions requises, et l'état du malade n'en a été nullement amélioré, au point qu'il est mort d'anémie, sans l'intervention de tout autre facteur.

Il s'agit donc, en l'état actuel, de ne pas s'engager sur un terrain (diagnostic basé sur l'efficacité de la médication hépatique), qui n'est peut-être pas aussi solide que pourrait le laisser croire la lecture des travaux étrangers.

Les variations de l'urée dans le sang au cours du coma diabétique.

(MM. Marcel-Labbé et Boudin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris.* 6-2-1931.)

L'azotémie dans le coma diabétique n'est, somme toute, qu'un témoin de gravité. Quand elle existe, le malade a deux fois moins de chances de guérir que lorsqu'elle n'existe pas ; mais, il n'est nullement démontré qu'en pareil cas ce soit à l'urémie, que succombe le malade ; les sujets meurent tantôt d'acidose irréductible, tantôt de collapsus cardiaque, tantôt comme de grands intoxiqués, sans qu'il soit possible à l'heure actuelle, de préciser davantage les choses. Il paraît excessif, jusqu'à plus ample informé, d'avoir voulu faire jouer à l'insuffisance rénale un rôle prédominant dans le déterminisme de certaines formes de coma diabétique, que tous leurs caractères, aussi bien cliniques que physico-chimiques, opposeraient à la forme commune.

Un cas d'hémogénie guérie pendant près de deux ans par la splénectomie. Récidive grave. Guérison par la suppression des règles.

(P. Émile-Weil. - *Soc. méd. des hôp. de Paris,* 6-2-1931.)

Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'un grand état hémorragique depuis plus de deux ans (purpura à grandes ecchymoses, gingivorragies, épistaxis, règles profuses). Cet état nécessita de multiples transfusions, et ne fut pratiquement que peu influencé par la thérapeutique. La splénectomie amena une amélioration passagère.

La suppression des règles par la radiothérapie (31 séances) amena la guérison. Ainsi, la stérilisation ovarienne permet dans de tels cas (3 autres observations) de sauver la vie à des sujets menacés par des hémorragies fréquentes, profuses, et parfois cataclysmiques. G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 20 mars 1931.

La résection ostéoplastique de Wladimiroff-Mikulicz.

M. Raphaël Massart fait un rapport sur une observation adressée par M. Lavoix (de Saint-Lô), concernant un excellent résultat éloigné de cette intervention pratiquée il y a 14 ans chez un blessé de guerre. L'auteur, à ce propos, étudie les indications de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, et il pense que les tuberculoses du tarse postérieur ne sont pas, ainsi que le disait Ollier, des indications favorables. L'opération de Wladimiroff-Mikulicz est surtout une intervention orthopédique pour rallonger un membre raccourci opératoirement et dont l'appui postérieur a disparu. Après avoir précisé quelques points de technique, en particulier l'inutilité de ménager les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs, l'auteur montre que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz donne, dans l'ensemble, de bons résultats. On ne s'explique donc pas que l'opération de Wladimiroff-Mickulicz ne soit plus qu'exceptionnellement pratiquée.

Kyste hydatique volumineux du poumon gauche. Intervention. Guérison.

M. Gasne fait un rapport sur une observation adressée par M. Mahaut (de Rabat, Maroc). Le kyste a été opéré en deux temps, ce qui a permis de déterminer de solides adhérences pleurales et d'obtenir un succès opératoire. Le rapporteur, reprenant l'étude des différentes méthodes opératoires appliquées au traitement des kystes hydatiques, conseille d'attacher au choix de l'anesthésique la plus grande importance, et de ne jamais employer l'éther.

Modifications importantes de la stomatoplastie de l'utérus par section antéro-postérieure, sans évidement ni suture.

M. Dartigues fait un rapport sur ce travail adressé par M. Théodorides (d'Athènes). Ce procédé très simple consiste en une section sagittale du col de l'utérus allant jusqu'à l'orifice interne. Les pansements, pendant 2 à 3 semaines, maintiennent écartées les deux parties latérales du col ; les surfaces cicatrisent toutes seules. Des cas de stérilité remontant à onze ans et chez des femmes âgées ont été ainsi guéris.

Pseudo-fibrome de la vessie par invagination d'un fibrome pédiculé du col utérin.

M. Lavenant communique une observation rare, où le diagnostic fait par l'examen physique, la radiographie et la cystoscopie fut : fibrome de la ves-

sie. Ce n'est qu'après cystoscopie et décollement du péritoine pour faire une résection, que se produisit brusquement une désinvagination de la tumeur, qui était un fibrome utérin pédiculé.

Contribution à l'étude de la coagulation sanguine sur les phlébites et embolies post-opératoires.

M. Mayet communique une observation, qui vient à l'appui des opinions récemment émises au sujet de l'influence des troubles (retards ou avances) de coagulation sanguine, sur la fréquence des embolies et phlébites post-opératoires. Dans ce cas, il s'agissait d'une appendicectomie, faite pour appendice gros et enflammé, mais libre et non ouvert, appendicectomie suivie d'embolie pulmonaire et de phlébite sans la moindre réaction péritonéale. Mais le jeune homme (17 ans) était un adiposo-génital et présentait, en dehors de son obésité, des phénomènes accentués de troubles périphériques. L'auteur se demande s'il n'existe pas une relation entre le syndrome adiposogénital et le retard de coagulation sanguine, qui n'est peut-être que le signe extérieur et facilement perceptible d'une modification profonde du milieu sanguin.

Société Odontologique de France

(24 mars 1931).

La Société Odontologique de France s'est réunie le mardi 24 mars sous la présidence de M. Nivard.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Sapet fit un compte rendu très détaillé des Journées Dentaires Belges qui eurent lieu à Liége; notre confrère, en tant que délégué représentant la Société Odontologique de France, fit une communication sur la technique des extractions multiples, avantages et inconvénients.

Notre Confrère termina son rapport en soulignant l'accueil toujours si cordial de nos amis belges.

M. Dumont présenta un appareil destiné à l'aiguisage de l'instrumentation de cabinet. Grâce à un dispositif ingénieux, l'instrument, nécessitant pareille opération, peut prendre toutes les incidences désirables. Une pierre à aiguiser, sillonnée de rainures de différentes largeurs et profondeurs, permet ainsi d'obtenir un affutage parfait et rationnel de celui-ci sur toutes ses faces.

M. Devin, chef de clinique à l'Ecole Odontotechnique, présenta un rapport sur les résultats des travaux exécutés dans le service de M. Chapey, en collaboration avec M. Joly. Ces trois auteurs donnent tout d'abord des conseils, basés sur des principes mécaniques permettant la confection rationnelle des crochets, afin d'assurer une stabilité parfaite des prothèses. Les auteurs présentent ensuite un parallélisme simple, qui trouve son application dans une quantité de travaux, et en particulier pour la rectification des modèles en vue de la préparation des piliers de bridges.

Ce travail met au point, d'une façon précise et raisonnée, le problème parfois si difficile des prothèses fixes et mobiles.

Le Secrétaire des Séances,
M. Vabois.

Les Congrès

Le V^e^ Congrès international de Physiothérapie

Liége 14-18 *septembre* 1930

Le V^e^ Congrès international de physiothérapie a eu lieu à Liége du 14 au 18 septembre 1930. Après dix-huit années d'interruption, il a repris l'effort commencé avec tant de succès par les Congrès de Liége (1905), de Rome (1907), de Paris (1910), de Berlin (1913).

Placé sous la présidence de M. M. Vauthier, ministre des Sciences et des Arts, et de M. J. Duesberg, recteur de l'Université de Liége, ce Congrès a été patronné par 46 institutions et sociétés scientifiques; il réunissait 700 adhérents représentant 34 nations.

Nos amis belges, qui avaient admirablement organisé ce Congrès, peuvent être fiers des résultats qu'ils ont obtenus. Le succès a dépassé les prévisions les plus optimistes.

Pour la première fois, en effet, grâce au nombre et à l'importance des travaux que les organisateurs ont su réunir et parfois même susciter, la physiothérapie a pris rang à côté de la chimiothérapie et désormais la thérapeutique médicale devra faire place égale à l'une et à l'autre.

Nos confrères belges qui, en 1905, avaient pris une part si active à la genèse de cette thérapeutique ont vu leur effort couronné de succès et l'on ne peut que féliciter vivement le professeur Gunzburg, le professeur de Munter et le D^r^ Bienfait qui furent les initiateurs du premier Congrès, les Docteurs Dekeyser, Dubois-Trépagne, François et le D^r^ Ledent qui s'est dépensé sans compter pour la préparation de celui-ci et sa parfaite réussite.

Les 15, 16, 17 et 18 septembre furent des journées bien remplies. La séance inaugurale eut lieu le lundi matin à 9 h. 30 en la salle académique de l'Université. Elle fut présidée par le professeur Gunzburg, président du Congrès, entouré de MM. de Munster, Dekeyser, Wybauw, Bienfait, Dubois-Trépagne, Gommaerts, Van Aubel, de Nobele, François et Ledent. Les membres des délégations étrangères y

étaient venus très nombreux et l'on remarquait la présence des professeurs Andersen (Suède), Bernhard (Saint-Moritz), Van Breemen (Amsterdam), Carnot (Paris), Mac Fee (New-York), Friedrich (Berlin), Mikailesco (Roumanie), Recasens (Madrid), A. Reyn (Copenhague), Rosselet (Lausanne).

M. Gunzburg, dans un discours très écouté, traça l'évolution de la physiothérapie dans ces vingt dernières années et les progrès accomplis dans les différents pays. Puis M. de Munter, au nom des secrétaires généraux des premiers Congrès, rendit hommage aux précurseurs de la physiothérapie, rappela les mérites particuliers de quelques-uns d'entre eux, et remercia tous ceux qui avaient apporté leur collaboration à ce Congrès.

A la mémoire des disparus, l'assemblée observa une minute de recueillement; puis MM. de Munter, Mac Fee et Mikailesco déposèrent une couronne de fleurs au mémorial de l'Université. Un diplôme fut enfin remis aux membres, qui avaient assisté au premier Congrès de 1905.

Les Docteurs Dubois-Trépagne précisa ensuite l'organisation matérielle du Congrès. Le Dr R. Ledent donna lecture de lettres rendant hommage à nos confrères belges ; la lettre du Dr A. Béclère fut particulièrement applaudie. Après quelques paroles des chefs des délégations étrangères, M. Vauthier, ministre des Sciences et des Arts, qui, le premier, introduisit l'étude de la physiothérapie dans les programmes universitaires, montra le rôle que cette branche de la thérapeutique était appelée à jouer et tout l'intérêt que les pouvoirs publics devaient prendre à son développement. Une allocation du professeur Carnot, qui, au nom de tous les congressistes, remercia le ministre belge, marqua la clôture de cette séance inaugurale.

Aussitôt après, commencèrent les travaux. Nous ne pouvons que faire une analyse succincte des rapports et communications lus et discutés pendant ces quatre journées, malgré l'importance de quelques-uns d'entre eux, tant leur nombre fut considérable. Toutes les branches de la physiothérapie firent le sujet de travaux et presque toutes les questions qui intéressent aujourd'hui le praticien y furent envisagées. La somme de ces études constitue un véritable recueil scientifique de documentation pour le physiothérapeute.

Ces travaux furent groupés en six sections ; une section générale et cinq sections particulières comme suit :

I. Cinésithérapie, y compris l'éducation physique.
II. Radiologie (Rœntgen et curiethérapie).
III. Hydrologie, climatologie, thermothérapie.
IV. Electrologie.
V. Actinologie.

Une exposition d'instruments mise sur pied par les soins de M. Maujoint complétait très utilement la présentation des travaux scientifiques.

Les journées de Liége ne furent pas seulement des journées de science : elles furent également riches en émotions artistiques variées et il nous a été donné pendant ces quatre jours de mettre à l'épreuve la merveilleuse hospitalité de nos amis. Réception charmante le dimanche soir par le Comité liégeois au Kursaal de la ville, et le mardi soir par le Collège des bourgmestres et échevins de Liége. Vin d'honneur à l'Hôtel de Ville. Banquet au Continental. Promenades à travers la ville, étudiées et préparées pour le plus grand profit de tous. Accueil dans la belle église Saint-Jacques par l'abbé Hendrick, qui parla avec goût, intelligence et amour. Beaux voyages à travers l'art belge et les splendeurs des musées Curtius, de l'hôtel d'Ansembourg, du palais scolaire, du palais des Eaux et Forêts, de l'Hôtel de Ville. Hommage à l'art wallon ancien. Audition donnée par les disciples de Grétry qui, sous la direction de M. Jean Quitin, étonnèrent l'assistance par la maîtrise de leur art. Excursions en auto-cars à Spa, le long des pittoresques vallées de l'Ourthe et de l'Amblève. Intéressante visite de l'établissement des bains de la ville, des usines d'embouteillage et des sources carbo-gazeuses. Enfin, heures charmantes passées chez nos confrères belges qui nous reçurent à leur table avec une courtoisie et des preuves d'amitié, qui nous ont profondément touchés.

Les journées de Liége 1930 feront date dans les annales des sciences physiques médicales. Elles marqueront une étape importante dans leur évolution, et les physiothérapeutes de tous les pays seront heureux de rendre un juste hommage au comité belge pour le succès remporté par le Ve Congrès international de physiothérapie.

***

Passons maintenant en revue les travaux présentés aux diverses sections.

La **section générale** entendit les rapports de MM. J. van Breemen (d'Amsterdam) et I. Gunzburg (de Bruxelles) sur le *traitement du rhumatisme par les agents physiques*, celui de M. H. Jansen (de Copenhague) sur le *traitement physique des myalgies et des névralgies*, celui de MM. Delherm et Morel-Kahn sur le *traitement des affections de l'axe cérébro-spinal par les méthodes physiothérapiques*, enfin ceux de MM. I. Gunzburg et Grober (d'Iéna) sur l'*enseignement obligatoire de la physiothérapie dans les universités*.

M. J. van Breemen, secrétaire général de la Ligue internationale contre le rhumatisme, dont on sait qu'il a, de cette affection, une expérience basée sur vingt années d'observation et un nombre incalculable de cas, envisage d'abord ces traitements suivant l'origine et les facteurs déterminants des cas en présence desquels on se trouve. Ainsi, si la physiothérapie passe au second plan dans le traitement des rhumatismes liés à la présence de foyers d'infection (encore que, dans ces cas, les radiations de la lampe de quartz puissent intervenir utilement en augmentant la résistance générale et, peut-être, en accroissant l'efficacité de la vaccinothérapie), par contre les

agents physiques acquièrent toute leur valeur dans le traitement des rhumatismes liés à la diathèse rhumatismale ou aux troubles de la circulation cutanée. Les radiations de la lampe de quartz dans le premier cas, la photothermothérapie sous toutes ses formes dans le second, comptent certainement parmi les thérapeutiques les plus efficaces. Passant ensuite à l'étude des diverses variétés d'agents physiques que l'on peut mettre en œuvre, l'auteur met en évidence leur valeur respective dans les diverses formes de rhumatisme. La diathermie est nettement contre-indiquée dans les états aigus ; elle donne d'assez bons résultats dans l'arthrite blennorragique subaiguë, est à peu près inefficace dans le rhumatisme tuberculeux, inefficace et même parfois nuisible dans l'arthrite syphilitique, assez favorable dans l'arthrite déformante des grandes articulations, en particulier de la hanche. Dans le traitement des névralgies, van Breemen pense, comme Kowarschik (de Vienne), que peut-être la galvanisation, pratiquée avec une grande puissance de courant entre larges électrodes, est plus efficace que la diathermie qui, par contre, retrouve sa valeur contre les affections rhumatismales aiguës des muscles (torticolis, lumbago). Les ultra-violets sont particulièrement utiles dans le rhumatisme tuberculeux. Les infra-rouges rendent de bons services dans quelques cas d'arthrites, de rhumatismes musculaires et de névralgies. En terminant son très instructif rapport, l'auteur expose les indications du massage et des exercices.

Faisant suite au rapport du Dr van Breemen, le rapport du professeur GUNZBURG apporte de nouvelles données utiles à connaître. L'auteur y décrit l'évolution des traitements du rhumatisme parallèlement aux nouvelles conceptions sur la pathogénie de la maladie. Ainsi, on s'est parfois surtout appliqué à corriger les troubles de la circulation capillaire de l'articulation ou du muscle atteints, d'où la mise en œuvre de l'hydrothérapie chaude, des bains de lumière en caisse, des radiations infra-rouges. Mais, on a aussi reconnu que certains symptômes de la maladie relevaient de troubles du système nerveux autonome, auxquels s'adressent surtout les applications de haute fréquence, les bains généraux d'ultra-violets. Il est aussi des cas, où, manifestement, il existe des troubles de la nutrition générale et, dans ceux-ci, outre le régime, l'opothérapie, etc., on peut mettre en œuvre utilement les bains généraux de lumière suivis d'applications hydrothérapiques douces. La combinaison de plusieurs agents physiques s'impose souvent.

M. H. JANSEN, étudiant le traitement physique des myalgies et des névralgies, définit d'abord le terme même de myalgie, s'attache à préciser les conditions de production des myalgies et, en particulier, la cellulite, les causes qui les déterminent, établit que le traitement doit viser, avant tout, à relâcher le muscle en état de tension, passe rapidement en revue les procédés de massage et de gymnastique suédoise ainsi que les agents physiques, que l'on peut mettre en œuvre. Il étudie ensuite le traitement des névralgies, en comprenant sous ce terme les cas, où le seul signe est la douleur le long d'un trajet nerveux ; ce traitement doit ressembler beaucoup, à son avis, à celui des myalgies ; il réclame, encore plus que dans le cas des myalgies, la mise en œuvre, au début et tant qu'il existe une douleur nette, de moyens purement sédatifs. Il ne faut pas, sous prétexte de traitement physique, mouvoir un malade atteint de sciatique. Il ne faut pas non plus oublier l'importance des facteurs psychiques.

MM. DELHERM et MOREL-KAHN, dont le remarquable rapport met au point les indications et les résultats des méthodes physiothérapeutiques dans les affections de l'axe cérébro-spinal, insistent, dans l'introduction de leur travail, sur l'importance de la physiothérapie dans ce domaine de la pathologie, en raison de la carence des traitements médicaux. Après une brève étude des effets physiologiques par lesquels les agents physiques mis en œuvre peuvent agir sur les affections de l'axe cérébro-spinal, les auteurs envisagent successivement le traitement physique des affections de l'encéphale (hémiplégie, épilepsie, encéphalite léthargique, hémiplégie cérébrale infantile, tumeurs de l'hypophyse, du lobe antérieur et de la grande cavité cranienne), des affections de la moelle épinière (compressions extrinsèques, poliomyélite antérieure aiguë pour laquelle les auteurs s'inspirent du rapport que Duhem a présenté au Congrès de Lausanne en 1927, sclérose en plaques, syringomyélie, tabes, paraplégies, tumeurs).

Traitant de l'enseignement obligatoire de la physiothérapie aux universités, M. I. GUNZBURG fait l'historique des différents congrès où successivement cette question fut débattue et des vœux qui y furent émis. On sait qu'en Belgique existent déjà des cours cliniques obligatoires de physiothérapie, avec examens. Il n'est pas douteux que l'existence de chaires de thérapeutique physique s'impose. Peut-on espérer leur prochaine création ?

Sur ce même sujet, M. GROBER émet le vœu que, dans la formation des médecins, aux côtés de la chirurgie et de la pharmacologie, une place soit faite à l'étude théorique et pratique de la physiothérapie, sous forme de cours et d'exercices pratiques ; il demande la création d'une chaire autonome, que la physiothérapie devienne branche obligatoire d'enseignement et matière indépendante d'examen, qu'il soit institué des Instituts universitaires de physiothérapie, accessibles aux malades comme aux médecins, pourvus de toute l'organisation scientifique nécessaire dans ce domaine.

A cette même section générale furent présentées des communications de MM. H. HUMPHRIS (de Londres, sur l'*emploi de la physiothérapie dans les rhumatismes* ; W.-S. RUSSELL (de Woodbury Falls) sur l'*enseignement de la physiothérapie dans les écoles de médecine des Etats-Unis et du Canada*, enfin de A. PIRÈS DE LUNA (de Porto) également sur l'*enseignement de la physiothérapie*.

M. H. Humphris applique aux cas de fièvre rhumatismale les bains généraux de lumière et les bains chauds dans le but de provoquer une transpiration profuse, après avoir étudié l'état du cœur. Chez les malades atteints de rhumatisme musculaire, de fibrosite, de lumbago, de névralgies (brachiale, sciatique), il met en œuvre la diathermie, le courant statique, parfois les ultra-violets (en cas de névralgie rebelle). Enfin, contre les affections chroniques des articulations, il a obtenu les améliorations les plus nettes au moyen des courants de haute fréquence, des bains de lumière généraux et des ultra-violets. En terminant sa communication, l'auteur a insisté sur le fait qu'il ne fallait pas s'obstiner à poursuivre un traitement qui n'apportait pas, au bout de quelques séances, le moindre soulagement. « Le malade n'a jamais tort », a-t-il justement rappelé aux thérapeutes qui seraient tentés de l'oublier.

M. W.-S. Russell, a fait une enquête en Amérique sur l'enseignement de la physiothérapie dans les Facultés de médecine. Le nombre d'écoles qui s'efforcent de donner un enseignement suffisant en cette matière est réduit et l'auteur voit, dans cette carence même de l'enseignement officiel, l'une des raisons de l'extension du charlatanisme.

M. Pirès de Lima signale que, dans les trois universités portugaises, à la suite d'une réforme récente de l'enseignement médical, la physiothérapie est enseignée dans la chaire de thérapeutique générale. « C'est un progrès, mais qui ne résout pas le problème. Il faut mettre l'enseignement de la physiothérapie au même niveau que celui de la pharmacologie. » Comme W.-S. Russell, il pense que si la physiothérapie devient si volontiers la proie des charlatans, c'est parce qu'elle est trop méconnue des Facultés.

(A suivre).

Les Thèses

Bx. — Dr L. Vrignaud. — **Les arsénicaux pentavalents et en particulier le 3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylamino éthanol (arsaminol) dans le traitement de la syphilis.** (Imprimerie Y. Cadoret, 3, place Saint-Christoly, Bordeaux, 1930.)

Le 3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylamino-éthanol, dans les expériences de laboratoire, s'est révélé d'un pouvoir tréponémicide considérable. Il se montre d'une très grande activité dans le traitement de la syphilis, dont il cicatrise rapidement les lésions à toutes les périodes. Il modifie rapidement les réactions de Hecht et de Vernes, et souvent ramène à l'état négatif des réactions positives en apparence irréductibles. Il est très peu toxique et parfaitement toléré, malgré sa forte teneur en arsenic. Souvent des intolérants aux arsenicaux trivalents (Novarsénobenzol, etc.), l'ont parfaitement supporté. Cependant, dans des cas exceptionnels, où tous les composés arsenicaux avaient échoué, il provoqua également quelques troubles sans gravité (1 cas sur 70).

Il est extrêmement maniable, parce qu'il est livré en solutions toutes préparées, injectables par la voie sous-cutanée.

Ses injections sont indolores et ne produisent aucune réaction locale. Il peut cependant présenter, comme tous les composés arsenicaux, cette insuffisance d'action attribuée à l'arséno-résistance (2 cas sur 70).

Par ses qualités, il se range parmi les médicaments les plus efficaces et les plus maniables de l'arsenal thérapeutique antisyphilitique.

Voici les indications de l'arsaminol.

1° Chez les intolérants aux injections endoveineuses et même sous-cutanées d'arsénobenzènes, qui présentent avec ces médicaments des crises nitritoïdes, des érythèmes, des vomissements à répétition, etc., il donnera souvent d'excellents résultats ; mais il devra être manié avec prudence et à très petites doses au début.

2° A cause de sa tolérance locale, il sera préféré aux arsénobenzènes sous-cutanés, qui, en dépit de toutes les précautions et de la novocaïne ajoutée, provoquent, souvent une douleur locale et une tuméfaction.

3° Il sera un médicament précieux pour les malades qui sont obligés de dissimuler complètement leur traitement pour des raisons d'ordre social ou familial.

4° Il est à conseiller chez les malades présentant des syphilis parenchymateuses des centres nerveux, d'après les observations publiées par M. Sézary.

Contre-indications de l'Arsaminol. — Comme tous les arsenicaux, il sera proscrit du traitement des malades présentant une insuffisance hépatique grave, des cachectiques.

D'autre part, les arsenicaux pentavalents sont souvent dangereux pour le nerf optique, et il ne faut pas conseiller l'Arsaminol aux malades dont l'intégrité du nerf optique n'est pas absolue.

P. — Dr Gilbert Deschamps. — **Traitement des syphilis anciennes par le salicylarsinate de mercure.** (Moderne imprimerie, 37, rue Gandon, Paris.)

Dans les formes anciennes de la syphilis et, en particulier dans ses formes graves malignes et rebelles, nécessitant une médication énergique et prolongée, chez des malades généralement débilités ou en état de dépression nerveuse pour lesquels la médication arsenico-mercurielle est particulièrement indiquée, l'auteur a utilisé le salicylarsinate de mercure (Enésol). Les doses étaient fractionnées, progressivement croissantes, de 2 cc., à 3, 4, 5, 6 cc., par paliers successifs de 2 ou 3 injections stationnaires. Les séries étaient de 15 à 20 injections au total.

L'action curatrice dans les syphilis tertiaires s'est

révélée excellente dans la majorité des cas, avec des modalités variables selon les formes cliniques envisagées.

C'est dans les formes évolutives qu'ont été obtenus les meilleurs résultats et, par ordre d'importance, dans les névrites, dans les formes cérébrales, dans les syphilis osseuses et surtout articulaires, dans les ulcérations cutanées, dans la syphilis artérielle (artérite, aortite), dans la syphilis hépatique et enfin dans les syphilis laryngée et pulmonaire.

Dans tous les cas, même lorsqu'on n'obtient pas une amélioration des manifestations organiques fixées par le processus de sclérose, le traitement produit toujours une transformation appréciable des troubles fonctionnels de l'affection.

Enfin, il faut signaler l'action très notable du médicament sur l'état général du malade qui sent ses forces revenir en même temps que disparaissent les troubles fonctionnels pour lui les plus pénibles.

On a constaté chez tous ces malades une augmentation nette du poids, un meilleur appétit, une meilleure coloration des téguments avec amélioration de l'organisme.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie,
8, place de l'Odéon.

Collection de La Pratique médicale illustrée :

Dr E. Donzelot, agrégé, médecin des hôpitaux. — **L'infarctus du myocarde**. (Un vol. in-8°, 24 pages avec fig. Prix : 8 fr.).

G. Caussade et A. Tardieu. — **Rhumatisme articulaire aigu.** Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique (médication salicylée) (Un vol. in-8°, 48 p. avec graphiques. Prix : 15 fr.).

Prof. Emile Sergent. — **Les bases fondamentales de l'auscultation.** (Un vol. in-8°, 60 p. avec fig. et 2 pl. Prix : 16 fr.).

Chez Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A. Kotzareff. — **Traitement des cancers dits inopérables, par radon, colloïdes électriques et ondes hertziennes ultra-courtes.** (Un vol. 210 p., 26 fig., 6 tabl. Prix : 30 fr.).

R. Lecoq, docteur en pharmacie. — **Le lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré.** (Une broch., 31 p., Prix : 5 fr.).

Henri Fischer. — **L'oto-rhino-laryngologie pratique.** Préface du Dr Dartigues. Un vol. 146 pages. Prix : 15 fr.).

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi.

Dr Paul Durand. — **Propos et loisirs d'un médecin de campagne.** (Un vol. in-8°, 200 p. Prix : 12 fr.).

LA QUESTION DU LAIT

Deux de ses aspects : l'hygiénique ; le médical

A l'approche de la saison chaude, se pose de nouveau le problème du lait, envisagé comme l'aliment essentiel de l'enfant. Or, il est tout aussi angoissant en Angleterre qu'à Paris, si j'en juge d'après une étude publiée par la *Gazette médicale de France* et dont l'auteur est un producteur anglais, M. Buckley, qui possède une expérience très étendue de la question, et propose, en outre, une méthode pratique pour assurer la pureté du lait mis en vente.

Pour lui, les conditions essentielles d'une saine production sont les suivantes : vaches saines, exemptes de tuberculose, propres, et tenues ainsi ; propreté des préposés à la traite, outillage d'un modèle spécial pour recueillir le lait au moment de la traite.

Cet outillage est surtout représenté par un seau à ouverture latérale, afin que la poussière ne tombe pas dans le lait au fur et à mesure qu'il y est projeté par la traite.

L'auteur insiste sur la nécessité, pour le vacher, d'avoir les mains propres et sèches. Cette sécheresse des mains lui paraît d'une importance capitale pour éviter les souillures.

Le lait est mis en bouteilles immédiatement. Il s'écoule à peine trois minutes entre la fin de la traite et l'embouteillage.

Quant à la méthode que préconise M. Buckley pour assurer autant que possible la vente d'un lait sain, elle consiste à imposer aux vendeurs une classification basée sur la teneur en germes. Cette classification est en usage en Amérique depuis 1912, et aurait donné des résultats très satisfaisants.

C'est là une des faces du problème du lait, envisagé du point de vue hygiénique. Mais il est infiniment plus complexe, et se pose aussi du point de vue médical à propos notamment de ces cas d'intolérance absolue des nourrissons au lait de vache. Et c'est dans le même numéro de la *Gazette médicale de France* que je lis un travail infiniment intéressant, publié par MM. Boisse-

rie-Lacroix et Péry (de Bordeaux) qui apportent deux observations d'ictère chez le nouveau-né, dû à l'intolérance de celui-ci pour le lait de vache.

Il s'agit d'enfants que l'on commença à allaiter artificiellement avec du lait de vache et qui, rapidement, présentèrent les signes d'un ictère qui fut pris pour de l'ictère banal du nouveau-né, mais qui s'aggrava vite, se compliquant de vomissements, d'amaigrissement, etc. Aucun traitement n'ayant pu modifier cet état alarmant, on supprima le lait de vache et l'enfant fut alimenté au sein. Immédiatement, les accidents perdirent de leur gravité et en quelques jours, tout rentra dans l'ordre.

Des essais de reprise d'allaitement avec du lait condensé ou du lait sec déterminèrent le retour des accidents, apportant ainsi la démonstration de l'origine même de ces troubles si caractéristiques.

Les auteurs discutent ensuite très judicieusement cette origine, qu'ils s'efforcent d'expliquer. Il ne leur semble pas que la notion d'anaphylaxie héréditaire puisse être retenue chez des nouveau-nés qui présentèrent des accidents aussi nets, presque immédiatement.

Explication d'ailleurs superficielle et dont il faut se satisfaire à défaut d'une connaissance plus approfondie de la question : il s'agirait d'une idiosyncrasie, d'une hypersensibilité.

Ce qui est intéressant à retenir et sur ce quoi ils insistent avec raison, c'est que « certains nouveau-nés, lors du début de l'alimentation lactée, peuvent présenter un ensemble pathologique bien connu et décrit sous le nom habituel d'intolérance au lait de vache. L'un des symptômes de cette intolérance peut être l'ictère dont les caractéristiques essentielles sont alors : précocité d'apparition, cholurie, selles colorées, gros foie ».

On connaît d'ailleurs une autre forme d'intolérance tardive de l'enfant du premier âge au lait de vache. Pour celle-ci, l'anaphylaxie peut être valablement invoquée. Le passage dans le sang des albumines étrangères sensibilisantes se faisant à la faveur de la fragilité de la muqueuse gastrique, rendue plus grande encore par un état de dyspepsie gastro-intestinale préalable.

Ce sont là des faits infiniment curieux et dignes d'attention. Si l'on n'est pas prévenu de leur cause essentielle, on peut errer quant aux mesures à prendre, perdre du temps et aboutir à un désastre.

Quoi qu'il en soit, l'hygiène alimentaire de l'enfant du premier âge demande à être très surveillée et les moindres troubles qu'il présente, du côté de son tube digestif, doivent être immédiatement combattus.

Or, les moyens dont nous disposons à cet égard doivent avant tout être dépourvus de toute agressivité. C'est ainsi que l'eau bouillie sucrée a été recommandée pour compléter des tétées maternelles insuffisantes.

Nous avons l'expérience, en pareil cas, d'une eau faiblement alcaline, carbo-gazeuse, véritable lymphe minérale à laquelle maints enfants doivent la vie. C'est l'eau de Vals Source La Reine.

Les qualités qu'elle possède, de par sa composition minérale et son état physique, l'adaptent en quelque sorte si bien aux capacités du tube digestif de l'enfant, qu'elle semble avoir été, par la Nature, créée pour lui.

Dans la grande classe des intolérances digestives de l'enfant du premier âge, quel que soit le traitement spécial réclamé par chacune d'elles, — et l'on sait combien il faut être réservé à l'égard des médications agressives, — la Reine de Vals ne cesse d'être indiquée et ses avantages l'imposent aussi bien comme agent curatif que comme puissant moyen de prévention.

E.-D. Gaston.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL SELON L'ADMINISTRATION

Sous la poussée de la législation médico-sociale, les hôpitaux ont peu à peu perdu leur caractère initial. Etablissements de bienfaisance, ayant pour mission d'héberger et de soigner les indigents et les nécessiteux, ils sont devenus de véritables maisons de santé payantes, dont la clientèle se recrute parmi les bénéficiaires de cette législation : assistés, accidentés du travail pensionnés de guerre, assurés sociaux. Elle se recrute aussi, bien qu'au prix généralement de subterfuges, parmi la clientèle moyenne et aisée qui n'hésite pas à se camoufler pour obtenir au meilleur compte, surtout en chirurgie, les soins du maître réputé.

Bientôt, cette clientèle n'aura plus besoin de se camoufler, puisque, dans la région parisienne, elle va disposer d'un établissement qui lui est destiné, et dont la première pierre a été posée récemment par le ministre de la Santé publique, M. C. Blaisot : je veux parler de l'hôpital Foch à Suresnes.

En présence des rôles multiples qu'ils sont appelés à jouer, les hôpitaux sont destinés à se transformer de plus en plus et à s'intégrer dans l'équipement sanitaire moderne de la France.

C'est ce qui résulte, notamment, d'un rapport de M Sarraz-Bournet, publié dans la *Revue des établissements et des œuvres de bienfaisance* de février dernier

De ce rapport, j'extrais le passage suivant qu'il me paraît intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

De quoi, dans un département donné, doit être fonction une organisation hospitalière rationnelle ?

D'abord des besoins locaux. Un centre industriel aura des besoins hospitaliers plus grands qu'un centre rural. Dans l'hôpital d'un centre industriel, les services de chirurgie devront être plus développés, en raison des accidents possibles, que dans un hôpital de région rurale. Un département rural, à population égale, n'a pas besoin d'autant d'hôpitaux bien outillés qu'un département industriel. Ajoutons encore à cela les besoins spéciaux auxquels doivent satisfaire les départements où se trouvent des ports de commerce ou des gares de transit international, où passe une nombreuse population étrangère qui peut avoir recours parfois, elle aussi, à l'hospitalisation.

Il est délicat, d'autre part, de fixer le nombre de lits correspondant théoriquement aux besoins d'une population donnée. Dans le rapport qui a suivi la tournée 1912-1913, M. l'inspecteur général, Dr Faivre écrivait : « à défaut d'indications contraires résultant de circonstances locales, la proportion des lits de malades nécessaires dans un hôpital pour assurer l'exécution de l'article premier de la loi du 7 août 1851, doit être d'un lit pour 500 habitants ou fraction de 500 ; d'autre part, la proportion des lits pour l'exécution de la loi du 15 juillet 1893 s'évalue à un lit d'hôpital pour 1.000 ou fraction de 1.000 habitants de population rattachée (non compris la population du chef-lieu de rattachement) ».

Sans doute, ces chiffres peuvent servir de base pour déterminer les besoins en lits de médecine ; et encore ne faut-il leur accorder qu'une valeur relative, mais pour la chirurgie, les spécialités, la proportion ne saurait être indiquée. La détermination *a priori* du nombre de lits d'après la population peut donner une indication intéressante, mais dont il ne faut désormais tenir compte qu'avec beaucoup de réserves.

L'organisation hospitalière dépend ensuite des moyens de communication. Un hôpital ne dessert pas seulement une commune, il doit s'adapter à une région. Par contre, il importe, si l'on veut développer un hôpital, que ce dernier soit sur une ligne ferrée, à un nœud de communications, qu'il soit aussi desservi, étant donnée l'importance prise par les transports automobiles, par un réseau routier, que la distance à parcourir soit par le train, soit en automobile, pour des malades venant des communes les plus éloignées qui lui sont rattachées, ne soit pas excessive. La configuration géographique du département joue ici un rôle important ; si le département est de communications faciles, il aura moins besoin d'un grand nombre d'hôpitaux que s'il est coupé par

des massifs montagneux qui compartimentent ses divers arrondissements.

L'organisation hospitalière est commandée par le personnel médical. Un hôpital ne doit être aménagé que là où il sera certain d'avoir le personnel médical nécessaire. Comme c'est dans les villes, et dans les villes importantes que sont installés les chirurgiens ou les médecins spécialistes, c'est seulement là qu'on devra songer aussi à organiser des services hospitaliers de chirurgie ou de spécialités diverses (oto-rhino-laryngologie, urologie, dermatologie, radiothérapie, etc...). A moins cependant qu'une entente avec des spécialistes ou des chirurgiens installés dans une ville voisine, mais qui acceptent de se déplacer, ne permette de faire fonctionner les services, quand les médecins ne résident pas dans la localité siège de l'hôpital.

Dans un autre ordre d'idées, il convient de noter que la multiplication des petits établissements est fâcheuse, en général, au point de vue économique. Mieux vaut un établissement bien équipé, sur lequel seul porte l'effort des subventions publiques ou des libéralités privées, que des établissements trop nombreux, se disputant les subventions et manquant des ressources indispensables à leur amélioration. Les frais généraux sont moindres proportionnellement, dans un grand établissement que dans un petit.

En outre, dans certains cas, centres de radiothérapie, de malariathérapie, etc..., il n'est pas douteux qu'on ne peut songer à organiser les traitements spéciaux que nécessitent ces maladies dans chaque département. Les frontières administratives doivent s'abaisser ; la circonscription doit s'agrandir et ne plus suivre strictement les délimitations d'ordre géographique. L'hôpital de traitement, pour les cas ci-dessus, doit devenir régional. En principe, il sera opportun d'installer pareils centres de traitement dans une grande ville, celle où se trouvent déjà la Faculté de médecine ou l'Ecole de plein exercice, avec leur personnel de cliniciens et savants réputés, dûment qualifiés au point de vue des soins à donner aux malades et des recherches scientifiques.

En raison des dépenses élevées que comporte l'équipement d'un hôpital moderne, il est impossible de donner à tous les établissements d'un département le même outillage, fonction lui aussi du personnel susceptible de l'utiliser au mieux des intérêts des hospitalisés. L'effort des pouvoirs publics doit donc se porter sur quelques établissements bien choisis. C'est à ceux-ci et à eux seuls, que devraient aller désormais les subventions d'amélioration ou d'agrandissement. Cette concentration des efforts financiers, le régime actuel est très loin de la réaliser.

En somme, dans un département, une organisation hospitalière rationnelle doit comprendre au moins un grand hôpital, équipé à la moderne, situé en principe au chef-lieu, sinon dans la ville la plus importante comme population. A côté, et suivant la configuration géographique, l'étendue du département et les difficultés de communications, un ou plusieurs établissements aux chefs-lieux d'arrondissement, suffisamment outillés au point de vue chirurgical, afin que les transports, de malades, des régions éloignées au chef-lieu ou à l'hôpital principal, soient exceptionnels.

Quant aux petits établissements, de dix à cinquante lits, disséminés un peu partout, de date déjà ancienne, de construction ne répondant pas aux besoins, ils ne doivent plus recevoir de malades ou de blessés, sinon à titre transitoire, comme des postes de secours, où le malade ou le blessé attend son transfert dans l'établissement qui peut lui assurer les soins convenables. En tant que postes de secours, ces établissements secondaires n'auraient besoin que d'une petite salle d'opérations pour la chirurgie d'urgence, d'une salle de pansements, de deux ou trois chambres destinées aux malades et aux blessés. Le reste de leurs lits serait réservé uniquement aux vieillards infirmes et incurables.

Donc, postes de secours installés dans les hôpitaux-hospices (cantonaux en général, ou intercommunaux), hôpitaux de rattachement dans chaque arrondissement, hôpital de grand rattachement par département (un seul en principe, sauf dans les départements, à population dense ou à difficultés exceptionnelles de communications), au-dessus ; hôpital régional pour certaines spécialités — pareille organisation peut-elle être réalisée, sans bouleverser toute notre législation hospitalière ?

Mais l'auteur de ce rapport n'a pas manqué de spécifier que toute organisation hospitalière est commandée par le personnel médical. Comment le Corps médical doit-il envisager cet échelonnement des centres hospitaliers, des plus humbles aux plus complets ? C'est un problème qui ne doit pas laisser les syndicats indifférents. Il est d'ailleurs du même genre que celui que j'ai étudié il y a quelques mois, à propos de l'équipement sanitaire d'un arrondissement par les soins du syndicalisme régional

De plus en plus s'impose à notre esprit cette notion qu'il faut que nous participions activement aux transformations qu'exige la modernisation des techniques, de toutes les techniques.

Je sais bien que cette perspective n'est pas sans effrayer, et même indigner un certain nombre d'entre nous. Et je comprends bien leur effroi, et même leur indignation Il est pénible de renoncer à des traditions qui conservent leur respectabilité, et auxquelles, au temps où elles étaient toutes puissantes, la profession a dû son prestige et sa grandeur

Qu'est-ce au demeurant, que la pratique de la médecine ? Une lutte permanente contre la maladie, quand elle est déclarée ; contre les facteurs qui la provoquent, quand on veut la prévenir, en empêcher la venue. Une lutte, une guerre, qui se poursuit sans relâche et sans

merci, et dont le Corps médical constitue l'armée combattante.

Or, que nous apprend l'histoire militaire ? C'est qu'aucune guerre entre peuples n'a ressemblé à celle qui l'a précédée. C'est que les enseignements tirés du passé se sont toujours montrés insuffisants dans la guerre nouvelle. C'est que les perfectionnements introduits dans l'armement, les découvertes scientifiques, l'extension et la diversité des moyens de transport, ont imprimé à chaque conflagration nouvelle une physionomie différente de celle qui l'avait devancée. C'est que la guerre de 1870-1871 n'a pas été une réplique des guerres d'Italie et de Crimée ; que la guerre de 1914-1918 a complètement différé de la guerre de 1870-1871. Et l'on nous annonce que si le malheur voulait que des peuples recommençassent à s'affronter les armes à la main, sur des champs de bataille, les conditions dans lesquelles ils lutteraient différeraient considérablement de celles que nous avons connues durant la grande tourmente.

Il en est de même de la pratique médicale, considérée comme une guerre d'un certain genre. Les recherches de nos savants, leur acharnement à déchiffrer les énigmes de la biologie, si souvent couronné de succès, les perfectionnements qui en résultent dans les explorations cliniques, l'établissement d'un diagnostic, l'instauration et la conduite d'un traitement, modifient, que cela nous plaise ou non, à la fois notre stratégie et notre tactique sanitaires.

Et c'est un truisme un peu puéril que de répéter que la médecine ne s'exerce pas en 1930 comme en 1880, et qu'elle ne s'exercera sans doute pas en 1980 comme de nos jours.

Et parce qu'il s'en trouve pour demeurer fidèles à des errements auxquels ils furent initiés dans leur jeunesse, et qui leur paraissent suffisants quarante ans après, ce n'est pas une raison pour estimer que ce qu'ils considèrent comme un idéal mérite d'être cité en exemple. Du reste, les tribunaux se chargent de temps en temps de donner des leçons, parfois cuisantes, aux imprudents, ou aux négligents qui, sans doute avec d'excellentes raisons, n'ont pas pris toutes les précautions que suggère et impose la science moderne, et ont payé cher leur oubli ou leur négligence.

Or, ces techniques nouvelles, qu'il n'est pas permis d'ignorer, sous peine de courir à une catastrophe, elles ne sont pas toutes du ressort de tout le monde ; la plupart demandent des outillages compliqués et coûteux, et des praticiens spécialisés.

Il y a donc une nécessité impérieuse, qui le sera plus encore dans une dizaine d'années, pour le Corps médical organisé, à codifier des méthodes qui demeurent encore éparses, et parfois chaotiques.

D'autres s'en préoccupent à des points de vue qui rencontrent les nôtres, et notamment les administrateurs de l'Assistance publique, à laquelle ressortissent les hôpitaux et hospices. Et le rapport de M. Sarraz-Bournet, dont je vous ai donné partiellement connaissance, vous le démontre.

Au syndicalisme revient le devoir de donner la réplique à l'administration, en manifestant sa ferme intention de participer activement aux constructions de l'équipement sanitaire du pays.

G. Duchesne.

JURIDIQUEMENT, L'HOPITAL EST-IL RÉSERVÉ EXCLUSIVEMENT AUX MALADES INDIGENTS ?

Il est d'usage, dans nos groupements professionnels, d'affirmer avec plus ou moins de force, que l'hôpital n'est fait que pour les pauvres et que ce n'est que très exceptionnellement que les malades non-indigents devraient y être admis.

Cependant, quelques confrères éprouvent un certain doute, parce que s'étant reportés aux termes mêmes de la loi du 7 août 1851, ils n'y ont pas trouvé cette spécialisation des établissements hospitaliers. Ils m'ont demandé, en conséquence, de faire une étude juridique de la question.

Il est certes très utile de connaître, aujourd'hui, le statut légal des hospices et hôpitaux, à l'heure où l'application de certaines lois sociales transforme l'ancien asile des pauvres en maison payante de cure et de diagnostic.

Nous allons donc examiner la question du point de vue historique, pour l'envisager ensuite du point de vue juridique.

Historique

Les meilleurs renseignements nous sont fournis par l'admirable Traité de l'Assistance hospitalière, de M. Cros Mayrevieille.

Dans le tome premier, nous trouvons tout l'historique de la formation des établissements hospitaliers.

Mais, sans remonter, avec l'auteur, jusqu'aux temps reculés de la charité chez les Hébreux, en Grèce, à Rome, puis en France, au Moyen-Age, nous pouvons dire que les premiers hôpitaux, dans notre pays, datent de l'époque de Charlemagne.

Les communautés et confréries hospitalières

recueillaient les dons et legs charitables, en vue d'héberger les pèlerins et les miséreux.

Passant rapidement sur toute l'histoire de la royauté, nous pouvons dire qu'avant la Révolution, le clergé centralisait les dons et fondations charitables, à charge de venir en aide à la misère.

La Révolution amena une désorganisation complète des administrations hospitalières. Aussi le décret du 23 messidor an II ordonna-t-il l'aliénation des biens charitables, car désormais, la nation prenait à sa charge les soins à donner aux indigents.

Les lois de l'an V réorganisèrent les hospices civils : on leur rendit leurs biens ; on leur accorda des compensations sur les biens des émigrés ; on organisa les commissions administratives, parce que le but de ces établissements était charitable et d'utilité publique.

Rappelons d'ailleurs une circulaire de Lucien Bonaparte, du 2 prairial an VII disant : « les hospices et hôpitaux sont des établissements d'utilité générale et leurs administrateurs sont des agents du Gouvernement. »

Aussi, en vertu de la loi du 28 pluviose an VIII (17 février 1800) la « surveillance » des établissements charitables est-elle dévolue au sous préfet et non plus, comme jusqu'ici, aux municipalités.

Cette destination des hôpitaux en faveur des seuls pauvres se retrouve, à plusieurs reprises, dans la législation du Consulat et de l'Empire. Citons par exemple la loi du 5 ventose an VIII, qui déclare que les octrois municipaux et de bienfaisance seront établis dans les villes, dont les hospices civils n'ont pas de revenus suffisants pour leurs besoins.

En 1809, un décret perpétue le droit des pauvres, qui jusqu'ici était annuel, en faveur des hôpitaux.

De même, lorsque la seconde République mit à l'étude les projets, qui devaient devenir la loi du 7 août 1851, les hospices et hôpitaux ne sont considérés que comme des établissements de bienfaisance. Dans l'esprit de tous, ils n'étaient destinés qu'aux seuls pauvres et privés de ressources.

Dans cette incursion dans le domaine de l'histoire du Droit, nous pouvons conclure qu'en 1851, lors de l'adoption de la loi du 7 août 1851, qui encore actuellement constitue la charte des hospices et hôpitaux, ces établissements publics doivent être considérés uniquement comme ayant un but charitable et d'assistance.

Discussion juridique

Cependant, nous est-il objecté, la loi du 7 août 1851 n'interdit nulle part l'admission des malades payants, à côté de celle des indigents et privés de ressources.

A cela, je puis répondre que le législateur de cette époque ne pouvait pas prévoir l'avenir de la science chirurgicale et de l'antisepsie, qui ont profondément bouleversé la vie des hôpitaux.

A cette époque, il importait, avant tout, d'abriter les infirmes, les incurables, les vieillards et les malades indigents.

Des soins médicaux étaient rarement ou peu distribués : le but le plus important était de donner un abri et de la nourriture à ces déshérités de la fortune.

Voilà pourquoi le rôle des administrateurs des hospices et hôpitaux est prépondérant, au regard de la fonction modeste jouée par les médecins d'hôpitaux. Aux termes de l'article 14 de la loi, ceux-ci sont placés sur le même pied que l'économe, et le secrétaire de la Commission administrative. A cette époque, un hôpital peut parfaitement se passer de médecin, ou ce dernier peut ne venir qu'une ou deux fois par semaine.

C'est ce que nous voyons encore à l'heure actuelle dans les hôpitaux de petite localité, où rien n'est organisé pour donner des soins en série, alors que l'hébergement des indigents est tout.

Cependant, si nous examinons de près les termes mêmes de la loi du 7 août 1851, nous voyons que le titre premier qui a trait à l'admission des ayants droit, ne parle, dans son article premier, que des individus privés de ressources et tombant malades.

Puis, l'article 3 fait mention des indigents malades, ou incurables, appartenant à des communes n'ayant pas d'établissement hospitalier, qui peuvent être dirigés sur les établissements situés dans d'autres communes.

Enfin, l'article 5 prévoit le recours possible de l'hôpital, contre la famille de l'hospitalisé, lorsque celle-ci est en mesure de venir en aide à ce dernier, en vertu de l'obligation de dette alimentaire, prescrite par les articles 205 et 206 du code civil.

Ajoutons que ce caractère de bienfaisance est reconnu aux hôpitaux, qui, en vertu de l'article 5 de la loi du 2 juin 1891, participent aux subventions du pari mutuel. La circulaire du 18 mai 1922 précise les conditions dans lesquelles ces subventions peuvent être accordées aux établissements hospitaliers, pour l'amélioration de leur outillage.

Ainsi, la législation hospitalière ne juge pas à propos de définir le cadre d'assistance et de bienfaisance, qui est dévolu aux hôpitaux : le vocable même d'hôpital se suffit historiquement à lui-même, pour préciser la vocation de charité de ces établissements publics.

Les textes réglementaires

Des circulaires ministérielles ont publié les différents règlements modèles des hospices et

hôpitaux, discutés, puis votés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Dans le règlement modèle du 15 décembre 1899, nous lisons, en note de l'article 28 : « Le principe de la spécialité des établissements publics ne permet de réserver des lits aux malades payants qu'à titre exceptionnel et dans une faible proportion, l'hôpital et l'hospice étant par définition, affectés aux pauvres.

« D'ailleurs, le terme « pauvre » n'implique pas absence totale de ressources. Il doit être entendu largement.

« D'autre part, les hôpitaux peuvent recevoir, dans des locaux spéciaux et moyennant un prix suffisamment rémunérateur, pour que le bien des pauvres ne puisse pas être compromis :

« 1° Des malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent pas être soignés à domicile, utilement pour eux-mêmes ou sans péril pour autrui ;

« 2° Des malades étrangers, de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maison de santé ;

« 3° Des malades habitant la commune dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire, dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

« Les malades faisant l'objet d'une des trois exceptions qui précèdent, seront admis dans des salles,ou chambres payantes, moyennant un prix variable, toujours élevé et très supérieur au prix de revient. Le payement du prix de journée, fixé dans ces conditions par la commission administrative, leur incombera pour toutes charges.

« A l'avenir, le préfet n'approuvera aucune délibération, par laquelle une commission administrative créerait une chambre ou une salle payante sans en avoir référé au ministre de l'intérieur. »

Le règlement modèle, publié par la circulaire du 31 mars 1926, n'apporte pas grandes modifications sur ces points.

A l'article 24, nous lisons :

« L'hôpital reçoit, à titre d'hospitalisés :

« 1° Les malades civils, hommes, femmes et enfants, atteints de maladies aiguës, ou chroniques, quelles qu'elles soient et les blessés .....

En note, nous lisons encore : « Notamment les bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, c'est à dire les indigents, de toutes les dispositions législatives, concernant les accidents du travail, de la loi du 31 mars 1919 ».

La note sous l'article 28 est ainsi rédigée :

« L'hôpital, ou l'hospice étant, par définition, affectés aux pauvres, il n'est permis de réserver les lits aux malades et hospitalisés payants, qu'à titre exceptionnel seulement et dans une faible proportion.

« Il ne s'agit ici que des malades payants à l'hôpital proprement dit et non dans une clinique séparée, qui pourrait y être annexée.

« De plus, le terme « pauvre » doit être entendu largement : il y a des malades qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élevés d'une clinique, ou d'un traitement, d'une opération à leur domicile, et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital.

Suit la nomenclature de quatre catégories de malades, qui peuvent être admis, à titre exceptionnel, à l'hôpital.

« 1° Malades atteints de maladies contagieuses (même rédaction que dans le règlement modèle de 1899).

« 2° Malades étrangers, *de passage*, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile, ou dans une maison de santé, sans danger pour eux.

« 3° Malades n'ayant pas dans leur commune de résidence de maison de santé, ou ne pouvant être transportés dans une maison voisine de santé facilement et sans danger pour eux, ou n'ayant pas les ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé et seulement dans le cas où le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes ;

« 4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé. »

Ainsi, ces textes réglementaires précités consacrent une situation de fait. Si primitivement, les hôpitaux n'hospitalisaient que des pauvres, ayant plus besoin d'assistance que de soins, les progrès de la science médicale ont conduit l'hôpital à se moderniser, à créer d'abord des services de chirurgie pour les indigents, puis des installations de spécialités.

Mais , comme ces créations coûtent cher, non seulement comme installation et aménagement, mais aussi comme amortissement et entretien, comme principalement depuis la guerre, les revenus de la dotation hospitalière ont diminué dans de notables proportions, force a été aux commissions administratives de trouver des ressources nouvelles, d'où l'admission de plus en plus large des salles d'hôpital aux malades payants.

Ces derniers sont une source de profit pour l'établissement, tant en diminuant, par leur présence, le pourcentage des frais généraux sur la journée d'hospitalisation, que par le versement d'un prix rémunérateur, réclamé pour l'hospitalisation et les soins.

Les actes de commerce sont interdits aux établissements publics

Mais, ce faisant, les hospices civils ne peuvent-ils pas être accusés de faire du commerce ?

A la vérité, le bénéfice obtenu par l'hospitalisation des payants a une destination d'altruisme : les fonctions de membres de la commission administrative sont purement honorifiques et absolument gratuites. Délégués du conseil municipal et philanthropes spécialisés rivalisent de dévouement, pour administrer le bien des pauvres.

Les bénéfices passent donc dans le budget hospitalier, entièrement au chapitre des recettes et sont utilisés, tant pour équilibrer les comptes, que pour l'amélioration, ou la création de services spéciaux.

Mais, quel que soit le but désintéressé de cette admission des payants, elle n'en reste pas moins, du point de vue juridique pur, une exploitation commerciale : on vend, pour tirer des bénéfices.

J'ai récemment traité la question, dans le *Concours Médical*, 1931, p. 701. Qu'il me suffise de dire qu'établissement public, l'hôpital ne peut pas faire de commerce, sauf dans des cas très exceptionnels, lorsqu'il y a carence, ou déficience de l'initiative privée.

Ainsi en a jugé, à plusieurs reprises, le Conseil d'Etat. Ainsi d'ailleurs s'exprime la note de l'article 28 du règlement modèle : l'hôpital ne peut recevoir de payants, que lorsque les maisons de santé ne peuvent pas accueillir le malade, ou que ce dernier ne peut y être admis, soit par éloignement, soit par gravité d'état, soit surtout par impécuniosité.

Mais, d'une part, ayant besoin de ressources de toutes sortes, les commissions administratives des hôpitaux se montrent bien peu sévères, quant à l'admission des malades, qui proposent de payer de leurs deniers. On ne recherche guère la situation exacte de fortune de ces malades ; on accepte leurs déclarations et on les tient pour sincères, du moment où ces malades paient.

D'autre part, la clientèle moderne des hôpitaux s'est entièrement transformée : le malade gratuit (loi de 1851) tend a presque complètement disparaître ; à sa place, des tiers interviennent pour payer le prix de journée, que ce soit le département, la commune (A. M. G.) ou le chef d'entreprise (blessés du travail) ou l'Etat (loi des pensions).

De telle sorte que l'ancien hôpital, refugium des miséreux, se transforme en établissement de cure et de diagnostic, dans lequel l'immense majorité des malades est payante, soit par soi-même soit par autrui.

Cependant, les hôpitaux tiennent à conserver leur ancien prestige d'établissement charitable. Cela leur permet d'échapper à de nombreux impôts ou taxes, qui frappent lourdement les maisons de santé. Cela leur permet également d'essayer d'échapper à l'application des lois du Travail (repos hebdomadaire, loi de huit heures) lois auxquelles sont assujettis les établissements privés.

Conclusion

De ceci, nous pouvons conclure, pour répondre à la question qui nous a été posée, qu'il est incontestable que les hôpitaux ne soient, par destination, par définition et par tradition, le lieu de refuge des miséreux, des pauvres.

Etablissement public, destiné à la bienfaisance, l'hôpital a un passé glorieux, consacré par tout un historique, qui remonte aux temps les plus reculés.

Mais, si le législateur de 1851 n'a pas jugé utile de spécifier, en termes précis et nets, l'obligation de consacrer toutes les ressources hospitalières au profit des seuls malades privés de ressources, l'évolution tant de la médecine et de la chirurgie que de la sociologie a transformé de fond en comble l'ancien établissement de bienfaisance.

Aujourd'hui, l'hôpital ne fait plus peur ; on sait qu'on n'y rentre pas seulement pour mourir, on s'y fait guérir, par toutes les ressources de la science moderne.

Aussi, y accourent tous ceux qui sont incapables de supporter les frais d'une maison de santé, mais aussi les personnes qui entendent faire des économies, en se faisant passer pour modestes, de condition moyenne.

Y sont également reçus les malades payants, parce que bénéficiant de lois sociales.

L'hôpital devient donc le centre communal, ou cantonal, départemental, dans lequel on dirige les malades, qui ont besoin d'être suivis, pour poser un diagnostic, ou doivent recevoir des soins qu'on ne peut dispenser à domicile.

Etablissement public, l'hôpital ne peut cependant pas faire acte commercial, se mettant ainsi en concurrence avec les maisons de santé privées.

Aussi, dois-je reprendre les conclusions que je présente depuis 1920 : l'hôpital d'aujourd'hui doit conserver son nom et son patrimoine (fondations et legs) uniquement en ce qui concerne l'assistance aux quelques pauvres, qui se recommandent encore de la loi du 7 août 1851. Ce caractère peut être également conservé au regard des assistés (loi du 15 juillet 1893) alors cependant que la loi sur les assurances sociales diminue considérablement ce nombre d'assistés.

Autrement dit, le patrimoine des pauvres sera administré, selon les directives de la loi du 7 août 1851 et restera uniquement réservé aux indigents.

Mais, à côté de l'hôpital, tantôt à l'intérieur même de l'établissement, tantôt en dehors, fonctionnera une véritable maison de santé, administrée par la commission de l'hôpital,

Budget séparé, organisation intérieure différente, prix croissants, selon la condition sociale des hospitalisés, régime médical spécial, n'ayant aucune dépendance avec celui de l'hôpital : tout concourra à faire de cette maison de santé un établissement de cure et de diagnostic.

Récemment , dans un congrès interhospitalier, a été prononcé le nom de « maison de santé publique ». Je préfère le vocable « établissement public de cure et de diagnostic. »

Déjà, comme à Nancy, fonctionnent avec succès ces établissements, ouverts à tous les malades quelle que soit leur condition sociale. Les résultats sont excellents.

Je crois donc que l'avenir est dans la concentration de l'art de guérir, dans ces établissements publics, ou privés.

Mais, à la base, il faut qu'il y ait entente entre les commissions administratives de ces établissements publics de cure et de diagnostic et les syndicats professionnels médicaux.

Ensemble, on organisera le fonctionnement de ces créations nouvelles, sur un pied de collaboration et non plus selon les errements du passé. Aujourd'hui, l'hôpital, comme l'établissement de cure, ne peuvent rien être, sans le concours des médecins. Ceux-ci ne doivent plus, comme sous la seconde République, être considérés comme des subalternes : ils faut les traiter comme des collaborateurs nécessaires.

Alors, l'intérêt primordial des malades sera sauvegardé, sans qu'il soit porté atteinte aux légitimes intérêts des médecins praticiens et des propriétaires de maisons de santé privées.

Sinon, des procès peuvent se produire et le Conseil d'Etat aurait à se prononcer sur le point de savoir si un hôpital, établissement public, peut se détourner de sa destination primitive et admettre, dans la majeure partie de ses lits, des malades, non indigents, payant soit de leurs deniers, soit par le canal d'une collectivité publique, ou privée.

Une collaboration cordiale portera plus de fruits, pour la santé publique, que des procès de tendance, ou de principe.

Dr Paul Boudin.

L'URBANISME AUX COLONIES

Dr J. Le Gendre

A mesure que l'effectif des blancs s'accroît aux colonies, que les agglomérations indigènes grandissent ou prennent naissance à notre contact, l'urbanisme devient une nécessité. De tout temps on en a fait un peu, comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir, aujourd'hui il est indispensable d'en faire sciemment et systématiquement.

L'urbanisme est l'art de bâtir des villes harmonieuses et salubres ; c'est l'affaire de l'architecte et de l'hygiéniste ; je n'envisagerai la question qu'au point de vue salubrité, la question construction étant de la compétence de l'architecte.

L'hygiéniste ne doit pas être tenu par l'urbaniste et l'administration comme un critique gênant , mais comme un conseiller précieux. Mieux vaut éviter des erreurs, que d'avoir à les réparer, quand elles sont réparables. Ce qui semble excellent au constructeur peut-être un danger pour la santé publique. La pathologie spéciale aux pays chauds impose des particularités dans la construction qui ne sont pas d'une nécessité aussi stricte en Europe.

L'expérience épidémiologique aux colonies enseigne ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire pour le maintien de la santé de l'individu et de la collectivité.

Ce qu'il faut faire. Pour l'*eau* destinée à la boisson et à la toilette, la stérilisation individuelle, imposée autrefois par la difficulté de se procurer des pompes élévatoires et de les entretenir, n'est plus admissible aujourd'hui que le train ou le camion ont accès partout, et qu'on trouve presque partout des ouvriers monteurs et réparateurs.

L'eau, qu'elle provienne d'une source, ce qui est rare, d'un puits, ce qui est le cas habituel, ou d'un lac, est le plus souvent souillée par des bactéries pathogènes de provenance humaine ou animale. Une telle eau ne peut être consommée crue, sans danger de contracter une affection intestinale sérieuse.

A l'époque héroïque, pour écarter ce risque, chacun était contraint de stériliser son eau. Une telle nécessité n'est plus acceptable aujourd'hui, qu'en déplacement dans la brousse ; aujourd'hui dans sa résidence urbaine ou rurale, l'européen doit trouver de l'eau directement potable à la canalisation urbaine ou à la pompe du puits rural, protégé par une fermeture hermétique et muni d'une pompe pour l'élévation aseptique de l'eau. Cependant le puits, de moins de 10 mètres de profondeur, ouvert aux moustiques et à toutes les souillures qu'y apporte le seau, est encore classique dans la presque totalité des résidences rurales ou semi-urbaines, même là où le nombre des blancs dépasse cent unités. Les indigènes, qui opèrent de la même façon, ont l'excuse d'ignorer la transmission de certaines maladies par l'eau et de ne pas connaître la pompe élévatoire. Les petits groupes européens et les gros villages in-

digènes tireraient grand profit pour leur santé de puits correctement construits. Le forage de ces puits ne devra pas être fait, sans qu'on ait pris l'avis d'un géologue sur le choix de l'emplacement et sur le périmètre de protection nécessaire. Le chimiste et le bactériologiste feront ensuite connaître leur opinion sur la qualité de l'eau. Ce sont là des conditions élémentaires pour la captation d'une eau de boisson.

En même temps que le problème de l'eau pour les usages domestiques, l'urbaniste doit résoudre celui, beaucoup plus ardu, de l'évacuation des eaux pluviales et des eaux usées. Pour une ville d'une certaine importance, il choisira l'égout pluvial, canalisation souterraine ; pour une moindre agglomération, il donnera la préférence au conduit de surface au caniveau, parce que moins onéreux.

Pour que ces drains souterrains ou de surface ne soient pas une cause d'insalubrité, l'urbaniste ne doit pas perdre de vue que l'égout est le paradis des rats, propagateurs de la peste, qui y vivent et s'y reproduisent en toute sécurité à l'abri des pièges que leur tend l'homme, des chiens et des chats leurs ennemis naturels. Aux colonies l'égout est, en outre, un centre de pullulation des moustiques, non seulement des vulgaires culex, dont les piqûres sont désagréables, mais non pathogènes, mais aussi des stegomya fasciata, auteurs à la fois de la fièvre jaune et de la dengue, appelée aussi fièvre rouge. Lors de l'épidémie de fièvre jaune, qui sévit à Dakar en 1927-28, on n'arriva à purger les égouts de ces dangereux insectes, qu'en les aménageant pour recevoir des chasses d'eau de mer, qui entraînaient les larves. Mais on n'a pas partout à sa disposition la mer ou un fleuve pour fournir au moins hebdomadairement le volume d'eau nécessaire au balayage assez violent et prolongé, qui tue les larves et déloge les rats. Si cette condition n'est pas réalisée, l'égout d'un pays à peste ou à fièvre jaune est un danger pour la santé publique.

De même les caniveaux, dans les points où ils sont couverts, deviennent des gîtes à rats et à stégomyes, qui échappent à la vue et à l'action de agents sanitaires. A Hanoï et en Indo-cChine en général, c'est en été pendant la saison des pluies qu'il y a le moins de moustiques, parce que les égouts pluviaux, où il en naît beaucoup, sont balayés chaque semaine par des trombes d'eau. Les caniveaux ne doivent être couverts que sur les rares et courts tronçons indispensables, ils doivent pouvoir être désinsectés, dératisés et nettoyés *à vue*. Si ces conduits sont couverts, on ne voit rien et le public vit dans l'illusion de la sécurité sanitaire.

Des typhoïdes, éclatant en série sur nos plages et dues à l'ingestion d'huîtres, de moules ou d'autres coquillages, signalent l'erreur de préférer la mer au champ d'épandage pour recevoir l'effluent des égouts. Sur le littoral de nos colonies la même cause donnerait les mêmes effets.

Distribuer de l'eau saine et construire pour les eaux pluviales et ménagères de canalisations, où on puisse traquer les rongeurs et les insectes pathogènes, voilà ce qu'il faut faire.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est bâtir une caserne ou un hôpital dans une banlieue paludéenne, sous prétexte qu'on y jouira d'un air plus pur que celui de la ville. Oui, mais les anophèles, vecteurs de la fièvre paludéenne, aiment aussi l'air de la campagne. J'ai vu en Chine, à Tchentou, un régiment chinois ravagé par la fièvre paludéenne, parce qu'on l'avait logé extra-muros dans des casernements entourés de rizières, qui sont le « paradis des larves d'anophèles », tandis que les troupes logées dans la ville, intramuros, étaient indemnes. J'ai vu cela aussi ailleurs.

C'est de l'urbanisme d'interdire dans le périmètre d'une agglomération des cultures irriguées, cressonnières, que pollue le voisinage de l'homme, rizières où éclosent des essaims de moustiques.

C'est aussi de l'urbanisme, et du meilleur, de ne pas tolérer dans les agglomérations et dans leurs banlieues, pour la culture maraîchère, l'usage de l'engrais humain, source constante et renouvelée d'affections intestinales.

Toute excavation ou mare dans une agglomération ou sur son pourtour, non indispensable, doit être comblée. Toute pièce d'eau d'agrément ou d'utilité doit être protégée contre l'élevage de moustiques. L'emploi des poissons contre les larves de moustiques n'est plus une nouveauté, voilà plus de quinze ans que je le conseille. Il est aussi naturel que l'emploi des chats et des chiens contre les souris et les rats, des chiens et des furets contre les lapins, des oiseaux contre les chenilles. Un bon chat vaut mieux qu'une souricière. De même quelques poissons d'espèces bien choisies font en permanence la police sanitaire d'une pièce d'eau, aussi bien et à moins de frais que la projection hebdomadaire de larvicides.

Sous les tropiques les blancs et les indigènes paient un si lourd tribut à la maladie et à la mort du fait des insectes que la pensée de leurs méfaits devrait toujours être présente à l'esprit du constructeur et de l'administrateur. Eviter les méfaits des insectes, c'est supprimer la moitié de la pathologie coloniale.

Telles sont les principales exigences de l'hygiène sous les tropiques en matière d'urbanisme ; il y en a d'autres. L'urbanisme ne consiste pas seulement à bâtir en surface et dans le sous-sol, à tracer des rues, à dessiner des jardins, à planter des parcs, à réaliser des embellissements et des commodités, mais aussi à assainir ou, tout au moins, à ne pas créer d'insalubrité. L'urbaniste et l'hygiéniste doivent toujours avoir la même préoccupation que le médecin « d'abord ne pas nuire », « primo non nocere ».

VARIÉTÉS

Comment les Baléares furent défendues, en 1914, contre toute attaque allemande

Conférence faite à la Société des Lettres, Sciences et Arts des Alpes-Maritimes

Par le Dr L. PLANTIER

Venu demander à ce prestigieux magicien, qu'est le soleil de Nice, une atténuation à des misères physiques douloureuses et anciennes, c'est tout à fait fortuitement que je pénétrais, il y a quelques semaines, dans cette même salle. En quête d'un peu de pâture intellectuelle, je n'avais d'autre pensée que d'apaiser mon désœuvrement par l'audition d'une conférence dont le sujet m'attirait. Jugez de ma satisfaction quand un délicat régal littéraire me fut offert par l'un de vous, dans une causerie diserte, et spirituelle, sur Louise Collet et ses amis, évoqués avec tant de vie et d'humour par M. Boivin. L'agréable impression ressentie s'accrut, aussitôt, par la connaissance, renouée en fin de séance, avec M. le Préfet Bellendy qui a laissé dans l'Ardèche de si bons souvenirs. Une vive gratitude s'y ajouta lorsque votre vice-président dont le cœur est aussi noble que l'érudition est vaste et la courtoisie exquise, me donna le témoignage de sa générosité magnifique envers sa ville natale, à l'occasion de ses précieux documents d'Henry Gard dont il a su mettre en lumière le rare talent littéraire et artistique.

Telles sont, mes chers collègues, les premières raisons de mon attrait pour votre Société et du plaisir que j'ai éprouvé à être des vôtres, sinon pour participer utilement à vos travaux, du moins pour m'instruire et me récréer à vous entendre.

Ce devoir de gratitude rempli, j'aborde le sujet que votre distingué président, M. le général Toulorge, sachant par M. Bellendy, mes relations avec son Altesse Royale le duc d'Anjou, général François Marie de Bourbon, oncle de sa Majesté le Roi d'Espagne, a bien voulu me demander de développer aujourd'hui devant vous. Je m'excuse de mon inexpérience de la parole et vous prie d'accorder toute votre indulgence au débutant que je suis dans cet art de la causerie où l'on excelle chez vous.

A cette heure sérieuse, où le Chancelier Curtius, vient, à la tribune du Reichstag de laisser entendre que l'Allemagne n'était pas responsable de la Grande Guerre, je ne me suis pas cru le droit de refuser mon modeste témoignage dans cette question capitale et vais, pour aider à la résoudre, vous soumettre quelques preuves et documents inédits. Ils établiront que, pour le Roi d'Espagne, les intentions du Kaiser étaient, au début de 1914, à ce point évidentes, l'imminence de la conflagration tellement immédiate et sa répercussion sur la péninsule ibérique si grave, qu'Alphonse XIII appela, d'urgence, son oncle à la *Capitainerie générale* des Baléares, poste qu'il occupa de mars 1914 jusqu'au courant de 1916. Dans quel but ? Afin que le duc d'Anjou, soldat de carrière, fortifiât ces îles en toute hâte et empêchât la flotte allemande de réaliser son plan, heureusement percé à jour par nos voisins, plan qui était de s'en emparer dès l'ouverture des hostilités par la force et en violation de tout droit, pour nous couper toute communication avec nos possessions africaines. Jugez de l'immensité du service, généralement ignoré, qui fut ainsi rendu à notre patrie, et appréciez quels sont de ce chef, les titres à notre reconnaissance, du roi d'Espagne et de son oncle.

Je commencerai par relater les circonstances qui me permirent d'acquérir ces notions. Je le ferai succinctement et sans vaine littérature, gardant au dialogue quand je le rapporterai, toute sa simplicité et sa liberté d'allure, avec son absolue fidélité.

Pendant les vacances de Pâques de l'année 1914, se tint, à Palma de Majorque, le Ier Congrès espagnol de médecine infantile. Je fus invité par son président et organisateur, M. le Professeur Martinez Vargas, doyen de la Faculté de Barcelone, à y venir exposer quelques-uns de mes travaux, notamment mes recherches sur le foie, ma méthode de traitement des brûlures par les levures et mon procédé de réduction des fractures congénitales du fémur. Je m'y rendis, accompagné de mon fils, car mon état de santé était déjà, depuis longtemps, assez précaire. J'eus le plaisir d'y retrouver M. le docteur Bérillon, de Paris, le seul médecin français qui, avec moi, assistât au Congrès.

Au cours d'une des fêtes d'ouverture, donnée au tir aux pigeons de Palma, l'un des derniers jours d'avril, comme je revenais de visiter, avec Madame Bérillon et mon fils, le pittoresque et imposant château de Bellver où fut interné Arago, mon confrère parisien me fit part du désir de faire ma connaissance que venait de lui exprimer le capitaine général. Ayant appris que ce haut personnage, dont la dignité équivaut à celle de vice-roi, était l'oncle de Sa Majesté Alphonse XIII et surtout que, dans ses veines, coulait du sang français, j'acceptai avec empressement. Je reçus de lui l'accueil à la fois le plus gracieux, le plus noble et le plus simple et j'eus l'honneur d'être présenté à la duchesse d'Anjou, sa femme, née princesse d'Orléans. La conversation s'engagea et, comme je manifestais l'admiration inspirée par le splendide panorama que nous avions sous les yeux, il me fut fait la réponse suivante que je reproduis à peu près textuellement : « Ce pays est, en effet, magnifique et puisque vous goûtez à ce point les beautés de la nature, faites-moi l'amitié de me venir voir avant

votre départ, dans mon vieux palais maure de la Almudaïna. Je vous ferai jouir, du haut de mon balcon, du charme de notre baie devant laquelle s'extasiait récemment encore, votre poète, Jean Richepin. Mais (et la voix de notre interlocuteur changea), je dois vous confesser que, si sensible que j'y sois moi-même, ce n'est pas pour la beauté du site, comme vous dites, que j'ai quitté brusquement, il y a un mois, Paris où je villégiaturais agréablement en famille. (Ici le ton se fit encore plus grave). J'ai été rappelé par une dépêche du Roi me demandant, pour des motifs impérieux, de prendre immédiatement la capitainerie générale des Baléares. Il ne s'agissait de rien moins, me fut-il déclaré ensuite, que de mettre à profit mes connaissance de vieil officier pour fortifier à fond nos îles contre une attaque préméditée de l'Allemagne. Celle-ci n'attend plus que de créer, ou d'exploiter, un prétexte d'entrer en guerre contre la France. Tous les rapports de nos ambassadeurs et agents à l'étranger, sont, en effet, formels et pressants : votre ancienne ennemie est armée parfaitement et toutes ses dispositions sont prises. Dès qu'elle aura fait naître le conflit décisif, ce qui ne saurait tarder, elle va essayer de se saisir des Baléares pour y établir une base navale puissante, dominer la Méditerranée et vous priver du concours de vos troupes africaines.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je n'ai pas hésité un instant à répondre à l'appel de mon Roi et à me mettre entièrement au service de mon pays, sachant que je sers ainsi cette chère France dont mes ancêtres ont si longtemps dirigé les destinées et que j'aime comme une seconde Patrie. Je n'ai, d'ailleurs, été nullement surpris de ce que m'apprenait mon neveu ; je suis informé, depuis des années, des projets belliqueux de l'Allemagne, mais supposais le danger moins pressant. Ses visées sur les Baléares nous sont également bien connues. Ce stationnaire allemand, que vous apercevez d'ici, mouille dans nos eaux, depuis quatre ans, presque en permanence et son équipage n'a d'autre mission que de recueillir toutes les informations en vue de notre dépossession. Cette belle propriété que vous voyez à Terreno est habitée par un amiral allemand, qui se croit assuré de l'incognito, mais dont nous surveillons de près, à son insu, toutes les menées. On a dû vous signaler la création, à Palma, d'une école allemande ! « — Je répondis qu'en effet, on m'en avait parlé, mais que cette école n'avait pas obtenu grand succès, ne comptant que douze élèves, alors que les Frères français des Ecoles Chrétiennes, que j'avais visités, en avaient 250, et, s'ils n'étaient aussi pauvres et s'ils pouvaient satisfaire toutes les demandes, en recevraient plus de 2.500, tant ils avaient su se faire estimer. » — C'est très exact, reprit le duc d'Anjou, et vos ennemis sont peu sympathiques à notre population. Mais leur effort de propagande n'en est pas moins considérable et, à votre hôtel même, vous avez pu en juger par le nombre excessif de Revues et de journaux de leur langue, dont ils nous inondent.

— Quoi qu'il en soit, prenant ses désirs pour des réalités, l'Allemagne s'imagine avoir facilement raison de nous et espère s'emparer de nos îles presque sans coup férir. Elle a compté sans le Roi qui est au courant de ses projets et que je seconderai de mon mieux. Je l'ai déjà fait d'ailleurs, et ai amené quatre-vingts pièces de grosse artillerie, servies par des pointeurs habiles. Etant donné le choix judicieux de mes emplacements et la valeur de mon armement, je puis vous assurer que la flotte allemande, ou n'osera pas se frotter à nous, ou sera facilement coulée.

Vous pourrez amener à pied d'œuvre vos troupes d'Afrique et demander à ces magnifiques soldats un concours, qui sera d'une grande efficacité. Mais combien je regrette, ainsi que je l'ai dit bien des fois à mes amis français, que vous n'ayez pas une artillerie plus puissante capable de faire taire les grosses pièces ennemies. »

J'étais, on le conçoit aisément, assez impressionné en entendant ces paroles que je transcris fidèlement, car elles sont restées gravées indélébilement dans ma mémoire, tant j'en sentais l'extrême gravité et le caractère prophétique. Je ne pus que remercier avec une respectueuse, mais bien vive sympathie, le prince qui venait de nous donner, avec des avis si utiles, un témoignage si irrécusable de son affection pour notre Patrie.

Peu avant de quitter Palma, quelques semaines plus tard, tenant ma promesse, je me rendis, en mai, avec le docteur Bérillon et mon fils, au palais de la Almudaïna. Dès notre arrivée, le capitaine général prévenu, prit aussitôt congé de la petite cour qui l'entourait, et vint vers nous, les mains tendues, avec la plus charmante bonhomie. Et tous les quatre, sans serviteurs qu'il refusa d'appeler « afin, dit-il, que nous puissions parler plus librement », nous visitâmes, sous sa conduite, son palais et pûmes admirer la vue merveilleuse, en effet, dont on jouissait de son balcon. Il nous ramena ensuite à son bureau et, dans une causerie pleine d'abandon, il nous renouvela l'assurance de son inaltérable attachement à la France. Après nous avoir rappelé qu'il était né à Toulouse, où il avait été baptisé dans la cathédrale de Saint-Cernin, et qu'il s'honorait de porter le titre français de duc d'Anjou, comme son ancêtre, le premier Bourbon, qui ait accédé au trône d'Espagne, il se sépara de nous en nous promettant, avec solennité et non sans émotion, son concours le plus absolu au cours des hostilités imminentes.

Quelques mois plus tard, ses prédictions se réalisaient et l'Allemagne déchaînait la guerre. Mais, instruite, alors, des puissantes mesures défensives prises aux Baléares, elle n'osait en tenter l'attaque, convaincue d'avance de son inévitable échec. Elle voyait crouler, ainsi, son rêve, longtemps caressé, d'hégémonie immédiate dans la Méditerranée et le « Gœben » et le « Breslau », après un vain bombardement de nos ports algériens, étaient contraints de se réfugier à Constantinople.

Les sous-marins firent, il est vrai, leur horrible besogne de carnage et certains de nos journaux crurent, alors, que leur base du ravitaillement se trouvait dans quelques ports d'Espagne et que cette nation avait violé la neutralité en leur faveur. En réalité, ce ravitaillement s'opérait en pleine mer, grâce, il est vrai, à la complicité d'Espagnols vendus à nos ennemis, mais dont l'action s'exerçait à l'insu du Roi et contre ses ordres.

Personnellement, je ne pouvais douter des sentiments et de la vigilance du duc d'Anjou, tant qu'il exercerait son commandement. J'aurais été heureux, toutefois, d'en avoir un nouveau témoignage et de sa plume, à ce moment surtout où les Baléares étaient, parfois, citées comme unlieu de refuge des sous-marins allemands, en raison, sans doute, du fait que la propriété immense de Miramar, sur le littoral de Majorque, appartenait à un archiduc autrichien. Je formais alors le projet d'écrire au Capitaine général, projet qu'un autre motif m'obligea bientôt à réaliser sans délai. La sérieuse infirmité, dont je suis atteint depuis si longtemps, aggravée par le surmenage des ambulances, subit, tout à coup, une recrudescence telle, et des symptômes si alarmants apparurent que mes confrères jugèrent mon état désespéré. Or, je m'étais promis de ne pas mourir sans avoir remercié le duc d'Anjou de ses avis, de ses sentiments et de services que j'étais à peu près seul à connaître

Ces deux raisons m'amenèrent à lui adresser aussitôt, le 14 novembre 1915, la lettre suivante.

Annonay, le 14 novembre 1915,

A Son Altesse le prince de Bourbon, duc d'Anjou,
Capitaine général des Baléares,
Palma de Majorque (Espagne).

Altesse,

Vous avez sans doute oublié le signataire de ces lignes, qui assista en 1914 accompagné de son fils, au premier Congrès espagnol de Pédiatrie de Palma, aux travaux duquel il prit part avec son confrère, le Dr Bérillon, de Paris.

Mais si, dans le tourbillon de votre existence si remplie, vous n'avez pas conservé son souvenir, il a gardé, lui, fidèlement en mémoire, l'accueil si bienveillant, si cordial même, que vous voulûtes bien lui réserver et la simplicité si charmante, avec laquelle vous lui fîtes les honneurs de votre balcon, dont vous lui aviez vanté, à juste raison, la vue merveilleuse sur la baie de Palma.

Vous lui aviez parlé, avec des accents qui lui étaient allés au cœur, de la France pour laquelle vous aviez, lui dites-vous, une si profonde sympathie, bien naturelle chez un Bourbon, duc d'Anjou, issu de nos rois, né, d'ailleurs en terre française et baptisé à Saint-Cernin, comme vous aimâtes à le rappeler. Et, avec un abandon qui témoignait de la confiance que vous aviez en nous, vous nous aviez appris alors, à un moment où rien ne paraissait faire présager l'horrible guerre déchaînée par l'Allemagne, les raisons pour lesquelles le roi d'Espagne, votre auguste parent, vous avait, à vous, artilleur de carrière donné ce poste d'honneur des Baléares, qui pouvait devenir un champ de bataille, si les ardentes convoitises d'un peuple de proie ne venaient pas se briser devant la menace de vos canons.

Votre bonhomie, si pleine de naturel, qui vous faisait nous recevoir avec une si parfaite simplicité, dédaignant de faire appel aux domestiques pour ouvrir portes et fenêtres, et alliée à une si noble distinction, n'avait pas fait que me charmer profondément ; elle avait été, en outre, un trait de lumière pour moi et avait fait revivre sous mes yeux et comprendre définitivement, ainsi que je l'ai redit bien des fois depuis à mon entourage, cette grande et belle figure d'Henri IV votre ancêtre, le plus populaire de nos rois, que je n'ai bien pénétré qu'en vous voyant.

Et je sentis naître en moi, à ce moment où la vie était douce, non seulement des sentiments de déférente sympathie pour votre accueil, mais une véritable affection pour votre personne. Quelle ardente reconnaissance pour vous et pour votre œuvre ne s'y est pas ajoutée aux heures tragiques, vécues peu après, alors que, réveillant ses plus hautes vertus ataviques la France, plus belle peut être qu'à aucune période de sa glorieuse histoire et résolument décidée aux derniers sacrifices, s'est dressée, unanime, contre le barbare envahisseur !

Surpris par une agression à laquelle hélas ! nous n'étions pas assez préparés, aurions-nous le temps de rassembler nos armées ? L'héroïque Belgique, honneur des peuples, se faisant massacrer plutôt que de violer la parole donnée, nous permettait la mobilisation continentale effectuée avec une précision et un élan admirables. Mais aurions-nous pu recevoir le concours si précieux de nos troupes africaines, si vous n'eussiez, grâce à votre zèle éclairé et compétent de capitaine général des Baléares, mis celles-ci à l'abri d'un coup de force des « Gœben » et des « Breslau » ! Collaborateur utile de votre chevaleresque monarque, cet Alphonse XIII qui a su se faire aimer de tous les Français par ses nobles et généreuses qualités, vous avez, en servant fidèlement votre Patrie, rendu le plus signalé service à la France. Vos îles d'or où la nature est parée de toutes ses grâces, où la vie s'écoule si paisible et si douce, vous ont dû de ne pas être transformées en un repaire de lâches pirates sous-marins, portant sans danger la mort sournoise et horrible même aux femmes et aux enfants.

Les lignes que je viens de tracer vous expliqueront, Altesse, mon état d'âme et les raisons de cette lettre, qui eut pu vous surprendre et qui veut vous apporter l'expression de gratitude infinie, dont déborde mon cœur à votre égard, et que partageraient tous mes compatriotes si ces faits leur étaient connus.

Je suis atteint d'une maladie grave, un rétrécissement de l'œsophage, dont une complication peut terminer mes jours d'un moment à l'autre. Et je n'au-

rais pas voulu mourir, sans vous avoir remercié au nom de mon pays, moi, infime unité d'un peuple, qui est resté et restera grand, parce qu'il a gardé le culte désintéressé du juste, du bien et du beau et qu'il a le mépris de la force quand elle n'est pas au service du droit.

Je vous avais promis de vous envoyer quelques tirés à part de mes modestes travaux. Ils ne présenteront à coup sûr aucun intérêt pour vous. Veuillez ne voir dans cet envoi que l'hommage du profond respect et du sincère attachement, avec lequel, je suis, de votre Altesse, l'humble et dévoué serviteur.

Dr L. Plantier.

Par retour du courrier, sur papier aux armes de la Maison d'Espagne, le duc d'Anjou me répondit, de sa main, par le document suivant que je livre à vos commentaires de Français, pour ce qu'il dit et pour ce qu'il sous-entend.

Palais de la Almudaïna,

Palma, 22 novembre 1915.

Au Dr L. Plantier,

Mon cher Docteur,

Non, je ne vous ai pas oublié, ni votre confrère, le docteur Bérillon de Paris !

Votre bonne, votre charmante lettre m'a fait un grand plaisir.... elle m'a apporté le souvenir embaumé d'affection de cette chère France..... hélas imbibé d'une tristesse qui fait souffrir mon cœur ... !

Penser que je suis né sur les rives verdoyantes et gaies de la Garonne... et ne puis, malgré mon désir ardent... être au feu pour combattre avec les « poilus », les ennemis de la France qui souillent son sol sacré !

Je vous le disais bien ... : « Je crains que la France soit surprise par les événements d'une guerre attendue, qui m'a fait venir ici... alors que je venais d'arriver à Paris que j'ai dû quitter précipitamment ! ».

La seule consolation que j'ai..... c'est que j'ai rendu des bons services à la France, que je *dois réserver* à cause de ma haute situation et puis, vous assurer que les sous-marins allemands ne pourront pas s'approcher aux Côtes des Baléares, ni être fournis de rien que ce soit ! .....

Depuis votre départ... j'ai tant travaillé, j'ai tant fait... que je ne puis dire ! ! ! ...

Ce qui me touche si cruellement au cœur, c'est de voir que la France est allée au feu... sans *une grosse artillerie*... ; voyez !... *avant la guerre*, j'avais ici organisé, moi, 80 pièces de gros calibre pour être portées et emplacées facilement sur le champ de bataille en face des pièces de 75 ! ... les faits m'ont donné raison.

Si la R. a commis de grosses fautes... aujourd'hui elle fait tout son possible pour sauver la France !

Réussira-t-elle ? Le 20 août 1914, j'écrivais..... au colonel... M. entre autres choses et *mes craintes* d'une retraite sur *la Marne*... » que les Allemands n'avaient que trois points de vue : Anvers, Dunkerque et le canal de Suez ! ?»

Mais enfin, il faut avoir espoir avec un pays comme la France, si beau, si patriotique et qui vient de donner un exemple si sublime d'abnégation. Que sa glorieuse histoire brille toujours ! et comme mes ancêtres, je dis : « Dieu sauve la France ! »

Je suis très sensible à votre bon souvenir et vous remercie de l'envoi de vos travaux que je lirai avec plaisir.

Surtout, mon cher Docteur, je vous souhaite la santé et prie Dieu qu'il me permette de vous revoir en ce monde, la guerre terminée quand je pourrai aller à Paris.

Merci de tout cœur et croyez-moi votre bien affectionné.

Le duc d'Anjou.

Je ne surprendrai personne, dans cette enceinte, en vous signalant, Mesdames et Messieurs, l'émotion qui m'étreignit à la lecture de cette lettre si haute de pensée et d'expression. Sa valeur documentaire était telle, que je me crus obligé de la communiquer en haut lieu. Monsieur Aristide Briand partagea mon sentiment et me fit remercier par Monsieur de Margerie chargé de me la retourner, car je tenais à la conserver dans mes archives.

C'est qu'elle n'est pas, seulement, la preuve nouvelle, que je vous avais promise en débutant, de la responsabilité allemande qu'elle établit. Elle est, en outre, et cela ne compte pas peu pour notre cœur si vibrant de Français, une manifestation d'amour pour notre Patrie et un témoignage de dévouement à sa cause, aux heures les plus sombres de notre histoire.

Le duc d'Anjou a bien mérité de la France.

C'est, je crois, remplir un devoir que d'offrir à ce noble vieillard le sincère tribut de notre gratitude à tous.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... J'en vins à bout comme je peus.
(MONTAIGNE. Livre II. Ch. XII).

CCCXI. — Adolphe PICTET, major fédéral d'Artillerie. — **Une course à Chamounix.** Conte fantastique. Un vol. illustré 20 × 29 tiré à 850 ex. numérotés sur pur fil. Editions du *Journal de Genève.* Genève 1930.

Tant que nous sommes en montagne signalons la fantaisiste promenade du major Pictet, philosophe grave, philologue et artilleur qui voulut en 1837 répondre à l'ironique « Xe *Lettre d'un voyageur* » publiée dans la *Revue des Deux Mondes* par George Sand en 1836. Cette cruelle relation de l'excursion à « *Chamounix* », à laquelle il avait pris part, avait fort indigné le compagnon de route de Sand. Le conte qu'il rédigea, fantastique et philosophique, avait surtout pour but de blesser Sand et de venger l'honorable major, traité bien légèrement par l'écrivain. Le récit dont celui-ci forme le personnage central est un exposé allégorique qui s'efforce d'être discourtois ... Nous y voyons incidemment le douloureux ménage de Liszt et de la comtesse d'Agoult, encore à l'âge de la lune de miel ... C'est un document d'un romantisme spécial où l'on cherche la trace d'un procédé d'écriture voltairienne.

La présentation typographique est très heureusement comprise. Teinte douce de la couverture, caractères et ornements fouillés à la mode de 1830, soigneuses reproductions en hors texte de portraits, de lithographies, de caricatures, de gravures ayant paru avec l'édition originale ou contemporaines de sa parution, dénotent chez les éditeurs un souci formel d'exactitude. Le major va être à tous points de vue, outre -Styx, bien content de la réédition de sa petite « vengeance », tirée sur beau papier français. Gageons qu'aucun éditeur de chez nous ne va rééditer pour notre plaisir « Xe *Lettre* » dont la balistique laissa définitivement fort désemparé le brillant spécialiste des grosses armes de combat.

CCCXII. — R. THIÉBAUT. **Le Roseau de Trapani.** — Roman. Un vol. 12 × 19. Ed. le Rouge et le Noir. Paris, 1930.

Notre confrère méridional a bâti avec ingéniosité une intrigue vivement romanesque qui est une bien étrange contribution à l'étude difficile du cœur féminin. Il décrit avec une louable discrétion les obscurs cheminements d'une passion louvoyant du simple au complexe, du roturier au gentilhomme époux, du gentilhomme au pâtre, du pâtre au mari, sous la double influence d'une flûte de roseau (redoutable symbole de maléfice ou d'envoûtement) et d'une psychose gravidique qui excuse et remet en ordre à point nommé la difficile situation apparemment inextricable où l'héroïne est jetée ; et il y a une bien amère conception de l'ordre sentimental de nos vies dans ce tableau poussé au noir avec justesse à travers la tourmente de la guerre, d'une existence transplantée des forêts calmes des Vosges hantées par le souvenir de Barrès aux paysages ardents du Lauragais, où le roseau de Sicile module son aigre chanson et son sortilège.

CCCXIII. — Max BEERBOHM. **Zuleika Dobson.** — Traduction et préface de Philippe Néel. Roman. Un vol. 12 × 19. Collection : Le Cabinet Cosmopolite. Editions Stock. Paris, 1931.

Cette satire très drôle de vénérables institutions anglaises est très caractéristique d'un genre peu suivi chez nous : le roman froidement burlesque. Cette jeune enfant, artiste de music-hall, [petite-fille du grave recteur de Judas : un des collèges d'Oxford], qui tourne la cervelle et conduit à un suicide collectif le jour des célèbres régates tous les étudiants du collège, nous déconcerte par l'alliance de vraisemblance et de grotesque de ses actes. Le Duc, jeune lord, sur lequel elle a plus spécialement jeté son dévolu, et qui effectue le plongeon final en costume d'apparat de l'ordre de la Jarretière (1), est amusant de solennité ... Ce persiflage doit avoir été peu goûté de l'autre côté de la Manche et il contient cependant, au courant de cette longue blague à froid, que l'héroïne part poursuivre à la fin du livre à Cambridge, d'amusants traits d'humour d'une très pénétrante observation.

CCCXIV. — Victor SERGE. **Naissance de notre force.** Un vol. 12 × 19. Collection Prosateurs français contemporains. Ed. Rieder, Paris 1931. 15 fr.

Quelle âpre puissance de révolte, de haine dans la sincérité des accents de ce livre. Quelle douloureuse compréhension de la sensation animale qui fait rageusement de l'homme une brute déchaînée. Trois panneaux dans l'œuvre : une ville d'Espagne où gronde la révolution (2) ;

---

(1) Le Bain était plus indiqué !

(2) Je vous parlerai la semaine prochaine du magnifique reportage d'Henri BÉRAUD : « *Emeutes d'Espagne* ».

Paris pendant la guerre ; puis la Russie où les lois brûlent. Le style est d'une vigueur de pamphlet déchaîné avec une admirable vérité des images, et l'on dirait qu'il a été écrit par un Barbusse qui aurait recueilli d'atroces confidences de malheureux exaspérés, de pauvres vies qui se débattent. Abstraction faite de la trame politique du livre, voyez quelle saisissante exactitude anime les pages :

« *Le port se peuple de feux. La carène noire se dresse à quelques mètres du quai, plus abrupte qu'un roc. Des barques bougent sur l'eau qui est d'encre plate, écaillée ça et là de courbes phosphorescentes. Les phares s'allument. Un feu vert cligne à l'autre bout du bassin, entre deux buissons droits de mâtures* ». — « *J'arrivai là en pleine nuit. Les ténèbres régnaient sur la ville, mais parfois l'on discernait dans quelque fenêtre la lueur incertaine d'une veilleuse: des gens veillaient là. Je butai sur une place devant l'Opéra, à une carcasse de cheval gisant au pied d'un monument indistinct, entre deux tas de neige durcie. De loin en loin un coup de feu se répercutait longuement dans le silence aussi profond que les ténèbres. Quelque marin gardant un dépôt de bois tirait tout à coup sans savoir pourquoi. Il n'y avait pas d'étoiles. Le néant semblait s'étendre sur la ville et doucement, irrésistiblement dans un vertige glacial l'attirer à lui ; les pierres noires et la neige confondues allaient s'évanouir...* »

CCCXV. — Jean-Louis VAUDOYER. **D'Athènes à la Havane, via Berlin.** — Un vol. 12 × 19. Collection Choses vues. Editions Plon. Paris 1931. 15 fr.

Les paysages qu'évoque J.-L. Vaudoyer ont plus de sérénité. En Grèce, il aborde les vestiges du passé avec un respect de « fort en thème ». Il lutte avec plus de conviction que Duhamel contre cette obsédante interposition de la Grèce moderne. Mais avec l'élégante application de son esprit, nourri aux sources les plus pures de l'héllénisme, il s'évade avec assez de facilité des rappels impérieux du présent. Son archéologie, vivante, poétique a une parfaite pureté de lignes. Son voyage sentimental ne nous déçoit pas : Vaudoyer n'est pas comme Lacretelle dupe de son illusion et l'effort de sa reconstruction intellectuelle est d'une légèreté souple, fleurie d'arabesques, comme une rêverie. Sa description de l'Allemagne est plus froide : il ne communie plus avec son modèle géographique, il décrit avec son talent coutumier, mais ses observations sont plus objectives. Il y a cependant même dans cette partie du livre de fort belles pages telles celles de ce concert funèbre, concert noir donné par la macabre imagination tudesque, dans une salle de spectacle tendue de noir et de silence à la mémoire d'un chef d'orchestre disparu. Et dès qu'il retrouve l'Espagne, le soleil, la mer bleue, son âme de latin s'éveille à nouveau. Ses escales espagnoles ont une vie colorée, bruissante, où s'en donne à cœur joie son exubérante nonchalance. Il recrée avec un luxe précis d'images toujours justes l'atmosphère, la couleur, les caractères propres du paysage que captent ses sens, et s'il s'excuse à la fin de ses esquisses havanaises de leur possible imperfection je crois qu'il ne faut voir dans cette restriction mentale qu'une dernière coquetterie, machiavéliquement modeste, d'un écrivain très sûr de sa plume.

CCCXVI. — Pierre FRONDAIE. **Le voleur de femmes.** — Un vol. 12 × 19. Ed. Emile-Paul. Paris, 1931.

Bon roman, bien construit, dramatique où un cynique individu pille des cœurs comme au cinéma, avec une perfection de crapulerie, de couardise que Frondaie dessine avec l'habileté d'un « auteur » maniant avec virtuosité le coup de théâtre, la surprise et le cœur accéléré de ses lectrices.

CCCXVII. — V. MUSELLI. **L'étrange Interview.** — Un vol. 13 × 17 tiré à 96 exemplaires sur pur fil Lafuma. Collection Rara Avis. Ed. de la Belle Page. Paris, 1931.

Muselli qui fera paraître (si j'en crois de vagues informations) au début de 1932 un volume de poèmes s'amuse très aimablement de ses contemporains en prenant le truchement ingénieux d'un désincarné et du guéridon complémentaire. Avec les contemporains et par le même procédé détourné sont visés et « touchés » François Coppée et sa prosodie. Les guéridons ont beaucoup d'esprit quand un poète les met virtuellement en danse pour « bêcher » les plates-bandes de ses frères nourriciers.

Varia *. — Dans le *Mercure de France* du 1er mai une amusante étude sur la « bande Picasso » blottie (si l'on peut dire blottie en parlant de gens aussi phénoménalement bruyants) au 13 de la rue Ravignan. Il y avait là van Dongen qui ne laminait pas encore sur toile le grand monde, Mac Orlan qui s'appelait encore Dumarchais, Cremnitz. Aux marges de la bande, Utrillo, Marie Laurencin tendrement appuyée à Apollinaire ... Les souvenirs de F. Olivier ont un piquant que l'on devine très naturel. Dans le même numéro la « Figure » de Lucie Delarue-Mardrus, fougueusement delinéée.

* *Jazz* consacre au Nudisme, qui continue à faire un tapage d'enfer un numéro où se détendent les esprits de Joseph Delteil, Fernand Divoire, Rachilde, Paul Reboux, Jules Romains (évidemment !). Le texte est assaisonné de photographies humoristiques et artistiques (telles celles de Verneuil) très agréablement choisies. La fameuse collection de Déguimont a été mise aussi à contribution et ce petit détail lui-même suffit à aggraver cette impression de *calque* des nos spéciaux du

Crapouillot que donne l'ensemble, réussi d'ailleurs, de la présentation.

* Dans un autre ordre d'idées, le Dr *Delteil* (d'Agen) publie un magistral *Rapport* sur la Lutte anti-tuberculeuse qu'il dirige dans son département. Quoiqu'en pensent quelques esprits chagrins, elle se révèle *efficace*. Le rapporteur est d'ailleurs particulièrement brillant.

* Je vous signalerai avec détails, très prochainement, une belle édition de la *Rabouilleuse* de Balzac, et une autre bien belle aussi des *Choses voient*, qui toutes deux attendent leur tour.

4 mai 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat médical de Colmar

Je me permets de vous adresser un vœu émis par l'Assemblée générale des délégués de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace le 3 mai 1913.

Je suppose que vous connaissez un peu la législation en vigueur chez nous. Vous savez que la loi accident est pour ainsi dire un avenant à la loi assurance-maladie car les accidentés du travail reçoivent leurs soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers pendant les treize premières semaines par les Caisses de malades. Les corporations (assurances-accidents) n'entrent en fonction qu'à partir de la quatorzième semaine. Comme l'ouvrier supporte 2/3 des cotisations et le patron seulement 1/3 pour l'assurance-maladie il s'ensuit que les soins des accidentés du travail sont supportés pendant les treize premières semaines pour 2/3 par les salariés. Ce principe est en contradiction absolue avec le principe fondamental de la loi du 9 avril 1898, aussi les Caisses de malades chez nous sont-elles tombées d'accord avec les corporations (assurances-accidents) sur la question des frais.

Un projet de loi doit être déposé prochainement au bureau de la Chambre, qui prévoit le rembourseboursement par lesdites corporations des frais causés par les soins des accidentés du travail pendant les treize premères se-maines aux caisses de malades. De cette façon il serait créé une nouvelle loi valable seulement dans les trois départements recouvrés et l'ouvrier chez nous n'aurait encore pas le droit de choisir son médecin, car nos lois sociales ne sont pas basées sur le principe de ce libre choix. Par la création de cette nouvelle loi, l'introduction de la loi assurance-maladies invalidité du 30 avril 1930 serait encore retardée car l'introduction de cette loi doit être précédée par l'introduction d'une loi assurance-accident. Pour cette raison les syndicats médicaux de chez nous ont émis le vœu ci-joint que je vous prie de bien vouloir insérer dans votre journal avec le commentaire que je viens de vous donner.

Vu les art. 537 et seq. du Code des Assur. Sociales de 1911,

Vu la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898,

Vu le projet de loi Gross, déjà voté, par la Chambre des Députés et en instance devant le Sénat, projet qui modifie cette dernière loi,

Vu les tentatives récentes comportant que les soins aux accidentés du travail des trois départements recouvrés seraient entièrement remboursés aux Caisses de malades par les Corporations (Assur. Accidents),

l'Assemblée des délégués de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace rappelle et le vœu émis par cette Fédération le 28 avril 1929 et le vœu du congrès des Médecins d'Alsace et de Lorraine du 29 juin 1930, à savoir que la loi du 9 avril 1898 soit introduite d'urgence dans nos trois départements avec les modifications d'adaptation nécessitées par les lois en vigueur,

estime que le projet de loi en instance devant le Sénat pour modifier la loi de 1898 est la meilleure occasion de donner suite à ce vœu et d'apporter aux travailleurs en matière d'accidents du travail une législation à la fois plus libérale, plus équitable et plus généreuse,

prie instamment la Confédération des Syndicats médicaux français d'agir immédiatement dans ce sens auprès des Pouvoirs publics et de s'opposer à l'adoption de toute réforme limitée du code des Assurances sociales dont l'effet certain serait de retarder l'introduction dans notre région d'une législation manifestement supérieure.

Syndicat des Médecins du Médoc

Assemblée générale du 12 avril 1931, à Pauillac.

Présents. — Docteurs Adoue, H. Audoy, Fouchou-Lapeyrade, Granval, Laylavoix, Lepage, Meignié.

Excusés. — Docteurs Bos, Honton.

Absents. — Docteurs A. Audoy, Bachelerie, Destouesse, Donèche, Grabey, Jousset, Lenourichel, Mourlan, Queheille, Ozier, Rascol, Tourteau, Sauveroche.

I. — Les docteurs Borliachon et Laouilheau ayant quitté le Médoc ne sont plus membres du Syndicat.

II. — L'assemblée ratifie le choix du Dr Granval pour le Conseil de famille départemental à la place du Dr Laylavoix qui n'a pas l'âge minimum obligatoire, et la désignation du Dr Destouesse comme médecin contrôleur des caisses en remplacement du Dr Granval.

III. — Le secrétaire expose les questions importantes traitées à l'A. G. de la Confédération des 20 et 21 décembre 1930.

IV. — Le modèle de la formule de délégation rédigé par Me Chancogne, avocat-conseil de la Fédération, est approuvé et sera ajouté à nos statuts.

V. — Le contre-projet des caisses pour les hôpitaux de Bordeaux et du département est lu et repoussé. L'entente est faite entre les médecins et chirurgiens des hôpitaux et la commission administrative des hospices ; les caisses ont fait quelques objections ;les honoraires seraient : 4 fr. par journée de médecine ou de chirurgie pour toutes les catégories ; tarif syndical minimum diminué de 50 %pour la 5e catégorie dans les salles de chirurgie ; même tarif en médecine pour certaines interventions : ponction lombaire, ponction évacuatrice de la plèvre, ponction d'ascite, etc.

VI. — Le Dr Lepage signale le fonctionnement défectueux du service de recouvrements d'honoraires organisé par la Fédération ; cette plainte sera portée à la réunion d'avril.

Le Secrétaire,
Dr GRANVAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale propédeutique.** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Ce cours est organisé, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 8 juin au 4 juillet inclus, par M. le Professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BENDA, DE BERNE-LAGARDE, BERTIER, F. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, Mme GOUIN, MM. GRELLETY-BOSVIEL, HAAS, D'HEUCQUEVILLE, IMBERT, ISELIN, KOURISLKY, KUSS, G. LAURENS, LONJUMEAU, LOUSTE, DE MASSARY, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN, VIBERT et VIGUERIE.

CONFÉRENCES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Lundi 8 juin, à 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; à 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; conceptions anatomiques.

Mardi 9 juin, à 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; les formes anatomiques ; à 17 h. 30, M. DURAND : Bactériologie générale ; les voies d'infection.

Mercredi 10 juin, à 16 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; à 17 h. 30, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic.

Jeudi 11 juin, à 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Vendredi 12 juin, à 16 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques ; à 17 h. 30, M. LAURENS : La tuberculose du larynx.

Samedi 13 juin, à 16 h. 30, M. KOURILSKY : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Lundi 15 juin, à 16 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose pleurale ; à 17 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose des séreuses.

Mardi 16 juin, à 16 h. 30, M. KOURILSKY : Le foie des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. BORDET : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 17 juin, à 16 h. 30, M. DE BERNE-LAGARDE : La tuberculose rénale ; à 17 h. 30, M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire.

Jeudi 18 juin, 16 h. 30, M. DE MASSARY : Le système nerveux des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. PRUVOST : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 19 juin, à 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance ; à 17 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 20 juin, à 16 h. 30, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux ; à 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 22 juin, à 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques ; à 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques.

Mardi 23 juin, à 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 24 juin, à 16 h. 30, M. MIGNOT : Le pneumothorax artificiel ; à 17 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 25 juin, à 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats ; à 17 h. 30, M. TURPIN : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Vendredi 26 juin, à 16 h. 30, M. EVROT : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antitu-

berculeuse et des offices d'hygiène sociale ; à 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 27 juin : Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 29 juin, à 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 30 juin, à 16 h. 30, M. Bertier : Le traitement des complications ; à 17 h. 30, M. Bertier : Climatologie.

Mercredi 1er juillet : Visite d'un préventorium.

Jeudi 2 juillet, à 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Vendredi 3 juillet, à 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniques et radiologiques ; examens de laboratoire, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (S'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscriptions de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 8 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

— **Chaire de bactériologie.** (Professeur : M. A. Lemierre.) — M. le Docteur P. Gastinel, agrégé de bactériologie, fera à la clinique des maladies infectieuses (hôpital Claude-Bernard), une série de conférences tous les samedis à 10 heures pendant les mois de mai et juin.

Sujet des conférences : Acquisitions récentes sur quelques questions de bactériologie médicale en rapport avec la pathologie infectieuse.

— **Thèses.** — Mercredi 13 mai. — Jury : MM. Teissier, Legueu, Harvier, Cathala. — Krassilchik A. : Etude de la vaccinothérapie intra-veineuse dans l'épidydimite et le rhumatisme blennorragique. — Lelourdy J. : Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons.

Samedi 16 mai. — Jury : MM. Achard, Nobécourt, Chabrol, Gastinel. — Grabil M. : Recherches sur le rhumatisme gonococcique. Allergie et protéinothérapie. — Challe P. : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile. — Jacquet J. : Etude des anémies graves du nourrisson au cours de la première année.

Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Tiffeneau, Henry, Nicolas. — Adeline : L'intoxication par l'if à baies (Taxus bacaba).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Liste des candidats : MM. Azerad, Bariéty, Celice, Chevalley, Hillemand, Lambling, Péron, Pichon, Rachet, Ravina, Schulmann, Weissmann.

Consultation écrite. —MM. Celice et Azerad, 20 ; Pichon, Bariéty et Hillemand, 19 ; Lambling et Weissmann, 20 ; Chevalley, 19,45 ; Péron, 20 ; Ravina, 19,45 Rachet, 20.

Sont proposés, à la suite de ce concours à la nomination de médecin des hôpitaux, MM. Weissmann (40), Péron (40) et Célice (39,63).

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Liste des candidats :

MM. Banzet, Bernard, Fèvre, Huard, Leibovici, Menegaux, Reinold, Seille, Thalheimer, Welti.

Epreuve écrite. — MM. Huard, 16 ; Reinold, 14 ; Bernard, 18 ; Thalheimer, 20 ; Banzet, 18 ; Seille, 17.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Syndicat de la Presse périodique de Marseille, de sa région et des colonies.** *Premier Congrès National de la Presse périodique.* — Le 1er Congrès national de la Presse périodique de France et de ses colonies, organisé par le Syndicat de la Presse périodique de Marseille et des colonies aura lieu au cours de la Foire internationale de Marseille, et dans cette ville, les 25, 26, 27 et 28 septembre 1931.

Programme de travail. — Vendredi 25 septembre, **10 heures :** Assemblée plénière d'ouverture, présidée par M. le sous-secrétaire d'Etat au Tourisme ; **11 h. 30 :** Réception par la municipalité de Marseille ; **14 h. 30 :** Réunion des commissions. — 1° Commission administrative: *a*) Création d'une Fédération nationale des Syndicats de la presse périodique de France et des colonies ; *b*) Création de jurys d'honneur régionaux susceptibles de régler les différends sortant du cadre de la critique ; *c*) Désignation de la ville où se tiendra le Congrès de 1932. — 2° Commission de Prévoyance : *a*) Création d'une Maison de retraite pour les journalistes de la presse pé-

riodique ; *b*) Rapport sur les caisses de retraite, existantes ou à créer, auprès des différents Syndicats de presse périodique ; *c*) Les assurances sociales et la presse périodique. — 3° Commission de perfectionnement : *a*) Achat en commun de papier, soit par région, soit par ville ; *b*) Rapport sur les permis à tarif complet et demi-tarif sur les chemins de fer français (Réseaux Alsace-Lorraine et Afrique du Nord compris) ; *c*) Rapport sur l'assimilation des journaux périodiques aux journaux quotidiens pour les taxes télégraphiques ; *d*) Questions fiscales.

Le Commissaire général désignera les rapporteurs généraux, qui présenteront leurs conclusions devant l'Assemblée générale de clôture.

Samedi 26 septembre, 9 heures du matin : Travaux des Commissions ; 11 h. 30 : Réception es congressistes par le Conseil général des Bouches-du-Rhône ; 14 h. 30 : Assemblée plénière de clôture.

Dimanche 27 septembre , *Matin* : Visite des ports, offerte par la Chambre de commerce de Marseille ; *Midi* : Grand banquet de clôture. (Le comité de la Foire internationale de Marseille a eu la délicate attention d'offrir aux congressistes le banquet de clôture du Congrès,qui est placé sous la présidence de M. Fernand Bouisson, député des Bouches-du-Rhône, président de la Chambre, et rehaussé par la présence effective de M. le ministre de l'Instruction publique, et de M. le sous-secrétaire d'Etat au Tourisme) ; *Après-midi* : Visite individuelle de la Foire.

Lundi 28 septembre, *Matin* : Excursions diverses à Marseille et en Provence ; 15 heures : Réception des congressistes à bord d'un bâtiment des Messageries maritimes et promenade en mer.

Cotisation : 100 francs. Clôture des inscriptions le 31 juillet 1931. Adresser la correspondance du Congrès : à M. le Commissaire général, 13, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône).

— **Doctoresse de race noire.** — Mademoiselle Salvage, une jeune africaine de pure race noire, vient d'être reçue docteur en médecine de l'Université d'Edimbourg.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien** (44, rue de Lisbonne, Paris, 8e.) *Service de Sérologie.*— Le laboratoire central de sérologie de la Ligue nationale française contre le péril vénérien est à la disposition de tous les médecins pour faire les examens sérologiques nécessaires au diagnostic et au contrôle du traitement de la syphilis.

Pour les malades envoyés par leur médecin, les prises de sang sont faites :

Au dispensaire Broussais, 29, rue Dareau, Paris, 14e, les lundis et jeudis, de 13 h. 30 à 14 h. 30 ; les mercredis, de 17 heures à 18 heures ; les samedis, de 14 heures à 15 heures.

Au dispensaire Victor-Hugo, 84, boulevard Victor-Hugo, Saint-Ouen, les mardis, mercredis et vendredis, de 9 h. 30 à 10 h. 30 ; les samedis, de 14 h. 30 à 15 h. 30.

Les médecins peuvent faire eux-mêmes les prises de sang, soit à leur cabinet, soit au domicile du malade. Les tubes nécessaires leur sont envoyés sur demande faite au laboratoire central de Saint-Ouen. La prise de sang effectuée, le tube à prélèvement doit être envoyé par la poste au laboratoire, en y joignant un bulletin de demande d'examen portant toutes les indications nécessaires. Les tubes à prélèvement peuvent être remis aux dispensaires Broussais ou Victor-Hugo, aux jours et heures indiqués ci-dessus.

Il est dû au Laboratoire une redevance de 60 francs par examen, à moins que le médecin n'en demande expressément la gratuité par écrit ; dans ce cas, seuls les frais de poste doivent être payés.

Les résultats des examens ne sont communiqués qu'au médecin qui a fait la demande et jamais directement au malade. Une enveloppe affranchie portant le nom et l'adresse du médecin traitant doit toujours être fournie pour la réponse.

— **Naissances et avortements à Leningrad.** — Les naissances diminuent à Leningrad. En 1926, il y eut 27,8 naissances pour mille habitants ; en 1927, 24,7 ; en 1928, 22,6 ; en 1929, 21,9. La mortalité dans la même ville et pendant les mêmes années a été de 14,4, 16,6, 14,4, 15,0. L'augmentation de la population diminue : par mille habitants, elle fut en 1926, 13,4 et en 1928 8,2 ; en 1929, 6,9. Ces renseignement sont tirés de la revue *Hygiène et santé*. D'après la même source, la diminution est causée par l'augmentation des avortements pendant ces dernières années. A Leningrad, il y eut en 1927, 35.523 avortements, c'est-à-dire 21,83 par mille habitants. En 1928, 53.562, c'est-à-dire 31,51 par mille. En 1929, 67.000, c'est-à-dire 36,61 par mille.

La section sanitaire de Liningrad a dépensé en 1929 environ 1.200.000 roubles pour les avortements. Le nouveau tarif est le suivant : les personnes dont les ressources pour chaque membre de la famille sont de 15 roubles par mois ne paient rien. Les personnes dont les ressources sont de 16 à 20 roubles pour chaque membre de la famille doivent payer 8 roubles. De 20 à 30 roubles, 13 roubles ; 31 à 40 roubles, 20 roubles ; de 41 à 70 roubles, 23 roubles ; de 71 à 100 roubles, 28 roubles ; de 101 à 150 roubles, 35 roubles. Si les ressources sont supérieures, le prix est de 40 roubles. On a décidé de simplifier les formalités pour obtenir la permission de provoquer l'avortement.

Kolobachklin.

(Traduit de *Heroldo de Esperanto*, 20 mars 1931).

— **Une « Journée de protection de l'enfance ».** — Organisée par le Comité français de l'Union internationale pour la protection de l'enfance, à Strasbourg, le 4 octobre 1931, sous la présidence du Professeur Rohmer, la Journée sera consacrée exclusivement à la question suivante : « Organisation méthodique de la protection maternelle et infantile en France » Rapporteur : Docteur Rocaz, Bordeaux ; Co-rapporteurs : 1° Docteur Gigot et Mlle Delagrange, Paris ; 2° Docteur Strauss, Strasbourg.

— **IIe Congrès international de la lumière** (Copenhague, 15-18 août 1932.) — Le Comité organisateur de ce Congrès a pour président, le Dr Axel Reyn, directeur de l'Institut Finsen. Secrétaire général : Dr Kissmeyer, Kronprinsengade, 1, Copenhague.

Les questions suivantes seront à l'ordre du jour :

1° Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière. — Rapporteurs : MM. Brody (France) et Miescher (Suisse).

2° Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer ? — Rapporteurs : sir Henry Gauvain (Angleterre) et Jesionek (Allemagne).

3° Bases et organisation des recherches hélio-climatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique. — Rapporteurs : MM. W. Hausmann (Autriche) et A. Rollier (Suisse).

4° Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets. — Présenté par M. Saidman (France).

— **Premier Congrès national de service social de l'enfance.** — Ce Congrès se tiendra du 20 au 26 septembre à Buenos-Aires.

Les questions à l'ordre du jour sont : Etude des problèmes médico-sociaux relatifs à l'enfance. — Problèmes intellectuels, moraux et spirituels de l'enfance. — Assistance sociale aux anormaux et aux enfants délinquants. — Noms des principales sociétés de protection de la mère et de l'enfant : méthodes employées. — Travail de l'enfant et de la mère dans l'industrie. —

Principaux moyens pour créer un service social de l'enfance. Fiches médicales. Infirmières visiteuses. — Création d'un dispensaire central du service social et d'un fichier central d'assistance pour la mère et l'enfant.

Pour tous renseignements, s'adresser Cruz Blanca del Consejo nacional de Mulieres, Chargas 1188 à Buenos-Aires.

— **Vœux du Parti social de la santé publique concernant la propreté des gares et des trains.** — I. *Vœu concernant la propreté des trains et des gares.* — *a*) Pour les trains : 1° *Le Parti social de la santé publique* émet le vœu que la propreté des trains soit assurée d'une façon permanente ;

2° Que des inspections soient faites à cet égard régulièrement à certains arrêts et en cours de route par le personnel roulant ;

3° Que des nettoyages des compartiments soient effectués chaque fois qu'il en est besoin ;

4° Que la désodorisation des W.-C., soit absolue ;

5° Que chaque wagon soit muni d'une boîte métallique à papiers et à ordures. Le décret du 11 novembre 1917 interdit en effet aux voyageurs de rien jeter par les portières, et l'on sait que les reliefs des repas pris dans les compartiments y produisent des émanations nauséabondes qui incommodent les voyageurs.

Le Parti social de la santé publique demande que, dans les nouveaux trains, une boîte spéciale destinée à recueillir tous les détritus soit placée sous les wagons, et surmontée d'une trémie à couvercle.

b) Pour les gares :

Le Parti social de la santé publique demande que la propreté des gares soit assurée de la même manière que les trains, dans la partie des gares mise à la disposition du public et principalement dans les salles d'attente.

Il demande une propreté exemplaire des W.-C., avec désodorisation absolue, et un nettoyage surveillé des quais.

Sanctions. — Considérant que les voyageurs peu soigneux donnent un surcroît de travail aux agents de la compagnie, et de ce fait causent à cette dernière un accroît de dépenses, le parti social de la santé publique demande que la compagnie puisse appliquer elle-même une sanction immédiate à tout voyageur compromettant la propreté. Il estime qu'un contrôleur assermenté devrait être en état de dresser un procès verbal à tout contrevenant et de toucher immédiatement l'amende infligée. Cette façon de percevoir les amendes se fait d'une façon très satisfaisante à l'étranger, et l'on pourrait réclamer par exemple, 5 francs aux voyageurs de 3e classe, 10 francs aux voyageurs de 2e classe, 15 francs aux voyageurs de 1re classe, qui ne tiendraient pas compte des règlements concernant la propreté.

II. *Vœu concernant la contagion dans les trains* : 1° Transport des voyageurs tuberculeux : Le Parti social de la santé publique émet le vœu que, sur les lignes conduisant aux principales stations de cure sanatoriale, le transport de tuberculeux soit assuré, au moins deux fois par semaine, par des trains comprenant un ou deux compartiments spéciaux permettant l'isolement de ces malades.

2° Transport des voyageurs atteints de maladies contagieuses diverses : Le Parti social de la santé publique émet le vœu que les personnes atteintes de maladies contagieuses, et dans l'obligation de voyager pour des raisons de force majeure, soient tenues de présenter au chef de la gare de départ un certificat médical établissant qu'elles sont atteintes d'une maladie contagieuse. Sur la présentation de ce certificat, le chef de gare devra mettre à la disposition de ces personnes une place réservée dans un compartiment spécial qui devra être aménagé de manière à éviter toute contagion possible durant le trajet et pouvoir être soumis facilement à la désinfection.

Le Parti social de la santé publique suggère qu'un demi-compartiment d'isolement soit aménagé à chaque extrémité d'un wagon, et que chacun de ces demi-compartiments comporte une place pour un contagieux suffisante pour lui permettre de s'étendre, et un lavabo W.-C.

Le prix des billets délivrés aux contagieux ne devra naturellement comporter aucune majoration, sous peine d'inciter les malades à ne pas faire leur déclaration de contagion.

— **XVIIIe Congrès annuel d'hygiène** (Paris, Institut Pasteur, les 12, 13, 14 et 15 octobre 1931.) — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précéedentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 12, mardi 13, mercredi 14 et jeudi 15 octobre 1931, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Lesage, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1931.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — L'activité du Congrès sera concentrée sur deux questions : I. Protection des populations civiles contre les gaz de combat ; II. Hygiène et hygiénistes dans le cadre des assurances sociales.

— **XLIVe Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.** — Le XLIVe Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Paris du 19 au 24 octobre 1931. Le rapport présenté sera : la bronchoscopie (état actuel de la question),, par MM. André Bloch et André Soulas.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Liébault, 9, rue des Saussaies, Paris.

— **Congrès d'urologie.** — Le XXXIe Congrès français d'urologie se réunira à Paris en octobre prochain, du mardi 6 au samedi 10 inclus, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le rapport annuel sera présenté par MM. Chabanier et Lobo-Onell et aura pour sujet l'acidose rénale.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au secrétaire général, M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

d'allaitement si elles sont privées de ressources suffisantes. Elles peuvent recevoir en outre, les soins d'accouchement dans les conditions de la loi sur l'assistance médicale gratuite. (*J. O.*, 6 mai 1931.)

Dangers d'incendie des amphithéâtres du P. C. N.

11821. — M. César Chabrun demande à M. le Ministre de l'Instruction publique quelles mesures il compte prendre pour assurer l'évacuation des amphithéâtres du P. C. N., rue Cuvier, en cas d'incendie, étant donné : *a*) que les amphithéâtres sont construits en matériaux éminemment combustibles ; *b*) que, dans leur voisinage immédiat, passent des canalisations d'acide sulfhydrique et de gaz d'éclairage des laboratoires ; *c*) que la porte ne permet aux trois cents élèves qui travaillent normalement dans un laboratoire de sortir que un par un. (*Question du 14 février* 1931.)

Réponse. — Il y a, dans les amphithéâtres du P. C. N. trois portes, une dans le haut, par laquelle entrent et sortent normalement les élèves, et deux dans le bas, communiquant avec les locaux dans lesquels sont préparées les expériences en cours. En cas d'incendie, les élèves pourraient quitter l'amphithéâtre par ces trois portes. La dernière partie de la question semble se rapporter, non pas aux amphithéâtres, mais à un laboratoire de travaux pratiques. Dans ces laboratoires, il y a deux portes, et elles permettent aux élèves de sortir dans un délai relativement bref. Ces questions de sécurité n'ont d'ailleurs pas échappé à la vigilance de l'administration qui fait étudier les mesures à prendre. (*J. O.*, 8 mai 1931.)

Situation des assurés sociaux après six mois de maladie.

12369. — M. Roche expose à M. le Ministre du travail qu'un assuré obligatoire, malade depuis le 1er octobre, ne sera pas, en raison de la gravité de son état, rétabli le 1er avril 1931 et lui demande : 1° quelle sera sa situation à partir de cette date ; 2° s'il aurait droit à l'invalidité ; et, dans le cas de la négative, si l'on ne peut envisager une mesure transitoire comme pour l'assurance-maternité. (*Question du 19 mars* 1931.)

Réponse. — 1° et 2° Conformément à l'article 4, paragraphe 8, et à l'article 5, paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930, un assuré obligatoire ne peut prétendre, au titre de l'assurance-maladie, aux prestations en nature et en argent que pendant les six mois qui suivent la première constatation médicale de la maladie. D'autre part aux termes de l'article 11 de la même loi, pour pouvoir invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie. Un assuré obligatoire en traitement depuis le 1er octobre 1930 et non guéri au 1er avil 1931 ne peut donc plus, depuis le 1er avril 1931, recevoir de prestations pour sa maladie en cours. Les termes de la loi étant formels, il n'est pas possible d'envisager une application anticipée de l'assurance-invalidité. (*J. O.*, 6 mai 1931.)

Aux Confrères que la maladie et l'infirmité ont rendus malheureux

Vous avez lu dans le *Concours Médical* du 19 avril le récit de la vie malheureuse et de la mort tragique de notre confrère Racine, aveugle à 24 ans, récemment écrasé par une automobile, et l'appel émouvant que le Docteur Noir nous adresse avec sa bonté, en faveur de cette petite famille si éprouvée.

C'est à vous, confrères que la maladie ou l'infirmité a réduits comme lui, comme moi, à la pauvreté ou à la misère, que je m'adresse pour vous dire, avec tout mon cœur : il faut nous connaître ; il faut connaître, avant qu'ils soient morts, les malheureux confrères qui peinent, luttent durement et peut-être désespèrent ! Il faut nous dire fraternellement nos infortunes, chercher ensemble les moyens, sinon de nous guérir, au moins de nous soulager, nous fournir réciproquement des renseignements, chercher ensemble à améliorer notre sort en mettant en commun nos connaissances, nos relations ; nous aider *par des services rendus* plus que par des secours d'argent, mais utiliser ceux-ci si c'est nécessaire et s'ils viennent ; partager nos lassitudes et nos courages et nous aider à ne pas fuir le dos rond devant l'épreuve, mais à lui faire face résolument pour la vaincre ; et si malgré nos efforts, notre sort ne s'améliore pas, chercher courageusement à lui faire produire du bien malgré lui, nous élever au-dessus de notre pauvreté et de notre faiblesse corporelle, pour devenir riches d'âmes, et vivre dans la paix malgré les épreuves ! Vous savez bien d'abord qu'on souffre moins quand on a dit à un ami ses souffrances, qu'on est plus fort quand on lutte en commun, qu'on se comprend bien et qu'on s'aime mieux quand on se sent unis par la peine !

Voulez-vous que nous nous communiquions nos adresses et qu'à l'exemple de certains groupements de malades, nous fassions circuler entre nous un cahier dans lequel chacun à tour de rôle ferait connaître aux amis sa situation, ses tentatives, ses projets, donnerait des conseils ou en demanderait ? Pour nous qui avons vu avec tristesse s'éloigner des amis, l'arrivée de ce cahier serait une visite ailée, un rayon de soleil et un réconfort, peut-être une aide véritable. Voulez-vous essayer ?

Si mon projet vous plaît, écrivez-moi : je ne puis livrer mon nom en public, mais le *Concours* ne refuserait pas de transmettre vos lettres, et j'y répondrai, soyez-en bien assurés, avec tout mon cœur et tout mon dévouement. Mais pour commencer, si vous n'avez pas à cause de votre gêne, envoyé votre obole en faveur de la petite famille de Racine, donnez quand même : si mi-

nime que soit votre don ! S'il est vrai que toute faute porte en soi son châtiment, tout acte de désintéressement porte en germe aussi sa récompense : soulagez, et un jour vous serez soulagés !

Dr L.

(Pour réponses, écrire : Dr L. L.
Auteur de la lettre « Aux confrères que ... »
Bureaux du *Concours Médical...*).

NOTES ET SOUVENIRS

Par le Dr Pierre Maurel (de la Bourboule).

Péan

Il était grand et fort, taillé en Hercule. Il était magnifique et un peu suranné dans son éternel habit noir. Les siens avouaient qu'ils ne l'avaient jamais vu autrement habillé !

Un souvenir amusant : avec ce même habit noir, il menait ses belles battues du château des Boulayes. Il est vrai qu'il s'enveloppait d'une pelisse. Au déjeuner, il l'enlevait pour présider en cette tenue du soir à des tablées de chasse où brillaient des personnalités de tous les mondes, en plus d'un lot de distingués médecins plus ou moins officiels. A cette époque, il était candidat à l'Académie. Mais il était aussi accueillant pour de moindres confrères. Il leur resta toujours fidèle et dévoué. Les mauvaises langues diront que c'était par intérêt. Tant d'autres, dans les mêmes circonstances, n'ont pas cette gratitude !

A sa consultation, quand il apparaissait dans ce costume avec sa haute et massive stature, son large visage glabre encadré de favoris, il faisait impression sur les clients qui, angoissés de leur mal et énervés d'attente, remplissaient le salon. Avec son savoir faire intuitif, il ouvrait la porte de son cabinet à deux battants et s'y encadrait puissant et solennel.

Sa clientèle était innombrable et de tous genres. On venait de partout, attiré par sa réputation et ce nom qui retentissait comme un écho du chant grec de triomphe et de gloire. Tel venait prendre sa place dès les premières heures de la matinée qui, le soir vers les 6 heures, sortait furtivement du salon pour venir dans l'antichambre s'informer auprès du fidèle valet de chambre s'il avait des chances de « passer » avant de reprendre son train pour sa lointaine province.

Et à l'hôpital, dans ce vieux et toujours actif Saint-Louis, il arrivait dans son vaste coupé. La lourde voiture était traînée par deux carrossiers conduits par le légendaire cocher à chapeau bordé d'un large galon d'or. Il restait tapi dans le coin de la voiture flanqué de son secrétaire à

qui il dictait incessamment ses « travaux scientifiques » comme il disait.

Et ainsi, il attendait ses internes qui venaient, comme au rapport, lui donner des nouvelles du service. Ses internes ! Il leur laissait une grande liberté. Il leur demandait aussi de prendre en détail des observations pour ses volumes de « cliniques de l'hôpital Saint-Louis », gros travail qu'il rémunérait largement. Débordé par la clientèle, il n'avait pas le temps d'écrire. Il parlait plutôt et comment ! C'était surtout un homme d'action, un couteau de génie, si l'on peut dire.

Parfois, il faisait un tour dans ses salles mais il fallait une raison importante car il était toujours pressé sans en avoir l'air. Outre sa clientèle, il avait ses opérations à sa Maison de santé où il faisait, à ses frais, les laparotomies de l'hôpital. A cette époque, les services hospitaliers étaient mal équipés pour de grandes interventions. Il était très généreux avec les pauvres s'il était exigeant pour les riches.

Il ne vivait que pour opérer. Il répondait à tout appel, sans se spécialiser malgré qu'il fût un précurseur de certaines méthodes opératoires. Une de ses phrases préférées était qu'un chirurgien « un peu occupé » devait tout voir et savoir tout faire. Matinée, après-midi et même soirée étaient remplis de son activité formidable.

Aux dîners qu'il offrait chaque année à son service il n'arrivait parfois que vers la fin du repas. Il était alors remplacé par Mme Péan qui recevait avec sa bonne grâce naturelle et coutumière. Ces dîners ! Le maître ignorait parfois le nom et le nombre exact de ses élèves. On dressait alors une grande table très luxueusement servie qui n'était pas toujours complètement garnie..., si on avait mal calculé le nombre des convives possibles. Cependant, la légende rapporte que certains loustics amenaient parfois un camarade étranger au service ! Le maître tendait une main largement ouverte aux arrivants dont il ne reconnaissait que quelques-uns et qu'il gratifiait tous de son appellation habituelle : Mon bon ami ! Et après le dîner, on installait les jeunes convives autour de tables de jeu pour faire « une petite partie ». Le maître circulait et de sa bonne voix de stentor disait à ceux qu'il voyait gênés : « Voilà un peu de monnaie, mon bon ami » et très simplement, il laissait tomber quelques louis. On en voyait à cette époque !

Parfois, il disparaissait pour se rendre à un appel imprévu. La voiture était restée attelée dans la cour, de même que pendant les consultations au cas où il aurait eu à se dérober un instant pour un cas urgent. Il ne pensait qu'à la chirurgie. C'était toute sa vie extérieure. Il semblait ne s'en distraire jamais, ni se reposer un instant. Quel puissant organisme.

Le samedi, jour d'opérations à Saint-Louis, il faisait un tour dans les salles, toujours en habit, coiffé d'une calotte de velours et ayant endossé un vaste pardessus. Pas de blouse ni tablier. Il désignait les cas à opérer, s'en remettant souvent à ses internes. Ceux-ci lui présentaient les malades avec l'observation qu'il lisait à l'auditoire avant d'intervenir. Alors commençaient ces fameuses matinées opératoires de Saint-Louis.

Une serviette autour du cou pour préserver le plastron, sans blouse ni même manches, il faisait les opérations les plus sanglantes sans tacher ses manchettes ou presque. Et ses larges mains manœuvraient avec une dextérité admirable au milieu du fouillis innombrable de « ses » pinces, et malgré un index rétracté à la suite d'une piqûre anatomique. A cette époque héroïque, il n'y avait ni gants ni masque. L'auditoire était composé d'étudiants mais surtout de médecins et d'étrangers. Quelques-uns venaient comme au spectacle avec des jumelles et tous s'étageaient serrés sur les gradins de cet amphithéâtre sale et poussiéreux.

C'était un défilé incessant et rapide des cas les plus variés.

Toujours calme et de grand sang-froid, bien que parlant sans cesse, le maître opérait jusqu'à 6 ou 7 malades de suite, au moins : interventions graves et longues ou courtes et légères. Et c'est alors que, sans y prendre garde, tout en opérant et sans s'arrêter, il lançait d'une voix un peu lourde ses célèbres aphorismes qui sont devenus classiques dans leur simplicité excessive et un peu déformée. Le maître, fils de paysans de Beauce, avait la finesse un peu mâtoise de ses ascendants et du bon sens, en plus de son génie chirurgical.

Malgré toutes ses originalités (qui n'en a, surtout dans les sphères du génie ?) il fut et reste une grande figure dans l'histoire de la chirurgie. On commence à s'en rendre compte et à lui rendre justice aujourd'hui. Mais il eut des ennemis acharnés parmi les plus grands de ses contemporains qui le jugeaient avec une dure sévérité, et parfois un parti-pris extrême. Sa campagne pour entrer à l'Académie fut épique, avec ses difficultés multiples, ses intrigues passionnées, et ses roueries tenaces. Malgré tout, il continua sa route, impassible du moins en apparence, répondant parfois par de gros coups de boutoirs. Il réussit à dominer ses adversaires et à triompher.

Quand vint l'âge de la retraite, il ne voulut pas s'arrêter et il fonda l'hôpital qui porte son nom, en face de cette statue, où toujours en habit et en pelisse, il semble encore faire une de ses petites leçons, près de cette maison de santé où il édifia sa belle œuvre d'illustre chirurgien. Abattu par une pneumonie, il tomba tout d'un coup en pleine sève comme un grand arbre dans la forêt.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LES STUPÉFIANTS

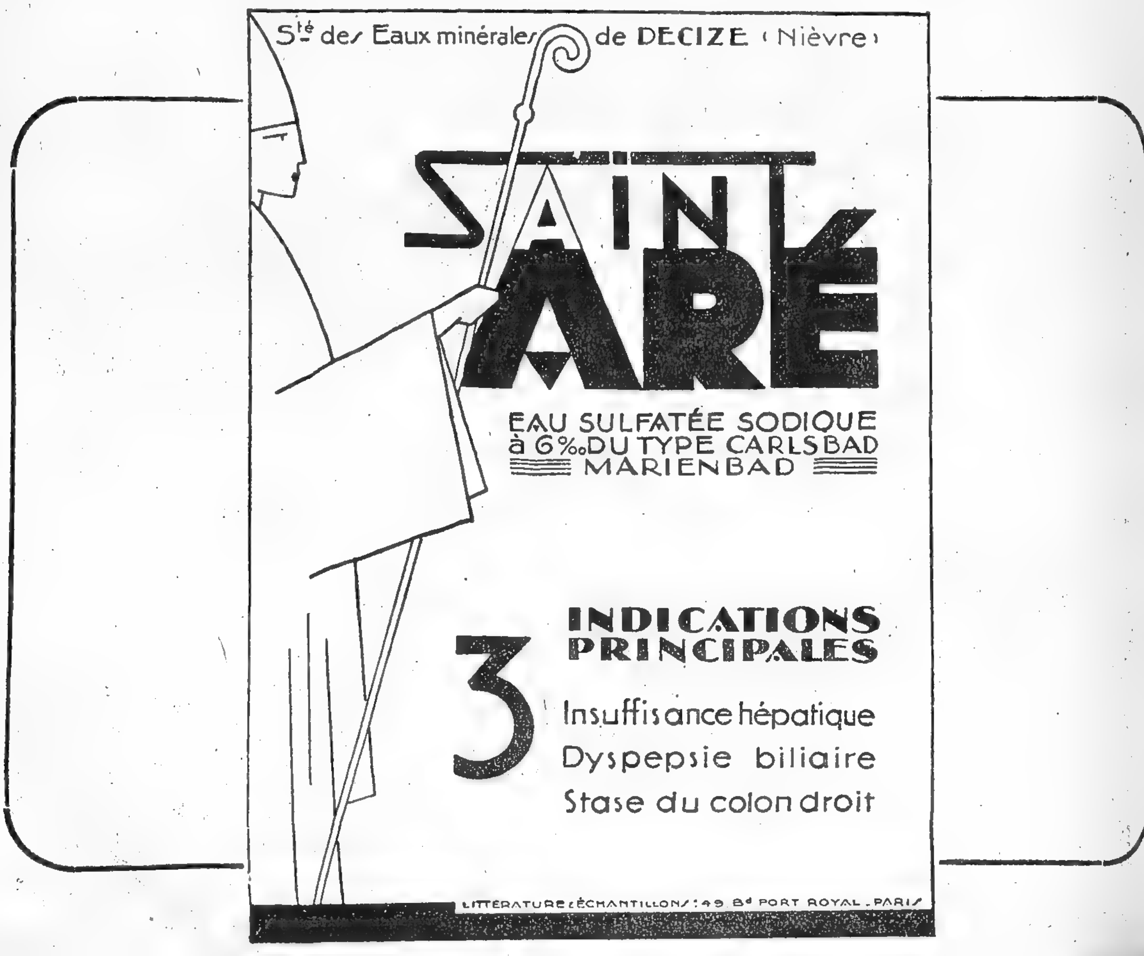
Un Comité national de défense contre les stupéfiants vient de se constituer à Paris. Il est composé comme il suit :

Président : M. Justin GODART, sénateur, ancien Ministre. — *Vice-présidents* : M. CHARLÉTY, recteur de l'Académie de Paris ; Professeur BALTHAZARD, doyen de la Faculté de médecine ; Professeur RADAIS, doyen de la Faculté de pharmacie. — *Secrétaire général* : Dr DEQUIDT, inspecteur général au ministère de l'Intérieur . — *Trésorier* : Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. — *Conseiller technique* : M. Raymond MAGE. — *Secrétaire administrative* : Mlle J.-M. BARTOT. — *Membres* : Mgr BEAUPIN, membre du Conseil de l'Union Catholique d'Etudes internationales ; Dr BROUARDEL, membre de l'Académie de médecine ; M. CAPRONNIER ; M. FABRE-LUCE, homme de Lettres ; M. Louis FOREST, homme de Lettres ; M. GOUINEAU, rédacteur en chef de « Je sais tout » ; M. JOUHAUX, secrétaire général de la C. G. T. — M. KOHN-ABREST, directeur du laboratoire de toxicologie de la Préfecture de Police; Prof. LAIGNEL-LAVASTINE, membre de l'Académie de médecine ; Dr LASNET, inspecteur général du Service de santé des colonies. — Dr LOGRE. — Prof. MARCHOUX, membre de l'Académie de médecine. — M. MOUTON, conseiller d'Etat. — Dr NOIR, rédacteur en chef du *Concours médical*. — Prof. PARISOT, de la Faculté de médecine de Nancy. — Dr P. SOLLIER. — M. le Pasteur VIDAL, secrétaire général de la Fédération protestante.

Présidents d'honneur : M. Richmond P. HOBSON M. ALLEN.

Membres d'honneur : Prof. A. DE LAPRADELLE, Madame SIEGFRIED, M. BLANCO.

Le but de ce Comité est d'organiser en liaison avec le Centre international créé dans le même but à Genève, la lutte contre le danger que fait courir aux individus, à la Société, à la civilisation l'usage des stupéfiants en dehors des besoins purement médicaux et scientifiques.



CORRESPONDANCE

Fiscalité

2207. — Réclamation au Directeur des Contributions directes. Délai de réponse

J'ai payé mon imposition à la patente pour l'année entière 1930, en mai 1930 à A. où j'étais alors installé (1.094 fr.)

J'ai quitté A. pour fin mai 1930 après avoir cédé mon poste d'A. sans acte régulièrement enregistré.

J'ai reçu au début de mars 1931 un avertissement pour avoir à payer ma patente à M., pour la période mai-décembre 1930, soit 3.251 fr.

Je suis allé trouver le contrôleur et je lui ai exposé que :

Ayant déjà été imposé à A., mon précédent domicile, pour la patente (année entière 1930) je demandais de n'être imposé à M. pour la période mai-décembre 1930 que dans la mesure où les droits dus sont supérieurs à ceux payés pour la même période dans mon ancienne résidence et pour ce supplément seulement.

Le contrôleur m'ayant répondu qu'il ne croyait pas cette chose possible, j'ai écrit dans les mêmes termes au Directeur des Contributions. Je n'ai reçu aucune réponse, sinon une sommation sans frais d'avoir à payer sans délai. Je me suis exécuté.

Mais, puis-je faire une réclamation pour obtenir le remboursement de ce que j'estime avoir payé en trop ?

Dans quelles formes ai-je des chances d'obtenir satisfaction ?

Dr L.

Réponse.

Puisque vous avez présenté une réclamation au Directeur des Contributions directes, vous devez vous borner pour le moment à attendre sa décision.

Or, le Directeur a un délai de 6 mois pour statuer.

Si, passé ce délai, vous n'avez reçu aucune réponse à votre réclamation, nous pourrions examiner l'affaire à nouveau.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

2061. — Transfert de patente. Patente sur une salle d'opérations et un cabinet dans une clinique

Devant instamment quitter mon poste actuel pour me réinstaller dans le midi, voudriez-vous me dire si la patente que je paye ici pour l'année 1931 peut être transférée à la nouvelle localité ? En ce cas quelle démarche est à faire ? Cette patente étant en 2 parties : l'une sur la base du 1/15e pour une partie du loyer qui n'est pas « clinique médicale » l'autre sur la base du 1/50e (locaux commerciaux) puis-je demander au contrôleur une réduction de patente pour « cessation d'exploitation ?

2° Enfin, là où j'irai, un chirurgien propriétaire d'une clinique met à ma disposition sa salle d'opération et hospitalisera mes opérés : quelle sera ma situation fiscale, étant donné que j'aurai un cabinet à part en dehors de cette clinique » ?

Dr X.

Réponse.

1° Si vous êtes imposé par voie de rôle supplémentaire dans la nouvelle résidence, vous pouvez demander une réduction en raison des droits payés à l'ancienne.

2° Si vous indemnisez le chirurgien qui met à votre disposition sa salle d'opérations vous paierez une patente sur la valeur locative de cette salle.

Si les frais d'opérations, indépendamment de vos honoraires, sont perçus par le propriétaire de la clinique, vous ne paierez rien.

Il en est de même des frais d'hospitalisation.

A. M.

2129. — Taxation forfaitaire des bénéfices professionnels. Justification des recettes et dépenses

Ayant une difficulté avec les contributions, je viens vous la soumettre, croyant que ceci est bien de votre ressort. Voici la question :

Un contrôleur des contributions directes peut-il faire la proposition ci-après à un contribuable assujetti à la cédule des bénéfices non commerciaux ?

« Afin d'éviter l'engagement d'une procédure ennuyeuse à la fois pour vous et pour l'administration « je vous prie de bien vouloir faire un effort et d'accepter *la taxation forfaitaire* sur le chiffre net de... « Outre que ce procédé vous garantira des demandes « de renseignements ou de justifications que le service « pourrait vous adresser, il aura aussi l'avantage « de vous dispenser de tenir un compte détaillé de « vos dépenses professionnelles » ! ! !

Est-il fondé ou peut-il légalement proposer une transaction sur un chiffre forfaitaire ? Alors qu'il est prescrit dans les textes codifiés que l'impôt doit être établi à raison de la *totalité des bénéfices réalisés.*

D'autre part, dois-je justifier mes recettes ? Suis-je obligé de tenir une comptabilité ? En cas de réclamation contre l'imposition établie d'office par le contrôleur, comment démontrer, sans nuire au secret professionnel, l'exactitude de ma déclaration opposée à l'évaluation plus que fantaisiste du contrôleur

Dr D.

Réponse.

Il est de votre intérêt de tenir une comptabilité, car ce n'est qu'en justifiant vos recettes et vos dépenses que vous pourrez réclamer contre une taxation d'office. Quant à la taxation forfaitaire, elle n'est prévue par aucun texte. Vous êtes donc seul juge pour l'accepter ou la refuser.

A. M.

2308. — Le déficit d'exploitation ne peut être amorti

Etant en déficit l'année dernière (l'année de mon installation), j'ai déduit sur ma déclaration de revenu le quart de mon déficit, au chapitre « *déficit d'exploitation* ».

Le contrôleur me fait savoir qu'il n'admet pas cette déduction.

Je désirerais savoir si j'en ai vraiment le droit, et dans quelle proportion on peut amortir ce déficit.

Dr F.

Réponse.

Aucune disposition législative ne vous permet d'amortir le déficit de votre première année d'exercice.

A. M.

Questions médico-militaires.

1806. — Réforme pour myopie

Je vous serai très obligé de me faire connaître si un jeune soldat présentant :

OD 10D — 175D — 10D
OG 0D — 175D — 9D

(une pareille myopie avec astigmatisme), ne devrait pas être réformé ou tout au moins s'il pourrait le demander ?

Dr A.

Réponse.

En principe, la myopie supérieure à 10 dioptries entraîne la réforme.

Pour les amétropies moins élevées, on admet la correction, même avec les verres sphéro-cylindriques.

Il serait donc nécessaire, pour se prononcer dans ce cas particulier, de connaître le degré d'acuité visuelle après correction.

1859. — Démission. Acceptation

Classe 1903. Médecin lieutenant de réserve, 3 enfants.

Il y a 3 mois environ, j'ai adressé, par voie hiérarchique, c'est-à-dire au Directeur du Service de santé de ma région (9e) ma démission d'officier de réserve, on m'a répondu par l'envoi d'imprimés que j'ai dûment remplis, et depuis cette époque, malgré une lettre adressée par moi au Directeur du Service de santé, je ne sais quelle suite a été donnée à ma demande.

Je crois être en droit de donner ma démission, je ne me souviens plus en vertu de quel article ; mais je n'ai obtenu aucune confirmation *officielle* de ma demande de démission. Que faire ? Suis-je, oui ou non, considéré comme démissionnaire ?

Dr B.

Réponse.

C'est en vertu de l'article 38 de la loi du 31 mars 1928 (officiers appartenant à la 2e réserve), que vous étiez autorisé à offrir votre démission.

Sans réponse depuis trois mois, nous estimons que vous pouvez considérer votre démission comme acceptée :

1o D'après l'esprit de l'art. 10 de la loi du 8 janvier 1925 (statut des officiers de réserve) ;

2o Puisque votre Directeur vous a envoyé les imprimés nécessaires à la rédaction de votre offre de démission et que dès lors, il a considéré votre démarche comme légale et susceptible d'être agréée par le Ministre.

Vous n'avez plus aucune démarche à faire.

1799. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant. Affectation. Spécialisation

Je vous prie de bien vouloir me donner quelques renseignements sur les obligations qui m'incomberaient si je demandais à être promu médecin sous-lieutenant de réserve.

J'appartiens à la classe de recrutement 1918 ; de mobilisation 1914 (2 enfants), j'ai été mobilisé avec ma classe pendant la guerre ; en qualité de soldat, puis d'aspirant, enfin de sous-lieutenant à titre temporaire dans l'infanterie. A la cessation des hostilités, pour bénéficier de mon sursis d'appel, alors que j'appartenais encore à une classe d'active, j'ai dû démissionner, et j'ai été rétrogradé sergent infirmier.

Après la soutenance de ma thèse, le directeur du Service de santé militaire de Paris, où je résidais alors pour me spécialiser en ophtalmologie, m'a adressé un avis m'invitant à faire une demande pour être promu médecin sous-lieutenant de réserve.

A ce moment-là j'ai décliné l'offre pour plusieurs raisons dont la principale était, qu'à la veille de mon installation, je redoutais que le nombre et la durée des périodes m'éloignassent trop de ma clientèle de débutant.

Ces diverses raisons étant moins impérieuses aujourd'hui, je viens vous demander :

1o A qui et par quelle voie je dois adresser ma demande pour être nommé médecin sous-lieutenant de réserve ?

2o X., ville où je suis installé, possédant un hôpital militaire, et étant le siège d'une garnison, puis-je espérer d'être affecté au cours de mes périodes à l'une des formations sanitaires de la ville ?

3o Ma spécialisation sera-t-elle reconnue par le Service de santé militaire ? (depuis six ans je ne fais plus que de l'ophtalmologie).

Dr G.

Réponse.

1o Vous devez adresser cette demande au Directeur du Service de santé de votre région de Corps d'armée. Celui-ci vous demandera les piè-

ces nécessaires à la constitution de votre dossier et, en même temps, il vous indiquera les formalités nécessaires pour préparer, puis pour subir l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, grade qu'il vous faut tout d'abord acquérir. Ultérieurement, le dossier, complété par votre nomination au grade de médecin auxiliaire, sera soumis au Ministre et votre promotion au grade de sous-lieutenant suivra, à quelque temps de distance, par décret présidentiel ;

2° et 3° Votre spécialisation sera reconnue par le Service de santé militaire sur la présentation de vos titres et il en sera certainement tenu compte pour votre affectation et pour vos périodes ; à ce sujet vous avez tout intérêt à vous entendre directement avec votre Directeur.

Application du Tarif Maginot

2212. — Interventions de nuit

Quel est le tarif applicable à des aides pour une opération d'*urgence* et *de nuit*, pour les pensionnés de l'art. 64 ?

Ce tarif ne figure nulle part et nous ne pouvons établir de mémoire à payer.

Dr B.

Réponse.

L'article 73 dit : « La rétribution des interventions de nuit... comporte une majoration de 25 % ». Comme il est parlé des interventions en général, la majoration de 25 % me paraît également applicable aux « *aides* ».

Dr F. DECOURT.

2374. — Frais de déplacement dans les grandes villes

Excusez-moi d'avoir recours à votre obligeance légendairement inlassable : je voudrais avoir votre avis sur le point suivant :

J'ai pratiqué *au domicile* d'un réformé de guerre (art. 64), une incision superficielle. J'ai cru pouvoir appliquer le tarif suivant :

Incision superficielle.........	20 fr.
Déplacement...............	5 fr.
Soit en tout..............	25 fr.

La commission de contrôle refuse les 5 fr.

Je refuse cette réduction de 5 fr.

Par téléphone, on m'avise que je suis dans mon tort, que le tarif des interventions ne comporte pas d'adjonction d'indemnité de déplacement.

Qui est dans le vrai ? Dr P.

Réponse.

Le décret présidentiel du 16 *avril* 1930, modifiant le décret du 25 octobre 1922, est *très net* au sujet des frais de déplacement dans les grandes villes et leur banlieue.

ARTICLE 1er. — *a*) Modification à l'article 60... *b*) modification à l'article 64 : « lorsque son état de santé ne permet pas à un malade de se rendre en consultation au cabinet du médecin, celui-ci peut recevoir *une indemnité pour se rendre au domicile du malade* ». « 1° Une indemnité fixe est attribuée pour toute visite effectuée, quelle que soit la distance. Cette indemnité est : *a*) de 3 fr. dans les villes de 50.000 à 100.000 habitants et dans leur banlieue ; *b*) *de cinq francs* dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans leur banlieue. »

Il s'ensuit qu'à B..., banlieue de Paris, vous avez droit *à l'indemnité de cinq francs pour vous rendre au domicile du malade.* Qu'il y ait visite simple ou visite avec une intervention quelconque, cela ne change rien à l'indemnité de déplacement, qui vous est toujours due quand vous avez dû effectuer ce déplacement. *Le prix de la visite n'a aucun rapport avec cette indemnité de déplacement.* Ils ne sont même pas inscrits au même article. Le prix de la visite est fixé à l'article 60 et l'indemnité de déplacement à l'article 64.

Dr F. DECOURT.

Herboristes

2261. — Obtention du diplôme d'herboriste

Abonné au *Concours médical*, j'ai recours à votre obligeance pour me fournir les renseignements suivants :

Quels sont les titres nécessaires pour être herboriste ? Faut-il faire des études spéciales ? Quel est leur programme et où peut-on se le procurer ? A quel endroit peut-on passer l'examen d'herboriste ?

Dr C.

Réponse.

Pour obtenir le diplôme d'herboriste, il faut se faire immatriculer dans une Ecole de pharmacie et subir un examen.

Les pièces à produire sont :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat de bonnes vie et mœurs ;

3° Extrait du casier judiciaire ;

4° Diplômes ou certificats.

Il n'existe aucun enseignement spécial pour les étudiants herboristes.

A Paris il y a deux sessions d'examen par an, en mai et en novembre.

L'âge requis est de 21 ans révolus. Aucune dispense n'est accordée.

Le programme comporte : la connaissance des plantes usuelles et médicinales, les précautions nécessaires pour la récolte de ces dernières, leur dessication, leur conservation, et quelques notions élémentaires concernant le caractère de ces plantes.

Les candidats pourvus au moins du certificat d'études primaires ont le droit, sans autre formalité, de s'inscrire à l'examen professionnel.

Les autres sont tenus de subir un premier examen préparatoire portant sur quelques notions élémentaires d'orthographe et d'arithmétique.

Cinquante-troisième année — N° 22 — 31 Mai 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax - les - Thermes (Ariège) Bousquet, Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères - de - Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*en*t.), J. Courbin, A. Mulle, Portes Ricard-Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne. Joly, R Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, E. A. Maury, Dresses M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Jacquet, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel - Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Delmas Armaud.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux - Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les - Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Renabu, Legaté.

Evian-les - Bains. Bernex, Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hammam-Lif (Tunisie): Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains Belugou, Gauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains Bernard, J. Dumont, Tauzin, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot, Georges Perrin.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accou.h.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains Fritsch (H.), Ramonet (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, A. Bouteiller

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fau, Ganna', Guinard, Lère, Lossedat, Marquis, Martin-Péridier Mazurié, Reynès, Roussignol.

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Cazalis J., de Béziers, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 171. — Grande ville Ouest, à céder cab. stomatol, datant de 33 ans, titulaire âgé et fatigué se retire. Vente dans très bonnes condit. Ecr. Dr Bachelier, à Poitiers (Vienne).

No 172. — La Baule-les-Pins, climat idéal, villa moyenne, grand conf., garage, jardin, libre juin, juillet, septembre et octobre.

No 173.— Confr. longue prat. client., cherche remplac. à faire dès mainten. Rég. indiffér.

No 174. — Dr méd. génér., accouch. demandé pour Bretagne. Fixe assuré, bel avenir.

No 175. — Membres *Concours Médical*, 5e arrond., s'absentant du 15 août au 15 sept., cherche confr. arrond. voisin, pour remplacem. mutuel.

No 176. — A vend. : Thermocaut. Collin, 1o couteau opérations ; 2o cautère à ignipuncture ; 3o cautère pointu ; 4o pointe fine droite ; 5o cautère champignon état neuf ; 380 fr. Dr Bartement à Dammaric-les-Lys. (S-et-M).

N° 177. — Paris. Très beau quart., cab. O. R. L., gros produit. Gr. appartem. conf., Condit. à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5°. Tél. Odéon 36-46.

N° 178. — 1/4 d'heure Paris. Client. méd. génér., sans auto, pavillon. Indemn. 40.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris, 5°. Tél. Odéon 36-46.

N° 179. — 3 h. Paris. Client O. R. L. centre important Très gros produit. Indemn. 100.000. S'adr. Cab. Britel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5°. Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Quand vous aurez usé sans résultat les poudres de saturation pour calmer les hyperacides, les purgatifs pour nettoyer les langues sales, les antiseptiques pour diminuer la putridité des selles, essayez quelques tablettes de **Mangaïne** et vous verrez disparaître vite et agréablement tous ces symptômes dyspeptiques.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales belges de 1931.** — La délégation officielle désignée par le Gouvernement français pour assister à la XIe session des Journées médicales de Bruxelles comprendra M. le Professeur Bezançon, M. le médecin général inspecteur Dopter et M. le Professeur Merklen, de Strasbourg.

A la section chirurgicale, sont annoncées des conconférences du Prof. Desmarest, de Paris, et du Prof. Lambret, de Lille.

La représentation de gala offerte aux membres des Journées médicales aura lieu le dimanche 21 juin, au Théâtre royal de la Monnaie. Au programme : le *Roi malgré lui* de Chabrier.

— **Le Ve Congrès international du « Collegium oto-rhino-laryngologicum »,** aura lieu du 19 au 22 juillet 1931, à Bordeaux, sous la présidence du Professeur Portmann.

— **Réunions médicales de Nancy.** — Les prochaines réunions médicales de Nancy auront lieu les 6 et 7 juin 1931. Inscriptions (gratuites) auprès du secrétaire de la Faculté de médecine de Nancy.

— **Mort du dessinateur Barrère.** — Le dessinateur-caricaturiste Barrère, dont le crayon spirituel prit « en

charge » tant de célébrités de ces quarante dernières années, vient de mourir.

Barrère fit plusieurs portraits-charges, bien connus, des professeurs de Facultés et en particulier des maîtres de la Faculté de médecine de Paris, portraits-charges que l'on peut voir dans les vitrines des libraires voisins de l'École. Le plus ancien de ces dessins représente les Professeurs de la Faculté de médecine de Paris il y a 30 ans. On y remarque, entre autres, dans un même groupe , Cornil, l'anatomo-pathologiste-sénateur, Segond, portant à bout de pinces un lourd utérus fibromateux, Pinard, Landouzy, la tête relevée dans une attitude familière, cherchant un mot nouveau sans doute , Poirier, arbitre de l'élégance et de l'anatomie, tenant une fleur, Brissaud, cravaté en artiste, faisant une farce à son collègue voisin. Un second dessin de Barrère représente les Professeurs de la Faculté d'aujourd'hui : Achard, Hartmann, Nobécourt, Legueu, Couvelaire ...

Barrère, fut, comme Sem, un des meilleurs successeurs de Daumier. Dans ses portraits-charges, très vivants, sont mis en relief les traits vraiment caractéristiques d'une physionomie .

P. L.

— **Union des médecins mutilés.** — Le bureau du Comité de l'Union des médecins mutilés a été ainsi constitué pour 1931-1932 : Landolt, président ; Louis Leroux, Villetard de la Guérie, vice-présidents ; Landrin, secrétaire général ; Ménetrel, trésorier.

Le siège social reste rue Blanche, 19, Hôtel des ingénieurs civils.

Adresser les correspondances : Dr Landrin, 135, boulevard Haussmann ; Dr Ménetrel, 30, avenue Rapp.

Le bureau a adressé à M. Paul Doumer, père d'un de nos confrères mort pour la France, ses respectueuses félicitations.

Il a été accordé 5.000 fr. de secours immédiat à des veuves de camarades.

— **Hospices civils d'Orléans.** — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu à Tours le 27 octobre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des hospices civils d'Orléans.

— **Æsculape.** — *Sommaire d'avril* 1931 : «... Il prend mon nez pour une rose » (1 ill.). Caricature de DAUMIER. — La Psychologie du Nez (6 ill.). par le Dr CORMAN. — Le Saignement de Nez (1 ill.). Caricature de DAUMIER. — Le physique de Pétrarque et de Laure (10 ill.), par le Dr Benjamin BORD. — La Prise de Tabac (1 ill.). — Six Estampes sur l'Odorat (6 ill.). par Jean AVALON. — Le Nez de Charles VII (1 ill.). par J.-K. HUYSMANS. — Supplément (19 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 MAI

Enseignement de la médecine.

La chaire des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Asiles publics d'aliénés.

Décret du 28 *avril* 1931 *modifiant la composition du jury de concours de médecin des Asiles de la Seine.*

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 25 novembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, est à nouveau modifié comme suit :

....

Le jury du concours de médecin en chef des asiles de la Seine est composé comme suit :

Un membre de l'inspection générale des services administratifs médecin nommé par le ministre de la santé publique, président ;

Quatre médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourront figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin en chef de l'asile clinique, un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de Saint-Maurice, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

Deux médecins directeurs ou médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans d'autres départements ;

Deux suppléants dont l'un sera pris parmi les médecins directeurs et les médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les médecins directeurs et médecins chefs de service du cadre en fonctions dans d'autres départements que celui de la Seine.

Les juges ne pourront être choisis que parmi ..... (le reste de l'article sans changement).

Art. 2. — Dans le cas où, par suite de l'empêchement d'un trop grand nombre de médecins tirés au sort, les listes de six noms de titulaires et de deux noms de suppléants seraient insuffisantes, il pourra être tiré au sort, par les soins de la commission prévue à l'article 6, un certain nombre de noms nouveaux en nombre suffisant pour assurer la constitution du jury parmi les médecins qui pouvaient prendre part au tirage au sort initial.

Sont toutefois éliminés de ce second tirage au sort les noms de tous les médecins sortis au premier tirage.

Art. 3. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

14 MAI

Enseignement de la médecine.

La chaire de pharmacologie et médecine expéri-

mentale de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin chef de service de la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, à Lommelet, par Saint-André (Nord), asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés, est vacant, par suite du départ de M. le Dr Teulié, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service est créé à l'asile public d'aliénés de Mareville (Meurthe-et-Moselle).

19 MAI

Le poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre) est vacant par suite du départ de M. le docteur Vié, mis en congé sur sa demande.

Légion d'honneur.

Sont nommés ou promus au titre du ministère de la Santé publique : *Officier* : M. le Dr Flurin, de Paris ; *Chevalier* : M. le Dr Gibert, du Havre.

23 MAI

Service de Santé militaire.

Tableau d'avancement pour 1931.

Pour le grade de médecin colonel.

Les méd. lieut.-col. : Carrive, 18e rég. ; Jeanbrau, 16e rég. ; Monod, rég. Paris ; Gayet, 14e rég. ; Sousselier, rég. Paris ; Lambert, 20e rég. ; Reverchon, 1re rég.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel.

Les méd. command. Magerand, 13e rég. ; Regnault, 15e rég. ; Terrien, rég. Paris ; Ménard, 11e rég. ; Legendre, 1re rég. ; Menu, 2e rég. ; Latarjet, 14e rég. ; Van Vyve, 6e rég. ; Mouriquand, 14e rég. ; Liouville, Maroc ; Delmas, 16e rég. ; Simonin, 5e rég. ; Barthélemy, 20e rég. ; Louet, rég. Paris ; Blusson, 20e rég. ; Renaud, Maroc ; Julia, rég. Paris ; Vignon, 3e rég. ; Cruchet, 18e rég. ; Labey, 9e rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Liautey, 7e rég. ; Constans, 17e rég.

Pour le grade de médecin commandant.

Les méd. capit. : Borrel, 16e rég. ; Poucel, 15e rég. ; Pouchot, de Chaptassin, 20e rég. ; Goiny, 16e rég. ; Gardon, 19e C. A. ; Duballen, 8e rég. ; Bénès, 15e rég. ; Dumon, 15e rég. ; Halgan, 11e rég. ; Delrieu, 20e rég. ; Détis, rég. Paris ; Achard, 19e C. A. ; Monraisse, 13e rég. ; Blatin, 13e rég. ; Serfaty, 5e rég. ; Bonamy, 11e rég. ; Dupinet, 12e rég. ; Cattier, rég. Paris ; Laplace, 2e rég. ; Roucayrol, rég. Paris.

Desrousseaux, 1re rég. ; Gentil, rég. Paris ; Courty, 1re rég. ; Golliot, 5e rég. ; Wintrebet, 1re rég. ; Guichard, 3e rég. ; Rouvière, 17e rég. ; Teissonnière, 15e rég. ; Di Chiara, 20e rég. ; Differ, 1re rég. ; Ferry Wilozek, 11e rég. ; Debidour, 12e rég. ; Emonet, rég. Paris ; Lavelle, 18e rég. ; Berthelemy, 19e C. A. ; Le Breton, 10e rég. ; Humbert, 20e rég. ; Rebattu, 14e

rég. ; Bonnabel, 15e rég. ; Thérouda, rég. Paris ; Beltrami, 13e rég. ; Calmettes, 12e rég. ; Julin 9e rég. ; Savelle, 4e rég. ; Boudin, 8e rég. ; Guichard, 13e rég. ; Roussin, 14e rég. ; Meurisse, rég. Paris ; Contet, rég. Paris ; Filhoulaud, 12e rég. ; Chavelet, 7e rég. ; Luzoir, rég. Paris ; Bergis, 15e rég.

Berretta, 15e rég. ; Verrier, 6e rég. ; Faleur, 2e rég. ; Berise, 6e rég. ; Rolin, 15e rég. ; Nicaud, rég. Paris ; Baufle, 7e rég. ; Dubois, 3e rég. ; Durand, 17e rég. ; Bernot, 8e rég. ; Edouard, Maroc ; Boin, 18e rég. ; Carte, rég. Paris ; Gassiot, 3e rég. ; Dupuy, 17e rég. ; Ernoul, 9e rég. ; Druhen, 7e rég. ; Lefort, Maroc ; Maigne, 10e rég. ; Aublant, 16e rég. ; Duffau, 19e C. A. ; Jeannot, Tunisie ; Bousquet, 16e rég. ; Dupas, 9e rég. ; Mallein, 9e rég. ; Magnien, 20e rég. ; Simonin, 20e rég. ; Paul Boncour, 5e rég. ; Szelechowski, 17e rég. ; Ehringer, 8e rég. ; Lemeland, 5e rég. ; Lebovici, rég. Paris ; Weissenbach, rég. Paris ; Boutin 9e rég. ; Béliard rég. Paris.

Pour le grade de médecin capitaine.

Les méd. lieut. : Saussine, 15e rég. ; Boichut, 8e rég. ; Rozet, 20e rég. ; Lacroix, 15e rég. ; Bourdeau de Fontenay, 8e rég. ; Rancier, 20e rég. ; Petit, 8e rég. ; Perruc, 15e rég. ; Mathieu, 17e rég. ; de Nevrèze, 10e rég. ; Flurian, 18e rég. ; Parouty, 18e rég. ; Masselot, 1re rég. ; Branche, 13e rég. ; Marvillet, 0e rég. ; Wilhelm, 19e C. A. ; Rostagni, 15e rég. ; Roques, Maroc ; Senez, 15e rég. ; Durif, 13e rég. ; Boulet, 1re rég. ; Labador, 19e C. A. ; Mairet, rég. Paris ; Leroy, 15e rég. ; Guignard, 5e rég. ; Solomon, 6e rég. ; Nedey, 7e rég. ; Thomasset, 13e rég. ; Martin, 13e rég. ; Belicha, 19e C. A. ; Peltier, 11e rég. ; Cournet, 17e rég. ; Huet, 10e rég. ; Schnepp, 20e rég. ; Magne, 2e rég. ; Cugnier, 7e rég. ; Garnier, 5e rég. ; Perrin, 20e rég. ; Meurice, 1re rég. ; Vitou, 1re rég. ; Luquet, 8e rég.

Lemoine, 2e rég. ; Pantel, 15e rég. ; Baudot, 6e rég. ; Gravier, 14e rég. ; Duseac, rég. Paris ; Schaffer, 16e rég. ; Jumon, rég. Paris ; Dequidt, 3e rég. ; Garnier, 15e rég. ; Jacquot, 6e rég. ; Sarrazin, 8e rég. ; Le Rolland, 10e rég. ; Méline, 6e rég. ; Le Strat, 11e rég. ; Boudon, 15e rég. ; Perrion, 11e rég. ; Conquet, 12e rég. ; Laure, 15e rég. ; Rivoire, 15e rég. ; Trillat, 14e rég. ; Sireix, 12e rég. ; Poirot-Delpech, rég. de Paris ; Bouer, 15e rég. ; Piberolles, 13e rég. ; Beaudeleu, 15e rég. ; Sahut, 13e rég. ; Bleirad, 6e rég.

Clenet, 11e rég. ; Prévost, 11e rég. ; Tortat, 11e rég. ; Barbail, 12e rég. ; Ledoux, rég. Paris ; de Mourgues, 13e rég. ; Troin, 15e rég. ; Chabriat, 19e C. A. ; Villatte, 12e rég. ; Polonowsky, rég. Paris ; Bonnafé, 17e rég. ; Rennejant, 13e rég. ; Lhez, rég. Paris ; Tavernier, 12e rég. ; Destrem, rég. Paris ; Passeron, 15e rég. ; Gilles, 18e rég. ; Yoyotte, rég. Paris ; Blanchard, 11e rég. ; Cornillon, 13e rég. ; Hézard, 7e rég. ; Brange, 17e rég. ; Costes, 12e rég. ; Frezouls, Tunisie ; Durand, 10e rég. ; Hennon, 6e rég. ; Morenas, 14e rég. ; Barbe, 15e rég. ; Rambaud, 11e rég. ; Perrin, 12e rég.

Pépain, 15e rég. ; Capdequi-Peyranère, 18e rég. ;

Fresney, 4e rég. ; Giraud, 16e rég. ; Quintero, 14e rég. ; Dizeur, 13e rég. ; Sondag, 5e rég. ; Roge, 16e rég. ; Périn, 9e r ég. ; Brossard, 18e rég. ; Anglade 18e rég. ; Charasse, 15e rég. ; Roger, f7e rég. ; Soucy, 19e C. A. ; Doyen, rég. Paris ; Cruchet, 18e rég. ; Dautrey, 20e rég. ; Colombies, 17e rég. ; Porteu de La Morandière, 10e rég. ; Pilltot, rég. Paris ; Perrenot, 13e rég. ; Saint-Martin, 11e rég. ; Vannebroucq, 1re rég. ; Philbert, rég. Paris ; Digeon, rég. Paris ; Guichot, 18e rég. ; Lecacheur, 3e rég. ; Le Quang Trinh, Indochine.

Daurios, 17e rég. ; Marquet, 11e rég. ; Barthe, rég. Paris ; Sourice, 3e rég. ; Grenaudier, rég. Paris ; Roumaingas, 19e C. A. ; Rateau, 18e rég. ; Bergier, 15e rég. ; Valière Vialeix, 12e rég. ; Robin, 9e rég. ; Juif, 8e rég. ; Larrieu, 18e rég. ; Guilhavon, 16e rég. ; Gensolmen, 14e rég. ; Leschelier, 13e rég. ; Langagne, rég. Paris ; Ribeton, 18e rég. ; Morance, 18e rég. ; Levesque, rég. Paris ; Girard, rég. Paris ; Deval, 13e rég. ; Pierre, 8e rég. ; Gay, 17e rég. ; Tarbouriech, 15e inf. ; Pineau, 9e rég. ; Bourgeois, rég. aPris ; Romain, 3e rég. ; Picard, 11e rég. ; Fombreuse, rég. Paris ; Toupet, rég. Paris ; Combes rég. Paris.

Benoit, rég. Paris ; Guillet, 3e rég. ; Pavillard, 19e C. A. ; Le Deschault, de Mourédore, 18e Rég. Blanc, 9e rég. ; Lafue, 17e rég. ; Deguignand, 8e rég. ; Philardeau, rég. Paris ; Lebailly, 3e rég. ; Colombet, rég. Paris ; Bailly, 1re rég. ; Jarraud, rég. Paris ; Grellier, 18e rég. ; Lagrange, rég. Paris ; Challuin, 1re rég. ; Lartigaut, 18e rég. ; Le Barazer, 18e rég. ; Chabanud, 15e rég. ; Martin, rég. Paris ; Bretegnier, rég. Paris ; de Péretti, de La Roca, rég. Paris ; Huguet, 15e rég. ; Girard, 2e rég. ; Rodrigue, rég. Paris ; Fontaine, 9e rég. ; Colson, rég. Paris ; Chatt, rég. Paris.

Bonnot, 15e rég. ; Racadot, 7e rég. ; Lamy, rég. Paris ; Barthe, 18e rég. ; Moutier, 11e rég. ; Fournier, 1re rég. ; Taquet, 1re rég. ; Fraisse, 15e rég. ; Agnel, 15e rég. ; Hennart, 1re rég. ; Defaux, 1re rég. ; Hamon, 5e rég. ; Bousquet, 16e rég. ; Bernard, 1re rég. ; Gustin, rég. Paris ; Davy, 4e rég. ; Dupoux, Tunisie ; Ayguesparsse, 18e rég. ; Viala, rég. Paris ; Mazaud, 17e rég. ; Loubatie, 18e rég. ; Pauzat, 18e rég. ; Senevet, 19e C. A. ; Dupret, 1re rég. ; Barbanneau, 11e rég. ; Dufour, 9e rég. ; Chrétien, 12e rég. ; Fonton d'Andon, 15e rég. ; Longepierre, rég. Paris ; Hissard, 3e rég. ; Pecker, 3e rég. ; Marceron, rég. Paris ; Flammarion, 7e rég. ; Bujadoux, 14e rég. ; Maître, 7e rég. ; Génillier, 13e rég. ; Pléchaud, 18e rég. ; Doumer, 1re rég. ; Lacroix, 17e rég. ; Peaud, 11e rég. ; Frenay, 4e rég. ; Houlbert, 13e rég. ; Vernie, 4e rég. ; Boucher, 1re rég.

Labadan, 18e rég. ; Phélippes de La Marnière, 10e rég. ; Thomas, 10e rég. ; Baraige, 12e rég. ; Combemale, 1re rég. ; Morlot, 3e rég. ; Sommier, Maroc ; Herry, 10e rég. ; Dupré, 9e rég. ; Jousseaume, 3e rég. ; de Brun du Bois-Noir, 10e rég. ; Kesseler, 7e rég. ; Auelanier, 4e rég. ; Dauvergne, 20e rég. ; Poinsignon, 19. C. A. ; Haye, 1re rég. ; Ramijeau, Indochine ; Laurentier, 17e rég. ; Audoli, rég. Paris ; Marsault, rég. Paris ; Senèqu, rég. Paris ; Gervais, 2e rég. ; Jost,

20e rég. ; Paterne, 5e rég. ; Neau, 4e rég. ; Douzain; 20e rég. ; Bollack, rég. de Paris ; Thouvenin 9e rég. ; Gamaleia, 20e rég.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Le prix d'achat d'œuvres d'art n'est pas une dépense professionnelle.

11857. — M. Taton-Vassal demande à M. le Ministre du Budget si un médecin est, en principe, fondé à comprendre dans ses dépenses professionnelles, déduites de ses recettes pour obtenir le bénéfice imposable à l'impôt cédulaire, le prix d'œuvres d'art qu'il achète et dont il orne son cabinet de consultations. (*Question du* 17 *février* 1931.)

Réponse. — Réponse négative, l'achat d'œuvres d'art ne pouvant être considéré comme nécessité par l'exercice de la profession médicale.

(*J. O.*, 6 mai 1931.)

Situation d'un assuré social malade payé au mois.

769. — M. Provost-Dumarchais, sénateur, demande à M. le Ministre du travail, si, depuis l'application de la loi sur les assurances sociales, l'on doit, lorsqu'un salarié tombe malade pendant le cours d'un mois, lui payer le mois commencé en entier ainsi qu'il était d'usage de le faire avant l'application de ladite loi, mais en le laissant toucher en plus les allocations des assurances sociales, on lui retenir la moitié des salaires pendant les jours de maladie, ou encore lui retenir tout son salaire. (*Question du* 12 *février* 1931.)

Réponse. — Aucune disposition de la loi sur les assurances sociales ne s'oppose à ce qu'un employeur paye, selon l'usage, le mois commencé en entier à un salarié, assuré social, qui tombe malade pendant le cours d'un mois.

Mais le règlement-type d'administration intérieure des caisses d'assurances-maladie, maternité, décès, spécifie, dans son article 38, que pour chaque journée intégralement payée,la caisse doit retenir l'indemnité journalière prévue à l'article 5 de la loi du 30 avril 1930 et qu'elle ne peut payer, si l'assuré malade bénéficie d'un salaire réduit, que la différence existant entre le salaire réduit et le salaire réel à la date du début de la maladie.

(*J. O.*, 6 mai 1931.)

Déduction des cotisations d'assurance-vie et accidents.

11743. — M. Edouard Moncelle demande à M. le Ministre du budget : 1° si les contrôleurs des contributions directes doivent admettre en déduction des recettes, pour le calcul des impôts, les sommes payées par les médecins pour contracter des assurances sur la vie et des assurances contre les accidents ; 2° jusqu'à quel taux cette déduction peut être faite. (*Question du* 11 *février* 1931.)

Réponse. — 1° et 2° Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dû par les médecins, les primes d'assurances sur la vie peuvent être considérées comme tenant lieu de versements pour la constitution d'une retraite et admises en déduction des recettes brutes de ces praticiens à la double condition : 1° que le montant des primes annuelles n'excède pas la somme que les intéressés verseraient normalement en égard au chiffre de leurs bénéfices pour s'assurer une retraite ; 2° qu'à la déduction de ces primes ne vienne pas se superposer une seconde déduction de sommes destinées à la constitution d'une pension ou d'une retraite. Aucune disposition légale ou réglementaire ne fixe le maximum des sommes susceptibles d'être déduites à ce titre ; il convient seulement que les versements conservent le caractère de dépenses de prévoyance proportionnées à l'importance des revenus professionnels des intéressés. Quant aux primes d'assurances contre les accidents, elles sont également déductibles des recettes brutes dans la mesure où leur versement peut être considéré comme une dépense nécessitée par l'exercice de la profession.

(*J. O.*, 6 mai 1931.)

Délivrance aux assistés des appareils qui leur sont nécessaires.

12395 et 12500. — M. Paul Courrent demande à *M. le Ministre de la Santé publique* si les personnes bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ont la faculté, sous le bénéfice de cette assistance, de s'adresser aux bandagistes, opticiens diplômés et herboristes diplômés, pour se faire délivrer les objets que la profession de ces derniers leur permet de vendre. (*Question des* 20 *et* 27 *mars* 1931.

Réponse. — Aux termes de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, le service d'assistance médicale gratuite est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du préfet, par le conseil général. Cette assemblée jouit à cet égard d'une grande latitude, sous la seule réserve de se maintenir dans les conditions déterminées par la loi. C'est par ce règlement que sont fixées les conditions dans lesquelles les personnes bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite peuvent se procurer les médicaments et appareils qui leur ont été reconnus nécessaires.

(*J. O.*, 9 mai 1931.)

SYNDICAT DE CANNES

Assemblée générale du 7 mai 1931

Assurances sociales — Contrôle médical de la Caisse

La Caisse primaire mutualiste a demandé au Syndicat un médecin contrôleur. L'Assemblée étudie la question. Ce médecin contrôleur paraît

Voir la suite page LIX-1795

PROPOS DU JOUR

L'Assemblée annuelle de l'Association générale des médecins de France. Le banquet, présidé par M. le Ministre de la Santé publique

L'Assemblée annuelle des délégués de l'Association générale des médecins de France s'est tenue sous la présidence du Dr Bellencontre à l'hôtel Chambon où l'A. G. vit paisiblement en symbiose avec la Confédération des syndicats médicaux français et quelques autres associations médicales.

Le programme s'est déroulé dans le calme et la sérénité traditionnels. Le rapport du secrétaire général, le Dr Thiéry, si dévoué aux œuvres de bienfaisance médicale, les comptes du trésorier général, le Dr Jules Bongrand qui, depuis 12 ans, remplit la tâche ingrate et cependant si importante de grand argentier de l'Association, ont été unanimement approuvés et des remerciements et des félicitations ont été votés à nos deux amis qui, avec le Président Bellencontre et les autres membres du Bureau, forment un état-major à l'Association qu'il serait difficile de remplacer. L'Assemblée a encore remercié le Directeur modèle des services administratifs de l'A. G., M. Norguet, et son prédécesseur, notre excellent ami M. Maillard, qui assistait à la séance, à qui notre Association doit beaucoup et qui, dans sa retraite lointaine en province, trouve encore le temps et les moyens de nous rendre d'utiles services.

Des pensions nouvelles ont été votées et les membres du Conseil général sortants réélus.

Un vœu de la Société de l'Aube a été examiné et n'a pu être pris en considération. Ce vœu qui a été formulé avec les meilleures intentions du monde et qui, pour ceux qui ne connaissent pas à fond le fonctionnement de nos œuvres, paraît tout à fait logique, exprimait le désir de voir toutes nos sociétés et nos œuvres se fondre en une seule société puissante et méthodiquement organisée. Le secrétaire général honoraire, le Dr Levassort, a dans un rapport remarquable exposé, à ce sujet, en raccourci l'histoire trop ignorée de notre Association et a montré le danger d'un pareil rêve. Nous avons traité cette question ici même il y a quelques mois, et nous avons indiqué que la fusion de nos œuvres, constituées légalement avec des statuts très différents et sous la dépendance de plusieurs lois, obtenant des dons, des subventions et recrutant des adhérents dans des milieux bien divers, serait impossible et aurait un résultat déplorable si jamais on parvenait à la réaliser. Nous avons été heureux de voir un homme aussi compétent et avisé que le Dr Ch. Levassort, adopter notre manière de voir. L'assemblée à l'unanimité a d'ailleurs approuvé les conclusions des Drs Levassort et Thiéry.

Le recrutement de nos Sociétés locales, se fait avec une certaine difficulté et seuls les départements où les Sociétés vivent dans une intimité absolue avec les syndicats trouvent de nouveaux adhérents parmi les jeunes médecins.

Le Bureau de l'A. G. s'efforce de rechercher les moyens de montrer aux jeunes qu'ils peuvent avoir en entrant dans nos sociétés locales de réels avantages. Les retraites, dites de droit, où l'A. G. sert d'intermédiaire à la Caisse nationale des retraites et assure moyennant une faible surprime le payement de la cotisation en cas de maladie, ont eu un succès relatif puisqu'elles comptent au bout de deux ans 350 membres. Encouragé par cette tentative, le Bureau a proposé cette année de créer une caisse assurance-maladie, analogue à celle de l'Association Gallet-Lagoguay pour la Seine et de la Seine-et-Oise, et à celle de notre Mutualité Familiale. Les protagonistes du Bureau de l'A. G. désireraient porter à cent francs l'indemnité journalière pour pouvoir suffire à payer le remplaçant du médecin malade. Nous avons voté l'étude de ce projet, mais notre expérience nous permet de mettre en garde ses auteurs contre les difficultés nombreuses auxquelles ils auront à faire face et les dangers que peut faire courir un échec à l'Association. Sans doute, cette caisse serait autonome, mais, ne disposant pas des réserves des caisses déjà existantes, ayant le désir de faire plus, sinon de faire mieux, elle peut se heurter à un redoutable imprévu. En tout cas, un projet ne saurait être mis sur pied sans de sérieux calculs d'actuaire, sans l'examen très réfléchi des

◆◆

frais qu'entraîneraient l'indemnité aux chroniques et la difficulté d'un contrôle sérieux à la campagne. Sans parler des abus rares, mais toujours possibles, il y a la tendance très humaine, presque légitime, du praticien convalescent à prolonger la durée de son incapacité s'il touche une indemnité suffisante pour couvrir entièrement ses frais de remplacement.

Notre ami le Dr Paul Boudin, conseil juridique de l'A. G., exposa à la demande du Président comment les jeunes médecins récemment installés pourraient bénéficier de la loi des assurances sociales en tant qu'assurés facultatifs et la séance rendue ainsi fort intéressante fut levée à 17 heures.

Le banquet a eu lieu le soir au Cercle Iéna, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. Au champagne le président Bellencontre a souhaité en termes éloquents et avec toute la délicate courtoisie qui lui est coutumière, la bienvenue aux hôtes de l'Association, à M. le ministre Blaisot, aux bienfaiteurs du Corps médical et aux représentants de la Presse médicale. Le Dr Cibrie, au nom de la Confédération des Syndicats médicaux français, rappela que, lors de la discussion de la loi des Assurances sociales à la Chambre, M. le député Blaisot, spontanément, sans en avoir été prié, prit la défense du Corps médical et demanda que ses intérêts moraux et matériels ne fussent pas sacrifiés dans l'application de la loi.

Le Dr Dartigues, président de l'Union médicale latine, improvisa avec sa fougueuse éloquence un toast où il but à la tanté des deux aimables doctoresses, assises à ses côtés et qu'il se refusa obstinément à appeler Madame le Docteur.

Le Dr Kerguistel, de Guérande, doyen de l'Association, donna alors à ses confrères en termes malicieux, le secret de sa longévité, car, en possession de toutes ses facultés et sans infirmités, il a atteint ses quatre-vingt-sept ans. Son secret consiste à ne pas se surmener, à éviter d'abuser de tous les plaisirs de la vie, à fuir la politique, les tracas et les soucis.

Le sénateur Merlin, à qui le charme de ses discours a valu le surnom de Merlin l'enchanteur, au cours d'une brillante allocution, nous a appris qu'il était parvenu à créer dans un bourg de 2.000 habitants, dans la Loire, avec le concours de ses confrères, un centre médical, pourvu de tout l'outillage qu'exige la technique médicale moderne. Nous qui, depuis près de trente ans, préconisons avec instance cette nouvelle organisation de la médecine, ne pouvions qu'applaudir chaleureusement cette heureuse initiative.

M. le Ministre Blaisot prit enfin la parole, salué par d'unanimes applaudissements. M. Blaisot jouit d'ailleurs d'une popularité méritée ; ne s'est-il pas engagé en 1914, bien que réformé, et engagé dans un corps d'élite, les chasseurs à pied ? Il a conquis plusieurs citations et à la fin de la guerre les galons de lieutenant.

M. Blaisot assure les médecins de toute sa sympathie et compte sur leur collaboration. Il ne se considère pas seulement comme le chef d'une administration, mais il tient à être le ministre du Corps médical. C'est pourquoi il a tenu à venir présider le banquet de l'Association des médecins de France, l'œuvre secourable et la gardienne vigilante de la dignité médicale.

Tous les discours furent longuement applaudis et salués par des bans enthousiastes.

L'heure était déjà avancée quand se termina cette fête, à laquelle la présence d'un ministre n'avait rien ôté de sa cordiale intimité.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES GENS EN RETARD

Par le Dr Paul CHAVIGNY,

Médecin général de l'Armée, Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Quel est celui d'entre nous qui, dans ses relations, dans son entourage immédiat, n'a pas eu à souffrir d'avoir des personnes en retard ?

Si quelqu'un venait proposer soit un remède soit un palliatif à cette véritable infirmité, il semble que tous devraient lui en être reconnaissants.

C'est un défaut bien fait pour exercer la patience de ceux qui ont à en subir le contre-coup.

Tous n'ont pas la résignation stoïque de ce monsieur qui avait appris par cœur l'Iliade et l'Odyssée en entier, tandis que sa femme, au moment de sortir, cherchait son épingle à chapeau. Mais c'est une histoire qui a cessé d'être vraie pour nous, depuis que les dames ne portent plus d'épingles à chapeau.

Bien des personnes assurément reconnaîtront des cas vécus par elles-mêmes dans les descriptions ci-après ; tous probablement pourraient y ajouter quelque trait tiré de leur pratique personnelle.

Il y a des gens en retard et de tous les degrés. Quelques-uns seulement pourraient prétendre battre le record de ce monsieur, habituellement en retard, d'ailleurs, et qui, le jour de son mariage, se fit attendre pendant deux heures au moment de partir pour la mairie. Il s'était oublié à bouquiner sur les quais.

Quelle est la maîtresse de maison qui n'a pas passé par les affres les plus horribles du fait de certains invités qui font très naturellement, et le sourire aux lèvres, leur apparition avec un retard d'une heure et compromettent gravement l'ordonnance du dîner ?

N'est-il pas quelques personnes qui arrivent parfois un peu en retard, soit au théâtre, soit au concert, soit à la messe ? Il vaut mieux ne pas insister, car on en viendrait vite aux allusions personnelles, donc blessantes.

Si on préfère récriminer sur l'inexactitude d'autrui, n'en a-t-on pas l'occasion en daubant sur le pâtissier, qui a fait attendre pendant une demi-heure la glace, couronnement d'un repas d'apparat ; de cette attente qui se prolonge, naît infailliblement, dans la conversation de table, une période de gêne, presque d'anxiété commune

Ne vous est-il pas arrivé qu'un commerçant vous avait promis pour une date fixe, un objet, une réparation dont vous aviez un pressant besoin. Régulièrement ne vous a-t-il pas fait faux bond ? Il s'étonnera peut-être de ne pas réussir dans ses affaires, de perdre des clients. Mais, n'est-ce pas sa faute ?

Parlons aussi de la couturière qui apporte la robe attendue, à l'heure à laquelle Madame devrait déjà être partie pour le bal ou pour assister à un mariage dans le cortège duquel elle doit figurer.

Mais, sera-t-il permis de se demander tout bas : N'est-il pas un peu vrai aussi que Madame se serait crue déshonorée, si elle avait commandé sa robe assez à temps pour qu'il reste le temps de la finir avant la dernière minute ?

On dit, mais ce sont probablement de méchantes langues, que dans certaines maisons, pourtant de façade honorable, on ne répare le linge qu'au moment, où on a besoin de s'en servir et on n'y recoud les boutons que quand ils sont tombés.

Ce sont également des maisons dans lesquelles on songe à faire remettre les malles en état le jour même, où il faut les remplir pour se mettre en route. La pratique qui consiste à les donner à réparer quand on vient de rentrer de voyage serait, paraît-il, le lot de petits esprits.

N'est-il pas aussi certaines personnes en retard qui, faute de trouver les quelques minutes indispensables, en arrivent, sans paraître trop en souffrir, à vivre toute une journée à côté de leur lit défait et de leur cuvette non vidée. Elles n'ont pas eu le temps !

Phénomène bien curieux, de contagion sans doute, la montre de ces personnes en retard finit elle-même par retarder. Si parfois un maladroit se risquait à le faire remarquer, il serait vertement relevé, car les autres montres ou pendules, même la pendule de l'Observatoire ont tort ; ce sont elles qui avancent.

***

Sans prétendre nous hausser à une étude psychologique, nous pouvons tout au moins essayer de scruter quelque peu la mentalité des gens en retard.

Parmi ceux-ci, il peut y avoir quelques individus qui soient de véritables malades, dont le cas relève du médecin, et même du médecin aliéniste. Mais, c'est le petit nombre.

Comme type de retard pathologique très authentique, on peut rappeler le cas de la maladie de Thomsen, maladie familiale. Le sujet, qui est atteint de cette affection, présente un accès de rigidité musculaire brusque et presque invincible, au moment précis où il veut effectuer un mouvement. On peut se figurer sans peine quelles furent les mésaventures héroï-comiques de Thomsen lui-même, qui put la décrire le premier, en toute connaissance de cause, à la suite des difficultés rencontrées ou subies par lui au cours de son service militaire.

Surtout chez les enfants, il y a des ralentis de l'activité au même titre qu'il y a des ralentis de la nutrition. Parfois les deux sortes de troubles coexistent. En certains cas, ce sont des ralentis de l'intelligence, qui comprennent mal, sont servis défectueusement aussi par une audition insuffisante.

Dans l'armée, on voit de temps en temps des retardataires, que toute l'escouade est obligée d'habiller et d'armer ; faute de cette aide, ils ne seraient jamais prêts à temps pour le rassemblement ou la revue. Ce sont souvent des débiles de l'intelligence.

En dehors de ces cas qui voisinent avec la pathologie mentale, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, les gens en retard, et non malades, sont des débiles de la volonté. Bien que le mot puisse leur paraître un peu gros, ils sont, par conséquent, quelque peu incomplets au point de vue mental.

Il est tout à fait exceptionnel que des gens énergiques aient l'habitude d'être en retard.

Etre en retard est encore le fait du distrait, qui ne saurait astreindre son esprit à s'occuper des choses présentes. Toujours il songe à l'avenir ou au passé, presque jamais aux faits actuels, à ceux qui devraient s'imposer à son esprit, à son activité du moment. Il arrive en retard pour le train comme pour le dîner ; mais il peut arguer en toute bonne foi qu'il ne l'a pas fait exprès.

Souvent aussi, les gens en retard sont des sujets, dont l'éducation première n'a pas été suffisante. Nous prenons ici le mot éducation dans son sens vrai, non métaphorique, non mondain. Ces gens-là, on ne les a pas préparés à l'existence, à ses nécessités.

Etre en retard, c'est un manque d'ordre dans le temps, très proche parent d'ailleurs, du manque d'ordre dans les choses, dans les objets.

Les gens en retard ne sont que trop portés à admirer leur originalité, c'est ainsi qu'ils taxent avec quelque indulgence leur défaut. On peut leur faire remarquer que l'exactitude est une politesse obligée vis-à-vis des autres, et qu'on ne saurait s'en dispenser sans inconvénients graves pour sa réputation de sociabilité.

Y a-t-il lieu de se demander si les hommes sont, ou non, plus souvent en retard que les femmes ? A une époque déjà lointaine où le port de la moustache ou de la barbe permettait de distinguer avec quelque certitude un homme d'une femme, il m'a semblé que nombre d'hommes étaient en retard d'une quantité appréciable de quarts d'heure. Je croirais cependant volontiers que la femme est en retard avec plus de malice, avec plus d'astuce, avec plus de « rosserie ».

Maintenant que le transformisme et la sélection nous acheminent vers une identité formelle des sexes, cette question devient absolument oiseuse.

***

Ce qui est original, et on pourrait tout d'abord ne pas y croire, c'est que les gens en retard, au lieu d'être humiliés de leur défaut, en sont généralement plutôt assez fiers.

Ils n'iront cependant pas jusqu'à s'en vanter, mais, tout au moins, dans leur for intérieur, ils sont assez satisfaits de ce qu'ils considèrent comme une originalité. En eux-mêmes, ils s'en font presque une gloire, certainement un mérite. Ce sont les autres qui sont un peu inférieurs en se soumettant aux règles, aux habitudes du vulgaire.

Non contentes d'être inexactes pour elles-mêmes, les personnes en retard se font un devoir et une malice d'empêcher les autres d'être à l'heure. Jalouses, au fond d'elles-mêmes de ceux qui sont exacts, elles usent de tous les moyens, de toutes les astuces pour retarder jusqu'à la dernière seconde celui, qui risquerait, sans leur aide, d'arriver à l'heure pour prendre le train.

Si elles ne vont pas jusqu'à le proclamer ouvertement, combien n'est-il pas de personnes du monde qui considèrent comme bien porté, « bien né », très chic, d'arriver en retard au spectacle, et, aux fauteuils d'orchestre ou de balcon, de déranger une longue file de spectateurs, pour gagner leur place. C'est un des mille petits moyens de se faire remarquer.

Peut-être certains observateurs peu perspicaces risqueraient-ils de se laisser duper par la feinte humilité de certaines personnes en retard. Quelques-unes en effet, parmi celles-ci, de façon bonhomme, font gaiement allusion elles-mêmes à leur manie d'être en retard et la plaisantent. Mais, ne vous y fiez pas et ne faites pas chorus avec elles. Ne vous risquez pas à sourire, vous

aussi, de leur défaut. Soyez sûr que votre critique, si anodine, si amicale soit-elle, serait très mal accueillie.

C'est d'ailleurs la règle générale : on emploie les ruses les plus infernales pour dissimuler le moindre défaut physique. Par contre, si l'on tente encore quelque peu de masquer ses très gros défauts intellectuels ou moraux, on se fait plutôt gloire de ses petits défauts. On est si heureux d'être « quelqu'un de pas banal ! »

***

Existe-t-il une prophylaxie et une thérapeutique à l'usage des gens en retard ?

Voilà de bien grands mots, et qui sentent le médecin.

Autrement dit, peut-on éviter que les enfants s'accoutument à être en retard ; peut-on guérir les grandes personnes qui ont cette néfaste habitude ?

A première vue, on pourrait peut-être croire que c'est chose relativement simple. On s'imaginerait qu'il suffira de rattraper, une seule fois dans l'existence, une sorte de temps perdu initial.

En effet, c'est toujours de la même demi-heure que les gens sont en retard d'un bout à l'autre de leur existence ; le jour de leur enterrement sera le seul où ils arriveront peut-être à ne pas être en retard.

C'est au contraire une cure très difficile à entreprendre ; on se heurte en même temps à un défaut et à une mauvaise volonté caractérisée, tout au moins, à une inertie hostile.

D'avance, il faut se dire qu'un doigté très fin est indispensable si l'on souhaite d'arriver à un résultat même approché.

C'est un siège particulièrement difficile à mener. En aucun cas, il ne faut sous-estimer son adversaire. Il faut le bien connaître, en deviner tous les ressorts, jusqu'aux plus délicats, s'efforcer de les faire jouer, de les manœuvrer avec adresse, de tout faire concourir vers le but à atteindre.

Presque en aucun cas, il ne faut compter sur la bonne volonté de celui qu'on souhaiterait corriger de son habitude d'être en retard.

Bien persuadé d'avance qu'il sera, plus tard, infiniment difficile de corriger ce défaut, quand il sera depuis longtemps installé, on ne saurait donner trop de soin à ce que les enfants ne contractent pas l'habitude d'être en retard.

Assurément, d'abord, il faut éviter de leur donner le mauvais exemple. Il y a en effet des familles dans lesquelles tout le monde est en retard.

Pourquoi voudrait-on dans de tels milieux que les enfants ne soient pas en retard, eux aussi?

Mais, lorsqu'un enfant manifeste de bonne heure une tendance à être en retard, il ne faut pas s'imaginer qu'on l'éduque dans le sens voulu en étant à l'heure pour lui.

Etre en retard, c'est être déficient de la volonté, par conséquent, c'est une sorte spéciale d'éducation de la volonté qu'il faut entreprendre. En aidant l'enfant, on masque le défaut, mais ce n'est en rien un apprentissage du vouloir, loin de là. Il faut amener l'enfant à avoir de l'initiative, à vouloir de lui-même être exact, à le désirer.

On doit tout d'abord se dire que les punitions sont bien peu efficaces. Ce point doit même être considéré comme hors de discussion.

Il faut donc, chez l'enfant, créer le désir d'être exact en susciter l'appétence, jusqu'à la faire devenir habituelle.

L'un des meilleurs exercices qui puissent, croyons-nous, être de mise, est celui-ci :

On annonce, pour l'un des jours suivants, une promenade intéressante, et, bientôt après, on indique que le rendez-vous, pour y prendre part, est dans l'antichambre, à une heure donnée, qu'on n'attendra pas les retardataires, que ceux-ci en seront quittes pour rester à la maison.

A l'heure dite, sans récriminations, sans vociférations, sans bousculades, on part, à l'heure, laissant impitoyablement à la maison ceux qui ne sont pas prêts. Il faut pour cela, un peu de fermeté de caractère, il faut ausi une parfaite entente entre les parents. Si la mère, demeurée à la maison à garder le retardataire déçu et parfois hurlant, il ne faudrait pas qu'elle s'ingénie à le consoler trop complètement. Tout le bénéfice de la leçon serait perdu.

On peut assurer, si la leçon a été bien menée, que la fois suivante, il n'y aura pas de retardataires. Parfois, même, on assistera à cette scène curieuse, presque comique, que les enfants rappelleraient plutôt leur mère à l'exactitude, pour ne pas manquer la promenade désirée.

Il faut de la fermeté, mais une fermeté avisée, autrement profitable que si elle se faisait brutale.

Vis-à-vis des enfants, dans l'intérêt de leur formation intellectuelle et pratique, évitez tout ce qui pourrait ressembler à la manie de l'exactitude. Vous la feriez détester par votre entourage.

N'en ayez pas, non plus, le grotesque : voici une histoire dont le plus grave défaut est d'avoir été vraie. Un père, demeuré antique dans une société qui avait évo ué, était inexorable pour l'exactitude à l'heure des repas. Un jour, un de ses fils arrive en retard au déjeuner et se glisse modestement à sa place. « Mon fils, vous savez que vous devez être à l'heure pour déjeuner ! — Mon père, en passant il y a quelques minutes sur le Pont-Royal pour rentrer à la maison, j'ai vu une femme, qui se noyait, et je l'ai repêchée. Il m'a fallu le temps de changer de vêtements. —

Ce n'est pas une raison pour être en retard ! » Il y a là de quoi donner à toute une génération la phobie de l'exactitude.

***

Parmi les petits trucs de la vie pratique, il en est un qu'il ne faut pas négliger :

Apprenez aux enfants, et d'une façon presque précoce, à lire l'heure à la pendule. C'est une chose à leur enseigner, dès qu'ils commencent à apprendre leurs lettres.

Comment voudriez-vous qu'ils apprennent à être exacts tant qu'ils n'auront pas notion de l'heure qu'il est ?

Quand on est quelque peu curieux, on a occasion de constater, bien plus souvent qu'on ne le croirait, que des enfants déjà grandets, presque grands, ne savent pas lire l'heure à la pendule. Les parents ne se sont pas inquiétés de le leur apprendre.

En réalité c'est une ignorance très répandue, parmi les enfants, et à un âge presque avancé, et aussi dans tous les milieux, même ceux qui passent pour éclairés.

***

Autre question, et bien autrement ardue : Que faire à l'égard d'un adulte qui est toujours en retard ?

Bien entendu, il ne s'agit pas ici de sentiments de vindicte, ni d'hostilité. Il s'agit de redresser, d'aider même des personnes auxquelles on se trouve lié par les sentiments les plus affectueux.

Il ne sera pas question, par conséquent, d'employer des mesures de rigueur. Elles ne seraient pas de mise, mais, encore bien plus, on peut en être sûr d'avance, elles seraient parfaitement inopérantes.

On peut compter qu'elles risqueraient de confirmer dans sa position, de cristalliser pour ainsi dire, celui qu'on aurait souhaité d'améliorer.

N'oublions pas, en effet, cette pointe d'orgueil qui accompagne presque toujours, nous l'avons signalé plus haut, cette habitude du retard. L'orgueilleux est un élève méfiant, hostile par définition. Il faut le conquérir et non pas le mettre en état de résistance, d'opposition.

Il faut se rappeler qu'à la base se trouve une lacune de la volonté, puis que l'habitude s'est créée par la répétition. L'automatisme de l'heure ne joue pas, parce qu'il n'a jamais fonctionné.

Chez l'individu exact, la volonté de l'heure ne joue que bien exceptionnellement. On est exact sans effort, par habitude, presque par réflexe, pourrait-on dire, mais il faut, pour cela, s'en être donné l'habitude à soi-même.

Si par le plus grand des hasards, par l'un de ces hasards qui, j'en suis sûr, ne se réalisent à peu près jamais, vous avez la mauvaise fortune d'avoir une femme inexacte, n'essayez pas des récriminations. Elles seront sans le moindre effet. Craignez même, je vous en préviens, qu'elles n'aient un effet radicalement inverse de celui que vous auriez souhaité.

Inutile d'épuiser votre éloquence pour attendrir votre femme, sur le tort que son retard dans la maison apporte à vos occupations, à votre situation. C'est une plaidoirie qui restera de nul effet, soyez-en certain. Faites-en l'économie, cela vaudra mieux pour vous d'abord, pour la bonne entente du ménage ensuite.

Ne croyez pas d'ailleurs que vous arriverez à un résultat meilleur en vous apitoyant sur les ennuis que cause le retard à la personne elle-même qui en est coutumière.

Elle considère que votre sympathie lui est due, et, que, tout naturellement, tout l'entourage fera et doit faire le possible et l'impossible pour lui venir en aide.

A qui n'est-il pas arrivé de voir sur le quai de la gare, une famille entière faisant tumultueusement irruption à la dernière seconde pour précipiter dans un compartiment la personne qui s'est mise en retard. Chacun s'y emploie de son mieux, lui portant et lui passant à la volée son parapluie, son manteau, ses innombrables valises. Généralement même, dans ce désastre on remarquera que, seule, elle ne porte rien ! A l'instant même où le train démarre, toute la famille demeurée sur le quai et enfin rassurée, pousse un ouf de satisfaction, consciente de l'effroyable difficulté vaincue, du triomphe remporté de justesse sur ce maudit train qui s'obstine à partir à l'heure. Tous soufflent, suent, s'épongent. Pendant ce temps-là, béate et tromphante, dans son compartiment, la personne qui a réussi à prendre le train grâce au concours, à l'abnégation de toute sa famille, laisse voir sur son visage un sourire de satisfaction, trouvant tout naturel qu'on se soit dévoué pour elle.

Leur a-t-elle dit merci ? Ce n'est pas tellement certain.

***

La tactique que je crois bonne, je la recommande parce que j'ai déjà eu l'occasion de l'employer, est exactement l'inverse ; elle est basée sur une analyse psychologique assez fouillée, je crois, de la mentalité de l'individu en retard.

Celui-ci compte qu'on s'apitoiera, qu'on l'aidera, et, au besoin, qu'on s'emportera. Evitez soigneusement de vous rendre à l'ennemi, ne capitulez pas en lui fournissant ce qu'il désirait.

Ripostez par une manœuvre toute homœpathique : quand, par exemple, Madame vous aura fait attendre le dîner pendant trois quarts d'heure seulement, alors qu'elle sait combien

vous êtes pressé, profitez du moment où elle vous annonce triomphalement que le repas est enfin servi ; déclarez-lui que maintenant vous n'êtes plus prêt pour vous mettre à table, que vous êtes occupé à une besogne qui ne souffre aucun retard et ne peut être abandonnée. Faites-vous attendre à votre tour une petite demi-heure seulement.

Il est possible qu'à ce moment vous entendiez grommeler à la cantonade contre les individus qui ne sont jamais prêts quand il faudrait se mettre à table, et, comment voudrait-on qu'un dîner soit mangeable quand on le fait attendre ; le soufflé ne sera plus présentable. Ne vous inquiétez pas trop. C'est le vent de la sagesse qui commence à souffler ; peu importe qu'il prenne tout d'abord un peu la forme d'une bourrasque.

Autre manœuvre pareille : pour peu que vous ne soyez pas d'une intelligence transcendentale, il a pu vous sembler parfaitement désagréable d'arriver au théâtre vers le milieu ou à la fin du premier acte. Cela gêne quelque peu pour comprendre de quoi il s'agit. Vous risquez d'ailleurs fort que cette habitude s'implante à titre définitif dans votre ménage. Il n'y a d'ailleurs pas chance pour que votre intelligence se développe par l'exercice, au point de deviner quel a pu être le début de la pièce. Marquer votre mécontentement serait tout à fait inutile, et surtout, très maladroit. Aussi, pas de récriminations.

Mais, la prochaine fois où l'occasion surgira de retourner au théâtre, affectez paisiblement de ne commencer à vous préparer qu'au moment où madame aura son chapeau ou son écharpe sur la tête. Affirmez bien haut qu'il y a bien le temps d'arriver à l'heure.

Vous verrez si la fois prochaine, elle ne vous bouscule pas pour vous faire partir..... peut-être trop tôt.

Pour lutter avec un retardataire, on ne saurait se mettre assez en retard soi-même. Ce ne sera pas, je vous l'assure, du temps de perdu.

Quelle réplique voulez-vous que votre partenaire trouve à cela ? Vous êtes à égalité.

Bien entendu faites cela de votre air le plus gracieux.

Après des expériences de cette sorte, il y a tout à parier que le déjeuner du lendemain sera à l'heure, que vous n'arriverez plus jamais en retard au théâtre, etc.

En toute occasion semblable, cherchez la tactique d'équivalence, non la riposte.

Avec un peu de malice, on peut la trouver dans presque tous les cas.

***

Par ailleurs, et discrètement, laissez deviner que vous ne considérez pas l'habitude du retard comme l'une des caractéristiques indispensables du génie.

Si un hasard heureux a placé dans vos environs un individu qui, toujours en retard, soit d'ailleurs un lourdaud de l'intelligence, ou peut-être même franchement un sot, ne manquez pas de laisser deviner le rapprochement qui risquerait de se faire dans votre esprit.

Mais, gardez-vous bien de le dire, surtout, n'insistez pas. Votre effet serait gâché.

***

En cherchant à guérir de son inexactitude une personne chez laquelle ce défaut commençait à s'installer, vous ferez œuvre d'éducateur prévoyant.

Ce n'est pas seulement un défaut gênant surtout pour l'entourage, c'est encore l'amorce de très gros défauts, et du seul fait d'être toujours en retard, l'avenir d'un individu qui pourrait par ailleurs être merveilleusement doué, risque d'être compromis.

Puis, le retard marche de pair avec le désordre matériel et le prépare.

Le retard voisine aussi de très près avec la négligence corporelle, même avec la malpropreté.

Ceux qui, par exemple, se lèvent en retard le matin, sont parfois, et presque souvent, obligés de s'habiller en quelques minutes, n'ayant pas le temps de se laver.

Ils remettent à plus tard le moment de faire leur toilette.

Mais quand en trouveraient-ils le temps dans cette journée dans laquelle chaque occupation déborde sur la suivante ?

Une femme en retard est celle dont le ménage est mal tenu, chez laquelle les repas ne sont jamais prêts à l'heure. Chez elle, les réparations urgentes des vêtements se font au moment de sortir. Mille traits de détail la caractérisent. Le désordre dans le temps est un désordre coûteux et qui, dans un ménage risque d'être ruineux.

Le retard dans le temps est également une des formes de la paresse et ce point mériterait à lui seul de longs développements. Il faut, dans l'existence, viser à *l'ordre contre la montre*, comme à l'ordre dans les objets.

***

Très souvent, notre avenir, notre situation dépend de notre exactitude.

Les éducateurs ne doivent pas le perdre de vue.

Un personnage qui était parvenu à une haute situation répondait très finement à ceux qui étaient venus le féliciter : « Oh, ce n'était pas bien difficile ; si je suis arrivé là, c'est que tous les matins j'avais déjà fait la tournée complète

de mon service, pris connaissance de tout ce qui s'était passé depuis la veille, je savais tout déjà, lorsque mes collaborateurs voulaient bien enfin faire leur première apparition à leur bureau. »

Telle est d'ailleurs, ajouterons-nous, la pratique de l'un de nos hommes d'Etat contemporains, et des plus éminents.

Devinez lequel ?

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital Cochin)

L'hémiplégie cérébelleuse (1)

J. Thiers,

Ancien chef de clinique à la Faculté,
Médecin en chef de la Fondation Furtado-Heine.

Je vais vous parler aujourd'hui de l'hémiplégie cérébelleuse, car il y a une hémiplégie cérébelleuse comme il y a une hémiplégie pyramidale.

L'hémiplégie pyramidale, ou hémiplégie tout court, est due à la lésion de la grande voie motrice centrale ; vous en connaissez les symptômes : elle se traduit par une hémi-paralysie, des modifications des réflexes tendineux, le signe de Babinski. Elle survient généralement après un ictus qui est la vulgaire attaque apoplectique.

Dans l'*hémiplégie cérébelleuse*, il n'y a pas d'hémiparalysie, ce que l'on observe, ce sont des troubles cérébelleux unilatéraux, troubles de l'équilibre et troubles de la motilité, traduisant le déficit de la fonction cérébelleuse. Ici encore dans la plupart des cas les symptômes apparaissent brusquement, à la suite d'un ictus qui diffère de l'ictus apoplectique banal, mais qui est aussi facile à reconnaître que ce dernier.

La définition que je vous donne de l'hémiplégie cérébelleuse a été proposée pour la première fois par Pierre Marie et Foix à l'occasion de leurs travaux sur des lésions syphilitiques des conducteurs cérébelleux.

En 1915, j'ai repris, dans ma thèse les travaux de ces auteurs, les documents anatomo-cliniques publiés dans la littérature médicale, mes faits personnels et je les ai confrontés avec les données de la physiologie, ce qui m'a permis d'établir les points suivants :

1° Il n'y a pas de différence entre les phénomènes consécutifs à la lésion d'un hémisphère et ceux qui sont consécutifs à la lésion d'un pédoncule cérébelleux.

2° Il n'y a pas de différence entre les symptômes produits par la lésion de l'un ou de l'autre des pédoncules cérébelleux.

3° La lésion d'un pédoncule ne donne jamais de troubles localisés ou partiels elle affecte tout un côté du corps.

Ce qui revient à dire que l'atteinte unilatérale d'un hémisphère du cervelet ou des voies cérébelleuses donne lieu à un syndrome de déficit fonctionnel, toujours le même, qui affecte sans limitation une moitié du corps, ou, pour parler plus nettement, à une hémiplégie cérébelleuse, Le mot hémiplégie est pris dans son sens étymologique (ημι moitié πλασσειν frapper) ; l'apparition des troubles cérébelleux étant le plus souvent soudaine et précédée par un ictus.

On doit distinguer deux formes de l'hémiplégie cérébelleuse, la forme centrale, et forme cordonale suivant que la lésion siège dans le cervelet ou que la lésion siège dans un pédoncule cérébelleux (voies cérébelleuses).

Dans la forme la plus commune que nous prenons pour type, celle de l'hémiplégie due à une lésion d'artérite syphilitique siégeant sur l'une des voies cérébelleuses, le début est brusque, en pleine santé apparente, marqué par un ictus. Le sujet atteint ressent une assez vive douleur à la tête, il a du vertige et il tombe ou plutôt s'affaisse sur le côté.

Caractères de l'ictus cérébelleux.

Si l'on analyse les caractères de l'ictus cérébelleux, on constate trois symptômes positifs, un symptôme négatif.

Voyons tout d'abord les symptômes positifs. Ce sont :

1° La *douleur* dans la région occipitale latérale ; elle est assez vive, interne, profonde.

2° Le *vertige* : ce vertige est accompagné d'une sensation de tournoiement qui est *indépendant de l'occlusion des paupières*. Ce tournoiement se *fait toujours dans le même sens* ; il persiste au repos, mais il est accru par les mouvements de la tête. Le vertige *s'accompagne de chute latérale* ou de *sensation de chute* sur le côté malade.

3° Les *vomissements*, répétés ou non, vomisse-

(1) Leçon du 5 janvier 1931 recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

ments faciles ; quelquefois, il n'y a qu'un état nauséeux, sans vomissements. d'autres fois les vomissements se répètent avec fréquence. Tels sont les trois symptômes positifs.

Le quatrième symptôme est un symptôme négatif. Il n'y a *pas de perte de connaissance* même faible, tout au plus le malade éprouve-t-il une obnubilation légère.

Dans la pratique voilà comment les choses se passent : vous êtes appelé auprès d'un malade d'une cinquantaine d'années qui pose le plus souvent lui-même le diagnostic, en ces termes : il dit avoir eu un commencement de congestion probablement due à une fausse digestion (à cause des vomissements). Le malade vous déclare n'avoir à aucun moment perdu connaissance, il n'a pas d'embarras de la parole, il se plaint seulement de vertiges et de douleurs de tête. En réalité il a bien eu un ictus, mais le médecin ne constatant pas les signes de ce qu'on a l'habitude d'appeler l'*attaque*, pense souvent à une crise d'urémie, et fait examiner le sang, mais le résultat reste négatif, l'urée n'est pas augmentée ; dans ces conditions le diagnostic reste d'autant plus incertain, que les troubles sont discrets et s'atténuent rapidement.

Syndrome hémiplégique cérébelleux.

Toutefois même si vous examinez le malade immédiatement après l'ictus, vous pouvez mettre en évidence, déjà, le syndrome de déficit cérébelleux unilatéral, il se traduit par deux sortes de symptômes :

1° *Un trouble de l'équilibre*, 2° *un trouble de la motilité.*

Le premier c'est la latéropulsion ou l'affaissement latéral. Lorsque le malade est debout il se sent déporté vers le côté malade, il a une tendance à s'incliner ou à s'affaisser de ce côté.

Quand le malade marche, il dévie du côté malade, comme il est facile de le remarquer en faisant marcher le malade le long d'une ligne tracée à la craie sur le plancher. Le trouble de l'équilibre n'est pas modifié par l'occlusion des paupières. Le signe de Romberg n'existe pas, on devrait plutôt dire qu'il est négatif.

Pour les troubles de la motilité on en distingue deux principales manifestations : 1° l'*hypermétrie* ou manque de mesure dans les mouvements ; toujours dans le sens de l'exagération. On peut mettre en évidence cette hypermétrie de plusieurs façons, la plus simple est de prier le malade de poser son doigt sur le bout de son nez, il n'y arrive pas, exactement il le pose sur sa joue, il dépasse le but. On peut la déceler de bien d'autres façons. Je ne vous en expose que quelques-unes : dans l'épreuve de la préhension, d'A. Thomas, le malade doit prendre un verre ou un objet quelconque il ouvre pour cela la main plus largement qu'il ne le faudrait.

Si vous faites poser le talon sur le genou du côté opposé vous verrez le talon dépasser le but.

2° A côté de ce trouble de la motilité, vous en avez un autre, qu'on appelle l'*asynergie* ou défaut de coordination. Elle se marque de la façon la plus frappante lorsque le sujet se penche en arrière ; il ne fait pas le mouvement compensateur de flexion des genoux et tombe; il décompose aussi les mouvements.

Il y a encore bien d'autres façons d'apprécier ce trouble. On peut demander au malade de marcher, de monter les degrés d'un escalier ou encore tout simplement de poser son genou sur le bord d'une chaise.

Dans tous ces gestes le mouvement est brusque dépasse le but, et se fait en plusieurs temps.

Il faut encore joindre à l'hypermétrie et à l'asynergie comme symptômes accessoires : l'*adiadococinésie de Babinski*, ou perte de la faculté d'exécuter successivement des mouvements alternatifs de sens contraire, on la recherche soit en faisant faire les marionnettes, soit en faisant exécuter avec le pied le mouvement de la pédale : la *flexion combinée de la cuisse et du tronc* : le sujet étendu sur le dos, ne peut plus s'asseoir les bras croisés.

Tels sont les symptômes positifs, les symptômes négatifs ne sont pas moins importants, que les symptômes positifs pour caractériser l'hémiplégie cérébelleuse : la force musculaire est intacte, il n'y a pas d'hémiparalysie ou d'hémiparésie. Les réflexes tendineux sont normaux ou un peu vifs. Les sensibilités subjectives et objectives ne présentent aucune altération. Il n'y a pas de signe de Babinski, le réflexe plantaire se fait en flexion.

Tel est le tableau de l'hémiplégie cérébelleuse pure, mais on n'a pas souvent la chance de la rencontrer telle.

Le plus souvent on voit des formes complexes de l'hémiplégie cérébelleuse.

I. Hémiplégie cérébelleuse centrale. — La cause qui la provoque peut-être *une tumeur* ; dans ce cas pas d'ictus, hémiplégie cérébelleuse progressive, l'atteinte unilatérale d'abord devient bilatérale.

L'hémiplégie cérébelleuse est associés à d'autre symptômes dus : *a*) à la compression intracranienne ; *b*) à la compression des organes voisins, en particulier des nerfs craniens auditif et facial.

La lésion déterminante peut être un *abcès* ; l'hémiplégie cérébelleuse apparaît alors à la suite d'une otite, le malade a de la fièvre, et des signes généraux.

Les *lésions artérielles* aboutissent au *ramollissement* ou à l'*hémorragie.*

Le ramollissement lobaire est moins rare qu'on ne le croit et dans un travail récent, M. Lher-

mitte l'a observé avec une notable fréquence chez les vieillards.

L'hémorragie s'annonce par un ictus très grave Elle correspond en général à la rupture de l'artère du noyau dentelé. Après l'ictus le malade entre rapidement dans le coma. Schulmann caractérise le coma cérébelleux par une rotation de la tête avec nystagmus de haut en bas ; ultérieurement il est facile de constater l'hémiplégie cérébelleuse, parfois les signes deviennent bilatéraux, après avoir été unilatéraux au début.

II. Hémiplégie cérébelleuse cordonale. — On en distingue trois formes : 1° la lésion intéresse le pédoncule supérieur ; 2° le p. moyen, ou 3° le p. inférieur.

Le pédoncule supérieur va dans le pédoncule cérébral, du noyau dentelé au noyau rouge et au thalamus. Là il se trouve en rapport avec les fibres du moteur oculaire commun ; les fibres sensitives rubro-thalamiques, les fibres pyramidales, de là il résulte trois variétés :

A) La *cérébello-oculaire* est la plus fréquente ; il y a hémiplégie cérébelleuse et paralysie du III du même côté, donc chute de la paupière, avec strabisme externe.

B) La *forme cérébello-thalamique*, comprend une hémiplégie cérébelleuse + troubles de la sensibilité du même côté : ces troubles affectent la sensibilité profonde, il peut s'y associer des troubles vaso-moteurs sudoraux et thermiques.

C) Les pédoncules cérébelleux supérieurs s'entrecroisant au niveau de la commissure de Wernekink leur entre croisement a donc lieu au-dessus de l'entrecroisement pyramidal ; il résulte qu'au dessus de la commissure le syndrome cérébello-pyramidal est homolatéral, au dessous il est croisé. Dans cette troisième variété donc on peut observer soit du même côté soit du côté opposé à l'hémiplégie cérébelleuse, une exagération des réflexes tendineux et le signe de Babinski.

Lorsque la lésion siège sur le pédoncule moyen, elle atteint la protubérance dans sa partie latérale. Les filets du pédoncule cérébelleux moyen y sont isolés, l'hémiplégie cérébelleuse est alors pure ; c'est celle que nous avons prise pour type.

Je vais vous parler avec un peu d'insistance des cas où la lésion siège au niveau des voies cérébelleuses inférieures. Nous sommes là dans *le bulbe*, on peut y distinguer une moitié ventrale et une moitié dorsale. Dans la moitié ventrale passe le faisceau moteur, la vascularisation y est assurée par les spinales antérieures.

La moitié postérieure renferme : 1° le pédoncule cérébelleux inférieur ; 2° une partie des voies sensitives ; 3° un centre sympathique c'est là le domaine de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. Sa lésion détermine une hémiplégie cérébelleuse, associée à des troubles de la sensibilité (anesthésie dissociée) alternes, et, à un syndrome de Claude Bernard Horner. Les premières observations sont dues en France à Babinski et à Nageotte d'où le nom de syndrome de Babinski-Nageotte qui a servi à désigner cet ensemble de symptômes. En Allemagne, Adolf Wallenberg l'a décrit sous le nom de syndrome d'oblitération de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. En pratique n'est-il pas plus bref et plus explicite, de dire hémiplégie cérébelleuse inférieure ? On sait ainsi, immédiatement, qu'il s'agit d'une lésion bulbaire située dans la moitié postérieure de l'organe, et, frappant le sujet d'un déficit principalement cérébelleux ?

Etiologie. — Quelles sont les causes de l'hémiplégie cérébelleuse ? En dehors des tumeurs, des abcès, que nous nous bornerons à signaler, en dehors de l'hémorragie qui s'observe assez souvent chez les hypertendus, la grande cause est le ramollissement consécutif à l'artérite qui est bien moins rare qu'on ne le croit, surtout chez les vieillards.

Chez des sujets plus jeunes vers la cinquantaine, dans tous les cas que j'ai observés il s'agissait d'anciens syphilitiques l'infection initiale remontant à une vingtaine d'années au plus.

Pronostic et traitement

Le pronostic immédiat est bénin ; au bout de 15 jours on ne trouve plus aucun signe de la maladie, mais il faut toutefois bien savoir et se rappeler que l'hémiplégie cérébelleuse révèle l'existence d'une artérite encéphalique en évolution. Il faut donc instituer un traitement antisyphilitique, rigoureux. On peut utiliser les sels mercuriels, les arsénicaux, ou les préparations de bismuth. Le traitement qui m'a donné les meilleurs résultats est le traitement mixte, mercuriel et bismuthé, le traitement arsenical n'est pas sans danger surtout au début. On peut employer le Quinby (Aubry), le Muthanol, le Bivatol, etc... Je donne la préférence pour les préparations mercurielles au biodure de mercure. Au moment de l'ictus il est bon en outre de faire des injections d'acétylcholine, plus tard on prescrira l'angioxyl en piqûres ou en sirop.

Pour résumer, retenez qu'il y a une hémiplégie cérébelleuse comme il y a une hémiplégie pyramidale, que l'hémiplégie cérébelleuse est aussi fréquente que l'hémiplégie pyramidale, qu'elle est aussi facile à reconnaître si en présence d'un ictus vous n'oubliez pas après la

recherche des troubles pyramidaux, celle-ci étant restée négative de rechercher les troubles cérébelleux. Si vous trouvez des signes cérébelleux après un ictus vous pourrez en général rassurer le malade et son entourage : on vous attribuera néanmoins le mérite de l'avoir sauvé lorsque les troubles auront disparu sans laisser de traces au bout de deux semaines environ.

DES OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES " TYPE SÉNILE ". LEUR SÉMIOLOGIE, LEUR TRAITEMENT

Par V. Aubertot (de Royat).

Depuis quelques années l'étude des troubles artériels des membres captive l'esprit des chercheurs. Les travaux sont nombreux ; ce n'est pas une bibliographie complète que je vais en donner, mais je tiens à rappeler les noms des principaux auteurs qui ont étudié la question ; Paupert, Ravault, Dumas, Gallavardin, Langeron et Desplats, Labbé et Heitz, Jeanneney, Strickers, Leibovici, A. Mougeot et V. Aubertot, et tout dernièrement Ch. Laubry, J. Walser, D. Routier et Ed. Doumer dans leur traité de pathologie interne. Je renvoie le lecteur à tous ces travaux ; comme il le verra, la question est encore touffue et nous sommes loin d'un traitement spécifique de l'artérite oblitérante.

Il faut donc traiter le symptôme et agir comme le dit très bien Ch. Laubry avec son grand sens clinique, faire de la sémiologie d'abord, enregistrer tous les faits avec précision, puis formuler un pronostic et un traitement sur la sérieuse interprétation des signes observés.

Cet article, en restant fidèle aux idées de Ch. Laubry, n'a d'autre but que de mettre sous les yeux de celui qui voudra les parcourir des points cliniques et pratiques.

Parmi les malades observés, je ne retiendrai aujourd'hui que ceux qui sont les plus nombreux et qui sont porteurs d'oblitérations artérielles des membres inférieurs soit unilatérales, soit bilatérales, dues à la sclérose artérielle.

La plupart d'entre eux sont âgés de 47 à 55 ans ; ils ne sont ni israélites, ni spécifiques (dans ce dernier cas, malgré une R. W. du sang négative, les signes cliniques et l'anamnèse dominant la scène, on peut éliminer cette affection). Pas d'excès de cholestérine dans le sang, une glycémie et un taux d'urée sanguine normal. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Certains d'entre eux sont d'assez gros fumeurs. Ces malades ne présentent pas de névrite concomitante, ni de plaques de sphacèle. Ce sont de petits hypertendus avec une pression artérielle en moyenne de Mx 18 et Mn 10.

Le diagnostic différentiel permettant d'éliminer les oblitérations artérielles juvéniles, tromboangéite oblitérante (Léo Buerger), celles dues aux maladies infectieuses, ou à des intoxications, ou à des embolies, ou à des traumatismes, c'est dans le cadre des artérites séniles par sclérose artérielle progressive qu'il faut classer ces malades.

Les signes cliniques. — Chez ceux-ci, le symptôme qui domine toute la scène, c'est la *douleur* et quelle douleur ; une véritable torture, le malade ne peut marcher longuement, car au bout de quelques mètres, il éprouve au niveau des jumeaux, une douleur constrictive, une sensation de crampe atroce qui le force subitement à s'arrêter, tandis qu'il pâlit sous l'atteinte douloureuse, et qu'il ressent alors un engourdissement du membre atteint. Après une pause plus ou moins longue, la douleur passe et il peut reprendre sa marche jusqu'à une seconde manifestation douloureuse qui l'oblige encore à s'arrêter ; tout effort provoquant une recrudescence de la douleur. C'est ce qu'on appelle la *claudication intermittente*, qui n'est qu'un trouble ischémique, une méiopragie due à un défaut d'irrigation artérielle. Tous nos malades présentaient ce signe capital, pathognomonique ; dans l'esprit de la plupart d'entre eux, ce signe n'était qu'une douleur rhumatismale, qu'une friction ou un antialgique devait calmer... Le trouble était hélas plus profond, car certains d'entre eux ressentaient cette douleur au lit, à tel point que le poids d'un simple drap était pour eux intolérable. Comme on le voit par l'analyse de ce symptôme, la douleur est le signe qui met sur la voie du diagnostic.

Aspect du membre. — Mais il y a plus et l'examen des membres est de toute importance, soit au moment de la manifestation douloureuse, soit après.

a) Pendant. — Il y a une contraction douloureuse des muscles jumeaux à la pression ; ils sont de plus pâles, livides, froids. A mesure que la douleur s'amende, le membre reprend sa coloration rosée, il faut voir là un signe de vaso-dilatation qui succède à la vaso-constriction primitive.

b) Après la crise douloureuse : le membre atteint ne présente rien d'anormal à l'inspection, s'il est examiné en position horizontale ; au contraire, si l'on fait asseoir le malade et qu'on examine ses jambes pendantes, on provoque le signe dit de la « chaussette » de Vaquez et Bri-

cout' : on voit les doigts de pieds prendre une teinte rose violet qui gagne insensiblement tout le pied et la partie inférieure de la jambe.

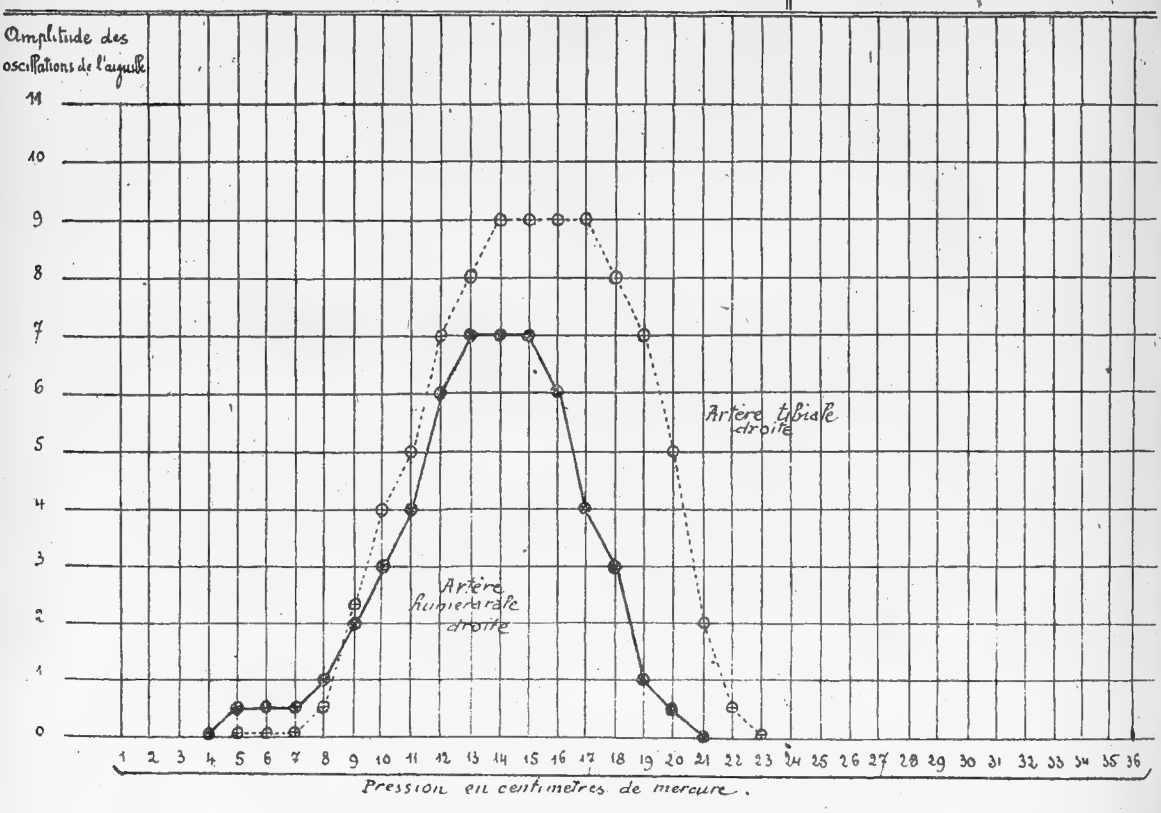
Le pouls artériel. — Il faut ensuite palper le membre et rechercher le battement de la pédieuse d'abord au niveau du cou-de-pied entre l'extenseur propre du gros orteil et le faisceau interne du pédieux; puis, on explore l'artère tibiale postérieure que l'on palpe derrière la malléole interne, puis, dans le creux poplité ; enfin, c'est au tour de la fémorale au niveau du triangle de Scarpa. On applique la même méthode au niveau du membre supérieur lorsqu'à ce niveau s'observent des signes de claudication intermittente ; ici, les cas sont plus rares et il faut rappeler celui observé par Ch. Laubry.

rielle locale ; à cet effet, si la méthode auscultatoire de Korotkoff rend des services, dans la mesure de la pression artérielle, ici la méthode oscillométrique lui est supérieure et l'oscillomètre de Pachon est indispensable ; il renseigne à la fois sur la pression et sur l'indice oscillométrique. Une simple manchette pneumatique est appliquée sur le segment de membre à examiner, il est facile d'allonger la manchette si l'on explore un membre de plus grosse dimension et, par contre, la racine de la cuisse. Normalement, la pression artérielle aux membres inférieurs est pour la maxima de 1,5 à 2 cm. de Hg supérieure à celle des membres supérieurs. Quant à la minima elle est égale. (Voir la courbe prélevée selon la méthode de G. Billard et Delaunay). (Fig. I).

Quand la pulsation est diminuée ou abolie,

M^r. Alb ...... FIG. 1 — Age : 52 — Date : 12 Juillet 1930

Diagnostic : Hypertendu pur sans lésion cardiaque



La palpation artérielle est une excellente méthode, car en renseignant sur la pulsation, elle permet d'orienter le diagnostic ; elle renseigne en même temps sur l'état de la paroi artérielle, sur l'état d'induration du vaisseau par exemple. Lorsqu'elle montre une abolition de la pulsation dans le territoire desdits vaisseaux, on est en droit de penser que le siège de l'oblitération est là.

L'oscillomètre. — C'est alors qu'il faut contrôler la palpation par la mesure de la tension arté-

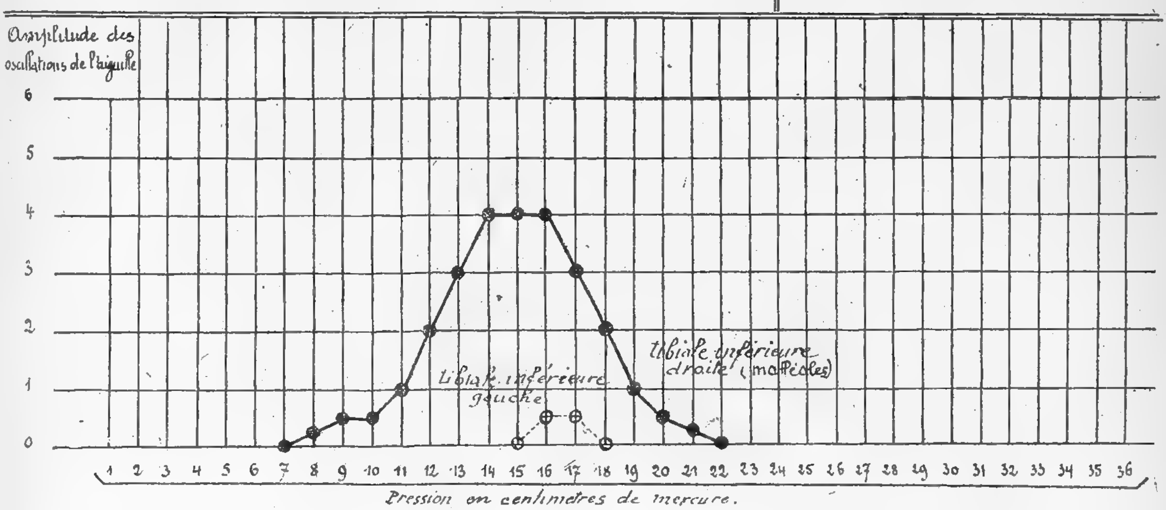
l'oscillomètre l'enregistre fidèlement et l'observateur n'a qu'à interpréter les renseignements donnés par l'aiguille ; en même temps, si on inscrit la courbe oscillométrique toujours comme l'ont indiqué G. Billard et Delaunay, on constate que la courbe est écrasée par rapport à celle du membre sain ; si l'oblitération siège aux deux membres, les courbes sont toutes deux écrasées. (Voir graphiques). (FIG. II et III).

Ces courbes sont riches en renseignements et permettent de dire combien l'oscillomètre est un précieux instrument pour déterminer les trou-

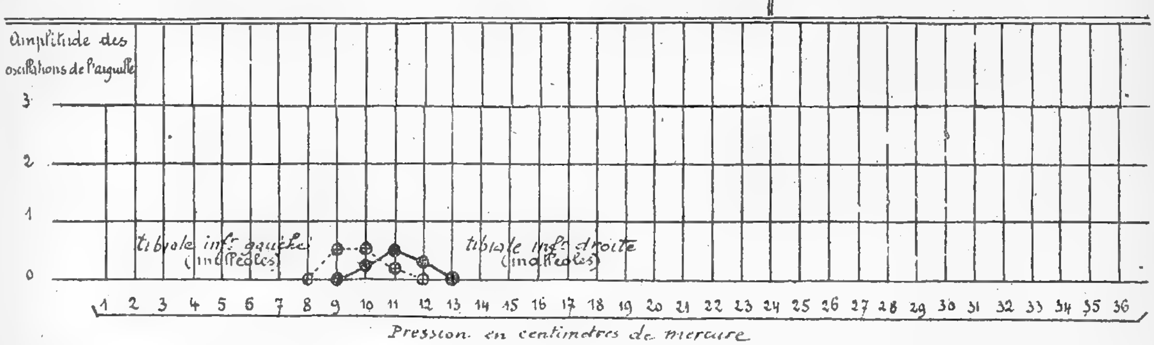
bles artériels des membres. Avec lui, il est facile d'observer toutes les réactions du vaisseau exploré. Parfois la palpation n'a rien révélé, mais la sensibilité de l'aiguille oscillométrique éclaire parfois le médecin sur une perméabilité bien faible du vaisseau et le pronostic est alors moins sombre, par contre, lorsque l'oscillomètre n'enregistre rien, il faut penser à une imperméabilité totale du vaisseau. Si cette imperméabilité se présente au niveau de la pédieuse, il faut examiner la perméabilité en remontant vers la racine du membre jusqu'au moment où l'on voit apparaître la première vibration de l'aiguille ; le point d'apparition de l'oscillation et son amplitude permet de déduire le degré d'extension de l'oblitération artérielle. Ainsi le médecin et le chirurgien sont renseignés et ce dernier surtout lorsqu'il est appelé à intervenir et qu'il doit délimiter le niveau où doit porter l'amputation. Cette méthode est quelquefois entachée d'erreurs, car on a constaté que là où siégeait une gangrène des extrémités la perméabilité artérielle était normale, tandis que dans le membre opposé, la gangrène ne s'était pas déclarée bien qu'il existât une diminution importante des oscillations. Ces cas sont particuliers et on doit en tenir compte ; cet instrument est pour le moment le plus pratique et je ne vois pas une méthode plus simple, qui peut rendre le plus de services au médecin pour préciser son diagnostic.

Ce diagnostic est aisé : on aura facilement éliminé celui auquel on aurait été conduit dès la première manifestation douloureuse, celui de « douleur rhumatismale », pour penser à celui de « oblitération artérielle ». L'analyse des trois signes suivants qui forment ce que j'appelle « le trépied artéritique » : claudication intermittente, douleurs, troubles moteurs, en sera le fil d'Ariane.

Mr Jan FIG. II Age : 54. Date : 14 Septembre 1930
Diagnostic : Artérite membre infr gauche



Mr Boy FIG. III Age : 56 Date : 2 Aout 1929
Diagnostic : Artérite double des membres inférieurs



Pratiquement, on pourrait s'arrêter là et formuler un traitement, car que demande le malade ? Que l'on comprenne sa douleur, qu'on l'écoute, qu'on le soulage. Que demande le médecin ? Soulager son malade, mais il demande plus, et ce plus, c'est une analyse plus complète du symptôme. Pour satisfaire à son esprit et formuler encore mieux son pronostic et son traitement, on a recours aux méthodes suivantes :

L'artériographie permet de préciser le niveau de l'oblitération ; méthode préconisée par Sicard, elle a été employée avec succès par Desplats (de Lille), Baillat (de Perpignan), Mériel (de Toulouse), Harvier et Lemaire (de Paris) ; il suffit d'injecter très lentement environ 10 cent. cubes de lipiodol dans l'artère nourricière sous le contrôle de la radiographie. On constate que le lipiodol vient s'arrêter sur l'obstacle qu'il coiffe.

La pratique du test d'Aldrich et Mac Clure consiste à faire une injection intra-dermique de 2/10 de cent. cube d'une solution de NaCl à 8/1.000e ; il se produit une légère papule œdémateuse qui se résorbe généralement en une heure chez un sujet normal ; au contraire, la résorption est plus courte, si le sujet est atteint d'oblitération artérielle. Ce test peut servir de contrôle à la méthode oscillométrique, de même qu'il permet de juger de l'état d'amélioration ou d'aggravation de l'oblitération au cours du traitement, et ce, en fonction du temps de résorption.

Ces méthodes sont importantes à pratiquer, mais le bon sens clinique doit toujours dominer ; on sait combien le rôle du spasme est capital en clinique circulatoire, et on n'est pas sans ignorer qu'un élément spasmodique se surajoute généralement à la lésion analomique. C'est pourquoi, il faut éclairer sa lanterne, trancher le débat, en éliminant si possible cet élément surajouté.

Certaines méthodes doivent être pratiquées :

Méthode de Klemperer, de Babinski, Heitz ou du bain chaud. — Le membre est plongé dans un bain local à 40 degrés ; celui-ci augmente généralement l'indice oscillométrique s'il y a un état spasmodique surajouté ; il n'y a aucune modification s'il n'y a pas de spasme. Le bain froid, au contraire abolit toutes oscillations.

Le massage artériel local. — Gallavardin et Tixier, puis Barbier ont conseillé pour lever le spasme lorsque la manchette de l'oscillomètre est en place de comprimer, puis de décomprimer pendant un certain temps la manchette ; au cours de ces manœuvres, on constate des modifications de la pression artérielle qui, généralement s'abaisse de une division, tandis que l'indice oscillométrique augmente. Langeron se montre réservé sur ce procédé qui est assez désagréable pour le sujet et qui pourrait l'exposer à des oblitérations secondaires du fait du risque de la fragmentation du caillot, au cas d'une thrombose importante de l'artère.

Le bain carbo-gazeux peut, à mon sens, servir de moyen pratique de mise en lumière de l'élément spasmodique, de même qu'il sert de traitement, comme on le verra plus loin. Avec A. Mougeot nous avons observé une malade présentant des troubles de la ménopause, et dont les membres inférieurs avaient un aspect blanc et refroidi. La palpation ne révélait aucun battement artériel dans le domaine de la pédieuse et de la tibiale inférieure ; l'oscillomètre de Pachon confirmait les données de la palpation, car il n'enregistrait aucune oscillation. Fallait-il ajouter une foi démesurée à ces signes et porter *a priori* un pronostic sévère ? Le bain carbo-gazeux en l'occurence très gazeux, a permis de trancher le cas et de dire que cette oblitération artérielle n'était qu'une pseudo-oblitération due à du spasme pur. En effet, après deux bains carbo-gazeux de 12 minutes chaque, le membre reprit une teinte rose, tandis que les oscillations réapparaissaient, augmentaient d'amplitude pour revenir tout à fait normales au bout du cinquième bain. Cette malade revue les années suivantes n'a jamais accusé les troubles antérieurs, les oscillations étaient normales. Il ne faut voir qu'un état de spasme, pur, occasionnel sur lequel le gaz carbonique a exercé une action très manifeste, tout comme il montre son action, mais à un degré moins concluant lorsqu'il y a du spasme surajouté à l'oblitération artérielle avec lésion anatomique.

Traitement. — Tous les malades envisagés ont été traités par la thérapeutique carbo-gazeuse de Royat. Chez tous j'ai constaté que vers le huitième, le dixième bain, il y avait une sédation de la douleur à la marche ; certains de ces malades qui ne pouvaient pas faire plus de 20 mètres au début arrivaient insensiblement à parcourir des distances plus grandes jusqu'à faire 100 mètres et plus, et encore en gravissant des pentes plus ou moins rapides.

La recherche de l'indice oscillométrique après le bain montrait dans certains cas une bien faible modification sur l'examen primitif, l'amplitude était faiblement augmentée, ce qui montrait que l'élément spasmodique était levé ; dans d'autres cas, l'oscillation était demeurée nulle comme au début du traitement, mais la claudication-intermittente avait très diminué.

J'ai traité aussi certains malades par le bain sec de gaz carbonique thermal. Cette thérapeutique est instituée depuis peu de temps sur les conseils de A. Mougeot à la suite d'un très important rapport sur la question. Si mes observations sont réduites, je puis dire qu'elles sont concluantes et que le nom de Mougeot doit demeuré attaché à cette thérapeutique, car elle est extrêmement simple et efficace. En effet, les malades atteints d'oblitération artérielle, n'ont pas même à se dévêtir pour bénéficier de ce traitement : ils n'ont simplement qu'à se déchausser et à séjourner dans une nappe gazeuse pendant une vingtaine de minutes, cette dernière ne dé-

passant pas le niveau supérieur de l'abdomen. Les malades peuvent suivre ce traitement à n'importe quel moment de la journée. Plongés dans cette nappe, ils éprouvent une sensation de chaleur ; ils estiment unanimement le degré thermique en disant qu'il est environ de 40 degrés.

Les modifications oscillométriques sont analogues à celles du bain hydrocarbonique, le spasme est levé, la douleur causée par la claudication intermittente cède, la marche revient. Cette thérapeutique plus développée est appelée à rendre aux malades de précieux services.

La plupart des malades traités par la cure carbo-gazeuse, ne doivent pas se négliger dans la suite. Beaucoup pensent que la cure thermale, c'est tout. Je leur répondrai que la cure hydrocarbonique n'est qu'une partie ; ils doivent, au contraire s'observer, se faire traiter afin d'éviter une aggravation du trouble. Des traitements complémentaires s'imposent, car si ces malades peuvent pendant 20 jours subir un traitement carbo-gazeux, ils ont 340 jours, une fois rentrés chez eux pour se faire traiter par les moyens suivants :

Le nitrite de soude en injections sous-cutanées à 0,04 centigrammes par cent. cube est un traitement qui m'a donné de bons résultats.

L'acétylcholine préconisée par M. Villaret et J. Besançon donne de bons résultats en injections intramusculaires à 0,10 et 0,20 ; mais il est important de surveiller la température du sujet comme l'a fait remarquer J. Tapie (de Toulouse).

La diathermie telle que Cluzet et Chevalier en ont réglé la technique améliore les malades.

La radiothérapie de la région vertébrale et même l'irradiation des régions surrénales telles qu'elles ont été réglées par Langeron et Desplats donnent d'heureux résultats.

A cela, on joint le traitement classique des iodures et du citrate de soude *per os*, et puis on prescrit un régime alimentaire. Dans ce régime, les malades étant des scléreux, le bon sens doit dominer pour reprendre la juste expression de Ch. Laubry. Il faut éviter des repas trop copieux. La viande en petite quantité est permise au repas de midi seulement. Les légumes et les fruits doivent dominer. Les boissons doivent être modérées. Le vin est permis, mais en petite quantité. Comme l'ont dit Ch. Laubry, M. Loeper, A. Mougeot, le bon vin de France est un aliment. L'eau fait le complément de la boisson permise.

Quant aux aliments riches en cholestérine, je n'en vois pas l'interdiction formelle. Est-ce que la cholestérine crée l'oblitération artérielle, est-ce qu'elle crée l'hypertension ? Bien sûr, dans les lésions athéromateuses des vaisseaux, on rencontre des dépôts de cholestérine. Mais je ne crois pas à l'artérite par cholestérinémie pas plus que je ne crois à l'artérite diabétique. Que les diabétiques soient plus sujets que d'autres à faire de l'artérite, cela se peut, c'est une question de s'entendre. Les malades observés ne présentaient ni cholestérinémie, ni glycémie, ni glycosurie aussi il me semble qu'on peut considérer ces complications, lorsqu'elles se manifestent, comme des épiphénomènes.

Quand tous ces traitements sont demeurés insuffisants et que la maladie s'aggrave, que les phénomènes de gangrène apparaissent, que les douleurs deviennent intolérables et prennent l'allure de douleurs causalgiques, c'est au chirurgien qu'il faut faire appel, il règle la thérapeutique à employer : sympathectomie péri-atérielle, névrotomie, embolectomie, amputation.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Le traitement des ulcères de l'estomac

D'après les travaux du Dr H. MONDOR (1), ceux du Dr Gaston LYON (2) et du Dr DE BUTLER D'ORMOND (3).

I

L'ulcère perforé commande le traitement chirurgical, mais il faut savoir en faire le diagnostic rapide.

En cas d'ulcère perforé, le succès de l'intervention chirurgicale dépend de la promptitude du diagnostic.

Presque toujours, 80 à 90 fois sur 100, l'explosion des accidents est d'une violence si évidente que l'appel au médecin est immédiat : à celui-ci de faire que l'appel au chirurgien ne soit pas retardé.

Par une heureuse conjecture, la symptomatologie de ces perforations gastriques est la plus claire qui soit.

Les signes essentiels de ces perforations gastri-

(1) H. MONDOR. — Sur le diagnostic des ulcères perforés (estomac et duodénum). (*Le Bulletin médical*, 13 décembre 1930.)
(2) Gaston LYON. — Le traitement médical de l'ulcère de l'estomac. (*Le Bulletin médical*, 20 décembre 1930.)
(3) R. DE BUTLER D'ORMOND. — Perforations aiguës gastriques et duodénales. (*Gazette des hôpitaux*, 11 mars 1931.)

ques, comme d'ailleurs ceux des perforations duodénales, sont :

la douleur abdominale soudaine, atroce ;
la contracture pariétale vite généralisée ;
les antécédents dyspeptiques du type gastrique ou duodénal.

La *douleur*, en coup de poignard péritonéal, ne manque qu'exceptionnellement. Un homme adulte, vigoureux est terrassé par cette douleur. Son visage est tout à coup affreusement angoissé; il supplie d'une voix cassée que l'examen soit bref, pour que le secours soit immédiat. La douleur initiale est en haut de l'abdomen; épigastrique, xyphoïdienne, sous-costale droite, sous-costale gauche.

Elle s'irradie bientôt surtout vers la fosse iliaque droite ; mais cette localisation est parfois primitive, pouvant exposer au diagnostic erroné d'appendicite.

Une autre irradiation possible, quoique paradoxale, est celle de l'épaule ; c'est une douleur acromiale, claviculaire, acromio-claviculaire, sus- ou sous-épineuse ; elle est d'intensité variable, mais cependant prédominante parfois.

La contracture des muscles de la paroi abdominale se découvre dès la simple inspection chez les hommes peu musclés et sans graisse. Le ventre est plat ou même rétracté ; il est immobilisé ; aucun mouvement respiratoire ne parvient à la paroi antérieure. A noter que cette contracture est aussi précoce que la douleur ; elle peut être aussi localisée qu'elle ; mais, jamais elle ne se verra aussi bien que dans les premières heures ; plus tar, delle s'atténuera avec les progrès de la péritonite.

Si la vue ne suffit pas, on la recherchera par le palper. Cependant il faut un palper attentif ; des mains réchauffées, mises à plat doucement, appuyées lentement de toute leur surface, sans à-coup, sans brusquerie, seront d'abord immobiles, puis enfoncées progressivement, amadouant la paroi. Le palper, à bout de doigt, est un palper brutal et sans profit.

L'absence de contracture est très rare ; on ne doit pas confondre la tension, la distension de l'abdomen, et la contracture de la paroi ; ce sont des choses tout à fait différentes.

Ces deux signes : coup de poignard péritonéal et contracture rigide de la paroi, permettent déjà d'affirmer la présence de la péritonite, et de plus, « l'heure du bistouri ». Chaque heure perdue est désormais pour le malade une grande raison d'aggravation. Il faut aussitôt mander un chirurgien, et, pendant ce temps, rechercher le troisième signe cardinal.

Ce troisième signe, c'est la découverte, par l'interrogatoire du malade, *d'antécédents dyspeptiques nets*, de type gastrique ou de type duodénal ; ceux-ci se trouveront soit dans le passé éloigné du malade, soit dans son passé récent, les uns étant les antécédents proprement dits, les autres pouvant être de véritables prodromes.

Ces antécédents sont : douleurs tardives, hématémèses, vomissements par crises, melæna, examens répétés, régimes divers.

Quant aux prodromes, douleurs plus vives et tenaces, frissons, état sub-fébrile, constipation opiniâtre, ils peuvent créer un véritable état de « perforation menaçante ».

Les cas, où ces trois signes cardinaux coexistent, sont simples. Mais il est des *cas difficiles*, où la douleur et la contracture seules existent, sans qu'aucun antécédent pathologique permettent d'affirmer le diagnostic d'ulcère gastrique.

Comment, dès lors, arriver par l'examen clinique au diagnostic topographique ?

Par un examen clinique prolongé et minutieux, aussi doux que le premier, on recherchera les signes d'*un épanchement liquide ou gazeux dans le péritoine*. La découverte du liquide, c'est celle de l'apparition précoce de la matité dans les flancs, dans les fosses iliaques, dans le Douglas. La percussion, le toucher rectal renseigneront.

Le pneumo-péritoine sera plus facile à mettre en évidence. La percussion peut y suffire. Sur une étroite bande ou dans une hauteur importante, on trouve de la sonorité préhépatique. Celle-ci est précoce, lorsqu'elle coexiste avec un ventre plat, elle est facilement distinguée de celle que pourrait donner le ballonnement, dû à la dilatation des anses intestinales. On trouve ce signe dans 60 à 70 % des cas.

Les plus fréquentes *erreurs* viennent de ce qu'on attend le ballonnement, la tachycardie, la température élevée, les vomissements. Or, ce ne sont pas là les symptômes de la maladie en cause. Au moins une fois sur deux il n'y a aucun vomissement ; après le shock des premières heures, le pouls est souvent un pouls calme, bien frappé, régulier ; la température est fréquemment normale. Quant au ballonnement, signe de péritonite, on sait aujourd'hui que bien des péritonites, les plus septiques, commencent leur évolution dans un ventre plat, ou même à paroi antérieure rétractée.

Et de nouveau, pourquoi : bon pouls, température normale, absence de vomissement trompent-ils le clinicien ? Parce que celui-ci, arrivé 3 heures, 4 heures, 6 heures après le début des accidents, trouve le malade, non pas au plus fort de l'attaque, mais dans un temps d'accalmie, et parfois d'euphorie. *Les erreurs tiennent souvent à ces rémissions apparentes de la maladie.*

On ne doit pas oublier, non plus, les *formes latentes, silencieuses* ; elles sont d'ailleurs exceptionnelles ; en ces cas, quelques heures seraient nécessaires pour que les phénomènes réactionnels se produisent.

Enfin, ni un traumatisme antérieur, ni l'âge du malade ne nous égareront ; nous nous rappellerons, en effet, que si la perforation est plutôt un accident de l'âge mûr, elle se rencontre exceptionnellement chez le vieillard, comme chez l'enfant.

La radiologie, quand elle est possible, se révèle d'un grand secours dans le diagnostic des cas difficiles ; elle est utile surtout dans les formes subaiguës, chez les malades vus dans une période d'accalmie, ou trop tard. Dans la grande majorité des cas, on peut affirmer le diagnostic sans l'aide du radiologue ; mais on ne saurait se priver de ce secours, en cas d'incertitude.

Rappelons-nous, finalement, que la forme typique, franche, claire, est la règle ; au moins huit fois sur dix, les meilleurs signes de diagnostic se trouvent réunis ; ils permettront une rapide intervention chirurgicale ; ainsi, les risques de mort ne seront plus que 10 à 20 % (contre 80 à 90 %) ; le diagnostic du médecin, les gestes du chirurgien seront obtenus à temps.

L'intervention chirurgicale doit être, en effet, ultra-précoce ; en principe, si elle est pratiquée au bout de quelques heures (moins de six heures), la guérison s'ensuit ; passé vingt-quatre heures elle est inutile. Cependant des questions individuelles influent aussi sur le pronostic ; ce sont l'âge du malade, son degré d'embonpoint, le contenu de l'estomac, la largeur de la perforation, le milieu où l'on opère, l'éloignement du transport, etc.

La rachianesthésie est recommandée ; elle transforme un ventre de bois en un ventre de caoutchouc, et un cas pénible en un cas facile. L'ulcus gastrique, cinq fois moins fréquent que l'ulcus duodénal, comporte la suture pure et simple, et la retouche chirurgicale trois mois après la guérison opératoire (résection gastrique). Cependant, si l'ulcus s'accompagne de tumeur gastrique (ulcus calleux), il y a souvent nécessité à faire une gastrectomie d'emblée. (En cas de perforation duodénale, on fait, aussitôt après la suture de la perforation, une gastro-entérostomie antérieure avec drainage pelvien).

Viendra ensuite le traitement médical, car un perforé gastrique n'est pas guéri du fait qu'il a été opéré, sans compter qu'il doit également rester en surveillance, en raison des retouches fréquentes.

***

II

C'est au contraire le traitement médical, qui est indiqué pour l'ulcère non perforé, non calleux

Le traitement médical comprend à la fois des moyens diététiques et des moyens pharmaceutiques ; il bénéficie actuellement de ressources nouvelles, sur lesquelles il est particulièrement intéressant d'appeler l'attention.

I. — Ulcère récent

A) **Régime.** — Au début, surtout lorsqu'une hématémèse révélatrice vient de se produire, la diète absolue est de rigueur. Cependant, l'abstention de tout liquide est des plus pénibles, par la chaleur en particulier, et l'on doit le plus souvent permettre dans les 24 heures quelques cuillerées à café d'eau, car l'humectation de la bouche avec quelques gorgées d'eau pure est impuissante à calmer la sensation de soif.

En tout cas, il est nécessaire d'introduire dans l'organisme une quantité d'eau suffisante pour assurer le fonctionnement rénal ; on prescrit ainsi trois fois par jour un lavement de 500 gr. d'eau bouillie, méthode que G. Lyon préfère à celle des injections de sérum glucosé, toujours un peu pénibles.

Les lavements alimentaires sont abandonnés aujourd'hui, car leur valeur nutritive a été contestée ; tout au plus pourrait-on en ordonner un par jour, mais à titre psychique.

Quoiqu'il en soit, la diète absolue ne peut guère être maintenue au delà de trois jours en moyenne : passé ce délai, on instituera le régime lacté, en augmentant la quantité de lait par étapes progressives : un demi-litre le premier jour, un litre le second jour, et ainsi de suite en augmentant de un demi-litre par jour jusqu'à 2 litres 1/2 à 3 litres, qu'il ne faut guère dépasser. Les doses, petites, régulièrement espacées, seront absorbées lentement, gorgée par gorgée, à la température de la chambre, ou tiédies. On additionnera le lait de sucre (10 p. 100), afin d'augmenter sa valeur nutritive.

Einhorn recommande d'emblée la sonde duodénale, et règle progressivement des repas en lait sucré, puis en œufs. Cependant le maintien en permanence du tube duodénal est assez pénible, et celui-ci peut être, par son contact, préjudiciable à la cicatrisation.

Autrement, le régime lacté absolu doit être prolongé aussi longtemps que possible ; un mois est difficile à atteindre en raison de la satiété ; le plus souvent, on est conduit à mitiger sa rigueur en remplaçant une, puis deux, puis trois prises de lait pur, par une d'eau bouillie, de crème d'orge ou de riz, ou de tapioca, ou de la purée de pommes de terre.

B) **Médicaments.** — De tout temps, on a uti-

lisé avec avantage les *alcalins et les alcalino-terreux*, en les associant diversement pour calmer les douleurs tardives et saturer le suc gastrique hyperacide. Le *bicarbonate de soude* n'est plus employé exclusivement, en raison de ses inconvénients (excitation secondaire de l'estomac après la phase de saturation, etc.). Différentes formules lui associent la *chaux*, la *magnésie*, le *bismuth*, le *kaolin* (silicate d'alumine), le talc (silicate de magnésie) ; l'*action* de tous ces composés est surtout *isolante*. C'est le carbonate de bismuth, qui se révèle comme préférable ; malheureusement il est fort coûteux. Le bismuth, le kaolin, le talc doivent être administrés à fortes doses, 20 à 30 gr. par jour, que l'on répartit en deux ou trois prises, le matin à jeun, et avant les repas ; on réserve les poudres alcalines et alcalino-terreuses pour compléter le traitement s'il y a lieu.

Comme isolants, on recommande aussi les *mucilages*, la *gélose*, la *gélatine*.

Exemples :

I.	Gélose pulvérisée............	0 gr. 50
	Gélatine pure finement concassée	0 gr. 25

Pour un paquet, à verser dans une infusion chaude ; faire bouillir cinq minutes, décanter et sucrer. A cette préparation on ajoute, avant refroidissement, une cuillerée à café de carbonate de bismuth ou de kaolin (F. Ramond.)

II.	Agar-agar pulvérisé............	2 gr. 50
	Gélatine pulvérisée...........	10 gr.
	Silicate de magnésie	4 gr.
	Saccharose....................	100 gr.

Une cuillerée à soupe matin et soir dans une tasse de thé. (Marès Cayrol.)

Il est bon de compléter ce traitement par la cure alcalino-sulfatée, qui présente l'avantage d'accélérer l'évacuation gastrique, de diminuer dans une certaine mesure le taux de l'acidité. On prescrira pendant 15 à 20 jours, un quart d'heure avant chacun des trois repas, un verre à bordeaux de la solution classique (faire tiédir) :

Phosphate de soude............	6 gr.
Bicarbonate de soude..........	4 gr.
Sulfate de soude...............	3 gr.
Eau distillée..................	1 litre.

Ou simplement un verre d'eau de Vichy tiédie, additionnée de 4 gr. de sulfate de soude, pris le matin à jeun. Cette cure peut être instituée au bout de six semaines dans le cas d'ulcère récent, après la première phase de traitement.

Quand ces divers moyens ne suffisent pas à supprimer l'élément spasmodique et la douleur, il convient de leur ajouter des sédatifs nerveux ; le fait se produit d'ailleurs plutôt dans les cas anciens.

Le plus efficace est la belladone, ou son alcaloïde l'atropine (2 granules de sulfate neutre dosés à un demi-milligramme par jour, ou mieux, un demi-milligramme en injection sous-cutanée).

Récemment, on a vanté le chlorhydrate de papavérine à la dose de deux à cinq centigrammes, en pilules, ou en solution :

Chlorhydrate de papavérine......	0 gr. 40
Eau distillée....................	20 gr.

XX gouttes : 0 gr. 02. Ce médicament paraît d'action inférieure à la belladone, à laquelle on l'associe souvent. On allie aussi le bromhydrate de cicutine à l'atropine.

Ces diverses préparations permettent des variantes dans le traitement des malades impatients.

II. — Ulcère à la période d'état

A) **Régime.** — *Quand les vomissements et les douleurs ont disparu*, on peut instituer le *régime lacto-féculent et sucré* comprenant des bouillies, des potages aux légumes passés, des œufs, de la purée de pommes de terre, du riz, des pâtes, des compotes passées, des gelées de fruits, des bananes, des gâteaux de riz ou de semoule ; en dernier lieu, on autorise la viande bien cuite, grillée ou rôtie, sans sauces, le poulet, la cervelle bouillie, le poisson maigre, grillé ou cuit court-bouillon, et pris sans assaisonnement. *Ce régime mixte, dit d'exclusion, est le régime normal de l'ulcéreux en période de calme.*

Le pain doit être remplacé, d'abord par une ou deux pommes de terre bouillies, puis par des biscottes (2 par repas). La malade fera trois repas par jour ; au milieu de la journée il pourra prendre un tiers de litre de lait.

Le sel doit être réduit au strict minimum (4 grammes au plus pour les différents aliments) ; ne jamais en ajouter à table, car il contribue à maintenir l'hyperchlorhydrie.

B) **Médicaments.** — Il faut prolonger l'emploi du carbonate de bismuth (ainsi qu'il vient d'être dit (I. Ulcère récent) pendant *plusieurs semaines après la disparition* des douleurs et des vomissements ; son usage prolongé ne présente d'ailleurs aucun inconvénient appréciable. Il peut constiper ; mais, la plupart du temps, les selles sont régularisées, probablement par disparition du spasme et des douleurs.

Quant à la cure alcalino-sulfatée et aux différents antispasmodiques, on se rappellera ce qui a été dit plus haut.

Au cas où le traitement médicamenteux et le régime sembleraient inopérants, on penserait à la *syphilis*, pour instituer un traitement d'épreuve, à la condition de prescrire de préférence soit au mercure, soit au bismuth, le novarsenobenzol étant susceptible de provoquer une hémorragie.

L'*opothérapie*, enfin, a pu donner des résultats, avec l'extrait para-thyroïdien.

L'*insuline*, d'autre part, jointe au régime classique, amènerait la disparition rapide et totale des douleurs. Quoiqu'il en soit, le traitement par l'insuline doit être poursuivi pendant 20 à 25 jours à la dose de 15 unités.

On a proposé aussi l'*extrait pancréatique d'insuline* (angioxyl, injection de 2 cc. tous les deux jours) ; des cas de guérisons, constatées par l'examen radiologique, ont été publiés.

La *pepsine*, participant à la fois de la protéinothérapie et de l'endocrinothérapie, a été injectée sous la peau, à raison de 1 cmc., puis 2 cmc. de solution à 10 p. 100, trois fois par semaine ; l'adjonction de benzoate de soude enlèverait à la pepsine son acidité et sa causticité. Vingt ulcéreux ont été soumis à ce traitement, tout en suivant un régime alimentaire assez large avec viande et légumes, sans aucune médication adjuvante. Tous ont été considérablement améliorés et cliniquement guéris (MM. Loeper, Debray). Dans la presque totalité des cas, douleurs et vomissements ont cessé entre la 4e et la 7e injections. L'examen radiologique, à l'issue du traitement, a montré la cessation des phénomènes spasmodiques, une amélioration du transit gastro-duodénal, une atténuation de l'hyperkinésie. Si les douleurs reparaissent, une deuxième série de 15 injections, en nombre égal à celui de la première série, peut être pratiquée.

Bref, parmi les nouveaux traitements proposés, il convient surtout de retenir les divers modes d'opothérapie, et notamment l'insuline ; toutefois des observations nombreuses et précises sont encore nécessaires pour entraîner la conviction des praticiens. Jusqu'à plus ample informé, le traitement médical classique doit continuer à occuper le premier plan pour l'ulcère gastrique non perforé et non calleux.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ; opération, guérison.

Ce sont les plus caractéristiques parmi les tumeurs du cerveau ; et cependant nous avons rarement l'occasion d'en observer à la phase, où elles pourraient être utilement traitées, soit que leur diagnostic passe inaperçu, soit que, ce diagnostic ayant été soupçonné, le médecin qui voit le malade se considère comme désarmé en face d'une si grave lésion. Pourtant, il faut penser aux tumeurs du cerveau ; vues et reconnues de bonne heure, elles peuvent bénéficier d'un traitement efficace.

Le Dr JEANNENEY a eu la chance de voir un de ces malades tout au début de son affection ; il a pu l'opérer à temps et l'améliorer considérablement. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 23 novembre 1930.)

Un cas de maladie de Paget, avec adéno-fibromatose du sein.

La maladie de Paget est caractérisée par une évolution en deux temps : pendant une première période on note seulement un eczéma chronique de la région de l'aréole et du mamelon, pouvant aboutir à la destruction de ce dernier ; secondairement, apparaît dans la glande une dégénérescence néoplasique de celle-ci, à type cylindrique, ayant à peu près les caractères habituels du carcinome. Jusqu'à présent les lésions inflammatoires du mamelon, décrites sous le nom de maladie de Paget, n'avaient été envisagées que comme s'accompagnant de carcinome proprement dit de la glande. Le cas observé par MM. JEANNENEY et GIRARD représente un véritable stade pré-épithéliomateux, dans lequel on trouve au niveau de la glande mammaire une dégénérescence bénigne, qui, dans quelques semaines ou dans quelques mois, aurait pu donner naissance à un véritable épithélioma. L'intérêt de cette observation est qu'elle démontre que, dans certaines circonstances, il apparaît une adénomatose de la glande mammaire qui peut être considérée comme un véritable stade pré-cancéreux. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 16 novembre 1930.)

Sept cas de néoformations de la fosse occipitale opérés et guéris.

Les lésions des sept malades opérés par MM. Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME, étaient de nature assez semblables ; en effet, il s'agissait (6 cas) d'arachnoïdite kystique, dont une réactionnelle autour d'un tubercule, et d'un cas de gliome kystique cérébelleux.

Ces cas montrent combien les interventions pratiquées, lorsque le malade est encore en excellent état général, sont bien supportées.

Les arachnoïdites doivent particulièrement retenir notre attention ; le début de ces néoformations liquidiennes est marqué souvent par un épisode pseudo-méningitique de courte durée. Après une guérison apparente, surviennent des poussées congestives, qui déterminent une hy-

pertension passagère de la fosse postérieure. Ces modifications tensionnelles ont leur répercussion sur les éléments nerveux de la région, en particulier le nerf cochléaire et l'appareil cérébello-vestibulaire. Les symptômes sont alors très frustes et le caractère variable, de leur localisation comme de leur intensité, parait absolument caractéritique. Au point de vue ophtalmologique, l'hypertension de la fosse postérieure peut amener, par poussées succesives, une chute brutale de l'acuité visuelle, qui s'améliore très rapidement d'ailleurs. L'intérêt de l'intervention chirurgicale précoce dans ces cas est nettement démontrée (*Revue neurologique*, novembre 1930.)

Méningiome de la petite aile du sphénoïde, opéré et guéri.

L'ablation de cette tumeur est relativement simple. Dans le cas de MM. DE MARTEL et GUILLAUME, cette néoformation ne traduisait sa présence par aucun des signes observés généralement en pareil cas. Il s'agissait d'une jeune fille âgée de 21 ans. Après une période de céphalées, s'était installée une diplopie passagère, puis une baisse rapide de l'acuité visuelle ; l'examen ophtalmologique révélait une atrophie optique bilatérale avec stase papillaire, et une hémianopsie binasale extrêmement nette. Après une opération et des suites simples, la malade se rétablit rapidement, et, quatre semaines plus tard, l'acuité visuelle s'était améliorée (1/10 à gauche ; perception lumineuse à droite). L'hémianopsie binasale était due à l'atrophie neuro-rétinienne, consécutive à la stase papillaire. Il était, d'autre part, remarquable de constater l'absence de symptôme d'ordre neurologique (pyramidal surtout), malgré le volume considérable d'une tumeur, comprimant le lobe frontal, et d'altérations radiologiquement décelables (perte de substance ou épaississement) de la petite aile du sphénoïde, sur laquelle s'insérait cette néoformation. (*Revue neurologique*, décembre 1930.)

Quelques notions récentes concernant l'étiologie du cancer.

Le Dr G. JEANNENEY fait un exposé détaillé et critique de la question. Les vagues connaissances étiologiques que nous possédons sur le cancer, nous conduisent aux règles prophylactiques suivantes :

1° Examiner, à intervalles réguliers, tout sujet à hérédité cancéreuse ou ayant dépassé la quarantaine ;

2° Penser toujours au cancer, et surtout chez les malades ayant dépassé quarante ans ;

3° Traiter les syphilitiques jusqu'à guérison, et surveiller les anciens syphilitiques. En cas de doute chez eux, ne pas faire de traitement d'épreuve, mais une biopsie ;

4° Des parasites, des agents infectieux étant susceptibles d'ouvrir des portes au cancer, avoir une rigoureuse hygiène ménagère (aération, animaux domestiques, rats, puces, punaises), corporelle (propreté) et digestive (lavage des mains avant les repas, hygiène de la bouche, surveillance de l'eau de boisson, des crudités, etc.) ;

5° Supprimer les causes d'irritation locale : traumatismes répétés, cicatrices vicieuses, irritants (alcool, épices, tabac) ; lésions inflammatoires chroniques (mammites, ulcères, rectites, hémorroïdes, infections dentaires, leucoplasie) ; traiter toutes les infections chroniques (syphilis);

6° Supprimer les lésions précancéreuses apparaissant chez l'adulte (leucoplasie, ulcérations), et surtout ne pas les traiter imparfaitement (curettages limités, caustiques, antiseptiques irritants). Surveiller également les tumeurs bénignes, les préserver de l'inflammation, des chocs, éviter de les masser, et si elles augmentent, les extirper ;

7° Eviter les causes de moindre résistance (surmenage, maladies), d'intoxication exogène (intoxications professionnelles, régime alimentaire), ou endogéne (constipation, vie sédentaire, mauvaise hygiène physique et morale). (*Revue de laryngologie*, 15 novembre 1930.)

Pensons aux tumeurs du cerveau.

Jusqu'à ces derniers temps, diagnostiquer une tumeur du cerveau, c'était presque toujours formuler un arrêt de mort, car les résultats de la chirurgie étaient déplorables. Ils le sont moins aujourd'hui que l'on sait reconnaître à temps la tumeur cérébrale, et que la technique chirurgicale s'est perfectionnée.

Autrefois, le diagnostic de tumeur du cerveau était basé sur le syndrome d'hypertension intracranienne ; malheureusement les médecins attendaient que le syndrome fut au complet, perdaient du temps avec le traitement d'épreuve, et, lorsque le chirurgien était appelé à intervenir, il en était réduit à une thérapeutique palliative.

Aujourd'hui, on se base sur des signes discrets, traduisant une légère atteinte des fonctions encéphaliques. Il existe deux types de tumeurs pouvant se développer dans la cavité crânienne : les tumeurs proprement dites donnant très tôt des troubles de la pression intracrânienne et les gliomes diffus, qui se développent dans l'intimité de la substance nerveuse, et restent longtemps silencieux ; enfin, les méningiomes, qui détruisent d'une part, le cortex, d'autre part, la partie crânienne correspondante et déterminent des troubles, qui attirent de bonne heure l'attention.

Il existe donc, remarque le Dr JEANNENEY, une période de latence, de tolérance, d'irritation diffuse, bref une période prodromique durant laquelle, il faut savoir penser à la tumeur du

cerveau. Les symptômes cardinaux de cette période sont : les crises de céphalée ; l'épilepsie apparaissant tardivement, les troubles mentaux; l'asthénie. Enfin, avant tout signe d'hypertension, existent des signaux-symptômes de localisation : surdité unilatérale, une vague névralgie faciale localisée à une branche du trijumeau ; une hémiparésie faciale ; quelques secousses épileptoïdes dans un membre, etc. Chaque fois que ceux-ci ne peuvent trouver une explication suffisante, on doit faire un examen ophtalmologique complet ; une ponction lombaire avec mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien et examen cytologique complet ; une radiographie du crâne. A plus forte raison, ces recherches devront-elles être faites à la période d'état du syndrome cérébral.

La stase papillaire est, avec la céphalée et l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien, le signe le plus constant et le plus précieux des tumeurs du crâne.

La ponction lombaire peut être dangereuse (8 cas de morts subites) ; il faut donc la faire avec la plus grande prudence, en position couchée, évacuant très lentement le liquide. Normalement la tension ne dépasse pas 20 au manomètre de Claude ; au delà de 30, il y a hypertension intracranienne.

La tumeur cérébrale détermine une augmentation du taux de l'albumine, mais sans lymphocytose ; on recherche également le Bordet-Wassermann, et la réaction au benjoin colloïdal.

Ayant éliminé les méningites séreuses, les abcès du cerveau, et certaines maladies générales susceptibles d'entraîner l'hypertension intracranienne, on est autorisé à faire, durant une douzaine de jours, un traitement d'épreuve, en contrôlant l'état du fond de l'œil. Si aucune modification objective ne se produit, il faut intervenir, après avoir fait un diagnostic topographique, souvent difficile, suivant les indications de détail, que donnent l'auteur de cette intéressante étude. (*Gazette médicale de France*, 15 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les œufs : consommation et valeur alimentaire.

(M. H. Martel. — *Académie de médecine* ; 31-3-1931.)

Depuis quelques années la consommation des œufs a diminué en raison d'une part de leur prix élevé, et d'autre part de l'exclusion de cet aliment de certains régimes. M. H. Martel estime cet abandon injustifié et présente un plaidoyer en faveur de la consommation des œufs, qu'il recommande à plusieurs points de vue.

Actuellement, le prix des œufs ayant subi une baisse sensible, on a intérêt à les substituer en partie à la viande dans l'alimentation courante. C'est un produit alimentaire excellent, qui a en sa faveur l'expérience des siècles écoulés. Le contrôle sanitaire des œufs, tel qu'il est établi à Paris (inspection et surveillance des mireurs) donne, de plus, un maximum de garantie au point de vue de l'hygiène.

Comme beaucoup d'autres aliments, l'œuf est meilleur à certaines périodes, périodes précisément où il est moins cher, en fin d'hiver et au printemps. En automne et au début de l'hiver, l'œuf frais devient rare et coûteux ; ici, particularité intéressante, le bon marché est le meilleur !

La fièvre exanthématique de Marseille et la tique du chien.

(MM. Georges Blanc et Caminepotros. — *Académie de médecine* ; 14-4 1931.)

MM. Blanc et Caminopetros ont fait des recherches expérimentales sur la transmission de la fièvre boutonneuse (fièvre exanthématique de Marseille) en Grèce par la tique du chien (*rhipicephalus sanguineus*).

Neuf séries d'expériences ayant porté sur 33 sujets et sur 600 rhipicéphales ont donné 13 fois des résultats positifs et permis aux auteurs de tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre boutonneuse, constatée cliniquement en Grèce, peut être reproduite expérimentalement par l'inoculation d'une tique du chien (*rhipicephalus sanguineus*).

2° Les mâles et les femelles de cette tique sont infectieux ; ils peuvent conserver le virus pendant l'hibernation.

3° Le virus inoculé sur la conjonctive légèrement traumatisée passe dans l'organisme et reproduit la maladie ;

4° Les rhipicéphales de provenances diverses, ne sont pas également dangereux. Ainsi, en Grèce, ceux du Pirée se sont montrés contagionnants beaucoup plus que ceux d'Athènes, ce qui tient à leur habitat dans des milieux plus ou moins infectés eux-mêmes.

La pression moyenne dans le glaucome.

(MM. Bailliart et Gomez. — *Académie de médecine* ; 13-3-31.)

Dans l'étiologie, encore obscure par bien des points du glaucome, on a fait jouer un rôle à l'hypertension

artérielle et nombre d'ophtalmologistes ont noté chez les glaucomateux, une tension anormalement élevée.

Pour apporter de plus grandes précisions sur ce sujet, MM. Bailliart et Gomez ont poursuivi une série de recherches relatives à la tension moyenne dans le glaucome. Dix de leurs malades glaucomateux, sur 17, étaient des hypertendus systoliques et chez eux la pression moyenne offrait une amplification parallèle. Chez 6 autres, alors que la maxima ne dépassait pas 15 1/2, la pression moyenne était anormalement élevée, s'élevait à 11 et même 13 1/2.

Des constatations analogues ont été faites par M. Rollet, de Lyon, qui a trouvé, sur 23 glaucomateux, 18 fois une pression moyenne élevée alors que 7 seulement étaient des hypertendus systoliques.

Il ne saurait être question de considérer l'hypertension oculaire du glaucome comme la conséquence directe de l'hypertension artérielle. C'est sans doute par les lésions des petites artères et des capillaires et par les troubles des échanges qui en sont la conséquence que l'excès de tension artérielle agit dans le glaucome. Néanmoins, on voit quel peut être dans cette affection l'intérêt de la recherche de la tension moyenne dont l'étude, d'une façon générale, est à l'ordre du jour.

Rapport sur la déclaration obligatoire de la gastro-entérite des nourrissons.

(M. Lesage. — *Académie de médecine* ; 31-3-1931.)

Le conseil supérieur de la natalité ayant demandé à M. le ministre de la Santé publique d'attirer l'attention de l'Académie sur l'opportunité de la déclaration obligatoire de la gastro-entérite des nourrissons, M. Lesage présente un rapport sur ce sujet. Il propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées:

L'Académie,

1° Reconnaissant que les syndromes dits « gastro-entérite » ne sont pas délimités et que dans l'état actuel de la science il est impossible de donner une définition de la gastro-entérite ; qu'en fait ce terme est appliqué aux états les plus différents par leur gravité et par leurs causes ; estime qu'il n'y a pas lieu d'inscrire cette affection sur la liste des maladies à déclaration obligatoire ;

2° Qu'en raison de la variété des états désignés sous le nom de gastro-entérite il est impossible de préciser le traitement à utiliser ; insiste pour que l'allaitement au sein soit encouragé par tous les moyens, car seul il peut prévenir les troubles digestifs importants.

Perforations traumatiques des ulcères de l'estomac.

(M. Magnant, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1931.)

M. Guimbellot rapporte, au nom de M. Magnant, une observation de perforation d'ulcus gastrique après contusion de la paroi abdominale. Les perforations de ce genre sont assez rares et dans un rapport récent (14 mai 1930) M. Pierre Duval n'en signalait que 7 cas connus, auxquels viennent s'ajouter un cas de M. Maisonnet, un de M. Guimbellot, enfin le cas actuel de M. Magnant.

Le malade de M. Magnant qui accusait un passé gastrique d'accidents ulcéreux, reçut, au cours d'un chargement de voiture, un choc sur la région épigastrique, coup violent porté par un des brancards de la voiture. C'est seulement 20 minutes après qu'il fut contraint de cesser son travail et 48 heures plus tard qu'il fut admis à l'hôpital. On trouva une perforation d'ulcère ancien. Le patient succomba.

On connaît l'importance de la recherche des antécédents gastriques dans le syndrome de péritonite par perforation spontanée. M. Magnant estime qu'il faut rechercher aussi ces antécédents chez tout contusionné de l'abdomen. Il convient de noter l'existence, rencontrée ici, d'un intervalle libre entre le moment de l'accident et le début de la douleur, quelle que soit l'explication à donner à ce caractère symptomatique.

P. L.

Chlorate de potasse et angines.

(MM. Brissemoret et Challamel. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-2-1931.)

Les auteurs ont employé le chlorate de potasse comme *médicament interne* pour le traitement des angines, et ils apportent aujourd'hui les résultats d'une pratique de trois années.

Voici une formule, qui associe au chlorate de potasse le nitrate de potasse, lequel doit contribuer à maintenir ouverte l'écluse rénale des malades, dont le rein est encore intact :

Chlorate de potasse	6 grammes
Azotate de potasse.....	0 gr. 80
Julep simple q. s........	150 cc.

On peut ainsi ordonner le chlorate de potasse, à doses fractionnées, à raison de 2 grammes par jour à un enfant de 2 ans, de 4 à 8 grammes s'il est plus âgé, et davantage à un adulte.

Les auteurs ont traité une centaine d'angines, dont 12 à bacilles de Lœffler. Toutes ont été guéries sans complications, et les malades ont été suivis après la guérison.

Les angines banales à staphylocoques, catarrhales, etc., dont les débuts furent parfois tapageurs, ont été guéries en un à trois jours avec de petites doses de chlorate de potasse (potion précédente). Les angines à streptocoques ou à pneumocoques furent quelquefois plus tenaces et nécessitèrent des doses plus élevées, ou, pour rester dans les limites d'une posologie moyenne, l'emploi concomitant, et selon les cas, d'un collutoire à l'acide lactique, au bleu de méthylène, etc.

Les angines scarlatineuses ont été mieux modifiées

avec le chlorate de potasse qu'avec les traitements ordinaires.

Dans les angines diphtériques, sel et sérum ne s'excluent pas ; cependant, le sel peut suffire s'il est prescrit de bonne heure ; dans trois cas seulement, l'auteur a employé le sérum par voie endonasale. Donner du chlorate de potasse à un angineux, c'est placer un drain dans ses tissus infectés. Mais une angine diphtérique, qui, au début, a des apparences de bénignité relative, revêt parfois en quelques jours les allures des formes les plus toxiques ; or, ce n'est pas à cette période qu'on peut faire intervenir avec succès le chlorate de potasse ; ce sel doit être donné, que la fièvre soit forte ou modérée, même quand le mal de gorge est peu intense et ne révèle à l'examen qu'une légère rougeur du pharynx, même sans que soit connu le résultat de l'analyse bactériologique, même avant le prélèvement.

Selon la précocité de la prescription, la virulence du germe, le degré de réaction défensive propre au sujet, les doses et la durée varient. Les prises doivent être prolongées après la disparition des symptômes aigus dans les angines ordinaires pendant 2 à 4 jours, et dans les angines à bacille de Lœffler pendant 10 jours en moyenne. Passé cette phase d'administration continue au début, il y aurait peut-être intérêt à administrer d'une façon discontinue le chlorate de potasse jusqu'à la disparition totale des germes.

Le rôle de ce sel est moins élucidé en ce qui concerne les porteurs de germes.

Sérothérapie tardive antipoliomyélitique avec le sérum de Pettit.

(M. PEZTETAKIS, d'Athènes. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-2-1931.)

L'auteur n'a pas disposé, dès le début, de sérum de Pettit ; il a obtenu, dans deux cas une amélioration nette avec le sang citraté de convalescents.

Tardivement injectés, en 4 séances, dans la masse sacro-lombaire, 100 cc. de sérum de Pettit, ont fait tomber rapidement la fièvre ; l'appétit est revenu ; l'état général s'est amélioré ; le réflexe plantaire droit est réapparu.

Il semble donc qu'indépendamment de l'efficacité connue du sérum de Pettit au début de la maladie, la sérothérapie tardive ait eu une action heureuse sur la maladie dans les cas relatés.

Six cas de guérison d'infections streptococciques et staphylococciques par les immuno-transfusions.

(M. SÉJOURNÉ. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-2-1931.)

La préparation des donneurs de sang en vue de l'immuno-transfusion a pour but de provoquer chez eux l'apparition des anticorps humoraux spéciaux (opsonines, antitoxines) et de renforcer l'action phagocytaire de leurs globules blancs.

L'immuno-transfusion n'est pas infaillible dans le traitement des infections à microbes pyogènes ; mais elle constitue actuellement la meilleure méthode, et cette méthode est absolument sans danger. L'auteur n'a enregistré que des succès ; cependant une seule immuno-transfusion est souvent sans action ; il faut continuer les transfusions sans interruption, à la cadence de deux à trois par semaine. Si l'on a soin d'éviter les chocs trop violents, cela n'a jamais d'inconvénient, et cette persévérance est finalement récompensée. S'il y a parfois insuccès, il s'agit le plus souvent d'endocardite streptococcique à forme lente d'Osler.

Dans les infections très graves, il est possible d'obtenir la guérison en associant l'immuno-transfusion à l'abcès de fixation.

Thérapeutique actuelle de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens.

(MACÉ DE LÉPINAY, de Néris. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-2-1931.)

Le traitement de la paralysie agitante est des plus décevants. A côté de la thérapeutique médicamenteuse (opothérapie, jusquiame, belladone, arsénicaux et surtout cacodylate de soude intraveineux, luminal, gardénal, etc.), et physique (électricité, hydrothérapie, kinésithérapie, rééducation motrice), la crénothérapie doit avoir une place de choix.

Ni Lamalou, ni Néris n'ont cependant la prétention de guérir la maladie de Parkinson ; mais des cures sédatives annuelles peuvent arrêter l'évolution ou tout au moins diminuer sensiblement les symptômes morbides de cette pénible infirmité et elles ne présentent aucun inconvénient.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fibro-lipome de la base de la langue.

M. JACOD présente l'observation d'un homme de 59 ans venu consulter pour dyspnée laryngée. Début deux ans environ auparavant : voix assourdie, puis sensation de corps étranger à la base de la langue. Depuis six mois augmentation de ces phénomènes, puis apparition de dyspnée avec véritables accès de suffocation. A l'examen homme obèse, pléthorique, à faciès cyanosé ; tirage et cornage permanents. La dyspnée s'accentue quand on fait tirer la langue. Laryngoscopie : toute la base linguale est déformée par une tumeur arrondie de la grosseur d'une mandarine siégeant surtout sur la moitié gauche, et refoulant l'épiglotte. On tente l'ablation de la tumeur en l'enserrant dans un grand serre-nœud à amygdalectomie et en la coupant au niveau de sa base d'implantation. On enleva ainsi un fragment du volume d'un abricot ; mais il reste, inclus dans le corps de la base de la langue, environ deux cin-

quièmes de la tumeur : on saisit alors, sous le contrôle du miroir laryngoscopique, ce restant de tumeur avec une pince à griffes et on l'énuclée ensuite avec le doigt. Les suites furent simples et le malade a pu reprendre sa vie habituelle.

Mécanisme de la torsion axiale de l'utérus dans un cas de fibrome sous-péritonéal et intra-ligamentaire.

MM. MOLIN, COUDARMIN et ARNUEF présentent une pièce prélevée par hystérectomie abdominale subtotale chez une femme de 53 ans, atteinte de leucorrhée avec pollakiurie et troubles digestifs (vomissements, constipation et anorexie), sans douleurs abdominales ni métrorragies. Cette pièce est intéressante comme démonstration du mécanisme de la torsion axiale de l'utérus. Celui-ci, étiré, présente au niveau de son fond un début de torsion de gauche à droite, torsion qui paraît due à la présence d'un gros fibrome du fond qui s'énuclée dans l'abdomen et étire la matrice.

Un fibrome intraligamentaire fixait de son côté le col, et enfin un troisième fibrome développé sur le bord droit de l'utérus, a poussé peu à peu son pôle droit en arrière faisant décrire à l'utérus une torsion sur l'axe dans le sens des aiguilles d'une montre.

Tumeur thymique.

MM. BONNAMOUR et PICHAT présentent l'observation d'un homme de 59 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, crise asthmatiforme qui se renouvela cinq à six fois dans les semaines suivantes. Quelques jours avant l'entrée, dyspnée continue, avec malaise, fièvre et cyanose. A l'entrée, dyspnée marquée avec cyanose, température à 39°, léger tirage, signes de bronchite. Mort vingt-six heures plus tard. A l'autopsie, on trouve une tumeur que l'on pense être un cancer du corps thyroïde développé sur un goitre plongeant latent, comprimant la trachée qui est entourée d'une gangue scléreuse et inflammatoire ; il existe en outre une grosse symphyse du péricarde formant sur la face antérieure du cœur un matelas de plus de deux centimètres d'épaisseur. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'une tumeur thymique.

Infantilisme et tuberculose rénale.

MM. BONNAMOUR et PICHAT présentent l'observation d'un jeune homme de 16 ans mort à l'hôpital de tuberculose rénale. Normal jusqu'à l'âge de 10 ans, ce sujet passe, à 11 ans, quelques semaines à la campagne dans une maison où se trouvait un tuberculeux avéré. Dès lors son développement s'arrêta net et, à 16 ans, ce jeune homme présentait un aspect absolument infantile (taille : 1 m. 45, testicules à peine développés, système pileux rudimentaire) sans signes d'insuffisance ou d'hyperfonctionnement glandulaire. L'autopsie montra que ce malade était mort de tuberculose rénale développée postérieurement à l'arrêt de croissance. Celui-ci semble donc lié à l'action toxinienne du bacille de Koch.

Adénomyome diffus du corps utérin.

M. VIOLET présente une pièce provenant d'une femme de 52 ans qui présentait un gros utérus (tête d'adulte) avec grosses hémorragies, douleurs vives à la phase prémenstruelle, utérus douloureux à la pression. On pensa à la possibilité d'une nécrobiose au début et on intervint. Il s'agit d'un adénomyome total de l'utérus, prolifération glandulaire de la muqueuse envahissant le muscle utérin. Il s'agit d'une tumeur bénigne, sans envahissement lymphatique ni crainte de récidive. On fit une hystérectomie totale préférable à la subtotale qui souvent saigne, fait des hématomes intra-ligamentaires, des phlébites, des embolies.

Volumineux fibrome de l'isthme utérin.

M. Pierre SASSARD présente une pièce opératoire provenant d'une malade de 49 ans, robuste, sans antécédents pathologiques, sauf deux fausses couches. Il y a trois ans, la malade a commencé à souffrir et à voir ses règles augmenter d'abondance et de durée ; pas de pertes dans l'intervalle des règles. Dans la suite, apparition de : pollakiurie, sensation de cuisson à la miction, troubles qui aboutirent à une crise de rétention aiguë qui dura trois jours. A l'examen, abdomen difficile à palper (adiposité) ; au toucher, utérus paraissant volumineux avec col en anté-version marquée ; Douglas rempli par une masse volumineuse, semblant faire corps avec l'utérus. Intervention (Dr Patel), sous rachi, incision sous-ombilicale médiane ; on découvre un volumineux fibrome postérieur enclavé dans le Douglas, avec annexes adhérentes. A noter les troubles urinaires qui sont surtout, contrairement à l'opinion classique, l'apanage des fibromes postérieurs.

Epithélioma de la base de la langue et du pharynx.

M. JACOD présente l'observation d'un homme de 68 ans, ouvrier boulanger, qui vint consulter en octobre 1924 pour de la dysphagie avec dysphonie et mauvais état général ; pas d'antécédents pathologiques ; ni la syphilis. Au laryngoscope, tumeur volumineuse, laryngée et linguale, en chou-fleur. On pratique une biopsie ; la réponse du laboratoire est : épithélioma spinocellulaire du type malpighien (Dr Gravier). On institue d'abord un traitement par les rayons X pendant 18 jours. La tumeur a alors diminué de moitié; pas de réaction ganglionnaire. On pratique alors l'exérèse de la tumeur. Le malade est revu un an après sa sortie de l'hôpital. Il n'y a pas de récidive. Il persiste une fistule consécutive à la désunion de deux fils due à ce que le malade ne put supporter la sonde nasale à demeure et que celle-ci dut être réintroduite à chaque repas.

Sur trois épithéliomas du larynx.

M. Jacod présente trois observations de cancer plus ou moins étendus du vestibule laryngé, cordes et bandes comprises, avec ou sans adénopathies. La thérapeutique employée est utilisée par l'auteur depuis sept ans : rœntgenthérapie préalable et exérèse opératoire secondaire (v. plus haut). Chez ces trois malades, le cancer revêtait une forme chirurgicale spéciale au larynx, la forme vestibulaire des trois quarts antérieurs, protégée par le bouclier thyroïdien et à évolution lymphatique relativement lente, donc la plus favorable aux laryngectomies partielles. Les deux premiers malades présentaient un envahissement vestibulaire unilatéral, sans adénopathie carotidienne ; ils auraient pu être opérés sans rœntgenthérapie par hémilaryngectomie sous-périchondrale ; mais cette opération eût été plus mutilante, moins radicale et aurait nui à la phonation et à la respiration laryngée qui sont restées intactes avec la méthode de l'auteur. L'un de ces deux malades vit encore ; l'autre est mort trois ans et demi après l'intervention, de congestion pulmonaire grippale. Le troisième malade a eu une récidive, mais dans des conditions particulièrement instructives. Sa tumeur était pratiquement inopérable et tout au plus justiciable d'une trachéotomie palliative : elle avait, en effet, envahi le vestibule laryngé en totalité ; la commissure antérieure était prise, ainsi qu'une partie de la face laryngée de l'épiglotte ; il avait des adénopathies carotidiennes multiples. Après la rœntgenthérapie, cette tumeur avait macroscopiquement disparu, sauf au niveau de la moitié droite du vestibule ; les ganglions étaient devenus mobiles et isolés les uns des autres. On pratique alors une laryngectomie partielle sous-périchondrale avec curage ganglionnaire. Le malade guérit parfaitement, et recommença à travailler pendant deux ans et demi. Au bout de ce temps une récidive se produisit sur la bande ventriculaire gauche, côté *non opéré* la première fois. Cette seconde tumeur aurait sans doute guéri par la méthode employée précédemment. Mais pour des raisons pécuniaires, le malade refusa la radiothérapie et entra dans un hôpital de petite ville où on lui fit une laryngectomie totale. Il mourut quelques jours après.

Société médicale des hôpitaux.

Rachitisme tardif.

MM. Mouriquand, Sédallian, Mlle Weill et Bosonnet relatent l'histoire d'une enfant de 13 ans 1/2, bien portante jusqu'en janvier 1930 ; à cette époque apparurent des douleurs articulaires (chevilles, poignets, épaules). La radiographie montre une image typique de rachitisme, surtout au niveau des poignets. Wassermann légèrement positif et Hecht très positif. On institue alors un traitement par le muthanol infantile (une ampoule deux fois par semaine, à l'exclusion de tout autre traitement). En quinze jours de traitement (6 piqûres) une amélioration considérable a été constatée. On fit ensuite 11 injections d'acétylarsan qui ont paru n'avoir que peu d'action. Le muthanol s'est donc montré dans ce cas un fixateur extrêmement actif du calcium. Reste à savoir s'il garderait ce pouvoir en dehors de la syphilis.

Iléus biliaire.

MM. Paviot et Moulinier présentent l'observation d'une femme de 67 ans, entrée à l'hôpital pour des vomissements abondants, accompagnés de constipation opiniâtre et de douleurs abdominales sans localisation précise. Aucun antécédent pathologique, sauf un ictère au moment de la ménopause et un prolapsus utérin. Quinze jours avant l'entrée, arrêt complet des matières et des gaz, puis au bout de huit jours apparition de douleurs abdominales diffuses et mobiles survenant par crises aussi bien la nuit que le jour. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements de liquides semblables à de l'eau sale et d'odeur fétide. A l'entrée, faciès grippé et anxieux avec léger subictère des conjonctives. L'examen du ventre ne révèle rien qu'un léger œdème de la paroi avec de petites nodosités non douloureuses dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par la suite la malade a continué à vomir et à souffrir et est morte douze jours environ après son entrée. Autopsie : on trouve la vésicule biliaire accolée à une anse grêle et à ce niveau on trouve dans la lumière de l'intestin un calcul cylindrique représentant un moule des parois de la vésicule.

A. C.

Toulouse

Société d'Obstétrique et de Gynécologie

Torsion des deux kystes lutéiniques au cours d'une grossesse môlaire.

M. Dalias rapporte le cas d'une I pare enceinte de 4 mois avec tumeur abdominale volumineuse, métrorragies et météorisme intense. Le kyste de l'ovaire étant très fréquent en Extrême-Orient, on pratique une laparotomie : kystes lutéiniques droit et gauche en partie enclavés, torsion de l'un d'eux et torsion axiale de l'utérus qui est reconnu contenant une grossesse môlaire. Etat général trop grave pour l'hystérectomie. On se borne à une double ovariotomie. Avortement molaire consécutif. Guérison.

Grossesse extra-membraneuse.

MM. Audebert et Estienny communiquent l'histoire d'un accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant mort avec procidence du cordon et rupture des membranes depuis 45 jours.

Péritonite diffuse post-partum, colpotomie, laparotomie.

M. Estienny. — Après accouchement normal, poussée fébrile du 6e au 12e jour. Le 16e jour, P. à 120. T = 39. Vomissements, météorisme, traitement par glace et position de Fowler.

L'état s'aggrave rapidement, arrêt des matières et des gaz, signes de péritonite. Au toucher cul-de-sac de Douglas saillant et occupé par du liquide : une colpotomie donne issue à une assez grande quantité de pus, drainage.

L'aggravation s'accentuant, on pratique une laparotomie : pus et fausses membranes entre les anses intestinales, utérus gros, spongieux, sans perforation. L'état général contre-indiquant l'hystérectomie, on fait un Mickulicz. Guérison.

Note sur deux cas d'échec de rachianesthésie pour césarienne.

M. R. Garipuy. — 1° Césarienne corporiale chez une I pare obèse de 38 ans, en travail depuis 30 heures avec rigidité du col et arrêt des contractions. Après échec d'une rachianesthésie, on eut recours au chloroforme. Dans les suites opératoires, dilatation aiguë de l'estomac et atonie intestinale nécessitant un anus iliaque droit le 8e jour. Les signes d'occlusion persistent ; mort le 17e jour sans signe de péritonite confirmée par l'autopsie ;

2° Femme de 42 ans, albuminurique avec œdème vulvaire et sus-pubien très accusé. Tête non engagée, pas de dilatation malgré un travail long, météorisme chronique. Après échec d'une rachi, on donne du chloroforme ; césarienne corporiale sans difficulté. Dès le lendemain, vomissements abondants, lavage de l'estomac, pas de gaz. Le 6e jour, anus iliaque, qui fonctionnne favorablement .

Chez ces deux malades il y a eu des phénomènes de stercorémie qui pourraient être dus à l'association rachi-chloroforme. Dalias a eu deux décès avec des signes analogues chez des malades où la protection de la cicatrice utérine par l'épiploon avait nécessité une traction sur ce dernier.

Colique néphrétique chez une femme enceinte.

MM. Audebert et Aversenq. — Vieille lithiasique qui n'eut pas de coliques néphrétiques pendant sa première grossesse. Au contraire crises fréquentes pendant la deuxième grossesse et les suites de couches.

Le Bordet-Wassermann du lait.

MM. Audebert et Aversenq concluent d'une série de réactions pratiquées en même temps avec le sang et le lait que la réaction de B.-W du lait ne donne que des résultats imprécis.

Accouchement spontané après une césarienne basse.

MM. Audebert et Estienny. Femme avec bassin rétréci, traitée pour un premier accouchement par une césarienne basse. Craignant une nouvelle intervention la malade se présente à la clinique en fin de travail avec un fœtus en présentation du siège, dont le tronc est complètement dégagé. La tête sort spontanément presque aussitôt. Enfant mort avec enfoncement du frontal. Hémorragie abondante par insertion basse du placenta nécessitant une délivrance artificielle.

Polydactylie héréditaire.

M. Ménaclé rapporte une observation curieuse par le caractère héréditaire de la malformation : la présence de six doigts aux quatre membres ayant été relevée dans trois générations successives.

Dilatation de l'estomac post-partum.

M. Ménaclé. — Malade ayant présenté à la suite de ses deux accouchements des accidents de dilatation aiguë de l'estomac : il s'agit là d'un fait rare, peut-être dû à une prédisposition anatomique.

Traitement des mastites diffuses.

MM. Ducuing et Guilhem après avoir rapporté deux cas de mastite diffuse traitée par la mamectomie totale ou subtotale sous-cutanée, décrivent la technique qu'ils ont employée (incision esthétique dans le sillon sous-mammaire) et insistent sur les bons résultats que donne cette intervention lorsqu'elle est correctement pratiquée. Tourneux.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du mardi 10 février 1931.

Communications :

Maladie d'Oppenheim : constatations anatomo-pathologiques.

MM. Deherripon et Delattre. — Enfant de 11 mois 1/2, envoyée avec diagnostic de rachitisme. Intégrité du squelette, mais flaccidité des membres, laxité articulaire, absence de réflexes, pas de réaction de dégénérescence.

Mort quatre mois plus tard, par broncho-pneumonie intercurrente. Autopsie. Examen histologique : sclérose musculaire ; altération profonde des glandes endocrines, notamment du corps thyroïde ; modifications cérébrales.

Les auteurs insistent sur la rareté des observations cliniques et surtout des constatations histologiques.

Absence congénitale du péroné (avec présentation de photographies et de radiographies).

M. Billet a eu l'occasion d'observer plusieurs cas

d'absence congénitale du péroné, malformation qui n'est pas absolument exceptionnelle et qui s'accompagne, par ailleurs, très souvent, d'autres difformités des pieds et des mains. Le sujet qu'il présente est un enfant de 4 ans, qu'il a suivi et traité depuis sa naissance.

Par des manœuvres de massage et de redressement d'abord, par une arthrodèse modelante de l'articulation tibio-tarsienne, suivie d'une immobilisation de quelques mois, l'enfant est actuellement pratiquement guéri. Il marche très correctement avec un appareil orthopédique destiné surtout à compenser le raccourcissement congénital des membres et accessoirement à maintenir le pied dans son axe normal.

Un curieux cas d'usure du cuir chevelu du fœtus, au cours d'un travail long.

MM. Favreau, Klein et Le Dourneuf. — Un enfant extrait par césarienne basse supra-symphysaire, à la suite d'un travail de trente heures dont quinze après la rupture des membranes, présente au niveau du pariétal postérieur une solution de continuité de 2 cm. due aux pressions subies par le cuir chevelu entre le pariétal et le promontoire maternel.

Il est naturel de supposer qu'une pareille solution de continuité s'est produite au niveau du S. I. de l'utérus.

Ces lésions expliquent le mécanisme des ruptures utérines ultérieures : la contraction quelquefois violente, un obstacle (le bassin) et un segment inférieur usé.

Aux grossesses suivantes la femme devra être césarisée dès le début du travail.

Abcès du foie d'origine appendiculaire.

MM. Camelot, Courty et Mlle Senelart. — Femme de 19 ans, entrée à l'hôpital en pleine péritonite appendiculaire ; intervention, guérison des accidents menaçants. Mais, trois semaines plus tard, fièvre à grandes oscillations, amaigrissement, subictère, douleur dans l'hypochondre droit, polynucléose. On pense à une hépatite suppurée ; pronostic grave. A l'autopsie, abcès unique du foie, gros comme le poing, au niveau de la face convexe.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'abcès solitaire, sur les éléments du diagnostic et sur la gravité du pronostic.

Placenta albuminurique, sans albuminurie.

M. Favreau montre un placenta qui présente toutes les lésions classiques que les anciens auteurs rapportaient à l'albuminurie, en particulier des infarctus anciens, blanchâtres et granuleux, qui donnent un aspect lardacé, de même que des infarctus récents, de couleur foncée, gelée de groseille. A l'examen histologique, on trouve une dilatation nette des vaisseaux, des villosités avec éclatements et hémorragies dans les espaces intervilleux.

Il n'y avait pas d'albumine dans les urines de la malade, mais une hypertension artérielle notable : Mn. 10, Mx, 15.

En conséquence, *il ne faut pas se contenter de faire la recherche de l'albumine pendant la grossesse, mais toujours y associer la prise de la tension artérielle.* Quand il y a une hypertension d'alarme notable, il faut se hâter d'intervenir en soumettant la malade à une diète hydrique sévère pendant plusieurs jours, accompagnée de purgatifs drastiques et, si c'est nécessaire, d'une large saignée, faite sous le contrôle de l'oscillomètre.

Le point de côté abdominal chez l'enfant.

MM. Parturier et Deherripon essaient d'élucider la valeur physio-pathologique du point de côté abdominal de la pneumonie chez l'enfant. Ils se basent sur des arguments d'ordre anatomo-pathologique : constatation de cholécystite chez deux enfants morts de pneumonie, — d'ordre clinique, thoraco-abdominal : douleur péri-ombilicale chez des enfants atteints de pneumonie, — d'ordre clinique, abdominal pure : douleur péri-ombilicale chez 14 enfants sur 122 étudiés à ce point de vue.

Il est à remarquer que, dans tous ces cas, la douleur spontanée était exclusivement localisée à la région ombilicale ;

Que la pression sur la région vésiculaire en position couchée et surtout en *position renversée*, réveillait cette douleur ombilicale.

Les auteurs concluent que, d'une part, la cholécystite peut compliquer la pneumonie ; que, d'autre part, une douleur ombilicale peut être la seule manifestation sensible d'une cholécystite.

A propos de quelques cas de pyélographies intra-veineuses.

M. Lepoutre. — Parmi les très nombreux examens qu'il a pratiqués par cette méthode, l'auteur en retient quatre récents où la pyélographie est venue compléter et confirmer de façon utile un diagnostic déjà assez poussé. Il s'agit, dans les quatre cas, de tuberculose urinaire, avec difficulté ou impossibilité d'obtenir par le cathétérisme urétéral, les renseignements nécessaires sur chacun des deux reins :

Premier cas. — Homme, cystite rebelle ancienne sans bacille de Koch. Azotémie : 0,45 K = 0,150. La pyélographie (abrodil) ne montre pas d'image à gauche ; à droite, bassinet et uretère très dilatés. Il s'agit d'une tuberculose rénale ancienne guérie par exclusion. La cystite a continué à évoluer. Le rein restant est dilaté et est atteint de pyélo-néphrite (rétrécissement du méat urétéral, ou bien reflux ?)

Deuxième cas. — Jeune fille de 30 ans, vue déjà il y a cinq ans. Tuberculose certaine à droite ; tuberculose cicatrisée à gauche (examens par le cathétérisme urétéral et constatations opératoires) K = 0,112. On laisse en place les deux reins. Une cystite

très douloureuse continue à évoluer. La malade refuse l'exclusion de la vessie.

En décembre 1930, pas de bacille de Koch dans les urines. Par l'urosélectan, rein droit avec cavernes volumineuses et uretère très dilaté. Rein gauche à uretère à peine visible, fonctionnant mal certainement.

Troisième cas. — Femme de 50 ans. Cystite intense avec bacilles de Koch. Azotémie : 0,42. K = 0,140. Cathétérisme urétéral impossible. Le carmin d'indigo n'apparaît pas encore à la 20e minute. Dilatation volumineuse des calices et du bassinet à droite (pyonéphrose). Le bassinet gauche est à peine visible ; l'uretère gauche est visible dans deux épreuves sur cinq. Elimination défectueuse : rein très douteux.

Quatrième cas. — Jeune fille, 18 ans. Cystite progressive et violente à bacilles de Koch. Le rein gauche donne des urines purulentes à bacilles de Koch : impossible de cathétériser le rein droit. Urosélectan : rein gauche avec cavernes nettement reconnaissables. Rein droit : uretère, bassinet et calices très dilatés (rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'uretère ou reflux ?)

La pyélographie endoveineuse a apporté dans ces quatre cas, une confirmation à notre diagnostic d'inopérabilité, en mettant en lumière les altérations anatomiques de chaque rein L'interprétation des épreuves de pyélographie intraveineuse est délicate et parfois périlleuse. Si on veut bien confronter ses résultats avec ceux des autres méthodes, si on a la connaissance pratique de nombreuses pyélographies et pyéloscopies par voie rétrograde, on parviendra à interpréter correctement les épreuves de la pyélographie par voie veineuse.

Les échanges respiratoires au cours de certains états musculaires anormaux en clinique.

MM. LE GRAND et LAMELIN. — La recherche du métabolisme basal suppose une inactivité musculaire complète. Les auteurs ont voulu vérifier, au contraire les résultats obtenus en cas de tremblements de diverses origines (parkinsoniens, choréiques, pithiatiques, etc.). Seize observations leur ont montré que tous les syndromes cliniques s'accompagnant de contractions musculaires déterminent une augmentation des échanges respiratoires, en particulier les tremblements parkinsoniens. Ils estiment que le M. B. peut rendre des services dans le diagnostic des tremblements et, dans certaines circonstances, orienter le clinicien vers une étiologie thyroïdienne. Mais on ne saurait conclure formellement à une hyperthyroïdie, du seul fait de l'élévation du M. B. Le laboratoire doit être subordonné à la clinique.

Les Congrès

Ve Congrès international de Physiothérapie

(suite) (1)

Kinésithérapie. — La *kinésithérapie* a fait le sujet d'une série de rapports et de communications intéressantes.

Le problème de l'*éducation physique* a été envisagé par différents auteurs. L. LEDENT a présenté une étude importante sur les *résultats immédiats et éloignés de la pratique de l'éducation physique.* Il précise les différents examens qui devront être pratiqués en vue de l'éducation physique ; chez l'enfant, l'examen de la croissance des divers organes, et particulièrement : taille, poids, développement thoracique ; chez l'adulte, l'examen des appareils respiratoire et cardio-vasculaire, la recherche des symptômes de fatigue. R. Ledent signale les difficultés du problème quant aux facteurs âge, sexe, type, tempéraments, caractères et races. Comme exemple, il donne un essai de classification des enfants en vue de l'éducation physique : insuffisants respiratoires, insuffisants musculaires, insuffisants endocriniens. Des tableaux cliniques et anthropologiques appuient les thèses défendues par quelques milliers d'observations prises en clientèle, dans les œuvres sociales ou à l'Institut provincial d'éducation physique de Liége.

Dans un second travail : l'*éducation physique et la prophylaxie de la tuberculose chez l'écolier (principes et direction)*, R. Ledent étudie plus spécialement l'éducation physique, comme moyen de prophylaxie de la tuberculose. Il oppose à l'insuffisance respiratoire la cure d'air, à l'insuffisance musculaire, la cure d'exercices (cure de travail), à l'insuffisance endocrinienne la cure de soleil. Il estime, d'après les observations cliniques nombreuses qu'il a recueillies, qu'on pourrait éviter les soucis et les dépenses du traitement de la tuberculose en faisant, par l'éducation physique, la prophylaxie la moins coûteuse et la plus efficace.

TISSIÉ (Paris), dans un travail intitulé *Le capital santé et l'éducation physique*, montre le rôle de la famille et de l'école dans l'éducation physique et l'importance d'un médecin averti et de maîtres compétents.

BOIGEY (Vittel) a beaucoup intéressé ses auditeurs par son rapport sur *la cure de rajeunissement par l'exercice et le traitement hydrominéral pendant l'âge mûr chez l'homme et chez la femme.* Il a montré que la cure d'exercice était une nécessité pour l'homme à l'âge mûr, car il prend souvent des habitudes d'inertie et oublie son métabolisme musculaire. Comme

(1) Voir *Concours Médical*, n° 21.

indications pathologiques, l'auteur indique la goutte, le diabète, l'obésité. Il insiste sur l'exercice comme agent de désintoxication. Enfin il donne le détail de prescription et d'exécution de la cure myothérapique dont il place les effets locaux avant les buts généraux dans les cas spéciaux visés dans son rapport.

KOPP (Paris) a parlé également de l'*hygiène sociale par l'éducation physique.* Il a appelé les vœux d'Amsterdam et a développé l'organisation de base de l'éducation physique nationale et internationale.

Enfin JEUDON (Paris) a montré les relations entre *éducation physique* et *science du travail.* Il considère qu'après l'éducation physique et sportive élémentaire pour tous, il est nécessaire d'instituer une éducation physique appropriée à la profession.

Le problème de la *gymnastique respiratoire* a donné lieu à d'intéressants travaux. G. ROSENTHAL (Paris) — *Orientation de la gymnastique respiratoire de* 1904 *à* 1930, *la méthode physiologique* — a insisté sur le but de cette gymnastique : maintenir et développer le fonctionnement normal de la mécanique respiratoire ; rétablir le jeu physiologique des organes par la phase éducatrice avec les règles : respiration nasale, complète, suffisante, rythmée. Il a montré que les méthodes simplifiées, les respirations provoquées par l'entraînement étaient insuffisantes et trompeuses.

A. GOVAERTS, dans ses *considérations sur la gymnastique respiratoire*, rappelle que cette gymnastique ne peut se faire en dehors du mouvement ; que la respiration volontaire profonde et complète était utile et efficace pour autant qu'elle s'accompagne de mouvements susceptibles de maintenir un rapport entre la vitesse des échanges du sang dans le poumon et la vitesse de circulation d'air.

Enfin J. PESCHER présente un travail intitulé *la médication par l'entraînement respiratoire*, où il développe sa méthode spiroscopique et les très bons effets obtenus chez les adénoïdiens, les petits asthmatiques, les petits hypertrophiques, dans la prophylaxie et le traitement des affections broncho-pulmonaires aiguës ou chroniques, les névropathies, les asthénies diverses, le rhumatisme chronique, l'obésité ; chez les vieux bronchitiques emphysémateux.

Une troisième question de kinésithérapie envisagée au Congrès fut celle du *rôle des agents physiques dans le traitement des traumatismes du coude.* Trois études se rapportèrent à cette question.

L. RŒDERER, dans une intéressant travail, envisage successivement le traitement physiothérapique du coude chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, il étudie tout d'abord les séquelles proches (œdème, empâtement persistant, limitation des mouvements, ankylose) et préconise le port de poids, de longs bains chauds locaux et des mouvements passifs, assistés, actifs et contrariés. L'auteur envisage ensuite les séquelles plus lointaines : limitation de flexion de la fracture supra-condylienne ; modifications d'axage de l'avant-bras par rapport au bras succédant aux fractures du condyle externe. Chez l'adulte, Rœderer montre l'importance des œdèmes persistants et des raideurs articulaires. Après avoir indiqué le rôle du massage et de la mobilisation, il décrit les différents agents qui doivent être utilisés pour faciliter la résorption des œdèmes, la guérison de la raideur : air chaud, hydrothérapie chaude et hydrothérapie froide, ionisation salée ou iodée (action anesthésique, action sur les adhérences fibreuses, action sur l'atrophie musculaire).

O. HADJI et M. ORY envisagent à leur tour différentes lésions du coude susceptibles d'être améliorées par les agents physiques : raideurs simples, myostéomes, cals hypertrophiques, rétractions ischémiques de Volkmann, troubles nerveux et troubles physiopathiques, arthrites chroniques, pseudarthroses. Ils passent en revue les méthodes de kinésithérapie, de thermothérapie, d'électrothérapie, d'actinothérapie et de radiothérapie et montrent leurs effets favorables.

Enfin R. LEDENT montre les heureux résultats obtenus par lui dans plus de 100 cas de traumatismes du coude par le massage, la thermothérapie et la mobilisation.

La *kinésithérapie de l'appareil digestif* a fait aussi le sujet d'un très intéressant rapport de GLÉNARD. L'auteur, après avoir envisagé l'action physiothérapique des mouvements sur le fonctionnement de l'appareil digestif, étudie les différentes méthodes utilisées en cinésithérapie en vue du bon fonctionnement du tube digestif et la manière de les appliquer. Puis il précise les indications et les contre-indications. La cinésithérapie ne doit pas être employée lorsqu'il existe une lésion organique (cancer, tuberculose, ulcère d'estomac, syphilis, adhérences, calculs, inflammations diverses). Mais dans tous les troubles fonctionnels portant sur les muscles lisses ou striés, sur la circulation, les phénomènes sécrétoires où le système nerveux végétatif, elle donne d'excellents résultats.

A propos du traitement des affections de l'appareil digestif, J. HOLLENFELTZ rappelle les *méthodes américaines de vibration* mécanique (Mary Arnold Snow).

Divers autres travaux furent présentés à cette section par W. RULMANN : *Nature et mode d'action du massage palpatoire* et son intérêt dans le « rhumatisme des parties molles » comme moyen de diagnostic et comme facteur thérapeutique ; par KIRCHBERG : *Du massage dans le rhumatisme musculaire et les affections des articulations*, et par MULLER sur le même sujet ; par A. MULLER : *Action du massage dans les maladies internes* ; par DIFFRE : *Le dépistage des déviations vertébrales*, grâce à un ingénieux panneau mensurateur ; enfin par WATRY : *Morphologie et fonctions de la sphère maxillo-faciale ; leur importance en physiothérapie.* L'auteur estime que les dysmorphoses de la sphère maxillo-faciale entraînant un déséquilibre cranio-facial se répercutent sur la statique générale et sont souvent à l'origine d'états préscoliotiques.

(*A suivre.*)

Les Livres

VIGOT frères, éditeurs.
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ch. RUPPE, stomatologiste des hôpitaux. — **Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. Accidents consécutifs aux dents incluses** (in-8° de 52 pages avec 18 figures.)

L'accident initial (persistance anormale et infection du capuchon muqueux, avec péricoronarite suppurée) est suivi d'accidents superficiels (fréquents) et d'accidents osseux (plus rares).

Les accidents superficiels sont les adénites, les stomatites et les cellulites. En plus des accidents osseux, il y a encore les accidents réflexes et les accidents divers, ulcération, kyste dentifère.

Après avoir indiqué la nécessité d'une radiographie, l'auteur décrit les indications opératoires, la technique du désencapuchonnement au couteau électrique, et les procédés divers pour lutter contre les difficultés auxquelles on se heurte pour l'avulsion de cette dent suivant sa position, son degré d'enclavement, sa disposition radiculaire. C'est ensuite l'étude générale des accidents consécutifs aux dents incluses : accidents mécaniques, tumoraux, réflexes et infectieux. Une importante bibliographie termine ce travail.

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS,
91, boul. St-Germain, Paris.

R. CLOGNE. — **Guide pratique d'analyses pour l'urine, le sang, le suc gastrique, les matières fécales.** Préface du Professeur CASTAIGNE (1 vol. in-16, 472 pages, 66 figures, 1930, 32 francs.)

Les deux premières éditions comprennent la technique de l'analyse simplifiée, avec le principe, le matériel nécessaire, les réactifs et les valeurs normales.

Cette troisième édition se trouve complétée de chapitres nouveaux : parasitologie, bactériologie, hématologie avec naturellement une place prépondérante pour la chimie biologique, laquelle a subi un remaniement complet pour éliminer les vieilles méthodes et faire figurer les dernières techniques. Enfin suivent des conseils pour les prélèvements, et les renseignements fournis à la clinique par les examens de laboratoire.

VIGOT frères, éditeurs, Paris.

Dr JOSÉ M. JORGE (de Buenos-Ayres). — **Le traitement des raideurs articulaires** (in-8° raisin de 80 pages, 10 francs.)

Il s'agit des raideurs articulaires consécutives aux fractures. L'auteur rapporte et résume en un tableau statistique, l'histoire clinique, les caractéristiques de la lésion, le traitement employé et les résultats obtenus pour 5.000 fractures (dont 4.129 traitées dans les premiers jours de l'accident), parmi lesquel les 1.285 fractures articulaires. Ces fractures sont classées suivant les subdivisions les plus classiques, pour chaque articulation en particulier.

Diverses méthodes de traitement ont été tentées et toutes les observations relatives à leur marche ont été notées, de façon à permettre d'interpréter les résultats obtenus et d'établir en toute clarté les causes des succès les meilleurs aussi bien que celles des complications et des échecs.

L'auteur, résumant ses observations, essaie de nous donner une idée synthétique du traitement des fractures articulaires récentes, qu'il recommande dans des cas déterminés seulement ; en effet, sur 1.285 fractures, il n'a eu recours à un procédé opératoire que pour 199 cas.

La thérapeutique à suivre est indiquée pour chaque groupe de fractures articulaires.

EDITIONS MÉDICALES,
N. Maloine, Paris.

J. P. DUPUY DE FRENELLE. — **Ostéosynthèse** (traitement opératoire des fractures) (un fort volume in-8 jésus de 335 pages, avec 260 figures, 1931, 140 francs.)

En fait d'ostéosynthèse, il ne faut pas d'improvisation, car celle-ci n'est pas toujours couronnée de succès. Le chirurgien doit à l'avance connaître, d'une manière précise, les difficultés qu'il rencontrera et la manière d'en triompher, afin d'éviter des tâtonnements.

Cet ouvrage est consacré à l'ostéosynthèse, chirurgie difficile ; il indique la bonne manœuvre à faire d'emblée, et indique les instruments nécessaires pour mener à bien, sans peine, l'opération entreprise. Chaque phrase y est un geste, chaque geste important est illustré par une figure, et chaque figure est placée bien au centre du texte, dont elle exprime la pensée. Souvent, le petit détail dont dépend le succès, et qui pourrait passer inaperçu, ou bien être négligé, est mis en valeur par le relief du caractère d'imprimerie, ou par le jeu des blancs, afin qu'il attire l'attention.

L'ouvrage est complété par une analyse critique de A. Lambotte (d'Anvers), dans laquelle, à propos de chaque chapitre, ce chirurgien indique sa technique personnelle lorsqu'elle diffère de celle de l'auteur.

En plus du traitement de chaque variété de fracture, des chapitres différents sont consacrés à l'instrumentation de l'ostéosynthèse, à la réduction des fractures, à leur coaptation, à leur plaquage.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Professeur A. Hogge (de Liège), Professeur Divry (de Liége), Dr M. Watrin, Dr Foret et Dr vétér. Lahaye. — **Physiologie sexuelle normale et pathologique.** (1 vol. in-8° de 200 pages, 38 francs.)

Le Prof. Hogge expose, dans un premier chapitre, les fondements biologiques de l'instinct sexuel, influences endocriniennes, anomalies congénitales, traumatismes, données anatomo-cliniques, expérimentation chez l'animal, rapports entre le système nerveux et les glandes génitales, etc.

Dans les chapitres II et II il étudie la physiologie sexuelle, et laisse notamment entrevoir les difficultés que soulève le problème de la participation des systèmes nerveux, cérébro-spinal, sympathique et parasympathique, dans la physiologie du coït. Il émet des théories neuves pour expliquer le mécanisme de l'érection et de l'éjaculation ; il passe en revue les données les plus récentes sur le rôle de la prostate, des vésicules séminales, des déférents, des glandes de Cowper dans l'acte de la génération.

Le Dr Watrin rappelle tout d'abord les notions d'anatomie et de physiologie indispensables pour comprendre la bio-pathologie de la femme. Il étudie ensuite les grands syndromes génitaux : la puberté, la menstruation et ses troubles, la stérilité et la ménopause. Puis il résume ses connaissances sur les hormones sexuelles et parasexuelles féminines. Il parle sommairement des greffes ovariennes.

Le Prof. Divry expose les psychopathies sexuelles et les range en deux groupes : 1° les troubles de nature fonctionnelle et d'origine psychogène ; 2° les troubles de l'instinct sexuel.

Le Dr Foret donne un résumé des résultats obtenus par les greffes testiculaires chez l'homme, et le Dr Lahaye parle des expériences intéressantes qu'il a faites chez les animaux, greffes testiculaires et ovariennes, de la technique opératoire qu'il a adoptée.

Les livres qui viennent de paraître...

chez Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr Gaston Cattier. — **La procréation humaine.** (un vol. in-8, 490 pages, 70 fig. Prix : 60 fr.)

Henry Toyres. — **Tours de main du mécanicien dentiste** (Notions de prothèse dentaire) (un vol. in-8, 208 pages. Prix : 25 fr.)

Editions Heudebert,
85, rue Saint-Germain, Nanterre.

Le régime des enfants (un vol. 96 pages. Prix : 3 fr. 50.)

THÉRAPEUTIQUE

Les alcalins dans le traitement de l'hyperchlorhydrie

On sait que l'emploi des alcalins à haute dose dans le traitement de l'hyperchlorhydrie est — du moins quand il est prolongé — une cause d'hypersécrétion réactionnelle qui fait que leur action thérapeutique n'est pas seulement nulle, mais encore agressive. Les médicaments neutralisants pèchent, en effet, par l'excès de leurs propriétés. Leur présence suffit à ramener très rapidement l'acidité libre du suc gastrique à zéro, ce qui trouble la digestion. Aussi leur utilisation, même occasionnelle, est-elle soumise à des précautions formelles et un contrôle sérieux.

Le carbonate de chaux et la magnésie, dont on imaginait l'action moins brutale que celle du bicarbonate, arrivent cependant à des résultats identiques quant à la neutralisation complète de l'acidité libre de l'estomac. D'autres médicaments (talc, kaolin, terre d'infusoire), qui ont été aussi proposés ont uniquement une action topique locale ; nous ne nous y attarderons pas ; le bismuth s'apparente à ces derniers, mais du fait de l'action constipante et sédative propre — qu'il doit à sa nature chimique — il ne saurait être employé indifféremment et comporte certaines contre-indications.

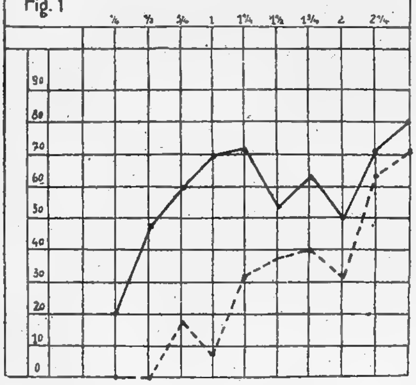
Il n'en est pas de même de l'Alucol, hydroxyde d'alumine colloïdal, que l'on ne doit plus considérer aujourd'hui comme un nouveau venu dans la thérapeutique. Au XVIe Congrès français de médecine qui se tenait à Paris, en 1922, le Professeur Roch n'hésitait déjà pas à dire de cette préparation « l'hydrate d'alumine colloïdal, *adsorbe* l'acide chlorhydrique. Il s'est révélé comme un antiacide par excellence, de beaucoup supérieur au bicarbonate de soude, à la magnésie, au sous-nitrate de bismuth, etc... (1) ». L'adsorption des acides et en particulier celle de l'acide chlorhydrique par l'Alucol, est un des phénomènes qui mérite le plus de retenir notre attention. Dans l'estomac, cet acide se trouve, en effet, fixé sur la gelée muco-gélatineuse qui se forme instantanément et constitue, de par sa structure physique en mailles, un pansement gastrique avantageux. Mais la fixation de l'acide n'est pas totale. Comme il s'agit d'un phénomène réversible, *la proportion normale d'acide chlorhydrique nécessaire à la digestion est conservée, tandis que seul l'excès nuisible est éliminé.* Bien

(1) M. Roch. — Comptes rendus du XVIe Congrès de médecine française, Paris 1922, tome II, p. 101.

plus, dès que la concentation acide vient à faiblir, par suite de l'équilbre qui s'établit, le complexe colloïdal *peut libérer l'acide chlorhydrique précédemment fixé, si celui-ci redevient nécessaire.*

Le Professeur Surmont et J. Cauvin ont publié sur la fixation des acides par l'Alucol des résultats extrêmement intéressants (1). Ils ont montré en outre que l'Alucol est parfaitement capable d'absorber, non seulement l'acide chlorhydrique mais encore les acides de fermentations : lactique, butyrique, acétique et ceci dans des proportions importantes. Les courbes d'observations publiées récemment par B. B. Crohn,

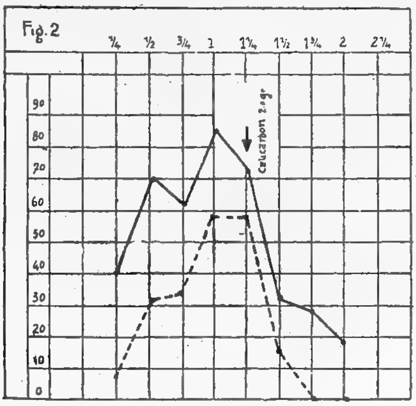
Fig. 1



I. — Courbe de contrôle d'un cas d'hyperchlorhydrie. Acidité totale en trait plein ; acidité libre en pointillé.

ne sont pas moins suggestives (2). Nous reproduisons ci-contre les trois plus importantes d'entre elles.

Fig. 2



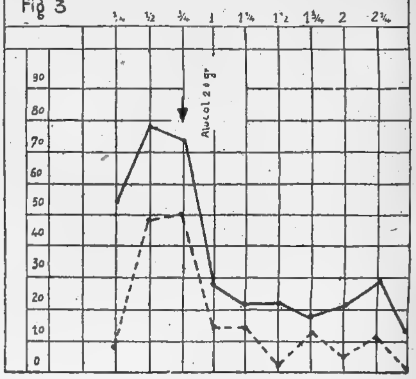
II. — Neutralisation trop complète obtenue avec le carbonate de chaux (2 gr.).

(1) H. Surmont et J. Cauvin. — *Echo médical du Nord*, 1925, n° 41, p. 479.

(2) B. B. Crohn. — *Journ. of laboratory and clinical medecine*, 17929, 14, p. 610.

La figure I représente la courbe de contrôle (acidité totale) en trait plein, acidité libre en pointillé, déterminations faites de quart d'heure en quart d'heure d'un cas d'hyperacidité avec forts symptômes de brûlures et malaises après les repas. La fig. II montre l'action excessive d'un alcalino-terreux, en l'espèce le carbonate de chaux, qui neutralise ausssi complètement l'acidité libre qu'un alcalin véritable. La fig. III

Fig 3



III. — Neutralisation ménagée obtenue avec l'alucol (2 gr.).

enfin établit parfaitement le rôle joué par l'Alucol, la régression des acidités libre et totale est immédiate, mais il reste un maximum suffisant, d'acide libre pour permettre une bonne digestion.

Ajoutons que l'Alucol, *pansement gastrique* favorise secondairement la cicatrisation des lésions et des ulcérations. Son action s'étend d'ailleurs dans l'intestin (1).

Pour ceux qui n'auraient pas encore utilisé ce médicament, nous en rappellerons la posologie : L'Alucol se présente sous trois formes différentes : poudre (paquets de 3 grammes), cachets et comprimés. L'Alucol en paquets est indiqué dans les hyperchlorhydries intenses ou très douloureuses. Plus commodes à transporter, les cachets et les comprimés conviennent mieux aux hyperchlorhydries moyennes, plus répandues. L'Alucol se recommande à jeun ou avant les repas toutes les fois qu'il y a de l'hypersécrétion ou de la stase. Dans les autres cas, il est préférable de faire prendre l'Alucol 10 à 15 minutes avant l'heure habituelle de l'apparition de la douleur, ou, faute d'indication précise, deux heures après les repas. De fortes doses peuvent être prises sans inconvénient, l'Alucol n'ayant pas de contre-indication.

(1) A. Delarra. — Thèse doctorat en médecine, Lille, 10 novembre 1925.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

COMMENT UN DÉPUTÉ ENVISAGE LE DOMPTAGE DES MÉDECINS RÉCALCITRANTS — LES EFFORTS DE LA MUTUALITÉ POUR ACCAPARER L'ASSURANCE MALADIE — ACCORDS POSSIBLES, ACCORDS RÉALISÉS. SOYONS UNIS !

Le Pastiche d'une séance de la Chambre des Députés, paru le 5 avril sous la signature de notre distingué confrère le Dr G. Bourgeau, sous ce titre : « Le médecin, voilà l'ennemi », — était si vraisemblable que certains de nos lecteurs ont cru de bonne foi qu'il s'agissait bien réellement d'un extrait du *Journal officiel*.

A la vérité, les paroles qu'il prête à son député Durand n'ont pas été prononcées. Mais d'autres, avec un sens analogue, ont maintes fois retenti dans les amphithéâtres parlementaires, et pour certains de nos honorables, si l'assurance-maladie ne donne pas toutes les satisfactions qu'on avait prédites, c'est la faute du médecin. C'est lui le responsable de ces imperfections. C'est à lui qu'il faut s'en prendre...

Un député a reçu les doléances de ses électeurs. Sans doute ne se plaignent-ils pas du pourcentage de garantie de 15 à 20 % retenu par les Caisses sur leur propre Tarif de responsabilité. Sans doute ne se plaignent-ils pas davantage du délai de carence des six premiers jours durant lesquels le demi-salaire n'est pas remboursé.

Ce dont ils sont mécontents, c'est d'être obligés d'avancer au médecin le prix de sa consultation. C'est, surtout, de n'être pas indemnisés par leur Caisse de la totalité des honoraires médicaux payés par eux, en raison de l'écart qui existe entre le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité de celle-ci... « On nous vole, on nous escroque », s'écrient-ils. En bon apôtre qu'il se donne, notre député expose qu'il a objecté à ses électeurs que leurs plaintes lui paraissaient singulières puisque, avant la loi, on ne leur remboursait rien, tandis que depuis son application, ils reçoivent une indemnisation partielle ... « Il y a tout de même un notable progrès ». A quoi ils répliquent avec vivacité : » Ce n'est pas la même chose... Il y a aussi quelque chose de nouveau à notre charge : c'est que nous payons. »

Et de conclure : Le coupable, ce n'est pas la loi, c'est quelqu'un d'autre... Et qui ? *Le médecin.*

Et alors, ce sont des bobards à n'en plus finir... Un dialogue supposé entre médecin et client assuré social : « L'an dernier, dit celui-ci, vous me faisiez crédit, et vous n'étiez pas sûr d'être payé. Cette année que vous êtes certain de l'être, vous me le refusez ?... » Et le médecin de s'excuser : « Ordre du Syndicat ... » Puis, et toujours par ordre du Syndicat, relèvement de tous les tarifs médicaux...... Et dans quel but ? Pour faire échec à la loi.

Tout cela, vous pourriez le lire comme je le fais présentement, sous la signature de M. Henri Guernut, dans *La France de Bordeaux et du Sud-Ouest* du 8 avril dernier.

Mais, ce calcul de la gent médicale insatiable sera déjoué.

Ou du moins, il pourrait l'être. Et là, je cite textuellement la tactique recommandée par M. H. Guernut à ses électeurs pour se défendre contre l'exploitation dont ils sont les victimes.

« La plupart des ouvriers et des paysans se sont affiliés, comme il semblait commode, aux Caisses départementales. L'inconvénient de ce système, entre plusieurs autres, c'est qu'ils se trouvent seul à seul en face du médecin, et comme l'individu malade a plus besoin du médecin que le médecin de l'individu malade, c'est l'individu qui doit céder.

« Au contraire, qu'ils s'associent entre gens du même métier, qu'ils fondent en commun une Mutuelle dans leur Syndicat, dans leur Coopérative, ou avec des compatriotes de toute origine, dès lors, c'est le groupement, c'est la Caisse qui, au nom de tous, entrera en rapports avec le médecin, et comme elle a moins besoin du médecin que le médecin n'a besoin d'elle, c'est elle qui, cette fois, sera la plus forte ».

« Voici mes conditions, dira-t-elle au médecin.

C'est à prendre ou à laisser. Au besoin, plusieurs Caisses se grouperont ensemble et feront venir un médecin pour elles (*sic*) ».

Et devant une pareille attitude, le médecin cédera, et acceptera le barême officiel tel qu'il est..

Là-dessus, appel vibrant au Président du Conseil : il n'a qu'à faire venir dans son cabinet les représentants des Syndicats médicaux et leur tenir un certain langage... Et tout se règlera vite...

Vous voyez, chers confrères, comme c'est simple et bien machiné !!!

Oui, mais, — il y a un mais... il y a la loi. Il ne faudrait pas l'ignorer, ou feindre de l'ignorer. Toute cette combinaison de médecine de caisse, que quelques médecins peuvent en effet souhaiter, présentement, elle n'est pas possible. Et d'abord, la loi laisse en effet médecin et assuré social libres de s'entendre comme bon leur semble. Et c'est le droit commun dans la pratique médicale, auquel je ne vois pas ce que l'on peut reprocher. Cependant, rien n'est livré à l'arbitraire, puisque des conventions sont prévues entre caisses et syndicats professionnels, selon lesquelles des garanties sont données de part et d'autre ; et les conventions se généralisent ; elles sont signées ou se signeront à peu près partout. Certes, la question de l'hospitalisation demeure toujours épineuse, et suscite des révoltes, des réprobations, des critiques. Mais n'oublions pas que la loi n'est appliquée que depuis sept mois. Des progrès ont été déjà réalisés. Pourquoi le Corps médical n'en obtiendrait-il pas de plus marqués encore ? C'est une question de discipline, dans l'ordre et la modération.

Donc, à moins de modifier la loi, pas de médecine de caisse possible. Il ne suffit pas que tel Député expose la situation à sa manière, avec un grain plus ou moins marqué de fantaisie. Attendons les initiatives parlementaires qui, si j'en crois de telles prémisses, ne manqueront pas de se manifester. Elles seront soutenues par notre grande amie (?) la Mutualité, dont les appuis sont bien connus. C'est ainsi que l'un de nos plus importants quotidiens imprimait en manchette cette proposition :

« Plus on avancera dans l'expérimentation de la loi sur les assurances sociales, plus on s'apercevra que ses véritables défenseurs sont ceux qui veulent substituer une organisation mutualiste et souple à une bureaucratie étatiste et rigide » (*Le Matin*, 17 avril 1931).

Certes, le principe même de la Mutualité n'est pas ici en cause. Et nous en apprécions tellement les bienfaits que nous avons créé et que nous administrons une Mutualité médicale bien connue de nos lecteurs.

Ce qui n'est pas admissible, ce sont les procédés dont certains Mutualistes ont usé et usent encore vis-à-vis du corps médical. S'ils n'avaient pas cherché à atteindre leur objectif aux dépens des médecins, et en violation fréquente de la charte professionnelle à laquelle nous sommes attachés, jamais il n'y aurait eu les heurts, les difficultés, les luttes même qui divisèrent ou opposèrent médecins et mutualistes.

Et d'ailleurs, il suffit que ceux-ci reviennent au respect de cette charte pour qu'immédiatement des accords puissent être conclus.

C'est ainsi que le Syndicat de Bordeaux vient de s'accorder avec l'Union mutualiste de la Gironde, à la satisfaction réciproque des parties.

Bien mieux, dans les Pyrénées-Orientales, une entente analogue règne depuis de longues années entre médecins et mutualistes. Lorsque, la loi sur l'Assurance-maladie étant appliquée, les Mutualités se sont transformées en caisses primaires, l'entente précédente fut transformée elle-même en convention syndicat-caisse. Dans une lettre adressée au Ministre du Travail, assurés et médecins réclament son agrément à cette convention, en le priant de les autoriser à appliquer, au régime hospitalier, les dispositions prévues à cette convention, et à garantir aux caisses le bénéfice de la réassurance. Et cette lettre est signée conjointement du Président du Syndicat médical ; du Président de l'Association des chirurgiens et spécialistes, et du Président de la Caisse primaire la Roussillonnaise et de la Caisse départementale d'A. S. Eugène Pams (*Montpellier médical*, 15 avril 1931).

Je cite ces deux événements, parmi d'autres du même ordre.

Et il est bien certain que c'est au prix d'une souplesse avisée, que l'on parviendra à concilier tous les intérêts en présence. Dans *Le Médecin de France* du 15 avril, le professeur Vanverts fait entendre des paroles de sagesse qui méritent d'être rappelées ici :

« La loi... n'a pas été faite pour nous. *Comme nous ne pouvons pas avoir la prétention de l'empêcher d'exister et de fonctionner*, nous devons envisager les répercussions réelles qu'elle peut avoir sur l'exercice de notre profession, rechercher les améliorations qu'il nous paraît utile d'y apporter, surtout assurer le maintien de l'union et de la solidarité entre tous les membres du Corps médical ».

Cette union, cette solidarité, n'ont jamais été plus nécessaires en effet, et surtout s'il advenait que la Mutualité triomphât et obtînt d'être chargée du service de l'assurance-maladie, comme le prévoit certain projet de loi, dont il a été déjà question ici.

Les exemples, que j'ai cités, montrent que des ententes favorables aux médecins peuvent être conclues entre Mutuelles et Syndicats médicaux. C'est pour la généralisation de telles ententes dans le cadre d'une assurance maladie-mutua-

lité qu'une action énergique et soutenue devrait s'engager.

Quoiqu'il en soit, l'avenir comporte une part d'inconnu, dont on ne peut pas ne pas tenir compte. Mais, dans le domaine du prévisible, c'est sur l'union qu'il faut compter pour arriver, peu à peu, à la solution des problèmes encore en suspens, qui accordera le mieux les intérêts médicaux avec l'intérêt général.

L'hospitalisation demeure l'un des plus ardus de ces problèmes parce qu'elle laisse subsister les prescriptions de la loi de 1851, qui gênent le jeu normal de la loi de 1930, parce qu'elle contribue à détourner l'hôpital de sa véritable destination, parce qu'elle heurte de front les principes, essentiels sur lesquels a été fondée l'organisation des soins médicaux dans l'assurance-maladie... Le régime des assistés-assurés est également un problème complexe ; il y a des mots qui jurent d'être accouplés l'un avec l'autre. Comme l'écrit fort justement le Dr Hilaire : «l'assuré n'est jamais un assisté. »

Tous ceux qui, comme nous, ont assisté aux premiers pas de la loi de 1893 sur l'A. M. G., et de la loi de 1898 sur les accidents du travail, savent pertinemment que ce n'est pas en un jour que le fonctionnement d'une aussi vaste machine que les Assurances sociales peut être régulier, aisé, satisfaisant.

Soyons patients ! Le tassement se fera ; de même que la mise en place de toutes les pièces de cette machine.

Soyons unis ! répéterai-je avec Vanverts. Et souvenons-nous encore que le mieux est l'ennemi du bien.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

I

Application à l'agriculture. — Indigents

Un de nos confrères a soigné des assurés sociaux agricoles notoirement indigents. Il pense pouvoir être honoré par le service départemental d'assistance, selon le tarif des accidents du travail.

Or, on lui diminue des mémoires d'honoraires, en les ramenant aux tarifs de l'A. M. G.

Par circulaire, en date du 8 janvier 1931, adressée aux maires, le Préfet du Maine-et-Loire avait communiqué la circulaire ministérielle du 17 décembre 1930, ainsi conçue :

« On m'a demandé si l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 doit être appliqué aux assurés agricoles.

« La réponse est négative : l'article 59 impose en effet, aux Caisses, pour les assurés assistés, le tarif des accidents du travail et une participation de 80 % dans la dépense résultant de l'application de ce tarif : or, pareille contrainte n'est pas compatible avec le régime de liberté que le Titre VI de la loi a entendu donner aux organismes chargés de l'assurance maladie des salariés agricoles.

« Lorsque les assurés agricoles figureront sur les listes d'assistance, celui-ci les prendra en charge, comme s'ils n'étaient pas assurés, à ses tarifs habituels. Mais l'organisme assureur remboursera à l'assistance la partie de la dépense qu'il doit couvrir d'après ses statuts approuvés.

Signé : Docteur Grinda. »

Un maire a néanmoins demandé au préfet des explications : le préfet a répondu qu'il convenait de donner avis aux médecins que le tarif à appliquer, pour les assistés assurés agricoles est le tarif de l'assistance médicale.

Notre adhérent nous demande, en conséquence s'il doit soigner les assurés sociaux agricoles indigents d'après le tarif réduit de l'A. M. G. et non plus d'après le tarif des accidents du travail ; de plus, faisant la propharmacie, il se croit obligé de ne délivrer que les médicaments, inscrits sur la liste publiée par l'A. G. des syndicats pharmaceutiques, au lieu de prescrire tous médicaments, spécialisés ou non, comme en matière de droit commun et d'assurances sociales.

***

C'est peut être une grande prétention de ma part ; mais je ne partage nullement l'opinion du Dr Grinda, ex-ministre du Travail, en ce qui concerne sa circulaire du 17 décembre 1930 : ce ne serait pas la première fois qu'un ministre violerait un texte de loi, dans une de ses circulaires.

En accord avec l'opinion de dirigeants de la profession agricole, M. Grinda, puis le préfet du Maine-et-Loire, estiment que le Titre VI de la loi du 30 avril 1930 a placé les assurés sociaux agricoles dans le cadre de la Mutualité en général, (loi du 1er avril 1898) et non dans celui des assurances sociales de droit commun.

Je me trompe peut-être ; mais je ne suis nullement de cet avis et je serais heureux de recevoir, soit un démenti juridique, soit une approbation.

Si les assurés sociaux agricoles devaient avoir

une Assurance sociale spéciale, une loi spéciale aurait été votée pour eux : leur situation n'aurait pas été réglée par un Titre, faisant corps et partie intégrante de la loi de 1930, sur les assurances sociales en général.

J'en déduis que, lorsqu'un texte spécial de la dite loi du 30 avril 1930 ne vient pas modifier, ou abroger les dispositions des articles précédents de cette législation, le droit commun est applicable, c'est-à-dire que les agricoles sont placés dans la même situation que les assurés sociaux de l'industrie ou du commerce.

Or, le titre VI de la loi (articles 72 et suivants) ne se rapporte qu'à des questions d'ordre administratif et de cotisation ; nulle part, je ne relève de modifications aux prestations à allouer, en cas de maladie, de maternité, etc.

Mais, peut-on m'objecter, l'article 75 spécifie que les assurés sociaux agricoles, payant une cotisation réduite, sont affiliés obligatoirement, pour la maladie, la maternité et le décès, à une société de secours mutuels approuvée, conformément aux dispositions de la loi du premier avril 1898.

Il s'en suit, déduisent les dirigeants agricoles, que ces mutuelles ont le droit de s'organiser comme elles l'entendent, de suivre tous les errements en honneur dans la Mutualité, avoir leurs médecins, les payer à forfait, supprimer le libre choix et le tarif à la visite : bref se mouvoir dans le cadre de la loi de 1898, et non dans celui de la loi de 1930.

A cela je réponds en objectant qu'également les caisses primaires, constituées pour les assurés sociaux du commerce et de l'industrie, sont, aux termes de l'article 26 de la loi de 1930, également obligées de se constituer et de s'administrer selon les dispositions de la loi de 1898, sur les sociétés de secours mutuels.

Il n'y a donc aucune différence entre les unes et les autres, qu'elles groupent, soit les agricoles, soit les salariés de droit commun.

Société mutuelle, comme administration et gestion : oui ; mais liberté complète, pour échapper aux dispositions de la loi des assurances sociales : non.

Le législateur a peut-être voulu le dire ; mais il ne l'a pas inscrit dans sa loi et, pour moi, il n'y a que le texte de loi qui compte, lorsqu'il a été promulgué par le Président de la République.

Si donc les mutuelles agricoles doivent respecter le libre choix, le tarif à la visite et les conventions à signer avec les syndicats de praticiens, les assurés sociaux agricoles qui sont notoirement indigents doivent , contrairement à l'opinion du Dr Grinda et du préfet de Maine-et-Loire, bénéficier des dispositions de l'article 59.

Ils sont notoirement indigents : le médecin sera payé par la commune, conformément au tarif des accidents du travail et non pas d'après le tarif des assistés.

Ils auront droit également aux médicaments officinaux, magistraux, spécialisés ou non, selon le droit commun et non pas le tarif de l'A. G. des syndicats pharmaceutiques transformé abusivement en nomenclature (Je dis « abusivement » parce que jamais les syndicats médicaux n'ont été invités à collaborer à cette « nomenclature »).

Je crois pouvoir conseiller au Syndicat des médecins de Maine-et-Loire de demander l'avis de la Confédération des syndicats medicaux. Si cette dernière partage mon opinion, il faudra poser la question de légalité devant le Conseil d'Etat.

Mais, si un confrère est lésé par la circulaire préfectorale, prise en conformité avec la circulaire ministérielle du 17 décembre 1930, si notre confrère se voit refuser le tarif des accidents du travail, pour soins donnés aux assurés sociaux agricoles, notoirement indigents, le « Sou Médical » viendra au secours de son adhérent et envisagera les moyens pour porter le procès, selon les dispositions des articles 230 et suivants du décret du 25 juillet 1930, devant la commission cantonale, instituée par l'article 63 de la loi, puis, s'il y a lieu, en appel devant le Tribunal civil et pourvoi en Cassation.

Dr Paul Boudin.

J'ai tenu à soumettre mon interprétation juridique à Me Bernard Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. Voici sa réponse:

Mon Cher Ami,

Je pense comme vous que la circulaire du Dr Grinda fausse la loi.

Celle-ci met exactement sur le même pied, au point de vue médical, assurés agricoles et les autres. Et en effet, la grande différence, la différence fondamentale, qui sépare ces derniers des premiers, est que lesdits derniers ont droit en principe à des prestations croissantes, avec la catégorie à laquelle ils appartiennent, au lieu que l'agricole paie une cotisation unique, majorée par la Caisse générale de garantie dans une proportion uniforme, et donnant droit à des prestations uniformes (Pierre Tissier, *in* J. cl. Acc. trav. V° Assurances sociales n° 595).

Or « les prestations en nature » sont identiques, à quelque classe qu'appartienne l'assujetti, d'où il suit qu'il n'y avait pas à soumettre les agricoles à un régime spécial (v. P. Tissier, *op. cit.*, n° 596.)

D'après les règles générales posées par la loi du 30 avril 1930, si les assurés sociaux peuvent demeurer inscrits sur les listes de l'A. M. G., si même cette dernière peut être appelée à intervenir, ce n'est jamais qu'à titre subsidiaire. L'A. M. G. se substituera à l'assurance défaillante pour un motif quelconque ; elle prendra à sa charge la participation de l'assuré dans les frais médicaux et pharmaceutiques, dans les termes de l'art. 19 ; mais jamais l'inverse ne sera vrai, jamais le malade ne sera pris en charge par l'A. M. G., sauf remboursement à cette dernière de

ses avances par la Caisse. Ce qui n'est pas possible pour l'assuré ordinaire, aucun texte ne le permet pour l'agricole.

Pour ces raisons et pour celles que vous développez dans votre lettre et que j'approuve entièrement, je pense comme vous qu'il ne faudra pas hésiter, le cas échéant, à soumettre la question aux tribunaux.

Seulement, auxquels ?

Pour moi, ce serait la commission cantonale, sauf appel au tribunal civil et pourvoi en cassation, dans les termes des art. 230 et suivants du décret du 25 juillet 1930. Bernard Auger.

II

Cas de refus de remboursement des frais médicaux

Un de nos confrères nous demande dans quels cas une caisse d'assurances sociales peut, pour des raisons médicales, refuser, au malade, l'indemnité des frais médicaux.

I. — Accidents du travail

En vertu de l'article 8 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930, ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, les maladies et les blessures indemnisées, ou susceptibles d'être indemnisées par application de la législation sur les accidents du travail.

Si maintenant, nous nous reportons à l'article 60 de la loi, nous lisons que l'assuré, victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la loi du 9 avril 1898, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations de la loi sur les assurances sociales, pour lui, son conjoint et les personnes à sa charge.

Toutefois, l'assuré ne pourra cumuler le demi-salaire, dû en vertu de la loi du 9 avril 1898, avec l'indemnité journalière, prévue par l'article 5 de la loi sur les assurances sociales sans déduction du délai de carence, si, à cette date, la maladie remonte à plus de six jours.

II. — Maladie professionnelle

L'ouvrier, atteint d'une maladie professionnelle, peut se faire soigner, soit en vertu de la loi du 25 octobre 1919, c'est-à-dire dans le cadre de la législation des accidents du travail, soit en vertu de la loi sur les assurances sociales.

Dans ce dernier cas, il s'adressera à la caisse d'assurance-maladie, à laquelle il est affilié, pour obtenir les soins nécessaires à son état mais la caisse d'assurances sociales sera subrogée dans les droits de son assuré, vis-à-vis du ou des employeurs responsables, tenus à la garantie du risque professionnel, contre lesquels elle conservera tous les recours utiles.

Ainsi, avant toute chose, le législateur veut que le malade, ou blessé reçoive les soins nécessaires à son état.

S'il y a doute sur l'applicabilité, soit de la loi sur les accidents du travail, soit sur les maladies professionnelles, l'intéressé peut s'adresser à sa caisse-maladie d'assurances sociales. Celle-ci lui devra les prestations en nature et en argent quitte à se retourner contre le patron responsable en vertu de la loi de 1898 et de se faire rembourser par ce dernier les sommes, qui lui incombent.

Prévoyons que, de ce fait, pas mal de procès sont en perspective entre caisses d'assurances sociales et, compagnies d'assurances contre les accidents du travail.

Quant au médecin, il sera payé par son malade, lequel se fera rembourser, selon ses droits, soit par la caisse d'assurances sociales, soit par son patron, si la loi de 1898 est reconnue applicable.

III. — Pensionnés de guerre

Conformément aux dispositions de l'article 51 de la loi sur les assurances sociales, les assurés sociaux malades, ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions règlementaires, qui en règlent l'application.

Ils ont droit, dans tous les cas, à l'indemnité journalière, à partir du 6e jour d'incapacité de travail, conformément à l'article 6 de la loi du 30 avril 1930.

Pour les maladies, blessures, ou infirmités, n'ayant pas une origine militaire, ils jouiront, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés, de moins de 16 ans, des prestations en nature de l'assurance maladie, c'est-à-dire des soins médicaux et frais pharmaceutiques.

De plus, ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres, mis à la charge des assurés malades ou invalides.

IV. — Maladies, ou blessures volontaires

Le deuxième paragraphe de l'article 8 de la loi sur les assurances sociales décide que ne donnent pas lieu aux prestations en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré. Mais ce dernier doit cependant être soigné aux frais de la caisse, réserve faite du pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques, que la loi laisse à la charge de tout assuré.

V. — Faute et responsabilité d'un tiers

L'article 61 de la loi prévoit que lorsque, sans rentrer dans les cas régis par la législation sur les accidents du travail, l'accident, ou la blessure, dont l'assuré est victime, est imputable à un tiers, l'assuré social devra cependant recevoir de sa caisse-maladie, toutes les prestations, auxquelles il a droit.

Mais la caisse est, de plein droit, subrogée à l'intéressé, son adhérent, dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident, ou la blessure, sous réserve, pour l'assuré social, ou les ayants droit, de tous droits de recours, en réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun.

Conclusion

De ce qui précède, on peut conclure que, dans tous les cas, même lorsqu'une autre législation de garantie peut être applicable, l'assuré social peut obtenir, de sa caisse maladie, les soins et prestations nécessaires à son état.

A la caisse de se faire rembourser, s'il y a lieu, par qui de droit, les frais qu'elle a avancés.

Restriction du droit aux soins, dans le cadre de la loi de 1930

Nous devons maintenant envisager les cas, où seule la législation des assurances sociales est applicable, pour la garantie complète des frais médicaux et pharmaceutiques.

Dans quels cas, ceux-ci peuvent-ils être refusés ?

1° Invalidité.

Aux termes de l'article 4, paragraphe 8, les indemnités médicales et pharmaceutiques sont dues à partir du jour de début de la maladie, ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, et pendant une période de six mois.

Par conséquent, l'assuré peut se voir refuser les prestations médicales, si sa maladie dure plus de six mois.

D'ailleurs, le paragraphe 10 du même article 4 prévoit que toute rechute, survenue dans les deux mois de l'affection, est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

Cependant, aux termes de l'article 10, l'assuré, qui, à l'expiration de ce délai de six mois, ou en cas d'accident, non régi par la loi du 9 avril 1898, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, selon attestation médicale, d'une affection, ou d'une infirmité, réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit, en sus d'une pension d'invalidité, aux soins médicaux et aux frais pharmaceutiques, pendant une durée de cinq années.

Passé ce délai, la caisse est en droit de refuser de prendre en charge les dépenses médicales, nécessitées par l'affection, pour laquelle est allouée une pension d'invalidité.

2° Les abus et les simulateurs.

Dans ces cas, doit s'exercer le contrôle général de la caisse. A celle-ci par ses médecins, ses visiteurs, de dépister les faux malades, qui, pour obtenir un repos, simulent la maladie, tout en se livrant à un autre travail salarié, ou à une occupation domestique.

Mais, à moins de fraude flagrante, la caisse ne peut pas refuser les prestations d'ordre médical et pharmaceutique ; le malade n'est pas désarmé en face de l'autocratie des dirigeants, comme cela se passe parfois, dans certaines mutuelles, ressortissant de la loi du premier avril 1898.

Si le médecin contrôleur croit avoir découvert une fraude, le malade sera examiné par une commission technique, prévue à l'article 7, § 3 et composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un troisième choisi par le juge de paix.

Ainsi, le malade, présumé simulateur, ou soupçonné d'abus, ne sera pas exécuté *ipso facto* : il a le droit de se défendre et même de faire soutenir ses intérêts par son médecin traitant, à la condition que ces intérêts soient soutenables, et défendables.

Ce n'est qu'après la décision de cette commission technique, que la caisse sera en droit de refuser le remboursement à l'assuré, des frais médicaux et pharmaceutiques.

Rappelons ici les dispositions de l'article 65, qui punit d'une amende de 16 à 500 francs, quiconque se rend coupable de fraude, ou de fausse déclaration, pour obtenir, ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations, qui ne sont pas dues. Les pénalités prévues par d'autres lois, ou par le Code pénal, peuvent être surajoutées aux pénalités précédentes.

Avis donc aux praticiens, qui, par légèreté, ou par indélicatesse professionnelle, se laisseraient tenter de délivrer des certificats mensongers, permettant aux assurés sociaux d'obtenir des prestations, auxquelles ils n'ont pas droit.

Ajoutons que ces médecins marrons peuvent être, aux termes du paragraphe 3 de l'article 67, exclus des services de l'assurance sociale, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles en outre, d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces peines seulement, sans préjudice de peines plus fortes, s'il échet.

Conclusion

De ce qui précède, il faut conclure que le législateur entend que le malade soit soigné et

ne puisse pas être retardé, pour recevoir des soins par des discussions d'applicabilité de la loi.

Sauf en cas d'abus indéniable, le malade reçoit les prestations, auxquelles il a droit ; après quoi, la caisse d'assurances sociales fait le nécessaire, pour se faire rembourser, par qui de droit, même en se subrogeant aux droits de l'assuré.

Mais, pour répondre à la question qui m'a été posée je puis dire que, dans l'immense majorité des cas, la caisse-maladie n'a qu'à payer à son adhérent le quantum de remboursement prévu en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques.

Ce ne serait qu'en cas d'accident du travail reconnu, ou de fraude indéniable que, d'emblée, la caisse primaire peut refuser toute prestation.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Le médecin répartiteur dans une bataille d'armée

Cinquième exercice pratique de l'Ecole d'instruction et de perfectionnement du Service de santé de la région de Paris

(17 *mai* 1931)

Médecin commandant de réserve HUBER.

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Lorsque le 15 mars dernier, M. le Médecin-Colonel SCHICKELE exposa, dans un exercice dialogué, le fonctionnement du Service de Santé d'une Région de l'intérieur en temps de guerre, il prononça pour la première fois l'expression de *Médecin Répartiteur*.

C'est le rôle de ce même médecin répartiteur aux Armées, que définit présentement M. le Médecin commandant de Réserve Huber, excellemment qualifié à cet effet pour avoir rempli réellement cette fonction à la fin de la guerre de 1914-1918.

Fonction, semble-t-il, officieuse, mais qui devra devenir officielle, si le projet de Règlement du Service de Santé instituant le médecin répartiteur est, comme on peut le croire, adopté.

Fonction délicate, complexe, qui réclame de celui qui doit la remplir un certain nombre de conditions. Et d'abord qu'il soit bien au courant de toutes les nécessités médico-chirurgicales d'une armée en campagne. Puis, qu'il connaisse bien tous les moyens de transport divers, dont peut disposer le Service de Santé ; enfin, qu'il possède à fond la topographie de son secteur, et notamment tout le réseau routier qui dessert celui-ci.

Il doit, en effet, assurer la coordination entre les différentes formations sanitaires de l'Armée et assurer entre elles la répartition des malades et blessés divers selon le plan général de cette Armée.

En fait, c'est surtout à l'échelon de corps d'armée, et d'armée, qu'il fonctionnera le plus utilement.

Pour l'assister, il dispose du Capitaine commandant les Compagnies sanitaires de l'armée, au nombre de deux, comptant 4 sections sanitaires automobiles, soit 80 voitures.

Le médecin répartiteur ainsi secondé se tient prêt à répondre aux demandes pressées, qu'il reçoit des formations. Mais il ne le fera qu'avec discernement, et sans épuiser ses réserves. Il doit, en effet, penser aux événements militaires imprévus, qui rendraient indispensable son intervention sur un point soudainement agité.

Le réseau routier se divise en routes gardées, routes policées, et routes libres, à double ou à simple courant. Le service de santé jouit du privilège de faire circuler isolément ses véhicules et de doubler tous les autres convois.

Sur ces données générales, parmi lesquelles le conférencier rappelle comment s'articulent les différents échelons du Service de Santé de l'Armée, au cours d'une bataille offensive, depuis le Poste de Secours divisionnaire, jusqu'aux formations d'Armée, le rôle du médecin répartiteur est étudié dans le cas concret qui fit l'objet de l'exercice du 18 janvier.

Cet exercice fit apparaître l'importance du médecin répartiteur, et les services qu'on en doit attendre.

G. DUCHESNE.

LA PAGE SANS MÉDECINE

En fait de gourmandise on peut mettre les médecins au même rang que les évêques.
(H. DE BALZAC : *La Rabouilleuse*)

CCCXVIII. — H. DE BALZAC. — **La Rabouilleuse.** 1 vol. 16 × 21 sous couverture de couleur, ornée. Illustrations de Ferdinand FARGEOT. Tiré à 1.000 ex. numérotés sur papier de Rives. Collection les Beaux Livres. *Editions Mornay*, Paris, 1931.

Il est possible que le vocabulaire berrichon vous soit familier. Vous savez alors d'office que la rabouilleuse a pour fonction de troubler l'eau et d'effrayer les écrevisses pour les rabattre vers l'engin de capture. A la vérité, celle de Balzac ne se livre que très accidentellement à cette prosaïque occupation, et si elle « rabouille » avec persévérance au cours du livre, les crustacés ne sont plus en cause, mais les écus du père Rouget, le vieux médecin d'Issoudun, puis ceux de son fils qui les reçoit en héritage : écus rabouillés et rabouilleuse ! L'arbre généalogique de la famille n'a pas en réalité cette sécheresse schématique : les branches abondent dans un vigoureux recroisement, et un tourbillon d'aventure emporte ce clan des Rouget autour de la figure centrale de cette enfant qui allait haut troussée et pieds nus dans les ruisseaux et qui passe rapidement au rang de servante-maîtresse.

Honni soit qui mal y pense ! Le vieux Rouget était vieux. Et on peut supposer que la médisance seule inspira les commentaires dont l'imagination du romancier se fait l'écho, et le dessin plein de malice que Fargeot a transcrit en lignes d'une benoîte franchise. Il est d'ailleurs aisé de suivre toute l'histoire en parcourant les gravures, et ce n'est pas un mince mérite de la part du dessinateur que de fixer avec un tel à-propos l'évolution d'une action aussi mouvementée. De la page 1 (où se prolonge en lignes calmes un paysage reposant, adouci de ruines romantiques et de reflets dans l'eau limpide) à la fin du livre, on peut côtoyer le cycle sentimental, dont il souligne magistralement les étapes par une fort intelligente interprétation graphique. Le caractère principal de son illustration réside dans l'exactitude chronologique qu'il a su lui imprimer. Elle a un air volontairement vieillot avec une discrète souvenance du trait mordant de Daumier. Les teintes doucement amorties marquent à leur tour la patine conventionnelle du temps, mais ce qui leur donne un charme tout particulier c'est le *velouté* des coloris, la fonte insensible des transitions de nuance. D'autre part, l'ingénieuse transcription de l'artiste a capté idéalement tous les sous-entendus de l'intrigue balzacienne. De Flore enfant, ingénument campée sous le regard du vieux Rouget, congestionné, les mains cauteleusement croisées sur sa canne, nous voyons éclore comme d'une chrysalide la sérénité rondouillette de la page 197 remplaçant les curiosités naïves de l'adolescence (page 67) ; puis apparaît la rouerie calculée de la page 206 face à l'affolement de l'innocent... célibataire, la maturité satisfaite, étoffée de la page 215, l'insolence de la page 233, etc... Autour de ce drame à huis-clos quelques rues calmes, quelques chemins paresseux du Berry (pages 291, 335), un touchant départ de diligence (page 57), et de martiales silhouettes : de demi-soldes mal à l'aise dans le chuchotement provincial, de mégère (page 426), de laquais sournois. Pas un anachronisme de mobilier, de costume ne gâte l'unité du livre. Les chevaliers de la Désœuvrance, drapés de sombres capes glissent dans l'ombre d'un mur. A l'abri de ces murs quelques pages plus loin s'épanouit, comme je vous le disais, la vie secrète d'un drame que nous percevons presque complètement dans l'enchantement des images ; à la lueur des bougies des candélabres, dans le demi-jour des rideaux immenses, où s'estompent les courbes grasses des chairs à grain de pastel, en harmonie avec la conception de l'esthétique rembourrée de l'époque, qui préférait la clarté laiteuse des carnations opulentes. Il n'était pas encore de bon ton de singer l'androgyne raboté, ni de se promener avec un teint de nègre raté sous une coiffure de « canard de Barbarie » ! On faisait alors le bien et le mal avec application et naturel. On s'en doute dès la couverture du livre soulignée de savants entrelacs (que l'imprimerie du temps empruntait à la calligraphie) et qui symbolise à la perfection la tortueuse perfidie et la chevaleresque élégance des personnages qui attendent sous sa chape mauve notre curiosité.

CCCXIX. — Georgette LEBLANC. — **Souvenirs** (1895-1918). 1 vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1931, 18 fr.

Celle qui, vingt ans durant, fut la compagne de Maeterlinck rassemble ses souvenirs, leurs souvenirs de vie commune. Comme le dit, avec juste raison, Bernard Grasset (dans la préface d'une portée très générale et d'une très juste psychologie qui ouvre le livre) : « Il serait par trop injuste de ne point permettre à une femme de dire au moins son chagrin ». Et c'est bien là

son excuse qui va brider nos objections, nous empêcher de dire pour quoi ce ressentiment nous semble aussi sincère qu'inopportun, aussi fatal qu'imprévu, aussi douloureux que partial et à son tour aussi injuste que passionné. Tout cela ne serait pas arrivé si Georgette Leblanc était restée fidèle à ses écrits, si elle les avait « pratiqués » avec opportunité. C'est bien elle qui a dit : « *Mais que deviendraient nos pauvres dieux terrestres sans notre imagination* ? » A vingt ans elle se jette à la tête de Maeterlinck, elle s'éprend de l' « écrivain », sans songer qu'il habite lui aussi une peau d'homme. Avec l'irréflexion de son âge elle vit dans la transe harmonique de son amour. Et, quand le démon de midi commence de s'agiter aux tréfonds du cœur de l'homme, sans s'apercevoir du danger, elle continue de lui offrir la seule offrande d'un art magnifique et fastidieux. Il ne faut pas s'insurger contre les lois physiologiques qui gouvernent nos vies : il faut tâcher d'en prévoir les manifestations, c'est le chemin du bonheur. Le livre de Georgette Leblanc est la douloureuse confession d'une erreur inconsciente d'appréciation. Aux belles pages, qui le composent, la narratrice devait se dispenser d'ajouter les perfidies qu'elle a glissées, de ci de là, sous des fleurs. Et il était peu discret encore de conclure *soi-même* à demi-mot que sans Georgette Leblanc, Maeterlinck n'eût pas été Maeterlinck. Madame de C..., intendante à la prose, quand elle foudroyait Monsieur Bergeret sous le feu de son face-à-main, pensait aussi qu'elle était l'animatrice directe d un pensum littéraire. C'est une tournure d'esprit, excusable du tempérament féminin : elle n'a jamais beaucoup restreint la réputation du génie ou du talent qu'elle pensait créer. En admettant (ce qui est probable) que le sentiment que G. L. inspira à M. ait *exalté* les facultés créatrices de l'écrivain, il semble exagéré d'en faire la condition nécessaire de sa splendeur. Et quand leurs deux cœurs auraient vieilli, M. eût de lui-même rétabli la vérité, qui donne l'impression d'avoir été ici tiraillée, lacérée dans cette querelle... Reste par delà ces considérations le récit de la joyeuse édification, puis de l'écroulement brutal d'un rêve ; et ceci, mieux encore qu'un sentiment d'admiration artistique mérite l'élan simple et spontané de notre pitié. Maeterlinck, Flamand placide, attaché à sa pipe, à la bonne chère, aux larges chaussures, affamé entre deux livres, de nourritures terrestres : voilà de quoi expliquer pourquoi les « Souvenirs » furent écrits et comment ils pouvaient ne pas l'être.

Varia*. — *Errata* paraît toujours. Aucun de nos lecteurs à ce jour n'a touvé la solution. Nous sommes en bonne compagnie : le *Mercure de France* dit (? !) qu'il n'a pas percé le mystère.

* Les *Livrets du Mandarin* d'avril, ont la redoutable franchise des livraisons précédentes. Les tournées de la Comédie -Française y sont sans respect assimilées par un critique bénévole aux déplacements parfumés d'un « bateau de fleurs » ambulant et officiel de la République ! Le Mandarin « invite » Paul Baudouin, disciple à faire l'oraison funèbre de Charles Henry. Aux « espoirs littéraires » il ajoute à juste titre Jean Cassou et Georges Pillement (1). La critique de la « Voie royale » de Malraux (que je vous ai signalé) est aussi profonde que les notes consacrées à Virgile, à Oscar Wilde, à Bernstein, au Vaudeville... L'ensemble « tient » sur le paraphe caustique de Doyon.

*De Gabriel Brunet, dans le *Mercure de France* du 1er mai, une solide étude [de la « géographie cordiale de l'Europe »] d'où j'extrais ces phrases, harmonieuses de vérité : « On entre de plain-pied et l'on est pris immédiatement par une atmosphère, qui est tiède à l'âme. » « On est à l'aise dans le livre de D.. comme dans un paysage d'Ile-de-France ». L'étude tout entière serait « *à citer* ». Et c'est dans ce ton, que sont rédigées les méthodiques « *Evocations littéraires* », que je vous signalais dans ma chronique du 3 mai, en vous en conseillant vivement la lecture.

7 mai 1931.

L'Homme aux Bésicles.

(1) Je vous parlerai prochainement de son nouveau roman « *Valencia* ».

AUTOUR DES THÉATRES

A la Comédie des Champs-Elysées

L'Eau Fraîche

Trois actes de M. Drieu la Rochelle.

Pour traiter ce thème : « L'amour et l'argent » sur le plan si difficile et si plein d'embûches de notre époque, il fallait la profonde psychologie, l'intelligence et l'habileté de Monsieur Drieu la Rochelle. L'amour, subjectivité de tous temps, possibilité ou réalité que chacun porte en soi et que les caractères les mieux trempés orientent et dirigent si difficilement à leur gré ; l'argent, nécessité inéluctable de nos jours surtout pour toute âme élevée et qui contribue comme l'amour à l'épanouissement intellectuel et matériel de l'individu ; tous deux ne peuvent agir trop souvent que parallèlement dans la poursuite du bonheur et si les forces de leur action dévient légèrement, gare aux points de contacts ! gare surtout pour ceux qui, aveugles ou trop confiants voudraient les unir en une résultante dont ils ne pourraient conserver la folle direction.

Mais ce n'est pas seulement ce thème d'une hardiesse peu commune qui, dans l'eau fraîche, nous a intéressés et étonnés à la fois, c'est de plus la façon originale dont il a été traité et l'extraordinaire interprétation qui l'a animé.

Il nous a été donné de souligner soit à propos de « Décalage » ou de « La Chaîne », la tendance actuelle du théâtre contemporain à valoriser au dépend de l'action même la partie psychologique pure ; il semble que la pièce de Monsieur Drieu la Rochelle soit, dans cette tendance, le dernier cri du genre, c'est de l'analyse et de la dissection intellectuelle, à virages relevés, grâce à un dialogue d'une extraordinaire finesse, une clarté de style, et une pureté de langage qui ne s'offusquent pas néanmoins de termes hardis et d'expressions brutales comme il est d'usage souvent parmi l'élite, c'est d'ailleurs à l'élite que cette pièce s'adresse comme tout ce qui se joue chez M. Louis Jouvet un des directeurs, les plus profondément artistes de notre époque, un des plus intelligents et des plus en éveil sur les réactions de son public qu'il sait difficile à satisfaire parce que tous les genres l'ont successivement séduit et blasé, parce qu'il demande toujours à entendre tout ce qui peut dépasser en portée, en difficulté et en hardiesse tout ce qu'il a déjà entendu.

Et que dire de l'interprétation qui ne peut que combler au delà de leurs désirs, les plus scrupuleusement difficiles parmi les auditeurs ! Pour cette pièce infiniment intelligente subtile, et séduisante, il fallait des artistes de classe sachant se jouer des nombreuses finesses accumulées par la qualité même du spectacle, Mesdames Valentine Tessier, Lucienne Bogaert, Jany Cazeneuve, Messieurs Louis Jouvet, Pierre Renoir, Romain Bouquet sont plusque naturels, ce sont les personnes elles-mêmes qui nous parlent, nous vivons au milieu d'elles, assistons à leur conversation, prenons part à leurs luttes, à leurs souffrances, vivons leur état d'âme, à tel point que, baignés dans leur atmosphère propre, nous ne pensons plus à manifester notre admiration à tel instant essentiel, nous ne reprenons notre place aux fauteuils que le rideau tombé et seulement à ce moment, nous souvenant que nous sommes au théâtre, nous applaudissons.

Voici l'action en quelques lignes : Catherine (Mme Valentine Tessier) est une jeune fille moderne, intelligente, sensitive, mais que la situation pécuniaire de son père (M. Romain Bouquet), insouciant, accule à la gêne, elle écoute les avis de son ami Thomas (M. Louis Jouvet) qui lui conseille un mariage d'argent.

Pourquoi faut-il que Jérôme qui l'aime et qu'elle aime, beau garçon honnête et droit mais intellectuel sans ambitions n'ait qu'une modeste situation ? Aussi refuse-t-elle sa main à Jérome (M. Pierre Renoir) pressentant qu'il sera malheureux avec elle et elle aussi avec lui. Catherine a une amie riche, Florence (Mlle Lucienne Bogaert), qu'elle a la fierté de ne point solliciter et Florence aime en secret Jérôme.

Au deuxième acte, Catherine qui s'est mariée richement, est lasse de cette existence de luxe sans amour ; grâce à la complicité de Thomas qui est amoureux de Florence, elle vient retrouver Jérôme que Florence a invité à venir passer les vacances chez elle à la mer. Elle n'a pas cessé d'aimer Jérôme et elle est prête à tout pour le suivre. Jérôme s'indigne, faiblit, puis se reprend et retourne près de Florence.

Au troisième acte, Jérôme est l'amant de Florence, il ne répond à sa passion que par beaucoup de tendresse et elle en souffre, mais Catherine n'a pu supporter cette idée, elle revient après son divorce retrouver Jérôme chez Florence, elle veut être à lui tout à fait, car elle travaille maintenant à faibles appointements. Jérôme a tant souffert qu'il ne sait plus que faire, il mesure son amour, pèse sa tranquillité et finalement sa passion semble renaître pour Catherine. « L'amour et l'eau fraîche » l'emportent sur richesse sans amour.

M. Drieu la Rochelle semble avoir imaginé ses personnages de telle façon que chacun d'eux

porte immédiatement et au maximum les possibilités de rendement de sa thèse, leur niveau intellectuel, la moyenne de leurs situations, l'atavisme qui les imprègne, leurs dons étonnants de volonté, de cœur et d'esprit, tout est calculé au potentiel le plus juste et le plus judicieux.

C'est une œuvre forte, très littéraire, un régal de l'intelligence et de la sensibilité admirablement servie par une interprétation hors ligne qu'une mise en scène brillante et soignée présente en beauté.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LE BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le samedi 9 mai a eu lieu à l'hôtel Lutetia le banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine sous la présidence du Dr Le Für, ancien président du Syndicat. De nombreux invités et convives et beaucoup de dames avaient répondu à l'appel.

A l'heure des toasts, après la lecture des excuses de plusieurs personnalités médicales par le Dr Sadoun, un des organisateurs de la fête, le Président du Syndicat, le Dr Boyer, a pris la parole et annoncé que la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine venait de signer l'avant-veille la convention avec la Caisse interdépartementale pour l'application de la loi des assurances sociales. Cette convention ne comble certes pas nos désirs, mais elle marque un effort réciproque de bonne volonté, pour faire un essai loyal, qui, nous devons l'espérer, portera ses fruits. Le Dr Boyer a souhaité la bienvenue aux invités du S. M. S., au Professeur Vanverts, de Lille, vice-président de la Confédération des Syndicats médicaux, qui remplace le Président Dibos, que la maladie a empêché de venir, au Dr Thiery, secrétaire général et délégué de l'Association générale des médecins de France, au Dr Fanton d'Anton, président de la Fédération des Syndicats médicaux de la région parisienne, au Dr Flandin qui représente le Syndicat du Corps médical hospitalier, au Dr Tissier-Guy, le président du Conseil général des Sociétés d'Arrondissements, à M. Guénot, représentant l'Association des pharmaciens de France, au Dr Noir, du *Concours Médical*, etc., etc. Tour à tour chacun des délégués des grandes Associations a pris la parole. Le Dr Deniker, chirurgien des hôpitaux, avec une verve satirique tout-à-fait amusante, a égayé l'auditoire par une allocution fort spirituelle où, sans méchanceté, sinon sans malice, il a imité à la perfection deux de nos maîtres les plus anciens et les plus vénérés. Enfin le Président du banquet, le Dr Le Für, a, dans un discours éloquent, évoqué la marche progressive du syndicalisme médical. Il a rappelé la période héroïque de l'organisation du début, la période agitée de grandes discussions des Congrès des Praticiens où Gairal et Lafontaine rendirent de si grands services, et enfin la période actuelle où l'Union parait être réalisée.

Le Rédacteur en Chef du *Concours Médical* a prononcé l'allocution suivante :

Allocution du Dr Noir, du CONCOURS MÉDICAL.

En répondant à l'aimable invitation de notre Syndicat, je me trouve dans une situation quelque peu paradoxale, car je fais ici figure d'invité et cependant je suis chez moi. Je suis chez moi et bien chez moi, car je fais partie de notre syndicat depuis 38 ans environ et, sans doute, je suis ici, ou à peu près, le doyen des syndiqués.

Mais l'ancien président du syndicat que je suis, se double aujourd'hui du Rédacteur du *Concours Médical* et c'est à ce titre que, nouveau Maître Jacques, et votre invité je prends la parole.

Mes chers amis, le *Concours Médical* a naturellement sa place marquée dans toute fête syndicale. Ce fut lui qui lança, il y a 51 ans, l'idée syndicale dans le Corps médical français et, ce fut sous son égide que se créèrent nos premiers syndicats.

Le 16 mai 1881, il y aura exactement cinquante ans dans huit jours, le Dr Gustave Mignen fonda à Montaigu en Vendée le premier Syndicat médical de France et je suis heureux que le hasard veuille que ce soit notre Syndicat des médecins de la Seine, qui soit le premier appelé à célébrer cette date mémorable.

Le Baron créa 11 ans plus tard notre Syndicat, qui permit au Syndicalisme médical de développer son activité et d'acquérir sa puissance, car, dans un pays aussi centralisé que la France, il est indispensable que toute institution nationale ait à Paris une permanence et un Etat Major, et ce fut toujours le Syndicat des médecins de la Seine, qui les fournit aux Syndicats médicaux français unis ou confédérés.

Le Syndicalisme fut d'abord assez mal accueilli dans nos milieux professionnels parisiens. Les uns considéraient les syndiqués comme des sortes d'hérétiques, qui compromettaient l'orthodoxe dignité de leurs confrères, car certains médecins praticiens pontifiaient encore à cette époque ; les autres, possesseurs de prébendes ou de soi-disant situations acquises, regardaient d'un œil de chiens hargneux ces révolutionnaires, qui pourraient bien un jour leur disputer

l'os plutôt décharné, qu'ils avaient réussi à saisir et qu'ils entendaient bien défendre et ronger en paix. Mais envers et contre tout, l'idée syndicaliste fit son chemin et triompha.

A force de diplomatie, de sagesse, de patiente énergie et de dévouement, nos anciens acclimatèrent le syndicalisme dans le corps médical parisien, milieu alors assez réfractaire.

Rendons grâces aux pionniers de la première heure, aux Le Baron, aux Le Blond, aux Guinard, aux Comby, aux Berthod, aux Philippeau et à bien d'autres d'avoir, avec l'appui de Brouardel et de Lereboullet, démontré à Paris la nécessité du syndicalisme médical.

Sans lui, hélas ! que serions nous devenus ? Que deviendrions nous encore demain ?

Tous à cette heure comprennent qu'il faut s'unir, se syndiquer, tous même le Corps médical de nos hôpitaux parisiens.

Messieurs, nous ne savons ce que l'avenir nous réserve. Mais quoiqu'il arrive nous aurons toujours besoin d'un syndicalisme puissant, que ce soit pour travailler à l'organisation nouvelle de l'exercice de la profession médicale, que ce soit pour résister à l'arbitraire et à la tyrannie de ceux qui tenteront de nous asservir.

Aussi, mes Chers Confrères, je lève mon verre en l'honneur du Cinquantième anniversaire de la fondation du premier syndicat médical de France et je bois à la prospérité et au développement de la puissance du Syndicat des médecins de la Seine.

***

Un bal fort animé auquel s'était rendu une nombreuse et ardente jeunesse s'est terminé à une heure avancée de la nuit. Le bal a été entrecoupé par des intermèdes artistiques fort applaudis. Nous devons toutes nos félicitations et nos remerciements au Comité de la fête et plus particulièrement aux deux organisateurs, nos confrères les Dr Sadoun et Lemasson-Delalande.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MAISON DU MÉDECIN

Dimanche, 10 mai, s'est tenue au Petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, l'assemblée générale de la *Maison du Médecin.*

Le Dr Cazin, Président, a exposé les efforts faits au cours de l'année pour assurer la prospérité de l'œuvre et a remercié ceux qui y ont participé, notamment le *Concours Médical.* L'infirmerie a pu être construite et organisée sans qu'il fut nécessaire de prélever sur le capital de la Société grâce à la subvention du Pari Mutuel et à la souscription qui a donné plus de *cent mille francs* et qui donnera encore plus, nous l'espérons (1).

Il fait des souhaits pour que la Société des Femmes et Enfants de médecins avec laquelle la Société de la *Maison du Médecin* est en liaison, réalise un jour un des vœux de l'ancien président de la Maison du Médecin, le regretté Dr Reynier, chirurgien des hôpitaux, qui avait fait étudier un projet de Maison de retraite pour les veuves de Médecins à Valenton.

Le Secrétaire général Dupuy de Frenelle a évoqué la mémoire du fondateur de l'œuvre le Dr Courtault, dont on railla au début l'initiative considérée comme une utopie et qui, à force de persévérance, de patience et d'énergie aboutit à la réalisation actuelle. Il montra ensuite le rôle prépondérant que jouait le Président Cazin dans la prospérité de la Maison.

Le trésorier Dartigues a annoncé que le portefeuille atteint le million et remercié le Dr Digeon, trésorier adjoint, qui se consacre plus particulièrement à la gestion de la fortune de l'œuvre. Après la lecture du rapport de la Commission des comptes par le Dr Cart, l'approbation des Comptes et la réélection des membres sortants du Conseil, le Président fit voter des remerciements à M. Glize, le directeur du Château de Valenton, à Madame Dupont, la dévouée secrétaire qui remplit le rôle d'agent de liaison entre le bureau à Paris et la direction à Valenton.

Il a adressé le témoignage de la reconnaissance de l'œuvre au Dr Clément, de Brévannes, qui, avec un inlassable dévouement, a bien voulu jusqu'à ce jour se rendre aux appels de nos pensionnaires malades et leur prodiguer ses soins.

J. N.

(1) Envoyer les souscriptions quelque soit leur importance à *La Maison du Médecin*, 51, rue Clichy, à Paris (IXe). Compte de Chèques Postaux : Paris, 391-46.

LE GRAND DINER DU PRINTEMPS DE L'UNION MÉDICALE LATINE (L'UMFIA) EN L'HONNEUR DES MÉDECINS CANADIENS FRANÇAIS

Dernièrement c'était l'Italie, hier c'était le Canada que l'*Union médicale latine* fêtait à son traditionnel dîner de printemps.

Dans le cadre merveilleux et unique du *Cercle interallié* près de 400 convives étaient réunis. Le Ministre plénipotentiaire et envoyé extraordinaire de la Puissance du Canada en France, M. Philippe Roy, docteur en médecine de l'Université de Paris, avec le Professeur Sergent, présidait la fête. Le Ministre du Paraguay, M. Caballero de Bedoya, docteur en médecine de Paris, honorait le dîner de sa présence. Nous avons, en outre, reconnu les Professeurs Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine et membre de l'Institut, Desgrez, membre de l'Institut, Hartmann, Legueu, M. Labbé, Lereboullet, J. Renaut, Nattan-Larrier, Roussy, Baudouin, Roule, du Muséum d'Histoire Naturelle, Mauriac, de la Faculté de Bordeaux, Lian, Okinczyc, Crouzon, Devraigne, Milian, Trémollières, Weissenbach, Pinard, Joltrain, Armand-Delille, Rist, Moulonguet, etc., etc., les docteurs Desfosses, Vitoux, Farez, Foveau de Courmelles, Groc, Mlle Clavel, Rieu de Villeneuve, Boudin, Colanéri, etc., représentant la Presse.

MM. les médecins généraux Sieur, Rouvillois, Boyé, Cadiot, Emily étaient venus en uniforme. MM. les sénateurs ou députés, Docteurs Gadaud, Caujolle, Briquet étaient en outre parmi les convives. Notons encore plus de cinquante médecins canadiens, les membres de la jeune Umfia qui, dirigés par la gracieuse secrétaire générale, Mlle Suzanne Roule, externe des hôpitaux, faisaient les honneurs du banquet aux étudiants de la Maison canadienne de la Cité Universitaire.

Au dessert, le Dr Molinéry, secrétaire général, après avoir lu de nombreuses excuses, des dépêches et des lettres enthousiastes envoyées par plusieurs de nos confrères de Québec et de Montréal, a prononcé l'allocution suivante :

Excellence,
Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Les philosophes ont coutume de dire que les grands événements sont toujours préparés par de grandes causes. Ceci prête à d'infinies discussions. Mais ce que nous savons bien, nous, *les Latins*, fils de Rome, c'est que pour fonder toute œuvre durable, il faut savoir donner au temps le temps d'agir.

Depuis que le Dr Borgella, médecin de Barèges, gagnait aux côtés de Rochambeau l'Amérique du Nord, bien des médecins français sont venus vers vous, *Messieurs du Canada*. Mais depuis ces trente dernières années, les missions *ont* succédé aux missions. A leur retour, on ne savait assez nous dire combien vos réceptions avaient été empreintes de « fraternité » : c'est le seul mot qui convenait. Nous avons voulu réunir autour de vous, ce soir, tous ceux qui ont eu le bonheur et l'honneur de vous rendre visite comme à de tout proches voisins. Mais ce que je sais bien, c'est qu'il y aura bientôt dix ans, au moment où le Train canadien parcourait la France, montrant toutes vos richesses à nos yeux émerveillés, nous eûmes l'honneur de nous entretenir avec l'une de vos plus éminentes personnalités — et j'ai nommé M. le Sénateur Baubien. Et comme nous lui faisions part de la nécessité d'un vaste groupement médical latin, le sénateur de nous répondre : « *Qu'attendez-vous donc pour nous faire signe ?* »

A son tour, M. Dalbis, le très actif directeur de l'Institut franco-canadien de Montréal que nous rencontrions chez M. Bonnet-Baillière, nous tenait le même langage. Enfin, l'an dernièr, au cours du grand voyage d'études aux Eaux minérales qui fut organisé avec le succès que vous savez par l'O. N. T., nous nous liâmes, à Luchon, avec M. le Professeur Anselme Léger. Ce maître n'avait pas à être gagné à notre cause et, au nom du Conseil d'administration, nous le priâmes d'accepter et le titre et la charge de délégué général de l'UMFIA, pour tout le Canada.

Dès son retour dans son pays, M. le Professeur Léger fit part à ses collègues de la grande université de Montréal, du mouvement dont Dartigues s'est fait le protagoniste et bientôt une magnifique section — *à l'amitié agissante* — fonctionnait au Canada.

La preuve ? La voici :

Nos amis Canadiens ont voulu être aujourd'hui, officiellement représentés au milieu de nous. Ils ont délégué pour nous apporter leur fraternel salut, M. le Professeur agrégé Simard de la Faculté de Montréal.....

A notre tour, nous souhaitons la plus cordiale des bienvenues à M. le Professeur agrégé Simard et nous le prions de transmettre notre salut fraternel à nos collègues franco-canadiens.....

Si j'avais à vous donner maintenant la liste des excusés qui, dans leurs lettres, nous expriment — si affectueusement — leurs regrets de n'être des nôtres que par le cœur, vous vous assureriez que notre réception eût dû, ce soir, compter plus de six cents membres.

Messieurs au nom des cinq mille ahdérents de l'Union médicale latine, je lève mon verre en l'honneur de la Médecine canadienne et de la nouvelle section canadienne de notre UMFIA.

Puis, le Président fondateur de l'Union médicale latine, Dartigues, dans une brillante improvisation et avec la fougue de son éloquence passionnée, souhaita la bienvenue à nos confrères ca-

nadiens et remercia les dames accourues en grand nombre qui égayaient de leurs charmes la fête.

M. le Professeur agrégé de l'Université de Montréal, Simard, délégué officiel de la section canadienne de l'Union médicale latine nous apporta le salut des médecins canadiens français.

Puis le Professeur Grondin, commissaire spécial du Gouvernement des provinces de Québec pour la surveillance des boursiers de Québec, fit au nom des Etudiants canadiens, l'histoire des relations des Universités canadiennes françaises avec les médecins français éminents qui, depuis Pozzi, Sergent et autres, rendirent fréquemment visite à leur confrères du Canada. Aux applaudissements prolongés de l'auditoire, il rappela la participation des Canadiens à la Grande Guerre et la mort de son propre fils, tombé en héros pour la défense d'une noble cause.

Le Professeur Sergent, en un très beau discours, fit un rapide exposé de l'histoire du Canada, félicita les Canadiens, fidèles à la devise de Québec « *Je me souviens* » d'avoir pieusement conservé la langue, la civilisation et le culte de leur pays d'origine, tout en restant les loyaux sujets de la Couronne britannique. Il leur souhaita de conserver leur autonomie et de continuer à être un grand peuple, réunissant à la fois les qualités de la race française et de la race anglo-saxonne.

Enfin, le Ministre, M. Philippe Roy, prit la parole. En un discours d'une belle tenue, il fit l'histoire médicale du Canada, rappela les noms des médecins, des chirurgiens qui, dès le XVIe siècle accompagnèrent les explorateurs, les pionniers et les missionnaires à la suite de Jacques Cartier, et de Champlain et des autres. M. le Ministre Philippe Roy termina son brillant exposé en levant son verre en l'honneur de la France et de l'Union médicale latine.

Un beau film, présenté par le Dr Desfosses qui a visité le Canada, nous permit d'admirer les villes et les sites de ce beau pays, qu'il nous fit traverser de l'Atlantique au Pacifique en escaladant les Montagnes Rocheuses.

Un bal fort animé termina la fête très avant dans la nuit.

Le grand dîner de printemps, comme d'ailleurs toutes les manifestations de l'Union médicale latine, a eu un brillant succès, tout à l'honneur des deux grands animateurs de l'UMFIA, nos amis les Docteurs Dartigues, président, et Molinéry, secrétaire général, que nous ne saurons jamais assez féliciter de leur activité, de leur dévouement et de leur remarquable talent d'organisateurs. En somme, une très belle soirée pour la France, la médecine française et la latinité.

J. NOIR.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Médecine opératoire spéciale.** (Professeur M. GRÉGOIRE). — *Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme* (Cours de M. le docteur Henri REDON, prosecteur.) — Ce cours commencera le lundi 22 juin 1931, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — 1° Découverte du rein par voie lombaire. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphrectomies lombaires. Néphrectomies secondaires. — 2° Chirurgie de la lithiase rénale. Néphrolithotomies. Pyélotomies. — 3° Enervation des reins, décapsulation, néphropexies. Chirurgie de l'uretère supérieur. — 4° Néphrectomies trans-et parapéritonéales. — 5° Chirurgie de l'uretère inférieur. L'urétéro-cystonéostomie.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes génitaux de l'homme.* — 1° Différentes voies d'abord de la vessie. Cystostomies. Chirurgie des diverticules de la vessie. — 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Les cystectomies partielles et totales. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la postate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urètre. Urétrotomie externe. Ruptures traumatiques. Autoplasties. Hypospadias. — 5° Chirurgie des organes génitaux de l'homme. Epididymectomies. Castration. Vésiculectomies.

Les cours auront lieu tous les jours sauf le dimanche. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ces cours est limité : seront admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions.

Le droit à verser est de 300 francs pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique de la tuberculose.** (Professeur Léon BERNARD.) — *Cours complémentaire sur les tuberculoses ostéo-articulaires.* — Ce cours sera fait à l'hôpital franco-américain de Berck, par le Dr Jacques CALVÉ, avec la collaboration de MM. les Drs GALLAND, FROYEZ et Louis LAMY, du 1er juillet au 12 juillet 1931.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1re leçon : Généralités. — 2e et 3e leçons : Mal de Pott. — 4e et 5e leçons : Coxalgie — 6e *leçon* : Tuberculose du genou. — 7e leçon : Tuberculose des os et des articulations du membre supérieur. — 8e leçon : Tuberculose des os et des articulations du membre inférieur. — 9e leçon : Appareils orthopédiques et prothèse. — 10e leçon : Cure solaire et cure hélio-marine.

Ces leçons seront accompagnées d'examens de malades, de démonstrations pratiques (confection des appareils plâtrés, ponction des abcès froids, injections modificatrices, etc.) et d'opérations courantes (résection du genou, ostéosynthèse vertébrale, etc.)

Droit d'inscription : 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Thèses**, — Mardi 19 mai. — Jury : MM. Brindeau, J. Faure, Duval, Vaudescal. — LABARRE. R. : Etude de l'hérédité des mutilations. — PRIEUR. L. : Les œuvres sociales du méthodist memorial américan à Château-Thierry : la crèche. — LÉOTY. G. : Etude des grossesses tubaires bi-latérales et coexistantes. — MOREAU R. : A propos d'un cas de perforation vésicale intrapéritonéale d'apparence spontanée.

Jury : MM. Carnot, Lereboullet, Tanon, Lian. — BLUMEN-BERCU : Etude de la maladie osseuse fibrokystique de Recklinghausen. — BERNIÈRE. G. : Sur les causes de viciation de l'atmosphère libre et confinée et les moyens d'y remédier. — VEMITOLO. F. : Etude de la diphtérie cutanée.

Mercredi 20 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Sébileau, Sézary. — COLOMBET Ch. : Etude des rapports du goître exophtalmique et de la gestation. — BARBARA M. : Les réactions de Wassermann irréductibles. — PIGACHE. A. : Etude du traitement de l'ozène par les greffes sous-périchondrales.

Jeudi 21 mai. — Jury : MM. Gougerot, Guillain, Chabrol, Philibert. — SCHAPIRO. R. : Etude sur les chancres géants. — HÉLION L. : Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique par déflagration de cartouches au fulminate de mercure chez les employés de tirs

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr CHEVALLIER, de Macau (Gironde) ; du Dr CASTELLANI, de Sarcelles ; du Dr MANIFICAT, de Pontcharra (Rhône) ; du Dr LECREUX, de Suaucourt (Haute-Saône) ; du Dr VESELLE, de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; du Dr Jean DUMONT, de Paris ; du Dr Georges HATTAT, de Paris ; du Dr Gustave BARRAL, de Nîmes ; du Dr ROCHEBLAVE, de Quissac (Gard) ; du Dr J. GAREL, de Lyon ; du Dr PICOT, de Genève.

— Le Dr J. GAREL, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, fut un des créateurs de l'oto-rhino-laryngologie française. Comme Moure à Bordeaux, comme Gouguenheim et Lermoyez à Paris, il fit pénétrer cette spécialité dans les hôpitaux de Lyon. La grande majorité des oto-rhino-laryngologistes lyonnais s'honore d'avoir été l'élève de ce Maître dont la réputation dépassait de beaucoup la région où il enseignait et à qui l'on doit d'importants travaux, de rhino-laryngologie principalement.

— Le Dr PICOT, de Genève, pédiatre réputé, était très connu des médecins de la fin du siècle dernier. Son ouvrage de pathologie et clinique infantiles, écrit en collaboration avec d'Espine, et qui eut de nombreuses éditions, fut à cette époque entre les mains de tous les étudiants de langue française.

— **Journées médicales coloniales** (Paris : 22 au 31 juillet 1931.) — BUT DE CES JOURNÉES : Réunir tous ceux qui s'intéressent à la médecine, à l'hygiène, à la pharmacie, à la médecine vétérinaire des pays chauds. But d'instruction, de perfectionnement mutuels.

Jeter un pont entre la médecine coloniale, jusqu'à présent sorte de spécialité, et la médecine métropolitaine.

But de propagande auprès des jeunes médecins et des étudiants pour leur montrer la valeur de la médecine coloniale et en attirer un certain nombre aux colonies.

Montrer ce que la France a fait au point de vue sanitaire et humanitaire pour ses colonies, ses possessions d'outre-mer et les pays mis sous son mandat.

Permettre aux diverses nations possédant des colonies de comparer leurs méthodes de colonisation sanitaire.

Donc tâche nationale et internationale.

COTISATION. — Membres actifs : 100 fr. ; membres associés (familles des congressistes, étudiants) : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général : Dr Georges Boyé et les cotisations au compte chèques postaux Paris 1547, 16, Comité d'organisation des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, Pari (8e), ou par chèque barré au trésorier, Dr Léon Giroux' 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, Pari.

Un banquet sera organisé au cours des Journées Médicales coloniales. Prière d'envoyer les adhésions au banquet, et le montant (soixante francs) en même temps que la cotisation. Un insigne-souvenir (plaquette en bronze, œuvre du Dr Maurice Rollet, peintre-graveur, frappée par le maître Marey), sera remis à chaque congressiste.

AVANTAGES ET FACILITÉS. — Un service de renseignements fonctionnne dès maintenant près du secrétariat général. — Les personnes désireuses d'assister aux Journées médicales coloniales peuvent, de suite, s'y adresser.

Réductions pour les transports. — *a*) Chemin de fer français : Les grandes compagnies de chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Orléans, P.-L.-M. et l'administration des chemins de fer de l'Etat), accordent en faveur des congressistes, une réduction de 50 % (moins l'impôt) sur le prix du voyage direct, de leur gare de départ en France jusqu'à Paris et retour.

Pour les voyages circulaires, le bureau de renseignements indiquera, dans chaque cas, les meilleures combinaisons des billets à utiliser.

b) Chemin de fer étrangers : Des réductions variables (20 à 35 %) suivant les pays parcourus, sont consenties aux adhérents des Journées médicales coloniales.

c) Compagnies de navigation maritime et aérienne : il en est de même pour les compagnies de navigation maritime et aérienne (10 à 25 %).

Hôtels : Une circulaire détaillée indiquera les prix spéciaux des chambres dans les diverses catégories des hôtels de Paris. Là aussi, les meilleures conditions seront obtenues pour les adhérents.

Exposition coloniale : Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Fêtes de nuit : Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Attractions : Entrée gratuite dans celles de l'Exposition, réduction dans les attractions privées.

Restaurants de l'Exposition : Réduction de 10 à 15 %. Réduction analogue dans les restaurants de Paris dont la liste sera donnée.

Fêtes : Dont le programme sera fixé ultérieurement.

Réceptions : Dont une par le commissariat général de l'exposition.

Comité des dames : Un comité s'occupera spécialement des dames accompagnant les congressistes et ins-

crites régulièrement. — Des visites spéciales, dans les grands magasins et aux expositions, pouvant spécalement intéresser les dames, seront organisées.

Visites de Paris et des environs. Excursions en France: En plus des visites prévues dans le programme des Journées médicales coloniales, des excursions seront spécialement étudiées.

Ces visites et excursions comporteront, en certains cas, des invitations. Elles permettront de visiter de la meilleure manière, et dans des conditions spéciales :

Paris, Vincennes, Versailles, les bords de la Seine, Saint-Cloud, Malmaison, Compiègne et Pierrefonds, Fontainebleau.

Des voyages pourront être organisés dans toute la France à la demande des congressistes.

Passeports. Change. Billets de théâtre : Pendant la durée des congrès, le bureau spécial de tourisme s'occuprera sur place de toutes les questions pouvant faciliter les visas des passeports et le change des monnaies.

Des billets à prix réduits pour les théâtres seront à la disposition des congressistes.

Commodités. — Bureau de postes, télégraphes, téléphones, près de la salle des Congrès ; bureau de poste restante pour la correspondance des congressistes ; salles de correspondance ; salles de réunion, bureau de voyages, etc.

Sténographes, sténotypistes, dactylographes, interprètes, etc., à la disposition des congressistes.

Le secrétariat des Journées médicales coloniales sera installé, pendant les Journées, dans le Palais des Congrès de l'Exposition coloniale. Les congressistes seront priés d'y passer journellement pour y retirer éventuellement des documents ou y recevoir des communications les concernant.

Une carte et un insigne, ainsi qu'un guide illustré et une pochette contenant tous renseignements utiles seront remis à chaque congressiste.

Programme. — Mercredi 22 juillet. — Matin : Séance d'ouverture présidée par M. le Ministre des Colonies, assisté de M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, de M. le Professeur Teissier, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et de M. le médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies. — Après-midi : Enfance indigène.

Jeudi 23 juillet. Matin : Anophèle et stegomya. — Après-midi : Alimentation, eaux potables, parasitisme intestinal dans les pays chauds.

Vendredi 24 juillet — Matin : Immigration dans les pays chauds. Police sanitaire maritime. — Après-midi : Maladies cutanées et vénériennes (spécialement lèpre et syphilis) Formes cliniques de la syphilis dans les pays chauds.

Samedi 25 juillet. — Matin : Transmission des maladies communes aux hommes et aux animaux. Thérapeutique des trypanosomiases. — Après-midi : Historique de l'aviation sanitaire, son utilisation aux colonies. Rôle des avions sanitaires dans le fonctionnement de l'Assistance médicale aux colonies.

Lundi 27 juillet. — Matin : L'aviation sanitaire en A. O. F. et en Indochine. Projet de liaison entre l'"aviation sanitaire et les lignes de transport aérien coloniales. — Après-midi : Considérations générales sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises et en particulier des chaulmogra, strophantus et quinquina. Exercice de la pharmacie dans les colonies françaises et dans les pays d'outre-mer soumis à l'influence française. Rôle du pharmacien colonial.

Mardi 28 et mercredi 29 juillet. — Protection sanitaire et démographique des populations autochtones dans les possessions d'outre-mer. — Historique. — Assistance médicale (organisation, personnel, méthodes, résultats obtenus et restant à obtenir).

Jeudi 30 juillet. — Matin : Stations thermales et climatiques dans les colonies françaises. Stations thermales et climatiques françaises utilisées par les coloniaux. Chirurgie et spécialités Le cancer dans les colonies françaises. — Après-midi : Vœux. Questions diverses. Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire.

Toute la partie chirurgicale des Journées médicales coloniales est organisée d'accord avec le Corps de santé colonial sous les auspices et avec le concours de la Société des chirurgiens de Paris.

Un voyage à Vichy est prévu pour la fin du Congrès.

Un certain nombre de Congrès dont le programme suit sont rattachés aux Journées médicales coloniales.

Congrès internationaux et intercoloniaux rattachés aux journées médicales coloniales. — 1er août. — I. *Questions sociales et démographiques* (*international*). — 1° Objet. *a*) partie thérapeutique, traitée au cours du Congrès lui-même ; *b*) partie répercussion des méthodes sanitaires sur les populations indigènes, rapports ; 2° rapports. *a*) Rapport-programme : Angleterre ; *b*) co-rapporteurs : France : (Dr Lasnet).

II. *Congrès pour la protection démographique* (*international*). — 1° *Objet*. *a*) ensemble des mesures prises par les administrations ou les entreprises privées pour prévenir ou régulariser les migrations des populations, fixer ou développer leur habitat ; 2° rapports *a*) rapport-programme : France (M. Labouret) ; *b*) co-rapporteurs.

2 août. III. *Congrès de l'assistance médicale* (*international*). — 1° Objet, *a*) Assistance médicale fixe (dispensaires, cliniques, maternités, sanatoria, etc.) ; *b*) Assistance mobile (visites périodiques, femmes enceintes ou en couches, propagation de l'hygiène préventive, etc.) — 2° Rapports. *a*) Rapport-programme : Belgique ; *b*) Corapporteurs.

3 août. — *Congrès de l'alimentation* (*international*) — Objet et rapports *a*) Besoins alimentaires des pays coloniaux : France ; *b*) Contribution des colonies au ravitaillement des pays voisins et réciproquement. — accords internationaux : Angleterre, et France ; *c*) règles d'hygiène dans la préparation des produits alimentaires : Angleterre. — Après-midi : Enfance indigène (protection, hygiène, puériculture).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

devoir avoir un double contrôle à effectuer : contrôle sur pièces (feuilles de maladie et ordonnances), contrôle des malades.

L'Assemblée se montre d'avis que la rémunération du médecin contrôleur de la Caisse ne saurait être inférieure à 100 francs par heure, avec minimum de 50 francs par séance, en ce qui concerne le contrôle, sur pièces, à 75 francs en ce qui concerne les contre-visites aux malades (tarif réduit des contre-visites aux accidents du travail).

D'autre part, l'Assemblée étudie le point de vue capital du secret professionnel dans le contrôle médical de la Caisse.

Elle repousse absolument l'opinion que le médecin contrôleur de la Caisse pourrait être considéré *a priori* comme un médecin consultant et que le médecin traitant pourrait et devrait même en conséquence lui donner toutes indications sur la nature de la maladie.

Elle repousse non moins nettement le système violant indirectement le secret professionnel qui consisterait pour le médecin traitant à ne rien dire au médecin contrôleur, mais à donner au malade une feuille avec les indications voulues, que le malade pourrait remettre ou non au médecin contrôleur.

L'Assemblée accepte le système conforme à l'opinion du Syndicat de Cannes qui a été adopté par le Conseil de la Confédération du 19 avril 1930 (*Médecin de France,* 1er mai, page 324), mais en y apportant diverses adjonctions notamment l'obligation pour la Caisse de s'engager à ne demander aucune indication d'ordre diagnostic au médecin contrôleur.

Le texte suivant a été adopté :

Les médecins contrôleurs de la Caisse devront s'être engagés formellement par écrit, lors de leur nomination, à ne donner en aucun cas à la Caisse aucune indication sur la nature de la maladie. La Caisse devra s'être engagée d'autre part à ne demander en aucun cas à ses médecins contrôleurs, aucune indication de cet ordre. En raison de ce double engagement, le médecin traitant pourra, sans y être toutefois aucunement obligé, donner au médecin contrôleur, les indications sur la nature de la maladie qui pourront lui être nécessaires pour remplir sa mission, à la double condition, d'abord, que le malade accepte cette révélation, ensuite que cette révélation, n'aille pas à l'encontre des intérêts légitimes du malade, que le médecin traitant a le devoir de sauvegarder.

En l'absence du double engagement le médecin traitant ne fournirait aucun renseignement.

Il est décidé également d'exiger la passation avec la Caisse d'une convention réglant par le détail le contrôle médical de la Caisse.

Pour les pensionnés des T. O. E. et leurs ayants cause

L'article 72 de la loi de Finances du 31 mars 1931 a sensiblement modifié la situation des pensionnés pour infirmités contractées ou aggravées au cours d'expéditions postérieures à la guerre 1914-1918, mais cependant déclarées campagnes de guerre : Syrie, Cilicie et Maroc.

Les nouveaux avantages

Les anciens militaires des T. O. E. bénéficient maintenant des avantages ci-après, énumérés dans l'instruction du ministre des Pensions du 30 avril, insérée au *J. O.* du 2 mai :

1° Prorogation des délais pour se mettre en instance de pension. Ce délai, qui n'était précédemment que de cinq ans à compter du renvoi dans les foyers, est maintenant ouvert jusqu'au 30 juin comme pour les A. C. de la grande guerre, et cela en attendant que le parlement se prononce sur les diverses propositions de prorogation nouvelle ou de suppression de tout délai, qui lui sont soumises ;

2° Choix du barème le plus avantageux ;

3° Possibilité de présenter, la vie durant, toute demande de revision pour aggravation ;

4° Pour les veuves des ayants cause, droit à pension de réversion si le mariage, contracté postérieusement soit à la blessure, soit à l'origine de la maladie, soit à l'aggravation, a duré deux ans.

Point de départ

Le point de départ de l'application de ces dispositions nouvelles est fixé au 3 avril.

Modalités d'application

1° *Non titulaire d'une pension concédée ou d'un titre provisoire.* — La demande de pension doit être adressée au médecin chef du centre de réforme, en donnant toutes précisions sur les conditions dans lesquelles les infirmités ont été contractées ou aggravées et sur la situation militaire.

2° *Titulaires d'une pension concédée ou d'un titre provisoire.* — S'il s'agit d'une demande de révision pour aggravation présentée au delà du délai de cinq ans précédemment fixé, mêmes dispositions que ci-dessus.

Si la demande a pour objet l'obtention du barème le plus avantageux, la requête doit être adressée à l'intendant militaire. Les intéressés continueront à percevoir leur pension sur le titre qu'ils détiennent et cela jusqu'à liquidation de la pension nouvelle.

Veuves dont le mariage eut lieu postérieurement à la blessure ou à la maladie. — Lorsque le décès s'est produit depuis moins de cinq ans, toutes les veuves, même remariées, peuvent se mettre en instance. Si le décès eut lieu depuis plus de cinq ans, seules les veuves non remariées peuvent se prévaloir des dispositions nouvelles.

ASSURANCES SOCIALES

Avis important

Ce qu'on a appelé improprement les *tarifs syndicaux minima des spécialistes*, et qui n'est, en réalité qu'une *nomenclature* des actes de spécialités avec coefficients, devait être entièrement revisé.

Ce travail, qui est l'œuvre patiente et réfléchie d'une Commission réunie à cet effet, vient d'être achevé.

La nomenclature a été complétée, les coefficients modifiés, compte tenu généralement des observations qui avaient été formulées. La classification a été présentée sous trois formes différentes : par actes de même spécialité ; par actes de même prix ; par ordre alphabétique.

Pour que cette nomenclature fasse autorité en matière d'assurance-maladie, il faut qu'elle soit entérinée par le Conseil supérieur des Assurances sociales, comme l'avait été la précédente. Ceci sera fait lors de la prochaine session de ce Conseil, dont la date n'est pas encore connue. Elle sera ensuite imprimée par les soins de la Confédération, distribuée à tous les médecins syndiqués, et mise en vente.

UNE MANIÈRE AGRÉABLE ET PLAISANTE DE FAIRE LE BIEN

Le dîner de « La Bidoche » au profit de la Maison du Médecin

Il existe encore en France des disciples de Villon et de Rabelais. Ils se sont assagis et modernisés, mais ils n'ont certes pas oublié la gaîté gauloise ; les fins dîners et les savoureux banquets ont succédé aux franches repues. Les amants de la bonne chère et des bons vins se groupent et s'associent et parmi eux se trouvent souvent un nombre imposant de médecins.

Il vient de se former à Paris une association amicale qui a pris comme raison sociale le titre pittoresque : *La Bidoche* . Elle compte dix-sept médecins sur ses vingt-quatre membres fondateurs. *La Bidoche* n'a rien de *la Coquille,* chère à Maitre François Villon ; elle se rapproche davantage de l'Abbaye de Thélème. Si elle a été créée pour festoyer et faire goûter à ses membres des mets peu communs et tout particulièrement délicats, elle s'est donné un autre but : la Bienfaisance et, constatation tout à fait remarquable dans ce milieu qui n'est pas exclusivement médical, il a été décidé statutairement de venir en aide à la *Maison du Médecin*. Voici d'ailleurs les statuts de l' Association « *La Bidoche* » :

Article I.

Il est formé entre les Membres Fondateurs suivants : MM. les docteurs Mondain, Tison, Camille Laurent, Bossan, Giroux, Schwarschild, Rousseau, Modiano, Paul Lévy, Sneier, Casès, de Fontenay, Pernot, Bécard, Lamaze, Sriber, Dupuy de Frenelle, MM. Henry et Pinot, conseillers municipaux, Maitre Martineau Deplat, avocat, MM. Afre et Bernard Doux, bouchers en gros, André Chanson, romancier, et Emile Vergelot, pharmacien, une association amicale qui prend le titre de « *La Bidoche* ».

Article II.

Cette association a pour but de réunir en un dîner obligatoire aux mois de février avril, juin et novembre de chaque année des convives qui participeront par une contribution personnelle d'un minimum de 20 francs, en sus du prix du dîner, à l'œuvre bienfaisante de « La Maison du Médecin » dont le siège est à Paris, 51, rue de Clichy.

Article III.

Seuls les Membres fondateurs pourront sous leur responsabilité amener des invités.

Les Membres fondateurs devront obligatoirement assister au repas et verser leur contribution pour « La Maison du Médecin ».

Nous apprenons qu'à la fin du dîner d'avril qui a été tout particulièrement original, cordial et succulent, *huit cents francs* ont été versés à la souscription, destinée à couvrir les frais de l'Infirmerie de la *Maison du Médecin*, qui vient d'être édifiée au Château des Charmilles à Valenton (1).

Qui n'applaudirait pas à cette manière élégante de ces délicats gourmets qui savent ne pas oublier, en flattant leur goût, de venir en aide à notre œuvre si bienfaisante ?

J. Noir.

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE AIGUË

par le Docteur M. Rochette
Stomatologiste à Saint-Raphaël (Var).

La stomatite ulcéro -membraneuse n'est autre que la localisation buccale de la maladie de Vincent. Cette affection que Bergeron considérait comme endémo-épidémique, pour l'avoir constatée tout particulièrement dans les écoles et les casernes, est due à l'infection mixte par le bacille fusiforme et des spirilles.

Sans doute, exagérerait-on en en faisant un accident de l'évolution de la dent de sagesse, la plus fréquemment responsable, mais non la seule. On la rencontre au moment de l'éruption des

(1) Nous rappelons que la souscription de la *Maison du Médecin* n'est pas close. Adressez les dons, si minimes soient-ils, au siège social : 51, *rue de Clichy* : Compte de Chèques postaux. Paris, nº 391-46.

dents de 6 ans et de 12 ans ; on la rencontre aussi en dehors de toute éruption dentaire ; on la rencontre même chez les malades atteints d'une maladie infectieuse ; comme complication d'une stomatite toxique (mercurielle, bismuthique) chez les urémiques et les diabétiques.

Cette stomatite fuso-spirillaire est caractérisée par l'apparition sur les gencives et la face interne des joues d'éléments qui se développent sur une muqueuse très rouge et se présentent d'abord comme les plaques pultacées dont la détersion provoque un petit saignement. Aux excoriations initiales succèdent de véritables ulcérations ovalaires à bords œdématiés, festonnés dont le fond est recouvert d'un enduit sphacélique gris-jaunâtre, sanieux.

Les lésions sont le plus souvent unilatérales, au moins au début.

On les rencontre au contact de la dent de sagesse inférieure (*qui est à l'abri du drainage salivaire et du brossage des dents*) ; autour des deuxièmes et premières grosses molaires, dans le sillon gingivo-jugal et à la face interne de la joue.

Elles envahissent souvent les côtés de la langue, parfois le palais et le voile, ou les amygdales.

Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux et douloureux.

Le malade a une dysphagie intense, la salivation est abondante, son haleine fétide ; il a de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence, parfois de la diarrhée.

Un frottis (coloré par du Zielh dilué) permet de faire immédiatement le diagnostic en montrant un feutrage de fuso-spirilles.

La réaction de Bordet-Wassermann du sang est habituellement négative ; *il est bon de savoir qu'elle peut être passagèrement positive, comme dans les ulcères tropicaux.*

Le traitement de cette affection, qui non traitée peut se prolonger pendant plusieurs semaines ou même des mois, consiste à stériliser chacune des ulcérations.

A cet égard, bien des échecs sont dus à une technique défectueuse.

Les lavages de bouche alcalins sont anodins ; mieux vaut prescrire au malade des bains de bouche chloralés qui atténuent la dysphagie.

Le bleu de méthylène est fort peu actif.

Le nitrate d'argent à 1 /20e ou même à 1 /10e est plus énergique, mais doit être manié prudemment.

Le traitement le plus actif à notre avis est le nettoyage de l'ulcération avec un tampon de coton imprégné de la solution suivante :

(1)

Novarsénobenzol	8 %
Résorcine	4 %
Glycérine	68 %
Eau distillée	20 %

(1) *Semaine dentaire*, 18 juillet 1926. Dr Rochette : « Formules utiles dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire ».

(préparation qui grâce à la résorcine peut se conserver au moins trois mois sans altération).

Il ne faut pas se contenter de nettoyer l'ulcération, mais il est indispensable de maintenir au contact de l'ulcération nettoyée, le coton imprégné de la solution ci-dessus.

Ces pansements à l'arsénobenzol seront faits une ou deux fois par jour par le médecin ou dentiste traitant, et non par le malade lui-même ou son entourage.

Les injections intra-veineuses de novarsénobenzol sont en général très peu efficaces.

Il sera bon de prescrire une potion au chlorate de soude (2 grammes par jour dans un julep gommeux) et de soumettre le malade au traitement habituel : alimentation très modérée, boissons abondantes, diurétiques, etc ...

Même correctement soignée, la stomatite fuso-spirillaire dure de 18 à 15 jours.

CORRESPONDANCE

2532. — I. Médecin de sapeurs-pompiers ; II. Médecins assermentés.

Votre article « Sapeurs-pompiers », paru dans le *Concours* du 19, m'a beaucoup intéressé, car je suis dans le même cas que le confrère qui demande l'appui du « Sou médical ».

A chaque sinistre, il y a des blessés. La plupart du temps, étant obligé d'être sur les lieux, avec la Compagnie des pompiers d'une usine, dont je suis le médecin. ; je donne mes soins aux pompiers de la ville. Je fais des certificats, des pansements, etc., et..... je ne touche rien en fait d'honoraires ! Comme remerciements, on me propose de me nommer « médecin de la Compagnie des sapeurs-pompiers » ! ! !

Ce titre est évidemment honorifique et vraisemblablement n'est pas rétribué. Est-il prévu dans un règlement quelconque. Qui fait les nominations ?

D'autre part, la loi sur les accidents des pompiers respecte-t-elle le *libre choix* du médecin, comme la loi de 1898 ?

La loi de 1907 parle d'un *médecin assermenté*. A ce propos, je vous serais reconnaissant de me dire si le nombre de médecins assermentés est limité. Que faut-il faire pour être nommé à cet emploi ? Non pas uniquement pour les sapeurs-pompiers, mais pour tous les employés de l'Etat, P. T. T. en particulier, j'a-

joute que je suis déjà officiellement désigné pour de nombreuses fonctions administratives : médecine cantonale (premier âge, vaccination, surveillance des étrangers, etc.), et chargé des deux services du dispensaire (section antituberculeuse et section antivénérienne). Pour ce qui concerne la lutte antituberculeuse, je suis surexpert au C. S. R. et chargé de la surveillance médicale des réformés à 100 % et employés des P. T. T., mais pour toutes ces fonctions, je ne suis pas assermenté. Que signifie exactement ce terme ?

Excusez-moi de vous ennuyer avec toutes ces questions. Je lis toujours avec grand plaisir tous vos articles du *Concours.*

Dr M.

Réponse.

Il n'y a aucun texte législatif ou réglementaire, qui décide de la situation de « médecin des sapeurs-pompiers ». Je crois que cette fonction est aussi honorifique et rémunératrice que celle de médecin « de la gendarmerie ».

Cependant, les heureux titulaires du poste médical pour la préservation de la santé de Pandore, reçoivent, après quelques années de bons et loyaux services, tantôt un beau diplôme, avec une lettre de remerciements, tantôt une médaille quelconque, alors que les médecins de sapeurs-pompiers ne reçoivent rien, en fait de monnaie de singe ou autre.

Juridiquement, le pompier blessé en service commandé doit être soigné aux frais de la commune. Rien ne s'oppose au libre choix du praticien, ni au paiement direct, au tarif syndical.

Si, avec plus ou moins de connivence avec un praticien, un maire entendait désigner ce dernier, comme étant le seul apte et qualifié, pour donner des soins aux sapeurs-pompiers, il appartiendrait au Syndicat médical d'apporter bon ordre à cette situation privilégiée et de mettre le confrère en demeure d'avoir à choisir entre la fonction de médecin des sapeurs-pompiers et ses relations confraternelles avec les praticiens voisins.

Au syndicat de faire respecter le libre choix et le tarif à la visite, autrement que par des discours et des vœux.

Conclusion : on vous offre un poste de « médecin des sapeurs-pompiers » : refusez ce présent d'Artaxerxès, car les titres honorifiques ne se monnaient pas et ne remplissent pas notre escarcelle ; en second lieu, il est antisyndical d'accepter un titre, ou une fonction, qui constitue un monopole, un accaparement de clientèle, au détriment des confrères voisins.

Lorsqu'un pompier sera blessé en service commandé, il choisira son praticien, lequel se fera payer, soit directement par son client, soit par la commune, au tarif de droit commun.

Qu'est-ce qu'un médecin assermenté ?

La situation juridique de ces praticiens est mal définie : leur statut véritable n'existe pas. Sans rechercher les origines de leur désignation — ce que nous avons déjà indiqué dans le *Concours*, 1928, p. 3758, — nous pouvons dire que le médecin assermenté est un praticien, désigné souvent par le préfet, qui est censé avoir prêté serment entre les mains du président du tribunal civil.

Désormais, il doit dire la vérité et toute la vérité à l'administration, lorsque cette dernière lui demande d'examiner un agent et de vérifier son état de santé.

Si le médecin assermenté n'est pas le médecin traitant du malade, c'est parfait ; sinon il y a conflit entre le secret professionnel, dû au client, et le devoir de révélation vis-à-vis de l'administration.

Le nombre des médecins assermentés n'est pas limité ; l'assermentation ne leur confère aucune supériorité sur leurs confrères ; mais les agents des administrations sont conduits à choisir comme médecin traitant le praticien, qui, comme assermenté, sera qualifié pour leur octroyer des congés et des jours de repos.

Pour être nommé, il faut être bien en cour, soit auprès du préfet, soit auprès du directeur départemental des P. T. T., ou autre administration.

Mais, qu'il me soit permis de dire qu'à juste titre, un certain nombre de syndicats médicaux ont pris une résolution, aux termes de laquelle les confrères syndiqués se démettent, ou n'acceptent pas les fonctions de médecins assermentés : tout praticien doit être réputé suffisamment honnête, pour faire un certificat médical correct, sans que cette pièce soit suspectée, *a priori*, de complaisance.

Dr Paul BOUDIN.

Baux et Locations

2538. — Sous-locataire. Droit de prorogation

Titulaire d'un bail de 3, 6, 9 ans depuis le mois d'octobre 1923, ce bail expire le 30 septembre 1932.

Quels sont mes droits en tenant compte des circonstances suivantes :

1° Je suis en sous-location de mon voisin d'étage qui a eu l'autorisation de me sous-louer ;

2° Cet appartement est uniquement réservé à mon cabinet, mon domicile personnel étant dans une autre villa de la même ville ;

3° Je paie 6.000 fr. de loyer et n'occupe que les 2/5e de l'étage, alors que tout l'étage réuni était loué en 1914, 4.200 fr. ;

4° Puis-je espérer le droit de rester après mon bail et quelles augmentations peut-on m'infliger légalement et jusqu'à quelle époque ? Dr X.

Réponse.

Dès lors que vous êtes en possession des locaux depuis octobre 1923, par conséquent avant le vote de la loi du 29 juin 1929, vous aurez un droit personnel et direct, bien que sous-locataire, à la prorogation instituée par cette loi, lorsque votre bail sera expiré. Cette prorogation vous sera acquise de plein droit, sans que vous ayez à faire aucune démarche pour l'obtenir, sans que vous ayez même à la demander sous une forme quelconque.

Tant que durera la prorogation, il sera impossible au propriétaire de reprendre les locaux, même pour son habitation personnelle, car le droit de reprise réservé par la loi aux propriétaires ne peut jamais porter sur un local servant en tout ou en partie à l'exercice d'une profession.

Votre ville comptant plus de 100.000 habitants, si la valeur locative en 1914 des locaux que vous occupez était comprise entre 1.000 et 2.000 francs, votre prorogation ne prendra fin que le 1er juillet 1937.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer au propriétaire un loyer égal au loyer ou à la valeur locative de 1914 majoré suivant les taxations légales c'est-à-dire de 205 % en 1932, avec majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative 1914 chaque année par la suite, à partir du 1er juillet, jusqu'à la fin de la prorogation. En outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire certaines charges qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 30 % du loyer ou de la valeur locative 1914.

Votre appartement faisait partie d'un appartement plus grand, en 1914. Pour calculer les majorations légales, il faudra donc déterminer la valeur locative des pièces que vous occupez par rapport au loyer total de l'étage en 1914. A défaut d'accord amiable avec le propriétaire sur ce point, c'est le Tribunal civil qui serait appelé, à la requête de la partie la plus diligente, à trancher le différend.

Accidents du travail

2407. — Accident survenu à un bûcheron

M. D. (bûcheron) a été victime hier d'un accident (chute sur la tête d'un chêne de taillis gros comme la jambe et long de 7 mètres environ qu'il était occupé à abattre).

M. C., marchand de bois achète chaque année une coupe de 50 à 100 hectares, la divise en lots, et les bûcherons prennent chacun un lot avec engagement verbal de l'exploiter dans l'année.

Les bucherons sont libres de travailler comme ils veulent, seuls ou aidés, de faire exécuter leur travail par un tiers, quand ils veulent, et ne sont sous la surveillance de personne.

Ils reçoivent une rémunération suivant la tâche

accomplie : tant par stère de bois, tant par bourrée, tant par botte de 5 kgr. d'écorce.

A qui incombe la responsabilité de l'accident ?

L'ouvrier étant, en somme, son seul maître me semble devoir être assimilé à un artisan et seul responsable.

Dr P.

Réponse.

En vertu de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1914 qui a étendu aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail, est considéré comme chef d'entreprise le propriétaire des bois abattus ou mis en œuvre, si leur exploitation n'a été assumée par un entrepreneur à la suite d'une adjudication ou en exécution d'un contrat d'entreprise.

Commentant cette disposition, dans son traité des accidents du travail, édition 1926, n° 2.007, Sachet s'exprime ainsi :

« C'est au propriétaire du bois abattu qu'il « appartient de prouver que, pour l'exploitation « de son bois, il a traité avec un entrepreneur en « vue d'une adjudication ou d'un contrat d'en- « treprise ; dans le cas où il ne fait cette preuve, « il reste responsable dans les termes de la loi de « 1898 des accidents d'exploitation, alors « même que la coupe aurait été effectuée par les « soins et sous la direction d'une autre per- « sonne. Sa qualité de propriétaire des bois abat- « tus fait peser sur lui une présomption de res- « ponsabilité; il ne peut détruire cette présomp- « tion qu'en apportant la preuve du contrat « d'entreprise passé avec celui qu'il prétend res- « ponsable. »

Ainsi donc, dans l'espèce que vous nous soumettez, pour se dégager de sa responsabilité, le marchand de bois doit établir qu'il a passé un contrat d'entreprise avec le bûcheron victime de l'accident. S'il n'apporte pas cette preuve, il doit être considéré comme responsable de l'accident.

Tout revient donc à rechercher quelle est la nature exacte du contrat passé entre le marchand de bois et le bûcheron. A notre avis, on doit estimer que ce contrat est bien un contrat d'entreprise, puisqu'il laisse au bûcheron, son indépendance complète pour l'exécution du travail.

2457. — Accident survenu en dehors du travail

Je suis appelé à donner mes soins à une femme dont voici la situation :

Elle est employée dans une grosse exploitation agricole comme bergère ; elle est occupée uniquement à l'entretien des moutons, elle est payée non suivant un salaire fixe, mais par un pourcentage sur la vente des moutons et de la laine. Elle est logée par son employeur, mais non nourrie.

Hier, descendant au village pour acheter sa nour-

riture, elle tombe et il en résulte une fracture de la diaphyse fémorale.

Est-ce ou n'est-ce pas un accident du travail ? Si oui, le régisseur de la ferme, aussi embarrassé que moi, n'a pas fait la déclaration, et moi-même, je n'ai pas rédigé de certificat. Que faut-il faire en ce cas ?

Dr D.

Réponse.

La législation sur les accidents du travail ne met à la charge du patron que les accidents survenus *par le fait* ou à l'*occasion* du travail.

Peut-on dire que l'accident dont a été victime votre cliente soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail ? Nous ne le pensons pas.

En effet, la blessée devait pourvoir elle-même à sa nourriture et c'est au moment où elle se rendait au village pour se procurer ses aliments que l'accident est arrivé. Elle n'était donc pas alors sous l'autorité, la direction et la surveillance de son patron et son déplacement n'avait pas été ordonné par ce dernier ni nécessité par les besoins du service.

Dans ces conditions, il est à craindre que l'assurance du patron ne refuse d'accepter le sinistre. Que le patron en réfère néanmoins à son assurance et lui demande des instructions sur l'attitude qu'il doit observer.

Au cas où, après rejet par l'assurance, la blessée voudrait poursuivre l'affaire, il faudrait qu'elle fasse elle-même la déclaration de l'accident à la mairie, comme la loi lui en donne le droit, et qu'elle cite son patron en paiement du demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. Cette procédure ne lui causerait aucun frais, car elle bénéficierait de l'assistance judiciaire, même en justice de paix.

Fiscalité

2525. — Exemption d'impôt des constructions nouvelles.

J'ai lu, il y a quelques numéros, dans le *Concours*, à la rubrique législation et renseignements qu'un confrère demandait si on pouvait compter sur les 15 années d'exemption d'impôt pour une construction sur le bord de la mer.

Il a été répondu très judicieusement que non, puisqu'il s'agit d'une habitation de villégiature ou de plaisance.

Je viens d'y passer et voici comment : je n'indique pas l'endroit, mais les intéressés peuvent s'adresser à moi, je les renseignerai.

D'abord, il y a un principe, l'Etat promet mais tâche d'éluder sa promesse ; d'ailleurs dans toute loi, il y a un échappatoire dont ces messieurs des contributions (qui ont des primes à la chasse) usent largement et d'une façon discrétionnaire, car il ne faut pas oublier que nous sommes en royauté : le roi c'est

le monsieur qui est derrière le grillage et qu'on paie pour nous em.....bêter.

Deuxième principe, il faut que tout paye même si on a promis le contraire.

Le confrère veut bâtir, s'adresse à la mairie qui lui indique un entrepreneur ; tout le monde dit, vous êtes exempt pour 15 ans ; vous bâtissez et juste un an après vous recevez votre feuille : votre loyer est largement calculé, même si vous ne louez pas ; vos impôts aussi ; vous réclamez, on vous dit : Monsieur, la déclaration n'a pas été faite en temps voulu, vous êtes irrecevable. L'année d'après vous réitérez après avoir payé; on vous dit vous pourriez être dégrevé pour trois ans seulement, mais cela ne fait plus que deux ans et vous avez oublié une formalité, on ne vous dit pas laquelle, vous repayez et si vous avez la précaution de faire un arrosage où il faut, on vous renseigne sur un petit codicille qui vous permettra de vous faire dégrever l'année suivante, la 3e année, vous repayez bien entendu et comme vous avez fait ce qu'il faut, on vous dégrève enfin ! ! d'un an. La 4e, on vous ajoute 200 fr. d'impôts en plus et vous allez encore réclamer puisque vous n'avez été dégrevé qu'un an sur quatre ; comment va-t-il falloir arroser cette fois-ci ? ? ? pour réussir.

On a cependant consenti à me dire que si celui qui bâtit, même au bord de la mer veut être dégrevé pour 15 ans, il faut et il suffit comme en mathématiques qu'il loue le rez-de-chaussée à un patenté et le propriétaire est dégrevé puisque le locataire paye ! ! ! hors de cela pas de salut. Il y a encore un autre traquenard, vous bâtissez dans un petit trou pas cher, vous êtes dégrevé et tout d'un coup le petit trou devient station et votre maison qui était maison d'habitation devient maison de plaisance et vous devez casquer. La chose est arrivée à un confrère habitant toute l'année le pays.

Bien mieux, une partie du pays est décrétée habitation de plaisance, l'autre partie est décrétée habitation de travail ! ! ! Et dans tous ces pays du bord de la mer, c'est l'étranger qui surtout trinque même et surtout s'il est Français, car le véritable étranger (le rasta) a un consul qui réclame et est mieux écouté.

Donc, il est plus économique d'aller à l'hôtel et on n'y reçoit pas à journée faite des visites de quémandeux : société d'initiative, société des fêtes, syndicat des cantonniers, etc.

Seulement, quand on vous réclame la taxe de séjour n'oubliez pas de vous renseigner si la commune est autorisée par l'Etat, sinon vous ne devez pas payer et si vous avez payé, vous avez..... des chances... d'être remboursé.

L'Etat aime le respect des obligations..... chez les autres.

Si ces quelques renseignements peuvent être utiles à ceux qui veulent encore bâtir ou planter..... à cet âge..... j'en serai heureux d'autant plus que j'ai pu quelque peu épancher ma bile.

Dr M.

Cinquante-troisième année N° 23 7 Juin 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons a nos abonnes qu'il est nécessaire de nous informer chaque annee de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau
Saint-Gervais Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Pani, Parcé.
Berck-Plage. Bonouier. Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barrand G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Rousin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DEMANDES et OFFRES

N° 180. — Dr méd. génér., accouch. demandé pour Bretagne. Fixe assuré, bel avenir.

N° 181. — Grande ville Ouest, à céder cab., stomatol. datant de 33 ans, titulaire âgé et fatigué se retire. Vente dans très bonnes condit. Ecr. Dr Bachelier, à Poitiers (Vienne).

N° 182. — Dans ville Midi, cab. méd. génér., à céder sans indem. Légère reprise mob. profess. Pressé.

N° 183. — Var. Rég. montagn. 20 km mer, alt. 405 m., doct. ex-méd. de sanat. sa femme ex-institutrice, prendraient en pension 4 enf. tub. (non ouverte) de 4 à 10 ans ; soins maternels et médicaux, instruction. Prix 1.500 par mois.

N° 184. — Seine-Inf. Méd. cessant exercer pour rais. santé, céder. faux cabriolet Citroen B. 14 1928 et cond. intér. Peugeot 9 cv. 1929, en parfait état mécanique.

N° 185. — Cherche assistant docteur, de préfér. anc. ext. ou int., jeune, actif, ayant voiture, pourcentage très intéress. avec minim. garanti 5.000 par mois, grosse clientèle, avec success. éventuelle à son gré. Poste à prendre de suite.

N° 186. — A louer sept. belle villa confort, mod. sur mer. Tennis, garage, gr. jardin. Côte normande. Dr Didier, 4 av. Alphand. Paris (16e).

N° 187. — Plus. nourrices sèches, propreté absolue, campagne. S'adr. Dr Fayolle à Bonnat (Creuse).

N° 188. — Rég. paris., pro-pharmac. plein rendem., pour cause santé. Condit. avantag., grande maison. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 189. — Seine, Gr. ville, méd. génér., radioscop. pavillon avec jardin, à céder avec toute l'install. 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon. 36-46.

N° 190. — Midi. Gr. ville, cab. O. R. L. ancien. import, client, à céder 60.000 avec facilit. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 191 — A céder poste méd. intéress. ds ville prov. Constantine. pr valeur mat. médical. Départ raison famille.

Renseignements

Villa des Sapins, à Ballaigues, près Vallorhe (Suisse). Pension de famille, séjour de repos idéal. Prix modérés. Pas de malades. Ouvert toute l'année. S'adr. Mlle Huber.

Rhumatismes. Les cachets **d'Urophényl** pris à la dose de 2 à 6 par jour constituent le remède de choix, sans aucune contre-indication. Littérature et échantillons sur demande aux Laboratoires de l'Urophényl, L. Crouy, Dr en Pharmacie, à Vernon (Eure.)

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journées médicales belges de 1931.** — Nous rappelons que les Journées médicales de Bruxelles de 1931 s'ouvriront le samedi 20 juin, à 4 heures, dans la salle des séances solennelles de l'Académie Royale, en présence de Sa Majesté la Reine.

Le Professeur Bezançon prendra la parole au nom des délégations étrangères et fera l'éloge de Widal. La conférence inaugurale, médico-littéraire, sera faite par le professeur Vaquez.

En outre des travaux scientifiques, sont prévus : une soirée le 20 juin, une représentation de gala au théâtre royal de la Monnaie le dimanche 21 (au programme : *Le Roi malgré lui*, de Chabrier), un banquet par souscription le lundi 22, à 8 heures, et une excursion à Spa le mercredi 23 juin.

Le prix du banquet est de 100 fr., celui de l'excursion de 100 fr., également. La cotisation est de 75 fr.

La Société nationale des chemins de fer belges et les hôtels de Bruxelles accordent d'importantes réductions aux congressistes, réductions indiquées sur les carnets spéciaux adressés et remis aux adhérents.

— **Réunion amicale du Corps médical girondin.** — Une réunion amicale du Corps médical girondin se tiendra à Podensac, le dimanche 7 juin, sous les auspices de l'Association des médecins de France et de la Fédération des Syndicats.

Le banquet aura lieu à l'hôtel de l'Elysée à 12 h. 30.

— **Société amicale des médecins alsaciens.** — Réunion du 16 mai 1931. Présidence de M. le Dr Munch, vice-président.

Etaient présents : MM. les Drs Bauer, Baumgartner, Blind, Bloch-Wormser, Blum, Bruder, Hahn, Hartmann, Keim, M. le Professeur Lereboullet, Marc Marcus, Levy, Munch, Quirin, Rœderer, Schmidt, Walther, Suz, Weill. S'étaient excusés : M. le Président Frœlich, le Dr Oberkirch, ancien ministre, député de Selestat, le Dr Pfleger, sénateur du Haut-Rhin, MM. les Drs Bing, Gaston Bloch, Claude Fuchs, Heiser, Kalt, Kopff, les Prof. Loeper, Metzger, Anselme Schwartz, Spindler, Teutsch, Trêves, Walser, Wennagel de Strasbourg.

Le bureau pour 1931 est ainsi constitué : Président : Dr Munch ; vice-président, Dr Blind ; secrétaire général, Dr Schmidt ; secrétaire adjoint Dr Quirin ; trésorier, Dr Brucker ; trésorier adjoint, Dr Engel.

Les admissions suivantes sont prononcées : M. le

Prof. Lereboullet, Drs Levy-Coblentz, Rosenthal, Teutsch, Louis Weiller, René Weill.

Le Président Dr Munch, après avoir indiqué les signes auxquels on reconnaît les « vrais Alsaciens » et les précautions prises pour éviter l'entrée à la S. A. M. A. des naturalisés de fraîche date et de sentiments douteux, remercie les Prof. Hartmann et Lereboullet de l'intérêt qu'ils portent à la Société et souhaite la bienvenue aux nouveaux membres.

Le secrétaire général Dr Schmidt fit un court rapport sur la marche de la Société en 1930, sur les manifestations auxquelles elle s'était fait représenter : (Jubilé de M. le Prof. Hartmann, Inauguration du monument Lamartine, Victor Hugo à Strasbourg. Il signale la création à Paris d'une Union amicale d'originaux de province et les services qu'elle est appelée à rendre. Il expose le programme que le Bureau va mettre à l'étude pour 1931. Il prie tous les membres présents et absents de vouloir bien faire connaître leurs suggestions et contribuer ainsi à la prospérité de la S. A. M. A.

— **Le Journée médicale d'Amiens** (21 juin 1931). — La Société médicale d'Amiens organise une 4e Journée médicale qui se tiendra à Amiens, le dimanche 21 juin 1931.

Les médecins, pharmaciens, vétérinaires, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de la région picarde sont invités à prendre part à cette Journée dont ils trouveront ci-après le programme :

A 9 heures. — A la Salle des conférences de l'Administration des hospices, 127, rue de Beauvais, séance de communications et discussion sur : La pathologie du tube digestif, et toutes questions s'y rapportant.

A 11 heures. — Conférence sur : Le rhumatisme, par M. le docteur Mathieu-Pierre Weill, médecin des hôpitaux de Paris.

A 10 heures. — Visite du vieil Amiens, sous la conduite de M. Pierre Dubois (pour les dames). Rendez-vous devant la grande poste, derrière l'Hôtel de Ville.

A 12 h. 1/2. — Déjeuner aux Salons Godbert, rue des Jacobins.

A 14 heures. — Exposition des produits opothérapiques et démonstrations par les représentants des laboratoires spécialisés adhérents.

A 13 heures. — Départ pour Méaulte (en auto-car).

A 16 heures. — Sous la direction de M. le Médecin général Langlois, directeur du Service de santé de la 2e région, démonstrations de relève et d'évacuation de blessés en avion.

Visite des usines d'aviation Henry Potez. Baptême de l'air pour les amateurs.

A 20 h. 1/2. — Au théâtre municipal, soirée de gala offerte par la Société médicale avec le concours de l'Odéon : « Comment l'esprit vient aux garçons », par Jacques Depoigny.

La cotisation est fixée à 60 francs pour les adhérents, et 45 francs pour les associés. Adhésions avant

le 15 juin, auprès de M. le Dr Poulain, 3, rue Marotte, à Amiens.

—**Office de documentation médico-militaire (Liège, Belgique).** *Programme des conférences de* 1931. — L'Office de documentation médico-militaire organise, dès cette année, et comme première manifestation de son activité, un cycle de conférences médico-militaires, à l'issue du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de La Haye.

Ces conférences se donneront à Bruxelles à titre exceptionnel, à l'hôpital militaire, avenue de la Couronne.

Mardi 23 juin, à 14 h. 30 : Ouverture de la session ; à 15 heures : Tactique sanitaire (France) ; à 16 h. 30 : Une question d'organisation du Service de santé colonial (France).

Mercredi 24 juin, à 9 heures : Organisation et emploi tactique des compagnies sanitaires de montagne (Suisse) ; à 10 h. 30 : Une question de bactériologie (Yougoslavie) ; à 14 h. 30. La nouvelle Convention de Genève (Belgique) ; à 16 heures : Le problème des évacuations (France).

Jeudi 25 juin, à 9 heures : Une question d'hygiène militaire (Pologne) ; à 10 h. 30 : Une question de chirurgie d'armée (Belgique) ; à 14 h. 30 : Le droit international dans ses rapports avec le Service de santé (Belgique).

Pour assister à ces conférencess, adresser son adhésion, en indiquant son nom, son grade, sa position militaire, son adresse, à l'Office de documentation médico-militaire, hôpital militaire à Liége (Belgique).

L'inscription est gratuite. Des réductions de transport peuvent être obtenues en s'adressant à l'agence Th. Cook.

— **Ministère de la marine marchande.** *Médecins sanitaires maritimes.* — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène, le 22 juin 1931).

Les dossiers des candidats devront être adressés au ministère de la Marine marchande (Services du travail maritime et de la comptabillé), 24, rue Boccador, Paris-8e.

—**Etablissement Thermal d'Evaux-les-Bains (Creuse).**— L'ouverture de la saison pour le traitement du rhumatisme a eu lieu le 24 mai. La Direction met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du Dr Bernard PUICOUYOUL-LABRUYÈRE avec Mademoiselle Hélène MAILLARD, pharmacien de la Faculté de Paris. La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'Eglise Saint-André-de-Chelles, le 23 mai 1931.

— **Naissance.** — Le docteur SAUTERAUD (de Villefagnan) et Madame nous font part de la naissance de leur fils *Robert-Yves* (19 mai 1931.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 MAI

Enseignement de la médecine.

Concours de l'agrégation des Facultés de médecine.

Arrêté du 19 *mai* 1931.

Art. 1er. — Les dates des compositions des concours de l'agrégation des facultés de médecine qui s'ouvriront le 6 décembre 1931 sont fixées ainsi qu'il suit :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique, médecine générale, chirurgie, chimie, physique. — 1re composition le 6 novembre 1931 ; 2e composition le 7 novembre 1931.

Physiologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie. — 1re composition le 9 novembre 1931 ; 2e composition le 10 novembre 1931.

Art. 2. — Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de huit heures à douze heures.

Service de santé militaire.

Par décret du 16 mai 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les méd. auxil. titul. du brevet de P. M. S. ci-après désignés : (rang 14 mars 1931) Guyonnet-Duperat, 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; (15 mars 1931) Caillet, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; (26 mars 1931) Gouget, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris ; Lamiaud, 9e sect. inf. milit., aff. 9e rég. ; (27 mars 1931) Chalerie, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; (29 mars 1931) Trouette, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

(Rang du 14 mars 1929) Mercereau, ex-lieut. art., centre mob. art. 11, aff. 11e rég. ; (22 mars 1929) Devaux, ex-sous-lieut. inf., au centre mob. inf. 182, aff. rég. Paris.

Par décision du 16 mai 1931 :

De Paulo, méd. lieut. rés. rayé des cadres 17 oct. 1922, à Nantes, est admis à l'honorariat de son grade, à compter jour de sa radiation des cadres.

Par décision du 12 mai 1931 :

Vitu, méd. sous-lieut. rés., rayé cadres le 22 avril 1931, à Malain (Côtes-d'Or), est admis à l'honorariat de son grade à compter du jour de sa radiation des cadres.

22 MAI

Enseignement de la médecine.

Arrêté du 21 mai 1931 modifiant l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des Facultés de médecine.

Art. 1er. — L'article 23 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi après la leçon orale, d'après les notes des deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles au moins égal au double du nombre des emplois mis au concours. »

Art. 2. — L'article 41 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé, complété par l'arrêté du 15 février 1930, est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la composition des jurys des concours du second degré :

. . . .

Chirurgie générale. — 9 membres du jury.

Faculté de Paris. — 4 membres choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

Facultés des départements. — 5 professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

. . . .

Art. 3. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 43 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouverts sous le présent régime pour pourvoir à des places de la faculté pour laquelle ils sont candidats dans les sections auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve. »

Art. 4. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 44 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929, modifié par l'arrêté du 18 juillet 1930, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime :

« 1° Les admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs. Sont considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre de points avant ou *ex-æquo* avec le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque ;

2° Pour les sections ouvertes aux catégories I médecine, J chirurgie, K obstétrique, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés avant le 1er juillet 1929.

La chaire d'hygiène de la faculté de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère du travail, M. le Dr Hitier, de Paris.

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Antibes (Alpes-Maritimes).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 fr. par an. Le titulaire du poste devra obligatoirement résider à Antibes.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Enseignement de la médecine.

M. Duclaux est nommé professeur titulaire de la chaire de biologie générale du Collège de France, en remplacement de M. Gley, décédé.

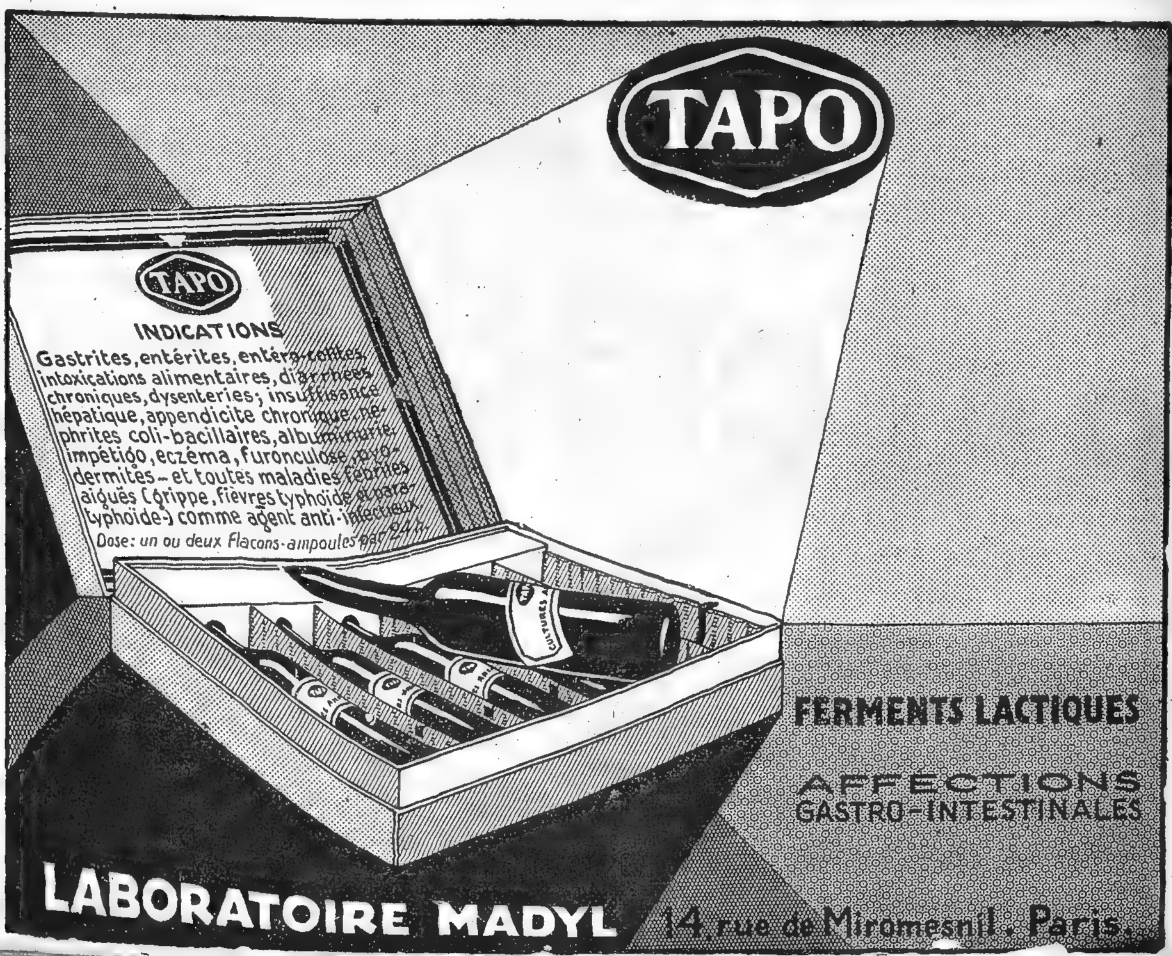
M. Lemaître, agrégé près la Faculté de Paris est nommé professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Sebileau)

Lutte anticancéreuse.

Commission d'examen des demandes de subvention des centres régionaux de lutte contre le cancer.

Est instituée au ministère de la Santé publique une commission chargée d'examiner les demandes de subventions formulées par les centres régionaux de lutte contre le cancer, pour le fonctionnement de leurs laboratoires de recherches scientifiques et de formuler des propositions en vue de la répartition du crédit affecté annuellement à ce fonctionnement.

Art. 2. — Cette commission est composée ainsi qu'il suit : MM. le professeur Quenu, président de la commission du cancer, président ; le professeur Roussy, conseiller technique sanitaire ; le professeur Forgues, directeur du centre anticancéreux de Montpellier ; le professeur Bérard, directeur du centre anticancéreux de Lyon ; le docteur Raynier, inspecteur général des services administratifs ; le docteur



Santenoise, inspecteur général des services administratifs ; Touyéras, chef de bureau du ministère de la santé publique.

M. Géry, sous-chef de bureau au ministère de la santé publique, secrétaire général de la commission du cancer, remplira les fonctions de secrétaire.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin) est vacant, par suite de la nomination de M. le Dr Prince au poste de médecin directeur.

24 MAI

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rouen.

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. par an et peut être porté, par avancements successifs, de 30.000 fr. à 39.000 fr. A ce traitement s'ajoutent une indemnité de 25.000 fr. par an dite « de fonctions », plus d'autres indemnités variables selon les circonstances. Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de 20 jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références, et de leur acte de naissance.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Libre choix du médecin par les assurés sociaux assistés.

11278. — M. Maurice TAILLIANDIER demande à M. le ministre du Travail : 1° si un cotisant régulier aux assurances sociales, malade non hospitalisé, peut être privé du libre choix de son médecin assuré par la loi du fait qu'il appartient à l'assistance médicale gratuite ; 2° si un médecin non attitré de l'assistance médicale gratuite peut donner ses soins aux assurés inscrits à l'assistance médicale gratuite et recevoir de la collectivité les honoraires prévus pour cette catégorie d'assurés (tarif accidents du travail) sans qu'on puisse, d'autre part, lui objecter qu'il deviendra ainsi médecin attitré de l'assistance médicale gratuite, c'est-à-dire se trouvera désormais obligé de donner ses soins indistinctement à tous les inscrits de l'assistance gratuite, assurés ou non, en un mot obligé de devenir, en quelque sorte, médecin fonctionnaire ; 3° si un assuré social, inscrit à l'assis-

tance médicale gratuite, peut recourir aux soins d'un médecin désirant rester totalement indépendant de l'assistance médicale gratuite et qu'il payera lui-même directement, comme tout assuré, en recevant de sa caisse le tarif habituel de responsabilité, mais recourir, cependant, à l'assistance médicale gratuite pour la délivrance gratuite des médicaments prescrits, étant entendu que la rédaction des ordonnances ne contrevient point aux dispositions réglementaires habituelles de l'assistance médicale gratuite. (*Question du 15 janvier* 1931.)

Réponse. — La question de savoir si un assuré bénéficiant de l'assistance médicale gratuite doit être soumis au régime médical de l'assistance ou au régime médical de l'assurance — ces deux régimes étant différents, notamment sur la question du libre choix du médecin, mais également sur d'autres points — est actuellement à l'étude. Elle a été examinée par une commission interministérielle et les difficultés d'interprétation et d'application de l'article 59 de la loi sur les assurances sociales vont être résolues par un projet de loi qui sera incessamment déposé.

(*J. O.*, 6 mai 1931.)

Application de la loi sur les assurances sociales aux pupilles de l'assistance publique.

732. — M. Darteyre, sénateur, demande à M. le ministre du Travail, en raison de l'absence de toutes directives données aux médecins du service des enfants assistés de la Seine pour assurer le fonctionnement de la loi des assurances sociales dans ce service : 1° comment les pupilles de l'assistance publique de la Seine pourront toucher l'indemnité maladie auprès de la caisse primaire à laquelle ils sont affiliés, en l'absence de tout certificat médical ; 2° comment, en l'absence de cette pièce essentielle, l'assistance publique se fera rembourser la part représentative des frais médicaux et pharmaceutiques due par la caisse en cas de maladie à ses pupilles assurés obligatoires ; 3° si l'absence de liaison entre la caisse et l'administration de l'assistance publique ne semble pas susceptible d'entraîner des abus, tel que le payement d'honoraires à la fois par la caisse et par l'assistance publique pour le même acte médical. (*Question du 17 février* 1931.)

Réponse. — Une circulaire du ministre de la Santé publique du 26 novembre 1930 a précisé les conditions d'application de la loi sur les assurances sociales aux pupilles de l'assistance publique. D'autre part, le directeur général de l'administration générale de l'assistance publique de Paris a indiqué, dans une circulaire du 16 avril 1931, les mesures à prendre pour l'application de la loi du 30 avril 1930 aux pupilles de l'assistance publique du département de la Seine.

Il résulte tant de ces circulaires que des dispo-

Voir la suite page LXIII-1871

PROPOS DU JOUR

Le triomphe du bon sens

L'orientation et la sélection professionnelles au Comité national d'études sociales et politiques

Depuis bien des années, nous nous intéressons à l'orientation et à la sélection professionnelles, et ce n'est pas sans inquiétude que nous avions constaté les excès de certains esprits simplistes qui, doués d'une conviction, sincère certes mais excessive, prétendaient aiguiller, avec une certitude presque mathématique, un adolescent vers la profession qu'il serait plus apte à exercer. La question toujours de plus en plus intéressante a été soumise à une discussion d'une vaste ampleur entre les personnes les plus compétentes, dans une séance du *Comité national d'études sociales et politiques* à la Cour de Cassation, sous la présidence de M. le Prof. MARCHOUX, de l'Institut Pasteur. Nous avons pu nous rendre compte de quelle prudence, de quelles réserves, de quelle mesure ceux qui se consacrent à l'étude et à l'application méthodique de l'orientation et de la sélection professionnelles, font preuve en abordant l'examen de ces délicates questions, et nous pouvons affirmer qu'en écoutant cette discussion, nous avons assisté au triomphe du bon sens.

Notre très distingué maître et ami, le Dr Paul SOLLIER, professeur à l'Institut des Hautes-Etudes de Bruxelles, a, dans un remarquable parallèle entre l'orientation professionnelle et la sélection professionnelle, posé nettement la question.

L'orientation a pour rôle de conseiller aux jeunes gens le travail qui paraît le plus conforme à leurs *aptitudes* ou de les dissuader de s'engager dans celui qu'ils désirent entreprendre si leurs aptitudes ne sont pas adéquates. La sélection a pour but d'attribuer au travailleur adulte la tâche *reconnue* la plus conforme à ses *capacités*.

Le problème de l'orientation est d'ordre familial et *social* ; il intéresse surtout l'individu et son avenir. Celui de la sélection est d'ordre *économique* ; il intéresse surtout et immédiatement l'employeur.

Tandis que la sélection s'opère sur des adultes à personnalité formée qui sont déjà des travailleurs, l'orientation s'adresse à des adolescents de 13 à 15 ans, en vue de la *transformation* de leur personnalité physique et psychique, adolescents qui ne se sont jusqu'alors livrés à aucun travail professionnel.

Dans l'orientation, on recherche les aptitudes, *tendances* évoluant vers des capacités ; dans la sélection, on constate un *état* défini de capacités. Les conditions préalables des recherches sont dans l'orientation d'ordre général, global, et ont trait à de multiples métiers, professions, emplois ; elles exigent dans la sélection une connaissance précise, analytique, des opérations ergologiques.

On doit tenir compte, dans l'orientation, de la volonté des parents, des vocations qui se prétendent irrésistibles, des facteurs ethniques, géographiques, sociaux, économiques, technologiques, physiologiques et psychologiques, du degré d'instruction. Il n'y a dans la sélection aucune condition limitative.

Dans l'orientation, on doit procéder à des informations scolaires et familiales, à l'observation du caractère, de l'intelligence, du comportement général, à l'examen physique et médical qui doit être éliminatoire, à l'examen *psychologique* par des tests mentaux généraux.

Dans la sélection, l'information et l'observation sont morales et sociales, l'examen médical est éliminatoire et doit être accompagné d'un examen *psychotechnique*, consistant en épreuves psycho-professionnelles.

La conclusion de l'orientation est le *pronostic* de l'évolution future du sujet, basé sur un *jugement* qualitatif et subjectif dont le contrôle est éloigné, aléatoire et souvent impossible.

La conclusion de la sélection est le *diagnostic* de l'état *actuel* du sujet, basé sur une *mesure* quantitative et objective, à vérification immédiate.

Dans l'orientation, les critères du contrôle sont la satisfaction que le sujet éprouve du métier qu'il a choisi, sa stabilité dans l'emploi qui lui a été donné, la satisfaction de son employeur,

→→

facteurs dont les interprétations peuvent être variées. Le critère de la sélection est une constatation brutale, le rendement effectif de l'ouvrier.

L'orientation peut s'exercer dans les écoles ordinaires ou les écoles professionnelles, dans les offices publics d'orientation professionnelle. La sélection se fait dans les entreprises et les laboratoires psychotechniques.

Les conseillers de l'orientation sont les instituteurs, les auxiliaires du service social, les psychologues ; ceux de la sélection, des psychotechniciens (psychologues, physiologistes, médecins d'usine, ingénieurs.)

M. P. Sollier conclut, en faisant remarquer qu'on a tort de confondre souvent la sélection et l'orientation ou d'opposer l'une à l'autre. Elles ne sont ni *semblables*, ni *opposées*, elles sont *différentes* et sous tous les rapports.

Les principales critiques qu'on fait à l'orientation, et elles sont fondées, sont :

1° L'âge de l'enfant où elle se pratique, époque de la vie où l'adolescent évolue physiquement et mentalement et où il est difficile de prévoir ce que sera cette évolution ;

2° L'insuffisance d'un seul examen, où les causes d'erreur sont nombreuses et l'incertitude où l'on se trouve quand à l'évolution future et progressive du sujet ;

3° La connaissance insuffisante des divers métiers par ceux qui ont la prétention d'orienter ;

4° Enfin l'incertitude où l'on reste sur les résultats réels qu'on croit avoir obtenus.

Il en résulte la nécessité de répéter des examens au cours de l'apprentissage de façon à changer l'orientation, s'il y a lieu; mais, dans ce cas, le sujet ayant déjà travaillé à un métier, on pratique une sorte de présélection. L'orientation professionnelle rencontre ici la sélection et lui cède le pas.

La sélection professionnelle offre moins de prise à la critique, mais n'en est pas absolument à l'abri. Elle exige l'application de procédés nombreux et variés pour chaque opération du métier, procédés qu'on s'efforce le plus possible de simplifier.

On a voulu faire de l'orientation professionnelle une science spéciale et lui donner une importance disproportionnée avec son rôle et sa réelle valeur. Il faut réagir contre cette tendance. Elle n'est qu'une étape de l'étude du facteur humain ; la sélection professionnelle doit lui succéder, la compléter et c'est à tort que jusqu'à ce jour, on l'a négligée en France. Orientation et sélection relèvent toutes d'une véritable science appliquée, dont les applications sont de plus en plus variées et qui étudie le facteur humain, la psychotechnique.

Après ce magistral exposé du Dr Paul Sollier, M. Perré, directeur de l'office d'orientation professionnelle du département du Rhône, a pris la parole. Il a défendu avec prudence et réserves l'orientation, car il nous a paru être d'accord en général avec M. Sollier.

Il a souligné l'incertitude des examens dans la sélection professionnelle. La témérité du sujet par exemple lui servira au cours des épreuves de l'examen, elle lui nuira au cours d'un travail régulier. L'orientation est très utile ; il est nécessaire par exemple et très souvent d'influencer la volonté des parents qui s'illusionnent dans le choix de la profession de leurs enfants. On ne peut rien contre les vocations irrésistibles, mais elles sont bien rares. On doit se maintenir sur le terrain des certitudes, utiliser l'examen médical et l'appréciation des maîtres pour détourner l'enfant d'un métier qu'il ne saurait remplir. Il est encore possible de conseiller un enfant qui n'a aucun but.

La sélection a, tout autant que l'orientation, sa part de subjectivité et chez elle encore, les erreurs sont possibles. La sélection est appelée à compléter l'orientation. M. Perré est convaincu que l'orientation peut diminuer le nombre des accidents et des maladies professionnels. On détournera, par exemple, un adolescent, prédisposé à certaines maladies, de métiers qui fatalement pourraient aggraver son état.

M. Perré a conclu que l'orientation professionnelle a un champ très vaste devant elle ; qu'appliquée avec méthode et sagesse, elle peut être utile, que ses jugements seront au besoin réformés par la sélection.

Le Prof. Chauffard a fait à son tour remarquer qu'il fallait distinguer, dans l'étude des orientations, celles qui s'appliquaient aux métiers manuels où le bilan physiologique était surtout important, et celles qui s'appliquaient aux carrières intellectuelles où le bilan psychologique devait être prédominant. Dans le choix d'une carrière intellectuelle, le meilleur agent d'orientation est à son avis le père de famille. On ne saurait établir à ce sujet de règles générales dans l'enseignement secondaire, où tout se borne à des cas d'espèces.

Le Dr Monsaingeon, président de la Fédération des familles nombreuses, et qui a fait les plus intéressantes études et observations sur ses

onze enfants, a approuvé complètement les conclusions de M. P. Sollier.

Les variations psychologiques chez les enfants sont très fréquentes et même constantes. Les épreuves des tests donnent chez le même sujet des résultats différents, non pas d'un jour à l'autre, mais d'une heure à l'autre ; il en a fait l'expérience chez ses propres enfants. Il faut être d'une extrême prudence dans ses conclusions. Ce qui paraît le plus nécessaire, c'est d'éduquer les parents, c'est de multiplier, de rendre plus intimes les rapports des familles et des éducateurs.

M. Pierron, professeur au Collège de France et directeur de l'Institut d'orientation professionnelle, fait remarquer qu'en matière humaine, les erreurs sont toujours possibles et importantes. Il doit se produire une véritable intrication de l'orientation et de la sélection. Peut-on vraiment apprécier ce que valent les examens et les concours ? Nous devons nous efforcer de contrôler le mieux possible les jugements et les pronostics de l'orientation et ce contrôle, si grande soit son imperfection, peut diminuer dans une proportion appréciable les erreurs et par suite être utile à la société.

Les observations faites au cours de l'orientation et de la sélection n'ont pas été scientifiquement inutiles, elles nous ont donné la certitude qu'il n'y a pas une mémoire, une attention, une intelligence mais des manifestations mnémoniques, attentives, intellectuelles. Ces facultés ne forment pas des entités, mais sont des manifestations variées et très complexes qui ne permettent par de porter facilement des jugements sûrs.

M. le Prof. Marchoux rappelle à ce propos le cas de Pasteur qui, jugé incapable de poursuivre des études scientifiques à Paris à la pension Barbet, retourna chez lui, se consacra durant quelques temps au dessin et à la peinture, puis revint à Paris, reprit l'étude des sciences et fournit la carrière que tout le monde connaît.

M. Luc, sous-directeur de l'Enseignement technique, regrette le scepticisme du Dr P. Sollier sur les résultats de l'orientation professionnelle. Le scepticisme est à son avis plus dangereux que l'excès de confiance. Les efforts, faits de tous les côtés en faveur de l'orientation, méritent d'être encouragés et ce n'est pas sans utilité que 120 offices d'orientation travaillent à résoudre ces problèmes et ont examiné plus de 20.000 enfants. On peut, en examinant, un sujet trouver des contre-indications précises pour tel ou tel métier. Les indications doivent être extrêmement prudentes et ne peuvent être précises. Il convient de se rendre compte de la réalité des choses et de tâcher de remédier au désordre qui règne, tant dans le milieu manuel que dans le milieu intellectuel. Un danger de la sélection est de mettre sur le pavé des travailleurs inhabiles, mais qui ont déjà un métier et d'augmenter le nombre des sans-travail qui constituent un danger social. L'orientation professionnelle s'efforce de parer à ce danger en éliminant de la profession l'incapable avant qu'il ne l'ait adoptée.

Le désordre est grand. Si sommaires, si imparfaits que soient les moyens d'orientation dont on dispose, on doit s'en servir et la collaboration de tous éducateurs, professionnels, familles, médecins est d'une grande importance. M. Luc considère que le rôle du médecin devrait être surtout considérable et qu'il conviendrait de l'accroître.

M. Lahy, directeur du laboratoire des Hautes Etudes, démontre la valeur des tests pour certaines professions. Ainsi, l'examen au moyen de tests des radiotélégraphistes de la marine qui, malgré la sélection très sérieuse faite par les médecins oculistes, laissait un déchet de 30 à 45 %, a réduit les non-valeurs à 12 ou 14 %.

On ne pourra obtenir davantage car, comme toute découverte humaine, la méthode des tests ne peut être parfaite.

Dans la T. C. R. P., dans certaines compagnies de chemins de fer, l'orientation et la sélection ont donné des résultats remarquables. Elles ne peuvent être appliquées sans danger que dans les grandes entreprises où l'on peut donner une occupation appropriée à ceux qui sont jugés incapables de bien remplir la profession primitivement adoptée.

Madame Lebrun (Vérine), qui a fondé la si intéressante œuvre de l'Ecole des parents, insiste sur la nécessité de multiplier les examens par tests et de les varier. Elle indique l'avantage qui peut résulter de la consultation intellectuelle en permettant de redresser à temps des arriérés. Elle montre jusqu'où peut aller l'aveuglement des parents qui s'illusionnent sur les capacités de leurs enfants, et proclame la nécessité d'amener la collaboration plus étroite des éducateurs, des enseigneurs et des familles.

D'autres orateurs prirent ensuite la parole, et certains vinrent étayer de leur propre expérience les affirmations de Madame Lebrun.

En somme, tous les orateurs n'ont pas paru diverger très sensiblement d'opinion avec le

Dr Paul Sollier : tout au plus ces divergences ont consisté en de simples nuances.

Il ne faut demander à l'orientation professionnelle que ce qu'elle peut donner. Secondée, prolongée par la sélection professionnelle, elle est indiscutablement utile, mais il ne faut pas étendre son domaine au delà des limites du raisonnable. Elle peut être efficace, devenir nécessaire, mais ses résultats seront toujours aléatoires et imparfaits. Comme l'a fait remarquer M. Paul Sollier dans ses conclusions, l'orientation professionnelle, pas plus d'ailleurs que la sélection professionnelle, ne saurait constituer une science, surtout une science exacte. Tout le monde a été de cet avis dans la séance organisée par le Comité national d'Etudes sociales et politiques : aussi avons-nous pu affirmer que cette discussion a été le triomphe du bon sens.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

APPLICATION DE LA SCLÉROSE DES VARICES AU TRAITEMENT DE LA LIPOARTHRITE SÈCHE DES GENOUX

Par

F. Coste,

Médecin des hôpitaux de Paris,

J. Lacapère,

Ancien chef de clinique.

Il est fréquent de voir coexister avec la lipoarthrite sèche des genoux des dilatations variqueuses, parfois très importantes, étendues à toute la hauteur du membre inférieur, d'autres fois plus discrètes et particulièrement nombreuses et agglomérées dans la région articulaire ou à son voisinage (surtout au niveau du creux poplité). Il était tentant, en raison des bons résultats obtenus dans ce type d'arthrose à l'aide de certaines injections para-articulaires (de lipiodol par exemple), qui provoquent sans doute des modifications circulatoires locales, de rechercher si la sclérose des varices selon la méthode de Sicard, procurait, elle aussi, des succès. L'expérience a été faite à notre connaissance par Zimmer, de Berlin, qui, dans le *Bulletin* de la Société allemande pour la lutte contre le rhumatisme (H. 2), rapporte huit observations à son sens concluantes. Il s'est servi de *varicophtin* (chlorure de sodium en solution à 20 %).

Voici quatre observations qui corroborent l'opinion de Zimmer. La sclérose des varices a été obtenue à l'aide de solutions de *salicylate de soude* à 20, 30 ou 40. %.

Mme Gr..., 68 ans.

Souffre des genoux depuis 5 ans ; la marche, la descente des escaliers sont particulièrement douloureuses. Les extrémités articulaires des deux genoux sont volumineuses, et la synoviale un peu empâtée ; la mobilisation passive fait percevoir de gros craquements, elle est douloureuse, bien que l'amplitude des mouvements demeure à peu près normale.

Trois vaccinations de Ponndorf, bien que suivies de réactions locales et générales, ne donnent aucun résultat.

On entreprend alors la sclérose des varices à gauche, où il existe des dilatations tronculaires importantes particulièrement à la jambe. La première injection provoque une poussée de veinite très étendue, et sclérose d'un bloc toutes les dilatations variqueuses : les douleurs et la gêne fonctionnelle peuvent être considérées comme guéries depuis lors (mai 1930), et la malade n'en a pour ainsi dire plus souffert.

II. — Mme La....., 55 ans, obèse.

Double lipoarthrite des genoux, — lombalgie — (sans signe radiologique précis de rhumatisme vertébral).

Amélioration par le lipiodol périarticulaire et dans les muscles lombaires.

Puis rechute des douleurs au bout de quelques mois.

La sclérose des varices (d'importance moyenne)

procure un bénéfice rapide et met fin à une période douloureuse qui durait depuis 2 mois.

III. — Mme Da..., 54 ans.

Arthrite sèche de la hanche droite dont elle souffre depuis 2 ans. Les deux membres inférieurs sont le siège de varices importantes.

Les deux genoux sont craquants et un peu déformés mais seul le gauche est douloureux.

Un traitement prolongé par la radiothérapie, les injections d'iodhéma, l'opothérapie ovarienne, l'extension discontinue du membre inférieur améliorent l'état fonctionnel de la hanche (qui pourtant est le siège de grosses lésions ostéophytiques).

Par contre le genou gauche reste douloureux et crée une entrave sérieuse à la marche ; on entreprend alors la sclérose des varices à gauche ; celle-ci est obtenue après 3 injections et entraîne une quasi disparition des douleurs et une amélioration qu'aucune thérapeutique n'avait jusqu'alors procurée à cette femme.

IV. — Mme Ro..., 45 ans.

Depuis quelques mois, algie sciatique haute ; douleurs dans le pied — et enfin lipoarthrite discrète du genou gauche. Il existe de volumineux paquets variqueux dont la sclérose fait disparaître à peu près complètement les douleurs et la raideur du genou.

Nous ne formulerons aucune conclusion définitive : il faudrait posséder une expérience plus étendue pour apprécier la valeur de ce procédé thérapeutique. Dans un autre cas (il est vrai douteux quant au diagnostic le lipoarthrite), la sclérose de varices n'a rien donné.

Y a-t-il un rapport de cause à effet entre les varices et la lipoarthrite ?

Il est difficile de répondre, et le succès, dans cette affection, d'un traitement local, qui provoque des modifications circulatoires et remanie peut être aussi les lésions ne prouve pas grand chose. Cependant, il serait assez tentant d'admettre que les mauvaises conditions trophiques, où se trouve placé le membre variqueux, interviennent, à côté d'autres facteurs dyscrasiques ou mécaniques, dans le déterminisme de l'arthrose du genou.

Au point de vue pratique, il nous semble qu'il n'y a jamais d'inconvénient (mises à part, les contre-indications générales de la thérapeutique sclérosante, telles que l'existence d'une phlébite antérieure des veines profondes) à commencer le traitement d'une lipoarthrite par la cure radicale des varices, qui accompagnent, une fois sur deux au moins, cette détermination articulaire.

Nos observations, et celles de Zimmer montrent, qu'on procure ainsi parfois aux malades une amélioration remarquable et prolongée.

Même si ce bénéfice immédiat n'est pas obtenu, on les soulage des troubles fonctionnels souvent pénibles, qui font cortège aux varices ; on améliore la circulation de leurs membres inférieurs et on les met dans des conditions plus favorables pour le traitement ultérieur de leur lipoarthrite.

LA RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URÈTRE PÉRINÉAL

Par le Dr L. Boulanger,

Assistant à l'Hôpital d'urologie.

Constante dans la cause qui la produit, constante dans sa symptomatologie ; constante dans la ligne de conduite qu'elle dicte, la rupture traumatique de l'urètre périnéal revêt une allure des plus caractéristiques, lui imprimant une physionomie toute spéciale, ce qui permet d'en donner une description nette et concise.

La rupture traumatique de l'urètre périnéal est toujours causée par une chute à califourchon sur un corps dur et étroit, d'où résulte l'écrasement de l'urètre entre le corps contondant et l'ogive pubienne.

Trois symptômes intimement liés les uns aux autres, triade symptomatique indissoluble, permettent d'en faire aisément le diagnostic, ce sont :

Urétrorrhagie ; tumeur périnéale ; rétention d'urine.

On en comprend facilement la pathogénie.

L'écrasement de l'urètre détermine une abondante hémorragie, laquelle est, d'une part, la source de l'urétrorrhagie, et d'autre part, la cause de la tumeur périnéale par épanchement de sang dans les parties molles.

La rétention d'urine en est la conséquence.

Si bien donc, que par la seule connaissance de la nature de l'accident, de sa cause et des symptômes qui se sont manifestés à sa suite, on peut, sans voir le blessé, et à distance, faire le diagnostic d'une rupture traumatique de l'urètre périnéal, ce qui, au point de vue pratique, a une réelle importance, car permettant, sans perte de temps, de faire transporter le malade là où pourra être mis à exécution le traitement opératoire, le seul de mise en pareille occurence, et auquel il devra être procédé d'urgence.

Mais avant de dire ce qu'il faut faire, il ne me semble pas inutile de dire ce qu'il ne faut pas faire.

Ne pas sonder le malade, comme on pourrait être tenté de le faire afin de faire cesser la rétention d'urine.

Il ne faut pas céder à cette tentation pour les raisons suivantes :

Le cathétérisme échouera fatalement ; la continuité de l'urètre n'existant plus, la sonde ne s'engagera pas dans le bout postérieur du canal, mais s'égarera dans l'hématome périnéal et n'aura d'autre résultat que de l'infecter, (on sait avec quelle facilité s'infèctent les caillots), d'où résultera la formation d'un abcès qui, ouvert spontanément ou chirurgicalement, sera le point de départ d'une fistule dont la fermeture sera longue et difficile à obtenir ; la chirurgie des fistules étant des plus ingrates et des plus décevantes. Le travail de réparation des tissus traumatisés se fera par la formation d'un tissu cicatriciel, rétractile, qui produira dans l'urètre un rétrécissement, dont la nature procédera de la nature même du tissu qui lui donne naissance, en aura, par conséquent, la dureté l'inextensibilité et la persistante tendance à la rétractilité ; aussi, ce rétrécissement cicatriciel très différent du rétrécissement blennorrhagique inflammatoire, sera-t-il pour ainsi dire indilatable ; et, malgré tous les traitements employés, c'est avec peine que l'on arrivera à donner seulement à l'urètre une largeur très moyenne, et qu'on ne parviendra à la maintenir qu'au prix de soins incessants.

On voit quelle peut être la gravité de la rupture traumatique de l'urètre périnéal et de ses conséquences ; ce qui a fait dire qu'elle est un des accidents les plus redoutables, qui puissent arriver à un homme, chose très exacte à moins toutefois que n'ait été mis à exécution le traitement opératoire que voici :

Ce qu'il faut faire : c'est d'établir, d'urgence et sans avoir tenté aucune autre manœuvre, une urétrostomie périnéale, par laquelle le malade urinera pendant plusieurs mois, en ourlant à la peau les débris de la muqueuse urétrale ; ce qui a pour but et pour effet, en les doublant d'un tissu habitué au contact de l'urine, de soustraire les tissus du périnée au contact sclérosant de l'urine, qui les rend impropres aux avivements et aux sutures, et dont on demandera ultérieurement la fermeture à une autoplastie à volets, pratiquée avec des tissus demeurés souples et propices eux, aux avivements et aux sutures.

En outre de la rupture traumatique de l'urètre périnéal dont il vient d'être parlé, rupture complète à laquelle doit être réservée la dénomination de rupture de l'urètre, — il existe des ruptures incomplètes de l'urètre.

Ces ruptures incomplètes ont toujours pour cause un traumatisme périnéal n'ayant toutefois pas été d'une violence suffisante pour amener l'écrasement total de l'urètre, mais y ayant causé une brèche plus ou moins étendue suivant la violence du choc.

Les symptômes sont eux-mêmes proportionnés à l'importance du traumatisme. L'hémorragie est peu abondante, se réduisant parfois à un suintement sanguinolent, qui disparaît de lui-même, ou, s'il se prolonge, cesse par l'installation d'une sonde à demeure, facile à placer, puisque la continuité de l'urètre est conservée.

Il n'y a pas de rétention d'urine. Comme suite éloignée, il y a formation d'un rétrécissement plus ou moins serré, mais qui, le plus habituellement, n'est pas au-dessus des ressources de la dilatation, car il n'occupe qu'une fraction minime de la paroi urétrale.

LA PLACE DE LA RÉÉDUCATION DANS LA THÉRAPEUTIQUE (1)

Par G. de PARREL,

Directeur du Centre de rééducation
pour les déficients de l'ouïe et de la parole
et pour les retardés psychiques.

L'état de santé et d'équilibre physiologique implique la coordination harmonieuse et la discipline souple de l'organisme.

Inversement, toute lésion ou déformation congénitale ou acquise, toute habitude vicieuse, tout entraînement mal réglé, détermine dans le domaine correspondant une insuffisance, une déviation ou une arythmie fonctionnelle.

La *rééducation* a pour but le redressement de ces anomalies fonctionnelles par des exercices méthodiques.

Cette méthode thérapeutique peut parfois remplacer tous les autres traitements, mais en général, elle intervient avant, pendant ou après la mise en œuvre des procédés chirurgicaux, électro-radiologiques, médicaux, héliothérapiques, thermaux, etc.

(1) Cet article constitue la préface de chacun des dix volumes de la *Collection des manuels de rééducation*, dirigée par le Dr de PARREL et éditée par G. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon.

N. D. L. R.

Ni les médecins, ni les éducateurs, ni les déficients eux-mêmes ne doivent ignorer les bienfaits de cette incomparable puissance rénovatrice.

***

Les formes de rééducation

La *rééducation motrice* a pour objet la coordination des mouvements interrompus ou perturbés par une lésion quelconque, centrale ou périphérique, en rétablissant le lien qui doit exister entre la perception consciente et la volonté. C'est sur les muscles qu'il faut agir, muscles fondamentaux ou muscles suppléants.

La rééducation motrice, en rétablissant les contractions musculaires par des exercices appropriés, arrive à rétablir en même temps les fonctions des cellules nerveuses, dont dépendent nos centres moteurs de coordination.

Normalement, les mouvements intentionnels s'acquièrent progressivement et sans grande difficulté, car la coordination des mouvements exécutés ne rencontre aucun obstacle le long des voies conductrices, centripètes et centrifuges.

Cette transmission se fait chez tous les êtres vivants de façon identique : elle commence par les cellules périphériques, cellules sensitivo-sensorielles, parcourt les voies centripètes, sensitives ou motrices, rejoint les cellules centrales motrices, centres de coordination, et de là, par les voies centrifuges, arrive aux fibres musculaires, qui, par leur contraction, exécutent le mouvement voulu.

L'*enfant*, en dehors de ses fonctions végétatives, n'arrive pas du premier coup à exécuter les mouvements intentionnels ; il lui faut un apprentissage plus ou moins long pour les réaliser avec précision : son faisceau pyramidal ne semble se développer complètement que vers l'âge de cinq ans. Jusque-là une éducation rationnelle et progressive est nécessaire. Mais comme cette éducation est souvent déficiente et incomplète, *éducation et rééducation se mêlent presque toujours, quand il s'agit de l'enfant.*

A toute époque de la vie, pour exécuter un travail quelconque (piano, escrime, natation), il faut adapter les centres moteurs à l'exercice en cause et créer les mouvements coordonnés correspondants. C'*est de l'éducation.* Mais quand les mouvements ont subi une perturbation et qu'il faut rétablir l'ordre fonctionnel, c'est de *rééducation* qu'il s'agit.

Le mécanisme de la rééducation est un mécanisme complexe comprenant dans son champ d'influence tous les organes qui forment le mécanisme même de la coordination : le cerveau, le bulbe, la moelle épinière, les nerfs centrifuges et centripètes, les muscles, les articulations.

On sait avec quelle tyrannie s'imposent à chacun de nous les habitudes motrices qui sont les éléments de notre activité quotidienne. Bien plus tyranniques encore sont les habitudes morbides, nées de l'obsession. Le malade est enfermé dans des habitudes motrices comme dans un cercle fatal. C'est contre ces habitudes que doit intervenir la *rééducation psychomotrice.* Cet acte que le patient ne peut accomplir, il faut que le thérapeute le lui fasse exécuter ; ce geste, dont le malade ne peut s'abstenir, il faut que le thérapeute l'empêche de l'exécuter.

S'il s'agit d'une phobie inhibitoire, il faut, peu à peu, entraîner le malade à vaincre la résistance intérieure qui empêche l'accomplissement de l'acte. C'est, pourrait-on dire, de la *psychothérapie active.*

Parmi les affections du système nerveux qui sont justiciables de la rééducation motrice, citons : l'ataxie locomotrice, l'hémiplégie, les paralysies flasques (polynévrites et séquelles de poliomyélite), les paraplégies spasmodiques, la maladie de Little, les crampes professionnelles, la chorée et les tics.

Quant à la *psychothérapie*, elle s'adresse aux troubles de l'émotivité, de la volonté, de la confiance, c'est-à-dire aux phobiques, aux hésitants, aux grands surmenés, aux déficients sensoriels, aux déprimés. De façon générale, toutes les psycho-névroses et tous les déséquilibres fonctionnels sont justiciables de la *rééducation psychothérapique.*

Faut-il parler de la *rééducation respiratoire* ? C'est une méthode admirable, dont les bienfaits ne se comptent plus. Elle consiste à rétablir, à développer, à surveiller et à maintenir le jeu physiologique normal de l'appareil respiratoire et phonatoire. C'est la meilleure façon de sauvegarder le poumon, la voix parlée et chantée et pour tout dire, l'équilibre de la santé.

Non moins importante est la *rééducation morpho-fonctionnelle* des *obstrués du nez et du pharynx,* de tous les respirateurs buccaux et, en particulier, de ceux qui sont atteints de glossoptose. Le déséquilibre de l'esthétique faciale se manifeste par le retrait du menton, l'air hébété, par des irrégularités importantes des arcades dentaires, par certains troubles de déficience psychique et par tout cet ensemble de symptômes si minutieusement décrits par Pierre Robin.

La rééducation de ces glossoptosiques est réalisée par le port d'appareils amovibles de redressement, qui obligent les organes en cause à reprendre peu à peu leur place. C'est une véritable rééducation maxillo-faciale qui s'opère, qui dégage progressivement le confluent vital fonctionnel et rétablit le libre jeu de la respiration.

L'audition et la parole jouent dans la vie sociale, professionnelle et familiale un rôle prééminent. On conçoit tout l'intérêt que comportent les efforts de rééducation qui ont pour objet la *récupération, même partielle, de l'ouïe* et le *redressement des troubles de l'élocution.*

Et que dire de l'importance primordiale pour une nation de se libérer des charges si lourdes que représente l'entretien des *arriérés et de déficients psychiques* ? La rééducation appliquée selon des techniques précises permet de porter secours à beaucoup de ces infirmes mentaux, de leur donner une instruction en rapport avec leur degré de réceptivité pédagogique et de leur apprendre un métier, qui les rendra partiellement ou totalement indépendants par le travail.

La mise en œuvre de procédés de suppléance apporte à certaines catégories d'infirmes une aide précieuse ; nous n'en voulons pour exemple que la *lecture sur les lèvres* qui maintient en contact avec leur entourage familial et professionnel les grands sourds et les sourds-muets. C'est le plus puissant des palliatifs à la plus lourde des infirmités.

Quant à la *rééducation de la voix chantée*, ses indications sont malheureusement trop fréquentes parmi les professionnels et les amateurs du chant, du fait de l'invraisemblable fantaisie technique qui préside à l'enseignement de cet art difficile. Le nombre de malmenés et de surmenés de la voix est incalculable et on doit espérer que, dans un avenir prochain, cet enseignement deviendra vraiment scientifique et rationnel.

Somme toute, les rééducations peuvent être réparties en quatre grands groupes : les *rééducations motrices*, qui ont pour effet de corriger ou de développer, au moyen d'exercices appropriés, les fonctions motrices ou d'équilibration dont le mécanisme a été troublé par une affection acquise ou une altération congénitale, les *rééducations psychiques*, souvent associées aux précédentes, et qui s'adressent aux troubles mentaux et émotifs, les *rééducations morpho-fonctionnelles* qui visent au rétablissement de l'équilibre fonctionnel du complexe facio-cranio-vertébral, les *rééducations sensorielles* qui ont pour but la récupération de l'audition, de l'olfaction, du toucher, de la vision et du goût.

* * *

Vue d'ensemble sur la rééducation

Qu'il s'agisse de tabes, de maladie de Little, de bégaiement, de neurasthénie ou de phobies, de psycho-névroses ou de déséquilibres fonctionnels, d'atrophie musculaire ou d'arthrite ankylosante, de dysmorphose facio-cranio-vertébrale, d'insuffisance respiratoire, de perforation de la voûte palatine ou de parésie du voile, de surdité, de dyslalie ou de dysphonie, que sais-je encore, toujours intervient, après le geste chirurgical, prothétique ou physiothérapique, la rééducation fonctionnelle, méthodiquement et patiemment appliquée, suivant des principes directeurs très nets, conformément à une technique parfaitement définie.

Peut-être certains médecins, ainsi que la plupart des éducateurs et des déficients eux-mêmes, n'ont-ils pas une conception suffisamment claire de l'infinie variété des moyens d'action que nous offre la thérapeutique fonctionnelle dans tous les départements pathologiques où elle a acquis droit de cité ? De leur côté, beaucoup de chirurgiens, après avoir accompli les réparations ou libérations opératoires qui s'imposent, considèrent leur tâche comme terminée ou se contentent d'énoncer, sans grande conviction, quelques conseils très imprécis sur les exercices rééducateurs à pratiquer. Il est incontestable qu'une adénectomie ou une turbinectomie, qui n'est pas complétée par des mouvements réglés de gymnastique respiratoire nasale, ou une urano-staphylorraphie non suivie de pratiques orthophoniques, ne résout pas le problème respiratoire ou phonétique posé. Le malade continue à mal parler, à mal respirer et à nasonner.

Avons-nous affaire à un trouble de l'audition, relevant de lésions cicatricielles post-otorrhéiques ou post-catarrhales de l'oreille moyenne ? La mobilisation aérienne, l'iodure, les insufflations d'air ou de vapeurs sulfureuses, etc., ne suffisent pas à récupérer le capital acoustique ; il faut essayer de rééduquer les organes d'accommodation auditive par des exercices méthodiques et de soumettre à un régime spécial d'entraînement les facultés d'attention et d'interprétation mentales. Combien de médecins et même de spécialistes croient encore qu'un tympan cicatrisé ou une caisse asséchée représentent le terme ultime de leur action thérapeutique.

Et que dire des convalescents des affections de la plèvre ou du poumon et des blessés du thorax ? N'ont-ils pas droit, eux aussi, au bénéfice incomparable de la rééducation respiratoire méthodique qui rétablira le libre jeu de leur cage thoracique et leur apportera la ration d'oxygène nécessaire à leur complet rétablissement ?

* * *

Conclusion

La rééducation fonctionnelle est certainement une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique moderne ; elle est agissante, souple, en continuelle évolution et de mieux en mieux adaptée à son rôle rénovateur. Avant tout, elle s'adresse aux infirmes et cherche le moyen de les conduire vers une meilleure exploitation de leurs reliquats fonctionnels ou de leurs organes chirurgicalement restaurés.

Il nous a paru opportun, dans ces conditions, de prendre l'initiative de publier une *Collection*

de manuels de rééducation (1), qui permettront aux médecins, aux éducateurs, aux parents et, dans certains cas, aux déficients eux-mêmes de s'initier aux techniques rééducatives et de les appliquer. Nous espérons avoir ainsi réalisé une œuvre véritablement utile.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

De certaines conditions de l'allaitement

D'après le Professeur agrégé H. VIGNES (2)

I

Mastites et allaitement

1º La mastite avant l'infection

A ce point de vue, l'essentiel consiste, en pratique, à faire la prophylaxie de l'abcès du sein.

Conditions d'apparition. — Si la présence des germes microbiens est nécessaire à la production de l'infection, d'autres éléments étiologiques ne sont pas moins indispensables, et, avant tout, la rétention lactée. Les preuves en sont dans l'apparition de l'infection lors d'un sevrage brusqué, et aussi dans le fait que l'on conjure des menaces de mastite par le port d'un bandage qui, soutenant le sein, favorise son évacuation.

Mais il y a encore d'autres causes qui favorisent la pullulation microbienne ; ce sont les contusions, les massages, l'emploi « enragé » des pompes, et, en général, toutes les manœuvres, qui se proposent de faire sécréter par force une glande, qui n'en est pas capable.

Il existe enfin une mastite par spasme des canaux galactaphores. Il s'agit de femmes nerveuses, principalement du type hypervagotonique, qui, brusquement, font une élévation formidable de température comme dans les infections mammaires, et qui souffrent en une zone de la glande. La palpation montre un lobe injecté, qui se dessine sous la peau chez les femmes maigres et qui est bien limité ; il y a gonflement du lobe, et il semble bien qu'il n'y ait pas de périlobite. Pareils accidents ont pu se reproduire tous les mois, comme si leur origine avait quelque chose à voir avec le cycle endocrinien et neuro-végétatif de l'ovulation. Le coït est parfois en cause ; le froid aussi, semble-t-il. Disons aussitôt que ces rétentions spasmodiques ne doivent pas être traitées à la légère ; elles peuvent, comme toute rétention lactée, s'infecter ; il ne faut pas les malmener, les traumatiser.

L'apparition des mastites peut se faire à n'importe quel stade de l'allaitement ; mais, le plus souvent, elle est en rapport avec l'établissement de la lactation ; dès lors, elle apparaît vers le 8e ou le 9e jour. Les mastites ont une durée variable, un ou deux jours ; puis, c'est généralement la résolution. Quand la température ne baisse pas au bout de 48 heures, il faut craindre la suppuration ou l'apparition d'un nouveau foyer de mastite.

Prophylaxie de l'infection mammaire. — La mastite est une maladie contemporaine de la mise en train de l'allaitement ; par conséquent, la façon dont on met en train l'allaitement a une très grande importance. On peut dire que bien des infections mammaires seraient évitées, si les mères nourrices étaient bien préparées à l'allaitement. Enfin, si la mastite est très fréquente chez les primipares, c'est que celles-ci présentent une imparfaite aptitude à fabriquer le lait.

Bien préparer une nourrice à l'allaitement c'est lui préparer à l'avance les bouts de seins, afin d'*éviter les crevasses,* citadelles de microbes. Quand on n'a pu les éviter, il faut les soigner de façon judicieuse. Dès lors, on combattra les macérations par des pansements appropriés, et on essaiera de réduire au minimum les excoriations ; les premiers jours, quand une femme a peu ou pas de lait, on ne laissera pas l'enfant trop longtemps au sein.

La stagnation du lait sera évitée, en vidant le

(1) Voici la liste de ces dix manuels qui vont paraître successivement à la librairie G. Doin, à partir du 15 mai 1931 : *Rééducation de la voix parlée* (G. de Parrel), *Rééducation de la voix chantée* (Mme Matha et de Parrel), *Lecture sur les lèvres* : rééducation psycho-visuelle (Mlle Hoffer et G. de Parrel), *Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires* (Mlles Hoffer et Angles), *Rééducation respiratoire* (Pescher), *Rééducation des obstrués du nez et du pharynx* (Georges Rosenthal), *Rééducation psychothérapique* (Pierre Prost), *Rééducation motrice des malades du système nerveux, des blessés et des mutilés* (Cauvy, de Lamalou), *Education et rééducation fonctionnelle de l'enfant* (Diffre, de la Bourboule), *Rééducation de l'ouïe* (G. de Parrel).

(2) H. VIGNES. — Hérédité et aptitude à l'allaitement. (*Phare médical,* décembre 1930.)

H. VIGNES. — A propos des affections aiguës de la glande mammaire pendant l'allaitement (*La gynécologie,* février 1931).

sein à fond dans la mesure du possible ; il sera bon, en particulier, que les seins soient maintenus par un bandage un peu serré, suffisamment élastique toutefois pour ne pas créer une compression. Ensuite les seins seront bien soutenus, pour éviter qu'il ne s'accumule pas de lait dans les deux cadrans inférieurs, qui sont le siège habituel des abcès, par suite de la rétention.

La nourrice *évitera* aussi *toute cause d'énervement*, puisque l'énervement détermine des inégalités dans la production (cause possible de stagnation) et des spasmes (cause de rétention).

2° La mastite après l'infection

Les abcès du sein peuvent se présenter sous des formes très diverses : l'abcès unique bien calibré, les abcès à loges multiples, l'éponge de pus, sans préjudice de l'abcès en bissac. Ils sont simples ou multiples ; un abcès peut être incisé et presque guéri, alors qu'apparaît un nouveau noyau de mastite. Dans un sixième des cas, les deux seins sont infectés, simultanément au tour à tour.

A) L'INFECTION EST IMMINENTE. On renforcera les précautions ci-dessus, et on y ajoutera quelques autres pratiques.

Il faudra, plus soigneusement encore, veiller à ce que le sein soit maintenu ou soutenu. Afin d'éviter toute stagnation, on a recommandé l'emploi d'une vessie de basket-ball, qu'on introduit dans le pansement au niveau de la tuméfaction, et qu'on gonfle après que la bande est serrée par-dessus. On réalise ainsi une compression locale très efficace.

Il sera bon aussi de restreindre l'ingestion des boissons.

Une purgation saline sera utile.

L'*allaitement doit-il être continué* ? Certainement oui, car de cette pratique on tire un avantage, qui est de bien drainer, d'empêcher la stagnation. Cependant, afin de rester fidèle au principe général, qui consiste à mettre au repos tout foyer infectieux on doit éviter de traumatiser la glande. Même, si la femme et son entourage, rebutés par la menace d'une complication, ont décidé de cesser l'*allaitement* maternel, il y a intérêt à faire donner le sein jusqu'à ce que la menace soit conjurée, quitte à sevrer quelques jours plus tard, quand tout danger est écarté.

Très discuté est l'emploi de la pompe pour vider le sein ; certes, celle-ci peut rendre des services, mais son utilisation doit être momentanée et rare. Combien de fois, des enragées d'allaitement ont ainsi fait apparaître des abcès ?

L'expression est également dangereuse, très dangereuse.

Doit-on faire ensuite des applications chaudes ou des applications froides ?

D'aucuns se louent de la glace, qui possède une action antiphlogistique très efficace.

Le Dr Vignes préfère la chaleur, et il la réalise au moyen d'une spécialité du commerce : c'est un cataplasme à base de glycérine, dont la chaleur est conservée par l'addition de poudre de kaolin ; ses propriétés hygroscopiques, qui le rendent bien supérieur au cataplasme classique, ainsi que la persistance de son dégagement calorique en font une médication très utile. Les compresses, imbibées d'eau bouillante, puis « surexprimées », sont excellentes ; mais il faut les changer tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures ; ce qui est un inconvénient.

Cependant, comme toute application diffuse de chaleur sur le sein a pour résultat immanquable de faire baisser la production du lait dans des proportions notables, l'auteur a cherché à obtenir des applications chaudes, qui soient localisées au lobe malade ; ceci, dans le but d'éviter l'action hypogalactogène sur la totalité de la glande.

Le chauffage diathermique est aussi excellent ; il fait avorter une menace d'abcès, sans baisse notable de la production lactée ; on doit l'employer le plus précocement possible.

Signalons, enfin, l'emploi du vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, qui peut contribuer à éviter la formation d'un abcès.

B) L'ABCÈS EST FORMÉ. — Il faut, à coup sûr, évacuer le pus.

Ponctions répétées avec ou sans injections d'argent colloïdal, de mercuro-chrome, etc. ; incisions économiques ; incision large ?

L'auteur préconise l'incision large, et très souvent il y ajoute l'excision de tout le lobe infecté ; il fait ensuite des rapprochements, et, le plus habituellement, la cicatrice est absolument linéaire. Une incision large, très large, qui ne comporte aucune anfractuosité, qui permette le pansement à plat, est une garantie de cicatrisation rapide. Souvent, celle-ci laisse une cicatrice moins visible qu'une incision plus économique, mais dans laquelle la présence prolongée d'un drain a été nécessaire ; fréquemment se produit alors une cicatrice chéloïdienne.

Cependant, bien des fois, des ponctions ou de petites incisions ont donné une guérison sans ennuis. C'est que la virulence des abcès est très variable ; telle méthode économique réussira dans des cas d'infection peu virulente, alors qu'elle sera insuffisante dans des cas plus graves.

* * *

II

Hérédité et aptitude à l'allaitement.

L'hérédité joue un rôle important dans l'aptitude à la lactation. Très souvent, quand la mère a été bonne nourrice, la fille l'est aussi, et, quand la mère a été médiocre nourrice, il en est de même pour la fille. On cite des exemples nombreux de femmes qui, malgré leur bonne volonté, sont mauvaises nourrices, comme l'avaient été leur mère et parfois leur grand'mère.

Une objection à cet exemple, c'est qu'il ne s'agit pas là de faits d'hérédité, mais des effets d'une tradition familiale, qui porte la femme à douter d'elle-même, et qui l'empêche de s'obstiner à la lactation ; parfois, si l'on s'applique à bien conduire l'allaitement, on fait merveille contre tout espoir.

Cependant, il y a souvent aussi transmission héréditaire de l'hypogalactie, au même titre qu'il existe des transmissions héréditaires d'anomalies morphologiques du sein : ce serait ou une dégénérescence de l'organe, ou une hérédité d'un caractère acquis par non-usage de la glande. La zootechnie vérifie d'ailleurs cette transmission héréditaire de l'aptitude à l'allaitement ; car, c'est en sélectionnant les génisses filles de bonnes laitières, qu'on obtient de bonnes laitières. L'hérédité ne se bornerait pas seulement à la lignée maternelle ; des recherches récentes ont permis d'établir aussi la part du père dans l'aptitude à l'allaitement.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le bistouri électrique dans la chirurgie du cancer.

Le bistouri électrique est une application des propriétés calorifiques des courants de haute fréquence. Grâce à son action de coagulation et de section au niveau de l'électrode ponctiforme (l'autre électrode étant large), on peut, grâce au bistouri électrique, faire une dissection aseptique des tissus, avec hémostase des capillaires et des petits vaisseaux, oblitération des lymphatiques, et destruction locale des cellules, sans aucun risque d'essaimage. Le bistouri électrique, dit le Dr JEANNENEY, associe donc aux avantages du bistouri ordinaire ceux du cautère, et, dans ce sens, il devrait trouver dans la chirurgie du cancer des applications particulièrement intéressantes.

Il a cependant quelques inconvénients : sa propriété coagulante est parfois une gêne sévère ; il provoque de violentes contractions des muscles que l'on sectionne, et qui, dès lors, fuient devant le bistouri ; il provoque aussi des secousses douloureuses sur des malades sous anesthésie locale.

Bref, lorsqu'on nous donnera des appareils coupants et hémostatiques, ne provoquant ni escharres, ni rétractions musculaires, nous pourrons utiliser le bistouri électrique, non seulement pour prélever des biopsies, mais pour détruire par coction de petites tumeurs limitées, et pour pratiquer l'exérèse large des grands cancers (sein, utérus, rectum) et tous les évidements ganglionnaires.

Ainsi, respectant au maximum l'asepsie ganglionnaire, si précieuse à qui opère un cancer, évitant les suintements qui souillent le champ opératoire, rapide et précis, le bistouri électrique pourra être considéré comme l'instrument de choix du traitement chirurgical du cancer. (*L'art médical*, 15 décembre 1930.)

Traitement des coliques de gaz post-opératoires par le lavement salé hypertonique.

Le réveil du péristaltisme intestinal après les opérations abdominales s'accompagne souvent de phénomènes douloureux particulièrement désagréables pour l'opéré. Après une parésie réflexe de 24 à 36 heures, pendant laquelle les gaz s'accumulent dans l'intestin, le péristaltisme revient ; mais il est douloureux, et n'aboutit à l'expulsion des gaz qu'après la 36e ou la 48e heure en moyenne.

Ce phénomène, explique le Dr JEANNENEY, est dû : à des phénomènes paralytiques ou parétiques post-opératoires ; à des phénomènes spasmodiques ; à l'absence de sollicitation de l'évacuation rectale ; à l'accumulation des gaz intestinaux ; à l'impossibilité des efforts d'expulsion en raison de la plaie opératoire.

Pour éviter ces inconvénients, donner, l'avant-veille de l'opération, une très légère purgation saline, ou, la veille, un petit lavement huileux, qui vide le rectum de son contenu septique ; au cours de l'opération, éviter toutes les manœuvres brutales ou septiques portant sur l'intestin.

Après l'intervention : éviter la morphine; la remplacer par un goutte à goutte rectal légèrement laudanisé. Dès la 30e heure, chercher à réveiller le péristaltisme régulier de l'intestin par les excitants normaux de la contraction intestinale : extrait hypophysaire, péristaltine (par voie hypodermique) ; par voie intra-veineuse, une à deux ampoules de 10 cc. de sérum hypertonique à 10 p. 100 ; et mieux encore, par voie rectale, complétée au besoin par la voie intraveineuse, un petit lavement (1 à 2 verres d'eau) de sérum hypertonique à 10 ou 15 p. 100 (une cuillerée de sel de cuisine dans un verre d'eau). Cette dernière méthode a donné des résultats intéressants et très utiles. (*Bordeaux-chirurgical*, janvier 1931.)

Les arthrodèses de l'épaule.

En une revue critique très documentée, M. Raphaël MASSART fait une étude de cette opération osseuse, qui prend chaque jour une place plus importante dans la thérapeutique chirurgicale.

Reprenant l'étude de la physiologie des mouvements de l'épaule, M. montre qu'il s'agit d'une articulation très mobile, dont les mouvements sont complétés par la mobilité de l'omoplate sur le thorax, véritable articulation scapulo-thoracique.

C'est cette articulation qui, grâce à ses espaces celluleux, permet de conserver au bras des mouvements après l'arthrodèse de l'épaule.

De ces données physiologiques découlent deux conséquences :

Ne jamais ankyloser la tête humérale sur la clavicule.

Ne pas détruire opératoirement les espaces celluleux.

Les principales indications de l'arthrodèse sont : l'épaule ballante paralytique, les luxations anciennes douloureuses, la tuberculose de l'épaule où elle a ses indications à côté de la résection, les épaules ballantes traumatiques ou secondaires aux résections trop étendues.

Depuis la première opération, de multiples techniques, que l'auteur passe en revue, ont été décrites. Des schémas clairs illustrent chaque procédé et, en terminant Massart, publie des observations personnelles, décrit les techniques employées et commente les résultats obtenus. (*Paris chirurgical*, 1931, n° 11.)

Décalcification alvéolo-dentaire, calcémie et recalcification.

M. M.-P. WEIL insiste à nouveau sur la fixité du taux du calcium dans le sang, malgré les besoins calciques de l'organisme relativement considérables chez le fœtus, l'enfant et l'adulte normal ainsi que durant la lactation, fixité même à peine modifiée au cours de l'inanition ou avec un régime hypercalcifiant.

C'est que le calcium, outre son rôle dans l'édification du squelette, intervient au premier chef dans toutes les fonctions vitales. Aussi, au cas d'alimentation calcique si fréquemment insuffisante, *l'organisme fait-il au squelette*, qui renferme 99 % de son calcium, *les emprunts nécessaires.*

Or, il pourra arriver un moment, où ceux-ci ne seront pas sans danger et donneront des troubles au niveau des os, du système articulaire et *très souvent au niveau des dents*, ainsi qu'en témoignent particulièrement la fréquence des caries dentaires au cours de la grossesse, de l'allaitement, de l'adolescence et l'importance des décalcifications alvéolo-dentaires dans les pyorrhées si tenaces.

En effet, *la décalcification organique n'est pas un mythe.* Elle est, au contraire, une éventualité fréquente, comme l'ont démontré VIGNES et COISSET pour la décalcification gravidique, par la mesure du calcium total de l'organisme, et SHERMAN et MAC LEOD pour la décalcification de la rate durant la lactation. Mais l'erreur a été d'en rechercher le reflet dans le sang, qui s'oppose justement le plus à une pareille modification.

En présence d'un trouble du métabolisme calcique, il importe donc de rectifier l'alimentation insuffisante en calcium et de subvenir à la carence par une médication appropriée, la résorption du calcium minéral étant prouvée expérimentalement et cliniquement.

Les sels insolubles de calcium ne sauraient être conseillés, car ils ne sont résorbables que si le contenu intestinal est acide ; et d'autre part la dispersion du sel calcique apparaît ici comme un facteur important, indispensable pour l'assimilation.

Aussi est-il préférable de s'adresser aux *sels solubles de calcium.* Parmi ceux-ci, le *chlorure, si facile à faire absorber aujourd'hui*, est particulièrement recommandable ; il a une action manifeste (MASON, MATZ) ; *il représente le médicament de choix.* On l'utilisera à doses assez fortes par séries continues systématiquement et longtemps répétées. (*Joural des praticien s*, 18 avril 1931.)

Lutte contre le staphylocoque.

Le vaccin est, avec l'immuno-transfusion, presque la seule arme biologique, que nous possédions contre le staphylocoque. Le sérum est encore trop peu employé, pour que la limite de son action soit connue d'une façon précise (MM. LAMARE, M. LARGET et MOREAU).

Au cours d'une infection localisée (soit d'emblée, soit secondairement), l'action du staphy-

locoque est différente suivant les tissus auxquels il s'attaque. Elle garde cependant presque toujours (surtout pour le staphylocoque doré) un caractère nécrotique, qui imprime à l'infection staphylococcienne une évolution en trois étapes : une première d'inflammation, au cours de laquelle certaines parties des tissus (mous ou osseux) sont frappés de mort par les toxines microbiennes ; une deuxième, qui est l'élimination des tissus nécrosés ; une troisième de réparation.

Plus que pour toute autre infection, par conséquent, la vaccination doit être entreprise de bonne heure, avant la constitution des lésions de nécrose.

Le furoncle, l'anthrax devraient pouvoir être vaccinés, quand ils sont encore au stade de douleur, souvent à apparence névralgique, et l'ostéomyélite dès qu'une douleur localisée, provoquée par la pression sur une épiphyse au cours d'une exploration minutieuse des extrémités para-articulaires, permet de caractériser une infection, dont les seuls signes généraux marquent l'importance, sans révéler rien de sa nature.

De l'expérience acquise, il semble résulter que les traitements biologiques sont capables de jouer au cours des staphylococcies un rôle de premier ordre, surtout dans les lésions non osseuses. Mais il ne paraît pas que les vaccins cureteurs aient aucun pouvoir immunisant, et jusqu'à présent, les récidives de furoncles, d'anthrax et d'ostéomyélites ont toujours été possibles, bien que souvent atténuées, chez les sujets guéris de ces mêmes lésions avec le secours d'un traitement vaccinant.

Quant au bactériophage, le staphyphage, qui existe actuellement, est capable de lyser *toutes* les variétés de staphylocoques ; mais il faut l'employer *loco dolenti*, au contact même des microbes, dont il se nourrit et qu'il doit détruire. Rien ne doit donc entraver cette action locale : ni antiseptiques, ni aucune vaccination à employer avant lui, ou en même temps que lui. Dès leur apparition, furoncles et anthrax sont traités par l'injection dans leur tête, à l'aide d'une fine aiguille à intra-dermo-réaction, d'une ou de deux gouttes de staphyphage ; on applique ensuite sur la lésion une compresse imbibée de staphyphage ; même pansement local, après détersion soigneuse, à la période de suppuration. Dans l'ostéomyélite aiguë, si les symptômes généraux ne commandent pas l'intervention immédiate, ponction de la collection et injection de staphyphage. Le choix du staphyphage doit être soigneusement fait ; le mieux est de recourir à un auto-bactériophage. (*Le Bulletin médical*, 8 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les polynévrites alcoolo-tuberculeuses.

(MM. A. Lemierre, Boltanski et J. Besançon. — *Académie de médecine* ; 21-4-1931.)

On a décrit séparément des polynévrites alcooliques et des polynévrites tuberculeuses. MM. Lemierre, Boltanski et Besançon signalent aujourd'hui des polynévrites alcoolo-tuberculeuses, dans lesquelles interviennent simultanément l'alcoolisme et l'infection bacillaire. Les faits qu'ils ont relevé concernent presque exclusivement des femmes atteintes, à la fois, d'un alcoolisme professionnel (blanchisseuses, cuisinières, serveuses de restaurant) et d'une tuberculose évolutive.

Tantôt (rarement dans la statistique des auteurs) les signes de tuberculose apparaissent chez des malades offrant déjà des indices de polynévrite alcoolique. Tantôt (assez fréquemment) paraplégie alcoolique et tuberculose se manifestent simultanément. Le plus souvent, l'éclosion des symptômes tuberculeux précède celle des accidents nerveux.

La symptomatologie comporte à la fois des signes de tuberculose pulmonaire, généralement grave et progressive, des signes révélateurs d'alcoolisme chronique et des troubles polynévritiques (impotence des membres inférieurs et supérieurs, atrophies musculaires), de la fièvre, de l'amaigrissement, de l'asthénie.

Le pronostic est presque irrémédiablement fatal. La mort survient dans le marasme au bout de quelques semaines et même de quelques jours.

Rôle des saisons et des pluies dans l'évolution de certaines maladies infectieuses.

(M. Paquet. — *Académie de médecine* ; 21-4-1931.)

M. Paquet, qui est inspecteur départemental de l'Oise, en étudiant sur 20 années les statistiques de morbidité de son département, a recherché s'il n'existait pas, dans la fréquence des maladies contagieuses, un rôle des saisons et des pluies.

Il lui est apparu que la fièvre typhoïde est nettement subordonnée à la saison et plus commune par les années sèches que par les années pluvieuses. Elle est surtout influencée dans son apparition par l'existence de pluies abondantes succédant à des périodes sèches. Lorsqu'une telle éventualité se présente, il serait donc sage de recommander des mesures prophylactiques plus rigoureuses.

La scarlatine offre toujours une phase d'acmé au printemps. Ses manifestations épidémiques semblent

être favorisées par les périodes pluvieuses. On les voit se répéter en général tous les huit ans environ, frappant un nouveau groupe de sujets que l'épidémie précédente avait ménagé, en raison de leur âge.

La rougeole est, elle aussi, influencée par les périodes pluvieuses. Elle procède par poussées se renouvelant tous les deux ou trois ans, avec une apogée constante au mois de mai.

L'apparition de la diphtérie, avec un maximum habituel en hiver, est aussi influencée par les pluies abondantes et persistantes. Elle apparaît par poussées, d'une durée ordinaire de deux ans chacune, se renouvelant tous les 4 ou 5 ans.

Les lysats-vaccins en chirurgie.

(MM. Lejars, Brocq et Duchon. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1931.)

MM. Lejars et Brocq emploient, depuis déjà quatre années, les lysats-vaccins de Duchon dans le traitement de diverses infections chirurgicales, et en particulier dans les infections broncho-pulmonaires post-opératoires.

Les lysats-vaccins sont basés sur les propriétés particulières du bacille pyocyanique à l'égard des autres microbes. Le bacille pyocyanique, retiré du pus bleu, possède une triple action : il est bactéricide vis-à-vis des autres microbes, il a un effet lysant sur ceux-ci, et enfin il neutralise les toxines microbiennes. Cette triple propriété le rend précieux pour préparer un vaccin à la fois actif et sans inconvénient. Il suffit, après l'avoir ajouté à différentes cultures bactériennes, de filtrer pour obtenir des vaccins, des lysats-vaccins utilisables, selon les souches microbiennes dans le traitement des broncho-pneumonies post-opératoires, des streptococcies, des staphylococcies, des arthrites gonococciques, etc. MM. Lejars et Brocq déclarent s'en être bien trouvés dans des cas de ce genre actuellement nombreux. Les lysats-vaccins se rapprochent du vaccin de Delbet, préparé avec du pyocyanique également et des cultures vieillies.

Un point important est la simplicité de la technique. Quel que soit le lysat-vaccin, quel que soit l'âge, on injecte 1 cent. cube de vaccin, tous les jours pendant cinq ou six jours, puis tous les deux jours, en général.

Grossesse extra-utérine. Elimination du squelette fœtal par l'anus.

(M. Droubère, de Rambouillet. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1931.)

M. d'Allaines rapporte, au nom de M. Droubère, l'observation d'une femme atteinte de grossesse tubaire méconnue. La grossesse s'interrompit spontanément et sans accident au cinquième mois. Six mois plus tard, l'attention fut attirée par des symptômes abdominaux et de la fièvre, et on assista à l'élimination progressive et silencieuse d'une partie du squelette fœtal pour le rectum. Des signes vésicaux et des douleurs étant apparus, M. Droubère intervint pour vider le kyste et évacuer le reste du squelette fœtal. Guérison.

Une telle histoire pathologique n'est pas fréquente. En général, après interruption d'une grossesse tubaire, le pseudo-kyste contient un fœtus momifié, plus ou moins calcifié (d'où son nom de lithopédion). Il est devenu un véritable corps étranger bien toléré. Plus rare, se produit, comme ici, une résorption des parties molles, avec élimination du squelette restant. L'élimination par le rectum est un processus de guérison. Le chirurgien n'intervient alors que s'il se produit des symptômes généraux ou péritonéaux. L'apparition de signes vésicaux, faisant craindre une fistule vésico-intestinale, est beaucoup plus sérieuse et commande l'intervention.

P. L.

Migraines ophtalmiques. Cellulite. Guérison des migraines par les massages spéciaux de la cellulite.

(MM. Léo et Sédillot. — *Soc. de Médecine de Paris* 13-2-1931.)

Se plaçant au point de vue clinique et anatomique, les auteurs exposent les raisons, qu'ils ont d'affirmer :

Que l'élément anatomique douloureux à la pression est, non pas la branche sensitive émergente, mais le plexus de fibres sympathiques, qui entoure ce tronc nerveux.

Que la soi-disant cellulite n'est pas autre qu'une névrite des filets sympathiques amenant secondairement un trouble trophique : l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané.

Que le mot cellulite doit disparaître : une névrite du sympathique ne peut ni se définir, ni se dénommer par un de ses effets (la cellulite), pas plus qu'une névrite sensitive ne se définit par l'abolition des réflexes tendineux, une névrite motrice par l'atrophie des masses musculaires.

Bactériophages et infections chirurgicales.

(M. Petit de la Villéon. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 13-2-1931.)

L'auteur rapporte le résultat de son expérience dans certaines infections chirurgicales, traitées par le bactériophage, en injections sous-cutanées à distance du mal. Comme bactériophage, il a employé : 1° l'antistaphylococcique pour les infections d'ordre staphylococcique pur (anthrax, furoncles, etc.); 2° un bactériophage mixte pour les infections à streptocoque, pur ou associé avec protéus, pyocyanique, staphylo, coli, etc. ; 3° un anticoli, pour les infections, où le coli domine.

Il considère dans leur ensemble les résultats comme des plus intéressants, et déclare que la découverte de d'Hérelle est une des plus marquantes et fécondes de la bactério-chirurgie contemporaine.

M. Massart sépare les infections à staphylo des autres infections microbiennes. Le bactériophage an-

tistaphylococcique lui a donné des résultats surprenants par leur constance et leur rapidité, Quant à l'anti streptococcique, il doit faire des réserves sur le traitement des ostéomyélites.

Rôle de l'analyse cytologique des crachats dans le diagnostic des diverses pneumopathies à pneumo-bacilles.

(M. André TARDIEU. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 13-2-1931.)

C'est d'abord un nouvel exemple clinique de pneumopathie suraiguë à pneumo-bacilles, à forme rapidement hémorragique et nécrobiotique. Malgré les thérapeutiques instituées (sérums, toniques cardiaques, oxygène), la mort survint brusquement au cours d'un accès de suffocation, dans le collapsus, au sixième jour. Du point de vue clinique, l'auteur insiste sur la discordance existant, au début, entre les phénomènes généraux (septicémie) et l'absence de signes locaux pulmonaires perceptibles (foyer profond broncho-pneumonique). Et cependant, dès le deuxième jour de l'affection, apparaissent des crachats sanglants, purulents, très adhérents, renfermant de nombreux pneumo-bacilles. Cytologiquement, déjà dans ces crachats, sont les indices certains de la lésion pulmonaire (pus en abondance, cellules alvéolaires lysées).

Cette forme de pneumopathie à pneumo-bacilles est à bien distinguer, quant au pronostic, des œdèmes congestifs pulmonaires à pneumo-bacilles, dans lesquels l'expectoration contient de nombreuses gouttelettes séro-albumineuses, colorables par le bleu de Mnna.

Abcès amibien du foie, méconnu pendant dix mois puis ouvert dans les bronches. Guérison par les injections intraveineuses d'émétine et de stovarsol.

(M. PETZETAKIS, d'Athènes. *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-2-1931.)

L'amibiase, sous des formes frustes, est la plupart du temps méconnue. Pendant l'épidémie de 1930, en Grèce, on a observé plusieurs cas de cholécystite et de bronchites amibiennes.

L'auteur a observé un abcès du foie, méconnu, au moment de sa rupture dans les bronches. Malgré cette évacuation, aucune amélioration ne s'est produite pendant dix mois. Mais une fois le diagnostic posé, le traitement intraveineux par l'émétine, puis par le stovarsol (0,75 par jour), eut une action héroïque ; une transformation rapide s'est effectuée dans le très mauvais état général du malade ; la fièvre est tombée ; l'expectoration, la toux, les douleurs et les signes hépatiques ont disparu. Ce cas montre, encore une fois, qu'en pareil cas, avant toute intervention chirurgicale, il faut essayer le traitement émétinique, de préférence par la voie endoveineuse.

Polynévrite diphtérique myasthéniforme (Syndrome dit de Negro).

(M. DORÉ, de Brest. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 13-2-1931).

Un jeune homme, sans tares apparentes, a présenté successivement : 1° une rhinite d'origine manifestement diphtérique, bien que les cultures soient restées négatives plus tard ; 2°) une néphro-diphtérie d'emblée, avec albuminurie marquée, cédant d'ailleurs facilement au régime, mais avec vomissements, azotémie d'alarme et forte diminution de la concentration maxima de l'urée dans l'urine ; 3°) des troubles du rythme cardiaque, se rattachant à n'en pas douter à la toxémie diphtérique ; 4° trois semaines après le début de la maladie, des signes de polynévrite diphtérique du voile du palais, de la musculature interne oculaire, des membres inférieurs, surtout du vaste interne gauche ; 5°) du côté de la musculature oculaire externe, une parésie dissociée des releveurs, qui peut être interprétée aussi comme faisant partie du tableau de la névrite, mais qui, associée à une asthénie hors de proportion avec les troubles parétiques concomitants, a pu en imposer pour de la myasthénie bulbo-spinale surajoutée.

Il faut insister sur le désastre que paraissent avoir amené les injections de sérum antidiphtérique, pourtant fractionnées en six fois, mais à coup sûr trop élevées, chez un sujet dont l'asthénie devait faire soupçonner la méiopragie des capsules surrénales. Peut-être est-ce aussi dans cet état des capsules surrénales qu'il faut chercher le mécanisme de la mort par œdème aigu du poumon ?

G. F

Société des Chirurgiens de Paris.

Séance du 17 avril 1931.

Tuberculose urétérale avec rein indemne de lésions bacillaires.

M. LAVENANT fait un rapport sur un travail de M. Marc PAPIN (de La Rochelle). Il insiste sur la rareté de pareils faits allant à l'encontre des opinions classiques qui n'admettent pas l'existence de tuberculose urétérale primitive. Cette existence est cependant démontrée actuellement par un certain nombre d'observations. Les malformations congénitales, les sténoses, jouent probablement un rôle prédisposant et il est possible d'invoquer, en dehors de toute lésion folliculaire du rein, la bacillurie tuberculeuse pour expliquer les infections par voie descendante. Il y a lieu d'admettre aussi, dans certaines conditions, une infection vésico-urétérale ascendante.

Trois cas de plaie de la rate par coup de couteau. Suture par thoraco-phréno-laparotomie oblique. Guérison.

M. JUDET fait un rapport sur ce travail de M. MAHAUT (de l'armée). Dans les trois cas la plaie siégeait au niveau de la partie inférieure gauche du thorax.

La symptomatologie immédiate était des plus restreintes. Les blessés ont guéri sans le moindre incident.

M. PETIT DE LA VILLÉON discute la technique opératoire exposée par M. Judet. Il préfère la laparotomie oblique sous-costale, chaque fois qu'aucun symptôme d'ordre thoraco-pulmonaire ne commande l'ouverture du thorax. Le pneumothorax total opératoire ne doit jamais être créé, s'il n'est pas utile. Il n'a qu'une confiance limitée dans la suture hémostatique de la rate. Si la plaie splénique saigne réellement, c'est la ligature des vaisseaux qu'il faut faire et la splénectomie.

M. PÉUGNIEZ se demande si en présence de semblables blessés beaucoup de chirurgiens se résoudraient à des opérations aussi larges. Il insiste sur les caractères de gravité des blessures par les armes blanches à lame longue et mince.

M. HALLER rappelle que, dans les traumatismes de la rate, il peut y avoir une période « silencieuse », et que l'hémorragie ne peut survenir qu'au bout de quelques jours. Il est donc nécessaire d'intervenir chirurgicalement dès qu'on peut penser qu'il existe une plaie de la rate.

M. BONAMY dit que la laparotomie s'impose dans toute plaie perforante abdominale et aussi rapidement que possible sans tenir compte de la dimension de la plaie, du genre de l'instrument perforateur et sans vouloir juger l'importance des lésions internes d'après les symptômes cliniques.

Faut-il drainer l'abdomen après les résections gastriques ?

D'après M. Victor PAUCHET, on ne peut établir de comparaison entre l'utilité du drainage après certaines opérations pelviennes ou certaines interventions sur les voies biliaires et son utilité après les résections gastriques. Dans les gastrectomies, le drainage est utile dans 20 % des cas environ. Il ne faut pas drainer au contact des sutures ni employer de gaze qui favorise la déhiscence de celles-ci surtout au niveau du duodénum, mais utiliser de préférence des lames de caoutchouc ou parfois des drains. Le drainage est indiqué dans les ulcus térébrants, les ulcus géants, les ulcus haut situés, les ulcus jéjunaux pénétrant dans le côlon transverse, les perforations aiguës de l'estomac et du duodénum.

Rhinoplastie par lambeau à deux pédicules.

M. DUFOURMENTEL présente une jeune fille de 21 ans dont toute l'extrémité inférieure du nez avait été détruite par un lupus. La rhinoplastie fut faite par un lambeau en anse à deux pédicules prélevé dans le cuir chevelu. Dix jours après l'application, les pédicules étaient remis à leur place et le greffon put être modelé. En trois semaines le résultat est tout à fait satisfaisant.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.

Séance solennelle du 23 mars 1931.

La séance solennelle de la « Société d'hydrologie » du 25 mars 1931 a été consacrée à l'étude de certaines propriétés biologiques des eaux minérales.

1er *rapport*. — MM. FERREYROLLES, MONOD et BOUCOMONT : « *La phylaxie par les eaux minérales.* »

La phylaxie, découverte par Billard, est un mode particulier de protection de l'organisme contre les poisons ou toxines différant de ceux généralement reconnus (moyens physiques, chimiques ou biologiques) et consistant dans l'inactivation du poison par un médicament ou une eau minérale, ayant avec ce poison une analogie de tropisme et d'action en même temps qu'un pouvoir fixateur sur les éléments cellulaires plus fort que le toxique. La phylaxie par les eaux minérales a été constatée *in vitro* et *in vivo*. *In vitro* : protection du cobaye par addition de quelques centimètres cubes d'eau contre des doses hypermortelles de spartéine (Billard, Maurin, Perrin et Cuenot), contre la picrotoxine (Perrin et Cuenot, Mougeot et Aubertot), contre l'hydroxyde de cuivre (Violle et Ciberton) contre le venin de vipère, la toxine tétanique, la toxine diphtérique (Billard et Dodel). *In vivo* : protection par injection préventive contre une injection tardive de toxine ou de poison. Billard a pu même par injection d'eau minérale protéger l'animal contre les effets d'une injection antérieure de toxique. Ferreyrolles a fait de même en opérant avec la morphine, la strychnine, la cocaïne, poisons neurotropes. Comment interpréter ces faits : il ne peut s'agir de phénomène d'absorption par les colloïdes des eaux minérales, ni de phénomènes uniquement chimiques, de production d'un nouveau corps atoxique, malgré le rôle possible du Ca (Violle et Giberton) ce qui ne peut rendre compte de la phylaxie obtenue *in vivo* par injections séparées précédant quelquefois de trois semaines l'injection de la dose hyper-mortelle. Pour Billard, ce qui intervient c'est le pouvoir fixateur des éléments cellulaires, lipides et savons. Dodel a démontré *in vitro* le mécanisme de la phylaxie en protégeant les hématies de mouton contre certaines substances hémolytiques par d'autres substances hémolytiques, montrant qu'il y avait une véritable modification des tissus ne pouvant plus être atteints par la toxine. Ce sont les savons, dit Billard, qui conditionnent la perméabilité cellulaire et par conséquent la protection de l'organisme et la propriété phylactique de certaines eaux minérales est due à l'action de dilution qu'elles exercent sur ces savons, les eaux précipitant les savons n'ayant au contraire aucune propriété phylactique.

Une conclusion thérapeutique des études de Billard est qu'une seule dose d'eau est suffisante, et que

son action phylactique est de durée le plus souvent limitée.

2e *rapport.*— M. le professeur LOEPER et M. MOUGEOT : « *Les propriétés antianaphylactiques des eaux minérales.* »

M. LOEPER rapporteur. L'anti-anaphylaxie n'est qu'un élément de la phylaxie. C'est une réalité clinique connue depuis longtemps, que l'existence de phénomènes de désensibilisation aux eaux minérales dans les états pathologiques considérés comme d'origine anaphylactique (urticaire, eczéma, arthropathies, manifestations arthritiques). Au point de vue expérimental, on a utilisé le cobaye et le lapin, soit en mélangeant des eaux minérales et des antigènes, soit en injectant de l'eau minérale avant la déchaînante, soit en faisant des cures progressives et répétées entre les deux injections. Mais il manque souvent d'avoir eu recours à des tests plus précis que les simples modifications objectives relatées dans les observations et entre autres à des examens de sang comme l'ont fait Marbet et Epireanu. *In vitro* l'antianaphylaxie a été démontrée par Ferreyrolles et Mougeot pour Royat, Perrin et Cuenot, pour Contrexéville ; *in-vivo* par Billard pour Royat-Saint-Marc, par Arloing et Vauthey pour Vichy, Perrin et Abel pour les eaux des Vosges, Henrijean et Kopacewski pour Spa et plusieurs autres auteurs étrangers pour d'autres eaux minérales.

Quelles théories peuvent expliquer le pouvoir antianaphylactique des eaux minérales ? Intervention d'un facteur humoral (précipitation vasculaire ou théorie de la floculation), rôle d'un facteur cellulaire, bloquage du système réticulo-endothélial ; théorie de Billard sur le rôle des lipides constituant la barrière cellulaire et sur celui des savons dans les modifications de la perméabilité aux toxines, ce ne sont que des hypothèses, dont la dernière est certes la plus séduisante, mais dont aucune n'a une valeur réellement positive.

A côté de l'anaphylaxie générale il ne faut pas oublier les phénomènes d'anaphylaxie locale et il est très possible qu'ils interviennent dans les effets produits par les eaux minérales agissant sur la muqueuse nasale, pharyngée, trachéale, bronchique, intestinale ; l'eau minérale peut très bien déterminer des phénomènes de défense étagée nécessités par les anaphylaxies étagées ; elle peut désensibiliser les muqueuses par excitation des sécrétions normales (foie, intestin, estomac). Cette action désensibilisante des E. M. est utilisée couramment en pratique thermale, l'injection préparante étant représentée ici par les prédispositions congénitales ou héréditaires. Il faut souhaiter qu'on utilise un jour les eaux minérales pour prévenir les accidents d'anaphylaxie produits par les sérums.

Discussion.

M. PASTEUR VALLERY-RADOT. — Je suis entièrement d'accord avec M. Loeper sur la nécessité, quand on parle d'anaphylaxie au point de vue expérimental, d'avoir recours à des expériences précises, le meilleur test étant la chute brusque de la tension artérielle constatée sur le graphique de l'appareil enregistreur. Dans ces expériences le lapin est un meilleur animal que le cobaye qui nécessite l'emploi d'un nombre considérable de sujets.

En clinique on parle un peu trop souvent d'anaphylaxie et de maladies par sensibilisation. Il n'y a anaphylaxie qu'avec cuti-réaction positive contrôlée par l'épreuve de Prausnitz-Kustner, la simple cuti-réaction ne pouvant permettre d'affirmer la sensibilisation. Le test des précipitines comme celui de l'éosinophilie sont inexacts. Je crois qu'il faut encore se garder de faire de la pathogénie en cette matière : la floculation n'a jamais été constatée ; quant à la colloïdoclasie ce mot doit être interprété dans le sens de modification humorale.

L'anaphylaxie par les eaux minérales est un fait incontestable ; ne peut-on penser qu'elles agissent indirectement en modificant soit les humeurs soit les phénomènes digestifs, soit l'état hépatique. Il faudra dorénavant, en expérimentant avec des eaux minérales, discerner le choc anaphylactique et la sensibilisation et si on constate une désensibilisation durable voir si elle ne s'effectue pas par voie détournée.

M. MOUGEOT. — Les recherches futures devront tenir compte des indications données par M. Pasteur Vallery-Radot et par les travaux de Marbet et Epireanu.

Nous n'avons pas constaté avec Aubertot de parallélisme entre la teneur des eaux minérales en Ca et leur pouvoir phylactisant, la source du Parc de Saint-Nectaire non calcique s'étant montrée plus active que Contrexéville. Ces expériences pourront être refaites avec les diverses sources bicarbonatées mixtes de Royat et Saint-Nectaire.

M. PERRIN. — Je suis entièrement d'accord avec Billard et ses collaborateurs sur la distinction à faire entre le pouvoir anagotoxique et le pouvoir phylactique.

M. JOLY. — La phylaxie par les eaux minérales présente une analogie avec la métallothérapie contre les infections spirillaires (mise en défense de la cellule contre le toxique, nécessité d'une dose optima). La phylaxie et l'antianaphylaxie de certaines eaux minérales utilisées seulement en bains (Bagnoles) s'explique par la radio-activité : le radium agirait en accroissant la résistance des éléments cellulaires.

M. SANTENOISE. — Il faut pour expérimenter sur l'anaphylaxie user d'une discipline stricte (inscription de la T. A., recherche des variations physico-chimiques des humeurs) et choisir de préférence le chien comme animal d'expérience.

Le rôle du sytème nerveux végétatif et des endocrines est considérable dans la sensibilisation de l'organisme et particulièrement celui d'une hormone pancréatique agissant sur la vague et la thyroïde.

M. MARTIGNY. — L'ionisation ni la radio-activité

n'expliquent l'action dynamique des eaux minérales. Les conceptions physico-chimiques récentes de M. Berne, avec la notion de dépolymérisation moléculaire semblent apporter la clé du problème si l'on veut admettre que ce sont les éléments très dépolymérisés de l'eau, sodium, soufre, arsenic, etc., qui agissent. Cette dépolymérisation dans un milieu où des éléments identiques sont pondérables peut tenir à une absorption par un colloïde minéral (la silice par exemple). Cette combinaison est instable : l'eau meurt loin du griffon. Mais elle permet aussi *in vivo* comme l'ont montré les expériences de Billard, une pexie de l'élément métallique actif quasi-instantanée sur les lipides ou les protides.

M. Loeper. — Il est un fait c'est que les eaux prises dans certaines stations peuvent produire dans certaines maladies anaphylactiques des phénomènes de désensibilisation. Un deuxième fait expérimental c'est la constatation des propriétés antianaphylactiques de certaines eaux minérales.

Deux ordres de recherches sont à faire : les unes qui démontrent avec la plus grande netteté qu'on peut modifier le produit injecté, les autres qu'on peut modifier l'organe récepteur.

Quant à interpréter les phénomènes de phylaxie et d'anaphylaxie par les eaux minérales il faut reconnaître que les nombreuses hypothèses apportées n'offrent pas une base suffisante pour édifier une théorie solide applicable à tous les faits observés. J. Sérane.

Lyon

Société nationale de Médecine et des Sciences médicales.

Récidive ganglionnaire d'épithélioma de la lèvre inférieure.

M. Creyssel présente l'observation d'un malade de 45 ans, venu consulter au Centre antinéoplasique pour un épithélioma de la lèvre inférieure, datant de huit mois, avec petit ganglion sous-mental, ganglions sous-maxillaires droits, petit ganglion sous-maxillaire gauche avec léger empâtement au niveau du confluent carotidien de ce côté. On pratique, sous anesthésie locale, l'évidement ganglionnaire des deux loges sous-maxillaires et de la loge sous-mentale, avec vérification des confluents carotidiens. Quelques jours après électro-coagulation de la lésion labiale.

Un peu plus de trois mois après, on constate la persistance d'une induration suspecte au niveau de la lésion primitive. On pratique alors un traitement curiethérapique. A la suite de ce traitement, les lésions régressent rapidement. Le malade, revu à deux reprises, notamment un an environ après le premier examen, est en excellent état. Mais trois mois après, il doit être hospitalisé de nouveau pour une adénopathie dure, indolore, du volume d'une grosse noix, apparue à la partie moyenne de la région carotidienne droite. On pratique alors un curage cervical complet du côté droit, réséquant en bloc sterno-mastoïdien, jugulaire interne, masse ganglionnaire principale qui adhère à la bifurcation carotidienne, ligature de la carotide externe ; le soir on constate une *hémiplégie gauche* presque complète, qui est heureusement transitoire. On fait quinze jours après une application de radium qui amène une amélioration progressive qui s'est maintenue depuis lors.

Ulcère calleux de la petite courbure enlevé par incision.

MM. Coste, Bernay et Etienne Martin présentent l'observation d'une femme de 70 ans, souffrant de l'estomac depuis un an et demi environ. La fixité et l'intensité des douleurs constituaient à peu près les seuls signes cliniques. L'examen radioscopique précisa le siège de l'ulcère au niveau de la petite courbure. La gastro-jéjunostomie simple parut insuffisante étant donné que la lésion adhérait en arrière au péritoine de l'arrière-cavité. On pratique donc l'excision de l'ulcère. Suites parfaites.

Septico-pyohémie et infection générale à staphylocoques chez l'adulte.

MM. Bourrat et Marcel Vincent présentent deux observations d'infection grave à staphylocoques.

La première concerne un sujet de 34 ans, charcutier en gros, pléthorique, appartenant à une famille de tuberculeux et surmené. En juin 1929, à la suite d'une piqûre, il eut un point de pyodermite au niveau du médius ; puis, le mois suivant, violent point de côté droit avec submatité, obscurité de la base et foyer de râles sous-crépitants. Température 39°5, pouls : 120. Puis fort hémoptysie : en somme, tableau d'infarctus pulmonaire.

Trois jours après, le malade accuse une vive douleur à la paume de la main droite, avec rougeur et œdème ; l'extension des doigts est impossible. Accident analogue au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Une hémoculture donne des colonies très nombreuses de staphylocoques dorés. On interprète d'abord ce résultat comme une souillure banale. Mais les embolies septiques se multiplient, déterminant de véritables abcès dans lesquels on retrouve du staphylocoque doré ainsi que dans une nouvelle hémoculture. Le malade succombe enfin dix-sept jours après le début.

Le second cas concerne une femme de 30 ans qui fut prise brusquement de violents frissons, avec température à 39°5, pouls à 120, éruption scarlatiniforme intense, suivie de l'apparition d'un volumineux furoncle de la fesse. Quelques jours après, nouveaux frissons, température à 39°, furoncle d'une grande lèvre, réapparition de l'érythème scarlatiniforme accompagné d'arthralgies. Etat général grave. Hémoculture négative. Guérison par la vaccinothérapie antistaphylococcique.

Scoliose par malformations rachidiennes avec dextrocardie.

M. Pouzet présente une fillette de 7 ans, atteinte de scoliose dorsale moyenne gauche avec quatorze vertèbres dorsales et quatorze côtes, et synostose partielle de trois côtes. Cette enfant présente en outre une d'extrocardie qu'on vérifie facilement par la radioscopie.

Pneumo-péritoine consécutif à des ponctions d'ascite.

M. Pallasse présente l'observation d'un homme de 62 ans atteint de cirrhose hépatique typique avec foie atrophié, qui, à la suite de quatre ponctions d'ascite, présenta à la radioscopie une image hydro-aérique témoignant de l'existence d'un pneumo-péritoine.

Aortite spécifique latente

MM. Tourniaire et P. Imbert présentent l'observation d'un malade de 46 ans entré à l'hôpital avec des signes méningés typiques. En outre, l'examen du cœur révélait les signes suivants : points dans le 6e espace sur la ligne mamelonnaire ; au foyer aortique, souffle systolique propagé vers les clavicules et les vaisseaux du cou ; pouls petit, tension 11/7. Radioscopie : hypertrophie du cœur gauche et légère augmentation du diamètre aortique. On porte le diagnostic de rétrécissement aortique endocarditique, non rhumatismal. Wassermann positif dans le sang. Ictus brusque à la suite duquel le malade meurt. L'autopsie montra une hémorragie méningée typique et des plaques gélatiniformes indiscutables de l'aorte.

Méningite tuberculeuse et méningococcie.

M. P. Imbert présente l'observation d'un jeune homme de 20 ans entré dans le service de M. Chalier (salle des typhiques) pour phénomènes gastro-intestinaux, fièvre et légère réaction méningée. A l'entrée, aucun signe net de typhoïde ; céphalée, Kernig léger hémoculture et séro-diagnostic négatifs.

Le lendemain soir, survient une grande crise comitiale avec contracture généralisée qui laisse le malade dans le coma ; au cœur on constate un double frottement péricardique qui, joint aux accidents épileptiformes, fait penser à une méningite tuberculeuse ; la ponction lombaire permet de retirer un liquide clair, ambré, dans lequel l'examen cytologique dénote de la polynucléose et deux méningocoques très nets. Malgré un traitement sérothérapique, le malade mourut le surlendemain de son entrée. A l'autopsie, liquide céphalo-rachidien sous tension, granulations très nettes formant par endroits de véritables placards.

Le laboratoire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Traitement des brûlures de la face.

M. Sassard présente, au nom de M. Patel, deux ouvriers d'une usine d'émaillage de substances métalliques qui furent brûlés à la face par une explosion d'essence. Ces brûlures, assez peu profondes, mais très étendues furent soignées selon la méthode de Patel (V. *Progrès Médical* du 22 mars 1930) ; Nettoyage au savon, iodage des parties avoisinant les limites de la brûlure, ces manœuvres étant relativement peu douloureuses ; puis les brûlures sont laissées à l'air sans application d'*aucun topique*. La douleur cède au bout de 24 à 48 heures. Puis des croûtes se forment qui protègent le travail d'épidermisation. Ces croûtes doivent tomber spontanément ; tout au plus peut-on y aider par l'application de quelques cataplasmes de farine de lin.

Myome rouge de l'utérus.

M. Coste et Mlle Grangette présentent une pièce provenant d'une femme de 35 ans. Il s'agit d'un myome rouge en voie de nécrobiose alors que l'évolution clinique ne s'était accompagnée d'aucun phénomène douloureux, ni d'aucune réaction fébrile.

Rupture de pyosalpinx du péritoine libre.

M. Sassard, au nom de M. Patel, présente l'observation d'une femme de 43 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite qui font poser le diagnostic d'appendicite, d'autant que l'examen est très difficile en raison des douleurs. Intervention : l'appendice est reconnu sain ; liquide louche dans le péritoine, sans odeur ; un examen plus approfondi montre qu'il s'agit d'une annexite droite purulente avec un ovaire également purulent ; ablation des annexes malades ; drainage, suites simples, guérison.

Scalp du cuir chevelu. Nécessité d'une exploration méthodique du crâne.

M. Sassard présente, au nom de M. P. Bonnet, un homme amené à l'Infirmerie de Porte, avec un scalp du cuir chevelu de la largeur de la paume de la main : il avait toute sa connaissance et racontait qu'il était tombé de sa hauteur et avait heurté un e pierre dans sa chute. L'interne de garde nettoya suffisamment la plaie et sutura les téguments.

Le lendemain température à 40° avec frissons; on fait sauter les fils et en soulevant le lambeau on aperçoit, à la limite du décollement cutané, une embarrure de la largeur d'une pièce de deux francs comblée par deux petits cailloux ; on dut prolonger l'incision pour mieux découvrir la lésion, mettre à nu la dure-mère et la nettoyer avec soin. Dès lors les accidents cessèrent et la cicatrisation se fit peu à peu.

Hémiplégie post-scarlatineuse.

MM. Pallasse et Guichard présentent l'observation d'une femme de 64 ans, venue mourir à l'hôpital de la Croix-Rousse d'une hémorragie cérébro-méningée du lobe frontal droit, après avoir présenté des crises épileptiformes subintrantes.

L'examen révélait l'existence d'une atrophie considérable des membres du côté droit. L'autopsie montra, outre la lésion signalée plus haut, une absence complète du lobe frontal, et d'une partie du lobe pariétal de l'hémisphère gauche, altération qui paraît devoir être rangée dans le cadre des porencéphalies. Des renseignements fournis après coup par une sœur de la malade, il résulte que celle-ci eut à l'âge de neuf ans, une *scarlatine ayant duré trois mois*, avec rhumatisme, albumine et œdèmes généralisés. A la fin du deuxième mois, il y eut des convulsions ayant abouti à un coma complet, dont elle sortit avec une hémiplégie droite.

Pyonéphrose calculeuse fermée découverte fortuitement.

M. Reynard présente l'observation d'une femme de 62 ans qui vint voir un médecin pour des troubles digestifs. Au cours de l'examen, le praticien consulté découvrit par hasard une énorme tumeur bosselée, très dure, occupant l'hypochondre droit et plongeant dans le pelvis ; cette masse était mobile, à contact lombaire, sonore en avant. Pas de douleurs ni spontanées, ni à la pression ; urines légèrement troubles sans albumine. Cystoscopie : rein gauche sécrétant abondamment une urine de bonne qualité, la sonde ne recueillant rien du côté opposé. Radiographie : calcul situé à la hauteur de la IIIe lombaire. Il s'agit donc d'une pyonéphrose calculeuse fermée, diagnostic que confirme l'intervention, dont les suites furent très simples. L'intérêt de cette observation réside uniquement dans la latence absolue de cette lésion qui, cependant, n'était pas à négliger ; l'adhérence au côlon et la présence du pus sous tension dans la poche auraient à bref délai provoqué une fistule néphro-colique.

Hernie d'un appendice épiploïque de l'S iliaque.

M. Sassard présente, au nom de M. Patel, l'observation d'un homme de 46 ans entré à l'hôpital avec une hernie inguinale gauche d'apparence banale et d'apparition très récente (trois jours avant l'entrée). L'intervention montra qu'il s'agissait d'une hernie d'un appendice épiploïque de l'S iliaque.

De telles hernies comportent la possibilité de complications à allure spéciale, à étranglement simulant le pincement latéral, accidents infectieux rappelant l'appendicite herniaire.

Fracture de la face antérieure du sinus frontal.

M. Sassard présente l'observation d'un homme de 61 ans qui, dans une chute provoquée par une automobile, se fit une fracture du rebord orbitaire supérieur droit avec fissure du sinus frontal. Intervention : trépanation de la face antérieure du sinus, drainage. Guérison.

Société médicale des hôpitaux.

Acrodynie à forme atténuée.

MM. Péhu et Paul Girard présentent l'observation d'une fillette de trois ans et demi chez laquelle ils ont constaté : un érythème localisé un peu desquameux des mains et des pieds, une hypotonie généralisée, des modifications du caractère (irritabilité, taciturnité), des troubles du sommeil, de l'amaigrissement, une tachycardie à 120, une pression artérielle basse. Tous ces symptômes étaient assez atténués et le diagnostic se faisait surtout par leur réunion. L'évolution s'est faite vers une atténuation de la maladie qui a duré environ cinq mois et a été nettement améliorée par les rayons ultra-violets.

Lymphogranulomatose maligne.

MM. A. Cade et Treppor présentent l'observation d'une femme de 52 ans entrée à l'hôpital pour un syndrome d'entérite aiguë, avec diarrhée profuse, selles glaireuses et striées de sang.

A l'entrée, état général grave, état cachectique avec amaigrissement extrême, température irrégulière et oscillante, voix complètement éteinte. A l'examen, adénopathies multiples (cervicales, axillaires, inguinales), foie détordant nettement les fausses côtes, rate perceptible. Mort au bout de quelques jours. Autopsie : gros foie (9 kgr.), grosse rate (500 gr.), nombreux ganglions en particulier au niveau du médiastin. Pas de lésions tuberculeuses des poumons ni de l'intestin. L'examen histologique des ganglions montre l'aspect typique de la maladie de Hodkin.

Scissurite du lobule azygos.

MM. Garin et P. Bernard présentent un cliché radiographique montrant, dans le poumon droit, l'image d'une ligne très fine partant de l'apex par un petit triangle à bords curvilignes et descendant en virgule renversée vers le hile. Il s'agit là, ainsi que l'ont montré les recherches de Bendick et Wessler, de la limite externe d'un lobule accessoire déterminé par la position anormale de la crosse de la veine azygos.

La dégustation d'épreuve.

MM. Garin, P. Bernay et Delorme exposent une technique personnelle pour l'obtention du suc gastrique : la dégustation d'épreuve. Celle-ci consiste, le tube d'Einhorn étant mis en place, à faire prendre au sujet une gorgée de vin qu'il garde un certain temps dans sa bouche et recrache ensuite. Les prélèvements de suc gastrique sont effectués de quart d'heure en quart d'heure.

Luxation de la colonne cervicale au cours de la fièvre typhoïde.

MM. Mouriquand, Sédallion et Savaye présentent l'observation d'un enfant de 11 ans entré à

l'hôpital au déclin d'une fièvre typhoïde qui avait débuté trois semaines environ auparavant. Six jours après l'entrée la température, qui était tombée, remonte et se maintient entre 38° et 39°. Puis le malade se plaint d'une gêne dans la gorge et on constate un bombement de la paroi postérieure du pharynx qui donne au toucher l'impression de l'arc antérieur d'une vertèbre déplacée. On constate d'autre part en arrière une dépression paraissant correspondre à la III^e^ cervicale, et on voit apparaître une trépidation épileptoïde nette, et un signe de Babinski des deux côtés ; on fait donc le diagnostic de luxation cervicale du rachis et l'enfant est mis en traction. Celle-ci fit disparaître les signes d'irritation pyramidale. Il est à noter que les radiographies pratiquées ne montrèrent aucune lésion osseuse. Il n'y avait par ailleurs aucun signe de mal de Pott.

Spondylose rhizomélique avec monoplégie du membre supérieur gauche

MM. CORDIER, CROIZAT et COLLOMB présentent l'observation d'un homme de 37 ans entré à l'hôpital pour une paralysie de la jambe gauche. L'affection semble remonter à décembre 1915. A ce moment, le malade, étant au front, ressentit des douleurs dans les lombes, puis dans les jambes, surtout à gauche et éprouva des difficultés à marcher. Evacué et hospitalisé, on constata une hydarthrose du genou gauche sans fièvre. Amélioré, il repartit pour le front, mais bientôt dût être évacué de nouveau et depuis son impotence n'a fait que s'accroître.

A l'entrée, monoplégie flasque du membre inférieur gauche, sensibilité au tact et à la piqûre très diminuée, atrophie musculaire considérable, refroidissement marqué du membre, réflexes rotulien et achilléen abolis, pas de Babinski. Pas de stigmates de spécificité.

L'examen du *rachis* montre ce dernier complètement soudé dans un position à peu près rectiligne, sauf au niveau de la colonne cervicale qui est incurvée en avant. On sent, à la palpation, les apophyses épineuses soudées par des ligaments ossifiés. Rien aux viscères. Wassermann négatif. La radiographie de la colonne montre une ossification très marquée des ligaments donnant des traînées osseuses verticales et s'étendant aux ligaments costo-vertébraux et aux ligaments jaunes, sans processus ostéophytiques. Tout cela tranche le diagnostic en faveur d'une spondylose. Quant à la monoplégie, la cause en demeure obscure : peut-être faut-il la rattacher à une spécificité ignorée.

Angine de poitrine et pouls lent permanent.

M. GALLAVARDIN relate l'observation d'un homme de 62 ans, très probablement syphilitique depuis une quinzaine d'années, et présentant un pouls lent permanent à 36 par block total. Avec ce dernier coexistait un syndrome angineux d'effort typique. A la suite d'accès angineux un peu violents, le malade a éprouvé à de nombreuses reprises des syncopes complètes d'une demi-minute à une minute, accompagnées parfois de quelques secousses convulsives, et ressemblant exactement aux accidents nerveux du Stockes-Adam. Le malade mourut subitement au cours d'un accès angineux nocturne.

A. C.

Les Congrès

V^e^ Congrès international de Physiothérapie

(*Suite et fin*) (1).

Section de radiologie.— A. P. DUSTIN (de Bruxelles), *Radiobiologie expérimentale dans ses rapports avec les formes d'applications thérapeutiques. Les réactions cytologiques et histologiques déclenchées dans les tumeurs malignes par les radiations.* L'auteur établit quelques conclusions auxquelles ses travaux l'ont amené. Il envisage ici successivement les problèmes suivants :

Y a-t-il des lois qui régissent la sensibilité des cellules aux radiations ? et montre que les lois de Perthes et de Bergonié-Tribondeau nécessitent un correctif, puisque les cellules du thymus, les lymphocytes qui n'ont qu'un avenir caryocinétique très réduit se montrent cependant d'une grande sensibilité aux radiations ; aussi l'auteur a-t-il établi une loi plus générale : « Sont particulièrement sensibles aux radiations les cellules dont la chromatine nucléaire est en voie de condensation, soit chromosomiale (caryocinèse), soit prépycnotique (thymocytes, lymphocytes, etc.).

Les cellules au repos sont-elles sensibles et peut-on apprécier leur sensibilité ? A cette question, il est malaisé de répondre. Quelles sont les réactions déclenchées par l'irradiation dans des tissus normaux ou pathologiques à grande activité cinétique ? Ces réactions passent par plusieurs phases dont l'auteur décrit les caractéristiques au point de vue phénomènes caryocinétiques et au point de vue modifications cytoplasmiques. La nature et l'intensité de l'irradiation peuvent-elles faire varier l'allure et la durée de ces phases ? Si la nature des réactions reste la même, la durée et l'intensité de chacune des phases peuvent être influencées par l'intensité et la nature de l'agent radiothérapeutique. L'auteur établit encore que : la

(1) V. *Concours médical,* n^os^ 21 et 22.

nature histologique de la tumeur intervient dans l'allure des réactions radiocytologiques ; que la mesure de l'activité caryocinétique de la tumeur avant tout traitement peut, dans une certaine mesure, donner des indications utiles pour la meilleure distribution des doses dans le temps ; que les cellules en mitose de récidive sont sensibles aux radiations, mais qu'il devient de plus en plus difficile de les amener au repos cinétique complet : que l'action des radiations peut se faire sentir tardivement ; que les doses fortes de radiations sont destructives et les doses moyennes inhibitrices, que l'effet excitateur des petites doses paraît être secondaire, par nécrohormone, et non direct ; que les effets biologiques des radiations ne sont pas spécifiques, des lésions très semblables comme topographie, chronologie et évolution pouvant être produites par des substances chimiques ; que l'action des radiations ne paraît être ni directe ni immédiate, la lésion cellulaire étant le résultat d'une réaction complexe entre la cellule, le milieu humoral qui la baigne et l'action physico-chimique de la radiation.

H. Holthusen (de Hambourg) traite de la *radiobiologie expérimentale et de ses applications thérapeutiques.* Il étudie les notions nouvelles acquises en radiothérapie et radiumthérapie parallèlement aux études de radiobiologie, passe en revue brièvement les actions des radiations sur le fœtus, les actions sur différents organes, sur la rate, sur l'appareil réticulo-endothélial (formation d'immunicorps). Il insiste sur l'intérêt des grandes doses, sauf dans le cas de quelques tumeurs très radiosensibles, et en obéissant toujours au principe du maximum d'effet sur la tumeur avec le minimum de danger pour les téguments et les vaisseaux. Pour ce qui est de l'électivité de la cellule, l'auteur rappelle les travaux de Regaud, signale les variations rythmiques de la radiosensibilité liées à différents facteurs, le rôle des échanges nutritifs, tous phénomènes dont une radiothérapie rationnelle doit tenir compte, pour le dosage du rayonnement et la répartition des doses dans le temps, si l'on veut parvenir à la sensibilisation des tissus la plus favorable à leur destruction. Il envisage enfin l'intérêt qu'il y a à varier les conditions d'irradiation, à travers les longueurs d'onde les plus efficaces, à connaître les périodes de repos des tissus : les différents tissus se reposent différemment, ainsi le mésenchyme se repose plus facilement que le tissu épithélial.

M. P. Lambin (de Louvain) présente une étude générale très complète des *anémies provoquées par les rayons X et les corps radio-actifs.*

M. Borak (de Vienne) traite *des formes cliniques de l'hyperthyroïdisme et de leur traitement par les rayons.* Il montre l'intérêt de l'étude du métabolisme basal avant traitement. Il a traité 62 cas d'hyperthyroïdisme par les radiations au courant des années 1924, 1925 et 1926. Deux ans après le traitement on notait 25,8 p. 100 de guérisons complètes, 33,8 p. 100 de guérisons relatives, 12,7 p. 100 d'améliorations. Suivant es formes cliniques, Borak a observé que la radiothérapie agit sur les formes frustes de la maladie de Basedow dans 92,3 p. 100 des cas, sur les formes moyennes dans 78,9 p. 100 des cas, sur les formes graves dans 56 p. 100 des cas. Il pratique généralement trois séries d'irradiations séparées par des intervalles de trois à quatre semaines. Une exacerbation des symptômes peut survenir au début du traitement. Les faibles doses initiales peuvent produire un état réfractaire aux rayons qui compromet les résultats finaux de la cure. Il faut contrôler l'évolution de la maladie au moyen de l'étude du métabolisme basal. L'auteur recommande d'associer régulièrement une irradiation du thymus à celle de la glande thyroïde. Quant à l'irradiation des ovaires, elle n'est indiquée que dans le cas d'hyperthyroïdisme se développant à la suite d'une aménorrhée. L'irradiation de l'hypophyse a donné de beaux résultats en cas de Basedow survenant pendant le retour d'âge.

Outre ces rapports, la section de radiologie a entendu un certain nombre d'intéressantes communications.

M. A. Gunsett a présenté une étude sur *les rayons X employés seuls dans le traitement des cancers du col de l'utérus et des récidives après hystérectomie.* Cette étude comprend les observations de 7 cas de cancers du col dont 5 absolument inopérables, traités exclusivement par les rayons X et restés guéris depuis plus de trois ans ; en outre, une statistique sur les récidives après hystérectomie est aussi favorable au traitement. Le même auteur étudie les *questions de dosage dans le traitement par les rayons X des cancers du col de l'utérus* ; *l'ionométrie intravaginale en unités françaises et en unités internationales.* Dans cette communication, l'auteur précise la technique qu'il emploie dans la radiothérapie des cancers du col.

W. B. Snow (de New-York) préconise *la méthode des doses fractionnées en rœntgenthérapie.* Sa technique d'irradiations brèves fréquemment répétées, lui a donné les meilleurs résultats. Voici ses conclusions : 1° l'inhibition des fonctions cellulaires constitue le but principal de la radiothérapie ; 2° l'action des rayons X étant cumulative, chaque irradiation contribue à produire un effet thérapeutique profond et intense ; 3° la méthode des doses fractionnées est la plus sûre, car elle permet d'atteindre le stade initial de l'érythème sans danger ; 4° les applications fréquentes sont d'autant plus à préférer qu'elles permettent d'atteindre les cellules pendant leur division ; 5° un érythème produit par les rayons X doit être traité par les irradiations de rayons lumineux et calorifiques.

W. Alstchull (de Prague) étudie les indications de la *radiothérapie splénique.* Ces indications sont, d'une part, des maladies de la rate elle-même, d'autre part des affections très diverses qu'on peut modifier en modifiant l'activité splénique, soit qu'on veuille obtenir une accélération du temps de la coagulation du sang, soit qu'on veuille augmenter la résistance générale de l'organisme aux intoxications ou

aux infections. L'auteur décrit les techniques qu'il utilise dans ces divers cas.

A. Meyer (de Mulhouse) rapporte une auto-observation de chalazion soumis à une séance de radiothérapie (rayons durs, 5/10 Cu + 20/10, 2 unités Holzknecht) avec disparition de la douleur dès le second jour après l'irradiation, puis affaissement et disparition en trois semaines.

Solomon et Gibert s'occupent du *traitement physiothérapique de l'asthme.* On connaît les études que ces auteurs, en collaboration avec MM. Pasteur Valléry-Radot et Blamoutier, ont consacrées au traitement de l'asthme par la radiothérapie. Ils reprennent ici l'historique de la question, établissent les indications du traitement, étudient le mode d'action des radiations qui leur paraît résider, avant tout,— en dehors de la fonte d'une adénopathie trachéo-bronchique ou d'une action hypotonique sur le vague — dans les modifications humorales déterminées par la radiothérapie et qui sont du même ordre que celles que l'on observe après protéinothérapie ; ils décrivent les divers techniques suivies et celle que, personnellement, ils mettent en œuvre ; enfin, ils communiquent leurs résultats classés suivant qu'ils ont pratiqué la radiothérapie thoracique ou la radiothérapie splénique, ou une radiothérapie mixte à la fois thoracique et splénique. Ces résultats totalisés leur donnent un pourcentage de guérisons voisin de 30 p. 100, résultats évidemment très beaux si l'on songe que, dans le plus grand nombre de cas, il s'agit d'asthmatiques chez lesquels les médications usuelles avaient jusque-là toutes échoué.

G. Kahlmeter (de Stockholm) traite de la *rœntgenthérapie de l'arthrite.* Son expérience porte sur 155 cas dont la plupart n'ont subi aucun autre traitement. Il précise sa technique suivant l'articulation en jeu, et classe les malades ainsi traités en sept groupes : arthrites chroniques d'origine infectieuse, polyarthrites d'origine endocrinienne, arthrites de l'épaule, ostéo-arthropathies déformantes, arthrites gonococciques, gouttes subaiguës, spondyloses rhizoméliques. Les résultats rapportés sont des plus favorables.

***

La troisième section était consacrée à l'**hydrologie** à la **thermothérapie** et à la **climatothérapie.** Deux rapports y furent présentés, l'un de R. Wybauw (de Spa) sur l'*action générale des applications externes*, l'autre de Boner sur l'*émanothérapie artificielle.*

Wybauw conclut, de son étude, que les agents physiques, agissant sur la peau, sont les principaux agents d'entretien de l'activité du métabolisme, des échanges chimiques, qu'ils agissent par une action sur la calorification : les applications froides diminuent la température centrale, l'effort chimique pour revenir à la température initiale étant la cause principale des effets de l'hydrothérapie froide ; les applications chaudes excitent aussi le métabolisme, mais d'une manière passive, d'une manière qui s'apparente de près aux chocs protéinothérapiques. Les bains thermaux de température indifférente sont surtout calmants. Quant aux bains carbogazeux naturels, ils participent à la fois des propriétés des bains froids et de celles des bains chauds, par leur température d'une part et la pénétration du gaz carbonique à travers la peau jusqu'au derme d'autre part.

De son rapport sur l'émanothérapie artificielle, Boner conclut :

« Les villes d'eau radio-actives nous apportent une expérience millénaire et dont nous pouvons profiter à condition de rapprocher le plus possible les différents facteurs de thermalité, radio-activité, etc., de ceux qui existent dans l'émanothérapie naturelle... Depuis la possibilité d'un emploi facile des émanations de radium et de thorium, l'émanothérapie artificielle devient un agent thérapeutique de premier ordre. Les affections intéressant particulièrement un organe sont extrêmement rares ; presque toujours il y a un retentissement sur l'organisme en général... Dans les maladies générales, le terrain jouant un rôle prépondérant, c'est lui qui constitue le cadre à l'intérieur duquel viennent s'inscrire une série de symptômes variables avec le ou les organes atteints. L'émanothérapie agissant sur le terrain s'attaque à l'origine même de la maladie. Il nous a semblé que, tout comme dans l'émanothérapie naturelle, une réaction de cure paraît nécessaire et favorable ; étant maîtres de la concentration radio-active de notre médication, nous pouvons presque à volonté diriger le malade vers la réaction de cure pour diminuer ensuite cette concentration de manière que la réaction ne soit pas trop pénible. Lorsqu'on introduit dans l'économie une certaine quantité d'émanation, celle-ci se fixe surtout dans les tissus et les organes dont l'activité cellulaire est plus grande... ceux qui sont le plus sensibles à l'action des radiations (radium et rayons X).

En suite de ces deux rapports, la section d'hydrologie, thermothérapie, climatothérapie, entendit des communications de M. Kopp (de Paris) : *La qualité effective de l'hydrologie dépend aussi de la qualité professionnelle du personnel soignant des établissements d'hydrothérapie et des villes d'eaux* ; Laqueur (de Berlin) : *La signification de l'excitation cutanée dans l'hydrothérapie et la balnéothérapie* ; A. Lima Carneiro (de Caldas-da-Saude) : *Action anagotoxique des eaux thermales de Caldas-da-Saude* ; P.-L. Violle (de Vittel) : *Sur le métabolisme hépatique des substances protéiques au cours d'une cure de diurèse* ; Stoianoff (de Sofia) : *La physiothérapie, spécialement la thalassothérapie en Bulgarie*, communication dans laquelle l'auteur apporte ses statistiques des cas de tuberculoses de localisations diverses, autres que pulmonaire, traités dans les sanatoria maritimes bulgares ; ces résultats sont des plus satisfaisants ; l'auteur signale aussi le développement qu'ont pris en Bulgarie, les colonies scolaires de vacances ; A. Furstenberg (de Berlin) : *Sur le mode d'action des bains d'écume* ; O. Bernhard (de Saint-Moritz) : *Sur la nécessité de créer des sanatoria climatiques populaires pour les tu-*

berculeux chirurgicaux, dans laquelle l'auteur insiste, avec sa grande compétence, sur le fait que le traitement des tuberculoses dites chirurgicales n'appartient plus à la seule chirurgie, que c'est à la cure d'air et de soleil que l'on doit les meilleures guérisons, les guérisons définitives, qu'il est nécessaire de créer des sanatoria populaires, autant que possible à la montagne, sans dédaigner toutefois, la plaine ou la mer ni l'héliothérapie artificielle ; pour la création de ces sanatoria, l'auteur précise les détails de construction et d'organisation ; S. Baqué (de Luchon) : *Traitement de certaines otopathies et surdités par l'air chaud médicamenteux ou non* ; J. Markl (de Jachimov) : *Les bases théoriques de la cure de bains d'émanation.*

***

La quatrième section, consacrée à l'**électrologie** a entendu les rapports de MM. Bordier, Laquerrière et Lehmann, Raszeja (de Poznan).

Bordier parle de la *diathermie et des affections tuberculeuses de la peau.* Après avoir fait la critique du traitement du lupus tuberculeux par le thermocautère et le galvanocautère, par la neige carbonique, par l'air chaud et avoir passé rapidement en revue les traitements par les radiations, il aborde l'étude du traitement par diathermo-coagulation. La profondeur des effets de coagulation déterminés par ce procédé en rend l'emploi très indiqué dans les tuberculoses cutanées. Description de l'appareillage à utiliser, des procédés de haute fréquence qu'on peut, dans quelques cas, associer ou substituer à la diathermo-coagulation (étincelage, d'Arsonvalisation médicamenteuse), de la technique opératoire.

Laquerrière et Lehmann traitent de la *technique et des indications de l'ionothérapie.* Ces auteurs estiment que, pour les lésions superficielles, en particulier en dermatologie, l'introduction électrolytique est le seul procédé qui permette de répandre un médicament dans toute l'épaisseur de la peau, — que pour les affections profondes, si son mécanisme intime est mal élucidé, elle est souvent un adjuvant très précieux aux effets du courant continu, donnant des résultats plus rapides et plus complets et pouvant même agir là où le seul courant continu est inefficace, — que, de toute façon, à la condition d'être bien appliquée, avec des précautions minutieuses, l'ionisation constitue pour nombre d'affections un progrès très important.

M. Raszeja traite également de la *technique et des indications de l'ionisation.* Il estime que l'action thérapeutique des ionisations est basée aussi bien sur les actions polaires et interpolaires du courant galvanique que sur la pénétration même des ions dans l'organisme. L'auteur a employé l'ion Ca et l'ion I dans des affections diverses. Il a obtenu quelques résultats favorables, par l'ionisation calcique, dans des formes superficielles de tuberculose chirurgicale, *spina ventosa.* Il conseille une grande prudence dans les formes végétantes. Les formes suppurées et même fistulisées lui ont donné des succès. Il a constaté également une amélioration considérable dans deux cas de rhumatisme de Poncet.

Dans trois cas d'hydarthroses récidivantes qui avaient résisté à la diathermie et à la radiothérapie, l'ionothérapie calcique amena une grande amélioration, alors que l'ionisation iodée était demeurée sans résultats. Le rhumatisme articulaire, la polyarthrite déformante ne sont que peu modifiés par l'ionisation. L'ionisation transcérébrale d'iode lui a donné des résultats encourageants dans trois cas d'hémiplégie spasmodique infantile et dans trois cas d'hémiplégie post-apoplectique. Dans certains troubles circulatoires des membres inférieurs des jeunes filles, l'ionisation iodée s'est révélée très efficace. Egalement après les interventions sur les nerfs périphériques. L'auteur termine son rapport par quelques précisions de technique.

Ce rapports furent suivis, à la section d'électrologie, de l'exposé de nombreuses et instructives communications.

M. W. Martin (d'Atlantic City), après avoir décrit le tableau clinique du *syndrome hépato-cardiaque* dans lequel la congestion du foie détermine secondairement la fatigue du cœur, signale les résultats qu'on peut obtenir dans ces cas du traitement électrique. Ce traitement débute par des applications diathermiques trans-hépatiques (1.000 à 1.500 milliampères pendant une demi-heure) et, de plus, transcardiaques, si le myocarde paraît un peu atteint. Puis l'auteur fait des applications de courant statique, en les surveillant, particulièrement chez les hypertendus.

F. B. Carpenter (de New-York) traite l'*asthme* par l'oxyoline, produit dérivé de l'ozone, passant sous pression par certaines huiles. Ce produit, d'une innocuité absolue, lui a rendu de grands services. Il apporte quatre observations d'asthmes rebelles guéris de la sorte.

W. L. Clark (de Philadelphie) étudie *la dessication et la coagulation dans le traitement des néoplasmes.* Cet auteur estime qu'appliqués avec une bonne technique ce sont là des procédés de choix dans le traitement des néoplasies localisées et superficielles, sans qu'il faille cependant oublier que le bistouri, les rayons X, le radium gardent des indications et peuvent rendre de grands services en association avec les procédés électriques, chaque méthode complétant l'autre.

A.-L. Brown (de Winchester) parle de la *physiothérapie du col utérin comme prophylaxie du cancer.* Il estime qu'il faut traiter pendant la gestation les cols atteints d'endocervicite, si l'on veut réduire la mortalité par cancer du col utérin. L'auteur décrit avec précision la technique d'électro-coagulation qu'il met en œuvre ; il fait suivre cette coagulation d'irrigations, puis d'applications intravaginales de diathermie ; il termine par des applications de courant sinusoïdal à faible intensité. Il a obtenu de la sorte, chez de nombreuses malades, la guérison complète d'affections du col pénibles et rebelles.

W. Mac Fee (de Boston) s'occupe du *traitement des*

tumeurs accessibles. Il estime que l'électro-coagulation et l'électro-dessication sont ici les procédés de choix. Peu ou pas d'hémorragies, pas de douleur post-opératoire, un meilleur résultat esthétique, une diminution considérable des risques de propagation, tels sont les avantages indiscutables de la méthode. L'auteur décrit différentes méthodes qu'il met en œuvre. Il insiste particulièrement sur le traitement des amygdales hypertrophiées, de certaines lésions rectales, de l'hydrocèle.

G.-A. WYETH (de New-York) s'occupe aussi de l'*importance de l'électro-chirurgie dans le traitement du cancer.* Ce procédé, à son avis, a surtout ses indications dans les cas où l'extension de la tumeur ou sa résistance au radium contre-indiquent l'intervention ou la radiumthérapie. La tumeur doit être détruite et enlevée au cours d'une même séance ; les tissus environnants ne sont pas lésés par l'application, si bien qu'un nodule ou une induration se développant dans la suite peuvent être traités par le même procédé.

J.-E.-G. WADDINGTON (de Détroit) passe en revue les connaissances biophysiques qui peuvent aider à l'explication des phénomènes physiologiques et pathologiques et ouvrent des aperçus sur le mode d'action des agents physiques. Il définit l'énergie, l'inertie, décrit la structure de l'atome, montre ce qui, du point de vue vie cellulaire, différencie les actions chimiques des actions radiantes. Il estime que les diverses variétés de courants utilisés en thérapeutique ne diffèrent que par la concentration et la vitesse des électrons, montre l'importance de la membrane lipoïde dans les échanges osmotiques et dans les différences de potentiel, le rôle des téguments, la manière dont il faudrait comprendre les phénomènes physiologiques et pathologiques en rapport avec des modifications des charges électriques et des ions antagonistes.

E. D. PARSONS (de Waterloo) étudie l'*évolution de l'emploi du courant galvanique dans la pratique médicale.* Il recommande ce traitement dans des affections très nombreuses et rapporte les observations de cas très divers (psychose traumatique, endométrite, douleurs de compression par kyste de l'ovaire) guéris par la galvanisation.

M. C. H.-A. SNOW (de New-York) signale l'*intérêt de la physiothérapie dans un type particulier d'instabilité cardio-vasculaire.* Il préconise divers procédés physiques contre la dilatation vasculaire, qui relève d'une insuffisance du tonus vaso-moteur et détermine des troubles de la dynamique cardiaque et de la résistance périphérique : applications de courant statique ou de diathermie contre la congestion du foie — grands lavements, bains électriques et hydrothérapie pour le drainage intestinal, — percussion des espaces intervertébraux et vibrations mécaniques contre l'insuffisance du tonus vaso-moteur.

F.-H. HUMPHRIS (de Londres) étudie les *indications de l'électricité statique en pathologie,* après avoir passé en revue les effets physiologiques de l'électricité statique sur le système circulatoire, sur l'appareil respiratoire, sur le système nerveux.

W. B. SNOW (de New-York) insiste sur la *valeur de l'électricité statique dans le traitement des rhumatismes* ; il considère que ces applications constituent la méthode de choix lorsqu'il y a gonflement et infiltration.

F. S. MEADE (de Madison) traite de l'*électricité statique dans les accidents de travail,* dans les traumatismes du dos, les inflammations des bourses synoviales, certaines fractures, certaines déchirures de ligaments, certaines entorses.

M.-W. KAPP (de San Jose) traite de l'*électricité statique dans les affections pelviennes.* Il estime que l'action décongestionnante du courant statique est inégalable ; la dysménorrhée par flexion ou version vicieuse cède rapidement ; l'utérus infantile se développe. Il est parfois utile de provoquer d'abord de l'hyperthermie et de faire ensuite l'application statique. Contre les fissures du rectum, l'auteur emploie également l'association diathermie-courant statique. La métrite, toutes les affections liées à la congestion utérine bénéficient également de cette variété d'électrothérapie. La frigidité sexuelle disparaît.

RUMPF (de Bonn) utilise, pour diverses applications thérapeutiques, un courant de haute fréquence d'un million d'oscillations par seconde qui est une décharge de condensateur.

F. NAGELSCHMIDT (de Berlin) réalise l'*hyperthermie au moyen de la diathermie à courtes longueurs d'ondes.*

L'appareil qu'il a fait construire émet des ondes de 200 mètres de longueur ; ces ondes produisent dans leur champ de condensation une chaleur agréable que l'on peut régler à volonté, déterminant une hyperthermie qui peut atteindre 40°, sans que le malade soit obligé de se déshabiller, sans précaution pour l'application des électrodes. Cette pyrexie déterminée par l'électricité, qui ne donne lieu à aucune désagrégation d'albumine et qui, par conséquent n'est pas toxique, est parfaitement supportée pendant plusieurs heures ; on note, au début de la séance une oppression légère et une somnolence qui disparaissent quelques heures après l'application. Les indications principales de cette nouvelle méthode seraient : certaines maladies infectieuses aiguës (grippe, pneumonie), les maladies infectieuses apyrétiques par défaut de réaction de l'organisme, les affections par troubles des échanges nutritifs (goutte, rhumatisme, états cachectiques). En outre, l'auteur a constaté sur lui-même l'action analgésiante de cette diathermie hyperthermisante.

F. HERZOG (de Marienbad) discute le *traitement des affections du système nerveux par les courants de haute fréquence à action motrice.* Il a utilisé les contractions musculaires déterminées par les applications unipolaires de haute fréquence (longueur d'onde = 2.500 mètres, fréquence = 120.000, intensité faible pour éviter les effets diathermiques) dans le traitement de paralysies périphériques, de névralgies, de névrites.

A. COTTON (de Trenton) met en œuvre contre certaines affections du tube digestif (stase gastro-intes-

tinale des psychoses), les lavements intestinaux, la diathermie, les ondes hertziennes.

L. DE MUNTER et MASY (de Liége) étudient le *mécanisme de l'action de la diathermie et les résultats de son application aux rhumatisants.* Ils estiment que la diathermie agit sur les colloïdes des cellules suivant une modalité triple : par l'élévation thermique, par des modifications de leur équilibre électrique et aussi par des modifications imprimées à leur état chimique. Ils apportent ensuite leurs résultats personnels, en se basant sur 110 malades atteints d'affections dites rhumatismales qu'ils ont soumis à ces applications. Dans quelques rares cas, ils ont observé une action défavorable, encore que passagère (recrudescence des douleurs, augmentation du gonflement et de la raideur articulaires) ; il s'agit dans ces cas de malades qui ne peuvent supporter aucun traitement calorique. Dans la grande majorité des cas, les résultats ont été très favorables ; les auteurs rapportent en particulier quelques observations d'arthrites, de névralgies et de myalgies guéris ou très améliorés de la sorte.

F. H. MORSE (de Boston) communique une note sur les *effets de la physiothérapie sur les disséminations septiques, à point de départ cæcal.*

BIENFAIT (de Liége) signale les divers *traitements électriques,* qu'il faut appliquer *aux dyspepsies chroniques.* A l'estomac dilaté et atonique, il faut opposer la galvanisation et, pour exciter la contraction musculaire, un courant rythmé ; dans les états d'asthénie gastro-intestinale, l'auteur met en œuvre le courant alternatif et s'intercale lui-même dans le courant, tenant une électrode d'une main, posant l'autre sur l'abdomen du sujet traité et effectuant par elle un effleurage ou même un véritable massage de la paroi. Quant à la diathermie transabdominale, elle doit être réservée aux affections douloureuses de l'estomac , de la vésicule et du cæcum.

E.-S. SMITH (de Bridgeport) rapporte l'observation d'un cas de myélite, chez un garçon de treize ans, d'étiologie obscure, traité avec succès par les applications de statique.

MOLDAVER (de Bruxelles) termine les communications présentées à la section d'électrologie par une intéressante étude sur l'*intervention électrothérapique dans la poliomyélite épidémique.* Il pense qu'il faut traiter d'une part la lésion même et, dans ce but, préconise la diélectrolyse (ionisation à l'iode et parfois au salicylate), et d'autre part, les troubles paralytiques et trophiques par la diathermie et les excitations locales. Il insiste sur l'importance du contrôle régulier de la valeur fonctionnelle des muscles et des nerfs par l'électro-diagnostic et sur l'intérêt des mesures de chronaxie qui, seules, reflètent avec précision cette fonction. Il apporte quelques observations avec les courbes d'évolution des chronaxies qu'illustrent ces conclusions.

***

La SECTION V, **section d'actinologie** discuta un rapport de L.-G. DUFESTEL et G. TIXIER sur les *provitamines et les aliments irradiés,* trois rapports sur le *traitement de la douleur,* dont deux, d'ailleurs, débordaient le cadre de l'actinologie, de A. ROSSELET (de Lausanne), S. BRONSTEIN (de Lennigrad), E. et H. BIANCANI, enfin un rapport de C. BRODY (de Grasse) sur l'*association systématique de l'hélio-et de l'actinothérapie.*

L. G. DUFESTEL et TIXIER insistent sur les conditions à remplir pour obtenir un ergostérol pur, débarrassé des autres stérols de levure inactivables, et aussi pour avoir, après irradiation, un produit très riche en vitamine D. Le test biologique, disent-ils, ne présente de rigueur qu'en opérant sur l'enfant rachitique ; le test spectrographique donne des indications certaines sur la valeur du produit, dans les conditions ordinaires de préparation industrielle. Le médicament idéal devrait réunir la vitamine D, les sels de chaux, de fer et l'arsenic. Chez l'enfant de douze à dix-huit mois, des doses de 2 à 4 milligrammes de vitamine D bien préparée sont indispensables pour guérir le rachitisme actif. La toxicité de la vitamine D est pratiquement nulle. Les indications principales sont : le rachitisme, la tétanie, l'ostéomalacie ; dans la tuberculose, les fractures et les caries dentaires,la vitamine D peut souvent jouer le rôle d'un utile adjuvant. Les provitamines D connues actuellement sont : l'ergostérol, certains stérols du beurre de cacao et l'hélistérine extraite de l'escargot. Les aliments ne sont activables par irradiation que dans la mesure où ils contiennent une proportion suffisamment élevée de provitamine D : le lait, le beurre de cacao, les huiles et certaines farines sont dans ce cas. L'irradiation provoque des modifications chimiques de la provitamine (polymérisation ou changement dans les liaisons des chaînes latérales), mais il n'y a pas accumulation d'énergie actinique, l'expression « actinothérapie indirecte » ne répond donc nullement à la réalité et doit être rejetée.

A. ROSSELET analyse le mécanisme d'action des rayons X dans le traitement des névralgies, de la sciatique par exemple. Faut-il expliquer les résultats obtenus dans ce traitement par une action exercée au niveau des trous de conjugaison (action décongestive profonde) ? L'auteur ne nie pas que semblable effet puisse se produire, mais le fait que de petites doses de rayons relativement peu pénétrants agissent très efficacement, d'autre part, la comparaison avec les résultats obtenus au moyen d'autres agents physiques beaucoup moins pénétrants et dont l'action s'exerce avant tout au niveau des téguments amènent l'auteur à se demander si les rayons X eux aussi n'agiraient pas avant tout par un mécanisme cutané qui consisterait : 1° en phénomènes de balancement circulatoire (appel sanguin de la profondeur vers la surface, d'où décongestion des organes malades) ; 2° production d'un choc humoral ; 3° enfin et surtout action sur le système neuro-végétatif cutané.

S. BRONSTEIN publie les statistiques des cas d'al-

gies qu'il a traités par les irradiations au moyen de la lampe de quartz. Ces statistiques sont très favorables à ce mode de traitement qui donnerait plus d'améliorations et de guérisons que les autres agents physiques. Au point de vue technique, l'auteur estime qu'il faut pratiquer l'irradiation à dose érythémateuse, en centrant le rayonnement sur la région du nerf malade. Quel peut être le mécanisme de l'action de ces radiations ? L'auteur en voit l'explication dans les modifications circulatoires déterminées par l'irradiation à cette dose. Les agents physiques, et particulièrement le rayonnement de la lampe de quartz, déterminent une régulation du tonus sympathique et, par là, restaurent la circulation ; ils suppriment l'ischémie capillaire en opérant une hyperémie artérielle et veineuse et en augmentant la capillarisation des téguments.

E. et H. Biancani essaient de classer les méthodes physiques de traitement de la douleur. Ils envisagent les différents mécanismes d'action des agents physiques sur la douleur en prenant comme base de leur étude d'une part certaines recherches récentes d'anatomie et de physiothérapie nerveuse, d'autre part, quelques recherches personnelles. Ils analysent d'abord les mécanismes de production de la douleur : ils montrent ensuite quels agents physiques correspondent à ces diverses pathogénies de la douleur. Certains agents physiques agissent sur les lésions de voisinage qui irritent l'un des éléments composants du système nerveux cérébro-spinal : à ce point de vue, on s'adressera à des actions physiques diverses suivant le siège plus ou moins profond de cette irritation (radiations lumineuses et infra-rouges, diathermie, rayons X moyennement pénétrants). D'autres agents physiques ou d'autres techniques s'adressent aux douleurs qui proviennent d'un réveil de la sensibilité latente du système nerveux sympathique sous l'effet d'une réaction motrice anomale, telle qu'un spasme ou une distension ; dans ce cas, suivant qu'on désire agir sur des éléments du sympathique plus ou moins profonds, on s'adressera à des radiations plus ou moins pénétrantes dont on fera porter l'action dans des régions diverses (par exemple, suivant les cas, sur les carrefours vasculo-nerveux ou sur les ganglions sympathiques). En d'autres cas, la douleur est due à une hyperréceptivité du système nerveux cérébro-spinal par hyperémie réflexe végétative : c'est alors qu'interviennent utilement les actions révulsives, telles que peuvent les produire les ultra-violets ou la haute fréquence en étincelage ou en effluvation. Enfin, la douleur peut provenir d'une défaillance générale du tonus nerveux sous l'influence de causes diverses (intoxication, infection, fatigue) rendant douloureuses des excitations qui, normalement, ne le seraient pas : ici intervient l'action sédative des bains, des irradiations générales d'ultra-violets. En conclusion, les auteurs pensent qu'une étude aussi précise que possible de la physiologie de la douleur permettrait de discerner dans bien des cas, les mécanismes d'action des agents physiques et que secondairement à cet essai de mise au point, on pourrait entrevoir une thérapeutique physique de la douleur plus rationnelle, qui éviterait quelques hésitations et quelques échecs.

Brody expose la technique qu'il a adoptée dans les traitements hélio et actinothérapiques. Il associe très habituellement le soleil et les sources artificielles d'ultra-violets, et se sert simultanément de la lampe à arc et de la lampe de quartz-mercure. Il estime que les doses solaires quotidiennes de trois à six heures indiquées actuellement dans les traités sont excessives et qu'il faut les réduire considérablement, — que des cures de désaccoutumance et de dépigmentation doivent être pratiquées systématiquement, car la pigmentation empêche souvent l'amélioration en diminuant la photosensibilité des malades, — qu'il faut donc interrompre la cure dès que la pigmentation devient trop intense, le surdosage et la poursuite des cures sans interruption étant responsables de la longue durée des traitements.

Suivent une série de communications, parmi lesquelles nous signalons tout d'abord celles, très écoutées de MM. H. Jausion, R. Sohier et R. Hyronimus (Paris). Dans la première, *Sur la lumière et les antigènes* ; *la lumière antigène* ; *le traitement des intolérances à la lumière*, les auteurs, en s'appuyant sur la clinique et l'expérimentation, montrent que des actino-anaphylactoses, distinctes des actinites simples et des infections photo-biotropiques, naissent sous l'influence combinée d'antigènes et de photo-catalyseurs, endo ou exogènes. Ces manifestations doivent être séparées de toutes autres dermatoses à topographie solaire qui n'ont fait qu'élire domicile au *locus minoris resistentiæ*. Les maladies traitées par les auteurs ne sont pas des plus fréquentes ; elles sont difficiles à reproduire expérimentalement parce qu'elles exigent la mise en œuvre de quatre facteurs : la lumière, son catalyseur, et un antigène, chez un susceptible. L'association médicamenteuse d'hyposulfite de soude et de résorcine suffit à la guérison des sujets atteints.

H. Jausion, R. Sohier et R. Hyronimus présentent un second travail sur les *achromies régies par la lumière et leur traitement*. Les auteurs montrent que la plupart des achromies sont régies par la lumière (vitiligo et leuco-mélanodermies syphilitiques) ; mais qu'il est aussi des atrophies pigmentaires qui, réellement créées par le soleil, lui doivent plus qu'une banale révélation : ce sont les achromies mycosiques. A tous autres traitements des dyschromies, les auteurs préfèrent la méthode générale décrite par eux sous le nom de brassage pigmentaire. Elle n'est pas parfaite, mais elle modifie favorablement les vitiligos rebelles.

M. Ory (Liége) étudie les *indications de l'actinothérapie ultra-violette dans le traitement des maladies rhumatismales* et montre que les rayons ultra-violets, en irradiations locales, à doses érythémateuses, ont une action favorable sur les myosites, névrites essentielles, cellulites, et qu'en irradiations générales, ils

peuvent être employés comme adjuvant à la période de convalescence du rhumatisme polyarticulaire aigu.

Signalons enfin une série de communications de E. BRUNER sur : *quelques renseignements sur certaines modifications techniques de l'appareil Finsen, et : sur les indications de la Finsenthérapie en dehors de la tuberculose cutanée* ; de H. ORY et H. BRODEN : *sur les effets physiologiques de la lumière sur la sensibilité* ; de A. PANAYOTATOU : *sur les affections tuberculeuses commençantes et l'héliothérapie* ; — de S. LÉPSKY : *sur le traitement des névralgies et des névrites sciatiques par les rayons ultra-violets à dose érythémateuse* ; — de P. LEMARIÉE : *sur le traitement des plaies et brûlures par l'actinothérapie localisée* ; — de R. DEGROOTE : *sur le traitement du diabète infantile par le régime, la diathermie et l'actinothérapie* ; — enfin de A. GUTMANN : *sur le traitement des maladies des yeux par les rayons lumineux.*

Drs BIANCANI (de Paris).

***

Discours du professeur Bordier, de Lyon, au banquet de clôture du 5e Congrès international de Physiothérapie, à Liége le 27 septembre 1930.

Mesdames,
Messieurs,

En l'absence de mon éminent collègue, le professeur Carnot, président de la Délégation française, c'est à moi qu'échoit l'honneur de prendre la parole à sa place ce soir.

J'adresserai tout d'abord nos remerciements bien sincères au Comité d'organisation du Ve Congrès international de physiothérapie, et en particulier à son sympathique président, le professeur Gunsburg, en le félicitant, lui et ses collaborateurs, du succès de ce congrès dû à leur intelligente et patiente organisation.

Lorsque mon cher confrère et ami, le Dr Bienfait, me demanda d'être rapporteur à la section d'électrologie, je n'hésitai pas à lui répondre affirmativement en témoignage de ma sympathie pour lui et pour son noble pays, sympathie qui ne fait que s'accroître à mesure que nous sentons davantage toute la cordialité et toute le charme de votre accueil, Mesdames et Messieurs.

Je n'ai fait d'ailleurs que tenir la promesse que nous avions implicitement faite au Dr Bienfait, lors du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences de Bordeaux en 1923.

C'était, vous vous en souvenez, cher ami, au banquet offert au regretté professeur Bergonié qui venait de subir l'amputation du bras droit. Il avait bien l'intention, lui aussi, d'être parmi nous aujourd'hui, lui qui ne manquait aucun Congrès de physiothérapie. Hélas ! le sort devait en décider autrement.

J'adresse à sa mémoire mon souvenir fidèle et ému ..... Bergonié fut l'un de ceux, ne l'oublions pas, qui ont le plus fait pour les progrès des agents physiques appliqués à la thérapeutique. Sa revue, les *Archives d'électricité médicale*, à la naissance de laquelle j'ai participé en 1893 comme préparateur et collaborateur de mon malheureux maître, est certainement l'une des principales causes du développement pris par les méthodes et les techniques électrothérapiques.

Mais, à cette époque, nous ne possédions guère que trois formes de l'énergie électrique pour le traitement des malades : le courant galvanique, le courant faradique et le courant des machines statiques. Que de chemin parcouru depuis ! Les rayons X, les corps radio-actifs et le radium, les courants de haute fréquence et la diathermie, sont venus successivement s'ajouter à notre maigre arsenal thérapeutique d'antan.

Je ne vous apprendrai rien en disant que c'est au génie de d'Arsonval, notre maître à tous, que nous devons non seulement cette arme si puissante qu'est la diathermie, mais encore, les nombreux appareils qui nous servent journellement. Permettez-moi, Messieurs, d'adresser à l'illustre professeur du Collège de France l'expression de notre respectueuse admiration et de notre reconnaissance.

C'est au développement toujours plus grand des différentes branches de la physiothérapie que je lève mon verre pour boire à la santé de nos chers amis de Belgique, patrie du grand roi Albert Ier !

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard St-Germain, Paris VIe.

Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants, par le Dr Jules COMBY, médecin honoraire des Enfants-Malades (9e dit.)

Le Dr Jules Comby, le distingué médecin d'enfants, vient de faire paraître la neuvième édition de ses consultations pour les maladies des enfants. La première avait paru en 1909 avec 100 consultations ; la huitième, il y a cinq ans, contenait 200 consultations. Mais, depuis cinq ans, la science a fait des progrès,et les maladies exotiques doivent prendre rang dans un ouvrage de ce genre, car elles ont fait leur apparition en France et le livre doit être mis entre les mains des médecins coloniaux. Aussi le nombre des consultations s'est accru de 140, ce qui porte le total à 400. Espérons qu'avant peu la dixième édition paraîtra avec 500 consultations. Il est impossible de faire une analyse d'un ouvrage de ce genre, et la réputation de clinicien du Dr Comby est trop grande et trop universellement répandue, pour que nous osions faire son éloge. Nous rappellerons seulement que M. Comby est un maître, qui connaît bien les besoins des médecins praticiens ; ne fut-il pas, il y a quelque trente ans, président du Syndicat des médecins de la Seine et même président de l'Union des Syndicats médicaux de France, tout en étant déjà un médecin des hôpitaux réputé. Ce sont des titres que nous tenons à évoquer ici, car ils permettent à nos lecteurs de se rendre compte du contact que M. Comby a su garder avec ses élèves et ses confrères.

Chaque consultation est suivie d'une courte note clinique, mettant en quelques phrases claires et concises le lecteur au courant de l'état actuel de la science médicale, sur la question qui fait l'objet de l'ordonnance, ce qui fait des consultations de M. Comby autre chose qu'un bon formulaire.

J. NOIR.

LABORATOIRE HEUDEBERT (Service des Editions)
85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).

Le régime des Enfants.

La seconde brochure des Editions diététiques Heudebert vient de paraître ; elle est consacrée au Régime des enfants. Cette étude de l'alimentation infantile est conduite dans le même esprit essentiellement pratique que la brochure précédente « Le Régime du diabétique ».

« Le Régime des enfants » comporte une centaine de pages, et contient, sous une forme claire, des indications sans aucune prétention médicale, mais qui seront précieuses pour toutes les mères.

Ce volume attire leur attention sur les grosses erreurs qu'il faut éviter, sur les symptômes qui doivent les inciter à appeler le médecin, et leur donne des conseils pratiques pour la préparation des biberons et des bouillies, le choix des aliments, la quantité subordonnée à l'âge de l'enfant, etc. questions qui, pour être primordiales et constituer l'A B C de la puériculture, n'en sont pas moins trop souvent ignorées des mamans.

Le « Régime des Enfants » sera également utile aux médecins, auxquels il facilitera leur tâche, en leur évitant l'énumération longue et fastidieuse de tous les petits soins et précautions qu'on ne saurait trop répéter.

Cette brochure, comme la précédente, est en vente dans toutes les pharmacies, herboristeries et maisons de régime au prix de 3 fr. 50, mais les Laboratoires Heudebert se font un plaisir de l'adresser gracieusement aux médecins qui leur en feront la demande.

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Armand COLIN,
103, boulevard Saint-Michel.

Dr René SAND. — **Le service social à travers le monde.** ASSISTANCE, PRÉVOYANCE. HYGIÈNE. Préface de M. Paul Strauss (Un vol. 256 pages, Prix : 25 fr.).

Publications médicales PALISSIER
10, rue Versigny, Paris.

— **L'année médicale et pharmaceutique Palissier.** EDITION 1931. Annuaire de médecine et pharmacie. Paris, Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Facultés de provinces.

Imprimerie Paul VALLIER,
Clermont-Ferrand, 1930.

— **Guide Cany. La Bourboule.** Un vol. 14 × 19. Sous reliure, illustrée trois couleurs, 3e édition.

Les Thèses

P. — Dr Antoine Giorgi. — **Le traitement abortif des phlegmons péri-amygdaliens par l'injection « in situ » d'argent colloïdal.** (Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris VIe, 1930.)

L'électrargol a toujours été appliqué avec succès au traitement du phlegmon péri-amygdalien. Appliqué suffisamment tôt, il peut faire avorter l'évolution du phlegmon. Appliqué plus tard, il favorise la maturation du phlegmon et en facilite l'ouverture spontanée ou chirurgicale. Dans tous les cas, il atténue souvent la dysphagie et rend supportable une évolution souvent des plus douloureuses.

L'injection locale *in situ* d'électrargol produit absolument les mêmes effets.

Elle a de plus pour elle, le grand avantage de ne nécessiter qu'une dose très faible d'électrargol, de ne déterminer jamais de choc cliniquement appréciable et de localiser souvent au point d'injection une suppuration péri-amygdalienne jusque-là difficilement accessible.

Le Dr Giorgi, montre l'intérêt de la *précocité de cette médication* dans le traitement abortif du phlegmon P. A. et l'avantage que l'on peut tirer de son application *locale in situ*, suivant le procédé imaginé par son maître le Dr Bourgeois.

Si le malade est vu sur la fin de l'évolution de l'affection, quand le pus, bien collecté, bombe sous le voile, le traitement chirurgical est seul indiqué.

Avant l'heure chirurgicale, si la fluctuation n'est pas franche, toute manœuvre chirurgicale est douloureuse, illusoire et dangereuse. Sans doute, la thérapeutique médicale classique (badigeonnages, gargarismes, lavages, fomentations cervicales, etc.), amènent un certain soulagement, du reste partiel et transitoire : il n'est que soulagement.

L'injection locale d'électrargol atténue rapidement, voire même supprime la douleur, améliore l'état général, précipite la suppuration et les possibilités d'ouverture à un stade avancé de l'affection. Faite assez tôt, elle fait avorter le phlegmon.

La technique de l'injection locale est la suivante : Utiliser l'Electrargol injectable, titrant 0 g. 40 d'argent métallique pur pour 1.000, dont on injectera au maximum 1/2 à 1 cc. Employer une aiguille fine, assez longue et surtout à biseau court et parfaitement piquant. Après grand lavage bucco-pharyngé du voile ou siphonnage à l'eau de Seltz (qui a, en plus, une action décongestionnante et analgésique) faire un léger badigeonnage avec une solution anesthésique au point de l'injection : injection au maximum de rougeur et tuméfaction, à la base du pilier antérieur (point de Lemaistre), dans les phlegmons P. A. antéro-supérieurs, les plus fréquents. Dans le cas assez rare d'un phlegmon postéro-supérieur, dans la partie haute du pilier postérieur, entre le pilier et l'amygdale. Inutile de faire une piqûre plus profonde. Si aucun liquide ne sourd, on injecte un demi-cc. d'électrargol. Si du liquide ressort derrière le pilier antérieur, entraînant des particules pultacées, il y a intérêt à injecter quelques centimètres cubes d'électrargol, avant d'enfoncer plus profondément l'aiguille pour pratiquer l'injection interstitielle d'un demi-cc. de la solution.

Cette injection interstitielle est, souvent, suivie immédiatement d'une douleur locale assez vive, avec irradiation auriculaire et sensation de tension locale plus forte, traduction locale d'une poussée inflammatoire d'ailleurs légère, et toujours éphémère. Rapidement, la douleur s'atténue et une sensation de mieux-être progressivement croissante apparaît.

1° Pratiquée précocement entre le 2e et le 3e jour, l'injection locale d'électrargol a un effet sédatif et *abortif* certain particulièrement rapide (guérison en 48 heures), l'abortion restant toujours fonction de la précocité de l'injection.

2° A un stade plus avancé de l'évolution, une seule injection de 1/2 cc. d'électrargol atténue souvent, dans la journée même les symptômes locaux (douleur, surtout) et peut faire rétrocéder le phlegmon. D'autre part, l'injection d'électrargol est toujours des plus utiles, favorisant la maturation du phlegmon et en facilitant l'ouverture spontanée ou chirurgicale.

3° Dans les cas de phlegmons à répétition, elle peut supprimer l'apparition de nouvelles poussées phlegmoneuses.

D'une façon générale :

L'électrargol en injection dans le phlegmon P. A. amène une sédation toujours rapide de la douleur, entraîne un mieux-être local en quelques heures ; seuls la fièvre et le trismus résistent plus longtemps.

Employé localement, il permet, comparativement, aux injections intramusculaires ou sous-cutanées, une action des plus efficaces avec une dose médicamenteuse très faible, non choquante.

Mp. — Dr A. Fabrègue. — **Traitement de la pleurésie purulente aiguë par le drainage de la plèvre à « thorax fermé ».** (Montpellier, imprimerie du « Languedoc médical », 1930.)

L'observation clinique établit que la condition première de la guérison d'une pleurésie avec épanchement est réalisée par l'élimination de cet épanchement.

Or, dans le cas de pleurésie séro-fibrineuse métapneumonique par exemple, la résorption étant possible, le retour à l'état normal est obtenu.

Dans le cas de pleurésie purulente, la nature du liquide pleural rendant impossible sa résorption, l'organisme l'évacue au dehors et la chronicité des lésions s'ensuit.

La cause de cette chronicité ne peut être que le

fait qui différencie ces deux processus de guérison : l'ouverture de la plèvre qui aboutit à la suppression du vide pleural.

Etant donné qu'en intervenant nous ne pouvons nous-mêmes, pour tarir l'empyème, que procéder à cette ouverture, si nous voulons obtenir consécutivement la guérison, il est nécessaire de restituer à la région et à l'organe les conditions physiologique que l'impuissance de la nature nous a autorisés à détruire, mais qu'elle réclame ensuite pour effectuer son travail de réparation anatomique et fonctionnel.

Mp. — Dr Ch. Zubléna. — **Des indications thérapeutiques dans la maladie de Basedow.** (Montpellier, imprimerie du « Languedoc médical », Manufacture de la Charité, 1930.)

La conduite à tenir sera la suivante :

En présence d'un cas de maladie de Basedow, il faut toujours commencer par la thérapeutique médicale. On emploiera d'abord la thérapeutique pathogénique (opothérapie, etc.) ; si la syphilis ou le rhumatisme paraissent être en cause, on associera à la thérapeutique pathogénique, la thérapeutique étiologique. Il sera souvent utile d'associer à la thérapeutique médicamenteuse la thérapeutique hydrominérale.

Quand on sera en présence de cas graves, il sera bon d'associer au traitement médicamenteux la physiothérapie sous forme de galvano-faradisation ou de radiothérapie, ou encore de radiumthérapie.

Enfin, quand la thérapeutique médicale aura montré son impuissance, quand on n'aura pas obtenu d'amélioration par les agents physiothérapiques, reste la dernière ressource, l'intervention chirurgicale, qui ne sera qu'un pis-aller, mais à laquelle cependant il ne faudra avoir recours ni trop tôt ni surtout trop tard.

Trop tôt parce que pas mal de goitres exophtalmiques sont grandement améliorés et même guéris par la physiothérapie, qui est à peu près inoffensive tandis que, malgré des techniques remarquablement perfectionnées, l'intervention chirurgicale comporte encore une certaine mortalité.

Pas trop tard, parce que si la thérapeutique médicale est prolongée trop longtemps, la chirurgie ne peut intervenir qu'à une période où les lésions du cœur et des reins étant irrémédiables, il n'y a pas grand chose à en attendre, tandis que si on l'applique au bon moment, la thérapeutique chirurgicale est susceptible dans un grand nombre de cas, d'amener la guérison.

P. — Dr R. Renac. — **De l'importance de la ponction exploratrice du tympan dans les otites latentes du nourrisson.** (Librairie médicale et scientifique Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1930.)

Chez les tout-petits, la pathologie de l'oreille est aussi importante que celle des poumons, du tube digestif ou de la gorge ; ceux-ci ne sont jamais négligés par l'observateur ; l'oreille ne devrait pas l'être davantage.

L'examen otoscopique peut rester muet ; pourquoi dès lors, ne pas faire appel à tous les moyens d'investigation ? Cependant la paracentèse est curatrice, difficilement exploratrice ; la ponction du tympan, au contraire, est exploratrice, jamais curatrice. Elle donnera au spécialiste et au pédiâtre des renseignements qui lui permettront d'affirmer à coup sûr un diagnostic d'otite, tout autre symptôme même étant absent. Elle est loin, certes, d'être reconnue et pratiquée comme elle devrait l'être ; les résultats sont cependant tangibles.

THÉRAPEUTIQUE

L'insomnie en clientèle

Par le Dr Godard.

L'insomnie est un symptôme très important par sa grande fréquence, cause de grand souci pour le médecin. En effet, l'insomnie surtout prolongée détermine de grands troubles chez les malades. La sensibilité s'exalte au physique et au moral ; le sujet devient anxieux, impatient, agité ; il présente un besoin incessant de mouvement et d'action et cependant peu d'énergie ; il est particulièrement accessible aux influences morbigènes et prédisposé aux formes adynamiques des maladies. Habituelle, l'insomnie produit chez les malades de l'épuisement physique, de l'amaigrissement, de la myasthénie ; cette déchéance physique est accompagnée d'excitation ou de dépression psychique ; le découragement peut aller jusqu'aux idées de suicide. Dans les psychoses aiguës en particulier, elle est un des premiers signes, et le retour au sommeil est d'un excellent augure et doit être un des indices les plus certains de guérison.

En clientèle, le médecin rencontrera l'insomnie à tout âge. On a trop tendance à oublier les troubles du sommeil chez l'enfant, et à négliger ce point spécial de la pathologie infantile. L'enfant peut présenter non seulement des troubles analogues à ceux de l'adulte, mais aussi des troubles qui lui sont propres : tels sont le cri hérédo-syphilitique du nourrisson et l'insomnie

prémonitoire de la méningite tuberculeuse. Chez l'enfant qui a dépassé trois ans, les insomnies prolongées indiquent toujours un état pathologique. En dehors des insomnies des états infectieux, passagères ou accidentelles qui disparaissent d'habitude avec la maladie, les insomnies sans cause apparente retiendront l'attention du médecin : passagères, elles sont généralement dues à des troubles intestinaux ; durables, elles indiquent une certaine instabilité psychomotrice et sont une tare constitutionnelle et héréditaire. Chez les enfants plus grands, toute insomnie doit faire songer aux troubles digestifs, aux troubles de la croissance, à des troubles endocriniens qui demandent à être décelés rapidement. Mais il est un facteur, grand sujet d'actualité d'ailleurs, sur lequel il faut insister, c'est le surmenage, surmenage scolaire surtout.

Chez l'adulte, les causes de l'insomnie sont encore plus nombreuses, les formes en sont très variées et sous la dépendance de facteurs d'ordres très divers. Schématiquement et pour être bref on peut distinguer avec Martinet, les insomnies, provoquées par la douleur, par des troubles circulatoires et respiratoires ; celles dues à une hyperexcitabilité anormale du système nerveux par altération organique, par infection ou intoxication, par surexcitation d'origine fonctionnelle. On peut enfin rattacher à ce dernier groupe l'insomnie essentielle, banale par sa fréquence, apparaissant comme primitive et ne s'accompagnant au début d'aucun désordre psychique ou physique apparent.

Il est évident qu'une thérapeutique de l'insomnie doit être avant tout étiologique. Un galeux, un toxicomane, un agrypnique syphilitique, un cardiaque, un tuberculeux, un hépatique, un dyspeptique suivront un traitement essentiellement causal. L'opothérapie sera utilisée dans les troubles du sommeil d'origine endocrinienne, elle aura un effet indirect sur certaines douleurs articulaires, angoisse, bouffées de chaleur.

L'hygiéno-diététique et la physiothérapie donneront une aide efficace, surtout dans les cas d'insomnie par surmenage dont nous avons déjà parlé. Un hypnotique doux sera associé avantageusement au règlement du travail, de l'alimentation et des distractions de l'enfant ou de l'adulte en traitement.

Mais s'il est rigoureusement logique de prétendre qu'il n'est de thérapeutique rationnelle de l'insomnie que celle qui est à la fois anatomique, physiologique, pathogénique et étiologique, le médecin ne sera-t-il pas forcé de recourir à un traitement essentiellement symptomatique, soit que le traitement étiologique reste impossible, soit qu'il n'en existe pas d'efficace ; mais même lorsque celui-ci a été mis en application, il est encore souvent utile et l'on peut dire nécessaire, d'instituer une thérapeutique pour calmer le plus rapidement possible le malade, lui rendre le sommeil et attendre que le traitement rationnel de l'affection causale ait produit son effet.

Parmi les nombreux hypnotiques mis à la disposition du médecin, il existe un dérivé direct de l'urée, l'allylisopropylacétylcarbamide spécialisé sous le nom de Sédormid, qui, dans bien des cas, suffira au traitement de l'insomnie rencontrée si souvent en clientèle, ainsi que nous venons de le voir. On peut le substituer aux opiacés dont il n'a pas les dangereux inconvénients : manifestations toxiques et phénomènes d'accumulation. Peu soluble dans l'eau et très peu toxique, il est employé comme hypnotique doux et sédatif à la dose moyenne de 0.25 à 0.75 centigrammes, mais sa très grande maniabilité permet de dépasser très largement ces quantités sans inconvénient. Le sommeil produit est tranquille, sans malaises, vomissements, diarrhée ou agitation. Après le réveil, il n'y a pas de période d'agitation semblable à celle observée avec les barbituriques. L'écart entre la dose toxique et la dose hypnotique est très considérable. L'influence sédative des doses incapables de provoquer l'hypnose est très nette et accentuée alors qu'avec les dérivés barbituriques, on observe surtout de l'excitation. Les petites doses n'exercent aucune influence sur les centres de régularisation thermique et les fortes doses n'abaissent que modérément la température. L'activité cardiaque n'est pas défavorablement influencée, même par des doses subtoxiques, le pouls demeure égal et la tension ne s'abaisse pas. L'influence sur le rein est nulle, même à des doses élevées, ce qui n'arrive pas avec les barbituriques. Enfin il paraît se détruire presque entièrement dans l'organisme, ce qui est une garantie de l'absence d'effet cumulatif.

L'influence hypnotique de ce produit se montre moins énergique que celle des dérivés barbituriques, mais on obtient une sédation accentuée, souvent parfaite chez les sujets nerveux, les petits agités, les agrypniques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le projet du Professeur Carnot

J'avais, le 31 août dernier, analysé sommairement un projet de M. le Professeur Paul Carnot, d'aménagement des études médicales, comportant après un premier cycle commun à tous les étudiants, un second cycle avec option vers une spécialisation déterminée. M. Carnot vient de revenir sur son projet dans un article qu'il nous autorise à reproduire *in extenso* où il précise sa pensée et répond à certaines objections qui lui ont été soumises. Je m'empresse de lui laisser la place.

SUR LA SPÉCIALISATION DES ENSEIGNEMENTS A LA FIN DES ETUDES MÉDICALES

Par le Dr Paul CARNOT

J'ai exposé ici-même, il y a quelques mois, un projet de réforme tendant à différencier les études des deux dernières années, suivant l'orientation d'avenir que veut prendre le futur docteur. Après trois années d'études communes, comprenant les connaissances strictement indispensables à tout médecin, chaque candidat choisirait quatre enseignements à option, suivant ses goûts et ses projets : l'instruction y serait beaucoup plus poussée, beaucoup plus technique, et beaucoup plus individuelle. Il s'agirait là, non d'une spécialisation étroite et trop précoce, (qui ne serait pas sans danger, surtout si elle conférait des diplômes), mais seulement d'une *orientation professionnelle,* encore assez large et que pourraient compléter, heureusement, après la thèse, des études post-graduantes de véritable spécialisation.

L'enseignement médical comprendrait donc *trois cycles* :

Le *premier cycle, commun,* enseignant à tous les notions indispensables ;

Le *deuxième cycle, d'orientation professionnelle,* comprenant des enseignements à option, avec, sur ces parties, une instruction beaucoup plus approfondie et beaucoup plus technique.

Le *troisième cycle* (après la thèse), *de perfectionnement et de spécialisation,* d'étendue plus réduite encore, mais encore plus approfondi, et formant de véritalble spécialistes.

Nous ne nous occuperons ici que des deux premiers cycles, les seuls qui fassent partie des enseignements d'Etat conduisant au doctorat en médecine : car le troisième cycle, post-graduante, ne donnerait pas lieu à des diplômes d'Etat, et le doctorat resterait, demain comme aujourd'hui, le seul titre exigé pour l'exercice de la profession médicale.

***

Voyons, en détail, l'aménagement de ces enseignements, d'après le projet qui vient d'être discuté au Comité consultatif de l'Enseignement supérieur et sur lequel on demande, actuellement l'avis des Facultés. Il paraît bon que ce projet soit connu du public médical, afin que les suggestions et les critiques puissent servir à l'élaboration du projet final.

1° Une première étape, intermédiaire entre les Lycée et les Facultés, est constituée par le P. C. N. Le projet propose une différenciation du P. C. N. : le *P. C. N. médical* aurait alors des programmes adaptés, élaborés par une Commission mixte : à l'enseignement et aux examens participeraient des Professeurs et Agrégés de nos Facultés de médecine, en même temps que les Professeurs des Facultés des sciences.

Ainsi le P. C. N. médical comprendrait-il les connaissances physiques, chimiques et biologiques générales nécessaires aux futurs médecins, et déchargerait-il d'autant les études médicales proprement dites.

2° Une fois inscrit à la Faculté, l'étudiant y suivrait pendant trois ans, dans un *premier cycle*, un programme, *commun à tous*, comprenant les enseignements indispensables à tout médecin.

Par rapport aux programmes actuels, on diminuerait beaucoup l'importance de certains enseignements que tous s'accordent à trouver hypertrophiés (d'autant que la majorité des étudiants n'ont pas les bases suffisantes pour en tirer profit) : c'est ainsi que les 80 leçons de physique biologique, les 80 leçons de chimie biologique, les 80 leçons d'histologie, les 80 leçons de bactériologie, les 80 leçons de parasitologie, les 80 leçons de pathologie expérimentale (sans compter les travaux pratiques !) seraient ramenées à un chiffre plus raisonnable ; le nouvel aménagement du P. C. N. et l'institution d'enseignements à option du deuxième cycle permettraient, cependant, de conserver aux enseignements scientifiques leur pleine valeur avec un meilleur rendement. Grâce à ces économies d'horaires et de programmes, on pourrait condenser en trois ans les connaissances strictement indispensables à tout médecin.

3° Dans le *deuxième cycle*, il resterait encore quelques enseignements communs, exigeant de la maturité, et traditionnellement placés en fin d'études (thérapeutique, hygiène, médecine légale, déontologie et médecine sociale).

Mais, pour le reste, les études médicales seraient différenciées et l'on ne donnerait pas la même instruction technique à des catégories définitivement distinctes. Une fois assuré un minimum, de connaissances indispensables, il paraît en effet, absurde d'éduquer exactement de même de futurs psychiatres, de futurs dermatologistes, de futurs ophtalmologistes, de futurs radiologues, de futurs parasitologues, etc.

Par le fait même de cette différenciation, les enseignements à opinion seraient moins encombrés : les étudiants pourraient alors acquérir une éducation technique plus poussée et plus individuelle qu'actuellement sur les parties qui leur sont nécessaires.

A ce projet, on a fait deux objections importantes

La première objection concerne les *omni-praticiens*, ceux qui après leurs études, exerceront *toute la médecine*, dans les petites villes, en pleine campagne ou dans la brousse. Ils doivent être capables de tout faire : car ils seront seuls et livrés à eux-mêmes. On les a justement comparés aux médecins de l'avant, pendant la guerre et, comme eux, ils rendent d'incalculables services.

Actuellement, il est vrai, presque partout, « à l'arrière » (c'est-à-dire dans les chefs-lieux), se trouvent des spécialistes compétents : des ophtalmologistes, des stomatologistes, des chirurgiens, des psychiatres, en sorte que de plus en plus avec la facilité des déplacements, l'omi-praticien a recours aux compétences spéciales pour tout ce qui n'exige pas une solution immédiate.

Néanmoins, pour l'« omni-praticien » doivent être prévus des enseignements du deuxième cycle le préparant à son rôle : Cliniques médicale et thérapeutique ; Cliniques des spécialités médicales (neuro-psychiatrie, dermato-syphiligraphie, phtisiologie, pédiatrie) ; Clinique chirurgicale, obstétricale, ophtalmologique, etc., où se compléterait, *pratiquemeunt « tout ce qu'un praticien doit savoir »*, avec stages de garde notamment.

Une autre catégorie, nombreuse, à laquelle on doit réserver des enseignements à option bien particuliers, est celle des stomatologistes, qui ont besoin d'un enseignement technique très spécial. La question paraît facile à résoudre, en liaison avec les Ecoles dentaires et de stomatologie. Elle prend une très grande importance, du fait du projet de loi Milan-Rio, sur lequel est actuellement demandé l'avis de l'Académie de médecine, rendant obligatoire pour tous les dentistes le diplôme de docteur en médecine.

Ces deux nombreuses catégories mises à part, il resterait à organiser des enseignements spéciaux pour les radiologistes, pour les oto-rhino-laryngologistes, pour les ophtalmologistes, pour les médecins légistes, pour les médecins de dispensaires d'hygiène sociale, pour les médecins de dispensaires antituberculeux, pour les médecins coloniaux, etc.

Une deuxième objection est la suivante : si, dans les grandes Facultés comme Paris, il est facile de réaliser de nombreux enseignements à option, avec l'aide du corps des hôpitaux et de toutes les compétences, (même étrangères aux Facultés et aux hôpitaux), il n'en est pas de même pour certaines Facultés, à effectifs réduits, où le nombre des étudiants de chaque branche risquerait d'être bien faible. Mais il semble que, sans organiser *tous* les enseignements spéciaux, chaque Faculté pourrait choisir certains enseignements, qu'elle développerait suivant ses besoins régionaux et suivant la notoriété de ses Maîtres : c'est ainsi qu'à Bordeaux, existent déjà des enseignements réputés de radiologie, d'oto-rhino-laryngologie ; à Nancy des enseignements de dermato-syphiligraphie, d'endocrinologie ; à Marseille, un enseignement colonial, etc.

Chaque Faculté, se développant dans un certain sens, recevrait, en fin d'études, les étudiants des autres Facultés, désireux de suivre l'enseignement de tel Maître, et à charge de revanche...

On voit combien la conception des enseignements spéciaux, à option, à condition de rester très souple, introduirait de vie nouvelle dans les Facultés : le futur médecin acquerrait alors, non seulement l'instruction générale commune indispensable du premier cycle, mais aussi l'instruction technique différenciée du deuxième

cycle, qui s'efforcerait de satisfaire aux besoins, si divers et de plus en plus impérieux, de la profession médicale (1).

P. CARNOT.

***

Il n'est pas douteux que le P. C. N. n'a pas une bonne presse. En accord avec des collègues qui connaissent bien la question, il m'avait semblé que la logique appelait la réintégration, dans les études médicales proprement dites, des sciences accessoires, enseignées dans les Ecoles et Facultés de médecine. Le projet soumis au Comité consultatif de l'enseignement supérieur penche vers une solution hybride. Le P. C. N. des futurs médecins serait spécial, en ce que des professeurs et agrégés des Facultés et Ecoles participeraient à l'enseignement des diverses matières du programme. Mais ils agiraient conjointement avec les professeurs des Facultés des sciences, et vraisemblablement, sinon sûrement, à l'intérieur de ces Facultés. Le P. C. N. continuerait donc à représenter une étape intermédiaire entre les études secondaires et les études médicales. Le futur médecin, qui parcourrait cette étape, ne serait pas encore un étudiant en médecine, bien que suivant un enseignement spécialisé dans le sens médical.

Cette solution hybride ne me plaît guère. Et je n'en saisis ni le but ni l'intérêt, à moins qu'il s'agisse de conserver aux Facultés des sciences une clientèle sans laquelle elles prendraient sans doute l'aspect sépulcral.

La physique, la chimie, les sciences naturelles, en ce qu'elles ont d'indispensable à connaître pour un médecin, sont des chaires de nos Centres d'enseignement, comportant chacune son professeur et ses agrégés, particulièrement aptes à en dispenser la connaissance. Et c'est bien ainsi que ceux de ma génération, il y a quarante ans, l'ont reçu des Armand Gautier, des Gariel, des Baillon, des Raphaël Blanchard... Et, cela ne nous a pas trop mal réussi.

Il est vrai que nous n'avions pu prendre pied dans la Faculté de médecine que munis du double diplôme de bachelier ès lettres et ès sciences.

Mais revenons-en au projet du Professeur Carnot.

Allègement sérieux dans les programmes de certains enseignements qu'il qualifie d'hypertrophiés. D'accord ; c'est nécessaire.

Premier cycle d'enseignement commun à tous les étudiants. D'accord encore.

Deuxième cycle d'orientation professionnelle. « Chaque candidat choisirait quatre enseignements à option... »

Quels sont ces enseignements ? C'est un point qui demeure imprécisé dans la proposition de M. Carnot. Car, plus loin, il dit, avec infiniment de raison : « il paraît absurde d'éduquer exactement de même de futurs psychiatres, de futurs dermatologistes, de futurs ophtalmologistes, de futurs radiologues, de futurs parasitologues, etc. ».

Et nous comptons déjà cinq disciplines différenciées dans cette énumération, sans parler de toutes celles que renferme, l'etc... où sans doute il faut ranger la chirurgie...

Quoiqu'il en soit, l'étudiant termine ses études orienté dans l'une des quatre voies annoncées. Et dans des études post-graduantes, il parachève sa spécialisation, plus différenciée encore. Mais M. Carnot n'a pas oublié, cette fois, disons le « spécialiste en tout », c'est-à-dire l'omnipraticien, celui qui prétend exercer toute la médecine dans les petites villes, en pleine campagne ou dans la brousse. Et il prévoit un enseignement de la médecine générale à son intention, au cours du deuxième cycle de son projet.

Là, le sympathique professeur fait une comparaison qui appelle quelques réflexions. Ces omnipraticiens des petites villes et des campagnes, dit-il, sont l'analogue des médecins de l'avant pendant la guerre, et rendent comme ceux-ci d'incalculables services. A l'arrière, c'est-à-dire dans les chefs-lieux, se trouvent des spécialistes compétents auxquels ils ont recours, volontiers.

Or, la comparaison n'est pas tout à fait exacte. Pendant la guerre, les médecins de l'avant, disons de l'extrême avant, ne faisaient guère de médecine, en dehors du premier diagnostic hâtif, qui déterminait le *triage*. Celui-ci fait, ils *emballaient*, ou pansaient, et finalement *évacuaient*. Triage, pansement, évacuation, c'est en effet l'essentiel du rôle du médecin de l'avant, rôle périlleux s'il en fût, fait de dévouement, d'abnégation, où tant de nos confrères se sont distingués, jusqu'à se couvrir de gloire, de 1914 à 1919, comme le Dr H. GRATIANI, dont la vaillante petite revue *Le Toubib* vient d'annoncer la mort, hâtée par ses blessures et maladies de guerre.

Les omnipraticiens des villes et des campagnes n'en sont pas encore réduits à un rôle analogue. Et s'ils font appel au spécialiste du centre le plus rapproché, ils n'en conservent pas moins le plus souvent la maîtrise dans leur clientèle.

Les deux premiers cycles se déroulant à l'intérieur des Facultés, le troisième cycle de perfectionnement et de spécialisation ne conduirait à aucun diplôme d'Etat, pour ne pas diminuer la valeur du doctorat en médecine.

Je dois confesser à M. Carnot que je ne saisis pas très bien quelle différence il fait entre son second cycle, formé de quatre enseignements

(1) *Paris médical*, 4 avril 1931.

(lesquels ?), et son troisième, formant de véritables spécialistes. En tous cas, une préoccupation se fait jour depuis déjà longtemps dans nos milieux professionnels, concernant précisément *l'enseignement* et *l'exercice* des spécialités. Nous avons vu l'Académie de médecine saisie, il y a quelques années, d'un projet de rétablissement du doctorat en chirurgie, projet demeuré sans résultat. Des académiciens prétendaient, avec raison d'ailleurs, qu'on ne peut pas se dire chirurgien si l'on n'a pas fait un apprentissage particulier. D'autre part, la législation médico-sociale a été amenée à envisager une différenciation entre le spécialiste qualifié et l'omnipraticien. Et jusqu'à présent, il n'y a rien qui officiellement qualifie un spécialiste comme tel.

Chose curieuse, en Belgique, cette question des spécialistes est aussi à l'ordre du jour. L'Académie de médecine de Bruxelles en discute et s'est partagée en plusieurs camps. Il en est qui réclament l'institution de diplômes de spécialistes. D'autres, au contraire, combattent cette proposition. Le professeur de Béco, de Liége, est de ces derniers, et dans un discours publié par *Le Scapel* du 25 avril dernier, il s'élève contre une initiative « dont, dit-il, n'ont voulu aucun des pays de haute culture qui nous entourent et dont les exemples nous ont d'habitude inspirés : La France, l'Angleterre, l'Allemagne. »

C'est que le projet de loi belge sur les Assurances sociales reconnaît officiellement les spécialistes et que la Fédération médicale belge s'est déclarée en faveur de la réglementation du titre de spécialiste.

C'est une réglementation du même ordre qu'entrevoient nombre d'excellents syndicalistes français.

Et j'ai entendu soutenir cette thèse qui me paraît parfaitement judicieuse : le diplôme de docteur en médecine permet à son détenteur d'exercer sa profession dans toute sa plénitude. S'il se hasarde — ce qui doit être exceptionnel, — à entreprendre des traitements et des interventions avec lesquels il n'est pas suffisamment familiarisé, il en supportera les conséquences, et au train dont les tribunaux y vont avec la responsabilité médicale, on peut affirmer qu'il lui en cuira.

Mais, pour se consacrer uniquement à une spécialité pour laquelle il devra avoir fait des études particulières, le spécialiste aura à donner des garanties sérieuses et formelles.

Le projet du Professeur P. Carnot assure la formation des spécialistes et établit en même temps des garanties réelles. A cet égard et aussi d'une façon générale, pour ce qu'il introduit de moderne dans les études médicales, il mérite d'être pris en considération.

G. DUCHESNE.

LA POLITIQUE SANITAIRE A LA CHAMBRE ET LES CHIFFRES ERRONÉS DES STATISTIQUES INVOQUÉES

Un sympathique correspondant me reproche amicalement d'avoir accepté aveuglément les chiffres énoncés dans son discours à la Chambre des Députés, par M. Rauzy, discours que j'ai publié *in extenso* dans le *Concours Médical* du 22 février dernier (page 632).

« J'aurais aimé, m'écrit-il, voir tous ces chiffres discutés dans les commentaires si judicieux que vous avez écrits ... Il n'y a pas là de reproche de ma part, et c'est parce que j'estime le *Concours Médical* et que je le trouve supérieur aux autres journaux médicaux que je me suis permis de vous écrire cette longue lettre ... !

Ces reproches sont mérités et il convient que je fasse son « *Mea Culpa* ». Pour mon excuse, j'invoquerai les affirmations mêmes de l'orateur : « Mes chiffres ne peuvent être suspectés, a-t-il dit ; ce sont ceux du Gouvernement lui-même et ceux du rapporteur du budget. »

J'ai eu le tort, sur la foi de cette déclaration, de croire aveuglément à l'exactitude des chiffres fournis par l'honorable député sans les vérifier préalablement.

« Nous laissons mourir, chaque année, 150.000 tuberculeux : 10 % *de la mortalité générale*. Cela revient à dire que la mortalité générale s'élève à 1.500.000 décès annuellement. » Or, quelques lignes plus loin, il chiffre la mortalité en 1929 à 741.104 décès, soit deux fois moins. Lapsus, j'imagine. Regrettable cependant.

Il annonce également que la mortalité par syphilis atteint annuellement 140.000 Français, si bien que syphilis et tuberculose endosseraient à elles seules la responsabilité d'environ 300.000 décès annuels, 40 % de la mortalité totale

A l'entendre, 30 % de nos enfants sont entachés d'hérédité syphilitique. Si l'on veut bien se mettre en face de cette vérité effarante que chacun de nous a été précédé de 2.000 générateurs répartis sur les dix générations qui l'ont précédé, il serait bien étonnant que l'un au moins de ces deux mille aïeux n'ait pas fait ménage, bon au mauvais, avec le tréponème, ce qui ne manquerait pas de créer une fatale hérédité syphilitique plus ou moins lointaine pour le dernier né de cette lignée: fantaisie dont je m'excuse.

A vrai dire, les statistiques, Monsieur le pro-

fesseur Chavigny nous le rappelait il y a quelques semaines, n'ont qu'une valeur relative. L'on peut affirmer que le nombre de décès survenus au cours d'une période déterminée a atteint un chiffre défini. Mais comment ose-t-on dire, quand on sait comment en sont effectuées les constatations, que sur ces décès, il y a eu tel pourcentage de cancéreux, de tuberculeux, de syphilitiques ? ? ?

La statistique officielle relative au troisième trimestre des années 1929 et 1930, comparées l'une à l'autre, fait ressortir 144.318 décès en 1930 et 149.327 en 1929, contre 188.701 naissances en 1930 et 186.831 en 1929. Si faible que soit la différence, elle demeure en faveur des naissances. Et je me demande où M. Rauzy a été chercher que dans quatre ans, la France ne comptera plus que 30.000.000 d'habitants, ce qui représenterait une perte de 2.500.000 par an... A moins d'envisager l'éventualité d'un cataclysme destructeur de cités et de régions entières...

Donc, les statistiques officielles auxquelles M. Rauzy prétend se référer sont fantaisistes et il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Mais cela n'empêche pas que l'Etat n'a pas proprement de politique sanitaire.

Il y a des efforts incontestables, et aussi des résultats. On pourrait faire beaucoup mieux, surtout dans la protection de l'enfance. La mortalité infantile demeure en effet trop élevée. Révision de la Loi Roussel : il en est question depuis près de quarante ans ; développement des centres d'élevage ; service social intelligemment organisé. Un peu plus tard, inspection scolaire rationnellement effectuée comme elle existe en certains départements... Tout cet ensemble de mesures, et toutes autres qui pourraient être prises en adjonction et complément, demandent une coordination dont nous ne sentons pas suffisamment l'existence réelle.

Les palabres parlementaires se volatiliseront. Et des chiffres impressionnants dont il aura été fait état, il ne restera rien, quand on les passera au crible d'une discrimination attentive, et qu'on aura constaté que, pour les besoins de la cause, ils auront été modifiés.

Et la vérité, il faut bien le dire, c'est que cette absence de politique sanitaire est propre à tous les gouvernements qui se sont succédé depuis quarante ans.

On saisit mal cette espèce d'indifférence en face de problèmes vitaux, qui mériteraient des études consciencieuses, fouillées, et prolongées, et appelleraient des solutions qui ne seront fructueuses, à mon avis, que si l'on associe à leur exécution l'ensemble du Corps médical.

Il y a des consultations prénatales qui se créent ici et là ; des gouttes de lait, des consultations de nourrissons. Et je sais des villes de modeste importance, qui ont cependant la chance de posséder un Corps médical uni et ouvert au progrès social, et qui possèdent tout cet armement au complet.

Ne retenons donc des controverses de la Chambre des Députés que, tout de même, un pas a été fait, par la création de ce Ministère de la Santé publique dont nous nous réjouirons de voir sortir des réalisations pratiques, et que des députés ont pu tenir longtemps la tribune avec un sujet, dont ils ont évidemment cherché à tirer des effets politiques, mais qui ne devrait avoir surtout pour but que la provocation d'une politique sanitaire digne de la France.

G. Duchesne.

CERTIFICATS ADMINISTRATIFS DE CONGÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

J'ai l'honneur de vous remettre, sous ce pli, copie d'une lettre que vient de m'adresser la Direction des Postes de la Région du Nord ainsi que la copie d'une lettre transmise par l'Inspecteur technique à un nommé M. T. que je soigne depuis le mois d'octobre.

M. T. m'ayant demandé de bien vouloir lui délivrer un certificat pour lui permettre d'obtenir un congé de maladie de 10 jours d'abord et de 8 jours ensuite, je me suis empressé de le lui délivrer mais ce certificat lui a été rendu en l'invitant à faire indiquer, par le médecin, la nature de la maladie.

A cette mise en demeure, j'ai répondu par un deuxième certificat, dont je vous donne ci-dessous la teneur :

« Le Docteur soussigné déclare que le secret médical ne doit être violé ni directement ni indirectement conformément à la loi. Il lui est donc impossible de changer le certificat remis à M. T. »

Signé : Docteur D. »

C'est à la suite de ce deuxième certificat que j'ai reçu la lettre dont je vous adresse copie et que mon malade a été avisé, que, faute d'obtenir la divulgation du diagnostic, son congé de maladie lui serait refusé.

Cette pression indirecte par l'intermédiaire du malade sur le médecin est à mon sens absolument déloyale et quand elle émane d'un pouvoir aussi élevé que l'Etat, on sent monter son indignation et l'on se trouve prendre des forces pour la résistance, car si nous cédons sur un point, nous nous trouverons obligés de céder partout, et le secret médical aura vécu.

Aussi me suis-je empressé de répondre au Directeur que je maintenais mon point de vue, mais que toutefois avant de prendre une décision définitive je le priais de me laisser le temps nécessaire pour demander l'avis d'un expert en la matière. Connaissant votre grande compétence car je suis avec le plus vif intérêt vos articles du *Concours Médical*, je vous demande de bien vouloir me donner votre opinion.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

POSTES TÉLÉGRAPHES
ET TÉLÉPHONES

Section de personnel
Ouvriers

Le Directeur du Département de ...., à Monsieur D..., Inspecteur technique.

Je vous prie de bien vouloir inviter M. T. à se rendre à nouveau chez le Docteur D. muni du certificat médical ci-joint pour en poursuivre la régularisation et y faire mentionner la nature de la maladie.

Une lettre adressée directement à ce praticien lui permettra vraisemblablement de donner satisfaction à la demande que M. T. devra obligatoirement lui représenter sous peine de se voir refuser le congé de maladie sollicité.

...., le 11 avril 1931.

LE DIRECTEUR DES
POSTES TÉLÉGRAPHES TÉLÉPHONES
DU DÉPARTEMENT DE .....

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

POSTES ET TÉLÉGRAPHES

Direction départementale
de ...., le 14 avril 1931

Le Directeur départemental des Postes et des Télégraphes de ...., à à Monsieur le Docteur D....

Docteur,

Vous avez bien voulu déclarer que le respect du secret professionnel ne vous permettrait pas de mentionner sur les certificats de maladie délivrés aux agents de mon Administration, la nature de la maladie constatée.

J'ai l'honneur de vous exposer, ci-après, le point de vue de l'Administration des P.-T. T. à cet égard, susceptible de modifier votre décision.

1° Tout d'abord, la rédaction d'un certificat médical et sa délivrance au fonctionnaire qui désire obtenir un congé de maladie ne sauraient être considérés comme une révélation du secret professionnel. Le praticien se borne en effet à indiquer oralement ou par écrit, au malade la nature de sa maladie, celui-ci reste absolument libre de remettre ou non à l'Administration le certificat qu'il possède.

2° La jurisprudence a confirmé cette thèse (jugement du tribunal civil de la Seine en date du 13 mars 1914) en décidant « que les médecins se trouvent relevés du secret professionnel sur le consentement même de celui qui réclame le certificat, ou se soumet à la visite.

3° Les congés de maladie ne constituent pas pour les fonctionnaires un droit au sens propre du mot. Le décret du 9 novembre 1853 (Art. 16) spécifie qu'il peuvent et non doivent être accordés.

4° Dans ces conditions, l'Administration est fondée à s'entourer de toutes les garanties désirables et notamment des certificats médicaux aussi complets que possible. Cette faculté est d'autant moins contestable que si la requête de l'agent est admise le Trésor lui verse les émoluments attachés à sa fonction sans qu'il existe en contre-partie des services faits.

5° En pratique, les fonctionnaires appelés de par leurs attributions à consulter les certificats médicaux délivrés aux agents sont soumis eux-mêmes au secret professionnel et ne sauraient être assimilés à des tiers au sens de l'article 378 du Code Pénal.

J'espère en conséquence qu'il vous paraîtra possible désormais de donner satisfaction à la demande légitime que vous présentera M. T. que j'invite ce jour à se présenter à votre domicile muni du certificat médical que vous lui avez délivré le 2 avril 1931.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur des
Postes télégraphes téléphones
du département de ......

Réponse.

La réponse du directeur des P. T. T. du département est conforme à la théorie de l'administration et nous allons l'analyser point par point.

I. — L'administration soutient que le malade est en droit de réclamer à son médecin traitant un certificat, attestant son état de santé, certificat dont lui, malade, fera l'usage qu'il lui plaira de faire.

A l'agent de savoir si, en dévoilant le nom de la maladie, pour laquelle il reçoit des soins et qu'il invoque, pour obtenir un congé, il se porte, ou non un préjudice quelconque.

S'il préfère garder le silence, sur la nature de son affection pathologique, il conservera le certificat, par devers lui ; mais il ne pourra pas alors obtenir le congé, qu'il sollicite.

Sur ce point la théorie de l'administration est très forte ; mais, c'est une manière élégante de violer le secret professionnel.

Je lui fais deux objections.

La première consiste en la cruauté d'obliger un malade à dévoiler à ses chefs, qu'il a contracté certaine maladie dite secrète, que notre hypocrisie qualifie de honteuse, alors que l'immense majorité des êtres humains l'a attrapée ou a rempli les conditions nécessaires pour la contracter.

Pourquoi devoir dévoiler, à l'occasion de la demande d'un congé, une blennorragie, ou une complication, qu'il est indispensable de soigner ? pourquoi donner le motif de certaines absences

rendues nécessaires, pour suivre un traitement par piqûres, contre la syphilis. ?

Pourquoi déclarer à l'administration, qu'un congé est indispensable, pour guérir une manifestation de syphilis congénitale, ou une lésion chronique tuberculeuse. ?

Ignorants des choses de la médecine, les chefs n'ont qu'à savoir que l'agent X réclame un congé ; qu'il verse à l'appui de sa demande un certificat médical, attestant le bien-fondé, sans indiquer la cause, ni la nature de l'affection.

Si l'administration a un doute sur la véracité de cette attestation médicale, elle fera contre-visiter le malade par son médecin administratif, lequel déclarera que, oui ou non, le congé doit être accordé.

Mais, point de curiosité mal placée, alors que de dévoiler le nom de la maladie ne sert à rien.

La seconde objection est sérieuse : il arrive souvent que le médecin ne se croit pas en devoir de dire franchement à son malade ce dont il est atteint. Révéler brutalement, par la délivrance d'un certificat véridique , que l'agent est atteint de cancer au début, de lésions tuberculeuses graves, ou même est porteur d'un chancre syphilitique peut provoquer une réaction fort préjudiciable, chez le malade en question.

Et si le médecin voile la vérité, il peut être accusé de fausse déclaration et d'avoir voulu tromper l'administration.

II. — Dans toutes ses réponses, l'administration s'appuie sur un fameux et unique jugement du tribunal civil de la Seine, du 13 mars1914 dont jamais on ne donne l'indication bibliographique, pour qu'on puisse se reporter au texte exact.

Mais on se garde bien de donner les décisions contraires de cour d'appel ou de cassation, qui font au médecin l'obligation de se taire, même lorsqu'il est délié du seret, par son malade lui-même.

Ce dernier n'est souvent pas à même de juger la gravité de son autorisation : il ne connaît pas la nature exacte de son affection, ni la portée possible de la révélation.

J'estime, pour ma part que, bien que, dans la plupart des cas, le diagnostic peut être hardiment dévoilé à son propre client, il est cependant des circonstances, qui font, au médecin, l'obligation de taire la vérité, surtout au client lui-même, plus qu'à tout autre.

III. — Les agents de l'administration sont eux aussi liés par les dispositions de l'article 378 du code pénal : par conséquent, affirme l'administration, le médecin traitant peut, sans crainte, dévoiler la nature de la maladie, qu'invoque un agent, pour obtenir un congé.

En théorie, peut-être ; en pratique, le secret devient celui de polichinelle, lorsqu'il passe de mains en mains suivant la voie hiérarchique.

Mais, sans m'arrêter sur ce point, qu'il me suffise de rappeler qu'en 1923, le Ministre de l'Hygiène, alors M. Paul Strauss, avait constitué une commission, dont je faisais partie, aux fins de décider si le médecin traitant pouvait dévoiler, au médecin administratif, chargé des services d'hygiène dans le département, la cause exacte des décès.

Consulté par le Ministre de l'Hygiène aux fins de savoir si le médecin traitant serait poursuivable, au cas où la lettre de déclaration des causes des décès serait détournée de sa destination médicale, le Garde des Sceaux a répondu qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence de la cour de Cassation, le médecin n'avait pas le droit de dévoiler à quiconque les secrets de ses malades, serait-ce même à un autre médecin, lui aussi lié par le secret professionnel, lorsque cet autre médecin n'est pas appelé à soigner le malade, mais représente d'autres intérêts que ceux du patient.

A fortiori, le médecin est-il donc lié par le secret professionnel, vis-à-vis des agents de l'administration.

IV. — A juste titre, l'administration revendique le droit de savoir si ses agents, qui sollicitent un congé, ne sont pas des simulateurs, ou des gens qui exagèrent.

Mais, les chefs ne sont pas initiés aux choses de la médecine ; ils sont incompérents dans le domaine médical.

Ils n'ont qu'à faire confiance au médecin traitant ; ou bien ils peuvent faire contre-visiter le candidat au congé, par le médecin de l'administration.

S'il y a désaccord entre les deux praticiens, un troisième médecin peut être désigné par le juge de paix.

Mais, si une fraude était découverte, si un médecin était surpris pour rédaction de faux certificat, il serait justiciable des tribunaux, qui, en outre d'une amende, pourraient le condamner à des dommages-intérêts, en faveur de l'administration.

Au surplus, cette dernière pourrait s'entendre avec les syndicats médicaux, pour que ces derniers puissent organiser un contrôle technique comme cela se passe pour les assurances sociales.

Conclusion

Le secret professionnel a été institué par la loi en faveur uniquement du seul malade. Ce dernier doit être assuré que les confidences qu'il fait nécessairement au praticien qu'il choisit, pour lui donner des soins, ne seront dévoilées à personne.

Le médecin est loin d'être le bénéficiaire de cette obligation au silence, puisque, s'il faillit

à son devoir, il est punissable correctionnellement.

L'administration a besoin de savoir si vraiment son agent est susceptible d'obtenir son congé.

Qu'elle fasse confiance au médecin traitant, sauf à agir vigoureusement et à titre d'exemple, le jour où elle surprendrait un praticien, coupable d'avoir délivré un faux certificat.

Qu'elle se fasse renseigner par ses médecins-contrôleurs, qu'elle s'accorde avec les syndicats médicaux pour que ces derniers fassent comprendre aux praticiens qu'ils sont crus, quant à leurs certificats, mais que celui qui sera pris en faute, sera puni, non seulement par les tribunaux, mais par la justice disciplinaire du syndicat.

J'estime que, sans violer le secret professionnel directement, ou indirectement, l'administration peut parfaitement avoir la certitude qu'elle n'est pas trompée, par ses agents, avec la complicité d'un médecin, rédacteur d'un certificat, volontairement erroné.

Les pouvoirs publics progressivement font confiance aux syndicats médicaux et convient ces derniers à collaborer avec eux, tant en matière d'assurances sociales, que pour les services départementaux d'assistance médicale gratuite, d'inspection des écoles, de vaccinations, d'hygiène, de lutte contre les fléaux sociaux.

Pourquoi l'administration des P. T. T. n'agirait-elle pas de même ?

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Le contrôle. — Où doit-il avoir lieu ?

En matière d'assurances sociales, le malade doit-il se déranger, pour aller voir le médecin contrôleur ? est-ce au contraire, celui-ci qui doit se déplacer, pour se rendre au domicile de l'assuré ?

La loi n'a pas prévu cette formalité : elle laisse aux caisses l'organisation du contrôle général ; de même qu'elle confie aux syndicats médicaux le soin d'organiser, comme bon leur semble, le contrôle technique.

Cependant, deux cas sont à envisager.

1° Il s'agit du contrôle général, c'est-à-dire qu'aux termes du paragraphe 2 de l'article 24 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, il s'agit d'une enquête, pour savoir si l'assuré est vraiment malade, ou s'il ne fait pas traîner en longueur son invalidité temporaire.

Il semble que, dans ce cas, la visite aura lieu surtout au domicile du malade : c'est chez ce dernier que le médecin contrôleur, délégué par la caisse, peut le plus facilement faire son enquête, interroger des voisins, se rendre compte de la manière dont les prescriptions médicales sont exécutées et respectées, etc.

Néanmoins, rien, dans la loi ou le règlement d'administration publique, ne prescrit, ou n'interdit que la visite de contrôle soit faite dans tel lieu, plutôt que dans tel autre. Il faut prendre en considération les commodités des uns et des autres, surtout les facilités du contrôle lui-même.

D'ailleurs, l'article 25 du décret précise que les médecins contrôleurs, chargés de la surveillance des malades, procèdent à toutes investigations et constatations, concernant leur état et leur incapacité de travail.

Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant, alors qu'il leur est également interdit de donner leurs soins aux assurés sociaux, affiliés à la caisse, pour laquelle ils exercent le contrôle.

N'oublions pas que le malade est toujours en droit d'exiger que le contrôle soit effectué en présence du médecin traitant ; mais c'est à l'intéressé à prévenir ce praticien et à le rémunérer.

En matière d'assurances sociales, la procédure de la loi sur les accidents du travail ne doit pas être suivie. Ici, point n'est besoin de s'adresser au juge de paix et de prévenir le médecin traitant par lettre recommandée, 48 heures à l'avance.

2° Il s'agit du contrôle technique, exercé par le syndicat. Aux termes de l'article 26 du décret, il a essentiellement pour but, de rechercher et de redresser tout abus professionnel. En ce qui concerne les soins, le contrôle technique porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par le praticien.

En tout cas, l'exercice de ce contrôle ne peut jamais entraver ou retarder l'administration des soins, ou la fourniture de médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celles d'autres praticiens.

De ces textes, rapprochons celui du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi : « les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. »

Nous pouvons donc conclure que ni la loi, ni le décret n'ont codifié en quoi que ce soit la manière dont les contrôles peuvent être conduits. Il faut s'en remettre aux circonstances, comme à la sagesse de ceux qui doivent mener à bien la mission de contrôle, qui leur est confiée.

Le malade doit il être examiné avec des appareils spéciaux ? Il sera convoqué, s'il peut se déplacer, soit au domicile du médecin contrôleur, soit dans un établissement de cure, ou de diagnostic. L'assuré social conserve la faculté de se faire accompagner par son médecin traitant.

Mais s'agit il de vérifier à domicile la manière dont le malade est soigné, ou même s'il est vraiment malade, le médecin contrôleur aura intérêt à se rendre sur place.

S'il ne procède qu'à une simple enquête médicale, en vérifiant les ordonnances, etc., il n'a pas besoin de prévenir de son arrivée ; mais s'il a l'intention de visiter médicalement le patient, il doit l'avertir, pour que ce dernier ait la possibilité, s'il le juge à propos, de se faire assister par son médecin traitant.

Devant le silence des textes légaux et réglementaires, je suis d'avis que la question déontologie doit être réglée par les syndicats médicaux.

A ces groupes corporatifs de se préoccuper, dès aujourd'hui, de prévenir les conflits confraternels, qui peuvent surgir à l'occasion de ces contrôles.

Aux syndicats de décider comment le médecin contrôleur et le praticien qui donne ses soins, pourront rester corrects l'un envers l'autre, tout en remplissant chacun la mission qui leur est confiée : à l'un de représenter les intérêts de la caisse, à l'autre, de défendre techniquement le malade.

Le *modus faciendi* sera fonction des distances, des agglomérations, des moyens de communication, etc.

Ici, il est commode de convoquer le malade au domicile d'un des praticiens, ou dans la maison de cure, publique, ou privée ; là, il faut se rendre au domicile du malade.

Au syndicat encore de déterminer de quelle manière les deux praticiens peuvent se mettre d'accord, en bonne confraternité, pour la fixation du jour et de l'heure de la visite, lorsque le malade a fait savoir à son médecin, qu'il désire que ce dernier assiste à la visite de contrôle.

Il ne faut pas que, par brimade, ou absence de politesse confraternelle, le contrôleur puisse désigner, comme heures de visite à domicile, le moment où le médecin traitant a sa consultation habituelle.

Au syndicat de prévenir les conflits ; au conseil de famille, ensuite, de les résoudre.

D^r^ Paul BOUDIN.

A TRAVERS LA PRESSE SOCIALE

Le mouvement en faveur des assurances sociales se développe au Canada, et la question de l'assurance continue à occuper l'attention publique.

Les Informations Sociales (25 sept. 1930) ont déjà analysé le rapport favorable à l'institution d'un système d'assurance-maladie, publié par la commission royale d'enquête instituée en Colombie britannique. Au cours de sa session de 1930, la législature de l'Alberta, tout en repoussant une proposition, tendant à l'institution d'un régime d'assurance-maladie, a invité le gouvernement à poursuivre l'étude de la question en collaboration avec d'autres provinces.

Le Saskatchewan s'attache à développer un système de service municipal, jouant le rôle d'un régime d'assurance-maladie, au moins en ce qui concerne les prestations en nature.

La grande majorité de la population du Saskatchewan vit dispersée dans des exploitations isolées, et il a toujours été difficile de lui assurer un service médical adéquat La loi autorise maintenant les municipalités rurales à prendre à leur service un médecin qualifié, rétribué au taux de 5.000 dollars au maximum par an. Le médecin s'entend avec la municipalité pour remplir les attributions de fonctionnaire de l'hygiène publique, et soigne gratuitement tous les contribuables et les personnes à leur charge. Une municipalité rurale comprend une superficie de dix-huit milles carrés, de sorte que le médecin résidant au centre peut facilement atteindre tous ses malades. Dix-neuf municipalités ont engagé des médecins à ces conditions. Certains groupes de municipalités ont aussi établi des hôpitaux.

L'attitude du Corps médical du Canada, exprimée par la voix du D^r^ Harvey Smith dans son discours présidentiel à la réunion annuelle de l'Association médicale britannique (British Medical Association), tenue à Winnipeg en août 1930, est que ces mesures sont nécessaires, en vue d'assurer les secours médicaux à toute la population et spécialement aux habitants des districts ruraux. Bien qu'hostile à l'établissement d'un service médical d'Etat, le D^r^ Smith estime que si le Corps médical est incapable d'appliquer un programme assurant à un prix raisonnable un service adéquat aux différentes catégories de la collectivité, l'institution d'un service médical d'Etat est inévitable, comme le montrent les mesures récentes prises par le Saskatchewan et d'autres provinces. La seule solution possible, selon lui, est l'introduction d'un régime facultatif d'assurances-maladie institué, organisé et contrôlé par le Corps médical et largement appliqué.

Dans la nouvelle Zélande, on s'occupe d'organiser la réparation des accidents de travail.

La commission chargée des études préliminai-

res est convaincue notamment de la nécessité d'organiser un service médical adéquat pour assurer les soins nécessaires aux victimes d'accidents. Elle recommande que le coût des traitements médicaux, chirurgicaux et hospitaliers soit à la charge de l'employeur jusqu'à concurrence de 25 livres sterling au maximum, et suggère que la loi fixe le tarif des interventions médicales.

Nous voyons donc qu'à l'étranger on poursuit l'établissement d'un système forfaitaire avec tarification des actes médicaux, aussi bien pour les assurances sociales que pour les accidents du travail. C'est toujours la campagne internationale, qui doit aboutir à la médecine au rabais, à cette médecine politico-sociale sur le dos des médecins.

M. Jules Cels demande à M. le Ministre du Travail, si les caisses d'assurances sociales peuvent placer une partie de leur avoir disponible en actions d'établissement de soins privés constitués en sociétés anonymes, et ajoute : *a*) qu'en ce qui concerne plus spécialement les cliniques chirurgicales, actuellement très nombreuses en France et généralement bien organisées, une telle organisation permettrait : 1° d'éviter entre les caisses et les chirurgiens toute cause de conflits peu souhaitables ; 2° d'éviter aux caisses la dépense considérable et inutile de construction, d'amortissement, d'entretien de cliniques, les cliniques existantes suffisant largement aux besoins du public, qui n'ont aucune raison de varier avec l'application des assurances sociales, la simulation de la part des malades, étant pratiquement impossible ; 3° de permettre aux caisses un droit de regard dans la gestion des établissements privés, avec lesquelles elles peuvent contracter ; 4° de permettre à l'assuré opéré de rester en contact avec sa famille, grâce au réseau serré de cliniques réparties dans les différentes régions, au lieu de l'obliger à s'isoler dans un centre urbain souvent éloigné ; 5° de donner progressivement aux caisses la possibilité de devenir les propriétaires de ces cliniques privées ; 6° d'éviter ainsi des transformations brusques, dont les répercussions sont difficiles à prévoir ; *b*) qu'il est à présumer qu'une telle méthode, qui donnerait à la loi une grande souplesse d'adaptation, serait de nature à satisfaire les chirurgiens, les caisses et les assurés eux-mêmes.

Réponse. — L'article 31 de la loi sur les assurances sociales énumère limitativement les placements, que les caisses sont autorisées à effectuer. Les actions d'établissements de soins privés, constitués en sociétés anonymes, ne figurent pas dans cette énumération ; mais on y voit figurer les acquisitions de terrains ou d'immeubles sous réserve de l'acceptation de la caisse générale de garantie, notamment pour la création ou l'acquisition d'établissement de soins appartenant aux caisses. (*Bulletin* des Sociétés de Secours mutuels et des Assurances sociales, mars-avril 1931.)

On nous parle toujours de la collaboration du Corps médical et des caisses, on voit que la loi ne cherche qu'à mettre des bâtons dans les roues, quand il s'agit d'aboutir à une réalisation pratique. La loi veut peut-être, dans l'espèce, obliger le médecin à rester indépendant ; elle a peut-être raison; mais alors qu'on n'accuse pas les praticiens d'apporter des entraves au fonctionnement des assurances sociales.

L'effort social du consortium de l'industrie textile en 1929.

Les allocations-maladie.— Le consortium a publié un rapport spécial sur cette œuvre : 115.304 ouvriers et ouvrières étaient inscrits au 31 décembre 1929.

Le service assurant également les enfants, les frères et sœurs au-dessous de 13 ans, et les mères et épouses ne travaillant pas en usine, c'est un total de 250.000 personnes qui bénéficient des allocations maladie du Consortium.

Les ouvriers et ouvrières travaillant dans les usines adhérentes reçoivent, en cas de maladie :

6 francs par jour à partir du neuvième jour et pendant quatre-vingt-dix jours.

5 francs par visite médicale à partir du neuvième jour ; et pendant quatre-vingt-dix jours.

5 francs par visite médicale aux mères et épouses des adhérents ne travaillant pas en usine, et aux enfants, frères et sœurs de moins de 13 ans à partir du neuvième jour de la maladie.

5 francs par visite, à partir de la première visite, aux enfants de moins de deux ans.

Les allocations accordées pour les interventions chirurgicales qui étaient en 1928, de 75, 150, 300 et 600, ont été portées à 75, 150, 350, 550, 750, selon leur importance, à partir du 1er février 1929.

Les dépenses de l'œuvre « allocations-maladie » ont été les suivantes :

Année 1924...................	163.402 fr.
Année 1925...................	287.998 fr. 90
Année 1926...................	729.191 fr. 05
Année 1927...................	1.140.783 fr. 10
Année 1928...................	1.620.405 fr. 95
Année 1929...................	2.086.607 fr. 80

En plus de ces allocations-maladie, il existe des visites prénatales.

Le consortium accorde une prime de 50 francs aux mères s'étant prêtées à quatre visites prénatales.

547 ont été payées à ce titre pendant l'année 1929, 400, en 1928, 245 en 1927, 761 en 1926.

Modifications de la législation d'assurance en Norvège. Le 2 juin 1930, le Storling a adopté, un

projet de loi gouvernemental, tendant à modifier la législation d'assurance maladie obligatoire du 6 août 1915.

L'attribution des prestations médicales doit, aux termes de la nouvelle loi, subir de profondes modifications. Les caisses norvégiennes n'attribuent actuellement aucune prestation en nature et se contentent de rembourser aux malades, selon un tarif établi, une partie des dépenses engagées par eux au titre de traitement médical. Le nouveau texte se prononce en faveur de l'attribution des prestations en nature. Il envisage la possibilité d'accords entre caisses et médecins. Au cas où de tels accords ne pourraient être conclus, le système actuel du remboursement des dépenses, faites par les assurés au titre médical, continuerait à fonctionner.

La loi crée, en plus, un office central compétent pour résoudre les conflits pouvant surgir entre les caisses d'assurances et les médecins. Cet Office se composera de trois membres nommés par la Couronne, dont un médecin et un représentant des institutions d'assurances.

Enfin, la loi du 6 juin 1930 tend à rétablir au moins partiellement la gratuité des soins dentaires (extractions), abolie en 1928.

Dr M. VIMONT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Confrères, n'attendez pas.

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration, le secrétaire général Mignon disait : « Depuis deux mois j'ai envoyé exactement 180 statuts et documents... et j'ai sept dossiers complets à vous présenter ! » — Est-ce donc que les 173 autres envois ont été faits en pure perte ? En aucune façon, mais ceux qui les ont reçus les ont mis en bonne place, ils attendent un moment propice pour les examiner... et ce moment propice se fera tellement attendre que les dossiers seront oubliés et disparaîtront. Il en restera bien quelques-uns qui reviendront un jour en règle, mais quand ?

Il faut bien l'avouer, rien ne retarde le recrutement de nos œuvres comme une telle négligence.

Ceux qui se décident, ce sont ceux qui arrivent à la limite de l'âge d'entrée ; les autres attendent, ils ont bien le temps. Et il arrive, ce qui est arrivé à la fin de 1930, que la moitié de ceux, qui ont attendu et qui finissent par se décider, ne peuvent plus être admis parce que trop âgés.

Un de mes correspondants, qui se cachait sous le pseudonyme d'Azer, demandait qu'on reculât la limite d'âge d'entrée pour laisser la porte ouverte à ceux, qui arrivent à l'âge où l'on songe sérieusement aux mesures de prévoyance. « A trente ans, m'écrivait-il, sauf des cas exceptionnels, le jeune médecin se sent plein de vie, de confiance en lui-même et ne songe pas à se garantir d'un risque qu'il ne voit pas ; s'il tombe malade, il prend un remplaçant, guérit en quelques jours et reprend le collier sans qu'il lui en coûte grand'chose. A 40 ans, il n'y a pas encore grand mal et, s'il lui survient un accroc sérieux, il s'en tire le plus souvent encore sans séquelles. C'est à 50 ans seulement que, comme tous, le médecin commence à payer un tribut sérieux à la maladie, qu'il risque de traîner plus longtemps, qu'il se sent amoindri et peut-être incapable de reprendre et surtout de maintenir l'effort antérieur. »

A ces raisons je répondais que c'était là précisément la nécessité du maintien de l'âge-limite pour l'entrée, et le Dr Bézine, un ancien membre déjà de la Mutualité familiale, m'écrivait à son tour :

« En cherchant à approfondir la pensée d'Ayer, je crois y trouver le raisonnement suivant qui est celui de beaucoup de jeunes médecins : « Je m'installe à 28 ou 30 ans en bonne santé ; il y a beaucoup de chances pour que je dépasse la cinquantaine sans être malade sérieusement... et j'attends. — Il ne faut pas craindre de dire que c'est là un égoïsme inconscient : on veut, en somme, *en avoir pour son argent* et ne pas avoir à se dire à 50 ans : voilà vingt ans que je verse pour rien des cotisations à la Mutualité familiale.

« Ce raisonnement est très mauvais ; d'ailleurs Azer reconnaît que le médecin commence à 50 ans à payer un tribut assez sérieux à la maladie, et je me demande pourquoi il veut qu'il ne commence à se montrer prévoyant qu'à 45 ans; c'est comme s'il lui conseillait d'attendre le 20 décembre, pour faire sa provision d'hiver en combustible.

« Un médecin, possédant une clientèle d'une bonne moyenne, doit faire des économies ; s'il en consacre une petite partie à verser des cotisations à la Mutualité familiale, il n'aura pas à s'en repentir car, en admettant même qu'il ne touche pas un centime d'indemnité-maladie, il pourra se dire que, si ces cotisations ne lui ont rien rapporté personnellement, elles auront servi à venir en aide à des confrères atteints de maladies plus ou moins longues et arrêtés, alors que lui-même, plus heureux, aura continué à toujours gagner convenablement sa vie. »

J'ajouterai que le jeune médecin peut lui-même tomber malade, et j'en pourrais citer bien des cas. C'est alors pour lui un véritable calamité et l'aide, que lui donne la Mutualité familiale, est loin d'être négligeable.

Un de mes confrères et amis, à peine installé, était tombé malade et était resté arrêté pendant de longs mois ; aussi dès la création de la Mutualité familiale s'était-il empressé d'y adhérer. Un de ses fils, robuste gaillard, installé à la campagne, n'a pas suivi l'exemple paternel : il est actuellement arrêté par une fièvre typhoïde grave, qui le tient déjà alité depuis de longues semaines et qui, s'il en réchappe, l'immobilisera encore longtemps. N'eût-il pas mieux fait d'agir comme son père et de venir à nous ?

Vous en voulez, confrères, avoir pour votre argent, eh bien calculez :

Vous entrez à 35 ans à MA5 pour avoir l'indemnité de 50 fr. par jour ou de 500 fr. par mois en cas de chronicité, vous payez une cotisation annuelle de 480 francs. A cinquante ans, vous aurez versé 15 cotisations, soit 7.200 francs.

Vous entrez à 45 ans, c'est-à-dire à l'extrême limite, vous payez pour les mêmes avantages une cotisation annuelle de 628 francs. A cinquante ans, vous aurez versé 5 cotisations, soit 3.140 francs.

Pour 4.000 francs, vous aurez donc, dans le premier cas, été garanti pendant quinze années et, s'il est possible que pour vous ces 4.000 francs aient été versés en pure perte, il n'est pas impossible non plus que vous les ayez récupérés et au delà, car soixante jours d'arrêt vous donneront 3.000 francs et chaque mois supplémentaire ajoutera 500 francs.

Vous raisonnez comme si vous ne deviez jamais être arrêtés, ou tout au moins, comme si vous ne deviez être arrêtés que quelques jours ; n'avez-vous donc jamais vu autour de vous des jeunes gens frappés de véritables cataclysmes ? Si vous saviez la reconnaissance que nous témoignent certains de les avoir décidés, de les avoir convaincus ! Il en est parmi eux qui ont cru n'agir que par esprit de solidarité confraternelle, qui ne pensaient pas avoir jamais à retirer bénéfice personnel de leurs versements et qui, un beau jour, se sont trouvés heureux d'avoir fait acte de prévoyance et de recevoir une aide sur laquelle ils n'avaient jamais compté.

Et qu'on ne vienne plus nous dire que le secours de la Mutualité familiale est insuffisant, dédaignable : la chose pouvait être, quand il s'agissait seulement de l'indemnité journalière de dix francs, mais avec l'indemnité de 50 francs il n'en est plus ainsi, car c'est par milliers de francs, que se comptent les sommes versées au sociétaire malade pour peu que son incapacité de travail se prolonge quelque peu.

Confrères, qui lisez nos études sur la Mutualité familiale, qui, à la suite de chaque article, écrivez à Mignon en grand nombre et qui par conséquent avez été intéressés par ce que nous vous avons dit, étudiez les documents qui vous sont adressés, n'attendez pas, ne remettez pas à plus tard ; prenez immédiatement votre décision, remplissez le questionnaire, subissez la visite médicale et envoyez votre dossier en règle.

Si vous ne pouvez prendre MA5, prenez une combinaison moins élevée, mais faites-le de suite ; il vous sera toujours loisible d'augmenter si vous le voulez. L'essentiel pour vous est de vous faire admettre pendant que vous le pouvez — vous en le regretterez pas.

Encore une fois, confrères, ne remettez pas, n'attendez pas !

A. Gassot.

LA PAGE SANS MÉDECINE

CCCXX. — Ch. Richet et Ch. Richet fils. — **La physiologie de l'homme.** 1 vol. in-4° pot avec 96 pages de texte et 40 planches hors texte en hélio-gravure. Collection Bibliothèque générale illustrée. *Ed. Rieder,* Paris, 1931, 20 fr.

Nos contemporains, pour qui le moteur d'une automobile n'a pas de secrets et qui n'ignorent rien de la compression, du différentiel, ont quelquefois des notions plus vagues sur notre mécanique interne. Il y a là de quoi les instruire sur les fonctions de nutrition, de relation, je n'ose pas ajouter de reproduction, car seul le simulacre, de nos jours, les intéresse. Les planches sont fort nettes ; leur intérêt historique ne fait pas de doute, mais la suppression des clichés de vivisection au profit d'images de science pure ou de rétrospectives plus abondantes eût plus sûrement ménagé l'ombrageuse susceptibilité des amis des bêtes.

CCCXXI. — Paul Chack. — **L'homme d'Ouessant.** 1 vol. 12 × 19 avec 7 croquis de l'auteur. *Editions Alexis Redier,* Paris, 1931, 15 fr.

Paul Chack aime les marins et a consacré son talent à conter leurs exploits. Ses récits de la guerre sur mer, pendant les hostilités 1914-1918, ont un son très spécial, un mouvement et une puissance dramatique sobrement émouvants. Les mêmes qualités se retrouvent dans l'histoire de l'Homme d'Ouessant : l'amiral français du 18e siècle, du Chaffault. L'écrivain évoque toute

la farouche grandeur de cette guerre à « l'Anglais, » que du Chaffault vainquit deux fois près de l'île sauvage. Et son admiration professionnelle, si elle va au grand marin qui la commandait, s'attarde surtout aux finesses, à l'aspect, à la manœuvre, aux vaisseaux, aux équipages de cette curieuse marine « à la voile », qu'il nous décrit aux prises avec les traîtrises du vent et la glorieuse incertitude des combats.

CCCXXII. — Francis JAMMES. — **L'école buissonnière.** 1 vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1931, 15 fr.

Si le mot de candeur n'avait pas pris un air de malencontreuse innocence, il m'aurait servi à vous caractériser avec simplicité, l'harmonie, l'équilibre sain, la jeunesse, cette impression de bonheur calme et souriant de la prose de Francis Jammes. Il a eu l'heureuse pensée de réunir (en y ajoutant quelques inédits) de substantiels morceaux choisis de ses œuvres diverses. Il les a classés sous de grandes rubriques, et, telle est l'unité de son œuvre, qu'ils se trouvent à l'aise de leur nouveau voisinage générique. Philosophe rustique, il grave avec sérénité, loin des bruits de la ville, l'écho de ses méditations et de ses promenades « buissonnières ». Indulgent par bonté plus que par religion, il écoute battre le cœur du monde, au pied de ses montagnes et l'on dirait bien que sont venus se jeter dans ses pages... « toutes les fontaines, tous les angelus, toutes les clarines, » qui chantent au fond de son âme.

CCCCXXIII. — Myriam HARRY. — **La Tunisie enchantée.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

Myriam Harry avait la nostalgie des paysages de sa « *Divine chanson* ». Je crains qu'elle n'ait été déçue... Elle ne laisse guère voir (à travers les descriptions) cet enchantement, que désagrègent patiemment les coutumes européennes, l'alcool, l'automobile... Où est-elle la paix, enchantée, où est-il le silence grisant ? où devient-il possible « ce magnifique et tendre évanouissement de soi et des choses, dans la nuit, dans le vide, dans le clair de lune » ? Derrière le rempart des dunes, le phonographe joue du Schumann éraillé. A l'orée de l'oasis : un bureau de tabac, les Juifs et les Grecs préoccupés de commerce ou de prostitution... En lisant les notes de voyage de Myriam Harry, rédigées avec le talent et l'humour alternés de la promeneuse, tour à tour fâchée, séduite, amusée, déçue, je repensais aux désillusions parallèles de Lacretelle, de Vaudoyer, de Duhamel, sur le sol sacré de la Grèce ! Et je redis à la romancière le merci que je leur ai dit déjà, puisque, comme eux, elle nous garde d'un mauvais voyage en nous le contant agréablement dans un bon livre.

CCCXXIV. — Dr E. PODACH. — **L'effondrement de Nietzsche.** Traduit (1) de l'allemand par VAILLANT et KUCKENBURG. Revu pour les termes médicaux par le Docteur CLAOUÉ, de Bordeaux. 1 vol. 12 × 19. Coll. les *Documents Bleus. Editions N. R. F.*, Paris, 1931, 15 fr.

Que de savants psychiâtres allemands, par orgueil national, cachent la vérité, que les fidèles disciples du philosophe accusent le chloral ou le « calmant javanais » (2) des désordres mentaux, il suffit de parcourir le livre et les discrètes observations médicales, qui corroborent les troubles, pour que ce diagnostic de *paralysie* (d'origine Σ) *générale progressive*, de maladie de Bayle *s'impose*. Rien n'y manque : mégalomanie, surhomme luttant contre Dieu, somptuosité verbale, exaltation érotique, inégalité pupillaire, ictus, écriture tremblée illisible, troubles de la parole... La rémission, qui permit de l'extraire de l'asile d'aliénés d'Iéna, n'est pas une infirmation. Et la mort à Weimar ne diminue en rien la funeste influence du penseur déréglé, dont nous voyons progresser (à Turin, à Bâle, puis dans sa patrie), l'implacable maladie, qui nous donna tant de grands hommes et tant d'autres moins favorisés, qui protestent avec véhémence raisonnante entre les murs du cabanon contre le triste sort fait à leur grandeur méconnue.

Varia. — *M. Guy VANHOR, à Saint-Christophe-en-Bazelle (Indre) a eu l'idée d'une amusante enquête (sur la Dédicace littéraire), dont il publie les échos dans le *Journal de l'Indre*.

*A paraître bientôt, de Monsieur Jean Vignaud, le *Huitième péché*, qui tente ma curiosité aux aguets. Je décline toute responsabilité au regard des aimables casuistes, qui ne manquèrent pas de rappeler à plus de tenue mon exégèse défaillante, qui broncha si maladroitement sur les vertus cardinales (que j'avais étourdiment augmentées d'une unité), quand ma chronique apprenait à marcher.

*Je vous signale d'ores et déjà, bien que j'aie l'intention de vous en parler plus longuement, une thèse ès lettres du Dr Raymond BOISSIER, consacrée à *La Mettrie*, médecin, pamphlétaire et philosophe, éditée par les « Belles-Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris

---

(1) Nous signalons aux traducteurs que le « filtre » à café même destiné à un grand penseur comme Nietzsche est trop modeste pour capter le « ph » réservé aux breuvages magiques (page 13).

(2) Il s'agit probablement d'extrait fluide de chanvre indien.

**Le Mois*, 1 vol. 14 × 23 avec photogravures, 320 pages, 15 fr. Ed *Maulde* et Renoux, Paris. L'idée qui a amené la création de cette encyclopédie mensuelle est fort ingénieuse. L'activité mondiale y est condensée chaque mois en rubriques parfaitement documentées touchant de la Politique, de l'Economique, des grands faits divers, des Lettres, de l'Art, des Sciences.

J'y ai appris, entre autres diverses et nombreuses choses, que le cœur de la souris battrait à 500, 700, contre 70 pour nous ! Ce régime m'a l'air un peu « poussé », comme disent les mécaniciens qui sont gens d'expérience !

7 mai 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre 1932

« Marchand de Bobards »

Satire en 4 actes de RIL-DAB.

Le gentil Théâtre 1932 nous avait conviés l'autre soir ; nous avons répondu à son appel tout d'abord parce que la petite scène de la place Denfert-Rochereau encourage les efforts des jeunes auteurs favorisant ainsi l'éclosion de talents qui trop souvent resteraient complètement ignorés et qu'ensuite la pièce nous avait été annoncée comme une charge sur certains milieux médico-pharmaceutiques.

Nous ne nous sommes pas attachés à dépister la véritable personnalité de Ril-Dab, nous nous sommes aperçus à sa raillerie sans méchanceté d'ailleurs, de la vérité du proverbe : Dis-moi qui tu hantes je te dirai qui tu es.

L'intention de l'auteur, nous ne l'avons véritablement découverte qu'à la fin de sa pièce, il a cru bon de mêler au cours de ses 4 actes à la partie satire proprement dite, une intrigue amoureuse, qui est certes un agrément, mais aussi un obstacle au développement du but poursuivi. C'est la raison, je pense, pour laquelle la critique qui n'est pas toujours tendre avec les débutants, n'a pas suffisamment signalé les réelles aptitudes qu'il possède dans l'art difficile de conduire une action, de bien caractériser ses personnages et de présenter un tout cohérent et parfaitement dialogué.

Bobard est un grand spécialiste en herbe, qui ne croit qu'au pouvoir magique des mots et à la puissance de la publicité pour lancer un produit ; peu lui importe que son chimiste, jeune savant très intègre, ne veuille pas le suivre dans la dangereuse voie où il s'égare, en refusant de mettre réellement dans sa spécialité tel principe, que lui, juge indispensable à l'honnêteté des rapports commerciaux, à la vérité scientifique et à l'efficacité nécessaire.

Le jeune chimiste des laboratoires Bobard possède une assistante, exquise jeune fille moderne qui est attirée vers Bobard par son sens des affaires, mais qui aime profondément son compagnon de travail si éloigné du charlatan son patron. C'est elle qui finalement les réconcilie, après les rebondissements d'une action assez chargée, et fait comprendre au public que si la science pure a besoin pour faire vivre son homme des habiles présentations publicitaires, la simple commercialisation d'un produit sans base scientifique ne peut le faire prendre au sérieux et le voue la plupart du temps à l'insuccès.

Si l'exiguité du plateau de ce théâtre miniature n'est pas faite pour mettre en valeur tous les effets scéniques et donner de l'ampleur à l'œuvre elle-même, par contre, l'interprétation dont la pièce a bénéficié l'a défendue avec le maximum de rendement. Nous ne pouvons adresser que des éloges à M. Ray-Roy dans le rôle de Bobard, à M. Jean Darcante dans celui du jeune savant intègre, à Mme Dora-Pinska qui a joué très intelligemment le rôle de la jeune assistante, à Mlle Yvonne Galli la secrétaire dactylo, à M. Paul Peltier qui incarne successivement trois rôles et en tire le maximum, à M. Griffon, richissime commanditaire de la maison Bobard. On sent que cette troupe homogène et de qualité est animée du meilleur esprit. Grâce soit rendue à l'aimable et courageuse Directrice de nous l'avoir fait apprécier.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat de la région Nortaise

Réunion du 17 mars 1931 à Blain.

Etaient présents : les Drs Bichon, Allaire, Barbier, Gautier, Coyaud, Chauvin, Portenay, Monnier, Boussion, Javeau, Aubrée, Clenet, Gaschignard, Goubin, de Sallier Dupin Y.

Invités : Drs Chauvet, Billaud, Moutier, Simon, Landais.

La séance s'ouvre vers 17 heures sous la présidence du Dr Clenet. Le président rappelle en quelques mots à quel point nous avons laissé en fin d'année la loi des A. S. ; il note les difficultés que nous rencontrons pour la signature des contrats avec les caisses, et surtout en Loire-Inférieure avec la Commission des hospices, qui par son intransigeance et son autocratisme est la cause du retard de la signature.

Après avoir donné un aperçu des questions inscrites à l'ordre du jour, le Président nous annonce le départ du Dr Breger de Joué. Il lui exprime ses regrets et lui souhaite bonne réussite à Angers où le confrère est actuellement établi ; il termine en adressant au Président honoraire, malade, des vœux de prompt rétablissement.

La parole est donnée au secrétaire pour la lecture du compte rendu de la précédente réunion qui est adopté sans discussion.

Puis c'est au confrère Gaschignard, notre excellent trésorier, de nous signaler l'état de notre caisse, état florissant, puisqu'il nous permet de ne pas augmenter la cotisation, bien que la part de la Confédération ait été relevée en 1930.

Assemblée générale des 20 et 21 décembre 1930.

Le Dr Goubin, qui remplaça à cette Assemblée notre président empêché, s'excuse d'être encore obligé de tenir la rubrique des débats de cette réunion. Il nous en donne le compte rendu avec l'humour que vous lui connaissez.

Il note comme incidents notables, celui survenu au sujet de la révolution opérée peu avant l'assemblée au sein du Syndicat des chirurgiens, où le Bureau avait dû démissionner ; et celui relatif au Projet Gros en matière d'accidents du travail, projet qui supprime l'entente directe.

La question des A. S. y fut amplement discutée et tout spécialement la convention hôpitaux-caisses. Cibrie donna lecture d'une lettre du ministre Grinda pleine de promesses, et le Secrétaire s'ingénia à en distiller les avantages considérables, qui en découlent, ce qui lui permit de faire adopter après discussion les deux ordres du jour que vous avez pu lire dans le *Médecin de France* (15-2-31.)

Depuis, hélas ! nous dit le Dr Goubin, il a failu déchanter ; le remarquable rapport du Dr Meignant dans le « Bouclier » montre bien la difficulté de faire agréer les conventions hôpitaux-caisses.

A Nantes, les caisses, et surtout l'Administration des hôpitaux, ont montré une mauvaise volonté évidente. Cela vient souvent de ce que les administrateurs des hôpitaux ont montré une mauvaise volonté évidente. Cela vient souvent de ce que les administrateurs des unes et des autres sont les mêmes de sorte que la situation est inchangée.

En France, la moitié des Syndicats a signé les conventions, mais en réservant en général la question de l'hôpital, du moins pour les hôpitaux des villes grandes et moyennes.

Le rapporteur nous rappelle l'importance de cette question ; les caisses commencent déjà à créer des établissements de diagnostic et de cure ; que sera-ce dans l'avenir !

Jusqu'ici les protestations et les menaces, venues de la Confédération des Syndicats, n'ont pas réussi à faire sortir le ministre de son mutisme que les caisses peuvent, à bon droit, semble-t-il, prendre pour une approbation.

D'ailleurs les Caisses font ce qu'elles veulent et semblent rejeter les diverses propositions émises. Dans ces conditions, le confrère doute que la collaboration loyale puisse durer longtemps.

Le Dr Chauvet nous apporte alors les dernières nouvelles concernant Nantes. Malgré les protestations du Dr Ricordeau, président de la Commission des hospices, Nantes, n'ayant qu'une école, n'est pas considéré comme centre d'enseignement ; par conséquent, il eut été impossible de faire une discrimination au moins pour la cinquième catégorie ; à Tours cette discrimination existe pour la 4e et pour la 5e.

Le Corps médical hospitalier ne l'a pas voulu et a accepté ce que l'Administration proposait : tous les assurés sociaux sans distinction seront soignés à l'hôpital.

Cette notion a été votée à une très grosse majorité.

Nous regrettons que les médecins des hôpitaux, les anciens surtout, aient ainsi flanché devant les injonctions de l'Administration, qu'ils soient si vite oublieux des intérêts de leurs confrères praticiens et donnent un si mauvais exemple aux générations médicales futures, en ne considérant que leur intérêt immédiat.

Tarif et accidents de travail.

Le secrétaire signale qu'il n'y a pas seulement diversité de tarif dans les lois sociales, mais que cette diversité existe, la plupart du temps sans raison, dans un même département surtout en matière d'interventions.

Il nous apprend que la Fédération départementale a décidé d'unifier les tarifs et a chargé le Bureau du Syndicat de la Région nortaise d'élaborer un projet.

Ce projet, nous dit le secrétaire, ne peut voir le jour qu'après la parution du nouveau tarif des accidents de travail, en gestation depuis une année environ.

On nous l'avait promis pour février, nous voici en mars, et comme sœur Anne nous ne voyons rien venir. Peut-être faudra-t-il encore attendre longtemps ?

Les seuls échos, qui nous sont parvenus, ne réjouiront pas les confrères ruraux. Il est, en effet, à craindre, d'après ce que l'on chuchotte, que les praticiens de campagne seront, comme ils le furent pour les B. G., roulés quant à l'indemnité horokilométrique.

Cela vient de ce que, malgré leur nombre, ils sont trop faiblement représentés au Conseil de la Confédération.

Attendons, qui vivra verra !

Projet Gros. Accident de travail.

Le Dr Goubin nous parle du projet Gros déjà voté par la Chambre, actuellement en instance au Sénat, projet qui doit modifier la législation des accidents du travail.

Jusqu'ici le tarif applicable, tarif fixé en accord avec les intéressés : assureurs, patrons, ouvriers, médecins, etc., indiquait la part de responsabilité patronale ; nous gardions la liberté de demander un supplément d'honoraires au cas où nous estimions insuffisant le tarif officiel. Avec le projet Gros nous perdons cette liberté.

Si ce projet était voté, l'on peut craindre que les assureurs, qui déjà opposent tant de résistance à nos revendications pourtant justifiées, ne redoutant plus de reproches de leurs assurés, auxquels nous ne pourrons plus prélever aucun supplément, n'augmentent encore leur résistance à nos demandes d'amélioration de tarif.

Les représentants ouvriers qui, à la Commission en général étaient nos alliés, sachant que leurs camarades n'auront point à craindre un supplément d'honoraires de la part des médecins, continueront-ils à nous appuyer ?

Le Dr Goubin s'étonne que nous puissions être obligés de traiter à prix réduits de gros cultivateurs, volontairement assujettis à la loi.

Si ce projet est adopté, dit-il, c'est un pas de plus vers la fonctionnarisation, aussi le rapporteur, reprenant l'ordre du jour du Dr Fougerat à l'A. G. de décembre, le propose à l'Assemblée qui l'adopte à l'unanimité.

« Les médecins du Syndicat de la Région nortaise
« réunis en A. G. le 17 mars à Blain L. I. demandent
« que soit respectée dans les prochaines dispositions
« législatives, la faculté pour le médecin de se faire
« payer, au tarif qu'il juge bon, directement par
« le blessé.

U. N. A. T.

Le Secrétaire nous rappelle qu'à une précédente réunion le Dr Billaud, de Nantes, nous avait déjà entretenu du projet d'entente entre la Confédération et l'Union nationale des Associations de tourisme, pour la création de postes de secours sur routes.

Cette convention est actuellement signalée et a paru *in extenso* dans le *Médecin de France* (1-2-31).

Cette convention a évidemment l'avantage pour le Corps médical de rémunérer sans procès, sans discussion des sinistres peu importants, que le médecin est souvent obligé de laisser au chapitre « pertes », puisqu'il est sûr de toucher 60 francs.

Cependant cet accord n'est pas exempt de reproches.

Il admet le forfait, contre lequel le syndicalisme médical lutte depuis des années.

Il viole non seulement le secret professionnel, que nous avons tant de peine à sauvegarder, mais encore il fait perdre au médecin de sa dignité, en le transformant en agent de police des renseignements, en mécanicien ou en agent voyer.

Le secrétaire lit les principaux articles de la convention, qui sont discutés tour à tour.

Le Dr Boussion, de Sautron, nous dit qu'il est appelé pour de nombreux accidents de route ; il ne s'est jamais refusé à donner ses soins, et il se fait rémunérer comptant sans aucune difficulté.

Une discussion s'engage ensuite et il est décidé de refuser dans ses dispositions actuelles ladite convention.

Recouvrement des honoraires.

Certains confrères, ayant demandé au Bureau d'étudier la création d'un office de recouvrement des impayés, le Secrétaire nous dit que ces offices existent à Paris et ne donnent pas toujours satisfaction.

Il rappelle que le Sou Médical au cours de 1930 a organisé un office de ce genre (*Conc. méd.*, 13-4-30), page 1187), il en lit les conditions. Il ressort que les petites, notes si souvent impayées chez nous, doivent être laissées de côté et que le pourcentage prélevé semble élevé, au moins dans certains cas.

Il demande s'il n'y aurait pas la possibilité d'organiser un office départemental.

Les Drs Billaud et Chauvet rappellent qu'à Tours, il a été institué quelque chose d'analogue : il est alors décidé de prendre des renseignements près du Syndicat d'Indre-et-Loire.

Questions diverses.

Les Drs Allaire et Barbier demandent de quelle façon pourront être payés nos honoraires pour les assurés sociaux notoirement indigents, aucune pièce comptable ne pouvant faire foi des visites faites ou des interventions pratiquées.

La question sera soumise à l'étude à la prochaine réunion de la Fédération départementale.

Lieu de la prochaine réunion.

A Niort vers le mois de juin.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures.

Nos remerciements aux confrères blinois pour l'organisation de cette réunion pleine de gaîté et de bonne confraternité.

Le secrétaire,

Dr Y. DE SALLIER DUPIN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance** (Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — M. le Professeur P. LEREBOULLET, fera, avec la collaboration de MM. LELONG, médecin des hôpitaux, CHABRUN, GOURNAY, BOHN, DÉTROIS, BAIZE, chefs de clinique et chefs de laboratoire, du lundi 22 juin au jeudi 25 juin, une série de leçons cliniques, diététiques et thérapeutiques sur : *Les diarrhées estivales du nourrisson et leur traitement.* Les leçons auront lieu chaque matin de 10 h. 15 à 11 h. 45. Ce cours est gratuit.

PROGRAMME : Lundi 22 juin, 10 h. 15, M. LEREBOULLET : Importance et signification générale des diarrhées estivales ; 11 heures, M. CHABRUN : Etude clinique du choléra infantile et les diarrhées saisonnières. — Mardi 23 juin, 10 h. 15, M. DÉTROIS : La bactériologie et l'étude chimique des diarrhées ; 11 heures, M. LELONG : Les conceptions actuelles de la pathogénie du choléra infantile. — Mercredi 24 juin, 10 h. 15, M. GOURNAY : Prophylaxie des diarrhées estivales. Le lait et sa stérilisation ; 11 heures, M. LEREBOULLET : La lutte contre la chaleur. Les coups de chaleur du nourrisson. — Jeudi 25 juin, 10 h. 15, M. BOHN : Le traitement diététique des diarrhées estivales ; 11 heures, M. BAIZE : Les médications des diarrhées estivales.

— **Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance.** (Clinique Parrot, hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — M. le Professeur P. LEREBOULLET, fera, avec la collaboration de MM. CATHALA, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, LELONG, médecin des hôpitaux, SAINT-GIRONS, BRIZARD, CHABRUNS BENOIST, GOURNAY, DETROIS, BOHN, PICHON, Mme DOLFUS-ODIER, BAIZE, chefs de clinique, assistants et chefs de laboratoire, un cours de perfectionnement du lundi 29 juin au samedi 11 juillet 1931. S'inscrire à la Faculté.

—**Clinique médicale de l'Hôpital Cochin**(47, faubour Saint-Jacques. Professeur : M. Ch. ACHARD.) — Un cours de perfectionnement clinique aura lieu sous la direction du Professeur ACCHARD, à l'hôpital Cochin, du 6 au 11 juillet 1931.

Ce cours aura lieu tous les jours, de 10 heures à midi et de 14 à 16 heures.

Il ne comportera que des présentations de malades. A propos de chaque cas on exposera dans une courte conférence la sémiologie de l'affection, les moyens de laboratoire mis en œuvre, la discussion du diagnostic et du traitement. Les élèves pourront examiner eux-mêmes les malades sous la direction des chefs de clinique. Les cas seront choisis de façon à permettre une révision complète des dernières acquisitions concernant la clinique générale.

Ce cours est réservé aux docteurs en médecine français et étrangers. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de 250 francs. Un second cours semblable aura lieu du 28 septembre au 3 octobre 1931.

— **Chaire d'oto-rhino-laryngologie.** — M. Fernand Lemaitre est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, en remplacement de M. Sebileau.

— **Thèses.** — Mercredi 27 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Clerc, Lemierre, Portos. — ROUZAUD P. : Les déviations utérines et leur traitement par hystéropexie en fonction de la grossesse. — BARBAT. R : Alcool et syphilis dans la génèse des cirrhoses. — TULASNE R. : Etude des septico.-pyohémies à proteus.

Jeudi 28 mai. — Jury : MM. Sébileau, Terrien, Nobécourt, Velter. — FERRIER A. : De l'influence des glandes endocrines sur le système dentaire. — Mlle JAMBON S. : Etude de la forme pseudo-phlegmoneuse de l'angine diphtérique. — DECOURT F. : Etude des tumeurs malignes de l'iris. — PASTORIZA M. : Les tremblements des globes oculaires dans la maladie de Basedow.

Samedi 30 mai. — Jury : MM. Bezançon, Guillain, Villaret, Tanon. — LÉGER M. : Etude sur le pronostic des pneumothorax spontanés. — RIPERT J. : Les chordomes du naso-pharynx. — POUEY A. : Le tabagisme chronique. — VARANGD P. : Etude du cancer de l'ampoule de Vater.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** *Chirurgie oto-rhino-laryngologique.* — Un cours en français et en anglais de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur F. Lemaitre, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. Maduro et Rémy Néris, assistants du service, commencera le lundi 29 juin à 14 h. 30 et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 500 francs. Un deuxième et même cours en anglais en douze leçons aura lieu le jeudi 1er octobre. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à Moulin, Paris, 5e.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Epreuve clinique. — *Séance du 8 mai.* — Ont obtenu : MM. Thalheimer, 20 ; Banzet, 18 ; Seillé, 17.

Séance du 11 mai. — Ont obtenu : MM. Welti, 18 ; Leibovici, 20 ; Fèvre, 17 ; Ménégaux, 18.

Médecine opératoire. — *Séance du 12 mai.* — Ligature de l'artère fémorale. — Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart.— Ont obtenu : MM. Welti, 27, Ménégaux, 25 ; Leibovici, 30 ; Fèvre, 24 ; Banzet 27; Seillé, 26 ; Reinhold, 25 ; Thalheimer, 29 ; Bernard, 25.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (2e concours) — *Jury* : MM. Pinard, Ameuille, Hudelo, Hutinel, Rouillard, Vincent, Papillon, Teissier, Dufour, Chevallier et Robineau.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Le jury du 2e concours de chirurgien des hôpitaux est composé de MM. Bréchot, Toupet, Thiéry, Michon, Bazy, Chevassu et Guillain.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours d'accoucheur des hôpitaux : MM. Devraigne, Lévy-Solal Metzger, Cathala, Jeannin, Faure-Beaulieu et Lapointe

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Héry, de Montpont-en-Bresse (Saône-et-Loire) ; du Dr Jacquemart, de Paris, ; du Dr Desgraviers, de Mansle (Charente) ; du Dr Henri Plivard, de Paris ; du Dr Gustave Barral, de Nîmes.

— **Les élèves du cours de perfectionnement d'hydrologie thérapeutique du professeur Maurice Villaret visitent la station thermale de Vichy.** — La série des voyages d'études médicales, qui offrent un si grand intérêt, a débuté cette année à Vichy par la visite des élèves du Cours de perfectionnement d'hydrologie thérapeutique du Professeur Maurice Villaret. La caravane médicale comprenait des docteurs grecs, vénézuéliens, roumains, ainsi que de nombreux internes des hôpitaux de Paris. Elle avait à sa tête le Professeur Maurice Villaret, accompagné de MM. le Professeur agrégé Olivier, Deval et J. Besançon, chefs de laboratoire, Even, chef de laboratoire adjoint.

Arrivés le samedi soir 2 mai, ils ont été reçus au Casino où une soirée avait été organisée en leur honneur. Dans la matinée du dimanche 3 mai, les visiteurs ont entendu deux conférences, la première faite par M. le Docteur Guinard, président du Syndicat des médecins de de Vichy, sur l'historique de la station et les propriétés de ses eaux ; la seconde faite par le Professeur Maurice Villaret sur la thérapeutique hydrominérale dans les maladies du tube digestif. Dans l'après-midi, ils entendaient à nouveau le distingué professeur qui leur exposait la théapeutique hydrominérale dans les maladies du foie et des voies biliaires.

Sous la conduite de leurs confrères de Vichy, les visiteurs ont parcouru ensuite le grand établissement thermal, dont l'organisation parfaite et les installations si perfectionnées des services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électro-radiologie ont produit sur eux une profonde impression.

Après avoir fait le tour des sources, toujours guidés par les praticiens de la station, les voyageurs ont été reçus au Sporting-Club de Vichy. Ils ont admiré ce splendide domaine et ses installations sportives si bien aménagées qui font de ce club un des plus importants du continent.

Le soir, un banquet était offert aux visiteurs, par la Compagnie fermière au Grill-Room « Chantecler », sous la présidence de M. Normand, directeur des services administratifs de la Compagnie fermière.

Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, Mme Salès de Cogorno, de la République Argentine, les docteurs Bainville, du Canada, Talianidès, de Grèce, Dimitresco Popovici, de Roumanie, Jimenez, du Vénézuela, Baslez, interne français, Uhry, Docteur Guinard et enfin le Professeur Maurice Villaret.

Dans la matinée du lundi 4 mai a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des

eaux de Vichy-Etat et ensuite, pour clôturer ce voyage, du laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la Compagnie fermière, sous le patronage de l'Institut d'hydrologie.

Toutes les installations thermales ont très vivement intéressé ces jeunes médecins, appartenant à différentes nations.

— **IIe Congrès international de pathologie comparée** (Paris, 14 au 18 octobre 1931). — *Ordre du Jour du congrès :* Les brucelloses, humaine et animales. — Le lait, comme agent pathogène. — Les carences minérales. — Les Ultra-virus. — Le cancer. — La psittacose. — L'anaphylaxie. — Les helminthiases (traitement).

Cotisation : Membres actifs, 100 francs, donnant droit aux volumes des comptes rendus et aux différents imprimés ; membres associés : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris, 16e ; les cotisations au trésorier : 87, rue Denfert-Rochereau, Paris, 5e.

— **Le Stand des grands réseaux de chemins de fer français à l'exposition coloniale de Paris.** — L'Exposition des réseaux est installée dans le Palais des sections métropolitaines édifié à gauche de la porte d'entrée principale de l'Exposition coloniale, en bordure du Boulevard Soult. Elle comporte deux parties : un stand touristique, un hall réservé au matériel roulant.

Dans le stand touristique, dont la façade exerce déjà par elle-même un véritable attrait, sont présentés :

Au rez-de-chaussée, dans une rotonde, huit grands dioramas des principaux ports : Marseille, Bordeaux, Nantes-Saint-Nazaire, Rouen-Le Havre, Dunkerque, Strasbourg. Des effets de lumière animent chaque diorama qui, par la fidélité de sa composition constitue une précieuse documentation sur la desserte par voies ferrées du port qu'il représente.

Entre les dioramas sont disposés des appareils automatiques pour la présentation des affiches des principaux sites, monuments, stations hivernales, centres d'altitude, plages, villes d'eaux, villes d'art de la France, etc.

Dans une galerie circulaire, au premier étage du stand, sont exposés des tableaux schématiques de l'importance des réseaux. Chaque tableau est encadré d'une série d'agrandissements photographiques qui sont renouvelés chaque semaine. On peut ainsi admirer successivement les monuments du premier âge et gallo-romains, les monuments de la Renaissance et des XVIIe et XVIIIe siècles, les œuvres remarquables des grands musées de France : peinture et sculpture, vitraux, motifs d'orfèvrerie, arts locaux, tapisseries, etc., les ouvrages d'art des réseaux, les principaux sites et monuments des colonies. Le touriste peut renouveler, de semaine en semaine, ses visites au stand des réseaux, il est assuré d'y trouver des vues différentes. Il assiste, au surplus, dans une salle de cinéma contiguë à ce stand, à la projection de films touristiques accompagnés d'émissions musicales ; les séances de projections ont lieu tous les jours dans l'après-midi.

Le stand donne accès au hall du matériel roulant. Là sont présentés des types récents de locomotives, de voitures à voyageurs, un wagon Pullman (avec services de thé et de rafraîchissements), des wagons pour le transport des marchandises, un autocar des services de tourisme des réseaux, les diverses essences des bois coloniaux utilisés pour la construction du matériel de chemins de fer, des maquettes de véhicules, des graphiques, dessins, diagrammes, des travaux conçus et exécutés par les jeunes apprentis des ateliers des réseaux, voire même une exposition rétrospective de la locomotion ferroviaire.

En vérité, une visite au stand touristique et au hall du matériel roulant des réseaux constitue une grande leçon de choses ; nous ne saurions trop la recommander aux amateurs de beaux voyages.

—**Association française de chirurgie.**— Le 40e Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 5 au 10 octobre 1931, sous la présidence de M. O. Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Des ulcères peptiques post-opératoires* (pathogénie et traitement). Rapporteurs : MM. Gosset (de Paris) et Leriche (de Strasbourg) ; 2° *Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.* Rapporteurs : MM. Roux (de Montpellier) et Sénèque (de Paris) ; 3° *Les péritonites à pneumocoques.* Rapporteurs : MM. Brechot (de Paris) et Nové-Josserand (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (6e).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens, qui désirent faire partie de l'Association, doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service. Les membres du Comité ne peuvent accepter de parrainage, sauf pour les candidats étrangers.

— **Conférence internationale des colonies de vacances et œuvres de plein air** (Genève, 26-29 août 1931). *Programme provisoire :*

Mercredi soir, 26 août. — Réception des participants par le Comité local d'organisation et la Fédération des colonies de vacances du canton de Genève.

Jeudi 27, vendredi 28 août. — Séances de travail et visites d'œuvres de plein air ; visite de la Société des Nations et du Bureau international du travail.

Samedi 29 août. — Rapport général et constitution du Comité international. — Banquet officiel de clôture.

Dimanche 30 et lundi 31 août. — Des excursions et des visites d'œuvres sanitaires de l'enfance et de l'adolescence sont prévues à Lausanne, à Montana et à l'Exposition suisse d'hygiène et de sport, à Berne.

Question administrative. — La centralisation des efforts au point de vue de l'organisation des colonies de vacances dans les différents pays.

Questions techniques. — 1° Rôle des œuvres de plein air (colonies de vacances, cures d'air, écoles de plein air) en vue d'augmenter la résistance de l'organisme contre les maladies, et spécialement la tuberculose ; 2° Formation et recrutement du personnel de surveillance des colonies de vacances dans les différents pays.

La cotisation, donnant droit au rappport officiel qui sera publié après la conférence, est fixée à *dix francs* suisses (c.ch. post. n° I — 1.104 — Genève), ou cinquante francs français (Comité national des colonies de vacances, 52, rue Saint-Georges, ch. post, Paris, 164-18).

Envoyer les adhésions au docteur Dequidt, 52, rue Saint-Georges, Paris (IXe), ou à M. Charles Weber, 11, rue Calvin, Genève.

— **L'éducation physique féminine.** — Le Professeur Rocher a fait, le 25 avril, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres, de Bordeaux, une intéressante conférence sur l'éducation physique et sportive féminine.

Après avoir avoir rappelé que de tout temps, notamment durant la civilisation grecque, la gymnastique et les jeux furent très en honneur, et pratiqués par la femme, le conférencier montre le développement et l'évolution des idées avec l'apparition successive des systèmes éducatifs d'Amauros, Clas, Ling, Demeny, Hébert, et des méthodes rythmiques et des danses harmoniques de Duncan, Dalcroze, Popard, etc.

Chez la femme et particulièrement chez la fillette, **l'éducation physique a pour but** de développer l'harmonie corporelle, la grâce et la souplesse. Au cours de son **développement**, l'enfant bénéficie de l'éducation **physique, dont le rôle** hygiénique, rôle préventif et curateur des **déviations** corporelles, n'est plus à démontrer.

Les méthodes de gymnastique de Ling et de Demeny ont chacune leurs adeptes. La gymnastique aux agrès ne sera conseillée que sur la fin de l'adolescence et, à cette même période, la femme pourra se consacrer aux pratiques sportives. Les compétitions, qu'il s'agisse de sport individuel ou collectif, ne doivent pas être recherchées chez la femme.

Le Professeur Rocher envisage le problème de l'éducation physique à l'école, constate toutes ses difficultés actuelles et propose quelques solutions. Il insiste sur le développement des écoles de plein air.

A la sortie de l'école, la jeune fille qui désire faire de l'éducation physique ou du sport pourra soit en pratiquer individuellement, soit s'affilier à une des nombreuses Sociétés qui existent actuellement en France.

Les sports que peut pratiquer la femme peuvent être classés suivant l'ordre d'importance tenant aux adhérentes qui les pratiquent de la façon suivante : *Sports d'équipe* : Baskett-ball, qui est actuellement le sport le plus complet pour la femme, pratiqué par tous les clubs. Beaucoup moins usités sont le football association, la barette (football rugby mitigé), le hockey sur terre ou sur glace, les courses relais.

Parmi les *sports individuels*, les plus pratiqués se classent par ordre d'importance : le tennis, la natation, l'athlétisme et ses différentes modalités : course, saut, javelot, tir à l'arc, le rowing, l'équitation, le patinage, le golf. Des performances intéressantes ont été également pratiquées dans l'aviation.

Le Professeur Rocher envisage rapidement la place tenue par les femmes aux jeux olympiques et l'importance des pratiques sportives au point de vue de la maternité et du maintien de la santé à la période d'âge mûr.

Il résulte de ces différentes considérations que l'enfant à l'école, fille ou garçon, doit faire de l'éducation physique. Le quart d'heure quotidien d'éducation physique est une dose d'entretien suffisante. Plus tard, à sa sortie de l'école, la jeune fille pourra continuer son éducation physique et s'initier aux pratiques sportives. Les femmes qui s'astreignent à entretenir la force, la souplesse et la grâce sont assurées d'une vie meilleure.. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*).

— **IIe Congrès international de pathologie comparée.** Ce Congrès sera tenu à la Faculté de médecine de Paris, **du 14 au 18** octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous la présidence de M. le Professeur Ch. Achard, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, le haut patronage de M. le Président de la République Française, de MM. les membres du gouvernement, de M. le maréchal Lyautey, de M. le président du Conseil municipal de Paris, de M. le président du conseil général de la Seine, de M. le préfet de la Seine, sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Roger, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité international permanent des Congrès de pathologie comparée, membre de l'Académie de médecine, de M. le Professeur G. Barrier, inspecteur général honoraire des écoles vétérinaires, ancien président de l'académie de médecine, de M. Charléty, recteur de l'Académie de Paris.

Vice-présidents du Congrès : M. le Professeur G. Roussy, membre de l'Académie de médecine, M. le Professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences, M. le Professeur Dop, directeur de l'Institut international de lutte contre les maladies des plantes.

Des comités nationaux sont constitués dans tous les pays et la plupart ont désigné des délégués officiels.

Le Congrès réunira : médecins, vétérinaires et physiopathologistes.

Avantages offerts aux congressistes. — Entrée gratuite à l'Exposition coloniale sur présentation d'une carte permanente spéciale qui sera remise aux congressistes ; réduction de 50 % sur les chemins de fer français ; réduction de 15 % sur les lignes Afrique du Nord de la Compagnie transatlantique ; prix spéciaux dans divers hôtels, restaurants ; visites, excursions, dans des conditions très avantageuses ; réceptions, etc. ; comité de dames.

Renseignements de toutes sortes en ce qui concerne voyages, logements, excursions, visites, etc., à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra.

— *Exposition organisée à l'occasion du IIe Congrès international de pathologie comparée.* — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils divers, produits de régime, etc.) aura lieu pendant les journées du congrès du 14 au 18 octobre 1931, à la Faculté de médecine de Paris.

Pour tous renseignements concernant cette exposition, s'adresser à M. Mouly, 12, rue de Seine, Paris, 6e.

— **VIIe Congrès français de stomatologie.** — Le VIIe Congrès français de stomatologie se réunira à Paris en octobre 1932.

Le bureau en est ainsi constitué : Président : Dr Bozo, 221, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris, VIIIe ; vice-présidents : Dr Bercheret, Dr Cadenat (de Toulouse) ; secrétaire général : Dr A. Lattès ; trésorier : Dr Boutroux.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, Dr A. Lattès, 54, boulevard Saint-Michel, Paris, VIe.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

sitions générales de la législation sur les enfants assistés que lorsqu'un pupille de l'assistance publique, assuré social, a besoin de soins médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques, les frais sont acquittés provisoirement par l'inspection de l'assistance publique au moyen de crédits mis à sa disposition dans le budget départemental. Il appartient à l'inspection des enfants assistés de poursuivre, auprès des caisses d'assurances sociales, le remboursement des prestations revenant aux pupilles assurés malades. Le budget départemental ne supporte, en définitive que la participation légale des pupilles assurés sociaux qui ne remplissant pas les conditions pour obtenir le bénéfice des prestations ne sont pas couverts par l'assurance.

(*J. O.*, 16 mai 1931.)

La médaille de guerre yougoslave

L'Association nationale des anciens combattants des Dardanelles, dont le siège est à Paris, 20, rue de l'Arcade, fait connaître que le gouvernement yougoslave vient d'étendre l'attribution de la médaille yougoslave de la guerre déjà prévue pour l'armée d'Orient aux anciens combattants ayant pris part à l'expédition des Dardanelles.

A PROPOS DU B.C.G.

La question de l'efficacité et de l'innocuité du vaccin B. C. G. est plus que jamais à l'ordre du jour puisque l'Académie de médecine vient de nommer une commission devant procéder à une vaste enquête près du Corps médical.

Je vous transmets l'observation suivante que vous publierez, si vous croyez qu'elle puisse intéresser les lecteurs du *Concours médical*.

Enfant de seize mois, vacciné correctement à sa naissance (2e, 4e et 6e jours), nouvelle vaccination à un an par les trois doses réglementaires.

Mère en très bonne santé dont c'est le premier enfant.

Père tuberculeux (vingt ans), hospitalisé en sanatorium *avant* la naissance de l'enfant, à laquelle il n'assiste pas.

Il ne rentre chez lui que onze mois après, c'est-à-dire un mois après la seconde vaccination.

Vers le 15 avril l'enfant perd l'appétit et huit ou neuf jours après est atteint de quelques vomissements avec selles liquides, glaireuses plusieurs fois par jour.

Malgré cela, l'enfant conserve l'apparence de la santé. Les parents mettent cette indisposition sur le compte..... des dents.

Et ce n'est que le 27 avril qu'ils appellent un médecin qui trouve un enfant relativement de bonne apparence et chez lequel le seul symptôme net est la présence de selles liquides, malodorantes et glaireuses sans fièvre (36°5).

Il pense à une gastro-entérite banale.

Le surlendemain, 29 avril, changement de tableau : l'enfant est dans un état de prostration voisin du coma.

Demandé en consultation le 30, je ne peux que confirmer les craintes du confrère et porter le diagnostic de méningite vraisemblablement tuberculeuse.

La ponction lombaire immédiatement pratiquée donne un liquide céphalo-rachidien qui, à l'examen du laboratoire, montre une abondante leucocytose avec 83 pour 100 de lymphocytes, 2 gr. 10 d'albumine par litre et quelques rares *bacilles de Koch* granuleux, isolés.

L'enfant meurt quarante-huit heures après.

Donc, *enfant deux fois vacciné au B. C. G., séparé pendant plus d'une année du père tuberculeux.* Mort à seize mois de méningite tuberculeuse.

Naturellement je ne veux tirer de cette observation aucune conclusion :

« *Testis unus, testis nullus* ».

Mais je verse la pièce au débat.

Dr Edgar LONGUET.

La Légion d'honneur aux combattants volontaires

Le tableau de concours pour 1931.

La loi du 6 avril 1930 a créé un contingent de croix de la Légion d'honneur en faveur des combattants volontaires.

Les attributions seront faites pendant trois ans dans les conditions ci-après :

1 croix de Commandeur.
5 croix d'Officier.
50 croix de Chevalier.

Le premier tableau de concours, celui de 1931, est paru au *Journal officiel* du 25 avril ; il comptait 5 propositions pour le grade d'officier et 50 pour celui de chevalier.

Ainsi qu'on peut le constater par les chiffres ci-dessus, il y a peu d'élus pour un nombre considérable d'appelés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

I[er] VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL

dans les Alpes avec excursion facultative en Suisse

Sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et de l'Ecole de médecine de Grenoble, avec la direction scientifique de M. le Professeur PIÉRY et de M. le Professeur agrégé THÉVENOT (Climatologie et hydrologie, histoire et pathologie générale).

LE DAUPHINÉ : *Grenoble, La Chartreuse, Villard-de-Lans, Le Vercors, Uriage, L'Oisans, Le Pelvoux, Allevard.*

LA SAVOIE : *Challes, Le Revard, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, le lac d'Annecy, Moutiers-Salins, Brides, La Léchère, La Tarentaise, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, Passy, Assy, Thonon, Evian, le lac Léman.*

GRENOBLE ET LA CHARTREUSE

Mercredi 1[er] juillet : arrivée facultative à Grenoble selon les horaires des trains. Concentration à l'hôtel Majestic. — Le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs, ainsi que les frais de séjour avant 16 heures. — A 16 heures, réunion au Syndicat d'initiative : visite de la ville et du Musée dauphinois. — A 8 h. 30, réception au Jardin des Dauphins. — A 19 h. 30, dîner à l'hôtel. — A 21 heures, réception par la Municipalité.

Jeudi 2 juillet : petit déjeuner à 8 h. 30 ; réception à 9 heures à l'Ecole de médecine de Grenoble ; ouverture du voyage par le Professeur Porte, directeur de l'Ecole ; conférence inaugurale par le Professeur Piéry, de la Faculté de Lyon : Les caractéristiques thermales, climatiques et géographiques des Alpes ; départ (avec bagages) à 10 h. 30. (Tous les parcours seront effectués en auto-cars, de Grenoble à Evian). — Le Sappey. — Le col de Porte (1.325 m.). — Déjeuner à 12 h. 30 à l'hôtel du Grand Som, à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — Départ à 14 heures. — Visite du monastère de la Grance Chartreuse. — Départ à 16 heures. — Saint-Laurent-du-Pont. — Voreppe. — Les Gorges d'Engins. — Arrivée à Villard-de-Lans à 19 heures. — Réception et dîner à l'hôtel de l'Adret, à 20 heures.

VILLARD-DE-LANS ET LE VERCORS

Vendredi 3 juillet : petit déjeuner à 8 h. 30. — A 9 heures, visite de l'Adret, du pavillon d'isolement de l'Institut de physiothérapie, du solarium, des terrains de sports et de culture physique, des hôtels. — Déjeuner à 11 h. 30. — Départ à 13 h. 30 (avec bagages). — Les Gorges de la Bourne. — Pont-en-Royans — Les Grands Goulets. — Visite du Home d'enfants d'Andevières, à Autrans. — Lans. — Thé à 16 heures, à la Pension d'enfants des Ramais. — Retour par le Belvédère de Saint-Nizier. — Grenoble

— Arrivée à Uriage à 18 heures. — Conférence médicale. — Répartition dans les hôtels. — Réception et dîner à 20 heures. — Soirée au Casino.

URIAGE ET L'OISANS

Samedi 4 juillet : petit déjeuner à 7 h. 30. — A 8 heures, visite de l'établissement thermal. — Départ à 9 heures (avec bagages). — La Gorge de Livet. — Le Bourg d'Oisans. — Vallée de la Romanche. — Déjeuner à La Grave. — Les glaciers de La Meije. — Le col du Lautaret (2.075 m.). — Le col du Galibier (2.658 m.). — Valloire. — Saint-Michel et Saint-Jean-de-Maurienne. — Si les conditions climatiques ne permettent pas de franchir les cols du Lautaret et du Galibier, on passera par le col du Glandon (1.951 m.) et la Maurienne, où l'on reviendra par la Grave, le Bourg d'Oisans, Vizille, Uriage et la Vallée de l'Isère. — Arrivée à Allevard à 19 heures. — Répartition dans les hôtels Splendide et Ermitage. — Dîner individuel. — Soirée au Casino.

ALLEVARD, CHALLES

Dimanche 5 juillet : petit déjeuner libre. — Réunion à 10 heures devant l'établissement thermal. — Visite de la station. — Réception et déjeuner à l'hôtel Splendide à midi. — Départ à 14 heures (avec bagages). — La Vallée de l'Isère. — Montmélian. — Arrivée à Challes vers 15 heures. — Répartition dans les hôtels. — A 16 h. 30, réunion à l'hôtel du Château et réception par le Syndicat d'initiative, conférence médicale, visite de la station et des établissements thermaux. — A 20 heures, réception, dîner et soirée au Casino municipal.

AIX-LES-BAINS ET LE REVARD

Lundi 6 juillet : petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (avec bagages). — Les Déserts. — Le Mont des Ramées. — Le Mont Revard (1.545 m.). — Déjeuner à 11 h. 45 au Grand Hôtel P. L. M. — Départ à 14 heures. — Leschéraines. — Vallée des Bauges. — Pont de l'Abîme. — Arrivée à Aix-les-Bains à 17 heures. — Visite de l'établissement thermal. — Répartition dans les hôtels à 18 heures. — Dîner individuel à 20 heures. — Représentation théâtrale.

AIX-LES-BAINS ET LE LAC

Mardi 7 juillet : petit déjeuner libre. — A 10 heures réunion au Syndicat d'initiative : visite des bains romains, des grottes thermales, de Marlioz, de l'Institut Zander et du solarium tournant. — A 12 h. 30 déjeuner individuel dans les hôtels. — A 14 h. 15, excursion sur le lac du Bourget et visite de l'Abbaye royale d'Hautecombe. — A 19 h. 30, réception par la municipalité et dîner au Grand-Cercle. — Représentation théâtrale.

MOUTIERS-SALINS, BRIDES

Mercredi 8 juillet : petit déjeuner à 9 heures. — Départ à 9 h. 30 (avec bagages). — Arrivée à Ru-

milly à 10 h. 30. — Visite des usines de la Compagnie générale du lait Mont-Blanc. — Déjeuner à midi. — Départ à 14 heures. — Le lac d'Annecy. — Faverges. — Ugine. — Albertville. — Notre-Dame-de-Briançon. — Arrivée à Moutiers-Salins à 17 h. 30. — Visite de l'établissement thermal et de la piscine.— Départ à 18 h. 30. — Arrivée à Brides à 19 heures. — Répartition dans les hôtels des Thermes, Royal et Grand Hôtel. — A 20 heures, réception et dîner à l'hôtel des Thermes. — Soirée au Casino.

BRIDES, SAINT-GERVAIS

Jeudi 9 juillet : petit déjeuner à 8 heures. — A 8 h. 30, visite de la station et des établissements thermaux. — Départ à 10 h. 30 (avec bagages). — Arrivée à La Léchère, à 11 heures. — Visite de l'établissement thermal et de la station. — A midi, réception et déjeuner à l'hôtel Radiana. — Départ à 14 heures. — Les Gorges de l'Arly. — Mégève. — Arrivée à Saint-Gervais, à 17 heures. — Visite de la station, du préventorium d'enfants et de l'établissement thermal. — Répartition dans les hôtels. — A 20 heures, réception et dîner.

(*A suivre.*)

NOTES ET SOUVENIRS

Par le Dr Pierre MAUREL (de La Bourboule).

Grancher

Il passa dans la médecine comme un météore. Mais le peu qu'il y resta suffit à lui mériter une large place et à présumer de ce qu'il aurait pu être encore s'il n'avait été presque constamment malade. Il passait ses hivers à Cambo qu'il lança et où il amena Rostand. Il ne restait à Paris que quelques semaines chaque année. Se faisant suppléer, il permit à certains, tel le Professeur Marfan, de donner sa mesure et de se préparer à la chaire de pédiatrie qu'il sut si bien organiser et illustrer.

Quoique absent de Paris, il savait y garder toute sa grande influence. Un typique exemple : pendant son absence, on avait arrêté le programme d'un Congrès où il y avait à côté de maîtres qualifiés, des agents subalternes « insuffisants quoique pleins de suffisance » disait Grancher. Rentré à Paris, il juge vite la situation et en quelques jours il « chambarde » toute l'organisation et y fait substituer un projet de son choix. Il avait « l'oreille » de puissants personnages. Il savait convaincre et conquérir les plus difficiles, tel Clémenceau. Ce qui séduisait en lui c'était son intelligence lucide, lumineuse en même temps

que pratique et habile. Ces qualités jointes à sa haute valeur scientifique lui constituaient une autorité impérieuse qu'il savait cultiver et mettre à profit.

Son physique y prêtait. Grand, mince, l'air distingué « un peu trop grand Seigneur » disaient certains, il se présentait avec un air de majesté froide qui en imposait. La physionomie était expressive avec ses méplats accentués, le front découvert et encore élargi par la calvitie complète, la moustache taillée court (bien avant la mode !) la barbe rare et en pointe. Il portait haut la tête, ce qui joint à sa froideur lui donnait l'allure un peu hautaine.

La parole était nette, sans recherche mais élégante et facile, un peu froide et réservée mais resplendissante de clarté. C'était un régal d'entendre une de ses leçons qu'il avait fait préparer par ses chefs de clinique ou internes et qu'en une soirée, il avait mise au point, ordonnée, clarifiée. Et avec quel art et quel air détaché, il savait mettre en valeur, dans un exposé du plus pur classique, ce merveilleux petit chef-d'œuvre de science et de démonstration. Il était devenu un pédiatre éminent bien qu'il n'y fut pas préparé, quand par le jeu des combinaisons et des circonstances, le rôle lui fut dévolu.

Il s'était fait construire, près de l'Etoile, une grande demeure avec tous les perfectionnements du confort.

Il fut un des premiers à avoir un ascenseur dans son hôtel pour relier les étages au rez-de-chaussée. Là se trouvaient la salle de billard qui servait de salle d'attente et la salle à manger grandiose évoquant d'exquis dîners que complétaient de délicieux havanes portant la marque des propriétés de la Cubaine Madame Grancher. Son cabinet était immense. Dès l'entrée, on voyait se détacher, comme dans le lointain, sur un vitrail du fond la tête ascétique du Maître qui, d'ailleurs, recevait fort peu, ne faisant pas de clientèle. Sa santé lui interdisait toute fatigue. Ne pouvant beaucoup travailler, il avait comme une sorte de prescience, d'intuition, de vision claire et habile, d'esprit précis d'organisation rapide, impérieuse qui lui permit de faire de grandes choses en peu de temps : telle l'Œuvre Grancher.

D'abord ce fut une rare habileté que de pouvoir rester titulaire d'une chaire, des années durant, bien que ne l'occupant que par intervalles de courte durée. Aussi il paraissait peu dans son service et quand il y venait, dans son coupé célèbre par son élégante correction, il allait surtout au laboratoire où il retrouvait de dévoués et laborieux collaborateurs. Il laissait à ses chefs de clinique, d'ailleurs éminents, la direction du service. Il surveillait de haut et de loin. Mais quand il venait « faire un tour », il savait imposer sa valeur de bon clinicien et son prestige d'homme de science. Il sut réunir autour de lui en peu de temps, quelques élèves d'élite qui furent bientôt des Maîtres et qui gardaient son em-

preinte. Quel merveilleux chef d'école, il fut et surtout aurait pu être si la maladie lui avait permis de développer encore sa grande culture et ses hautes facultés.

Continuant à s'intéresser aux travaux de laboratoire, il s'était mis en rapport avec Pasteur au moment de ses recherches sur la rage. Ce fut lui qui encouragea, dit-on, l'application à l'homme . Il assura aussi son assistance comme médecin. Et ce fut lui, entre autres, qui, dans les discussions passionnées à l'Académie représenta dignement Pasteur et sut froidement tenir tête à des adversaires pleins de fougue et de virulence malgé l'âge et les hautes situations acquises.

Jeune encore, il fut brutalement enlevé sans avoir pu donner toute sa vraie mesure. Cependant, il eut le temps d'esquisser et de mettre sur pied son œuvre magnifique qui est un modèle. Basée sur les données pastoriennes alors à l'aurore, cette conception fut un acte de grande portée médicale et sociale, d'application simple et peu dispendieuse.

Il put commencer à la faire fonctionner avec l'aide d'élèves entraînés par le prestige et l'habileté du Maître, malgré des ressources limitées et personnelles.

Ce fut une prestigieuse création cette Œuvre Grancher qui n'a pu, peut être, montrer dans son développement posthume toute sa puissance virtuelle mais qui, à peine ébauchée, garde la marque d'un puissant esprit et d'un grand médecin.

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail

2425. — Soins aux ouvriers d'une usine en faillite

J'ai soigné le 2 novembre 1929, le 10 janvier 1930 et le 7 mai 1930 pour des accidents du travail, des ouvriers d'une usine de métallurgie assurée à la Compagnie X. Au cours des années précédentes, j'avais soigné dans les mêmes conditions des ouvriers de la même usine sans qu'il y eût jamais de contestations.

Tout a été fait dans les règles (certificat initial, etc.) Or, le 22 mai 1930, ladite usine était déclarée en faillite.

La Compagnie me refuse le payement de mes trois notes (total 372 fr.), en prétextant que les primes des deux trimestres précédents ne lui ont pas été payées et ne pourront jamais être récupérées par elle du fait de la faillite.

Il me semble que la Compagnie est de mauvaise foi ; en effet, l'affaire du 7 mai comportant une radiographie, j'ai envoyé comme d'usage en son temps directement à la Compagnie une épreuve et son commentaire, elle ne m'a pas été renvoyée et je n'ai pas reçu d'avis que la Compagnie ne garantissait plus les sinistres de l'usine déclarée en faillite.

Vous m'obligeriez en voulant bien me dire ce que je dois faire.

Dr D.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, la loi vous donne une action directe en paiement de vos honoraires contre le patron responsable, mais non contre la Compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit.

D'autre part, la Compagnie est fondée à opposer à votre demande de paiement les déchéances encourues par son assuré du fait du non paiement de ses primes.

Pour toutes ces raisons, il vous est donc impossible d'exercer un recours quelconque contre la Compagnie d'assurances.

Le seul moyen qui s'offre à vous pour obtenir le paiement de vos honoraires (et vous auriez dû l'employer dès la déclaration de faillite) est de produire votre créance entre les mains du syndic de la faillite, en demandant votre admission au passif *privilégié*, conformément aux articles 2101-§ 6 du Code civil et 23 de la loi du 9 avril 1898.

Le privilège que la loi accorde à votre créance (puisqu'il s'agit de soins donnés à des blessés du travail) vous permettra d'être payé sur l'actif disponible avant tous les autres créanciers ne possédant pas de privilège préférable au vôtre et sans avoir à subir la loi du concours avec eux.

Le seul danger est que les opérations de la faillite soient déjà closes, la déclaration de faillite remontant à près d'un an. Peut-être aussi le syndic de la faillite vous opposera-t-il la prescription, tout au moins pour les accidents remontant à novembre 1929 et à janvier 1930, car, en matière d'accidents du travail, les honoraires médicaux se prescrivent par un an à compter, suivant les cas, de la date de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire au blessé.

Il est regrettable que vous ne nous ayez pas saisis plus tôt de cette affaire. Quoi qu'il en soit, hâtez-vous d'aller trouver le syndic et de produire votre créance, s'il en est temps encore.

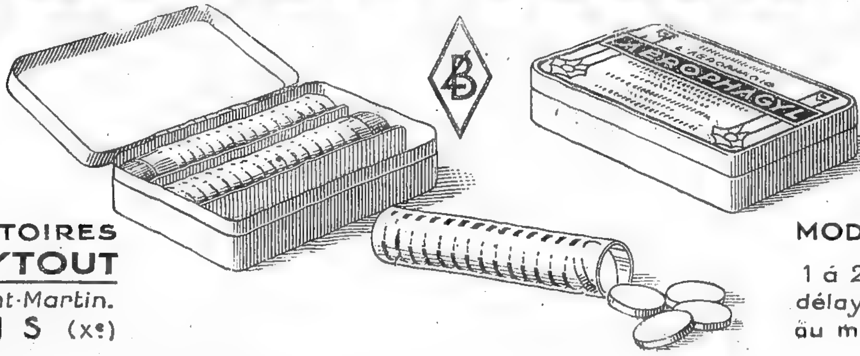
2513. — Accident au cours d'un acte de complaisance

Un jeune homme, âgé de 24 ans, domestique agricole, ayant un salaire annuel de 3.000 fr. et étant nourri par ses patrons tous les jours de l'année, y compris dimanches et fêtes, est envoyé à une scierie à vapeur par son patron pour y faire débiter du bois.

Le patron de la scierie faisant marcher sa machine lui-même prie le jeune homme de l'aider à travailler.

En enlevant une planche, le jeune homme touche la scie et se fait amputer la première phalange et une partie de la deuxième de l'index du majeur et de l'annulaire de la main gauche.

Cet accident a eu lieu le 7 mars et actuellement les plaies sont cicatrisées, mais le travail n'est pas encore possible.



Pourriez-vous me dire : 1° si cet accident doit être couvert par l'assurance du scieur, ou par celle du patron du domestique ?

2° Quelle est la somme globale ou la pension annuelle, à laquelle a droit le blessé ?

3° Quelles sont les démarches à faire par le jeune homme pour faire valoir ses droits, les assurances du patron et celles du scieur, étant toutes deux au courant de l'accident, mais étant restées muettes jusqu'à ce jour ?

Dr B.

Réponse.

1° Les actes de complaisance réciproques rendus entre chefs d'entreprises ou entre ouvriers doivent être considérés comme des travaux accessoires, dont les risques sont à la charge du patron de la victime.

C'est donc le patron agriculteur et non le patron de la scierie qui est responsable et, par suite, l'assurance du premier qui doit payer ;

2° Pour la perte de la première phalange et d'une partie de la deuxième de l'index gauche, l'incapacité peut être évaluée de 7 à 8 pour 100.

Dans le cas de fixation de l'incapacité permanente à 8 pour 100, le blessé aurait droit à une rente égale à 4 pour 100 de son salaire de base, celui-ci devant comprendre sa rémunération en espèces et l'évaluation des avantages qu'il reçoit en nature, sans que le salaire de base total puisse être inférieur, puisqu'il s'agit d'un ouvrier agricole, au salaire minimum fixé, pour le département, par le Préfet, après avis de la commission départementale du travail ou, à son défaut, du Conseil général et, après enquête suivie, notamment, auprès des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles et des syndicats agricoles ouvriers et patronaux, d'après le salaire moyen des ouvriers agricoles.

3° Si la déclaration d'accident n'a pas été faite par son patron, il faudrait que le blessé la fasse à la mairie du lieu de l'accident et remette à l'appui un certificat médical constatant qu'il est atteint d'une incapacité permanente partielle.

Le juge de paix procederait alors à une enquête et le dossier serait transmis au Président du tribunal, qui convoquerait le blessé, son patron et l'assurance de celui-ci pour se concilier sur la fixation de la rente.

Questions médico-militaires

1797. — Honorariat du grade.

1° Rayé des cadres, pour limite d'âge, comme médecin commandant des réserves, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, ayant fait toute la guerre 1914-1918 comme médecin-chef d'ambulance, zone des armées, ai-je droit à l'honorariat de ce grade ?

2° Quels avantages peut conférer l'honorariat ?

peut-il, entre autres, permettre une promotion dans la Légion d'honneur ?

3° Quelles sont les formalités à remplir pour obtenir l'honorariat ?

Dr B.

Réponse.

a) Rayé des cadres pour limite d'âge, vous n'avez pas droit à l'honorariat ; il aurait fallu :

1° Avoir été rayé des cadres pour blessures, ou pour maladie soit contractée soit aggravée au service ;

2° Ou bien encore être resté dans les cadres, à l'expiration de vos obligations légales, jusqu'à la limite d'âge de votre grade fixée pour les officiers de l'active, augmentée de cinq ans ;

b) La loi du 16 juillet 1927 permet aux officiers honoraires d'obtenir la Légion d'honneur au titre d'un contingent spécial, dans certaines conditions : avoir rendu des services à divers titres à l'Armée, notamment aux Sociétés de préparation militaire agréées par le Gouvernement. Mais il faut avoir été l'objet, à l'occasion de la guerre, d'une proposition pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur.

1927. — Obligations militaires d'un médecin naturalisé.

Quelles seraient éventuellement tous les devoirs militaires, et les charges pécuniaires, pour un jeune médecin belge, possesseur du diplôme d'Etat français, pratiquant en France depuis 5 ans, âgé de 33 ans (classe 1917), qui n'a pas fait de service militaire dans son pays (exempté pour cause de maladie, mais bien portant pour le moment), qui habite la France depuis 1914, et qui désirerait postuler la grande naturalisation.

Dr H.

Réponse.

Les étrangers, devenus Français par voie de naturalisation, sont portés sur les tableaux de recensement de la première classe formée après leur changement de nationalité.

Ils sont incorporés en même temps que cette classe et ils sont tenus d'accomplir le même temps de service actif, sans que cette obligation ait pour effet de les maintenir sous les drapeaux au delà de la 30e année révolue.

Ils suivent ensuite le sort de leur classe (art. 13 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

Ce jeune médecin n'aurait donc plus de service militaire *actif* à faire. Cependant, sa première période d'exercices militaires aurait alors une durée de huit semaines.

1857. — Droit à pension. Présomption d'origine.

Un jeune soldat est incorporé avec sa classe et envoyé en Afrique en 1930.

Après 5 mois de présence au corps, il y contracte une pneumonie pour laquelle il est soigné environ 3 semaines. Puis il est envoyé en convalescence de 2 mois.

En arrivant chez lui, il retombe malade et fait une manifestation pleuro-pulmonaire fruste, avec hyperthermie. Comme il habitait une ferme isolée et éloignée de partout, je conseille l'hospitalisation de ce malade à l'hôpital militaire de Nîmes, autant pour lui assurer des soins plus complets (radio, etc.), que pour réserver ses intérêts à venir.

Après deux mois de séjour à l'hôpital, il est renvoyé en convalescence de 2 mois, non guéri, avec le diagnostic de « pachypleurite gauche ».

L'état de ce malade est quasi-stationnaire. En tout cas, il est à prévoir une évolution longue encore de cette maladie, si toutefois elle n'évolue pas vers une bacillose.

Entre temps, la libération va arriver. On propose à ce soldat une réforme mais sans pension.

Lui prétend que l'ayant pris bien *portant*, on doit le rendre tel ou lui donner les moyens de se soigner par l'octroi d'une pension.

Je vous serais obligé de me faire savoir : 1° si, *a priori*, il peut prétendre à une pension (ce qui me paraît de toute justice) ; 2° quelle est la marche à suivre pour que lui soit accordée une pension au moins temporaire.

Dr G.

Réponse.

1° Ce jeune homme étant tombé malade *au corps* après plus de trois mois de service, a droit de toute évidence à *la présomption d'origine pour sa maladie* ; il aura donc une pension d'invalidité, accordée par le Ministre, sinon par la Commission de Réforme.

2° Qu'il adresse, par lettre recommandée, une demande de visite pour pension d'invalidité au médecin-chef du Centre de réforme le plus voisin, en y joignant un certificat médical, qui constate son état de santé actuel.

1987. — Demande de carte de combattant

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir à qui je dois adresser ma demande pour obtenir la carte de combattant, étant entendu que je suis rayé des cadres, ayant préféré suivre le sort de ma classe (1900).

Dr M.

Réponse.

Rayé des cadres, il faut adresser votre demande, avec signature légalisée par le maire, au chef du bureau des archives administratives au ministère de la Guerre, boulevard Saint-Germain, Paris, 7e.

Vous indiquerez surtout votre classe de recru-

tement et votre bureau de recrutement d'origine. Puis vous détaillerez tous les emplois que vous avez occupés pendant la guerre, avec indication de vos blessures de guerre, ou maladies contractées ou aggravées en service, de vos évacuations, etc.

Fiscalité

2318. — Régime futur des patentes.

En qualité de membre du « Sou médical », je viens vous demander un renseignement : quel sera le nouveau régime des patentes médicales à partir du 1er janvier 1932 ? Il me semble bien que c'est à partir de cette date que les patentes auront comme base non pas la totalité du loyer (ou des loyers) du médecin, mais seulement celui des pièces affectées à un usage professionnel.

Comment alors l'impôt sera-t-il établi ?

En ce qui me concerne, je pense, pour raison de santé, me fixer ici. Je vais avoir un *appartement* de 6 pièces, qui ne comprendra, au point de vue professionnel, qu'un cabinet.

Les clients attendront dans la salle à manger. Pour vous fixer, la valeur de mon loyer sera de 7.000 à 7.500. Que faudra-t-il *approximativement*, selon vous que je compte comme chiffre de patente ou plutôt comme *proportion* par rapport au chiffre total du loyer ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr F.

Réponse.

L'exonération de la patente des locaux d'habitation est, en effet, reportée en 1932, mais il est fort probable que, d'ici-là, le système d'imposition départemental et communal soit remanié. Nous ne pouvons donc vous donner dès maintenant la base d'imposition.

A. MARTINOT,
Conseil Fiscal.

2385. — Déduction des frais de remplacement.

Puis-je déduire de mes recettes brutes, à titre de frais professionnels, les honoraires du remplaçant qui me supplée pendant mes vacances (en dehors de toute maladie) ?

Dr X.

Réponse

Vous êtes en droit de comprendre parmi vos frais professionnels déductibles de vos recettes brutes les honoraires du remplaçant qui vous supplée au cours de vos vacances.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*en*ᵗ.), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillère. Tronchon.

Biarritz. Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casati de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie). Féré,

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains Baud, Bourny.

Salies-du-Salat, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fau, Ganuat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr BAUMANN, de Paris, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 192. — Dr méd. génér. accouch. demandé pour Bretagne. Fixe assuré, bel avenir.

No 193. — A céder poste méd. intéress. de ville prov. Constantine, pr valeur mat. médical. Départ raison famille.

No 194. — Jeune méd. avec deux enf. cherche poste import. campagne avec ou sans fixes. Ne possède aucun comptant. Toute région, sauf Bretagne.

No 195. — A vend. : état neuf, grande voit. de coxalgie complète, brancards pliants avec pieds ; bon état, appareil de Lannelongue. Le tout marque Dupont.

No 196. — A céder : cab. dent. tenu par stomatolog., ville proxim. Paris. Rapport important à augmenter. Indemn. 50.000 dont 25.000 compt.

No 197. — A louer, du 15 juillet au 15 sept., appartem., 4 ch. et ch. domest., garage, dans belle villa située bordure plage au Val-André (C.-du-N).

No 198. — Dauphiné. A vend. propriété altitude 1.000 m., superbe exposition, maison 9 p., suscept. agrandissem., proximité rivière et bois de pins, pour cure d'air ou villégiature. S'ad. Dr Faure à La Voulte-s.-Rhône (Ardèche).

No 199. — Touraine. Proxim. gr. ville, agréab., client. méd. génér. à céder Mais. confort. Long bail, loyer modéré. chiffre affaires en progression. Indemn. modérée.

No 200. — Ville de l'Est. Sans indemn., intéress. client. d'oculiste. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le Dr Paul Dalché. — Le Docteur Paul Dalché, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, qui vient de mourir dans sa 73e année, était une figure originale et marquante du corps médical hospitalier parisien. Il s'était spécialisé dans une branche de l'art de guérir qui a, de nos jours, peu de représentants parmi les consultants : la gynécologie *médicale.* Nous nous rappelons l'époque des consultations de Dumontpallier à l'Hôtel-Dieu, où de nombreuses malades venaient se faire soigner d'affections utéro-ovariennes par des thérapeutiques médicales. Actuellement, la gynécologie est essentiellement (et peut-être trop exclusivement) du domaine de la chirurgie.

Dalché eut le mérite de voir et de montrer que si les anciennes méthodes de Dumontpallier, les cautérisations et crayons intra-utérins, ont aujourd'hui des indications restreintes, il existe cependant toute une thérapeutique médicale, locale et générale, de la génitalité pathologique féminine, par opothérapie, physiothérapie, vaccinothérapie, qui peut rendre aux malades de grands services. Il diffusa ses idées dans différents ouvrages et de nombreux articles. Le *Concours médical* eut l'honneur d'avoir le Dr Dalché pour collaborateur et de publier tout un groupe de ses articles, si pénétrés de pratique. Nous

adressons à la mémoire de cet excellent et éminent maître un souvenir reconnaissant et profondément ému.

P. L.

— Le Docteur ROCHETTE, médecin stomatologiste à Saint-Raphaël (Var), et Madame, ont la grande douleur de faire part du décès de leur petite Yahne âgée de sept mois et remercient tous les amis qui leur ont témoigné de la sympathie en cette triste circonstance.

— **Les délégués du Corps médical chez M. Mario Roustan.** — Le 28 mai la délégation officielle du Corps médical français a été reçue par M. Mario Roustan, ministre de l'Instruction publique.

Elle était composée de MM. Cibrie et Hilaire, secrétaire général et secrétaire adjoint de la Confédération des syndicats médicaux de France, de M. Coldefy, secrétaire du Syndicat des médecins de la Seine, de M. Mordagne, publiciste et membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, et de M. Lemonnier, secrétaire de cette Association.

Le Docteur Cibrie a exposé au Ministre combien le vote de la proposition de loi Armbruster était urgent pour enrayer la pléthore médicale et retirer aux étrangers postulant le doctorat d'Etat, les équivalences abusives du baccalauréat français.

Le grand maître de l'Université, qui a réservé à la délégation l'accueil le plus sympathique, a prononcé au cours de l'entretien des phrases typiques qui méritent d'être signalées : « Messieurs, j'ai défendu votre cause par la plume et j'ai montré le grave danger moral qui résultait de la pléthore médicale...... Croyez que cette maison vous est acquise et que vous pourrez compter sur elle. Lors du vote de la loi Armbruster, je monterai à la tribune du Sénat, pour défendre la juste cause des médecins français », et M. Roustan a assuré aux médecins qu'il était resté comme eux le vieil étudiant à qui aucun problème intellectuel n'échappe et qui ne laisse pas éteindre en lui la flamme de l'idéal. Il a dit en terminant aux délégués de la Corporative : « Ne m'oubliez pas surtout auprès de mes camarades, les étudiants, qui peuvent compter sur moi. » Ainsi donc, après l'entrevue des syndicats médicaux avec le Garde des sceaux, M. Léon Bérard, qui leur avait le mois dernier confirmé l'appui du Sénat, c'est aujourd'hui le sympathique et érudit ministre de l'Instruction publique qui témoigne aux médecins et aux étudiants en médecine l'approbation de l'Université au sujet de la loi Armbruster.

Les médecins de France apprendront avec plaisir cette bonne nouvelle.

— **La retraite de M. Sumien.** — La rédaction du *Concours médical* et le *Sou* ne peuvent passer sous silence le départ de M. Sumien, conseiller d'Etat, directeur du Contrôle des assurances privées au ministère du Travail.

Nous avons toujours trouvé auprès de ce haut fonctionnaire l'accueil le plus courtois et surtout le plus précieux. Ancien professeur à la Faculté de droit de Caen, M. Sumien était très versé dans lesquestions d'assurances et surtout d'accidents du travail.

Il a rendu d'immenses services au Corps médical, sachant persuader les uns et les autres, à la commission du tarif ministériel, pour que les honoraires en matière d'accident du travail soient établis d'une manière aussi équitable que possible.

— **«L'Aide aux cardiaques»** — L'Assemblée générale de l'« Aide aux cardiaques », présidée par le Professeur Vaquez, a eu lieu vendredi 16 mai, à l'hôpital de la Pitié, sous la présidence d'honneur de M. André Tardieu, ancien président du conseil, ministre de l'Agriculture, assisté de M. le Docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine et de M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine.

— **Institut prophylactique.** *Conférences.* — Une série de conférences sur la Pratique des sérofloculations dans la syphilis et la tuberculose et la technique des micro-dosages chimiques avec exercices individuels aux laboratoires et applications de la méthode syphilimétrique au dispensaire, sera faite du jeudi 25 juin au mercredi 8 juillet inclus, sous la direction du Docteur Arthur VERNES, avec la collaboration des Drs F. UFFOLTZ, MACHTOU, R. BRICQ, H. CHAUCHARD, Gustave MARTIN, LHUERRE, Marcel LÉGER.

Tous les jours de 9 à 12 et de 14 à 18 heures.

Ces conférences et exercices s'adressent aux médecins, aux pharmaciens, aux sérologistes, en général, aux étudiants en fin détudes.

Aucun droit d'inscription n'est requis. Le nombre des auditeurs sera limité à 20. Adresser les demandes au Dr Marcel LÉGER, Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (VIe) qui enverra le programme détaillé.

— **Société médicale d'Aix-les-Bains.** Conférence du Dr Jacques FORESTIER sur la *Sédimentation globulaire chez les rhumatisants.* — Le Dr Jacques FORESTIER a exposé les méthodes modernes d'examen du sang chez les rhumatisants et montré leur grande utilité pour le diagnostic et le traitement de ces maladies. Il est apparu que les recherches et travaux effectués au laboratoire Lord Revelstoke à Aix-les-Bains par l'auteur et les membres du Corps médical Aixois sont une contribution importante à l'étude des rhumatismes.

Une discussion très animée a suivi la Conférence. Y ont pris part: le Professeur PIÉRY, de Lyon, les Drs Mathieu-Pierre WEIL et COSTE, médecins des hôpitaux de Paris, F. FRANÇON et H. FORESTIER, d'Aix-les-Bains.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Prix Alexis Vautrin.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine

de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 4.000 fr. et un deuxième de 1.000 fr. pourront être décernés.

— **Association des anciens internes des asiles de la Seine.** — Le banquet de l'Association amicale des anciens internes des asiles d'aliénés de la Seine aura lieu le 21 juin à l'asile Sainte-Anne.

— **Hôpital civil de Brest.** *Internat.* — L'hôpital civil de Brest demande un interne en médecine pour le service de dermato-syphiligraphie (Dr Gouin). — Conditions : être Français et avoir 16 inscriptions. Traitement : 1re année : 12.000 fr. ; 2e année : 13.200 fr., plus une indemnité spéciale de 1.800 fr. par an (nourri et logé par l'établissement, le jour de garde).

— **Hôpitaux de Nice.** — *Internat.* — Un concours pour dix places d'internes titulaires en médecine et chirurgie sera ouvert le lundi 19 octobre 1931, aux hospices civils de Nice.

Pour renseignements s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-VIe.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Monsieur Georges Masson, l'éditeur très connu, libraire de l'Académie de médecine, administrateur de la *Presse médicale* et de nombreuses autres revues de médecine, avec Mademoiselle Claude Hachette. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 3 juin en l'église Saint-Honoré d'Eylau. Le *Concours médical* adresse à Monsieur et Madame Georges Masson l'expression de ses plus sincères compliments.

— **Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 40 fr. (étranger : 60 fr.), 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe) — Sommaire du no 5 : L'« Histoire de la médecine », du Professeur Castiglioni (2 ill.). — Les Huacos du musée de Madrid (10 ill.), par le Dr Félix Regnault. — La médecine chaldéo-assyrienne (4 ill.), par le Dr Benjamin Bord. — La rapsodie foraine de Tristan Corbière, illustrée par Maurice Asselin (3 ill.) — Gilles de Rais devant la médecine et devant la mystique (fin) (5 ill.), par le Dr Ch. Coubard. — Supplément (19 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 MAI

Médecins sanitaires maritimes

Avis d'examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 22 juin 1931.

Les dossiers des candidats devront être adressés au ministère de la marine marchande (services du travail maritime et de la comptabilité).

29 MAI

Enseignement de la médecine.

M. Massabuau, professeur de clinique chirurgicale et infantile à la Faculté de Montpellier est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Forgue).

M. Riche, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de clinique chirurgicale (dernier titulaire de la chaire : M. Estor).

M. Auché, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

M. Charmeil, professeur de la Faculté de Lille, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

Service de santé militaire.

Par décret du 23 mai 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les médec. auxil. titul. du brev. prép. mil. supér. (28 mars 31) Gref, 6e sect. infirm. mil., aff. 6e rég. ; (16 avril 31) Corinin, 2e sect. inf. milit., aff. 2e rég.; Chazette, 4e sect., aff. 4e rég. ; (19 avril 31) Berthelot, 1re sect., aff. 1re rég. ; (21 avril 31) Huret, 22e sect., aff. rég. Paris ; (22 avril 31) Wattez, 1re sect. aff. 1re rég. ; (23 avril 31) Lavoine, 2e sect., aff. 2e rég. ; (24 avril 31) Piéri, 15e sect., aff. 15e rég.

30 MAI

Croix du Combattant.

Décret du 20 mai 1931 réglementant le port de la Croix du combattant.

Article unique. — La Croix du combattant est portée immédiatement après la Croix de guerre des théâtres d'opérations extérieurs et avant la médaille des évadés.

31 mai

Assurances sociales.

Décret du 26 mai 1931 relatif au paiement des intérêts de retard mis à la charge des employeurs par l'article 2 de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales.

Art. 1er. — L'employeur qui n'a pas acquitté, dans les délais fixés, les versements prescrits à l'article 2 de la loi du 30 avril 1930, est tenu, à la requête du service départemental ou interdépartemental des assurances sociales, de verser les intérêts de retard prévus à l'alinéa 3 du paragraphe 1er dudit article.

Le retard de l'employeur est constaté, notamment en cas de non-renvoi au service départemental ou interdépartemental des feuillets et cartes de cotisations périmés dans les dix jours qui suivent l'expiration de leur période de validité, à la suite d'une vérification effectuée dans les conditions de l'article 65, paragraphes 2 et 3, de la loi, ou sur toute autre preuve.

Les intérêts dus sont acquittés soit en timbres apposés sur les feuillets et cartes de cotisations des assurés qui les motivent, soit en espèces ou par chèque barré si l'employeur utilise le mode de payement prévu par le décret du 15 juillet 1930. Ce versement est représenté ou mentionné sous la rubrique « intérêts de retard », soit moitié sur le feuillet trimestriel d'assurance-maladie et moitié sur la carte annuelle d'assurance-vieillesse, soit exclusivement sur le feuillet trimestriel ou la carte annuelle si le retard constaté ne concerne que l'un ou l'autre de ces documents.

Art. 2. — Les intérêts de retard sont compris dans la ventilation des cotisations entre les différents organismes. Ils sont portés sur les bordereaux de transmission des versements aux caisses dans la colonne « observations ». Ils n'entrent pas en compte pour la détermination du nombre de journées de cotisations.

Service de santé militaire.

Traitement du médecin du Prytanée militaire. Décret du 27 mai 1931.

Art. 1er. — Le tableau annexé au décret du 8 août 1930 est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne le traitement du médecin du prytanée militaire, à compter du 1er octobre 1930 :

....

Médecin :

1re classe	39.000 fr.
2e classe..............	34.000 fr.
3e classe	29.000 fr.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

11351. — M. Louis Rolland demande à M. le ministre des finances: 1° si les règlements permettent

d'exiger d'un agent de son administration, en fonction dans la banlieue de Paris, en vue de l'obtention d'un congé de maladie, un certificat médical d'un médecin assermenté même s'il n'en existe pas dans la localité ; 2° dans le cas de l'affirmative, s'il ne serait pas possible d'élaborer une règlementation permettant de se contenter, dans ce cas, d'un certificat du médecin habituel, l'administration restant libre d'ordonner à ses frais une visite de contrôle par un médecin assermenté. (*Question du* 19 *janvier* 1931.)

Réponse. — Pour permettre de répondre en toute connaissance de cause à la question posée, il serait indispensable de savoir si l'intéressé appartient à un cadre départemental ou à un des cadres de l'administration centrale.

(*J. O.*, 21 mai 1931.)

Note

L'administration elle-même ne comprend rien à la question des médecins assermentés : la meilleure preuve en est dans la réponse ci-dessus dans laquelle le rédacteur tourne la difficulté, en demandant si l'agent appartient au cadre départemental ou à l'administration centrale.

Dans cette réponse, j'y vois surtout l'ignorance de ce que peut être le médecin assermenté ; j'y vois également que l'agent malade doit se faire examiner par tel ou tel praticien, non pas selon sa maladie, mais selon le cadre auquel il appartient.

L'institution des médecins assermentés ne repose sur aucune base juridique, législative, ou règlementaire : elle est due au petit bonheur, selon la volonté d'un directeur, d'un préfet.

Bien des médecins sont dits assermentés alors que jamais ils n'ont prêté serment et, dans les études que j'ai faites sur la question (*Concours médical*, 1928, 3758 ; 1930, 1191 et 3713), j'ai démontré qu'aucun texte règlementaire n'a précisé le mode de nomination, ni les fonctions de ces praticiens.

Le ministre eut mieux fait de répondre que l'agent n'a qu'à se procurer un certificat de son médecin habituel.

Si, pour un motif quelconque, le chef de l'agent suppose une supercherie, il fera examiner le candidat au congé par un médecin, que l'administration désignera elle-même et, si le certificat du médecin traitant est jugé volontairement inexact, le praticien sera justiciable des tribunaux de droit commun, pour délivrance de certificat de complaisance.

Les médecins assermentés briguent ces fonctions, parce qu'ils sont certains de s'assurer la clientèle des agents, qu'ils sont appelés à contrôler. Il y a confusion des fonctions car le même homme est lié par le secret professionnel au malade qu'il soigne, alors que, cependant il doit à l'administration, qui l'a commis, toute la vérité.

Cette confusion est préjudiciable à l'adminis-

tration elle-même, car cette dernière, pour être parfaitement renseignée, ne devrait confier l'assermentation qu'à des praticiens n'ayant pas le droit de soigner les agents, qu'ils doivent contrôler.

C'est ce qui avec grande sagesse a été décidé, pour le contrôle des assurés sociaux : le médecin, chargé du contrôle au nom des caisses, ne peut pas soigner les malades des dites caisses (décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, article 25 dernier alinéa).

Dr Paul BOUDIN.

Patente d'un ménage de médecins.

867. — M. ARMBRUSTER, sénateur, demande à M. le ministre du Budget si un ménage, dont le mari et la femme sont médecins, doit payer une ou deux patentes, et, dans le cas où la patente serait due par le mari et la femme, s'il n'est pas légitime de compter seulement au mari l'ensemble de l'appartement, moins les pièces utilisées par sa femme pour l'exercice de sa profession, et, à la femme, les seules pièces qu'elle utilise pour sa profession et qui seraient donc considérées comme sous-louées par le mari à sa femme. (*Question du* 24 mars 1931.)

Réponse. — Dans le cas envisagé chacun des époux est personnellement passible de la contribution des patentes à raison de la valeur locative des locaux professionnels à son usage exclusif et des locaux professionnels utilisés en commun. En outre le mari est imposable pour la valeur locative totale de l'habitation du ménage et la femme pour la moitié de cette même valeur locative. (*J. O.*, 29 mai 1931.)

ASSURANCES SOCIALES

Détournement des malades au profit de l'hôpital

Un de nos confrères nous fait part de ses craintes, dans les termes suivants :

« Il faut pousser un cri d'alarme : les bureaux des assurances sociales commencent leurs insinuations.

« Voilà déjà plusieurs malades qui me déclarent ceci : on a refusé de leur payer les indemnités, en leur disant : « allez à l'hôpital et nous vous payerons ».

« Il s'agit de savoir si les A. S. ont été créées et acceptées par les organisations médicales, pour entretenir les hôpitaux et brimer les médecins. J'espère que l'intérêt de cette question ne vous échappera pas. » Dr F.

Que faire contre les caisses primaires, qui engagent leurs malades à se rendre à l'hôpital, plutôt que chez le médecin de ville ?

Voir la suite page LXIII-1947

PROPOS DU JOUR

De la vulgarisation en médecine

M. Louis Madelin, de l'Académie française, dans une spirituelle préface, destinée au livre de notre distingué confrère Paul Farez, intitulé : *Comment échapper à la maladie* ? (1) conte une amusante anecdote : C'était, il y a une trentaine d'années dans un amphithéâtre de la Sorbonne, l'abbé Rousselot soutenait une thèse de philologie devant un jury d'érudits que présidait le doyen Himly. Himly qui s'occupait vaguement de géographie historique, n'entendait rien à la philologie et, en argumentant la thèse de l'abbé Rousselot, émettait des réflexions singulières qui faisaient discrètement sourire les philologues du jury et le candidat : « Vous riez, s'écria le doyen, vous riez, Messieurs les philologues, et vous aussi, Monsieur l'abbé ! Sachez pourtant que mon jugement a plus de poids que le vôtre, car je représente ici une puissance, celle du lecteur incompétent. »

Comme plaisamment le proclamait le doyen Himely, l'incompétence est une autorité, et surtout en médecine. Tous les gens incompétents se croient autorisés à donner leur avis sur la santé d'autrui, aussi est-il nécessaire d'éclairer cette incompétence, d'où l'utilité de la vulgarisation médicale.

Mais la vulgarisation médicale est un art délicat et difficile. Comme le sabre de Joseph Prudhomme, elle peut être bienfaisante ou nuisible. Cela dépend du tact, du bon sens, de l'esprit critique du vulgarisateur. Elle est nuisible, si, dépassant le but, elle a la prétention d'apprendre en quelques phrases les connaissances que les praticiens mettent de longues années d'études à acquérir ; elle est nuisible si elle incite le public à se soigner lui-même, à faire usage à tort et à travers de toutes les drogues plus ou moins à la mode, si, sur d'insuffisantes données et sans examen du malade, elle conseille des traitements à l'instar de ces médecins besogneux qui, par correspondance, dictent des traitements à tort et à travers dans les colonnes des journaux de mode ou à la mode.

Ce genre de vulgarisation quelque soit la valeur de celui qui s'y livre, est un danger pour la santé publique. Si, nous, médecins, nous n'avions d'autre souci que celui de notre propre intérêt, nous devrions l'encourager car, grâce à lui, nous ne tarderions pas à voir nos cabinets envahis par ses propres victimes.

Mais à côté de cette vulgarisation mal conçue, pernicieuse et nuisible, où un écrivain vaniteux fait en paradant l'étalage d'une fausse science, il y a la bonne, la saine, la sage vulgarisation, qui prépare la voie au médecin consciencieux, qui met le public en garde contre les symptômes dangereux, qui le guide à temps vers le cabinet du praticien, du spécialiste, qui lui apprend à vivre sainement, à bien gérer sa santé et à se préserver contre les maladies évitables. Cette vulgarisation exige des connaissances scientifiques sérieuses, beaucoup de tact et de discernement.

Helme fut jadis un maître en ce genre. Nos confrères les Drs Henri Bouquet et Logre lui ont succédé dans les feuilletons du *Temps*. Il est plus d'un journaliste médecin que nous pourrions citer, devenus comme eux des modèles en ce genre. Un de ceux que nous préférons est le Dr Paul Farez, le brillant chroniqueur médical du *Journal des Débats*.

Nous venons de recevoir son dernier ouvrage de vulgarisation : *Comment échapper à la maladie* ? et nous avons été charmé par sa lecture.

C'est que Paul Farez est à la fois un médecin, un lettré et un philosophe. Il fut l'élève d'Emile Boutroux et sa grande culture littéraire, sa profonde érudition, lui permettent de semer ses écrits, sans le moindre pédantisme, de citations et d'anecdotes, ce qui donne un charme tout particulier à ses ouvrages. Nous avons pris à le lire autant de plaisir qu'à feuilleter Montaigne, qu'il cite fréquemment. Il paraît d'ailleurs vouloir en imiter la sereine et tolérante philosophie et en adopter le robuste bon sens.

Pour échapper à la maladie, il faut prendre des précautions et être vigilants. Veiller tout d'abord à l'hygiène alimentaire. Digérons, disait Voltaire, voilà le grand point. P. Farez fait à ce sujet tour à tour la critique de la vie

(1) Edité par *l'Expansion scientifique française*, Paris, 1931.

scolaire, de la vie active et de la vie mondaine qui ne s'adaptent guère aux nécessités de l'hygiène et compromettent si souvent la santé. Il met en garde contre une alimentation fantaisiste, contre les gâteaux homicides, contre la crème fouettée, la crème Chantilly, le délicieux St-Honoré qui porte le nom d'un évêque d'Amiens, patron des pâtissiers.

Toutes ces friandises qui contiennent des blancs d'œufs crus, dont on ignore souvent la fâcheuse provenance, s'altèrent rapidement et nous intoxiquent fréquemment, même quand ils ne véhiculent pas la paratyphoïde.

P. Farez réhabilite les huîtres, excellent aliment et qui deviennent inoffensives, quand le décret qui assure la salubrité des parcs et la surveillance de leur commerce, est sérieusement appliqué.

Après avoir traité de l'inanition volontaire ou forcée, de l'électrocution à domicile, assez fréquente dans ces derniers temps, il signale un accident peu connu mais qui ne manque pas de gravité, le panaris nécrotique, provoqué par la piqûre de la mine de crayon à l'aniline des dactylographes. Puis il aborde tour à tour l'examen des qualités que doivent posséder de bonnes conserves oculaires, pourvues de verres jaunes et protégeant la vue sans la gêner. Il préconise le bain de soleil mais montre la nécessité d'en user avec une sage progression. Dans le chapitre *Révélation et dépistage*, il dévoile les *secrets du cœur* ; il montre les progrès réalisés dans l'examen de cet organe depuis l'auscultation de Laënnec ; il compare au stéthoscope le télécardiophone de Lutembacher et signale les mystères que dissipe l'électro-cardiogramme. Les songes médicaux et le dépistage de l'inconscient rentrent dans sa sphère de maître en neuropsychiatrie. Charcot et Pierre Janet ravivaient le souvenir par le sommeil provoqué et savaient pratiquer une analyse psychologique bien française qui n'avait rien à envier à cette psychanalyse devenue plus qu'un procédé d'investigation mais une philosophie, une religion fanatique.

Quelle suite de bons conseils pittoresquement exprimés ! Défendons-nous contre les tares de la vieillesse. Sauvons notre face, nos dents, notre peau. Méfions-nous, surtout chez les enfants, des érosions, souillées de terre ou de crottin qui ouvrent la porte au tétanos. Il est simple dans ces cas de pratiquer un badigeonnage à la teinture d'iode. Prenons garde au faux-col empesé, barbelé, irritant, qui provoque les furoncles, il est si facile en imprégnant les bords du col de paraffine d'éviter ces inconvénients. Le Dr Farez rappelle que la pelade n'est plus considérée comme contagieuse ; elle paraît due, selon les cas, à la carie dentaire, à une amygdalite, à une rhinite, parfois à un bouchon cérumineux de l'oreille, ou à la gêne circulatoire provoquée par un col carcan comme l'a observé le Dr Loir.

Le Dr P. Farez, en quelques pages, indique les progrès remarquables de la chirurgie actuelle. Non seulement, grâce à l'anesthésie et l'asepsie, l'opéré est à l'abri des douleurs et des microbes, non seulement les procédés d'hémostase permettent d'éviter les pertes abondantes de sang, mais, par la sage collaboration du médecin et du chirurgien, ces deux anges gardiens du malade, on opère avec le minimum de risques. Par la recherche du taux de l'urée sanguine, par la détermination de la constante d'Ambard, le médecin s'assure, avant de conseiller une opération grave, du bon fonctionnement des reins, du foie et un examen sérieux permet encore de se rendre compte de l'état du cœur, de la pression artérielle, des poumons et des autres organes. D'autre part, l'anesthésiste qui est devenu spécialiste, utilise, selon les sujets et les cas, le chloroforme, l'éther, le chlorure d'éthyle, le protoxyde d'azote, l'acétylène, ou des procédés plus complexes ; il se sert pour endormir d'appareils permettant un dosage rigoureux du produit employé. Ainsi pratiquée, l'anesthésie générale ne donne guère lieu à des accidents.

Chemin faisant, M. P. Farez signale les avantages dans certains cas de l'anesthésie locale ou régionale, de la rachicocaïnisation.

Il indique l'intérêt qu'il y a à intervenir de bonne heure quand on soupçonne la nature cancéreuse d'une lésion et les espoirs que peuvent faire naître l'emploi combiné du bistouri, des rayons X et du radium encore à l'étude.

Il est bon de faire connaître à tous les bienfaits de la transfusion du sang qui est de plus en plus fréquemment utilisée. D'autre part l'utilité des émissions sanguines n'est plus contestée, sans revenir à l'époque lointaine où l'on saignait à tout propos et hors de propos. A ce sujet, le Dr P. Farez rappelle le cas de Pasteur qui, grâce à l'intervention du vieux clinicien Andral, qui lui fit appliquer des sangsues, guérit de l'attaque d'apoplexie dont il avait été frappé et put continuer la série de ses merveilleuses expériences.

Nous ne ferons pas ici l'énumération des remèdes populaires qui ne manquent pas toujours

d'efficacité. Nous ne résumerons pas le chapitre intéressant de la goutte qui parfois a d'autres causes que les trois F légendaires (Fourchette, Feuillette, Fillette) et dont il convient souvent de respecter les accès douloureux; nous passerons sur les sérums, les vaccins, les émotions et les chocs, sur l'utilité des abcès de fixation, sur la nécessité de respecter la fièvre, réaction utile de l'organisme contre l'infection. Nous ne pouvons résumer le chapitre sur les troubles provoqués par le fonctionnement défectueux du système sympathique : mal de mer, vertige des transports, mal de terre, rhume des foins, etc. Nous ne pouvons pas non plus faire l'énumération des plantes qui guérissent; entreprendre des plaidoyers en faveur de l'ail hypotenseur ou hypertenseur selon les doses, du cidre qui est un antigoutteux, du sucre véritable médicament polychreste, qui calme les vomissements de la grossesse, atténue, s'il ne l'annihile, l'action toxique des cyanures, agit sur les crises épileptiformes et a donné à Lonomaco des résultats intéressants dans le traitement de la tuberculose.

La lecture du livre de Paul Farez, utile pour le public, peut être encore précieuse pour le médecin. Dans la conversation courante, le praticien est toujours interrogé sur les sujets les plus variés qui touchent à la santé. Il aurait tort de ne pas répondre et de considérer ses interlocuteurs comme incapables de le comprendre. Qu'il prenne exemple sur les vulgarisateurs de bon aloi, comme le Dr Paul Farez, et que, sans donner des leçons de médecine, il s'efforce de redresser les opinions fausses et les préjugés. Il rendra service à tous et y gagnera en considération. Tout en causant à bâtons rompus, s'il sait intéresser ses interlocuteurs, il pourra leur faire comprendre quel est le vrai rôle du médecin, leur montrer que la médecine a fait de grands progrès et n'est pas du tout impuissante. Nous n'en sommes plus à l'époque où Voltaire disait à un jeune médecin : « Quelle singulière profession vous allez entreprendre ! Vous mettrez des drogues que vous ne connaissez pas dans un corps que vous ne connaissez guère. »

L'esprit public ne s'est pas considérablement modifié au sujet de la maladie depuis les temps les plus reculés. Il n'y avait pas de médecins à Babylone. La coutume était d'exposer les malades sur la place publique et les passants compatissants, ou simplement curieux, s'informaient de la maladie et donnaient leur avis. Ils croyaient qu'eux ou quelqu'une de leurs connaissances avaient pareillement souffert ; ils avaient appliqué telle ou telle pratique et étaient guéris. Pourquoi le malade actuel n'en ferait-il pas autant ? Aujourd'hui il en est de même, la loge de la concierge ou le salon de la mondaine remplacent la place publique, mais tout se passe exactement comme au temps de Babylone. On soigne le symptôme gênant sans en connaître la cause, sans savoir si sa suppression n'amènera pas une catastrophe. On s'évertue à calmer la toux du catarrheux qui a besoin de tousser pour débarrasser ses bronches ; on combat la diarrhée de l'urémique, bien qu'elle le mette à l'abri d'une dangereuse intoxication ; on arrête une épistaxis souvent providentielle chez un congestif.

Il faut faire savoir au public que très souvent la maladie doit évoluer et qu'il est imprudent de troubler cette évolution par une médication intempestive, quand on ne dispose pas de spécifique ayant fait ses preuves, mais le rôle du médecin, en pareil cas, n'est pas inutile, loin de là. Il doit surveiller la marche de l'affection, écarter les complications possibles, aider l'évolution normale soit en soutenant le cœur, soit en favorisant la diurèse, etc., etc.

Ce n'est pas tout. Le médecin n'est pas seulement un guérisseur. S'il est armé pour soigner et pour soulager, voire même pour guérir, il doit aspirer à prévenir la maladie.

On s'est beaucoup moqué de la devise de Knock. « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » et cependant rien n'est plus vrai. Que penserait-on du propriétaire d'une maison qui attendrait pour faire examiner la toiture de son immeuble par un architecte qu'elle s'effondrât ? Et on trouve tout naturel de ne pas surveiller le fonctionnement de ses organes. Cette surveillance s'impose pour l'enfant et s'effectue plus ou moins bien dans les écoles, si non dans la famille.

L'usage des fiches sanitaires, des livrets de santé commence à se répandre. Pendant la période de développement, les parents avertis s'inquiètent ; ils veulent savoir si leurs enfants ne sont pas menacés de tuberculose et beaucoup les font ausculter et radiographier. Il serait prudent qu'à partir de 45 à 50 ans, l'homme actif, le mieux portant, ait recours à son médecin et se fasse examiner. L'artériosclérose, le cortège des lésions d'usure qui s'établissent sans se révéler par des symptômes trop pénibles, surviennent sournoisement. Alors, les conseils du médecin, tendant à restreindre l'activité, à enrayer les

abus de table et autres, peuvent éviter des accidents très graves.

« Il me paraît être temps que j'enraye » disait un jour Louis XV, épuisé par les excès, à Pichaut de La Martinière, son premier chirurgien. « Votre Majesté ferait mieux de dételer » répliquait ce dernier en toute franchise.

La Bruyère, parlant des hommes du monde, de son époque, disait qu' « ils emploient la première partie de leur vie à rendre l'autre misérable ». N'en fait-on pas autant aujourd'hui ? En lisant : *Comment échapper à la maladie* ? du Dr Paul Farez, on apprend à se conduire d'après la raison, la réflexion et le bon sens. Le médecin, digne de ce nom, doit contribuer à régler cette conduite.

Et lorsque le poids des années commence à devenir lourd à porter, il est bon de s'inspirer de la philosophie sereine du Dr G. Louvel, le médecin poète dont les lecteurs du *Concours médical* se rappellent certainement le recueil de vers : (*Au long des ans*, *De l'aurore au crépuscule.*)

La voix grêle s'est faite pleine,
Encore n'ayant plus d'haleine
Je chante le beau temps passé.

Quand les plaisirs ne sont plus nôtres,
Je jouis du bonheur des autres
Qui passent par où j'ai passé.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Les méningites à bacilles de Pfeiffer dans la première enfance (1)

Professeur P. Nobécourt

A la fin du mois de novembre, nous avons perdu un bébé de 7 mois, atteint d'une méningite à bacilles de Pfeiffer.

Nous avons eu l'occasion de soigner, pour la même affection, trois autres nourrissons, un en février, les autres en août et juin 1927.

Je vais vous relater leurs observations et, à leur propos, étudier les méningites à bacilles de Pfeiffer dans la première enfance.

***

Jean, que nous avons soigné récemment, a des parents ainsi que sept frères et sœurs bien portants.

Il est né le 16 avril, à terme, après une grossesse normale, avec un poids de 5 kgr. Il est allaité au sein maternel.

Sa mère nous l'amène, le 25 octobre, parce qu'il a de la fièvre depuis le 22.

Il est âgé de 6 mois. Il mesure 68 cm. et pèse 8 kgr. 400 ; c'est un bel enfant. On ne trouve aucune trace de rachitisme.

Le jour de l'entrée, la température est de 39° le matin, 40°2 le soir ; le lendemain, elle est de 39°1-39°5. L'enfant prend bien le sein. Ses selles sont bonnes. Il ne vomit pas. Il ne présente pas de convulsions, de troubles oculaires. Sa fontanelle, moyennement ouverte, est légèrement tendue. Sa nuque est nettement raide. On ne constate ni signe de Kernig, ni signe de Brudzinski, ni raie méningitique.

Le pharynx est un peu rouge et granuleux.

Le foie et la rate sont normaux.

L'examen des poumons révèle, en avant et à droite, sous la clavicule, une légère submatité, haute de deux travers de doigt, une inspiration soufflante ; en arrière, dans la région scapulaire, de la submatité, sans signes d'auscultation. Ces symptômes disparaissent rapidement, et une radiographie faite le 30 octobre ne montre rien d'appréciable.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^{-8}) sont négatifs.

Le 26 et le 27 octobre, des ponctions lombaires ramènent un liquide trouble, qui contient des polynucléaires, sans germes visibles au microscope. L'examen chimique montre l'absence de sucre, 0 gr. 30 ‰ d'albumine, 0 gr. 80 ‰ de chlorure.

Dans l'hypothèse d'une méningite à méningo-

(1) Leçon recueillie par Mme le Dr Trifonoff, 20 décembre 1930.

coque, on injecte, le 26 octobre, du sérum antiméningococcique polyvalent à la dose de 15 cc. intra-muculaire et 15 cc. sous-cutané. Le 27 octobre, on renouvelle les injections aux mêmes doses. En outre, on prescrit des bains chauds et des injections de camphre.

La température reste élevée, entre 39° et 40°, jusqu'au 30 octobre.

Le 28 octobre, l'ensemencement du rhino-pharynx révèle la présence de streptocoques.

Ce même jour, les urines sont un peu rouges, M. Bidot y trouve 0 gr. 20 ‰ d'albumine, de nombreux leucocytes, des hématies ; il n'y a pas de sucre, pas de cylindres.

A partir du 31 octobre, la température baisse ; elle est irrégulière, autour de 39°. On remarque une certaine amélioration.

Mais, le soir du 5 novembre, se produit une poussée thermique à 40°1. Le lendemain, l'enfant est abattu, très déprimé ; sa nuque est plus raide.

Le liquide céphalo-rachidien est un peu trouble ; on compte 200 leucocytes par millimètre cube, avec prédominance des lymphocytes. Sur les lames, on constate la présence de bacilles fins, à Gram négatif, très nombreux ; la culture caractérise des bacilles de Pfeiffer.

A partir du 8 novembre, la température s'abaisse et se maintient à 38°-39°. La fontanelle est un peu tendue, la nuque raide ; l'enfant est très abattu et très mal. Il a, par jour, trois ou quatre selles jaunes liquides.

L'amaigrissement se précipite. A l'entrée, le poids était de 8 kgr. 400 ; le 5 novembre, il est de 8 kgr. 200 et, le 19 novembre, de 7 kgr. 320.

Apparaissent des abcès sous-cutanés, à staphylocoques, puis une parotidite droite ; du pus s'écoule par l'orifice du col de Stenon ; on y trouve du staphylocoque.

Des ponctions lombaires sont pratiquées le 7 et le 14 novembre. Le liquide céphalo-rachidien est plus trouble que précédemment ; les polynucléaires et, à la seconde ponction, les bacilles de Pfeiffer y sont très nombreux.

Finalement, l'amaigrissement s'accélère ; l'enfant est véritablement cachectique ; le poids tombe, le 19 novembre, à 7 kgr. 320, le 24 novembre, à 6 kgr. 640.

Il y a de l'hypothermie ; le 24 novembre, 37°6 le matin et 36° le soir ; le 25 novembre, 37°4 le matin et 35°7 le soir. On remarque du nystagmus, des convulsions cloniques des membres du côté droit.

Le 24 et le 25, le liquide céphalo-rachidien est clair, ne laisse pas de culot après centrifugation ; il est riche en polynucléaires, en lymphocytes, en bacilles de Pfeiffer ; il contient 0 gr. 25 et 0 gr. 30 d'albumine par litre.

L'enfant meurt le 25 novembre, trente-troisième jour de la maladie.

M. Brunet pratique l'autopsie.

Les plèvres et les poumons ne présentent rien à signaler. Dans le péricarde, on trouve environ 40 cc. de liquide citrin, sans modifications plastiques de la séreuse. Le cœur est normal. Le foie est petit, pâle, mais ne paraît pas cependant en voie de dégénérescence.

La surface des reins (je vous rappelle que l'enfant a eu une hématurie) est parsemée, surtout à leurs pôles inférieurs, d'un pointillé hémorragique purpuriforme ; sur les coupes, la substance corticale est congestionnée.

Après ouverture de la boîte cranienne, l'incision des méninges de la convexité ne laisse écouler aucun liquide.

L'hémisphère gauche est tapissé entièrement, sur sa face supérieure, d'une couche épaisse de pus crémeux, pâteux, très consistant et adhérent.

A la base, les méninges incisées, il s'échappe un liquide citrin abondant, 80 cc. environ. La partie du bulbe voisine du trou occipital est tapissée de pus épais, moins pâteux que celui de la convexité. Sur les autres régions du cerveau, on voit des traînées purulentes discrètes et de l'hyperhémie.

Sur les coupes transversales des hémisphères, les ventricules ne contiennent pas de pus, mais du liquide citrin ; leurs parois sont lisses, nettes, hyperhémiées.

Voici l'histoire de la deuxième malade.

Danielle est une fille née à terme de parents bien portants, le 25 juin 1929. L'accouchement est normal, le poids de naissance de 3 kgr. 125.

Danielle est nourrie au sein jusqu'à onze jours, puis au lait de vache coupé. Pendant deux mois, elle a de la diarrhée verte et on la met au bouillon de légumes ; puis à partir de trois mois au lait sec. Son état s'améliore, bien que ses selles soient parfois mauvaises.

Au milieu de janvier 1930, elle a une bronchite dont elle se remet vers le 10 février ; elle pèse alors 7 kgr. 200.

Le 12 février, on remarque qu'elle est somnolente et pousse des gémissements. Puis elle commence à vomir ; ses vomissements sont irréguliers, plus ou moins copieux. Elle a de la constipation, de la fièvre (37°5-38°6) et maigrit.

La somnolence persiste, mais l'intelligence paraît être conservée ; l'enfant reconnaît bien sa nourrice.

On nous l'amène le 27 février, seizième jour de sa maladie.

Elle est âgée de 8 mois. Elle mesure 62 cm. et pèse 6 kgr. 170. On ne trouve aucun signe de rachitisme. Sa température est de 37°8-38°2. Elle est somnolente. Sa fontanelle est très tendue. La nuque est très raide, les membres inférieurs le sont un peu ; il n'y a pas de Kernig ; les réflexes patellaires et achilléens

sont normaux. On ne constate pas de troubles oculaires. Le pouls est régulier ; on compte 140 pulsations à la minute. Il y a de la constipation.

A l'examen des viscères, on ne trouve rien de particulier. La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8) sont négatifs.

Une ponction lombaire retire un liquide louche ; dans le culot de centrifugation, on trouve du pus contenant des coccobacilles à Gram négatif très nombreux. La culture sur gélose ascite reste négative ; la culture sur gélose-sang donne des bacilles de Pfeiffer.

Les jours suivants, la température est plus élevée, entre 38° et 38°5, avec des poussées à 40° ; l'état s'aggrave, le syndrome méningé persiste et, en plus, on constate du tremblement. Le poids tombe, le 4 mars, à 6 kgr. 100, le 6 mars à 5 kgr. 500.

Le matin du 7 mars, la température est de 39°5, l'enfant est pris de convulsions. Dans la journée il meurt, le vingt-quatrième jour de la maladie.

Au cours de la maladie, diverses recherches ont été effectuées :

Les ponctions lombaires du 28 février, des 3 et 5 mars, retirent un liquide présentant toujours les mêmes caractères et contenant des bacilles de Pfeiffer très nombreux, 0 gr. 37 de sucre, 0 gr. 15 d'urée.

Une ponction ventriculaire, faite le 5 mars, ne retire pas de liquide.

L'hémoculture, faite le 1er mars, donne, au bout de deux jours, des bacilles de Pfeiffer ; mais repiquée sur gélose sang, la culture est négative.

Le 4 mars, on constate, au niveau de l'angle interne de l'œil, une gouttelette de pus ; ce pus contient des coccobacilles Gram négatif, ayant les caractères du bacille de Pfeiffer.

Le mucus nasal contient sur lame des bacilles Gram positifs, en culture des bacilles de Hoffmann et du *Micrococcus catarrhalis*.

Comme traitement, on pratique des injections intra-rachidiennes de 0 cc. 5 d'auto-vaccin, le 3 et le 5 mars. Ces injections restent sans effet.

Le troisième malade, Charles, a des parents bien portants il est fils unique.

Il est né le 7 novembre 1926, à terme, avec un poids de 4 kgr. 300. Il est élevé au sein jusqu'à 4 mois, puis au lait de vache, en nourrice. Il est bien portant.

Le 13 juin, brusquement, il est pris de vomissements, qui surviennent aussitôt après la prise du biberon, sa température s'élève à 40° ; le soir, surviennent des convulsions qui durent pendant deux heures, avec pâleur et écume à la bouche.

On nous amène l'enfant le 14 juin.

Il a 7 mois, il mesure 70 cm. et pèse 7 kgr. 550. Son état général est bon. On ne constate aucun signe de rachitisme.

Le soir de l'entrée, la température est à 38°6. Le lendemain, elle est de 39° le matin, de 39°3 le soir. L'enfant a des petites convulsions des yeux et des membres, est somnolent, couché en chien de fusil. La fontanelle est tendue. On note de la ptose et du strabisme léger de l'œil gauche. La nuque est légèrement raide ; il n'y a pas de Kernig. Le pouls est rapide et régulier.

L'enfant a une selle liquide jaune. Son pharynx est un peu rouge.

La cuti-réaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^{-8}) sont négatifs.

La ponction lombaire retire un liquide très trouble, hypertendu.

On injecte du sérum antiméningococcique polyvalent : dans le rachis 35 cc. ; dans un muscle, 15 cc., sous la peau 20 cc.

Le 16 juin, la température du matin est de 39°3, celle du soir de 39°1. Les symptômes nerveux restent les mêmes ; toutefois, il n'y a pas de convulsions. La respiration est gênée ; il y a des battements des ailes du nez ; mais l'auscultation des poumons reste négative.

Une deuxième ponction lombaire ramène un liquide identique au premier. On injecte encore du sérum antiméningococcique : 30 cc. intra-rachidien, 10 cc. intra-muculaire, 30 cc. sous-cutané.

Le liquide céphalo-rachidien contient 0 gr. 50 % d'albumine, des polynucléaires altérés, des bacilles très fins Gram négatif ; la culture donne des bacilles de Pfeiffer.

Les jours suivants, la température est le matin de 38°4, le soir de 39°2, la somnolence s'accentue, le regard devient fixe.

Le 17 juin, une ponction ventriculaire retire un liquide plus clair que celui de la ponction lombaire ; on y trouve des polynucléaires altérés et des bacilles de Pfeiffer très nombreux.

Finalement surviennent des convulsions subintrantes, une respiration irrégulière du type de Cheyne-Stokes.

Le poids diminue : le 20 juin il est de 7 kgr. 350, le 22, de 6 kgr. 610.

L'enfant meurt dans la soirée au dixième jour de la maladie.

Voici maintenant l'histoire de Pierre, le quatrième malade.

Ses parents et une sœur, son aînée de trois ans, sont bien portants.

Il est né le 4 juillet 1926, à terme. Il est élevé au sein jusqu'à 8 mois.

Le 28 mars 1927, débute une fièvre qui monte à 40° et persiste jusqu'au 2 avril. Ce jour-là se produit une défervescence à 37°4.

Dès le lendemain, la fièvre reprend et persiste jusqu'à l'entrée à l'hôpital, le 10 avril.

Pierre est âgé de 9 mois. Sa taille est de 69 cm., son poids de 7 kgr. 320. Sa température est de

40°1-38°2 le premier jour, de 39°9-38°5, le lendemain.

On constate un syndrome méningé : raideur de la nuque et signe de Kernig. A l'examen du thorax en arrière et à la base droite, on constate de la submatité, un souffle doux entouré d'une couronne de râles fins. La radioscopie montre, au même niveau une obscurité marquée.

La ponction pleurale est négative.

La ponction lombaire donne un liquide louche, contenant des bacilles de Pfeiffer.

Le 12 avril, la température du matin est de 38°5, celle du soir de 38°. Le 13 avril, la température est encore à 38°, et l'enfant meurt, au dix-neuvième jour de la maladie.

Telle est l'histoire de nos malades.

***

Le 19 mai 1892, R. Pfeiffer décrit un bacille isolé pendant l'épidémie de grippe de 1889-1890, qu'il considère comme l'agent spécifique de la grippe, opinion qui n'a pas été confirmée. On lui a donné le nom de *bacille de Pfeiffer.*

En 1892, Pfühl relate le premier cas de méningite à bacilles de Pfeiffer ; mais ce germe était associé au pneumocoque.

En 1897, Haedke observe un cas de méningite à bacilles de Pfeiffer purs, chez un garçon de 18 ans.

En 1900, M. Henri Meunier publie le premier cas observé en France de méningite à bacilles de Pfeiffer. Il s'agit d'un enfant de 16 mois, atteint de broncho-pneumonie. Le jour de sa mort, il présente des convulsions, de la raideur de la nuque et des membres. A l'autopsie, on constate une méningite suppurée diffuse à bacilles de Pfeiffer.

Depuis cette époque, les observations publiées de méningite à bacilles de Pfeiffer sont nombreuses ; la bibliographie en est donnée dans une revue générale sur les *méningites à bacilles de Pfeiffer* publiée par MM. Boulanger-Pilet et J. Ollivier dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 novembre 1921.

La méningite à bacilles de Pfeiffer se rencontre à tous les *âges,* mais elle est surtout fréquente chez les enfants et notamment pendant la première enfance.

Voici quelques statistiques.

M. Roger Blacque, dans sa thèse soutenue à Paris, en 1911, intitulée *Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale suppurée à bacilles de Pfeiffer*, relate la statistique de l'hôpital Bretonneau du 1er mars 1909 au 1er avril 1910, établie par MM. Simon et Aine. Sur 30 cas de méningite suppurée, on trouve :

Le méningocoque, 18 fois, soit 60 % ;
Le bac. de Pfeiffer, 5 fois, soit 16,66 % ;
Le pneumocoque, 3 fois, soit 10 % ;
Le streptocoque, 2 fois, soit 6,66 % ;
Des germes indéterminés, 2 fois, soit 6,66 %.

Dans la *Revue française de pédiatrie* de 1929, M. Mogilnicki rapporte la statistique de l'hôpital Anne-Marie, de Lodz, en Pologne, du 1er juillet 1925 au 1er juillet 1928. Sur 6.974 enfants, on a observé 76 méningites purulentes.

Méningites	à méningocoques, 55 cas..	72,36 %.
—	à bac. de Pfeiffer, 6 cas..	7,89 %.
—	à pneumocoques, 6 cas..	7,89 %.
—	à streptocoques, 6 cas..	7,89 %.
—	à staphylocoques, 2 cas.	2,63 %.
—	Proteus vulgaris, 1 cas..	1,31 %.

M. Conrado Pelfort, étudiant dans les *Archives de médecine des enfants* de mars 1927 et dans *Archivos latino-americanos de pédiatria,* de 1929, les *méningites aiguës par le bacille de Pfeiffer chez le nourrisson* rapporte une statistique étendue du 1er janvier 1923 au 30 septembre 1929. Elle porte sur 3.000 enfants, dont 39 atteints de méningites purulentes. On trouve :

Le méningocoque, 18 fois......	46,15 %.
Le bac. de Pfeiffer, 10 fois....	25,64 %.
Le pneumocoque, 8 fois......	20,51 %.
Des microbes indéterminés, 3 fois	7,69 %.

Toutes ces statistiques sont comparables. Elles nous montrent que la fréquence des méningites à bacilles de Pfeiffer varie suivant les circonstances ; qu'elles sont bien moins fréquentes que les méningites à méningocoques, mais à peu près aussi et parfois même un peu plus fréquentes que les méningites à pneumocoques.

Il n'existe d'ailleurs aucune relation entre les méningites à bacilles de Pfeiffer et les épidémies de grippe. On observe ces méningites à toutes les périodes de l'année, sans qu'il y ait d'épidémies de grippe, et elles ne sont pas plus communes pendant ces dernieres.

On les rencontre principalement *avant deux ans.*

M. Blacque, en 1911, sur 50 cas, en trouve 40 soit 80 % avant deux ans ; M. Rivers, en 1922, sur 193 cas, 152, soit 78,75 %, avant deux ans.

Comme toutes les méningites aiguës les méningites à bacilles de Pfeiffer peuvent être cliniquement *primitives* (3 fois sur 7 pour les malades de M. Conrado Pelfort) ou *secondaires* soit à des rhino-pharyngites, des otites, des broncho-pneumonies soit encore à des infections générales sans localisation appréciable.

***

Les CARACTÈRES CLINIQUES des méningites à bacilles de Pfeiffer sont ceux des autres méningites aiguës.

On observe un *syndrome méningé* plus ou moins complet. L'enfant est agité ou bien dans la torpeur. Souvent, il a des convulsions, de la raideur de la nuque et des membres. Le signe de Kernig n'est pas constant.

On note, d'autre part, un *syndrome infectieux* une avec fièvre plus ou moins élevée.

La méningite à bacilles de Pfeiffer peut présenter certaines *particularités* dans son début et son évolution, ce qui tient pour une part au jeune âge des malades.

Voyons les *aspects cliniques de ces méningites chez les nourrissons.*

La forme la mieux caractérisée est la FORME AIGUE cliniquement primitive. L'observation du troisième enfant, Jacques est typique.

Le *début* est brusque ou rapide : surviennent des vomissements, des convulsions répétées, une fièvre élevée à 39° et même 40°.

A la *période d'état*, qui commence presque aussitôt, la fièvre est et reste élevée ; son tracé plus ou moins régulier est presque en plateau. L'enfant est inquiet ou abattu, anéanti, le regard vague : les convulsions sont plus ou moins intenses. On constate de l'hyperesthésie cutanée, une fontanelle tendue, une raideur de la nuque plus ou moins intense. Quant à la raideur des membres inférieurs et au signe de Kernig, ils sont généralement peu marqués.

Cet état persiste. L'enfant s'alimente mal ; ses selles deviennent mauvaises, diarrhéiques ; son amaigrissement est rapide, surtout pendant les derniers jours.

Finalement, la température s'élève à 40° ou 41° les convulsions deviennent subintrantes, la respiration est gênée, irrégulière. La mort survient dans le coma.

La *durée* est en moyenne de quatre à douze jours ; dans certains cas, elle est très courte, 30 heures chez un malade de Simon et Aine.

Dans cette forme aiguë, le syndrome méningé se manifeste dès le début et est bien caractérisé, l'évolution est courte.

A cette forme s'oppose : la FORME SUBAIGUE.

Son *début* est plus ou moins rapide.

Pendant la *première phase*, dont la durée varie, on n'observe pas de syndrome méningé.

A celle-ci succède une *seconde* phase, caractérisée par l'apparition de ce syndrome.

L'*évolution* est longue de vingt à trente jours.

Cette forme a été bien individualisée par Louis Lagane, qui, dans *Le Nourrisson* de mai 1913, a consacré un mémoire au *bacille de Pfeiffer chez le nourrisson* et aux *méningites cérébro-spinales Pfeifériennes.*

D'après lui, la forme subaiguë en est le type le plus habituel. « Ces méningites, écrit-il, revêtent une allure assez particulière, du fait des localisations broncho-pulmonaires qui les précèdent souvent ».

Au début il y a du coryza, de la fièvre. A la période d'état, on constate de la bronchite, des signes de congestion pulmonaire, quelquefois des foyers traînants de broncho-pneumonie. L'enfant fatigué, apathique, est dyspnéique, un peu pâle, toujours un peu fièvreux ; il perd peu à peu du poids.

Il a quelques troubles intestinaux.

Les symptômes méningés apparaissent insidieusement. On note un peu d'agitation, une grande somnolence, quelques convulsions, la tension de la fontanelle.

Puis, rapidement, le syndrome méningé se précise : raideur de la nuque, signe de Kernig, paralysies oculaires, troubles du rythme respiratoire.

La mort survient quelques jours plus tard.

Lagane conclut : « Cette forme subaiguë ressemble assez à la méningite tuberculeuse pour que l'erreur puisse être fréquente ».

En réalité, les symptômes respiratoires et pulmonaires ne sont pas bien nets dans tous les cas et font assez souvent défaut.

La forme subaiguë revêt des *modalités variées.* Les observations, que j'ai relatées tout à l'heure, en réalisent quelques-unes.

Jean, le premier de nos malades, est pris de fièvre. Deux ou trois jours plus tard, le syndrome méningé apparaît. Puis l'évolution est longue : le syndrome méningé persiste et varie dans son intensité, la fièvre diminue, l'enfant maigrit et a des troubles digestifs. La mort survient, le trente-troisième jour, dans l'hypothermie. Pendant ce temps, les symptômes respiratoires sont discrets ; peut-être y a-t-il eu une congestion pulmonaire passagère.

Pour notre deuxième malade, Danielle, le début est insidieux avec une petite fièvre, de la somnolence, de l'amaigrissement. Les symptômes méningés n'apparaissent qu'au bout de dix ou quinze jours. Puis la température s'élève, l'amaigrissement s'accentue. La mort survient le vingt-quatrième jour avec une fièvre élevée. Il n'y a eu aucun symptôme pulmonaire.

Pour le quatrième malade, Pierre, au début et pendant la première phase, le tableau est celui d'une maladie générale infectieuse ; la fièvre reste à 40°. Le syndrome méningé apparaît au bout de quinze jours. L'enfant meurt trois ou quatre jours après. La durée de la maladie a été de vingt jours. Dans ce cas, on a observé un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire d'une base.

Ces observations montrent que les phénomè-

nes pulmonaires et respiratoires ont souvent peu d'importance.

Parmi les modalités cliniques qui peuvent être rencontrées, il en est où les troubles et les lésions du *névraxe* tiennent une place inaccoutumée dans la symptomatologie.

MM. J. Baylac et Marcel Sendrail ont attiré l'attention sur les *méningo-névraxites à bacille de Pfeiffer* dans les *Archives de médecine des Enfants*, d'août 1930.

Il s'agit, écrivent-ils, de « formes caractérisées par l'adjonction aux signes et lésions méningés de lésions et de signes parenchymateux, de formes où l'atteinte pfeifférienne se présente comme une véritable neuro-infection subaiguë. »

Ils relatent l'observation chez une fille de 2 ans et 5 mois.

Elle présente un état infectieux mal déterminé, de la fièvre de l'anorexie, des vomissements, de la constipation, sans signes de rhinopharyngite ; cet état persiste pendant près d'un mois. Puis, après une courte rémission, brusquement l'enfant se met à pousser des cris, présente de l'amaurose, une quadriplégie flasque, de l'hyperréflectivité tendineuse et le signe de Babinski caractérisant un syndrome pyramidal.

Bientôt s'installe une hypertonie progressive et généralisée, n'ayant pas les caractères méningés. La ponction lombaire donne un liquide d'abord moiré, puis trouble, contenant des polynucléaires abondants, et un excès d'albumine, où on trouve des bacilles de Pfeiffer.

La mort survient deux mois après le début de l'état infectieux, trente-deux jours après l'éclosion des symptômes nerveux.

A l'autopsie, on trouve une méningite purulente, une encéphalite hémorragique et suppurée, deux abcès sous-corticaux.

Dans les méningites à bacilles de Pfeiffer la PONCTION LOMBAIRE retire un *liquide céphalo-rachidien hypertendu*. Au début, il est quelquefois clair ou moiré. Ensuite, il est louche, trouble, purulent, verdâtre. Il contient de nombreux leucocytes ; généralement ce sont des polynucléaires ; au début et au bout d'un certain temps, il peut y avoir des lymphocytes en proportion plus ou moins forte. L'albumine est augmentée. Le bacille de Pfeiffer se trouve sur les lames et dans les cultures.

La PONCTION VENTRICULAIRE ou bien ne donne pas de liquide, comme chez notre deuxième malade, ou bien retire un liquide plus ou moins semblable au liquide lombaire, comme chez notre troisième malade.

Les modalités cliniques montrent bien que la localisation méningée du bacille de Pfeiffer est, le plus souvent consécutive à une SEPTICÉMIE PFEIFFÉRIENNE.

C'est par la voie sanguine que les méninges sont infectées.

La preuve de cette septicémie est difficile à administrer, car on pratique rarement des hémocultures et souvent elles sont négatives. Pour notre part, dans le seul cas où nous ayons fait l'hémoculture, chez notre deuxième malade, nous avons trouvé, le dix-huitième jour de la maladie du bacille de Pfeiffer dans le sang ; mais à cette époque, la méningite existait déjà et on ne peut affirmer que la septicémie l'ait précédée.

Aux AUTOPSIES, on trouve les lésions habituelles des méningites cérébro-spinales aiguës. On rencontre les mêmes dans les méningites à méningocoques ou à pneumocoques.

Après l'incision de la dure-mère, on voit sur la convexité des hémisphères soit une calotte de pus jaune verdâtre, épais, et souvent un piqueté hémorragique, soit des nappes de pus avec des traînées purulentes le long des vaisseaux.

A la base, on trouve également du pus, principalement dans les carrefours.

Dans les ventricules cérébraux, le liquide est souvent augmenté, louche ou purulent.

La moelle épinière est entourée d'un exsudat purulent.

Sur les coupes de l'encéphale, on peut trouver des abcès centraux ou sous-corticaux, du ramollissement, de l'encéphalite hémorragique.

Les *lésions des autres organes* ne sont pas constantes.

Souvent, il y a de la *bronchite*, de la *congestion pulmonaire*, une *broncho-pneumonie*. Souvent les plèvres sont intéressées et on note une *pleurésie* sèche, séro-fibrineuse ou purulente. Parfois, il y a une *péricardite purulente*, de la *myocardite*, une *endocardite*. Il n'est pas rare de rencontrer des *arthrites purulentes*.

Dans le pus de ces diverses lésions, on peut trouver du bacille de Pfeiffer pur ou associé, soit au pneumocoque, soit à d'autres germes.

***

Il est assez souvent difficile de faire le DIAGNOSTIF DE MÉNINGITE chez le nourrisson. Au début, l'affection revêt souvent les allures d'une maladie infectieuse générale, sans symptômes encéphalo-méningés ou bien avec des réactions nerveuses banales. A la période d'état, les symptômes méningés sont souvent discrets.

Il est encore plus difficile de préciser la NATURE DE LA MÉNINGITE.

En présence d'une *forme aiguë*, on pense le plus souvent et on doit penser à une méningite à méningocoques qui est la plus fréquente ; mais

il peut, s'agir d'autres germes, de pneumocoques ou de bacilles de Pfeiffer notamment.

En présence d'une *forme subaiguë*, on pense à une méningite à méningocoques ou à une méningite à bacilles de Koch. La description que je viens de donner, montre qu'il s'agit parfois de bacilles de Pfeiffer.

En réalité, pour diagnostiquer une méningite et surtout pour reconnaître sa variété microbienne, il faut faire une *ponction lombaire* et procéder à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Seule la constatation d'un germe permet de dire quelle est l'agent de la valeur la méningite.

En ce qui concerne le bacille de Pfeiffer, sa présence peut échapper si on ne fait pas un examen bactériologique soigné, car il ne pousse que sur des milieux contenant du sang.

Quand on a isolé un bacille ayant les caractères du bacille de Pfeiffer, il faut, d'après certains bactériologistes, rechercher s'il s'agit du *bacille de Pfeiffer* ou bien du *bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique*, étudié par M. Charles Cohen (de Bruxelles) en 1908.

Le professeur Cohen est revenu récemment, dans *La pathologie infantile* de novembre, sur ce bacille, *à propos de deux cas d'infection mortelle due au bacille de la méningite cérébro-spénale épidémique.*

La morphologie et les cultures des deux germes sont identiques. Mais, d'après M. Cohen, les différences sont les suivantes :

1° Le bacille de Pfeiffer ne se trouve pas dans le sang circulant, tandis que, le bacille de Cohen donne des hémocultures positives.

2° Le bacille de Pfeiffer ne tue pas le cobaye et le lapin, celui de Cohen provoque chez ces animaux des septicémies mortelles.

3° Les caractères d'agglutination ne sont pas les mêmes.

Je ne discuterai pas le problème de l'identité de ces deux bacilles. M. Dujarric de la Rivière, dans un mémoire sur l'*étiologie de la grippe*, décrit plusieurs microbes voisins du bacille de Pfeiffer ; ils constituent un groupe de *microbes hématophiles*, parmi lesquels se range le bacille de Cohen ; leur différenciation est très délicate.

D'après Lagane, les formes subaiguës de la méningite seraient dues au bacille de Pfeiffer et les formes aiguës au bacille de Cohen, qui est plus virulent. Cette opinion devrait être vérifiée.

Les méningites à bacilles de Pfeiffer comportent un PRONOSTIC très grave surtout chez le nourrisson.

Suivant Rivers, la *mortalité des nourrissons* est de 97 %, celle des enfants plus âgés et des adultes de 71 %.

Chez le nourrisson, les cas de guérison sont très rares.

On cite un bébé de 9 mois, soigné par Mya, qui conserve une hémiplégie alterne avec syndrome de Millard-Gubler, un bébé d'un an, soigné par Batten, chez lequel persiste une diminution de l'acuité visuelle.

Le TRAITEMENT ne modifie guère le pronostic.

On prescrit le *traitement habituel des méningites aiguës*, c'est-à-dire les bains chauds, la ponction lombaire, etc....

Avant tout examen bactériologique, il faut toujours penser à la méningite à méningocoques et pratiquer la sérothérapie de cette dernière.

On a fait quelques tentatives de *sérothérapie antipfeifférienne.*

M. Cohen vaccine des lapins contre son bacille ; leur sérum est préventif contre l'infection expérimentale, mais n'a pas d'action sur la méningite de l'enfant. Les essais de MM. Schnyder et Urech en 1923 n'ont pas eu plus de succès.

La *bactériothérapie intra-rachidienne* a été suivie de guérison chez un nourrisson soigné par MM. Julien Marie et Prétet. Ils ont rapporté l'observation à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 15 novembre 1927.

Un enfant de 20 mois est pris brusquement d'un syndrome méningé ; le liquide céphalo-rachidien est purulent dès les premières vingt-quatre heures ; on y trouve des bacilles de Pfeiffer.

Pendant quatorze jours, la température se maintient à 38°-39°, sans aucune tendance à la régression.

On pratique alors la bactériothérapie intra-rachidienne avec du vaccin chauffé provenant du bacille de Pfeiffer d'une autre méningite, soignée quelque temps auparavant à la salle Bouchut.

On fait en huit jours quatre injections. Après la première injection, on note l'abaissement de la température. Finalement, l'apyrexie s'installe. Trente-sept jours après le début de la maladie, vingt-quatre jours après le début de la bactériothérapie, la guérison clinique et biologique est confirmée.

***

Telles sont les quelques considérations qu'il me paraissait intéressant de vous exposer aujourd'hui.

Le bacille de Pfeiffer joue un rôle important dans la réalisation des méningites aiguës non tuberculeuses des nourrissons. A certaines périodes, ce rôle est aussi important que celui du pneumocoque ; le pneumocoque et le bacille de Pfeiffer sont, après le méningocoque, mais loin derrière lui, les agents des méningites. Avant les

examens bactériologiques, il faut d'abord penser au méningocoque et commencer la sérothérapie antiméningococcique.

Le bacille de Pfeiffer réalise les différentes modalités de méningite aiguë chez le nourrisson ; ces modalités ne lui sont pas spéciales ; le méningocoque et le pneumocoque les réalisent également. Il est cause de méningites aiguës primitives caractérisées et surtout de formes méningitiques moins franches, à évolution subaiguë, survenant au cours d'états infectieux plus ou moins longs qui témoignent de l'origine septicémique de la localisation méningée.

Il importe toujours dans les méningites de pratiquer l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien pour préciser le diagnostic.

CULTURE PHYSIQUE

L'orientation moderne de la gymnastique

Par J. LAFONT (Clermont Ferrand)

La gymnastique a profondément évolué en France dans ces cinquante dernières années. La gymnastique avec appareils (anneaux, trapèze, barre-fixe, barres parallèles) était essentiellement acrobatique et développait surtout la souplesse physique et la décision morale ; on lui reprochait d'exiger une dépense de forces vraiment exagérée chez les adolescents, qui ont déjà à faire les frais de leur croissance ; elle exigeait en outre de vastes locaux et un matériel encombrant, que seuls étaient à même de posséder les établissements privés (gymnases) ou publics (lycées, casernes) ; c'est donc une infime minorité, qui avait le privilège de travailler à son développement physique ; les fervents de la gymnastique en étaient réduits le plus souvent à faire des haltères en chambre.

La gymnastique suédoise, plus facile à pratiquer puisqu'elle ne nécessite pas d'appareils, finit par s'imposer ; elle avait pour effet de mettre en action des muscles ou des groupes de muscles ; elle révélait et imposait des notions nouvelles : rôle primordial de la colonne vertébrale, pivot des membres et du diaphragme ; prépondérance respiratoire du diaphragme sur les pectoraux, importance des exercices de respiration pure. L'œuvre empirique de Ling, contrôlée et vérifiée en partie par la physiologie progressait peu à peu. L'exercice de force cédait la place à la culture musculaire.

Telles ont été les deux tendances qui se sont combattues. La première n'existe plus que comme souvenir ou comme démonstration de virtuosité. La seconde s'est développée et étendue, en se transformant suivant les tendances personnelles ou le goût du jour : recherche de la souplesse, du rythme, de la plastique ; elle a même utilisé des appareils, mais des appareils spéciaux, très simples pour la plupart, servant à exercer des muscles plutôt qu'à les faire travailler.

Que la gymnastique soit destinée aux sujets normaux ou aux malades, les principes subsistent ; seules les modalités d'application varient ; ce sont donc ces principes qu'il importe d'étudier de plus près, si l'on veut se rendre compte de ce que l'on fait.

La gymnastique sans appareils, la gymnastique de mouvements se décompose en trois groupes d'exercices, qui répondent à trois modes de fonctionnement musculaire bien différents.

Les *exercices libres* consistent en mouvements normaux, rythmés, lents, souples et moelleux, ne dépensant qu'un minimum d'énergie : fonctionnement d'un muscle ou d'un groupe musculaire, sans effort apparent ou réel, dans les conditions physiologiques. Cette gymnastique des muscles correspond à trois formes d'influx nerveux suivant la nature des mouvements ; le mouvement actif fait travailler le système nerveux, alors que le mouvement passif le laisse au repos ; le mouvement pendulaire (exemple : le balancement des jambes d'un sujet assis sur une table) associe le rythme à la détente.

Les *exercices avec résistance* représentent des mouvements contrariés par une résistance étrangère. Dans le mouvement passif, l'éducateur fait contracter les muscles sans intervention du sujet ; dans le mouvement avec résistance, c'est le sujet qui contracte les muscles et l'éducateur qui s'oppose au mouvement ; un objet fixe ou un obstacle constitue aussi bien une résistance ; il en est de même dans l'emploi d'exerciseurs élastiques ou d'haltères à ressorts.

Les *exercices à auto-résistance* consistent en mouvements actifs auxquels s'oppose le sujet par la contraction d'un ou de plusieurs muscles antagonistes. L'auto-résistance est du reste un phénomène normal, l'antagonisme musculaire permettant de modérer la vitesse du mouvement ; elle devient même un phénomène pathologique dans les syncinésies antagonistes, traduisant l'atteinte plus ou moins marquée de la voie pyramidale.

Cette division schématique ne correspond qu'imparfaitement à la réalité. Il n'y a pas d'exercices rigoureusement libres, puisque l'auto-résistance intervient toujours, à un degré

inversement proportionnel à la vitesse il est vrai, et qu'il existe une exo-résistance dans tous les mouvements qui ont à lutter contre la pesanteur.

L'esprit se représente bien les exercices libres et mal les exercices à résistances ; qui ne serait étonné cependant d'apprendre qu'il pratique ces derniers au moins une fois par jour ?

Le matin, au réveil, on bâille, on s'étire. Si l'on s'étire en appuyant les mains et les pieds contre les deux bois du lit, on fait de l'exo-résistance. Si l'on n'a pas de bois de lit et qu'on s'étire simplement, on fait de l'auto-résistance, par une série de contractions successives et alternées des fléchisseurs et des extenseurs, qui accélèrent la circulation générale et facilitent le passage du repos nocturne à l'activité diurne.

L'auto-résistance correspond dans ce cas à un freinage musculaire automatique et, par suite inconscient. Si l'on freine volontairement, on fait de la gymnastique à auto-résistance ; si l'on freine à fond, on obtient un exercice d'arrêt, qui relève plutôt de la gymnastique des nerfs.

Les exercices à auto-résistance ne sont pas une nouveauté, puisque Ling, François Delsarte et Genoveva Stebbins les avaient portés à la perfection sous les rapports de la santé et de l'esthétique ; mais cette forme de gymnastique tait-t employée empiriquement et sans que le véritable mécanisme en ait toujours été réellement soupçonné ou compris.

Tout récemment le danois Arne Faber, du sanatorium Silkeborg Bad, a repris cette question et a montré toute l'importance de l'application de ces principes à la gymnastique médicale. L'auto-résistance ne vise pas seulement à obtenir le développement musculaire, mais aussi à renforcer l'équilibre normal entre les antagonistes, à régulariser l'action du système nerveux et à discipliner le sujet. Les exercices sont relativement faciles, bien qu'ils réclament une grande patience de l'éducateur et une attention soutenue de l'élève. La fatigue nerveuse, plus marquée au début, est largement compensée par l'intérêt de la nouveauté ; la fatigue musculaire est moindre, car, si l'auto-résistance exagère un phénomène physiologique, elle exige par contre la réduction de vitesse des mouvements ; un pareil exercice, filmé ou ralenti, donne des images de mouvements arrêtés successifs.

Arne Faber rattache fort judicieusement à l'auto-résistance la danse des muscles de certaines peuplades nègres ; une variété bien connue est la danse du ventre.

La gymnastique à auto-résistance a un grand rôle à jouer en hygiène et en médecine. Pour les bien portants, elle représente un sport en chambre, praticable par tous, partout, en toute saison ; elle active la nutrition chez les ralentis, victimes du bureau et de l'auto, voués à l'arthritisme ou à l'obésité. Les exercices respiratoires sont indiqués dans l'asthme et l'emphysème ; la gymnastique abdominale renforce la sangle musculaire, dont la déficience est source de ptoses. Les possibilités chirurgicales sont amplifiées par la rééducation physiologique des muscles atrophiés et la mobilisation rationnelle des articulations ankylosées.

Le distingué spécialiste danois prépare, en collaboration avec un chirurgien, une méthode de gymnastique à *auto-tension* (selbsthemmungsübungen) et travaille comme il a eu l'amabilité de nous l'écrire, à la préparation d'un livre dont la publication marquera une date importante dans l'orientation et la rénovation de la gymnastique médicale.

LA CAVUMITE

Par le Dr A. Colin (Nice)

Dans le rapport que viennent de publier MM. le Professeur Worms et le Dr Le Mée, résumant les travaux du dernier Congrès d'oto-rhino-laryngologie, ces praticiens attribuent une importance toute particulière à l'état de l'amygdale, comme source première d'infection d'un organisme ; pour eux, c'est cette *local infection* qui est à la base d'un grand nombre de maladies, c'est elle qui dissémine les toxines ou les germes dans le torrent sanguin, et de là dans toutes les parties de l'organisme, provoquant les troubles les plus divers, ou même pouvant faire naître de véritables infections secondaires dans certaines régions prédisposées.

A les lire, il semble que c'est l'amygdale palatine, qui est seule en cause et que l'amygdale pharyngée n'a qu'un rôle de second plan comme localisation première de l'infection. Pour moi, qui ai étudié cette question depuis de nombreuses années, je m'élève contre une pareille interprétation, et je me rends compte qu'il s'est créé une véritable confusion par ce fait que lorsqu'on parle de l'amygdale, on néglige de dire s'il s'agit des amygdales palatines ou de l'amygdale pharyngée.

A mon point de vue, la principale source d'infection se trouve dans l'amygdale pharyngée. L'amygdale pharyngée, chez l'adulte, a subi une sorte de régression : elle s'est transformée en un tissu de sclérose, tissu granuleux, peu résistant, avec, tout autour, un véritable tapis de nodules lymphatiques prédisposés à l'infection.

Or, comme je l'ai déjà signalé, c'est cette région qui est la première atteinte dans tou-

tes les malades éruptives, dans toutes les maladies provoquées par le refroidissement, dans les états grippaux les plus divers ; c'est elle qui, recevant les germes et les poussières de l'air par la respiration, les conserve dans ses anfractuosités et se trouve ainsi toute préparée à l'infection. C'est elle aussi, qui est à la base de la contagion tuberculeuse : « C'est par le cavum pharyngé que dans l'immense majorité des cas pénètre le bacille tuberculeux. De là, les germes s'installent dans les ganglions médiastinaux, puis bronchiques, et enfin dans le poumon lui-même ; par une progression centrifuge qui fait tache d'huile autour du médiastin. De tout ceci, les preuves abondent..... » (Prof. André Jousset). — « C'est l'infection de toute la muqueuse du carrefour, avec ses nodules lymphatiques, qui fait un tout dans lequel il serait singulièrement artificiel de faire théoriquement une place à part pour l'amygdale palatine. » (Prof. Maurice Renaud.)

Cette place à part, il faut plutôt l'accorder à l'amygdale pharyngée, à la muqueuse du cavum.

On voit, par ces considérations, combien est prépondérant ce rôle de la muqueuse du cavum dans l'éclosion des maladies.

Mais alors, ne serait-il pas préférable, pour éviter toute confusion, d'adopter le terme de *rhino-pharyngite* quand l'ensemble de la muqueuse des narines et du pharynx est atteint par l'infection, le terme d'*amygdalite* quand les amygdales palatines sont en cause, et le terme de *cavumite* quand l'infection se localise presque exclusivement dans la région de l'amygdale pharyngée, dans le cavum proprement dit ?

Or, mes recherches m'ont amené à cette conclusion, c'est que la *cavumite* est la plus fréquente de toutes les maladies, c'est que presque toute la pathologie est conditionnée par l'état de la muqueuse du cavum, par cette *cavumite chronique*, infection sujette à des poussées subaiguës sous les influences les plus diverses et souvent les plus insignifiantes.

Cette infection est généralement méconnue des praticiens, parce qu'elle est cachée derrière le voile du palais et est de ce fait, d'un examen difficile et souvent impossible, parce que souvent, la lésion est minime, et parce qu'elle ne donne lieu à aucun trouble local.

J'ai indiqué dans mon livre A LA RECHERCHE DE LA SANTÉ (1) et dans un rapport au Congrès d'hygiène que la plupart des maladies aiguës ont une source première dans un état infectieux du cavum, que ce sont les poussées subaiguës d'un cavum infecté, qui provoquent les crises des goutteux, des rhumatisants, des diabétiques, des asthmatiques, des angineux, des migraineux, des nerveux, qui troublent la nutrition et la croissance de l'enfant et de l'adolescent, provoquant de l'anémie, de la faiblesse générale, des malformations, etc. Assurément les maladies des parents exercent une influence considérable sur l'état général de l'enfant : mais on comprend bien que les localisations morbides de l'hérédité, auront, pendant la période de croissance, d'autant plus de chances de s'améliorer et de guérir par le traitement approprié, qu'elles ne seront plus sous l'atteinte intermittente des *poisons microbiens* venus du cavum et des poisons *toxi-alimentaires*, produits par un foie déficient.

Cette nouvelle doctrine médicale, que je m'efforce de diffuser depuis plusieurs années, repose sur une base saine et solide : elle est logique, elle est corroborée chaque jour par l'expérience, elle est déjà acceptée par de nombreux médecins. Aussi, je suis étonné que les autorités médicales ne la prennent pas en considération, et négligent d'en faire une étude approfondie, avec expérimentation d'une thérapeutique basée sur ces conceptions ; ce faisant, elles apporteraient au public médical le résultat de leurs conclusions, favorables ou défavorables.

Cette thérapeutique peut se résumer ainsi :

— Modifier la muqueuse du cavum qui est malade, et la rendre plus résistante, par des *écouvillonnages*.

— Hygiène journalière des narines par des vaporisations ou des inhalations.

— Combattre l'infection par un vaccin polyvalent (en général, en ingestion).

— Nettoyer le foie par les cholagogues et les laxatifs, et suivre un régime hypoazoté et hypochloruré assez prolongé.

— Boire abondamment des liquides neutres, des liquides sucrés pour faciliter l'élimination des poisons.

— Faire de la réflexothérapie par excitation de la muqueuse nasale, pour rétablir le fonctionnement des centres sympathiques déréglés ou paresseux.

Depuis plusieurs années, je soigne mes malades d'après cette nouvelle thérapeutique, soit pour les maladies aiguës, soit pour les maladies chroniques, et je suis obligé de reconnaître que les résultats sont bien supérieurs à ceux obtenus par les traitements, qui nous ont été enseignés. Aussi, je dis aux praticiens : « Songez à la cavumite, qui dérègle le sympathique et trouble le fonctionnement du foie : traitez le cavum, désintoxiquez l'organisme, et vous serez surpris des améliorations et des guérisons que vous obtiendrez chez vos malades.

Je répète ce que j'ai écrit en 1927 dans un article publié par le *Concours médical* : *Totus homo in cavo*, toute la santé de l'homme est conditionnée par l'état de son cavum. *Songez toujours à la cavumite.*

(1) Imprimerie Mathieu, Nice.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES COLIBACILLOSES URINAIRES

Par le Docteur H. Gaehlinger.

Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Il n'est pas dans notre pensée d'étudier toute la thérapeutique des colibacilloses urinaires dans le cadre forcément étroit de cet article. Nous avons simplement l'intention de préciser quelques points particuliers, trop souvent oubliés et qui nous ont paru plus spécialement importants dans notre pratique personnelle.

Le pronostic et l'évolution de la colibacillose urinaire sont très variables d'un malade à l'autre. et l'on peut dire que, là encore, il n'est pas deux malades qui se ressemblent. Il est admis à l'heure actuelle que l'essaimage microbien, origine de l'infection urinaire, est presque toujours d'origine intestinale. Les microbes, provenant du côlon, passent dans la circulation, sont éliminés par le rein, s'y multiplient, ou non, suivant qu'ils rencontrent, ou non, des conditions favorables.

En présence d'un malade atteint de colibacillose urinaire, nous aurons donc à le considérer sous deux angles différents, l'angle intestinal et l'angle urinaire, à envisager sommairement les conditions, qui provoquent l'infection intestinale, et à résumer les causes de fixation de l'infection rénale ou vésicale.

Nous insisterons plus particulièrement sur l'aspect intestinal du syndrome entéro-rénal, qui nous est plus familier.

***

Un premier point doit être précisé. Pour que l'intestin laisse passer des colibacilles dans la circulation, il faut une perte de substance, si minime soit-elle; il faut une lésion. Le colibacille ne traverse pas la muqueuse saine et la bacillémie de la période digestive, considérée autrefois comme physiologique, ne peut se comprendre que s'il existe une altération de la muqueuse. Le fait est bien prouvé actuellement, et il ne semble pas qu'il y ait intérêt à renouveler cette démonstration.

La perte de substance peut être fugace et l'infestation sanguine peut être passagère. Les colibacilles charriés par le sang sont éliminés par le rein et donnent à son niveau une poussée congestive plus ou moins violente, mais de peu de durée. Il est facile de comprendre que le tableau clinique pourra être impressionnant, mais que tout pourra rentrer très rapidement dans l'ordre, sous l'influence de n'importe quelle thérapeutique et même souvent sans aucune intervention médicale,

D'autres fois, la brèche intestinale durera quelques jours, puis finira par se cicatriser d'elle-même. L'irritation rénale, d'abord massive, continuera pendant plusieurs jours; l'altération urinaire sera plus marquée. Mais, dès que la bacillémie d'origine intestinale sera terminée, le processus urinaire ne sera plus réensemencé et tendra de lui-même à la guérison, pourvu qu'il n'existe pas au niveau du rein, du bassinet ou de l'uretère, de lésion anatomique entretenant la suppuration. Comme ces cas ont une allure clinique aiguë, s'accompagnent de fièvre, de signes généraux importants, d'altération marquée des urines, toute thérapeutique efficace sera considérée sous un angle particulièrement favorable. C'est dans ces cas aigus, mais de peu de durée, que le médecin peut faire figure de sauveur et que la médication employée peut être surestimée. Qu'il s'agisse de bactériophage, de sérum, de vaccin sous-cutané ou de vaccin buccal, ces cas aigus, mais non compliqués, donnent le maximum de succès, et il nous est arrivé à diverses reprises d'obtenir des guérisons sensationnelles, ou qualifiées telles, dans de semblables circonstances.

Malheureusement, le tableau change et pour le médecin et pour le client, lorsque l'infection intestinale est chronique, lorsqu'à travers la muqueuse colitique passent, à intervalles plus ou moins éloignés, des microbes tantôt très virulents, tantôt moins offensifs.

L'allure clinique est faite d'améliorations et d'aggravations successives de guérisons apparentes et de rechutes, de périodes d'espoir et de détresse. Toutes les médications, qui avaient été efficaces dans les cas aigus, sont essayées les unes après les autres. On passe du bactériophage au sérum, du sérum au vaccin. Parfois une guérison survient, tantôt ce n'est qu'une amélioration, souvent aussi c'est un insuccès. On en arrive alors à la conviction, que dans le syndrome entéro-rénal chronique, il n'y a aucune médication véritablement effective, que les publications de tel auteur, qui a vanté telle ou telle méthode, sont trop optimistes, qu'elles n'ont fait état que des succès, alors que la publication simultanée des échecs eût évité bien des déceptions.

Nous avons l'impression que ces insuccès seraient beaucoup moins nombreux, si l'on voulait bien envisager le problème de l'infection intestinale chronique dans toute sa complexité.

C'est une puérilité de dire que l'infection intestinale est provoquée par le colibacille et que la thérapeutique devra consister à lutter contre ce colibacille intestinal par un vaccin, un sérum ou un bactériophage. Il ne faut pas oublier que le colibacille est un hôte normal, nécessaire de l'intestin, et que toute médication qui le supprimerait totalement serait désastreuse. Supposons un instant un bactériophage colibacillaire actif contre toutes les variétés de ce microbe. Ce serait une faute de l'employer puisque l'on obtiendrait ainsi un déséquilibre total de la flore intestinale et des accidents beaucoup plus graves que ceux que l'on désirait traiter.

Voici un malade atteint d'infection intestinale, de colite chronique, de lésions de la muqueuse, grâce auxquelles les colibacilles peuvent passer dans la circulation. Ces plaies infectées de la muqueuse intestinale, allons-nous pouvoir les soigner comme le chirurgien soigne une plaie infectée de l'avant-bras par exemple ? C'est extrêmement séduisant ; mais les conditions sont totalement différentes. La peau est une surface régulière, que l'on peut nettoyer complètement sous le contrôle du regard, sur laquelle on peut appliquer des vaccins ou des antiseptiques en un point déterminé et en quantité fixée, que l'on peut protéger contre les réinfections ultérieures par un pansement protecteur. Au contraire, la muqueuse intestinale, éloignée de tout contrôle des sens, est plissée à l'infini, couverte de villosités qui en décuplent la surface apparente, normalement et physiologiquement riche en microbes variés et innombrables, soumise à des réinfections continuelles d'origine exogène (alimentaire) et d'origine endogène. Quand on veut pratiquer une désinfection ou une vaccination par voie buccale, le produit est ingéré, soumis à des modifications digestives, brassé et mélangé avec les aliments de sorte que l'on ignore quelle est la quantité qui agit et l'endroit où elle agit. Cette plaie infectée, qui logiquement devrait pouvoir être mise au repos pour permettre la cicatrisation est soumise aux mouvements continuels d'un péristaltisme parfois violent, aux contractures du spasme lésionnel, aux frottements des résidus alimentaires grossiers plus ou moins digérés, aux irritations des parasites intestinaux.

Dans ces conditions, la cicatrisation est parfois bien difficile et l'on comprend que le traitement ne peut consister dans un vague vaccin ou quelque antiseptique plus ou moins efficace et dans un régime omnibus, en admettant même que l'on ne fasse pas la faute d'agrandir les lésions, que l'on s'était promis de cicatriser en passant continuellement la brosse à chiendent d'un laxatif drastique ou cathartique.

C'est souvent besogne difficile, mais non impossible dans tous les cas, et c'est une exagération de pessimisme de déclarer aux clients, comme c'est trop souvent le cas, que l'on ne se « guérit jamais complètement du colibacille. »

Ce n'est que par une observation attentive et prolongée du malade, et surtout par un examen absolument complet, que l'on pourra déterminer la localisation de l'infection intestinale ses causes, les raisons de récidives ou de réinfection, et, consécutivement qu'il sera possible d'établir une thérapeutique appropriée à chaque cas particulier.

***

Supposons la lésion intestinale constituée. C'est le plus souvent une lésion colitique droite, quelquefois une lésion gauche. Elle s'accompagne généralement de constipation, celle-ci pouvant alterner avec la diarrhée. Il faut donc cicatriser et en même temps évacuer l'intestin. Cette deuxième indication ne doit jamais nous faire oublier la première, ce que l'on a un peu trop tendance à faire. Seule la douceur sera permise et l'on s'apercevra rapidement que la détente du spasme, la thérapeutique pansement est beaucoup plus efficace que tous les coups de balai, plus ou moins brutaux, qui donnent parfois un soulagement passager suivi d'une nouvelle irritation. Mais, pour savoir comment diriger la thérapeutique, allons-nous nous borner aux seules ressources du palper et de l'interrogatoire ? Evidemment non, et les renseignements que nous obtenons par la seule clinique sont bien insuffisants. L'examen radiologique donne de très utiles directives, en nous permettant de préciser les zones stasiques, en nous montrant les régions spasmées, la configuration de l'intestin, les ptoses, les adhérences, etc., et, dans la pratique courante, il faut y avoir recours de façon assez systématique. Mais son intérêt est de beaucoup surpassé par les renseignements, que donne toujours un examen coprologique bien fait.

L'examen coprologique bien fait, et surtout bien interprété, nous fournit en effet toute une série de précisions extrêmement importantes qui, seules, peuvent nous permettre de diriger le traitement. Il est impossible de soigner un colibacillurique sans un examen de selles préalable, et cet examen doit être répété à intervalles assez rapprochés, pour se rendre compte des modifications du milieu intestinal.

Il nous renseigne tout d'abord sur la présence toujours possible de parasites intestinaux, qu'il s'agisse de vers ou de protozoaires. Les parasites peuvent être considérés les uns comme une cause de perpétuation de la colite, les autres comme agents directs de la lésion de la muqueuse intestinale, permettant à ce niveau le passage des colibacilles. Si l'on réfléchit que

l'ascaris broute la muqueuse, que le tricocéphale crée des tunnels septiques sous cette dernière, que les amibes donnent des suppurations locales, etc., on se rend compte que ces petites lésions, sans cesse renouvelées et entretenues, pourrront permettre un jour ou l'autre l'émigration colibacillaire. Certains auteurs, et tout particulièrement Léo, ont publié des observations de colibacilloses urinaires, qui ont disparu, très rapidement, après un traitement parasiticide. Pour notre part, nous avons observé plusieurs fois des malades traînant leur infection urinaire jusqu'au jour où une médication antiparasitaire les débarrassait de leurs ascaris, de leurs tricocéphales. de leurs amibes, etc...

Mais, nous dira-t-on, il est des cas nombreux pour lesquels l'expulsion des parasites ne met pas fin à l'émigration colibacillaire. Certainement, et il est facile de comprendre que lorsque les parasites ont créé des lésions colitiques, la guérison de celles-ci ne suit pas obligatoirement la disparition de l'élément causal primitif. Tout dépend du terrain sur lequel s'est fixé le parasitisme, de sa durée et de mille autres inconnues.

De même que l'ablation d'un corps étranger intra-osseux n'est pas toujours suivie de la disparition des accidents ostéo-périostiques, de même la suppression des hôtes de l'intestin ne suffit pas toujours à faire cicatriser les lésions, qu'ils ont créées dans le milieu infiniment septique que constitue l'intestin. Mais, une fois les parasites disparus, la thérapeutique anticolitique sera possible, tandis qu'auparavant elle était mathématiquement inefficace.

En dehors de l'infestation parasitaire, qui doit toujours être minutieusement recherchée, l'examen coprologique sera encore infiniment précieux. Il nous renseignera sur les diverses insuffisances digestives et à ce titre guidera le régime, permettra d'ordonner les diverses opothérapies substitutives. Mais il nous dira surtout quel est le siège de la colite, quelle est son intensité et surtout quelle est la tendance de son développement microbien.

Là encore, il nous est impossible de tracer autre chose que de grandes lignes, en insistant çà et là sur quelques points particuliers. Nous vivons un peu trop avec la pensée que tous les processus infectieux de l'intestin stasique sont obligatoirement tournés vers l'ammoniaque et toute notre tendance, lorsque nous avons affaire à des colitiques, est trop facilement de lutter contre des putréfactions, dont nous supposons l'existence, quoique rien ne nous permette de l'affirmer. De là, une habitude de recommander un régime végétarien plus ou moins excessif, mais basé sur de simples présomptions. Lorsque nous avons supprimé, chez nos malades, la viande, les œufs, le lait, les légumes secs et que nous les avons remplacés par une profusion de légumes verts, nous croyons avoir fait tout notre devoir, et nous sommes tout étonnés que notre malade n'aille pas mieux n'évacue pas son intestin et même quelquefois aille beaucoup plus mal. Sur quels faits précis nous sommes-nous basés pour instaurer un régime aussi étroit ? Est-ce sur la constipation ? Ce n'est pas toujours logique ; et il est très facile de comprendre qu'il n'est peut-être pas désirable pour un intestin qui se vide mal, de lui donner beaucoup plus de résidus à expulser, sous prétexte qu'il n'arrivait pas à s'acquitter de sa tâche antérieure. La rééducation d'un intestin, quel qu'il soit, et *a fortiori* d'un intestin malade, n'a jamais consisté, à notre point de vue du moins, à doubler ou à tripler un ouvrage qu'il n'arrivait pas à faire. Et d'ailleurs ces celluloses, que vont-elles devenir ? Seront-elles digérées tout au moins partiellement, ou, au contraire, n'entendrons-nous pas notre malade nous dire qu'il retrouve en nature dans ses selles les légumes verts absorbés les jours précédents.

Et enfin, comme nous le verrons plus loin, il n'est pas très intéressant au point de vue urinaire de donner des aliments alcalinisants, qui transformeront l'urine en un merveilleux milieu de culture.

Il faut donc demander au laboratoire comment le malade digère ses celluloses avant d'en donner une plus grande quantité, le parti qu'il tire de ses amidons intra et extra-cellulaires, avant de le gaver de pâtes et de pommes de terre.

Mais surtout, le laboratoire nous dira si les selles sont alcalines ou acides, si l'acidité organique et l'ammoniaque sont normaux. C'est peut-être là la notion la plus importante que puisse nous donner l'examen coprologique et c'est précisément celle que l'on oublie trop souvent de demander.

C'est que cette notion précise est parfois très difficile à interpréter, et il nous est particulièrement agréable de renvoyer le lecteur aux très beaux travaux de Goiffon, qui, dans ces dernières années, ont éclairé d'un jour nouveau la symptomatologie coprologique des colites. Sans entrer dans des disgressions très longues, nous pouvons dire qu'une selle à réaction acide avec augmentation du taux des acides organiques est une selle de fermentation et nécessite un régime riche en azote, pauvre en amidons et surtout en celluloses. L'intestin normal est en équilibre, lorsque les fermentations sont contrebalancées par les putréfactions. Lorsque les putréfactions l'emportent, c'est la colite alcaline, la colite de putréfaction à laquelle on pense trop exclusivemnt. Mais l'équilibre peut être rompu en sens inverse, lorsque les fermentations sont prédominantes, lorsque les acides orga-

niques sont trop abondants. Le régime doit être opposé à celui des colites par putréfaction et les légumes verts, les fruits, les amidons en trop grande quantité, les ferments lactiques doivent être supprimés. Mais nous dira-t-on, les colites se traduisent toujours par la diarrhée des hydrates de carbone. Théoriquement oui; pratiquement non. En effet, l'excès d'acidité développé au niveau du cœcum produit naturellement une réaction motrice, qui pourra être, soit l'évacuation, soit le spasme.

Il est donc possible que des matières hyperacides séjournent au niveau de l'intestin, donnant des douleurs, et surtout ces gaz si pénibles, l'évacuation étant retardée par le spasme et aussi par le processus si fréquent de dyschésie rectale.

Lorsque ces matières acides séjournent au niveau de l'intestin irrité, que se passe-t-il ? L'intestin sécrète du mucus alcalin pour se protéger contre cette acidité forte; ce mucus devient la proie des microbes de putréfaction dans la dernière partie de l'intestin, d'où production secondaire d'alcalins. On pourra donc finalement se trouver en présence de selles alcalines ou amphotères, dans lesquelles le taux des acides organiques sera très élevé, mais aussi le taux de l'ammoniaque.

Si la stagnation est encore plus prolongée, les acides organiques formés au niveau du cæcum pourront être résorbés dans de larges proportions, de telle sorte que l'on ne trouvera qu'une selle hyperalcaline avec taux d'ammoniaque très élevé, le taux d'acide étant seulement légèrement supérieur à la normale.

Il existe donc parfois des faits d'interprétation très délicate, mais néanmoins très importants à connaître, pour savoir comment réagit l'intestin. Ce n'est souvent que par des examens répétés, que l'on pourra avoir une notion exacte de l'intrication des processus intestinaux.

Il est enfin important de demander à l'examen des selles de nous renseigner sur le microbisme intestinal, cette notion pouvant avoir une importance extrême pour l'administration éventuelle d'un vaccin.

En effet, comme nous l'avons déjà dit au début de cet article, on a trop souvent tendance à considérer le colibacille comme la cause dominante et essentielle de tous les troubles. Il nous faut à ce sujet rappeler, une fois de plus, que le colibacille est un hôte normal, obligatoire de l'intestin, que son absence est probablement plus dangereuse que sa présence. Dès lors, allons-nous soutenir le paradoxe que le colibacille n'est pas l'agent de la colibacillose ? C'est là un peu outrepasser notre pensée, quoique nous soyons d'avis que l'on s'est trop occupé du colibacille, sans faire attention aux circonstances, qui ont provoqué son exaltation de virulence. On peut dire que le colibacille donne l'impression d'un gendarme qui, quelquefois, fait de l'excès de zèle.

En effet, il est démontré par les travaux de Sanarelli, que, dans l'infection typhique expérimentale, le colibacille intestinal se multiplie prodigieusement, exalte sa virulence et tend à envahir l'organisme. Cette multiplication est telle qu'il devient très rapidement le représentant presque unique de la flore bactérienne de l'appareil digestif. Ce même phénomène de l'exaltation du colibacille se retrouve tout aussi bien dans le choléra expérimental. Dans le charbon, le colibacille, toujours présent dans les conditions anormales de l'intestin, l'emporte immédiatement sur le développement des spores charbonneuses. Là où vit le colibacille, les spores charbonneuses sont absolument incapables de germer et de proliférer. On peut donc admettre que, lorsqu'une infection intestinale se produit pour une raison quelconque, il se fait une pullulation des colibacilles, qui s'exaltent en virulence pour rester, autant que possible, les seuls représentants de la flore intestinale. C'est là un phénomène banal, lié d'une part à une modification de l'état d'allergie, et aussi à la modification du milieu entéritique. L'arrivée de staphylocoques virulents, de streptocoques, de proteus, de perfringens, etc.., se traduira par des lésions locales inflammatoires, mais aussi par une augmentation de nombre et de virulence des colibacilles. Il se produit, à la faveur des lésions, une tendance des colibacilles à envahir l'organisme, mais la cause initiale a été la lésion créée par les microbes d'invasion.

L'infection chronique est due à l'exaltation chronique de la virulence du colibacille, par suite, de l'intervention répétée d'un autre microbe infectieux. Dans ces conditions, tant que persistera ce microbe infectant, aussi longtemps persisteront les motifs d'exaltation colibacillaire. Si l'infection secondaire cesse, soit spontanément, soit médicalement, le colibacille pourra être facilement ramené à la normale par un moyen thérapeutique dirigé contre lui, vaccin, sérum ou bactériophage.

Cette conception, basée sur des faits expérimentaux bien démontrés par Sanarelli, trouve sa confirmation dans les faits cliniques.

On peut considérer que, dans la pratique courante, ces microbes d'infection secondaire de l'intestin, en dehors des causes alimentaires, viennent de foyers d'infection plus ou moins éloignés du tube digestif. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de soigner un infecté colibacillaire, chez qui les traitements restèrent inefficaces, jusqu'au jour où il nous fit remarquer que son infection intestinale coïncidait chaque fois avec une poussée de furonculose. L'association au vaccin colibacillaire de sta-

phylocoques provenant des furoncles nous permit d'obtenir un résultat rapide. Chez un autre malade, toute thérapeutique échoua jusqu'au jour où la suppression du foyer infectieux amygdalien mit fin à la réinfection intestinale.

L'examen bactériologique des selles permet quelquefois de mettre en évidence les microbes d'infestation, qui ont stimulé le colibacille, et à ce titre, leur découverte peut rendre des services signalés.

En conclusion, l'examen coprologique donnera des renseignements précieux, mettra souvent sur la voie de la cause de l'infection, et, à ce titre, doit avoir la première place dans l'institution de la thérapeutique des éléments colibacillaires.

En possession des résultats qu'il procure, nous pourrons soigner la colite, supprimer le parasitisme, donner le régime qui s'opposera suivant les cas aux fermentations ou aux putréfactions, administrer parfois des vaccins destinés à lutter contre l'infection intestinale, et enfin nous pourrons faciliter l'exonération intestinale. Toutes ces indications ne devront pas faire oublier la nécessité d'obtenir la cicatrisation des lésions colitiques, par un régime finement divisé, ne contenant pas de résidus grossiers, par la suppression systématique de tous les laxatifs, par la détente du spasme, et aussi par l'adjonction des pansements intestinaux associés à la vaccination par voie buccale.

Cette indication de la cicatrisation sera d'ailleurs facilement remplie par les eaux de Châtel-Guyon, dont les actions cholagogues et cicatrisantes trouveront ici un utile emploi.

***

Cependant, dans bien des cas, cette thérapeutique intestinale restera encore bien incomplète, puisqu'elle ne vise pas à supprimer les causes de réinfection de l'intestin. Comme l'a très bien démontré Desgeorges, la vésicule participe toujours à l'infection colibacillaire, et il est, par conséquent, indispensable de la drainer par l'usage de cholagogues et de cholérétiques. Cependant la pratique nous a montré qu'il ne faut pas employer dans ce but les extraits biliaires pigmentés, qui sont mal supportés et se montrent fréquemment irritants et pour l'intestin et pour la vésicule. Là encore, l'action cholagogue de Châtel-Guyon trouve d'excellentes indications.

Il arrive parfois que l'appendice chroniquement enflammé constitue suivant l'expression imagée d'Okinczyc une « mère bactérienne », et réinfecte sans cesse l'intestin. C'est dans ces cas que l'appendicectomie peut donner des résultats intéressants, à condition toutefois que l'acte opératoire ne soit qu'une étape intermédiaire d'un traitement médical longuement et laborieusement poursuivi.

Enfin, il est une cause importante de réinfection du tube digestif, à laquelle nous avons fait allusion précédemment et dont l'importance se révèle chaque jour croissante, c'est l'existence de foyers d'infection plus ou moins éloignés de l'intestin. Nous mentionnerons brièvement les furonculoses et toutes les suppurations. Nous avons eu l'occasion de soigner un malade, qui avait fait une colite hémorragique à streptocoques hémolytiques, consécutive à une plaie infectée du crâne par ce streptocoque.

Au niveau de la région bucco-pharyngée, nous trouvons fréquemment des causes d'infection de l'intestin, dans les pharyngites, les amygdalites, les sinusites, les suppurations dentaires. Cette notion ne doit jamais être perdue de vue, et il nous est arrivé à diverses reprises d'obtenir un résultat heureux par une amygdalectomie, par la suppression d'un foyer infectieux dentaire. Nous avons toujours remarqué que les malades atteints de sinusite chronique ne nous procuraient bien souvent que des insuccès et des déboires, et qu'il nous était le plus souvent impossible d'arriver à un résultat entièrement satisfaisant.

Toutes ces remarques montrent combien le traitement intestinal de l'infection colibacillaire est sujet à difficultés, et même à embûches. Nous pouvons ainsi comprendre pourquoi telle médication, tel régime, efficaces dans un cas, seront absolument sans action dans un autre, et ainsi s'éclairent les contradictions apparentes entre les résultats successivement obtenus.

***

Lorsque les colibacilles d'origine intestinale ont quitté l'intestin et que, passés dans la circulation, ils sont éliminés par les reins, deux alternatives peuvent se présenter : ou le milieu n'est pas favorable à leur pullulation, ou, au contraire, ils trouvent des conditions optima. C'est là un fait extrêmement important, et l'on ne pense toujours pas assez qu'étant donné la fréquence des lésions muqueuses intestinales, les passages des colibacilles par la circulation sont très fréquents et souvent de constatation banale.

Pour expliquer la multiplication des colibacilles, il faut l'intervention de l'une des deux grandes causes favorisantes ou parfois les deux réunies, l'alcalinité urinaire et la stagnation urinaire.

A. *Alcalinité urinaire.* Chaque microbe a besoin pour vivre d'un milieu déterminé. Le colibacille préfère les milieux faiblement acides ou même alcalins et se trouve ainsi dans des conditions favorables. Ce sont là les faits habituels et on peut dire qu'en pratique, dans une urine franchement acide, il n'y a pas de développement du microbe. C'est pourquoi tous les auteurs,

qui se sont préoccupés de cette question complexe de l'infection urinaire d'origine digestive, ont montré l'intérêt des médications acidifiantes, agisssant tant par elles-mêmes que pour favoriser l'action des antiseptiques urinaires. C'est aussi pour cette raison que les régimes dits alcalinisants, trop riches en fruits et en légumes verts, sont désastreux chez ces malades.

Goiffon a montré, dans divers travaux expérimentaux et cliniques, que les alcalins et en particulier le bicarbonate de soude favorisent les poussées colibacillaires urinaires. Tout dernièrement David a publié à la Société de Médecine de Paris des observations d'aggravations importantes de colibacilloses anciennes à la suite de cures alcalines. Nous-même, en collaboration avec Bécart, avons publié à la Société de Thérapeutique en 1928, les résultats heureux obtenus par l'acidification urinaire procurée par le chlorure d'ammonium.

Il est possible de nous objecter que l'on peut rencontrer des colibacilles très virulents dans des urines acides et que, dans ces conditions, on a pu observer des résultats heureux par l'alcalinisation intensive. Il s'agit alors le plus souvent d'infections urinaires anciennes dans lesquelles le colibacille s'est adapté au milieu primitivement non favorable et a acquis la propriété de se développer dans des conditions inhabituelles. Cette adaptation au milieu est d'ailleurs un phénomène extrêmement banal, et on a pu cultiver des staphylocoques, notamment dans des solutions antiseptiques. Lorsque l'on se trouve dans de semblables circonstances, il est intéressant de faire suivre des périodes de trois jours d'acidification intensive, tant alimentaire que médicamenteuse, de périodes de trois jours d'alcalinisation forte, et ainsi de suite, et l'on pourra ainsi obtenir des résultats très favorables.

Cette thérapeutique urinaire doit cependant être combinée pour ne pas irriter l'intestin et ne pas faire réapparaître les lésions que l'on était en train de cicatriser.

B) *Stase urinaire.* La stagnation des urines, soit dans le rein, soit dans l'uretère ou la vessie (résidu vésical) est une cause importante de multiplication des colibacilles. En commençant par les faits les plus habituels, rappelons que chez les colibacillaires, l'urine est surtout riche en microbes le matin au réveil, lorsque la vessie n'a pas été vidée pendant 7 à 8 heures.

Nous connaissons encore la fréquence *actuelle* des symptômes colibacilluriques chez la femme enceinte, et surtout d'ailleurs dans la classe aisée. Cette fréquence peut s'expliquer par la compression urétérale, lorsque l'utérus a acquis un certain développement. Cette explication ne vaut généralement pas pour les colibacilloses du début de la grossesse, et il faut incriminer, outre la constipation irritée par l'abus des laxatifs et des lavements, les excès des régimes à prédominance végétarienne et l'exagération du repos, qui sont deux remarquables facteurs d'alcalinité.

Mentionnons encore comme cause de stagnation, les strictures, les déformations et les coudures de l'uretère, les malformations du bassinet et plus particulièrement la lithiase urinaire latente dont récemment Lepoutre a montré l'importance.

Ces modifications ne pourront être décelées que par la radiographie, la pyélographie, les explorations urinaires qui, associées à l'examen chimique et bactériologique des urines, permettront de faire le point, de savoir pourquoi l'infection d'origine intestinale a pu se fixer sur l'arbre urinaire et déterminer ainsi la thérapeutique à adopter.

***

Conclusions. Tant que l'on voudra envisager le problème de l'infection urinaire d'origine intestinale à un point de vue, soit intestinal, soit urinaire, on risque fort de n'obtenir que des succès épisodiques.

Au point de vue intestinal, seul l'examen complet de l'appareil digestif permettra de se faire une opinion et d'instituer une thérapeutique. A l'examen clinique minutieux, il faut ajouter les renseignements donnés par l'examen radiologique, mais aussi et surtout par l'examen coprologique complet et bien fait. Il est essentiel de rechercher systématiquement les foyers d'infection qui peuvent être une cause de réinfestation colitique.

Au point de vue urinaire, outre l'examen bactériologique, il faut rechercher et vérifier de temps à autre la réaction soit alcaline, soit acide des urines, faire pratiquer un examen radiographique, et même parfois une pyélographie pour connaître l'état du tractus urinaire et les conditions, qui ont permis le développpement de l'infection d'origine digestive.

En obéissant à cette ligne de conduite, il sera possible d'arriver à des résultats heureux dans des cas, qui avaient jusqu'alors été considérés comme défavorables, mais il ne faut pas oublier que, bien souvent, le traitement sera long, parfois difficile, nécessitant même de nouveaux examens et de nouvelles mises au point.

Le problème de la colibacillose urinaire ne peut être solutionné que par la collaboration étroite du gastro-entérologue, de l'urologiste, du radiologue et du laboratoire.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

Quel est le meilleur traitement à appliquer à chaque variété d'adénite cervicale tuberculeuse chez l'enfant ?

D'après G. BOULANGER-PILET (1).

Il ne s'agit ici que des adénites cervicales « pures », c'est-à-dire sans lésions pulmonaires tuberculeuses coexistantes.

Remarques préliminaires.

Le traitement de cette affection est, dans l'ensemble, toujours très long ; il demande ordinairement plusieurs mois pour donner une guérison ou une amélioration. Seule, l'intervention chirurgicale permet quelquefois d'obtenir rapidement un résultat favorable, mais ses indications sont assez limitées.

Ensuite, certaines variétés d'adénites réagissent beaucoup plus vite que d'autres au traitement. D'une manière générale, celui-ci agit mieux sur les formes jeunes évolutives ; la périadénite se réduit beaucoup plus facilement que l'adénite elle-même. Par contre, la micro-polyadénopathie, véritable cicatrice ganglionnaire est très rebelle.

Enfin, dans *toutes* les variétés, il y a intérêt à mettre en œuvre le traitement général ; celui-ci peut à lui seul amener la guérison ou l'amélioration dans les petites adénites non suppurées. L'adénite n'est, en effet, pas une tuberculose locale, mais bien la localisation d'une infection générale.

On n'omettra pas, en outre, de traiter les infections aiguës ou chroniques du cuir chevelu, de la face, du cou (impétigo, folliculites), qui entretiennent des adénites cervicales et les rendent plus sensibles à la tuberculisation.

De même, on soignera les lésions dentaires, et les affections chroniques du rhino-pharynx.

Enfin, on se rappellera que, dans certains cas de scrofules, une part importante appartient à la syphilis, qu'il faudra traiter par un médicament approprié à chaque cas.

Traitement général

Climat. — Faut-il envoyer les enfants à la mer ou à la montagne ?

Le climat marin semble être le climat de choix ; le climat d'altitude ne donne des résultats que si on pratique en même temps l'héliothérapie.

Le climat marin a pour lui la constance de la température, la luminosité égale à celle de la montagne, la richesse en oxygène, en chlorure de sodium, en iode. Si l'on y ajoute l'héliothérapie, les résultats sont encore plus remarquables.

Cependant l'intensité des vents, variable avec chaque station, amène quelques réflexions. Ainsi, les climats marins du Nord et de la Manche sont les plus actifs. Berck-Plage, à climat tempéré et à grand vent, utilisable l'hiver comme l'été, constitue la station-type pour le traitement des ganglionnaires. Mais chez les enfants, ou très jeunes, ou fébriles, ou nerveux, supportant mal ces climats un peu rudes, on conseille les stations de l'Océan ou de la Méditerranée, de manière définitive temporaire, ou alternée, l'alternance saisonnière (Manche-Océan-Riviera) permettant de bénéficier au maximum de l'héliothérapie.

Medicaments. — L'*iode* est le plus remarquable, grâce à son influence élective sur le tissu lymphoïde, et grâce à son action sur la nutrition. Quand il n'y a pas de lésions pulmonaires concomitantes, c'est le véritable médicament de fond du ganglionnaire. Depuis quelque temps, au sirop iodo-tannique on préfère la *teinture d'iode au dixième.* On débute par des doses faibles, XX à XXX gouttes par jour, réparties en trois prises ; on augmente quotidiennement chaque prise de I à III gouttes jusqu'à un maximum ; puis on interrompt. On donnera ainsi LX, LXXX, C gouttes et davantage par jour ; des enfants de 10 à 15 ans ont parfaitement toléré CCL et même CCC gouttes. La durée du traitement et les doses sont subordonnées à l'âge, aux effets constatés, à la tolérance ; il a été possible ainsi de continuer le traitement pendant deux mois, deux mois et demi. Les résultats obtenus par ce procédé sont favorables ; le poids a pu augmenter de plusieurs kilogrammes en quelques semaines.

Cependant, quelques précautions sont à prendre. Afin d'éviter l'iodisme, la teinture d'iode doit être exempte d'iodure ; elle doit être récemment préparée (pas plus de quinze jours), afin de ne pas renfermer d'acide iohydriqque. L'iode, paralysant l'action de la pepsine, doit être donné loin des repas ; cependant, quand on l'administre avant les repas, on donne la teinture dans du lait, la caséine du lait et l'iode réagissant l'un sur l'autre. L'iode, donné à fortes doses, cause parfois des accidents d'intolérance (anorexie principalement), qui se manifesteni surtout chez les enfants atteints d'affections gastro-intestinales,

(1) G. BOULANGER-PILET. — Le traitement des adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant. (*Paris médical*, 25 octobre 1930.)

et provoquent alors des vomissements et de la diarrhée.

D'autres médicaments utiles sont la chaux, l'arsenic, s'il n'y a pas de fièvre notable, et surtout l'huile de foie de morue ou ses succédanés.

Les sels de terres rares, les sels d'or ont fourni quelques résultats intéressants ; mais la question n'est pas encore au point.

Enfin, l'antigène méthylique possède une action spécifique très utile. On l'injecte par voie sous-cutanée, à raison de deux ou trois injections par semaine ; on commence par des doses faibles, en employant une solution au dixième, puis on augmente progressivement pour arriver à l'antigène pur. Chez l'enfant, M. G. Boulanger-Pilet fait en général une première injection de 0 cc. 1, puis il augmente d'un dixième à chaque injection (0,2, 0,3 jusqu'à 0,9 de la dilution au dixième) ; puis il injecte 0,1, 0,2 d'antigène pur pour arriver à la dose maxima de 1 cc. 5 à 2 centimètres cubes, qu'il répète jusqu'à la fin du traitement, qui est poursuivi pendant plusieurs mois. Celui-ci est, en général, remarquablement supporté ; les réactions locales, générales ou locales restent insignifiantes.

L'**héliotherapie** peut être utilisée à la montagne, à la mer, et même en plaine. Mais, pour éviter des réactions parfois vives, sa technique sera bien réglée. L'insolation doit être totale, c'est-à-dire porter sur tout le corps, progressive, en commençant sur les extrémités des membres, en suivant le mode centripète, directe (1). Les premières séances sont extrêmement courtes (cinq minutes environ), répétées 2 à 3 fois par jour. Une fois l'insolation du corps étant devenue complète, on ne dépassera pas 2 ou 3 heures d'exposition par jour, c'est-à-dire qu'on fera des séances d'une heure à peine. L'enfant sera très surveillé pendant la cure ; on se basera surtout sur l'apparition et l'intensité de la pigmentation, la durée d'insolation pouvant être augmentée rapidement si la pigmentation est moyenne, ou bien pouvant être diminuée, ou mieux, supprimée pendant quelques jours si la peau, rougit, mais ne fonce pas, s'il se produit des démangeaisons, une dermite bulleuse ; il en est de même si l'enfant devient nerveux, dort mal, maigrit, s'il a de la fièvre ou de la tachycardie.

Les *cures thermales* indiquées sont les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, de Biarritz, les eaux sulfureuses de Cauterets, les eaux arsenicales de La Bourboule, ou encore celles de Saint-Honoré.

Traitement local.

Adénites non suppurées mono ou poly-ganglionnaires.

La *radiothérapie* est habituellement adoptée ; mais elle nécessite une technique bien réglée, afin de faire absorber des quantités considérables de rayons, sans causer de radiodermite. Son action est surtout manifeste sur les ganglions récents, où abondent les cellules lymphoïdes.

Quand il n'y a pas de périadénite, les ganglions commencent à diminuer de volume après quelques irradiations, et, au bout de deux à cinq mois en moyenne, ils se réduisent à l'état de petites masses dures, qui ne rétrocèdent plus ou ne rétrocèdent que très lentement. Mais ces masses correspondent à des nodules cicatriciels, qui ne sont jamais le point de départ de poussées évolutives nouvelles.

Cependant, si au bout de cinq à six séances, on n'observe aucun changement, mieux vaut attendre l'action du traitement général (qui peut amener une guérison ou une amélioration dans les petites adénites), ou celle de l'antigène méthylique, qui, rapidement, et dans des cas où d'autres thérapeutiques ont échoué, donnerait 72 p. 100 de guérisons, 13 p. 100 d'améliorations et 15 p. 100 d'échecs (à condition d'éliminer les adénites non suppurées anciennes).

On peut aussi conseiller l'ablation chirurgicale, soit d'emblée, soit après échec de la radiothérapie, quelques séances n'ayant pu causer une sclérose périganglionnaire étendue.

L'extirpation fait d'ailleurs gagner du temps, et, à sa suite, la crainte de généralisation n'est pas à redouter, comme on l'a soutenue à un moment donné.

Seulement en cas de très nombreux petits ganglions, on ne pourrait raisonnablement espérer les enlever tous.

Adénites non suppurées avec périadénite.

Elles sont le triomphe de la radiothérapie. Celle-ci amène très rapidement, en quelques jours ou en quelques semaines, la fonte de la périadénite, ne laissant que quelques petits ganglions, qui disparaîtront lentement.

Les rayons ultra-violets, à côté de leur action générale, influençant favorablement les grosses masses ganglionnaires avec périadénite ; ils sont particulièrement indiqués chez les anémiques, les fatigués.

La **micropolyadénopathie**, reliquat cicatriciel, n'est le plus souvent influencée par aucune espèce de traitement.

Adénites suppurées.

Au début, les injections d'antigène méthylique, d'application très simple, la radiothérapie, rendent souvent service. Dans les ganglions en voie de caséification, la radiothérapie a été accusée de provoquer la suppuration ; on observe, il

(1) Voir *Concours médical*, n° 50, 14 décembre 1930.

est vrai, assez souvent, après une irradiation, sur un ganglion suppuré, une augmentation de la tuméfaction, avec amincissement de la peau ; en pareil cas, il faut ponctionner avant de poursuivre la radiothérapie, qui donne de bons résultats.

Mais quand l'abcès menace la peau, la ponction est formellement indiquée, ponction simple, non suivie d'injection de liquides modificateurs.

La ponction est faite avec un petit trocart, ou une très groses aiguille, assez longue, à mandrin. On perfore obliquement la peau, à un travers de doigt en dehors du ganglion ou de la zone de peau lésée, pour éviter la fistule secondaire ; on aspire à la seringue ; on exprime doucement ; on peut terminer par un lavage de la cavité avec de l'eau distillée, que l'on retire immédiatement.

Il sera possible aussi de pratiquer le drainage filiforme, qui sera laissé un minimum de temps et suivi, comme dans le cas précédent, de la radiothérapie.

Les adénites suppurées multiples relèvent du même traitement ; mais, malgré celui-ci, communément, il se produit une fistule.

Adénites fistuleuses mono-ganglionnaires.

On ne peut guère empêcher la production d'une cicatrice importante ; cependant les pansements soignés, l'expression douce, les injections d'antigène méthylique, hâtent souvent la guérison.

L'héliothérapie a une action assez favorable, et offre l'avantage de laisser une peau de coloration normale sans cicatrice chéloïdienne.

La radiothérapie donne des résultats variables ; mais, assez souvent, l'écoulement se tarit et l'on obtient une cicatrice relativement bon d'aspect.

Il faut savoir que les rayons provoquent parfois une augmentation de l'écoulement, mais que tout rentre dans l'ordre progressivement.

Dans quelques cas, quand la suppuration commence à diminuer, on peut gagner du temps en curettant le ganglion par le trajet fistuleux, ou même en pratiquant l'ablation du ganglion par incision périganglionnare, suivie de suture ; ce dernier procédé est à conseiller, lorsque la peau est largement infiltrée ; la cicatrice après exérèse est infiniment plus belle que la cicatrice spontanée.

Adénites fistulées multiples.

Quand ces lésions, coexistent avec des ganglions, simplement hypertrophiés ou suppurés mais non ouverts, le traitement est habituellement décevant.

On peut essayer l'antigène méthylique, la radiothérapie ; mais souvent on est conduit, par nécessité, à pratiquer l'extirpation par une véritable dissection du cou. L'intervention est délicate ; elle laisse toujours une cicatrice longtemps chéloïdienne et toujours visible ; mais ces résultats médiocres sont encore supérieurs à ceux obtenus par d'autres thérapeutiques, qui sont plus longues et permettent souvent le développement d'infections secondaires, avec altération grave de l'état général.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les fausses méningites tuberculeuses.

Les fausses méningites tuberculeuses sont encore appelées méningites lymphocytaires aiguës bénignes. Le Prof. Monnier cherche à établir comment on peut les distinguer des vraies méningites tuberculeuses. Tout d'abord, l'aspect du malade atteint de méningite lymphocytaire aiguë est assez spécial ; sa physionomie n'a ni l'hostilité, ni l'air hargneux que présente le méningitique tuberculeux vrai. En second lieu, on note chez lui l'absence de strabisme, de photophobie ; ensuite, c'est, chez lui, la disparition nette et définitive de tous les symptômes après la ponction lombaire ; enfin, le nombre très élevé de lymphocytes, constaté dans les états méningés curables, n'est pas habituel dans la méningite tuberculeuse (il y aurait jusqu'à 6 ou 700 éléments).

Evidemment ces constatations n'ont rien d'absolu, et n'équivalent pas au seul diagnostic de certitude, qui est l'absence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, à l'examen direct du culot de centrifugation, car l'inoculation au cobaye n'est pas pratique au lit du malade, en raison du temps qu'elle exige. L'évolution favorable de l'affection vient confirmer le diagnostic de méningite non tuberculeuse.

Lorsque l'examen du malade ne peut donner la solution du problème, il y a lieu de se demander si l'on n'est pas en présence, soit d'une forme méningée de poliomyélite ou d'encéphalite, soit d'un syndrome dû à un virus spécial ou au virus filtrant tuberculeux.

Pour la poliomyélite, on recherchera les réflexes tendineux et surtout le réflexe rotulien, qui, abolis, sont de la plus haute importance à la période préparalytique.

Pour l'encéphalite, on observera avec le plus grand soin les signes de somnolence, de diplopie, de myoclonie, qui masquent si souvent la névraxite épidémique.

Quant au virus tuberculeux filtrant, une seule technique existe aujourd'hui : c'est le sacrifice successif de plusieurs animaux à intervalles rapprochés ; il faut chercher, dans leurs ganglions, une seule hypertrophie d'aspect banal, et, dans ces ganglions, des bacilles acido-résistants ; faire au besoin des réinoculations successives en partant de ces ganglions . (*Gazette médicale de Nantes* 15 novembre 1930.)

L'ictère par effraction.

La classification des grands ictères nécessite trois cadres anatomo-cliniques, que Noël FIESSINGER étiquette : les ictères hémolytiques et les ictères hépato-biliaires (par obstruction, cholestatique ; par effraction, hépatolytique).

L'auteur a proposé le terme d' « ictère par effraction » pour distinguer les ictères par hépatites des ictères par obstruction des grandes voies. De l'altération cellulaire résulte tout d'abord une disposition ampullaire des canalicules biliaires, et bientôt une communication directe canaliculo-interstitielle entre le canalicule et les espaces sous-endothéliaux. Le canalicule n'a plus alors de parois étanches ; c'est un canalicule percé ; la bile s'écoule nécessairement au dehors.

L'effraction explique l'ictère. Ce qui veut dire : petites effractions sur un foie en amont peu touché : pronostic bénin, c'est l'ictère catarrhal ; grandes effractions, foie en amont peu touché : pronostic réservé, c'est l'ictère subaigu ; grandes effractions, foie en amont très atteint : pronostic grave, c'est l'ictère grave. De cette façon, on peut expliquer facilement la régression de l'ictère, à mesure que s'aggrave l'état général. Un ictère peut donc se dégrader pour deux raisons : ou bien par tarissement biliaire des cellules en amont, ou bien par le comblement des effractions. La valeur clinique et pronostique de l'ictère n'est donc pas établie par l'intensité de l'ictère, mais par les signes qui s'y associent. Tant vaut l'intégrité des cellules, tant vaut le pronostic de l'ictère. Si l'effraction explique l'ictère, l'intensité de cet ictère résulte, soit de la multiplicité des lésions, soit de l'hypersécrétion des cellules hépatiques en amont.

La notion de l'effraction explique donc, et la pathologie des ictères aigus bénins, et celle des ictères graves au cours des intoxications ou des infections. Elle explique aussi les oscillations de l'ictère suivant le pronostic. Elle explique enfin comment ces malades peuvent être explorés au sujet de la fonction chromagogue avec le rose bengale, sans de grosses causes d'erreur : le rose bengale indique comment la cellule hépatique l'élimine, au même titre d'ailleurs que la bile ; une mauvaise élimination indique une lésion ou un gros trouble fonctionnel. Cependant il faut, en même temps que le rose bengale, explorer la fonction biliaire. (*Journal des praticiens*, 15 novembre 1930.)

Les anomalies de dilatation. Etiologie ; formes cliniques ; traitement.

La période de dilatation commence avec les premières douleurs du travail et se termine au moment où l'orifice cervical, complètement dilaté, fait communiquer à plein canal la cavité utérine et le conduit vaginal ; elle se subdivise en une période d'effacement du col et une période de dilatation proprement dite. L'ensemble dure en moyenne de 13 à 18 heures chez la primipare, de 6 à 9 heures chez la multipare. D'après R. MAHON, ce qui semble conditionner l'anomalie c'est beaucoup moins la durée de la dilatation que sa marche. Un accouchement peut durer trois jours ; si le travail progresse très lentement, mais régulièrement, il n'est pas dystocique. Mais qu'une dilatation reste stationnaire pendant douze heures avec une poche d'eau rompue, l'anomalie sera flagrante, et les complications presque inévitables. En pareille matière, il faut donc beaucoup d'expérience et de sens clinique pour établir le diagnostic et les indications thérapeutiques.

La dilatation normale s'opère sous l'action conjuguée de la contraction utérine et de la poche des eaux, malgré la résistance du col. Tels sont les trois éléments, qui peuvent être viciés et entraîner des anomalies de la dilatation.

En matière d'anomalie de dilatation, les cas simples sont plus théoriques que pratiques, et les causes sont habituellement multiples, s'intriquent ou se succèdent.

Du côté de l'utérus, il peut y avoir contracture ou hypertonie. Quant à la poche des eaux, dont le rôle passif est de s'insinuer entre les lèvres du col pour le dilater avec douceur, sa rupture prématurée est la plus fréquente et la plus grave ; il ne peut y être paré que par une présentation du sommet bien fléchi descendu dans l'excavation, bientôt couronné d'une bosse séro-sanguine, elle aussi dilatatrice. Cependant des membranes non rompues peuvent aussi être dystociques, soit parce qu'anormalement adhérentes au pourtour du col, soit parce que trop résistantes.

Certaines causes peuvent aussi perturber l'ensemble du mécanisme dilatateur, en déplaçant l'utérus et en désaxant le col : anté ou latéroversions, rétroversions partielles, sacculations, etc.

Quand le col est anormalement résistant, il y a dystocie, soit par agglutination du col, par rigidité néoplasique, par rigidité cicatricielle, par rigidités infectieuses.

Quand les contractions utérines deviennent

de plus en plus inefficaces, que la tête appuie mal sur le col, celui-ci ne tarde pas à s'infiltrer et à s'épaissir ; il en résulte deux complications à peu près inévitables : l'infection amniotique (hyperthermie progressive, liquide fétide et purulent, état général) et la souffrance fœtale, pour laquelle le ralentissement et surtout l'irrégularité cardiaque constituaient le signal d'alarme.

Chaque anomalie de la dilatation commande un traitement spécial. Inutile d'insister sur la contractilité utérine, sur les déviations.

Voyons un cas concret ; celui d'une poche d'eau rompue, avec travail stationnaire et présentation élevée (sommet) dans un bassin normal.

Il faut surveiller attentivement la température maternelle et les bruits du cœur, puis attendre en faisant de la morphine si la contracture persiste. Trois complications peuvent survenir et indiquer l'intervention avec une hâte inégale : l'œdème du col, l'infection amniotique, la souffrance fœtale.

Quelle que soit l'indication, ce qui conditionne essentiellement l'intervention, une fois qu'elle est décidée, c'est l'état du col. Si le col est épais, dur, « en cuir bouilli », il ne faut pas songer à le dilater ; il faut l'inciser, quand les conditions d'incision sont remplies : orifice déjà arrivé à un certain degré de dilatation ; surtout, culs-de-sac vaginaux séparés l'un de l'autre par une distance au moins égale à la largeur du diamètre céphalique, qui va les franchir. Les incisions seront au nombre de deux, symétriques et antéro-postérieures ; en règle générale, elles ne seront pas suturées.

Si les conditions d'incision ne sont pas remplies, on pourra recourir à la césarienne vaginale, c'est-à-dire prolonger l'incision du col sur le segment inférieur après avoir incisé le cul-de-sac antérieur. L'auteur préfère la césarienne abdominale du segment inférieur, sauf dans les cas, où une infection trop accusée oblige à choisir entre l'extoriarisation temporaire de l'utérus à la manière de Portes et l'hystérectomie.

Cependant si le col n'est ni dur, ni très épais, de nombreux procédés de dilatation s'offrent à nous ; il faut renoncer aux dilatateurs mécaniques, au ballon mécanique de Champetier (qui refoule la présentation, agit très lentement dans les cas favorables, et dans les autres augmente la contracture, et œdématie le col, sans le dilater). La dilatation du col sous chloroforme à la Bonnaire est plus rapide ; mais elle est cependant longue, pénible, et arrive bien rarement chez la primipare à dilater le col, sans le déchirer. Aussi, dans cette manœuvre, a-t-on abandonné l'anesthésie générale pour la rachi-anesthésie, qui change complètement les conditions de dilatabilité ; celle-ci, par son action sur les racines médullaires, supprime le tonus du col utérin et facilite dans des proportions considérables sa dilatation artificielle ; cette intervention se fait rapidement et sans lésions appréciables du col, pourvu que celui-ci soit déjà effacé. Un œdème du col débutant ne la contre-indique pas ; mais il faut intervenir assez précocement, avant que le col ne soit trop infiltré, trop rigide, auquel cas il faudra bien l'inciser.

On peut donc lutter contre l'anomalie de dilatation ; mais ce n'est qu'en dernier ressort qu'on recourra aux manœuvres opératoires, et plus ici qu'ailleurs, sera de mise cette grande vertu obstétricale, la patience. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 23 novembre 1930.)

Sur l'étiologie de la scarlatine.

M. F. Coste met au point cette intéressante question, qui ne saurait, en l'état actuel, tarder à être solutionné. Deux théories sont en présence : celle du streptocoque et celle du virus scarlatin.

La théorie streptococcique s'appuie sur un ensemble concordant et impressionnant de faits : la présence dans la gorge de tous les scarlatineux du streptocoque hémolytique ; la production d'un érythème scarlatiniforme, à la suite d'infections sous-cutanées, même à doses très modérées de filtrat de culture de streptocoques, chez tous les sujets reconnus par l'intra-dermo-réaction (R. de Dick) sensibles à ce filtrat ; la production par l'injection au cheval de ce microbe (qui pullule dès le début de la maladie) d'une antitoxine, remarquablement active contre la scarlatine.

Cependant cette théorie laisse dans l'ombre quelques difficultés, et notamment le problème de la spécificité du streptocoque scarlatin. Deux épreuves permettraient sans doute d'arriver à une précision plus grande, mais elles n'ont pas encore fait l'objet de recherches de contrôle suffisantes ; il s'agit de l'agglutination à l'aide de sérums humains, et de l'étude du pouvoir érythrogène.

La théorie du virus scarlatin est basée sur les critiques à la théorie streptococcique, et sur des preuves de l'existence d'un virus scarlatin, autre que le streptocoque (agglutinabilité élective par le sérum de convalescents de scarlatine).

Mais des recherches entreprises sur une base suffisante doivent désormais aboutir, et il n'est pas téméraire de penser que la question de la scarlatine doit en sortir, presque complètement élucidée. (*La Presse médicale*, 26 novembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le scorbut moderne ou maladie des conserves.

(M. J.-B. Charcot. — *Académie de médecine* ; 5-5-1931.)

On décrivait autrefois deux maladies particulières aux expéditions antarctiques : le scorbut ordinaire et l'anémie polaire. Le scorbut a presque totalement disparu depuis l'introduction des conserves dans l'alimentation et l'emploi des antiscorbutiques. Le nom d'anémie polaire, proposé par Cook et Gerlache, ne correspond pas à des réalités bien caractérisées et mérite d'être abandonné.

Ce qui existe, par contre, dit M. J.-B. Charcot, sans être d'ailleurs un état morbide propre aux explorateurs polaires, c'est une maladie tenant à une consommation plus ou moins prolongée de conserves. Elle se caractérise par un œdème des membres inférieurs, qui commence au niveau du tibia, des pétéchies, quelquefois des ecchymoses, une fatigue générale extrême, de l'asthénie, et, au bout de 5 ou 6 mois, de la cachexie et la mort. Si le malade continue à manger de la conserve de viandes, même en petite quantité, même s'il prend des viandes et des légumes frais, même s'il ingère des antiscorbutiques, l'affection suit son cours inexorable. Par contre, le seul fait de cesser l'usage de la conserve suffit à amener la guérison.

M. Charcot en signale plusieurs exemples, dont le sien personnel. Il insiste sur ce point que l'usage de viande fraîche, de produits riches en vitamines (il veut bien admettre les vitamines... sans trop s'embarrasser du mot), laisse la maladie évoluer lorsque les conserves ne sont pas supprimées. Dans les décès survenus aux îles Kerguelen, dont les journaux ont parlé dernièrement, que l'on a attribués au béribéri, il a reconnu la maladie des conserves. Les quelques personnes laissées aux Kerguelen à la garde de l'usine avaient en effet à leur disposition une large alimentation (œufs, volailles, lapins, choux, navets), mais elles continuaient à manger des conserves. Recommander les aliments riches en vitamines, en pareil cas, est bien ; mais ce qu'il faut surtout prescrire c'est la suppression totale de la viande de conserve.

— M. Netter remarque que les cas, dont parle M. Charcot, n'ont en effet ni la symptomatologie du scorbut (altération des gencives, hémorragies, etc.), ni celle du béribéri, dont ils se rapprocheraient plutôt par l'apparition des hydropisies. Quant au rôle des conserves, on sait que pendant la guerre, il en a été beaucoup consommé ; mais il ne semble pas que des accidents de ce genre aient été signalés.

— M. Lapicque ajoute que les faits relatés par M. Charcot rentrent dans le groupe des intoxications, guérissant par suppression de l'agent causal. Le scorbut et le béribéri sont, par contre, des maladies de carence, prototypes de l'avitaminose.

Durant la guerre, M. Lapicque a vécu avec des officiers revenant du Soudan, et il se rappelle qu'à la vue de n'importe quelle conserve, ils levaient les bras en criant : *fuyez la boîte* ! Ce pourrait être là une véritable prescription thérapeutique.

Prophylaxie des phlébites post-opératoires en gynécologie.

(M. André Chalier, de Lyon. — *Société de chirurgie* ; 11-2-1931.)

La prophylaxie des phlébites post-opératoires en gynécologie, dit M. Chalier, doit être envisagée avant, pendant et après l'opération.

Les phlébites en question sont plus fréquentes chez les femmes obèses, atteintes de varices, hypotendues, et ayant de l'hypercoagulabilité du sang. Avant l'opération, il sera donc utile de relever la tension artérielle (adrénaline, sérum glucosé), de diminuer l'hypercoagulabilité et l'hyperviscosité du sang (citrate de soude).

Bien que nombre de phlébites post-opératoires soient aseptiques, il en est cependant, qui relèvent de l'infection. Une asepsie rigoureuse est donc nécessaire pendant l'opération.

Après l'opération, M. André Chalier recommande trois moyens : maintenir la tension, réduire l'hypercoagulabilité par l'hirudinisation, et le lever précoce.

L'hirudinisation, l'application de 2 ou 3 sangsues à la racine des membres et cela tous les deux ou trois jours, permet souvent, dans la phlébite commençante, d'arrêter la marche de celle-ci. L'emploi préventif des sangsues est discuté. On lui a reproché de favoriser les hémorragies secondaires à l'opération et aussi de favoriser le décollement du caillot phlébitique. M. Chalier rejette ces objections. On attendra, toutefois, quarante-huit heures avant de commencer l'hirudinisation, délai suffisant pour écarter la crainte des hémorragies secondaires. A partir du deuxième jour, l'application de sangsues tous les deux ou trois jours jusqu'au douzième jour, jouera un rôle préventif utile de la phlébite.

Quant au lever précoce, c'est le meilleur moyen d'empêcher la stase veineuse des membres inférieurs et du bassin. Lever précoce veut dire lever, dès que l'état de malaise et de choc opératoire est dissipé, le 3e, le 4e ou le 5e jour. Passé ce délai, il ne s'agit plus de lever précoce. Le premier lever ne consiste guère d'ailleurs que dans une glissade de courte durée du lit sur la chaise-longue. Mais, dès le lendemain, la

malade peut rester hors de son lit déjà plusieurs heures.

Bien entendu, le lever précoce n'est pas possible dans tous les cas. Les opérées menacées d'hémorragie, de péritonite, d'insécurité du côté de la paroi doivent attendre plus longtemps.

Fracture de la colonne vertébrale avec symptômes frustes.

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 11-2-1931.)

Une jeune fille de 22 ans fait, en montagne, une chute de skis. Relevée par un paysan, elle put parcourir à pied 12 kilomètres pour gagner une station et rentrer à Paris. A l'examen, aucun trouble nerveux, aucune déformation, simplement une douleur à la pression de l'apophyse épineuse de la 11e dorsale et quelques douleurs spontanées. La radiographie montre une fracture par écrasement de la 11e dorsale.

On voit l'importance de la radiographie en pareille circonstance, au point de vue du diagnostic, des suites possibles, et de la conduite à tenir.

P. L.

Anévrysme disséquant aortique, ayant simulé un néoplasme pulmonaire.

(MM. Weill-Hallé et Haïk. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13 et 20-2-1931.)

Les auteurs présentent un enfant de 14 ans, atteint d'une tumeur localisée du médiastin ; l'examen radioscopique semble donner l'impression d'une tumeur anévrysmale ; mais il n'y a aucune expansion de la masse ; et, au surplus, l'examen clinique ne permet pas de soutenir pareille hypothèse. C'est une masse médiastinale, se confondant, à l'examen radiologique, avec l'image cardio-vasculaire, mais la débordant largement à droite, où elle figure en empiétant sur le champ pulmonaire l'image d'une tumeur anévrismale greffée sur la paroi ascendante de la crosse aortique.

La comparaison de ce cas avec les observations récemment communiquées par MM. Deschamps, Mourrut, Clerc, Schwob, tend à faire admettre la possibilité, exceptionnelle pour l'âge du malade, d'un anévrysme de la crosse aortique. La longueur de l'affection, l'amélioration des signes subjectifs déterminée, semble-t-il, par les injections de cyanure seraient de nature à renforcer cette hypothèse.

MM. Clerc, P. Noel-Deschamps et Schwob rapportent un nouveau cas du même genre. Cette observation souligne, une fois de plus, les difficultés presque insurmontables, auxquelles peut prêter le diagnostic d'une ectasie de l'aorte, quand celle-ci est comblée, ne bat plus, et devient suffisamment importante pour bloquer tout ou partie de l'hémithorax gauche. Là encore, la cachexie extrême et progressive, l'intensité des douleurs, l'absence de troubles circulatoires évidents, avaient justifié le diagnostic d'une néoplasie infiltrant tout le poumon, et cela même en l'absence d'expectoration caractéristique. Ce sont des surprises d'autopsie.

Diabète insipide et syphilis.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13 et 20-2-1931.)

Comme suite aux précédentes communications de MM. Lebon, Loubeyre et Becmeur, l'auteur rappelle une observation personnelle d'un sujet atteint de polyurie permanente à 3 litres 1/2, sans troubles rénaux capables de l'expliquer, mais offrant des possibilités de syphilis (troubles oculaires, destruction de l'apophyse clinoïde postérieure), qui guérit complètement sous l'influence d'injections intraveineuses de novarsénobenzol à 0 gr. 15, puis 0 gr. 30.

MM. Sézary, Lichwitz et Benoist montrent, à l'occasion d'un cas observé, qu'un diabète insipide, survenu chez un sujet syphilitique, peut disparaître passagèrement, mais non guérir, sous l'influence aussi bien d'une médication spécifique que d'autres traitements les plus hétéroclites, tels que des extraits endocriniens : hypophysaire, orchitique, lait, bismuth. Cependant la polyurie reparaît dès que ces produits sont éliminés de l'organisme ; et même l'action de certains de ces produits peut s'émousser (extrait orchitique simple, lait).

Deux cas de septicémie suraiguë mortelle à streptocoques hémolytiques. — Sur le traitement par la trypaflavine.

(MM. Caussade, Médioni et Coupeau. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-2-1931.)

Ces deux observations offrent les particularités suivantes : 1° Dans la première, le début se déclara par une angine érythémateuse, bientôt suivie de douleurs articulaires. Ce fut surtout la langue, qui, d'emblée d'aspect rôti, permit de penser d'une manière précoce à une septicémie et d'éliminer rapidement le rhumatisme articulaire aigu et la scarlatine. Dans la deuxième observation, la septicémie s'annonça par une grippe vulgaire qui dura deux jours ; 2° malgré une évolution très courte (six jours et six jours et demi), sont survenus des arthrites, fonction du streptocoque hémolytique déjà trouvé dans le sang et des placards érysipélatoïdes ; 3° dans les deux observations, les trois derniers jours furent surtout marqués par une confusion mentale, dont le caractère dominant consista en une euphorie exagérée avec rictus continus ; mais, dans le premier cas, la conscience n'était pas complètement abolie, la désorientation et la confusion d'esprit étaient atténuées ; toute céphalée et toute torpeur, même passagères, firent entièrement défaut ; 4° chez les deux patientes, il y eut des troubles respiratoires : chez la première, polypnée continue et intense, sans qu'on puisse accuser une lésion, soit cardiaque, soit rénale, soit pulmonaire, alors qu'il pouvait s'agir d'une

altération par le streptocoque lui-même d'un centre du cerveau ; dans le deuxième cas, Cheyne-Stokes avec un strabisme convergent, dont le siège était probablement bulbaire, mais dont la nature, ou infectieuse (streptocoques) ou plus sûrement toxique (azotémique, soit par néphrite trypaflavique, soit par la septicémie elle-même) n'a pu être précisée. Les autopsies n'ont pu être pratiquées.

Pourquoi la trypaflavine, à laquelle on s'est adressée n'a-t-elle eu aucune efficacité, alors que nombre de thérapeutes comptent avec cette médication des succès certains ? Possédons-nous vraiment son maniement ? Quelles sont les doses appropriées aux différentes formes étiologiques de septicémie ?

D'autre part, faut-il considérer la trypaflavine comme douée d'une certaine toxicité et lui attribuer certains incidents et mêmes accidents rénaux très graves ? Cependant la trypaflavine n'est pas toujours en cause, puisque les septicémies sont, à elles seules, capables de les provoquer. G. F.

Les Congrès

XIIe Réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie

Paris, 10 *octobre* 1930 (1).

PREMIER RAPPORT

La coxa-vara de l'adolescence

Rapporteur : M. Georges Huc (de Paris).

L'auteur a eu comme idée directrice de mettre de l'ordre et de la clarté dans une question très confuse.

Dans l'historique, il précise les divergences des travaux sur cette question, même à la suite du Congrès allemand d'orthopédie en 1929.

Pourtant, à son avis, dès 1912, Froelich, dans son rapport au Congrès français de chirurgie, avait montré la bonne voie en séparant la coxa-vara de l'adolescence des coxa-vara symptomatiques.

Que ce soit au point de vue clinique ou au point de vue anatomique, peu d'éléments nouveaux ont été apportés depuis le travail de Froelich. Seule, la mensuration de l'ascension du grand trochanter paraît avoir, récemment encore, attiré l'attention des cliniciens.

Par contre, l'examen des radiographies a été précisé ; l'auteur insiste sur les changements de forme de la tête, le glissement de cette tête en bas et en arrière, sur le siège juxtacapital des lésions, véritable épiphysiolyse lente ou rapide, sur le pincement constant de l'interligne articulaire en haut, enfin sur le procédé d'Ombrédanne pour mensurer l'inflexion du col par la construction de la ligne des points équidistants de l'extrémité fémorale.

Les conceptions étiologiques sont multiples. M. Huc essaie de les expliquer « sans parti pris et même de les accommoder au goût du jour », d'après les dernières recherches physio-pathologiques de Leriche. Pour lui, la coxa-vara paraît être une « réaction anatomique spécifique à des causes qui, elles, ne sont nullement spécifiques » (traumatisme brutal ou minime et répété, rupture d'équilibre des forces musculaires autour de la hanche, dystrophie par rachitisme tardif ou insuffisance glandulaire, infection atténuée, dyschondroplasie par aberration ostéoformative du cartilage de conjugaison). Pour l'auteur, chaque théorie comporte une part de vérité : les causes mécaniques à elles seules ne suffisent pas à expliquer la constitution de la coxa-vara ; il faut faire intervenir la fragilité antérieure du col.

Le pronostic n'est pas grave, si le traitement est précoce et prudent ; il n'y a jamais de pseudarthrose du col ; par contre, M. Huc, reprenant les idées qu'il avait émises dans la thèse inspirée par lui à Duminil, signale l'importance pronostique de l'arthrite concomitante et différencie cette arthrite des troubles mécaniques de la coxa-vara.

Pour le chapitre si discuté jadis du traitement, M. Huc réunit les différents éléments du problème et arrive à formuler des directives précises :

Le traitement préventif est possible, en particulier dans les formes bilatérales avec décalage chronologique de l'atteinte osseuse. Il consiste dans la mise au repos de l'articulation, soit par l'extension continue, soit par le plâtre, mais toujours en position d'abduction pour supprimer la traction des fessiers.

A la période d'état, au début de l'évolution, phase fixée arbitrairement à un mois, l'extension continue en abduction et rotation interne est applicable aux formes légères. Pour les formes graves, il semblerait préférable d'employer le redressement modifié, en s'inspirant du principe de réduction donné par Robineau et Contremoulins pour les fractures du col du fémur. « Quand une traction légère commence à abaisser le fragment externe, il faut pratiquer de l'écartement latéral jusqu'à ce que les deux fragments perdent contract. Si l'écartement est suffisant, la rotation interne du membre inférieur le fait tourner sur place sans entraîner le fragment céphalique. En supprimant ensuite cette disjonction des fragments on obtient la congruence des surfaces de fracture. »

Après reposition et maintien plâtré, la convalescence de la coxa-vara est longue, un appareil de décharge est porté pendant un ou deux ans. La

(1) *Association de la Presse médicale française.*

marche ne sera autorisée qu'après contrôle radiographique de la guérison.

Les résultats obtenus par l'extension sont peu brillants, mais ils sont supérieurs à ceux du redressement forcé, dont les manœuvres brutales amènent la nécrose de la tête fémorale.

La coxa-vara fixée dans ces déformations n'est plus justifiable des manœuvres orthopédiques, mais du traitement sanglant. De multiples procédés d'ostéotomie ont été décrits. L'auteur est partisan d'une technique simple, permettant de corriger les déformations les plus gênantes (rotation externe et adduction) : ostéotomie transversale sous-trochantérienne permettant de tourner le fémur sur son axe, de mettre le membre en rotation normale, et de corriger l'adduction. L'insuffisance du groupe fessier, peu gênante à ce stade de la coxa-vara, ne semble pas nécessiter l'implantation du trochanter sur la partie antérieure de la diaphyse. Après l'intervention, la position est fixée par un plâtre. La marche ne sera reprise que trois mois après, ceci pour éviter les déformations secondaires du col.

Pour les opposer aux coxa-vara de l'adolescence, M. Huc étudie rapidement les coxa-vara de l'enfance ; s'appuyant sur les faits, il préfère ce terme à celui de coxa-vara symptomatiques, car pour lui le facteur dominant est la question d'âge.

Dans l'enfance, il s'agit de lésions juxta-trochantériennes généralement peu graves, ayant un aspect clinique se rapprochant beaucoup de la boiterie des luxés de la hanche : bascule des épaules, lordose.

Enfin, dans un dernier chapitre critique, l'auteur émet des idées originales et intéressantes sur la possibilité de troubles vasculaires à l'origine de la plupart des affections de la hanche.

Ainsi s'explique la parenté de lésions d'aspect assez dissemblables. Pour la coxa-vara de l'adolescence, la lésion juxta-capitale résulterait d'une lésion des vaisseaux du ligament rond, alors que dans la coxa-vara de l'enfance la lésion juxta-capitale serait due à des troubles vasculaires du système des circonflexes.

Discussion.

M. R. Gourdon (Bordeaux) insiste sur l'insuffisance glandulaire et sur la surcharge (métiers en position debout) dans l'étiologie des coxa-vara des adolescents. L'auteur n'admet pas l'infection larvée, mais les troubles circulatoires comme principal facteur des lésions. La thérapeutique comporte le redressement par étapes prudentes, avec un traitement opothérapique énergique.

Les résultats sont habituellement satisfaisants, et, si l'intervention est nécessitée par une position vicieuse, la simple ostéotomie suffit.

Il montre des clichés de coxa-vara secondaire à la réduction de luxations congénitales âgées, pour appuyer la théorie vasculaire exposée par le rapporteur.

M. Raphaël Massart (Paris) a fait, au cours de l'évolution d'une coxa-vara grave, une intervention sanglante intra-articulaire avec reposition en bonne place de la tête fémorale sur le col ; le résultat a été heureux.

M. Froelich (Nancy) insiste sur l'importance du qualificatif « essentielle » à appliquer aux coxa-vara de l'adolescence, pour ne pas les confondre avec les coxa-vara symptomatiques, qui pourraient survenir au même âge.

Dans l'épiphysiolyse l'auteur se sert du procédé de Withman comme méthode de traitement, en surajoutant quelquefois l'enchevillement.

Il rappelle qu'il a pu prouver l'origine infectieuse de certaines coxa-vara de l'adolescence. En outre, il admet que la coxa-vara essentielle est une épiphysite fémorale supérieure localisée, alors que l'ostéochondrite déformante fémorale est une épiphysite étendue à toute l'extrémité supérieure du fémur.

M. Pouzet (Lyon) expose les conclusions d'une étude portant sur 14 cas. Il a noté l'hérédo-syphilis, le traumatisme et l'insuffisance glandulaire à l'origine des accidents. Jamais il n'a observé de rachitisme tardif comme cause de coxa-vara. Le pronostic est assez bon, en particulier dans les coxa-vara unilatérales. Quant au traitement, le plus simple est le meilleur : pas de manœuvre de force pour la réduction ; dans les séquelles, ostéotomie transversale. Pouzet insiste sur la possibilité d'arthrite sèche concomitante, et il indique que l'arthrite juvénile peut être la cause ou la résultante d'une coxa-vara des adolescents.

M. André Treves (Paris) rapproche l'ostéochondrite et l'arthrite juvénile de la coxa-vara des adolescents ; l'origine de ces affections serait l'infection. Pour l'auteur, l'épiphysiolyse pourrait exister chez des enfants jeunes. Au point de vue thérapeutique, il insiste sur l'importance du traitement général, associé au redressement, par étapes, des déformations.

MM. Mouchet et Rœderer n'admettent pas la séparation tranchée entre deux types de coxa-vara, exposée dans le rapport. Pour eux, il existe des formes de transition, non seulement entre les formes de coxa-vara, mais entre la coxa-vara et l'ostéochondrite ou l'arthrite juvénile, d'où pronostic habituellement grave. L'insuffisance glandulaire jouerait le principal rôle dans l'étiologie de cette affection ; mais, il faut lui associer les troubles mécaniques (surcharge, croissance, et surtout modification du col en coxa-valga, se transformant ensuite en coxa-vara).

Leurs conclusions thérapeutiques diffèrent également de celles du rapporteur ; les auteurs ont obtenu de bons résultats de la position de Whitmann, de la réinfraction et de l'immobilisation plâtrée prolongée au delà de six semaines. Par contre, ils approuvent l'hypothèse émise par Huc, de troubles de vascularisation à l'origine de beaucoup des affections de la hanche.

M. E.-L. Rocher (Bordeaux), ayant observé, après les traitements classiques (Whitmann, plâtre), des raideurs articulaires ou des ankyloses, propose dans l'épiphysiolyse, d'enlever chirurgicalement la tête

fémorale décollée. Pour lui, les troubles endocriniens à la base des coxa-vara seraient dus à des infections générales ; il signale chez un malade la coexistence de syndrome adiposogénital avec de l'ostéomyélite ; l'enfant guérit en associant l'opothérapie à la vaccinothérapie.

M. Mauclaire (Paris) rappelle l'observation déjà publiée du vissage du col fémoral fait sous écran dans une coxa-vara ; il propose d'étendre ce traitement aux formes graves avec effondrement de la tête.

M. Ch. Lasserre (Bordeaux) publie un beau résultat d'ostéotomie pour coxa-vara avec prothèse temporaire externe, suivant le procédé d'Ombrédanne. Cette méthode, pour l'auteur, trouve une indication formelle dans la coxa-vara pour doser et contenir la correction.

M. Paul Mathieu (Paris) s'associe aux conclusions du rapporteur. Il expose le cas d'une épiphysiolyse longtemps observée : après réduction anatomique satisfaisante, une arthrite déformante avec ankylose se développa et nécessita dans la suite une opération reconstructrice. L'auteur admet que le traumatisme de l'accident initial et celui de la réduction ne furent pas étrangers à l'évolution grave de cette affection.

M. Nové-Josserand (Lyon) pense que le pronostic de la coxa-vara n'est pas habituellement grave. La plupart des malades guérissent sans gêne fonctionnelle importante. L'ankylose ne se rencontre que dans les cas traumatisés, chez les malades non traités ou encore quand la coxa-vara se complique d'arthrite sèche. Celle-ci peut se développer en dehors de tout traumatisme chez des malades soumis à l'extension continue, ce qui incite à étudier de plus près les rapports entre la coxa-vara de l'adolescence et l'arthrite sèche juvénile.

M. E. Sorrel (Paris) approuve les conclusions et les intéressantes hypothèses du rapporteur. Il rappelle qu'il fut un des premiers à jeter l'alarme contre les thérapeutiques brutales dans la coxa-vara des adolescents. Il appuie son opinion sur de très beaux résultats obtenus par des traitements simples : extension pendant la période d'évolution de la coxa-vara ; ostéotomie transversale ou légèrement oblique sur les coxa-vara fixées. Les radiographies projetées par l'auteur pour appuyer sa thèse sont particulièrement belles et concluantes.

M. Huc remercie les orateurs qui ont bien voulu discuter son rapport. Il précise quelques points spéciaux :

1° Le traitement endocrinien, quoi qu'on en ait dit, ne doit pas être systématique. Il a constaté à ce point de vue des erreurs graves, quand cette thérapeutique n'était pas contrôlée par l'étude du métabolisme basal, car les enfants porteurs de coxa-vara ne sont pas tous des insuffisants glandulaires.

2° Quant aux séparations radicales établies entre les formes de coxa-vara, elles ressortent nettement de l'examen des nombreuses observations réunies pour ce travail. Les observations peuvent prêter à erreurs, si les documents sont incomplets (malades suivis trop peu de temps, nombre limité de pièces radiographiques).

3° Il semble se dégager, enfin, de la discussion, que les traitements les plus simples, sans manœuvres de force, rallient tous les suffrages.

Deuxième rapport

Paralysie obstétricale du membre supérieur

Rapporteur : M. André Rendu (de Lyon).

Ce rapport très documenté règle les chapitres discutés de la pathogénie et du traitement de cette affection.

Dans l'historique de la question, l'auteur montre le rôle important, qui revient aux travaux de Duchesne (de Boulogne) et d'Erb, travaux rapportant au traumatisme du plexus brachial la cause des paralysies obstétricales. En opposition avec cette thèse, il signale les recherches de Kustner, puis Peltersohn, Lange, Gangele, Astley, Ashhurst, admettant comme cause de la paralysie les lésions traumatiques ostéo-articulaires de l'épaule. Enfin, T. Thomas et Van Neck mettent en cause une difformité congénitale à l'origine de ces accidents.

Etiologie. — La fréquence serait de 1 cas sur 1.500 naissances, à la suite d'accouchements difficiles avec manœuvres obstétricales.

En chiffres globaux, la présentation du sommet donne plus de paralysies obstétricales que celle du siège, mais la présentation du sommet est bien plus fréquente que celle du siège (62 p. 100 d'après Pinard).

Avec Duchenne, l'auteur admet que la paralysie se produit : dans les sommets, quand l'engagement des épaules se fait mal, quand le dégagement des bras est difficile ; dans les sièges quand la tête dernière présente des difficultés d'extraction.

Symptomatologie. — Evidente dans la plupart des cas dès la naissance, la paralysie obstétricale donne un membre pendant inerte sur le côté du tronc, le coude en extension, le poignet et les doigts souvent fléchis ; mais, fait caractéristique, le membre est en rotation interne et l'avant-bras en pronation.

Les mouvements passifs ne sont pas douloureux et ils ont leur amplitude normale ; les articulations présentent une certaine laxité.

L'excitation à la piqûre ne détermine aucune réaction.

Les téguments sont normaux, le squelette, même radiologiquement, est intact. L'examen électrique à cause de l'âge du sujet donne peu de résultats.

L'évolution dans 80 p. 100 des cas se fait vers la guérison en deux à huit semaines.

Formes cliniques des paralysies obstétricales. — 1° Type radiculaire supérieur (paralysie de Duchenne-Erb). — Le plus fréquent, le mieux connu, portant sur les abducteurs et rotateurs externes de l'épaule, fléchisseurs du coude, supinateurs de l'a-

l'avant-bras. Si l'évolution de cette forme est lente, on voit les muscles sains antagonistes se rétracter : adducteurs et rotateurs internes de l'épaule, mais en pronation marquée, doigts souvent fléchis.

Le membre est presque inutilisable, l'enfant peut prendre un objet, mais il ne peut, à cause de la rotation interne, le porter à la tête ou à la bouche ; à cause de l'adduction, il ne peut le poser à distance de lui malgré la contraction des muscles de la ceinture scapulaire qui s'efforcent de suppléer à la limitation des mouvements de l'épaule.

Les mouvements passifs sont, eux aussi, limités par la rétraction des antagonistes.

Les troubles de la sensibilité sont exceptionnels et minimes.

L'évolution se fait vers le retour à la normale laissant comme séquelle la rotation interne du bras avec subluxation de l'épaule en arrière.

2° Paralysie totale. — Rare et grave, elle réalise une monoplégie brachiale complète. Le bras est inerte, il pend en rotation interne, avant-bras en pronation. Le membre présente une anesthésie remontant un peu au-dessus du coude. Enfin l'association de troubles oculo-pupillaires est constante, traduisant l'existence d'une lésion des racines médullaires de la première paire dorsale, par laquelle passent les fibres irido-dilatatrices allant du centre ilio-spinal à la chaîne sympathique du cou.

3° Type radiculaire inférieur (Déjerine-Klümpke). — Très rare, intéressant uniquement les muscles de la main et quelquefois les fléchisseurs des doigts. Cette paralysie s'accompagne aussi de troubles oculo-pupillaires et de troubles de la sensibilité. Le pronostic de cette forme est grave.

4° Enfin, il existe des formes atypiques, en particulier, des formes graves sans contracture, ni subluxation de l'épaule.

Déformations consécutives à la paralysie. — Celles-ci peuvent relever soit de la contraction simple des antagonistes, soit d'une véritable névrite du plexus brachial ; dans ce cas, elles s'accompagnent de phénomènes douloureux. Avec le temps, ces attitudes se fixent, elles entraînent généralement une élévation du moignon de l'épaule.

La plus constante de ces déformations est la subluxation en arrière de la tête humérale ; cette lésion gêne beaucoup les mouvements actifs et passifs.

Evolution. — La disparition des signes de paralysie se fait progressivement de bas en haut, elle n'implique pas toujours une guérison complète, car on trouve à distance des troubles trophiques portant surtout sur la croissance osseuse. Dans ces cas, à la radiographie, on trouve une cavité glénoïde petite et déshabitée, une coracoïde grêle allongée et incurvée en bec d'aigle, une tête humérale en forme de coin subluxée en arrière, une diaphyse humérale plus grêle et moins longue que du côté sain.

Au point de vue des réactions électriques, il persiste souvent de l'*hypoexcitabilité des muscles lésés.*

Anatomie pathologique. — A l'autopsie ou à l'opération, on trouve plus fréquemment, à l'examen des nerfs du plexus, une hémorragie dans la gaine nerveuse.

On observe plus rarement des ruptures plus ou moins complètes des gaines ou des fibres nerveuses.

A distance, ces lésions peuvent donner un bloc cicatriciel persistant, englobant les nerfs. Dans les cas graves, on a vu l'arrachement des racines en amont des ganglions spinaux, au niveau de l'émergence médullaire. Philippe et Cestan ont montré que les dégénérescences de ces racines pouvaient remonter très haut dans la moelle.

Sur le squelette, par contre, à la naissance, les lésions sont exceptionnelles ; il n'existe ni torsion ou luxation de l'épaule, ni décollement épiphysaire.

Pathogénie — S'appuyant sur les données de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, l'auteur rejette la théorie de la lésion primitive du squelette pour admettre la lésion nerveuse primitive.

Le mécanisme de cette lésion se fait exceptionnellement par contusion directe du plexus (Erb), mais surtout par distension nerveuse (Duchenne, de Boulogne ; Duval et Guillain). Ces auteurs ont bien montré que la traction de haut en bas sur le membre réalisait le type radiculaire supérieur par traumatisme du nerf sur la gargouille des apophyses transverses cervicales. Au contraire la traction de bas en haut lèse les racines inférieures du plexus au niveau des trous de conjugaison, elle donne les types cliniques graves de paralysie totale ou de Déjerine-Klumpke.

Diagnostic — En général facile : il faut éliminer les pseudo-paralysies, dues au simple traumatisme du membre ou au décollement épiphysaire ; la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot ; la paralysie infantile ; l'hémiplégie cérébrale infantile ; plus rarement, les infections de l'articulation de l'épaule.

Traitement — L'auteur indique que les précautions au cours de l'accouchement constituent les meilleures mesures prophylactiques.

Pour le traitement de la paralysie deux cas :

1° Chez le nouveau-né. — La thérapeutique, qui donne les meilleurs résultats sur la lésion nerveuse, est la radiothérapie profonde et l'ionisation. Plus rarement, on aura recours à l'intervention chirurgicale pour vider l'hématome, suturer les nerfs ou enlever du tissu cicatriciel.

Pour prévenir les déformations et attitudes vicieuses, il faut faire tous les jours du massage et de la mobilisation du membre, et enfin faire porter à l'enfant un appareil orthopédique, maintenant l'épaule en abduction à 90 degrés, le coude fléchi, le membre en rotation externe et la main en supination doigts étendus.

2° A la période des déformations. — Le redressement forcé, la myotomie (opération de Henry Platt et de Sever), les transplantations donnent des résultats discutables. L'ostéotomie dérotatrice haute au-dessus de l'insertion deltoïdienne (technique de

(Paris). Ankylose en abduction et rotation interne des deux hanches, chez une malade traitée treize ans auparavant par une luxation congénitale et laissée depuis cette époque en première position de Lorenz.

Nov48-Josserand) est l'opération idéale, elle semble préférable à l'ostéotomie, faite au tiers inférieur de l'os.

Enfin, dans des cas très rares, on peut avoir recours à l'arthrodèse de l'épaule.

Discussion.

M. Mouchet (Paris) signale une observation de décollement épiphysaire indiscutable à la naissance dans une présentation du sommet avec procidence au bras. Il est partisan comme le rapporteur, de l'ostéotomie de détorsion, et plus exceptionnellement d'opérations plastiques ou fixatrices de l'épaule.

M. Mencière (Reims) rappelle qu'il est le premier à avoir proposé et exécuté l'ostéotomie dérotatrice ; sa communication au Congrès de chirurgie sur cette intervention, bien française, remonte à 1902.

M. Rocher (Bordeaux) à observé chez le nouveau-né un signe fréquent dans la paralysie obstétricale : « la main blanche ». Il s'agit d'une ischémie temporaire de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras due à l'irritation des filets du sympathique.

M. Nové-Josserand (Lyon) précise que la technique opératoire, qu'il a proposée pour l'ostéotomie, comporte une section osseuse au-dessus de l'insertion inférieure du deltoïde afin que, par le fait de la rotation externe du fragment inférieur, la partie antérieure du muscle devienne directement abductrice en dehors.

Communications.

Anomalies vertébrales. — M. Marique (Bruxelles) a observé deux enfants, israélites polonais frère et sœur, présentant des anomalies vertébrales multiples sur toute la hauteur de la colonne (vertèbres en coin, pièces supplémentaires, variations numériques) et échappant à toute description. Aucun signe clinique en dehors d'un certain tassement du thorax.

Pincements vertébraux liés à des contractures réflexes. — MM. Lefort et Ingelrans (Lille). Il s'agit de trois malades souffrant de la région lombaire. Chez les deux premiers, le pincement siégeait du côté non douloureux et s'accompagnait d'une sacralisation. L'intervention donna une guérison complète.

« Nucleus pulposus » dans l'épiphysite vertébrale. — MM. Calvé et Galland (Berck) montrent d'intéressants documents radiographiques et anatomopathologiques prouvant le rôle important du « nucleus pulposus » dans l'épiphysite vertébrale.

Dans 27 cas étudiés, 24 malades étaient porteurs de cyphoses ou d'insuffisances vertébrales douloureuses. Parmi ces sujets, il y en avait 18 qui présentaient des hernies pures du nucleus, 3 porteurs d'épiphysites pures et 6 qui associaient les deux lésions. Pour ces auteurs, hernie nucléaire et épiphysite seraient deux manifestations d'une même maladie à des périodes évolutives différentes.

Ankylose bilatérale des hanches.* — *M. Mauclaire

Note sur le rachitisme tardif. — M. Pouzet (Lyon) a observé sept malades, filles de huit à treize ans, présentant sur tout le squelette des manifestations de rachitisme tardif, sans avoir présenté de rachitisme dans la première enfance.

Cliniquement et radiologiquement, les altérations portaient sur le cartilage de conjugaison et étaient exactement superposables à celles du rachitisme vrai.

L'évolution fut plus ou moins longue, de quelques mois à quelques années suivant les sujets, mais la récalcification se fit dans des conditions satisfaisantes. Il persiste habituellement un peu de genu valgum et une taille réduite. La pathogénie de ces accidents relève de l'insuffisance thyroïdienne, de la carence alimentaire ou plus rarement de l'hérédo-syphilis.

Maux de Pott guéris. — M. Capelle (Font-Romeu). Il s'agit de quatre malades, traités en altitude par l'héliothérapie et l'extension continue, guéris dans d'excellentes conditions sans gibbosité. La durée de l'immobilisation fut d'environ quinze mois.

Traitement du pied bot varus équin congénital osseux à quatre ans. — M. Lucien Michel (Lyon) applique depuis plus de trois ans, dans le service de M. Nové-Josserand, une nouvelle méthode de traitement des pieds bots âgés. L'auteur expose la technique et les résultats de ce traitement.

A partir de quatre ans, la technique consiste à faire :

1° *Une arthrodèse sous-astragalienne*, qui à cet âge est susceptible de donner une ankylose ;

2° A remplacer l'arthrodèse médio-tarsienne (qui ne donne d'ankylose suffisante qu'à partir de sept ou huit ans) par un *évidement à ciel ouvert*, portant sur les noyaux osseux de la tête astragalienne, de la grande apophyse du calcanéum et du cuboïde. L'évidement à ciel ouvert est précis, permet de réduire le volume des os de la colonne externe du pied ; il laisse intact le scaphoïde ; cet os continuant son développement normal constitue sur la colonne interne une lutte efficace contre la récidive.

Spondylolisthésis sacro-lombaire. — M. H. Rocher (Bordeaux). Observation, cliniquement et radiographiquement typique, d'un spondylolisthésis chez un jeune homme de treize ans. A cette lésion s'associe une scoliose lombo-dorsale avec gibbosité. Le début des accidents douloureux remonte à trois ans, et ceux-ci furent accrus par le surmenage. Après essai d'un corset orthopédique, l'auteur pratiqua une ostéosynthèse par greffon en cas d'insuccès.

M. Sorrel ne croit pas au succès du traitement par appareillage, il préconise la greffe rachidienne.

M. Gourdon au contraire, est partisan de l'extension continue prolongée ; pour lui l'intervention ou le corset ne doivent être appliqués que sur une colonne redressée.

G. Huc.

Les Livres

EDITIONS MÉDICALES, 7, rue de Valois, Paris.

Docteur Auguste MARIE. — **Influences psychopathiques ancestrales.**

L'auteur, par une série de raisonnements logiques, nous montre les influences psychopathiques ancestrales, qui peuvent peser sur chacun de nous et en expliquer le psychisme.

Partant de la cellule primitive, il nous montre d'abord comment les êtres simples, comme les plus complexes, évoluent par prolifération segmentaire des cellules ou scissiparité.

Les cellules de l'œuf en cours d'évolution se spécialisent par une division du travail inéluctable.

Cet organisme vivant est en lutte constante avec les influences contraires du milieu, d'où résulte des variations morphologiques. Celles-ci se transmettent comme tous les caractères testables selon la loi des probabilités (dégagée par Naudin et Mendel).

Puis l'auteur nous montre comment il a trouvé dans la série des êtres, tous les degrés intermédiaires du physique au psychique, s'élevant ainsi des réactions élémentaires les plus simples aux complexités les plus délicates de la pensée humaine. La cellule germinale de l'homme part de ces réactions premières pour atteindre graduellement jusqu'à la mentalité du plus grand génie. Cette élévation se fait par degrés successifs, par échelons superposés. De la mentalité infantile des primitifs, l'homme est parvenu aux cîmes de la pensée. Mais il garde dans le tréfonds de sa structure mentale et nerveuse, la trace de toutes ces étapes successives. La maladie ou l'âge peuvent le faire redescendre à des degrés inférieurs, à ceux, auxquels il avait pu s'élever. Les affections mentales ne sont que la réapparition, dans un cerveau mutilé par la maladie, de mécanismes périmés.

L'auteur termine en signalant que les dégénérescences psychopathiques semblent en voie d'accroissement au cours du siècle. Celles-ci sont modifiées par les infections et intoxications diverses, qui n'agissent que comme réactifs révélateurs de tares mentales latentes en chacun de nous. G. B.

J. ALOCCIO, imprimeur,
4, rue Annibal, Tunis.

Tous les régimes alimentaires, par le Dr Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy.

M. le Dr L. Caillon intitule son excellent livre sur les régimes, « Guide pratique du malade et de son entourage », car l'ouvrage n'est pas destiné aux seuls médecins. M. Caillon s'efforce de ne pas rendre les régimes inapplicables par leurs exigences et leur sévérité ; il rappelle avec à-propos dans sa préface le mot de Montaigne : « Leur santé même est altérée et corrompue par la contrainte des régimes ».

Le livre débute par un chapitre de généralités qui traite des questions suivantes : « Le régime doit être individuel ; il sera varié, pratique, clair, précis. Comme principes d'hygiène alimentaire, M. Caillon insiste sur la mastication, la nécessité de la gaîté à table, sur les avantages qu'il y a à manger ni trop, trop peu. Il s'efforce de réagir contre certains préjugés, ceux de la viande et de l'alcool, qui, pour certains, paraissent indispensables à une vie active.

Il signale des erreurs alimentaires nocives : les abus de la pâtisserie, de la confiserie, du sucre, des aliments cuits avec insuffisance, des aliments crus ; les abus des acides, des graisses, des viandes grasses, des viandes noires, des poissons salés, des conserves, des crustacés, des coquillages, des bouillons concentrés, des fromages forts, des condiments violents, qui doivent être déconseillés dans la plupart des régimes.

Un chapitre est consacré aux régimes restrictifs : hydrique, lacté, fruitarien, végétarien total. Puis il aborde le régime dans les diverses maladies, donnant à leur propos un tableau, où figurent les aliments permis et ceux déconseillés.

Enfin, l'ouvrage se termine par un précieux recueil de *Préparations culinaires* et de *recettes culinaires* dont plusieurs sont empruntées au livre de Meunier : *Traitement médical des affections stomacales*, et à celui du Dr et de Madame Louis Labbé : *Cuisine diététique.*

Cette brève énumération suffira à montrer tout l'intérêt qu'un médecin peut avoir à consulter le livre du Dr Caillon. J. N.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

Dr René GAULTIER.— **Consultations sur les maladies des voies digestives.** (Un vol. in-8, 250 pages 42 fig., 30 fr.)

Chez MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

3e P. M. C. — **Pratique médico-chirurgicale**, publiée sous la direction des Prof. COUVELAIRE, LEMIERRE et LENORMANT, 3e *édition.*

TOME V. — (**Intestin gr. le-Niaouli.**) (Un vol., 950 p. avec fig.)

TOME VI. —(**Nicotine-Podophylle.**) (Un vol., 988 p. avec fig.)

Chez MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

G. PAPILLAULT, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris. — **Des instincts à la personnalité morale.** *Les conditions bio-psychologiques de la vie sociale*, (Un vol., 200 pages, 32 fr.)

THÉRAPEUTIQUE

Diabète et hypertension

Depuis que Neubauer en 1910 a remarqué les rapports, qui existent entre l'hypertension et l'hyperglycémie, le sujet a intéressé beaucoup les médecins et suscité un certain nombre de travaux. Franklin Adams, H. Mosenthal, David Kramer ont examiné la tension sanguine de plusieurs milliers de diabétiques, et il ressort de leurs statistiques qu'environ un tiers de diabétiques sont en même temps des hypertendus.

Mosenthal a remarqué que la courbe de glycémie ne suit en rien les fluctuations de la pression sanguine ; pour Kramer, l'hyperglycémie n'exerce pas une action directe sur la pression artérielle, l'hypertension est en effet rare dans les formes les plus graves du diabète. Par contre, Keith, Wagner et Kernouan ont trouvé sur sept autopsies de diabètes hypertendus six fois de l'artériosclérose des vaisseaux pancréatiques ; on peut donc penser que, dans un certain nombre de cas, la glycosurie peut être secondaire à des altérations vasculaires et qu'il existe chez les diabétiques un facteur qui favorise les dégénérescences vasculaires, surtout dans les diabètes de longue durée.

Depuis longtemps déjà, on sait que la pathogénie du diabète n'est pas univoque, que celui qui évolue avec dénutrition azotée et acidose relève principalement d'un trouble de la fonction pancréatique tandis que d'autres sont provoqués par le système nerveux central, par des troubles hépatiques ou même par un mauvais fonctionnement du rein.

Ces modifications de la pression sanguine s'accompagnent le plus souvent d'hyperglobulie et d'une augmentation de la viscosité du sang qui contribuent au maintien des troubles circulatoires.

Il ne suffit donc pas d'instituer pour le diabétique un régime, en rapport avec la tolérance qu'il manifeste vis-à-vis des hydrates de carbone ; il faut également s'occuper de ses troubles circulatoires surajoutés, qui peuvent le conduire à la néphrosclérose et à l'urémie et ne pas compter sur les cures d'insuline pour faire baisser sa tension. P. Gley et Kisthinos et MM. Villaret, J. Besançon et Cachera, ont, en effet, montré que le principe hypotenseur, qui se trouve dans la glande pancréatique, ne se rencontre que dans quelques insulines impures et semble dû à la présence d'une petite quantité d'histamine, qu'en outre, son pouvoir hypotenseur par voie d'injection sous-cutanée est très faible et ne se prolonge pas. V. Jonas et L. Vitkova n'ont pu obtenir une baisse passagère de pression que dans 20 % de diabétiques hypertendus et nulle amélioration durable.

Il faut donc, chez les diabétiques hypertendus, utiliser le gui qui, non seulement déterminera chez eux une chute de la tension, mais également une amélioration des phénomènes de nutrition générale consécutivement. Dans certains cas même, on pourra voir se produire, comme il nous a été signalé, une chute de la glycémie. Nous ne voulons pas préconiser le gui comme antidiabétique, mais il ne faut pas oublier qu'il agit sur le système nerveux central, bulbe et moelle, dont il diminue l'hyperexcitabilité qui est souvent en cause dans le diabète (Chevalier, Pr. Busquet).

On prescrira de préférence 5 à 6 pilules par jour de Guipsine, qui renferme tous les principes actifs du gui et qui, quelques heures après l'administration, provoqueront une chute de la pression et une sédation des phénomènes morbides qui s'y rattachent. Cette médication devra être continuée pendant plusieurs semaines, elle ne détermine ni accoutumance, ni accumulation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité Professionnelle

La Pléthore est-elle surtout crise de répartition ? — Un correspondant le conteste. — Aspect économique de la question. — Les honoraires ruraux calculés en fonction du domicile du malade. — L'appoint étranger et le rapport Balthazar.

J'ai essayé de montrer, en me basant sur les statistiques fournies par les « Annuaires » les plus récents, que, depuis vingt ans environ, la population médicale des grandes villes est allée en augmentant dans des proportions considérables. Et je concluais qu'il y avait bien plus crise de répartition que crise numérique. Paul Le Gendre avait émis la même opinion il y a cinq ans, et je l'ai retrouvée sous la plume du Dr Chabé, de Bordeaux.

Et c'était de ma part moyen simple de fixer les idées, que de faire ressortir des rapports impressionnants, entre le chiffre de la population globale et celui de la population médicale de Paris, de Marseille, de Lyon, de Bordeaux..... En réalité, il y a des écarts considérables entre les situations médicales, et l'on connaît tel cabinet qui ne désemplit pas, tandis que tel autre ne reçoit que de rares consultants. C'est là la conséquence du succès en clientèle, qui est fonction, on l'a maintes fois expliqué, de facteurs très divers, parmi lesquels le facteur scientifique et technique n'est pas toujours prédominant.

Or, j'ai déjà publié une lettre d'un correspondant qui m'écrivit que, contrairement à ce que je soutenais, la répartition n'était pas aussi mal faite que je semblais l'affirmer ; que la densité de la population médicale correspondait le plus souvent aux ressources respectives des villes envisagées. Et voici qu'un autre correspondant, abondant dans le même sens, m'adresse la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Dans la discussion sur la pléthore médicale, certains confrères, dont vous même, semblent incriminer surtout la mauvaise répartition des postes.

Il faudrait pourtant admettre que ce problème de la répartition ne se pose plus actuellement comme du temps de la médecine hippomobile. L'auto et le téléphone ont pratiquement, pour nous, supprimé les distances. Or, dans ma région tout au moins, les médecins de ville sont de « grands médecins », les médecins de campagne de « petits médecins ». Conclusion : les dits « grands médecins » sont appelés par des malades qui autrefois se seraient, par force, contentés des « petits » ; et ils peuvent être près de leur client un quart d'heure après le coup de téléphone.

Il en résulte qu'aux 7 ou 800 clients dont en théorie devraient se contenter les médecins de ville (compte tenu des spécialistes), il faut en ajouter quelquefois autant ou plus aux environs.

La vie étant plus confortable en ville, l'éducation des enfants plus pratique, les confrères, à peu près certains d'y gagner désormais leur vie, s'y portent de plus en plus, c'est tout naturel.

Il y a certes de gros postes en campagne. Mais ici, il faut distinguer, d'une part les petits centres, qui pratiquement rentrent dans la catégorie des villes pour peu qu'ils atteignent 3.000 habitants, et d'autre part les « trous », où certains confrères, grâce à une santé d'acier et un travail de forçat, gagnent gros assurément, mais où les autres, moins robustes, végètent.

Les jeunes docteurs, qui en général font avant de s'installer une année ou deux de remplacements (et ils ont bien raison), voient la différence d'existence pour un rapport à peu près égal. Si j'en juge par les conversations de mes remplaçants, leur choix est vite fait, et ils vont en ville.

Mais encore une fois, je ne crois pas qu'il faille chercher dans cette pléthore APPARENTE des villes la cause des difficultés de notre profession. Par suite de l'agrandissement constant du rayon des confrères urbains, je suis convaincu que la proportion de bonnes clientèles est la même en ville qu'à la campagne, ceci depuis la guerre, ou plutôt depuis les progrès de l'auto.

Qu'on augmente la difficulté des études médicales, qu'on supprime les équivalences : parfait. Mais une fois la thèse passée, qu'on laisse les gens libres de s'installer où bon leur semble. La répartition se fait

toute seule, sans nul besoin de l'intervention, — redoutable inconnue —, d'une autorité quelconque.

Telles sont, mon cher confrère, les réflexions que me suggère un point particulier de cette vaste question.

Dr G.
(Ile de France).

Donc l'automobile, en permettant de considérer comme négligeable l'élément distance, dans les rapports d'un médecin avec sa clientèle, et le téléphone, en les mettant en relation verbale immédiate, expliquent le surpeuplement apparent des villes, puisque le secours médical, quoique venant de plus loin, arrive auprès du malade en un temps infiniment plus court qu'à l'époque où le transport hippomobile était seul possible.

J'accepte très volontiers que l'on discute mes idées, qu'on les critique. Je vais même au devant de la discussion que je provoque. Mais j'aimerais bien que l'on me rendit justice. Dans mon article du 8 mars dernier, cherchant à expliquer les diverses causes de la centralisation médicale dans les villes, je n'ai pas manqué de signaler l'influence indéniable de l'automobile. Et je pouvais d'autant mieux le faire que j'ai longtemps desservi ma clientèle de jeune médecin rural avec mes chevaux et que je fus l'un des premiers, en 1897, à utiliser le transport automobile, avec un tricycle de Dion.

« A l'époque de la circulation hippomobile, le médecin ne pouvait desservir qu'un rayon limité, dans le temps et l'espace, aux capacités de sa cavalerie..... Aujourd'hui, grâce à l'auto ..... il fait en trois quarts d'heure environ le travail qui lui demandait jadis deux heures. De sorte que s'il résidait deux fois plus loin, il consacrerait encore moins de temps qu'à l'époque du cheval, au même travail..... ».

A sa clientèle urbaine proprement dite, s'ajoute donc sa clientèle *extra muros*, qui augmente ainsi dans des proportions difficiles àpréciser, mais indiscutables, son pourcentage d'habitants.

Oui, sans doute, ce raisonnement est judicieux. L'automobile et le téléphone ont bouleversé la technique professionnelle de la visite médicale, aussi bien à la ville qu'à la campagne. Je n'ai pas été des derniers à en faire la remarque. Et ce grand blessé, cet apoplectique victime d'un ictus, qui résident à 15 kilomètres du médecin le plus rapproché, sont plus vite secourus qu'au temps où celui-ci était trois fois moins éloigné. Un appel téléphonique, et une demi-heure plus tard, le médecin est à pied d'œuvre, si j'ose dire.

N'empêche qu'il y a quelque chose de changé. Et que le facteur économique intervient avec une importance qu'on ne saurait négliger. Les honoraires d'une visite faite à un malade distant de 15 kilomètres sont tout de même sensiblement plus élevés que si le médecin n'avait à se déplacer que de 5 kilomètres : 35 francs, dans ce dernier cas ; 65 francs dans l'autre. Différence qui va presque du simple au double. Et l'on peut craindre que les tarifs ainsi pratiqués ne deviennent prohibitifs, et n'entraînent le malade à ne recourir au médecin que le plus rarement possible. De sorte que l'avantage résultant d'une plus grande rapidité de transport peut être ainsi perdu.

A moins que.....

A moins que le médecin ne rétablisse de lui-même les conditions économiquement avantageuses d'un voisinage plus étroit, ou tout au moins ne s'en rapproche le plus possible, en pratiquant les tournées à jour fixe, comme elles existent dans certains départements, avec un tarif moins élevé que celui qui s'applique à la visite spécialement faite sur appel direct.

Ou bien encore, qu'il n'ait un cabinet dans telles agglomérations de sa circonscription, où il se rendra deux ou trois fois par semaine, y donnant des consultations et faisant des visites ces jours-là, comme s'il y résidait réellement : pratique également en faveur en diverses régions.

Ou bien enfin, que l'on n'en vienne à la division du territoire d'une circonscription médicale en zones de rayon croissant, et dans l'intérieur desquelles le tarif serait uniformisé, comme cela a été proposé, s'il m'en souvient bien, par Rénon.

En tout cas, que le problème économique soulevé par l'éloignement du centre médical de la périphérie de son domaine d'action, soit résolu d'une façon ou de l'autre, il faudra que les syndicats, de leur côté, uniformisent leur doctrine à cet égard. Car il en est qui prohibent les cabinets multiples, les tournées à jours fixes ; et la proposition de Rénon ne me semble pas avoir été partout favorablement accueillie par eux.

Ces objections, je les avais faites à mon distingué correspondant. Et il a bien voulu y répondre dans les termes suivants :

L'objection que vous me faites au sujet du prix prohibitif des visites à longue distance est vraie en théorie. Pratiquement, elle vaut beaucoup moins :

1° La distance de 20 km. que vous citez est un maximum qui doit être bien rarement atteint.

2° Le médecin qui fait une visite à 12 ou 13 km. chiffres certainement plus près de la réalité, voit en cours de route d'autres malades, à qui il fait payer un déplacement. Il peut donc, à ses malades éloignés, prendre sans y perdre, un prix notablement inférieur au tarif officiel (si rarement appliqué !), pour peu surtout qu'il fasse dans le village deux ou trois visites.

Je vous citerai comme cas concret un village de ma clientèle, desservi par 7 confrères éloignés les uns de 4, les autres de 7, d'autres enfin de 12 km. Tous uniformément prennent 30 francs (nous avons ici un ta-

rif par zones, avec prix unique dans la localité, sans visite de passage). Croyez-vous que si les confrères venus de 12 km. y étaient de leur poche, ils continueraient ?

Assurément lesdits confrères montrent un parfait mépris pour les tarifs syndicaux. Mais ceci est une autre histoire.

Je crois qu'avec les merveilleuses petites voitures que l'on construit à présent, on peut aller loin pour pas cher, et en tous cas pour des prix abordables. Cela ne peut que contribuer au groupement des praticiens dans les centres, sans gêner beaucoup les malades, si tant est que cela les gêne.

Dr G.

C'est donc bien, comme je le disais plus haut, une conception économique différente de celle du syndicalisme, et même en opposition avec elle, qui se fait jour, sans doute à la faveur de la poussée politropique — j'emploie ce néologisme avec empressement après qu'il m'a été révélé par mon ami J. Crinon — qui a motivé mes articles.

Mais alors, je ne suis plus du tout « à la page ». Car aujourd'hui, pas plus qu'il y a une trentaine d'années, quand j'étais dans la mêlée, je ne puis accepter que le confrère qui effectue un déplacement de 12 kilomètres, demande les mêmes honoraires que celui qui ne se déplace que de 4 kilomètres. C'est en effet contraire aux principes les plus élémentaires de la déontologie. Mais de cela, il faut que je fasse mon deuil, puisque, de l'aveu même de mon correspondant, les confrères éloignés dont il me parle montrent un parfait mépris pour elle.

Le politropisme n'est pas niable pourtant. Et toutes les campagnes ne se dépeuplent pas médicalement parlant, puisque dans les Vosges, si j'en crois un autre correspondant, elles commenceraient elles aussi, à tendre vers la pléthore.....

Tout cela marque, à mes yeux, une période de transition, confuse et embrouillée, où les empreintes du passé sont encore trop puissantes pour ne pas demeurer sensibles et où pourtant, sous les efforts conjugués du progrès scientifique et de l'évolution des mœurs, des nécessités de transformation et d'adaptation se font jour et sont suivies de tendances réalisatrices.

Et on en arrive, avec je ne sais plus quel journaliste médical, à déplorer que le souci des honoraires à percevoir viennent troubler la sérénité qui doit présider à la pratique de la médecine. Le paradoxe des honoraires, a dit le Professeur P. Mauriac... Le médecin vivant du malheur et des misères d'autrui, et faisant des affaires d'autant meilleures que l'état sanitaire est plus mauvais ! Quelle matière à philosopher !

Quoi qu'il en soit, cette question de la pléthore médicale demeure d'actualité, et la presse profane continue à en entretenir ses lecteurs. Elle leur apprend, par le verbe éloquent de l'un de ses collaborateurs, qu'il y a trop de médecins, et que c'est la raison pour laquelle il y a tant de misères médicales ; qu'on ignore trop, dans le public, les drames qui se jouent dans les familles médicales dont le chef vient à disparaître sans laisser de ressources, ce qui oblige femme et enfants à trop souvent chercher du travail, n'importe quel travail. Raisonnement trop simpliste, et en vérité partiellement spécieux : nous sommes bien placés, nous aussi, pour savoir à quel degré est parfois catastrophique la disparition du médecin qui laisse les siens dans la gêne. Mais ce n'est pas toujours le médecin qui travaille et qui gagne le moins. C'est le plus souvent le médecin imprévoyant, celui qui vit au jour le jour, dédaignant les œuvres confraternelles qui se sont créées précisément pour lui venir en aide, à lui et à sa famille, aux périodes critiques de son existence, — et en est-il de plus critique que sa mort ? ? ?

Si nous n'étions pas familiarisés avec ces situations lamentables, pour le redressement desquelles il nous arrive d'intervenir, nous ne multiplierons pas les appels comme nous le faisons en faveur de notre Mutualité familiale, qui comporte une combinaison réservée à la femme du médecin. Nous n'appuierions pas comme nous le faisons les efforts de la Société de secours mutuels pour les veuves et orphelins du Corps médical. Nous ne serions pas si dévoués à l'œuvre poursuivie depuis si longtemps déjà par l'Association générale des médecins de France.

L'imprévoyance du médecin ! ! ! Mais cela, c'est une autre affaire. Je ne l'ai évoquée que pour montrer qu'il n'y a pas de relation aussi étroite de cause à effet qu'on le dit entre la pléthore médicale et les misères de la profession.

Si l'on veut en parler sérieusement et éviter le verbiage, il faut le faire documents en main. Et à cet égard, il n'en est pas de plus éloquent à cette heure que le rapport du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de Paris, et dont l'essentiel a paru dans *Le Médecin de France* du 1er avril dernier.

Des graphiques judicieusement tracés montrent le mouvement des étudiants à Paris, la progression des étrangers, la progression surtout des Roumains.

Et nous apprenons que, depuis dix ans, tandis que le nombre des étudiants français diminuait progressivement, celui des étrangers s'accroissait dans des proportions inversement plus élevées, créant un surnombre appréciable.

Parmi les étrangers, il en est qui font leurs études en France avec la ferme intention de retourner exercer dans leur pays d'origine : et c'est là une circonstance éminemment favorable à l'expansion mondiale de la pensée et de la

science françaises. D'autres, par contre, — ce sont surtout des Roumains, — postulent, dans la proportion d'environ 9 %, le diplôme d'Etat, pour pouvoir s'installer en France.

Mais ce qu'il y a d'invraisemblable, et de véritablement scandaleux, ce sont les avantages dont ils bénéficient :

« Bien mieux, écrit, le Doyen, les Roumains, à qui nous réservons un accueil si aimable, auquel aucun autre étranger ne peut prétendre, sans réciprocité d'aucune sorte, *les Roumains font pour la plupart une grande partie de leurs études médicales gratuitement* : à partir du début de la troisième année, il leur suffit d'adresser une demande d'exonération de droits d'inscription et de travaux pratiques, pour que cette exonération leur soit automatiquement accordée.....

« Aussi devient-il urgent, de la part des Pouvoirs publics, de faire voter la loi Armbruster, qui obligera tous les étrangers postulant le diplôme d'Etat à justifier du baccalauréat et du P. C. N. et à subir les cinq examens probatoires, sans préjudice de la naturalisation pour ceux qui ont moins de trente ans. »

Transitoirement, le Doyen propose de limiter chaque année à 30 le nombre des Roumains admis à postuler le diplôme d'Etat français, dont 20 pour Paris, sous le bénéfice des errements actuels.

Cette limitation numérique répond au vœu que j'avais exprimé de voir contingenter les divers éléments étrangers admis à postuler le diplôme d'Etat, dans l'intention d'exercer ensuite la médecine en France.

Et là-dessus, je ne puis faire mieux que de citer le Doyen lui-même :

« Nous sommes obligés d'insister sur ce fait que les étrangers qui veulent exercer la médecine en France sont indésirables, parce qu'ils constituent à eux seuls la cause de la pléthore médicale professionnelle. Nous avons démontré par l'étude de statistiques précises que, *sans l'afflux d'étrangers postulant le diplôme d'Etat, la pléthore médicale en France serait inexistante* ».

Et je crois avoir démontré, ce qui m'est d'ailleurs pas contesté, que ce sont les grandes villes qui se trouvent médicalement surpeuplées, bien qu'on me rétorque que si le médecin se porte de préférence vers le centre important, les facilités de transport dont il jouit lui permettent d'élargir considérablement le rayon de son activité.

Mais il y a tout de même encore des médecins ruraux, en diminution dans certaines régions, en augmentation en d'autres. Et cela laisse toujours subsister l'âpreté d'une concurrence dont je n'ai pas à rappeler les dangers, mais dont mon distingué correspondant G. a fort bien mis en évidence certaines conséquences, et tout au moins celle-ci, que les honoraires des visites rurales ne sont plus autant fonction du médecin qui les fait que du village où elles ont lieu, et pour lequel un prix unique a été adopté, pour tous les médecins appelés, quelle que soit la distance qu'ils ont à parcourir ;

Et c'est tout de même, dans une certaine mesure, un bouleversement de nos principes syndicaux.

Mais les principes aujourd'hui ! ! !

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

I

Honoraires médicaux. — Pas de guérison : pas d'honoraires !

TRIBUNAL DE PAIX DE CASABLANCA (CANTON NORD)

4 juillet 1930.

S'en tenant uniquement aux faits palpables et évidents et aux règles du bon sens, sans vouloir entrer dans une quelconque discussion scientifique, quant à la meilleure manière de réduire une fracture, il faut décider que l'absence de guérison doit être considérée comme le résultat d'une faute, ou d'un manque de précaution de la part du médecin traitant, qui, par suite, n'a pas droit à des honoraires, pour les soins infructueux qu'il a donnés.

Attendu que par requête en date du 6 juin 1929 le Docteur R. demande paiement à S. d'une somme de 300 francs représentant le solde d'une note d'honoraires pour soins médicaux (réduction d'une fracture du pouce).

Attendu que S. déclare que les honoraires réclamés par le Docteur R. ne sont pas légitimement dus, en ce sens que ce dernier a commis une faute dans son traitement et n'a pu obtenir aucun résultat après un mois de traitement.

Attendu que le Docteur P., expert commis par jugement préparatoire du 19 juillet 1929, pour rechercher si la fracture du pouce de S. a été ou non traitée par le Docteur R. suivant les règles de l'art

et si la somme réclamée par le demandeur est ou non en rapport avec la nature et la valeur des soins donnés, *déclare dans son rapport, que la fracture avait été soignée suivant les règles de l'art et que la somme* demandée était en rapport avec la nature et la valeur des soins donnés.

Attendu que le onze janvier 1929, S. au cours d'un accident d'automobile, eut le pouce gauche fracturé ; qu'il s'adressa au Docteur R. qui le même jour réduisit la fracture et mit un appareil plâtré ;

Que le 31 janvier, le Docteur R. enleva le plâtre et constatant qu'il n'y avait pas eu consolidation posa un nouvel appareil en plâtre qu'il enleva le 11 février.

Qu'à cette date *aucune consolidation n'étant intervenue* et après un examen radiographique le constatant *S. consulta le Docteur L.* qui le pria de s'adresser au Docteur C., que ce dernier obtint la guérison en opérant une suture aux crins des doux fragments et en posant un appareil plâtré pendant trente-huit jours.

Attendu, *qu'en s'en tenant uniquement* aux faits palpables et évidents et *aux règles du bon sens* et sans vouloir entrer dans une quelconque discussion scientifique quant à la meilleure manière de réduire une fracture, comme aussi sans tenir compte du fait que les règles déontologiques ont été ou non respectées, il semble que S. n'ayant obtenu après un mois de traitement par le Docteur R. aucun soulagement et n'ayant réellement l'assurance d'en obtenir dans l'avenir puisque de la radiographie opérée par le Docteur S. il résultait qu'il n'y avait le 11 février, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, non seulement aucune consolidation, mais encore aucune tendance à la prolifération osseuse, était en droit et avait quelque motif de douter de l'efficacité du traitement du docteur R. et de lui retirer sa confiance.

Que ce doute était d'autant plus permis que le Docteur P., expert commis, déclare dans son rapport, que sans l'intervention chirurgicale du Docteur C., « *il est possible et vraisemblable* » *qu'une troisième immobilisation plâtrée de trente-huit jours aurait donné le résultat escompté,* sans toutefois l'assurer.

Qu'en conséquence, il semble *tout à fait raisonnable d'admettre en l'espèce que l'absence de guérison comme aussi d'une quelconque amélioration après un mois de traitement est le résultat d'une faute ou un manque de précaution de la part* du médecin traitant et ne saurait être imputé à l'état général du malade puisqu'avec un procédé différent, la guérison a été obtenue trente-huit jours après ; que S. avait un motif sérieux de retirer sa confiance au Docteur R. et qu'il échet, par application des principes posés par les articles 77 et suivants du Dahir formant code des obligations et contrats, de débouter ce dernier purement et simplement de sa demande et de le condamner aux dépens.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal statuant publiquement contradictoirement en matière civile et en dernier ressort

Déboute le Docteur R. purement et simplement de ses demandes, fins et conclusions.

Le condamne *en outre en tous les dépens y compris les frais d'expertise liquidés à cent soixante-et-onze francs, sur lesquels cent cinquante francs ont été versés par S. et ce non compris les frais d'enregistrement et de* mise à exécution s'il y a lieu de ce jugement qui resteront *également à sa charge.*

Dit n'y avoir lieu à exécution provisoire de ce jugement *qui est rendu en dernier ressort.*

Commentaires.

C'est justement parce que le juge de paix invoque le bon sens, qu'il lui arrive de dire de grosses erreurs : pour ce magistrat, le raisonnement simpliste a de la valeur : le médecin, qui ne guérit pas ses malades n'a pas droit à des honoraires ; le magistrat, dont les jugements sont réformés en appel, ou en cassation, doit être privé d'une partie de son traitement ; un avocat, qui perd un procès doit rendre la provision, qui lui a été versée d'avance.

Nous pourrions pousser très loin les résultats, si nous nous bornions à invoquer les règles du bon sens, chères au juge de paix de Casablanca.

Cependant, la jurisprudence n'est pas d'accord avec ce magistrat.

D'une manière générale, les tribunaux apprécient souverainement, en fait, les litiges pécuniaires, qui leur sont soumis. Notamment, en matière d'honoraires médicaux, les juges se font une opinion, en considérant la gravité de la maladie, ou de l'opération, les difficultés plus ou moins nombreuses qu'a rencontrées le praticien dans l'opération, ou dans le traitement et la perte de temps qui lui a été occasionnée ; il convient également de tenir compte de la notoriété du médecin, de la situation de fortune du client.

Quant au résultat obtenu, il n'entre, comme facteur de détermination du montant des honoraires, que d'une manière accessoire... « Attendu, dit un jugement du tribunal civil de la Seine (8e chambre) du 8 juin 1921, qu'il n'est pas admissible que les honoraires d'un médecin dépendent du succès des soins donnés par lui. Attendu, en effet, qu'il est impossible à un médecin d'être assuré que le traitement amènera tel résultat ; que d'une manière générale, les effets d'une médication déterminée peuvent varier avec les sujets, sur lesquels elle est appliquée. »

A son tour, la 7e chambre du tribunal civil de la Seine d'affirmer, le 31 octobre 1923 : « attendu que le défendeur n'est pas fondé à prétendre qu'il ne doit rien, parce que le traitement n'a pas amené la guérison ; qu'il est constant que les honoraires d'un médecin traitant ne sauraient être soumis à cette condition ».

Au « bon sens » du juge de paix de Casablanca, nous opposons la logique des magistrats de la

Seine : ce serait paralyser l'initiative du praticien, qui lutte contre la maladie et la mort, ou ce serait l'obliger à se faire payer d'avance, par provision, que de faire dépendre ses honoraires du plus ou moins de succès de sa thérapeutique.

Si le médecin n'était certain de toucher d'honoraires que des malades guéris, combien de pauvres patients pourraient être abandonnés à leur triste sort, parce que ne présentant que peu de chances de guérison, ou seulement d'amélioration.

Le juge de paix ferait bien de méditer ces paroles prononcées par un sage de notre profession ; « le médecin guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours. »

Autant il est inconvenant de traiter des questions d'argent au chevet du malade, pour se faire payer d'avance le traitement qu'on doit entreprendre, autant il serait inhumain de laisser entendre au malade que, sa guérison étant problématique, il convient, pour lui, de promettre que les honoraires médicaux seront payés, quoiqu'il arrive.

Dans le jugement que nous publions ci-dessus, nous pouvons dire, abordant la question de fait, que je me défends difficilement contre une impression pénible : je crains que le juge de paix n'ait été influencé par des paroles — que je ne veux qualifier que d'imprudentes —, qu'un confrère mal intentionné aurait pu prononcer.

L'expert affirme, dans son rapport, qu'il y aurait eu résultat semblable de guérison, par une immobilisation plus prolongée du doigt fracturé. Avec prudence, l'expert ne donne pas une certitude, mais exprime une probabilité.

Et le juge de paix de ne pas comprendre la valeur du doute scientifique, pour déclarer, dans son jugement, que l'immobilisation dans l'appareil plâtré n'ayant rien donné, aucun honoraire ne doit être alloué, puisqu'une intervention sanglante a été rendue nécessaire.

Mais, pouvons-nous nous demander, pourquoi le juge de paix demande-t-il l'avis d'un homme de l'art, pour ensuite ne tenir aucun compte de l'opinion scientifique, qui lui est donnée et ne s'en tenir qu'aux suggestions de son propre bon sens ?

L'expert déclare que le blessé a été soigné *secundum artem*, que si, au bout d'un mois, la consolidation osseuse ne s'est pas produite, c'est que la chose est fréquente dans les fractures des phalanges ; enfin, la radiographie ne peut pas démontrer qu'une interposition tendineuse ou musculaire existe, rendant indispensable une ostéosynthèse.

Faudrait-il donc, désormais, abandonner les règles de notre vieille clinique et, dans tous les cas de fracture, faire appel immédiat au chirurgien, non pas pour confiner le membre blessé dans un plâtre, et attendre la consolidation, mais pour pratiquer immédiatement une opération sanglante, une suture osseuse ?

C'est pourtant le résultat du raisonnement de « bon sens » du juge de paix de Casablanca.

Que faire ?

Malheureusement, le Dr R. ne faisait pas partie du « Sou médical » et n'a pas été défendu par cette Ligue professionnelle.

L'appel n'était pas possible, puisque le jugement est rendu en dernier ressort ; mais il eût été probable qu'un pourvoi en cassation ait eu des chances d'être admis, motifs pris de l'opposition du raisonnement de « bon sens » aux données actuelles de la science.

Aujourd'hui, les délais sont passés et tout recours est impossible.

Seule une démarche du syndicat médical local auprès du Procureur général aurait des chances de succès. Certes ce haut magistrat ne pourrait nullement faire réformer le jugement dont il s'agit ; mais il pourrait rappeler le juge de paix à une plus saine compréhension de ses devoirs, ne serait-ce que pour ne plus rendre des décisions franchement injustes, en s'appuyant sur le seul bon sens, au mépris des conclusions émises par l'homme de l'art, qu'il avait commis, pour le renseigner du point de vue scientifique et professionnel.

Mais le syndicat a encore un autre rôle à jouer, — et il est, à mes yeux, fort important. Il doit rappeler aux confrères que, très souvent les procès en responsabilité professionnelle ont, comme point de départ, une parole maladroite ou insidieuse, prononcée par un praticien, à l'égard du confrère, qui l'a précédé, dans les soins du malade.

Jamais, plus que maintenant, les praticiens devraient, comme les sages antiques, savoir se taire. Les poursuites en responsabilité deviennent légion : s'il n'est pas complètement guéri, le malade invoque une faute du praticien, pour ne pas avoir à donner d'honoraires à ce dernier.

Vous provoquez aujourd'hui des poursuites contre votre voisin, que vous considérez comme un concurrent ; vous êtes heureux de voir la mauvaise fortune l'atteindre ; vous escomptez le mauvais renom, qui en résultera, à son égard, dans la clientèle, qui vous est commune.

Mais, vous ne songez pas d'abord que ce qui lui arrive aujourd'hui, peut parfaitement vous atteindre demain.

Avez-vous également réfléchi que, maintenant encouragés, par la décision du juge de paix, les malades vont vous refuser, à vous comme à votre confrère, de vous solder vos honoraires, si vous ne les guérissez pas entièrement ?

Pareilles décisions n'atteignent pas seulement un confrère isolé, elles frappent la profession tout entière et sont d'un très mauvais exemple ;

les relations entre malades et médecins s'en ressentiront lourdement.

Quant au juge de paix de Casablanca, il fera bien désormais, je le crois, de payer comptant son médecin traitant, car ce dernier commettrait une grande imprudence en attendant la fin du traitement, pour obtenir remerciement de la peine qu'il s'est donnée. Dr Paul BOUDIN.

II

Honoraires — Intermédiaire — Maîtres et domestiques

TRIBUNAL CIVIL DE BORDEAUX

(23 *décembre* 1930)

(Archives du Sou Médical)

L'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut être considéré comme s'étant, par là, obligé, solidairement avec le malade, au paiement des honoraires du praticien, alors surtout qu'il a agi, non pas par simple considération d'humanité, mais parce qu'il avait des raisons spéciales pour s'intéresser au malade, qui, étant son domestique, était soigné chez lui.

Attendu que D... a interjeté appel d'un jugement du juge de paix du canton de P... du huit août 1930, le condamnant à payer aux Docteurs L... et F... la somme de 2.073 fr. 50 à titre de olde d'honoraires.

Attendu que le 20 janvier 1929, la dame P..., domestique chez M. D..., tombait subitement malade, et que ce dernier faisait appeler aussitôt le docteur F..., que celui-ci diagnostiquant une opération chirurgicale, ordonnait son transport en vue d'une intervention qui a été opérée par le docteur L...

Attendu que le docteur F... soutient que c'est D... qui a demandé le transport de sa domestique, qui est en même temps sa nièce, à la clinique de la rue P... B....

Qu'à son tour, D... prétend que le docteur F... lui aurait déclaré que la clinique ne coûterait pas un prix plus élevé que l'hôpital.

Que ces propos échangés au cours d'une conversation particulière ne peuvent être prouvés, aucun témoin n'ayant assisté à l'entretien.

Attendu que D... s'est refusé à payer la note présentée par la clinique P... B... alléguant que ce n'était pas lui qui avait requis le médecin et le chirurgien et avait demandé le transport de sa nièce et domestique à la clinique, que ces frais devaient être soldés par la mère — et la fille P..., — qui se serait trouvée présente lorsque cette décision a été prise.

Attendu qu'il résulte des enquête et contre-enquête auxquelles il a été procédé le 1er avril 1930, que c'est D... qui a fait appeler le docteur F... auprès de sa nièce et domestique.

Que c'est lui qui a payé les frais de l'ambulance ayant servi au transport de la malade à la clinique.

Que c'est lui qui a payé à la clinique un acompte de huit cents francs, lors de l'entrée de la malade.

Attendu que si la mère, femme P..., a été prévenue téléphoniquement en même temps que le docteur F... était appelé, elle n'a pu arriver aussitôt habitant à A... (G...) et que, par suite il y a lieu de conclure, bien que la preuve ne soit pas rapportée, que les décisions avaient été prises par D... avant son arrivée.

Attendu que le docteur F... ne s'est trouvé en relations qu'avec D... qui était son client et qu'il connaissait depuis longtemps, il ne paraît pas avoir été en rapport avec la mère de la fille P...

Attendu qu'il est de jurisprudence constante que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement avec le malade au paiement des honoraires de l'homme de l'art. C. Cass. 1872 DP 72-1-139.

Attendu que si on ne saurait rendre solidaire la personne qui, en allant quérir un médecin, a agi par simple considération d'humanité, il appartient au Tribunal de rechercher si, en l'espèce, D... avait des raisons spéciales pour s'intéresser à la malade, qui était soignée chez lui et a agi non pas au nom de la plus élémentaire humanité, mais au nom d'un sentiment d'affection ou d'intérêt quelconque.

Attendu que D... était l'oncle de la fille P... en même temps qu'il était son patron.

Que la fille P... était déjà chez lui depuis un certain temps et paraissait bien faire partie de la famille,

Qu'il est permis de souligner tout l'intérêt que D... portait à la fille P... par le fait du choix qu'il paraît avoir fait de la clinique et des avances qu'il avait consenti à payer.

Attendu au surplus qu'il est d'usage en matière de soins donnés à un domestique dans la maison du maître par un médecin appelé par lui, que le maître est tenu de ces soins pourvu toutefois que le chiffre de ces honoraires soit en proportion avec la condition modeste du domestique.

Par ces motifs,

Le Tribunal,

Après en avoir délibéré, jugeant publiquement contradictoirement en matière sommaire et en dernier ressort,

Déclare recevable en la forme l'appel interjeté.

Dit qu'il a été bien jugé, mal appelé,

Confirme le jugement entrepris, dit qu'il restera en plein et entier effet,

Condamne D... à l'amende et en tous les dépens de première instance et d'appel,

A PROPOS DU SECRET MÉDICAL

Nous recevons de notre distingué correspondant et ami, le Dr Foveau de Courmelles, la lettre suivante qui prouve que le respect absolu du secret professionnel est une question d'espèce, en quelque sorte un cas de conscience. Mais cela ne veut pas dire que lorsque le médecin a la certitude d'empêcher un crime ou un malheur en violant ce secret, sa conscience, en dépit de la loi, ne le mette pas dans l'obligation morale de le faire. J. N.

Mon cher confrère et ami,

Voulez-vous me permettre d'ajouter, moi chétif, quelques réflexions sur le *secret médical* à votre article à propos des opinions de MM. Le Gendre et Sergent, que je connais et suis depuis tant d'années et que tant j'apprécie.

Il est bien délicat, voire dangereux, de vouloir éclairer la justice, ou de croire qu'on la peut éclairer sans dangers pour elle, et pouvant provoquer par suite l'erreur judiciaire.

Je vais préciser par un fait assez récent et qui avait très ébranlé l'auditoire à une conférence organisée par la Confédération des travailleurs intellectuels C. I. T., sous la présidence du bâtonnier Henri-Robert, de l'Académie française, qui, lui, se déclara partisan indéfectible du secret médical. Mais ce fut le Prof. Balthazard qui ébranla toute l'assistance avec le fait suivant :

A X..., nous ne répéterons pas le nom de la ville, on va voir pourquoi, un praticien de la ville reçoit la visite d'une dame très malade, son sang avait treize fois plus d'urée que la normale, cachexie, mort fatale, imminente... Le dénouement arrivé ; la fille aînée, « avantagée » par testament, est accusée d'empoisonnement par les autres co-héritiers ; on trouve très peu de strychnine ; on incarcère la prévenue. Notre confrère de X... écrivait fréquemment au maître de la médecine légale, se demandait, s'il devait parler, faire ... élargir, l'innocente (?), la libérer de l'accusation... Grave problème ? Violer le secret médical, déclarer la mort toute naturelle et la prouver en somme ! Quel problème de conscience. « Attendre, répondait notre actuel et prudent doyen ; s'il y a condamnation vous parlerez. »

Inutile de dire combien l'assemblée, à la Maison des A. T. I. (amis des travailleurs intellectuels) était convaincue des dangers pour la Société de l'article 378 du Code pénal. J'hésitais une seconde à répondre : le Prof. Balthazard que je voulais contredire était notre hôte à la C. T. I., il était l'heure de clore, on se levait pour partir. Cependant, me semblait-il, le praticien — je ne dis pas le légiste, l'expert, dispensés de par leurs fonctions de l'obligation du secret — le praticien, dis-je, doit, pour l'individu et la Société, qui se confient à lui, parce que connaissant son obligation du secret, *doit* s'y conformer. Mais il y a plus : Est-ce parce qu'une personne est à la mort qu'elle sera indemne de toute tentative d'empoisonnement ? n'est-ce pas trop souvent la maladie elle-même qui suggère, si j'ose dire, à certains parents, l'idée de l'aider, dhériter plus vite ? Que de maux ont été ainsi aggravés, terminés par des intoxications insoupçonnées par suite ? Que deviendrait le rôle si savant, si utile de nos grands toxicologues, de tous ces détectives et experts... si des dénonciations erronées peut-être, et par eux à redresser, simplifiaient trop leur tâche ! ? ...

Vues de l'esprit, me dira-t-on ? Sans doute, non, si j'en puis alors juger par les approbations médicales, que je recueillis à la fin. Maints confrères me vinrent dire que, vu mes multiples rapports à l'A. G. en 1928, mes nombreux articles et manifestations de toujours, je les eusse déçus si je n'avais parlé !

Mais voici la fin que je sus par indiscrétions de gens autorisés, et c'est pourquoi je n'ai pas répété le nom de la ville, qui fut citée bien des fois, alors et depuis. C'est que j'avais vraiment bien deviné. Juges et magistrats étaient convaincus, et pour cause, de l'intoxication, et de la culpabilité de l'accusée : on avait trouvé des traces appréciables de strychnine. Le jury condamnait à mort, mais un incident, discussion de dose... mit quelque doute dans les esprits, et comme le doute doit profiter à l'accusé, concluez.

Voyez-vous notre timoré confrère de X... parlant, arrachant une coupable au châtiment, croyant faire le contraire. « A chacun son métier, les vaches seront bien gardées », vieux proverbe que rappelait récemment Louis Forest dans le *Matin*. Le praticien, n'est ni expert, ni légiste, ni délateur... et qu'il reste en son rôle et *gardien du secret*...

Les ennemis du secret médical — et ils ne sont nombreux que chez les confrères n'exerçant pas cette médecine de tous les jours, près de tous, *des humbles chez eux*, comme des plus grands — le qualifient de « mol oreiller ». Oh non, dure pierre plutôt, avec ses doutes, ses scrupules, ses essais de concilier le devoir, la conscience et l'intérêt de tous. Tact et cœur y arrivent souvent (le Prof. Sergent en donne un cas).

La règle inflexible ne va pas, je le sais bien, avec l'indépendance médicale, son dévouement, ses initiatives, son intuition... et cependant, ici, que la sécurité nous donne le respect de la loi, et fort justement, je crois l'avoir prouvé par

une réalité troublante que j'ai été des rares, l'ayant devinée d'instinct, à savoir *sûrement*, que de fois déjà l'ai-je citée par T. S. F., articles, et aurai-je sans doute à citer encore !

Je crois, cher ami, que ces réflexions à base scientifique et vécues, méritent d'être vulgarisées, et vous les adresse avec mes bien cordiaux sentiments.

Dr Foveau de Courmelles.

VARIÉTÉ BIOGRAPHIQUE

Docteur Victor Cathala

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.
Chargé de Cours de Clinique annexe à la Faculté de Paris.
Membre du Conseil d'Administration de l'UMFIA.

Le premier qui, en France, a fait un cours en Espagnol

Par le Docteur Dartigues,
Président fondateur de l'Umfia.

Notre ami, le Dr Cathala est en dehors de sa personnalité scientifique, une des figures les plus intéressantes de l'Umfia, à laquelle il appartient depuis la première heure de cette Association. Il y a longtemps que je me propose d'écrire une page sur lui, afin de faire ressortir le rôle tout à fait nouveau en France, qu'il a joué dans l'enseignement. En effet, jamais ne s'était fait encore, dans notre pays, des cours scientifiques en langue espagnole, et même dans aucune autre langue. Il a eu, le premier ce grand mérite. Il faut qu'on s'en souvienne. Même certains hommes, parvenus dans notre pays aux plus hautes situations, et qui pouvaient aisément le faire, ne l'ont pas tenté. Le célèbre Orfila, qui fut Professeur et Doyen même de la Faculté de Paris, était Espagnol, puisqu'il était né dans les Baléares, à Majorque — Albarran, qui était originaire de Cuba et qui devint un des hommes les plus en vue de la Faculté de médecine de Paris, puisqu'il succéda au Professeur Guyon, dans leurs services fort fréquentés et où pouvaient être plus spécialement attirés des médecins espagnols ou américains du Sud, n'ont pas eu l'idée de faire des cours en langue castillane pour eux qui, à cette époque, parlaient moins souvent le français que maintenant. Depuis quelques mois, A. D. R. M. , à Paris, cherche à organiser des cours en anglais. En Allemagne, des professeurs se sont réunis et ont organisé un enseignement en castillan à l'usage des médecins étrangers espagnols ou Américains du Sud. Comme on le voit, cette idée de l'instruction des docteurs et des étudiants étrangers, dans leur propre langue n'est pas nouvelle, et c'est le grand mérite du Dr Cathala approuvé et encougé par son maître, le Professeur Bar, qui en avait eu l'idée de l'avoir réalisé en 1913. Ce sera donc le grand mérite de Cathala d'avoir fait cette innovation en France, et à une époque où la question des relations médicales internationales était lettre morte, où, dans les hautes sphères on n'en avait pas la moindre idée de les créer, entretenir, cultiver.

Le docteur Victor Cathala a été nommé interne des hôpitaux de Paris en 1900. Il fut nommé chef de clinique d'accouchements à la Faculté en 1907, et accoucheur des hôpitaux de Paris en 1909.

Il a été, en obstétrique, le disciple de Budin, dont il fut le chef de clinique adjoint, du Prof. Bar, dont il a été le chef de clinique, de Doléris, dont il a été l'assistant.

Il a fait de l'enseignement obstétrical à la clinique Tarnier et dans les Maternités de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Saint-Louis.

Il est actuellement accoucheur, chef de service à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis et chargé de cours de clinique annexe de la Faculté de Paris.

Il a fait de nombreux travaux, dont voici les principaux : D'abord sa thèse passée à Paris en 1904 sur : *La pathogénie et l'étude clinique de la pyélonéphrite gravidique*, où il démontra, à la suite de Bar, que l'infection rénale est secondaire à une infection générale colibacillaire (colibacillose) d'origine intestinale, notion devenue classique depuis. Puis : *Recherches sur le sang et sur l'urine du nouveau-né*, pour servir à l'étude de l'ictère simple du nouveau-né, en collaboration avec Daunay, montrant, dans ce travail, la nature hémolytique de l'ictère ; *Les incisions de la portion vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme* ; (le Dr Cathala montra, *dans ce* mémoire, les avantages que les accoucheurs peuvent obtenir de cette intervention qui, contrairement à l'opinion admise en France, est sans danger quand elle est faite correctement en suivant certaines indications qu'il a précisées) ; *Les différents procédés d'agrandissement du bassin* ; *leur valeur* (Conférence qui a été publiée dans les leçons du jeudi soir, à la clinique

Tarnier) ; *La variabilité des points d'ossification du fœtus ; Les rétrodéviations de l'utérus chez les femmes enceintes et accouchées ; Les kystes de l'ovaire pendant la puerpéralité ; Corps jaune et grossesse ; Groupes sanguins chez la mère et l'enfant ; Coagulabilité du sang pendant la grossesse ; Extraits hypophysaires au cours de l'accouchement ; L'opération césarienne*, etc.

Cathala a, de plus, collaboré aux *Traités d'accouchements* des Professeurs Bar et Brindeau.

Lorsque la guerre a éclaté, Cathala a été mobilisé du 2 août 1914 jusqu'au 25 décembre 1918. Il a été successivement en ambulance divisionnaire dans la Meuse, la Somme, la Champagne et la 4e région. Il est Croix de Guerre et Chevalier de la Légion d'honneur à titre militaire.

Mais, que je revienne à son enseignement obstétrical en espagnol : c'est avant la guerre, en 1913, puis en 1914, qu'il le fit à la maternité Tarnier, dans le service de son maître le Professeur Bar. Il l'aurait certainement continué si la guerre n'était survenue.

Son premier cours se fit en vingt leçons, du 26 mai 1913 au 21 juin 1913 avec l'assistance des moniteurs Pellissier et Sabaté. Les leçons théoriques étaient complétées par des examens de femmes enceintes et des opérations obstétricales et des manœuvres obstétricales pratiquées par les élèves. Le Professeur Bar faisait des grandes leçons cliniques dont le résumé, fait en espagnol par Cathala, était distribué aux élèves avant la clinique du maître. Cathala, avec Pellissier et Sabaté, faisait en espagnol des démonstrations obstétricales, des examens de femmes enceintes et des consultations de nourrissons.

Le deuxième cours, également de vingt leçons, eut lieu du 2 juin au 27 juin 1914, comme on le voit, à la veille de la guerre.

J'ai là, sous les yeux, les programmes imprimés de ces deux cours. Le cours est intitulé : « *Curso de Practica obstetrica en lengua española por el Doctor Cathala, tocólogo de los Hospitales de Paris, Antiguo Jefe de Clinica de la Faculdad, ayudado por los Monitores Sres Pellissier, Sabaté.* »

Ces cours étaient très bien compris : ils comportaient, en dehors du programme proprement dit, une visite de la Pouponnière de Porchefontaine, et la tournée, si je puis employer cette expression, de toutes les Maternités de Paris.

Le Dr Cathala, dont je suis heureux de donner le portrait, est un grand travailleur, un homme de valeur, courtois, affable, pondéré, d'excellent conseil.

On ne dira jamais assez haut combien fut originale son idée, et on ne fera jamais assez ressortir le grand mérite, qu'il a eu à la réaliser. Personne n'avait fait, avant lui, de cours semblable en France, et probablement partout à l'étranger. Personne en 1913, (à part quelques personnalités telles que Doléris, Pozzi, J. L. Faure, qui avaient voyagé en Amérique du Sud), personne ne s'occupait de ces questions d'entente et de relations scientifiques internationales. Ce sera pour Cathala un titre à la reconnaissance de la France, sous ce rapport d'enseignement scientifique, d'avoir pris une telle initiative et de l'avoir menée avec succès, appuyé dans son effort de la haute autorité du Prof. Bar dans le service duquel se sont faits ces cours.

Cette idée de cours en langues étrangères, en France, *vaut d'être reprise sur une plus grande échelle, d'autant que les Allemands font un effort dans ce sens, sachant bien qu'il leur sera plus facile d'accéder à l'intelligence et à la compréhension des Latins en leur parlant leur langue maternelle.* Mais honneur toujours à celui qui a pensé le premier à une chose, qui commence et inaugure : honneur donc à notre collègue de l'Umfia depuis sa fondation (1912).

A PROPOS DE L'ARMÉE DU SALUT

J'ai été particulièrement heureux de lire les pages du Dr Noir sur l'Armée du Salut. C'est un acte de justice, dont il faut le féliciter. Le jour où, dans Paris, sa banlieue — et dans le monde entier, — l'Armée du Salut aura un nombre suffisant de lits et pourra offrir un nombre suffisant de portions, la question sociale sera résolue. Ce n'est qu'un problème d'argent, car le cœur ne saurait faire défaut. Dans quelques mois, notre confrère pourra nous parler encore de l'œuvre que l'Armée du Salut amorce en Guyane, où elle est la première, sauf erreur, à se préoccuper sur une grande échelle du sort des libérés, rendus à la responsabilité sociale après une longue destinée de minorité, un des plus hideux paradoxes de nos organisations d'Etat. Lorsque l'on parle de l'Armée du Salut, il importe de toujours ajouter que ses surprenants succès ne sont pas arbitraires : ils reposent sur un sens de la liberté de conscience, qui n'est pas simple objet de discours, mais le fruit d'une longue expérience acquise dans la pratique de la charité. Il est significatif de constater que, de toutes les œuvres de relèvement, pour prendre ce seul exemple, c'est elle qui enregistre le plus grand nombre de succès, ce qui tient à ce que les filles auxquelles elles ouvrent leur porte sont libres à l'entrée, libres à la sortie, et libres pendant le séjour, où la participation aux pratiques religieuses n'est jamais imposée, ni même directement sollicitée,

La vie religieuse des salutistes alimente le foyer qui fournit la chaleur, et l'arrière espoir de ces fervents est que les malheureux qui viennent s'y réchauffer s'interrogent un jour sur la source de cette chaleur. C'est la seule bonne formule, qui peut servir de directive à toute entreprise charitable, religieuse ou laïque. Réflexions d'un catholique.

Par ailleurs, j'ai été très intéressé, sinon véritablement surpris, par la conclusion additionnelle du Dr Noir à l'étude du confrère Vérut, de Charly : « Transformisme ou créationisme ? » Il dit : « quant au créationisme, ce n'est pas une doctrine scientifique, c'est une croyance. Or, la foi en une croyance ne saurait se discuter. On croit ou on ne croit pas, et il n'y a pas d'arguments pour ou contre à ce sujet. »

Ce qui est croyance sur le plan religieux peut être utilisé comme hypothèse sur le plan scientifique. *A priori*, rien ne l'interdit. Quel que soit le degré d'évidence auquel puisse, sur le plan religieux, prétendre une croyance, tout ce que le scientifique peut exiger d'elle — ni plus, ni moins — est que, transposée sur le plan scientifique, elle soit au préalable dépouillée de cette revendication d'évidence, en quelque sorte dévitalisée, afin d'y pouvoir être utilisée comme hypothèse, c'est-à-dire comme un instrument de travail dont nous restions absolument maîtres. C'est le domaine du « tout se passe comme si », le strict domaine où une explication ne peut être dite « séduisante » que dans la mesure où elle colle. La seule question est de savoir si l'hypothèse créationiste a rendu jusqu'à ce jour, rend ou rendra. Si l'imagination d'un créateur, anthropomorphisé au point d'être conçu comme un potier modelant la masse terraquée, permet de grouper, de lier quatre phénomènes, nous avons le début d'une hypothèse, qui attend d'être luxée par une autre hypothèse, créationiste ou non, démontrée plus compréhensive. Ceci me paraît de simple évidence philosophique, et il me semblerait osé d'affirmer que, dès maintenant, sur le plan scientifique, en tant qu'hypothèse, le créationisme a épuisé ses effets.

N'oublions pas que même des hypothèses logiquement absurdes se sont montrées à leur heure fructueuses. Nous nous souvenons d'un temps, peu lointain, où l'on attribuait à l'éther tout à la fois la propriété de la rigidité absolue et celle de l'élasticité absolue. Ce n'était pas moins étonnant que la conception d'un Dieu, un en trois personnes, et cependant, personne ne songeait à refuser les services de cette hypothèse pour l'avoir confondue avec une croyance. Les hypothèses se situent en dehors de la question de la réalité et de l'illusion : elles ne sont scientifiquement que des méthodes de classement ou de recherche, et philosophiquement, des anticipations plus ou moins teintées de poésie — d'où leur succès variable lorsque les vulgarisations s'en emparent pour les offrir au public.

Quoi qu'il en soit, le simple fait que de semblables échanges soient devenus possibles à la tribune du *Concours* montre bien combien notre atmosphère s'est modifiée dans le sens de la tolérance. Imaginez cela il y a trente ans ! Il y a trente ans, les jeunes lecteurs du *Concours* allaient à l'Armée du Salut pour y rigoler comme dans un mauvais lieu — j'en étais. Aujourd'hui, les uns et les autres ont vu leur activité s'enrichir et leur perspective s'élargir par une accoutumance progressive et intelligente à la liberté de pensée. Belle plateforme pour un optimiste !

Pour en revenir aux variations sur le créationisme, j'irai plus loin, sans plus chicaner sur sa proscription en tant qu'hypothèse, afin de négocier mon franc parler. Je suis toujours surpris de constater comme l'argument d'une création consciente et intelligente se contente de prendre appui sur l'exemple des réussites mécaniques de la nature.

Voltaire se satisfaisait d'un horloger. Platon est plus exigeant. Les réussites esthétiques m'ont toujours paru beaucoup plus expressives. Elles ont quelque chose de plus choisi. Promenez-vous avec un petit cadre vide, qui vous permette de prélever des sections dans le monde champêtre, vous remarquerez déjà que les paysages, ainsi isolés, sont le plus souvent « bien composés ». Pour moi, j'en reviens toujours à la merveille des petits scarabées, dont le nouveau monde nous offre un échantillonnage étourdissant de formes, de couleurs, de tons et dans l'ensemble, de *style*. Ce sont des travaux d'art, qui passent l'imagination de nos meilleurs orfèvres — (et à ce propos, je signale en passant la pauvreté générale de l'invention des artistes, même antiques, qui ont voulu agencer des types d'animaux fictifs). Je n'ose prétendre qu'ils auraient été créés pour mon seul plaisir ou mon simple étonnement. Il faut se déranger pour les voir, et il y a encore tant de variétés, sans doute, que nul homme n'a jamais contemplées ! Les orthodoxes de l'hypothèse nous parleront des infinis tâtonnements du hasard, qui ont su, non seulement réussir, mais encore fixer les types heureux, alors que l'on comprend mal pourquoi le hasard ne se contenterait pas tout aussi bien de n'importe quelle réussite mécanique, à la condition que ça marche, ou pourquoi le « sex appeal » — action et réaction des semblables — ne s'exercerait pas tout aussi bien dans l'informe et la laideur. Je persiste à préférer les conceptions platoniciennes de la beauté, qui est elle-même l'ensemble de ces conditions. Je constate que dans la nature, le sens de la beauté, ne viserait-il qu'au rapprochement des sexes, fait appel chez

les créatures — avec toutes les exceptions que l'on voudra — à des attraits ou à des goûts analogues, alors que cet instinct sexuel ne sort pas de l'espèce. En d'autres termes, pourquoi la nature crée-t-elle en beauté, ou si vous préférez pourquoi le hasard, ayant rencontré la beauté, la fixe-t-il dans la nature ? Si l'appel sexuel — côté subjectif du problème — est une explication exhaustive, pourquoi encore cet appel obéit-il très généralement à des règles d'esthétique, si nettement objectivées qu'elles s'imposent à l'ensemble des vivants ? Etant admis que dans l'ordre des réussites mécaniques, la notion d'un créateur puisse être réduite jusqu'à l'inutilité — (« je n'ai pas eu besoin de l'hypothèse Dieu », fait-on dire à Laplace, et l'aurait-il dit, ce n'eût été qu'une façon très légitime de circonscrire un système, sans plus) —, si tout au moins l'infinité des chocs du hasard suffit à y suppléer, il paraît que, dans l'ordre des résultats plastiques, le problème se serre davantage, et nous reconduit vers l'imagination d'un créateur qui, à défaut d'une intelligence nécessaire, opérerait selon un goût déterminé. Débat qui s'ouvre sur les lois de l'organisation et de la morphologie envisagées du point de vue esthétique, c'est-à dire sur le problème passionnant et si peu élucidé du *cosmos* au sens exact.

J'ajoute que, quand bien même une hypothèse serait à base de croyance, il subsiste qu'avec le recul, la croyance est un fait — comme les réussites de l'Armée du Salut — et reste, à ce titre, un élément d'un problème d'ensemble, qu'aucune hypothèse, du moins philosophique, n'a le droit d'exclure de son champ.

Toutes considérations ayant pour but de montrer que, si la science prétend très légitimement circonscrire son langage, le langage de la certitude religieuse conserve tout aussi légitimement le droit de se chercher des traductions dans celui des possibilités, que définit l'investigation agnostique. Entre celui qui affirme que tout est possible au créateur, et celui qui démontre que rien n'est impossible aux jeux de la nature — ce qui est manifestement dans la direction du progrès de la science, — il n'y a pas de conflit ouvert, mais de simples variations de perspectives, fermées par des horizons différents.

Dr PENEL.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Là m'est venu le goût de cette chose la plus inutile la plus vaine si l'on veut, la plus pareille à la fumée, et pourtant si nécessaire au charme de l'existence, qui s'appelle la littérature....

Jean THARAUD.

CCCXXV. — J. et J. THARAUD. — **L'oiseau d'or.** 1 vol. 12 × 19. *Edition Plon*, Paris, 1931. Prix : 15 fr.

Suivant la technique moderne perfectionnée du plagiat, passé dans les mœurs, je vais froidement utiliser aujourd'hui mon épigraphe. Au lieu de « *là* » j'écris : « *de votre œuvre* », à la place de « *Jean Tharaud* », je substitue « *L'Homme aux Bésicles* » et me voici armé d'une formule qui va me permettre de traduire (beaucoup !) mieux que je n'aurais pu le faire la profonde gratitude que je garde aux frères Tharaud. Par leurs livres, mieux que personne, ils me poussèrent, au retour de la guerre, à aimer cet enchantement des mots, dont l'un d'eux donne une si séduisante et si juste définition. Vous me pardonnerez, dans ces conditions, de me départir pour une fois de ma « bienveillante neutralité », pour essayer de vous faire partager mon admiration et mon point de vue. L'Oiseau d'Or s'y prête à merveille. Si par impossible (et j'aurais peine à le croire sans rire !) ils avaient échappé à votre attention, ce livre constituerait la « prise de contact », la plus heureuse que vous puissiez choisir pour faire leur connaissance. Non pas qu'ils n'aient pas ailleurs écrit de plus belles pages ! Elles foisonnent (comme les mauvaises chez d'autres auteurs), par une propension naturelle. Mais, ce recueil de récits et de souvenirs a un caractère *très* spécial, sur lequel je me permets d'insister : il constitue une véritable symbiose de leurs différentes écritures, une synthèse des aspects si divers de leur œuvre, un résumé, un raccourci synoptique des champs divers où s'exerça leur double talent. Si tous ces tableaux ont la même simplicité descriptive, cette concision calme, cette lumière mystérieuse venue on ne sait d'où, qui les éclaire et qu'ils rayonnent, cette clarté que l'on sent sans pouvoir la définir, chacun d'eux imperceptiblement colore la réalité de leurs descriptions de signes particuliers, ténus, ou si saisissants qu'ils laissent, chaque fois, une impression inoubliable. Qu'il s'agisse de la Jacquerie sauvage dressée contre les Hobereaux du Périgord noir, des zouaves de Charrette, de la retraite de Lamennais, des digues de l'Yser, de la plaine hongroise, de l'Islam aux prises avec un franciscain, les paysages et les hommes se lèvent à leur appel avec une docilité de choses soumises. Qu'ils évoquent leurs souvenirs d'enfance avec une ironie enjouée, et pris d'une émotion très douce, c'est nous-mêmes

qui voyons monter le brouillard de nos souvenirs teintés « *de la chère couleur de jadis* ». Qu'ils prononcent l'éloge d'Anatole France, tiraillé entre Saint-François et Karl Marx ; qu'ils parlent en se jouant du Limousin, de la Bretagne, de cette géographie cordiale de nos petites patries, la souplesse et la richesse de leur inspiration s'adaptent très simplement aux nécessités particulières de leur thème ou à la mentalité de leur auditoire. Et comme j'espère que Monsieur Estaunié me fera l'honneur de lire les lignes qui vont suivre, au cas où il lirait aussi celles qui précèdent, je lui transmets la requête que formulent tant de lecteurs de leur grande œuvre : l'Académie devrait bien songer (puisqu'il y a dans son sein des gens d'esprit) à tourner la difficulté de leur admission, en attribuant aux deux frères un fauteuil indivis, un grand fauteuil, où ils s'assoieraient côte à côte (sans se disputer !), non loin de leur camarade de collège, Paul Chack, qui faillit autrefois les faire noyer sur le lac de Vincennes, avant de devenir un grand marin.

CCCXXVI. — E. Estaunié, de l'Académie française. — **Les Choses voient**. Un vol. 15 × 20, illustré de 70 aquarelles de Fr. de Marliave. Tiré à 1.021 ex. dont 961 sur velin de Rives. Collection française. *Editions Cyral*, Paris, 1931. 200 fr.

Les drames de l'hérédité sont d'une telle cruauté aveugle qu'ils tentent périodiquement, régulièrement les romanciers. La Geôle de Paul Bourget, la Rechute, en sont de grands exemples. Monsieur Estaunié a montré de façon différente un crime maternel atrocement puni sur la descendance. Les innocents paient, et l'expiation les accable. L'intrigue de leur douloureuse rançon est d'une complexité balzacienne. Mais tout cela est merveilleusement ordonné, grâce à l'artifice de composition de M. Estaunié. Dans la vieille maison où se joue cette tragique partie de malheur, il prête aux objets familiers, le pouvoir de se souvenir. Leur mémoire implacable nous restitue le passé : la pendule, le miroir au cadre de verre hérissé de roses vénétiennes, le secrétaire, avant de se disperser au cours d'une vente prochaine égrènent l'épouvante, l'angoisse, la tristesse des passions qui grondaient, derrière la façade de pierre, sous la férocité du huis-clos provincial.

La tentative était malaisée et le *naturel*, qui enchaîne, eurs douloureux monologues n'en est que plus saisissant. De la sévérité triste du roman, l'illustration de Marliave s'est très intelligemment inspirée.

L'artiste a pris le soin de retrouver à Dijon la maison, où M. Estaunié situe l'action. Puis, limitant très heureusement la gamme de ses couleurs, il a adapté à cette atmosphère lourde de fatalité, une série très nuancée de demi-teintes cendrées, de gris opalins, parfois bleutés, gris funèbre du ciel, gris vétuste des pierres, gris hostile des pièces assombries, gris tristes des ruelles, des façades lépreuses. A peine, dès qu'il passe un éclair passager de joie fugitive autour de l'amour de Line, ravive-t-il ses coloris : un coin de ciel bleu, quelques arbres à gros troncs bruns, quelques nuages plus blancs pour traduire cette allégresse passagère. Le trait de son pinceau est d'une rare sûreté, d'une méthodique exactitude et le soin du détail pictural s'avère à chaque gravure. Le papier est d'un grain sans défauts, les lettrines grises encore, et l'impression typographique frappée avec la netteté des œuvres de la même collection.

CCCXXVII. — R. Kipling. — **Les Livres de la Jungle-Kim**. 4 volumes (ensemble) 15 × 20. Illustrés de 48 gravures en couleurs de M. de Becque et Ch. Fouqueray. Tirés à 3.300 exemplaires sur velin. Collection Byblis. *Ed. du Sagittaire*, Paris, 1931.

Ici encore la typographie a une élégance sobre, plus affinée peut-être s'il est possible, sur le papier d'un blanc très pur. Les titres semblent laisser filtrer le reflet vert des sous-bois mystérieux, que nous retrouvons plus profonds ou plus livides dans les cuivres de de Becque, éclairés de lueurs étranges, de bleus fantastiques, de nuit transparente, où glissent les pas souples de la panthère, la colère du serpent, la pesante lenteur des éléphants sortis de l'ombre, où rampe la cruauté sournoise du crocodile, où se tapissent les bêtes à l'affût. Dans le second livre, l'artiste a eu quelques groupements moins heureux (p. 165), son oiseau hideux de la page 45 a, par contre, une très expressive laideur et le modelé des fauves, de la vigueur. Les Hindous de Kim se promènent dans de lumineux paysages ; le Lama a un air authentique de sorcier redoutable derrière ses lunettes et drapé de rouge diabolique ; les groupes de personnages sont assemblés avec vraisemblancee sous ruissellement du soleil qui dore et fait flamber les couleurs.

Cet éclaboussement de clarté crue ne choque pas, tant est vive la vie des héros de Kipling. Et, dans toutes les gravures, il y a un très juste dosage d'ombre, qui fait (comme à la page 226, par exemple) ressortir les chairs bronzées avec un relief et une exactitude anatomique bien équilibrés. A la page 210 encore, la légèreté des silhouettes se détache avec netteté sur les murs éblouissants, mettant en symbolique opposition la morgue anglaise et la passive désobéissance des indigènes, comme écrasés par le volumineux turban croisé.

CCCXXVIII. — G. Pillement. — **Valencia**. Roman 1 vol. 12 × 19 . *Ed. Grasset*, Paris, 1931.

Inspiré par cet « amour avide », de l'Espagne

que j'ai déjà eu l'occasion de vous signaler, Georges Pillement nous donne un roman, étrange comme un Conte d'Hoffmann (il y a des Automates et toute une complexe machinerie du rêve) écrit avec une ironique finesse. Il a ainsi l'occasion de nous décrire son pays de prédilection. Il le fait avec une adresse technique parfois trop poussée, comme s'il avait été frappé par la complexité de ces héros tout en rouages, qui broient l'amoureuse après laquelle don Jorge soupire inlassablement. C'est un livre curieux, mi-roman, mi-conte philosophique d'une alerte, composition, correcte et vibrante.

CCCXXIX. — Léon LEMONNIER. — **La Vie d'Oscar Wilde.** 1 vol. 12 × 19. Collection Essais critiques. *Ed. de la Nouvelle Revue critique*, Paris, 12 fr.

Les biographes se donnent un mal de tous les diables pour expliquer la vie de leur héros ! Monsieur Lemonnier s'est conformé à la règle du jeu. Il consacre à Wilde un livre *très* intéressant, nourri de documents nouveaux, d'anecdotes et de jugements fort bien assis. Mais il va un peu loin, et je ne pensais pas que la « solidarité » littéraire lui fît un devoir de défendre avec éloquence la conception si crûment platonicienne, que Wilde se faisait du Banquet de la Vie ! Elle est fort à la mode, c'est entendu, mais vous allez nous faire rire, Monsieur Lemonnier, si vous nommez cela un « *culte* ». J'ai lu quelque part autrefois l'histoire d'une « Pauvre Fusée », qui doit être du même Wilde (Oscar). Elle me semble illustrer à la perfection sa propre (!!!) existence : quelques étincelles, du bruit, de la fumée, les béates exclamations de la foule, puis la chute définitive dans la gadoue.

On peut expliquer Wilde assez simplement : une lourde hérédité, le *besoin* d'épater les populations qui sont de moins en moins « épatées », la vérole dont les accidents tertiaires rongeront sa bohême misérable. Malgré tout cela, il pouvait encore avoir une belle existence, mais il lui manquait une qualité courante que rien ne remplace, pas même le génie (s'il en eut) (1) : le sens moral.

14 mai 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Je ne voudrais pas faire de peine à Monsieur Lemonnier dont je dois vous parler bientôt.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre Sarah Bernhardt

Les tribulations d'un chinois en Chine

Pièce à grand spectacle en 3 actes et 15 tableaux tirée du roman de Jules Verne par MM. Claude FARRÈRE et Charles MÉRÉ.

Ce sont quinze superbes estampes animées, véritable régal des yeux qu'un fil conducteur d'une douce et saine philosophie unit très intelligemment. Transportés dans la Chine de jadis poétisée par les deux auteurs, nous reconnaissons de suite la part assumée par M. Claude Farrère dans la vivante traduction des coutumes, des mœurs et des usages d'un pays qu'il connaît bien — quelle unité et quelle maîtrise dans cette couleur locale ! — et celle de M. Charles Méré dans la conduite de l'action, la concision et la sûreté du dialogue, le développement de l'intensité dramatique. C'est un spectacle ravissant, reposant; qui tient à la fois de la féérie par la fantaisie qui l'anime, de la comédie par ses instants exquis de sentiment, de grâce, de gaieté et d'aimable psychologie et enfin du Music-Hall par ses mouvements de scène, ses coloris, ses lumières et les quelques attractions de premier ordre incorporées toujours très à propos.

Le roman de Jules Verne est, à peu de détails près, scrupuleusement suivi et le côté moralisateur et satyrique qui accompagne dans chacune de ses œuvres le fond essentiel scientifique et géographique, est fort bien mis en valeur.

Le premier acte est divisé en 5 tableaux. Kin-Fo, fils d'un riche commerçant de Shanghai, a réuni sur un bateau à fleurs ses amis (1er tableau), il va épouser la jeune et gracieuse Léou, mais hélas, malgré tous les biens dont il semble comblé, Kin-Fo est triste, il s'ennuie ; le sage philosophe Wang dont il a fait son ami, souhaite pour lui les plus grandes tribulations afin de lui faire apprécier le bonheur qui est à sa portée et qu'il méconnaît. Nous suivons les deux amis à travers les rues de Shanghaï (2e tableau) et jusque dans le yamen de Kin-Fo (3e tableau), c'est là que commence la bienfaisante adversité : Kin-Fo apprend que sa banque de San-Francisco est en faillite, il est ruiné, comme il ne peut envisager cette catastrophe, il songe à mourir, mais pour avoir enfin une émotion forte, il charge Wang de le tuer à l'improviste dans un délai de deux mois tandis qu'il renvoie sa fiancée

à Pékin. Il contracte une assurance sur la vie au profit de Léou et de Wang à la Compagnie « la Centenaire » (4e tableau) et signe à Wang un papier qui le met à couvert sur lequel il atteste s'être donné lui-même la mort. Mais un télégramme lui parvient après le départ de Wang qu'un coup de bourse heureux a fait doubler ses valeurs, il est plus riche que jamais et apprécie enfin le bonheur de vivre ; hélas il est désormais exposé au danger qu'il s'est créé en armant le bras de Wang et se lance à la poursuite de ce dernier (5e tableau) suivi de son fidèle serviteur Soun et de deux limiers américains de la compagnie d'assurance qui ont intérêt à protéger sa vie.

Dans les romans de Jules Verne, la poursuite est le thème habituel, il en résulte beaucoup d'animation, d'intérêt et de diversion. Au deuxième acte, notre troupe à la recherche de Wang arrive à l'hôtel de Tong-Tchéou (6e tableau), de là au pont de Paliko (7e tableau) où nous assistons à une fête au milieu de laquelle d'habiles jongleurs et acrobates chinois amusent la foule en lançant des couteaux et faisant tourner des assiettes. Wang par hasard passe, il est reconnu et traqué et plonge dans le fleuve ainsi que d'ailleurs à sa suite Kin-Fo et les deux Américains (8e tableau), tout le monde se retrouve sur la berge du Pei-Ho (9e tableau) sauf Wang porté comme disparu. Kin-Fo toujours dans la crainte arrive à Pékin (10e tableau) où il retrouve sa douce fiancée. Pendant la célébration de leur mariage, un très ravissant spectacle (11e tableau), le terrible brigand Lao-Shen fait irruption suivi de sa bande, il est chargé par Wang de s'emparer de Kin-Fo et de le faire mourir, Wang n'ayant pas eu le courage d'accomplir sa mission lui-même.

Au troisième acte Kin-Fo et sa suite ont échappé aux bandits, mais ceux-ci les serrent de près, nous les voyons successivement sur le pont de la jonque (12e tableau) au pied de la grande muraille de Chine (13e tableau) et enfin amenés dans le repaire de Lao-Shen (14e tableau) qui fait enfermer le maître et le serviteur dans une cage de fer pour les conduire vers l'endroit mystérieux de leur supplice. Après plusieurs jours d'épreuves, toujours enfermés (15e tableau), Kin-Fo est sorti de sa cage les yeux bandés croyant sa dernière heure arrivée, à sa surprise et à sa joie, il se retrouve dans sa demeure où l'ont précédé son grand et sage ami Wang et la charmante Leou qui le reçoit dans ses bras.

Je ne reviens pas sur la somptuosité des tableaux qui nous apportent chacun un émerveillement nouveau, je citerai : la Rue à Shanghaï, le Yamen de Kin-Fo, la Berge de Peï-Ho, le Mariage à Pékin et surtout la Grande Muraille de Chine ; ni sur les costumes éblouissants si divers malgré leur similitude, nous devons les uns à M. Emile Bertin, les autres à M. Zanel.

L'interprétation constamment dominée par la personnalité de Kin-Fo ne pouvait être meilleure. MM. Henri Monteux dans Lao-Shen ; Albert Decœur dans Wang ; Georges Bever dans le malicieux et froussard Soun ; MM. Henri Mairet et José Dupuis dans les détectives jumelés sont tout à fait dans la note. Mlle Renée Devillers a présenté l'ingénue et résignée Leou d'une façon très agréable et dans un style fort pur. Mais, quel artiste remarquable que M. Maurice Escande ! quelle noble réserve, quelle limpidité de sentiments aussi bien dans la mélancolie que dans la joie, quelle maîtrise distinguée et souriante ! A la lumière de cette interprétation si parfaite nous ne pouvions mieux saisir la philosophie pratique et optimiste qui se dégage dans l'ambiance de rêve de cette féerie parfumée.

Il nous sera donné longtemps, j'espère, d'applaudir ce magnifique spectacle que l'actualité de l'Exposition coloniale favorise et qu'elle impose presque à tous les fervents du Théâtre et plus encore à ceux qui font du cinéma parlant et sonore le but de leurs distractions, cela pourra leur faire opérer de très salutaires revirements.

Jean SÉJOURNET
De la Société des auteurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat de Cannes

Assemblée générale du 16 avril 1931

Réformés. L'Assemblée examine la question des abus, dont parle, dans « Nice et Alpes-Maritimes » de février, le secrétaire de la Commission de contrôle départementale. L'assemblée admet qu'il y ait, de la part de certains médecins, abus de visites et de prescription, mais n'estime pas que le fait pour un médecin de prescrire depuis des mois et des années, pour un réformé donné, les mêmes médicaments, implique une complaisance excessive de la part du médecin, le malade pouvant être un chronique à état invariable, nécessitant un traitement également invariable.

D'autre part, il est certain que certains réformés abusent des consultations. Mais il n'est pas aisé de refuser de soigner un réformé, qui affirme ressentir des troubles et réclame un traitement propre à les combattre.

Assurance sociales. Rôle du médecin contrôleur de la caisse.

L'Assemblée étudie cette question, à propos d'une note du Syndicat du Lot-et-Garonne parue dans le « *Médecin de France* », du 1-3-1931, page 217.

Le Syndicat du Lot-et-Garonne estime qu'il appartient au médecin-contrôleur de la Caisse de s'assurer que les assurés sociaux malades appliquent strictement les prescriptions générales du médecin-traitant inscrites sur la feuille de maladie (repos au lit ou à la chambre, sorties, autorisées seulement à certaines heures, nécessité d'interrompre le travail).

Le Syndicat du Lot-et-Garonne estime que, pour remplir sa mission, il est indispensable que le médecin-contrôleur de la Caisse fasse quelquefois des visites inopinées sans en avertir le médecin-traitant. Dans ces cas il ne serait fait aucun examen clinique.

Le Syndicat de Cannes se montre d'un avis différent et estime que c'est aux visiteurs non médecins de la Caisse de contrôler que les assurés malades observent bien les prescriptions du médecin-traitant.

Par contre, comme le Syndicat du Lot-et-Garonne, le Syndicat de Cannes estime que le médecin-contrôleur de la Caisse a pour rôle de vérifier si l'assuré est bien malade et incapable de travailler et si les actes médicaux spéciaux (chirurgicaux, radiologiques, physiothérapiques, etc ...) prescrits par le médecin-traitant sont justifiés, que, d'autre part, ce contrôle peut apporter un concours précieux au médecin-traitant parfois fort embarrassé par la mauvaise volonté du malade et qui pourra réclamer lui-même à la Caisse le secours de ce contrôle.

D'autre part, le Syndicat de Cannes estime indispensable que dans tous les cas le médecin-contrôleur de la Caisse prévienne le médecin-traitant de sa contre-visite suffisamment à l'avance pour que le médecin-traitant puisse y assister s'il le désire.

Le Syndicat de Cannes a réussi à obtenir l'insertion de cette clause dans les conventions passées par les Caisses avec la Fédération des Syndicats médicaux des Alpes-Maritimes.

Assurances sociales. Indications sur la feuille de maladie du dernier jour de maladie et du dernier jour d'incapacité de travail.

Les Caisses ont parfois besoin de connaître le dernier jour de la maladie pour calculer la durée de celle-ci, qui peut leur être nécessaire, étant donné qu'elles ne doivent rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques que dans la limite d'une somme, calculée en multipliant le demi-salaire moyen par ce nombre de jours de maladie. Les Caisses ont besoin de connaître en outre le dernier jour d'incapacité de travail quand il s'agit de l'assuré lui-même, étant donné, qu'elles paient à l'assuré le demi-salaire à partir du 6e jour.

Mais deux cas peuvent se présenter :

a) Ou bien le malade est guéri et capable de travailler le jour de la dernière visite, ou paraît devoir l'être le lendemain ou au plus tard le surlendemain. Le médecin peut dans ce cas, au cours de la dernière visite, fixer et inscrire sur la feuille de maladie de façon précise le dernier jour de la maladie et le dernier jour d'incapacité de travail.

b) Le malade paraît ne devoir être guéri et capable de travailler qu'à une date plus éloignée que le surlendemain. Le médecin ne peut dans ce cas au cours de la dernière visite, fixer et inscrire sur la feuille de maladie de façon précise le dernier jour de la maladie et le dernier jour d'incapacité de travail.

En effet, si le médecin indiquait de façon précise une date plus prochaine que celle où le malade sera en réalité ou pourra en réalité reprendre son travail, il risquerait de l'empêcher de toucher la totalité de ce à quoi il a droit; si, d'autre part, le médecin indiquait une date plus éloignée que celle où le malade sera en réalité guéri ou pourra en réalité reprendre son travail, il pourrait paraître montrer une complaisance coupable.

En conséquence, le médecin dans ce cas, ou bien n'indiquera rien sur la feuille de maladie, ou bien n'indiquera qu'une date probable (pour ce faire, inscrire un point d'interrogation après la date).

Dans les cas ou la Caisse estimera nécessaire l'inscription d'une date précise, l'intéressé devra se faire examiner à nouveau par le médecin.

Dans ce cas comme pour les accidentés du travail,

il s'agit d'une visite ordinaire, qui doit être portée sur la feuille de maladie et payée.

Si alors celui-ci considère l'intéressé comme guéri et capable de travailler le jour de l'examen, le lendemain ou à la rigueur le surlendemain ou encore la veille, il indique cette date de façon précise sur la feuille de maladie.

Mais si le médecin considère que l'intéressé s'est trouvé guéri et capable de travailler un certain temps avant le dernier examen, il ne peut déterminer exactement la date ; il devra donc refuser de l'indiquer de façon précise sur la feuille de maladie ; il devra n'indiquer qu'une date probable (pour ce faire, inscrire un point d'interrogation après la date).

Il ne faut pas oublier en effet que, si le médecin sur la foi de la déclaration de l'intéressé indique sur la feuille de maladie des dates de guérison et de cessation d'incapacité de travail postérieures aux dates réelles, ce médecin peut tomber sous le coup des articles 65 et 67 de la loi, qui prévoient des peines sévères d'amende et de prison en cas de fausses déclaration.

A ce propos le Syndicat médical de Cannes estime que, d'une façon générale, il est fâcheux de mettre le médecin dans la situation délicate d'avoir à refuser à un client une attestation qu'il juge injustifiée, au risque de perdre ce client.

Or, c'est le cas ici : le médecin constate que le malade est guéri, capable de travailler, mais souvent ne peut savoir depuis combien de jours déjà c'est le cas ; dans le doute, il ne lui est pas facile de refuser d'indiquer, comme dernier jour de la maladie ou de l'incapacité de travail, le jour ou la veille du jour ou le malade se présente, quand celui-ci déclare ne pas avoir été remis plus tôt.

Cette difficulté peut être évitée par l'emploi d'une feuille de maladie, où à chaque visite le médecin indique la durée probable restante de la maladie et de l'incapacité de travail éventuelle, si cette durée s'est modifiée depuis la viste précédente ; avec ce système, si le malade ne s'est pas représenté au médecin dans les quelques jours suivant l'expiration du dernier délai indiqué par celui-ci, la Caisse pourrait refuser de payer à partir de l'expiration de ce délai, si, à la visite suivante, le médecin a trouvé l'assuré guéri et capable de travailler.

Cette règle pourrait être tempérée par la possibilité d'examiner chaque cas en particulier et d'accorder des dérogations, au besoin après demande de renseignements confidentiels au médecin.

Dispensaire des aciéries du Nord à la Bocca.

A la suite des refus successifs opposés successivement par les Drs Picaud, Baloux et Buso à ses premières propositions (qui comportaient la rémunération par un fixe), le Secours a fait de nouvelles propositions au Dr Baloux. Celles-ci comportent :

1° Pour les accidents du travail : la rémunération à l'acte médical ; le tarif ordinaire des accidents du travail sans rabais, l'engagement de respecter le libre choix du médecin par l'accidenté (c'est-à-dire de n'exercer aucune pression sur lui pour l'obliger à se faire soigner au dispensaire plutôt qu'en ville par un médecin de son choix).

2° Pour la visite d'embauche, le tarif syndical minimum de consultation ; soit 20 francs par personne examinée.

Il est entendu en outre qu'on n'admettra au dispensaire aucun cas de maladie. L'assemblée est d'avis que ces nouvelles propositions sont d'accord avec les principes défendus par le Corps médical et peuvent en conséquence être acceptées. Il est décidé de demander au Secours la signature d'une convention précisant les points ci-dessus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur M. J.-L. Faure.)— *Gynécologie : Cours de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques ; M. Grinda et M. Claude Béclère, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca, du 22 juin au 4 juillet 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du Professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche. Le matin, de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'Amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 4 juillet 1931.

Programme du cours. — 1° Diagnostic gynécologique. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Injection de lipiodol. — 2° Stérilité utérine et tubaire. Insufflation tubaire. Opérations pour stérilité. — 3° Antéflexion. Rétroversion. Pessaires. Ligamentopexie. Latérodéviation et grossesse angulaire. — 4° Déchirure périnéale. Prolapsus génital. Périnéorraphie. Opération combinée. Prolapsus sénile. Cloisonnement du vagin. — 5° Métrite du col. Filhos. Electrocoagulation. Amputation du col. Métrite du corps. Instillation. Curettage. — 6° Salpingites. Vaccination. Hystérectomie subtotale. Pelvipéritonite. Colpotomie. — 7° Salpingite tuberculeuse. Grossesse extra-utérine. Transfusion. — 8° Avortements et accidents consécutifs . Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale. — 9° Ovarite scléro-kystique. Kystes de l'ovaire et complications. Tumeurs solides de l'ovaire. — 10° Fibromes. Radium et rayons X. Myomectomie. —11° Cancer du corps . Biopsie endo-utérine

et lipiodol. Hystérectomie totale. Cancer du sein. — 12° Cancer du col. Curiethérapie. Hystérectomie totale large. Miculicz.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté, guichet, n° 4, lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures.

— Chirurgie orthogédique de l'adulte. — *Cours de révision en dix leçons.* — M. le Professeur MAUCLAIRE commencera ce cours le lundi 15 juin 1931, à 17 heures, Amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — Historique général de l'orthopédie. Chirurgie orthopédique des principales difformités du rachis et des membres. Présentation de nombreux dessins et radiographies.

— Institut d'éducation physique. — M. CHAILLEY-BERT, agrégé, commencera le mardi 16 juin 1931, à 17 heures, à la salle des thèses n° 2, une série de douze conférences réservées aux médecins et aux étudiants en médecine, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES. — L'éducation physique et ses rapports avec la médecine ; Les méthodes, leurs indications ; L'éducation physique aux différents âges.

— Concours pour le clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours	Titulaires avec traitement	Titulaires sans traitement	adjoints
Le lundi 6 juillet 1931, à 8 h. 1/2 :			
Clinicat des maladies infectieuses	»	1	1
Clinicat médical infantile	»	1	»
Clinicat d'hygiène et clinique de la 1re enfance	»	1	»
Le jeudi 9 juillet 1931, à 9 heures :			
Clinicat ophtalmologique	1	1	1
Le vendredi 10 juillet 1931, à 9 heures :			
Clinicat médical	1	5	»
Clinicat médical propédeutique	»	1	»
Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques	»	1	»
Clinicat des maladies mentales	1	2	»
Clinicat des maladies nerveuses	»	2	»
Clinicat chirurgical	2	3	»
Clinicat thérapeutique chirurgical	»	1	»
Clinicat urologique	»	1	»

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au samedi 27 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— Concours de l'adjuvat. — Liste des candidats : MM. Billet, Asselin, Hepp, Van der Elst, Baumann, Vuillième Palmer, Lebel, Dufour, Rudler, Moucher, Monod.

Première séance de lecture. — MM. Billet, 23 ; Hepp, 23 ; Asselin, 22 ; Van der Elst, 22.

Deuxième séance de lecture. — MM. Baumann, Vuillième et Palmer, 24 ; Lebel, 21.

— Concours du prosectorat. — Liste des candidats : MM. Sicard, Couvelaire, Dessaint, Lecœur, Lapeyre, Funck-Brentano, Cordier, Gosset.

Première séance de lecture. — MM. Sicard, 23 ; Couvelaire et Dessaint, 22.

Deuxième séance de lecture. — MM. Lecœur et Funck Brentano, 24.

— Thèses. — Lundi 1er juin. — Jury : MM. Couvelaire, Delbet, Legueu, Grégoire. — GOURCON L. : Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut pendant l'année 1929. — LECHEVALIER H.-J. : Etude de la stérilité : causes et traitement. — PINTO FERNANDO : Du rétablissement chirurgical de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes. — GOUZONNAT J. : Les ostéomes traumatiques paracondyliens internes du fémur. — QUIVY J. : Etude sur quelques cas d'adénite iliaque externe dans l'appendicite aiguë.

Mercredi 3 juin. — Jury : MM. Bernard, Loeper, Clerc, Debré. — GRÉGOIRE R. : Signes radiologiques pulmonaires dans l'érythème noueux de l'enfant. — PICAUD L. : Types cliniques et évolutions des abcès fétides du poumon. — RAVENEL R. : Etude chimique de l'hématopoïèse.

Jeudi 4 juin. — Jury : MM. Carnot, Guillain, Gougerot, Terrien. — ORLÉANS E. : La télestéréoradiographie des hernies et éventrations diaphragmatiques. — LEFEVRE M. : L'azotémie dans le traitement de la syphilis par le novarsénobenzol. — RAGU J. : Etude des Wassermann irréductibles. — CAVEL L. : L'angiome calcifié des méninges — ERNOUX J. : Quelques considérations médico-légales sur la vision binoculaire.

Samedi 6 juin. — Thèse vétérinaire. Jury : MM. Rathery, Coquot, Maignon. — GUILHON : Influence des saisons et de la castration sur le métabolisme basal chez le chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Necker. — Enfants-Malades.** *Chirurgie de l'amygdale.* — Des conférences seront faites à l'hôpital Necker-Enfants-Malades, dans le service de M. LE MÉE, les 15, 16 et 17 juin, sur la chirurgie de l'amygdale. Droits : 300 fr. Inscription à l'hôpital.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Sont nommés, à la suite du premier concours, chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. Leibovici et Thalheimer.

— **Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux.** — Jury : MM. Toupet, Bazy, Thiéry, Michon, Chevassu, Bréchot, Guillain.

— **Concours de prosecteur des hôpitaux.** — Jury : MM. Dujarier, Lenormant, Sorrel, Monod (Robert), Kuss, Rouhier, Faroy.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Jury: MM. Pinard, Ameuille, Hudelo, Hutinel, Rouillard, Vincent, Papillon, Weissenbach, Dufour, Chevallier, Robineau.

Consultation écrite. — MM. Chevalley, 19 ; Azerad, 19,72 ; Schulmann, 20 ; Hillemand, 19 ; Rachet, 18,18, Pichon, 20 ; Lambleng, 19 ; Bariety, 19,09 ; Ravina, 20.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Jury : MM. Lévy-Solal, Devraigne, Metzger, Cathala, Jeannin, Faure-Beaulieu, Lapointe.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr WURTZ, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; du Dr L. MESNARD, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux ; du Dr ROCHEBLAVE, de Quissac (Gard).

— **XVe Croisière du « Bruxelles-Médical » au Spitzberg et à la Banquise** (11 juillet-6 août 1931.) — Les organisateurs de la croisière nous prient d'informer nos lecteurs qu'à l'heure actuelle il ne reste plus comme places disponibles que quelques cabines de 1re classe, et quelques appartements de luxe.

Les retardataires qui voudraient participer à cette magnifique croisière n'ont plus que quelques jours pour demander leur inscription.

Nous rappelons que le départ a lieu de Dunkerque le 11 juillet prochain. Après une escale à Zeebrugge pour embarquer les confrères belges, le *Foucauld*, magnifique paquebot moderne des « Chargeurs réunis » mettra le cap sur la Norvège où les excursionnistes visiteront les principaux ffords, les Lofodens, un port de la Laponie, le Cap Nord, l'île aux ours, le Spitzberg et la banquise. Le retour s'effectuera par Jan-Mayen, les Feroë et l'Ecosse (escale à Edimbourg).

La croisière sera dirigée par un spécialiste des mers polaires.

En cours de route des excursions seront organisées en Norvège et au retour pour la visite d'Edimbourg.

Pour obtenir de plus amples renseignements il y a lieu d'écrire de la part du *Concours Médical* à l'adresse suivante : *Croisière médicale « Foucauld »*, 29, *bd. Adolphe-Max, à Bruxelles.*

— **Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.** *Session de* 1932. — L'ordre du jour de la session de 1932 est d'ores et déjà fixé de la façon suivante :

1° Rapports complémentaires sur le traitement hydrominéral des dysménorrhées de la puberté (confiés à MM. les Docteurs GUIBERT, de Balaruc, et SAPEY, de Grenoble-Uriage) ; cette question, qui a fait l'objet de rapports très étudiés en mars 1931, a été maintenue en raison de son intérêt à l'ordre du jour de 1932.

2° La susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant, les bases générales de son traitement et son traitement hydro-minéral (Professeur agrégé PUECH, de Montpellier et Docteur CORONE, de Nice-Cauterets).

La réunion accueillera, après avis de son bureau, toutes les communications qui lui seront présentées sur ces deux sujets, qui sont portés à la connaissance des médecins des stations hydro-minérales, dès l'ouverture de la saison d'été de 1931.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Nous vivons dans une période d'incohérence, parce qu'à une situation juridique nouvelle (celle des assurances sociales) on veut encore adapter une situation ancienne, celle de l'antique hôpital.

Ce dernier n'a été institué que pour les pauvres, les privés de ressources. Peu à peu se sont introduits, dans cet établissement, des gens momentanément dans la gêne, puis des malades payants, de condition moyenne ; enfin l'hôpital s'est ouvert à tout venant, en pratique, alors qu'en théorie, il reste fermé à ceux qui peuvent faire les frais d'une maison de santé.

De même, les consultations externes de l'hôpital ont admis tout venant, sans qu'on se montre bien sévère sur la qualité sociale des malades, qui se présentent à la consultation.

Aujourd'hui, les caisses primaires, avec raison, veulent bénéficier des tarifs réduits de l'hôpital, tant pour l'hospitalisation proprement dite que pour la consultation externe.

Il faut donc que le Corps médical fasse déterminer, par le Conseil d'Etat, ou par le Parlement, si l'hôpital d'aujourd'hui ne doit pas se transformer en établissement public de cure et de diagnostic, établissement dont la gestion sera commerciale, dont les bénéfices serviront à l'amélioration des services.

Dès lors, il faut prévoir une entente avec les maisons de santé privées, les cliniques de toutes sortes, établissements commerciaux, qui ne doivent pas être concurrencés par un établissement public, lequel ne peut pas faire acte de commerce.

Il faut de plus une entente avec le corps médical local : jusqu'ici, les médecins d'hôpitaux étaient placés dans une position subalterne, par rapport à la commission administrative, qui les nommait et fixait souverainement leur statut.

Le médecin d'hôpital d'aujourd'hui doit être considéré comme un collaborateur, ayant le droit de réclamer des honoraires des assurés sociaux, qui ne sont pas des indigents.

Ces modalités ne doivent pas être arrêtées unilatéralement, comme jusqu'ici, par la seule commission administrative : elles doivent être débattues librement entre les parties contractantes.

Une autre modalité est à envisager, et le Corps médical sera appelé sous peu à en discuter, dans ses syndicats : le médecin deviendra-t-il le salarié des hôpitaux, embauché par ces derniers, selon un traitement fixe, pour soigner, dans l'établissement, tous les malades, qui lui seront confiés par l'administration, seule et souveraine maîtresse de l'établissement ?

A mon avis, rien ne sert de faire de beaux discours ou de jeter l'anathème en fulminant contre ceux qui cherchent à nous diviser et à nous domestiquer.

Il est autrement préférable d'étudier juridi-

quement les situations des parties en présence, de voir quels sont leurs droits, leurs intérêts, pour envisager les modalités de tractations et de contrats collectifs à intervenir.

Ou nous deviendrons les salariés des caisses et des hôpitaux, devenus établissements publics de cure et de diagnostic ; ou nous discuterons juridiquement et collectivement nos conditions de travail.

Le libre choix, le tarif à la visite, la suppression des monopoles et des situations fixes ne peuvent que se traiter collectivement, par l'intermédiaire du syndicat, après étude juridique méthodique.

Pour le moment, si vous avez des cas probants de détournement de clientèle, au profit de l'hôpital, il convient d'en saisir votre syndicat local, qui pourra, à son tour, se tourner vers la Confédération des syndicats médicaux.

Dr Paul Boudin.

QUELQUES LIVRES

Propos et loisirs d'un médecin de campagne.
Dr Paul Durand.

De mes dix années de pratique rurale, j'ai conservé, pour les médecins de campagne, une tendresse particulière. C'est à sa faveur que j'ai rédigé cette présentation détaillée de l'ouvrage récent du Dr Paul Durand, qui exerce à Courville (Eure-et-Loir) depuis 25 ans. Fils de médecin, et formé, à bonne école, à la médecine rurale, il a, dans ce champ d'observation que constitue pour lui sa clientèle beauceronne, trouvé maints sujets d'étude et n'a pas manqué de faire son profit de son expérience personnelle pour dégager quelques conclusions, originales pour la plupart, toujours intéressantes et propres à provoquer la réflexion.

Depuis la soutenance de sa thèse, sur la tuberculose rurale, en 1906, il a réuni des documents précieux sur un certain nombre de questions à l'ordre du jour, et il les publia en leur temps dans plusieurs périodiques médicaux.

Ce sont ces publications, surtout, qu'il a réunies dans le petit ouvrage qu'il vient de publier à l'*Expansion scientifique française*.

D'après M. Durand, les grandes causes de la tuberculose rurale sont l'hérédité, l'hérédo-contagion familiale, la contagion familiale, l'alcoolisme, les fautes contre l'hygiène. Vis-à-vis du malade pauvre, deux mesures s'imposent : envoi au sanatorium régional. Secours à la famille. « *La lutte contre la tuberculose est une question d'argent.* »

Sur la déclaration des maladies contagieuses, il professe, qu'elle doit être faite par le chef de famille responsable, sur l'indication du médecin, également responsable. Nous avons, il y a bien longtemps,

formulé en maints articles un avis analogue. Et nous attendons toujours la réforme de la loi de 1902.

Pendant la guerre, le Dr Durand a participé activement à l'Education physique des recrues, et il a consigné dans un rapport ses conceptions relatives à l'amélioration des faibles et des malingres et leur utilisation dans le service armé.

Sa méthode de réduction et de contention des fractures de la clavicule, inspirée de celle de Couteaud, consiste à joindre à la sustentation généralement satisfaisante de l'écharpe de Mayor une traction en arrière réalisée en plaçant l'avant-bras en demi-flexion sur le bras, de telle façon qu'il soit replié derrière le dos. Un tampon volumineux placé dans l'aisselle rejette le moignon de l'épaule, et l'écharpe de Mayor appliquée dans le dos, suivant les principes habituels, achève la contention en bonne position.

Connaissez-vous le « signe de Durand » pour diagnostiquer la sciatique ? Faites accroupir le sujet et ordonnez-lui de se relever, les mains libres. Il le fera très facilement. Recommencez en lui commandant de soulever des deux mains un poids de 5 à 20 kilogs, selon sa force : il accusera immédiatement une douleur très violente au point d'émergence du nerf sciatique, due à la compression de celui-ci par les muscles fessiers.

Sur les accidents sériques, l'auteur énonce qu'ils sont plus rares dans sa clientèle depuis qu'il emploie les sérums désalbuminés à la condition d'utiliser des unités en quantité suffisante.

L'encéphalite épidémique n'a pas été rare dans sa région. Il rend hommage à l'hypothèse de notre ami Veillard « laissée dans l'ombre par nos officiels », et qui est assez séduisante. Mais il n'en croit pas moins à sa contagiosité ... Ce sont, dit-il, les formes légères qui s'accompagnent ultérieurement des séquelles les plus fréquentes. N'en est-il pas de même de ces syphilis à début occulte, n'ayant donné lieu à aucune manifestation bruyante, et qui, venu l'âge mur, jouent du neurotropisme, et font des tabétiques ou des paralytiques généraux ?

Le cancer est, à la campagne, plus fréquent qu'on ne le dit classiquement. Il affectionne les voies digestives et surtout l'estomac. Pour notre auteur, l'alcoolisme en est responsable.

La pneumonie franche, telle qu'elle est décrite dans les ouvrages classiques, tend à disparaître : notre auteur l'a constaté, et il a remarqué aussi qu'une éruption miliaire, chez les pneumopathes, est le signe certain de l'envahissement de la plèvre par le pus.

Il a imaginé une méthode de palpation de l'abdomen qu'il dénomme la palpation bimanuelle occulte dans la station verticale. Il a fait aussi d'autres non moins intéressantes constatations et son activité s'est manifestée en toute occasion, et notamment sous la forme d'une conférence sur les gaz asphyxiants en 1919, et une autre sur Pasteur et son œuvre.

Tout ce que je viens de vous exposer, avec une cer-

taine complaisance, démontre que les médecins ruraux sont, la plupart du temps, à la hauteur de leur tâche infiniment complexe, et qu'ils se tirent à leur avantage des difficultés qu'ils rencontrent sur leur route, encore, convient-il, avec une simplicité et une modestie exemplaires, qu'il a vu, en 25 ans, beaucoup de choses ... simples, et peu d'exceptionnelles. ... Il n'aspire d'ailleurs qu'à être un de ces soldats qui participent à la défense de la Santé publique. Et j'imagine que nous pouvons appliquer fort justement à lui-même ce portrait qu'il a tracé du médecin de campagne : « Sous l'écorce rugueuse que donnent au médecin de campagne les fatigues physiques, les soucis moraux et parfois l'ingratitude ou simplement l'indifférence d'une foule dont la seule excuse est l'aveuglement, se conserve la lampe vacillante mais toujours chaude de l'idéal... »

Vous le voyez, il s'agit, dans ce petit livre de 200 pages, surtout de questions scientifiques. Je m'attendais sur ce titre évocateur : Propos et loisirs, à voir le Dr Durand aborder aussi les problèmes professionnels, la façon dont ils se présentent en Beauce, dont le Corps médical, et l'auteur lui-même en envisagent la solution. Ce sera sans doute pour une autre fois ...

G. Duchesne.

***

Croquons la pomme

Mme Alice La Sauge.

« Croquons la pomme ! » Qu'est-ce à dire ? Rappel de la Légende biblique où ce fruit joua un rôle fâcheux pour notre fragile humanité ? Rien de tel. Croquons la pomme. Traduisez : « Mangeons des fruits. » Et ce sont, en vérité, des préceptes d'hygiène surtout alimentaire que l'auteur expose, sous une forme amusante. « Ni un roman, ni un livre de science. Un peu de vérité souriante, Rien de plus, » prend-il la peine de nous dire dans son avertissement.

Et en effet, sous une forme romancée, où scènes et dialogues se déroulent tantôt entre animaux futés, tantôt entre personnages, nourris d'expérience, tantôt même, ô féérie, entre les uns et les autres, les conseils qui, si on les suit à la lettre, assurent une longévité analogue à celle de Mathusalem, nous sont amplement prodigués, selon la formule de Mme La Sauge.

Il y a le vieux Docteur Barbarin, ami des simples, ennemi des pharmacies : « Tous les vendredis, prescrit-il à Thomas, tu feras abstinence, tout comme un séminariste ; je te permets à midi et à sept heures une tasse de bouillon de légumes. Je te le disais, ton potager, c'est ta pharmacie. Tu vas m'arracher carottes, navets, pommes de terre, poireaux ; ne te gêne pas, mets y encore deux cœurs de laitue, un oignon. Si c'est de ton goût, parfait ! Mais ne fais pas cuire ça dans la marmitte du diable, sapristoche ! Non, à

feu modéré, à l'étouffée, conduis-moi çà comme une mariée, et tu m'en diras des nouvelles quand tu auras trempé le museau dans ce bouillon là». Voilà le ton général de l'ouvrage . Il y a la vieille Rosette, pleine de bon sens. Il y a la jeune Sylvette, échappée de la grande ville dont elle a parfois la nostalgie, et qui finira par demeurer paysanne. Il y a le Grillon, l'Escargot, le Dindon, la Courtillière. Il y a la chienne Mirza

En vérité, c'est original et point du tout ennuyeux. La vieille Rosette expose son régime de santé à jeune Louison, sur le point d'accoucher. Commencer les repas par un fruit. Pourquoi ? «Parce que le jus du fruit que tu manges prépare en tous points ton estomac à recevoir les autres aliments avec plaisir. Tout d'abord, il énerve un tantinet les glandes salivaires ; or, tu sais bien que la salive est indispensable à délayer les aliments que nous mastiquons ... Tu neutralises toutes les imprégnations de ton tube digestif, tu empêches, en détruisant ces imprégnations, qu'elles se combinent pour la plupart du temps de façon dangereuse avec les aliments que tu vas absorber ... », etc.

« Comme elles ont tort celles qui ne veulent pas nourrir leur enfant », dira encore la vieille Rosette, à la jeune maman...

En bref, Mme La Sauge est quasi-naturiste, en ce qu'elle place, au premier plan du régime alimentaire recommandable à tous, les fruits et les légumes crus.

« A table, consommer le fruit en premier et en quantité suffisante. Servez ensuite les mets apprêtés, légumes, etc., puis terminer le repas, comme celui du soir, par une bonne portion de salade. »

La viande une seule fois par jour.

Remplacer le pain blanc par le pain de farine complète...

Eviter de boire chaud... Réduire autant que possible l'emploi du sucre blanc, ou le remplacer par du miel ou du sucre brun... Les légumes cuits à l'étouffée, non bouillis à l'eau, ce qui les prive de leurs vitamines... Eviter les fritures.

Et pour terminer, un exemple de menu de légumes crus et fruits crus.

Donc, la pomme, il faut la croquer avant de se mettre à table. C'est le renversement de nos habitudes, selon lesquelles le dessert, avec les fruits saisonniers, se place à la fin du repas.

Après tout, qu'est-ce que nous risquons à essayer ?

Il y a, dans ce régime alimentaire, au moins un résultat à escompter, si j'en juge d'après Madame Alice La Sauge : c'est la bonne humeur.

Certes, les systèmes ne me semblent pas exempts d'inconvénients, et je préfère un éclectisme sagement conduit à l'exclusivisme et au rigorisme, dont je connais bien, hélas ! les fadeurs et la monotonie.

Mais la belle humeur, qui engendre l'optimisme, tout de même, cela a bien son prix. Et quelle recette facile et à la portée de tous, s'il suffit, au bon moment, de croquer la pomme !

Pour être en joie et alertes, faisons comme nous conseille Mme La Sauge, croquons la pomme ! (1)

G. DUCHESNE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Ier VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL

dans les Alpes avec excursion facultative en Suisse

(*Suite*)

CHAMONIX, LE MONTANVERS

Vendredi 10 juillet : petit déjeuner à 8 heures. — A 8 h. 30, départ (sans bagages). — Visite de l'établissement thermal du Fayet. — Arrivée à Chamonix à 10 heures. — Visite du Home d'enfants Le Prieuré. — Ascension à 11 h. 30, par le funiculaire, au Montanvers. — La Mer de Glace. — Déjeuner à 12 heures. — Descente à 15 h. 35. — A 17 h. 30, réception par la municipalité. — Départ à 18 h. 30. — Retour à Saint-Gervais. — Dîner. — Soirée libre.

PASSY, THONON, EVIAN

Samedi 11 juillet : petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 heures (avec bagages). — A 9 heures, visite du village-sanatorium de Praz-Coutant et des organisations sanatoriales de Passy. — A 11 heures, visite à Sancellemoz, des sanatoriums d'Assy — A 12 heures, déjeuner au Grand Hôtel du Mont-Blanc et visite de l'établissement. — Départ à 14 heures. — Le col des Jets (1.163 m.). — Arrivée à Thonon à 17 heures. — Réception par la Société de médecine et visite de l'établissement. — Départ à 18 heures. — Amphion. — Arrivée à Evian à 18 h. 30. — Répartition dans les hôtels Splendide et Royal. — Dîner individuel. — Soirée libre.

EVIAN, LE LAC LÉMAN

Dimanche 12 juillet : petit déjeuner à 8 h. 30. — A 9 heures, visite des sources, du griffon, de la buvette et des salles d'embouteillage. — A 11 h. 30, réception par les Sociétés thermale et de médecine, à Evian-Plage. — A 12 heures, réception par la Société des eaux minérales d'Evian et déjeuner d'adieux à l'hôtel Royal. — Promenade sur le lac et départ facultatif dans l'après-midi. — Le transport de l'hôtel à la gare est à la charge des voyageurs, ainsi que les frais de séjour après 17 heures.

Ce voyage est organisé avec l'aide des ressources de la Société médicale et des stations de la région. Il ne reçoit aucune subvention de l'Etat, ni des organismes nationaux.

EXCURSION EN SUISSE

Ce voyage est organisé avec l'aide de l'Office national suisse de tourisme.

Evian, Genève, le Lac Léman, Ouchy, Lausanne, le

(1) Paul Catin, éditeur, 1, rue du Sabot, Paris.

Château de Chillon, Leysin, Interlaken, les lacs de Thoune et de Brienz, La Jungfrau.

EVIAN, GENÈVE

Dimanche 12 juillet : départ d'Evian vers 15 h. 30 (avec bagages et passeports). — Arrivée à Genève à 17 heures. — Installation à l'hôtel. — A 19 h. 30, dîner. — Réception au Casino.

LE LAC LÉMAN, LAUSANNE

Lundi 13 juillet : petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 heures en auto-car pour la visite de la ville. — Réception à la Faculté de médecine. — Retour à l'hôtel à midi. — Embarquement à 12 h. 30 (avec bagages). — Déjeuner à bord. — Départ à 13 h. 30. — Arrivée à Ouchy à 16 h. 25. — Visite de Lausanne en auto-car. — Réception au Lausanne-Palace à 17 h. 30. — Départ en chemin de fer à 18 h. 30 pour Montreux. — Arrivée à 18 h. 55. — Installation et dîner à l'hôtel. — Soirée libre.

MONTREUX, LEYSIN

Mardi 14 juillet : petit déjeuner à 5 h. 30. — Départ à 9 heures en auto-car (sans bagages). — Visite de la clinique Valmont. — Château de Chillon. — Aigle. — Ascension à Leysin. — Déjeuner à 12 h. 30. — Visite de la clinique-manufacture du Dr Rollier. — Retour à Montreux vers 18 heures. — Réception, dîner et bal tricolore au Kursaal à 20 heures.

MONTREUX, LE LAC DE BRIENZ

Mercredi 15 juillet : petit déjeuner à 9 heures. — Réunion à la gare principale à 9 h. 30 (avec bagages). — Départ à 10 heures par le train Pullman. — Déjeuner dans la voiture-restaurant. — Arrivée à Interlaken à 14 heures. — Installation à l'hôtel. — Promenade en bateau sur le lac de Brienz, de 16 à 18 heures. — Dîner à l'hôtel et soirée au Kursaal.

INTERLAKEN, LA JUNGFRAU

Jeudi 16 juillet : petit déjeuner à l'hôtel. — Ascension à la Jungfrau (sans bagages). — Déjeuner à l'hôtel Jungfraujoch (3.457 m.). — Retour par Grindenwald. — Arrivée à Interlaken à 18 h. 49. — Dîner à l'hôtel. — Départ facultatif à 20 h. 55 par Delle et Belfort. — Arrivée à Paris le lendemain, 17 juillet à 9 h. 25.

INSTRUCTIONS. — La lecture des instructions générales des voyages étant absolument indispensable, prière à MM. les voyageurs de demander ce document au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Il est rappelé principalement aux voyageurs que :

Bagages. — Tout le parcours, de Grenoble à Evian, devant être fait en auto-cars, et ceux-ci ne pouvant porter que très peu de bagages, il ne sera accepté qu'une valise rigide par voyageur (longueur 0.65, largeur 0.35). Les bagages supplémentaires devront être acheminés par le chemin de fer, à Grenoble,

Aix-les Bains et Evian par les soins des voyageurs (franchise 30 kilos). Tous les colis devront porter une étiquette très apparente, avec les noms et l'adresse du voyageur. Les colis devant voyager en auto-cars seront munis d'une *étiquette verte* ; les colis devant voyager par le chemin de fer devront porter une *étiquette rouge*. Le voyageur devra réclamer ces deux étiquettes à la direction du voyage et les apposer dès son arrivée à Grenoble.

Correspondance. — MM. les voyageurs doivent se faire envoyer leur courrier aux adresses suivantes et pour les dates indiquées :

Voyage médical dans les Alpes, pour Monsieur le Docteur X... : le 1er *juillet*, à GRENOBLE (Isère) ; *les 2 et 3 juillet* : à URIAGE (Isère) ; *les 4 et 5 juillet* : à CHALLES (Savoie) ; *les 6 et 7 juillet* : à AIX-LES-BAINS (Savoie) ; *les 8, 9 et 10 juillet* : à SAINT-GERVAIS (Haute-Savoie) ; *les 11 et 12 juillet* : à EVIAN (Haute-Savoie).

Excursion en Suisse, *les 12, 13 et 14 juillet* : à MONTREUX ; *les 15 et 16 juillet* : à INTERLAKEN.

MM. les voyageurs sont instamment priés de se conformer à ce libellé et de ne faire adresser aucun courrier à la poste restante, ou dans les hôtels des villes où ils passeront, cela afin d'éviter tout retard ou perte possible de leur correspondance. A la fin du voyage, ils ne manqueront pas d'indiquer à la Direction, l'adresse où ce courrier devra les suivre. Il leur est conseillé, en outre, d'éviter de se faire adresser des envois recommandés ou chargés, en cours de route. Mais ils peuvent s'en faire adresser à deux points du parcours : Aix-les-Bains et Evian.

Chemins de fer. — Des permis de parcours à demi-tarif, valables pendant un mois en 1re et 2e classes, sur les chemins de fer français, italiens et suisses, pourront très probablement être mis à la disposition des adhérents. Mais il est nécessaire que les demandes d'inscription parviennent au secrétariat de la Société le plus tôt possible, en raison du délai nécessaire pour obtenir ces permis.

Passeports. — Le passeport étant absolument nécessaire pour entrer en France et en Suisse, MM. les voyageurs sont instamment priés de se munir de cette pièce d'identité avant leur départ. Pour cela, les Français devront adresser (8 ou 10 jours à l'avance) à la Préfecture de leur département, une demande sur papier timbré, avec certificat du maire de la commune, deux photographies et le prix du passeport.

Renseignements. — Pour tous renseignements : demandes d'adhésions, instructions, inscriptions, etc. écrire de novembre à mai, au secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi à Nice, et de juin à octobre, à la Direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou-les-Bains (Hérault).

Vêtements. — Deux tenues sont nécessaires et suffisantes : 1° Un costume de voyage ; 2° un costume de soirée (qui est obligatoire pour les dîners de cérémonie et les réceptions). Il est indispensable de se munir, en outre, de lainages et d'un chaud pardessus,

en raison des parcours en auto-cars dans la haute montagne.

Renseignements au secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice, et à la Direction des voyages médicaux de la Fédération pyrénéenne, à La Malou (Hérault).

CORRESPONDANCE

Fiscalité

2330. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Je me suis installé en 1928. Cette année-là, j'ai acheté une auto 25.000 fr., j'ai payé mes frais d'installation (mobilier, instruments), la somme de 24.000 francs.

Je pensai amortir ma voiture en cinq années. J'ai amorti :

5.000 francs en 1928 ;
5.000 francs en 1929 ;
5.000 francs en 1930.

En 1928 et 1929 aucune observation du contrôleur.

Cette année, le contrôleur se propose de reprendre mes propositions d'amortissement antérieures (d'après l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926), et de me déduire de mes bénéfices professionnels, en 1928, la totalité de mes frais d'achat d'auto et de frais d'installation.

Or, en 1928, je n'ai réalisé aucun bénéfice. Je vous demanderai de me dire si l'arrêt du Conseil d'Etat présente bien un caractère impératif, ou si le contribuable a la faculté de pouvoir amortir annuellement.

Pour les frais d'installation, le contrôleur, se basant sur le même arrêt, n'admet pas, non plus, l'amortissement annuel de 1.200 fr. que je lui proposais ?

Ai-je le droit d'amortir annuellement, et sur quelle durée

De plus, sur les 12.000 fr. que j'ai compté comme frais d'auto, le contrôleur n'admet que les 2/3 de cette somme dans les frais professionnels.

N'est-ce pas là un pourcentage un peu excessif ?

Dr G.

Réponse.

L'arrêt du 10 août 1926 a été rendu à la requête d'un contribuable. Il consacre donc le droit pour ce dernier d'amortir en une seule fois et non pas l'*obligation*. L'amortissement reste donc facultatif. La durée varie de 5 à 10 ans. Quant au pourcentage de frais d'automobile correspondant à l'exercice de votre profession, c'est une question d'appréciation. Certains contrôleurs admettent même 9/10es.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

2449. — Surveillance prolongée.

Abonné à votre journal, je vous serais très obligé de vouloir bien m'éclairer sur les honoraires que je puis demander dans un cas d'accident du travail dans les conditions suivantes :

Ayant fait une injection de sérum antitétanique à un blessé qui s'était scié la face dorsale du poignet (plaie peu profonde de 4 cent. de long) ; je suis appelé vers 10 heures du soir auprès de ce blessé à la suite d'une très forte réaction sérique s'accompagnant de crises d'étouffement, d'angoisse cardiaque m'obligeant de rester une heure et demie auprès de lui.

Suis-je fondé à demander :

1 visite après 9 h. avec soin : 3 × 15 = 45 fr.

Pour surveillance prolongée : 3 × 15 = 45 fr.

Indemnité de déplacement (la visite ayant été faite dans la commune de M. suburbaine à B. .... 2 fr.

Total........................ 92 fr.

Dr B.

Réponse.

Vous avez à compter :

Visite de nuit : 15 × 3 = 45 fr. + 2 demi-heures de surveillance prolongée (la première étant comprise dans la visite) = 15 × 2 = 30 + indemnité fixe de déplacement = 2 fr., soit au total 45 + 30 + 2 = 77 fr.

Naturellement, vous devez donner à la Compagnie toutes explications *techniques* sur la nécessité de votre surveillance prolongée.

Dr F. DECOURT.

2443. — A propos d'un panaris.

1° En matière d'accidents du travail, estimez-vous qu'un médecin puisse et doive faire lui-même tous les pansements nécessités par un panaris (pansements quotidiens au moins au début), lorsque la durée de la maladie est normale, c'est-à-dire de 15 jours à un mois ?

2° Lorsque ce panaris présente une durée anormale par suite d'ostéite, estimez-vous que le médecin puisse et doive faire encore tous les pansements quotidiens, ou bien est-il préférable qu'il se borne à en faire deux ou trois par semaine, laissant le blessé se « débrouiller » tout seul pour les autres ;

3° Dans le cas d'ostéite après panaris, lorsque le blessé refuse l'amputation et la suppuration étant interminable, y a-t-il lieu pour le médecin de continuer la pratique des pansements ?

4° Y a-t-il lieu de tenir compte des connaissances et des loisirs du blessé et de son entourage pour leur confier des pansements dans les cas visés ci-dessus ?

5° Une Compagnie d'assurances A. T. pourrait-elle avoir gain de cause en justice, si elle reprochait à un médecin d'avoir pratiqué sur un blessé un trop grand nombre de pansements, prétextant que ceux-ci au-

raient pu être faits par l'entourage dans les cas visés ci-dessus.

Dr D.

Réponse.

1° et 2° Ce sont là des questions d'espèce sur lesquelles il est impossible de répondre de façon générale. Personnellement, je fais *toujours* les pansements *moi-même* et cela tous les 1, 2, 3 jours, suivant les cas.

3° Si le blessé refuse une résection que vous jugez indispensable, il me semble que vous ne devez pas infiniment continuer à le soigner *passivement*, comme un infirmier. C'est une question de dignité et de conscience professionnelles ;

4° Naturellement, s'il y a, dans l'entourage du blessé, quelqu'un capable de faire un pansement antiseptique, vous pouvez le lui confier, mais en continuant à suivre de près votre blessé ;

5° Ce que penserait un tribunal ? Bien fin celui qui pourrait le dire à l'avance. En tout cas, il y a « abus de pansements » à mon sens, si vous continuez indéfiniment, et passivement des pansements, alors que la résection d'un os vous paraît devoir s'imposer.

Nota. — Je vous donne ici des avis à titre *personnel* uniquement, comme le peut faire un vieux praticien causant amicalement avec un confrère, car, en tout cela, il n'y a pas et il ne peut y avoir de règles générales.

Dr F. Decourt.

Médecine légale

2689. — Constatation de décès d'un noyé.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire de quelle façon je dois rédiger ma note d'honoraires pour le fait suivant :

Hier, fête de l'Ascension, je suis appelé à 4 kilom. de mon domicile, par le maire d'une commune voisine, pour me prononcer sur la cause de la mort d'un individu que l'on venait de trouver noyé. La gendarmerie était là. Je suis demeuré deux heures tant sur le lieu du décès qu'au domicile du mort. J'ai fait les constatations voulues et ai rédigé mon rapport sur papier timbré.

Que dois-je demander comme honoraires et sur quel papier, libre ou timbré, dois-je rédiger ma note, et en quels termes exacts ?

Dr L.

Réponse.

Le maire n'avait le droit de requérir vos services qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et s'il y avait présomption de crime ou de délit. Vous a-t-il délivré une réquisition écrite ?

Dans l'affirmative, vous auriez à vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle. En vertu de l'article 26, vous auriez droit pour votre examen, la rédaction et le dépôt de votre rapport ou certificat, à un honoraire de 25 francs, avec faculté pour le magistrat

taxateur de vous allouer un honoraire plus élevé en raison du fait que vous avez dû vous déranger un jour férié, plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Vous auriez à envoyer votre mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs, au Procureur de la République du ressort ; après visa par le Procureur général et taxe par le Président, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Au cas où vous n'auriez pas été l'objet d'une réquisition régulière, c'est au maire seul que vous pourriez vous adresser pour obtenir paiement de vos honoraires, sans qu'alors il puisse être question de l'application d'aucun tarif.

Questions médico-militaires.

1944. — Indemnité d'équipement

Nommé médecin auxiliaire en 1915, j'ai été après soutenance de ma thèse promu médecin sous-lieutenant en juillet 1923 et médecin-lieutenant en mars 1927.

Je suis convoqué pour une période en mai prochain.

Ai-je droit à une indemnité d'équipement ? Dans l'affirmative à qui dois-je m'adresser pour l'obtenir ? Quel en est le taux ? Dr L.

Réponse.

Si vous n'avez pas encore touché votre première mise d'équipement lors de vos nominations aux grades de médecin-auxiliaire, ou de médecin sous lieutenant, réclamez cette indemnité à votre directeur du Service de santé.

Elle se montre à 700 francs.

1898. — Légion d'honneur. Médecin civil faisant fonctions de médecin militaire

Médecin civil, faisant fonction de médecin militaire, dans un grand établissement militaire, cette situation me crée-t-elle des titres, je veux dire, des annuités spéciales, pour ma nomination dans la Légion d'honneur ?

Dr X.

Réponse.

Si vous exécutez ce service militaire à titre de médecin conventionné, il ne peut être question d'annuités spéciales à acquérir pour vos services militaires.

Il en serait autrement si vous l'exécutiez au titre de stages sans solde.

Cinquante-troisième année — N° 25 — 21 Juin 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau Dubrocs
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Rousin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs PILLOUARD de Mainneville et GODOMEL, de Gannat, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N°203. — Touraine. Proxim. gr. ville, agréab. client. méd. génér. à céder. Mais. confort. Long bail, loyer modéré, chiffre affaires en progression. Indemn. modérée.

N° 204. — A céder poste méd. intéress. de ville prov. Constantine, pr valeur mat. médical. Départ raison famille.

N° 205. — Dr sous-louerait à confr. appartem. en montagne, avec possibil. faire médecine.

N° 206. — Dr., anc. int., anc. ext. H. P., ayant auto, ferait remplac. toute rég. à partir 10 juill. Réf. 1er ordre.

N° 207. — Jeune doct., anc. int. hôp. Paris, cherche bon poste pro-pharmacien.

N° 208. — Franche-Comté. Cause santé, excell. poste à vend. Pressé. Gros rapp., auc. perte, seul médec., fixes, vacc. Inspect. écoles. Pays riche, agricole, pet. loyer. Suscept. augment. avec stomatol. et chirurg. Indemn. à débatt. Avantag. si comptant.

N° 209. — Dr recomm. vivement jeune sténo-dactylo qui désire place dans sanat. ou mais. santé.

N° 210. — J'achète actions Sté Lithia jusqu'à 15 frs. Dr Guillemin, 16, av. George V, Paris.

N° 211. — Import. centre à 3 h. Paris, poste à gros rendem., méd. chem. de fer, maison bourgeoise. Condit. avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 212. — Sud-Ouest. Banl. imméd. gr. ville, client. méd. génér. d'un bon rapp., non poussée. Seul dans gr. rayon. Maison partic., jardin. Indemn. 45.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 213. — 80 km. Paris. Jolie résid., anc. client., gr. maison tout conf. Indemn. 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

« Le Cottage » **Balaruc-les-Bains** (Hérault). Pension prix modérés, en bordure du lac de Thau. Repos, soleil, cure marine. Ouvert toute l'année. Tous traitements assurés.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Une levure sélectionnée et vitaminée augmente considérablement la fixation de la silice. Dans la **Prélase**, la silice est incorporée à une levure manganique ; d'où le succès constant de 4 à 5 comprimés de **Prélase** par jour pour les tuberculeux ou les candidats à la tuberculose.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire d'histoire de la médecine.* — Le Conseil de la Faculté présente pour la chaire d'histoire de la médecine : en première ligne, M. Laignel-Lavastine ; en seconde ligne, M. Harvier.

— **Victime du devoir.** — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec une douloureuse indignation l'assassinat du Dr Duhamel, d'Agen, lâchement perpétré par un individu mécontent de n'avoir pas obtenu la pension qu'il réclamait.

Nous reviendrons sur ce tragique événement qui atteint l'une des personnalités médicales les plus sympathiques du Lot-et-Garonne. En attendant, nous prenons une très vive part à la peine qu'éprouvent les confrères et amis du Dr Duhamel.

— **Erection d'un monument à Charles Moureu.** — Le 13 juin 1929, Charles Moureu, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, né à Mourenx (Basses-Pyrénées), est mort à Biarritz. Les notices consacrées à sa mémoire ont été unanimes à rappeler les éminents services qu'il a rendus à la science et à proclamer ses droits à la reconnaissance nationale.

Sur l'initiative de l'Académie de Béarn, ses amis, ses élèves et ses admirateurs se sont groupés pour perpétuer son souvenir par l'érection d'un monument. Œuvre du sculpteur E. Gabard, ce monument sera érigé à Pau ; des bustes seront placés au Collège de France, à la Faculté de pharmacie de Paris et à Mourenx. Il sera, en outre, si la souscription le permet, créé une fondation scientifique qui portera le nom de Charles Moureu.

On reçoit les souscriptions : à Paris, au Collège de France, place Marcelin-Berthelot, chez M. Badoche, assistant de la chaire de chimie organique ; à Pau, chez M. le Docteur Sabatier, rue Latapie, 7.

Une médaille et un livre d'or contenant la liste des souscripteurs seront édités et envoyés à titre de souvenir aux personnes qui auront souscrit plus de 100 francs.

— **Hôpital Saint-Michel.** *La médaille du Dr Récamier* — Les élèves, les amis et les collaborateurs du docteur Joseph Récamier lui remettront une médaille à l'hôpital St-Michel, le dimanche 28 juin à 10 heures.

— **Voyage médical aux villes d'eaux Tchécoslovaques.** — Il y aura cette année deux départs : le premier le 19 juillet, et le second le 23 août.

Ces voyages se feront en autocar de Strasbourg, et on visitera en cours de route : Baden-Baden, Nuremberg, Francensbad, Marienbad, Carlsbad, Prague, Vienne, Budapest, les Alpes autrichiennes et Munich.

Nombre de places limité. Demander programme et renseignements à l'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière. Téléphone, Louv. 08-90.

— **Croisière en Grèce.** — La croisière de vacances en Grèce, organisée par la *Revue générale des sciences*,

aura lieu du 16 au 29 septembre 1931 sous la direction de M. Charles Diehl, membre de l'Institut. Nous en donnerons le programme dans un prochain numéro. Le prix de la croisière est de 4.400 fr.

— **Sanatorium de Villiers (Aisne).** — La Renaissance sanitaire vient d'ouvrir un deuxième pavillon de 250 lits à son sanatorium de Villiers-en-Charly (Aisne). On demande deux médecins phtisiologues ayant déjà la pratique du sanatorium.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-VIe.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 JUIN

Service de Santé militaire.

Par décision du 24 mai 1931, et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, les officiers de réserve ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officier honoraire à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec grade de médecin lieut.-col. : Bezançon, à Paris ; Bonnette, à Saint-Germain-en-Laye ; Launay, à Paris ; Besson, à Paris ; Chevron, à Montmélian (Savoie).

Avec grade de méd. command. : Flammarion, à Paris ; Brenans, à Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise) ; Henry, au Havre ; Héron de Villefosse, à Paris ; Maillard, à Pagny-sur-Moselle (Meurthe-et-Moselle) ; Leblanc, à Menton ; Latour, au Puy-en-Velay (Haute-Loire) ; Blanchard, à Toulon ; Grisel, à Nice ; Dunogier, à Bordeaux ; Rocaz, à Bordeaux.

Avec grade médec. capit. : Ader, à Combs-la-Ville (Seine-et-Marne) ; Berton, à Paris ; Fanier, à Paris ; Iribarne, à Paris ; Rosenthal, à Paris ; Millet, à Condé-sur-l'Escaut (Nord) ; Ringot, à Lille ; Tondeur, à Lille ; Dheilly, à Londinières (Seine-Inférieure) ; Fouque, à Pachy-Buyon, par Plouzel (Somme) ; Louis, à Versailles ; Maillard, à Froissy (Oise) ; Dumas, à Aumale (Seine-Inférieure) ; Mesnil, à Bernay-de-l'Eure (Eure) ; du Pasquier, à Paris ; Touraille, à Isigny-sur-Mer (Calvados) ; Weloker, à Bernay-sur-l'Eure (Eure) ; Meyer, au Mans.

Vincent, à Paris ; Duret, à Châtillon-en-Bazois (Nièvre) ; Gary, à Baugy (Cher) ; Pellegrin, à Paris ; Trémolières, à Gimont (Gers) ; Limasset, à Ay (Marne) ; Mutelet, à Metz ; Rabant, à Paris.

Demay, à Paris ; Diard, à Tonnerre ; Moineau, à Paris ; Cholous, à Angers ; Querneau, à Morlaix ; Anthoinaz, à Lyon-Villeurbanne ; Ball, à Lyon ; Bellissen, à Francheville (Rhône) ; Bernay, à Lyon ; Blanchet, à Tamaris-sur-Mer (Var) ; Carrez, à Mornant (Rhône) ; Dupuy, à Chassieu (Isère) ; Rondet, à Neuville-sur-Saône (Rhône) ; Verrière, à Lyon ; Bouquet, à Ronchamp (Haute-Saône) ; Brunschwig,

à Avignon ; Carnus, à Rodez ; Durban, à Perpignan ; Lauze, à La Bégude-de-Mazenc (Drôme) ; Michel, à Vendre (Hérault) : Pauzier, à Béziers ; Bringuet, à Toulouse ; Constantin, à Toulouse ; Debeaux, à Toulouse ; Dupin de Lafforcade, à Aurignac (Haute-Garonne) ; Thomas-Latour, à Toulouse ; Trey-Signales, à Saint-Bertrand-de-Cominges (Haute-Garonne) ; Duclion, à Libourne ; Dufaur, à Saint-Christoly-de-Blaye (Gironde) ; Lafite-Dupont, à Bordeaux ; Metreau, à Montlieu (Charente-Inférieure) ; Monmayou, à Bordeaux ; Sarlabous, à Bordeaux, Ferry-Vilczek, à Aizenay (Vendée) ; Hanus, à Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle) ; Marcorelles, à Paris ; Moret, à Paris.

Avec le grade de médecin lieutenant : Calonne, à Pavillons-sous-Bois (Seine) ; Gascheau, à Paris ; Lehmann, à Paris ; Remoussenard, à Levallois-Perret ; Vaudet-Brun, à Paris ; Sueur, à Hallencourt (Somme) ; Lebourgeois, à Houlgate (Calvados) ; Rigal, à Paris ; Disser, à Altkirch (Haut-Rhin) ; Letailleur, à Laroche (Yonne) ; Jeanty, à Blaison (Maine-et-Loire) ; Alliot, à Fougères ; Forge, à Renaison (Loire) ; Godonnèche, à Tauves (Puy-de-Dôme) ; Robert, à Pont-de-Chéruy (Isère) ; Davet, à Alès ; Perrot, à Marseille ; Granel, à Nîmes ; Barrère, à Tarbes ; Carrère, à Goudon (Hautes-Pyrénées).

3 JUIN

Arrêté du 15 *mai* 1931 *portant ouverture d'un concours pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire.*

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

4 JUIN

Asiles publiques d'aliénés.

Le poste de médecin-chef de service à l'asile Sainte-Marie-de-Privas est vacant par suite du décès de M. le Dr Dupin.

5 JUIN

Assistance publique.

La prochaine session ordinaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira dans la matinée du jeudi 3 juillet 1931.

Diplôme de visiteuse d'Hygiène sociale.

Programme d'études pour les sages-femmes désireuses d'obtenir les diplômes d'Etat de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

Arrête du 22 *mai* 1931.

Art. 1er. — Programme d'études minimum pour les sages-femmes désireuses de se présenter à l'examen conférant les diplômes d'Etat de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

La durée des études est de 19 mois, se répartissant comme suit.

(Les intéressées ont toujours intérêt à commencer leurs études par les stages de enfance) :

Stages de l'enfance.

4 mois de médecine enfants, y compris contagieux ;

1 mois de chirurgie enfants ;
2 mois de médecine adultes ;
5 mois de service social de la mère et de l'enfant ;
2 mois de dispensaires de spécialités : syphilis, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie ;

Stages de tuberculose.

1 mois d'hôpital de tuberculeux ;
1 mois de sanatorium ;
4 mois de dispensaire antituberculeux,
au total 20 mois de stages, mais les 2 mois de dispensaires de spécialités peuvent s'effectuer avec d'autres stages, ce qui réduit la durée des études à 19 mois.

L'ensemble des cours théoriques prévus à l'article 13 de l'arrêté du 1er octobre 1926 devra être suivi par les candidates.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Sérums et vaccins.

Le titre de membre honoraire de la Commission des sérums et vaccins a été conféré à M. le Dr Arnold Netter, démissionnaire.

Service de santé militaire.

Décret du 16 mai 1931 modifiant le décret du 25 novembre 1889 portant règlement sur le Service de santé.

Art. 1er. — L'article 455 du décret du 25 novembre 1889, modifié par le décret du 22 mars 1910, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 455 : lire au premier alinéa : « Pour les successions dont l'actif est de 500 fr. et au-dessous... ».

Lire au deuxième alinéa : « Pour les successions dont l'actif dépasse 500 fr. ».

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Avis de vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Rouen.

Erratum au *Journal officiel* du 24 mai 1931 : page 5786, dernière colonne, avant-dernier paragraphe, au lieu de : « à ce traitement s'ajoutent une indemnité de 25.000 fr. par an dite de fonctions », lire : « à ce traitement s'ajoutent une indemnité de 2.500 fr. par an dite de fonctions ».

9 JUIN

Enseignement de la médecine.

Il est créé, à la Faculté de Lyon, un emploi de chargé de cours permanent d'anatomie médico-chirurgicale (traitement annuel : 9.000 fr.) (emploi d'université).

Pensions militaires.

Instruction modifiant l'instruction du 18 mai 1926 relative à l'attribution d'une indemnité aux pensionnés à 100 pour 100 pour tuberculose.

Ce document sera publié ultérieurement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Situation d'un assuré social atteint d'aliénation mentale.

937, — M. VIELLARD, sénateur, demande à M. le ministre du Travail, si l'assurance-maladie, telle qu'elle est définie par l'article 4, paragraphe 1er, de la loi, couvre les frais de séjour d'un assuré social envoyé dans un asile public d'aliénés ; dans l'affirmative quel doit être le tarif de responsabilité de la caisse, et pour quelle durée doit-elle servir ses prestations si le traitement se prolonge au delà de cette période, l'assuré doit-il être proposé pour une pension d'invalidité ; si sa famille ne peut participer aux frais de séjour, à qui incombent : d'une part, la différence éventuelle entre le prix de journée de l'étadlissement et le tarif de la caisse, et, d'autre part, la totalité des frais de séjour lorsque les prestations de cette nature sont terminées ; *quid* pour le conjoint ou les enfants à charge de l'assuré, sauf en ce qui concerne l'invalidité. (*Question du* 27 *avril* 1931.)

Réponse. — Un assuré social atteint d'aliénation mentale doit être considéré comme un assuré malade au regard de la loi sur les assurances sociales et bénéficier, à l'asile d'aliénés, pendant six mois au maximum, à compter du début de la maladie, des avantages accordés aux assurés sociaux hospitalisés.

Après six mois, l'assuré aliéné ne peut actuellement recevoir aucune prestation au titre des assurances sociales. Les assurés qui auront rempli les conditions fixées à l'article 11 de la loi du 30 avril 1930, à la date du début de l'état d'aliénation mentale, pourront, si cet état se prolonge au delà de six mois bénéficier de la pension d'invalidité et des soins prévus aux articles 10 et 12 de ladite loi.

Depuis le 1er avril 1931 les frais de séjour dans les asiles publics d'aliénés sont réglés sur la base du prix de journée fixé par le préfet dans les conditions prévues par l'article 69 de la loi de finances du 31 mars 1931. Les caisses d'assurance ont ainsi à régler les frais d'internement sur cette base, mais bien entendu dans les limites du tarif de responsabilité qu'elles ont établi spécialement pour ces frais, et, à défaut, du tarif de responsabilité applicable aux soins à l'hôpital public (prix de journée de médecine). La différence éventuelle entre le prix de journée de l'établissement et le tarif de la caisse et, après six mois de maladie, la totalité des frais de séjour, sont supportées soit par l'assuré, soit, s'il est indigent, par la collectivité du domicile de secours dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (article 68 de la loi de finances précitée). Il en serait de même s'il s'agissait du conjoint de l'assuré ou de ses enfants à charge, sauf en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

(*J. O.*, 3 juin 1931).

Refus d'admission d'un médecin par un syndicat. Adhésion à la convention Syndicat-Caisse.

12768. — M. André MARIE demande à M. le ministre du Travail : 1° si un syndicat professionnel de médecins ayant accepté la convention proposée par les caisses d'assurances sociales, peut refuser l'adhésion d'un docteur en médecine contre lequel on ne peut relever aucune faute professionnelle ou tout autre fait de nature à justifier cette exclusion, lui causant de gros préjudices et lui enlevant la faculté de bénéficier des dispositions légales et réglementaires dont peuvent seuls profiter les syndicats professionnels et, de ce fait, leurs adhérents ; 2° si un syndicat de ce genre ne perd pas le droit de choisir ses adhérents dès qu'il adhère aux conventions passées avec les caisses d'assurances, car il y aurait ainsi, en fait, une catégorie de privilégiés composée des praticiens choisis par les dirigeants de ce syndicat ; 3° quelle sera pratiquement la situation d'un docteur médecin ainsi exclu vis-à-vis des caisses d'assurances, du contrôle exercé par le syndicat ; 4° si, désormais, il n'apparaît pas que le syndicat ne devrait pouvoir repousser les demandes d'adhésion que suivant une procédure nettement réglementée et seulement pour des raisons limitativement énumérées et déterminées par décret. (*Question du* 5 *mai* 1931.)

Réponse. — Un syndicat professionnel de médecins peut refuser l'adhésion d'un docteur en médecine si les statuts du syndicat lui permettent de s'opposer à cette admission. Si l'intéressé s'estime lésé, par le refus de son adhésion, il lui est loisible de s'adresser aux tribunaux civils pour obtenir réparation du préjudice causé. En ce qui concerne sa situation, en tant que praticien, au regard de la loi sur les assurances sociales, rien ne s'oppose à ce qu'il adhère aux clauses des conventions passées par le syndicat professionnel de médecins avec les diverses caisses d'assurances sociales, bien que n'étant pas membre du syndicat contractant.

(*J. O.*, 6 juin 1931.)

Tableau d'avancement des réserves

Nous venons de publier, ces jours derniers, le tableau d'avancement des réserves. Il convient de remarquer, à l'occasion de cette publication, qu'une part importante du tableau a été réservée aux officiers ayant fait preuve d'une assiduité particulière aux écoles de perfectionnement.

On relève, en effet, dans ledit tableau :

Infanterie métropolitaine	270	inscriptions.
Cavalerie	47	—
Vétérinaires	32	—
Train	57	—
Artillerie métropolitaine	224	—
Génie	102	—

Intendance	86	—
Santé	124	—
Service des poudres	6	—
Infanterie coloniale	35	—
Artillerie coloniale	22	—

au titre de l'assiduité aux écoles de perfectionnement.

Il y a là la manifestation d'une tendance destinée à s'affirmer de plus en plus, en ce qui concerne l'établissement de ces tableaux. Autant, en effet, il avait paru légitime, aussitôt après la guerre, de faire entrer exclusivement en ligne de compte les services de guerre insuffisamment ou non récompensés ; autant il avait paru ensuite nécessaire de faire entrer peu à peu en ligne de compte, à côté des services de guerre, les efforts faits par les intéressés pour se tenir au courant et se perfectionner ; autant il semble, enfin, aujourd'hui, indispensable de mettre presque en première place, pour l'inscription au tableau, l'assiduité aux cours de perfectionnement, c'est-à-dire, en somme, le travail et les sacrifices que s'imposent les officiers de réserve pour se maintenir à la hauteur de leur importante tâche.

Il y a là une évolution des idées parfaitement justifiée et il convenait de la signaler pour appeler particulièrement sur elle l'attention des intéressés.

(*La France militaire*, 3 juin 1931).

Lettres de félicitations avec mention au « Bulletin officiel »

Le ministre de la Guerre, en date du 29 avril 1931, adresse ses félicitations avec mention au *Bulletin officiel* :

RÉSERVES

Service de santé.

Yardin, médec. lieut.-col., 1re rég. : « Seconde depuis plusieurs années le directeur de l'Ecole de Calais ; a fait plusieurs conférences. A participé comme instructeur à tous les exercices ».

David de Drezgué, médec. command., 9e rég. : « Assure, depuis de nombreuses années, à titre bénévole, avec un complet dévouement et une remarquable compétence, la direction de l'importante école de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de Tours. »

Mercier, médec. command., 9e rég. : « Professeur à l'Ecole de médecine de Tours. Fait preuve d'un zèle soutenu au cours de l'école de perfectionnement et collabore à l'instruction ».

Comment se recrutent les postes inexistants

On voit, dans les journaux médicaux, de nombreuses offres de postes ; et je viens de voir, pour ma région, offrir des situations qui sont absolument *inexistantes* : les unes, parce que jamais un médecin n'a pu y vivre ; les autres, parce qu'elles sont plus que largement pourvues, ou entourées de médecins très voisins.

Le plus souvent, elles émanent de politiciens de chefs-lieux de canton, désireux de jouer un mauvais tour à des médecins déjà établis, ou de notaires ayant sur les bras une maison impossible à vendre ou à louer.

Dans ce dernier cas, on cherche un gogo qui est toujours un médecin, un jeune naturellement.

L'encombrement médical ne faisant que croître et embellir (il y a dans ma région cinq à six médecins là où il n'y en avait que deux, il y a 40 ans), l'automobile emportant tous les clients aisés vers les médecins des grands centres, les médecins des petites localités se trouvent, et se trouveront de plus en plus dans la gêne.

Voilà ce qu'il faudrait faire savoir non seulement aux étudiants des facultés, mais aux élèves des lycées.

Dr B. (Sarthe).

P. S. — Les jeunes médecins en s'installant ne prennent jamais de renseignements auprès des confrères voisins, ni auprès des présidents de syndicats.

Pourquoi le Service de santé utilise-t-il une terminologie étrangère ?

Urotropine est un nom déposé par nos chers voisins d'Outre-Rhin, et il est bien recommandé aux médecins français de prescrire de la formine, de l'uroformine, etc.

Pourquoi faut-il alors que le Service de santé militaire donne le mauvais exemple ?

En effet, on peut lire, page 468, tome 1er du dernier formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'armée (1930).

Urotropine (en majuscules), puis en minuscules (formine-hexaméthylène tétramine).

N'est-ce pas déplorable ?

Et, l'autre jour, je fais un bon pour de l'uroformine, ce à quoi le préparateur me fait dire que ça n'existe pas, et que pour la sacro-sainte comptabilité administrative, il faut écrire urotropine.

Le ministre de la Guerre dira peut-être que l'urotropine est livrée au titre des réparations ! Autrement, s'il donne, sous ce nom, une autre spécialité, ce serait très joli de le voir poursuivi par un « her doktor ».

Dr M.

Voir la suite page LXIII-2023

PROPOS DU JOUR

Exaltation de la Maternité. — En l'honneur de l'enfance.

L'Encyclique « « Casti Connubii ». — L'exposition « Enfants d'autrefois » à la Bibliothèque de Versailles

Dans l'Encyclique « *Casti Connubii* », du 31 décembre 1930 sur le mariage, S. S. le Pape Pie XI demande que la doctrine qu'il expose soit largement propagée et qu'elle soit expliquée pour que tous la connaissent parfaitement. Notre distingué confrère, le Dr René Biot (de Lyon), catholique fervent et sincère, mais en même temps praticien d'une haute valeur morale et professionnelle, obéissant à cette invitation, publie les réflexions d'un médecin sur ce sujet.

L'Encyclique sur le mariage est un hommage solennel à la Maternité, ce qui ne saurait étonner personne.

Le Dr René Biot démontre que le document pontifical est en accord actuellement avec l'état d'esprit des médecins qui a évolué avec les progrès de la chirurgie.

« Nous avons déjà dit, expose l'Encyclique, combien nous ressentons de pitié pour la mère que l'accomplissement du devoir naturel expose à de graves périls pour sa santé, voire pour sa vie même : mais quelle cause pourrait jamais suffire à excuser en aucune façon le meurtre direct d'un innocent ? Car c'est de cela qu'il s'agit ici. Que la mort soit donnée à la mère ou qu'elle soit donnée à l'enfant, elle va contre le précepte de Dieu et contre la voix de la nature : « Tu ne tueras pas ! » La vie de l'un et de l'autre est chose pareillement sacrée ; personne, pas même les pouvoirs publics, ne pourra avoir le droit d'y attenter.......................

« A protéger, par conséquent et à sauvegarder chacune des deux vies, celle de la mère et celle de l'enfant, les médecins probes et habiles font de louables efforts ; par contre, ils se montreraient fort indignes de leur noble profession médicale, ceux qui, par l'apparence de remèdes, ou poussés par une fausse compassion, se livreraient à des interventions meurtrières. »

Le Dr René Biot fait remarquer que les maîtres en obstétrique sont en parfait accord avec l'Encyclique, ils ne se posent plus l'angoissant dilemme : « Sacrifier la mère ou sacrifier l'enfant » et dans un récent Congrès de gynécologie, le rapporteur proclamait que « l'embryotomie sur l'enfant vivant avait vécu ».

L'Encyclique condamne encore la pratique de l'avortement durant les premiers mois de la grossesse. Ici les médecins ne sont pas absolument tous d'accord. Les indications thérapeutiques conduisant à interrompre la grossesse, bien que de plus en plus rares, s'imposent cependant à certains praticiens. L'Encyclique compatit aux dangers que peut courir une mère. « Qui ne concevrait, dit-elle, la plus haute admiration pour la mère qui s'offre elle-même, avec un courage héroïque, à une mort presque certaine, pour conserver la vie à l'enfant une fois conçu ? »

Le Dr René Biot, s'inclinant devant l'autorité pontificale, conclut que « la médecine va être appelée à faire de nouveaux progrès ».

Déjà la pratique de l'avortement pour tuberculose pulmonaire est condamnée par la science et le Dr René Biot, en bon catholique, est convaincu qu'avant cinquante ans, des techniques nouvelles « sauveront les enfants même dans les conditions les plus fâcheuses de localisation extra-utérine et la parole de Rome aura été une fois de plus une lumière anticipant le progrès humain ».

Le but essentiel du mariage chrétien étant la reproduction, l'Encyclique ne peut s'opposer à l'eugénisme, mais condamne énergiquement les pratiques du néo-malthusianisme et la stérilisation eugénique qui trouve de nombreux partisans dans les pays anglo-saxons et que les catholiques orthodoxes déclarent attentatoires à la dignité de la personne humaine.

M. R. Biot montre encore en s'appuyant sur l'Encyclique où peuvent entraîner les exagérations du freudisme, en compartimentant à outrance les sciences médicales et en isolant la psycho-physiologie sexuelle du reste de la médecine. On tombe ainsi dans de singulières erreurs et le Dr René Biot termine ses « réflexions » sur l'Encyclique « *Casti Connubii* » par ces phrases :

« Ainsi ce sont non seulement des leçons de morale, mais des leçons de méthode que l'Ency-

◆◆

clique donne au monde médical. En même temps qu'elle servira de règle pour les mœurs, elle marquera une ère nouvelle en suscitant les efforts des médecins pour édifier la « médecine humaine ».

Nous n'avons ni la compétence, ni l'autorité nécessaires pour apprécier à notre tour les réflexions de M. le Dr René Biot, mais nous devons reconnaître que l'Encyclique qui les a provoquées est un solennel hommage rendu au mariage et une exaltation remarquable de la maternité.

Constatons en outre un rapprochement qui ne saurait nous déplaire, entre les doctrines de l'Eglise et celles de la Science obstétricale qui naguère paraissaient en conflit dans quelques cas.

***

La maternité nous incite à nous intéresser à l'enfance. Il y a de nombreux moyens de plaider la cause de la natalité. Un des plus intéressants, des meilleurs, est celui qui a guidé les organisateurs de l'Exposition des *Enfants d'Autrefois.*

Cette exposition qui a pour objet de faire connaître l'*enfant dans l'art, la vie et le livre français du XVIIe au milieu du XIXe siècle* se tient actuellement à Versailles.

Organisée par la Société des « Amis de la Bibliothèque de Versailles », elle a pour cadre merveilleux, l'ancien hôtel des Affaires Etrangères, devenu la Bibliothèque, qui est un des plus beaux monuments de la ville, car Versailles ne se réduit pas au seul Château. Nous devons féliciter M. René Pichard du Page, conservateur de la Bibliothèque, d'avoir pu réunir dans cette exposition près de 800 tableaux, gravures, bustes, statuettes, jouets et autres objets d'art, ayant trait à l'enfance des siècles passés, le plus bel assemblage qu'on puisse réaliser dans ce genre.

Comme le fait remarquer M. Edmond Pilon, dans une remarquable préface du catalogue de l'Exposition, en considérant les superbes gravures d'Abraham Bosse, un tableau de Le Nain et un autre de Philippe de Champagne, « jusque dans ses ébats, l'enfant du XVIIe siècle demeure sérieux et méditatif ».

De même l'enfant du XIXe siècle, l'enfant romantique comme l'appelle M. E. Pilon, l'enfant qui servit de modèle à Isabey, à Devéria, à Ingres paraît d'une sensibilité aiguisée, un peu fébrile. Il a subi les émotions de l'émeute et a été élevé au son du canon. En outre, en approchant et en dépassant 1830, le mauvais goût s'affirme d'une façon singulière dans le costume de l'enfant et on ne peut contempler sans pitié ces petites filles dont les pantalons blancs, dépassant la jupe, viennent s'attacher aux chevilles et ces petits garçons qui jouent au ballon ou à saute-mouton affublés d'un habit à queue, d'un pantalon long, coiffés d'un haut-de-forme ridicule, ce qui, malgré leur fraîcheur, leur donne l'aspect de petits vieux.

Mais c'est le XVIIIe siècle qui est l'époque de l'épanouissement de l'enfance. « Mutin avec Watteau, espiègle ou futé avec Greuze et Fragonard, coquet avec Natier, Boucher, Drouais et Mme Le Brun, cet enfant là, élevé par la main des Grâces, est le plus choyé, le plus fêté de tous. Jamais sa venue ne fut accueillie avec plus de joie, ne combla autant d'aise le père et la mère. » Il suffit de traverser l'Exposition des *Enfants d'Autrefois* pour se rendre compte de l'exactitude de cette observation de M. Edmond Pilon. Il s'est fait d'ailleurs le défenseur du XVIIIe siècle, ce siècle charmant dont on a tant médit parce que la corruption régnait à la Cour et dans la haute Société. On s'habitue à le juger d'après ses publications licencieuses et quelques tableaux libertins, commandés par les roués de l'époque, alors que les plus solides vertus familiales régnaient dans la bourgeoisie et le peuple. L'Exposition de Versailles nous le démontre largement.

Ces enfants frais, beaux, bien conformés, au visage souriant, épanoui, ne présentent pas de facies adénoïdiens, ni de stigmates de dégénérescence. Sans doute, les modèles de ces tableaux qui, pour la plupart sont des portraits, sont issus de familles aisées ou riches. Mais du fait même qu'ils sont des portraits, les grands artistes qui les ont peints, dessinés ou modelés n'auraient pas sacrifié la ressemblance et n'auraient pas effacé les stigmates. Les portraits des Habsbourg ne montrent ils pas tous leur choquant prognatisme.

Allez voir, s'il en est encore temps et si vous le pouvez, les *enfants d'autrefois* à la bibliothèque de Versailles et vous en reviendrez comme nous enchantés.

Comme l'Encyclique de S. S. Pie XI, cette exposition est une exaltation de la maternité et nous rappelle les vers du poète :

Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille
Applaudit à grands cris. Son doux regard qui brille,
Fait briller tous les yeux,
Et les plus tristes fronts, les plus souillés peut-être,
Se dérident soudain à voir l'enfant paraître,
Innocent et joyeux.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU CŒUR CHEZ LE JEUNE ENFANT (1)

Par le Professeur P. LEREBOULLET,

Médecin de l'hospice des Enfants Assistés.

Les affections congénitales du cœur représentent la presque totalité des cardiopathies observées au cours de la première enfance : le cœur est, en effet, un organe anatomique complexe qui subit au cours de la vie intra-utérine une série de remaniements avant de prendre sa forme définitive, et l'arrêt de son développement au cours de cette évolution a pour conséquence une malformation congénitale.

Les anomalies que l'on peut rencontrer sont des plus nombreuses : elles peuvent être isolées, ou au contraire, se réunir pour réaliser certains groupements bien définis. Nous n'aurons en vue que celles qui sont compatibles avec l'existence et que l'on peut schématiser en trois groupes :

a) L'inachèvement du cloisonnement des cavités primitives du cœur entraînant le plus souvent une *communication interventriculaire* et plus rarement une communication inter-auriculaire ;

b) Les anomalies de position ou de calibre des gros vaisseaux de la base du cœur, parmi lesquels se place le *rétrécissement de l'artère pulmonaire.*

c) La *persistance du canal artériel* unissant pendant la vie fœtale l'aorte et l'artère pulmonaire, et qui, normalement s'oblitère à la naissance.

Ces différentes malformations vont réaliser en clinique différents types parmi lesquels nous étudierons seulement les deux affections les plus fréquentes qui s'opposent d'ailleurs l'une à l'autre par la majorité de leurs caractères :

1° La *maladie de Roger* dont la lésion anatomique est une communication interventriculaire pure et dont la traduction clinique se résume uniquement dans le souffle perçu à l'auscultation ;

2° Le groupe des *cardiopathies congénitales avec cyanose* qui relèvent au contraire de lésions anatomiques multiples et complexes et qui se traduisent avant tout par la cyanose continue ou paroxystique et accessoirement par des signes d'auscultation.

Je voudrais en vous montrant quelques malades du service ou de nos consultations passer avec vous en revue les principaux caractères de ces différents états, en me plaçant surtout au point de vue clinique et en étant volontairement un peu schématique.

***

La *maladie de Roger* n'est pas exceptionnelle puisque nous avons pu aujourd'hui en réunir quatre cas dont voici les observations brièvement résumées.

Notre premier malade est un enfant de 2 ans 1/2, d'assez belle apparence que nous voyons pour la première fois et chez lequel aucun symptôme fonctionnel ne pourrait faire songer à une cardiopathie : il n'est jamais cyanosé et ne présente aucun signe d'insuffisance cardiaque.

Par contre, l'examen de la région précordiale montre des signes très nets :

A la palpation, on perçoit un thrill surtout dans la région mésocardiaque et à la pointe.

A l'auscultation, on entend un souffle systolique intense, occupant la région précordiale et irradiant dans tous les sens.

Il faut cependant chez lui suspecter l'hérédo-syphilis à cause de son front bombé et de son nez écrasé ; sa mère nous apprend, en outre qu'il avait un poids élevé à sa naissance.

Nous lui ferons donc un Wassermann qui pourra peut-être nous éclairer.

Nous pouvons porter sur lui un pronostic favorable : il n'est pas menacé dans son existence mais devra être surveillé.

Notre deuxième malade est suivi depuis plusieurs années déjà : la cardiopathie chez lui a été reconnue à l'âge de 18 jours, et il a été examiné dans le service à plusieurs reprises depuis 1927.

Au cours de ces divers examens, on a toujours constaté l'existence d'un thrill et d'un souffle des plus intenses dont le maximum siège dans le 3e

(1) Leçon faite à la Clinique Parrot, aux Enfants-Assistés, recueillie par M. Odinet, interne du service.

espace intercostal gauche. Ce souffle rappelle par son intensité celui des insuffisances traumatiques dont il n'a cependant pas encore la force ; on peut l'entendre à distance même lorsqu'on n'appuie pas l'oreille sur le thorax de l'enfant.

Il n'existe aucun autre symptôme : cet enfant n'a jamais été bleu, n'a jamais eu de palpitations, ni de manifestations d'asystolie. Sa cardiopathie très bien tolérée se traduit uniquement par des signes physiques sans aucun signe fonctionnel.

Les deux dernières observations se rapprochent beaucoup des précédentes : je vous présente cependant ces malades parce que nous avons pu avoir des radiographies du cœur qui, toutes les deux présentent des caractères identiques.

Sur ces deux films, le cœur est manifestement augmenté de volume et a pris un aspect globuleux ; la pointe est arrondie et se détache du diaphragme : il se rapproche de l'image classique du cœur en sabot.

Voici maintenant un autre enfant atteint de *cyanose congénitale* dont je vais vous rapporter l'observation : vous verrez combien le tableau clinique est différent de la maladie de Roger.

Tout d'abord on peut noter sa plus grande rareté, car je ne puis vous en montrer qu'un cas.

Il s'agit d'une enfant âgée actuellement de 5 ans qui présente depuis sa naissance des troubles d'ordre très divers.

Dès les premiers jours de son existence, on a constaté qu'au moindre cri, elle bleuissait : ses lèvres, son visage, ses extrémités devenaient tout à coup violacées, puis au bout d'un temps variable ces manifestations disparaissaient.

Cependant, dans l'intervalle de ces accès paroxystiques, la coloration de ses téguments n'était pas normale et il persistait toujours un fond de teint bleuâtre. L'intensité et la brièveté de ces accès cyanotiques, l'absence de symptômes bien nets dans les intervalles les rapprochent beaucoup de la cyanose paroxystique.

En outre à deux reprises, elle a eu des crises convulsives avec perte de connaissance pendant lesquelles sa cyanose s'est particulièrement accentuée, et c'est à l'occasion de ces phénomènes que nous avons été appelés à l'examiner.

L'auscultation du cœur ne permettait d'entendre qu'un souffle systolique de la région précordiale dont le maximum siégeait dans la région mésocardiaque. A la radioscopie, on voyait l'image typique du gros cœur « en sabot » occupant une partie notable du thorax.

Tous ces phénomènes se sont d'ailleurs amendés sous l'influence de notre thérapeutique : nous lui avons donné du gardénal, nous avons institué un traitement antisyphilitique à base de frictions mercurielles et d'iode, nous avons donné des toni-cardiaques.

Actuellement, nous sommes surtout frappés par les troubles de son développement : elle est restée gracile et présente un certain degré d'infantilisme lié sans aucun doute à sa cardiopathie.

La cyanose ne persiste plus qu'aux lèvres et aux extrémités qui ont gardé une coloration bleue permanente. Les doigts présentent, en outre des modifications caractéristiques connues sous le nom d'hippocratisme ; ils sont renflés à leur extrémité, les ongles sont incurvés en verre de montre ; la cyanose est particulièrement marquée à leur niveau. Cependant la radiographie montre l'intégrité du squelette : il ne s'agit donc que de phénomènes vasculo-fibreux sans participation osseuse.

Il existe enfin une dyspnée modérée qui s'accuse à l'occasion de mouvements un peu vifs.

L'examen du cœur montre la persistance du souffle dont je vous ai déjà parlé ; on peut constater en outre un frémissement peu net que l'on perçoit surtout à la base du cœur. Enfin, un orthodiagramme nous montre un gros cœur sur lequel, on ne peut situer le point G et on constate l'absence de l'angle auriculo-ventriculaire.

***

Ces cinq observations nous ont montré les caractères principaux des deux affections congénitales du cœur les plus fréquentes.

Il est évident qu'à côté de ces types cliniques, il en existe d'autres dont je ne vous entretiendrai pas, car ils constituent des raretés.

Je voudrais maintenant étudier avec plus de détails, ces deux affections.

Etiologie.

Le caractère familial des cardiopathies congénitales est assez net, bien que nous n'ayons pu le mettre en évidence dans aucune de nos observations. L'*hérédité* directe est rare, mais il est par contre fréquent de retrouver des malformations cardiaques chez plusieurs enfants issus de la même origine (Burwinkel, Dyce Duckworth, etc.).

Mais il faut rechercher surtout les *infections* ayant pu agir sur le fœtus au début de la vie intra-utérine et expliquer la malformation cardiaque qui coexiste souvent d'ailleurs avec d'autres anomalies telles que la sténose du pylore et le pied bot. soit chez le même enfant, soit chez ses collatéraux.

La *syphilis* est la plus importante de ces infections et nous sommes en droit de la soupçonner chez deux de nos petits malades, le faciès de l'un évoque en effet l'idée d'hérédo-syphilis, et chez l'autre, le traitement spécifique a eu une influence heureuse sur l'évolution des accidents.

La *tuberculose* semble avoir un rôle plus effacé : il est cependant des cas où son évolution chez les ascendants aurait favorisé l'apparition de maladies congénitales.

Pathogénie.

Deux théories tendent à expliquer l'origine de ces malformations congénitales.

La *théorie embryologique* émise par Rokitanski a été adoptée depuis par Weill, Marfan, Laubry et Pezzi : pour une raison encore mal déterminée, il y a un arrêt dans le développement du cœur et l'époque de la vie fœtale où se manifeste cet arrêt explique les diverses manifestations que l'on peut rencontrer.

La *théorie inflammatoire* met, au contraire à l'origine de la malformation une endocardite fœtale. Lancereaux a résumé cette opinion en disant que la tératologie du cœur n'était que sa pathologie pendant la vie intra-utérine.

Symptômes et évolution.

La dissemblance entre les deux affections que nous étudierons ne permet pas de grouper en une seule description leur symptomatologie et leur évolution, et il est nécessaire de séparer la maladie de Roger des cyanoses congénitales.

1° Maladie de Roger

Nous retrouvons dans les quatre observations que je vous ai résumées les symptômes essentiels décrits par Roger en 1879 et auxquels sont venus s'ajouter les données plus récentes de la radiographie.

Le *souffle* résume à peu près toute la symptomatologie : c'est un souffle holosystolique qui occupe toute la durée de la systole et finit avec elle. Il est fort, rude et râpeux donc très facilement perceptible et nous avons vu que chez un de nos malades, on pouvait l'entendre à distance. Il s'entend sur une grande étendue de la région précordiale et paraît assez diffus ; on peut cependant lui trouver un maximum d'intensité à la partie interne du troisième espace intercostal gauche. Il se propage enfin transversalement en barre depuis le sternum jusqu'à la région axillaire.

Le *thrill* perçu à la palpation n'est que la traduction tactile du phénomène qui engendre le souffle. Il est facilement perçu en appliquant la main à plat sur la région précordiale.

Comme le souffle dont il reproduit les caractères, il se perçoit au maximum dans le 3e espace intercostal gauche, se propage en barre transversale et se perçoit pendant toute la systole.

Les *signes radiologiques* enfin sont ceux que vous avez pu voir sur les images que je vous ai montrées : le cœur est hypertrophié dans son ensemble avec une légère prédominance sur le ventricule droit. Cette hypertrophie reste, en général modérée et les arcs ventriculaires restent à peu près normaux.

Les *signes physiques sont seuls à traduire la communication interventriculaire* : il n'y a pas de signes fonctionnels, ni dyspnée, ni palpitations, ce qui est un gros appoint pour le diagnostic.

L'*évolution* de la maladie de Roger est variable suivant les cas : beaucoup de ces enfants meurent en bas âge pour des raisons diverses et semblent en état de moindre résistance aux infections. Mais un certain nombre de sujets ont un développement normal et atteignent un âge avancé : une malade de Roger avait 63 ans, une autre de Potain 55 ans. MM. Laubry et Pezzi, dans leur traité sur les maladies congénitales du cœur ont rapporté des cas analogues, et dans la pratique courante enfin, on rencontre assez souvent de tels faits chez des adultes.

2° Cyanoses congénitales

Au contraire, la symptomatologie des cyanoses congénitales est beaucoup plus variable et notre malade ne présente qu'une partie des symptômes que l'on peut rencontrer.

La *cyanose* (maladie bleue) présente tous les degrés d'intensité depuis la coloration bleuâtre des lèvres et des extrémités jusqu'à la teinte violacée intense généralisée à la totalité du corps. Elle peut être permanente, mais présente des variations notables dans son intensité ; elle peut survenir sous forme d'accès provoqués par la toux, un cri, un effort, ou venant sans cause apparente. La durée de ces accès est des plus variable depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs jours.

La cyanose enfin peut se présenter sous forme d'accès paroxystiques accompagnés d'accès convulsifs et de syncopes, sans que l'on observe dans l'intervalle des crises aucun symptôme.

La *dyspnée* est habituelle et augmentée par les mouvements et les cris, elle s'accompagne souvent de palpitations et d'angoisse.

L'*hippocratisme digital* est presque constant dans les cyanoses anciennes : nous avons vu que les déformations en baguettes de tambour étaient dues seulement à une tuméfaction des parties molles et non à une hypertrophie de l'os.

Il existe enfin des *modifications sanguines* qui consistent surtout en *polyglobulie*, le nombre des hématies pouvant dépasser 6 millions, et en *hyperglobulie* ou augmentation de diamètre des globules.

D'autre part, les *troubles du développement* sont à peu près constants : la croissance se fait mal et ces enfants restent des hypertrophiques et des infantiles. Enfin, tous ces malades sont fragiles et ont pour les infections une sensibilité particulière.

Les *troubles du système nerveux* sont fréquents. Les syncopes, et les attaques épileptiformes ne

sont pas rares : leur association avec un pouls lent permanent peut réaliser un *syndrome de Stokes Adams* congénital.

Les *signes physiques* sont beaucoup moins nets que dans la maladie de Roger et c'est encore là un caractère distinctif entre les deux maladies.

On peut entendre un souffle à l'auscultation, mais il est en général peu marqué et il n'est pas rare qu'il soit absent.

On a même signalé des cas où il ne s'entendait qu'au moment des paroxysmes de la cyanose.

L'inconstance et la variabilité du souffle donnent à l'*examen radiologique* une part prépondérante ; celui-ci permet de constater l'hypertrophie cardiaque se traduisant sur les ortho-diagrammes par l'image classique du « *cœur en sabot* ».

Le *pronostic* des cyanoses congénitales est sévère : un grand nombre de ces enfants meurent dans la première année de troubles digestifs graves ou d'une infection intercurrente à laquelle ils ne peuvent résister.

Cependant ce pronostic trop sombre demande parfois à être revisé, car bon nombre de ces sujets vivent jusqu'à un âge avancé, ce qui dépend beaucoup moins du degré de la lésion que de sa compensation.

Il faut pourtant encore se méfier de la greffe d'une *endocardite secondaire* sur ces lésions congénitales, et l'existence d'une endocardite dans les premières années de la vie doit faire rechercher une cardiopathie jusque-là méconnue. Je vous en parlerai dans une autre leçon.

Enfin, après avoir dépassé les premières années de la vie, les malades doivent être surveillés, car nous avons vu qu'ils restent débiles et peuvent être la proie de la tuberculose.

Diagnostic.

Le diagnostic de la maladie de Roger est facile dans la grande majorité des cas et repose uniquement sur l'interprétation du souffle trouvé le plus souvent au hasard d'une auscultation fortuite. La seule éventualité possible est de confondre le souffle de Roger avec un souffle extra-cardiaque, mais il y a des cas où ni les caractères du souffle, ni les signes radiologiques ne permettent un diagnostic ferme.

D'autre part, la constatation d'une cyanose permanente chez un enfant doit faire admettre le diagnostic de cyanose congénitale, car seule, cette affection peut réaliser un pareil tableau dont restent très éloignées les cyanoses que l'on observe au cours d'une crise de convulsions ou d'une bronchopneumonie ou encore chez les hypothrepsiques en état de refroidissement.

Anatomie pathologique.

La lésion caractéristique de la maladie de Roger est la *perforation isolée de la cloison interventriculaire.* L'orifice occupe la partie moyenne ou membraneuse de la cloison interventriculaire ; il a la forme d'un trou ou d'un canal en général de petites dimensions, admettant tout au plus l'extrémité d'un doigt.

La cyanose congénitale est sous la dépendance de *lésions complexes* qui se groupent, en général sous deux types qui ont été isolés par Fallot et s'observent avec une inégale fréquence.

La « tétralogie de Fallot » est de beaucoup la plus fréquente et se rencontre dans plus des trois quarts des cas de cyanose congénitale (42 fois sur 55 cas).

Elle est caractérisée par l'association de quatre altérations.

Un *rétrécissement de l'artère pulmonaire* qui porte le plus souvent sur l'infundibulum et plus rarement sur l'orifice artériel ou le tronc lui-même.

Une *communication interventriculaire,* se distinguant de celle de la maladie de Roger par sa forme en échancrure semi-lunaire à concavité supérieure et son siège à la partie antérieure de la cloison.

Un *déplacement vers la droite de l'aorte dilatée* qui paraît presque à cheval sur les deux ventricules.

Une *hypertrophie marquée du ventricule droit* enfin qui complète cet ensemble.

La « *trilogie* » est déjà beaucoup plus rare et ne se rencontre guère que dans 6 à 8 % des cas de cyanose ; elle est réalisée par l'association de :

1° Un rétrécissement de l'artère pulmonaire,

2° L'inocclusion du trou de Botal,

3° L'hypertrophie du ventricule droit.

Dans les deux cas, la persistance du canal artériel, qui aurait dû s'oblitérer après la naissance peut se surajouter aux lésions déjà décrites.

Physiologie pathologique.

Il reste enfin à étudier les conditions qui peuvent déterminer la production de la cyanose ; trois théories ont été proposées pour expliquer cet état.

La *théorie du mélange des sangs* et du passage du sang noir non hématosé dans la grande circulation est à la fois la plus ancienne et la plus vraisemblable malgré toutes les critiques qui lui ont été adressées. L'étude des lésions anatomiques (dans la tétralogie de Fallot) permet de concevoir, dans tous les cas, le passage dans l'aorte du sang, venu directement du ventricule droit hypertrophié sans être passé par le poumon.

L'absence de cyanose dans la maladie de Roger est une confirmation indirecte de cette théorie. Dans ce dernier cas, en effet, la pression est plus élevée dans le ventricule gauche que dans le ventricule droit non hypertrophié ; le sang ne peut donc passer que de la grande

dans la petite circulation ; il ne peut y avoir cyanose.

La seconde théorie met en cause l'*insuffisance de l'hématose* déterminée par le rétrécissement de l'artère pulmonaire : à chaque systole, une quantité insuffisante de sang est lancée dans le poumon et il en résulte un apport incomplet de sang oxygéné dans la grande circulation. Cette théorie paraît des plus critiquables.

La troisième théorie est celle de la *stase veineuse* : par suite du rétrécissement de l'artère pulmonaire, on observerait une augmentation de la tension dans les cavités droites et le système veineux dont la conséquence serait une stase dans les veines périphériques, comme dans les asystolies, et cette stase veineuse expliquerait la cyanose. On peut objecter à cette théorie que le manque d'œdème périphérique et de stase viscérale habituellement observé dans l'insuffisance cardiaque rend peu vraisemblable cette stase veineuse périphérique.

Cyanoses congénitales tardives.

La théorie du mélange des sangs trouve d'ailleurs une autre confirmation dans l'étude des cyanoses congénitales tardives, d'observation peu fréquente ; elles ont été néanmoins étudiées par de nombreux auteurs et, en particulier, par M. Roudinesco dans sa thèse, qui vous en fera d'ici peu un exposé plus complet.

Ces cyanoses tardives nécessitent pour se produire deux conditions essentielles : une lésion anatomique congénitale, la persistance du trou de Botal, et un trouble circulatoire pulmonaire qui déterminera la cyanose.

La persistance du trou de Botal est due à un défaut de soudure de la membrane ovale à l'anneau de Vieussens, laissant persister à la partie antérieure de la cloison interauriculaire un petit pertuis faisant communiquer les deux oreillettes.

Dans les conditions d'équilibre circulatoire normal, la surpression de l'oreillette gauche plaque la membrane ovale contre l'anneau de Vieussens et entraîne une oblitération physiologique du pertuis interauriculaire.

Mais si une surpression vient à s'établir dans l'oreillette droite (et ce fait se trouve réalisé au cours de nombreuses affections chroniques du poumon, telles qu'emphysème, sclérose, pulmonaire étendue ou bronchite chronique), le conduit devient perméable et laisse passer le sang non hématosé de l'oreillette droite dans la grande circulation. La cyanose fait alors son apparition.

Cette cyanose est d'abord intermittente et n'apparaît qu'au moment des quintes de toux qui augmentent brutalement la pression intracardiaque puis elle devient permanente et augmente d'intensité. Son apparition est un signe précoce de défaillance des cavités droites qui précède les autres signes d'asystolie, et toujours elle conservera la première place au cours de l'évolution. Son pronostic est d'ailleurs sévère, et elle doit faire redouter une terminaison fatale dans un délai de quelques mois.

Tels sont les trois grands aspects réalisés par les cardiopathies congénitales ; ils sont loin de représenter la totalité des variétés que l'on a décrites. Mais on peut isoler, dans tous les cas, deux caractères essentiels qui permettent de penser à une malformation congénitale : l'apparition des signes cardiaques dans les premières années de l'existence et l'augmentation clinique et surtout radiologique de volume du cœur qui paraît manifestement déformé. Dans la majorité des cas on peut aller plus loin et préciser le diagnostic en affirmant l'existence d'une maladie de Roger ou d'une cyanose congénitale.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Par Georges Boudin,

Interne des hôpitaux de Paris.

La paralysie générale fut décrite comme entité morbide spéciale par Bayle en 1822. Elle est la manifestation clinique d'une **méningo-encéphalite diffuse syphilitique.** Considérée classiquement comme *incurable* et *progressivement évolutive*, car elle résiste habituellement aux traitements antisyphilitiques ordinaires, elle présente de nos jours un nouvel intérêt depuis que l'on pratique avec succès la **malariathérapie** surtout lorsque la maladie est prise à **son début** ; d'où l'importance capitale de faire un diagnostic précoce, chez un sujet *dont l'état général est encore excellent* et dont la démence n'est pas trop évoluée.

La paralysie générale se rencontre surtout chez l'*homme*, de 35 à 50 ans, de 5 à 25 ans après le chancre. Elle est l'apanage des races civilisées et se rencontre particulièrement dans les clientèles urbaines.

Cliniquement, elle n'est pas une paralysie au sens courant du mot, et les éléments paralytiques lorsqu'ils se produisent ne sont que des épisodes. Paralysie au sens éthymologique signifie dissolution. La paralysie générale est une *dissolution des facultés psychiques* (Levy-Valensi). Elle est caractérisée par une **démence globale**, avec ou sans délire, et des signes physiques spé-

ciaux. On peut théoriquement lui décrire trois syndromes : psychiatrique, neurologique, syphilitique, qui peuvent être plus ou moins complets. En tout cas, il faut insister sur les aspects cliniques **polymorphes** qu'elle peut prendre, rendant son diagnostic souvent difficile.

Il s'agit d'un sujet que l'on amène, le plus souvent pour des troubles psychiques, beaucoup plus rarement pour des troubles somatiques.

Les troubles psychiques sont très variables, et le malade pourra commencer sa paralysie générale par n'importe lequel des syndromes psychiatriques. Mais toujours, soit d'une manière évidente, soit seulement après un interrogatoire approfondi et délicat, on mettra en évidence une démence globale, atteignant toutes les fonctions psychiques : jugement, mémoire, affectivité, moralité, etc.

Ce peut être pour des **signes d'excitation euphorique** que le malade est amené à consulter. On est d'emblée frappé par sa *logorrhée*, et par le *désordre de ses idées*. Il est heureux, éprouve une joie de vivre intense avec sensation d'augmentation de sa valeur physique et intellectuelle pouvant aller jusqu'à la perfectibilité. Il est gai, altruiste, plein d'enthousiasme et d'espérance, fait de grands projets, a besoin d'activité physique et d'occupations continuelles. Il fatigue son entourage par sa grande excitation, étonne par sa hardiesse, parfois alarme par des achats inconsidérés, ou ses générosités. En somme excitation euphorique qui se traduit par une hyperactivité physique et intellectuelle associées bien souvent à une hyperexcitation sexuelle. Parfois se surajoute une teinte délirante plus ou moins marquée, qui peut aller jusqu'à un véritable **délire de grandeur.** C'est alors un délire mobile, incohérent, contradictoire et absurde.

D'autres fois ce sont des **phénomènes dépressifs** qui dominent la scène. Le malade se dit gravement atteint, attendant la mort qui ne saurait tarder. Il se plaint de fatigue générale, de troubles cœnesthésiques les plus divers dont il donne souvent des descriptions imagées. Il est triste, apathique, fait des fautes dans son travail. Il est souvent **délirant** avec idée d'amoindrissement, de ruine, parfois de négation.

D'autres fois les symptômes sont encore moins marqués, et ce peuvent être simplement des **troubles du caractère** avec irritabilité inaccoutumée depuis quelque temps, perte du sens social, petits accès de tristesse avec difficulté de travailler.

Enfin, il faut signaler certains troubles particuliers qui présentent un gros intérêt médico-légal ; on peut être amené à juger un homme qui brusquement fait des **fautes dans son travail professionnel**, et il est classique de citer les erreurs du comptable. Ou bien c'est un **brusque trouble de la moralité** avec exhibitionisme, viol, etc.

On voit la **grande variabilité** des syndromes psychiatriques que l'on peut être amené à observer, et il ne faudra pas attendre de trouver des signes caractérisés pour penser à la paralysie générale.

Il est beaucoup plus rare que la paralysie générale débute cliniquement par des **troubles somatiques.**

Crises de céphalée, avec parfois troubles oculaires transitoires.

Ictus fugaces, à type apoplectiforme, épileptiforme. Ils ne durent que quelques heures, ne laissent aucunes traces, et seraient pour certains assez caractéristiques de la paralysie générale.

Enfin ce peut être chez un malade déjà atteint d'un autre syndrome neurologique : tabes, paraplégie d'Erb que l'on peut être amené à rechercher la paralysie générale.

L'*interrogatoire* permettra de préciser que tous ces troubles sont apparus d'une façon **progressive et insidieuse.** On pourra parfois déceler une période prémonitoire d'infection syphilitique diffuse du névraxe avec troubles oculaires, particulièrement paralysie du moteur oculaire commun, aphasie, hémiparésie, tous phénomènes essentiellement fugaces et transitoires.

Surtout il importe de faire un **examen psychiatrique** approfondi qui va mettre en évidence une *démence globale et progressive.*

La conscience est souvent intacte, mais il peut déjà y avoir désorientation dans le temps et l'espace.

Les *perceptions* sont normales ou souvent diminuées. Parfois troublées avec hallucinations, surtout cœnesthésiques (négation d'organe).

L'*attention* est en général mauvaise surtout si le malade présente un léger délire mobile et incohérent.

La *mémoire* est surtout atteinte pour les faits récents.

Les *facultés d'idéation* sont troublées : les associations d'idées sont désordonnées, incohérentes, l'imagination extravagante, le raisonnement est déficient du fait de la fuite et de la mobilité des idées.

La *notion de personnalité* surtout est très précocement atteinte : il y a **perte de l'autocritique**, cependant que les actes automatiques sont conservés pouvant donner une fausse apparence normale. Cette perte de l'autocritique est un des signes capitaux qui domine les autres signes psychiatriques, mais il peut manquer. Il s'accompagne généralement d'*approbabivité.*

L'*affectivité* est également très touchée. Le

malade est **indifférent**, vis-a-vis des autres, de sa famille, et vis-à-vis de lui-même ; il n'a pas conscience de son état.

En somme, démence globale, touchant toutes les fonctions psychiques, avec particulièrement perte de l'autocritique et indifférence. Mais c'est aussi une **démence progressive**, qui pourra ne se révéler au début que par un interrogatoire minutieux et approfondi, et qui deviendra plus manifeste à la fin de l'examen traduisant la *fatigabilité* rapide de ces malades. Sa lente évolution progressive peut parfois être entrecoupée de *rémissions* qui ont pu en imposer pour des guérisons.

A côté de ces troubles psychiques, l'examen va montrer un ensemble de **troubles somatiques** assez caractéristiques.

Le *facies* est euphorique ou hostile selon que le malade se présente comme un excité ou un déprimé. Bien souvent il est *pâle* et surtout **hypotonique** donnant au malade à l'état de repos un aspect assez spécial pour faire penser d'emblée à la paralysie générale à un clinicien un peu averti. La mimique est également troublée : parfois très diminuée, le malade garde tout le temps un masque d'indifférence, parfois exagérée, le sujet logorrhéique accompagne ses phrases de grands gestes, on constate même des *contractions inutiles associées* à l'occasion d'un mot difficile, d'un ordre à exécuter.

La *parole* est troublée. Il y a de la **dysarthrie.** Celle-ci est parfois évidente, imposant le diagnostic. Elle est monotone, trémulante avec accrocs, répétition, élision, inversion d'une syllabe. Mais bien souvent elle n'est pas aussi nette, le malade achoppe légèrement en parlant, surtout à la fin de l'examen quand il commence à être fatigué. Il faut la rechercher en lui faisant prononcer les mots d'épreuves classiques.

Le **tremblement** est également un signe précoce. C'est un *tremblement fibrillaire des muscles de la langue et des muscles péribuccaux* : c'est une trémulation rapide surtout nette au moment où les mouvements volontaires vont commencer.

Parfois c'est un *tremblement en masse* de faible amplitude qui fait osciller toute la langue en bloc, et les doigts.

L'*écriture* fournit de véritables graphiques du tremblement. Les lignes droites sont sinueuses, il y a des traits inutiles, les points sont appuyés. Par ailleurs il y a saute de syllabes, fautes par amnésie.

L'*examen oculaire* montre très souvent un **signe d'Argyll-Robertson** avec inégalité pupillaire, déformation de la pupille, disparition du réflexe lumineux, conservation de l'accommodation à la distance.

Dysarthrie, tremblement fibrillaire, signe d'Argyll sont les trois signes somatiques capitaux.

Le reste de l'examen neurologique montre encore :

des réflexes tendineux vifs ;

une absence de Babinski ;

pas de paralysie motrice ;

quelques troubles sensitifs : hypoesthésie à la douleur, analgésie du cubital, testiculaire ;

pas de troubles trophiques ;

enfin possibilité d'autres signes en rapport avec l'infection syphilitique : tabes, paralysies oculaires.

On complétera toujours cet examen par **des recherches biologiques** qui ont un intérêt capital pour le dépistage de la syphilis.

Wassermann dans le sang, presque toujours positif.

Ponction lombaire que les paralytiques généraux supportent admirablement bien et montrant une lymphocytose très abondante avec hyperalbuminose, Wassermann positif, benjoin colloïdal positif.

Enfin il est capital de faire un **examen viscéral complet**, en vue d'une malariathérapie possible. Ce sont souvent des malades *maigres*. Il faut examiner particulièrement *leur aorte*, chercher une aortite, prendre leur tension ; *leur foie*, chercher une sclérose hépatique, une insuffisance biliaire ; *leur rein*, chercher une albuminurie, faire un dosage d'urée dans le sang.

On voit donc la nécessité de faire un examen approfondi chez tout sujet qu'on soupçonne de paralysie générale, en cherchant les troubles psychiques, les troubles somatiques, les réactions biologiques. Tous ces troubles peuvent être peu nets et difficiles à extérioriser. Il est pourtant capital de faire un diagnostic le plus précocement possible, alors que la démence n'est pas trop prononcée et que l'état général du sujet est encore satisfaisant, en vue de la malariathérapie.

Le traitement antisyphilitique ordinaire reste presque toujours sans action sur la paralysie générale.

Et l'on assiste peu à peu à l'**évolution progressive** de la paralysie générale qui va mener le malade à la mort : les troubles psychiques deviennent prédominants. La démence globale est évidente, le sujet devient un malade d'asile.

Les troubles somatiques s'exagèrent : grosse dysarthrie, démarche lente et trébuchante.

Les troubles généraux surtout augmentent : *amaigrissement* aboutissant à une véritable cachexie, *troubles trophiques* avec escarres. A la période terminale, le malade devient un grabataire, avec gâtisme, dont les fonctions mentales sont complètement annihilées. La mort survient environ de 2 à 4 ans après l'apparition des premiers signes.

***

Le polymorphisme symptomatique de la para-

lysie générale a permis de décrire de nombreuses **formes cliniques**. Il est des formes *neurasthéniques* avec angoisse et troubles digestifs, des formes *mélancoliques* avec parfois anxiété, des formes *hallucinatoires*, des formes *confusionnelles*.

Des troubles somatiques particuliers ont permis de décrire des formes *cérébelleuses* avec ataxie. D'elles il faut rapprocher les formes *pseudo-alcooliques* simulant une intoxication éthylique aiguë, et surtout des formes *associées à un alcoolisme chronique* où il peut être difficile de discerner ce qui revient à l'alcool et ce qui est de la paralysie générale.

Il est encore des *formes associées au tabes* avec abolition des réflexes tendineux, à une *paraplégie* spasmodique.

La *paralysie générale infantile* ou *juvénile* ressort d'une syphilis héréditaire.

On a de même signalé des cas de *paralysie générale conjuguale*.

Le diagnostic de la paralysie générale est surtout difficile au début, à la période où il est important de déceler la maladie pour la traiter.

Les signes de démence globale de la paralysie générale se distingueront facilement des états confusionnels, des troubles psychiques que l'on peut voir dans certaines infections, telles la typhoïde, grippe ou intoxications, telles l'urémie, oxyde de carbone, etc.

Un diagnostic difficile sera celui de la *syphilis cérébrale* : en sa faveur on trouve une démence moins globale, lacunaire, respectant certaines fonctions, une céphalée plus marquée, des signes de localisation : signes pyramidaux, signes oculaires, enfin l'action favorable du traitement antisyphilitique ordinaire.

L'intoxication alcoolique chronique peut également prêter à confusion, surtout avec une forme cérébelleuse de paralysie générale, la trémulation éthylique associée à un psychisme euphorique peut induire à erreur. On a même signalé des cas de rigidité pupillaire qui disparaît avec la poussée aiguë d'intoxication. De plus la démence alcoolique est souvent plus élective. D'ailleurs la ponction lombaire et le Wassermann dans le sang viendront redresser le diagnostic.

On pourra parfois encore discuter la démence saturnine, *la demence artérioscléreuse* qui est partielle, lacunaire avec conservation de l'autocritique, la démence sénile avec amnésie de fixation. Citons encore la démence précoce, la moria des *tumeurs cérébrales du lobe frontal*, une méningite tuberculeuse à forme démentielle.

Les signes d'excitation feront discuter un accès maniaque avec logorrhée, fuite des idées, incohérence, malveillance.

Les signes dépressifs feront le diagnostic de neurasthénie, mélancolie simple, mélancolie anxieuse.

Ce pourra encore être un diagnostic médico-légal devant un suicide, un attentat à la pudeur, un acte criminel.

On voit donc la **difficulté du diagnostic** qui peut se présenter sous les formes les plus diverses, et bien souvent ce n'est qu'après un examen très approfondi que l'on pourra dépister la paralysie générale.

***

Le traitement est toujours délicat à faire.

D'abord *faut-il interner ces malades* ? C'est un cas d'espèce qui dépendra de la forme clinique que prendra la maladie et de la situation sociale du malade.

Le *traitement antisyphilitique* ordinaire ne fait rien dans la règle.

La *malariathérapie* a été institué ces dernières années et a donné des succès remarquables. On ne peut la faire qu'au début, lorsqu'un examen complet montre un organisme encore solide capable de résister à l'infection paludéenne. Elle agit sur les troubles psychiques. On la complétera par un traitement antisyphilitique ordinaire. Elle a donné de magnifiques résultats, mais ses échecs sont nombreux.

La *stovarsolthérapie* est préconisée par certains auteurs qui font trois fois par semaine une injection sous-cutanée de 1 gr. du produit, ceci par série de 21 injections séparées par un intervalle de un mois. L'amélioration, si elle doit se produire, débute rapidement dès la première série.

Dans ces deux traitements il faut remarquer qu'il n'y a aucun parallélisme nécessaire entre les modifications de l'état psychique du malade et celles de l'état biologique du liquide céphalo-rachidien. Bien souvent les réactions y restent positives et il est nécessaire de continuer ces thérapeutiques par un traitement antisyphilitique ordinaire.

Le pronostic de la paralysie générale qui, autrefois, était désespéré a donc été grandement amélioré depuis l'ère de la malariathérapie. Néanmoins il reste toujours sérieux car cette thérapeutique est assez brutale, demandant un organisme sain, et on ne peut prévoir le bénéfice qu'en tirera le malade. Cependant, chaque fois qu'on le peut, il faut impaluder ces malades, car c'est le seul moyen avec le stovarsol de les empêcher d'évoluer lentement vers la grande démence avec cachexie.

L'ALIMENTATION DU GOUTTEUX

par Daniel CRITZMAN (1).

Jusqu'à présent on ne connaît pas les troubles du métabolisme nutritif, entraînant la goutte en général, et la crise de goutte en particulier. Un état particulier du rein, qui n'est pas encore la maladie, mais qui détermine un trouble dans le discernement producteur des matières à filtrer, et la rétention urique, qui s'ensuit, sont les seules causes que l'observation clinique nous a démontrées. Le problème thérapeutique est donc le respect du filtre rénal, en éliminant de l'alimentation du goutteux les aliments, dont l'élimination obère le rein, le choix dans les matières alimentaires ne contenant pas les éléments, dont les élaborations chimiques intra-organiques peuvent polluer le sang d'une quantité notable d'acide urique.

La frugalité du goutteux ne doit pas être poussée au delà de certaines limites. Elle concerne surtout la *quantité* d'aliments à ingérer.

Principes du traitement

Epargner le rein, solliciter son fonctionnement normal, et empêcher la surproduction d'abord, et l'accumulation ensuite de l'acide urique dans l'économie organique. Il s'agit donc d'établir une thérapeutique étiologique. Limitons les productions uriques, en supprimant l'effort exagéré par des aliments riches en purines ; agissons, si possible, sur la formation synthétique d'acide urique dans l'organisme, et réduisons-le à son minimum nécessaire. Le régime ne suffit plus. Les médicaments interviennent, mais d'ores et déjà, il ne faut pas avoir recours aux purgatifs énergiques, qui entraînent constamment une leucocytose intestinale considérable, dont la destruction augmente les déchets nucléiniques dont le métabolisme ultérieur produit l'acide urique. Eliminons l'acide urique produit dans l'organisme et, pour juger de l'efficacité de cette élimination, il faut comparer le coefficient d'élimination au coefficient résiduel de l'acide urique dans le sang.

Le but est atteint si, à l'augmentation de l'excrétion urique, correspond une diminution du contenu urique dans l'organisme.

La rétention urique dans le sang est due au fonctionnement imparfait du filtre rénal ; pour augmenter l'élimination urique, il serait nécessaire à première vue de stimuler la sécrétion urinaire. Ce n'est pas en augmentant l'ingestion liquide que le but serait atteint. En hydratant outre mesure la masse sanguine, l'équilibre hydrique tend à se rétablir par une augmentation de la pression intrarénale, dont l'effet immédiat est de diminuer le contenu urique dans la masse urinaire ainsi artificiellement augmentée. En persistant on trouble la fonction rénale, qui ne laisse passer que parcimonieusement l'acide urique, qui s'accumule ainsi dans l'organisme et provoque souvent des troubles, dont le moindre est la crise goutteuse classique.

D'autre part, nous ne connaissons pas de médicament, dont l'administration solliciterait plus ou moins énergiquement l'élimination urinaire de l'acide urique.

Le jeûne

Depuis que la goutte a conquis droit de cité en pathologie humaine, on l'a toujours attribuée, comme genèse, à une alimentation surchargée, copieuse, ou erronée. Cette conception imposait la thérapeutique. Le régime amenuisé, la diète relative et, dans les dernières années, le jeûne absolu ont été tour à tour prônés. La goutte est une intoxication alimentaire ; donc, en supprimant les aliments, quels qu'ils soient, on supprime toute possibilité d'intoxication. On supprime la goutte. Raisonnements simplistes, attrayants, qui ont provoqué des désastres. Mon expérience est formelle. La cachexie goutteuse était devenue tellement rare, que, m'occupant exclusivement de ces sortes de malades, je n'en avais rencontré qu'exceptionnellement. Le jeûne arrive. Une sorte d'enthousiasme religieux s'empare de la foule des goutteux douloureux. Les médecins le conseillent. Les amis, par dévouement d'affection, le conseillent ; les parents le conseillent. Les goutteux l'appliquent avec ferveur. Quelques mois arprès , nos goutteux pleins de force et de *santé* jadis, sont transformés en pauvres loques humaines. Je rencontre la cachexie goutteuse dans toute sa misère. Impossible de les remonter et quelques-uns de nos malades succombent à des complications articulaires et cardiaques, évoluant avec une rapidité inconcevable.

Le goutteux doit être nourri substantiellement. Les théories modernes de la nature de la goutte ont fait négliger les faits. Dans l'alimentation du goutteux, la clinique seule doit légiférer. L'expérience tue l'hypothèse la plus attrayante. Les médecins, pour soutenir leur opinion théorique, ont fait violence aux faits les plus favorables au traitement du goutteux, et non pas de la goutte en tant que maladie. En n'alimentant pas les goutteux, vous transformez la goutte floride, peu dangereuse, en goutte chronique, si périlleuse par ses complications viscérales. Le guide sûr dans

(1) Extrait de l'ouvrage : La goutte, par Daniel Critzman ; édition posthume recueillie par Jacques Forestier. Collection des Actualités de médecine pratique (Directeur R. I. Weissenbach). G. Doin, éditeur, Paris, 1930.

ce dédale est l'acide urique. C'est son accumulation anormale dans les sucs organiques, qui détermine l'état goutteux. C'est la seule vérité indiscutable dans l'histoire de la goutte. Le rôle, que joue le rein dans la podagre, nous fait déjà pressentir l'importance du chlorure de sodium comme élément nocif dans la production de l'acide urique.

La guerre fut d'abord déclarée à la viande. Les carnivores sont ou deviennent goutteux ; en tête, on cite les Anglais, grands mangeurs de viande, dont la maladie nationale est la goutte ; mais on ne cite pas autre chose. Cependant mon expérience m'a démontré que la viande fraîche, (j'élimine toujours les conserves alimentaires) est indispensable aux goutteux. D'autres médecins l'ont vu, et bien vu avant moi ; mais les théories sont venues combattre l'expérience, et les pauvres goutteux furent condamnés au végétarisme. Les recherches de laboratoires prouvent que l'alimentation carnée augmente l'excrétion urique d'une manière absolue, mais exagère en même temps les quantités d'urée expulsée, qui dépassent de beaucoup l'élimination urique. Il n'est donc pas étonnant de constater que les végétaux ingérés déterminent une perte urique plus accusée que les viandes, d'où la conclusion que le régime végétarien diminue l'élimination urique.

Les purines, en relations droites avec le métabolisme urique, peuvent, dans certaines circonstances, déterminer des lésions dégénératives dans les reins et le foie (Hall). Il serait donc utile de réduire au minimum l'alimentation carnée, et aussi l'ingestion de pois, haricots, oignon et épinards. Ces dernières restrictions sont plausibles, et l'expérience clinique nous a démontré les nocivités des légumes, que nous venons d'énumérer. Les rapports entre les deux déchets — qui seuls ne sont plus comparables, et l'hyperexcrétion urique chez les végétariens n'est qu'apparente. L'élaboration digestive des légumes et racines nécessite une leucocytose gastro-intestinale abondante, et la destruction d'éléments nucléaires commande l'augmentation urique. Les aliments ne jouent donc qu'un rôle secondaire.

Certes, les grosses quantités de viande, par les purines qu'elles contiennent, exagère la production urique. Strauss et Echner, en nourrissant des animaux avec du Liebig à *très hautes doses*, ont doublé l'excrétion urique ; mais les peptones, représentant une livre de viande par exemple, ingérées à l'état pur, donnent une excrétion urique infiniment moindre que ne donne la livre de viande ingérée en totalité.

Pour les goutteux, dont la réserve alcaline joue un grand rôle, la viande, aliment acide, devrait être nuisible. L'usage contredit cette vue théorique. Souvent l'acide urique éliminé par les urines est d'une bonne solubilité chez les goutteux, dont la viande constitue un élément important d'une alimentation mixte. La richesse en urée de ces urines est très favorable à la solubilité facile de l'acide urique. La condition primordiale de cet état urinaire favorable réside dans une alimentation mixte, avec un apport suffisant, mais modéré de viande *fraîche*. Dès maintenant, il faut le dire, les viandes conservées sous n'importe quelle forme, constituent un danger dans l'alimentation du goutteux. Dans ce dernier cas, comme dans celui d'une administration abondante de viande, les urines ne suffisent plus à dissoudre la totalité de l'acide urique éliminé, dont une partie se retrouve à l'état insoluble.

On peut donc donner sagement de la viande au goutteux soumis à un régime mixte, sans risquer une accumulation urique. Le rein joue un rôle primordial dans l'élimination de ce déchet organique. C'est le trouble dans cette fonction élective du filtre rénal, qui constitue la base pathogénique de la goutte. Nous l'avons vu ailleurs, et nous n'y revenons que pour insister sur la fatigue, qui peut résulter pour le rein non lésé morphologiquement, dans l'élaboration et l'élimination d'une importante quantité d'acide urique : dans l'emploi indispensable de la viande, dans la nutrition urinaire, il y a un seuil rénal à respecter. Cliniquement, ce seuil est indiqué par le dépôt rouge brique au fond du vase et par une augmentation dans la quantité d'urines émises hors de proportion avec la totalisation des boissons ingérées, exactement calculée pour les vingt-quatre heures. La viande, prise au delà de ce qu'il est nécessaire, est diurétique. Diurèse augmentée, dépôt brique abondant, le seuil urique rénal est franchi. Le danger devient menaçant. Le médecin diminue la quantité de viande sans jamais la supprimer totalement pour ne pas compromettre l'équilibre de l'albumine constitutionnelle.

Toutes les variétés de viandes sont à recommander. La viande, dite noire, est peut-être plus stimulante, mais ne se distingue en rien au point de vue nocivité de toutes les autres variétés. N'a-t-on pas voulu défendre l'usage de la viande de volaille, sous prétexte que les oiseaux n'excrètent que de l'acide urique ? Une simple vue de l'esprit. Le goutteux peut et doit manger pour maintenir son appétit, de la viande noire ou blanche, à tour de rôle et *ad libitum*. Cependant, l'expérience nous apprend que du porc frais, froid, sous forme de de rôti, est au point de vue digestif la meilleure viande pour goutteux. Cet aliment peut être consommé préparé de n'importe quelle manière. Bouillie, la viande possèderait moins de matières extractives, et pourrait être indiquée de préférence. L'usage nous a démontré le contraire. Elle est d'une digestion lente et pénible, et fatigue le goutteux. L'appétence est moindre pour cette forme culinaire, et cela est d'une grande im-

portance. Il en est de même de la viande braisée, dont la digestion est cependant plus facile et la prise plus agréable ; mais, rien ne vaut la viande bien rôtie, avec un centre rose, la froide de préférence à la chaude. Le gril l'emporte sur toutes les méthodes de préparer la viande, grillée à un feu très vif, afin que la coagulation rapide de la surface fournisse une légère cuirasse protectrice au centre de la viande, qui de cette manière pourra rester sur le feu sans trop être cuite.

La quantité de viande à prendre varie d'un individu à l'autre ; l'intensité des fonctions digestives donne des indications précieuses. On commence par 50 grammes par jour en pleine crise aiguë — à midi, pour arriver rapidement à 100 grammes par jour. Dans la goutte latente, en puissance, on peut aller à 120 grammes par jour, dose suffisante pour maintenir l'état général du malade.

Régime végétarien pur

Le régime végétarien est-il à recommander d'une manière exclusive dans l'alimentation du goutteux ? Dès maintenant, nous prendrons position en nous prononçant pour la négative. Le laboratoire a encore joué son rôle dangereux dans cette question.

Le régime des hydrocarbones, retardant ou empêchant la complète combustion des albumines alimentaires, doit être sévèrement proscrit de l'alimentation du goutteux (Cantarh). Il prévoyait cependant les désastres de cette prohibition, en les limitant en durée — à quelques mois. L'organisme pourra pendant cette période se reconstituer et donner aux tissus une direction favorable à leur nutrition et à leurs métabolismes chimiques.

Avec une alimentation végétarienne exclusive, les rapports de l'élimination urique à celle de l'urée changent dans un sens péjoratif. L'acide urique augmente dans son élimination, l'urée diminue. Le fait essentiel est que le goutteux dans une alimentation aux hydrates de carbone s'en trouve fort mal. Il faut toujours penser au fait que le goutteux est un affaibli, et que le calcul des simples calories pour la prescription des aliments ne saurait suffire. Le régime végétarien est débilitant. Les masses d'aliments, qu'il faut ingurgiter pour faire face aux besoins organiques, sont souvent au-dessus des forces élaboratrices du système digestif, gastro-intestinales et autres ; des troubles dyspeptiques ne tardent point à surgir, troubles qui affaiblissent le goutteux et l'exposent à des crises subintrantes de goutte articulaire.

La diminution dans l'élimination urique ne saurait être concluante. L'aliment azoté en déficit entraîne un déficit dans l'élaboration urique. Un fait cependant est à retenir ; le régime végétarien ait que l'acide urique éliminé est totalement dissout dans l'urine émise, alors que le régime mixte fait déposer au fond du vase une partie plus ou moins grande de l'acide urique éliminé.

Les contradictions des recherches expérimentales signifient simplement que, chez le goutteux, le métabolisme alimentaire n'est pas le même que chez l'homme normal. Le régime seul, quel qu'il soit, ne saurait rendre goutteux l'individu dont le rein et le système nerveux sont exempts de la légère tare qui, pour des raisons que nous ignorons, manifeste son existence par des phénomènes goutteux. La goutte n'existe pour ainsi dire pas chez les peuples végétariens, et l'on cite toujours le peuple japonais. Mais, le goitre exophtalmique y est également très rare, et nous avons vu, par ailleurs, la coïncidence surprenante de la goutte et du goitre exophtalmique ; pour faire un goutteux, il faut l'état rénal (hérédité), nerfs et alimentation. De ces trois conditions, l'état rénal suffit à lui seul à provoquer le mal goutteux. Aussi faut-il en tenir compte dans le mouvement du régime carné, qui provoque facilement l'intolérance rénale en sollicitant l'activité du rein au delà de ses facultés éliminatrices. Les aliments hydrocarbonés sont nécessaires, mais en petites quantités. Ils sont rapidement solubles, d'une assimilation aisée, mais n'apaisent pas la faim aussi vite que les viandes diverses. La tendance est donc d'en consommer beaucoup. Le goutteux devient rapidement obèse, et des troubles dyspeptiques par surcharge gastro-intestinale s'installent.

Régime végétarien mixte

Il n'en est pas de même du régime végétarien, mixte pour ainsi dire, qui, à côté des fruits et légumes, admet le lait, le beurre et les œufs. Fauvel qui a fait une expérience végétarienne admet une moyenne jusqu'à six œufs par semaine. L'alimentation se compose de légumes, d'œufs, de céréales, fruits. Le soir un potage maigre en plus. Très peu de vin blanc, de trente à quarante centilitres par jour.

Dans cette expérience qui s'est prolongée pendant deux ans il a constaté, entre autres résultats qui ne nous concernent pas directement, une diminution très sensible de l'acidité urinaire, sans aller jusqu'à l'alcalinité.

L'acide urique subit aussi une diminution remarquable. Le rapport de l'acide urique à l'urée au lieu de 1/40 tombe à 1/12.

Diminution de l'acidité urinaire et la chute du rapport de l'acide urique à l'urée sont des résultats à rechercher dans le traitement de la goutte ; mais, les conditions à réaliser pour l'application de ce régime sont fort difficiles. Il est d'abord de manger lentement et de mastiquer parfaitement les aliments. Il faut les insaliver énergiquement, la digestion buccale jouant un grand rôle dans l'assimilation des végétaux crus ou cuits ; c'est un travail long et pénible auquel le goutteux ne

peut s'astreindre. La sensation de faim n'est jamais apaisée par les aliments végétaux ; pour que le végétarisme réussisse, il faut que la quantité d'aliments ingérés soit faible. Fauvel affirme énergiquement que les rares échecs du végétarisme sont dus à l'inobservation de cette règle. Les expériences de Fauvel semblent lui donner raison ; mais, les goutteux auxquels j'ai prescrit un pareil régime minutieusement réglé y ont rapidement renoncé soit ouvertement soit en cachette. D'ailleurs ce régime même poursuivi pendant un certain temps — six mois une fois — ont démontré *cliniquement* que l'opinion d'Armand Gautier que le régime végétarien nécessite, pour donner aux goutteux la quantité d'albumine nécessaire, 80 grammes en moyenne, l'ingestion d'un poids d'aliments exagéré. Fauvel s'insurge contre cette donnée du grand chimiste. Je ne parle pas du végétarien jeune, bien portant, qui retire de ce régime tous les avantages voulus ; il s'agit du goutteux, dont le métabolisme banal est fortement troublé, et qui, à ce régime, déchoit rapidement et, s'il persiste, voit la cachexie goutteuse s'installer avec tout son cortège de douleurs et de misère ; ce régime diminue l'acide urique, diminue l'acidité urinaire, mais ne modifie *en rien* les lésions articulaires, l'hypertension goutteuse et aggrave, surtout les fruits cuits et les crudités, les phénomènes angoreux dont tant de goutteux sont les malheureux tributaires. Encore une fois l'étude exacte des excrétions et assimilations ne joue pas dans le traitement du podagreux.

Le goutteux obèse est souvent constipé. La paresse intestinale peut être menée à l'extrême par l'alimentation végétarienne dont la quantité souvent insurmontable, pour les sucs digestifs intestinaux, provoque une distension des parois qui augmente l'insuffisance exonératrice de l'intestin.

C'est donc une affaire de tact médical de savoir mitiger les régimes d'après ces réactions individuelles des malades et de ne jamais songer à fournir en hydrates de carbone des quantités équivalentes en combustibilité à celle des aliments carnés. Les aliments végétaux ne sauraient donc être considérés que comme des aliments d'appoints et de tolérance rénale. Leur absolue fraîcheur est indispensable. Les conserves, les compotes, confitures, biscuits, sont à éliminer. Tous les autres légumes sont permis.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE....

L'emploi du sérum humain en sérothérapie antitoxique

d'après M. R. LEVENT (1)

Depuis la dernière guerre, la transfusion du *sang normal* a vu ses indications s'élargir notablement ; on n'hésite plus notamment à l'employer, non seulement dans les états hémorragiques, mais encore dans les états infectieux, dans certaines formes de broncho-pneumonies infantiles.

Puis, on a transfusé le sérum humain *antitoxique*, c'est-à-dire le sérum de sujets immunisés activement par une première atteinte du mal, le *sérum de convalescents* (rougeole, scarlatine, coqueluche, fièvre typhoïde). C'était là une première variété d'immuno-transfusion.

On est allé plus loin, et l'on a réussi à réaliser chez des sujets sains une sorte d'immunité active par l'injection de germes bactériens, et c'est le sérum de ces sujets, immunisés artificiellement en quelque sorte, que l'on a injecté aux malades. Voilà ce qu'on appelle à proprement parler l'*immuno-transfusion*.

Cette méthode est encore à l'étude : *c'est donc encore une méthode d'exception ; mais il est nécessaire que le praticien en ait une idée, car celle-ci peut*, malgré ses risques et ses difficultés actuelles, *lui rendre de grands services dans certains cas désespérés.*

L'immuno-transfusion, faite en partant de sujets sains, eut pour point de départ :

1° La difficulté de se procurer toujours du sérum de convalescents ; 2° l'inefficacité, dans certains cas, de la vaccinothérapie.

Elle est donc appelée, soit à lutter directement contre l'infection, par immunisation passive, au même titre que le sérum de convalescents, — soit à remplacer ou à renforcer la vaccinothérapie inefficace, par une immunisation à la fois active et passive.

Sur ce dernier point, voici quelques explications.

Ce qu'il faut pour qu'une vaccinothérapie soit efficace, c'est que les pouvoirs de défense de l'organisme ne soient pas continuellement contrebalancés par des foyers infectieux, source de réintoxication continuelle ; il est donc nécessaire que le sérum du malade, par ses leucocytes, garde de par lui-même un pouvoir bactéricide suffisant. On sait maintenant, par la recherche des opsonines de Wright, établir la valeur du pouvoir bactéricide actuel pour un sérum. Le sang ne donne-

(1) M. R. LEVENT. — L'Immuno-transfusion (*Gazette des hôpitaux*, 25 mars 1931).

t-il pas de « réponse immunisante », il est dès lors inutile d'essayer la vaccinothérapie. Cependant ce mal peut être réparé par l'injection d'un sérum sain, et mieux par l'injection du sérum prélevé sur un sujet sain, préparé peu de temps auparavant par l'inoculation de germes spécifiques.

De ces données découlent les indications de l'immuno-transfusion, dont les premières peuvent être appelées « *étiologiques* », et les deuxièmes « *biologiques* ».

I. Indications étiologiques de l'immuno-transfusion

Le sérum, prélevé sur le sujet immunisé artificiellement, agira, comme dans toute sérothérapie, par immunisation passive.

Fièvre typhoïde. — C'est l'indication la plus importante ; Elle s'adresse d'abord à la *fièvre typhoïde grave avec des hémorragies*, quel que soit le moment où celles-ci surviennent. En plus de l'effet hémostatique et tonique que l'on constate également dans les transfusions ordinaires, il semble qu'il y ait ici des effets particulièrement intéressants sur l'évolution générale ultérieure de la maladie. Dans les cas de succès, la température s'abaisse en 24 ou 48 heures ; les symptômes locaux s'amendent et l'état général se transforme.

Ces effets ont été retrouvés également dans les *fièvres typhoïdes graves ataxo-adynamiques sans hémorragies*, où la maladie paraît tourner court, et où le pronostic s'améliore subitement. Il en est de même dans les *fièvres typhoïdes graves de type anémique*.

Affections à streptocoques. — Un très grand nombre de *septicémies à streptocoques* ont été traitées, et souvent avec succès : septicémies après brûlures étendues, septicémies avec suppurations et abcès multiples, otites avec mastoïdites, et même parfois d'autres complications succédant à cette première : pleurésies, arthrites suppurées, phlébites des sinus, ostéomyélites. On a obtenu aussi des succès dans des cellulites pelviennes, dans des septicémies puerpérales, compliquées ou non.

Ont été traitées aussi des grippes graves compliquées de pneumonie, broncho-pneumonie double, endocardite même, où le streptocoque hémolytique était en cause.

II. Indications biologiques de l'immuno-transfusion

Quand la *vaccinothérapie* ne peut être pratiquée d'une manière efficace, en raison de ce *que les leucocytes du malade ont perdu tout pouvoir défensif*, le recours à l'immuno-transfusion est indiqué. La « réponse immunisante » nulle, qu'établiront la valeur opsonique du sérum, ou la floculation des filtrats microbiens en présence de sérums minima, déterminera, mieux que saurait le faire la clinique à elle seule, le moment le plus propice à l'immuno-transfusion. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les cliniciens ont toujours considéré que le stade amphibole, correspondant à une immunité commençante, était le moment de choix pour intervenir.

III. Préparation du donneur et du receveur

Donneur.

La préparation est, pour une partie, ce qu'elle doit être pour toute transfusion : examen médical complet du donneur, à moins que celui-ci n'ait été pratiqué récemment ; recherche de la réaction de Wassermann ; détermination des groupes sanguins du donneur (et aussi du receveur).

Afin de choisir, si possible, un sujet dont le pouvoir bactéricide spontané soit aussi élevé que possible, il sera bon de mesurer ce pouvoir chez le donneur.

On prépare ensuite le donneur au moyen d'un vaccin fabriqué avec le germe même du malade, ou d'un vaccin bactériologiquement différent, puisque tout n'est pas spécificité dans le mode d'action de l'immuno-transfusion. C'est ainsi qu'on a le plus souvent employé un vaccin antistaphylococcique (1 milliard de corps microbiens), ou bien un vaccin antistreptococcique, un vaccin antityphique (100 million de germes) ; mais ce dernier présente l'inconvénient de donner parfois une forte réaction fébrile. On s'est aussi servi de l'anatoxine diphtérique.

La voie sous-cutanée est employée, car la voie intra-veineuse est choquante et ne présente aucune supériorité pratique.

Dans les cas d'immunisation extemporanée, qui semblent jusqu'ici avoir été le plus souvent pratiqués, le sang du donneur peut être employé dès les premières heures, qui suivent sa vaccination ; les propriétés immunisantes semblent se conserver quarante-huit heures environ.

Receveur.

La préparation tient entièrement dans le traitement chirurgical préalable : incision, drainages, etc. car la présence de foyers infectés permanents rend inutile et inefficace toute immuno-transfusion.

IV. Technique de l'immuno-transfusion

La transfusion ne présente pas ici de caractère bien particulier. Le sang prélevé n'est pas additionné de citrate, ni d'autre anticoagulant, comme dans les transfusions ordinaires. On se contente de défibriner le sang, opération rapide qui ne diminue pas son pouvoir protecteur ; selon le cas, on peut réinjecter immédiatement, ou réinjecter seulement au bout de quelque temps ; les propriétés du sang persistent, en effet, plusieurs heures.

Il est nécessaire que les transfusions soient assez abondantes : 1/2 litre environ à la fois, injecté en vingt minutes. Cette transfusion peut-être renouvelée les jours suivants ; d'ailleurs la lecture des observations publiées montre l'importance qu'il peut y avoir, dans certains cas, à faire des transfusions assez larges pour apporter au malade suffisamment d'anticorps, et assez répétées pour venir à bout de l'infection.

On n'a pas, semble-t-il, constaté de choc grave, mais la réaction thermique, des frissons prolongés ne sont pas choses exceptionnelles ; ces accidents sont d'ailleurs moins accentués avec le sang défibriné qu'avec le sang total ou le sang citraté. Il peut y avoir des réactions locales : apparition rapide d'abcès autour de lésions infectieuses non suppurées ; réveil d'un abcès de fixation jusqu'alors infructueux ; érythème, etc.

Ce sont là des phénomènes, dont il faut tenir compte, mais dont il n'y a pas lieu d'exagérer l'importance en présence d'un péril pressant, indication majeure actuellement de l'immuno-transfusion.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'immuno-transfusion constitue un progrès dans la voie de l'immunisation passive, ou active ; mais, en raison de ses difficultés d'application, de la rareté des donneurs, on ne peut encore en faire une opération courante ; il ne faut, à l'heure actuelle, la considérer que comme *ultima ratio*.

Au point de vue des transfusions spécifiques, la sérothérapie, qui transfère à l'homme le sérum d'un animal, porteur d'immunité active, s'adapte mieux à de grandes collectivités. Mais, dans les cas où celle-ci est impuissante pour un motif quelconque, et en raison des difficultés de l'emploi étendu d'un sérum de convalescent, « on peut espérer trouver dans l'immuno-transfusion la médication héroïque, bien que peut-être aventureuse, qui permettra de parer à un danger menaçant par une mesure exceptionnelle. »

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La sérothérapie antipneumococcique.

Elle a été surtout préconisée à titre curatif et utilisée dans toutes les infections dues au pneumocoque, soit primitives, soit secondaires à la grippe : pneumonie, broncho-pneumonie, abcès du poumon, pleurésies, endocardites, méningites. Les doses de sérum varient suivant la voie d'introduction choisie. Règle générale, l'infection doit être précoce et la dose suffisante.

La voie pulmonaire ne saurait être conseillée, écrit René Mignot. La voie intra-trachéale réclame une certaine expérience et ne permet pas l'apport de doses suffisantes. La voie sous-cutanée est la plus simple, mais, aussi la moins efficace. La voie intra-musculaire réunit le plus de suffrages, et convient à la plupart des cas en donnant d'excellents résultats ; elle permet d'injecter 80 à 100 cmc. le premier jour, 40 cmc. les jours suivants. La sérothérapie intra-veineuse est discutée ; elle est efficace et ne possède aucune contre-indication absolue ; mais, mieux vaut s'en abstenir chez les grands hypertendus, les brightiques avec azotémie élevée, les tuberculeux.

L'influence de la sérothérapie antipneumococcique, quelle que soit la voie employée, se manifeste surtout sur les phénomènes généraux ; elle exerce l'action d'un véritable antithermique ; le pouls s'améliore ; et l'état général devient meilleur : euphorie, langue humide, diurèse abondante, etc. L'action sur les signes fonctionnels (dyspnée, toux) est moins apparente. Quant aux signes physiques, ils ne varient guère, même dans les cas favorables. Le sérum agit surtout dans les formes septicémiques et toxi-infectieuses, mais très peu dans celles où les lésions pulmonaires sont profondes et diffuses. (*La Presse médicale*, 29 novembre 1930.)

Sur la dualité du virus syphilitique.

L'existence de deux grandes classes de syphilis, la première comprenant la syphilis primaire, secondaire et tertiaire, la seconde, la parasyphilis et les cas particuliers de la parasyphilis

ont suscité la théorie de la dualité du germe syphilitique.

L'idée du neurotropisme d'un virus responsable de la paralysie générale et du tabès est défendue actuellement par Levaditi et A. Marie.

Sans nier la valeur des arguments anatomo-pathologiques et expérimentaux, qui sont fournis, le Dr F. Evrevеd estime, après discussion, que certains faits cliniques ne sont pas expliqués par la théorie dualiste. Par les objections sérieuses qu'elle soulève contre le neurotropisme et par les faits positifs qu'elle apporte en faveur de l'unicité du virus syphilitique, l'expérience clinique infirme l'idée d'une dualité de ce virus. (*Liége médical*, 28 décembre 1930.)

Les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique.

MM. N. Fiessinger, L. Michaux et M. Herbain ont fait un essai clinique et pathogénique sur cette intéressante question.

Pour ces auteurs, les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique, en dehors de leurs aspects classiques (torpeur, délire, excitation ou dépression), se manifestent avant tout par des signes méningés, accessoirement et beaucoup plus rarement, par des signes corticaux (épilepsie) et bulbaires (Cheyne-Stokes). Dans les cas étudiés, le liquide céphalo-rachidien était normal au point de vue albumine et cellules.

Ces troubles s'accompagnent constamment d'une augmentation notable des polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien et, le plus souvent, d'une élévation au moins relative, de l'indice d'insuffisance de clivage rachidien.

La polypeptidorachie n'apparaît proportionnelle à aucun des éléments suivants : *a*) azote uréique sanguin ; *b*) uréorachie ; *c*) polypeptidémie. L'envahissement des méninges par les polypeptides ne semble régi par aucune loi numérique énonçable ; *d*) azote total, non protéique, rachidien. L'indice d'insuffisance de clivage est, en effet, très variable dans le liquide céphalo-rachidien. Comme dans le sang, il est élevé par l'insuffisance hépatique ; il est normal dans l'insuffisance rénale sans participation du foie, parce qu'ici les polypeptides et l'azote total non protéique subissent une augmentation proportionnelle.

Il est certain que la polypeptidorachie intervient, au moins, pour une part essentielle dans la genèse des états nerveux de la grande insuffisance hépatique, ainsi qu'il ressort des arguments développés dans ce travail.

En tout état de cause, l'augmentation des polypeptides du liquide céphalo-rachidien, et particulièrement leur élévation relative par rapport à l'azote total non protéique, semble éclairer le mécanisme de certains états méningés de la grande insuffisance hépatique. L'étude de la polypeptidorachie pourrait éventuellement unir, d'un lien pathogénique univoque, les méningites étiologiquement disparates des infections et des intoxications. (*Revue de médecine*, décembre 1930.)

La température locale des glandes mammaires et son intérêt clinique éventuel.

On sait qu'au moment de la montée laiteuse, il se produit au niveau des seins une élévation de la température locale ; la main permet de constater ce phénomène ; le Dr Vignes l'a vérifié à l'aide de prises de température, avant et après la tétée, au moyen d'un thermomètre de surface. La température sous-mammaire s'élève de 0°3 à 0°8 chez les nourrices par rapport à la température axillaire ; cette différence n'existe pas chez les mauvaises nourrices, ni en cas d'agalactie primitive.

Il y a donc là un moyen d'apprécier la valeur de la glande mammaire. Quand nous présumons qu'une femme sera médiocre nourrice, nous avons donc des arguments dans l'appréciation de la température locale, en plus de ceux fournis par la pesée de la tétée, et par la courbe pondérale de l'enfant. (*Journal des praticiens*, 3 janvier 1931.)

L'infection grippale et ses manifestations cutanées.

La gripe peut être « éruptive » dit G. Solente. Maladie infectieuse générale, elle comporte, en effet, des symptômes cutanés divers, et notamment une forme spéciale d'érythème avec circinations. Le début a lieu le second jour de la maladie par des macules, qui s'agrandissent pour se transformer rapidement en orbes rosées, non saillantes, à marche excentrique, circonscrivant une zone centrale de teinte livide et non prurigineuse. Leur taille varie de celle d'une pièce de 0 gr. 50 à celle d'une pièce de 5 francs et plus. L'éruption localisée, mais à siège variable, accompagnée ou non de phénomènes rhumatoïdes, persiste pendant toute la durée fébrile.

Les autres formes des rashs de la grippe sont des érythèmes morbilliformes, des érythèmes scarlatiniformes, le purpura (de mauvais augure). On cite aussi l'alopécie grippale, liée à l'état fébrile, à sa durée, à son intensité ; elle débute 60 à 80 jours après la grippe elle-même ; elle apparaît brutalement, mais n'est jamais complète. (*La pratique médicale française*, décembre 1930 A.)

Considérations d'ordre général sur les vaccins microbiens et leur mode de préparation.

Le Dr A. Dufdurt précise qu'un antigène est

une substance qui, à la suite de son introduction dans un organisme, donnera naissance à des anticorps. La production d'anticorps est, avant tout, liée aux modes d'inoculation et à la composition chimique de l'antigène.

Les voies d'introduction les meilleures sont les voies sous-cutanée, intra-musculaire et intraveineuse. Mais, en ce qui concerne les antigènes microbiens, la voie intra-veineuse est extrêmement peu utilisée, parce que dangereuse.

Un antigène ne doit, en principe, pas être doué d'une réelle toxicité ; il doit d'autre part, pour être actif, posséder certaines propriétés, qui sont essentiellement afférentes à sa structure. Au point de vue chimique, seules les protéines possèdent une réelle activité antigénique. Ces protéines sont nombreuses et variables avec les germes. La propriété antigène disparaît peu à peu, au cours du clivage de la molécule. Tous les acides aminés ne sont pas, contrairement à l'avis de certains auteurs, dépourvus d'action spécifique ; c'est ainsi que les acides aminés de la série aromatique semblent un élément essentiel du pouvoir antigénique des protéines, bien qu'incapables d'engendrer par eux-mêmes des anticorps. La spécificité dépend également, pour certains germes tout au moins, des glucides.

Toute altération de l'antigène, ici représenté par le microbe, toute désagrégation des éléments ternaires ou quaternaires qui le composent, aboutit en fait à une diminution du pouvoir antigénique.

Les microbes, employés dans la confection des vaccins, sont, à de très rares exceptions près, des germes tués. Leur injection produit des réactions plus ou moins pénibles, dues notamment aux endotoxines, qui y restent renfermées. Mais, dans un vaccin, contenant des germes tués, il y a toujours en quantité variable des germes, qui ont subi une lyse plus ou moins complète, la lyse spontanée étant un phénomène banal de toute culture microbienne. Il faut éviter, autant que possible, l'extension des phénomènes de lyse pour un vaccin donné, la lyse totale aboutissant à une désintégration de l'antigène en ses constituants les plus élémentaires.

Les moyens de stériliser les germes sont variables : alcool, éther, formol, iode, chaleur, etc.

Mais chaque germe a ses susceptibilités particulières ; pour la plupart, la stérilisation par la chaleur paraît nettement préférable.

Un bon vaccin doit être encore composé de germes virulents, récemment isolés et fréquemment renouvelés ; des germes abâtardis, conservés depuis des mois ou des années dans les collections de laboratoire, ne constituant en général que des antigènes de qualité médiocre. Enfin, il est nécessaire de faire entrer dans un vaccin le plus grand nombre possible de types différents du microbe que l'on étudie. (*Lyon médical*, 1930, n° 48).

Résorption d'ascites et dilution parallèle du sang par les bains froids.

MM. P. Carnot et J. Lenormand ont établi un fait physio-pathologique curieux : lorsqu'on soumet à un bain froid un sujet atteint d'ascite, on observe des échanges aqueux, marqués simultanément par une diminution de l'ascite et par une dilution très rapide du sang. Chez un sujet normal, sans ascite, cette dilution n'existe pas.

Peut-être y a-t-il des modifications chimiques du plasma ? Peut-être y a-t-il surtout une dilatation profonde, compensatrice, accompagnant la vaso-constriction périphérique provoquée par le froid et rendant plus actives, chez le cirrhotique, certaines circulations supplémentaires, et certaines résorptions. Cette méthode pourrait être améliorée par association avec une médication diurétique, afin que le liquide péritonéal, passé dans le sang sous l'influence du bain, soit aussitôt éliminée au dehors par le diurétique, avant le reflux ultérieur vers la cavité séreuse. Mais tous les cas d'ascite ne sont pas aussi favorablement influencés. Le grand bain alternant agit mieux : sa température, après avoir été portée de 38° à 44 °, est ensuite abaissée à 26°, puis remontée à 44°, pour redescendre enfin à 26°. (*Paris médical*, 27 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pression moyenne et éclampsie.

(MM. Lévy-Solal, Kisthinios et F. Lepage. — *Académie de médecine* ; 28-4-1931.)

Depuis les premières constatations de Vaquez et Nobécourt en 1897, il est généralement admis que l'éclampsie s'accompagne d'hypertension artérielle et que, même, l'hypertension joue un rôle dans la production de l'éclampsie. Dans quelques observations cependant (Bar, Couvelaire, Lévy-Solal) l'hypertension a paru manquer dans cet état morbide.

MM. Lévy-Solal, Kisthinios et Lepage ont repris la question en partant de la pression moyenne dynamique (P. M. D.), dont l'étude est à l'ordre du jour, à la suite des travaux de Vaquez et de ses collaborateurs.

Chez les sujets normaux, vers 20 à 25 ans, le chiffre de la pression moyenne est de 8 à 9. Recherchant les variations de cette pression au cours de la grossesse, MM. Lévy-Solal, Kisthinios et Lepage ont trouvé que, dans plus de 80 p. 100 des cas, ladite tension moyenne ne subissait aucune modification pendant la gestation normale et les suites de couches, sauf une élévation, légère et très passagère, durant le travail. Chez deux jeunes femmes, ayant présenté après l'accouchement des crises d'éclampsie, les auteurs ont noté une élévation de la pression moyenne allant à 15 et à 13. S'appuyant sur ces deux cas, ils concluent que : 1° avant et pendant la crise d'éclampsie, l'élévation de la pression moyenne est considérable, alors que les pressions Max. et Min. restent parfois voisines de la normale ; 2° l'augmentation de la pression moyenne peut être considérée comme un signe précurseur d'éclampsie, même en l'absence d'albuminurie ; 3° les variations de la pression moyenne, en pareille circonstance, peuvent permettre d'apprécier l'imminence ou la régression des accès éclamptiques.

— M. Couvelaire a fait mesurer par M. Mayer, dans son service, la tension moyenne chez 38 femmes en état de gestation : 31 fois, elle était normale ; 7 fois elle était anormale. La surveillance ultérieure de ces derniers cas donnera des renseignements sur leur avenir. Chez 3 éclamptiques, la tension moyenne était élevée et les crises ont suivi les fluctuations de cette tension.

— M. Vaquez trouve dans les observations de MM. Lévy-Solal et Couvelaire une confirmation à ce qu'il disait il y a trente ans avec Nobécourt, à savoir que l'hypertension artérielle est le symptôme fondamental de l'éclampsie puerpérale. La connaissance de la pression moyenne permet d'apporter plus de précision à ce sujet, puisqu'elle montre une hypertension même dans les cas où les pressions Max. et Min. ne sont pas très fortes. Les variations de la pression moyenne constituent, d'autre part, un excellent élément de pronostic dans l'éclampsie.

L'étude de l'éclampsie puerpérale, selon l'opinion de MM. Vaquez et Nobécourt, doit être poursuivie le sphymomanomètre à la main.

Le sérum antistreptococcique dans le traitement de la septicémie à streptocoques.

(M. H. Vincent. — *Académie de médecine* ; 5-5-1931.)

M. H. Vincent rapporte plusieurs observations de septicémie à streptocoque, traitée avec succès par son nouveau sérum anti-streptococcique. Dès la vérification de la nature streptococcique d'une infection, dit-il, il convient de recourir à la sérothérapie à une date aussi précoce que possible, sans association d'autres médications. Les doses nécessaires, au début du traitement, sont au minimum de 100 cent. c. par jour, diminuées ensuite à mesure que les phénomènes infectieux rétrocèdent. La sérothérapie doit être poursuivie aussi longtemps que ces symptômes n'ont pas disparu, et pendant 2 ou 3 jours au moins après la cessation complète de la fièvre.

Essai de traitement rationnel des noyés.

(Mlle Schaeffer et M. Cot. — *Académie de médecine* ; 5-5-1931.)

Trois buts sont poursuivis dans le traitement des noyés : rétablir la respiration, rétablir la circulation, réchauffer le corps.

S'appuyant sur une série d'expériences chez les animaux (chiens, lapins, cobayes), Mlle Schaeffer et M. Cot (M. le Dr Cot a une compétence clinique spéciale en la matière puisqu'il dirige le service médical des sapeurs-pompiers de Paris, appelés, on le sait, dans la plupart des sauvetages), ces auteurs, dis-je, estiment que les noyés ne sauraient être justiciables du traitement habituel des asphyxiés. Leur appareil respiratoire est, en effet, encombré d'une grande quantité de spume, qui empêche les méthodes ordinaires de respiration artificielle (Sylvester, Laborde...) de donner des résultats.

Ils ont eu recours chez l'animal au traitement suivant : frictions avec des serviettes chaudes, la région bulbaire étant réchauffée plus particulièrement dans le but d'activer le réveil des centres respiratoires. Trachéotomie et inhalations d'oxygène par la canule trachéale. Les inhalations sont faites pendant 10 minutes et répétées ainsi, avec des arrêts de dix minutes également, pendant lesquels on aspire la spume au moyen d'une seringue.

Mlle Schaeffer et M. Cot concluent en insistant sur

la nécessité de provoquer l'évacuation de la spume, d'introduire très rapidement de l'oxygène au niveau du poumon, puis de pratiquer une saignée importante. L'introduction de l'oxygène pourrait se faire, chez l'homme, par la méthode de trachéo-fistulisation de Rosenthal ou par des injections sous-cutanées d'oxygène, procédés qu'ils se proposent d'étudier dans des recherches ultérieures.

P. L.

Poussées leucocytaires chez un radiologiste.

(M. Ch. Aubertin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-2-1931.)

L'auteur a observé cinq cas de leucémie myéloïde chez des médecins radiologistes. Un manipulateur radiologiste présenta, après de nombreuses années de radiologie, une poussée leucocytaire à 36.800 avec présence de quelques myélocytes et d'hématies nucléées. Le sujet étant soustrait à l'action des rayons X, la leucocytose commença de décroître, mais très lentement, puisqu'elle mit plus de dix mois à atteindre le chiffre de 10.000. Cette leucocytose portait à la fois sur les granulocytes et sur les mononucléaires ; elle s'accompagnait d'une anémie très légère ; la rate et les ganglions étaient normaux ; la fatigue extrême et la céphalée étaient les seuls symptômes fonctionnels.

Plus d'un an après, et bien que le sujet ait continué à se tenir éloigné des sources radio-actives, une nouvelle poussée à 20.000 fut constatée, sans aucun trouble subjectif. Elle avait disparu quatre mois plus tard ; mais il persistait à ce moment une légère tendance à la mononucléose.

L'auteur ne pense pas que ces poussées leucocytaires soient le prélude d'un état leucémique, car les formes jeunes y sont trop rares pour pouvoir être prises en considération.

C'est la première fois qu'il était donné de constater chez un radiologue, une hyperleucocytose durable, d'origine certainement radiologique, analogue à celle observée expérimentalement chez des animaux irradiés à petites doses répétées.

Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale

(MM. Jean Troisier et Y. Boquien. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-2-1931.)

(M. Damépolu, M. Abrami. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-2-1931.)

On a depuis longtemps essayé de traiter l'asthme, en supprimant les épines irritatrices, quelles qu'elles soient, qui provoquent l'excitabilité du système vago-sympathique.

A la suite d'une observation, qui nécessita une intervention de ce genre, MM. Troisier et Boquien estimèrent qu'il fallait envisager comme probable une action de l'anesthésie générale dans la suppression des crises d'asthme. Ils soumirent donc un asthmatique à l'anesthésie générale, après une cure d'évatmine (une injection quotidienne d'une ampoule pendant 4 jours). Le malade fut considérablement amélioré, et il guérit progressivement, d'une manière très rapide.

Les auteurs proposent donc l'anesthésie générale comme un moyen thérapeutique, non pas des asthmes légers, susceptibles d'être améliorés par de nombreuses médications, mais de ces asthmes rebelles, à peine améliorés par les thérapeutiques courantes, de ces états dits de « mal asthmatiforme ».

Les jours précédents, on prépare les malades par une cure d'évatmine (1/2 milligramme d'adrénaline et 1 cc. d'extrait hypophysaire), à raison de trois ampoules la veille encore de l'intervention. Le matin même, une heure avant d'être endormi, l'asthmatique reçoit une ampoule d'évatmine. Il est anesthésié au masque d'Ombrédanne avec le mélange de Schleich (3 ou 4 ampoules de 20 cc. : éther 6, chloroforme 2, chlorure d'éthyle 1).

Cette méthode nécessite encore de nouvelles recherches expérimentales ; mais, prudemment maniée elle semble une médication active contre l'asthme rebelle.

Les recherches de M. Damépolu montrent l'influence des anesthésiques, non seulement sur l'asthme, mais sur tous les syndromes paroxystiques, comme la tachycardie paroxystique, l'angine de poitrine, l'épilepsie essentielle, les crises gastriques, qui en totalité ou en partie, se produisent par l'intermédiaire du système nerveux végétatif.

M. Abrami estime que cette influence de l'anesthésie générale n'est pas toujours favorable, ni même simple sur l'asthme. Elle peut être néfaste (deux cas de morts, le jour même de l'opération, chez des asthmatiques purs à la suite d'une anesthésie rachidienne ou d'une anesthésie rachidienne suivie de narcose à l'éther, par œdème suraigu du poumon.)

Un cas de péricardite aiguë primitive à gros épanchement, vraisemblablement d'origine rhumatismale.

(MM. Brodin et Guyot. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-2-1931.)

Chez un sujet de 29 ans, une péricardite aiguë à gros épanchement est signalée ; en raison de la disparition rapide des accidents sous l'influence du salicylate de soude et malgré l'absence de toute localisation articulaire, cette péricardite paraît devoir être considérée comme une localisation primitive rhumatismale. Ce fait est une rareté encore discutable.

G. F.

Montpellier

Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.

Séance du 6 mars 1931.

Traitement des angiomes par la méthode sclérosante.

M. ETIENNE rapporte trois observations d'angiomes traités avec plein succès par l'injection de la solution quinine uréthane utilisée dans le traitement des varices.

1er cas. — Jeune fille de 14 ans, présente un angiome circonscrit sous-cutané de la joue gauche, et un angiome cutané circonscrit sous-maxillaire gauche.

Injection de 1 cc. de la solution dans le premier, de 2/10 de cent. cube dans le second. Guérison.

2e cas. — Angiome diffus à marche rapide, cutané et sous-cutané de l'avant-bras gauche, chez une petite fille de 2 ans. Disparition de la tumeur après 6 injections de 1/3 de centimètre cube chaque fois.

3e Cas. — Angiome diffus cutané et sous-cutané de la face latérale droite du tronc chez une fillette de 10 mois. Disparition de la tumeur après 5 injections.

Il ne persiste plus chez les deux dernières qu'une légère teinte angiomateuse, qui va s'atténuant.

A propos d'une fracture méconnue de la colonne vertébrale.

MM. LAMARQUE et BERT rapportent une observation de fracture parcellaire de la colonne vertébrale, découverte à l'occasion d'un examen radiographique. Ils insistent sur l'intérêt médico-légal de ces fractures méconnues, qui déterminent secondairement des séquelles importantes et en particulier un syndrome de Kummel-Verneuil.

Epilepsie réflexe consécutive à une blessure de guerre du bras droit.

MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et R. LAFONT rapportent une observation d'épilepsie réflexe consécutive à une blessure de guerre du bras droit avec nombreux éclats inclus et troubles vaso-moteurs importants. Les crises à aura sensitive cubitale sont apparues 8 ans après la blessure. Les auteurs insistent sur le rôle probable des dérèglements sympathiques dans la physiologie pathologique des crises comitiales.

Séance du 13 mars 1931

De la nécessité de radiographier toujours l'appareil urinaire en totalité.

MM. E. TRUC et J. CADENAS rapportent le cas d'un malade souffrant de lombalgie droite. Examiné dans divers dispensaires on lui radiographia le seul rein droit. Comme la radiographie fut négative et qu'il existait des phénomènes de cystite le diagnostic de tuberculose rénale droite avait été porté. A son entrée à l'hôpital une radiographie des reins, uretères, vessie décela deux gros calculs vésicaux ; un examen de l'urètre et une nouvelle radiographie urétro-vésicale firent constater la présence de 3 gros calculs de l'urètre prostatique. Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer chez les pyuriques non tuberculeux, les hématuriques et les lumbalgiques une radiographie de l'appareil urinaire en totalité. On évitera ainsi des erreurs de diagnostic.

Tuberculose rénale droite à évolution rapide, chez un sujet dont le rein gauche était exclu depuis vingt ans.

MM. E. TRUC et J. HERAN rapportent l'observation d'un malade qui, il y a 20 ans, présenta des symptômes de bacillose rénale droite avec cystite. Ces troubles durèrent 4 ans et disparurent complètement jusqu'en 1930, où les symptômes de bacillose rénale gauche survinrent. La séparation, la pyélographie intra-veineuse, l'indigo-carmin, montrèrent que le rein droit était exclu, de valeur nulle, et qu'il y avait déficience très grande du rein gauche. Les auteurs insistent sur la nécessité du diagnostic précoce de la tuberculose rénale, qui doit être traitée chirurgicalement dès les premiers symptômes de cystite. La tuberculose rénale se guérit rarement d'elle-même, et tout traitement, purement médical dans la tuberculose rénale unilatérale, est un temps perdu qui est préjudiciable au malade.

Un cas complexe d'anisocorie avec atrophie optique gravidique.

MM. VILLARD, DEJEAN et Mlle SOULAS. — Une femme de 22 ans, présente une dilatation de la pupille droite, occasionnée par une pleurite du sommet droit. C'est un bel exemple du signe de Roque ou de mydriase par pleurite apicale de Sergent. Mais l'état clinique se complique d'une atrophie optique incomplète, avec rétrécissement concentrique du champ visuel, qui est apparue vers la fin d'une première grossesse et s'est accentuée à la fin d'une deuxième. Cette atrophie optique gravidique est, selon toutes probabilités, causée par un spasme des artères rétiniennes, car l'acétylcholine a amélioré l'état oculaire et visuel.

Séance du 20 mars 1931.

Deux cas curieux de sensibilisation : anaphylaxie digestive aux oranges ; sensibilisation cutanée à l'eau des torrents.

M. A. PUECH. — Dans le premier cas, la malade présente, depuis l'âge de 37 ans (elle en a actuellement 68), une demi-heure après l'ingestion d'oranges ou de mandarines, des crises paroxystiques avec pâleur et sensations lipotymiques, douleurs épigastriques et abdominales violentes, vomissements abondants. La cuti-réaction au jus d'orange est très fortement positive. La skeptophylaxie alimentaire empêche l'apparition des accidents d'intolérance.

Dans le deuxième cas, une éruption d'urticaire vésiculeuse apparaît en quelques instants sur les téguments chaque fois qu'ils sont en contact avec l'eau de torrents de la région du Dauphiné ; elle reste strictement localisée aux régions mouillées.

Volumineux fibrome pédiculé ayant simulé une tumeur ovarienne ; présentation de pièces.

MM. Riche, Fayot, Lonjon ont observé une malade porteuse d'une volumineuse tumeur abdominale indépendante de l'utérus, dont elle était séparée par un sillon, et ne transmettant pas à l'utérus les déplacements qui lui étaient imprimés. Ayant porté le diagnostic de tumeur ovarienne, ils trouvèrent à l'intervention un fibrome utérin pédiculé, que son pédicule étroit rattachait à la face antérieure de l'utérus.

Ce fibrome avait simulé complètement une tumeur ovarienne. Les auteurs précisent que, si l'hystérométrie et l'hystérographie après injection de lipiodol avaient été pratiquées, elles n'auraient fait que confirmer l'erreur de diagnostic en montrant une cavité utérine non agrandie, refoulée en arrière par une tumeur située au-dessus et en avant de l'utérus.

Dans le cas particulier, le diagnostic précis était peu important, l'indication opératoire étant nettement posée en raison du volume de la tumeur et des signes de compression qu'elle provoquait.

Séance du 27 mars 1931.

Traitement hypotensif dans le glaucome.

M. Carrère rapporte quatre observations, parmi la douzaine de cas qu'il a traités, qui montrent les résultats excellents de l'association aux myotiques des médicaments hypotenseurs : acétylcholine et angioxyl, chez les glaucomateux ayant une tension artérielle élevée. Les effets heureux de la médication s'observent, non seulement sur l'ophtalmotonus, mais aussi et surtout, sur le nerf optique ; il est probable que la récupération très rapide de l'acuité visuelle et l'élargissement du champ visuel sont dus à l'action directe des produits employés sur les vaisseaux rétiniens.

Quelques points intéressants de chimie sanguine dans un cas d'éclampsie.

MM. Cristol, Puech et Monnier. — Dans ce cas d'éclampsie puerpérale, la période de convulsions (du 1er au 6 déc.) est suivie, après une journée d'amélioration apparente, d'une période de torpeur progressive avec œdème généralisé et oligurie extrême. La mort survient le 12 décembre, par broncho-pneumonie intercurrente. L'azotémie monte entre le 1er et le 9 décembre de 0,58 à 5,62 ; dans le sangle, taux des polypeptides est très élevé, descendant cependant à 0,120 le jour de l'amélioration clinique ; l'azote urique et l'azote aminé sont légèrement augmentés ; la R. A. est progressivement décroissante ; la chloropénie (5,55 à 3,61 de Na Cl par litre de plasma) n'a aucunement influencé l'azotémie, ni la R. A. : elle coïncide avec une hydrémie considérable.

Paralysie du droit supérieur par injection intra-orbitaire.

MM. Dejean et Duponnois. — Des repérages anatomiques sur le cadavre, par injection colorée et dissection consécutive, et des essais cliniques, poursuivis depuis plus de deux ans, ont conduit les auteurs à pratiquer ainsi la paralysie isolée du muscle droit supérieur. L'injection antérieure, parallèle au muscle est inefficace, car elle n'atteint pas les nerfs et se heurte à une gaine fibreuse dense, enserrant le muscle. Au contraire, l'injection portée en arrière sur la face inférieure du muscle atteint le nerf et diffuse aisément grâce à l'absence de gaine fibreuse dense. Elle procure une paralysie, ou du moins une parésie, très précieuse pour les opérations portant sur la région scléro-cornéenne supérieure.

Deux cas de torsion intravaginale du testicule.

MM. E. Truc et J. Heran rapportent l'observation de 2 torsions par pédiculisation anormale du testicule.

Les 2 malades ont été vus seulement 4 jours après le début de l'affection.

Dans le premier cas, le sujet, qui avait présenté auparavant 2 crises de subtorsion avec résolution spontanée, a dû subir la castration droite. La torsion était de 3 tours complets. 14 jours après l'intervention le testicule gauche a présenté une subtorsion nette avec apparition d'une légère lame d'hydrocèle.

Dans le deuxième cas, la détorsion s'était faite spontanément ; le testicule a été conservé, un noyau de sclérose est apparu 20 jours après l'opération sur la tête de l'épididyme.

Les résultats fonctionnels ne sont bons que si la détorsion, suivie de fixation, est faite dans les heures, qui suivent l'apparition des accidents de torsion.

Adénome diffus du corps de l'utérus.

MM. Riche, Guibert, Fayot et Lonjon présentent un cas d'adénome diffus de la muqueuse utérine. Le processus néoplasique avait envahi la totalité de la muqueuse du corps, qui était hérissée sur toute son étendue de petites végétations.

La malade fut opérée avec le diagnostic de cancer du corps et subit une hystérectomie vaginale.

L'examen histologique, en montrant l'intégrité du myomètre et l'absence de tout caractère malin dans les cellules néoformées, permit de se rendre compte que la lésion appartenait au groupe des adénomes bénins diffus.

Nouveau procédé d'anesthésie du nerf sous-orbitaire.

MM. Dejean et Duponnois. — A la suite de nom-

breuses recherches sur le vivant et sur le cadavre, les auteurs décrivent le procédé suivant pour pénétrer facilement dans le canal sous-orbitraire, dans le but de faire une anesthésie complète du muscle.

Le point de pénétration de l'aiguille est le point, où une ligne, unissant l'espace compris entre les deux incisives et le tubercule sourcilier, coupe le pli nasogénien : cette ligne passe par le trou sous-orbitaire.

L'inclinaison de l'aiguille doit être telle que sa direction prolongée aboutisse à la bosse pariétale du même côté.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 10 mars 1931.

Communications :

Le traitement chimique des farines au point de vue de l'hygiène.

M. PAGET énumère les divers produits chimiques (gazeux ou solides), utilisés pour blanchir les farines et pour en augmenter fictivement la force. Il rappelle l'importance de la fraude ainsi commise, et en précise l'étendue dans la région du Nord, où il a fait son enquête. Il fait ensuite le procès de ces pratiques et condamne formellement l'usage de ces produits, comme nuisible et contraire à l'hygiène.

Il en démontre d'ailleurs la nocivité par une auto-observation et par des expériences personnelles qui infirment les conclusions de Bonn ; les recherches de cet auteur tendaient à prouver l'innocuité absolue des bromates et des persulfates.

L'auteur présente ensuite une réaction d'une extrême simplicité pour déceler les adultérations des farines.

Déformation de la tête fœtale, au cours de la grossesse, dans un bassin rétréci.

M. BARBRY rapporte les observations de deux accouchements chez la même parturiente présentant un bassin justo-minor. Dans ces deux cas, un forceps au D. S. permit d'extraire un enfant vivant. Ces deux enfants présentaient une encoche de la région fronto-pariétale, qui, gênée par le promontoire, s'était développée à son contact, en reproduisant le moule en creux.

Etats musculaires et échanges respiratoires ; étude expérimentale.

MM. LE GRAND, LAMELIN et PIET exposent la suite de leurs recherches, sur ce sujet. Après une large expérimentation, dans laquelle ils ont fait intervenir l'harmine, la vératrine, la bulbocapnine, la scopolamine, la strychnine et d'autres modificateurs musculaires, ils concluent :

1° Dans l'ensemble, expérimentation et clinique vont de pair pour montrer l'influence considérable du tremblement sur les échanges respiratoires.

2° Les modifications par excès du tonus musculaire influencent peu les échanges respiratoires ; la diminution, que l'on observe, est négligeable au point de vue expérimental comme au point de vue clinique.

3° Les résultats obtenus par les auteurs leur paraissent favorables à la théorie, encore discutée, de la dualité fonctionnelle du muscle.

Les Congrès

XXXe Congrès français d'urologie

Le XXXe Congrès français d'urologie s'est réuni à la Faculté de médecine de Paris du 7 au 13 octobre 1930, sous la présidence du Dr M. Chevassu (de Paris), entouré du président du Congrès de chirurgie, du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, et des plus hautes autorités médicales.

De nombreux membres correspondants étrangers, venus en particulier d'Allemagne, de Belgique, d'Espagne, de Hollande, d'Italie, de Roumanie, de Tchéco-Slovaquie, ont participé aux discussions.

Le président et le Dr O. Pasteau, secrétaire général, ont annoncé que pour la première fois allaient être distribués cette année le prix de l'Association (20.000 fr., quinquennal), destiné à un docteur de nationalité française, qui, par ses travaux, a particulièrement contribué au développement de l'urologie ; et le prix Taesch (7.500 francs, annuel) destiné à encourager un jeune docteur en médecine français ou un étudiant en médecine, dont *il paraît utile* pour la science de favoriser les recherches. En assemblée générale, sous la présidence du professeur Pousson (de Bordeaux), président de l'Association, le prix de l'Association a été décerné à M. le Dr Chabanier (de Paris) et le prix Taesch à M. le Dr Jacques Delacour.

Les contusions rénales

On comprend sous la dénomination générique de « contusions rénales » toutes les lésions déterminées par les traumatismes, de quelque nature qu'ils soient, qui blessent le rein tout en respectant la continuité des parois corporelles.

Etiologie. — Les contusions du rein ne sont pas fréquentes : sur 136.246 cas chirurgicaux, total de plusieurs statistiques faites à différentes époques, on n'en relève que 65, ce qui fait, *grosso modo*, une contusion du rein sur 2.500 affections d'ordre chirurgical.

Quoiqu'elles puissent se produire à tous les âges de la vie, elles s'observent surtout entre trente et quarante ans, chez des manouvriers ; néanmoins, leur fréquence chez l'enfant est caractéristique.

Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets du sexe masculin ; le rein droit est plus souvent lésé que le gauche.

CONDITIONS DANS LESQUELLES SE PRODUISENT LES CONTUSIONS RÉNALES. — a) *Contusions de cause directe.* — Le rein est atteint à travers les parois protectrices par un corps contondant (bâton, barre de fer, planche, verge, pierre, etc.). Celui-ci peut d'abord fracturer une côte, qui, projectile souscutané, va blesser le rein.

Ou bien, lors d'une chute, le flanc vient heurter un objet contondant immobile (poutre, tronc d'arbre, arête de mur, d'escalier, de pierre).

Dans certains cas, le corps étant calé par un plan résistant, le rein est blessé par un objet traumatisant (écrasement par roue de voiture, compression entre deux tampons). Ces circonstances prédisposent au broiement du rein.

b) *Contusions de cause indirecte.* — L'attrition du parenchyme rénal se produit au cours d'un traumatisme général, subi par tout l'organisme, sans atteinte particulière du rein : chute sur les pieds, sur le siège, à califourchon, plus rarement chute sur le ventre ou sur le dos.

c) *Contusions par contraction musculaire.* — Elles sont beaucoup plus rares que les variétés précédentes ; on connai pourtant nombre d'observations indéniables.

Il est important de noter qu'un traumatisme insignifiant en apparence peut déterminer une grave attrition du parenchyme rénal.

MÉCANISME DES CONTUSIONS DU REIN. — La notion de la pression hydraulique du rein (Küster), qu'il vaudrait mieux appeler, d'ailleurs, tension hydraulique, est d'importance capitale et vaut dans toutes les circonstances.

Dans les contusions de cause directe, le rein, projeté sur la colonne vertébrale, l'apophyse transverse de la première lombaire ou la douzième côte, s'écrase ou se coupe sur sa face postérieure. La force traumatisante, parfois, blesse directement la face antérieure ; les deux mécanismes peuvent se combiner.

Les contusions de cause indirecte semblent bien explicables par le mécanisme élucidé par Santoro.

ANATOMIE, HISTOLOGIE, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — L'étude anatomique des contusions du rein doit comprendre les lésions du parenchyme, du bassinet, des vaisseaux rénaux, de la graisse périrénale.

LÉSIONS DU PARENCHYME RÉNAL.—Elles ont fait l'objet de classifications (Küster, Schede, Tuffier) par ordre de gravité croissante. On peut observer :

Des ecchymoses sous-capsulaires ;

Des ruptures sous-capsulaires du parenchyme ;

Des ruptures de la capsule et du parenchyme : fissures, déchirures, ruptures complètes ;

Des broiements du rein.

LÉSIONS DE LA CASPULE GRAISSEUSE. — L'hématome péri-rénal dû à la rupture isolée des vaisseaux de la graisse périrénale s'observe rarement.

LÉSIONS DU PÉDICULE VASCULAIRE. — Ce peuvent être :

Des ruptures interstitielles tunicaires ;

Des ruptures complètes ou incomplètes des éléments du pédicule.

HÉMATOMES PÉRIRÉNAUX. — On appelle ainsi les collections sanguines, se formant dans le tissu graisseux périrénal, à la suite de l'attrition du parenchyme rénal et de ses vaisseaux.

EPANCHEMENT D'URINE DANS LE TISSU PÉRIRÉNAL. — Le parenchyme rénal traumatisé ne sécrète aucune urine dans la graisse périrénale. Seule l'effraction des voies collectrices de l'urine (calices, bassinet) détermine la production d'une collection urineuse.

PROCESSUS HISTOLOGIQUES DE RÉPARATION ET DE CICATRISATION DES LÉSIONS RÉNALES TRAUMATIQUES. — Ils ont été étudiés en de multiples travaux qui, tous, ont mis en lumière la remarquable puissance de régénération du rein.

L'hiatus creusé dans le parenchyme par le traumatisme est comblé durant les quarante-huit premières heures par un caillot qui s'infiltre sous la capsule fibreuse demeurée saine. Au bout de quatre à six jours, la zone attrite est envahie par des cellules conjonctives provenant du tissu connectif interstitiel ou périvasculaire ainsi que des portions de la capsule fibreuse demeurées intactes. Elles envahissen le caillot, en même temps que de nombreux leucocytes : celui-ci forme, jusqu'au dixième jour, une masse fibrino-hématique richement infiltrée de leucocytes. Les tubes et glomérules de la zone attrite sont, pour la plupart, en voie de nécrose ; quelques glomérules persistent intacts.

Au quinzième jour, la cicatrice acquiert ses caractères définitifs. En certains points, elle est nettement délimitée du parenchyme rénal sain ; en d'autres, des tractus conjonctifs s'insinuent entre canalicules et glomérules.

Symptômes. — *A*) SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — *Douleur.* — La douleur provoquée par le traumatisme siège dans le flanc blessé, l'hypocondre, le quadrant supérieur de l'abdomen. Souvent d'apparition immédiate, elle peut s'accroître secondairement, présenter les caractères cliniques d'une colique néphrétique. Exceptionnellement (Cornioley, Fieschi), elle a son maximum dans le côté non traumatisé.

La douleur spontanée n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité des désordres parenchymateux.

Shock. — Il est presque constant, mais, en général, se dissipe en quelques heures. Il se présente sous la forme adynamique, très rarement sous la forme éréthique.

Vomissements. — Très fréquents, ils surviennent peu après l'accident et durent peu. Ils sont parfois remplacés par un état nauséeux.

Modifications de l'état général. — Après le traumatisme, il y a de l'hypothesmie, le pouls est accéléré, sans force, la tension sanguine est abaissée.

Ces symptômes se dissipent, en général, en même temps que le shock disparaît. Leur persistance, leur aggravation permettent d'apprécier l'importance de l'hémorragie rénale.

Dans les jours suivant la contusion, fréquemment apparaît un peu d'hyperthermie, due à la résorption sanguine. Une fièvre importante, progressive, traduit des phénomènes d'infection rénale (Legueu).

Hématurie. — C'est le symptôme le plus constant (95 p. 100 des cas, Lardennois). Le plus souvent, il est d'apparition très précoce ; mais il arrive qu'il soit tardif. L'hématurie peut être continue ou intermittente. Sa durée moyenne est d'une huitaine de jours. Mais elle peut durer beaucoup plus longtemps (des mois), surtout sous la forme intermittente.

Son abondance est extrêmement variable. Il est capital de noter que l'importance de l'hématurie n'est pas toujours en relation avec l'intensité des lésions rénales ; une rupture de gravité moyenne peut saigner très abondamment. Par contre, l'hématurie manque quand les dégâts sont considérables (rupture des vaisseaux rénaux, rupture de l'uretère).

Modifications des urines. — 1° Rétention : elle est très fréquente et causée, en général, par l'accumulation des caillots dans la vessie ;

2° Oligurie, polyurie : l'oligurie est quasi-constante dans les premiers jours qui suivent le traumatisme ; il lui succède assez souvent de la polyurie ;

3° Anurie : due, en général, à de graves lésions bilatérales, elle peut être parfois d'origine réflexe ;

4° Modifications dans la composition de l'urine : le taux d'excrétion uréique est abaissé durant quelques jours. Très fréquemment apparaît de l'albuminurie indépendante du saignement, et de la cylindrurie.

Ecchymoses. — Celles de la région traumatisée sont relativement rares. Tardivement, des suffusions sanguines se manifestent, soit à la peau du flanc (rarement), soit à distance (bourses, grandes lèvres).

B) Symptomes décelables par l'examen clinique. — L'inspection constate rarement une voussure de la région traumatisée.

La palpation, au contraire, donne des renseignements de premier ordre :

1° *Douleur provoquée.* — La pression la suscite dans la zone correspondant à l'emplacement du rein. Elle doit être pratiquée avec beaucoup de douceur. La palpation bimanuelle est déconseillée.

Séverin (1926) a signalé la possibilité d'une douleur très vive provoquée par la pression du testicule et de l'épididyme correspondant au côté traumatisé. Elle serait caractéristique de l'existence d'un épanchement périrénal.

2° *Contracture abdominale.* — On ne lui a pas souvent attribué toute son importance, car elle est quasi-constante dans les contusions rénales de quelque gravité. Localisée au-devant du rein blessé, très précoce, très fidèle, elle peut être assez forte pour masquer la présence d'un hématome périrénal.

3° *Hématome périrénal.* — Il peut être d'apparition très précoce, et se manifester dans les heures qui suivent le traumatisme. Son augmentation progressive traduit de gros désordres rénaux, et donne des indications thérapeutiques de premier ordre.

La percussion permet de révéler deux signes d'intérêt certain :

1° La matité, qui, localisée au flanc, à l'hypocondre, au cas de contracture abdominale, permet de fixer, approximativement les contours d'un hématome périrénal ;

2° Le météorisme, dû à l'infiltration du méso-côlon.

Le toucher rectal décèle parfois un empâtement du cul-de-sac vésico-rectal.

Contusions des reins anormaux ou pathologiques. — Ce chapitre, d'ordinaire totalement négligé, est rendu indispensable par plusieurs considérations cliniques. Les cas qu'il concerne n'ont été, pour la quasi-totalité, diagnostiqués que sur la table d'opération ou d'autopsie : on avait cru à des contusions rénales ordinaires. D'autre part, le nombre des observations recueillies (97) est tel, qu'il mérite considération. Enfin, les plus fréquents de ces cas, les contusions d'hydronéphroses, ont une histoire clinique étroitement intriquée avec celle des hématonéphroses, des hydronéphroses et pseudo-hydronéphroses traumatiques.

A) Contusions de reins anormaux. — 1° *Contusions du rein ectopique.* — Très rares, il n'en a été trouvé que deux cas.

2° *Contusions du rein unique.* — Elles s'observent sur les reins uniques congénitalement (9 observations) ou par néphrectomie (3 cas).

3° *Contusions du rein en fer à cheval.* — Rares et peu étudiées, il en a été réuni 7 cas. Le diagnostic fut fait, chaque fois, au cours de l'opération. Le pronostic est d'une extrême gravité.

B) Contusions de reins pathologiques. — 1° *Rein polykystique.* — Une observation (Brin).

2° *Reins néoplasiques.* — Quatre observations.

3° *Reins calculeux.* — Les observations sont beaucoup plus rares que ne le ferait présumer la fréquence de la lithiase rénale (8 observations). Le calcul joue manifestement un rôle important dans la genèse des lésions contusives.

4° *Rein hydronéphrotique.* — Il faut différencier les lésions suivant que la capsule du rein hydronéphrotique est ou non rompue. On est amené ainsi à reconnaître ;

a) Les contusions simples d'hydronéphrose. Dans ce cas, il se produit une hémorragie sous-capsulaire, aboutissant à la formation d'une uro-hématonéphrose ;

b) *Les ruptures d'hydronéphrose.* Considérées longtemps comme rares, les observations s'en sont multipliées dans les dernières années. Il en est signalé 66 cas.

La caractéristique anatomo-pathologique de ces ruptures est l'irruption brusque d'un liquide le plus souvent uro-hématique, parfois franchement urineux, dans l'espace périrénal; ce liquide peut d'ailleurs être infecté. L'effraction de la poche hydronéphrotique est plus ou moins grande ; parfois elle subit un véritable éclatement.

Les ruptures d'hydronéphrose peuvent, dans certains cas, se cicatriser spontanément.

Les symptômes fonctionnels, généraux, physiques, de ces lésionss, ont étroitement apparentés à ceux des contusions ordinaires. Néanmoins, il est certaines nuances sémiologiques, qui peuvent aider au diagnostic. L'hématurie manque assez fréquemment dans ces cas. Outre la douleur provoquée, on constate presque constamment l'apparition rapide de contracture abdominale et d'une collection périrénale ; mais la formation de cette dernière ne s'accompagne pas de signes d'hémorragie interne ; en outre, le plus souvent, ses limites demeurent floues, imprécises. Très fréquemment, enfin, apparaissent des symptômes de réaction péritonéale, sans que, pourtant, le péritoine soit intéressé. Ceux-ci sont dus à la formation quasi-immédiate d'un kyste urineux sous péritonéal, provoquant un syndrome péritonéal de réaction,

Complications précoces et tardives des contusions rénales. — Elles sont multiples et peuvent se manifester à des époques très diverses. Les classifications, qui en ont été faites, ne s'accordent pas. Beaucoup rangent parmi elles — et à tort — certains des symptômes, qui doivent être rapportés aux contusions rénales complexes (rétention d'urine, anurie, lésions concomitantes).

1° COMPLICATIONS INFECTIEUSES. — Elles peuvent intéresser, à époques variables, les diverses parties du tractus urinaire.

2° HÉMATONÉPHROSES TRAUMATIQUES. — On appelle ainsi la lésion constituée par l'accumulation d'une masse sanguine sous tension dans le bassinet et le parenchyme rénal contus. Pour la réaliser, il faut que la capsule rénale soit intacte, le saignement important, et l'uretère obturé par un mécanisme quelconque.

La constitution hématique pure du milieu hématonéphrotique a été jusqu'ici admise sans discussions. Pourtant, dans la variété la plus fréquente, celle due aux contusions d'hydronéphrose, le contenu est un mélange uro-hématique. Il existe donc deux variétés anatomiques.

a) *Hématonéphroses pures.* — La poche hydronéphrotique est constituée par un rein fortement augmenté de volume, à capsule intacte, contenant une masse hématique, qui, en tension dans le parenchyme rénal contus, détermine par compression l'atrophie progressive des tissus rénaux. Deux mois environ sont nécessaires pour parachever la destruction du rein ;

b) *Uro-hématonéphroses par contusion d'hydronéphrose.* — Le sang épanché se mélange à l'urine de la poche d'uronéphrose, qu'il met en tension, et dont il accroît les lésions. Cette variété est de beaucoup la plus fréquente.

Les observations de ces deux variétés n'ont pas l'extrême rareté, qu'on admet généralement : on peut en relever une quantité notable.

Les symptômes, communs aux deux formes anatomiques, sont ceux des contusions ordinaires. Leur signe caractéristique, mais non pathognomonique, est la formation d'une volumineuse intumescence localisée dans l'hypocondre et le flanc. Son développement peut se faire en quelques jours ; le plus souvent, on la constate au bout d'une quinzaine, plus rarement après quelques mois.

3° HYDRONÉPHROSES TRAUMATIQUES. — On décrit sous ce nom la variété d'hydronéphrose, engendrée par des lésions anatomiques ou des troubles physio-pathologiques consécutifs à la contusion d'un rein jusqu'alors normal.

La pathogénie est le point le plus important de leur histoire. On les attribue à des causes très diverses :

1° Oblitération de l'uretère par un caillot. Ce mécanisme, si tant est qu'il soit possible, est très rarement réalisé ;

2 Section de l'uretère juxta-rénal. Il en est quelques rares observations ;

3° Strictures contusives de l'uretère. Cette cause est fréquemment relevée dans les publications. Le temps nécessité pour la réalisation de la lésion est très variable et va de quelques jours (Marvel), à dix ans (Soller) : ceci dépend de la nature et de l'intensité des lésions ;

4° Compression de l'uretère par une cicatrice péri-urétérale. Elle est due à l'organisation scléreuse d'un hématome périrénal. Ce mécanisme a été réalisé assez souvent : il produit ses effets nocifs en quelques mois ou en des années (trente-quatre ans, Fouger).

D'ailleurs, cette transformation fibreuse d'un épanchement hématique ne détermine pas dans tous les cas une hydronéphrose traumatique (Legueu) ;

5° Ectopie rénale. Ce processus pathogénique, très discuté, est fort rarement réalisé ;

6° Oblitération de l'uretère par un fragment calculeux mobilisé par traumatisme. Ce mode de formation est plus spéculatif que pratiquement réalisé ;

7° Sclérose péripyélique traumatique. Il en est signalé quelques cas ;

8° Atonie pyélo-urétérale. Legueu, en 1922, a attiré l'attention sur ce mode pathogénique. Des observations récentes en ont confirmé la possibilité.

4° PSEUDO-HYDRONÉPHROSE TRAUMATIQUE. — On appelle ainsi l'affection déterminée par une effraction, d'origine contusive, du bassinet, d'un calice ou de l'uretère, et constituée par un épanche-

ment d'urine, plus ou moins mélangée de sang, dans les tissus de la loge rénale qu'elle distend progressivement.

La dénomination qui a prévalu est malheureusement choisie ; elle est consacrée maintenant par l'usage et généralement admise.

Pathogénie. — L'épanchement urineux dans le tissu périrénal est dû principalement à l'importance des lésions du bassinet ou des calices, accessoirement à l'oblitération de l'uretère. Il se produit également lors de la rupture d'une hydronéphrose.

Anatomiquement, chez l'homme, le kyste pseudo-hydronéphrotique n'est pas nettement délimitable, comme celui que l'on obtient expérimentalement chez le lapin. La lipolyse du tissu graisseux périrénal ne fait qu'essaimer des cellules conjonctives jeunes, dont la puissance prolifératrice ne peut que renforcer des éléments de la capsule fibreuse du rein. Aussi cette poche est-elle intriquée de façon très étroite et solide avec les éléments aponévrotiques et musculaires ; il est très difficile de l'isoler. Son contenu, de volume progressivement croissant, est urineux ou uro-hépatique. Sa structure est purement conjonctive: il n'existe aucun épithélium à sa face interne.

Le rein, plus ou moins contus, siège à la partie médiane et postérieure de la poche : il est parfois recouvert d'une couche de fibrine se continuant sur les vaisseaux pédiculaires. Son parenchyme présente des lésions de dilatation et de néphrite. Dans certains cas, le rein est partagé en deux fragments inégaux, situés aux deux pôles de la poche kystique et séparés par un espace considérable (28 centimètres, Kemm.)

Symptômes. — Après les phénomènes inhérents à une contusion rénale, existe une période silencieuse durant laquelle la guérison semble acquise. Puis il se manifeste les symptômes engendrés par la collection urineuse périrénale : ceux-ci sont d'apparition plus ou moins tardive, et se signalent au bout de quelques jours (rarement), de quelques semaines ou quelques mois. A la période d'état, on constate dans le flanc une tuméfaction de volume progressivement croissant : celui-ci tend à devenir considérable. La palpation décèle la collection liquide par la sensation de fluctuation, de flot, parfois par le frémissement hydatique (Bérard et Dunet).

Cette collection liquide n'a aucune tendance spontanée à la résorption. Par son volume, elle détermine des phénomènes compressifs. Elle peut s'infecter. Il est rare qu'elle tende à s'ouvrir dans les organes voisins.

(A suivre.)

Les Livres

Editions Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

G. Daniel (de Marseille). — **Immuno-chirurgie** (vaccinothérapie et sérothérapie en chirurgie). (Un fort volume de 320 pages avec schémas. 1 pl. hors texte. Prix : 45 francs).

L'ouvrage présente d'abord les divers agents immunisants : sérums, puis vaccins ; ensuite il étudie leurs propriétés générales et leurs indications respectives, et surtout leurs résultats. Une seule question d'ordre théorique est soulevée : c'est celle des intradermo- et des cuti-réactions aux divers vaccins ; cette étude nous permet de faire le diagnostic étiologique des germes en cause.

Dans une seconde partie, l'auteur, passant en revue tous les grands chapitres de la chirurgie, s'applique à considérer, pour chacun d'eux, la part légitime susceptible de revenir aux nouvelles méthodes d'immunisation. C'est ainsi que seront successivement posées les indications immunothérapiques après un traumatisme, avant l'acte opératoire, et enfin au cours des affections chirurgicales déclarées, en considérant successivement les affections septicémiques, pré-septicémiques, aiguës et chroniques.

Ainsi incorporée à la pathologie générale, l'immunothérapie curative et préventive s'étayera sur l'immuno-diagnostic par intra-dermo-réactions.

G. Doin et Cie,
8, place de l'Odéon, Paris.

Professeur M. Blanchard et F. Toulec. — **Les grands syndromes en pathologie exotique.** Préface du Professeur Calmette (un vol. de 480 pages. Prix : 85 francs.)

Il s'agit de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des maladies exotiques. Leur présentation en syndromes permet de grouper dans un même chapitre les divers modes de réaction d'un organe ou d'un appareil vis-à-vis d'agents pathogènes très divers, et d'avoir ainsi la vue d'ensemble de ces réactions, telles qu'elles se manifestent réellement au praticien, exerçant en France et aux colonies.

Dans les syndromes fébriles, le diagnostic différentiel des accès de fièvre, le traitement du paludisme, les acquisitions les plus récentes sur la fièvre jaune, la dengue, les fièvres récurrentes et typho-exanthématiques ont été particulièrement précisées.

Les syndromes dysentériques et diarrhéiques classent, suivant leur fréquence, les diverses causes qui occasionnent ces syndromes, et objectivent les aspects cliniques et les données thérapeutiques propres à chacun d'eux.

Les syndromes hépatiques et splénomégaliques, si importants en milieu exotique comportent : congestions, cirrhoses, tuberculose, cancer du foie,

amibiase hépatique, splénomégalies secondaires et primitives de diverses origines.

Les syndromes anémiques répondent aux principales causes des anémies en pays tropical : anémies parasitaire, paludéenne, ankylostomienne ; anémie tropicale idiopathique (exceptionnelle.)

Ce sont ensuite : les syndromes ganglionnaires (peste, lèpre, protozooses, trypanosomoses, filarioses, etc.) ; les syndromes cutanés ; les syndromes respiratoires (tuberculose, protozoose, amibiases, spirochétose, helminthiases, germes microbiens, peste, lèpre, mélitococcie, mycoses) ; les syndromes hématuriques et hémoglobinuriques (bilharziose, fièvre bilieuse, hémoglobinurique), les syndromes polynévritiques (béri-béri, lèpre, paludisme, etc.), enfin les syndromes mentaux.

Un important index bibliographique se rapportant principalement aux travaux des médecins coloniaux, termine cet ouvrage.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

R. CONDAMIN, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. **La fibro-conjonctivite (cellulite) et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme** (in-8° raisin de 140 pages. Prix : 20 francs)

C'est une série de recherches, plus particulièrement cliniques et thérapeutiques, de gynécologie conservatrice, non opératoire, qui doit intéresser spécialement le praticien. Les altérations du tissu conjonctif du bassin de la femme se trouvent, en effet, à la base de toute une série de gynécopathies, dont l'altération du Douglas nerveux, de connaissance récente, constitue le véritable point névralgique. Celui-ci est de première importance, vu la fréquence à ce niveau des lésions rétractiles, englobant les deux plexus hypogastriques inférieurs. C'est à ce niveau qu'il faut rechercher le point de départ, la cause effective de très nombreuses algies abdomino-pelviennes, que l'on a l'habitude de faire rentrer dans la catégorie des névralgies « sine materia», et dont le retentissement local et à distance est considérable et mérite d'intéresser non seulement les gynécologues, mais encore, et peut-être surtout, les médecins qui s'occupent plus particulièrement de pathologie de l'abdomen.

La première partie est consacrée à l'anatomie pathologique et à la pathogénie.

La deuxième partie comporte des chapitres originaux, où se trouvent exposés les localisations habituelles de la fibro-conjonctivite pelvienne de la femme ; la douglassite et les douglassopathies.

La troisième partie met au point certaines notions beaucoup trop ignorées de la thérapeutique gynécologique, notamment la columnisation, qui, judicieusement et correctement appliquée, peut donner des résultats parfois surprenants.

Le chapitre sur le massage gynécologique donne à tout praticien la possibilité d'en faire l'application, beaucoup plus souvent que ne semblent le comporter les indications de cette thérapeutique.

Les livres qui viennent de paraître...

Les Editions RIEDER,
7, place Saint-Sulpice, Paris (VI^e).

Gustave COHEN, professeur à la Sorbonne. — **Le théâtre en France au Moyen-Age. II. Le Théâtre profane.** (Un vol. in-4°, 96 fig. et 60 pl. Prix : 25 fr.)

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

D^r CHAVIGNY, professeur à la Faculté de Strasbourg. — **Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales.** (Un vol. in-8, 206 pages. Prix : 20 francs.)

Les Thèses

P. — D^r F. DE PORTU. — **Le traitement de la tuberculose en France et la récupération des tuberculeux.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, 1930.)

Le village-sanatorium est le seul moyen de traiter économiquement la tuberculose pulmonaire, puisque les malades non seulement gagnent leur vie, mais subviennent encore aux besoins de leurs camarades d'infortune pendant leur hospitalisation, par les bénéfices qu'ils permettent de réaliser dans leurs ateliers respectifs ; ils ne sont plus ainsi un fardeau pour la société.

Moralement, le tuberculeux qui arrive à se suffire à lui-même reprend courage et ne se considère plus comme un être inutile sur terre, vivant en parasite sur le commun. Au point de vue social le malade a sa vie considérablement allongée : c'est une vie humaine, un capital récupéré. De plus, il est à l'abri des rechutes. Quant à la collectivité elle est protégée de la contagion.

Pour la réalisation du village-sanatorium il faut sans doute une mise de fonds, mais une mise de fonds unique, puisque par son activité le village acquiert rapidement son autonomie financière. La générosité privée, secondée par l'Etat, saura fournir les premiers fonds. L'Etat y trouvera d'ailleurs son intérêt, car dès l'application de la loi sur les assurances sociales les tuberculeux seront constamment à la charge de caisses. Tandis que si on les récupère ils seront aptes à gagner leur vie et à se suffire à eux-mêmes.

DIÉTÉTIQUE DU PREMIER AGE

La farine diastasée dans l'alimentation du nourrisson

L'alimentation au sein maternel constitue le régime normal, idéal, du nourrisson : le lait humain, adapté aux besoins de l'enfant est un aliment complet, parfaitement équilibré, qui lui suffit jusqu'au huitième ou dixième mois.

En est-il de même dans l'alimentation artificielle au lait de vache ? non, sans aucun doute, et l'on a tenté, sans grand avantage, de modifier le lait de multiples façons. Seuls, la dilution durant les premiers mois et le sucrage, semblent agir favorablement, du moins pour un temps, car l'expérience montre qu'il survient un moment où l'augmentation du lait consommé ne s'accompagne plus de progrès normaux dans la croissance.

Les travaux de ces dernières années ont apporté de ces faits l'explication en même temps qu'ils fixaient les règles nouvelles qui doivent servir de guide dans l'alimentation du nourrisson sain.

Hantés par la crainte des dyspepsies, dues à l'abus précoce et exclusif des farines indigestes, nombre d'auteurs prohibaient les farines avant le sixième ou même le dixième mois !

Dans un rapport remarquable à la séance combinée de la Société belge de Pédiatrie, de la Société de Pédiatrie de Genève, et de la Réunion pédiatrique de Strasbourg, tenue à Bruxelles le 21 juin 1930 (1), le Professeur Rohmer met bien au point cette question :

« Nous ne demandons plus à la nourriture artificielle que nous préparons pour les nourrissons que sa composition chimique ressemble le plus possible au lait de femme, mais nous voulons que *le résultat* qu'on obtient avec elle se *rapproche autant que possible* de l'action de ce dernier. Nous arrivons ainsi à étudier séparément chaque facteur alimentaire ou accessoire du lait et à les doser de façon à obtenir le meilleur rendement possible.

« Un des phénomènes les plus curieux est l'action des farines : si l'on enrichit le lait dilué uniquement avec du sucre, les résultats sont souvent médiocres, or, on peut observer tous les jours en clinique que la courbe de croissance insuffisante des enfants qui prennent du lait coupé d'eau sucrée, se *redresse immédiatement* si l'on substitue à une partie de sucre *une quantité équivalente de farine*. En peu de jours l'enfant est transformé, et cet heureux résultat se maintient dans la suite d'une façon durable. »

(1) Professeur ROHMER. — Rapport Congrès de Bruxelles, 21 juin 1930.

Dans un article récent de MM. FRANCOTTE et G. DIENST (1), nous trouvons l'explication et la confirmation de ces faits :

« Il est admis en général que jusque vers l'âge de six mois le lait suffit pour ainsi dire exclusivement aux besoins du métabolisme du nourrisson.

« Les travaux de Terroine et Mme Mahler Mendler, montrent qu'il y a avantage, pour *augmenter la rétention azotée, accélérer la croissance* et éviter le gaspillage de la matière azotée à introduire aussitôt que possible dans l'alimentation des jeunes organismes des *hydrates de carbone sous forme de farine.* »

« A partir de l'*âge d'un mois*, il nous paraît en effet très utile d'ajouter à la ration de petites quantités de farine et de couper le lait de vache, non pas seulement avec de l'eau sucrée, mais avec *une décoction farineuse sucrée.* »

De même « Moll insiste sur les inconvénients de l'alimentation au lait de vache. Il juge utile d'ajouter précocement des farines dès le deuxième ou troisième mois. (2). »

Ces considérations des maîtres de la pédiatrie contemporaine confirment ce que les médecins « usagers » de la *Farine diastasée « Salvy »* observent depuis longtemps :

Avantages de l'utilisation précoce, dès les premiers mois, chez les nourrissons au biberon, sains ou malades, du lait additionné de *Farine diastasée* ;

Croissance remarquablement régulière ;

Excellente qualité des matières fécales venant témoigner en corrélation avec la courbe de poids de la parfaite assimilation de la ration ainsi fixée.

(1) FRANCOTTE et G. DIENST. — Etat des connaissances en physiologie de la digestion et de la nutrition du nourrisson, en vue de fixer les bases de l'alimentation. (*La Médecine infantile*, décembre 1930.)

(2) L. MOLL. —Conseils sur l'alimentation artificielle des nourrissons sains avec considération sur les besoins de lait. *Fortschritt für Médicin*, 16 et 30 mai 1930.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Abcès pulmonaire a clapet, par J. Minet, *Soc. méd.-chir. des hôpit. de Lille*, 24 novembre 1930.

Accidents : *a)* d'automobile, par H. Bouquet, *Monde médical*, n° 787, 1er avril 1931 ; *b)* sur route (Expérience de paiement immédiat des honoraires médicaux), par J. Noir, *Concours médical*, n° 6 *bis* 11 février 1931.

Adénomes kystiques, par J. Sabrazès, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 9, 1er mars 1931.

Aliénés (Réforme de la loi de 1838), par Duchesne, *Concours médical*, n° 11, 15 mars.

Allaitement mixte, par J. Camescasse, *Médecine Pratique*, n° 1, 20 janvier 1931.

Angines et chlorate de potasse, par Brissemoret, *Soc. de Thérapeut.*, 11 février 1931.

Angine de poitrine (Traitement chirurgical), par R. Leriche, *Gazette des hôpitaux*, n° 26, 1er avril 1931.

Aphonie juvénile, par Bérillon, *Revue de psychothérapie*, n° 3, mars 1931.

Artérite chronique (Traitement des douleurs), par G. Lemoine, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 12, décembre 1930.

Assurance-maladie : *a)* Ses imperfections, par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 7, 15 février 1931 ; *b)* Accouchements dystociques, honoraires des médecins d'hôpitaux, spécialités pharmaceutiques, par P. Boudin, *Concours médical*, n° 10, 15 mars 1931 ; *c)* Tarifications et contrôles, par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 15, 12 avril 1931 ; *d)* Refus d'une caisse de contracter avec un syndicat, par P. Boudin, *Concours médical*, n° 15, 12 avril 1931.

B (Les gens marqués au), par Albert Garrigues *Association médicale*, n° 1, janvier.

Baccalauréat (Sa suppression), par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 13, 29, mars 1931.

Basedow (Troubles du système pileux et vitiligo), par P. Sainton, *La médecine*, n° 2, février 1931.

Bigles et borgnes dans les proverbes, par Alb Garrigues, *Concours médical*, n° 9, 1er mars 1931.

Bossus dans les proverbes, par Alb. Garrigues, *Art médical*, n° 112, 28 février 1931.

Broncho-pneumonies a plasmodes, par J. Sabrazès, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 6, 8 février 1931.

Cancer mélanique (Transmission de la mère a l'enfant), par J. Sabrazès, *Gazette hebdomadaire de sciences médicales de Bordeaux*, n° 3, 18 janvier 1931.

Certitude médicale devant la justice, par J. Camescasse, *Concours médical*, n° 12 et 14, 22 mars et 5 avril 1931.

Chlorhydrate d'harmine, par Sainton, *Soc. d'oto-neuro-ophtalmologie*, 15 janvier 1931.

Cholestérinémie dans la tuberculose, par G. Lemoine, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 11, novembre 1930.

Chromothérapie, par Foveau de Courmelles, *Courrier médical*, n° 10, 8 mars 1931.

Circulation (Déséquilibre des fonctions), par P.-E. Morhardt, *Vie médicale*, n° 7, 10, avril 1931.

Code pénal médical, par P. Boudin, *Concours médical* n° 14, 5 avril 1931.

Colonies (Climat et habitation), par J. Noir, *Concours médical*, n° 11, 15 mars 1931.

Compressions médiastinales, par M. Poumailloux, *Le jeune médecin*, n° 46, mars 1931.

Cordon (Nœuds du), par H. Vignes, *Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris*, 2 mars 1931.

Coryza, par H. Bouquet, *Monde médical*, n° 785, 15 février 1931.

Cours de perfectionnement médical aux États-Unis, par L. Mathé, *Siècle médical*, n° 90, 1er février 1931.

Dames galantes de Brantome, par M. Boutarel, *Aristote*, n° 50, février 1931.

Demours, par J. Noir, *Concours médical*, n° 8, 22 février 1931.

Dentistes et doctorat en médecine, par M. Mordagne, *Gaz. des hôpit.*, n° 9, 31 janvier.

Déontologie (Le règlement de la confédération), par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 5, 1er février 1931.

Dermatologie en 1930, par Cl. Simon, *Monde médical*, n° 786, 15 mars 1931.

Dermatoses infectieuses (Médications générales), par Cl. Simon, *Bulletin médical*, n° 8, 21 février 1931.

Désinfection a Hambourg, par A. Loir, *Arch. méd. chir. de Normandie*, n° 85, janvier 1931.

Diabète et chirurgie, par J. de Fourmestraux, *Soc. de Chirurgie* 28 janvier 1931.

Diagnostic médical (Centres de), par Duchesne, *Concours médical*, n° 12, 23 mars 1931.

Diathermo-coagulation des amygdales, par M. Boutarel, *Médecin français*, n° 2, 15 janvier 1931.

Dichotomie par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 6, 8 février 1931.

Diphtérie (Traitement par méthode phylactique), par R. Cruchet, *Acad. médec.*, 10 février.

Droitiers et Gauchers, par Berillon, *Rev. de psychothérapie*, n° 1, janvier 1931.

Encéphalites psychosiques secondaires, par Toulouse, *Presse médicale*, n° 26, 1er avril.

Enfance (Protection de l'), par J. Noir, *Concours médical*, n° 9, 1er mars 1931.

Equipements sanitaires, par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 12, 22 mars 1931.

Etablissements publics et actes de commerce, par P. Boudin, *Concours médical*, n° 9, 1er mars 1931.

Etrangers en France, par P. Boudin, *Concours médical*, n° 6 *bis*, 11 février 1931.

Evolution de la pensée médicale, par J. Noir, *Concours médical*, n° 15, 12 avril 1931.

Fièvre typhoïde (Hémorrahgies arrêtées par transfusion sanguine), par A. Raybaud, *Marseille médical*, n° 23, 15 novembre 1930.

Fous (Demi-), par M. de Fleury, *Science médicale pratique*, n° 1, janvier 1931.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

LE SERVICE SOCIAL A TRAVERS LE MONDE (1)

Assistance Hygiène Prévoyance

Dr René SAND

La Société, groupement d'individus solidaires les uns des autres, est intéressée à ce que chacun d'eux concourt normalement, dans toute la plénitude de ses moyens, à son développement à son perfectionnement, à la réalisation de ses fins.

Tout anormal, temporaire ou définitif, tout taré physiquement ou psychiquement, tout être qui, par sa disparition prématurée, la prive par cela même de son concours, lui porte préjudice et devient pour elle une charge. Il en est de même de tout individu qui, vaincu par l'âge ou par des perturbations économiques, indépendantes ou non de sa volonté, est dans l'impossiblité de subvenir à ses besoins vitaux.

La Société se doit donc à elle-même de mettre tout en œuvre pour alléger le plus possible le poids que font peser sur elle ces déchets de toutes provenances, de toutes sortes. Certes, elle ne réussira jamais à les éliminer complètemnt ; mais elle peut, par des mesures appropriées, éliminer certaines des causes de déchéance humaine, atténuer sensiblement les effets de certaines autres, rendre aussi étroite que possible la solidarité qui la lie à l'individu, et qui lie en même temps chaque individu à son semblable.

L'ensemble de ces mesures constitue ce que l'on appelle présentement le *service social.* Fruit de la civilisation, le service social s'est imposé aux peuples évolués qui l'ont organisé chacun à sa manière, d'une façon conforme à ses origines, à ses mœurs, à sa constitution politique, etc.

C'est donc ce *Service social à travers le monde* qu'étudie M. René SAND, et passe en revue dans cet ouvrage, dont M. Paul STRAUSS a écrit la Préface, louant l'auteur de bénéficier d'une autorité qui le désigne tout particulièrement pour être le « propagandiste international d'une idée neuve et d'une institution en perpétuel devenir ».

Le propre d'un service social bien comprise c'est de se montrer « préventif et méthodique » et de s'exercer de préférence par l'intermédiaire d'auxiliaires féminins.

Il est sans doute difficile de donner une définition précise du service social ; on peut cependant, avec l'auteur, l'envisager, d'une manière très générale, comme la « culture intégrale de l'homme, respectueuse de sa personnalité, génératrice de sa productivité ».

En entrant plus avant dans l'exposé de son sujet, notre distingué confrère proclame, avec la première conférence internationale du service social, dont il fut l'organisateur en 1928, que, par service social, il faut entendre l'ensemble des efforts visant :

A soulager les souffrances provenant de la misère (c'est l'assistance palliative) ;

A replacer les individus et les familles dans les conditions normales d'existence (c'est l'assistance curative) ;

A prévenir les fléaux sociaux (c'est l'assistance préventive) ;

A améliorer les conditions sociales et à élever le niveau de l'existence (c'est l'assistance constructive).

« Le service social s'incorpore la charité, l'assistance et la philanthropie, mais il les dépasse et s'en distingue par son caractère scientifique, par son souci de la recherche des causes, par l'extension de son champ d'étude et d'activité. On pourrait se contenter de dire qu'il est la mise en œuvre du sens social, éclairé par les sciences sociales. »

Dans un premier chapitre, surtout historique, l'auteur suit pas à pas l'évolution de la charité à partir des origines du monde, débutant en quel-

(1) Librairie Armand Colin, 103, Boul. Saint-Germain, Paris (25 fr.).

que sorte par l'assistance par la famille et par le clan, se manifestant ensuite par l'assistance privée, puis, avec l'apparition de l'urbanisation, par l'assistance publique. Il montre la véritable charité, en honneur chez les Juifs, peuple essentiellement théocratique, et plus tard chez les premiers chrétiens qui « ont pratiqué l'assistance religieuse sous sa forme la plus pure, inspirés par cet amour du prochain dont Jésus a fait la loi suprême, alors que les Anciens considéraient la pitié comme une faiblesse, et ignoraient la charité jusque dans le culte de la vertu ».

Au VIe Siècle, l'Eglise gère le bien des pauvres ; mais il faut arriver au XVIe siècle pour voir apparaître une assistance organisée selon les principes suivants : droit à une assistance efficace et réglée ; enquête circonstanciée comportant un diagnostic social et un traitement social individualisés ; mesures non plus palliatives, mais curatives et même préventives. Mais le personnel manque pour ces tâches, indiquées, sinon remplies, et c'est Vincent de Paul, qui le recrute, l'organise et l'éduque, en instituant les Dames de la Charité et les Filles de la Charité.

Mais l'assistance tend à se séculariser de plus en plus, et le pouvoir civil se substitue aux ordres religieux pour créer les hôpitaux et les dépôts de mendicité.

Ce n'est pourtant qu'au milieu du XIXe siècle que l'apparition d'une législation sociale, avec l'hygiène et l'instruction publique organisées, inaugure l'assistance préventive et l'assistance constructive.

« A travers les siècles, nous voyons ainsi un enchaînement continu préparer l'évolution qui mène de la conception individualiste de l'assistance à la conception sociologique ; de la philanthropie au sens civique ; de la charité empirique et dispersée au service social organisé. »

Le chapitre suivant étudie les causes et les remèdes de la misère, laquelle « résulte, en général, d'un état de choses dans lequel s'enchevêtrent les facteurs les plus divers : la maladie, la désorganisation familiale, les salaires insuffisants, le gaspillage, le chômage...

Chacun de ces facteurs de misère a son remède préventif, pour le relèvement des pauvres, leur prémunition contre le malheur, la lutte contre les fléaux sociaux. « Ce n'est pas assez encore ; il faut élargir l'existence, faire fructifier les dons que chacun apporte dans la vie. C'est à quoi tendent les efforts, divers en apparence, mais qui visent tous à accroître la production, en améliorant la situation du producteur ».

Ayant ensuite examiné les diverses formes du service social et son rôle économique, M. R. Sand l'étudie dans les applications mondiales : en France, où il est schématisé ; en Allemagne, où il est généralisé ; en Angleterre, où il est coordonné ; aux Etats-Unis, où il est individualisé ; en Italie, où il est systématisé ; en Russie soviétique, où il est nationalisé ; puis, dans les petits pays européens, en Amérique latine, en Egypte, et en Turquie, au Japon, et même en Chine.

En conclusion, il s'efforce de tracer l'esquisse d'un programme de service social divisé en cinq grandes sections : protection de la maternité et de la jeunesse : assistance, prévoyance, hygiène et travail. A la base de ce programme, l'unité d'action dans ces cinq sections, réalisée à tous les divers étages du service ; Ministère des Affaires sociales ; Conseil supérieur des Affaires sociales ; administration départementale ou provinciale ; administration locale, envisagée comme nécessaire pour des circonscriptions de 25.000 habitants.

Je reproduis ci-dessous tout le chapitre relatif à l'hygiène, qui a pour nous, médecins, un intérêt particulier.

Je ne puis m'appesantir sur les autres chapitres. Je retiens l'insistance que M. Sand met à montrer la nécessité de cette unité d'action, s'exerçant sur toutes les œuvres publiques et privées fonctionnant en symbiose parfaite : « Entre les services publics ainsi coordonnés et les œuvres ainsi groupées, on établira les relations les plus étroites. La communauté du but poursuivi doit faire tomber toutes les barrières. Il y a mille procédés de collaboration dont bénéficieront aussi bien les institutions officielles que les initiatives libres. Aucune n'a le droit de se montrer intransigeante ou exclusive. L'Etat sert le citoyen, le philanthrope sert son prochain, le chrétien sert Dieu dans la personne de son frère : n'est-ce pas toujours la même créature humaine qu'ils honorent ? »

***

Ce qui ressort tout d'abord pour moi de la lecture de l'ouvrage remarquable du Dr René Sand, c'est qu'il n'est sans doute personne qui possède mieux que lui le sujet qu'il a traité. Il a utilisé une documentation internationale infiniment substantielle, et mis à profit ses observations personnelles, pour aboutir à des conceptions qu'il expose et défend avec un enthousiasme et une foi d'apôtre. Et il le fait avec d'autant plus de conviction qu'il peut s'appuyer sur les résultats acquis, dans tous les pays où le service social a déjà pris une extension et un développement considérables. Il faut dire que ces pays sont, en Europe, les anglo-saxons et les scandinaves, et plus particulièrement les peuples nordiques qui, depuis un siècle, ont eu la chance d'échapper aux grandes convulsions publiques : guerres, révolutions, etc., et ont pu ainsi, à la faveur d'une paix féconde, appliquer des méthodes scientifiques éprouvées au perfectionnement de leur état social.

Et il est exact en effet que chez ces peuples, la mortalité générale et la mortalité infantile en particulier sont tombées à un pourcentage presque dérisoire, si on le compare à celui que nous déplorons de constater ailleurs, et en France notamment.

Cependant, pour formuler un jugement équitable, il faut tenir compte du caractère de chacune des races envisagées : les anglo-saxons, les scandinaves sont par essence disciplinés et ils se soumettent volontiers aux règlements que les pouvoirs publics leur imposent, même s'ils sacrifient l'intérêt particulier à l'intérêt général, au point de léser, chez l'individu, la notion qu'il a de sa liberté. Les latins sont au contraire des indépendants, des individualistes qui supportent difficilement toute entrave aux droits qu'ils s'attribuent. Et s'il est vrai que c'est en France qu'a été créée et vit la race des moutons de Panurge, c'est là aussi que l'individu est peut-être le plus jaloux de sa personnalité, qu'il entend défendre contre toute emprise administrative ; c'est là que, dans un mouvement politico-social historique, il s'est exercé à fronder le pouvoir, et y a acquis un certain entraînement au cours des âges.

Aussi, les conceptions de M. Sand ont-elles quelque chose de hasardeux, et même de chimérique, qui ne lui a pas échappé : « Par l'accumulation de ses éléments, dit-il dans ses conclusions, le programme que nous avons esquissé semble une chimère. » Mais, se hâte-t-il d'ajouter, que de réformes, jugées autrefois utopiques n'en ont pas moins été réalisées !

Une autre remarque s'impose encore et elle est d'importance. Le service social, tel que l'envisage M. R. Sand, c'est, en somme, la socialisation aussi complète que possible de toutes les formes d'assistance. C'est leur étatisation, pour tout dire, dans des cadres administratifs et bureaucratiques. N'est ce pas, dès lors, le triomphe de la fonctionnarisation du personnel, des médecins en particulier ? Je sais que cela n'est pas pour lui faire peur : je ne suis pas aussi rassuré que lui sur les avantages de cette mesure. Combien je préférerais une armature économique, la profession prenant elle-même la responsabilité de faire fonctionner la branche qui lui appartient en propre !

Il y a quand même, dans son idéal social, un point à propos duquel les événements lui donnent tort. A propos de l'intérêt qu'aurait la Société à développer la productivité de l'individu. C'est une formule chère aux Américains. Et je vous ai présenté, il y a quelques mois, une apologie de la machine, écrite par un Français américanisé, accroissant la production en même temps qu'elle diminue la main-d'œuvre manuelle, et engendrant ainsi le bien-être pour les salariés ! ! ! Or, la crise économique actuelle est précisément une crise de production mondiale : problème angoissant à la solution duquel sont attelés économistes et sociologues. Non, ce n'est pas une source d'enrichissement que de surproduire au-dessus des capacités d'achat du consommateur et de ses besoins : trop de nations en font présentement la dure expérience.

Et que de chemin à faire encore avant que l'activité sociale ait rempli la mission que lui assigne le Dr Sand : « cultiver intégralement les forces humaines et les protéger, en assurant dans toutes les circonstances à chacun, valide ou invalide, jeune ou vieux, travailleur ou chômeur, ce niveau d'existence matérielle, de santé, d'instruction, de moralité, de relations amicales, au-dessous duquel la déchéance est inévitable ! »

Je vois bien l'immense effort assigné à cette activité sociale ; je vois moins l'effort primordial de l'individu, qui doit tout de même commencer par s'aider lui-même avant d'attendre l'aide du ciel. A moins que la culture de cet individu, et notamment de sa moralité, n'en fasse un sujet d'une qualité telle, que cette aptitude à l'effort spontané se trouve incluse dans sa personnalité. Mais n'est-ce pas là, je vous le demande, chevaucher la chimère ?

Certes, il a raison, l'auteur de cet ouvrage, quand il proclame que « la morale est à la base du progrès social et de la préservation de la santé », et qu'il est nécessaire de mener « une action vigoureuse contre l'alcoolisme, contre l'abus des stupéfiants, contre la prostitution, contre le jeu ».

Hélas ! quelle vaste entreprise, en cours d'exécution, d'ailleurs, ; mais quels médiocres résultats jusqu'à présent !

En tout cas, il en est d'autres dont on est en droit d'attendre d'heureux effets, et qui tiennent une place importante dans le programme d'un service social bien compris : et la protection de la maternité et de l'enfance ; et la lutte contre les maladies sociales ; et l'organisation scientifique du travail, comportant l'orientation et surtout la sélection professionnelle ; et l'organisation non moins méthodique de l'hygiène que nous réclamons depuis tant d'années déjà, l'action du médecin étant prolongée et complétée par une assistance sociale active et efficace, mais surtout discrète.

M. le Dr R. Sand en a montré excellemment la nécessité et tracé un plan très complet de réalisation éventuelle. La flamme généreuse qui l'anime, l'ardeur qu'il déploie avec une compétence dont il convient de lui reconnaître le grand mérite, donnent à son ouvrage une valeur inestimable. Lui aussi s'abreuve à cette source sacrée dont il dit, dans les dernières lignes de sa conclusion : « que l'on la nomme charité, fraternité, solidarité, c'est elle qui nous entraîne irrésistiblement vers une organisation sociale à la fois rationnelle et humanitaire ».

Une telle aspiration justifie toutes les audaces de la pensée à la poursuite d'un idéal qu'on ne peut qu'approuver, même si, sur ce terrain, comme sur tant d'autres, la distance est infiniment longue, qui sépare la coupe des lèvres.....

G. DUCHESNE.

***

Extrait des conclusions du Dr R. Sand

Le service d'*hygiène* s'occupera de tout ce qui concerne la santé : hygiène publique et hygiène sociale, habitation et urbanisme, médecine préventive et médecine curative (dans la mesure où celle-ci lui incombe), statistiques démographiques, enseignement populaire de l'hygiène. Chaque service local comprendra au moins un médecin hygiéniste, un inspecteur sanitaire et une infirmière visiteuse. Les laboratoires d'analyses chimiques, bactériologiques et sérologiques permettront un diagnostic rapide et précis. On groupera dans un Centre de Santé toutes les institutions d'hygiène sociale, aujourd'hui isolées et disséminées, qui visent soit à la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, soit à la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, les affections mentales (1), etc. On y suivra l'enfant depuis la période prénatale jusqu'à l'adolescence ; le service médical scolaire sera le maillon central de cette chaîne. On multipliera les sanatoriums, les preventoriums, les colonies et les ateliers où travailleront les tuberculeux guéris, les maisons de convalescence, les hôpitaux généraux, les hôpitaux pour malades chroniques, les hôpitaux psychiatriques, les colonies d'épileptiques. On instituera dans ces établissements un service social et un service de thérapeutique par le travail ; on n'abandonnera pas les malades après leur sortie. Des relations permanentes seront nouées entre les petits hôpitaux, les grands hôpitaux et les hôpitaux universitaires. On établira un service de transport des malades et des blessés qui permettra de supprimer cette poussière de petites institutions dont l'outillage est nécessairement défectueux. On unifiera le service médical des assurances et celui de l'assistance, en lui donnant une organisation assez souple et assez complète pour que la classe paysanne, la classe ouvrière et la classe moyenne puissent recevoir des soins véritablement dignes de la médecine moderne. On n'oubliera pas de faciliter les examens médicaux préventifs, notamment l'examen médical prénuptial. En dernière analyse, le Centre de Santé étant annexé à l'hôpital rénové, celui-ci en arrivera à constituer un service de médecine préventive et curative ouvert à toutes les classes de la société et où tous les médecins pourront pratiquer leur art.

Les services d'hygiène, en conjonction avec les autres services sociaux, dépisteront, dans les écoles et dans la population en général, les anormaux, les infirmes physiques et mentaux, les instables, qui seront, selon les cas, traités, éduqués, préparés à une profession, assistés ou isolés de façon à réaliser à la fois leur protection et celle de sa société.

Ce n'est pas tout encore : les services d'hygiène, poursuivant l'assainissement des agglomérations et adoptant une politique d'urbanisme, assureront la construction d'un nombre d'habitations tel que chaque famille jouisse d'un logement sain, situé à proximité d'un parc ou au moins d'un espace libre. Il ne suffit pas de donner des facilités de logement aux familles possédant quelques ressources, il faut procurer une habitation saine et décente à tous, même aux plus misérables. Il faut supprimer jusqu'à la dernière impasse, jusqu'au dernier taudis. L'exemple des Pays-Bas prouve que ce n'est pas là une tâche surhumaine.

Les services d'hygiène organiseront aussi la lutte contre les maladies transmissibles aiguës et chroniques. Ils veilleront à la pureté des denrées alimentaires, notamment à celle du lait. Ils répandront dans la population entière le sens de l'hygiène physique et mentale. Ils s'associeront aux œuvres privées dans tous les domaines de l'hygiène sociale.

(1) Eventuellement, le paludisme; l'ankylostomasie, le trachome, la lèpre, etc.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

I

La réforme de la loi sur les hospices et hôpitaux

Un de nos confrères nous demande comment il serait possible de prévoir les modifications législatives, nécessaires, pour adapter la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, aux obligations modernes.

Jadis, uniquement affecté aux soins des indigents, l'hôpital d'aujourd'hui se transforme en véritable maison de santé payante.

Aussi, convient-il de sauvegarder les légitimes intérêts des praticiens, qui se refusent à donner leurs soins presque gratuitement à des non-indigents. Comment, dès lors, modifier la loi ?

La loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, est une des meilleures que nous possédions : il convient donc de n'y toucher qu'avec circonspection.

Or, cette législation date d'une époque où l'hospitalisation était tout et les soins médicaux d'ordre très secondaire.

Sous le second Empire, en effet, il s'agissait surtout d'abriter les indigents, les gens de passage, tombés malades sur le territoire de la commune, L'assistance médicale gratuite ne devait être instituée que 42 ans plus tard, par la loi du 15 juillet 1893.

Avant toute chose, il fallait donner un abri, un lit, de la nourriture aux hospitalisés ; ce n'était que secondairement qu'on donnait quelques soins médicaux.

Voilà pourquoi, encore aujourd'hui, beaucoup de petits hôpitaux communaux, ou cantonaux, n'ont aucune installation médicale, ou chirurgicale. Le rôle du médecin est, dans ces établissements, très minime, en ce qui concerne les hospitalisés.

Aussi, le législateur de 1851 a-t-il donné une prédominance aux commissions administratives, composées de délégués du conseil municipal et de personnalités désignées par le préfet.

Le médecin est nommé par la commission administrative et encore aujourd'hui, quel que soit le mode de recrutement du corps médical hospitalier, celui-ci n'est que l'employé supérieur et nullement le collaborateur des administrateurs de l'établissement.

Or, les modifications à apporter à la loi de 1851 sont d'ordre juridique ; elles dépendent uniquement du Droit administratif, une des sections les plus difficiles de notre science du Droit.

J'estime donc que les médecins devraient d'abord formuler leurs désiderata ; des juristes avertis, rompus au Droit administratif, verraient si les désirs des médecins peuvent se concilier avec la législation actuelle ; sinon, ils proposeraient un texte d'amendements à la loi présente.

Ainsi, les hôpitaux jouissent aujourd'hui d'une liberté complète, pour administrer et recevoir les malades : seules, certaines délibérations doivent recevoir l'approbation du préfet, qui est le tuteur légal des établissements publics.

Je doute fort que le Parlement ne veuille toucher en quoi que ce soit à cette autonomie décentralisée.

Principalement, en ce qui concerne l'admission des malades, le Parlement, le Conseil supérieur de l'Assistance publique et l'administration ministérielle ont tendance à faire de l'hôpital le centre de l'art de guérir, centre ouvert le plus largement possible aux malades de toutes conditions.

L'hôpital de jadis, uniquement destiné aux pauvres, devient aujourd'hui une maison de santé publique, maison payante à allures commerciales.

Mieux vaut donc organiser cette maison de santé publique, selon les intérêts des malades et nos désirs corporatifs plutôt que de nous opposer à cette transformation : il est parfois difficile d'enrayer un courant d'opinion, ou de s'opposer à une tendance sociale : il est préférable de la canaliser.

En second lieu, le point le plus important, à mon avis, c'est la manière de régler les relations du Corps médical avec les commissions administratives des hôpitaux.

Non seulement le corps médical hospitalier, mais encore les autres praticiens de la localité ont intérêt à régler leurs relations professionnelles avec l'hôpital, devenu maison de santé publique.

Mais alors se pose une difficulté : le statut des petits et moyens hôpitaux est nettement différent de celui des grands établissements. Et même parmi ces derniers, faut-il faire une distinction entre les hôpitaux simples et les hôpitaux d'enseignement.

Comment modifier les termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, qui décide que la commission administrative nomme les médecins et les chirurgiens ? Comment, dans un texte de loi, qui doit être extrêmement clair et précis, concilier les difficultés qui surgissent, dès qu'il s'agit d'examiner le statut des médecins pour les grands et les petits hôpitaux, comme pour décider de l'attitude des médecins, qui ne font pas partie du personnel médical hospitalier ?

Il me semble qu'avant de porter la main sur un texte de loi, il faut d'abord se préoccuper de

savoir si ce texte permet ou non les modifications professionnelles que nous désirons.

A mon avis, point n'est besoin de modifier cet article 14. Si le Corps médical est bien uni, si le syndicat médical sait ce qu'il veut et s'il entend aboutir, c'est par tractations directes avec la ou les commissions administratives locales qu'il convient de commencer.

Les hôpitaux tiennent de la loi l'autonomie complète pour nommer leurs médecins : entendons-nous avec elles, pour qu'elles adoptent le mode de nomination, que chaque syndicat local proposera, eu égard aux habitudes locales, aux désirs des confrères, à la grandeur de l'établissement, etc.

Pourquoi faire intervenir le Parlement, le ministre, ou le préfet, lorsque nous pouvons agir directement, nous-mêmes ? Le syndicat peut se documenter auprès des personnes compétentes, pour établir un projet de règlement local, fixant les rapports du ou des hôpitaux avec tous les médecins.

Ce statut établi, il est présenté à l'agrément de l'hôpital. Si celui-ci refuse, comme c'est son droit, le syndicat aura également le droit d'engager ses membres à abandonner toutes relations avec l'hôpital.

Du moment où ce dernier nous considère comme des employés supérieurs, liés par un contrat de louage de services, ou contrat d'entreprise, ayons au moins l'avantage du contrat de travail, c'est-à-dire la possibilité de ne travailler qu'à des conditions déterminées, acceptées de part et d'autre.

Lorsque les syndicats voudront, lorsqu'ils ne demanderont que des solutions juridiquement bien étudiées et établies, ils seront très forts.

Je conclus donc en disant que la refonte de la loi du 7 août 1851 est très délicate et qu'il ne convient de l'envisager que si la loi actuelle nous empêche de faire ce que nous désirons.

Il me semble qu'avant tout, il convient de décider ce qu'il est souhaitable d'obtenir ; puis de faire entrer ces desiderata dans le cadre de la législation actuelle. Ce n'est qu'ultérieurement qu'il sera loisible de présenter une modification à la loi, si cette modification est nécessaire.

Mais, d'ores et déjà, le travail est principalement d'ordre juridique et dépend surtout du Droit administratif. Dr Paul Boudin.

II

Hospitalisation des malades payants. — Droit aux honoraires médicaux

Chargé par mes confrères de présenter à notre prochaine réunion syndicale un rapport au sujet des malades payants à l'hôpital civil, je me permets de vous demander quelques renseignements sur la façon dont peut être envisagée cette question.

En ce qui concerne l'hôpital civil de notre grande ville, tout le monde, riche ou pauvre, Français ou étranger, a le droit de se faire soigner à l'hôpital.

Les indigents ne payant rien s'ils sont Français. Les indigents étrangers payant leur hospitalisation simplement. Quant aux malades riches payants, ils sont quittes en versant à l'hôpital le prix de leurs journées d'hospitalisation.

Si cette situation n'était qu'exceptionnelle il n'y aurait pas lieu de la modifier, mais de plus en plus, la classe riche, ou simplement à l'aise prend l'habitude d'y venir de plus en plus. Tel malade voyant tel ou tel confrère, qui diagnostique une masto, par exemple, accepte très volontiers l'idée d'intervention et se sépare de son médecin lui disant, c'est entendu, docteur, j'entrerai à l'hôpital.

De mon côté, dans ma clientèle privée, nombreux sont ceux qui me donnent rendez-vous à l'hôpital où je suis dans l'obligation de les soigner et ceci jusqu'à guérison, car le fait d'avoir été hospitalisé donne droit après avoir quitté l'hôpital, à la continuation des soins, moyennant un tarif de 5 à 10 fr. par pansement perçu pour l'hôpital.

A l'heure actuelle nombreux sont les cas comme celui que je viens de décrire, et le préjudice causé aux médecins de l'hôpital et aux confrères de ville est considérable. Ce ne sont pourtant pas les maisons de santé qui font défaut ici. Mais il est évident que pour une intervention sérieuse on s'en tire à très bon compte puisque aucun honoraire n'est perçu au profit du médecin. Une simple masto revient donc à des gens aisés tout au plus à 600 fr. ce qui par les temps actuels est tout à fait avantageux.

L'administration ne semble nullement disposée à modifier cet état de chose et trouve tout naturel d'en user, plusieurs exemples de hauts fonctionnaires s'y étant fait admettre eux ou leurs enfants le prouvent surabondamment.

Comment pourrions-nous sortir de cette impasse. Soit refuser l'admission de tout payant ce qui semble difficile, soit demander des honoraires, pour les médecins traitant les payants riches des hôpitaux. Mais alors n'est-il pas à craindre que les confrères de ville se trouvent lésés et ne considèrent ceux des hôpitaux comme par trop favorisés ?

De quelle façon les intérêts de chacun, tous fort respectables, pourraient-ils être ménagés ?

Dans quel sens faudrait-il présenter la question, et quelle solution pourrait être proposée. Nous aborderons la question entre tous les confrères prochainement et je serai heureux, Monsieur, que vous veuilliez bien me donner votre avis à ce sujet.

Nous étant réuni, ceux des hôpitaux, nous avons formé un vœu « que les malades riches payants honorent leur médecin » ce qui se fait déjà d'ailleurs.

D'autre part les intérêts des confrères de ville sont-ils bien défendus en admettant cette façon de voir ?

Vous qui avez l'habitude de trancher des questions très délicates, ayez la bonté de nous éclairer sur ce chapitre, si ce n'est pas abuser de votre amabilité.

Dr C.

Réponse.

Il faut tout d'abord admettre que le contrat de travail, qui lie un médecin à une commission administrative d'hôpital, dépend du droit commun : le praticien loue ses services, moyennant une allocation annuelle, en retour de laquelle il s'engage à soigner tous les malades, que ladite commission recevra dans les salles, qui lui sont confiées.

L'admission des malades est prononcée, en toute liberté par la commission administrative, qui est maîtresse chez elle, dans son établissement.

Le médecin peut être consulté, pour donner un avis, aux fins de savoir si le malade doit être envoyé en médecine, ou en chirurgie, ou dans un service spécial ; mais l'admission elle-même est prononcée, en toute autonomie, par le représentant de la commission administrative.

Cette dernière a indépendance entière pour arrêter les modalités de l'admission des payants, sauf cependant certaines restrictions.

C'est ainsi que le règlement de l'hôpital doit recevoir l'approbation de l'administration préfectorale. De plus établissement public, destiné à la bienfaisance, l'hôpital ne peut pas faire acte de commerce et se placer en concurrence avec les maisons de santé privées de la localité.

Or, c'est faire acte de commerce que de recevoir des malades payants, de prélever un certain bénéfice sur cette admission, même si ce bénéfice n'est pas destiné à être distribué entre les administrateurs, mais doit servir à l'amélioration des services hospitaliers.

Les médecins d'hôpitaux sont nommés soit après concours, soit au choix par la commission administrative : ils sont censés connaître le règlement de l'établissement et y avoir donné leur acquiescement.

Juridiquement, ils sont les employés, les « commis » de la commission administrative : cette dernière leur confie des malades et leur demande de les soigner *secumdum artem*, tout en respectant les règles générales de l'établissement.

On peut donc dire que les médecins doivent se soumettre, ou se démettre. Ils ne sont nullement astreints à accomplir cette besogne professionnelle hospitalière : le jour où ils en ont assez, ils démissionnent.

De ces considérations juridiques découlent les lignes de conduite suivantes :

Les médecins d'un hôpital se refusent à soigner les malades payants selon les conditions faites aux indigents. Ils acceptent très volontiers de collaborer à l'œuvre de bienfaisance et de donner leurs soins, quasi-gratuitement aux déshérités du sort, mais ils entendent prélever de légitimes honoraires sur tous ceux, qui sont susceptibles de les payer.

Dans ces conditions, ils n'ont qu'à demander à la commission administrative de l'hôpital de modifier leur contrat de travail, aux fins de décider que les malades payants devront acquitter des honoraires médicaux, chirurgicaux, ou de spécialité, pour les soins que leur sont donnés à l'hôpital.

Un fois le principe admis, il faudra, dans cet accord, décider si les médecins restent libres en face de leurs clients hospitalisés, ou si ces honoraires seront débattus, en prenant comme base un tarif, arrêté d'accord entre les médecins et l'hôpital. Enfin, une troisième modalité est à envisager : ce serait l'économe de l'établissement qui percevrait les honoraires médicaux, en même temps que le prix de journée ; la totalité, ou une partie seulement de ces honoraires, serait versée aux ayants droit.

Il faudra, en outre, décider si l'hôpital, dans la partie réservée aux payants, est ouvert à tous les praticiens de la ville, ou simplement aux médecins agréés par la commission administrative.

Si l'accord s'établit entre l'administration et le Corps médical, c'est parfait ; sinon ce dernier verra l'attitude qu'il doit prendre : soit abandonner l'hôpital, soit notifier à l'administration que seuls seront soignés les indigents, alors que les payants ne doivent pas avoir leur place à l'hôpital.

Il est à peu près certain que, dans cette seconde hypothèse, l'administration n'hésitera pas à révoquer ceux de ses médecins, qui contreviendraient au règlement intérieur.

L'attitude de nos confrères doit principalement se régler sur la confraternité et la solidarité locales : si aucun des médecins de la ville ne prend la succession à l'hôpital des démissionnaires, la commission administrative sera bien amenée à composition, pour faire soigner ses malades ; mais s'il y a suffisamment de praticiens, pour accepter la place, le mouvement de révolte des médecins ne servira qu'à donner la place à d'autres.

Dans ce cas, mieux vaut donc faire de la diplomatie, et obtenir morceau par morceau, de la commission administrative, la reconnaissance du droit aux honoraires de la part des malades payants, non indigents, soignés dans l'établissement.

D'après ces données générales, je reste à votre disposition pour vous établir un projet de règlement local, pour votre hôpital.

Dr Paul Boudin.

LE SECRET PROFESSIONNEL

Etude couronnée du prix Le Gendre, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1931)

par le Dr GODARD, de Bourges

En vérité, il n'est pas de prophylaxie sociale possible, pas de protection efficace de la santé publique, si l'on maintient intangible le dogme hippocratique du secret médical. Autant il doit continuer à régir les devoirs du médecin envers les individus, autant il doit s'abaisser devant les obligations du médecin envers la société. L'intérêt de la collectivité prime tous les intérêts particuliers.

Léon BERNARD.
(*La Tuberculose pulmonaire*, 2e édition, p. 392).

Introduction.

La question du secret médical est à l'ordre du jour. De récents débats ont donné à ce vaste sujet l'ampleur qui lui convient. Successivement l'Académie des Sciences morales et politiques, l'Académie de médecine, les Syndicats et Journaux professionnels s'en sont préoccupés. La Société médicale des Hôpitaux à son tour se propose d'aborder le problème.

Actualité de la question. — Une remarque s'impose au seuil de cette étude. Le principe du secret professionnel, universellement admis il y a cinquante ans, est discuté aujourd'hui par les juristes, les médecins et les législateurs. Certes, nous savons que l'immense majorité du Corps médical se réclame encore du principe du secret absolu, si brillamment défendu par Brouardel dans son ouvrage classique.

Il n'en est pas moins vrai que, si le secret médical se pratiquait naguère dans toute sa rigueur et sans récriminations notables, c'est qu'il satisfaisait, sans doute chacun, le malade dans ses rapports avec son médecin, le médecin dans l'exercice de sa profession, l'Etat, enfin, dans la défense des intérêts supérieurs de la Société. Or, ce principe, qui apparaissait encore récemment comme évident, agite aujourd'hui l'opinion ; ce simple fait nous permet de penser, dès l'abord, que son application ne se fait plus avec la même facilité ; qu'elle heurte certaines conceptions ou certains intérêts, certaines habitudes ou certaines nécessités. Il convient donc de se demander d'où viennent les critiques ; quels sont les phénomènes nouveaux, les arguments nouveaux qui modifient le problème, et de voir si ces arguments ont suffisamment de poids, pour justifier la modification de règles admises jusque-là sans réserves.

Qu'est-ce que le secret médical ?

Depuis Hippocrate, le silence, pour le médecin, était une règle générale, que la morale d'une part, et d'autre part les intérêts conjugués du patient et du praticien s'accordaient à rendre nécessaire et absolue, en France en particulier.

Dans une civilisation fortement imprégnée par les dogmes catholiques, le secret médical ne pouvait que s'acclimater très facilement. Le médecin n'est-il pas un confesseur du corps ; et, pour qui sait l'influence du physique sur le moral, on peut juger de la portée de cette formule. Le médecin n'est-il pas un confident, en lequel la plus entière confiance peut être placée, et dont la discrétion est une des qualités maîtresses ? Mais, cette obligation morale est devenue en France , depuis la rédaction du Code pénal, une obligation légale.

Contrat ou obligation légale. — Nous ne discuterons pas ici les théories juridiques, d'après lesquelles le secret ne serait pas une institution d'ordre public, mais un contrat tacite entre deux particuliers, qui auraient possibilité de dénoncer le contrat d'un commun accord. De vigoureuses et valables objections ont été formulées contre cette conception. Nous ne nous y attarderons pas ; et, nous plaçant au point de vue pratique, nous considérerons sans plus tarder le secret professionnel comme un règlement d'ordre public, sanctionné par la loi.

C'est donc actuellement un texte de loi qui est critiqué.

Valeur de la loi. — Or, la loi n'est que la consécration de l'opinion, la codification des concepts religieux, moraux ou scientifiques de cette partie de la Société, qui détient le pouvoir. Mais, que la société se modifie dans sa structure économique et politique, que son idéologie évolue, et la loi ne répond plus aux aspirations et aux désirs, aux conditions matérielles de vie de la collectivité. « L'histoire des progrès des sociétés n'est qu'une perpétuelle suppression d'organismes périmés », a écrit Jean de Pierrefeu. Il n'y a donc pas de loi intangible, la loi n'étant, encore une fois, que le reflet de l'ordre public à un moment donné. Que cet ordre public se modifie, et la loi doit être modifiée dans le même sens. Mais, la loi est toujours en retard ; l'évolution de la législation se fait par étapes successives, mais brusques ; l'évolution des sociétés est imperceptible, mais continue. D'où, de temps en temps, une période de flottement, de désaccord.

La question se pose à savoir si, actuellement, nous nous trouvons à une semblable époque, en ce qui concerne les lois ayant trait au secret professionnel.

Le secret médical et l'exercice de la médecine.

L'article 378 du Code pénal fut rédigé en 1810. Il réprime la révélation du secret professionnel, et rend passibles d'une amende et de prison, les médecins, qui auront révélé un secret, connu d'eux, du fait de leur profession.

Ce texte, interprété par une jurisprudence sévère, en est arrivé à avoir une portée absolue et à prendre le caractère d'une règle inflexible, qu'on ne saurait enfreindre, sous aucun prétexte, quelle que soit la noblesse des sentiments, qui pourraient faire parler le médecin ; quelle que soit la gravité du dommage causé au malade par le silence ; quel que soit, enfin l'intérêt de la Société à connaître le secret. Et l'article 378, forme juridique du vieux serment d'Hippocrate, constitue aujourd'hui la charte de la profession médicale française.

Or, l'exercice de la profession médicale est conditionné, et a toujours été conditionné dans le temps et dans l'espace, par deux facteurs primordiaux : l'état des doctrines médicales à l'époque considérée, et l'état de la société à cette même époque.

Il est aisé de se rendre compte que l'article précitée, qui est, répétons-le, toujours à la base de l'exercice de la médecine, est bien conforme à la fois aux principes dogmatiques de la caste médicale, et aux concepts sociaux de la moyenne de la population française sous le premier Empire. Mais, cet article et la jurisprudence qui l'interprète, répondent-ils bien à l'état actuel de la science médicale et à l'organisation contemporaine de la société voilà qui mérite un très attentif examen.

Les progrès de la science et les conditions de l'exercice de la médecine.

Le Code pénal date de 1810. A cette époque, Broussais règne en maître sur le Corps médical. Cet illustre médecin assure que l'irritabilité des tissus détermine seule les maladies. Pour lui, les maladies et les médicaments spécifiques n'existent pas ; l'inflammation est le seul fait anormal, qui domine toute la pathologie. Le rôle du médecin est donc d'éteindre l'inflammation et, pour cela, d'employer la médication phlogistique : saigner et appliquer des sangsues largement et fréquemment. On a dit, avec quelque exagération sans doute, que Broussais fit couler autant de sang que Napoléon. En tout cas, cet auteur rejette toute spécificité morbifique ; son adversaire Laënnec, cet « ouvreur de cadavres », comme *il l'appelle, est tourné en ridicule* ; la contagion des malades est formellement niée.

Et ce dogme s'imprime avec tant de force dans l'esprit des médecins de l'époque, que, lorsque, quelques cinquante ans plus tard, Villemin voulut démontrer la contagiosité de la tuberculose à l'Académie de médecine, il se heurta à l'opinion bien arrêtée de la plupart de ses collègues (1).

La communication de Villemin remonte à 1865. Que dire de la prodigieuse évolution de la médecine depuis cette date. Primitivement sacerdotale, inspirée ensuite par la philosophie grecque, la médecine n'est devenue scientifique que très tardivement. Mais cette dernière évolution, toute récente, lui a donné un tel essor, que le traitement des maladies a fait en moins d'un siècle plus de progrès qu'il n'en avait réalisés depuis l'existence de l'homme. En moins de cent ans, trois génies incomparables forgent à cet art, soumis jusque-là aux fluctuations des dogmes les plus variés et de l'empirisme le plus hésitant, une méthode rigoureuse, et lui impriment une orientation précise. Laënnec crée de toutes pièces, la clinique et l'anatomie pathologique ; Claude Bernard révèle toute l'importance de la physiologie ; Pasteur enfin, grâce à la découverte des microbes, trouve ou permet de trouver la cause de la plupart des maladies.

Importance de la prophylaxie. — Il est inutile d'opposer la médecine dogmatique et empirique de 1810 à la médecine étiologique, pathogénique et prophylactique de 1928. Il est inutile de commenter les tendances actuelles de la science médicale et de paraphraser, plus ou moins longuement, la formule combien justifiée du professeur Richet : « La médecine moderne ne doit pas tant viser à guérir qu'à prévenir les maladies ».

En 1810, donc, le médecin n'a de rapports qu'avec les individus. Il soigne son malade et n'a pas à s'occuper de l'entourage, car il ignore la contagion.

En 1930, le médecin non seulement soigne le malade, mais encore doit protéger la collectivité, car il sait les dangers qui la menacent. Les progrès de la science ayant conduit le médecin à faire autant de prophylaxie et d'hygiène que de thérapeutique, l'exercice de la médecine ainsi conçu est-il compatible avec le secret professionnel absolu ? Le médecin dans son rôle de protecteur de la santé publique doit-il être toujours muet : telle est la question qui se pose.

L'état de la société et les conditions de l'exercice de la médecine.

A ne considérer donc que le côté scientifique du problème, il est permis de prévoir les difficul-

(1) G. Boinet : Les doctrines médicales ; et Rist : La tuberculose.

tés d'application du secret absolu. Si nous en abordons maintenant le côté social, les plus grandes difficultés encore nous apparaissent bientôt.

Le Code pénal date de 1810. Napoléon est le maître incontesté. Et cependant son pouvoir est fragile ; la conspiration Malet le prouvera bientôt. La classe sociale au pouvoir est, en fait, la bourgeoisie qui, inspirée par les philosophes encyclopédistes, a déclenché la Révolution quelque dix ans plus tôt. Le Conseil d'Etat, les Chambres de représentants sont encombrés d'anciens conventionnels enrichis qui, malgré les apparences, n'ont rien perdu de leurs principes. Ils travaillent toujours pour la liberté et l'égalité. Mais entendons bien : cette liberté est avant tout une liberté économique ; c'est la possibilité de produire et d'échanger, d'acheter des biens et de se concurrencer sans entraves. Cette égalité est la suppression des privilèges et castes de tous ordres, noblesse, corporations, qui enserraient la bourgeoisie dans des cadres trop étroits sous l'ancien régime. Et le Code-Napoléon, traduction juridique de ces tendances, est avant tout « un code individualiste dont la formule est : la même loi pour tous et chacun pour soi » (1). Comment d'ailleurs n'en serait-il pas ainsi ? La société sous l'Empire est bâtie sur le mode individuel. Deux classes sociales sont prépondérantes par l'influence ou le nombre : les propriétaires fonciers que leur aisance rend économiquement indépendants ; et les paysans, possesseurs ou non des terres, qui puisent dans les richesses naturelles du sol, qu'ils exploitent, de quoi se vêtir, se loger et se nourrir ; en un mot, de quoi satisfaire à presque tous leurs besoins matériels.

Le principe de solidarité économique.

Mais il n'en est plus de même. En un siècle la structure de la société s'est modifiée de fond en comble : le prodigieux essor de la grande industrie, l'apparition du paupérisme, la nécessité de la division du travail et de la spécialisation à outrance, rendent, dans notre société moderne extrêmement complexe, chacun solidaire des autres. Au principe : la même loi pour tous, et chacun pour soi, se substitue le principe : un pour tous, et tous pour un.

Ainsi se crée un collectivisme de fait, une communauté d'intérêts, qui unit par des liens étroits tous les membres de la Société.

Le médecin n'échappe pas à cette loi commune. Sous l'Empire, il était un petit propriétaire, que le revenu de sa vigne ou de son champ faisait vivre bien plus que les consultations souvent données gratuitement, ou payées par une motte de beurre ou un poulet. Aujourd'hui, il tend de plus en plus à devenir un salarié, qui ne doit compter que sur son labeur journalier et souvent écrasant pour gagner son pain et celui de sa famille. Le médecin contemporain dépend beaucoup plus de sa clientèle qu'autrefois. La société, par contre, a plus besoin des médecins qu'autrefois.

Le tiers payant.

Considérons en particulier, le développement de la classe prolétarienne, privée de tous biens et de plus en plus nombreuse, composée d'individus que la maladie peut du jour au lendemain réduire, ainsi que leur famille, à la plus grande misère, c'est-à-dire mettre à la charge de la collectivité. Les considérations d'ordre économique rejoignent ici les faits d'ordre scientifique signalés plus haut. « Ce qui n'est pas utile à l'abeille, n'est pas utile à l'essaim », disait Marc Aurèle. Ajoutons que ce qui est nuisible à l'abeille est nuisible à l'essaim. L'ouvrier a besoin de sa santé, pour vivre et nourrir les siens. La société a besoin de la force créatrice de l'ouvrier. Elle doit donc s'efforcer de prévoir la maladie, et d'empêcher le travailleur de devenir malade. Elle astreint l'ouvrier à un travail pénible et constant ; elle reconnaît néanmoins ses devoirs de solidarité envers lui. Et puis, les traitements modernes sont si longs, si coûteux ; les recherches de laboratoires et examens si nombreux, que la capacité de paiement du travailleur est bien vite épuisée. C'est alors qu'au malade insolvable, se substitue un tiers. Le grand phénomène qui modifie de nos jours l'exercice de la médecine est l'apparition du tiers payant.

Les lois sociales.

Et c'est pour ces raisons que naissent toute une série d'institutions : assistance publique ; assistance médicale gratuite ; loi sur les accidents de travail ; sur les réformés de guerre ; caisses d'assurances-maladie des mineurs et des cheminots ; sociétés mutualistes ; compagnies d'assurances privées, etc... La loi sur les assurances sociales apparaît comme le terme de cette évolution. Les adversaires de cette dernière loi, crient à la démagogie, et à la surenchère électorale ! Est-ce par démagogie, que l'Empereur d'Allemagne instituait en 1883 l'assurance-maladie ? Est-ce par surenchère électorale que le gouvernement italien actuel dresse un projet d'organisation de l'assurance-maladie obligatoire (l'assurance tuberculose, l'assurance vieillesse et l'assurance chômage existant déjà ?)

Non, mais l'assurance sociale est inéluctable dans un état industriel.

Médecine traditionnelle ou médecine sociale.

Et c'est ainsi que, sous la double influence des découvertes scientifiques, et de l'état de la so-

(1) « Histoire de France contemporaine de Lavisse ». Tome III, le Consulat et l'Empire, par G. PARISET, p. 168.

ciété, l'exercice de la médecine entre dans des voies nouvelles. Jadis, le médecin était le confident, qui connaissait les tares et les secrets de la famille. Dans la vie patriarcale que l'on menait alors dans les provinces françaises, où tout le monde se connaissait, où l'on avait le temps de s'observer, de s'épier même ; où l'idée de réprobation s'attachait aussi bien à la maladie qu'au péché ; où la peur du scandale maintenait une atmosphère ouatée et hypocrite, « le bon fonctionnement de la société exigeait que le malade trouvât un médecin, le plaideur un défenseur, le catholique un prêtre », et que ces hommes, choisis et appréciés pour leur haute valeur morale, fussent placés au-dessus des lois humaines. Les auteurs du code pénal avaient voulu, dans un but d'ordre et de paix publics, cristalliser une habitude d'individualisme fortement ancrée dans les mentalités françaises.

Cet individualisme n'est plus de mise. Le médecin moderne ne doit pas seulement se tenir sur la défensive, attendre le client et s'en remettre à la grâce de Dieu. S'il conçoit clairement et courageusement son rôle, il doit prendre l'offensive, collaborer avec les pouvoirs publics, prévenir autant que soutenir, pour le plus grand bien de la collectivité.

D'ailleurs, considérons les conditions pratiques de l'exercice de la médecine. Que devient le médecin de famille dans une population mouvante et flottante comme tend à le devenir, la population française ; que devient le confident, réduit de plus en plus au rôle d'aiguilleur, qui oriente son malade vers les spécialistes qualifiés. Que devient le secret dans les hôpitaux, où médecins et étudiants, infirmières et voisins de lit sont à même d'entendre la lecture d'observations, qui ne laissent rien de caché dans la vie d'un homme. Que devient la règle du silence avec l'intervention sans cesse croissante d'intermédiaires, administrations d'état ou organismes privés, entre malade et médecin ! Répétons ici un mot qui a fait fortune parce qu'il exprime une vérité hélas ! trop flagrante : le secret médical est un secret de polichinelle.

Tendances de la jurisprudence et de la législation.

D'ailleurs une double tendance se dégage, de l'étude de la jurisprudence et de la législation depuis 1810. Autant la jurisprudence, qui n'a, en somme, à considérer le plus souvent que des cas d'espèces, des conflits entre particuliers, se montre intransigeante en ce qui concerne les rapports du malade avec son médecin, et continue à faire obligation à celui-ci de garder bouche close sur tout ce qu'il a entendu ou vu, étendant même cette règle aux collaborateurs de plus en plus nombreux du médecin ; autant certains textes législatifs semblent considérer que, dans des cas bien définis, l'intérêt général doit primer les intérêts particuliers en matière d'hygiène et de santé publique. L'exemple le plus typique nous en est donné par la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Aspect définitif de la question.

La question nous apparaît donc sous un jour bien net : il ne s'agit plus comme jadis de se demander si, en présence d'un crime, le médecin doit parler. Cette question est définitivement tranchée.

Mais de savoir : d'une part, si en présence d'un malade qui est en danger pour son entourage, le médecin doit se taire ; — d'autre part, si, dans l'application des lois sociales, le médecin ne doit pas être tenu à faire certaines déclarations, contraires au principe du secret professionnel.

Ce n'est donc plus sous l'angle de la médecine légale que doit être considéré le problème, mais sous celui, beaucoup plus vaste, de la médecine préventive et sociale. Et la question peut se morceler en une infinité de problèmes particuliers. Nous ne pourrons les envisager tous ; mais nous nous limiterons à quelques exemples dont l'étude nous permettra cependant de conclure en toute connaissance de cause.

Pour la médecine préventive, deux points sont d'actualité : celui de la déclaration des décès, et celui de la déclaration des maladies transmissibles.

Pour la médecine sociale, la grosse question est celle des assurances sociales : il ne peut être traité du secret médical, sans que cet épineux sujet soit soulevé. C'est lui qui, sciemment ou non, est à la base du regain d'actualité que prend le problème.

Secret médical et certificat de décès.

En matière d'hygiène publique, c'est la question de la déclaration des décès que nous rencontrons la première. Les hygiénistes et nombre de médecins s'accordent à dire que la lutte contre les fléaux sociaux et l'organisation méthodique de la prophylaxie ne peuvent être vraiment entreprises qu'à condition d'avoir des statistiques sérieuses sur les causes des décès en France. Il est certain que, seule, cette statistique peut nous renseigner sur la géographie de nombreuses affections ; nous documenter sur la naissance, le développement et la fin des épidémies ; nous procurer de précieuses indications scientifiques ; inviter les pouvoirs publics à combattre le mal. Il est certain que cette statistique est à la base d'une campagne, logique et scientifiquement menée pour relever l'état sanitaire de notre pays. Cette vaste enquête ne peut être faite qu'avec le concours du Corps médical tout entier. Les médecins ne peuvent refuser de documenter les autorités sanitaires sur les causes de mort de leurs clients. Mais ce faisant, ils violent l'arti-

cle 378 du code pénal. En l'état actuel de la législation, tout médecin, qui porte un diagnostic sur un certificat de décès, est passible des tribunaux. La loi, faite à une époque où l'intérêt individuel primait tous les autres, ne répond plus aux nouvelles tendances qui semblent désirer que l'intérêt individuel cède le pas devant la sauvegarde sanitaire générale.

La loi actuelle et son application. — On sait la procédure actuelle. L'article 77 du code civil déclare qu'aucune inhumation ne peut être faite sans autorisation de l'officier de l'état civil. Celui-ci ne la délivrera qu'après s'être rendu auprès du corps, pour s'assurer que la mort est certaine.

En fait, la loi n'est jamais strictement appliquée. Eliminons d'abord les hôpitaux de l'assistance publique, où le diagnostic de décès est exigé, en violation manifeste du secret médical. Dans quelques rares grandes villes, l'officier de l'état-civil délègue des médecins dits d'état civil, qui constatent l'état du cadavre et s'efforcent par l'examen de celui-ci et l'interrogatoire de la famille de porter un diagnostic rétrospectif ; inutile de dire que ce diagnostic est le plus souvent erroné, ou du moins scientifiquement insuffisant. Certaines villes exigent un certificat du médecin traitant, que celui-ci ne peut refuser, mais qui contient uniquement le constat de décès. Enfin, dans la plupart des petites villes et à la campagne, les officiers d'état civil, maires et secrétaires de mairie, reçoivent la déclaration verbale du décès, portent sur la statistique un diagnostic plus ou moins fantaisiste, et délivrent le permis d'inhumer sans plus de difficultés.

Le double certificat. — Certaines administrations préfectorales (Seine-Inférieure, Loiret) ou municipales (Bourg, Chartres), par exemple, ont cru pouvoir sauvegarder les intérêts sociaux et individuels et satisfaire à la fois les exigences de la statistique sanitaire et du secret professionnel. Sous les modalités à peine variables, elles font rédiger un double certificat : l'un, ouvert, ne contenant que la constatation du décès et remis à la famille en vue du permis d'inhumer ; l'autre fermé, destiné au bureau municipal ou départemental d'hygiène, en vue de la statistique mortuaire, et contenant des renseignements médicaux précis sur la nature du décès.

Or, là encore, l'article 378 est violé : en l'état actuel de la législation, le médecin traitant est tenu au secret professionnel même vis-à-vis d'un autre médecin directeur d'un bureau départemental ou municipal d'hygiène. Il ne peut lui communiquer le diagnostic exact de la cause des décès, survenus dans sa clientèle, sans enfreindre les obligations de la loi, ainsi qu'en fait foi la réponse du garde des Sceaux à M. le Ministre de l'Hygiène (23 novembre 1923.)

La loi sur le secret professionnel ne permet donc, par aucun moyen, d'établir des statistiques de décès sérieuses car le médecin traitant, le seul qui soit à même de connaître exactement la nature de l'affection à laquelle le malade a succombé, ne peut parler.

Nécessité de modifier la loi. — Seul, un texte de loi peut intervenir pour relever le médecin du secret professionnel et lui faire une obligation de déclarer confidentiellement à un autre médecin fonctionnaire les causes de décès de ses clients. Nous n'insisterons pas sur les modalités d'application d'une semblable loi : aux législateurs, aux juristes et aux médecins, de s'entendre pour dresser un projet viable, souple et conforme aux intérêts de chacun. Notons seulement un point particulier : il est à souhaiter que les dispositions de l'article 29 du Code d'instruction criminelle, ne soient pas applicables aux médecins directeurs de services d'hygiène en matière de certification médicale des causes de décès ; car cet article fait obligation à tout officier public, ayant acquis dans l'exercice de ses fonctions la connaissance d'un crime ou délit, d'en donner sur le champ avis au procureur de la République. Ainsi le praticien ne saurait craindre de dénoncer un crime ou délit, en rédigeant consciencieusement sa fiche de décès (1).

Et cette dernière objection étant levée, nous pensons que rien ne s'oppose à l'application d'une semblable loi, puisque aussi bien, un des défenseurs les plus éminents du secret absolu, Brouardel, dans son ouvrage sur le secret médical, approuve un projet à peu près semblable, présenté à l'Association générale des médecins de France par le docteur Passant, et adopté par elle dès 1886.

Secret médical et déclaration des maladies contagieuses.

Continuant notre route, nous rencontrons le vaste problème de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Personne, aujourd'hui, n'en discute plus le principe. Mais nombreux sont ceux qui protestent contre les insuffisances de la loi de 1902.

Tout d'abord, le Corps médical réclame presque en entier que l'obligation de la déclaration des maladies transmissibles soit imposée aux familles, et non plus aux médecins. Pour notre part, nous avouons ne pas comprendre les arguments avancés en faveur de cette thèse ; et nous ne voyons pas quels bénéfices moraux ou pratiques, le médecin pourrait retirer de cette dérobade à ce qui nous paraît comme le plus sacré de ses devoirs professionnels et sociaux.

---

(1) Cf. Le Secret médical et les Enquêtes médico-sociales ; Paul BOUDIN (*Concours médical*, 7-VIII-27).

Dans un cas le médecin, son diagnostic posé, fait savoir au chef de famille que celui-ci doit avertir les autorités sanitaires, et il le renseigne en même temps sur les responsabilités pénales qu'il encourt à ne pas faire sa déclaration. Dans l'autre, le médecin fait cette déclaration lui-même. La différence est mince, puisque aussi bien, dans les projets de modification de la loi, le medecin, comme dans les déclarations de naissance, serait tenu, devant la carence du chef de famille, à se substituer à celui-ci et à faire la déclaration, tombant ainsi sous le coup des mêmes responsabilités civiles.

Quoi qu'il en soit de cette question, qui, à tout prendre nous paraît secondaire, d'autres insistent sur l'incohérence de la liste dressée ; ils font remarquer que ni la rage, ni le charbon, ni l'encéphalite épidémique ne figurent sur cette liste ; ils disent que la désinfection, souvent mal faite, est encore plus souvent inutile (rougeole par exemple), et qu'il conviendrait peut-être de s'inspirer de la législation allemande, qui ne demande les déclarations de la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, que lorsque ces affections présentent un caractère épidémique.

Modifications de détail, en somme ; et nous croyons qu'une réglementation plus jeune, mieux adaptée aux connaissances médicales récentes, suffirait pour donner à cette loi de 1902 le caractère d'actualité scientifique, qui lui manque un peu.

Mais, en réalité, le problème qui se pose avec le plus d'acuité est celui de la déclaration des maladies dites sociales : la tuberculose et la syphilis.

(A suivre)

MUTUALITÉ FAMILIALE

La pension des enfants

Quand les fondateurs de notre Société ont décidé de débaptiser l'Association amicale des Médecins français, pour l'appeler « Mutualité familiale du Corps médical français », ils incorporèrent au titre ce mot de *familiale*, montrant ainsi leur souci d'étendre le bénéfice de la Mutualité aux femmes et aux enfants des médecins participants.

Déjà la Caisse des veuves et orphelins était ouverte sous le nom de Combinaison V. Mais, le Conseil d'administration estima que c'était insuffisant pour expliquer, pour légitimer ce mot de « familiale », et il décida d'ouvrir aux femmes et aux enfants des adhérents les combinaisons retraites.

Il ne fallait évidemment pas songer à leur ouvrir les rangs des combinaisons indemnités-maladie, puisque celles-ci avaient toujours été considérées comme devant garantir les intéressés, non pas contre le fait d'être malades (erreur encore trop répandue aujourd'hui parmi nos membres), mais contre l'impossibilité d'exercer la profession médicale, du fait d'une cause pathologique quelconque.

Mais le Conseil estima que les Caisses de Retraites n'avaient aucune raison de rester exclusivement réservées à nos confrères personnellement, et qu'elles pouvaient fort bien accueillir leurs femmes et même leurs enfants à partir de 20 ans, leur permettant de s'y inscrire et de participer à l'âge voulu au service des pensions.

C'est ainsi que nos combinaisons P et R furent ouvertes aux femmes et aux enfants des membres de la Mutualité familiale, et, c'est ainsi également que notre Société devint effectivement « familiale ».

Un certain nombre d'entre nous en ont profité pour associer leurs femmes aux bénéfices d'une prévoyance bien comprise, et, aujourd'hui, nous comptons déjà plus de 80 femmes de confrères parmi nous.

Par contre, je ne suis pas peu surpris de voir que fort peu d'entre nous ont aussi songé à leurs enfants. Est-ce ignorance, simple oubli ? Est-ce confiance trop grande en l'avenir, en cet avenir si lourd d'inquiétudes à l'époque que nous vivons ? Est-ce que la prévoyance, considérée comme bonne encore pour l'épouse et la compagne de la vie, ne semble plus intéressante, quand il s'agit des enfants ? Hélas ! sans me montrer d'un pessimisme excessif, j'ai peur que l'avenir ne se présente comme encore plus dur pour nos enfants que pour nous-mêmes, et que nous ne fassions jamais assez pour assurer à leurs vieux jours un peu de sécurité matérielle, un peu de tranquillité morale.

N'est-il pas curieux qu'une Association vienne de se fonder pour porter secours aux infortunés des classes moyennes ? Citerai-je tous les cas de sombre misère énumérés par M. Maurice Donnay dans l'article de propagande qu'il lançait récemment dans la grande presse ?

Je conseille à mes lecteurs de s'y reporter et je veux simplement aujourd'hui y ajouter un cas bien typique que je connais.

Voici l'histoire :

Le hasard me faisait récemment rencontrer dans une maison amie une personne déjà âgée, dont la conversation distinguée contrastait singulièrement avec une tenue extérieure qui sentait la détresse. Elle venait demander qu'on voulut bien la recommander comme garde-malade.

Lorsqu'elle fut sortie, la maîtresse de maison me demande si je connaissais cette demoiselle :

— Non !

— C'est pourtant la fille d'un de vos anciens confrères.

— . . . . . ?

— C'est Mademoiselle X . . .

Les bras m'en tombèrent !

X..., chirurgien en chef d'un grand hôpital, avait eu une clientèle superbe. Il jouissait auprès de ses confrères d'une notoriété du meilleur aloi et avait été mis par eux à la tête de toutes les associations professionnelles et savantes de la région.

Il était mort, rapidement enlevé, victime de son devoir professionnel, et sa disparition subite et inattendue avait laissé une situation matérielle embarrassée que personne n'eût pu supposer, même dans son entourage intime. Des spéculations de Bourse hasardeuses et malheureuses avaient englouti toutes ses économies, et il disparaissait, ainsi que je l'appris, laissant les siens sans ressources et dans la misère !

Et je songeais au temps où sa fille, jeune, adulée, avait à ses ordres plusieurs domestiques et une automobile, et je le comparais amèrement à celui où cette malheureuse venait implorer une place de garde-malade !

Et je me suis maintes fois demandé, depuis ce jour, comment il se fait que l'ouverture de nos Caisses de retraites aux enfants de nos confrères soit si peu comprise : car des exemples semblables à celui, que je viens de citer, ne sont pas rares aujourd'hui, et je connais pas mal de confrères qui, ne gagnant que la matérielle de chaque jour, incapables d'accumuler des économies suffisantes pour assurer l'avenir, lancent leurs enfants dans des professions plus ou moins lucratives, plus ou moins brillantes, certes, mais peu susceptibles de parer aux catastrophes toujours possibles.

Aussi, est-ce pour moi un profond étonnement que de constater que la plupart de nos sociétaires oublient ou négligent de nous affilier leurs enfants et de leur assurer ainsi un secours au jour du besoin.

Ce secours n'est pas négligeable maintenant puisque pour un enfant de 20 ans par exemple il n'en coûterait qu'une cotisation annuelle de 180 fr. 40 (ou 213 fr. 40 contre-assurée), pour lui garantir une pension de 2.400 francs à 60 ans et qu'avec une cotisation de 286 francs (ou 341 fr. contre-assurée) on lui garantirait une première pension de 2.400 fr. à 60 ans et une seconde de 2.400 fr. encore à 65 ans, soit 4.800 francs à ce dernier âge.

Et j'ajoute que, l'an prochain sans doute, ce maximum de retraite sera porté à 3.600 fr. pour chaque combinaison, ce qui à 65 ans pourrait assurer 7.200 fr. de pension aux affiliés.

Voilà ce que la Mutualité familiale offre à la famille du médecin comme à lui-même.

Les cotisations à prévoir peuvent être facilement économisées, et confiées à nos Caisses, elles ne risquent pas de s'évaporer dans des kracks financiers, car nos placements offrent toutes garanties, et si son portefeuille s'effondrait, c'est que c'en serait fini de la France et de sa fortune.

Nous n'en sommes heureusement pas là et je le répète, nos enfants méritent bien le geste de prévoyance que réclame la sécurité de leur avenir.

Dr H. MIGNON.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Qu'un homme à genoux se trouve délivré de la maladie de la haine et même de toute maladie, cela est physiologique. Je le vois qui reprend l'attitude première, l'attitude du fœtus, la mieux protégée.....

(ALAIN).

CCCXXXII. — STENDHAL. — **Pensées.** Filosofia nova. 2 vol. 10 × 16 tirés à 2.200 ex. numérotés sur vergé Lafuma. *Ed. Le Divan*, Paris, 1931.

Monsieur Henri Martineau, qui est un des stendhaliens connaissant le mieux son illustre sujet, continue la publication des œuvres de Stendhal. Les deux volumes, baptisés d'un titre mi-latin, mi-italien, appartiennent aux œuvres de jeunesse. A la vérité, ils n'ont pas la cohésion absolue, que rêvait de leur redonner plus tard leur auteur. Stendhal avait alors l'âge des projets mirifiques et il nous dit ingénuement que : le « *but de la filosofia est de faire goûter le plus possible plusieurs vérités morales, que j'ai découvertes et que je crois neuves. Cet ouvrage sera composé de descriptions et de vérités* ». Et si cet aveu, où éclate la touchante fatuité de l'adolescent, a une savoureuse candeur, les pensées, qui lui font fort honorable suite, sont un indiscutable témoignage de la précocité, de la maturité de son esprit. Il en est quelques-unes, qui débordent de tant de jeunesse, que nous ne pouvons, sans sourire, considérer cette barbe austère et postiche de philosophe, que Stendhal accrocha fort sérieusement à son menton glabre, et qu'il allait déposer, quel-

ques années durant, pour devenir, par amour, épicier à Marseille à la poursuite de la tendre Louason. La « doctrine de vie » de Beyle est ébauchée ici très largement déjà. Suivant le mot très heureux de Martineau, philosophiquement parlant, il « occupe les positions », d'où repartira plus tard sa critique humaine, et trace les vastes assises sur lesquelles, il construira. Il annonçait une pièce de théâtre sur « Les médecins ». La réalisa-t-il ? Dort-elle dans les cartons de Grenoble, où ne vit elle jamais le jour ? La typographie du Divan est d'une très sobre élégance et les éclaircissements de Monsieurs Martineau d'une bien agréable compagnie.

CCCXXXIII. — J.-Louis VAUDOYER. — **Souvenirs de la Rue des Vignes.** 1 vol. 12,5 × 18 avec un frontispice d'Albert Besnard, tiré à 750 ex. numérotés sur pur fil Lafuma. *Editions Le Divan*, Paris, 1931. Prix : 18 fr.

Le même éditeur donne le second volume (1) de sa collection « Souvenir de René Boylesve ». Les souvenirs et les impressions de Vaudoyer sont d'une parfaite justesse... « *Son public ne l'a pas subi, mais choisi* », dit-il, par exemple. Quel rappel concis et éloquent à l'étourderie publicitaire et au sans-gêne commercial des « littérateurs » actuels ! Toutes les remarques, touchant le grand écrivain disparu, ont cette même exactitude. A l'aide de souvenirs pieusement évoqués, Vaudoyer nous montre la nature si fine, si émotive de Boylesve, les froissements de son destin venus de son exquise sensibilité, de sa compréhensive bonté, de sa timide modestie. Disciple fidèle, Jean-Louis Vaudoyer ne s'attarde pas à la couleur des pantoufles de son Maître et la qualité de son évocation ne s'en trouve point diminuée.

CCCXXXIV. — Henri BÉRAUD. — **Emeutes en Espagne.** 1 vol. 12 × 19 . *Ed. de France*, 1931. Prix : 15 fr.

Quand éclate, serait-ce au diable vauvert, quelque cataclysme social, on peut être certain, que servi par un instinct infaillible, Henri Béraud est déjà arrivé, avec son Bloc-notes, sa pipe et son flegme. Son livre rapporte les événements qui ont *précédé* la Révolution espagnole. Il est paru *avant* son déclenchement, et avec une sûreté, qui même rétrospectivement est impressionnante, il nous en explique, à coup d'images, la maturation. Les romanciers, qui encombrent les vitrines d'œuvres auxquelles Monsieur Grasset est bien excusable de vouloir « casser les reins », devraient bien prendre de cette graine. Car, parler de reportage pour une œuvre de cette profondeur, c'est rapetisser étrangement ses horizons. Dans cette fièvre qui gagne la péninsule, Béraud discerne avec un don de synthèse vigoureux, les raisons cachées, le retentissement prochain des gestes des protagonistes, le ballet tragique des figurants. Sa description du décor, la toile de fond désolée de l'Espagne, étoffe singulièrement le récit. On voit le paysage modelant l'homme et son âme et donnant aux événements un caractère national particulier. Des paysans farouchement résignés aux dilettanti écervelés, des maladresses du régime aux possibilités troubles de l'avenir, sous l'apparent décousu des incohérences d'une politique d'opérette, ténébreuse, bruyante de jactance, il isole une unité pathologique de cette curieuse « Espagne invertébrée ». Pages joyeuses, pages émues alternent suivant les remous d'opinion acceptant la traditionnelle dilapidation des deniers publics, l'injustice fiscale, l'arrogance aristocratique, ou frémissant de la chevaleresque épopée qui conduit au peloton d'exécution les insurgés de Jaca. Et je présume que cette histoire contemporaine plus vivante exige, quand elle parvient à cette netteté une sûreté de jugement, une puissance de travail, une joie dans l'effort, que ne connaissent pas les académiciens patients, qui grignotent les archives. Et le plus étonnant de cette étonnante monographie, c'est qu'elle contient encore une morale, *avant la lettre*, de la révolution qu'elle annonce. Il y a un grave avertissement à la page 110 :

« *C'est là toute la question. Une grave question. Car elle ne met pas seulement en jeu l'avenir immédiat de l'Espagne. Elle concerne l'Europe et la civilisation occidentale* ».

Béraud n'est pas un des plumitifs, qui ont professionnellement la colique. Nous avons le droit de nous demander avec lui où va nous conduire cette mousqueterie d'Espagne qui s'éteint et se rallume à travers la fumée des premiers incendies. La vie continue. Mais le « vent du Nord » va peutêtre ranimer les flammes, ce vent que Duhamel nous disait porter dans ses courants fluides un « *Chant du Nord* » pacifique et serein. Espérons que dans un prochain livre, Béraud nous rassurera, en nous montrant quel usage judicieux vont faire nos voisins de cette liberté, qu'ils « méritent » peut être, mais qui semble leur donner quelques vertiges. Et souhaitons surtout que ces malaises ne soient pas les prodromes d'une épilepsie révolutionnaire..... contagieuse.

CCCXXXV. — Paul MORAND. — **Papiers d'identité.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Grasset*, Paris, 1931.

Monsieur Paul Morand n'est pas plus indulgent que son éditeur pour la litterature *actuelle.*

Un de ses personnages, qui lui ressemble comme un frère, nous confie :

(1) Je vous ai signalé le premier consacré aux rapports de René Boylesve avec Marcel Proust.

« *J'ai trop lu ; les livres me font dormir. Il me faut des mots poussés par un souffle vivant.* »

Or, quand ceux de Monsieur Morand sont échoués sur le papier, ils gardent ce frémissement de vie des paroles articulées. C'est sans doute cette originalité, qui a valu à l'auteur cette auréole de légende, qu'il s'emploie à dissiper dans son nouveau livre, en nous offrant un ensemble très séduisant et très varié de fragments littéraires d'inspiration très diverse. Mais qu'il s'agisse d'essais, de panoramas, de critique, de notes de voyage, on retrouve à chaque page cet aspect spécial de sa prose. Images saisies, dans la rapidité de leur fuite par un déclic d'instantané. Tant pis, s'il entre dans notre œil un angle pointu, une grimace ; la perspective suivante les chasse dans le rythme accéléré, qui emporte ses personnages, ses notations, ses trouvailles de style. Et ce n'est pas ce livre qui détruira le portrait cubiste de Morand, éclairé d'un énigmatique sourire, et où nous l'imaginons, mitraillant sa page blanche avec un stylographe ensorcelé contenant en comprimés synthétiques toutes les images du monde.

CCCXXXVI. — **Chartres et la Beauce chartraine**, par Marcel ROBILLARD. 1 vol. 15 × 20 orné de 156 héliogravures. Collection Sites et Monuments. *Ed. Arthaud*, Grenoble, 1931.

Tous les trésors artistiques assemblés autour de la splendide cathédrale sont parfaitement mis en lumière par un écrivain fort érudit, qui les décrit comme il les aime, avec la religieuse passion d'un familier de leur histoire. C'est un fort intelligent défi à la réputation de « monotone » grandeur d'une région, où abondent de curieux vestiges d'une riche histoire régionale. Les clichés qui illustrent très largement le texte sont tirés avec une soigneuse finesse et leurs détails ressortent avec une netteté discrète d'une remarquable précision.

CCCXXXVII. — L. BERTHAUT. — **Les Chevaliers de la Mer.** 1 vol. 12 × 19. Collection La Grande Légende de la Mer. *Ed. La Renaissance du Livre*, Paris 1931. Prix : 15 fr.

Quelle belle simplicité dans ses récits, consacrés aux sauveteurs de la mer, marins paisibles, taciturnes, transfigurés dans le danger et faisant si tranquillement grande figure de héros modestes. Gauches dès qu'ils doivent raconter, ils ont une maîtrise surhumaine dès qu'ils luttent contre les colères de la mer. Et le récit de leurs victoires ou de leur sacrifice, très fermement conté par Monsieur Berthaut, a une émouvante grandeur de chanson de geste.

CCCXXXVIII. — Jean François D'ESTALENX. — **La Route d'Eau.** 1 vol. 12 × 19. Roman, *Ed. Plon*, Paris, 1931.

Le roman, « régionaliste » de Monsieur d'Estalenx est très agréablement écrit. Ses braconniers d'eau douce des rives de l'Adour ont, dans le sang, avec l'ardente passion de leur pêche la brutale sentimentalité des simples. Cousins du Tabusse de Chamson, du Panturle de Jean Giono, du Raboliot de Genevoix, ils animent les berges calmes et le village ensoleillé de leur joie bruyante de leurs ruses nocturnes, de leur amour violent comme leur force. Au fil du livre sont évoquées aussi ces noces mystérieuses des poissons, dont je vous reparlerai prochainement à propos du beau livre du Professeur Roule. Le style de Monsieur d'Estalenx, solidement nourri d'humanités, décrit sans fadeur cette bucolique aventure, où dansent frénétiquement quelques Satyres, fort occupés des nymphes locales.

Varia. — *Le Docteur Noir vous a longuement parlé du nouvel *inédit* de Cabanès consacré, exclusivement, à la pathologie psychique ou mentale de quelques grands hommes de lettres : La Fontaine, Restif, Rousseau, Musset, Hugo... et Sainte-Beuve, les Goncourt. Bien construit, bien documenté, illustré avec à-propos, il doit compléter votre collection.

**Le Crapouillot* de mai a opportunément rapproché dans la même livraison une première série de documents touchant l'Exposition coloniale et quelques peintures du Salon, une chronique sur Guillaume II et une sur Charlot. Quelques pages, avec le filet normal de vinaigre, signées de Cals, Rousseaux, Luc Benoist, a mal regardé les dessins de Deluermoz, car je n'ose pas supposer qu'il ait mal vu.

*Dans la *Nouvelle Revue Française* de mai, une traduction ardue de SOUPAULT, une très pénétrante étude de CRÉMIEUX sur les tendances littéraires de l'après-guerre. Et de THIBAUDET, une étude curieusement équilibrée de l'art muet de Charlie Chaplin. Au passage, j'ai noté un peu plus loin un qualificatif, aussi juste que peu amène, d'une œuvre poétique de grande envergure qui aurait « versé dans un romanesque d'affiches de gare ».

*Ma prière n'a pas été vaine. J'ai reçu, au lendemain de la parution de ma chronique, les numéros parus d'*Errata*. Sur l'enveloppe, j'ai retrouvé l'écriture ordonnée du plus redouté des pamphlétaires. Je lui adresse (puisqu'il lit le *Concours médical*) mes meilleurs remerciements, en l'assurant qu'après avoir lu le numéro trois de ce féroce petit journal, je suis beaucoup plus égoïstement content que ne doit l'être Monsieur Pierre Benoît, ou que ne le fut Monsieur Vandérem après avoir lu le numéro deux.

20 mai 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Le sang de Danton

La *Comédie Française* vient de monter en trois actes et 25 tableaux, la pièce de M. Saint-Georde Bouhélier : *Le sang de Danton.*

Cette pièce est une sorte de suite éloignée, de contribution à l'enseignement de l'Histoire de France aux enfants, analogue à la chronique de Louis XI : Les Compères du Roi Louis, qui comportait, elle aussi, beaucoup de tableaux. Déjà, « La Passion » ne comportait presque que des tableaux, mais elle avait en plus le charme du texte en vers classiques. On peut dire ici que le texte, tout comme dans les compères du roi Louis, n'est pas gênant et rattache suffisamment les tableaux les uns aux autres.

J'ai entendu dire, dans les couloirs, que la part d'invention de l'auteur était assez modeste. C'est inexact, elle est insuffisante ; il lui a fallu, en effet, adopter une thèse parmi celles qui ont eu cours et choisir les 25 tableaux de synthèse susceptibles de l'illustrer le mieux ; et ce n'est pas rien ! La thèse est discutable..... comme toutes les thèses : nul n'est obligé de voir avec joie diminuer à plaisir la grande figure de Robespierre en le présentant comme un être d'indécision et de faiblesse, tandis que Danton est représenté en Agneau Pascal !

Rien à dire de Saint-Just ; il n'est qu'esquissé, et son physique apparaît si naturellement et si simplement celui du tableau qui fut exposé naguère à Carnavalet, qu'il donne, en harmonie avec son nom, une réelle impression de justesse.

D'ailleurs, je dois rendre aux acteurs un hommage mérité : Madame Mary Marquet est une superbe et hautaine Teresia Cabarrus, maîtresse de Tallien ; MM. Léon Bernard et Denys d'Inès sont un Danton et un Robespierre auxquels vont les applaudissements mérités du public.

A la vérité, la Comédie Française a réalisé les décors dans une note synthétique sobre et nette : il y a là sur les décors des *Compères du Roi Louis,* un progrès de principe que je considère comme très important : ceux-ci étaient, en effet, des décors de synthèse, mais des décors de fantaisie, et l'impression qui en ressortait jointe à la relative pauvreté d'un texte — ni vers, ni prose —, sorte de phraséologie, à peine rythmée, obligé de se suffire à lui-même par sa valeur de fond sans s'appuyer sur la charpente, souvent utile de la forme, n'était pas de grande qualité !

L'auteur avait le choix entre des décors exacts (synthétiques ou non) et des décors faux ; il choisit les décors faux. Je crois qu'il eut tort, et tort la Comédie qui les accepta.

(En particulier, le décor du château de Loches et de la Cage du Cardinal La Balue, dont réalité et documents existent encore très complets n'auraient eu qu'à gagner en s'inspirant de la réalité telle qu'on la visite à Loches.)

La vérité des décors, quand il s'agit de pièces didactiques, est de la plus haute importance, surtout à la Comédie Française, parce qu'à ses représentations beaucoup de gens viennent apprendre l'histoire : à ce théâtre, ni les idées, ni les images ne doivent être des thèses d'histoire avec des polémiques non encore mises au point, et le respect des grandes lignes du classique y doit être érigé en règle. Loin de moi l'idée de me dissimuler les difficultés que cela comporte, mais je suis de ceux qui ne croient pas que la Comédie Française doive largement enseigner aux enfants l'histoire en images : il ne faut pas que, peu à peu, le répertoire de notre grande scène serve de refuge à l'histoire de France en tableaux.

Le *Sang de Danton* ferait un très beau film parlant ; projeté dans de quelconques cinémas, il mériterait, par son texte et sa mise en scène, sans nul doute, beaucoup d'éloges.

La tentation, assurément, dut être grande de profiter des mouvements d'idées au Parlement et d'utiliser les oscillations récentes des notions Robespierristes et Dantonistes : l'Evocation du Tribunal révolutionnaire au moment où la Commission d'enquête et la Chambre décrétaient d'accusation des membres du Parlement et les traduisaient devant la Haute Cour ont pu paraître un mode de quasi-publicité avantageux à exploiter....

... Quoi qu'il en soit, il ne paraît guère souhaitable que la Comédie Française engage son répertoire vers une tendance didactique, à tendance trop simple dans la direction du « primaire », tendance à laquelle conduit si aisément l'idée de synthèse poussée à l'excès dès lors qu'elle dépasse le demi-schématique.

Dr G. POLÊME.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo

Compte rendu de l'Assemblée générale du 8 *mai* 1931

Présents : MM. les Docteurs Robert, président de la Fédération d'Ille-et-Vilaine ; et Brault, secrétaire du Syndicat de Rennes ; Pallier, Lenormand. Maigné, Lebreton père, Besnier, Page, Ferey, Roland, Lizaret, Derrien, Dinard et Saint-Servan ; Billant, Thubert, Simon, Perrier, Delorgeril, Maris, Noury, Duchêne, Aubry, Boulogne, Jourdain, Guiot, Nicolleau, Brébant.

Excusés : Docteurs Bazin de Paramé, et Ringuet.

La séance est ouverte à 4 h. 15.

1° L'assemblée approuve à l'unanimité les décisions prises au dernier Conseil de la Fédération d'Ille-et-Vilaine, ainsi que les comptes des frais pour lesquels le Syndicat de Saint-Malo est débiteur de 217 francs.

2° Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine a refusé l'augmentation des tarifs d'A. M. G. demandée par la Fédération.

Sur une question de la Confédération des Syndicats médicaux français, l'assemblée déclare à l'unanimité qu'une grève médicale administrative paraît impossible dans les circonstances actuelles ; la solution des difficultés, que soulève l'application des lois sociales, doit être cherchée par d'autres moyens.

3° Les médecins de Dinard sont invités à chercher l'obtention d'une convention entre l'hôpital et les Caisses d'assurances, conforme à celles qui ont été établies pour Saint-Malo et Saint-Servan.

4° Les médecins doivent s'attacher à remplir correctement les pièces concernant les assurances sociales, auxquelles le Corps médical a promis l'essai d'une collaboration loyale. A la suite de quelques malentendus, il s'est produit parfois des frictions regrettables. En fin de séance, un représentant des Caisses a été admis à échanger des explications avec quelques-uns de nos confrères ; de ces conversations on a pu conclure qu'aucune mauvaise volonté n'existait de part et d'autre, et que les difficultés rencontrées provenaient uniquement des complications excessives d'une loi dont la responsabilité n'incombe ni aux représentants des Caisses, ni au Corps médical.

Pour le bureau :

Le Président, Dr PALLIER.

Le Secrétaire, Dr MAIGNE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires.** (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques. Pavillon Albarran.) — Ce cours sera fait sous la direction du Docteur Maurice CHEVASSU, du lundi 20 juillet au samedi 8 août 1931, par MM. CHEVASSU, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; BOPPE, chirurgien des hôpitaux ; BRAINE, chirurgien des hôpitaux ; LEIBOVICI, prosecteur des hôpitaux ; M. LEROY, ancien chef de clinique gynécologique ; BARIÉTY, chef de clinique médicale ; BAYLE, assistant du service ; GAUTIER, assistant de consultation ; LAZARD, assistant de cystoscopie ; CANOZ, chef du laboratoire de bactériologie ; MORET assistant de radiologie.

Le cours sera complet en trois semaines. Il comportera, le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu chaque jour, à 4 h. 1/2, sous la direction des Docteurs BOPPE, et BAYLE et du Docteur LEIBOVICI. Consulter les affiches spéciales.

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 20 juillet. Matin : CHEVASSU : L'urètre et son cathétérisme ; BAYLE et CANOZ : Examen clinique des Urines. — Soir : GAUTIER : La blennorragie aiguë. Clinique et laboratoire ; BOPPE : Les ruptures traumatiques de l'urètre.

Mardi 21 juillet. Matin : GAUTIER : La blennorragie chronique, critériums de guérison ; CHEVASSU : Examen clinique des urinaires. — BAYLE : Les rétrécissements de l'urètre, l'urétrotomie interne ; LEROY : La blennorragie féminine. Les polypes de l'urètre.

Mercredi 22 juillet. Matin : BAYLE : Les abcès urineux. L'infiltration d'urine ; CHEVASSU et LAZARD : L'anesthésie en chirurgie urinaire. — Soir : GAUTIER : L'étude de l'urètre antérieur à l'urétroscope. — BAYLE : Phimosis et paraphimosis. Induration des corps caverneux.

Jeudi 23 juillet. Matin : LEIBOVICI : Hypospadias. Épispadias ; BAYLE : Prostato-vésiculites. Abcès de la prostate. — Soir : GAUTIER : L'Étude de l'urètre postérieur à l'urétroscope ; LAZARD : Calculs et corps étrangers de l'urètre. Calculs de la prostate.

Vendredi 24 juillet. Matin : CHEVASSU : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique ; BAYLE : La clinique de l'hypertrophie prostatique. — Soir : BAYLE : Cancer de la prostate ; LAZARD : L'étude de l'urètre postérieur à l'urétrocystoscope.

Samedi 25 juillet. Matin : CHEVASSU : Traitement de l'hypertrophie prostatique. La cystostomie ; LAZARD : L'étude endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Lundi 27 juillet. Matin : CHEVASSU et LAZARD ; Le

cystoscope et la cystoscopie ; CHEVASSU : La prostatectomie pour hypertrophie. — Soir : BAYLE : Les cystites. LAZARD et MORET : Les diverticules vésicaux. Cystoradiographie.

Mardi 28 juillet. Matin : LEIBOVICI : L'anatomie du rein. Les voies d'abord du rein ; CHEVASSU : L'exploration fonctionnelle des reins. — Soir : LEIBOVICI : Les tumeurs de la vessie ; LAZARD : La cystoscopie des tumeurs vésicales. Fulguration.

Mercredi 29 juillet. Matin : BAYLE, : Pyélonéphrites ; CHEVASSU : Abcès corticaux du rein. Phlegmons périnéphrétiques. — Soir : BOPPE : Les fistules vésicales, vésico-vaginales en particulier ; LAZARD : La cystoscopie des vessies ouvertes et fistuleuses.

Jeudi 30 juillet. Matin : CHEVASSU : Les calculs urinaires ; MORET : Radiographie des calculs urinaires. — Soir : LAZARD : Cystoscopie des calculs vésicaux ; BAYLE : Traitement des calculs vésicaux. Lithotritie.

Vendredi 31 juillet. Matin : BAYLE : Les coliques néphrétiques et les douleurs abdominales qui s'en rapprochent ; CHEVASSU : Le traitement des calculs du rein. — Soir : CANOZ : Vaccins et sérums en urologie ; BRAINE : Rein mobile. Néphropexie.

Samedi 1er août. Matin : CHEVASSU : L'azotémie ; CHEVASSU : La constante d'Ambard. La phénolsulfonephtaléine.

Lundi 3 août. Matin : BAYLE : Les rétentions d'urine ; CHEVASSU et LAZARD : Le cathétérisme des uretères. — Soir : BOPPE : Les traumatismes du rein ; BAYLE : Les hydronéphroses. Les rétentions rénales.

Mardi 4 août. Matin : CHEVASSU : L'exploration fonctionnelle des reins séparés ; LAZARD : Lavages du bassinet. — Soir : BARIÉTY : Les acidoses en urologie. Le traitement préopératoire des diabétiques ; BAYLE : Les kystes du rein. Les reins polykystiques.

Mercredi 5 août. Matin : CHEVASSU : La tuberculose urinaire ; GAUTIER : La recherche du bacille de Koch dans les urines ; CHEVASSU : La néphrectomie pour tuberculose. — Soir : BAYLE : Traitement non opératoire de la tuberculose urinaire ; LAZARD : La cystoscopie de la tuberculose urinaire.

Jeudi 6 août. Matin : BAYLE : L'installation d'un cabinet urologique ; CHEVASSU : Les néoplasmes du rein, la néphrectomie pour cancer. — Soir : LEBOVICI : Calculs de l'uretère. Fistules urétérales : Moret : Le diagnostic radiologique des gros reins.

Vendredi 7 août. Matin : LAZARD et MORET : Pyélographie. Uretérographie ; CHEVASSU : L'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral. — Soir : BAYLE : Les hématuries ; LAZARD : Cystoscopie des hématuries.

Samedi 8 août. Matin : LEIBOVICI : Les anomalies de l'appareil urinaire ; CHEVASSU : Les anuries.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le samedi 8 août. Pour les autres, il aura lieu dans la deuxième quinzaine de septembre.

Ce cours sera précédé d'un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 6 au 18 juillet. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie du Pavillon Albarran.

Droits d'inscription : cours de Cochin : 500 francs ; cours de chirurgie expérimentale : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi). Les inscriptions pour le cours de médecine opératoire sont reçues à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— Concours de l'adjuvat. Troisième séance de lecture — MM. Mouchet, 25 ; Rudler, 24 ; Dufour, 23, ; Monod, 21.

Epreuve orale. — Séance du 1er juin. — MM. Mouchet, 19 ; Vuillième, 18 ; Baumann, Dufour, Hepp et Palmer, 17 ; Billet, Rudler et van der Elst, 15.

Epreuve de dissection. — Séance du 3 juin. — MM. Dufour, Hepp, Palmer et Vuillième, 26 ; Billet et Rudler, 25 Baumann et Mouchet, 24.

Sont proposés : MM. Mouchet, Vuillième, Palmer et Dufour.

— Concours du prosectorat. — *Troisième séance de lecture*. — MM. Gosset, 27 ; Cordier, 26 ; Lapeyre, 22.

Epreuve orale d'anatomie. Séance du 8 juin. MM. Gosset, 19 ; Sicard, 18 ; Dessaint, 17 ; Funck-Brentano, 16 ; Cordier, 15 ; Lecœur, 14.

Thèses. — Mardi 9 juin. — Jury : MM. Balthazard, Lereboullet, Nobécourt, Piédelièvre. — BEITZ Raymond : Les conceptions récentes sur la mort par inhibition. — FALGUIÈRE R. : Etude de la rate dans la lymphogranulomatose maligne forme à prédominance splénomégalique. — PROFICHET J. : Identification des os en médecine légale. — Jury : MM. J. Faure, Lejars, Lenormant, Moulonguet. — BARON J.-P. : De la conservation ovarienne dans les hystérectomies et de ses résultats. — GOUTALLIER M. P. : Etude des métrorrhagies après la ménopause sous la dépendance de lésions annexielles. — AUDMAR A. : La maladie de Zohn.

Mercredi 10 juin. — Jury : MM. Bernard, Gosset, Loeper, Binet. — DELAVELLE L. : Sur un cas de cylindrome de l'épiglotte. — LOGEAT M. : La rate organe réservoir. — Mlle de LARNAGE M. : L'antivirusthérapie en gynécologie. — BARRAULT L. : De l'action du cidre chez les lithiasiques urinaires. — WAL David : Etude de l'insuffisance pulmonaire au cours du rétrécissement mitral.

Jeudi 11 juin. — Jury : MM. Carnot, Rathery, Harvier, Lian. — LÉVÊQUE J. : Traitement des anémies de la tuberculose par une opothérapie pluriglandulaire. — BROSSE Th. : Le syndrome périphérique de l'insuffisance aortique. — TRUMEL R. : Etude de la tuberculose du pancréas.

Thèse vétérinaire. Jury : MM. Duval, Lesbouyris, Nicolas. — BRARRI : Emploi de l'ésérine dans le traitement de l'obstruction œsophagienne chez les bovins.

Samedi, 13 juin. — Jury : MM. Achard, Bezançon, Guillain, Verne. — AUGENSTREICH M. : Des effets thérapeutiques de la pilocarpine dans l'hypertension artérielle et dans l'encéphalite parkinsonienne. — GÉRARD H. : Etude de la grippe cardiaque. — Mlle de PERETTI DELLA ROCCA : De la syncope au cours des hémorragies et des anesthésies. — RIVOIRE R. : Le syndrome des cardiaques chez les gazés de guerre. — LANDRY J. : Diagnostic des tuberculoses pulmonaires lorsque la bacilloscopie des expectorations reste négative. — DEMAHIS. Sur un type clinique d'affections congénitale caractérisée par une double paralysie faciale, et du moteur oculaire externe.

Lundi 15 juin. — Jury : MM. Legueu, Ménétrier, Leroux, Portes. — SABATIER R. : Action de quelques médicaments sur la muqueuse urétrale et sur les suppurations chroniques de l'urètre. — CAVÉRIBERT R. : La vie et l'œuvre de Rayer (1793-1867).

Mardi 16 juin. — Jury : MM. Brindeau, Villaret, Tanon, Sézary. — BOMPART H.-M. : L'hystérectomie abdominale pour fibrome pendant la grossesse, technique résultats. — FELSENWALLE Ch. : Recherches expérimentales sur la gale. — TRAN VAN DO : Causes locales et prophylaxie du choléra au Tonkin. — JOUA ISRAELI : Sur un nouveau type de syndrome pruriglandulaire à participation hépatique. — VOUSTAD A : Etude de la péricardite avec épanchement ; diagnostic et traitement des péricardites tuberculeuses et pneumococciques.

Jeudi 18 juin. — Jury : MM. Achard, Bernard, Sébileau, Lejars. — CALVET J. M. : Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux. — MATTÉI J.-M. : Essai sur les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneu-

mothorax thérapeutique. — WIRZ R. : A propos de trois cas d'épithélioma primitif de l'oreille moyenne. — Mlle G. ZIMMERN LEIBOVICI : Des ostéo-périostites tuberculeuses primitives des os du nez. — Jury : MM. Cunéo, Duval, Terrien, Velter. — FLEURANCE Yves : Une nouvelle technique opératoire par extériorisation des cancers coliques. — MARIE Robert : Invagination intestinale aiguë primitive de l'adulte. — Mlle BOGORAZ Eugénie : De l'hypertension au cours des irido-cyclites.

Samedi 20 juin. — Thèses vétérinaires. Jury : MM. Jeannin, Rathery, Coquot, Lesbouyries, Robin. — DUPARC : Accouchement césarien chez nos femelles domestiques. — BÉCHADE : De la sédimentation spontanée du sang chez le chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — M. LÉVY-VALENSI fera le dimanche 21 juin, à 10 heures, à l'Amphithéâtre des concours de l'A. P. (rue des Saint-Pères, angle du boulevard Saint-Germain) une conférence avec projections sur : *Les Magnicides ; Damiens. Etude de psycho-pathologie historique.*

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale.* — Du 21 au 29 juin 1931, F. RAMOND, avec le concours de MM. Ch. JACQUELIN, CHÊNE et VANNIER, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Droits : 300 francs.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mai. MM. Pichon, 20 ; Lambling, 19 ; Bariéty, 19,09 ; Ravina, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Pichon, Schulmann et Ravina.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Liste des candidats :

MM. Digonnet, Laennec, Lantuéjoul, de Peretti, Seguy, Sureau, Suzor.

Epreuve écrite anonyme d'anatomie et de physiologie. — Séance du 2 juin. — Questions données : « Anatomie du cordon ombilical. — Physiologie de la circulation du fœtus à terme. »

Epreuve d'accouchement. — Complications et pronostic de la môle hydatiforme.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr COQUAND, d'Annemasse (Haute-Savoie) ; du Dr ENJALRAN, de Rodez ; du Dr PAJAUD, de Cognac ; du Dr BAZERQUE, de Rabastens-de-Bigorre.

— **XXIVe Voyage d'études médicales.** (*Stations de cure du sud-ouest.* Pyrénées occidentales et Océan, 8 au 20 septembre 1931). — Le 24e V. E. M. aura lieu du 8 au 20 septembre 1931, sous la direction scientifique des Professeurs Paul Carnot et Maurice Villaret, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Il sera organisé, dans leurs circonscriptions universitaires respectives, par le Professeur Sellier, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et par le Professeur Serr, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

ITINÉRAIRE. — 8 septembre : Capvern (concentration) Bagnères de Bigorre. — 9 septembre : Observatoire du Pic du Midi ; col du Tourmalet ; Barèges. — 10 septembre : Luz-Saint-Sauveur ; Cirque de Gavarnie ; Cauterets. — 11 septembre : Beaucens ; Lourdes ; Argelès ; col d'Aubisque ; Eaux-Bonnes ; Eaux-Chaudes. — 12 septembre : Saint-Christau ; Pau. — 13 septembre : Pau ; Salies-de-Béarn. — 14 septembre : Saint-Jean-Pied-de-Port ; Cambo ; La Rhune ; Saint-Jean-de-Luz. 15 septembre : Hendaye ; Biarritz. — 16 septembre : Cap breton ; Hossegor ; Préchacq ; Dax. — 17 septembre : Forêt des Landes ; Léon ; Mimizan ; Biscarosse ; Arcachon. — 18 septembre : Le Moulleau ; Les Abatilles ; Promenade en bateau sur le bassin d'Arcachon ; Bordeaux (Visite de la Faculté et des hôpitaux). — 19 septembre : Châteaux de la Gironde ; Soulac ; Trajet en mer ; Royan, Saint-Georges-de-Didonne ; Saint-Palais. — 20 septembre : Saujon ; Royan (dislocation).

Après la dislocation, sur le chemin du retour, une visite est prévue à La Roche-Posay le 21 septembre.

Des conférences seront faites, dans chaque station, par les quatres directeurs du voyage.

Le trajet sera fait, de Capvern à Soulac, dans les autocars de la Compagnie du Midi ; de Soulac à Royan, en bateau.

Le prix du voyage sera de 1.300 francs, ce prix comprenant la totalité des frais, du lieu de concentration : Capvern, au lieu de dislocation : Royan.

Plusieurs demi-bourses, offertes par l'Institut d'hydrologie seront accordées à des internes des hôpitaux et à des jeunes docteurs.

Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le Voyage d'études médicales est destiné aux médecins en exercice et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il pourra comprendre quelques femmes de médecin, mais leur effectif ne pourra dépasser le quart des participants.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant à Mlle Machuré, secrétaire des Voyages d'études médicales, 21, rue de Londres à Paris (IXe). Mais il ne sera statué sur ces demandes par le Comité de direction qu'à la date du 1er juillet prochain, et ce, sans priorité d'inscription, afin d'équilibrer les places entre

les différentes catégories de participants et entre les diverses nationalités.

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation (par chèque barré à Mlle Machuré) qu'après avis de l'inscription définitive.

— **Journée de la Barégine.** — La Société médicale de Barèges organise pour le 9 septembre 1931, jour du passage du grand voyage d'études médicales parisien à Barèges, une journée d'étude de la Barégine, substance complexe, organique et minérale, que l'on trouve dans les célèbres eaux de Barèges et dans les eaux sulfureuses d'autres stations thermales. Les études présentées pourront porter sur chacun des aspects de la question (chimie, biologie, botanique, thérapeutique, etc...). Le rapport sera présenté à une séance du matin par M. le Professeur Fourment (d'Alger). Les communications seront faites l'après-midi. MM. les Professeurs Carnot, Villaret, Sellier et Serr ont bien voulu accepter le patronage de cette journée et la présidence des séances.

— **La médecine en Russie soviétique.** — Le journal *Pour l'instruction communiste* (nº du 19 mars) publie un article sur la médecine en U. R. S. S., dont nous extrayons les lignes suivantes :

« Il est absolument nécessaire de modifier, en se basant sur la méthodologie lénino-marxiste, toute l'essence scientifique de la médecine jusqu'à présent imprégnée de conceptions idéalistes, vitalistes, mécaniques et métaphysiques.

« Seul un travail systématique et le remplacement des membres de nos associations médicales par de nouveaux éléments peuvent assurer une solution heureuse à tous les grands problèmes qui se posent devant la médecine. Il est indispensable de faire des connaissances scientifiques de la médecine le domaine de toute la classe ouvrière et de détruire le mur qui sépare de cette dernière la science médicale. Il faut enfin imposer à toutes les associations scientifiques médicales la collaboration et la direction méthodologique de l'Académie communiste. »

— **Premier Congrès du Parti social de la Santé publique.** — Le Parti social de la Santé publique (secrétariat : 37, rue Boissy d'Anglas) a tenu à Paris son premier Congrès annuel, sous la présidence de M. Justin Godart, ancien ministre, président du Parti social de la Santé publique, assisté du Dr Georges Brouardel et du Professeur Sieur, membre de l'Académie de médecine.

M. Justin Godart, après avoir rappelé que le Parti social de la Santé publique avait été fondé dans le but de développer en France le goût de l'hygiène et l'intérêt pour toutes les questions ayant trait à la santé, a exposé les moyens d'action destinés à agir directement sur l'opinion publique et la position que le Parti serait amené à prendre à l'occasion des élections législatives de 1932.

Le Dr George Schreiber, secrétaire général, dans un rapport très détaillé, fit connaître ensuite les très nombreuses interventions du Parti social de la Santé publique, au cours de l'année écoulée. Il relata notamment les campagnes entreprises pour la propreté des bureaux de poste, des trains et des gares ; contre le surmenage scolaire ; en faveur des examens médicaux préventifs et de l'examen médical prénuptial, contre les cocktails, etc., etc.

Il signale les très nombreuses interventions du Parti social de la Santé publique, auprès du ministère de la Santé publique, de la Préfecture de police, des Mairies, des tribunaux, des théâtres, des sociétés de transports, de diverses grandes entreprises, etc., pour relever des conditions d'hygiène défectueuse. Le Parti social de la Santé publique proteste contre l'inertie des pouvoirs publics en maintes circonstances et demande une forte organisation du ministère de la Santé publique.

Le Dr Georges Brouardel prit ensuite la parole pour lire la déclaration du Parti et les mesures envisagées plus spécialement pour améliorer la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et l'alcoolisme.

Ces différents rapports, après une très intéressante discussion, furent adoptés à l'unanimité.

— **Ce que durent certaines pensions de guerre.** — Les Etats-Unis d'Amérique font encore actuellement des pensions à neuf veuves de guerre de soldats ayant combattu en 1812, il y a cent dix-neuf ans, durant la guerre entre l'Amérique et l'Angleterre. La moins âgée de ces veuves a 92 ans. Il s'agit de femmes ayant épousé, jeunes encore, des vétérans déjà âgés. On peut en déduire que très probablement, dans cent ans encore, le gouvernement français servira des pensions à des veuves de combattants de la guerre de 1914-1918.

— **Société d'hémologie de Paris.** — La réunion de constitution de la Société d'hémologie, fondée à Paris, sur l'initiative des docteurs P. Emile-Weil, N. Fiessinger et R. Roskam, a eu lieu le 21 mai, chez M. Doin, 115, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. le Professeur Chauffard a été nommé président ; les Professeurs Vaquez, Jolly, Nolf, Achard, Sabrazès, vice-présidents ; le Professeur agrégé Chevallier, secrétaire général.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

NOTES DE PRATIQUE MÉDICALE

Dr Taberlet

Contribution au traitement du coryza

Les gens du monde ont coutume de railler l'impuissance de la médecine et des médecins en jetant au visage de ceux-ci qu'ils ne peuvent même pas guérir un coryza ! C'est, en effet, grand dommage de voir un corps si savant tenu en échec par le nez de ses semblables !

Les médecins qui connaissent les conséquences souvent redoutables du moindre coryza, chez l'enfant surtout, se sont pourtant évertués à combattre cette horrible petite maladie.

J'ai, pour ma part, successivement expérimenté, comme chacun, tous les cachets, toutes les poudres, toutes les huiles, pommades adrénalinées, balsamiques, tous les sels d'argent colloïdaux, tous les vaccins locaux. Je n'ai jamais eu ni sur moi-même, ni sur mes malades aucun succès ! Bien heureux quand quelqu'une de ces médications locales, irritante et nocive, n'a pas aggravé l'état de la pituitaire.

Je me permets donc de soumettre aux médecins praticiens la méthode que j'ai expérimentée sur moi-même à diverses reprises et sur des malades qui ont bien voulu l'essayer.

Elle consiste en pulvérisations ou instillations très fréquentes dans le nez et cela dès les premiers symptômes de l'invasion du coryza (sécheresse du rhino-pharynx, petits piccotements avec envies d'éternuer, etc.) d'un *sérum de cheval antimicrobien polyvalent.*

Il est à noter que les pulvérisations nasales de sérum de cheval *ordinaire* ont déjà, sur la muqueuse nasale, une action calmante et donnent une impression de détente et de soulagement grâce à une action nettement vaso-constrictive : mais elles ne modifient pas sensiblement l'évolution du coryza.

Au contraire les pulvérisations nasales de *sérum antimicrobien polyvalent* modifient subjectivement et objectivement l'évolution de la maladie et de ses séquelles.

Subjectivement : les crises d'éternuement, la tension frontale, l'obstruction nasale sont ou supprimées ou grandement diminuées.

Objectivement : la transformation purulente de l'écoulement nasal ou n'apparaît pas ou est peu marquée et surtout brève.

Chez l'enfant et le nourrisson, les instillations précoces, répétées toutes les 1/2 heures le 1er jour, plus espacées les jours suivants (en s'inspirant du principe : peu à la fois et souvent) de quelques gouttes de sérum polyvalent, dans les narines, me paraît être le traitement de choix du coryza infantile.

Il a le double avantage d'être efficace, non

douloureux, c'est-à-dire non irritant pour la muqueuse mais au contraire immédiatement sédatif, sans adjonction d'aucun autre médicament chimique.

Par l'intermédiaire du *Concours Médical*, je demande aux confrères que la question intéresserait, de bien vouloir l'essayer autour d'eux et sur eux-mêmes éventuellement.

Je leur serais reconnaissant s'ils voulaient bien me faire part de leurs observations.

S'ils trouvaient difficilement le sérum nécessaire je ferai mon possible pour leur en procurer dans la mesure de mes moyens.

Une lacune de l'enseignement de nos Facultés : Les médecins doivent étudier le nu

M. le Dr Henry Meige, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, où il occupe la chaire d'anatomie qu'ont jadis illustrée Mathias Duval et le grand artiste qu'est le Professeur Paul Richer, de l'Académie de médecine, a traité dans une conférence de l'Hôtel Chambon, ce sujet :

Les médecins doivent étudier le nu.

Le Dr Meige n'a eu aucune peine à démontrer que l'étude du nu est aussi nécessaire au médecin qu'à l'artiste, que tout le monde est d'accord sur ce point mais que néanmoins les Facultés de médecine n'ont jamais songé à la faire pénétrer dans leur enseignement. L'anatomie descriptive, la dissection tiennent une grande place dans les études médicales et c'est avec raison, car la connaissance approfondie du corps humain est indispensable au médecin, cependant ce dernier ne soigne pas des morts, mais des vivants qu'il veut s'efforcer de ramener à l'état normal. N'est-ce pas paradoxal que de laisser ignorer au futur médecin ce qu'est cet état normal. Il devrait étudier sur un modèle vivant les formes de l'homme et de la femme bien portants.

Les saillies musculaires, les méplats ne sont pas semblables sur le vivant et sur le cadavre. En outre, cette étude ne doit pas se borner à l'observation du modèle immobile, il convient de connaître les variations des formes pendant les mouvements.

Que d'erreurs de diagnostic, que de traitements inutiles et quelquefois dangereux n'éviterait-on pas, si l'enseignement de la morphologie entrait dans le programme de nos facultés !

Les applaudissements qui ont salué le conférencier, ont prouvé au Dr Henry Meige que le public qui l'écoutait, surtout composé de médecins, était en parfaite communion d'idées avec lui.

J. Noir.

VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LES ALPES, LES CÉVENNES ET LES PYRÉNÉES

La Société médicale du littoral méditerranéen, dont on connaît déjà les beaux voyages de Noël et de Pâques, a créé, depuis trois ans, sur la demande de ses correspondants, et avec la collaboration de la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, des voyages d'été et d'automne, qui ont rencontré la même faveur que les voyages d'hiver et de printemps. Ces voyages sont tous, d'ailleurs, organisés avec la même technique, le même confort et les mêmes avantages moraux et matériels.

Voici les deux programmes présentés pour juillet et septembre 1931 :

Voyage dans les Alpes (1er au 12 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du Prof. Piéry (climatologie et hydrologie) et du Prof. agrégé Thévenot (histoire médicale et pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. Visite de Villard-de-Lans et du Vercors, le château de Vizille, l'Oisans, Le Lautaret, Le Galibier, La Maurienne et Allevard, Uriage, La Chartreuse, Challes. Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le lac du Bourget, Marlioz, Annecy et son lac. Moutiers-Salins et Brides. La Tarentaise : Combloux, Le Fayet-Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. Les sanatoria d'Assy et de Passy. Thonon, Amphion, Evian, le lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpellier et la direction scientifique des Prof. Delmas (histoire médicale et pathologie générale) et Giraud (climatologie et hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du Xe siècle). Palavas et la Méditerranée, Maguelone et Aigues-Mortes (cités Médiévales). La source Périer. Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, le Pont du Gard. Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. La cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Usson-les-Bains. Les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac. Saint-Bertrand-de-Comminges et Superbagnères, Luchon reine des Pyrénées. Excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées. On y verra presque tous les sites de ces régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Le prix de cette cotisation n'est pas encore définitivement fixé ; mais il sera d'environ 1.800 francs. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire, très confortables et même luxueux. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

JURISPRUDENCE

Infirmier décédé du typhus. — Maladie contagieuse assimulée à un accident du travail

I

TRIBUNAL CIVIL D'ORAN

18 *avril* 1929

COUR D'APPEL D'ALGER (1re *chambre*)

17 *avril* 1930.

Un infirmier d'hôpital, qui vit dans l'établissement, qui y est chargé du service des contagieux et qui ne soigne aucun malade contagieux en ville, peut se prévaloir des dispositions de la loi du 9 avril 1898, en cas de maladie contagieuse, contractée dans son service.

A la différence de la maladie professionnelle, qui survient lentement et progressivement, au fur et à mesure que la profession s'exerce, la contagion d'une maladie peut être considérée comme survenant brutalement, à l'instar d'un accident.

I

TRIBUNAL CIVIL D'ORAN

Le Tribunal :

Attendu que, par assignation du 23 octobre 1928 Mme C..... M.... a actionné l'hôpital civil d'Oran et l'assureur de ce dernier « La P. », en paiement d'une rente annuelle et viagère de mille six cent cinq francs calculée sur un salaire annuel, de huit mille vingt cinq francs ensuite du décès de son mari Albert E....., survenu le 27 mai 1928, consécutif à une maladie contractée en service à savoir le typhus, la victime étant employée à l'hôpital en qualité d'infirmier.

Attendu que les défendeurs prétendent d'abord qu'il n'est pas certain qu'E..... ait contracté le typhus dans l'exercice de ses fonctions.

Mais attendu qu'ils ne donnent aucune indication et pour cause des circonstances dans lesquelles, il aurait pu être contaminé en dehors du milieu de

typhiques près desquels son service l'attachait ; qu'il n'est même pas allégué qu'il ait été en contact avec d'autres malades atteints de typhus que ceux qui se trouvaient à l'hôpital, qu'E..... doit donc être considéré comme ayant contracté cette maladie auprès de ces derniers qu'il est d'ailleurs si naturel de le penser que le Directeur de l'hôpital dans sa déclaration d'accident du 21 mai, dit sans réserve qu'E... a contracté le typhus en service, tout comme le Dr Glatard dans son certificat du 27 mai.

Attendu que les défendeurs soutiennent ensuite que, même dans cette hypothèse il n'y aurait pas lieu à rente, la maladie dont est décédé E..... ne pouvant être considérée comme un accident du travail garanti par la loi de 1898 ;

Attendu que leur point de vue serait exact si le typhus pouvait être tenu pour une maladie professionnelle qu'il est certain en effet que les ouvriers dont la santé est altérée par l'exercice d'une profession malsaine ne sont pas admis à se prévaloir de la législation sur le régime professionnel, sauf dans les cas limitativement prévus par la loi du 25 octobre 1919 ;

Mais attendu que les maladies professionnelles, qu'il ne faut pas confondre avec les maladies dites contagieuses sont liées intimement et comme fatalement à l'exercice de la profession, qu'elles se forment lentement et progressivement au fur et à mesure que la profession s'exerce, que l'élément accidentel leur fait défaut.

Attendu qu'il n'en est pas de même en l'espèce, la contagion n'étant pas forcée, elle apparaît donc comme un accident avec son caractère soudain.

Sur le salaire de base :

Attendu que l'état des salaires avec rémunération en nature fourni par l'hôpital civil d'Oran, ne fait pas l'objet de critiques précises, qu'il est certifié conforme à la comptabilité de l'établissement, qu'il doit être tenu pour exact.

Attendu que le salaire annuel étant de quatre mille deux cent quatre vingt dix sept francs 41 centimes, la rente à allouer est donc de huit cent cinquante neuf francs 48 centimes.

Par ces motifs :

Statuant en matière sommaire, contradictoirement et en premier ressort ;

Condamne M. le Directeur de l'hôpital civil d'Oran à payer à la veuve E.... à partir du 27 mai 1928 par trimestre échu une rente annuelle et viagère de huit cent cinquante neuf francs 48 centimes.

Dit que la Compagnie « La P. » lui sera substituée dans le paiement de cette rente et ce dans les termes du titre quatre de la loi de 1898.

Condamne les défendeurs aux dépens à recouvrer aux formes de l'assistance judiciaire.

La Direction de l'hôpital civil d'Oran et la Compagnie d'assurances « La P. » ayant relevé appel de

cette décision, la Cour d'Alger, par arrêt du 17 avril 1930 a confirmé le jugement du Tribunal civil d'Oran.

II

Cour d'appel d'Alger (1re *chambre*)

Audience du 17 *avril* 1930.

La Cour :

Attendu que tout le débat roule sur le point de savoir, si la maladie accidentelle (typhus) dont E.... est décédé constitue oui ou non un accident du travail.

Attendu que, pour décider l'affirmative, il faut établir, la nature accidentelle du typhus étant certaine, qu'E.... a contracté cette maladie à l'occasion de son travail.

Attendu qu'E., infirmier ainsi que sa femme, vivait à l'hôpital civil d'Oran d'où il ne sortait que pendant ses heures de liberté ; qu'il était chargé du service des contagieux, parmi lesquels se trouvaient des typhiques.

Attendu qu'il résulte de la déclaration faite à la mairie d'Oran, le 27 mai 1928, par M. le directeur de l'hôpital civil de cette ville et par M. le Dr Glatard, médecin traitant dudit hôpital, que la maladie no 2 (typhus) dont E.... est décédé a été contractée par lui « dans l'exercice de ses fonctions ».

Attendu que cette constatation suffit pour justifier la décision par laquelle les premiers juges ont déclaré que la mort d'E. était la conséquence d'un accident du travail ;

Attendu que les autres chefs de cette décision ne sont pas critiqués.

Reçoit l'appel comme régulier en la forme ; au fond confirme le jugement dont appel ; condamne les appelants à l'amende d'appel et en tous les dépens...

Commentaires

Ce jugement et cet arrêt ont une importance considérable : c'est la première fois que les tribunaux considèrent comme accident du travail la maladie contagieuse, contractée par un infirmier, au cours de son service d'hôpital.

Déjà, un jugement du tribunal civil de Rouen du 25 mai 1905 (*Rec. acc. trav.*, VI, 47) avait décidé qu'est un accident du travail la variole, contractée à l'hôpital, par un ouvrier hospitalisé à la suite d'un traumatisme.

D'autre part, lors de la démolition de l'hôpital des varioleux, à Aubervilliers, en 1904, un ouvrier contracta la variole.

Par jugement du 5 décembre 1905, le tribunal civil de la Seine refusa d'admettre la relation de cause à effet entre l'incapacité de travail et l'accident.

Mais la cour de Paris, le 4 mai 1906, réforma ce jugement, en admettant le bien-fondé de la réclamation de l'ouvrier. Ainsi la cour admettait l'accident par simple contact.

La question revêt donc une certaine importance, au moment où le Sénat va peut-être consentir à aborder la discussion d'un projet de loi, voté par la Chambre et en sommeil au Sénat depuis plusieurs années.

Ce projet doit garantir le personnel médical contre les maladies contagieuses contractées au lit du malade et contre les accidents du travail.

Or, le personnel infirmier est-il vraiment couvert en cas d'accident du travail ? La loi du 2 août 1923 lui est-elle applicable alors qu'elle assujettit à la garantie contre les accidents du travail les gens de maison, domestiques, concierges et autres serviteurs à gages ?

Oui, a répondu le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, dans sa séance du 24 octobre 1923. Mais cette protection ne s'applique qu'aux accidents et non aux maladies.

Aussi signalons-nous avec grande curiosité l'arrêt de la cour d'Alger, que nous publions plus haut : il marque un pas net en avant, en ce qui concerne la garantie contre tous les risques, qui peuvent atteindre les personnes qui, dans un hôpital, consacrent tout leur temps aux soins à donner aux malades hospitalisés.

D'ailleurs, il convient de remarquer que le jugement du tribunal civil d'Oran, comme l'arrêt de la cour d'Alger constatent que le typhus, comme toute autre maladie contagieuse, ne peut pas être considérée comme une maladie professionnelle ; cette dernière survient lentement, progressivement, alors que la maladie contagieuse se contracte brutalement, à l'instar d'un accident traumatique.

En outre, il est constaté, par les juges, que l'infirmier n'a pas été en contact avec d'autres typhiques, en dehors de l'hôpital et qu'il doit donc être considéré comme ayant été infecté dans l'établissement même.

Ceci a une certaine importance, parce que, si le personnel médical se réclame d'une infection contractée à l'hôpital, il ne faut pas qu'il puisse être rapporté contre lui la preuve qu'il a également soigné, en ville, d'autres contagieux du même ordre. Il faut bien établir que l'infection a été contractée au lieu du travail et à l'occasion de ce dernier, à l'hôpital.

Cet arrêt ne peut que faciliter la tâche du Sénat, pour le vote de la loi en préparation, sur la garantie à accorder au personnel médical des hôpitaux. Puissent les associations intéressées en faire bon usage.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Les Piscines d'eau de mer

On vient d'inaugurer au *Touquet* une piscine d'eau de mer tiédie.

Savez-vous quelles sont les stations balnéaires qui possèdent aussi une piscine d'eau de mer tiédie ?

Réponse.

Il existe une piscine de ce genre à *Hossegor*, En outre, *Dieppe, Carnac et Biarritz* possèdent des établissements de bains de mer chauds.

Si d'autres stations balnéaires sont pourvues de telles piscines, nous comptons que nos correspondants locaux voudront bien nous le faire savoir, ce dont nous les remercions à l'avance.

La Rédaction.

Honoraires

2540. — Responsabilité du mari pour soins à sa femme.

Je viens solliciter les conseils du « Sou médical » pour une affaire de recouvrement d'honoraires.

Monsieur L... quitte sa femme et sa fille à la fin de 1928. Il vient à ce moment régler ma note d'honoraires en me prévenant de son intention de ne plus payer pour sa femme à l'avenir. Il n'a obtenu son divorce que deux ans plus tard, en 1930.

Sa femme, atteinte d'une maladie chronique, continue à réclamer des soins, pour elle-même surtout, et aussi quelquefois pour sa fille. Je lui envoie ma note d'honoraires : environ 400 francs. Elle est d'ailleurs à peu près insolvable.

Son avoué m'écrit en me disant d'envoyer la note au mari ; et celui-ci me répond que cela ne le regarde plus.

Que dois-je faire ? Puis-je encore avoir un recours contre le mari, qui est solvable, et qui, tout en ayant quitté sa femme, n'était pas encore divorcé quand j'ai donné mes soins ?

Dr D.

Réponse.

Un mari est toujours responsable du paiement des honoraires pour les soins donnés à sa femme et à ses enfants mineurs. L'obligation du mari pour les soins donnés à la femme ne cesse qu'à compter du jour où le mariage est dissous par le jugement de divorce.

La déclaration que le mari a pu vous faire au moment où il a quitté sa femme est sans aucune valeur légale et ne peut le dispenser du paiement.

Puisque les soins que vous avez donnés et dont vous réclamez le paiement sont antérieurs au divorce, nous vous conseillons d'en poursuivre le recouvrement à la fois contre la femme et contre le mari.

Pour cela, citez-les tous les deux devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux à votre choix, et demandez leur condamnation solidaire.

Vous n'aurez qu'à remettre l'affaire à un huissier qui se chargera de la procédure nécessaire et vous fera représenter aux audiences.

Baux et Locations

2733. — Loyer professionnel. Troubles de jouissance

Je désirerais savoir si on peut faire valoir au titre déficit d'exploitation, vis-à-vis du fisc, la fermeture d'un cabinet médical pendant 3 mois, après lettre d'avis recommandée du maire, pour cause d'incompatibilité d'exercice avec un café muni d'un puissant phonographe qui rend l'auscultation impossible dans mon cabinet.

J'ai d'ailleurs l'intention de recommencer cette année à cesser d'exercer, le phonographe venant d'être réautorisé à fonctionner. La réalité des faits est amplement prouvée par de nombreux témoignages écrits, et d'ailleurs patente.

La mairie ne nie pas les faits, mais s'est bornée à étudier sans aboutir jusqu'ici une réglementation qui permettrait l'auscultation sans nuire aux intérêts du commerce. Dr S.

Réponse.

Le fait, pour un médecin, d'être privé de la jouissance professionnelle d'un local médical ne me paraît pas susceptible d'être mentionné parmi les déficits d'exploitation.

En effet, la feuille de déclaration d'impôt sur le revenu comporte bien en 3e page : « VII Pertes résultant d'un déficit d'exploitation » et, dans la première colonne : « désignation du lieu et de la situation de l'entreprise déficitaire ».

Or, le cabinet médical n'est pas une entreprise : il n'a ni le caractère commercial, ni le caractère industriel.

D'autre part, le médecin est fondé de déduire de son revenu professionnel les frais occasionnés par le ou les cabinets qu'il possède, dans une ou plusieurs villes.

Par conséquent, le praticien, qui est dans l'obligation de ne pas recevoir de malades, dans un cabinet rendu inhabitable par le bruit du voisinage, mentionnera, dans la défalcation de ses dépenses professionnelles, le prix de location dudit cabinet, ainsi que les impôts, frais divers, afférents à cette habitation professionnelle.

Quant au fonctionnement des appareils de musique, dans les débits de boissons, plusieurs décisions intéressantes ont été rendues ces temps-ci.

Je signale un arrêt du Conseil d'Etat du 26 décembre 1930 décidant que le fonctionnement, dans les débits de boissons, d'instruments de musique, peut présenter des inconvénients sé-

rieux pour la tranquillité publique et il appartient dès lors au maire, en vertu des pouvoirs, qui lui sont conférés par l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, de soumettre l'emploi desdits instruments à son approbation préalable.

Un autre arrêt du 10 avril 1930 reconnaît également au maire le droit de réglementer l'usage des instruments de musique, dans l'intérêt de la tranquillité publique.

Un arrêt de la chambre criminelle de la cour de Cassation du 25 octobre 1930 décide que l'application de l'article 479, § 8 C est justement faite à un cabaretier, qui fait fonctionner le soir, dans le jardin de son débit, un gramophone avec amplificateur alors qu'il est spécifié par le juge du fond que cet instrument produit un bruit tumultueux, qui incommode les voisins.

Le tribunal de simple police de Bourg, 9 janvier 1931, a décidé que lorsqu'un arrêté municipal de 1855 porte défense de jouer de certains instruments et plus spécialement de « tout instrument éclatant, bruyant, ou incommode » après 19 heures, doit être condamné, par application de l'article 471 15° du Code pénal, pour avoir contrevenu à cet arrêté, celui qui fait fonctionner un appareil de T. S. F. après 22 heures.

Enfin, la cour d'appel de Besançon, par arrêt du 12 février 1931 décide que revêt un caractère absolument abusif dépassant les obligations normales que doit imposer le voisinage le bruit intolérable provoqué par des essais de moteurs et de tracteurs dans des cours et locaux urbains.

De même le tribunal civil de Tunis, par jugement du 28 novembre 1930 en décidait de même pour les trépidations et bruits provoqués par des machines à vapeur, employées par un entrepreneur de constructions, pour l'enfoncement de pilotis devant supporter les fondations d'un immeuble en construction.

Assurances sociales

2707. — Situation des femmes de ménage et autres domestiques travaillant pour plusieurs employeurs

Vieil abonné du *Concours*, je fais appel à votre bienveillance pour me documenter sur le cas suivant, qui concerne les assurances sociales, et sur lequel je ne recueille que des renseignements contradictoires.

Je n'ai pas de « domestiques », c'est-à-dire de gens employés *exclusivement* par moi, couchant et mangeant chez moi. Je n'ai que des personnes employées chez moi à la journée, ni logées, ni nourries, employées quelques jours par semaine seulement, ne travaillant que chez elles ou travaillant chez d'autres employeurs le reste de la semaine.

1° Ces personnes refusant de se faire inscrire aux assurances sociales, ne veulent pas avoir de cartes.

Puis-je les y contraindre ?

Puis-je être inquiété si je n'en fais rien ?

2° Une personne travaillant chez moi tous les jours de la semaine, tantôt une journée entière, tantôt une demi-journée seulement, travaillant le reste du temps pour elle ou pour d'autres et qui refuse de se faire inscrire, peut-elle y être contrainte ? Puis-je être inquiété si elle persiste dans son refus ?

Je vous serais très obligé de me renseigner là-dessus.

Dr B.

Réponse.

Aux termes du décret du 24 mai 1930, les femmes de ménage et tous autres salariés de l'un ou de l'autre sexe rémunérés à l'heure ou à la tâche pour effectuer des travaux d'ordre domestique doivent être immatriculés aux assurances sociales par les soins de leur employeur s'ils n'en ont qu'un ou à leur propre diligence s'ils en ont plusieurs.

Dans cette dernière hypothèse, leurs employeurs peuvent exiger de ces salariés qu'ils leur donnent décharge de l'accomplissement de la formalité dont il s'agit sur une formule spéciale dont le modèle est arrêté par le Ministre du travail.

Mais il n'est pas obligatoire pour l'employeur d'exiger cette décharge et, dès lors que vos domestiques ont d'autres employeurs que vous-même, vous êtes en règle.

2759. — Situation des assurés sociaux qui ne travaillent pas régulièrement

J'emploie une laveuse qui vient chez moi un jour par quinzaine. Elle travaille quatre jours par semaine chez quatre patrons différents.

Quoi faire pour les assurances sociales ?

Je vois que pour les ouvriers d'usine on exige pour leur donner une feuille de soins quand ils sont malades qu'ils aient versé 60 cotisations dans les trois derniers mois.

Or, travaillant quatre jours par semaine elle ne versera jamais que 54 ou 56 cotisations. De ce fait n'aura-t-elle jamais droit à l'assurance ou devra-t-elle compléter ?

Et si un ou deux patrons ne veulent pas payer ?

Dr V.

Réponse.

L'assuré social qui travaille et par suite, cotise obligatoirement moins de 60 jours par trimestre devrait, pour avoir droit aux prestations en cas de maladie, effectuer des versements facultatifs afférents aux journées, qui n'ont pas donné lieu à rémunération, de manière à être en règle en ce qui concerne le minimum de journées de cotisations nécessaires à cet effet.

Ces versements doivent être au moins égaux, pour chaque jour, au montant de la cotisation totale correspondant au salaire moyen journalier défini par décret.

Si l'un de ses patrons ne veut pas verser sa part de cotisation, l'assuré est en droit de le signaler au service des assurances sociales, qui devra le faire avertir par lettre recommandée ne se conformer à la loi dans les quinze jours et, à défaut, le faire poursuivre en simple police.

Questions médico-militaires

2188. — Droit aux permissions

Je suis de la classe 1925, donc d'une classe faisant légalement dix-huit mois de service. Je ne fais un an de service que par la seule raison que j'ai passé mon brevet de préparation militaire supérieure.

1° On me dit que je n'ai droit qu'à quinze jours de permission dont cinq dits de bon soldat. Est-ce exact ? N'ai-je pas les droits de ceux de ma classe ? En ce cas, combien avaient-ils ?

2° J'ai pris trois jours pour aller passer ma thèse. Doivent-ils être déduits de mes droits de permission ?

Dr D.

Réponse.

C'est en vertu de l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 que vous effectuez seulement un an de service, comme ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure.

En vertu de l'article 45 de la même loi, qui vous régit, et sans aucune restriction « les militaires ont droit, en dehors des dimanches et jours fériés, à des permissions jusqu'à concurrence de 25 jours ». Le même article porte même à 35 jours les permissions, pour reconnaître la manière de servir.

Votre permission de thèse compte dans ces délais, déduction faite des dimanches et jours fériés.

Application du Tarif Fallières.

2970. — C'est, non pas l'anesthésie, mais l'anesthésiste qui est payé

J'ai réduit une luxation de l'épaule sous anesthésie, n'ayant pu la réduire directement sans anesthésie.

Cet accident de travail ou du moins les soins doivent être tarifés à combien, je n'ai pas eu d'anesthésiste, ayant fait tout moi-même à mon cabinet.

Dr M.

Réponse.

La réduction de la luxation de l'épaule est tarifée 75 francs (article 19). Quant à l'anesthésie, elle n'est payée qu'au médecin anesthésiste *assistant* le chirurgien. Ce n'est pas l'anesthésie, mais l'*anesthésiste* qui est payé (articles 11 et 12).

Dr F. Decourt.

Cinquante-troisième année — N° 26 — 28 Juin 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Dresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon - L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casati de Montgolner Foucaud, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Gauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Peipère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains. Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Boutelier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fan, Gannat, Lère, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel. Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr HAMELIN, d'Ourville-en-Caux, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 214. — Touraine. Proxim. gr. ville, agréab. client. méd. génér. à céder. Mais. confort. Long bail, loyer modéré, chiffre affaires en progression. Indemn. modérée.

No 215. — Sud-Est. — Gr. ville, cab. oculiste 30 ans d'exist. Pet. indemn. Gr. appartem. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 216. — Ouest-Paris. — Bords de la Seine, excell. client. anc., install. parfaite, à céder 80.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 217. — Environs Versailles. — Pro-pharmac. bon rendem., mais. avec gr. jardin, rivière. Cond. intéress. à discuter. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 218. — A vend. état neuf, table exam. gynécol. pansem., porte-jambe, 200 fr.

No 219. — Jne hom. 26 a., fils méd., instruct. second., excell. référ., dem. situat. secrét. auprès spécialiste.

No 220. — Ds ville vallée du Rhône. poste méd. génér. sans indemn., légère reprise mob. profess. Pressé, cause changem. situat.

Renseignements

« Le Cottage » **Balaruc-les-Bains** (Hérault). Pension prix modérés, en bordure du lac de Thau. Repos, soleil, cure marine. Ouvert toute l'année. Tous traitements assurés.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Qu'est-ce que la neurasthénie ? C'est une intoxication gastro-intestinale qui retentit sur l'axe cérébrospinal. Quel est le rôle du manganèse ? C'est un désintoxicant du tractus gastro-intestinal. Donnez au neurasthénique 4 à 6 tablettes de **Mangaïne** par jour.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Prix Albert Ier de Monaco* — Sur rapport de M. Bezançon, l'Académie a attribué le Prix Albert Ier de Monaco à M. Veillon, de l'Institut Pasteur, pour ses importants travaux de bactériologie qui ont servi de base à la découverte du sérum antigangréneux.

— **Quatrième centenaire du Collège de France.** — A l'occasion de la Cérémonie officielle commémorative du *Quatrième centenaire du Collège de France*, M. le Professeur H. Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, a fait le jeudi 18 juin, au Collège de France, une Conférence publique sur le sujet suivant : *Claude Bernard et le Collège de France.*

— **Hôpital Foch**, 60 rue Vergniaud, Paris-XIIIe. — Le monument du Maréchal Foch, élevé dans la cour d'honneur de l'hôpital Foch, a été inauguré le dimanche 21 juin.

— **Assurances sociales.** *Caisse primaire de l'Union mutualiste marnaise.* (Hôtel de la Mutualité, 11, rue des Elus, à Reims). — *Avis de concours pour un emploi de médecin contrôleur des assurances sociales.* — Les Caisses primaires mutualistes de la Marne, pour assurer le contrôle médical de leurs malades, ont à pourvoir à un emploi de médecin-contrôleur.

Elles font appel aux médecins de nationalité française, exerçant depuis au moins dix ans. A titres égaux, elles donneront la préférence à un mutilé de guerre.

Le médecin-contrôleur recevra un traitement annuel de 40.000 francs auquel s'ajoutera une indemnité de 12.000 francs pour frais de déplacement.

Les Caisses invitent les docteurs en médecine que cette offre intéresse, à faire parvenir à l'adresse ci-dessus :

1° Leur adresse exacte et la désignation des localités où ils ont exercé.

2° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de 3 mois de date.

3° Leurs titres particuliers (travaux, publications) en faveur de l'emploi sollicité.

4° Une copie, s'il y a lieu, de leur titre de pension d'invalidité.

5° L'engagement d'assurer leur service pendant trois ans et de renoncer à toute clientèle privée.

Le secrétaire général : Signé : J. Collet. — Le président : Signé : A. Marniquet.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Assemblée générale du S. M. S.* — L'Assemblée générale du premier semestre a eu lieu le mardi 9 juin, à 9 h. du soir, dans la grande salle de l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le Dr Boyer, président du syndicat.

Ordre du jour très important, qui comportait statutairement le rapport financier sur l'année écoulée et l'approbation du budget syndical, ainsi que le compte rendu annuel du directeur de l'office de répression de l'exercice illégal, avec le tableau des condamnations obtenues. On a traité également deux graves questions, actuellement en instance devant le Parlement : l'exercice de la médecine en France par les étrangers (projet de loi Armbruster) et la réforme des études dentaires (projet de loi Milan-Rio). Sur ces deux points, les votes de l'assemblée ont été unanimes : la profession doit être défendue contre ceux qui tentent de l'exercer sans avoir fait les études suffisantes et obligatoires, ni acquis les connaissances et la bonne moralité indispensables.

Le Dr Dupas a donné ensuite des précisions sur l'organisation du contrôle technique de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine en vue du fonctionnement des Assurances sociales et les conclusions de son rapport ont été approuvées à l'unanimité.

L'assemblée a également manifesté son désir de voir tous les syndicats du département de la Seine se réunir en un syndicat départemental unique ; en attendant, une cotisation réduite sera réclamée aux médecins spécialisés affiliés à leur syndicat technique.

— **La tombola de la F. E. M.** — Le tirage de la tombola organisée annuellement par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) aura lieu le vendredi 31 juillet prochain au siège social (Hôtel Chambon), 95, rue du Cherche-Midi, Paris-6e.

Des lots nombreux et importants ont été offerts cette année à la Société.

Presque tous les billets ont été pris, au moment du bal de la médecine française, surtout par des médecins de la région parisienne venus en grand nombre à cette fête de bienfaisance.

C'est principalement aux médecins de province que la F. E. M. voudrait réserver les billets qui lui restent, pour leur permettre de s'associer à son effort et de venir en aide aux veuves et orphelins de médecins dans la détresse, dont la plupart appartiennent à la province. Prix du billet : 5 fr. Carnet de 10 billets: 50 fr. S'adresser à la Société F. E. M. 95, rue du Cherche-Midi, Paris,-6e S. C. P. Paris-1466-88.

— **Association française des femmes médecins.** — Le prochain Congrès de l'Association internationale des femmes médecins aura lieu à Vienne (Autriche) du 15 au 22 septembre 1931 et sera suivi d'une réception à Budapest.

Pour prendre part au Congrès et pour renseignements s'adresser au Bureau de l'Association internationale des femmes médecins : Elysées Building, 56, faubourg Saint-Honoré, le droit d'inscription est de 30 francs. Les chemins de fer français accordent des demi-tarifs.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Sont nommés, à la suite du dernier concours, médecins-adjoints des hôpi-

taux de Bordeaux, MM. les Drs Delmas-Marsalet et Massière.

M. Delmas-Marsalet est affecté à l'hôpital Saint-André et M. Massière à l'Hospice général, en remplacement de M. de Grailly, qui passe à l'hôpital Saint-André.

— **Voyages de « La Caravane Universitaire ».** — La Caravane Universitaire, ouverte aux médecins et à leurs familles, organise pour l'été prochain à un prix réduit et dans de bonnes conditions plusieurs croisières et autres voyages à l'Etranger (Spitzberg, Constantinople, Italie, Espagne, Portugal, etc). L'ensemble des programmes est envoyé contre un franc par M. Roy, professeur au Collège de Gaillac (Tarn).

— **Inspection d'hygiène de l'Ariège.** — Il sera ouvert à la préfecture de l'Ariège, le mardi 7 juillet 1931, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques, et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Lee mandes rédigées sur timbre devront être adressées au Préfet de l'Ariège, avec le dossier règlementaire, avant le 4 juillet, dernier délai.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions de médecin des services publics d'hygiène est astreint à un stage préliminaire d'un an, à l'expiration duquel il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Le médecin inspecteur sera tenu d'assurer, sous l'autorité du Préfet, le fonctionnement de tous les services de protection de la Santé publique qui lui seront confiés.

Le médecin inspecteur recevra un traitement de début de 30.000 fr. avec augmentation de 3.000 fr. tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 42.000 fr.

A ce traitement viendront s'ajouter les indemnités pour charges de famille et de résidence, dont bénéficient les fonctionnaires du département, plus une indemnité annuelle de 10.000 fr. pour frais de tournées.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 JUIN

Education physique.

Sont nommés Membres du Comité consultatif de l'Education physique : MM. les Drs Chappert, Nogués, Georges Rosenthal, Philippe, Dufestel, Richard, Soula Boigey, Thooris, M. le Prof. Labbé.

12 JUIN

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Postes, Télégraphes et Télépho-

nes ; M. le Professeur agrégé Gastinel, membre du Conseil médical supérieur des P. T. T.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Dizier (Haute-Marne).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 fr. par an, auquel s'ajoute la gratuité du logement, du chauffage et de l'éclairage.

Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance. — 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Avis de concours pour un poste d'inspecteur d'hygiène du département de l'Ariège.

Il sera ouvert à la préfecture de l'Ariège, le mardi 7 juillet 1931, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques, et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'État). Leur demande, rédigée, sur timbre, devra être adressée au préfet de l'Ariège, avec le dossier règlementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 4 juillet, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Exposé des titres, travaux, états de service et références notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ;

7° Principales publications ;

8° Engagement pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uni-

quement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public dans le département de l'Ariège ;

9° Engagement, au cas de nomination, de rester en fonctions dans le département, pendant une durée minimum de 3 ans ;

10e Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de l'Ariège pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le préfet, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions de médecin des services publics d'hygiène est astreint à un stage préliminaire d'un an, à l'expiration duquel il est titularisé dans ses fonctions.

Par contre, si dans leur service, les médecins stagiaires ne donnent pas satisfaction, ils sont licenciés sans formalité ni indemnité.

Le médecin inspecteur sera tenu d'assurer, sous l'autorité du préfet, le fonctionnement de tous les services de protection de la santé publique qui lui seront confiées.

Le médecin inspecteur recevra un traitement de début de 30.000 fr., avec augmentation de 3.000 fr., tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 42.000 fr.

A ce traitement viendront s'ajouter les indemnités pour charges de famille et de résidence, dont bénéficient les fonctionnaires du département.

Le médecin inspecteur recevra en outre une indemnité annuelle de 10.000 fr. pour ses frais de tournées.

13 JUIN

Légion d'honneur.

Est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique, M. le Prof. Devraigne.

Service de santé militaire.

Par décret du 10 juin 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les médec. auxil. titul. du brev. de prép. mil. supér. ci-après. dés . : (rang 26 mars 31) Jaurou, 5e sect. infirm. milit. aff. 5e rég. ; (27 mars 31) Kraemer, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; (16 avril 31) Salauze, 16e sect. infirm. milit,., aff. 16e rég. ; 52(avril 31) Mondin, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég. ; (29 avril 31) Delaffond, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; (1er mai 31) Charbonneau, 8e sect. infirm. mil., aff. 8e rég . ; (12 mai 31) Manonviller, 23e sect. infirm. milit. aff. 20e rég.

Service de santé de la marine militaire.

Instruction relative à l'établissement, pour l'année 1931 *des notes et proposition des officiers de réserve du corps de santé.*

Paris, le 12 juin 1931.

AVANCEMENT

Pourront être proposés pour l'avancement, les médecins ou les pharmaciens chimistes de réserve remplissant au 1er janvier 1932 l'une des deux conditions suivantes :

1° Avoir réuni dans le cadre actif ou en position d'activité toutes les conditions exigées des officiers du cadre actif pour être promu au grade supérieur voir les articles 8 et 70 de la loi du 4 mars 1929). ;

2° Etre d'une ancienneté supérieure à celle indiquée ci-dessous pour chaque grade.

a) *Médecins.*

Médecin de 2e classe, 5 ans.
Médecin de 1re classe, 10 ans.
Médecin principal, 8 ans.
Médecin en chef de 2e classe, 7 ans.

b) *Pharmaciens chimistes.*

....

LÉGION D'HONNEUR

Les règles tracées par le chapitre 1er de l'instruction du 4 mai 1931, insérée au *Journal officiel* du 6 mai, pour les propositions de la Légion d'honneur sont applicables aux médecins et pharmaciens chimistes de réserves.

Les officiers de réserve devront annexer à leur bulletin de notes, une copie certifiée conforme, des citations à l'ordre dont ils seraient titulaires.

En l'absence de ces copies, il ne sera tenu aucun compte des citations mentionnées sur le bulletin de notes.

Les officiers susceptibles d'être l'objet d'une proposition pour la Légion d'honneur devront joindre à leur bulletin de notes un tableau des services qu'ils ont accompli au cours des hostilités (modèle annexé à la circulaire du 11 septembre 1923, *B. O.*, p. 496).

Les numéros de préférence pour la Légion d'honneur seront éventuellement donnés sur l'ensemble des officiers de réserve (médecins et pharmaciens) proposés pour cette distinction.

OBSERVATIONS

Prescriptions diverses.

Les dispositions générales du chapitre 3 de l'instruction du 4 mai 1931, pour la transmission des bulletins de notes et des photographies sont applicables aux officiers de réserve du corps de santé.

Les bulletins de notes devront également indiquer si l'officier continue d'exercer activement la médecine ou la pharmacie.

Assistance publique.

Décret du 9 juin 1931 relatif à la composition du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Article unique. — Feront partie du conseil supérieur de l'assistance publique :

1° Comme membre de droit : le président de l'association nationale des maires de France ;

2° Comme membres désignés par arrêté du ministre de la Santé publique ;

Deux anciens directeurs de l'hygiène et de l'assistance ;

Un directeur administratif des asiles publics d'aliénés.

16 JUIN

Enseignement de la médecine.

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine.

Par arrêté en date du 12 juin 1931, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le samedi 11 juillet 1931.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 4 juillet, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES

Sont admis à concourir :

A. — *Régime d'études de* 1893-1899.

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le troisième examen probatoire.

Régime d'études 1911-1912.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12, ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. — *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. — *Régimes d'études de* 1893-1899 et *de* 1911-1912.

Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions : *a*) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ;

b) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a*) une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie .

Etudiants à 16 inscriptions : *a*) une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. — *Régime d'études de* 1924.

Etudiants à 4 inscriptions : *a*) une composition d'anatomie ;

b) Une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a*) une composition de physiologie ;

b) Une composition de physique et de chimie biologique comportant : 1° une question de physique biologique (une heure) ; 2° une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions : *a*) une composition d'anatomie pathologique ;

b) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a*) une composition de médecine générale ;

b) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique .

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Secret professionnel et congés de maladie dans les P.T.T.

Extrait du compte rendu de l'Assemblée Générale du Syndicat de Cannes du 4 *juin* 1931

Cette administration n'accepte de congés payés que sur le vu d'un certificat médical comportant le diagnostic de la maladie.

Les Drs W. et H., saisis par un employé d'une demande de délivrance d'un tel certificat, ont refusé de le faire à cause du secret professionnel et ont conseillé à l'intéressé de demander ce certificat à un médecin ne l'ayant pas soigné, qui n'est pas tenu en conséquence par l'article 378 sur le secret professionnel.

Voir la suite page LIX-2095

PROPOS DU JOUR

L'inauguration de l'Infirmerie de la Maison du Médecin

Ce fut dans un cercle restreint et tout à fait familial qu'a eu lieu l'inauguration de l'Infirmerie de la Maison du Médecin.

Par un beau dimanche un peu chaud, une partie des membres du Conseil de la Maison du Médecin et quelques amis et bienfaiteurs de l'œuvre s'étaient donné rendez-vous à Valenton, au Château des Charmilles.

M. le Sénateur Strauss, ancien Ministre, membre de l'Académie de Médecine, accompagné de Mme Strauss, avait bien voulu présider à cette cérémonie toute intime.

Après avoir visité les chambres claires, spacieuses, coquettes de l'Infirmerie et parcouru ses dépendances, après avoir admiré l'harmonie de la construction qui ne dépare en rien l'aspect de la façade du château et qui fait honneur au talent de l'architecte, M. Wilfrid Bertin, après avoir félicité Mme Bonnet, veuve d'un de nos confrères qui a bien voulu accepter de remplir les fonctions de surveillante de l'infirmerie, tout en partageant la vie des pensionnaires, les visiteurs firent le tour du Parc, merveilleux en cette saison, véritable « Paradou », avec ses coins ombreux, ses sous-bois et ses fourrés délicieux et ses petits pavillons, hélas ! abandonnés. Puis, visiteurs et pensionnaires se réunirent dans le Grand Salon.

FIG. I. Le Château de Valenton.

Le Secrétaire général, Dr Dupuy de Frenelle, prit alors la parole. Dans une allocution à la fois délicate et éloquente, il remercia M. le Sénateur Strauss d'avoir bien voulu venir visiter la Maison du Médecin. Il rappela les immenses services rendus par lui, au cours de sa longue carrière politique, à l'Assistance, à la Mutualité, aux œuvres de solidarité et de bienfaisance, à l'hygiène, à la prophylaxie, à l'Institut Pasteur. Membre de l'Académie de médecine, M. Strauss, bien que n'étant pas docteur en médecine, est plus qu'un médecin et, en diverses circonstances, a montré toute sa sympathie au Corps médical. Une des plus récentes preuves qu'il a pu donner de cette sympathie, a été de contribuer puissamment, avec les Sénateurs Lancien et Delpierre, avec les Professeurs Léon Bernard, Jules Renaut et quelques autres, à déterminer la Commission du Pari mutuel à accorder à la Maison du Médecin une forte subvention qui a permis la construction de l'Infirmerie, sans prélever la plus petite somme sur le capital de l'Œuvre, les fonds supplémentaires nécessaires étant couverts par une souscription. Le Dr Dupuy de Frenelle remercie les généreux donateurs de cette souscription, dont Mme Bobier, la veuve d'un de nos confrères (1). Il montre le rôle important que les femmes remplissent dans toutes les œuvres de solidarité et de bienfaisance, associe Madame Strauss, présente, à la reconnaissance que nous, médecins, devons à son mari, évoque la tenacité et la patiente énergie mise par le regretté Dr Courtault à la création de cette maison de retraite qui fut longtemps jugée chimérique et qu'il parvint néanmoins à réaliser. Il adresse à Mme veuve Courtault, présente à la cérémonie, l'expression de sa respectueuse vénération.

Rappelant le rôle qu'a rempli M. le Dr Reynier, chirurgien des hôpitaux, qui, durant une période difficile, fut président de la société, il montre combien le Président actuel, le Dr Maurice Cazin, s'est dévoué à la tâche de la restauration de la

(1) La souscription n'est pas close. Envoyer les dons à la *Maison du Médecin*, 51, rue de Clichy, Paris (IXe).

Maison du Médecin et combien ses efforts comptent dans la prospérité actuelle.

M. Dupuy de Frenelle ne peut oublier le précieux, actif et dévoué concours de Madame Claisse qui assure le fonctionnement de la Maison en organisant la vente de Charité, et qui s'intéresse avec tant de délicatesse au bien-être de nos pensionnaires. Il remercie tous ceux qui ont contribué au succès de la souscription et à la prospérité de la Maison du Médecin, notamment le directeur, M. Glize, Mme Glize et Mme Rudolf Dupont, secrétaire administrative.

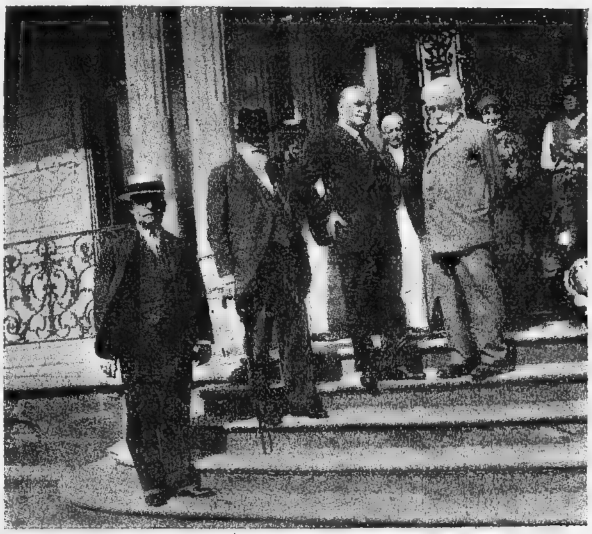


FIG. II. L'inauguration de l'infirmerie. De gauche à droite : Dr Bongrand, Dr Noir, Dr Dupuy de Frenelle, Dr de Marville.

M. le Sénateur Strauss répond au Dr Dupuy de Frenelle. Il rend hommage à la création du regretté Dr Courtault qui, sous la direction généreuse du Dr Reynier, puis de ses amis Maurice Cazin et Dupuy de Frenelle, a prospéré et s'est si heureusement développée.

La Maison du Médecin n'a pas le caractère d'une pension, ni d'une maison collective ; dans ses salons, sa salle de billard, sa bibliothèque, sa salle à manger, dans ses chambres règne une atmosphère familiale de douce intimité qui en fait un modèle dans son genre, et il la considère comme un exemple à donner aux corporations qui désireraient créer une maison de retraite similaire. Il assure le Dr Dupuy de Frenelle, qui lui aussi, est secondé dans sa tâche par une femme dont il ne saurait trop faire l'éloge du charme et du bienfaisant dévouement, du plaisir qu'il a eu à se rendre à Valenton et à faire la connaissance du Château des Charmilles et de ses pensionnaires.

Le retour des visiteurs à Paris s'effectua à regret. En ce beau jour de printemps, la fraîcheur du soir, le calme, le silence rendaient si agréable le séjour dans le nid de verdure qu'est le Château des Charmilles, qu'il était permis aux pauvres parisiens, obsédés par la chaleur, la poussière, les trépidations et le bruit de la grande ville, d'envier le sort des hôtes de Valenton.

J. NOIR.

Signalons parmi les visiteurs que nous avons reconnus, outre M. le Sénateur Strauss et Madame Strauss, M. le Dr Dupuy de Frenelle et Madame, M. le Dr Claisse, médecin honoraire de la Charité, et Madame, M. le Dr J. Bongrand, trésorier général de l'Association des médecins de France, et Madame, M. le Dr Signoret, rédacteur en chef de la *Bi tte Médicale*, et Madame, M. le Dr Smester, M. le Dr Letellier, M. le Dr de Marville, Mme R. Dupont, M. le Dr Noir, etc.

Le Dr Maurice Cazin, absent de Paris, le Pr. Laignel-Lavastine, Madame Vve Reynier, Madame Thion de la Chaume, le Dr et Madame Digeon, les Drs Dujarrier, Debidour, Daniel et de nombreux souscripteurs de Province s'étaient excusés.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA MALADIE CÆLIAQUE

Par Fr. SAINT-GIRONS,

Ancien chef de clinique à la Faculté,
Chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

La maladie cæliaque, fréquente dans les pays anglo-saxons, paraît exceptionnelle en France, peut-être parce qu'elle est mal connue du praticien, peut-être aussi parce que les formes atténuées, facilement et spontanément curables, qui sont moins rares, n'ont pas retenu l'attention jusqu'ici, et sont restées dans le groupe des diarrhées banales. Peut-être aussi a-t-on été dérouté par la stupéfiante multiplicité des dénominations sous lesquelles on a désigné l'affection que le premier a décrite Samuel Gee, d'Edimbourg, en 1888, et qu'il a appelée (nom qu'il faut conserver car il ne préjuge rien de sa pathogénie), maladie cæliaque (κοιλία, entrailles, ventre) : voici, la liste des synonymes : acholie (Cheadle) ; infantilisme pancréatique (Bramwell) ; infantilisme intestinal (Herter) ; insuffisance digestive grave des grands enfants (Heubner) ; atrophie pluriglandulaire digestive (Schük et Wagner) ; dyspepsie chronique intestinale (Brown, Courtney, Pairs et Mac Lachlan).

Quoiqu'il en soit, plusieurs cas de maladie cæliaque ayant été récemment observés en France (Röhmer, A.-B. Marfan, Rondinesco, Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Villemin, l'affection a fait l'objet de plusieurs travaux d'ensemble (A.-B. Marfan, R. Turpin, P. Woringer, G. Paisseau), et il ne nous a pas paru inutile de revenir sur les notions ainsi précisées par les travaux de ces deux dernières années.

La maladie cæliaque se caractérise essentiellement par des *manifestations digestives* (augmentation considérable de l'abdomen, volume énorme, anormal des matières fécales, dont l'aspect est particulier), qui entraînent un *arrêt de développement* statural et pondéral marqué. Elle débute en général vers les 16e ou 18e mois et son évolution se répartit sur plusieurs années.

Le début est progressif ; tantôt spontanément tantôt après un incident banal (poussée dentaire, diarrhée ou constipation), coqueluche, bronchopneumonie, etc.). Le nourrisson refuse la nourriture, devient apathique, hypotonique.

La maladie constituée groupe trois ordres de symptômes :

troubles digestifs,
troubles de la croissance,
signes associés.

1) **Les troubles digestifs** dominent le tableau clinique.

Le *ventre* est proéminent, modérément tympanique, contrastant par son volume avec l'amaigrissement du thorax.

Les *selles* ont un caractère particulièrement frappant : c'est leur extraordinaire abondance, certains enfants en éliminant 1.000 à 1.500 gr. au lieu de 50 à 80, et remplissant en une émission, la moitié de leur vase ; une grande quantité de mucus est souvent mêlée aux matières. Le nombre des selles varie de 2 à 10 par jour. Elles sont molles, spumeuses, de coloration gris-blanchâtre, d'odeur fétide. Elles contiennent une quantité considérable de graisses, presque toujours dédoublées. Les hydrates de carbone sont éliminés irrégulièrement, tandis que l'excrétion des albumines est normale. Les substances inorganiques (calcium, phosphore, magnésium) sont rejetées en excès.

2) **Troubles de la croissance**. — Le plus précoce de ces troubles est le retard pondéral ; le *poids* de l'enfant cesse d'augmenter, et peut même baisser lors de poussées diarrhéiques. La taille est touchée secondairement ; si la maladie se prolonge, la croissance est complètement arrêtée, et il en résulte un véritable *infantilisme* qui n'atteint pas, ou du moins très peu, l'intelligence du sujet. Si l'affection se prolonge jusqu'à la puberté, on observe le retard du développement des organes génitaux, et de l'apparition des caractères sexuels secondaires.

3) **Troubles associés** — Le plus fréquent est le *rachitisme*, avec ses troubles ostéo-musculaires, son anémie, et assez souvent une exagération de l'excitabilité neuro-musculaire dont la spasmophilie est une conséquence fréquente.

L'*évolution* est lente, mais l'affection n'est pas compatible avec une vie normale ; l'air triste et fatigué, amaigris, le teint pâle, la peau flas-

que, ces sujets restent immobiles dans leur lit ou bien souvent refusent de marcher et de jouer avec leurs camarades. Parfois, il se produit des crises aiguës survenant soit spontanément soit à l'occasion d'une infection banale ; l'état général en est aggravé et le poids baisse encore.

Des *complications* nombreuses peuvent survenir : fractures spontanées, œdème, qui apparaissent au stade terminal, hémorragies variées, avec purpura ou signes de scorbut. Ces sujets sont particulièrement vulnérables aux infections notamment broncho-pneumonie et colibacillose.

La *durée* de la maladie est fort variable. Les cas non traités aboutissent le plus souvent à la mort, par dénutrition et cachexie, ou par une des complications déjà citées.

Existe-t-il des *formes atténuées* de la maladie cœliaque ? Nous n'avons rien trouvé de précis dans la littérature, mais nous avons observé le fait suivant, 3 mois après un ictère catarrhal bénin. Une petite fille de 5 ans, maigrit et élimine tous les jours à plusieurs reprises des matières fécales grisâtres, d'aspect graisseux et d'une abondance extraordinaire. On supprime la graisse et on restreint les hydrates de carbone sauf les bananes ; on donne, à cause de l'ictère, de l'extrait hépatique, et en outre de l'extrait pancréatique. En moins d'un mois les selles redeviennent normales et l'enfant récupère son poids antérieur. Sans doute des faits de cet ordre sont-ils méconnus parce que difficiles à classer et il serait intéressant d'en réunir un certain nombre ; peut-être en trouverait-on parmi les lecteurs du *Concours médical* ?...

La *pathogénie* de la maladie cœliaque est restée fort obscure, malgré le nombre des travaux qui ont cherché à l'éclairer. L'étude de la flore intestinale y a montré des anomalies trop variables pour qu'on puisse en tenir compte. L'accélération du transit intestinal semble plutôt une conséquence qu'une cause de l'affection. L'examen du suc duodénal a montré que les différents ferments qu'il contient possédaient leur activité normale. Il semble qu'il y ait dans l'organisme un trouble grave de l'équilibre minéral et que le métabolisme des hydrates de carbone soit altéré, sans que l'étude des seuls phénomènes intestinaux puisse rendre compte de la pathogénie de l'affection.

Le *diagnostic* de la maladie cœliaque est facile pour qui en connaît la symptomatologie. En pratique il peut être posé dans trois occasions différentes, selon qu'on a porté l'attention principalement sur le syndrome coprologique, le syndrome abdominal, ou le syndrome infantilisme.

Le syndrome coprologique de la maladie cœliaque ne ressemble guère à celui des diarrhées banales, notamment à celui de la diarrhée du lait de vache. Il affecte des points de ressemblance avec l'infantilisme pancréatique de Bramwell, où les selles contiennent des graisses neutres (au lieu d'acides gras) ; mais elles n'ont ni la fétidité, ni la fréquence, ni surtout l'abondance qu'on observe dans la maladie cœliaque.

Le syndrome abdominal ne pourrait guère être confondu avec la tuberculose entéro-péritonéal, ni avec les gros ventres du rachitisme et du mégacolon.

Enfin le syndrome d'infantilisme n'apparaît que dans les formes évolutives de la maladie, et l'on évitera facilement l'erreur — en présence des signes abdominaux et des fèces si caractéristiques — avec l'infantilisme rénal, l'infantilisme hépatique de Lereboullet, l'infantilisme pancréatique déjà cité, l'infantilisme hypophysaire, l'infantilisme cardiaque.

Le *traitement* de la maladie cœliaque donne, dans les cas où il est institué assez précocément des résultats encourageants (de sorte que le diagnostic n'est pas seulement une satisfaction théorique) ; il est avant tout diététique.

Le régime repose sur la suppression des graisses et des hydrates de carbone, à l'exception des bananes Haas et de quelques autres fruits. On donne les protéines sous forme de poudre de lait albumineux, de gélatine, de blanc d'œuf, de lait écrémé caillé, de babeurre, de viandes, de fromages. Parmi les protéines végétales, Ribadeau-Dumas recommande particulièrement l'emploi de l'aleurone du tournesol, riche en substances azotées et en phytine. Woringer préconise aussi les purées d'épinards, carottes, laitues. P. Röhmer a obtenu des résultats favorables de la vitamine C.

Ce régime ne modifie pas, au début, l'état des selles mais améliore rapidement l'état général et permet une augmentation notable du poids.

Le traitement médicamenteux n'est qu'accessoire ; il s'efforcera de lutter contre la déminéralisation (*rayons ultra-violets*, huile de foie de morue, ergostérine irradiée), de stimuler la nutrition (extrait pancréatique, insuline, extrait thyroïdien), et de lutter contre la diarrhée (bismuth, benzo-naphtol, tannigène, etc.).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les inflammations aiguës du sein

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

La région mammaire peut devenir le siège de processus inflammatoires atteignant la mamelle elle-même, ou son atmosphère cellulo-graisseuse : dans le premier cas il s'agit de *mastites* et dans le second de *para-mastites* ces dernières pouvant être superficielles (*supra-mastites*), ou profondes (*infra-mastites*). Dans quelques cas, la poussée inflammatoire arrive à gagner à la fois la glande et son entourage immédiat déterminant ainsi une *panmastite*.

Comme les lésions inflammatoires glandulaires, les mastites, sont de beaucoup plus fréquentes, plus importantes et plus intéressantes que les para-mastites, ce sont d'elles que je m'occuperai uniquement aujourd'hui, en prenant pour point de départ l'observation de la malade qui se trouve actuellement couchée au n° 20 de notre salle Sainte-Marthe.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 21 ans, dont les antécédents héréditaires, consanguins et personnels ne présentant pas grand intérêt : réglée à 13 ans, et très régulièrement depuis, elle s'est mariée au mois de septembre 1929, et le 2 novembre dernier, après une grossesse sans incidents, elle a accouché à terme d'un enfant bien constitué.

Comme la montée de lait s'était effectuée immédiatement très abondante, la jeune mère a pu donner le sein à son bébé dès le 2e jour, mais dans son ignorance des complications qui surviennent souvent au début de l'allaitement, elle n'a pris aucune des précautions habituelles que l'on ne doit jamais négliger en pareil cas. Aussi, quelques jours plus tard, sur ses mamelons sans cesse humectés, de petites gerçures ne tardèrent pas à apparaître, occasionnant de très vives douleurs au moment des tétées.

Puis le 13 novembre, survint une poussée fébrile violente (41 degrés) avec céphalalgie intense : dans les jours qui suivirent la température baissa quelque peu, oscillant entre 38 et 39, pendant que les seins devenaient le siège d'une tension douloureuse. L'enfant fut alors sevré, mais les événements continuèrent leur cours, et bientôt se montrèrent les signes caractéristiques des abcès du sein, nécessitant à quelques jours d'intervalle plusieurs incisions successives. Le 30 novembre, d'autres collections purulentes étant en voie d'évolution, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Malgré l'intensité et la continuité des phénomènes infectieux, l'état général est resté très bon ; rien à signaler du côté des différents appareils de l'économie, la température est de 38,3 et le pouls bat à 112.

Les deux seins sont volumineux, mais sans traces de lymphangite : sur le droit, on remarque quatre incisions, dont deux situées dans le cadran inféro-externe donnent encore lieu à un écoulement purulent. Quant au sein gauche, il présente deux grandes incisions conduisant à des abcès encore en pleine évolution. On constate, en outre qu'à la partie supéro-interne du sein droit, la peau est rouge, tendue et luisante, traduisant l'apparition d'un nouveau foyer, et que près du mamelon gauche se trouve également une tumeur fluctuante de la grosseur d'une noix prêt à s'ouvrir. Les régions axillaires étaient indemnes de toute réaction adénopathique.

Durant un pareil état, on décida tout d'abord de pratiquer sans retard l'ouverture de l'abcès prémamelonnaire, qui donna issue à une certaine quantité de pus crémeux, jaune, vert, bien lié, et eu second lieu, afin de chercher à augmenter les moyens de défense de l'organisme contre les agents microbiens, on décida de recourir à la vaccinothérapie par un stock-vaccin.

Suivant les données classiques, c'est-à-dire en laissant chaque fois un intervalle de deux jours, trois injections intra-musculaires de quatre centimètres cubes de propidon furent pratiquées. La réaction thermique immédiate a été chaque fois assez intense, mais actuellement la température est tombée au-dessous de 37° ; il ne s'est pas formé de nouveaux foyers de suppuration, et ceux qui se trouvaient en pleine activité au début du traitement tendent à se tarir, la guérison complète et définitive n'est plus qu'une question de jours.

Les abcès du sein, les mastites aiguës dont je viens de vous rapporter un cas des plus typiques, surviennent ordinairement au moment des périodes d'activité glandulaire, c'est-à-dire qu'on les observe surtout à la naissance, au moment de la puberté ou au cours de l'allaitement, et ce n'est que d'une manière tout à fait exceptionnelle qu'ils peuvent apparaître dans d'autres conditions, succédant à un hématome traumatique infecté, ou réalisant une auto-infection par inoculation sanguine comme dans l'infection puerpérale ou la fièvre typhoïde,

En négligeant d'ailleurs les mastites des nouveau-nés ainsi que celles de la puberté, qui sont très rares, et à pronostic presque toujours bénin, bien que l'on ait signalé des cas d'abcédation pouvant parfois entraîner la rétraction cicatricielle du mamelon et même la destruction complète de la glande, c'est surtout après l'accouchement, au moment de l'allaitement, comme le montrent les statistiques de Martin, de Tillaux et de Winckel, que s'effectue l'infection mammaire.

Il s'agit là d'une affection fréquente, et que l'on rencontrait, il n'y a pas encore très longtemps, une trentaine d'années à peine, chez 6 p. 100 des accouchées : actuellement, les idées d'hygiène et de prophylaxie mieux accueillies et mieux mises en pratique l'ont rendue plus rare, mais, ainsi que vous avez pu le constater, elle est encore d'observation courante. Le plus souvent ces mastites sont unilatérales, et la bilatéralité ne se voit que dans le cinquième des cas.

Le nombre des grossesses paraît exercer une influence indéniable sur la production des abcès du sein : comme le fait très justement observer Bumm, ils sont deux fois plus fréquents chez la primipare que chez la multipare, et deviennent de plus en plus rares à chaque accouchement pour disparaître presque complètement à partir du quatrième.

Ces mastites, exceptionnelles chez les femmes qui ne nourrissent pas, se montrent surtout dans les premières semaines qui suivent l'accouchement, c'est-à-dire pendant le premier et le deuxième mois, ainsi que dans le dixième. Ce dernier fait, qui peut paraître un peu étrange au premier abord, indique de la façon la plus nette que non seulement l'allaitement prédispose aux abcès mammaires, mais que sa cessation brusque, semble également les favoriser, car c'est surtout au cours du premier et du dixième mois que le sevrage s'effectue le plus souvent.

La voie suivie par l'infection pour venir gagner la glande et provoquer la mastite a été longtemps et très ardemment discutée.

Pendant que Velpeau et Chassaignac, se basant sur l'absence d'adénite axillaire, et sur l'écoulement de mélange de lait et de pus après l'ouverture des abcès, soutenaient que l'infection débutait par les canaux galactophores, Nélaton, Giraldès et Billroth incriminaient au contraire l'origine lymphatique : pour eux, la mastite avait pour point de départ une plaie du mamelon, une gerçure qui, irritée par les efforts de succion et le contact incessant de lait et de salive, donnait naissance à une angioleucite par laquelle l'inflammation se propageait vers la profondeur.

Aujourd'hui il est universellement admis, âce à Duplay et à Budin qui ont repris les ées défendues primitivement par Velpeau et par Chassaignac, que l'inoculation se fait toujours par *voie canaliculaire*, comme elle se produit d'ailleurs pour les glandes salivaires, et non par voie lymphatique, la marche de l'infection ne pouvant pas s'effectuer en sens inverse du cours de la lymphe. En outre, l'absence assez fréquente de gerçure, l'issue de mélange de pus et de lait par l'expression de la glande au début des phénomènes inflammatoires, ainsi que la disposition simultanée ou consécutive d'abcès dans des lobes mammaires éloignés les uns des autres et séparés par des régions indemnes, montrent manifestement que la voie canaliculo-glandulaire constitue bien le mode d'infection de la mamelle, en n'oubliant pas cependant que des lymphangites et des abcès lymphangitiques avec adénite peuvent s'observer au niveau du sein et coïncider avec une mastite.

Quant à la cause même de l'infection mammaire, contrairement à l'opinion admise depuis Hippocrate, qui a été soutenue pendant très longtemps jusque vers la fin du siècle dernier et que les recherches expérimentales de Kehrer et de Pierre Delbet ont fortement contribué à faire abandonner, la stase laiteuse, qui se manifeste chaque fois que la femme suspend l'allaitement, est incapable à elle seule de produire une mastite, tout en y contribuant dans une certaine mesure, la glande ainsi modifiée par la distension des canalicules et des culs-de-sac glandulaires devenant un excellent terrain pour le développement de l'infection microbienne.

Pour que l'engorgement mammaire devienne une mastite véritable, il faut un apport de germes pathogènes, staphylocoques, streptocoques, gonocoques, bacilles de Lœffler, colibacilles, voire même anaérobies, provenant généralement de la bouche de l'enfant, qui, ainsi que vous le savez, contient d'une manière constante une foule de microbes à l'état latent, pouvant sous l'influence du moindre état morbide acquérir de la virulence, plus rarement de la nourrice, qui peut se contaminer elle-même si elle présente quelque lésion inflammatoire superficielle telle que furoncle, tourniole ou encore des sécrétions vaginales gonococciques.

Je vous ai déjà dit que l'abcès du sein était un abcès lobulaire : l'infection n'envahit jamais, en effet, la totalité de la glande, et se borne toujours à créer un nombre plus ou moins grand de foyers, situés ordinairement dans les quadrants inférieur et externe, généralement indépendants et ne communiquant pas entre eux, séparés par des lobules sains, évoluant ensemble ou successivement, ce qui peut prolonger l'affection pendant très longtemps.

Quant au volume de l'abcès, à moins de confluence de plusieurs foyers, il est rarement considérable : sa cavité irrégulière et cloisonnée par des débris de tissu glandulaire, renferme du pus mélangé de lait plus ou moins altéré d'odeur fétide.

Pour ce qui est des lésions histologiques, les

microorganismes causes de l'infection déterminent tout d'abord une réaction acide qui fait coaguler le lait, et bientôt, les colonies bactériennes emprisonnées dans un réseau de caséine remplissent les culs-de-sac glandulaires. Ultérieurement, les cellules épithéliales se tuméfient, elles se détachent et tombent dans l'intérieur des acini : le tissu conjonctif participe à son tour à ce travail inflammatoire, il réagit et devient le siège d'une abondante infiltration leucocytaire. C'est ainsi que peu à peu, les tissus se détruisent et que les lésions évoluent jusqu'à la transformation du lobule en une cavité pleine de pus.

Plus tard, l'évacuation totale du contenu de ces cavernes sera suivie d'un travail de réparation par scléroformation, qui, dans le cas de foyers multiples pourra, dans certains cas, devenir une cause de gêne pour la nutrition et le développement des acini et des lobules sains, et constituer un obstacle à la lactation lors des grossesses ultérieures.

Dans bon nombre de cas, le premier stade des mastites est constitué par une petite ulcération siégeant sur le mamelon lui-même, à son union avec l'aréole ou sur l'aréole. Elle apparaît généralement dans les premiers jours de l'allaitement, et comme l'a bien montré Varnier, peut évoluer de deux façons différentes. Parfois, il ne s'agit primitivement que d'une desquamation intense de l'épiderme, mais bientôt cette exfoliation ne tarde pas à se creuser, à devenir, plus profonde, le derme est atteint, et il se forme une véritable excoriation. Dans d'autres cas, on ne constate tout d'abord qu'une ecchymose recouverte par une croûte brunâtre, et ce n'est qu'à la chute de cette dernière qu'apparaît l'ulcération sous forme de plaie grisâtre à bords douloureux, ayant tendance à s'indurer ou de surface rouge, humide, fongueuse et saignante.

Cette ulcération, qui peut affecter les formes de simple excorisation plus ou moins étendue, ou de fissure plus ou moins profonde, est toujours très douloureuse : le moindre contact est pénible, et la succion occasionne des douleurs extrêmement vives parfois même intolérables, ce qui amène souvent la nourrice à espacer les tétées ou à sevrer complètement le nouveau-né. La stase laiteuse qui en résulte facilite l'infection des canaux galactophores et l'évolution d'un abcès.

Souvent, le point où se fait la contamination de la nourrice par l'enfant est constitué par cette ulcération, mais elle n'est pas indispensable pour l'évolution d'une mastite, car on a pu relever son absence dans bon nombre de cas. En effet, si la lymphangite est toujours précédée d'une lésion du mamelon ou de l'aréole, il n'en est pas de même de la galactophorite qui évolue le plus souvent indépendamment de toute lésion tégumentaire.

La *lymphangite*, dont je me bornerai à vous dire quelques mots, se manifeste dans la plupart des cas trois à sept jours après la gerçure ; elle débute généralement d'une manière brusque et s'annonce par une élévation considérable de température (39 ou 40 degrés) qu'accompagnent des symptômes peu importants, sécheresse de la bouche, soif vive, rapidité du pouls. Le sein paraît plus gros, il est tendu, dur, et la peau qui le recouvre présente des traînées rosées de lymphangite à point de départ mamelonnaire : elles sont surtout nombreuses sur la face externe et se dirigent vers l'aisselle où l'on trouve des ganglions gros et douloureux à la pression. Ordinairement, au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, la température revient à la normale et tout s'apaise ; on peut voir cependant des poussées successives de lymphangite, comme cette dernière peut se compliquer de petits abcès superficiels.

La *galactophorite* apparaît ordinairement du 7e au 11e jour, mais dans certains cas, exceptionnels, il est vrai, on a pu la voir se manifester plus tardivement du trentième au soixantième.

Son début est tout l'opposé de celui de la lymphangite, on ne constate en effet que peut d'élévation thermique, mais la malade accuse une sensation de tension douloureuse du sein, s'exaspérant au moment des tétées ; à la palpation la glande mammaire paraît légèrement augmentée de volume, sa consistance s'est accrue, elle semble tendue, mais n'est pas déformée il n'y a pas de rougeur de la peau.

Cette palpation permet en outre de mettre en évidence un symptôme extrêmement important sur lequel Chassaignac a le premier attiré l'attention, l'issue du pus par le mamelon. Pour y arriver, il faut comme l'indique Budin, après avoir appliqué le pouce et l'index sur le sein à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole, appuyer tout d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes, puis, tout en continuant à presser, rapprocher les doigts jusqu'à la base du mamelon qui est lui-même comprimé d'arrière en avant. Le liquide expulsé est recueilli sur un tampon d'ouate, qui est rapidement imbibé par le lait, alors que le pus reste à la surface.

Dans un grand nombre de cas, la galactophorite évolue, sans grands phénomènes généraux, en six à dix jours vers la guérison, dans d'autres, au contraire, elle conduit vers l'abcès du sein. Cependant, il ne faut pas oublier que si son pronostic est généralement bon pour la nourrice, il l'est beaucoup moins pour le nourrisson, si l'on ne prend pas la précaution d'extraire le pus accumulé dans les canaux avant la tétée ; l'absorption de pus par le nourrisson peut en effet provoquer l'apparition d'infections diverses, entérite, abcès multiples, broncho-pneumonie, *ostéo-*

myélite, ou encore une septicémie généralisée.

Quant à l'*abcès* du sein lui-même, son début, comme vous pouvez le penser, est toujours très insidieux, puisqu'il ne fait que succéder à une galactopharite : la malade au lieu de noter une sédation des différents symptômes qu'elle éprouvait, accuse une sensibilité toujours croissante, la sensation de tension augmente et se transforme bientôt en douleur vraie, réveillée par les moindres contacts ou les mouvements du bras, exaspérée par la succion, ce qui rend très vite, l'allaitement impossible : la glande, sous une peau qui a encore gardé sa coloration normale, apparaît gonflée, lourde, augmentée de volume en totalité ou déformée par des bosselures.

Si vous venez à palper ce sein, vous noterez que certains de ses lobes sont devenus gros, durs et très douloureux ; bien qu'ils soient compris dans la masse de la glande, ils sont encore mobiles sous la peau et sur la profondeur. En même temps apparaissent quelques symptômes généraux, malaise, frissons et fièvre.

Assez rapidement, en même temps que les téguments deviennent d'abord rosés puis rouges, et que le tissu cellulaire s'infiltre d'œdème inflammatoire, le lobule infecté devient rénitent puis fluctuant. La fluctuation, facile à constater dans les abcès superficiels, est d'une recherche un peu plus délicate dans les abcès profonds, vous arriverez cependant à la mettre en évidence en explorant attentivement le sein après l'avoir immobilisé sur les plans profonds. Pendant ce temps, les phénomènes douloureux ont redoublé et sont devenus lancinants, pendant que les symptômes généraux se montrent de plus en plus accusés.

Il est à noter que la palpation de la région axillaire ne montre aucune trace d'adénopathie, à moins qu'il n'y ait en même temps de la lymphangite superficielle : quant à la glycosurie dont la fréquence a été signalée par Verneuil, elle ne comporte aucune aggravation de pronostic, toute cause de rétention lactée entraînant l'apparition de sucre dans l'urine des femmes qui allaitent.

Pendant que le pus se collecte en un point, on voit souvent, distincts et séparés du premier par des lobes sains, se former ailleurs d'autres abcès, qui peuvent se succéder ainsi pendant plusieurs semaines, mais qui, au début tout au moins, ne communiquent pas entre eux, même lorsqu'ils sont très rapprochés. N'oubliez pas que la multiplicité et l'indépendance des abcès d'une mamelle sont une des caractéristiques de l'infection de la glande et témoignent de la voie canaliculaire qu'elle a suivie pour venir se propager non pas d'un lobe au lobe contigu, mais du canal galactophore au lobe qui en dépend.

Puis, lorsque les choses sont abandonnées à leur évolution spontanée, la collection purulente tend à s'évacuer d'elle-même et peut alors prendre diverses directions.

Le plus souvent, le pus se dirige vers la surface : pendant que la fluctuation devient superficielle, la peau passe du rouge foncé à la couleur violacée puis violette, elle blanchit ensuite en un point par lequel la suppuration se vide à l'extérieur.

La mastite peut ainsi guérir au bout de quelques jours, mais dans un grand nombre de cas, les phénomènes inflammatoires mettent un temps beaucoup plus long pour disparaître ; en outre, comme d'autre part, il s'est souvent formé d'autres collections qui ont subi la même évolution, la mamelle peut prendre parfois un aspect que l'on a comparé à celui d'une pomme d'arrosoir : la peau uniformément rouge violacée et infiltrée d'œdème dur est percée par plusieurs orifices par lesquels s'échappent du pus ainsi que des débris de glande ou de tissu cellulaire sphacélés. Ces mastites à foyers multiples finissent, lorsqu'elles sont étendues, par détruire plus ou moins complètement la glande ; elles laissent après elles des fistules, des noyaux indurés, de la rétraction du mamelon, ce qui rend le sein tout à fait impropre à la lactation.

Dans d'autres cas au contraire, et surtout lorsqu'il s'agit d'abcès de lobes profonds, le pus gagne le tissu cellulaire situé en arrière de la mamelle en donnant un abcès *sous-mammaire*, qui tend à se faire jour vers la partie inférieure et externe du sein.

Parfois l'abcès lobulaire peut s'ouvrir à la fois et dans le tissu cellulaire superficiel, et dans le tissu cellulaire rétro-mammaire, ce qui produit alors un *abcès en bouton de chemise* dont la partie rétrécie traverse la glande à la manière d'un tunnel.

Dans quelques cas même, l'inflammation arrive à dépasser les limites de l'atmosphère glandulaire immédiate et à gagner le tissu cellulaire situé au-dessous du muscle grand pectoral pour y former un *abcès sous-pectoral*.

Enfin, il peut encore arriver qu'une collection purulente vienne s'ouvrir dans la cavité creusée par une autre collection déjà ouverte au dehors et se vide par là : cette évolution vous sera révélée par un symptôme particulier sur lequel Nélaton a bien insisté, c'est la présence de filaments de sang dans l'écoulement purulent.

Le diagnostic des mastites aiguës ne présente pas en général de bien grandes difficultés : il se base sur l'écoulement de pus et de lait par expression de la glande, sur l'absence de ganglions dans l'aisselle, sur l'intégrité du revêtement cutané et sur la multiplicité et l'indépendance des lobes atteints.

Il est cependant un certain nombre d'affections avec lesquelles vous pourriez être amenés à les confondre et que je vais passer rapidement en revue.

Tout d'abord, il vous sera toujours facile de différencier les inflammations propres du sein des *supra-mastites*, qu'il s'agisse des abcès tubéreux développés aux dépens des glandes sébacées péri-aréolaires, ou des abcès pré-mammaires qui se forment dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Devant une tuméfaction limitée et superficielle, comme surajoutée à la glande, recouverte d'une peau chaude, rouge et luisante d'emblée, et s'accompagnant d'une adénite axillaire précoce, vous ne pourrez songer qu'à une supra-mastite, car, dans la mastite vraie, la rougeur de la peau est beaucoup plus tardive et les réactions générales sont beaucoup plus marquées.

De même, vous distinguerez toujours aisément l'abcès du sein de l'*engorgement laiteux*, décrit par Velpeau et improprement appelé par les Allemands *mastite simple parenchymateuse*, terme qui ne peut qu'engendrer la confusion. Dans ce dernier cas, le sein, uniformément augmenté de volume en très peu de temps, vingt-quatre à quarante-huit heures, acquiert des dimensions considérables, tout à fait hors de proportion avec le bon état général de la malade, l'absence de réactions générales, de fièvre, de phénomènes douloureux, de rougeur de la peau : l'expression de la glande, réalisée par la succion du nourrisson ou par un tire-lait, fait d'ailleurs disparaître très rapidement tous les symptômes d'engorgement.

On a pu encore, dans un certain nombre de cas confondre une mastite avce un *cancer aigu* : l'erreur est d'autant plus excusable qu'il s'agissait toujours de malades jeunes en pleine période de lactation, dont le sein était devenu subitement le siège d'un gonflement régulier, augmentant rapidement de volume, et présentant tous les caractères d'une maladie inflammatoire avec fièvre, rougeur et œdème de la peau. Vous arriverez cependant à différencier ces mastites carcinomateuses à cause de leur bilatéralité, de l'envahissement en masse du sein dont la consistance est devenue uniformément dure, de l'absence de toute suppuration, de la présence d'un engorgement ganglionnaire et par suite du facies, plombé, terreux et rapidement cachectique que présente la malade.

Je crois qu'il est inutile d'insister sur le diagnostic avec les *mastites syphilitiques* qui sont rarissimes, non plus que celui des gerçures avec un chancre induré.

Au point de vue du traitement, je me bornerai à vous signaler les *mesures prophylactiques* qu'il convient de prendre au cours de la grossesse ainsi qu'au début de la lactation et qui regardent plutôt l'accoucheur que le chirurgien. Elles consistent essentiellement dans des soins de propreté, de nettoyage du mamelon après chaque tétée, ainsi qu'en pansements des fissures et des gerçures.

Le *traitement curatif* de la mastite aiguë doit être envisagé aux deux périodes de l'affection : au début alors que l'infection est encore limitée aux canaux galactophores et plus tard à la phase d'abcès confirmé.

A la période de galactophorite, où l'on est en droit d'espérer une guérison sans suppuration franche, il faut, après avoir supprimé l'allaitement par le sein malade sous peine d'infecter le nouveau-né, exprimer le contenu des canaux galactophores selon la technique indiquée par Budin, que je vous ai déjà exposée, et qui doit être employée avec une grande douceur, car tout traumatisme ou massage est complètement déplorable dans une affection aiguë. Mais, pour obtenir un bon résultat, il est absolument nécessaire que la totalité du pus soit bien évacuée, c'est pourquoi, il est souvent utile de faire deux fois par jour l'expression du mamelon : après les soins habituels de propreté, le sein devra être relevé par un petit bandage modérément compressif.

Ce traitement doit être continué jusqu'à ce que la sécrétion purulente soit entièrement tarie, c'est-à-dire pendant deux à trois jours : par cette méthode, beaucoup moins traumatisante que l'aspiration réalisée à l'aide de l'appareil de Legroux, et partant moins dangereuse, Budin aurait obtenu près de 90 p. 100 de succès complets.

Lorsque l'abcès est constitué, il faut de toute évidence évacuer sans tarder la collection purulente, et cela par une ouverture suffisamment large, car les petites incisions, chères à Chassaignac, ainsi que les ponctions aspiratrices suivies ou non d'injections modificatrices sont totalement insuffisantes pour vider les foyers et pour assurer le drainage de leur contenu. Cependant, dans les incisions que vous aurez à pratiquer, souvenez-vous bien que vous devez tout d'abord éviter de sectionner transversalement les canaux galactophores, et en second lieu essayer de ménager le plus possible l'esthétique de la région.

La collection purulente doit évidemment être ouverte à son point le plus déclive, afin d'assurer le meilleur drainage : en partant donc de ce point, vous donnerez à votre incision une direction radiée par rapport à l'aréole, afin d'éviter la section des canaux, et d'intéresser les autres lobes glandulaires non encore englobés par l'infection. Si l'abcès est très volumineux, vous serez parfois amenés à pratiquer une contre-ouverture, qui vous permettra de drainer efficacement par une anse de drain transcurrente selon la technique de Forgue et de Reclus.

Walther et Baumgartner ont reproché à cette dernière méthode d'exposer à la fistulisation, et ont conseillé de toujours drainer séparément les deux plaies, afin que la cicatrisation puisse se faire régulièrement de la profondeur à la superficie. En ce qui me concerne, je ne crois pas que

la présence d'un drain transcurrent, à condition bien entendu qu'il soit retiré à temps, c'est-à-dire lorsque les phénomènes aigus auront commencé à s'amender, et que la suppuration tendra à se tarir, puisse déterminer la production d'une fistule mettant des mois à se fermer : j'ai fait usage, chaque fois que je l'ai jugé nécessaire, de ce procédé, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer.

Comme, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, les abcès lobulaires du sein sont presque toujours multiples et indépendants les uns des autres, il est surtout indiqué de pratiquer un certain nombre d'incisions radiées dont chacune correspond à un point infecté fluctuant ou douloureux. Afin d'abréger ce traitement toujours très long, certains auteurs ont préconisé, comme Weber, d'enlever tous les tissus nécrosés à la curette tranchante, comme Felizet de les détruire au thermo-cautère, ou comme Bardenheuer d'aborder les collections lorsqu'elles siègent dans les lobes profonds de la glande et de les drainer par la voie sous-mammaire.

Cette dernière méthode, qui a le grand avantage de drainer au point le plus déclive, et de donner en outre une cicatrice cachée sous le sein, me paraît tout à fait indiquée dans le cas de vaste phlegmon à propagation rétro-mammaire ; dans les autres cas, elle ne me paraît pas supérieure aux méthodes classiques, comme d'ailleurs les procédés de Weber et de Félizet.

Je vous dirai la même chose de la méthode d'hypérémie que Bier avait préconisée afin d'éviter toute incision large sur la surface du sein, et qui, après avoir excité un grand enthousiasme, semble actuellement presque tombée en désuétude, car de nouvelles méthodes, basées sur le principe de la *vaccinothérapie* et de la *phagothérapie*, en apportant un concours des plus précieux au chirurgien, ont permis, en évitant la diffusion, et en hâtant la collection du pus, d'être plus économiques dans le tracé des incisions, tout en restreignant dans une très large mesure la durée d'évolution des mastites.

La *vaccinothérapie curative* a rendu en effet des services inappréciables dans les cas d'infection, phlegmons, adéno-phlegmons, mastites, etc., et, pour ma part, je me suis toujours bien trouvé chaque fois que j'ai eu recours à elle.

Elle repose, comme vous le savez, sur le principe de l'immunisation : depuis très longtemps, on avait reconnu que certaines maladies infectieuses n'attaquaient pas deux fois le même individu, aussi était-il par suite permis de penser que le germe même de ces maladies avait développé dans l'organisme, qu'il était venu frapper, des réactions de défense dont l'action se prolongeait bien au-delà de la guérison.

C'est pour cette raison, que l'on a cherché à réaliser artificiellement ce que l'on voyait se produire naturellement et à procurer à des individus sains cet état réfractaire par des tentatives thérapeutiques : c'est ce qui fut réalisé dans la vaccination antivariolique qui est purement préventive.

La vaccinothérapie curative, entrée grâce à Wright dans la pratique courante, exploite, comme la sérothérapie, la propriété que possèdent les tissus vivants de réagir contre toute substance étrangère, tout *antigène* introduit dans l'organisme par la production de corps nouveaux, d'anticorps, spécialisés pour chaque antigène, chargés par suite de sa destruction, ainsi que par l'apparition de phénomènes humoraux particuliers, que l'on a rapportés à l'état colloïdal des solutions injectées (choc colloïdo-clasique de Widal).

Elle consiste donc à inoculer à l'organisme un antigène microbien non pathogène, de manière à ce que son introduction dans l'économie puisse déterminer l'apparition de ces corps nouveaux, de ces anti-corps destinés à détruire l'antigène donné ainsi que tout antigène microbien de même espèce.

Etant donné un foyer de mastite suppurée ou en voie de suppuration, la défense organique y est toujours insuffisante, et ne parvient pas en présence de microbes très virulents à former des anticorps suffisants pour les combattre et neutraliser leurs effets. En inoculant alors en plein tissu sain, des microbes morts, de même espèce que ceux du foyer mammaire, on crée un deuxième foyer inflammatoire de même nature que le premier. Mais comme il ne s'agit là que de bactéries incapables de se reproduire, l'organisme parvient à réagir vigoureusement et à produire en abondance des anti-corps, qui, après avoir eu facilement raison des microbes vaccinaux, passent dans le sang, et vont aider la défense au niveau du foyer d'infection.

Chaque espèce microbienne possédant des anticorps particuliers, le microbe vaccin introduit dans l'organisme doit de toute évidence appartenir à l'espèce du microbe infectant : aussi les premiers vaccins curatifs ont-ils été préparés avec des cultures du microbe pathogène emprunté au malade lui-même : on les nomma les *auto-vaccins*.

Mais, comme la préparation d'un auto-vacin se heurte en pratique à de nombreuses difficultés, que je n'ai pas besoin de vous énumérer, car vous les comprenez aisément, on a cherché à préparer des vaccins à l'aide de microbes isolés, dont on avait fait par avance une provision : c'est ce qu'on appelle les *stock-vaccins*, qui sont simples, mono ou polyvalents, et mixtes suivant qu'ils proviennent de la culture de germes appartenant à une seule famille, ou à des familles microbiennes différentes.

Dans notre cas particulier, j'ai eu recours à un stock-vaccin mixte, qui renferme des staphylocoques, des streptocoques et des pyocyaniques,

provenant de cultures atténuées par vieillissement et stérilisées par un double chauffage à 62° à vingt-quatre heures d'intervalle, ou Propidon, et vous avez pu constater par vous-mêmes les heureux résultats que je vous avais annoncés et que j'ai d'ailleurs obtenus chaque fois que je l'ai employé.

Certains ont reproché au Propidon l'intensité de la réaction générale qu'il détermine et qui se traduit par des frissons et par de l'élévation thermique accompagnée de nausées, de céphalée, de courbature et parfois de vomissements : il semble bien cependant que cette réaction, loin d'être nuisible, soit au contraire favorable, car plus elle est importante, et plus l'action du vaccin est manifeste.

Quant à la *phagothérapie* dont Raiga a récemment montré les brillants résultats dans le traitement des mastites aiguës, et qui est basée sur l'action du bactériophage d'Hérelle, elle consiste en présence d'une masse inflammatoire abcédée ou non, à porter directement le bactériophage dans le foyer même, soit après ponction évacuatrice, s'il y a du pus collecté, soit par simple injection s'il n'y en a pas encore.

Cette méthode qui, pour effectuer la lyse microbienne peut utiliser un auto-bactériophage ou un stock-bactériophage polyvalent, a procuré des guérisons très rapides, dans l'espace de quelques jours : comme elle supprime tout acte chirurgical, et que les ponctions et injections s'effectuent sous la seule anesthésie locale, elle semble présenter donc de très sérieux avantages sur la vaccinothérapie, et paraît par suite appelée, si les premiers résultats favorables se trouvent confirmés par d'autres, à nous donner les plus belles promesses dans le traitement de toutes les infections localisées.

CAS DE MÉNINGITE LYMPHOCYTAIRE D'ORIGINE OTIQUE, SIMULANT LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE (1)

Par H. Rouèche

La question des méningites aiguës lymphocytaires est à l'ordre du jour, et, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 14 mars 1930), MM. Roch, Eric-Martin et Mlle Moriedjikova ont apporté une communication sur la méningite aiguë lymphocytaire bénigne de nature indéterminée, simulant une méningite tuberculeuse ; les auteurs pensent avoir affaire dans la plupart des cas à des localisations méningées de l'agent pathogène de l'encéphalite épidémique.

M. Netter, reprenant l'argumentation défendue par lui en 1910, opine pour une forme méningée de la poliomyélite aiguë.

MM. Comby, Netter citent, à la séance du 28 mars 1930, trois observations nouvelles, qui sont en faveur de cette hypothèse.

M. Lemierre soupçonne les infections méningococciques frustes.

MM. Laubry et Rist, croient qu'il s'agit d'une affection autonome à virus particulier. MM. Jacob, Pagniez et Apert donnent quelques précisions cliniques et évolutives. En l'absence d'une thérapeutique spécifique, la ponction lombaire paraît soulager les malades et hâter leur guérison.

Ces observations concernaient presque toutes des adultes.

M. Dereux (de Lille), a rapporté à la Société anatomo-clinique de Lille, trois cas de méningite aiguë lymphocytique curable, se rapportant à des enfants. Dans ces cas, comme le remarque l'auteur, il n'y a pas un chiffre considérable d'éléments par millimètre cube, mais au contraire un chiffre modéré, ce qui les rapproche beaucoup plus de la méningite tuberculeuse de l'enfant.

Enfin ces méningites occupent seules la scène et ne sont pas un épiphénomène au cours d'une affection en évolution ; elles constituent toute la maladie. L'auteur pense que, dans les trois cas qu'il rapporte, on a pu avoir affaire à des formes méningées pures de la maladie de Heine-Médin.

Enfin, dans un numéro récent du journal *Pédiatrie*, MM. Bernard et Frémaux (de Lille), publient un cas personnel, et étudient les méningites aiguës lymphocytaires bénignes. A propos de cette observation, ils font une brève étude de l'étiologie des méningites lymphocytaires curables, simulant la méningite tuberculeuse. Ils passent en revue les infections médicales, à virus filtrants ou à germes inconnus : oreillons, poliomyélite, encéphalite, herpès, fièvres éruptives, etc., les infections à spirochètes, les infections parasitaires, les infections chirurgicales (réactions méningées, consécutives aux otites, aux traumatismes, aux abcès du cerveau), l'intoxication (saturnisme, helminthiase) ; enfin les réactions lymphocytaires bénignes de cause indéterminée.

Enfin, signalons les articles tout récents de M. Comby, sur la poliomyélite à forme méningée (*Clinique et laboratoire*, janvier 1931), et le nu-

(1) Société de pédiatrie, mars 1931.

méro du 25 janvier 1931, de la *Revue médicale de la Suisse romande*, qui contient un certain nombre d'articles ou d'observations de MM. Roch, Gautier et Peyrot, Turrettini et Choisy sur les méningites lymphocytaires.

Au cours de cette discussion et à la lecture de de ces articles, nous n'avons vu signaler que rarement la méningite lymphocytaire d'origine otique simulant la méningite tuberculeuse, sauf dans la communication de MM. Léri et Lièvre. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rapporter en détail l'observation suivante, que nous avons recueillie il y a déjà deux ans.

L'enfant D..., âgé de 3 ans, a été examiné en janvier 1928, par un de nos confrères, pour une poussée fébrile qualifiée grippe, avec petit écoulement séro-purulent de l'oreille gauche. Cet écoulement cesse au bout de deux jours, mais apparaissent avec une température à 38°5 phénomènes méningitiques nets : vomissements, ralentissement du pouls et raideur de la nuque. L'enfant est admis dans un hôpital. On pratique une ponction lombaire, et, des renseignements recueillis, nous savons qu'on a constaté une lymphocytose appréciable, de l'hyperalbuminose. On n'a pas décelé de bacilles de Koch, ni aucun germe pathogène. On pense à une méningite tuberculeuse, et la famille ramène l'enfant chez elle. Le premier médecin appelé à nouveau pense, lui aussi, à une méningite tuberculeuse, et nous voyons deux jours après cet enfant. La température est revenue à 38°5, les signes méningés sont nets : céphalées, vomissements, troubles du caractère.

L'enfant est maussade, rebelle à l'examen ; il est couché en chien de fusil, évitant la lumière. Raideur de la nuque. Signe de Kernig. Température 38°5. Nous ne constatons, ni herpès, ni purpura, et pas de troubles oculaires ; mais l'oreille gauche et la mastoïde sont nettement douloureuses, et un écoulement purulent est réapparu.

Nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide est clair, on constate 46 éléments par millimètre cube (38 lymphocytes, 7 polynucléaires). L'albumine est de 0.37. Le B. W. est négatif. On ne constate aucun microbe.

Mais, devant les signes oto-mastoïdiens, nous pensons à une méningite lymphocytaire otogène, et nous appelons en consultation le Dr Bouchet, otologiste des hôpitaux, qui partage notre avis ; nous conseillons l'intervention.

Cette intervention ne peut être pratiquée qu'à l'hôpital. L'enfant est admis dans un service hospitalier et, grâce à l'obligeance du Dr Bouchet, il est enfin opéré ; un évidement pétro-mastoïdien est pratiqué (Dr Huc), qui amène la guérison complète.

L'enfant a été suivi par nous depuis cette époque. Il est en parfaite santé et a guéri définitivement sans séquelles.

Voici donc un enfant admis deux fois dans un service hospitalier et, pour lequel, chaque fois, le diagnostic de méningite tuberculeuse fut posé. Seul l'écoulement otitique et la réaction mastoïdienne, nous a permis de préciser l'origine de la méningite et de déclencher l'intervention. Nos confrères Hubac et Chaussée, nous ont rapporté un cas semblable, terminé par la guérison après intervention chirurgicale.

Ces cas ne sont donc pas rares, et intéressent à la fois les pédiâtres et les otologistes. Ceux-ci, du reste, ont depuis longtemps dans leurs travaux rapporté des cas identiques et nous citerons le travail classique de Lermoyez, dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* : le diagnostic de la méningite aiguë otogène (avril 1909, t. XXXV) ; l'article de R. Passot sur les méningites et états méningés, aseptiques d'origine otique (*Annales des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx*, 1913, t. XXXIII), enfin la Revue générale de J. Lanos : la méningite otogène (*Gazette des hôpitaux*, 21 juin 1924). Ces auteurs rapportent des cas identiques, à ceux signalés dans cette communication ; Lombard et Passot signalent que, dans deux cas, ils ont eu affaire à des accidents syphilitiques.

Nous pensons qu'il y a lieu d'insister sur ces cas de méningite lymphocytaire aiguë, simulant la méningite tuberculeuse, reconnaissant pour cause l'infection otitique et guérie par une intervention chirurgicale sur l'oreille. Il y a donc lieu, dans toute méningite lymphocytaire qui ne fait pas la preuve de sa nature tuberculeuse, de rechercher la possibilité d'une étiologie otique et de pratiquer ou faire pratiquer tous les exament par un otologiste.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Les infirmes du ventre par séquelles inflammatoires. Leur traitement

D'après le Dr L. POULIOT (1)

Ce sont, en effet, de véritables infirmes, ces malheureuses femmes, qui se présentent à la consultation, souffrant du ventre depuis des mois ou des années, ou se plaignant d'une leucorrhée rebelle. Les métro-salpingites, subaiguës ou chroniques, qu'elles ont présentées, se sont compliquées d'une inflammation du tissu cellulaire pelvien, dont les séquelles sont actuellement en cause.

Ces malades n'ont, dans l'immense majorité des cas, subi que des traitements illusoires ou insuffisants. Tantôt, on leur a prescrit seulement des injections très chaudes avec des antiseptiques variés ; tantôt, on leur a ordonné des ovules vaginaux en grand nombre ; tantôt, on les a fait venir jusqu'à trois fois par semaine pour des pansements vaginaux. Dans tous les cas, le résultat a été décevant, et, c'est dans l'espoir d'une guérison trop longtemps différée, qu'elles se sont décidées à changer de médecin.

L'examen décèle presque toujours des gangues inflammatoires pelviennes, des cellulites pelviennes, et voici le traitement-type de début, que recommande l'auteur.

1° Prendre dans la position couchée une injection vaginale quotidienne de deux litres d'eau bouillie, *tiède*, sous pression maxima de 40 centimètres, additionnée d'une cuiller à soupe de la solution suivante :

Sulfate de cuivre.........	6 grammes.
Eau distillée.............	300 cmc.

2° Chaque soir, en se couchant, prendre avec une poire de caoutchouc de 60 gr., et *garder*, un petit lavement d'eau très chaude, dans laquelle on aura fait dissoudre un des paquets suivants :

Antipyrine..................	0 gr. 75
Pyramidon	0 gr. 25

3° Chaque matin (après avoir été à la selle), introduire dans le rectum un des suppositoires ci-après :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Onguent hydrargyrique simple................	0 gr. 05
Beurre de cacao	q. s. pour un suppositoire.

(1) Dr Léon POULIOT. — Traitement des cellulites pelviennes en gynécologie (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1931.)

Après dix jours de ce traitement, cesser les suppositoires du matin, et les alterner, un soir sur deux, avec les lavements.

Tant que persistera la cellulite, l'injection sera toujours tiède, et jamais chaude, à moins qu'on ne puisse instituer la cure, dite de Luxeuil, avec douche vaginale hyperthermique de 30 à 45 minutes de durée.

La solution de sulfate de cuivre pourra, chez les femmes à muqueuses tolérantes et suspectes de gonococcie encore en activité, être remplacée par le permanganate de potasse.

En cas de vulvo-vestibulite ou de prurit vulvaire, on prescrit du chloral au millième :

Hydrate de chloral..........	20 gr.
Eau distillée................	300 cmc.

Une cuiller à soupe par litre.

Les lavements chauds, à garder, agissent aussi bien sur la douleur que sur l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, et sur la lymphangite chronique. L'antipyrine et le pyramidon agissent sur l'élément douloureux, et aident à supporter le lavement. On peut les remplacer par :

Teinture de Jusquiame ...	ââ dix grammes.
Teinture de Belladone. ...	

XV à XX gouttes dans le lavement quotidien.

Si la douleur au toucher est très vive, notamment au niveau des ligaments utéro-sacrés, on peut faire dissoudre dans le lavement un comprimé de spasmalgine.

Dans les suppositoires, on utilise l'action éminemment résolutive de l'onguent mercuriel sur les infiltrations chroniques du tissu cellulaire pelvien.

Quand il y a rétraction douloureuse des ligaments utéro-sacrés, on peut exercer une action antispasmodique à l'aide de la papavérine :

Chlorhydrate de Papavérine.	trois centigr.
Onguent napolitain.........	cinq centigr.

Beurre de cacao q. s. pour un suppositoire.

Avec ou sans variante, ce traitement-type sera prescrit, plus ou moins rigoureux, suivant la gravité du cas, pendant une à trois semaines. Le plus souvent, dès le premier examen, les douleurs sont déjà très atténuées, les culs-de-sac vaginaux souples ; l'utérus mobile se dégage de la gangue de cellulite, qui l'immobilisait.

Dans les cellulites « ligneuses », presque toujours anciennes, l'amélioration n'est pas aussi rapide ; il faut employer les injections sous-cutanées de thiosinamine,rendue soluble par l'antipyrine. Tous les jours, ou tous les deux jours, faire une injection sous-cutanée de 2 cc. de la solution choisie ; dix minutes après la piqûre, au moment où la malade commence à percevoir dans la bouche une forte sensation d'ail (libération du radical allyl de la thiosinamine), on fait un massage utérin léger, portant surtout sur le cul-de-sac postérieur ; ce massage doit être court, 3 à 10 minutes au plus. Il est rare qu'il faille plus de 8 à 10 séances pour résorber les cellulites les plus volumineuses, remplissant comme d'un bloc tout le petit bassin. Les placards de cellulite pariétale, les rétractions de la gaine hypogastrique cèdent généralement beaucoup plus vite.

Si le massage, même léger, est mal toléré, on le fait précéder de l'effluvation de haute fréquence, avec la grosse électrode vaginale de Mac-Intyre, où le courant passe dix minutes.

Quel que soit le traitement employé, il arrive parfois qu'on atteigne pour ainsi dire le « point mort », au delà duquel il persiste des reliquats souvent légers, mais irréductibles de cellulite. C'est alors la *diathermie*, qui doit intervenir, surtout s'il y a disproportion entre l'élément douleur et les lésions minimes constatées ; des séances au moins bi-hebdomadaires, avec électrode vaginale et électrode lombaire, auront le plus souvent un résultat rapide.

On obtient aussi d'excellents effets avec la *boue radio-active*. Dans une compresse de gaze stérilisée, on malaxe de la boue radio-active pour la rendre homogène, et en faire un tampon du volume d'une petite mandarine. Porté, à l'aide d'un large spéculum, dans le cul-de-sac postérieur, ce tampon y est modelé par la pression douce d'une pince montée. On le laisse en place 12 heures pour la première application, 24 heures pour les suivantes. L'intolérance est rare ; elle se manifeste, dès le premier ou le deuxième pansement, par des douleurs assez vives ; mieux vaut alors ne pas insister. Lorsque le pansement est, au contraire, bien supporté, on fait de 6 à 12 applications de boue, espacées de 2 en 2 jours, ou de 3 en 3 jours ; la guérison est complète dans un mois environ.

Les reliquats inflammatoires, qui persistent, sont tout à fait justiciables des *cures thermales*. L'action des eaux s'exerce beaucoup plus sur eux que sur les lésions utéro-annexielles. Au tout premier rang, il faut placer les eaux chlorurées sodiques fortes et magnésiennes, dont le type est Saliès-de-Béarn. Puis viennent Luxeuil avec ses eaux hyperthermales, enfin Néris, qui convient surtout aux algiques, dont les souffrances auraient résisté au traitement médicamenteux et aux agents physiques. G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'oblitération coronarienne.

Fr. Van Dooren estime que, si le syndrome « angor aigu coronarien fébrile » caractérise souvent l'oblitération aiguë des coronaires, il a le défaut d'être trop limitatif, car cette oblitération coronarienne se réalise, souvent aussi, à bas bruits ; c'est alors un stade évolutif de la sénilité cardiaque, qui peut ainsi traduire une cause souvent méconnue de la mort des vieux cardiaques.

L'oblitération aiguë d'une artère produira l'infarctus du myocarde, amorcé par l'athérome vasculaire antérieur ; il siégera dans le territoire de la coronaire gauche, la plus intensément atteinte par l'endartérite chronique. Donc, le plus souvent, il se rencontrera à la face antérieure du ventricule gauche ou dans la région de la pointe. C'est de la situation de l'infarctus et de la nutrition des fibres musculaires du cœur, que découleront les symptômes de l'oblitération subite d'une branche coronarienne. L'infarctus myocardique pourra avoir des manifestations très différentes d'un cas à l'autre, suivant la variété des circonstances.

L'occlusion brusque d'une coronaire se caractérise par une crise angoreuse d'une intensité extraordinaire, que les patients, souvent anciens porteurs d'angine de poitrine, distinguent des douleurs antérieures. Cette crise particulièrement atroce s'accompagne le plus fréquemment d'irradiations abdominales, de vomissements. Il existe simultanément une poussée thermique. La décompensation cardiaque la suit, très tenace et souvent rebelle aux médications toniques habituelles ; on note des signes électrocardiographiques. A l'auscultation apparaît souvent un frottement péricardique.

Voici quelques remarques importantes au sujet de cette symptomatologie.

Dans l'ischémie progressive des cœurs séniles, on ne trouve pas de paroxysme douloureux ; ce qui aide à démontrer que le même fait peut être noté, malgré la nécrose d'une zone myocardi-

que importante ; et, en effet, le muscle cardiaque étant, par lui-même, insensible, l'excitation des ganglions nerveux dépend de la localisation de la douleur.

Quant aux modifications électriques, il semble que toute altération importante du myocarde aura une manifestation graphique. L'importance de la lésion musculaire conditionnera le type de la modification E. C. G. ; il est donc osé de vouloir déterminer une modification caractéristique de l'infarctus du myocarde.

On ne peut, d'autre part, accorder une valeur pathognomonique au frottement péricardique, car celui-ci manque souvent en raison de la situation profonde fréquente de l'infarctus.

Bref, la symptomatologie, proposée classiquement pour l'oblitération aiguë d'une coronaire, est un peu trop particulière. Par contre, le signe prédominant de l'infarctus est celui, qui accompagne toute désintégration tissulaire : c'est la poussée thermique et la leucocytose à polynucléaires (38°5 dans les 48 heures ; 15.000 leucocytes parfois). En outre, le cœur manifestera son atteinte particulière par des modifications de la courbe électro-cardiographique, et presque toujours par des signes de décompensation ; la décompensation circulatoire surprendra par sa gravité, par la futilité ou même l'absence des causes provocatrices, par la résistance qu'elle offrira aux agents thérapeutiques habituels. Le plus souvent, cette crise est une accentuation d'un état circulatoire déjà chroniquement décompensé : le galop devient plus net, la stase pulmonaire s'accentue ; parfois un hypertendu verra sa tension s'écrouler, du vertige apparaître, rapidement une infiltration œdémateuse se former, avec, le plus souvent, des troubles du rythme, soit des irrégularités du pouls, soit même de la bradycardie.

Il faut ainsi penser à la thrombose coronarienne dans tous les états cardiaques graves, survenus sans cause déclenchante nette, n'ayant aucune tendance à s'amender sous l'effet des tonicardiaques injectés, et cela surtout s'il s'agit d'un vieillard polyscléreux ; le diagnostic sera confirmé par la poussée thermique dans les 48 heures, la leucocytose, les modifications de la courbe électro-cardiographique.

Cette lésion doit être reconnue le plus tôt possible, car elle fait toujours courir le danger de la mort subite pendant 2 semaines environ.

Comme traitement, la digitaline devra être prescrite avec prudence, car elle peut déclencher rapidement les extra-systoles. Il faut préférer l'adrénaline (excitation du sympathique vaso-dilatateur coronarien), la caféine ou autres xanthines vaso-dilatateurs coronariens, le camphre (naturel ou synthétique), qui sont des tonicardiaques non alcaloïdes. Dans les vieux cœurs, en effet, les fibres musculaires intactes sont rares, et il est mieux de recommander une médication qui favorise la nutrition, plutôt que de tonifier un muscle, que la sclérose empêche de réagir. (*Bruxelles médical*, 14 décembre 1930.)

L'urticaire.

L'urticaire est le type de la maladie de sensibilisation ; mais, dans cette maladie, l'anaphylaxie n'a pas la large part d'élément déchaînant, qu'elle a dans l'asthme.

On connaît la symptomatologie de l'urticaire, mais non point ses témoins humoraux (Dr DE GENNES). Sa caractéristique principale, c'est d'être fugace ou éternellement récidivante. Elle a ses équivalents, qui sont les eczémas, le strophulus, etc.

Souvent cette affection, du type des maladies de sensibilisation, est d'origine digestive. La sensibilisation la plus anciennement connue est celle aux œufs, aux poissons, aux crustacés. Le porc a pu déterminer l'éruption (sauf sous la forme de jambon d'York), et, de même, le vin blanc ordinaire, certains condiments, la tachyphagie.

Il ne faut pas oublier l'urticaire parasitaire (kystes hydatiques du foie, insectes). Les orties donnent un type de sensibilisation végétale. On connaît aussi la maladie du sérum ; après les grands traumatismes, la résorption des hématomes chez certains sujets particulièrement sensibles peut avoir les mêmes effets. Citons enfin la sensibilisation à l'antipyrine, à l'aspirine, à la quinine, à l'arsénobenzol, aux agents frigorifiques, à la fatigue, à la réaction nerveuse.

Le diagnostic de l'urticaire par la cuti-réaction amènerait, dans 3 % des cas, un traitement efficace.

Cependant la thérapeutique est le plus souvent inefficace. Il faut essayer, ou bien de supprimer l'antigène, ou bien d'y habituer l'organisme (curi-réaction répétées). La désensibilisation spécifique peut être utile dans certains cas par la peptone *per os*, ou bien à 5 % ou 50 % en injections sous-cutanées, intra-dermiques, mais jamais intra-veineuses. Citons l'auto-hémothérapie, la médication anti-choc, l'adrénaline. (*Journal des praticiens*, 20 décembre 1930.)

Des difficultés du diagnostic de certaines appendicites aiguës.

Si l'on pratique un examen très méthodique, après un interrogatoire très précis, rien n'est plus facile que de diagnostiquer une appendicite aiguë, lorsque l'appendice est en position iliaque droite, surtout si l'on pense aux erreurs possibles (point abdominal de la pneumonie, douleur urétérale droite).

Comment se fait-il cependant que des médecins, même très avertis, passent à côté d'une

crise d'appendicite aiguë ? La cause la plus fréquente de ces erreurs est, dit le Professeur GOSSET, dans la situation anormale de l'appendice. Lorsque tous les signes sont en faveur d'une appendicite aiguë et que l'examen de la fosse iliaque droite ne révèle rien d'anormal, il ne faut pas pour cela rejeter ce diagnostic. Il faut se rappeler que l'appendice peut occuper une position anormale (pelvienne ou rétro-cæcale).

Pour l'appendicite pelvienne, avant de pratiquer le toucher rectal, qui donnera la clef de tous les phénomènes, demander (il s'agit souvent d'un enfant) s'il n'y a pas eu de douleurs dans la miction, surtout à la fin de la miction.

Quant à l'appendicite rétro-cæcale, elle a une allure tout à fait particulière : le début a été brusque ; on aurait pu penser à une perforation, et cependant tout est rentré dans le calme ; le ventre paraît normal ; mais le malade continue à avoir de la fièvre. Si la fosse iliaque droite ne présente rien, dans la fosse lombaire droite, la palpation profonde révèle la douleur. La température reste élevée ; cependant le transit intestinal est peu ou pas gêné. Il se constitue peu à peu, derrière le cæcum, dans l'atmosphère sous-rénale, une collection, qui se révèle cliniquement par de la température, avec un peu d'élévation du pouls, et une douleur profonde, qui va en augmentant. La fosse iliaque droite donne une sonorité trop élevée, car le cæcum est rempli de gaz.

Au cas d'appendicite rétro-cæcale, il faut opérer avec beaucoup de douceur et de prudence ; ne pas décoller le cæcum (après incision de Mac-Burney), avant d'avoir protégé avec soin les parties voisines, car le pus va fuser très facilement vers le ventre, en raison de la barrière extrêmement fragile, qui le protège. Si on opère tardivement, lorsqu'il y a déjà un abcès profond, il ne sera pas toujours possible d'arriver à enlever l'appendice.

Bref, le diagnostic d'appendicite aiguë, lorsque tous les signes sont en sa faveur, ne doit pas être abandonné, parce qu'il n'y a pas de signes dans la fosse iliaque droite. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 décembre 1930.)

Ostéosynthèse de la diaphyse humérale par plaque vissée.

DUPUY DE FRENELLE décrit la technique de l'ostéosynthèse par plaque vissée de la diaphyse humérale.

Il montre, avec une observation à l'appui, la bénignité de cette opération, qui évite les ennuis d'une longue immobilisation plâtrée chez les jeunes gens, et permet rapidement un usage modéré du bras immobilisé dans une simple écharpe.

Il signale les écarteurs, la plaque étroite et cintrée, les vis à tête carrée plantées directement en un seul temps, le plante-vis, tous instruments personnels de l'auteur, qui contribuent à la simplification de cette opération. (*Paris Chirurgical*, janvier-février 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Maladie de Heine-Medin. Constitution d'une provision de sérum d'anciens malades.

(M. NETTER. — *Académie de médecine* ; 19-5-1931.)

En prévision d'un retour possible, cet été, de la poliomyélite, il apparaît désirable de constituer à l'avance une provision de sérum d'anciens malades pour pouvoir, le cas échéant, en mettre une quantité suffisante à la disposition du Corps médical.

Dans cette provision, peut entrer aussi bien le sérum de malades anciens que celui de sujets dont l'affection ne remonte qu'à quelques mois. Il conviendra même de mélanger le sérum de plusieurs sujets, dont la maladie date d'années différentes.

Bien que la température de 56° réalisée au cours de la tyndallisation éloigne tout danger de syphilis et de tuberculose, on soumettra le sang des donneurs à l'épreuve de Wassermann, dans les cas surtout où l'on sera amené à faire des injections (intra-musculaires) de sang total.

On recherchera les anciens poliomyélitiques, en compulsant les registres des hôpitaux, en s'adressant aux médecins, aux masseurs, fabricants d'appareils, etc. Le sérum de sujets normaux, ayant vécu sans présenter de signes apparents de poliomyélite dans les localités, où ont sévi des épidémies ou seulement des cas sporadiques, pourra, si les résultats constatés de divers côtés le confirment, fournir un appoint précieux à cette récolte. Ce sérum, en effet, contient très souvent des principes anti-virus.

Traitement thyroïdien de l'hypercholestérinémie.

(M. et Mme Max LÉVY. — *Académie de médecine* ; 21-4-1931.)

Les auteurs ont soumis une vingtaine de malades atteints d'hypercholestérinémie au traitement thyroïdien et à la thyroxine. Ils ont administré des doses faibles d'extrait thyroïdien ou de thyroxine, et ils ont obtenu chez tous les sujets un abaissement notable et presque toujours un retour à la normale de la cholestérinémie.

Sur la propriété scientifique.

(M. Lucien KLOTZ. — *Académie de médecine* ; 21-4-1931.)

M. Lucien Klotz lit une note intitulée : « les droits de la science. Pour les œuvres utiles à la santé publique, il faut des millions. La loi sur la propriété scientifique les fournira ».

L'auteur expose que la propriété scientifique devrait être protégée comme la propriété littéraire. On pourrait, avec les ressources que donnerait le vote d'une loi établissant cette propriété, accorder aux savants, dont les découvertes ont eu des applications pratiques rémunératrices, certaines droits d'auteur prélevables sur les bénéfices, que procurent ces applications. Une partie de ces droits pourrait être versée aux budgets des laboratoires, qui trop souvent manquent de matériel et aussi de chercheurs, que le feu sacré ne suffit pas à nourrir.

La réflexothérapie des céphalées.

(M. G. SCHOENGRUN. — *Académie de médecine* ; 21-4-1931.)

Le ganglion spléno-palatin comporte une racine sensitive, une motrice, une sympathique. Ce ganglion communique en dedans avec la fosse nasale par l'intermédiaire du trou sphénopalatin, et une excitation pratiquée sur la pituitaire est susceptible d'agir sur ledit ganglion et ses rameaux anastomotiques avec le ganglion otique, le ganglion ophtalmique, le nerf optique.

Il suffit, en effet, de toucher avec un stylet la région de la queue du cornet moyen pour provoquer du côté correspondant une série de réactions : larmoiement, rougeur de la conjonctive, hypersécrétion nasale, parfois rubescence de l'hémi-face et sudation frontale, voire de l'exophtalmie et de la tachycardie, etc. On obtient là, en somme, des réflexes, qui peuvent s'étendre dans des régions assez éloignées.

La réflexothérapie nasale s'appuie en grande partie sur ces données physiologiques. Pour la pratiquer, M. Schoengrun se sert du mélange de Bonain, composé d'acidephénique, menthol et cocaïne (à parties égales), mélange que Bonain a préconisé comme anesthésique local et que l'auteur utilise ici à des fins différentes.

L'attouchement de la pituitaire, dans sa zône rétro-turbinale, avec le mélange en question, produit un effet à la fois anesthésiant et caustique, source de réflexes modificateurs. M. Schoengrun a obtenu, par ce procédé de réflexothérapie nasale, une amélioration ou des guérisons de céphalés, par ailleurs résistantes à d'autres thérapeutiques.

Hernie diaphragmatique.

(M. Jean QUÉNU. — *Société de Chirurgie* ; 25-2-1931.)

M. Picot rapporte, au nom de M. Jean Quénu, une observation de hernie diaphragmatique congénitale, opérée par thoraco-phréno-laparotomie.

La malade, âgée de 47 ans, à la suite d'une chute dans le métro, se plaignait de crises douloureuses au creux épigastrique et de vomissements. Une radiographie montra l'existence d'une hernie diaphragmatique. Il s'agissait manifestement (la chute ayant été minime) d'une hernie congénitale révélée, comme cela arrive souvent, à l'occasion d'un traumatisme peu important.

L'indication opératoire était tirée de la répétition de crises douloureuses pénibles, de l'amaigrissement, et de la possibilité, pour cette hernie volumineuse, à pédicule étroit, de s'étrangler. L'orifice herniaire du diaphragme étant apparu à la radio de dimensions modérées on put conclure à l'indication technique de la cure chirurgicale. Effectivement, la thoraco-phréno-laparotomie donna un bon résultat.

Enorme anthrax de la nuque traité par le bactériophage.

(M. SAUVÉ. — *Société de chirurgie* ; 25-2-1931.)

M. Sauvé présente un malade, qui souffrait d'un énorme authrax allant de la protubérance occipitale externe à la 7e cervicale et d'un sterno-mastoïdien à l'autre. En profondeur, il pénétrait jusqu'au plan osseux. Il a été guéri en huit jours, par 2 injections sous-cutanées de bactériophage et quatre injections *in situ*.

P. L.

Urticaire par effort et cure thermale.

(M. A. DEBIDOUR. — *Société de Médecine de Paris* ; 13-2-1931.)

M. D. rapporte l'observation d'un mécanicien d'automobiles, âgé de 43 ans, fils et petit-fils de migraineux, chez lequel, consécutivement à un coryza spasmodique printanier, accompagné de crises de dyspnée asthmatiforme, est apparue brusquement une urticaire causée uniquement par l'effort musculaire brusque et rapide, localisée au niveau du groupe musculaire ayant produit cet effort.

Cette urticaire, datant de deux ans, gênant considérablement le travail, disparut complètement et définitivement à la suite d'une cure thermale au Mont-Dore.

L'auteur attribue ce résultat au rétablissement de l'équilibre humoral et neuro-végétatif du sujet, sous la triple-influence du repos, de l'altitude et des diverses pratiques thermales mises en œuvre, parmi lesquelles l'hydrothérapie lui paraît avoir joué un rôle prépondérant.

Importance de la radiographie. Cancer du poumon inaperçu à l'examen radioscopique.

(M. NEMOURS Auguste. — *Société de Médecine de Paris* ; 28-2-1931.)

C'est le cas d'un malade, chez lequel un examen radioscopique des poumons, pratiqué antérieure-

ment, n'avait montré aucune lésion. Un nouvel examen radioscopique et radiographique révéla de nombreuses métastases pulmonaires. L'auteur insiste sur l'inutilité, voire le danger, des examens radioscopiques sans radiographies.

Des sensibilisations thérapeutiques

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-1931.)

L'auteur développe la notion des sensibilisations thérapeutiques. A côté d'elles, la sensibilisation naturelle ou provoquée porte l'organisme à la morbidité ou à la santé. Il se borne, dans cette étude, aux radiations : on sait que l'insolation a souvent sensibilisé l'individu aux Rayons X, lesquels déterminent alors, à faibles doses, des érythèmes ou des radiodermites. Ces mêmes rayons X ont produit les mêmes phénomènes nocifs chez des sujets, ayant reçu en injection ou ayant ingéré certaines substances, aliments frelatés, bismuth... en proie à de grandes émotions, ou à la suite d'interventions chirurgicales.

Bref, à côté des antécédents héréditaires et personnels, il faut, dans les sensibilisations thérapeutiques, faire une place aux diverses thérapeutiques employées précédemment.

Des abcès consécutifs aux corps étrangers latents dans les voies aériennes.

(M. J. Guisez. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-1931.)

Il s'agit de trois cas récents de volumineux abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers, qui avaient échappé à l'examen clinique et même, dans un cas, à la radiographie. L'auteur relate la technique employée pour essayer de débarrasser les malades de ces suppurations par les méthodes directes (bronchoscopie).

Chez l'un d'eux il s'agissait d'une pièce de 0 gr.50 en argent, qui avait séjourné 15 ans dans la bronche ; chez l'autre, c'était un noyau de pruneau, et, chez un troisième, c'était une dent tombé dans une ramification bronchique, lors d'une extraction sous anesthésie générale.

Dès que le diagnostic bronchoscopique est fait, J. G. préfère aux bronchoscopies répétées, la méthode des injections massives transglottiques, tout aussi efficaces, et mieux supportées par le malade. Mais les résultats sont surtout bons, si le cas n'est pas trop ancien, et s'il n'y a pas de poche purulente nettement organisée.

Le contamination syphilitique avant le chancre.

(M. E. Schulmann. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-1931.)

Un sujet a des relations avec une prostituée libre ; 28 jours après cette aventure apparaît un chancre du sillon balano-préputial, où fourmillent les tréponèmes. Mais il a eu, huit jours avant l'éclosion de ce chancre, des rapports avec sa femme légitime. Il consulte sur le risque couru par cette dernière ; on lui affirme l'invraisemblance d'une contagion avant le chancre ; mais on à tort, car, deux semaines plus tard, la femme légitime présente un accident primaire typique de la petite lèvre droite.

L'auteur a pu recueillir 9 observations analogues ; les dates de contagion varient de 4 à 12 jours avant l'apparition du syphilome, et la maladie ainsi contractée ne diffère en rien de ses formes habituelles.

Aucun état intermédiaire entre les chancres nains et une lésion invisible n'a pu être mis en évidence. Une telle contagion s'explique vraisemblablement par une lésion microscopique, ceci justifié par les données expérimentales. Mais il est possible que le sperme, et même accidentellement le sang, puissent être vecteurs du tréponème.

L'attitude thérapeutique dans la crainte d'une contamination possible doit être l'expectative, avec examen hebdomadaire méthodique. La contagion n'étant rien moins que probable, toute médication préventive est à écarter. C'est l'opinion ferme de l'auteur, malgré l'avis contraire de M. Galliot ; en effet, le traitement abortif est généralement insuffisant : on recule l'apparition des accidents, résultat souvent malheureux ; celui-ci semble d'ailleurs abandonné actuellement par la majorité des syphiligraphes.

Les infirmes de la hanche, leur traitement chirurgical.

(M. Raphaël Massart. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-1931).

Le Dr R. Massart groupe sous ce titre toutes les affections chroniques de la hanche, qui modifient l'appui du bassin et gênent la marche, par suite de l'adaptation insuffisante ou imparfaite du fémur à l'os iliaque.

Les vieilles fractures du col fémoral, les luxations invétérées, les subluxations coxo-fémorales, les séquelles d'arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques, la coxalgie en particulier, peuvent être améliorées par des interventions chirurgicales orthopédiques, que l'auteur décrit, et dont il présente des résultats.

Pour corriger l'appui douloureux, l'appui insuffisant, l'appui douloureux et insuffisant, on peut pratiquer : l'arthrodèse afin d'immobiliser le fémur sur le bassin, si l'appui est bon et si les phénomènes douloureux empêchent, seuls, l'utilisation du membre ; la butée, quand l'appui est mauvais et que le membre devient inutilisable par suite d'une trop grande mobilité.

Ces opérations sont faites sans drainage ; la plaie opératoire, suturée avec soin, se répare par première intention ; d'ailleurs un plâtre est appliqué aussitôt, et c'est seulement trois mois plus tard que l'on touche pour la première fois à la plaie.

A l'heure actuelle, 26 interventions de ce genre ont rendu à des infirmes de la jambe une vie à peu près nouvelle ; certes, il persiste quelques imperfections

difficiles à corriger, comme le raccourcissement, la limitation des mouvements, la gêne pour s'asseoir au fond d'une chaise, mais elles sont infimes comparativement à l'infirmité première.

G. F.

Société de thérapie et d'éducation physiques.

Séance du 8 mai 1931.

L'héliothérapie

M. Reygasse traite ce sujet au point de vue général.

Il compare l'histoire de ce traitement dans l'antiquité et aujourd'hui, faisant remarquer la disparition de cette méthode de l'époque romaine jusqu'en 1815, où Cauvin, puis (en 1856) Rickli la remirent en honneur.

Il expose ensuite la physico-chimie des rayons U. V. solaires et leur différence avec les rayons U. V. artificiels.

Il fait une revue rapide des maladies, auxquelles l'héliothérapie est applicable, et démontre, qu'en agissant avec prudence et discernement, les pulmonaires en tirent les plus grands profits.

Il termine en relatant diverses théories sur la pigmentation, les causes et les conséquences de cette dernière, et notamment sur les phénomènes de résorption pigmentaire récemment étudiés ainsi que tous les phénomènes solaires dans les sanatoria de Lamotte-Beuvron et des Escaldes.

Discussion.

Ont successivement pris la parole : MM. Lependu, de Parrel, Rosenthal, Robin, Ruffier, soulevant entre autres, la question de la résorption pigmentaire, qui s'accompagne généralement d'une amélioration de l'état général à telle enseigne, que l'on peut se demander si le malade ne bénéficierait pas d'un traitement par échelons, s'arrêtant à la pigmentation et tirant parti de la résorption de ces pigments, avant de procéder à une nouvelle série d'application.

Dr J. Ruffier.
secrétaire des séances.

Les Congrès

XXXe Congrès français d'Urologie

(*Suite*) (1)

Les contusions rénales.

Néphrites traumatiques. — Définition. — On appelle ainsi les néphrites, qui se manifestent après une contusion du rein.

Cette définition assez vague mérite d'être précisée : elle ne peut concerner les néphrites consécutives à une série de chocs répétés (équitation, nage, marche sportive, etc.), pas plus que celles consécutives à un refroidissement ou une intoxication professionnelle. Elle ne peut englober les néphrites suraiguës, rapidement mortelles, appelées « commotions rénales » (Holz).

Faits cliniques. — 1° Après une contusion rénale bénigne ou de gravité moyenne, on voit très fréquemment survenir de l'albuminurie (indépendante du saignement) et de la cylindrurie.

Certains cas légers guérissent en dix, quinze jours, trois semaines. D'autres persistent plusieurs mois, s'atténuent, puis disparaissent.

Il ne s'agit pas de néphrites vraies. L'albuminurie et la cylindrurie traduisent l'élimination des foyers d'attrition, le remaniement du parenchyme rénal.

2° Dans quelques rares observations, la mort est survenue, par néphrite, en un laps de temps assez court après la contusion rénale (Klippel et Chabrol).

3° En d'autres circonstances, l'albuminurie et la cylindrurie deviennent chroniques, sans qu'il y ait syndrome néphritique à proprement parler.

Certaines observations mentionnent nettement les phénomènes infectieux accompagnant ces symptômes : ce fait n'est pas général.

Dans certains cas, les signes de réaction rénale sont franchement unilatéraux (Wildbolz). Ils sont parfois bilatéraux (Heitz-Boyer).

4° Dans quelques observations, des œdèmes coexistent avec l'albuminurie et la cylindrurie.

3° Dans certaines circonstances, très rares, on a observé un syndrome néphritique complet avec hypertension, hypertrophie cardiaque.

Conclusions. — I. L'albuminurie et la cylindrurie du décours des contusions rénales ne font que traduire le remaniement du parenchyme confus.

II. Les néphrites unilatérales, caractérisées uniquement par l'albuminurie et la cylindrurie, semblent engendrées par l'infection du foyer contus. Elles peuvent persister à l'état de néphrites parcellaires, ou s'étendre au parenchyme sain.

III. Néphrites bilatérales, avec ou sans syndrome néphritique.

1° Expérimentalement, il semble prouvé que la contusion d'un rein ne peut déterminer de lésions de néphrite du rein adelphe.

2° Les observations de néphrite bilatérale, dite traumatique, sont extrêmement rares.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 25.

3° Les néphrites de cause inconnue, demeurant latentes plus ou moins longtemps, sont extrêmement fréquentes.

4° Le traumatisme peut aggraver une néphrite manifestement reconnue préexistante.

5° Le traumatisme peut révéler une néphrite demeurée à l'état latent. Il ne fait qu'en précipiter la manifestation.

En somme, la néphrite traumatique bilatérale ne semble pas répondre à une entité pathologique réelle.

6° **Rein mobile d'origine traumatique.** — Les observations publiées de néphroptose, consécutive à une contusion rénale, ne sont pas très nombreuses. Le traumatisme tend souvent à énucléer le rein de sa loge, mettant à l'épreuve l'élasticité physiologique du pédicule rénal. Celui-ci peut-il conserver, de ce fait, des lésions d'étirement aboutissant à la néphroptose ? Il ne le semble pas : la contusion du rein, a, au contraire, toutes chances de déterminer cette lésion, si le pédicule vasculaire a, congénitalement, une longueur ou une laxité anormales. Cette conclusion est admise depuis longtemps (Legueu, 1906).

7° **Lithiase rénale d'origine contusive.** — Il ne faut pas la confondre avec les cas de lithiase rénale traumatique, consécutifs aux lésions graves de la moelle, qui entraînent la paralysie des calices et du bassinet (Hollander).

Les calculs rénaux post-contusifs se forment en général autour d'un caillot servant de centre de cristallisation : un fragment de tissu rénal peut également remplir ce rôle (Goldscheider). La paralysie transitoire, d'origine traumatique, pourrait également amener la formation de pierres (Hollander). Dans tous les cas est signalée l'influence prédisposante de la diathèse lithogène.

Les signes de cette complication semblent se manifester très tardivement, si l'on s'en tient aux observations cliniques. En réalité, les premières manifestations méconnues sont précoces. Dans un cas de Mounier, à l'autopsie, quarante et un jours après l'accident, on trouve un calcul en formation.

8° **Tuberculose rénale d'origine contusive.** — Cette question, très controversée, n'est qu'une modalité locale des relations générales pouvant exister entre le traumatisme et la tuberculose.

L'étude des faits permet les conclusions suivantes :

1° Une contusion rénale ne peut engendrer directement une tuberculose rénale. Il faut, de toute nécessité, que le rein soit infecté secondairement par un chancre tuberculeux initial.

2° Donc, la contusion ne peut intervenir qu'en créant dans le parenchyme rénal un foyer de moindre résistance, qui favorise la localisation du bacille de Koch dans la zone blessée.

Toute la question est là : pour la résoudre, il faut s'adresser aux données de la clinique. Or, il est parfaitement établi, depuis longtemps, que l'on trouve, dans des proportions de fréquence extraordinaire, au cours d'autopsies de sujets de tout âge, des lésions tuberculeuses, qui ne se sont pas toujours manifestées durant l'existence. Les statistiques hospitalières de Naegeli ne les décèlent-elles pas dans 73 p. 100 des cas ? Bien que ce pourcentage ne puisse s'appliquer à la population de tout un pays, il n'en demeure pas moins avéré que les lésions tuberculeuses latentes, sont d'une extrême fréquence.

D'autre part, les contusions rénales ne sont pas très rares. Or, les observations connues de néphro-tuberculose, se développant après une contusion rénale, sont très peu fréquentes ; elles se comptent aisément.

Etant donné l'extrême fréquence de la tuberculose du rein, il ne semble pas que cette affection soit plus souvent rencontrée chez les contusionnés du rein que chez les sujets, n'ayant pas subi de traumatisme.

9° **Tumeurs rénales d'origine contusive** — Cette fois encore, il s'agit d'un corollaire du problème général, qui traite des rapports du traumatisme et des néoplasmes. Il ne peut être tranché qu'avec des documents cliniques, puisqu'on ignore encore la cause initiale de la genèse tumorale.

Des observations anciennes (Cremer, Moser, Ziegler) résolvent la question par l'affirmative. Les observations modernes sont loin d'être d'avis unanime ; certains auteurs admettent la relation de cause à effet entre un traumatisme rénal et l'apparition d'une tumeur du rein ; d'autres nient la possibilité de ce fait ; d'autres, enfin, demeurent dans l'expectative. Aucun document absolument probant n'a été fourni, ni dans un sens ni dans l'autre, pouvant entraîner une certitude scientifique. Et il en sera ainsi jusqu'à ce que la lumière soit faite, complète, sur l'étiologie des tumeurs.

Et pourtant, pratiquement, il faut prendre parti au cas d'accident du travail. En cette circonstance, les conclusions du rapport de Segond (1907) sur les relations générales du cancer et du traumatisme sont toujours valables.

10° **Kystes rénaux traumatiques.** — Les deux cas observés ne permettent pas de tracer l'histoire clinique de ces kystes traumatiques, qui demeureront des trouvailles opératoires.

11° **Thromboses et anévrysmes des vaisseaux rénaux d'origine traumatique.** — Les thromboses sont tellement rares qu'elles ne sont pas, en général, mentionnées parmi les contusions du rein. Il n'en a été trouvé que quatre observations.

Les anévrysmes des artères rénales sont rares, ainsi que les travaux qui les étudient. Le total des cas actuellement connus est de 43, la moitié ayant trait à des anévrysmes traumatiques. Mais ceux-ci ne sont pas tous, tant s'en faut, dus à des contusions rénales. Il n'en a pu être relevé que 12 cas, bien que les recherches aient porté sur plus de 200 cas.

Les symptômes des anévrysmes vrais et faux sont

rien moins que caractéristiques. Ils se manifestent, en effet, par l'apparition d'une intumescence dans la région rénale et par l'hématurie.

La tumeur se développe en quelques semaines ou quelques mois. Par le volume qu'elle atteint, elle finit par être douloureuse.

L'hématurie apparaît quelques mois après le traumatisme initial. Elle peut être très forte.

La valeur diagnostique de ces signes sera d'autant plus facilement méconnue, qu'on n'aura que de façon tout à fait exceptionnelle à les interpréter.

12° Douleurs rénales persistantes et péri-néphrites chroniques d'origine traumatique.— Les reins contus peuvent demeurer douloureux longtemps après l'accident qui les a atteints. Le fait est connu depuis Rayer. Il n'entre en considération que les cas où la douleur est le symptôme cardinal, sans qu'entre en jeu une affection rénale quelconque, lithiase, ectopie, etc. On a attribué ces douleurs soit à une périnéphrite traumatique, avec pachy-capsulite, soit à une névralgie ou une névrite des nerfs lombaires, soit à une névrose traumatique.

L'analyse des documents cliniques permet de conclure que ces douleurs sont dues, dans la grande majorité des cas, à une périnéphrite chronique atteignant soit la capsule propre du rein, soit l'atmosphère graisseuse périrénale, les deux lésions pouvant se combiner.

(A suivre).

Les Livres

Mythologie universelle, par Alexandre HAGGERTY KRAPPE.

Une opinion, généralement admise, est qu'il n'existe pas un seul bon ouvrage à la fois simple, complet, didactique et agréable à lire, concernant l'ensemble des mythologies antiques ; le bon éditeur Payot vient de faire paraître un livre extrêmement documenté sur ce sujet, livre dans lequel M. Haggerty Krappe, en exposant et résolvant la plupart des difficultés classiques, fait ressortir l'énorme bibliographie déjà existante, et, dans une impressionnante synthèse, montre qu'on pourrait maintenant arrêter des discussions stériles, laisser en présence des doctrines auxquelles il n'est pas indispensable de donner une solution théorique unique, et aborder franchement la réalisation de l'ouvrage attendu par tous ceux, que, professionnellement, intéresse l'étude de la mythologie dans son ensemble et notamment les amateurs d'art et les artistes.

Il manquait un ouvrage synthétique sur les divers systèmes mythologiques, qui ont régné ou règnent encore dans les diverses régions qui constituent la surface du globe. Le professeur Krappe a l'ambition de mettre à la portée de ses lecteurs dans son ouvrage *Mythologie Universelle* les matériaux, où ont puisé les Max Müller et les Arndrew Lang, et d'y joindre une explication rationnelle des croyances en question. Peut-être est-il bon d'ajouter qu'il n'appartient ni à l'école des mythologistes solaires, lunaires ou astraux, ni à celle qui tient à faire dériver tous les mythes du culte des ancêtres, ni même à celle qui ne voit partout que des démons de la végétation ou des totems. Il n'a même pas de thèse favorite à défendre ou à propager.

M. Krappe a ajouté à chaque chapitre des éléments de documentation des plus importants, capables de permettre la vérification de ses déductions ou de ses affirmations.

La lecture de son ouvrage a ceci de particulier que si l'ouvrage-type concernant la mythologie était réalisé, il en deviendrait le complément nécessaire et que, tant qu'il ne l'est pas, le livre de M. Krappe est un élément de base nécessaire de sa réalisation.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Editions médicales N. MALOINE,
Paris 1931.

Professeur L. TABARY : **Le bréviaire du masseur.** Précis de massage scientifique, de déontologie et de séméiologie à l'usage du masseur. (1 vol. in-16, 140 pages, 2e édition. Prix : 15 francs.)

Après quelques éléments d'anatomie et de physiologie sur les systèmes musculaires et osseux, sur la respiration, la circulation, la digestion, l'auteur aborde le massage en général (matériel et masseur). Puis, il expose les diverses manœuvres du massage scientifique en général, des diverses régions organiques du corps humain en particulier. Un chapitre traite des fractures et du massage chirurgical. Enfin, un tableau énumère les différentes maladies et leur traitement par le massage, l'électricité sous ses diverses formes, la diététique.

Editions médicales N. MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Henri MATHIAS. — **Autour du drame vénérien** (1 vol. in-8, 390 pages, 2e édition. Prix : 25 francs.)

Cet ouvrage résume les résultats d'une pratique en clientèle déjà longue, confrontant ainsi les leçons antérieures d'un enseignement plus ou moins dogmatique avec les réalités de la pratique journalière. Les médecins qui n'ont pas une pratique courante de la syphiligraphie et de la dermatologie, trouveront quelque profit à la lecture de cet ouvrage.

Quatre parties : 1° *La syphilis acquise.* Traitement et résultats ; prophylaxie ; mariage ; l'action de l'ar-

sénobenzol dans les lésions rebelles d'origine syphilitique ;

2° *Que doit-on penser du bismuth ?*
3° *La syphilis héréditaire* (accidents et traitement);
4° *Quelques problèmes de la syphilis et de l'hérédo-syphilis.*

G. DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

J. A. CHAVANY. — **La sciatique. Clinique et thérapeutique** (in « La Pratique médicale illustrée », in-8° de 50 pages, avec figures. Prix : 18 francs.)

Apparemment simple, le diagnostic précis de la sciatique est en réalité relativement compliqué. Il y a la sciatique-maladie, la plus fréquente : l'auteur en individualise minutieusement, et le plus nettement possible, chacune des formes anatomiques. Ce sont ensuite toutes les sciatiques-symptômes, en une série de tableaux cliniques, qui constituent comme un raccourci de la pathologie médullo-rachidienne inférieure. Il y a aussi les pseudo-sciatiques.

Dans la seconde partie est étudié le traitement de la sciatique-maladie, dont il faut admettre, faute de mieux, l'étiologie rhumatismale. L'auteur, à la fois neurologiste et physiothérapeute, montre tout le parti qu'on peut tirer, suivant les cas, de l'emploi des injections calmantes et de l'utilisation des divers agents physiques, à propos desquels il détaille les différentes méthodes avec les résultats obtenus. Plusieurs schémas éclairent et objectivent les données thérapeutiques.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

GASTON COTTE, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. — **Les troubles fonctionnels de l'appareil génital chez la femme.** 2e *Edition revue et augmentée* Prix Huguier 1928 de l'Académie de médecine (un vol. grand in-8° 780 p. 199 fig. Prix : 100 francs).

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

Dr Ad. SELTER. — **Manuel de séméiologie oculaire.** Préface du Professeur Terrien (Un vol. in-8°, 206 pages, 6 tableaux et 1 planche coloriée. Prix : 36 francs.)

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr L. BOULANGER, assistant à l'hôpital d'urologie. — **Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme.** Tome I. (Un vol. in-8°, 380 pages, Prix : 40 francs).

Librairie Félix Alcan,
108, boulevard Saint-Germain.

Mme Pierre BONNIER, docteur en médecine. — **Centrothérapie et Asuérothérapie.** (Un vol. 61 pages.)

Editions des Laboratoires Trouette-Perret.
15, rue des Immeubles industriels.

Dr Jean VALINCOURT. — **La Muse à l'officine.** (Un vol. 70 pages en prose et en vers, avec illustrations).

THÉRAPEUTIQUE

Le maltosage des bouillies envisagé du point de vue « pratique »

En 1909, de Sagher écrivait très justement : « Les progrès réalisés ces dernières années dans les traitements des affections gastro-intestinales de l'enfant sont considérables. Ces progrès ne se sont réalisés que du jour, où l'on a été persuadé que pour bien soigner ces affections, il fallait abandonner presque tout l'arsenal thérapeutique usité autrefois et substituer au traitement médicamenteux une *diététique rationnelle.* »

C'est dans cet ordre d'idées que Liebig, qui fut un précurseur, essayait vers 1860 de lancer sa première soupe au malt. Bien imparfaite sans doute, elle subit d'innombrables modifications parmi lesquelles : celles de Keller, de Demarque, de Doléris et Lecoq, de Terrien, de Schreiber, etc., chacun de ces auteurs adaptant la technique à son point de vue particulier. Qu'elle soit préparée de l'une ou l'autre manière, la soupe de malt présente sur les aliments habituels du nourrisson un gros avantage — du moins pour l'enfant atteint de troubles gastro-intestinaux — c'est que l'estomac fatigué la digère en moins de deux heures, tandis que le lait demande 4 et même 5 heures, avant d'être évacué de la poche gastrique. On conçoit, dans de telles conditions, les heureux résultats qu'on peut en attendre. L'effet sur les selles notamment est remarquable : celles-ci perdent rapidement leur consistance liquide pour devenir demi-molles, homogènes, sans fétidité.

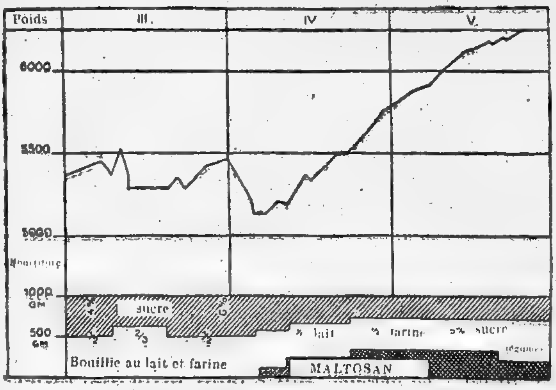
Mais, en dehors de l'hôpital, la réalisation *pratique* de la soupe de malt, a toujours paru hérissée de difficultés : *Vouloir faire exécuter le maltosage des bouillies dans des conditions déterminées, c'est aller au delà des facultés d'assimilation de la grande majorité des cuisinières.* Il faut donc savoir gré au docteur Wander, de ce que, le premier, il a imaginé de préparer une bouillie *toute maltosée*, prête à l'emploi, qu'il suffit, par conséquent, de délayer dans le lait dilué et de faire cuire *sans précautions spéciales.* Cette bouil-

lie a reçu le nom de Maltosan. Elle peut être donnée avec succès chez des bébés de deux à trois semaines.

Toutes les affections, où la fonction digestive est imparfaite ou profondément pertubée : vomissements, gastro-entérite, diarrhée, etc., troubles, qui surviennent, soit à l'occasion des chaleurs, soit ausssi par déséquilibre de la ration, nécessitent transitoirement l'emploi d'une diététique spéciale où le Maltosan tient la première place. C'est uniquement, en s'aidant de tels régimes de transition, qu'il est possible de ramener *progressivement* l'enfant à son alimentation habituelle. Ajoutons que le Maltosan donne de bons résultats chez les atrophiques et les athrepsiques, et même plus simplement chez les nourrissons n'augmentant pas de poids, bien que ne présentant aucun trouble apparent de l'appareil digestif. Le Maltosan peut également remplacer avantageusement les premières bouillies et rendre ainsi de grands services au moment du sevrage des enfants délicats.

Les deux observations ci-après que nous empruntons à Boschan sont, à ce titre, particulièrement typiques :

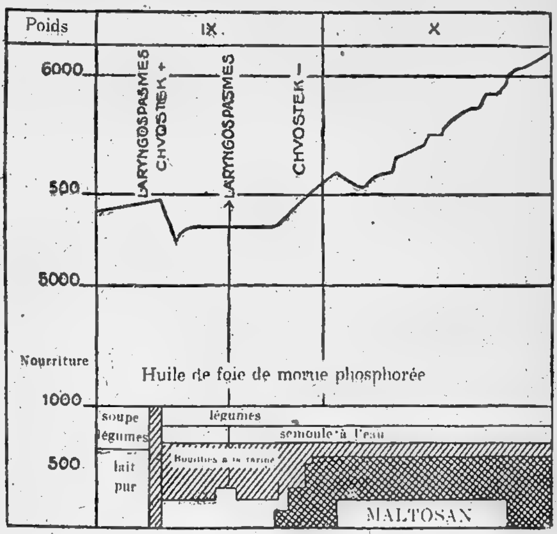
I. L'enfant K. L., que l'on avait dû sevrer à l'âge de deux mois, s'accommodait assez mal du régime de lait de vache additionné de fari-



GRAPHIQUE I

neux, qui lui fut donné tout d'abord, sa courbe de poids restant stationnaire. L'addition de sucre se montra sans effet. Au contraire, l'adjonction supplémentaire du Maltosan déclencha aussitôt l'ascension du poids (voir graphique I).

II. Le cas du petit F. R. (voir graphique II) n'est pas moins suggestif. Entré dans le service hospitalier à 9 mois, il offrait quelques symptômes rachitiques et présentait du laryngospasme, avec signe de Chvostek. On purge l'enfant à l'huile de ricin, puis on le met au régime des bouillies farineuses, en même temps qu'on lui fait ingérer de l'huile phosphorée. Mais la courbe de poids reste à peu près stationnaire, tandis que l'irritabilité musculaire augmente. On utilise alors le Maltosan pour intensifier l'apport de



GRAPHIQUE II

calories sans surcharge de lait. Résultat : augmentation continue du poids et suppression de tous les symptômes de la tétanie.

Dans les cas d'intolérance lactée ou de sensibilité extrême du tube digestif, le maltosan *peut se préparer à l'eau* ; mais, ce sont là des cas exceptionnels. On utilise d'ordinaire pour préparer un litre de bouillie maltosée : eau : 2/3 de litre ; lait : 1/3 de litre ; Maltosan : 125 gr. Le Maltosan, très soigneusement délayé et passé (s'il y a lieu, pour en retirer les grumeaux), est ensuite chauffé à petit feu, et maintenu à l'ébullition une à deux minutes. La « cuisine » ainsi très simplifiée est, comme on le voit, facile à réaliser chez soi, sans thermomètre et sans précautions particulières.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité Professionnelle

NOUVELLES VARIATIONS SUR LA PLÉTHORE MÉDICALE TOUJOURS DU VIEUX NEUF

La question de la Pléthore médicale continue à faire recette sur les divers théâtres où s'exerce l'activité médico-professionnelle. A vrai dire, elle a déjà pris un caractère officiel avec le lumineux Rapport du Doyen Balthazard au Conseil supérieur de l'Instruction publique, dont la conclusion essentielle, celle qui s'impose à notre attention et devrait commander nos attitudes, est cette proclamation lapidaire que : *sans l'afflux d'étrangers postulant le diplôme d'Etat, la pléthore médicale en France serait inexistante.*

Voici maintenant que l'Académie de médecine en est officiellement saisie par le professeur E. Sergent, dont il convient de reproduire *in extenso* la communication :

LA PLÉTHORE MÉDICALE

Ses causes. Ses dangers, Ses remèdes (*)

Par M. Emile Sergent

Le nombre des étudiants en médecine et celui des médecins praticiens ont constamment augmenté, dans ces dix dernières années surtout. La progression s'est tellement accentuée qu'elle est arrivée à constituer une véritable pléthore, dont les conséquences peuvent être redoutables.

Cette situation a retenu l'attention des syndicats et des divers groupements professionnels d'étudiants et de médecins, aussi bien que celle de tous ceux qui ont conservé le culte des traditions de la profession médicale. On ne peut guère ouvrir un journal de médecine, voire même un grand quotidien, sans y trouver quelque article sur cette question de brûlante actualité. Plusieurs de nos collègues ont pris une part plus ou moins active à la discussion, soit du fait de leurs fonctions — tel le doyen Balthazard, lorsqu'il était Président de la *Confédération des syndicats médicaux français* (1) — soit, plus simplement, du fait de l'intérêt qu'ils portent à l'enseignement et à l'avenir de la médecine française — tel le professeur Carnot, dans un article du *Paris médical* (1). J'ai, moi-même, à la demande de notre regretté collègue Maurice de Fleury, donné récemment quelques réflexions sur la pléthore médicale à la *Revue de France* (2).

Le *Comité national d'Etudes sociales et politiques* a consacré quelques séances à la discussion de cette question, dans le courant de l'année 1929.

Enfin, le *Parlement* a été saisi d'un projet de loi, *la loi Armbruster*, qui a pour principal objectif de restreindre la licence d'exercice de la profession médicale ; le rapporteur de la Commission du Sénat, le Dr Dentu, a déposé son rapport dernièrement ; la discussion commencera prochainement.

Quelques-uns d'entre nous ont pensé qu'il pourrait paraître étrange que l'*Académie de médecine* garde le silence et demeure indifférente, alors qu'elle vient de consacrer de si nombreuses séances à la discussion de la réforme des études dentaires.

La question de la pléthore médicale est insé-

(*) Académie de médecine, 12 mars 1931.

(1) Balthazard et Cibrie. — Lettre écrite au nom de la Confédération des syndicats médicaux français et publiée dans la grande presse sous le titre : « Aux parents, aux professeurs, aux élèves de philosophie » (juin 1930).

(1) Paul Carnot. — L'exagération du nombre des étudiants en médecine et l'avenir de la pofession médicale. *Paris médical*, 9 novembre 1929.

(2) Emile Sergent. — La pléthore médicale. Ses causes. Ses dangers. Ses remèdes. *Revue de France*, 15 janvier 1931.

parable de celle de l'afflux, de plus en plus considérable et véritablement inquiétant, des *étudiants étrangers* dans nos Facultés et Ecoles de médecine.

Nous ne nous dissimulons pas que certaines personnes pourront s'armer de cette considération pour avancer qu'une discussion, ouverte à cette tribune sur ce sujet, suscitera l'accusation de xénophobie. Nous ne retiendrons pas cette objection. Nous nous plaçons au-dessus d'elle et déclarons ne viser que l'intérêt et l'avenir de la profession médicale.

Mon intervention personnelle n'a d'autre but que de saisir l'Académie de Médecine et de lui demander de *nommer une commission*, qui aura pour mission d'étudier la question et de *formuler des vœux* qui pourront être présentés au Sénat avant la discussion du rapport déposé sur le projet de loi Armbruster.

***

Les documents et les statistiques qui seront soumis à la Commission nommée par l'Académie montreront l'augmentation rapidement progressive du nombre des étudiants, augmentation portant surtout sur le nombre des étrangers, particulièrement de certains pays.

La Commission aura à se préoccuper de rechercher les causes de cette augmentation du nombre des étudiants en médecine, afin d'indiquer les remèdes possibles.

Des mesures urgentes s'imposent ; sinon, l'encombrement des salles de travaux pratiques, des laboratoires, des services de clinique, constituera une entrave de plus en plus sérieuse à l'enseignement ; sinon, le nombre des médecins continuera son ascension, la gêne et la misère deviendront plus profondes et la profession risquera de sombrer dans le discrédit et l'avilissement.

« Ne sommes-nous pas fondés, ainsi que je l'ai écrit dans mon article de la *Revue de France* (*loc. cit.*), à chercher les remèdes qui assureront aux jeunes, la possibilité d'exercer leur profession suivant les aspirations de leur conscience et qui les garantiront contre la dure nécessité de se soumettre, s'ils ne veulent pas mourir de faim, à des pratiques que réprouve leur honnêteté ? »

On peut, *a priori*, différer d'opinion sur l'opportunité ou l'efficacité de tel ou tel des remèdes déjà proposés. Il conviendra de les discuter tous dans le calme des séances de Commission et de rechercher s'il faut préconiser des *mesures draconiennes avant l'inscription* dans les Ecoles et dans les Facultés, — s'il faut, comme le demandent certains groupements d'étudiants, instituer un *concours d'admission* analogue à celui des grandes Ecoles (Polytechnique, Centrale...), — s'il faut, par des *examens très sérieux et très sévères*, dresser un barrage efficace dès la fin de la première année d'études (mesure qui donna les meilleurs résultats, ces années dernières, à la Faculté de Droit de Paris).

Pour endiguer le flot débordant des étudiants étrangers, on pourra demander une rigueur beaucoup plus grande dans l'admission de l'*équivalence* au baccalauréat de certains brevets étrangers. On pourra, peut-être, suggérer la *suppression du diplôme universitaire*, afin de ne conserver qu'un seul diplôme, le diplôme d'Etat, étant entendu que celui-ci ne conférera le droit d'exercer la médecine en France (métropole et colonies) qu'aux Français et aux sujets naturalisés.

Dans le but d'obvier à l'afflux des médecins praticiens vers les grands centres urbains, on pourra suggérer aux municipalités des *campagnes* l'idée d'assurer un fixe au médecin, plusieurs villages se réunissant à cet effet, ainsi que l'ont déjà fait certains départements, à l'instigation heureuse et judicieuse du préfet.

Enfin, la Commission pourra suggérer à l'Etat l'idée d'attirer vers nos *colonies* certains de nos jeunes médecins, qui n'hésiteront pas à s'expatrier lorsqu'on leur assurera des moyens d'existence convenables. Cette suggestion, proposée par plusieurs de mes correspondants, est fort importante, car nul n'ignore le rôle bienfaisant que peut jouer le médecin comme agent de pénétration et de liaison entre les peuplades indigènes et nos administrateurs.

Telles sont, brièvement condensées, les directives générales, qui, de l'avis de quelques-uns d'entre nous, et, particulièrement, du doyen Balthazard avec lequel je suis en complet accord, nous ont paru devoir être soumises à l'examen de l'Académie de médecine.

— Sur la proposition de M. le Président, la communication de M. Sergent est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Quénu, Siredey, Sergent, Vaquez, Balthazard, Carnot, Jean-Louis Faure, Gosset.

***

Par ailleurs, j'ai lu avec intérêt un long article de Monsieur le Dr Joseph Chalier, dans le *Bulletin officiel* du Syndicat des médecins du Rhône. Avec intérêt, dis-je, parce que M. Chalier est médecin des hôpitaux de Lyon et professeur agrégé à la Faculté de médecine, qu'il appartient donc au corps enseignant chargé de former les jeunes générations médicales ; parce qu'il prend part en outre activement à la vie syndicale de sa région et qu'il ne craint pas d'afficher sa foi syndicaliste, en exposant ses idées précisément dans une publication essentiellement syndicale ; parce que, enfin, j'ai salué au passage de vieilles connaissances qui, de ce fait, se trouvent rajeunies. Quels remèdes notre confrère lyonnais propose-t-il à la Pléthore médicale ?

Education de l'opinion publique ? Si l'on veut,

mais c'est courir à un échec assuré. Limiter l'envahissement de la profession par l'élément féminin ? Exprimer le vœu que les femmes se dirigent, préférentiellement à la médecine, vers la pharmacie ou l'art dentaire ? Vœu destiné à demeurer platonique.

Orienter les médecins vers les colonies et l'art dentaire ? Solution qui nous fait sourire ...

Demander aux examens de constituer un barrage ? Mauvais remède. Les rivalités latentes entre Facultés et surtout Ecoles de Médecine y font obstacle ; un jury ambulant, unique ou multiple, ne pourrait assumer une pareille tâche. Epreuves écrites anonymes ? Elles risqueraient de faire déserter les cours théoriques qui possèdent nonobstant une vertu pratique ...

Non, aucun de ces remèdes n'est efficace. Le seul sur lequel on puisse réellement faire fond, c'est le barrage à l'entrée des Facultés et Ecoles de Médecine. Et là, je cite mon auteur *in extenso* (1) :

V. Barrage à l'entrée des Facultés et Ecoles de médecine. Voilà ce qu'il faut obtenir et organiser.

Bien entendu, il est indispensable que seul le diplôme d'Etat confère le droit d'exercer en France et aux Colonies et que, sous aucun prétexte, le diplôme d'Université ne puisse être transformé en diplôme d'Etat.

En ce qui concerne le baccalauréat, aucune dérogation, aucune équivalence ne sauraient jouer. Revenons, d'autre part, à une notion plus saine des connaissances exigibles du futur étudiant en médecine. Selon le judicieux conseil du professeur Chassevant, réclamons le baccalauréat latin-grec ou latin-sciences. De toute façon, le latin est indispensable ; et concurremment avec lui le programme comportera le grec — ce qui nous ramènerait aux anciennes humanités — ou les sciences, et ceci serait, à mon sens, préférable, étant donné l'utilité, pour le futur médecin, de notions élémentaires en chimie, physique, et sciences naturelles.

Ce qu'il convient surtout de réclamer et de réaliser c'est l'INSTITUTION D'UN CONCOURS D'ENTRÉE, tel qu'il existe pour l'accession aux grandes Écoles.

Quelles en seraient les règles générales et le programme ?

1° *Règles générales.* On fixerait, un an à l'avance, le nombre de places disponibles. On ne pourrait se présenter plus de deux fois.

a) *Comment fixer le nombre de places disponibles* ? C'est bien simple. Estimons, par exemple, que le nombre de médecins convenable, spécialistes compris, est de un pour 1.500 habitants dans les grands centres, et de un pour 3.000 à 4.000 dans les campagnes. Le compte sera facile des médecins nécessaires pour toute la France. Des données statistiques, sur la durée moyenne d'exercice des médecins, permettront, en les rapprochant du chiffre précédent, de fixer le contingent annuel.

b) Ce contingent annuel déterminé, reste la *répartition par Facultés.* Le rayon d'une Faculté — je ne parle pas de son rayonnement — s'étend sur un certain nombre d'Académies. Le chiffre de la population des départements du ressort de la Faculté, rapporté au chiffre de la population française, donnera un coefficient qui, appliqué aux étudiants en médecine, établira le nombre de ceux que la Faculté peut recevoir. Chaque Faculté fera son concours personnel. Mais on ne pourra s'inscrire au concours de plusieurs Facultés ; du reste ils auront lieu en même temps.

c) *La répartition dans chaque Faculté entre la Faculté-mère et les Ecoles de médecine ses filiales* s'effectuera sans difficulté. On établira le pourcentage respectif des étudiants inscrits à l'une et aux diverses autres pendant les cinq années qui auront précédé la réforme. Une règle de trois fixera le contingent d'étudiants qui pourront fréquenter les Ecoles filiales, sans toutefois qu'il y ait obligation d'atteindre ce nombre.

d) Des *objections* surgissent aussitôt. Les étudiants n'auront donc jamais la possibilité de changer de Faculté en cours d'études ? N'hésitons pas à répondre non, hors le cas de chassé-croisé de Faculté à Faculté. A titre tout à fait exceptionnel — changement de résidence des parents, etc., — les Conseils des deux Facultés intéressées décideraient.

La question des *Etudiants des écoles militaires* destinés à servir dans l'Armée, dans les Colonies, dans la Marine est facile à résoudre. Chaque Faculté augmenterait, l'année suivante, son contingent d'admis, d'un nombre égal à celui des élèves qui l'auraient quittée pour entrer dans les Ecoles militaires. D'autre part il conviendrait d'obtenir que les médecins militaires n'aient, en aucun cas, sauf la réforme, le droit de redevenir civils avant l'âge de quarante ou quarante-cinq ans.

2° Sur le *programme du concours* il sera sans doute difficile de s'entendre.

Il serait vraiment ridicule de reprendre les épreuves du baccalauréat.

Fera-t-on du P. C. N. un concours ? Dans l'état actuel des programmes, il ne peut donner aucune garantie au sujet des aptitudes médicales futures de l'étudiant.

Il est donc indispensable, pour un concours d'entrée, d'exiger des notions d'ordre médical. Je verrais très bien, pour ma part, un concours *écrit* et *anonyme*, j'insiste sur ces points, comportant comme épreuves de l'*anatomie* descriptive (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie, système nerveux périphérique) avec les notions de *physiologie* s'y rapportant, et de l'*histologie* élémentaire sur la cellule et les divers tissus.

Il y aurait donc, dans chaque Faculté ou Ecole, une année préparatoire, clôturée par un concours.

Qu'on ne vienne pas dire : mais le malheureux recalé aura perdu deux ou trois ans et devra s'orienter

(1) *Bulletin officiel du syndicat des médecins du Rhône* Juin 1931.

alors vers une autre carrière. Que font en pareille circonstance ceux qui échouent à Polytechnique, à Centrale, Saint-Cyr, etc... ? Il ne faut plus que les cancres puissent, en y mettant les années nécessaires, accéder au doctorat en médecine. En luttant, effectivement, contre la pléthore, le concours d'entrée relèvera le niveau intellectuel des médecins. On ne verra plus ce scandale d'étudiants inscrits depuis trois, quatre ans ou plus sur les registres de la Faculté sans avoir encore passé leur premier examen.

***

Tout cela jusqu'à la modalité même du concours proposé, a été longuement étudié et proposé depuis au moins trente ans, à ma connaissance. Et j'ai moi-même, en 1900, formulé une proposition analogue, que j'ai renouvelée le 1er mars dernier sous ce titre : *Essai sur un régime de limitation à l'entrée des Facultés, et de répartition à la sortie.* J'ai publié ultérieurement la partie la plus suggestive de la correspondance que m'a valu cette proposition ; une ou deux approbations ; de nombreuses désapprobations ... Et je n'en ai pas été surpris.

Subordonner l'immatriculation dans les Ecoles et Facultés de médecine à un concours limitant le nombre des étudiants en médecine, c'est inopérant si, à la sortie, le jeune docteur livré à lui-même, va exercer où il lui plaira, arrivant en surnombre dans des localités déjà encombrées, tandis que d'autres seront dépourvues de médecins : c'est aboutir, à mon sens, à une fonctionnarisation de la médecine. Pour moi, cela ne fait aucun doute.

Mais à quoi bon revenir longuement là-dessus ? Tout n'a-t-il pas déjà été dit ? Et ne pourrait-on donc faire autrement que de réitérer des redites, qui seraient fastidieuses ?

Le seul point sur lequel je désire insister, c'est celui-ci :

« Estimons que le nombre de médecins convenable, spécialistes compris, est de un pour 1.500 habitants dans les grands centres, et de un pour 3.000 à 4.000 dans les campagnes, » dit M. Chalier.

Ce n'est pas assez à la ville ; c'est trop à la campagne. Et la détermination du nombre des spécialistes ne doit pas être comprise dans cette estimation générale. Je dirais : 1.500 habitants par médecin de médecine générale, à la ville, et X chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, radiologistes... par tant d'omnipraticiens. Car le malade peut aller spontanément chez le spécialiste. Mais, souvent aussi, il lui est adressé par son médecin habituel ; et le spécialiste se trouve ainsi fatalement tributaire des omnipraticiens qui ont recours à lui.

Mais je n'insiste pas davantage à ce sujet.

Je continue à estimer que la crise du surpeuplement sévit surtout dans les grandes villes ; et je retiens aussi la conclusion du professeur Balthazard de l'influence de l'élément étranger sur cette crise.

En attendant donc que l'adaptation de l'exercice de la médecine aux exigences du progrès scientifique et de l'évolution des mœurs, se réalise, la première mesure qui s'impose, c'est de supprimer toutes les causes anormales qui favorisent cette affluence des étrangers, et notamment toutes les facilités extravagantes qui leur sont accordées pour faire leurs études. Et à cet égard, le vote de la loi Armsbruster s'impose. La discussion en a commencé au Sénat le 9 juin. Elle s'est arrêtée au vote de l'article premier, et a été remise à une date ultérieure, le Ministre de l'Instruction publique s'étant plaint de n'avoir pas été entendu par la Commission, et le Ministre des affaires étrangères ayant un mot à dire. Et quel mot ! ! !

C'est une des conclusions du travail de M. Chalier.

Il réclame aussi, et j'en suis tout à fait d'accord avec lui, l'impossibilité de transformer un diplôme d'Université en diplôme d'Etat. Nos centres d'enseignement demeurant très accueillants envers les étrangers qui désirent apprendre la médecine en France, ceux d'entre eux qui se contenteront de postuler le diplôme d'Université s'engageront préalablement à n'y jamais exercer la médecine. Je suis même allé plus loin, j'ai demandé que l'on supprime ce diplôme de doctorat d'Université, qui prête à confusion, et qu'on le remplace par une attestation de scolarité et d'examens régulièrement accomplis.

Nécessité pour l'immatriculation dans les Facultés et Ecoles de produire le baccalauréat latin grec, et mieux latin sciences. J'ai proposé le réblissement du double baccalauréat tel que ceux de ma génération ont du en être détenteurs. Un médecin doit posséder une culture classique et une culture scientifique secondaires, aux nécessités desquelles ne répondent que médiocrement les baccalauréats actuels.

Si l'on veut une limitation, j'ai proposé de la baser sur la capacité des centres d'enseignement. La Faculté de médecine de Paris ne peut instruire que tant d'étudiants ; la Faculté de Lyon, tant, etc... Quand le nombre limite sera atteint, aucune autre inscription ne sera effectuée, et les aspirants en surnombre à Paris, à Lyon, etc., se rabatront sur d'autres Facultés ou Ecoles et leurs disponibilités.

Premiers examens éliminatoires après un certains nombre d'échecs, comme l'a proposé le professeur Paul Carnot. Un concours d'entrée serait éliminatoire évidemment. Pourquoi un examen ne le serait-il pas ?

Mais si seulement la loi Armsbruster était votée sans trop de retard, ne vous semble-t-il pas qu'un pas serait franchi vers une amélioration numérique de notre population médicale ?

G. Duchesne.

LA SITUATION PROFESSIONNELLE ET MATÉRIELLE DES INTERNES DES HOPITAUX DOIT-ELLE ÊTRE MODIFIÉE DU FAIT DES ASSURANCES SOCIALES ?

J'ai reçu la lettre suivante :

Je viens de lire avec intérêt votre article du *Concours Médical*, du 2 mai 1931. « Les internes des hôpitaux sont-ils assujettis aux Assurances sociales ? » Je suis moi-même interne des hôpitaux de Paris, et ancien interne d'un hôpital de Province.

Je crois que plusieurs points doivent être soulignés dans la situation des internes des hôpitaux ou hospices.

1° Comme il ressort de ce que vous écrivez vous-même, dans l'état actuel, ils ne sauraient être considérés comme des salariés, étant donné la modicité des allocations qu'ils touchent ; ils ont d'ailleurs tous les inconvénients des salariés habituels et aucun de leurs avantages, ils n'ont pas, par exemple, le droit de se constituer en syndicat pour la défense de leurs intérêts professionnels, (les internes de Paris ont soulevé juridiquement la question). A ce point de vue, il est bien évident qu'il vaudrait beaucoup mieux qu'ils soient considérés comme des salariés ordinaires ; il n'en résulterait aucun inconvénient, et sans doute quelques avantages dans les contestations fréquentes avec les administrations. Actuellement d'ailleurs, leur travail est une source de profits pour l'Assistance publique qui, elle, est payée par les Caisses d'A. S. ; mais pendant plusieurs années ne doit pas donner un centime de plus à ses internes. Je souligne ici que les internes ne peuvent rien contre cet état de choses, puisque la signature d'une surveillante sur les papiers des A. S. suffit pour assurer le remboursement à l'Assuré par sa caisse.

2° Je me suis un peu éloigné du sujet principal, la question principale est de savoir si les internes doivent être assurés sociaux. Ceci offrirait pour eux beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Vous n'ignorez sans doute pas que les internes ont droit (ce n'est pas une tolérance, mais bien un droit en ce qui concerne les internes) aux soins médicaux, médicaments, etc., à l'hôpital. Que leur donnera de plus la qualité d'assurés sociaux ? Le lointain espoir d'une retraite maxima à 60 ans ? Je crois que ce n'est pas parmi les internes, que se trouve le plus grand nombre des médecins exposés à en avoir besoin... ; mais le principal avantage serait sans doute pour nous de verser une cotisation pour ne jamais rien recevoir.

Je laisse de côté l'argument de la nocivité de l'« embrigadement » de l'homme moderne dans une foule de rouages administratifs, qui tend à faire de lui un homme incapable d'aucune initiative personnelle : aujourd'hui d'assurer lui-même son avenir, demain de se marier tout seul, avant que quelque confrère n'ait palpé les ovaires de sa pure fiancée et plongé un hystéromètre dans son utérus. Tout cela a peut-être du bon, mais à coup sûr rien n'est plus capable de nous transformer rapidement en stupides automates « Mais ceci est une autre histoire... »

Veuillez agréer Monsieur l'expression de mes sentiments les plus confraternels si vous me permettez cette légère anticipation.

Un interne des hôpitaux.

P. S. Les externes des hôpitaux, qui eux n'ont pas légalement droit aux soins en cas de maladie, sont dans un cas assez différent, qu'il serait sans doute intéressant aussi d'examiner.

Réponse.

Je regrette que mon jeune camarade ait cru devoir garder l'anonymat : d'habitude, je ne lis pas les lettres, qui ne sont pas signées ; quand leur auteur n'a pas le courage de son opinion, il ne m'intéresse pas.

D'ailleurs, ma fonction de journaliste, ou celle de conseiller médico-juridique, m'oblige à conserver pas mal de secrets et principalement de savoir me taire sur la véritable identité de mes correspondants.

Mais la lettre ci-dessus m'a fort intéressé ; d'abord parce qu'elle comporte un certain nombre d'erreurs ; puis, parce que je suis très désireux de venir en aide à mes jeunes confrères.

I. — Mon correspondant anonyme pense que la modicité du traitement d'interne ne confère pas la qualification de salarié : c'est se tromper que de croire que le quantum du salaire fait le salarié. D'ailleurs, quel que soit le nom qu'on puisse donner à l'argent reçu, en échange d'un travail, qu'on le dénomme salaire, traitement, indemnité, honoraire, émoluement, provision, etc., etc., il n'en est pas moins vrai que c'est le prix du service rendu.

Ce qui caractérise le salarié, c'est qu'il doit accomplir une besogne, sous la direction et les ordres d'un employeur, quelle que soit la rémunération allouée pour le travail.

Je sais fort bien que nous pouvons longuement discuter, en doctrine juridique, sur le point de savoir, si la fonction professionnelle, accomplie par un docteur en médecine, un interne ou un externe, constitue un louage de service, un louage d'ouvrage, une entreprise, ou même un contrat innommé.

Quelle que soit cette qualification doctrinale, nous pouvons dire que l'interne des hôpitaux, désigné ou non par un concours à l'agrément de l'hôpital, est investi de ses fonctions par la com-

mission administrative de l'établissement, qui le nomme.

Moyennant une rétribution mensuelle, arrêtée par le règlement du service de santé de l'hôpital, l'interne doit obéissance aux règlements administratifs; il doit observer une certaine discipline, accomplir ses fonctions à des heures déterminées.

S'il commet une faute, il peut être blâmé par l'administration de l'hôpital, ou il peut, par cette dernière, être suspendu à temps, ou même révoqué.

Il doit également accomplir ses fonctions médicales, sous la direction de médecins, qui, eux aussi, sont nommés par la commission administrative, après ou sans concours.

Ayant pour habitude de ne pas me payer de mots, quelque répugnance que je puisse avoir pour employer ce vocable à l'égard de mes jeunes camarades, je dois cependant juridiquement les considérer comme des employés, des salariés de l'hôpital, qui utilise leurs services.

II. — Mon correspondant estime que les internes des hôpitaux ne peuvent pas se constituer en syndicat.

Qu'il me permette de ne pas partager son opinion et de le renvoyer aux lois du 21 mars 1884 et 12 mars 1920, codifiées par la loi du 25 février 1927, pour former le Livre III du Code du Travail.

Il pourra se rendre compte que tous ceux, qui exercent la même profession libérale, peuvent se grouper en syndicat, pour étudier et défendre leurs intérêts corporatifs.

Je me fais fort de constituer des statuts parfaitement légaux, pour que les internes, associés ou non aux externes, puissent se grouper en syndicats juridiquement indiscutables.

III. — Autre erreur à relever : les internes des hôpitaux n'ont aucun droit *légal* aux soins, à eux donnés dans l'hôpital, où ils exercent.

Je connais bien la question, puisque c'est moi même qui, en 1923, lors de la session de juin du Conseil supérieur de l'Assistance publique, fus chargé du rapport sur la protection du Corps médical hospitalier contre les risques professionnels (*Concours médical*, 1923.2579).

Je fus assez heureux pour obtenir de cette haute assemblée que tous les hôpitaux de France seraient invités, par circulaire ministérielle, à accorder aux internes et externes malades, au moins les soins gratuits dans l'établissement où ils sont en service.

Après quoi je m'occupais très activement de faire accorder, par une loi, la garantie contre le risque professionnel. Mon travail servit de base au projet de loi, déposé par M. Durafour, ministre du Travail (*Concours médical*, 1926.1868).

Ce projet de loi, voté par la Chambre, sommeille au Sénat. Cependant, en 1929, le Conseil supérieur fut saisi à nouveau de la question, et je fus encore désigné comme rapporteur (*Concours médical*, 1929.1709).

Actuellement, la situation est la suivante : à Paris, comme dans quelques hôpitaux de province, le règlement de santé de l'établissement accorde aux internes et aux externes une réparation en cas d'accident du travail, ou d'infection par maladie contagieuse, contractée au lit de l'hospitalisé.

Mais, ce que l'administration d'un hôpital a accordé, elle peut, à son gré, le retirer en tout, ou partie : c'est une faveur, une libéralité au profit des internes, alors que ces derniers n'ont pas encore le droit légal à réparation du risque professionnel.

J'espère que le Sénat se décidera enfin à se préoccuper du sort du personnel médical hospitalier et que, par une loi, nos jeunes confrères auront désormais le droit légal à de légitimes réparations, en cas d'accident, ou de maladie contagieuse, contractée au chevet des malades hospitalisés.

IV. — Donc, l'assujettissement à la loi des assurances sociales donnerait d'abord à nos jeunes camarades un droit aux soins, alors qu'actuellement, quelques-uns d'entre eux bénéficient d'une simple libéralité, accordée par l'hôpital où ils sont en fonction.

Mais, il faut penser à tous les hôpitaux de France, qui n'ont pas encore fait de geste, non seulement de bienveillance, mais surtout de justice, envers ceux qui se dévouent et risquent souvent leur vie, pour une indemnité minime.

Cependant, à côté de ces avantages en cas de maladie et d'accidents, je considère que l'assujettissement à la loi sur les assurances sociales donnerait aux jeunes médecins le goût de la prévoyance.

Assurés sociaux, ils cotiseront pour une retraite qui peut atteindre 8.000 francs par an. Plus ils entreront jeunes dans l'assurance, et plus forte sera leur retraite.

J'entends d'ici les objections nombreuses : 8.000 francs, c'est bien peu : oui, lorsqu'on a 20 ans ; mais lorsque les cheveux blanchissent et que ces 8.000 francs s'ajoutent à d'autres retraites, ou à d'autres allocations, cela forme un total, qui permet de diminuer son activité professionnelle.

D'autre part, à l'Association générale des médecins de France, on vient au secours de tant de misères médicales, qui frappent nos vieux confrères, ou leurs veuves et orphelins, que j'insiste beaucoup pour que la loi sur les assurances sociales nous donne enfin le goût de la prévoyance.

Mais, me dira-t-on encore, les internes ont tous l'espoir d'une brillante carrière. Point ne leur sera besoin de se constituer une pension de retraite.

Certes, je souhaite de tout cœur un avenir doré à tous mes jeunes confrères ; mais je me souviens que, parmi mes camarades d'internat de Lyon, certains sont morts, laissant une situation obérée, alors que d'autres sont atteints d'invalidité prématurée, les empêchant de gagner leur vie.

Enfin, pourra-t-on m'objecter, devenus docteurs, les internes gagneront, — il faut l'espérer, — plus que le maximum prévu pour les assurés sociaux. Donc, toutes les cotisations versées seraient perdues pour eux.

Non ! car la loi permet aux assurés obligatoires, comme aux assurés facultatifs, dont le gain dépasse le maximum prévu, de conserver leurs droits pour une retraite et de continuer à cotiser, pour constituer cette dernière.

Je ne veux pas entrer dans plus de détails aujourd'hui, car je suis en train de préparer un travail sur les avantages et les inconvénients qu'il peut y avoir pour le Corps médical à bénéficier, comme assuré obligatoire, ou facultatif, de la loi sur les assurances sociales.

V. — Je préfère insister sur le point suivant : les internes des hôpitaux, qu'ils soient de Paris, ou d'ailleurs, rendent de très grands services aux commissions administratives.

Il ne faut pas les considérer uniquement comme formant l'élite de notre jeunesse studieuse, consacrant, pour leur perfectionnement prosionnel, plusieurs années, sans gain, dans les hôpitaux.

Il ne faut pas non plus les croire suffisamment payés par l'octroi d'un titre envié et qui permet plus tard d'obtenir une clientèle sélectionnée.

On ne doit pas s'arrêter à cette boutade, qui me fut objectée par un de nos plus grands représentants des hospices et hôpitaux. Répondant à ma demande d'augmentation, en faveur des internes et des externes, il me déclara : « Pourquoi les augmenter, puisqu'ils sont contents de ce que je leur donne ; lorsque j'ai besoin de 70 internes, ils se présentent 800 ; si je veux 300 externes, ils se présentent 900 à 1.000. S'ils n'étaient pas satisfaits de ces conditions matérielles, j'aurais de la peine à recruter mon personnel médical. »

Je puis ici rappeler la controverse, que je soutins avec M. Krug, vice-président des hospices civils de Nancy. Ce grand philanthrope n'envisage que le bien des pauvres et le meilleur fonctionnement de ses hôpitaux. Aussi pense-t-il que le Corps médical hospitalier, sélectionné par voie de concours, est suffisamment rémunéré par l'octroi d'un titre envié et d'une fonction hospitalière : il se rattrape en clientèle de ville (*Concours médical,* 1925.2399.)

Certes, je partage cette opinion, tant qu'il s'agit de ne soigner que des indigents hospitalisés : le Corps médical tout entier n'a jamais hésité à mettre sa science et son dévouement au service des miséreux.

Mais la clientèle de l'hôpital moderne n'est plus la même que celle de jadis : l'indigent est rare, dans nos salles, du moment où quelqu'un paye pour lui.

Le blessé du travail, le pensionné de guerre, l'assuré social ne sont pas des indigents, puisqu'une collectivité se substitue à eux pour tout ou partie.

Joignons à cela le nombre de plus en plus considérable des malades payants, qui sont attirés à l'hôpital par le bon marché.

L'établissement a intérêt à favoriser ces admissions payantes, qui lui procurent des bénéfices, alors que les payants, même fortunés, font l'économie d'une maison de santé, ne restant à l'hôpital, que le strict nécessaire, pour ne pas avoir à payer les frais d'opération et de chirurgien.

L'ancien hôpital devient donc un établissement public payant de cure et de diagnostic. Il fait acte de commerce, en gérant une maison de santé à bon marché.

Aussi, me semble-t-il équitable de ne plus considérer le personnel médical, comme étant suffisamment rémunéré de son travail, par l'octroi d'un titre et par une minime indemnité mensuelle ou annuelle. Du moment où l'hôpital fait des bénéfices commerciaux, il doit payer en conséquence tous ceux qui concourent à lui faire acquérir lesdits bénéfices.

Qu'un médecin ou chirurgien des hôpitaux d'une très grande ville se contente du *statu quo,* il en a le droit, car sa clientèle de ville est assise et lui permet d'accepter, si bon lui semble, des situations mal rémunérées.

Mais, un interne des hôpitaux, un externe n'ont pas la même possibilité de générosité et de désintéressement : certes, c'est pour la conquête du titre, qu'ils ont subi les épreuves difficiles d'un concours ; c'est pour se perfectionner dans l'art de guérir qu'ils sacrifient plusieurs années supplémentaires d'études.

Mais il ne faut pas oublier les sacrifices que s'imposent souvent leurs familles, pour les entretenir et leur envoyer des subsides.

Par conséquent, du moment où l'hôpital est devenu établissement commercial public de cure et de diagnostic, il est de toute justice qu'il fasse bénéficier tout son corps médical des avantages pécuniers, que cette maison de santé à bon marché retire de l'hospitalisation des malades payants.

Défendant le bien des pauvres, la commission de l'hôpital pouvait jadis s'adresser au dévouement et à l'altruisme du Corps médical. Mais, aujourd'hui, ce dernier ferait un marché de

dupe, en ne demandant pas, pour les internes et les externes, comme pour tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux de France, la juste rémunération de leurs services professionnels, à l'hôpital, du moment où ce dernier récupère tous ces frais, sur les malades payants.

Je sais que ma théorie va provoquer des protestations diverses ; mais je crois défendre une idée, au nom du bon sens, de la justice, comme du Droit administratif pur.

Si l'hôpital veut rester hôpital, dans le cadre de la loi du 7 août 1851, qu'il renonce à prononcer l'admission de tout malade susceptible de lui procurer un bénéfice commercial, puisque l'établissement public n'a pas le droit de faire acte de commerce, ni de concurrencer les entreprises privées.

VI. — D'ailleurs, si l'on aborde juridiquement la question de l'internat des hôpitaux, il faudrait soulever la discussion, sur le point de savoir si l'interne d'aujourd'hui ne devrait pas avoir son diplôme de docteur en médecine.

L'interne est un sous-chef de service : actuellement ses fonctions hospitalières ne sont plus celles d'un élève en médecine, mais bien celles d'un assistant, d'un praticien : c'est lui le véritable médecin traitant du service, alors que le chef en est le consultant.

Pourquoi, comme à Genève, par exemple, les internes ne seraient-ils pas docteurs en médecine, soutenant leur thèse, au cours de leur première année d'internat ? Ils auraient ainsi le droit légal et indiscutable d'exercer la médecine à l'hôpital, ayant pris au préalable l'engagement de ne pas faire de clientèle au dehors.

Les chefs de service auraient ainsi des collaborateurs, dont la situation légale serait indiscutable, alors que je crains que le développement de la science médicale, d'une part, et l'accroissement des procès en responsabilité professionnelle, d'autre part, ne fassent poser, un jour, devant les tribunaux, le problème de la responsabilité professionnelle des internes, au regard de l'hôpital, partant de leur situation juridique.

Depuis la loi du 7 août 1851, il y a eu des changements.

VII. — Enfin, mon correspondant anonyme m'excusera de ne pas partager son émoi, en ce qui concerne l'évolution de la sociologie : comme lui, je suis un individualiste convaincu ; mais qu'il s'agisse de certificat prénuptial, dont l'établissement, en pratique, est assez difficile, qu'il s'agisse d'extension des lois sociales, qui embrigadent de plus en plus l'individu, il me permettra de faire un rappel à ma thèse de doctorat en droit.

J'ai essayé d'y démontrer que, pour lutter contre l'envahissement d'un socialisme d'Etat, l'individu doit se grouper en syndicats, en associations. La lutte s'égalise entre collectivités, alors que l'individu isolé serait broyé.

Mais pourquoi prononcer le mot « lutte », alors que tous les groupes de citoyens doivent collaborer pour un mieux-être de la nation ? Rien ne sert de gémir, ou de critiquer : il faut, au contraire, étudier tous ces problèmes sociaux, s'entourer de conseils compétents, puis proposer sa collaboration.

La Révolution a supprimé les anciennes corporations et a exalté l'individualisme à outrance.

Progressivement, la collectivité sociale tend vers un socialisme d'Etat. En face de ce danger, les individus ont peu à peu obtenu le droit de se grouper en syndicats, en associations. A ces collectivités privées de se former, de bien savoir ce qu'elles veulent et d'employer tous les moyens que la loi met à leur disposition, pour que leur voix soit entendue. Il suffit de bien vouloir ce qu'on veut et de bien savoir quels sont ses droits et ses devoirs.

En attendant, une fois de plus, je me range aux côtés des internes et des externes des hôpitaux, pour aider cette jeunesse studieuse, qui forme tout notre avenir scientifique, à obtenir un mieux-être qu'en toute justice et équité, il convient de lui octroyer.

La vie moderne est trop onéreuse pour laisser dans la gêne toute une catégorie de jeunes savants, qui, tout en se dévouant pour la science ont cependant droit à une vie, que des intérêts mal compris, veulent faire rester besogneux.

Je fais appel à l'esprit de justice et d'équité de « qui de droit »

Dr Paul Boudin,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

LE SECRET PROFESSIONNEL

Etude couronnée du prix Le Gendre à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1931)

par le Dr GODARD, de Bourges

(suite et fin) (1)

Secret médical et lutte contre la tuberculose

La tuberculose est le prototype de ces maladies, dont la gravité, les modes de propagation, la fréquence, la multiplicité des conséquences individuelles et sociales que sa diffusion entraîne, posent des problèmes vastes et urgents pour la collectivité toute entière.

Le professeur Léon Bernard nous révèle (2) que le chiffre officiel de la mortalité par tuberculose en 1926, le dernier connu est de 66.843. Mais il fait remarquer que ce chiffre est certainement très inférieur à la réalité, si l'on tient compte des nombreuses déclarations de décès par bronchite chronique, congestion pulmonaire, anémie, etc., et si l'on considère que, dans les statistiques, 26 % des décès sont inscrits sous la rubrique : cause inconnue. Dans le département de la Seine, où les statistiques sont mieux faites, la mortalité par tuberculose atteint le 1/5e de la mortalité totale ; ce qui ferait pour le territoire entier un chiffre approchant de 142.000 . En considérant néanmoins que les cas de tuberculose sont plus fréquents dans les grandes agglomérations que dans les campagnes, on peut conclure avec le professeur Léon Bernard, que la mortalité par tuberculose s'élève en France au chiffre moyen de 100.000 décès par an.

Tel est le bilan qu'un raisonnement logique et prudent permet de dresser. Et l'on ne peut avec plus de rigueur faire apparaître l'horreur, et si l'on veut laisser de côté toute question de sentimentalisme et de pitié, l'immensité du fléau. Combien, en raison de cette mortalité, de foyers détruits, d'enfants réduits à la misère et que la société se doit de secourir. Combien en raison de la morbidité, bien plus élevée que la mortalité, d'êtres, jeunes en général, que la maladie immobilise et non seulement rend inaptes à toute activité productive, mais encore met à la charge de la collectivité ! On a pu calculer assez approximativement le nombre de millions, ainsi perdus chaque année par notre pays.

Valeur de la prophylaxie antituberculeuse. — Or, on peut combattre la tuberculose. Les progrès scientifiques nous permettent de mettre en œuvre des procédés prophylactiques et thérapeutiques tels, qu'appliqués sévèrement et courageusement la régression rapide de la tuberculose n'est pas douteuse. Cette régression est déjà amorcée. Peu importe de savoir si cette diminution de la mortalité par tuberculose est liée surtout à l'amélioration des conditions de vie de la population, ou à l'ampleur de la lutte entreprise par les pouvoirs publics et privés. Ce que l'on peut affirmer, c'est que dans un pays de faible natalité comme le nôtre, il ne faut pas tant s'efforcer d'élever le taux de la natalité par des moyens illusoires, que d'abaisser le taux de la mortalité infantile, par des moyens qui ont longuement fait leur preuve.

En ce qui concerne plus spécialement la tuberculose, l'éloge de la vaccination par le B. C. G. et d'œuvres comme le placement familial des tous petits, ou l'œuvre Grancher n'est plus à faire. Ces œuvres, ou d'autres similaires développées conjointement avec les centres de diagnostic précoce et gratuit (dispensaires), et surtout d'isolement des malades (hôpitaux et sanatoria), permettraient sans doute de juguler la maladie. Mais, il faut pour cela employer, non seulement des moyens médicaux, mais encore sociaux, et c'est là toute la complexité du problème.

L'exemple du Danemark. — Considérons le pays de l'Europe, et même du monde, le Danemark, qui a su le mieux organiser une campagne efficace contre la tuberculose, puisque la mortalité pour cette maladie y a passé de 230 pour cent mille habitants en 1900, à 89 en 1923 (chiffres certains), alors qu'elle est encore en France de 185 (chiffre manifestement inférieur à la réalité , nous avons vu pour quelles raisons). Le Danemark a pu obtenir ces magnifiques résultats par des sacrifices financiers considérables (10 francs par habitant sont réservés sur les impôts pour la lutte antituberculeuse), et par des mesures législatives draconiennes.

Les médecins traitants sont tenus de faire au médecin cantonal la déclaration obligatoire de tout malade soigné pour tuberculose pulmonaire ; cette déclaration entraîne pour les familles nécessiteuses tous les secours en argent et en espèces, qu'il convient d'apporter dans le cas considéré.

Tout décès par tuberculose doit être déclaré au

(1) V. *Concours médical*, n° 25.

(2) Cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris (année scolaire 27-28).

médecin cantonal et entraîne une désinfection gratuite et immédiate de l'habitation, des vêtements et objets personnels du décédé.

La commission cantonale de prophylaxie a le droit de déterminer les mesures propres à empêcher un tuberculeux de constituer un danger pour son entourage, mesures pouvant aller jusqu'au transfert du malade à l'hôpital et son isolement d'office.

L'Inspection médicale des écoles est soigneusement faite, et des écoles spéciales sont prévues pour enfants tuberculeux.

Les membres de l'enseignement et les fonctionnaires des services publics, les membres du clergé, les domestiques, les nourrices, les sages-femmes et le personnel hospitalier des hôpitaux sont soumis à des mesures spéciales en vue d'éviter la dissémination de la tuberculose. Ils ne peuvent exercer, sans présenter un certificat prouvant qu'ils sont indemnes de toute lésion contagieuse, et ils doivent passer de fréquentes visites médicales.

Voilà un ensemble de mesures, qui nous éloigne singulièrement de l'exercice traditionnel de la médecine en France et de l'esprit particulariste et frondeur du Français moyen, fût-il malade... ou même médecin.

Le docteur Poix, à qui nous empruntons ces détails (1), nous rapporte que la population danoise et les médecins acceptent sans murmurer toutes ces obligations, car ils en sentent la nécessité et les bienfaits. En particulier, les grands malades, toujours contagieux, préfèrent se faire soigner à l'hôpital, plutôt qu'au foyer familial, ce qui explique la diminution de la contagion.

Nécessité de mesures législatives. — Il n'y a pas lieu, ici, de dresser, voire même d'esquisser un plan rationnel de lutte contre la tuberculose en France. Ce qu'on peut affirmer, c'est que fatalement, en France comme au Danemark, on ne pourra efficacement combattre le fléau que grâce à des mesures législatives sévères, dont certaines, à n'en pas douter, entraîneront une dérogation au concept traditionnel du secret médical. Certes, on pourra nous dire, et l'on ne manquera pas de nous dire que ces procédés quasi-dictatoriaux peuvent réussir dans des pays de culture anglo-saxonne ou germanique, mais que le tempérament latin ne saurait supporter de pareilles entraves. Nous reconnaissons que le côté moral de la question n'est pas négligeable, et qu'il faut éviter de transformer les malheureux bacillaires en modernes lépreux ou pestiférés. Mais nous pensons que lorsque la déclaration n'entraînera pour le malade aucun ennui moral ou matériel, mais, au contraire toute une série d'avantages pour lui et sa famille, il n'hésitera pas un seul instant à accepter cette déclaration. Craignons plutôt qu'il n'y ait trop de gens à vouloir se faire passer pour tuberculeux, alors qu'ils ne le sont pas : l'exemple des réformés de guerre est là pour le prouver, et pas un expert, pas un médecin de dispensaire ne saurait nous contredire sur ce point. L'opinion publique, d'ailleurs, se modifie grandement. Autant autrefois, le malade exigeait la discrétion absolue de son médecin, autant il reconnaît aujourd'hui la nécessité de certaines formalités et interventions. Il accueille avec reconnaissance les infirmières visiteuses, lorsque celles-ci viennent s'enquérir de ses ressources. Il se soumet aux examens du radiologiste, et ne voit aucun inconvénient à ce que l'aide de laboratoire sache qu'il a des bacilles dans ses crachats. Il fait savoir lui-même à son employeur pour quelles raisons, il cesse son travail, et accomplit lui-même les démarches nécessaires en vue d'obtenir des secours matériels. En un mot, il considère la maladie comme un malheur et non comme une tare.

Des crédits. — Mais il ne suffit pas de dépister les tuberculeux, il faut pouvoir les traiter : il faut avoir des lits en nombre suffisant pour les isoler, il faut avoir des fonds pour secourir leurs familles ; il faut pouvoir porter des diagnostics précoces et développer la prophylaxie sous toutes ses formes. Il faut des crédits ; et l'on est un peu scandalisé de voir que sur un budget annuel de plusieurs milliards, l'Etat ne réserve que 60 millions pour la lutte antituberculeuse. « La santé publique doit être la première préoccupation d'un homme d'état », a dit Disraéli. Si l'on en juge par les actes, peu d'hommes d'Etat français sont de cet avis. Le docteur Poix calcule que si la défense contre la tuberculose avait été organisée en France comme au Danemark, et si les résultats avaient été de même ordre, nous aurions conservé à notre pays annuellement 52.000 habitants, soit en vingt années plus d'un million de vies humaines. Voilà ce que tout médecin doit savoir et ce que tout médecin doit dire. N'en doutons pas, l'exercice de la profession médicale est à un tournant. Le médecin, certes, exerce une profession libérale, mais il doit prendre conscience de ses devoirs sociaux : il doit peser de toute son influence sur le public, d'une part, pour lui faire comprendre les nécessités de l'hygiène, et sur les pouvoirs administratifs et législatifs ; d'autre part, pour en obtenir le maximum de subventions en vue d'une lutte efficace contre les fléaux morbides qui nous accablent.

Le médecin est l'homme le mieux placé pour entreprendre cette campagne. Se croiser les bras,

(1) G. Poix. — La lutte contre la tuberculose au Danemark et ses résultats (*Presse médicale*, 24 février 1926).

renoncer à la lutte, c'est manquer à tous ses devoirs professionnels, c'est agir en déserteur.

Et l'on ne saurait nous objecter que ce rôle de prosélytisme doit être l'apanage du seul médecin-fonctionnaire. Prenons garde qu'avec la pléthore, qui est un des maux de notre profession, il n'y ait bientôt plus de place dans la société pour le praticien jaloux de son indépendance absolue et fier de sa liberté totale.

Secret médical et lutte contre la syphilis.

Faut-il reprendre le même raisonnement pour la syphilis ? Il est inutile d'insister sur la variété et la gravité des dangers publics liés à la propagation de cette redoutable affection vénérienne. En particulier, chacun sait le rôle néfaste de l'hérédo-syphilis dans la mortalité infantile et l'efficacité d'un traitement judicieux et précoce, tant pour la mère que pour l'enfant.

La syphilis est bien elle aussi une maladie sociale qui doit être combattue par des moyens sociaux. D'ailleurs l'urgence de cette lutte se fait singulièrement sentir. Les syphiligraphes, en effet, jettent le cri d'alarme de tous les coins de la France, et la lecture des comptes rendus du récent Congrès de Nancy (1) ne laisse pas d'être angoissante. Les auteurs les plus qualifiés nous apprennent que la syphilis, qui était nettement en régression jusqu'en 1923, augmente actuellement dans des proportions telles, que le taux élevé des années de guerre est à nouveau atteint.

Mais l'organisation de cette lutte est extrêmement délicate. Le problème apparaît comme plus complexe encore que pour la tuberculose, étant donné que la syphilis est encore aujourd'hui considérée comme une maladie honteuse et secrète. Certes les idées, commencent à se modifier sur ce point, mais les syphilitiques, pour de multiples raisons, désirent tenir leur affection cachée, même de leurs proches parents. C'est cette notion de réprobation morale, entourant encore aujourd'hui la syphilis, qui domine toute la question. La prudence ne saurait donc être trop recommandée à ceux, qui abordent le problème et qui se figurent qu'à l'aide de mesures coercitives rigoureuses, on est en droit d'espérer les meilleurs résultats.

L'éducation. — A n'en pas douter, un des moyens les plus efficaces pour combattre le fléau est l'éducation du public. Il suffit de connaître les excellents résultats obtenus par la ligue nationale belge contre le péril vénérien (2), pour en être persuadé. D'aucuns pensent néanmoins, et nous semble-t-il avec raison, que cette campagne, de prophylaxie par l'éducation sexuelle, pour efficace qu'elle soit, n'est pas suffisante, et que des mesures d'ordre public s'imposent.

La surveillance policière. — Celle-ci s'est jusqu'à présent, en France, limitée à la réglementation de la prostitution qui, par parenthèses, est contraire au secret médical, et supprime pour une certaine catégorie d'individus, le libre choix du médecin.

On ne peut nier les résultats de cette institution, appliquée dans de nombreux pays ; mais contre elle, se dressent des adversaires de plus en plus nombreux, dont les arguments de sentiment et de fait ne sont pas sans valeur, et qui demandent son abolition. Mais, comme d'autre part, la suppression de la réglementation a entraîné, partout où elle a été tentée une recrudescence de la syphilis, on a tendance actuellement à substituer dans de nombreux pays, la surveillance sanitaire à la surveillance policière, et à demander au Corps médical entier une active collaboration.

La règlementation sanitaire. — Plusieurs projets ont été échafaudés. L'un d'eux a même été déposé sur le bureau de la Chambre des Députés : il demande l'examen sanitaire obligatoire en vue du mariage. Nous croyons être d'accord avec la plupart des médecins pour déclarer que cette mesure, très difficilement applicable, serait probablement inefficace et ne répondrait que très imparfaitement au but proposé. On a pensé aussi instituer, comme en Allemagne, le délit pénal de transmission de la syphilis. Nous pensons, ici encore, que l'application de la loi serait extrêmement délicate. Comment faire la preuve de la transmission ? Et comment éviter le chantage ? pour ne soulever que deux objections primordiales. Une autre mesure, appliquée en Belgique, a permis d'obtenir des résultats remarquables : c'est la gratuité du traitement antivénérien, qui est payé aux médecins par l'Etat. Un essai semblable a été tenté en France dans le département du Loiret, selon des modalités propres à sauvegarder les intérêts matériels et moraux du malade, du médecin et de l'administration. Cette expérience paraît très encourageante, et c'est là certainement un des moyens les plus propres à limiter l'endémie syphilitique.

Oserons-nous dire que cette mesure nous paraît insuffisante, car nombre de malades refusent de se traiter. Une communication du docteur Michon à la Société dermatologique de Nancy (8 juillet 1927), pour en donner un exemple véridique, nous apprend qu'un ménage atteint de syphilides secondaires refuse toute médication, malgré l'insistance du médecin traitant. Les con-

(1) Conférence de la défense sociale contre la syphilis (Nancy, mai 1928).

(2) Cf. La lutte contre la syphilis en Belgique, Prof. BAYET, de Buxelles, forte brochure parue en Belgique en 1926.

séquences ne se font pas attendre : les deux enfants de ce ménage présentent, peu après, des chancres de la joue, et, à l'atelier où travaille le mari, un ouvrier voisin contracte un chancre extragénital. L'auteur de la communication regrette qu'aucune loi n'intervienne, permettant de prendre des mesures pour éviter semblables contaminations. Nous devons tous le regretter. D'autant plus que, si les malades qui refusent un traitement initial sont rares, ceux qui se contentent d'une série de piqûres sont nombreux. MM. Jeanselme et Burnier, par exemple, rapportaient à Nancy, qu'à leur dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, 33,12 seulement des malades suivent régulièrement leur traitement. Et cependant ce traitement est gratuit ! Voilà donc la plupart des syphilitiques blanchis pour peu de temps et destinés, sans parler des conséquences pour leur propre santé, à redevenir contagieux à plus ou moins brève échéance.

La déclaration. — Nous en arrivons donc à nous demander s'il n'y aurait pas lieu d'obtenir la déclaration obligatoire de la syphilis, ou, mieux encore, le délit pénal de refus de traitement complet de la syphilis. Certes, nous n'irons pas discuter des modalités d'application de semblables mesures. Que les spécialistes étudient le problème et s'efforcent d'y apporter une solution adéquate aux intérêts et aux aspirations de chacun.

Ce qui est évident, c'est qu'aucune campagne sérieuse contre les maladies vénériennes ne peut être entreprise sans la collaboration du Corps médical tout entier, et que cette collaboration entraîne des mesures d'ordre général, dont certaines risquent fort d'être contraires à la conception traditionnelle et absolutiste, que l'on se fait dans notre pays du secret professionnel. Je sais bien que de nombreux praticiens protesteront contre cette nouvelle atteinte aux prérogatives médicales et à la liberté individuelle. Ce n'est pas notre modeste avis, qui pourra modifier leur opinion en quelque manière. Nous permettront-ils simplement de leur soumettre l'opinion particulièrement compétente du docteur Thibierge, alors médecin de l'hôpital Broca, qui, après avoir longuement démontré combien il y a lieu en clientèle d'être prudent en matière de syphilis, et combien le silence dans tous les cas doit être la règle de la sagesse, écrivait en 1907 (1).

« Dans certains pays, en Danemark par exemple, la déclaration des maladies vénériennes, de la syphilis en particulier, est obligatoire dans des conditions, qui rappellent celles, où la déclaration de certaines maladies contagieuses est pratiquée en France.

« Avec les garanties, dont les lois de ces divers pays l'ont entourée, cette prescription est une des meilleures mesures de prophylaxie des maladies vénériennes ; la déclaration, faite à des autorités sanitaires et tenue scrupuleusement secrète, n'effraye en rien les malades, et ne les empêche pas de recourir aux soins des médecins ; ses conséquences, l'épuration des milieux où se contractent les maladies vénériennes, les facilités de traitement procurées aux malades qui en sont atteints, restreignent singulièrement la propagation de la syphilis. Bien que cette prescription légale n'existe pas en France, et qu'il n'ait jusqu'à présent jamais été sérieusement question de l'y introduire, il convenait de montrer ici qu'elle ne vient pas en l'encontre de la conception du rôle tutélaire et social, que nous attribuons à l'obligation du secret en matière de syphilis. »

Qu'ajouter après ce magistral passage ?

(1) G. Thibierge. — Syphilis et déontologie.

Secret médical et hygiène sociale.

Ainsi, par l'exemple des déclarations de décès de la tuberculose et de la syphilis, nous arrivons à penser que les progrès de la médecine, ses tendances à devenir préventive, la nécessité de l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux, conduisent les médecins à envisager fatalement, après la déclaration des maladies contagieuses, de nouvelles limitations légales du secret professionnel. Que ces limitations soient entourées de garanties nombreuses ; que les textes législatifs consacrant cette suspension du secret professionnel soient limitatifs et précis, supprimant toute appréciation individuelle, et par là, toute responsabilité éventuelle du médecin, nous en reconnaissons l'absolue nécessité. Il n'en est pas moins vrai que le dogme hippocratique du secret professionnel dans toute sa rigueur est incompatible avec l'organisation de la médecine préventive et de l'hygiène dans un état moderne.

Organisation de l'hygiène. — D'ailleurs, il est à souhaiter que cette organisation de l'hygiène ne soit plus en France, selon une parole trop fâcheusement célèbre, une façade derrière laquelle il n'y a rien. Il est à souhaiter que la Charte française d'hygiène, pour employer l'expression du docteur Martial, soit établie sur un plan national et selon des principes soigneusement coordonnés, et non plus épars et contradictoires comme ils le sont trop souvent aujourd'hui. Il est à souhaiter que l'organisation des services publics d'hygiène soit technique et non bureaucratique, c'est-à-dire uniquement remise entre les mains de médecins hygiénistes, en contact permanent avec les autorités, le Corps médical et les populations. Ainsi, dans la défense de la santé publique, les praticiens n'auraient à s'adresser qu'à des médecins, garantie incomparable pour ceux qui non sans raisons, craignent actuellement la trop

grande divulgation des secrets d'ordre professionnel.

Le secret professionnel absolu, difficilement compatible avec l'organisation d'une médecine préventive et scientifique, l'est-il avec la pratique de plus en plus fréquente des lois sociales ?

Secret médical et lois sociales.

De nombreuses applications sociales de la médecine modifient les conditions de l'exercice de cette profession, en plaçant entre médecin et malade, un tiers, administration d'état ou société privée. Cette apparition d'un intermédiaire ne va pas sans quelques difficultés, et le secret médical n'est pas sans souffrir de cette intervention. Un violent conflit a récemment éclaté à propos de l'Assistance médicale gratuite dans le département de la Seine, entre médecins et autorité préfectorale. La loi des Assurances sociales menace de généraliser ce conflit.

L'exemple de l'assistance médicale gratuite. — L'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite qui n'est, en somme, qu'une expérience préalable et limitée de l'assurance maladie, a, en effet, soulevé le problème du secret professionnel.

On connaît les deux thèses en présence. Thèse préfectorale : dans le fonctionnement de l'Assistance médicale gratuite, il est nécessaire qu'un contrôle soit établi pour éviter au budget départemental des dépenses injustifiées. Ce contrôle ne peut être effectif que, si les médecins transcrivent, sur leurs états d'honoraires les diagnostics des maladies, pour lesquelles ils ont donné des soins aux indigents.

Thèse médicale : le secret est à la base des rapports entre médecin et malade ; le patient, pour des raisons de pudeur ou d'intérêt, ne veut pas que les détails de sa maladie soient communiqués à des personnes qui, plus tard, peuvent commettre des indiscrétions. La morale s'oppose, en outre, à ce que seul l'indigent, parce qu'il ne peut payer, soit tenu à la divulgation de ses tares physiques. Le médecin doit donc refuser en transmettant sa note d'honoraires à l'administration préfectorale d'indiquer le moindre diagnostic. Aussi bien l'article 378 C. P. lui fait obligation légale de se taire.

Nécessité du contrôle. — Bien que l'on puisse faire remarquer que les fonctionnaires sont également liés par le secret professionnel et tombent sous le coup de l'article 378, ainsi qu'en font foi plusieurs arrêts des tribunaux, il faut dire que la thèse médicale est juste dans son ensemble.

Il n'en est pas moins vrai que, pour éviter les abus, soit du malade, soit du médecin, un contrôle effectif est nécessaire, et c'est à juste titre que l'organisme, interposé entre médecin et malade, revendique un droit de regard sur le fonctionnement d'une institution, dont il a la responsabilité financière. Mais nous considérons que ce contrôle doit être strictement technique et exercé par un médecin qualifié, désigné à cet effet et ne pouvant cumuler ses fonctions avec celles de médecin traitant ; étant entendu, par ailleurs, que tout conflit entre le médecin traitant et le médecin contrôleur peut être porté devant une juridiction uniquement professionnelle. Telle nous apparaît, la solution théorique de la question, toutes les fois qu'un tiers administration ou caisse s'interpose entre malades et médecins

L'assurance-maladie. — Lors de l'établissement de la loi sur les Assurances sociales, les mêmes menaces d'intrusion des profanes dans la pratique médicale se firent sentir. Mais il est certain que, les contre-projets se succédant, il était de plus en plus fait droit aux revendications professionnelles primordiales des médecins : libre choix, possibilité de l'entente directe, respect du secret professionnel. Disons que le Corps médical, malgré de néfastes luttes intestines et de nombreuses fautes de tactique, a obtenu gain de cause dans l'ensemble. L'article 4 du texte définitif de la loi doit nous donner satisfaction, et les conditions d'application de l'assurance-maladie sont beaucoup plus avantageuses dans la loi française que dans les législations étrangères. Quant à l'article 7, celui qui nous intéresse le plus au point de vue du secret professionnel, puisqu'il traite du contrôle, il spécifie, nettement que le contrôle technique est assuré par les syndicats médicaux, en présence du médecin traitant si l'assuré l'exige, et que toute contestation entre assuré et médecin doit être portée devant une commission de trois membres, composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième délégué par le juge de paix.

Donc, d'une part, toutes garanties en ce qui concerne le secret professionnel, d'autre part, contrôle efficace, D'ailleurs des contrats ont été établis sur de semblables bases et fonctionnent à la satisfaction de tous les intéressés ; par exemple, Syndicat médical des Deux-Sèvres et Société de Secours mutuels la Philantropique ; et, syndicats médicaux de Roubaix-Tourcoing et Consortium de l'industrie textile des mêmes villes. Respect du secret porfessionnel, contrôle uniquement technique, telle semble être, fort judicieusement d'ailleurs, l'orientation que désire imprimer actuellement le Corps médical aux futurs contrats, qui doivent être signés entre caisses primaires et syndicats médicaux.

Les législations étrangères. — D'ailleurs, si nous

consultons les lois étrangères (1), nous voyons qu'un pareil système prévaut dans de nombreux pays. Dans certains pays, où le secret médical a traditionnellement une moindre portée que chez nous (Danemark, Grande-Bretagne, Lettonie), ce sont des commissions mixtes qui règlent les conflits. Mais en Allemagne, où le contrôle, est fait par un « médecin-conseil », il y a possibilité d'appel devant une juridiction strictement professionnelle. Le Corps médical allemand pense que le contrôle est une nécessité, contre laquelle une opposition ne serait pas justifiée ; que, d'après une expérience déjà longue, les médecins consciencieux ne sont pour ainsi dire jamais atteints. La nécessité de soumettre les autres au contrôle est évident, ne fut-ce qu'à cause du tort qu'ils causent à leurs confrères intègres. En Hollande, tous les litiges entre caisses ou assurés et praticiens sont portés devant des commissions d'arbitrage, dont tous les membres sont médecins, sauf le président qui est un juriste. Ces juridictions spéciales satisfont entièrement le Corps médical. Nous retrouvons les mêmes principes en Hongrie, en Bulgarie, en U. R. S. S.

La juridiction technique. — Il nous paraît donc, pour nous résumer sur cette question des lois sociales, assurances en particulier, que l'apparition de plus en plus fréquente d'un intermédiaire entre malade et médecin, ne doit en aucun cas entraîner une violation systématique et constante du secret professionnel.

Lorsque le malade désire bénéficier de certains avantages légaux, il peut demander un certificat au médecin. Celui-ci doit se contenter de rapporter ce qu'il a constaté et remettre ce certificat au malade en mains propres, pour que celui-ci en dispose comme il l'entend. Il y a lieu, en outre, de souhaiter qu'il y ait incompatibilité constante entre les fonctions de médecin expert et de médecin traitant ; le premier seul étant relevé de l'obligation du silence vis-à-vis de l'organisme qui l'emploie. Ainsi le secret doit continuer à régir les rapports entre praticiens et patients. Mais, néanmoins, l'un et l'autre ne peuvent refuser un contrôle technique, pourvu que celui-ci s'entoure de toutes les garanties de discrétion, que l'on est en droit d'exiger.

Ce contrôle technique d'ailleurs ne peut être efficace que, s'il a la possibilité de recourir à une juridiction professionnelle ; car il est curieux de constater qu'une profession, aussi particulière que la médecine, n'a pas encore de tribunaux spéciaux comme la plupart des autres corps de métier. Créons donc ces tribunaux, avec pouvoirs efficaces et réels de sanctions, dont la menace suffira dans bien des cas à faire rentrer dans l'ordre ceux, qui chaque jour frisent la correctionnelle et oublient trop souvent les plus élémentaires règles de déontologie vis-à-vis de leurs confrères.

On a trop tendance aujourd'hui à parler de l'immoralité du Corps médical. Que les médecins consciencieux, la grande majorité, réagissent contre ces fâcheuses tendances ; qu'ils combattent eux-mêmes ceux des leurs, qui jettent le discrédit sur toute la corporation ; qu'ils acceptent, qu'ils demandent même ces tribunaux professionnels. Ainsi, tous les conflits seront réglés à huis-clos. La dignité professionnelle en bénéficiera, le secret médical aussi.

Organisation du Corps médical. — Mais pour cela les médecins doivent être unis. Ils ne peuvent plus se contenter d'une adhésion de principe à des syndicats presque toujours plongés dans une invincible léthargie. En face d'un Corps médical désorganisé, où l'individualisme, le plus étroit est encore trop fréquent, le législateur agit ; les groupements sociaux intéressés agissent, et, à notre époque plus que jamais, le « *Væ Soli* » est de règle.

Nous vivons en un temps de cartels, de syndicats, de groupements, de tous ordres et de toutes natures. Le Corps médical n'échappera pas à cette tendance générale. Union nationale des syndicats ou ordre des médecins, peu importe. Le Corps médical se doit aujourd'hui de s'organiser, pour réaliser non seulement la défense des intérêts matériels de la corporation, mais aussi celle de sa dignité et de ses droits.

Conclusion.

Nous voici arrivés au terme de ce long exposé, où nous n'avons fait cependant que dégager quelques idées d'ensemble, et effleurer quelques problèmes d'une importance capitale, laissant systématiquement de côté un certain nombre de questions, qui eussent cependant prêté matière à maintes considérations intéressantes.

Le secret professionnel, auquel nos ancêtres attachaient une valeur absolue en raison de tendances religieuses, morales et sociales, que nous nous sommes efforcés d'analyser, est aujourd'hui codifié en France par un texte de loi, qui lui donne une portée rigoureuse et générale, au point que son respect est à la base de l'exercice de la médecine. Or, comme toutes choses, la profession médicale est soumise à la loi de l'évolution, et les tendances médicales actuelles peuvent aujourd'hui se résumer en trois mots : spécialisation, prophylaxie, socialisation. La division du travail médical, la haute valeur scientifique et sociale de la médecine préventive, l'apparition d'un intermédiaire entre praticien et patient, sont les trois grands phénomènes, qui modifient l'exercice de la médecine contemporaine. Chacun de

(1) Enquête sur l'Assurance-maladie principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays. (Association professionnelle internationale des médecins ; rapport Decourt.)

ces trois facteurs crée des conditions nouvelles à l'application du secret médical.

La spécialisation morcelle le secret : le malade ne peut plus se confier à son seul médecin traitant ; non seulement des confrères spécialistes, mais encore des aides de laboratoires, des manipulateurs de radiologie, des infirmières visiteuses, le personnel des cliniques et hôpitaux vont recueillir une parcelle de ce secret. Il y a donc lieu d'associer tous ces aides du médecin à la règle du secret professionnel, et de leur faire comprendre sa valeur et sa portée.

La nécessité d'une médecine préventive amène la création d'une catégorie de médecins hygiénistes, spécialisés dans le rôle de défenseurs de la santé publique, en rapports constants avec les autorités et les praticiens. Entre ces deux catégories de médecins, la collaboration doit être efficace, et le fallacieux prétexte du secret professionnel ne saurait plus les empêcher d'échanger des renseignements d'ordre confidentiel, pusiqu'ils sont tenus l'un et l'autre au respect de la loi.

L'apparition d'un intermédiaire, enfin, entre malade et médecin et la nécessité, de plus en plus fréquente, d'expertises entraîne pour conséquence une incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant, qui n'a affaire qu'à son malade, et de médecin expert, qui n'a de comptes à rendre qu'à l'administration qui l'emploie.

Ainsi donc, que le silence continue en règle générale à être pratiqué par le médecin dans ses rapports avec ses clients. En particulier, et c'est le point le plus important en pratique, dans les question de dommages-intérêts, de divorce et autres éventualités du même genre, il lui faut se tenir sur une réserve prudente, en matière de délivrance de certificats. Ces certificats doivent contenir uniquement la constatation de l'état de l'intéressé et être remis en mains propres à celui-ci.

C'est donc l'intérêt du malade, qui doit être la préoccupation constante du médecin. Mais il est des cas où l'intérêt général, ou même l'intérêt bien entendu du malade, priment tout intérêt particulier. C'est dans ces seuls cas que l'on peut, admettre une dérogation à la règle du secret médical. Et ce sont ces seuls cas que, selon le vœu du professeur Bard, l'on doit préciser nettement, afin de ne laisser aucune hésitation, ni aucun doute au médecin dans l'exercice de ses délicates fonctions.

C'est au législateur, en plein accord avec le Corps médical, de fixer sur quels points l'intérêt social doit primer l'intérêt privé ; concept, qui à tout prendre, n'est pas tellement éloigné des principes généraux traditionnels de la législation française, toujours inspirée par cette définition de la déclaration des droits de l'homme : La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui.

HYDROLOGIE

Le premier V. E. M. cardiologique à Royat et Saint-Nectaire

En attendant l'accomplissement de la réforme des études médicales, réclamée à juste titre, l'initiative de certains professeurs et médecins des hôpitaux a suppléé à l'insuffisance de l'enseignement officiel, en créant des cours de perfectionnement consacrés à un chapitre particulier de la pathologie ; le cours de l'Hôtel-Dieu (maladies de la nutrition) ; le cours de Saint-Antoine (gastro-entérologie) ; le cours de la Charité (tuberculose) ; le cours de Tenon (cardiologie), etc.

L'une des originalités de ces cours de perfectionnement, c'est que leurs directeurs, proclamant la place importante qu'il faut accorder à la crénothérapie et à la climatothérapie, dans la thérapeutique des affections envisagées, ont pris la louable habitude de les terminer par une visite aux stations thermales auxquelles ressortit le traitement hydrominéral de ces affections.

Et c'est ainsi que le 7 juin dernier, M. le professeur agrégé C. LIAN, médecin de l'hôpital Tenon, amenait pour la première fois à Royat un groupe de médecins qui venait de suivre son enseignement et celui de ses assistants et auxquels il voulait montrer une cure thermale en action, dans le domaine où il s'est spécialisé : la cardiologie.

La caravane fut reçue par M. Mérigoux, le sympathique directeur de l'Etablissement thermal qui, au nom de la Compagnie des eaux et de son distingué et actif président, M. A. Rouzaud, lui souhaita la bienvenue au cours d'un dîner à l'Hôtel Métropole, — invitant chacun de ses membres à employer la prime matinée du lendemain à apprécier par lui-même la qualité des pratiques hydrologiques de la Station, et particulièrement du bain carbogazeux (1).

Le 8, après une visite détaillée de tous les services sous la conduite de confrères locaux, la caravane se trouva réunie dans le Salon de lecture de l'Etablissement, pour y entendre une conférence du Dr Mougeot, président de la Société médicale de Royat, et du Professeur Lian lui-même.

(1) Qu'il me soit permis de féliciter ici M. GIUGLARIS, l'aimable Directeur de l'Hôtel Métropole, pour la parfaite tenue de sa maison, l'excellence de sa table, et sa personnelle courtoisie.

G. D.

Celui-ci préside, ayant à ses côtés le Dr Mougeot et M. Rouzaud. Et Mougeot prend la parole, tout d'abord pour remercier ces visiteurs de marque, à qui, en raison de leur spécialisation cardiologique, il donnera surtout des renseignements physiologiques sur l'action thérapeutique des eaux de Royat.

Le pivot de la cure de Royat, c'est le bain hydrocarbonique au gaz naturel de la source, donné à température indifférente, où l'organisme ne ressent ni chaleur, ni fraîcheur ; ou à température plus fraîche, mais avec un enrichissement notable en acide carbonique.

Le malade éprouve d'abord une sensation de réchauffement, des picotements, des chatouillements ; puis, une sensation de pression épigastrique, et un besoin assez impérieux d'uriner. En sortant, il se sent plus léger.

Notons toutefois qu'il arrive parfois qu'il ressent, pendant une courte période, au cours de sa cure, comme une légère lassitude qui serait due à la radio-activité des eaux.

On constate, au cours du bain, que la peau devient rouge au niveau des seules régions immergées. Si l'on compte le pouls, on constate qu'il diminue de fréquence dans la proportion de 8 à 10 pulsations à la minute ; de 20 même, chez les tachycardiques. La pression artérielle, parallèlement, subit une baisse en masse de 2 à 3 cm. de mercure pour la minima, et guère plus pour la maxima : phénomènes dus à la diminution des résistances périphériques.

La respiration devient plus ample, et le volume des urines augmente dans la proportion de 150 % en même temps que la perméabilité rénale, grâce à quoi s'éliminent les chlorures et les toxines.

On explique l'action du bain carbogazeux de trois façons différentes : 1° par un effet purement superficiel ; 2° par l'asphyxie de la peau ; 3° par la résorption du gaz par la peau, ce gaz étant en effet hypotonisant pour le tonus artériel. C'est à cette dernière interprétation que Mougeot reste fidèle, à la suite d'expériences probantes.

Il signale l'effet cumulatif des bains dont les gaz rares sont modérateurs du sympathique.

De ce qui précède, il résulte que l'indication principale des Eaux de Royat est l'hypertension, qu'elle soit isolée, essentielle, ou au contraire symptomatique d'aortite, d'athérome ; dyscrasique ou symptomatique d'une lésion rénale, encore que le plus souvent, la néphrite soit secondaire à l'hypertension.

Les petites insuffisances cardiaques bénéficient de l'action cardio-tonique du bain. Les obèses, les bronchitiques chroniques, les scléreux du poumon ; la tachycardie paroxystique d'origine intracardiaque aussi bien qu'extra-cardiaque, s'en trouvent également bien. De même l'arythmie complète est une bonne indication de Royat ; sous l'influence du traitement thermal, le rythme se ralentit et tend à se régulariser.

Les fausses cardiopathies sympathicotoniques ou vagotoniques sont également une indication majeure. De même enfin, la claudication intermittente et l'artérite oblitérante.

Parmi les contre-indications de la cure de Royat, Mougeot cite la dégénérescence du myocarde, incapable de réagir à un traitement hydriatique ; l'azotémie à un gramme et plus ; l'albuminurie ; les œdèmes ; les crises de dyspnée nocturne paroxystique ; l'embolus récent du myocarde...

On a fait à la cure de Royat le reproche de n'être hypotensive que passagèrement ; la tension remonterait après la cure. On ne saurait oublier que, sous des influences vraisemblablement météorologiques, la tension augmente normalement en février-mars, et en octobre.

Des cures de diurèse peuvent être faites avec les sources Velléda et César ; elles sont insuffisantes si l'on n'y ajoute pas le bain ; elles sont d'ailleurs à supprimer quand il existe une forte minima.

Enfin, les petits anémiques et les uricémiques à manifestations viscérales et cutanées sont justiciables de la cure de Royat.

Lorsque les applaudissements qui saluèrent la fin de la savante conférence de Mougeot se furent calmés, le Professeur Lian, l'ayant remercié, et félicité aussi de s'être montré aussi bon phydiologiste que praticien éminent, exposa à son tour comment il fallait concevoir, selon lui, le mécanisme pathogénique de l'hypertension, qui est en effet l'indication principale de Royat. Longtemps l'on s'en tint aux deux théories de Widal et de Vaquez : celui-là donnant à l'hypertension une origine rénale et la considérant comme une réaction de défense destinée à forcer l'encrassement rénal ; celui-ci la considérant comme une perturbation du fonctionnement des surrénales, la néphrite étant toujours secondaire à l'hypertension. Théories trop exclusives, et ne répondant pas à tous les faits observés. C'est ainsi qu'il existe des hypertensions consécutives à une lésion rénale, comme on peut le vérifier chez de jeunes sujets atteints de néphrite aiguë, qui présentent parfois des accidents cardiaques allant du bruit de galop avec dyspnée nocturne, et faux asthme, à la grande insuffisance, à l'asystolie. Exceptionnellement, ces néphrites passent à la chronicité, et l'hypertension concomitante devient alors permanente.

Mais inversement, il existe de plus nombreux exemples d'hypertendus sans déficit rénal.

On connaît enfin l'hypertension de la sclérose aortique.

M. Lian défend une conception infiniment plus étendue que les deux précédentes, d'après laquelle l'hypertension est due à un ensemble de perturbations nutritives, humorales et sympathiques. L'hypertension, peut-on dire, est un syndrome endocrino-sympathique. Or, s'il est difficile de préciser la nature exacte des troubles humoraux, qui se sont parfois révélés par un excès de cholestérine et de sucre dans le sang, on peut arriver à une précision plus grande, concernant les perturbations sympathiques. C'est ainsi que l'on constate une excitabilité du sympathique vasculaire, augmentée chez les hypertendus, et diminuée chez les hypotendus. Et ce n'est pas seulement par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs des vaisseaux, mais encore des cellules nerveuses incluses dans les parois artérielles que s'exerce cette excitabilité, qui resserre ces parois, créant l'hypertonie.

Eh bien ! la cure de Royat répond excellemment à ces conceptions générales. Le bain carbo-gazeux est, en effet, vaso-dilatateur et modérateur du sympathique vasculaire. En outre, les troubles nutritifs qui influencent le sympathique y sont combattus, grâce à la diurèse qu'elle provoque entraînant une élimination toxique indéniable. Il est impossible, en effet, de ne pas concevoir que Royat possède une action directe sur ces troubles : des études ultérieures le confirmeront et le préciseront.

De là l'heureuse influence de ses eaux sur les hypertensions de date récente, celles qui s'observent aux environs de la quarantaine, qui accompagnent la ménopause. Influence qui s'exerce aussi sur les hypertensions plus anciennes.

Et si l'on admet comme idée directrice, cette action modératrice de l'excitabilité sympathique, on en tire d'autres indications d'origine artérielle : l'angine de poitrine par exemple, où il y a autre chose que des lésions artérielles, un élément nerveux déterminant des troubles vasomoteurs, tout autant que le froid, les émotions.

Royat convient, comme on l'a dit, à la claudication intermittente par rétrécissement des artères des membres inférieurs, par spasme : soulage les crises douloureuses de la maladie de Raynaud ; apaise les tachycardies dues à une excitation du sympathique freinée encore par l'action modératrice, exercée surtout par la Source Eugénie, avec ses bains A et B, ceux-ci possédant toute l'intégralité du gaz carbonique libre dans l'eau.

Les eaux plus riches en acide carbonique possèdent une autre propriété : elles sont cardiotoniques, cardio-dynamiques et luttent ainsi contre les symptômes de l'insuffisance cardiaque.

Les indications secondaires de la station s'adressent à des sujets cardio-artériels, souffrant d'autres tares : les goutteux ; les bronchitiques ; les scléreux du poumon...

Enfin, l'anémie, on l'a fait remarquer, est en certains cas parfaitement justiciable de la cure thermale locale.

Parmi les contre-indications, il faut mettre au premier plan les vieilles hypertensions, figées en quelque sorte, que rien ne réduit, et l'insuffisance cardiaque par épuisement du myocarde.

Royat est l'une des villes d'eaux qui se montrent les plus attachées à la conception française de la spécialisation des cures thermales. Conception infiniment intéressante, en ce qu'elle permet à la fois le perfectionnement constant d'un outillage appliqué au traitement d'une catégorie bien déterminée d'états pathologiques, tandis que le Corps médical local acquiert une maîtrise indiscutable dans un domaine où il s'est lui-même spécialisé.

Aussi, les résultats ne se font-ils pas attendre. Il est habituel de constater un abaissement des chiffres tensionnels, et une amélioration de la contractilité du myocarde. Ces résultats peuvent être durables ; même passagers, ils conservent une importance considérable. Ce sont des pauses, dans la vie de l'hypertendu, analogues aux pauses qui permettent au soldat lourdement chargé, et fatigué par une marche pénible, prêt, s'il insistait à défaillir, — de se reposer et de pouvoir repartir allègrement pour une nouvelle étape.

Royat est donc bien nommé *Capitale du cœur*, encore que son domaine organique soit surtout artériel.

Demandons à Royat de défendre nos organismes contre les accidents de l'automne de l'existence, qu'il s'agisse de l'âge critique de la femme, aussi bien que de l'âge critique de l'homme, cet âge que caractérisent certaines déficiences endocriniennes. Et proclamons la vérité de ce syllogisme :

L'être humain a l'âge de son cœur et de ses artères.

Royat rajeunit ;

Royat est donc le rempart et le bouclier contre la vieillesse menaçante.

Cette péroraison fut chaleureusement applaudie. Elle faisait en effet image d'une façon saisissante, et les auditeurs du professeur Lian ne manquèrent pas d'être frappés d'une formule qui synthétisait aussi heureusement un exposé magistral écouté avec la plus sympathique attention, tout particulièrement par le signataire de ce compte rendu, à qui une heureuse coïncidence permit de prendre part à cette intéressante réunion.

L'après-midi, les caravanistes firent l'ascension du Puy-de-Dôme. A leur retour, ils assistèrent au Métropole, à un brillant dîner, à la fin duquel des paroles empreintes de la plus grande cordialité furent échangées entre le professeur Lian, le Dr Mougeot, M. Mérigoux, etc.

Et comme, en réalité, le rein et le système cardio-artériel sont solidaires, le premier V. E. M. cardiologique, le lendemain, se rendit à Saint-Nectaire, la Capitale du rein, où il fit connaissance avec les fameuses affusions lombaires, les bains à eau courante, les douches sous-marines, les Sources Rouges, du Rocher, du Mont-Cornadore etc., etc. Si bien qu'il put repartir pour Paris, après avoir exploré, en quelque sorte, deux domaines thermaux si précieux pour le traitement d'affections dans la connaissance desquelles, grâce aux efforts persévérants du Professeur Lian, et de ses élèves, chaque jour des progrès étonnants sont faits, pour le plus grand bien des malheureux qui en sont atteints.

Mais ces efforts ne se sont pas seulement adressés au malade étudié et soigné cliniquement. Ils ont élargi leur zone d'action et se manifestent de la façon la plus généreuse dans le fonctionnement de l'*Association amicale des cardiaques*, fondée en 1930 par le Dr Lian, et qui groupe les cardiaques et leurs amis. Le but de cette Amicale, c'est de rechercher la meilleure adaptation au travail de ces malades : d'être leur soutien moral ; de perfectionner les moyens de traitement. L'originalité de cette fondation, qui réalise parfaitement un service social bien compris à l'intention des cardiaques, c'est que les malades eux-mêmes sont conviés à en faire partie, en qualité de membres actifs, versant volontiers une cotisation minima de deux francs.

Œuvre de progrès social indiscutable, l'Association amicale des cardiaques méritait d'être signalée ; ceux qui seraient curieux de la mieux connaître pourront s'adresser à l'hôpital Tenon, service du Dr Lian, — où se trouve son siège social.

G. Duchesne.

VARIÉTÉS BIOLOGIQUES

La puissance prolifique des poissons et la destruction des nouveau-nés qui rétablit l'équilibre nécessaire

« Si le monde doué de vie n'est pas un objet formé et mu par le hasard, s'il représente devant notre pensée l'investiture matérielle et l'incarnation progressive d'une volonté de devenir associée à une aspiration vers le mieux, la génération des êtres, avec son perpétuel recommencement, en figure la plus parfaite expression, et la plus complète. C'est en la considérant que l'on peut toucher de plus près aux puissances de la création. »

Ces phrases liminaires précèdent le quatrième volume du grand ouvrage de M. le Professeur Louis Roule, du Muséum, d'histoire naturelle : *Les Poissons et le monde vivant des eaux* (1), volume consacré *aux œufs et aux nids*. L'ouvrage a pour sous-titre : *Etudes ichthyologiques et philosophiques*, le fragment de préface que nous venons de citer prouve que si l'éminent naturaliste a donné une part prépondérante à ses observations scientifiques, il n'a pas négligé de les accompagner de profondes considérations philosophiques.

Ce qui nous a le plus frappé en lisant ces études consacrées à la génération des êtres qui constituent le monde vivant des eaux, c'est la formidable fécondité des poissons. Les truites donnent 2.000 à 3.000 œufs par kilogramme d'animal. Les gardons plus de 10.000 œufs par ponte. Les œufs de chaque carpe se comptent par centaines de mille et atteignent même le million. Quant aux esturgeons c'est un ou deux millions d'œufs qu'ils donnent ; ce qui explique la quantité considérable livrée à la consommation sous le nom de caviar.

Un banc de morues qui comprend des milliers de femelles, qui, chacune, pond des millions d'œufs, fournirait des milliards de poissons si tous parvenaient à se développer.

Les poissons ne sont pas les seuls êtres pourvus d'une grande fécondité. Si dans les ovaires d'une femme chaque élément pouvant donner lieu à un ovule se développait, il s'en formerait de 30 à 35.000. La reine des abeilles, la seule femelle d'un essaim, pond une dizaine de mille œufs. Les termites donnent 20.000 à 30.000 œufs par jour et environ 10 ou 12 millions par an. Le ver solitaire, le tœnia, au cours de son existence hermaphrodite produit 100 à 200 millions d'œufs.

Mais revenons aux poissons. A une certaine période, ils ne paraissent, tant mâles que femelles, ne vivre que pour la génération. Leur organisme est complètement transformé, leur activité est prodigieuse. Les glandes sexuelles qui pendant la période « amature » pèsent le dixième et parfois le centième du poids du corps, arrivent pendant la période « mature » qui précède le frai, à peser le quart ou le cinquième du poids total de l'animal.

La multiplication des poissons en progression géométrique ferait qu'en quelques années les

(1) Avec 16 planches en trichromes et 72 dessins d'après les originaux de F. Angel : Paris, libr. Delagrave, 15, rue Soufflet 1931.

étangs seraient comblés par les carpes et que les mers malgré leur immensité disparaîtraient sous des amas de poissons. Mais la nature veille à cela et rétablit l'équilibre par des procédés quelque peu brutaux et qui choquent notre moralité humaine. Elle y parvient par la destruction des nouveau-nés, par ce que nous pourrions appeler le massacre des innocents.

D'abord beaucoup d'œufs ne se développent pas ; mais il en resterait encore un nombre excessif, si dans nos rivières, les vaudoises, les hotus, les truites mêmes ne cherchaient en creusant le gravier à découvrir les frayères pour se repaître des œufs. Dans l'étang, après la ponte des carpes, tous les poissons et au premier rang les mères et les pères carpes se nourrissent de leurs œufs, de leurs propres œufs. Les mythes de Saturne, de Moloch et la légende d'Ugolin sont des réalités dans le monde vivant des eaux. Les alevins, échappés au massacre, se gorgent pour se développer des proies exiguës qui forment le plancton des mers et des rivières : protistes, protophytes, protozoaires, êtres microscopiques végétaux ou animaux, tandis que les gros poissons cannibales, parents dénaturés, épuisés par la génération, se rétablissent en se gorgeant d'une partie de leur progéniture pour recommencer ensuite leur fonction principale, la reproduction. L'équilibre se rétablit donc et, par ce procédé malthusien, il n'y a pas de surpopulation dans le peuplement des rivières, des fleuves, des étangs, des lacs, ni des mers.

Certaines espèces de poissons ont des mœurs plus douces, les unes comme l'épinoche construisent des nids pour protéger leurs petits.

Le nouveau volume du professeur Roule dans un style pittoresque et imagé, est d'une lecture attrayante et sait « humaniser », si nous osons dire, les mœurs des poissons et du monde vivant des eaux ; contentons-nous de citer pour en donner la preuve, quelques titres de chapitres : les amours des lamproies, les noces des aloses, la danse nuptiale des chevaux marins, les crocodiles et l'amour maternel.

En somme, l'on pourrait dire, comme le bon Lafontaine, qu'il écrit une comédie, voire même un drame, en cent actes divers dont le théâtre est l'Univers. Mais avec cette différence que ce ne sont pas des fables mais des observations scientifiques et que la moralité à tirer des procédés, que la nature emploie pour rétablir l'équilibre troublé par une surproduction intempestive, est pour nous, pauvres humains, plutôt déconcertante.

J. NOIR.

LA PAGE SANS MÉDECINE

> La réputation littéraire est comme la fortune. Il est encore plus facile de l'acquérir que de la conserver.
>
> (*Candide*, « Journaliste »).

CCCXXIX. — Comtesse RIGUIDI. — **L'Epoque.** Les mœurs. Les modes. Le style. *Editions Berger-Levrault.* Paris, 1931. 15 fr.

Cette comtesse aurait autant de barbe que Tristan Bernard que je n'en serais pas surpris ! Elle a, certainement autant d'esprit, et je vous conseille *vivement* la lecture de ces rosseries, de ces spirituelles caricatures de notre temps, qui m'ont tout l'air d'avoir été incisivement gravées par un de nos plus brillants journalistes. Les livres, où court de bout en bout une joie aussi primesautière et d'aussi plaisante qualité, ne poussent pas comme boutons d'or dans un pré. Notez celui-ci : vous ne m'en... guirlanderez pas quand vous l'aurez lu, sur mon conseil.

CCCXL — A. DE RICHAUD — **La douleur,** roman, 1 vol 12 × 19, *Edit Grasset,* Paris, 1931, 15 fr.

Ce jeune auteur, qui fallit être couronné l'année dernière par le jury du « Premier Roman », appartient à la branche Delteil, dont la devise pourrait être : « Nous..... et les petits oiseaux..... » Je n'ai pas été surpris, en conséquence, de le voir incidemment mettre l'*Aiglon* au rang de la « littérature de bazar ! ». Avec leur coutumière modestie, ces jeunes gens ne s'aperçoivent pas qu'il existe aussi de nos jours une littérature de « soldes » ! Revenons à ce roman. Il a beaucoup de qualités. Cette étude de la province, rance, où tout le monde porte un faux-nez romantique, est écrite avec nombre de notations justes.

Mais, gâtant tout cela, transparaît de temps en temps une fausse ingénuité calculée d'enfant prodige. Le médecin, aperçu dans le livre, a cet air bourru, égrillard, un peu mufle, qu'il est de bon ton, pour quelques « plumitifs », de donner à notre profession.

L'histoire est l'aventure d'une veuve de guerre qui, après avoir essayé du marbre de la commode et de la glace de l'armoire pour éteindre l'incendie, recourt à un prisonnier allemand. Il y a un « complexe d'Œdipe », que l'auteur ébauche avec le respect de la jeune génération pour la toquade freudienne. Très moralement à la fin du livre, le feu d'un incendie réel purifie tout.

CCCXLI. — Daniel Marquis Sébié. **Le message de Bourdelle**, préface d'André Fontainas. — Un vol. 13 × 19 sur papier satiné avec 70 illustrations hors-texte. *Editions de l'Artisan du Livre*. Paris, 1931. 20 fr.

La puissante personnalité de Bourdelle a suscité une avalanche de livres, d'articles de revues, consacrés à sa mémoire. Parmi nos confrères, Julia, Voivenel (1), Couchaud nous ont donné d'intéressantes études sur le grand sculpteur, qu'ils ont bien connu. Monsieur Daniel Sébie *complète* leur hommage. Il n'a pas, lui non plus, l'hermétique solennité des critiques d'art et, inspiré par son admiration pour son Maître, il nous aide sans prétention à mieux le connaître et à nous approcher de son souvenir. Le titre de son livre est heureux, et la facture harmonieuse. Elle nous donne bien cette impression rude de puissance et de simplicité, avec son prolongement dans le temps, que dégage l'œuvre de Bourdelle. Les anecdotes, les extraits de correspondance, sont classés avec art et éclairent très judicieusement l'*humanité* de l'artiste, sa bonté, sa sensibilité, la bonhomie socratique de son enseignement. Le Dr Léopold-Lévi (2) avait choisi, pour type de son « *Génial* », Bourdelle, à qui l'unissait une affectueuse amitié. C'est encore un détail que nous donne le disciple, qui a saisi avec une fidèle intelligence et très clairement traduit le sens profond et le retentissement du « message », dont il assure la diffusion, comme si l'ombre de son maître continuait sans fastes parmi nous sa survie de surhomme. La typographie de l'Artisan est d'une parfaite élégance.

CCCXLII. — Marcel Hamon. **La rose noire**. — Un vol. 12 × 19. Roman. *Ed. Malfère*, Paris, 1931, 12 fr.

Marcel Hamon est médecin à Paris. Et c'est un de ceux qui représentent le plus dignement notre corporation chez les « Porte-plume », où nous n'avons pas très bonne presse. Je vous ai signalé l'année dernière son roman des *Fantômes*. Vous vous souvenez que ses personnages se promenaient aux berges du cauchemar. Ceux de la *Rose noire* sont aussi les jouets d'une funèbre fatalité. Le talent très personnel de notre confrère nous fait accepter sans peine ces pages, d'où la joie si souvent est absente. Joies brèves que brise avec persévérance l'impitoyable destin, qui emporte tous ses héros dans une danse cruellement macabre. Ce livre a été écrit avant les Fantômes, et déjà cette œuvre contient pourtant l'essentiel du pessimisme humain de Marcel Hamon. Quand on est entré dans le courant, qu'on s'est accoutumé à cette atmosphère saisissante de catacombe, on est un peu moins saisi par ce frôlement froid de légende, qui a une vigueur d'hallucination. Et, au-dessus de cette âcre pénombre il y a d'admirables descriptions du cœur, de sobres évocations de la Bretagne, des pages d'une pureté classique comme celle, où est gravée la vision de « ce vieux Christ de granit » (page 188), que je voudrais pouvoir vous citer toute entière, parce qu'elle classe l'auteur parmi les prosateurs les mieux doués de notre temps.

CCCXLIII. — Léon Lemonnier. **Les destins sont solidaires.** Roman. Un vol. 12 × 19 *Ed. Flammarion*. Paris 1931.

Ceci encore est un bon roman, et très caractéristique de cette tendance, que marque le genre à revenir vers la vie simple, où gisent quelquefois les plus émouvantes histoires. Monsieur Lemonnier a surtout très fermement campé la silhouette inquiétante de ces désœuvrés d'après guerre, venus du peuple, désaxés par le luxe et les besoins factices qu'ils se créent, gangrénés par une sentimentalité cynique, qui les abaisse tous les jours, un peu plus, de lâcheté en lâcheté, monstres psychologiques d'autant plus écœurants qu'autour d'eux continue, à son rythme d'autrefois, inadaptée, monotone, dans une douloureuse droiture, la calme existence de leurs vieux parents.

CCCXLIV. — Edmond Pilon. **Fontainebleau.** — Un vol. 15 × 20, orné de 146 héliogravures. *Editions Arthaud*, Grenoble, 1931.

L'ouvrage est dédié au Professeur Gosset. Peut-être parce que l'érudit exposé de Monsieur Pilon, a une méthodique élégance de science exacte. Le commentaire des merveilles artistiques et des souvenirs historiques, qui parent la région est très détaillé et fort abondamment nourri de précises références, et l'aisance soutenue du style de l'auteur agrémente d'un plaisir neuf notre promenade au château royal. Les « images » abondantes, fort nettes s'attachent, quand il le faut, aux détails de la décoration, pour donner une vue d'ensemble complète et précise du site célèbre. Il ne reste qu'un point obscur : celui de l'étymologie *certaine* de Fontainebleau que Monsieur Pilon se défend de nous imposer malgré l'autorité d'Henri IV et des poètes de la Pléiade.

CCCXLV. — Jean du Perrier. **Le reflet dans l'étang.** — Roman. Un vol. 12 × 19. *Ed. La Renaissance du Livre*, 1930. 15 fr.

Cela pourrait aussi s'appeler une ténébreuse affaire. Je ne me sens pas de taille à vous raconter l'entrecroisement des pistes où évoluent les

---

(1) La silhouette de l'*Archer* reproduite dans le livre est déplorablement gâtée par les bâtisses, aperçues à l'arrière plan. Les Toulousains ont choisi un drôle de « fond » aux colonnes grecques qui encadrent l'Hèraklès.

(2) Léopold-Lévi. — *Le Tempérament et ses Troubles. Les glandes endocrines.*

personnages. Ce qui m'a fait plaisir, c'est qu'au lieu de se livrer au traditionnel éreintement de la médecine et des médecins, l'auteur réserve ses poudres à la magistrature et à la politique. Il y a des reflets de l'affaire Lafage et probablement encore des tas d'autres reflets ; espions, procédure, cuisine judiciaire, divorce qui « ficèlent » les personnages dans des liens véritablement gordiens. C'est de « la belle ouvrage », mais si l'on n'a pas une vieille dent contre la magistrature assise ce n'est pas d'une lecture spécialement réjouissante.

CCCXLVI. — **Le drame de l'expédition Andrée.** Historique et documents publiés par la Société suédoise de Géographie. Un vol. 13 × 20 illustré de 76 gravures hors-texte et 7 croquis. Traduction Lund et Bernard. *Editions Plon*, Paris, 1931. 25 francs.

Cette hantise du Pôle, qui tourmente même de nos jours les grands explorateurs spécialisés comportait encore à la fin du siècle dernier des risque tels, qu'il fallut à Andrée et à ses compagnons un héroïque aveuglement, pour tenter avec des moyens de fortune, aussi incertains que l'étaient ceux du « sphérique », une aussi périlleuse aventure. Ils disparurent, comme on pouvait le craindre, et toutes les recherches restèrent vaines. Ce n'est que l'année dernière que l'on retrouva les vestiges de leur camp, leur matériel, leurs manuscrits, conservés par la banquise pendant 33 ans. Le gros volume, que la Société de géographie de Suède consacre à cette téméraire expédition, rappelle la genèse, l'organisation, et grâce aux documents retrouvés, la tragique terminaison du hardi voyageur.

Douloureux témoignage d'outre-tombe, précédé d'une biographie des victimes du raid mémorable de l'*Œrn*, il permet la reconstitution méticuleuse de l'Odyssée en ballon vers le Pôle, et dissipe partiellement le mystère, dont les perfectionnements de technique n'évitent pas encore toutes les embûches, puisque nous n'avons pas à ce jour retrouvé l'autre Ile Blanche, où s'abattit plus récemment le français Guilbaud, victime aussi de son audacieuse envolée.

CCCXLVII. — P. PETIT-DIDIER. **Deux ans dans les Flandres.** — Visions de guerre, 1916-1918. Un vol. 14 × 19, orné de 8 gravures hors-texte. *Editions la Caravelle*, Paris, 1931. 15 fr.

L'auteur raconte ses souvenirs de l'occupation anglaise de Béthune pendant la guerre. Il le fait avec bonne humeur. Et ceci nous montre, des hostilités à proximité du front, un aspect que nous connaissons mal. Monsieur Petit-Didier, directeur de la Banque de France à Béthune, resta à son poste jusqu'à l'extrême possibilité, et il faut bien reconnaître que bombardements à longue portée ou par avion lui donnèrent ainsi qu'aux civils, qui s'y exposaient par devoir, un mérite civique, que bien des militaires de seconde zone n'atteignirent jamais. Mais son expédition aux avant-postes des Portugais m'a par contre prodigieusement amusé. Il pardonnera à un fantassin honoraire (de réserve) de le lui dire tout de go (1). Après l'armistice Monsieur Petit-Didier, chargé d'une mission spéciale à Bruxelles, nous dépeint le retour à la vie normale de la capitale libérée et, ici encore, ses observations sont très justes. Son livre eût gagné encore de l'intérêt à nous exposer avec plus de détails cette récupération de numéraire sur les Allemands, encore disposés à « *payer* ». Tel quel, il est écrit sans fanfaronnade, et ceci corrige les petites échappées martiales, qui battent des ailes à quelques pages du récit.

Varia. * — La presse médicale s'étonne avec candeur que l'on ait oublié les médecins coloniaux à l'Exposition de même nom. Nous apprenons que ne furent pas victimes du même oubli les « *nègres* », qui mastiquent dans l'ombre avec une abnégation de termites, l'*anthropoprose*, dont se nourrissent quelques civilisés. La case, où on les a parqués, serait grande si nous en croyons nos renseignements. Ne pourraient-ils pas en se serrant un peu faire une *petite* place aux médecins coloniaux à l'ombre des pavillons des trophées militaires ? ?

* Chez Devambez va sortir, illustré par CHIMOT, un *Verlaine* de qualité. Le dessin de l'artiste est d'une aristocratique perversité, et le modèle est inspiré d'une plastique sans tare linéaire, ni volumétrique, perfidement expressive dans son immobilité.

* *Le coup de Patte* (51, rue Saint-Georges, Paris), satirique hebdomadaire, est rédigé par des gens d'esprit. Dans le numéro deux, une oraison funèbre assaisonnée d'un savoureux latin à clartés évidentes de langue internationale.

* *Le Mercure de France* du 15 mai donne d'intéressants souvenirs de Léon Deffoux sur la publication de l'Assomoir. La « Figure » échouée dans le même numéro est gonflée de vent.

* L'*Archer* de Mai, avec son équipe régulière de collaborateurs sous la direction vigilante de Campagnou, encense on malmène musiciens, sculpteurs ou poètes, avec originalité. Les flèches pleuvent : le stock est au siège de la revue : 18, rue de la Dalbade, à Toulouse.

L'HOMME AUX BÉSICLES.
1er juin.

(1) « Go » n'est pas ... malgré l'ambiance, la classique onomatopée anglaise, si poétiquement sonore.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine s'est tenue le mardi 9 juin à 21 heures à l'Hôtel Chambon.

La situation financière du Syndicat, étant satisfaisante, des félicitations ont été votées au trésorier Dr Armand Lévy qui gère avec vigilance et prudence les finances du Syndicat. On a encore applaudi à l'activité déployée par le Dr Coldefy à l'Office de la répression de l'exercice illégal, tout en faisant remarquer que cet office, qui rend d'indiscutables services au Corps médical français tout entier, n'est peut-être pas suffisamment subventionné par la Confédération des Syndicats médicaux.

Le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération, a donné d'intéressants renseignements sur la discussion au Sénat de la proposition de loi Armbruster tendant à faire disparaître les abus actuels qui permettent d'une façon inconsidérée aux étrangers l'obtention du diplôme d'Etat et leur permet d'exercer en France.

Quelques réflexions furent émises sur l'organisation du Contrôle syndical dans les Assurances sociales. Il vient d'être organisé et il faut attendre qu'il ait fonctionné pour en apprécier la valeur.

L'Assemblée espère que l'Académie de médecine donnera rapidement un avis sur la question de la suppression des chirurgiens dentistes.

Le président Boyer a levé la séance, une fois l'ordre du jour épuisé à 23 heures 40.

On nous permettra de renouveler, non sans quelque mélancolie , des regrets sur l'indifférence que les médecins, surtout les jeunes médecins, manifestent à l'égard de nos assemblées syndicales. Au moment où la solidarité et la cohésion s'imposent, moins de cent syndiqués assistaient à la réunion, presque tous avaient dépassé la cinquantaine et beaucoup la soixantaine. Ce sont cependant la situation des *jeunes* médecins et leur avenir qui s'organisent aujourd'hui et ils n'ont pas l'air de s'en préoccuper.

Mort du Dr Coldefy. — L'absence du Dr Coldefy à l'Assemblée générale avait été remarquée, elle était attribuée à une indisposition sans gravité. Or, peu de jours après, nous apprîmes sa mort presque subite. Ses obsèques ont eu lieu à Notre-Dame des Champs, le 18 juin. Toutes les Associations médicales parisiennes, la Confédération des Syndicats médicaux français, l'Association générale des médecins de France y étaient représentées. C'est que le Dr Coldefy était un de ces rares confrères qui se dévouent à la défense professionnelle et qui, comme me le disait un de nos vieux confrères, mettent un courage et une énergie excessives à remplir les besognes professionnelles qui leur coûtent beaucoup et ne leur rapportent guère. Ancien président du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris, membre du Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, il avait accepté la tâche difficile de Directeur de l'office pour la répression de l'exercice illégal et était en outre secrétaire d'une des Commissions de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés. Le Dr Coldefy remplissait ses fonctions avec une ponctualité, une droiture, une conscience absolues. Aussi sa mort constitue une perte cruelle pour le Corps médical parisien. Nous adressons à Madame Coldefy, à ses fils dont un est externe des hôpitaux, l'expression de notre douloureuse sympathie et joignons nos sincères regrets à ceux de tous les praticiens qui ont connu et estimé le Dr Coldefy.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Clinique des maladies de l'enfance. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, et hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — *Enseignement de vacances* (été 1931.) — Des cours de révision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois de juillet, août et septembre 1931, dans l'ordre suivant :

Hygiène et clinique de la première enfance (clinique Parrot). — Le cours de révision et de perfectionnement d'hygiène et de clinique de la première enfance aura lieu sous la direction de M. le Professeur P. Lereboullet, du lundi 29 juin au samedi 11 juillet 1931, avec le concours de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; M. Lelong, médecin des hôpitaux ; MM. Saint Girons, Chabrun, Brizard, Benoit, Roudinesco, Gournay, Détrois, Baize, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le lundi 29 juin, à 9 h. 30 du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin à 9 h. 30 et l'après-midi, de 16 h. 30 à 18 heures. Il sera terminé le 11 juillet.

Clinique médicale des enfants. — Le cours de clinique et médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le Professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé, avec le concours de MM. les Docteurs Babonneix, Léon Tixier, Janet, Paraf et Pichon, médecins des hôpitaux ; Boulanger-Pilet, Lebée, René Martin, Kaplan, et Liège, chefs ou anciens chefs de clinique ; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades ; Bidot et Prétet, chefs de laboratoire.

Il comprendra des leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie. Il commencera à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 15 juillet 1931, à 9 heures du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin, à 9 heures, et l'après-midi, de 16 à 18 heures. Il sera terminé le samedi 1er août.

Clinique chirurgicale infantile. — Le cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, aura lieu sous la direction de M. le Professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. les Docteurs Lance, assistant d'orthopédie ; Huc, Aurousseau, Fèvre, Garnier et Saint-Girons, chefs de clinique et chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 30 leçons et des examens de malades. Il commencera le lundi 14 septembre 1931 et sera terminé le jeudi 1er octobre 1931.

Admission aux cours de révision et de perfectionnement. — Sont admis au cours de révision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Facultè (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1931 commencera le 5 octobre et sera terminée le 21 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 18 au 21 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique. Professeurs MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon.— Parasitologie. Professeur : M. Brumpt. — Bactériologie. Professeur : M. Lemierre. — Ophtalmologie. Professeur : M. Terrien. —Hygiène et épidémiologie exotique. Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Neveu-Lemaire, Pozerski, Tanon, Teissier. — Maladies cutanées. Professeur : M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds : Professeur M. Lenormant. — Règlements sanitaires. Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits a verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de ra quittance des droits au secrétariat général (laboratoiie de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

— Concours du clinicat. — *Rectificatif.* — Concours du 3 juillet : Clinicat des maladies infectieuses : 1 adjoint (supprimé).

Concours du 10 juillet : Clinicat médical : 1 adjoint (à ajouter) ; clinicat des maladies mentales : 1 titulaire avec traitement (au lieu de 2) ; clinicat de la tuberculose (à ajouter) : 1 titulaire sans traitement.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital maritime de Berck-Plage.** — *Douze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques affections de l'appareil locomoteur*, par MM. les Docteurs Etienne SORREL, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage ; André RICHARD, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgiens des hôpitaux de Paris ; avec la collaboration de MM. les Docteurs ANDRIEU, BOUQUIER, DELAHAYE, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime ; M. et G. MOZER, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime ; PARIN, chef de radiologie de l'hôpital maritime ; G. HUC, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, de Paris, assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades, du 3 au 14 août 1931.

Les cours auront lieu à l'hôpital maritime, l'après-midi, à 2 heures. Les matinées seront consacrées aux opérations (opérations de grande chirurgie, ponctions). Confection d'appareils plâtrés, démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi matin 3 août, à 9 heures, et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime.

Droits d'inscription : 300 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés.)

Pour tous renseignements, écrire au Docteur DELAHAYE, à l'hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

— **Deuxième concours de nomination de chirurgien des hôpitaux**— *Epreuve clinique.* — Séance du 8 juin. — MM. Banzet, 19 ; Seille, 13 ; Huard, 14 ; Ménégaux, 17.

Séance du 9 juin. — MM. Fèvre, 16 ; Bernard, 19, Welti, 20 ; Reinhold, 18.

Médecine opératoire. — Séance du 10 juin. — Questions données : « Ligature de l'artère iliaque externe. Désarticulation de l'épaule. »

MM. Bernard, 29 ; Reinhold, 26 ; Welti, 29 ; Ménégaux, 28 ; Fèvre, 25 ; Banzet, 28.

Candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve clinique :

MM. Welti, 49 points ; Bernard, 48 ; Banzet, 47 ; Ménégaux, 45 ; Reinhold, 44 ; Fèvre, 41.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.**— *Composition écrite anonyme.* — Question donnée : « Complications et pronostic de la môle hydatiforme. »

MM. Digonnet, 23 ; Lantuéjoul, 25 ; de Peretti, 16 ; Seguy, 25 ; Sureau, 9 ; Suzor, 9.

Epreuve clinique. — Séance du 8 juin. — MM. Sureau, 26 ; Suzor, 24 ; de Peretti, 29.

Séance du 9 juin. — MM. Digonnet, 24 ; Seguy, 28 ; Lantuéjoul, 30.

Epreuve d'anatomie (lecture des copies). — MM. Digonnet, 21 ; Lantuéjoul, 23 ; de Peretti, 11 ; Seguy, 8, Sureau, 16 ; Suzor, 6.

Classement des candidats : MM. Lantuéjoul, 78 points ; Digonnet, 68 ; Seguy, 61 ; de Peretti, 56 ; Sureau, 51 ; Suzor, 39.

Candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Lantuéjoul, Digonnet, Seguy.

— **Concours de l'internat** (admissibilité). — Le jury est composé de MM. les Docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch (René), Leroux, Métivet, Ameline, Ravina (accoucheur),

— **Ecole des infirmières de l'Assistance publique de Paris.** — Un concours pour l'admission d'environ 140 élèves à l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique de Paris aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 12 octobre 1931, à 13 heures.

Ce concours, ouvert aux jeunes filles de 20 à 26 ans, comporte une dictée, deux problèmes d'arithmétique et une rédaction sur un sujet général.

Les candidates pourvues du brevet élémentaire ou d'un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves écrites ; elles n'ont à satisfaire qu'à l'examen médical.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 1er octobre 1931, à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (sous-direction du personnel, 2e bureau).

Le traitement de début à la sortie de l'école des infirmières est de 13.440 francs (y compris l'indemnité de résidence).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr BÉNÉDIC, de Brienne-le-Château (Aube) ; du Dr E. BODIN, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; du Dr Fernand LESPINE, de Nice ; du Dr NÉSIS, de Levallois-Perret ; du Dr B. NINET, de Roanne ; du Dr Donatien RAFFEGEAU, président de la Société de psychologie ; de M. Gabriel FERMÉ, ancien président de la Chambre des négociants commissionnaires, officier de la Légion d'honneur.

M. GABRIEL FERMÉ dirigeait un laboratoire, bien connu, de spécialités pharmaceutiques. Nous adressons à Madame Fermé et à sa famille l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail.** — Ce Congrès aura lieu à Genève, du 3 au 8 août 1931, sous le haut patronage de M. le Conseiller fédéral Schulthess, chef du département de l'Economie publique.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections dites section A (chirurgie) et section B (maladies).

Rapports officiels : I. Les affections cutanées en relation avec le travail (accident et maladie). — II. Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail. — III. Les résultats tardifs et l' « accoutumance » dans les lésions traumatiques du rachis. — IV. Les traumatismes des vaisseaux sanguins

(artérites et thrombophlébites). — V. Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles. — VI. Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie. — VII. Fatigue.

Cotisations : Pour les congressistes, 25 francs suisses. Pour famille, invités ou auditeurs ne désirant pas le livre des publications officielles : 10 francs suisses.

Trésorier : Dr Tissot, 15, rue du Général-Dufour, à Genève. Compte de chèques : Genève : I-4532.

Le bureau du Comité national français est composé de la façon suivante : président, M. le Dr O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris-16e ; président d'honneur M. le Professeur Balthazard ; secrétaire, M. le Dr Duvoir, 45, rue de Bellechasse, Paris-7e.

— **Institut de technique sanitaire et hygiène des industries.** — La prochaine session de l'Institut de technique sanitaire et d'hygiène des industries, Institut qui est rattaché au Conservatoire des arts et métiers de Paris, s'ouvrira en novembre 1931.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études reçoivent un diplôme d'Etat : *Brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement, dont la durée est limitée à trois mois, est ouvert également aux étrangers qui peuvent, comme les nationaux, se faire inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des arts et métiers, 242, rue Saint-Martin, Paris (IIIe arr.).

— **Congrès des Ecoles de plein air, tenu à Ostende le 11 avril 1931.** — *Vœux du Congrès.* — Voici quelques-uns des vœux adoptés par ce congrès :

Demander aux autorités scolaires dans les villes et les localités urbaines de reporter à la périphérie, dans des sites bien aérés, les nouvelles écoles à créer et de s'entendre avec les concessionnaires des transports en commun pour le transport gratuit ou presque gratuit des enfants vers ces établissements.

Donner dans toutes les écoles la plus grande extension possible aux leçons et exercices en plein air.

Annexer aux écoles urbaines un jardin et un terrain de jeux aussi spacieux que possible.

Qu'il soit nettement et définitivement établi que les écoles en plein air sont des institutions scolaires destinées à recevoir des enfants précautionneusemen- sélectionnés par l'inspection scolaire médicale et où ne doivent pas être admis les tuberculeux, les cardiaques, les anormaux et les arriérés mentaux. Que ces établissements ne soient jamais confondus avec des colonies scolaires ou des préventoria qui sont des établissements de cure destinés à recevoir des enfants atteints de maladies latentes nécessitant une surveillance et un traitement particulier.

Qu'une liaison intime soit toujours assurée dans les écoles en plein air entre les pédagogues, les médecins et les auxiliaires, tant infirmières que moniteurs.

Qu'une éducation physique bien comprise, préventive et corrective, occupe la place qui lui revient dans le programme scolaire ; qu'elle soit toujours placée sous la surveillance du médecin.

Que le traitement héliothérapique ne soit jamais appliqué que selon les directives du médecin.

Que toutes les écoles construites à l'avenir par les municipalités soient des écoles en plein air.

— **Fondation J.-B.-A. Chauveau.** — Une fondation scientifique distribuant annuellement un prix de 2.000 francs, non divisible, a été créée par les élèves et les amis du Professeur A. Chauveau auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Le prix J.-B.-A. Chauveau est destiné à récompenser les médecins ou les vétérinaires français ou ressortissants sans conditions d'âge ou de fonctions, auteurs de travaux d'anatomie des animaux domestiques, d'anatomie humaine ou comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normale ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée, ainsi qu'à soulager des infortunes sociales vérérinaires ou médicales.

En l'absence de travaux scientifiques dignes d'être récompensés, le jury pourra décerner le prix Chauveau à un chercheur qui n'aurait pas fait acte de candidature.

Le prix J.-B.-A. Chauveau est attribué pour l'année 1931 à la section scientifique vétérinaire.

Les candidats vétérinaires sont, en conséquence, invités à faire parvenir dès maintenant leurs travaux, en double exemplaire, sous pli recommandé, au secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2, quai Chauveau, à Lyon, jusqu'au 15 décembre 1931, dernier délai de présentation.

Les travaux seront présentés au jury sous le nom de leur auteur. Ils devront être manuscrits lisibles, dactylographiés ou imprimés ; ils seront originaux, inédits ou publiés dans le cours des cinq années précédant la date de la clôture du registre de réception des travaux postulant le prix.

Les travaux présentés ne devront pas avoir été récompensés antérieurement.

Les travaux en collaboration sont admis.

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *Des services automobiles P.-L.-M. relient la station thermale de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire.* — Deux services P.-L.-M. d'autocars facilitent l'accès de la station thermale de Saint-Nectaire. Ils la relient, tous les jours, du 21 mai au 30 septembre, l'un à Clermont-Ferrand, l'autre à Murols et au Mont-Dore.

Ces services assurent la correspondance à Clermont-Ferrand et à Issoire du 1er juin au 15 septembre avec les trains en provenance ou à destination de Paris, Sète, Marseille.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore des billets directs qui permettent aux voyageurs de faire enregistrer, dès le point de départ, leurs bagages pour l'une de ces trois stations et de se décharger ainsi du souci de leur transbordement à Clermont ou à Issoire.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Les Drs W. et H. ont remis à l'intéressé, à l'appui de leur refus, la déclaration ci-dessous, qu'ils ont également envoyée au Ministre des P. T. T

Les médecins soussignés, sont absolument d'avis, en dépit de l'ordre de service du Ministère des P. T. T. du 8 février 1930 et des arguments fallacieux qui y sont produits, que la délivrance par le médecin traitant à un fonctionnaire d'un certificat médical indiquant la nature de la maladie, en vue de l'obtention d'un congé de maladie, constitue une violation indirecte du secret professionnel auquel le médecin traitant est soumis en vertu de l'art. 378 du Code pénal, hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur.

Il est lamentable que des administrations publiques exercent une sorte de chantage sur leurs employés pour les obliger à faire pression sur le médecin, dans le but d'obtenir de celui-ci une violation de la loi.

En effet, aucun texte de loi, dans le cas qui nous intéresse, n'oblige le médecin à révéler ce qu'il a vu, entendu ou compris dans l'exercice de sa profession. Il doit donc se taire en vertu de l'art. 378.

Les allégations contenues dans le par. 10, de l'ordre de service, disant que « le médecin ne viole pas le secret professionnel en délivrant à un malade un certificat dont l'intéressé fait tel usage qui lui semble bon » sont réfutées par de nombreuses autorités du droit médical (voir : Dr Vibert, Médecine légale ; Perreau, Eléments de jurisprudence médicale, etc.). Ces auteurs estiment en outre que *le médecin ne peut être délié du secret médical par son client.*

En second lieu, la jurisprudence invoquée dans le par. 20 de l'ordre de service est périmée. Le Conseil d'Etat par un arrêté du 9 novembre 1928 a proclamé qu'aucune disposition réglementaire ne pouvait faire échec à la *règle générale et absolue* édictée par l'art. 378 du Code pénal.

En ce qui concerne le par. 3°, il est inadmissible que l'Administration en décrétant que le congé de maladie est une faveur et non un droit, pèse sur les fonctionnaires pour les obliger à demander à leur médecin de violer la loi.

Pour ce qui est du par. 4°, il est évidemment nécessaire que l'Administration s'entoure de toutes les garanties désirables. Il lui est facile, pour ce faire, de faire contrôler le cas par ses médecins contrôleurs toutes les fois qu'à tort ou à raison, elle n'a pas confiance dans les certificats des médecins traitants concluant à l'attribution d'un congé sans indiquer la nature de la maladie.

Nous estimons en outre que l'Administration devrait se borner à demander au médecin contrôleur si le congé est justifié ou non, et ne pas lui demander la nature de la maladie, ce qui est abusif au point de vue moral, quoique ce ne soit

pas en contradiction avec l'art. 378, puisque le médecin contrôleur n'est pas le médecin traitant.

En ce qui concerne le par. 5°, il est exact que les fonctionnaires appelés à consulter les certificats médicaux délivrés aux agents sont soumis eux-mêmes au secret professionnel. Cela ne constitue nullement une raison pour que le médecin traitant indique la nature de la maladie sur un certificat qui parviendra à ces fonctionnaires. D'ailleurs, on chercherait en vain à expliquer l'intrusion de ceux-ci et leur prétendu contrôle dans des questions médicales qui échappent totalement à leur compétence.

En outre l'Administration des P. T. T. paraît ignorer totalement l'existence de l'art. 29 du Code d'instruction criminelle qui oblige tout fonctionnaire ayant connaissance d'un crime ou d'un délit à en aviser le Procureur de la République. Cet article supprime, en ce qui concerne les fonctionnaires, la portée de l'art. 378 qui n'oblige au secret que hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur.

Nous ne saurions donc protester avec trop d'énergie contre des exigences illégales et inutiles qui imposent au médecin traitant la violation de l'un des devoirs les plus sacrés de sa profession.

Du reste, l'ordre de service en question a déjà fait l'objet d'une lettre de protestation adressée par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, à Monsieur le Ministre des Postes (16 mars 1931).

Nous conseillons de s'adresser pour obtenir un certificat médical comportant l'indication de la maladie à un médecin n'ayant pas soigné l'intéressé, qui, en conséquence ne sera pas tenu par l'art. 378.

Cannes, le 25 mai 1931.

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES
du 22 au 31 juillet 1931

Secrétariat général : 112, boulevard Haussmann, Paris 8e

Programme :

Mercredi 22 juillet, matin : Séance d'ouverture, présidée par M. le Maréchal LYAUTEY — Soir : Enfance indigène. 1) Natalité et mortalité infantiles aux Colonies : Dr THIROUX ; 2) Protection de l'enfance en Indochine : Dr LALUNG-BONNAIRE ; 3) Protection de l'enfance en A. O. F. : Dr CROZAT.

Jeudi 23 juillet, matin : Stegomya, fièvre jaune. 1) Stegomya en A. O. F. : Dr LAIGRET ; 2) Sérums et vaccins de la fièvre jaune : Professeur PETTIT et Dr STEFANOPOULO.

Jeudi 23 juillet, soir : Anophèle, paludisme. 1) L'anophèle : Professeur ROUBAUD ; 2) Organisation du

Service antipalustre en Indochine : Dr ROBIN, de l'Institut Pasteur.

Vendredi 24 juillet, matin : Lutte contre la maladie du sommeil. Résultats obtenus : *a*) Au Cameroun : Dr JAMOT ; *b*) En A. O. F. : Dr SICÉ. Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique : Dr KOPKE (de Lisbonne). Communication : Les tendances actuelles de la thérapeutique chimique des maladies à trypanosomes : Professeur LAUNOY, de la Faculté de pharmacie de Paris.

Vendredi 24 juillet, soir : Maladies cutanées (spécialement lèpre et syphilis dans les pays chauds. 1) Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies : Dr STEVENEL ; 2) Lutte contre la lèpre à la Société des Nations : Docteur BURNET, secrétaire de la Commission de la lèpre à la S. D. N. ; 3) Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine : Dr Raoul BERNARD de Bruxelles ; 4) Lèpre dans l'Inde Portugaise :Dr FROILANO DE MELLO, de Goa ; 5) Formes cliniques de la syphilis aux colonies : Dr LACAPÈRE ; 6) Prophylaxie et traitement de la syphilis aux colonies : Dr LÉGER ; 7) Syphilis et Pian : Dr TOULLEC.

Samedi 25 juillet, matin : Transmission des maladies communes à l'homme et aux animaux. 1) Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les Colonies : Professeur PANISSET ; 2) Situation de Madagascar, au point de vue de la tuberculose des animaux : M. KRICK, vétérinaire à Madagascar ; 3) Le rôle du vétérinaire colonial : M. MONOD, vétérinaire au Maroc.

Samedi 25 juillet, soir : Aviation sanitaire. 1) Histoire de l'aviation sanitaire : Dr FOVEAU DE COURMELLES ; 2) Utilisation de l'aviation sanitaire aux Colonies : Médecin commandant QUEMENER, capitaine MICHEL et médecin-capitaine MARTINET ; 3) Aviation sanitaire au Maroc et en Syrie : Médecin-colonel EPAULARD, colonel CHEUTIN ; 4) Chirurgie et aviation sanitaire ; Communication du Médecin-commandant LACAZE, professeur au Val-de-Grâce et communication du médecin-colonel BOTREAU-ROUSSEL, professeur à l'Ecole de Marseille.

Immigration exotique, police sanitaire maritime : 1) Immigration exotique : Dr René MARTIAL ; 2) Police sanitaire maritime : Dr RIBOT, directeur de la Santé à Marseille.

Dimanche 26 juillet : Voir programme des fêtes, visites, réceptions.

Lundi 27 juillet, matin : Aviation sanitaire 1) L'Aviation sanitaire en A. O. F. : Médecin-colonel PASSA et commandant BOUSCAT ; 2) L'aviation sanitaire en Indochine : Médecin-colonel PASSA et capitaine MICHEL ; 3) Communication du colonel de PRÉMOREL, commandant de l'aviation d'Indochine.

Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal : 1) Alimentation en eaux potables : Dr PONS ; 2) Parasitisme intestinal : Dr BLANCHARD ; 3) Infections d'origine hydrique aux Colonies : Dr BRAU ; 4) Résultats d'une campagne de déparasitation chez les troupes noires en France : Dr STÉVENEL.

Lundi 27 juillet, soir : Pharmacologie coloniale.

1) Considérations sur la production des plantes médicinales dans les Colonies françaises, et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina : Professeur PERROT ; 2) Exercice de la Pharmacie aux colonies : M. BLOCH ; 3) Rôle du pharmacien colonial aux Colonies : M. CHEYSSIAL ; 4) Procédés de purification des eaux d'alimentation : M. COLIN ; 5) La médecine sino-annamite et ses enseignements : Docteur SALLET.

Mardi 28 juillet, matin : Protection sanitaire et démographique des populations autochtones : 1) La protection démographique et les grands emprunts coloniaux : Dr LASNET ; 2) Les Instituts Pasteur et le développement des populations : Dr Noël BERNARD 3) Programme de protection démographique. : *a)* Au Maroc : Dr COLOMBARNI ; *b)* en A. O. F. : Dr SOREL ; *c)* en Indochine : Dr HERMANT.

Mardi 28 juillet, soir : Alimentation des populations autochtones, hygiène du travail. 1) Protection sanitaire de la main-d'œuvre : Dr HECKENROTH ; 2) Etudes expérimentales sur les produits azotés aminés : Professeur SCHAEFFER, de Strasbourg ; 3) Régime alimentaire des populations autochtones et moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation : Dr TOURNIER, contrôleur de la Métropole à l'alimentation du colon.

Mercredi 29 juillet, matin : Assistance médicale aux colonies. 1) Fonctionnement de l'Assistance médicale au Maroc : Dr COLOMBANI ; 2) Fonctionnement de l'A. M. en Indochine : Dr LALUNGBONNAIRE ; 3) Fonctionnement de l'A. M. à Madagascar : Dr DUMAS ; 4) Fonctionnement de l'A. M. en A. O. F. : Dr FULCONIS.

Mercredi 29 juillet, soir (1) Formation et recrutement du personnel médical européen de l'assistance : Dr LASNET ; 2) Ecole de médecine de l'A. O. F. ; formation morale et technique des médecins indigènes : Dr COUVY ; 3) Formation et rôle des sages-femmes et des infirmières-visiteuses en A. O. F. : Dr CROZAT ; 4) La vaccination anti variolique aux Colonies ; Organisation ancienne et actuelle ; Son importance sociale Ses résultats : Dr RIGOLLET.

Jeudi 30 juillet, matin : Chirurgie coloniale. 1). Traitement chirurgical de l'éléphantiasis : Dr BOTREAU-ROUSSEL ; 2) Complications chirurgicales des infections coloniales : Dr LÉO ; 3) Complications des suites de couches en Indochine. Aperçu clinique et prophylaxie : Dr DALÉAS.

Jeudi 30 juillet, soir : 1) L'Institut du radium en Indochine : Dr LEROY DES BARRES ; 2) Myosites infectieuses coloniales : Médecin capitaine HUARD.

Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire. Présidence de l'Inspecteur général du Service de santé LASNET et du médecin-colonel SCHICKELÉ.

Vendredi 31 juillet, matin : Spécialités médicales et chirurgicales. 1) Le trachome en Afrique : Dr CUÉNOD ; 2) Le trachome en Indochine : Dr FLEURY ; 3) Etudes sur l'importance de l'emploi des prothèses dentaires inoxydables dans le milieu colonial : Dr MASSONNET.

Vendredi 31 juillet, soir : Stations thermales et climatiques. 1) Stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises : Dr ABBATUCCI ; 2) Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la Métropole : Professeur BONNIN, de Bordeaux.

Séance de clôture.

Congrès internationaux et intercoloniaux

(*rattachés aux Journées Médicales coloniales*).

Samedi 1er août, matin : Démographie coloniale. 1° Les problèmes de démographie aux Colonies : Dr LASNET ; 2° Des mesures prises par les administrations publiques et les entreprises privées pour fixer les populations et améliorer les conditions de leur habitat : M. LABOURET ; 3° Règlementation des migrations de Colonies à colonies : *a*) Emigration asiatique au Congo français : Dr BOYÉ ; *b*) Main-d'œuvre annamite hors de l'Annam : Dr HERMANT.

Dimanche 2 août : Discussion internationale sur les grandes questions de médecine et d'hygiène coloniales qui pourront être mises à l'ordre du jour.

Lundi 3 août, matin : Assistance médicale. 1° Historique de l'Assistance médicale aux Colonies : Dr JOUVELET ; 2° Situation matérielle des médecins de l'Assistance aux Colonies : Dr ALPHAND ; 3° L'Enfance indigène : Dr CROZAT ; 4° Organisation mobile d'Assistance : *a*) Enseignement de l'hygiène ; *b*) Visites périodiques, dépistage, prophylaxie, contrôle des nourrissons ; Dr CAZANOVE ; 5° Organisation fixe d'assistance : cliniques, dispensaires, maternités, sanatorias. Lutte contre les fléaux sociaux : alcoolisme, tuberculose, cancer.

Mardi 4 août, matin : Alimentation. 1° Valeur alimentaire des produits coloniaux : Dr TOURNIER ; 2° De l'alimentation et du travail indigène ; 3° Règles d'hygiène dans la préparation, la conservation des aliments : Dr GAUDUCHAU ; 4° Contribution des produits coloniaux à l'alimentation de la Métropole ; 5° Échange de produits alimentaires entre les Colonies.

Note. — Les noms des rapporteurs français ne sont inscrits qu'à titre de première indication, le droit reste entier pour chaque nation de traiter le sujet indiqué.

Chaque Congrès international a un Président étranger désigné au moment du Congrès et un Président français dont le nom figure dès à présent au programme.

Le compte rendu des séances sera imprimé dans un numéro spécial du Journal organisateur : L'*Hygiène Sociale*, 112, Bd. Haussmann, Paris.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — *Cartes d'entrée des Congressistes.* — MM. les membres actifs et adhérents entrent librement à l'Exposition et dans la salle du Congrès sur la présentation de leur carte de congressiste. MM. les membres des Comités d'honneur ou de patronage des Journées médicales coloniales à l'Exposition recevront d'office une carte spéciale de séan-

ces. A l'ouverture des Journées médicales coloniales, MM. les congressistes sont priés de venir retirer leurs pochette et insignes spéciaux.

Correspondance. — Un cahier spécial pour recevoir les lettres adressées aux congressistes sera installé au secrétariat général au Palais des Congrès de l'Exposition. MM. les congressistes trouveront également à ce bureau la liste des excursions auxquelles ils pourront souscrire chaque jour s'ils désirent y prendre part. Les heures et les buts seront indiqués par voie d'affiches.

Banquets et fêtes. — Les dates seront annoncées au moment de l'ouverture du Congrès et MM. les membres qui voudront y assister recevront une carte spéciale. Tenue : smoking uniquement pour les banquets. Tenue de ville dans toutes les autres circonstances.

Fêtes. Visites. Réceptions. — Mercredi 22 juillet, à 17 heures : Réception et thé chez Mme la Maréchale Lyautey, 5, rue Bonaparte, Paris.

Jeudi 23 juillet, Après-midi. Fête de l'enfance à l'Exposition. Réception et thé chez Mme la Marquise de Ganay, château de Courance (Forêt de Fontainebleau).

Vendredi 24 juillet, après-midi : Théâtre annamite, Société des Gens de lettres ; à 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville ; Soir : La nuit indochinoise.

Samedi 25 juillet, à 11 heures : Visite de l'Ecole d'Alfort ; Après-midi : Journée indochinoise, promenade du Dragon ; Soir : Soirée cinématographique.

Dimanche 26 juillet, matin : Bois de Vincennes ; Plateau de Gravelle ; Ecole de Joinville ; Jardin colonial ; Château de Vincennes : visite du Château sous la conduite de M. E. Lemarchand, historien du Château, ; Visite de la Bibliothèque et du Musée de la grande guerre, sous la conduite de M. Camille Bloch, conservateur ; Après-midi : Exposition coloniale.

Lundi 27 juillet, à 17 heures : Réception à l'Aéro-Club de France, rue Galilée, Paris ; à 20 heures : Dîner par petites tables au Restaurant indochinois.

Mardi 28 juillet, à 1 h. 30 : Visite des Etablissements Citroën ; à 17 heures : Réception et thé chez Mme la Vicomtesse Benoist d'Azy, 4, rue Fabert, à Paris.

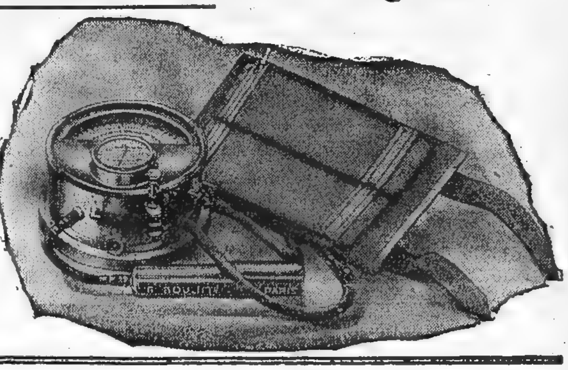
Mercredi 29 juillet, matin : Visite aux Etablissements Farman et Renault ; à 2 h. 30 : Visite au Centre médical du Bourget ; à 17 heures : Visite du Muséum et de la Cité universitaire ; soirée : réception en collaboration avec le Commissariat général (soirée théâtrale).

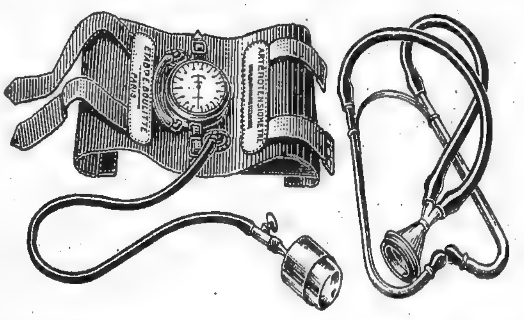
Jeudi 30 juillet, 15 heures : Démonstration d'aviation sanitaire, sous la présidence de M. le Ministre de l'Air.

Vendredi 31 juillet, soirée : Banquet. Musique de la Garde royale anglaise et concert par la Musique de la Garde républicaine

Les visites, après les Journées médicales coloniales, à un certain nombre de Stations thermales et climatiques sont à l'étude. Le programme en sera donné ultérieurement.

Comité d'organisation. — *Président* : M. le Dr





Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et à l'Institut de médecine coloniale ; *Secrétaire général* : M. le Dr Georges Boyé, rédacteur en chef de *L'Hygiène sociale*. *Trésorier* : M. le Dr Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Congrès internationaux et intercoloniaux de médecine sociale, d'assistance médicale, de protection démographique et d'alimentation rattachés aux Journées médicales coloniales. — Président, Docteur Tanon, professeur à la Faculté de médecine, chef des Services d'hygiène à la Préfecture de Police ; Secrétaire général : M. le Docteur Georges Boyé ; Secrétaire général adjoint : M. André Ménabréa ; Trésorier : Docteu Léon Giroux.

Les journées médicales coloniales

Leur but. — Réunir tous ceux qui s'intéressent à la médecine, à l'hygiène, à la pharmacie, à la médecine vétérinaire des pays chauds. But d'instruction, de perfectionnement mutuels. Jeter un pont entre la médecine coloniale, jusqu'à présent sorte de spécialité, et la médecine métropolitaine. — But de propagande auprès des jeunes médecins et des étudiants pour leur montrer la valeur de la médecine coloniale et en attirer un certain nombre aux colonies. Montrer ce que la France a fait au point de vue sanitaire et humanitaire pour ses colonies, ses possessions d'outre-mer et les pays mis sous son mandat. Permettre aux diverses nations possédant des colonies de comparer leurs méthodes de colonisation sanitaire. Donc tâche nationale et internationale.

La cotisation. — Membres actifs : 100 fr. ; membres associés (familles des congressistes, étudiants) : 50 francs.

Envoyer les adhésions au Secrétaire général : Dr Georges Boyé et les cotisations au Compte chèques postaux Paris 1547.16, Comité d'organisation des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, Paris-8e, ou par chèque barré au trésorier, Dr Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris.

Un banquet sera organisé au cours des Journées médicales coloniales. Prière d'envoyer les adhésions au banquet et le montant (soixante francs) en même temps que la cotisation. Un insigne-souvenir (plaquette en bronze, œuvre du Dr Maurice Rollet, peintre-graveur, frappée par le maître Marey) sera remis à chaque congressiste.

Avantages et facilités. *Réductions pour les transports.* — *a*) Chemins de fer français : Les grandes compagnies des chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Orléans, P.-L.-M. et l'Administration des Chemins de fer de l'Etat), accordent en faveur des congressistes, une réduction de 50 p. cent (moins l'impôt) sur le prix du voyage direct, de leur gare de départ en France jusqu'à Paris et retour. — *b*) Chemins de fer étrangers : Des réductions variables (20 à 35 p. cent)

suivant les pays parcourus, sont consenties aux adhérents des Journées médicales coloniales. — *c*) Compagnies de navigation maritime et aérienne : Il en est de même pour les Compagnies de navigation maritime et aérienne (10 à 25 p. cent).

Hôtels : Une circulaire détaillée indique les prix spéciaux des chambres dans les diverses catégories des hôtels à Paris. Là aussi, les meilleures conditions sont obtenues pour nos adhérents.

Exposition coloniale : Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Fêtes de nuit : Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Attractions : Entrée gratuite dans celles de l'Exposition, réduction dans les attractions privées.

Restaurants de l'Exposition : Réduction de 10 à 15 p. cent. Réduction analogue dans des restaurants de Paris dont la liste sera donnée ultérieurement.

Fêtes et réceptions : Voir programme ci-dessus.

Comité des Dames. Un Comité s'occupera spécialement des dames accompagnant les congressistes et inscrites régulièrement. — Des réceptions, des visites dans les grands magasins et aux expositions, pouvant particulièrement intéresser les dames, seront organisées.

Visites de Paris et des environs. Excursions en France : En plus des visites prévues dans le programme des Journées médicales coloniales, des excursions seront spécialement étudiées pour nos congressistes. Ces visites et excursions comporteront, en certains cas, des invitations. Elles permettront de visiter de la meilleure manière, et dans des conditions spéciales : Paris, Vincennes, Versailles, les bords de la Seine, Saint-Cloud, Malmaison, Compiègne et Pierrefonds, Fontainebleau, un certain nombre de stations thermales et climatiques.

Des voyages circulaires pourront être organisés dans toute la France à la demande des congressistes.

Passeports, Change. Billets de théâtres : Pendant la durée des Congrès, le bureau spécial de Tourisme s'occupera sur place de toutes les questions pouvant faciliter les visas des passeports et le change des monnaies. Des billets à prix réduits pour les théâtres seront à la disposition des Congressistes.

Commodités. — Bureau de postes, télégraphes, téléphones, près de la salle des Congrès ; Bureau de poste restante pour la correspondance des congressistes ; salles de correspondance ; salles de réunion ; bureau de voyages, etc.

Sténographes, sténotypistes, dactylog aphes, interprètes, etc..., à la disposition des congressistes.

Le secrétariat des Journées médicales coloniales sera installé, pendant les journées, dans le Palais des congrès de l'exposition coloniale. Les congressistes seront priés d'y passer journellement pour y retirer éventuellement des documents ou y recevoir des communications les concernant.

Une carte et un insigne, ainsi qu'un guide illustré et une pochette contenant tous renseignements utiles seront remis à chaque congressiste.

LEUR CONCEPTION. — La médecine coloniale s'interpénètre tellement avec l'hygiène, les spécialités, la médecine vétérinaire et la pharmacologie que nous avons vu là l'obligation de faire figurer toutes ces sciences dans notre programme que l'on trouvera d'autre part.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat général, 112, boulevard Haussmann, Paris.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

2305. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre

Un de mes malades, à la famille duquel je m'intéresse beaucoup, est décédé le 11 avril 1931 de cancer de l'estomac. Il était réformé à 75 % pour :

« 1° Perte de la vision de l'œil droit par lésions « rétiniennes (pigmentation de la macula et des- « truction de la région sous-maculaire).

« 2° Surdité de l'oreille droite à la suite d'une otite « traumatique ».

Il bénéficiait d'une majoration de 225 fr. pour un enfant. Le taux de la pension était 1.800 + 225 = 2.025 fr.

1° Le réformé étant décédé d'une maladie autre que celle qui a motivé la réforme, la veuve a-t-elle droit à une pension ? Si oui, à quel taux ?

2° Quels sont les droits de son enfant qui est âgé de 12 ans ?

Dr P.

Réponse

La veuve d'un réformé de guerre qui jouissait d'une pension d'invalidité d'au moins 60 % a droit à une pension, dite de réversion, de 1.560 francs par an ; mais il faut que le mariage ait été antérieur à la blessure ou à l'aggravation de la maladie, à moins qu'il ne soit établi qu'au moment du mariage l'état du mari pouvait laisser prévoir une issue fatale à brève échéance.

L'enfant a droit, dans ces conditions, et jusqu'à l'âge de 18 ans, à une majoration annuelle de 300 fr. environ.

S'adresser à la Section régionale des Pensions de Paris, 139, rue de Bercy, Paris.

2209. — Présomption d'origine d'une maladie

Un de mes clients libéré du service militaire récemment, s'alite le lendemain de son retour du régiment. Il fait de la température pendant plusieurs jours avec des signes de cortico-pleurite de la base gauche.

Depuis deux jours il crache abondamment. Son état général et quelques signes locaux me font craindre un début de tuberculose pulmonaire.

Ce jeune homme n'a jamais été malade au cours de son service, ni avant.

Une maladie survenue si près de sa libération n'est-elle pas imputable au service ? Dans ce cas quels sont les droits de mon client et comment les faire valoir vis-à-vis de l'autorité militaire ? En somme quelles démarches y a-t-il à faire ? Dr M.

Réponse.

Que votre jeune homme adresse, par lettre recommandée au médecin-chef du centre de réforme, une demande de visite médicale, en vue d'obtenir une pension d'invalidité ; il y joindra un certificat médical qui indiquera la genèse de la maladie.

Celle-ci, ayant débuté après le retour dans les foyers, l'intéressé ne bénéficie pas de la présomption d'origine en service, mais il lui appartient de faire la preuve d'origine, par tous faits et documents.

Si la commission de réforme, puis le Ministre des Pensions, refusaient la pension, le malade aurait un délai de six mois (après le rejet ministériel) pour se mettre en instance devant le Tribunal des pensions qui lui donnerait très probablement gain de cause.

2332. — Droit au traitement de la Légion d'honneur. Médaille de la Victoire

1° Diverses réponses du *Concours médical* donnent à penser que les légionnaires d'après-guerre ont droit au traitement s'ils ont été blessés ou *cités avec croix de guerre.* Le traitement n'est-il pas réservé à ceux qui ont eu une citation à l'armée ou au corps d'armée ? Une citation à la brigade (donc avec croix de guerre) donne-t-elle droit au traitement ?

2° Les titulaires de la carte du combattant donc de la croix du combattant ont-ils droit automatiquement au port de la médaille de la victoire sans être obligés de faire une demande ? Je sais que cette question a déjà fait l'objet d'une réponse, mais antérieurement à l'institution de la croix du combattant.

Dr J.

Réponse.

1° Pour avoir droit au traitement de la Légion d'honneur dans les réserves, il suffit d'avoir obtenu une citation, donnant droit au port de la Croix de Guerre ; on ne fait aucune distinction entre les citations : armée, corps d'armée, division, brigade...

2° Pour obtenir le certificat de la médaille interalliée il faut adresser votre demande au Directeur du Service de santé de votre région, en lui rappelant vos états de service de guerre.

Application du Tarif Falliè[re]s

2650. — Appareil provisoire pour tra[n]sport de blessé

Je viens vous consulter pour le tarif à app[l]iquer à l'intervention suivante (accident du travail)

J'ai été appelé un soir à 7 h. 1/2 pour [m]e rendre auprès d'une personne habitant en plein b[o]is, victime d'une fracture de la diaphyse fémoral[e]. Comme elle voulait être transportée chez ses enf[an]ts, je lui ai confectionné un appareil de transpor[t] avec des planches.

J'ai passé deux heures dans cette cab[ane], à ré[u]nir les matériaux, faire mon appareil et ai[d]er à transporter la malade dans la voiture.

Que dois-je demander ? Dr D.

Réponse.

Si la réduction ultérieure de la f[ra]cture a été faite par *un autre médecin,* vous av[e]z à compter pour vos soins d'urgence : 50 fran[cs] (article 13, note 1). Si vous avez réduit *vo[u]s-même* ultérieurement, je ne vois qu'une [d]emande (de supplément d'honoraires de vi[s]ite) faite *à l'amiable,* avec toutes explicatio[n]s nécessaires pour cette demande, car il n'y [a] rien dans le tarif à ce sujet. Vous pourriez [v]ous baser, par *analogie,* sur l'article 6, conce[r]nant la « surveillance prolongée » et deman[d]er deux visites en plus, soit, en tout, trois visit[e]s : 15 × 3 = 45 francs. Dr F. DECOURT.

Fiscalité

2429. — Déduction du salaire alloué par le médecin à sa femme

En vous remerciant de vos conseils et de votre appui, je me permets de vous demander un autre conseil, fiscal celui-ci.

Suivant les indications lues maintes fois dans nos journaux médicaux, j'avais, sur ma déclaration de dépenses professionnelles, porté une somme de 7.200 fr. comme salaire de ma secrétaire, en l'espèce ma femme : elle a d'ailleurs avec toutes les paperasses administratives, plusieurs heures de travail tous les jours et tous les dimanches.

Or, le contrôleur, prétextant que ma femme est mariée sous la forme de la communauté, me fait réintégrer mes 7.200 fr. dans mes bénéfices professionnels. En a-t-il le droit ?

D'ailleurs, je ne comprends pas qu'il me fasse réintégrer cette somme : je l'avais déjà réintégrée moi-même en la portant dans mes bénéfices comme salaire de ma femme. Alors, en fait, double emploi. C'est un peu exagéré.

Et s'il en est ainsi, vous pouvez croire que ma femme ne passera plus ses soirées et ses dimanches à faire mes écritures, dussè-je me payer une dactylo-secrétaire qui coûtera le double ! Et voilà comment le fisc qui nous dévore de toutes façons, favorise l'économie domestique et nationale ! !

C'est cela qui fera baisser le prix de nos consultations ! ! ... Mais tant pis, attendons la fin ! Dr X.

Réponse.

Si le salaire de votre femme correspond à un travail effectif, vous avez parfaitement le droit de le compter parmi vos dépenses professionnelles.

Au cas où le contrôleur maintiendrait son point de vue et ne voudrait pas tenir compte de cette déduction, transmettez-nous votre avertissement et nous vous indiquerons la procédure à suivre pour présenter une réclamation.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2382. — Justification de la déclaration

Je viens de recevoir du contrôleur des Contributions indirectes un questionnaire dont ci-joint copie :

Années 1925 *à* 1930 :

1° Recettes :
Clientèle.
Etat. Département. Communes,
Compagnies d'assurances. Chemin de fer.
Chirurgiens (?).
2° *Dépenses* :
Salaire du personnel :
a) Argent ;
b) Nourriture.
Assurances professionnelles ;
Divers. Téléphone. Journaux ; Correspondance.
Chauffage. Eclairage ;
Contributions.
Pharmacie. Droguerie, etc.
Instruments.
Frais d'auto :
a) Essence ;
b) Pneus, huile, réparations
c) Amortissements.
Nombre. Marque. Forme des autos.
Nombre de kilomètres parcourus annuellement.
Nombre de la population totale desservie.
Nombre. Sexe du personnel à usage professionnel.
Valeur locative des locaux professionnels.

A part le nombre des kilomètres parcourus, le sexe du personnel et la population desservie et la valeur locative des locaux, j'ai toujours fourni les dépenses, pourquoi les redemander. Quant aux recettes, je les ai données globalement et je ne sais si depuis cinq ans, je pourrais faire ce qu'on me demande.

Que dois-je répondre au contrôleur ? C'est à devenir fou, si maintenant, il faut une comptabilité avec un tel détail.

D^r^ H.

Réponse.

Le contrôleur vous demande des détails que vous ne lui avez probablement pas fournis.

Répondez-lui en vous basant sur les éléments comptables que vous possédez et donnez-lui une réponse approximative aux questions auxquelles vous ne pouvez pas répondre avec certitude.

A. M.

Cinquante-troisième année — N° 27 — 5 Juillet 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

***NOTA.** — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bonquier. Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau Dubrocq
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de M. le Dr ACHARD, d'Aïn-Témouchant, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 221. — Jeune doct., anc. ext. des hôp. Paris, cherche bon poste propharm.

No 222. — 15 parts Blanchon à céder au plus offrant. S'ad. Dr Rosenblat, à Bagnolet (Seine).

No 223. — A céder pour cause décès, poste méd. propharmac. dans bourg intéress. à proxim. gr. ville. S'ad. ou écr. à Mme Varnière à Fréville (Seine-Inf.).

No 224. — Remplaçant est demandé pour mois d'août Client. facile à Paris. Tél. Ménilmont. 85-05.

No 225. — Gr. banlieue, gros poste, seul méd., gr. maison, jardin, bail, loyer intéress. Indemn. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 226. — Centre, ch.-lieu cant., bel habit. bourgeoise, chauff. centr., client. non poussée. Intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 227. — Paris. Bon quart. client. import., appart. remis à neuf, 6 p., cuisine, caves, loyer 5.400, bail 9 ans. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Des cas de poliomyélite sont signalés dans l'Aube, les Côtes-du-Nord et la Savoie.

— **Prix littéraire.** — Au concours d'histoire et d'archéologie provençales institué par l'Académie du Var, notre distingué confrère, le Dr COSTE, de Jausiers (Basses-Alpes), a remporté le prix Caïus Marius, pour sa monographie sur les *Haultes Terres de Provence*, étude très complète sur une vallée des Basses-Alpes, dont un chapitre est consacré aux légendaires « Barcelonnettes », ces vaillants bas-alpins qui, émigrés au Mexique, y firent fortune à force de courage, de persévérance et d'épargne.

Rappelons que le Dr Coste est l'auteur de *Jean-Pierre*, le roman documentaire que nous avons publié en 1930 et qui fut si fortement goûté. Et félicitons très cordialement notre sympathique confrère du succès qu'il vient d'obtenir et qui consacre une fois de plus, à la fois son attachement à sa terre d'adoption et ses dons littéraires si solides et si puissants.

— **Le banquet de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Paris.** — Le 13 juin, a eu lieu le banquet annuel de cette Association, qui réunissait, sous la présidence de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, une soixantaine de convives.

Autour du président, avaient pris place un certain nombre de professeurs de l'Institut : les Dr Lesné, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; le Dr Thierry, inspecteur général honoraire des services d'hygiène de la Ville de Paris ; le Dr Henri Labbé, agrégé de la Faculté de médecine, qui préside à l'enseignement de l'hygiène alimentaire ; M. Martin, inspecteur général honoraire du travail, qui enseigne l'hygiène industrielle ; le Dr Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, directeur adjoint de l'école de puériculture ; le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; le Dr Navarre, chef des travaux de l'Institut d'hygiène. En outre, assistaient à cette réunion MM. Le Sourd, de la *Gazette des hôpitaux*, et Morin, du *Bulletin médical*.

Au dessert, le Dr Clerc, président, a salué les présents, excusé les absents en France et de par le monde, et exposé l'activité et le programme d'action de l'Association, notamment en ce qui concerne la révision de la loi de 1902, charte de l'hygiène publique en France. Il a exprimé la gratitude de tous les élèves envers leurs professeurs et envers le directeur de l'Institut.

Après lui, MM. les Drs Le Sourd, Lesné, Thierry, Placet (au nom de la nouvelle promotion) ont pris successivement la parole. Enfin, le Professeur Tanon, après avoir félicité les nouveaux diplômés, a donné

un bref aperçu des diverses méthodes que l'on peut envisager pour résoudre les problèmes de l'hygiène publique.

Au cours de l'Assemblée générale qui suivit le banquet, il fut procédé à l'élection du bureau de l'Association, qui est ainsi constitué pour l'année 1931-1932 : président : Dr Clerc ; vice-président français : Dr André Sergent ; vice-présidents étrangers : Dr Jean Thurler, Dr Gavrilovitch ; secrétaire général : Dr X. Leclainche ; secrétaire général adjoint : Dr Cachera ; rédacteur en chef du *Bulletin* : Dr F. Bourguin ; trésorier : Dr Royer.

— **Exposition coloniale internationale de Paris.** *Stand des stations thermales et climatiques.* — Nous attirons l'attention sur l'intéressante exposition des stations thermales et climatiques (classe 109 du Groupe de l'hygiène, XVI B.), organisée sous la présidence de M. Normand, directeur de la Compagnie fermière de Vichy, dans le Palais de la Section métropolitaine. Si l'on entre par la porte principale de ce palais, cette exposition se trouve située vers l'extrémité des travées latérales de gauche, à la suite des diverses classes du groupe de l'hygiène.

Elle comprend trente-cinq stations thermales ou climatiques, présentées sous la forme séduisante de dioramas variés dont plusieurs sont animés, de plans en relief, de maquettes d'établissements. On y remarquera notamment l'exposition attrayante de nos grandes stations thermales (Vichy, Vittel, Evian, Aix-les-Bains, etc.), ainsi que les stands des Fédérations thermales diverses et des stations climatiques d'altitude.

On trouvera dans le stand de la Fédération thermale et climatique française toute la documentation désirable sur nos stations de cure.

— **Hôpitaux de Lyon.** — A la suite du concours ouvert le 8 juin, M. Eugène POLLOSSON, ancien chef de clinique chirurgicale, agrégé à la Faculté de médecine, est nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon. Le Dr Eugène Pollosson est le fils du regretté Professeur Auguste Pollosson.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Le concours de chirurgien-accoucheur adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. ESTIENNY.

— **Fondation Tomarkin, à Locarno.** — Le IIIe cours de perfectionnement pour médecins, organisé par la Fondation Tomarkin, de New-York, à Locarno, aura lieu du 11 au 26 octobre 1931. Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Locarno, Case postale 128.

— **Voyage d'études au Canada et aux Etats-Unis.** — Un premier voyage au Canada et aux Etats-Unis est organisé sous les auspices de l'*Univers médical*, et d'un Comité placé sous la présidence d'honneur du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et composé des Professeurs J.-L.

Faure, E. Lesné, P. Nobécourt, G. Pouchet et A. Zimmern, Delmas, Euzière, Laignel-Lavastine, J. Lhermitte, M. Loeper et de MM. Henri de Régnier, de l'Académie française, Henri Bordeaux, de l'Académie française, J. H. Rosny aîné, président de l'Académie Goncourt, etc.

Ce voyage comportera une partie touristique très intéressante puisqu'il s'agit d'un séjour d'un mois en Amérique avec la visite de Québec, Montréal, Toronto, Lac Ontario, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Philadelphie, New-York, et une partie scientifique toute amicale et permettant la visite des principaux hôpitaux, des facultés, etc., où les médecins seront reçus par les notoriétés médicales américaines : les doyens des Facultés de Washington, Philadelphie, New-York, etc.

Le prix du voyage au départ de Paris et retour à Paris comprenant le passage en classe dite « touriste » est fixé à 12.850 francs.

Pour renseignements et brochure descriptive, s'adresser à la Direction technique des voyages et congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris.

— **Sanatoriums.** — Un nouveau concours sur titres est ouvert pour la nomination de médecins phtisiologues aux Sanatoriums de la Renaissance sanitaire de Villiers, par Charly (Aisne) et de la Musse à Arnières, près d'Evreux (Eure).

Les traitements suivant les classes, varient de 30.000 fr. (médecins de 4e classe) à 65.000 fr. (médecins de 1re classe).

Les médecins bénéficient, en outre, des autres avantages en nature accordés aux médecins de sanatoriums publics : logement, éclairage, chauffage, blanchissage et auront la facilité de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et leur famille, du ravitaillement de l'établissement.

Adresser les demandes de renseignements et d'inscription à M. Chipot, secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris, 4e.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 JUIN

Assurances sociales.

Avis du Conseil d'Etat sur la question de savoir si, lorsqu'un employeur prend à sa charge la contribution ouvrière due par les salariés qu'il emploie, il peut déduire cette contribution du total du revenu déclaré pour les impôts.

Les sections réunies des travaux publics, de l'agriculture, du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, du travail et de la prévoyance sociale, des finances, de la guerre, de la marine et des colonies, du Conseil d'Etat, consultées par le ministre

du travail et de la prévoyance sociale sur la question de savoir si, lorsqu'un employeur prend à sa charge la contribution ouvrière due par les salariés qu'il emploie, il peut, en application de l'article 54, de la loi sur les assurances sociales, déduire cette contribution ouvrière du total du revenu déclaré pour l'impôt sur les revenus et l'impôt général sur le revenu ;

Vu la loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, et notamment l'article 54 :

Considérant qu'aux termes de l'article 54 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales « les sommes qui sont versées à titre de contribution en exécution de la présente loi, tant par l'employeur que par le salarié, sont déduites du total du revenu de ceux-ci pour l'assiette de l'impôt sur les revenus et de l'impôt général sur le revenu ».

Considérant qu'en vertu de l'article 2 de la loi, l'employeur est tenu de prélever sur le salaire, lors de chaque paye, le montant de la contribution ouvrière et qu'il lui appartient d'effectuer l'opposition des timbres représentant cette contribution sur la carte et les feuillets trimestriels du salarié; qu'à défaut de présentation par celui-ci desdits carte et feuillets, l'employeur est tenu de réclamer au service départemental la délivrance d'une carte et de feuillets d'un modèle spécial en vue d'y effectuer ladite opération ; qu'enfin en vertu de l'article 64 de la même loi, il est pécuniairement responsable de l'acquittement de la contribution du salarié ;

Considérant que de ce qui précède il résulte que la loi a établi entre l'employeur et le salarié un lien de telle nature que celui d'entre eux qui effectue le payement de la contribution au payement de laquelle l'autre est tenu en exécution de la loi doit bénéficier des avantages reconnus à ce dernier par l'article 54 ; qu'ainsi, dans le cas où l'employeur acquitte aux lieu et place du salarié la contribution ouvrière, il a la faculté d'en déduire le montant du total de son revenu déclaré pour l'assiette de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu ;

Sont d'avis :

Qu'il a lieu de répondre à la question posée dans le sens des observations qui précèdent.

Cet avis a été délibéré et adopté par les sections réunis des travaux publics, de l'agriculture, du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, du travail et de la prévoyance sociale et des finances de la guerre, de la marine et des colonies du Conseil d'Etat, dans leur séance du 19 mai 1931.

Médaille commémorative serbe de la Grande Guerre.

Circulaire relative à l'attribution de la médaille commémorative serbe de la grande guerre.

Paris, le 8 juin 1931.

Le gouvernement yougoslave accorde la médaille

commémorative serbe de la grande guerre aux personnels militaires et civils de l'armée française « ayant participé avec l'armée serbe aux opérations en Serbie pendant la retraite d'Albanie, aux Dardanelles et sur le front de Salonique ».

I. — Ayants droit

Cette médaille sera accordée, sans condition de séjour, aux personnels militaires et civils de l'armée française ayant participé avec l'armée serbe aux opérations en Serbie, ou à la retraite d'Albanie, et à ceux ayant appartenu aux formations ci-après :

a) Corps expéditionnaire d'Orient (du 22 février au 4 octobre 1915 inclus) ;

Corps expéditionnaire des Dardanelles (du 5 octobre 1915 au 5 janvier 1916 inclus) ;

b) Armée d'Orient (du 3 octobre 1915 au 10 août 1916 inclus) ;

c) Etat-major des armées alliées en Orient (du 11 août 1916 au 11 novembre 1918 inclus) ;

d) Armée française d'Orient y compris les formations françaises stationnées à Mytilène, à Corfou, ainsi que les missions militaires et éléments français détachés auprès des armées, ou détachements britannique, italien, russe, serbe, hellénique et du contingent albanais (du 11 août 1916 au 11 novembre 1918 inclus) ;

e) Armée du Danube (du 28 octobre au 11 novembre 1918 inclus).

Le droit à cette médaille est également acquis à titre posthume aux militaires et civils remplissant l'une des conditions ci-dessus, et décédés soit au cours, soit depuis les hostilités.

Nul ne pourra prétendre au port de la médaille en question s'il a fait l'objet d'une condamnation sans sursis au cours de la campagne, pour faits qualifiés crimes par le code de justice militaire ou maritime (condamnations non amnistiées).

II. — Autorités chargées de recevoir les demandes

Les ayants droit devront adresser leur demande, établie sur papier libre et comportant les renseignements destinés à faciliter l'examen de leurs titres (noms, prénoms, grade, affectations successives en Orient) aux autorités désignées ci-après.

A cette demande il conviendra de joindre, le cas échéant, la copie certifiée conforme par une autorité qualifiée (maire ou commissaire de police), de l'autorisation de porter la médaille commémorative d'Orient créée par la loi du 15 juin 1926.

1° *Militaires sous les drapeaux.*

A. — Officiers généraux : ministère de la guerre (cabinet du ministre, 3e bureau) ;

B. — Personnels des corps de troupe, états-majors et services : chef du corps ou du service auquel compte actuellement l'intéressé.

2° *Anciens militaires dégagés de toutes obligations militaires.*

A. — Officiers rayés des cadres et militaires des classes 1897 et antérieures : ministère de la guerre (services du personnel et du matériel de l'administration centrale. Archives administratives).

B. — Militaires des classes 1898, 1899, 1900, 1901, militaires réformés des classes 1898 et postérieures : commandant du bureau de recrutement d'origine.

3° *Officiers de réserve et hommes de troupe des réserves des classes 1902 et postérieures.*

A. — Personnel des corps de troupe et services : chef du corps ou du service porté sur le fascicule de mobilisation.

B. — *a*) Officiers de réserve non disponibles : général commandant la subdivision de résidence ;

b) Officiers de réserve hors cadres :

1° Au titre de la mobilisation industrielle : général commandant la subdivision de résidence ;

2° A un autre titre : général commandant la région de résidence ;

c) Officiers de réserve ne rentrant pas dans l'une des deux catégories visées ci-dessus : organe mobilisateur.

C. — Hommes de troupe pourvus d'un fascicule de mobilisation spécial (réservistes classés dans l'affectation spéciale, ou sans affectation) : commandant du bureau de recrutement du domicile.

D. — Personnels des sections de chemins de fer de campagne, des services de la trésorerie et de la poste aux armées : état-major de l'armée (4e bureau).

4° *Personnes ayant servi dans les formations sanitaires.*

Ministère de la guerre. — Direction du service de santé.

Observations. — Au cas où l'une des autorités désignées ci-dessus ne serait pas en mesure de délivrer l'autorisation spéciale, par suite de l'insuffisance de renseignements, il lui appartiendrait d'adresser au corps ou service qualifié la demande de l'intéressé, en fournissant tous les renseignements utiles à cet effet, qui sont déjà en sa possession.

Les demandes, formulées par les parents des ayants droit décédés, devront être accompagnées d'un certificat délivré par le maire, sur l'attestation de deux témoins affirmant que le demandeur est le parent le plus rapproché du défunt dans l'ordre successoral prévu en matière de décorations : le fils aîné (ou, à défaut de fils aîné, la fille aînée), la veuve non remariée, le père, la mère, le plus âgé des frères (ou, à défaut d'un frère, la plus âgée des sœurs), et ainsi de suite.

III. — Constatation des droits. — Remise des diplômes et des insignes

Dès réception des demandes, les autorités mentionnées au paragraphe II les instruisent et procèdent à l'établissement des brevets qu'ils font parvenir

aux intéressés, en même temps que l'insigne de la décoration, et sans que ceux-ci aient à formuler de nouvelle demande.

Ces brevets et insignes seront mis à la disposition des autorités militaires dans les conditions ci-après :

Aussitôt après l'envoi, par le gouvernement yougoslave, des imprimés des diplômes et des insignes, une provision de ces diplômes et médailles sera adressée par le cabinet du ministre (2e bureau), aux généraux commandant les régions, au général commandant le 19e corps d'armée, aux généraux commandants supérieurs des troupes de Tunisie, du Maroc, et des troupes coloniales dans la métropole.

Le général commandant supérieur des troupes du Levant, les commandants supérieurs des troupes aux colonies, et le commandant du corps d'ocupation de Chine, feront connaître, sous le présent timbre, le nombre de diplômes et d'insignes qui devront leur être envoyés pour donner satisfaction aux demandeurs.

Dès la réception du premier envoi, les autorités précitées feront la répartition des diplômes et des médailles, entre les corps, services et bureaux de recrutement.

Par la suite, trimestriellement, aux dates des 1er août, 1er novembre, 1er février et 1er mai, elles feront connaître au cabinet du ministre (2e bureau), le nombre de brevets et d'insignes nécessaires, pour donner satisfaction aux demandes parvenues.

Les corps, services et bureaux de recrutement qui auront été appelés à procéder à l'établissement, des diplômes et à l'envoi des insignes, en tiendront un enregistrement spécial.

IV. — Cas litigieux. — Réclamations

Tous les cas litigieux ou douteux devront être soumis, avec avis, au cabinet du ministre (2e bureau).

18 juin

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'or des épidémies a été décernée à M. le Dr Sicaut, médecin de la section de prophylaxie générale de Rabat, pour maladie très grave contractée dans le service.

19 juin

Enseignement de la médecine.

M. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Vaquez).

La chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Diplôme d'infirmier hospitalier.

Equivalence du diplôme d'Etat hospitalier aux infirmiers des troupes coloniales titulaires du brevet supérieur de capacité.

Décret du 28 mai 1931.

Art. 1er. — Le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier hospitalier diplômé de l'Etat français sera délivré, sur la proposition du ministre de la guerre, aux infirmiers des troupes coloniales titulaires du brevet supérieur de capacité d'infirmier militaire des troupes coloniales, obtenu après un minimum de 30 mois de stages hospitaliers.

20 JUIN

Enseignement de la médecine.

Est supprimé un emploi d'agrégé près la Faculté d'Alger, rétribué sur le budget de ladite Faculté et créé un emploi d'agrégé près ladite Faculté (emploi d'Etat).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Régime des docteurs ou étudiants en médecine sursitaires.

12922. — M. Pierre TAITTINGER expose à M. le ministre de la guerre : *a*) que jusqu'à l'incorporation d'avril 1931, tous les sursitaires, étudiants ou docteurs en médecine de la place de Paris, étaient libres le samedi à onze heures jusqu'au lundi matin à sept heures trente; *b*) que ces sursitaires, dans leur immense majorité, font dix-huit mois de service, et qu'à leur propos, à la suite de la séance de la Chambre du 18 novembre 1930, le ministre de la guerre déclara qu'il invitait les commandants de région à accorder un ou deux après-midi par semaine, pour que les sursitaires puissent se maintenir en contact avec leur milieu scolaire ; *c*) qu'un ordre passé depuis décembre par la place de Paris fixe maintenant la sortie du samedi, pour les permissions de vingt-quatre heures à seize heures trente, contredisant donc la déclaration susindiquée ; et lui demande quelle est la situation exacte de cette catégorie de sursitaires. (*Question du 28 mai* 1931.)

Réponse. — La décision prise par le ministre, d'accorder, sous réserve des nécessités du service, deux après-midi par semaine à partir du mois d'octobre 1930, pour permettre aux étudiants de faire acte de scolarité, ne s'appliquait qu'aux étudiants incorporés en octobre 1929 pour accomplir dix-huit mois de service. Les intéressés ayant été libérés le 1er mars 1931, cette mesure leur a permis de ne pas perdre une année pour leurs études. La même mesure sera prise à l'égard des sursitaires incorporés au mois d'octobre 1930 ; mais les raisons motivant cette décision ne peuvent être invoquées pour les sursitaires incorpo-

Voir la suite page LXIII-2171

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la psychiâtrie de la Renaissance à Pinel et à notre époque

« Tout état de choses actuel, pour déterminé, pour enfermé dans une forme définitive qu'il puisse paraître, n'est en réalité qu'une phase du devenir. Chacun des fils, constituant la trame de nos connaissances, ramène à des origines lointaines et diverses et se noue à des fils tissés dans d'autres sens. Nul ne saurait comprendre véritablement et profondément le passé, ni regarder en face l'avenir sans connaître les sources et pénétrer les voies par lesquelles la connaissance du vrai est venue jusqu'à nous ». Ces considérations que le Prof. A. Castiglioni, de Padoue, met en tête de son *Histoire de la Médecine* dans un chapitre remarquable sur l'*Esprit Médical dans son évolution historique*, pourraient servir de préface à toute étude sérieuse sur l'histoire des connaissances médicales. Elles s'appliquent tout particulièrement au beau livre que M. le Professeur Laignel-Lavastine, en collaboration avec M. le Dr Jean Vinchon, vient de publier sous le titre : *Les Malades de l'Esprit et leurs Médecins du XVIe au XIXe siècle* et le sous-titre, pour nous plus exact et plus explicite : *Les étapes des Connaissances psychiâtriques de la Renaissance à Pinel* (1).

Ce beau livre illustré de superbes gravures hors texte est un exposé de l'évolution de la psychiâtrie , de la période nébuleuse du Moyen-Age jusqu'à celle de Pinel où cette importante partie de la médecine se libère des entraves de la métaphysique, des vieilles doctrines d'Ecole et de la psychologie, telle qu'on la comprenait autrefois, pour devenir une véritable science médicale dans laquelle, selon l'expression de Claude Bernard, « l'observation montre et l'expérience instruit. »

M. Laignel-Lavastine, en publiant avec M. Vinchon, cette étude remarquable, a éloquemment prouvé qu'en le désignant récemment pour occuper la Chaire d'Histoire de la Médecine, la Faculté de Paris a fait le choix le plus judicieux. Nul ne possède une érudition plus vaste, un sens critique plus affiné, que le brillant maître qui, depuis de longues années, dirige avec éclat comme secrétaire général la Société internationale d'histoire de la médecine et a pris part à l'organisation de nombreux Congrès.

(1) Editions médicales, Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1931.

***

Au siècle dernier trois médecins historiens remarquables ont pour ainsi dire ouvert la voie à MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon, et comme ces auteurs ont le culte du passé et un noble respect de leurs devanciers, ils ont, dès le début de leur ouvrage, résumé ce qui est dû à Ulysse Trélat, à Calmeil et à Morel dans les études qu'ils entreprennent.

Ulysse Trélat fit paraître en 1839 ses *Recherches historiques sur la folie* et montra à propos de chaque psychiâtre, l'influence qu'avaient eu sur lui les idées régnantes à son époque, idées dont peu surent se libérer.

Calmeil dans ses *Considérations sur la folie du XVe au XIXe Siècle* a fait un saisissant tableau des grandes épidémies de folie collective. Ambroise Paré et Fernel, imbus de préjugés, considèrent la folie comme les théologiens de leur époque. Toutefois on commence à douter de la puissance des sorciers et des possédés ; Jean Wier et Montaigne font avec prudence appel au bon sens, n'empêche que les naïves croyances persistent au XVIIe siècle. Les épidémies de folie mystique se manifestent même au XVIIIe siècle, Calmeil rappelle les épidémies de Loudun, de Louviers, d'Auxonne, celles des Calvinistes des Cévennes, des Adamites, des Anabaptistes, des Convulsionnaires au tombeau du diacre Pâris et autour du baquet magnétique de Mesmer.

Morel, plus un philosophe et un observateur qu'un historien, poursuit un but, l'amélioration physique et moral de l'Espèce humaine dans ses œuvres et notamment dans son célèbre Traité de la Dégénérescence (1867). Il dénonce les toxicomanies, la mauvaise alimentation, l'influence des climats, de la constitution géologique du sol comme ayant une part importante dans l'étiologie des maladies mentales. Il s'élève contre les exagérations philosophiques qu'on introduit beaucoup trop dans l'étude de ces ma-

ladies et n'admet les spéculations que si elles doivent être suivies de réalisations.

En somme, Ulysse Trélat, clair, ordonné, équitable, a tenté le premier essai d'histoire des Maladies mentales. Calmeil mena avec méthode une enquête sur la folie aux siècles passés et plus particulièrement sur les folies collectives. Morel a fait la philosophie de la médecine mentale, mais sa philosophie a tendu à l'action et conduit à une thérapeutique plus rationnelle des maladies dites de l'esprit. MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon avec l'esprit critique et les connaissances acquises au XX^e^ siècle vont reprendre cette tâche.

***

Au XVI^e^ siècle les médecins sont encore très imbus des préjugés, des superstitions, des sottises du Moyen-Age, cependant la vérité commence à se faire jour et l'esprit de recherches commence à poindre et à renouveler la tradition.

Jean Schenck (1530-1598) qui enseigna à Strasbourg et mourut à Fribourg en Brisgau, écrivit sept livres sur les maladies de la tête. Il classa les troubles mentaux en frénésie, léthargie, catalepsie qu'il attribua au surmenage intellectuel, amnésie ; il étudia l'état mental dans l'apoplexie et la stupeur, décrivit toutes sortes de crises convulsives sous le nom d'épilepsie, signala à côté des spasmes, l'incubat et la mélancolie, l'enthousiasme (danse de Saint-Guy) et les démonopathies. En somme, si l'on tient compte des idées alors régnantes, l'œuvre de Jean Schenck mérite d'être appréciée.

A. Paré (1751?-1590) est un chirurgien, il n'a pas reçu de formation médicale et ne s'occupe de psychiâtrie qu'autant que l'exige son métier de chirurgien. Il considère que l'âme est aussi variée que les individus. Il admet une faculté de ratiocination qui donne à l'âme ses facultés intellectuelles, qui freine la volonté. La mémoire localise les facultés dans les diverses régions du cerveau.

Il décrit les tempéraments, comme des états variés de l'âme, esquisse une physiologie des états émotionnels et établit des rapports entre le physique et le moral.

Il cherche à établir des notions d'étiologie et de pathogénie des troubles mentaux. L'hérédité, l'alcoolisme, la mauvaise hygiène, l'arthritisme, les traumatismes y ont leur place à côté des phénomènes surnaturels les plus étranges. La lèpre, la rage provoquent des troubles mentaux. L'utérus, véritable animal qui s'enfle et réagit, provoque les vapeurs, la mort apparente. Il joint aux démoniaques, les simulateurs ; pour lui les démons sont des monstres et il partage les croyances des théologiens. Cependant il nie l'incubat et le succubat. Il cite de nombreux remèdes mais est persuadé que c'est la nature qui guérit. En somme, on constate chez A. Paré une tendance à essayer une interprétation médico-psychologique des maladies mentales et il est permis de le considérer comme un précurseur.

Jean Wier (1515-1588), élève, de Cornélius Agrippa (Herr Trippa de Rabelais), dont il adopta les idées et s'efforça de réhabiliter la mémoire, mena d'abord une vie errante et finit par se fixer à la cour du Duc de Clèves dont il fut le médecin pendant trente ans. Il chercha à arracher au bûcher les sorciers et les possédés. Sans nier l'existence des démons, il s'efforça de démontrer qu'ils n'agissent que sur l'imagination des malades. Jean Wier fut furieusement attaqué par Bodin dans sa Démonomanie.

A côté de Jean Wier, le père jésuite Frédéric de Spée et Jérome Cardan s'évertuent après Jean Schenck à accroître le plus possible le rôle du médecin dans le traitement des démoniaques.

Mais Cardan, comme Paracelse, est un visionnaire et ce furent Jean Wier et F. de Spée qui, marchant à l'avant-garde du progrès, hélas ! sans être suivis, furent les fourriers de l'esprit moderne.

Signalons encore l'œuvre de Thomas Garzoni qui écrivit pour le public en 1590 un livre satirique : « L'hôpital des fols incurables » où il énumèra une quantité de genres de folies donnant à chacun pour patron une divinité mythologique. Par exemple : les fols glorieux ont Junon pour déesse, les fols forcenés, Mars pour patron, les fols endiablés et désespérés relèvent de Pluton et des Furies. Le livre de Garzoni est un pamphlet à forme médicale sur les mœurs de la Société italienne au XVI^e^ siècle.

Le XVI^e^ siècle fut l'époque des talismans et des symboles. La sexualité tient ici une place prépondérante et dans une certaine mesure la psychanalyse de Freud donne la clef de ces symboles. Toutefois si la théorie sexuelle de Freud est souvent applicable, on ne saurait nier que dans les psychonévroses, il y a d'autres éléments d'explications que la libido, ne serait-ce que la crainte de la lutte pour la vie.

***

Au XVII^e^ siècle, l'évolution de la psychiâtrie s'accentue.

Thomas Willis (1622-1675) est un savant remarquable qui devance son époque. Ses connaissances anatomiques complètent et guident ses observations cliniques. Dans son traité *De Anima brutorum*, il émet l'hypothèse d'une âme animale qui est l'âme vitale et sensitive de l'homme, distincte de l'âme raisonnable, l'âme immortelle avec laquelle elle peut entrer en conflit dans certains cas pathologiques. Les esprits animaux qui constituent l'âme animale ont pour sources le cerveau et le cervelet et ne diffèrent guère de ce que plus tard les physiologistes ont qualifié influx nerveux. En nosologie, Willis sépare la neurologie de la psychiâtrie. Les influences du terrain, de l'hérédité, du climat, des maladies infectieuses, de la syphilis sont admises par lui. Il étudie les lésions du cerveau dans l'apoplexie, distingue les paralysies d'origine cérébrale, médullaire ou causées par lésion des nerfs. Il mentionne les psychoses toxi-infectieuses. Il étudie les psychonévroses, n'admet pas l'origine utérine de l'hystérie, attribue un rôle au nerf sympathique et au nerf vague.

Sa thérapeutique est variée, il fait appel à la chirurgie, aux moyens physiques, au régime, à la psychothérapie, à la pédagogie, à l'hydrothérapie (bains chauds ou froids) ; il a recours à de nombreux médicaments : purgatifs, calmants, anodins, stimulants, ferrugineux, préconise les émissions sanguines (saignée, sangsues, ventouses scarifiées). Il donne du mercure quand la syphilis paraît être en jeu. On est assez surpris de lui voir conseiller les sévices et les coups pour calmer les maniaques.

On le voit, l'œuvre de Willis doit occuper dans l'histoire de la psychiâtrie une place considérable car il a inauguré les méthodes anatomo-physiologiques. Néanmoins il n'a pas su se libérer de l'influence théologique, il admet pour expliquer certains troubles mentaux l'intervention diabolique ; n'oublions pas que Willis a été médecin de Gilbert, archevêque de Cantorbéry.

Mais Willis était une exception à son époque. Si à côté de son nom, on peut citer *Isbrand de Diemerbroeck* (1609-1674) qui enseigna à Utrecht et résuma la pratique de son époque dans son traité *De morbis capitis et thoracis*, et, en clinicien expérimenté, essaya de dégager quelques notions claires du fatras moyennageux, on est obligé de constater que Michel Etmuller (1644-1683), plus métaphysicien que clinicien, continua en les aggravant les errements du passé.

Au début du XVII[e] siècle, Zacchias (1584-1659) de Rome, médecin du Palais pontifical sous Alexandre VII, expert au Tribunal de la Rote, fondait la psychiâtrie médico-légale et faisait preuve dans les *Questions Médico-légales* (1624-1650) de beaucoup de bon sens, de précision dans son analyse, de prudence dans ses conclusions, n'utilisant que des procédés objectifs d'investigation.

***

Nous voilà au XVIII[e] siècle, *Offraye de la Mettrie*, traducteur et élève de Boerhaave, de Leyde, iatro-mécanicien, qui sépare dans ses études l'âme du corps, dépasse son maître et expose nettement une doctrine matérialiste dans son *Histoire de l'Ame*. Néanmoins il fait preuve d'un remarquable esprit d'observation ; en s'observant lui-même, il note que des troubles psychiques peuvent se modifier au cours d'une fièvre chaude. Il vulgarise l'usage du quinquina à Saint-Malo, où il exerce. Il écrit un *Traité du vertige avec description de la catalepsie hystérique* et constate l'influence de l'estomac dans la pathogénie du vertige. Menacé en France à cause de ses idées profondément subversives, il est accueilli en Prusse à la Cour de Frédéric II.

Mais le XVIII[e] siècle n'est pas encore débarrassé des préjugés et de la mystique des siècles précédents. Vers le milieu du siècle on est à l'époque des névroses et des vapeurs. Les théomanes extatiques des Cévennes, les démoniaques de Loudun, de Louviers, d'Aix, de Bayeux, d'Auxonne continuent à attirer l'attention. A Paris, les convulsionnaires du baquet de Mesmer font suite à ceux de Saint Médard.

Cependant les doctrines de Locke et de Condillac influencèrent les médecins.

L'observation et l'expérience prennent la première place, on dénie même trop toute importance à l'inconscient. Les doctrines les plus variées sont adoptées ; l'animisme, rêve du médecin métaphysicien Stahl (de Halle), a pour adepte en France Boissier de Sauvages à l'Ecole de Montpellier, école qui accepte ensuite le vitalisme de Van Helmont. Le dynamisme de Leibnitz, le mécanisme de Boehraave, l'humorisme à hypothèses incertaines ont leurs disciples.

Ce fut alors que Philippe Pinel fonda la psychiâtrie moderne, définitivement libérée des vieilles doctrines d'Ecole, de la métaphysique et de la psychologie.

Dans les *Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés*, parues en l'an VIII (1799), puis dans le *Traité de l'Aliénation mentale* (1809), il préconise le traitement moral des aliénés par les

procédés de douceur. Admirablement secondé par le surveillant Pussin et sa femme, il obtient des guérisons surprenantes. Il agit par persuasion, suggestion et douceur. Il abandonne la saignée, use peu de médicaments dont il doute de l'efficacité chez les aliénés.

Comme médecin légiste, il enseigne la nécessité d'une observation prolongée en matière de psychiâtrie médico-légale. Le point de vue social le préoccupe autant que le point de vue individuel.

Il vécut à la période révolutionnaire où la psychologie collective bien spéciale et les chocs émotionnels, durant la Terreur, ont marqué de leur sceau les troubles mentaux à cette époque. Malgré tout, les cas de folies ont été alors moins nombreux qu'on serait tenté de le supposer et d'après Esquirol, élève de Pinel, le fanatisme politique aurait servi de dérivation aux maladies mentales.

Pinel inaugura le traitement moral auquel s'adjoignit le traitement prophylactique. L'électrothérapie est expérimentée par Andry, Mauduyt et le fameux Marat. Pour obtenir des guérisons, Pinel et ses élèves poursuivent une meilleure organisation des Asiles d'aliénés. Leur exemple est suivi durant tout le XIXe siècle, notamment par Magnan, qui, élargissant les conceptions de Pinel, soumet les agités à la cure d'alitement. Durant ce siècle on voit appliquer aux aliénés les systèmes de l'open-door et du no-restreint ; les colonies familiales sont organisées.

La psychothérapie, le traitement moral, la suggestion s'appliquent régulièrement et avec méthode.

Les progrès de la pharmacologie permettent l'emploi judicieux de médicaments actifs. L'étude de la sympathicologie, à laquelle M. Laignel-Lavastine a pris une si grande part, les découvertes endocrinologiques, l'emploi efficace avec indications précises d'antisyphilitiques à action rapide, l'assistance bien organisée des aliénés, l'hygiène mentale, la lutte contre l'alcoolisme et contre l'usage des toxiques, contre le surmenage ont permis à la psychiâtrie de réaliser des progrès tout à fait appréciables.

Aussi peut-on conclure que les exposés historiques que le Professeur Laignel-Lavastine et le Dr Jean Vinchon nous ont permis de lire et de méditer, ne sont pas des recherches d'érudition stérile sur le passé, mais bien une suite de leçons vivantes pour l'avenir.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES MORTS INATTENDUES « PAR LE CŒUR » AU VOISINAGE DE LA CINQUANTAINE

Jacques SÉDILLOT,

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Quand nous interrogeons nos clients sur leurs antécédents héréditaires nous entendons souvent cette phrase : « Mon père est mort « du cœur » subitement à 55 ans ».

Et, quand nous demandons des précisions, « il n'a quitté ses occupations professionnelles que juste pour se mettre au lit et mourir en quelques jours (quelquefois en quelques heures) ». Les familles ajoutent « c'était sa première crise d'angine de poitrine ».

Ce n'est pas rétrospectivement que nous pourrons jamais démasquer les causes réelles de ces morts si brusques, si inattendues. Ce n'est pas même quand nous sommes appelés près d'un de ces malades, qui va peut-être mourir quelques heures plus tard, malgré nos soins les plus empressés.

Ce qui peut nous éclairer sur la cause de ces morts rapides, inattendues, c'est l'observation *attentive* de clients, qui *viennent* presque chaque jour à notre cabinet de consultations pour des ennuis de santé, en apparence insignifiants. Voici un des derniers qu'il m'a été donné d'observer.

M. R., notaire belge (56 k), m'avait consulté pour la première fois en janvier 1923 à l'âge de 46 ans pour de très petits ennuis de son arthritisme (prurit anal, eczéma sec des doigts). Sa tension était alors 8-13. Son pouls à 70.

De janvier 23 à mars 26, j'eus plusieurs fois sa visite. Il venait me dire que tout allait bien.

Il revient le 12 mai 1931 « Grâce à vos conseils, me dit-il, je vais très bien comme état général. En octobre 1929, j'ai eu une crise de fausse angine de poitrine qu'une piqûre de Pantopon a enrayée net. C'était bien de la fausse angine, au lendemain d'une journée de chasse fatiguante avec repas trop copieux. D'ailleurs elle ne s'est jamais renouvelée.

« Actuellement, depuis deux mois, j'ai un ennui de santé local, dans l'arrière-gorge. Presque chaque nuit, vers deux heures du matin, je suis pris de toux quinteuse et j'expectore « des spumes ». Un des meilleurs spécialistes de Bruxelles me fait un traitement local, nasal et pharyngien, au moyen de pulvérisations de Jaborandi et me fait prendre des gouttes de Néo-pancarpine. Je n'en ai pas d'amélioration bien nette ; et, de passage à Paris, je viens vous demander votre avis, malgré que cet ennui de santé ne soit probablement pas de votre compétence. »

Je trouve un très gros foie congestif de 15 c. de hauteur, comme en 1923. La tension est de 9-11 1/2. Le pouls à 95. Il existe aux deux bases, mais avec grande prédominence à gauche, des râles fins d'œdème pulmonaire. Les « spumes » de la nuit suivante présentent une albumino-réaction fortement positive.

En réalité ce malade *qui n'a pas encore perdu une heure* ni de ses occupations professionnelles, ni de ses distractions est en *pleine insuffisance cardiaque* et fait chaque nuit depuis deux mois une *petite crise d'œdème pulmonaire.*

***

Pour interpréter ces cas au point de vue de leur pathogénie, c'est l'étude des variations des chiffres de la tension qui donne la clé de l'enigme.

La minima représente le travail que le cœur a à effectuer. La maxima nous renseigne sur la façon, dont le cœur accomplit ce travail.

Quand, au voisinage de la cinquantaine, la tension artérielle commence à changer ses chiffres, on peut classer des cas extrêmes en deux catégories fort distinctes. (Entre ces deux catégories-limites, on pourra inscrire tous les intermédiaires).

La première catégorie, fort heureusement de beaucoup la plus nombreuse, comprend des sujets qui, pour toute élévation de leur minima de un point, verront leur maxima monter de deux points environ.

Ce sont des cas relativement favorables, des cœurs qui ont un excellent myocarde, des sujets qui peuvent se permettre de faire de l'hypertension, et qui ne seront en danger que très tard, quand les tensions très élevées deviendront une menace de rupture d'artères (hémorragie cérébrale). 9-16, 10-18, 12-24, 14-28 ; cette dernière, voilà la tension très dangereuse, qu'ils arriveront à atteindre par étapes en 6, 8, 10 ans, souvent sans s'être jamais douté de rien. Pour eux, le danger sera (et tardivement) sur la canalisation périphérique (menace de rupture), beaucoup plus souvent qu'au niveau du moteur central, le cœur (asytolie avec dilatation du cœur secondaire à une longue phase d'hypertrophie du ventricule gauche).

L'autre catégorie extrême, au contraire, rassemble des sujets dont le myocarde dès le début se révèle objectivement, aux yeux du médecin qui suit leurs tensions, incapable du moindre effort supplémentaire. Ces myocardes se montrent inaptes à faire la moindre hypertrophie. Si ces sujets avaient antérieurement une tension constitutionnelle normale de 8-14 (différentielle 6), dès que la minima commence à s'élever, non seulement la maxima ne va pas s'élever proportionnellement, comme dans la catégorie précédente, mais bien souvent elle va s'abaisser ; le chiffre de la différentielle au lieu d'augmenter va diminuer. Ces malades sont en grand danger dès ce moment, si nous ne soupçonnons pas de suite l'impuissance de leur myocarde.

***

Subjectivement, de quoi ces malades là viennent-ils donc se plaindre à nous ? d'ennuis de santé en apparence très minimes : essoufflement facile avec battements de cœur à la montée des escaliers ; petites quintes de toux nocturnes avec expectoration mousseuse à bulles fines ; beaucoup plus rarement gêne rétro-sternale à l'occasion de l'effort.

Objectivement, qu'est-ce qui dans l'examen va nous permettre de démasquer le danger grave où ils se trouvent, l'insuffisance commençante du ventricule gauche ?

Le premier signe qui nous mettra en alerte, ce sera la constatation d'une *tension différentielle basse.*

Si, par bonheur, il existe des râles fins d'œdème aux bases, et si l'albumino-réaction de l'expectoration est positive, le diagnostic d'insuffisance cardiaque est signé, confirmé. A dater de ce diagnostic nous sommes responsables, nous médecins, de la vie de ces clients là. Mais ces deux symptômes, râles aux bases et albumino-réaction positive manquent souvent.

Les seuls signes que nous allons constater alors sont la traduction des ruses, des expédients qu'emploie le myocarde pour essayer de tourner la difficulté où il se trouve, et ces symptômes pourront paraître bien anodins. L'un aura une tachycardie modérée à 90-95 pulsations à la minute. Le cœur imite là ces vieillards qui ne peuvent plus marcher qu'à petits pas précipités. Un autre fera des extra-systoles à rythme parfois régulier : une fois sur quatre, ou sur six, ou sur dix

pulsations le myocarde s'accorde un repos en escamotant une systole. Un troisième aura périodiquement, tous les 15 ou 20 jours par exemple, une crise de tachy-arythmie, qui durera de 6 à 24 heures. Pendant ces crises, qui forcent le malade au repos, complet le myocarde se repose relativement, car, tant que durera la crise, les deux tensions tombent à des chiffres très bas.

Il est facile de comprendre pourquoi le cœur doit recourir à ces expédients : *il est le seul organe de notre économie, qui ne puisse jamais pendant une seule minute se mettre au repos*. L'asthmatique en état de mal asthmatique, la migraineuse en période de crise, sont bien obligés de se mettre au repos et à un très petit régime. Leurs crises par elles-mêmes mettent donc forcément au repos par périodes l'organe coupable : le foie. Au contraire, quand le cœur commence à crier sa souffrance, l'alitement ne peut le mettre lui qu'à un très, très relatif repos. La nuit comme le jour, pendant le sommeil comme à l'état de veille, chaque seconde et même plus souvent, il faut qu'il fasse sa contraction. Qu'on me pardonne une expression très triviale : « Marche ou crève », tel est le tragique destin du cœur. Qu'on y réfléchisse bien : *c'est ce qui explique que tant de ces malades, auxquels je songe en écrivant cet article, succombent au cours de la première crise, qui les a forcés à s'arrêter.*

Il y a en réalité deux sortes d'asystolie.

— l'une depuis longtemps identifiée, qui s'installe assez lentement, pour laquelle la digitaline bien prescrite donne de bons résultats. Elle est la fin habituelle des insuffisances mitrales, des insuffisances aortiques, des gros cœurs des hypertendus. Elle s'accompagne de dilatation du cœur droit et d'œdèmes périphériques. Celle-là, c'est l'asystolie secondaire.

— l'autre bien moins connue, souvent non identifiée, est une asystolie dramatique. Précédée de prodromes en apparence insignifiants, et rarement rattachés à leur vraie cause, elle semble s'installer brutalement, ne s'accompagne ni de dilatation des cavités droites, ni d'œdèmes périphériques. Elle, c'est l'asystolie primitive, qui succède brutalement à une série de ruses incomprises du cœur. Après douze années seulement de clientèle, j'ai acquis la certitude que cette débilité du myocarde est congénitale, et souvent héréditaire dans certaines familles.

Quand un sujet *en parfaite santé* est terrassé en quelques minutes par une crise cardiaque, c'est à des causes beaucoup plus rares qu'il faut penser : angine coronarienne vraie, infarctus du myocarde, etc.

Ai-je besoin d'ajouter que certains sujets jeunes ont constitutionnellement une tension différentielle basse, 7-10, 8-11, 9-12, qui semble bien ne leur faire courir aucun danger, ni même permettre un pronostic pour leur avenir.

***

La question du traitement peut se poser à nous de deux façons différentes :

— traitement d'urgence de la crise d'asystolie primitive déclarée.

— traitement préventif de la crise, quand nous avons su démasquer un des prodromes en apparence insignifiants qui annoncent l'imminence d'une crise.

Voici un sujet qui vient de s'aliter, dyspnéique, angoissé, tachycardique, avec ou sans extrasystoles. Nous trouvons une tension différentielle faible. S'il se plaint de douleur rétro-sternale, de suite une piqûre de Pantopon, qui n'est pas seulement le calmant nécessaire, mais en même temps un véritable toni-cardiaque.

S'il a des râles d'œdème aux bases : une saignée de moyenne abondance 3 à 400 gr.

Ceci fait, il faut songer immédiatement à soutenir le myocarde, *à relever si possible la maxima*, pour élargir la tension différentielle et permettre au malade de sortir de la phase dangereuse.

La digitaline ? Elle ne donne rien dans ces cas là, peut-être parce que son action est trop lente. L'huile éthéro-camphrée, la caféine peuvent, doivent être employées, faute de mieux.

Mais la *thérapeutique héroïque dans ces cas là c'est l'injection intra-veineuse immédiate de 500 cc. de sérum glucosé hypertonique à 300 °/oo.*

Combien elle m'a permis déjà d'en sauver de ces malades, près desquels j'étais appelé parce que l'on croyait à une première crise d'asthme ?

Moins d'une heure après l'injection (qui demande elle-même une heure), on voit la tachycardie baisser de 12,15, 20 points ; la maxima se relève de 1 à 2 points. Dyspnée, douleurs, angoisse disparaissent comme par enchantement. L'effet de la première injection dure de 24 à 48 heures après lesquelles il faut s'attendre à avoir à renouveler l'injection.

Il est bien rare qu'une troisième injection soit nécessaire : le malade sort de sa crise. Alors il sera immédiatement soumis au traitement préventif d'une récidive, dont je parlerai dans un instant.

Comment le glucose peut-il donner des effets toni-cardiaques aussi rapides, aussi merveilleux ? La chose me paraît assez simple à expliquer. On sait qu'après le foie, l'organe le plus riche en réserves de glycogène est le myocarde. Pourquoi le cœur a-t-il ainsi en lui-même des réserves d'énergie, de carburant ? Certainement parce qu'il est le seul organe de l'économie, qui ne puisse jamais s'accorder une seule minute de repos.

Quand pendant une heure (que dure l'injection) on a fait passer par minute 3 grammes de glucose pur dans la circulation, on a mis le malade artificiellement en état d'hyperglycémie ; et, à la faveur de cette hyperglycémie, le muscle cardiaque défaillant a pu refaire ses réserves de gly-

cogène ; tout comme on fait passer dans une batterie d'accumulateurs une très grande quantité d'électricité, pour que les plaques puissent se recharger d'une partie de ce courant.

Voici maintenant notre malade qui vient d'échapper à la mort au cours d'une première crise, ou bien encore voici un client nouveau que nous diagnostiquons être en imminence d'une première crise d'asystolie, quel va être le meilleur *traitement préventif* ?

Ici les directives changent du tout au tout. Si le sujet a 9-12 par exemple, nous perdrions notre temps à essayer d'élever de façon durable la maxima. A l'heure actuelle, j'ignore encore le médicament capable d'élever de façon durable la maxima (quand il n'y a pas dilatation cardiaque bien entendu).

L'indication formelle c'est de diminuer le travail du cœur, c'est d'essayer d'abaisser la minima avant tout par un régime très sévère, régime strictement végétarien d'abord, puis à prédominance végétarienne et par la cure de désintoxication arthritique.

Je ne puis recopier ici ce que j'ai écrit dans mon livre récemment paru (1). Il me suffira de dire que, sous l'effet de la cure de désintoxication, telle que je la prescris, on obtiendra toujours en quelques semaines un gain du côté de la minima. Qu'elle tombe de 9 à 8, et bien souvent c'est suffisant : on verra la tachycardie disparaître, la maxima remonter de 1 à 2 points. Le sujet retrouve souvent les chiffres de sa tension constitutionnelle et un état de santé satisfaisant. Ces malades là, à dater de ce jour et pour toute leur vie doivent rester sous surveillance médicale au moins deux fois par an.

De ce travail on retiendra qu'il est des sujets, beaucoup de sujets qui peuvent se permettre sans danger pour leur cœur, et sans trop de danger pour leur vie, de faire un peu d'hypertension, à la condition d'avoir des artères souples et solides ; qu'il en est d'autres, au contraire, qui ne peuvent permettre à leur tension minima de s'élever d'un seul point, sans mettre aussitôt leur cœur en très grave danger.

Entre ces deux classes extrêmes de faits, on peut concevoir et inscrire tous les intermédiaires possibles : dans la pratique on n'observe jamais deux cas rigoureusement identiques ; « il n'y a pas deux malades qui se ressemblent ».

La façon variable dont le myocarde de l'adulte se comporte suivant les sujets vis-à-vis de l'hypertension commençante de la minima, on la retrouve exactement chez les adolescents qui sortent d'une crise de rhumatisme articulaire aigu avec une insuffisance de leur valvule mitrale. Alors que la plupart de ces cœurs organisent de suite la compensation de leur lésion valvulaire avec une facilité qui émerveillait déjà Trousseau, quelques-uns restent, au contraire, dès la fin de la crise, en perpétuelle menace d'hyposystolie.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

HÔPITAL NECKER

Les étapes du colibacille (2)

M. le Professeur LEGUEU

La colibacillose est une maladie à la mode. Vous entendrez souvent autour de vous la phrase « J'ai du colibacille... ».

N'étant pas d'accord avec Heitz-Boyer pour la dénomination de la maladie colibacillaire, je ne me servirai donc pas de son appellation « syndrome entéro-rénal ».

Je vais faire aujourd'hui une grande et rapide révision de la question ; je voudrais vous donner des notions précises sur cette maladie si compliquée qu'est la colibacillose.

On connaît dans l'organisme, trois étapes successives par lesquelles passe le colibacille. Ces étapes sont : 1° l'étape intestinale ; 2° l'étape sanguine et, 3° l'étape urinaire.

Le colibacille est un hôte constant et nécessaire de notre organisme. Il pénètre dans l'organisme presque dès la naissance ; on le trouve chez des jeunes enfants déjà au bout de trois semaines d'existence. C'est aussi lui, qui sera le dernier à disparaître de notre organisme après la mort.

Mais, dans certaines conditions, d'ami, il se transforme en ennemi pour nous. On trouve du colibacille au niveau de l'intestin, à sa surface, dans la profondeur de la paroi, dans les glandes. Le colibacille produit des sécrétions et des toxines ; ces dernières exercent une action intense sur l'organisme ; elles sont paralysantes pour l'intestin ; elles favorisent la stase, et cette dernière, de son côté, contribue à la plus vaste colonisation du colibacille. Il y a là un *circulus viciosus.*

(1) SÉDILLOT. — L'arthritisme, 1931. Pathogénie de l'hypertension artérielle pages 336 à 368. La cure de désintoxication arthritique, pages 444 à 488.

(2) Leçon du 27 avril 1931, recueillie par Mme le Dr Trifonof.

Charcot avait décrit des cas de paraplégie, due à l'infection urinaire par le colibacille.

Lorsque cette évolution du bacille est discrète, les choses marchent, mais quand il y a un trouble, à ce moment, la malignité du colibacille se réalise, sa virulence augmente ; grâce à la fermentation, les intoxications alimentaires mettent l'intestin dans des conditions défectueuses, et, c'est alors que commence la pathologie.

M. Fisch a particulièrement insisté sur la fréquence des parasites intestinaux chez les sujets atteints de colibacillose ; c'est un fait intéressant à mentionner.

L'appendicite chronique est un facteur néfaste pour le colibacille ; on observe alors la culture du coli en permanence. Lorsqu'on intervient à temps on évite le passage du colibacille dans le sang.

L'étape intestinale est lente, chronique ; puis, un jour, il se produit un réveil et le colibacille passe dans le sang.

Il pourrait aussi passer dans les voies lymphatiques, mais on n'a pas encore suffisamment de précisions sur cette question.

Pour arriver à l'appareil urinaire, quelle est la voie choisie par le colibacille ?

La culture du sang donne une réponse négative le plus souvent : il est rare qu'on trouve une hémoculture positive.

Il semble donc qu'il y ait là un paradoxe. M. Fisch explique ces faits par l'action destructive, que le sang exerce sur le colibacille. Le sang est un moyen de défense de l'organisme, il dit au colibacille : Halte-là, tu n'iras pas plus loin !...

Lorsque l'apport du bacille au sang se fait en masse, il se produit un débordement, le colibacille cherche à s'éliminer, il passe dans les voies urinaires.

La localisation du colibacille dans les voies urinaires est importante à connaître.

On a supposé, à un moment donné, que la composition des urines alcalines fixait les colibacilles ; mais il paraîtrait plutôt que c'est le coli, qui modifie la réaction des urines en les rendant très alcalines.

Il y a certaines conditions dans les urines qui appellent les coli-bacilles : ce sont les décharges urinaires.

M. Fisch a remarqué que chez les individus faisant des décharges urinaires, on pouvait fréquemment observer du colibacille dans les urines.

Ces décharges de cristaux de sels produisent des traumatismes au niveau des reins, ce qui favorise le développement des colibacilles.

Normalement, il n'y a pas de colibacilles dans les urines.

Pour éviter ces décharges, il faut modifier le régime de ces individus. Certaines conditions semblent particulièrement favoriser la localisation du colibacille au niveau du rein, un calcul, la rétention, un trouble de la contractibilité, ce qui se passe au cours de la grossesse : ces faits présentent des conditions très favorables pour le développement du colibacille.

J'en arrive à la phase urinaire. Vous entendrez souvent, ainsi que je vous l'ai déjà mentionné au début de cette leçon, vos clients vous dire : « J'ai du colibacille ». C'est bien ; mais faut-il encore le prouver.

Certaines conditions sont particulièrement favorables pour la constatation du colibacille.

Les urines doivent être prélevées par le sondage, autrement leur examen n'aura aucune valeur et la constatation des colibacilles ne prouvera rien. L'examen des urines ainsi prélevées doit être pratiqué immédiatement ; il ne faudra pas laisser les urines jusqu'au lendemain, car, dans ce cas, elles seront modifiées par la fermentation probable. Je dois encore faire une remarque, qui en somme est une finesse de laboratoire : il ne faut pas centrifiguer ces urines. Comment se présente à vous l'individu ayant du colibacille ?

Il y a encore quelque temps de cela, on parlait beaucoup de la bactériurie. Le bacille fut identifié par Albarran en 1889 ; c'est à ce moment qu'on parlait surtout de la bactériurie.

Aujourd'hui, la question ne se pose plus, la bactériurie n'est qu'une chose passagère, transitoire. Nous fermons donc ce chapitre.

Il faut actuellement envisager deux autres conditions, qui sont : la colibacillose aiguë et la colibacillose chronique.

La première est le type de la pyélonéphrite de la grossesse.

Les accidents aigus se voient surtout chez des jeunes femmes au 3e ou 5e mois de la grossesse. Brusquement, en pleine santé apparente, la femme est prise de frissons, de courbature généralisée. On prend sa température, qui est élevée, peut atteindre 39° ou même 40°. Les urines sont troubles, contiennent du pus, de nombreux colibacilles. On a des signes d'une infection profonde. L'accident offre un caractère dramatique, l'entourage est impressionné. On se demande même s'il ne faudrait pas interrompre la gestation. Mais les choses ne sont pas aussi graves qu'elles en ont l'air. La réaction violente est un signe de résistance ; il ne faut pas être effarouché par les grandes manifestations. Cet état, dans certains cas, peut persister pendant quelques jours ou quelques semaines.

La gestation favorise la congestion de l'appareil urinaire et la stase sanguine dans les vaisseaux rénaux ; l'utérus en se développant peut comprimer l'un ou l'autre des uretères ou même les deux, d'où résultent la dilatation de l'uretère et du bassinet, la rétention d'urines, ce qui favorise la colonisation du microbe.

La constipation chez les femmes enceintes est plus marquée habituellement, ce qui favorise les

décharges du colibacille en dehors de l'intestin.

Peu à peu, ces phénomènes graves se calment, et la malade entre à la phase de chronicité ; c'est la forme chronique, qui est la forme classique.

Dans cette forme, c'est la cystite qui attire l'attention. Les urines sont troubles, quelquefois on y trouve quelques gouttes de sang, dus probablement aux irritations produites par les décharges urinaires.

On fait analyser les urines, et on y trouve des colibacilles.

Cystite légère, urines troubles, colibacilles constatés, tel est le tableau de cette forme.

Lorsque vous voyez un tel tableau, il est intéressant de préciser où se localise le colibacille, pour instituer le traitement rationnel.

A notre clinique, nous avons la doctrine suivante : le colibacille se localise toujours à la vessie. Car c'est là qu'il trouve pour son développement un milieu facile ; il y a toujours dans la vessie de la stagnation, donc le colibacille peut parfaitement y coloniser.

Normalement, dans le rein, il n'y a pas de stagnation ; l'urine peut être comparée à un train express, qui brûle les étapes et qui passe sans arrêt par la gare du rein pour arriver à la station « vessie », où il s'arrête. Cette constatation est très importante pour le traitement.

Il est plus facile de traiter la vessie que le rein ; on n'interviendra sur le rein qu'en présence d'un calcul, de la pyélonéphrite de la grossesse, d'une hydronéphrose, car, dans ces cas, la localisation principale du colibacille est au niveau du rein.

Il faut remarquer que le colibacille, par sa présence, favorise les troubles de l'évacuation.

Tout ce qui vient d'être dit m'amène à l'évolution de la colibacillose. La guérison est facile à obtenir ; mais elle est fragile ; les rechutes se succèdent, et alors apparaît la chronicité.

Un malade vient vous consulter pour une cystite à colibacilles ; vous lui faites le traitement pendant une huitaine de jours, et la cystite se trouve atténuée ou même elle peut disparaître ; mais vous n'avez pas détruit le foyer, d'où venait le colibacille ; il peut donc réapparaître.

Et, en réalité, le malade fait plus ou moins rapidement une rechute, puis une autre, c'est le fait habituel.

Les conditions profondes en sont la cause ; ces récidives fréquentes font dire que la colibacillose ne guérit pas.

Cette série de récidives constitue finalement la forme chronique. Le malade pense que vous le soignez mal, va trouver un autre médecin, puis encore un autre, se fatigue de son traitement qui ne lui fait rien ; la guérison n'arrive toujours pas. Que faut-il penser ? Il faut avant tout rechercher la cause, quelle en est la cause ?

Pratiquez une radiographie (un gros calcul du rein reste souvent inaperçu par le malade, n'étant pas douloureux.)

Faites la pyéloscopie, elle vous montrera l'état de l'évacuation du rein, fait important à connaître.

Regardez toujours si le malade n'a pas une appendicite. J'ai opéré pas plus tard qu'hier, une jeune femme âgée de 25 ans qui, depuis de longs mois, souffre de la colibacillose ; ses urines sont troubles ; elles contiennent des colibacilles. Quelle en est la cause ?

A l'examen de cette malade, je lui ai trouvé un point appendiculaire douloureux très net ; elle me précise que cette douleur existe chez elle depuis environ 9 ans, que tous les médecins consultés lui avaient dit qu'elle avait une appendicite ; mais personne jusqu'ici ne lui avait proposé l'opération. Je l'ai opérée, elle avait un appendice rétro-cæcal avec contact au rein. L'opération a réalisé un des points : le foyer principal où se colonisaient les colibacilles est détruit.

Autre chose. Chez les personnes venant vous consulter pour une cystite chronique, il faut toujours se méfier de la tuberculose, souvent masquée par la présence de colibacilles dans les urines.

Les symptômes des deux affections sont assez ressemblants : fréquence des mictions, légère cuisson, urines troubles.

La cystite colibacillaire est clémente, douce ; celle de la tuberculose est intense.

La cystite à colibacilles gêne modérément, elle est d'une chronicité désespérante.

Pratiquez le cathétérisme. Il vous montrera, s'il s'agit de tuberculose, une différence de concentration des deux reins, par exemple : pour le R. D.-7,77 et pour le R. G.-12,90. Il y a tuberculose du rein droit. J'en arrive aux conclusions pratiques et au traitement.

Voici le traitement en grandes lignes : il doit être différent pour les grandes crises et pour les cas chroniques.

Dans les grandes crises dramatiques, cela peut très bien s'arranger presque seul. Mais notre rôle n'est pas d'assister à l'évolution sans rien faire. Que doit-on faire ?

Il y a deux médications classiques. Le sérum de Vincent, qui est excellent, mais qui, dans les cas chroniques n'a pas une grosse valeur, on le fait en injections sous la peau. La température baisse ; mais il est bon, suivant le conseil de Vincent lui-même, d'associer à l'emploi du sérum le cathétérisme uréthéral, les injections dans le rein de 10 cc. de nitrate d'argent à 1 % ou à 1 p. 200.

Sous l'influence de cette désinfection, la température baisse, vous recommencez pendant 2 ou 3 jours. La phase aiguë est arrêtée. Pour la phase chronique, il en est tout autrement.

Il faut instituer un traitement général, un

traitement vésical, un traitement intestinal et un traitement rénal.

Vous prescrivez l'emploi des bactériophages par la bouche, tous les jours une ampoule de « colitique », traitement pendant 10 jours. Après intervalle, on refait le traitement. Il ne faudra pas employer à ce moment d'antiseptiques, car ces derniers effacent l'action du bactériophage.

Pour le traitement de la vessie, on fait des lavages au nitrate d'argent en solution au 1.000e.

Le tube digestif doit être traité : on surveille l'entérite, s'il y en a ; on prescrit un régime strict. Mais avant tout, voyez s'il n'y a pas d'appendicite.

Quelquefois, le traitement rénal s'impose. Dans les cas aigus, on fait des lavages au nitrate d'argent au 200e ; dans les cas chroniques, il ne faut pas les faire, car les petits débris de nitrate, se déposant sur les parois, peuvent être dans l'avenir, les noyaux de formation de calculs.

On doit appliquer le bactériophage directement au niveau du rein. Traitant un malade chronique, soyez persévérants ; faites refaire de temps en temps une nouvelle radio, qui vous montrera s'il y a, oui ou non, des modifications au niveau de l'appareil urinaire.

Pour traiter ces malades, il faut être médecin, chirurgien et urologue. Autrement, vous n'aurez pas la satisfaction de voir la guérison.

A PROPOS DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

Comment :

1° Par la clinique ;

2° Par le laboratoire ; reconnaître qu'un cœur, un rein, un foie, fonctionnent de façon suffisante et peuvent recevoir un traitement antisyphilitique sérieux ?

En d'autres termes, j'envoie de l'urine au pharmacien ; quelles recherches lui demander ? Comment apprécier les résultats de l'analyse ?

Par ces temps de responsabilité à outrance, il est bon d'être en règle et de pouvoir se défendre. C'est surtout à ce point de vue que je me place en sollicitant cette réponse.

Dr B.

Réponse du Dr L. Bory

La question posée par notre confrère n'est pas « mince », si j'ose m'exprimer ainsi et c'est à la physiologie générale, à toute la pathologie en général et à la syphiligraphie en particulier, qu'il faudrait demander les éléments d'une réponse, qui tient en somme dans les données de l'éducation, de l'intuition et du doigté médicaux. Notre confrère, sans aucun doute s'en rend compte, et je suppose bien qu'il demande au spécialiste, non pas une équation concernant chaque organe ou appareil, mais un schéma exprimant les préoccupations les plus habituelles de sa pratique.

Avant d'en esquisser les traits, il convient d'en trouver le titre. « Les meilleures conditions pour la tolérance des médications antisyphilitiques » ? Il est évident que la jeunesse et la santé les déterminent. Or, nos sujets sont des malades et ne sont pas toujours jeunes ; et, dans ces conditions même de fonctionnement physiologique parfait, nous ne pouvons être assurés que nos médications n'entraîneront pas d'accidents ; la plupart des faits d'intolérance sont imprévisibles, souvent paradoxaux et des sujets âgés ou chétifs supportent mieux parfois les arsénobenzènes que des sujets de santé apparente parfaite ; d'après les recherches cliniques ou de laboratoire nous redoutons chez les premiers l'emploi de médications actives, que l'expérience démontre être admirablement tolérées. Quelques exemples :

Voici une femme de 52 ans, qui attrape la syphilis et l'ignore jusqu'au troisième mois, époque à laquelle des accidents muqueux et cutanés la lui révèlent. Elle a eu il y a quelques années des traces d'albumine, à la suite d'une rougeole grave et a été pour cela à Saint-Nectaire. Il existe encore des traces d'albumine. Devais-je pour cela, et en raison de l'âge, renoncer à attaquer le mal avec vigueur ? J'attaquai, avec toute la prudence habituelle, par le bismuth uni aux intra-veineuses d'arsénobenzène et, sauf l'apparition d'une rougeole biotropique, qui, survenue au 9e jour du traitement initial, me fit craindre un instant des incidents plus graves, tout fut admirablement toléré, arsénobenzènes et bismuth, sous contrôle fréquent de l'état des urines, dont les traces d'albumine restent indosables.

Voici encore un malade ayant dépassé la cinquantaine et dont la syphilis date de deux ans ; jusqu'à ce jour on ne l'a traitée qu'avec timidité, pilules, iodure, un peu d'acétylarsan ; car le sujet est obèse, emphysémateux, a des crises d'asthme nocturne. Résultat, quelques phénomènes nerveux inquiétants (embarras de la main gauche ; sciatique gauche ; vertiges) coïncidant avec un Bordet-Wassermann fortement positif. Les reins fonctionnent bien : je fais une bonne série d'un bismuth lipo-soluble ; puis, après trois semaines de repos, j'essaie les intraveineuses de novarsénobenzol (Rhodarsan en l'espèce) ; la série est parfaitement tolérée jusqu'aux doses terminales de 1 gr, 05 ; l'asthme

nocturne lié à l'emphysème n'a pas été influencé ; ainsi ce qui pouvait être considéré comme une contre-indication pulmonaire ou cardiaque n'était en réalité qu'un obstacle théorique.

Voici encore un cas, où les intraveineuses de novarsenic paraissaient contre-indiquées : homme de 48 ans, hypertendu, artério-scléreux, atteint de troubles nerveux liés autant à son hypertension qu'à une syphilis ancienne, exclusivement traitée par des pilules et quelques injections mercurielles ; après avoir hésité moi-même à pratiquer des intra-veineuses, je les essayai un jour et pus ainsi faire plusieurs séries, sans aucun signe d'intolérance.

Par contre, voici une femme de 45 ans, qui, atteinte d'une énorme syphilis hépatique, guérie cependant de celle-ci par un traitement dont la difficulté fut considérable, ne peut supporter que des doses infimes de médicaments : une demi-ampoule d'acétylarsan infantile lui donne de la fièvre. Effectivement, son foie, aux deux tiers détruit fonctionnellement, ne fabrique qu'une dose infime d'urée ; car cette malade, qui n'élimine par 24 heures que 5 à 6 grammes d'urée urinaire, n'est pas azotémique et son foie nous apparaît ainsi réglé pour un petit travail ; nous ne pourrions sans risque certain lui demander davantage.

Je crois inutile de rapporter d'autres exemples ; ceux qui précèdent correspondent aux trois grands types de contre-indications d'un traitement antisyphilitique de quelque intensité :

la contre-indication rénale,

la contre-indication cardio-artérielle,

la contre-indication hépatique.

Nous venons de voir qu'elles sont loin d'avoir une valeur absolue, et il est difficile de préciser d'avance, tant les cas sont multiples et variés, les conditions cliniques qui nous donneront les plus grandes probabilités d'une bonne tolérance. Au reste, toutes nos méthodes débutent de façon prudente, et, c'est au cours du traitement commencé, que nous nous rendons compte, au jour le jour, plus exactement semaine par semaine, de la façon dont l'organisme « digère » nos médicaments et de ce qu'on peut et doit lui offrir. A ce moment, ce n'est pas la science du spécialiste qui joue ; c'est l'instinct ou mieux le bon sens médical, pour lequel un simple coup d'œil parfois vaut plusieurs analyses. Je vous assure que si, au cours du traitement, vous voyez votre malade maigrir un peu vite, avoir la langue blanche, l'œil un peu jaune, les urines plus rares et se sentir anormalement fatigué, l'état physiologique est insuffisant : il est prudent d'interrompre ou de diminuer les doses. Il n'est pas dit, par contre, qu'avant tout traitement pareil syndrome contre-indique sa mise en œuvre, la syphilis étant parfaitement capable de le déterminer à elle-seule et même de façon plus grave (albuminurie, ictère...) ; un traitement spécifique bien mené le fait disparaître.

Cela dit, voici le schéma des examens qui s'imposent avant l'institution d'un traitement spécifique, au cours et même à la fin de ce traitement.

1° L'ÉTAT GÉNÉRAL. — L'aspect extérieur peut nous montrer un état de dénutrition, de fatigue et de dépression, d'anémie, qui ne nous incite guère à utiliser des médications déprimantes. Mais rien ne vaut un essai prudent, puisque la syphilis non traitée fatigue, déprime, anémie...

L'examen de la langue, de la conjonctive, nous donnent déjà par la constatation d'un état saburral, subictérique ou anémique, quelques indications précieuses pour le choix du médicament : dans ces cas, en effet, il est prudent d'éviter tout d'abord les arsénobenzènes et de recourir au bismuth, pour la première série tout au moins ; la médication arsenicale, en effet, est particulièrement lourde pour le foie et le système de la veine porte ; de plus, certains états anémiques, avec troubles hémorragiques, « hémogéniques » sont aggravés par les arsénobenzènes. Si vous vous trouvez en présence d'états semblables, vous pouvez demander au laboratoire de vous éclairer sur le nombre, la qualité et la valeur globulaire, la formule sanguine, le temps de coagulation surtout.

2° L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE ne comporte pas, sauf l'asystolie, de contre-indication majeure à l'emploi d'une médication intraveineuse : encore est-il possible, si le rein fonctionne encore pas trop mal, d'utiliser les intramusculaires de mercure ou de bismuth.

N'oubliez pas de prendre la tension de vos malades, non pas que vous puissiez en dehors de cas exceptionnels y trouver une raison de vous abstenir, mais parce que, en cas d'incident, on pourrait vous reprocher de n'avoir pas pris toutes les précautions classiques.

Au cas de tension élevée, n'hésitez pas, par contre, à demander la mesure de l'urée sanguine, l'analyse urinaire et l'établissement de la constante d'Ambard, du rapport azoturique et du coefficient de Maillard d'imperfection uréogénique ; la première vous éclairera surtout sur le fonctionnement du rein, les deux autres surtout sur le fonctionnement de la glande hépatique, par conséquent sur l'aptitude des deux organes à neutraliser ou éliminer les poisons.

3° L'ÉTAT DU FILTRE RÉNAL est naturellement contrôlé, en outre, par la recherche de l'albumine, avant et au cours du traitement ; par l'observation de la quantité et de la couleur des urines ; enfin (et ceci est important surtout au cours des traitements par le bismuth) par l'examen microscopique du sédiment urinaire.

L'action du bismuth sur le parenchyme rénal

se traduit en effet par trois symptômes réactionnels, que l'on peut considérer comme des degrés de l'intoxication (1) :

La *polyurie*, c'est-à-dire la congestion rénale et l'excitation pure et simple de la sécrétion, phénomène en quelque sorte normal et salutaire.

L'*albuminurie*, premier signe d'une fatigue cellulaire, simple trouble fonctionnel encore du parenchyme, mais symptôme d'alarme sans aucun doute ; s'il persiste et surtout s'aggrave, il impose la cessation du traitement et la mise au repos de l'organe.

La *sédimentation urinaire*, la desquamation épithéliale, l'épithéliurie : il s'agit de cellules épithéliales, polygonales, granuleuses, isolées ou groupées en cylindres. Leur nombre va jusqu'à 50 par champ. On ne trouve pas de granulations graisseuses, mais les cellules sont mélangées de cylindres hyalins, de rares leucocytes, parfois de quelques globules rouges. Ce sédiment urinaire, que l'on peut constater vers la fin d'une série bismuthée ne s'accompagne d'aucun signe d'insuffisance rénale, mais peut persister quelques semaines, malgré la cessation du traitement, et disparaît enfin sans laisser de traces. On a discuté sur la valeur de cette réaction ; certains ne lui reconnaissent qu'une importance relative, n'imposant pas la cessation du traitement. Il est sage en tout cas, après un repos normal de trois à quatre semaines, de changer de médicament, et c'est ainsi que se justifie la pratique de l'alternance : une série arsénicale, plus fatigante pour le foie que pour le rein, permet de mettre celui-ci au repos, après une série bismuthique ou mercurielle, qui agit plus électivement sur son épithélium.

La constatation d'une glycosurie n'est pas un obstacle à une thérapeutique intensive spécifique, qui l'améliore même très souvent.

Je ne reviens pas sur l'analyse générale des urines, qui peut être indiquée dans certains cas et sur la mesure des coefficients azoturique et d'imperfection uréogénique, dont l'insuffisance est un des meilleurs signes de l'insuffisance fonctionnelle de la glande hépatique.

4° Sur l'état de la GLANDE HÉPATIQUE je serai donc très court. A part ces deux rapports urinaires, en dehors bien entendu d'insuffisances cliniques trop évidentes, nous ne possédons que peu d'éléments d'appréciation, nous permettant de prévoir si un traitement arsénico-bismuthique sera ou non toléré ; rien ne vaut que d'essayer avec prudence et de suivre avec attention.

Il ne faut pas trop se laisser impressionner par les malades qui, sous le prétexte qu'ils sentent leur zone sous-hépatique, se considèrent ou sont considérés par leur encourage comme ayant une maladie de foie ; plus souvent, ce sont des colitiques, des aérocoliques, des dyspeptiques ; parfois, mais beaucoup plus rarement, c'est la vésicule, calculeuse ou non, qui les fait souffrir ; cela peut être une gêne au cours du traitement ; ce n'est pas une contre-indication. L'ictère lui-même, nous l'avons vu, n'en est pas une toujours ; j'ai cependant l'habitude de cesser l'arsénobenzol en pareil cas et d'agir avec un bismuth lipo-soluble, tel que le cardyl, l'olbia, etc.

Je n'insiste par sur l'examen classique de la bouche et des dents avant les traitements par le bismuth ou le mercure, et naturellement aussi au cours et à la suite de ces traitements.

Il est bien d'autres considérations qui devraient compléter ce qui précède : 1° celles, par exemple, qui ont trait à la coexistence d'une autre maladie, la tuberculose entre autres, avec la syphilis ; la première entraîne déjà un état de dénutrition, de déminéralisation, que le traitement peut accentuer ; 2° celles qui concernent les tabétiques, les paralytiques généraux, si déficients parfois de tous leurs organes et qui supportent alors si difficilement nos médications ; et, cependant nous sommes obligés d'intervenir. Mais nous n'en finirions pas si nous devions passer en revue tous les cas qui peuvent se présenter.

Que notre confrère m'excuse donc de rester incomplet, et de lui avoir simplement exposé le court schéma de mes habituelles préoccupations en face d'un syphilitique « moyen », puisque ce qualificatif est de mode.

(1) Voir L. BORY. — Les néphrites bismuthiques. (*Paris médical*, 7 mars 1931.)

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Le pseudo-vaginisme, d'ordre purement psychique, ne doit pas être confondu avec le vulvo-vaginisme

D'après le Dr A. SIREDEY (1)

Pseudo-vaginisme et vulvo-vaginisme ont un symptôme commun : la difficulté ou même l'impossibilité des rapports sexuels ; mais ils diffèrent en ce que le pseudo-vaginisme se réduit à de simples phénomènes subjectifs, tandis que le vulvo-vaginisme a pour point de départ des réalités objectives incontestables.

Le vulvo-vaginisme

C'est une contraction spasmodique réflexe, très intense, très pénible, des premières voies génitales de la femme.

A son origine, on relève des lésions diverses : déchirure incomplète de l'hymen avec cicatrice douloureuse, fissure commissurale de la vulve, plaie accidentelle sur les bords de l'orifice vulvaire ou sur les parois vaginales, brides cicatricielles du vagin, brides et adhérences au niveau du cul-de-sac rétro-utérin, rétroflexion de l'utérus avec périurétrite postérieure, brièveté anormale du vagin, brûlures du vagin par injections hyperthermiques abondantes et prolongées, irritation de la muqueuse vaginale par des antiseptiques ou des radifères caustiques, etc.

A ces lésions du canal vulvo-vaginal et des culs-de-sac, il faut ajouter celles qui ont pour siège des organes voisins : fissures et polypes de l'urèthre, fissures anales, hémorrhoïdes, qui donnent lieu à des contractures simultanées du sphincter anal, du sphincter vésical, du constricteur de la vulve et du releveur de l'anus.

Quand on est arrivé avec peine à introduire un doigt dans le vagin, il y est serré comme dans un étau, et ne peut se livrer à aucune exploration approfondie.

Le pseudo-vaginisme

Les malades.

Les femmes accusent ici les mêmes sensations de douleur, de brûlure, de contraction, de plus en plus accentuées, ne permettant non seulement aucun contact avec leur mari, mais empêchant l'introduction d'un doigt, d'une canule à injection, lorsqu'elles font leur toilette, voire même celle d'un inoffensif thermomètre. Elles concluent à un rétrécissement progressif des organes, à une occlusion plus ou moins complète, qui les inquiète, par l'origine qu'elles lui attribuent autant que par ses effets.

Le pseudo-vaginisme se rencontre surtout parmi des *invalides de l'appareil génital.* Ce sont des femmes qui, après de longues périodes d'hémorragies, de souffrances, d'inquiétudes, ont subi de graves opérations : hystérectomie ou ablation des annexes, ouverture de vastes suppurations pelviennes. D'autres ont été traitées par les rayons X ou par le radium, pour des fibromyomes ou pour un cancer au début. Opérées, ou guéries par les agents physiques, elles ressentent à des degrés divers les malaises de la ménopause artificielle, qui s'ajoutent à une dépression physique et morale. Cette dépression morale fait qu'elles s'exagèrent toutes leurs sensations ; elles s'imaginent ne plus être les mêmes qu'autrefois, encouragées dans ce sens par des lectures, des conversations avec d'autres malades ou des convalescentes comme elles. Abandonnées aux impressions hyperboliques de leur système nerveux, elles éprouvent bientôt des sensations de gêne, de douleurs, des craintes, que rien ne motive, et qui les dominent au point de créer chez elles des phénomènes d'inhibition, trompant même les médecins éclairés, qui les suivent avec sollicitude.

Des réactions de ce genre s'observent aussi chez nombre de femmes, dont le système nerveux a été diversement éprouvé, chez des mères de famille, mais surtout chez des femmes sans enfants, qui ont atteint la ménopause sans incident. Elles sont humiliées de se voir vieillir ; il suffit d'une réflexion désobligeante de leur mari pour froisser leur amour-propre et exagérer leurs appréhensions ; elles se croient inaptes aux rapports sexuels ; elles les désirent et les redoutent à la fois. Peu à peu, elles les trouvent difficiles, pénibles, et, si quelques circonstances les espacent, elles ne les reprennent qu'avec une méfiance croissante, et elles finissent par croire à un empêchement réel.

Parfois, la crise a une origine purement morale : ce sont de jeunes mariées, insuffisamment averties, qui ont été péniblement initiées à la

(1) Dr A. SIREDEY. — Le pseudo-vaginisme. (*La Médecine*, avril 1931.)

vie conjugale ; elles ont été physiquement et moralement blessées de la rudesse du mari, qui a manqué de tact et de diplomatie. Meurtries, effrayées par ce premier choc, elles voient facilement se développer chez elles des réactions inhibitrices.

Des femmes mariées, en plein bonheur, se sont encore aperçues d'une infidélité du mari ; elles éprouvent de la répulsion, de la crainte d'une contagion, et se prêtent avec regret à des contacts, qui leur paraissent suspects.

Leur examen.

Chez ces malades, il suffit souvent d'un examen, doucement et prudemment pratiqué, pour mettre les choses au point. Il faut bien se garder de les heurter, de discuter à l'avance leurs affirmations, et surtout de chercher à pénétrer brusquement par effraction dans les voies génitales externes, qui opposent, au premier contact, une résistance à peu près invincible.

On doit tout d'abord examiner l'orifice vulvaire, l'urèthre, l'anus, y chercher avec soin, quelque élément d'irritation : une fissure, des vésicules d'herpès, des rougeurs ou érosions. Si celles-ci font absolument défaut, leur absence est rassurante.

« En même temps qu'on applique sur la vulve, parallèlement à la fente et sans chercher à y pénétrer, un seul doigt, couvert d'un doigtier dûment vaseliné, en appuyant *très légèrement* sur l'orifice, — on continue la conversation avec la malade, en lui parlant de ses enfants, de sa famille, de l'emploi de ses vacances ou de toute autre question étrangère à l'objet de son obsession. Après une ou deux minutes d'attente, trois au plus, on sent que les organes s'assouplissent ; on glisse doucement le doigt dans le vagin, qu'on trouve libre et d'aspect normal. Bientôt, on peut sans difficulté le faire suivre d'un second doigt, ce qui permet d'explorer très complètement la cavité vaginale, et de s'assurer qu'elle ne renferme aucune surprise. En montrant à la malade les deux doigts, qu'elle a supportés sans se plaindre, sans ressentir la moindre souffrance, on lui fait accepter un spéculum Cusco de dimensions moyennes, qui confirme toutes les impressions du toucher ; puis, si celui-ci n'a provoqué aucune souffrance — comme c'est la règle —, on peut au moyen de sa vis, le fixer dans son écartement maximum, sans en avertir la malade, et, pour frapper son esprit, on le lui montre largement ouvert. Cette démonstration, appuyée d'encouragements suggestifs, constitue un des points les plus importants du traitement, car il fait comprendre à la malade qu'il n'existe chez elle aucune anomalie ».

De telles manœuvres seraient absolument impossibles, s'il existait, à un degré même atténué, un véritable vaginisme.

Leur traitement.

Le pseudo-vaginisme relève avant tout d'un traitement psycho-thérapique.

S'il existe un peu de leucorrhée, une légère irritation locale, on conseillera des injections tièdes, d'un litre d'eau bouillie, de préférence des décoctions de racines de guimauve, à une température ne dépassant pas 39°, avec contrôle du thermomètre. On y ajoutera un paquet d'hydralin, ou bien de XV à XX gouttes de teinture d'iode, ou bien une cuillerée à entremets de sel de table et de borate de soude.

La rougeur des muqueuses, les sensations de cuisson, seront traitées le soir (l'injection ayant été faite le matin) par de simples lotions tièdes, puis, après un bon essuyage, par des onctions avec la pommade suivante :

Cérat frais, sans eau	20 grammes
Oxyde de zinc......	5 grammes

Eviter tout traitement agressif, tout badigeonnage intérieur à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, à l'argyrol, ou même avec des astringents réputés inoffensifs. Aucune intervention chirurgicale ; pas de résections nerveuses ; pas de diathermie, ni de substances radifères.

Il ne faudra pas prolonger trop longtemps ces soins anodins, car ils entretiennent chez ces femmes l'idée d'une maladie.

On traitera préventivement la défaillance psychique, en se gardant de parler, pour expliquer des souffrances trop souvent inexpliquées, de la possibilité d'une ovarite scléro-kystique, d'une fissure invisible de la vulve ou du vagin, dont la hantise s'imposerait à leur imagination.

Ces femmes névropathes, qui seront à la veille d'une opération chirurgicale, d'un traitement par les rayons X ou par le radium, on les mettra en garde contre les craintes prématurées, contre les préjugés que leur ont inculqués d'autres femmes ; on leur répétera qu'elles seront, après le traitement, telles qu'elles étaient auparavant, qu'elles resteront femmes sans restriction, sauf l'impossibilité de maternités nouvelles et on leur citera maints exemples rassurants.

Plus tard, *lorsque le pseudo-vaginisme survient*, il faut leur démontrer, avec toute la précision désirable, qu'on ne constate chez elles aucun obstacle à la vie conjugale ; il est également nécessaire de leur exposer longuement les inconvénients d'une abstention prolongée de leur part.

« En réveillant chez ces malades le sentiment de leur devoir, le souci du foyer, de la famille, on les guérira beaucoup plus sûrement que par des traitements locaux plus dangereux, en général, que réellement efficaces. »

G. F.

LE RÉGIME DES NÉPHRITES AZOTÉMIQUES ET ACIDOSIQUES

Andrée et Charles FINCK

J'ai déjà exposé, fort d'une expérience personnelle datant déjà de plus de six ans, comment je concevais le régime alimentaire d'un sujet atteint de néphrite azotémique. C'est, en diététique médicale, peut-être le régime le plus difficile à régler et à imposer. Si l'on n'y prend garde en effet, il est de nature à engendrer, par sa monotonie et sa fadeur, la fatigue et le dégoût. S'il ne représente pas, quantitativement, une ration d'entretien suffisante pour le sujet, celui-ci en emprunte le complément à ses propres réserves ; il maigrit, consommant d'abord sa graisse, puis ses muscles, si bien que le remède devient pire que le mal.

Il faut donc savoir le composer et le varier, l'agrémenter aussi, et l'élargir opportunément, pour que la vie des azotémiques ne devienne pas pour eux insupportable.

C'est ce que nous apprennent, dans l'ouvrage qu'ils viennent de publier chez *Quillet* (278, boulevard Saint-Germain, à Paris), Mlle Andrée FINCK, docteur en pharmacie et le Dr Charles FINCK, de Vittel.

Les auteurs ont fait une place importante à un symptôme qui vient assez souvent compliquer l'azotémie, l'acidose, résultant d'une déficience du rein à éliminer les acides, comme il est déficient pour concentrer et éliminer l'urée.

Cette acidose aurait une influence considérable sur le fonctionnement rénal, et elle doit être prise en considération, dans la composition et la conduite du régime.

Dans un premier chapitre, ils rappellent les notions actuellement classiques sur l'azotémie, de cause anatomique ou fonctionnelle. Ils s'étendent également sur l'acidose, ses caractères, sa mesure, etc. Sa cause est, au moins partiellement, la rétention des phosphates. Elle apparaît aux dépens de la réserve alcaline du sang. On la mesure à l'aide d'appareils portatifs parmi lesquels celui de Boigey leur paraît l'un des plus pratiques.

Cette acidose n'a rien de commun avec celle que présentent les diabétiques ; on ne la combat pas, comme celle-ci, à l'aide d'alcalins, et d'insuline, mais par la suppression d'un apport excessif de valences acides, représentées, en particulier, par les aliments riches en phosphore : les viandes, surtout les viandes jeunes, les abats riches en noyaux cellulaires, les céréales et les légumineuses. C'est là l'objet du second chapitre, intitulé : Indications thérapeutiques dans l'azotémie et l'acidose.

La question du sel est bien traitée ; sauf dans les cas de rétention chlorée tissulaire, on peut se montrer tolérant. Il y a même, comme Léon Blum l'a particulièrement démontré, des azotémies par carence salée, qui cèdent à l'administration de doses assez fortes de sel (10 à 15 gr.). Il semble bien que le sel joue un rôle favorisant dans l'excrétion de l'urée.

Les auteurs y montrent la bonne manière de prescrire le régime d'un azotémique. Je suis complètement d'accord avec eux, d'autre part, sur les précautions à prendre pour sa mise en route.

« Un changement brusque de régime, disent-ils, a toujours des inconvénients, et au point de vue physique et au point de vue psychique. Vertiges, sensation de faiblesse, troubles de la vue, paresse intellectuelle et inaptitude au travail ne sont pas rares dans ces conditions. On n'opérera donc de réformes radicales que dans le cas de grandes azotémies, de grandes acidoses en confinant le malade au lit. Dans les autres cas, on agira progressivement. »

C'est infiniment sage.

Ce régime peut, avons-nous dit, être fortement varié.....

« Il ne s'agit pas le moins du monde de se mettre aux pommes purée et aux salades cuites pour le reste de son existence ..... Il y a une cuisine végétarienne dont peuvent se contenter les vrais gourmets ; un menu hypoazoté peut et doit être varié, les légumes, comme les viandes, doivent être garnis pour exciter l'appétit par leur aspect et leur fumet... »

Les aliments qui contiennent de l'acide oxalique, comme les épinards et les haricots verts, peuvent être tolérés à condition d'user d'un artifice de cuisson fort simple, pour les débarrasser de cet acide, irritant pour le rein : cet artifice consiste à ajouter, à l'eau de cuisson, du jus de citron ou du vinaigre de vin.

Artifice analogue pour rendre les farines moins riches en phosphates, facteurs d'acidose comme il a été dit : il consiste à faire cuire le riz, seule céréale tolérée, *à la créole,* dont voici la recette :

« Jeter le riz d'abord lavé, puis séché, dans une grande quantité d'eau salée bouillante ; après dix ou quinze minutes de forte ébullition le riz est cuit. Pour le rendre appétissant, il faut en séparer l'empois qui s'est formé... Pour cela, on le jette sur une passoire et on le lave à l'eau fraîche. On l'étale ensuite sur un plat à l'entrée du four, on le sèche et on le presse dans un moule pour lui donner la forme

d'une couronne par exemple. Par ce mode de cuisson, le riz perd une bonne partie de ses phosphates. »

Mais la partie importante de ce volume est représentée par les douze chapitres suivants qui se répartissent ainsi : Principes généraux de cuisine. — Viandes, volailles, poissons, œufs. — Lait, fromages, crème. — Les légumes. — Les céréales et leurs dérivés. — Jus, liaisons, sauces. — Hors-d'œuvre et salades. — Soupes et potages. — Les condiments. — Fruits. — Entremets. — Conserves. — Boissons, infusions.

Pour terminer, un dernier chapitre est consacré à des exemples de menu. J'en transcris deux ici, à titre de référence :

I

Petit déjeuner. — Thé léger, sucré ; beurre, miel et pain désazoté.

Déjeuner. — Radis, beurre. Petits pois à la crème. Artichauts farcis. Salade de fruits.

Goûter. — Fraises au sucre.

Dîner. — Potage purée de légumes. Pommes de terre nouvelles maître d'hôtel. Gelée de fruits.

II

Petit déjeuner. — *Idem.*

Déjeuner. — Macédoine de légumes avec mayonnaise sans œufs. Girolles sautées. Ragoût des quatre saisons. Tarte aux cerises.

Goûter. — *Idem.*

Dîner. — Potage purée de tomates. Carottes à la crème. Compote de groseilles.

Dans un addendum, les auteurs exposent comment on mesure avec l'appareil de Boigey la réserve alcaline et la tension du CO^2 alvéolaire.

Dans le régime des azotémiques et des acidosiques, la ration d'albuminoïdes est réduite à un maximum qu'il convient de ne pas dépasser. C'est donc dans les hydrocarbones et les graisses qu'il faut chercher les matériaux producteurs des calories nécessaires.

Aussi, insiste-t-on sur les corps gras et les fruits : beurre, crème, graisses diverses ; fruits de toute nature, sauf les oléagineux.

Or, il y a quelques inconvénients à faire appel, durant de longues périodes, à ces aliments. Un azotémique, dont l'état est momentanément stabilisé, compense souvent sa déficience rénale par un fonctionnement activé de son foie.

Il en résulte, à la longue, pour cet organe, un surmenage qui finit par le fatiguer, et diminue sa résistance. L'usage copieux des graisses, et notamment de la crème, contribue à accroître ce surmenage, et peut être la cause de l'installation sournoise d'une cholécystite latente, chronique, qui n'est parfois découverte que par hasard. Le jour où elle se révèle, ce sont de nouvelles complications qui apparaissent dans la composition du régime, dont il faut bannir ces aliments, pourtant si précieux par ailleurs : graisses, et crème en particulier, le beurre étant lui-même réduit en quantité ; fruits crus, etc....

Sans oublier que ces graisses passent pour augmenter la teneur du sang en cholestérine, cette cholestérine, à laquelle on reproche de fabriquer de l'athérome.

Et voici de nouvelles difficultés...

Aussi, convient-il de n'être pas trop sévère dans la prescription d'un régime : hormis les cas où une rigueur s'impose, il convient de se montrer éclectique tout en exerçant une surveillance et un contrôle qui permettront d'effectuer les réductions et les prohibitions qui pourraient être nécessaires en certaines circonstances.

Pour terminer, j'emprunterai à l'ouvrage de Mlle et du Dr Finck la recette des *Artichauts à la Barigoule* :

Bien laver les artichauts. Couper avec des ciseaux l'extrémité des feuilles, les passer 20 minutes à l'eau bouillante, les retirer, les égoutter, enlever le foin.

Préparer d'autre part une farce composée de champignons de couche, ou de morilles, ou de chanterelles, avec du persil et une échalote.

Faire un roux blond avec du beurre, de la farine et un peu de vin blanc. Ajouter la farce ci-dessus jusqu'à la formation d'une purée épaisse.

Mettre la farce dans les artichauts et les ficeler en croix. Les placer dans une casserole avec du beurre, un peu d'eau, du thym et du laurier. Faire cuire. Avec le bouillon, préparer une sauce à la farine et au beurre qu'on versera dessus. »

S'il est vrai que le médecin, à cette heure, ne peut se passer de posséder des notions suffisantes de cuisine, l'ouvrage de Mlle et M. Finck lui sera, à ce point de vue, d'un précieux secours.

G. DUCHESNE.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les arthropathies des hémophiles.

MM. P. Émile Weil et Raphaël Massart, dans un travail très intéressant, illustré de 11 figures, ont étudié les arthropathies, en ce qu'elles sont la complication la plus fréquente de l'hémophilie.

On a coutume de dire que l'évolution habituelle des épanchements sanguins articulaires hémophiliques mène à l'ankylose, à plus ou moins longue échéance. Or, un traitement bien dirigé permet d'obtenir une articulation en bon état, mobile et radiographiquement peu altérée, dans les hémarthroses importantes, ou malgré des arthropathies graves.

Les complications articulaires de l'hémophilie ne surviennent guère que chez les grands hémophiles ; ceux, dont le temps de coagulation est de moins d'une heure, ne présentent pas d'hémarthroses ; c'est dire que, chez un enfant tout jeune, l'observation d'une pareille lésion articulaire, comme première manifestation de l'hémophilie, doit faire porter un pronostic sérieux et amener aussitôt l'institution d'un traitement général et d'une surveillance de tous les instants.

Les arthropathies hémophiliques ne surviennent pas de façon spontanée ; elles sont toujours provoquées par un traumatisme, souvent minime ; et, la disproportion, qui existe entre l'importance de l'épanchement articulaire et le choc qui en a été la cause, doit retenir l'attention du médecin, qui examine pour la première fois ces malades. Le caractère de ces hémorragies est d'avoir tendance, lorsqu'elles se sont produites une fois, à récidiver au niveau de l'articulation déjà frappée.

Il faut distinguer les hémophiles familiaux des hémophiles sporadiques acquis, qui sont bien souvent des hémophilo-hémogéniques. Chez les premiers, l'apparition de l'épanchement sanguin articulaire peut rester un phénomène isolé ; chez des hémophilo-hémogéniques, au contraire, l'hémarthrose, au niveau de laquelle se fait une résorption sanguine, peut susciter des phénomènes d'hémolyse, ou déclencher l'apparition d'hémorragies en d'autres territoires.

C'est le genou qui est le plus souvent le siège de l'hémarthrose, puis le coude, l'épaule, plus rarement la hanche et le poignet.

L'*hémarthrose* constitue la première manifestation articulaire de l'hémophilie ; on ne doit pas y toucher pour l'évacuer ; car l'épanchement sanguin se reproduit aussitôt, et plus important. Elle doit être immobilisée une dizaine de jours dans un appareil plâtré, et en rectitude, avec application de glace en permanence. Grâce à cette pratique locale et au traitement général (transfusion de sang humain, ou injection de sérum frais d'animal), le gonflement disparaît en quelques jours ; l'articulation retrouve peu à peu ses mouvements.

Les *arthrites avec épaississements de la synoviale* résultent de la répétition des accidents articulaires. Il faut ici traiter l'hémophilie et immobiliser le genou en extension, après un redressement fait avec douceur, et sous anesthésie au besoin, si la lésion est ancienne. Dès que l'épanchement a disparu, il convient de vérifier la position, de ne pas enlever hâtivement le plâtre, et de surveiller la reprise précoce des mouvements, avant que les phénomènes inflammatoires aient disparu.

Les arthrites ou déformations de surfaces osseuses exigent une thérapeutique plus complexe ; certaines précautions sont indispensables pour le redressement, car cette opération n'est pas sans dangers, ni gravité. Une heure avant, on injecte, par voie veineuse, 100 à 200 cent. cubes de sang humain ; l'anesthésie générale se fait au chloroforme, car le protoxyde d'azote a l'inconvénient de retarder la coagulation dans les heures, qui suivent l'anesthésie. La manœuvre sera douce, puis continue, mais non brutale. Une gouttière plâtrée immobilisera ensuite le genou en extension. Si le redressement a été trop brusque, un nouvel épanchement peut se produire dans les 48 heures ; il en est de même d'autres complications hémorragiques. C'est là le point critique. L'immobilisation sera continuée deux mois ; puis la marche sera reprise avec prudence, avec un petit appareil de soutien. On peut conseiller le massage des muscles, sans qu'il soit touché à l'articulation, toujours fragile. Très rapidement, la fonction reprend complète ; en quelques mois, le genou a retrouvé sa mobilité. Mais une surveillance constante est nécessaire.

L'évolution en trois stades des arthropathies hémophiliques, abandonnées à elles-mêmes, aboutirait à une ostéo-arthrite grave, avec la fatale ankylose. (*Revue de chirurgie*, n° 4, 1931.)

Nouveau principe de traitement des phlébites, périphlébites et des cellulites des jambes.

Mme le Dr M. Delbary part du fait, que tous les malades, porteurs de ces lésions, souffrent surtout pendant les chaleurs et plutôt dans les climats chauds, pour leur appliquer un traitement par le froid. Les premiers essais ont été

faits sur des malades, atteints principalement de cellulite, auxquels ont été appliqués des pansements permanents spéciaux avec des pommades à base de menthol, au titre progressif de 6 à 12 %, en y ajoutant des éléments vaso-constricteurs et analgésiques : extrait d'hamamelis, anesthésine, éther sulfurique, etc.

De la sorte, des œdèmes durs, datant de plusieurs années, ont fondu à vue d'œil ; les tissus sont devenus de plus en plus souples. Dans les phlébites (après la cessation des grandes oscillations thermiques, au plus tôt quatre semaines après le début) dans les périphlébites récidivantes, les œdèmes et les infiltrations ont disparu.

Les pommades ou liniments doivent être appliqués de façon à ne pas être en contact direct avec la peau, dont on les sépare par une couche de gaze, recouverte d'une autre couche de gaze sèche ou imbibée de gélatine, et maintenues par une bande élastique sans caoutchouc. Une surveillance très attentive de la peau est indispensable, afin d'éviter toute irritation. Si, malgré tout, une dermite avec démangeaisons apparaît, on protège la partie irritée par une grosse couche de talc, ou par l'application d'une solution de résorcine à 0 gr. 50 %. En cas d'ulcères variqueux, on fait d'abord la toilette de la jambe à l'éther ; on applique des rayons ultra-violets à courte distance (50.60) pendant 5 à 15 minutes ; puis, au moment du pansement, on protège l'ulcère avec une pommade à base d'oxyde de zinc et de toluène, qui calme la douleur.

La cure de pansements dure à peu près 6 à 8 semaines pour les cellulites et les phlébites avec péri-phlébites ; on conseille ensuite les rayons ultra-violets, le massage et des bas serrant les jambes. Enfin, quand les tissus sont devenus souples et mous, une cure de bains médicamenteux à domicile ou une cure à Bagnoles sont vraiment efficaces. (*Journal des praticiens*, 27 décembre 1930.)

La mise au repos du poumon dans la tuberculose pulmonaire.

Tout organe, atteint de tuberculose, doit être mis au repos ; la nécessité du repos n'est pas moindre pour le poumon tuberculeux que pour les autres organes.

La collapsothérapie, le pneumothorax artificiel est basé principalement sur la mise au repos ; il en est de même pour tous les procédés, qui en dérivent : phrénicectomie, thoracoplastie, apicolyse.

Le Dr Ch. MANTOUX passe en revue les moyens par lesquels on peut tenter, en dehors des procédés collapsothérapiques, d'assurer au poumon tout le repos compatible avec la conservation de sa fonction.

La cure générale de repos, qui est à la base du traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire, constitue indirectement une mise au repos du poumon. Mais, on ne peut maintenir indéfiniment un malade au lit, voire même à la chaise longue ; quand la fièvre est tombée, bien avant que les lésions soient cicatrisées, on devra autoriser les promenades ; il faudra les régler de façon à éviter tout ce qui entraîne un exercice exagéré de la fonction respiratoire, le moindre essoufflement. On pratiquera aussi le repos vocal. La gymnastique respiratoire sera complètement proscrite chez les tuberculeux pulmonaires jusqu'après la formation de cicatrices solides et anciennes.

La toux est aussi un traumatisme, qu'il faut à tout prix éviter ; ici, on distinguera la toux utile de la toux nuisible. La toux utile, c'est la légère secousse, qui permet au crachat déjà mûr dans la trachée, de franchir la glotte et d'être expectoré. La toux nuisible, ce sont les quintes répétées, que subit le malade, ou qu'il provoque pour lutter contre le prurit que cause la présence de crachats dans l'arbre respiratoire ; cette dernière peut être complètement supprimée; c'est affaire d'éducation. Par une respiration lente et superficielle, on peut l'éviter ; et de même en suçant une pastille, en buvant une gorgée d'eau fraîche, et principalement en ne voulant pas tousser.

Si la toux persiste irréductible, on a recours aux moyens médicamenteux. La formule suivante semble donner toutes satisfactions :

Chlorhydrate d'héroïne .	10 centigrammes
Eau de laurier-cerise....	10 grammes

Prescrire V à X gouttes à la fois, jusqu'à concurrence de XX, parfois XXX ou LX par 24 heures. Cette solution est des plus commodes, sans action nuisible ; l'auteur ne prescrit guère que celle-ci chez les tousseurs irréductibles. (*Le Nord médical*, 1er janvier 1931.)

Les hypertensions artérielles divergentes.

M. C. LIAN démontre qu'une hypertension divergente (trop grand écart entre Mx et Mn) est de règle dans l'insuffisance aortique. Mais il importe de savoir qu'on trouve également une hypertension divergente dans les aortites, sans insuffisance aortique, ainsi que dans l'éréthisme cardiaque du basedowisme et de l'hypersympathicotonie. (*La pratique médicale française*, janvier 1931, A.)

Les réactions vaccinales et post-vaccinales.

Le Dr H. BÉNARD passe tout d'abord en revue la primo-vaccination (incubation, éruption de la vaccine, pustulation, dessication), la revacci-

nation avec ses caractères, enfin certaines particularités et anomalies de la vaccine, certaines complications éruptives.

Puis, il en arrive à l'encéphalite post-vaccinale, question à l'ordre du jour. En l'état atuel de ce problème, deux conclusions pratiques se dégagent :

Tout d'abord, puisque l'encéphalite s'observe surtout chez des enfants de l'âge scolaire soumis tardivement à la primo-vaccination, la plus sûre prophylaxie consistera à observer à la lettre les termes de la législation française, qui prescrit de procéder à la primo-vaccination dans le cours même de la première année.

Les revaccinations ultérieures, surtout si elles sont pratiquées fréquemment de façon à entretenir une solide immunité, n'offriront, à leur tour, aucun danger de complications encéphalitiques.

En second lieu, si dramatique que soit l'apparition de l'encéphalite dans l'évolution ordinairement si bénigne de la vaccine, on ne saurait perdre de vue qu'il s'agit là d'une complication véritablement exceptionnelle.

En France, elle est pratiquement inexistante ; mais, même dans les pays les plus éprouvés, le nombre des atteintes en reste faible, hors de proportion en tous cas avec les terribles ravages qu'exerçait autrefois et qu'exerce encore la variole, sans l'application systématique de la vaccination. Quelques cas d'encéphalite sont donc la rançon douloureuse du plus immense des bienfaits. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccination antidiphtérique dans l'armée.

(M. Ch. Dopter. — *Académie de médecine* ; 19-5-31.)

M. Dopter a fait employer, dans cinq corps de troupe où régnait la diphtérie à l'état endémique, la vaccination par l'anatoxine Ramon, qui a été pratiquée en même temps que la vaccination antityphique, savoir :

1re injection : 1 cent. cube de T. A. B. + un demi-cent. cube d'anatoxine ;

2e injection : 1 cent. cube de T. A. B. + 1 cent. cube d'anatoxine ;

3e injection : 1 cent. cube de T. A. B. + 1 cent. cube et demi d'anatoxine.

Les résultats ont été démonstratifs. La diphtérie a disparu de ces corps de troupe et aucun cas de fièvre typhoïde n'est apparu.

M. Dopter termine sa communication en disant que l'association T. A. B. + anatoxine présente un avantage indéniable. Elle simplifie les opérations de vaccination en faisant bénéficier les sujets des bienfaits de l'une et de l'autre de ces deux méthodes. La première est obligatoire dans l'armée. Il est probable qu'à brève échéance la seconde le sera également.

Sur la réforme des études dentaires.

(M. G. Roussy. — *Académie de médecine* ; 26-5-31.)

La Commission académique des Etudes dentaires, à laquelle ont été adjoints MM. Hartmann, Brumpt et Carnot, a repris l'étude et la discussion du projet Milan Rio, à la suite des avis assez différents émis à la tribune de l'Académie, et dont nous avons parlé dans un compte rendu antérieur.

M. Roussy présente aujourd'hui les conclusions de la nouvelle commission, qui sont les suivantes :

1° Etant donné que les programmes du doctorat en médecine ne comportent ni stage, ni travaux pratiques, ni examen sur les matières ayant trait à l'art dentaire, l'Académie de médecine n'accepte le principe du projet de loi Milan-Rio qu'à la condition que les programmes des études médicales soient modifiés avant sa mise en application, et qu'ils comprennent un enseignement spécial pour les étudiants se destinant à l'art dentaire.

2° L'Académie propose de modifier comme suit les articles 2 et 3 du projet de loi : Art. 2. — « Les chirurgiens-dentistes reçus antérieurement auront le droit d'exercer l'art dentaire conformément à la loi de 1892 ». Art. 3. — « Les étudiants ayant pris une première inscription pour le diplôme de chirurgien-dentiste jouiront, après leur réception, des prérogatives de l'art. 2. »

3° Article 4 de la proposition de loi sans changement.

4° Adjonction à l'art. 5 : « En aucun cas, le diplôme de docteur en médecine ne sera donné rétrospectivement aux chirurgiens-dentistes, sans le titre initial du baccalauréat et sans les examens probatoires et la thèse exigés de tous. »

Des causes de la rareté du cancer en Egypte.

(M. Schrumpf-Pierron. — *Académie de médecine* ; 19-5-1931.)

M. Pierre Delbet présente un travail de M. Schrumpf-Pierron, ancien professeur de clinique médicale au Caire, sur les causes de la rareté du cancer en Egypte.

L'auteur pense que ces cause résident dans la ri-

chesse du terrain et des eaux en magnésium. Le sol égyptien a une teneur en magnésium dépassant 1 gr. 50, alors que la teneur maxima constatée en France est de 0 gr. 10 seulement. Les eaux et l'eau du Nil, en particulier, contiennent une dose notable de magnésium, surtout l'eau basse, boueuse, que le fellah boit sans la filtrer, quelque limoneuse qu'elle soit. Beaucoup d'Egyptiens préfèrent cette eau et l'eau limoneuse des canaux à celle, que la conduite urbaine leur fournit filtrée. M. Schrumpf-Pierron soigne une vieille princesse qui, lorsqu'elle va passer l'été à Constantinople, emporte des tonneaux d'eau du Nil, non filtrée, qu'elle déclare indispensable à sa santé.

La grande rareté du cancer et surtout du cancer digestif, en Egypte, semble à l'auteur être intimement liée à la richesse du sol et de l'eau en magnésium. Les Egyptiens des villes et les Européens sont plus fréquemment atteints par le cancer que les fellahs des campagnes, parce que le pauvre fellah boit l'eau sale des canaux et se nourrit surtout de produits des champs ayant poussé sur un sol magnésium, alors que les citadins et l'européen boivent de l'eau filtrée et sont moins végétariens.

La rachianesthésie chez l'enfant.

(M. Balacesco, de Bucarest. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1931.)

Dans leur rapport au Congrès de Chirurgie de 1928, MM. Forgue et Basset déconseillaient la rachianesthésie chez l'enfant au-dessous de quinze à seize ans, et il apparaît que la plupart des chirurgiens en France partagent cette opinion.

M. Balacesco, qui est professeur de clinique chirurgicale infantile à Bucarest, pense, au contraire, qu'il n'y a aucune raison pour ne pas utiliser la rachianesthésie en chirurgie opératoire, chez les jeunes sujets. Pour sa part, depuis douze années, il l'emploie presque quotidiennement, sans avoir rencontré de difficulté spéciale et son expérience se base aujourd'hui sur plus de 700 cas.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, les enfants, convenablement encouragés, se prêtent aux manœuvres de la rachianesthésie et restent parfaitement dociles pendant l'opération, du moins pour la grande majorité. Ils tolèrent ce mode d'anesthésie aussi bien que les adultes, et il n'y a chez eux pas d'autres contre-indications que celles habituelles à ce procédé de narcose. On a, comme chez l'adulte, quelques insuccès justiciables d'une anesthésie générale « de secours ».

L'auteur, en définitive, emploie la rachianesthésie, dans les mêmes conditions que pour les sujets plus âgés, à partir de 3 ou 4 ans. P. L.

Polypes nasaux et sinusites.

(M. L. Leroux. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-1931.)

La polypose nasale ne doit plus être considérée comme une affection purement ethmoïdale ; elle atteint toujours plusieurs cavités sinusales ; mais, en l'absence de tout signe clinique de cette extension, on pratiquera une injection de lipiodol, suivie de radiographie, qui permettra de reconnaître à coup sûr l'étendue et l'importance des lésions œdémateuses dans les sinus, et d'intervenir rationnellement.

Le rôle étiologique de l'infection semble minime à côté de l'importance du terrain ; la syphilis acquise et surtout héréditaire, la rhinite spasmodique, l'asthme, souvent chez des tuberculeux, sont trop fréquemment rencontrés, pour ne pas comporter une importance prépondérante et nécessiter une thérapeutique médicale, associée à l'acte chirurgical.

Intérêt de la ponction exploratrice dans les collections suppurées du pharynx.

(M. J. Tarneaud. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 28-2-31)

Cette ponction exploratrice, préalablement employée d'une manière systématique depuis plusieurs années, permet de constater la présence du pus ; de repérer le lieu exact de l'abcès ; de faire, à coup sûr, l'intervention libératrice ; de prouver au malade, le cas échéant, la nécessité de l'opération.

Erythromélie de Pick-Herxheimer et paraspasme facial bilatéral. — (MM. Rathery et Sigwald.) Amélioration par la diélectrolyse (ou ionisation) transcérébrale de magnésium.

(G. Bourguignon et S. Eliopoulos. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 27-2-1931.)

L'érythromélie et le paraspasme facial bilatéral, affections rares, ont coexisté chez la même malade.

Ces deux maladies paraissent n'avoir de commun qu'une évolution chronique, car leurs manifestations sont assez dissemblables ; l'une, cutanée, consiste en l'amincissement et la distension progressive de la peau ; l'autre est de nature nerveuse. L'étiologie de ces deux affections reste obscure et discutée.

A noter que l'érythromélie survient entre 30 et 50 ans, chez l'homme de préférence ; débutant presque toujours par les extrémités des membres inférieurs, elle s'étend ensuite de l'extrémité vers la racine, en se propageant le long des crêtes osseuses. Après le stade de tuméfaction érythémateuse, qui semble être inflammatoire, on voit se développer une atrophie progressive ; la peau se plisse, devient trop lâche ; la sécrétion sudorale se tarit ; les poils tombent.

La réunion de ces deux affections plaide en faveur d'une origine nerveuse, peut-être sympathique. Le terrain (obésité, hyperglycémie, hypercalcémie) n'est peut-être pas indifférent. Dans l'érythromélie il y a atteinte et trouble du sympathique périphérique, avec manifestations trophiques, vaso-motrices, sudorales ; l'augmentation des chronaxies dans le territoire musculaire des lésions cutanées confirme cette interprétation.

La pathogénie du paraspasme est plus complexe ;

son origine centrale n'est pas niable, non plus que la transmission de l'influx par une voie, autre que la voie motrice habituelle, par une voie extra-pyramidale.

Soumise à la diélectrolyse transcérébrale de magnésium, suivant un procédé décrit en détails, appliqué pendant plusieurs mois, la malade a vu d'abord disparaître totalement son spasme facial ; et il s'est produit une amélioration très appréciable de l'érythromélie. Toutes les chronaxies motrices sont devenues normales des deux côtés, et la chronaxie sensitive en jeu, dans le réflexe radio-périosté, est revenue à la normale comme les chronaxies motrices.

Les examens électriques et oscillométriques ont démontré l'amélioration constatée cliniquement, tant au point de vue subjectif (amélioration fonctionnelle du membre supérieur gauche) qu'au point de vue objectif (diminution de l'érythromélie, disparition de l'œdème, réchauffement de la main gauche).

Au point de vue pratique, il ressort que la diélectrolyse transcérébrale est un puissant moyen d'action sur les centres vaso-moteurs cérébraux, et qu'on devrait employer ce mode de traitement dans bien des cas, en dehors des lésions nerveuses proprement dites.

L'ion magnésium, employé ici, pour la première fois, doit prendre place à côté de l'ion iode et de l'ion calcium; mais il ne faut pas oublier qu'il augmente temporairement la pression artérielle, ce que ne font ni l'iode, ni le calcium. Il faut donc ne l'employer qu'avec discrétion chez les hypertendus ; d'où il résulte que, dans l'hémiplégie, l'ion calcium reste l'ion de choix.

Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique chez les employés des tirs forains.

(MM. GARCIN, CHRISTOPHE, BOCAGE et HÉLION. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-2-1931.)

La première malade vint consulter pour un syndrome cérébelleux typique avec démarche ébrieuse, incoordination marquée, tremblement statique et intentionnel ; il ne manquait ni la classique parole scandée, ni le nystagmus. On pouvait penser à une sclérose en plaques, mais il n'y avait aucun syndrome pyramidal associé. D'ailleurs, l'examen complet révéla l'existence d'un liseré mercuriel des gencives (sans avoir subi aucun traitement bismuthique ou mercuriel) ; il y avait aussi dédorage de l'alliance et d'un collier, que portait le sujet. La malade, étant donné sa profession d'employée de tir forain, était donc atteinte d'une forme sévère de tremblement mercuriel.

D'ailleurs, les mois précédents, elle avait présenté des poussées de gingivite et, symptôme plus évocateur encore, une crise de colite dysentériforme avec 20 selles sanglantes par jour.

Le tremblement n'apparut que deux mois plus tard, et il fut bientôt suivi de l'aspect clinique, précédemment décrit.

L'hydrargyrisme subaigu ou chronique chez les employés des stands de tir n'est pas une notion nouvelle, le fulminate de mercure, qui entre dans la composition des amorces, représentant une source d'intoxication non négligeable. Une nouvelle enquête a démontré la réalité et les conditions de cette intoxication, par suite de la toxicité de l'atmosphère dans ces stands.

Il faut donc chez les employés de ces tirs dépister les petits signes d'alarme : rhinite, gingivite, colite, et, dès lors, leur conseiller d'abandonner momentanément ou définitivement leur profession. On ne doit pas attendre pour cela, la fixation du toxique sur le système nerveux (premiers stigmates de tremblement mercuriel).

G. F

Toulouse.

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Formes vomitives des tumeurs cérébrales de la fosse postérieure.

MM. RISER et VALATA rapportent deux observations de tumeurs juxta-bulbaires, dont une vérifiée à l'opération, ne s'étant manifestées pendant plusieurs années que par des vomissements mis sur le compte d'un syndrome gastro-intestinal.

Une de ces malades a commencé à vomir au début de 1927 presque tous les jours, sans efforts, sans la moindre céphalée. En janvier 1929, elle est examinée par les auteurs, qui ne trouvent pas le plus petit signe d'affection cérébrale ; l'examen oculaire avec prise de la T. A. R. est absolument négatif. Ils la revirent en avril 1930, très amaigrie, pesant 38 kilogr. presque aveugle, avec céphalée persistante et des gros signes cérébelleux au niveau des membres supérieurs seulement. M. Clovis Vincent a pu extirper, aussi complètement que possible, un méningio-blastome de 3 cm. sur 2, adhérant au plancher du 4e ventricule qui était presque obstrué. Deux séries de radiothérapie ont été faites depuis l'intervention : à l'heure actuelle, on note encore quelques vomissements, mais l'état général est florissant (63 kilogr.) ; il n'y a pas la moindre céphalée, les signes cérébelleux ont complètement disparus ; pas de stase papillaire, T. A. R. normale, acuité visuelle 1/10.

Cette observation s'apparente étroitement à celles de M. Haguenau : des tumeurs cérébrales, surtout de la fosse postérieure, peuvent ne se manifester chez le jeune adulte pendant des années que par des vomissements continus, qui sont toujours rattachés à une autre cause.

Contribution à l'étude des méningites lymphocytiques curables.

MM. R. SOREL et ADOUE communiquent une observation de méningite à forme psychique, pres-

que apyrétique, survenue chez un homme de 36 ans, en dehors de toute cause apparente : l'hypothèse de méningite tuberculeuse paraissait au début la plus probable. L'examen du liquide céphalo-rachidien donna les résultats suivants : liquide clair ; tension 28 (assis) ; cellules 54,5 (dont 43 lymphocytes) ; albumine 0,55 ; chlorures 6,30 ; sucre 0,60 ; benjoin colloïdal 022100 ; réaction de B. W. négative.

En trois semaines, parallèlement à un traitement anti-infectieux banal, la guérison totale se produisit : on assista à la sédation progressive des signes méningés et mentaux ; une aréflexie rotulienne bilatérale ainsi qu'une parésie du droit interne de l'œil droit, constatées lors du premier examen, disparurent ; une deuxième ponction lombaire révéla cette fois un liquide normal à tous égards.

A l'occasion de ce nouveau cas, les auteurs reprennent la discussion étiologique de ces formes curables de méningites lymphocytiques ; se fondant sur des caractères cliniques, bactériens (absence de bacilles de Koch, et inoculation au cobaye négative), sur l'absence de toute notion épidémiologique, ils rejettent les diverses hypothèses, qui sont soulevées par de tels faits (tuberculose, herpès, oreillons, spirochétose, poliomyélite, encéphalite, etc.). En l'absence de tout critère clinique, humoral ou microbiologique, ils considèrent qu'il faut encore maintenir dans des cadres d'attente imprécis, ces formes spéciales, essentielles en apparence, de méningite à lymphocytes, la leptoméninge étant susceptible de réagir en même temps que les autres séreuses, à divers processus toxi-infectieux, exogènes ou endogènes.

Fracture cunéenne externe de l'extrémité inférieure du radius.

MM. J.-P. Tourneux et P. Fabre communiquent le cas d'un homme âgé de 36 ans, qui, à la suite d'une chute sur la paume de la main droite, ayant portée principalement sur l'éminence thénar, présentait, sans qu'il y eut aucune espèce de déformation, une légère impotence fonctionnelle, de la gêne des mouvements de pronation et de supination, ainsi que de la douleur provoquée au niveau de la styloïde radiale.

L'examen radiographique montra qu'il s'agissait d'une fracture cunéenne externe de l'extrémité inférieure du radius, avec fragment pyramidal triangulaire volumineux, mais sans déplacement et par suite sans dénivellement de la surface articulaire radiale.

Fracture de la clavicule à disposition inverse.

MM. J.-P. Tourneux et Gadrat rapportent l'observation d'un homme âgé de 54 ans, qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, était venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu, accusant des phénomènes douloureux dans la région claviculaire gauche ainsi que de la gêne dans l'élévation du bras.

Ce malade, qui pouvait se déshabiller tout seul, présentait comme le confirma la radiographie, une solution de continuité complète au niveau du tiers moyen de la clavicule, mais avec un trait de fracture à disposition inverse, c'est-à-dire dirigé obliquement en bas et en dehors, ce qui est très rare.

C'est à la direction particulière du trait de fracture ainsi qu'à l'antagonisme musculaire qu'il conditionnait, qu'il convient d'attribuer l'absence de déformation, ainsi que le degré tout relatif de l'impotence fonctionnelle accusée par le blessé.

Fracture de la pointe et luxation congénitale de la rotule.

MM. J.-P. Tourneux et Sol relatent l'histoire d'une jeune homme de 17 ans, qui, étant tombé les jambes croisées au cours d'une partie de foot-ball, ressentit, au moment où il essayait de se relever, dans le genou droit un craquement subit suivi d'une vive douleur.

Amené le lendemain à l'Hôtel-Dieu, il présentait tous les signes classiques des fractures transversales de la rotule, mais le trait siégeait très bas, au niveau de la pointe, ce qui est exceptionnel.

Point particulièrement intéressant, le blessé était atteint d'une luxation congénitale des deux rotules, appartenant à la variété permanente incomplète : les deux rotules, qui à la période de repos répondaient au condyle externe, mesuraient 9 cent. 1/2 de large, et c'est vraisemblablement à cause de cette hypertrophie augmentant la résistance osseuse, que la solution de continuité s'est produite au niveau de l'apex patellaire.

Phlébite de l'humérale et de l'axillaire, premier signe d'un cancer de l'estomac.

MM. Bonnhoure et Cantegril communiquent l'histoire d'un homme de 67 ans qui vint consulter pour troubles de l'état général et troubles pulmonaires. L'amaigrissement, la toux, la notion d'une ancienne pleurésie faisaient penser à l'évolution possible d'une tuberculose fibreuse ou d'un néoplasme pulmonaire. Ces diagnostics furent infirmés par la clinique, l'examen bactériologique des crachats, et la radiographie.

Trois mois après, le malade présentait une phlébite du membre supérieur gauche avec œdème, cyanose et douleurs assez violentes, localisée aux troncs de l'humérale et de l'axillaire. La palpation révélait en outre la présence d'un gros ganglion sus-claviculaire de Troisier, symptomatique d'un cancer viscéral. Malgré de nombreux examens, on ne put découvrir le siège du néoplasme. L'hypothèse gastrique fut éliminée, l'examen clinique demeurant négatif, et le malade ne présentant aucun signe digestif (digestion parfaite, appétit conservé, reprise de poids de 2 kilogr.).

Les manifestations phlébitiques durèrent trois mois environ ; puis, quelque temps après « la restitutio ad integrum », le malade présenta une violente crise épigastralgique, au cours de laquelle l'exa-

men clinique mit en évidence l'existence d'une hernie épigastrique, cause vraisemblable des phénomènes douloureux.

Trois mois plus tard, au cours d'une nouvelle crise, l'exploration de la région révéla l'existence d'un gros foie, dont le bord inférieur était nettement marronné. Le diagnostic devenait évident : il s'agissait bien d'un cancer de l'estomac, malgré l'absence totale de douleurs gastriques, de vomissements et de signes digestifs. La radiologie montra d'ailleurs une image lacunaire classique, siégeant sur la grande courbure, dans la région de l'antre pylorique ; six semaines plus tard, le malade qui avait refusé toute intervention, succomba au cours d'une crise d'anurie. A ce moment le ganglion sus-claviculaire avait disparu ; le palper montrait, par contre, la présence d'une grenaille de petits ganglions sus-claviculaires et d'un cordon huméral induré.

Détail particulier, la femme du malade avait elle-même succombé, dix mois auparavant, d'un néoplasme pylorique, évoluant sous le masque d'une anémie pernicieuse et traité par gastro-entérostomie.

Les Congrès

XXX^e Congrès français d'urologie

(*Suite et fin*) (1).

Les contusions rénales

Diagnostic. — En général, il ne présente pas de difficultés, et les seuls moyens cliniques permettent souvent de déceler la lésion du rein traumatisé, ainsi que l'intensité des dégâts. Certaines circonstances (enfance, coma, ivresse) rendent cette tâche plus délicate.

Le symptôme principal des contusions rénales, l'hématurie, est le pivot du diagnostic.

1° *Il y a hématurie.* — Le diagnostic est souvent facile. Dans certains cas, pourtant, l'hésitation est permise entre une contusion rénale et une rupture vésicale. La percussion de la région sus-pubienne, le cathétérisme vésical, sont d'un grand secours pour trancher la difficulté.

L'existence du syndrome péritonéal décèle, soit une effraction du péritoine, soit des lésions viscérales abdominales.

Le diagnostic de la gravité des lésions rénales est très important : il est fait d'après l'intensité des symptômes, caractérisant l'hémorragie dans l'atmosphère périrénale : la contracture abdominale ; la matité, l'hématome périrénal de volume progressivement croissant. Ces signes sont de valeur capitale.

2° *Il n'y a pas d'hématurie.* — Il s'agit presque toujours de cas très graves, car il y a rupture des vaisseaux ou de l'uretère.

Des méthodes adjuvantes de diagnostic. — Les moyens cliniques suffisent au diagnostic d'urgence. Contre toutes les complications, qui peuvent surgir, après qu'on a triomphé des aléas des premiers jours, les ressources de l'exploration urologique permettent de surmonter des difficultés nouvelles.

La pyélographie a été préconisée dès 1914 par Luckett et Friedmann. Elle permettrait, d'après ces auteurs, l'appréciation de l'intensité des lésions, de leur siège intra ou extra-capsulaire. Pendant quelques années, cette exploration semble n'avoir pas été utilisée : depuis 1925, on la trouve mentionnée dans un certain nombre d'observations. Des faits observés, il semble que l'infection du rein contus ne soit pas à craindre, à condition qu'on explore sous le couvert d'une asepsie impeccable : le collargol, l'argyrol, l'umbrénal, l'iodure de sodium ont été employés comme solutions opaques. La solution d'iodure de sodium, à 20 p. 100, ne semble pas dangereuse pour l'atmosphère périrénale, quand elle s'y répand. La pyélographie, contre-indiquée dans les cas immédiatement graves, semble pouvoir donner des renseignements précieux, quand, dans les semaines qui suivent l'accident, persistent des accidents sérieux (hématurie, contracture).

Dans l'avenir, la pyélographie par voie endoveineuse (urosélectan) sera sans doute utilisée pour connaître l'étendue des lésions rénales.

Pronostic. — Son étude est importante, si on l'étend tant aux accidents immédiatement consécutifs à la contusion qu'aux complications précoces et tardives.

1° *Pronostic immédiat.* — On ne peut donc chiffrer, de façon certaine, la mortalité globale des contusions rénales, d'autant qu'un très grand nombre de cas bénins, non publiés, échappent aux statistiques.

On doit donc se contenter de conclusions cliniques, d'une précision tout aléatoire. Les contusions rénales, compliquées d'autres lésions (viscérales, péritonéales, squelettiques), sont extrêmement graves. Les contusions, dans lesquelles il y a broiement du rein, arrachement des vaisseaux pédiculaires, sont de pronostic très sérieux. Il en est de même pour les contusions de reins uniques, de reins en fer à cheval, de reins hydronéphrosés. Mais, tous ces cas réunis sont rares en somme.

La majorité des contusions rénales est à ranger dans la catégorie des contusions bénignes, et leur pronostic immédiat est favorable. Un certain nombre

(1) V. *Concours medical*, n^{os} 25 et 26.

d'entre elles peut présenter, itérativement, des complications.

2° *Pronostic à longue échéance : l'avenir des contusionnés du rein.* — Pour avoir une idée exacte de la gravité réelle des contusions du rein, il faudrait que de nombreux cas, de toute catégorie, pussent être suivis pendant des années. Cette étude a été faite très rarement, car les contusions rénales sont relativement rares, et le même chirurgien n'a pas l'occasion d'en soigner de longues séries. On en est réduit à analyser les quelques cas revus à l'occasion de complications, d'expertises. Comme ils ne sont pas fort nombreux, les conclusions qu'on peut tirer n'ont qu'une valeur restreinte.

Après opération conservatrice, le rein contus peut présenter de l'atrophie partielle (Fredet), ou complète (Ferron).

Après le traitement médical, on peut observer la suppression fonctionnelle du rein contus, ou une diminution de sa capacité fonctionnelle. Mais il est bien établi (Legueu, Chevassu), que la cicatrice du parenchyme d'un rein contus n'entraîne pas fatalement la déchéance fonctionnelle de l'organe blessé. Bien mieux, celui-ci peut, après guérison, avoir une valeur supérieure à celle du rein sain.

Mais, dans la grande majorité des cas, les reins contus guérissent et demeurent guéris définitivement.

Traitement. — Les principes directeurs du traitement ont, au cours des années, subi de multiples vicissitudes et, à l'heure actuelle, il s'en faut que l'unanimité d'opinion soit réalisée à leur sujet.

Les indications opératoires, primitivement réservées à des cas exceptionnels, se sont précisées et multipliées avec les années.

Mais elles ne peuvent se déduire de formules toutes faites : les indications doivent être discutées et pesées, pour chaque cas, d'après les données fournies par la clinique. Néanmoins, si l'on fait état des dangers immédiats et lointains des contusions rénales, en même temps que du peu de danger que présente une intervention exploratrice, on aboutit à la conclusion qu'il vaut mieux intervenir précocement et fréquemment que tardivement et rarement. Ce principe général ne vaut qu'à la condition absolue qu'on opère avec le parti pris, bien arrêté, de tout faire pour éviter une néphrectomie, qui ne serait pas absolument indiquée.

Indications thérapeutiques. — 1° *Immédiates.* — Tout sujet atteint de contusion rénale doit être soumis à un examen complet, et à une observation minutieuse pratiquée d'heure en heure. Les symptômes recueillis permettent de catégoriser les cas.

Cas très graves : Il y a des signes de lésions viscérales, péritonéales, des signes d'hémorragie rénale intrapéritonéale : il faut opérer sans délai.

Il y a des symptômes de broiement du rein, de ruptures des vaisseaux du pédicule (accélération progressive du pouls, baisse continue de la tension, signes d'hémorragie intense, hématome périrénal progressivement croissant, contracture abdominale *localisée à une zone rénale) : on doit opérer* sans tarder.

Cas bénins : Les symptômes généraux sont peu marqués, ainsi que les signes fonctionnels. Le traitement médical est seul indiqué.

Cas moyens : Les signes généraux demeurent intenses, l'hématurie abondante, les douleurs vives. La contracture abdominale localisée est assez marquée ; ou bien, il y a un hématome périrénal, qui n'augmente pas progressivement.

Il est impossible de fixer une règle de conduite univoque. Celle-ci dépend des données de l'exploration clinique. En général, l'intervention immédiate ne s'impose pas. Mais s'il apparaît que les signes, tant généraux que locaux ont une tendance à s'accroître, si la situation du blessé laisse des doutes, il vaut mieux intervenir.

2° *Indications secondaires.* — L'hématurie demeure abondante, le sujet s'anémie, l'état général décline. Ou bien apparaissent des phénomènes infectieux.

Il faut opérer, et les explorations urologiques donnent les plus précieuses indications.

3° *Indications tardives.* — Une hématurie importante apparaît et persiste. Il faut alors intervenir.

Les suites judiciaires des contusions rénales. — Les litiges les plus nombreux sont déterminés par des accidents du travail.

A) Les contusions rénales, accidents du travail. — Les taux d'incapacité. — *Néphrectomie.* — On sait que l'ablation d'un rein ne détermine pas de troubles dans le rein adelphe : d'innombrables preuves chirurgicales ont été données.

Ceci ne veut pas dire qu'un néphrectomisé pour contusion rénale n'ait droit à aucune indemnité. La nature a doté l'homme d'un capital vital de luxe, pour ce qui concerne le parenchyme rénal. La néphrectomie réduit cette capacité biologique, ne laissant subsister qu'un capital de nécessité. Les infections, les intoxications retentiront lourdement sur ce rein unique : on a beau dire que l'expert n'a pas à tenir compte de leur action éventuelle, et qu'il ne doit qu'apprécier la valeur productive de l'accidenté avant et après l'accident. Précisément, le néphrectomisé pour contusion rénale doit renoncer aux travaux de force, à ceux qui l'exposent aux intempéries et aux intoxications. Il ne faut pas perdre de vue que la fonction rénale est de celles, qui sont le plus dégradées par l'usure de la vie.

Le taux d'incapacité de 50 p. 100 est généralement admis par la majorité des auteurs.

Guérison après intervention conservatrice ou traitement médical : dans ces cas, il faut évaluer par les méthodes urologiques usuelles la capacité fonctionnelle du rein blessé, éventuellement sa déchéance. Le taux d'incapacité sera proportionné à celui-ci.

Complications infectieuses. — Pyélonéphrite unilatérale : 20 p. 100, 30 p. 100, 40 p. 100, selon la déchéance des reins. Pyélonéphrite bilatérale : de 60 p. 100 à 100 p. 100. Pyonéphrose : quand le rein

adelphe est intact, 50 p. 100 ; sinon, taux de l'infection rénale bilatérale. Périnéphrite suppurée : le taux est conditionné principalement par les lésions infectieuses du rein sous-jacent à la zone suppurée.

Hématonéphroses, hydronéphroses traumatiques. — Taux de la néphrectomie.

Pseudo-hydronéphroses. — Le taux d'incapacité sera proportionné à la déchéance du rein sous-jacent à la lésion.

Néphrite traumatique. — L'étude médico-légale de cette complication est très simple, si l'on tient compte que l'expert n'a pas à apprécier l'état antérieur du rein.

a) L'albuminurie et la cylindrurie post-contusives sont souvent transitoires et guérissent spontanément. Si elles existent au moment de l'expertise, accorder une indemnité qui sera révisible dans les délais légaux.

Quand elles semblent définitives, préciser s'il s'agit de lésions uni ou bilatérales.

b) Néphrites vraies, uni ou bilatérales : ces cas sont difficiles à expertiser. Pour les cas bilatéraux, selon toute vraisemblance, la néphrite était antérieure au traumatisme.

Les pourcentages suivants sont proposés :

Albuminurie unilatérale : 20 à 30 p. 100, sous réserve de revision.

Néphrite bilatérale (considérée comme une aggravation d'un état antécédent) : 30 à 40 p. 100, sous réserve de révision.

Mal de Bright (considéré comme une aggravation d'un état antécédent) : 30 à 50 p. 100, sous bénéfice de revision.

Néphropexie. — Il pouvait exister, avant l'accident, une mobilité rénale latente. Le taux d'incapacité généralement admis est de 20 p. 100.

Tuberculose rénale. — S'il existait avant le traumatisme des signes manifestes de tuberculose rénale, aucune indemnité n'est due. Le traumatisme n'aura fait que hâter le moment de la néphrectomie, seul mode de guérison, actuellement connu, de cette affection.

Si, à l'opération, on trouve des lésions rénales extrêmement avancées, alors que le traumatisme était récent, il ne sera dû aucune indemnité.

De même, quand on trouve des lésions de néphrotuberculose minimes, alors que le traumatisme est très ancien.

Tumeurs du rein. — *a*) Accidentés traumatisés en état de bonne santé apparente. Pour que soit admise la relation de cause à effet, il faut que soient réunies les conditions précisées par Segond. Taux de la néphrectomie.

b) Accidentés alors que la tumeur existait. Aucune indemnité n'est due.

Lithiase rénale. — L'indemnité variera selon qu'il a été fait une pyélotomie, une néphrolithotomie ou une néphrectomie.

Phénomènes douloureux. Périnéphrites. — Ces cas sont difficiles à expertiser, car des douleurs peuvent exister sans lésions somatiques. L'examen urologique s'efforcera toutes les fois de dépister celles-ci.

B) Les contusions rénales et le code civil. — Les conditions d'indemnisation sont tout à fait différentes de celles qui précédaient.

Les éventualités variant à l'infini, il est impossible de donner une évaluation des indemnités. Les chiffres précédemment établis peuvent servir d'élément d'appréciation du taux à allouer.

Discussion

M. Legueu (de Paris). — Comme conséquence des contusions rénales, on doit compter avec l'*hydronéphrose traumatique* dont la réalité est établie par les faits cliniques et les expériences. Mais il n'est pas nécessaire, pour sa production, qu'il y ait sur l'uretère un rétrécissement ; la dilatation en réalité est plus souvent sous l'influence d'un trouble du dynamisme pyélo-urétéral de même nature que celui, qui produit les hydronéphroses dites spontanées.

Quant à la *néphrite traumatique*, on peut dire qu'elle n'existe pas ; les grandes albuminuries, qu'on voit après les traumatismes, ne sont que des coïncidences et, en général, les contusions moyennes guérissent sans diminution de la valeur fonctionnelle et sans altérations anatomiques, susceptibles de troubler la santé des blessés. On doit tenir compte cependant, dans l'appréciation de la gravité ultérieure, de l'infection qui s'ajoute quelquefois, à titre temporaire au moins, des hématuries à longue distance.

En dehors de ces cas, L. estime qu'une indemnité de 10 à 20 p. 100 correspond au plus grand nombre des petits et moyens cas, alors que le taux doit être porté à 50 p. 100 au minimum après les néphrectomies.

Dr Lepoutre (Lille) signale l'intérêt des *ecchymoses tardives et à distance*. Elles sont la manifestation d'hématomes importants et légitiment l'intervention.

L'*existence d'une hydronéphrose antérieure* donne un aspect spécial à la contusion du rein. Il ne faut pas seulement étudier la rupture d'hydronéphrose, mais les traumatismes d'hydronéphrose sans rupture, dont l'auteur a montré déjà toute l'importance.

On peut, à la suite des contusions du rein, observer des *hématuries unilatérales*, qui persistent pendant des mois, qui ne sont pas explicables par une déchirure du rein, et prennent l'aspect de la néphrite hématurique, ou même des hématuries essentielles. La congestion joue un grand rôle dans la pathogénie de ces hématuries, comme le montre l'examen histologique.

L'auteur apporte un cas de *lithiase*, survenue longtemps après un traumatisme : il s'agissait de calculs innombrables agglomérés dans une masse de sang laqué.

L'*intervention chirurgicale* est rarement indiquée après les contusions du rein. L'évacuation de l'hé-

matome est utile : envers le rein lui-même, on poussera très loin le principe de la conservation.

M. André (Nancy) a observé 8 cas de contusion rénale, dont 5 cas légers ou moyens et 3 cas graves.

Il est intervenu dans 3 cas seulement ; deux fois des opérations conservatrices (tamponnement, suture) ont été pratiquées. La troisième intervention a été une simple exploration chez un malade, chez qui la contusion avait porté sur un rein unique pathologique. Ce malade a d'ailleurs succombé. Tous les autres ont guéri. Les raisons déterminantes de l'intervention ont été l'hématurie abondante et prolongée, l'hématome périrénal, la température, la présence de pus dans l'urine.

Dans un cas, il s'agissait d'un rein en fer à cheval.

Les trois malades, atteints de contusion grave, ont été revue après six mois, cinq ans et onze ans, très bien portants, mais il n'a pas été pratiqué d'examen urologique.

Deux des malades qui avaient eu des contusions moyennes ont été examinées et on a constaté que le rein autrefois lésé fonctionnait presque aussi bien que l'autre.

Il n'a pas été observé de néphrite, d'hydronéphrose, de tuberculose, de calcul ou de tumeur chez un ancien contusionné du rein.

M. Jeanbrau (de Montpellier) rapporte deux cas exceptionnels. Le premier remonte à 1917 et concerne un soldat tombé sous un camion, et qui fut apporté dans son ambulance en état de shock intense avec hématurie très abondante et contracture pariétale droite. L'incision lombaire faite, le rein jaillit littéralement hors de la plaie remplie d'énormes caillots, qu'on enleva à pleines mains. Les vaisseaux et l'uretère avaient été rompus. Il fut impossible de lier les vaisseaux (faute d'un éclairage suffisant et en raison de l'état de shock), et M. Jeanbrau se borna à tamponner fortement avec des compresses et à faire une copieuse transfusion. Le blessé guérit après avoir fait de violents accès paludéens, parce que le donneur était un tirailleur sénégalais, et que tous les Sénégalais étaient impaludés.

Le second cas concerne un jeune homme de vingt-cinq ans qui, après une contusion lombaire, fit un énorme épanchement urineux périrénal (pseudo-hydronéphrose), qui se développa à froid et sans déterminer d'autre gêne qu'un accroissement de volume asymétrique de l'abdomen. M. Jeanbrau évacua cette poche par l'incision lombaire et ne put trouver le rein. Un mois après, comme une fistule urinaire persistait par laquelle s'écoulait la moitié de l'urine, il intervint à nouveau et trouva le rein, de volume normal, perforé comme par un emporte-pièce d'un orifice arrondi, qui faisait communiquer un calice avec l'extérieur. Néphrectomie, guérison.

En ce qui concerne la néphrite traumatique suite de contusions sans plaie, M. Jeanbrau n'en a jamais observé de cas indiscutable, pas plus de tuberculose rénale créée par un traumatisme.

Dr Duvergey (Bordeaux). — *Les contusions rénales et leurs suites éloignées.*

Les contusions moyennes et graves du rein sont susceptibles de laisser des séquelles.

Les lésions infectées sont assez fréquentes ; la pyélonéphrite est la forme observée la plus commune ; elle est le plus souvent coli-bacillaire. Le phlegmon périnéphrétique n'est pas rare, l'hématome périrénal s'infectant secondairement.

Les néphrites à forme albuminurique, douloureuse et hématurique, sont difficiles à interpréter dans leurs rapports avec le traumatisme : l'état de fonctionnement de chaque rein avant l'accident étant inconnu.

L'hydronéphrose, le plus souvent infectée, tire son origine de déchirures urétérales cicatrisées, d'hématomes résorbés encerclant l'uretère. Elle n'est guère justiciable que de la néphrectomie.

Exceptionnellement le rein flottant peut être observé après le traumatisme rénal, auquel il doit uniquement son origine.

Si les dispositions de la loi de 1898 facilitent la mission de l'expert, il est souvent délicat de connaître les liens exacts de causalité qui unissent la contusion rénale et les accidents ultérieurs.

M. Louis Phélip (de Lyon), à propos de 12 cas de traumatismes du rein suivis pendant plusieurs années, montre que dix ans après le traumatisme il y avait : trois morts par urémie progressive ; un cas de crises douloureuses ; une tuberculose secondaire ; quatre déficiences du fonctionnement rénal ; trois éliminations normales.

C'est-à-dire 25 p. 100 de morts, 25 p. 100 de normaux, 33 p. 100 d'insuffisance rénale.

A propos de onze expertises pour traumatisés de guerre, M. Phélip donne les règles suivies pour les pensionnés de guerre.

R. Darget (de Bordeaux). — J'ai observé récemment 2 cas de contusion rénale grave avec hématurie abondante. Un malade présentait des phénomènes péritonéaux et un hématome périrénal, qui descendait jusque dans la fosse iliaque. Un cathétérisme urétéral, pratiqué huit jours après, montra un obstacle infranchissable à la partie moyenne de l'uretère comprimé par l'hématome. Le malade se rétablit spontanément et, deux mois plus tard, on constatait la *restitutio ad integrum*, l'uretère avait retrouvé sa perméabilité. Dans le deuxième cas, la contusion rénale s'accompagnait de fracture des trois dernières côtes et d'un volumineux hématome. Le traitement médical institué amena une amélioration progressive et une étude très complète du fonctionnement des deux reins par cathétérisme urétéral, pyélographie, injection intraveineuse d'urosélectan, constante d'Ambard, épreuve à la phénolphtaléine, montra que le rein blessé n'avait qu'une très faible diminution de sa fonction. Ces deux observations viennent à l'appui de l'opinion du rapporteur qui considère que la majorité des contusions rénales guérissent spontanément. Une intervention ne doit être pratiquée qu'en présence d'hémorragie grave

indiquée par la marche du pouls et de la tension artécielle.

M. F. Bernasconi (d'Alger) rapporte sa statistique personnelle qui s'élève à 10 cas, et insiste sur deux points, l'un intéressant le diagnostic et l'autre le traitement.

Au point de vue du diagnostic, il conseille comme complément d'examen, chaque fois qu'elle est possible, la cystoscopie, avec un cystoscope à cathétérisme. Cet examen permet, surtout chez les polyblessés, porteurs de contusions multiples, de découvrir parfois une rupture vésicale qu'on ne soupçonnait pas, de préciser le côté atteint, de s'assurer de l'existence du rein opposé, et, en recueillant quelques centicubes d'urine, d'être fixé sur son fonctionnement.

Ces renseignements donnent une sécurité opératoire appréciable.

Au point de vue du traitement, il est partisan, dans tous les cas de l'intervention précoce. On évitera ainsi souvent les complications immédiates ou tardives, qui sont d'une extrême gravité, et on se trouvera dans les meilleures conditions pour faire une chirurgie conservatrice. La lombotomie est une opération bénigne ; elle a le double avantage de permettre de vérifier l'état des lésions et d'intervenir en toute connaissance de cause.

M. Pasteau (Paris). — L'*hydronéphrose traumatique* existe, mais, en pratique, il est souvent difficile d'en établir le diagnostic certain, car il s'agit souvent d'une simple « aggravation de lésions rénales antérieures » ; la pyélographie peut rendre des services pour ce diagnostic, mais elle peut être suivie d'infection, et les accidents de néphrite ultérieure pourraient, au moins dans certains cas, être imputés à l'exploration ; il semble au contraire que l'exploration rénale par urographie après injection intraveineuse doit être ici recommandée dans les cas de ce genre.

Le *traitement* varie suivant la gravité des lésions. Dans les cas graves, il est nécessaire d'intervenir. En cas de doute, il faut s'en rapporter aux signes cliniques et à l'évolution, être prêt à opérer, mais avoir tendance à ne pas le faire, car trop souvent l'opération aggrave les lésions, et bien des néphrectomies auraient pu être évitées, si on n'avait pas voulu extraire le rein pour en faire l'exploration *de visu*.

Au total, il faut, pour éviter l'infection, se garder des explorations intempestives et en particulier du cathétérisme urétéral ; rester prêt à opérer, mais, autant que possible, ne pas intervenir.

Les Thèses

St. — Dr M. Adler. — **Les kystes odontogènes. Etude clinique. Méthodes opératoires.** (Strasbourg, 1930.)

La grande majorité des kystes juxta- et intrasinusiens d'origine dentaire est justiciable de l'opération suivant la méthode de Partsch. Pour les kystes intrasinusiens, dont le volume dépasse celui d'une noix, toute méthode établissant une communication nasale est indiquée suivant les principes de la rhinologie. Le choix de la méthode à suivre dépend des dispositions individuelles dans chaque cas ; il résultera de la topographie, des conditions pathologiques du kyste et de son voisinage.

La radiographie, à elle seule, est insuffisante pour établir le diagnostic d'un kyste ; elle doit être associée et comparée aux résultats de l'examen clinique. Pour les kystes de nature adamantine, le médecin doit toujours pratiquer la biopsie, s'il ne veut pas être rendu responsable de la récidive, souvent observée. L'obturation des canaux des dents à amputer doit être effectuée immédiatement avant l'opération, et non la veille. Dans la cure chirurgicale des kystes radiculaires et folliculaires, la suture transpalatine a paru à l'auteur toujours constituer un détail technique, favorable à l'acte et aux suites opératoires. Il n'hésite pas à la recommander. L'application d'une plaque occlusive en celluloïde offre de grands avantages au cours du traitement post-opératoire.

La vitalité des dents contiguës à un kyste peut être conservée, dans le cas où l'on opère d'après la méthode de Partsch.

La cavité creusée par le kyste se comble beaucoup plus rapidement dans les cas, où la membrane kystique a été extirpée, que dans ceux où la membrane a été laissée en place. Les grands kystes multiloculaires de la mâchoire inférieure ne nécessitent qu'exceptionnellement la résection totale ou partielle avec solution de continuité, même s'ils occupent la branche montante dans sa totalité. Les interventions conservatrices sont généralement suffisantes. Pour les kystes adamantins la récidive est d'autant plus à redouter que les différentes cavités sont petites et multiples.

P. — Dr A. Brault. — **Les suppurations prostatiques à staphylocoques.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1930.)

Les suppurations prostatiques sont de deux ordres :

1° Les suppurations d'origine canaliculaire consécutives à une infection urétrale (Ex. rétrécissement, manœuvres opératoires sur le canal). Même lorsque le gonocoque est la cause première de l'infection prostatique, il s'efface rapidement derrière les pyogènes vulgaires. Très souvent dans ces cas, la suppuration est à staphylocoques.

2° Les suppurations prostatiques, qui semblent apparaître spontanément, et qui sont en réalité secondaires à un état septicémique plus ou moins net, et se produisent par voie sanguine. Dans ces cas, également, les germes en cause peuvent être très variables. Cependant, dans l'immense majorité des cas, la suppuration est due au staphylocoque, ce qui s'explique bien d'ailleurs, puisque ces prostatites suppurées apparaissent 9 fois sur 10 après un anthrax ou une poussée de furoncles. On sait que le staphylocoque a une affinité particulière pour les voies urinaires.

Ces suppurations prostatiques à staphylocoques ne sont donc qu'un épisode au cours d'une septicémie à staphylocoques. Si la virulence microbienne est atténuée, l'abcès de la prostate peut être la seule manifestation suppurée de la maladie, et, dans ces cas, le pronostic est assez favorable. Mais dans d'autres cas, la suppuration prostatique passe en deuxième plan ; elle est précédée, accompagnée ou suivie d'autres phénomènes infectieux très graves, d'autres manifestations suppurées (atmosphère périrénale, os, etc..) Il s'agit alors d'une très sévère infection staphylococcique, dont la mort est le plus souvent le résultat.

Le traitement de cette affection est essentiellement chirurgical. Evidemment tant que les signes de la suppuration prostatique ne sont pas nets, on peut essayer la vaccinothérapie, bien que, dans les suppurations profondes, ce procédé paraisse peu efficace. Il peut donner des résultats, comme il en a donné dans certaines infections périnéphrétiques ; mais lorsque l'abcès est collecté, il faut l'ouvrir le plus rapidement possible, tout en remontant l'état général et en luttant contre la septicémie lorsque celle-ci est grave.

P. — Dr Praux. — **Pelade et persistance de racines de dents temporaires.** (Paris, imprimerie de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1930.)

Chez certains peladiques, c'est le système sympathique qui est le primum movens, par exemple dans la pelade traumatique. Peu importe d'ailleurs le niveau, où est lésé ce système nerveux sympathique.

Parmi les causes les plus communes d'irritation du système sympathique, on peut ranger les excitations gingivo-dentaires. La persistance de racines de dents temporaires peut réaliser une excitation de cet ordre. Chez tout individu porteur de plaque peladique, il y a lieu d'examiner soigneusement le système dentaire.

De la constatation des lésions peladiques consécutives à la persistance de racines de dents temporaires découle cette notion thérapeutique : nécessité de soigner les dents temporaires au même titre que les dents définitives, et en particulier de conserver autant que possible l'intégrité physiologique de la pulpe pour permettre leur résorption spontanée.

St. — Dr P. Haubtmann. — **Les abcès puerpéraux de l'utérus.** (Strasbourg, imprimerie Ch. et J. Gœller, 1930.)

Dans l'étiologie des cas observés par l'auteur, l'avortement est le plus souvent la cause. Nous savons que l'application du forceps, le curettage, la plaie utérine provoquée par un instrument chirurgical peu de jours avant l'accouchement sont d'un rôle néfaste.

L'abcès utérin est formé par la voie lymphatique et la voie veineuse n'est à mentionner qu'en second ordre.

L'abcès utérin est très difficile à diagnostiquer. Si la chose devient possible, il faut que la douleur soit bien aiguë et bien localisée et la palpation bien facile.

L'abcès se localise presque toujours au fond et sur une corne de la matrice.

Le traitement : dans les abcès sous-muqueux diagnostiqués, il est indiqué de faire la vidange par la voie intra-utérine ; dans tous les autres cas, l'hystérectomie totale rapidement menée, suivie par le drainage méthodique de la cavité, et ceci dans les cas seulement où l'on est en présence d'un début de péritonite. Dans tous les autres cas, il faut se borner à drainer, laisser l'utérus en place.

THÉRAPEUTIQUE

Divergences entre le taux du calcium sanguin et les besoins calciques de l'organisme

Par le Dr Savigny

Les besoins calciques de l'organisme sont relativement grands ; le sang en est le grand monnayeur, et c'est à lui qu'il appartient de distribuer dans les divers organes (charpente osseuse, viscères, tissu nerveux, etc.) le calcium nécessaire à chacun.

Cependant la calcémie, c'est-à-dire le taux du calcium sanguin, est remarquablement fixe, et oscille, à 10 millig. près, autour de 100 millg. par litre de plasma. Comment n'être point frappé par cette fixité, cette constance du plasma sanguin en calcium, alors que l'appel des organes est susceptible de considérables variations ? A remarquer aussi que le jeûne relatif, et même absolu, ne modifie que d'une façon insignifiante le taux de la calcémie.

C'est que, pour maintenir une quantité suffisante de calcium dans les tissus et organes, où il joue un rôle essentiel sur les fonctions vitales, en particulier le système nerveux et l'encéphale, le sang fait des emprunts aux réserves calciques de l'organisme, dès que la calcémie tend à descendre au-dessous de la normale. Pour ces emprunts, il puise, d'abord, aux réserves les plus abondantes, c'est-à-dire au tissu osseux, et en premier lieu, semble-t-il, au tissu dentaire. C'est pourquoi il est classique de noter la fragilité des dents, indice d'un processus décalcificateur, dans tous les cas où l'organisme traverse une période de grande consommation calcique : croissance, grossesse, allaitement. Chaque enfant coûte une dent à sa mère, dit un proverbe populaire. Cet appauvrissement calcique de la denture et des alvéoles est éminemment favorable à l'éclosion de la carie, chez les jeunes, et de la pyorrhée chez les sujets d'un certain âge.

Aussi, lorsque l'organisme doit faire face à de grands besoins calciques, que ce soit momentanément (grossesse, lactation), ou pendant une période plus prolongée (croissance, tuberculose), convient-il de lui assurer, par l'alimentation, des apports de calcium suffisants pour maintenir normal le taux de la calcémie, sans que, pour ce faire, le sang ait à faire appel aux réserves. Il ne faut pas compter sur l'administration des sels minéraux de calcium, et ceux-ci, comme l'a montré en particulier Mouriquand, agissent plutôt comme des décalcificateurs. L'adrénaline, quoi qu'on en ait dit, et si longtemps, n'aide pas à la fixation du calcium ; cependant il est posble que dans l'extrait surrénal total certains éléments soient utiles à ce point de vue, ceci est encore à vérifier. Beaucoup plus intéressants sont, chez les jeunes, les extrait de thymus, de parathyroïde ; et surtout, et chez tous, l'ergostérine irradiée, vitamine D de synthèse, qui constitue le plus puissant fixateur du calcium actuellement connu. Aussi l'association d'une petite dose (point nécessaire de dépasser le but) d'ergostérine irradiée aux phosphates végétaux assimilables, est-ce là le vrai moyen héroïque, dont dispose le thérapeute pour maintenir fixe le taux de la calcémie sans appauvrissement des réserves, et même avec leur enrichissement. Rappelons ici qu'un traitement suffisamment prolongé par la phytine de Gilbert et Posternak, le seul principe phosphoré organique végétal bien défini, donne souvent de remarquables fixations calciques que de nombreux auteurs ont mises en évidence par la méthode des bilans. Son association à l'ergostérine irradiée, dans le *fortossan irradié*, a doté récemment la thérapeutique d'un agent recalcificateur plus énergique et plus rapide encore, dont l'action, dans le rachitisme en particulier, est d'une netteté toute expérimentale.

Placés sous l'influence d'un tel traitement, les malades feront les frais, sans danger pour leur système osseux et leur denture, soit d'un rapide accroissement statutaire, soit d'une grossesse, d'une affection aiguë, ou même d'une poussée bacillaire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LE CONTROLE SYNDICAL DANS L'ASSURANCE-MALADIE

Un de nos correspondants nous a écrit ce qui suit :

« Je suis chargé par mon Syndicat d'un contrôle délicat dans une affaire d'assurance sociale, sur la demande de la Caisse. Désirant le faire aussi régulièrement que possible, je vous serais reconnaissant de me donner quelques directives sur les droits et les devoirs d'un médecin contrôleur.

Ne pensez-vous pas que ces directives seraient intéressantes à connaître pour tous et que quelques articles pourraient, dans le *Concours médical*, être utiles ? »

Rappelons d'abord, — on ne saurait trop y insister, — que la loi a institué deux contrôles qui s'exercent indépendamment l'un de l'autre, sans jamais s'exclure : un contrôle général, *administratif*, à la diligence et par les soins des caisses ; un contrôle *technique*, par les soins des syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les caisses, et à la diligence, soit de celles-ci, soit à sa propre diligence, soit même à la demande d'un tiers : assuré, médecin.

Ce contrôle syndical est défini par l'article 10 du règlement d'administration publique en ces termes :

« Le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel. Il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, et d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens... »

Si l'on comprend aisément ce qu'il faut entendre par nombre de visites et régularité des ordonnances, on peut se demander par contre à quoi s'applique la régularité des certificats, puisque les documents officiels : loi et règlement d'Administration publique, ne renferment pas cette expression.

En fait, on trouve dans la loi, à plusieurs reprises, l'expression *attestation médicale*. Une attestation de cette nature est prévue à l'article 5 dans le cas où l'assuré ne peut reprendre ou continuer son travail après le cinquième jour qui suit le début de la maladie.

L'article 9 prévoit également une attestation médicale au bénéfice de l'accouchée qui se trouve dans l'impossibilité d'allaiter elle-même, et réclame des bons de lait.

L'article 10 met enfin à la base de la pension d'invalidité justifiée par une affection qui se prolonge au delà de six mois, et réduit la capacité de travail de l'assuré, sur une attestation médicale.

D'autre part, la convention type prévoit l'éventualité d'une attestation médicale préalable quand l'assuré a besoin de soins spéciaux, ou prolongés (art. 3) et quand son médecin juge nécessaire une consultation avec un confrère (art. 5).

Ailleurs, le règlement type d'administration intérieure des Caisses prévoit l'attestation médicale du médecin traitant qui demande l'intervention d'un consultant, ou d'un spécialiste (soins chirurgicaux ou spéciaux, art. 22 et 23) ; ou l'hospitalisation de son malade (art. 31). Il semble que ces attestations résultent d'une mention explicite sur la feuille de maladie, ou même d'une simple signature, dans la colonne *ad hoc* de celle-ci.

Le mot *certificat* n'apparaît, dans ce règlement, qu'à l'art. 15 (soins d'urgence avant délivrance de la feuille de maladie) ; à l'art. 48 (date présumée de l'accouchement d'une femme enceinte) ; à l'art. 49 (déclaration de grossesse) et art. 53 (allaitement partiel nécessitant la délivrance de bons de lait).

Ceci dit, et le but du contrôle syndical étant ainsi défini, nous devons l'envisager à deux points de vue différents : la *procédure* du contrôle ; *sa technique*.

La procédure du contrôle vient d'être parfaitement exposée par Paul CIBRIE, dans le numéro spécial du *Médecin de France*, de mai 1931.

Le syndicat désigne l'un de ses membres pour effectuer le contrôle réclamé par une présomption d'abus, à l'encontre d'un médecin, dans le cadre de l'Assurance sociale ; il va sans dire que ce contrôleur sera « un homme dont la valeur personnelle et l'honorabilité ne peuvent être

discutées », et jouissant, par cela même, d'une autorité incontestée.

Ce contrôleur se mettra donc en rapport avec le médecin soupçonné, soit qu'il le convoque à un rendez-vous, soit qu'il se rende auprès de lui. Il entendra ses explications. Après quoi, il pourra conclure au classement de l'affaire, soit que le médecin n'ait absolument rien à se reprocher, soit qu'il n'ait péché que par ignorance de la loi et des règlements, sans avoir eu la moindre intention de tirer un profit illicite de l'Assurance. L'affaire, étant donc classée, ne sera pas déférée au Conseil de famille du syndicat, qu'il est vraiment inutile de réunir obligatoirement puisque la plainte n'est pas fondée.

Au contraire, le contrôleur « acquiert des présomptions suffisantes ou même une certitude sur la culpabilité du médecin contrôlé ». Il saisit du résultat de son instruction le Conseil de famille ; celui-ci désigne un rapporteur chargé de procéder de nouveau à une enquête qui fera l'objet d'un rapport que le Conseil étudiera, discutera, pour prononcer son jugement. Jugement susceptible d'un premier appel devant le Conseil de famille national ; d'un second appel devant la Commission arbitrale nommée par le Conseil supérieur des Assurances sociales ; enfin d'un pourvoi en Cassation devant le Conseil d'Etat.

Il va sans dire que, si l'affaire est retenue par le Conseil de famille du Syndicat, celui-ci ne pourra juger qu'après avoir entendu le médecin incriminé, dûment convoqué et comparaissant en personne, assisté ou non d'un avocat, ou par représentant autorisé (médecin ou avocat inscrit au barreau choisi par lui).

P. Cibrie estime, et cela paraît juste, que le classement d'une affaire *ipso facto*, quand le contrôle a été déclenché par la caisse, doit s'effectuer d'accord entre le médecin contrôleur syndical et un représentant de la caisse, qui ne pourra être mieux choisi qu'en la personne de son propre médecin contrôleur.

N'y a-t-il pas cependant, me semble-t-il, dans la procédure ainsi envisagée, une lacune ou une omission ? C'est une question que je pose pour les raisons suivantes. C'est par conversations ou examen de pièces que le médecin contrôleur acquerrait les présomption, ou la certitude, de la culpabilité du médecin contrôlé. Dans certains cas, oui, sans doute : par exemple une fracture du poignet sans complications, dont le traitement aurait comporté des prescriptions de spécialités fantaisistes, vins, élixirs, etc.

Mais, en d'autres cas, j'avoue qu'il me paraîtrait impossible d'acquérir de pareilles présomptions à un degré suffisant, moins encore une certitude, concernant cette culpabilité, sans que le malade ait été examiné par le médecin contrôleur. Comment apprécier en effet *la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens*, dans la pratique médicale, si l'on n'a pas sous les yeux l'objet même de cette pratique, c'est-à-dire la malade ?

C'est bien ainsi d'ailleurs que s'effectue le contrôle en matière d'accidents du travail. Et le contrôle des pensionnés de guerre, s'il peut s'exercer sur pièces puisque le motif de la pension ouvrant droit aux soins médico-pharmaceutiques gratuits est connu, s'effectue aussi à la faveur d'un examen de l'intéressé ; c'est le contrôle direct, déclenché par la Commission tripartite.

Si cette phase du contrôle syndical doit, en certains cas, être accomplie, cela nous amène à envisager comment on peut en concevoir la *technique*.

C'est tellement délicat que je m'en voudrais de donner des conseils à ce sujet. Je me bornerai à exposer comment, si j'étais chargé d'une mission de cette nature, je m'efforcerais de la remplir.

Pour reconnaître qu'il y a eu abus dans le nombre de visites faites, dans la nature des médications prescrites, dans la rédaction d'un certificat ou d'une attestation, il faut tout d'abord être renseigné sur la *réalité* de la maladie et sur sa *nature*.

J'entends bien que le médecin contrôlé devra me fournir des explications à ce sujet ; donc me faire connaître son diagnostic, et son traitement. Si cela peut suffire dans les espèces simples qui aboutissent au classement de l'affaire, ou dans celles, au contraire, où l'abus saute aux yeux, même à distance, il me semble par contre qu'à partir du moment où un doute s'est élevé dans mon esprit, où par conséquent il m'apparaît que je ne puis plus croire mon confrère sur parole, je ne pourrai asseoir une présomption, et plus encore une certitude de culpabilité, que sur l'examen du malade auquel je procéderai en sa présence.

Mais, m'objectera-t-on peut-être, on ne vous en demande pas tant. A partir du moment où le doute, à tout le moins, vous a envahi, vous en faites part au Conseil de famille, et c'est au rapporteur désigné par celui-ci, qu'il appartiendra de procéder à une enquête plus approfondie, comportant cet examen du malade...

N'est-ce pas, oserai-je dire, reculer le temps épineux de l'instruction en cours et la compliquer ? Et combien n'est-il pas délicat de provoquer cette instruction sans s'être entouré de tous les renseignements nécessaires ? Il va sans dire d'ailleurs que j'envigage le cas où la plainte est déposée durant la maladie. Si elle est postérieure à la guérison, il est évident que la situation ne se présente pas de la même façon.

Quoiqu'il en soit, l'abus ne pourra être parfois discerné que si l'on est fixé sur la réalité et la nature de la maladie. Et la conduite du trai-

tement ne sera elle-même appréciable qu'en fonction de l'affection en cause.

C'est ici d'ailleurs que le médecin contrôleur doit se montrer d'une impartialité absolue, faire abstraction de ses idées personnelles, et étudier en toute objectivité l'espèce qui lui est soumise. Il n'a pas en effet à critiquer une médication uniquement parce que lui-même ne l'aurait pas recommandée. Et, puisque la liberté de prescription est reconnue par la loi, on peut supposer que le médecin contrôleur serait un homéopathe dont la pharmacopée demeurerait lettre morte ou à peu près pour un allopathe.

Même circonspection s'impose dans l'appréciation du nombre de visites faites. Chacun possède, à cet égard, sa manière à soi ; tel se contentera, dans une grippe thoracique fébrile, d'une visite par jour durant la période aiguë ; tel autre estimera que sa responsabilité en exige deux : affaire d'appréciation personnelle, dont on ne peut pas ne pas tenir compte. Et c'est là que je m'efforcerais de montrer un libéralisme averti et clairvoyant.

Le *Médecin de France* expose le résultat du contrôle syndical dans 54 départements, depuis la mise en application de la loi (neuf mois). Or, quatre fois seulement, il s'est agi de faits graves. Et le reste du temps, les irrégularités des médecins contrôlés l'ont été par ignorance de la loi ; il a suffi de leur montrer leur erreur pour qu'ils se rendent à l'évidence. Là où on a pu noter des abus de prescription, le Conseil de famille n'a pas eu le plus souvent à intervenir, et les conflits de minime importance, ont été résolus à l'amiable.

Il pourrait arriver que le médecin contrôlé ait eu recours à une méthode nouvelle de traitement, encore peu connue, et d'un contrôle difficile pour un omnipraticien insuffisamment documenté. Avec ou sans examen du malade, et après s'être renseigné sur cette méthode, il se bornerait à exposer au Conseil de famille le résultats de ses investigations, sans conclure. Le Conseil de famille instruirait l'affaire à son tour, en faisant alors appel aux compétences qu'il pourrait rencontrer au sein du syndicat, s'il le jugeait à propos.

La plainte ayant été déposée par la caisse, il pourrait arriver aussi que le contrôle syndical désire voir s'élever un débat contradictoire légalement défini. Le Conseil de famille inviterait la caisse à faire jouer le § 3 de l'article 7 : « Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix ».

C'est là une opinion strictement personnelle. Mais je pense, exactement comme Paul Cibrie, que : « La loi... bourrée d'imperfections, devra être bien souvent reprise et remaniée. On voudra bien admettre que certaines de ses modalités d'application ne puissent recevoir, dès le début du fonctionnement, des directives immuables et des solutions définitives. »

On ne saurait avant longtemps tirer des conclusions définitives des résultats du contrôle syndical, qui n'a fonctionné encore que très partiellement. Le fait pourtant que la plupart des plaintes déposées ont été sans objet, ou ont eu trait à des fautes vénielles, que quatre fois seulement, semble-t-il, des faits de gravité plus grande ont été retenus, montre bien que, compte tenu de la sagesse que doit inspirer la crainte du gendarme, comme le dit fort justement Paul Cibrie, le Corps médical, dans son ensemble, est digne de considération et que sa moralité générale est au-dessus des critiques que certains politiciens, en quête de boucs émissaires, lui ont adressées.

J'ai eu l'occasion de rencontrer des amis provinciaux au courant du fonctionnement de la loi, et je n'ai pas manqué de leur demander les observations qu'ils avaient pu faire. L'un d'eux, que je voyais hier, pharmacien dans une petite ville pourvue de deux médecins, m'a dit qu'il n'avait remarqué aucun changement dans la manière d'exercer de ces deux confrères, qui continuent à soigner les assurés sociaux d'aujourd'hui, comme ils les soignaient quand ceux-ci étaient livrés à eux-mêmes. Il a noté seulement que depuis la mise en route de la loi, ses bénéficiaires se soignent plus volontiers et font plus souvent appel au médecin. Naguère, on attendait que l'indisposition ait pris un caractère assez marqué, que la fièvre ait atteint un certain degré thermique, avec une menace de durée, pour demander un secours médical. Présentement, au contraire, aux premiers malaises ressentis, on a recours à l'homme de l'art.

C'était prévu et conforme d'ailleurs aux désirs du législateur qui a fait cette loi dans l'espoir que ses assujettis auraient un souci plus grand de leur santé. On me dira sans doute que ce souci risque parfois de masquer une crise de paresse, et de dégénérer en abus. Le contrôle, sous ces deux faces, est précisément institué pour combattre, dans la mesure du possible, de tels agissements.

J'espère bien que l'on ne soulèvera pas, à propos de ce contrôle syndical, la question du secret professionnel : je ne vois pas bien comment il pourrait être ici évoqué.

En tous cas, dans les rapports entre médecins contrôleurs des caisses et médecins traitants, dont j'ai déjà eu l'occasion de parler dans mes chroniques, elle paraît réglée par la décision suivante, prise par le Conseil d'administration de

la Confédération des syndicats, et que je reproduis en finissant :

« Le médecin traitant pourra communiquer, d'accord avec le malade, les renseignements techniques nécessaires au médecin contrôleur de la Caisse, tenu lui-même en vertu d'un engagement spécial au secret professionnel. »

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Mort subite

COUR DE CASSATION (Chambre civile)

24 *mars* 1931.

Doit être réputé avoir succombé à la suite d'un accident du travail, l'ouvrier, qui, à la suite d'un travail fort pénible, est trouvé mort sur le lieu de ses occupations, alors que l'autopsie, si elle n'a révélé aucune trace de traumatisme, n'a pas également montré la trace d'une maladie préexistante. Les efforts successifs et pénibles, faits par la victime au cours de son travail, établissent que le travail a été sinon la cause, tout au moins l'occasion de la mort.

Sur le moyen unique ;

Vu l'article 1, § 1 de la loi du 9 avril 1898,

Attendu que toute lésion qui se produit dans un accident, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant du travail.

Attendu que V...., charretier au service de D..., minotier chargé de livrer le 7 octobre 1925, des sacs de farine à C..., boulanger, a été trouvé mort debout, les mains appuyées sur le 19e sac qu'il venait de transporter.

Attendu que, pour rejeter la demande en paiement de rentes formée tant en son nom personnel qu'au nom de ses enfants mineurs par la veuve, l'arrêt attaqué déclare que celle-ci n'a pas rapporté la preuve, qui lui incombe d'une « relation de cause à effet entre un accident du travail ou tout au moins entre une lésion provoquée par un effort même normal dans le travail et la mort survenue subitement », cette preuve, « en l'absence de constatation formelle de lésions ou de troubles organiques caractérisés », ne pouvant résulter « de vraisemblances ou d'hypothèses » émises par les experts et reposant « sur la similitude entre des manifestations morbides successivement éprouvées par la victime dans la même journée ».

Mais, attendu qu'il résulte des constatations, tant de l'arrêt attaqué que du rapport des experts, dont la Cour d'appel ne critique que les conclusions que, dans la matinée du 7 octobre 1925, V... plaçant sur une brouette, un cylindre du poids de 100 kgr. avait eu une syncope, la face congestionnée et n'était revenu à lui qu'un quart d'heure plus tard après un vomissement ; qu'il avait néanmoins repris son travail et que c'est, dans l'après-midi du même jour, après avoir transporté à un premier, par un escalier difficile, 19 sacs de farine d'un poids de 75 kgr. chacun, qu'il avait succombé, que, l'autopsie, si elle n'a relevé aucune trace de traumatisme n'a d'autre part révélé chez l'ouvrier aucune trace de maladie préexistante.

Attendu que ces constatations suffisent à établir que, c'est au cours des efforts pénibles faits par V... qu'il a été soudain frappé de syncope, puis de mort, l'une et l'autre au cours du travail et dont le travail a été, sinon la cause, tout au moins l'occasion.

D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait l'arrêt attaqué n'a pas donné de base légale à sa décision et a violé le texte ci-dessus visé.

Par ces motifs,

Casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Bourges, le 15 novembre 1927 et renvoie devant la Cour d'appel de.....

Commentaires

Le « Sou médical » avait été saisi de cette affaire et, dans le *Concours médical* 1928, 1145, j'avais établi une consultation juridique sur les relations de cause à effet, dans les cas de mort subite, à l'occasion du travail.

Le Docteur Lucien Apard, de Reuilly (Indre), avait demandé conseil au « Sou médical », en faveur d'une malheureuse veuve, ayant des enfants à sa charge et qui se voyait refuser, en appel, toute allocation, sous le prétexte qu'elle n'apportait pas la preuve de la relation de cause à effet, entre le travail pénible, auquel avait été assujetti son mari et le décès subit, survenu pendant et sur le lieu du travail.

Ce qui poussait principalement notre confrère à aider cette malheureuse pour obtenir justice, c'est que des situations troublantes s'étaient produites.

Ainsi, alors qu'elle réclamait l'autopsie immédiate de son pauvre mari, pour rechercher la cause exacte du décès, le juge de paix faisait traîner les choses, de sorte que lorsque l'autop-

sie fut ordonnée, il était impossible de trouver quoi que ce soit, vu la décomposition avancée du cadavre et des parties molles, telles que le cerveau.

Rappelons brièvement les faits : un ouvrier avait été atteint le matin d'une syncope, à la suite d'un effort, alors qu'il plaçait, avec l'aide d'un camarade, sur une brouette, un cylindre du poids de cent kilogr.

Ayant néanmoins repris son travail, il fut appelé à livrer le même jour des sacs de farine. Il en monta 18 au premier étage, par un escalier très difficile, sans éprouver la moindre fatigue.

Il venait de monter le 19e, lorsque, ne le voyant pas redescendre, on le rechercha et on le trouva les mains appuyées sur le sac qu'il venait de déposer auprès des autres, la tête penchée en avant et ne donnant plus signe de vie.

La cour de Bourges, par arrêt du 15 novembre 1927 (*Concours médical*, 1928, 1147) se refusa à entériner le rapport des médecins experts.

Ceux-ci ayant pratiqué l'autopsie un mois après le décès (par suite de lenteurs inexplicables apportées par la justice de paix) ne trouvèrent aucune lésion pathologique pouvant expliquer le décès. Notamment, le cerveau était liquéfié par la putréfaction et ne se prêtait à aucune constatation.

Et les experts, sans préjuger du mécanisme même de la mort, qu'ils ne peuvent trouver ni dans les certificats, ni dans le procès-verbal d'autopsie, de déclarer qu'à leur avis, il y a relation de cause à effet entre l'effort, fait par l'ouvrier et sa première syncope et, par suite entre le travail et la mort.

La cour prétendit que la veuve ne pouvait pas faire la preuve que le travail était la cause du décès, et que, par suite, elle ne pouvait avoir droit à une indemnité.

Le Dr Apard soutint cette malheureuse de ses conseils et, après avoir pris avis du « Sou médical », il engagea la veuve à profiter de l'assistance judiciaire, pour porter son procès devant la cour de Cassation. Le résultat vient de couronner sa ténacité, puisque justice a été rendue.

Et notre confrère de nous demander la publication de cet arrêt : il en tire la preuve de l'utilité incontestable de la spécialisation du « Sou médical ». Alors que des avocats consultés ne lui laissaient aucun espoir sur l'issue du procès, le « Sou médical » étudia le problème sous l'angle médico-juridique, fournit la documentation nécessaire, grâce à laquelle justice a été rendue à la malheureuse veuve.

C'est également apporter, une fois de plus, la preuve que le médecin est d'esprit nettement social et favorable à la cause ouvrière, mal défendue contre l'organisation spécialisée des contentieux des compagnies d'assurances.

Aussi notre confrère exprime-t-il sa gratitude au « Sou médical », qui ne borne pas son activité à la seule défense de la responsabilité professionnelle, mais encore se met à la disposition de ses adhérents, non seulement pour les aider personnellement, mais encore pour rendre service à ceux de leurs clients, qui sont vraiment dignes d'intérêt.

Reprenant la discussion de ce problème de la mort subite, survenue au cours du travail, nous ne nous occuperons maintenant que de la jurisprudence postérieure à celle que j'ai mentionnée dans mon article du *Concours* de 1928.

Nous pouvons dire que la cour de Cassation décide, d'une manière habituelle, que toute lésion, qui se produit par un accident, survenu par le fait, ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant du travail.

Ainsi, ne doit pas être admis comme ayant été provoqué par le travail, le décès d'un ouvrier dans les circonstances suivantes :

Malaise subit au cours du travail ; décès le lendemain. L'autopsie fait conclure, au médecin expert, que la mort a été occasionnée par une congestion pulmonaire aiguë, n'ayant aucune corrélation avec le travail, alors surtout que les témoignages recueillis démontrent que le travail, auquel était employée la victime, ne présentait aucun danger d'intoxication, que l'étuve où il travaillait était aérée et que la température n'y dépassait pas 20 degrés (Cour de Cassation, chambre des Requêtes, 6 mars 1929, archives du « Sou médical »).

Un ouvrier est témoin, au cours de son travail, d'un accident, qui provoque en lui une émotion nerveuse, dont l'effet est d'accentuer des phénomènes cérébraux morbides. La mort, qui s'en suivit, ne doit pas être considérée comme un accident du travail, déclare la cour d'appel de Montpellier (10 juillet 1928, Office central de la Mutualité agricole). La cour estime que la scène, à laquelle la victime avait assisté, n'avait pas pu provoquer une émotion, dont les effets pourraient être assimilables à un traumatisme, d'autant que l'ouvrier avait déjà présenté des phénomènes de déséquilibre mental, qu'il continua à assurer son travail encore pendant une huitaine de jours, et que la preuve n'est pas rapportée que la surexcitation, survenue au bout de ces huit jours, puisse être imputable au spectacle, dont il avait été le témoin.

N'est pas non plus attribuable au travail le décès d'un ouvrier, causé par une appendicite gangréneuse, compliquée de péritonite, alors qu'il est prouvé qu'aucune relation de cause à effet n'existe entre l'accident du travail et la mort. L'accident du travail avait été relativement léger (cour de Caen, 6 décembre 1928 ; Office central de la Mutualité agricole).

La 2e chambre de la cour d'appel de Lyon, par

arrêt du 10 juin 1930 (D. H., 17 juillet 1930), décide que la demande des ayants droit d'un ouvrier décédé ne peut être accueillie quand, bien que la mort se soit produite sur le lieu du travail, sa cause n'a pu être établie, qu'un doute persiste et qu'il n'a pas pu être prouvé que cette mort était le résultat d'un accident survenu au cours du travail.

L'ouvrier était occupé, à l'intérieur d'un wagon, à son chargement ; il fut trouvé renversé, sans connaissance et poussant de faibles cris. Il mourait peu après. L'autopsie n'ayant pas été pratiquée, il fut impossible de dire si la cause de la mort était attribuable au travail.

Aussi convient-il de faire pratiquer l'autopsie le plus rapidement possible, pour que des constatations utiles puissent avoir lieu.

Lorsqu'un praticien est appelé, dans sa clientèle, auprès d'un ouvrier, qui vient de succomber au cours ou à l'occasion de son travail, ou sur le lieu de ses occupations, il agira dans l'intérêt de ses clients, en recommandant à la veuve, non seulement de ne pas s'opposer à l'autopsie, mais même de la réclamer immédiatement au juge de paix, pour qu'elle puisse faire valoir, en justice, ses droits à pension.

D'ailleurs, le chef d'entreprise lui même a grand intérêt à ce que cette autopsie soit faite. Un arrêt de la cour d'appel de Dijon (7 mai 1929, *Rec. Dijon*, 1929, n° 87) en est la preuve.

Au cours de son travail, un ouvrier fait une chute et meurt. Le chef d'entreprise (ou plus exactement son assureur) se refusa à indemniser la veuve sous le prétexte que la mort était due, non à la chute, mais à une embolie. La cour reprocha au chef d'entreprise de ne pas avoir appelé la veuve en référé, aux fins d'autopsie de la victime, et le condamna à verser la rente prévue par la loi.

Lorsque le décès d'un ouvrier survient pendant le cours de son travail et qu'il semble avoir été occasionné par un traumatisme, une chute ou autre cause brusque, il appartient au chef d'entreprise de détruire la présomption d'accident du travail et de prouver que le décès est dû à une cause naturelle.

L'employeur ne rapporte pas cette preuve, lorsque les experts concluent ne pouvoir affirmer que le décès a une origine étrangère au travail, qu'il est dû une cause naturelle et ajoutent qu'il est possible que la mort soit rattachée, au moins pour une petite partie, aux conditions dans lesquelles s'effectuait le travail (Cour d'appel de Montpellier, 12 juillet 1929 ; Office central de la Mutualité agricole).

Citons, pour terminer cette énumération judiciaire, l'arrêt suivant de la cour de Douai, 1re chambre, du 22 janvier 1929 (*Juris*, Douai, février-mars 1929).

Le fait qu'un ouvrier, victime d'un accident du travail aurait présenté, avant l'accident, des prédispositions morbides, est sans influence sur le droit à l'indemnité, et il suffit aux ayants droit, en cas de décès de l'ouvrier, d'établir que l'accident a été au nombre des causes, ayant déterminé le décès, pour bénéficier intégralement du droit aux indemnités prévues par la loi.

De ce que, notamment, la victime était âgée de 70 ans, on peut conclure que la maladie, cause du décès, se rattache d'autant plus certainement à l'accident, qu'à cet âge, la secousse et les lésions résultant d'une chute grave, sont de nature à provoquer les troubles les plus sérieux.

Conclusions.

Non seulement, le Dr Apard a soutenu de ses conseils la veuve de la victime, mais il s'est donné un mal considérable pour intéresser à cette cause, tous ceux qui pouvaient secourir la veuve et ses orphelins.

Il a publié une brochure, où il expose non seulement les faits, mais même discute ce qu'il fallait entendre par accident du travail, notamment en matière d'efforts.

Nous donnons ci-après un extrait de la dite brochure, car ces passages sont suceptibles d'intéresser nos lecteurs.

Mais il m'est agréable de féliciter ce praticien, qui n'a pas craint de se mettre au service d'une infortune, qui a su demander conseils à qui de droit, pour démontrer ainsi que le médecin non seulement soigne le corps, mais sait aussi, par paroles et par des actes, consoler et venir en aide à ceux, qui peuvent être les victimes de puissances financières.

Dr Paul Boudin.

Les définitions de l'accident de travail

(Dualité de conception pour les magistrats et les médecins)

Les morts sans lésion apparente L'inhibition

Dr Lucien Apard

Nous avons employé, à maintes reprises, le terme « accident ». Qu'est-ce donc que « l'accident », et spécialement « l'accident de travail ? ». La loi ne l'a pas défini, sous prétexte qu'il s'agissait « d'un de ces mots si clairs, si évidents, tombant si facilement sous le sens qu'il n'y avait pas besoin de le définir ». Sans doute, le Garde des Sceaux, en 1899, a dit : « L'accident, tel qu'il faut l'entendre dans notre matière, « consiste dans une lésion corporelle provenant de « l'action soudaine d'une cause extérieure ; la loi ne « s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable, telle que l'air « vicié des locaux où s'effectue le travail, la manipulation des substances vénéneuses ; l'absorption « de poussières nuisibles à la santé. »

Cette définition, disons-le tout de suite, est manifestement incomplète parce qu'elle ne tient pas compte des effets *de l'effort*, qui peut entrer seul en jeu pour créer des désordres organiques (Etienne Martin). Aussi, M. le professeur Reclus, qui, au même titre que M. le conseiller Sachet, pour la partie juridique, fait autorité pour la partie médicale, a-t-il apporté cette autre définition de l'accident « un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à « l'occasion du travail, et qui provoque dans l'orga- « nisme une lésion *ou un trouble fonctionnel permanent ou passager* ».

La loi a donc laissé en fait au juge le pouvoir d'appréciation dans chaque cas particulier; comment nous étonnerions-nous alors que des divergences aient pu se produire sur l'interprétation de la qualification d'accident. Disons, toutefois, que la Jurisprudence, sanctionnée par la Cour Suprême, semble admettre d'une façon générale que l'accident est le fait :

1° De l'action soudaine d'une cause extérieure sur le corps humain.

2° Ou d'un effort anormal (et même normal).

3° Dans le travail ou à l'occasion du travail.

« L'étude de ces différentes conditions, qui caractérisent l'accident de travail a une grande importance pour les médecins. En effet, dans la pratique : « ou l'accident est un fait incontestable, précisé par « des témoignages, qui en montrent la cause imprévue et la soudaineté, ou c'est un fait contestable, « que les témoins ne peuvent préciser et le Juge « établir. L'interprétation en est alors demandée à « un expert. C'est le médecin, qui aura la charge « d'éclairer le Juge et dire si les désordres pathologi- « ques, qualifiés d'accidentels par l'ouvrier, sont bien « d'origine traumatique, ou s'ils sont dus à des causes « pathologiques évoluant lentement et créant pro- « gressivement le trouble fonctionnel ou constitu- « tionnel, objet du débat ». Et M. le Docteur Etienne Martin, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, ajoute, par ailleurs, en collaboration avec M. le Professeur Lacassagne : « Dans ces cas, l'expert doit bien se renseigner sur l'état, dans lequel se trouvait le blessé avant le traumatisme, « déterminer « les causes de la maladie survenue tout à coup et de « la mort *plus ou moins rapide* »..... montrer « que celle-ci peut *survenir sans lésions apparentes, et seulement par suite de troubles fonctionnels*, qu'avec des lésions *même insignifiantes*, la mort peut être produite, et que, si chacune de ces lésions pouvait être sans gravité, leur ensemble a pu déterminer une syncope ou un épuisement ou même une auto-intoxication ».

Les exemples sont infinis de causes extérieures qui peuvent provoquer la mort sans lésions, citons-en quelques-uns : un patient est sur la table d'opération, à peine a-t-il respiré une bouffée de chloroforme qu'il est mort, alors que l'intervention chirurgicale n'a pas été pratiquée; il n'y a pas de lésion qui explique la mort; personne ne songe cependant à nier le rôle de l'anesthésie. Un autre patient est endormi pour une exploration anale, il meurt subitement, sans lésion, alors qu'il n'a subi qu'une dilatation digitale de l'anus. Un boxeur reçoit un coup en pleine poitrine, il tombe sans connaissance, pas de lésion. Un très bon nageur se jette à l'eau, il meurt subitement alors qu'il n'a pas même commencé à nager, pas de lésion. Un baigneur meurt dans une baignoire, par suite de mauvaises conditions d'isolement du fil d'éclairage électrique à 110 volts seulement, pas de lésion. Et combien d'autres exemples pourrions-nous citer, qui démontreraient à la fois *la disproportion* entre l'agent causal insignifiant et sa conséquence grave, aussi bien que le désaccord entre la lésion minime, ou inexistante et la mort. Dans ces cas joue le mécanisme de l'inhibition, dont la connaissance est importante pour les magistrats autant que pour les médecins ; nous allons essayer de préciser la nature de ces phénomènes. Nous le ferons d'autant plus volontiers que la Compagnie d'assurances a fait plaider, par son avocat, l'intervention du mécanisme de l'inhibition pour expliquer la mort du charretier, d'une manière par trop enfantine, en laissant entendre qu'il s'agissait là *de phénomènes naturels*, ne présupposant aucune intervention de cause externe d'accident ; erreur manifeste. Si, en effet, des causes tellement minimes, qu'elles peuvent échapper à l'observation de témoins, font jouer les réflexes d'inhibition, ces causes n'en sont pas moins réelles et conditionnent les réactions nerveuses de l'organisme.

Dans la Chronique médicale du *Courrier du Centre*, le Dr Crinon, écrit :

Des étudiants d'Aberdein croyaient avoir à se plaindre du portier de l'Université ; ils résolurent de lui jouer un tour. Ils s'emparèrent de lui, le menèrent dans une chambre obscure, dans laquelle il y avait un billot, ils lui bandèrent les yeux et lui annoncèrent qu'il allait mourir. Le concierge était naturellement fort ému ; il dut placer sa tête sur le billot, puis, à l'aide d'un linge mouillé et plié en lanière, un des étudiants lui donna un coup sur la nuque. Le portier mourut sur le coup, à la stupéfaction des étudiants.

Dans cet exemple, le larynx pourrait être incriminé autant que la nuque, car c'est lui qui reposait sur le billot.

Comment expliquer ces morts subites, qu'est-ce qu'on veut dire quand on affirme qu'un individu est mort d'inhibition ?

Quand on irrite légèrement l'intérieur du nez avec les barbes d'une plume ou bien avec une odeur piquante, on éternue. Cette irritation a provoqué toute une série de mouvements. Il a fallu, pour cela, que la sensation transmise aux centres nerveux ait déterminé une excitation, dont les mouvements du visage des épaules, de la poitrine, l'écoulement des larmes ont été le résultat et ont constitué l'éternuement.

Cette excitation périphérique, dont la transmission aux centres nerveux provoque une série de mouvements, c'est ce qu'on dit être un réflexe. La plupart de nos actes ne sont que des réflexes, c'est dire que le

raisonnement n'est pour rien dans leur production.

Mais ce serait une erreur de croire que les réflexes se bornent à ce schéma. S'il en est, parmi eux, qui provoquent le mouvement, il en est aussi qui s'opposent au mouvement et qui amènent même l'arrêt du cœur. Ces réflexes particuliers sont dits « inhibiteurs ».

On peut donc définir l'inhibition : « l'arrêt d'une fonction provoqué à distance par une excitation du système nerveux ». Si cette excitation est suffisamment intense, les fonctions peuvent disparaître sans retour, et si ce sont des fonctions nécessaires à la vie, la mort en sera la conséquence.

Le cœur s'arrête, quand on excite le nerf pneumogastrique. Un choc, même léger, qui pourra retentir sur ce nerf, amènera donc un arrêt au cœur et la mort à bref délai.

Les émotions, comme la joie, la peur, la tristesse ont aussi le pouvoir d'amener subitement la mort, quand elles sont assez intenses et assez soudaines pour produire un choc moral, qui joue le rôle d'un traumatisme et peut, à son instar, arrêter le cours de la vie.

Cazenave a rapporté le cas de ce vétérinaire qui allait subir l'opération de la taille, et qui, en présence des préparatifs nécessités par cette opération, pâlit subitement, s'affaissa, perdit connaissance et mourut dix minutes après.

Un paysan de Roumanie était allé ramasser les foins, qu'il avait coupés la veille. Comme il chargeait une botte de foin sur son épaule, un gros serpent en sortit, et, caressant sa joue, s'avança jusqu'à la hauteur de ses yeux. Il poussa alors un grand cri, et subitement tomba inerte. Il était mort.

Vincent raconte qu'un colon était allé avec quelques Arabes attaquer une panthère. A peine avait-il tiré son coup de fusil que la panthère se précipita sur lui et le saisit entre ses pattes, les coups de feu des Arabes l'abattirent immédiatement et on retira le colon de ses griffes.

Il portait quelques piqûres à l'épaule, mais ces piqûres étaient très superficielles et avaient à peine saigné. Cependant, le colon était dans un état de prostration extrême ; pâleur de la face et refroidissement. Il avait toute sa connaissance, mais était encore sous une impression de terreur indicible ; il mourut le lendemain.

Les enfants — il était facile de le prévoir — sont plus disposés aux effets inhibiteurs de l'émotion vive, de la peur surtout. Le docteur Michel, d'Amboise, racontait, il y a cinquante ans, qu'un petit garçon d'une vingtaine de mois qu'une bonne tenait sur ses genoux, criait à tue-tête, quand son père, rentrant tout à coup, lui dit d'un ton menaçant : « Te tairas-tu ? » L'enfant se tut à l'instant, fit un profond soupir, puis tomba sans mouvement il était mort.

Les exemples abondent donc et confirment les données théoriques sur l'inhibition. Une émotion de quelque intensité, *un traumatisme*, tout ce qui est à même de produire un choc nerveux peut arrêter notre cœur et causer notre mort.

Le fait, scientifiquement démontré par Brown-Séquard, était d'ailleurs connu empiriquement depuis longtemps. L'expérience journalière des bouchers, qui tuent leurs animaux par de faibles piqûres dans le bulbe, nous en est une preuve. Le bulbe —, c'est-à-dire cette portion de substance nerveuse qui relie la moelle épinière au cerveau — contient, en effet, les centres modérateurs, dont l'influence peut être transmise au cœur par le pneumogastrique quand ils viennent à être excités.

Dans de telles morts, *la constatation d'une lésion*, on le devine, *est exceptionnelle et des autopsies, sans résultat positif, ne sauraient légitimement être traduites par l'absence d'un traumatisme*, d'un accident-événement, d'importance plus ou moins grande.

On le sent déjà, une jurisprudence de la loi de 1898 qui éliminerait du cadre de cette dernière les *morts par inhibition*, sous prétexte d'inexistence ou ignorance d'une lésion — serait une restriction évidente de son champ d'application et nous ne pensons pas que la Cour Suprême la sanctionne de sa haute autorité.

« Le médecin devra donc, dit Etienne Martin, *pour caractériser le phénomène accidentel, faire préciser le moment et les conditions d'apparition des troubles incriminés* ». En un mot, l'expert, en cas de mort sans lésion anatomique sensible, devra bien faire ressortir les circonstances de l'événement qui a donné naissance aux troubles suivis de mort. Si les magistrats ont parfois des exigences plus rigoureuses, cela tient, semble-t-il, à l'acceptation différente du terme « accident » chez les médecins et les magistrats. Il y a là, « au moins en ce qui concerne le langage courant, « deux idées : la première vise un « événement », la « seconde « une lésion », disent les docteurs Imbert, « Oddo et Chavernac, dans leur remarquable traité « sur l'évaluation des incapacités ». — L'accident est-« il un événement ou une lésion ? Il ne peut assuré-« ment, si l'on veut préciser les termes, être à la fois « l'un et l'autre. Un ouvrier fait une chute, il se casse « la jambe. Est-ce la chute ou la fracture qui consti-« tue l'accident ? Si l'on consulte les linguistes, la « confusion n'est pas possible. Le dictionnaire de La-« rousse, définit ainsi l'accident : événement fortuit, « quel qu'il soit, mais le plus souvent fâcheux et inat-« tendu. Nous voilà bien renseignés : l'accident est un « événement, la lésion n'en est que la conséquence, à « vrai dire, le terme même de l'accident comporte « des conséquences fâcheuses, mais on peut ajouter « tout au moins que ces conséquences ne sont pas « obligatoirement une lésion du corps humain. Mais « le langage courant est moins précis, il a pris peu à « peu l'habitude d'identifier l'événement et sa consé-« quence ; et finalement la conséquence, c'est-à-dire « la lésion, attirant davantage l'attention, elle a fini « par se confondre avec sa cause, si bien que, dans « la langue journalière, l'accident est devenu « une « lésion. »

« Cette distinction, pour avoir des apparences de « casuistique, n'en a pas moins une importance pra-« tique réelle, on va le voir.

« Le texte même de la loi établit la confusion dès « ses premières lignes. Que lit-on, en effet, à l'arti- « cle 1er ?.....

« Les accidents survenus... donnent droit au pro- « fit de la victime ou de ses représentants à une in- « demnité.

« Il est bien évident que l'intention du législateur « — qui s'établirait aisément s'il était nécessaire par « la suite du texte — n'est pas d'indemniser l'ouvrier « d'un accident qui n'aurait eu pour lui aucun incon- « vénient ; si la loi ne précise pas davantage, c'est « que, dans l'esprit de ceux qui l'ont votée, le mot « accident s'applique, non pas à un événement quel- « conque, à la seule condition qu'il soit imprévu et « soudain, mais à sa conséquence éventuelle : la lé- « sion du corps humain. La loi fait donc bien du « mot accident le synonyme de lésion. »

Ce terme de lésion lui-même ne saurait toutefois être entendu que comme atteinte au corps humain, une égratignure représentant la plus légère, et la mort du sujet la plus complète — la plus matérielle.

« Par contre, les milieux médicaux, n'étant pas aux « prises comme les magistrats avec la nécessité d'une « interprétation littérale de la Loi, ont conservé en « général la conception initiale de l'accident, cette « conception est notamment évidente dans la défi- « nition de Reclus généralement acceptée dans les « ouvrages médicaux et déjà citée.

« *L'accident est un « événement » imprévu et soudain « survenu du fait ou à l'occasion du travail et qui déter- « mine dans l'organisme une lésion ou un trouble fonc- « tionnel permanent ou passager.* »

Cette définition associe les deux faits (*a*) l'événement et (*b*) la lésion (ou le trouble fonctionnel permanent ou passager, lequel encore une fois peut être indépendant d'une lésion, quoique aboutissant à un résultat identique à la plus matérielle des lésions : la mort).

Et, dans notre cas particulier, nous le verrons, cette recherche de la lésion — à tout prix — a distrait la Cour de Bourges de la lecture attentive du rapport des experts qu'elle a interprété de façon contraire à l'esprit dans lequel ils l'ont rédigé.

Après ces préliminaires un peu longs, mais à notre avis essentiels pour l'information exacte du procès — entrons dans les faits.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Propagande

Souvent on nous a dit : vous vous donnez un bien grand mal pour recruter des membres à la Mutualité familiale, mais vous employez un moyen défectueux, vous vous bornez à publier des articles de propagande dans le *Concours médical*. Ces articles sont certainement intéressants..., mais ils ne sont pas lus et, si vous ne prêchez pas tout à fait dans le désert, les résultats, vous devez bien l'avouer, sont loin de répondre à ce que vous attendez.

Il y a dans ces paroles du vrai et du faux. Il n'est pas exact que nos articles ne soient pas lus, et la preuve en est dans le nombre toujours sensible, et parfois considérable, des lettres que reçoit Mignon après chacun d'eux.

Mais il est incontestable que les résultats sont loin d'être ce que nous souhaiterions et que le nombre des lecteurs, qui se laissent convaincre, n'est pas ce qu'il devrait être.

Pourquoi ?

D'abord, parce que beaucoup de lettres émanent de confrères qui ont dépassé la limite de l'âge d'entrée ou qui, déjà touchés par la maladie, ne sont plus en état d'être admis, et qu'à ces confrères nous sommes dans l'obligation de répondre par un *non possumus*.

Ensuite, parce que des confrères, non moins nombreux, lorsqu'ils reçoivent les statuts avec les renseignements qu'ils ont demandés, ne les examinent pas immédiatement, qu'il les posent sur leur bureau se promettant de les examiner plus tard et que, de remise en remise, ils finissent par les oublier. Ce n'est pas chez eux mauvaise volonté, c'est surtout négligence. Des confrères se sont adressés à Mignon deux et trois fois avant de se décider, et parfois ont fait usage de bulletins datant de plusieurs années !

On nous a dit aussi : il faudrait changer votre système de propagande, avoir des agents comme les compagnies d'assurances, agents qui visiteraient les médecins, leur vanteraient la Mutualité familiale, leur fourniraient toutes explications, insisteraient et finiraient par les décider.

La chose est beaucoup moins simple et facile qu'elle n'en a l'air : nous l'avons étudiée à plusieurs reprises, nous l'avons même essayée, mais nous n'avons pu la réaliser.

C'est que notre cas n'est pas le même que celui des compagnies d'assurances.

Un agent peut emporter une promesse d'adhésion à la Mutualité familiale, mais c'est tout ; il faut que le candidat donne suite à cette promesse, qu'il constitue son dossier, qu'il subisse un ou deux examens médicaux.., et c'est là qu'est la difficulté.

Et puis, il ne faut pas oublier que le médecin n'est pas abordable à toute heure, que très souvent il est absent de chez lui, qu'il ne faut pas tomber au milieu de sa consultation, qu'il peut avoir dépassé l'âge d'entrée, etc.... Il ne faut pas oublier non plus qu'à la campagne il n'y a le plus souvent qu'un intéressé à visiter, deux au plus, que les distances à parcourir sont lon-

gues, toutes difficultés qui se traduisent par des pertes de temps et des frais relativement élevés.

On nous a objecté que nous pouvions ne pas avoir d'agents spéciaux, que nous pouvions confier notre propagande à des agents qui, visitant la clientèle pour des assurances ayant tout autre but, auraient de ce fait de moindres exigences.

Ce n'est pas beaucoup plus facile. Les pensions de retraite, les indemnités maladie-accident, les pensions aux veuves ne s'éloignent pas tellement de ce qu'offrent les compagnies, et, d'autre part, l'habitude chez ces agents est de réclamer le montant de la première prime, sacrifice que nous ne saurions consentir sans un relèvement notable du droit d'entrée.

Nous sommes Société de secours mutuels et non Compagnie d'assurances, nous ne réalisons aucun bénéfice sur nos sociétaires, nous versons intégralement la cotisation à la combinaison, à laquelle elle se réfère, et rien n'en peut être distrait.

Or, les droits d'entrée comportent déjà une certaine somme pour les examens médicaux, et ces droits n'existant pas pour les pensions de retraite, il en faudrait créer pour ces combinaisons.

Le système des agents ne semble guère actuellement praticable.

A nos débuts, nous avions pensé que des correspondants, pris parmi nos confrères, pourraient dans les réunions médicales faire une propagande fructueuse — nous nous étions illusionnés.

Ceux, qui avaient bien voulu accepter ce rôle de correspondants, virent bien vite qu'ils étaient mis en suspicion et s'entendirent demander « ce que cela leur rapportait » — on n'admet pas d'un confrère absolument désintéressé ce qu'on trouverait tout naturel d'un agent, qui vit de son métier.

Nos correspondants se récusèrent bien vite, et il fallut renoncer à cette organisation.

Du côté de certains professeurs dans les Facultés, nous avons trouvé quelque appui : certains n'ont pas craint, dans leurs cours, de faire allusion à la nécessité pour le médecin, de se montrer prévoyant et de citer la Mutualité familiale.

La Faculté de Montpellier distribue même à ses jeunes docteurs un petit tract concernant les œuvres médicales, qui doivent être recommandées, et dans lequel la Mutualité familiale se trouve en bonne place.

Nous sommes infiniment reconnaissants de ces marques d'estime aux Maîtres, qui nous les ont données, mais le résultat de cette propagande est bien faible. Les jeunes docteurs, au moment où ils quittent les Facultés, ne doutent de rien ; ils croient que le monde a été créé à leur intention et que les alouettes leur tomberont toutes rôties dans la bouche : la prévoyance est une vieille rengaine qui ne les intéresse pas.

Nous avions espéré que l'Association générale des médecins de France, qui autrefois prétendait ne pouvoir elle même assurer l'indemnité-maladie, nous aiderait et nous avions même conclu une alliance avec elle ; mais l'Association générale, qui nous imposait de n'accepter que des confrères qui fussent membres de ses sociétés locales, n'a pu faire pour nous aucune propagande, et a plutôt gêné notre recrutement. Elle a grand'peine à se recruter elle-même, et elle n'a aucune action sur les sociétés locales, dont elle n'est que la fédération, et qui sont autonomes.

A cette alliance nous ne gagnâmes rien absolument et nous perdîmes même des groupements locaux qui, ne voulant pas aller à elle et ne pouvant par conséquent venir à nous, se constituèrent en dehors de nous.

Il fallut résilier et reprendre sa liberté.

Les autres associations ont leur but particulier et se désintéressent de ce qui ne leur est pas propre : c'est peut-être pour elles le moyen de donner un plus grand effort dans le sens qui les préoccupe, mais cet état d'esprit cadre mal avec l'idée d'une fédération dont rêvent certains.

Et puis, s'il n'est pas toujours facile de faire régner la paix entre les individus, c'est bien autre chose entre les sociétés ! — Je n'insiste pas.

La presse médicale ? — Sans doute on devrait pouvoir compter sur elle comme agent de propagande, mais combien parmi nos confrères journalistes y en a-t-il qui paraissent savoir que nos œuvres existent ?

Quelques-uns font exception et nous leur en savons le plus grand gré ; mais leur bonne volonté ne paraît guère dans la masse des indifférents.

La conséquence de tout cela, c'est que c'est à nous seuls et au *Concours médical* qu'il appartient de faire le nécessaire. Nous le faisons, nous, dans la mesure du possible, certains que nous sommes de rendre un service véritable à ceux que nous amenons à la Mutualité familiale — et cette considération suffit, pour que nous ne nous découragions pas, même si les résultats obtenus ne répondent pas à nos efforts, autant que nous le souhaiterions.

Mais, il faut qu'à notre action réponde celle des membres de la Mutualité familiale : ils doivent comprendre qu'une fois leur adhésion donnée ils ne peuvent se désintéresser de l'avenir de leur société, qu'il est de leur devoir de faire de la propagande et d'éclairer leurs confrères voisins, les jeunes et de prêcher d'exemple.

Les idées de prévoyance, qui ont été en baisse depuis trop longtemps, commencent à s'imposer à nouveau et nulle organisation ne peut offrir

au médecin les avantages que leur offre la Mutualité familiale.

Avec elle, pas n'est besoin d'habiter telle ou telle région, de faire partie de telle telle autre association, de tel ou tel groupe : il suffit d'être dans les limites de l'âge d'entrée et d'être bien portant.

Allons, confrères à l'œuvre : la foi sincère est celle qui agit — le poète l'a dit.

A. GASSOT.

UNION NATIONALE DES ÉTUDIANTS DE FRANCE

Le problème des étudiants étrangers

A diverses reprises, l'attention de l'Union nationale a été attirée sur la situation, créée dans vos Facultés et Ecoles techniques par l'accroissement considérable et progressif du nombre d'étrangers.

Les facilités, qui leur sont accordées par les pouvoirs publics, la tendance du plus grand nombre à rester en France leur scolarité terminée, l'encombrement des locaux universitaires, et l'abaissement du niveau des études supérieures ont inquiété nos camarades français.

Une atmosphère de gêne, d'hostilité latente s'est installée, et nous assistons aujourd'hui à un véritable malaise, qu'il importe de dissiper dans l'intérêt de tous.

Certains incidents récents, qu'il importe de ramener à leur juste valeur, ont montré de part et d'autre une certaine impatience, qui prouve qu'il est grand temps d'apporter à ce problème une solution équitable.

I

Les étudiants français ont *largement ouvert* leurs Associations à leurs camarades étrangers. Dans la plupart d'entre elles, ils sont électeurs et même, pour certains, éligibles aux bureaux des sections corporatives et des commissions. Dans toutes, ils bénéficient des *mêmes avantages matériels* que les Français. Nous tenons à souligner *la façon particulièrement large et bienveillante, dont nos cercles leur sont ouverts.* Dans toutes les villes universitaires étrangères, les associations d'étudiants constituent au contraire des sociétés très fermées, où les étrangers ne sont pas pratiquement admis.

Cet état d'esprit montre, de la part des étudiants français, un vif désir de collaborer avec leurs camarades étrangers. Il faut bien avouer que leurs avances ont eu peu de succès : les étrangers se groupent selon leur nationalité ou leur religion. Dans quelques villes universitaires, des associations nationales ou ethniques ont été créées. Elles ne se sont jamais efforcé de collaborer avec les Associations générales. D'autre part, dans la vie privée, les étudiants étrangers restent également groupés, n'ayant guère de contact avec les Français, formant de véritables « colonies étrangères ». On se demande, dans ces conditions, comment ces jeunes gens qui *ignorent tout de la vie et de la civilisation françaises*, pourraient devenir un jour les propagandistes de notre cause à l'étranger.

Les étudiants français ne sont nullement animés de passions nationalistes, mais ils entendent défendre leurs droits légitimes et veiller au renom de la Civilisation et de la Science Française.

II

Répercussion sur la valeur de l'enseignement. — Sans doute, un grand nombre d'étrangers viennent en France, attirés par l'éclat de l'enseignement de nos Maîtres. De tout temps, l'Université de Paris a compté de nombreux étrangers, et, c'est toujours avec la plus grande cordialité, que Maîtres et élèves accueillent ceux qui viennent chez nous parfaire leur instruction, après avoir accompli dans leur pays leurs études.

Mais, ce serait une *lourde erreur de croire que la renommée d'une école se mesure au nombre de ses élèves.* C'est un fait banal, mais qu'on ne saurait trop répéter, de dire que l'enseignement se met à la portée de ceux à qui il est destiné, et non au niveau de ceux qui le donnent.

A ouvrir trop largement leurs portes à des étudiants sans culture générale sérieuse, sans connaissance approfondie de notre langue, les Facultés risquent de voir la valeur de leur enseignement décroître et les diplômes, qu'elles délivrent, méprisés. Cet abaissement du niveau des études, particulièrement sensible dans certaines branches, crée le plus *grave préjudice* à nos camarades français, qui pâtiront de même du discrédit de leurs titres, et qui, à suivre un enseignement devenu par trop élémentaire, perdront tout esprit d'émulation. Cet aspect de la question doit être retenu, car il constitue une menace lourde de conséquences pour l'avenir de l'Université.

La grande indulgence, accordée par certains aux étrangers sous des prétextes fallacieux, aboutira à jeter un *discrédit sur la valeur de nos titres.* Au cours de voyages en Europe centrale, certains membres du bureau ont entendu formuler des réserves sur la valeur de notre doctorat d'Université (Médecine).

D'autre part, nous nous permettrons de faire remarquer que, si le renom de nos Facultés suffit à l'engouement des étrangers pour notre enseignement, on ne peut guère invoquer cet argument en ce qui concerne certains Instituts qui comptent cependant 75 à 80 % d'étrangers. Ces établissements, *pour pouvoir équilibrer leur budget, sont obligés d'avoir*

le plus d'élèves possible. Aussi, abaissent-ils le niveau des examens d'entrée, accordent-ils les équivalences les plus fantaisistes, et redoutent-ils de faire preuve de sévérité dans les examens. Certains se livrent à une véritable « chasse à l'étranger ». Sans doute, l'Union Nationale est-elle résolument favorable à la décentralisation universitaire et au maintien de ces écoles, mais ce n'est pas par de tels procédés qu'il importe d'en assurer la vie. Les techniciens qu'elles produisent se heurtent à des difficultés considérables pour gagner leur vie, et sont condamnés trop souvent à des situations subalternes.

Les diverses Facultés et Ecoles sont installées pour la plupart dans des bâtiments exigus. L'encombrement, créé par l'apport étranger qui vient se surajouter à une augmentation importante du nombre des étudiants français, pose lui aussi de graves problèmes ; les salles de travaux pratiques et les amphithéâtres sont devenus trop petits, les appareils de laboratoire trop peu nombreux. Là aussi existe une menace contre la valeur de notre enseignement et les intérêts de nos camarades.

L'accès d'étudiants qui ne sont pas à même de bénéficier de l'enseignement qui leur est donné aboutit à en abaisser le niveau, et constitue donc un grave préjudice aux étudiants français.

III

La concurrence étrangère. — Leurs études terminées, il faut remarquer qu'un grand nombre d'étrangers cherchent à rester en France où leur présence constitue une concurrence redoutable pour nos camarades français.

Il convient de remarquer, dès l'abord, que les étrangers se servent du titre d'étudiant de *façon abusive dans deux cas* :

1° Certains étrangers, désireux de venir en France exercer une profession salariée, se font passer pour étudiants, échappant ainsi à la règlementation du travail ; quelques-uns prennent une inscription dans une école, puis disparaissent ; d'autres n'ont même pas cette pudeur. Il y a là un *abus intolérable qu'il importe d'enrayer par le contrôle systématique de l'assiduité des étudiants étrangers.*

2° D'autres, munis de leur diplôme, continuent à faire renouveler leur carte d'étudiant alors qu'ils exercent leur profession, sans en avoir les charges à supporter.

Ces deux points particuliers mis à part, il importe de rechercher quelles sont les *causes qui incitent les étrangers* à se fixer chez nous.

La plus importante de beaucoup est *l'impossibilité où ils sont d'exercer leur profession dans leurs pays respectifs* comme ils furent pratiquement dans l'impossibilité d'y faire leurs études.

La pléthore des universités françaises est faite des conditions politiques des pays d'Europe orientale. Sans vouloir soulever quoi que ce soit d'une question juive, il importe de remarquer que ces éléments étrangers sont en grande partie de race israélite. Considérés comme indésirables dans leurs propres pays, ils vont faire leurs études dans des pays plus hospitaliers, en *France*, mais aussi *en Belgique, en Suisse, en Tchécoslovaquie.* Chaque année, ces pays délivrent plusieurs milliers de diplômes à ces étrangers, que les circonstances particulières empêchent de rentrer chez eux et obligent à se contenter de salaires médiocres.

Ce serait *méconnaître gravement la question que de la considérer comme limitée exclusivement à la France.* La crise de surproduction d'intellectuels, dont nos camarades s'alarment, est une *crise générale.*

Les Français seront donc redoutablement concurrencés par ces étudiants, auxquels *on a accordé, à la base, les plus grandes facilités.*

Nous ne parlerons pas des *secours financiers,* cependant *considérables,* qui leur sont octroyés. Au budget de 1930, nous relevons, 560.000 fr. pour les étudiants serbes, qui reçoivent des bourses de 800 fr. par mois ; 425.000 fr. pour les étudiants roumains qui, au nombre de 140, bénéficient de la gratuité d'études et de bourses trimestrielles de 500 fr. par mois. D'autre part, dans de nombreuses villes universitaires, conseils généraux et municipalités leur allouent des subventions.

Il semble cependant que ces crédits destinés à favoriser l'influence française à l'étranger, devraient être réservés aux étudiants, qui doivent y retourner et s'y engagent de façon formelle. Et nous ne pouvons oublier qu'il y a dans les classes modestes de la société française, des gens, qui avec une telle aide auraient fait de bons ingénieurs ou médecins. Non seulement leur vie matérielle est facilitée, mais l'accès des écoles leur est accordé grâce à des équivalences de titres. Equivalences accordées bien souvent *sans contrôle suffisant,* après vérification *sommaire* de leur authenticité, et, dont la liste interminable comprend jusqu'à des certificats d'Ecoles de Commerce. Personne ne tolérerait qu'un Français puisse faire des études d'Université avec un tel diplôme. Un Etranger le peut, et après avoir acquis un diplôme d'Université, il pourra, dans certaines conditions, le transformer en diplôme d'Etat. Il y a là un abus inadmissible.

Donc, *inégalité à la base* entre Français et Etrangers. Cette inégalité, nous la retrouvons encore *en cours d'études.* Nombre de professeurs sont enclins, soit par indulgence — soit par lassitude — soit même par intérêt afin d'attirer un plus grand nombre d'élèves, à accorder aux étrangers une certaine indulgence. Indulgence qui serait — dans une certaine mesure excusable — s'il s'agissait d'étudiants devant retourner dans leur pays — *mais indulgence des plus néfastes aux intérêts de nos camarades,* lorsqu'il s'agit d'étudiants restant en France. La méthode la plus sûre de restreindre le nombre des étudiants, est le relèvement progressif des études. quelle que soit la nationalité de l'étudiant.

Une fois diplômé, l'étudiant étranger va exercer sa profession dans des conditions d'ailleurs variables.

Mais, quel que soit le statut qui règle cette profession dans l'immense majorité des cas, *l'étudiant étranger échappe à l'obligation du service militaire*, soit qu'il ne se fasse naturaliser qu'après 30 ans, soit qu'il conserve sa qualité d'étranger. Il se trouve, de ce fait, très avantagé sur l'étudiant français.

IV

Quelques chiffres suffisent à montrer la gravité de problème.

En 1929 (statistiques citées lors de la disucussion du budget de l'I. P. pour 1930-1931)

Sur 66.000 étudiants, 25.000 étrangers.

Contre 6.000 étrangers, sur 42.000 étudiants en 1913. Une statistique plus récente (30 décembre 1930) montre que l'Université de Paris compte : 28.113 étudiants (Facultés), dont 6.646 étrangers, soit 23 % (remarquons que certaines écoles techniques ne figurent pas dans cette statistique présentant un pourcentage plus élevé, et que les étudiants (1.600) suivant les cours de civilisation française, en sont exclus).

La *répartition des étrangers dans les diverses Facultés est très variable.*

Elle atteint 19 % à la *Faculté de Droit* de Paris, 27 % à la Faculté des Lettres de Paris, mais pour l'ensemble des Facultés de *Droit* et des *Lettres*, le pourcentage général est bien moindre, n'atteignant pas 10 %, et la plupart des étrangers qui y sont inscrits retournent dans leur pays.

Il n'en est malheureusement pas de même pour les autres Facultés et Ecoles.

Les Facultés des Sciences comptent d'après les statistiques de l'Office de Documentation de l'Union nationale, 26 % d'étrangers (3.500 sur 13.216), et pour la Faculté des Sciences de Paris 25 %. Pour le P. C. N. sur 3.370 étudiants, 950 étrangers, soit près de 29 % (1930).

Les mêmes proportions se retrouvent en ce qui concerne les Facultés de médecine. En 1929 sur 14.574 étudiants en médecine, 25 % d'étrangers. Dans certaines villes universitaires, ce chiffre est largement dépassé (1928) à Montpellier, 39 %, à Tours 64 %.

Pour les Instituts de chimie, le nombre de diplômés réflète la situation ; 230 diplômes français pour 168 étrangers.

Ces chiffres et ces pourcentages sont déjà impressionnants en eux-mêmes, mais *ils ne deviennent véritablement expressifs que si on les compare à ceux des années précédentes.* La courbe qui traduit l'augmentation du nombre des étudiants (soit le nombre total, soit le pourcentage) marque la progression constante du nombre des étrangers, dont rien ne permet de prévoir l'arrêt.

Ean 1911, 12 % d'étudiants en médecine étrangers ;

En 1929, 25 % ;

En 1921, 35 diplômes d'ingénieurs-chimistes étrangers ;

En 1925, 87 ; 1929, 168.

A) Nous avons montré le nombre inquiétant et croissant des étrangers dans les *Facultés de médecine.* Il convient d'établir une distinction très nette entre les étudiants étrangers admis à préparer le doctorat d'Etat et ceux qui postulent le doctorat d'Université, qui ne donne pas le droit d'exercer en France.

C'est ainsi que sur les 1.511 étrangers inscrits à la Faculté de Paris (1930), 780 *préparent le diplôme d'Université* en vertu d'équivalences du baccalauréat.

731 *préparent le diplôme d'Etat* (remarquons que sur ces 731 étudiants, 318 appartiennent à des nationalités variées et 413 sont Roumains).

De même, *à l'Université de Lyon* (1928) sur 127 étrangers, 20 diplômes d'Etat, 107 d'Université.

A Rouen, sur 50 étrangers inscrits en 1re année, 31 préparent un diplôme d'Université, 19 le diplôme d'Etat. Tous sont Roumains.

Or, il convient de remarquer que les étudiants jouissent d'un régime de faveur ; tandis que les autres étrangers, postulant le diplôme d'Etat sont munis du baccalauréat français, *le baccalauréat de l'enseignement secondaire roumain est assimilé entièrement au baccalauréat français.*

On a invoqué pour expliquer cette situation, des accords diplomatiques. Les déclarations du ministre, de l'I. P. à une question du Dr Armbruster (*J. O.* 7 février 1930) en ont montré l'inexistence. Ces accords, s'ils pouvaient se justifier en 1866, époque où ce qui devait devenir la Roumanie était un pays peu peuplé, ne se justifient plus aujourd'hui. La clause de réciprocité n'a jamais joué en ce qui concerne les étudiants. Et il importe de *faire cesser ce régime de faveur, que rien ne justifie.*

En effet, il semble que cette mesure serait de nature à enrayer la pléthore médicale. Elle diminuerait de 100 environ le nombre de docteurs, sortant chaque année et pouvant exercer en France.

Deux autres catégories d'étudiants étrangers bénéficient d'avantages analogues.

1° Les uns originaires de l'*île Maurice*, peu nombreux, ne constituent pas un danger ;

2° Les autres sont les *élèves de la Facultté de Beyrouth*, où les Palestiniens peuvent faire leurs études médicales sans baccalauréat et peuvent exercer en France, comme diplôme d'Etat. Cette situation privilégiée ne se justifie pas.

En ce qui concerne les *étudiants diplômés d'Université*, les conditions de transformation de leur diplôme en doctorat d'Etat sont réglées par le *décret du 17 août* 1928 qui pose des conditions relativement sévères :

1° Obligation de la naturalisation ;

2° Nécessité de posséder le baccalauréat ou un titre supérieur (doctorat ès lettres, ès sciences ou en droit) ;

3° Dispenses d'examen, portant au maximum sur 3 examens.

Mais il ne faut pas oublier que *trop souvent les études d'Université n'ont pas la même rigueur* que les études d'Etat, et que les naturalisations tardives permettent d'échapper au service militaire actif, ce qui avantage considérablement les étrangers.

La proposition de *loi Armbruster* tend à restreindres les dispenses de scolarité à 3 ans et supprimer le droit d'exercer en France aux élèves de l'Ecole de Beyrouth (sauf si de nationalité française et bacheliers).

Elle donnerait donc aux étudiants français la certitude de voir leurs intérêts protégés.

B) *Art dentaire.* — Le nombre d'étudiants étrangers en chirurgie dentaire est encore plus élevé, comme l'explique l'absence de titre exigé à l'entrée. Il est souhaitable que la proposition de *loi Milan-Rio* soit adoptée, avec les mesures de transition qui s'imposent, sauvegardant ainsi les droits des étudiants français bacheliers auxquels l'exercice de la chirurgie dentaire serait réservé.

C) *Instituts industriels.* — La question des étudiants étrangers dans les Ecoles techniques est encore plus alarmante, et il est de notre devoir d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce problème particulièrement délicat. Certains instituts comptent plus de 80 % d'étrangers. Les conditions d'entrée sont très variables, mais les titres exigés sans grande valeur et les examens d'entrée d'un niveau peu élevé. Non seulement un grand nombre d'étudiants étrangers, qui les fréquentent, n'ont qu'une *connaissance imparfaite de notre langue, mais encore leur culture scientifique est des plus rudimentaires.*

Malgré de réels efforts du corps enseignant, le niveau des études baisse progressivement. Les diplômes d'ingénieurs qu'ils délivrent, perdent leur valeur. Les Associations d'anciens élèves n'ont pas été sans s'alarmer du discrédit, qui rejaillit sur leurs membres, et nous tenons à signaler l'action opportune de notre ami Nadal, en ce qui concerne l'Institut de Chimie de Toulouse.

Seule l'unification des équivalences, l'unification des programmes et des diplômes, le relèvement du niveau des études, la protection du titre d'ingénieur pourront remédier à cette situation. La réorganisation des écoles techniques s'impose de façon urgente.

La majorité des étudiants étrangers, en possession de leur titre d'ingénieur reste en France, et, se contentant en général de salaires de début moindres, *constitue une concurrence redoutable pour les diplômés français.*

L'Union nationale se solidarise entièrement à la campagne, que mènent les Syndicats d'ingénieurs français en ce qui concerne la défense de leur profession.

Telle est la situation créée dans les diverses corporations.

Les étudiants français sont fiers de la réputation légitime de leurs Universités et sont heureux d'y accueillir les étrangers d'élite, qui, par leurs travaux et leur renom, accroîtront le rayonnement de la culture française ; mais ils ont des droits à défendre.

Se plaçant *d'un point de vue purement corporatif,* ils demandent que les conditions d'admission dans les Facultés soient rendues plus strictes et proposent :

1° Que l'Union Nationale intervienne auprès des recteurs, doyens, directeurs et professeurs, et leur montre le *danger professionnel, que constitue une sévérité moindre pour les étudiants étrangers.*

2° Que *la liste des équivalences soit entièrement revisée* et restreinte aux titres présentant de *réelles garanties,* et que tout étudiant, ayant obtenu une équivalence, soit *obligatoirement* astreint à subir un examen du *niveau du baccalauréat* portant sur la langue, la littérature et la civilisation françaises ;

3° Que le niveau des études soit progressivement relevé, notamment en ce qui concerne la médecine et les instituts techniques ;

4° Que les arrêtés du 23 novembre 1857 et 22 juillet 1912, *instituant l'équivalence complète du baccalauréat roumain, soient abrogés* ;

5° Que les docteurs de l'Université de Beyrouth ne puissent exercer en France que si *bacheliers de nationalité française* ;

6° Que les dispenses de scolarité, en vue de la transformation du diplôme d'Université ou d'un diplôme étranger, soient limitées à 3 ans ;

7° Emettent un avis favorable à *la loi Milan-Rio* ;

8° Demandent *l'unification et la protection du titre d'ingénieur.*

Paul RAMBERT,
Vice-Président de l'Union Nationale

DOUZE ANNÉES DE DIRECTION TECHNIQUE THERMALE

Par le Docteur Molinéry,

Ancien Secrétaire général
du Syndicat des médecins des Stations thermales et Climatiques de France
Médecin-Directeur des Services thermaux de Luchon.
Médaille d'Or de l'Académie de Médecine

Messieurs,

Quand l'alpiniste, le pyrénéiste pensent être arrivés au milieu de leur course, ils se retournent et, portant leurs regards en arrière, du chemin parcouru, calculent la somme d'efforts qu'il leur reste à accomplir pour atteindre le sommet : mais, parfois, tout comme dans le phénomène du mirage, le sommet ne semble-t-il pas s'éloigner au cours de l'ascension ? (1)

Durant l'hiver dernier, l'un de nos très distingués confrères, médecin dans une station des Alpes, ayant, en 1930, visité Luchon, nous demanda de lui résumer (à toutes fins utiles, nous dit-il) comment Luchon avait créé, en 1920, une direction technique et comment cette direction avait été réalisée.

Si vous le voulez bien, Messieurs, nous parcourrons donc ensemble une page d'histoire d'une station Pyrénéenne, page écrite dans les premiers tiers du XXe siècle et, du passé, nous dégagerons un enseignement pour l'avenir.

Au cours de la grande guerre, un certain nombre d'entre nous furent nommés, à la suggestion de MM. Sellier et Durand-Fardel, « *conseillers techniques* » de quelques stations thermales et climatiques. Le rôle de ces conseillers techniques était nettement stipulé dans les lettres de service : « assurer la continuité d'un traitement hydrominéral et spécialisé auprès des malades ou des blessés qui nous étaient adressés (et cela, en raison même des mutations fréquentes des médecins en chef ou des médecins adjoints. N'avons-nous pas vu à Barèges, au cours d'une seule saison cinq médecins en chef se succéder à la direction de l'hôpital militaire de Barèges ? Former le personnel infirmier. Surveiller l'exécution du traitement. En interpréter les résultats. Fixer la durée du séjour.

S'inspirant, dans les grandes lignes, de la fonction attribuée aux conseillers techniques thermaux de la guerre, la ville de Luchon, en novembre 1919, ayant trois médecins à la tête de son conseil municipal, la ville de Luchon, disons-nous, désira assurer une direction technique à ses Etablissements thermaux.

Il fut convenu, par contrat, que le médecin directeur apporterait son énergie, sa volonté, ses connaissances acquises en hydrologie générale et appliquée au développement thermal de la station. Etudes techniques, articles de médecine générale appliquée au thermalisme, communications aux sociétés savantes, travaux historiques, voyages d'études, assistance aux Congrès français et étrangers seraient parmi les devoirs de la charge du directeur.

(1) Communication à la Société d'hydrologie de Toulouse, le dimanche 26 avril 1931.

D'où deux grandes divisions :

1° *La direction au sein de la station* ;

2° *La direction en dehors de la station.*

La direction au sein de la station.

1° M. le Professeur Lafforgue, médecin général, directeur du Service de santé de la 17e région, alors professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse, nous demanda, immédiatement, de créer un enseignement théorique et pratique, non seulement pour le personnel baigneur de Luchon, mais encore pour celui des établissements thermaux des Pyrénées. Connaissance de cet enseignement fut portée auprès des directeurs des divers établissements thermaux. Seuls, les locaux et quelques régionaux répondirent à cet appel. En quoi donc devait consister cet enseignement ?

A) *Instruction théorique du personnel baigneur* : Chaque année, nous donnons (au cours d'une même semaine) six leçons à notre personnel : leçons élémentaires d'anatomie générale, de physiologie générale, de thérapeutique adéquates à leur fonction de baigneur d'un établissement médical. Anatomie topographique, description et localisation sommaire des organes, physiologie élémentaire de la circulation du sang, de la respiration, de la digestion, de l'innervation, etc... Une leçon est consacrée à leur décrire les maladies diverses que l'on soigne à Luchon et quels sont les traitements généraux qui leur sont appliqués : le but que nous poursuivons étant de aire du personnel baigneur le collaborateur averti du médecin traitant.

B) *Instruction pratique* : lecture de l'ordonnance, son exécution littérale, la préparation du bain, de la douche, la lecture du thermomètre, la manière de donner les diverses sortes de douches, de manier les divers appareils propres à la technique de la station. Le président de la Société médicale de Luchon, fait passer un examen qui lui permet de renseigner ses collègues sur ce qui a été appris par les baigneurs.

2° Le directeur se doit de surveiller, *médicalement*, son personnel ;

a) Pour s'assurer de l'exécution stricte des ordonnances médico-thermales ;

b) Pour juger des doléances des curistes sur la non-observance de l'ordonnance présentée.

3° Le directeur devra jouer, également, le rôle du médecin de garde, du médecin résident dans nos hôpitaux ; assister d'urgence un malade qui se trouve

mal et faire le nécessaire en attendant l'arrivée du médecin traitant appelé par téléphone. Ou encore, si le malaise n'a été que transitoire, avertir le médecin traitant de ce qui s'est passé afin qu'il prenne toutes mesures utiles à sa convenance. Ou enfin faire transporter le malade à son domicile, si la chose est nécessaire. Il importe que le médecin directeur conduise une enquête sur les causes de l'incident afin de bien savoir si le traitement ou le personnel peut être incriminé (bain trop chaud ou trop froid, douche mal appliquée ou donnée trop longuement, etc., etc.).

4° *Rôle du directeur vis-à-vis des médecins* :

a) Vis-à-vis des médecins locaux : leur signaler toutes les modifications techniques possibles en s'inspirant de ce qu'il a constaté ailleurs et, d'autre part, s'inspirer de leurs desiderata afin, dans la mesure du possible, de les appliquer, soit en cours de saison, soit au cours de la saison suivante.

b) Vis-à-vis des médecins et des pharmaciens en traitement ou en visite à la station :

1° Les recevoir tous ;

2° Leur préciser les indications thérapeutiques de la station ;

3° Leur exposer les améliorations, les modifications apportées aux applications thermales ;

4° Leur faire visiter les thermes et surtout les galeries de captage : ceci constitue la meilleure leçon des choses.

5° Leur dire les résultats obtenus et, répondant à toutes les questions qui lui sont posées leur montrer ;

6° *La réalité scientifique « d'une clinique thermale »*.

Or, si vous voulez bien considérer, Messieurs, que c'est par centaines que les médecins ont visité Luchon depuis ces dernières années, que depuis douze ans nous réunissons, en deux visites officielles, le jeudi et le samedi, à 6 heures du soir, les médecins et pharmaciens et leurs familles, les malades, les visiteurs que nous invitons à ces réunions où il est fait une démonstration, dans les divers services, des applications de la thérapeutique luchonnaise, vous voudrez bien convenir que cet enseignement a pu avoir quelque utilité.

Un jour, M. le Professeur Sellier, de la Faculté de médecine de Bordeaux, assistant à l'une de ces réunions, demanda à prendre la parole.

M. Sellier voulut bien résumer notre enseignement et, s'adressant à de nombreux médecins présents, leur dire qu'il devrait être créé, *systématiquement*, dans chaque station, des démonstrations analogues ; celles-ci, peu à peu, arriveraient à vaincre le scepticisme dont trop de médecins sont encore imbus, vis à-vis de la valeur de la thérapeutique thermo-climatique. »

Rappelons-nous que l'on ne sait bien que ce que l'on a vu et que le malade, qui est un égocentriste, *aime à savoir pourquoi et comment on le soigne.*

c) Il est une autre catégorie de médecins à laquelle le médecin directeur doit tous ses soins : ce sont ceux qui font partie des V. E. M., des divers voyages de médecins étrangers, de médecins sous quelque étiquette que cela soit qui voyagent en groupe ; enfin des voyages d'étudiants qui nous sont conduits par les divers professeurs de nos Facultés. Chaque station reçoit, en effet, chaque année 3 à 4 de ces caravanes d'études.

Aux détracteurs de ces voyages rappelons seulement le chemin parcouru depuis l'époque lointaine (1898, sauf erreur) où Landouzy et Carron de la Carrière fondèrent « *cette chaire ambulante que constitue le V. E. M.* ».

La direction et l'appareillage technique.

Il est aussi une autre forme d'activité que le médecin directeur doit posséder au suprême chef : la surveillance, la réfection, la transformation, la création quelquefois de l'outillage thermal. Luchon, depuis 1920, a assisté à la réfection totale de tous ses services de première classe, à l'amélioration de tous ses services de deuxième classe, à la transformation des salles de humage, d'insufflation pour le tubage de la trompe d'Eustache ; à la création de 4 cabines nouvelles pour cette thérapeutique, si caractéristique, de notre station ; à la reconstruction de la buvette du Pré et des Romains, à la création des bains Charles-Moureu, destinés à recevoir l'eau radioactive de la Source Lepape, à la création d'un service de physiothérapie (rééducation du muscle atrophié, appareillage) approprié et bains de Lumière. *Création du radio-vaporarium sulfuré*, avec les concours de MM. les Professeurs Léon Bernard et Lepape. Deux rapports complets ont été présentés à l'Académie de médecine sur cette création, grâce à l'obligeance de M. le Professeur Desgrez, membre de l'Institut. Mais je n'aurai garde d'oublier dans cette collaboration, le Professeur Bardet, dont l'hydrologie française devra, longtemps encore, porteur le deuil, MM. les Professeurs Desgrez et Bierry, M. Dufrénoy et Lanos.

Pour en arriver au résultat que nous avons enfin obtenu, il a fallu s'appuyer sur la municipalité que dirige avec tant d'autorité mon ami, le Dr Germès : il a fallu, de haute lutte, par des rapports circonstanciés, amener la conviction dans l'esprit des membres du Conseil municipal ; il nous sera, peut-être, permis de dire ici que nous n'y avons épargné, ni notre temps, ni notre peine ; que longues et nombreuses ont été les heures passées dans les galeries de captage (dont la température s'élève de 26 à 46°) au cours des 500 prospections que nous y avons faites, accompagné de notre surveillant des fontaines, Barthélemy Cantaloup.

Au cours de ces deux dernières années, nous avons conduit plus de 5.000 visiteurs au radio-vaporarium sulfuré et en quelques mois 4.000 séances de cure ont été *officiellement* enregistrées. Nous venons d'en publier les premiers résultats que M. le Professeur Desgrez a bien voulu présenter à l'Académie de médecine. (1)

Mais il est nécessaire que le directeur technique

(1) Voir la clinique du Radio-vaporarium sulfuré de Luchon.

d'une station puisse, chaque année, en marquer les étapes : aussi avons-nous pensé qu'il était bon, chaque année, de les consigner sur un rapport (qui rappelle un peu celui que les anciens inspecteurs thermaux avaient, annuellement, coutume d'adresser à la Commission permanente à l'Académie). Ce rapport a été par nous adressé, tous les ans, au mois d'octobre à la Municipalité et, plus tard, en même temps à la Compagnie fermière. *Verba volant sed scripta manent.*

.....Le médecin directeur tel que nous en comprenons les fonctions doit se tenir en constant rapport avec le Bureau d'hygiène de la ville. Au cours d'une récente interview, M. le Professeur Léon Bernard nous a demandé d'insister beaucoup sur ce point si particulier.

La direction médicale hors de la station.

Il est une formule lapidaire qui veut qu'un homme d'action se conforme à une sorte de rite :

Faire,
Savoir-faire ; *savoir agir* ;
Faire agir,
Faire-savoir
Faire.

Il faut donc organiser une propagande qui soit basée, *uniquement*, sur la réalité des faits, sur la certitude des résultats : *Ne promettre que ce que l'on peut tenir*..... Tout ce qui serait autre serait une propagande à rebours.

A) *Relations avec la Presse médicale* : il est nécessaire que le directeur médical puisse entretenir les meilleures relations de courtoisie avec ses camarades de la presse médicale. Aussi, le directeur de Luchon est-il, depuis près de vingt ans, entré dans les milieux de rédaction et en particulier au sein de l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux* et à « *la Maison des Journalistes* » à Paris. Ceci lui a permis, sans se lasser, d'entretenir les lecteurs de tout ce qui pouvait les intéresser touchant le thermalisme pyrénéen et l'évolution de sa station. Car ce sont surtout les idées générales qui retiennent l'attention et il y a bien longtemps qu'il est vrai que pour sauvegarder les intérêts particuliers d'une œuvre, il faut, de toute nécessité en défendre les intérêts généraux. Voilà pourquoi, par la plume, et par la parole, chaque fois qu'il nous en a été donné l'occasion, nous n'avons cessé de défendre et nous défendrons la nécessité d'une « *politique thermale et climatique française.* »

Assistance aux Congrès français, aux Congrès internationaux (Rome, Bruxelles, Tunis, etc.), conférences avec projections, en particulier dans toute l'Afrique du Nord, enseignement de Faculté si possible,

Et nous remercions ici, très respectueusement, M. le Doyen Abelous et notre camarade d'internat, M. le Professeur Serr, de l'accueil qui nous a été réservé à la Faculté (de Toulouse), doivent faire partie intégrante de l'activité scientifique du directeur, en même temps que son assistance aux séances des diverses sociétés médicales : société de médecine de Paris, société de pathologie comparée et encore commissions médicales de l'O. N. T. — du T. C. F. L'Académie de médecine ouvre ses portes à nos communications et son *Bulletin officiel* porte à l'étranger l'effort de l'hydrologie française.

Organisation du thermo-climatisme social.

Pendant quatre années, il nous a été donné, comme secrétaire général du Syndicat des stations thermales et balnéaires de France, en collaboration avec le regretté Prof. Albert Robin, son fondateur — plus tard, avec M. Ray-Durand-Fardel, successeur d'Albert Robin, d'étudier l'organisation pratique du thermalisme social : auprès de toutes nos stations thermales, accès de toutes les classes sociales ; des membres des mutualités corporatives ; des enfants inscrits aux mutualités scolaires ; des ressortissants à la loi sur les accidents de travail ; des maladies et blessés de guerre ; étude enfin des modifications de la législation thermale à laquelle le président Maringer donne le meilleur de lui-même.

L'organisation des camps thermaux en France, organisation que nous poursuivrons jusques à leur entière réalisation, *sous une forme* ou sous une autre, et auxquels le Professeur Castaigne a consacré un tout récent article (*Châtel-Guyon-thermal* avril 1931) est un aspect du problème du thermalisme social... On nous a objecté que nous courions ainsi au socialisme thermal... Avec vous, Messieurs, nous sommes de ceux qui n'ont jamais eu peur des mots et qui ne s'embarrassent guère de vaines formules.

Nous redoutons seulement les hommes qui, ne voulant pas comprendre le sens des mots, cachent, soit leurs intérêts particuliers derrière de larges façades qu'ils veulent échaffauder, soit leur inertie derrière de hautes murailles qu'ils prétendent dresser en remparts inattaquables de leurs habitudes acquises ou de leur routine invétérée...

Le thermalisme social vient de recevoir ses lettres de crédit au Congrès international de Lisbonne où notre éminent président du Syndicat général, le Dr Ray-Durand-Fardel, en a développé la charte. Tous ensemble, nous devons organiser le thermalisme social, soit avec les assurances sociales, soit avec tel organisme représentatif des besoins actuels. Inutile de prouver que si nous ne participons pas à cette élaboration, le *thermalisme social s'organisera sans nous*. Gardons-nous qu'il ne se construise contre nous

J'en ai fini, Messieurs, j'ai voulu au cours de cette communication entrevoir la possibilité d'une direction médicale scientifique dans chacune de nos stations (avec la modalité propre à chacune) direction qui aurait pour pivot la création d'un laboratoire de physico-chimie, de biologie, appliquée, fonctionnant en accord avec les Instituts d'hydrologie, les chaires d'hydrologie de nos Facultés et, en harmonie, avec l'organisation d'hôpitaux thermaux, de formations thermales : Camps thermaux et autres.

Du chemin parcouru, retenons seulement, Messieurs, celui qui nous reste à parcourir.

A cette œuvre, vous êtes conviés.

LA PAGE SANS MÉDECINE

,.... Et il laissa son alezan s'élancer vers la campagne alanguie dans l'extase voluptueuse d'octobre.....

(*La Baronne*).

CCCLXVII. — Tristan DERÈME. — **L'Etoile de Poche.** 1 frontispice gravé sur cuivre par Sacha Klerx. 1 vol. 14,5 × 20,5 tiré à 480 ex. numérotés, dont 400 sur velin anglais, dans la collection. *Les Belles Heures. Editions Stols,* Maestricht.

Vous rappelez-vous, cher Tristan Derème, cette photographie (que je reçus un jour du Béarn), où vous sacrifiiez au Sport ? Votre canoë est sagement échoué, à l'abri des remous, dans une prairie très loin de l'eau et vous ramez, le sourcil froncé par l'effort, avec des rondins en guise d'aviron. C'est touchant comme ces épreuves d'avant-guerre où, la visière sur la nuque, les bourgeois rampants se donnaient, gratuitement, martiale et grotesque figure dans l'avion peint du photographe. Et ainsi, même en laissant au repos votre plume, paraphrasant en satire ingénieuse nos vanités, vous vous moquiez encore, avec causticité, des fanfaronnades du muscle, de notre soif de records et de vitesse, de nos prétentions sportives d'athlètes bedonnants, de nos travers, de notre soif ridicule d'aventure. Pour vous délasser de votre nouvel effort, puisque vous vous moquez aujourd'hui des bênets qui ne comprennent pas la poésie, j'ai choisi à votre intention, en épigraphe, une phrase lénifiante, où passent doucement comme des chansons étouffées de violons en sourdine, des chuchotements d'amour et de brise, des mauves attendrissants de crépuscule romantique, pendant que l'*alezan* « vole vers la bien-aimée » ! La baronne ne sera peut-être pas contente de voir sa prose égarée dans un journal médical. Avec la solennité offensée et les subjonctifs de Madame Baramel, à la première page de votre *Etoile de poche*, elle est « fichue » (pardon, baronne !) de nous dire : « *Je voudrais que l'on traitât de ces problèmes et de ces mystères un peu sérieusement. Vous ne cessez de mêler à votre discours des phrases qui ressemblent à des railleries* ». Je n'aurai pas comme le bon Monsieur Decalandre, son interlocuteur qui subit souriant cet orage, la ressource de « *frotter doucement ma longue barbe blanche* ». Je boucherai simplement et virtuellement mes oreilles (comme il m'advient souvent), et je regarderai un peu plus avant (comme je fixais avec une joie neuve les vers luisants que j'extrayais de mes poches, quand j'avais l'âge sans pitié de Patachou), le scintillement synthétique de votre Etoile, qui a le paradoxal privilège de briller au plein jour. J'aurai vite oublié de la sorte la baronne, déchaînât-elle les grandes eaux de sa colère ou de sa poésie. Je pourrai goûter en paix, la joie de relire cette prose magique, où glisse tant d'esprit sous le sourire indulgent de Monsieur Decalandre bandarillant la logique prosaïque de Madame Baramel. Je dis « *relire* », car on revient, cher poète pince-sans-rire, à votre prose, repris par son impertinente séduction comme par le bavardage marivaudant de feu Monsieur Bergeret. On y retrouve toujours en seconde ou troisième lecture de nouvelles malices embusquées. Et pourtant, votre sujet, (cette défense narquoise de la poésie, que présente à l'ombre des troënes avec une subtilité cousine de la vôtre, Monsieur Decalandre), semblait austère. Il n'est plus que ris et jeux, éclairs de rire ingénu, éclats de feux qui roussissent leur homme éberlué.

Et c'est probablement après avoir lu ces pages, que votre éditeur a choisi pour sa collection, ce titre lumineux chargé de la douce reconnaissance de notre joie.

CCCXLVIII. — Jules HURÉ. — **Religion et philosophie.** 1 vol. 12 × 19, 410 pages, tiré à 1.200 exemplaires numérotés sur vélin alfa bouffant. *Ed. Fischbacher,* Paris, 1931.

Je signale sans commentaires, ne voulant heurter personne, cette copieuse argumentation philosophique d'un spécialiste. Elle convaincra de la douceur de la Foi ceux qui croient qu'au bout de notre chemin luit la consolation d'un espoir, d'une lumière, et remplira d'aise les esprits forts, qui pensent que l'homme est le nombril ou le pivot du monde.

CCCXLIX. — Georges GRANDJEAN. — **L'Amour en Islam.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Malfère,* Paris, 1931.

Monsieur Grandjean s'attache, dans un livre, agrémenté de légendes orientales, d'alertes récits, à mettre en relief l'importance très réelle du « sentiment » chez les enfants du Prophète, lui-même très attaché à ses manifestations terrestres. L'enquête, par laquelle il a complété sur place sa documentation contemporaine, montre indiscutablement la belle élasticité morale du Coran.

CCCL. — Maria Luisa FIUMI. — **Sa Femme,** roman traduit et *adapté* de l'italien par la Baronne d'Orchamps. 1 vol. 12 × 19. *Ed. Albin Michel,* Paris, 1931.

Madame Fiumi et Monsieur Fiumi (qui est

un très délicat poète) devaient se méfier de la sagesse du proverbe de chez eux, qui charge de toutes les noirceurs le *traducteur*. Et, à plus forte raison, devaient-ils se garder de permettre une *adaptation* du texte. De ce poème en prose, frais, spontané, frémissant de vie, la traduction française et l'adaptation (?!) ont réussi par intermittences à chasser le naturel, à l'attifer de métaphores qui le déparent et voilent sa candide naïveté, ou la fougue ardente de sa passion. Madame d'Orchamps devrait avoir le respect des œuvres qu'on lui confie, ne pas reporter à *exubérant* l'H qu'elle néglige de laisser à *exhorter*, se garder de gonfler le texte de clichés romantiques, d'écrire du héros, que « le feu de ses pupilles *desséchées* lui dévorait le visage » ; de l'héroïne, que « ses souliers de jeune fille lui paraissaient aussi minces que des coquilles de noix, maintenant qu'elle *chausait* (sic) des *pantouffles* (resic) à cause de ses pieds gonflés » ; de la marquise, « qui était blonde et rose avec des yeux *d'enfant couleur pervenche* ». Le livre a résisté à ce traitement persévérant. C'est dire qu'il est d'une solide qualité.

CCCLI. — Jules ROMAINS. — **Problèmes d'aujourd'hui.** 1 vol. 12 × 19 tiré à 1910 ex. numérotés. Collection Regards. *Ed. du Sagittaire*, Paris, 1931.

La modestie n'est pas la qualité fondamentale du livre de Monsieur Romains. Dans la première partie, qui est rédigée avec une pénétrante intelligence, l'auteur parle « européen ». Puis, son amour de la médecine l'amène longuement à s'intéresser à la psychanalyse, avec beaucoup de bon sens d'ailleurs. L'*unanimisme* est de la fête, et son père adoptif se réjouit de voir le mot entré au dictionnaire. Cette joie est de fausse qualité, si Monsieur Romains veut bien se souvenir que, très accueillant aux néologismes, le dictionnaire peut aussi être considéré comme le *musée de la langue* : la rapière et le tricycle y figurent. Et les considérations des deux chapitres, qui terminent l'œuvre de Monsieur Romains, où il traite de l'art dramatique et de la sculpture, sont un curieux mélange de perspicace analyse et de réjouissant contentement de soi.

CCCLII. — Vital MAREILLE. — **La vie ardente d'Eléonore d'Aquitaine.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Flammarion*, Paris, 1931. 12 fr.

L'auteur en m'adressant le livre, que j'ai lu avec un intérêt et une curiosité qui ne s'est pas un instant lassée, m'annonçait la « *santé magnifique* » de son héroïne ! On ne peut pas plus spirituellement fixer à un médecin son inutilité ou les dangers de son intervention. Aussi me garderai-je de substituer à la concision de ce jugement d'oiseux développements. Ces deux mots vont me suffire à caractériser l'œuvre elle-même, à laquelle ils sont strictement applicables aussi. La prodigieuse érudition de Monsieur Vital-Mareille se chargera de vous convaincre de l'exactitude de ces prémisses. De ces deux mots découlent encore les nécessités, qui firent d'Eléonore un *caractère* et un *tempérament*. Nous comprendrons mieux l'aventureuse activité de cette femme étonnante, ses royales incartades, son besoin d'amour, sa résistance physique à ses multiples occupations ; nous serons moins surpris de la voir reine princesse de légende à Antioche, légiférant, bâtissant, enfantant Richard Cœur de Lion ; s'intéressant aux lettres, aux arts, aux tournois, aux chevaliers ; impétueuse, ardente, chevaleresque, sans qu'à aucun moment nous puissions nous soustraire au tourbillon, où nous entraîne le mouvement de la chronique, que Monsieur Vital-Mareille a menée avec une verve et un souffle, qui témoignent d'une magnifique santé littéraire.

CCCLIII. — Jean BOULOGNE. — **L'Amant d'une heure.** 1 vol. 12 × 19, roman. Collection Le Beau Navire. *Editions Crès*, Paris, 1931.

Mes bésicles en ont frémi. Je vous ai parlé l'année dernière d'un danseur sentimental qui avait des restes de pudeur. Le gigolo de Monsieur Boulogne s'en est débarrassé, et je signale ce roman de l'homme de joie aux suffragettes, que l'inégalité des sexes empêche de dormir.

Varia. — **Le Coup de Patte* (n° 4) est le plus drôle des hebdomadaires satiriques. Les histoires sont amusantes. Poulbot, Sennep, Guérin et Bib vous sont quadruple garantie de la qualité des images.

**Science et Monde* vient de paraître. Hebdomadaire, illustré en héliogravure. Administration, 26, rue Racine, Paris, 6e

* Dans la *Nouvelle Revue française* de juin, quelques pages de François MAURIAC, d'une sincérité émouvante dans la note coutumière d'inquiétude du grand romancier. Un intéressant commentaire de la naissance du mouvement Dada, quelques maximes de Jean Rostand devant son miroir.

*** Tableau d'honneur :**

Plus d'un médecin, après avoir lu cette monographie constatera qu'il n'avait, auparavant, aucune idée de ce qu'est, en réalité, l'auscultation et comprendra comment l'interprétation des bruits respiratoires normaux et pathologiques est claire et simple, lorsqu'elle s'appuie sur les données physiques, anatomo-pathologiques et expérimentales, qui en constituent les fondements solides et nécessaires.

(*Aristote*, 6e année, n° 54, page III).

— *Il faut un médecin !... Un linge, de l'aspirine pour arrêter l'hémorragie !...*

Il prépara le linge en bandeau épais, insistant pour obtenir un hémostatique :
— Si l'aspirine manque, donnez du taffetas !
— Madame, cherchez quelque chose ! supplia Beatrix.
(*Candide*, 4 juin 31, page 9).

Je fais appel à mes lecteurs pour l'alimentation du tableau. Merci !

5 juin 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES

BEAUX-ARTS

Le Plafond du Théâtre de Reims

Paris, 12 juin 1931.

La ville de Reims se réjouit ; les maisons nouvellement reconstruites se sont remplies, et voici que son théâtre va bientôt être ouvert.

J'ai eu la bonne fortune, avant que les éléments n'en soient expédiés là-bas pour le marouflage, de voir rassemblés dans l'atelier de leur auteur, le bon peintre ROUSSEAU-DECELLE de la Société des Artistes français, tous les morceaux du plafond de ce théâtre.

L'œuvre était d'une réalisation difficile; il fallait une technique très sûre et un respect d'autant plus absolu de l'effet réalisé sur une maquette au dixième, qu'il ne fallait pas songer à prendre sur place, au milieu des maçons, le moindre point de repère, pour les valeurs. J'augure cependant lorsque l'œuvre sera en place le meilleur effet possible.

Le sujet est fort intéressant, et prête à de multiples développements, parmi lesquels le choix de M. Rousseau-Decelle (qui est en plus de son talent de peintre un esprit des plus cultivés) s'est porté sur des épisodes fort agréablement choisis.

« *Les arts du théâtre naissent des fêtes de Bacchus* », c'est sur ce thème qu'il a brodé trois ordres de scènes, dont le raccordement pictural est fort élégants.

I. BACCHUS ET SON CORTÈGE. — Au cours d'un de ses voyages en Attique, Bacchus s'arrête au pied de montagnes boisées ; sur un rocher entouré de pampres, il chante un hymne à la gloire du vin, à la jeunesse, à la joie de vivre. A ses pieds couchées, les panthères de son char sont libérées du joug. Des nymphes écoutent le Dieu chanter; l'une d'elles s'amuse à abreuver de vin la panthère placée près d'elle.

A droite, le cortège de Silène, entouré de faunes et de Bacchantes... ; deux d'entre elles essaient d'arrêter son âne, tandis qu'un Bacchant verse encore à boire au vieux Silène, déjà gris, en pressant l'outre fameuse, qui avait le privilège de ne jamais se vider.

A gauche, la ronde des Nymphes, que les faunes, par jeu, s'efforcent de rompre.

II. DYONYSIAQUES DE PRINTEMPS. — Groupe de nymphes, de faunes et de bacchantes se poursuivant sous les arbres en fleurs. Le *Bouc d'Icarius* est poussé au sacrifice pour avoir mangé les bourgeons de la vigne : sa peau devait servir à faire la première outre.

Danse des bergers autour de l'amphore contenant le vin nouveau, et qui est portée processionnellement au temple de Bacchus.

Les Cistophores, jeunes filles couronnées de roses, portent dans des corbeilles closes les objets sacrés pour le sacrifice. Un adolescent barbouillé de lie danse devant l'amphore, des petits enfants soutiennent des guirlandes de feuillages.

III. DYONYSIAQUES D'AUTOMNE. — Les vendanges : chants du pressoir exécutés au son de la flûte antique (premier chant) par les vendangeurs, piétinant en cadence le raisin. Danse des buveurs sur l'outre pleine (première danse)... ; l'outre était le prix du vainqueur de ce concours.

Les chœurs dramatiques exécutent des danses, en agitant des cymbales et des crotales : en avant des chœurs, le choryphée des Phallophores est barbouillé de suie.

IV. (Premier dialogue) au temps d'Eschyle, devant le temple de Bacchus : chœur de danse, des Bacchantes aux flambeaux en proie au délire bacchique évoquent les fêtes de nuits.

Formes et couleurs sont distinguées et directement empruntées à la nature ; M. Rousseau-Decelle n'a pas voulu céder à la tentation aisée de ces simplifications et synthèse, auxquelles le mot de décoration est trop souvent un prétexte facile; il a saisi avec joie et confiance l'occasion de donner toute la mesure de son talent, et j'ai plaisir à dire qu'il y a fort bien réussi.

Dr G. POLÈME.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de clinique médicale thérapeutique.** — M. RATHERY est nommé professeur de clinique médicale thérapeutique, en remplacement de M. le Professeur VAQUEZ, admis à l'honorariat.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** *Conférence.* — M. le Dr MONTPELLIER, d'Alger, fera le 8 juillet à 21 h. 30, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, une conférence sur : *la syphilis nerveuse chez* l'indigène nord-africain.

— **Concours de prosectorat.** — Sont proposés : MM. Gosset et Sicard.

— **Thèses.** — Lundi 22 juin. — Jury : MM. Delbet, Gosset, Loeper, Baudouin. — LEFRANÇOIS J. : Etude clinique et diagnostique des tumeurs de la protubérance. — ROUGU S P. : Les plaies du rectum par empalement, diagnostic, indications opératoires. — DEMOLE M. : Etude de l'origine des hématémèses. — ARMAND LAROCHE J. : Brillat-Savarin et la médecine. — Mlle CODET, O. : Etude d'un régime alimentaire varié chez l'enfant de 6 à 18 mois.

Mardi 23 juin. — Jury : MM. Jeannin, Lereboullet, Nobécourt, Vaudescal. — MOISAN P. : Etude de la scarlatine chez les nouvelles accouchées. — Mlle BESKIN CHANA : Etude de l'hyperkeratose palmo-plantaire ou maladie de Méléda. — Mlle CHENISSE WERTHEMER : La mortalité dans les nourriceries de l'hospice des enfants assistés en 1929 et 1930. — Mlle MASS Alice : Etude clinique de la vaccination des nourrissons et des enfants par le vaccin de Calmette-Guérin B.C.G. — VENDEL R. : Terrain et sensibilisation dans l'asthme au point de vue thérapeutique. — KLARNET J. : Les pleuro-péricardites à pneumocoques de la première enfance.

Thèses vétérinaires. Jury : MM. Rathery, Tanon, Lesbouryries, Nicolas, Vergé. — MONOD : Orientation actuelle des recherches sur l'étiologie et traitement du rachitisme. — PERROT : Organisation vétérinaire en Allemagne.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Classement des candidats. MM. Welti, 67 ; Bernard, 66 ; Bauzet, 65 ; Ménégaux, 63.

Sont proposés : MM. Welti et Bernard.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Classement des candidats : MM. Lantuéjoul, 140 ; Digonnet, 136.

Est proposé : M. Lantuéjoul.

— **Concours de l'internat** (admissibilité). — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch (R), Leroux, Métivet, Ameline, Ravina (accoucheur).

— *Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine* :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Achard, Adrianopoulos, Alaurent, Alfonsi, Aliker, Allilaire, Allos, Amante, Ambrosini, Amphoux, Mlle Armelin, MM. Arnal, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Attal, Aubert, Auclair, Audoux, Augereau, Avenard, Azoulay ;

Baratoux, Barbier, Barcat, Bardery, Mlle Barré, MM. Barrière, Baudet, Baudouin, Baumgartner, Bastien, Batail, Beauchef (Jean), Beauchef (René), Beaufils, Belletoile, Benassy, Bengugiui, Benoist, Bensauke, Béquilgnon, Bercovici, Bernard (Jacques), Bernard (Philippe) Beurdeley, Bidou, Bigev, Billard, Binet, Blanc, Blau, Bloch, Blondeau, Blumen, Bobart, Boelle, Bogoraze, Boisramé, Boisseau, Boissonnat (Pierre), Boissonnet (Jacques), Boivin, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), Boquet, Borde, Borgida, Boros, Bosc, Botreau-Roussel, Botton (de), Bouchacourt, Boudonnet, Boudou, Boudou, Boulard, Bouley, Boulle, Bour, Bourdeau, Bourdial, Bourée, Bourget, Bourgin, Boursat, Boussard, Boussoulade, Boutakoff, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyé (Etienne), Boyé (Isidore), Boyé (Jean), Brami, Brandenburg, Brault, Bréhant, Bret, Bricage, Brincourt, Brinon, Brocard (Henri), Brochard (Charles), Brochartd (Raymond), Brouet, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bureau, Burel, Bussière ;

Caby, Cachin, Cadet de Gassicourt, Cahuet, Callot, Camard, Camelot, Camus, Canet, Capmas, Caratzali, Carrez, Casalis, Castany, Catonné, Catinat, Catz, Mlle Gauchy, MM. Chabert Ostland (de), Chagnon, Challiol (Jacques), Mlle Challiot (Yvonne), MM. Chambon, Champsaur, Chanel, Chapireau, Chareire, Charousset, Chatain, Chauvillon, Chevallier (André), Chevallier (Roger), Mlle Chessebeuf, M. Chevé, Mlle Ciosi, MM. Claisse, Claudet, Coldefy, Collart, Mlle Comby, MM. Conso, Copreaux, Cordebar, Cormelie, Cornetet, Corcos, Corrèze, Mlle Cottin (Amélie), M. Cottin (Pierre), Mlle Courrier, MM. Coussieu, Coustenoble, Couve,

Damon, Danard, Dangauthier, Daniel, Mlle Danzig MM. Darras, Daum, David (Jean), David (Lucien), Davidovici, Mme Davous (Raymond), Mlle Debay. MM. Debidour, Debray (Charles), Debray (Jean), Dechaume-Moucharmont, Dehouve, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delorme, Delort, Delzant, Demange, Demartial, Departout, Derieux, Mlle Desallais, MM. Déséglise, Desfrançois, Dessencourt, Desvignes, Deuquet, Dézoteux, Dhotel, Divet, Domart, Dormay, Douay, Doukan, Draillard, Drain, Dreyfus (André), Dreyfus (Jacques), Drizard, Dubarry, Dubois (Pierre), Duflo (Jacques), Duflos (Léon) Dufour, Dulot, Dumont, Duperrat, Dupuy, Durandy, Duriez, Dutray;

Echégut, Elkaïm, Epelbaum, Mlle Epstein. MM. Escarré, Escrivain (d'), Esquirol ;

Fabre, Falk, Fargette, Fasquelle, Faugeron, Mlle Fauvert, MM. Fauvet, Fay, Feldstein, Ferrien, Mlle Ferrieu, MM. Ferroir, Feuillet, Fildermann, Filhoulaud,

Findjanjian, Fleury, Fleys, Flori, Flourens, Fontaine, Fonteneau, Foret, Forget, Fourestier, Fournée (Jean), Fournet (Pierre), François, Dainville, Fresnais, Frouin, Fuchs, Fulconis ;

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gailhard, Galland, Galup, Ganière, Ganot, Gaquière, Gasne, Gastaud, Gaube, Gaumé, Gaultier (Michel), Gautier (Jacques), Gelas, Gelbert, Genevrier, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Georget, Gérard (Luc), Gérard (Pierre), Gerbeaux, Ghozland, Giard, Gibert, Gilbert, Gillet (Bernard), Gillet (Germain), Gillon, Gillot, Girard, Giraud (Georges), Giraudoux, Gireaux (Raymond), Gisselbrecht, Goby, Golse, Gordet, Gorrichon, Gouget, Goujard, Goyer, Graciensky (de), Grangé, Gratier, Grenet, Grépinet, Grèze, Gross, Grossiord, Groulier, Gruner, Guebel, Guérin, Guichard, Guillaumat, Guison, Guny, Guyon, (François) ;

Habrekorn, Haguier, Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hanoun, Mlle Harispe, MM. Hébert, Henry, Mme Herbert, MM. Herrenschmidt, Hertz, Hinard, Horeau, Hornus; Hubert, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Husset ;

Ichard, Iliovici, Inbona, Israël ;

Jacquet, Jacquot, Mlles Jammet, Jeannacopoulo, Jesensky, Jomier, MM. Jouanneau, Jouffroy, Journe, Judet, Julia (A.), Mme Julia (France) ;

MM. Kaplan, Karcher, Kipfer, Mme Kiriloff, M. Klotz Mlle Kritschwky, MM. Krivine, MM. Kun, Kuypers ;

Lacheny, Lachèze, Lachmann, Mlle Ladet, MM. Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Lamasson, Lambling, Landrieu, Lanthier, Lapeyre, Laporte (Jean), Mlle Laporte (Simone), MM. Laroche, Laude, Lauret, Mlle Lautmann MM. Lavedan de Casaubon (de), Lavergne (Henri), Lavergne (Jean), Le Beau, Lebel, Lebouchard, Lecat, Le Cœur, Leconte (André), Leconte (Maurice), Lecouillard, Mlle Lecour, MM. Ledoux-Lebard, Le Duc (Jean), Leduc (Jean-Félix), Lefebvre, Le Foll, Mlle Legagneux, MM. Legry, Lejeune, Lemmet, Léon, Lepart, Le Picard, Le Roy (Georges), Leroy (Louis), Lesauvage, Lesobre, Levaditi, Levannier, Levecq, Mlle Lévy (G.), MM. L'Huillier, Lichtenberg, Limasset, Lion, Mlle Lipschutz, M. Livieratos, Mlles Lyon, Loeschnigg (de), MM. Loiseau, Longuet (André), Mme Longuet (Georgette), M. Longuet (Yves), Mlle Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Lucas, Mlle Luneau ;

MM. Macé, Macrez, Mainguy, Malartic, Mallarmé, Malllet, Marcais, Mlle Marcelot, MM. Marchak. Marcombes, Marcy, Margout, Marlin, Marre, Martel (Eric), Martel (Jean-Lucien), Martin,(Jean), Martin (Jules), Martin (Marcel), Martin (Noël), Martini (Georges), Martini (Philippe), Martinie (Jacques), Martinot, Martrou, Maspétiol Mathey, Mathiot-Beaugendre, Mathivat, Mattern, Maulmont (de), Maurage, Maury, Maynadier, Mazingarbe, Meidinger, Mlle Melon, MM. Mendelsohn Ménétrier, Mestier du Bourg (de Metzguer, Meurin, Meyer (Jean) Meyer (Louis), Mchaelidès, Michaut, Mlle Mignon, MM. Millot, MinciMinel, Mirbeau, Molard, Molinéry Monier, Morax, Moreau (Gilbert), Moreau (Jacques) Mlle Morel, MM Moreno, Morhange, Morin, Mouchotte (Jean), Mouchotte (Maurice), Mouchotte (Robert, Moulinier, Moulle, Meurgues, Mlle Moyen ;

MM. Nabert, Nardi, Nastorg, Natier, Naud, Nègre, Netter, Neveu, Neyraud, Nguyen, Van Ngu Yen, Nicaise, Nico, Nigaud, Nitti, Nocton, Nomblot ;

Mlle Oehimichen, MM. Oger, Offret, Olivier (Claude), Olivier (Marcel), Opin, Opolon, Ortholan, Osenat, Oudin Ovary ;

Mlle Paillé, M. Palangié, Mlle Paley, MM. Pannet, Parent, Parfus, Paris, Parrot, Pasqualini, Pasquereau, Pasquier, Mlle Patez, MM. Pauchard, Payet, Pécher, Pellier, Pergola, Perreau (Pierre), Perret, Perrot (Raoul), Personnaz, Pertus, Pescarolo, Mlle Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Pétroff, Picard (Pierre), Picard (René), Picquart (Albert), Picquart (Antony), Pierra, Pimpaneau, Mlle Pinel, MM. Piraud, Piroux, Pochon, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Poisson, Polak, Poncet, Porge, Potier (Georges), Pottier (Marcel), Pouliquen, Poupault, Pourquié, Prat, Prunet, Puybaret, Pyt, ;

Rabant, Rabaté, Raisonnier, Ramadier, Rambert, Raphaël, Raulot-Lapointe, Raymond, Regard, Renaud, Rendu, Renet, Reveillaud, Ribert, Richard, Mlle Riche, MM. Ripart, Robert, Roche, Rocher, Rodier, Rogé (Ramond), Roger (Jacques), Mlle Rohlfs. MM. Rosanoff, Rossignol, Rotenstein, Mlle Rouard, MM. Rouchy Rouyvet, Rouvilolis, Roux, (Marcel), Roux (Maurice), Rouyer Roy (André-Henri), Roy (André-Louis), Rozée Belle Isle, Rudaux, Rymer ;

Sabourin, Sacquepée, Mlles Sainton, Salembicz, MM. Salleron, Salmona, Salomon, Sambron, Sarradin, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz, Séguin, Seringe, Sexe, Sidi, Sifflet, Siguier, Simart, Simon Salleron, Salmona, Salomon, Sambron, Sarradin, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz, Séguin, Seringue, Sexe, Sidi, Sifflet, Siguier, Simart, Simon (Gaston), Simon (René), Simonin, Mlle Solente, MM. Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Steinberg, Stenvart, Stérin, Steuermann, Strée, Suchma n ;

Tallet, Tanret, Tantin, Temerson, Templier, Terver, Thévenin, Thieffry, Thomann, Thorel, Mlle Thuoux, MM. Tilitcheeff, Tissandié, Tissot, (Franck), Tissot (Jacques), Touzard, Touzé, Tran-Quang Dé, Tran-Van Con, Traut, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Turbé, Turiaf. ;

Ullmann, Ungar ;

Vallancien, Vannier, Varangot, Varay, Vassor, Vauclin, Vaudour, Vautier, Vautrin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière MM. Vial, Viala, Vidard, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent, (Georges) ; Vincent (Jean), Vincent (Jules Vincent (Philippe), Vincent (Pierre), Voisin ;

Wattez, Weill dit Wall, Mlle Weissberg, MM. Werner, Wetterwald, Willot, Wimphen, Winter, elle Wix, M. Wolinetz ;

Yaich, Yglésias, Yovanovicht ;

Zaeppfel, Zhâ.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « DemiColonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr BEULQUE, de Tourcoing ; du Dr GUYARD, de Malesherbes (Loiret) ; du Dr René TESSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, Professeur à l'Ecole de médecine d'Angers ; du Dr PAILLOZ, du Havre (Seine-Inférieure) ; du Dr RAYMOND, de Vichy ; du Dr COCHEREL, de Réguiny (Morbihan) ; de Madame NOURY, docteur en médecine, de Paris ; du Dr Gaston Bosc, de Tours.

— Le Dr Gaston Bosc, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin chef de l'hôpital de Tours, vient de mourir, à l'âge de 54 ans. Très dévoué à ses malades d'hôpital, il fut l'un des consultants les plus demandés de Tours et de la Touraine.

— **VIIIe Congrès dentaire international,** Paris, 2-8 août 1931 (Grand Palais des Champs-Elysées). Secrétariat général : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris, 9e. — Rapports généraux : I. Les infections métastatiques d'origine dentaire ; II. L'action des prothèses partielles fixes et amovibles sur l'intégrité tissulaire ; III. Prophylaxie et soins dentaires chez les enfants au-dessous de 6 ans ; IV. L'amputation coronaire de la pulpe.

Fêtes prévues : fête de nuit à Versailles, le 2 août ; réception à l'Hôtel de Ville, le 4 août ; soirée de gala à l'Opéra, le 6 août ; banquet le 7 août. Des excursions sont organisées à Saint-Germain, Fontainebleau, Le Bourget, etc.

Les chemins de fer français accordent 50 %, les Compagnies de navigation maritime et aérienne, 10, 15 ou 20 %.

Des voyages sont prévus, après le Congrès, aux châteaux de la Loire (3 jours, 700 fr.), en Bretagne (6 jours, 1.480 fr.), en Espagne (23 jours, 5.390 fr.), en Italie (25 jours, 6.275 fr.), au Maroc avec visite de l'Espagne (30 jours, 10.100 fr.).

— **Croisière de vacances en Grèce,** PAR LA COTE DALMATE, du 16 au 29 septembre 1931, sous la haute direction de M. Charles Diehl, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne, conférencier de la croisière, sous les auspices de l'Ecole française d'Athènes, à bord du paquebot de luxe *Reine-Marie* (17.500 tonnes), du Lloyd Yougoslave, spécialement affecté à la 58e croisière de la *Revue générale des sciences* avec le concours du Bureau officiel du tourisme yougoslave à Paris.

PROGRAMME : Mardi 15 septembre. — Départ.

Mercredi 16 *septembre.* — Arrivée à Fiume-Susak. Départ du *Reine-Marie* à 14 heures.

Jeudi 17 *septembre.* — Arrivée à Split (Spalato). Visite du Palais de Dioclétien.

Vendredi 18 septembre. — En mer. Le bateau longe la côte d'Albanie, dont les sommets dominent la mer de 2.000 mètres.

Samedi 19 septembre. — Arrivée à Corfou. Excursion en automobile à l'Achilleion et retour par le Canon.

Dimanche 20 septembre. — Arrivée à Itea. Excursion en automobile à Delphes par les bois d'oliviers et la plaine sacrée. Gorges du Pleistos au pied du Parnasse et des Roches phedriades. Ruines du Hieron. Monuments votifs d'Athènes, Lacédémone, Tarente, Sicyone, Argos Siphnos, Cnide, sanctuaire de la Terre et des Muses ; base du Trépied de Platées, des offrandes de Gélon, etc... Terrasse et ruines du grand Temple d'Apollon, etc., etc.

Fontaine Castalie. Musée de Delphes qui contient l'Aurige de bronze.

Lundi 21 septembre. — Arrivée à Loutraki. Départ en voitures automobiles par la route en corniche qui surplombe la baie de Salamine, pour Megare (vieux port), Eleusis (Sanctuaire des grandes Déesses, Propylées, Portique de Philon, Acropole, Musée). Daphni. Visite de ce délicieux petit monastère byzantin du XIe siècle. Athènes. Visite de l'Acropole (propylées, Temple de la Victoire aptère, Erehtheion, Parthénon, Musée de l'Acropole).

Mardi 22 septembre. — Le matin : Odéon d'Hérode, Atticus, Théâtre de Dionysos, Odéon de Périclès, Monument choragique de Lysicrate, Arc d'Hadrien, Temple de Zeus, Stade, Pnyx, Prison de Socrate, Aéropage, Theseion, Tour des Vents, Cimetière du Céramique et les deux charmantes églises byzantines : Petite Métropole et Kapnicaréa.

Après-midi : visite au Musée national des collections mycéniennes, des sculptures funéraires, des terres cuites, etc.

A 17 heures, réception à l'Ecole française d'Athènes.

Mercredi 23 septembre. — Corinthe. Visite des fouilles américaines : Temple d'Apollon, Agora, Théâtre, Mycènes. Visite des tombeaux royaux, Porte des Lions, Enceinte de Schliemann, Tombes des masques d'or, Acropole et Palais Royal, Source Perseia. De là, à Argos, puis Tyrinthe.

L'après-midi sera consacrée à la visite d'Epidaure.

Jeudi 24 septembre. — Olympie. Visite des ruines de l'Altis : Temple de Zeus, Heraion, Metroon, Pelopion, Philippeion, Terrasse des Trésors, Exèdre d'Hérode, Atticus, Prytanée, Grand partique, Gymnase, Palestre Theocoléon, Atelier de Phidias, Léonidaion, Bouleuterion, Maison de Néron, Stade, etc., Musée q i contient les frontons du temple de la Victoire de Paeonios et l'Hermès de Praxitèle. Retour à bord pour dîner.

Vendredi 25 septembre, — Ithaque, le royaume d'Ulysse. Débarquement à Port-Vathy, ancien port de Phorkys où Ulysse fut déposé par les Phéaciens ; visite de la grotte des Nymphes, cachette de ses trésors, des ruines d'Alalcomina.

Samedi 26 septembre. — En mer.

Dimanche 27 septembre, — Escale à Dubrovnik (Raguse).

Mercredi 30 septembre. — Arrivée à Paris.

CONDITIONS DU VOYAGE. — Le prix de la croisière, de l'embarquement au débarquement, est de 4.400 francs (cabines à un lit et cabines à deux lits non superposés, sur tous les ponts.)

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser à Mme Charles, au siège de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Téléphone Littré 14-61.

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *L'Auvergne, ses sites et ses villes d'eaux en autocars P.-L.-M.* — Les services automobiles P. L.-M., au départ de Vichy et de Châtel-Guyon, permettent aux touristes d'admirer les sites et curiosités de l'Auvergne.

Du 1er juin au 20 septembre, des circuits de la journée ou de l'après-midi peuvent être effectués autour de Vichy : Châtel-Guyon, Royat ; sommet du Puy-de-Dôme ; Monts de la Madeleine ; Thiers par la Montagne ; Viaduc des Fades ; Vallée de la Sioule ; la Chaise-Dieu. Se renseigner sur les jours de fonctionnement de ces excursions au bureau des autocars de Vichy-Parc.

De Vichy partent également, tous les jours du 15 juin au 10 septembre, les autocars de la route thermale d'Auvergne qui, à travers des sites charmants, conduisent à Riom, Clermont-Ferrand, Royat, le Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Nectaire, avec retour à Vichy, le soir même.

Des circuits très intéressants peuvent être également effectués autour de Châtel-Guyon du 21 juin au 15 septembre : Châtel-Guyon, La Bourboule, Châtel-Guyon ; Sommet du Puy-de-Dôme ; Vichy ; Thiers et Vallée de la Dore ; Besse-Lac Pavin. Se renseigner sur le jour de fonctionnement au bureau des autocars P.-L.-M., Librairie Desparain, avenue Baraduc, à Châtel-Guyon.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

rés en avril 1930, qui pouvaient demander des sursis de six mois et attendre ainsi, pour être incorporés, la fin de la période scolaire.

(*J. O.*, 17 juin 1931.)

Régime à appliquer aux assurés sociaux hospitalisés.

12727. — M. Victor Schleiter demande à M. le ministre du travail si son administration partage la manière de voir du ministre de la santé publique, qui fait l'objet de la dépêche du 27 mars dernier, adressée aux préfets, par laquelle il expose le point de vue de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique quant aux rapports qui doivent exister entre les commissions administratives des hospices et les caisses d'assurances sociales ; ajoute que ce point de vue, qui correspond à celui des caisses d'assurances sociales, se résume ainsi : *a*) en dehors de la convention à conclure entre les caisses d'assurances et les établissements hospitaliers, il ne peut y avoir, en matière d'hospitalisation, d'autres conventions, par exemple entre les caisses et les médecins des établissements hospitaliers ; *b*) les malades hospitalisés au titre des assurances sociales ne peuvent être soignés dans les services normaux des hôpitaux que par les médecins attachés à ces établissements ; *c*) les honoraires auxquels les médecins peuvent avoir droit sont décomptés forfaitairement ; *d*) le payement de ces honoraires doit être fait par les caisses à l'administration hospitalière ; *c*) aucune entente directe entre les hospitalisés et les médecins d'hôpitaux ne saurait être admise. (*Question du* 5 *mai* 1931.)

Réponse. — Sur la demande du ministre du travail, la section permanente du conseil supérieur de l'assistance publique a été appelée à délibérer à nouveau sur la question posée par l'honorable député. Le régime à appliquer aux assurés sociaux dans les hôpitaux va faire très prochainement l'objet d'un examen en commun par les départements du travail et de la santé publique.

(J. *O.*, 17 juin 1931.)

Fournitures pharmaceutiques aux assurés sociaux dans une clinique.

890. — M. Anatole Manceau, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° si une clinique chirurgicale peut fournir aux assurés qui y sont en traitement, et surtout quand ils y sont amenés d'urgence les objets de pansement et les fournitures pharmaceutiques nécessités par le pansement ou l'opération ; 2° si les assurés à qui sont servies ces diverses fournitures pharmaceutiques (compresses, ouate, catgut, etc.) peuvent être remboursés par les caisses de ces fournitures, livrées par une clinique, étant entendu que l'ordonnance énumérant les fournitures utilisées est dûment signée du médecin traitant et que les prix de ces fournitures sont conformes

au tarif officiellement agréé. (*Question du 31 mars 1931.*)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ;

2° Il faut distinguer deux cas :

a) La clinique est liée par contrat à la caisse : l'assuré reçoit alors les mêmes prestations que s'il était à l'hôpital public, et le remboursement des frais pharmaceutiques se trouve inclus à forfait dans le prix de journée d'hospitalisation ;

b) La clinique n'est pas liée par contrat à la caisse : l'assuré est considéré comme traité à domicile et ne reçoit rien au titre des frais d'hospitalisation ; mais il a droit alors au remboursement dans les conditions normales de l'ordonnance établie par le chirurgien de la clinique, à la condition toutefois que cette ordonnance soit réglée et tarifée conformément à la convention pharmaceutique, par un pharmacien ayant adhéré à la convention, ou, tout au moins, pour les prestations qui n'exigent pas l'intermédiaire obligatoire d'un pharmacien, à la condition que l'établissement ait souscrit un engagement général de se soumettre au contrôle de la caisse et au contrôle technique.

(*J. O.*, 17 juin 1931.)

Note. — La réponse ministérielle à la 1re question ne tient pas compte de la loi sur l'exercice de la pharmacie. Cette loi, en effet, interdit à toute personne qui ne possède pas le diplôme de pharmacien de débiter ou de vendre des médicaments. La clinique peut donc fournir aux assurés sociaux des objets de pansement non médicamenteux, mais non des médicaments, qui relèvent du monopole des pharmaciens.

ASSURANCES SOCIALES

Assurés facultatifs. Certificat médical

En présence d'un candidat à l'assurance facultative, quelle doit être la conduite du médecin ? Comment peut-il rédiger son certificat ? Peut-il par exemple, écrire : « Je soussigné..... déclare que M. X. ne présente pas de lésions organiques ».

Doit-il faire état de varicocèle, de varices, d'une dyspepsie remontant à plus de trente ans, de coliques hépatiques survenues, il y a dix ans, etc. ?

Aux termes de l'article 38 paragraphe premier de la loi du 5 avril 1928, 30 avril 1930, le candidat à l'assurance facultative doit joindre à sa demande une attestation médicale constatant que ledit candidat n'a aucune maladie aiguë ou chronique, ni aucune invalidité totale ou partielle, susceptible d'élever notablement la morbidité.

Bien entendu, cette condition ne s'applique

qu'aux candidats qui veulent bénéficier de l'assurance facultative contre la maladie : elle ne concerne pas les candidats à la seule indemnité vieillesse.

L'article 112, § 2 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, ne donne aucune autre précision.

Il en résulte que le rôle du médecin est de rechercher si, dans l'état actuel du candidat, il découvre une maladie, aiguë ou chronique, une tare quelconque, qui puisse rendre le postulant bénéficiaire à brève échéance de l'assurance-maladie.

Cette dernière n'est pas, en effet, le refugium de tous ceux, qui se sentant, ou se sachant malades, se créeraient des ressources et des rentes, au détriment d'une caisse d'assurances, à laquelle ils n'adhèrent que lorsqu'ils sentent qu'ils en ont besoin.

Le certificat médical doit être véridique, car le praticien doit être impartial : il n'a pas à favoriser son client, en atténuant, ou en masquant une maladie, ou infirmité, car il pourra, de ce chef, imposer une lourde charge pécuniaire à la caisse.

Il n'a pas, non plus, à par trop prendre les intérêts de cette dernière et à refuser systématiquement qui ne lui paraît pas en santé parfaite.

Son rôle doit se borner à examiner et à consigner, par écrit, le résultat de ses investigations. A la caisse ensuite d'apprécier les déclarations ainsi fournies et, si besoin en est, de faire à nouveau examiner le patient, par un autre praticien, qu'elle désignera elle-même.

Ce droit de contrôle est absolu et la caisse peut demander toutes précisions, pour être éclairée sur la valeur sanitaire du candidat.

Mais ici se soulève une question, concernant le secret professionnel. Le candidat aura tendance à s'adresser à son médecin traitant. Celui-ci est contraint au silence d'après les termes de l'article 378 du code pénal. Doit-il, par conséquent, soit refuser pareil certificat, soit consigner, sur cette pièce, tout ce qu'il a constaté, chez son client, au cours des soins antérieurs qu'il lui a donnés ?

J'estime que, dans ce cas, pour la rédaction d'un certificat, exigé par un texte de loi, il n'y a pas violation du secret professionnel, lorsque ledit certificat est, sur la demande de l'intéressé, rédigé par le médecin traitant et remis en mains propres à l'ayant droit, qui en fera ce que bon lui semblera.

Il y aurait violation du secret professionnel, dans le cas où, mis en œuvre par la caisse, le médecin délivrerait directement à cette dernière, un certificat concernant un candidat à l'assurance auquel il aurait déjà prodigué ses soins.

Si, pour une raison quelconque, le médecin

avait un motif sérieux, pour ne pas divulguer à l'intéressé lui-même le résultat de son examen (cancer au début, tuberculose, ou autre affection, susceptible, par sa révélation brutale, de frapper durement l'imagination du patient), le praticien trouvera une excuse pour faire revenir son malade, le faire accompagner de quelqu'un de sa famille, pour qu'il soit possible de lui rendre service, de le faire soigner, tout en respectat sa sensibilité.

Mais j'estime que, remplissant un rôle d'examinateur, ordonné par la loi, le médecin doit contrôler minutieusement l'état du candidat à l'assurance facultative, qui vient lui réclamer lui-même un certificat.

Sur cette pièce, il indiquera le résultat complet de son investigation, en mentionnant les lésions actuelles et le passé pathologique, si ce passé doit influer sur l'avenir. Après quoi, il remettra le certificat à son malade lui-même, en faisant aposer sasignature à côté de la sienne, pour ainsi authentifier l'identité de l'examiné et sa demande personnelle de certificat.

Au contraire, si le médecin a été commis par une caisse, il le spécifiera dans son préambule de certificat et, après avoir fait signer avec lui le candidat examiné, il pourra transmettre directement la pièce à la caisse, sans la remettre au malade.

Si ce médecin commis par la caisse, est, ou a été le médecin traitant du candidat, il peut se récuser pour faire ledit examen, pour ne pas mettre sa conscience de contrôleur en conflit avec son devoir de silence, que lui impose sa qualité de médecin traitant.

D[r] Paul BOUDIN.

LE SYNDROME ENTÉRO-PULMONAIRE

Il y a quelques années, un phtisiologue de Paris, le D[r] Mélamet, avait décrit sous ce nom l'association chez un même malade d'une lésion infectieuse de l'abdomen avec une lésion de même ordre septique pleuro-pulmonaire, ayant comme trait d'union les voies lymphatiques, alternant souvent, l'une avec l'autre dans leur activité, mais de point de départ abdominal.

Il faut ajouter, que dans l'esprit de l'auteur, l'infection tuberculeuse était surtout envisagée.

Or, j'estime que cette conception scientifique justifiée à la fois par la clinique et l'anatomie pathologique, n'a pas encore été estimée à sa juste valeur, on en fait mention dans des comptes rendus de réunions médicales de Sociétés d'arrondissement, mais les maîtres de la phtisiologie n'ont pas encore paru faire à ce syndrome la place qu'il mérite, dans leurs discussions scientifiques.

Je me permets donc d'apporter ici un modeste

témoignage en faveur de l'identification de ce syndrome basé sur l'observation d'un millier de malades au cours de dix années de médecine préventoriale.

Il s'agit ici de malades préventoriaux, c'est-à-dire porteurs de « tuberculose mineure », si j'ose m'exprimer ainsi : de jeunes sujets, de 14 à 30 ans, atteints de cette infection tuberculeuse chronique sans lésion viscérale profonde, en tout cas non contagieuse, très fermée et dont le diagnostic est basé sur une hérédité, des contacts, une anémie profonde avec état subfébrile prolongé et amaigrissement, un hile adénopathique un peu chargé à la radio ; phénomènes pleuraux secs. Enfin convalescents de la grande pleurésie.

Tous ces malades, malgré une radio pulmonaire négative, sont, indubitablement des infectés tuberculeux, réagissant à la tuberculine et bénéficiant merveilleusement de la simple, mais radicale cure hygiéno-diététique.

Or, si on consulte leurs observations d'entrée, on constate que chez la moitié des malades, il y a eu *l'appendicectomie*, dans les antécédents.

D'autre part, et c'est là une des difficultés de la cure, qui désespère les directeurs de préventoriums, il se trouve que les deux tiers et même les trois quarts des malades présentent quelque temps après leur entrée, des symptômes d'entérite dont l'apparition est favorisée par le formidable appétit que ces sujets éprouvent après quelques jours de cure au grand air. Aussi, avec l'expérience, nous avons au préventorium, institué une table de régime, où sont inscrits la majorité des malades.

De quelle nature est cette entérite ? et de quelle nature était l'appendicite antécédentaire ? Evidemment, on ne peut pas faire la preuve de la tuberculose dans ces manifestations appendico-intestinales, mais quel médecin ne reconnaît pas ici l'histoire des fameux « balafrés » du Professeur Dieulafoy, dont le début était une appendicectomie, la période d'état, une suite de cures à Châtel-Guyon ou à Plombières et la conclusion le séjour dans un sanatorium ; actuellement, la cure préventoriale aide avantageusement pour l'avenir du malade, aux cures hydrologiques.

La médecine est surtout une science d'observation.

Cette courte exposition statistique basée sur les observations d'un millier de malades en dix années a son enseignement. Puisse-t-elle, malgré la modestie de son auteur, apporter un témoignage de plus, en faveur de l'entité nosologique du syndrome entéro-pulmonaire de Mélamet.

Dr Roux,
(Saint-Gervais-les-Bains)

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

2699. — Périodes d'instruction

Vous reproduisez dans votre *Concours* du 6 mai, nº 1545, la demande de renseignements que je vous avais adressée et votre réponse.

Je vois dans les nºs antérieurs et même dans celui de ce jour, des demandes semblables à la mienne, c'est pourquoi, je vous fais connaître le résultat de mes pourparlers avec le Directeur du Service de santé de ma région :

Ayant lu, sur les affiches officielles, apposées sur les murs que « les officiers ayant plus de six mois d'activité dans leur grade actuel ne sont pas astreints à accomplir une période d'instruction », j'ai répondu au Directeur du service de santé que je m'appuyais sur ce texte et que je considérerais une convocation comme arbitraire et injustifiée.

Le Directeur a reconnu le bien-fondé de ma réclamation et a convenu que je ne pouvais être contraint à accomplir une période.

D. L.

2284. — Avancement dans la Légion d'honneur

Je vous serais très reconnaissant de me donner la marche à suivre pour obtenir le cas échéant un avancement dans l'ordre de la Légion d'honneur. Voici mon cas :

1º Officier d'infanterie honoraire, rayé des cadres (art. 13), le 9 juin 1925 pour blessures de guerre (55 p. cent) ;

2º Au front du 4 août 1914 au 2 avril 1919 (démobilisé) ;

3º Blessures multiples à deux reprises ayant motivé invalidité de 55 %.

4º Chevalier de la Légion d'honneur du 3 juillet 1917. Croix de guerre avec palme.

5º Depuis 1926, j'ai assuré plusieurs fois par an et chaque fois pendant des mois, à titre de médecin conventionné, le service médical d'un bataillon d'infanterie. J'ai mérité de ce fait des félicitations officielles écrites du général commandant le Corps d'armée.

Pourriez-vous me dire :

1º Si je suis proposable pour le grade d'officier de la Légion d'honneur. Quelles sont les démarches à faire dans ce but ?

2º Ce grade me sera-t-il donné avec ou sans traitement ?

3º Puis-je être nommé plus tôt en renonçant au traitement ?

Dr Z.

Réponse.

Officier honoraire, vous ne pouvez plus recevoir un avancement dans la Légion d'honneur, qu'au titre de la loi du 16 juillet 1927 (par an : une Croix de Commandeur, 5 croix d'officier).

Ces croix sont, sans traitement ; mais il faut :

1° Avoir fait l'objet à l'occasion de la guerre, d'une proposition d'avancement dans la Légion d'honneur (en ce qui vous concerne, avoir été proposé pour officier après le 3 juillet 1917) ;

2° Avoir rendu des services, à divers titres aux Sociétés de préparation militaire, agréées par le Gouvernement.

Il faudrait, alors vous adresser à votre Commandant de Région militaire (pour vous, général commandant la Région militaire de Paris).

2347. — Indemnité de première mise d'équipement

Classe 1913, nommé sous-lieutenant de réserve à la date du 2 juillet 1924, actuellement médecin lieutenant, ai-je droit à l'indemnité de 1re mise d'équipement (700 fr). indemnité que je n'ai jamais touchée ?

Dr B.

Réponse.

Il est un peu tard actuellement pour réclamer cette indemnité, d'autant plus qu'en 1924, on ne l'allouait que dans la limite, assez réduite, des allocations budgétaires.

A tout hasard, vous pouvez toujours écrire à votre Directeur du Service de santé pour lui exposer votre situation spéciale, et réclamer le paiement de cette indemnité.

On pourra vous opposer la prescription quinquennale.

2285. — Retraite mutuelle du combattant

Il m'a été délivré une carte d'ancien combattant le 28 février 1928 comme ayant été médecin du ne bataillon du ne de ligne affecté au secteur de X. du 17 mai 1915 au 5 décembre 1915, (dépôt de division). Ayant fait une demande d'allocation on me fait savoir que cette carte m'a été donnée indument, le bataillon n'étant pas combattant (Classe 1887).

D'autre part, j'ai fait des versements à la caisse autonome nationale pour me constituer une retraite. Pensez-vous que je puisse continuer à verser et si cette retraite me sera également refusée ayant fait toute la guerre dans la zone des armées.

Dr X.

Réponse.

L'allocation du combattant (retraite versée entièrement par l Etat) est différente totalement de la Retraite mutuelle du Combattant, pour la-

quelle l'Etat ne verse qu'une quote-part ; celle-ci ne vous sera pas refusée, car, ayant été dans la zone des armées un temps suffisant, vous y avez droit.

Application du Tarif Fallières.

2545. — Pansements silicatés pour ulcère variqueux

Je vous remercie de l'envoi du numéro du *Concours* et de votre lettre ; j'avais déjà ce numéro, car je conserve le journal, dans lequel je trouve, au besoin, une documentation précise... et introuvable ailleurs.

Je vous soumets mon interprétation que je crois conforme aux théories « Decourt » sur les tarifs des actes médicaux.

En ce qui concerne la question sur le nombre de visites, celui-ci était absolument normal.

J'ai été amené ces jours derniers à donner des tuyaux à un ami pharmacien chargé par son Syndicat de rédiger un rapport sur le tiers payant en accidents du travail.

Nous avons pillé la collection des *Concours* 1919-1931 et y avons recueilli une moisson importante de documents.

Il s'agit en l'espèce d'une initiative très intéressante qui fera plaisir à M. Duchesne.

Les pharmaciens de l'Aude ont, depuis le début de mars rompu avec le tiers payant ; pour les accidents du travail, ils ont eu un peu de mal, mais ils arrivent très bien tout de même ; mais il paraît (?????) que les Compagnies d'assurances voudraient les assigner ???

Imprégné des articles de votre journal, j'ai conseillé à mon ami de venir le consulter, et son rapport sera bourré de faits précis qui feront sensation auprès de ceux qui commençaient à hésiter.

Quoi qu'il arrive de cette tentative, elle est intéressante.

Je vous serai reconnaissant de me dire, si je suis dans le vrai au sujet des pansements silicatés.

D^r C.

Copie (extrait).

....

2° Sur la nécessité des appareils silicatés, le D^r M. m'a donné les explications suivantes :

Il a été fait trois appareils silicatés dont deux sur les deux jambes et un sur une seule. Il s'agit d'une méthode de traitement ambulatoire des ulcères variqueux : après pansement gras antiseptique de l'ulcère, une bande silicatée est appliquée directement sur la jambe, sèche lentement, et constitue un pansement souple, bien que contensif, des varices.

....

J'ai fait remarquer à mon confrère que l'appareil silicaté qui est notifié comme comportant un tarif spécial est un *appareil* de contention de fracture de luxation, d'arthrite, et que ce n'est pas le fait de

tremper une bande dans du silicate qui motive la catégorie, mais celui de maintenir ainsi par ce moyen une réduction ou une position délicates... En effet, le simple *pansement* rigide fait habituellement de bandes de tarlatane apprêtées ne comporte pas de tarif spécial. Le cas de pansements pour traitement des ulcères variqueux n'étant pas spécifié, il y a lieu de tenir compte de ce fait, et de déterminer quel tarif leur est applicable par analogie, il semble qu'un tarif intermédiaire entre le pansement compris dans l'acte médical courant et le vrai appareil silicaté serait plus juste.

En ce qui concerne le déplacement nécessité par ces pansements, M. X. m'a dit qu'il avait l'habitude d'agir ainsi en clientèle ordinaire, à cause de la lenteur de la dessication du silicate (il compte huit heures, Soubeyran, dans sa petite chirurgie, en compte 48) qui nécessite l'immobilisation du malade pendant ce délai.

....

Conclusions. — Sur le second point. Il ne me paraît pas y avoir eu, à proprement parler, appareil silicaté, si ma définition est exacte, mais pansement rigide spécial ; il y a lieu de déterminer une analogie à ce sujet.

M. M. a du reste noté nettement sur son mémoire qu'il tarifait « par analogie ».

Réponse.

1° Le paiement direct par le malade du médecin ou du pharmacien n'est nullement interdit par la loi du 9 avril 1898, ni par les modifications à cette loi qui eurent lieu ultérieurement.

2° Le Docteur M... a eu raison de demander un prix spécial, *par analogie seulement*, car, s'il y a dans le tarif : « Répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres : 50 francs », cette tarification est dans le chapitre spécial des *fractures*. Néanmoins, il m'apparaît que le prix ordinaire d'une visite pour pose de pansement silicaté, avec le temps matériel qu'elle demande, est insuffisant, en équité. Il y aurait donc lieu, en ce cas, à un *accord amiable* entre la Compagnie et le médecin traitant, sur la base d'un *prix intermédiaire* entre 15 et 50 fr. comme vous le proposez judicieusement. Mais c'est une affaire d'équité à résoudre à l'amiable, je le répète entre la Compagnie et médecin traitant, celui-ci ayant, au préalable, fourni à celle-là toutes explications techniques nécessaires.

Nota. — Prière de me mettre au courant de l'accord, s'il a lieu, pour en garder note dans mes archives.

Dr F. DECOURT.

Fiscalité

2331. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile. Frais professionnels

Mon contrôleur des Contributions directes s'appuie

sur un arrêt du Conseil d'Etat de 1926 pour refuser les amortissements quels qu'ils soient.

La réponse parue dans le *Concours médical* du 12 avril courant, p. 1227 ne partage pas cette manière de voir.

J'ai répondu au contrôleur en lui communiquant cette réponse. S'il insiste, sur quelle jurisprudence puis-je me baser pour lui répondre ?

Le contrôleur n'admet comme part professionnelle des frais d'auto que les trois quarts des frais totaux. Dois-je accepter cette proportion ou celle des 6/7es que j'avais prise comme base pour mes frais professionnels.

Le contrôleur admet comme frais domestiques : 3.500 fr. J'avais déclaré 4.800 ; dois-je transiger ou maintenir ma déclaration ; j'avais compté la moitié de mes frais de domestiques : une femme de journée et une bonne à tout faire.

Dr G.

Réponse

Vous pouvez vous baser sur l'arrêt même invoqué par le contrôleur. Cet arrêt a été rendu à la requête d'un contribuable ; il consacre donc un droit pour ce dernier et non pas une obligation. L'amortissement est donc facultatif.

Quant aux frais d'automobile et de domestique, il est préférable que vous transigiez, la part de frais professionnels étant arbitraire.

A. M.

2382. — Détail des dépenses professionnelles

Le contrôleur des contributions directes me demande de lui fournir (au titre de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales) :

1° Mes recettes brutes ;

2° Mes frais généraux par catégories.

C'est ce deuxièmement que je ne comprends pas.

Qu'entend le contrôleur par frais généraux par catégories ?

Quant à recettes brutes, je m'explique mal que leur montant me soit redemandé, puisque je l'ai déjà fourni, lors de ma déclaration, en février dernier ?

Dr S.

Réponse.

Pour les recettes brutes, donnez au contrôleur le chiffre global que vous avez déjà fourni.

Le contrôleur entend probablement par « frais généraux par catégories », le détail de ces frais : loyer et entretien du cabinet, électricité, téléphone, gages du domestique, frais d'automobile, abonnement aux revues, etc.

A. M.

2448. — Déduction des versements pour retraites

Dans ma déclaration de revenus professionnels, j'ai déduit une somme de :

A. 6.000 fr. pour versements en vue d'une retraite la France-Mutualiste ;

B. 2.300 fr. pour constitution d'une rente à la Caisse nationale des dépôts et consignations.

Le fisc refuse cette déduction.

Je réponds en reproduisant les 3 paragraphes de la réponse à la question 604 du n° 13 du *Concours Médical* du 29 mars 1931.

Le fisc me répond par la lettre que je vous joins en communication.

Que dois-je faire ?

Dr Y.

Réponse.

Les cotisations en vue d'une retraite ne sont déductibles que jusqu'à concurrence de 6 %.

Les prétentions du Contrôleur sont donc fondées. Il n'y a que les versements pour la rétraite des anciens combattants qui soient entièrement déductibles jusqu'à 6.000 fr.

A. M.

2440. — Base de la patente. Réduction pour charges de famille

Je me permets de vous soumettre la feuille d'impositions ci-jointe pour vous demander :

1° Si la contribution des patentes s'applique toujours à l'intégralité des locaux d'habitation ou si une modification est intervenue en ne la faisant porter que sur les locaux professionnels ?

2° Si aucune déduction n'intervient pour charges de famille ? je vois en effet que le bulletin en fait mention en imprimé et que rien n'est porté en regard, j'ai 4 enfants depuis février 1931.

Dr G.

Réponse.

La patente est toujours basée sur la valeur locative des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

Vous avez droit à une réduction de la contribution foncière pour charges de famille. Adressez une demande au Contrôleur en lui retournant votre avertissement et donnez-lui les nom, prénoms et dates de naissance de vos enfants.

A. M.

Assurances

2857. — Assurance d'un remplaçant

Membre du «Sou» et du *Concours Médical*, je désire savoir comment on doit assurer un remplaçant contre les accidents etc.

Dr B.

Réponse.

Si le remplaçant remplit les conditions légales (docteur en médecine ou, sous la condition de l'autorisation préfectorale, étudiant muni de 20 inscriptions, ou interne des hôpitaux nommé au concours et titulaire de 16 inscriptions), le méde-

cin remplacé n'encourt pas de responsabilité spéciale, car le remplaçant ne peut être considéré comme son préposé.

Toutefois, la responsabilité personnelle du remplacé peut subsister si une faute personnelle peut lui être reprochée. Pourrait être considéré comme tel le fait de n'avoir pas prévenu le remplaçant qu'un client était en cours de traitement ou que ce dernier souffrait une contre-indication.

Le praticien n'encourt pas vis-à-vis du remplaçant la responsabilité forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, mais il doit répondre des accidents survenus par suite de sa faute personnelle ; par exemple le fait d'avoir laissé à la disposition du remplaçant des instruments atteints de vice caché pourrait être considéré comme une faute.

Pour se garantir complètement, le praticien devrait faire modifier sa police responsabilité civile professionnelle en prévoyant :

1° Que la responsabilité du praticien vis-à-vis de son remplaçant est garantie ;

2° Que la responsabilité de l'assuré est couverte, si elle se trouvait engagée par des actes commis, par le remplaçant (il faut, en effet, prévoir les cas où une action en responsabilité serait intentée à tort contre le médecin) ;

3° Le praticien peut faire adhérer son remplaçant au « Sou Médical », ou tout au moins faire insérer dans le contrat de la Compagnie d'assurances, une clause déclarant que la responsabilité personnelle du remplaçant sera couverte au même titre que celle de l'assuré ;

4° Le médecin remplacé peut encore faire insérer dans sa police automobile une clause portant non seulement autorisation de conduite de sa voiture par toute personne munie d'un permis de conduire, mais encore garantissant la responsabilité du conducteur au même titre que la responsabilité de l'assuré.

Nous avons dit que le médecin n'avait pas à se préoccuper des lois sur les accidents du travail qui ne s'appliquent pas au remplaçant. Mais il peut assurer à ce dernier (en dehors de toute responsabilité) des indemnités forfaitaires par la police individuelle contre les accidents, indemnités payables en cas de mort, mutilation et, éventuellement, d'incapacité temporaire.

P. R. BAGLIN,

Docteur en Droit,
Conseiller technique d'Assurances

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1932)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er septembre, au prix de 25 francs.

Le soussigné *(nom et prénoms)* ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, ***médecin à*** ....

dépt .... ***désire recevoir*** l'Agenda-Memento du Praticien, ***édition*** 1932(1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 25 fr.*
- *Je verse 25 fr. au compte de chèques postaux* **Concours Médical**, *Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (3 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1931

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Goutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (enf.), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, F. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casau de Montgolner Foucaud Kolbé, Levadoux, Mazerar, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Barbaux.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule Cany, Duliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. Goirand.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gameisy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Boutelier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fan, Gannat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel. Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de Madame Riffeault, de Barneville-sur-Mer, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 228. — Bon cab. méd. à céder à Vichy.

No 229. — A vend. cabriol. Renault mona-six, 8 CV., type R. Y. 2, 1931, 2 pl. av. Spider, 3.000 km., état de neuf. Cause double emploi. Essais à volonté, S'ad. Dr Pigé à Mirebeau-en-Poitou (Vienne).

No 230. — Est. Bon poste, seul méd., mais., jardin, garage, pet. loyer. Indemn. 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 240. — Paris. — Cab. O. R. L., bel emplacem., appartem. agréab. 1er étage. Loyer 8.000. Indemn. à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 241. — Paris. Rive gauche, cab. urol. très anc., appartem. agréab. Condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Genève.** *Hommage au professeur Louis Bard.* — Un médaillon, œuvre du sculpteur Anart, représentant le Professeur Louis Bard, vient d'être placé dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital cantonal de Genève. On sait que le Dr Louis Bard, après avoir été professeur à la Faculté de médecine de Lyon, fut appelé à Genève, où il enseigna pendant vingt années la clinique médicale. Il quitta Genève en 1919 pour aller réorganiser l'enseignement clinique à la Faculté de Strasbourg, redevenue française, et termina sa carirère universitaire à la Clinique médicale de la Faculté de Lyon.

A la cérémonie d'inauguration du médaillon de l'hôpital cantonal, la mémoire de cet éminent Maître fut saluée avec émotion par le Prof. Roch, de Lyon, le Dr Guyot, au nom de la Société médicale genevoise, et le Dr Thomas, directeur de l'hôpital. Madame Louis Bard, que nous avons eu l'honneur de rencontrer plusieurs fois pendant la guerre alors qu'elle se rendait au chevet de ses fils blessés — plusieurs de ses fils sont morts pour la France — assistait à la cérémonie. Nous nous associons de tout cœur à nos confrères suisses dans cet hommage à un Maître qui fut un savant éminent et un grand médecin.

P. L.

— **Hommage au Dr A. Mathieu (de Bains-les-Bains).** — Le 2 août aura lieu l'inauguration du buste du Docteur A. Mathieu, qui a été pendant vingt-cinq ans l'animateur de la station vosgienne de Bains-les-Bains. La cérémonie d'inauguration du buste, œuvre du sculpteur Piron, et le banquet qui suivra, seront présidés par M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, qui a tenu à donner à la station de Bains-les-Bains, actuellement en plein développement, un témoignage officiel pour les efforts qui ont amené la rénovation d'une vieille cité thermale française.

Les souscriptions sont reçues par M. A. Monal, 6, rue Bridaine, à Paris.

— **Journées médicales belges de 1931.**— A l'issue des Journées médicales belges de 1931, qui ont été consacrées à la mémoire du Professeur Widal, Madame Fernand Widal a adressé au secrétaire général du Congrès la lettre suivante, que publie le *Bruxelles-Médical.*

« Je ne veux pas quitter la Belgique sans vous remercier avec émotion de l'accueil inoubliable que nous avons trouvé à Bruxelles.

« Le pieux hommage rendu à la mémoire de mon cher mari pendant cette admirable cérémonie inaugurale, la consécration donnée à ses travaux scientifiques, m'ont remuée jusqu'au fond du cœur.

« Je tiens à vous dire combien nous avons été, mon fils et moi, sensibles aux témoignages rendus par MM. les membres du Gouvernement. Nous serions particulièrement heureux si S. M. la Reine pouvait savoir un jour quelle profonde reconnaissance nous lui vouons d'avoir daigné honorer de Son auguste présence la première de ces Journées.

« Je ne pourrai jamais assez vous dire combien je vous remercie de l'affection si délicate dont vous nous avez entourés, et vous prie de bien vouloir transmettre au Corps médical belge ma gratitude infinie pour leur charmante hospitalité. »

Marcelle Fernand Widal.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** *Décanat.* — M. le Professeur Abelous est élu doyen, pour une nouvelle période de trois années.

— **Piscines d'eau de mer tiédie.** — Répondant à une demande parue dans notre numéro du dimanche 21 juin n° 25, le Syndicat d'initiative de Dinard nous fait savoir que Dinard possède :

a) une piscine d'eau de mer chaude filtrée (25°), la plus confortable pour ne pas dire la plus luxueuse de France. Cette piscine mesure 30 mètres sur 12 de largeur.

b) Deux pools permettant aux baigneurs de prendre leurs ébats à toute heure de marée.

c) Une piscine au Centre d'instruction physique où, sous la direction de moniteurs diplômés, les enfants et jeunes gens des deux sexes villégiaturant à Dinard pendant la saison, peuvent prendre gratuitement des leçons de natation.

M. Weidenbach-Joffre, directeur du Syndicat d'initiative, nous informe, d'autre part, que les mé-

decins et leur famille sont exonérés de la taxe de séjour, à Dinard.

— **Les camps thermaux.** — Notre distingué confrère, M. le Dr Moncorgé, du Mont-Dore, président de la Fédération thermale et cimatique française, nous adresse la communication suivante :

« Le Ministère de la Santé publique a décidé la création à titre d'expérience de trois camps thermaux. L'objet de ces camps est d'assurer les bienfaits de la cure thermale aux enfants et tout jeunes gens qui en sont privés faute de ressources suffisantes.

« L'un de ces camps sera installé au Mont-Dore, l'autre à Bagnères-de-Luchon, le troisième à Cauterets. Les deux premiers seront ouverts au mois d'août et jusqu'à la fin septembre. Le dernier fonctionnera dès le 15 juillet, par les soins du Touring-Club. Y seront acceptés les enfants et tout jeunes gens justiciables soit du traitement en usage dans ces stations, soit simplement d'un séjour dans l'une ou l'autre de ces stations à titre climatique.

« Ils sont organisés par l'Association générale des camps de vacances sous la direction de la Fédération thermale et climatique française.

« Pour les conditions d'admission et de séjour s'adresser à l'Association générale des camps de vacances, 11, rue Huyghens, Paris, (14e).

— **Le IVe Congrès international des plantes médicinales et à essences** se tiendra à Paris du 16 au 21 juillet. Secrétariat général : avenue du Maine, 12, Paris, XVe.

— **Réglementation de l'exercice de la médecine par les Roumains.** — La loi Armsbruster n'ayant pu être votée par le Sénat avant la clôture des travaux parlementaires, le Ministre de l'Instruction Publique, ainsi qu'il l'avait promis, vient de réglementer les possibilités d'exercice de la médecine en France par les Roumains de la façon suivante :

Ne pourront prendre d'inscriptions de *doctorat d'Etat* que les étudiants roumains *pourvus des titres exigés des étudiants français*. Les autres ne pourront postuler que le diplôme d'Université. Cependant, chaque année, un nombre restreint et limité de ceux-ci, désignés par une Commission spéciale, seront autorisés à soutenir leur thèse pour le doctorat d'Etat.

— **L'Assemblée générale des médecins du P. L. M.** — L'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Cie P. L. M. a eu lieu dimanche 5 juillet à Paris, sous la présidence du Dr Pierre Fredet, médecin-chef de la Compagnie, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

L'Assemblée a adopté le chiffre de 800 fr. pour l'allocation à laquelle auront droit en 1931 les membres de l'Association ayant 64 ans d'âge et 15 ans de participation. Elle a voté, d'autre part, des remerciements à M. Margot, Directeur de la Compagnie P. L. M., et au Conseil d'administration pour la subvention de 30.000 fr., versée par la Compagnie en 1931 (comme les années précédentes, d'ailleurs), à la Caisse de l'Association.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 JUIN

Enseignement de la médecine

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, s'ouvrira le lundi 28 décembre 1931, devant la faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Médecine sanitaire maritime.

Liste des candidats reconnus aptes à exercer les fonctions de médecin sanitaire maritime.

Examen des 22 et 23 juin 1931.

Session de Paris.

André, Baissette, Beitz, Benardeau, Bercher, Boulaud, Champsaur, Chaput, Chaussidière, Cros, Escaravage, Falcoz, Favre, Gibert, Gingold, Granet, Hemon, Huet, Kabhn, Lebental, Lefevre, Lenfant Mollaret, Mougin, Neis, Noix, Pannier, Petit, Prunier, Renaudin, Renault, Rey, Rousseau, Sabatier, Tanguy, Tyrode, Vaissière, Wermeille.

Service de Santé militaire.

Par décret en date du 20 juin 1931, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle (pour prendre rang du 25 juin 1931.)

Au grade de médecin-colonel.

Les méd. lieut.-col. : Carrive, 18e rég. ; Jeandrau, 16e, rég. ; Monod, rég. de Paris ; Gayet, 14e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel.

Les médec. command. : Magerand, 13e rég. ; Regnault, 15e rég. ; Terrien, rég. Paris ; Ménard, 11e rég. ; Lecendre, 1er rég. ; Menn, 2e rég. ; Latarjet, 14e rég. ; Van Vyve, 6e région ; Mouriquand, 14e rég. ; Liouville, tr. du Maroc ; Delmas, 16e rég. ; Simonin, 5e rég.

Au grade de médecin commandant.

Les méd. capit. : Boprel, 16e rég. ; Poucel, 15e rég. ; Pouchot de Champtassin, 20e région ; Goiny, 16e rég. ; Gardon, 19e C. A. ; Duballen, 8e rég. ; Bènes, 15e rég. ; Domon, 15e rég. ; Halgan, 11e rég. ; Delrieu, 20e rég. ; Detis, rég. Paris ; Achard, 19e C. A. Monraisse, 13e rég. ; Blatin, 13e rég. ; Serfaty, 5e rég. ; Bonamy, 11e rég. ; Dupinet, 12e rég. ; Cattier, rég. de Paris ; Laplace, 2e rég. ; Roucayrol, rég. de Paris ; Desrousseaux, 1re rég. ; Gentil, rég. de Paris ;

Courty, 1[re] rég. ; Folliot, 5[e] rég. ; Wintrebert, 1[re] rég.

Guichard, 3[e] rég. ; Rouvière, 17[e] rég. ; Teissonnière, 15[e] rég. ; Di Chiara, 20[e] rég. ; Diffre, 1[re] rég. ; Debidour, 12[e] rég. ; Emonet, rég. Paris ; Lavelle, 18[e] rég. ; Barthélémy, 19[e] C. A. ; Le Breton, 10[e] rég. ; Humbert, 20[e] rég. ; Rebattu, 14[e] rég. ; Bonnabel, 15[e] rég. ; Théroude, rég. de Paris ; Beltrami, 15[e] rég. ; Calmettes, 12[e] rég. ; Julin, 9[e] rég. ; Savelli, 4[e] rég. ; Boudin, 8[e] rég. ; Maigne, 10[e] rég.

Au grade de médecin capitaine.

Les méd. lieut. : Saussine, 15[e] rég. ; Boichut, 8[e] rég. ; Rozet, 20[e] rég. ; Lacroix, 15[e] rég. ; Bourdeau de Fontenay, 8[e] rég. ; Rancier, 20[e] rég. ; Petit, 8[e] rég. ; Perruc, 15[e] rég. ; Mathieu, 17[e] rég. ; de Nevrèze, 10[e] rég. ; Florian, 18[e] rég. ; Parouty, 18[e] rég. ; Masselot, 1[re] rég. ; Branche, 13[e] rég.

Marvillet, 20[e] rég. ; Wilhelm, 19[e] C. A. ; Rostagni, 15[e] rég. ; Roques, tr. Maroc ; Senez, 15[e] rég. ; Durif, 13[e] rég. ; Boulet, 1[re] rég . ; Labador, 19[e] C. A. ; Mairet, rég. de Paris ; Leroy, 15[e] rég. ; Guignard, 5[e] rég. ; Solomon, 6[e] rég. ; Nedey, 7[e] rég. ; Thomasset, 13[e] rég. ; Martin, 13[e] rég. ; Belicha, 19[e] C. A. ; Peltier, 11[e] rég. ; Cournet, 17[e] rég. ; Huet, 10[e] région ; Schnepp, 20[e] rég. ; Magne, 2[e] rég. ; Cugnier, 7[e] rég. ; Garnier, 5[e] rég. ; Perrin, 20[e] région ; Meurice, 1[re] rég. ; Vitou, 1[re] rég. ; Luquet, 8[e] rég. ; Lemoine , 2[e] rég. ; Pantel, 15[e] rég. ; Baudot, 6[e] rég.

Gravier, 14[e] rég. ; Dussac, rég. Paris ; Schaffer, 16[e] rég. ; Jumon, rég. de Paris ; Dequide, 3[e] rég. ; Garnier, 15[e] rég. ; Jacquot, 6[e] rég. ; Sarrazin, 8[e] rég. ; Le Rolland, 10[e] rég. ; Méline, 6[e] rég. ; Le Strat, 11[e] rég. ; Perrion, 11[e] rég. ; Conquet, 12[e] rég. ; Laure, 15[e] rég. ; Rivoire, 15[e] rég. ; Trillat, 14[e] rég. ; Sirieix, 12[e] rég. ; Poirot-Delpech, rég. Paris ; Bouer, 15[e] rég. ; Riberolles, 13[e] rég. ; Beaudiler, 15[e] rég. ; Boudon, 15[e] rég.

Sahut, 13[e] rég. ; Bleirad, 6[e] rég. ; Clénet, 11[e] rég. ; Prévost, 11[e] rég. ; Tortat, 18[e] rég. ; Barbail, 12[e] rég. ; Ledoux, rég. de Paris ; de Mourgues, 13[e] rég. ; Troin, 15[e] rég. ; Chabriat, 19[e] C. A. ; Villatte, 12[e] rég. ; Polonowsky, rég. de Paris ; Bonnafé, 17[e] rég. ; Bennejant, 13[e] rég. ; Lhez, rég. Paris ; Tavernier, 12[e] rég. ; Destrem, rég. Paris ; Passeron, 15[e] rég. ; Gilles, 19[e] rég. ; Yoyotte, rég. Paris ; Blanchard, 11[e] rég. ; Cornillon, 13[e] rég. ; Hézard, 7[e] rég. ; Brange, 17[e] rég. ; Costes, 12[e] rég. ; Frézouls, tr. Tunisie ; Durand, 10[e] rég. ; Hennon, 6[e] rég. ; Morénas, 14[e] rég. ; Barbe, 15[e] rég. ; Rambaud, 11[e] rég.

Perrin, 13[e] rég. ; Papin, 15[e] rég. ; Capdequi-Peyranère, 18[e] rég. ; Fresney, 4[e] rég. ; Giraud, 16[e] rég. ; Quintéro, 14[e] rég. ; Dizeur, 13[e] rég. ; Sondag, 5[e] rég. ; Roge, 16[e] rég. ; Périn, 9[e] rég. ; Brossard, 18[e] rég. ; Anglade, 18[e] rég. ; Charasse, 15[e] rég. ; Roger, 17[e] rég. ; Soucy, 19[e] C. A. ; Doyen, rég. Paris ; Cruchet, 18[e] rég. ; Dautrey, 20[e] rég. ; Colombie, 17[e] rég. ; Porteu de La Morandière, 18[e] rég. ; Pillot, rég. Paris ; Perrenot, 13[e] rég. ; Saint-Martin, 11[e] rég. ; Wannebroucq, 1[re] rég. ; Philbert, rég. de Paris ; Digeon, rég. Paris ; Guichot, 18[e] rég. ; Lecacheur, 3 rég. ; Le

Quang-Trinh, tr. Indochine ; Daurios, 17e rég. ; Marquet, 11e rég. ; Barthe, rég. Paris.

27 JUIN

Pensions militaires.

Est nommé pour la fin de l'année, membre suppléant du Tribunal, des pensions de l'Orne, M. le Dr Chon, d'Alençon en remplacement de M. le Dr Lautier, démissionnaire.

Service de Santé militaire.

Par décret du 24 juin 1931 et par application de la loi du 15 mars 1927, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés prendront rang dans leur grade actuel aux dates indiquées ci-dessous :

(1er janv. 1928) Baron, méd. lieut., 8e rég. ; Duponnois, méd. lieut., 16e rég. ; (1er déc. 1922) Escalier, méd. sous-lieut., rég. Paris ; (1er déc. 1924) Thévenard, méd. sous-lieut., rég. Paris ; (15 mai 1925) Balliste, méd. sous-lieut., 19e C. A.

Par le même décret, sont promus dans la réserve et par décision du même jour sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant.

Les méd. sous-lieut. de rés. : (18 mars 1927) Escalier, rég. Paris ; (1er janv. 1928) Nativelle, rég. Paris ; (1er déc. 1928) Thévenard, rég. Paris, (15 mai 1929) Balliste, 19e C. A. ; (5 avril 1930) Taillhefer, rég. Paris.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin-chef à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) est vacant par suite de la nomination du titulaire à un autre poste.

Le poste de médecin-directeur à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Ligier (Ariège) est vacant par suite de la nomination du titulaire à un autre poste.

28 JUIN

Enseignement de la médecine.

M. Laignel-Lavastine, agrégé près la Faculté de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Ménétrier).

M. Vuillemin, ancien professeur à la Faculté de Nancy, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

M. Vires, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Vedel, décédé).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Participation des assurés sociaux aux frais pharmaceutiques « et autres ».

12724. — M. Maurice Robert demande à M. le Ministre du Travail ce qu'il faut entendre par l'expression « et autres » dans la phrase suivante de l'article 4 de la loi sur les assurances sociales : « le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. » (*Question du 5 mai* 1931.)

Réponse. — Par l'expression « et autres » qui figure à l'article 4, paragraphe 5, 1er alinéa, de la loi du 30 avril 1930, il faut entendre les frais d'appareils, et accessoires (appareils de prothèse dentaire, appareils orthopédiques, bandages, lunettes, etc.), et d'objets ou produits exclusivement commerciaux tels que pansements, coton, etc. (à l'exclusion des articles de parfumerie) qui sont susceptibles d'être remboursés par la caisse d'assurance dans les limites de son tarif de responsabilité. (*J. O.*, 30 juin 1931.)

Paiement des soins médicaux et chirurgicaux aux pensionnés de guerre.

12788. — M. Chastenet demande à M. le Ministre des Pensions : 1° si un mutilé bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits) qui entre dans une clinique non agréée par la commission tripartite départementale ou n'ayant, en réalité, jamais fait de demande d'agrément, peut obtenir le remboursement du prix de la journée que cette commission aurait payé pour lui s'il avait été admis dans une clinique agréée par elle ou dans les hôpitaux publics, étant bien entendu que le mutilé use de la clinique pour y subir une intervention consécutive à sa blessure de guerre ; 2° dans le cas de l'affirmative, quelles sont les formalités à remplir pour obtenir ce remboursement ; 3°, dans le cas de la négative, quelles sont les raisons qui s'opposent à ce remboursement. (*Question du 7 mai* 1931.)

Réponse. — 1° et 2° Les bénéficiaires de l'article 64 ont droit aux soins médicaux et chirurgicaux en nature ; en aucune circonstance, ils ne peuvent obtenir de remboursement direct au titre de l'article 64 pour les frais qu'ils ont engagés en dehors de la réglementation ; 3° conformément à divers arrêts du Conseil d'Etat et à la jurisprudence constante de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits, sont seuls considérés comme parties prenantes pour soins donnés au titre de l'article 64, les médecins, les pharmaciens et les établissements publics ou privés agréés.

(*J. O.*, 24 juin 1931.)

Prise en charge par les Sociétés de Secours mutuels de la participation des assurés sociaux dans les frais de maladie. Libre choix.

12728. — M. Pierre Taittinger, demande à M. le Ministre du Travail : 1° si une société de secours mutuels a le droit de prendre à sa charge, moyennant une petite cotisation supplémentaire, la participation aux frais de maladie, fixée par la loi d'avril 1930, à 15 ou 20 p. 100 suivant la catégorie, et considérée par le législateur comme une sorte de ticket modérateur indispensable pour prévenir les abus ; si cette société a, en outre, le droit d'imposer à ses assurés sociaux une limitation du libre choix, en n'accordant le paiement de la participation de 20 p. 100 qu'à ceux qui s'adressent aux praticiens désignés et agréés par elle. (*Question du* 5 *mai* 1931.)

Réponse. — Les sociétés de secours mutuels fondatrices ou non d'une caisse primaire d'assurances sociales ont le droit de garantir à leurs membres assurés sociaux, des prestations s'ajoutant à celles qu'ils reçoivent au titre des assurances sociales et, notamment, de prendre à leur charge moyennant cotisation, tout ou partie de la participation légale des assurés aux frais médicaux, pharmaceutiques ou autres. Toutefois, si elle subordonnent l'attribution de cet avantage à l'obligation pour les assurés sociaux de s'adresser aux praticiens désignés et agréés par elles, la caisse primaire qu'elles ont fondée ne saurait elle-même prévoir dans ses statuts ou son règlement une limitation au libre choix du praticien ni adopter un tarif de responsabilité différent suivant que les assurés font appel ou non à l'un des médecins agréés par la société de secours mutuels fondatrice.

(*J. O.*, 30 juin 1931.)

Situation des sursitaires de la classe 1928.

13133. — M. de Kerouartz expose à M. le Ministre de la Guerre que les sursitaires de la classe 1928 (3e fraction), ayant renoncé à leur sursis, et incorporés en octobre 1930, demeurent soumis aux obligations de la loi de 18 mois ; et lui demande en conséquence : 1° à quelle date exacte ces jeunes soldats seront renvoyés dans leurs foyers ; 2° si, conformément aux déclarations faites à la tribune de la Chambre par un précédent ministre de la Guerre, on envisage la possibilité d'affecter ces jeunes gens, après un an de service, dans une ville de faculté, pour leur permettre d'y prendre des inscriptions pour l'année 1931-1932 ; 3° dans le cas de l'affirmative : *c*) à quelle date se produira le passage ; *b*) si la faculté sera choisie par l'appelé ; *c*) quelles formalités devront être remplies par les intéressés pour obtenir cette faveur. (*Question du* 9 juin 1931.)

Réponse. — 1° Ces jeunes gens seront libérés afin d'être renvoyés dans leurs foyers pour le 1er mars 1932 ; 2e réponse affirmative ; 3° *a*) à la date de l'ou-

Voir la suite page LV-2239

PROPOS DU JOUR

Au sujet du Jubilé du Prof. Bousquet

Souvenirs de jeunesse. — L'évolution d'une Ecole de médecine de Province

L'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand et le Corps médical de la région ont brillamment fêté le jubilé du Prof. Bousquet, directeur honoraire de l'Ecole, ancien agrégé du Val-de-Grâce, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, président de la Société de secours mutuels des médecins du Puy-de-Dôme. Les Professeurs honoraires Huguet, Planchard et Maurin ont été associés à cette fête. Je ne ferai pas ici le compte rendu de cette cérémonie à laquelle j'ai eu le regret de ne pas pouvoir assister bien qu'y ayant été convié, car ma place y était marquée à plus d'un titre (1). Je ne ferai pas non plus l'éloge de mon bon vieux maître, le Prof. Bousquet, renvoyant nos lecteurs au très beau discours, prononcé par M. le Dr Buy, professeur d'anatomie à l'école de Clermont-Ferrand, discours que nous nous faisons un devoir de publier. Mais je ne puis résister au désir de rapporter quelques souvenirs de jeunesse qu'évoque l'arrivée, il y a exactement quarante-quatre ans, d'un jeune chirurgien de talent, le Dr H. Bousquet, à Clermont-Ferrand.

***

Récemment, au Jubilé de M. Hartmann dont la belle et énergique figure et le tempérament rappellent M. Bousquet, le Prof. Forgue, de Montpellier, dans une improvisation merveilleuse, fit le tableau de cette époque de transition où l'antisepsie s'imposa ; il montra ce qu'était la chirurgie avant et ce qu'elle fut après la révolution pastorienne.

J'ai assisté moi-même à cette révolution en 1887 à Clermont-Ferrand où Bousquet introduisit l'antisepsie chirurgicale comme Lucas-Championnière l'avait fait quelques années auparavant à Paris. Mais, dans notre bonne ville d'Auvergne, les traditions et les préjugés s'étaient conservés plus longtemps que dans la Capitale et le contraste entre les mœurs chirurgicales et médicales de jadis et les nouvelles était beaucoup plus frappant.

J'étais alors interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand depuis 1886, attaché au service du professeur de clinique chirurgicale, Directeur de l'Ecole de médecine, le Dr Victor Fleury, septuagénaire très actif et très vigoureux, qui, ayant eu déjà pour interne mon père et mon oncle, me témoignait l'intérêt le plus bienveillant. M. Fleury, dont le père lui-même avait été chirurgien et directeur de l'Ecole de médecine au début du XIXe siècle, avait été élevé à une dure école, ayant été à Paris interne de Dupuytren. Clinicien tout à fait remarquable, opérateur prestigieux, excellent professeur, il n'avait qu'un seul défaut, c'était d'être traditionnaliste

(1) Trois cents médecins environ de la région du Centre de la France avaient adhéré à cette manifestation. Le Dr Chapon, vice-président, y représentait le Conseil général de l'Association générale des Médecins de France.

à outrance et d'être incapable d'accepter la plus petite innovation. Son grand âge qui l'empêchait d'aller rénover sa pratique chirurgicale dans l'atmosphère parisienne, était sa véritable excuse. Les services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand en 1887 fonctionnaient exactement comme la clinique de Dupuytren en 1815. La visite se faisait régulièrement tous les jours à 6 heures du matin et comme pendant une bonne partie de l'année, il faisait nuit à cette heure et que l'éclairage électrique était alors inconnu, le chirurgien et ses élèves étaient pourvus de chandelles. Un quart d'heure avant la visite, les élèves se rendaient dans un réduit obscur où une vieille infirmière remettait à chacun une sorte de plateau en bois, au milieu duquel était une cuvette plate en métal ; des casiers tout autour contenaient de la charpie, des compresses fenêtrées enduites de cérat et un petit récipient rempli d'un beau cérat jaune dont l'odeur de cire et de graisse rancie s'exhalait autour de l'appareil. La vieille infirmière nous pourvoyait en outre de cataplasmes chauds ; elle en préparait la pâte avec de la farine de lin qui mijotait constamment dans une énorme bassine sur le fourneau constamment allumé ; il s'en dégageait une odeur fade qui, mélangée aux exhalations putrides, imprégnait l'hôpital entier. Ainsi pourvus, le plateau sous le bras gauche et le bougeoir à chandelle à la main droite, les étudiants se rendaient à la salle où le père Fleury arrivait à six heures tapant. Les costumes étaient aussi singuliers. Le chirurgien portait une casquette plate à visière de cuir, était vêtu d'un veston marron, d'un tablier blanc dans la poche duquel s'accumulaient les instruments les plus anciens et les plus hétéroclites, bistouris à manche de corne, trocarts, sondes uréthrales, sondes cannelées, ciseaux, pinces de toutes sortes dont il se servait, les lavant rarement et les essuyant avec son tablier. Signe de ses hautes fonctions, il tenait à la main un bougeoir en cuivre tandis que les élèves étaient munis de bougeoirs en fer blanc. Les internes étaient revêtus d'un tablier noir, ce qui les distinguait des autres élèves. La visite commençait. Chaque malade était examiné soigneusement par le chef quelle que fut son affection et le chirurgien trouvait toujours un enseignement à tirer de son cas pour les élèves. Il dédaignait l'abaisse-langue pour examiner la gorge et se servait de son doigt qu'il se contentait d'essuyer après l'examen.

Les plaies suppuraient abondamment, les phlegmons diffus très fréquents exigeaient des contre ouvertures que le chirurgien faisait immédiatement. Les plaies étaient lavées avec une éponge imprégnée d'eau tiède ou parfois, quand la suppuration était trop fétide, d'une solution de chlorure de chaux. Un pansement, composé d'un plumasseau de charpie imprégné de cérat ou d'une compresse fenêtrée, était appliqué et maintenu par une bande de toile. De temps à autre le père Fleury voulait faire une expérience, il lavait une plaie suppurante avec la même éponge, mais imprégnée d'eau phéniquée ; il appliquait ensuite le plumasseau au cérat habituel et comme à la prochaine visite la suppuration n'était pas tarie : « A par Dieu, sacre Dieu, Messieurs, disait-il, c'est inimaginable. M. Lucas-Championnière nous raconte des histoires avec son eau phéniquée. Vous voyez, le résultat ». Et il continuait ses pansements sales.

Il est vrai que dans le service voisin, les tentatives d'innovation n'étaient guère encourageantes. Je me souviendrai toujours d'un malheureux chemineau, porteur d'une hernie qui le gênait beaucoup. La cure radicale était à l'ordre du jour. Il fut décidé qu'elle serait pratiquée. Nous nous mîmes tous à l'œuvre ; nous lavâmes les parois d'une chambre tout entière et son parquet à l'eau phéniquée forte et le malade, préalablement baigné dans un bain phéniqué, fut opéré sous la buée du classique spray. Un pansement complet de Lister fut appliqué avec son protective, ses sept couches de gaze phéniquée et son mackinstosh. Cinq jours après nous enlevâmes le pansement avec curiosité. Déception ! les vers grouillaient dans la plaie infectée dont les sutures avaient lâché. Le malade mourut le surlendemain.

En médecine, la situation était analogue. Les médecins étaient d'excellents cliniciens, ils nous enseignaient parfaitement à ausculter, à interroger méthodiquement les malades, à poser un diagnostic, mais ils avaient de singulières idées sur l'étiologie des maladies et leur prophylaxie. Tous les ans, la variole et la fièvre typhoïde remplissaient nos salles et nous écoutions nos maîtres discuter pour savoir si les vents d'est ou d'ouest jouaient un rôle prépondérant dans le développement de ces maladies. Chantemesse était venu faire une enquête officielle et avait trouvé le bacille d'Eberth dans l'eau des fontaines de Clermont-Ferrand ; les médecins demeuraient sceptiques. J'écrivis à Chantemesse, avec qui ma famille était en relations ; il m'adressa quelques préparations de bacille d'Eberth

et, comme j'avais acheté un microscope que le Professeur de chimie, M. Huguet, m'avait commandé, j'eus l'honneur de montrer à mes maîtres et à mes camarades les premiers microbes qui furent vus à Clermont-Ferrand.

Mais, à côté de ces défauts, la vieille école avait ses avantages. Les étudiants y travaillaient et acquéraient de sérieuses connaissances pratiques. Le directeur exigeait des étudiants une assiduité absolue tous les après-midi à la salle de dissection où les cadavres abondaient et où l'on apprenait sérieusement l'anatomie et la médecine opératoire. Pendant les gardes à l'hôpital, nous nous initiions à la pose des appareils de fracture, à la réduction des luxations. Nous savions appliquer les ventouses, les cautères, pratiquer la saignée. Le contact immédiat avec nos maîtres qui contrôlaient nos actes, éveillait chez nous une utile émulation et, au bout de trois ans d'études, nous n'étions certes pas des savants, mais nous étions des praticiens capables de nous perfectionner dans les facultés.

Telle était la situation de l'Ecole de Clermont quand survint Bousquet. Son arrivée fut un coup de théâtre. Il était précédé de sa réputation d'agrégé du Val-de-Grâce et de chirurgien de talent qui avait collaboré à un Traité de Pathologie Externe très apprécié avec le chirurgien parisien Ricard. Dire qu'il fut reçu à bras ouverts par ses collègues de l'école, serait travestir la vérité. Il fut plutôt accueilli comme un intrus qui venait, avec des manières un peu brusques et sans gêne, troubler la quiétude d'une société médicale jalouse de son prestige et quelque peu compassée.

Mais du coup, il devint l'idole des étudiants qui aimaient à suivre ses cours clairs et précis, ses démonstrations habiles. Ils applaudirent à ses premiers succès opératoires, inhabituels à cette époque en Auvergne. En outre, il modifia les habitudes. Il faisait rétribuer les étudiants qui l'aidaient à opérer, ce qui jusqu'alors ne s'était jamais fait à Clermont, et il répondait toujours gracieusement à l'appel de ses élèves pour eux ou leurs parents malades. Les vieux en furent humiliés ; l'invidia, qu'ils avaient péniblement refoulée, fit éruption. Le Dr Bousquet, peu diplomate, riposta ; mais s'il avait la dent dure, il avait le geste généreux et il conquit rapidement la confiance et les cœurs. Puis, les vieux disparurent, de jeunes talents surgirent. Les Planchard, les Maurin, les Lepetit, anciens internes de nos hôpitaux parisiens, vinrent, après mon départ, avec beaucoup d'autres, modifier l'esprit de l'Ecole de médecine clermontoise. Le Prof. Castaigne couronna l'édifice et comme Clermont était devenu une grande ville industrielle, son humble école préparatoire se transforma en une importante école de plein exercice.

Ce fut une belle récompense pour M. Bousquet d'assister au plein épanouissement de cet établissement dont il avait été, il y a près d'un demi-siècle, le premier rénovateur. Et pour moi, c'est un plaisir et un devoir de le rappeler.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Clinique Parrot (Hygiène et clinique de la première enfance)

Hospice des Enfants-Assistés

LE SCORBUT DU NOURRISSON (1)

Maladie de Barlow

Par M. le Professeur Lereboullet.

Dans une précédente leçon à propos des colibacilluries et des pyuries du nourrisson, j'étudiais les *fièvres cryptogénétiques*, si fréquentes au cours de la première enfance, si importantes à connaître pour les rapporter à leur véritable cause et pour leur opposer une thérapeutique efficace.

Il est une affection connue depuis longtemps, qui, on le sait maintenant, peut être un facteur important de fièvre en apparence cryptogénétique : *le scorbut infantile.* Nous l'étudierons aujourd'hui à propos d'un très beau cas récemment suivi à la clinique.

Entrevu par Monfalcon en 1820, assez mal observé ensuite par les cliniciens, le scorbut infantile a surtout été bien étudié par Thomas Barlow (de Londres), qui en précisa, en 1883, les caractères essentiels : hémorragies sous-périostées et médullaires, intumescences plus ou moins marquées des os, douleurs et inertie pseudo-paralytique des membres, ecchymoses gingivales enfin. Ce syndrome , dont certains éléments ne sont pas sans analogies cliniques avec la pseudo-paralysie de Parrot, s'observait surtout chez des rachitiques ; mais Barlow montra qu'il s'agissait d'une affection distincte du rachitisme, identique au scorbut de l'adulte (connu depuis Hippocrate), liée comme ce dernier à la carence alimentaire de produits vivants, et comme lui guérissant par le traitement antiscorbutique.

En France, Netter confirma les résultats de Barlow et rapporta quelques observations de scorbut infantile. Cette affection est cependant moins répandue et moins grave dans notre pays qu'en Allemagne ou en Angleterre, où l'alimentation au lait de conserve et aux farines lactées est en grand honneur. Néanmoins Marfan, Comby, Broca apportèrent ensuite d'assez nombreuses observations de scorbut infantile, et mon maître, le Prof. Hutinel, montra en 1909 que le champ du scorbut devait être étendu ; il décrivit des formes frustes, peu douloureuses et peu hémorragiques, qui traduisaient cependant déjà la carence d'aliments frais.

Il y a une trentaine d'années, à l'époque où j'étais encore interne, le scorbut infantile était une maladie d'observation relativement courante ; actuellement sa fréquence a beaucoup diminué, et en 2 ans, à la clinique Parrot, nous n'en avons observé que 5 cas. Cette rareté d'une affection jadis banale tient sans aucun doute à l'évolution de nos idées, en ce qui concerne l'alimentation de la première enfance ; on commet, moins souvent qu'autrefois, la faute de donner exclusivement aux nourrissons des laits hyperstérilisés, homogénéisés, et des farines industrielles, à l'exclusion des aliments frais. Néanmoins, nous observons encore quelquefois le scorbut, surtout en clientèle de ville ; et ces faits sont à l'origine de nombreuses erreurs de diagnostic. Il est donc nécessaire de les bien connaître.

Avant de vous rapporter la remarquable observation de scorbut infantile, que j'ai suivi ici même avec mes collaborateurs Lelong et Chabrun, je crois utile, pour vous en faciliter la compréhension, de vous rappeler en quelques mots les symptômes essentiels de cette affection.

Le scorbut infantile débute, non dans les premiers mois de la vie, mais *du* 8e *au* 15e *mois*, vers le 10e mois en moyenne ; ce n'est donc pas une manifestation pathologique précoce. Il s'agit le plus souvent d'enfants hypotrophiques, mais un état floridé n'est toutefois pas incompatible avec l'apparition du scorbut.

Le premier symptôme est *la douleur* : lorsqu'on touche aux membres de l'enfant et qu'on essaye de les mobiliser, le petit malade *souffre et crie* ; bientôt les mouvements actifs eux-mêmes deviennent douloureux ; l'enfant les redoute et les évite ; le membre devient inerte, et, en 4 à 5 jours, *la pseudo-paralysie est constituée.* C'est

(1) Leçon clinique faite par M. le Professeur Lereboullet le 3 décembre 1930, et recueillie par M. P. Baize, interne du service.

alors qu'il ne faut pas se contenter du diagnostic de « rhumatisme articulaire aigu » (à vrai dire exceptionnel chez le nourrisson), ou de celui de « troubles nerveux » ; un examen local permet, en effet, de reconnaître un signe essentiel : presque toujours *aux membres inférieurs*, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'un ou des deux fémurs, la palpation note la présence d'un *gonflement osseux*, véritable gaîne fusiforme, à surface lisse et régulière, très dure, qui entoure l'os, et dont on peut suivre, à des examens successifs, l'augmentation de volume. Cette tuméfaction fusiforme, liée à l'existence d'hémorragies sous-périostées, est très douloureuse et sa palpation provoque les cris de l'enfant.

A ces symptômes viennent se joindre *des manifestations hémorragiques*, de haute valeur diagnostique, consistant surtout en hémorragies ou en *ecchymoses gingivales* ; le saignement des gencives est toutefois plus rare chez le nourrisson que chez l'adulte, où la présence d'une denture complète favorise manifestement son apparition. On note encore fréquemment *du purpura* (50 % des cas), des *épistaxis*, et surtout des *hématuries* (37 % des cas), particulièrement intéressantes en raison des erreurs d'interprétation, auxquelles elles peuvent conduire.

A ces phénomènes ostéalgiques et hémorragiques peuvent se joindre des symptômes accessoires, tels que des *œdèmes*, fréquents au niveau des paupières, *une anémie souvent très marquée*, enfin *une température fébrile ou subfébrile*, qui n'est souvent que la prolongation d'un état analogue observé fréquemment dans les semaines ou mois, qui précèdent les premières manifestations explicites du scorbut.

Ces symptômes sont d'ailleurs susceptibles de se grouper de façon variable, d'être atténuées ou isolés ; c'est ainsi que peuvent être réalisées des *formes frustes*, sur lesquelles ont insisté Hutinel, Weill et Mouriquand, Hess (de New-York), véritables états de « *préscorbut* » ou de « *précarence* » liés à l'hypovitaminose C et caractérisés, non par les signes scorbutiques classiques, mais seulement par *un arrêt ou un ralentissement de la croissance pondérale*, et accessoirement par d'autres symptômes, tels que : anémie, diminution de la résistance aux infections, fièvre, tendance au purpura traduisant un certain degré de fragilité vasculaire.

Il existe aussi des *formes graves*, intéressant plusieurs os, accompagnées d'hémorragies multiples, et de température élevée, formes qui, méconnues, peuvent aboutir à des fractures spontanées multiples et à un état de cachexie aboutissant à la mort. Je n'ai jamais personnellement observé ces faits de scorbut grave, et je les crois exceptionnels.

On a décrit enfin des *formes localisées*, se limitant à l'atteinte d'un seul segment osseux, ou à un *seul* symptôme propre à égarer le diagnostic, par exemple à *une hématurie* : ces formes sont de diagnostic difficile et assez souvent méconnues.

J'en arrive maintenant à l'observation recueillie dans le service, observation qui concerne un enfant actuellement presque guéri, qui a quitté depuis quelques jours la clinique Parrot, et que je ne puis, pour cette raison, vous présenter : une telle présentation serait du reste inutile, l'enfant étant actuellement redevenu sensiblement normal.

Le jeune Claude B..., âgé d'un an, entre le 27 juin 1930 au pavillon Pasteur ; il nous est adressé pour « croissance difficile » par le Centre de Placement des Tout Petits de Salbris (qui, vous le savez, s'occupe d'élever en dehors de leur foyer les enfants nés de mères tuberculeuses). A l'examen, pratiqué le jour de l'entrée, on note surtout *une pâleur* marquée et une *hypotrophie considérable*, puisque le poids n'est que de 7 kilos à l'âge d'un an. Par ailleurs on ne constate ni signes de rachitisme, ni fièvre à ce moment ; la cuti-réaction à la tuberculine et négative ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative : les urines sont claires ; ce nourrisson n'est donc ni un tuberculeux, ni un hérédo-syphilitique, ni un pyurique. Comme cet enfant avait précédemment présenté de l'eczéma et qu'il digérait mal le lait, on le met à un régime de bouillies, au bouillon de légumes ; il grossit de 75 gr. par jour et demeure apyrétique ; les selles sont normales.

Mais *brusquement*, **15 jours après l'entrée, le 11 juillet,** ***éclatent les signes typiques de la maladie de Barlow*** **: fièvre à 39° pendant 3 à 4 jours :** ***douleurs et tuméfaction*** **de la cuisse gauche, qui est** *immobile*, **gonflée et chaude au point de présenter** un *aspect pseudo-phlegmoneux* et de faire penser, pendant un moment, à l'existence d'une collection suppurée. Mais un examen plus complet révèle l'existence d'une *gingivite scorbutique*, assez marquée au pourtour des 4 incisives existantes, et de petites hémorragies tenaces au niveau d'un abcès banal, récemment incisé à la fesse.

L'ensemble de ces symptômes entraîne le diagnostic de maladie de Barlow, et le traitement est immédiatement institué par adjonction, à un régime fait de bouillies et de lait de vache ordinaire, *du jus de deux citrons* ; puis, rapidement, l'enfant reçoit un *régime varié*, consistant notamment en lait, bouillies, légumes, œufs, citron et même huile de foie de morue. Sous l'influence de ce régime, *une amélioration frappante* se produit rapidement : retour de la température à la normale en 4 jours, diminution des douleurs et du gonflement de la cuisse dont les mouve-

ments redeviennent possibles, et surtout modification de la croissance qui devient très satisfaisante : en 3 mois et demi, le poids passe de 7 kgr. à 9 kgr. 500. Il convient toutefois de noter que le fémur est resté longtemps gros, et qu'il persiste encore un épaississement fusiforme de l'os, qui n'a pas complètement disparu.

C'est ici que l'*examen radiologique* prend toute sa valeur. Les lésions, dans l'observation que je viens de vous rapporter, ont été minutieusement suivies sur des radiographies successives, que je vais faire passer sous vos yeux et qui illustreront pour vous les modifications anatomiques, essentielles du scorbut infantile.

Voici d'abord un film pris le jour même de l'apparition de la pseudo-paralysie ; vous y verrez facilement *deux signes*, qu'on a donnés comme *très précoces et caractéristiques* du scorbut infantile : c'est, d'une part, l'existence, au niveau de la ligne dia-épiphysaire, tant à la partie inférieure des deux fémurs qu'à la partie supérieure des tibias, *d'une bande sombre et sinueuse*, véritable élargissement de la zone chondro-calcaire, qui devient beaucoup plus apparente que normalement (= bande opaque de Fränkel) ; cette bande n'est d'ailleurs pas homogène et présente une alternance de zones hyper- et décalcifiées. C'est,

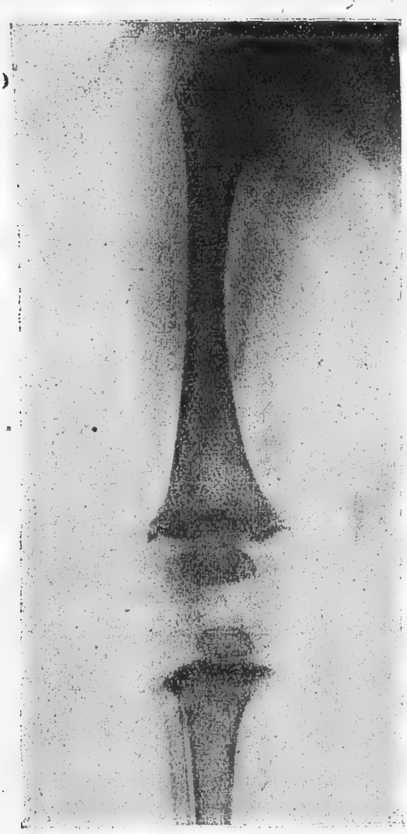


FIG. 1. — Radiographie du membre inférieur droit montrant la bande opaque de Fraenkel et le cercle noir de Wimberger.

d'autre part, l'existence, à la périphérie des noyaux d'ossification épiphysaires, d'une zone opaque qu'ont bien décrite, chacun de leur côté, Acuna et Wimberger (fig. 1).

Ces signes sont relativement discrets et demandent à être recherchés : ils sont caractéristiques du scorbut infantile à son début. Les *lésions diaphysaires* sont plus faciles à reconnaître, mais aussi plus tardives dans leur apparition. Regardez la partie inférieure de la diaphyse fémorale vous voyez qu'elle est entourée par une sorte de manchon sombre, qui double son épaisseur et qui n'est autre qu'*un épanchement sanguin*, ayant

FIG. 2. — Radiographie du membre inférieur gauche montrant le manchon sanguin péridiaphysaire.

décollé le périoste sur une hauteur de quelques centimètres.

Les membres supérieurs de notre petit malade ne présentent pas de lésions scorbutiques, mais seulement certains stigmates osseux: élargissement des épiphyses au niveau du poignet, décalcification, aspect pénicillé spécial de la zone chondro-épiphysaire, bien décrits par M. Lesné et ses collaborateurs et caractéristiques du rachitisme.

Ces lésions rachitiques sont du reste peu importantes au regard des lésions véritablement scorbutiques des membres inférieurs. Ces dernières ont été nettement influencées par le traitement

antiscorbutique, mais *leur amélioration a été très lente*, particulièrement en ce qui concerne les lésions diaphysaires, beaucoup plus lente en tout cas que l'amélioration des signes cliniques. Vous pouvez suivre leur régression sur cette série de radiographies : par exemple, sur ce film pris 15 jours après l'apparition de la pseudo-paralysie, le manchon péridiaphysaire apparaît plus net, plus opaque qu'au début, fait vraisemblablement lié à l'imprégnation du sang épanché par des sels calcaires (fig. 2). Un mois plus tard (7 août), ce sang commence à se résorber, mais vous retrouvez encore la bande de Frankel et le signe d'Acuna. Le 24 septembre, la bande opaque a pâli, les noyaux épiphysaires sont presque normaux, et, à la fin d'octobre, il ne persiste plus qu'un manchon très réduit, seul vestige des lésions initiales.

Ainsi l'examen radiologique permet d'affirmer le scorbut, comme il permet dans d'autres cas d'affirmer le rachitisme ; la connaissance précise de ces lésions radiologiques est de date relativement récente, et constitue un progrès considérable pour le diagnostic précoce du scorbut infantile et de ses formes frustes.

La lente rétrocession des symptômes radiologiques conduit à penser que leur constitution est également lente et progressive, et que l'enfant est sans doute malade depuis longtemps, lorsqu'apparaissent les signes évidents de scorbut. Le scorbut ne se constitue pas d'emblée, pas plus qu'il ne disparaît d'emblée, et M. Comby a tout particulièrement insisté sur le début insidieux de la maladie de Barlow.

Chez cet enfant, le début *n'a pas été aussi brusque* qu'on pourrait le croire ; l'enquête étiologique, menée par MM. Lelong et Chabrun, nous apprend qu'au centre de Salbris, notre petit malade avait été soigné pour eczéma, et que, pendant 4 mois, *on lui avait supprimé en grande partie le lait* — c'est-à-dire que les aliments *frais*, les protéines *vivantes* avaient été réduits dans son alimentation dans la plus large proportion. Pour compenser cette réduction, on avait cependant administré à l'enfant 2 *cuillers à café par jour de jus de citron* ; cette précaution ne l'a cependant pas mis à l'abri des accidents scorbutiques, je tenterai plus loin de vous expliquer ce fait en apparence paradoxal.

Pendant cette période, l'enfant, loin de se développer, a perdu du poids, a présenté de la pâleur, de l'anémie, *et surtout de la fièvre* : presque chaque jour pendant 2 mois, la température a atteint 38°5 ou 39°, parfois 40°, revêtant volontiers le type inverse (fig. 3). Ensuite, elle est devenue irrégulière, intermittente, procédant *par périodes alternativement fébriles et apyrétiques*. Bien entendu, on a cherché la cause de cette fièvre : ce ne pouvait être l'eczéma, qui, du reste, s'atténue souvent ou même disparaît au cours des pyrexies ; les poumons, le rhino-pharynx étaient normaux, les urines parfaitement claires ; la cuti-réaction à la tuberculine était négative.

C'est alors que l'enquête rétrospective de MM. Lelong et Chabrun a révélé ce fait extrêmement intéressant, que *la température variait avec la nature de l'alimentation* : pendant les deux premiers mois, l'enfant était nourri exclusivement à la farine dextrinée Milo et au babeurre condensé, la fièvre est restée *constamment élevée*. Elle fut encore très élevée pendant une autre période d'un mois, où l'enfant fut nourri de bouillies de soja et de tournesol. Par contre, elle fut très modérée, ne dépassant pas 37°8, pendant toute une phase, où *l'alimentation variée* comprenait des légumes, des gelées de fruits, du bouillon de viande. De même, à Paris, pendant les 15 jours qui précédèrent l'apparition du scorbut, l'enfant recevait du bouillon de légumes et du babeurre frais, la température demeura *normale*.

Ainsi, cette fièvre, qui s'est déroulée *en l'absence de tout foyer infectieux*, pendant la période préparatoire d'une carence ensuite confirmée, cette fièvre qui s'est atténuée en fonction d'une alimentation plus fraîche et qui a définitivement cédé, lorsque le jus de citron a été largement prodigué, une telle fièvre entre bien dans le cadre de la *fièvre préscorbutique*, et constitue un des points essentiels de notre observation ;

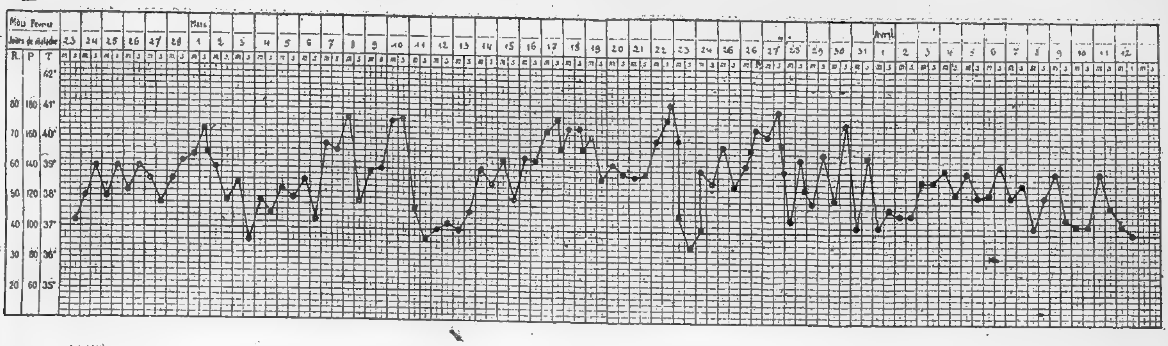


FIG. 3. — Courbe fébrile de mars et d'avril. Fièvre scorbutique.

ainsi se trouve démontrée l'existence d'une période, plus ou moins prolongée de *préscorbut*, ou si l'on préfère, de *scorbut latent*.

Je voudrais maintenant insister sur quelques points intéressants de la question, et vous préciser notamment les *conditions étiologiques*, dans lesquelles s'observe le scorbut infantile. Comme je vous l'ai dit, cette affection n'est pas très répandue actuellement ; aussi est-elle la source de fréquentes erreurs d'interprétation, et il est bien rare que les petits malades nous soient envoyés avec un diagnostic exact. Les quelques cas, que je vais vous citer, en font foi. J'ai vu, aux Enfants-Malades, avec M. Maillet, un enfant pâle, hypotrophique, suspect d'hérédo-syphilis, traité par des frictions mercurielles ; il fit au cours de ce traitement *une hématurie*, que nous rapportâmes naturellement à une néphrite toxique ; or, nous apprîmes que, depuis 8 ou 9 mois, l'enfant était nourri exclusivement au lait homogénéisé Lepelletier, et comme, d'autre part, il existait un léger suintement sanguin des gencives, nous n'hésitâmes pas à réformer notre premier diagnostic et à porter celui de scorbut infantile. L'enfant guérit du reste parfaitement et rapidement par un régime approprié.

Un autre enfant, mongolien, suivi à la clinique Parrot, nous fut amené un jour porteur de placards ecchymotiques sur les gencives et criant au moindre contact, manifestations qui disparurent par l'usage du jus de carotte et du jus de citron. Dans un autre cas, observé également ici, par M. Florand, le diagnostic porté avait été celui d'*entorse* en raison des cris de l'enfant, quand on touchait ses membres inférieurs ; comme malgré les bains et les massages, les symptômes persistaient et s'aggravaient, qu'il y avait de la fièvre et du gonflement pseudo-phlegmoneux de la cuisse gauche, bien que la radiographie fut peu concluante, on donna du jus d'orange et de citron, et la guérison fut rapide.

Dans un dernier cas, un enfant m'avait été adressé par un confrère, fort embarrassé devant un ensemble de symptômes : hémorragies gingivales, fièvre à 38°, mauvais état général, cris et plaintes aux mouvements des membres inférieurs, l'enfant refusant de se lever ; un traitement antiscorbutique intensif le guérit rapidement. J'ai vu dans ma clientèle de ville, un nourrisson de 11 mois que, depuis quelque ssemaines, on soignait pour « rhumatisme articulaire aigu » et qui présentait, en fait, un scorbut consécutif à 8 mois de régime exclusif au lait Lepelletier ; plusieurs autres enfants m'ont aussi été amenés pour des « paralysies », et quelquefois avec le diagnostic de maladie de Parrot, qui présentaient en réalité des signes de scorbut infantile.

Il faut donc toujours penser à cette affection, en présence d'un « rhumatisme », d'une « entorse » ou d'une « paralysie douloureuse » survenant chez le nourrisson, et, par l'interrogatoire des parents, rechercher soigneusement les autres symptômes de scorbut et surtout *les fautes de régime*.

Ces fautes de régime, génératrices du scorbut infantile, quelles sont elles ? Ici comme pour le scorbut de l'adulte, c'est avant tout l'abus d'une *alimentation trop artificielle*, trop privée d'éléments vivants, c'est l'emploi trop exclusif des farines lactées et des laits *trop stérilisés*, trop bouillis, ou bouillis à répétition. Sur 92 cas de scorbut infantile, réunis jadis par M. Comby, 55 avaient pour origine l'alimentation au lait homogénéisé ; quelques rares cas étaient dus à l'emploi du lait en poudre — et seulement du lait en poudre préparé par *chauffage prolongé*, car les laits, chauffés pendant un temps très court à une température très élevée, ne sont pas scorbutigènes. Le lait condensé *sucré* donne rarement des accidents scorbutiques, car il est peu stérilisé ; néanmoins M. Marfan, MM. Zuber et Vallery-Radot, Letondal (de Montréal) en ont rapporté des observations ; comme le fait remarquer M. Marfan, il s'agissait alors toujours de lait d'ancienne date, *stérilisé depuis longtemps*, et les faits observés par Carel sont à cet égard des plus significatifs : cet auteur donne, *sans incidents*, à des nourrissons du lait, stérilisé préparé au fur et à mesure des besoins ; les accidents scorbutiques éclatent à partir du moment où les enfants sont nourris avec le même lait stérilisé, mais provenant d'une réserve constituée *deux mois* auparavant. *Le babeurre condensé* est assez scorbutigène ; quant au babeurre frais, il ne l'est qu'exceptionnellement.

En somme, la grande cause de scorbut est, avant tout, l'*alimentation artificielle, trop uniforme, trop prolongée*, entraînant la carence de l'organisme en vitamines, et particulièrement en vitamines C.

Est-il possible de diagnostiquer le scorbut infantile *avant* l'apparition des signes manifestes, ou, en d'autres termes, existe-t-il une phase préscorbutique latente, où l'étude des sujets permette déjà de reconnaître les symptômes de carence ? Certainement oui. Sans préjudice de l'observation, qui a servi de prétexte à cette leçon, Hess (de New-York) a vu des enfants présenter un état dystrophique (anémie, arrêt de croissance ou perte de poids), qui finissait par aboutir au scorbut véritable et guérissait par le jus de citron. Des faits analogues ont été rapportés par Finkelstein et surtout par Weill et Mouriquand, qui considèrent *les états de précarence* comme fréquents par rapport aux états de carence confirmée (scorbut) et les attribuent plus à une alimentation mal équilibrée qu'à l'absence proprement dite des vitamines. Simonin insiste sur les états dystrophiques ou anémiques, qui guérissent par le traitement anti-

scorbutique ; enfin Rohmer et son élève Bindschedler dans une thèse récente (1930) ont rapporté toute une série d'observations de même nature. Ainsi, le cadre de la maladie de Barlow s'est considérablement élargi et les *formes latentes ou frustes* du scorbut infantile apparaissent aujourd'hui comme relativement fréquentes.

Parmi les symptômes de la période préscorbutique, *la fièvre* est peut-être le plus intéressant. Très nette dans notre observation, elle était également remarquable par son élévation et sa durée dans un cas de MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun, concernant un enfant prématuré, sevré à 4 mois de l'allaitement maternel, et nourri ensuite au lait condensé homogénéisé ; cet enfant, à la suite d'une broncho-pneumonie, (et bien que celle-ci fut guérie) présenta *une fièvre, persistante* avec des alternatives diverses pendant 4 mois, en même temps que se développait une anémie progressive. L'adjonction au lait de jus de viande et de jus de fruits fit disparaître la fièvre et permit un développement satisfaisant. Les auteurs insistent avec juste raison sur la fréquence relative des scorbuts frustes et sur l'importance, déjà signalée par Heubner et Finkelstein, de la fièvre préscorbutique.

Comment le scorbut engendre-t-il la fièvre ? Est-ce en favorisant le développement d'infections microbiennes, comme le veut Abels ? Finkelstein croit que cette fièvre est bien réellement scorbutique, et M. Marfan l'attribue *à la résorption sanguine* des hématomes sous-périostés, par un mécanisme analogue à celui de la fièvre post-autohémothérapique. Quelle qu'en soit la cause, il n'en reste pas moins qu'une température élevée chez un enfant dystrophique n'est pas forcément infectieuse, mais qu'elle peut ressortir à une manifestation fruste de maladie de Barlow. MM. Lelong et Chabrun consacreront d'ailleurs prochainement un mémoire à l'étude détaillée de cette fièvre scorbutique (1).

Un dernier point reste à élucider : pourquoi certains enfants, chez lesquels la carence en vitamine C n'est pas totale, font-ils quand même du scorbut ? Ces faits, d'ailleurs rares, ont été observés chez des enfants, qui recevaient du jus de citron et jusque chez des nourrissons au sein ; pour les expliquer, deux hypothèses peuvent être émises : ou bien les vitamines se trouvent en proportion infime dans certains laits, mais cette explication est peu satisfaisante ; ou bien, plus simplement, *l'enfant utilise insuffisamment les vitamines, que l'alimentation lui apporte.* Et ici apparaît la notion de terrain et, pour ainsi dire, de prédisposition à contracter le scorbut. Parmi les facteurs qui agissent dans ce sens, il faut signaler *l'eczéma*, et en général les états rentrant dans le cadre de la « *diathèse exsudative* » et sur lesquels ont insité A. F. Hess et Fisch ; — *l'état gémellaire* ; le scorbut s'observe fréquemment chez des jumeaux (cas de Zuber et Vallery-Radot, d'Acuna, de Ribadeau-Dumas (1926), comme si les ressources en vitamines, dont ceux-ci disposent, s'épuisaient rapidement. D'autre part, *les infections* semblent favoriser nettement l'éclosion du scorbut et, en particulier des phénomènes hémorragiques : agissent ainsi la grippe (Hess), la coqueluche (Woringer et Sala), la diphtérie, la varicelle, la dysenterie, la vaccination même. Ces affections agissent-elles en augmentant les besoins de l'organisme en vitamines et en créant réellement un état de prédisposition au scorbut, ou bien l'état de précarence favorise-t-il leur apparition ? C'est ce qu'il est difficile de dire avec certitude. Ce qui importe, c'est que dans certains cas (d'ailleurs rares) l'enfant ne semble pas utiliser suffisamment les vitamines, qu'on lui fournit sous forme de jus de citron ou de jus de fruit, et qu'il ne faut pas craindre de les lui donner par quantités considérables. La thérapeutique des états scorbutiques et préscorbutiques est d'ailleurs simple : elle consiste essentiellement *à varier l'alimentation*, à donner du lait à peine bouilli, et un régime riche en légumes, en jus de fruits ou de citron, ou même en jus de viande. Vous obtiendrez ainsi des résultats remarquables, car le scorbut infantile est une affection éminemment guérissable : il suffit d'y penser devant certains enfants présentant les signes, que je vous ai rappelés. Et il faut toujours, lorsque l'allaitement artificiel est institué, user très largement des jus de fruits, qui sont un moyen préventif efficace, à condition de les employer à dose suffisante. C'est l'enseignement qui se dégage des cas que je vous ai rapportés.

(1) Le mémoire a paru recemment, *Fièvre et alimentation. Fièvre scorbutique* par Lelong et Chabrun. (*Revue française de Pédiatrie* n° 2, 1931). Voir aussi : Joseph Fogel. *La fièvre scorbutique* (*Thèse de Paris*, juillet 1931).

A PROPOS DE L'APPENDICITE AIGUË

Par le Dr Georges Audain

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien en chef de l'Hôpital départemental de Rueil-Malmaison.

La Société de chirurgie de Paris a, ces temps derniers, retenti des bruits d'une discussion sur la conduite à tenir dans les appendicites aiguës.

Cette question est, évidemment, d'un intérêt primordial et il est bon de faire, de temps à autres, le point sur ces questions de premier plan. Mais cette discussion, telle qu'elle s'est poursuivie, a pu, au praticien, qu'elle intéresse au premier chef, apparaître un peu confuse. Elle s'est présentée souvent comme un étalage de chiffres arides auxquels, comme toujours, on peut tout faire dire, selon la façon de les interpréter, et de statistiques rebutantes.

Les chiffres et les statistiques ont du bon, on ne peut le nier, mais dans ce cas particulier, la discussion paraît un tant soit peu byzantine et mieux est, à mon gré, dans l'intérêt du médecin et du malade, de schématiser les choses.

Je n'ignore pas qu'en médecine et en chirurgie, nous sommes sur un terrain qui dépend autant de l'art que de la science et qu'un schéma est souvent chose hasardeuse et délicate à établir. Car, les cas varient à l'infini et la décision prise dépend souvent du tempérament, du caractère, de l'état d'âme actuel de celui qui décide.

Cependant, l'appendicite aiguë, bien connue maintenant des chirurgiens, offre cet avantage de pouvoir assez aisément être schématisée quant à sa thérapeutique, et cela, au plus grand profit des malades. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire ici en quelques lignes.

I. Appendicite aiguë chez l'enfant (jusqu'à 15 ans). — Dans l'appendicite aiguë infantile, il faut intervenir *le plus tôt possible*, quelle que soit la date du début de la crise, quelle que soit la gravité de celle-ci, même si l'état du malade ne présente rien d'inquiétant et si la crise semble devoir être légère. *Le péritoine de l'enfant se défend mal.* On n'a pas le droit de temporiser, et, dans le cas de doute, il ne faut pas s'abstenir. *Chez l'enfant, tout appendice « suspect d'être suspect » doit être enlevé.*

II. Appendicite aiguë chez l'adulte. — En cas de diagnostic hésitant, le médecin doit demander immédiatement un chirurgien en consultation.

Si le diagnostic d'appendicite aiguë semble certain ou même probable, on doit opérer tout de suite, même si la crise paraît légère, même en cas de simple colique appendiculaire (A. apyrétique), à condition que la palpation de la fosse iliaque *ne révèle aucun plastron net de réaction péritonéale.* S'il existe un tel plastron, de deux choses l'une :

1° ou bien l'état du malade ne présente rien d'inquiétant et, dans ce cas, il y a intérêt à attendre le refroidissement complet à condition d'établir une surveillance précise.

2° ou bien il existe des symptômes alarmants, ceux par exemple pouvant faire craindre une collection purulente : douleurs, température élevée, pouls rapide, vomissements, hyperleucocytose avec polynucléose forte. Alors il faut opérer tout de suite, malgré la présence du plastron péritonéal, vider la collection, enlever l'appendice si possible et drainer.

Mais, dira-t-on, dans les cas où le diagnostic est hésitant, que faut-il faire ? C'est très simple. Des deux choses l'une :

1° il existe un ou plusieurs symptômes un tant soit peu alarmants et il faut opérer. L'on ne se repentira pour ainsi dire jamais d'être intervenu, car s'il n'y a pas d'appendicite, on trouvera très souvent une lésion qui aurait, elle-même, nécessité une intervention rapide : perforation duodénale ou gastrique, rupture tubaire, torsion de trompe, volvulus du cæcum, etc.

2° ou bien, au point de vue local et général, il n'existe aucun symptôme inquiétant. Dans ce cas, il peut être permis de temporiser avec un traitement sévère et surtout une *surveillance extrêmement attentive.*

Conclusions. — La conduite à tenir dans les appendicites aiguës est très simple. Chez l'enfant, il faut toujours opérer d'urgence.

Chez l'adulte, il faut également intervenir quelle que soit la date du début de la crise, hormis les cas où, *avec un état général satisfaisant,* il existe un plastron net de réaction péritonéale.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

La réduction de la luxation du semi-lunaire

D'après le Dr SCHOTTE (1)

LE BLESSÉ

C'est un sujet qui a fait une chute sur le talon de la main, le bras perpendiculaire au sol, la main en inclinaison cubitale. Exceptionnellement, il a pu continuer ses occupations durant quelque temps, car, en général, l'impotence fonctionnelle est marquée, parfois absolument complète. La douleur est plus ou moins accusée.

A l'examen, le gonflement est très prononcé, s'étendant souvent très loin au milieu de l'avant-bras. L'ecchymose est exceptionnelle, à moins de lésions concomitantes. (Elle est alors nettement localisée en cas de fracture radiale ou scaphoïdienne).

Le poignet est pour ainsi dire bloqué, surtout pour l'extension. Les doigts, dans certains cas, restent constamment fléchis, les tendons fléchisseurs étant tendus comme des cordes de violon sur le semi-lunaire luxé en avant. Souvent l'extension passive des doigts provoque à ce niveau une douleur intolérable.

La déformation est caractéristique : il y a augmentation notable du diamètre antéro-postérieur du poignet. Eminences thénar et hypothénar semblent aplaties. Il y a, de plus, une diminution plus ou moins notable de la hauteur du poignet. L'ensemble donne l'impression d'un dos de fourchette assez spécial, situé plus bas que celui de la fracture de l'avant-bras.

La vacuité de l'alvéole occupée par le semi-lunaire est difficile à palper, car elle est souvent occupée par la tête du grand os. Par contre, on palpe, le plus souvent, assez facilement, la saillie osseuse formée par le semi-lunaire luxé, au devant de la tabatière ou sous les tendons fléchisseurs.

Les troubles de compression du médian, ou du cubital, ne sont pas rares et ils éclairent rapidement le diagnostic.

Les complications osseuses : fractures radiales ou scaphoïdiennes, subluxation du grand os ou du scaphoïde, ou d'autres lésions plus rares, ont leur symptomatologie propre, d'ailleurs souvent difficile à mettre en évidence, exception faite pour la fraction radiale.

La radiographie confirme le diagnostic, et donne la modalité de la lésion.

Normalement, la cupule, formée en haut par les épiphyses radiales et cubitales, limitée en bas de chaque côté par les apophyses de ces os, vient enserrer le dôme supérieur du massif carpien. Celui-ci est composé en ligne supérieure par la première rangée articulaire du carpe, qui comprend, du côté radial, le scaphoïde, du côté cubital le pyramidal, puis, enclavé entre ces deux os, comme un coin, à angle dorsal, le semi-lunaire (ce qui explique que la luxation du semi-lunaire se fasse presque toujours en avant, du fait de cette conformation). Cette première rangée carpienne constitue elle-même un arc, formé au sommet par le semi-lunaire, au niveau des cornes latérales d'un côté par le scaphoïde, de l'autre par le pyramidal et le pisiforme. Ce qu'il importe de retenir, c'est que le fond de cet arc est occupé principalement par le grand os qui, se trouvant en contact direct avec le semi-lunaire, aura tendance à suivre celui-ci, pour le remplacer lors de sa luxation.

Lorsqu'il y a luxation du semi-lunaire, la radio *de face* montre que le grand os s'est rapproché du radius, le semi-lunaire s'étant superposé au pyramidal ; elle fait voir également les lésions scaphoïdiennes, radiales ou autres. De *profil*, le semi-lunaire est énucléé en avant, souvent accompagné par le scaphoïde ; le grand os est subluxé en arrière la plupart du temps.

La luxation en arrière du semi-lunaire est extrêmement rare.

Au 1er *degré* la *luxation en avant* (incomplète), est la suivante : le semi-lunaire, ayant abandonné le grand os, garde néanmoins des rapports avec la surface articulaire du radius ; il a pu traverser le ligament arqué ou le laisser intact. *Au* 2e *degré* (complète), le semi-lunaire a abandonné le radius et le grand os.

LA RÉDUCTION

Le succès de la réduction, comme le pronostic de la lésion, dépend de la rapidité du traitement. *Précoce*, celui-ci donne de bons résultats. Tardif, il donne des résultats variables ; souvent ceux-ci ne sont pas meilleurs que pour les luxations abandonnées à elles-mêmes : le plus fréquemment, c'est l'ankylose avec mouvements douloureux, troubles névritiques, trophiques, circulatoires ; c'est fréquemment l'impotence absolue de la main.

La réduction non sanglante est possible dans la luxation du 1er *degré, avec intégrité du ligament « arqué »*.

(1) Dr SCHOTTE. — Quelques mots au sujet de la luxation du semi-lunaire (*Revue belge des Sciences médicales*, janvier 1931.)

Voici la technique de la *réduction précoce* de cette luxation :

Sous anesthésie générale, après taraudage, on exerce une traction dans l'axe de l'avant-bras, la main étant en hyperextension et adduction de façon à faire bailler la loge du semi-lunaire. Ensuite, les deux pouces refoulant le semi-lunaire, la main est brusquement rabattue en flexion. L'os luxé reprend assez facilement sa place.

Le scaphoïde revient seul en place, s'il est luxé. S'il est fracturé, les pouces, par une pression vigoureuse dans la tabatière anatomique, suppriment le déplacement. On immobilise pendant 4 à 5 jours en hyperflexion ; puis on fait de la mobilisation active et passive, et du massage.

Pour la *luxation au 2e degré*, ou s'il y a interposition du ligament arqué, la tentative de réduction non sanglante reste généralement infructueuse. Il faut alors agir, comme s'il s'agissait d'une luxation ancienne, c'est-à-dire après le 20e jour.

Que se passe-t-il pour la *luxation ancienne* ? La cavité du semi-lunaire se remplit assez vite de tissus de néoformation et d'hyperostoses.

Dans ces conditions, l'abstention avec mécanothérapie ne sera recommandable que si la mobilité est bien conservée, s'il n'y a pas de douleurs ; ces cas sont très rares.

Autrement, il faut intervenir *chirurgicalement*, pour pratiquer l'*extirpation*, plutôt que la reposition du semi-lunaire, car celle-ci donne généralement de mauvais résultats.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le syndrome associé Basedow-Myxœdème existe-t-il réellement ?

L'apparition de symptômes basedowiens, au cours d'une opothérapie à doses excessives et prolongées, est d'observation courante chez les myxœdémateux. Fréquente est également la transformation d'un hyperthyroïdisme en myxœdème fruste, soit spontanément, soit plutôt à la suite d'un traitement trop énergiquement conduit. Mais, dit le Dr GILBERT-DREYFUS, il y a loin de la notion de succession, à celle de coexistence. Si l'existence d'une telle association reposait sur des observations irréfutables, elle amènerait fatalement la faillite du métabolisme basal ; car un même baromètre ne saurait indiquer à la fois la pluie et le beau temps, ni mesurer le degré d'une toxicose à variations purement qualitatives. Mais l'argumentation des auteurs, qui soutiennent la légitimité de cette association, est brodée sur un tissu de pures hypothèses.

L'association Basedow-myxœdème *a priori* irréalisable, ne paraît, en fait, jamais avoir été réalisée. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1931.)

Hypothèses sur la nature de l'acrodynie.

En s'appuyant sur les considérations exposées par MM. PÉHU et MESTRALLET, on peut formuler les hypothèses suivantes :

Sur le terrain de l'étiologie, il faut ranger l'acrodynie dans le groupe des maladies infectieuses (et non par carence), peu contagieuses, frappant les sujets sous une forme sporadique et non épidémique. On ne connaît pas son germe spécifique ; il est permis de supposer qu'elle est due à un virus neurotrope.

Géographiquement, l'acrodynie présente des affinités, ou des liens, non constants, mais assez étroits, avec deux affections du système nerveux : la poliomyélite et la névraxite. Particularité non expliquée, elle frappe avec une remarquable prédominance les sujets entre 18 mois et 4 ans.

L'étude clinique de l'acrodynie montre que, au cours de cette maladie, la scène se passe dans le système neuro-végétatif. Elle est essentiellement représentée par des sueurs, quelquefois généralisées à tout le système sudoripare ; par des troubles circulatoires (érythrodermie d'un aspect et d'une localisation particulières, tachycardie permanente) ; par un amaigrissement accentué et de l'hypotonie musculaire.

L'acrodynie n'est pas une névrose : c'est une maladie engendrée par des lésions, surtout du système neuro-végétatif, et, dans celui-ci, du mésocéphale, et de la région infundibulo-tubérienne. Elle doit être rangée dans le groupe des névraxites. (*Revue de médecine*, janvier 1931.)

La « douleur signal », procédé diagnostique de la dilatation atonique de l'estomac.

La raison d'être de la « douleur signal » qui a été décrite pour la première fois en 1911 par M. G. LEVEN, repose sur les données suivantes : l'hyperesthésie du plexus solaire, due aux tiraillements de ses filets nerveux par un estomac

dilaté et allongé, prend fin dès que le bas-fond de l'estomac est relevé, la traction, cause de la douleur, étant ainsi supprimée.

Chez tous les malades, ayant une dilatation atonique de l'estomac, on provoque une douleur vive ou même insupportable, en exerçant une pression au niveau de la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde du sternum. S'il est vrai que cette douleur liée à l'hyperesthésie solaire existe à des degrés divers chez tous les dyspeptiques sans dilatation gastrique, il est néanmoins certain que, chez les dilatés seuls, elle est supprimée complètement, ou diminuée considérablement, par le relèvement des régions déclives de l'estomac, si minime que soit ce relèvement.

La recherche de la douleur-signal s'effectue de la manière suivante :

Le médecin se place derrière le malade en position debout. Avec la main droite, il détermine le point indiqué plus haut, sur la ligne médiane, à égale distance des deux repères précités. Puis, avec le bord cubital de la main gauche, placée perpendiculairement à la paroi, il explore l'abdomen de bas en haut, sur la ligne médiane, puis à droite et à gauche de la ligne médiane.

Si le relèvement de l'estomac par la compression médiane ne fait pas disparaître la douleur-signal, les deux explorations latérales deviennent nécessaires, car l'estomac peut être dévié dans un sens ou dans l'autre, tant et si bien que le relèvement latéral s'impose, avant de dire que le relèvement ne supprime pas la douleur-signal.

Le malade renseignera l'explorateur sur la diminution ou la cessation de la douleur. Lorsque la douleur-signal est supprimée, il suffit d'abandonner l'estomac à lui-même pour la voir réapparaître. Dans les cas de grande hyperesthésie, il est prudent de faire une décompression graduelle, car l'abandon brusque peut provoquer une syncope.

Dans quelques cas cette douleur peut faire défaut, alors que la dilatation atonique existe cependant, démontrée par la radioscopie.

I. Quand l'allongement est tel que le bas-fond de l'estomac repose sur un fond résistant, en cas d'allongement extrême.

II. Quand, au cours de la grossesse, vers quatre mois et demi, l'utérus soulève assez l'estomac.

III. Quand, chez les aérophages, l'intestin, dilaté par les gaz, devient un soutien naturel de l'estomac.

IV. En cas d'hyperesthésie cutanée ; mais il suffit de rechercher celle-ci par le pincement superficiel de la peau.

Ces quelques causes d'erreur, relativement très rares, ne devront pas empêcher le médecin de rechercher ce signe important de la dilatation atonique de l'estomac. (*Gazette des hôpitaux*, 24 janvier 1931.)

Les ostéomes du coude.

Les ostéomes constituent chez les sujets jeunes, une des complications fréquentes des traumatismes osseux du coude. Le Dr Raphaël Massart en a observé, non seulement au niveau de la partie antérieure de l'articulation, mais en arrière au niveau de l'olécrâne, latéralement sur l'épitrochlée ; c'est dire que toute la région périarticulaire peut être le siège de formations osseuses, à développement rapide, et qu'on ne saurait se contenter de décrire l'ostéome du brachial antérieur, d'ailleurs le plus fréquent.

Ces ostéomes se développent, en général, à la suite d'une lésion osseuse, qui a beaucoup saigné, ainsi qu'il arrive notamment après les luxations du coude, causes si fréquentes de ces productions. Partis des tendons d'insertion, ces ostéomes vont s'épanouir dans les masses musculaires, où ils arrivent parfois à atteindre le volume d'une petite orange ; leur point de départ osseux n'est pas toujours facile à préciser même radiographiquement.

Ce sont les variétés antérieures, qui sont les plus gênantes, car elles arrivent à supprimer les mouvements du coude.

Si le développement des tumeurs est rapide (17 à 50 jours après l'accident), leur maturation est longue, et ce n'est que six mois plus tard que l'ostéome, rétracté et entièrement osseux, a pu être extirpé.

L'auteur n'a jamais assisté à une régression de la tumeur, qui, par certains auteurs, est signalée à la suite des traitements radiothérapiques, et même de l'immobilisation.

La fréquence des ostéomes au coude s'expliquerait, car, nulle part autre, on ne trouve une aussi riche répartition de tissu osseux jeune. On peut essayer d'éviter leur formation en immobilisant avec soin en flexion par un anneau de plâtre ou de cutiplaste, pendant quelques jours, les petits traumatismes du coude, surtout si le coude est distendu par une hémorragie importante. (*Gaz. méd. de France*, 15 mai 1931.)

Considérations générales sur le traitement du syndrome parkinsonien.

Multiples et variées sont les médications du syndrome parkinsonien ; chacune d'elles compte des succès à son actif ; mais il faut néanmoins constater encore la carence d'une médication *spécifique*. A défaut d'un traitement curatif, les moyens, dont on dispose actuellement, peuvent permettre d'obtenir un soulagement appréciable et parfois même une rémission du mal. L'essentiel est de suivre une méthode.

Il faut, tout d'abord, pour lutter contre les poussées évolutives, recourir à une thérapeutique *anti-infectieuse*, par exemple, l'uro-

tropine, le salicylate de soude, les sels d'argent, la trypaflavine, les vaccins de Levaditi.

A titre symptomatique, on peut faire usage, à tour de rôle, trois semaines par mois, de médicaments comme l'hyoscine, la scopolamine, le datura, ayant les uns et les autres une action sur le tremblement et l'hypertonie. On étudie ainsi les effets produits par chacun d'eux et on peut mieux choisir, par la suite, celui qui paraît le mieux approprié à chaque malade.

L'insuline, en injections, associée à des ingestions de sucre, paraît aussi avoir donné — suivant MM. Froment et Mouriquand — d'excellents résultats. Il en serait de même, dit le Dr G. Cauvy, (de Lamalou), des injections de sulfate de magnésium associé à l'iodure et au bromure de sodium.

Mais, de l'avis même des neurologistes, il importe d'envisager aussi une thérapeutique externe (bains chauds et kinésithérapie). A cet effet, les cures thermales (types Néris et Lamalou) sont susceptibles de rendre de signalés services. Dans cet ordre d'idées, l'auteur de cet article décrit la technique suivie à Lamalou. Il invoque les raisons motivant la cure hydrominérale, grâce à l'action générale *toni-sédative* des eaux. Exercer une action *sédative* est chose nécessaire car les parkinsoniens ont besoin d'avoir leurs muscles assouplis ; exercer une action *tonique* n'est pas moins indispensable pour atténuer la grande fatigabilité musculaire éprouvée par ces mêmes malades.

Au cours du traitement hydrominéral, il y a intérêt — ainsi qu'on l'a fait à Lamalou — à recourir à une kinésithérapie méthodique, d'abord sous forme de mobilisation passive, en mettant le malade dans un état de relâchement musculaire et de passivité aussi complète que possible, avant de le soumettre à des exercices actifs de *rééducation*. Les applications de la kinésithérapie sont, du reste, favorisées elles-mêmes par l'action du traitement hydrominéral.

En résumé, en combinant d'une part les médications anti-infectieuses et symptomatiques, d'autre part, la cure hydrominérale associée à la kinésithérapie, on peut parfois obtenir chez ces malades à tous égards intéressants une atténuation de leurs symptômes prédominants et une amélioration de leur état général. (*La Presse thermale et climatique*, 1er février 1931).

La fièvre boutonneuse en Tunisie en 1930.

Le Dr P. Durand montre que la fièvre boutonneuse en Tunisie possède absolument tous les caractères des maladies analogues, décrites dans le midi de la France et ailleurs sous des noms variés, au point de vue de la clinique comme au point de vue du laboratoire.

Dans la plupart des cas de Tunisie, le chien est familier avec le malade, et toujours cet animal est parasité avec intensité par des tiques (Ripicephalus sanguineus). D'autre part, la fréquence de l'escharre ou tache noire (5 fois sur 7) étant admise, aucun caractère clinique ne permet de séparer la maladie tunisienne de celle qu'on observe ailleurs.

Quant à la réaction de Weil-Félix, elle est fréquente dans la maladie de Marseille ; elle commence à être positive vers la fin de la maladie ou pendant la première semaine de l'apyrexie ; son taux augmente ensuite ; puis elle disparaît après avoir duré de un à trois mois. Elle a été également notée dans les mêmes conditions par l'auteur. Celui-ci a réussi également, cinq fois sur sept, à obtenir, par les inoculations aux singes, une maladie expérimentale typique, tout à fait analogue à la maladie obtenue par inoculation de sang des malades de Marseille. Mêmes observations analogues pour le rôle de l'insecte piqueur. La fièvre boutonneuse est une endo-vascularite à Rickettsia. Les autres Rickettsioses humaines déjà connues sont le typhus exanthématique, la fièvre tachetée des montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon et la fièvre des tranchées ou fièvres de Wolhynie. (*La Tunisie médicale*, décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le vaccin antituberculeux de Friedmann.

(M. A. Saenz. — *Académie de médecine* ; 26-5-1931.)

Les bacilles paratuberculeux saprophytes et les bacilles acido-résistants des animaux à sang froid possèdent-ils des propriétés immunisantes à l'égard de l'infection tuberculeuse humaine ? Depuis quelques années, une propagande très active est poursuivie dans différents pays, et particulièrement en France, en faveur de la vaccination antituberculeuse de l'homme au moyen de suspensions de bacilles acido-résistants de la tortue isolés en 1903 par Friedmann, de Berlin (vaccin préventif et curatif de Friedmann).

On sait que la valeur du vaccin de Friedmann n'est pas admise par la plupart des phtisiologues français, et en particulier par M. Léon Bernard. Des recherches faites à plusieurs reprises n'ont pas reconnu aux bacilles en question d'activité thérapeutique. M. Saenz a poursuivi de nouvelles études avec le

bacille de la tortue, quant à ses soi-disant propriétés immunisantes vis-à-vis de la tuberculose expérimentale. D'une série d'expériences sur les animaux (cobayes), il conclut que l'inoculation d'une dose unique ou de doses répétées d'une suspension de bacilles de la tortue ne peut en aucune manière prémunir soit l'homme, soit les animaux, ni modifier dans un sens favorable le cours d'une tuberculose en évolution. Les animaux supposés prémunis meurent dans les mêmes délais que les témoins et avec les mêmes lésions généralisées.

La cure de Bains-les-Bains dans l'angine de poitrine.

(M. Vital Lassance, de Bains-les-Bains. — *Académie de médecine* ; 26-5-1931.)

La cure de Bains-les-Bains possède une action antalgique sur les douleurs d'origine vasculaire. Sans qu'il soit possible de déterminer la part qui revient, dans ces effets, à la thermalité et à la radio-activité des eaux, elles calment les spasmes douloureux vasculaires comme, d'une façon analogue, Plombières calme les spasmes douloureux de l'intestin et Luxeuil les algies sympathiques pelviennes.

En second lieu, la cure est sédative du système neuro-végétatif. Elle semble, en outre, en diminuant la sensibilité des réflexes périphériques, agir à la manière de la topo-analgésie, si utile dans les algies viscérales.

Elle réalise dans ces conditions un traitement efficace du syndrome angineux lui-même, considéré en dehors de la maladie angorigène et après qu'ont été éliminées toutes les contre-indications pouvant résulter de la maladie causale et, en particulier, de l'aorte, du cœur ou d'une épine viscérale lointaine.

M. Vital Lassance résume les résultats obtenus chez 100 malades. Ces résultats ont été : 53 fois (angor d'effort nettement caractérisé) des améliorations importantes, 15 fois des améliorations transitoires (sujets plus jeunes), 7 méliorations sur 11 cas d'angine de décubitus, 21 améliorations (cas d'angor à symptomatologie atténuée et imprécise : angine extra-systolique, angoisses précordiales, aortalgie, angor névrosique). Dans 4 cas, l'auteur ne voulut pas tenter la cure. Tous ces malades obtinrent du traitement un apaisement de l'anxiété et un état d'euphorie incontestable.

Le traitement chirurgical de l'appendicite aiguë.

(MM. Pierre Duval et Ameline. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1931.)

A propos de 752 cas d'appendicite aiguë chez l'adulte opérés d'urgence, MM. Pierre Duval et Ameline posent à nouveau la question du traitement chirurgical de l'appendicite aiguë.

Cette question a fait l'objet depuis 40 ans de nombreuses discussions. On se rappelle les opinions, déjà anciennes, de Murphy et de Dieulafoy, deux grands protagonistes de l'opération précoce dans la crise d'appendicite. Témoin, de Bourges, fut aussi un défenseur de l'appendicectomie systématique à chaud, à une époque où cette intervention faite dans tous les cas était très discutée.

Pour ce qui concerne l'opération pratiquée tout à fait au début de la crise appendiculaire, lorsque celle-ci est diagnostiquée assez tôt, dans les premières vingt-quatre heures, l'accord des chirurgiens, sinon des médecins, est unanime : il faut opérer d'urgence. Lorsqu'on se trouve à une phase plus avancée de la maladie, après 24, 48 heures, les opinions sont moins concordantes, les unes opérant quand même, les autres n'intervenant que dans des conditions particulières (abcès, péritonite, etc.), ou si le refroidissement de l'inflammation appendiculaire ne paraît pas devoir s'obtenir normalement.

M. Pierre Duval est venu, à la Société de chirurgie, présenter un avis beaucoup plus catégorique. Depuis dix ans qu'il dirige le service d'urgence à l'hôpital de Vaugirard, il a donné à ses collaborateurs des instructions très précises, nettement interventionnistes, qui sont les suivantes :

1° Toute appendicite aiguë doit être opérée aussitôt son entrée à l'hôpital, quelque soit le temps écoulé depuis le début de la crise ;

2° L'appendice doit être systématiquement recherché et tous les efforts doivent tendre à l'enlever.

3° Drainage dans des cas déterminés (sphacèle de l'appendice, sérosité dans le péritoine), mais jamais de Mickulicz.

4° Sérothérapie antigangréneuse, s'il y a indication.

Les résultats, très satisfaisants quand l'opération est faite au cours des premières 24 heures, le sont moins les 2e, 3e, 4e jours et suivants. Il faut donc viser à opérer durant les 24 premières heures. En réalité, à peine 1/5 des malades sont adressés à l'hôpital le premier jour. Les praticiens de Paris, dit M. Pierre Duval, ne semblent pas être gagnés à la cause de l'opération précoce. Il faut appeler leur attention sur les bienfaits de celle-ci et l'auteur demande à la Société de chirurgie d'appuyer de sa haute autorité l'opinion qu'il émet.

— M. Pierre Fredet fait observer que le retard à l'envoi du malade au chirurgien tient souvent à la bénignité apparente des symptômes du début. Les chirurgiens sont étonnés de voir combien, en général, les lésions sont déjà profondes avec des symptômes peu accentués et paraissant déclenchés depuis quelques heures seulement.

— M. Labey appuie ce que dit M. Fredet sur la discordance fréquente entre les symptômes et la gravité des lésions.

— M. Louis Bazy remarque que la communication de M. Duval est une condamnation du refroidissement de l'appendicite en toutes circonstances. Il demande à l'auteur de préciser nettement sa pensée.

Nous donnerons la suite de cette discussion, qui a pris à la Société de chirurgie une certaine ampleur et vient seulement de se terminer.

P. L.

Aventures d'un épi de blé dans une bronche.

(MM. Rist et Pellé. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-3-1931.)

Cette communication fait ressortir une fois de plus la longue tolérance des voies aériennes pour les corps étrangers, qui s'y enclavent. Un enfant de 12 ans cueillit au passage un épi de blé, et en mit dans sa bouche un fragment, qui soudain disparut dans son gosier. Il eut un assez violent accès de toux, puis continua sa promenade, sans en paraître autrement gêné. Mais il affirma que l'épi était dans les voies respiratoires. Ses parents restèrent incrédules ; tout au plus admirent-ils que l'épi, dégluti, avait passé dans l'estomac. Trois jours après, seulement, la fièvre s'alluma ; mais les symptômes respiratoires occupèrent si peu le premier plan, que l'on put croire d'abord à une fièvre typhoïde.

Pendant huit mois, cet épi resta enclavé dans le prolongement inférieur de la bronche principale droite, et ne donna lieu qu'à une expectoration muqueuse insignifiante ; et les examens radiologiques et stéthacoustiques ne firent constater aucune condensation du parenchyme pulmonaire durant cette période.

On pratiqua l'ablation des végétations adénoïdes et à partir de ce moment, la toux, de plus en plus fréquente, s'accompagna d'expectorations purulentes de plus en plus abondantes. Enfin, dans un accès de toux particulièrement violent, l'enfant expectora brusquement l'extrémité d'un épi de blé, comportant trois grains intacts et noirâtres. Le corps étranger avait une odeur très nauséabonde ; son expulsion fut suivie d'une vomique purulente, très fétide, très abondante, qui se renouvela durant plusieurs jours, en même temps qu'apparaissaient des signes radiologiques et stéthacoustiques d'une condensation du lobe inférieur droit. L'épi était demeuré intact ; il fallut trois mois environ pour amener la guérison complète.

Œdème angioneurotique et crises solaires. Etude de la circulation artério-capillaire.

(M. Ch. Laubry, Mlle Th. Brosse et M. A. Van Bogaert. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-3-31.)

Les données recueillies par les auteurs ont trait d'une part à la nature et à la signification de l'anacrotisme, d'autre part à l'étude d'un régime circulatoire donné, lésionnel ou fonctionnel.

Au point de vue physio-pathologique, l'augmentation des résistances vasculaires périphériques se montre à elle seule capable de modifier l'image graphique du pouls en pouls anacrote. Ce que font des scléroses artérielles et des obstacles vasculaires, extrinsèques, une simple hypertonie vasculaire est capable de le réaliser ; celle-ci a créé chez un malade un pouls anacrote, qui disparaissait par la chaleur et réapparaissait sous l'action du froid, fournissant ainsi une preuve capitale de l'action prépondérante de la périphérie dans la genèse de l'anacrotisme. L'anacrotisme n'est pas, comme certains l'ont prétendu, l'expression d'une réaction locale particulière de la paroi des grosses artères sous le choc de l'ondée ventriculaire ; nous voyons, en effet, l'anacrotisme disparaître sous l'influence d'un bain chaud, avant que l'amplitude du pouls n'augmente, c'est-à-dire avant le relâchement de la paroi de l'artère humorale explorée.

Au point de vue clinique et pratique, cette étude enrichit l'exploration artério-capillaire d'un signe objectif précieux, puisqu'elle lui fournit un signe d'hypertonie élective des éléments terminaux de l'arbre artériel.

Les auteurs obtiennent aussi la preuve que, dans l'œdèmes angio-neurotique de Quincke, artère et capillaires ne sont pas nécessairement en état de relâchement actif ou paralytique, mais peuvent être, au contraire, en état de contraction.

Ulcère duodénal ou ulcère duodéno-pylorique.

(R. A. Gutmann. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-3-1931.)

Se basant sur des données radiologiques et chirurgicales récentes, l'auteur démontre que l'appellation d'ulcère duodéno-pylorique doit disparaître de la nosologie.

Il n'existe qu'un ulcère duodénal, l'ulcère du bulbe, quelle que soit sa place, correspondant anatomiquement à l'ulcère décrit par Bucquoy, et dont les travaux modernes ont montré la très grande fréquence.

Il doit être distingué, aux points de vue anatomique, radiologique, pronostique et thérapeutique, de l'ulcère juxta-pylorique de l'estomac.

Forte lipémie chez un diabétique.

(M. Hautefeuille. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 6-3-1931.)

L'aspect lactescent du sérum sanguin est un phénomène curieux, que l'on observe assez rarement chez les diabétiques. Cet aspect anormal est dû à l'augmentation des graisses du sang, à une forte lipémie. Normalement la lipémie est de 1 à 2 p. 1.000 avec 1 gr. 50 de cholestérine. L'hyperlipémie coïncide avec l'hypercholestérinémie ; elle est due à un trouble du métabolisme des graisses. Chez le malade observé, la lipémie était de 173 gr. 50 avec 12 gr. 34 de cholestérine. Son abaissement a été considérable (81 gr. 20) et rapide en six jours sous l'influence de l'insuline et de la cure de légumes verts. Enfin, la tuberculose est apparue au moment où la lipémie et la cholestérine sont redevenues sensiblement normales.

Au point de vue pronostic, une forte lipémie annonce généralement ou accompagne l'acidose. Cependant, la gravité du pronostic ne paraît pas, *a priori*, pouvoir être appréciée par le taux de la lipémie, puisque ce taux était devenu normal au moment du décès du malade.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des Sciences médicales.

Abcès pyo-gazeux au cours de l'évolution d'une sacro-coxalgie.

M. Sassard, au nom de M. Paul Bonnet, présente l'observation d'un Marocain entré à l'hôpital pour des douleurs au niveau du membre inférieur gauche, datant de plus d'un an ; état général médiocre, amaigrissement de 7 kgr. depuis quelques mois, température vespérale 38° et plus, signes suspects à un sommet.

L'examen révèle l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale, mais permet de rattacher les troubles observés à une arthrite sacro-iliaque ; il existe, d'autre part, à la face postérieure de cette articulation une masse tendue, chaude présentant du *tympanisme* ; il s'agit évidemment d'une collection pyo-gazeuse. La radiographie confirme l'atteinte de la sacro-iliaque

L'abcès est incisé, et l'on donne ainsi issue à beaucoup de pus mêlé de gaz et d'odeur horriblement fétide. L'exploration de l'abcès montre un pertuis conduisant dans l'articulation. On en retire des fongosités et des débris de carie. Drainage. Amélioration rapide. On ne saurait ici incriminer les ponctions (le malade n'avait jamais été ponctionné), mais plutôt une infection lymphatique par les lymphatiques rectaux.

Restauration opératoire de paralysie infantile.

M. Lucien Michel présente une fillette qui, à l'âge de 13 mois, fut paralysée des deux membres inférieurs. A 6 ans 1/2, elle ne pouvait se tenir debout sans soutien, le pied droit étant en fort équinisme et les deux genoux fléchis. En décubitus, on notait : à droite paralysie totale des extenseurs avec rétraction du tendon d'Achille, à gauche, paralysie de l'extenseur commun avec tendance au varus ; aux deux cuisses, paralysie du quadriceps et rétraction des fléchisseurs.

L'enfant fut traitée par la méthode de Putti qui consiste à limiter la flexion dorsale de la tibio-tarsienne, de façon que le pied ne puisse pas se relever sur la jambe en deçà de 110° ; cette attitude du pied a pour conséquence, en station debout et lorsque le talon vient au sol, de provoquer automatiquement la rétropulsion de la partie supérieure de la jambe, l'hyperextension du genou et de la hanche. Le sujet se tient en somme passivement sur ses jambes à la façon d'un pantin articulé dont les jointures viendraient se bloquer d'elles-mêmes contre des taquets.

Néphrectomie sous-capsulaire.

MM. Ch. Gauthier et Cibert présentent l'observation d'un homme de 24 ans, vu deux ans auparavant par l'un d'eux pour une tuberculose rénale et qui refusa alors l'opération qu'on lui proposait. Il est revu en septembre 1930 porteur d'une volumineuse pyonéphrose droite : cathétérisme urétéral impossible, état général déplorable, escarre sacrée ; on décide de faire d'urgence une néphrectomie sous-capsulaire, dont les suites furent simples. Actuellement, deux mois après l'opération, le malade est complètement transformé. Le rein restant est néanmoins suspect (urine louche et assez fortement albumineuse).

Infarctus gangréneux suppuré du poumon post-appendiculaire.

MM. Pallasse et Guichard présentent l'observation d'un jeune homme de 24 ans, opéré à Vienne (Isère) pour appendicite à chaud. Au dix-huitième jours après l'opération, apparition d'une douleur diffuse dans l'hémithorax gauche, qui se calme en cinq à six jours ; puis, huit jours plus tard, élévation de température à 38°5 en même temps que serait apparu un foyer de congestion pulmonaire. Par la suite, s'installe une expectoration, devenant de plus en plus abondante, sans vomique vraie, mais fétide. Température oscillant autour de 38°. A l'entrée à l'hôpital, malade pâle, rejetant les trois quarts d'un crachoir d'une expectoration verdâtre à odeur fade et nauséeuse. Aux poumons, submatité, abolition des vibrations et obscurité marquée dans les deurtiers moyens du poumon gauche, pas de signes cavitaires. Radioscopie : ombre floue située au milieu de l'hémithorax gauche. On institue un traitement par le novarsénobenzol intra-veineux, puis par le sérum antigangréneux, le tout sans résultat. On fait alors neuf insufflations d'azote dans la plèvre et un traitement par l'émétine ; mais le malade meurt dans l'adynamie progressive.

Autopsie : plèvre gauche épaissie, lardacée, contenant plus de deux litres de pus non fétide ; poumon réduit à une sorte de galette plaquée contre le médiastin, et renfermant, dans la partie supérieure du lobe inférieur, une cavité du diamètre d'une pièce de cinq francs et remplie de débris parenchymateux grisâtres et sanieux.

Héminéphrectomie d'un rein en fer-à-cheval lithiasique

M. Guiliani présente une pièce provenant d'une jeune fille de 21 ans, ayant plusieurs hématuries, sans douleurs. A la date du premier examen, la malade dit avoir maigri de 8 kgr. et donne l'impression d'une bacillaire. Rein droit augmenté de volume et un peu douloureux à la pression. A la radiographie, volumineux calcul dans le rein droit. A l'intervention on découvre un rein volumineux donnant l'impression d'un rein hydronéphrotique et dans lequel on sent le calcul vu à la radio. Le rein est facilement libéré, sauf au niveau de son pôle inférieur et on se rend compte qu'il s'agit d'un rein en fer à cheval à concavité supérieure. On fait donc une hémi-néphrectomie, dont les suites, malgré un schock immédiat assez marqué, furent simples. Actuellement, la plaie est

en bonne voie de cicatrisation et l'état général est bon.

Kyste lutéinique de l'ovaire.

M. P. Sassard présente, au nom de M. Molin, l'observation d'une femme de 29 ans qui fit un premier séjour à la Charité en juillet 1927 pour un syndrome douloureux abdominal gauche : la trompe et l'ovaire gauches furent enlevés. Puis les douleurs réapparaissent, surtout au moment des règles ; une dilatation utérine est pratiquée avec lavage de la cavité au Tarnier ; amélioration très passagère. En novembre 1930, le malade revient se plaignant de douleurs au moment des règles et de pertes blanches dans l'intervalle de celles-ci. On fait une colpotomie qui donne issue à du liquide séreux et par l'orifice on suit avec le doigt l'ovaire droit, bouché et rénitent ; on l'attire dans le vagin avec une pince et on recueille un kyste intra-ovarique de la grosseur d'une noisette moyenne ; il s'agit d'un kyste lutéinique.

Abcès profond de la langue.

MM. Laroyenne et Belly présentent un malade de 54 ans, entré à l'hôpital pour un abcès de la langue : début quatre jours auparavant par des douleurs, puis gêne de la déglutition, frissons, température à 38°. A l'entrée, état général très touché, langue volumineuse et dure, dents en mauvais état, déglutition et phonation impossibles, gros ganglions sous-maxillaires. Incision sur la moitié droite de la langue. Soulagement immédiat. Il semble qu'il faille incriminer ici une piqûre de la langue par écharde de bois, ainsi que la mauvaise dentition.

Résultat éloigné de résection du genou.

MM. Patel et Pauzet présentent l'observation d'un homme actuellement âgé de 38 ans, qui subit, à l'âge de 4 ans et demi, une résection du genou pour tumeur blanche (M. Nové-Josserand). Cet homme présente un membre inférieur « ridiculement petit », avec genou ankylosé en flexion à 155°, *genu varum*, pied fixé en équinisme complet avec valgus, raccourcissement de 29 centimètres. Cette observation montre donc bien l'importance de la suppression des cartilages de conjugaison du genou. Il faut ajouter que cette résection avait été faite chez un enfant à état général très touché, après refus par les parents de l'amputation proposée par M. Nové-Josserand.

Néphrite chronique azotémique sans hypertension artérielle.

MM. Bouchut, P. Ravault et M. Leveat rapportent deux observations de néphrite chronique, dans lesquelles la prédominance des symptômes de rétention azotée constitue un des caractères dominant de la scène morbide ; ces deux malades présentaient, avant tout, des troubles digestifs (anorexie, vomissements, amaigrissement rapide), qui chez l'un d'eux fit penser à un cancer gastrique ; ces malades avaient un faciès très pâle, terreux, avec une déglobulisation pourtant modérée ; l'azotémie s'élevait dans les deux cas à plus de 4 grammes à la période terminale. Ces deux malades avaient une tension à peu près normale, sans qu'on puisse parler de chute tensionnelle secondaire à un état hypertensif ancien.

Ces deux néphrites se sont comportées comme des processus progressifs et rapidement évolutifs. Au point de vue anatomique, il s'agissait dans les deux cas de néphrite chronique vraie avec atrophie marquée des reins. A noter encore : l'absence d'hypertrophie cardiaque notable à l'autopsie.

Encéphalite basse, à forme polynévritique, chez la femme d'un parkinsonien post-encéphalitique.

M. Barbier présente l'observation d'une femme de 50 ans, qui depuis 1923 est au régime pour lithiase biliaire avec poussées de cholécystite ; en 1926 et 1927, elle a eu une hypertension à 18 et 22 (Mx). Examen neurologique négatif à ce moment. En novembre 1928, apparaissent des troubles de la marche : fatigue facile, douleurs dans les mollets, dérobement des jambes, force musculaire très diminuée, réflexes rotuliens et achilléens abolis. On institue un traitement par l'uroformine intra-veineuse. Malgré cette thérapeutique, la parésie augmente encore, notamment aux membres inférieurs ; puis, l'état reste stationnaire pendant une quinzaine de jours, puis la mobilité revient d'abord aux extrémités, puis à la racine des membres. Un an après cette atteinte nerveuse, la mobilité était redevenue normale, ainsi que la force musculaire ; la malade ne gardait, ni atrophie, ni attitudes vicieuses ; les réflexes étaient redevenus normaux. On retrouve dans ce cas tous les caractères de ce que MM. Bériel et Devic ont appelé « encéphalite basse » ; allure faiblement inflammatoire avec état subfébrile, marche progressive, prédominance au niveau des muscles de la racine des membres inférieurs avec impotence évoquant la myopathie, absence d'atrophie musculaire et de déformations secondaires, curabilité complète.

Or, le mari de cette femme, actuellement âgé de 63 ans, a présenté en 1923 un hémisyndrome parkinsonien droit précédé d'une phase de plusieurs mois pendant lesquels il avait présenté une somnolence anormale. Cet hémiparkinsonisme a progressé continuellement depuis lors.

Variations de l'équilibre protéique du sérum aux différentes périodes de la syphilis acquise de l'adulte.

MM. Gaté, H. Gardère et Radinaud formulent sur ce sujet les conclusions suivantes :

1° A la période du chancre et avant l'apparition de la réaction de Wassermann, la sérine augmente, entraînant l'élévation du quotient sérine-globuline et du total des protéines.

2° A la période primaire sérologique et à la période secondaire avec roséole, chez les malades non traités,

l'équilibre protéique revient à la normale dans la plupart des cas. Plus rarement le quotient s'abaisse; exceptionnellement il peut s'élever légèrement. Les globulines et la sérine restent le plus souvent normales.

3° Quand le traitement a jugulé les accidents, on voit augmenter parallèlement la sérine et la globuline, alors que le quotient reste normal.

Encéphalo-myélite post-vaccinale

MM. Péhu et Paul Girard rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans, qui, à la suite d'une primo-vaccination avec le vaccin du Bureau d'hygiène de Lyon, a présenté, après de grosses réactions inflammatoires, 12 jours exactement après sa vaccination, un état méningé, encéphalique et médullaire, caractérisé par de la température, de la torpeur, du délire, de l'hyperesthésie, de la raideur méningée, des modifications des réflexes rotuliens, un signe de Babinski, de l'incontinence d'urine. Cet état a duré une huitaine de jours, après quoi l'enfant s'est considérablement amélioré et, trois mois après le début de l'affection, pouvait être considéré comme guéri sans aucune suite. Ce tableau est indiscutablement celui que les auteurs ont tracé sous le nom d'encéphalite vaccinale ; il paraît préférable de dénommer ce syndrome : encéphalo-myélite post-vaccinale, les relations avec la vaccination restant à prouver.

En tout cas, de tels faits sont absolument rares et ne sauraient être un motif pour se priver de la vaccination jennérienne.

Amyotrophie scapulo-humérale avec troubles sensitifs et sympathiques associés.

MM. Pommé, Liégeois et Dancenis (de l'hôpital militaire Desgenettes) présentent un jeune soldat atteint d'une amyotrophie de la racine du membre supérieur droit de type radiculaire, avec, dans la même région, des troubles sensitifs et sympathiques importants. Le tout constitue un reliquat, qui paraît fixé dans ses modalités cliniques depuis deux ans, d'un épisode fébrile à début brusque s'accompagnant d'algies et de quadriplégie ayant fait place par régression au syndrome actuel. Le virus neurotrope en cause semble bien avoir été celui de la maladie de Heine-Médin.

A. C.

Les Congrès

Ier Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique

Paris, 3-4 *octobre* 1930 (1)

Première question

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche à partir de l'âge de quinze ans

M. H. A. T. Fairbank (Londres) établit une distinction fondamentale en cas douloureux ou non douloureux pour discuter de la thérapeutique des luxations âgées.

Cas non douloureux. — Le traitement peut être nécessité par la lordose exagérée, la boiterie ou l'adduction trop accusées.

Pour la plupart des chirurgiens anglais, dans ces conditions, la réduction par manœuvres externes ou à ciel ouvert aboutit toujours à une arthrite. La transposition antérieure est incertaine dans ses résultats et inutile. L'ostéotomie sous-trochantérienne est la méthode de choix avec bifurcation à la manière de Lorenz dans les formes unilatérales. Le type de l'ostéotomie importe peu, car après quelques années, le résultat radiographique est identique pour tous les procédés.

Dans les cas douloureux, l'auteur estime que l'arthrite est l'élément causal principal de ces phénomènes douloureux.

La seule méthode rationnelle de traitement de ces luxations est l'arthrodèse. Cette intervention doit comporter la création artificielle d'un cotyle aussi près que possible de l'acétabulum véritable, et la création d'un toit osseux important aux dépens de l'aile iliaque.

En dehors de l'arthrodèse, on ne peut obtenir qu'un soulagement par l'ostéotomie sous-trochantérienne qui améliore la statique quand il existe une lordose marquée.

La résection de la tête fémorale donne de mauvais résultats.

La butée osseuse a peu de partisans en Angleterre, elle semble donner seulement des améliorations passagères.

Dans les luxations douloureuses bilatérales, en dehors du repos et de l'appareillage, l'auteur conseille, soit la double ostéotomie, soit encore l'arthrodèse d'un seul côté, car la transformation d'une hanche douloureuse en hanche solide améliore généralement aussi la hanche non opérée.

M. F. J. Gaensken (Milwaukee, Etats-Unis) admet que les cas de luxations au-dessus de seize ans justifiant un traitement à cause de la douleur ou de la boiterie sont rares (1 p. 1.000).

1° Aucune des méthodes thérapeutiques mises en œuvre jusqu'à présent n'a donné complètement satisfaction puisqu'on en discute encore ; aussi met-on

(1) Association de la Presse médicale française.

quelque réserve à adopter des techniques radicales chez ces malades.

La traction continue doit être préconisée comme méthode pré-opératoire.

L'opération sanglante en Amérique est préconisée par Swett et Alliton.

Swett, après libération de la tête, fait une ostéotomie oblique sous-trochantérienne et immobilisée par traction continue.

Allison, dans un premier temps opératoire, sectionne la partie antérieure et inférieure de la capsule et le petit trochanter pour supprimer l'action du psoas. Dans un deuxième temps après trois semaines de traction continue, il fait une reposition sanglante avec creusement de l'acétabulum.

Albee ajoute à la reposition des coins osseux pour renforcer le toit cotyloïdien et empêcher la reluxation.

2° Au sujet des méthodes palliatives, les ostéotomies et les bifurcations ont de nombreux partisans, elles donnent des améliorations incontestables aux malades pour des risques minimes. Depuis 1918, la butée osseuse est de plus en plus pratiquée aux Etats-Unis et compte de nombreux défenseurs. Entre butées et ostéotomies, il est difficile de faire actuellement des comparaisons raisonnables car l'expérience n'est pas suffisante pour établir un jugement sur les résultats assez éloignés.

M. Kreutz (Berlin). — Pour l'auteur, le but du traitement est de chercher avant tout des résultats fonctionnels plutôt qu'une reconstitution anatomique de la hanche luxée. La guérison physiologique donnée par une reconstitution anatomique n'a jamais été obtenue ; les réductions non sanglantes comportent des risques d'élongation des troncs nerveux, des arthrites et des ankyloses ; dans les réductions sanglantes, l'infection possible constitue un très gros danger. Il faut donc se contenter d'une guérison « pathophysiologique » obtenue, soit par l'appareillage, soit par les ostéotomies, type Schanz, Kirmisson, et surtout type Lorenz. Les préférences doivent aller aux techniques inoffensives donnant une statique sûre, une hanche indolore même avec une mobilité restreinte ; la bifurcation semble donner tous ces avantages. L'auteur appuie sa démonstration sur la présentation de photographies et de radiographies, de moulages et même d'un fantome prouvant la supériorité de l'opération de Lorenz. Cette opération dans les luxations bilatérales ne doit jamais se faire en un seul temps ; il est indispensable d'attendre pour faire la seconde intervention le résultat de la première, pour juger de la mobilité obtenue.

M. V. Putti (Bologne). Le traitement de la luxation congénitale invétérée, pour M. Putti, donne habituellement des résultats imparfaits ; d'où la nécessité d'établir très précocement un diagnostic et un traitement convenables. Il considère comme invétérée une luxation congénitale bilatérale après deux ans, et une luxation unilatérale après trois ans.

Etudiant 115 cas de luxations congénitales âgées de plus de douze ans, il les classe en tenant compte de l'âge, de l'unilatéralité ou de la bilatéralité et aboutit aux conclusions suivantes :

« Le traitement est contre-indiqué dans les hanches mobiles et non douloureuses. Quand l'âge du malade, sa condition sociale ou son état général ne permettent d'autre solution, la thérapeutique se bornera à la physiothérapie et aux méthodes prothétiques.

L'expérience des vingt dernières années tend à orienter la chirurgie vers les méthodes extra ou para-articulaires. La réduction non sanglante ou sanglante ne donne pas de résultat meilleur et expose à des risques opératoires sérieux. La reconstruction du toit cotyloïdien semble un moyen efficace dans le traitement de la hanche non réduite. La transposition est indiquée uniquement chez les sujets jeunes et a encore quelques partisans. L'arthrodèse donne de bons résultats dans certains cas. La méthode opératoire la plus pratique répondant le mieux au but et donnant des résultats durables, est la bifurcation de Lorenz. »

Discussion.

M. le Professeur Ombrédanne (Paris). Après quinze ans, l'indication opératoire doit être tirée de la douleur et non de la boiterie. L'intervention est variable suivant la situation de la tête fémorale.

Luxations basses antérieures appuyées. — Elles sont justiciables de la butée ostéoplastique au-dessus de la tête luxée ; ceci, à l'exclusion des autres procédés ; réduction sanglante, ostéotomies basses, myoplastie des fessiers.

Luxations hautes postérieures non appuyées. — L'auteur les a traitées d'abord par la « résection butée », constituant une résection de la tête et du col et une butée au-dessus du moignon cervical pour le maintenir réduit dans le cotyle. Actuellement, il préfère à cette méthode, la résection trapézoïdale sous-trochantérienne du fémur permettant d'abaisser la tête jusqu'au cotyle, puis la fixation de cette tête réduite par une butée sus-cotyloïdienne.

M. le Professeur Nové-Josserand (Lyon) emploie les butées ostéoplastiques dans les subluxations douloureuses en réduisant au préalable la subluxation si cette réduction doit se faire sans difficulté excessive.

Pour les autres cas, l'ostéotomie est l'opération de choix : ostéotomie transversale au-dessous du petit trochanter avec abduction de 15 à 20 degrés du fragment inférieur, avec refoulement en dedans par pression manuelle latérale de ce fragment.

M. Bargellini (Turin). L'instabilité de la hanche constitue une indication opératoire à ajouter à la douleur pour les luxations invétérées. Le traitement de choix est l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson dont l'auteur rapporte 50 cas très concluants.

M. Zahradnicek (Prague). Partisan de l'intervention sanglante dans les échecs de la méthode non

sanglante, l'auteur indique les résultats de 50 cas opérés par lui entre deux et six ans : 62 p. 100 de succès. L'intervention consiste en une reposition de la tête avec modelage du cotyle et au besoin butée ostéoplastique.

M. PETER BADE (Hanovre). Pour éviter l'ankylose et la reluxation dans les luxations invétérées, l'auteur essaye d'adapter dans les meilleures conditions possibles le cotyle à la tête fémorale par une intervention. Celle-ci consiste :

1° A faire d'abord une réduction non sanglante, puis à reluxer la tête ;

2° Avec un ciseau à exécuter une fente radiaire au bord supérieur du cotyle et à y insérer un coin d'ivoire pour écarter les bords de ce cotyle et l'agrandir ;

3° Remise en place de la tête, puis suture et immobilisation à 45 degrés dans un plâtre pendant six semaines.

M. FROELICH (Nancy) passe en revue toutes les méthodes qu'il a utilisées en pareil cas : réductions, transpositions, myoplasties, enchevillements, butées osseuses. C'est l'ostéotomie sous-trochantérienne avec bifurcation qui lui a donné les meilleurs résultats. L'auteur a réalisé cette intervention depuis 1902.

M. MATHIEU (Paris) utilise, dans les subluxations, la butée ostéoplastique avec réimplantation basse du grand trochanter.

Dans les arthrites déformantes accompagnant les luxations, l'arthrodèse extra-articulaire est particulièrement indiquée.

Dans les luxations postérieures, l'ostéotomie donne les meilleurs résultats.

M. PUTTI, résumant la discussion, signale l'accord réalisé par les congressistes en faveur de l'ostéotomie sous-trochantérienne, avec des variantes, pour les luxations invétérées ; opération facile, peu dangereuse, mais malheureusement palliative.

Il faut donc, à son avis, entreprendre une vraie croisade pour le dépistage des luxations dans les premiers mois de la vie et les traiter avant qu'elles ne soient invétérées. C'est un devoir social pour les orthopédistes.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement du traumatisme du poignet

MM. Albert et Alain MOUCHET (Paris) rappellent la difficulté des traitements des lésions traumatiques du poignet et le rôle capital que joue la radiographie comme élément de diagnostic et comme base rationnelle de ce traitement.

Cette radiographie, qui est nécessaire même dans les traumatismes d'apparence bénigne, doit être faite de face et de profil avec, comme terme de comparaison, les images du poignet sain.

Le traitement doit être aussi conservateur que possible ; traitement orthopédique suivi de mécanothérapie et de physiothérapie. L'intervention, toujours minime, tire ses indications de l'irréductibilité des lésions, de l'existence d'une compression nerveuse, ou d'un cal vicieux.

Etudiant les différentes formes anatomo-cliniques des traumatismes, les auteurs passent en revue : les fractures de l'extrémité inférieure du cubitus, les luxations radiocarpiennes, enfin les traumatismes du carpe proprement dit. Ils insistent particulièrement sur la luxation subtotale du carpe rétrolunaire, affection grave nécessitant un traitement d'urgence sous anesthésie générale. Pour eux, suivant la date à laquelle il sera appelé, le chirurgien devra :

1° Dans les premiers jours (trente environ) réduire par manœuvres externes ; 2° si la réduction échoue, faire une reposition sanglante du semi-lunaire ; 3° après deux mois, en présence de troubles fonctionnels importants, extirper le semi-lunaire.

D'autres chapitres importants sont consacrés à la fracture du scaphoïde et du semi-lunaire et aux traumatismes plus rares des autres os du carpe.

Enfin une étude approfondie est faite des ostéites trophiques post-traumatiques, les « malacies » du scaphoïde ou du semi-lunaire et « l'ostéoporose douloureuse post-traumatique. »

M. Murk JANSEN (Leyden). Dans son rapport l'auteur étudie uniquement la malacie du semi-lunaire. Sans traumatisme net ou après un traumatisme minime cette affection apparaît insidieusement, se manifestant par de la raideur, puis de la douleur et du gonflement. L'évolution longue entraîne des troubles fonctionnels sérieux.

A la radiographie, on constate sur le semi-lunaire et les os voisins : d'abord des taches de décalcification, puis des traînées de densité plus forte.

D'après lui, la pathogénie de ces accidents serait expliquée par des réactions différentes des sels calcaires et de la substance colloïde dans laquelle ils sont inclus, vis-à-vis des variations de pression fonctionnelle.

La compression continue d'un os donne une résorption plus rapide des sels que de la substance colloïde.

L'auteur appelle cet état « plasticité par surmenage », car le semi-lunaire est le centre de convergence des forces des tendons fléchisseurs et extenseurs.

Le traitement le plus indiqué semble donc être le repos de la main et dans les formes graves, l'arthrodèse du poignet.

Les Livres

Gaston DOIN ET CIE,
8, place de l'Odéon, Paris.

E. APERT. **Les infantilismes.** (in « La Pratique médicale illustrée », 1 vol. in-8° de 70 pages, avec 18 fig. dans le texte et 2 planches hors texte. Prix : 20 francs.)

Le médecin ne peut pas toujours guérir les infantiles, mais il peut toujours apporter à leur état une atténuation appréciable. Il n'y a pas une médication unique de l'infantilisme, car l'infantilisme n'est pas un ; il n'y a que des « infantilismes » ainsi que l'indique le titre de l'ouvrage. Des altérations profondes et chroniques de presque tous les viscères peuvent aboutir à une variété correspondante d'infantilisme ; chaque variété pathogénique a sa morphologie et sa symptomatologie spéciale, et le traitement qui fait merveille dans telle variété se montre souvent nuisible dans telle autre. De nombreuses planches et figures permettent au lecteur de se rendre compte *de visu* des différences morphologiques, qui distinguent les divers infantilismes et de n'aborder le traitement qu'à bon escient.

Après un préambule de définition et d'historique l'auteur étudie successivement : l'infantilisme dysthyroïdien, l'infantilisme hypophysaire, l'infantilisme surrénal, le nanisme et l'infantilisme rénaux, la maladie cœliaque ou infantilisme intestinal, la proferia, l'infantilisme hépato-splénique ; le prétendu infantilisme cardiaque, et enfin l'infantilisme régressif de Gandy. Il termine par un chapitre de physiologie générale et des recommandations générales pour le diagnostic et l'application des traitements.

Gaston DOIN ET CIE,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr R. CHAUSSINAND. — **La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.** *Expérimentation et pratique.* Préface du Professeur CALMETTE (1 vol. in-8° de 196 pages. Prix : 38 francs.)

Cette vaccination par le B. C. G. (bacille Calmette-Guérin), employée depuis plusieurs années dans le monde entier, n'est encore que peu connue de nombreux médecins et les échecs publiés sont dus, pour la plupart, à un emploi incorrect du vaccin.

Cet ouvrage traite de la question d'une manière claire et complète.

Dans la première partie sont analysées toutes les recherches expérimentales pratiquées sur le B. C. G. et discutées les questions de l'allergie à la tuberculine et celle de la stabilité du bacille atténuée de Calmette.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose les observations cliniques publiées jusqu'à présent dans les différents pays, et indique les données qui permettent de réaliser une vaccination correcte et efficace. En outre, il apporte personnellement de très convaincantes démonstrations de la complète innocuité du B. C. G. chez l'enfant, et du perfectionnement notable dans la technique des vaccinations par les voies sous-cutanée et intra-musculaire.

La troisième partie enfin groupe la bibliographie complète des travaux parus sur le B. C. G. et sur les sujets connexes.

Les médecins praticiens, ainsi documentés sur sa technique et ses indications précises, pourront pratiquer par le B. C. G. une vaccination antituberculeuse efficace et sans danger, dit le Dr Chaussinaud.

Editions médicales, N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr RAMOND et C. JACQUELIN. — **Radiologie de l'estomac et du duodénum** (un vol. in-8 de 210 pages, 167 figures, 2e édition. Prix : 35 francs.)

C'est d'abord l'exposé des différentes méthodes d'examen, d'exploration, de la préparation minutieuse du malade, des positions d'examen les plus favorables, et des précautions à prendre pour mettre en évidence les images difficiles. Pour chaque problème de la pathologie digestive, les auteurs nous montrent quels secours les rayons X apportent au diagnostic, dans quelle large mesure pour ainsi dire systématique, nous devons y faire appel, quelle sécurité en prend souvent le diagnostic.

Ils ne négligent pas d'indiquer les difficultés de l'interprétation radiologique, et parfois les incertitudes des résultats. Le profane ne doit pas, sur la foi de certains livres et images triées parfois parmi des milliers de films, garder l'illusion qu'on est toujours en présence d'images simples à déchiffrer.

Le dernier chapitre accompagne même le malade après son opération pour en assurer le bénéfice, en préciser ou en prévenir les complications.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON ET CIE,
120, boulevard Saint-Germain.

Marcel BRULÉ, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — **Pathologie du foie et du pancréas.** In : *Collection des initiations médicales.* (Directeur : A. SÉZARY). Un vol., 140 pages. Prix : 20 fr.

Jean CATHALA, agrégé, médecin des hôp. de Paris. — **Pathologie du nourrisson.** In : *Collection des initiations médicales.* (Directeur : A. SÉZARY). Un vol., 194 pages. Prix : 22 fr.

— **Bibliothèque de films radiographiques**, films groupés par séries de 30 ou 40 images environ.

Les films peuvent être examinés : soit directement, par transparence, tenus en face d'un papier blanc bien éclairé ; *soit par projection* avec n'importe quel appareil d'agrandissement : les lanternes usuelles sont faites pour des vues d'un format supérieur, il suffit alors d'ajouter un passe-partout en carton, taillé à la dimension de la fenêtre.

SÉRIES PUBLIÉES :

1. Cancer de l'estomac. — 2. Tumeurs des os (1re *série*). — 3. Diverticules du duodénum. — 4. Les déformations de l'estomac. Volvulus gastrique par aérocolie. — 5. Affections non tuberculeuses du genou. — 6. L'ulcère duodénal. — 7. L'ulcère de la petite courbure de l'estomac.— 8. Régions pétro-mastoïdiennes normales et pathologiques. — 9. Les affections de l'antre pylorique. — 10. L'ostéochondrite (fœtus, nouveau-né, nourrisson).— 11. La périostite ossifiante. — 12. Diagnostic des lésions atypiques (1re enfance). — 13. Radiodiagnostic gynécologique. *A*. Morphologie utérine. — 14. Radiodiagnostic gynécologique. B. Perméabilité tubaire. — 16. Radiologie des sinus de la face. — 18. Affections non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant (1re *série*). — 19. Affections non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant (2e *série*). — 20. Radiologie stomatologique. *A*. Technique radiologique ; images normales.— 21. Radiologie stomatologique. *B*. Lésions dentaires et péridentaires (dents permanentes). — 26. Radiologie stomatologique. *C*. Lésions péri-apicales chroniques. — 27. Etude radiologique du mal de Pott (1re *série*). — 28. Lésions traumatiques du poignet.— 30. Radiologie stomatologique. L'évolution normale et pathologique des dents.

Prix de chaque série : 25 francs.

Imprimerie Bosc et Riou,
42, quai Gailleton, à Lyon.

Dr Salvator Sarfati. — **Etude médico-psychologique sur le Marquis de Sade.** Un vol. 188 pages.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

N. Hortolomei et V. Butureanu, professeur à la Faculté de Jassy. — **Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal.** Indications. Résultats. Un vol. 408 p., 75 fig. Prix : 45 fr.

Max Cheval et A.-P. Dustin. — **Théorie et pratique de la télécuriethérapie.** (Un vol. 240 pages, 76 fig. Prix : 34 fr.).

— **Pratique médico-chirurgicale** (P. M. C.). Viennent de paraître les tomes VII et VIII. (L'ouvrage est complet.)

Baillière, Tindall et Cox,
7 et 8, Henrietta Street, Covent Garden, W.-C., 2, Londres.

— **Catalogue de publications médicales anglaises** (Broch. de 66 pages), 1931.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques cardiotoniques et de leur emploi

Par le Dr N. Quénée

C'est presque un réflexe qui, dans l'esprit du médecin praticien, associe à l'idée de troubles cardiaques l'idée de digitale. C'est même une notion répandue dans tous les milieux non médicaux, pour lesquels il n'est pas de maladies de cœur sans digitale et inversement.

Cependant, on doit bien admettre que, en matière de cardiopathie, la digitale, si elle est souvent le premier stade du traitement, n'est pas tout. Il existe de nombreuses autres médications dont pas une, il est vrai, ne lui sera exactement superposée, mais qui auront, elles aussi, leurs indications propres et trouveront très bien leur place à côté de la digitale.

Toutes les médications de la défaillance cardiaque ou cardio-rénale visent tout d'abord, avant de tonifier le cœur, à soulager son travail.

Comment réduire ce travail ? En premier lieu, il faut diminuer la masse sanguine (saignées, ventouses scarifiées, sangsues, etc...) et en diminuant généralement la masse des humeurs. Suivant les cas, on ponctionnera un épanchement, on réduira la quantité des liquides ingérés, et surtout on favorisera la diurèse (régime et médicaments diurétiques). Le cœur, ayant un travail réduit, pourra plus facilement réagir aux tonicardiaques.

Cette division en diurétiques et en toni-cardiaques est pratiquement trop schématique. S'il existe des diurétiques vrais, n'agissant que sur le rein, comme certains sels mercuriels, beaucoup de diurétiques n'agissent que parce que tonicardiaques. Enfin, tous les tonicardiaques sont diurétiques. Cette association des deux propriétés est de grande importance pratique : les médicaments agiront sous une double cause. C'est ainsi qu'agit la digitale.

Nous disions plus haut que c'est le médicament le plus prescrit sous diverses formes : infusions, macération, teinture, poudre, et surtout

sous la forme de solution alcoolique de digitaline. Toutes ces préparations s'emploient le plus souvent *per os*, mais on peut l'employer en injections (digalène).

A côté de la digitale se placent les strophantines, et particulièrement l'ouabaïne, dont les indications ne sont nullement superposables.

Mais l'ouabaïne, d'après la plupart des auteurs, doit être employée par voie endoveineuse pour agir. Et ceci en restreint l'emploi dans la pratique, car il est, dans la clientèle de campagne surtout, bien des malades qui ne peuvent recevoir chaque jour la visite du médecin.

Les associations digitale et ouabaïne se heurtent aux mêmes inconvénients. Elles peuvent cependant s'employer plus longtemps que la digitale seule. Le grand inconvénient de la digitale est, en effet, son accumulation dans l'organisme. C'est cette accumulation qui en limite l'emploi, dès que l'usage en devra être prolongé.

Sans s'en tenir aux règles classiques de sa posologie maxima, on ne peut cependant en prolonger l'emploi sans couper les cures de digitale par de longues périodes de repos ; et pourtant il est de nombreux malades qui ne peuvent supporter ces cures de repos.

Soit des chroniques, œdémateux, hydropiques, dyspnéiques, cardio-rénaux, pour lesquels on aura prescrit une cure mensuelle de digitale, et chez qui on se trouvera désarmé dans l'intervalle de ces cures.

Soit des malades aigus, dans les insuffisances cardiaques et rénales des grands infectés, broncho-pneumonie et grippe des vieillards par exemple, pour lesquels la nécessité d'un tonicardiaque se fait sentir pendant un temps plus ou moins long. Dans tous ces cas, on recherchera un tonicardiaque diurétique, jouissant des mêmes propriétés que la digitale et ne présentant pas ses inconvénients d'accumulation.

Le meilleur succédané de la digitale, pour ne pas dire le seul, nous paraît être l'adonis vernalis. Il est du reste employé depuis longtemps, mais ne semble pas jouir de la vogue qu'il mérite. Il peut s'employer sous de nombreuses formes : infusion, extraits aqueux ou fluide, teinture, etc.

L'inconvénient de ces diverses préparations est alors, outre la différence de posologie, la difficulté de trouver un corps identique à lui-même, d'un étalonnage et d'un dosage rigoureusement scientifique. C'est cette difficulté qui explique un peu l'emploi restreint de l'adonis vernalis.

Cet inconvénient est le même qui existe pour les diverses préparations de digitale. Aussi celles-ci sont-elles souvent négligées au profit de la digitaline cristallisée.

De même les diverses préparations d'adonis vernalis sont-elles de plus en plus abandonnées pour laisser place à l'adoverne « représentant les deux glucosides, adonidoside et adonivernoside, récemment extraits par les frères Mercier et étudiés par Lutembacher » (Action cardiotonique et diurétique) et le Professeur Merklen (*Presse médicale*, 27 oct. 1928).

Pour le médecin praticien, l'adoverne est à l'adonis vernalis ce que la digitaline est à la digitale.

L'adoverne a comme la digitaline des propriétés constantes et rigoureusement titrées. Il a comme elle une posologie simple et facile à retenir.

Quant à ses indications, nous avons dit plus haut que ce sont toutes les indications de la digitale avec, en plus, une indication toute spéciale pour les cas où la défaillance cardiaque risque de se prolonger.

Enfin, l'adoverne a une action plus diurétique que la digitale.

Dans la pratique journalière, quand nous nous trouvons devant une insuffisance cardiaque, deux cas se présenteront : ou bien on a déjà donné la digitale : son action est insuffisante, soit que le malade ne réagisse pas, soit qu'on n'ait pas pu en donner assez longtemps, alors la cure d'adoverne supplée celle de la digitale et continue son action aussi longtemps qu'il le faut. Ou bien, on n'a pas encore donné de digitale: alors nous n'hésiterons pas à prescrire l'adoverne qui a toutes les indications de la digitale qu'il peut remplacer.

L'adoverne a enfin un dernier avantage sur la digitale, tiré de son action neuro-sédative (action, qui avait fait préconiser le traitement de l'épilepsie par l'adonis vernalis), c'est de trouver une double indication quand, à la défaillance cardiaque, se joignent l'agitation ou le délire.

Enfin, il jouit de propriétés légèrement hypertensives qui, si elles en restreignent l'emploi dans les grandes hypertensions, le commandent au contraire chez les grands infectés, chez les pneumoniques, les grippés par exemple.

Il se présente sous forme de gouttes et de granules : XV à XXX gouttes ou 2 à 4 granules, une ou deux fois par jour et plus.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ACTUALITÉ BIBLIOGRAPHIQUE

Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales

Professeur P. CHAVIGNY

Professeur, certes il l'est à plus d'un titre, et non seulement par ce qu'il enseigne, par la façon dont il l'enseigne, mais encore et surtout par le souci constant dont il est plein, — de rechercher toujours et sans cesse les meilleures méthodes pour la formation théorique et pratique du médecin.

C'est pour obéir à de telles préoccupations qu'il vient de publier, un peu comme une suite à son ouvrage sur l'*Initiation aux études médicales* (1927), cette *Psychologie des Etudes Médicales et des Aptitudes Médicales* (1), qui est une critique serrée des programmes actuels, et une pépinière d'idées et de propositions originales, qui rejoignent, dans une certaine mesure, celles du professeur P. Carnot, touchant la réforme des études médicales.

« Ceci est un ouvrage éminemment constructif, dit-il en débutant. Non, ce n'est pas un pamphlet ! Non, ce n'est pas plus une critique de personnes, car surtout en ces matières, il importe de savoir s'élever au-dessus du niveau de la polémique de village.....

« Bien certainement, on ne peut projeter de reconstruire un édifice sans penser à jeter bas quelques masures devenues vétustes, mais, n'en est-il pas ainsi en toutes choses ? »

La formation du médecin s'assigne trois buts : une documentation ; une formation du caractère ; une discipline intellectuelle. Et cela, en fonction des buts généraux de la médecine : Conserver la santé et guérir la maladie.

Or, aujourd'hui, les méthodes et les programmes font trop appel à la mémoire, pas assez au jugement et à l'observation. « Au lieu de bourrer son esprit, il est devenu nécessaire de le diriger : Car il est faux que la médecine soit surtout une science. La science établit des lois et... précisément, la médecine est absolument hors de situation d'en établir aucune. *C'est à ce titre qu'elle est un art, et pas autre chose* ».

Sans doute dispose-t-elle de procédés scientifiques, où les mathématiques, la physique, la chimie, impriment la rigueur de leurs lois, — pour mieux déchiffrer les énigmes posées par la maladie. Mais si l'on n'interprète pas leurs indications en fonction du malade, on risque bien souvent l'erreur. Il faut aussi se défier de la logique du sentiment... Il faut apprendre à voir, à regarder, observer et juger...

Les techniques mentales sont différentes suivant qu'il s'agit du laboratoire d'analyses ; du laboratoire de recherches ; du diagnostic clinique, « acte synthétique par excellence », dans lequel le cas examiné présentement devra être confronté avec tous les cas précédemment observés, toutes les connaissances acquises ; et ce travail réclame une nomenclature et une nosographie encore trop primitives.

C'est donc bien plutôt par comparaison que par induction que l'esprit recherche, rassemble et coordonne toutes les données du problème, par un examen détaillé du malade, complété par les examens de laboratoire, pour arriver à un tableau d'ensemble qui se rapprochera le plus possible de ceux que l'on connaît bien. Cependant, l'induction interviendra dans les recherches personnelles qui viseront à passer d'un fait particulier à une généralisation.

L'étude de la technique mentale, dans les diverses spécialités médicales et paramédicales, est l'occasion, pour l'auteur, de critiquer les programmes en vigueur. Les sciences, dont une certaine connaissance est exigée de l'étudiant en médecine, sont de quatre types différents :

Sciences d'appoint : physique, chimie, histoire naturelle (zoologie et botanique).

Sciences fondamentales : anatomie, histologie, physiologie.

Spécialités cliniques : clinique chirurgicale

(1) Librairie J. B. Baillière, éditeur, Paris.

clinique médicale, cliniques plus différenciées (O. R. L., Dermatologie, etc)....

Spécialités auxiliaires ou d'application : Hygiène, radiologie, bactériologie ...

Les sciences d'appoint forment le programme du P. C. N. qui reste l'objet de luttes actives. Quelle est son utilité : 1° comme documentation ; 2° pour la culture de l'esprit d'observation ; 3° pour l'apprentissage des méthodes de laboratoire ; 4° pour la formation intellectuelle orientée dans le sens médical ? Les réponses que le professeur Chavigny donne à ces questions manquent tout à faire d'enthousiasme. Et l'on sent combien il a raison, rien que par ce fait qu'un professeur de physique aurait consacré deux leçons à la correction des erreurs du thermomètre, prétendant que ces connaissances sont indispensables aux médecins, s'ils veulent éviter les erreurs de diagnostic. Que de temps perdu ! ! !

Les sciences d'appoint, l'anatomie au premier plan, devraient être parfaitement possédées. Or, il n'en est rien, parce qu'elles sont mal enseignées. L'Anatomie nécessaire au praticien, en effet, n'est pas toute l'Anatomie et les chinoiseries doivent en être exclues. Et c'est par ce qu'il a *vu* bien plus que par ce qu'il a *lu*, que l'étudiant en assimilera l'indispensable. Dissections et étude de préparations sont donc à la base de cet enseignement, allégé de ses superfluités.

L'étude de la technique mentale propre à chacune des spécialités médico-chirurgicales, permet à l'auteur de donner des aperçus infiniment intéressants et originaux.

La maladresse manuelle devrait être, dit-il, un vice rédhibitoire au premier chef d'accès à la carrière médicale.

La pratique de la clientèle diffère très sensiblement de ce qu'on voit à l'hôpital. «La déontologie vraie, la technique professionnelle journalière ne devraient-elles pas être enseignées de la façon la plus pratique ?»

Je rappelle ici que nous avons, Noir et moi, maintes fois soutenu qu'il serait nécessaire de couronner les études médicales par un stage d'application d'un an, qui pourrait s'effectuer aux côtés d'un praticien éprouvé.

Un chapitre attachant, c'est celui qu'il consacre au professeur qui doit savoir, et savoir beaucoup, savoir enseigner, savoir être examinateur, se livrer à des recherches personnelles, former des élèves.

« Pour l'examinateur, il ne suffit pas d'être d'une mansuétude qui mette l'interrogateur à l'abri de toutes les brimades, de tous les charivaris, même des révoltes provenant des étudiants..... Les examens ne sont peut-être pas originairement institués pour assurer des auditeurs aux cours magistraux ..... Etre examinateur exige évidemment de bien connaître les matières sur lesquelles on interroge, mais il importe bien autrement d'être psychologue . » Oh ! Oui ! ! !

Mais tout serait à citer dans cette *Ecole de l'examinateur*, qui reste à créer. Et je suis forcé de passer, pour terminer avec le dernier chapitre intitulé : *L'encombrement dans la profession médicale. Sélection sur la base de la technique mentale.*

Là, nous sommes en pays de connaissance, et voici un alinéa qui n'est qu'une réplique :« Dans son principe, la limitation du nombre des étudiants en médecine, ou des médecins, n'a rien de plus anormal que la limitation du nombre des notaires, des avoués, ou que celle des pharmaciens en Alsace-Lorraine, etc ».

Pour M. Chavigny, les examens de clinique devraient être le filtre destiné à arrêter les insuffisants et les incapables. Mais, placés à la fin des études, ils ne peuvent pratiquer la sélection nécessaire : il est trop tard. C'est plus tôt, à la fin de la première année, qu'il faudrait placer un *concours* (Encore!), avec anonymat des épreuves écrites, pourvu que ce soit un concours de sélection, et non de psittacisme.

Il faut donc «trouver le moyen de scruter, non ce que les élèves ont appris dans les manuels, mais la façon dont ils sont capables de se servir de ce qu'ils ont appris ».

Cet objectif ne peut que réunir les suffrages unanimes de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de la profession. Sur les moyens, des flots d'encre ont déjà coulé, auxquels j'ai fourni ma large part. Retenons, du nouvel ouvrage du professeur Chavigny, la grande clairvoyance dont il fait preuve, la qualité générale de ses critiques, et le profit que l'intérêt général aurait à prendre en considération la plupart de ses propositions. Son jugement, appuyé sur son expérience, lui a suggéré d'heureuses solutions.

G. DUCHESNE.

Le théâtre en France au Moyen-Age

Gustave COHEN

Professeur à la Sorbonne

M. G. COHEN a pris à tâche de réhabiliter le Moyen-Age littéraire, et j'ai déjà eu l'occasion de vous signaler sa très savante étude sur *Crestien de Troyes et son œuvre.* L'édition présente que je recommande à l'attention des lettrés si nombreux parmi nous, est consacrée au Théâtre profane (T. II), le Tome premier ayant pour objet le Théâtre religieux.

Suite nécessaire, puisque, comme il le dit au début de son Introduction, « le théâtre profane

tire son origine du théâtre religieux, et par là, du culte lui-même ». Or, si cela est vrai d'une façon générale, ce l'est tout autant en ce qui a trait au théâtre comique. Par des exemples bien choisis, l'auteur montre comment, dans le drame religieux le plus émouvant, le plus auguste, ont été introduites des scènes volontairement destinées à provoquer le rire.

Mais le comique au théâtre a une autre origine que le théâtre religieux, préchrétien et chrétien, c'est, et cette révélation est particulièrement surprenante et savoureuse tout à la fois, — c'est le théâtre latin de Plaute et de Térence. Au Moyen-Age en effet, on parle ensemble français et latin : « Le latin reste la seule langue de la science et de l'école. Les écrivains classiques n'ont jamais cessé d'être lus, étudiés, commentés..... On a trop dit que la comédie latine classique était morte et ignorée dans son essence, que Plaute et Térence étaient crus récités par une seul mime, changeant de voix à chaque personnage, ce qui d'ailleurs n'est pas impossible ; mais dans les Ecoles..... très férues de poésie latine, on les connaissait, on les cultivait, on les imitait en des pièces si nombreuses que j'en publie cette année même le *corpus*..... ».

Sur cette explication, l'auteur entreprend de nous présenter au XIII^e siècle : Courtois d'Arras, Adam le Bossu, le Jeu de la Feuillée, Le Jeu de Robin et Marion, le Garçon et l'Aveugle, le Dit de l'Herberie ; au XIV^e, l'Histoire de Grisélidis ; au XV^e, si fécond et divers, les Genres en honneur : Comédie scolaire, Mystère à sujet profane, Monologue dramatique, Moralité, Sottie, Farce, et parmi les Farces fameuses : La Farce du Cuvier, et Maître Pierre Pathelin, celle-ci classique, et inspiratrice des grands comiques du XVII^e, et de Molière......

Il termine par un chapitre consacré au Prince des Sots, Pierre Gringoire, né à la fin du XV^e, mais dont l'activité s'est exercée surtout au XVI^e siècle.

Et cette étude montre, au dire de G. Cohen, « qu'il y a continuité dans l'histoire de notre théâtre comique plus sûrement encore que dans l'histoire de notre théâtre religieux et dans celle de la mise en scène.

« Quoi d'étonnant ? La France n'est-elle point la patrie d'élection du rire, un rire qui est une arme, mortelle au vice et au ridicule qu'elle combat, un rire qui console, car il oppose la fertile malice de Maître Adam, de Pathelin et de Panurge à l'inconstance du sort, à la maladie, et à la mort, qu'à l'occasion nous savons accueillir, le sourire aux dents. »

Des planches, empruntées aux Manuscrits de nos bibliothèques, et d'une belle facture, illustrent joliment l'ouvrage de M. Cohen, et montrent, dans leur naïve, mais spirituelle composition, comment les comiques médievaux concevaient la mise en scène et l'interprétation de leurs œuvres.

J'ai déjà dit le mot ; je n'hésite pas à le répéter : c'est une révélation (1).

G. Duchesne.

Essai médico-psychologique sur le Marquis de Sade

Dr Salvator Sarfati.

Délaissant les trop banales contributions à quelque point, plus ou moins important, de la Pathologie, d'un intérêt médiocre, et vouées à la plus grande obscurité, des étudiants en fin d'études consacrent assez souvent leur mémoire inaugural à quelque sujet ou personnage historique, qui, par certains côtés, cependant, leur permet d'en montrer les rapports avec la médecine.

C'est ainsi qu'à l'instigation du professeur Etienne Martin, de Lyon, M. Sarfati s'est livré à une étude fort intéressante, du point de vue médico-psychologique, du fameux marquis de Sade.

Pour avoir donné son nom à une certaine perversion sexuelle, il semble bien qu'il s'est acquis une renommée qui n'est pas du meilleur aloi.

Il n'en est pas moins vrai que « ses livres, ses écrits sont des monuments illustres de la psychopathologie sexuelle ; ils ont apporté à la science avant Krafft-Ebing, toute la gamme des perversions, sous tous leurs aspects, avec toutes leurs gradations.

Est-ce suffisant pour que le monde scientifique rende hommage à sa mémoire ? Cela dépend du point de vue où l'on se place ... Mais là n'est pas la question. La cruauté, surajoutée à l'acte sexuel comme un excitant et aussi un conditionnement, serait assez dans la nature des êtres animés, et de l'homme en particulier. Elle ferait partie du délire amoureux. Elle devient perversité si elle est perçue consciemment. « Pour pouvoir mettre à un acte l'étiquette de sadique, il faut une participation des centres supérieurs, de la sphère intellectuelle ».

L'auteur, ayant suivi, dans la mesure du possible, le marquis de Sade, tout au long de sa vie, étudie son œuvre, et dans celle-ci : les écrits, la philosophie, l'instinct sexuel.

La troisième partie de cet ouvrage est consacrée longuement à la psychologie du marquis de Sade, envisagée du point de vue des instincts, de l'affectif et de l'intellect.

(1) Les Editions Rieder, 7, Place Saint-Sulpice, Paris.

Et de cette étude très fouillée, le Dr Sarfati a pu conclure que son personnage, exempt de tares psychiques héréditaires, a présenté des troubles intellectuels peu importants, et, par contre, des troubles affectifs profonds. Son imagination intense et déréglée confinait à la mythomanie ; son affectivité, entachée de puérilisme, l'apparenta aux constitutions perverses, et cela explique le caractère outrageusement obscène de ses ouvrages, qui laisserait cependant hors de cause ses hautes qualités intellectuelles et sa grande culture .....

Un anormal, pour tout résumer d'un mot : n'est-ce pas ce qui se dégage surtout de cette analyse si vivante de son caractère, de ses mœurs et de ses livres ? Et un anormal en vérité dangereux. Sans doute tout ne fut-il pas mauvais en lui. Mais dans quelle mesure sommes-nous fondés à parler de réhabilitation ? ? ? (1).

G. DUCHESNE.

La Muse à l'officine

Dr Jean VALINCOURT

Une haute culture classique, un beau talent de plume, beaucoup d'esprit, tout cela mis au service d'une publicité originale en faveur des produits d'une grande firme réputée, sous le pseudonyme derrière lequel s'abrite un aimable confrère parisien, qui est en même temps un homme de lettres très apprécié.

Et sa muse s'amuse à pasticher agréablement La Fontaine, Victor Hugo, Racine, quand elle s'exprime en vers. Et en prose, Rabelais, Brantome, etc...

Et nous y prenons d'autant plus d'agrément qu'elle s'est vêtue richement ... à la manière des plus riches éditions.

Tous mes compliments (2).

G. DUCHESNE.

MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LIBERTÉ DE PRESCRIPTION

Malgré ses velléités de révolte, le Corps médical perd peu à peu ses prérogatives d'indépendance professionnelle. Ayant affaire, non plus au seul client, mais à une collectivité qui s'interpose entre le malade et le praticien, le médecin doit soigner chaque patient, non plus selon sa science et sa conscience, en toute indépendance, mais selon des règles, des directives, des textes privés, ou règlementaires, qui limitent sa thérapeutique, ou ses moyens d'action, en vue de la guérison.

C'est ainsi que nous avons été saisi d'un conflit, qui a été porté devant les tribunaux, en matière d'accident du travail. Le procès aurait été évité et bien des froissements aussi, si la compagnie d'assurances avait mieux été renseignée sur ses droits, ou si elle avait été de moins mauvaise foi.

Au cours de son travail, un ouvrier est blessé, sur le dos du pied, par la chute d'une lourde pièce de fonte. Il est soigné par un premier praticien.

Quelques jours après, phlegmon du pied, qui nécessite de la part d'un second médecin, une large ouverture et un drainage. Comme il y a infection, le praticien fait des piqûres de vaccin et des pansements avec des immunisols Grémy.

La guérison obtenue, la compagnie d'assurances refuse de payer la note présentée par le pharmacien, sous le prétexte qu'elle est exagérée et qu'elle comporte des médicaments de luxe, dispendieux, non en rapport avec les habitudes médicales, ni avec la situation de fortune de l'ouvrier.

Le pharmacien assigne le chef d'entreprise devant le juge de paix de Champagney (Haute-Saône), en paiement des fournitures pharmaceutiques, faites à son ouvrier blessé. Le patron réplique, en assignant à son tour, en garantie, le médecin, comme ayant prescrit les dits médicaments.

Dans la citation, que j'ai sous les yeux, le chef d'entreprise soutient que le praticien a ordonné des médicaments dispendieux, qui ne sont en rapport ni avec les habitudes, ni avec la condition sociale de l'ouvrier. Ce sont, en outre, des spécialités non prévues au tarif ministériel des accidents du travail. En plus, ces prescriptions ont été faites en nombre exagéré.

Sur ce dernier point, il faut signaler une erreur, que je veux croire involontaire : alors que le praticien a utilisé 10 ampoules de vaccin, soit deux boîtes de vaccin Grémy, à raison de 75 francs la boîte, soit 150 francs, dont le pharmacien demande paiement, la partie adverse soutient qu'il y eut emploi de 19 ampoules, dont la valeur totale serait de 350 francs.

Il y a donc de ce chef double erreur : 19 ampoules au lieu de 10 et 350 francs au lieu de 150. Remarquons en outre que les 19 ampoules, soit 4 boites vaccin Grémy, n'auraient couté que 300 francs et non 350.

On attribuait donc faussement au médecin une dépense exagérée, dont, admettons-le, la culpa-

(1) Bosc frères et Riou, imprimeurs, Lyon, 1930.
(2) Les Laboratoires Trouette-Perret, Paris.

bilité doit revenir à une erreur de la dactylographe. Néanmoins, cette erreur, inscrite dans les conclusions et dans l'assignation, pouvait avoir une influence fâcheuse sur l'esprit du juge.

Ce dernier donna raison au pharmacien et mit hors de cause le médecin.

Le chef d'entreprise interjeta appel devant le tribunal civil de Lure ; puis brusquement proposa de payer tous les frais et se désista de son appel.

Il eût pourtant été intéressant de faire plaider ce procès devant les juges d'appel.

Je voudrais donner, une fois de plus, mon opinion sur la question.

Que ce soit erreur involontaire des bureaux des compagnies d'assurances, ou ignorance de leurs services de contentieux, (car je veux admettre *a priori* la bonne foi), toujours est-il que les médecins doivent se défendre, parce que leurs débiteurs cherchent, par tous les moyens, à ne plus payer, pour la victime, après guérison obtenue.

Dans le cas présent, nous pouvons relever plusieurs erreurs dans la thèse soutenue par nos adversaires.

En premier lieu, pour l'erreur matérielle, dont nous venons de parler, on met à la charge du praticien une dépense supplémentaire de 200 francs, ce qui grossit le total et donne un semblant de raison à la résistance du débiteur.

En second lieu, on méconnaît pour le médecin, le droit, reconnu par l'arrêt de Cassation du 19 mai 1911, d'utiliser tous les moyens curatifs, qui peuvent servir à la guérison de la victime.

Il n'y a pas une thérapeutique de luxe, utilisable uniquement pour ceux qui peuvent payer et une thérapeutique plus ordinaire, à l'usage des blessés du travail : j'estime, pour ma part, que devant un blessé, le praticien a le devoir de soigner consciencieusement et scientifiquement, sans se préoccuper si le traumatisme a atteint un organisme riche, ou un pauvre.

D'ailleurs, l'adversaire commettait également une grosse erreur, en soutenant, dans ses conclutions, que, les vaccins Grémy n'étant pas indiqués au tarif de l'A. G. des syndicats des pharmaciens de France, la dépense ne devait pas en être supportée par le chef d'entreprise.

Ledit tarif comporte le terme général de vaccin accompagné du qualificatif, indiquant la teneur en espèces microbiennes, mais sans indications de maison, ni de fabricant. Par suite, c'est avec raison que le praticien avait le droit d'utiliser les vaccins Grémy, s'il croyait devoir le faire pour la guérison de son blessé.

Au surplus, une fois encore, je puis m'étonner que ledit tarif serve toujours de nomenclature à l'encontre des médecins. Etabli par les seuls pharmaciens, il est destiné à fixer les prix de vente des produits officinaux et magistraux, ou spéciaux ; mais il n'est nullement rédigé pour limiter le droit de prescription des médecins.

Nos confrères, qui, délégués par la Confédération des syndicats médicaux, font partie de la commission du tarif des accidents du travail, au Ministère du Travail, ont qualité pour être consultés sur ledit tarif de l'A. G. des pharmaciens, puisque ce tarif sert de nomenclature vis-à-vis des médecins.

A ce confrère de dire de quelle manière rédiger les titres généraux, ou spéciaux, permettant au praticien d'ordonner tous les médicaments officinaux, magistraux, ou spécialisés, qui peuvent être utiles à la guérison des blessés du travail.

Enfin, dernière remarque, dans l'espèce qui nous occupe, à l'encontre des procédés du chef d'entreprise : pendant toute la durée du traitement, il a négligé de faire contrôler l'état de la victime. Il en avait cependant le droit, aux termes de l'article 4, paragraphe 5 de la loi de 1898, sur l e accidents du travail. Il n'ignorait pas que son o u vrier avait dû être opéré pour un phlegmon du pied ; il a été tenu au courant, puisque le médecin traitant a délivré 7 certificats, à des dates différentes, au cours des 160 jours d'incapacité de travail.

Conclusion

Les contentieux des grandes firmes, ou des compagnies d'assurances sont parfaitement organisés dans cette unique spécialité de la procédure à suivre, en matière d'accidents du travail. Malheureusement, volontairement, ou à leur insu, ils commettent des erreurs, parfois grossières, mais qui sont toujours préjudiciables au médecin, ou au pharmacien, jamais à l'assureur.

On escompte que le praticien, très occupé par sa clientèle, négligera de vérifier, ou que, pour avoir la paix, il acceptera tous les rabais qu'on propose.

Le « Sou médical », heureusement, peut opposer un service de contentieux aussi bien organisé, ce qui permet de découvrir les erreurs tant juridiques que de fait, qui peuvent desservir nos confrères.

Avec la plupart des assurances, il est possible aujourd'hui de discuter en termes courtois.

Mais avec d'autres, nous nous heurtons à l'obstination, à la suspicion à l'endroit de tout le Corps médical et même parfois à la mauvaise foi, aux procédés discourtois. Et le « Sou médical » fait ce que ne peuvent pas faire les assurances contre la seule responsabilité professionnelle ; il donne son appui moral et pécuniaire, pour porter l'affaire devant toutes les juridictions. Et il arrive, comme dans le cas présent, que l'adversaire mette les pouces.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE

Subventions communales à un médecin. Décisions de jurisprudence.

Un de nos lecteurs nous demande quelles sont les décisions de jurisprudence, réglant les subventions communales allouées à un médecin.

I. — Décisions reconnaissant à une commune le droit de subventionner un praticien

CONSEIL D'ÉTAT, 7 août 1896, S. 98, 3.106.

Le conseil municipal a le pouvoir de traiter avec un médecin étranger à la commune, pour l'y attirer, même lorsque celle-ci possède déjà un praticien, mais alors que celui-ci n'exerce que très accidentellement.

CONSEIL D'ÉTAT, 24 février 1912, (*Concours médical*, 1912, 268.)

Une commune peut valablement, en raison de circonstances exceptionnelles, traiter avec un médecin, pour procurer à ses habitants les soins médicaux dont ils étaient privés, en s'engageant à lui verser une subvention annuelle. L'approbation préfectorale, donnée à la délibération du conseil municipal et au traité ainsi passé avec le médecin, ne peut être rapportée par un arrêté préfectoral réduisant la durée de ce traité.

En l'espèce, la commune avait contracté avec un médecin, pour une période de quatre années, en lui allouant une subvention pour qu'il puisse donner aux habitants des soins gratuits. Or, le préfet avait cru pouvoir abaisser à une année la durée dudit contrat, ce qui ne fut pas admis par le Conseil d'Etat.

CONSEIL D'ÉTAT, 11 FÉVRIER 1913 (*Concours médical*, 1913, 855.)

Une commune peut, dans des conditions particulières, contracter valablement avec un médecin et lui donner une subvention de séjour. Par suite, le préfet ne peut, sans violer les droits acquis, restreindre la durée de ce contrat, qu'il avait approuvé par un précédent arrêté.

Il s'agissait d'une commune située dans une région montagneuse, d'accès difficile et sans médecin.

CONSEIL D'ÉTAT, 16 JANVIER 1914 (*Concours médical* 1914, 975.)

L'accord, aux termes duquel un médecin reçoit d'une commune une subvention annuelle, à charge de venir s'installer dans la commune et de donner ses soins gratuitement à un certain nombre de personnes indigentes, dont la liste lui est remise au premier janvier de chaque année, constitue une convention de droit civil et les tribunaux civils sont seuls compétents pour connaître des litiges survenus à l'occasion de cette convention.

CONSEIL D'ÉTAT, 10 MARS 1922 (*Concours médical*, 1922, 919.)

Une commune, qui se trouve dans une situation financière très prospère, peut allouer à son médecin une subvention annuelle, en sus de ce que ce praticien touche du département pour soigner les indigents, aux fins de retenir ce médecin en résidence dans la localité, qui est éloignée de tout secours médical voisin.

Tous les arrêts ci-dessus rendus par le Conseil d'Etat ont été obtenus grâce à l'appui moral et pécuniaire du Sou médical.

Nous trouvons, au *Journal officiel* du 5 juillet 1929, une réponse à une question écrite, adressée au Ministre de l'Intérieur et demandant si un conseil municipal peut accorder une indemnité de logement à une sage-femme de la localité, alors qu'elle ne rend aucun service gratuit à la commune.

Le ministre répond que, dans le cas de circonstances exceptionnelles, notamment lorsqu'il n'y a pas de sage-femme dans la commune, ou dans un rayon déterminé, rien ne s'oppose légalement à ce qu'un conseil municipal vote une indemnité de quelque nature que ce soit, à une sage-femme, pour l'inciter à se fixer dans la commune. C'est une question de fait qu'il appartient à l'autorité tutrice d'apprécier, ainsi du reste que la nature et le montant de l'indemnité allouée.

II. — Interdiction d'allocations médicales

CONSEIL D'ÉTAT, 29 mars 1901 (*Concours médical*, 1901, 245.)

Tout contribuable est recevable à déférer au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir, une délibération de conseil municipal, portant sur le vote d'une dépense que le requérant considère comme illégale, ainsi que la décision préfectorale, qui aurait refusé de déclarer cette délibération nulle de droit.

Si un conseil municipal peut, dans des circonstances très exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants, qui en sont privés, il ne peut, en dehors de ces circonstances, allouer un traitement à un médecin communal, chargé de soigner gratuitement tous les habitants, riches comme pauvres indistinctement.

CONSEIL D'ÉTAT 26 JUILLET 1907 (*Concours médical*, 1907, 598.)

La loi ne permet aux conseils municipaux que

d'organiser l'assistance médicale gratuite des indigents, conformément à la loi du 13 juillet 1893.

S'ils peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants, qui en sont privés, ce n'est pas le cas pour la commune dont s'agit : le conseil municipal a excédé ses pouvoirs en allouant un traitement annuel à un médecin, chargé de soigner gratuitement tous les habitants riches comme pauvres indistinctement.

CONSEIL D'ETAT, 10 MARS 1922. D. P. *chron.*, 1922, p. 116.

Une commune n'a pas le droit d'allouer une indemnité à un médecin, alors qu'elle ne possède aucun praticien, du moment où elle est reliée à une grande ville voisine par un chemin de fer et un tramway.

CONSEIL D'ETAT, 12 JUILLET 1927 (*Sem. jurid.*, 20 octobre p. 1182.)

Si les conseils municipaux peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants, qui en sont privés, ils ne peuvent, en dehors de ces circonstances, allouer à un médecin un traitement annuel, en vue de l'engager à s'installer dans la commune et à l'y retenir et leur délibération doit être déclarée nulle de droit.

Dr Paul BOUDIN.

LES GRANDES JOURNÉES CHIRURGICALES

« UNE RÉTROSPECTIVE »

La leçon inaugurale du Professeur J.-L. Faure

Professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris.

Le premier Professeur nommé à la Faculté de Paris et la première leçon inaugurale faite après la guerre

Par le Dr L. DARTIGUES.

Notre époque, toute à la vibration du présent et à l'information de son action du jour, consent rarement à un retour en arrière ; elle regarde s'écouler le fleuve des hommes, qui font sa gloire, sa pensée et sa réalisation ; mais elle ne s'occupe plus du chemin, qu'ils viennent de parcourir et qui semble se recouvrir derrière eux, comme le sillage se comble en se confondant avec le reste des flots, quand le navire est passé.

Pourtant, quand ces hommes poursuivent, encore vivants et agissants, leur route, il n'est pas nécessaire d'attendre leur effacement pour retracer certaines de leurs étapes. Il en est une, à propos de J.-L. FAURE, actuellement en pleine et juste célébrité et qui a monté encore depuis son accès au professorat, que je veux retracer. J'ai été témoin oculaire et auditif d'un beau moment de la vie d'un homme de valeur ; je désire évoquer ce moment. Comme on le voit, ce mot de « rétrospective » n'a ici que son sens exact de regard en arrière sur un moment heureux où l'homme avait accédé à un sommet d'où l'on attendait sa parole, expression de sa pensée d'avenir et de son cœur. Une partie de cet avenir s'est déjà réalisée depuis onze ans et rentre à son tour dans le passé qui est, en tout cas, de la certitude et de l'acquisition.

J'ai écrit sur maintes de ces leçons inaugurales à la Faculté de Paris, qui étaient toutes d'amis. Quand, au lendemain, de la guerre, le Prof. J.-L. Faure fit sa leçon, succédant au Professeur Pozzi, je repris ce chemin tant accoutumé de Broca, cet hôpital éloigné où j'avais passé tant d'année auprès de ce maître que je connaissais bien j'étais doublement curieux de savoir, dans ce milieu même fait de toutes pièces par lui et à l'édification duquel j'avais assisté pendant une grande partie de ma jeunesse, comment J. L. Faure, que je connaissais bien lui aussi pour l'avoir suivi de près dans sa carrière ascendante, allait juger son prédécesseur et nous laisser entrevoir sous quelles idées directrices, il comptait à son tour poursuivre son œuvre personnelle. J'ai retrouvé des notes, alors prises toutes fraîches et que je comptais utiliser, mais diverses circonstances imprévues m'en ont empêché ; pourtant, c'est avec elles que je retrace en ce moment ces souvenirs, qui sont en quelque sorte la reviviscence d'une heure périmée. Je mettrai ici entre guillemets, les réflexions principales telles que je les avais alors notées en regardant et écoutant.

Cette leçon d'ouverture a eu lieu le 18 novembre 1919 : « Il me sourit de penser que c'était presque au premier anniversaire de l'armistice où, comme dans une syncope de la terre, la grande hémorragie de l'univers cessait tout à coup, où la voix monstrueuse de l'immense tuerie ne sortait plus des millions de gueules de fer et de flammes. C'est l'armistice du saignement général, et c'est bien qu'un grand chirurgien, qui, par profession, est naturellement protagoniste de l'hémostase, parle juste à ce moment où l'humanité apaisée commence à sentir s'éloigner le souffle de la vaste tempête qui a sévi sur elle ».

J'arrive un peu avant l'heure. Au moment où je vais franchir le petit escalier extérieur de la porte du pavillon du service, une automobile arrive : Mme J.-L. Faure en descend tout d'abord, puis lui aussi ; il est pâle ; elle me dit : « Il a le trac comme une petite actrice qui débute ».

J'entre dans l'amphithéâtre. Il est bientôt « plein et déborde par toutes ses issues : partout, dans le petit hémicycle, des professeurs, des maîtres, des dames, des amis. Sur les sièges étagés, encore des professeurs, des maîtres et partout des amis ». Je suis assis au premier rang de l'amphithéâtre, à côté de mon ami le Dr Helme, le grand journaliste médical de la *Presse médicale* et du *Temps*, dont j'ai ramené récemment le fils du Caucase et qui faisait partie de ma mission. Helme a le chef grisonnant et le teint haut en couleur ; impulsif et passionné, il me parle abondamment. Au-dessous de moi, se trouve « le doyen Roger que je surplombe ; je ne vois guère de lui que son grand crâne d'intellectuel cachant son petit massif facial ». Au hasard, je note la présence du Prof. Pinard, de Monod « qui a la silhouette d'un grand ancêtre vénérable et bon », de Gosset qui « me frappe par son œil mobile », de Léon Bernard « qui a une allure de cheick avec sa barbe et sa figure d'oriento-occidental sur laquelle passent tour à tour des ombres sévères et des expressions joyeuses et subtiles », de Couvelaire, déjà et tout jeune professeur « qui a quelque peu le type mongol et dont la face ressemble singulièrement à celle de Rabelais », de Proust, avec qui je fis jadis dans ce service le premier cours de chirurgie expérimentale, qui se soit fait dans les hôpitaux de Paris ; de Maurice de Fleury « académicien, médecin, journaliste, représentant du *Figaro*, mais beaucoup plus académicien que Sévillan ; il n'évoque pas du tout le fameux et trépidant barbier ; mais il est comme lui empressé auprès des belles Madames », de la Doctoresse Fabre, dont toute l'aimable personne « irradie du radium », d'Œttinger, Florand, Enriquez, Dalché, Ravaut, du Prof. Rénon, du Prof. Balthazar devenu doyen onze ans après, de Jalaguier « grand comme une tour féodale et dont le fief est l'appendicite », d'Abadie, le chirurgien d'Oran et sa femme doctoresse, de Darier « le peaucier », du Prof. Brindeau, du Prof. Teissier, de Duval (devenu professeur depuis) « grand brasseur d'idées chirurgicales », du Dr Elie Faure, grand écrivain, remueur d'idées grandioses qu'il va chercher jusque dans les nuages », l'auteur des *constructeurs* et du meilleur et du plus original *Napoléon* qu'on ait jamais écrit, du fils Jalaguier, de Mesureur, directeur de l'Assistance publique « à la figure rougeaude, tourmentée et triangulaire et à la silhouette voûtée et étriquée, que je vois très bien en pourpoint Henri III et participant astucieusement aux intrigues de la Ligue », et de tant d'autres que je ne puis citer.

« En face de moi, sur le fond de la grande baie « vitrée, qui laisse voir la cour des prostituées de « l'ancien *Lourcine*, se condense la buée respira- « toire ambiante, qui empêche de voir complè- « tement les bras noirs et humides des arbres cou- « verts d'une neige restante : des gouttes de « cette vapeur dégoulinent sur le verre et tracent « de longs sillons comme de grands pleurs de « joie. Et, dans cette foule amassée, des têtes « blanches, des grisonnantes, des têtes brunes « ou blondes ; la plupart ont servi à la guerre, « et l'on peut se dire, en contemplant ce public, « que tous ces hommes ont entendu les bruits « de la bataille acharnée et continue et qu'ils « sont les témoins véridiques des plus grandes « douleurs apparues sur la terre, de la plus im- « mense blessure que leurs mains ont pansée « et apaisée. Ce sont eux qui, tous, ont arrêté, « tandis que les Poilus arrêtaient les Barbares, « la barbarie de la maladie et barré de l'écluse « scientifique la marée de sang ! On ne leur a « pas rendu peut-être assez justice : ce sont « eux, en effet, qui ont lié les artères rutilantes « du sang français le plus généreux et ont permis « au corps épuisé et anémié de la France, de « donner jusqu'à sa suprême force pour ga- « gner la vie par la victoire. C'est devant ce « public admirable dans sa simplicité amicale, « au milieu de cette ambiance qui vibre encore, « du frémissement de la guerre, que va apparaî- « tre un maître entre les maîtres ».

En attendant son entrée, j'évoque le passé de ce lieu, que j'ai beaucoup connu. Dans cet amphithéâtre et sur l'emplacement même où J.-L. Faure va parler, dans quelques instants, j'ai passé de longs moments, il y a 26 ans (il y en aurait maintenant 36) ; Pozzi, dans une grande baraque en bois, faisait des opérations magnifiques, enlevait d'énormes kystes et fibromes géants, et des tumeurs, que nous ne voyons plus, car nous ne les laissons plus pousser jusque-là, que le génie technique de Péan et que l'application de l'*idée de l'asepsie, due à Pasteur*, par Terrier, avaient permis. Malgré l'indigence de cette construction, on venait voir de partout un maître digne d'admiration pour ses initiatives et son souci constant de la marche en avant de la chirurgie : j'y ai vu là de grands savants et de grands chirurgiens : le génial Ollier, de Lyon, le Prof. Martin, de Berlin, Doyen, alors force de la nature et qui, venant de Reims, désirait conquérir Paris et à qui Pozzi, très courageusement et en grand seigneur, donnait l'hospitalité de sa salle chirurgicale pour qu'il montrât ses nouvelles et originales opérations ou procédés et ses instruments, qui étaient une véritable révolution.

Avec mes jeunes camarades externes, nous avions vingt ans, des voix sonores et joyeuses ; nous entourions notre maître, alors à l'apogée de sa jeune montée ; alors, nous ne songions pas à

la guerre et nous n'avions pas le sentiment profond d'une défaite (celle de 1870), que nous ne sentions instinctivement que comme passagère et sans déchéance, et animés que nous étions de l'esprit français, ayant pleine confiance en notre génie que nous considérions comme invaincu et invincible.

C'est dans ce même amphithéâtre que se fêta, en 1906, le Jubilé de Pozzi, et j'eus l'honneur d'y prononcer un discours devant toute une élite où il y avait Clemenceau, le doyen Debove et J.-L. Faure lui-même.

Mais, tandis que j'en étais là de mes souvenirs, le nouveau professeur J.-L. Faure fait son entrée. Il est pâle, comme à l'arrivée, et sa voix tremble un peu au début. Il m'a écrit plus tard : « *Je me souviens que j'étais assez ému, parce que, tout de même, une première leçon est émouvante ; et puis aussi, parce que c'était ma première manifestation publique d'un travail sortant un peu de la forme commune.* »

Il parle et, tout de suite, je ne peux m'empêcher de penser que cet homme éminent est l'expression, l'émanation de tout un terroir natal : celui de Saint-Emilion dans la Dordogne. « Les « terroirs ! mais c'est la magnificence variée de « notre France ! La province charrie à Paris sa « puissance et les sèves incessamment renouve- « lées des tréfonds de la race incluse dans la « pulpe de la France, comme des racines géantes « venues des quatre coins de ses horizons déli- « cieux et souverains, de ses montagnes, de ses « plaines, de ses landes, de ses campagnes où, de « toutes les chaumières qui élèvent leur petite « fumée bleue, de toutes les maisons et de tous « les âtres, de tous les foyers des cités et des vil- « les, comme d'une matrice en fécondation mer- « veilleuse, surgissent les enfants de l'avenir. « Paris reçoit à leur heure, ces êtres au cerveau « prometteur ; il les affine et les méthodise en « mettant au point tout ce qui sort brûlant et « rouge de l'immense forge du pays en travail. « Aussi, quand j'entends la voix de J.-L. Faure, « je perçois l'accent permanent de sa petite « Patrie, qui vient exalter la grande Patrie qu'il « honore de son talent et de ses services ».

Il y avait longtemps que je connaissais J.-L. Faure. C'est un des hommes que j'ai suivis avec le plus d'attention dans l'ascension de leur carrière. Je me souviens quand je le fis venir, tout jeune chirurgien du bureau central, une nuit à l'Hôtel-Dieu, où j'étais interne chez Polaillon, pour une appendicite : sa femme, grande beauté, l'accompagnait et n'avait pas dédaigné de franchir l'hôpital de misère, pour ne pas le laisser seul dans l'accomplissement de son devoir : ils étaient venus ensemble comme deux amoureux qu'ils étaient. Depuis, je l'ai vu souvent chez mon maître Segond, qu'il venait voir opérer à la Salpêtrière, et chez Pinard à Baudelocque presque tous les mercredis, où il y avait une séance opératoire exécutée par Segond. Bien des fois, je me suis trouvé accroupi comme lui et à ses côtés sur la première marche de l'escalier de l'amphithéâtre, derrière Segond qui travaillait avec sa maestria grandiloquente et sa superbe bon-enfant et gouailleuse. C'est Segond, qui me disait, parlant de ses grands amis les Reclus, Jalaguier, Monod, protestants, et de Jean-Louis qui l'était également : « Mon cher d'Astarac (ainsi m'appelait-il, quand il ne disait pas : mon cher d'Artagnan) voyez-vous, les protestants sont très dangereux ! » Je levai un sourcil fort circonflexé vers sa large face, où pétillaient des yeux de malice ; ce maître inimitable voulait dire par là qu'il les considérait comme des gens redoutables à cause de « leur honnêteté, de leurs hautes qualités morales et parce qu'ils sont *très chic !* » (*sic*). Et il ajoutait : « Quant aux Juifs, il faut beaucoup leur pardonner, leurs femmes sont si jolies ! » J'avais suivi aussi J.-L. Faurce dans le service de Monod, où il faisait des opérations formidables pour des cancers du maxillaire et de l'œsophage : il montrait déjà une audace chirurgicale, équivalente aux plus grandes, et des qualités de présence d'esprit peu communes (je ne dis pas de sang-froid parce que, au contraire, pour faire cela, il faut du sang chaleureux et de la jeunesse entreprenante et hardie !) Je me rappelle aussi son magnifique service de l'hôpital Cochin, ancien service du grand gynécologue Bouilly, où j'ai été souvent le voir et où il s'entraînait à cette grande chirurgie difficile du cancer utérin. Entre temps, il publiait ses ouvrages sur les procédés de simplification d'exérèse dans les opérations gynécologiques pelviennes et où il décrivait les clefs opératoires auxquelles, il fallait recourir pour les exécuter avec aisance, puis son grand *Traité de gynécologie*, fait avec la collaboration médicale très expérimentée du sage et pondéré Siredey. C'est dire que jamais place professorale ne fut plus magnifiquement, plus légitimement méritée et plus dignement tenue. C'était d'ailleurs, après Pozzi, une lourde succession que prenait J.-L. Faure, malgré ce que peuvent penser des hommes, qui ne l'ont qu'imparfaitement connu et ne sont pas réellement informés comme je l'étais, moi qui ai vécu de longues années et tous les jours auprès de lui. Le côté brillant de Pozzi et sa sémillance un peu italienne a nui à l'homme extrêmement intelligent, au chirurgien très audacieux et très avancé, qu'il a été à son heure et au grand travailleur, qu'il a été aussi un long temps. Quel est celui du reste, qui peut se vanter de rester un travailleur égal jusqu'à la fin de ses jours ? C'était une lourde succession, car c'était celle d'un homme qui avait *duré*, qui a été connu du monde médical entier à une époque, qui avait occupé une place considérable par de multiples talents et qui a re-

présenté dignement la France dans les divers pays (certains où il a été, du reste, le premier à aller), car il fut un de nos tout premiers voyageurs et diplomates scientifiques par son intelligence, sa sympathie et sa séduction.

« Quand un professeur monte le premier degré « de sa chaire et que sa toge symbolique s'ouvre « sous l'émotion,qu'elle revêt,et le souffle amical « de l'ambiance, on aperçoit un peu de son cœur « à nu. Sous l'influence de l'orgueil (mais J.-L. « Faure n'en a pas ; il sait ce qu'en vaut l'aune « futile, trop pénétré qu'il est de l'éphémère et de « la vanité des choses), de la reconnaissance qui « déborde, de la satisfaction de respirer large- « ment à un moment où il n'a plus à compter « avec des rivaux, il est rassuré comme quel- « qu'un qui a traversé beaucoup de dangers in- « tellectuels, où il eut pu se noyer ou être tor- « pillé par la traîtrise des sous-marins des am- « bitions adverses (qu'on ne s'étonne pas de ces « comparaisons de guerre, dela guerre dont nous « sortions tout juste) et dans le délire où il n'est « pas maître de soi, bien qu'il ait eu le temps « d'écrire dans son cabinet et de travailler son « entrée, il se livre... J.-L. Faure, en effet, com- « me les autres, se livre à nous et d'un grand « cœur : il n'est d'ailleurs animé que d'un délire « sacré, celui de la chirurgie pour laquelle il a « un amour infini, il nous exprime tout de suite « sa valeur d'âme. » Ecoutez-le :

« *Si j'ai suivi les conseils, que me dictaient l'estime et l'affection de mes amis, c'est parce que je savais n'avoir à combattre aucun de ceux avec lesquels je me suis rencontré jadis sur l'âpre chemin des concours et qui sont restés mes amis. Les titres, les honneurs, me sont indifférents, et, s'il avait fallu pour monter jusqu'ici briser des affections anciennes ou meurtrir des cœurs douloureux, je me serais effacé, sachant que le meilleur moyen de servir la science, que nous aimons tous, et de laisser derrière soi un souvenir, qui dure plus d'un jour, n'est pas tant d'occuper une place éclatante que d'avoir fait ce qu'il faut pour se montrer digne de la bien remplir !* »

En quels termes émus, il nous parle ensuite de ses maîtres et comme il les burine ! Verneuil, que j'ai connu lorsque je suis arrivé à Paris, en 1890, et dont je revois la silhouette en ma mémoire : « *Verneuil était un grand esprit, une de ces intelligences puissantes, qui font éclater les barrières et dispersent généreusement autour d'elles les semences de l'avenir* », Le Dentu, Landouzy, Pinard : « *le choix réfléchi de cet homme de haute conscience fut pour moi une sorte de révélation !* » Et quand il évoque son oncle Paul Reclus, c'est avec une voix, qui est d'autant plus émouvante qu'elle était maîtrisée juste au bord de la chute des larmes : « *A l'heure même où commençait le drame immense de la guerre, qu'il n'a fait qu'entrevoir, la mort est venue briser cette âme frémissante à tous les souffles d'angoisse et d'espérance qui passaient sur l'Humanité ! Cette vie généreuse s'est éteinte à jamais !* »

Il arrive ensuite à Pozzi, à son prédécesseur : « *Tout ici parle à nos yeux de celui dont le vivant souvenir est encore dans tous nos cœurs ! Pozzi avait créé à son image ce service qui porte son nom. Il l'avait tiré du néant. Il avait fait élever des pavillons tout remplis d'air et de lumière. Il les avait dotés de tout ce que commandaient alors les règles de l'hygiène la plus raffinée. Toujours épris d'art et de beauté, il pensa qu'il fallait donner aux pauvres femmes, qui viennent ici abriter leurs souffrances et leurs misères, un peu de cette douce joie des yeux, qui puisse emporter leurs pensées vers des horizons moins tristes et moins douloureux. Des artistes, qui l'aimaient comme il les aimait lui-même, donnèrent un corps à son rêve et de la collaboration de ces hommes également désireux de faire le bien, naquirent ces salles enchantées où de claires visions de fleurs et de lumière, de vertes prairies, de rivages ensoleillés, viennent apporter aux déshéritées de la vie de douces heures d'apaisement, de réconfort et d'espérance.* »

Je citerai, parmi tous ces artistes que j'ai connus, surtout mon pauvre ami Bellery-Desfontaines, mort il y a déjà longtemps, artiste admirable et qui vivait avec nous en salle de garde de Broca. Le Prof. J.-L. Faure déclare que Pozzi : « *fut en France le premier à comprendre que les transformations miraculeuses de la chirurgie ouvraient à la gynécologie des horizons infinis, qu'elle devait rester la branche la plus active et la plus magnifique de la chirurgie* ». Il ajoute : « *Et dans notre pays de traditions séculaires, il entreprit courageusement cette tâche redoutable de lutter contre la tradition. Il commença par où il fallait commencer. Il publia le premier ouvrage de gynécologie, qui ait paru en France....* » Il nous parle aussi de Pozzi comme opérateur : « *épris avant tout des délicatesses de notre art plutôt que de ses entreprises audacieuses et de ses réalités brutales* ». Ceci n'est qu'en partie exact ; on ne juge généralement pas bien un homme surtout sous le rapport de l'action — et la chirurgie est une action —, quand on l'envisage d'après l'impression qu'on a eue à une certaine époque, un peu tardive. La vie est fractionnée et nous sommes, individuellement, plusieurs hommes se succédant. J'ai connu en 1890, il y a 40 ans, à peu de chose près un demi-siècle, en Pozzi, un homme aussi entreprenant, aussi audacieux que ceux d'à-présent, faisant avec succès des opérations formidables et pleines de risques, marchant sur les traces de Péan, sans en avoir cependant le *génie créateur*: et toujours à l'avant-garde de toutes les nouvelles idées et de toutes les nouvelles techniques. Laparotomiste, il a été un de ceux qui pratiquaient fréquemment une opération que pres-

que personne ne sait plus faire, l'hystérectomie vaginale ; je lui ai vu faire de larges opérations du rectum, des Kraske, à cette époque reculée ; mais de plus, comme il était artiste et méticuleux, il ne dédaignait pas de faire avec un soin merveilleux, et obtenant des résultats parfaits, ces opérations de petite chirurgie, qui sont de réparation et de plastique le plus souvent, et qui rendent autant de services parfois que l'ablation d'une grosse tumeur : osons-le dire, ils sont plus rares qu'on ne le croit, ceux qui à l'heure actuelle font une bonne périnéorraphie et certaines opérations utiles sur le col.

J.-L. Faure nous montre ensuite un Pozzi, ancien combattant de 70 (et je me rappelle que Pozzi m'avait raconté une fracture grave de jambe, qu'il avait subie en service commandé), reprenant l'uniforme en 1914, un uniforme très seyant d'ailleurs, car il avait un faible un peu puéril pour l'extériorisation du costume, des décorations, du panache. La fin tragique de Pozzi, lâchement assassiné, nous a montré ce qu'était en réalité Pozzi comme homme et comme valeur morale de courage, car son tréfonds — ce qui compte surtout pour nous tous et que nous cachons souvent avec pudeur, de sorte qu'on nous ignore et qu'il faut une circonstance exceptionnelle pour qu'on nous connaisse dans notre réalité psychique — car son tréfonds fut déguisé par son apparence enjouée et un peu superficielle de grand enfant adorant la vie. Entendez à ce sujet la belle phrase juste et colorée que lui a consacré J.-L. Faure : « *Mais cette mort dramatique nous a du moins montré que cette âme, qui semblait uniquement créée pour les douceurs et les joies de la vie,* COMME UNE ÉPÉE DE PUR MÉTAL DANS SON FOURREAU TISSÉ D'OR ET DE SOIE, *était de celles que rien ne saurait ébranler et dont la claire vision de la mort imminente n'a pu faire fléchir la noblesse et la fermeté ! !* »

Le professeur passe ensuite à ce qu'il considère comme la meilleure manière de s'instruire pour les chirurgiens, et il nous dit tout d'abord combien il y a de sortes de tempéraments et d'esprits chirurgicaux : « *Mais nous n'opérons pas tous les malades de la même façon, et il y a sous ce rapport entre les divers chirurgiens, les différences les plus profondes, différences qui tiennent, pour une part, à leurs qualités personnelles, à leur calme, à leur patience, à leur sang-froid, à leur résistance à la fatigue, à leur habileté manuelle, à la clarté de leur esprit et à la maîtrise de leur cerveau sur leurs nerfs, mais qui tiennent pour une part plus grande encore, à leur éducation première, à leur instruction générale, à l'influence de leurs maîtres, à leur désir de s'instruire et de se perfectionner, à leur esprit de progrès, ou au contraire, à leur esprit de routine, de réaction contre tout ce qui est nouveau... Eh bien ! en dehors de quelques esprits d'élite, en dehors de quelques hommes exceptionnels, qui trouvent en eux-mêmes et dans leur propre inspiration la source de leurs progrès, un chirurgien ne peut s'instruire, se perfectionner, s'adapter à des idées et à des conceptions nouvelles qu'en s'arrachant à son milieu, à sa propre salle d'opérations et en allant voir ce qui se fait ailleurs !*

Car, il y a partout à apprendre et on n'apprend qu'en voyant de ses yeux ce qui se fait ailleurs. Il n'y a pas de science plus objective que la chirurgie ! Les discours n'apprennent rien, les livres peu chose : il faut voir ! »

« Voilà une grande vérité et la parole qui l'ex- « prime prend une allure dantonesque : de l'au- « dace, encore de l'audace et toujours de l'audace, « pourrait se traduire par : voir, voir encore et « toujours voir ! ». Et J.-L. Faure a prêché d'exemple puisque, comme je le disais au début, il a couru Paris, il a couru la France, il a couru le Monde, pour voir opérer des chirurgiens qui en valaient la peine....., et même quelques-uns qui n'en valaient pas la peine, pour apprendre d'eux à ne pas faire comme eux !

Puis, J.-L. Faure aborde le sujet de la chirurgie, qui serait arrivée à son apogée et qui verrait même déjà poindre son déclin par des concessions progressives faites à la médecine, qui deviendrait ainsi maîtresse de la thérapeutique, de toute la pathologie, de telle sorte que la chirurgie ne serait dans quelques générations qu'un beau souvenir et qu'un grand poème héroïque, écrit avec le sang par des poètes d'action, que l'on appelait des chirurgiens. C'est une idée chère à J.-L. Faure depuis assez longtemps ; il l'a formulée nettement dans sa leçon inaugurale. Il prévoit et il espère comme nous tous, la victoire de la médecine sur le cancer, mais il semble subordonner à cette disparition de l'abominable mal, le sort de la chirurgie tout entière. Alors, il s'énivre de sa force lyrique et de son espérance ; écoutez-le : « *Mais lorsque sonnera cette heure bienheureuse, nous devrons, nous tous qui avons au cœur la passion sacrée de notre art, nous frapper le poitrine et nous meurtrir le front dans la poussière, parce qu'alors les grands jours de la chirurgie seront révolus !* » J'aime beaucoup la chirurgie, j'aime beaucoup J.-L. Faurce qui la représente si bien en corps, en esprit et en âme, mais il faut bie n que je dise que lorsque ce grand jour du glas de la chirurgie aura sonné, il ne sera plus là, ni nous ses contemporains, non plus, et alors nous n'aurons pas à gémir comme les Juifs devant le Mur des Lamentations du Temple de Jérusalem (mettez ici le Temple de la Chirurgie écroulé), ni à nous frapper la poitrine jusqu'à l'hémoptysie, ni nous meurtrir le front dans la poussière qui serait atténuante du choc, d'ailleurs. De deux choses l'une : ou le cancer ignoble, dont nous pouvons être tous la proie un jour, — et Dieu nous garde de cette terreur ! — sera

vaincu, et alors, ce sera pour toutes les âmes bien nées une heure et des jours d'une allégresse telle que nous ne pourrions regretter la mort de la chirurgie, ou la chirurgie persistera, et alors ses adorateurs, qui en vivent dans la joie d'exécuter en même temps de belles stratégies opératoires où s'épanouit leur virtuosité, seront toujours heureux. (*A suivre.*)

LE JUBILÉ SCIENTIFIQUE DU PROFESSEUR BOUSQUET

Comme complément documentaire aux lignes que Noir consacre au Dr Bousquet, nous publions le discours du Dr Buy, Doyen des professeurs de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

Monsieur le Directeur,

Depuis que vous aviez pris votre retraite, je n'avais pas le plaisir de vous rencontrer comme autrefois dans les couloirs de l'Hôtel-Dieu, mais il m'arrivait souvent de vous saluer dans le voisinage du cours Sablon. Nous causions un moment et presque toujours, devant votre fierté muette, farouche et désabusée, je m'en allais tristement en me répétant le vers de Vigny :

Seul le silence est grand, tout le reste est faiblesse.

Eh bien ! Messieurs, je me trompais,. Il y a quelque chose de plus grand que l'orgueilleux silence, c'est cette magnifique apothéose.

Dès qu'il fut publié qu'on allait fêter le jubilé de celui qui a été le Maître de tant de générations de médecins, de toutes parts, de Paris et de la province, mais surtout de l'Auvergne où sont groupés les anciens élèves de notre école, nous sont venues des adhésions, accompagnées de petits mots touchants. Ah ! parfois la lettre n'était pas longue — les médecins n'ont pas le temps de s'épancher — mais combien étaient émouvants ces cris du cœur sincères et spontanés.

C'est que, cher Maître, vous avez laissé une empreinte ineffaçable dans ce vieil Hôtel-Dieu, dans cette Ecole de Médecine où vous avez enseigné et que vous avez dirigée pendant près de 40 ans.

Ah ! certes vous n'avez pas été toujours commode. Tous nous avons reçu de ces rudes coups de boutoir, que vous donniez avec tant de largesse. Sans doute vous n'aviez pas raison chaque fois. Mais nul de nous ne vous en garde rancune. C'est que nous nous rendions compte que c'était pour nous ou pour l'intérêt général, que vous agissiez ainsi et jamais pour vous, pour votre bourse ou pour votre gloire.

Si la jeunesse est parfois folle, elle n'est pas oublieuse, et, quand vient l'âge mûr, on se souvient avec reconnaissance de celui qui a voulu, contre vents et marées, faire de vous un médecin bon et instruit.

Mais, il faut bien le dire, vous n'avez pas été toujours le grondeur difficile que l'on pense ou que l'on dit. Voulez-vous me permettre, Messieurs, de vous montrer le vrai patron, l'homme au grand cœur et au cœur tendre que fut celui, à qui vous êtes venus si nombreux apporter le tribut de votre reconnaissance.

En novembre 1922, notre directeur venait de quitter l'école, mais tout le monde fut d'avis qu'il devait inaugurer la plaque commémorative de ceux de vos camarades, ses anciens élèves, qui étaient tombés au champ d'honneur. Eh bien ! c'est la gorge serrée et les yeux pleins de larmes qu'il put à grand peine lire son discours..... et il s'assit aussitôt exténué de douleur.

Un an avant, un de nos jeunes élèves, pour un fait dont il n'était pas coupable, fut un soir happé par la police et conduit au violon. Je l'apprends le lendemain à la première heure et je cours aussitôt demander, conseil à des avocats amis. Mais au moment où je rentre à l'Hôtel-Dieu, j'en vois sortir M. Bousquet avec sa physionomie des grands jours, triste, sérieuse et résolue, accompagné de M. Lamothe, un autre brave homme, et l'on m'apprend qu'ils se rendent chez le procureur de la République. Je fus tranquille tout de suite. En effet, un quart d'heure après notre malheureux imprudent était relaxé.

Une autre fois, il y a longtemps de cela — c'était à un mariage — le garçon d'honneur — il m'entend, car il est ici — rappelait au marié les difficultés qu'ils avaient eues pendant leur séjour d'études à Paris, alors qu'à Clermont, ils étaient entourés d'affectueuse bonté.... Et M. Bousquet de répondre aussitôt : « Mais, mes enfants, pourquoi ne me l'avez-vous pas dit ? »

Je pourrais, Messieurs, vous citer cent autres exemples de la générosité de cœur, que cachait souvent notre directeur. Cependant je m'en voudrais de ne pas vous conter à quoi je l'ai surpris cet hiver. Il ne le sait pas, et il va être honteux que je le dévoile. Eh bien ! un matin de février je l'ai vu faire tomber la neige du bord de ses fenêtres et distribuer des mies de pain aux petits oiseaux.

Et maintenant laissez-moi vous exposer la vie de celui que nous fêtons. Elle est le digne pendant des qualités de cœur, dont je viens de vous parler.

Au moment où il venait de terminer ses études classiques, la guerre de 1870 éclate. Il s'engage à 18 ans dans les chasseurs d'Afrique, et, la guerre terminée, il reprend sa besogne intellectuelle.

Classé premier à la sortie du Val-de-Grâce, il ne tarde pas à être nommé professeur agrégé.

Et dès lors, se mettant furieusement à la tâche, il commence cette œuvre d'enseignement qu'il devait plus tard continuer si brillamment.

C'est en grande partie dans cette Ecole du Val-de-Grâce et à la Faculté de Paris, au milieu d'une phalange de Maîtres civils et militaires, qu'il complète sa

culture médicale et forme son caractère, apprenant à respecter les anciens et à commander les jeunes, à mettre en action ce beau mot de la langue française : *Servir*.

Aussi presque tous les médecins militaires d'ici ont-ils voulu apporter la fidélité de leur souvenir à celui, qui fut le Maître énergique et dévoué de leur vieille Maison d'études et d'application.

De cette vie de travail intense, de ce labeur formidable, où celui qui devait être notre directeur, apprenait, enseignait et écrivait, sortit le *Traité de pathologie externe*, qui ne tarda pas à être entre toutes les mains et à devenir le livre de chevet de tout étudiant.

Sans doute, il a été remplacé dans la suite, d'abord par les *Quatre Agrégés* qui, à leur tour, ont cédé la place à d'autres plus nouveaux. La médecine et la chirurgie font une grande consommation d'ouvrages. Celui d'hier est en retard sur celui de demain. Néanmoins, Messieurs, l'effort accompli demeure et laisse sa trace. Nous lisons encore avec profit les *Cliniques* de Trousseau. La chanson des siècles passés ne laisse pas après elle un écho éphémère.

> Pour un destin meilleur qu'un autre siècle naisse
> Et d'un monde épuisé s'éloigne sans remords :
> Fidèle au songe heureux où fleurit sa jeunesse
> Il entend tressaillir la poussière des morts

Mais les exigences militaires ne sont pas un mythe. Le beau titre de Vigny : « Grandeur et servitude de la vie militaire » est toujours vrai.

Le jeune agrégé a fini son temps, et il faut qu'à 37 ans il aille tenir garnison. Vous pensez bien que c'est une chose impossible. Parvenu au faîte des connaissances chirurgicales, le médecin-major Bousquet ne peut perdre son temps et sa valeur dans une fonction, qui ne manque pas de mérite, mais qui n'est pas faite pour lui. Il donne sa démission et se présente à Bordeaux pour être professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Clermont. Et, au mois de décembre 1885, après un très brillant concours, le voilà des nôtres pour toujours.

Nommé six ans après professeur de clinique obstétricale et gynécologique, il devient professeur de clinique externe et directeur en 1893, à la mort de M. Ledru.

C'est alors que s'épanouissent toute sa force et toute sa science. Vous l'avez tous connu dans cette double fonction, dur à la tâche et pour lui et pour les autres, dévoué, ardent, plein de zèle, organisant à la moderne le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, opérant avec une habileté sans égale, dirigé par une grande science anatomique et par une connaissance profonde de l'asepsie apprise à l'école du sévère Terrier.

Vous n'ignorez pas les succès qu'il a obtenus. Aussi, Messieurs, l'Ecole de Médecine, déjà prospère, ne tarde-t-elle pas à devenir de plus en plus florissante. C'est une pépinière de jeunes gens, parfois un peu frondeurs, mais pleins de goût au travail sous la surveillance d'un chef, qui ne badine pas.

Si bien qu'en 1901, M. le Recteur Zeller disait à la séance de rentrée : « Nos étudiants en médecine et en pharmacie font plus que remplir les locaux, ils les débordent. »

L'année après, elle comprenait 120 élèves, et se plaçait à la tête des Ecoles préparatoires de France.

Vous savez aussi que, malgré ses mérites, les injustices ne sont pas épargnées à notre Directeur.

C'est le lot des natures puissantes et dominatrices. Mais aussi que de compensations ! Et combien doivent être douces à son cœur les marques de gratitude que vous lui apportez !

Voici que la grande guerre déchire une partie de l'Europe. Il part de nouveau en première ligne, à 63 ans et se fait remarquer par les plus difficiles en courage et en énergie.

Un général, qui l'avait eu sous ses ordres, me dit un jour, en visitant mon ambulance : « Ah ! vous êtes professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont. J'ai connu votre directeur, M. Bousquet ; il a fait preuve d'une activité extraordinaire et il a industrialisé les injections du vaccin antityphique ». Je lui répondis : « Oui, mon général, il en a fait une croisade ». C'est en effet, le mot qui convenait à votre œuvre, Monsieur le Médecin principal. Aussi, à combien de mères avez-vous gardé leur enfant et combien de défenseurs avez-vous conservés à la France chancelante et épuisée !

Et savez-vous à quoi il emploie aujourd'hui les loisirs de sa retraite ?... A enseigner l'anatomie aux aveugles de guerre, qui veulent apprendre le massage. Cincinnatus était revenu à sa charrue après avoir fait triompher Rome, Bousquet, simplement et avec douceur, prend les mains de ces tristes mutilés et les promène lentement sur les os pour qu'ils se rendent compte de leur forme et de leurs rapports. Inclinez-vous, Messieurs, devant cette admirable charité.

Chevalier de la Légion d'honneur en 1909 avec le libellé suivant : 37 ans de services et 1 campagne. Il reçoit la rosette pendant la grande guerre.

En juin 1921, il est nommé membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Croyez-vous, mes chers confrères, qu'une telle vie mérite l'hommage que nous lui apportons : cette modeste plaquette, témoignage de l'affectueuse admiration que nous avons pour lui. Recevez-là, Monsieur le Directeur, avec l'expression de notre filial attachement et de notre éternelle reconnaissance.

Je me tourne vers mes chers collègues Maurin et Planchard, et je leur dis en votre nom :

« Vous aussi vous avez bien mérité de la science médicale et vous avez droit à notre gratitude. Combien de générations avez-vous conduites dans la voie d'un diagnostic certain et d'une thérapeutique prudente et avisée, vous, cher M. Maurin avec votre proverbiale bonté, et vous, cher M. Planchard, avec votre fine intelligence. La dignité de votre vie à tous deux, la régularité de votre enseignement, le souci de votre devoir, votre haute valeur morale, votre modestie,

sont autant de qualités, qui vous ont fait des amis sincères de tous ceux qui vous ont approchés. Aussi avons-nous une réelle satisfaction de vous associer à cette fête jubilaire et de vous dire que vous avez une grande place dans notre cœur.

Je ne saurais oublier notre cher doyen, M. Huguet. Je vous ai souvent appelé ainsi en mettant dans cette expression toute la déférente sympathie, dont je suis capable. Vous aussi vous avez été le magnifique conducteur de nos étudiants. Vos travaux, vos traités de chimie et de pharmacie, qui ont fait époque, imposaient à cette jeunesse le respect que l'on doit à un Maître, et votre bonhomie exquise les faisait s'attacher à vous de toute leur âme. Soyez-en récompensé par le souvenir fidèle, qu'ils garderont tous de votre grande science et de votre inaltérable sérénité.

Et maintenant, je m'adresse à vous, mes chers confrères et amis.

Je vous remercie et je vous félicite d'être si nombreux à cette belle fête de famille. Que ceux, qui nous dénigrent, apprennent à nous connaître. Je voudrais qu'ils fussent ici. L'âme du médecin n'a pas changé. Elle est toujours élevée et magnanime. La parole du vieillard de Cos peut être encore prononcée :

« Tu regarderas comme ton père celui qui t'a enseigné ». Vous venez de le démontrer.

Les titres de noblesse de nos aïeux sont admirables, mais nous sommes dignes d'eux, croyez-le :

Dignes de ce grand philanthrope Th. Renaudot, dont on fêtait ces jours-ci le tri-centenaire, qui créa les premières consultations gratuites à Paris et à qui Louis XIII et Richelieu donnèrent ce beau titre de « commissaire général des pauvres du royaume » :

Dignes de l'admirable Vincent de Paul qui, lui, fut l'ambassadeur de Dieu auprès des pauvres de la terre. Contemporain de Renaudot, il est des nôtres puisque la plupart des hôpitaux de Paris — la Salpêtrière en particulier — vivent des règlements qu'il a institués.

Soyons orgueilleux de notre profession. Nous le méritons. Vous en êtes la preuve. Chaque jour, nous accomplissons modestement la lourde et périlleuse tâche qui nous incombe.

Que quelqu'un appelle au secours, nous sommes là. Qu'un acte de charité devienne nécessaire, qu'un besoin de dévouement soit obligé, qu'une expression de reconnaissance et de bonté nous soit demandée, nous sommes prêts.

Notre âme est toujours ouverte aux grandes plaintes que l'humanité triste exhale sourdement.

Nous sommes encore les prêtres de la douleur, et notre vie est toujours un sacerdoce.

Nous dirigerons encore pendant longtemps et avec la même volonté de sacrifice le grand chœur gémissant des désespoirs humains.

Serrons les rangs, Messieurs ! En ce temps de fonctionnarisme à outrance, vous avez bien agi en vous groupant autour de vos camarades professeurs. Ce sont de bons bergers, qui vous ont conduits et vous conduiront dans la voie de l'honneur et de la pitié.

Et ils s'appliqueront à vous ces beaux vers de Haraucourt :

> Pitié, sainte douceur d'aimer celui qui souffre,
> Divine fleur de l'âme éclose au bord du gouffre
> Où ralent les vaincus de la vie, ô pitié,
> Communion de l'être avec l'être, amitié
> Qui vous fait ressembler à Dieu tant elle est vaste
> Calme fraternité qui, dans l'heure néfaste,
> Rapproche des souffrants les heureux d'alentour,
> Profusion du cœur élargi par l'amour,
> Auguste volonté de comprendre sans blâme.
> O pitié, quand tu prends la moitié de notre âme,
> La moitié qui nous reste est plus grande que nous !

Je termine en demandant au ciel, d'un cœur fervent, qu'il nous garde longtemps les Maîtres, que nous venons de saluer, pour qu'ils puissent cueillir encore des roses aux buissons des chemins et qu'ils servent d'exemples à notre jeunesse frémissante et laborieuse.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Le signe de l'homme libre c'était le loisir.

(Abel HERMANT).

CCCLIV. — Docteur Louis ROULE. **Les Poissons et le Monde vivant des Eaux.** — Etudes Ichtyologiques et philosophiques. Tome quatrième : les Œufs et les Nids. Un vol. in-8° raisin, illustré de 16 planches en trichromie et 72 dessins. *Editions Delagrave*, Paris, 1931. 42 fr.

Monsieur le Professeur Roule a entrepris pour les poissons de nous dépeindre leur existence, comme le fit Fabre pour les insectes. Mais à l'attachant empirisme observateur du Sérignanais s'allient ici des considérations scientifiques précises, qui augmentent considérablement la portée de l'œuvre. Elles sont cependant discrètement insérées dans le texte, comme si l'auteur ménageait avec indulgence les surprises, les effarements prévus de notre ichtyologie rudimentaire. Car il y a là de quoi surprendre vivement et bouleverser les quelques notions que nous pouvions posséder sur ce monde fantastique des eaux, où Monsieur Roule nous montre les actes du jeu vital de perpétuation de l'espèce ; soit suivant le rythme régulier des noces que nous imaginions, soit à coups d'anomalies admirablement décrites de vi-

viparité, de « couvade » de mâles, de fécondations paradoxales, d'une variété et d'une complexité extraordinaires. Nids aquatiques de feuilles, de bulles, œufs suspendus, frayères sont décrits très objectivement sans interprétation symbolique sentimentale. Si Monsieur Roule cherche leur explication biologique, il le fait avec sagesse et vraisemblance, et sa réserve à la force d'une démonstration venant éveiller par le groupement de ces manifestations intelligemment coordonnées et étranges le retentissement qu'elles doivent avoir sur nos esprits. Et à peine se départ-il de sa modération coutumière pour nous suggérer leurs mystérieuses correspondances : « *Si sur cela, le naturalisme scientifique ne pousse pas plus loin sa pensée généralisante, quels sujets le moralisme n'y trouverait-il point* ? »

CCCLV. Docteur Raymond Boissier. — **La Mettrie, médecin, pamphlétaire, philosophe.** Un vol. 17 × 25. avec gravures hors-texte. *Editions les Belles Lettres.* Paris, 1931.

Le béret en bataille, l'œil vif, tel nous apparaît au fronton du livre le redoutable confrère que Monsieur Boissier retire de l'oubli pour redonner à son souvenir le lustre que justifie la romanesque activité de cet étonnant personnage. Monsieur Boissier, qui se livre à une étude *extrêmement approfondie*, nous le présente de façon très précise épicurien combattif, pamphlétaire redouté, édifiant tantôt suivant les idées de Bœrhawe son maître de singulières théories médico-philosophiques, tantôt des pamphlets d'une verdeur et d'une causticité telles qu'ils ont fixé, d'inoubliable façon, la physionomie de la médecine de son époque, mais obligent leur auteur à prendre le chemin de l'exil. Postdam, où règne le Roi-philosophe, le verra mourir rapidement laissant inachevée une œuvre, dont vont s'inspirer les grands philosophes matérialistes du XVIII^e siècle. Esprit d'une vive originalité, il souleva contre lui presque tous ses contemporains et surtout les deux classes qui ne pardonnent pas : « les médecins et les dévots ». Il bafoua tout et tout le monde. Primesautier, pirouettant, il ne résiste pas au plaisir de se créer un ennemi pour faire un bon mot. Fumeux quand il « métapsychique », son style devient « cru » quand il s'occupe de physiologie amoureuse, et terrible quand il raille les travers de ses confrères. Son *Ouvrage de Pénélope* n'a pas vieilli, et une édition 1931 serait extrêmement amusante : je ne crois pas que l'on ait écrit de plus féroce critique de notre métier. Très à l'aise dans l'utopie et bien davantage en embuscade pour cribler de brocards les augures de la pauvre science, il méritait que ses dons, cette pénétrante intelligence, son talent, son influence fussent mis en lumière. Et Monsieur Boissier a parfaitement réussi à nous montrer l'intéressante richesse de cette étincelante insouciance spirituelle, que fut la sienne.

CCCLVI. Montaigne. — **Essais.** Livre second. Premier volume. Un vol. 13 × 20, tiré sur velin. *Editions Fernand Roches.* Paris, 1931. 27 fr.

Je vous ai signalé dès qu'il parut le Livre premier, en appelant votre attention sur le soin apporté à l'établissement du texte et des variantes, à l'impression typographique, à la présentation de l'ouvrage, l'ensemble ayant acquis par cette sollicitude attentive le reposant aspect d'une belle œuvre classique. Les notes sont rejetées en fin de livre pour ne pas alourdir la page de lecture, et les citations latines sont accompagnées de traduction. C'est dans ce tome que se trouve l'*Apologie de Raimond Sebond*, qui est en quelque sorte le centre même des Essais et la plus parfaite expression de ce scepticisme si gaillardement nuancé.

CCCLVII. Professeur Sanarelli. **L'hérédité et la contagion dans la Tuberculose,** traduit par le Docteur Stephani-Cherbuliez. — Un vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique. *Ed. Payot*, 1931. 25 fr.

L'argumentation du Professeur Sanarelli, étayée d'expériences et de statistiques raisonnables, s'emploie à ruiner le dogme vénérable de l'hérédité tuberculeuse. Virus filtrants, ultra-virus, allergie et anergie sont décrits avec tant de clarté que ces questions complexes vont paraître d'une extrême simplicité au lecteur. C'est une très belle tentative de vulgarisation médicale dans la tendance de ces œuvres, que louait récemment le D^r Noir en vous signalant les alertes chroniques du Docteur Paul Farey. Et elle est empreinte d'un clairvoyant optimisme.

CCCLVIII. Blaise Cendrars. — **Aujourd'hui.** Un vol. 12 × 19 . *Ed. Grasset*, Paris, 1931. 15 fr.

A propos de l'art contemporain, Cendrars a écrit un des mots les plus profonds et les plus caractéristiques de son essence, et de ses tendances: « Il ne s'agit pas de *comprendre*, mais de *subir* ! ». Cette phrase explique que Cendrars s'emploie vigoureusement à emplir nos crânes de raisonnements, louant sans discussion le « *Cube* » et « *Dada* ». Ces deux écoles artistiques perdent, en effet, aussitôt toute cohérence et tout sérieux, si l'on cesse un instant de subir pour tâcher de comprendre. Cube et Dada vont s'effritant et la talentueuse défense de Cendrars ne retardera pas la ruine de ces baroques modernités. Je préfère les passages de son livre, où il philosophe avec âpreté, où il a ciselé d'amers paradoxes et évoqué

de rudes souvenirs à ceux où il vaticine en proie au démon verbeux et sybillin de la phonétique pure.

CCCLXVIX. Claude MORGAN. — **L'Ivresse du Risque.** Un vol. 12 × 19. *Ed. Flammarion.* 1931 12 fr.

Le héros de Claude Morgan finit par où il devait commencer ; mais si les héros écoutaient d'emblée la voix de la sagesse il n'y aurait plus de roman possible. Le brasseur d'affaires dont il est ici question sombre, remonte, replonge, entraînant dans son jeu d'insubmersible les personnages moins résistants ou plus crédules. Il y a beaucoup de mouvement dans le livre et ses milieux d'après-guerre sont justes.

CCCLX. Abbé MOREUX. — **Pour prévoir le temps.** 1 opuscule. *Ed. Dunod,* Paris.

N'était le sérieux habituel de l'auteur et l'aspect mathématique de ses tables, je penserais à la paraphrase du problème connu : « Racine carrée de la hauteur du mât X vitesse du vent = couleur de la barbe du capitaine ». Voici venir les vacances : vous pourrez essayer les pronostics qui sont de facile déduction.

CCCLXI. Louis Folliot. — **Grimaces.** Roman Un vol. 12 × 19. *Ed. de la Revue Mondiale,* 1931, 12 fr.

Si c'est de ce genre de livres que Monsieur Bernard Grasset a juré de « casser les reins », il n'aura pas à déployer un gros effort. Et nous tous, qui lisons quelquefois par nécessité, lui dirons une double merci. Grimaces est un roman en érotisme d'Epinal, bardé d'épithètes et consacré à des situations aussi peu originales que peu romanesques.

Varia * Le *Mandarin* dans ses *Livrets* de mai continue ses révélations sur Barbey d'Aurevilly et éreinte quelques contemporains.

* Le *Mercure de France* du 1er juin précise les Etapes de Jeanne d'Arc en Normandie.

** **Tableau d'honneur** :

a) Sous le signe de la logique et de la faconde.

« ... l'opération, prononça, quand l'estomac eut été découvert :

— Voyez, Messieurs ... *Cet organe est sain, incontestablement sain* ... La substance en est ferme et blanche comme doit être une membrane ... Or, en cas d'empoisonnement, il n'en serait pas ainsi. Un poison violent gâte ou perce les tissus. Vous le savez tous, messieurs. Et je n'y insiste point.

Des gaz puants se dégageaient de ce corps corrompu. Tous les médecins inclinèrent la tête, car ils commençaient à souffrir de la chaleur et de l'odeur. Ils avaient hâte de rédiger leur rapport et d'en finir.

— Voyez, messieurs, répétait l'abbé Bourdelot avec la faconde d'un vendeur d'orviétan. Voyez, messieurs ! Rien de tout cela ne décèle un cas hors de nature ! *Le mal est clairement explicable ! Ces organes, par leur misère, expliquent les causes du trépas !*

L'ambassadeur d'Angleterre et les médecins anglais hochaient la tête avec approbation.

(Gringoire, 29 mai 31).

b) Extrait d'un Discours « honoré » de la présence de Monsieur le Ministre du Commerce :

« ... Bref, mes amis, le « standing moral » du « xxxxxx xxxx » n'a jamais été plus impressionnant, et, tout le monde s'accorde à le proclamer, *nous avons plus que jamais le vent en poupe ! Pourrait-il en être autrement alors que, de plus en plus, le* « xxxxxxxxx » *a les Femmes pour lui* ? Car cela n'est pas contestable, le « xxxxxxxxx » a les femmes pour lui — ce qui est toujours une force irrésistible — et, je n'en veux que ces deux preuves : les Femmes, chacun peut le constater, se pressent, tous les jours plus nombreuses, malgré la crise, dans nos Magasins, et, ce soir, les plus intelligentes, les plus remarquables, les plus aimables d'entre elles, ces talentueuses Femmes de Lettres, qui ne cachent point leur sympathie pour notre Maison et auxquelles nous sommes infiniment reconnaissants de cette sympathie avouée, sont venues nous apporter le réconfort et le charme exquis de leur présence ! ».

Aux charmantes Femmes de Lettres présentes ou excusées : Mmes Colette, Gabrielle Reval, Myriam Harry, Catulle-Mendès, Lucie Delarue-Mardrus, Isabelle Sandy, Huguette Garnier, Titayna, et Odette Pannetier... ..... »

14 juin 1931

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat de Cannes

Extrait du compte rendu de l'Assemblée générale du 21 Mai 1931

Défense contre les débiteurs défaillants par mauvaise volonté. — Indication de leur nom aux membres du Syndicat

Il est décidé d'instituer un système d'avis aux membres du Syndicat des noms des débiteurs défaillants par mauvaise volonté.

Il est bien spécifié que cette mesure n'a nullement pour objet d'empêcher les intéressés de recevoir les soins médicaux, dont ils pourraient avoir besoin, mais seulement de renseigner les médecins pour leur permettre (hormis les cas d'urgence où les médecins sont dans l'obligation morale de donner leurs soins sans tenir compte d'aucune autre considération que l'état du malade), de ne donner leurs soins qu'en s'entourant, s'ils le jugent à propos, des précautions de nature à leur assurer la légitime rémunération des soins donnés par eux.

Les médecins dûment avertis sont laissés entièrement libres ou de refuser leurs soins (sauf cas d'urgence), tant que le précédent médecin n'aura pas été payé, ou de se faire payer d'avance, ou simplement de se faire payer comptant, ou même de donner leurs soins à crédit, s'ils acceptent de courir le risque de n'être pas plus payés que leur prédécesseur.

Il est décidé de prévenir d'avance les intéressés par lettre, pour que ceux, qui jugeraient cette mesure désagréable, puissent l'éviter en payant leur médecin.

L'en-tête de la lettre portera : Office de recouvrement du Syndicat médical, avec le nom et l'adresse de l'Agent de recouvrement, de façon que le débiteur sache à qui répondre.

L'Office de recouvrement du Syndicat médical n'aura qu'une existence théorique ; mais il doit exister, au moins théoriquement, pour rendre le système régulier au point de vue juridique. Le Docteur X... en est nommé directeur.

Le texte suivant est arrêté pour la lettre d'avis au débiteur :

OFFICE DE RECOUVREMENT
DU SYNDICAT MÉDICAL DE CANNES

Agent de Recouvrement Monsieur X...
rue *n°* *Cannes.*

Monsieur,

« J'ai le regret d'être obligé de porter à votre « connaissance que, si vous n'avez pas, dans un « délai de 8 jours, réglé les honoraires dus par « vous, ou bien versé un acompte et pris pour le « surplus des engagements précis qui devront « être strictement tenus, ou tout au moins donné « des raisons jugées valables de votre refus de « payer, la décision de l'Assemblée générale du « Syndicat médical du 21 mai 1931 obligera le « Syndicat à aviser sous pli fermé tous les méde- « cins de Cannes, que vous refusez de payer à « Monsieur le Docteur ...., la somme « de .... que vous lui devez pour soins mé- « dicaux.

Recevez, je vous prie, mes sincères salutations,

Cannes, le

L'agent de recouvrement :

La marche à suivre sera la suivante :

Faire envoyer la lettre d'avis ci-dessus au débiteur par l'Agent de recouvrement (encaisseur, avocat, etc.), que chaque médecin reste libre de choisir à son gré.

La lettre d'avis au débiteur sera envoyée en recommandé avec avis de réception, sous forme de feuille pliée et cachetée et non de feuille sous enveloppe séparée, pour que le débiteur ne puisse contester l'avoir reçue.

Des lettres d'avis au débiteur imprimées seront à la disposition des confrères chez le Docteur X ...

En cas de non-paiement dans les conditions fixées par la lettre d'avis et d'absence de réponse du débiteur, aviser le Docteur X... en joignant l'avis de réception de la lettre recommandée.

Le Syndicat avisera alors ses seuls membres en leur envoyant sous pli fermé une simple feuille blanche portant, à l'exclusion de toute autre indication, les noms des débiteurs accompagnés du nom du médecin créancier et d'un chiffre indiquant le montant de la créance, ainsi que la date d'envoi de l'avis. Ces feuilles seront envoyées chaque mois.

En cas de paiement ultérieur, le Syndicat en avisera de même ses membres par l'envoi d'une feuille portant comme en-tête la mention à supprimer.

En cas de réponse du débiteur, le cas sera soumis au Syndicat, qui jugera si les raisons invoquées par lui pour justifier son refus de paiement sont valables. Dans la négative, le nom du débiteur sera signalé comme il est dit ci-dessus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Thèses.** — Jeudi 25 juin. — Jury : MM. Achard, Bernard, Tanon, Tiffeneau. — MANARANCHE J. : Etude du pronostic des cirrhoses. — BAISSETTE R. : Aux sources de la médecine (vie et doctrine d'Hippocrate). — BUSSET F. : Groupes sanguins et tuberculose pulmonaire. — ANDRÉ J.-R. : Etude de l'aération dans les salles d'hôpital et écoles. — TAILLANDIER M. : Etude sur la toxicité de quelques nouveaux composés organiques du mercure.

Vendredi 26 juin. — Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Sézary, Vallery-Radot. — MAMON H. : Sclérodermie et cataracte, maladie de Rothmund. Essai clinique et pathogénique. — Mlle BLASS S. : Traitement ambulatoire des ulcères variqueux par les injections phlébosclérosantes. — Mme DU BOUCHET N. : Myocellulite cervicale et céphalées. — Mme Laporte du Bouchet M. : Etude du traitement des bubons suppurés de l'aine par l'électrocoagulation (drain coagulant).

Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Loeper, Heurq, Robin. — LARHER : Allium sativum dans l'eczéma du chien.

Samedi 27 juin. — Jury : MM. Duval, Lejars, Lenormant, Terrien. — PLESSIER P. : Traitement du bec-de-lièvre unilatéral. — JAUDEL J. : De la radiothérapie des salpingites tuberculeuses. — DE BOTTON Ed. : Etude de la pathogénie endocrinienne de la kératite parenchymateuse. — HAURADOU R. : Anévrysmes artério-veineux intra-craniens.

Lundi 29 juin. — Jury : MM. Balthazard, Ménétrier, Sergent, Baudouin. — PINEAU-VALENCIENNE A. : La mort par pitié. Etude médico-légale. — FAIVRE L. : Les jeunes vagabondes prostituées en prison. — FARDEAU G. : Les tumeurs spontanées chez le lapin. — Mme ALIBERT : Recherches sur l'état général des malades atteints de décollement de la rétine. — LAINÉ J. : Etude des leucémies lymphatiques. — MORIN A. : Le métabolisme cellulaire est-il de nature électrochimique. — BUCQUOY M. : Le traitement de la tuberculose pulmonaire après 40 ans. — GIROD P. : Etude des infections focales.

Jury : MM. Loeper, Lemierre, Clerc, Harvier. — KRITCHWSKY V. : Antagonismes de la carie et de l'alvéolyse. — RAYNARD H. : Sur les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. — Es SAKKA MOHAMMED : Etude des azotémies au cours du traitement de la fièvre typhoïde par la trypaflavine. — BARTHÉLEMY P. : Etude de l'izara. — FILLOUX P. : Le Fenu grec. Etude expérimentale et clinique. — BERTRAND J. : Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. — ROUSSEAU G. : Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Brindeau, Cunéo, Duval, J. Faure. — SICOT J. : Etude des pseudarthroses de la rotule. — CABAILLE H. : Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique. — LITMAN M. : Etude des ostéites des maxillaires. — KARSZ M. : Diagnostic biologique de la grossesse. — PILTZ A. : Etude du vaginisme.

Jury : MM. Carnot, Chabrol, Debré, Fiessinger. — BERNAUD E. : Les phénomènes nerveux et le syndrome méningé au cours de la grande insuffisance hépatique. — CZERNICHOW : Contribution au traitement de l'œsophagisme. — MENNECIER J. : Les ictères de l'acide phénylquinoleine carboxylique. — THIROLOIX P. : Les souffles organiques du cœur. Etude clinique et thérapeutique.

Mercredi 1er juillet. — Jury : MM. Delbet, Sebileau, Gosset, Cadenat. — FINIKOFF A. : Etude clinique et chirurgicale des abcès corticaux du rein. — FERRIER M. : Appareil locomoteur et glandes à sécrétion interne. — FLAUMANBAUM : Evolution des idées sur l'hémostase dans le traitement chirurgical du cancer de la langue. — GRUNBERG-BAUR : Considération sur l'extirpation des goitres encapsulés.

Thèses vétérinaires. — Jury : MM. Legueu, Lemierre, Loeper, Coquot, Nicolas, Henry, Lesbouyriès, Panisset. — BIESSE : Emasculation par les pinces par écrasement du cordon. — HAMEDY : Aptitude des animaux à la production des antitoxines. — LECONTE : Nos connaissances sur la tuberculose porcine. — CHOLLET : Accidents d'intoxication chez le mouton.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de Vaugirard.** *Radiologie du tube digestif.* — Un cours de radiologie clinique du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires) sera fait par M. le Professeur Pierre DUVAL, avec la collaboration de MM. Jean GATELLIER, agrégé et J.-Ch. ROUX, Henri BÉCLÈRE, François MOUTIER, Alban, GIRAULT, Pierre PORCHER.

Le cours commencera le lundi 12 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin, à 9 h. 30, le soir à 17 h. 30.

Droit d'inscription : 250 fr.

— **Concours de l'internat.** — Séance du 24 juin. — Composition écrite. — *Anatomie.* — Question donnée : « Articulation temporo-maxillaire (avec sa physiologie) ».

Questions restées dans l'urne : « Nerf récurrent gauche (sans les origines centrales et sans la physiologie). — Rapports du canal cholédoque. »

Pathologie médicale. — Question donnée : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

Questions restées dans l'urne : « Formes cliniques de la pneumonie du sommet. — Signes et diagnostic de l'endocardite maligne à forme lente. »

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Aubry, de Mezanger (Loire-Inférieure) ; du Dr Lauriat, de Noyelles-Godault ; du Dr Kitasato, associé étranger de l'Académie de médecine ; du Dr Veillon, de Paris.

— Le Dr Kitasato, professeur à l'Université de Tokio, était connu pour ses travaux de bactériologie et de sérologie. Il fut le collaborateur de Behring.

— Le Dr Adrien-Jean Veillon, médecin de l'hôpital de l'Institut Pasteur, décédé le 25 juin dernier, venait de recevoir de l'Académie de médecine, le prix Albert-Ier de Monaco, ainsi que nous l'annoncions dans un de nos derniers numéros.

— **La Faculté de médecine de Nancy visite la station thermale de Vichy.**— Succédant aux internes et externes des hôpitaux et étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg, les externes et étudiants de la Faculté de médecine de Nancy, sont venus, à leur tour, visiter les installations thermales de Vichy.

Ils avaient à leur tête, M. Santenoise, directeur de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Nancy, accompagné de M. le Docteur Louis Mercklen, chargé de cours à la Faculté, M. Jean-Louis Massot, préparateur, Mlle Brieu et Mlle Fuchs, chefs de Laboratoire à l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine ; M. le Docteur Gille, de Nancy.

Comme leurs prédécesseurs, ils parcoururent les différentes installations thermales : grand établissement, aux services si parfaitement organisés et aménagés, le laboratoire de recherches hydrologiques, les sources, les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, qui les intéressa au plus haut point, le Sporting-Club de Vichy, etc...

Ils furent également reçus au Casino où ils assistèrent à une représentation de « Cavalleria Rusticana » et de « Mireille ».

Avant leur départ, un banquet leur fut offert dans les salons du Carlton, sous la présidence de M. Baugnies, vice-président et administrateur-délégué de la Compagnie fermière. Au champagne, des discours furent prononcés par M. Baugnies qui fit un très intéressant historique de la station et donna un aperçu du programme de travaux en cours d'exécution ou en projets, qui contribueront à maintenir Vichy au premier rang des stations thermales ; M. le Docteur Durand-Fardel, au nom de la Société des sciences médicales ; M. Huel, externe des hôpitaux de Nancy ; M. le Professeur Santenoise.

Dans la journée, les étudiants avaient d'autre part entendu une conférence de M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales, sur les propriétés des eaux de Vichy et leur application dans les maladies de la nutrition, dans les affections du tube digestif et surtout du foie.

— **IIe Conférence internationale du rat.**— Sous les auspices de l'Exposition coloniale et pendant la session d'automne de l'Office international d'hygiène publique, une IIe conférence internationale, doublée d'un Congrès colonial du rat et de la peste, aura lieu le 7 octobre prochain et les jours suivants. Secrétaire général : M. le Professeur Gabriel Petit ; secrétaire : M. le Dr Neveu, chef de laboratoire des épidémies à la *Préfecture de police.*

— **Le nombre des étudiants en médecine.** — En 1930, le nombre des étudiants en médecine, pour l'ensemble des Facultés, a été de 11.375 , dont 4.152 pour la Faculté de médecine de Paris. Sur le chiffre total de 11.375, se comptent 3.147 étudiants étrangers, soit plus du quart.

— **Auto-camping-club de France.** — Le IIe Salon de l'Auto-Camping-Club de France vient de tenir ses assises à Toulouse, dans le parc de la Chambre de commerce. On a pu y voir des modèles divers de tentes canadiennes, tentes marabout, tentes scouts, matériel de campement, roulottes-remorques, etc.

Le Docteur Molinéry, invité par le Comité directeur de l'Auto-Camping-Club de France, a montré combien les camps climatiques, avaient à bénéficier de l'initiative de l'Auto-Camping-Club.

— **Le Congrès des médecins allemands et la guerre chimique.**—Le Congrès des médecins allemands, siégeant à Cologne, a voté un vœu demandant au Gouvernement du Reich, d'ouvrir avec les autres pays des pourparlers dans le but d'interdire par des mesures internationales l'emploi des gaz asphyxiants et des préparations bactériologiques comme moyens de guerre.

— **Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.** (Marseille, sept. 1932). — Du 20 au 25 septembre 1932, se tiendra à Marseille, à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. le Docteur Roux et de M. le Sénateur Honnorat, et la présidence de M. Marchoux, le Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. On peut s'adresser, pour tous renseignements, au Docteur Violle, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille, et au Docteur Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

— **Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis et centenaire d'Alfred Fournier** (9, 10, 11 et 12 mai 1932.) — *Programme.* La cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier, né le 18 mai 1832 et mort le 25 décembre 1914, aura lieu à Paris, le jeudi 12 mai 1932.

Elle sera précédée d'une conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, qui se réunira les lundi, mardi et mercredi 9, 10 et 11 mai 1932. L'ordre du jour de cette conférence comporte l'étude des questions suivantes :

1° *Le service social dans la lutte contre la syphilis.* — Rapporteurs : *a)* Mme Getting et M. le Docteur Louste, vice-présidente et secrétaire général du Service social à l'hôpital (Paris) ; *b)* M. le Professeur Louis Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; *c)* M. le Professeur Jadassohn, président de la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes et Mrs. Neville Rolfe, secrétaire générale du *British Social Hygiene Council*, rapporteurs désignés par l'Union internationale contre le péril vénérien.

2° *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* Rapporteurs : *a)* M. le Docteur Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine de Paris ; *b)* M. le

Docteur DUJARDIN, de Bruxelles ; *c*) M. le Docteur Mario TRUFFI, directeur de la Clinique de dermatologie de Padoue.

3° *Prophylaxie des syphilis nerveuses* (*acquises ou héréditaires*). Rapporteurs : *a*) M. le Professeur WAGNER VON JAUREGG (Vienne) ; *b*) M. le Professeur Henri CLAUDE, membre de l'Académie de médecine de Paris ; *c*) M. le Professeur NICOLAU, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

4° *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses* (*acquises ou héréditaires*). Rapporteurs : MM. le Docteur Gaston MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES ; le Docteur CAVAILLON (Paris).

La cotisation donnant droit aux publications des rapports et des comptes rendus est fixée à 200 francs pour les membres titulaires de la Conférence.

Des membres associés (personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire) pourront adhérer à la Conférence moyennant une cotisation de 100 francs.

Seuls les membres titulaires prennent une part effective aux travaux de la Conférence et ont droit aux publications.

Les membres associés seront invités aux fêtes et aux réceptions officielles et pourront assister aux séances.

Toutes les adhésions sont soumises à l'acceptation de la Commission d'organisation.

Les adhésions et toute correspondance doivent être adressées au Secrétaire général de la Conférence, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

— Centres de médecine préventive, en Belgique. — La Société belge de médecine préventive a décidé la création de centres de médecine préventive. Le premier de ces centres a été inauguré le 26 juin à Gand dans les locaux de la Clinique socialiste. Aucune idée politique ou religieuse, toutefois, ne doit jouer un rôle dans cette institution, qui fait appel également aux groupements catholiques et libéraux.

La Société prévoit, d'ici la fin de l'année, la création d'une cinquantaine d'autres centres et la mise en circulation de voitures automobiles (une par province) pourvues de tout le matériel nécessaire aux examens cliniques, radiologiques, bactériologiques, etc., qui constitueront des centres ambulants. Chacune de ces voitures coûtera 250.000 francs.

Tout consultant reçu dans ces Centres recevra un carnet où seront notées toutes les particularités de son état physiologique et pathologique.

— IIe Congrès international de pathologie comparée, à la Faculté de médecine de Paris (du 14 au 18 octobre 1931, au cours de l'Exposition coloniale.) — Sous la présidence de M. le Professeur Ch. ACHARD, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Le Congrès réunira : médecins, vétérinaires et phytopathologistes.

ORDRE DU JOUR. — *Tuberculose* (*vaccination*). Rapports : M. le Prof. CALMETTE : La vaccination antituberculeuse chez l'homme ; M. le Prof. GERLACH (de Vienne) : La vaccination antituberculeuse chez les animaux ; M. WATSON (de Hall, Canada) : Sur le B. C. G. ; Service provincial d'hygiène du Canada : Sur le B. C. G. ; M. le Prof. KFOURI : Recherches sur la vaccination antituberculeuse curative par les sérums et plasmas tuberculeux toxiques.

Les brucelloses humaines et animales. — Rapports : M. VANDER HOEDEN (d'Utrecht) : Les brucelloses ; M. le Dr Martin KRISTENSEN (de Copenhague) : Brucelloses humaines ; M. le Prof. Oluf BANG (de Copenhague) : Brucelloses animales.

Le lait, agent pathogène. — Rapports : M. le Dr E. LESNÉ et Mlle le Dr DREYFUS-SÉE : Le lait, agent pathogène ; MM. les Prof. PORCHER et TAPERNOUX (de Lyon) : Le lait, agent pathogène.

Les carences minérales. — Rapports : M. le Prof. SIMONNET et Mme L. RANDOIN : Les carences minérales ; M. SJOLLEMA (d'Utrecht) : Les carences minérales chez les animaux ; M. WESTER (d'Utrecht) : Les carences minérales chez les animaux ; M. H. B. HUMPHRAY (de Washington) : Carences minérales des céréales ; M. le Prof. Jakob ERIKSSON (de Stockholm) : Sur l'hivernation et la réapparition des maladies cryptogamiques chez les végétaux ; M. le Dr KOOTE (de Fribourg in B) : Influence du pH sur le développement de quelques bactéries phytopathogènes.

Les ultra-virus. — Rapports : M. le Dr HAUDUROY (de Paris) : Les ultra-virus chez l'homme ; M. le Prof. FLU (de Leyde) : Les ultra-virus chez l'homme ; M. QUANJER (de Wageningen) : Les maladies à virus des plantes ; M. le Dr GUSSOW (Canada) : Maladies à virus dans le monde ; M. le Dr VON BREHMER (de Berlin) : Sur le virus des maladies de différentes cultures de plantes.

Les helminthiases. — Rapports : MM. les Prof. JOYEUX (de Marseille) et BAER : Sur les helminthiases chez l'homme ; M. STEVENEL (médecin inspecteur général des Colonies) : La « déparasitisation » intestinale en France ; M. LEFROUX : Le parasitisme intestinal en Afrique noire.

Le cancer. — Communications : M. le Dr KORTEWEG (d'Amsterdam) : Le cancer ; M. le Dr J. M. HOOGLAND (d'Amsterdam) : Le cancer ; M. le Dr ARACTINGI (de Damas) : Sur le traitement du cancer dans la médecine arabe ; M. le Prof. PELCZAR et KOTOSZYNSKI (E.) (de Vilno) : Le thrombocyte dans le cancer expérimental ; MM. les Prof. PELCZAR et HOFBAUER (Th.) : L'alexine et le cancer.

La psittacose. — Communication : M. le Prof. VERGE (d'Alfort).

L'anaphylaxie. — Communications : M. le Prof. L. K. WOLFF (d'Utrecht) : Anaphylaxie ; M. le Prof. D. STORM VAN LEUWEN (de Leyde) : Anaphylaxie ; M. le Dr G. KOEPSENBERG (de Groningen) : Anaphylaxie.

Sujets divers. — M. le Dr JEUDON : La fécondation artificielle chez la femme ; M. le Prof. DANTE DE BLASI (de Naples) : Sur l'hématologie comparée ; M. ARPAD DE DEGEN (de Budapest) : Sur les actinomycètes ; M. GERALDINO BRITES : Sujet réservé ; M. VORONOFF : Sujet réservé ; M. FRANCHINI (de Modane) : Les flagellés des plantes à latex ; M. le Dr BEATTY (de Washington) : Maladies des châtaigniers orientaux.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

verture de l'année scolaire 1931-1932 ; *b*) la faculté sera en principe celle où ils étaient inscrits avant leur incorporation, si dans la localité, siège de la faculté, existe un corps de leur arme. Dans le cas contraire une faculté de même ordre, d'une localité où stationne un corps de leur arme ; *c*) les bénéficiaires éventuels devront indiquer la nature des études poursuivies et les établissements d'enseignement dans lesquels ils faisaient leurs études avant leur incorporation. Une circulaire ministérielle, qui paraîtra prochainement, précisera les conditions d'application de cette mesure.

(*J. O.*, 24 juin 1931.)

LES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES
(22-31 *juillet*)

Les Journées médicales coloniales, organisées par l'*Hygiène sociale*, se tiendront du 22 juillet au 31 juillet à l'Exposition coloniale internationale de Paris. Nous engageons vivement nos confrères à y prendre part. Le programme de ces journées médicales que nous publions ci-dessous nous promet des fêtes dans le cadre de l'Exposition et au dehors qui seront uniques et, en outre, il n'est pas permis à l'heure actuelle à un médecin français de se désintéresser de la médecine coloniale, toutes les maladies des pays chauds pouvant un jour ou l'autre se manifester dans la métropole.

Avantages faits aux médecins de complément. — Le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales est heureux d'annoncer aux médecins de réserve que leur participation à ce Congrès leur sera comptée dans la limite de six jours comme période d'instruction sans solde, pour une durée égale à celle de leur présence à cette manifestation (*Circulaire ministérielle du* 22 juin 1931).

La 7e direction du ministère de la Guerre fera établir des permis quart de place aussitôt que les noms des adhérents lui auront été transmis.

Prière donc de vouloir bien d'urgence envoyer les adhésions au Secrétariat des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, à Paris.

PROGRAMME
DES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES.

Mercredi 22 *juillet.* — Matin : Séance d'ouverture ; Après-midi : Enfance indigène ; 16 heures : Visite de l'Exposition coloniale sous la direction du Comité d'accueil de l'exposition ; 17 heures : Réception des dames et thé chez Mme la Maréchale Lyautey, 5, rue Bonaparte à Paris.

Jeudi 23 *juillet.* — Matin : Fièvre jaune ; Après-midi : Paludisme. Réception et thé chez Mme la Marquise de Ganay, château de Courance, forêt de Fontainebleau ; Attractions à l'Exposition coloniale.

Vendredi 24 juillet. — Matin : Lutte contre la maladie du sommeil ; Séance cinématographique et film de la maladie du sommeil ; Après-midi : Maladies cutanées et syphilis dans les pays chauds ; Attractions à l'Exposition ; Société des gens de lettres ; Théâtre annamite ; 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville ; Soir : La nuit indochinoise.

Samedi 25 juillet. — Matin : Maladies communes à l'homme et aux animaux ; 11 heures : Visite de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Après-midi : Aviation sanitaire ; Immigration exotique et police sanitaire maritime ; Journée indochinoise ; Promenade du Dragon ; Attractions à l'Exposition.

Dimanche 26 *juillet*. — Matin : Bois de Vincennes, Plateau de Gravelle. Ecole de Joinville, Jardin colonial, Château de Vincennes, visite du château sous la conduite de M. E. Lemarchand, historien du Château, visite de la bibliothèque et du musée de la Grande guerre sous la conduite de M. Camille Bloch, conservateur.

Lundi 27 *juillet.* — Matin : Aviation sanitaire ; Alimentation en eau potable et parasitisme intestinal ; 11 heures : Visite de la classe 16 (spécialités pharmaceutiques à l'Exposition) les fabricants de spécialités se tiendront en personne chacun dans son stand ; Après-midi : Pharmacologie coloniale ; 17 heures : Réception à l'Aéro-Club de France ; 20 heures : Banquet au restaurant indochinois (ou autre).

Mardi 28 *juillet.* — Matin : Protection sanitaire et démographique des populations autochtones ; Après midi : Alimentation des populations autochtones (hygiène et travail) ; 1 h. 30 : Visite des établissements Citroën ; 17 heures : Réception et thé chez Mme la Vicomtesse Benoist d'Azy, 4, rue Fabert à Paris.

Mercredi 29 *juillet.* — Matin : Assistance médicale aux colonies ; Visite aux établissements Farman et Renault ; Soir : Assistance médicale aux colonies (suite) ; 2 h. 30 : Visite au Centre médical du Bourget 17 heures : visite du Muséum et de la Cité universitaire.

Jeudi 30 *juillet.* — Matin : Chirurgie coloniale ; Soir : Chirurgie coloniale (suite) ; 2 heures : Visite de l'usine Comar, à Massy ; 15 heures : Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire ; 17 heures : Visite des usines Comard, à Gentilly ; Soir : Attractions à l'Exposition.

Vendredi 31 *juillet.* — Matin : Spécialités médicales et chirurgicales ; Après-midi : Stations thermales et climatiques et séance de clôture ; le matin à 8 heures départ en autocars place de la République devant l'Hôtel Moderne. Visite à Romainville des usines Roussel. Retour à Paris. Banquet salle Hoche, avenue Hoche sous la présidence du ministre des Colonies ou à son défaut du ministre de la Santé publique. L'après-midi visite de l'usine du Dr Debat, à Garches. Lunch. Visite à Nanterre des établissements Heudebert. Retour à Paris. Soir : Grande soirée de gala offerte en collaboration avec le Commisssariat général.

1er, 2, 3 et 4 août : Congrès rattachés.

UNE VISITE A L'USINE DE BOUÉ DE LA SOCIÉTÉ NESTLÉ

Sous la conduite de nos aimables confrères les Docteurs Groc et Mounier, un groupe de quarante médecins parisiens s'est rendu à Boué pour visiter l'usine des fabrications laitières de la Société Nestlé.

Après un excellent déjeuner au restaurant Pétion au Nouvion-en-Thiérache, qui tient à conserver sa vieille réputation et fait toujours honneur à la gastronomie française, nous nous sommes rendus à Boué en autocar.

Boué est au centre de ce riche pays de Thiérache aux gras paturages et dont les vaches produisent en abondance un des meilleurs laits de France. L'Usine Nestlé recueille le lait à 20 kilomètres à la ronde, après avoir exercé une surveillance vigilante sur le bétail et les écuries des fermes. Cette surveillance est d'autant plus facile et efficace que la population de cette région est tout particulièrement saine et propre.

L'ingénieur, directeur de l'Usine, M. d'Angers, avec une complaisance qui n'a d'égale que sa grande compétence, nous a montré avec quel soin les bidons dans lesquels on recueille le lait, sont lavés, brossés, nettoyés à l'eau javellisée et stérilisés à l'air chaud, et tout cela mécaniquement.

Nous avons tour à tour visité le laboratoire où le lait est examiné et vérifié, les bacs où l'on règle après examen, le degré de concentration, les appareils à pasteurisation, les vacuums où le lait est aspiré et où il entre en ébullition dans le vide à une température qui ne dépasse pas 55°. Dans ces appareils, le lait, privé de son eau, est additionné de sirop de sucre. Sa teneur en eau passe de 87 % à 27 %. Il est alors envoyé dans des machines de remplissage où des boîtes, fabriquées à l'usine et stérilisées à 400°, sont remplies mécaniquement après avoir été amenées automatiquement. Ces boîtes sont bouchées encore automatiquement et le lait ainsi préparé ne perd aucune de ses qualités originelles et conserve ses vitamines et ses qualités biochimiques. Par des procédés aussi méticuleux et d'un automatisme aussi perfectionné sont fabriqués à l'usine le lait en poudre, le lait concentré non sucré, la farine lactée où la fine fleur de farine de froment est mélangée au lait et au malt dans d'exactes proportions. Cuite dans de vastes fours, cette pâte lactée est transformée en biscuits qui sont ensuite concassés et réduits en farine impalpable.

L'avantage de Boué est de permettre de trouver sur place ou à proximité, le lait, le froment, le sucre, le charbon et l'eau indispensables.

La main d'œuvre est réduite à un minimum et son action se borne à la surveillance du fonction-

nement des appareils et à leur nettoyage, car tous les jours les appareils sont nettoyés et stérilisés. A ce point de vue l'outillage de l'usine de Boué nous paraît avoir atteint la perfection.

Tous y est fait mécaniquement, le nettoyage des bidons, la construction des boîtes, leur remplissage, leur bouchage, leur acheminement qui se termine dans les caisses en bois, clouées automatiquement et fabriquées de même à l'usine.

Une visite à l'usine de Boué est une éloquente démonstration du triomphe du machinisme. Ainsi préparés les produits Nestlé offrent indiscutablement le maximum de garantie et rendent à l'enfance d'inappréciables services.

Nous ne faisons ici que rapporter ce que nous avons vu, de nos yeux vu. J. N.

La terminologie médicamenteuse étrangère dans la pharmacopée française

Le *Concours Médical* du 21 Juin publie (p. 1970) une lettre s'étonnant que le Service de santé de l'armée désigne, dans son Formulaire pharmaceutique de 1930, le médicament chimiquement constitué par de l'hexaméthylène-tétramine sous le titre principal : *urotropine.*

Vous pourrez faire remarquer à votre correspondant :

1° Qu'il en était de même dans le Formulaire de 1918 (p. 350).

2° Qu'il en est de même pour d'autres produits, tels que l'*Aspirine* (Formulaire 1918, p. 52. Formulaire 1930, p. 78).

3° Que bien d'autres dénominations (*Antipyrine, Salol, Pyramidon*, etc.) ont été déposées comme marques de fabrique par « nos chers voisins d'Outre-Rhin », mais que la jurisprudence française a invalidé ces prétendues marques chaque fois que l'occasion s'en est présentée.

4° Que le *Codex médecamentarius* a adopté la dénomination *Urotropinum* pour le produit dont il s'agit.

Il suit de là que nos Formulaires officiels, civil et militaire, considèrent depuis longtemps, et sans protestation des intéressés, les dénominations *Aspirine* ou *Urotropine* comme les plus employées dans le langage courant, pour désigner, l'une, l'acide acétylsalicylique, l'autre, l'hexaméthylène-tétramine, lorsqu'on n'a pas l'intention de spécifier leur origine commerciale.

Dr Henri MARTIN.

Nous remercions notre très distingué confrère, le Dr Martin des renseignements, que sa compétence et sa documentation lui permettent de nous fournir pour l'édification de notre fidèle correspondant.

N. D. L. R.

Les statistiques et la mortalité

Excsusez-moi de vous écrire pour vous contredire ou bien en contredire d'autres dont vous reprenez les affirmations. Dans votre article du 21 juin du *Concours Médical*, vous nous dites p. 2.004: «Est-il exact en effet que chez ces peuples (Anglo-Saxons et Scandinaves) la mortalité générale et la mortalité infantile sont tombées à un pourcentage presque dérisoire, si on le compare à celui que nous déplorons de constater ailleurs, en France notamment ».

Ces pourcentages varient de 9 à 12 pour mille, officiellement pour les pays en question, en France il est de 16 à 18 pour mille suivant les années, pour la mortalité générale.

Or, si d'après ces pourcentages officiels, nous calculons l'âge moyen des décès, ce qui est facile nous trouvons un âge moyen de 111 ans (Amérique) à 83 ans (Danemark), tandis qu'en France; cela nous donne de 62 à 55 ans.

Présentée de cette façon la question se pose toute différemment et la conclusion c'est que les statistiques françaises paraissant très vraisemblables, celles du Danemark me laissent rêveur et que j'accuse formellement d'erreur la statistique américaine... Et vous ? ne serez-vous pas de mon avis ? refaites la petite opération pour les mêmes statistiques, et vous aurez j'en suis sûr quelques surprises. Dr THIBAULT.

Comment ausculter dans le bruit

Je lis dans le *Concours* du 21-6-31, l'exposé des déboires d'un confrère auquel un phonographe rendait l'auscultation impossible.

Ayant été moi-même extrêmement gêné par le bruit d'un chantier, je pense être utile à ce confrère et à d'autres dans le même cas, en leur signalant le Sthétophonendoscope de la Maison N. Maloine, grâce auquel j'ai pu malgré le bruit continuer l'auscultation du cœur et des poumons.

Le seul inconvénient de l'appareil est que son énorme amplification habitue l'oreille à une intensité de son qui rend presque impossible par la suite l'auscultation directe.

A rapprocher de la difficulté à opérer avec un éclairage quelconque que m'ont dit éprouver des chirurgiens habitués aux puissantes lampes scialytiques.

Dr BORREY.
(Lyon).

CORRESPONDANCE

Assurances Sociales

2930. — Refus par les caisses du remboursement des frais médicaux

Dans quels cas, pour quelles raisons, les Caisses d'assurances sociales peuvent-elles refuser l'indemnité à un malade ? Je sais des assurés à qui un rond-de-cuir quelconque a répondu textuellement ceci :

Pour votre première feuille, vous serez payé ; pas pour la deuxième : Vous n'aviez qu'à ne pas faire de rechute.

Ou, à un autre :

Si vous vous étiez fait soigner de telle manière, on vous aurait payé ; mais le traitement qu'on vous a fait, on ne vous le payera pas.

Autre cas : Un jeune chirurgien *contrôle* un malade à qui on avait pratiqué une injection sclérosante pour des hémorroïdes. Tout le monde sait que presque toujours, ces injections laissent de petites escarres, du reste utiles. Ce chirurgien qualifie cela d'abcès. Quoi qu'il en soit, il trouve — il trouve ! — qu'il n'y a pas à payer.

Ce n'est plus une question de libre choix du médecin. C'est mieux : libre choix de la médecine !

Eh bien, y a-t-il une règlementation de ces cas ? Sur quoi peut se baser une Caisse pour refuser l'indemnité ? La question est d'importance.

Dr F.

Réponse.

I. — Une caisse d'assurances sociales ne peut pas, sans violer l'article 4, § 8 de la loi, décider que la délivrance d'une deuxième feuille de maladie constitue une rechute, pour laquelle le malade n'aura aucun droit à remboursement partiel.

La loi spécifie (article 4, § 8) que les indemnités sont dues pendant une période de six mois, à dater du début de la maladie, ou du traitement de prévention.

Si après guérison apparente, une rechute se produit dans les deux mois de la cessation des soins, cette rechute est considérée comme la continuation de la maladie première et, par suite, fait courir le délai de six mois précédent.

II. — La caisse n'a pas le droit de décider qu'elle ne remboursera que les frais de traitements, qui ont l'heur de lui plaire et non pas les autres.

Si elle a passé une convention avec le syndicat médical local, ce dernier est seul chargé du contrôle technique.

Aux termes de l'article 26, § 2 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, ce contrôle technique a essentiellement pour but la recherche et le redressement de tout abus professionnel. En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité

des ordonnances et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

Etablissons de suite la différence avec le contrôle que la caisse est autorisée à faire exécuter par un médecin, qu'elle désigne à cet effet, aux termes de l'article 7, §§ 1 et 2 de la loi : effectué en présence du médecin traitant (si l'assuré social le désire), ce contrôle ne porte (article 25 du décret) que sur l'état des malades et leur incapacité de travail. Ce médecin contrôleur ne peut pas s'immiscer dans les rapports du malade et de son médecin traitant.

De ces textes législatifs et règlementaires résulte, pour la caisse, non pas le droit de refuser de payer tels ou tels soins, mais la possibilité de demander au syndicat co-contractant de faire exécuter le contrôle technique, concernant la manière dont tel assuré est soigné par un praticien déterminé.

Aurait-elle des doutes sur l'état de maladie, ou sur l'incapacité de travail d'un assuré, que la caisse pourrait alors, aux termes du 3e paragraphe de l'article 7 de la loi, demander au juge de paix de désigner un troisième médecin, qui serait appelé à examiner le malade, en présence du médecin traitant et d'un praticien désigné par la caisse.

Mais, je conclus d'une manière très catégorique que, *proprio motu*, la caisse n'a pas le droit de refuser l'indemnité que réclame un ayant droit, sous le prétexte que tel traitement n'est pas admis comme régulier par les administrateurs de ladite caisse.

III. — De ce qui précède découle la réponse à la troisième question : que ce soit un abcès, ou, toute autre complication d'un traitement des hémorroïdes, le chirurgien-contrôleur n'a pas qualité pour décider que le traitement ne sera pas remboursé partiellement au malade.

Il conviendrait d'apprendre à ce chirurgien-contrôleur les termes de la loi, qu'il doit connaître, puisqu'il exécute un contrôle, pour lequel la caisse lui verse un salaire.

Les blessures seraient-elles volontaires, intentionnelles, ou résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré, que ce dernier doit cependant recevoir des soins aux frais de la caisse, dans les limites du tarif de responsabilité.

Ce blessé volontaire n'aura pas droit aux prestations en argent, c'est-à-dire à son demi-salaire, de plus, il peut être passible de poursuites devant les tribunaux ; mais il doit être soigné, ainsi que le décide la loi, en son article 8, paragraphe 2.

Que faire contre ces abus des caisses ?

Si des difficultés s'élèvent entre un assuré et sa caisse, notamment pour les cas que nous venons d'analyser, le malade a un recours devant la commission cantonale, instituée par l'article 63 de la

loi. Cette commission est composée du juge de paix, président, d'un employeur et d'un assuré.

Le malade n'a donc qu'à s'adresser au greffier de la justice de paix de son canton, ou plus exactement du canton du siège de la caisse, à laquelle il appartient.

La procédure est entièrement gratuite et cette commission cantonale arbitrera en premier ressort.

L'appel est porté devant le tribunal civil, dont relève le juge de paix, président de ladite commission.

Aux malades donc de ne pas se laisser brimer par les dirigeants des caisses, qui veulent devenir de petits potentats. Aux médecins également de ne pas se laisser imposer des habitudes, qui ne sont pas légales et qui ne tendraient qu'à boycotter tel ou tel praticien, ou telle ou telle méthode de traitement.

Dr Paul Boudin.

Accidents du Travail

2914. — Accident survenu au cours d'une rixe

Vous seriez fort aimable de vouloir bien me donner le renseignement suivant, concernant la législation sur les accidents de travail :

On me conduit un terrassier avec une belle luxation du coude en arrière : cet « accident » est arrivé au chantier *pendant le travail* à la suite d'une dispute : ce blessé a reçu un coup de bâton, de son adversaire et il s'en est suivi l'accident relaté.

Qui a tort ? Le patron est-il responsable ? ou est-ce l'ouvrier seul auquel je dois réclamer mes honoraires ?

Comme, (si le patron est responsable), il doit y avoir au plus tôt déclaration à la Compagnie d'assurances, je vous serais très obligé de me renseigner au plus tôt.

Dr M.

Réponse.

Depuis longtemps la jurisprudence est fixée en ce sens que tout accident dont l'ouvrier est victime au cours de son travail, constitue un accident du travail quand bien même cet accident trouverait son origine dans une rixe entre ouvriersl, même motivée par un fait étranger au travail.

Ce principe vient encore d'être sanctionné très récemment par un arrêt de la Chambre Civile de la Cour de Cassation (D. H., 14 mai 1931, p. 265 cass. civ, 25 mars 1931).

Par conséquent, le patron doit être déclaré responsable de l'accident et vous pouvez réclamer le paiement de vos honoraires calculés sur le tarif des accidents du travail, soit à lui, soit à son assurance.

2789. — Rente de la veuve d'un accidenté du travail

Un de mes clients a été tué accidentellement alors qu'il travaillait chez son patron. L'assurance propose 20 % de rente à sa veuve. Est-ce là ce à quoi elle à droit ?

Dr B.

Réponse.

Il est exact qu'en vertu de l'art. 3 de la loi du 9 avril 1898, le conjoint survivant de la victime d'un accident du travail a droit à une rente viagère égale à 20 % du salaire annuel de la victime.

Les propositions de l'assurance sont donc conformes à la loi.

Nous vous signalons que pour le calcul de la rente, le salaire n'entre en ligne de compte dans son intégralité que jusqu'à concurrence de 8.000 francs ; pour le surplus et jusqu'à 18.500 fr., le 1/4 seulement est retenu ; au delà de 18.500 fr., le 1/8 seul est retenu.

Médecine légale

2736. — Honoraires des radiographes

J'ai l'honneur de vous soumettre le tarif des radiographies que vient de me communiquer Monsieur le Procureur de la République.

Décret du 22 décembre 1927, modifiant le titre II du décret du 5 octobre 1920 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police :

Je suis très surpris du tarif qui m'est présenté :

Article 29 :

Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° pour radiographie :

de la main, poignet, pied, cou de pied.... 50 fr.
de l'avant-bras, bras, jambes, coudes, genou .... 75 fr.
épaule, hanches, cuisse, bras .... 90 fr.
rachis cervical, dorsal ou lombaire....... 100 fr.
crâne, thorax ou bassin.................. 125 fr.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Toute autre radiographie de la même région prise le même jour, sera comptée 75 pour cent du prix d'une seule pose ;

2° Pour localisation de corps étranger dans un membre, 100 francs ;
dans le crâne, le thorax ou le bassin : 150 fr.

3° pour radioscopie préalable (aorte, poumons, par exemple :
pour le thorax : 60 francs.
pour les membres (recherche du corps étranger) : 50 francs.

Voulez-vous, je vous prie, m'indiquer le tarif en vigueur actuellement.

Dr T.

Réponse.

C'est toujours le décret du 5 octobre 1920, avec les modifications que lui ont apportées les décrets des 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927, qui fixe le tarif des frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

Par conséquent, les opérations de radiographie que vous pratiquez à titre d'expert dans les affaires criminelles, correctionnelles ou de simple police, doivent toujours être honorées suivant le tarif détaillé qui vous a été communiqué par le Procureur de la République.

Il n'est pas douteux que les prix de ce tarif sont ridiculement bas et devraient être revisés, mais un nouveau décret devrait être rendu pour leur relèvement et c'est aux organisations professionnelles qu'il appartient d'intervenir auprès des pouvoirs publics pour en obtenir la révision.

Application du Tarif Fallières

3294 — Traitement par air chaud

J'ai eu plusieurs fois des difficultés avec une Compagnie d'assurances au sujet des honoraires pour traitement par air chaud. Ce traitement est, en effet, porté sur le tarif des électroradiologistes comme devant être payé 22 fr. 50 par séance, tandis qu'il est à un taux différent pour les spécialistes kinésithérapeutes (voir art. 26, § VI ; électrothérapie et art. 24). Combien doit-on demander ? Je fais mes traitements d'air chaud avec la chaîne thermo-lumineuse de Delherm et Laquerrière.

Dr A.

Réponse.

Le traitement par air chaud est tarifé 15 + 50 p. cent = 22,50 (art. 26-VI). C'est le prix que vous avez à prendre... mais n'oubliez pas que pour tous ces traitements vous devez auparavant prendre « *l'avis conforme* » du médecin, du patron ou de son assureur substitué (voir note 1 de l'art. 26-V).

Dr F. Decourt.

3174. — Luxation avec fracture

Je suis appelé à 5 kil. de chez moi pour un chauffeur d'auto « qui s'est cassé le bras ».

Je constate une luxation du poignet que je réduis sur place. De plus, je trouve un point douloureux à l'extrémité inférieure du radius. Craignant une fracture, je fais radiographier.

Deux heures après, la radio indique un décollement épiphysaire avec léger déplacement. Je réduis et fais un plâtre.

Dr S.

Réponse.

La réduction de luxation du poignet sans fracture est tarifée 75 francs (article 28). Ici, il y a une fracture de l'épiphyse avec léger déplacement, que vous avez dû réduire et plâtrer. Vous avez donc à compter comme pour fracture de l'extrémité inférieure du radius : 80 francs, car je ne vois pas comment compter *deux réductions d'une seule région articulaire*.

Dr Fernand DECOURT.

3431. — Parution des nouveaux « tarif » et « nomenclature »

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir :

1° Si les nouveaux tarifs des ophtalmologistes sont parus, en matière d'accidents du travail, et notamment si le tarif :

« Extraction de corps étranger de la cornée » a été augmenté et quel est ce nouveau tarif, qui nous a été annoncé par le *Concours médical*, si je ne me trompe ?

2° Si les nouveaux coefficients et tarifs des spécialistes sont parus, en matière d'assurances sociales.

Dr A.

Réponse.

1° En accident du travail pas encore de changement. Il aura lieu sans doute (mais il n'est pas encore signé par le ministre) pour le 1er janvier prochain.

2° en Assurances sociales, nouvelle « Nomenclature » (et non « Tarif »), paraîtra en septembre.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot.

3294. — Prix spécial pour la consultation des spécialistes

Je crois avoir lu dans le *Concours médical* que tout acte accompli par un électro-radiologiste ne pouvait être honoré à un tarif inférieur à 20 fr.

Or, on ne veut me donner que 15 fr. pour une séance d'ultra-violets et 12 fr. pour un traitement électrothérapique (galvanisation).

A. Dr

Réponse.

Ce que vous dites est vrai pour les accidentés du travail (arrêté du 10 avril 1930), où on lit 20 fr. pour les *consultations de spécialistes* au lieu de 15 fr. pour les omnipraticiens, donc prix minimum à considérer.

Mais, dans le nouveau tarif des Pensionnés de guerre, si la consultation fut portée également à 15 fr. dans l'arrêté, dans le Décret du 16 avril 1930, il n'est pas fait mention de prix différent pour les spécialistes.

Toutefois, bien qu'il n'y ait pas de prix spécial pour la consultation des radiologues et électroradiologistes, comme cela a lieu pour les *autres spécialistes* dans le tarif courant où leur consultation est tarifée 20 fr. (urologues, oculistes, O. R. L., stomatologues,) il semble normal qu'il en soit de même pour l'électroradiologue, ce qui fixerait donc le minimum à réclamer.

Dr F. Decourt.

Fiscalité

2259. — Détermination de la valeur locative base de la patente

1° L'an dernier sur ma réclamation, le Directeur des Contributions a réduit la valeur locative base de ma patente de 3.000 fr. à 2.500 fr. par décision qui m'a été notifiée en décembre dernier et à la suite le percepteur m'a remboursé le trop perçu. Je viens de recevoir ma feuille d'impôts pour 1931 et pour l'établissement de cette feuille on n'a pas tenu compte de la réduction accordée par le Directeur des contributions ; la base est reportée à 3.000 fr. comme avant. Dois-je faire une nouvelle réclamation et à qui ? Je croyais qu'automatiquement la réduction accordée serait reportée sur les années suivantes.

2° Le contrôleur est-il obligé de suivre les indications des répartiteurs pour l'évaluation de la valeur locative d'un immeuble en vue de l'établissement de la patente ?

3° Le contribuable qui adresse au contrôleur une demande en réduction de cette valeur locative peut-il demander à être convoqué par la commission des répartiteurs afin de présenter ses observations ?

4° Enfin, un contribuable peut-il prendre connaissance des valeurs locatives servant de base aux patentes des autres patentés de la localité ?

Excusez-moi de vous importuner par ces nombreuses questions qui sont d'un grand intérêt pour moi puisque, ici, pour une valeur locative de 3.000 fr. ma patente s'élève à 5.200 fr.

Dr F.

Réponse.

1° Pour la patente, faites une réclamation régulière au Directeur des contributions directes, ou voyez le contrôleur.

2°. Les répartiteurs n'ont pas à intervenir dans l'établissement de la patente, seul le maire est appelé à donner son avis.

3° Réponse négative.

4° Oui, mais seulement au cours de la formalité de dépôt de la matrice.

A. Martinot.
Conseil Fiscal.

Cinquante-troisième année   N° 29   19 Juillet 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — ***Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.***

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubrocq.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutié de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr NAUD, des Lucs-sur-B., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 242. — Dans pet. ville Normandie, rég. tourist. très fréquentée, jeune confr. céder. poste méd. important chif. d'aff. prouvé très intéress. Indemn. à débatt.

N° 243. — Dr colon. en congé remplacer, confr. parisien août ou septembre.

N° 244. — Jeune Dr actif, ayant auto, cherche représentat. pharmaceut. région bordelaise.

N° 245. — Ain. A céder rég. lyonnaise, pays agréab., poste seul méd., très important, conviendr. à méd. jeune actif. Indemn. 35.000, compt. à débatt.

N°. 246. — Paris. Beau quart., très anc. client., gr. appartem. Indemn. 90.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 247. — Riche résidence de la Brie, poste très import., maison 7 p. jardin, conf. mod. Loyer 6.000. Indemn. 120.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 248. — Normandie. Résid. près gr. ligne, seul méd., bon rendem. maison agréab. Indemn. à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Buvez nos grands vins de Bordeaux. Adressez-vous au producteur. Prix spéciaux à MM. les docteurs, **Paul Faure, Château-Barrieux à Samonac** (Gironde).

« Le Cottage » **Balaruc-les-Bains** (Hérault). Pension prix modérés, en bordure du lac de Thau. Repos, soleil, cure marine. Ouvert toute l'année. Tous traitements assurés.

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Il est indispensable de reminéraliser le tuberculeux sans altérer ses voies digestives. Utilisez donc les comprimés de **Prélase** à base de poudre de prêle, qui constitue le reminéralisant le plus simple, le plus complet et le moins irritant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Nécrologie. — La mort qui est venue mettre fin à la longue et douloureuse agonie de notre pauvre ami René Jacquemaire-Clemenceau nous fait infiniment de peine.

Elle frappe un de nos jeunes, un de ceux dont l'activité, l'entrain, la bonne humeur laissaient espérer de longues années de pratique et une verte vieillesse, pareille à celle du grand aïeul.

Le contact journalier que, depuis plusieurs années, nous avions ensemble à l'Hôpital-Ecole, m'avait fait apprécier en ce collègue les qualités qui font le chirurgien. Nous l'avions tous vu avec curiosité se consacrer à l'étude du traitement des infections microbiennes par le bactériophage ; nous nous instruisions de ses travaux, nous applaudissions à ses succès.

C'est précisément en poursuivant ses recherches, qu'il se fit la piqûre septique grave à laquelle il succombe, à laquelle, vainement pendant ces jours d'angoisse, on a essayé d'opposer les données de la science actuelle.

A tous ceux qui le pleurent, Jacquemaire laissera le souvenir de ce merveilleux courage avec lequel il a supporté la dernière épreuve, luttant contre le mal dont, dès le début, il avait mesuré la gravité, et nous donnant encore, quand tout espoir logique était perdu, l'espérance de le voir revenir guéri parmi nous.

A sa mère éplorée, à tous les siens, nous adressons les condoléances émues des médecins ses amis.

Raphaël MASSART.

— Association française pour l'avancement des sciences. — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu à Nancy, du 20 au 26 juillet 1931. Les réunions de la XII[e] section (sciences médicales) se tiendront sous le patronage des sociétés médicales et des sociétés scientifiques de Nancy.

Les médecins de la région lorraine sont particulièrement invités à y participer. Comité local : à Nancy, 96, rue de Strasbourg (cotisation : 30 fr. ; droit d'entrée : 10 fr.).

— Journées médicales Argentines. — Les premières Journées médicales Argentines auront lieu au mois d'août prochain, sous la présidence du Professeur Castex. Les Professeurs Nobécourt et Legueu y assisteront comme invités.

— Hôpital Beaujon. — *Stéréoradiographie du tube digestif.* — A l'occasion du troisième Congrès international de radiologie, le Professeur H. SURMONT, M. J. TIPREZ (de Lille), et M. J. SURMONT, assistant de radiologie du service, feront une présentation de

films stéréoradiographiques du tube digestif, au laboratoire de radiologie de l'hôpital Beaujon, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 heures à midi.

— **Hôpitaux de Nice.** *Internat.* — Un concours pour dix places d'interne sera ouvert le 19 octobre 1931 aux hospices civils de Nice. Inscription au secrétariat des hospices jusqu'au 4 octobre.

— **Hôpitaux d'Alger.** — Sont nommés, à la suite d'un récent concours : médecin des hôpitaux d'Alger, M. Thiodet ; chirurgien des hôpitaux d'Alger, M. Léon Sabadini.

— **Plombières-les-Bains.** — La station de *Plombières*, l'entéropole de l'Est, qui est aussi station des rhumatisants, a mis en service cette saison des bains de vapeur radio-active en cabines individuelles alimentées par des sources à 60°.

Il est rappelé que la Compagnie fermière accorde la gratuité des traitements à tous les médecins, à leurs femmes et à leurs enfants mineurs non mariés, qui sont exonérés de la taxe de séjour et bénéficient de la gratuité au casino sauf seulement droits et taxes.

— **L'Œuvre du livre français à l'étranger.** — L'Œuvre latine, 51, rue Saint-Georges, Paris, présidée par M. Raoul Follereau, vient de fonder l'*Œuvre du Livre français à l'étranger*, ayant pour but la création de 100 bibliothèques françaises, *gratuites et publiques, dans les pays latins.*

L'UMFIA ou Union médicale latine se fait un plaisir de signaler tout l'intérêt de cette œuvre, et elle engage vivement les médecins qui ont souvent des livres en excédent, à lui envoyer les livres dont ils peuvent disposer et qu'elle fera parvenir à l'Œuvre du livre français à l'étranger.

Il faut encourager cette œuvre, car il est utile que le français soit connu dans tous les pays latins pour que notre influence ne décroisse pas.

Nous demandons à nos confrères qui le pourraient, de faire des dons gracieux de leurs propres ouvrages.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 JUILLET

Enseignement de la médecine.

Décret du 29 juin 1931, portant création d'emplois dans les facultés des départements.

Art. 1er. — Il est créé 15 emplois de professeurs titulaires dans les universités des départements, savoir :

4 dans les facultés de médecine.
5 dans les facultés des sciences.
6 dans les facultés des lettres.

Art. 2. — Ces professeurs seront soumis, en ce qui concerne le classement, l'avancement et les traitements aux lois et règlements qui régissent les professeurs titulaires de chaires.

Art. 3. — Le nombre des professeurs titulaires des facultés et des universités des départements est fixé à 619, non compris les chaires d'Etat instituées à l'aide de subventions ou sur fondations.

....

Art. 7. — Il est créé un emploi d'agrégé non chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Montpellier.

Le nombre des agrégés non chargés d'enseignement des facultés de médecine des départements est fixé à 64.

Art. 8. — Il est créé à la faculté de médecine de Toulouse deux emplois de préparateurs. Le nombre des emplois de préparateurs dans les facultés de médecine des départements est fixé à 87.

Soins aux marins du commerce.

Arrêté du 27 juin 1931.

Article unique. — Les tarifs applicables à partir du 1er juillet 1931 jusqu'au 31 décembre 1931 pour le délaissement forfaitaire des marins du commercee débarqués dans un port de France en cas de maladie ou de blessures sont fixés ainsi qu'il suit :

Tarif des frais d'hospitalisation dans les ports de France.

Directions	Nature du traitement	Prix forfaitaire par catég. (tous frais compris) 1re catég.	2e catég.	3e catég.	4e catég.
Le Havre	Médical	36	36	25	25
	Chirurgical	46	46	31	31
Saint-Servan	Médical	35	35	26	26
	Chirurgical	38	38	29	29
Nantes	Médical	30	27	24	24
	Chirurgical	36	36	29	29
Bordeaux	Médical	38	35	27	27
	Chirurgical	40	38	30	30
Marseille	Médical	52	49	46	43
	Chirurgical	54	51	48	45

Hygiène alimentaire.

Décret du 23 juin 1931 modifiant la règlementation de l'inspection des viandes en Alsace et Lorraine.

Ce document sera publié ultérieurement.

Hygiène industrielle.

Arrêté du 1er juin 1931 fixant la composition de la Commission d'hygiène industrielle.

Article unique. — La composition de la commission d'hygiène industrielle instituée auprès du ministère du travail, est fixée comme suit :

Président.

M. Arthur Fontaine, inspecteur général des mines, président du conseil d'administration du bureau international du travail.

Membres.

M. le Docteur Agasse-Lafont, ancien chef de clinique de la faculté de médecine de Paris, chef du service des études de pathologie professionnelle à l'institut d'hygiène industrielle ; M. le Docteur Balthazard, membre de l'Académie de médecine, doyen de la faculté de médecine de Paris. ; M. le Docteur Bordas, chef du service des laboratoires du ministère des finances ; M. le Docteur Hanriot, membre de l'Académie de médecine ; M. le docteur Heim de Balsac, directeur de l'institut de technique sanitaire, médecin-conseil de l'inspection du travail ; M. le Docteur Laubry, médecin des hôpitaux, médecin conseil de l'inspection du travail ; M. le Docteur Etienne Martin, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Lyon, médecin conseil de l'inspection de travail ; M. le Docteur Meillère, vice-président de l'académie de médecine ; MM. Julien Caen, directeur de l'association des industriels de France contre les accidents du travail ; Darzens, professeur de chimie à l'école polytechnique, membre du comité consultatif des arts et manufactures ; Kohn-Abrest, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police (institut médico-légal) ; Legendre, docteur en médecine, chef du service technique à l'office national des recherches scientifiques et industrielles et des inventions ; Mamy, directeur honoraire de l'association des industriels de France contre les accidents du travail ; Marboutin, ingénieur des arts et manufactures, professeur de salubrité et d'hygiène à l'école centrale des arts et manufactures ; Tassilly, professeur à la faculté de pharmacie de Paris ; Bauchère, président de la fédération des chambres syndicales des fabricants de chaux et ciments de France ; Gounod, vice-président délégué de l'Union des industries chimiques ; Guyard, directeur général des usines de produits chimiques de Saint-Gobain ; Jossier, président de la chambre syndicale des cuirs et peaux de Paris ; Lambert-Ribot, délégué général de l'Union des industries métallurgiques et minières ; de Lavergne, délégué général de la confédération générale de la production française, secrétaire général de l'association d'hygiène industrielle ; Ledeuil, président de la fédération internationale de la teinture et du nettoyage ; Parent, secrétaire général du comité central des houillères de France ; Lapierre (Jules), secrétaire adjoint de la confédération générale du travail ; Panissal, secrétaire de la fédération des travailleurs du sous-sol ; Delerue, secrétaire de la fédération des industries de la pharmacie droguerie, bourse du travail ; Galantus, secrétaire de la fédération des métaux ; Cordier, secrétaire de la fédération du bâtiment ; Laugerotte, secrétaire de la fédération du livre ; Biot, secrétaire de la fédération de l'éclairage et des forces motrices ; Dablin-

court, secrétaire adjoint de la confédération des travailleurs intellectuels ; M. le directeur du travail ; M. le directeur du contrôle des assurances privées ; M. le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de la santé publique ; M. le chef du bureau de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs ; M. le directeur général des chemins de fer au ministère des travaux publics ; M. le directeur des mines au ministère des travaux publics ; M. Lacroix, conseiller d'Etat ; M. Vel Durand, maitre des requêtes au conseil d'Etat.

Secrétaires.

MM. de Mauflastre, sous-chef du bureau de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs ; Desvaux, inspecteur du travail ; Gandois, inspecteur du travail.

3 JUILLET

Enseignement de la médecine.

M. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de Lyon, est nommé professeur de clinique et de prophylaxie de la tuberculose à ladite Faculté (chaire nouvelle).

Sérums et vaccins

M. le Dr Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission des sérums et vaccins, en remplacement de M. le Dr Netter, nommé membre honoraire.

4 JUILLET

Légion d'Honneur.

M. le Dr Menetrel, médecin commandant honoraire, est promu commandeur de la Légion d'honneur.

5 JUILLET

Enseignement de la médecine.

M. Bertin, agrégé près la Faculté de Lille, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (chaire vacante, dernier titulaire : M. Charmeil).

Par décret du 2 juillet, est créé, à la Faculté de Paris, un emploi d'assistant (budget de l'Université, Institut du cancer).

Le nombre des emplois d'assistants de l'Université de Paris rémunérés sur les fonds propres de l'Université est fixé à 12.

Assurances sociales.

Six décrets, fixant, en exécution de l'article 49 de la loi du 30 avril 1930, le régime d'assurances des diverses catégories de salariés énumérées audit article, ainsi que les règles de coordination de ce régime avec le régime général des assurances sociales.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Les assistés de la Seine accidentés du travail ont droit au libre choix du médecin.

13316. — M. Bellocq demande à M. le Ministre du Travail si les assistés du département de la Seine, placés par l'administration chez des particuliers, à la campagne, et gagés (c'est-à-dire liés par un contrat de travail avec un employeur agricole ou autre), alors qu'ils sont, à raison de leurs occupations, victimes d'un accident de travail, ont, à l'égal des autres accidentés du travail, le libre choix du médecin pour recevoir les soins nécessités par ledit accident et jouir de tous les avantages que la loi confère aux accidentés du travail (art. 4, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921). (*Question du* 18 *juin* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.* 1er juillet 1931.)

Cumul des indemnités de transport pour les assurés sociaux.

12800. — M. de Rodez-Benavent demande à M. le Ministre du Travail : 1° si un docteur, qui fait plusieurs visites dans une même localité, au titre des assurances sociales, est en droit de réclamer, pour chacune de ses visites, l'indemnité de transport prévue par la circulaire du 23 septembre 1930 ; 2° si l'indemnité kilométrique, fixée dans ce cas, fait partie du plafond adopté pour les prestations en nature. (*Question du 7 mai* 1931).

Réponse. — 1° Réponse affirmative si le médecin a été appelé par un bénéficiaire de la loi sur les assurances sociales, l'indemnité de 75 centimes par kilomètre prévue par le tarif limitatif des droits à la réassurance ayant été fixée compte tenu des visites « dites en passant » ; 2° réponse affirmative.

(*J. O.* 4 juillet 1931).

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

Du 28 au 31 juillet 1931, se tiendront à Paris, au Palais des Congrès de l'Exposition coloniale internationale, les Journées médicales coloniales.

A cette occasion, des démonstrations de matériel sanitaire militaire exposé à la Section des forces d'Outre-mer seront organisées pour les officiers du Service de santé à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Les médecins officiers de réserve, désireux d'assister à ces journées médicales, recevront une convocation par les soins du Directeur du Service de santé de leur région d'affectation. Cette convocation leur donnera droit au bénéfice du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'exclusion de toute solde ou indemnités.

La participation des médecins de réserve à cette manifestation leur sera comptée comme période d'instruction, sans solde, et venant en déduction de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 de la loi sur le recrutement de l'armée, mais elle ne sera pas considérée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins officiers de réserve ainsi convoqués devront se présenter le jour de leur arrivée à la Direction du Service de santé de la Région de Paris (Hôtel des Invalides), où il leur sera fait connaître le lieu où ils devront signer quotidiennement, matin et soir, une liste d'émargement.

Pour pouvoir prendre part aux Journées médicales coloniales et afin de bénéficier des avantages ci-dessus exposés, les médecins officiers de réserve devront justifier du versement de leur cotisation. Les cotisations sont fixées ainsi : membres actifs, 100 francs ; membres associés (famille des congressistes, étudiants, etc.) 50 francs.

Le montant des cotisations devra être adressé au compte chèques postaux : Paris 1547. Le Comité d'organisation des Journées médicales, 112, boulevard Haussmann, Paris (8e) ou par chèque barré au trésorier : Docteur Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, à Paris.

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ces Journées médicales seront fournis aux officiers à la Direction du Service de santé de leur Région.

HOPITAUX

I

Du droit pour le médecin d'hôpital de réclamer des honoraires aux malades payants.

Un chirurgien des hôpitaux de province nous demande s'il est en droit de passer outre à la décision d'une Commission administrative de son hôpital, qui ne se décide pas à lui accorder l'autorisation de toucher des honoraires de ceux des hospitalisés, qui ne sont pas indigents.

Il a été nommé après concours ; mais le règlement de santé de l'établissement, ainsi que l'affiche, qui faisait connaître les conditions de la fonction, mise au concours, spécifient que, rémunéré à l'année, le médecin ou le chirurgien de l'hôpital doit ses soins à tous les malades que la Commission administrative hospitalise et répartit dans les différentes salles.

Notre confrère nous demande, si, en conséquence, il ne se trouve pas lié par un véritable contrat de travail, qu'il ne peut pas transgresser.

Oui, le médecin d'un hôpital est lié à la Commission administrative de l'établissement par un contrat de travail : les termes de ce dernier sont fixés unilatéralement, par la Commission, après approbation préfectorale.

En s'inscrivant en vue du concours, le médecin est censé avoir pris connaissance de ce règlement, en approuver les termes et en accepter toutes les obligations. Il doit l'accepter, ou le refuser en bloc, sans avoir la possibilité de le discuter.

Dans ces conditions, le praticien doit respecter le contrat de travail, auquel il a souscrit sans réserves. S'il le viole, l'administration hospitalière est en droit de considérer que cet engagement est rompu et que, par suite, le médecin n'appartient plus à l'établissement.

Juridiquement, le médecin d'hôpital doit, aux termes du règlement, ses soins à tous malades, riches comme pauvres, que le directeur, ou l'administrateur de service a placés dans ses salles. Si ledit règlement prévoit des appointements au forfait annuel, sans qu'il soit licite, pour le praticien, de réclamer quoi que ce soit de certains malades, le médecin doit se contenter de cette indemnité forfaitaire, jusqu'au jour où, par persuasion, ou autre moyen, il aura convaincu la Commission administrative d'apporter plus de justice, dans les rapports entre médecin et malades hospitalisés payants.

En fait, depuis 1920, je lutte, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour que soit reconnu, au corps médical hospitalier, le droit aux honoraires, de la part de quiconque, hospitalisé, n'est pas indigent.

Le principe est enfin reconnu, mais ce sont les voies et moyens, qui soulèvent des difficultés.

Alors que je propose la liberté des tractations entre malade et médecin, les représentants des hôpitaux entendent conserver l'autorité complète chez eux. Ils estiment que la solution pourrait être de deux ordres différents.

Dans un premier mode, l'hôpital augmenterait sensiblement les honoraires annuels du corps médical hospitalier, internes et externes compris ; mais ce corps médical ne devrait rien demander directement aux hospitalisés.

Certains présidents de Commissions d'hôpitaux espèrent même pouvoir offrir à leurs médecins des honoraires suffisants, pour qu'ils puissent consacrer tout leur temps à l'hôpital sans faire de clientèle de ville. C'est dire qu'on escompte de sérieux bénéfices par l'exploitation moderne des hôpitaux.

Un deuxième mode consiste dans la reconnaissance du droit, pour les médecins, de toucher des honoraires de qui peut les payer.

Mais, les hospitalisés ne doivent pas être traités, comme des clients de cliniques privées ; l'administration de l'hôpital entend donc imposer, aux corps médical, un tarif, selon lequel des honoraires seront payés, ceux-ci étant perçus, non pas par le praticien, mais par l'économat de l'établissement.

Voir la suite page LV-2307

PROPOS DU JOUR

Un médecin expert victime du devoir

L'attentat dont le Dr Duhamel, d'Agen, a été victime

Personne n'ignore la tentative d'assassinat dont a été victime le Dr Gaston Duhamel, d'Agen. Jusqu'à ce jour, nous nous sommes bornés à annoncer et déplorer l'attentat, car son mobile restait pour nous assez mystérieux. Aujourd'hui, nous possédons des informations précises et sûres, et nous pensons qu'il est nécessaire de les faire connaître dans l'intérêt de tous.

Le Dr Gaston Duhamel exerce à Agen, depuis près de cinq ans. Ancien interne des hôpitaux de Paris, de la promotion de 1923, il avait été successivement l'élève des Professeurs Halbron, Bezançon et Laubry.

Marié, père de trois enfants, il est estimé de tous Sa valeur professionnelle indiscutable, sa correction absolue en ont fait le médecin consultant auquel ont recours tous ses confrères. Sa grande simplicité, sa bonté à l'égard de tous, et surtout à l'égard des déshérités, lui ont attiré l'affection de tous ceux qui l'ont approché.

Le Dr Duhamel a eu une belle conduite pendant la guerre. Médecin auxiliaire, blessé au front, il a été alors décoré de la croix de guerre et de la médaille militaire.

C'est pour toutes ces raisons qu'il avait été désigné comme expert au Tribunal des Pensions. Il s'acquittait de sa tâche délicate en toute conscience. Ancien blessé, il ne pouvait pas ne pas être bienveillant à l'égard de ceux qui, comme lui, avaient été victimes de la guerre. Mais au-dessus de la bienveillance, il y a le devoir et le respect de la vérité et, sur ce point, le Dr Duhamel ne transige pas avec sa conscience.

Il fut récemment chargé d'examiner un pensionné pour tuberculose pulmonaire, âgé de 52 ans, propriétaire dans une commune voisine.

Le pensionné dont l'incapacité, d'abord évaluée à 35 pour 100, avait été élevée à 40 pour 100, l'avait vu réduire à 20 pour 100 et avait fait appel, demandant à être maintenu à 40 pour 100. Le Dr Duhamel fut commis pour l'examiner et conclut que le taux de 20 pour 100 était absolument justifié : le pensionné lui en voua une haine féroce. Esprit aigri, ayant fait des études secondaires incomplètes, violent de caractère, s'il faut en croire les renseignements qui nous sont parvenus, il jura de se venger et mit plus de deux mois à préméditer sa vengeance. Il vendit sa propriété, acheta un revolver et, épiant le Dr Duhamel, il attendit pendant trois jours le moment d'assouvir sa haine. Cette heure fatale arriva : le Dr Duhamel sortait de sa maison ; il le suivit et attendit pour tirer qu'il fut engagé dans une petite rue déserte, sans passants. La première balle atteignit le Dr Duhamel à la région supérieure de la cuisse gauche. Une seconde balle le frappa à la face externe du genou droit. Le Dr Duhamel alors tomba sur les genoux. Non satisfait, le misérable s'approcha de sa victime et, à bout portant, lui déchargea toute son arme dans le dos. Heureusement une seule balle porta : elle entra dans le neuvième espace intercostal et sortit en avant, au-dessous du point appendiculaire.

Transporté aussitôt à la clinique du Dr Delmas, le Dr Duhamel, sous le coup d'un choc effroyable, était livide et sans pouls. Le Dr Delmas hésita, avant d'intervenir, craignant de le voir succomber sur la table d'opération. Quelques heures après, persuadé que le blessé était atteint d'une perforation de l'angle sous-hépatique du côlon, et le trouvant dans un meilleur état grâce aux injections de sérum, de spartéine, d'huile camphrée, etc., le Dr Delmas se décida à opérer son confrère. Il n'y avait pas de perforation, mais un hématome sous-séreux de l'angle colique et une inondation péritonéale par un épanchement de trois quarts de litre de sang noir. Après plusieurs jours d'anxiété et quelques alertes vraiment dramatiques, après avoir ponctionné un vaste hémothorax, l'habile chirurgien qu'est le Dr Delmas ne désespère plus de sauver le blessé.

Quant à l'auteur de l'attentat, aussitôt le coup

accompli, il fut se constituer prisonnier et, avec une stupéfiante tranquillité, sans témoigner le moindre regret, la moindre émotion, fit le récit de la scène dramatique que nous avons exposée ci-dessus.

Le bruit faux avait couru que le meurtrier était un trépané de guerre qui aurait accompli son forfait dans un accès d'aliénation. Cela aurait réduit l'attentat à un simple drame de la folie, dont les médecins sont victimes de temps à autres. Mais il n'en est pas ainsi.

Après la tentative de meurtre du Dr Duhamel, il s'est déclenché dans la région d'Agen une campagne démagogique singulière contre le Corps médical, qui en dit long sur la mentalité que, par un habile « bourrage de crâne », certains agitateurs sont arrivés à donner à de nombreuses victimes de la guerre, et qui est destinée à rendre impossible à remplir la tâche des experts.

Les abus manifestes, dus à des complaisances faciles, font bénéficier certains de faveurs auxquelles ils n'ont pas droit. Ces abus créent des jalousies violentes chez ceux qui, réellement victimes de la guerre, comparent ce qu'on leur donne à ce qui a été attribué aux favorisés. Ils revendiquent avec énergie, parfois avec violence. Exaspérés par la longueur des procès, ils entrent pleins d'espoir dans le cabinet de l'expert, convaincus que c'est de lui et de lui seul que dépend leur avenir. Quelle déception, si l'expert, en conscience, ne croit pas qu'ils aient droit à tout ce qu'ils demandent ! Et si le pensionné est un aigri, un demi-raté, un violent, comme dans le cas présent, à l'esprit gavé d'une littérature haineuse, excité par une propagande anti-sociale, il prépare froidement une terrible vengeance et ce simple, ce vulgaire criminel tente, dans son orgueil imbécile, de s'ériger en justicier.

Il est grand temps que les Pouvoirs publics prennent les mesures nécessaires pour assurer le respect des experts, auxiliaires indispensables de la justice, sans lesquels elle ne serait qu'une parodie, un arbitraire dont les malheureux les plus intéressants seraient fatalement les victimes. Il y va de la santé morale de notre pays et de l'intérêt de tous.

L'auteur de l'attentat commis sur le Dr Duhamel, malgré son épouvantable tranquillité et son incroyable cynisme, n'est pas à notre avis le plus coupable. Les vrais, les dangereux criminels, sont ceux qui ont armé son bras. Ce sont ceux qui inconsciemment (nous l'espérons, pour l'honneur de l'humanité), par des propos tendancieux, des paroles inconsidérées, des réflexions absurdes, l'ont convaincu qu'il était la victime d'un déni de justice, ont éveillé chez lui l'obsession des revendications et ont fait de cet être au cerveau obtus, incapable d'asservir ses actes au contrôle de la raison, le plus détestable et le plus pitoyable des meurtriers.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE PANCRÉAS DANS LA SYPHILIS ACQUISE ET LES CANCERS

Par Joseph Leriche (de Joigny)

Membre fondateur de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.

Le pancréas subit, dans l'infection syphilitique, les mêmes altérations que les autres viscères. Favre (de Lyon) rapporte que l'on a pu trouver à l'autopsie de syphilitiques des lésions pancréatiques qui ne s'étaient, pendant la vie, signalées par aucun trouble, ce qui tend à prouver que les manifestations cliniques, dans la syphilis du pancréas, comportent des lésions suffisamment étendues.

La syphilis peut frapper le pancréas à toutes ses périodes, et les atteintes vasculaires marquent la première étape des altérations tissulaires. Les artères, et spécialement les artérioles, présentent des lésions d'endartérite et de périartérite, alors que les veines sont relativement respectées. D'après A. Paris, la répartition des lésions est très inégale, même entre les vaisseaux de même ordre, et il n'est pas rare de trouver, à côté d'une artériole presque normale, une autre artériole transformée en un cordon fibreux imperméable. Dans quelques cas exceptionnels, le processus de l'artérite se généralise, précipite

son évolution et provoque des lésions précoces de dégénérescence aiguë. « Certains cas de diabète survenus en pleine période secondaire en sont probablement la preuve » (Carnot).

Le plus souvent, l'artérite aboutit à la pancréatite diffuse légère, et ultérieurement à la pancréatite scléreuse. Dans cette forme, l'organe est, en général, augmenté de volume, et l'induration fibreuse peut être totale ou localisée. Les lésions histologiques ont été minutieusement décrites par Faroy qui les a classées en trois degrés :

Premier degré : Sclérose fine, périlobulaire, périacineuse, et même péricellulaire ; acini d'aspect normal ; formes de passage nombreux acini-insulaires, insulo-acineuses ; îlots de Langerhans multipliés ou rares, suivant les cas, le plus souvent multipliés ; ces îlots sont fréquemment sclérosés ; lésions artérielles ; canaux excréteurs avec péricanaliculite ; infiltration lymphocytaire diffuse.

Deuxième degré : La sclérose est plus accentuée ; le tissu acineux est en voie de dégénérescence et de destruction ; formes de passage et îlots de Langerhans comme dans le premier degré ; canaux excréteurs à couches festonnées et desquamées ; lésions artérielles, infiltration lymphoïde diffuse.

Troisième degré : Le tissu de sclérose constitue presque toute la masse glandulaire ; on ne trouve plus que quelques rares débris pancréatiques.

Un fait digne de remarque est la sclérose fréquente des îlots de Langerhans signalée par Faroy. Cette opinion est également soutenue par Walter Sallis. D'après cet auteur, les îlots seraient même souvent atteints dès le début des altérations tissulaires, tandis que Schlesinger et Opie prétendent qu'ils ne sont pas touchés par le processus inflammatoire. Ce qui est certain, c'est que, dans de nombreux cas, ces éléments se trouvent complètement isolés par le tissu scléreux.

Pancréatite gommeuse.

D'autres fois, la glande apparaît comme criblée de petites granulations gommeuses séparées par des bandes de sclérose, ou bien elle présente des nodules gommeux enclavés dans du tissu scléreux, et assez volumineux pour donner un aspect mamelonné à la surface de l'organe.

Dans d'autres cas, la syphilis se manifeste par la présence de deux ou trois grandes gommes entourées d'une coque fibreuse dans un tissu sain.

Pancréatite scléro-gommeuse.

Cette variété, qui est la plus fréquente, résulte de l'association des deux formes précédentes. On y trouve des gommes de volume variable, limitées par un abondant tissu scléreux. La prolifération conjonctive interstitielle est généralisée et imprime à la glande une dureté exceptionnelle. Les altérations vasculaires d'endartérite et d'endophlébite sont, à ce stade, fort nombreuses, et il est probable, comme l'ont signalé Hoppe-Seyler et Carnot, que c'est en majeure partie par l'intermédiaire des altérations vasculaires et d'un trouble nutritif que se produisent les altérations glandulaires, ainsi que les troubles de la sécrétion qui en sont la conséquence.

Troubles fonctionnels de la glande exocrine pancréatique.

Le pancréas, glande mixte exo-endocrine, composée de deux glandes associées : la glande tubulo-acineuse qui intervient activement dans la digestion intestinale, et la glande de Langerhans formée de tissu épithélial groupé en îlots isolés dans la masse des autres éléments, présente une vulnérabilité particulière aux atteintes de la syphilis. Cette vulnérabilité tient, d'une part, à la distribution spéciale des ramifications extrêmes du réseau artériel, et d'autre part au mode de fonctionnement de l'organe.

Les artérioles, issues des collatérales du cercle péripancréatique se ramifient dans l'épaisseur de la glande et se résolvent en un riche réseau capillaire dont les mailles enserrent les culs-de-sac sécréteurs, de telle sorte que la plupart des cellules glandulaires ne sont séparées des vaisseaux que par l'épaisseur de la membrane. Outre qu'une telle disposition facilite la pénétration du spirochète dans le cellules sécrétoires, les troubles locaux résultant de l'artérite affectent directement la cellule dans sa nutrition et dans ses fonctions intrinsèques, en particulier dans ses fonctions de sécrétion et d'excrétion. Il apparaît, d'autre part, que les fonctions de sécrétion se trouvent doublement atteintes en raison du mode de fonctionnement de l'organe. Bien que nos connaissances, sur ce point, soient fort incomplètes, nous savons que la sécrétion pancréatique est déclenchée suivant un rythme régulier : 1° par une action nerveuse (sympathique et pneumogastrique), 2° et surtout par une substance spéciale, la sécrétine, issue de l'action du contenu acide de l'estomac sur la muqueuse duodénale. La sécrétine, transportée par le sang, atteint les cellules pancréatiques et provoque leur sécrétion. Or, l'artérite ayant pour effet de réduire la lumière et l'élasticité des vaisseaux, parfois dans des proportions considérables, il en résulte une diminution de l'apport sanguin et partant une certaine carence de sécrétine. Cette carence, proportionnée à l'étendue et à l'intensité des lésions artérielles et de la substance glandulaire, se traduit toujours par un trouble quantitatif du suc sécrété et détermine des

désordres physiologiques variés dus à la perturbation ou plus exactement à une insuffisance des ferments. Le suc pancréatique, liquide alcalin très complexe, contient plusieurs ferments : la trypsine, l'amylase, une maltase et une lipase, doués de propriétés électives dans les phénomènes de la digestion.

La trypsine est particulièrement abondante. Elle constitue le représentant typique des ferments qui hydrolysent les matières protéiques jusqu'aux acides aminés et jusqu'aux polypeptides. Lorsqu'on soumet une protéine à l'action d'une solution artificielle de trypsine dans des conditions favorables de température et d'alcalinité, on voit qu'elle se désagrège peu à peu et se dissout en laissant un faible résidu insoluble. Dans les processus physiologiques normaux, cette action protéolytique se trouve entravée par des propriétés antitrypsiques du sérum, et celles-ci seraient dues, d'après les recherches de Delezenne, à une action antikinasique ayant pour effet de constituer un mode général de défense de l'organisme vis-à-vis de l'action protéolytique de la trypsine.

Brger et Frebing ont beaucoup insisté sur le pouvoir antitrypsique du sérum dans les néoplasmes et ont admis que cette action était secondaire à la mise en liberté d'une trypsine leucocytaire possédant un rôle digestif vis-à-vis des cellules néoplasiques.

D'autre part, Achalme, Opie, Jochmann et Butzner ayant constaté qu'après l'injection d'une solution de trypsine, il se produit dans le néoplasme une autolyse plus rapide que dans les autres tissus, grâce aux ferments digestifs de la tumeur, on a pensé qu'en favorisant cette auto-digestion par des injections de ferments digestifs hétérogènes on exercerait une action antinéoplasique curative. Partant de cette donnée, John Beard (1906), Shaw, Mackensie, von Leyden, Bergell, Morlon, W. Scamar, Bambridge (de New-York) 1909, eurent recours aux injections de trypsine dans le cancer déclaré et rapportèrent des résultats favorables. Bier fixait la trypsine sur du charbon animal et obtenait ce qu'il appela la Carbenzyme. Cette préparation fut injectée par Bier, Falk, Stricker dans des tumeurs malignes inopérables et détermina des régressions, surtout dans les cas de sarcomes. D'autres expérimentateurs, parmi lesquels Tuffier, se montrèrent moins enthousiastes de la méthode qu'ils accusèrent d'être douloureuse et de provoquer parfois des troubles généraux. Cependant, quelle que soit la diversité des résultats et l'impossibilité d'obtenir une résorption totale des tissus malins par le seul emploi de la trypsine, tous les auteurs reconnaissent que ce ferment exerce une action lytique très nette sur la cellule néoplasique et qu'il se présente comme un agent très actif parmi les substances oncolytiques élaborées par les organes. Ces données nous apportent, en outre quelque lumière sur le pouvoir de défense antinéoplasique normal de la sécrétion pancréatique externe. On conçoit que les lésions progressives de la syphilis acquise, partant de l'artérite pour aboutir à la sclérose diffuse et à la gomme, puissent devenir un important facteur de l'oncogénèse et de la prolifération cancéreuse par les perturbations de sécrétion qu'elles déterminent dans la glande exocrine du pancréas.

Troubles fonctionnels de la glande endocrine pancréatique.

Si l'on considère que la septicémie tréponémique est installée, par voie artérielle, avant même l'apparition du chancre, et que les vaisseaux capillaires des îlots de Langerhans « forment un réseau très développé, sorte de pseudo-glomérule, avec capillaires du type sinusoïde très fragile, d'où la fréquence des épanchements sanguins » (A. Policard), il ne paraît pas douteux que ces éléments glandulaires (dont le chiffre varierait chez l'homme entre 750.000 et 1.500.000 peuvent être fréquemment lésés dès les premiers temps de l'infection, comme l'a constaté Walter Sallis. Le lent travail d'infiltration scléreuse, décrit par Faroy, corrobore cette opinion, et les cas de diabète survenus pendant la période secondaire, rapportés par Carnot, constituent autant de démonstrations cliniques de ces perturbations profondes précoces. Bien qu'il s'agisse, en l'espèce, de cas peu fréquents, ces exemples nous montrent avec quelle rapidité les altérations tissulaires des îlots de Langerhans et les troubles qui les accompagnent sont susceptibles d'évoluer dans la syphilis acquise.

Toutes ces altérations ont pour substratum initial des lésions vasculaires d'endartérite et de périartérite, évoluant vers la sclérose diffuse périvasculaire et interstitielle. Il en résulte que les îlots de Langerhans, indépendamment de leurs lésions intrinsèques, se trouvent, à un moment donné, dissociés et désorganisés par la prolifération conjonctive. La progression de ces altérations tissulaires conduit à une atrophie plus ou moins accentuée des éléments glandulaires, et a pour caractéristique une déficience physiologique croissante qui intéresse directement la glyco-régulation. C'est ainsi que les lésions syphilitiques tardives du pancréas peuvent s'accompagner de glycosurie et des symptômes du diabète maigre. Cordier, Carnot et Harvier, Faroy ont rapporté des observations très démonstratives de diabète syphilitique, mais ces cas sont relativement peu fréquents par rapport au nombre des syphilitiques, et ils comportent, d'après les protocoles d'autopsie, des lésions scléro-gommeuses très étendues.

En dehors de ces manifestations extrêmes qui

marquent le terme ultime des troubles pancréatiques endocriniens, il existe de nombreuses formes intermédiaires, beaucoup plus communes. Selon l'intensité des lésions, ces pancréatites à type chronique donnent, tantôt lieu à des symptômes frustres avec glycosurie transitoire ou persistante ; tantôt elles ne s'accompagnent d'aucun trouble apparent, sans glycosurie, et constituent ce que l'on a appelé les pancréatites syphilitiques latentes, qui ne sont découvertes qu'à l'autopsie. Dans ce groupe rentre la pancréatite syphilitique diffuse, légère, signalée par Faroy, qui ne peut être dépistée qu'à l'aide du microscope et apparaît beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose d'ordinaire.

Au point de vue fonctionnel, elles provoquent des déviations qui portent sur les sécrétions et se traduisent par un trouble quantitatif des hormones pancréatiques, en particulier de l'insuline. Le déficit reste proportionnel au degré des lésions et porte une atteinte plus ou moins forte au métabolisme des hydrates de carbone. Dans tous les cas, le taux de la tolérance aux hydrates de carbone est abaissé, et l'hyperglycémie ouvre l'ère des troubles physio-pathologiques. Cette hyperglycémie se caractérise, en général, par une évolution lente, insidieuse, persistante, et souvent progressive jusqu'à l'apparition de la glycosurie. Nous avons vu que, dans certains cas, la glycosurie peut devenir très intense et provoquer un véritable diabète pancréatique syphilitique, mais elle est loin d'être constante alors que l'hyperglycémie est la règle.

Un tel processus offre une importance considérable par les perturbations humorales multiples, directes et indirectes, qu'il provoque. Aujourd'hui, la plupart des cancérologues s'accordent à reconnaître qu'il existe « un terrain cancéreux particulier avec altérations humorales, à la formation duquel concouraient des troubles de fonctionnement des sécrétions internes et que, parmi ces altérations de fonction, les troubles du métabolisme des hydrates de carbone jouaient un rôle important » (E. Joltrain, T. Revesz et R. Wolff). D'après Slosse et Reding, les troubles du mécanisme glyco-régulateur sont installés dans le précancer, et « il existe, à n'en pas douter, un rapport de causalité entre les altérations du pH et de la glycémie et l'éclosion de la tumeur ». D'autre part, « l'altération du mécanisme glycorégulateur va croissant avec la gravité de la maladie depuis la période précancéreuse jusqu'à son développement complet ». Il en résulte que les troubles de la glycorégulation ne doivent pas être considérés comme « une conséquence de l'activité néoplasique, mais comme l'expression d'une altération primaire du métabolisme des glucides » (E. Joltrain, T. Revesz et R. Wolff). Tout en faisant la part des récentes acquisitions sur les diverses sources de l'insuline qui est également élaborée par d'autres organes que le pancréas (en particulier par les glandes salivaires, la parotide, le thymus qui en renferment beaucoup) il ressort de ces importantes données que les altérations des îlots de Langerhans dans la syphilis acquise ont une part active dans la genèse du terrain cancéreux et dans les phénomènes de cancérisation par les troubles insidieux et progressifs qu'elles déterminent dans le mécanisme régulateur de la constante glycémique.

Troubles fonctionnels du pancréas inhérents à la syphilis des centres nerveux.

Indépendamment de ces troubles qui sont une des conséquences directes des lésions glandulaires, il faut envisager les modifications morbides qu'imprime la syphilis des centres nerveux au mécanisme sécrétoire. La piqûre du bulbe au « point diabétique » de Cl. Bernard démontre, à l'évidence, le rôle important qui est dévolu au système nerveux central dans la régulation glycémique. Cette expérience typique a été le point de départ de nombreuses recherches (Chauveau et Kaufmann, Hédon, Mayer, Wertheimer et Battez, de Corral) sur le processus de la glycosurie provoquée. A l'heure actuelle, la majeure partie des physiologistes admettent qu'il existe un centre nerveux dans la région bulbo-protubérantielle qui intervient dans la régulation de la sécrétion interne du pancréas. « Le fait que l'hypoglycémie causée par l'insuline détermine des convulsions dont l'origine paraît bien être une forte excitation des centres protubérantiels, nous invite à penser que ces centres doivent être très sensibles aux modifications de la teneur en sucre du sang, et qu'ils peuvent sans doute réagir pour produire sur le foie et le pancréas des modifications dans le sens nécessaire pour rétablir l'équilibre glycémique... Pour ce qui est de la voie nerveuse empruntée jusqu'au pancréas, le sympathique n'est probablement pas la seule ; le pneumogastrique doit sans doute aussi en faire partie d'après une expérience de de Corral » (E. Hédon et L. Hédon). Comme conséquence, les lésions variées qui, dans la syphilis acquise, peuvent frapper les centres du sympathique et du pneumogastrique, se traduiront par des troubles fonctionnels locaux dont l'action retentira sur la régulation des glucides.

L'artérite et l'athérome.

A la base des manifestations syphilitiques de l'encéphale, de même que dans tous les grands processus de l'infection syphilitique, les lésions artérielles se présentent comme le facteur le plus actif, le plus étendu, et le plus constant. Le tréponème a une prédilection particulière pour les artères dont il infiltre les parois de façon

précoce et rapide (Brault, Laveran, Lécorché et Talamon, C. Paul, Peter, Cornil, Lancereaux, Dieulafoy, Fournier, Thibierge, Darier, Druelle, Deguy). « Telle est la fréquence de l'artérite syphilitique qu'on la retrouve à toutes les périodes de la maladie » (H. Roger et A. Gouget). Dans le chancre, Cornil a signalé l'épaississement scléreux des parois artérielles, en particulier de la tunique externe, et a découvert le tréponème pâle dans ces mêmes parois. Il en résulte que, dès la période secondaire d'une syphilis tardivement traitée, comme il arrive le plus souvent, l'infiltration des artérioles par le parasite atteint une étendue considérable. Cet essaimage rapide nous explique la fréquence des artérites, même au cours de la première année. Il importe donc d'envisager les modifications histologiques et les nombreuses perturbations physiologiques que déterminent les artériolites diffuses « communes à toutes les périodes de la maladie ». Ces artériolites donnent naissance à des troubles qui portent sur le tonus et le calibre des petits vaisseaux, font obstacle au mécanisme fonctionnel des organes, altèrent l'intégrité de l'influx nerveux, et en dernier ressort portent atteinte à la stabilité des composants des humeurs. Ces troubles augmentent considérablement la vulnérabilité du sujet, et s'ils n'ont ni la profondeur, ni le caractère chronique invétéré et, à vrai dire, constitutionnel des altérations organiques et humorales que transmet, d'un bloc, la syphilis héréditaire, il ne reste pas moins vrai, comme l'a écrit Leitner, qu' « il faut considérer tout syphilitique comme en état de précancer ».

En dehors des manifestations d'artérite, nous savons que la syphilis acquise est un des agents les plus puissants de l'artério-sclérose et de l'athérome. Welch, Brault, A. Fraenkel, Edgren, Runberg, Virchow, Cornil, attribuent à la syphilis acquise divers cas d'athérome survenant chez des sujets jeunes, en l'absence de toute autre cause appréciable. D'autre part, Hasselbach et Huber ont noté une calcification très marquée des artères des extrémités chez deux syphilitiques de vingt-deux et vingt-neuf ans, et Huber a retrouvé cette infiltration calcaire même sur les artères cérébrales. Dans un autre cas, rapporté par le même auteur, concernant une prostituée morte au sixième mois de sa syphilis, la plupart des artères étaient calcifiées, rétrécies, thrombosées ou ectasiées.

Ainsi, la syphilis acquise frappe les artères suivant deux modes distincts, de façon précoce et parfois intensive, dès les premières phases de la maladie.

Une des conséquences les plus redoutables de l'artérite syphilitique et de l'athérome réside dans la diminution de l'élasticité et surtout, en ce qui concerne l'artérite, de la lumière du vaisseau pouvant aller jusqu'à l'obstruction totale, ce qui est loin d'être une exception pour les artères de moyen calibre, les artérioles et leurs ramifications extrêmes. Ces atteintes profondes à la texture des vaisseaux donnent naissance à des troubles multiples qui, pendant longtemps, peuvent rester silencieux, et ceux-ci sont d'autant plus accentués et étendus que les artères lésées sont plus petites et plus nombreuses, si l'on considère que le mécanisme normal des organes reste subordonné à l'intégrité des capillaires.

Rôle de l'artérite et de l'athérome des artères cérébrales.

Au point de vue clinique, l'artérite cérébrale se présente comme la localisation la plus fréquente de l'artérite syphilitique, vraisemblablement parce qu'elle s'accompagne de prodromes et de symptômes inhérents à la localisation, alors que ceux-ci font généralement défaut dans les artérites et artériolites des viscères profonds. Cette propension particulière de l'artérite syphilitique pour les centres nerveux et pour l'encéphale est explicable par la richesse vasculaire et l'arborisation très dense des capillaires dans ces régions.

Si, dans un très grand nombre de cas, les accidents majeurs de l'artérite cérébrale atteignent leur maximum d'intensité à la période tertiaire, c'est-à-dire à partir de la troisième année, il n'est certes pas rare de les voir survenir beaucoup plus tôt. « Ce sont, dit Lancereaux, des accidents précoces apparaissant un ou deux ans après le début de la syphilis ». D'après la statistique de Neisser et Marschalko, c'est dans la seconde et la troisième années que l'artérite cérébrale atteindrait sa plus grande fréquence. En réalité, ces données n'ont rien d'absolu, car de nombreux exemples d'artérite ont été observés « dans le cours de la première année (Gaudichier et Gjon en ont réuni une cinquantaine d'observations), au bout de huit mois (Spillmann, Leroy, Darier), de sept mois (Jolly, Baudoin, Mitterhuber), de six mois (Muller, Alelekorff, Rumpt), de cinq mois et demi (Geffrier, Fournier), de cinq mois (Hahn), de trois mois (Leudet, Herxheimer), de deux mois (Brasch). Chez un malade de Kahler, atteint de ramollissement de la protubérance par thrombose artérielle, le chancre induré n'avait pas encore disparu » (H. Roger et A. Gouget). Tous ces exemples démontrent, de façon évidente, que l'artérite cérébrale est susceptible de s'installer indifféremment à toutes les périodes de la maladie. Il est fort probable, d'ailleurs, que cette localisation est beaucoup plus fréquente que ne le laissent supposer les statistiques, attendu que celles-ci ne reposent que sur les cas d'artérite aiguë ou subaiguë, avec des symptômes cliniques bien différenciés, corres-

pondant à un état déjà avancé des lésions. Il est à présumer qu'il existe un très grand nombre de cas où les lésions d'artérite, sans parvenir au stade des symptômes cliniques, apportent un trouble dans le mécanisme fonctionnel de l'encéphale.

A côté des formes franches aiguës ou subaiguës qui se caractérisent par des altérations tissulaires profondes et des symptômes cliniques caractéristiques, l'artérite cérébrale revêt, dans son évolution, de très grandes modalités qui paraissent autant en rapport avec la virulence du parasite qu'avec la période de la maladie où elle fait son apparition. D'autre part, si le pronostic de l'artérite syphilitique, est, en général, moins sombre que celui des autres artérites en raison de l'action curative du traitement spécifique, il est bien démontré que les résultats du traitement sont subordonnés au degré des lésions, et il n'est pas rare de voir ces lésions affecter le type chronique oblitérant ou ectasiant. Dans d'autres cas, où le processus inflammatoire a été enrayé au niveau des vaisseaux nourriciers, la tunique interne reste épaissie et irrégulière, les éléments musculaires de la tunique moyenne, primitivement lésés, ne récupèrent pas leur intégrité, de telle sorte que les petits vaisseaux ont un calibre diminué et une élasticité réduite ou nulle, ce qui constitue une entrave permanente au mécanisme fonctionnel de l'encéphale et de l'appareil nerveux organo-végétatif.

Quelle que soit la nature des lésions des artères de l'encéphale, qu'il s'agisse d'artérite ou d'athérome, il faut considérer que toute atteinte au calibre et à l'élasticité des vaisseaux détermine un trouble de la circulation qui retentit sur la nutrition et les fonctions intrinsèques de la cellule nerveuse et provoque de l'hypotonie. Comme conséquence, les divers centres encéphaliques du système nerveux organo-végétatif (sympathique et parasympathique) dont l'activité exerce une action stimulante sur les sécrétions endocriniennes (sécrétions thyroïdienne, surrénale, pancréatique) se trouvent directement lésés dans leur mécanisme, et il en résulte des perturbations fonctionnelles qui s'accompagnent de troubles d'autant plus importants qu'ils intéressent tous les grands processus généraux de la vie organo-végétative parmi lesquels la régulation des fonctions des endocrines.

En dehors des lésions artérielles, nous rappellerons que le tréponème détermine des altérations souvent profondes de la substance nerveuse et des méninges, de l'enveloppe ostéo-fibreuse qui les protège et des cordons qui en émanent ou y aboutissent. Ce polymorphisme, caractéristique de la syphilis neuro-vasculaire et de l'encéphale nous éclaire sur la multiplicité et la complexité des troubles fonctionnels et humoraux, très souvent latents, auxquels il donne naissance.

Les troubles fonctionnels du pancréas dans la syphilis acquise et les inter-relations glandulaires.

Nos connaissances sur les inter-relations du pancréas avec les autres glandes, sont, pour la plupart, vagues et imprécises. La relation qui existe entre le pancréas et les glandes surrénales paraît être une des mieux connues depuis les recherches de F. Blum. Cet auteur a découvert que l'injection d'adrénaline produit de la glycosurie avec hyperglycémie et une notable diminution du glycogène du foie. L'adrénaline exercerait une action antagoniste de celle de l'insuline, et cela explique pourquoi un excès d'adrénaline déclenche la glycosurie.

Il se dégage des expériences de Cannon, de Houssay et de leurs collaborateurs, de Zunz et La Barre qu'il existe une relation fonctionnelle entre le pancréas et les surrénales pour le mécanisme de la régulation glycémique. L'hypoglycémie insulinique provoque une décharge d'adrénaline et inversement l'injection intraveineuse d'adrénaline entraîne une hyper-insulinémie compensatrice. Il s'en suit que les perturbations de sécrétion des îlots de Langerhans auraient pour effet de mobiliser et d'intensifier les propriété glycémiantes de l'adrénaline, vraisemblablement par une action réflexe excito-motrice sur le système chromaffine. On admet qu'il existe une inter-relation humorale entre le pancréas et l'hypophyse d'une part (Burn, Olmstead, Logan), la thyroïde et les parathyroïdes d'autre part (Lorand, Eppinger, Falta, Rudinger), mais nos acquisitions sur ce sujet sont beaucoup trop hypothétiques pour qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de dégager les répercussions pathologiques des troubles de la sécrétion pancréatique sur le mécanisme fonctionnel de ces diverses glandes.

Résumé et conclusions.

Le pancréas, glande mixte exo-endocrine, offre aux atteintes de la syphilis acquise une vulnérabilité particulière qui tient d'une part, à la distribution spéciale des ramifications extrêmes du réseau artériel, et d'autre part, au mode fonctionnel de la glande exocrine.

Les lésions d'artérite ouvrent l'ère des altérations tissulaires. Ces altérations s'installent de façon précoce, rapide, insidieuse, et souvent étendue pour aboutir à la pancréatite syphilitique diffuse légère, première étape des altérations glandulaires globales. Cette variété est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose d'ordinaire (Faroy). Elle échappe à l'investigation clinique (pancréatite syphilitique latente, découverte à l'autopsie) et donne naissance à des perturbations fonctionnelles latentes qui intéressent directement le mécanisme glyco-régulateur et

le pouvoir oncolytique de la sécrétion exocrine.

Ultérieurement, le processus syphilitique aboutit, soit à la pancréatite scléreuse diffuse, soit à la pancréatite gommeuse ou scléro-gommeuse.

Parallèlement à l'évolution de ces lésions diverses, il se produit une accentuation proportionnelle des perturbations de sécrétion qui augmente considérablement les troubles du métabolisme des glucides et de la fonction exocrine.

Si le diabète pancréatique syphilitique vrai est rare, la glycosurie est fréquente et l'hyperglycémie constante. Cette hyperglycémie a pour caractéristique son installation précoce et insidieuse, sa persistance et sa progression fréquente, conséquence normale des altérations des îlots de Langerhans dont elle reflète l'étendue et l'intensité.

De telles données ont une importance capitale. Les travaux de Slosse, Reding, Sandrail ont mis en évidence que les troubles du mécanisme glyco-régulateur sont installés dans le précancer, et qu'il existe, à n'en pas douter, un rapport de causalité entre les altérations du pH et de la glycémie et l'éclosion du cancer. D'autre part, Joltrain, Revesz et Wolff sont arrivés aux mêmes conclusions et considèrent les troubles de la glyco-régulation non comme « une conséquence de l'activité néoplasique, mais comme l'expression d'une altération primaire du métabolisme des glucides ».

Il résulte de toutes ces acquisitions que les lésions variées du pancréas dans la syphilis acquise jouent un rôle très important dans la genèse du terrain cancéreux et dans les phénomènes de cancérisation, par les troubles plus ou moins profonds et persistants qu'elles impriment au mécanisme glyco-régulateur, ainsi qu'aux pouvoirs normaux de défense antinéoplasique de la glande exocrine. Il ne paraît pas douteux que ces troubles complexes constituent, pour le syphilitique, un des facteurs prédisposants de la plus haute importance.

BIBLIOGRAPHIE

H. Roger et A. Gouget. — Maladies des artères et de l'aorte. (*In* « Nouveau traité de médecine et de thérapeutique », Baillière et fils, 1907.)

Leitner. — La syphilis est-elle une cause de cancer ? (Thèse de Bordeaux, 1928, Cadoret, éditeur.)

H. Grenet, R. Levent et L. Pelissier. — Les syphilis viscérales tardives. (Masson et Cie, 1927.)

Delpy. — Des rapports de la syphilis avec quelques glandes à sécrétion interne. (Thèse de Paris, 1911, J. Rousset, éditeur.)

Ribadeau-Dumas. — Syphilis des viscères. (*In* « Précis de syphiligraphie du Professeur Gaucher », 1909, O. Doin, éditeur.)

Apert. — Pathologie des glandes endocrines. (*In* « Nouveau traité de médecine », Masson et Cie, éditeur, 1925.)

Favre (de Lyon). — Syphilis de l'appareil digestif et de ses annexes. (*In* « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée », t. I, Maloine et fils, éditeurs, Paris, 1925.)

A. Guillaume. — L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques, O. Doin, 1929.

R. Reding. — Contribution à l'étude des mécanismes biologiques régulateurs de la division cellulaire. (*Le Cancer*, 1928, n° 2.)

Faroy. — La syphilis du pancréas. (*Journ. méd. français*, déc., 1922.)

Lindborn. — Contribution à l'étude de la syphilis du pancréas chez l'adulte. (*Acta médica-scandanivica*, vol. 59, fasc. 1, 1923.)

E. Hédon et L. Hédon. — Pancréas. Sécrétion interne. (*In* « Traité de physiologie normale et pathologique », t. 4, 1928, Masson et Cie.)

Ch. Champy. — Histologie des organes. (J.-B. Baillière et fils, 1928.)

A. Policard. — « Précis d'histologie physiologique ». (G. Doin et Cie, 1928.)

J. Parisot et G. Richard. — Les glandes endocrines. (G. Doin, 1923.)

A. Choay. — La sécrétion interne du pancréas et l'insuline. (Masson et Cie, 1926.)

E. Lambling. — « Précis de Biochimie ». (Masson et Cie, 1925.)

M. Sandrail. — La phase précancéreuse. (*Les néoplasmes*, 1926, n° 2.)

G. Pacetto. — Sur les pouvoirs antinéoplasiques de l'organisme humain. (*Le Cancer*, 1928, n° 1.)

E. Joltrain, T. Revesz et R. Wolff. — Cancer et troubles du métabolisme des sucres. (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, mars 1928.)

P. Carnot. — Maladies des glandes salivaires et du pancréas. (*In* « Nouveau traité de médecine et de thérapeutique », Baillière et fils, éditeurs, 1908.)

Schlesinger. — Pancréatites syphilitiques. (*Virchow's Archiv*, 1898.)

C. Huber. — Pancréatites syphilitica. (*Arch. f. Heilk*, 1878.)

Charnaux. — Essai sur le diabète syphilitique. (Thèse de Paris, 1894.)

Darier. — De l'artérite syphilitique, Paris 1904.

Thibierge. — Les lésions artérielles de la syphilis. (*Gaz. des hôp.*, 1889.)

Brault. — Les artérites. (*In* Coll. Léauté, 1897.)

P. Lereboullet. — Considérations générales sur les glandes endocrines et leur pathologie. (*In* « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée », t. 9, N. Maloine, 1927.)

M. Chiray et Lebon. — Les insuffisances pancréatiques. (Masson et Cie, 1926.)

CONSULTATIONS DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIQUES

Par Louis Bory

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Un cas sévère d'impétigo infantile

Il est un certain nombre d'affections cutanées pour lesquelles le spécialiste consulté ne peut pas se borner à renvoyer le malade à sa famille ou à son médecin avec une ordonnance, même minutieusement détaillée ; ses conseils, dictés par l'impression du jour, risquent de ne plus être valables pour les jours qui suivront, les indications thérapeutiques variant avec l'état des téguments et pouvant être le lendemain contraires aux conseils de la veille. En outre, il lui est difficile d'indiquer, verbalement ou par écrit, le détail exact de ce qu'il désire, surtout lorsqu'il s'agit de lésions étendues ou multiples, à des degrés différents d'évolution ou de complication suivant le point envisagé. Enfin, malgré tous les efforts de la famille ou du médecin traitant, le traitement risque de ne pas répondre à ses espoirs parce qu'il peut rarement, dans ces conditions, être réalisé matériellement avec la technique minutieuse indispensable.

Aussi, pour rendre service à tous et ... sauvegarder aussi sa propre réputation, le spécialiste doit-il mettre la main à la pâte et, — pour un temps au moins — opérer lui-même.

L'exemple que voici, et qui est courant, montre que le mot d'opération n'est pas exagéré pour désigner l'ensemble des premiers soins que je donnai ces jours passés à un jeune enfant de 25 mois ; il n'avait guère apparence humaine le jour où il me fut amené de province, accompagné de trois personnes de sa famille, désolées du caractère inquiétant et rebelle, envahissant, d'une « gourme », qu'aucun traitement ne parvenait à améliorer.

L'affection couvrait en effet tout le visage, le cou, les membres inférieurs ; les mains et avant bras commençaient à se prendre. L'aspect du visage était bien le plus inhumain que l'on puisse rêver, et digne de tenter un Goya transporté au siècle de l'impressionisme : tuméfaction ; rougeur ; suppuration ; croûtes épaisses, adhérentes en totalité ou décollées sur les bords, entourant la bouche, obstruant les narines, formant falaise autour des yeux clos par les cils accolés et dont les paupières n'avaient pu être ouvertes depuis 48 heures ; la thérapeutique avait elle-même ajouté à la couleur du tableau et de larges touches de bleu, répétées les derniers jours, mêlaient leurs pointillés d'« Indépendants » aux jaunes de miel des croûtes récentes, aux noirs bleutés des anciennes, aux noirs sanguins de quelques-unes, au rouge diffus du fond de toile, qu'une dernière couche d'une récente pommade avait comme vernis pour la prochaine exposition ?

Pourquoi les diverses médications utilisées jusqu'ici n'avaient-elles abouti qu'à cette aggravation ? Sans hésitation, on peut répondre : parce qu'elles avaient été confiées à la famille. En pareil cas, le dévouement des proches ne suffit pas ; l'art médical ne peut être remplacé. Il doit normalement en huit à dix jours amener la guérison.

La première indication, la plus essentielle, l'unique même peut-on dire, est d'y voir clair et, pour cela, de débarrasser la peau de toutes les croûtes, toutes les pommades, toutes les couleurs artificielles qui masquent ses lésions fondamentales. Armez-vous pour cela d'un petit *pulvérisateur à vapeur* , dont le récipient extérieur sera rempli d'eau bouillie chaude additionnée d'une ou deux cuillerées à café (pour un verre d'eau de 200 gr.) d'eau d'Alibour ; de *quelques tampons* de gaze et d'ouate bouillie dans une solution semblable ; d'une petite curette, ou mieux d'un *petit grattoir* du modèle de ceux qui servent à nous renseigner sur les résultats du grattage méthodique, pour le diagnostic de quelques dermatoses. Au cours de la pulvérisation, le grattoir soulève délicatement, au fur et à mesure que l'eau les ramollit, les croûtes adhérentes, que les tampons mouillés ne suffisent pas à détacher. N'insistez pas trop si la croûte trop dure risque, en se détachant d'entraîner une portion de tissu sain, de provoquer du saignement et une douleur qui gêneront votre action et rendront plus malaisée la tenue de l'enfant. Celui-ci crie toujours au cours de l'opération, au début du moins, car le jet de vapeur et de gouttelettes le surprend et le suffoque un peu : plus la manœuvre avance, plus il se calme, la pulvérisation amenant une détente dans son malaise cutané. Le pulvérisateur doit être à distance suffisante pour que la partie traitée reçoive un jet tiède, que la main de l'opérateur doit contrôler de temps à autre.

La région ainsi nettoyée (il y faut bien une bonne demi-heure pour le visage et les oreilles), la deuxième indication est de placer sur les régions enflammées un pansement antiphlogistique ; le meilleur en l'espèce est le *pansement humide.* Il doit porter seulement sur des surfaces inflammatoires. C'est pourquoi, avant de placer vos compresses humides très étreintes et de les recouvrir d'un taffetas chiffon imperméable, pre-

nez une spatule ou un abaisse-langue en bois et un pot de pommade isolante (par exemple : Kaolin, oxyde de zinc, vaseline, lanoline, huile d'amandes douces, parties égales, avec addition de deux cc. d'eucalyptol pour cent) ; après assèchement, recouvrez de cette pommade toutes les parties saines ou à peine rouges de la périphérie. Appliquez le pansement humide et poudrez largement au talc ou à la minéraline les limites même de ce pansement, que vous pouvez laisser 24 heures.

Au bout de ce temps, il se peut qu'il soit un peu malodorant ; mais vous noterez déjà une amélioration surprenante ; vous recommencerez la pulvérisation, compléterez le décapage, pourrez déjà recouvrir de pommade des surfaces, qui suintaient la veille, sont asséchées aujourd'hui et supporteront désormais le corps gras protecteur. Gagnant ainsi, avec celui-ci, chaque jour, du terrain sur les surfaces enflammées et suintantes, vous arriverez, vers le quatrième ou cinquième jour, à recouvrir de pommade toute la surface traitée.

Vers le sixième ou septième jour, n'hésitez pas à recommander aux parents de faire prendre un grand bain chaud à leur petit malade, après l'avoir largement nettoyé et savonné hors du bain. Qu'ils se contentent ensuite de poudrer au talc ou à l'amidon toutes les surfaces encore rouges et de laisser le tout sans autre pansement pendant 24 à 48 heures.

Au bout de ce temps, il est bon de faire un jour sur deux sur les points qui furent atteints ou qui le sont encore une onction de ma pommade xylo-iodée faible (iode 0,50 ; xylol 10 cc. ; vaseline ou huile de vaseline 100). Elle doit être employée dès le premier jour sur les régions pileuses, le cuir chevelu, dont l'impetigo cède rapidement, sans pansement humide, à son action.

Ainsi, huit à dix jours suffisent à amener la guérison de l'impetigo en apparence le plus invétéré. C'est ce qui s'est produit dans le cas relaté ci-dessus : au bout de 48 heures, la suppuration cutanée était à peu près entièrement tarie, les croûtes avaient disparu, les yeux commençaient à s'ouvrir ; au 4e jour, la transformation était radicale et cette jeune enfant pouvait être ramenée, sans pansement, vers sa petite ville de province, après six jours de traitement.

Une crainte, souvent exprimée par les parents, en présence de guérisons si rapides, et qui engage notre responsabilité, mérite d'être discutée. Il s'agit de la possibilité d'accidents généraux graves, de l'ordre des métastases, dont l'éventualité fait désirer à certains une suppression moins rapide des suppurations cutanées, surtout chez de très jeunes enfants. Il est hors de doute, et il convient, dès le début, de ne pas le laisser ignorer aux familles, que ces enfants, largement infectés en surface, le sont aussi en profondeur, comme le démontrent les adénopathies qui existent en pareil cas. Il est donc essentiel de ne pas les traiter simplement en dermatologiste ; il faut les surveiller, recommander qu'on les tienne au chaud, éviter qu'ils se refroidissent, leur redonner rapidement leur bain chaud quotidien, dès que les suppurations sont taries, les tonifier de boissons chaudes et sucrées, d'un peu de café... Enfin et surtout, il faut éviter d'user pour les pansements de substances toxiques, que les grandes surfaces traitées peuvent faire résorber de façon massive : pas de soufre, pas de résorcine, pas d'acide salicylique, pas de bismuth... De l'eau simplement, pure ou faiblement additionnée d'eau d'Alibour ; une pâte couvrante, inerte, faiblement eucalyptolée ... et c'est tout. De la vaseline xylo-iodée faible sur le cuir chevelu, et plus tard sur d'autres surfaces, mais toujours limitées et variables si l'on veut chaque jour ; tel est le seul médicament résorbable qui reste permis, parce que l'iode contribue à poursuivre l'infection jusque dans les profondeurs et à éviter ainsi les conséquences redoutées, dont la plupart sont, je le crois, dues à des intoxications par la surface cutanée ou à des broncho-pneumonies favorisées par l'état précaire du sujet et son refroidissement.

LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Un moyen de guérir le décollement rétinien

D'après les travaux du Professeur GONIN (1), et ceux du Professeur SOURDILLE. (2)

Le décollement rétinien, malgré sa grande importance clinique et sociale, comporte généralement un pronostic tout à fait défavorable. La raison en semble tenir à ce fait que sa nature et ses causes déterminantes sont mal connues.

On se contente dès lors de traiter des causes générales, que l'on soupçonne être la cause d'un exsudat choroïdien : tuberculose, syphilis, hyperthyroïdie, hypertension artérielle ou insuffisance rénale. Localement, on pratique des injections sous-conjonctivales hypertoniques dans le but d'amener la résorption de l'exsudat sous-rétinien ou d'augmenter, tout au contraire, la tension intra-oculaire. Le repos au lit et le bandage compressif sont regardés comme les adjuvants, que l'on prolonge souvent pendant des semaines et des mois. Mais, toutes ces mesures thérapeutiques aboutissent, dans la règle et de l'aveu de presque tous les auteurs, à un insuccès complet ou à une amélioration partielle, trop souvent suivie de rechute.

Cependant le Prof. Gonin a pu démontrer que, loin d'être le produit d'une exsudation pathologique comme un épanchement pleurétique, *le liquide amassé derrière la rétine n'est autre que le liquide normal du corps vitré, qui,* AU TRAVERS D'UNE DÉCHIRURE, *a passé dans l'espace rétrorétinien.* La déchirure en question est, en effet, reconnaissable avec l'ophtalmoscope dans la grande majorité des cas, bien qu'il faille souvent la rechercher avec beaucoup d'attention ; sa forme en circonflexe ou en fer à cheval, dessinant un lambeau qui fait saillie dans le corps vitré, avec sa base du côté de la périphérie rétinienne, démontre qu'elle s'est produite par arrachement de ce lambeau rétinien d'arrière en avant, et qu'une adhérence anormale avec le corps vitré peut seule avoir provoqué cet accident. L'examen anatomique des yeux atteints de myopie forte ou d'altérations séniles, ou de choroïdite périphérique, démontre en effet que le corps vitré est fréquemment décollé de la région postérieure de l'œil et qu'il s'est rétracté d'arrière en avant, retenu parfois dans ce mouvement de rétraction par des adhérences à la rétine dans la région équatoriale de l'œil. Que ces adhérences localisées soient soumises à une trop forte tension, soit par suite de l'allongement de l'œil dans la myopie progressive, soit à l'occasion d'un léger choc, ou d'un autre ébranlement du corps vitré, voilà leur point d'attache sur la rétine, qui détermine une déchirure ; par cette ouverture, le liquide hyaloïdien fuse en arrière de la rétine et la sépare de la choroïde. Ainsi s'expliquent, d'une part, quand la déchirure est grande, le décollement soudain qui, en quelques heures, peut détacher la rétine en une vaste poche flottante ; et, d'autre part, si la fissure est étroite, le soulèvement lentement progressif, dont le malade ne s'aperçoit que lorsqu'il gagne la région centrale ; l'oculiste confond d'ailleurs fréquemment celui-ci avec un simple œdème rétinien.

Une *déchirure rétinienne étant la cause déterminante du décollement,* celle-ci l'entretiendra aussi longtemps qu'elle restera ouverte. Une guérison durable ne peut dès lors se concevoir sans l'oblitération de cette déchirure. Tout traitement qui, par l'immobilisation de l'œil ou la création d'une zone d'adhérence entre la choroïde et la rétine, rend possible la réapplication du lambeau rétinien devait donc permettre de bons résultats.

Le Prof. Gonin a précisément cherché à obtenir ce résultat par une thermo-cautérisation, pratiquée au travers de la sclérotique dans la région de la déchirure, de façon à en fixer les bords dans une cicatrice commune au corps vitré et à la choroïde. L'essentiel est d'intervenir au *point voulu* pour couper court à tout passage du liquide vitréen.

L'opération doit être préparée par une étude ophtalmoscopique minutieuse. Il faut avant tout établir qu'il s'agit bien d'un *décollement « simple »* par du liquide, et non pas d'une tumeur. La *recherche de la déchirure* est parfois très laborieuse, quand il s'agit d'une déchirure très petite ou très périphérique, ou encore lorsque la transparence des milieux de l'œil laisse à désirer ; en ce dernier cas, la découverte est parfois impossible, ce qui empêche un traitement méthodique. On n'oubliera pas que les déchirures peuvent être multiples.

Les déchirures bien reconnues, il importe d'en préciser la *situation exacte* par rapport à la coque extérieure de l'œil ; le faisceau lumineux de l'ophtalmoscope en détermine le méridien ; on le marque sur le bord de la cornée au moyen d'une piqûre à l'encre de Chine ; puis, sur ce méridien,

(1) Professeur J. GONIN, de Lausanne. Comment traiter le décollement rétinien (*Revue Médicale de l'Est*, 15 octobre 1930.)

(2) Professeur SOURDILLE, de Nantes. Le traitement du décollement de la rétine. (*Bruxelles médical*, 17 mai 1931).

on repère la hauteur de la déchirure calculée en diamètres papillaires, chaque diamètre papillaire équivalent en moyenne à 1 mm. 5. Cette hauteur est fixée par rapport à l'ora serrata, extrême limite ophtalmoscopique, qui est elle-même à 8 mm. en arrière du bord de la cornée.

Ce repérage effectué, on dénude à l'endroit voulu la sclérotique par la dissection d'un lambeau conjonctival, sur une longueur de 10 à 20 mm. à partir de la cornée ; au point déchiré, on fait une incision de 2 mm. avec un couteau de Graefe, et on y introduit la pointe d'un thermocautère chauffé à blanc.

On ordonne ensuite à l'opéré une immobilité complète pendant une huitaine de jours, en veillant à ce que la position de sa tête soit telle, que le poids du corps vitré agissant sur la rétine, maintienne celle-ci en contact avec la surface de cautérisation de façon à l'intéresser dans la cicatrice commune à la choroïde et à la coque sclérale ; si donc la thermoponction a dû être faite dans la région supérieure de l'œil, l'opéré aura la tête déjetée en arrière ; si, au contraire, l'intervention s'est faite en bas, la tête devra être tenue élevée, et le malade pourra assez tôt quitter son lit pour être assis dans un fauteuil. Ces diverses attitudes, de même que l'immobilisation stricte par le bandage binoculaire, ont pour but de supprimer les tractions que le corps vitré pourrait exercer sur la rétine, avant que se soit formée une solide adhérence à la choroïde.

Le premier examen ophtalmoscopique, pratiqué au plus tôt cinq à six jours après l'opération, a pour but de constater l'état de la cicatrice opératoire ; déjà, on peut noter, si la déchirure siégeait dans la région supérieure de l'œil, la disparition sans traces d'un vaste soulèvement propagé à la moitié inférieure. Quand on voit que la déchirure rétinienne n'a pas été directement touchée, une intervention complémentaire doit être envisagée, dès que les forces du malade et l'état d'irritation de l'œil le permettront.

Cette opération est très bien supportée ; dans les cas récents, il suffit souvent d'une ou de deux cautérisations pour amener une guérison complète du décollement, lors même que celui-ci semblait à peu près total ; quand il en est ainsi, le traitement peut être achevé en quinze à vingt jours, alors qu'autrefois, on comptait, dans la règle, bien des semaines et bien des mois pour un résultat trop souvent nul ou incertain. C'est par cette rapidité relative des résultats obtenus, aussi bien que par la proportion plus grande des résultats durables, que la *therm-ocautérisation oblitérante des déchirures rétiniennes constitue un progrès certain sur les traitements précédemment recommandés.*

Cependant, il est encore des conditions défavorables (immobilisation du malade non strictement maintenue — impossibilité de repérer la déchirure — déchirures trop nombreuses — hémorragies du vitré au moment de l'oblitération), qui entraînent des insuccès dans 40 % des cas de décollement, datant de trois semaines, ou même dans une plus forte proportion s'il s'agit de décollements anciens. Bien que M. Gonin ait enregistré des réapplications après six, sept, huit et même quinze mois, les résultats fonctionnels ne sont pas comparables à ceux que donnent les cas récents.

Le Prof. Sourdille déclare que les résultats, obtenus par cette méthode depuis dix ans, sont une espérance, qui justifie les efforts repris depuis quelques années. Certes, on ne guérit pas tous les décollements, mais ceux-ci ont désormais perdu de leur pronostic fatal ; l'émulation dans les recherches augmentera nos connaissances cliniques et améliorera nos procédés thérapeutiques.

G. F.

II

LA CRÉNOTHÉRAPIE AU GOUT DU JOUR

Le bain carbo-gazeux dans le traitement des hypertendus

D'après le Dr V. Aubertot.

La thérapeutique carbo-gazeuse, à température indifférente (34°5), telle qu'on la pratique à Royat, se montre des plus efficaces dans le traitement des hypertendus et dans les troubles fonctionnels cardio-artériels.

L'acide carbonique est résorbé par la peau ; il produit ainsi une vaso-dilatation profonde, dont le signe capital est l'augmentation du taux de la diurèse. Le bain carbo-gazeux provoque en outre un abaissement des pressions artérielles, un ralentissement du rythme du cœur, ainsi qu'une action cardio-tonique.

La cure carbo-gazeuse de Royat est donc indiquée : chez les hypertendus purs fonctionnels (gens de bourse, d'affaires, pléthoriques et qui sont parfaitement compensés) ; chez les hypertendus, qui ont eu des troubles artériels, ou une légère insuffisance ventriculaire ; chez les hypertendus aortiques, spécifiques ou non, qui présentent des algies cardio-thoraciques ou qui font du spasme coronarien ; chez les hypertendus et artéritiques ; les hypertendus oscillants ou permanents ; les hypertendus de la ménopause ou de la sénilité.

G. F.

DIX ANS DE PRATIQUE D'OUABAÏNE ARNAUD

par le Professeur SCHRUMPF-PIERRON (du Caire).

Généralités. — C'est à l'époque où j'étais assistant de la clinique médicale de Strasbourg, dirigée alors par le Prof. Moritz, que ce dernier autorisa, en 1906, Fraenkel (de Badeweiler) à y étudier l'effet de la strophantine, en injection intraveineuse, dans des cas d'asystolie grave.

Ces essais furent malheureux ; deux malades succombèrent subitement, quelques secondes après l'injection ; morts dramatiques qui, succédant à l'hécatombe qu'avait provoquée, à la même clinique, la fameuse « Tulase » de Behring, obligèrent mon chef à suspendre les expériences de Fraenkel. Ceci d'autant plus que, bientôt après, plusieurs cas de morts survenus à la suite d'injections de strophantines, furent publiés par divers autres auteurs ; on décida donc, comme l'écrit Vaquez, « d'un accord à peu près unanime, qu'il fallait bannir à tout jamais, de la thérapeutique, un médicament capable de tels méfaits ».

Mais on le fit à regret, car, à côté des cas malheureux, on avait pu enregistrer des succès éclatants de la médication strophantique intraveineuse.

Personnellement, j'avais été si impressionné par la mort d'un des malades que j'avais traité avec Fraenkel, que je n'eus plus jamais le courage de risquer une injection de strophantine. Du reste, le Prof. Goldscheider, dont je fus ensuite pendant de nombreuses années l'assistant à Berlin, avait strictement interdit l'emploi de ce médicament dans son service.

Le seul, qui, à cette époque, semble ne pas avoir jeté le manche après la cognée, a été Vaquez. Avec Lutembacher, il rechercha les raisons du danger de la strophantine et les moyens d'y remédier, admettant, avec raison, que c'était à une connaissance imparfaite des diverses strophantines, ainsi qu'à des erreurs de dosage, qu'il fallait imputer les désastres enregistrés. A ce propos je me rappelle que nous avons injecté à Strasbourg jusqu'à 2 mgr. à la fois, jusqu'à 4 mgr. par jour, d'un produit instable et certainement beaucoup plus toxique que ne le sont les K — Strophantines d'aujourd'hui.

Vaquez s'adressa à Arnaud, le chimiste qui, à l'époque, était le mieux renseigné sur la question des strophantines et celui-ci lui conseilla de se servir, non plus des strophantines tirées du strophantus Kombé, ou du strophantus glabre, mais d'un glucoside qu'il avait déjà en 1888, isolé du bois de l'Acocanthéra Ouabaïo et appelé ouabaïne, produit stable et nettement cristallisé.

A partir de ce moment, la médication intraveineuse « strophantique » entra dans une nouvelle voie et progressa rapidement. Enhardis par les succès publiés par Vaquez et ses élèves d'autres cardiologues, dont moi-même, se risquèrent de nouveau à employer une médication qui semblait avoir été abandonnée définitivement, et, *aujourd'hui, grâce à Vaquez, l'ouabaïne est devenue un élément non pas seulement important, mais indispensable de la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque.*

Et pourtant, beaucoup de médecins ont encore peur d'y recourir. Le but de cet article est de contribuer à dissiper les malentendus et les craintes injustifiées qui entravent encore la vulgarisation de l'ouabaïne.

Tout d'abord, je désire fixer, une fois pour toutes, le point suivant :

On commet toujours encore l'erreur, surtout en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, d'admettre que strophantine et ouabaïne sont des produits plus ou moins identiques, que donc les indications et la posologie de l'une peuvent être appliquées à l'autre. Cette erreur, on la constate dans la plupart des manuels de cardiologie et je l'ai commise moi-même, dans mon « Manuel de cardiologie pratique ». Et pourtant, strophantine et ouabaïne sont deux glucosides essentiellement différents, tant par leur composition moléculaire qu'au point de vue physico-chimique ; ils doivent donc aussi différer quant à leur action pharmacologique.

La strophantine a pour formule $C^{31} H^{48} O^{12}$, l'ouabaïne : $C^{30} H^{46} O^{12}$; la strophantine se dissout dans l'eau dans la proportion de 1 : 43, à 15° ; l'ouabaïne dans la proportion de 1 : 150 seulement. Traitée par l'acide sulfurique, la strophantine donne une coloration verte, l'ouabaïne une coloration rouge-brun ; la strophantine dévie le plan de la lumière polarisée à droite, l'ouabaïne à gauche. Enfin, l'étude comparée des deux glucosides sur le cœur isolé du lapin montre que l'ouabaïne est d'un quart moins toxique que les strophantines Kombé ou Hispidus. (Il faut 15/100 de milligramme d'ouabaïne contre 11/100 de mgr. de K — strophantus pour tuer 1 kgr. de chien).

On voit donc que les strophantines (les 2 K — strophantines, la cristallisée et l'amorphe, tirées du strophantus Kombé ; les 2 H — strophantines la cristallisée et l'amorphe, tirées du strophantus Hispidus) et l'ouabaïne Arnaud — sont des produits nettement différents, qui ne devraient pas être confondus entre eux. De plus, on ne devrait appeler ouabaïne que le glucoside obtenu

par le procédé d'Arnaud et ayant toutes les propriétés physico-chimiques de celui-ci. Il est donc regrettable qu'un glucoside tiré par Thoms du strophantus glabre et utilisé beaucoup en Allemagne et en Amérique, ait été appelé non pas G — strophantine, mais, à tort, ouabaïne, car il est plus toxique que la vraie ouabaïne et pour cette raison ne se prête pas au même degré à la thérapeutique intraveineuse. Cette dénomination injustifiée de la strophantine Thoms, est, à notre avis, une des causes du malentendu qui entrave encore la vulgarisation du traitement ouabaïnique.

L'action pharmacodynamique des strophantines et de l'ouabaïne, est, en plusieurs points, différente de celle de la digitale. D'après Gley et Lapique le strophantus est un poison presqu'exclusivement musculaire, agissant sur tous les muscles lisses et striés de l'organisme. Mais, de tous les muscles, c'est le cœur qui est atteint le premier ; sa systole augmente d'amplitude, en même temps que le nombre des battements diminue ; mais le système nerveux extracardiaque (vague, bulbe, etc.), n'est pas, ou presque pas, touché par le strophantus, à l'encontre de ce qui se produit avec la digitale, qui agit surtout sur les éléments nerveux régulateurs. De plus, les strophantines et l'ouabaïne, agissent principalement et d'une manière presque spécifique, sur les ventricules, action visible à l'écran après l'injection intraveineuse et se traduisant par une diminution volumétrique souvent impressionnante de l'aire cardiaque (Vaquez et Bordet). Action immédiate, à condition naturellement que le muscle cardiaque soit encore en état d'y répondre ? Action relativement fugace, l'ouabaïne étant beaucoup plus rapidement éliminée et détruite, que la digitale. Il s'agit donc, avant tout, d'un médicament d'urgence « capable plus qu'aucun autre de remédier à l'insuffisance aiguë du cœur » (Vaquez).

Le danger de la médication strophantique réside dans la courte durée de la « phase utile » ou « phase maniable » de ce produit ; ce qui veut dire que, tandis qu'une dose trop faible peut être inefficace, une dose un peu trop forte peut faire brusquement dépasser la « phase utile » et entrer dans la « phase toxique » et mortelle. *Or, ce qui, selon mon expérience, distingue cliniquement l'ouabaïne des strophantines, est le fait que pour l'ouabaïne la phase utile est plus large et que donc la phase toxique est moins facile à atteindre, que ce n'est le cas pour les strophantines.*

Indications : *a*) L'ouabaïne s'impose tout d'abord, *d'une façon absolue*, dans toutes les formes d'*insuffisance aiguë du cœur*, lorsqu'il faut aller vite, qu'il s'agisse d'une défaillance subite du cœur gauche (qui est de beaucoup la plus fréquente), ou du cœur droit. Essayer d'abord d'administrer à un malade, qui, très souvent est en danger de mort, quelques gouttes de digitaline *per os*, constitue une erreur grave qui, trop fréquemment, coûte la vie à des cardiaques qu'il serait encore possible non seulement de sauver, mais encore de remettre en équilibre circulatoire.

b) L'action de l'ouabaïne étant immédiate, là où le muscle cardiaque est encore capable d'y répondre, alors que celle de la digitale administrée *per os* met au minimum 12 heures à se faire sentir, *il est indiqué, dans tous les cas d'insuffisance progressive, de faire précéder le traitement digitalique, d'une piqûre d'ouabaïne* ; car celle-ci donnera à la digitale, administrée simultanément par voie buccale, le temps d'agir. Donc, quelle que soit la forme d'insuffisance progressive en présence de laquelle il se trouve, je conseille au praticien de commencer son traitement par une injection d'ouabaïne, dont une ampoule devra toujours se trouver dans sa trousse d'urgence ; l'ouabaïne soulagera en général le malade, lui procurera une meilleure nuit et lui rendra la confiance. Là où il s'agit d'un sujet porteur d'*œdèmes purement cardiaques*, il est indiqué de faire, en même temps, une piqûre intramusculaire d'un centimètre cube de Salyrgan ou d'une *préparation mercurielle* similaire ; on assiste alors parfois à des diurèses impressionnantes et à des redressements de l'équilibre circulatoire qui ont quelque chose de « miraculeux ».

c) Il y a des *formes d'insuffisance progressive des cavités droites qui sont caractérisées par une stase chronique portant principalement sur les organes abdominaux, foie, estomac, etc., sans formation d'œdèmes*. Dans ces cas, qui sont relativement fréquents, l'échec de la thérapeutique digitalique buccale est très souvent dû au fait que la drogue est insuffisamment résorbée, qu'elle ne parvient pas, en quelque sorte, jusqu'au cœur. Là aussi des injections d'ouabaïne doivent être pratiquées jusqu'à ce que la disparition de la stase abdominale permette de nouveau la résorption intégrale de la digitale. Du reste, ce sont les cas où les praticiens d'autrefois préféraient à l'administration buccale de la digitale, l'administration rectale, forme d'application que j'affectionne et qui est, malheureusement, tombée dans l'oubli.

d) On recourt, en outre, à l'ouabaïne chez des *cardiaques chroniques, chez lesquels la digitale, prise à trop fortes doses et surtout pendant trop longtemps de suite, a perdu son activité* ; cas très fréquents en clientèle. Ou encore, lorsque la digitale, par suite de son accumulation dans l'organisme, produit des *symptômes d'intoxication* (pouls bigéminé, troubles de conduction, vomissements, etc.). Dans les deux éventualités, on fera bien de soutenir, pendant quelques jours, le cœur à l'aide de camphre, de caféine, de diurétiques, de sérum glucosé, etc. ; puis on « tâtera »

prudemment sa sensibilité en commençant par de très petites doses d'ouabaïne (1/8 de mmgr. et au-dessous). On verra alors souvent l'ouabaïne agir là où la digitale n'agissait plus et on constatera plus tard une « réactivation » de la digitale par l'ouabaïne.

e) Dans des cas d'*insuffisance chronique des cavités gauches*, on n'arrive souvent à maintenir l'équilibre circulatoire qu'à condition d'instituer à intervalles réguliers, par exemple, tous les dimanches, un jour de repos complet avec purgation et régime lacté (800-1000 gr.) ou lacto-fruitarien. Ce jour-là, on administre, soit un peu de digitale ou de strophantus *per os* ou *per rectum* soit, ce qui est le plus souvent préférable, on fait une piqûre d'ouabaïne. Procédé recommandable surtout dans la clientèle aisée et qui permet un contrôle efficace du malade par le médecin. Ce même procédé m'a aussi donné de bons résultats, dans certaines *lésions mitrales à équilibre instable* et surtout dans les rétrécissements de la mitrale avec adhérence du péricarde, chez les femmes principalement au moment des règles ;

f) Beaucoup de médecins et de chirurgiens préconisent une « *digitalisation préventive* » dans les maladies infectieuses, avant ou de suite après une opération, etc. Or, une digitalisation préventive d'un myocarde qui n'est pas encore défaillant et qui travaille aussi bien qu'il le peut, est un non sens ; car la digitale n'agit pas sur un muscle cardiaque qui n'est pas défaillant ; mais la drogue risque de s'accumuler dans l'organisme et de devenir inefficace au moment où on en aurait besoin.

Bien plus logique est l'administration de l'ouabaïne dès les premiers signes de défaillance ; et comme son action est immédiate, le but est obtenu sans qu'on soit obligé d'intoxiquer préalablement l'organisme.

g) On arrive parfois à couper une attaque de *tachycardie paroxystique*, en injectant 1/4 de mmgr. d'ouabaïne ; mais pas toujours. Plus efficace, me semble être, dans beaucoup de cas, l'injection intraveineuse de quinine.

Voici, en quelques mots, les indications de l'ouabaïne ; on voit qu'elles sont nombreuses et importantes. Mais loin de moi d'avoir voulu démontrer que l'ouabaïne est supérieure à la digitale, ou qu'elle puisse la remplacer ; chacun des deux glucosides a ses qualités et ses défauts, son territoire propre d'action sur le myocarde ; *car tandis que la digitale agit surtout sur la conductibilité en ralentissant les battements et beaucoup moins sur la force de contraction du cœur, l'ouabaïne, par contre, agit presque exclusivement sur la contractilité du muscle cardiaque.* Donc, les deux remèdes se complètent et il s'agit seulement d'apprendre à s'en servir au bon moment.

Dosage. — Je me suis fait une règle de ne jamais dépasser un quart de milligramme d'ouabaïne *pro dosi* et, sauf de rares exceptions, *pro die* et de me borner à un maximum de quatre piqûres en une série de 4-5 jours. Principe dont je me suis toujours bien trouvé. Il me semble que là où une première piqûre d'ouabaïne ne sert à rien, une seconde, dans la même journée, n'aura pas plus de succès et pourra être dangereuse. Je vais même plus loin en déclarant que le pronostic d'une défaillance du cœur dépend de la rapidité avec laquelle le myocarde répond à l'ouabaïne. Lorsque l'effet de cette dernière ne se fait pas sentir dans la demi-heure qui succède à l'injection (avec saignée, morphine, etc., s'il y a lieu), c'est que les chances d'un rétablissement sont faibles. Dans ces cas, l'injection intramusculaire de digitale se montrera du reste également inefficace.

Dans beaucoup de cas d'*insuffisance ventriculaire gauche*, 3 à 4 piqûres d'un quart de milligramme d'ouabaïne suffisent à remettre la circulation en équilibre ; dans l'*insuffisance ventriculaire droite*, par contre, il faut presque toujours recourir secondairement à la digitale. C'est pourquoi, surtout dans les lésions mitrales, l'ouabaïne sert plutôt à préparer et à faciliter l'action de la digitale, ainsi que je l'ai indiqué plus haut.

Dangers de l'injection intraveineuse d'ouabaïne. — Ceux-ci sont, je crois pouvoir l'affirmer, inexistants lorsqu'on s'en tient aux principes de dosage et d'indications que j'ai formulés ci-dessus. Mais il est naturel qu'il ne faut pas se borner à traiter des moribonds par l'ouabaïne, c'est-à-dire des malades qui sont en danger de mort subite. A ce sujet, je citerai l'épisode suivant : je fus, il y a quelques mois, appelé de nuit par deux confrères auprès d'un malade atteint d'une crise terrible d'asthme cardiaque avec angine de poitrine et œdèmes pulmonaires ; ces confrères me demandèrent de pratiquer l'injection d'ouabaïne qu'ils n'avaient pas le courage de faire eux-mêmes. Quoique convaincu de son inutilité, je préparai ma seringue, mais au moment où je l'approchai du bras du malade, celui-ci mourut subitement d'une embolie ; si j'avais fait ma piqûre quelques secondes plus tôt, c'était à l'ouabaïne qu'on aurait imputé la mort subite ! Ces cas doivent être plus fréquents qu'on ne le pense et ils ont certainement contribué à discréditer l'ouabaïne.

Pour ma part, parmi les milliers d'injections d'ouabaïne que j'ai faites moi-même, et parmi celles beaucoup plus nombreuses faites tant à l'hôpital qu'en clientèle par mes élèves et les médecins qui ont adopté mes principes de dosage et d'indications, il ne s'est pas produit un seul cas où cette médication ait occasionné une réaction dangereuse ou même désagréable. Par contre, j'ai à diverses re-

prises abandonné mes tentatives de me servir d'une des strophantines du marché, parce qu'elles ne me donnaient pas le même sentiment de sécurité que l'ouabaïne ; à moins de recourir, comme le recommande Goldscheider, à des doses inférieures à 1/4 de milligr., doses qui ne sont pas toujours efficaces.

Contre-indications. — Je déconseille de faire une piqûre d'ouabaïne, à moins d'urgence absolue, chez un malade qui est saturé de digitale, surtout s'il montre un pouls bigéminé ou des troubles de conduction. Il est alors préférable d'attendre quelques jours pour permettre l'élimination de la digitale. La prudence est aussi indiquée dans tous les cas où se sont produites des embolies et où la brusque contraction du cœur risque d'en détacher une nouvelle. De même lorsque la tension artérielle est très élevée, je ne fais une injection d'ouabaïne qu'après avoir pratiqué une saignée abondante, qui est du reste en elle-même indiquée dans tous les cas de défaillance cardiaque avec pléthore ou hypertension.

Précautions à prendre. — Ne pas injecter à côté de la veine ! Le malade risquerait de refuser une seconde piqûre. Aspirer un peu de sang dans la seringue, afin qu'il se mélange à la solution d'ouabaïne, puis injecter très lentement.

Ce qui vaut encore mieux, c'est de mélanger dans une seringue, le contenu d'une ampoule d'ouabaïne à 5-10 cc. d'un sirop concentré de glucose (30 à 50 %). Ce procédé que j'emploie depuis plusieurs années, me semble renforcer l'action de l'ouabaïne tout en réduisant les chances de « choc » à zéro. *C'est en même temps une manière infiniment plus élégante et plus efficace d'employer le sucre en thérapeutique cardiaque, que celle recommandée par Loeper*, qui conseille à ses malades de l'avaler. Du reste, je n'en revendique pas la paternité, car elle revient sans aucun doute à Büdingen qui, depuis plus de 20 ans et dans de très nombreuses publications, a recommandé les injections de glucose dans les cardiopathies ; mais je crois que j'ai été le premier à mélanger l'ouabaïne à de petites quantités de sirop de sucre très concentré et je pense que cette méthode mérite d'attirer l'attention des cardiologues. En général, il serait bon d'ajouter du glucose à tous les médicaments qu'on injecte dans les veines (arsénobenzol, théobromine, etc.). D'une part, le sucre a une action favorable sur le myocarde, de l'autre, il diminue le danger du choc.

En conclusion. — Il serait désirable que, dans tous les pays, on remplace les diverses strophantines par le glucoside découvert par Arnaud et appelé par lui ouabaïne. Alors seulement, le traitement « strophantique » arriverait à prendre la place importante qu'il mérite en thérapeutique cardiologique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales et de la grossesse.

Si les tumeurs abdominales se présentaient toujours avec leurs caractères cliniques habituels et si d'autre part la grossesse, à son début surtout, n'imprimait jamais à l'utérus de caractères inattendus, cette question du diagnostic différentiel ne se poserait pas. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et il est fréquent de voir l'une ou l'autre de ces éventualités aboutir à une erreur de diagnostic, parce qu'un symptôme particulier a trompé le clinicien, et les conséquences de cette erreur sont considérables. Sur 15.000 femmes enceintes examinées chaque année à la clinique Tarnier, on rencontre cinq ou six femmes qui ont subi la laparotomie au début de leur grossesse parce qu'on avait pensé à une tumeur abdominale.

Laissant de côté les grossesses extra-utérines, le Dr Vaudescal se demande d'abord comment résoudre le problème : tumeur ou grossesse ? L'erreur provient de ce qu'un symptôme important égare le clinicien. Il faut donc rechercher pour chaque tumeur le symptôme trompeur, et pour la grossesse, les éléments qui permettent de la diagnostiquer avant l'apparition des signes de certitude. Le plus souvent, on étiquette fibrome une grossesse à son début. Il s'agit le plus souvent d'une femme, qui dit avoir encore ses règles, alors qu'en réalité elle présente des écoulements sanguins n'ayant ni la périodicité, ni l'abondance de l'écoulement menstruel, et il n'y a pas de phénomènes sympathiques de grossesse. En réalité les écoulements sanguins ne sont que la marque d'une endométrite, comme on en rencontre souvent chez la femme enceinte, et, d'autre part, le palper combiné au toucher montre que la masse utérine se contracte par moments sous la main, que le signe de Hégar est positif ; enfin il existe un point de l'utérus plus ou moins ramolli, où quelquefois on pourra percevoir une

ébauche de ballottement. Il faut surtout attacher une grande importance au développement régulier de la masse utérine conformément à l'âge de la grossesse ; il faut enfin savoir attendre, en s'abstenant, le moment où les bruits du cœur fœtal deviendront perceptibles.

Pour éviter la confusion avec une tumeur kystique de l'ovaire, on devrait s'attacher à n'accepter ce diagnostic qu'à la condition de trouver à côté de la tumeur un petit utérus vide et dur. Cependant, toute tumeur annexielle, englobant plus ou moins l'utérus et s'accompagnant d'aménorrhée peut prêter à l'erreur.

D'autre part, certains états de l'utérus gravide simulent à s'y méprendre la tumeur juxta-utérine : utérus double, utérus cordiforme ; puis, la grossesse angulaire sera confondue à son début, soit avec une grossesse interstitielle, soit avec un fibrome de la corne utérine. Enfin, avant de poser le diagnostic de kyste du Douglas chez une femme enceinte, il faut toujours penser, soit à un rectum distendu, soit à une distension du segment inférieur aboutissant à la formation d'une dilatation sacciforme de cette partie de l'utérus.

Si, dans la plupart des cas douteux, une sage expectative permet de préciser la situation, il en est d'autres où, dans l'intérêt de la malade, il serait désirable d'arriver rapidement au diagnostic exact. Cliniquement, la chose peut être impossible pour le praticien le plus exercé ; c'est alors qu'il faut avoir recours au diagnostic biologique de la grossesse : recherche dans l'urine de la femme enceinte de certaines hormones, qu'on met en évidence par l'injection de cette urine à de jeunes souriceaux.

On pourrait aussi, exceptionnellement, pratiquer l'examen aux Rayons X de l'utérus, après injection prudente et douce de lipiodol dans sa cavité ; mieux vaut cependant n'employer cette méthode que si tout porte à croire qu'il s'agit d'une tumeur ; nous en dirons autant de l'injection d'extrait d'hypophyse, destiné à faire contracter l'utérus, pour juger de sa forme normale, ou de son indépendance d'une tumeur existante. Mais, ce n'est qu'en se souvenant que l'acte opératoire ne doit être motivé que par une indication absolue, qu'on évitera des erreurs graves pour la malade d'abord, pour le chirurgien ensuite. (*Le Journal médical français*, janvier 1931).

Le diagnostic biologique de la grossesse.

Le Dr Hinglais fait une étude très approfondie de la question. Il distingue les recherches anciennes et les recherches modernes. Les recherches anciennes, très nombreuses, très variées, dominées par les grandes recherches d'Abderhalden, n'ont pas donné de solution. Les recherches modernes, nées de l'étude approfondie de la physiologie sexuelle, ont permis de décrire une excellente méthode de diagnostic.

Il est acquis aujourd'hui que les phénomènes périodiques, dont l'allure cyclique marque l'ère d'activité des organes génitaux femelles, sont sous la dépendance de sécrétions glandulaires, d'hormones.

En dehors de la grossesse, on ne trouve dans les humeurs que des traces de ces hormones sexuelles spécifiques, souvent indécelables par les réactions biologiques. Pendant la grossesse, au contraire, elles apparaissent dans le sang et les urines en quantité importante, et deviennent très aisément décelables. Des trois hormones connues : la folliculine, l'hormone du corps jaune, et l'hormone à fonction sexuelle issue du lobe antérieur de l'hypophyse, c'est cette dernière que l'on utilise pour le diagnostic de la grossesse.

Lorsqu'on injecte de l'urine de femme enceinte à un petit souriceau mâle impubère, celui-ci devient pubère. L'urine est recueillie aseptiquement ou filtrée sur bougie après légère acidification (acide acétique). On pratique une injection par jour (0 cc. 3) pendant dix jours ; on tue l'animal le dernier jour, on ouvre la cavité abdominale, récline la vessie. Les vésicules séminales apparaissent. En pratique, l'examen macroscopique suffit toujours, tant par la constatation du développement en volume que par l'aspect blanchâtre et turgescent très caractéristique des vésicules. La lecture est facile ; la certitude absolue. La précocité est très grande. Dans deux cas on a pu poser le diagnostic dès le 8e jour du retard des règles. La réaction cesse d'être positive avant la fin du 4e jour qui suit l'accouchement. (*Le Journal médical français*, janvier 1931.)

Peut-on influencer ou déterminer le sexe de l'enfant à naître ? Peut-on reconnaître le sexe du fœtus pendant la grossesse ?

Après une étude historique, et un exposé expérimental très détaillé, le Dr H. Briand démontre qu'il semble bien y avoir dans les éléments sexuels (théorie wilsonienne du chromosome sexuel) une prédisposition *ab initio* à la procréation de l'un ou l'autre sexe. Cette prédisposition se traduit à l'échelle morphologique par la présence ou l'absence d'un corps chromatique particulier. Mais quel est le facteur intervenant dans la différenciation des spermatozoïdes, admise dans la théorie chromosomienne comme, sinon essentielle, du moins de toute première importance ? Les facteurs héréditaires, peut-être ; mais, ils n'interviennent pas seuls ; dans certains cas, il semble bien que le métabolisme doit jouer un rôle dans les différenciations sexuelles.

Dans quelle mesure et jusqu'à quel moment l'intervention humaine est-elle susceptible de jouer aussi un rôle dans cette détermination, autrement dit à quel moment le sexe est-il définitivement fixé ? Ce point est extrêmement difficile-

à préciser. Pour Marshall, le sexe du futur organisme est déterminé dans les divers cas par des facteurs différents et à des stades différents du développement : soit dans la gamète non fécondée encore, soit au moment de la fécondation, soit chez l'embryon au début. Bref, dit Caullerg, le problème de la détermination du sexe est d'une extrême complexité, et nous sommes encore très peu avancés dans son étude.

Dans la reconnaissance du sexe établi, échec aussi complet.

Les méthodes basées sur l'auscultation des bruits du cœur, longtemps classiques, se sont montrées nettement insuffisantes. Les différences entre le nombre des battements cardiaques ne tient pas plus au sexe qu'au poids du fœtus. Même imprécision pour les moyens, vers lesquels s'orientent les recherches modernes : réaction de Manoïloff, métabolisme basal, pH sanguin. Il ne faut noter que pour mémoire des procédés comme ceux consistant à établir une relation entre la forme de l'abdomen de la femme gravide et le sexe de l enfant, ou entre le sens de rotation d'un pendule léger tenu à bras tendus par le médecin au-dessus de la future mère, méthode qui a fait fureur dans certaines maternités. (*Le Journal médical français*, janvier 1931.)

La maladie hypertensive. Considérations étiologiques et thérapeutiques.

Il existe une variété d'hypertension artérielle, qui n'est pas exclusivement tributaire de lésions rénales ; le Dr A. Dumas estime qu'il n'existe pas d'aussi nombreuses formes étiologiques d'hypertension artérielle qu'on l'admet généralement, mais que toute hypertension artérielle importante et revêtant l'allure chronique appartient à un cadre nosologique commun, et doit être considérée comme une véritable maladie : la maladie hypertensive. Il insiste sur la fréquence de la forme solitaire de l'hypertension artérielle chronique à sa phase de début. Si l'étiologie rénale a paru la cause habituelle de l'hypertension artérielle, c'est que cette hypertension a été observée souvent, non pas à sa phase de début, mais à une phase déjà avancée de la maladie, phase à laquelle les lésions rénales avaient déjà eu le temps de s'affirmer. Souvent ces malades, dès l'âge de 50 ans, présentaient déjà une tension de 24/14 par exemple, et ils n'avaient encore aucun signe d'affection rénale. Quelques années plus tard, la tension artérielle était seulement de 20/12, et cette fois, les signes de néphrite chronique prenaient le pas sur l'hypertension.

Tout porte à admettre que la maladie hypertensive doit être rangée parmi les diathèses (arthritisme, diabète simple, goutte). L'hypertension préparera le terrain à la sclérose artérielle, qui surviendra plus tard, se faisant sentir non seulement au niveau des artères des membres et du cerveau, mais aussi des organes : rein, foie, poumon et cœur lui-même.

La simple observation montre le rôle important que joue dans l'hypertension artérielle l'hérédité, soit similaire, soit parallèle. L'hypertension artérielle comporte une phase latente plus ou moins prolongée, au cours de laquelle elle ne peut être surprise que d'une manière fortuite.

Au point de vue thérapeutique, il ne faut, dès lors, plus chercher à traiter l'hypertension artérielle comme un symptôme, mais comme la manifestation symptomatique d'une maladie générale. Chercher à abaisser la tension par des saignées, par une diététique excessivement restrictive, ou une thérapeutique exclusivement vasculaire, dite hypotensive, est non seulement voué à un échec, mais peut avoir de sérieux inconvénients. Ce sera surtout par un régime sagement dosé, par la restriction d'une alimentation trop exclusivement liquide, par le repos que l'on pourra influer sur la tension artérielle, et cela surtout au début. Les cures balnéaires ont à ce point de vue un effet certain. A un stade plus avancé, on ne doit pas vouloir, à toute force, abaisser une tension sanguine, à laquelle l'organisme s'est depuis longtemps accoutumé, et qui a d'elle-même tendance à diminuer.

On évitera aussi de traiter l'hypertension artérielle, en s'adressant uniquement à la néphrite ; on permettra à ces malades sans albuminurie et azotémie très élevée, d'user modérément de la viande au repas de midi ; on restreindra les diurétiques, qui occasionnent souvent une polyurie nocturne des plus pénibles ; on restreindra également l'ingestion des liquides et surtout du lait.

La suppression d'un régime intempestif procurera déjà une amélioration sensible.

Considérant la maladie hypertensive comme une diathèse, on s'inspirera du passé du sujet, rhumatisme ou goutte, pour mettre en œuvre une médication anti-urique ; ou diabète, ou syphilis, etc.

Si toutes les recherches sont restées vaines, on appliquera une médication hygiéno-diététique, et une thérapeutique générale basée sur des conditions étiologiques diverses, variables avec chaque cas. A une période plus avancée, on prescrira les anti-nerveux, les anti-spasmodiques, pour éviter des crises tensionnelles et des spasmes. Plus tard, on traitera les complications apparues : reins, foie, cœur, etc. (*La Presse médicale*, 28 janvier 1931).

Les Sociétés Savantes

Paris

L'adaptation au travail des tuberculeux chirurgicaux.

(M. A. ROLLIER, de Leysin. — *Académie de médecine* ; 26-5-1931.)

M. Rollier fait un exposé de la cure de travail qu'il a instituée à Leysin pour les tuberculeux chirurgicaux, cure qui vient s'associer à l'héliothérapie depuis longtemps mise en œuvre dans la station climatique suisse.

La cure de travail est un facteur thérapeutique d'une triple valeur, physique, morale, économique. Chez ces malades, à qui l'héliothérapie a reconstitué l'état général et développé les muscles, une occupation manuelle régulière, adaptée à chaque cas, intervient comme un dérivatif. Convenablement dosée, elle n'offre pas d'inconvénient et assure un équilibre nerveux et thermique favorable. Au lieu de rester inoccupé et abandonné à des pensées peu réconfortantes sur son état présent et son avenir, le tuberculeux améliore sa situation matérielle et reprend espoir de ne plus rester à la charge des siens ou de la collectivité.

M. Rollier a ouvert le 1er février 1930, à Leysin, une clinique manufacture, comportant 120 lits, où les malades travaillent (tout en faisant la cure solaire) aidés de machines électriques, qu'ils manœuvrent dans une position variant avec leur état, couchés sur le ventre souvent, conservant ainsi une immobilisation rationnelle. Ils y fabriquent des objets divers : de vannerie, maroquinerie, sandales, lampes, etc.

M. Rollier ajoute que si, dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, la pratique de la cure de travail est plus difficile, elle n'y est pas impossible. Certaines œuvres ont déjà visé ce but : en Angleterre, à Papworth, à New-York (Altro-work shop), en France à Hauteville, avant la guerre (Dumarest, thèse de Vigné.)

Traitement de l'appendicite aiguë.

(MM. Paul MATHIEU, P. HUET et GÉRARD-MARCHANT ; M. ANTOINE BASSET ; M. MURARD ; M. SORREL ; M. POULIQUEN ; M, P. BAZY ; M. de FOURMESTRAUX. — *Société de chirurgie* ; 13-5 ; 20-5 ; 3 et 10-6-1931).

Suite de la discussion soulevée par la communication de M. Pierre Duval :

— M. Paul MATHIEU rappelle l'aphorisme de Dieulafoy : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite » et il estime que, dès le diagnostic posé, même dans les cas d'apparence bénigne, le malade doit être confié au chirurgien. Si l'on se base sur les signes positifs (*contracture réflexe de la paroi musculaire abdominale* au niveau de la fosse iliaque droite, plus rarement de la région lombo-iliaque dans les formes rétro-cæcales), on ne commettra pas souvent une erreur préjudiciable au malade puisqu'on découvrira une lésion péritonéale appelée à bénéficier du traitement chirurgical. La confusion avec la péritonite à pneumocoques (qui ne doit pas être opérée) est la seule importante et on la fait de moins en moins.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour demander l'opération précoce, dans les 24 ou 36 premières heures au plus. Lorsque le délai de 48 heures est passé, si l'appendicite se manifeste par des signes de péritonite diffuse, l'opération immédiate reste indiquée. Si les phénomènes de réaction péritonéale tendent à s'apaiser sous l'influence de la glace et de la diète, si le malade n'a pas été purgé, la connaissance des difficultés opératoires possibles à cette période, fait que beaucoup de chirurgiens préfèrent attendre et laisser refroidir l'appendice, sous une surveillance étroite et prêts à intervenir au cas de reprise des phénomènes aigus. Lorsque le malade est vu plus tard, au 7e, 8e jour, avec un plastron et de la fièvre persistante, c'est un abcès localisé à ouvrir.

— M. Antoine BASSET est, comme M. Duval et tous les chirurgiens en général, intimement persuadé que les médecins ne sont pas encore suffisamment convaincus de la supériorité énorme de l'opération faite le premier jour. Mais, le plus souvent peut-être, ce sont les familles qui n'appellent pas le médecin assez tôt, faisant prendre bien des fois aux malades la malencontreuse purgation si défavorable dans l'appendicite. La précocité de l'opération est l'élément essentiel du succès et M. Duval a fait œuvre utile en rappelant aux praticiens que la saine thérapeutique est de faire opérer toutes les appendicites dès le premier jour de la crise.

— M. Jean MURARD, du Creusot, opère les appendicites aiguës aussitôt qu'il les voit. On peut objecter l'erreur possible de diagnostic, avec la pneumonie chez l'enfant, la péritonite à pneumocoque, les péritonites par perforation, les affections rénales, annexielles, etc. Seule, la confusion avec la péritonite à pneumocoque est vraiment préjudiciable, puisque dans la plupart des autres cas (tous cas rares, d'ailleurs) l'opération n'est pas nuisible ou est utile. L'auteur est partisan du drainage, du Mikuliez même, comme M. J.-L. Faure. On sait que sur ce point de technique, les avis des chirurgiens sont assez dissemblables.

La voix de M. P. Duval, dit M. Murard, doit aller au delà des chirurgiens, tous convaincus. Elle doit aller frapper les oreilles des médecins qui voient les appendicites les premiers. Et M. Murard propose que les conclusions que la Société de Chirurgie adoptera soient réunies en formules saisissantes, à faire diffu-

ser par les journaux médicaux, demandant aux praticiens de toujours montrer au chirurgien les appendicites aiguës aussitôt le diagnostic posé.

— M. Etienne SORREL remarque que dans le secteur de Paris et de la banlieue dépendant de l'hôpital Trousseau, les médecins paraissent particulièrement entraînés à dépister chez les enfants les appendicites aiguës et connaissent les avantages des interventions précoces, puisque sur 86 cas reçus dans son service en 1930, 42 ont été opérés dans les vingt-quatre premières heures. Dans les 44 autres cas, les signes avaient été légers au début et le médecin appelé déjà tardivement.

— M. POULIQUEN, de Brest, fait la même remarque pour le Finistère, où tous les médecins sans exception sont partisans de l'opération le premier jour, à tel point que les pharmaciens vendent très peu de vessies de glace.

— M. DE FOURMESTREAUX, de Chartres, a pu également, par l'exemple et la parole, persuader les confrères de sa région de l'extrême avantage qu'il y a à opérer de façon précoce. Les résultats ont été convaincants et, dans son service hospitalier, toute appendicite, quelle que soit la date des accidents initiaux, est opérée dans les heures qui suivent son admission.

— M. Pierre BAZY signale quelques erreurs dans le diagnostic de l'appendicite aiguë, erreurs causées par des affections des voies urinaires. M. Duval opère de suite, dans tous les cas. Il y a cependant quelques circonstances où l'on est en droit d'hésiter à prendre le bistouri. Le chirurgien appréciera ces circonstances qui n'enlèvent rien à l'importance thérapeutique de l'intervention et à la valeur de l'opération dès le début.

P. L.

Accidents consécutifs à la persistance prolongée d'un corps étranger dans une bronche.

(MM. A. LEMIERRE et R. CATTAN. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 13-3-1931.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme qui, ayant, il y a quarante ans, inhalé un petit tube de verre, le conserva dans ses voies aériennes, probablement la bronche gauche ou une de ses principales ramifications, pendant cinq ans, au bout desquels ce tube fut rejeté au cours d'une quinte de toux.

Cet accident entraîna l'apparition d'hémoptysies qui persistèrent pendant 35 ans après l'expulsion du corps étranger. Il y eut infection tuberculeuse secondaire ; sans altération de l'état général, sans amaigrissement, sans même de dyspnée, se développa chez cet homme une sclérose pulmonaire considérable, suivie de tuberculose pulmonaire peu évolutive, les germes étant rares dans l'expectoration.

Ce cas constitue un exemple presque expérimental du rôle que jouent, dans la pathogénie de certaines scléroses pulmonaires, les corps étrangers des voies aériennes, et il montre comment ces scléroses peuvent occasionnellement être bien tolérées.

— M. Emile SERGENT signale une femme d'une cinquantaine d'années qui, depuis plusieurs années, avait des hémoptysies cataméniales très fréquentes et qu'on traitait pour tuberculeuse pulmonaire. Les radios présentées montraient près de la région hilaire droite un gros nodule sombre, entouré d'une auréole nébuleuse un peu grisâtre ; ce nodule évoquait la forme d'un noyau de prune ; il avait été considéré comme le foyer tuberculeux, cause des hémoptysies. Cependant on était frappé de l'absence constante de bacilles de Koch dans les crachats, de l'absence aussi de tout autre symptôme, et de l'aspect floride de la malade. Après interrogatoire minutieux, on apprit que celle-ci, petite fille, avait, à l'âge de deux ans, avalé un noyau de prune, qui était entré dans les bronches ; elle avait failli mourir suffoquée, puis craché abondamment du sang dans les heures suivantes ; elle avait ensuite fait une broncho-pneumonie fétide durant plusieurs semaines ; puis, la fièvre était tombée, la toux et l'expectoration purulente avaient complètement disparu. Depuis sa formation seulement, cette femme avait eu fréquemment des crachements de sang au moment de ses règles, et ces hémoptysies avaient augmenté depuis qu'elle était parvenue à la période de la ménopause. C'est donc ce noyau de prune, qui, n'ayant pu progresser au delà de la bronche souche, était resté inclus dans un îlot de bronchopneumonie scléreuse avec formation de néo-capillaires, source des hémoptysies favorisées par le molimen cataménial. Ces hémoptysies rappellent celles qu'on observe autour des tubercules calcifiés, et qui disparaissent, lorsque ces pierres des poumons sont expectorées.

La récurrentothérapie de la paralysie générale.

(M. Auguste MARIE. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 13-3-1931.)

L'auteur présente la statistique des malades paralytiques généraux, traités dans son service de Sainte-Anne de 1925 à 1930, par la récurrentothérapie parallèlement à la malarisation ; en effet, un certain nombre de paralytiques sont réfractaires au plasmodium vivax, par suite soit d'immunités particulières, soit d'une malarisation antérieure suivie de rechute.

On peut alors utiliser le spirille de Dutton, passé sur la souris. 51 malades ont été ainsi traités : 18 ont présenté des rémissions durables, dont plusieurs assez nettes pour permettre la reprise de leur place dans la famille et la société.

16 n'ont été stabilisés que physiquement : ils sont demeurés diminués à l'asile (durant plusieurs années pour certains) ;

17 sont décédés, dont 10 dès le premier mois.

La récurrente peut donc. à défaut de la malaria, être utilisée avec un tiers de profit dans le traitement de la paralysie générale.

Traitement curatif de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde.

(M. Pierre LEHMANN. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 13-3-1931).

La radiothérapie semi-pénétrante, qui a déjà été employée dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, ne donne que des résultats médiocres. Si l'on utilise la radiothérapie profonde avec une technique correcte et une dose suffisante, on peut obtenir des diminutions de volume considérables. 36 cas ont été ainsi traités depuis six ans, dont un seul a été opéré trois ans après le traitement. Plusieurs de ces malades se sondaient tous les jours avant le traitement, et vont bien depuis. La radiothérapie profonde permet donc, dans la très grande majorité des cas, de faire disparaître les accidents de l'hypertrophie de la prostate, et évite ainsi les risques d'une opération dangereuse, à mortalité élevée, qui reste d'ailleurs possible dans le cas d'un échec des Rayons X.

Fréquence des états diarrhéiques, dus à l'hépatisme larvé.

(M. L. PRON. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 13-3-1931.)

Après une pratique exclusive de 25 ans des maladies du tube digestif, l'auteur croit pouvoir affirmer que la plupart des états diarrhéiques chroniques, sans antécédents spéciaux, sont dus à l'hépatisme, à la découverte duquel on est souvent conduit par l'examen de la peau. G. F.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 1er mai 1931.

A propos de la tuberculose primitive de l'uretère.

M. LE FUR, en rappelant les cas de tuberculose primitive de l'uretère qu'il a déjà publiés, montre que pour voir se produire ces manifestations tuberculeuses, il faut : 1° qu'il y ait des bacilles de Koch dans l'organisme ; 2° que l'organe soit déficient par lésion congénitale ou inflammatoire constituant un lieu de moindre résistance. La tuberculose primitive de l'uretère se fait toujours par voie sanguine ou lymphatique.

A propos de la gastrectomie.

M. DUPUY DE FRENELLE insiste sur les avantages du drainage par les lames de caoutchouc gaufrées qui sont moins dangereuses pour les sutures et forment une cloison plus étanche qui guide les liquides vers l'extérieur. Il présente un modèle de lames de caoutchouc sur lesquelles est collée une série de tubes irrigateurs dont la saillie gaufre la lame et forme des rigoles qui facilitent le drainage. Par les tubes, il injecte à la seringue de petites quantités d'antivirus, de bouillons-filtrats, de ferments lactiques, d'eau oxygénée qui chassent les déchets spacélés et le pus de la profondeur vers la superficie.

A propos de la gastrectomie.

M. Victor PAUCHET précise certains détails techniques des gastrectomies.

Il considère la gastrectomie en un temps comme un procédé supérieur à la gastrectomie en deux temps, mais celle-ci offre moins de risques. Pour les chirurgiens habitués à sa technique, la gastrectomie en un temps donne 2 % de mortalité dans les ulcus duodénaux et les ulcus juxta-pyloriques, et 10 % dans les ulcus géants et ceux qui sont situés dans le tiers supérieur de l'estomac.

L'anastomose de Péan doit être réservée aux cas de duodénum large (25 à 30 % des cas).

Le Polya nécessite une fermeture duodénale absolument parfaite ; il existe une dizaine de procédés de fermeture qu'il faut utiliser suivant les cas.

Si l'on juge le drainage nécessaire, il faut utiliser des lames de caoutchouc et non de la gaze qui favorise la déhiscence des sutures. Le drainage des gastrectomies améliore certainement la statistique.

Le drainage à la gaze à la Mikulicz, en chirurgie gastro-intestinale, est indiqué dans tous les cas aigus (perforations duodénale et gastrique, plaies intestinales de guerre), qui pourraient bénéficier de ce large drainage, sans sutures.

L'opération de gastrectomie en deux temps sera favorable à la méthode ; car le chirurgien hésitant entre une gastro-entérostomie et une gastrectomie pourra pratiquer celle-ci avec succès.

Luxation congénitale et luxation pathologique de la hanche. Adaptation dans un cas de fracture du col.

M. LAMY. — A propos de la curieuse adaptation spontanée rapportée par M. Rœderer à l'une des séances précédentes, l'auteur présente des projections de radiographies du bassin qui tendent à démontrer que les ostéophytes sont beaucoup plus fréquents dans les arthrites aiguës que dans la luxation congénitale ; que l'atrophie considérable d'un fémur se retrouve presque exclusivement dans l'arthrite destructive et que l'atrophie presque totale du col et de la tête, fait habituel dans l'arthrite, est excessivement rare dans la luxation.

Comme fait analogue, Lamy projette la radio du bassin d'une femme de 66 ans qui a une fracture du col du fémur depuis l'âge de 34 ans. La tête est restée dans le cotyle, et le fémur est remonté dans la fosse iliaque externe. L'aile iliaque est développée en dehors et oppose une surface sphérique à l'extrémité du fémur qui est également régulièrement sphérique. Depuis 32 ans, cette femme a pu exercer son métier de femme de ménage tout à fait normalement et sans fatigue.

Les suites éloignées des ostéo-arthrites du nourrisson.

M. RŒDERER attire l'attention sur la nécessité d'un diagnostic précoce permettant une intervention

et une vaccinothérapie immédiates. Il a eu, par ce procédé, des résultats très intéressants et, dans certains cas, des succès complets.

Ces succès sont variables suivant la nature de l'agent pathogène et le degré de la lésion anatomique. Ils sont meilleurs, sans doute, si l'os n'est pas atteint et comme la radiographie n'en rend pas complètement compte, on peut avoir des surprises thérapeutiques.

Certains cas semblent, pendant quelques années « tenir » après la réduction et « lâchent » ultérieurement.

Des radiographies illustrent ces observations.

Ce qu'il faut savoir, c'est que dans les luxations congénitales, les arthrites réduites peuvent aboutir à des résorptions de la tête qui rappellent les images données par les arthrites du nourrisson.

Deux cas d'épiploïte aiguë.

M. Thévenard communique deux cas d'épiploïte chronique ayant présenté au cours de leur évolution une crise aiguë. Dans le premier cas, la crise aiguë est survenue à la suite d'un traumatisme opératoire (section d'une bride au cours d'une hystéropexie) 16 ans après l'appendicectomie et sans qu'il y ait eu aucune manifestation pendant ce long intervalle. Le second cas concerne un cas d'épiploïte aiguë ayant simulé une crise d'appendicite aiguë ; à l'intervention, on trouva un appendice totalement scléreux, à lésions depuis longtemps cicatrisées. L'auteur insiste sur l'intérêt que présente, au cours de toute intervention abdominale, l'examen méthodique de l'épiploon qu'on soupçonne d'être atteint de lésions et sur la nécessité, en cas de lésions, d'en pratiquer la résection.

L'électrolyse circulaire endoscopique dans le traitement des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage.

M. Guisez communique les observations de 16 malades soignés pour rétrécissements graves par absorption de liquide caustique (lessive de soude). Chez tous, la sténose était dite infranchissable et cinq avaient été gastrostomisés auparavant. Grâce à l'endoscopie, on a pu retrouver le petit pertuis reliquat de la lumière œsophagienne, et le cathétériser pour recalibrer le conduit. Mais c'est grâce à l'emploi de l'électrolyse circulaire que la dilatation a pu être beaucoup augmentée. L'électrolyse s'attaque directement au tissu cicatriciel sur lequel elle a une action véritablement résolutive, et, dans certains cas favorables, en particulier chez les jeunes sujets, les séances de dilatation ont pu être tellement espacées qu'on peut prononcer le mot de guérison.

Présentation d'un opéré, 21 ans après splénectomie.

M. Léo donne la formule sanguine établie 21 ans après splénectomie. Cette formule corrobore les données classiques. Elle est normale, à part une très légère mononucléose. Elle corrobore aussi l'étude récente de H. Godard et C. Palios.

Tumeur rétro-péritonéale compliquant une grossesse.

M. Thévenard présente une tumeur rétro-péritonéale du volume d'une tête de fœtus à terme, d'aspect fibromateux et très vascularisée à sa périphérie. Cette tumeur, s'insérait, par un pédicule lâche, au-dessus du promontoire, au niveau de la bifurcation de l'aorte. Elle compliquait une grossesse qui se termina par une césarienne ; l'hystérectomie fut nécessaire pour permettre l'exérèse de la tumeur prolabée et enclavée dans le bassin.

Fibrome utérin et grossesse.

M. Burty présente une pièce opératoire de fibrome utérin. Cette tumeur à noyaux multiples, dont l'un sous-péritonéal, inclus dans la base du ligament large droit, avait vu son évolution aggravée pendant le début de la grossesse ; un des noyaux était en voie de sphacèle. A l'intérieur de l'utérus on peut reconnaître le placenta.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du mardi 24 mars 1931.

Réflexions sur la pyrétothérapie dans la paralysie générale : à propos de cinquante cas personnels.

M. A. Le Grand a employé tantôt la malariathérapie, tantôt la dmelcothérapie. Il estime que ces méthodes de pyrétothérapie ont modifié notablement le pronostic de la paralysie générale, mais sans que l'on puisse parler de guérisons fréquentes.

La malariathérapie lui paraît plus économique ; la dmelcothérapie, moins dangereuse, plus facile à doser et susceptible d'être employée en dehors de services spécialisés. Au point de vue des résultats, l'avantage revient au dmelcos associé à la tryparsamide.

Séance du mardi 21 avril 1931.

Péricardite primitive rhumatismale guérie depuis deux ans (présentation de malade).

M. D'Hour. — Enfant de dix ans, atteint de péricardite que l'on croyait de nature tuberculeuse. Malgré l'absence de toute fluxion articulaire, l'auteur tente un traitement par le salicylate de soude et obtient la disparition rapide des phénomènes péricardiques. Une poussée articulaire vient, quelques jours plus tard, contresigner l'étiologie rhumatismale. *Guérison complète.*

L'auteur insiste sur la possibilité et la fréquence relative des localisations viscérales *primitives* dans la maladie de Bouillaud.

Délire alcoolique traité par la strychnine à hautes doses.

M. Lamoril. — *Delirium tremens* chez un sujet de 42 ans. Mise en cellule sous surveillance et traitement par la strychnine en injections hypodermiques : 6 milligr. le premier jour (par 2 milligr. chaque fois), 8 le second jour, 10 le troisième, 6 le quatrième pour consolider l'amélioration obtenue.

Cette méthode, autrefois inaugurée par Luton, a été récemment rappelée par Pagniez. Elle donne d'excellents résultats : il y aurait antagonisme entre l'alcool et la strychnine.

Séance du mardi 12 mai 1931.

La radiothérapie de la région des surrénales appliquée à quelques troubles nerveux s'accompagnant de vaso-constriction.

MM. Desplats et Béra ont appliqué les principes, démontrés exacts pour les claudicants intermittents ; ces malades, en effet, voient la vaso-constriction disparaître sous l'influence de la radiothérapie des surrénales.

Les auteurs apportent les observations de deux malades présentant, à des degrés divers et depuis plusieurs années, des vertiges, des mouches volantes, des états syncopaux, s'accompagnant de troubles nerveux complexes dans différentes sphères. Aucune médication antérieure n'avait agi ; la radiothérapie a fait disparaître tous les troubles, depuis treize mois chez l'un, depuis quatre mois chez l'autre.

De tels malades ne sont pas des psychopathes, mais des déséquilibrés du système sympathique ; une radiothérapie fonctionnelle appropriée est susceptible de les guérir.

Sur le traitement de l'aérophagie.

M. Parturier étudie les différentes formes d'aérophagie, aiguë et chronique ; il examine rapidement l'étiologie et insiste sur la thérapeutique. Il a renoncé à faire l'éducation de ses malades, car, attirer leur attention sur leur tic, c'est l'aggraver.

Il commence par rechercher et combattre les causes si variées — et parfois si lointaines, — de l'aérophagie. Puis, il a recours aux antispasmodiques, principalement à l'anémone pulsatile et aux chatons de saule blanc (tantôt *per os*, tantôt par voie rectale). Il précise les indications et les avantages de ces médicaments.

De l'utilité de la salpingographie dans le diagnostic différentiel entre les états appendiculaires chroniques et la salpingite droite (avec présentation de radiographies).

MM. Courty et Cordonnier. — Nombreuses sont les femmes qui ont un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, sans qu'il soit possible de préciser le siège exact et l'origine de cette algie ; s'agit-il des annexes, ou de l'appendice ?

Pour fixer le diagnostic et pour régler l'acte opératoire, les auteurs préconisent l'injection de lipiodol à travers l'utérus. Ce procédé leur a donné d'excellents résultats dans un cas qu'ils relatent.

Ils insistent sur les services que peut rendre, en clinique, cette méthode d'application facile.

Les Congrès

VIIe Congrès national de la Tuberculose

Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931.

Le Congrès est ouvert le mardi matin à 9 heures sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, dans le grand amphithéâtre de l'Athénée municipal. M. le doyen Sigalas, vice-président de la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses, président du Congrès, prononce une allocution. Il rappelle l'orientation de la lutte antituberculeuse en France, et il indique tout ce qui a été fait en Gironde depuis la première heure. En termes émus, il évoque la grande figure du professeur Arnozan et l'œuvre sociale immense accomplie par le maître bordelais. Il trace le plan des travaux du Congrès, M. Blaisot, ministre, se fait l'interprète des encouragements du gouvernement. L'hommage qu'il rend au Professeur Calmette, présent à la séance, soulève l'enthousiasme de l'auditoire.

Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux.

Rapporteurs : Professeur Bezançon.
Dr Philibert, Dr Buc et Dr Paraf (Paris).

L'état réfractaire ne tient certainement pas aux propriétés bactéricides du sérum, et l'immunité acquise ne saurait se ramener à l'existence d'un pouvoir bactériolytique dans le sérum des animaux vaccinés. La bactériolyse ne saurait être exactement rapprochée de l'hémolyse. Le bacille de Koch est extrêmement résistant à toutes les causes de destruction,

L'aspect granuleux que prend ce bacille dans certaines conditions ne peut pas être considéré comme la conséquence d'un phénomène de bactériolyse. Les granulations sont plutôt des formes de résistance dont il faut encore étudier la signification exacte. De même nous ne connaissons pas exactement la signification de la perte de l'acido-résistance du bacille. Mais à coup sûr, la disparition de l'acido-résistance n'implique pas l'existence d'une action bactériolytique. Il en est de même de la constatation des granulations acido-résistantes qui peuvent exister sans corps bacillaire visible. Les rapporteurs mettent en doute l'existence de granulations se colorant exclusivement par le Gram et non acido-résistantes. Pour eux, toutes les granulations sont acido-résistantes avec de simples nuances dans l'intensité de la chromophilie.

Il est donc difficile de parler de bactériolyse en partant de constatations morphologiques.

Sur ce sujet, les cultures ne peuvent donner aucun renseignement précis.

La pauvreté en bacilles des pus tuberculeux a été attribuée à la présence de la lipase. Il semble cependant que celle-ci n'ait qu'un faible pouvoir, que la question soit beaucoup plus complexe et qu'on ait exagéré l'importance de ce facteur.

Le sort des bacilles tuberculeux dans l'organisme est loin d'être élucidé.

Les constatations précédentes ont été mises au point dans le rapport de Bezançon et Philibert. Dans un second rapport, Bezançon et Buc étudient la bactériolyse dans les humeurs.

Pour ces auteurs, la présence de propriétés bactériolytiques dans les épanchements pleuraux vis-à-vis du bacille de Koch ne semble pas démontrée. Les cultures de ces liquides, leur inoculation au cobaye, montrent qu'ils contiennent à tous les stades de leur évolution des bacilles. Malgré leur aspect granuleux et fragmenté, ces bacilles sont bien vivants et virulents. Il est également impossible de démontrer l'existence de propriétés bactériolytiques *in vitro*. Dans certains cas très rares (Rist et Jonesco), les exsudats se comportent comme s'ils exerçaient une action inhibitrice vis-à-vis du bacille de Koch. Mais même dans ces cas, on ne peut pas parler d'action bactériolytique proprement dite.

Jean Paraf, rapporteur, étudie la bactériolyse du bacille de Koch dans les tissus. Il y a parallélisme entre les observations faites au cours d'inoculations à l'animal et celles faites dans les cultures de leucocytes infectés *in vitro*. Chez l'animal sain ou avec le leucocyte normal, c'est le phénomène d'encerclement bacillaire qui domine. Souvent les poisons bacillaires finissent par triompher de la barrière cellulaire (cellules géantes ; caséification). Chez l'animal réfractaire, certains éléments cellulaires arrivent à détruire le bacille et on retrouve là l'activité du monocyte tissulaire. C'est cette cellule ou une cellule voisine qui est l'agent de la grande destruction bacillaire que l'on observe *in vitro* avec les myéloblastes.

Discussion

Ch. Richet (fils) et Hauduroy. — Il semble indiscutable qu'on puisse observer des phénomènes de bactériolyse au cours d'un séjour prolongé des crachats à l'étuve.

P. Courmont et H. Gardère. — On ne saurait nier le pouvoir bactéricide et par conséquent bactériolytique de certains sérums de tuberculeux. Ce pouvoir s'observe au maximum avec le sérum de malades chez lesquels la maladie évolue d'une façon favorable et aussi avec le liquide des pleurésies qui évoluent spontanément vers la guérison.

Rist. — Cet auteur revient sur les phénomènes de bactériolyse qu'il a observés avec ses collaborateurs dans les liquides d'épanchement du pneumothorax. Il fait remarquer que certains de ces liquides qui sont très riches en bacilles sont très difficiles à cultiver. Ces mêmes liquides, malgré l'abondance des bacilles qu'ils contiennent, sont d'un bon pronostic. Cet auteur pense que ces épanchements ont sans doute un pouvoir inhibiteur sur la virulence des bacilles. Il se produirait aussi dans une certaine mesure une destruction des bacilles.

Rapin. — Cet auteur rappelle très succinctement quelques circonstances au cours desquelles, il a pu observer des phénomènes qu'il interprète comme relevant de la bactériolyse.

(*A suivre.*)

Les Livres

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les grandes endémies tropicales. Etude de pathogénie et de prophylaxie. Conférences faites à la Faculté de médecine de Paris par les médecins du corps de santé colonial. Deuxième année (1 vol. in-8° raisin de 108 pages. Prix : 15 francs.)

Le Professeur Tanon a fait appel aux médecins coloniaux pour compléter ses cours d'hygiène en apportant le résultat de leur expérience sur les grandes endémies des pays chauds.

Ils exposent l'hygiène des pays chauds, ou les recherches pathogéniques qui conduisent naturellement à des conclusions prophylactiques. Ils expriment, en outre, les notions, acquises dans la lutte sur le terrain, au milieu des difficultés d'exécution inhérentes aux habitudes ancestrales, à l'incompréhension des races relativement primitives, que la civilisation européenne s'efforce de pénétrer.

M. BLANCHARD. Les spirochétoses dans les problèmes d'hygiène coloniale. — P. CAZANOVE. Pratique de l'épidémiologie et de la peste au Sénégal. — F. HECKENROTH. Les problèmes des porteurs de germes dans l'interpénétration des races.— M. LÉGER. Epidémiologie et prophylaxie de l'ankylostomiase dans les pays chauds. — G. MARTIN. La collaboration administrative et médicale dans l'hygiène coloniale appliquée. — M. VAUCEL. La lutte contre le paludisme en Italie.

J. DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr F. ROBERT. — **Eléments de séméiologie médicale** (1 vol. in-8° de 732 pages avec 61 figures dans le texte, et planches en couleurs hors texte. Prix : 90 francs.)

L'auteur décrit la meilleure façon d'aborder un malade, de l'interroger, de l'examiner. La technique d'exploration des divers organes y est présentée avec tous les détails nécessaires à des débutants. La séméiologie de certains organes, tels que le foie, le pancréas, la rate, etc., est précédée d'un rappel succinct de l'anatomie et de la physiologie de ces organes. Tenant compte des progrès accomplis en ces dernières années pour la pathologie nerveuse, l'auteur a décrit un peu plus longuement l'anatomie et la physiologie du système nerveux, ainsi que les nouveaux syndromes nerveux. De nombreux schémas en noir et en couleurs, facilitent la compréhension du texte.

EDITIONS MÉDICALES N. MALOINE, PARIS.

R. MONTANT et G. WALLIMANN. — **Le Panaris.** Préface du Dr PAUL, médecin-légiste. (42 pages avec figures explicatives.)

Dans un travail très documenté, très méthodique, et très intéressant, les auteurs mettent en garde les praticiens contre ce qu'on pourrait parler l'hypocrisie du panaris.

En effet, le panaris, le « mal blanc » jouit d'une renommée paradoxale de bénignité et de gravité. Affection bénigne, parce qu'elle est d'un diagnostic facile et d'un traitement simple ; affection grave, parce qu'on sait qu'elle s'accompagne souvent de raideurs des doigts, quand elle ne se termine pas par l'amputation mutilatrice.

Le panaris appartient au domaine de la petite chirurgie, et, comme tel, il ne reçoit pas toujours les soins qu'il exige.

Souvent le blessé voit son médecin trop tard, quand les remèdes simples, dont il a reçu le conseil autour de lui, ont échoué. Et puis, le traitement chirurgical se limite, en général, au petit coup de bistouri aveugle donné sur un coin de table, suivi des interminables pansements humides, qui favorisent les complications beaucoup plus qu'ils ne les écartent. Alors, qu'arrive-t-il ? Le squelette du doigt se nécrose et le tendon fléchisseur s'élimine. Devant ces ostéites, on se résigne trop facilement à l'amputation partielle ou totale.

Et cependant, on ne dira jamais assez combien il faut être conservateur dans la chirurgie de la main ; car, des doigts, même mutilés, même ankylosés, peuvent de nouveau servir, grâce à la rééducation progressive, mais à la condition que ces mutilations et que cette ankylose soient faites en position de fonction.

Mais, il est encore préférable de sauvegarder au doigt son intégrité anatomique et fonctionnelle. Et, c'est là le premier but à atteindre ; l'ankylose et la résection ne doivent être que des pis-aller.

Or, toutes les complications du panaris sont dues à la suppuration prolongée. Il faut donc savoir utiliser sur un même plan, toutes les armes que nous avons contre la suppuration : le bistouri, la vaccinothérapie, et les pansements logiquement et soigneusement faits. Dans le traitement du panaris, l'incision, qui doit toujours viser à la mise à plat des tissus infectés, n'est rien ; ce sont les soins post-opératoires et la vaccinothérapie, qui sont tout.

Dans un chapitre spécial, le Dr Wallimann traite du « panaris, accident du travail ».

Editions CRELJI, 122, boulevard Murat, Paris.

Dr D. SCHAPIRO, médecin du Dispensaire du XIIe arr. — **L'hygiène alimentaire des Juifs devant la science moderne.** Préface du professeur TANON. (Un vol. de 350 pages. Prix : 50 francs.)

Cet ouvrage est le résultat de longues recherches et de mûres réflexions. Parfaitement documenté, il est plein d'enseignements, et montre que les prescriptions hygiéniques des temps les plus reculés rencontrent encore l'approbation de la science moderne.

Ces pratiques de l'humanité préhistorique ne pouvaient être inspirées que par l'instinct de conservation ; or, celui-ci n'a pas varié dans le cours des temps ; il est comme le corollaire de la vie. Actuellement encore, ce même instinct est à la base de l'hygiène, dont il inspire les mesures ; mais ses moyens seuls ont changé. Autrefois, il utilisait toutes les ressources de la vie physique ; de nos temps, il utilise toutes les découvertes de la science.

On ne peut méconnaître l'œuvre exégétique que l'auteur a été obligé d'entreprendre à maintes reprises ; grâce à son érudition et à la rigueur de ses analyses, il a tiré remarquablement parti des vieux livres hébraïques, comme celui de Maïmoum, où la discussion sur la valeur des termes a une importance capitale.

Et, en effet, dans une première partie, « Le règne animal au point de vue diététique » le Dr Schapiro étudie méthodiquement, aux points de vue identification et histoire naturelle, tous les animaux permis, puis tous ceux qui sont interdits, comme le législateur du Pentateuque les a inscrits sur ses diverses

listes ; ensuite, est rapportée l'opinion la plus compétente des auteurs sur la valeur alimentaire de leur chair.

Dans « l'Eclectisme mosaïco-talmudique en matière d'alimentation carnée » sont décrites la signification de l'aliment « cadavérique » et la conception de l'aliment « avarié ». C'est ensuite le procédé rituel, d'abatage, qui évite à l'animal des souffrances inutiles, et n'expose pas à faire usage de la chair d'un animal expiré à la place de celle d'un animal égorgé. Le scarificateur attitré doit remplir certaines conditions ; il ne peut cumuler plusieurs métiers ; cependant, il est généralement aussi ministre officiant. La viande abattue subit encore une inspection sanitaire, l'extirpation des nerfs, et enfin la salaison de la portion à cuire, cela pour lui enlever le plus possible de sang liquide nuisible, qu'il est défendu de consommer.

En plus du sang, sont encore interdits certaines graisses, les substances souillées ou contaminées, les aliments dégradés.

Une dernière partie est consacrée à la « Partie des Lois diététiques ». Celles-ci, dont l'existence est basée sur des preuves bibliques, peuvent assurer à la fois une hygiène alimentaire et prophylactique. Les Hébreux avaient parfaitement raison de voir dans toutes ces lois, non seulement un motif sanitaire, mais aussi un but spirituel et moral.

Certes l'œuvre mosaïco-talmudique est susceptible de retouches, mais il faut conclure à sa pérennité, car elle est aussi grandiose que salutaire.

Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr L. BOULANGER, assistant à l'hôpital d'urologie. — **Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme.** (Tome I, un vol. in-8° de 380 pages. Prix : 40 francs.)

L'auteur, connu de tous pour ses remarquables travaux en urologie, tous empreints d'un caractère éminemment pratique, ne présente pas un ouvrage didactique. Se plaçant exclusivement sur le terrain de la clinique, et désireux de ne pas sortir du domaine de la pratique, il a pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de donner les relations d'un certain nombre de cas personnels, puis de les accompagner de considérations aidant au diagnostic, et d'indications utiles au traitement.

C'est ainsi que, dans le tome I, on trouvera l'étude clinique et thérapeutique d'un certain nombre de cas de gonococcies, et de faits ayant trait à cette maladie chez l'homme dont voici l'énumération :

Interrogatoire et examen clinique d'un malade atteint d'urétrite. Diagnostic des infections gonococciques anciennes chez l'homme. Avenir des blennorragies non soignées et des blennorragies mal soignées. Peut-on, sans examen microscopique de la sécrétion urétrale, faire le diagnostic exact et complet d'une urétrite ? Le gonocoque. Rôle du laboratoire dans le diagnostic des urétrites. Pourquoi, quand et comment faut-il explorer l'urètre au cours d'une gonococcie ? Y a-t-il une médication spécifique de la blennorragie ? L'indication de la culture du sperme. Du traitement abortif de l'urétrite à gonocoques chez l'homme. Quand doit-on commencer le traitement endo-urétral d'une urétrite ? Des conditions fondamentales du traitement local des urétrites. Des conditions générales du traitement local des urétrites. Remarques au sujet de la technique des grands lavages urétro-vésicaux. Les urétrites à gonocoques qui semblent réfractaires à l'action du permanganate de potasse. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les prostatites et vésiculites blennorragiques. Diagnostic de la désinfection gonococcique chez l'homme.

La question du diagnostic du gonocoque, dans les infections anciennes, par la spermo-culture, n'est pas encore élucidée : une conclusion, dans un sens comme dans l'autre, serait actuellement prématurée.

Un important chapitre est réservé aux urétrites non gonococciques, soit de cause externe (traumatiques, vénériennes), soit liées à une diathèse ou à un état infectieux (arthritisme, paludisme, diabète, tuberculose, syphilis, oreillons, dothiénentérie).

Enfin, l'auteur étudie la question de la « méconnaissance d'une urétrite simple », ses suites médicales, ses conséquences sociales.

A une époque où la blennorragie devient de plus en plus fréquente, il sera utile au praticien, comme à l'urologiste spécialiste, de se documenter d'une manière approfondie, de chercher en maintes circonstances, un guide sûr et éclairé.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MASSON et CIE
120, boulevard Saint-Germain.

André DOGNON, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. **Précis de physico-chimie biologique et médicale** (Un vol. 350 pages, 70 fig. Prix : 36 fr.)

Emile C. CRACIUN. — **La culture des tissus en biologie expérimentale.** Préface du Prof. G. Roussy. (Un vol. 440 pages, 72 fig. Prix : 55 fr).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité Professionnelle

LES CONFLITS DANS LES ASSURANCES SOCIALES

OU L'ON VERRA POURQUOI ET COMMENT M. BOUDEHAN, CONSEILLER GÉNÉRAL DE L'EURE, VEUT BOUTER HORS DE L'ASSURANCE MALADIE LES MÉDECINS SYNDIQUÉS ET LEUR TYRANNIE...

Les prestations médicales

Messieurs,

La loi sur les assurances sociales est entrée en vigueur depuis quelques mois et elle cause une déception profonde parmi ceux qui doivent en bénéficier parce qu'elle ne tient pas les promesses faites. La France peut compter sur la sagesse de la population laborieuse, mais les colères sont redoutables quand elles sont trop justifiées.

Les travailleurs ont retenu le paragraphe 5 de l'art. 4 qui prévoit que l'assuré paiera 15 ou 20 % des frais médicaux et 15 % des frais pharmaceutiques, d'autant plus que diverses prescriptions ou notes officielles faisaient état de ces tarifs. Mais par le développement de ses textes, la loi enlève ce qu'elle a donné clairement. Si le paragraphe 6 envisage une diminution possible du pourcentage de la participation de l'assuré, le paragraphe 7 prévoit que les caisses pourront prendre à leur charge seulement une part forfaitaire du prix de tout acte médical ou verser à l'assuré malade une indemnité forfaitaire de soins. Bien plus, art. 33 paragraphe 6, il est dit que les prestations de la présente loi sont garanties seulement dans les limites des ressources prévues par la présente loi ; ce qui veut dire en bon français qu'elles peuvent être réduites indéfiniment.

Que donne aujourd'hui l'application ?

Les trois caisses les plus importantes d'Evreux : Caisse départementale, 40.000 adhérents, Caisse de la Chambre de commerce, 3.600 adhérents et la Caisse agricole donnent environ 50 % sur le prix des visites et des consultations sauf le cas des assurés sociaux indigents qui sera étudié plus bas. Mais c'est là le cas le plus favorable. Dès qu'il s'agit de médecins spécialisés dont le tarif approuvé par l'Etat est considérable puisque le moindre acte médical est taxé 50 fr. pour monter jusqu'à 2.000 fr., la participation de la caisse devient dérisoire. Elle est de 8 fr. par visite de 25 fr. de sorte que l'acte médical de 250 fr. sera supporté par l'assuré jusqu'à concurrence de 170 fr. Plus les malheureux ont besoin de la caisse et moins celle-ci leur donne. Le ticket modérateur joue, alors que l'on ne court pas par plaisir les risques d'une opération.

Au mois de juillet dernier, il en coûtait 10 fr. pour se faire arracher une dent. Depuis les assurances sociales, il faut payer 20 fr. immédiatement et la caisse rembourse royalement 4,65 de sorte que l'assuré en plus de ses cotisations paye encore 5 fr. 35 de supplément sur ce qu'il payait avant la loi.

Parmi les caisses, on peut citer encore la Caisse primaire des établissements métallurgistes et connexes de l'Eure. Elle donne les mêmes résultats au point de vue des soins médicaux, mais le niveau moyen des salaires étant plus élevé, elle a un plafond plus haut. En outre, ses membres sont groupés en agglomérations importantes, qui facilitent la surveillance des sections locales. Les résultats semblent excellents à tous points de vue, sauf en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux.

On ne saurait penser que le Parlement a voté des dispositions d'une loi aussi importante, sans s'être entouré de renseignements. Ce n'est qu'après avoir consulté les actuaires qu'il a pu faire miroiter, aux yeux des bénéficiaires, qu'ils n'auraient à payer que 15 à 20 % des frais médicaux et pharmaceutiques moyennant des sacrifices qui pèsent lourdement sur les employeurs et les employés.

Si les promesses faites n'ont pas été tenues, c'est que le corps médical a relevé ses tarifs en prévision des Assurances sociales, par un geste vraiment dépourvu d'élégance. Dans la généralité, les médecins sont des hommes dévoués à leurs devoirs, généreux et humains. Mais dans l'espèce, ils sont représentés par leur Fédération nationale, qui, suivant les lois bien connues de la psychologie des foules, ont montré une âpreté et une avidité rares chez les individus cultivés qui la composent.

Avec une facilité vraiment curieuse, le Parlement a cédé à toutes les prétentions du corps médical, même quand elles étaient contraires à notre droit public.

Le paragraphe 4 de l'art. 4 dispose que les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec les Syndicats professionnels de médecins, et encore ces derniers devront-ils être habilités par leurs groupements nationaux.

Ainsi donc, des médecins dissidents ne peuvent être admis à contracter avec les caisses et même un syndicat professionnel doit se soumettre au groupement national. C'est le rétablissement des jurandes et des maîtrises détruites par la révolution. C'est le syndicat obligatoire contrairement à l'esprit et à la lettre de loi sur les syndicats professionnels qui donne l'autorisation de se grouper, mais laisse la liberté d'exercer une profession quelconque en dehors de tout syndicat.

Enfin, c'est le monopole et la main mise sur les assurances sociales, sauf la très vague garantie d'un appel devant la section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des assurances sociales, et encore pour les

groupements seulement. Les médecins non syndiqués peuvent soigner, mais à condition d'accepter les clauses du contrat, auquel ils n'ont pas participé et sans doute payer les cotisations syndicales. C'est une tyranie. Les conséquences ne se sont pas fait attendre. Avec une fière arrogance, il est écrit dans le *Médecin de France*, organe officiel de la Confédération des médecins de France (numéro du 15 octobre 1930, page 885) : Contrats syndicats caisses :

« *Vous n'avez pas à discuter les tarifs syndicaux avec les caisses. Vous les indiquez. Les caisses établissent comme elles le peuvent (nos tarifs étant connus) leur propre tarif de remboursement à l'assuré, dit tarif de responsabilité.* »

Pas de discussion, il faut obéir à l'ordre d'en haut donné avec cette désinvolture. C'est un peu trop tabler sur la lâcheté de l'homme qui craint généralement la mort.

Le Parlement a accordé le libre choix du praticien. Or, l'expérience faite en Allemagne depuis 1883 en montre tous les dangers, aussi bien que les abus auxquels donne lieu en France la législation des accidents du travail.

Il est constant que l'assuré, qui veut un bulletin de maladie, se dirigera vers le médecin qui aura la réputation d'être le plus complaisant. Ce seront les praticiens les plus consciencieux qui verront diminuer l'importance de leur cabinet. Parfois, il y aura émulation parmi les médecins pour se montrer toujours plus facile que le confrère.

Sans même parler de défaut de scrupule, quelle force de caractère ne faudra-t-il pas pour résister à la pression des simulateurs, quelle vertu pour s'en tenir aux actes médicaux réellement utiles, pour ne pas accorder des délais supplémentaires, Knock existe en nombre plus ou moins élevé suivant les appréciations. Avec la complicité des assurés, une fraude assez curieuse tend à se répandre. Le médecin touche exactement ce qui lui revient : 20 fr., mais avantage l'assuré en comptant une visite 50 fr. et l'assuré touche 19 fr. La conscience de chacun est en repos, car voler l'Etat n'est pas voler comme chacun sait et la caisse c'est l'Etat.

Et cette bienveillance exagéré est pourtant néfaste à l'assuré lui-même qui éternise le moindre bobo et perds le remède souverain, la volonté de guérir.

Pour réprimer ces complaisances, il ne faut pas compter sur la Commission technique composée de trois médecins locaux obligatoirement syndiqués, qui ne voudront pas faire tort ou peine à un confrère. Pour que le contrôle soit réel, il faudrait le faire exercer par des médecins tout à fait indépendants, qui soient des fonctionnaires désireux de faire vivre les assurances sociales et non pas d'en vivre. A défaut de sanction, il faut une vertu surhumaine pour réprimer un abus dont on profite. Qui paye influence qui est payé.

Le corps médical a réclamé le secret professionnel absolu, alors qu'il reçoit de toutes parts des accrocs les plus larges. La loi sur l'hygiène publique dans l'intérêt général force cependant le médecin à procéder à des désinfections. Les mœurs ont évolué et il n'y a plus de maladies honteuses. La tuberculose doit être divulguée ; aux conseils de revision les cas d'exemption sont discutés publiquement. Les ordonnances elles-mêmes n'indiquent-elles pas clairement la maladie pour qui sait les lire ? Dès lors, le secret professionnel ne serait-il pas un simple prétexte pour soustraire les médecins à un contrôle efficace ?

Le corps médical a obtenu la liberté de prescription et de thérapeutique. Les médecins qui veulent saboter la loi — et il y en a — ordonnent des spécialités d'un prix formidable pour lesquelles le pharmacien n'a pas de tarif légal et l'assuré est obligé de payer intégralement. Cependant, les maîtres de la médecine ont la coquetterie d'écrire des ordonnances dosées suivant le client et négligent les spécialités, produits d'un mercantilisme également spécial. D'ailleurs le catalogue des spécialités prévu par la loi n'est pas encore établi.

Les conséquences financières de la toute puissance de la Fédération médicale doivent être soulignées. Les assurés sociaux qui étaient hier à l'assistance médicale et dont le prix de visite était de 8 fr. + 1 fr. 25 par kilomètre à la charge des communes, du département et de l'Etat sont maintenant protégés par l'art. 50. Le prix de la visite, barème des accidents de travail sera de 15 fr. + 1,50 par kilomètre à la charge de la caisse pour 80 % et des collectivités pour 20 %. Il en résulte d'abord que le corps médical pour cette catégorie d'indigents gagne 7 fr. par visite et 0,50 par kilomètre parcouru.

Il en résulte aussi que si une caisse paye 50 % des prestations médicales, elle devra payer 80 % pour les prestations des assurés sociaux indigents et ce seront les autres assurés sociaux qui feront, à leur détriment, les frais de cette libéralité au corps médical.

Or, ces assurés sociaux indigents sont extrêmement nombreux à Gaillon : 71 sur 138, à Aubevoye : 53 sur 95. Il faut insister sur ce point que les prestations des assurés sociaux non indigents seraient plus élevées et dépasseraient 50 % si une partie des ressources des caisses n'était pas employée à payer 80 % aux assurés sociaux indigents. Il en résulte fatalement que si une caisse voyait augmenter le nombre de ses assurés sociaux indigents par suite de la bienveillance des Conseils municipaux, elle serait obligée de réduire le remboursement fait aux assurés sociaux non indigents. C'est le comble de l'injustice, puisque les assurés sociaux prennent la charge sociale qui incombait aux médecins.

Les médecins disent qu'au cours des siècles, leur bon cœur et leurs sentiments d'humanité ont été exploités et que cet état de choses doit cesser. La loi sur l'A. M. G. a permis au médecin d'être remboursé des soins donnés aux indigents et les tarifs sont aujourd'hui de 8 fr. par visite et 1,25 par kilomètre tant à l'aller qu'au retour. Ce n'est pas négligeable. Les maîtres ont toujours fait profiter de leur science les déshérités de la vie au moyen de consultations gratuites et des hôpitaux. N'est-ce pas la rançon des consultations à mille francs et des opérations à 30.000 fr. ?

Il est bien évident que le médecin qui a travaillé 15 ans pour obtenir son diplôme, qui fait un métier pénible et dangereux, doit avoir la tranquillité de l'esprit et a besoin d'un train de vie convenable pour lui et sa famille. Il est cependant des limites qui ne doivent pas être dépassées.

Un médecin qui aura 10 visites et 10 consultations par jour gagnera 350 fr. sans compter les indemnités kilométriques et il aura du temps libre pour ses études personnelles. Des plaintes s'élèveront véhémentes quand 10 minutes de praticien équivaudront à deux journées de travail.

Aujourd'hui, le premier souci du législateur doit être de tenir les promesses faites et de payer réellement 80 % des frais de la visite médicale. Il faut que les assurés trouvent dans chaque région un bon praticien dont le tarif médical s'accorde avec la loi. Ce sera, si l'on veut, un fonctionnaire qui recevra un fixe ou une rémunération par acte médical. Les plus hostiles au fonctionnarisme en Allemagne sont forcés de se rallier à cette idée par les inconvénients d'un système appliqué qui ne laisse rien à la charge de l'assuré, mène à la multiplication du nombre des visites et à la paresse de l'assuré.

Il est parfaitement légitime que les médecins aient des prix de visite différents suivant leurs talents, la confiance qu'ils inspirent ou même la mode. L'assuré sera parfaitement libre de choisir le praticien le plus coûteux à condition de prendre à sa charge le supplément de prix. Il n'aura rien à dire puisque le médecin de la caisse est à sa disposition avec un tarif normal.

Le premier devoir du législateur est de briser le monopole qu'il a institué en faveur de la Fédération médicale et de donner aux Caisses la liberté de contracter

avec des médecins dissidents ou de faire venir même des médecins qu'elles installeront.

Aujourd'hui, les contrats passés avec les caisses sont léoniens (*sic*) parce qu'il n'y a pas de concurrence possible et parce qu'une seule partie a sa liberté.

En conséquence, le Conseil général de l'Eure émet le vœu que le Parlement veuille bien prendre les dispositions suivantes :

Suppression du monopole accordé aux Féderations des médecins de France et faculté pour les caisses de contracter avec les praticiens pourvus de diplômes de l'Etat.

Création de commissions de contrôle composées de médecins fonctionnaires chargés de réprimer les abus.

Préparation d'un cadre de médecins qui donneraient des soins en cas de conflit avec les praticiens.

Beaucoup de choses seraient à dire sur les assurances sociales qui seront laissées de côté pour ne pas allonger cette étude. Résumons-les.

Il faut féliciter sans réserves les caisses primaires du département qui ont su, pour ce qui dépend d'elles, organiser un service presque parfait avec un personnel réduit (11 personnes pour la Caisse départementale qui compte 40.000 assurés). On ne peut qu'admirer l'ordre parfait qui règne dans le service.

Les prestations pharmaceutiques donnent lieu à des plaintes. Des personnes dignes de foi m'affirment que pour les spécialités notamment, le prix payé par les assurés sociaux est supérieur à celui payé par les clients. Il est bien difficile de prouver ces errements. Il faudrait d'abord que le tarif officiel sorte le plus tôt possible.

Les soins dans les établissements hospitaliers sont très onéreux pour les concessionnaires qui ne sont pas encore bien fixés sur l'étendue de leurs charges.

Le Conseil général ne saurait se désintéresser de toutes ces questions. Si les assurances sociales coûtent fort cher aux employeurs et aux employés, il faut que les collectivités bénéficient de ces sacrifices comme on l'espérait.

En 1912, alors que les visites et consultations médicales coûtaient 1 fr. 50, que l'on venait de porter à 15 centimes l'indemnité kilométrique, le Conseil général était effrayé de devoir porter pour l'A. M. G. une dépense de 250.00 fr. à son budget. En 1931, on parle de 3.000.000 fr.

C'est pourquoi je reprends une proposition de M. Abel Lefebvre votée à la réunion d'août 1912 et demande au Conseil général de l'adopter.

Proposition.

M. le Préfet est prié de publier dans son rapport un tableau indiquant par médecin, pour tous les praticiens du département, le montant des mémoires médicaux et pharmaceutiques, le nombre des malades et donnant la moyenne par médecin et par malade. Cela doit s'appliquer aux malades de l'A. M. G. et aux assurés sociaux protégés par l'art. 59 de la loi du 30 avril 1930.

Peut-être le Conseil général jugera-t-il expédient d'entrer en relations avec le Syndicat des médecins de l'Eure, pour leur représenter l'augmentation des honoraires qui leur revient du fait des assurances sociales aussi bien que le bénéfice qu'ils tirent de la diminution du prix de l'essence et de la réduction du coût de la vie.

N. B. Je remercie très vivement les présidents de caisses qui ont bien voulu me donner amicalement des renseignements précieux et notamment MM. Oscar Legras, Gens, Huart et Segeers, présidents ou secrétaires de caisses.

En ce qui concerne la question du corps médical, de larges emprunts ont été faits à l'ouvrage : « Les méfaits des assurances sociales en Allemagne » par le médecin allemand Docteur Liek qui a été présenté au public français par le Docteur Weiss, doyen de la Faculté de Strasbourg, membre de l'Académie de médecine.

Je ne citerai pas mes amis médecins que je ne veux pas exposer à la vindicte de leurs terribles syndicats.

L. BOUDEHAN.

***

A la dernière réunion du Conseil général de l'Eure, M. BOUDEHAN, puissant industriel multimillionnaire, qui représente à l'assemblée départementale le canton de Gaillon, a lu le mémoire que nous tenons à reproduire en son entier ci-dessus.

Il ne suffit pas, en effet, que son auteur lui ait donné la plus large publicité dans son propre département. Il serait dommage de ne pas régaler, de cette prose boudehanesque, les lecteurs du *Concours médical*, qui verront ainsi une fois de plus comment un homme politique, par souci électoral évident, bien qu'il s'en défende, juge et qualifie les médecins.

Allégations tendancieuses, inexactitudes, contre-vérités, injures, exprimées en une phraséologie inélégante et lourde qui, visant souvent à la grandiloquence, sue surtout l'incohérence et l'effort : tel le gindre épuisé, qui ahane à pétrir son mauvais pain chimique, et s'arrête à bout de souffle, à bout de flan.... rien ne manque, dans ce fouillis pénible d'arguments spécieux qui traînent un peu partout et qui furent ramassés au petit bonheur, même en Allemagne ; rien, ni les complaisances coupables du médecin envers l'assuré tire-au-flanc ; ni l'inélégance du geste par lequel nos tarifs auraient été relevés ; ni l'âpreté au gain de la Confédération, ni sa fière arrogance ; ni même l'accusation d'escroquerie, de vol, « car voler l'Etat n'est pas voler comme chacun sait... », portée contre des médecins prévaricateurs. Tout cela, sans la moindre preuve.

Il serait fastidieux de reprendre une par une les amènes imputations que, gratuitement, M. Boudehan porte contre le Corps médical dans son ensemble.

Rétablissons les faits dans leur scrupuleuse rigueur.

Et tout d'abord, relevons, pour n'avoir pas à y revenir, cette affirmation entièrement contraire à la vérité, que les honoraires médicaux auraient été relevés à la veille de l'entrée en vigueur de la loi sur les Assurances sociales et pour y faire échec. Il faut être dénué de clairvoyance, ou au contraire, aveuglé par un évident parti pris d'où la bonne foi est exclue, pour interpréter, en un sens aussi péjoratif, des mesures économiques qui se sont imposées aux médecins comme à tous les autres travailleurs, et qui, au contraire, ont toujours été plus tardives chez eux qu'ailleurs.

Depuis 1918, les honoraires médicaux ont dû augmenter parallèlement à la dépréciation monétaire. Ils se sont ainsi élevés par paliers, et toujours très en retard sur l'indice général des prix.

De ce que la dernière augmentation ait pu coïncider avec les premières discussions parlementaires de la loi en préparation, on ne saurait conclure à une relation de cause à effet. En général, cette augmentation a été notablement antérieure à la mise en vigueur de cette loi.

C'est ainsi que dans l'Eure, département dont les intérêts sont si chers à M. Boudehan, cette augmentation a été décidée dans les Syndicats en 1928, adoptée par leur Fédération départementale en 1929, pour prendre effet au premier janvier 1930. Elle a porté les tarifs au coefficient 5, au-dessous encore de l'indice général.

Que la loi en question n'ait pas été votée, ces mêmes tarifs n'en auraient pas moins été adoptés, parce qu'ils s'imposaient. La seule remarque que l'on puisse se permettre à ce sujet, c'est le retard avec lequel ils ont été pratiqués. Il serait étrange que l'on osât en faire un grief contre le Corps médical.

***

Et maintenant, sans nous attarder à de pénibles ratiocinations, voyons à quelles considérations ont obéi le Parlement et le Corps médical, pour organiser l'assurance-maladie aussi équitablement que les circonstances l'ont permis. De cet exposé résultera implicitement une réfutation de toute l'argumentation de notre distingué conseiller général.

L'un des soucis du Législateur a été de protéger la santé des travailleurs, en leur facilitant l'accès préventif et curatif du secours médico-pharmaceutique. Il a voulu, en outre, que la médecine ainsi dispensée aux assurés sociaux fut de bonne qualité. Il s'est mis d'accord avec le Corps médical organisé pour éviter qu'une médecine de pauvres put être opposée à la médecine des riches.

Et, pour réaliser ses diverses aspirations, il a voulu que le médecin se trouve en présence d'un assuré social exactement dans la même situation que dans sa clientèle privée. Nul n'ignore que ces conditions se trouvent remplies quand le malade peut choisir librement son médecin, parce que la liberté de choix est corrélative de la confiance qui exerce une influence morale si puissante sur son état ; quand il s'entend directement avec lui pour le règlement d'honoraires librement discutés ; quand enfin, il est garanti contre les indiscrétions qui livreraient en pâture à une curiosité étrangère ses infirmités, ses tares, ses misères.

Le Législateur a donc inscrit, dans la loi, le libre choix du médecin ; l'entente directe ; et le respect du secret professionnel.

Mais il ne s'en est pas tenu là. Toujours d'accord avec le Corps médical organisé, il a prévu que des abus seraient possibles ; il a voulu les prévenir, et aussi les réprimer. Et il a institué, de par la loi, un contrôle administratif qu'exercent les Caisses, par l'intermédiaire de médecins contrôleurs qui ne dépendent que d'elles, *et qui en sont en quelque sorte les fonctionnaires*, ce que ne dit pas M. Boudehan.

Cela ne lui a pas encore suffi. Toujours soucieux de ménager tous les intérêts en présence, il a voulu que les Caisses fussent liées avec les Syndicats professionnels par des Conventions établies dans un cadre défini, et imposant aux Syndicats l'obligation d'exercer sur les médecins un contrôle technique destiné à sauvegarder la correction avec laquelle les prestations médicales devraient être dispensées.

Et comme il fallait que ce contrôle technique put atteindre les médecins non syndiqués, aussi bien que les syndiqués, il a exigé que les premiers acceptent ce contrôle, une fois pour toutes, en adhérant explicitement aux dites conventions.

Tout cet ensemble de mesures a été pris pour que Caisses, assurés et médecins fussent garantis aussi rigoureusement que possible contre les irrégularités, les malfaçons, les exactions éventuelles.

Mais le Législateur n'a nullement violé notre droit public, en confiant, en premier ressort, l'habilitation des Syndicats à la Confédération des Syndicats médicaux, puisqu'il a réservé un droit d'appel à une juridiction indépendante de celle-ci, en faveur des groupements qu'elle n'aurait pas acceptés.

Le Législateur n'a jamais promis aux assurés sociaux qu'ils n'auraient à payer que 80 % des frais médicaux. Bien au contraire, tout en exprimant le vœu que les deux tarifs se rapprochent le plus possible, il a explicitement admis la juxtaposition du tarif syndical minimum au tarif de responsabilité des Caisses, l'un et l'autre annexés aux conventions.

Toujours soucieux de ne pas désavantager les assurés sociaux, le Législateur a autorisé la libre prescription médicamenteuse en y comprenant les spécialités légalement autorisées (*C. M.* du 24 mars 1931), et il a fixé, à 85 % du montant des fournitures pharmaceutiques, la part de remboursement des Caisses, si bien que, contrairement à l'affirmation de M. Boudehan, l'assuré social ne supporte que 15 % de ce montant.

Sur le terrain de la concurrence professionnelle, le législateur a entendu qu'elle joue librement en matière de science, de dévouement, de courtoisie, d'empressement, de la part du médecin. Mais il s'est refusé à permettre une médecine au rabais, dont la mauvaise qualité est en raison directe de sa valeur pécuniaire. Et il a interdit et puni les primes, ristournes, remises, etc., qui auraient précisément pour but de drainer indû-

ment la clientèle des assurés vers un cabinet médical plutôt qu'un autre.

Que cela plaise ou non à M. Boudehan, il en est ainsi, et il est vraisemblable que, nonobstant les remaniements que réclame une loi, certes, très imparfaite, cette dernière disposition ne sera pas modifiée de longtemps.

Il résulte de ce qui précède que jamais le Parlement n'a promis aux assurés sociaux qu'ils n'auraient à supporter que 80 à 85 % des frais médicaux. Ce sont les démagogues, en quête de popularité, qui ont « bourré le crâne » aux travailleurs en travestissant outrageusement la véritable économie de la loi, et en leur annonçant le médecin et le pharmacien pour rien, ou a peu près....

Ce travestissement, que M. Boudehan reprend à son compte, pour les besoins de sa cause, cette entorse à la vérité, avaient pour but de placer les médecins en mauvaise posture au regard des assurés sociaux ; les renseignements que nous possédons nous permettent de déclarer que ce pétard a fait long feu. D'une façon générale, et pour la médecine courante, les assurés sont satisfaits des rapports qu'ils entretiennent avec les médecins, et j'ajoute que les Caisses primaires, elles-mêmes, ne s'en plaignent pas.

Ainsi s'effondrent les accusations portées gratuitement contre les médecins par M. Boudehan.

D'ailleurs, le contrôle technique a déjà fonctionné à maintes reprises depuis neuf mois que la loi est en application. Savez-vous, pour un ensemble de 54 départements, combien de fois ce contrôle a rencontré des faits assez graves pour retenir l'attention des Syndicats ? QUATRE FOIS.....

Est-ce à dire que tout soit pour le mieux dans le fonctionnement de la loi ? Qu'elle n'appelle pas de remanieements, d'amendements ? Certes non. Et les études continuent, à ce point de vue.

Est-ce à dire que, notamment, le régime des assistés assurés, celui des hôpitaux soit exempt de toute critique ? Pas davantage. Mais il faudrait tout de même convenir que ce n'est pas aux médecins de faire les frais des imperfections qu'il présente.

Les médecins n'ont pas à supporter d'autres charges sociales que les autres citoyens. Ils paient des impôts très lourds, et leur patente est un bel exemple d'exaction fiscale. Mais, quand leur devoir a été accompli, leurs impôts payés, ils n'ont d'autres sacrifices à faire à la communauté que ceux qui procèdent de leur bon vouloir, de leur altruisme, dans des cas déterminés dont ils doivent demeurer seuls juges. Et s'il leur a plu de se contenter longtemps de tarifs de famine, pour l'Assistance médicale gratuite, ce n'est pas une raison pour qu'à l'instar des autres contribuables, ils ne tirent pas de l'exercice normal de leur profession les revenus légitimes auxquels ils ont droit.

Tout cela, les médecins le proclament évidemment. Mais les profanes raisonnables, que n'aveugle aucun parti pris, le reconnaissant eux-mêmes.

Mais à quoi bon prolonger cette riposte ? Tout le factum de M. Boudehan est construit pour aboutir à cette conclusion : « Qu'il faut créer un corps de médecins fonctionnaires chargés de soigner les assurés sociaux, avec un fixe ou une rémunération par acte médical. ».

Un salariat médical, quoi ! — comme il se pratique déjà dans tant d'entreprises, notamment les industrielles, et où, il faut bien le reconnaître, n'est-ce pas ? toutes les libertés sont respectées...

Cette façon de comprendre l'intérêt du malade, privé du droit de s'adresser au médecin de son choix, mais obligé de se contenter du médecin de la Caisse, est assez dans les habitudes des grands magnats de l'industrie.

Ce n'est pas vers un tel idéal que nous luttons depuis trente ans. Et si nous avons réussi à faire prévaloir à peu près partout notre charte professionnelle, c'est qu'elle s'impose comme l'expression satisfaisante de droits naturels et moraux que nous ne laisserons ni entamer, ni prescrire.

Non, Monsieur le Conseiller général Boudehan, ce n'est pas encore demain que vous bouterez les Syndicats médicaux hors de l'Assurance-maladie.

Le Conseil d'Administration de la Ligue professionnelle de défense médicale.
(Sou médical).

HONORAIRES. — REFUS DE PAIEMENT. — CONSÉQUENCES DE PROPOS MALADROITS OU ANTI-CONFRATERNELS

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (14e chambre)

15 *juillet* 1930

(Archives du Sou Médical)

L'affirmation de deux praticiens qu'il n'existe pas de tuberculose pulmonaire, ni récente ni ancienne, est détruite par l'examen radiographique d'une malade, qui décèle les lésions pour lesquelles elle a reçu des soins et a été guérie.

En conséquence, le praticien doit recevoir les honoraires, qui lui sont dus, malgré qu'il ait commis une erreur, non pas de diagnostic, mais de pronostic, en redoutant une complication osseuse de tuberculose.

Est condamné à des dommages intérêts, celui qui, pour se soustraire au paiement des honoraires médicaux, prétend que le praticien n'a agi que dans un but de lucre et de mercantilisme.

Attendu qu'en 1924 le docteur C. , médecin de la famille H., depuis 1919, diagnostiquait chez la demoiselle H., des lésions pulmonaires pour lesquelles il lui donnait des soins appropriés.

Qu'en août 1926, exprimant aux parents des craintes d'une évolution vers une tuberculose osseuse et le mal de Pott, le docteur C., leur demanda de procéder à un examen radiologique dorso-lombaire.

Que cette demande déplut à H., et l'amena à changer de médecin et à refuser les honoraires réclamés par lui, sous le prétexte que, aux dires de deux autres docteurs, la jeune fille n'avait jamais été atteinte de tuberculose et que le docteur C., n'avait institué un traitement long et coûteux que dans un but intéressé.

Attendu que, sur une assignation en paiement de 9.380 francs d'honoraires, le Tribunal a, par jugement avant faire droit du dix huit décembre 1928, commis les docteurs B., L., et C. aux fins de rechercher si le diagnostic porté par le Docteur C. sur la demoiselle H et si les soins et traitements donnés par lui pouvaient être considérés comme constituant à sa charge une faute grave et inexcusable justifiant le refus de paiement des honoraires.

Attendu qu'après examen clinique et sur le vu de deux radiographies exécutées en 1925 et 1926 par le docteur L., les experts concluent : En premier lieu, que le diagnostic de tuberculose pulmonaire était exact et que ce sont ces soins qui ont amélioré la malade au point de lui rendre la santé dont elle jouit actuellement.

Que vainement le sieur H, insinue que les radiographies communiquées aux experts ne sont pas celles qui ont été prises sur sa fille.

Mais attendu qu'aucune substitution n'a pu être possible, le commentaire écrit rédigé par le docteur L. lui-même à l'époque portant le nom de la demoiselle H.

Que d'ailleurs, ce commentaire décèle à lui seul au juge le moins averti, par la présence de nodules et d'arborescences des signes indéniables de tuberculose.

Que si deux médecins consultés par la famille ont cru devoir conclure, sans examen radiologique, à l'inexistence d'une tuberculose pulmonaire, leurs diagnostics se trouvent infirmés par la radiographie du docteur L., plus scientifiquement précise qu'une simple consultation, radiographie qui constate la présence d'une lésion pulmonaire qui était si réelle que les experts officiels en ont retrouvé la trace cicatrisée.

Que, si H., d'autre part, prétend aussi tirer argument de ce que sa fille jouit à l'heure actuelle d'une santé qui paraît florissante, il est facile de lui objecter que les cas de guérison totale de tuberculose sont fréquents et que même, ce sont très probablement les soins et les traitements du docteur C., qui, grâce à son diagnostic exact, ont obtenu cet heureux résultat.

Attendu, en ce qui concerne le mal de Pott, que les experts déclarent qu'il semble établi qu'à l'heure actuelle, les craintes du médecin à ce sujet n'étaient pas fondées et qu'il a commis une erreur de diagnostic, lorsqu'il a exprimé ces craintes. Attendu qu'il apparaît surprenant au Tribunal que des experts aussi qualifiés confondent un diagnostic, qui est la constatation d'un état morbide présent, avec l'expression de craintes, qui ne concernent que la survenance possible d'un mal futur et qui ne saurait constituer un diagnostic, mais un simple pronostic.

Attendu en effet que la lettre d'août 1926 ne renferme aucun diagnostic, mais bien des appréhensions pour un avenir plus ou moins proche, qui se traduisaient seulement, non par l'ordonnance d'un traitement, mais par la demande d'un examen radiologique, demande cependant bien naturelle et qui n'engageait à rien.

Qu'il apparaît ainsi que, non seulement le docteur C., n'a pas commis une erreur de diagnostic, aussi bien au sens grammatical que médical du mot, mais seulement suspecté une maladie possible.

Qu'au contraire, il a agi avec une prudence louable, en demandant une radiographie dorso-lombaire, au moment où il a constaté des douleurs dans la co-

lonne vertébrale, constatation qui n'était pas tellement dénuée de fondement puisque, aussi bien, les experts ont relevé une légère scoliose.

Que si la demoiselle H. déjà atteinte de tuberculose pulmonaire, avait été quelques temps après atteinte du mal de Pott, c'est alors que le sieur H. eut été bien fondé à reprocher au médecin traitant son aveuglement et son manque de prévoyance, pour n'avoir pas prévu le pire et procédé, à tout événement, à tous examens radiographiques ou autres.

Qu'en résumé, le Tribunal conclut avec les experts que le docteur C. a justement diagnostiqué une tuberculose pulmonaire et qu'il est certain que ce sont son traitement et ses soins qui ont permis à la malade de recouvrer la santé.

Que le tribunal conclut encore avec les experts que le docteur C. n'était peut-être pas fondé à émettre des craintes touchant la survenance du mal de Pott, mais contrairement à l'opinion émise par les dits experts, le Tribunal estime qu'il ne peut être reproché au médecin traitant d'avoir porté un faux diagnostic, pour la raison qu'à aucun moment, il n'a diagnostiqué une telle maladie.

Qu'au reste, eut-il même commis cette erreur, que les honoraires, qui font l'objet du présent litige et qui s'appliquent uniquement au traitement de la tuberculose ancienne et non au mal de Pott futur, n'en seraient pas moins justifiés.

Qu'il convient en conséquence de condamner H, à effectuer le paiement des honoraires, dont le montant n'est pas d'ailleurs contesté.

Attendu que par conclusions additionnelles du 26 décembre 1929 et après le dépôt du rapport des experts, le docteur C. a demandé au Tribunal de condamner H. au paiement d'une somme de quinze mille francs à titré de dommages intérêts, en réparation du préjudice moral et matériel qui lui a été causé par ses imputations diffamatoires.

Attendu que le docteur C. ne semble avoir subi aucun dommage matériel, du fait de la résistance du défendeur; qu'en tous cas il n'en rapporte pas la preuve.

Et pour le préjudice moral.

Attendu que si H. s'était borné à imputer à son ancien médecin une erreur de diagnostic même en termes comminatoires, le Tribunal eût trouvé dans l'émotion légitime des parents des circonstances très atténuantes, voire même une excuse.

Mais attendu qu'H. n'a pas craint de reprocher au médecin, qui soignait avec dévouement toute la famille depuis sept années de n'avoir agi que par mercantilisme et de n'avoir institué un traitement de trois années que dans un but purement lucratif.

Qu'une telle insinuation est inadmissible, lorsqu'il est établi et qu'il n'a pas été démenti ; que les sommes non négligeables qu'a versées H. à C., pour les séjours de la jeune fille chez son médecin à O., consistaient en le paiement d'une pension, comprenant nourriture et logement de dix francs soixante centimes en 1924, pour s'élever au maximum à dix neuf francs en 1926.

Que c'est avec autant d'inexactitude regrettable que H. a écrit et fait plaider que le traitement de sa fille, pendant cinq ans, a rapporté au médecin la somme de vingt cinq mille francs, alors qu'il est constant que ce chiffre comprend l'ensemble des honoraires pour les soins donnés à toute la famille et que le traitement de la jeune fille comporte seulement une dépense de 6.800 francs pour cinq années, dont deux d'une maladie grave. Que de tels agissements ont porté au docteur C. un préjudice moral, dont il est en droit de demander réparation, mais étant donné que le Tribunal a écarté l'existence d'un préjudice matériel pour ne relever qu'un préjudice moral ;

Que, d'autre part, il serait illogique et inopportun d'accorder une réparation pécuniaire pour compenser une accusation de mercantilisme, le Tribunal estime que l'allocation d'une somme de un franc à titre de dommages intérêts constitue pour le docteur C. une suffisante réparation de principe.

PAR CES MOTIFS :

Dit le docteur C. recevable et bien fondé, tant en sa demande principale qu'additionnelle.

Dit qu'il n'a commis aucune faute, tant en diagnostiquant un mal certain qu'en exprimant des appréhensions sur la survenance possible d'un mal futur, même si ces craintes ne se sont pas réalisées.

Donne acte à H. de ce qu'il fait offre d'une somme de 2.080 francs pour les soins donnés à sa fille.

Dit cette offre insuffisante; le condamne à payer au docteur C. la somme de 7.300 francs avec intérêts de droit.

Le condamner en outre à lui verser la somme de un franc à titre de dommages intérêts en réparation du préjudice moral qu'il lui a causé.

Le condamne enfin en tous les dépens qui comprendront notamment les frais et honoraires d'expertise.

Commentaires.

Malheureusement, nous avons trop souvent à nous défendre contre nos confrères, soit qu'ils agissent par *invidia*, soit qu'ils parlent à la légère, soit, enfin, parce que désignés comme experts, ils ne se rappellent pas suffisamment les conditions d'exercice de la médecine courante.

Dans le cas, dont s'agit, le père de la jeune malade se crut obligé de changer de médecin, pour sa fille, parce que ce praticien, qui donnait depuis longtemps ses soins à cette tuberculeuse, avait cru devoir manifester quelques craintes, au sujet de douleurs dorso-lombaires, qui lui paraissaient suspectes.

De la lecture du jugement, il ressort que les deux praticiens, appelés après le Dr C. infirmèrent le diagnostic de ce dernier et, sans recourir à un examen radiographique, sans se faire renseigner par leur confrère sur les antécédents et l'évolution antérieure de la maladie, conclu-

rent à l'inexistence de toute tuberculose pulmonaire.

Sans insister sur le point de vue déontologique, je puis affirmer que ces confrères ont commis une grosse faute, en émettant un diagnostic, que je veux croire involontairement erroné.

Ils se font d'abord rappeler à l'ordre par les termes mêmes du jugement ; puis, par leur erreur de diagnostic, ils ont été certainement la cause déterminante du procès actuel.

Quand donc, mes chers confrères, imiterez-vous le sage, qui conseille de ne parler qu'après avoir tourné sept fois la langue dans la bouche !

Si de nombreux procès en responsabilité s'abattent sur notre profession, c'est à la suite de propos inconsidérés ou malveillants.

Rien ne sert de gémir et de soutenir que l'exercice de la médecine devient impossible, à cause de la responsabilité, qui pèse de plus en plus lourdement sur nos actes cliniques et thérapeutiques, si vous ne savez pas tenir votre langue.

Pourquoi raconter des turpitudes sur les médecins, en général, et le Dr X. en particulier ? Pourquoi, à la fin d'un bon dîner, en fumant le gros cigare et en dégustant le café, se croire un fin causeur, parce qu'on dévoile des erreurs, vraies ou fausses, sur notre corporation ?

Pourquoi, prenant la suite d'un confrère, au lit du malade, critiquer son diagnostic et sa thérapeutique ? Non seulement vous discréditez la profession tout entière, mais, par ricochet, vous vous portez préjudice, à vous-même.

En écoutant vos propos, vos auditeurs perdent leur confiance dans la médecine et dans le médecin. L'ancienne considération pour l'homme de science et de dévouement s'effrite : nous ne devenons plus que des marchands d'ordonnances, des vendeurs de traitements et, si nous nous trompons, comme on ne peut pas faire de rendus, comme dans les grands magasins, on refuse de payer nos honoraires, ou l'on nous réclame des dommages-intérêts, pour malfaçon.

Ecoutera-t-on ma voix ? J'en doute, car les habitudes de débinage sont trop invétérées. Mais, je suis d'avis de réfrener cette invidia, qui menace de devenir redoutable comme effets et conséquences, directs ou indirects.

Lorsqu'un confrère se plaint de mauvais propos, je conseille toujours de traduire le confrère devant le conseil de famille du syndicat, pour qu'on puisse s'expliquer entre soi, loin des oreilles indiscrètes.

Mais, s'agit-il d'un procès, je suis toujours partisan de faire appeler, comme témoin, le mauvais confrère, pour qu'en public, à la barre, il puisse répéter ce que, souvent, il a insinué.

J'ai commis une erreur de diagnostic, dites-vous : prouvez-le, non pas par de simples affirmations, mais par des examens véritables.

Dans le cas présent, pourquoi soutenir qu'il n'y a jamais eu de tuberculose chez une malade, alors que vous ne l'avez pas jadis auscultée, pendant ses poussées aiguës et que vous n'avez tenu aucun compte des radiographies ?

Pourquoi employer des subterfuges, pour prétendre que le confrère, qui vous a précédé, s'est trompé de diagnostic ?

Je me souviens personnellement avoir été la victime du propos suivant : je donnais mes soins à une typhoïde au début et j'avais prodigué à l'entourage les conseils d'usage.

Les parents du malade voulurent faire vérifier, à mon insu, la véracité de mon diagnostic. Ils firent venir un confrère, qui s'écria : « Mais non ! ce n'est pas de la typhoïde ; c'est une dothiénentérie ! » Et les parents du malade désormais de me tourner le dos, bien heureux encore qu'ils m'aient réglé mes honoraires, sans me réclamer des dommages-intérêts, pour erreur de diagnostic.

Il devait être bien fier de lui, le confrère, en racontant à ses amis, le bon tour qu'il m'avait joué ; mais avait-il agi prudemment ? Car à mon tour, je fis parvenir à la famille en communication, par un ami commun, un ouvrage médical, démontrant l'identité d'affection pour la dualité de dénomination. Un troisième praticien fut choisi pour soigner la malade.

Donc, confrères, attention ! C'est le cas de répéter : « taisez-vous, méfiez-vous, des oreilles ennemies vous écoutent ». Oui, des oreilles ennemies, qui cherchent toutes les excuses pour arriver à ne plus payer d'honoraires aux praticiens.

Je faisais allusion, plus haut, aux médecins experts. Eux aussi ont une grosse part de responsabilité, dans le discrédit qui frappe notre corporation.

Pourquoi, dans le procès présent, faire un grief au médecin traitant d'avoir redouté une lésion osseuse dorso-lombaire, chez une tuberculeuse ? Pourquoi le lui imputer à faute, comme constituant une erreur de diagnostic ?

Bien que ne connaissant pas l'art de guérir, les juges n'ont pas voulu suivre les experts dans leur raisonnement et ils donnent à ces médecins une leçon professionnelle, en établissant la distinction qui existe entre le diagnostic et le pronostic.

L'expert a tendance à se croire un sur-médecin. Parce qu'il fait métier d'expertises, et qu'il en tire d'intéressants profits en se spécialisant comme auxiliaire des tribunaux, l'expert trop souvent perd de vue la pratique journalière de notre art. Ou bien, étant un maître de la médecine, il ne se rappelle pas la manière de soigner en clientèle ordinaire, tant en quartier, qu'à la campagne.

Or, dans le cas présent, que de fois, au chevet du malade, ne doit-on pas faire des réserves, au sujet de l'apparition de tel ou tel symptôme, ou

d'une manifestation douloureuse localisée ? Exprimer une crainte, est-ce donc faire un diagnostic ?

De tout ceci, que conclure ? C'est que l'exercice de la médecine devient de plus en plus difficile : nos clients ne craignent pas de mettre notre responsabilité professionnelle dès qu'il est possible, pour eux, d'entrevoir un gain à réaliser.

Si nous continuons à donner des armes contre nous ; si, par nos propos maladroits ou inconsidérés, si par notre invidia, nous continuons à déconsidérer notre profession, il nous sera imposé, dans un avenir prochain, soit une fonctionnarisation médicale, soit un salariat.

La collectivité publique, ou privée, qui doit assurer des soins à toute une catégorie d'ouvriers ou d'employés, prétendra avoir le droit de choisir des praticiens, qu'elle considérera comme honnêtes, consciencieux et savants.

Elle les paiera au forfait, se réservant le droit de les remercier *ad nutum*, dès qu'ils auront cessé de plaire.

Mais, pour arriver à ce but, on fera état des nombreux procès en responsabilité, ou des racontars, qui se colportent, comme aussi des conférences intempestives faites par des professeurs de vertu professionnelle.

Certes, nous avons nos tares, comme toutes autres professions ; mais point n'est besoin de les étaler aux yeux du grand public. Cherchons au contraire les remèdes au sein de nos assemblées corporatives ; établissons des règles de déontologie, que nos conseils de famille feront respecter ; mais ayons au moins, devant le grand public, l'orgueil de notre profession : c'est autant pour l'honneur que pour la tranquillité d'esprit qui nous est nécessaire.

Dr Paul Boudin.

LES GRANDES JOURNÉES CHIRURGICALES

« UNE RÉTROSPECTIVE »

La leçon inaugurale du Professeur J.-L. Faure

Professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris.

Par le Dr L. Dartigues

(*Suite et fin*) (1).

Plus tard, il ira jusqu'à dire cette phrase lapidaire qu'il n'a pu résister à tracer avec l'airain de sa plume : « *A côté de la chirurgie, nous avons la science, qui nous en délivrera !* » Aussi ai-je pu dire dans une conférence à des *Journées médicales* : « Mon grand et éminent ami, le Prof. J.-L. « Faure, dans l'emportement lyrique de son âme « vibrante d'espérance, a prononcé une de ces « phrases ensorceleuses par la voix chantante « desquelles il nous emprisonne comme dans les « bras des sirènes. Mais à mon corps défendant, « je résiste un peu à l'appel de la musique loin« taine, car je ne sais pas très bien que la science « nous délivre de la chirurgie qui est elle-même « une science qui, précisément délivre ». Car la chirurgie, si elle reste un art par celui qui l'interprète et l'applique, est devenue une science avec tout autour, pour l'aider, des quantités de sciences, comme d'ailleurs d'autres sciences, car *aucune science n'est isolée*, presque toutes les sciences sont interpénétrantes et auxiliaires les unes des autres. Quand J.-L. Faure peut s'enorgueillir d'avoir trouvé des techniques opératoires, comme Péan, comme Doyen en avaient créées et qui ont contribué le plus à le faire accéder à cette chaire, il fait de la *science vraie* et ceux qui les utiliseront le feront avec plus ou moins d'art : il se peut même qu'un créateur génial trouve un procédé que d'autres bien moins doués comme cérébralité appliqueront peut-être bien mieux que lui. Du reste, avant le cataclysme final de la chirurgie, il y aura de quoi s'occuper utilement avec elle et beaucoup de malades lui devront le salut. L'humanité fera toujours du pus et des collections qu'il faudra évacuer et que tous les vaccins et sérums de la terre n'empêcheront pas ; l'homme sera toujours devant l'accident de plus en plus multiplié, l'économie fera toujours des excroissances, c'est-à-dire des tumeurs, comme dans la forêt immense, les arbres vieux ont leurs exubérances, et enfin l'organisme fera toujours des obstacles plus ou moins tardifs au niveau des orifices de ses canalisations évacuatrices. Déjà, malgré la découverte pastorienne merveilleuse, on commence à s'apercevoir que le microbe n'est pas tout, et les sécrétions endocriniennes qu'on met maintenant à tous les chapitres de la nosologie, ne sont pas tout non plus : l'esprit scientifique de la masse est grégaire, et on l'a bien vu et on le voit bien à propos du micro-

(1) Voir *Concours médical* n° 28.

bisme et de l'endocrinisme. Ce sont des choses que j'ai dites depuis longtemps — sans aucun esprit d'arriération, ni de proscription que je ne m'autoriserais du reste pas — je les ai répétées publiquement assez récemment dans un discours au jubilé de mon ami, l'endocrinologiste réputé, Léopold-Lévi. Je viens de lire le beau livre de Pierre MAURIAC, l'éminent professeur de Bordeaux, *Les confins de la médecine*, et j'y trouve exposées les mêmes pensées : j'ai trouvé ce médecin plus sceptique et plus sévère que je ne l'aurais cru sur la valeur relative des vaccinations et sérothérapies. La chirurgie conservera, sinon tout entier son domaine actuel, du moins un domaine qui ne semble pas près de s'épuiser ; elle m'apparaît comme l'esprit qui mène ou qui menait les peuples chasseurs vers d'autres terrains de chasse, d'autres domaines où peut se trouver d'autre gibier. Qu'on me pardonne cette comparaison, mais elle image bien ce *déplacement* de la chirurgie qui est permanente en son essence dans sa mobilité et dans, pour ainsi dire, sa métempsychose perpétuelle. D'ailleurs, si la *chirurgie d'exérèse*, celle d'émondement et de suppression organique, est montée très haut, elle n'a pas dit son dernier mot et elle est susceptible de bien des perfectionnements lui venant des moyens inattendus qu'elle recueille, à commencer par le couteau diathermique et l'hémostase électrique qui, par l'eschare, nous ramène par un retour curieux avant Ambroise Paré. Le Progrès comme la Fortune a une roue : il y a un interéchange des rayons, mais la jante revient aux mêmes points dans ses révolutions. Et puis, elle évolue vers une *chirurgie constructive* qui ne fera qu'agrandir sa portée, par modifications ou substitutions d'organes et par la réalisation de certaines conditions physiologiques et biologiques dont j'ai donné ailleurs un aperçu, par toute une chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, et enfin par toute une endocrinologie chirurgicale. Que Jean-Louis, comme disent familièrement ceux qui l'affectionnent, et ils sont foule, me pardonne de ne pas être tout à fait de son avis sur ce point particulier, mais si les ressemblances d'idées, en dehors du plan sentimental bien entendu, édifient et solidifient les amitiés, quelques dissemblances les fortifient ; quelques crochets en aspérité sont nécessaires pour harponner davantage l'amitié !

J.-L. Faure parle ensuite de la transformation qui s'est opérée chez nous dans les services hospitaliers. « *Transformation qui a mis les accouchements entre les mains des accoucheurs. Aussi, les services ne sont-ils pas, comme il arrive en Allemagne, trop souvent sacrifiés aux services opératoires.....* ». Plus loin, il ajoute : « *Le rôle social des grands maîtres de l'obstétrique a brisé les barrières étroites où les enfermait récemment encore l'étude exclusive de l'art des accouchements ! Il est devenu une sorte d'apostolat magnifique qui étend son action bienfaisante sur les forces profondes qui tiennent sous leur dépendance tout l'avenir de notre race !* »

Tout cela est très juste et très joli ; mais il fut un temps que j'ai connu, où les accouchements étaient entre les mains des chirurgiens à Paris, et j'ai eu un maître, Polaillon, qui entrait dans de belles fureurs, que nous provoquions avec malice — car cet âge d'interne est sans pitié — lorsqu'il parlait des accouchements qui leur avaient été enlevés. Mais, quand la phalange obstétricienne a été unifiée et a rendu, pendant une importante période, réellement et presque exclusivement obstétricale, les services dont parle J.-L. Faure avec une délicatesse aisée et savante, les accoucheurs se sont mis à faire de la grande chirurgie.

Et alors tais-toi, tais-toi, mon esprit de trop implacable clairvoyance et de corrosive mémoire ; tais-toi en mordant les lèvres jusqu'au sang, car tu dirais trop de vérités. Les vraies vérités se disent, mais ne s'écrivent pas : les vérités parlées circulent voilées et ne choquent pas les pudeurs alarmées ou ne provoquent pas de trop durables blessures d'amour-propre, tandis que la vérité scripturale a une permanence dangereuse et le stylet avec laquelle on la grave, fait des entailles douloureuses.

....

....

Une partie importante de cette leçon de J.-L. Faure, c'est le parallélisme qu'il fait entre la chirurgie française et la chirurgie allemande. Il ne fait pas une comparaison flatteuse pour nos ex-ennemis, et un Jean-Louis Faure, lui si calme et presque débonnaire, se révèle agressif et batailleur. Cette leçon inaugurale, il ne faut pas l'oublier, est la première d'après-guerre, juste un an presque jour pour jour après l'armistice : elle se ressent de la proximité de l'interminable duel. La leçon de J.-L. Faurce est celle d'un professeur-combattant. Il y a encore un frémissement de bataille, et si J.-L. Faurce ne se bat pas avec des obus, il se bat à coups de phrases et de mots, d'arguments bibliographiques précis en une mise au point revendicatrice. On dirait qu'il « nettoie une tranchée » à coups de grenades, avec une délectation farouche. Ecoutez-le : « *Ils se sont noyés dans des broutilles opératoires sans grandeur comme sans génie* ». Il fait rendre l'âme à Billroth qui a usurpé la priorité de la pylorectomie contre Péan. Cependant, il rend justice à Trendelenbourg ; mais je rappelle que Desfosses a montré, avec gravures à l'appui, dans un article paru il y a 20 ans environ, que la position déclive opératoire sur planche inclinée, n'était pas une nouveauté et qu'elle avait été utilisée au Moyen-Age et pendant la Renaissance ; et que, en 1893,

alors que j'étais externe à Lourcine, Pozzi se servait de la position déclive dans ses laparotomies, position dont nous faisions, nous externes, les frais en prenant une jambe de l'opérée pliée sur notre épaule : un de chaque côté ; c'était véritablement le tableau de deux jeunes barbares facilitant le viol d'une femme à leur chef : l'on n'avait pas encore inventé de tables à renversement et Pozzi opérait sur la petite table laparotomique de Martin, de Berlin, qui n'avait pas attrapé une méningite pour l'inventer, car c'était une petite table rectangulaire toute simple, de petit café de petite ville de petite province éloignée !

Mais écoutez encore la voix vengeresse : « *Enfin, il leur manque l'esprit latin. Ils ont la force de travail, ils ont l'application, ils ont la discipline, ils ont la foi dans leurs maîtres, quels qu'ils soient ; ils ont l'argent et les moyens de travailler et nous devons sous ce rapport rendre hommage à ceux qui les dirigent et qui ont su quelquefois être grands dans le bien, comme ils l'ont été dans le mal ! Mais ils n'ont pas ce sens aigu de la mesure, de la clarté, de la simplicité, cette intuition, qui semble, dans les pays du soleil et de la lumière, être comme une émanation de la nature bienfaisante ! Ils ont la lourdeur et la confusion, le désordre et parfois le chaos, par l'excès même d'organisation. Ils ont la patience et l'application des ouvriers, ils n'ont ni la main, ni l'âme des artistes. Ils font, en un mot, la chirurgie, comme ils ont fait la guerre : tout est étudié, tout est organisé, tout est prévu, tout ! sauf ce qui ne se prévoit pas : l'étincelle divine et l'éclair des nuées qui illumine et qui foudroie !* »

Il critique cette manière bibliographique allemande qui nous a empoisonnés avant la guerre. Mais nous étions bien plus bêtes encore de nous laisser imprégner de cette sottise germanique stérilisante. J'ai écrit contre elle des articles précurseurs quinze ans avant J.-L. Faure lui-même. Je n'y ai jamais sacrifié pour ma part, et j'ai toujours eu un instinct de répulsion et de protestation pour cette vacuité dans la surabondance nominale des exposés scientifiques.

C'est pour cela que bien des hauts concours m'ont paru puérils, psittacciques, comme je l'ai dit un jour, et ridicules de telle sorte qu'il y a des épreuves que je n'ai jamais pu entendre jusqu'au bout ! Ce renoncement m'a coûté probablement une place où j'aurais pu être porté et où je tiendrais compagnie à de braves camarades qui ont été plus encaisseurs que moi, parce que d'esprit plus docile et parce qu'ils avaient des appuis dont j'étais totalement dénué. Qu'on ne voie là aucun regret ; j'en jure par le fond réel de mon cœur ;

J.-L. Faure stigmatise l'orgueil allemand qui était devenu insupportable. A mon avis, la bataille de la Marne représente un autre symbole parmi tant d'autres : celui de la Victoire de la Modestie intelligente sur l'Orgueil outrecuidant ! Et ceci me rappelle un souvenir : celui d'un dîner, il y a près de vingt ans, chez J.-L. Faure. J'avais un Allemand près de moi ; son corps était énorme, au point que, prudent, je regardais de temps en temps si sa chaise n'allait pas craquer et s'il n'allait pas s'effondrer. J'essayai quelques paroles timides, car évidemment, il devait être quelque gros manitou scientifique autant que gros corporéal. Il était dédaigneux et rouge ; j'entendais son souffle de sanglier et je constatais l'appétit proportionnel de sa race. Ça m'embêtait, car ses épaules m'empêchaient de voir celles, charmantes, de mes voisines. Je le détestais, de me barrer l'horizon. Heureusement, et que J.-L. Faure me pardonne d'évoquer ici le douloureux souvenir de sa fille Mireille, heureusement que j'avais une compensation : celle du voisinage d'une des plus splendides créatures que j'ai vues dans ma vie. A côté de ce géant, Goliath germain, je me disais *in petto* : « Petit Latin, ne « t'en fais pas ! Nous connaissons notre Tacite ; « ces grands géants rouquins sont bien encom« brants et suent d'orgueil ; mais sont-ils les « plus forts ; et s'ils ont de la masse et tiennent « de la place, notre intelligence les vaincra en « même temps que notre courage ». Homme de sport à cette époque, faisant de la boxe, j'évaluai en connaisseur son volume et son poids ; je me complaisais en imagination à le voir *knocked out* de mon poing rapide comme une balle, et je souriais en pensant au tableau que ferait le prépotent voisin glissant sous la table, au grand scandale de Madame J.-L. Faure et de ses invités !

On se rend compte, à l'entendre, que J.-L. Faure parle un langage de victorieux : « *La France n'est plus la grande humiliée de notre jeunesse* » et il continue à critiquer vertement nos adversaires : « *Ah ! ils ne rougissent pas d'appeler les hommes, du matériel humain* », et encore « *Ils n'ont rien créé* », et enfin « *L'indigence de la chirurgie allemande* ».

Il achève le compte des Allemands en disant : « *L'heure vengeresse est venue et les soldats de la justice montent la garde sur le Rhin ! Et pendant que les insensés qui voulaient asservir le monde regardaient s'écrouler leur rêve inaccessible, nous, leurs victimes, sans peur et sans reproche, nous avons vu flotter sous l'Arc de la Victoire, les drapeaux des triomphateurs !* »

J.-L. Faure dit ensuite les qualités que doit avoir le chirurgien : le sang-froid, la simplicité opératoire, la rapidité opératoire. « *J'ai parlé de l'esprit latin*, dit-il, *c'est à lui que je voudrais obéir, en m'inspirant de ses principes d'ordre, de méthode, de clarté, de simplicité qui sont et doivent rester les qualités souveraines de la grande chirur-*

gie française ». Il prononce cette belle et juste phrase : *C'est bien plus avec le cerveau qu'avec les mains que s'exécute la bonne chirurgie*». Et il nous expose en un magnifique passage, ce qu'est la beauté de l'art en chirurgie. Mais, pour mieux en faire l'éloge, « que je laisse couler, comme un voyageur assoiffé de pures idées, la limpidité cristalline et pleine de lumières irisées, de cette prose admirable, eau fraîche cueillie dans le creux de la main et bue avec délice, tout en laissant retomber une pluie de gouttelettes fines et exquises : « *Qu'est-ce donc que l'Art, qu'est-ce que la Beauté, dans cette action brutale qu'est une opération ? C'est la sobriété, c'est la fermeté et la précision dans le geste, c'est l'ordre dans le mouvement, c'est la puissance dans la continuité de l'action, c'est la perfection dans la technique, c'est le sentiment de la sécurité, que donne une série de manœuvres conduites avec précision ! Plus que jamais nous avons le devoir de montrer qu'il y a dans cette admirable chirurgie utérine autre chose que l'exécution plus ou moins grossière de manœuvres sanglantes qui n'apporteraient avec elles que répulsion et que dégoût, si elles ne tiraient toute leur grandeur du but magnifique auquel elles tendent et qui est de sauver une vie humaine ! Voilà pourquoi nous devons entourer cet acte à la fois redoutable et solennel de tout ce qui peut contribuer à l'élever et le grandir dans l'esprit des hommes ! Voilà pourquoi nous devons nous efforcer de faire que ces actes sanglants ne soient pas seulement bienfaisants et salutaires, mais encore qu'ils portent en eux comme une tragique et splendide beauté qui les transfigure et les purifie.* »

On reconnaît là l'auteur de ce génial poème : l'*Ame du chirurgien*, le lettré clair, pur et cadencé dans l'idée comme dans la forme, des éloges faits à la Société de Chirurgie, en particulier de celui de Peyrot où il nous donna une fresque admirable de la préhistoire dans un des paysages les plus beaux du monde, la vallée de la Vézère, et des *Eloges* derniers à l'Académie de médecine de ces surhommes de la chirurgie française, de ces phares rayonnants de cette science d'action et de pensée intimement fusionnées qu'est la chirurgie, qui ont nom Ambroise Paré et Péan.

« J.-L. Faure peut être considéré, dans le do-
« maine que j'appelle para-chirurgical, comme
« un des modèles de littérature qui laissent bien
« loin derrière, des insipides poéticulets et des
« sous-romanciers au style à l'eau émolliente de
» guimauve, blêmes producteurs à semence infé-
« conde et au cerveau exsangue, tératologiques
« esprits sans talent qui ne sont que des placentas
« de fausses-couches cérébrales ! » J'ai pu, à ce point de vue, écrire jadis et je le redirai aujourd'hui, qu'il fallait considérer J.-L. Faure, non comme le Bossuet de la chirurgie, comme certain l'ont flatteusement insinué, ce qui ne serait pas exact, ni comme pensée philosophique, ni comme écriture, mais comme le Châteaubriand de la chirurgie.

Dans sa péroraison admirable, car c'est plus un discours qu'une leçon, J.-L. Faure dit : « *Mais la Vérité demeure ! et celui qui, dans l'heure fugitive qu'il passe sur la terre a fait jaillir de l'ombre éternelle où elle reste ensevelie, quelque lueur de la vérité souveraine, celui-là, quelle que soit sa force ou sa faiblesse, ou l'humilité de son âme, ou la puissance de son génie, celui-là fait œuvre immortelle et travaille pour l'Eternité ! Pour moi, j'ai fait ce que j'ai pu ! J'ai suivi lentement la route lumineuse où m'entraînait ma destinée. J'ai pensé que, dans cet art admirable de la chirurgie, le plus émouvant et peut-être le plus grand de tous parce qu'il nous met chaque jour aux prises avec les poignantes responsabilités de la vie et de la mort, les actes les plus modestes* VALAIENT MIEUX QUE TOUS LES DISCOURS, *et je me suis efforcé d'agir.* »

« Mais l'un n'empêche pas l'autre, et tout en
« nous entraînant avec lui au fond de sa pensée,
« en incitant la jeunesse chirurgicale à suivre ses
« directives, en nous disant qu'elle sera la teneur
« de son travail continué sur une scène plus
« grande où il est à l'honneur, l'honneur de ser-
« vir de grande exemple, J.-L. Faure, en atten-
« dant, nous a sorti tout de même et malgré tout,
« un magnifique discours qui, par sa portée et sa
« répercussion peut engendrer une féconde et salu-
« faire action : celle de la chirurgie elle-même ! »

Voilà la *leçon guerrière* qu'a faite J.-L. Faure.

Je ne crois pas que J.-L. Faure, onze ans après son intronisation, mûri par le professorat et un fragment supplémentaire notable de sa vie où il a voyagé, opéré, agi, écrit, parlé, présidé, complété sa mesure, et est devenu le chirurgien le plus représentatif de notre pays par un grand ensemble de qualités et une plus complète étendue de valeur, où les contours de sa personnalité se sont davantage dessinés et accusés, je ne crois pas que, devenu véritablement, comme on aurait pu dire au temps de la Grèce, un *sage de la chirurgie*, J.-L. Faure referait dans des termes semblables sa « leçon ». Il la ferait certes avec un même enthousiasme, mais avec plus de sérénité, celle que l'on atteint loin des époques de batailles (hélas ! prêtes à renaître si les vrais civilisés n'y prennent garde !) loin des terres de meurtre et de malédiction, et près du couronnement de sa vie individuelle. Mais, c'est précisément à cause de cela que j'ai tenu à ressusciter le souvenir de cette inauguration magistrale et à reconstituer l'asmosphère de délivrance, de respiration plus heureuse au lendemain d'une guerre qui laissera la plus vaste tache de sang sur le vêtement de l'humanité en délire. Aussi veux-je, pour terminer, reproduire ma dernière note prise, à la fin de cette solennité, au moment où résonnaient les

dernières paroles de J.-L. Faure et où crépitaient les applaudissements unanimes d'un entourage d'élite et d'amitié : « Plus tard, quand cette épo-« que que nous venons de vivre sera devenue par « l'éloignement dans l'espace et dans le temps, « un âge légendaire où tout aura la réelle gran-« deur de ce qui fut et correspondit à la vérité « de l'immense Vie humaine qui se déroule in-« cessamment dans l'histoire, les Héros, les « Forts, les Intelligents, les Sublimes apparaî-« tront dans la calme sérénité de l'œuvre immor-« telle engendrée par leur mort, leur volonté ou « leur sacrifice ; et plus apparaîtra la portée de « l'action magnanime qui fait monter par les « élus des races, des nations et des hommes qui « eurent le sentiment de la Justice et du Droit, « les degrés sublimes du Temple du Souvenir pour « le Progrès divin. On dira : il y avait en ce « temps-là, des hommes. Et J.-L. Faure, à son « plan, à sa place, à sa fonction, et par son cœur, « fut un de ceux-là ! »

Telle fut la leçon inaugurale, à Broca, de J.-L. Faure, le 18 novembre 1919, au lendemain de la guerre.

(*Notes prises en novembre* 1919 et *article écrit en janvier* 1931.)

LA SAGE-FEMME GYNÉCOLOGUE

PRODUITS DE BEAUTÉ — MASSAGE MÉDICAL
SOINS ESTHÉTIQUES — MASSAGE FACIAL

MADAME ....

Sago-Femme de 1re classe
de la Maternité de Paris
Ex-aide des Hopitaux de Paris
GYNÉCOLOGIE

Sur Rendez-vous

La carte dont voici la reproduction partielle a été envoyée par la poste sans doute en quantité et à dose publicitaire ; je vous laisse le soin d'en apprécier la saveur.

Un de nos confrères signalait, il y a quelque temps, ce qu'il appelait chez nos futurs confrères, actuellement étudiants, l'exercice « candidement illégal ». Soit ! mais du moins, ces jeunes gens que les difficultés parmi lesquelles ils se débattent rendent sympathiques, savent où s'arrêter. Leur instruction et leur culture sont suffisantes pour leur apprendre à quel moment leur intervention, entachée d'ignorance s'ils sont trop jeunes, peut devenir nuisible à leurs patients.

A cette carte est joint un prospectus de produits de beauté. Madame X... voit donc beaucoup de femmes chez qui recruter sa clientèle.

Aimable Madame X... Elle va de la tête aux pieds et ne dédaigne pas de s'arrêter à mi-course. Elle devient spécialiste en gynécologie, va diagnostiquer et soigner une annexite, un phlegmon du ligament large, voire le plus beau des chancres syphilitiques. Son pouvoir curateur n'ayant rien d'acquis, lui vient sans doute d'un pouvoir surnaturel. Salpingites, phlegmons et chancres guérissent par l'application d'un lait ou d'un onguent de beauté. Si j'étais encore jeune et ayant eu connaissance des méfaits conjugaux et extra-conjugaux du gonocoque et du tréponème, je ne fréquenterais pas trop la rue où Mme X... exerce, avec le surnaturel pouvoir des Dieux. Je me méfie du surnaturel pouvoir, même émané des Dieux, pas Mme X... J'aime même à croire que ses connaissances gynécologiques s'étendent aux organes voisins. L'urèthre et la vessie ne doivent pas avoir de secrets pour cette sage-femme de la beauté. Le rein, nécessairement comme émanation du liquide vésical, mais comme on m'a appris, il y a pas mal d'années, qu'il existait des « cardio-rénaux », le cœur aussi doit rentrer dans ses cordes. Ce qui nous fait réunir le cœur, la beauté et l'amour.

Nul doute que Mme X... n'ait de nombreuses adeptes. Nos connaissances scientifiques nous rangent parmi les hommes. Son surnaturel pouvoir l'élève au rang des Dieux. Entre les hommes et les Dieux, pas de concurrence possible. Mais pourquoi diable les Dieux se croient-ils obligés d'envoyer des prospectus ? Ceci peut être dangereux, même aux Dieux. Les Dieux baissent.

Que Mme X... ne s'émeuve pas. Car, moi, je ne m'émeus pas. Je m'amuse. S'il n'y a que moi à l'empêcher de joindre une industrie gynécologique à son industrie esthétique, je n'y vois pas d'inconvénient, n'ayant pas d'organe féminin à lui confier, d'une part, et convaincu d'autre part que pour ce qui est de l'esthétique, mon miroir ne me trompe pas sur les irréparables ravages des ans.

Mme X..., gynécologie. J'ai des clientes à lui envoyer. En tout cas, l'exercice de ma profession me met à même de conter à mes confrères une savoureuse et récente petite histoire vraie, où on m'excusera comme de juste (art. 378) de taire les noms. Une brave fille, exerçant la louable profession de domestique, se présente chez moi pour réparations gynécologiques. Je passe les symptômes non intéressants. Examen.

Palpation abdominale. Ma main adhère à quelque chose de visqueux, gluant, légèrement brunâtre. « Vous vous êtes frictionnée avec un liniment ? — Ah ! mais çà, çà ne vous regarde pas. Oui, c'est quelque chose ! » (*Sic*). Je n'insiste pas. Examen vaginal. Toucher. Mes extrémités digitales enfoncent dans une masse pâteuse... ? ? ? ... J'insiste et retire des feuilles (l'histoire est authentique), des feuilles, qui m'ont semblé être de peuplier, enduites d'une pommade épaisse à consistance de cambouis. Et « y'en avait, y'en avait, y'en avait ! » Ça sentait mauvais, horriblement mauvais. O poésie du métier ! C'était horriblement dégoûtant. Les aveux de la malheureuse fille révélèrent son passage chez un sorcier de banlieue à la fois marchand de sirop, de... « baume » à enduire le ventre et de feuilles enduites de je ne sais pas trop quoi. Je pensais qu'avant de laisser pénéter en ces lieux dangereux on aurait pu mettre une pancarte : Attention ! Travaux, goudronnage. Il n'y avait pas de pancarte. Mon rôle se borna à celui d'un agent-voyer vaginal chargé du nettoyage des routes et carrefours. Le résultat fut, par exemple, une magnifique infection des annexes et du tissu cellulaire pelvien.

J'aurais beaucoup d'autres histoires, tragiques ou comiques, ou les deux à la fois, à raconter. Ce serait trop long. J'en livre seulement la saveur (... l'odeur, s'ils le désirent) aux réflexions de nos magistrats dont les attendus, très forts en droit, révèlent parfois une bien grande incompréhension scientifique. Au fond, beaucoup croient que les médecins défendent un privilège moyen-âgeux, ont une part de crédulité dans l'art des sorciers et sont convaincus que la science et l'art viennent d'une inspiration surnaturelle et mystique, mais non point de connaissances acquises. Je voudrais leur envoyer le vagin de ma cliente.

Pour ce qui est de Mme X... (soins esthétiques, gynécologie), je demande qu'en grâce, on lui laisse exercer son art. Elle doit être jolie, cette sage-femme aux soins esthétiques. Puis, elle est d'une telle candeur ! J'ai reçu à mon domicile sa carte et son prospectus ! ! !

Que voulez-vous ? Mettre une si jolie femme et si candide (elle doit être blonde !) entre les mains d'un juge d'instruction ? C'est un homme, un juge d'instruction. A l'entrée de Mme X... (si blonde !) il va se montrer sévère, rigide même. A sa sortie il sera plus galant mais certes moins rigide. Elle doit être si blonde et si candide. Entre elle et nous, c'est nous qui sommes f...chus ! Et je conclus sur cette philosophique pensée accompagnée de vœux adressés à l'art gynécologique de Mme X....

Dr G...

LA PAGE SANS MÉDECINE

A mesure que notre mauvais goût naturel s'atténue, le nombre de nos plaisirs diminue.

(Chas. LABORDE.)

CCCLXII. — René-Albert GUZMAN. — **Jalousie**, roman, 1 vol. 12 × 19. *Ed. Flammarion*, Paris, 1931. 12 fr.

Il est de règle de pardonner aux poètes, en raison de leur « *Cœur Innombrable* » (1), leurs coutumières distractions. Madame la Comtesse de Noailles ne peut non plus se piquer sans cesse d' « *Exactitudes* » (2) et nous lui pardonnerons ainsi doublement de parler, au cours de la préface qu'elle a rédigée pour ce roman, de la « *subconsciente virtuosité* » de l'auteur. Virtuosité suffisait (nous allons le voir), mais « *subconsciente* » vous a un petit air poétiquement approximatif, flou, nuageux, limbéen, qui serait de toute magnificence si nous n'entrions en réalité quelques pages plus loin, sous le signe de la prose. Et d'une prose très correcte, ferme au contraire : d'une élégance stricte parfaitement ordonnée dans sa construction et ses perspectives. L'histoire qu'elle couvre est d'une pathétique simplicité : à trois personnages, juste le nécessaire pour qu'éclate un conflit âpre de désolation. Le crime d'un médecin en constitue la trame ; et le livre qui débute comme une anodine amourette sentimentale s'enfle en grondant comme une colère d'orage pour aboutir brusquement après une sourde maturation à l'explosion, au raptus affectif spontané de l'acte criminel. La scène dramatique qui domine le livre est conduite avec une adresse d'autant plus méritoire que le choix de l'arme déroutait toute vraisemblance. Pendant qu'elle se déroule dans une angoissante atmosphère de pénombre, nous saisissons comme à la lecture d'une observation l'enchaînement subtil des réactions psychologiques libérant fibre par fibre les contraintes de conscience. Tout au long du livre d'ailleurs, vous serez frappés par cette magistrale étude de l'*in-*

(1) Œuvres complètes de Madame la Comtesse de Noailles.

(2) Œuvres complètes de Madame la Comtesse de Noailles.

teraction redoutable des mots, des sentiments et des actes : déclics silencieux des pensées, torture patiente de la jalousie, fatalité formelle du monstre qui s'ébauche sous la banalité apparente d'une passion naïve et joyeuse. Puis se déchaîne le tumulte féroce, la rage physique broyant la personnalité. Vient enfin le châtiment dès avant le remords : l'obsession de la mémoire visuelle tuant la joie physique mal conquise, imposant la rançon de l'exil volontaire vers la solitude africaine. Trappe plus redoutable que celle où Rancé enfouissait les cœurs ardents. Le livre est poignant de toute cette sûreté de déduction psychologique mettant à nu les caractères, comme une dissection minutieuse, la trame arachnéenne d'un plexus viscéral profond. Il est inutile d'ajouter qu'en réalité, le pseudonyme cache un médecin qui était déjà célèbre par l'agréable netteté de ses exposés cliniques.

CCCLXIII. — Chas. LABORDE. — **La porte ouverte**, 1 vol. 15 × 20 illustré de 75 dessins en pleine page. Tiré à 600 exemp. numérotés sur velin. Impression de Coulouma. *Ed. Jonquières*, Paris, 1931.

Le titre est délicatement symbolique. Par cette ouverture virtuelle Chas. Laborde jette un coup d'œil amusé sur nos ridicules, puis il transcrit impitoyablement ses constatations. Le procédé est marqué d'une originalité qui serait discutable si ne l'animait la plus spirituelle fantaisie.

Dès la présentation, Laborde nous séduit par la dédicace de gratitude émue à ses modèles bénévoles. Et tout de suite, il nous convie à un véritable renversement des valeurs courantes : si, dans les livres d' « images », la légende est souvent et généralement destinée à expliquer le sens de la gravure, ici, au contraire, l'illustration est un véritable commentaire à tiroirs, un épanouissement complexe de la petite maxime couchée, en vis-à-vis, grêle malgré ses majuscules exclamatives, au milieu de la page jumelle. Et ceci est assez piquant. Vous n'êtes qu'au début de vos étonnements. Quand vous aurez vaincu l'effet de surprise causé par la négligence *apparente* du trait et que vous porterez votre attention sur les détails de composition, vous découvrirez que chaque ligne d'une gaucherie étudiée recèle une drôlerie incisive délimitant le grotesque embonpoint, l'avantageuse suffisance, d'une vanité ou d'une maladresse. Le crayon de l'artiste paraphrasant le prosaïsme caché ou la vulnérabilité satirique de sa galerie dégonfle à chaque page une tartarinade, il annonce en deux lignes le sujet et l'exécute sur la page en face avec un luxe chinois de coups d'épingles sur des baudruches. Tout cela sur des fonds chocolat clair, vert déliquescent, citron, jaune boubouroche, d'un cocasse additionnel très sérieux. De-ci, de-là une caricature évidente de personnage historique ou connu dont le traitement ne diffère pas de celui que subissent les victimes « moyennes ». Laborde est un humoriste de grand talent : si vous n'avez pas l'habitude de sa technique, vous aurez la moue réprobative que vous me réserveriez à la présentation de tentatives artistiques d'écolier suivant son crayon au lieu de le guider. Puis, en y regardant de plus près, vous penserez à la mimique sobre de Grock, aux enfantines extravagances de Footit, des Fratellini, à la géniale maladresse de Charlot, de tous les mimes qui comme lui, avec du silence, tissent autour de nos loisirs, la joie primaire d'une hilare exubérance.

CCCLXIV. — Paul MORAND. — **Fâton-Rouge.** 1 vol. 15 × 20 avec un frontispice de Laboureur (1), tiré à 480 ex. numérotés sur velin anglais (2). Collection Les Belles Heures. *Editions Stols*, Maestricht.

Cette longue nouvelle évoque nettement la tapageuse trajectoire et les gambades récentes d'une étoile noire du music-hall de passage à Paris. Morand traite le sujet avec ses procédés coutumiers de style syncopé ; les superstitions de race qu'il met en jeu dramatisent de saisissante façon l'aventure qui file à un rythme de film pour se terminer en Amérique par un accident qu'avait prédit le sorcier. Cette magie noire a un mouvement endiablé. La présentation typographique est tout à fait remarquable, largement aérée et composée avec des caractères, d'une très légère finesse, bien détachés. Dès la couverture, égayée d'un bois en deux couleurs de Llano-Florez (clepsydre et rose), soutenue d'un cadre à deux traits, on a l'impression rapidement confirmée d'une présentation de choix d'une belle œuvre.

CCCLXV. — Germaine ACREMANT. — **Une petite qui voit grand**, roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1931. 12 fr.

Ce bon roman, enjoué, pétillant d'esprit peut être mis entre « toutes les mains ». Il est égayé de réparties d'une verve malicieuse et toute une partie du livre se déroule dans le cadre prestigieux de la Grande Chartreuse. Une chaste intrigue rôde autour d'un Carmel austère et se dénoue suivant cet optimisme souriant dont Madame Acremant a coutume d'enjoliver ses fic-

(1) Le cuivre de Laboureur a cette netteté aiguë caractéristique, cette élégante nonchalance qui donnait tant de vie à son illustration du Maeterlinck de l'*Artisan du Livre.*

(2) Et cinquante exemplaires sur Hollande.

tions aimablement romanesques et ses textes d'une fraîcheur ingénue, mais acide.

CCCLXVI. — Ignace Legrand. — **Renaissance**, roman, 1 vol. 12 × 19, *Ed. Emile Paul*, Paris, 1931.

Comme dans la *Jalousie* du Docteur Guzman, il y a ici fort peu de protagonistes en scène. Mais, on ne peut pas pousser très loin l'analogie : le roman de Monsieur Legrand est touffu, *trop* touffu. C'est l'étrange aventure psychanalytique d'un écrivain que tourmente le souvenir insatisfait d'une incestueuse passion. Il y a des pages où manifestement l'auteur se moque de cette tortueuse et ténébreuse science, mais il est sincère de façon générale et il devrait bien ébrancher un peu le tome II (à paraître), où nous prévoyons que le héros va continuer à renaître après la dislocation accomplie de son ménage et avec des réalités plus substantielles que celles qui nourrissent dans le tome Ier ses rêves selon Monsieur Freud.

Varia *. — Le *Crapouillot* de juin est consacré aux mystères de la guerre et contient : un accablant réquisitoire (d'après emprunts textuels au *Journal officiel*) contre la métallurgie internationale, des citations fougueuses de jusqu'auboutistes, de douloureuses photographies et des révélations effarantes sur la cuisine qui mijote dans les coulisses d'un conflit soigneusement ordonné pour la glorification obscure des pots cassés et le profit des casseurs de pots.

* *Le Mercure de France* du 15 juin donne une étude froide, méthodique, d'une cruelle précision sur la Prostitution en Russie. Les conclusions sont effrayantes dans la modération voulue de leur rédaction.

*Le *Coup de Patte* réserve sa sollicitude spéciale à un homme politique féru de pèlerinage. Ses rubriques et l'illustration sont de spirituelle qualité.

**Science et Monde*, le bel hebdomadaire (illustré en héliogravure), au cours d'un article de vulgarisation médicale émet un charmant point de vue : « nous voilà donc au seuil de la *médecine exacte* » ! Malheureux malades d'hier qui ne connaissiez pas les bienfaits du galvanomètre à corde ! ! !

22 juin 1931,

L'Homme aux Bésicles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur M. Paul Carnot.) — *Cours de vacances de 1931.* — I. Cours de septembre (7 septembre au 18 septembre 1931) sous la direction de M. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux : Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.

Lundi 7 septembre, 10 h. 30, Dr Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux : Métabolisme des sucres. Syndromes d'hyper et d'hypoglycémie. — 2 h. 30, Dr Froment, ancien chef de clinique : Formes cliniques du diabète.

Mardi 8 septembre, 10 h. 30, Dr Coury, ancien chef de clinique adjoint : Les infections et la tuberculose des diabétiques. — 2 h. 30, Dr Froment : Conduite du traitement par l'insuline.

Mercredi 9 septembre, 10h. 30, Dr Lenormand, chef de clinique : L'acidose. Traitement du coma acidosique. — 2 h. 30, Dr Bénard : Métabolisme des graisses. Les obésités glandulaires.

Jeudi 10 septembre, 10 h. 30, Dr Lambling, chef de clinique : Métabolisme des protides : diathèse urique, oxalique. Pathogénie de la goutte. — 2 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Pancréatites aiguës et pancréatites chroniques.

Vendredi 11 septembre, 10 h. 30, Dr Boltanski, chef de clinique : Les ictères du nouveau-né et les ictères congénitaux. — 2 h. 30, Dr Thiroloix, interne médaille d'or des hôpitaux : Les ictères néoplasiques.

Samedi 12 septembre, 10 h. 30, Dr Augier, interne des hôpitaux : Les hépatites alcooliques, notions nouvelles sur la pathogénie des ascites. — 2 h. 30, Dr Dumont, ancien chef de clinique : Les ictères infectieux. Spirochétose ictéro-hémorragique.

Lundi 14 septembre, 10 h. 30, Dr Rachet, chef de clinique : Les hépatites syphilitiques. — 2 h. 30, Dr Bouttier, ancien chef de clinique : Les hépatites dysentériques.

Mardi 15 septembre, 10 h. 30, M. Amy (de Bruxelles), assistant du service : Les foies cardiaques. — 2 h. 30, Dr Dumont, ancien chef de clinique : Les angio-cholécystites.

Mercredi 16 septembre, 10 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Le tubage duodénal chez les biliaires. — 2 h. 30, Dr Delafontaine, chef de clinique : Insuffisance hépatique.

Jeudi 17 septembre, 10 h. 30, M. Delaporte, interne du service : Lithiase du cholédoque. — 2 h. 30, Dr Bouttier, ancien chef de clinique : Lithiase vésiculaire.

Vendredi 18 septembre, 10 h. 30, Dr E. Chabrol, agrégé, médecin des hôpitaux : Traitement de la lithiase biliaire. — 2 h. 30, Dr Lenormand, chef de clinique : Les splénomégalies primitives. Maladie de Banti.

II. Voyage d'études à Vichy (les samedi 19 et dimanche 20 septembre) sous la direction de MM. Chabrol et Bénard, agrégés.

Entre les deux cours aura lieu un voyage d'études à

Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives. Ce voyage est réservé aux auditeurs de chacun des deux cours.

III. Cours de septembre et d'octobre (2 septembre au 3 octobre 1931) sous la direction de M. Etienne Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Gastro-entérologie.

Lundi 21 septembre, 10 h. 30, Dr Dufourmentel : L'endoscopie œsophagienne : applications au diagnostic et au traitement du cancer de l'œsophage. — 2 h. 30, Dr Deval : L'épreuve de l'histamine. Le tubage duodénal en pathologie digestive.

Mardi 22 septembre, 10 h. 30, Mlle Marguerite Tissier : Cytologie gastrique. Recherche des parasites intestinaux. — 2 h. 30, Dr Lagarenne : Radiologie des ulcères digestifs.

Mercredi 23 septembre, 10 h. 30, Dr Boltanski : Les ulcères et les sténoses médico-gastriques. — 2 h. 30, Dr Lenormand : Les ulcères pyloro-duodénaux.

Jeudi 24 septembre, 10 h. 30, Dr Henri Bénard : Formes anatomo-cliniques du cancer de l'estomac. — 2 h. 30, Dr Delafontaine : Les manifestations gastriques de la lithiase biliaire.

Vendredi 25 septembre, 10 h. 30, Dr Bouttier : Atonie, dilatation, ptoses de l'estomac. — 2 h. 30, Dr Thiroloix : Les crises digestives du tabès.

Samedi 26 septembre, 10 h. 30, Dr Etienne Chabrol : La conception moderne des gastrites. — 2 h. 30, Dr Etienne Fatou : Les éventrations et les hernies diaphragmatiques.

Lundi 28 septembre, 10 h. 30, Dr Dumont : Les infections hépatiques et rénales d'origine digestive. — 2 h. 30, Dr Libert : Séméiologie et traitement des diarrhées chroniques.

Mardi 29 septembre, 10 h. 30, Dr Delaporte : Séméiologie de la constipation et de la stase intestinale chronique. — 2 h. 30, Dr Rachet : Les colites parasitaires.

Mercredi 30 septembre, 10 h. 30, Dr Froment : Les diarrhées des tuberculeux. — 2 h. 30, Dr Arnaudet : Formes cliniques de l'entéro-colite mucomembraneuse.

Jeudi 1e octobre, 10 h. 30, Dr Dioclès : Radiologie des sténoses de l'intestin. — 2 h. 30 : Dr Jacquet : Formes cliniques de l'appendicite.

Vendredi 2 octobre, 10 h. 30, Dr Coury : Manifestations digestives de l'aortite abdominale. — 2 h. 30, Dr Lambling : Les tumeurs recto-sigmoïdiennes.

Samedi 3 octobre, 9 h. 30, Dr Friedel : Rectoscopie. Traitement des hémorroïdes. — 10 h. 30, Dr Carnot : Les périviscérites d'origine digestive.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Prost, de Saint-Laurent-du-Jura (Jura) ; du Dr Varniere, de Fréville (Seine-Inférieure) ; du Dr Boutiron, de Saint-Xandre (Charente-Inférieure); du Dr Soret, décédé à Nice.

— Le Docteur Célestin Soret, chef du service de radiologie des hôpitaux du Havre, de 1896 à 1919, a succombé victime de son dévouement à la science, aux atteintes de la maladie des rayons. Amputé de la main gauche en 1923, puis de la main droite, il avait dû être ultérieurement amputé des deux bras. Il était président d'honneur de l'Association des « Décorés au péril de leur vie ».

— **Fondation du chœur médical de Paris** (Association chorale médicale et para-médicale, placée sous le haut patronage du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, avec le parrainage artistique de M. Henri Rabaud, membre de l'Institut, directeur du Conservatoire national de musique et de déclamation, M. Maurice Ravel, M. Guy Ropartz.) — Comité de fondation : Président : M. le Dr Georges Labey, chirurgien des hôpitaux ; vice-présidents : MM. les Drs Lemierre, Devraigne, Faure-Beaulieu, Lobligeois, Cavaillon ; secrétaire général : Dr Charles Guébel ; secrétaires adjoints : Drs Molina, Bralez, Didier, Hesse ; trésorier : Dr Moran ; archiviste-bibliothécaire : M. Georges Lemierre ; conseil juridique : Me Ernest Geney ; directeur artistique: Dr Andrade ; membres du Comité : MM. les Drs Cathelin, Roucayrol, Raymond Bernard, Lebrun, Jean Anglada, Georges Clément, Fontès, Cayla, Faure Pater, Laurence.

Sous ces multiples et éminents patronages, la Société ainsi fondée se propose de grouper amicalement les éléments choraux (voix d'hommes, voix de femmes), du milieu médical et para-médical dans un but de culture musicale supérieure.

La Société désire recruter des membres actifs satisfaisant aux conditions suivantes :

Avoir un minimum de voix et de connaissance du solfège, mais surtout avoir l'amour de la musique et du travail sérieux et régulier.

L'année d'exercice ira du 1er novembre au 1er juillet, un concert annuel devant avoir lieu en mai ou juin.

Les membres actifs paieront une cotisation de 12 francs par an, remboursable à tous ceux qui auront assisté à l'intégralité des répétitions.

Les répétitions auront lieu une fois par semaine dans un local qui sera précisé en temps voulu. Elles commenceront au début de novembre prochain.

Toutes les personnes appartenant au milieu médical et para-médical peuvent faire partie de la Société et y faire admettre leurs parents.

Les personnes désireuses de faire partie des chœurs (membres actifs) sont priées d'adresser leur demande dès à présent au secrétariat général : Dr Guébel, 2, rue Pasquier (8e) en indiquant très lisiblement leurs nom et adresse. Elles seront convoquées pour être entendues par le Comité des voix et inscrites.

Les personnes désirant s'intéresser à la Société sans

être membres actifs peuvent s'inscrire : comme membre adhérents, 20 francs par an ; membres honoraires. 50 francs par an ; membres donateurs, 100 francs par an.

— **Voyage d'études de la Faculté de médecine de Nancy à Vichy et dans les stations de l'Auvergne thermale** (12-17 juin 1931). — Sous la direction du Professeur Santenoise et du Docteur Louis Mercklen, chargé de cours à la Faculté de médecine, les élèves du cours de thérapeutique et d'hydrologie de la Faculté de Nancy viennent d'accomplir une superbe randonnée de cinq jours dans les stations thermales de l'Auvergne.

La première journée du voyage a été consacrée à Vichy. Nous en avons donné déjà le compte rendu. Puis, les voyageurs partirent en auto-cars le lendemain 13 juin pour la visite de Châtel-Guyon, où la conférence d'usage leur fut faite par le Docteur Brunier. Après le déjeuner, présidé par le Dr Balme, directeur de l'établissement thermal, la caravane thermale pressée par le temps, reprit sa randonnée à travers la chaîne des Puys et atteignit La Bourboule dans l'après-midi.

Le lendemain 14, les visiteurs parcoururent les différents services de l'établissement thermal et à 10 heures, la caravane arrivait au Mont-Dore. Un compatriote, le Docteur Claude, leur fit les honneurs de l'établissement et leur montra spécialement les salles d'inhalation. Le Docteur Robert dit ensuite, en quelques mots ce qui valait au Mont-Dore sa réputation de « Providence des asthmatiques ». A l'issue du banquet prirent successivement la parole M. le Docteur Bouchon, maire de la station, M. Verrier, administrateur-délégué de la Compagnie, les Docteurs Galup et Garcin.

De nouveau c'est le départ, et après une succession de paysages magnifiques, l'arrivée à Saint-Nectaire où le médecin commandant Maire, médecin-chef de la station militaire montra en détails les différents établissements thermaux.

Très belle conférence du Docteur Roux, et réception, à l'hôtel des Thermes sous la présidence de M. de Dunon, directeurs de la Société.

Le dernier jour de cette belle randonnée, après une visite à l'église si caractéristique de Saint-Nectaire, les voyageurs se mirent en route pour faire l'ascension du Puy-de-Dôme. Un panorama grandiose les récompensa largement de leurs peines.

A 14 heures, la caravane arrivait à Royat. Le Docteur Aubertot fit un exposé très clair et très précis sur la grande station carbo-gazeuse dont le Docteur Richard, ancien interne des hôpitaux de Nancy, leur montra en détail les différentes pratiques thermales.

Un banquet clôtura cette journée à la fin duquel MM. Mérigoux, directeur de l'établissement thermal, et le Docteur Mougeot, président de la Société médicale, prirent la parole.

C'est à regret que le lendemain matin les voyageurs reprirent le chemin du retour et rentrèrent à Nancy le 17 au soir.

En même temps que de très beaux souvenirs touristiques, les étudiants de la Faculté de Nancy auront retiré de ce voyage le plus grand profit scientifique. C'est avec une vive gratitude qu'ils garderont le souvenir de l'accueil si large et si cordial qu'ils ont rencontré dans ces belles stations de l'Auvergne.

Ils unissent aussi dans un même sentiment de reconnaissance le Docteur Janot, le dévoué secrétaire de la Fédération thermale d'Auvergne, qui avait bien voulu leur servir de cicerone, les dirigeants de l'Office national du tourisme et de l'Institut d'hydrologie du Collège de France qui ont subventionné le voyage et enfin leur maître, le Professeur Santenoise et son collaborateur le Docteur Mercklen qui en ont assuré la réalisation matérielle et le plein succès.

— **Société internationale de chirurgie.** — Le IXe Congrès de l'Association se tiendra à Madrid, du 15 au 18 mars 1932, sous la présidence du Professeur de Quervain, de Berne, et la vice-présidence du professeur Recasens, de Madrid.

Programme scientifique. — Première question : *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes.* Rapporteur allemand : X..... ; rapporteur anglais : M. Ch. A. Elsberg (New-York) ; A. Jirasek (Prague) ; rapporteur espagnol : M. L. Olivares (Madrid) ; rapporteurs français : MM. L. Beriel (Lyon), invité au Congrès, T. de Martel (Paris), M. Robineau (Paris) ; rapporteur italien : M. L. Dominici (Perugia) ; rapporteur polonais : M. P. Goldstein (Varsovie).

Deuxième question : *Suppurations pulmonaires non tuberculeuses.* Rapporteur allemand : X..... ; rapporteur anglais : M. H. Lilienthal (New-York) ; rapporteur espagnol : M. Lopez-Sancho (Valence) ; rapporteurs français : MM. A. Baumgartner (Paris), O. Coquelet (Bruxelles) ; rapporteur italien : M. M. Ascoli (Rome).

Troisième question : *Chirurgie de l'œsophage.* Rapporteur allemand : M. K. Henschen (Bâle) ; rapporteur anglais : M. J.-H. Zaaijer (Leyden) ; rapporteur espagnol : M. L. Gardenal (Madrid) ; rapporteurs français : MM. R. Grégoire (Paris), J. Jiano (Bucarest) ; rapporteur italien : M. G. Lusena (Genova).

Quatrième question : *Progrès récents de l'anesthésie chirurgicale* : *a*) Narcoses par inhalation ; *b*) Rachianesthésie ; *c*) Anesthésie locale et régionale ; *d*) Narcoses par voie rectale ; *e*) Narcoses intraveineuses. Rapporteur allemand : *a*) M. Ischikawa (Kazanawa) ; rapporteur anglais-polonais : *b*) M. R. Jurasz (Poznan) ; rapporteurs espagnols : *a*) M. J. Goyanes (Madrid) ; *c*) M. A. Trias-Pujol (Barcelona) ; *b*) M. J. Trias-Pujol (Barcelona) ; rapporteurs français : *a*) M. E. Mériel (Toulouse) ; *b*) M. R. Monod (Paris) ; *c*) M. P. Fredet (Paris) ; rapporteurs italiens : *a*) M. O. Uffreduzzi (Torino), *b-c*) M. Fr. Rossi (Milano).

Projet de voyage collectif. — Départ d'Irun, le dimanche 13 mars. — Dimanche 13 mars : Burgos ; Lundi 14 mars : Escorial, arrivée le soir à Madrid où aura lieu la soirée de prise de contact ; Mardi 15, mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 mars, : Travaux du Congrès ; Samedi 19 mars : Tolède ; Dimanche 20 mars : Madrid ; Lundi 21 mars : Séville ; Mardi 22 mars : Séville-Cordoue ; Mercredi 23 mars : Cordoue ; Jeudi 24 mars : Grenade ; Vendredi 25 mars : Grenade ; Samedi 26 mars : Valence ; Dimanche 27 mars : Valence : Lundi 28 mars : Barcelone ; Mardi 29 mars : Barcelone (excursion à Monserrat) ; Mercredi 30 mars : Barcelone-Port-Bou.

L'Agence belge de la Compagnie française du tourisme a prévu le prix de trois mille neuf cent cinquante-cinq francs français.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Ces honoraires pourront, selon les hôpitaux, être versés en totalité, ou en partie seulement aux médecins ayants droit.

L'administration ministérielle se montre favorable au premier système, estimant que le régime du forfait est le meilleur : le corps médical devrait être payé à l'année et le malade hospitalisé acquitterait un prix de journée global, net de tout supplément.

Ce sont les conceptions qu'on m'a très souvent opposées : au corps médical, par ses représentants officiels, de discuter ses légitimes intérêts.

Mais, vis-à-vis de chaque hôpital, le corps médical de l'établissement doit s'entendre avec le syndicat médical local, pour arrêter les modalités locales, qu'il s'efforcera ensuite d'obtenir de la Commission administrative de l'établissement.

II

Eligibilité des médecins d'hôpitaux comme administrateurs desdits hôpitaux

Un de nos confrères s'étonne d'une réponse ministérielle parue au *Journal officiel* du 13 mars 1931. Répondant à une question écrite, posée par M. Mazaud, le ministre de la Santé publique déclare qu'il n'y a pas d'incompatibilité légale entre les fonctions de médecin, ou de chirurgien d'un hôpital, touchant un traitement annuel, inscrit au budget de l'établissement public hospitalier et celles de membre de la Commission administrative de cet établissement.

Mais, le rédacteur de la réponse ajoute, au nom du ministre : « néanmoins, ce cumul doit être, si possible, évité ».

Et notre confrère de nous demander s'il n'y a pas, de la part du ministre, une erreur, ou une opinion personnelle, qui n'a aucune base légale.

Sur le premier point, nous sommes d'accord : personnellement, j'ai indiqué, à plusieurs reprises, dans les colonnes du *Concours médical*, qu'aucun texte légal ne s'oppose à ce qu'un médecin d'hôpital fasse partie de la Commission administrative.

Ma dernière réponse, sur ce sujet, fut publiée dans le *Concours* de 1927, p. 2.499, où j'indique, à côté des textes législatifs et règlementaires, un arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908, qui règle définitivement la question.

Mais, nous ne saurions souscrire à l'opinion émise par le rédacteur du ministère de la Santé publique, qui fait donner par le ministre l'indication qu'il est préférable d'éviter le cumul des fonctions de médecin et d'administrateur de l'hôpital.

Par deux circulaires, l'une du 20 avril 1920 et l'autre du 18 mai 1920, le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance so-

ciales indiquait déjà l'utilité, pour ne pas dire la nécessité, d'associer les médecins à l'administration de l'établissement, dans lequel ils donnent leurs soins.

L'hôpital d'aujourd'hui devient une entreprise de soins et non plus seulement un asile d'hébergement pour les pèlerins, les voyageurs et les personnes sans ressources.

C'est un établissement public de cure et de diagnostic. Aussi, convient-il, dans l'intérêt même de l'hospice, que le représentant du corps médical soit appelé à siéger parmi les administrateurs, pour donner son avis technique sur bien des questions, pour lesquelles, quelle que soit leur bonne volonté, les membres de la Commission administrative sont incompétents.

L'application pratique des données de la science médicale moderne oblige les administrateurs des hôpitaux à ne plus se cantonner dans les principes édictés par la loi du 7 août 1851. Le médecin ne doit plus être considéré comme un employé supérieur, nommé par la Commission administrative, comme cette dernière nomme son receveur, son économe et autres employés.

Le médecin doit devenir un collaborateur indispensable, ayant un avis autorisé à donner, pour la gestion de l'établissement.

D'ailleurs, jadis patrimoine des pauvres et des miséreux, l'hôpital d'aujourd'hui est un établissement public de cure et de diagnostic, revêtant, pour son administration, en grande partie les directives commerciales.

Il est donc indispensable que cette question soit dirigée par toutes les compétences susceptibles de mener à bien l'entreprise de soins.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

3356. — Soins d'urgence et transport d'un blessé

Abonné au *Concours* et au « Sou » je vous serais obligé de m'indiquer comment tarifer pour l'accident du travail suivant :

Fracture grave de la jambe avec hémorragie artérielle. Voici ce que j'ai faift :

1° Certificat initial ;

2° Contention de la fracture avec attelles et appareil provisoire avec arrêt de l'hémorragie artérielle ;

3° Accompagné le blessé à la ville voisine chez un chirurgien à cause du danger d'hémorragie pouvant être mortel, départ à 19 heures, rentré à 23 heures. (30 + 30 = 60 km.)

Dr D.

Réponse.

Vous avez à compter : certificat + soins d'urgence donnés en vue d'un transport et d'une réduction ultérieure par un autre médecin = 50 fr. (note 1 de l'art. 18) + cinq demi-heures de surveillance prolongée = 5 × 15 = 75 fr. (art. 6) soit au total : 10 + 50 + 75 = 135 fr.

Vous ne pouvez compter de déplacement en plus car ce n'est plus là « une visite faite au domicile du blessé » mais le transport du blessé, ce qui regarde non plus le médecin mais un « loueur de voiture ».

Dr F. Decourt.

3553. — Interventions multiples

Abonné au *Concours Médical*, je vous serai reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur la façon de rédiger ma note d'honoraires pour le fait suivant :

Le 15 juin vient à ma consultation un garçon-charcutier de R... qui avait été victime le 12 juin d'un accident de travail : coupure de 5 cm. de long environ au niveau du dos de la main dans la région de la tabatière anatomique. Ce blessé a été vu au moment de l'accident par un confrère de R..... qui a fait une réunion par première intention des lèvres de la plaie au moyen de 3 joints de suture et m'a adressé le blessé, ce dernier habitant M....

A l'examen : œdème du dos de la main, cicatrice douloureuse et enflammée, douleur et fluctuation dans la loge aponévrotique occupant le 1er espace intermétacarpien.

Je fais sauter les 3 joints et débride la plaie que je mets à plat, et je pratique dans la loge aponévrotique une injection de bactériophage.

Suites sans complications.

Puis-je assimiler le débridement de la plaie à : ouverture d'abcès superficiel et tarifier ainsi la consultation du 15 juin.

15-6-31.

Débridement de la plaie..............	20 fr.
Injection de sérum antitoxique.........	20 fr.

Dr M.

Réponse.

Vous avez débridé, c'est entendu, mais en réalité, fait une « ouverture d'abcès superficiel » qui était en voie d'évolution.

Donc vous avez à compter 20 fr. plus votre injection A. T., car là, ce n'est plus le *cumul* interdit par l'art. 13, entre la *visite* et une intervention, mais 2 *interventions* différentes, ainsi qu'il est inscrit, sur ma propre demande, à la note 1 de cet art. 13 et qui combine ce qui est exprimé aux art. 13 et 14. »

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Maginot.

3384. — Pas de cumul du prix de consultation ou de visite avec une intervention quelconque

Les interventions prévues à l'article 74 du décret du 25 octobre 1922 pour les soins aux victimes de guerre se cumulent-elles ou non avec le prix de la visite ?

Je me vois refuser par la commission de contrôle les visites faites lors de 7 injections intraveineuses et d'une saignée. Il me semble cependant que l'article 69 dudit décret n'interdit le cumul que pour les interventions prévues à l'article 60 et non pour celles prévues à l'article 74.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr V.

Réponse.

Vous ne pouvez compter, à la fois, une intervention plus une visite. C'est l'une ou l'autre.

L'art. 72 dit : « Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou consultations ou interventions *consécutives* à cet acte ».

Donc seules les visites, etc., consécutives doivent être payées en plus, mais pas les visites, etc., *concomitantes* à cet acte.

Dr F. DECOURT.

Fiscalité

2406. — Justifications à produire.

Le contrôleur des Contributions directes me demande de lui fournir dans les vingt jours, des explications sur mes déclarations de revenus pour 1925, 26, 27, 28, 29 et 30 et ainsi libellé :

I. — Recettes : clientèle : *a*) médecine ; *b*) pharmacie ;

Etat, départements, communes ;

Compagnie d'assurances, chemins de fer, chirurgiens.

II. — *Dépenses* : salaires du personnel : *a*) en argent ; *b*) en nourriture ;

Assurances professionnelles ;

Divers (téléphone, journaux, correspondance, chauffage, éclairage).

Contributions ;

Pharmacie, droguerie, etc. ;

Instruments ;

Frais d'auto : *a*) essence ; *b*) pneus, huile, réparations ; *c*) amortissements : nombre, marque, année de fabrication, force des autres.

Nombre de kilomètres parcourus annuellement.

Nombre de la population totale desservie.

Nombre, sexe, du personnel à usage professionnel.

Valeur locative des locaux.

Ma comptabilité régulière, n'est pas toujours groupée suivant les demandes précises du receveur :

1° Suis-je obligé d'avoir une comptabilité en règle et de la produire ;

2° Suis-je obligé de répondre à chacune des questions (chirurgiens, population desservie),

3° Puis-je sans m'astreindre à des recherches assez longues et fastidieuses répondre en indiquant les chiffres tels qu'ils ressortent de ma comptabilité personnelle.

Dr P.

Réponse.

1° Vous n'êtes pas tenu d'avoir une comptabilité régulière, mais en réalité il vous est difficile de vous en passer car :

2° Vous êtes obligé de justifier vos recettes et vos dépenses.

3° Répondez au contrôleur en vous basant sur les éléments comptables dont vous disposez.

A. M.

2506. — Exemption de la taxe sur les domestiques.

Je vous serais très obligé de me donner le renseignement fiscal suivant : J'habite Paris, j'ai deux enfants mineurs, je suis blessé de guerre avec 65 % d'invalidité. Suis-je astreint à la taxe sur les domestiques, pour la bonne à tout faire que j'ai à mon service ?

Dr X.

Réponse.

Vous avez droit à l'exonération de la taxe sur les domestiques si vos deux enfants sont âgés de moins de seize ans.

A. M.

2262. — Décharge de la patente à défaut d'exercice de la médecine

J'ai quitté C. depuis le 8 janvier et n'ai pas exercé depuis cette date et probablement ne rentrerai pas avant octobre.

Dois-je cependant payer ma patente et faire une déclaration quelconque ?

Dr N.

Réponse.

Vous ne pourrez obtenir décharge de la patente que si vous ne vous êtes livré à aucun acte de votre profession depuis le 1er janvier 1931.

S'il en est bien ainsi et si vous recevez cependant un avertissement de patente, veuillez nous le communiquer et nous vous ferons savoir suivant quelle procédure vous devez présenter votre réclamation.

A. M.

2232. — Déduction des cotisations pour retraite

Au sujet de la « déduction des cotisations pour la constitution d'une retraite » dans la déclaration à faire au fisc.

Je lis dans le *Concours médical* du 19 avril sous le nº 1448, la réponse suivante, signée : A. M. : « Les sommes versées à la Mutuelle-retraite peuvent être déduites jusqu'à concurrence de 6 % de vos bénéfices ».

Or, dans le *Concours* du 29 mars 1931 sous le nº 604, j'avais noté la réponse suivante à cette même question, réponse signée également A. M. :

« Vous avez le droit de déduire la cotisation payée par vous annuellement pour la constitution de la retraite mutuelle du combattant. Rappelez à votre contrôleur :

c) La réponse du ministre du budget à la question verbale posée par M. Joseph Courtier, sénateur. (*J. O.*, séance 11 mars 1930, page 1041).

« Je réponds de façon précise comme suit : il est parfaitement exact que la déduction est de droit *quel que soit le montant du versement, mais à la condition que la retraite ne dépasse pas* 6.000 *fr.* »

Conciliez-vous ces deux réponses ?

Dr D.

Réponse.

La limitation du taux de déduction des cotisations à 6 % n'est pas applicable à une retraite mutuelle *de combattant*.

Ces cotisations peuvent donc être déduites intégralement. La seule restriction d'ailleurs récente, est que la retraite ne dépasse pas 6.000 fr.

A. M.

2603. — Un dispensaire gratuit est exempt de patente

Ayant l'intention de créer un dispensaire gratuit dans le même village mais dans un local assez loin de mon domicile habituel ou j'exerce ; suis-je tenu de payer pour ce 2e local une nouvelle patente ?

Sur la porte de ce futur dispensaire sera peinte la mention suivante :

Dispensaire X... Consultations gratuites exclusivement réservées aux indigents. Les mardi, jeudi, samedi de 9 à 11 heures.

Médecin traitant : Dr Z...

Je spécifie bien que le dispensaire est situé dans un autre immeuble et est entièrement gratuit.

Du fait de faire acte philantropique, mes impôts de ce dispensaire peuvent-ils être diminués ? (impôts s'appliquant uniquement aux locaux utilisés par le dispensaire).

Dr Z.

Réponse.

Si les consultations données dans le dispensaire sont gratuites, il n'y a pas lieu à imposition de la patente.

A. M.

2463. — La contribution mobilière est due pour toutes les habitations occupées

Dois-je payer deux fois la contribution mobilière ? Je suis locataire à X, où je n'habite que pendant la

saison : le percepteur me réclame la contribution mobilière.

Je suis propriétaire ici, où je n'exerce pas ma profession : le percepteur me réclame aussi la même contribution

C'est ici que je fais ma déclaration d'impôt sur le revenu.

Dr N.

Réponse.

La contribution mobilière est due pour chacune des deux habitations bien que vous les occupiez une partie seulement de l'année.

A. M.

Questions médico-militaires

2386. — Recours gracieux au Ministre pour obtenir une pension.

Le soldat X, classe 1918, a été atteint par les gaz aux environs de Verdun en octobre 1918. Avec un certain nombre de ses camarades, il s'est alors présenté à la visite. Ne le trouvant pas suffisamment atteint, le médecin militaire le renvoya aux lignes.

Depuis cette époque jusqu'à sa démobilisation (juin 1920) le soldat X., quoique souffrant fréquemment de l'estomac ne se fit pas porter malade, craignant de perdre ce qu'il estimait être une bonne place : planton du colonel !

En mars ou avril 1921, j'ai eu à le soigner pour une formidable hématémèse dont il se remit assez lentement.

L'an suivant, se croyant guéri, il renonça à tout régime et fit dans le courant de l'été une très confortable perforation d'estomac avec péritonite qui l'envoya sur le billard et dont il releva péniblement six mois plus tard.

Estimant que ce jeune homme, d'une excellente santé habituelle, devait son ulcère d'estomac à l'atteinte des gaz, je le fis se présenter devant la Commission de réforme, mais sa demande fut rejetée le 28 mars 1925 pour manque de pièces établissant l'imputabilité de son affection.

L'intéressé, las de ces démarches inutiles, ne voulut pas faire appel au tribunal des pensions. Et, maintenant, il le regrette car il continue à souffrir de son estomac.

Comme c'est un garçon très sérieux et qui n'a rien du chasseur de pensions, je m'intéresse à lui et je voudrais savoir s'il peut en appeler encore de la décision ministérielle ; et, dans l'affirmative de quelle façon ?

Dr P.

Réponse.

En l'état actuel des choses, les délais d'instance devant le Tribunal des Pensions étant expirés, un seul moyen subsiste : c'est le recours gracieux au *Ministère des Pensions. Services des réclamations*, 37, rue de Bellechasse. Paris, 7e. A cette demande, l'intéressé devrait joindre :

1° Tous les certificats médicaux de consultation et d'opérations, *depuis* 1921.

2° *Surtout*, la preuve de l'atteinte par les gaz. Si le colonel vit encore, il pourrait lui demander une attestation, ce serait le meilleur moyen. Il pourrait aussi tâcher de retrouver (pour autre attestation) le médecin qui l'a vu au poste de secours, ou bien tout autre officier ou sous-officier ayant constaté la chose.

Le ministre, de son côté, et en l'absence d'attestation du colonel, ferait l'enquête nécessaire au corps.

2514. — Réformé pour myopie

Je suis médecin auxiliaire, service auxiliaire pour myopie (classe 1921) :

O. G., 12,

O. D., 10.

1° Puis-je être réformé ?

2° Si oui, quelles démarches dois-je effectuer ?

Dr Y.

Réponse.

Il est dit dans l'instruction sur l'aptitude au service militaire, article 42. C :

« Entraîne l'exemption ou la réforme définitive :

a) Toute myopie, mesurée par une méthode objective, supérieure à 10 dioptries pour les deux yeux ».

Vous semblez donc réunir les conditions requises pour être réformé.

Adressez à votre commandant de recrutement une demande pour être présenté devant une commission de réforme au point de vue de l'aptitude physique.

2496. — Affectation en cas de mobilisation

J'ai 42 ans, médecin lieutenant depuis 1919, 2 blessures, aptitude restreinte en janvier 1918, et j'exerce uniquement une spécialité médico-chirurgicale depuis mon installation (1920).

Or, je viens de recevoir un nouveau fascicule de mobilisation pour une unité d'infanterie à rejoindre sans délai.

A ma démobilisation, j'étais depuis 8 mois dans un centre de spécialité. J'ai eu d'abord deux ordres m'affectant à une réserve d'armée, ensuite en exécution de circulaires ministérielles demandant d'utiliser les aptitudes spéciales dans chaque arme (1924 ou 1925 je crois) on me demanda mes références au point de vue spécialité (3 ans externat et internat, différents travaux spéciaux, exercice continue de la spécialité), et je reçus alors une nouvelle affectation pour une ambulance d'armée (ceci en 1925 ?)

Pouvez-vous me faire connaître les instructions ministérielles données au sujet des emplois en cas de mobilisation et leur date, ayant l'intention d'attirer l'attention du Directeur du Service de santé, sur ma nouvelle affectation, peu conforme, je pense,

aux services que je peux rendre, à ma classe et à mon aptitude physique restreinte.

D^r N.

Réponse.

Les circulaires ministérielles des 20 mars 1922 et 9 avril 1925 prescrivent d'affecter les médecins de réserve à la mobilisation, suivant leurs compétences et leurs aptitudes.

Adressez une réclamation en ce sens à votre Directeur du Service de santé et vous aurez certainement gain de cause.

2539. — Droit des enfants d'une victime de la guerre

Est-ce qu'une veuve dont le mari était pensionné à 30 p. 100 pour blessure de guerre a droit à l'allocation des enfants (cette femme a deux enfants) ?

Le mari qui était blessé à la main droite a succombé à la tuberculose.

A quelle somme s'élève l'allocation trimestrielle pour les enfants ?

A qui cette femme doit-elle adresser sa demande ?

D^r M.

Réponse.

Les enfants de ce militaire, pensionné pour blessures de guerre au taux de 30 %, recevraient une allocation annuelle de 216 fr.

Cette allocation, quoiqu'il arrive, peut leur être maintenue jusqu'à l'âge de 18 ans ; la demande doit en être faite au Ministre des Pensions, par l'intermédiaire de l'Intendance régionale des pensions.

Cependant si la veuve vient à être pensionnée pour le décès de son mari (la tuberculose, cause de la mort, ayant été reconnue imputable au service), chaque enfant aura droit jusqu'à l'âge de 18 ans, à une pension de 300 fr. par an, et il devra alors opter pour cette dernière pension, plus avantageuse, que la précédente (216 fr.).

2502. — Nomination comme médecin de réserve

Je vous serais bien obligé de me faire donner les renseignements précis, concernant ma situation militaire. Je voudrais être nommé médecin de réserve.

J'appartiens à la classe de mobilisation 1918 ; j'ai été mobilisé le 17 avril 1917 comme soldat, et libéré en mai 1920 avec le grade de caporal. J'ai fait mes études médicales après ma libération et ai été reçu docteur en médecine le 7 décembre 1925.

Actuellement, je n'ai pas de périodes à faire. Je voudrais que vous me fassiez savoir d'une façon précise :

1° Ce qu'il faut faire pour être médecin de réserve ;

2° Quel grade me sera donné, médecin auxiliaire ou officier ?

3° Si, de ce fait, je serai astreint à des périodes d'exercices ?

J'ajoute à titre de renseignement si cela peut être utile, que j'ai quatre enfants vivants.

Dr Z.

Réponse.

Ecrivez une lettre au Directeur du Service de santé de votre Région, en lui exposant votre situation militaire, et en lui demandant d'être nommé médecin de réserve.

Celui-ci vous fera connaître le moment et le lieu où vous pourrez suivre les conférences nécessaires, pour l'examen d'aptitude à l'emploi de médecin auxiliaire.

Pendant ce temps, il constituera votre dossier, y joindra votre certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, fera faire les enquêtes nécessaires (moralité, etc...), puis transmettra les pièces au Ministère, qui vous comprendra dans un décret de promotion au grade de médecin sous-lieutenant.

Vous serez astreint ensuite à faire des périodes de réserve, dont le maximum a été fixé à quatre mois, au cours de la durée de vos obligations militaires (article 49 de la loi du 31 mars 1928).

2628. — Honorariat du grade

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner un conseil motivé (avantages et désavantages) au sujet d'une décision à prendre au point de vue militaire :

Le Directeur du Service de santé de la Région m'écrit :

« Atteint par la limite d'âge de votre grade (médecin capitaine) au cours du 3e trimestre 1931, vous allez être rayé des cadres par application des dispositions de l'article 12 de la loi du 8 janvier 1925.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une déclaration que vous voudrez bien me retourner au plutôt, dûment remplie et signée ».

Sur cette déclaration, je dois déclarer demander :

« A être ou à ne pas être admis à la position d'officier honoraire »

Que me conseillez-vous de choisir ? Et pourquoi ?

Dr B.

Réponse.

L'honorariat du grade est un avantage offert notamment aux médecins de réserve qui sont restés dans les cadres, au delà de la durée légale des obligations militaires.

Médecin honoraire, vous n'avez plus naturellement aucune période militaire à faire. Cependant il vous est permis de porter l'uniforme aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées

ou officielles à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère non officiel.

D'autre part, la loi du 16 juillet 1927 a mis à la disposition de la guerre un contingent annuel d'une croix de commandeur, 5 croix d'officier et 20 de chevalier, sous certaines conditions (avoir été proposé au cours de la guerre, avoir rendu des services aux sociétés de préparation militaire agréées par le Gouvernement). »

2541. — Droit à la médaille militaire

Je désirerais savoir si un jeune soldat auquel je m'intéresse, A DROIT à la médaille militaire parce que *cité à l'ordre du régiment* et *blessé deux fois classe* 1918.

Dr S.

Réponse.

L'attribution de la médaille militaire ne constitue pas un droit. Cependant, cet ex-militaire possède des titres à son obtention, et devrait demander, et faire demander, à l'autorité militaire, dont il dépend, de procéder à un examen de son dossier en vue d'une inscription, par le Ministre au tableau de concours pour la médaille militaire, qui est publié chaque année au *Journal officiel.*

2598. — Droits d'un réformé à la Légion d'honneur

Abonné au *Concours* je vous serais bien obligé de me dire si mes états de services me donnent le droit de postuler à la Légion d'honneur. Classe 1895. Citation à l'ordre de l'armée. Réformé pour maladie contractée au front (60 %).

Ayant été rayé des cadres à la suite de cette réforme, je ne figure plus sur aucun contrôle du Service de santé.

Dans ce cas, si mes droits à la Légion d'honneur sont patents, quelles démarches dois-je faire ?

Dr J.

Réponse.

Les promotions dans la Légion d'honneur au titre de la guerre, sont actuellement liquidées.

D'autre part, il eût fallu que vous fussiez réformé à 65 % au moins et pour une blessure de guerre afin de postuler à ce titre la Légion d'honneur.

N'appartenant plus à l'armée, il semble donc que vous n'ayiez plus de droits pour être décoré au titre militaire ; cependant, *si* vous aviez fait l'objet d'une proposition pour la Légion d'honneur au cours de la guerre, *et si* depuis vous aviez rendu des services aux Sociétés de préparation militaire agréées par le gouvernement, vous pourriez tout d'abord essayer de demander au ministre d'être nommé *officier honoraire* (officier rayé des cadres pour maladie contractée au front. Loi du 8 janvier 1925, art. 23-c) ; puis vous essayeriez d'obtenir la Légion d'honneur, au cas où vous rempliriez les deux conditions précédemment énumérées.

Responsabilité

2915. — Responsabilité d'une crèche

Quelle pourrait être éventuellement la responsabilité d'une crèche d'usine en cas de maladie contractée par un enfant du fait de son séjour à la crèche (rougeole, oreillons... par exemple). La crèche peut-elle être tenue de prendre à sa charge les frais nécessités par cette maladie ?

Ce risque maladie devrait-il faire l'objet d'une assurance, comme le risque accident pour les enfants admis à la crèche ?

A noter les enfants sont rendus aux parents tous les soirs.

Dr X.

Réponse.

La responsabilité d'une crèche est une responsabilité de droit commun basée sur une faute, une négligence, ou une imprudence des dirigeants ou des préposés de la crèche.

Si un accident est occasionné par un enfant à l'un de ses camarades de la crèche, la crèche en est responsable de plein droit, à moins de prouver le cas fortuit ou le cas de force majeure.

La crèche serait encore responsable des fautes de ses employés, infirmières, surveillantes, etc. Elle pourrait être en outre déclarée responsable des fautes commises par son médecin, mais non s'il s'agit de fautes purement médicales. Le médecin ou ses aides resteraient responsables de leurs fautes professionnelles médicales.

Le contrat d'assurance de la responsabilité civile de la crèche devrait donc porter une clause garantissant toutes les actions qui pourraient lui être intentées sous quelque forme que ce soit, découlant soit de fautes commises par ses préposés à quelque titre que ce soit, par le ou les médecins attachés, par les enfants qui sont confiés à la crèche ou par le mobilier, quel qu'il soit.

Prévoir, si la crèche est propriétaire des bâtiments, la garantie de la responsabilité découlant de l'immeuble.

Cette clause garantirait la crèche comme personne morale, pouvant être déclarée civilement responsable.

Il faudrait la compléter en précisant que « la responsabilité des préposés à quelque titre que ce soit et des médecins attachés à l'établissement est garantie au même titre que la responsabilité civile de l'assurée. »

P. R. Baglin,
Docteur en Droit,
Conseiller technique d'Assurances.

Cinquante-troisième année — N° 30 — 26 Juillet 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

III

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillère. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casat de Montgolner Foucaud Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozler (psych.)

Forges-les-Eaux. Barbaux.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. Goirand.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains. Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Segard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Boutelier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornilion, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fan, Ganna', Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel. Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr BOUCHER, de St-Leu-la-Forêt, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 249. — A vend. Charlin cal. 12 mod. B, état neuf, Oscillomètre Pachon, brassard Gallavardin neuf. Dr Charlier, Saint-Etienne-du-Bois (Vendée).

No 250. — Urgent. Ville de l'Est, client. import., maison 10 pièces, e. g. é. téléph., garage, jardin. A céder condit. exception. Facilités.

No 251. — A vend. 5 CV Citroen mod. trèfle, 3 pl. 1925, moteur revisé en excell. état Essais à volonté. Dr Cucherousset à Pontault-Combault (S.-et-M.).

No 252. — A céder poste méd. intéress., bourg 4 h. Paris sur gr. ligne, méd. ch. de fer, suscept. augmentation. Faible indemnité.

No 253. — Banl. Paris. Très anc. poste, gros produit, gr. villa confort., beau jardin. Indemn. 80.000 à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris-5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 254. — Proxim. Angers. Client. plein rendem., jolie maison. Toutes facilités paiement. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 255. — Normandie. 1 h. Paris, gr. ligne, seul méd. rapp. import., gr. maison, jardin. Indemn. avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 256. — Dr ayant voit. ferait remplacem. Paris ou banlieue, août-septembre. Libre de suite.

N° 257. — Secrétaire, infirmière diplômée (U.F.F.) demande assister docteur pour consultations, ou secrétariat le matin.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Loir (du Havre) et Raynaud (d'Alger) sont élus correspondants nationaux dans la troisième division (*Hygiène*).

M. Alfaro (de Buenos-Aires) est élu correspondant étranger dans la troisième division (Hygiène).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de pathologie expérimentale et comparée.* — Dans la séance du 9 juillet 1931, le conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de présenter, pour la chaire de pathologie expérimentale et comparée, en première ligne, M. Noël Fiessinger (36 voix) et en seconde ligne M. Ch. Richet fils (4 voix).

— **Hommage au professeur Pierre Delbet.** — Un groupe d'élèves et d'amis du professeur Pierre Delbet se propose, au moment où l'éminent Maître va quitter ses fonctions de Professeur de clinique chirurgicale et de chirurgien des hôpitaux, de lui offrir un Livre jubilaire qui retracera, en une quarantaine de chapitres, son œuvre scientifique. La rédaction de chaque chapitre sera confiée à celui de ses élèves qui aura le plus directement collaboré avec lui dans la branche en question de la pathologie chirurgicale.

Les souscriptions sont reçues dès à présent par

M. Georges Masson, trésorier du comité, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Compte Chèques Postaux n° 599.

Toute souscription d'un minimum de cent francs donnera droit au Livre jubilaire.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Clinique médicale infantile.* — Un cours de perfectionnement de médecine infantile sera organisé sous la direction du Professeur Rohmer, du 12 au 24 octobre 1931. Droit d'inscription : 300 fr. Pour renseignements, s'adresser au Professeur Rohmer, Clinique infantile, Hôpital civil, Strasbourg.

— **Le banquet annuel des pédiatres bordelais.** — Le banquet annuel des pédiatres bordelais, réunissant les chefs de service des hôpitaux d'enfants de Bordeaux et leurs collaborateurs (chefs de clinique, internes, assistants,) a eu lieu le 29 juin.

— **Croisière en Grèce par la Côte Dalmate.** — La Croisière de Vacances de la *Revue générale des Sciences* aura lieu cette année en Grèce sous la direction effective de M. Charles Diehl, membre de l'Institut, du 16 au 29 septembre.

Renseignements : Association de la Presse médicale, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-VI^e^.

— **Hôpitaux d'Amiens.** — Un concours pour la nomination d'un médecin ophtalmologiste adjoint à l'hôpital Saint-Victor d'Amiens aura lieu le 9 novembre 1931.

— **Hôpitaux de Nîmes.** *Internat.* — Un concours pour six places d'interne aura lieu le 4 décembre 1931 à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes. Inscription jusqu'au 30 novembre 1931.

— **Sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).** — Le registre d'inscription des candidatures aux fonctions de médecin du sanatorium de Villiers, actuellement ouvert, sera clos le 20 août.

Ce concours sur titres comprend deux postes à pourvoir, l'un de médecin titulaire au traitement de 40 à 50.000 fr., suivant les services antérieurs du candidat, et l'autre de médecin adjoint, au traitement de 30 à 38.000 fr. suivant les services antérieurs du candidat, avec les avantages suivants : logement, éclairage, chauffage, blanchissage, augmentation progressive du traitement qui pourra atteindre jusqu'au maximum de 60.000 fr., indemnité pour charge de famille, assurance en vue d'une retraite proportionnelle dont la moitié est versée par la Renaissance sanitaire.

L'entrée en fonctions aura lieu au plus tard le 1er octobre.

Adresser les demandes de candidatures à M. le Secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (4e).

Les candidats devront justifier de leur qualité de

Français, être possesseurs du diplôme d'Etat de docteur en médecine, présenter un exposé de titres établissant leur compétence en phtisiologie, et particulièrement dans la pratique sanatoriale.

N. B. — Sont en outre disponibles, quatre postes de stagiaire, au pair, avec indemnité mensuelle de 500 fr., destinés à de jeunes médecins ou à des étudiants ayant terminé leur scolarité et subi tous leurs examens à l'exception de la thèse, qui désirent se spécialiser en phtisiologie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 JUILLET

Service de santé militaire.

Par décision ministérielle du 27 juin 1931, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A rég. de Paris : le méd. lieut.-col. Roualet, 18e rég. ; le méd. command. Labougle, 6e rég. ; les méd. capit. : Le Roy des Barres, Lévy, 6e rég.

Les méd. lieut. : Bernier, 6e rég. ; Médioni, 19e C. A. ; Hoechstetter, Guillaume, 20e rég. ; Pelbois, Queffeulou, tr. Maroc.

Les méd. sous-lieut. : Dany, 13e rég. ; Cottet, 14e rég. ; Hugon, Lellouch, Davioud, Decourt, tr. Maroc.

A la 1re région : le méd. command. Lheureux, 5e rég. ; le méd. capit. Langeron, de la 14e rég.

A la 2e région : le méd. lieut. Pichon, 1re rég. ; le dentiste milit. 1re cl. Plattelet, 20e rég.

A la 3e région : le méd. capit. Rué, 6e rég. ; le méd. lieut. Mothe, rég. Paris.

Les méd. sous-lieut. : Pelletier, Rœder, région de Paris ; Delange, 4e rég.

A la 5e région : les méd. lieut. : Bernheim, Triau, rég. Paris.

A la 6e région: le méd. lieut. Raul, 20e rég.

A la 7e région : le méd. capit. Pierra, rég. Paris ; le pharm. sous-lieut. Deschaseaux, région de Paris.

A la 8e région : les méd. lieut. : Joussim, 2e rég. ; Viellard, 7e rég.

A la 9e région : le méd. lieut. Schmutz, 20e rég. ; le méd. sous-lieut. Lamic, 11e rég.

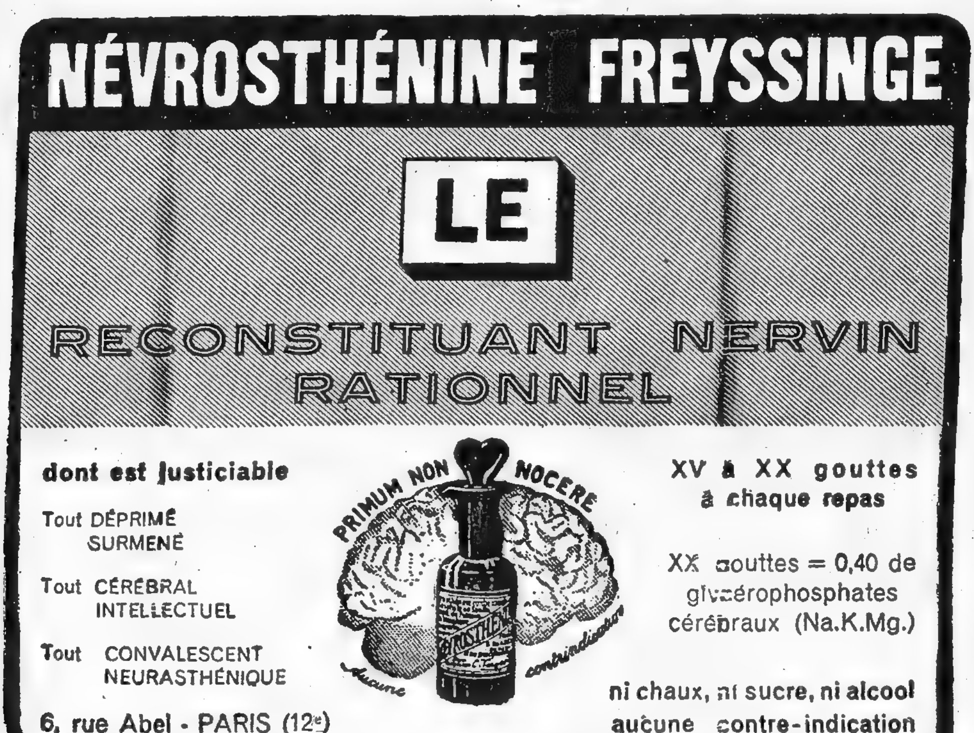
A la 11e région (p. o.) : le méd. lieut. Hibert, tr. gr. Indochine.

A la 12e région : le méd. sous-lieut. Dague, 17e rég. ; le pharm. sous-lieut. Laporte, rég. de Paris.

A la 13e région : les méd. lieut. : Favre, Rabot, 14e rég. ; le pharm. command. Dornbiérer, 2e rég.

A la 15e région : le méd. capit. Constantin, tr. gr. A. O. F.

Les méd. lieut. : Chevallier, 14e rég. ; Mercier, rég. Paris ; Bardy, Téphany, tr. Maroc ; les méd. sous-lieut. : Conte, Delage, rég. de Paris ; le dentiste milit. 2e cl. Buxe, tr. du Maroc.



A la 16e région : les méd. lieut. : Gosserez, 6e rég. ; Benoit, 7e rég.

A la 18e région : les méd. lieut. : Ardouin, rég. Paris ; Méric, 17e rég. ; le pharm. capit. Contré, tr. Maroc.

Au 19e corps d'armée : le méd. sous-lieut. Charles, 13e rég.

A la 20e région : le méd. lieut. Kissel, 7e rég. ; le pharm. lieut. Kœhren, rég. Paris.

Aux troupes de Tunisie : le méd. lieut. Lorenzi, 15e rég. ; le méd. sous-lieut. Biechler, rég. Paris.

Aux troupes du Maroc : le méd. capit. Andrieu, 17e rég.

Les méd. lieut. : Daunis, 15e rég. ; Gruffy, 19e C. A. ; le dentiste milit. 2e cl. Pellegrino, rég. Paris.

Aux troupes du groupe de l'Afrique occidentale française : les méd. lieut. : Goarnisson, tr. de Tunisie ; Monnier, tr. du Maroc.

8 JUILLET

Nominations de professeurs de Faculté.

Par décret en date du 3 juillet 1931, sont nommés, à compter du 1er octobre 1931, professeurs titulaires à la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'université d'Aix-Marseille :

M. Audibert, professeur sans chaire, chargé de cours de clinique médicale.

M. Olmer, professeur sans chaire, chargé de cours de clinique médicale.

M. Silhol, professeur sans chaire, chargé de cours de clinique chirurgicale.

Par décret en date du 3 juillet 1931, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, à :

M. Fiolle, chargé de cours de pathologie externe.

M. Beckenroth, chargé de cours de clinique des maladies exotiques.

M. Mattéi, chargé de cours de thérapeutique à la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie.

Par décret en date du 3 juillet 1931, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, à M. Lacoste, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Décret du 6 juillet 1931 fixant le régime d'assurances du personnel ouvrier des établissements industriels de l'Etat.

Art. 1er. — Le régime d'assurances du personnel ouvrier des deux sexes des établissements industriels de l'Etat, dont la rémunération totale annuelle, telle qu'elle est définie à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, n'excède pas les chiffres limites fixés à cet article, est fixé pour l'ensemble des risques prévus par la loi précitée conformément aux dispositions ci-après :

Assurance-maladie, maternité, soins aux invalides

Art. 2. — Les règlements particuliers applicables au personnel mentionné à l'article 1er du présent décret doivent contenir des clauses assurant aux ouvriers, à leur conjoint non assuré, et aux enfants à leur charge, qui sont âgés de moins de seize ans et ne sont pas salariés, des avantages équivalents dans l'ensemble, pour chaque risque, à ceux que prévoit la loi du 30 avril 1930 pour la couverture des risques maladie et maternité et pour les soins aux invalides ; les prestations de même nature déjà accordées aux intéressés ne pourront en aucun cas être réduites ou supprimées.

Ces avantages peuvent être assurés, dans les conditions prévues par les règlements particuliers visés au paragraphe précédent, soit par les administrations dont dépendent les établissements employeurs, soit par la caisse de prévoyance instituée par l'administration, soit par les sociétés de secours mutuels professionnelles constituées ou à constituer (dans un délai de trois mois) conformément à la loi du 1er avril 1898, y compris celles créées par les syndicats professionnels en application de l'article 40 de cette loi.

Lesdits règlements peuvent également prévoir que les intéressés sont placés, pour les risques-maladie, maternité, décès et pour les soins aux invalides, sous le régime général des assurances sociales, et en particulier sous le régime de l'article 44, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930.

Art. 3. — Les dispositions à insérer dans les règlements particuliers en exécution de l'article précédent doivent, après consultation des intéressés, faire l'objet de décrets rendus sur la proposition du ministre du travail et de la prévoyance sociale, du ministre du budget et du ministre du département dont dépend l'établissement employeur ou d'arrêtés pris par les mêmes ministres.

Art. 4. — L'administration, ou institution intéressée, est responsable des prestations dues en application de l'article 2 ci-dessus tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de service des salariés, les délais d'affiliation minima leur permettant d'être garantis pour ces prestations par une caisse d'assurances sociales.

Elle n'est pas responsable desdites prestations, pour les salariés venant du régime général des assurances sociales, qu'à partir du moment où ceux-ci cesseraient d'être garantis par l'organisme d'assurance auquel ils appartenaient s'ils avaient adhéré à une autre caisse d'assurances sociales.

Assurance-vieillesse et décès

Art. 5. — Les ouvriers des établissements industriels de l'Etat restent placés, pour les assurances-vieillesse et décès, sous le régime légal qui leur est propre.

Art. 6. — Les ouvriers qui cessent d'être soumis au régime légal qui leur est propre, sans avoir droit à *une pension de retraite immédiate ou différée en dé-*

hors de celle résultant des rentes inscrites à leur compte individuel de la caisse nationale des retraites, et qui deviennent, postérieurement, tributaires du régime général des assurances sociales, sont considérés comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-vieillesse, pour la période pendant laquelle ils ont été soumis à un régime particulier postérieurement au 1er juillet 1930, et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit aux prestations de la loi des assurances sociales.

Pour ces ouvriers, la période visée à l'alinéa 1er du présent article entre en compte dans la détermination de leur droit au minimum de pension de vieillesse, fixé par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspond leur salaire. Les rentes provenant des versements réglementaires effectués au compte du salarié à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse pour ladite période s'ajoutent jusqu'à concurrence de celles correspondant à 4 p. 100 des salaires, à la rente inscrite à son compte individuel d'assurances sociales, en vue de la détermination du complément de pension de vieillesse auquel il peut avoir droit au titre de la loi du 30 avril 1930. Les versements réglementaires à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse sont considérés, dans ce cas, comme ayant été effectués sous condition d'aliénation et l'âge d'entrée en jouissance est supposé fixé à 60 ans.

Pour les ouvriers dépendant d'un établissement dont le règlement particulier ne prévoit pas le versement de cotisations à un compte individuel à la caisse nationale des retraites, l'administration employeur doit verser à cette dernière caisse (section des assurances sociales), dès le départ des intéressés, à un compte ouvert à leur nom, la réserve mathématique des rentes qui auraient été portées à leur compte individuel d'assurance-vieillesse au cours de ladite période, pendant le temps où leur salaire leur donnait droit à l'assurance obligatoire.

L'administration employeur doit également verser à la caisse générale de garantie pour les intéressés la réserve mathématique des rentes qui auraient été produites par les versements destinés à cette caisse s'ils avaient été portés au compte individuel d'assurance-vieillesse de ceux-ci.

ASSURANCE-INVALIDITÉ (pensions)

Art. 7. — Les ouvriers visés au premier paragraphe de l'article 6 sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont été soumis, postérieurement au 1er juillet 1930, aux dispositions prévues par les règlements particuliers régissant le personnel dont ils faisaient partie et où ils ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-invalidité (pensions). Ladite période entre en compte pour la détermination de leur droit à la pension d'invalidité prévue par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés

avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

Les prestations accordées dans les conditions définies au précédent paragraphe sont à la charge des administrations qui ont employé les intéressés ou du fonds spécial institué par l'article 3 de la loi du 21 mars 1928, tant qu'il ne s'est pas écoulé depuis la cessation de service des salariés le délai d'affiliation minimum leur permettant d'être garantis pour ces prestations par une caisse d'assurances sociales.

La rente viagère due par la caisse nationale des retraites pour la vieillesse et éventuellement la rente viagère d'assurance sociale entreront en compte, à partir du moment où le titulaire y aura droit, dans le chiffre de la pension d'invalidité.

Art. 8. — Tout ouvrier des établissements industriels de l'Etat qui remplirait les conditions prévues par la loi des assurances sociales pour obtenir une pension d'invalidité, telle qu'elle est définie aux articles 10, 11, 12 de ladite loi, sans remplir par ailleurs les conditions fixées pour l'attribution d'une pension d'invalidité sous le régime qui lui est propre, aura droit à une pension d'invalidité égale à celle qu'il aurait obtenue sous le régime général des assurances sociales.

Toutefois, l'ouvrier qui, avant d'être tributaire d'un régime particulier, a été soumis au régime général des assurances sociales et qui remplit les conditions prévues par la loi sur les assurances sociales pour avoir droit à une pension d'invalidité, continue d'être garanti, en cas d'invalidité, par la caisse d'assurances sociales à laquelle il appartenait précédemment, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de son affiliation à cette caisse, le délai qui lui aurait permis d'être couvert, en cas d'invalidité, par une nouvelle caisse d'assurances sociales.

Les dispositions de l'aticle 51, paragraphes 2 et 3, de la loi du 30 avril 1930 sont éventuellement applicables aux salariés visés aux articles 7 et 8 du présent décret.

Dispositions diverses

Art. 9. — Les ouvriers qui ne peuvent être admis au bénéfice des règlements particuliers régissant le personnel des établissements qui les emploient, sont placés, pour les assurances-maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, sous le régime général des assurances sociales. Les ouvriers ou leurs ayants cause ont, en outre, droit, le cas échéant, à la différence entre les prestations qui leur étaient antérieurement attribuées en cas de maladie, maternité, invalidité (soins) ou décès, et les prestations servies au titre des assurances sociales.

Art. 10. — Les prestations des assurances maladie et maternité devront être accordées à compter du 1er octobre 1931.

Art. 11. — Dans le cas où les salariés visés à l'article 1er du présent décret sont placés, par le règlement particulier de l'administration qui les emploie, sous le régime des assurances sociales pour les assurances, maladie, maternité, décès et pour les soins

aux invalides, la contribution à acquitter par l'employeur en application de l'article 2, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930 pour chaque salarié dont la rémunération annuelle est supérieure au salaire limite fixé à l'article 1er de ladite loi et inférieure à 25.001 fr., est réduite de moitié.

Art. 12. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre de la guerre, le ministre de l'air, le ministre de la marine militaire, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le ministre des postes, télégraphes et téléphones, le ministre des travaux publics, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Décret de coordination des régimes antérieurs d'assurances de divers salariés avec le régime général des assurances sociales.

1020. — M. Faugère, sénateur, demande à M. le Ministre du Travail si le décret prévu par l'article 49 paragraphe 2, des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 sur les assurances sociales, est en préparation, et s'il sera publié avant le 1er juillet 1931. (*Question du* 5 juin 1931.)

Réponse. — Les décrets de coordination concernant les diverses catégories de salariés visées à l'article 49 de la loi du 30 avril 1930 sont actuellement en préparation et doivent être publiés prochainement.

(*J. O.* 4 juillet 1931.)

N. D. L. R. — Les décrets, au nombre de 6, ont été publiés au *Journal Officiel* du 6 juillet. On peut se demander pourquoi le Ministère a attendu plus d'un mois pour faire la réponse qui précède à la question que, sur notre demande, a bien voulu lui poser M. le Dr Faugère.

Durée des prestations-maladie des assurances sociales.

12978. — M. Jean Massé demande à M. le Ministre du Travail : 1° quelle est la situation des assurés sociaux qui, ayant été malades pendant une période de six mois, ne peuvent ni continuer à bénéficier des prestations-maladie, ni bénéficier de l'assurance-invalidité de l'article 11 de la loi qui exige, à cet égard, un minimum de deux années d'immatriculation ; 2° si la caisse à laquelle ces assurés sont rattachés doit leur supprimer toute prestation au bout de six mois de maladie, attendu qu'ils n'ont droit à aucune prestation supplémentaire n'ayant pas à leur compte de cotisations en excédent ; 3° au bout de combien de temps ces assurés seront relevés de cette déchéance et quelles conditions ils doivent remplir.

Voir la suite page LIX-2379

PROPOS DU JOUR

La médecine coloniale

Les Journées médicales coloniales. — L'amélioration de la situation des médecins coloniaux. — La médecine civile aux colonies. — Un son de cloche différent. — La nécessité de la création d'un syndicat des médecins des colonies.

L'*Exposition coloniale internationale de Paris* et les *Journées médicales coloniales* démontrent éloquemment l'effort sanitaire considérable fait dans les possessions françaises d'Outre-Mer et mettent en tête de l'ordre du jour des Actualités, la médecine coloniale.

A la suite des campagnes de presse activement menées et auxquelles nous nous sommes associés, à la suite de la grande manifestation, organisée par notre ami, le Dr Crouzat, directeur du *Jeune Médecin*, et par ses collaborateurs, au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, la situation matérielle des médecins de nos colonies a été considérablement améliorée. Les médecins du Service de santé de l'Armée coloniale, les médecins de l'Assistance médicale indigène, les médecins contractuels ont à l'heure actuelle des soldes et des indemnités convenables, s'il faut en croire les renseignements du Ministère des Colonies, publiés dans le *Jeune Médecin*, d'abord, et plus récemment dans le *Médecin de France* (1). Ces médecins sont des médecins militaires ou des fonctionnaires remplissant tous un rôle analogue, et cette fonctionnarisation de la médecine coloniale ne saurait étonner personne, car il est impossible d'exercer librement la médecine dans la brousse, en Afrique occidentale ou équatoriale, à Madagascar, ni même en Indo-Chine.

Le dévouement de ces médecins coloniaux, les services qu'ils ont rendus et qu'ils rendent, ne sauraient jamais être assez magnifiés et récompensés. La lutte, menée au Cameroun contre la maladie du sommeil par le Dr Jamot, la prophylaxie de la peste à Madagascar que dirigea le Dr Thiroux, celle de la fièvre jaune au Sénégal par les Dr Lasnet, Sorel, Cazanove, l'organisation sanitaire de l'Indo-Chine, du Maroc, de la Syrie sont des hauts faits qui devraient être inscrits dans les Annales de la France d'Outre-Mer en lettres d'or et sur la même ligne que les plus brillantes expéditions de nos armées coloniales.

(1) Voir ci-après, p. 2359.

Les médecins coloniaux ont bien mérité de la Patrie et de l'Humanité ; des hommes, comme les maréchaux Gallieni et Lyautey, ont été les premiers à le reconnaître et à le proclamer.

Les Journées médicales coloniales montrent les difficultés de leur tâche, ce qu'ils ont fait, ce qu'il leur reste à faire, et, à ce point de vue, elles auront un grand et utile retentissement. Nous devons féliciter vivement leurs organisateurs, et tout particulièrement M. le Professeur Tanon, M. le Dr Georges Boyé, rédacteur en chef de l'*Hygiène sociale*, et M. le Dr Nass, à qui elles devront leur succès.

Mais, après avoir rendu justice aux médecins de l'armée coloniale et aux médecins coloniaux fonctionnaires, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur les médecins libres qui, établis à leurs risques et périls, dans les villes européanisées de nos colonies et de nos pays de protectorat ou à mandat, sont parfois, du fait des administrations, terriblement concurrencés par leurs confrères militaires. Le secrétaire de la Confédération des syndicats médicaux français, le Dr Cibrie a attiré l'attention sur eux dans un des derniers numéros du *Médecin de France* : qu'il nous soit permis de lui apporter notre contribution.

Prenons d'abord un exemple : La Nouvelle-Calédonie et Nouméa.

Dans *le Médecin de France*, nous lisons, à la fin des renseignements fournis par le Ministère des colonies :

Nouvelle-Calédonie. — Le recrutement des médecins fonctionnaires à la Nouvelle-Calédonie se fait directement par le Gouverneur de la Colonie. Les cadres sont actuellement au complet.

Là se bornent tous les renseignements. Or, voilà quelle a été et est actuellement la situation à Nouméa.

Il y a quelques années, Nouméa possédait cinq médecins civils. L'administration de la Co-

lonie jugea préférable et plus économique de leur substituer des médecins militaires.

L'hôpital, la léproserie, les services sanitaires du port, les laboratoires, etc., furent successivement enlevés aux médecins civils et confiés à des médecins militaires.

Pour l'hôpital, une petite comédie que nous avons rapportée dans ce journal, il y a quelques années, fut jouée. Cet hôpital, primitivement militaire, étant en ruines, fut généreusement donné par l'Etat à la Colonie à qui incomba les frais de sa reconstruction. Le Conseil général de la Colonie comptait bien l'administrer lui-même et donner les services médicaux à des praticiens civils de son choix. Mais l'autorité supérieure en décida autrement. La Colonie devait faire les frais de la reconstruction et de l'entretien, mais le personnel médical devait rester militaire comme par le passé, et l'administration en être assurée par un officier gestionnaire.

Sic volo, sic jubeo. Le Conseil général de la Colonie n'avait qu'à s'incliner et à accepter ce don passablement onéreux.

Nous avons lu, dans les journaux locaux, les récriminations du Conseil général de la Colonie qui se plaignait aussi amèrement de la disparition des médecins civils, les médecins militaires étant fréquemment relevés de leur service et ne pouvant ainsi s'intéresser sérieusement à la Colonie. En multipliant les médecins militaires à Nouméa, l'on a fait si bien que des trois médecins civils qui y exerçaient il y a un an, il n'en reste plus qu'un, médecin militaire démissionnaire, qui sans doute ne tardera à demander à réintégrer l'armée pour vivre.

L'un, après avoir essayé de lutter, dut vendre ses meubles à l'encan, et quitter la ville. Un autre vient de se décider à prendre un engagement dans l'armée coloniale. De plus anciens, écœurés de la situation qui leur était faite, avaient cherché dans les mines de nickel ou des entreprises privée des postes mieux rétribués et où professionnellement ils mènent une vie plus agréable et plus digne. De sorte que Nouméa compte actuellement *un seul* médecin civil et *six* médecins militaires.

Il vaudrait mieux, en pareil cas, proclamer franchement que l'exercice de la médecine ne pourra être assurée en Nouvelle-Calédonie que par les médecins de l'armée coloniale, et qu'il est inutile à un médecin libre de venir chercher à y vivre.

D'ailleurs, un autre de nos correspondants nous fait entendre un son bien différent de celui de la cloche ministérielle.

Ce confrère, qui exerce dans une colonie fort lointaine et que nous ne nommerons pas, bien qu'il ne nous ait pas demandé l'anonymat, nous écrit la lettre suivante qui paraît cependant bien destinée à la publicité. Nous en donnerons le texte intégral, espérant que notre correspondant n'était pas, quand il l'a écrite, au courant des améliorations récemment réalisées. Bien que persuadé de son absolue sincérité, nous croyons juste de faire aussi quelques réserves sur les renseignements qu'il nous donne au sujet des rapports entre les médecins civils et les médecins de l'armée coloniale. Notre correspondant est indiscutablement de bonne foi, mais nous devons remarquer que chaque colonie a son autonomie et que ce qui se produit dans l'une ne se répète pas fatalement dans les autres. Nous sommes convaincus que la situation des médecins est absolument différente dans le Sud algérien ou tunisien, au Maroc, en A. O. F., en A. E., à Madagascar, aux Indes françaises, en Indo-Chine, en Guyane, aux Antilles, en Syrie et en Océanie.

Néanmoins c'est notre devoir de publier cette lettre quelque peu pessimiste, souhaitant très sincèrement qu'elle ne réponde plus à l'heure actuelle à la réalité des faits :

X, 20 Mai 1931.

Mon Cher Confrère,

Abonné, depuis plusieurs années, du *Concours*, autrefois, quand j'étais en France, membre de votre assurance, et grand admirateur de vos œuvres et de votre action, je ne peux m'empêcher de vous écrire, pour la première fois, pour vous donner l'impression que me cause la lecture d'un de vos récents éditoriaux. Votre article avait, comme sujet, la médecine aux colonies, sujet sur lequel vous êtes presque le seul dans la presse médicale à consacrer des articles, et sur lequel vous avez des idées parfaitement claires et saines.

Il y a une chose sur laquelle vous n'insisterez jamais assez, c'est que les jeunes confrères civils qui veulent aller à la colonie doivent savoir très nettement où ils vont, ce qu'ils vont faire, ce que seront leurs attributions et leurs émoluments.

En tout cas, il y a une chose qu'ils ne doivent jamais oublier, c'est qu'ils seront toujours sous la coupe des médecins militaires coloniaux, et que ceux-ci, à de rares exceptions près, les considéreront comme des frères inférieurs, taillables et corvéables à merci.

Actuellement, les jeunes confrères ne doivent pas oublier que leur situation à la colonie est inférieure, comme traitement, à celle du plus modeste chef de service de l'administration ; les jeunes confrères ne doivent pas oublier que, quels que soient leurs titres, leur spécialisation, leur valeur, ils n'auront à la colonie qu'une situation inférieure (je ne parle pas ici des grosses clientèles coloniales, très rares).

Et je ne peux, moi médecin colonial, que pousser un cri d'alarme, devant les discours, les cérémonies accompagnées de présentation de films ou de concerts, cérémonies où la vie du médecin colonial est présentée comme une suite de plaisirs, de vie active, de grande œuvre médicale, où l'on jongle avec des traitements mirobolants, des primes, des avantages de toute nature, considérables.

Et je dis à mes jeunes confrères, avides de dépenser leur dévouement, leur jeunesse, sous des pays tropicaux, cherchez autour de vous, cherchez *un* médecin colonial civil, à la fin de sa carrière, capable de vous montrer la très grande aisance à laquelle il aurait droit, et capable en même temps de vous montrer une santé intacte, de vous montrer une femme et des enfants sains, exempts de toute tare, de toute pathologie. Ce confrère colonial, vous ne le rencontrerez pas.

Je conclus, n'ayant pas la prétention d'épuiser en quelques lignes ce grand sujet qu'est la médecine coloniale civile. Et ma conclusion sera conforme à vos idées, mon cher confrère, conforme à votre apostolat syndicaliste.

Les médecins coloniaux n'auront la situation qu'ils méritent, que le jour, où ils seront unis ; que le jour où, imitant leurs confrères aliénistes, chirurgiens ou stomatologistes, ils formeront une association unie, puissante ; où quelques-uns pourront, au nom de tous, présenter des revendications justes, en sentant derrière eux l'assentiment de tous les confrères disséminés de par le vaste monde.

Ce jour-là, la médecine coloniale française aura cessé d'être la parente pauvre ; et cesseront en même temps les situations lamentables de trop de confrères, partis sur la foi des promesses vers des contrées magnifiques, où ils ont laissé leur peau.

Il y a quelques mois, mon confrère et ami, le docteur Z., vieux médecin colonial, qui a su créer, à la colonie, des choses qui resteront des modèles, le Docteur Z., lançait, à propos du même sujet, un appel à tous les confrères coloniaux. Cet appel, parti de X., est malheureusement resté sans réponse, ou peu s'en faut.

De X., encore, sans découragement, j'appelle à moi tous les médecins coloniaux civils, et je leur dis : Unissons-nous, groupons-nous, connaissons-nous ; nous ne nous verrons peut-être jamais, mais qu'importe, mettons nos efforts en commun. Il y aura toujours en France une demi-douzaine de confrères qui agiront pour nous. Mais de grâce, assez de temps perdu, si nous voulons avoir la situation que nous méritons. Confrères coloniaux, écrivez-moi, donnez-moi votre avis, suggérez des initiatives ; j'essayerai, du bout du monde, de mettre quelque chose sur pied. Mais réveillez-vous, alertez les confrères des postes voisins, envoyez-moi des noms, des adresses (1).

Confrères coloniaux, réagissez, ou alors sombrez et ne vous plaignez plus. »

— Voilà, mon cher confrère, ce que votre article me fait écrire. Et je pense que vous ne me blâmerez pas de partir en guerre pour des idées qui vous sont chères. La Tribune du Concours, si large, si accueillante, si vivante, ne peut que servir nos intérêts.

Si le mouvement que je voudrais tant voir éveiller, semblait prendre corps, je pourrais peut-être alerter d'autres confrères de la Presse médicale, par les quelques phrases que vous venez de lire, à moins que vous n'y voyiez des inconvénients.

En tous cas, merci pour votre article, merci pour tous mes confrères, et très confraternellement vôtre.

Dr X.

Répétons-le, nous espérons que ce dont se plaint notre confrère n'existe pas, ou du moins n'existe plus dans toutes nos colonies. Nous ferons remarquer que les très distingués médecins coloniaux les Drs Thiroux et Abbatucci et M. Hardy, directeur de l'Ecole coloniale, qui ont fait à Paris des conférences ayant trait à la médecine coloniale dont nous avons donné le compte rendu, tout en exaltant la grandeur de leur rôle, sentiment bien naturel chez des hommes qui ont rendu d'aussi signalés services, n'ont pas caché les épreuves et les dangers que les Européens courent dans les pays tropicaux, dangers et épreuves qu'ils ont été les premiers à subir.

Nous approuvons l'idée de notre correspondant sur la nécessité de la création d'un syndicat de médecins des colonies. Ce syndicat, en adhérant à la Confédération des Syndicats médicaux français au conseil de laquelle il serait représenté, trouverait le moyen de faire parvenir au Ministère et au Parlement les revendications des médecins coloniaux, actuellement livrés sans défense à l'arbitraire des Gouverneurs et des Administrateurs. Le *Concours Médical*, fidèle à son passé et à son programme, mettra toujours les moyens dont il dispose au service de nos confrères des colonies, persuadé qu'en agissant ainsi, il rendra service au Corps médical tout entier, à la France et à l'Humanité.

J. Noir.

(1) Le *Concours Médical* fera volontiers parvenir au Dr X. les lettres que voudront bien lui envoyer les médecins des diverses colonies françaises.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE SYNDROME DE KUMMELL-VERNEUIL

Par le Dr FOLLY, de Nancy

La mort récente du Professeur Kümmell ne peut manquer d'attirer l'attention sur le syndrome chirurgical qui porte son nom, associé à celui du chirurgien français Verneuil, et qui décrit en 1891 par Kümmell en Allemagne, et en 1892 par Verneuil en France, a fourni depuis quarante ans le sujet de travaux originaux et de discussions passionnées et retentissantes. Inscrit à l'ordre du jour du dernier congrès de chirurgie d'octobre 1930, il a été traité par Mouchet et Froehlich dans un rapport très complet, et a fait l'objet d'une thèse remarquable soutenue dans la même année à Nancy, par Rousseaux. Aussi bien, est-il un des syndromes les plus curieux et les plus intéressants de la pathologie chirurgicale.

Il survient habituellement chez des sujets relativement jeunes, de 25 à 45 ans, victimes d'accidents entraînant une hyperflexion de la colonne vertébrale : mineurs, terrassiers, débardeurs, soldats pris sous un éboulement, accidents d'automobile, avec choc de la tête contre le plafond de la voiture, télescopage de wagons dans un accident de chemin de fer, etc. Quelquefois, il est causé par des traumatismes insignifiants, auxquels le blessé lui-même n'a pas attaché d'importance.

Après le traumatisme, il y a tout d'abord un premier stade de douleurs et d'accidents nerveux passagers : paraplégie, troubles sphinctériens transitoires, douleurs à type névralgique sur le trajet des nerfs intercostaux, des nerfs dorso-lombaires ou des membres inférieurs.

Il peut y avoir objectivement de la douleur à la pression des apophyses épineuses, de la contracture des muscles des gouttières, mais pas de gibbosité, pas de déformations manifestes. L'examen radiographique est négatif. Au bout d'un temps variable, de huit jours à quelques semaines, une détente se produit. Le blessé éprouve un bien-être relatif ; il reprend son travail ; parfois, il ressent de vagues douleurs dorsolombaires, qualifiées par lui de rhumatisme. C'est le stade dit « d'intervalle-libre ».

Puis, après quelques mois et plus, le blessé sent revenir ses douleurs et ses troubles moteurs. Il marche péniblement ; il a des fourmillements, des engourdissements, de la parésie des membres inférieurs. Il a une sensation de froid ou de chaud, avec tiraillements à la face antérieure des cuisses.

Peu à peu, le rachis s'incurve et bientôt s'installe une cyphose dorso-lombaire, qui disparaît lorsque le blessé est couché sur le ventre. Les signes observés sont alors les suivants : douleur, toujours localisée au même point, rigidité du rachis, contracture des muscles vertébraux, cyphose à grand rayon, gibbosité angulaire et médiane, scoliose légère, aplatissement antéro-postérieur de la cage thoracique.

Puis la maladie évolue vers la gibbosité et les douleurs chroniques. A ce moment, si l'on examine le malade à la radiographie, on constate au niveau de la colonne lombaire un affaiblissement en coin d'une vertèbre ; mais le signe n'est pas absolument constant, et de même qu'au point de vue clinique, le syndrome de Kümmell Verneuil n'a pas de limites précises, de même au point de vue radiographique, il n'a pas d'expression radiologique personnelle.

L'affection a un siège particulier, c'est la région dorso-lombaire ; car la 12e vertèbre dorsale est le centre traumatique de la colonne vertébrale (Ménard). Elle ne s'observe pas à la région cervicale, siège d'élection des luxations du rachis, ni à la région dorsale supérieure, où s'observent des fractures nettes.

La cause efficiente est le traumatisme ; mais il agit à la faveur de causes prédominantes indiscutables : rhumatisme chronique, ostéomalacie vertébrale, cyphose héréoo-traumatique de Betcherew, anomalies vertébrales telles que le spina bifida, etc.

Pathogénie

La pathogénie a donné lieu à des interprétations différentes, en Allemagne et en France.

En Allemagne, a prévalu la conception de Kümmell, qui niait la nécessité d'une fracture primitive, mais admettait un trouble trophique mal défini, résultant du traumatisme initial.

En France, au contraire, Verneuil soutenant

que le syndrome résultait toujours d'une fracture méconnue, par tassement des corps vertébraux.

L'analyse des observations a montré qu'il existait des cas de fracture indiscutables. Toutefois, le mécanisme à invoquer doit être, non le tassement, mais l'hyperflexion autour d'un axe transversal passant à l'union de la 12e vertèbre dorsale et de la 1re vertèbre lombaire, centre traumatique et en même temps, centre de mobilité du rachis.

C'est donc une fracture par compression, et non par tassement, qui se produit, se présentant sous des degrés variables, allant du véritable écrasement, sans déplacement, à la fracture trabéculaire minime de la substance spongieuse, sans diminution de la hauteur du corps vertébral.

La forme du coin à sommet antérieur tient à ce que le traumatisme agit surtout par hyperflexion sur la partie antérieure du corps vertébral, qui est le point faible de la vertèbre, les travées étant moins résistantes à ce niveau, qui correspond à la fente interproto-vertébrale primitive.

Mais, en plus des troubles physiques, il se produit des modifications biologiques, qui sont le côté le plus intéressant de la pathogénie du syndrome. Ce sont des phénomènes vaso-moteurs bien étudiés par Leriche et Policard, et exposés par Leriche dans un article du *Lyon chirurgical* paru en janvier 1930. « Il faut cesser, écrit Leriche, d'étudier la maladie de Kümmell comme quelque chose de *sui generis*. Tout traumatisme, où qu'il siège, est avant tout, du point de vue biologique, une atteinte de la vasomotricité, qui s'inscrit habituellement dans le sens d'une vaso-dilatation active.

« D'autre part, toute vaso-dilatation active un peu prolongée atteignant un os, fait raréfier la substance osseuse, dans la zone correspondante.

« La maladie de Kümmell évolue suivant le tableau précédent. Comme toutes les ostéoporoses traumatiques, elle comporte raréfaction et ossification ». On retrouve donc dans son évolution le même cycle que dans toutes les maladies osseuses étudiées par Leriche et Policard, telles la maladie de Kienbock, la scaphoïdite tarsienne, les maladies de Kohler, la patellite de Sinding-Larsen et groupées sous le vocable commun d'ostéoporose traumatique, dénommée depuis quelques années « maladie de Leriche ». Ce cycle est le suivant : phase de raréfaction osseuse, phase de raréfaction et de condensation, puis phase de reconstitution osseuse, mais dysharmonique. L'os est reconstruit : mais il reste déformé.

La maladie de Kümmell est surtout causée par des traumatismes, qui tiraillent fortement les ligaments dans l'hyperflexion du rachis, hyperflexion, qui produit la contusion des corps vertébraux par l'intermédiaire des disques intervertébraux, dont le rôle étudié par Kocher et Nonne, a surtout été mis en relief par Schmorl, qui a résumé des travaux en une communication magistrale au Congrès d'orthopédie de 1926.

Schmorl, après une étude attentive de 2.000 colonnes vertébrales, accorde une importance capitale aux disques *intervertébraux* et surtout à leur partie centrale, spongieuse, le nucleus pulposus, vestige de la notocorde, organe sous pression, turgescent, comprimé entre deux vertèbres, et jouant entre elles le rôle d'un ressort. Si l'on produit une fissure dans le corps vertébral, le tissu du nucleus pénètre à l'intérieur, formant une nodosité, qui peut aller jusqu'au volume d'un haricot.

Kümmell admet la fissure. Pour Leriche, la fracture est nécessaire à l'origine, pour que l'hyperhémie soit durable, en raison de la densité des ligaments périrachidiens, peu modifiables par une poussée vaso-motrice transitoire, pour devenir un milieu d'ossification.

L'accord peut donc se faire entre les deux conceptions : allemande et française ; car un examen attentif montre qu'il n'y a pas une différence de nature, mais une simple différence de degré entre la fracture de Verneuil et la lésion invoquée par Kümmell.

Diagnostic

Le diagnostic est relativement facile.

Il se fera d'abord avec toutes les spondylites ; typhoïdiques, gonococciques, syphilitiques, avec l'ostéomyélite des corps vertébraux avec la lombarthrie, mais surtout avec le mal de Pott. C'est, en général, la radiographie qui précisera le diagnostic. Dans le mal de Pott, il faudra rechercher l'abcès et les lésions des disques intervertébraux.

La cyphose hérédo-traumatique de Betchterew, ou cyphose héréditaire, aggravée par un traumatisme, montre à la radiographie une ossification du ligament vertébral antérieur, mais rien d'anormal aux corps vertébraux.

La spondylose rhizomélique de Pierre Marie consiste en une ankylose simultanée des articulations coxo-fémorale et scapulo-humérale, ainsi que de la colonne vertébrale, syndrome bien différent de celui de Kümmell-Verneuil.

Il est plus difficile de faire le diagnostic avec la camptocormie, où les signes extérieurs sont les mêmes en apparence. L'étude attentive de l'évolution montrera que la camptocormie a été immédiate après l'accident, qu'il n'y a pas eu d'intervalle libre. D'autre part, on ne constate aucun signe à la radiographie, fait capital.

Certains cas peuvent être d'interprétation difficile. C'est ainsi que Ludloff a pratiqué jusqu'à

27 radios chez le même blessé pour arriver au diagnostic.

Traitement

Le traitement consistera dans le repos au lit, en position dorsale, ou ventrale, suivant le degré de la déformation vertébrale. La radiothérapie apportera un grand soulagement aux douleurs réticulaires, souvent très vives. Des examens radiographiques périodiques permettront de vérifier l'attitude de la colonne vertébrale. Au besoin, un greffon d'Albee pourrait aider à redresser le rachis et à remédier à la gibbosité.

Importance médico-légale

De ce qui précède, on conçoit pour les praticiens l'utilité de bien connaître le syndrome de Kümmel-Verneuil, quelquefois causé par des traumatismes minimes, mais toujours accompagnés d'une hyperflexion du rachis dorsolombaire. La notion de l'intervalle libre acquiert aussi en l'espèce, une importance capitale. Le médecin pourra donc rattacher l'affection à sa véritable origine, avec les conséquences médico-légales que cette origine comporte.

Conclusions

On peut conclure avec Rousseaux que le syndrome de Kümmell-Verneuil réalise le terme le plus complet et le plus rare des syndromes post-traumatiques du rachis, caractérisés par une symptomatologie à retardement. Il offre, de ce fait, le plus vif intérêt pour le clinicien et pour l'expert.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

Valeur séméiologique de quelques réflexes oculaires (1)

Professeur F. TERRIEN

Je voudrais, dans cette première leçon et au seuil de ces conférences élémentaires, vous montrer l'importance de l'ophtalmologie et les renseignements que, déjà par un examen très simple, elle peut vous donner sur l'état général du sujet.

Les principaux réflexes de l'œil sont très sensibles. Parmi eux, les réflexes portant sur les paupières sont d'une recherche très facile et par là-même d'un intérêt tout particulier.

Lorsqu'on désire examiner l'état des paupières, il faut les voir au repos et en activité et dans ces deux cas la fente palpébrale se présente sous des aspects variés.

Les modifications en sont réglées par trois muscles :

1° Le *muscle orbiculaire*, dont la contraction détermine l'occlusion de l'orifice palpébral. Il est formé de fibres concentriques se disposant tous autour de la fente palpébrale et on lui distingue deux portions, l'une *palpébrale* qui joue dans l'occlusion le rôle principal, l'autre *orbitaire*, plus éloignée et d'un intérêt moins immédiat. Il est innervé par des filets du nerf facial.

2° Le *muscle releveur de la paupière* est l'antagoniste du premier. Il part du fond de l'orbite, au niveau du trou optique et du tendon de Zinn et va se fixer au bord supérieur du cartilage du tarse, en passant au-dessus du muscle droit supérieur. Il est innervé par la troisième paire des nerfs craniens, le nerf moteur oculaire commun.

Ces deux muscles, respectivement antagonistes, sont les principaux.

3° Les troisièmes muscles, *muscles tarsaux*, muscles de Rouget ou de Müller, sont constitués par des fibres lisses étendues respectivement en haut et en bas du cul-de-sac conjonctival au bord supérieur et inférieur du tarse ; ils sont innervés par le grand sympathique.

Le rôle de protection des paupières vis-à-vis du globe oculaire, est réalisé par différents réflexes.

Le plus important est celui du clignement. Son rôle principal est de répandre le liquide lacrymal au devant de l'œil et de lubrifier de la sorte la cornée, dont il empêche la dessication. Point n'est besoin de rappeler le trajet de cet arc réflexe : la moindre irritation de la cornée (poussière de l'air, évaporation des larmes à sa surface) provoque une excitation de la terminaison du trijumeau en un point quelconque de la conjonctive ou de la cornée.

Cette excitation est transmise par la voie centripète à la racine bulbaire du trijumeau, puis de là au facial et finalement à l'orbiculaire par voie centrifuge ; la réponse à ce réflexe sont les larmes qui viennent de nouveau lubrifier la cornée. Normalement on a 8 à 10 ou même 12 clignements par minute.

Dans la maladie de Basedow, il y a diminution

(1) Leçon du 9 janvier 1931, recueillie par Mme le Dr TRIFONOFF (Ouverture du cours des stagiaires).

de clignement. Lors d'anesthésie de la cornée par exemple, dans les altérations du trijumeau, la cornée se dessèche et on peut observer de la kératite neuro-paralytique. Le meilleur moyen de prévenir ces altérations cornéennes dans tous ces cas d'anesthésie de la cornée est la suture des paupières : elle préviendra la formation d'un ulcère ou favorisera sa cicatrisation s'il est déjà constitué. Au contraire, l'hypersensibilité de la membrane, une irritation constante telle celle produite par la présence d'un corps étranger de la conjonctive ou de la cornée, entraîne une violente contracture des paupières : le blépharospasme. Aussi faudra-t-il tout d'abord en pareil cas attentivement rechercher la moindre lésion de la cornée, en instillant au besoin quelques gouttes d'une solution de fluorescéine à 2 p. 100 qui ne pénètre dans la membrane qu'à la faveur d'une déhiscence de l'épithélium et mettra ainsi en évidence la moindre éraillure de celui-ci en le colorant en vert.

Inversement, le trijumeau étant en même temps un nerf trophique, il faudra rechercher les troubles trophiques. La cornée peut perdre sa sensibilité et ses réflexes.

Dans les cas où la cornée a perdu sa sensibilité, ou si cette dernière est diminuée, il faut toujours craindre l'apparition d'ulcérations.

Pour les éviter ou, si elles existent déjà, pour en favoriser la cicatrisation si celle-ci tarde, on n'hésitera jamais à pratiquer une petite tarsorrhaphie médiane ; la cornée n'étant plus irritée, l'ulcération se comble d'ordinaire assez vite.

A côté de ces troubles dans le domaine du trijumeau et du facial, il en existe d'autres non moins fréquents qui ressortissent à la troisième paire.

Le nerf moteur oculaire commun est fréquemment atteint de paralysie ce qui entraîne la chute de la paupière supérieure (ptosis).

Je n'insiste pas sur ce phénomène, car je vous en parlerai un autre jour plus longuement. Je vous signale seulement que cet abaissement de la paupière peut se produire aussi en dehors de la paralysie, à la suite de contracture, constituant alors une des variétés assez nombreuses des pseudo-ptosis, sur lesquelles je voudrais insister aujourd'hui, le terme de ptosis évoquant toujours l'idée d'une paralysie du releveur de la paupière, c'est le véritable ptosis, le ptosis paralytique.

Il est quelquefois difficile de reconnaître si la chute ou mieux l'abaissement de la paupière est dû à une paralysie de la troisième paire ou à une irritation du nerf facial.

Voici comment on peut distinguer ces deux phénomènes.

Lorsqu'il y a contracture, la paupière supérieure est légèrement tombante, elle est plissée, et le *sourcil est abaissé*. Si au contraire, il s'agit d'une paralysie de la troisième paire, la peau de la paupière est lisse, et le *sourcil est relevé*, le muscle frontal en se contractant cherchant à lutter contre l'occlusion de la fente palpébrale et à suppléer le muscle releveur déficient.

Et puis, il est rare que la paralysie se limite au seul releveur. Le nerf moteur oculaire commun innervant tous les muscles de l'œil, à l'exception du droit externe et du muscle grand oblique, le plus souvent, on observe en même temps que la ptose palpébrale une légère exophtalmie, conséquence du relâchement des muscles rétracteurs de l'œil ; la pupille est dilatée, conséquence de la paralysie du sphincter et l'œil est dévié en dehors, le droit externe agissant seul, alors que les autres muscles sont paralysés.

A côté de la contracture de l'orbiculaire des paupières par excitation du nerf facial, on peut, noter aussi la contracture dans les lésions du grand sympathique. Les atteintes du sympathique, comme celles de facial portent sur les deux paupières du même œil, contrairement à la paralysie de la troisième paire qui, les muscles de l'œil mis à part, porte seulement sur la paupière supérieure. Les muscles de l'œil est-il besoin de le rappeler, sont au nombre de six : les 4 droits : le supérieur, l'inférieur, l'interne et l'externe, qui naissent au sommet de l'orbite, et viennent s'insérer à la sclérotique au pourtour de la cornée, et les deux obliques, le grand et le petit, préposés aux mouvements de rotation du globe oculaire.

Sous l'influence de ces muscles, l'œil effectue les mouvements les plus variés, le plus souvent associés : mouvements de latéralité, d'élévation, d'abaissement, de convergence et il y a là toute une série de réflexes intéressants.

Ces paralysies, si l'on en excepte la paralysie des mouvements associés, entraînent nécessairement de la diplopie.

C'est là un signe capital, permettant d'affirmer la présence d'une paralysie et le plus souvent de reconnaître le muscle paralysé.

A l'état normal, en dépit de la présence des deux images résultant de la fixation d'un objet, nous ne voyons pas double ; nous avons la vision simple, conséquence de la vision binoculaire et celle-ci est sous la dépendance de la convergence des deux axes visuels vers l'objet que nous fixons. Si, fixant un objet nous refoulons avec le doigt l'un de nos yeux en dedans, nous voyons l'objet double. Le réflexe de convergence donc est indispensable pour la vue simple.

Ce réflexe en réalité n'est pas un pur réflexe ; car il est à la fois volontaire et réflexe ; sans doute, son point de départ est une excitation périphérique de la rétine, mais une action cérébrale intervient. Aussi, la convergence est-elle une fonction assez instable et bien souvent sa réalisation présente des difficultés. Les personnes atteintes de cette difficulté sont des instables de

la convergence, comme les appelle Cantonnet, en plus ou en moins.

Ils ont un trouble du réflexe de la convergence.

Il en est de même chez les sujets qui louchent et l'on sait à l'heure actuelle que si le strabisme reconnaît quelquefois une origine oculaire, il est conditionné par une altération du réflexe de convergence, en plus ou en moins : strabisme convergent dans le premier cas, divergent dans le second.

Lors de troubles de convergence, le sujet se plaint de céphalée. Sans doute, l'astigmatisme peut suffire à provoquer des maux de tête, mais bien souvent aussi la céphalée est la conséquence de troubles de convergence, compliqués ou non d'astigmatisme et c'est là une notion trop souvent négligée. On se contente de mesurer la réfraction, myopie, hypermétropie ou astigmatisme et on néglige de rechercher s'il existe une insuffisance de convergence.

En pareil cas, celle-ci ne peut être soutenue ; très vite les droits internes se relâchent, d'où apparition d'une diplopie très passagère, bien souvent corrigée aussitôt qu'apparue par un nouvel effort de convergence. Mais ces efforts constants de convergence sont le point de départ de nausées, de vertiges, de céphalées persistantes, ce que les Anglais appellent eye strain, et il faut penser à cette éventualité. Elle peut aller, comme il nous est arrivé de le voir chez certains sujets, jusqu'à provoquer une mélancolie, qui avait été rattachée à tort à la confusion mentale. La diplopie passagère résultant de l'insuffisance de convergence donnait lieu, par l'inversion de certaines syllabes au cours de la lecture, à des confusions de mots pris les uns pour les autres qui avaient fait croire à une confusion mentale. Il faut être très averti lorsqu'on procède à l'examen de tels sujets.

Il est très facile de mettre ce trouble en évidence.

Faites fixer un doigt que vous rapprochez progressivement du malade. Si l'individu est normal, il converge progressivement et d'autant plus que le doigt se rapproche davantage ; si non, l'un des yeux se dévie en dehors.

Un autre moyen excellent de rechercher ce trouble de la convergence est celui des prismes. On place devant l'un des yeux un prisme à arête supérieure. Tout prisme, on le sait, dévie l'image vers l'arête ; tout objet fixé avec les deux yeux, dont l'un est muni de prisme, sera donc vu double. Mais, si la convergence est normale, les deux images seront vues superposées sur une même ligne verticale ; lors d'insuffisance de convergence l'image supérieure, correspondant à l'œil muni de prisme, sera déplacée latéralement.

Ces malades sont soulagés par le port de lunettes convenables corrigeant tout d'abord la réfraction et combinées à des prismes à base interne de 1, 2, ou même 3 degrés. Bien souvent, par ce moyen, tous les troubles disparaissent et avec eux les céphalées qu'ils provoquaient.

La pupille nous donne aussi des renseignements très intéressants et de nombreuses indications, car elle est le siège de multiples réflexes. Elle est, nous le savons, actionnée par deux muscles antagonistes : le sphincter et le dilatateur. Le premier, innervé par la troisième paire, le second par le sympathique.

La pupille se contracte à la lumière, mais le myosis peut s'observer aussi dans d'autres circonstances. Cette réaction à la lumière est toujours symétrique : si la lumière tombe dans un œil, l'autre se contracte en même temps, c'est le réflexe consensuel. Cette étude du réflexe consensuel, comme celle du réflexe lumineux, se prêterait à de longs développements et comporterait une leçon beaucoup plus étendue, car elle peut nous renseigner sur grand nombre d'affections que des modifications dans la sensibilité des réflexes de la pupille permettront souvent de déceler. Il y faudrait consacrer plusieurs leçons et nous ne pouvons y insister aujourd'hui, non plus que sur la contraction de la pupille associée au réflexe de convergence. Car la pupille se contracte aussi à la convergence et à l'accommodation ; elle se contracte encore dans tous les cas où l'iris est hyperhémié, bien entendu. Dans les iritis, la pupille est contractée et aussi, à la moindre irritation de cette membrane ou même de la cornée. Il faut donc toujours rechercher, en présence du moindre myosis, soit dans l'iris, soit dans la cornée, les causes possibles du rétrécissement pupillaire, surtout si la contraction est unilatérale, avant d'interroger les centres nerveux.

La dilatation de la pupille est observée dans l'obscurité, après instillation d'atropine, ou à la suite de paralysies (oculo-moteur commun). Lors de paralysie, la mydriase n'est jamais considérable, contrairement à la mydriase atropinique, toujours très accusée et par là même toujours assez facilement reconnaissable. Il faut songer à cette possibilité, soit qu'il s'agisse d'une mydriase atropinique méconnue, le sujet ayant manié de la belladone ou de l'atropine sans prendre de précautions (chez un de nos collègues des hôpitaux, la mydriase était consécutive à la projection dans l'œil d'une goutte de savon qui avait été en contact avec du sirop de belladone et lui avait fait croire à un accès de glaucome) — ou encore, qu'il s'agisse d'une mydriase provoquée dans un but de simulation.

Lorsque les pupilles n'ont ni réaction directe, ni réaction consensuelle, mais qu'elles se contractent à l'accommodation et à la convergence, il s'agit du signe d'Argyll-Robertson. Ce signe est, vous le savez, symptomatique de la syphilis nerveuse et le plus souvent, la ponction lombaire révèle, dans ces cas, une lymphocytose

marquée dans le liquide céphalo-rachidien. Le signe d'Argyll-Robertson apparaît de bonne heure au début du tabès et persiste pendant toute la durée de l'affection. Il est toujours bilatéral ; exceptionnellement on l'a vu demeurer unilatéral et cette bilatéralité nous paraît une des objections les plus graves que l'on puisse faire à la théorie de l'origine périphérique du signe d'Argyll-Robertson.

On retrouve cette altération des réflexes pupillaires au bout de 10 et 20 ans après l'accident primitif de la syphilis et le traitement n'a sur elle aucune influence.

Le siège des lésions provoquant la disparition du réflexe pupillaire est un sujet de discussions. On a localisé la lésion dans la moelle, dans le plancher du quatrième ventricule, dans les noyaux de la troisième paire, dans le ganglion ciliaire.

L'hypothèse la plus admissible est une lésion siégeant sur les fibres centripètes de l'arc réflexe allant du tractus optique à l'origine de l'oculomoteur. Dans les altérations de la voie centripète, en effet, le réflexe consensuel est conservé et la diminution ou l'abolition du réflexe n'existe pas dans la cécité psychique, élément important pour le diagnostic.

Lors de paralysie totale ou partielle de la troisième paire, le réflexe est aboli à la lumière et à la convergence et, la voie motrice étant supprimée, l'excitation de l'œil sain ne donne aucune réaction du côté malade.

Dupuy-Dutemps a insisté sur les altérations de l'iris dans le tabès. A côté de l'absence de réaction de la pupille, on constate des modifications de l'iris qui perd son brillant : de normalement spongieux qu'il était, il devient lisse, uni et ces altérations du réflexe pupillaire seraient dues aux altérations des terminaisons nerveuses dans la membrane irienne. Mais comment expliquer alors la bilatéralité constante du signe d'Argyll-Robertson ?

Le signe d'Argyll-Robertson au début est seulement ébauché ; les pupilles sont seulement paresseuses, puis le réflexe est totalement aboli et dans une période plus avancée la pupille ne se contracte plus non plus à la convergence ; c'est l'immobilité absolue.

Ces lésions une fois constituées demeurent définitives et il n'est guère d'exemple qu'une amélioration ait pu être observée sous l'influence du traitement spécifique. Elles se présentent d'ailleurs sous des aspects assez différents sur lesquels, il y aurait lieu d'insister. Leur étude fera l'objet d'une prochaine conférence.

TRAITEMENTS RÉCENTS DE QUELQUES AFFECTIONS ANO-RECTALES : HÉMORROÏDES, FISSURE, PRURIT ANAL

Par M. CAMBIÈS (de Châtel-Guyon)

Nous envisagerons, dans cet article, successivement :

1° *Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes*, méthode utilisée depuis longtemps dans différents pays, et plus récemment en France ;

2° *Le traitement du prurit anal* par les injections péri-anales de benzoate de benzocaïne ;

3° *Le traitement de la fissure anale* par injection de quelques gouttes de quinine et urée sous la muqueuse (méthode du Dr Yeomans, de New-York, et du Dr Bensaude) ; ou par dilatation diathermique progressive (méthode du Dr Cambiès).

1° *Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes*, est couramment pratiqué, depuis plusieurs années, dans différents pays : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Espagne et Danemark. Mais, en France, ce traitement, malgré les nombreux travaux du Dr Bensaude, que l'on peut considérer comme le promoteur de la méthode, ne semble pas avoir acquis une place suffisante dans le traitement médical des hémorroïdes : aussi nous a-t-il paru intéressant d'exposer la technique et de faire connaître les résultats obtenus après dix ans d'expérience.

Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes date du milieu du siècle dernier ; on pourrait même dire de l'invention de la seringue de Pravaz en 1850.

MORGAN, de Dublin, a eu, le premier, l'idée de traiter les hémorroïdes à l'aide d'une solution de perchlorure de fer.

Mais c'est à un auteur américain, Mitchell, que revient le mérite d'avoir fait pour la première fois, en 1871, et d'une manière scientifique, les injections sclérosantes de glycérine phéniquée qui, jusqu'alors, étaient faites par des charlatans de la médecine, appelés en Amérique les guérisseurs d'hémorroïdes.

En Angleterre, de nombreux auteurs, Gordon Watson, Montagu, Murphy, et surtout l'éminent chirurgien Lockhart Mummery, dans son service du Saint-Mark's Hospital de Londres, ont utilisé cette méthode.

En Suisse, le Professeur Roux l'emploie systématiquement, depuis 1890 avec un tel succès qu'il affirmait, récemment, au Dr Bensaude qu'il n'avait pas opéré, de 1890 à 1920, une douzaine de malades porteurs d'hémorroïdes.

En Allemagne, le Professeur Boas est partisan des injections sclérosantes à base d'alcool.

Si cette méthode si répandue à de nombreux partisans, il faut bien reconnaître qu'elle a, aussi bien en France qu'à l'étranger, quelques ennemis.

C'est ainsi que dans un article récemment paru dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif de la nutrition*, le Dr Beverragi, proctologiste à l'hôpital Rawson de Buenos-Ayres, que nous avons connu à l'hôpital Saint-Antoine, quand il suivait la consultation du Dr Bensaude, a critiqué la méthode sclérosante qu'il rend responsable de graves accidents. Je n'ai jamais vu, pour ma part, de tels accidents : je reviendrai, d'ailleurs, sur cette question à propos des incidents de la méthode.

J'aurai, surtout, en vue la méthode sclérosante à l'aide d'injections de chlorhydrate de quinine et d'urée, en solution à 5 %. C'est la méthode de choix dans le cas d'hémorroïdes douloureuses, congestives ou avec hémorragies.

Pour que les résultats soient excellents, il est indispensable de préciser les indications de cette méthode :

Les hémorroïdes internes, seules, relèvent de la méthode sclérosante.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, nous considérons, avec le Dr Bensaude, que les hémorroïdes externes doivent être traitées, après anesthésie locale, par l'*incision* au bistouri et l'énucléation du caillot, quand elles sont étranglées et avec caillot non organisé, ou par la diathermo-coagulation (à l'aiguille isolée ou au serre-nœud) quand elles sont anciennes.

Les deux indications fondamentales des injections sclérosantes sont les hémorragies et les prolapsus réductibles.

Une seule injection suffit, parfois, à arrêter une hémorragie importante. Les prolapsus récents guérissent complètement après un nombre d'injections variant de 8 à 20, rarement davantage. Les prolapsus anciens sont plus lents à guérir ; il ne faut pas espérer la *restituo ad integrum.*

On utilisera également les injections sclérosantes dans les cas de récidives post-opératoires, chez les vieillards non opérables, chez les sujets tarés.

Comme *instrumentation*, nous utilisons l'*anuscope* de Bensaude dont l'extrémité est taillée en biseau et mobile dans toutes les directions, ce qui permet d'orienter le biseau vers le point d'injection ; un miroir de Clar ou une lampe scialytique ; la seringue de Collin ou de Drapier de 5 centimètres cubes, munie d'un long ajutage et une aiguille de platine à biseau court.

Il faut avoir à sa disposition de la teinture d'iode dédoublée, une solution de Ziehl (en cas d'escarres) et des porte-cotons.

Le malade est placé en position génu-pectorale, et avant d'introduire l'anuscope, on doit faire un toucher rectal très doux qui permet d'apprécier le degré de contracture du sphincter anal.

Il faut, ensuite, examiner l'aspect de la muqueuse hémorroïdaire qui est plus ou moins rouge vif, avec des zones plus pâles, blanchâtres, constituant la *rectite hémorroïdaire*, premier degré des hémorroïdes : celles-ci peuvent être formées de bourrelets isolés ou de masses violacées qui masquent complètement la lumière intestinale.

Après badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée, l'injection sera faite lentement et avec beaucoup de soin, *« dans la muqueuse rose pâle qui est au-dessus du bourrelet hémorroïdaire et jamais dans la muqueuse carminée qui recouvre le bourrelet hémorroïdaire »* (Bensaude).

Eviter d'injecter trop superficiellement, ce qui provoque la formation d'une saillie pâle, en forme de vessie de poisson ; et ne jamais injecter dans une zone déjà sclérosée ou dans les zones des commissures antérieure et postérieure, c'est-à-dire à six heures ou midi. Le malade restera étendu 1/2 heure après chaque injection. On utilise de 2 à 4 cmc. de liquide sclérosant à chaque injection et l'on renouvelle celle-ci tous les 4 à 6 jours. En général, 8 à 12 injections suffisent pour obtenir la guérison par cette méthode, ambulatoire, qui évite le séjour du malade en clinique et donne des résultats rapides quand on connaît bien la technique.

Les *résultats* sont souvent définitifs, parfois passagers, le malade ayant une récidive qui peut être précoce ou tardive, et nécessiter la reprise des injections.

Pour éviter ces récidives, il faut surveiller le régime des malades, éviter la constipation ou la diarrhée et supprimer le café, le vin, les épices, les purgatifs.

Malgré toutes ces précautions, dans certains cas de prolapsus volumineux, avec relâchement sphinctérien, les injections ne donnent pas, quel que soit leur nombre, un résultat suffisant : les malades doivent se contenter d'un résultat incomplet ou se faire opérer.

Sauf dans les cas d'altération sanguine, les hémorragies disparaissent rapidement. Il en est de même des douleurs anales, du ténesme. A noter, cependant la persistance de douleurs, malgré la guérison des hémorroïdes chez certains névropathes ayant du déséquilibre endocrinien ou ayant subi une opération (hystérectomie, fissures, appendicectomie).

La méthode des injections sclérosantes expose-t-elle à des dangers ? Quels sont les principaux incidents ?

Voici la réponse du Dr Bensaude, extraite de son récent ouvrage « Les hémorroïdes et leur traitement » (Drs Bensaude et Oury) publié par l'*Expansion scientifique française.*

Je cite textuellement : « Contrairement à l'opinion *a priori* de certains auteurs, notre réponse peut être formelle : jamais, sur plus de sept à

huit mille injections, nous n'avons eu le moindre accident grave, nous ayant donné quelques sérieuses inquiétudes. »

Je suis aussi affirmatif que le Dr Bensaude ; j'utilise la méthode depuis 1920, je n'ai jamais eu de complication grave. Bien plus, ayant eu l'occasion, au cours de voyages à l'étranger, d'interroger des médecins ou des chirurgiens appliquant cette méthode ou d'autres méthodes (allemande ou anglaise), j'ai toujours obtenu une réponse à peu près semblable : *procédé généralement efficace, sans aucune gravité, à part quelques phénomènes douloureux ou des escarres qui sont toujours bénignes.*

Les incidents observés peuvent être *généraux*, consistant en vertiges, céphalées, lassitude ou tremblement ; *locaux*: douleurs et escarres.

La douleur peut être rapide, en éclair, durant de quelques minutes à une heure après la piqûre, à l'occasion d'une évacuation d'une selle ou d'une miction.

Les escarres ne donnent jamais lieu à aucune complication infectieuses ; elles passent souvent inaperçues du malade ; parfois elles s'accompagnent de quelques brûlures ou démangeaisons à l'anus. Il suffit d'interrompre le traitement pendant quelques jours et d'appliquer à leur surface du Ziehl jusqu'à cicatrisation. A noter que la guérison est d'ordinaire définitive au niveau des zones de muqueuse qui ont été le siège d'une escarre. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une hémorragie peut se produire après la chute d'une escarre. Sur un total de 700 à 800 malades, le Dr Bensaude ne l'a constatée que deux fois ; de même, il n'a jamais vu d'embolie ni rien qui puisse la faire soupçonner.

A côté de la méthode du Dr Bensaude, nous signalerons la méthode du Dr Bellot, qui en dérive, décrite dans la *Presse médicale* du 12 octobre 1929. Elle consiste à injecter goutte à goutte une solution concentrée de quinine urée à 40 p. 100 dans les hémorroïdes. La guérison a lieu, d'après l'auteur, après une seule séance de traitement. Ce procédé, qui rappelle celui de Boas, paraît séduisant par la rapidité du résultat, mais il offre l'inconvénient d'être assez douloureux : d'autre part, il ne met pas à l'abri des récidives. Nous préférons le procédé du Dr Bensaude qui, grâce à la fréquence des injections, permet de suivre l'évolution de la sclérose et d'obtenir des guérisons plus durables.

A côté de la méthode des injections de quinine et urée, que l'on pourrait appeler *méthode française*, par opposition aux méthodes suivantes, surtout utilisées à l'étranger, il convient de signaler :

a) La *méthode des injections de glycérine phéniquée* suivant la formule :

Acide phénique	10 grammes
Glycérine .... }	parties égales q. s. p.
Eau distillée .... }	50 cent. cubes.

surtout utilisée en Angleterre et en Suisse (Prof. Roux). Il faut injecter à l'aide d'une seringue de Barthélémy quelques gouttes à 2/10 de cent. cube au-dessus de l'hémorroïde en évitant de laisser tomber sur la muqueuse une goutte de liquide caustique quand on introduit ou retire l'aiguille.

Ce procédé est à utiliser chez les sujets nerveux, âgés, ou atteints de surdité, ce qui contre-indique la quinine.

Roux, de Lausanne, utilisant une solution concentrée, a recours à l'anesthésie.

b) La *méthode du sérum glucosé*, à 50 % due à Meisen, de Copenhague, offre l'avantage d'éviter la production des escarres. C'est la méthode de choix pour les gens âgés, les déprimés ou les tarés. L'injection, pratiquée en plein bourrelet hémorroïdaire, étant douloureuse, devra être précédée d'une injection de novocaïne à 1 p. 200. On peut extérioriser les hémorroïdes à l'aide de la ventouse de Bier ou de celle que nous avons établie en 1920, en forme d'ovoïde, ou bien injecter directement à travers le canal anal, sans extériorisation.

c) Mentionnons enfin les *injections d'alcool* préconisées par Boas, en Allemagne, dès 1915, et surtout utilisées en Hollande et en Allemagne. Ces injections étant très douloureuses, il faut faire, au préalable, une anesthésie locale de la région périnéale suivie de l'extériorisation des hémorroïdes par l'application pendant 20 minutes de la ventouse de Bier. Boas injecte 1/2 à 1 cc. d'alcool à 96° successivement et en une séance, à toutes les hémorroïdes prolabées qu'on refoule, ensuite, à l'intérieur. Ce traitement assez douloureux dure de deux à trois minutes, mais présente l'inconvénient d'exiger un repos complet pendant 24 heures, avec diète pendant deux ou trois jours et une constipation absolue. Le malade doit rester en clinique pendant 8 à 10 jours jusqu'à ce que le toucher rectal indique un cordon fibreux remplaçant les hémorroïdes. Ce n'est pas une méthode ambulatoire, mais les résultats sont rapidement obtenus.

En pratique, il convient de noter qu'il est avantageux dans certains cas, pour obtenir un meilleur résultat, d'associer les injections de quinine et d'urée à d'autres produits.

2° Beaucoup d'hémorroïdaires souffrent en même temps de *prurit anal*, il convient d'envisager son traitement après celui des hémorroïdes. Il s'agit de malades névropathes présentant des troubles digestifs caractérisés par de la diarrhée ou de la constipation, des fermentations, se plaignant de démangeaisons survenant par cri-

ses ou à l'occasion d'abus d'excitants (café, alcool) ou d'excès de table.

Tout a été mis en œuvre pour soulager ces malades obsédés par leur prurit : vaccinothérapie, électrothérapie, radiothérapie profonde.

Devant l'échec de ces divers traitements, il est intéressant d'utiliser un traitement récent du prurit anal à l'aide des injections péri-anales anesthésiantes de benzoate de benzocaïne. C'est Yeomans, de New-York, qui a préconisé ce traitement longuement décrit dans son ouvrage « Proctology » ; mais, c'est surtout au Docteur Bensaude que revient le mérite d'avoir utilisé, perfectionné et vulgarisé ce traitement.

Le liquide employé est une solution de benzoate de benzocaïne très difficile à obtenir en France, à cause de son prix élevé et des difficultés de fabrication. M. Lachartre, docteur en pharmacie, a bien voulu étudier le produit américain, sur les conseils du Dr Bensaude et préparer une solution non toxique, à pouvoir anesthésique prolongé.

La formule est la suivante :

Benzoate de benzocaïne.........	ââ 5 cc.
Alcool phénylméthylique.........	
Huile d'amande douce............	90 gr.

La technique est simple : après badigeonnage à la teinture d'iode de la peau de la région périanale, on injecte le liquide dans la région où siège le maximum de prurit, injection lente de 1 à 2 cmc. de solution, *dans le tissu cellulaire souscutané*, en éventail, en évitant la production de nodosités. Répéter, tous les 4 à 5 jours, les injections, en des points opposés. Injections indolores, sans réaction ni nécrose, si on évite d'injecter dans le derme.

Résultat en général excellent, après 5 à 6 injections ; les malades sont calmés et peuvent retrouver le sommeil.

La méthode est trop récente pour qu'on puisse fixer la durée maxima des améliorations.

3° Il nous reste, enfin, à examiner *le traitement des fissures anales par les injections locales de quinine et urée* ou la *dilatation diathermique progressive*.

C'est à Yeomans, de New-York, que revient le mérite d'avoir utilisé, pour la première fois, en 1921, l'action analgésiante des injections de quinine et urée dans le traitement de la douleur de la fissure anale. Graham et Yeomans ont publié, en 1926, à la Société de Proctologie américaine 77 % de guérisons sur 128 cas traités. Le Dr Bensaude a repris, dès 1929, l'étude de cette méthode et publié en janvier 1930, à la Société médicale des hôpitaux, ses premiers résultats.

La fissure à l'anus étant très douloureuse, les malades ont souvent recours à la dilatation anale sous anesthésie. Cette méthode chirurgicale n'est pas sans inconvénient : elle nécessite l'anesthésie générale et expose parfois à des incontinences pour les gaz et les matières qui peuvent être momentanées ou durables et très pénibles.

La méthode de Yeomans, qui procure une sédation rapide et parfois instantanée du syndrome fissuraire permet d'éviter ces inconvénients.

La technique est simple ; on emploie la solution de quinine et urée à 5 %, comme pour la sclérose hémorroïdaire. On injecte au-dessous de l'extrémité externe de la fissure, sur son trajet ; l'aiguille est enfoncée de quelques millimètres pendant que le liquide est injecté (1/4 de cmc.). Il se produit une douleur excessivement vive, en éclair, qui dure quelques minutes ; ensuite le spasme du sphincter cède et le malade peut aller à la selle sans éprouver une trop vive douleur.

L'injection est refaite au bout de 3 à 5 jours : 5 à 6 suffisent et la guérison est obtenue en 2 à 6 semaines.

Les *indications* des injections sous-fissuraires doivent être précisées : il ne faut y recourir que dans le cas d'association de *syndrome douloureux de type fissuraire et de fissure anale typique* ou d'ulcères atones de la commissure postérieure (Bensaude).

Ne jamais employer cette méthode dans les névralgies consécutives à des interventions gynécologiques, dans les névralgies anorectales pures.

Les résultats sont excellents, rarement passagers, au bout de 2 à 6 piqûres.

Le seul reproche que l'on peut adresser à cette méthode, c'est la douleur en éclair qui succède à la piqûre. Pour éviter cette douleur nous avons imaginé, en 1929, une autre méthode de traitement que nous avons décrite au Congrès international de médecine de Montpellier (octobre 1929), sous le nom de *dilatation diathermique progressive*. La diathermie est, par excellence, le traitement sédatif de la douleur et modificateur du terrain névropathique.

Les applications sont indolores, un pôle anal restant externe tant que le sphincter est contracté et douloureux.

Nous avons fait construire une électrode spéciale formée de deux olives séparées par une partie rétrécie sur laquelle se place le sphincter anal, et terminées par une partie cylindrique du calibre d'une selle normale d'adulte, suivie d'un anneau d'ébonite isolant qui sert à maintenir l'appareil en place.

Le deuxième pôle est formé d'un coussin pneumatique placé sur le foie, les courants diathermiques agissant ainsi sur le foie, la circulation porte et les veines hémorroïdales.

Les applications sont, au début, de courte durée et de faible intensité (400 à 500 milliampères), au bout de 3 à 4 applications, le calme est suffisant pour permettre une intensité de 800 à 1.200 milliampères ; *en même temps la dilatation du sphincter a lieu grâce à l'anesthésie que procure*

la diathermie, mais au lieu d'être rapide et violente comme dans la dilatation chirurgicale, elle est douce et progressive, grâce à la forme spéciale de l'appareil qui évite la contracture du sphincter.

Les douleurs disparaissent au bout de 5 à 10 applications et la guérison survient dans les cas très rebelles, après une quinzaine de séances de dilatation diathermique. Ce traitement est bien toléré par les malades très nerveux, car il ne provoque pas de réaction douloureuse violente, ce qui le différencie de la méthode des injections locales de quinine et urée, par allieurs excellente.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

de l'aortite abdominale.

D'après les travaux de M. L. Ramond (1) et ceux de M. O. Weil (2).

C'est l'inflammation de l'aorte abdominale ; et cette inflammation est souvent malaisée à reconnaître en pratique, parce qu'il n'est pas un seul de ses symptômes qui soit pathognomonique, tandis que la plupart d'entre eux ne sont que des signes d'emprunt, propres à égarer le diagnostic plutôt qu'à le corroborer.

Comme tout processus inflammatoire, elle occasionne des douleurs, et celles-ci n'ont rien de caractéristique. D'autre part, — l'aorte abdominale donnant naissance aux vaisseaux nourriciers de l'estomac, de l'intestin, des glandes digestives (foie, pancréas), ainsi que de tous les viscères abdominaux, — des manifestations splanchniques multiples viennent aussi égarer facilement le praticien.

Enfin, si la palpation de l'aorte abdominale est susceptible de nous donner des renseignements sur ses modifications pathologiques de forme et de situation, de mobilité, de sensibilité, — il faut avouer que cette palpation est le plus souvent très difficile, mis à part les sujets très amaigris ; rarement on la palpe sous l'appendice xyphoïde ; en général, on attrape l'artère au point médio-gastrique ; on la suit sur une longueur de 4 à 5 cent. jusqu'à l'ombilic, où elle disparaît dans la profondeur, car exceptionnellement on peut la suivre jusqu'à la bifurcation iliaque.

L'exploration radiologique elle-même, capable de mettre en évidence un anévrysme, laisse souvent passer inaperçu un simple élargissement de l'aorte abdominale, même après pneumopéritoine ou mieux après insufflation gastro-colique ; le fait est d'autant plus facile que le foie, augmenté de volume, cache souvent l'aorte.

Il existe de cette affection deux formes : *l'une est* aiguë *chez les adolescents, les adultes jeunes, de préférence chez les femmes à cause de l'influence prédisposante des ptoses viscérales ; ses causes sont : les infections (rhumatisme articulaire aigu, grippe, fièvres infecto-contagieuses), les intoxications ou auto-intoxications. Sa marche est rapide et aboutit en général à la* guérison complète *en quelques jours ou quelques semaines.*

L'autre forme est chronique ; *elle s'observe chez des sujets âgés, des athéromateux, souvent chez des individus atteints, depuis plus ou moins longtemps déjà, de maladie de Hogdson, d'angine de poitrine ou d'aortite thoracique. Celle-ci n'a* aucune tendance à la guérison, *et se termine, à une échéance variable, par la mort. C'est la seule que nous aurons en vue dans cette étude.*

I

Comment soupçonner, puis reconnaître l'aortite abdominale chronique.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprendra comment, dans ses débuts, l'aortite abdominale va être masquée par des signes accessoires ; il faut donc distinguer ses symptômes fonctionnels indicateurs, et ses signes physiques cardinaux.

(1) Dr Louis Ramond. — Aortite abdominale (*Paris médical*, 10 janvier 1931).

(2) Dr O. Weill. — L'aortite abdominale (*Bruxelles médical*, 1er février 1931).

1. Symptômes fonctionnels indicateurs : Douleurs — Troubles gastro-intestinaux. — Phénomènes réflexes.

A. Les douleurs sont les premières manifestations en date.

Au début, il s'agit de *douleurs sourdes,* intermittentes, siégeant à l'épigastre, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, irradiant vers les fosses iliaques en suivant le trajet des

artères iliaques (ce qui a une grande importance diagnostique, mais n'est pas constant), s'étendant même jusqu'aux membres inférieurs, aux testicules, ou remontant vers la base du thorax, ou encore se faisant sentir en arrière dans la colonne vertébrale.

Jusque-là l'interprétation reste obscure ; elle ne devient possible qu'à la période des crises.

Bientôt, en effet, *les douleurs deviennent paroxystiques,* et surviennent *par accès, soit spontanément, soit après un effort.*

Spontanément. — L'aortite abdominale détermine des crises spontanées indépendamment de tout effort, parfois après une fatigue, une émotion, un repas, ou par suite de la position horizontale, souvent sans cause apparente.

La douleur épigastrique prend le type d'une brûlure ou d'une crampe extrêmement violente, avec sensation de constriction, parfois de transfixion, et avec des irradiations dans le thorax, dans les lombes, dans les membres inférieurs. Il arrive dans certains cas que la rachialgie ainsi provoquée s'accompagne d'une lassitude douloureuse, simulant la parésie des membres inférieurs, s'opposant à la marche et à la station debout prolongée. Pendant la crise le sujet est pâle et angoissé ; il s'agite, se courbe en deux, se roule sur son lit ou à terre, prend la position genu-pectorale, pour trouver une attitude qui soulage sa douleur et il y parvient quelquefois. La durée de ces crises varie de quelques minutes à plusieurs jours ; elle est en général de deux à trois heures. Leur terminaison est assez brusque ; après elles, subsiste un endolorissement abdominal sourd et profond. Ces crises se répètent à intervalles réguliers ; elles s'espacent ou se rapprochent sans raison.

En général, à cause de leur fréquence, on envisage d'abord l'hypothèse de l'une ou de l'autre des coliques abdominales : colique hépatique, colique néphrétique, colique intestinale (par colite muco-membraneuse, appendicite, occlusion intestinale, cancer du gros intestin). Dans tous ces cas, l'anamnèse, l'examen des selles, des urines, la palpation du foie, des reins, du côlon, permettent d'ordinaire de préciser le diagnostic.

D'ailleurs le cancer, comme l'ulcéro-cancer, s'accompagne d'anorexie, de dyspepsie, d'anémie, de cachexie, qui font entièrement défaut dans les maladies aortiques, pour une évolution de même durée.

Il est cependant une forme angineuse de la forme hépatique ; mais, dans les cas d'aortite abdominale, les troubles digestifs concomitants sont nuls ; les vomissements sont inconstants et plutôt rares ; il n'y a jamais d'ictère après les crises ; la vésicule biliaire n'est pas sensible.

Si le syndrome douloureux abdominal survient chez un sujet, exposé professionnellement ou accidentellement au plomb, il faut penser aussi à la colique saturnine. Mais alors les antécédents, les stigmates du saturnisme (liseré gingival, parotidite chronique, etc.), l'importance des vomissements et de la constipation, la durée prolongée des manifestations sont les meilleurs éléments en faveur de la colique de plomb.

Mais, c'est surtout avec les crises solaires, déterminées par les affections des organes capables d'irriter le plexus solaire (pancréas, estomac, capsules surrénales), ou encore par une atteinte directe du sympathique, que l'aortite abdominale risque d'être confondue. Il faut alors, si un soupçon est éveillé, rechercher les signes physiques cardinaux.

Après un effort. — Il s'agit d'un syndrome calqué sur l'angor pectoris d'effort.

Une douleur très vive, en étau, apparaît au creux épigastrique ou dans le voisinage de l'appendice xyphoïde. Elle ceinture la base du thorax, irradie dans la poitrine, mais ne descend généralement pas dans les bras. Elle s'accompagne d'angoisse, de pâleur. Elle immobilise le malade dans la position où il se trouvait, quand elle est apparue. Elle est suivie, au moment où elle va cesser, de nausées et d'éructations. Ces accès sont de courte durée ; ils s'apaisent par le repos et les inhalations de nitrite d'amyle. Ils peuvent se terminer par la mort subite à la suite d'une syncope.

Dans l'angine de poitrine, les crises d'effort sont de plus longue durée ; et, pour le diagnostic, pour l'examen du cœur et de l'aorte thoracique, la mesure de la pression artérielle générale (généralement normale dans l'aortite abdominale) sont toujours indispensables afin de se faire une opinion définitive. A remarquer que les deux affections peuvent coexister, l'aortite abdominale résultant alors par extension de l'aortite thoracique.

L'aortisme simple, fréquent chez les sujets nerveux ou atteints d'une affection abdominale, peut engendrer des troubles fonctionnels analogues à ceux de l'aortite abdominale, mais les signes objectifs essentiels de l'aortite manquent.

B. Les troubles gastro-intestinaux

Les *troubles gastro-intestinaux* font partie intégrante des crises douloureuses, qui existent rarement seules.

On observe cependant une *forme gastralgique* d'aortite abdominale ; celle-ci est caractérisée par des douleurs siégeant à l'épigastre et rythmées par les repas, avec deux paroxysmes ; l'un postprandial léger (pesanteur, tension stomacale) ; l'autre tardif, trois ou quatre heures après l'ingestion alimentaire, plus pénible, avec sensation de crampe constrictive. Ces crises douloureuses ont quelques particularités intéressantes pour le

diagnostic. Elles surviennent, non par périodes, mais tous les jours ; elles ne sont jamais supprimées par des alcalins ou des aliments ; elles peuvent être réveillées en dehors des périodes digestives par des efforts, des fatigues.

Lorsque ces troubles s'associent aux douleurs, ce sont surtout des *troubles gastriques* : nausées douloureuses ; vomissements alimentaires ou muqueux ; plus rarement éructations à forme aérophagique ; exceptionnellement hématémèses.

Un ulcus gastrique (comme d'ailleurs un ulcus duodénal) peut bien engendrer ces accidents ; mais les accès douloureux ont alors des rapports manifestes avec l'alimentation et la digestion ; ils s'accompagnent plus souvent de nausées, sinon de vomissements ; ils sont accessibles à une thérapeutique digestive ; ils surviennent chez de plus jeunes sujets ; leur nature est trahie par des troubles dyspeptiques, qui persistent entre les crises ; et elle est affirmée quelquefois par des hématémèses.

Les crises gastriques tabétiques se différencient des crises de l'aortite abdominale par leur début et leur terminaison brusques, l'importance des troubles digestifs, l'abondance, la constance des vomissements et leur caractère incoercible, la concomitance d'autres manifestations de tabes, les antécédents et les stigmates de syphilis, etc.

Les *troubles intestinaux*, souvent isolés, alternent volontiers avec les troubles gastriques. La constipation est souvent opiniâtre ; elle peut même simuler l'obstruction ou l'occlusion intestinale, mais alors (dans l'aortite abdominale) on ne voit se produire sous la paroi du ventre aucun mouvement péristaltique, malgré la violence des coliques.

Le météorisme abdominal concomitant, léger ou marqué, généralisé ou partiel (localisé le plus souvent autour de l'ombilic et à droite, dans le territoire de la mésentérique supérieure), augmente encore les risques de confusion possible avec une crise d'obstruction ou d'occlusion intestinale.

La diarrhée est plus rare ; elle est faite de débâcles impérieuses, aqueuses, abondantes, constituant un véritable flux intestinal ; dans l'aortite abdominale, ces crises mucorrhéiques semblent correspondre aux crises d'œdème aigu du poumon consécutives à l'aortite thoracique.

Ces troubles pourraient être confondus avec l'urémie à forme digestive ; mais cette dernière se reconnaît à la fréquence des vomissements, à l'anémie des sujets, au taux élevé et constant de l'urée dans le sang.

C. Les troubles réflexes.

Circulation. — Les palpitations, les intermittences s'expliquent par la mise en jeu du système sympathique.

D'autres fois, on constate des battements épigastriques douloureux, légers ou intenses, exagérés par la marche, la digestion, les émotions.

Enfin, on peut observer des intermittences ventrales, qui consistent en une sensation d'arrêt momentané des battements cardiaques à l'épigastre, suivie d'un coup de bélier violent, qui succède à la pause, après quoi la circulation reprend son rythme normal.

Système nerveux. — Ce sont fréquemment des vertiges, des tendances lipothymiques, principalement quand le sujet reste longtemps debout, dans l'immobilité ; on cite plus rarement l'agoraphobie, des crises comitiales.

Respiration. — Les crises dyspnéiques peuvent alterner avec les crises gastralgiques : dyspnée légère allant jusqu'à l'orthopnée avec cyanose.

État général. — Asthénie, très grande fatigabilité ; amaigrissement lorsque les crises se répètent ; albuminurie asez fréquente.

2. Signes physiques cardinaux : localement modifications de l'aorte abdominale ; à distance, modifications de la circulation.

A. Signes locaux.

A part quelques battements épigastriques d'origine aortique que perçoit l'inspection, c'est la palpation qui est la plus instructive, car elle permet de découvrir les signes locaux capitaux.

L'*élargissement de l'aorte* s'apprécie en prenant l'aorte abdominale entre le pouce et les deux premiers doigts, et en comparant son calibre à celui de l'aorte d'un sujet normal ; mais cette exploration est impossible, si le sujet n'est pas maigre. L'aorte *s'allonge*, et comme conséquence elle s'incurve entre ses deux points fixes (diaphragme et bifurcation des iliaques) ; *elle devient aisément mobile* sous la pression des doigts. On ne confondra pas un anévrysme de l'aorte abdominale ou du tronc cœliaque, car on ne percevra pas de tumeur pulsatile ; il n'y aura pas non plus de retard et de diminution du pouls fémoral par rapport au pouls radial, ni d'hypertension dans la pédieuse.

La *douleur* provoquée par la palpation est un fait caractéristique, mais non pathognomonique, d'aortite abdominale. C'est une douleur aiguë, parfois intolérable, limitée à la paroi aortique depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la bifurcation iliaque, avec maximum un peu au-dessus de l'ombilic. Elle irradie vers les région voisines, spécialement le long des artères iliaques primitive et externe, dont la palpation peut être douloureuse, de même que celle des artères fémorales.

Pratiquée en dehors des crises douloureuses, *la palpation de l'aorte abdominale, si l'on insiste*

trop, peut déclencher une crise douloureuse paroxystique. Faite au moment d'une crise douloureuse gastro-intestinale, elle détermine une douleur à la pression particulièrement vive, et elle peut provoquer une série de réflexes divers : angoisses, lipothymies, bouffées de chaleur, sueur, etc.

La contraction vigilante des muscles grands droits de l'abdomen, par réaction de défense, est un corollaire fréquent de cette douleur profonde provoquée ; elle est d'intensité variable, invincible ou réductible par pression lente et continue des mains, qui palpent l'abdomen ; elle gêne souvent d'une façon considérable l'exploration de l'aorte et s'oppose à la découverte des signes locaux.

L'*auscultation* est d'un intérêt bien moindre ; en général, on n'entend rien d'anormal ; parfois, c'est un souffle sytolique et diastolique.

Comme dit, l'exploration radiologique ne donne rien directement. Ce ne serait qu'*indirectement*, que la *radiologie* peut concourir à augmenter les probabilités du diagnostic d'aortite abdominale : 1° en ne montrant aucun signe radiologique d'affection gastrique ou vésiculaire, susceptible d'être confondue avec l'aortite abdominale ; 2° en révélant les signes radiologiques d'aortite thoracique, dont on a pu dériver l'aortite abdominale.

B. Signes à distance.

Ils sont fournis par l'exploration de la circulation en aval et en amont de l'aorte abdominale malade et par la comparaison des résultats obtenus.

On accorde volontiers la prépondérance à deux signes :

1° L'hypertension de la pédieuse : à l'état normal la pression au niveau de l'artère humérale est supérieure à la pression au niveau de la cheville ; en cas d'aortite abdominale ce rapport serait inversé ; c'est un signe exceptionnel.

2° La rupture du synchronisme normal du pouls radial et du pouls fémoral, avec retard du pouls fémoral dans le cas particulier. C'est un signe impossible à déterminer sans graphique ; il est rarement recherché.

On signale aussi : une élévation notable de la température rectale (au-dessus de 38°) sans aucun signe de fièvre et sans accélération du pouls ; le signe de la splénique, artère dure et sinueuse à laquelle l'artérite s'est propagée.

C. **Complications.**

Ce sont, par extension des lésions vasculaires aux viscères, et modification de leur circulation : la gastrite, l'entéro-colite muco-membraneuse, l'appendicite ; la glycosurie intermittente ; l'albuminurie ; l'asphyxie des extrémités. Ce sont aussi la thrombose ou l'embolie des collatérales ou de l'aorte abdominale elle-même. En ce dernier cas, si l'oblitération est complète, on note des douleurs atroces des pieds et des mollets, avec impotence fonctionnelle des membres inférieurs, et signes prémonitoires de gangrène (mort en quelques jours). Quand l'oblitération de l'aorte abdominale n'est pas complète, elle se manifeste seulement par de la claudication intermittente artérielle, ou encore par une paraplégie flasque, avec rétention d'urine, la mort survenant avant l'apparition de la gangrène au niveau des membres inférieurs ; bien entendu, tout indice oscillométrique a disparu au niveau des artères des membres inférieurs.

3. Pronostic.

Le pronostic de l'aortite abdominale chronique dépend tout d'abord de la participation de l'aortite thoracique, et « il est alors au cœur ».

Quand l'aortite abdominale est primitive, elle ne retentit en aucune façon sur le cœur, et le pronostic dépend du degré de la lésion aortique et de l'état des artères intestinales. Il se fonde alors surtout sur l'espacement plus ou moins grand des crises douloureuses (le pronostic étant d'autant plus grave qu'elles sont plus rapprochées), et sur la cause de l'aortite, sur son degré d'accessibilité à la thérapeutique.

II

Comment traiter l'aortite abdominale chronique.

Traitement des crises douloureuses paroxystiques

Deux indications thérapeutiques primordiales :

1° Abaisser la tension artérielle et faciliter la circulation dans le domaine de l'aorte abdominale ;

2° Calmer l'hyperexcitabilité nerveuse du sympathique abdominal.

Pendant la crise.

Maintenir le malade au *repos*, au lit.

Lui appliquer des *compresses humides* sur l'abdomen, ou faire à l'épigastre une révulsion légère (sangsues, vésicatoires dans les cas aigus ; frictions d'onguent napolitain, emplâtre de Vigo dans les cas chroniques).

Ordonner des *vaso-dilatateurs* : solution alcoolique de trinitrine au centième (1 goutte par prise jusqu'à quatre fois par jour) ; nitrite de soude, 5 centigrammes en potion, une à quatre fois par jour ; nitrite d'amyle, V à VI gouttes en inhalation sur un mouchoir.

Donner des *antispasmodiques* : bromure d'ammonium en lavement tiède, à garder, suivant la formule :

Bromure d'ammonium	2 grammes
Infusion de valériane	125 grammes
Laudanum	X gouttes

Calmer la douleur : antipyrine (2 grammes) et laudanum (X gouttes) ; surtout opiacés (morphine et héroïne).

Les vaso-dilatateurs et l'opium sont associés dans les dragées de trinitrine caféinée de Dubois (croquer une, deux, ou trois dragées à quelques minutes au moment des accès), et dans la potion de Vaquez :

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne	cinq centigrammes
Caféine	un gramme
Benzoate de soude	deux grammes
Sirop d'éther	60 grammes
Eau distillée	q. s. p. 100 grammes

A prendre par cuiller à café, une à trois fois par jour.

Dans l'intervalle des accès.

Agir sur le plexus solaire et sur la circulation.

Injections intra-musculaires d'angioxyl (extrait pancréatique hypotenseur), une ampoule par jour, après avoir commencé par 1/2 cc. pour tâter la susceptibilité. Faire une série de vingt injections quotidiennes ; interrompre pendant trois semaines ; refaire ensuite une 2e série.

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires quotidiennes d'acécoline (acétylcholine stabilisée) à la dose de 5 à 10 centigr. chaque fois.

On encore physiothérapie : massage abdominal ; diathermie ; héliothérapie ou actinothérapie ultra-violette ; radiothérapie ; réflexothérapie.

Pour empêcher le retour de la crise : éviter les fatigues, les refroidissements, les repas copieux, les écarts de régime ; repas modérés et légers.

II. Traitement de l'aortite abdominale elle-même.

Port d'une sangle abdominale (pour éviter les ptoses et le froid) ; régime des artério-scléreux ; traitement antisyphilitique (mercure, bismuth, et 0.30 au maximum d'arsénobenzol par injection).

Iode (peptones iodées ; iodures alcalins : lipiodol), silicate de soude. Tonicardiaques. Crénothérapie (Royan, Vittel et Evian, etc.).

***

CE QU'IL FAUT RETENIR c'est que l'aortite abdominale chronique est une affection très intéressante à connaître, en raison de son caractère protéiforme, cause possible de multiples erreurs de diagnostic et de thérapeutique. Les manifestations de début (douloureuses, gastro-intestinales, réflexes), doivent faire rechercher la maladie initiale, non pour obtenir une guérison impossible, mais pour soulager les malades dans les meilleures conditions.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La fatigue chez l'enfant.

La fatigue, écrit le Dr A. BOUDRY (de La Bourboule), est réalisée par une toxine qui, se déterminant plus ou moins électivement sur tous les systèmes neuro-musculaire et psycho-moteur, neuro-végétatif, endocrinien et humoral, porte atteinte à l'énergétisme actif et désoriente le métabolisme.

La fatigue de l'enfant se traduit cliniquement : 1° par des caractères somatiques et plastiques du côté de la tête et de la colonne cervicale, de la colonne dorso-lombaire, des omoplates, des sillons fessiers, du pied ; 2° par des attitudes dans le mouvement de s'asseoir, de marcher ; 3° dans la physionomie, regard, paupières ; 4° dans les perturbations vaso-motrices objectives, sillon bleuâtre à la paupière inférieure ; nez effilé et froid ; oreilles rouges (ce dernier signe est absolument constant ; il est pathognomonique d'un état latent de fatigue).

Subjectivement, l'enfant fatigué est triste, ému ou excité ; il est inquiet ; il crie, il pleure souvent ; il souffre de la tête.

Puis, surviennent l'amaigrissement et la dénutrition, un état sabural, un ralentissement des facultés intellectuelles, le sommeil agité, l'insomnie ; enfin, la température s'élève.

L'état de fatigue s'entretient et s'augmente par la multiplication simple de ses causes, il est accru par le déficit alimentaire. En effet, l'apport et la dépense, l'assimilation et la désassimilation non balancés sont déjà par eux-mêmes susceptibles de provoquer dans tous les domaines des désordres importants que leur symptomatologie identifie avec la fatigue.

La fatigue jugée et pesée, c'est-à-dire appréciée par l'importance de ses effets, justifie une thérapeutique préventive d'abord, puis curative.

La thérapeutique préventive naturelle a pour but l'équilibre organique par l'hygiène sportive et l'entraînement ; le travail intellectuel et règlementé ; la vie de plein air et l'héliothérapie ; la diététique. Si cette thérapeutique ne peut, assez utilement et durablement, réagir contre la fatigue et la morbidité latente, la thérapeutique pharmaco-dynamique doit intervenir : arsenic, adrénaline, extraits glandulaires (constamment subordonnée aux réactions psycho-énergétiques, neuro-musculaires, et chimio-toxiques de l'organisme débilié de l'enfant). (*La Presse Médicale*, 29 avril 1931.)

Le traitement de la toxémie gravidique.

La toxémie spéciale aux femmes enceintes, maladie protéiforme, s'étend d'après le Prof. Audebert, des vomissements incoercibles du début de la gestation à l'éclampsie des derniers mois de la grossesse, du travail, voire des suites de couches.

Toute femme enceinte étant candidate à la toxémie à un moment donné, il faut, durant la grossesse, la soumettre à des règles d'hygiène générale, alimentaire en particulier, destinées à restreindre au maximum l'intoxication exogène, dont le rôle adjuvant est indéniable dans la toxémie ; il faut, de plus, en fin de grossesse ordonner un repos relatif, et faire de fréquents examens d'urines.

La toxémie, étant apparue, revêt une forme légère, ou une forme grave, parfois compliquée en dehors de l'éclampsie elle-même.

Toxémie légère. Elle est fréquente chez les primipares à partir du 6e mois ; c'est une albuminurie minime, un léger œdème malléolaire, quelques troubles visuels fugaces. Traitement : repos ; régime alimentaire hypotoxique (lacto-végétarien et déchloruré) ; éviter le refroidissement, capable de provoquer une poussée de néphrite aiguë ; hygiène corporelle, morale, intestinale ; théobromine, 1 gr. 50, avec phosphate de soude, pour activer le rein, surveillance attentive.

Toxémie grave. — C'est une albuminurie forte, avec œdèmes marqués et envahissants, hypertension artérielle ; céphalée, barre épigastrique, troubles oculaires, épistaxis récidivantes. Nous sommes donc au seuil de l'éclampsie, à la pré-éclampsie. Traitement. Régime lacté absolu ; lait en quantité suffisante pour alimenter complètement la malade (3 litres par jour) ; pour éviter le dégoût, sucrer, hypersucrer le lait, que l'on parfumera au café, à la menthe, à la vanille ; éviter l'alcool. Si l'intolérance était absolue, diète hydrique pendant 24 ou 48 heures avec repos au lit, avec jus de fruits ; puis lavement purgatif énergique, et reprise du lait, mais en petites quantités de plus en plus fréquentes ; lait glacé, pris au chalumeau. En cas d'échec complet, régime sucré (fruits, confitures, tisanes hypersucrées). Dérivation intestinale par sulfate de soude ou de magnésie, en moyenne 2 fois par semaine.

La guérison survient généralement, si ce régime est scrupuleusement suivi, mais c'est souvent aux dépens de la grossesse, qui se trouve interrompue, avec débilité congénitale de l'enfant né prématurément, ou avec mort du fœtus *in utero.* Cet état peut aussi aboutir à l'éclampsie.

Complications.

Dyspnée sine materia, en rapport avec l'hypertension artérielle : large saignée de 5 à 600 gr. en soutenant le cœur par la digitaline ; puis, petites saignées locales.

Œdème des organes génitaux : mouchetures, et pansements rigoureusement aseptiques.

Hyperexcitation nerveuse, prélude de l'éclampsie : saignée massive de 6 à 800 gr. ; isolement ; repos au lit dans une demi-obscurité ; chloral à fortes doses, en lavement, 6 à 18 gr. par jour.

Dans les formes très graves : accouchement prématuré provoqué ; mais, c'est là une résolution grave, et, avant d'y recourir, il faut être sûr que le traitement intensif a été appliqué rigoureusement, au moins pendant 8 jours, peut-être 15 jours.

Au moment du travail, il importe d'éviter le surmenage de la période d'expulsion, de calmer les douleurs par la morphine, et mieux par le chloral, dont l'influence sur les contractions est plus faible. C'est dire que par tous les moyens on hâtera la terminaison de l'accouchement ; dans les formes moyennes, on interviendra par forceps ou version à dilatation complète ; dans les formes graves, on aidera même la dilatation par une sorte d'accouchement méthodiquement rapide, manuellement ou instrumentalement. Presque toujours, on fera la délivrance artificielle ; toutes ces manœuvres seront faites sous anesthésie.

Dans les suites de couches, on assiste généralement à une amélioration graduelle de l'état des toxémiques ; vers le 10e ou 15e jour les troubles ont disparu. Chez ces femmes, on doit permettre l'accouchement, même dans les cas de néphrite, où il est le plus souvent très bien toléré ; cependant une surveillance est nécessaire, afin de conseiller le demi-sevrage, puis le sevrage définitif, si ces nourrices maigrissent et accusent en particulier une douleur inter-scapulaire persistante. (*Toulouse Médical*, 1er janvier 1931.)

Formes anatomo-radio-cliniques de la pneumonie infantile.

Depuis l'application de la radiologie au dia

gnostic des affections intra-thoraciques, nous connaissons une fréquence, jusqu'ici insoupçonnée, de la pneumonie chez le nourrisson. Dorénavant, dit le Professeur MOURIQUAND, l'étude clinique de la pneumonie doit reposer sur la base anatomo-pathologique de cette affection et sur la radiologie.

Disons aussitôt que certaines pneumococcies sont sans localisation pulmonaire ; dans ces formes septicémiques, l'hémoculture, souvent difficile à pratiquer, peut montrer la présence du microbe dans le sang. Cependant cette forme peut donner des localisations secondaires, et revêtir le type pyohémique. Souvent la septicémie pneumococcique sans localisation guérit.

Sept types sont à distinguer, quand il y a localisation pulmonaire.

1° Forme avec hépatisation. C'est la pneumonie typique des anciens auteurs ; elle est à foyers parlants avec signes physiques, ou à foyer muet sans signes physiques.

Quand il y a foyers parlants, ce sont les signes habituels : dyspnée ou tachypnée ; la palpation montre le défaut d'expansion sous-claviculaire du côté malade, la percussion, très importante, montre le siège de la localisation ; il faut toujours songer à rechercher la matité axillaire (siège fréquent) ; l'auscultation, enfin, fait entendre le souffle et les râles.

Quand il y a foyer muet, les signes généraux font penser à une pneumonie ; seule la radioscopie montre une ombre triangulaire caractéristique ; cependant, il existe aussi, en général, quelques signes physiques qu'il faut rechercher avec soin : un peu d'obscurité respiratoire ; une zone de submatité ; un retentissement exagéré du cri par rapport au côté sain.

2° Forme avec splénisation. Fièvre à 40°, souffle tubaire, des râles, de la submatité. On pense à une pneumonie, et à l'écran on ne voit que peu ou pas d'ombre, celle-ci n'étant parfois révélée que par la radiographie. Il s'agit alors d'un foyer de splénisation, forme fréquente de l'infection pneumococcique. Ici donc, la clinique reprend tous ses droits et c'est l'oreille qui fait le diagnostic.

3° Forme avec congestion. Pas de modification de la sonorité ; pas de souffle ; on a seulement des râles. Ni la radioscopie, ni la radiographie ne montrent d'ombres. Il s'agit d'une congestion simple.

4° Forme rhino-trachéo-bronchique. En plus de la localisation pulmonaire, il y a une localisation rhino-pharyngée. C'est une forme d'infection fréquente.

5° Forme broncho-pneumonique. Des foyers de bronchopneumonie compliquent la pneumonie ; le triangle radioscopique peut coïncider avec les signes fonctionnels de la bronchopneumonie.

6° Pneumonie double.

7° Forme prolongée.

Traitement.

Souvent la pneumonie infantile guérit seule et il suffit de lui opposer une médication discrète : alimentation liquide ; sinapisation modérée ; enveloppements humides du thorax ; bains ; petites doses de quinine, ou antipyrine, ou uroformine.

Dans les formes banales, le vaccin et le sérum paraissent inutiles : cependant la sérothérapie pourra être indiquée dans certaines formes très virulentes.

Surveiller attentivement la convalescence et les complications possibles. (*Lyon Médical*, 18 janvier 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La réforme des études dentaires.

(MM. MARFAN, Lucien CAMUS, BALTHAZARD, HAYEM. — *Académie de médecine* ; 9, 16, et 23-6-1931.)

M. MARFAN demande le maintien du diplôme de chirurgien-dentiste, qu'il faut conserver en l'améliorant. Il n'y a, d'autre part, aucune raison pour accorder au chirurgien-dentiste des dispenses pour l'obtention du doctorat en médecine. On évitera toute confusion, à ce sujet, en supprimant totalement l'article (art. 5) du projet Milan-Rio qui envisage ce point particulier.

— M. Lucien CAMUS partage le même avis. Le projet Milan-Rio, qui vise à instituer le doctorat en médecine à la base de l'exercice de l'art dentaire, offre de gros inconvénients qu'il faut mettre en avant. Les Facultés de médecine ne sont pas, d'ailleurs, organisées pour prendre en charge l'enseignement dentaire.

— M. BALTHAZARD défend le projet Milan-Rio qui instituerait en France ce qui existe dans plusieurs pays étrangers.

— M. BRUMPT voudrait que tous les chirurgiens dentistes soient docteurs en médecine parce qu'ils peuvent avoir des opérations importantes à pratiquer en chirurgie maxillaire.

— M. HARTMANN répond qu'à la vérité, ces opérations, ils ne les font jamais, les confiant — avec sagesse — au chirurgien.

— M. HAYEM estime parfaitement inutile d'exiger le doctorat pour la pratique de l'art dentaire. Il

faut seulement relever le niveau des études de dentisterie.

L'Académie adopte finalement les différents articles du contre-projet du Professeur Marfan. Par 49 voix contre 32, elle vote l'article 1, demandant le maintien du titre de chirurgien-dentiste. Elle vote les art. 2, 3 et 5 de ce contre-projet, proposant des modifications aux études de chirurgien-dentiste (diplôme du baccalauréat à l'entrée, durée de cinq ans pour les études), et spécifiant qu'aucune dispense de scolarité ne sera accordée aux chirurgiens-dentistes désireux de devenir docteurs en médecine.

Le traitement de l'appendicite aiguë.

(M. SCHWARTZ, M. HARTMANN, M. Pierre DUVAL. — *Société de chirurgie* ; 3 et 17 -6-1931.)

Suite et fin de la discussion sur le traitement de l'appendicite aiguë. Conclusions votées par la Société de chirurgie.

— M. Anselme SCHWARTZ opère séance tenante toute appendicite aiguë, vue dans les premières quarante-huit heures, quelle que soit la bénignité de la crise. Mais, lorsque l'auteur est appelé au bout de plusieurs jours seulement, s'il y a un foyer localisé avec tendance nette au refroidissement, il attend en surveillant le patient et, si le refroidissement se complète, il opère à froid.

— M. HARTMANN a déjà, à maintes reprises, à la suite de Dieulafoy, de Routier et d'autres, soit à la Société de chirurgie, soit à l'Académie de médecine, défendu les avantages de l'opération précoce de l'appendicite aiguë. Ceux qui soutenaient cette opinion n'étaient au début qu'une minorité ; ils sont peu à peu devenus la majorité, et, à la suite de la communication de M. Pierre Duval, ils seront sans doute maintenant l'unanimité. Toutefois, dans les cas observés tardivement, il en est où l'on peut attendre le refroidissement, lorsque les circonstances l'autorisent.

— M. Pierre DUVAL résume la discussion en disant que le traitement de choix de l'appendicite est l'opération d'urgence dans les vingt-quatre premières heures de la crise. En matière d'appendicite aiguë, le salut dépend de la précocité de l'intervention. Il faut rappeler ce fait incontestable aux chirurgiens et aux médecins s'il en est qui ne sont pas encore convaincus, et au public qui n'accorde pas une suffisante importance aux « maux de ventre », les traite à la légère par la détestable purgation et laisse passer l'heure la plus favorable avant d'appeler le médecin.

M. Pierre Duval propose les conclusions suivantes :

« Toute colique abdominale peut être le début d'une appendicite foudroyante et doit donc sans retard et sans aucun traitement personnel préalable, être soumise à l'examen médical.

« Toute crise d'appendicite, si bénin qu'en paraisse le début, peut soudain se transformer en la plus grave des appendicites.

« Toute crise d'appendicite aiguë, quelle qu'en soit la gravité initiale apparente, doit être opérée aussi près qu'il est possible du début de la crise.

« Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aiguë. Le meilleur traitement de cette crise est l'opération dans les premières vingt-quatre heures. »

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité par la Société nationale de chirurgie.

Le problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

(M. R. LERICHE. — *Société de chirurgie* ; 11-3-1931.)

M. Leriche fait une communication sur « le problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine ». La douleur, dit-il, n'est pas le seul élément qu'il faille attaquer dans l'angor pectoris. L'auteur vise plus loin : empêcher la mort, la mort subite dont sont menacés les angineux.

Dans la crise angineuse, il y a un phénomène moteur, un réflexe sur les vaisseaux coronariens. L'angineux meurt par fibrillation, qui est une anarchie de la contraction myocardique que l'on peut réaliser expérimentalement par la ligature d'une coronaire.

Le problème thérapeutique est, dans ces conditions le suivant : chercher à éviter, à supprimer les réflexes vaso-constrictifs. Comment peut-on y parvenir ? M. Leriche conseille, pour atteindre ce but, l'ablation du ganglion étoilé gauche, si l'injection de novocaïne dans ce ganglion a eu un effet favorable. En cas d'échec, le ganglion droit doit être enlevé.

— M. DANIÉLOPOLU insiste également sur l'importance du réflexe presseur dans l'angine de poitrine et oriente le traitement chirurgical dans le sens de la suppression de ce réflexe. Toutefois, il ne partage pas l'opinion de M. Leriche sur l'ablation du ganglion étoilé, qu'il considère comme dangereuse. Il propose une opération dite de suppression du réflexe presseur, qui consiste en l'extirpation du sympathique cervical sans le ganglion cervical inférieur, la section de tous les filets qui entrent verticalement dans le thorax, des rameaux communicants, des 4 dernières cervicales et de la 1re dorsale.

P. L.

Les accidents de l'acridinothérapie ; innocuité des doses usuelles.

(MM. JAUSION, PECKER et MÉDIONI. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 6-3-1931.)

Les dérivés acridiniques reçoivent aujourd'hui les mêmes assauts que subirent naguère les arsénicaux. Certains auteurs ont pu accuser la trypaflavine et la gonacrine de causer la mort par azotémie. Ce grief sévère menace de discréditer l'acridinothérapie.

Mais les auteurs, grâce aux précautions qu'ils indiquent, n'ont jamais eu à déplorer d'accident vrai. La gonacrine, qu'ils n'ont cessé d'employer est un

chlorométhylate de diamino-acridine. La trypaflavine est dans le principe un chlorhydrate de ce chlorométhylate. Ces deux produits sont très voisins ; la base acridine, très irritante, leur confère les mêmes propriétés caustiques pour l'hypoderme, et le même pouvoir colorant vis-à-vis des tissus chromaffines.

La gonacrine, à la dose de 10 centigrammes par injection, soit 5 cc. de la solution à 2 p. 100, renouvelée tous les deux jours environ en intra-veineuses, n'a jamais déterminé entre les mains de ces auteurs d'autres troubles que ceux, facilement conjurés, dont ils ont maintes fois donné la liste. Ils comptent 97.350 injections de 10 centigrammes, intéressant environ 6.000 malades.

Au cours de cette large pratique, ils ont pu relever tous les phénomènes capables de surgir dans l'organisme d'un blennorragien, d'un peladique, ou plus généralement d'un malade en cure ambulatoire, après introduction d'une dose moyenne de chlorométhylate de diamino-acridine (10 à 20 centigr.).

Le choc gonacrinique est une bouffée rapide de sympathicotonie, et postérieurement une réaction vagale compensatrice, d'apparition plus lente ; il est généralement des plus légers ; 15 à 18 secondes après le début de l'injection, c'est une sensation d'amertume et de brûlure dans la bouche, puis de constriction laryngée, enfin de chaleur périnéale ; tout se calme en une dizaine de secondes. Lorsque la dose est supérieure à 10 cent., il y a ensuite une crise de palpitations avec angoisse et vertige. Il suffit d'un léger dépôt dans le liquide, résultant d'une filtration insuffisante en cas de préparation extemporanée pour provoquer une ascension thermique.

Le choc acridinique est considérablement diminué, si la vitesse d'injection est ralentie.

L'injection extra-veineuse produit une eschare.

L'injection intra-artérielle, qui peut se produire dans l'artère humérale après effraction malencontreuse de la paroi postérieure d'une médiane basilique, occasionne des accidents impressionnants : coloration érythro-cyanotique des téguments, sensation de bras mort, douleur angineuse, etc.

Le coup de lumière acridinique. La teinture de l'épiderme muqueux atteint son maximum une demi-heure après chaque injection ; mais au bout d'une dizaine d'injections, le cumul tinctorial est tel que la coloration reste étale entre deux séances ; il s'ensuit une teinte subictérique du tégument. Puis, le corps de Malgighi, ainsi coloré, s'interpose fatalement entre les rayons solaires et l'organisme ; il transforme la qualité des radiations interceptées, et augmente de ce fait leur pénétration dans les couches profondes : c'est là le photodynamisme, la luminosensibilisation, explicable par la fluorescence de la gonacrine, qui constitue ainsi un agent photodynamique des plus puissants ; d'où le coup de lumière acridinique, qui n'est autre qu'un coup de soleil immérité, contracté par un gonacriné ; il est des plus bénins, mais laisse à sa suite une pigmentation résiduelle, et plus tard une hypertrichose.

Du choc gonacrinique, résulte aussi une exaltation des virus latents, dont un sujet ne manque jamais d'être porteur (biotropisme de Milian).

Comme accidents hépato-toxiques, on note une stomatite gonacrinique, un ictère gonacrinique. Il existe aussi des accidents néphro-toxiques ; mais les auteurs n'en ont jamais observé d'exemple après la pratique, dont ils se réclament ; les tares rénales antérieures doivent intervenir.

S'il n'est pas de médications inoffensives, on ne saurait cependant, après le bilan exposé, crier à l'extrême toxicité de la gonacrine. Voici la règle proposée :

1° En général, les auteurs réservent la gonacrine aux petits malades, et ils l'injectent à la dose moyenne de 10 centigrammes, et aux intervalles de deux à trois jours.

2° Ils se sont longtemps bornés à juger de la tolérance rénale par l'élimination du produit, qui, fluorescent, révèle sa présence en lumière de Wood, même à une très faible concentration ; il faut en principe exiger pour continuer la cure une élimination quasi-totale en trois jours, au moins pour les doses précitées ; ainsi le cumul se restreint à un minimum sans inconvénients pratiques.

3° La précaution d'un dosage préalable de l'urée sanguine est maintenant des plus légitimes. Pour tout malade suspect, il faut un dosage de l'azote sanguin quarante-huit heures après l'injection intraveineuse trypaflavique.

La formule, en matière d'acridinothérapie, doit être : petites doses, petits malades. Ce principe une fois établi, la gonacrine demeure un merveilleux agent de cure, dans le traitement général de la blennorragie. Elle est aussi le médicament des asthéniques, des carencés : lèpre, tuberculose ganglionnaire et chirurgicale.

De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme.

(MM. Pasteur-Vallery-Radot, P. Blamoutier et F. Claude. -- *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 13-3-1931.)

On admet actuellement qu'une crise d'asthme, quelle qu'en soit l'origine, ne peut survenir que sous l'influence d'un déséquilibre vago-sympathique. On conçoit donc qu'une intervention chirurgicale, en agissant sur les filets terminaux du pneumogastrique, puisse modifier d'une façon durable l'état du système nerveux végétatif, et par conséquent déclenche ou fasse cesser les crises.

Une intervention chirurgicale peut donc avoir une influence sur les crises d'asthme. Elle peut les faire disparaître pendant un temps variable. Inversement, elle peut, dans des cas d'ailleurs exceptionnels et chez des sujets prédisposés, les faire apparaître.

G. F.

Les Thèses

P. — Robert GRÉGOIRE. **Signes radiologiques pulmonaires dans l'érythème noueux de l'enfant** (1931).

Les rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose sont le plus souvent admis par les cliniciens, néanmoins ils sont encore discutés. Le Dr Robert GRÉGOIRE qui au cours de son externat a eu l'occasion d'observer de nombreux enfants atteints d'érythèmes noueux et suspects de tuberculose dans le service de son maître le Dr Robert Debré, professeur agrégé, les a observés, une fois soumis à la tuberculine, à la radiographie. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Tout examen d'enfant présentant un érythème noueux serait incomplet s'il n'était pratiqué une bonne image radiographique de ses champs pulmonaires.

La découverte de signes radiologiques de splénopneumonie est fréquente en pareil cas ; moins fréquente la constatation d'une adénopathie latéro-trachéo-bronchique, ou d'une pleurésie sèche de la grande cavité ou d'une scissure.

La nature tuberculeuse de ces lésions décelées par la radiographie paraît évidente.

Dans un certain nombre de cas l'examen radiologique est négatif comme l'examen clinique mais la cutiréaction est positive.

Cette thèse dont les observations très complètes, très démonstratives, sont accompagnées de radiographies très nettes, apporte une contribution sérieuse à la question de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux qui ne nous semble plus désormais contestable.

J. NOIR.

P. — Dr J. LE GUAY. — **Quelques complications de la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles.** (Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, VIe arr., Paris, 1930.)

Le plus souvent bénigne, la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles guérit d'une façon définitive par un traitement approprié ; toutefois elle peut devenir grave par sa tendance à la chronicité et par ses complications.

Ces complications sont de deux ordres : *Complications locales*, en général peu sérieuses. Ce sont l'urétrite, la bartholinite, l'ophtalmie purulente, la cystite, la péritonite. *Complications générales et à distance*, avant tout le rhumatisme et la septicémie à gonocoque.

La septicémie gonococcique est une éventualité rare à la suite d'une vulvo-vaginite, mais elle comporte un pronostic très sombre malgré les quelques cas de guérison. Il est important de signaler la localisation du gonocoque sur l'endocarde à la fois pour le diagnostic et l'évolution de la maladie. La méningite gonococcique, malgré sa grande rareté, n'en existe pas moins comme une observation de l'auteur en apporte la preuve.

En présence d'un état septicémique chez une petite fille, on devra toujours penser à la possibilité d'une origine blennorragique et rechercher la vulvite.

P. — Dr A. SLIOSBERG. — **Contribution à l'étude des protéines du sérum au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1930.)

Au cours de la tuberculose pulmonaire, le taux des albumines totales n'est que peu ou pas modifié, sauf dans des cas exceptionnels ; parmi les albumines du sérum, c'est la globuline qui subit les variations les plus importantes ; c'est elle qui constitue l'élément labile des protéines ;

Aux formes extrêmes, l'ulcéro-caséeuse évolutive et fibreuse apyrétique, correspondent des valeurs du quotient albumineux caractéristiques : basses dans le premier cas, élevées dans le second. Pour les valeurs intermédiaires de ce quotient, on trouve pêle-mêle toutes les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire sans qu'il soit possible d'établir entre elles et par ce moyen une classification ;

Les variations du quotient, étudiées chez un même sujet sont plus étendues à l'état pathologique qu'à l'état normal, et cependant le fait qu'elles sont dans l'un et l'autre cas très accentuées, ajoute encore à ces difficultés de classification et enlève à l'étude de la protéinémie son intérêt pronostique, d'autant plus que les variations pathologiques ne sont pas parallèles aux variations cliniques ;

Rapprochée de l'étude du CO^2 alvéolaire et de la vitesse de sédimentation des hématies, l'évaluation de la protéinémie, de technique plus délicate, ne constitue pas un progrès pour le diagnostic des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et le pronostic évolutif de cette affection.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

LA DISCUSSION AU SÉNAT DE LA LOI ARMBRUSTER. — LE VOTE DE L'ARTICLE PREMIER. — SINGULIÈRE OPPOSITION DU PROFESSEUR CH. RICHET

Donc, nous avons vu, de nouveau, remettre sur le tapis l'étude des diverses mesures proposées, par les uns et les autres, pour remédier à la crise numérique dont est menacée la profession médicale. Et nous avons retenu, du rapport du doyen Balthazard au Conseil supérieur de l'Instruction publique, cette affirmation que la pléthore n'existerait pas, si l'afflux immodéré d'éléments étrangers était enrayé.

Il y a dans cette affirmation une possibilité immédiate de réalisation, et des circonstances enfin favorables ont permis que la même possibilité devint tangible, par la discussion au Sénat du projet de *loi Armsbruster* modifiant la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, particulièrement par le placement des étudiants étrangers, postulant le diplôme d'Etat français, exactement sur le même plan que les étudiants français, — grâce à la suppression de tolérances et de faveurs, en vérité, inexplicables.

C'est, en effet, le 9 juin dernier que cette discution a commencé. Trois discours ont été tout d'abord prononcés, dont vous trouverez le texte intégral à la fin du présent numéro du *Concours médical* : l'un du Dr DENTU, rapporteur du projet, dont nous publions aussi le très intéressant document ; l'autre, du Dr CHAUVEAU, président de la Commission d'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales ; le troisième enfin, du Dr ARMBRUSTER, auteur du projet de loi.

Tous ont été unanimes, sous des formes quelque peu différentes, à proclamer la nécessité de cette modification.

« C'est pour que le Corps médical puisse continuer à vivre sa vie de grande honorabilité, devant laquelle se sont inclinées tant de générations, que nous vous demandons, certains qu'elle y contribuera, d'adopter la proposition soumise à votre délibération », a dit le Dr Dentu.

« ... Nous estimons tous indispensables les mesures soumises à vos délibérations. En rétablissant pour tous les médecins de France la simple égalité des conditions professionnelles, en mettant partout à la portée de nos nationaux des praticiens de valeur technique uniformément reconnue, vous n'aurez porté aucune atteinte, même légère, au rayonnement nécessaire et d'ailleurs précisément organisé, de notre prestigieux enseignement médical français, pas plus qu'à l'hospitalité légendaire d'une nation qui, ici encore, accueille comme ses propres enfants ceux qui lui font l'honneur et l'amitié de vouloir le devenir », a dit le Dr Chauveau.

« ... La proposition de loi a surtout pour but de faire une sélection rigoureuse parmi les étrangers qui voudront exercer en France et d'éviter, dans l'intérêt même des malades, les graves inconvénients de l'encombrement de la profession médicale ; elle aura certainement les plus heureux effets pour la sauvegarde de la santé publique », a dit le Dr Armsbruster.

Le Professeur DEBIERRE est intervenu pour réclamer l'obligation du baccalauréat de l'enseignement classique (latin-grec). Il a éloquemment exposé les raisons qui exigent du futur médecin une formation secondaire dont les humanités doivent faire la plus grande partie des frais.

« ... Dans l'intérêt même de la médecine française, dans l'intérêt même de la valeur morale de la profession, il est indispensable que vous votiez le projet de loi qui met un frein, non seulement aux équivalences de l'étranger, mais encore aux équivalences françaises et qui exige de tous ceux qui, désormais, entreront dans une Faculté de médecine pour y prendre des inscriptions, qu'ils soient pourvus du baccalauréat classique latin-grec », a-t-il déclaré, avec d'excellentes intentions.

Une intervention de M. François SAINT-MAUR ne saurait être passée sous silence. L'honorable sénateur a demandé que, dans l'enseignement de la médecine, une part fut faite à l'enseigne-

ment des lois sociales, que les médecins doivent bien connaître, pour collaborer utilement à leur application dans leur domaine. Et il a ajouté, en terminant, *in cauda vevenum* :

« Je ne veux pas insister sur ce point, ni prendre prétexte de l'application de la loi des assurances sociales pour rappeler que, si elle rencontre aujourd'hui de grosses difficultés, *ce n'est ni du côté patronal, ni du côté ouvrier, mais peut-être d'un autre côté.* »

Réplique d'un sénateur au même propos d'un député : c'est le médecin qui est le véritable responsable des lacunes, des erreurs, des complications de la loi... Tiens, tiens ! ! ! Voyez-vous cela ?

Là-dessus, le Ministre de l'Instruction publique a pris la parole, et ce fut pour s'écrier : « Vous allez trop vite en besogne... Nous sommes plusieurs ministres intéressés au vote de cette loi : le ministre de l'intérieur, le ministre de la santé publique, le ministre des affaires étrangères, le ministre des colonies... Nous n'avons pas été entendus par la Commission, et pourtant, nous avons notre mot à dire... Dans le plus bref délai, demain si vous le voulez, je me présenterai devant vous, et je n'y viendrai pas les mains vides ; il s'agit surtout de questions de formes... »

A quoi le Dr Dentu a répliqué opportunément : « ... La proposition de M. Armsbruster a été déposée à la séance du 18 avril 1930. D'un autre côté, il y a trois mois que, le 3 mars 1931, mon rapport a été déposé. Vous me permettrez de le dire respectueusement, je ne comprends pas que le gouvernement, en une année, n'ait pu prendre position sur une pareille affaire... Ce que nous voulons, c'est aboutir. Si nous ne pressons pas la discussion, la rentrée de 1932 aura lieu sans aucun changement. »

Finalement, tout le monde se mit d'accord pour renvoyer la suite de la discussion à la plus prochaine séance, après avoir voté l'article premier du projet en discussion, ainsi conçu :

« Nul ne peut exercer la médecine en France et dans les colonies s'il n'est muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine ».

Un amendement avait été déposé par le Dr Le Moignic, en ces termes :

« Toutefois, aux colonies, les diplômes délivrés dans les écoles de médecine locales aux sujets français permettront aussi l'exercice de la médecine, dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique. »

Cet amendement a été également voté, et les autres dispositions du projet ont été renvoyées à la Commission pour l'audition du ministre de l'Instruction publique.

***

Il semble bien que le Sénat soit favorable, dans son ensemble, à la loi Armsbruster, dont les étudiants en médecine et les médecins, dans leurs groupements corporatifs, ont réclamé avec insistance l'adoption aussi rapide que possible.

Peut-être rencontrera-t-elle des oppositions plus ou moins avouées. Faut-il ranger dans la catégorie des opposants déclarés ouvertement le vénérable professeur Charles Richet qui, dans un article publié par le *Progrès médical* du 8 juin, proteste énergiquement contre la prétention d'*élever une muraille de Chine entre les étrangers et nous* ?

Les statistiques démontrent l'augmentation rapide du nombre des étudiants étrangers à la Faculté de Paris... « Naïvement je m'imaginais que cet afflux était un hommage rendu à notre Patrie, à notre Faculté, et en même temps, c'était un profit pour nous, un élément de prospérité, un agrandissement de notre influence mondiale.

« Eh bien ! à ma prodigieuse surprise, il paraît que cette opinion est une lourde erreur. Oui ! Je vois avec regret que presque tous les médecins sont désolés de cette *pléthore.* C'est le mot péjoratif dont ils se servent pour indiquer cette affluence... »

Les hôpitaux encombrés ? Les laboratoires insuffisants ? Les démonstrations pratiques impossibles ? Objections sans consistance. Il n'y a qu'à augmenter le nombre des cliniques, des laboratoires, des professeurs, des répétiteurs.

Et c'est un membre de l'Académie de médecine, ancien professeur, qui tient ce langage !

Vos capacités d'enseignement sont insuffisantes ? ? ? Accroissez-les ! ! !

Vous voyez comme c'est simple et facile.

Faut-il s'arrêter à discuter ce point de vue ? A quoi bon ! Celui que semble ignorer le professeur Richet est très différent et c'est là qu'aucune objection sérieuse ne peut être soulevée. Personne d'entre nous n'a jamais songé à empêcher les étrangers de venir s'instruire en France dans nos différents centres, et notamment dans nos Facultés et Ecoles de médecine.

Ce qui constitue une véritable monstruosité, c'est de fournir à certains d'entre eux, — on cherche vainement à la faveur de quelle raison valable, — des facilités matérielles et intellectuelles qui sont refusées aux Français eux-mêmes; c'est de leur donner des moyens autrement pratiques de s'installer en France et d'y concurrencer nos nationaux, à une période de surpeuplement de la profession.

Entre la distribution généreuse et libérale d'un enseignement, et les droits que confère son acquisition intégrale, il y a un abîme. Egalité

de droits ? Soit ! A la condition qu'il y ait égalité d'obligations.

C'est cette égalité d'obligations que la loi Armsbruster entend établir. Ce qui est inimaginable, c'est qu'il ait fallu attendre jusqu'en 1930 pour essayer de faire disparaître une aussi choquante disproportion entre les lourdes charges imposées aux Français et les larges dispenses accordées à certains étrangers.

« Ouvrons à deux battants tous nos lieux d'enseignement et de recherches, nos cliniques, nos cours, nos laboratoires aux étrangers, me disait fermement en janvier dernier le professeur Forgue, mais en leur fermant, et c'est justice, l'exercice de la professsion sur le territoire, à moins de l'entourer d'un contrôle des plus rigoureux. »

Eh bien ! C'est ce contrôle que la loi Amrsbruster entend précisément établir.

Oserai-je espérer que M. le professeur Charles Richet, mieux informé, se ralliera à la conception de son très sympathique collègue de Montpellier, et admettra que la pléthore, ce mot péjoratif qui le heurte, s'applique bien plus aux praticiens en exercice qu'aux étudiants eux-mêmes ?

G. DUCHESNE.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Plaie par coup de pied de mulet. Mort par tétanos. Absence d'injection préventive.

COUR D'APPEL D'ALGER, 10 décembre 1930.

(Archives du « Sou Médical »).

Commet une imprudence, engageant sa responsabilité professionnelle, le médecin qui, appelé à donner ses soins à un blessé, porteur d'une plaie au visage, faite par le sabot d'un mulet, ne fait pas usage préventivement du sérum antitétanique : telle est l'opinion des médecins experts, désignés par le tribunal.

La Cour :

Attendu que le 16 juillet 1922, S. B., âgé de 19 ans, ouvrier, au service de C. propriétaire à B., accompagnait un véhicule attelé de 6 bœufs et de deux mulets, lorsqu'un des deux mulets le frappa d'un coup de pied au visage ;

Que le Dr P., médecin à B. chez qui il fut conduit lui donna des soins à plusieurs reprises ;

Que le 8 août, il décéda du tétanos à l'hôpital civil de M. ;

Que B. père a assigné devant le tribunal civil d'A., C. et le Dr P., comme responsables de la mort de son fils et a conclu à leur condamnation conjointe et solidaire en 200.000 fr. de dommages et intérêts, C. par application de l'art. 1385 du code civil, le Dr P. par application des art. 1382 et 1383 ;

Que C. a lui-même assigné le Dr P. en garantie ;

Que par jugement du 3 décembre 1927, il a été débouté de sa demande, qu'il a interjeté régulièrement appel de cette décision ;

Attendu que des enquêtes et contre-enquêtes auxquelles il a été procédé en première instance, il résulte que S. B. n'était pas chargé de la conduite de l'attelage, mais qu'il devait accompagner le véhicule auquel étaient attelés les deux mulets ;

Qu'il a frappé, sans avoir reçu aucun ordre spécial à cet effet, l'un des deux mulets pour le stimuler, que cet animal a rué et l'a atteint comme le prétend le demandeur au visage avec l'un de ses sabots ;

Que la blessure se trouvait entre l'aile du nez et l'os malaire.

En ce qui concerne la responsabilité de C. :

Attendu que si S. B. avait, avant de frapper le mulet qui l'a blessé, pris la précaution à laquelle il était tenu de se placer à l'abri des ruades de l'animal, il n'eût pas été blessé ;

Qu'il n'est pas établi qu'il n'ait point pu le faire ;

Que son imprudence de ce chef ne serait pas supprimée, alors, même ce qui n'est pas nettement établi, que le mulet fût vicieux, et qu'on ne l'eût pas averti ;

Qu'en effet, tout ouvrier agricole auquel la conduite des bêtes de trait est connue et qui prend l'initiative de frapper l'une d'elles pour l'exciter à faire de plus grands efforts, ne peut ignorer qu'un mulet frappé, au moment où il est arrêté par un obstacle, peut ruer ;

Que si S. B. ignorait ce danger, il est coupable de s'y être exposé ;

Attendu par suite que S. B. a été blessé à raison d'une faute qu'il a commise et dont C. n'est pas responsable ; qu'il est dès lors inutile de rechercher si, par la demande aux fins de preuve qu'il a formée et les faits qu'il a articulés, il a renoncé à l'application de l'art. 1384 du code civil, et s'est prévalu des seules dispositions des art. 1382 et 1383 du même code ;

Attendu que la loi sur les accidents du travail n'était pas applicable à l'Algérie à la date de l'accident.

En ce qui concerne le Dr P. :

Attendu qu'il n'est pas établi, ni même prétendu que la mort de Salvador B. ait eu pour cause la gravité de la blessure qu'il a reçue ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que Salvador B. a été conduit chez le Dr P., le jour même où il a été blessé, et à plusieurs reprises ;

Attendu que la seule cause du décès est le tétanos qui s'est déclaré à la suite de la blessure ;

Attendu qu'un médecin est responsable d'une faute évidente qu'il a commise ;

Attendu qu'un médecin qui, acceptant de donner des soins au cas d'une blessure faite par un sabot de mulet et par conséquent infectieuse et souillée de terre, commet une imprudence en ne faisant pas usage du sérum antitétanique, que telle est l'opinion des médecins experts désignés par le tribunal pour se prononcer sur la responsabilité du Dr P. ;

Attendu que la blessure de S. B. présentait les caractères ci-dessus indiqués ;

Que le Dr P. n'a pas fait au susnommé d'injection antitétanique ;

Attendu que le Dr P. prétend vainement que, dans la région de B., le tétanos est rare, bien que les blessures pouvant l'occasionner soient très fréquentes ;

Que la sérothérapie présentant des inconvénients, il était autorisé à ne point faire à S. B. une injection antitétanique ;

Attendu que ce moyen de défense, qui n'est pas admis par les experts, ne saurait être accueilli par la Cour ;

Qu'en effet, la pratique des injections antitétaniques est fort connue et répandue ; que ses avantages ont été maintes fois constatés, et qu'en l'espèce, la blessure ayant été faite par le sabot d'un mulet, susceptible d'être souillé de crottin de cheval et porteur du bacille du tétanos, ne pouvait pas être considérée comme du genre de celles où l'injection antitétanique ne s'impose point ;

Qu'en concluant ainsi, la Cour n'empiète pas sur le domaine souvent mystérieux de la science, mais retient une faute caractérisée à raison de l'autorité incontestable qu'a acquis un traitement connu de tous les médecins, et la nature particulièrement suspecte de la blessure ;

Attendu qu'il n'échet pas de rechercher si la faute du Dr P. a été lourde ou légère ; qu'il suffit de retenir qu'elle est évidente et suffisamment inexcusable pour engager sa responsabilité dans la mesure du dommage éprouvé ;

Qu'en effet, en procédant comme il l'a fait, il a privé son malade des seuls soins susceptibles de conjurer le danger auquel il était exposé ;

Attendu que la Cour trouve dans l'âge des parents de B. et celui de leurs enfants survivants des éléments lui permettant d'évaluer le préjudice moral et matériel que leur a causé la mort de leur fils aîné qui devait les soutenir dans leur vieillesse.

Vu l'art. 130 du code de procédure civile.

Par ces motifs :

Ouï les avoués des parties, leurs avocats et le Ministère public, statuant contradictoirement, publiquement, et après délibéré : reçoit comme régulier en la forme l'appel de B. père — réformant, dit que la blessure reçue par S. B. a eu pour cause une faute qu'il a commise — déboute B. père des conclusions qu'il a prises contre C — déboute par voie de conséquence ledit C. des conclusions de l'appel en garantie qu'il a introduites contre le Dr P. — dit que la mort de S. B. a été causée par le tétanos — dit que le Dr P. a commis une imprudence équivalente à une faute qui le rend responsable du décès de S. B. en ne lui faisant point, à titre préventif, des injections antitétaniques.

En conséquence, le condamne à payer au sieur B. père, la somme de 18.000 fr. à titre de dommages-intérêts, et les intérêts légaux à compter de la demande — déboutant les parties de leurs autres ou plus amples conclusions que les motifs de l'arrêt rend inutiles ou non fondées — condamne le Dr P. aux dépens de 1re instance et d'appel — exonère l'appelant de l'amende d'appel.

Commentaires

L'arrêt ci-dessus fait l'objet d'un pourvoi en cassation. Mais, avant que la cour suprême se soit prononcée, qu'il me soit permis de faire quelques réflexions, en rapprochant cette décision du fameux jugement du tribunal civil de Valenciennes qui vient de condamner un confrère à 75.000 francs de dommages-intérêts, pour ne pas avoir pratiqué une injection préventive de sérum antitétanique, à un blessé du travail.

Peut-on imputer à faute, à l'encontre d'un médecin, le fait, en présence d'une plaie provoquée par un coup de pied de cheval, ou de mulet, de ne pas avoir pratiqué une injection préventive de sérum antitétanique ?

Ecartant tous les reproches accessoires faits au médecin, parce que considérés comme mal fondés, la cour d'Alger, s'appuyant sur l'expertise, a simplifié le débat à l'extrême, en appréciant que, puisque la blessure de B... était peu grave, et ne pouvait entraîner la mort, le décès n'est dû qu'au tétanos, qui s'est déclaré, par la faute du praticien.

Juridiquement et professionnellement, le docteur P. a-t-il commis une faute, par omission de traitement, omission ayant entraîné la mort ?

Nous devons tout d'abord poser le principe que la médecine n'est pas une science exacte, ayant la rigueur de la mathématique : c'est un art, c'est-à-dire, l'application, dans le domaine subjectif et objectif, d'une technique donnée.

Un médecin ne peut se décider automatiquement à ordonner, ou à pratiquer un traitement, d'après l'apparition, ou la constatation d'un ou plusieurs symptômes. Bien au contraire, le diagnostic est la conséquence d'une série d'obser-

vations cliniques, de la comparaison de tels ou tels symptômes entre eux, soit que ces derniers soient constatés, soit qu'ils soient absents.

Le traitement découle du diagnostic ; mais alors, doit entrer en considération la nature même du malade, sa résistance, son habitus, son genre de vie, etc., etc. Il faut en outre avoir égard à la réaction personnelle de chaque malade, vis-à-vis de tel ou tel agent thérapeutique.

Il faut enfin prendre en considération le degré d'infection, de virulence, la résistance du sujet et sa manière de réagir contre la pullulation microbienne.

Le malade est donc, aux yeux de son médecin, un véritable problème physiologique et pathologique, comportant de très nombreuses inconnues. Il s'en suit que le médecin peut être parfaitement excusable de ne pas avoir résolu toutes les hypothèses, tourné toutes les difficultés et ce sont là points de science que le juge doit s'abstenir de contrôler, tant en matière de diagnostic que de traitement (Cassation, requêtes, 21 juillet 1919 ; *D.* 1920-1-30).

Mais, la technique, qui est à la base de l'art médical, comporte, comme toute technique, un certain nombre de règles élémentaires essentielles : tout praticien est censé les connaître et devoir les appliquer, sinon, il est en faute.

Or, en cas de blessure de la face, par coup de pied de cheval ou de mulet, l'injection préventive de sérum antitétanique est-elle obligatoire, alors que, très souvent, ces plaies peuvent être infectées par le bacille tétanique ? S'abstenir de cette précaution, est-ce une faute contre une règle élémentaire de prudence ?

Avec la cour d'Alger, il semble qu'à première vue, il faille répondre par l'affirmative, en décidant qu'en pareil cas, il était indispensable de penser à la contamination possible par le Nicolaïer et, par conséquent, de pratiquer le plus tôt possible la vaccination antitétanique.

Pour sa défense, le médecin objecte qu'il n'a jamais constaté un seul cas de tétanos dans sa contrée ; ne croyant pas à la génération spontanée du bacille, il n'a pas cru que cette petite plaie, minime, aussi souillée que bien d'autres blessures, qu'il avait déjà eu l'occasion de soigner, pourrait, contre toute attente, devenir le siège d'une infection tétanique.

Malgré les chances d'infection innombrables dans la vie agricole, le praticien pouvait se croire autorisé à considérer les risques de tétanos comme pratiquement négligeables.

Cependant, répond la cour d'Alger, par le sens de son arrêt, la gravité du tétanos, la fréquence de cette infection, par suite de plaies souillées de terre, ou blessures provoquées par des chevaux ou mulets, et, d'autre part, la pratique courante des injections préventives, qui sont, jusqu'à présent le seul moyen de préserver le malade contre l'infection mortelle, ont constitué aux yeux des magistrats un ensemble de considérations de technique médicale, dont on peut reprocher à faute le fait de les avoir méconnues, ou négligées.

Est-ce à dire que l'arrêt ci-dessus soit exempt de toute critique ?

Il conviendrait d'abord de savoir si le médecin avait du sérum antitétanique à sa disposition.

Ensuite, était-il prudent de pratiquer le traitement préventif, par sérothérapie chez le sujet en question ? Il ne faut pas perdre de vue que l'injection antitétanique, comme toutes autres injections sériques préventives n'est pas une panacée universelle.

De nombreux cas d'anaphylaxie grave, parfois mortels, ont été signalés et ce n'est pas de gaîté de cœur qu'un praticien averti va d'emblée introduire dans l'économie de son malade une dose de sérum quelconque.

En second lieu, peut-on encore se demander si l'injection préventive aurait certainement évité l'apparition du tétanos ?

Oui, dans la plupart des cas, alors cependant qu'il est signalé des observations, montrant des individus mourant de tétanos, qu'ont été l'objet d'une injection préventive de suite après le traumatisme.

D'ailleurs, dans la science, il est prouvé que le tétanos est fort grave, pour ne pas dire presque toujours mortel, lorsque la porte d'entrée est constituée par une plaie de la face ou de la tête.

En pareille occurrence, même s'il avait pratiqué l'injection préventive, le médecin aurait pu voir son blessé succomber aux suites de la terrible infection. On lui aurait probablement reproché d'avoir introduit des bacilles dans l'organisme, puisqu'il était prouvé que, depuis un temps immémorial, il n'y avait jamais eu de cas de tétanos dans la région. On aurait accusé le sérum et, partant, le médecin.

Allant même plus loin, est-il certain que le praticien n'ait pas pensé à faire cette injection, mais que ce soit le blessé lui-même qui s'y soit refusé ? Que de fois nos malades ne veulent pas se soumettre à tel ou tel traitement ; mais ne se gênent pas plus tard pour nous accuser, si les événements leur démontrent qu'il eut fallu de suite obtempérer aux ordres du praticien.

Nous pouvons maintenant critiquer l'arrêt sur un autre point : en admettant que le praticien ait commis une faute, il est inadmissible de prétendre que cette faute soit la seule cause de la mort du malade. En effet, le Dr P. n'est pas intervenu sur un individu sain : c'est un blessé, déjà infecté, qu'on lui a confié et qui est mort des suites de l'infection, dont il portait déjà les germes.

Le seul effet de la faute du médecin consiste à n'avoir pas employé un procédé préventif, qui aurait peut-être empêché la maladie de se déve-

lopper et, qui, dans l'état actuel de la science, est recommandé, et non pas imposé.

La faute du médecin n'apparaît donc pas comme étant la cause première, la cause essentielle de la mort du blessé : ce n'est en quelque sorte, qu'une cause accessoire. La faute paraît donc plus négative que positive et, dans l'appréciation des dommages et intérêts, il convient de tenir compte de ce que rien ne permet d'affirmer, *a priori*, que l'injection antitétanique aurait, à coup sûr, empêché le développement de l'infection mortelle.

Il n'existe sur ce point que des probabilités et non pas des certitudes.

Je rapproche maintenant cet arrêt du jugement du tribunal de Valenciennes, que nous avons publié dans le *Concours*, 1931, p. 625.

Je tiens surtout à montrer combien dangereux peut être le procédé de juger la conduite de médecins-praticiens, alors que l'expert est tranquillement assis dans son cabinet.

Souvent, l'expert de grande ville n'exerce plus depuis longtemps la médecine, si tant est qu'il l'ait jadis exercée.

Il est au courant des théories scientifiques; pour les besoins d'une cause, il fait les recherches bibliographiques nécessaires, compulse des auteurs, dans de nombreuses bibliothèques, mises à sa disposition.

Il peut donc très facilement dire qu'en doctrine il convient de faire ceci et de ne pas faire cela.

Mais qu'il me soit permis de faire remarquer que, dans le silence de son cabinet, l'expert ne raisonne pas comme le praticien.

Celui-ci est tiraillé par les nécessités de sa clientèle courante ; il doit être spécialiste en toutes choses, répondre à tous les appels, parer au plus pressé, donner ses soins à un malade de médecine, panser une plaie, consolider un membre cassé, pour ensuite visiter un enfant, un nourrisson, faire de la gynécologie, pratiquer un accouchement.

Comment voulez-vous que cet homme puisse tout savoir, surtout lorsqu'il n'a pas, dans sa campagne, dans sa pratique rurale, ni le temps nécessaire pour lire à tête reposée, ni la bibliothèque, dans laquelle puise l'expert ?

Ce dernier ne voit pas le malade, au moment de l'accident : souvent il n'apprécie que sur pièces, ou examine le patient longtemps après le début, ou la fin du traitement.

Cependant, au moment de l'affolement général, pendant les premières heures après l'accident, le praticien doit avoir la tête à tout, penser à tout et rassurer le malade, l'entourage, puis filer vers d'autres occupations professionnelles.

Appelé auprès d'un blessé, dans les instants qui suivent l'accident, le médecin doit, avant d'intervenir, examiner son malade et peser le pour et le contre de chacune de ses interventions.

Au lit du patient, la théorie existe peu : c'est la pratique qui nous guide ; la médecine est plus un art qu'une science : chacun exerce l'art de guérir non seulement avec sa propre expérience et son caractère, son tempérament, mais aussi selon l'état du malade et les circonstances.

Il faut pratiquer l'injection antitétanique, toutes les fois qu'il est nécessaire de le faire, à titre préventif, pour enrayer une infection tétanigène possible : voilà ce que les experts décident gravement, au nom de la théorie.

Mais, répond le praticien, je dois me préoccuper de l'état du malade, de sa plus ou moins grande vitalité, de l'état de shock dans lequel il se trouve. Ai-je du sérum avec moi ? Quand pourrai-je revenir pour faire l'injection préventive ? Mon malade et son entourage vont-ils accepter, ou refuser ce traitement ? S'ils refusent, comment pourrai-je plus tard faire la preuve de ce refus ? Ce malade n'a-t-il pas déjà eu des accidents post-sériques ? N'en a-t-il pas entendu parler ?

S'il fait de l'anaphylaxie, ne va-t-on pas me le reprocher, surtout si les accidents sont graves ?

Ainsi la doctrine est souvent fort éloignée de la pratique.

Dans le cas, qui eut son épilogue devant les conseillers à la cour d'Alger, le praticien pouvait hésiter, en pratique, à injecter le sérum préventif, alors que jamais il n'avait constaté de tétanos dans la région, malgré les blessures souillées des agriculteurs de l'alentour.

Et si, à la suite de son excès de zèle, après l'injection de prudence, le blessé avait eu de graves accidents, quel tollé dans la région et quel discrédit en clientèle !

Dans le cas de Valenciennes, la victime était un grand blessé, en état de shock : le plus pressé était l'état actuel : d'abord empêcher le blessé de succomber, éviter l'hémorragie, atténuer les souffrances.

Que le médecin traitant n'aie pas pensé à pratiquer l'injection préventive, pour parer à un événement ultérieur : quel est celui d'entre nous qui n'ait pas commis pareil oubli alors que l'attention du praticien est concentrée entièrement sur l'état local de la blessure et l'état général de la victime ?

Il est très facile, dans son cabinet, de décider : « il faut faire ceci, il ne faut pas faire cela ; »

Pendant dix ans, j'ai exercé à la campagne et j'ai connu des heures d'affolement, ayant à parer au plus pessé, avec un blessé qui va mal, une plaie qui saigne, qu'il faut nettoyer minutieusement, un entourage, qui vous dessert plutôt qu'il n'est utile.

De sorte que, par la pensée, lorsque je me replace dans ces conditions, où seul le praticien doit conserver tout son sang-froid, je ne puis pas ensuite, froidement, dans mon cabinet, décider

qu'il eut fallu faire ceci et ne pas faire cela. On fait ce qu'on peut et si possible, ce qu'on doit.

Messieurs les experts ont-ils tous connu ces heures d'angoisse intérieure, sous un masque apparent de calme ? Se demandent-ils ce qu'eux-mêmes, avec toute leur science, auraient pu faire, s'ils s'étaient trouvés dans les mêmes situations et surtout les mêmes conditions ?

Entre la doctrine, la théorie et la pratique, il y a un abîme.

Conclusions

Avant de décider que le médecin doit, pour n'être pas en faute, faire une injection de sérum antitétanique, il faut :

1° Considérer l'état actuel du blessé et se demander s'il est momentanément en état de supporter la piqûre et ses conséquences (car, pour que l'injection préventive soit efficace, il faut la pratiquer le plus rapidement possible, par rapport au traumatisme, sinon elle ne sera plus préventive).

2° Savoir si le praticien avait du sérum à sa disposition immédiate.

3° Savoir si le blessé, ou son entourage, ne se sont pas opposés à cette injection.

4° Connaître si le blessé n'a pas déjà eu des injections préventives ou curatives d'un sérum quelconque et comment son organisme a réagi ;

5° Savoir si les accidents ultérieurs possibles d'anaphylaxie et d'intolérance sérique ne constitueront pas une aggravation dans l'état du blessé, susceptibles d'entraîner une catastrophe, qui sera alors imputée à faute au médecin.

6° Décider si, dans l'état actuel de la science, les injections préventives de sérum antitétanique sont véritablement immunisantes et si, malgré leur pratique, le tétanos ne s'en déclare pas moins .

7° Rechercher les cas où le tétanos déclaré, sans injection préventive, a pu néanmoins guérir par des traitements consistant en injections massives de sérum et en l'emploi de médicaments appropriés.

Ces questions de doctrine scientifique et de pratique médicales étant résolues par les hommes de l'art, les juges auront à se préoccuper des questions de fait :

1° Comment les choses se sont-elles passées ?

2° Quels étaient les moyens dont disposait le médecin, pour parer au plus pressé et porter secours à son malade ?

3° Pouvait-il agir professionnellement en toute liberté et en toute indépendance d'action, par rapport au milieu, à l'entourage, la localité, etc. ?

4° Il faut enfin considérer la faute, au regard de celui qui est accusé de l'avoir commise. Pourquoi, par rapport aux médecins de campagne ou de quartier, les médecins des hôpitaux, les professeurs de Faculté demandent-ils des honoraires, nettement supérieurs ?

Parce qu'aux yeux de la clientèle, on attend d'eux une science supérieure, un diagnostic et un traitement moins sujets à l'erreur.

Mais, tout comme leurs confrères, ces hommes de science sont faillibles, moins fréquemment, il est vrai. Par suite, ce qui peut être retenu à faute contre un tel, éminent praticien, doit être considéré comme n'étant pas dommageable du fait d'un praticien de campagne ou de quartier.

La faute n'est pas quelque chose d'absolu en soi, mais relative : pour la déterminer, il faut considérer, en dehors de toutes questions de science et de doctrine, ou d'école, la situation des parties en présence : le malade, son entourage, le lieu, les habitudes locales, la nature de la blessure et la possibilité de traitement, enfin la qualité scientifique et professionnelle du praticien.

Les juges de tribunaux et de cour d'appel n'outrepassent-ils pas leurs droits lorsqu'ils décident, en toute indépendance, malgré les avis scientifiques émis par les hommes de l'art, tant experts que membres de compagnies savantes ou de groupes de praticiens ? Telle est la question qui est soumise en droit à la cour de cassation.

La réponse de la cour suprême sera d'un grand poids pour l'avenir de l'exercice de la profession médicale.

Dr Paul Boudin.

LES SITUATIONS MÉDICALES AUX COLONIES

Nous avons rendu compte, en son temps, du succès de la belle manifestation de propagande coloniale qui eut lieu le 27 mars dernier, à la Sorbonne, à l'instigation du *Jeune médecin*, que dirige si talentueusement notre ami le Dr J. Crouzat. Nous avons souvent enregistré nous-même les doléances de confrères exerçant dans nos Colonies, et plaidé leur cause. Nous nous sommes élevés contre l'insuffisance des traitements alloués aux médecins de l'Assistance médicale indigène. Et *Le Jeune médecin* a, de son côté, fait campagne pour obtenir le relèvement de ces traitements.

Tous ces efforts n'ont pas été inutiles, et le relèvement espéré est en voie de réalisation.

C'est d'ailleurs au *Jeune médecin* que nous empruntons les renseignements suivants, sur les situations diverses auxquelles peut prétendre un

médecin qui entre dans les cadres de l'Assistance médicale indigène.

I. Afrique équatoriale française

A) Médecins de l'Assistance médicale indigène

(*Moyen Congo, Gabon, Tchad, Oubangui-Chari*)

Age : avoir quarante ans au plus.

Contrat d'une durée de cinq ans, renouvelable, comportant deux séjours de deux ans suivis chacun d'un congé de six mois en France.

NOUVELLES SOLDES. — *France* : Premier séjour, par an : 25.000 fr. ; deuxième séjour, par an : 36.000 fr.

Indemnité spéciale annuelle de 2.240 fr.

Indemnités de charge de famille.

Indemnité de premier départ égale à un mois de solde de France.

A la colonie : Premier séjour, par an : 55.000 francs ; deuxième séjour : 79.200 fr.

Indemnités de charges de famille.

Indemnités de zone : 5 à 20 fr. par jour suivant les régions.

Indemnités de tournées : 48 fr. par jour.

Logement gratuit aussi convenable que les ressources du pays le permettent.

Voyages gratuits du médecin et de sa famille.

Sur demande, avance de deux mois de solde de France, remboursable par quarts sur la solde des quatre premiers mois suivant l'arrivée à la Colonie.

B) Médecins des secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Etre célibataire ou s'engager à ne pas faire venir sa famille à la Colonie.

Age : Avoir quarante ans au plus.

Contrat d'une durée de cinq ans comportant deux séjours de deux ans à la Colonie, suivis chacun d'un congé de six mois en France.

Accomplissement d'un stage de trois mois, partie à l'Institut Pasteur de Paris avant le premier départ, partie à l'Institut Pasteur de Brazzaville, à l'arrivée à la Colonie (différentes indemnités pendant ce stage).

SOLDES. — France, par an, 28.000 fr. ; après trois années : 32.000 fr.

Indemnités diverses.

A la Colonie : 61.000 fr.

Indemnités de zone.

Indemnités de technicité de 10.000 fr. après le premier séjour de deux ans, de 30.000 fr. après le deuxième, de 60.000 fr. après le troisième.

Mêmes avantages que ci-contre.

II. Afrique occidentale française

1) Médecins de l'Assistance médicale indigène.

Limite d'âge : trente ans, prorogée d'une durée égale à celle des services militaires sans toutefois dépasser trente-cinq ans.

SOLDES (1) :

	France	Colonies
Médecin adjt 3e cl.	14.000	23.800
— 2e cl.	20.000	34.000
— 1re cl.	23.500	39.950
Médecin de 3e cl.	26.000	44.200
— 2e cl.	32.000	54.400
— 1re cl	38.000	64.600
— ppal de 2e cl	46.000	78.000
— ppal de 1re cl. avant 3 ans	55.000	93.500
après 3 ans	62.000	105.400

Indemnité de premier départ égale à un mois de solde de présence.

Indemnité journalière de zone, variable suivant la région (4 à 20 fr.).

Indemnités pour charges de famille.

Indemnités de fonctions diverses.

LOGEMENT GRATUIT.

Voyage gratuit pour le médecin et sa famille.

Congé de six mois après chaque séjour de deux ans à la colonie. Une indemnité de 2.240 fr. s'ajoute à la solde de présence.

Pension. — Est égale au minimum à la moitié du traitement perçu pendant les trois dernières années et calculé à l'exclusion des indemnités. Ce minimum est augmenté en proportion de la durée des services.

Retraite. — Au bout de vingt-cinq ans de service dont quinze à la colonie, égale aux 3/4 de la solde d'activité (avec plafond de 30.000 fr.).

B) Médecins contractuels.

Ces emplois sont réservés aux candidats qui, à cinquante-cinq ans d'âge, ne pourraient réunir vingt-cinq années de service.

Engagement par contrat renouvelable de deux ans, avec congé de six mois après chaque séjour colonial de deux ans.

Soldes (1). — *France* : 15.000 fr. ; *Colonie* : 25.500 fr.

Augmentation de 1.200 fr. en France et de 2.000 fr. à la Colonie, après chaque séjour outremer de deux ans.

Indemnites et passages.

Mêmes avantages que ci-contre.

(1) Ces soldes sont en instance d'augmentation.

III. Indo-Chine

Recrutement par voie de concours. Limite d'âge : trente-deux ans (qui peut être prolongée du temps du service militaire normal).

SOLDES (1) :

	France francs	Colonie piastres
Médecin stagiaire	14.000	4.232
Médecin de 5e cl.	17.900	5.400
— 4e cl.	20.450	5.800
— 3e cl.	26.000	6.700
— 2e cl.	33.000	7.550
— 1re cl.		
avant trois ans	39.000	8.225
après trois ans	42.000	8.675
après six ans	45.000	9.000
Médecin ppal avant 3 ans	51.200	9.700
après trois ans	56.200	10.400
après six ans	62.000	11.000

Indemnité de premier départ égale à un mois de solde de présence.

Indemnité de zone : de 10 à 60 piastres par mois.

Frais de tournées : de 800 à 1.000 piastres par an.

Indemnités annuelles de charges de famille.

Logement assuré moyennant une légère retenue sur la solde (5 %).

Indemnités de fonctions diverses : services des chemins de fer, des chantiers, des travaux, inspection des viandes.

Voyages gratuits pour le médecin et sa famille.

Congé de six mois après chaque séjour colonial de trois ans, à solde entière de présence ; une indemnité de 2.400 fr. s'ajoute à cette solde.

Avancement. — Le stage est de deux ans au maximum ; en pratique la titularisation est acquise au bout d'un an. L'avancement a lieu ensuite au choix, tous les deux ans. Les anciens internes des hôpitaux des villes de Facultés et d'écoles de plein exercice sont nommés, directement et sans concours, médecins de 5e ou 4e classe suivant qu'ils ont accompli moins de quatre ans ou quatre ans d'internat.

Retraite. — A cinquante-cinq ans d'âge, après vingt-cinq ans de service dont quinze à la colonie. Le minimum de la retraite est égal à la moitié du traitement moyen perçu pendant les trois dernières années, ce minimum étant augmenté en proportion de la durée des services.

(1) Ces soldes sont en instance d'augmentation.

IV. Madagascar

A) Médecins du cadre de l'assistance

SOLDES (1) :

	France francs	Colonie francs
Médecin de 4e cl.	13.000	22.100
— 3e cl.		
avant deux ans	15.000	25.500
après deux ans	18.000	30.600
Les médecins nommés après concours débutent au 4e échelon, 2e cl.	23.000	39.100
Médecin de 1re cl.	25.000	42.500
— ppal de 3e cl.	28.000	47.600
— ppal de 2e cl.	31.000	52.700
— ppal de 1re cl.	35.000	59.500
Méd. en chef de 2e cl. avant quatre ans	37.000	62.900
après quatre ans	41.000	69.700
Méd. en chef de 1re cl. avant quatre ans	44.000	74.800
après quatre ans	46.000	78.200
après huit ans	49.000	83.300

Les médecins, internes, titulaires et chefs de clinique d'une Faculté, débutent au 5e échelon (solde : France, 25.000 ; *colonie*, 42.500 *fr.*).

Logement gratuit.

Indemnité de zone de 4 à 20 fr. par jour.

Un certain nombre d'indemnités viennent s'ajouter.

Facilité de faire de la clientèle, mais les ressources, de ce fait, sont variables suivant la résidence choisie.

B) Médecins contractuels

Contrat de trois ans avec congé de six mois à passer en France à l'expiration de chaque période (voyage gratuit pour le médecin et sa famille).

SOLDES (1) :

	France francs	Colonie francs
1re période	13.000	22.100
2e période	15.000	25.500
3e période	18.000	30.600
4e période	23.000	39.100
5e période	25.000	42.500

Indemnité de zone (4 à 20 fr. par jour suivant la région).

D'autre part, le tableau suivant que j'emprunte au *Journal de médecine de Bordeaux* (30 avril 1931) donne les soldes dont jouissent les médecins du Service de santé de l'Armée coloniale, en France et aux Colonies.

(1) Ces soldes sont actuellement en instance d'augmentation.

Soldes annuelles aux Colonies

TARIF APPLICABLE A COMPTER DU 1er OCTOBRE 1930

GRADES	SOLDES de France.	COLONIES à 12/10e (1)		COLONIES à 9/10e (1)		COLONIES à 8/10e (1)		COLONIES à 7/10e (1)		COLONIES à 65/100e (1)		COLONIES à 6/10e (1)	
	francs.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.
Médecin général inspecteur :													
2e échelon	117.504	258.508	80	223.257	60	211.507	20	199.756	80	193.881	60	188.996	40
1er échelon	105.732	232.610	40	200.890	80	190.317	60	179.744	40	174.457	80	169.171	00
Médecin général :													
2e échelon	75.204	165.448	80	142.887	60	135.367	20	127.846	80	124.086	60	120.326	40
1er échelon	71.460	157.212	00	135.774	00	128.628	00	121.482	00	117.909	00	114.336	00
Médecin colonel	61.092	134.402	40	116.074	80	109.965	10	103.856	40	100.761	80	96.747	20
Médecin lieutenant-colonel	48.420	106.524	00	91.998	00	87.156	00	82.314	00	83.893	00	76.472	00
Médecin commandant:													
2e échelon (après 4 ans de grade ou 32 ans de services)	42.768	94.089	60	81.259	20	76.982	40	72.715	60	70.567	20	68.428	80
1er échelon (avant 4 ans de grade)	37.620	82.764	00	71.478	00	67.716	00	33.954	00	62.073	00	60.192	00
Médecin capitaine :													
4e échelon (après 12 ans de grade ou après 8 ans de grade et 30 ans de services)	36.648	80.625	60	69.631	20	65.966	40	62.301	60	60.469	20	58.636	80
3e échelon (après 8 ans de grade ou 4 ans de grade et 25 ans de services)	33.372	73.418	80	63.406	80	60.069	60	56.732	40	55.283	80	53.395	20
2e échelon (après 4 ans de grade ou après 20 ans de services)	30.060	66.132	00	57.114	00	54.108	00	51.102	00	49.599	00	48.090	00
1er échelon (avant 4 ans de grade)	27.252	59.954	40	51.778	80	49.053	60	46.328	40	44.965	80	43.603	20
Médecin lieutenant :													
4e échelon (après 8 ans de grade et 20 ans de services)	24.444	53.776	80	46.443	60	43.999	20	41.4	80	40.332	60	39.110	40
3e échelon (après 8 ans de grade ou après 4 ans de grade et 15 ans de services)	21.636	47.599	20	41.108	40	38.944	80	36.781	20	35.699	40	34.617	60
2e échelon (après 4 ans de grade ou après 10 ans de services)	20.196	44.431	20	38.372	40	36.372	80	34.333	20	33.323	50	32.313	60
1er échelon (avant 4 ans de grade)	18.324	40.312	80	34.815	60	32.983	20	31.150	80	30.234	60	29.318	40
Médecin sous-lieutenant :													
2e échelon (après 6 ans de services)	16.164	35.560	80	30.711	60	29.095	20	27.478	80	26.670	60	25.872	40
1er échelon (avant 6 ans de services)	14.292	31.442	40	27.154	60	25.725	60	24.296	40	23.581	80	22.867	20

(1) 12/10e : Afrique Equatoriale.
9/10e : Cameroun.
8/10e : Nouvelles-Hébrides.
7/10e : Indochine, Afrique Occidentale, Togo, Madagascar, Djibouti, Océanie, Guyanne, Iles Wallis.
65/100e : Martinique, Guadeloupe, Réunion, Nouvelle Calédonie.
6/10e : Indes et Saint-Pierre-Miquelon.

MAJORATIONS POUR ENFANTS	INDEMNITÉS DE CHARGES MILITAIRES *Taux journalier.* (Majoré de 12 p. 100).					
	AFRIQUE OCCIDENTALE ET ÉQUATORIALE. GROUPE DE L'AFRIQUE ORIENTALE. TOGO. GROUPE DU PACIFIQUE. GROUPE DES ANTILLES. CÔTE DES SOMALIS. CAMEROUN. N° 1		SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON. N° 2		INDOCHINE. — INDES. N° 3	
	Marié (officiers de tous grades)	Célibataire	Marié	Célibataire	Marié	Célibataire
Mêmes indemnités que dans la métropole (1).	fr. c. 16 00	fr. c. 10 00	fr. c. 12 00	fr. c. 7 50	fr. c. 8 00	fr. c. 5 00

(1) Décret du 22 juillet 1930 (*J. O.* des 28 et 29 juillet 1930 page 85/9).

INDEMNITÉ SPÉCIALE (1) Afrique Occidentale, Togo, Cameroun, groupe du Parifique, 9 francs plus majoration, 12 p. 100.

(1) Décret du 10 février 1926 (*B. O.* Colonies, page 218).

« Il est incontestable, écrit le Dr CHABÉ, à propos de ce tableau de soldes, que, dans le grand effort fait aujourd'hui par la France pour mettre en valeur ses colonies et se libérer de la tutelle étrangère, un des premiers rôles est dévolu au médecin. »

Il y a là des débouchés, pour les jeunes médecins que n'effraient pas les lointaines mais temporaires expatriations, qu'il est nécessaire de leur faire connaître.

G.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Il faut plaindre ces pauvres esprits qui s'emparant de reflets étrangers, se les assimilent sans vergogne et font croire que ces clartés rayonnent de leur talent à eux.

Dr Ch. FIESSINGER.

CCCLXVII. — PANAIT ISTRATI. — **Tsatsa Minnka**. 1 vol. 17,5 × 21,5, illustré par BOISSONNAS. Tiré dans la *Collection originale* à 735 exemplaires numérotés sur velin de Rives (1). *Ed. Mornay*, Paris, 1931.

Dans cette plaine ingrate du confluent Sereth-Danube, fosse marécageuse, froide, gluante où il n'y a ni cultures, ni forêts, ni collines, dans cette *Balta* où la récolte de jonc alimente le maigre commerce de vannerie, de nattes, où la pêche fournit le plus clair de la subsistance, où le pain noir est un luxe, où rôde encore le loup, où la vie grégaire des rustres amorphes accentue cette morne impression de plate uniformité qui émeut si nostalgiquement l'âme inquiète d'Istrati avant de toucher la nôtre, la figure décidée de Tsatsa Minnka se relève comme un clair visage sur l'obscurité de toute cette détresse.

Et son histoire de page en page se poursuit comme une déchirante complainte à trois ou quatre notes emportée par le vent aigre qui siffle monotone, sur les dos courbés par tous les renoncements. Minnka, vendue par son père à un riche commerçant reviendra après la mort de son mari à sa vie de privations et à la sordide splendeur de son amour. La caresse de son nom est presque la seule joie du livre baigné tout entier par la menace de la cataclysmique colère

(1) En fait, dans les 735 ex. de l'édition, sont compris 35 Japon et 100 Hollande, ce qui ramène à 600 les Rives.

des fleuves débordés. La douceur de sa passion n'est pour elle qu'incomplète sauvegarde ; elle ne réussit pas à l'affranchir de cette universelle résignation des bêtes et des gens qui l'entourent, de ce fatalisme plié aux éclats du boyard, à l'hostilité systématique des éléments. Le talent rude d'Istrati lui a permis de faire de Minnka l'émouvant symbole autour duquel gravitent toutes les infortunes de cette horde misérable de l' « Embouchure ». Ses descriptions tourmentées ont de la vie parce qu'il les *pense*, et je ne serais pas surpris qu'il eût *assisté* à cette minable débandade de ses compatriotes chassés par l'inondation et dont il dépeint la fuite qui les emporte avec une ampleur d'exode, une violence de châtiment cinglant un peuple maudit. Si l'écrivain est allé très loin dans cette connaissance des tortures quotidiennes agrémentées de froid, de faim, et même d'amour, M. Boissonnas chargé d'illustrer le texte a parfaitement saisi et rendu la signification profonde du thème. Il a prodigué les bistres couleur de crasse proche orientale et de misère, mais toute la gamme violente des mascarades vestimentaires s'y retrouve pour mieux marquer l'opposition flagrante de l'insouciance turbulente de ces malheureux et de leur détresse si facilement oubliée. Loques éclatantes où se repose la joie de leurs yeux, teintes vives des haillons qui paraissent si saisissantes quand nous les retrouverons à la dérive sur un radeau dans la coulée puissante du du fleuve sous le ciel menaçant. Je vous « recommande » les horizons de M. Boissonnas : trois traits sur du blanc, une plante rabougrie au premier plan (page 199) d'admirables dégradés de nuages et il semble que votre regard s'enfonce à perte de vue entre deux berges désolées où vous devinez l'eau torpide. Je voudrais, si la place ne me faisait défaut, étendre mon commentaire : vous parler, par exemple, de la tête de vieillard, admirablement fouillée, de pope apostat qui a un si étrange relief à la page 70 ; d'autres encore. Je m'y attarderais très volontiers car je me demande par quel artifice le graveur a pu atteindre cette légèreté de trait et ce délié des *courbes* ? Les couleurs sont affirmées ou estompées avec une adresse qui se teinte volontairement de naïveté dans les culs-de-lampe inspirés des gros points maladroits des broderies paysannes. La couverture elle-même semble encadrée de ces étoffes danubiennes fougueusement ornées et bariolées, et il n'est pas jusqu'aux caractères auxquels on n'ait demandé par leur large effort de frappe de contribuer à préciser le deuil infini de ceux, qui, avec Minnka, se déclarent consolés par l'espoir rivé à leur malchance que « *demain* la coupe de jonc sera belle. »...

CCCLXVIII. — Ch. MAURRAS. — **Du Louvre à la Bastille.** 1 vol. 17 × 25, tiré à 336 ex. numérotés sur velin d'Arches à la forme. *Ed. du Cadran,* Paris, 1931, 100 fr.

Six méditations parfaitement ordonnées, d'inpiration différente mais cimentées par une clarté intellectuelle d'une classique pureté. La misère des musées, leur « grande pitié » (comme on écrirait à notre petite époque) ont dicté à M. Maurras les premières pages à propos du vol retentissant de la Joconde. Le désordre de la cité qui l'avait permis s'est-il bien amendé ? Ce n'est pas le lieu, pour nous, de le discuter. L'argumentation de l'auteur est d'un tour *littéraire* séduisant : nous n'avons qualité que pour témoigner de l'élégance de la forme. Son commentaire du vieil Hérodote est d'une dialectique subtile ; celui du principe de l'autorité est d'une chaleureuse philosophie. Des vertus de notre race, après quelques considérations générales très fermes, il donne un saisissant exemple en nous retraçant la tragique agonie d'un gardien de phare. Son Apologie de la Bastille est d'une très poétique sincérité et clôt le livre par une curieuse justification de la raison d'Etat. Le velin est de qualité et l'impression composée à la main est d'une remarquable netteté.

Varia. — * *L'Archer* de juin est heureusement composé : souvenirs romantiques ; notes de voyages ; flétrissure des *excès* de la psychanalyse; délicate nouvelle et louange du ski par le Dr Lacq.

* *Cocktail,* vers et prose, 21, rue du Commandant Marchand, à Liége, est gentiment saupoudré d'illusions.

* Le *Coup de patte* poursuit sa distribution, toutes griffes dehors. Un de nos sympathiques journalistes médicaux est pris dans la bagarre, pour une opinion fort défendable.

* Je reçois à l'instant une édition magnifique du *Vitriol de Lune* (Ed. Mornay) qui fera date dans les beaux livres de l'année ; je vous en dirai plus exactement les mérites mais je vous avertis avant les vacances de la *sortie* de cette œuvre de très grande classe où la fantaisie de Guy Arnoux s'en donne à cœur joie.

27 juin 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES ÉTRANGERS

I

Rapport

fait au nom de la commission de l'enseignement, chargé d'examiner la proposition de loi de M. Armbruster et plusieurs de ses collègues, tendant à modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, par M. Dentu, sénateur (1).

Messieurs, l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers, les conditions dans lesquelles ils sont admis à la pratiquer ont de longtemps provoqué les récriminations du corps médical. Alors que les praticiens venus d'autres pays étaient peu nombreux, leur présence était supportée sans trop de réclamations. Si celles-ci sont devenues plus vives, si les groupements médicaux ont pris position en vue d'obtenir une réforme de la loi et des décrets qui ont permis des abus, c'est que la situation s'est singulièrement aggravée ces temps derniers. Depuis la guerre, en effet, notre pays a vu arriver un afflux important d'étrangers, et d'autre part, le nombre d'étudiants en médecine augmente dans des proportions qui ne répondent pas aux besoins du pays. La statistique des étudiants inscrits à la faculté de médecine de Paris est assez suggestive, ainsi qu'il résulte des tableaux ci-après (Tab. 1 et tab. 2).

Nombre d'étudiants.

1927-1928	4.007	dont	1.022	étrangers
1928-1929	3.760	—	1.205	—
1929-1930	4.152	—	1.511	—

Pour l'ensemble des facultés de médecine le nombre total d'étudiants en 1930 a été de 11.375 se décomposant ainsi :

Français	8.228
Etrangers	3.147

Proportion des étrangers par rapport au nombre total d'étudiants dans les diverses facultés :

Lille	4,4 p. 100
Marseille	6,5 —
Bordeaux	8,5 —
Lyon	10 —
Toulouse	19 —
Montpellier	34 —
Paris	36 —
Nancy	53 —

Si l'on veut bien considérer qu'alors que la population française de 1900 à 1928 s'est accrue seulement de deux millions d'unités, le nombre des médecins est passé de 16.815 à 27.500, on se rendra compte que si l'augmentation continue à pareille allure, avant peu la profession ne pourra plus leur permettre de gagner honorablement leur vie et le niveau moral de la masse des praticiens serait en danger de s'abaisser. Cela est tellement vrai que le doyen de la faculté de médecine, M. Balthazard, et le docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux ont cru nécessaire de jeter un cri d'alarme dans une lettre adressée aux parents, aux élèves, aux professeurs de philosophie, en avril 1930, pour les prémunir contre les dangers d'entrée dans la carrière médicale sans une vocation réelle, qui permettrait à ceux qui l'embrassent de surmonter les difficultés inévitables qui les attendent. Le résultat de l'action de nos deux confrères est subordonné au degré d'entendement des parents, à la faculté de persuasion des professeurs, en résumé incertain. Vis-à-vis des étrangers, l'action est plus sûre, puisqu'elle résultera des mesures que le parlement prendra, s'il adopte la proposition de loi de notre collègue Armbruster.

Ici, une déclaration précise s'impose.

Le Corps médical n'entend pas demander l'interdiction d'exercer la médecine en France et aux colonies à tous les médecins étrangers ; nullement. Il réclame tout simplement que pour pratiquer la médecine en notre pays, Français et étrangers soient astreints aux mêmes obligations.

A l'heure actuelle, nous sommes loin de compte.

Si le Gouvernement ne peut plus, comme l'autorisait la loi de ventôse, accorder suivant sa convenance à un médecin étranger, gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire français, il peut encore, par de larges dispenses de scolarité et d'examens, favoriser singulièrement les étrangers soit en facilitant la transformation du diplôme d'université en diplôme d'Etat soit, par l'octroi d'équivalences discutables, ouvrir trop facilement les portes de nos facultés à des étudiants venus du dehors.

Comme l'on sait, les facultés de médecine décernent soit des diplômes d'Etat, soit des diplômes d'université. Seuls, les premiers donnent le droit d'exercer sur le territoire national ; les seconds sont des titres purement scientifiques ne donnant aucun des droits et privilèges attachés aux grades universitaires,

(1) *J. O.*..

Le décret du 21 juillet 1897 qui les a institués est net et formel.

L'article 15 spécifie : « Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades.

« Les études et les examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le conseil de l'université et soumis à la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.

« Les diplômes sont délivrés au nom de l'université par le président du conseil en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le Gouvernement. »

On le voit, entre les deux diplômes, Etat et université, la ligne de démarcation est bien tracée. Les examens d'entrée sont aussi différents. Alors que pour le diplôme d'Etat on exige le baccalauréat français de l'enseignement secondaire, pour le diplôme d'université, on accorde aux étrangers des équivalences dont la valeur a été souvent discutée. L'arrêté ministériel du 20 avril 1929 comprend 112 titres étrangers qui, pendant l'année scolaire, seront admis en équivalence du baccalauréat français,. Il est peut-être difficile de savoir ce que représente la valeur scientifique de ces équivalences. Mais on reste un peu inquiet lorsque, dans la « Revue de France » du 15 janvier 1931, on lit ces paroles écrites par le professeur Sergent. « Il m'est arrivé, dit-il, de faire avouer à certains étudiants étrangers que le certificat d'études, auquel on avait conféré chez nous la valeur d'une équivalence avec notre baccalauréat, était insuffisant dans leur pays pour autoriser l'inscription dans une école ou dans une faculté. » Peu nous importerait de la valeur scientifique plus ou moins grande de l'équivalence si elle devait suffire exclusivement à l'obtention de diplômes d'université. Mais l'étranger qui voudra rester en France s'efforcera plus tard de transformer son diplôme en diplôme d'Etat. Et pour cela, le décret du 17 août 1928 lui donnera toute facilité. Avec ce décret : dispense de scolarité, même totale, dispense d'un certain nombre d'examens, et facilité au besoin de remplacer le baccalauréat de l'enseignement secondaire par d'autres titres universitaires.

L'article 5 de la proposition de loi que nous rapportons aura pour effet de maintenir le diplôme d'université dans la situation pour laquelle il a été institué, et de rendre plus difficile sa transformation en diplôme d'Etat. Ceux qui voudront conquérir ce dernier titre n'auront qu'à s'inscrire pour lui, dès le début de leurs études, et ne pas essayer de l'obtenir par des voies détournées.

Voici maintenant un étranger muni d'un diplôme d'Etat. Il peut exercer son art dans notre pays sans être astreint à se faire naturaliser. On exige cette dernière formalité que de ceux qui veulent transformer leur diplôme d'université en celui d'Etat. Qu'on puisse exercer la médecine sans être Français, le cas se produit assez souvent.

Exemple : du 1er janvier au 16 décembre 1930, la préfecture de police a enregistré 242 diplômes sur lesquels 55 appartiennent à des étrangers ; 16 de ces derniers sont naturalisés, 39 ne le sont pas, et par conséquent ne sont astreints à aucune obligation militaire. Pour remédier à cet état de choses, l'article 5 bis de la proposition de loi proposiat d'imposer la naturalisation aux praticiens qui veulent exercer la médecine avant 30 ans, et ne l'exigeait après cet âge que de ceux venant d'un pays où on l'impose à nos nationaux. La commission de l'enseignement à décider que tous les étrangers voulant pratiquer la médecine en France devaient être naturalisés. Ainsi ne verrait-on plus des docteurs devenant Français après 30 ans révolus, et n'ayant jamais fait de service actif, arborer des galons de médecin sous-lieutenant dans les réserves !

Il faut examiner maintenant la situation actuelle des Roumains, des Mauriciens, des étudiants de la faculté de Beyrouth et de ceux venant d'autres pays.

ROUMAINS

Inscrits à la faculté de médecine de Paris.

1927-1928	209	159	50
1928-1929	395	272	63
1929-1930	413	372	41
1er janvier 1931	511	436	75

La situation de ces étudiants est très simple. Le baccalauréat roumain étant considéré comme l'équivalent du baccalauréat de l'enseignement secondaire français, les Roumains, possesseurs de ce diplôme, peuvent s'inscrire pour le diplôme d'Etat.

Pourquoi cette faveur ?

On a cru longtemps qu'entre notre pays et la Roumanie existait une convention réglant cet état de choses. On a fait des recherches dans les ministères. On n'a rien trouvé. Et, dans la séance du 6 février dernier, au Sénat, répondant à notre collègue Armbruster, M. le ministre de l'Instruction publique déclarait qu'il avait été impossible de trouver trace d'une convention pareille. C'est un arrêté en date du 23 novembre 1857 qui a autorisé les élèves de l'école de médecine et de chirurgie de Bucarest, qui justifieront de quatre ans d'études dans ladite école et de connaissance analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences, à prendre les quatre dernières inscriptions et arriver au doctorat, après avoir subi avec succès l'examen de la 3e année devant la faculté de médecine de Paris. D'autres décrets sont intervenus en 1866, 1880. Finalement la circulaire ministérielle du 21 juillet 1896 a consacré l'usage d'accorder l'équivalence du baccalauréat français au baccalauréat roumain.

D'un pareil privilège, les Roumains profitent largement. Alors qu'avant la guerre, les étudiants originaires de ce pays étaient seulement cinquante environ, à l'heure actuelle, leur nombre à décuplé. Comme

on l'a vu plus haut, au 1er janvier 1931, ils étaient 511 et, sur ce nombre, 436 postulaient le diplôme d'Etat. C'est-à-dire que dans quelques années, 436 médecins roumains pourront s'installer chez nous et concurrencer les médecins français qui ont une tendance à devenir trop nombreux. Si l'on essaie de trouver une cause à cette invasion, on trouve qu'on a décrété à Bucarest le « numinus clausus ». On lit dans un rapport de M. le doyen Balthazard.

« Cette année même, il a été décidé que l'on n'inscrirait que 150 étudiants en 1re année de médecine (exception faite pour les fils de médecins, qui peuvent être pris en surnombre...) ».

Les uns se sont orientés vers d'autres carrières, les autres au contraire sont venus demander leur inscription dans les facultés françaises et en particulier à la faculté de médecine de Paris ...

« Bien mieux, les Roumains, à qui nous réservons un accueil si aimable, auquel aucun autre étranger ne peut prétendre sans réciprocité d'aucune sorte, les Roumains font pour la plupart une grande partie de leur études médicales gratuitement. A partir du début de la troisième année, il leur suffit d'adresser une demande d'exonération de droits d'inscriptions et de travaux pratiques pour que cette exonération leur soit automatiquement accordée sans limitation de nombre, alors que la proportion de dispenses pour les Français ne peut dépasser un cinquième ». (Rapport Balthazar.)

Au chapitre 25 du budget de l'instruction publique pour 1931-1932 figure un crédit de 375.000 fr. sous le titre de « secours d'études aux étudiants roumains », se rapportant, il est vraisemblable, aux étudiants inscrits à n'importe quelle faculté. On le voit, la situation faite aux Roumains dans nos facultés de médecine est exceptionnelle. Cela pouvait se comprendre lorsque la Roumanie était la petite puissance que nous avons connue jadis. Maintenant que les derniers traités en ont fait une grande puissance, c'est plus discutable ; que de toutes façons, nous favorisions ses citoyens pour qu'ils étudient chez nous et reçoivent le diplôme d'université, c'est notre devoir vis-à-vis d'une nation amie. Il ne doit pas aller jusqu'à leur permettre de venir concurrencer nos compatriotes et les gêner dans l'exercice de leur profession.

MAURICIENS

Ils sont d'ailleurs en très petit nombre et, sans qu'on sache pourquoi, leur baccalauréat britannique est admis comme l'équivalent du baccalauréat français. C'est, dit M. le Ministre de l'Instruction publique, en raison de leur origine et de leur éducation françaises. Passons.

ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE BEYROUTH

La Faculté de médecine et de pharmacie de Beyrouth a été fondée en 1883 dans le but de donner des médecins à la Syrie et au Proche-Orient. Ce n'est qu'en 1895 que lui fut octroyé le privilège du diplôme d'Etat. Pour être admis à suivre les cours, pas besoin de baccalauréat, un examen suffit. La durée des études est de 5 ans, plus une année de P. C. N. Tout en rendant justice à l'effort accompli par cette faculté pour développer dans ces régions l'influence française on ne peut admettre que ses docteurs viennent s'établir en France pour concurrencer nos nationaux. Elle semble s'écarter dans ce cas du but pour lequel elle a été créée. Aussi le projet de loi ne donnera le droit d'exercer en France qu'aux diplômés de Beyrouth, citoyens français, titulaires du baccalauréat français.

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Pour ceux-là, la situation est très simple : il seront à l'avenir complètement assimilés aux étudiants français ; aucune dispense d'examen et de scolarité ne leur sera accordée.

CHIRURGIENS-DENTISTES et ÉTUDIANTS EN ART DENTAIRE ÉTRANGERS

La commission d'enseignement a prévu qu'il fallait régler également la situation des chirurgiens-dentistes et des étudiants en art dentaire venant de l'étranger, et de leur imposer des conditions identiques à celles imposées aux docteurs en médecine et aux étudiants étrangers. Ils devront donc accomplir deux ans de scolarité et subir tous les examens.

Tel est l'ensemble des mesures proposées vis-à-vis des docteurs et étudiants étrangers. Il n'y a dans ces dispositions rien qui soit dirigé contre eux, rien qui les empêche de venir faire leurs études dans notre pays, trop heureux de les accueillir et de leur ouvrir les portes de nos facultés. Poursuivant leurs études pour le diplôme d'université, ils pourront continuer à venir profiter de l'enseignement de nos maîtres, de nos laboratoires, de nos cliniques et quand ils retourneront dans leur pays ils contribueront au rayonnement de la science française. Quant à ceux qui veulent rester et s'établir en France, pourquoi ne pas exiger d'eux, mêmes titres, même scolarité, mêmes examens que nos étudiants. N'auraient-ils pas au contraire avantage à avoir un contact plus prolongé et plus certain avec notre formation intellectuelle ? D'ailleurs, ils ont devant leurs yeux l'exemple de leurs devanciers qui ont illustré la profession. Ne lisait-on pas il y a quelque temps, un interview du dernier doyen de la faculté de médecine de Paris, le professeur Roger, dans lequel il faisait remarquer que de grands savants d'origine étrangère n'avaient pas hésité à passer leurs examens et à acquérir tous les grades universitaires imposés à nos nationaux, et il citait Orfila, Brown-Séquard, d'autres qui furent nos maîtres ou nos condisciples, Damaschino, Panas, Albarran pour ne parler que de ceux qui sont disparus. Ce que ceux-ci ont fait, d'autres peuvent le faire.

En résumé, ce que l'on veut voir disparaître, c'est l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus à l'étranger. Ce que l'on veut maintenir, c'est la valeur scientifique du doctorat en médecine français. C'était déjà la grande préoccupation du ministre de l'Instruction publique dans son rapport au Président de la Ré-

publique qu'on peut lire à l'« *Officiel* » du 11 janvier 1909 :

« Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire est exigé de tous aspirants au doctorat en médecine. Les facultés, les associations médicales, rappellent avec une insistance très justifiée que le futur docteur en médecine doit avoir, en raison même de l'importance sociale de sa profession, une forte éducation intellectuelle et littéraire. Déjà nous voyons avec regret que cette culture humanitaire tend à fléchir. Il est tout à fait important pour garder à cet état son niveau moral élevé, pour limiter la pléthore, pour préserver l'accès de cette profession de l'invasion en masse d'élèves ayant une préparation prémédicale insuffisante ou d'étrangers à certificats très contestables, qu'aucune infraction ne soit faite à cette règle, que les étrangers voulant exercer la médecine en France soient soumis aux mêmes obligations que nos nationaux et que les dispenses par lesquelles on arrive à tourner ce règlement soient entourées des garanties les plus sévères. Il y va de la sécurité et de la probité de la profession. » Ainsi parlait M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, le 11 janvier 1909.

Tout commentaire de notre part ne pourrait qu'affaiblir la portée de cette déclaration. Elle est le meilleur plaidoyer en faveur de la proposition que nous vous demandons d'adopter.

***

[L'article premier ayant été adopté par le Sénat, amendé par le Dr Le Moignic, des commissions se sont réunies, des échanges de vues auxquels les départements intéressés ont participé, ont eu lieu.

Et finalement, la proposition de loi a été remaniée et se présente comme suit : mais comme la clôture des débats parlementaires n'a pas permis d'en reprendre la discussion, le Ministre de l'Instruction publique, comme nous l'avons annoncé le 12 juillet, apris un arrêté réglant provisoirement le sort des Roumains. N. D. L. R.]

« **Proposition de loi.** — Art. 1. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est :

1° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Toutefois, les pays étrangers, où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine, pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

« Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le doctorat d'Etat français, devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Les étrangers, munis du diplôme d'Université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même, des dispenses d'examens pourront leur être accordées sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques.

« Art. 3. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens, de scolarité, en vue de leur inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Toutefois, en vertu des coutumes traditionnelles établies entre la France et la Roumanie depuis un demi-siècle, vingt places d'étudiants roumains, dans les Universités françaises, seront mises au concours chaque année, à condition que ces étudiants débutent, pendant deux semestres au moins, dans une Université de province pour venir ensuite, s'ils le désirent, terminer leurs études à Paris.

« Art. 4. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine, exerçant actuellement en France, devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

« Art. 5. — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres, ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels, depuis cinq ans.

« Art. 6. — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France, le jour de la promulgation de la loi ou qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

« Art. 7. — Trois ans après la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre d'inscriptions dans une Faculté de médecine, s'il n'est pourvu du baccalauréat de l'enseignement classique latin-grec.

Dans certaines Universités de province qui ont des Facultés ou des Ecoles de médecine, seront institués des cours de latin et de grec destinés à conduire au baccalauréat latin-grec, les étudiants du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, qui n'en seraient pas pourvus.

« Art. 8. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi. »

II

Débats Parlementaires

(*J. O.* 10 juin 1932).

Discussion au Sénat d'une proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

M. Dentu, *rapporteur*. — Messieurs, il est une question qui, à l'heure actuelle, est l'objet de l'attention des milieux médicaux. Qu'il s'agisse de professeurs de facultés, tous sont d'accord pour ne pas voir sans grande crainte l'augmentation vraiment inquiétante du nombre des étudiants qui poursuivent leurs études en vue de l'obtention du doctorat en médecine. A la faculté de Paris, on comptait en 1929-1930, 4.152 étudiants dont 1.511 étrangers. Et si l'on totalisait le nombre des étudiants de toutes les facultés de médecine françaises, on arriverait au chiffre de 11.375 se décomposant en 8.228 Français et 3.147 étrangers.

Si cet accroissement de futurs docteurs correspondait à des besoins réels, non seulement il n'y aurait pas lieu de s'alarmer ; bien au contraire, il faudrait se féliciter de cette poussée vers la profession médicale. Il n'en est pas ainsi.

Il y a trente ans, 17.000 médecins suffisaient pour répondre aux besoins de la population. Depuis lors, bien que cette dernière ne se soit accrue que de 2 millions d'unités, on en compte 27.000.

En somme, nous sommes en présence d'un accroissement anormal, d'une véritable hypertrophie de croissance que nous désignerons sous le nom de pléthore médicale, et à cette maladie, il faut chercher un remède.

Si cette pléthore était uniquement constituée par un trop grand nombre d'étudiants et de médecins français, la question vraisemblablement ne serait pas soumise aux délibérations du Sénat. Avec notre tempérament qui n'aime ni les règlements ni les restrictions, on laisserait jouer la libre concurrence et, un jour ou l'autre, de l'excès du mal naîtrait peut-être un bien, la restriction volontaire.

Pareil état de choses n'est pas spécial à notre pays ; d'autres nations, à l'heure actuelle, sont dans la même situation. Certaines, notamment la Roumanie, trouvant que le nombre d'étudiants devenait trop grand, certaines ont pris des mesures en conséquence et décidé de limiter le nombre des étudiants à admettre dans les facultés. Inutile de dire que pareille restriction ne serait jamais acceptée chez nous.

Mais il n'entre pas dans notre intention d'intervenir et de prendre des mesures limitatives à l'égard de nos nationaux ; peut-être convient-il, en vue de maintenir à un haut degré le niveau matériel et moral de la médecine en France, de restreindre le nombre des étrangers exerçant leur profession dans notre pays en n'admettant que ceux qui auront produit les mêmes diplômes à l'entrée des études, accompli la même scolarité, subi les mêmes examens que les Français. Et c'est pour arriver à ce résultat que vous est soumise cette proposition de loi qui apportera à la loi du 30 novembre 1892 les modifications nécessaires.

Une déclaration doit s'inscrire au fronton de cette discussion et la dominer. Il ne s'agit pas d'interdire aux étrangers la pratique de l'art médical en France. Ce qu'il faut, c'est que pour avoir le droit d'exercer chez nous, Français et étrangers soient sur un même pied d'égalité. (*Très bien ! très bien !*) Les mêmes obligations scolaires donnant les mêmes droits. La suite de la discussion montrera, qu'à l'heure actuelle il n'en est pas ainsi.

La loi du 30 novembre 1892 constitue la charte de la profession médicale. L'article 5 de cette loi règle la situation des étrangers voulant exercer en France d'une façon satisfaisante. Malheureusement, un malencontreux alinéa a ouvert la porte aux injustices, en admettant l'équivalence entre certificats scolaires étrangers et le baccalauréat français. Par cette porte se sont glissés des abus et cette porte, il faut la fermer.

Les facultés de médecine délivrent deux sortes de diplômes : un diplôme d'Etat et un diplôme d'université.

Seul le diplôme d'Etat donne le droit d'exercer en France. Pour l'acquérir, les étudiants doivent produire le baccalauréat de l'enseignement secondaire, puis accomplir la scolarité imposée par le décret de 1909 qui a organisé les études médicales. Pas de baccalauréat, pas d'études possibles. Mais ce n'est vrai que pour nos nationaux, car certains étrangers en sont dispensés et peuvent le remplacer par des équivalences. Ce sont les Roumains, les Mauriciens et les étudiants de la faculté de Beyrouth, et contre ces faveurs, les réclamations sont vives. Depuis 1855, les Roumains jouissent chez nous d'un régime privilégié.

On a commencé par admettre à la faculté de Paris les élèves de la faculté de Bucarest qui justifieraient de quatre années d'études dans ladite école. Puis, de concession en concession, on a admis le baccalauréat roumain comme l'équivalent du nôtre. Mieux que cela. Lorsque, à certaine époque, le baccalauréat roumain a été supprimé, on s'est contenté d'un simple certificat d'études délivré au lycée.

Actuellement, l'équivalence des deux diplômes est admise. En 1897, lorsque le diplôme d'Université a été créé, une circulaire ministérielle précisait que l'on exigerait strictement le baccalauréat français des étrangers postulant le diplôme d'Etat. Mais elle ajoutait : « Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants des pays auxquels nous lient, pour cet

objet, des conventions internationales », et les Roumains continuèrent d'obtenir le privilège de leur équivalence. Mais le plus curieux, c'est que, nulle part, on n'a trouvé trace de cette fameuse convention. Ici-même, dans la séance du 6 février 1930, répondant à notre collègue M. Armbruster, M. le ministre de l'Instruction publique l'a déclaré. Ce sont des arrêtés ministériels qui ont institué cet état de choses, que d'autres, avec moi estiment préjudiciable à nos étudiants.

Avant la guerre, infime était le nombre des Roumains postulant le diplôme d'Etat et s'établissant en France.

Depuis 1920, alors que leur patrie a limité le nombre de ses étudiants, ces derniers sont venus chez nous en très grand nombre, et au 1er janvier 1931, je vous prie de retenir ces chiffres, on en comptait, à Paris seulement, 436 inscrits pour le diplôme d'Etat, 75 seulement pour le diplôme d'université. Par conséquent, 436 qui, dans quelques années, exerceront leur art en France.

Pour peu que la progression continue en s'accentuant, il en résultera un dommage certain pour les nôtres. (*Très bien ! très bien !*)

Dans cinq ans, dit le doyen de la faculté de médecine, cinq cents médecins roumains exerceront la médecine dans nos campagnes, et surtout dans nos villes. Combien seront-ils dans dix ans ?

Est-ce là le but que se propose le Gouvernement lorsqu'il accorde aux Roumains de larges subventions pour qu'ils puissent poursuivre leurs études médicales ?

Je suis loin de critiquer cette façon de faire. Mais pourquoi n'accorderait-on pas les subventions qu'aux seuls étudiants qui prendraient l'engagement, une fois leurs études terminées, de retourner dans leur pays pour y répandre et propager l'influence française ? S'il en était autrement, la générosité du Gouvernement pourrait, un jour, se retourner contre les étudiants qui, pour terminer leurs études et pouvoir s'installer plus tard, doivent se livrer aux travaux les plus divers, et parfois les plus invraisemblables.

En somme, les Roumains jouissent du traitement de la nation la plus favorisée.

Quelles raisons aurions-nous à opposer à d'autres nations qui viendraient, elles aussi, nous réclamer le même privilège pour leurs étudiants, et demander l'équivalence de leurs diplômes ? La réponse serait facile si de tous on réclamait ce que nous demandons : le baccalauréat français.

Des Mauriciens, je ne dirai que peu de choses. Ils sont peu nombreux, mais ils sont tous dans une situation identique, et j'arrive aux étudiants de la faculté de Beyrouth. Fondée en 1883, cette faculté s'est vu, en 1895, concéder le privilège de délivrer des diplômes d'Etat.

Seuls sont admis des Orientaux et des Européens fixés en Orient. Actuellement, du fait de l'occupation, des fils de fonctionnaires y font leurs études. A l'entrée, pas de baccalauréat; un seul examen suffit. On dit qu'à la rentrée de 1932, le diplôme de bachelier sera exigé. C'est là une condition que l'on devrait imposer, car il n'est pas admissible que l'on accorde le diplôme d'Etat à des étudiants qui n'ont pas, au début de leurs études, fait preuve de connaissances suffisantes.

Je me garderai bien d'oublier de rendre hommage aux services rendus, par cette faculté à l'influence française dans le Proche-Orient. Elle a fourni, dans ces contrées, des médecins ayant une instruction médicale se rapprochant de la nôtre. Et c'est pourquoi elle a, d'ailleurs, été instituée et a reçu subventions et encouragements du Gouvernement français. Mais il faut qu'elle se limite au but pour lequel elle a été créée et que ses diplômés orientaux ne puissent venir s'installer chez nous et concurrencer nos nationaux.

Après le vote de la proposition de loi, seuls auraient le droit d'exercer en France et dans les colonies les diplômés de Beyrouth citoyens français titulaires du baccalauréat français.

Cette faculté ne souffrira aucun dommage de cette nouvelle réglementation, puisqu'il n'est pas touché à son privilège de décerner des diplômes d'Etat.

En résumé, à ces trois catégories d'étrangers, nous vous demandons de supprimer l'octroi des équivalences et d'imposer à tous l'obligation du baccalauréat au début des études.

Quand il s'agit d'études de l'importance des études médicales, est-ce trop demander à ceux qui veulent les entreprendre de montrer qu'ils ont des connaissances générales, une culture solide qui leur permettra d'en retirer tous les bénéfices ? (*Très bien ! très bien !*) Et qui sait, si leur esprit est un peu orienté de ce côté, certains peut-être seront heureux plus tard, dans les moments de loisir, de philosopher et de retremper leur esprit au contact de ces classiques dont, trop jeunes, ils n'ont pas toujours pu découvrir les mérites et la saveur. (*Applaudissements.*)

Pour exercer la médecine en France, il suffit aujourd'hui d'avoir le diplôme d'Etat. Et c'est tout. Pas besoin d'être Français. Primitivement, la proposition de loi n'exigeait la naturalisation que des médecins étrangers qui voulaient exercer en France avant l'âge de 30 ans. La commission d'enseignement a été unanime à réclamer que tout étranger, quel que soit son âge, qui veut s'établir chez nous, soit astreint à la naturalisation.

Il ne semble pas qu'il soit bien difficile de justifier cette décision. L'obligation du service militaire handicape nos nationaux qui, pour l'accomplir, sont obligés, soit d'interrompre leurs études, soit de retarder leur installation. Et pendant ce temps, les étrangers poursuivent leur scolarité.

J'ajouterai, quand il s'agit de naturalisation, dans des cas semblables, ne vous semble-t-il pas qu'un séjour plus ou moins prolongé dans notre pays, des formalités à remplir, ne doivent pas être les seuls éléments de détermination ?

Pour quelqu'un qui entrera par sa profession dans l'intimité des familles, qui peut avoir une influence

sociale, ne faut-il pas qu'il soit capable de comprendre les finesses et les délicatesses de notre race (*Très bien ! très bien !*), capable aussi de se les assimiler ? Car si le rôle d'un médecin est de soigner le physique, que de fois n'aura-t-il pas s'il veut guérir son malade, à agir sur le moral. (*Très bien ! très bien !*). Il y a aussi une autre raison, mais ici, je m'avance sur un terrain qui ne m'est pas familier. Si je m'en rapporte à une décision de la cour de Paris du 27 novembre 1907, la qualité de Français est indispensable pour l'exercice de la profession d'avocat. S'il en est ainsi, on ne comprendrait pas qu'une différence existât entre ces deux professions libérales.

Mais les étudiants étrangers ne s'inscrivent pas tous dans nos facultés en vue d'obtenir le diplôme d'Etat. Le plus grand nombre postule le diplôme d'Université. Lorsque ce diplôme fut institué, en 1897, il avait pour but de mettre à la disposition des étrangers un certificat d'études supérieures leur permettant, lorsqu'ils seraient de retour dans leur pays, d'apporter un témoignage de la valeur des études faites dans nos facultés. Ici, pas de baccalauréat exigé à l'entrée.

On se contente d'équivalences fixées par un arrêté ministériel. Et elles sont nombreuses. Que valent ces équivalences ? Il serait peut-être difficile de le dire, et l'on doit s'en rapporter aux services du ministère.

Cependant, j'ai signalé, dans mon rapport, qu'un professeur de faculté a déclaré qu'il a fait avouer à des étudiants que l'équivalence acceptée chez nous ne leur permettait pas dans leur pays de s'inscrire dans une faculté.

Si cette assertion avait besoin d'être corroborée, il suffirait de s'en rapporter au témoignage de notre collègue le professeur Debierre qui, en février 1930, s'élevait à la tribune du Sénat contre l'octroi d'équivalences qui sont loin, disait-il, d'avoir la valeur des diplômes de notre enseignement secondaire ; et il ajoutait : si ces étrangers allaient exercer dans leur pays d'origine, le dommage serait moindre, mais dans un très grand nombre de cas, ils restent chez nous.

J'ajouterai qu'il est cependant important que la valeur de ces équivalences soit contrôlée. Qu'elles en aient peu, le reste des études s'en ressentira, et lorsque les étrangers retourneront dans leur pays, quelle opinion pourront-ils donner de la valeur de notre enseignement ? Il faut croire que l'attrait de notre pays est bien grand, que la douceur d'y vivre est bien attirante (*Très bien ! très bien!*), puisqu'une fois le diplôme obtenu, nombre d'étudiants n'ont qu'un désir : rester chez nous pour y exercer leur art et, pour cela, veulent transformer leur diplôme d'université en diplôme d'Etat. Cela leur sera facile car, en vertu de certain décret, pourvu qu'ils remplissent certaines conditions, ils pourront être dispensés de toute scolarité, de quelques examens et acquérir le diplôme d'Etat. (*Très bien ! très bien !*)

La proposition de loi rendra cette transformation plus difficile, c'est certain, mais pas impossible. Pour l'obtenir, on impose deux ans de scolarité et l'obligation de passer tous les examens. La durée des études sera un peu prolongée. Mais où est le mal ? Pendant ce temps, les étrangers pourront se pénétrer plus intimement de notre culture et de notre langage.

D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que le diplôme n'a pas été institué pour faciliter l'accès au diplôme d'Etat. Il est et doit rester un titre purement scientifique.

Je résume en quelques mots l'économie de la proposition de loi :

1° Suppression des équivalences et obligation du baccalauréat de l'enseignement secondaire pour pouvoir postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

2° Pour ceux qui veulent transformer le diplôme d'université en diplôme d'Etat, obligation de faire deux années de scolarité supplémentaire et de passer tous les examens ;

3° Tous les étudiants français ou étrangers astreints aux mêmes obligations.

Je sais bien l'objection, la seule, que l'on pourrait faire à notre proposition de loi : c'est qu'elle pourrait éloigner les étrangers de nos cliniques et de nos facultés. S'il en était ainsi, l'argument serait sérieux, l'échec du projet certain et je ne le soutiendrais pas devant vous. Mais il n'en est rien.

Les étrangers pourront continuer à travailler en vue d'obtenir le doctorat d'université créé uniquement pour eux. Pour y arriver, ils pourront obtenir des équivalences. Comme maintenant, nos cliniques, nos hôpitaux leur seront ouverts pour y recueillir l'enseignement de nos maîtres, s'inspirer de leurs méthodes, se pénétrer de leur esprit, s'imprégner de la culture française, pour plus tard la faire rayonner dans leur pays.

Si, d'aventure, quelques-uns viennent avec l'intention de s'installer définitivement en France, rien ne les empêchera d'orienter leurs études dans ce sens dès le début et de suivre la même filière que nos étudiants. Nous avons tous connu des étrangers qui ont enseigné dans nos facultés et projeté sur elles un certain lustre ; mais ces professeurs n'avaient pas bénéficié d'équivalences ni obtenu de dispenses d'aucune sorte ; leur exemple peut être suivi et nul n'y trouvera à redire.

Si ce serait aller à l'encontre des intérêts de la France que d'éloigner les étrangers de nos facultés, ce serait, par contre, nuire à nos nationaux que de les laisser sans protection contre la concurrence de ces derniers, et, sans vouloir comparer deux choses qui sont difficilement comparables, pourquoi ne pas envelopper d'une même protection et le travail manuel et le travail de l'esprit ?

Non, messieurs, ce n'est pas une pensée de brimade vis-à-vis des étrangers qui est à l'origine de la proposition de loi ; ce sont des raisons matérielles et morales qui l'ont inspirée, ces dernières plus fortes et plus impérieuses. (*Très bien !*) On l'a dit, la médecine est un sacerdoce. (*Très bien ! très bien!*) Ce n'est pas là vaine

parole et je plaindrais celui qui entrerait dans la carrière guidé uniquement par des idées de gain et de lucre, je crois qu'il s'exposerait à de rudes mécomptes. Certes, pour ceux à qui le succès sourit, la vie est facile et un bien-être possible, mais le charme de la profession n'est pas là, il est dans la confiance des familles que l'on sent monter autour de soi et grandir au point de vous sacrer un jour médecin de la famille. (*Très bien!*) On devient alors le confident habituel, le dépositaire des secrets, et cela s'est obtenu parce qu'on a donné des soins, non dans un esprit de lucre, mais avec son cœur. (*Applaudissements.*)

M. Henry Chéron. — Ce sont les sentiments dont vous donnez l'exemple dans votre pays. Et c'est pourquoi vous y êtes entouré de l'estime générale. (*Applaudissements*).

M. le Rapporteur. — C'est aussi avec son cœur que l'on doit remplir son rôle social, qui consiste, en même temps qu'on soigne les corps, à semer, dans certaines circonstances, des idées généreuses, créatrices de perfectionnement de l'état social. (*C'est vrai !*) Mais, pour cela, il faut que le médecin ne soit pas uniquement occupé de soucis matériels, il faut que, s'il ne peut arriver à la fortune, il soit à l'abri du lendemain. En limitant la pléthore médicale, mes chers collègues, vous aiderez les praticiens à s'assurer une vie modeste, mais honorable et digne de considération.

Vous m'excuserez de vous parler avec une certaine ardeur d'une profession à laquelle je suis resté attaché. Si, parfois, elle donne à ceux qui la pratiquent soucis et inquiétudes, parfois, en retour, elle procure de grandes satisfactions et, si j'osais risquer un mot personnel, je vous dirais qu'elle a contribué largement à m'introduire dans votre société, et de cela je ne lui suis pas peu reconnaissant. (*Applaudissements.*)

« Honore ton médecin », disait la sagesse antique. Pourquoi ajoute-t-elle : *propter necessitatem ?*

M. Mario Roustan, *ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts.* Parce qu'elle était sage (*Sourires.*)

M. le Rapporteur. — Cela me rappelle la morale de l'intérêt, et, jadis, on m'a enseigné que ce n'était pas la plus noble.

Combien je préfère l'opinion de Montaigne ! Après nous avoir raconté que son père a vécu soixante et quatorze ans, son aïeul soixante et neuf, son bisaïeul près de quatre-vingts, sans avoir goûté — et il s'en fait gloire — aucune sorte de médecine, après avoir critiqué, et combien ! les médecins de son temps, après avoir criblé de railleries inspirées par son scepticisme, et quelquefois justifiées, leur mentalité et leur manière de faire, il conclut ainsi :

« Au demeurant, j'honore les médecins, non pas, suivant le précepte, pour la nécessité, mais pour l'amour d'eux-mêmes, en ayant vu beaucoup d'honnêtes hommes et dignes d'être aimés. »(*Très bien !*)

Messieurs, c'est pour que le Corps médical puisse continuer à vivre sa vie de grande honorabilité, devant laquelle se sont inclinées tant de générations, que nous vous demandons, certains qu'elle y contribuera, d'adopter la proposition soumise à votre délibération. (*Vifs applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Chauveau, président de la commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales.

M. Chauveau, *président de la commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales.* Messieurs, je voudrais apporter, dans ce débat, quelques précisions.

Dans la question qui nous occupe, il y a deux points de vue bien distincts, qui nous soucient et qui se mêlent, mais qu'il faut maintenir séparés.

D'un côté, la science médicale française, son enseignement, son rayonnement dans le monde, au service de la sympathie et du prestige de notre pays. (*Très bien !*).

De l'autre côté, la situation professionnelle des médecins de France, qu'il faut regarder et qui intéresse, elle, la santé de notre pays. (*Très bien !*)

Notre hospitalité traditionnelle ? La radiation mondiale de notre prestigieux enseignement médical ? Qui songe même à les limiter ? Nos universités, nos amphithéâtres, nos laboratoires, même nos cités d'étudiants sont toujours plus largement ouverts, toujours plus accueillants.

Mais, messieurs, le véritable rayonnement étranger de nos facultés de médecine suppose le retour au pays d'origine de l'étudiant, du docteur qui emportera là-bas, avec l'auréole du titre français qu'il aura conquis, nos conceptions, nos méthodes techniques, et deviendra le flambeau permanent de notre pensée. C'était évidemment le but que poursuivait Rouland, quand, sur la demande de Davila, il décrétait, en 1857, que les Valaques pourraient achever à la faculté de Paris leurs études médicales, déjà très avancées à l'école de Bucarest.

Or, vous le savez, nous avons, en 1897, créé un titre français de docteur en médecine pour pays étrangers, incontestable titre d'exportation ; c'est le diplôme d'université, mention médecine, celui que décerne le recteur, véritable certificat d'études de doctorat aux universités françaises, qui correspond aux mêmes études techniques, aux mêmes examens que le diplôme d'Etat et qui doit comporter, dans les pays d'origine des titulaires, la même confiance. Quand il s'agit de ce diplôme à usage extérieur, si je puis ainsi parler, personne ici ne songe à se montrer trop exigeant pour les baccalauréats nationaux, les équivalences, les dispenses.

Ainsi, messieurs, personne ne songe à diminuer le rayonnement nécessaire de la science médicale française. Il est même très heureusement et très largement organisé : sur ce point, aucune discussion.

Messieurs, tout autre est la situation de l'étudiant étranger qui, ses études faites, veut demeurer chez nous et celle du docteur en médecine de faculté étrangère qui vient se fixer ici.

Pour l'exercice médical, en France, de ces étrangers, dont la valeur professionnelle va être une des conditions de la santé dans notre pays, nous avons le droit, nous avons le devoir d'exiger des garanties techniques — nous devrions réclamer des garanties de tous ordres — mais assurément, je le répète, des garanties scientifiques, techniques, au moins celles-là mêmes que nous imposons à nos compatriotes. Ils vont, au surplus, si l'on peut dire, entrer en concurrence avec eux ; nous ne pouvons pas, comme à l'heure actuelle, leur réserver des conditions d'accès à la profession plus avantageuses qu'à nos nationaux eux-mêmes.

Or, nous estimons d'abord — et personne ici ne le conteste — que le baccalauréat de l'enseignement secondaire, que le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, commandent notre intellectualité médicale française, qu'ils constituent la base solide indispensable de nos études professionnelles.

M. Victor Bérard. — Très bien ! Très bien !

M. le Président de la Commission de l'Hygiène. — Nous ne pouvons pas admettre que ces certificats essentiels, que doivent acquérir tous les étudiants en médecine français ne soient pas imposés à des docteurs étrangers qui doivent exercer chez nous. Il faut lire, messieurs, l'arrêté de 1875. Il réclamait des élèves de Bucarest « des connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences » ; et celui de Duruy, en 1866, « des connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès lettres et pour le baccalauréat ès sciences restreint ». La proposition exige donc avec raison des étrangers qui exerceront la médecine en France les mêmes certificats que nous réclamons aux médecins français.

Pas d'autre raisonnement possible pour les examens probatoires, qui, avec la scolarité, conditionnent la valeur des études médicales. La proposition, comme le texte de la commission, impose les cinq examens probatoires aux docteurs d'université et aux docteurs étrangers qui postulent le diplôme d'Etat. J'entends bien : les premiers les ont déjà passés, mais devant un jury qui savait qu'il s'agissait d'un certificat d'études n'autorisant pas nécessairement la pratique professionnelle, du moins chez nous. Régulièrement passés, ils seront, en tout cas, rapidement et aisément repassés. Reste la scolarité. Il serait vraiment injuste de ne pas accepter ici des dispenses qui peuvent être très justifiées, aussi bien pour les docteurs étrangers que pour les docteurs d'université ; la proposition les limite à un maximum de trois années.

Et puis, il y a la naturalisation, le service militaire. La formule de la Confédération des syndicats médicaux est simple et claire : « Ne peuvent exercer la médecine en France que les citoyens français ou les naturalisés français ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement et pourvus du diplôme d'Etat ». Cette rédaction rationnelle paraissait cependant excessive à certains.

La proposition qui vous est soumise exigeait simplement la naturalisation pour les étrangers qui voudront exercer la médecine en France avant l'âge de trente ans — et sans cette limite, s'il y a convention de réciprocité. C'est la loi de 1923 qu'a un peu modifiée celle de 1928.

Il existe actuellement, messieurs, une grande injustice que deux exemples feront aisément ressortir. J'avais récemment, à mon dispensaire, trois assistants en fin d'études, exactement au même point : deux Français, un étranger. Leur thèse passée, dans le même mois, l'étranger s'installe ; les deux Français sont partis à la caserne. Quand ils reviendront l'étranger aura déjà fait son nid. Pareille inégalité ne peut pas subsister. Dans un canton que je connais, exerçaient, avant la guerre, à côté, d'un confrère déjà âgé, deux Français mobilisables et un jeune étranger récemment installé. Nos deux compatriotes demeurèrent aux armées pendant toute la durée des hostilités ; quand ils revinrent, le jeune docteur étranger avait pris une telle place que l'un d'eux dut quitter le pays. (*Mouvements divers*).

C'est avec infiniment de raison que le texte de la commission exige des étrangers la naturalisation pour l'exercice de la médecine. D'une façon générale, il innove beaucoup moins qu'il n'apparaît d'abord.

Quelle est, en somme, messieurs, la situation actuelle ? Je résume rapidement la législation.

La loi du 30 novembre 1892 et le décret du 25 juillet 1893 prévoient, pour les docteurs étrangers qui postulent le diplôme français de docteur en médecine, des dispenses de scolarité et des dispenses d'examen portant au plus sur trois épreuves ; pour les étudiants étrangers, des dispenses ou équivalences de diplômes et des dispenses de scolarité.

La circulaire du 21 juillet 1896 réservait déjà les dispenses et équivalences aux seuls étrangers devant retourner et exercer dans leur pays. Ceux qui comptaient pratiquer en France devaient justifier du diplôme de bachelier lettres-philosophie et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, à l'exception des Roumains et des Mauriciens, sur lesquels je reviendrai et qui échappent d'ailleurs aux décrets ultérieurs.

Le décret du 21 juillet 1897 a créé le titre scientifique de docteur d'université, mention médecine, bien distinct du grade professionnel, du diplôme d'Etat.

Le décret du 29 décembre 1906 prévoit, pour les étrangers, en cas de naturalisation, des dispenses portant, pour les examens, sur trois épreuves au plus s'ils justifient du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

Enfin, le décret du 19 août 1928 admet, toujours en cas de naturalisation, des dispenses de scolarité et d'examen, à condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou d'un diplôme de docteur ou d'agrégé.

Ainsi, messieurs, dans ces décrets divers, les pouvoirs publics apparaissent de plus en plus imprégnés

des idées nécessaires qui caractérisent la proposition de loi ; les faveurs rationnelles, les dispenses, réservées surtout aux étrangers qui veulent exercer chez eux ; aux autres, à ceux qui entendent pratiquer chez nous, des conditions se rapprochant de plus en plus de celles que nous imposons à nos nationaux, en particulier le baccalauréat secondaire ; enfin, l'idée indispensable de naturalisation.

Le texte de la commission semble vraiment le couronnement de cette évolution nécessaire des idées.

Reste à examiner, messieurs, la situation particulière réservée aux sujets roumains, aux originaires de l'île Maurice et aux élèves de la faculté de Beyrouth.

Les Roumains d'abord.

Jusqu'à la question que posa récemment ici-même au ministre de l'Instruction publique d'hier, notre distingué collègue M. Armbruster, on allait répétant toujours qu'une convention diplomatique réglait l'admission des étudiants roumains dans nos facultés de médecine françaises et assurait en particulier l'équivalence de leur baccalauréat. La réponse du ministre démontra, tout au moins, que la convention, si elle existe, n'a pu être retrouvée, ni au ministère de l'Instruction publique, ni à celui des Affaires étrangères.

Il faut revoir les faits. Le ministre a parlé d'une correspondance diplomatique engagée avec la Roumanie en 1855. Or, la Roumanie est née, je crois, vingt-trois ans plus tard, au congrès de Berlin. (*Sourires.*)

La vérité est que, vers 1850, le prince de Valachie, Barbu Stirbey, demanda au Gouvernement français un médecin qui organiserait un service sanitaire dans la principauté. Le docteur Davila, désigné, créa une école de médecine et de chirurgie à Bucarest et fit demander ensuite, pour les élèves de cette école, l'autorisation de venir terminer leurs études médicales à Paris. C'est à cette demande que correspond l'arrêté pris par Rouland, le 22 novembre 1857, et dont voici l'article essentiel : « Les élèves de l'école de médecine et de chirurgie de Bucarest, qui justifieront de quatre ans d'études dans ladite école et de connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences, pourront, après avoir subi avec succès l'examen de 3e année devant la faculté de médecine de Paris, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et aspirer au doctorat ». Vous entendez bien : les étudiants qui justifieront de quatre années d'études à Bucarest viendront prendre à Paris les quatre dernières inscriptions et terminer leur doctorat.

C'était à n'en pas douter, pour quelques sujets revenant là-bas, l'auréole possible d'un diplôme parisien, du diplôme d'Etat, celui-là seul existant à cette époque.

L'arrêté de Duruy, du 11 juillet 1866, ne modifiait que quelques détails ; il ne désignait pas seulement la faculté de Paris, mais toutes les facultés françaises. Les connaissances réclamées comme équivalentes au baccalauréat devaient être, je le répète, « analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint ».

Le ministre de l'Instruction publique d'hier avait rappelé, comme complément de l'arrêté primitif, la circulaire du 28 février 1880 et les arrêtés du 22 juillet 1912 et du 15 novembre 1915 et non pas de 1913 : je m'y suis reporté. Il s'agit là de l'authenticité des diplômes équivalents. Et, pour la première fois, sont mentionnées les conventions internationales relatives aux étudiants originaires de Roumanie. Or, je le répète, le ministre n'a pu retrouver aucune convention.

Ainsi, aucun texte nouveau n'est venu compléter l'arrêté primitif ou, si vous le voulez, les deux arrêtés primitifs qui ne sont pas différents l'un de l'autre.

Au résumé, sur la demande de princes danubiens qui voulaient organiser dans leur pays, peuplé de quelques millions d'habitants, un service sanitaire, deux arrêtés sont pris. Ces arrêtés autorisent les étudiants de Bucarest ayant achevé une grande partie de leurs études (4 ans), et ayant justifié de connaissances analogues aux baccalauréats français, à terminer leur doctorat en France.

De ce fait, s'est établie, pour les étudiants de la Roumanie, qui compte aujourd'hui 17 millions d'habitants, une coutume, comme un droit, l'équivalence du baccalauréat français et, à tous les moments, de toute façon, leur qualification pour le diplôme d'Etat, c'est-à-dire pour l'exercice en France.

Somme toute, par suite de dispositions bienveillantes et limitées qui furent prises naguère dans un but de rayonnement scientifique chez une nation amie, nous n'imposons plus à des professionnels originaires de ce pays, qui exerceront chez nous, à côté de nos compatriotes, non pas comme des unités rares, mais en nombre déjà imposant, des garanties scientifiques aussi sévères et des charges aussi lourdes que celles réservées à nos propres nationaux.

Voilà la situation de nos amis les Roumains, situation sur laquelle je reviendrai, vous le pensez bien.

Les étudiants mauriciens sont traités comme les étudiants roumains ; ils peuvent postuler notre diplôme d'Etat avec leur baccalauréat, c'est-à-dire le baccalauréat britannique.

J'avais demandé au ministre d'hier, en vertu de quels textes les Mauriciens avaient cette faveur. Voici l'essentiel de sa réponse :

« ... En ce qui concerne les Mauriciens, aucune convention n'existe à leur sujet. Si le diplôme d'Etat leur est ouvert sur simple présentation de leur diplôme secondaire britannique, c'est en raison de leur origine et de leur éducation françaises. Ils tiennent à conserver et à parfaire cette éducation. Ils viennent chez nous prendre le diplôme français au lieu du diplôme britannique et la Grande-Bretagne, par une tolérance qu'elle ne continuera peut-être pas toujours, les admet à l'exercice dans leur pays.

« Il s'agit, vous le voyez, ajoute le ministre, d'un cas spécial dont les intérêts corporatifs ne sauraient guère prendre ombrage. Ces Français d'origine veu-

lent rester Français dans toute la mesure possible. »

Messieurs, assurément la question des Mauriciens n'est guère préoccupante professionnellement. Ils ne comptent que quelques unités dans l'ensemble du corps médical français.

Mais, au point de vue du principe, la réponse du ministre est assez curieuse. Nous avons créé le diplôme d'université, mention médecine. Ce diplôme peut être postulé par les Mauriciens avec leur baccalauréat britannique. Or, le diplôme d'université et le diplôme d'Etat comportent les mêmes études, la même scolarité, les mêmes examens, et les Mauriciens partiraient, dans les deux cas, du même baccalauréat. Comment nos bons amis resteraient-ils plus Français en recherchant plus l'un que l'autre ?

Une coutume est suivie qui ne pouvait valoir qu'au temps où le diplôme d'Etat existait seul. Voilà la vérité.

Il y a enfin, messieurs, les étudiants, les docteurs en médecine de la faculté de Beyrouth qui, ont, eux aussi, une situation privilégiée.

Quand, pour développer l'influence française en Orient, Jules Ferry confia, en 1883, aux pères jésuites, la faculté de Beyrouth, il était entendu qu'elle serait réservée aux sujets ottomans, levantins ou français issus d'une famille définitivement établie en Orient. Il fallait justifier du baccalauréat français, ou surtout satisfaire à un examen d'entrée qui fut d'ailleurs modifié. Ici, seulement quatre années d'études, sans thèse. Ces docteurs de Beyrouth, qui ont souvent terminé leurs études à 21 ans ou à 20 ans, n'ont pas de service militaire à faire, possèdent le diplôme d'Etat et peuvent s'installer en France.

En créant, en soutenant cette faculté qui accomplit assurément une belle œuvre de propagande française, avions-nous, même très secondairement, l'intention de recevoir, nous, de là-bas, pour soigner nos compatriotes, des praticiens à qui nous n'imposons ni les garanties ni, au surplus, les charges réservées à nos nationaux ? Le diplôme d'université, créé en 1897, véritable instrument de propagande française, ne s'adapte-t-il pas très exactement au but qu'ont poursuivi, à toutes les époques, nos hommes d'Etat français ?

L'école a, d'ailleurs, parfaitement rempli sa mission. Au 1er juillet 1912, elle avait, en trente années, donné environ 482 docteurs, dont 14 seulement installés en France, contre 9 en 1909 ; depuis, la situation s'est un peu modifiée. En 1929, on comptait 47 de ces médecins dans le département de la Seine et 17 en province.

La faculté de Beyrouth, pour lutter contre la faculté américaine, délivre un diplôme de doctorat en chirurgie dentaire ; mais il est valable seulement dans les pays du Levant. N'est-ce pas une leçon de choses ?

Il y a cependant des cas particuliers auxquels il faut songer : la proposition prévoit exceptionnellement l'exercice en France et aux colonies, mais pour les seuls citoyens français titulaires du baccalauréat français.

Messieurs, pour apprécier justement les mesures qui vous sont proposées, il faut envisager la situation professionnelle actuelle du médecin dans notre pays.

Il y a pléthore médicale évidente et croissante : en 1901, il y avait environ 17.000 médecins ; actuellement, il y en a 28.500.

Laissez-moi citer quelques chiffres caractéristiques.

Le nombre des étudiants en médecine, à Paris, par exemple, est de 4.162 en 1913, et de 4.028 en 1930 ; celui des étudiants étrangers est de 429 en 1920 et de 1.521 en 1930. Dans cette période le nombre des Français s'abaisse de 3.342 à 2.642 ; c'est la proportion des étrangers, laquelle est triple, qui maintient le chiffre de 4.000.

Voici cette progression des étrangers d'après les chiffres du doyen Balthazard : 1.000 en 1926, 1.200 en 1929, 1.500 en 1930.

Il faut faire une place à part à la progression roumaine. Elle représente, pour les dernières années seulement : 209 étudiants en 1928, 335 en 1929, 413 en 1930. Ces chiffres s'appliquent à Paris seulement ; pour l'ensemble de la France, on trouve 571 étudiants roumains.

Ce qui est intéressant, c'est, parmi ces étudiants roumains, la proportion de ceux qui postulent le diplôme d'Etat, c'est-à-dire s'installeront en France. En 1928, sur 209 Roumains, 150 préparent le diplôme d'Etat et 50 le diplôme d'université ; en 1929, sur 335, la proportion passe à 272 et 63 ; en 1930, sur 413, 372 et 41. Sur 571 étudiants roumains travaillant en France, 491 recherchent le diplôme d'Etat. Il y en a moins de 10 p. 100 qui postulent le diplôme d'université.

Il faut ajouter encore quelque chose : leur situation particulière. D'abord, il n'y a pas de réciprocité entre la Roumanie et la France. A partir de la troisième année, les études médicales sont gratuites, exonérées de tous droits. Telle est la situation.

Vraiment, messieurs, on peut dire qu'il y a en ce moment-ci, au milieu d'une pléthore médicale navrante, une sorte d'invasion de nos chers amis les Roumains.

Encore des détails peu connus qui ont leur importance.

Il y a, en France, des médecins pratiquants dont l'état civil est étranger et le diplôme étranger. Exemples : les réfugiés russes, nombreux à Paris, en particulier ; les médecins que le ministère des colonies envoie et appointe en A. O. F. et en A. E. F. sous le nom d'hygiénistes ; des médecins de nations voisines ou même lointaines qui viennent régulièrement consulter dans nos centres sous des prétextes divers... Nous sommes, messieurs, vraiment hospitaliers.

Voulez-vous un détail comparatif qui, par son excès même, illustre bien la situation.

La grande assemblée nationale d'Ankara a été saisie, il n'y a pas longtemps, d'un projet de loi interdisant aux étrangers l'exercice de la médecine et de certaines autres professions. Ils devront les abandon-

ner dans les six mois qui suivront la promulgation de la loi.

Je n'insiste pas sur cet incident qui a cependant sa saveur.

C'est, messieurs, de tous ces détails un peu longs — vous me les pardonnerez — que se compose le tableau réel, de la profession médicale dans notre pays. J'ai tenu à les placer sous vos yeux au moment où vous allez décider de la proposition qui vous est soumise.

La commission de l'hygiène, le groupe médical parlementaire, dont je suis à cette heure le mandataire, en ont délibéré longuement. Sans nous exagérer l'importance des faits exposés, nous estimons tous indispensables les mesures soumises à vos délibérations. En rétablissant pour tous les médecins de France la simple égalité des conditions professionnelles, en mettant partout à la portée de nos nationaux des praticiens de valeur technique uniformément reconnue, vous n'aurez, messieurs, porté aucune atteinte, même légère, au rayonnement nécessaire et d'ailleurs précisément organisé de notre prestigieux enseignement médical français, pas plus qu'à l'hospitalité légendaire d'une nation qui, ici encore, accueille comme ses propres enfants ceux qui lui font l'honneur et l'amitié de vouloir le devenir. (*Très bien ! très bien !*)

Un dernier mot :

Le professeur Sergent, traitant récemment de cette question de la pléthore médicale et du fléchissement moral qu'elle entraîne parfois, a écrit : « Une des causes les plus certaines de ce fléchissement est l'encombrement de la profession. » (*Applaudissements.*)

Cette phrase me rappelle une pensée profonde de notre ancien et illustre doyen Brouardel : « La société a exactement les mêmes intérêts que les médecins. Elle est en danger si elle n'a pas un corps médical digne de toute confiance. Elle ne l'aura que si celui-ci n'est pas exposé à subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie. » (*Nouveaux applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Armbruster.

M. Armbruster. — Messieurs, dans des rapports très complets et remarquables, nos éminents collègues vous ont indiqué et ont justifié pleinement les dispositions modifiant la loi du 30 novembre 1892 que nous allons vous demander de voter dans quelques instants. Je vais pour ma part me borner à des considérations d'ordre général.

La science médicale a fait depuis cinquante ans d'immenses progrès, grâce aux éminents savants auxquels Pasteur a laissé le lourd héritage de continuer son œuvre et qui se sont rendus dignes du maître par leur labeur incessant et fécond, et leur désintéressement.

Et pourtant ces savants, qui chaque jour exposent leur vie, bravent la contagion pour protéger la santé de leurs semblables et les disputer à la mort, sont toujours modestes et bien souvent ignorés.

Ils sont peu nombreux aussi, ceux qui connaissent le douloureux calvaire du radiologiste comptant avec les eschares qui tombent de ses membres gangrenés, le nombre de jours qu'il pourra vivre encore sans renoncer à stériliser dans la chair des patients les germes de la mort ou à y découvrir le mal qu'un chirurgien habile pourra ainsi plus facilement extirper.

Dans le combat sans trêve qu'ils mènent contre la maladie et la souffrance, les médecins comptent des héros et des martyrs. Leur exemple est un défi au scepticisme des uns et une sévère leçon à l'ingratitude des autres. (*Très bien ! très bien !*)

Les progrès réalisés dans la mécanique, l'industrie et toutes les branches de l'activité humaine depuis un demi-siècle sont si considérables que nous paraissons approcher la perfection, et cependant, notre esprit se refuse à la définir tant les inventeurs en reculent quotidiennement la limite.

La science médicale, elle aussi, éloigne tous les jours les bornes de la connaissance, et, en prolongeant la vie des hommes, elle leur permet de jouir des bienfaits toujours plus nombreux du progrès sous toutes ses formes.

Mais, pour que le médecin praticien puisse faire accepter par son malade toutes les méthodes nombreuses et variées et parfois, il faut bien le dire, très onéreuses de la thérapeutique moderne, il doit lui inspirer une confiance absolue et sans réserve.

Cette confiance d'ailleurs, n'est pas uniquement accordée à cause des garanties scientifiques consacrées par les titres universitaires, elle est faite aussi de l'estime que l'on a pour l'homme, de l'attrait particulier résultant à la fois de ses qualités morales et physiques, et aussi du désintéressement qu'il sait montrer devant certaines douleurs et certaines misères.

Et, il faut le reconnaître, au moment même où le médecin semble mieux armé contre les maladies, où il peut rendre les plus grands services, la confiance qu'il inspire n'a plus le caractère d'abandon de soi-même et de fidélité qu'elle avait autrefois.

Vous vous souvenez tous, messieurs, du bon docteur qui, à la fin du siècle dernier, a soigné vos familles et vous-même.

Tout à l'heure, à cette tribune, vous en avez eu un exemple en la personne de notre éminent collègue auquel l'honorable M. Chéron a rendu un juste hommage. (*Nombreuses marques d'approbation.*)

Le docteur d'autrefois était un peu solennel, mais sans contrainte ; toujours bienveillant, il savait trouver le mot qui réconforte et qui console. C'était à la fois le sauveur et l'ami.

Sa science était certaine, mais au surplus, à cause de la fidélité qu'on lui gardait dans la même famille, il en connaissait bien les qualités physiques et les tares héréditaires. Aussi pouvait-il prévenir bien des maladies et donner les plus judicieux conseils. On les lui demandait souvent même pour un projet de mariage ou pour le choix d'une carrière tant étaient grandes la confiance qu'il inspirait et l'estime que l'on avait pour lui.

Les médecins se contentaient alors d'honoraires bien modestes ; ils vivaient très simplement et parfois, après des années d'un dur labeur et de dévouement, certains d'entre eux se trouvaient dans la gêne et même dans la misère.

A notre époque, les conditions de l'exercice de la médecine ont complètement changé : un praticien doit être toujours en mesure d'appliquer à son malade les modes de traitement les plus complexes et les plus divers.

Pour les soins de chacun de nos organes la spécialisation est devenue nécessaire ; la lutte contre les maladies épidémiques et contagieuses et tous les fléaux sociaux si meurtriers pour notre race, l'application des lois d'assistance et d'assurance sociales, ont multiplié les actes médicaux.

Le public est mieux averti des conséquences très graves de certaines maladies. Celui qui souffre désire être soulagé rapidement et traité par les médications les plus nouvelles ; il pense même guérir plus facilement en demandant conseil à différents médecins en même temps et, si la santé ne lui paraît pas rendue assez vite à son gré, il reporte parfois toute sa confiance dans le traitement vanté à la quatrième page du journal quotidien ou recommandé dans le dictionnaire médical, quand il ne se laisse pas éblouir par les promesses des charlatans qui soulagent seulement son portemonnaie.

De plus, pour faire observer les mesures d'hygiène et de prophylaxie générales, et faire face aux nouvelles et multiples exigences de la clientèle, il est certain que le nombre des médecins doit être plus élevé qu'autrefois. Mais ce nombre s'est accru dans des proportions exagérées et, en particulier dans les grandes villes, d'une façon disproportionnée avec les besoins. Les difficultés de la vie, toujours plus grandes, avec lesquelles, comme tout le monde, les médecins se sont trouvés aux prises, ont provoqué une émulation qui a dégénéré parfois en une âpre concurrence ; des fautes individuelles graves ont été commises, qui ont mérité de sévères critiques et, dans certaines circonstances mêmes, la rigueur des lois. Vous en connaissez de regrettables exemples.

C'est pourquoi le doute est venu, la confiance a diminué, et le jugement porté par le malade sur son médecin n'est plus souvent que l'expression si navrante de l'opinion publique se traduisant, soit par des éloges exagérés, soit par des critiques injustes et malveillantes.

Et cependant, pour vivre honorablement de sa profession et assurer en même temps l'existence et l'avenir des siens, le médecin doit accomplir une rude tâche.

Il commence à exercer en général vers 28 ou 30 ans, après de longues et onéreuses études ; pendant plusieurs années, au début de sa carrière, il gagne à peine sa vie, car il a de lourdes charges d'installation, de logement, de personnel, de transport.

M. Léon Bérard, *garde des sceaux, ministre de la justice.* — De patente !

M. Armbruster. — ... de patente, comme le dit M. le garde des sceaux, et nous vous demanderons de vous montrer larges à cet égard, lorsque l'occasion se présentera. (*Très bien ! très bien !*)

Pour s'assurer une bien modeste aisance, il devra travailler jusqu'à un âge avancé. Les situations brillantes dues à une valeur exceptionnelle, ne s'affirment que tardivement ; elles sont d'ailleurs bien plus rares qu'on ne le pense et je sais des gens qui envient le sort des médecins et qui n'en voudraient cependant pas partager ni les soucis, ni les fatigues. (*Très bien ! très bien !*)

Pour toutes ces raisons, des syndicats médicaux ont été constitués de façon à déterminer les conditions matérielles et pratiques de l'exercice de la profession, les rapports avec la clientèle et aussi avec la collectivité en vue de l'application des lois de médecine sociale, enfin les règles de déontologie entre confrères.

Le syndicalisme exclut le sentiment quand il s'agit de régler les conflits entre patrons et ouvriers et de défendre les intérêts opposés des groupements économiques, mais soyez-en persuadés, messieurs, le plus grand nombre des médecins, même syndiqués, n'en continuent pas moins, comme par le passé, à faire preuve de dévouement devant les souffrances des malheureux et donnent encore de fréquents exemples de désintéressement. Et si le médecin ne réussit pas à s'attacher son client comme autrefois par des liens d'amitié et de reconnaissance, il reste toujours inattaquable, et jouit de la considération générale, quand il possède des qualités professionnelles et morales indiscutables.

Dans le but d'éviter certains manquements regrettables au devoir professionnel et pour interdire l'exercice de la médecine à ceux qui sont incapables, on a déjà pensé à créer un ordre des médecins ou à en limiter le nombre.

La mesure qui nous paraît d'abord la plus urgente consiste dans la modification de la loi du 30 novembre 1892.

Cette modification a pour but de supprimer les trop grandes facilités accordées aux étrangers qui viennent de plus en plus nombreux en France pour exercer la médecine, d'empêcher l'encombrement de la profession et la pléthore avec ses fâcheuses conséquences en éliminant les médiocres et les indésirables.

Un étranger titulaire du diplôme de docteur en médecine délivré dans son pays ne pourra jamais, si vous en décidez ainsi, obtenir des dispenses totales d'examen et de scolarité pour exercer en France.

En aucun cas, il ne sera accordé d'équivalence d'examen et particulièrement du baccalauréat ; car un jeune étudiant instruit des lettres grecques et latines et des principes de la philosophie est seul bien préparé à exercer plus tard avec à-propos et souplesse son esprit critique pour poser le diagnostic médical, fait surtout de déductions en face des réac-

tions morbides, trop variables suivant les individus pour être exprimées en formules concrètes et immuables. (*Très bien ! très bien !*)

Soyez persuadés, messieurs, que je n'ai pas le souci de faire établir un rigoureux protectionnisme pour la défense d'intérêts particuliers. Je ne suis par ailleurs animé d'aucun sentiment de xénophobie J'estime cependant que lorsque des étrangers veulent exercer la médecine dans notre pays et jouir de tous les droits et tous les avantages concédés par le moyen de la richesse collective, il paraît équitable qu'ils doivent justifier de tous les titres universitaires imposés par la loi aux médecins français.

Et quand, au surplus, ces étrangers auront obtenu la naturalisation, nous pourrons espérer qu'ils se sentiront peut-être à la longue unis à leurs malades par des liens de solidarité nationale susceptibles d'éveiller chez eux des sentiments particuliers d'altruisme auxquels ils pouvaient auparavant être indifférents.

Je rends ici hommage à tous les étrangers qui devenus Français, ont honoré et illustré la médecine française : Orfila, Brown-Sequard, Panas, Albarran, etc. — j'en passe et des meilleurs — et aussi à tous ceux qui, venus pour étudier dans nos facultés et dans nos laboratoires, ont rapporté et fait connaître dans eur pays nos découvertes, vulgarisé nos méthodes, contribuant ainsi à l'éclat et au rayonnement de la science française à travers le monde.

Que tous ceux qui veulent suivre ces exemples soient convaincus que les portes de nos écoles et de nos hôpitaux leur seront toujours largement ouvertes et qu'il y seront accueillis cordialement !

La proposition de loi soumise à vos délibérations a surtout pour but de faire une sélection rigoureuse parmi les étrangers qui voudront exercer en France et d'éviter, dans l'intérêt même des malades, les graves inconvénients de l'encombrement de la profession médicale ; elle aura certainement les plus heureux effets pour la sauvegarde de la santé publique.

Le vote de cette proposition paraît plus particulièrement opportun, au moment où la lutte contre les fléaux sociaux doit être poursuivie avec la plus grande énergie et où l'application de la loi des assurances sociales et son succès dépendent surtout de la collaboration complète et loyale d'un corps médical d'une valeur scientifique incontestable.

Nous laisserons ensuite aux professeurs le soin d'apprendre aux jeunes générations médicales, non seulement l'art de soigner et de guérir, mais aussi les principes de haute moralité professionnelle qui ont été l'honneur de la médecine française au dix-neuvième siècle. (*Vifs applaudissements. — L'orateur, en regagnant sa place est félicité par ses collègues.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Louis CAMINADE, de Paris ; de M. Henri RIBADEAU-DUMAS, Conseil juridique de l'Association de la Presse Médicale, Docteur en Droit, avocat à la Cour d'Appel ; de Madame Charles BOUCHARD, veuve du professeur Bouchard ; du Dr Léon LORTAT-JACOB, de Paris.

— Le Dr Léon LORTAT-JACOB, médecin de l'hôpital Saint-Louis, était l'auteur de méthodes de traitement par le froid en dermatologie et l'inventeur du cryocautère, instrument intéressant dont les applications méritent d'être retenues dans la thérapeutique de certaines affections de la peau et de muqueuses.

— **Deuxième Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique.** — Les 2 et 3 octobre prochain se tiendra à Paris, le Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

La séance d'ouverture aura lieu le 2 octobre à 2 heures précises. Ce Congrès comportera des communications, des démonstrations et des séances opératoires, des projections de films, une exposition de photographies, de moulages, d'instruments, de livres, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser soit au siège social, Dr Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris ; soi au secrétariat, Dr Claoué, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Les Bains de mer à la Côte d'Azur.* — Pour aller passer un mois aux bains de mer, la dépense de chemin de fer, aller et retour, représente, selon la classe, environ 315, 230, 150 francs, si l'on va à 500 kilomètres, et 630, 460, 300 francs, si l'on va à 1.000 kilomètres, La différence des prix de transport par jour de villégiature est donc d'environ 10 francs, 7 francs ou 5 francs selon la classe.

Cette différence, déjà faible, devient presque insignifiante lorsqu'il s'agit non plus de personnes voyageant isolément, mais de membres d'une même famille utilisant un billet collectif.

Il y a, par suite, intérêt incontestable à se rendre à 1.000 kilomètres, dans une région largement pourvue d'hôtels où leur concurrence en fait le bon marché, plutôt qu'à 500 kilomètres dans une région moins bien outillée en moyens d'hébergement.

Telle est, avec la quasi-assurance qu'on a d'avoir du beau temps pendant tout son séjour et, par suite, de ne pas s'être déplacé en vain, la véritable raison de la vogue grandissante de la Côte d'Azur comme séjour d'été.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

en regard de la loi pour bénéficier d'une nouvelle période de six mois de prestations pour la même maladie, attendu que celle-ci peut durer encore plusieurs années et qu'ils ne pourront jamais justifier des cotisations nécessaires pour que le droit à l'assurance invalidité leur soit ouvert. *(Question du 28 mai 1931.)*

Réponse. — 1° et 2° Les caisses doivent cesser de servir les prestations-maladie, tant en nature qu'en argent, aux personnes dont l'état de maladie se prolonge au delà de six mois. Les assurés ou leurs ayants droit se trouvent ainsi placés, à l'expiration de cette période, et pour la maladie en cours, dans la même situation qu'avant l'application de la loi sur les assurances sociales ; le bénéfice de l'assurance-invalidité ne pourra être invoqué, en tout état de cause, qu'à la suite de maladie ou d'accident postérieur au 30 juin 1932 ; 3° le bénéfice de l'assurance-maladie ne peut plus être invoqué pour une maladie qui se prolonge au delà de six moix quelle que soit sa durée, à moins que le malade, considéré comme guéri, ne fasse après deux mois une rechute. Dans ce cas, il pourrait bénéficier, comme s'il s'agissait d'une maladie nouvelle, d'une nouvelle période de six mois de prestations, à condition d'avoir, durant les trois mois précédant celui de la rechute, cotisé soixante jours, les journées de maladie indemnisées étant décomptées comme journées de cotisations.

(*J. O.* 4 juillet 1931.)

UTOPIE

Par M. Akim Nemirovsky,
Commissaire général
des « Journées d'Aviation sanitaire ».

« Il y a des visions — a dit le regretté Professeur Picqué — qui portent en elles une sanction immédiate. »

L'aérochir doit sa conception à cette vision : une vision de souffrance et d'horreur.

C'est la vieille cité de Carcassonne qui a vu naître cette conception.

C'est à l'hôpital mixte, en 1915, que j'ai élaboré le premier projet d'aviation sanitaire.

Les rayons X m'ont aidé à pénétrer à travers les plaies profondes du blessé, l'âme douloureuse du malade. J'ai compris combien ces hommes ont souffert avant de venir dans mon laboratoire, et combien d'autres sont restés en route, ne pouvant supporter un long et pénible voyage.

En manipulant le tube Rœntgen, j'ai écouté les doléances de mes patients. Ils évoquaient le souvenir de leurs pauvres camarades qui, faute d'une intervention rapide, ont succombé à mi-chemin. Ils se plaignaient des pèlerinages désespérément longs d'un hôpital à l'autre. Ils ajoutaient : si l'on pouvait aller plus vite.

Mais quel moyen de transport est plus rapide que l'avion. C'est seulement avec ses ailes bienfaisantes

que le médecin peut accourir vers le malade pour lui prodiguer ses soins et le transporter des champs mortels à l'hôpital où, opéré d'urgence, il sera conservé à la vie et à l'affection des siens.

Mais .... comment réaliser ceci : obtenir un avion en pleine guerre et à Carcassonne ?

Il fallait préparer un projet détaillé, le remettre par voie hiérarchique, via Montpellier. C'est seulement quelque temps aprés que mon chef d'alors, le Professeur IMBERT, m'a transmis la réponse officielle : Irréalisable, utopie.

On me traitait même de fou parce que je voulais confier aux ailes nos blessés. Cependant, un encouragement, le docteur TILMANT s'associe à mon projet. Une lueur, le Professeur BERGONIER, de Bordeaux, me fait connaître sa foi dans l'avenir de l'aviation sanitaire.

Il ne s'est pas trompé puisque, dès maintenant, le succès des « Journées » est assuré. Rien qu'au nombre des congressistes et des délégués officiels, on peut juger du rôle toujours croissant des avions sanitaires dans nos colonies. Plus de 5.000 blessés y ont été transportés, soignés et sauvés.

Certes, nous avons eu nos Nungesser et Coli (le sénateur RAYMOND et le Professeur PICQUE, tous deux morts victimes de leur devoir) mais nous aurons aussi nos Costes et Assolant, et nous avons déjà une grande famille des « Amis » qui joue un rôle capital dans la propagande de l'idée de l'aviation et le développement scientifique des ailes de l'humanité.

Le Comité des « Amis » déploie un effort surhumain pour rendre le congrès de juillet retentissant. Il veut prouver que l'aviation sanitaire n'est plus une UTOPIE.

CONFÉDERATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

95, rue du Cherche Midi, Paris-VIe

L'assurance-maladie sur la frontière belge

D'accord avec la Fédération médicale belge, nous demandons aux journaux médicaux de France et de Belgique de vouloir bien faire passer le communiqué ci-joint.

Ce communiqué est volontairement bref et veut surtout souligner le fait de l'incoordination manifeste, et à tous points de vue regrettable, qui existe entre les actions des différents ministères français.

Dans le cas particulier, les médecins belges ont les mêmes raisons que nous de protester vis-à-vis de leur propre Gouvernement. L'art. 4 du contrat-type annexé à la convention, signée le 23 août 1930, par notre ministre des Affaires étrangères, prouve surabondamment, il nous semble, le manque absolu de liaison entre les Affaires étrangères et le Travail, ce dernier chargé d'appliquer la loi des assurances sociales.

Cet article, dont je vous mets quelques lignes sous les yeux, ne tend à rien moins qu'à supprimer, dans le fonctionnement de la loi sur la frontière belge, le libre choix du médecin et du praticien en général, le

contrôle technique médical, l'entente directe, ce qui est de nature à montrer notre loi à l'étranger sous un visage qui n'est pas le sien et de nature aussi à encourager certaines caisses des régions frontières à mettre à l'essai un système que nous avons formellement repoussé et qui a été exclu nettement au texte de la loi actuelle.

Voici le libellé de l'article auquel fait allusion le communiqué :

Art. 4. — Les prestations en nature fournies par l'Association (Mutualiste belge), seront celles auxquelles l'assuré et sa famille ont droit conformément à la loi et au tarif de responsabilité de la caisse.

Toutefois, ces prestations seront délivrées conformément au règlement intérieur de l'Association, à l'exclusion de toute autre disposition, pour tout ce qui concerne le choix des praticiens ou fournisseurs et les modalités de paiement des honoraires ou mémoires.

Le secrétaire général :
Dr P. CIBRIE.

COMMUNIQUÉ

Les représentants officiels des médecins belges et français se sont réunis à Bruxelles le 5 juillet 1931, en vue d'étudier les modalités possibles d'application de la loi des assurances-sociales françaises dans les régions frontières France-Belgique.

La Fédération médicale belge était représentée par MM. le Dr Koettlitz, président de la Fédération médicale belge ; le Prof. Gunzburg, secrétaire général de la Fédération médicale belge ; le Dr Penninckx, trésorier de la Fédération médicale belge ; le Dr Kaisin, représentant la province de Namur ; le Dr Burnotte, représentant la province de Luxembourg ; le Dr Ferond, secrétaire général du Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise.

La confédération des Syndicats médicaux français était représentée par MM. le Professeur Vanverts, vice-président de la Confédération, représentant la région du Nord ; le Dr Giry, président du Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle ; le Dr Hennecart, membre du Conseil de la Confédération, représentant le département des Ardennes ; le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Les médecins français ont eu la surprise de se trouver en présence d'un texte de convention qui aurait été signé par M. le Ministre des Affaires étrangères français, le 23 août 1930, et présenté pour approbation à la Chambre des représentants de Belgique le 4 mars 1931, (No 121) sous le titre : « Projet de loi approuvant la convention franco-belge relative aux assurances sociales, signée à Paris, le 23 août 1930 ».

Ils font observer de la façon la plus nette que ladite convention et le contrat-type annexé violent incontestablement l'esprit et la lettre de la loi française.

A l'effet de réaliser le fonctionnement complet et normal de la loi des assurances sociales française, en ce qui touche les régions frontières intéressées, les dé-

légués, ci-dessus nommés, ont jeté les bases d'une collaboration médicale établie sur la confiance réciproque et devant donner tous apaisements et satisfactions, en particulier au point de vue du contrôle technique dévolu par la loi française aux syndicats médicaux.

En outre, et pour maintenir le fonctionnement de la loi dans les règles de la stricte équité, les délégués médicaux sus-nommés estiment désirable l'établissement provisoire de tarifs de responsabilité différents de la part des caisses suivant que les soins sont donnés en France ou en Belgique.

Les délégués médicaux français et belges suggèrent respectueusement à leurs Gouvernements respectifs de les entendre officiellement, afin d'étudier les modifications qu'il est indispensable d'apporter au projet de convention franco-belge et qui seraient susceptibles de résoudre les difficultés de la médecine de frontière en matière de lois sociales.

CORRESPONDANCE

3523. — Assurances sociales et A.M.G. dans les communes autonomes (article 35 de la loi du 15 juillet 1893)

On nous écrit :

Permettez-moi de vous poser la question suivante :

La ville de X. a demandé, en ce qui concerne la loi de 1893, à bénéficier de l'article 35 et c'est le Bureau de bienfaisance qui est chargé d'appliquer la loi (médecine à forfait).

Mais, en ce moment, une question se pose : quelle va être la situation des assurés sociaux notoirement indigents ? Il nous semble que, légalement, ces assurés sociaux doivent bénéficier de tous les avantages que leur apporte la loi et notamment du libre choix.

Rien dans l'article 59 ne semble pouvoir contredire cette opinion. Or, le Bureau de bienfaisance, se basant sur le fait que la liste des assurés assistés n'est pas faite et rejetant cette faute sur le service départemental des assurances sociales, semble vouloir momentanément et provisoirement tout au moins (mais le provisoire dans l'Administration tend souvent à devenir définitif) faire une entorse au libre choix. Or, il nous semble d'après les textes de la loi et en nous basant sur votre article du *Concours médical* du 17 mai 1931, que c'est la Commission de secours qui doit, légalement, établir la liste des assurés assistés en la communiquant toutefois aux caisses. Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me dire si je ne me trompe pas dans mes interprétations. Il serait curieux de voir qu'une Administration, pour refuser de se soumettre à l'application d'une loi sociale, puisse prendre pour argument la non existence d'une liste qu'elle est elle-même légalement chargée d'établir.

Dr C.

Réponse.

La loi du 15 juillet 1893 est applicable aux Français privés de ressources, qui tombent malades et ont besoin de secours médicaux.

Or, la loi du 5 avril 1928, par son article 59, a décidé qu'un assuré social, du fait même qu'il était assujetti aux assurances sociales, n'était plus un indigent ; par suite, la loi du 15 juillet 1893 ne lui était plus applicable.

Cependant, la loi du 30 avril 1930 a tempéré ce que cette déclaration avait trop d'absolu.

Son article 59 fait une discrimination entre les assurés sociaux, notoirement indigents et les autres, qui peuvent être plus ou moins privés de ressources.

Les premiers seuls nous intéressent.

D'après la loi, ils sont avant tout assurés sociaux, et, comme tels, doivent avoir le libre choix de leur médecin.

Mais la collectivité communale et départementale se substitue à eux, pour payer les frais de médecins et de médicaments.

Le législateur a voulu que ces frais soient réglés aux praticiens, selon le tarif ministériel des accidents du travail.

Mais, comme il faut une liaison entre la caisse d'assurances sociales et la commune, il est décidé par le législateur que la commune arrêtera chaque année la liste des indigents notoires, assurés sociaux ; cette liste doit être établie conformément aux dispositions de la loi de 1893, c'est-à-dire que le bureau d'assistance (bureau de bienfaisance et commission de l'hôpital réunis) discute le cas de chaque intéressé et soumet son projet de liste au conseil municipal, qui doit la discuter et la voter, au début de chaque année, en comité secret.

Cette liste reçoit ensuite une certaine publicité.

Entre les sessions du conseil municipal, le maire peut, en vertu de l'article 19 de la loi de 1893, inscrire d'urgence un indigent sur la liste d'A. M. G. ; mais il doit en référer au conseil municipal, dans sa plus prochaine séance.

De cette lecture des textes législatifs, il résulte que l'initiative de la confection de la liste incombe au bureau d'assistance de la ville. S'il y a carence de ce dernier, il faut s'adresser au préfet, pour que ce magistrat oblige le maire à respecter les termes des articles 12 et suivants de la loi de 1893, auxquels renvoie l'article 59 de la loi du 30 avril 1930.

Bien que votre ville bénéficie de l'article 35 de la loi de 1893, son organisation spéciale d'assistance ne saurait jouer, en ce qui concerne les assurés sociaux notoirement indigents : parce qu'assurés sociaux, ceux-ci échappent aux errements du bureau de bienfaisance de votre ville, qui, pour les indigents de droit commun, non assurés sociaux, impose ses médecins, payés au forfait annuel.

Si la mairie se dérobe, faire un recours au Préfet. Si celui-ci temporise, s'adresser au ministre du Travail, ou plutôt recourir au Sou médical, pour vous prêter aide et appui. Dr Paul Boudin.

Assurances sociales

3598. — Application aux salariés de plus de 60 ans

Ma gouvernante, qui a jusqu'ici cotisé pour les assurances sociales, vient d'atteindre l'âge de 60 ans.

Je croyais qu'à partir de cet âge, il n'y avait plus de versements à effectuer, mais il semble que je sois dans l'erreur puisqu'on lui renouvelle son feuillet trimestriel et sa carte annuelle de cotisations.

Dans la réalité, pouvez-vous me dire :

si nous devons, elle et moi, continuer à cotiser ?

si les cotisations mensuelles à verser après 60 ans sont les mêmes qu'auparavant (le salaire reste le même).

D^r C.

Réponse

Aux termes de l'article 3 de la loi sur les assurances sociales, l'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à 60 ans. Mais le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite. Il demeure, s'il continue à travailler, assuré contre les risques maladie et décès.

L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de toute retenue à sa charge.

Mais la contribution patronale reste due pour l'emploi de tout salarié rentrant dans les catégories assujetties à la loi (comme montant du salaire) dont la retraite, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ou qui, âgé de 60 ans ou plus, ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

Votre gouvernante peut donc continuer à payer, et la retraite à laquelle elle aura droit augmentera de ce chef.

Si elle n'est pas retraitée, elle est exonérée de toute contribution à sa charge, mais vous devez continuer à verser votre contribution patronale, c'est-à-dire la moitié de la cotisation totale afférente à sa catégorie, déterminée par son salaire en espèces et en nature.

Baux et Locations

3566. — Reprise par le propriétaire

Locataire dans l'immeuble depuis 1924 (contre le gré de mon propriétaire), je viens de recevoir la lettre suivante en recommandé sous enveloppe.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître, suivant les instructions de mes mandants .... que ceux-ci vous signifient congé de l'appartement que vous occupez dans ladite maison, dans le délai légal, pour le terme de janvier 1932, en vous indiquant pour autant que de besoin, que, ce faisant ils entendent reprendre pour l'un d'eux, obligé de quitter lui-même

son appartement actuel, l'appartement que vous occupez.

« Vous m'obligeriez en me faisant, si vous le voulez bien, réponse à cette communication. »

Je suis titulaire de la carte du combattant et paye l'augmentation des locaux à usage mixte, une plaque Docteur est sur ma porte. De plus, il reste à noter que tous les locataires ont reçu semblable lettre, qu'il y a 2 ans les propriétaires ont renvoyé un locataire pour occuper l'appartement, mais l'ont en réalité loué en meublé, puis transformé en bureaux.

Faut-il répondre ? Quels sont mes droits ?

Dr M.

Réponse.

Si votre immeuble a été affecté à l'habitation avant le mois d'août 1914, la loi sur les loyers du 29 juin 1929 lui est applicable.

S'il en est bien ainsi, vous bénéficiez de plein droit de la prorogation légale jusqu'à une date que nous ne pourrons vous préciser que lorsque nous connaîtrons le loyer ou la valeur locative de votre appartement en 1914.

Tant que durera votre prorogation, il sera impossible à votre propriétaire de reprendre votre appartement même pour son usage personnel, car le droit de reprise qui lui est reconnu par la loi ne peut *jamais* porter sur un local affecté en tout ou en partie, comme c'est votre cas, à l'exercice d'une profession.

Strictement, vous n'aurez besoin de faire aucune réponse à la lettre recommandée que vous avez reçue, mais cependant il est préférable, sans plus attendre, que vous répondiez au propriétaire ou au gérant, si c'est lui qui vous a envoyé la lettre, que vous protestez contre le congé donné pour le 1er janvier 1932, et que vous entendez bénéficier de tous les droits et avantages que vous donne la loi du 29 juin 1929, notamment en votre qualité de locataire de locaux à usage mixte.

Bien entendu, vous devrez garder copie de cette lettre ; ensuite, vous n'aurez plus qu'à attendre que le propriétaire prenne l'initiative d'une procédure quelconque, s'il le juge utile. A ce moment, nous pourrons vous donner les conseils nécessaires pour votre défense.

Au cas où l'immeuble aurait été construit postérieurement à la guerre, la solution serait différente et, pour vous fixer sur vos droits, il serait nécessaire de nous faire connaître si l'immeuble a été achevé et affecté à l'habitation entre le 1er août 1914 et le 24 octobre 1919, ou après cette date.

3378. — Conditions du droit à la prorogation

J'ai loué le 1er juillet 1922, pour habiter et exercer ma profession, un immeuble occupé antérieurement par des métayers, pour une période de 10 ans et un

loyer annuel de 1.500 fr. : local situé près d'un bourg de 300 habitants, centre de communes limitrophes. Mon bail expire le 1er juillet 1932.

La propriétaire, me sachant trop fatigué et trop âgé pour me créer ailleurs une clientèle dont j'ai besoin, informée d'autre part qu'aucune autre maison n'est disponible dans les environs, use du procédé de chantage et m'informe, par lettre recommandée, que « si elle consent à me relouer (sic), ce sera au prix minimum de 4.000 fr.

L'immeuble bien payé vaut 2.000. Je suis, en outre, titulaire de la carte du combattant et ai 4 enfants à ma charge :

1° La propriétaire peut-elle me faire expulser ?

2° Si elle consent à me garder, dois-je subir le chantage et me faire voler de 2.000 fr. ?

3° En résistant, ai-je droit à une prorogation et jusqu'à quand, en offrant de payer l'augmentation légale du loyer basé sur son estimation d'avant guerre ?

4° Quels sont mes droits, que me conseillez-vous ?

Dr X.

Réponse

Si la loi des loyers du 29 juin 1929 est applicable dans votre commune, vous aurez droit, à la fin de votre bail, à la prorogation légale jusqu'à une date que nous ne pourrons vous fixer que lorsque nous connaîtrons le loyer ou la valeur locative de l'immeuble en 1914, et vous bénéficierez, au cours de la prorogation, de la taxation des loyers instituée par cette loi, sans qu'il soit possible à votre propriétaire de reprendre la maison, même pour son habitation personnelle.

Par contre, si la loi de 1929 n'est pas applicable dans votre commune, votre propriétaire aura le droit de poursuivre votre expulsion à la fin du bail ou de vous consentir un nouveau bail à tel prix qu'il lui plaira de fixer sans que vos qualités de père de famille et de titulaire de la carte de combattant puissent vous être d'aucun secours.

Nous vous signalons que la loi du 29 juin 1929 est applicable dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin dans celles où la population municipale s'est accrue d'au moins 5 % entre le recensement de 1921 et celui de 1926.

Au cas où votre commune rentrerait dans l'une quelconque de ces catégories, veuillez nous le faire savoir et nous dire également quel était le loyer ou la valeur locative de l'immeuble en 1914. Nous pourrons alors vous fixer exactement sur les droits que vous donne la loi de 1929.

Accidents du travail

3018. — Valeur du certificat initial

Je viens de lire, avec retard, votre article du *Concours* du 10-5-31. Il me semble que les médecins n'ont pas toujours tort quand le certificat médical initial

est imprécis. Si l'on fait usage d'imprimés pour A. T., on mentionne sur son certificat la déclaration du blessé et on note ce qu'on observe au paragraphe : état du blessé, mais sans description.

Or, il m'est souvent arrivé, à la campagne, de voir à mon cabinet, des ouvriers se présenter avec une lettre du patron attestant que l'ouvrier « vient de se piquer » ou « blesser », mais à l'examen, on constate ou un panaris ou un phlegmon ou une plaie infectée avec traînées de lymphangite. L'accident remonte donc manifestement à quelques jours. Sur le certificat remis au blessé, cet état est mentionné.

Le service médical de l'assurance qui doit, je le pense, se renseigner également d'après les déclarations du patron et des témoins, sait très bien, qu'à moins de circonstances exceptionnelles, ces plaies ne se compliquent qu'au bout de quelques jours. Pourquoi n'avise-t-il pas le médecin traitant du rejet de l'accident par la Compagnie et pourquoi ne fait-il aucune observation au « patron » qui prétend avoir vu l'accident se produire ? Pourquoi toujours incriminer le médecin quand... il présente sa note ?

Les agents d'assurances viennent souvent dire au médecin que la Cie préfère payer un pansement qu'une journée de demi-salaire et l'invitent à surveiller de près le blessé. Puis, quand on présente la note il y a des contestations.

Bien souvent, les confrères du « Service médical technique » semblent oublier qu'il existe, non seulement un état physio-pathologique du blessé, mais également une question hygiène corporelle, surtout chez de nombreux ouvriers étrangers. Pour ma part, j'ai eu à soigner des plaies chez des Polonais et des Espagnols. Ces plaies, minimes au début, prenaient souvent un aspect franchement mauvais et traînaient en longueur, malgré des soins plus fréquents, surtout dans certains chantiers. Plusieurs confrères ont observé des séries de ces blessés. Les assurances n'ont pas l'air d'en tenir compte quand elles décrètent qu'il y a trop de pansements.

Dr L.

Réponse.

Les assurances cherchent — et c'est compréhensible — à réaliser des bénéfices, mais certaines compagnies préfèrent, avec raison, conserver de bonnes relations avec le Corps médical, aplanir beaucoup de difficultés journalières. Lorsque le conseiller technique d'assurances du « Sou médical » discute d'un cas litigieux avec le chef du contentieux d'une de ces compagnies, un accord s'établit et si un doute persiste, le praticien en est informé pour qu'à l'avenir, il ne puisse plus prêter le flanc à la critique.

D'autres compagnies — heureusement, ce sont les moins nombreuses — se croient obligées de suspecter tous les médecins en général et le praticien créancier en particulier.

Bien entendu, pour ne pas faire de dépenses, elles ne font pas contrôler le blessé, au cours du traitement ; mais après guérison, lorsqu'il s'agit

de régler les honoraires médicaux, elles protestent qu'il y a abus, tant de pansements que de pharmacie et, par tous moyens d'intimidation, elles cherchent à obtenir, par lassitude, un rabais, que consentira le praticien, pour en finir.

D'autres compagnies, heureusement fort rares, ont pour règle de ne jamais répondre, même à une lettre recommandée ; puis, lorsque le délai d'un an est atteint, elles opposent la prescription, pour ne plus avoir à payer la note d'honoraires du médecin.

Le « Sou médical » a eu plusieurs fois à s'occuper de pareils procédés d'insigne mauvaise foi.

La conclusion à en tirer, c'est que, pour se faire payer, le praticien doit apporter beaucoup d'attention à la rédaction des certificats, comme de ses mémoires d'honoraires. Sous prétexte qu'ils ont beaucoup d'occupations, combien de confrères écrivent de façon illisible, présentent une note d'honoraires, sans goût, sans ordre et surtout s'imaginent que tout le monde connaît leur litige.

Ecrit lisiblement, le certificat initial doit décrire l'état actuel des blessures ; s'il y a un phlegmon (puisque nous prenons cet exemple), il faut dire : phlegmon de telle partie, consécutif vraisemblablement à une piqûre septique, remontant à quelques jours, ou consécutif à une excoriation de la peau, à une blessure, dont on constate encore aujourd'hui la trace à tel endroit.

Qu'il mette une ou deux minutes de plus, pour apporter plus d'ordre et de précision — et même de propreté — au certificat initial, et le praticien évitera beaucoup de difficultés.

D'autant que le médecin chef de service médical à l'assurance a tendance à ne juger que sur pièces et, de son bureau, à Paris, décider que telle affection, mal décrite par le certificat initial, doit comporter un pansement tous les deux, ou tous les trois jours, sans qu'il réfléchisse une seconde à ce qu'il aurait fait lui-même, s'il avait dû, en campagne, soigner une pareille blessure, chez un manouvrier sale et infecté.

La médecine industrialisée des accidents du travail, les agissements de certaines officines, dites cliniques, ont porté un grand préjudice à l'ensemble du Corps médical. Réagissons, chacun pour notre propre clientèle, en n'hésitant pas à remplir correctement — et non pas par dessous la jambe — les différentes pièces, certificats ou autres, que légalement, nous devons rédiger.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Fallières.

3589. — Certificat descriptif ou expertise

Je suis en difficulté avec la « M. ».

Sur l'invitation de cette assurance, j'avais fixé le quantum d'incapacité permanente dont était atteint

un de ses sinistrés. Cette évaluation, comportait évidemment une description détaillée.

Considérant qu'il y avait eu là, de ma part, une expertise, j'ai réclamé les honoraires fixés par notre syndicat, soit 150 fr. La Compagnie d'assurance m'offre 10 fr. Toute l'affaire se résoud en ceci :

L'assurance interprète mon certificat comme étant un certificat descriptif, et elle m'alloue les honoraires légaux de 10 fr.

Quant à moi, je considère avoir fait, quoique médecin traitant, un rapport d'expertise, et j'en réclame les honoraires.

Je vous saurais gré, mon cher confrère, de me donner votre appréciation, et de me dicter ma ligne de conduite.

Dr X.

Réponse.

C'est là une question de *fait* que l'on ne peut fixer de loin.

La compagnie vous avait-elle demandé *une expertise* et, dans ce cas, avez-vous une lettre le prouvant ? Si oui, vous pouvez marcher. Autrement, je ne vois pas sur quoi vous vous basez, pour réclamer des honoraires d'expert alors que vous n'aviez pas été demandé comme tel. D'autant plus qu'il est interdit de prendre comme « expert » en une affaire, précisément le médecin traitant.

Dr F. DECOURT.

3527. — « Abcès profond », vu la région difficile

Voulez-vous, je vous prie, demander au Dr Decourt quels honoraires je dois appliquer au point de vue accident du travail pour l'intervention suivante :

J'ai incisé une collection purulente de la région *sub-linguale*, profonde, et non sans peine, car aucun signe ne me décelait l'emplacement du pus ; j'ai dû « sonder » avec la sonde cannelée en plusieurs endroits (l'un à 6 cent. vers la base).

Ceci n'est plus un abcès superficiel, je crois. Quel tarif appliquer ?

Dr M.

Réponse.

Vous êtes bien en droit, me semble-t-il, de compter en l'espèce, vu l'emplacement d'accès difficile et dangereux : « Abcès profond non viscéral : 100 fr. » (art. 17).

Dr F. DECOURT.

3521. — Visites d'urgence

Veuillez avoir l'obligeance de me dire combien je dois tarifer la réduction d'une luxation de l'épaule pour laquelle on m'a appelé d'urgence. (Accident du travail).

Dr H.

Réponse.

Toutes les premières visites d'accident sont, en général, « *urgentes* ». Il n'y a néanmoins de

tarification spéciale que pour la visite de nuit (art. 4) et la visite dominicale (art. 4 al. 2).

Dr F. DECOURT.

Questions médico-militaires

3161. — Barème applicable aux invalidités des victimes civiles de la guerre

Abonné de dix ans au *Concours médical*, je vous demanderai de bien vouloir me renseigner sur le taux exact de l'invalidité subie par un de mes malades, victime civile de la guerre présentant une section de l'avant bras gauche au tiers inférieur.

Dr C.

Réponse.

Les victimes civiles de la guerre bénéficient du nouveau barème des amputés (décret du 26 avril 1931), soit 85 % dans le cas d'une amputation de l'avant-bras.

3150. — Epoque à laquelle un enfant doit être né pour pouvoir être admis comme pupille de la Nation

1° Réformé à 35 % pour sclérose pulmonaire par intoxication par gaz de combat, j'ai un fils de 4 ans ;

2° Peut-il être reconnu pupille de la Nation, et si oui, quels sont les avantages actuels et ultérieurs pour lui de ce titre et quelles sont les démarches à faire dans ce sens.

Dr T.

Réponse.

D'après la loi du 27 juillet 1917, complétée par la loi du 26 octobre 1922, auront droit au titre de pupilles de la Nation, les enfants des pensionnés de guerre qui seront nés au plus tard dans les 300 jours qui suivront la cessation des hostilités (23 octobre 1919), soit avant le 23 août 1920.

Votre fils, âgé de 4 ans, ne remplit donc pas les conditions pour être admis comme pupille de la Nation.

2754. — Promotion au grade de médecin commandant

Pourriez-vous m'indiquer le nombre d'années exigibles dans le grade de médecin capitaine avant de passer au grade supérieur.

Combien de périodes militaires sont indispensables ?

Dr B.

Réponse.

Un médecin capitaine doit compter 6 ans de grade, et avoir effectué deux périodes de réserve afin de pouvoir être proposé pour le grade de commandant.

Cinquante-troisième année — N° 31 — 2 Août 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn. enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CARADEC, de Quimper, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 258. — Dr ayant voit. ferait remplacem. Paris ou banlieue, août-septembre. Libre de suite.

No 259. — Doubs. A céder après décès, poste stomat. et méd. génér.

No 260. — Dauphiné. A céder bonne client. campagne, seul méd., pas sage-femme, nombr. acc. trav. Pet. indemn. S'ad. M. Bourguignon, industriel à Bourg-de-Péage (Drôme).

No 261. — A céder dans gr. ville 100 km. Lyon, bon poste méd. génér. en voie augmentat. Faible indemn.

No 262. — A vend. cause décès, Pugeot 201, roulé 9.000 km., très bon état. S'ad. Mme Thomassian, à Voisey (Haute-Marne).

No 263. — Somme. Quart. cent. gr. ville, à céder pharmacie très bien située, beau chif. aff. Log. 8 p., salle bains, loyer 3.200, bail 12 ans. Facilités.

No 264. — Achèterais setter laverack ou épagneul breton dressé bon nez.

No 265. — Creuse. 1.500 cc. Rolland Pilain, cond. int. super légère Kelsch, excell. état mécan. sortie décembre 1927. Prix 10.000. S'ad. Dr Faury, 6, rue du Pat, à Guéret.

No 266. — Paris. A céd. parts dans aff. très import. physioth. et hydroth., et possibil. install. mais. chirurgie 30 chamb. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 267. — Centre Ouest. Sous-Préfect., bonne client. anc., gros rapp. à reprendre contre pet. indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon. 36-46.

No 268. — Gr. banl. Paris. Très import. poste pro-pharmac., très belle installat., jardin. Condit. intéress. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 269. — A vendre 5 CV Citroën, mod. trèfle, 3 pl. 1925, mot. révisé en excell. état. Essais à volonté. S'ad. Dr Cucherousset, à Pontault-Combault (S.-et-M.).

No 270. — Pension Basco-Béarnaise à Sames (B.-Pyr.) Vue sur Pyrén., ombr. Eau, électr., salle bains, garage. Jolies excurs., chasse et pêche. Cure air. Cuis. soignée, menu conf. depuis 25 fr., suiv. chambre.

Renseignements

Buvez nos grands vins de Bordeaux. Adressez-vous au producteur. Prix spéciaux à MM. les docteurs, **Paul Faure, Château-Barrieux à Samonac** (Gironde).

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année; pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)
Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprim., ampoules 5 cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteur.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr DUJARIER, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, mort subitement d'une embolie à la suite d'une intervention chirurgicale ; de M. Adrien de MORTILLET, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, président d'honneur de la Société préhistorique française ; de M. le Dr G. BERRY, rédacteur en chef de la *Médecine Internationale Illustrée*, secrétaire général adjoint de l'UMFIA. Collaborateur de Dartigues et de Molinéry dans l'administration de notre grand groupement latin, il lui consacra la plus grande partie de son activité, jusqu'à la limite de ses forces. Nous le vîmes bien à certaine réception de l'Umfia où un malaise subit l'obligea à renoncer à faire, avec ses collègues, son office de maître de maison.

Nous saluons sa mémoire d'un hommage ému et déposons sur sa tombe nos regrets attristés.

— **Le Professeur Calmette reçoit le prix Rovichi.** — L'Académie royale des sciences de Bologne (Italie) vient de décerner le prix décennal Alberto Rovichi au Professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, pour « sa méthode de vaccination antituberculeuse ».

M. Calmette a remis le montant de ce prix à la Fondation Forlanini, à Milan, demandant qu'il soit attribué à un jeune savant italien désireux de poursuivre des recherches sur la tuberculose.

— **Vers le Pôle Nord.** — Le *Foucauld*, affrêté par notre confrère le *Bruxelles-Médical*, est en route vers la Banquise et le Pôle Nord, ayant à son bord 350 médecins de nationalités diverses et leur famille, qui se sont embarqués le 12 juillet à Dunkerque et à Zeebrugge. Parmi les passagers, le *Bruxelles-Médical* signale M. le Dr Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, plusieurs maîtres des hôpitaux de Paris, M. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*, Madame et Mademoiselle Colette Boulanger.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinicat* — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique chirurgicale (professeur Tixier), M. Carcassone ; (professeur Bérard), MM. Denis et Heitz.

Clinique obstétricale (professeur Voron), M. Pigeaut.

Clinique ophtalmologique (professeur Rollet), M. Paufique.

Clinique médicale infantile (professeur Mouriquand), Mlles Schen et Weill.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Service de la répression de l'exercice illégal.* — Le Dr Coldefy, qui

depuis plusieurs années s'occupait activement au Syndicat des médecins de la Seine de la répression de l'exercice illégal de la médecine dans le département de la Seine, est récemment décédé, unanimement regretté de ses collègues.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine , dans sa séance du 7 juillet, a désigné pour le remplacer dans ces fonctions M. le Dr Jolly, 63, boulevard de Sébastopol, secrétaire adjoint du Syndicat.

Adresser dorénavant toutes les communications intéressant cet important service, à M. le Dr Jolly, directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, 28, rue Serpente, Paris-6e.

M. Jolly reçoit à l'Office les mercredis de 10 heures à 11 heures.

— **Dispensaires antituberculeux du Finistère.** — Un concours sur titres en vue du recrutement de médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, aura lieu dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1931.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de cinquante ans, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 45.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 50.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient de frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs. Les médecins mariés reçoivent, en outre, une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 francs et, le cas échéant, perçoivent des indemnités familiales.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, ancien évêché, Quimper.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 JUILLET

Circulaire relative aux prestations de l'assurance-décès prévues par la loi sur les assurances sociales.

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les Préfets,

Paris, le 30 juin 1931,

Il résulte des articles 19, paragraphe 4, et 20, paragraphe 5, dernier alinéa, de la loi sur les assurances sociales que les assurés obligatoires peuvent ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès et aux

pensions d'orphelins, à partir du 1er juillet 1931, lorsqu'ils ont été immatriculés depuis au moins un an dans l'assurance obligatoire, et remplissent les conditions prévues auxdits articles.

Ls caisses primaires de répartition auront donc à faire le service des prestations de l'assurance-décès et des pensions d'orphelins, à compter du 1er juillet 1931, aux ayants droit des assurés dont le décès sera postérieur au 30 juin 1931. Elles devront se conformer, à cet effet, aux dispositions ci-après :

Prestations de l'assurance-décès proprement dite.

Conditions d'obtention. — Les assurés, décédés après le 30 juin, pourront ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès, à la double condition :

1° Qu'ils aient été immatriculés dans l'assurance obligatoire depuis un an au moins à la date de leur décès ;

2° Qu'ils justifient des conditions prévues pour les prestations de l'assurance-maladie.

En ce qui concerne cette seconde condition, l'arrêté du 6 septembre 1930 a spécifié, dans son article 2, que la date à laquelle devait être déterminé le droit de l'assuré ou de ses ayants droit aux prestations était celle du dernier jour du mois qui précède la première constatation médicale. Les assurés devront donc avoir versé à cette date, même si elle est antérieure au 1er juillet 1931, soit soixante cotisations journalières durant les trois mois antérieurs, soit deux cent quarante cotisations journalières durant les douze mois antérieurs, le nombre des journées de cotisations étant décompté dans les conditions prévues pour le droit aux prestations de l'assurance-maladie, conformément à l'article 2, alinéas 4 et 5, de l'arrêté du 6 septembre 1930 susvisé, et les journées de maladie indemnisées étant comptées comme des journées de cotisation. Si l'assuré est mort subitement, sans maladie préalable ayant donné lieu à constatation médicale, la date du décès sera assimilée à celle de la première constatation médicale, en vue de la détermination de la date à laquelle devra être déterminé le droit aux prestations. C'est ainsi que pour les assurés qui décéderaient subitement dans le cours du mois de juillet, le droit aux prestations devait être déterminé à la date du 30 juin 1931.

Ayants droit. — Les ayants droit de l'assuré, pour les prestations de l'assurance-décès, sont exclusivement le conjoint survivant, c'est-à-dire soit le mari de l'assurée, soit la femme de l'assuré, à défaut ses descendants, à défaut ses ascendants. Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne ces derniers, seuls ont une vocation aux prestations ceux qui, au jour du décès, étaient à la charge de l'assuré. L'article 79 du décret du 25 juillet 1930 a précisé qu'il y avait lieu de considérer comme ascendants à charge ceux qui, habitant ou non avec l'assuré, recevaient de lui tout ou partie des ressources nécessaires à leur existence.

Pièces à produire par les ayants droit. — Les ayants droit devront produire :

1° La carte d'immatriculation de l'assuré décédé ;

2° Un extrait de l'acte de décès ;

3° Les justifications prévues pour l'attribution des prestations de l'assurance-maladie, en ce qui concerne le versement des cotisations ;

4° Les pièces d'état civil établissant la qualité de conjoint, de descendant ou d'ascendant, ou un certificat de propriété ;

5° S'il s'agit d'ascendants, une attestation du maire établissant qu'ils recevaient de l'assuré décédé tout ou partie des ressources nécessaires à leur existence.

Calcul du capital-décès. — Aux termes des articles 19, paragraphe 1er, et 10, paragraphes 4 et 5, de la loi sur les assurances sociales, le capital-décès qui est en principe de 20 p. 100 du salaire annuel moyen de l'assuré décédé, doit être déterminé d'après le salaire annuel moyen de base résultant des cotisations obligatoires payées chaque année avant l'âge de 16 ans, si l'assuré décédé n'avait pas atteint cet âge, et depuis l'âge de 16 ans, si l'assuré décédé avait dépassé cet âge.

A cet effet, il y aura lieu de totaliser les cotisations représentées sur les feuillets trimestriels de l'assurance-maladie, soit jusqu'au décès de l'assuré, si celui-ci est décédé avant l'âge de 16 ans, soit, dans le cas contraire, à partir de l'âge de 16 ans ou, plus exactement, à partir du premier jour du mois suivant le 16e anniversaire de naissance.

Les cotisations annuelles d'assurance-maladie des quatre premières catégories étant égales à 4 p. 100 du salaire annuel de base tel qu'il résulte, pour 300 jours de travail, du salaire quotidien de base prévu à l'article 2, paragraphe 2, de la loi, il suffira de multiplier le total obtenu pour les cotisations acquittées dans les quatre premières catégories par 25 pour connaître le montant total des salaires annuels de base auxquels correspondent lesdites cotisations.

Si l'assuré a appartenu à la 5e catégorie pendant tout ou partie de la période d'assurance considérée, le total des cotisations acquittées dans cette catégorie devra être multiplié par 22,50 pour avoir le montant total des salaires annuels correspondants, la cotisation annuelle de la 5e catégorie étant, pour l'assurance-maladie, de 4,44 p. 100 du salaire annuel de base.

Le total des salaires annuels de base afférents aux cotisations acquittées, soit dans les quatre premières catégories, soit dans la 5e catégorie, permettra d'obtenir, en divisant ce total par le nombre d'années d'assurance, le salaire annuel moyen de base sur lequel devra être calculé le capital au décès. Toutefois, comme le point de départ de l'immatriculation et la date à laquelle devront être déterminés les droits aux prestations de l'assurance-décès ne coïncideront pas généralement avec le début ou la fin d'une année

d'âge, il sera indispensable de calculer cette moyenne non pas d'après le nombre des années d'assurance, mais d'après le nombre de mois d'assurance antérieurs ou postérieurs à l'âge de 16 ans.

Pour réaliser ces opérations, les caisses devront établir un relevé du modèle ci-après qui leur permettra, avec le moins possible de complications, d'obtenir le résultat recherché :

ANNÉE D'AGE 1	NOMBRE DE MOIS d'assurance 2	MONTANT des cotisations-maladie acquittées au cours de chaque année d'âge dans les quatre premières catégories. 3	MONTANT des cotisations-maladie acquittées au cours de chaque année d'âge dans la 5e catégorie 4

Les caisses, en vue de connaître le montant des cotisations maladie acquittées au cours de chaque année d'âge soit dans les quatre premières catégories, soit dans la cinquième, pourront se référer au feuillet trimestriel de cotisations de l'assuré décédé correspondant à chaque année d'âge, soit s'adresser au service départemental ou interdépartemental des assurances sociales qui leur fournira ce renseignement.

S'il s'agit de salariés régis par les décrets du 24 mai 1930 (salariés travaillant pour le compte de plusieurs employeurs, etc.), pour lesquels la catégorie de salaire est déterminée par le service départemental en fin d'année d'assurance, les caisses devront demander dans tous les cas au service départemental de leur indiquer la catégorie dans laquelle les intéressés ont été classés définitivement pour chaque année d'assurance.

Les caisses totaliseront les colonnes 2, 3 et 4 et

elles auront ainsi les trois éléments leur permettant de faire l'opération, à savoir :

1° Le nombre de mois d'assurance ;

2° Le montant total des cotisations maladie acquittées dans les quatre premières catégories ;

3° Le montant total des cotisations maladie acquittées dans la cinquième catégorie.

Elles pourront ainsi calculer facilement le total des salaires annuels en multipliant chacun de ces derniers totaux comme il a été indiqué précédemment par les coefficients 25 et 22,50 et en additionnant ensuite ces deux produits.

Pour déterminer le salaire moyen de base, il leur suffira de diviser le chiffre ainsi obtenu par le nombre de mois d'assurance et de le multiplier par 12.

Le capital au décès étant de 20 p. 100 du salaire annuel moyen de base, l'opération s'exprimera par la formule suivante, où :

C représente le total des cotisations acquittées dans les quatre premières catégories ;

C' le total des cotisations acquittées dans la cinquième catégorie ;

M le nombre total de mois d'assurance.

$$\frac{[(C \times 25) + (C' \times 22{,}50)] \times 12 \times 20}{M \times 100}$$

ou plus simplement :

$$\frac{[C \times 25) + (C' \times 22{,}50)] \times 240}{M}$$

Si le capital ainsi obtenun est inférieur à 1.000 fr. et si l'assuré, d'autre part, a versé au cours de chaque année d'assurance 240 cotisations journalières (art. 81 du décret du 25 juillet 1930), la caisse aura à attribuer à l'assuré, pour le compte de la caisse générale de garantie, la différence entre le capital-décès de 20 p. 100 du salaire annuel moyen et la somme de 1.000 fr. En ce qui concerne la première année et la dernière année d'assurance, années qui ne seront pas ordinairement complètes, le nombre de cotisations journalières à exiger sera d'autant de fois 20 que ces première et dernière années d'assurance comprendront de mois d'affiliation, les fractions de mois étant négligées ; ainsi, en ce qui concerne les assurés dont les cotisations acquittées entre le 1er juillet 1930 et le 1er juillet 1931 se répartiront sur deux années d'âge, le nombre minimum de cotistations journalières exigé pour ouvrir droit au complément d'allocation susvisé sera égal au nombre de mois d'affiliation multiplié par 20.

Si toutefois un assuré remplissant cette dernière condition se trouvait avoir, au moment de son décès, un salaire réel inférieur à 1.500 francs, il ne pourrait, aux termes de l'article 19, paragraphe 2, de la loi, ouvrir droit à ce complément que dans la mesure où celui-ci n'aurait pas pour effet de faire bénéficier les ayants droit d'un capital supérieur aux deux tiers de son salaire réel.

Majorations pour charges de famille. — Conformément à l'article 20, paragraphe 3, de la loi, les caisses d'assurance devront majorer le capital au décès

d'une somme égale à 1.000 francs par enfant à charge laissé par l'assuré décédé.

Cette allocation est attribuée pour le compte de la caisse générale de garantie. Bien entendu, elle n'est due que pour les enfants de plus de six semaines et de moins de seize ans, non salariés, qu'ils soient légitimes, naturels , reconnus, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur et qui sont à sa charge.

PENSIONS D'ORPHELINS

Conditions d'attribution. — Aux termes de l'article 83, paragraphe 1er, du décret du 25 juillet 1930, les conditions d'affiliation et de versement que doit avoir remplies l'assuré décédé pour qu'il y ait ouverture du droit aux pensions d'orphelins prévues à l'article 20, paragraphe 5, de la loi, sont les mêmes que celles requises pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-décès.

Il suffira donc, pour que les ayants droit aux pensions prévues à l'article 20, paragraphe 5, de la loi, puissent recevoir cette pension, que l'assuré décédé ait été immatriculé, depuis un an au moins, dans l'assurance obligatoire, et ait versé, d'autre part, à la date à laquelle le droit aux prestations doit être déterminé, soit 60 cotisations journalières dans le trimestre précédent, soit 240 cotisations dans les douze mois précédents.

Ayants droit. — Les ayants droit aux prestations sont :

1° Les veuves des assurés ayant au moins trois enfants vivants, légitimes, reconnus ou adoptifs, de moins de treize ans, qui étaient à la charge de l'assuré et qui restent à la charge de la veuve ;

2° Les enfants d'un assuré ou d'une assurée, qui sont orphelins de père et de mère.

Il y a lieu de remarquer que seules, les veuves des assurés, à l'exclusion des veufs des assurées, peuvent prétendre aux pensions dont il s'agit.

Pièces à produire pour l'attribution des pensions d'orphelins. — Un arrêté du 30 juin 1931 a fixé ainsi qu'il suit, conformément à l'article 83, paragraphe 2, du décret du 25 juillet 1930, la nomenclature des pièces dont les demandes de pensions temporaires d'orphelins doivent être accompagnées ;

Un bulletin de décès du père et, le cas échéant, celui de la mère ;

Un bulletin de naissance pour chacun des orphelins ;

Un certificat délivré par le service départemental des assurances sociales du lieu où était inscrit l'assuré et constatant que celui-ci remplissait les conditions d'affiliation et de versements requises pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-décès.

Et, éventuellement, un extrait de la délibération du conseil de famille, relatif à la désignation du tuteur ;

Une copie du contrat d'apprentissage portant at-

testation du patron que le contrat est toujours en vigueur ;

Un certificat de l'instituteur ou du chef d'établissement constatant que l'orphelin poursuit ses études dans un établissement public ou privé ;

Un certificat médical, visé par le maire, constatant que l'orphelin est infirme ou atteint d'une maladie incurable et qu'il n'est pas hospitalisé aux frais de l'Etat, du département ou de la commune.

Lesdites demandes doivent, en outre, porter la certification que les orphelins ne reçoivent aucune pension d'orphelin de l'Etat, d'un département ou d'une commune, ou s'ils perçoivent cette pension, l'indication de son montant. Elles doivent être signées soit de la veuve, soit du tuteur de l'orphelin de père et de mère ; la signature est donnée en présence du maire, qui certifie que les orphelins sont vivants, et constate la nationalité de l'assuré.

Envoi des demandes à la caisse générale de garantie. — Les demandes de pensions temporaires d'orphelins, accompagnées des pièces justificatives, doivent être adressées par la caisse d'assurance au service départemental ou interdépartemental, en vue d'être examinées par la caisse générale de garantie, qui statue sur les droits des intéressés et établit le ou les titres de pensions.

Les pensions sont servies pour le compte de cette dernière caisse par la caisse d'assurances à laquelle appartenait l'assuré décédé pour le risque décès.

Le montant des pensions d'orphelins sera, pour l'année en cours, fixé par un décret, qui sera publié très prochainement.

Par application de l'article 35, paragraphe 2, de la loi sur les assurances sociales, les assurés qui ont changé de caisse, et qui remplissent les conditions pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès ou aux pensions d'orphelins, ouvrent droit à ces avantages, même s'ils n'ont pas versé à la dernière caisse le nombre minimum de cotisations journalières requis. Dans ce cas, la caisse à laquelle ils appartenaient précédemment reste tenue de servir les prestations.

Je vous prie de vouloir bien porter, d'extrême urgence, ces instructions à la connaissance des caisses primaires de répartition ayant leur siège dans votre département, qui recevront d'ailleurs, ainsi que vous-même, des instructions particulières de la caisse générale de garantie en ce qui concerne les opérations intéressant cette caisse.

Adolphe LANDRY.

Avis de vacance de chaires à l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille.

La chaire de médecine opératoire, d'appareillage, d'orthopédie et d'obstétrique, sera vacante à la date du 31 décembre 1931, à l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titu-

Voir la suite page LV-2447

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales coloniales

C'est dans le cadre merveilleux de l'Exposition coloniale que se tiennent les *Journées médicales coloniales*. La séance d'ouverture a eu lieu dans la salle des Congrès de la cité des Informations.

Bien que très vaste, la salle était remplie de toute une élite médicale parmi laquelle étaient de nombreux médecins étrangers.

Le Maréchal Lyautey, sur la présence effective duquel on n'avait osé compter, vu son âge et les fatigues excessives que lui ont imposées ses hautes fonctions de Commissaire général de l'Exposition, avait tenu à venir présider en personne la séance d'inauguration.

A 10 heures 1/2, le Maréchal, auquel une respectueuse ovation a été faite, occupe le fauteuil de la présidence entre M. le Médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies, et le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, entouré des délégués étrangers représentants de dix-huit nations, parmi lesquels nous reconnaissons notre très distingué et sympathique confrère, le Dr Beckers, du *Bruxelles-médical*, les membres des Comités d'honneur et de patronage et du Comité d'organisation. Parmi eux sont de nombreux médecins généraux de l'armée en uniforme.

M. le Maréchal Lyautey prend alors la parole. S'exprimant avec une grande simplicité et une remarquable netteté, le Maréchal improvise son discours. Il s'excuse d'avoir accepté la présidence d'un Congrès médical que des savants plus qualifiés auraient pu tenir avec plus de compétence, mais il n'a pas voulu refuser l'offre qui lui a été faite parce qu'il aime le médecin colonial. A son sujet, il ne saurait que rééditer ce qu'il a dit, il y a deux ans, aux Journées médicales de Bruxelles et il ne peut que se répéter, parce que ce qu'il a dit en l'honneur du médecin, il le pense. Sa conviction du grand rôle que peut jouer le médecin aux colonies est profonde et ne date pas d'hier, et il se plaît à rappeler une anecdote bien connue. Alors que, sous les ordres de Galliéni, il faisait campagne à Madagascar pour apaiser une révolte, il télégraphiait au Gouverneur général : « Envoyez-moi quatre médecins et je vous renvoie quatre compagnies. » Il ne parlera pas du rôle thérapeutique du médecin, ni de son rôle social, connus de tous, mais il tient à insister sur son rôle économique qui n'est pas le moins important. Par la surveillance des camps de travailleurs, par l'assainissement des chantiers, il assure la sauvegarde de la main-d'œuvre qui, sans lui, serait promptement annihilée par les maladies. Il tient encore à exprimer des idées qui sont pour lui des axiomes : Il n'y a pas plusieurs sortes d'hygiène, une hygiène militaire et une hygiène civile, il n'y a qu'une hygiène. il ne doit pas y avoir aux colonies dans un hôpital, des cloisons étanches entre civils, militaires et indigènes.

Et le Maréchal termine en faisant l'éloge des admirables groupes sanitaires mobiles qui vont porter les secours médicaux et appliquer les mesures de prophylaxie et d'hygiène partout où cela est nécessaire, dans le bled et dans la brousse.

Le discours du Maréchal Lyautey est salué par une ovation chaleureuse et unanime.

M. le Médecin général inspecteur Lasnet prend à son tour la parole.

Après avoir remercié le Maréchal Lyautey, avoir indiqué le but des Journées médicales coloniales, donné un aperçu des aspects si divers, de l'ampleur et de la complexité du rôle de la médecine coloniale, il rend hommage aux services rendus par les médecins et les pharmaciens coloniaux. Il insiste sur l'aide réciproque que se prêtent les médecins coloniaux des diverses nations et salue ceux qui ont bien voulu prêter leur concours aux organisateurs des Journées médicales coloniales, le Prof. Tanon et le Dr G. Boyé. Il remercie encore Madame la Maréchale Lyautey et le Comité des Dames qu'elle préside. Enfin, il adresse ses félicitations au Comité du Congrès d'aviation sanitaire qui a bien voulu se joindre aux Journées médicales. Combien les progrès de l'aviation sanitaire intéressent les médecins coloniaux dans les régions où les communications rapides sont rares et difficiles et peuvent rendre de si précieux services !

Au cours de ces journées seront passées en revue les maladies infectieuses et parasitaires :

paludisme, peste, fièvre jaune, maladie du sommeil que les médecins anglais, belges, français et portugais sont parvenus à combattre avec efficacité, la lèpre, la syphilis, l'amibiase, etc. Les chirurgiens, les pharmaciens viendront tour à tour exposer leurs observations et leurs travaux.

Dans ces Journées, on indiquera les vertus des stations thermales de nos colonies, notamment celles de la Guadeloupe, de la Martinique, de Madagascar; on décrira les stations sanitaires de l'Indochine. Ces stations peuvent rendre de très grands services sans porter ombrage à celles de la métropole, si fréquentées par les coloniaux.

M. le Médecin général inspecteur Lasnet insiste sur les bienfaits de l'assistance médicale indigène qui, non seulement joue ses rôles thérapeutiques et prophylactiques, mais qui est un puissant moyen politique qui met les populations en confiance et contribue à empêcher le dépeuplement et amène même un accroissement notable de la population. Il cite à ce sujet Madagascar qui, grâce à l'initiative de Galliéni, donna le premier exemple. Les médecins indigènes ont été éduqués pour servir d'auxiliaires aux médecins français. Des écoles de médecine indigènes ont été créées à Tananarive, à Hanoï, à Dakar. Au Maroc, on a vu Lyautey, élevé à l'Ecole de Galliéni, faire faire au point de vue sanitaire un effort considérable et admirable. On ne saurait oublier la tâche que remplit la femme française aux colonies. Madame la Maréchale Lyautey a créé des gouttes de lait, des consultations de nourrissons et de nombreuses œuvres de protection de l'enfance.

Dans une délicate et généreuse interruption, le Maréchal a fait remarquer que les femmes de ses successeurs, à la Résidence générale du Maroc, avaient continué et développé les œuvres de Madame Lyautey ; il fait surtout ressortir ce qui a été réalisé sur ce point par M. Lucien Saint et Mme Lucien Saint et toutes les femmes de gouverneurs, d'officiers et de fonctionnaires.

M. Lasnet termine en montrant l'effort financier fait en faveur de la médecine coloniale. Son budget, de 80 millions en 1924, a été porté à 211 millions. De 650 médecins en 1925, le corps médical des colonies a passé à 780 en 1930. Les promotions annuelles de médecins de l'armée coloniale, de 40, ont passé à 100. Il y a en outre 645 médecins auxiliaires indigènes. Le projet d'une Ecole d'application de l'Assistance médicale indigène va se réaliser, un grand hôpital colonial va être construit à Marseille.

Et M. le Médecin général inspecteur Lasnet salue le jour prochain où la médecine coloniale pourra remplir sa tâche, toute sa tâche.

M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Balthazard, assure qu'il fera tout pour favoriser la médecine coloniale dans sa Faculté, pour réveiller chez les jeunes étudiants les vocations coloniales. Il fait remarquer l'aide précieuse que la Faculté de Paris avait apportée au succès des Journées médicales coloniales en la personne du président de leur Comité d'organisation, M. Tanon, le distingué professeur d'hygiène. Il rappelle que depuis trente ans, la Faculté de médecine de Paris a créé un Institut de médecine coloniale.

Au nom du Comité d'organisation, M. le Prof. Tanon remercie ses collègues étrangers du concours qu'ils ont bien voulu lui apporter, notamment le médecin anglais Dr Robinson, le médecin canadien, Prof. Grondin, le médecin belge, Dr Beckers, le médecin portugais, Prof. Ricardo Jorge, et enfin le Dr Gros, chirurgien de l'hôpital américain de Paris.

Il fait remarquer que par une déviation de sa signification exacte l'expression médecine coloniale veut actuellement dire médecine tropicale, et que c'est de médecine tropicale qu'on s'occupera surtout au cours des Journées médicales.

Pendant les séances, les rapports, les communications seront lus et du 1er août au 5 août les discussions seront ouvertes et nos confrères étrangers pourront formuler les observations et les critiques dont bénéficiera certainement la médecine coloniale française.

Il n'est pas discutable que les Journées médicales coloniales ont très brillamment débuté. Qu'il nous soit permis de joindre nos modestes félicitations à celles exprimées par de hauts personnages aux organisateurs, notamment à M. le Prof. Tanon, à MM. les Drs Georges Boyé, Léon Giroux, Maurice Rollet, Lucien Nass, Lesourd, etc., dont l'activité et le dévouement ont assuré le succès de cette belle et utile manifestation.

Rappelons que, dans le programme des Journées médicales coloniales, est incorporé celui des *Journées d'aviation sanitaire.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Clinique Médicale des Enfants : HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

TROIS LEÇONS SUR LES CARDIOPATHIES AIGUËS DE L'ENFANCE

I. — Les endocardites dans l'enfance et dans l'adolescence (1)

Par Edouard PICHON,

Médecin des Hôpitaux de Paris.

La notion d'*endocardite* est, à vrai dire, plus anatomique que véritablement clinique. Il n'est pour ainsi dire pas d'affection cardiaque évolutive de l'enfance où deux au moins des composants anatomiques du cœur (myocarde, endocarde, péricarde) ne soient touchés. La conception d'endocardite, qui nous a été donnée pour thème de la présente leçon, est un legs de la médecine anatomo-clinique du XIX^{e} siècle. On réunit en effet sous le nom d'endocardites des maladies qui, cliniquement, sont assez dissemblables les unes des autres, mais qui ont en commun le caractère anatomo-pathologique de comporter des lésions inflammatoires de l'endocarde.

A propos de cette définition, nous tenons à dissiper le malentendu qui pourrait être causé par l'emploi abusif qu'à notre époque encore on fait souvent de l'expression « endocardite chronique ». Il est exact que les lésions inflammatoires de l'endocarde peuvent, soit se dérouler en quelques jours (endocardite aiguë), soit traîner pendant des mois avec une évolution torpide et des remaniements. C'est à cette seconde éventualité, qui se rencontre principalement dans le rhumatisme cardiaque évolutif, que convient le nom d'endocardite chronique. Si au contraire le processus inflammatoire est arrêté et qu'il ne subsiste que des cicatrices scléreuses, il faut parler de cardiopathie cicatricielle et non pas d'endocardite chronique. Une insuffisance mitrale fixée qui n'aboutira à une asystolie, de nature purement mécanique, que dans la vieillesse, n'est pas plus une endocardite chronique qu'une cicatrice de panaris n'est un panaris chronique.

L'unité *anatomo-pathologique* des endocardites est réelle ; en effet, le mode inflammatoire de réaction d'un organe donné est à peu près toujours le même ; congestion, puis infiltration leucocytaire avec prolifération de cellules rondes du type embryonnaire, puis exsudation fibrineuse, tels sont les stades anatomiques de toute inflammation endocardique. On distingue néanmoins deux types d'endocardite : les endocardites simples, encore appelées bénignes, ou fibrineuses, ou plastiques ; et les endocardites malignes, encore appelées ulcéro-végétantes. Anatomo-pathologiquement il n'y a entre ces deux types qu'une différence de degré.

Dans les *endocardites plastiques*, on voit d'abord une congestion inflammatoire, puis un afflux de cellules rondes du type lymphocytaire. A la superficie de la région enflammée apparaît un dépôt fibrineux. Dans l'endocardite plastique, ce dépôt fibrineux n'a pas le temps de devenir exubérant ni détachable avant que les cellules lymphocytaires ne l'envahissent. Installées dans cette masse fibrineuse et bientôt nourries par des néo-vaisseaux, ces cellules se métaplasient en des éléments conjonctifs allongés qui s'entourent de fibrilles ; ainsi se constitue une sclérose qui fixe les déformations endocardiques.

Nous ne terminerons pas cette courte revue de l'anatomie pathologique des endocardites plastiques sans indiquer que d'ailleurs les premières déformations sclérosées sont susceptibles de remaniements ultérieurs, soit isolés et rapides (endocardites récurrentes) soit multiples et subintrants (endocardite chronique véritable). Les déformations qu'apportent ces processus sont en général plus petites que celles dues aux processus aigus. De plus elles reposent sur une sclérose antérieure, ce qui permet de les reconnaître histologiquement.

Dans les *endocardites ulcéro-végétantes*, la marche des lésions est essentiellement la même à ceci près qu'elle est plus brutale, nous voulons dire plus intense et plus rapide à la fois. Le dépôt fibrineux anhiste, qui ici est riche en microbes,

(1) Leçon faite le 26 juillet 1930.

augmente assez vite pour pouvoir, avant que l'organisme ait pu le faire coloniser et fixer par des cellules embryonnaires qui se métaplasient en éléments conjonctifs allongés, devenir choufleurisant, friable, et se briser en produisant de dangereuses embolies septiques. A ces grandes végétations molles peuvent s'ajouter des ulcérations résultant de la chute d'une végétation entière.

Dans les cas extrêmes, ces deux types anatomiques sont, on le voit, assez tranchés. Mais il y a, dans la réalité, bien des cas intermédiaires Aussi ne faudra-t-il pas s'étonner que cliniquement, dans leur symptomatologie cardiaque, les deux types d'endocardite soient souvent beaucoup plus proches l'un de l'autre que le disaient les auteurs classiques d'il y a trente ans. Le caractère piaulant des souffles, par exemple, qui passait pour spécial aux endocardites malignes, peut parfaitement se rencontrer à certaines phases des processus endocarditiques de la maladie de Bouillaud ; de même pour le purpura.

Nous voudrions que ces exemples servissent à rappeler qu'il n'y a pas de critère sémiologique infaillible pour distinguer les différents types d'endocardite.

La distinction anatomique entre endocardites plastiques et endocardites malignes est pourtant celle qui sert classiquement en clinique.

Il y a des endocardites plastiques qui étiologiquement peuvent procéder de causes diverses : rarement la tuberculose ou la typhoïde, nous n'y reviendrons pas, plus fréquemment la scarlatine, la chorée et surtout la maladie de Bouillaud.

D'autre part, il y a des endocardites malignes, les unes aiguës à types typhoïde ou pyohémique, les autres subaiguës, survenant sur un cœur déjà lésé, qui sont les endocardites secondaires type Vaquez-Lutembacher ; les dernières enfin, lentes, qui constituent la maladie de Jaccoud-Osler.

Mais cette classification purement théorique convient mal, en réalité, à une étude clinique. Voulant rester plus près de ce que les médecins ont à observer et à traiter dans la pratique, nous étudierons d'abord à part et rapidement l'endocardite maligne aiguë, qui tue le sujet à elle seule et ne contracte dès lors aucun rapport clinique avec les autres endocardites. Nous passerons ensuite à l'étude de l'endocardite plastique aiguë type Potain telle qu'elle se rencontre dans la scarlatine ou la chorée, mais surtout dans la maladie de Bouillaud ; ce type d'endocardite constitue cliniquement le centre de la question. C'est à titre de déroulement ultérieur possible de l'histoire d'un malade atteint d'endocardite plastique que nous envisagerons enfin l'endocardite rhumatismale chronique (ou rhumatisme cardiaque évolutif), l'endocardite secondaire type Vaquez-Lutembacher, et l'endocardite oslérienne.

Les *endocardites malignes aiguës* ne sont pas fréquentes dans l'enfance, c'est que deux de leurs causes les plus importantes, savoir la blennorragie cause d'endocardite gonococcique et l'avortement criminel cause d'endocardite streptococcique, manquent dans l'enfance. La moins rare des endocardites malignes aiguës est à cet âge la pneumococcique, qui succède, non pas directement à la pneumonie mais aux pleurésies purulentes pneumococciques plus ou moins traînantes et aux péricardites dues au même microbe.

Nous ne pouvons ici que rappeler brièvement l'allure clinique de ces endocardites malignes aiguës. Leur début est en général insidieux. Il faut être alerté quand survient une recrudescence thermique inexpliquée ou quand se montrent des palpitations ; on ausculte alors systématiquement le cœur et l'on trouve un souffle en général piaulant et variable de jour en jour.

Cependant que ce souffle évolue les symptômes généraux peuvent se grouper en deux types dits typhoïde et pyohémique.

Dans le *type typhoïde*, on a une fièvre en plateau autour de 40°, un état d'abattement, une diarrhée parfois sanguinolente et une splénomégalie qui rappellent un peu la fièvre typhoïde. Mais l'analyse des symptômes montre des différences assez nettes entre les deux affections. Dans celle qui nous occupe, le plateau thermique est moins régulier, le pouls n'est pas dissocié d'avec la température, mais aussi rapide que celle-ci le comporte ; s'il y a des taches, ce sont en réalité de petites pétéchies et non des taches rosées lenticulaires. Enfin l'hémoculture ne montre pas de bacilles du type T. A. B. ; elle peut même quelquefois déceler la bactérie causale de l'endocardite.

Dans le *type à fièvre oscillante*, assez improprement appelé pyohémique, la fièvre a des oscillations qui la font rémittente ou même intermittente ; l'état général est grave, le subictère fréquent. Sur ce fond viennent brocher des symptômes emboliques divers que nous ne pouvons ici signaler que rapidement : diarrhée fétide et sanglante, splénomégalie brusque et douloureuse, hématurie avec œdème, infarctus de Laennec, arthrite purulente, gangrène localisée des membres, cécité brusque, hémiplégie.

Devant ces endocardites malignes aiguës, le médecin est assez désarmé. Il recourt toujours à la glace sur le cœur et aux toni-cardiaques. Mais c'est insuffisant. Les médications de choc ont été préconisées, injections de lait, injections de métaux colloïdaux, or, argent ; au sujet de ces injections métalliques, notre maître Louis Ramond donne une note assez pessimiste. Le sulfate de cuivre ammoniacal intra-veineux, préconisé par Mauté, semble mieux faire ; on peut aussi essayer de la trypaflavine et des mé-

dicaments similaires. La sérothérapie n'agit guère, la vaccinothérapie donne des résultats mais inconstants. Enfin, il ne faut pas se priver systématiquement de la ressource offerte par l'abcès de fixation.

Ce qui doit former le centre clinique de cette leçon, c'est l'*endocardite bénigne*, plastique, dont le type nous est fourni par la maladie de Bouillaud.

Les endocardites plastiques de la scarlatine et de la chorée ne méritent pas une étude à part, car, comme type clinique, elles sont tout à fait superposables à l'endocardite plastique aiguë de la maladie de Bouillaud. Leur intérêt est purement théoriques : sont-elles ou ne sont-elles pas du rhumatisme bouillaudal vrai ?

En ce qui concerne la *chorée*, l'on sait que beaucoup d'auteurs, des pédiatres, il est vrai, plutôt que des neurologistes, la tiennent pour une localisation de la maladie de Bouillaud.

M. Krogius, en 1923, est même allé jusqu'à placer la chorée sur le même rang que les manifestations articulaires ; selon lui, la localisation primitive du virus rhumatismal est cardiaque, les arthrites et la chorée proviennent d'embolies. Conception extrême et très discutable. Il nous suffisait de marquer ici comment se pose le problème pathogénique de l'endocardite choréique.

Quant à la *scarlatine*, une distinction est à faire d'abord, il semble que les endocardites malignes, ulcéro-végétantes, qui surviennent dans la scarlatine soient des complications légitimement rattachables au streptocoque. Mais pour les endocardites scarlatineuses du type bénin, plastique, on ne les voit guère qu'avec le rhumatisme scarlatin. Or, la question est maintenant posée de savoir si ce rhumatisme scarlatin est un pseudo-rhumatisme spécifique comme on l'admet classiquement ou bien un rhumatisme légitime ressortissant à la maladie de Bouillaud et seulement déclenché étiologiquement par la scarlatine. Cette dernière opinion, vers laquelle ses observations cliniques semblent attirer M. Grenet, me semble à moi-même assez tentante, au moins comme hypothèse actuelle de travail.

Ceci réglé, venons-en à la *maladie de Bouillaud*, elle-même. D'après le thème de la présente leçon, nous devons parler d'endocardite. Mais à vrai dire, il n'y a peu à près jamais en matière de maladie de Bouillaud d'atteinte exclusive d'une des trois parties histo-anatomiques du cœur. Deux au moins d'entre elles sont toujours touchées, car en mettant les choses au mieux, le myocarde, même s'il n'a pas de lésions propres, réagit toujours fonctionnellement, en vertu de la loi de Stokes, quand il est sous-jacent à un endocarde ou à un péricarde enflammé. Et il n'est pas rare que les trois tuniques soient touchées ce qui réalise la pancardite de Duroziez. De plus il est souvent difficile, en présence de tel ou tel symptôme, de dire s'il est de pathogénie endocardique, myocardique ou même péricardique. Une défaillance du myocarde affaiblit les bruits du cœur, une couche de liquide péricardique les éloigne, une boursouflure inflammatoire valvulaire endocardique les assourdit. Mais dans la pratique ces nuances sont le plus souvent indiscernables. Ce que l'on trouve c'est une *diminution d'audibilité* des bruits du cœur qui à elle seule décèle une atteinte cardiaque, mais qui ne permet pas de localiser cette atteinte dans telle ou telle des trois tuniques. De même les *souffles* valvulaires qui ont passé toujours pour un signe purement endocardique peuvent très bien comme l'ont montré et mon maître Ribière et M. Laubry à la suite des études physiopathologiques de M. Géraudel, être dus à une défaillance locale de l'anneau myocardique circumvalvulaire.

Atteinte simultanée de plusieurs tuniques, caractère équivoque des symptômes : pour cette double raison, il est beaucoup plus adéquat à la réalité de parler de *cardite* que d'endocardite. Il fallait que ce point fût précisé pour que l'on comprît dans quel esprit prendre la description des endocardites rhumatismales.

L'endocardite aiguë rhumatismale simple porte le nom d'*endocardite type Potain*. Au cours d'une atteinte rhumatismale, toute élévation thermique nouvelle sans nouvelle atteinte articulaire doit faire penser à l'endocardite possible et provoquer l'examen spécial du cœur. Mais en matière de pédiatrie, il importe de retenir que les lois de Bouillaud sont inexactes. On voit des localisations cardiaques survenir consécutivement ou concurremment à des manifestations articulaires minimes ou même à une petite angine rouge très légère sans atteinte articulaire retrouvable.

Nous ne croyons pas utile de revenir sur la description classique de l'endocardite plastique aiguë donnée par Potain : altération progressive des bruits du cœur par stades successifs, puis apparition de souffles valvulaires lésionnels qui ne se montrent que tard, mais qui dès qu'ils se sont montrés sont définitifs. Si nous rappelons brièvement ce schéma, c'est pour lui apporter des correctifs. Les souffles peuvent très bien être fort précoces, se montrer par exemple dès le second jour de la cardite ; ils sont variables de jour en jour ; il peut arriver même qu'à certains jours ils prennent un caractère piaulant ; enfin même si tous les caractères cliniques les révèlent comme véritablement valvulaires, il ne faut pas se presser de les dire définitifs. C'est que les souffles valvulaires de la cardite aiguë peuvent être liés soit au myocardisme local dont nous parlions plus haut, soit même

comme le pensait Ribierre, à un œdème inflammatoire pouvant encore subir la restitution *ad integrum.*

L'endocardite rhumatismale réalise le type aigu dit de Potain quand, au bout de trois semaines à un mois, les symptômes d'inflammation cardiaque cessent d'évoluer, qu'il y ait ou non persistance d'une cardiopathie valvulaire cicatricielle.

Parfois, quelques années après une endocardite aiguë type Potain qui avait attaqué une première valvule, on voit apparaître une seconde endocardite, d'évolution aiguë elle aussi, qui laisse après elle une seconde cicatrice valvulaire, c'est l'*endocardite récurrente de Henoch.* Le moins rare est que la première valvule touchée ait été la mitrale, la seconde étant la valvule aortique.

Ce qui arrive beaucoup plus souvent, c'est que l'inflammation endocarditique rhumatismale chez l'enfant ou chez l'adolescent ne se calme pas dans le délai de quelques semaines, mais que bien au contraire elle se poursuive pendant quatre, six, douze ou même dix-huit mois. Ainsi se réalise l'endocardite rhumatismale chronique plus ordinairement appelée *rhumatisme cardiaque évolutif,* que nous avons eu l'honneur d'étudier dans notre thèse sous les auspices de notre maître Ribierre. On parle de rhumatisme cardiaque d'emblée évolutif quand c'est la première atteinte inflammatoire cardiaque qui traîne ainsi, de rhumatisme cardiaque secondairement évolutif quand, après une ou plusieurs atteintes cardiaques courtes, c'est une atteinte subséquente qui prend l'aspect chronique. C'est dire que le rhumatisme cardiaque d'emblée évolutif est au type Potain comme le rhumatisme cardiaque secondairement évolutif est au type Hénoch. D'ailleurs ces distinctions de pathologie, réglées sur l'évolution de la maladie, ne sont naturellement pas applicables en clinique dans la première quinzaine d'une atteinte inflammatoire cardiaque ; le médecin mettra tout en œuvre, repos, glace sur le cœur, salicylate, pour essayer d'abréger dans un sens favorable l'évolution de la cardite et voilà tout.

Que néanmoins cette cardite traîne, nous voilà dans le rhumatisme cardiaque évolutif, duquel il faut maintenant peindre l'évolution clinique générale.

Il est essentiellement fait de poussées d'une durée de vingt à trente jours, séparées par des entre-poussées sans que jamais, durant toute cette évolution le malade arrive à sortir de l'état inflammatoire rhumatismal.

L'élément *angineux* manque rarement dans la poussée, mais il est le plus souvent très fruste : une simple rougeur des amygdales et des piliers, pouvant s'accompagner d'une douleur des articulations intervertébrales de la nuque, sur laquelle M. Jean Hallé attire l'attention. L'élément *articulaire* est constitué en général par des arthralgies, mais au début de chaque poussée, c'est pendant des mois toujours la même articulation qui souffre : il y a, avons-nous dit, une *articulation sensible.* Cette articulation sensible n'est pas forcément une grosse articulation. Chez un malade que nous avons suivi longtemps, l'articulation sensible était une sterno-costale. Il importe que les médecins qui ont à soigner des adolescents connaissent cette particularité pour ne pas penser systématiquement, sur la foi des critères diagnostiques classiques, au pseudo-rhumatisme blennorrhagique quand ce sont de petites articulations qui sont touchées.

Du point de vue de son évolution, la poussée de rhumatisme cardiaque évolutif a souvent un *début diphasé* : un beau soir le sujet ressent une légère difficulté à la déglutition, le lendemain matin l'angine rouge est assez nette, elle s'accompagne d'une fièvre à 38 ou 39. Mais en deux jours tout semble terminé, l'enfant retourne à l'école, le soldat reprend son service. Néanmoins la poussée n'en reste pas là. Au cours des mouvements les plus naturels, tout à coup, une articulation se refuse quelques secondes à son travail, un genou par exemple se dérobe, sans douleur proprement dite ; en même temps le malade se sent de plus en plus fatigué, asthénique, à tel point qu'après huit ou dix jours, il est obligé d'arrêter de nouveau ses occupations, en même temps que la fièvre remonte progressivement et que les symptômes se précisent.

Les symptômes *cardiaques* de la poussée peuvent ne se montrer qu'un peu après l'apparition des symptômes articulaires, c'est le type *arthro-cardiaque.* Mais il se peut fort bien aussi que ce soient eux qui ouvrent la scène et que les arthralgies ne se montrent qu'ensuite. C'est le type *cardio-arthrique.* Ces symptômes cardiaques eux-mêmes sont le plus souvent constitués par des phénomènes myocardistiques directs et par un retentissement hépatique.

Phénomènes myocardistiques : la percussion et la radioscopie décèlent une cardiomégalie notable, mais suceptible de grandes variations d'un jour à l'autre, ce qui est important pour la distinguer d'une cardiomégalie péricarditique.

Fonctionnellement, ce gros cœur est souvent douloureux, il semble au sujet lui-même que son cœur est trop gros. Cette sensation, qui s'accompagne d'un peu d'angoisse, est quelquefois partiellement apaisée par le tapotement précordial, qui provoque un réflexe d'Abrams. Quelquefois une petite irradiation douloureuse vers le bord cubital de la main complète ce syndrome subangoreux. A l'auscultation les souffles existants varient, se remanient comme il a déja été dit, le galop est possible.

La réaction du *foie* est constante dans les

asystolies de l'enfance : c'est le syndrome cardio-hépatique de notre maître Nobécourt ; ici elle n'est en général marquée que par un débord sous-costal douloureux à la pression et des selles de coloration inégale survenant dès après le repas.

Le rhumatisme cardiaque évolutif peut se terminer de plusieurs manière :

I. — Dans les cas les plus favorables, au bout d'un temps assez long, qui peut atteindre seize à dix-huit mois, on voit, sans que jamais les signes d'une insuffisance cardiaque aient retenti sur un autre viscère que le *foie*, les poussées s'espacer en même temps qu'elles deviennent moins intenses. L'on sort ainsi peu à peu de la période d'évolution rhumatismale pour entrer dans une période de bonne santé.

II. — Dans des cas moins favorables, au bout de sept mois ou un an l'on voit, lors des poussées, l'insuffisance cardiaque retentir non seulement sur le foie, mais aussi sur les *poumons*. Comme la plupart du temps c'est sur la valvule mitrale que l'inflammation spécifique du rhumatisme poursuit son travail, l'oreillette gauche est sujette, en vertu de la loi de Corvisart, à se fatiguer en amont de ces lésions. Les poumons sont les premiers à ressentir les effets de cette insuffisance auriculaire gauche.

Ou bien on voit s'établir une stase congestive appelée syndrome pseudo-tuberculeux de Hutinel, parce qu'elle donne des symptômes pulmonaires traînants et parce qu'à la radio elle montre des taches réparties sur un large territoire pulmonaire. A vrai dire, en y regardant de plus près l'on voit que ces opacités dessinent une sorte d'éventail correspondant aux veines pulmonaires distendues et l'on constate en outre qu'elle cède à un traitement tonicardiaque.

Ou bien, sous une forme plus aiguë, la stase pulmonaire se décèle par un infarctus festonné type Renaut, que l'examen nécroptique montrera d'un rouge groseille, non disposé en pyramide et indépendant de toute embolie ni thrombose : cet infarctus est dû à une rupture des veinules pulmonaires du fait de la stase dans le système veineux aboutissant à l'oreillette gauche.

Ou bien enfin on peut voir, dans les cas les plus brutaux, de l'œdème pulmonaire aigu par insuffisance auriculaire gauche, comme celui qu'ont étudié Merklen et Pouliot, Saloz et Frommel, Ribierre et Rouchon.

C'est à ces accidents pulmonaires que le malade peut alors succomber d'une façon ou d'une autre.

III. — Enfin dans les cas les plus graves la mort survient au bout de trois à cinq mois avec une *asystolie devenue générale*.

L'enfant est remarquablement pâle ; aux accidents hépatiques et pulmonaires s'ajoutent de la bouffissure du visage, de l'œdème des membres inférieurs et enfin de l'œdème scrotal, dont la signification pronostique est extrêmement grave. Cette forme s'appelle *rhumatisme cardiaque malin de Trousseau*.

Quand le médecin a assisté à l'établissement d'un rhumatisme cardiaque évolutif et en a fait le diagnostic, peut-il espérer, par son action thérapeutique contribuer à orienter l'évolution morbide vers la guérison ? M. Nobécourt croit que l'on n'a guère comme arme que le repos et la thérapeutique symptomatique appropriée aux différents incidents qui surviennent. S'il emploie le salicylate, c'est par acquit de conscience, sans croire qu'il ait une réelle efficacité. Quant à nous, nous avouons qu'à la suite de nos autres maîtres, Ribierre, Lereboullet, nous sommes plus optimiste. Il nous a réellement semblé qu'employé avec régularité et persévérance, le salicylate de soude aidait ces malades à se tirer d'affaire, au moins en ce qui concerne la première et la seconde forme. En vertu de ce que nous avons dit au début sur l'incertitude où l'on est de l'évolution d'une endocardite rhumatismale même aiguë, nous allons jusqu'à ériger en règle que tout enfant qui a eu une atteinte rhumatismale cardiaque, si légère soit-elle, doit être tenu pendant au moins un an au traitement salicylé mensuel régulier. M. Nobécourt conseille judicieusement, dans les cas où l'affection traîne et paraît devoir s'arranger, d'alterner avec le traitement salicylé des cures d'iode. Enfin quand l'asystolie inflammatoire n'aura pas un caractère trop aigu, on pourra au bout de quelques mois recourir très utilement à la cure hydrominérale de Bourbon-Lancy.

De toute façon, en matière d'endocardite rhumatismale chronique, l'important est de gagner du temps. On peut schématiquement dire qu'après l'étape de quatre mois, au fur et à mesure que la maladie dure elle a moins de chances d'être mortelle.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les cas où l'évolution de la cardite rhumatismale était commandée uniquement par la maladie de Bouillaud elle-même ; il nous faut maintenant dire un mot des cas où c'est un autre facteur étiologique qui vient ajouter ses effets à ceux du rhumatisme vrai. Ceci se produit de deux façons, par l'endocardite type Vaquez-Lutembacher ou par l'endocardite type Jaccoud-Osler.

L'endocardite type Vaquez-Lutembacher est une endocardite subaiguë dont les lésions occupent en général les parois des oreillettes et se compliquent souvent de lésions d'endartérite pulmonarienne. Elle s'installe sur une cardiopathie cicatricielle d'origine rhumatismale. Son pronostic est toujours grave. Cliniquement, on

qui distingue plusieurs formes, mais toujours dominées, comme l'a bien indiqué Ribierre, par deux éléments : la fièvre et la thrombose.

Les *formes monosymptomatiques* surviennent à propos d'une angine, d'une rhino-pharyngite d'aspect grippal, ou d'une simple fébricule isolée. Dans certains cas même, rien de tout cela : un coup de tonnerre dans un ciel serein dit M. Vaquez. Puis un seul symptôme, tel par exemple, qu'une hémiplégie ou un infarctus pulmonaire, sans qu'il y ait eu modification des signes valvulaires, puisque les lésions sont pariétales. C'est à un semblable processus que M. Vaquez rattache toutes les embolies de la sténose mitrale.

Dans *les formes subaiguës*, les malades semblent plus des infectés que des asystoliques M. Lutembacher en décrit un type gauche et un type droit. Le *type gauche* comporte des infarctus spléniques, rénaux, ou des embolies périphériques. Le *type droit*, qui comporte de l'endartérite pulmonarienne, donne une dyspnée vive avec crachats sanguinolents, une cyanose marquée, de l'accentuation du second bruit pulmonarien, quelquefois un souffle diastolique d'insuffisance pulmonarienne et toujours un gros arc moyen à la radio.

Le pronostic des formes subaiguës de l'endocardite Vaquez-Lutembacher est toujours grave. Leur diagnostic, avec certaines reprises de cardites vraiment rhumatismales, est quelquefois délicat.

Il nous reste à mentionner l'*endocardite maligne lente*, type Osler, qui survient à peu près toujours sur un cœur déjà lésé, soit par une malformation congénitale soit beaucoup plus souvent par une cardiopathie cicatricielle d'origine rhumatismale. L'endocardite oslérienne exigerait à elle seule toute une leçon ; au surplus elle n'est pas très fréquente dans l'enfance, c'est pourquoi nous nous contenterons d'en esquisser à grands traits la description.

A propos d'une petite inflammation des cavités naturelles, rhino-pharyngite, abcès dentaire, bronchite, etc., un sujet devient pâle, asthénique, fiévreux ; quelques phénomènes articulaires apparaissent fréquemment, ceci complique le diagnostic, car si l'efficacité du salicylate permet de dire rhumatisme vrai, son inefficacité ne permet pas à elle seule d'éliminer la maladie de Bouillaud.

A la période d'état, le sujet, toujours très pâle est anémique, présente une fièvre très irrégulière, d'aspect ondulant, souvent entrecoupée de périodes d'apyrexie ; il y a de la splénomégalie (ce qui est rare dans la maladie de Bouillaud) et un souffle cardiaque fixe, toujours le même, non piaulant. Du purpura, des érythèmes et spécialement la nodosité caractéristique d'Osler à la pulpe des doigts et des orteils, ainsi que des arthrites qui peuvent devenir déformantes, figurent dans le tableau clinique. Ce tableau se complète enfin par toute une série de symptômes infarctuels, répartis çà et là, et éventuellement par des symptômes anévrysmaux d'Eppinger à l'encéphale ou aux membres. Rappelons que les vues les plus récentes sur la pathogénie de cette affection sont celles de MM. Merklen et Wolff. Ces auteurs, rapprochant les symptômes infarctuels et anévrysmatiques de la monocytose trouvée dans le sang, font de la maladie une endothélite tant oblitérante (d'où le purpura, le signe d'Osler, les infarctus par thrombose locale) qu'ectasiante (d'où les anévrysmes d'Eppinger).

Quant à l'agent pathogène de l'affection, on a admis sans conteste pendant plusieurs années que c'était le streptocoque viridans de Schottmuller, mais actuellement cette notion est remise en question. On ne trouve pas toujours ce microbe. M. Vaquez, deux fois sur sept, a trouvé le pneumocoque, M. Mouriquand a trouvé du tétragène, d'autres du colibacille, et en fin de compte M. Vaquez n'hésite pas à faire de l'endocardite oslérienne, une simple forme clinique de type Vaquez-Lutembacher. Il reste que cette forme s'individualise, par son pronostic, fatalement mortelle.

Au terme de cette rapide étude des endocardites de l'enfance, nous tenons à attirer encore une fois l'attention sur le rôle prépondérant qu'y joue étiologiquement la maladie de Bouillaud.

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES

Whitehead ou diathermocoagulation

D'après un article récemment paru sous la signature d'un maître de la chirurgie, j'ai pu constater qu'à l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens, et celui-là en particulier, déconseillent l'opération de Whitehead pour les hémorroïdes et les prolapsus hémorroïdaires la considérant comme une opération dangereuse et hors de proportion avec le but à atteindre. Il en résulte, d'après cet auteur, que l'intervention chirurgicale qui, dans les hémorroïdes banales, exécutée suivant la simple et excellente technique qu'il décrit, donne des résultats si parfaits qu'il serait inutile, dit-il, de lui en opposer aucune autre, ne donnerait plus quand il s'agit de l'opération de Whitehead une suffisante satisfaction aux meilleurs chirurgiens, puisqu'ils en arrivent à la déconseiller.

Dans ces conditions, nous sommes surpris que l'on ne pense pas à tirer parti de la précieuse méthode qu'est la diathermo-coagulation, qui donne dans ces cas de si excellents résultats. En pratiquant la technique que j'ai depuis longtemps déjà décrite dans un certain nombre de publications (1-2) j'ai pu guérir des malades que des maîtres éminents avaient préféré ne pas traiter chirurgicalement. Ceci montre les services que peut rendre la diathermocoagulation dans ces circonstances. Il est vrai que certains auteurs ne semblent juger la diathermocoagulation que d'après des techniques qui ne paraissent pas présenter un avantage bien net sur l'intervention chirurgicale. C'est ainsi que ces méthodes nécessitent une préparation spéciale du malade, un séjour de 8 à 10 jours à la maison de santé, une anesthésie assez complète, un traitement à la morphine pendant 48 heures. On signale d'autre part certains incidents anesthésiques et post-opératoires, hémorragiés, infection. Or, il n'existe aucun de ces inconvénients si l'on emploie la méthode que j'ai publiée depuis 1923 (1-2) et mise au point dans plusieurs publications, et notamment dans la thèse de mon élève Couba (juin 1929) pour laquelle il a été décerné à l'auteur une mention « très bien ».

Dans ma technique basée sur 2 à 3.000 cas environ, je n'ai jamais envisagé la nécessité de faire entrer mes malades dans une maison de santé ni de leur faire systématiquement de la morphine. Je ne leur fais subir aucune préparation préliminaire et leur ai toujours laissé continuer leurs occupations habituelles au cours du traitement (sauf cas exceptionnels).

N'employant qu'une anesthésie très limitée et opérant en plusieurs séances, je n'ai jamais eu aucun incident anesthésique ni aucun cas d'infection post-opératoire, sauf un seul cas d'abcès dans le voisinage de la région opérée et qui ne paraît pas nettement le fait direct de l'intervention.

Quant aux hémorragies, elles sont minimes et rares et ne nécessitent presque jamais l'intervention personnelle de l'opérateur. Le seul incident assez fréquent à signaler (10 à 15 % des cas) est l'œdème et la douleur post-opératoire plus ou moins vive qui ne me paraît du reste pas devoir être considérée comme un incident, mais comme une suite normale et fréquente des opérations pratiquées sur cette région. Cette douleur est d'ailleurs plutôt minime puisqu'elle n'oblige presque jamais le malade à interrompre le cours de ses occupations usuelles. Il est donc tout à fait exceptionnel d'avoir besoin de recourir à la morphine et au repos absolu (3 à 5 % des cas à peine).

Ainsi envisagée, la cure des hémorroïdes par la diathermocoagulation ne peut manquer de présenter, même dans les cas simples, de gros avantages sur l'intervention chirurgicale qui ne dispense pas de la préparation préliminaire du malade, du séjour à la maison de santé ni de l'arrêt des occupations usuelles comme la méthode de diathermocoagulation à séances échelonnées.

D'autant plus que si la plupart des chirurgiens déconseillent actuellement le Whitehead, il faut bien qu'ils songent à le remplacer, car je ne pense pas qu'il soit dans leur intention d'abandonner, dans ces cas, les malades à leur triste sort comme cela a été fait dans le cas relaté ci-après (observation n° 2).

Nous pensons donc qu'il est utile d'attirer encore l'attention sur les services que peut rendre la diathermo-coagulation dans les prolapsus même dans ceux jugés chirurgicalement inopérables, comme le montrent les observations ci-après.

Pratiquée suivant la technique que j'ai proposée, l'opération est absolument anodine. Elle ne fait courir au malade aucun danger, ne le condamne ni au lit, ni à la maison de santé, ni à la morphine et elle ne comporte pour ainsi dire pas d'échec.

Observations

N° 1. M. W. beau-père du Dr W... souffrait depuis 25 ans d'hémorroïdes sans qu'aucun traitement ait pu apporter d'amélioration appréciable à son état. Il suivit même pendant près d'un an une cure par les

injections sclérosantes qui lui fut appliquée par des maîtres de la méthode.

Son état s'était du reste compliqué d'un gros prolapsus de la muqueuse (grosseur d'une mandarine). On lui conseilla l'opération mais il ne voulut pas s'y soumettre. Cependant son état s'aggrava à tel point que sa situation devint intolérable. La tumeur ne se maintenait plus que très difficilement réduite, ressortant à chaque effort et même par la station debout prolongée.

C'est alors qu'il vint me voir sur le conseil de son gendre, le Dr W.... que j'avais rencontré par hasard courant août.

Je commençai de suite (fin sept. 1930) le traitement du prolapsus suivant la technique que j'ai décrite (1). Après 4 ou 5 séances, le malade déclara avoir obtenu un grand soulagement, le prolapsus ne sortait plus. Je terminai alors comme précédemment la coagulation d'énormes bourrelets externes qui s'étaient rétractés extérieurement, comme cela se passe habituellement, à la suite de la cure des prolapsus.

Cette dernière partie du traitement procura au malade quelques suites douloureuses, sans jamais cependant l'obliger à modifier sensiblement sa façon de vivre habituelle. Après 11 à 12 séances, environ trois mois de traitement (traitement fait lentement à dessein), il était entièrement guéri sans aucune trace de la maladie ni de l'opération.

Nous sommes loin des années de traitements inutiles par la haute fréquence, les injections sclérosantes, les médicaments ; et l'opération chirurgicale, pour être efficace, aurait nécessité le Whitehead complet.

No 2. Mme M... souffrait depuis 45 ans de grosses hémorroïdes. Depuis un an, un prolapsus du rectum du volume d'une mandarine, et qui restait constamment à l'extérieur, était venu compliquer la situation. Après chaque effort la malade était obligée de le réduire et de le maintenir avec une ceinture ; des hémorragies abondantes avaient d'autre part considérablement affaibli la malade déjà âgée de 65 ans.

Ne trouvant aucun soulagement dans tous les traitements employés jusqu'à présent, elle se décida malgré son âge et sa faiblesse à se faire opérer.

Etant alors allée consulter le professeur D. P., celui-ci lui déconseilla l'opération qui comportait un Whitehead et de trop gros risques, vu l'importance de l'opération, l'âge et l'état déplorable de la santé de cette malade. Il lui déconseilla même tout traitement et surtout les injections sclérosantes.

C'est alors que cette malade, sur les conseils de son médecin le Dr B., se décida à se faire traiter par la diathermocoagulation.

Le 23 mai, je lui fis, suivant la technique que j'ai décrite (1) une première séance de coagulation superficielle *sans anesthésie* sur une muqueuse rectale prolabée et saignante de la grosseur d'une petite mandarine. Cette malade rentra chez elle immédiatement après la séance. Elle revint quatre jours après et me déclara n'avoir pas souffert davantage avoir même éprouvé un certain soulagement vague.

Je continuai le traitement jusque fin juillet ayant alors obtenu progressivement la réduction du prolapsus. Je terminai suivant ma méthode (2) sous anesthésie locale la coagulation des paquets hémorroïdaires externes rétractés.

Cette partie du traitement qui demanda 3 à 4 séances fut la seule qui nécessita l'anesthésie locale et fut suivie de réaction quelque peu douloureuse avec l'œdème habituel qui accompagne presque toujours cette phase de l'intervention. A la fin d'août tout était terminé et la malade partit en vacances.

Elle revint me voir en octobre. Je constatai qu'elle était complètement guérie de son prolapsus. Elle avait l'impression de n'avoir jamais rien eu. Je la renvoyai voir le Prof. P. D., qui put le constater, l'ayant vue précédemment en si piteux état.

No 3. En 1925, le Dr M. D... souffrait depuis plusieurs années d'une fissure extrêmement douloureuse et d'hémorroïdes avec prolapsus. D'autres part, des hémorragies fréquentes l'avaient considérablement affaibli. Il vint me demander de le traiter par ma méthode qui, cependant, à cette époque, en était encore à ses débuts.

Après 3 à 4 semaines environ de traitement, le Dr D... se trouva dans un état suffisamment satisfaisant.

De plusieurs années, je ne le revis plus. Le 17 avril 1931, je viens de recevoir une lettre dans laquelle il me dit :

« Depuis bientôt six ans que vous m'avez opéré, je n'ai jamais rien ressenti ni au point de vue fissure, ni au point de vue hémorroïdes. La guérison s'est maintenue parfaite et vous pouvez faire état de mon témoignage auquel une durée de six années donne une certaine valeur »

Signé : Dr M. D... (Nièvre).

Dr DURAND-BOISLÉARD.

(1) Trait. par l'électrocoagulation des prolapsus hémorroïdairesde la muqueuse rectale. (*Revue de médecine et de chirurgie*, 1924-25, no 12; *Journal de médecine de Paris*, no 28.)

(2) *Concours médical*, 1928, 12 mai 1929 ; *Bulletin Société des praticiens*, 17 mai 1929 ; *Journal de médecine de Paris*, 31 juillet 1930, no 31 ; thèse Couba, Paris, 1929 ; thèse de Gluck, Paris, 1928 ; thèse de Mammoud-Fathy, Lyon, 1928 ; *Courrier médical*, p. 47, 1925.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Il est essentiel pour le praticien d'examiner soigneusement, et de suivre attentivement toute angine aiguë. Le diagnostic de l'angine diphtérique est le plus souvent possible par la clinique.

d'après le Dr Louis RAMOND (1)

Les angines aiguës sont si fréquentes en clientèle, qu'il n'y a pas de semaine, sinon de jour, où le praticien n'ait l'occasion d'en rencontrer plusieurs cas ; elles se manifestent tantôt à titre d'affection primitive, *tantôt à titre de* symptôme ou de complication secondaire *de maladies générales, telles que la scarlatine, le rhumatisme, etc. Il faut être convaincu de l'importance et de la difficulté de leur diagnostic étiologique, dont dépendent cependant toutes les indications thérapeutiques.*

Les caractères généraux des angines aiguës

Les angines aiguës sont des inflammations de la gorge, et, comme telles, elles se révèlent initialement par des douleurs (irradiations vers le cou et vers l'oreille, sensations de tension, de chaleur, de battements dans la gorge), et par de la fièvre. La fièvre précédée de frissons est souvent très élevée, parfois modérée ; il y a en même temps accélération du pouls, anorexie, état saburral des voies digestives, abattement.

La localisation à la gorge détermine, de plus, des troubles de la déglutition, de la phonation, de la respiration.

Ces signes fonctionnels attirent l'attention vers le pharynx ; aussi faut-il examiner la gorge. Mais, même s'ils font défaut, ainsi que le fait est fréquent chez l'enfant, on doit poser en règle absolue d'examiner la gorge de tout enfant malade, surtout s'il a de la fièvre.

Cet *examen de la gorge,* pratiqué avec un bon éclairage, sera complète par une inspection soigneuse de la *bouche,* qui portera sur l'état de la langue, de la face interne des joues et des lèvres, des gencives, des dents. La palpation des amygdales sera utile en cas de phlegmon de l'amygdale ou de chancre amygdalien. On recherchera aussi l'état des *ganglions, des fosses nasales, des oreilles* (fréquence des otites, comme complication des inflammations pharyngées).

ON PEUT CROIRE A UNE ANGINE, QUI N'EXISTE PAS EN RÉALITÉ : *névralgies pharyngées,* sorte de rhumatisme musculaire de la gorge chez les neuro-arthritiques (il y a des douleurs, mais pas de fièvre, et l'examen de la gorge reste entièrement négatif) ; *paralysies du voile du palais* (ni douleurs, ni fièvre, ni inflammation locale ; mais le voile du palais est flasque et immobile ; le réflexe nauséeux a disparu) ; *trismus* dans l'ostéopériostite alvéolo-dentaire (dents de sagesse), dans le tétanos, dans l'arthrite temporo-maxillaire par blennorragie ou par accidents sériques.

ON PEUT MÉCONNAITRE UNE ANGINE, QUI EXISTE, à cause du peu d'intensité des signes locaux et de l'importance des phénomènes généraux, qui font attribuer le processus morbide à une infection générale, à une infection intestinale, à un « embarras gastrique ». Or, l'examen de la gorge suffit à montrer que tout le syndrome infectieux est secondaire à une angine.

Angines rouges. Angines blanches. Leur diagnostic étiologique

Cette classification première résulte de l'examen de la gorge.

Angines rouges.

LES ANGINES ROUGES SECONDAIRES sont fréquentes.

En présence d'une angine rouge, on doit aussitôt penser à sa cause la plus souvent reconnue, à la *scarlatine.* L'angine scarlatineuse débute brusquement par de la fièvre, des vomissements, et du mal de gorge. Le 1er jour, la gorge est rouge, et la langue est blanche. Plus tard, vers le 3e ou le 4e jour, la langue se dépouille, et la gorge est encore rouge, ou se recouvre d'un enduit pultacé. Devant toute angine rouge suspecte, on doit examiner soigneusement le corps : en douze ou vingt-quatre heures apparaît l'érythème caractéristique, s'il s'agit bien d'une scarlatine.

L'angine du *rhumatisme articulaire aigu* se voit chez de grands enfants, atteints simultanément, ou quelques jours plus tard, d'arthralgies rhumatismales.

L'angine de l'*érysipèle* est rouge vernissé ; elle s'accompagne de symptômes généraux graves.

(1) Dr Louis RAMOND. — Diagnostic d'une angine aiguë. (*Conférences de clinique médicale pratique,* 9e série, 1931. Vigot, frères, édit. Paris).

Les angines de la *rougeole*, de la *rubéole*, des *oreillons* sont aisément rattachées à leur cause, en raison des signes concomitants de la maladie primitive.

L'angine de la *mononucléose infectieuse*, affection rare et encore mal classée, est rouge (parfois blanche ou ulcéreuse) ; elle s'accompagne d'un gonflement considérable des ganglions cervicaux et d'une leucocytose modérée avec prédominance des grands mononucléaires ou des monocytes dans la formule leucocytaire ; son pronostic est favorable ; la guérison en est la règle.

Les angines rouges primitives sont celles, qui ne rentrent pas dans l'une des variétés précédentes.

L'angine érythémateuse aiguë, ou angine simple, ou angine catarrhale aiguë, a un début brusque ; elle s'accompagne de fièvre souvent élevée et d'un embarras gastrique parfois accentué. Elle détermine de la tuméfaction des amygdales et de la rougeur diffuse du pharynx.

Elle évolue rapidement vers la guérison avec amélioration progressive des symptômes.

L'*angine phlegmoneuse*, d'emblée ou consécutive à une autre forme d'angine, s'accompagne de douleurs très vives, et de troubles de la déglutition très accentués, puis, surtout, de trismus.

L'examen de la gorge, souvent rendu très difficile, montre des lésions unilatérales : l'amygdale bombe dans l'isthme du gosier, recouverte de points pultacés ; mais, celle-ci est relativement peu augmentée de volume, et surtout soulevée par une collection péri-amygdalienne, avec un gonflement rouge et œdémateux du pilier antérieur du voile du palais. L'évolution se fait vers la suppuration, et aboutit à l'ouverture spontanée de l'abcès, en quelques jours, 7 à 10 en moyenne, quand la maladie est abandonnée à elle-même.

Angines blanches.

Les angines blanches rendent plus angoissant le problème du diagnostic étiologique, parce que les angines diphtériques sont des angines de cette nature. La qualité de l'enduit blanchâtre, qui les caractérise, permet de les diviser en : pultacées, pseudo-membraneuses, ulcéro-membraneuses, sphacélo-membraneuses.

Les angines a enduits pultacés sont celles que l'on rencontre le plus souvent. Elles ont, comme caractère principal, la présence sur les amygdales, et sur elles exclusivement, d'un enduit blanchâtre ou blanc-grisâtre, crémeux, peu consistant, friable, se détachant facilement de la muqueuse sous-jacente saine à laquelle il n'adhère pas, sans cohésion, facilement écrasable, et dissociable dans l'eau. Cet exsudat n'a aucune tendance à l'extension, et il ne s'étend pas — ou exceptionnellement (et c'est alors très suspect) — en dehors de l'amygdale. Suivant la cohérence plus ou moins grande de cet enduit à la surface de l'amygdale, ou distingue deux types : l'*angine pultacée* (rare) et l'*angine lacunaire ou cryptique* (fréquente) ; ceux-ci diffèrent par le terrain, sur lequel ils évoluent.

L'*angine pultacée* est une complication des angines, érythémateuses chez les adultes débilités convalescents ou cachectiques ; elle évolue avec un minimum de symptômes fonctionnels et généraux, ne se complique pas d'adénopathies cervicales.

Elle *risque d'être confondue avec le muguet* ; mais celui-ci prédomine plus dans la bouche, sur le voile du palais ou à la face interne des joues que sur l'amygdale.

L'*angine lacunaire ou cryptique* constitue la grande majorité des angines blanches observées en clientèle. Elle débute brusquement, comme une maladie générale, par des frissons, des courbatures, de la céphalée et une rapide élévation thermique à 40° ; puis apparaissent de la dysphagie, des douleurs à la gorge, rapidement bilatérales. A l'examen de la gorge, on ne découvre pendans les 24 ou 48 premières heures qu'une simple tuméfaction avec rougeur des amygdales ; puis apparaît sur les deux amygdales un enduit pultacé, aggloméré sous forme de petits points blancs arrondis, de la taille d'un grain de millet, qui occupent les cryptes. Ces grains écrasés entre les doigts exhalent une odeur caséeuse fétide. Il n'y a pas d'adénopathies, ou, s'il y en a, elles sont toujours légères. L'évolution de la maladie est rapide : en 3 ou 4 jours la température redevient normale ; la convalescence est de 3 à 4 jours.

Quand cette angine se complique d'herpès labial, certains auteurs la dénomment « herpétique » ; la présence d'herpès labial ou narinaire est d'ailleurs banale au cours des angines de toutes sortes.

On ne doit pas confondre l'angine lacunaire avec : *les dépôts cryptiques amygdaliens sans angine*, ni troubles généraux ou fonctionnels (découvertes au hasard d'un examen de gorge) ; avec le *zona pharyngo-buccal* (rare, limité à l'âge adulte, réparti sur toutes les parties de la cavité buccale) ; avec l'*herpès pharyngo-buccal récidivant.*

Les angines pseudo-membraneuses secondaires.

Nous étudierons à part les angines pseudomembraneuses primitives, parce qu'elles sont presque toujours de nature diphtérique.

Quels sont les caractères des fausses membranes: Ce sont des pellicules, blanchâtres au début, grises ou verdâtres plus tard, qui sont étalées sur le pharynx, sur lequel elles forment une sorte de couenne. Leurs dimensions sont variables, bandes allongées ou nappes diffuses à bords irréguliers et déchiquetés. Elles siègent d'abord sur la

partie postérieure du pharynx ; mais elles ont une *tendance extensive marquée* à recouvrir, comme d'une couenne continue les amygdales, les piliers du voile, la luette qu'elles engaînent en doigt de gant, la partie postérieure du pharynx.

Elles sont, en général, *adhérentes à la muqueuse sous-jacente, qui saigne* quand on les enlève. Une fois détachées et examinées à part, elles se montrent *solides, cohérentes,* tout d'une pièce et ne se désagrègent pas dans l'eau.

Il faut éliminer toutes les causes d'angines phlegmoneuses secondaires, c'est-à-dire du même coup faire presque complètement le diagnostic d'angine diphtérique.

Voici, par ordre de fréquence décroissante, les causes des angines pseudo-membraneuses *secondaires : la scarlatine ; la syphilis* primaire ou secondaire du pharynx, le *phlegmon de l'amygdale ; certains traumatismes* opératoires ou caustiques.

Les angines de la scarlatine surviennent, au début ou au déclin de scarlatine, en général très graves ; à côté d'une forme bénigne, il est une forme grave, avec fausses membranes gris-sale, étendues, non seulement au pharynx, mais à la bouche, aux lèvres, etc., avec adénites et péri-adénites constantes, albuminurie ; la guérison en est lente à obtenir, la convalescence longue. Une forme septique ou maligne avec fausses membranes épaisses, sanieuses, coryza purulent, jétage abondant, cou proconsulaire, entraîne la mort par grave atteinte de l'état général.

On a prétendu que ces angines graves, survenant tardivement, étaient toujours de nature diphtérique ; le fait est exact en milieu hospitalier. Cependant, la prudence commande de toujours faire pratiquer, en pareille occurence, un examen bactériologique, et, si celui-ci est impossible, d'injecter du sérum antidiphtérique pour peu que les membranes soient étendues.

La *syphilis du pharynx* peut provoquer la formation de fausses membranes, soit à la période primaire sur le chancre de l'amygdale, soit à la période secondaire sur des plaques muqueuses pharyngées.

Un certain nombre de caractères différencient la syphilis de la diphtérie. *Dans le chancre de la syphilis,* la fausse membrane comme l'adénopathie, très marquée et faite d'une pléiade ganglionnaire, avec un ganglion nettement plus gros que les autres — sont strictement unilatérales. L'exsudat pseudo-membraneux, repose sur une érosion ou sur une ulcération. L'amygdale est nettement indurée au toucher. Les signes fonctionnels (dysphagie, douleurs) sont souvent intenses. L'état général même est quelquefois touché. L'évolution est lente, et la roséole apparaît au bout de quelques semaines.

Quant aux *plaques muqueuses,* leur enduit pseudo-membraneux est plus difficile à distinguer de la syphilis, car les lésions sont bilatérales; mais, à leur limite, on aperçoit les contours polycycliques des plaques muqueuses. Le fait capital est la coexistence presque constante d'autres plaques muqueuses, dans la bouche ou ailleurs, et d'éruptions cutanées syphilitiques (roséole ou papules). Ici la sérothérapie antidiphtérique est nettement contre-indiquée, à la condition de ne pas oublier qu'un syphilitique peut très bien contracter la diphtérie.

Le phlegmon de l'amygdale peut être l'occasion du développement d'une fausse membrane à la surface de l'amygdale ; mais, en dehors des signes habituels du phlegmon, on note des signes distinctifs, tels que le trismus, l'unilatéralité des lésions.

Enfin, de grossières erreurs de diagnostic peuvent avoir pour origine *certains traumatismes de l'amygdale* : tamygdalotomie ; attouchements avec des collutoires irritants ; traitement de la syphilis par le bismuth.

Angines ulcéreuses

Les ANGINES ULCÉREUSES PRIMITIVES sont : l'angine ulcéreuse de Vincent, l'angine pustuleuse primitive de Marfan.

L'angine ulcéreuse de Vincent, la plus fréquente est sous la dépendance d'une association fuso-spirillaire. Elle s'observe surtout chez des enfants (à 6 ou 7 ans, au moment de l'apparition de la dent permanente), et chez des adultes jeunes (de 21 à 25 ans) ; elle est alors parfois en rapport avec l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. C'est une plaque blanchâtre ou grisâtre, crayeuse, molle, presque caséeuse à sa surface, qui repose sur une ulcération profonde à bords taillés à pic. Ses caractères importants sont : l'unilatéralité prédominante, la fétidité de l'haleine, la salivation abondante, l'adénopathie sous-maxillaire plus ou moins intense, mais constante. Elle s'accompagne de signes fonctionnels et généraux variables, souvent peu marqués ; l'état général peut être pourtant profondément touché dans certains cas et ferait craindre une maladie plus sérieuse.

L'*angine pultacée primitive* commence par une phase nettement pustuleuse, au bout de peu de temps, les pustules se rompent, et laissent après elles des érosions arrondies, ou de petits disques grisâtres, qui prennent l'apparence de petits îlots pseudo-membraneux, pouvant confluer et ressembler à une véritable fausse membrane. Cette angine, qui s'accompagne de fièvre et de fatigue générale, guérit presque toujours ; mais sa convalescence est longue.

Les ANGINES ULCÉREUSES SECONDAIRES s'observent à la suite de diverses maladies infectieu-

ses : scarlatine, variole, varicelle, fièvre typhoïde, syphilis.

Enfin, il existe des ANGINES GANGRÉNEUSES, le plus souvent secondaires, chez des sujets débilités au cours de maladies infectieuses fréquemment compliquées de noma. Elles se reconnaissent à leur odeur fétide et gangréneuse, à la couleur gris noir des plaques de sphacèle, et à la salivation intense, aux adénopathies, à la dysphagie atroce qu'elles provoquent, avec altération profonde de l'état général.

***

L'angine diphtérique. Son diagnostic possible par la seule clinique

L'angine diphtérique rentre dans la catégorie des angines *pseudo-membraneuses.* C'est une angine pseudo-membraneuse *primitive* ; c'est même la forme, primitive de *beaucoup la plus fréquente.* Les autres sont dues aux streptocoque, staphylocoque, pneumobacille, tétragène, coccus Brisou ; on ne peut les distinguer de la diphtérie que par la bactériologie.

Les caractèress de toutes les fausses membranes ont été décrit plus haut ; il n'y à rien à ajouter pour la diphtérie.

Il existe deux aspects de l'angine diphtérique : la forme commune, franche, normale, et la forme maligne.

L'angine diphtérique commune, normale, a un début insidieux, sans fièvre ni douleur, avec un peu de rougeur de la gorge à ce moment. Plus tard, les fausses membranes se disposent en taches séparées ou en bandes plus ou moins étendues sur les amygdales ; elles peuvent gagner la luette, mais ne manifestent qu'une faible tendance à s'étendre ; elles se reproduisent facilement et rapidement quand on les a détachées : au-dessous d'elles, la muqueuse est saine, non ulcérée, à peine rouge et tuméfiée.

L'adénopathie sous-maxillaire est constante, sous forme de petits ganglions hypertrophiés légèrement, douloureux, roulant sous le doigt, sans périadénite par conséquent.

Les troubles fonctionnels et les signes généraux sont très peu marqués ; la fièvre est modérée ; cependant les malades présentent quelques signes d'intoxication légère : ils sont pâles et abattus.

L'angine diphtérique maligne, plus rare, sévit au cours de certaines épidémies. Son début est variable : tantôt insidieux, comme celui de la forme bénigne ; tantôt brusque, bruyant, solennel comme celui de la scarlatine, et marqué par une rapide ascension thermique, accompagnée de frissons et vomissements.

A la période d'état, les fausses membranes sont très étendues et envahissent tout le pharynx ; elles sont épaisses et forment une couenne continue, grisâtre, brunâtre, noirâtre ou verdâtre. Elles adhèrent à la muqueuse sous-jacente, que leur détachement laisse exulcérée et saignante ; elles se reproduisent avec une extrême facilité et très vite.

Les fosses nasales, constamment prises, sont le siège d'un jetage séro-sanguinolent.

Les adénopathies sous-maxillaires sont très accusées ; elles sont entourées de périadénite, qui fusionne les ganglions en une seule masse, et qui peut, si l'œdème périganglionnaire est considérable, déformer le cou et lui donner l'aspect du cou proconsulaire.

Et surtout, l'*état général* est profondément atteint ; le teint est plombé, et les yeux, sont excavés ; la température est élevée (mais peut ne pas l'être). Le pouls, par exemple est toujours fréquent, petit dépressible ; il est souvent irrégulier. Il y a de l'agitation ou de la dépression ; on voit se produire des hémorragies, du purpura, des érythèmes infectieux.

L'albuminurie est constante, souvent abondante.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

1° *Une angine pseudo-membraneuse, qui ne fait pas nettement la preuve qu'elle est secondaire, doit être considérée comme suspecte.* A propos de l'angine syphilitique, nous avons détaillé les symptômes différentiels.

D'autre part, l'altération de l'état général, le teint plombé, doivent également éveiller l'attention, quoique ce soit surtout dans la diphtérie maligne que se manifestent particulièrement l'abattement et l'altération des traits.

Rien à tirer, pour les cas douteux, de l'accélération du pouls, puisque c'est surtout en cas de diphtérie maligne que ce signe s'observe, même avec dissociation du pouls et de la température.

Enfin, il ne faut pas tabler sur l'élévation de la température, comme on pensait le faire autrefois, car il est inexact de dire que la fièvre soit très élevée dans les angines non diphtériques, et modérée dans les angines diphtériques.

2° *Toute angine, non seulement pseudo-membraneuse, mais même rouge ou pultacée ou phlegmoneuse ou ulcéreuse, doit être considérée comme suspecte, quand :*

a) elle survient en milieu épidémique de diphtérie ;

b) elle s'accompagne de laryngite ;

c) elle coexiste avec un coryza suspect ;

d) elle est concomitante de réactions ganglionnaires considérables, ou simplement anormalement fortes.

Conclusions thérapeutiques.

Il faut injecter aussitôt du sérum : 1° dans toute angine pseudo-membraneuse suspecte ; 2° dans toute autre angine, qui paraît suspecte, pour les raisons indiquées.

Remarques. Quand on juge que l'injection immédiate de sérum antidiphtérique n'est pas indispensable, il ne faut pas manquer de *surveiller avec soin, deux fois par jour, l'état de la gorge*, et de pratiquer un *examen bactériologique* des sécrétions pharyngées. Les angines diphtériques peuvent prendre, en effet, le masque d'une autre affection, et simuler une angine cryptique, une angine rouge, une angine phlegmoneuse.

« Cependant, suivant le précepte des anciens qui reste toujours juste, il ne faut jamais attendre la réponse du laboratoire pour mettre en jeu la sérothérapie antidiphtérique, s'il y a le moindre doute sur la nature diphtérique de l'angine en cause. »

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le traitement thermal de l'obésité considérée comme une maladie de carence de la nutrition.

Le Docteur Pierre Martin (de Châtel-Guyon) met en évidence certaines causes d'obésité qui lui semblent mériter plus d'attention que ne leur réserve l'ensemble des études consacrées à ce trouble de la nutrition. L'auteur s'intéresse particulièrement aux obésités par troubles intestinaux, hépatiques ou pancréatiques.

Tout en dissociant ces diverses entités causales, il définit les liens qui s'établissent entre elles par influence directe ou par association. Ainsi une insuffisance hépatique aura fréquemment son origine dans une souffrance colique, ou dans les résorptions toxiques résultant des altérations de la barrière intestinale.

Les mêmes causes pourront agir sur le pancréas pour ajouter aux désordres précédents une insuffisance pancréatique de même ordre.

M. Pierre Martin indique qu'il considère le chlorure de magnésium comme la médication à la fois idéalement préventive et quasi-spécifique de ces troubles. Comme les eaux de Châtel-Guyon sont les plus riches au monde en chlorure de magnésium, il n'hésite pas à préconiser un traitement thermal chez les obèses à étiologie intestinale, hépatique ou pancréatique ; et ses arguments sont d'autant plus solides qu'ils sont échafaudés sur l'étiologie, la pathogénie et la valeur thérapeutique des différents éléments des eaux de Châtel-Guyon.

Ces dernières agissent par effets multiples en diminuant considérablement les putréfactions et fermentations intestinales, en cicatrisant les lésions muqueuses génératrices de spasme et d'atonie, en renforçant et régularisant les contractions lisses et enfin en tonifiant considérablement la nutrition générale.

Le résultat est l'arrêt de la suractivité antitoxique qui épuise la cellule hépatique. Une fois celle-ci ramenée à un travail normal, le foie peut alors récupérer son intégrité physiologique et jouer son rôle régulateur de la nutrition.

La diurèse est augmentée et l'hydratation des tissus conjonctifs s'atténue par régression du coefficient lipocytique.

Enfin, sur l'ensemble de la nutrition, le chlorure de magnésium des eaux de Châtel-Guyon exerce également son action vitalisante, car il augmente les échanges, améliore l'assimilation et réorganise l'équilibre physique et physiologique de l'organisme. (*La Clinique*, avril 1931.)

Sur la valeur thérapeutique des injections intra-utérines de lipiodol dans la stérilité féminine.

M. G. Cotte a fait actuellement une vingtaine d'examens radiologiques de l'utérus et des trompes chez des femmes stériles. Dans 60 % des cas, les trompes étaient imperméables, soit au niveau de l'ampoule, soit au niveau de la corne utérine ; l'auteur n'en a observé que huit dont les trompes étaient perméables ; parmi celles-ci, il y en a deux qui sont devenues enceintes dans le mois qui suivit l'exploration.

Les conditions mêmes et la rapidité avec laquelle la grossesse est survenue après l'examen au lipiodol permettent de dire qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais bien d'un effet thérapeutique du lipiodol. Au même titre que l'insufflation d'air ou d'oxygène, l'injection de lipiodol permet de désobturer des trompes, dont la perméabilité n'est pas complète. On peut se demander également si le lipiodol, par sa forte teneur en iode, n'a pas une action topique sur l'épithélium tubaire ; car il semble que, dans la stérilité, souvent la perméabilité tubaire n'est pas seule en cause, et que l'état de la muqueuse tubaire peut bien avoir aussi une certaine impor-

tance. A l'origine de la stérilité, comme de la dysménorrhée, on invoque trop facilement des processus purement mécaniques.

Sur près de deux cents examens après injection de lipiodol, pratiqués dans les conditions les plus diverses, le Dr C. n'a jamais observé la moindre poussée inflammatoire du côté des annexes ou du péritoine pelvien. Cependant, la possibilité d'accidents ne doit pas nous faire rejeter ce procédé plus que celui de l'hystéromètre ou de la dilatation du col.

En pratique, il faut réserver l'injection de lipiodol aux cas très particuliers (et ils sont assez nombreux), où elle peut apporter des données nécessaires et indispensables, au point de vue diagnostic et thérapeutique. Encore faut-il, avant de passer à l'examen radiographique, faire un examen clinique minutieux, de façon à reconnaître et à dépister les lésions gynécologiques, qui pourraient contre-indiquer l'injection de lipiodol.

En principe, c'est dans les cas où l'examen clinique est négatif, qu'il y a lieu de la faire ; elle est d'autant plus indiquée dans ces cas-là, qu'elle peut non seulement faire découvrir les raisons de la stérilité, mais qu'elle peut encore avoir les plus heureux effets thérapeutiques. Lorsqu'il y a des lésions annexielles décelables à l'examen, à plus forte raison s'il y a eu une poussée salpingienne récente, il est peut-être préférable de s'abstenir de tout examen. Enfin, pour éviter au maximum toute réaction inflammatoire, l'exploration radiologique des trompes sera faite de préférence dans la semaine qui suit les règles, et en observant tous les détails de technique, actuellement bien codifiés ; il sera bon, en outre, de laisser les malades au lit pendant 24 heures, dans les cas où le cliché montrera que le lipiodol a franchi l'ostium utérinum. (*Lyon médical*, 4 janvier 1931.)

L'allergine dans le traitement des tuberculoses cutanées.

Il arrive couramment que l'ablation, si parfaite soit-elle, du lipome ou de la végétation tuberculeuse n'empêche pas les récidives *in situ*, ou même en d'autres points du tégument. Aussi a-t-on pris l'habitude, en même temps que le traitement local, d'instituer une thérapeutique de l'état général du lupique, même le plus floride.

Dans ce but, MM. Marceron et P. Guérin ont utilisé depuis deux ans l'allergine du Dr A. Jousset. Cette allergine est un produit extrait du bacille de Koch, et conférant au malade un certain degré d'immunité ; il s'agit d'une toxine bacillaire, bien distincte de la tuberculine, et susceptible de réveiller, puis d'entretenir dans l'organisme tuberculeux l'énergie défensive, l'allergie, d'où son nom.

L'allergine s'adresse à toutes les tuberculoses organisées. Dans les tuberculoses cutanées, l'injection d'allergine produit une réaction focale, et une réaction générale, extrêmement variable, en général d'autant plus élevée que la forme de tuberculose folliculaire attaquée est plus étendue. Les réactions les plus nettes à 39°5, à 40° et au-dessus sont les meilleures du point de vue thérapeutique. Dans les formes, qui réagissent peu, l'amélioration est nulle.

La valeur pronostique des réactions et leur intensité doivent guider pour choisir les doses et établir le rythme des injections.

A cuti forte, progression prudente, pronostic très favorable.

A cuti faible, ou nulle, progression normale, pronostic défavorable.

On fera ensuite la première injection, sous-cutanée, d'un quart de cc. d'allergine ; le malade restera au lit ; la température sera prise toutes les trois heures. La réaction sera jugée en trois jours ; en général, elle débute à la 8e heure, s'élève jusqu'à un maximum entre la 20e et la 25e heures, puis s'atténue. Trois jours après, nouvelle dose, la même si la réaction a été vive ; 1/2 cent. cube, si elle a été faible. Huit jours après, troisième injection ; puis, au rythme d'une injection par semaine, continuer jusqu'à consolidation.

L'immunité, créée par l'allergine, n'est pas durable ; le résultat définitif n'est obtenu qu'à coup de résultats temporaires ; il faut donc pousser la thérapeutique longtemps après le moment, où on aurait pu se croire autorisé à la cesser. Les résultats obtenus semblent devoir être remarquables ; en tous cas, la médication allerginique est sans danger. (*Paris médical*, 17 janvier 1931.)

L'opothérapie splénique dans les dermatoses prurigineuses.

Le Dr Groc fait une mise au point complète et documentée de la question à l'ordre du jour actuellement en dermatologie : l'influence particulièrement heureuse, surprenante parfois, de l'extrait splénique désalbuminé aqueux sur les prurits, les eczémas, les urticaires, l'œdème de Quincke, etc. L'auteur fait d'abord l'historique, au point de vue clinique, de la splénothérapie dans les affections cutanées : Zumbusch, Mayr, Moncorps en Allemagne ; Thomas Paul en Amérique ; Bory, Pasteur Valléry-Radot, Chevallier en France ; puis, en expose les données physiologiques, assez obscures encore présentement. L'article se termine par une abondante et démonstrative documentation clinique fournie soit par les praticiens soit par la communication des docteurs Chevallier et Bloch à la Société Médicale des hôpitaux (5 décembre 1930) d'après laquelle il ressort nettement qu'un extrait splénique désalbuminé aqueux, convenablement préparé,

donne presque toujours des guérisons ou des améliorations indiscutables dans des cas de prurit ou d'eczéma rebelles à toute médication classique ou qui n'auraient pu être traités qu'au prix d'un régime alimentaire rigoureux et d'applications prolongées de pommades. En somme cet article résume clairement tout ce que l'on peut savoir à l'heure actuelle sur l'action de la rate dans les dermatoses prurigineuses. (*Lien médical*, mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hérédité dans le diabète.

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine* ; 16-6-1931.)

Beaucoup d'auteurs ont étudié le rôle de l'hérédité dans le diabète. Bouchard et von Noorden ont trouvé cette hérédité dans 25 % des cas. M. Marcel Labbé a repris la question en considérant non plus les cas de diabète en bloc, mais les cas de diabète par catégories. Laissant de côté les diabètes spéciaux (diabète rénal, endocrinien, hépatique), il envisage les deux grands types de diabète proprement dit : diabète bénin, sans dénutrition azotée, et diabète consomptif, avec dénutrition azotée. Dans le premier, l'hérédité a une importance de second plan, alors que cette importance est essentielle dans le second. Les chiffres notés par l'auteur ont été de 20 % pour le diabète bénin et de 35 % pour le diabète évolutif grave.

M. Marcel Labbé signale d'abord l'imprécision des notions d'hérédité que nous pouvons posséder. Nous pouvons connaître par l'interrogatoire des malades et de leur famille les antécédents de parents et quelquefois de grands-parents. Nous ignorons tout des générations précédentes qui, cependant, jouent un rôle, que l'expérimentation sur les plantes et certaines espèces animales a montré non négligeable. Nos données ne sont donc en la matière qu'incomplètes.

Pour ce qui concerne le diabète, les parents diabétiques transmettent à leurs enfants une « insuffisance », de degré variable, des îlots de Langerhans, qui se traduira plus tard, en particulier, par de l'inaptitude au métabolisme des hydro-carbonés. Cette insuffisance a un certain caractère d'irréductibilité pour le diabète avec dénutrition azotée ; elle est beaucoup moins accusée pour le diabète bénin. M. Labbé pense même que, pour ce dernier, il y a moins hérédité morbide similaire, qu'une hérédité de mauvaise éducation alimentaire, des parents gros mangeurs et obèses donnant de bonne heure à leurs enfants des habitudes de suralimentation, aboutissant, chez des sujets déjà prédisposés, à l'obésité et au diabète. Ainsi, il y aurait lieu d'établir dans l'étiologie du diabète, une distinction entre l'hérédité (dont le rôle est capital dans le diabète grave avec dénutrition) et l'éducation alimentaire morbide (qui intervient surtout dans le diabète bénin).

M. Marcel Labbé pose ensuite le problème de l'hérédité parternelle et maternelle dans le diabète. L'hérédité paternelle est la plus importante. Si l'homme diabétique est assez fréquemment atteint d'un degré variable d'impuissance, le diabétique jeune peut généralement avoir des enfants. Jadis, les femmes atteintes de diabète grave succombaient toutes à la grossesse ; seules, celles ayant un diabète très bénin pouvaient survivre et mettre au monde un enfant bien portant. Aujourd'hui, l'insuline permet de conserver la vie des femmes enceintes diabétiques et de conjurer partiellement la fatalité héréditaire. La grossesse n'en est pas moins à déconseiller aux diabétiques, car elle reste toujours inquiétante malgré l'insuline. Priesel et Wagner ont même conseillé la stérilisation (par la ligature des trompes) chez la jeune fille atteinte de diabète, ce qui serait sans doute difficilement admis en France.

Quoiqu'il en soit, les enfants de diabétiques doivent être l'objet d'une surveillance hygiénique rigoureuse. S'ils ne sont pas diabétiques dans leur jeune âge, ils peuvent le devenir plus tard. Aussi, doit-on éviter avec soin de surmener, par une alimentation trop abondante, leur appareil glyco-régulateur.

Sur la prétendue rareté du cancer en Egypte.

(M. BRUMPT. — *Académie de médecine* ; 9-6-1931.)

M. Brumpt ne croit pas à la rareté du cancer en Egypte, contrairement à l'opinion soutenue par M. Schrumpf-Perron qui attribuait le fait à la haute teneur en sels de magnésium du sol égyptien et de l'eau du Nil non filtrée.

Les documents recueillis ou consultés par M. Brumpt l'incitent à penser que le cancer est aussi fréquent en Egypte qu'en Europe. En raison de la bilharziose, en particulier, les cancers vésicaux sont fréquents chez les fellahs égyptiens.

Toxicité et activité de quelques hypnotiques de la série barbiturique.

(MM. L. LANNOY et J. COUTIÈRE. — *Académie de médecine* ; 16-6-1931.)

Les auteurs ont étudié la toxicité et l'activité respectives de divers hypnotiques de la série barbiturique : véronal, dial, sonéryl, amytal, nembutal. Etablissant une équation entre la valeur narcotique et la valeur toxique de ces différents produits, ils

sont arrivés aux chiffres suivants : véronal, 1 ; dial, 1.04 ; sonéryl, 1.22 ; amytal, 1.21 ; nembutal, 1.6.

Embolectomie pour embolie artérielle.

(M. R. SOUPAULT. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1931.)

M. Georges LABEY communique, au nom de M. Soupault, trois observations d'embolectomie pour embolie artérielle. L'extraction de l'embolus n'a pas empêché l'évolution de la gangrène et évité l'amputation.

— M. Paul MOURE ajoute que les observations de M. Soupault prouvent une fois de plus la difficulté de l'embolectomie et l'incertitude des résultats. Le succès de l'intervention dépend d'un concours heureux, et rare, de circonstances (laps de temps écoulé, état du sang et de la circulation, etc.).

A propos du bactériophage.

(M. SAUVÉ. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1931.)

M. Wiart a observé un cas d'arthrite suppurée à *streptocoques* qui a guéri sans opération avec du bactériophage *anti-staphylococcique*. Il est difficile de donner une explication satisfaisante à un fait paradoxal de ce genre.

Au point de vue thérapeutique, dit M. Sauvé, la conclusion rationnelle paraît la suivante : la bactériophagie n'est ni suffisamment constante, ni suffisamment sûre pour qu'on la préfère à un acte chirurgical à peu près certain. Dans des cas où le temps presse, la technique chirurgicale doit être employée sans retard. La bactériophagie peut être associée par la suite. Elle ne doit être la technique initiale que si l'on peut attendre ou si l'acte chirurgical est contre-indiqué.

Chirurgie réduite et bactériophages.

(M. PETIT DE LA VILLÉON. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-6-1931.)

M. PETIT DE LA VILLÉON présente un essai sur la chirurgie réduite grâce au concours puissant du bactériophage du Prof. d'Hérelle.

L'opération se réduirait à un acte opératoire économique suivi immédiatement et complété par l'injection *in situ* dans la profondeur des tissus du bactériophage approprié. L'injection est répétée ensuite tous les jours.

L'auteur donne l'exemple de deux malades atteints tous deux de phlegmon grave de la main, qui, par cette chirurgie réduite associée au bacté-pyo-phage, ont eu une guérison d'une rapidité et d'une qualité frappantes.

P. L.

Forme latente de l'artérite pulmonaire, dite primitive.

(M. C. LIAN. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 20-3-1931.)

Au cours de ces dernières années, l'auteur a pu recueillir quatre observations d'une forme latente de l'artérite pulmonaire primitive, c'est-à-dire se manifestant chez des sujets n'ayant ni affection broncho-pulmonaire, ni lésion vulvulaire mitrale, ni sclérose artérielle généralisée, et s'accompagnant d'un minimum de troubles fonctionnels : dyspnée d'effort sans hémoptysies, ni cyanose.

D'une façon générale jusqu'à présent, le diagnostic d'artérite pulmonaire n'a été porté que chez des sujets ayant des troubles fonctionnels importants, en particulier une cyanose bien caractérisée ou des hémoptysies répétées. Les observations de l'auteur montrent que cette affection peut exister et être diagnostiquée, alors qu'elle ne se traduit que par des signes physiques et fonctionnels très discrets. Chez un sujet, ayant seulement une légère dyspnée d'effort sans hémoptysies, ni cyanose, et d'autre part un éclat du 2e bruit pulmonaire, il faudra compter désormais avec l'existence éventuelle, très rare certes mais possible, d'une artérite pulmonaire primitive. C'est là une nouvelle raison pour ne pas conclure cliniquement à l'absence d'une affection cardio-vasculaire, sans avoir eu recours à l'exploration radiologique.

Il existe donc une forme latente de l'artérite pulmonaire primitive, dont le diagnostic est possible, grâce à l'exploration radiologique. Un pareil diagnostic pourra conduire à découvrir la syphilis chez le malade, car on considère actuellement que la syphilis est un facteur étiologique important des artérites pulmonaires dites primitives.

Un cas mortel de maladie de Quincke, avec crises douloureuses abdominales, accompagnées de spasmes vasculaires.

(MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et P. BLAMOUTIER. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 20-3-1931.)

Les poussées transitoires d'œdème circonscrit, se produisant en n'importe quelle région du revêtement cutané, constituent la symptomatologie habituelle de la maladie de Quincke. Parfois, cependant, l'œdème est au second plan ; il n'a en quelque sorte qu'une valeur diagnostique, et les manifestations viscérales sont si accentuées qu'elles forment presque toute la symptomatologie de l'affection.

Les auteurs rapportent l'observation d'un médecin, atteint d'œdème angioneurotique typique, chez lequel les symptômes douloureux abdominaux et les troubles gastriques étaient tels qu'ils paraissaient constituer toute la symptomatologie. Bien portant jusqu'à l'âge de 31 ans, sans aucun antécédent dysendocrinien, il fut pris brusquement de douleurs gastriques avec nausées, qui durèrent quelques heures ; le lendemain, tout était normal. Mais ces crises reparurent bientôt chaque semaine.

La crise débutait ordinairement le matin par une sensation de fatigue intense, avec tristesse. Puis le malade ressentait une gêne plus ou moins vague en une région bien localisée de l'abdomen, le plus sou-

vent au niveau de l'épigastre : éructations, borborygmes. A l'impression de gêne succédait une sensation très nette de corps étranger, de « caillou » dans l'estomac, qu'il pouvait localiser en un point précis de l'organe, d'ailleurs variable avec les crises ; puis apparaissaient des vomissements, avec parfois une salivation abondante.

En proie à des douleurs violentes, à des vomissements muqueux et pénibles, durant plusieurs heures, il était obligé de s'aliter ; peu à peu le tout s'amendait, la sensation de caillou disparaissait, et le malade se sentait renaître. La crise avait duré 24 heures.

Au cours de la crise gastro-intestinale douloureuse, apparaissait fréquemment, mais non d'une façon constante, des poussées d'œdème circonscrit, blanc, dur, segmentaire, à localisations très diverses : extrémités des membres supérieurs ou inférieurs, bourses, fesses, cuisses, face, etc. Il y eut une fois de l'œdème de la glotte, et l'on fut sur le point de faire une trachéotomie, l'asphyxie étant menaçante.

Ces œdèmes n'apparaissaient jamais en dehors de la crise ; ils la précédaient parfois ; une pression un peu vive sur les téguments (volant de la voiture, pression du forceps, etc.) pouvait provoquer cet œdème préludant la crise.

Pendant 22 ans, ces crises durèrent, et le diagnostic ne put être fait que par les œdèmes cutanés. Il s'agissait de crises sympathicotoniques généralisées.

Il présenta, à un moment, au cours d'une hospitalisation de la claudication intermittente par artérite (et celle-ci n'était pas imputable à la syphilis).

Au cours des crises, il y avait hypotension artérielle ; mais on ne constatait à la tibiale aucune oscillation perceptible avec l'oscillomètre de Pachon, alors qu'entre les crises, il existait de très faibles oscillations. Il existait aussi à ce moment des corps cétoniques dans l'urine.

Le lendemain et le surlendemain de la crise, l'exament du sang montrait une leucopénie très nette (4.300 au lieu de 5.000) ; il y avait, au cours de la crise, de la polynucléose, une cholestérinémie élevée (2 gr. 78), une légère insuffisance rénale, avec métabolisme basal dans les limites normales.

Aucune thérapeutique ne put modifier l'état du malade, ni retarder le retour des crises.

Le malade mourut subitement à l'âge de 53 ans par œdème glottique.

Septicémie staphylococcique à forme endocarditique

(MM. Laignel-Lavastine et George. — *Soc. médicale des hôp. de Paris* ; 20-3-1931.)

On peut, dans certains cas de staphylococcémie, poser le diagnostic avant toute hémoculture. Parmi ceux-ci, il est une forme endocarditique, constante dans ses caractères anatomo-cliniques.

Il faut insister sur l'importance des signes cutanés qui doivent être recherchés systématiquement, car ils permettent à eux seuls de préciser cliniquement le diagnostic étiologique. Ils peuvent siéger en un point quelconque du corps. Les uns, d'un caractère pétéchial ou ecchymotique, sont sans siège électif. Les autres siègent plus volontiers au niveau de la face et des extrémités ; au début, il s'agit de taches ecchymotiques (rouge vif ou rouge foncé), dont le centre est plus coloré que les bords facilement visibles à jour frisant, et se laissant détacher aisément par le frottement, en découvrant une surface un peu humide ; plus tard, ces taches ecchymotiques présentent en leur centre, une petite vésicule, à liquide citrin, puis franchement purulent, parfois recouverte d'une croutelle. La peau, à la périphérie des taches, présente une teinte cyanique intense. Ce sont là des manifestations emboliques.

Si intéressants que soient ces symptômes, ils ne doivent en aucun cas faire négliger l'hémoculture.

Au point de vue médico-légal, les foyers d'hémorragie cérébrale, ou cérébro-méningée, d'origine embolique, qu'il est fréquent de constater dans ces septicémies, peuvent prêter à erreur lors d'un examen anatomique superficiel ; on peut conclure, d'une manière erronée à un décès par hémorragie cérébrale.

G. F.

Société odontologique de France.

Séance du 28 mars 1931.

Le Dr de Martel, devant un auditoire nombreux, fait un exposé clinique sur la névralgie du trijumeau et son traitement. Après un historique approfondi sur les méthodes opératoires concernant cette affection, le conférencier indique que la technique a été sensiblement modifiée durant ces deux dernières années. Elle consiste dans le sectionnement des racines du trijumeau.

A l'appui de sa communication, le Dr de Martel présente une série de malades opérés depuis deux ans et dont le sort a été considérablement amélioré.

Le Dr Dufourmentel relate deux cas simultanés de fractures des deux tubérosités du maxillaire, consécutives à deux dents de sagesse supérieures atteintes de synarthrose. L'une de ces extractions eut pour conséquence une communication bucco-sinusale.

Ces genres d'accidents, relativement fréquents, non signalés dans la littérature, ne présentent en réalité aucune espèce de gravité. Comme le fait remarquer le Dr Dufourmentel, en concluant, ils sont dus au manque d'épaisseur de la paroi vestibulaire de la tubérosité.

Le Dr Frison présente un malade atteint de fracture du maxillaire inférieur, avec déviation et pseudarthrose. Le rétablissement de l'articulé offrait en l'occurence une réelle difficulté. La mise en place des fragments fut réalisée avec succès.

M. Jacques Filderman donne quelques précisions sur un dispositif de prothèse fixe ancienne, exposée au Musée du Louvre, consistant en un système de ligatures, reliant tout le groupe antérieur et inférieur

et dont le but esthétique était destiné au remplacement de deux incisives.

Grâce à l'obligeance du Conservateur, notre confrère put se livrer à une étude méticuleuse et approfondie de cette prothèse remontant au delà de 400 ans avant Jésus-Christ, nous précisant une fois de plus que le problème de la prothèse fixe préoccupait déjà les anciens.

M. VABOIS.

Les Congrès

VIIe Congrès national de la Tuberculose

(*Suite*) (1)

Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire.

Rapporteurs : Prof. LEURET et Dr CAUSSIMON.

Le diagnostic d'activité d'une lésion tuberculeuse pulmonaire envisage l'activité actuelle de la lésion. Envisager l'activité potentielle, c'est étudier le pronostic. Outre la virulence des éléments bacillaires et la qualité du terrain, les manifestations de l'activité des lésions sont commandées par l'importance ou l'insuffisance de la réaction scléreuse d'enkystement des lésions. L'expression de l'activité est plus ou moins riche suivant que la lésion est ou n'est pas en communication avec le milieu intérieur (sang et lymphe) et que la barrière périlésionnelle est plus ou moins solide.

Au point de vue biologique, une lésion est active aussi longtemps qu'elle contient des bacilles virulents. Au point de vue clinique, une lésion active est celle qui s'exprime par des signes cliniques ou des réactions humorales assez nets pour être enregistrés. Au point de vue anatomique, une lésion active et évolutive est celle qui creuse et s'étend.

Le diagnostic de l'activité d'une lésion pulmonaire consiste à trouver des signes ou des réactions humorales tellement sensibles et spécifiques que toute lésion bactériologiquement active puisse à coup sûr être decelée.

Les rapporteurs proposent la classification suivante :

1° Lésion inactive à la fois au point de vue bactériologique et au point de vue clinique. C'est la forme idéale de la tuberculose guérie. A signaler que ces lésions peuvent laisser des traces humorales et radiologiques.

2° Lésion active au point de vue bactériologique et silencieuse au point de vue clinique. C'est la tuberculose latente ou la tuberculose stabilisée (tuberculose fermée du côté de l'arbre respiratoire et du milieu circulant).

3° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, mais non évolutive, car elle ne s'étend ni ne creuse : *a*) Elle peut être fermée du côté du milieu intérieur et du côté des bronches. C'est la tuberculose fermée active ; *b*) Elle peut être fermée du côté du milieu intérieur et ouverte du côté des bronches : type de l'abcès froid pulmonaire.

4° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, et en outre évolutive (phtisie pulmonaire commune chronique).

5° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, non évolutive, mais infectante (forme septicémique continue ou intermittente).

6° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique et, en outre, évolutive et infectante (phtisies aiguës, subaiguës ou chroniques à évolution rapide).

Les perversions de la régulation thermique sont une expression fréquente, suffisante, mais non toujours nécessaire à l'activité tuberculeuse. A lésion pulmonaire d'activité analogue chaque malade fait son hyperthermie à sa façon. La fièvre exprime une activité d'autant plus forte qu'elle est plus élevée, plus durable et qu'elle s'accompagne d'un cortège plus important de signes généraux.

D'une façon générale, on peut dire que les diverses modalités de la fièvre chez les tuberculeux représentent des manifestations capitales de l'activité des lésions.

Cependant l'absence de fièvre n'implique pas nécessairement l'inactivité des lésions. Il existe de nombreuses formes actives de la maladie tuberculeuse qui se développent sans réaction thermique appréciable.

Parmi les épreuves qui révèlent l'instabilité thermique, celle de la marche peut être considérée comme un bon test d'activité lésionnelle.

Les altérations de l'état général correspondent presque toujours à des lésions actives, surtout l'amaigrissement. Il en est de même de l'instabilité de la courbe pondérale. L'absence d'altération de l'état général n'implique pas que les lésions soient nécessairement inactives.

L'étude de la décalcification, celle de l'équilibre acide-base ne donnent pas de renseignements pratiquement utilisables pour la mesure de l'activité lésionnelle. Par contre, la mesure du métabolisme basal peut fournir des indications très précises. Le taux de la cholestérolémie n'est nullement en rapport avec

(1) Voir *Concours médical*, n° 29.

l'activité des lésions tuberculeuses. Les réactions de Moritz-Weiss et de Petzetakis, peuvent être utilisées.

En matière de tuberculose pulmonaire, ce ne sont pas les lésions qui s'entendent le mieux à l'auscultation qui sont nécessairement actives. Inversement, des lésions inaudibles ou à peine perceptibles peuvent avoir une activité redoutable.

Il n'existe pas de syndrome d'auscultation pathognomonique et les signes fonctionnels doivent être interprétés par comparaison avec les signes généraux. Ce sont les signes généraux qui font de l'hémoptysie un témoin de l'activité lésionnelle.

La tachycardie est un bon signe d'activité. L'instabilité du pouls répond à l'instabilité de la courbe de poids et de la courbe de température.

L'hypotension artérielle n'est pas la règle dans les lésions tuberculeuses actives. La pratique des courbes oscillométriques en série donne des renseignements précieux.

Il existe des lésions pulmonaires actives que les techniques actuelles de la radiologie sont impuissantes à révéler. L'activité ou l'inactivité des lésions ne sont nullement en rapport direct avec l'absence ni avec l'abondance des images. L'intensité des ombres n'est pas proportionnelle à la gravité de la lésion, et inversement.

Pour apprécier l'activité et l'évolutivité des lésions, il est absolument indispensable de pratiquer systématiquement des radiographies en série. Dans tous les cas, c'est la clinique qui donne à l'aspect radiologique sa signification réelle.

La constatation d'une bacilloscopie négative vérifiée par des examens répétés et par les procédés biologiques n'implique pas que la lésion soit inactive.

Une lésion active fortement bacillifère peut n'être pas évolutive ni infectante. Une lésion paucibacillifère peut être fortement infectante.

L'albumino et la tyrosino-réactions peuvent apporter des renseignements confirmatifs.

La signification des réactions sérologiques est dominée par la notion d'équilibre ou de déséquilibre protéinique du sérum.

Le dosage comparé des diverses albumines du sérum est susceptible de traduire avec fidélité l'activité de la lésion, son évolutivité anatomique et l'intensité de la réaction de défense de l'organisme (diverses réactions de floculation et sédimentation des hématies).

Il faut faire une place à part à la réaction de Vernes ; les courbes photométriques permettent de suivre l'évolution de la maladie.

Il y a le plus grand intérêt à comparer la réaction de Vernes avec les réactions de déviation du complément faites avec divers antigènes. L'étude des indices optiques bas doit être systématiquement reprise.

Il faut savoir également utiliser la cuti-réaction, l'urino-réaction de Wildbloz, les formules leucocytaires et la mesure de l'index opsonique.

En résumé, le diagnostic d'activité d'une lésion tuberculeuse pulmonaire ne peut être que la conclusion d'un ensemble de signes recueillis en série et comparés les uns aux autres, le résultat de l'observation suivie d'un malade et de la comparaison des signes relevés à différentes étapes de sa maladie permettant seul d'affirmer l'activité d'une lésion tuberculeuse.

(*A suivre*).

Les Livres

L'Expansion scientifique française
21, rue du Cherche-Midi, Paris 1931.

Comment sont traités les rhumatisants chroniques dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris, par H. Dausset, L. H. Dejust, A. Chenilleau, L. Brace-Gillot.

A ceux qui prétendent que la technique médicale est restée traditionnellement celle d'autrefois, qu'on soigne les malades en 1931 comme on les soignait en 1880, nous recommandons non pas de lire mais de feuilleter simplement ce petit ouvrage de 55 pages. Rien qu'en lisant les titres et en contemplant les planches, ils seront vite convaincus de leur grossière erreur et de leur profonde ignorance.

Le centre antirhumatismal de l'Hôtel-Dieu, qui dépend du service de physiothérapie qui n'est lui-même qu'un des multiples rouages de la clinique médicale du Prof. Carnot, se compose d'une consultation spéciale, où le chef de service, Dr H. Dausset, est assisté du Dr Broce-Gillot.

L'installation d'agents physiques comprend une salle de radiothérapie semi profonde ; une grande salle d'électrothérapie avec des postes de courant continu, faradique, diathermie et haute fréquence ; des salles pour applications lumineuses et thermiques avec lampes à vapeur de mercure, lampes à arc pour bains généraux et locaux, douche actinique, grand bain de lumière, appareils d'infra-rouge, bains de lumière locaux, boîtes de Bier, appareils à douche d'air chaud. Ajoutons un électro-moteur pour mécanothérapie de précision (actif et passif), un service d'hydrothérapie avec salles de douches, baignoires pour bains et douches sous-marines, bains radio-actifs, carbo-gazeux, etc., un lit de massage sous l'eau. Ce n'est pas tout, le service est pourvu d'une installation pour la cure de Luxeuil (physiothérapie gynécologique avec postes de Luxeuil ou d'Alquier), deux salles de repos et d'enveloppements humides, de bains de boue, etc. ; une salle pour injections d'oxygène radioactif, etc., etc.

Une service social est en voie d'organisation.

200 à 300 malades peuvent être soignés tous les jours par 14 infirmières ou masseuses et l'an dernier 76.000 séances de traitement ont été effectuées. Le service est arrivé à son rendement maximum. Cette simple énumération nous paraît suffisante pour nous permettre de féliciter de son activité et de son talent d'organisation le chef de service, M. le Dr Dausset, ainsi que ses collaborateurs, MM. les Drs Chenilleau et Dejust, chefs de service adjoints, et MM. les Drs Pagès, Chambet et Brace-Gillot, assistants.

J. NOIR.

EDITIONS DE « l'ANIMATEUR DES TEMPS NOUVEAUX ».

Hommes et bêtes des colonies françaises. Souvenir de l'Exposition coloniale. (Revue illustrée. Prix : 4 francs.)

Notre confrère vient de faire paraître, sous ce titre un numéro hors-série.

En 67 photographies artistement présentées, il évoque les principaux types d'hommes et d'animaux des colonies françaises.

Lorsque l'Exposition aura fermé ses portes, tout le monde pourra, en feuilletant les pages de cet album, remémorer d'agréables souvenirs. Quant à ceux qui n'auront pu se rendre à l'Exposition, ils auront ainsi sous les yeux un aperçu de ce qu'elle évoquait.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Georges LAURENS, laryngologiste de l'hôpital Saint-Joseph, avec la collaboration de Maurice AUBRY, laryngologiste des hôpitaux, et A. LEMARIEY. — **Précis d'oto-rhino-laryngologie** : In *Collection des Précis médicaux.* (Un vol. 1224 pages, 428 fig. 8 pl. hors texte. Prix : 120 fr.).

Professeur EGAS MONIZ, de Lisbonne. — **Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle.** Préface du Dr Babinski. (Un vol. 512 pages, 225 fig. Prix : 100 fr.).

P. COLOMBANI, médecin du service des tuberculeux à l'hôpital de Grasse. — **Conseils aux tuberculeux et à leur entourage.** Préface du Dr Rist. (Un vol. 170 pages, 4 radio. Prix : 16 fr.)

Jean LERAY, médecin consultant à Brides-les-Bains. — **Embonpoint et obésité.** Conceptions et thérapeutiques actuelles. Préface du Dr Chiray. (Un vol. 196 pages. Prix : 20 fr.)

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

L. AMBARD, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. — **Physiologie normale et pathologique des reins.** 3e édition, entièrement remaniée. (Un vol. 502 p., 52 fig. Prix : 55 fr.)

Léon BLUM et C. VAN CAULAERT, professeurs de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, avec la collaboration de P. S. PETREQUIN. — **Le rôle du sel dans les néphrites.** *Etude clinique, physio-pathologique et thérapeutique.* (Un vol. 294 pages, 4 fig. Prix : 30 fr.)

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr A. LEPRINCE. — **La médecine de la douleur. La vertébrothérapie.** (Un vol. in-8°, 125 pages, 37 fig. Prix : 15 fr.)

A PROPOS DE LA DOULEUR

Par le Dr LONJON

L'étude de la douleur a de tous temps préoccupé le physiologiste et le philosophe. Cependant, malgré les efforts faits pour analyser un état en apparence banal, la nature de la douleur nous est encore en grande partie inconnue.

Que savons-nous de la douleur ?

Depuis les travaux de von Frey, il est classique d'admettre l'ex stence, sur le revêtement cutané, de centres spécialisés pour percevoir la douleur. Ces points de douleur, différents des points de tact seraient plus nombreux que ces derniers et aussi distincts que les points thermiques par exemple. Blix et Goldcheider, en excitant la surface de la peau avec une pointe fine, ont également décrit des points de pression, et des points de chaud et de froid entre lesquels se trouvent des zones de la sensibilité générale, de douleur notamment.

Dans son étude de la douleur, Foerster, cité par Leriche (in : *Presse médicale*, 1931) dit « qu'il a pu maintes fois constater, au niveau des téguments, l'existence de points sensitifs particuliers, dont l'excitation, quelle qu'en soit la nature, provoque toujours de la douleur ». La discrimination périphérique des sensations n'est plus acceptée unanimement de nos jours. Fontaine, dans l'analyse qu'il donne des travaux de Foerster, fait justement observer qu'il manque, aux faits expérimentaux exposés par cet auteur, l'appui et le contrôle de l'anatomie pathologi-

que. Dans les zones où les points douloureux semblaient physiologiquement établis, Foerster pratiqua des biopsies, dont aucune ne révéla l'existence d'éléments nerveux spéciaux. Les recherches contemporaines nous ont, en outre, appris que les fibres sensitives formaient, à la périphérie, un réseau ininterrompu de protoplasma en partie intra, en partie extra-cellulaire.

Leriche apporte, contre la théorie de la spécificité des organes récepteurs et des fibres périphériques de la douleur, les arguments tirés de l'étude du retour de la sensibilité chez ses cordotomisés. Il apporte les observations cliniques de malades qui, dans un laps de temps variable, ont récupéré, dans la zone analgésique post-opératoire, une sensibilité normale à la douleur. Pourquoi ne pas admettre alors que la sensibilité tactile puisse par l'usage devenir une sensibilité douloureuse ?

Le mécanisme de la douleur est par ailleurs extrêmement complexe. D'autres facteurs que le contact matériel avec une extrémité sensible entrent en jeu. On sait par exemple que le bon fonctionnement des corpuscules du tact nécessite une concentration en ions H proche de la neutralité. Gaza et Brandi ont étudié l'action, sur les nerfs sensitifs de la peau et des muscles, de solutions salines à concentration élevée. Ils concluent que l'acidose locale joue un rôle important dans l'apparition des phénomènes douloureux au cours de l'inflammation. Le régime circulatoire tégumentaire tient sous sa dépendance l'apparition de certaines douleurs. La stase augmente la sensibilité. L'hypérémie active agit encore davantage dans ce sens. La douleur naît au moindre contact dans une zone congestionnée, de même que toute variation de la circulation provoque une crise paroxystique. Les douleurs déterminées par ces conditions circulatoires ont un caractère particulier de cuisson, de brûlure ; on les désigne sous le nom de causalgie. Il suffit, pour les voir disparaître, de modifier la circulation dans le territoire douloureux. Une sympathectomie péri-artérielle, faite au point voulu, guérit un sujet des douleurs parfois très violentes de la causalgie.

Par un mécanisme sans doute opposé, l'ischémie produit également des sensations douloureuses que l'on fait facilement cesser en provoquant l'afflux sanguin.

Ces mécanismes ne sont sans doute pas les seuls. Il en est d'autres que nous ne soupçonnons même pas. Comment expliquer, dit Leriche, que la dentine qui n'a pas de nerfs puisse être effroyablement douloureuse et sensible, ainsi que certains tissus de granulation qui, chez des malades infectés, sont extraordinairement hyperesthésiques ?

Ainsi donc la douleur demeure un problème obscur et difficile. C'est pourtant contre elle que nous sommes appelés à lutter chaque jour. Certes, la thérapeutique moderne est riche en médicaments analgésiques, et il semble qu'on soit largement en mesure aujourd'hui de porter un apaisement à ceux qui souffrent. Mais ici, il faut savoir compter avec les échecs et les accoutumances, se préoccuper des doses nuisibles, et des redoutables conséquences que peut avoir chez certains sujets l'usage continu des anti-algiques usuels. Il semble qu'on ait réussi à éviter les écueils de la thérapeutique de la douleur avec l'allonal. L'isopropylallylbarbiturate de diméthylaminoantipyrine, absorbable par voie buccale, est un analgésique puissant. Il a une action élective sur la douleur et agit dans les algies les plus intenses comme nous avons pu le voir au cours du travail de M. Abbal sur le traitement par l'allonal des algies d'origine cancéreuse. L'allonal est de plus un hypnotique. Il provoque chez le malade, tourmenté par la douleur, un sommeil aussi semblable que possible au sommeil physiologique. Il agit également comme sédatif chez les agités et les anxieux. Il est présenté en comprimés dosés à 16 centigr. Les doses hypnotiques, sédatives et analgésiques varient de 1 à 4 comprimés, pris, soit dans la journée, soit le soir au moment du coucher.

Le produit ne semble pas toxique aux doses thérapeutiques et l'étude expérimentale et clinique a montré qu'il était sans effet nocif sur le cœur, la circulation, les reins et le poumon, ce qui constitue une garantie très importante pour le médecin praticien.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES ATTESTATIONS ET CERTIFICATS DANS LES ASSURANCES SOCIALES. — LEUR RÉMUNÉRATION. — LES CERTIFICATS ET ATTESTATIONS DANS L'ASSURANCE-MATERNITÉ.

Dans ma chronique du 5 juillet, je me suis étendu sur la question des attestations médicales et des certificats tels qu'ils sont prévus dans la loi, le règlement d'administration publique, les conventions et le règlement intérieur des caisses.

Il y a un point pourtant que j'ai négligé, et auquel une demande d'un de nos lecteurs m'a fait penser depuis. Comment ces actes doivent-ils être rémunérés par l'assuré qui les réclame à son médecin ? Comment sont-ils remboursés par les Caisses ?

Le tarif de responsabilité des Caisses ne comporte aucun honoraire particulier pour les attestations et certificats. Comme la plupart de ces formalités sont représentées par une simple signature ou une brève mention sur la feuille de maladie, au cours d'une consultation (ou visite), on ne saurait soutenir qu'il en résulte des honoraires supplémentaires, en plus de ceux de cette consultation (ou visite) qui seront remboursés dans les limites prévues audit tarif de responsabilité.

Il y a cependant certains certificats qui doivent être explicitement délivrés par le médecin. Si c'est là le but unique de la consultation qui lui est demandée, comme il n'aura pu rédiger ces pièces qu'après avoir examiné son client, il va sans dire qu'il aura le droit de fournir, par sa signature sur la feuille de maladie, l'attestation de l'accomplissement d'une prestation dont le remboursement par la Caisse sera effectué comme à l'habitude.

Mais il aura également le droit de réclamer à son client, *avec lequel il s'entend directement*, en vertu de la loi, ne l'oublions pas, les honoraires qu'il jugera à propos, à l'occasion de cet acte médical spécial.

Ces explications résultent d'une conversation entre le secrétariat de la Confédération des Syndicats et moi-même. J'ajoute, sur la suggestion de ce secrétariat, qu'il faut s'attendre à ce que les Caisses, saisies des doléances de leurs assurés auxquels des honoraires spéciaux auront pu leur être réclamés par leurs médecins, indiqueront, partout où elles le pourront, des consultations gratuites où les certificats leur seront remis gratuitement. L'article 6, § 1, 3° aliéna, leur en donne le droit :

« Les Caisses d'A. S., dit-il, pourront passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de Sociétés de Secours mutuels ayant créé des œuvres sociales, dans les conditions de l'article 8, alinéa 7, de la loi du 1er avril 1898 modifiée, en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés à la présente loi. »

***

Attestations et certificats jouent, notamment dans l'assurance-maternité. Une petite difficulté rencontrée par un de nos abonnés, à ce propos, me fournit l'occasion de chercher à y voir clair là-dedans, — ce qui n'est pas toujours commode.

L'art. 9 de la loi s'exprime ainsi :

§ 1. — Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques...

§ 2. — Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière.....

§ 3. — En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie invalidité, l'*assurance maladie court à partir de la constatation de l'état morbide*.....

§ 4. — L'assurée qui allaite son enfant... a droit, durant la période d'allaitement et pendant neuf mois au maximum, à une allocation mensuelle.....

§ 5. — L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'*impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement* son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et les quantités indiquées par le médecin, des

bons de lait, dont la valeur n'excédera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

§ 6. — Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques.....

D'autre part, le règlement d'administration publique édicte, en son article 17, § 1.

En cas de grossesse pathologique..... les prestations en nature et en argent de l'assurance maladie sont dues à partir de *la constatation médicale de l'état morbide*.....

L'art. 19 prescrit :

Les justifications à produire pour avoir droit aux primes d'allaitement et aux bons de lait, par les assurées qui allaitent complètement leur enfant, et par celles qui ne peuvent l'allaiter que partiellement, sont déterminées par le règlement de chaque Caisse conformément aux dispositions du règlement type arrêté par le Ministre du Travail et ayant force obligatoire à cet égard.

Or, le dit règlement type répète, en son article 47, à peu près les termes du § 3, art. 9 de la loi :

En cas de grossesse pathologique, l'assurance maladie court à partir de la *constatation de l'état morbide*......

Concernant l'indemnité journalière prévue au § 2 de cet art. 9, l'art. 48 du règlement précise :

L'attribution de l'indemnité journalière est subordonnée à l'envoi par l'intéressée à la Caisse, au moins six semaines avant la date présumée de l'accouchement, *d'un certificat du médecin ou de la sage-femme* indiquant cette date.....

L'article 49 semble faire double emploi avec les dispositions précédentes. Il dit en effet :

Dès qu'elle a connaissance de son état, et au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement, l'assurée ou la femme de l'assuré justifie de son état par un *certificat du médecin ou de la sage-femme*. La Caisse lui délivre alors une feuille de maternité et lui remet les instructions générales auxquelles elle est tenue de se soumettre......

Au plus tard dans les 48 heures de l'accouchement, l'intéressée adresse à la Caisse un *certificat d'accouchement signé de la sage-femme ou du médecin accoucheur*.

L'article 53 règle les allocations d'allaitement en ces termes :

L'assurée qui allaite complètement son enfant a droit..... à une allocation mensuelle..... L'obtention de ces primes est subordonnée à la stricte observation des instructions données par la Caisse. La Caisse a en outre le droit de vérifier la réalité de l'allaitement maternel.

Des bons de lait..... seront délivrés à l'assurée pour la durée et les *quantités indiquées par le médecin* sur la production d'*un certificat de ce dernier ou de la sage-femme* attestant que l'assurée est par suite d'incapacité physique ou de maladie, dans l'impossibilité de nourrir complètement son enfant et qu'elle le nourrit partiellement. Ce certificat est contresigné, après vérification s'il y a lieu, par le médecin contrôleur de la caisse. En cas de désaccord, le litige est porté devant la commission technique.

Ainsi donc, l'assurance maternité comporte la production éventuelle de cinq certificats.

1° Certificat fourni trois mois au moins avant l'accouchement, constatant l'état de grossesse ;

2° Certificat de grossesse pathologique, ouvrant le droit au bénéfice de l'assurance maladie ;

3° Certificat fourni six semaines avant l'accouchement, faisant connaître la date présumée de celui-ci, et ouvrant droit à l'indemnité journalière ;

4° Certificat d'accouchement fourni dans les 48 heures de celui-ci ;

5° Certificat d'impossibilité pour l'assurée d'allaiter complètement son enfant.

Qui doit délivrer ces certificats ? En ce qui concerne l'état de grossesse, la date présumée de l'accouchement et l'accouchement lui-même, indifféremment le médecin ou la sage-femme.

En cas de grossesse pathologique, il semble que le médecin soit seul qualifié, puisque l'article 17 du règlement d'A. P. précise : la *constatation médicale.*

L'insuffisance lactée ouvrant droit à des bons de lait peut être constatée par le médecin ou la sage-femme, indifféremment.

En revanche, selon l'article 53, il semblerait que le médecin fut seul qualifié pour préciser la durée et les quantités nécessaires : « Des bons de lait seront délivrés à l'assurée pour la durée et les quantités indiquées *par le médecin*..... ».

Quoiqu'il en soit, ce n'est qu'en cas d'allaitement partiel justifié par une insuffisance physique ou une maladie de l'assurée, que le médecin (ou la sage-femme) délivre un certificat attestant cette insuffisance ou cette maladie.

Mais, par contre, l'allaitement complet ne me paraît pas devoir donner lieu à une attestation analogue. Comment veut-on en effet qu'un médecin puisse se porter garant d'une fonction permanente qu'il ne pourrait surveiller qu'à la condition de ne pas perdre de vue la nourrice durant 24 heures ? Autant il est qualifié pour constater la nécessité de l'allaitement mixte, autant il lui est difficile de certifier que l'allaitement ma-

ternel est complet. A supposer qu'il fasse confiance à la nourrice à ce sujet, et qu'elle le trompe, il n'en pourrait avoir la révélation qu'à l'occasion d'une visite inopinée qui lui montrerait le nourrisson tétant un biberon au lieu du sein maternel. A quel titre ferait-il une pareille visite ? ? ?

Je pense donc que le certificat d'accouchement délivré par le médecin (ou la sage-femme) pourrait, à la rigueur, enregistrer la déclaration faite, par l'accouchée, de son intention de nourrir *complètement* elle-même son enfant. Mais cet enregistrement ne saurait engager la responsabilité du signataire du certificat. Et c'est à la caisse qu'il appartient de procéder au contrôle par son propre médecin, ses infirmières visiteuses, assistantes, etc., etc., comme elle en a le droit.

L'assurée nourrice qui n'allaite que partiellement son enfant, et bénéficie de bons de lait, perd-elle tous ses droits sur la prime d'allaitement ? Je ne le crois pas. Cette prime sera représentée, partie par des bons de lait, et partie en espèces. S'il en était autrement, pourquoi la loi énoncerait-elle qu'en aucun cas, la valeur des bons de lait n'excédera les deux tiers de la prime d'allaitement ? Et d'ailleurs, si la prime d'allaitement est destinée à encourager les mères à nourrir elles-mêmes leurs enfants ; s'il ne dépend pas d'elles de le pouvoir faire complètement, mais qu'elles fassent le maximum d'efforts à ce point de vue, l'encouragement doit leur être continué, sous déduction du montant des bons de lait, limité aux deux tiers de la prime. La prime étant de 150 francs pour les quatre premiers mois, en cas d'allaitement partiel, la nourrice recevra au maximum des bons de lait pour une valeur de 100 francs, et le reste, 50 fr., en espèces.

Rien, dans les textes, ne permet de raisonner autrement. Et cela a une importance indéniable. Je suppose qu'une sage-femme (ou un médecin), ait délivré, à une assurée nourrice, sur la foi de celle-ci et avec trop de confiance, d'ailleurs, un certificat d'allaitement *complet*, et que le contrôle de la Caisse ait établi que l'allaitement est mixte, la Caisse n'aura subi aucun préjudice, puisque dans le premier cas, elle a versé la prime d'allaitement totalement en espèces, tandis que dans le second, elle verserait la même prime, partie en espèces, partie en bons de lait, mais pour le même total.

C'est une hypothèse que j'envisage. Car, textes en mains, et en faisant appel au bon sens, le médecin ni la sage-femme n'ont à délivrer de certificat d'allaitement complet. Ce n'est qu'en cas d'allaitement mixte, imposé par une insuffisance physique ou un état morbide de la nourrice, que le médecin (ou la sage-femme) intervient pour certifier cette insuffisance ou cet état, et aussi, pour fixer le temps et les quantités de délivrance des bons de lait.

Un médecin, je le répète, peut certifier qu'une nourrice est en état de sécrétion lactée, et qu'elle peut allaiter, voire qu'elle allaite, s'il voit l'enfant pendu au sein maternel. Mais il ne me paraît pas qu'il puisse aller au delà.

Les textes surabondants relatifs à l'assurance sociale ont essayé de tout prévoir et de tout codifier. Il est inévitable cependant qu'ils comportent des obscurités, des omissions, des imprécisions, des lacunes. C'est la pratique qui les révélera à la longue. Quand une imperfection de cette nature est manifeste et qu'il peut en résulter quelque hésitation, ou même quelque ennui pour un médecin, je suis d'avis que celui-ci en saisisse son Syndicat qui s'en expliquera avec la Caisse, — de manière à chercher à élucider le point obscur, et à tracer, de bonne foi et amiablement, la ligne de conduite à adopter.

G. Duchesne.

ASSURANCES SOCIALES

Restrictions au libre choix. — L'adhésion des non syndiqués aux conventions

Je viens vous demander quelques conseils au sujet de la convention des A. S. qui doit être discutée et améliorée sans doute sous peu, de même que les prix de responsabilité attenant à cette caisse.

Dans l'article 1er *Libre choix*, il est mentionné que tous les praticiens qui soignent les assurés doivent signer la convention, en accepter les clauses. La signature doit se faire soit par le syndicat, soit par le praticien lui-même.

Or, actuellement, j'ai demandé à toutes les caisses avec qui j'avais signé la convention, de vouloir bien demander aux sages-femmes non syndiquées soignant des assurées, la signature de la convention. Toutes m'ont répondu négativement en invoquant comme prétexte que cela ne figure pas dans la loi.

De sorte que j'ai laissé en suspens la signature des conventions que certaines caisses primaires me demandaient. J'ai voulu causer avec ces dernières et leur demander la signature de la convention de toutes sages-femmes soignant des assurées. Il m'a été répondu que cela était impossible et qu'on arrivait ainsi à un véritable paradoxe.

Le paradoxe consiste en ceci. L'article 1er indique que le libre choix existe pour tous les assurés. La fin de ce paragraphe mentionne que la convention devra être signée, etc. Vous voyez le sous-entendu

qui n'est pas précisé au début et qui donne lieu à ce paradoxe.

Or, le libre choix, d'après cet article, ne peut exister que parmi les sages-femmes ayant signé la convention. Ce manque de précision fait de ce paragraphe l'objet de bien des commentaires ennuyeux.

D'un autre côté la signature de la convention exige un contrôle technique. Ne trouvez-vous pas que tous les signataires devraient contribuer aux frais de ce contrôle !

Donc : 1° La caisse a-t-elle le droit de refuser à toutes sages-femmes qui ne signent pas la convention le droit de soigner les assurées ?

2° Dans quelle mesure la caisse peut-elle aider un syndicat à obliger les signataires des conventions à verser la cotisation au contrôle (sans enfreindre la loi) ?

3° Les prix de responsabilité en ce moment sont très bas mais le prix de l'accouchement normal est le même pour sages-femmes et médecins. Je crains des changements ici et je vous demande, quel est *l'article de loi* qui mentionne que le même acte doit être payé le même prix pour n'importe quelle corporation ?

4° Quel est le véritable rôle de la commission paritaire composée de 3 sages-femmes et de 3 membres administratifs ?

Mme A.

Réponse.

N'ayant pas le texte de la convention, que vous avez signée, ou que vous allez signer avec les caisses d'assurances sociales, j'imagine que les termes en doivent être conformes à ceux de la convention-type, parue au *Journal Officiel* du 8 août 1930.

Le libre choix du praticien est voulu par le législateur qui l'a inscrit, sans restriction, dans le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 30 avril 1930.

Mais, de la lecture des textes, tant législatifs que règlementaires, il ressort nettement que, lorsqu'une convention a été passée entre les caisses primaires et les syndicats médicaux du département (ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent), le praticien, qui accepte de donner ses soins aux assurés sociaux, doit se soumettre au double contrôle institué par la loi : un contrôle général, organisé par la caisse, un contrôle technique, auquel le syndicat ne peut se dérober.

Le praticien reste toujours libre d'ignorer la loi des assurances sociales ; il peut ne consentir ses soins à un assuré, qu'à la condition d'ignorer cette qualité d'assuré social, considérant ledit assuré comme un client de droit commun.

Mais, comme le législateur a entendu que le contrôle fonctionnât, l'assuré peut être invité, par sa caisse, à choisir comme médecin tout autre praticien que le sien, qui se soumet aux différents contrôles.

Cela est si vrai que, dans la loi du 5 avril 1928 qui a été modifiée par celle du 30 avril 1930, étaient seuls qualifiés, pour donner leurs soins, les praticiens qui, par écrit, directement acceptaient le contrôle, ou ceux qui, tacitement, se soumettaient audit contrôle, sans s'y soustraire formellement.

J'estime donc que le libre choix du praticien est absolu ; mais si un praticien se soustrait au contrôle, refuse de signer les feuilles de maladie ou de maternité et entend ignorer complètement la loi, la caisse a parfaitement le droit d'interdire à ses ressortissants, de recourir désormais à ses soins, s'ils veulent être remboursés de partie des frais médicaux et pharmaceutiques.

Au praticien ainsi évincé de considérer, s'il le juge opportun, que la mise en interdit de son cabinet lui porte préjudice et d'attaquer la caisse devant les juges de droit commun, pour détournement de clientèle.

Les juges civils décideront certainement que la caisse, ce faisant, n'a pas outrepassé ses droits puisque le législateur lui impose, ainsi qu'au syndicat co-contractant, l'obligation du contrôle général et technique.

S'il s'agit d'un praticien syndiqué, la question ne se pose pas : le groupe corporatif, en contractant avec la caisse, a fait une stipulation pour autrui, agissant au nom des praticiens syndiqués.

S'agit-il d'un non-syndiqué, il peut adhérer à la convention syndicat-caisse, soit effectivement, soit tacitement : il accédera ainsi à un contrat d'adhésion, devant l'accepter, ou le refuser en bloc, sans en changer quoi que ce soit.

Cette adhésion peut se faire, en signifiant aux caisses, ou au syndicat que, bien que non-syndiqué, on accepte les termes de la convention intervenue.

Ou bien encore, le praticien non syndiqué peut adhérer tacitement, en signant les feuilles d'assurances sociales et en se soumettant de bonne grâce aux différents contrôles.

D'ailleurs, cette situation est l'analogue de celle qui est créée par l'application de la loi sur les accidents du travail, celle des pensionnés de guerre, ou celle de l'assistance médicale.

Le fait, pour un praticien, de signer les différents certificats, ou de rédiger les ordonnances dans le cadre d'une des lois précitées, le fait considérer comme ayant adhéré aux dites lois et aux règlements pris en exécution de ces législations. La cour de Cassation a toujours décidé dans ce sens, notamment en matière d'accidents du travail.

J'en conclus que c'est au praticien non syndiqué d'informer qui de droit (caisse ou syndicat) de sa volonté de soigner, dans le cadre de la législation des assurances sociales, ou, tacitement, d'agir comme si cette adhésion avait été donnée.

Mais au cas où ledit praticien ne se conforme-

rait pas à la totalité, ou à partie des textes législatifs, ou règlementaires, la caisse aurait le droit d'informer ses ressortissants qu'elle ne délivre les prestations en nature, ou en argent inscrites dans la loi, que si les malades font appeler des praticiens qui respectent la loi et non les autres qui entendent l'ignorer. La caisse peut prendre l'initiative (mais elle n'y est pas forcée) d'écrire à tous les praticiens de son ressort, pour leur demander si chacun accepte d'exécuter la convention intervenue avec le syndicat, en ajoutant que faute d'une réponse donnée dans un délai de x jours, le praticien sera considéré comme ayant refusé la dite Convention et, par suite, ne sera pas qualifié pour donner ses soins aux assurés sociaux, à moins que ces derniers ne renoncent au remboursement des prestations, auxquelles ils ont droit.

Le syndicat peut également prendre cette initiative, en informant les confrères que les noms des acceptants, ou de ceux qui refusent seront communiqués aux caisses.

En même temps, le syndicat peut parfaitement prévenir les non-syndiqués qu'une contribution (et non pas une cotisation, mot impropre en l'espèce) sera versée par chaque praticien, syndiqué ou non, pour parfaire aux frais du contrôle technique. Le fait, pour un praticien de refuser d'acquitter la dite contribution serait considéré comme un refus de collaboration à la loi sur les assurances sociales.

A mon avis, le syndicat doit faire sa police médicale lui-même, sans avoir à compter sur la caisse, qui a pas mal à faire de son côté. D'ailleurs, les statuts syndicaux sont annexés à la convention, pour que la caisse soit censée ne pas les ignorer et en avoir pris connaissance.

Il faut également faire jouer le conseil de famille.

Quant aux questions inter-confraternelles, par exemple entre médecins et sages-femmes, il convient que les dirigeants des groupes corporatifs puissent s'entendre entre eux.

Aux bureaux desdits syndicats de se réunir, pour décider, en commun, des prix des interventions obstétricales, par exemple, étant entendu que chaque praticien est libre de prendre plus cher que le tarif syndical, mais ne peut pas prendre en dessous.

La circulaire ministérielle du 27 août 1930 décide que les caisses ne doivent établir qu'un seul prix de responsabilité, pour chaque acte médical, pouvant être effectué par des praticiens de diplômes différents, tels que les accouchements normaux pratiqués soit par un docteur en médecine, soit par une sage-femme.

Quel est le rôle de la commission paritaire départementale ? Elle a été instituée par l'article 7, dernier paragraphe de la loi et précisée par le décret du 10 août 1930. Elle est chargée d'étudier et de résoudre toutes les difficultés, pouvant provenir des conventions syndicat-caisses et de leur application.

Les sages-femmes n'en font partie qu'à titre consultatif, lorsque est mise en question la convention syndicat de sages-femmes et caisses du département.

Dr Paul Boudin.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

A la mémoire de Fernand Widal

(20 juin-27 juin.)

Accepter de résumer des communications importantes et constater que la tâche est trop lourde : voilà une déception humiliante. Mais il faut convenir que depuis la « spécificité du bacille d'Eberth, jusqu'à la diathèse colloïdoclasique », l'œuvre de Widal est gigantesque, plus durable que l'airain.

Tous les ans, après les magnifiques Journées Belges, on se demande comment elles pourraient être supérieures encore; tous les ans, elles arrivent à se surpasser. Comment y arrivent-elles ? Il faut les suivre pour le comprendre.

Cette année, dès que la Reine a pris place, la séance inaugurale a été ouverte par le Premier Ministre, M. Renkin.

Evoquant la carrière admirable du grand bienfaiteur que fut le savant médecin de Cochin, il donne la signification des XIes Journées médicales. On ne peut imaginer plus délicate attention.

C'est au Professeur Fernand Bezançon qu'il appartient de remercier éloquemment les Souverains et les hommes illustres de la Belgique, de saluer la grande figure de Bordet, de mettre en lumière les phases principales et l'œuvre énorme de cette vie trop courte, que Widal a su illustrer. Fernand Widal n'avait pas vingt-cinq ans la première fois, qu'à l'Hôtel-Dieu, je le vis entrer dans la salle où, nouvel externe, je relatais une observation de fièvre typhoïde, devant notre maître Chantemesse... et Widal. Ils discutèrent c cas. Plus de quarante ans ont passé ; déjà je pratiquais la vertu de l'ignorance, mais, très fidèlement, je n'oublierai jamais l'impression profonde que fit sur moi Widal. Aussi, quand notre ami Beckers vint à son tour, samedi, demander

une minute de silence, pendant qu'en sourdine les carabiniers jouaient la *Marseillaise*, l'assistance tout entière (je le vis à peine) éprouva une émotion impossible à décrire.

Le Président, Monsieur le Professeur Ley, développa, dès qu'il le put, des considérations judicieuses sur la criminalité et la défense sociale.

Monsieur le Professeur agrégé Abrami manie le paradoxe et l'ironie avec une habileté sans pareille.

Qu'on l'entende à La Charité, à Vittel, à Bruxelles, partout il séduit son auditoire sans jamais le lasser. Eloquent, clair et discret, il a parlé de la Vertu de l'Ignorance comme un vrai savant, qui dissimule sa science et fait éclater la finesse de son esprit.

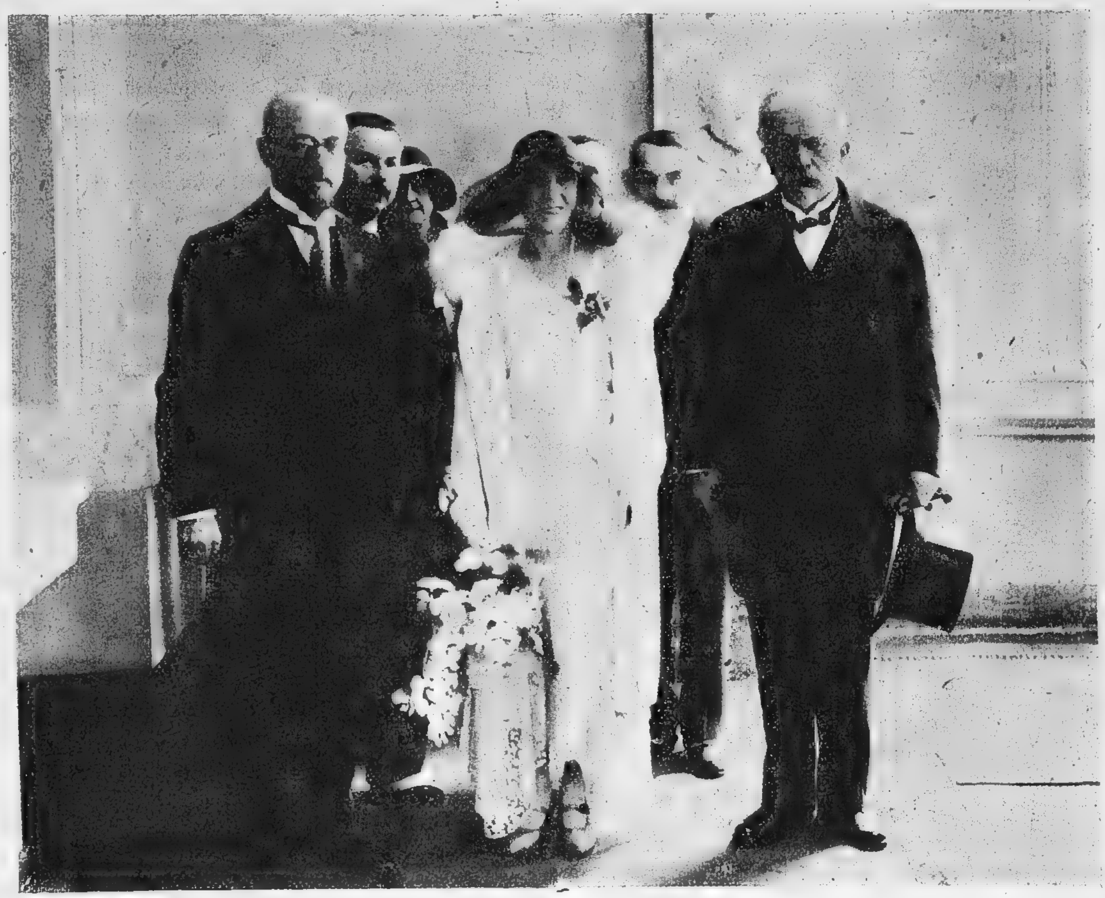
Chercher à analyser sa conférence aboutirait à la déflorer. En voici un important extrait que nous devons à l'*Association de la Presse médicale* :

« .. Il m'est arrivé une aventure singulière que je dois vous conter en détail ... Puisque j'allais, à mon tour, tenir le rôle magique du conférencier, il me fallait un sujet dont la grandeur et la noblesse trouvassent écho dans l'esprit de chacun de mes auditeurs.. Quel sujet plus émouvant qu'un exposé de la science médicale ?

Il y a quelques jours, ma conférence était terminée. J'en polissais avec complaisance les derniers angles. C'est alors que la catastrophe se produisit.

Un ami que j'avais prié de me servir d'auditeur (ce n'est pas un médecin, mais rien ne lui est étranger des choses qui nous occupent), m'écouta silencieux. Et comme je terminais, attendant un éloge :

« Bienheureuse et féconde ignorance ! s'écria-t-il... Vous vous méprenez complètement et votre conférence est le fruit d'une illusion pernicieuse ... Rien n'est plus dangereux, parfois, que le savoir, et l'ignorance, à tout prendre, ne mérite pas votre dédain.



M. le Dr Ley, Président des Journées. — S. M. la Reine — M. Renkin, Premier Ministre.

Le spectacle qu'offre la médecine, ces dernières années, vous apparaît admirable, parce qu'il est tout embaumé du parfum des laboratoires ... Avez-vous bien songé, mon ami, à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, où vous vous plaisez à voir la marque du progrès et où je n'aperçois, pour ma part, qu'un affreux dévergondage du savoir ?

Etes-vous d'abord certain de posséder encore une pensée qui vous soit personnelle ? ... Tant que le médecin ne tirait son opinion que de son expérience clinique appuyée de quelques bonnes et saines mesu-

res, nous pouvions en appeler de son jugement. Devant quel tribunal porter les arrêts du laboratoire ?

Croyez-moi, l'événement est grave. Car, soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et, par surcroît, le chef empli de théories non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper.

Tous ces dosages savants dont vous ne sauriez, n'est-il pas vrai ? vous passer pour établir votre diagnostic, ces déterminations dans les humeurs, du chlore, du sodium, du potassium, du calcium, du phosphore, de la créatinine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du cholestérol, des lipides et des protides et des glucicides ; et toutes ces admirables méthodes d'hématologie, de sérologie, de radiographie, d'électro-cardiographie, tout cela échappe, la plupart du temps, à votre contrôle effectif. A chaque examen nouveau peut se glisser une nouvelle erreur.

Un jour, je fis prendre ma pression artérielle et le poison du doute a pénétré dans ma vie. Hanté par l'œil cyclopéen de votre sphygmomanomètre, j'oscille entre la terreur de la syncope et celle de l'hémorragie cérébrale... d'autant plus désemparé qu'hypo ou hypertendu, je n'ai pas grand recours à attendre de votre science !

Encore, si nous étions les seuls à pâtir. Mais vous aussi, vous êtes victimes de votre savoir ... Vous savez beaucoup trop de choses pour pouvoir encore imaginer la vérité. Votre science vous a mis des œillères.

C'est la rançon des grandes découvertes : éblouis par leur magnificence, nous ne voyons plus que par elles... De même qu'un phare, en même temps qu'il met en pleine lumière la route qu'il domine, épaissit pour nos yeux les ténèbres d'alentour, de même il y a dans toute science, un dangereux pouvoir d'aveuglement.

Telle l'épopée pastorienne !... Et pourtant, la connaissance du microbe ne donne pas toute la solution du mystère. La bactériologie semble avoir isolé l'organisme humain du reste de l'univers ; elle a fait méconnaître, dans l'harmonieuse et innombrable complexité de l'enchaînement des causes, tout ce qui revient au *Cosmos* dans la genèse des maladies, et que pressentent ceux qui ne savent pas.

Un jour, demain peut-être, ce problème sera abordé et résolu, comme le seront les problèmes de l'immunité et de la guérison spontanée des maladies. Et soyez-en bien persuadé, ce n'est pas comme vous le faites depuis un demi-siècle, en tournant dans la ronde des anticorps, que vous trouverez la réponse à ces grandes questions. Ici encore, trop de théories, trop de systèmes, trop de dogmes obscurcissent votre esprit et l'empêchent d'apercevoir la vérité. Ils exercent sur votre imagination une emprise d'autant plus dangereuse qu'ils émanent des laboratoires et empruntent à l'appareil scientifique leur souveraine autorité.»

Mystique de la science, cent fois plus pernicieuse que l'innocente ignorance ! ... Savoir, arme merveilleuse et redoutable, qui illumine d'extase celui que tu frappes et lui inocule en même temps le poison de l'erreur !

Lequel d'entre vous, devant les ouvrages du génie humain, n'a fait le rêve de retrouver pour une fois, la pureté, l'ingénuité, la plénitude des impressions que lui apporta leur révélation première ? Qui n'a souhaité revivre, en face de l'univers, les temps bienheureux de l'enfance, quand chaque regard, en se posant sur le monde, offrait à notre ignorance curieuse, une découverte nouvelle ?

Ignorance, il faut te rendre la justice qui t'est due car c'est toi, en vérité, qui fais la science ! Tu es l'aiguillon divin de notre curiosité, nous ne travaillons que pour te vaincre et sans toi, nous ne ferions rien. Plus on sait, a dit Socrate, et plus on veut savoir, car plus on sait, plus on s'aperçoit qu'on ne sait rien ! »

Les paresseux aimeraient à conclure, après la leçon sur les néphroses de M. Abrami, sans même aborder la question des néphrites, qu'il est préférable de rester toujours ignorant, puisque ces questions sont toujours à l'étude, jusqu'au jour où elles seront mises au point. Mais la Société Médicale des Hôpitaux va les examiner, les discuter et peut-être même les élucider.

Le samedi soir, le gala du Palais des Beaux-Arts nous a permis d'applaudir les chansons classiques de M. Alain et Mme Despy et d'entendre le Bistrouille Dance Orchestra, pour la grande joie des danseurs infatigables et le ravissement des congressistes.

Il est vrai de dire que la conférence de Monsieur le Professeur agrégé Marcel Brulé, sur les ictères hémolytiques acquis et la biligénie extra-hépatique, sur les maladies du sang, que les considérations magistralement exposées sur ces données nouvelles, sont encore un pieux hommage au maître vénéré de l'hôpital Cochin. Il faudra revenir sur ce sujet. Il en est de même des conférences de M. le docteur Ravaut, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, de Monsieur Joltrain, directeur de l'Institut de Recherches de Widal, si intéressantes. A Spa, l'ardente improvisation de Joltrain, ému jusqu'au plus profond de son être, a soulevé, dans l'auditoire, une admiration sans mélange.

La conférence de M. le Professeur Mercklen, Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg et médecin des hôpitaux de Paris, sur les chlorures et néphrites, a été unanimement appréciée, avec celle du Professeur L. Ambard, de Strasbourg, sur le métabolisme azoté.

C'est aussi avec le plus vif intérêt que nous avons entendu la conférence de M. le Professeur Lemierre sur le régime déchloruré.

Les stomatologistes ont vanté l'intérêt spécial de l'aperçu clinique et chirurgical sur la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de

Wharton par M. G. Maurel, stomatologiste des hôpitaux.

Il faut signaler l'importance de la conférence, sur les altérations de la fonction visuelle au cours du mal de Bright, de M. le Dr Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux.

Les néphrites azotémiques ont été étudiées, analysées et exposées, avec son talent habituel, par M. le Professeur Valléry-Radot.

«M. Joltrain, puis M. de Gennes, qui avaient choisi comme sujet, le premier : « De l'anaphylaxie à l'idiosyncrasie », le second : « L'anaphylaxie dans l'asthme » ont initié leur auditoire aux idées qui ont dirigé le professeur Widal au cours des travaux qu'il a poursuivis pendant la dernière période de son existence. Ils ont désigné les faits qui peuvent être considérés comme acquis grâce à l'observation et à l'expérimentation cliniques : ils ont montré avec quelle prudence leur maître a exploré un terrain plein de mystères et d'embûches où les investigations donnent souvent des résultats contradictoires et décevants ; avec quelle patience il s'est ingénié à débrouiller l'écheveau des faits les plus complexes, enfin, comment il a pu arriver à faire la part de ce qui revient d'une part au terrain, d'autre part aux influences venues de l'extérieur et créer le terme autant que la notion de la diathèse colloïdoclasique.

M. le Docteur Trémolières s'est étendu, avec un grand talent, sur un sujet très intéressant, à propos des interpositions hépato-diaphragmatiques du côlon.

Tant à propos de la grande œuvre de Widal, que de sujets n'ayant avec elle que des rapports éloignés, des communications, des démonstrations très importantes et intéressantes ont été faites par des médecins et des spécialistes belges et de nationalités différentes.

Elles ont une telle valeur, que la plupart nécessiteraient un compte rendu minutieux ; mais aussi, à cause de leur grand nombre, elles ont été simultanées ou subintrantes : il n'est pas possible de les présenter ici-même comme elles le méritent. Il faut attendre le complet recueil que le secrétariat devra longuement préparer.

Les séances de travail ont été comme de coutume extrêmement nombreuses. Outre les conférences consacrées à l'œuvre de Widal dont nous parlons plus haut, on a pu entendre un grand nombre de causeries ou de communications. Citons, en particulier, les conférences de M. L. Bertraud (d'Anvers) : Sur l'étiologie des cardiopathies évolutives ; de M. Henri Lagrange (de Paris) : Sur les altérations de la fonction visuelle au cours du mal de Bright ; de M. Ernest Desmarest (de Paris) : Sur l'anesthésie générale au protoxyde d'azote et à l'avertine; de M. Gérard Maurel (de Paris) : Sur la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton ; de M. Paul Boever (de Namur) : Sur les appareillages pour fractures et sur l'ostéo-synthèse automatique ; de M. P. Lecomte du Nouy (de l'Institut Pasteur) : Sur les problèmes fondamentaux de la vie et la valeur des méthodes ; du professeur Henri Frédéricq (de Liége) : Sur les métachronoses ou changements physiologiques de la chronaxie ; du professeur Lucien Brouha (de Liége) : Sur les facteurs endocriniens de la vie sexuelle ; du professeur Victor Péchère (de Bruxelles) : Sur les vitamines et l'avitaminose.

Au cours des Journées se sont également réunis : le Comité national contre le charlatanisme, sous la présidence de M. Brandligt (d'Anvers) ; la Ligue belge contre le rhumatisme, sous la présidence d'honneur du professeur René Verhoogen et la présidence du professeur de Nobele ; la Société belge de gastro-entérologie où l'on entendit des communications du professeur F. de Beule (de Gand) et du docteur Trémolières (de Paris). Ce furent encore les réunions de la Société belge de médecine et de chirurgie des accidents du travail et des maladies professionnelles présidée par le docteur Descamps et de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique.

Il nous faudrait aussi parler des matinées consacrées aux visites hospitalières, au bel hôpital Brugmann à Saint-Jean, à la fondation Lambert, dirigée par notre excellent confrère Weymeersch, à l'Institut médico-chirurgical de Léopold Mayer où le professeur Lambret (de Lille) fit une démonstration de son procédé de la suspension et du coulissage de la grande courbure. Limités par la place, nous nous excusons d'être obligés d'abréger. » (A. P. M. F.)

L'excursion et la visite de Spa, l'accueil chaleureux de nos amis Spadois et Liégeois, en tête magistral et vénérable, le savant professeur François Henrijean, de Liége, si justement et brillamment loué par M. le Professeur Marcel Labbé, la visite d'une belle et importante station toujours en progrès, tout cela ne peut être décrit dans un rapide exposé qui est hâtivement réclamé et que j'ai complété avec des extraits du compte rendu de l'Association de la Presse médicale de François Le Sourd.

Comme toujours, les dames ont été le charme et la délicieuse parure de ces mémorables journées.

Isolées de nous ou participant à nos festivités communes, elles se sont montrées ravies et très heureuses d'être venues, jusque dans l'Ardenne belge, dont la beauté peut presque se passer du soleil.

Qui donc met en œuvre et conduit à bonne fin une si belle et si grande entreprise ? C'est, à la tête du *Bruxelles médical*, une trinité ou, si vous voulez, plus simplement, un triumvirat : Mayer, Beckers, Bernard, entourés de collaborateurs et

de collaboratrices aussi aimables qu'infatigables, qui font paraître aisée une tâche compliquée et lourde, que rien ne décourage et jusqu'au bout, gardent le plus aimable sourire. Je leur adresse ici une fois encore les remerciements émus du représentant du *Concours médical*.

La participation des laboratoires est très importante. J'y ai vu, à l'œuvre, des hommes énergiques, qui ne ménagent pas leur peine : leur labeur est fructueux pour l'œuvre commune ; ils méritent la reconnaissance unanime.

Suivant les traditions fastueuses de l'hospitalité belge, les adhérents des Journées ont été tour à tour les hôtes de leurs confrères de Bruxelles cependant que se déroulaient les fêtes habituelles.

« Ce fut d'abord le beau concert de musique ancienne du Palais des Beaux-Arts où nous avons eu le rare plaisir d'applaudir Mme Despy et M. Alain. Ce concert fut suivi d'une très brillante soirée dansante.

Puis le dimanche soir la représentation de gala du Théâtre royal de la Monnaie, honorée de la présence de LL. AA. RR. le duc et la duchesse de Brabant et de S. A. R. la princesse Ingrid de Suède.

Le Roi malgré lui, de Chabrier, remporta un très grand succès.

Le banquet, en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, eut lieu le lundi soir dans le beau restaurant délicieusement aéré du Bon Marché. Il réunissait près de 300 convives et était présidé par le premier ministre, M. Renkin.

A la table d'honneur, M. Dens, ministre de la Défense nationale, M. Cocq, ministre de la justice, M. Carton de Wiart, ministre d'Etat, Mme Widal et son fils, enfin tout le corps diplomatique où nous voyons malheureusement pour la dernière fois l'éminent ambassadeur de France, S. E. le comte de Peretti de la Rocca, qui quitte Bruxelles.

Après le toast aux Souverains belges et aux chefs d'Etat étrangers, porté par le premier ministre, M. le professeur Ley, parfait président des Journées, se fit l'interprète des organisateurs pour saluer une dernière fois ses invités ; puis M. le recteur Smets parla au nom de l'Université; M. le professeur W. M. Scott, délégué de la Grande-Bretagne, au nom des délégués étrangers; S. E. le docteur Castillo Najera, ministre du Mexique à La Haye, prit la parole au nom de l'Amérique latine, et le docteur François Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, au nom de la presse médicale représentée aux Journées ». (A. P. M. F.)

Il nous faudrait encore citer les réceptions offertes aux dames, visites de musées, courses à Boitsfort, thés à l'Université et à la Maison des étudiants...

Au cours de ces réceptions et festivités, nous avons eu le très grand honneur d'approcher des hommes qui compteront parmi les héros de cette époque : Monsieur le Bourgmestre Ad. Max de Bruxelles, Monsieur le Professeur Piccard et son aide Monsieur Kiffer. Ils se sont simplement élevés au-dessus de l'humanité. Aucune apothéose ne pourra récompenser la gloire qu'ils ont conquise. L'heure de leur présence restera inoubliable comme leur œuvre géniale.

Dr Henri Henne.

VARIÉTÉS

Les médecins poètes. — Le violon d'Ingres du Dr Maurice Picot

Apollon est à la fois le Dieu de la poésie et de la Médecine, Il est invoqué tout d'abord dans le Serment d'Hippocrate, avant même son fils Esculape.

Il est donc naturel que les médecins flirtent avec les Muses. Jadis, c'était en vers latins, le latin étant leur langage habituel. Actuellement, c'est en langue vulgaire, qui a détrôné le latin.

Il n'est pas d'année où nous ne recevions de quelques-uns de nos lecteurs de petits volumes de vers; la plupart sont bien inspirés et agréablement tournés. Il en fut qui nous furent dédiés, même écrits à notre intention.

Ces délassements poétiques sont rarement l'œuvre de jeunes. La vie du nouveau médecin est trop absorbée et trop active pour lui permettre de rêver et de rimer. Ce sont des Confrères au seuil de la vieillesse, à l'âge de la retraite qui le plus souvent taquinent la Muse Erato. Ce passe-temps est leur « *Violon d'Ingres* »; c'est ce titre symbolique que le Dr Maurice Picot a donné au recueil de Sonnets, luxueusement édité à la librairie Alphonse Lemerre (1), qu'il a bien voulu nous adresser.

« Ces courts poèmes, note l'auteur en une très « courte préface, sont écrits par un médecin de cam« pagne qui s'est diverti à regarder autour de lui et à « tisonner ses souvenirs. »

(1) Maurice Picot : Le Violon d'Ingres. libr. Alphonse Lemerre 23-33. passage Choiseul, Paris, 1931. Prix : 20 francs.

« Il n'a jamais eu le loisir d'entreprendre une œu-
« vre de longue haleine : peut-être valait-il mieux
« qu'il en fût ainsi. »

M. Maurice Picot ne se fait pas d'illusions, il sait bien que nous ne sommes guère à l'époque où l'on se passionne pour la poésie ; il le dit dans son sonnet liminaire :

Et le public préfère, au plus beau des sonnets,
Le film américain qui pleurniche au théâtre...

Nous ne sommes pas, nous, de ce temps, et nous avouons sans honte que, sans dédaigner absolument le film, surtout quand il est documentaire, nous lui préférons un beau et bon sonnet.

Mais analyser un sonnet est impossible ; si l'on veut en parler, on doit le citer en entier ; c'est pourquoi nous ne saurions mieux faire pour donner à nos lecteurs une idée juste des sonnets de M. Picot, de lui en emprunter quelques exemples. Nous choisirons ceux qu'il consacre aux médecins dans un chapitre satirique qu'il intitule : *Sites et types de Potinville, sous-préfecture de troisième classe* :

LES MAUVAIS CONFRÈRES

Invidia médicorum pessima.

Trois médecins tiennent boutique à Potinville.
Chacun d'eux hait jalousement le concurrent,
Et l'habille, à propos, d'un trait déshonorant,
D'un éloge perfide ou d'un silence habile.

Si l'un donne un conseil en un cas difficile,
L'autre émet par principe un avis différent ;
Telle est leur passion que fussiez-vous mourant,
Ils n'iraient point ensemble à votre domicile.

Que devient le malade en ce triste conflit ?
N'ont-ils point de pitié pour sa voix qui faiblit ?
Non : qu'importe l'enjeu de leurs terribles joutes !

Périssent nos enfants, l'honneur est sauf, Messieurs !
Et l'on ne verra point de larmes dans vos yeux :
Haine de médecins est la pire de toutes.

Juillet 1925.

Tout autre est le sonnet suivant sur :

LE VIEUX MÉDECIN DE CAMPAGNE

J'ai vu dans ma jeunesse un étrange attelage :
Un vieux coupé tiré par un cheval poussif,
Au rythme d'un grelot monotone et plaintif,
Conduisant un vieillard de village en village ;

Un cocher somnolent complétait l'équipage.
Le Maître souriait au savant sédatif
Qu'à son client, il allait vendre à bon tarif ;
Les enfants, saluant le cortège au passage,

Suspendaient gravement leurs jeux accoutumés.
Et les femmes, formant des groupes animés,
Chuchotaient à l'écart en le voyant paraître.

Au long gémissement cadencé des essieux,
Plus d'un passant disait : « Lequel est le plus vieux,
Du coupé, du cheval, du cocher ou du Maître ? »

Novembre 1924.

Mais à côté de ces souvenirs fâcheux où le médecin est odieux ou un peu ridicule, le poète en a de touchants, tels ceux de

NOTRE VIEUX MÉDECIN

Dans les chemins fangeux le jour, le soir, la nuit,
J'ai vu rouler jadis sa pauvre carriole ;
Je croyais voir passer un saint sans auréole,
Et je me serais mis à genoux devant lui.

Car, enfant, je savais déjà qui est celui
Qui guérit les mamans, qui soulage et console ;
Je le vénère encore à l'égal d'un idole,
Et c'est du haut des cieux qu'il m'écoute aujourd'hui.

Il avait et le cœur et la foi des apôtres,
Il n'avait de soucis et d'espoirs que les nôtres ;
Il vécut sans reproche, et mourut sans remords,

J'évoque son visage : il a le bon sourire
Qu'à son œil pur et droit parfois je voyais luire
Quand il avait vaincu la souffrance et la mort.

Et pour terminer, citons

L'EPITAPHE DU MÉDECIN DE CAMPAGNE

Que l'auréole des Apôtres,
Orne sa croix de bois noirci !
Plus que ses douleurs, il pleura sur les vôtres ;
Vous qu'il a guéris, dites lui merci ;
Priez pour lui qui vécut pour les autres,
Et qui n'a pu se reposer qu'ici !

Mars 1925.

J. NOIR.

LA PAGE SANS MÉDECINE

A toutes les époques, il y a eu dans la critique de bons dégustateurs, mais aussi de braves employés bien dressés au métier de rangeurs de bouteilles.

(Tristan Bernard.)

CCCLXIX. — Francis Carco. — **Les Enfants du Malheur.** 1 vol. 14,5 × 20,5, tiré à 480 ex. numérotés sur velin anglais. 1 frontispice de Stobbaerts-Marcel. Collection Les Belles heures. *Editions Stolhs*, Maestricht.

La sympathie littéraire que Carco professe pour les milieux spéciaux qu'il évoque avec beaucoup de couleur au cours de son œuvre de romancier ne l'empêche pas de voir juste et de s'élever contre la larmoyante tendresse que les snobs réservent aux « bagnards ». Son reportage a de l'originalité puisque Carco *sait* voir, mais ses conclusions sont très sensées et pondérées. Il appelle crapule une crapule et trouve, contrairement aux affirmations de Londres que certains « bandits sont au bagne *trop* heureux ». Cette fermeté par elle seule vous incitera à lire son enquête très vivement transcrite, et dont la présentation graphique est remarquablement exécutée.

CCCLXX. — Louis Métay. — **Féli, homme libre.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Plon*, 1931.

Féli braconne en Vendée. Paresseux, spirituel, frondeur, frotté de rudiments de latin, il est promu pendant la guerre aux honneurs : écrivain public, secrétaire de mairie. L'ingratitude le rejette à sa vie obscure et il quitte écœuré son horizon à la suite d'une troupe de saltimbanques. L'œuvre très adroitement construite est amusante et d'un souriant pessimisme.

CCCLXXI. — Emmanuel Bove. — **Journal écrit en hiver.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Emile-Paul*, Paris, 1931.

La mésentente cordiale d'un ménage transcrite avec minutie par le mari... et par le menu. Son journal traduit cette hésitante instabilité des anxieux aux gestes inachevés, la grisaille des vies emmitouflées et est bâti avec ce *pointillisme* des œuvres modernes d'introspection que Proust porta au paroxysme avec une sûreté qui exige une vertigineuse maîtrise que M. Bove, très en progrès, s'efforce d'acquérir.

CCCLXII. — Drieu La Rochelle. — **Le Feu Follet.** Roman, 1 vol. 12 × 19. *Ed. Nouvelle Revue française*, Paris, 1931.

Alain, le héros du livre auquel le romancier ne donne que son prénom tellement il est anonyme est lui-même comparable à ces feux follets qui n'ont pas de base, pas de tête, flammes froides et macabres, tremblotant sur de la pourriture. Au bout du livre l'autre feu follet sec, brisant, de la flammèche du revolver. De l'un à l'autre une activité désordonnée de fantoches veules, de ces ratés cyniques qui ploient sous le fardeau de leur paresse et de leur oisiveté. Celui que M. de La Rochelle dépeint avec beaucoup de talent est pensionnaire de la clinique de désintoxication Le Barbinais. Il est coutumier de toutes les déchéances, il se vautre juqu'à l'écœurement. Ah ! la belle jeunesse ! !

CCCLXXIII. — Henri Béraud. — **Le Vitriol de Lune.** Roman. Un vol. 15 × 21, tiré à 767 exempl. numérotés sur velin de Rives. Illustrations en couleurs de Guy Arnoux. *Editions Mornay*, Paris, 1931.

Autour de la fin du règne de Louis XV, Henri Béraud a étoffé une intrigue d'une séduisante vraisemblance et d'une farouche grandeur. Je l'ai relue dans cette magistrale édition avec un plaisir neuf, car le texte établi sous une harmonie typographique impeccable, enrichi de lettrines rouges et de culs-de-lampe stylisés est fort abondamment orné d'une illustration polychrome qui ajoute à l'aventure un regain de vivacité par le flamboiement de ses couleurs et la ferme tenue de sa composition.

Guy Arnoux est un des meilleurs imagiers contemporains, mais ici tout particulièrement, il a su mettre au service d'une œuvre évoquant un passé fastueux, tourmenté, barbare une diversité aiguë d'inspiration et une remarquable exactitude d'*époque*. Le trait bien plein semble avoir été tracé par une souple plume à large bec douée d'une paradoxale légèreté. Les personnages y ont gagné une replète rondeur ou une anguleuse sévérité qui souligne avec ingéniosité la prédestination de leur rôle : leurs faces sobrement tracées ont une éloquente intensité d'expression (page 108).

Les attitudes sont d'un naturel d'autant plus frappant que les lignes sont aussi simplifiées que possible sans fatras ornemental (page 9, le Gênois jouant de sa flûte de cristal, accoté à un porche de pierre ; page 63 : dans la ruelle tachée de noir les ombres se faufilant, etc.). Tous les dessins ont la même robuste assise, mais leur qualité est étonnemment rehaussée par le luxe précis de la

couleur. A cette chimie brutale du poison qui imprègne le livre, Guy Arnoux semble avoir emprunté la gamme violente de ses tons. Il a véritablement *enluminé* le texte de verts, de bleus éclatants, de rouge suivant qu'il recrée les garde-françaises, la liesse truculente des truands et des filles, l'élégance chamarrée des courtisans et des laquais, réservant les nuances assombries aux ténébreux conspirateurs d'Eglise, aux habits puce des traîtres ou de Damiens, aux recoins obscurs du fournil d'où Blaise partira pour accomplir plus tard son régicide. Le grouillement de ses foules, en place de Grève par exemple, est parfaitement ordonné. Les costumes de sa soldatesque, de ses marquis, de ses commères sont d'une méticuleuse vérité et de l'ensemble, je garde l'impression que le livre restera un des plus beaux de l'année.

CCCLXXIV. — Jean GIRAUDOUX. — **Adorable Clio.** Un vol. 15 × 21, tiré à 1111 ex. numérotés sur vélin Allura. Collection : Les Gloires Littéraires. Illustrations de Hermine David *Editions du Nord*, Bruxelles, 1931.

Les souvenirs de guerre de Jean Giraudoux se devaient d'être d'un genre spécial. Rien ne leur ressemble dans l'avalanche que nous avons subie, du *Feu* de Barbusse au *Noir et Or* de Thérive en passant par toute la médiocrité déchaînée. L'ironie qui donne tant de charme aux allusions voilées de ses romans, s'est ici aiguisée encore : Monsieur Giraudoux doit avoir un œil à facettes où sont venues s'inscrire avec une curieuse simultanéité des impressions et des images. Les unes et les autres sont d'une rare qualité et d'une joie discrète, désabusée, comme serties sur un fond de scepticisme et d'humaine commisération. Aucun de ses jeunes contemporains n'a su comme Monsieur Giraudoux doser avec cette froide exactitude le macabre, la fatalité, le grotesque de la guerre, la candeur, les élans, les illusions qu'il retrouve en grattant de son ongle vernissé notre « *pauvre écorce française, si amincie, déjà usée* ».

La guerre vue d'un hôpital de Châteauroux (1), d'Amérique, de Saverne, du Portugal, des Dardanelles, de la ligne de feu, du grand quartier général revêt successivement des visages bien divers, ou mieux des masques d'une réjouissante ou d'une douloureuse variété. Il y eut les héros et il y eut les pitres. La piété fraternelle de Giraudoux se fait humble, douce, attentive pour les premiers comme s'il soutenait leurs membres fracassés et il cingle les autres du mépris poli, hautain de son sarcastique talent. Eglantine eût bien aimé ce livre et vous l'aimerez, comme elle, même par-delà la précosité de quelques phrases pour la rare qualité de son persiflage fustigant des fantoches. A ce livre peu commun convenait un accompagnement de gravures d'un ordre particulier. A ce reflux bouillonnant de souvenirs portés sur un raz ample (dont la puissance excuse l'artistique désordre), Hermine David se devait d'ajouter, comme une écume irisée, la frange de ses images. Il ne saurait donc ici être question du respect bourgeois des verticales, de l'observance des plans ; l'artiste a préféré nous offrir une adroite déformation des perspectives et quelquefois des proportions. Sa fantaisie est tantôt à mi-chemin du procédé Rousseau-Laurencin, tantôt de la caricature et de-çi de-là pour nous rassurer, comme à la page 130, elle trace avec une sûreté et une science des éclairages *hors de pair* un canal d'une finesse déconcertante sous un paysage désolé de neige. Sa cour de lycée à la page 104 a la véridique tristesse des vieux murs. Plus loin, ses cuirassés sont majestueusement belliqueux. Avec une intuition qui se révèle très profonde elle a épousé (si j'ose dire), les courbes et les méandres de la fertile imagination descriptive de Monsieur Giraudoux. Sa précision linéaire garde un reflet de la bizarre exactitude du romancier et de leur commune compréhension des fragiles superstructures de la pensée aux berges du rêve. Le livre est « imprimé » en caractères Erasme, très purs.

(1) « *O Châteauroux, ville la plus laide de France...* », dit GIRAUDOUX qui doit beaucoup aimer la ville où il fut brillant lycéen.

CCCLXXV. — Pierre DALLOZ. — **Haute Montagne.** Un vol. 20 × 26 illustré de 88 héliogravures en pleine page. *Editions Paul Hartmann*, Paris, 1931.

A parcourir ce très beau recueil de vues de haute montagne, on comprend l'enthousiasme de Monsieur Dalloz qui nous présente cet album comme la somme des exploits de l'alpinisme d'après-guerre.

On comprend aussi la séduction, la passionnante attirance qu'exerce sur les fidèles de l'Alpe la sauvage beauté de ces solitudes, leur fascination. Et mieux que des phrases, ces documents *impressionnants* traduisent le courage tranquille de ceux qui les rapportèrent. Quand l'échelle de l'homme permet de mesurer l'à-pic des murailles où le soutient une « corde » minuscule le décor gigantesque prend une hostile majesté. Les sites grandioses qui ont été choisis sont reproduits avec une netteté et un à-propos fort aptes à donner le vertige aux placides terriens admis ainsi à partager sans risques les joies pures de l'altitude que chante en poète la fervente passion de Monsieur Dalloz.

CCCLXXVI. — Albert THIBAUDET. — **Stendhal.** Un vol. 12 × 19. *Ed. Hachette* Paris. 1931. 15 francs.

Avec une pondération enjouée qui est la marque très personnelle de sa pénétrante et perspi-

cace critique, Monsieur Thibaudet nous expose les raisons de *durée* de Stendhal. De ses origines, de sa jeunesse, il nous montre l'influence sur la gestation littéraire d'une œuvre qui innovait si puissamment que les lecteurs de 1830, le public « lettré » boudent ! Stendhal aimait les épinards et Saint-Simon (1). Peut-être prit-il au commerce de celui-ci ce goût descriptif. Monsieur Thibaudet ne le dit pas expressément, mais il nous montre avec une méthode très attachante la richesse de la vie intellectuelle du grand écrivain qu'il suit pas à pas vers le succès et l'engouement mérité où le hissent de nos jours « la force de projection » de son œuvre et aussi, bien qu'ils s'en défendent, les plaidoyers chaleureux comme celui que Monsieur Thibaudet vient d'écrire avec une aisance alerte, et à peine trop concise.

CCCLXXVII.—Auguste Bailly. — **Maeterlinck.** Un vol. 12 × 19. Collection Visages contemporains. *Editions Firmin-Didot*, Paris, 1931.

Ce livre est la réponse la plus sage que pouvait souhaiter Maeterlinck aux lamentations de Madame Georgette Leblanc. Il vient à son heure pour effacer la pénible impression qu'avait laissée en nous cette « revendication » masquée d'une grandiloquente humilité. Avec cet exposé précis, solide nous revoici au contact direct de cette œuvre où nous heurtons à chaque page le mystère de la destinée. Le mérite de Monsieur Bailly est de nous avoir montré l'*unité* d'inspiration qui nourrit le théâtre, les essais, la métaphysique et la morale de Maeterlinck ; l'effort constant du penseur inquiet du *vide* du monde qu'il retrouve au bout de tous ses chemins ; la qualité de l'espoir qui le soutient et que nous pouvons faire nôtre. Monsieur Bailly ne se contente pas d'exposer une thèse, il la discute sans en cacher les faiblesses qui la blessent dès qu'elle atteint le plan de *pratique* morale. Son étude a une cohésion sereine, ordonnée comme une méditation de Maeterlinck sur la nécessité des nombres : elle a une dialectique très souple et très juste, une chaleur démonstrative qui fait de ce livre un essai très heureux, très personnel, et fidèle de l'évolution de la pensée créatrice de Maeterlinck qu'il devient ainsi plus aisé de placer au rang des mystiques que des symbolistes.

Varia*. — Les *Livrets du Mandarin*, de juin publient la suite d'une « biographie psychologique » de Barbey d'Aurevilly tirée de documents secrets. Les commentaires mensuels sont réservés aux légistes de la langue. Au sommaire est annoncée une *Rêverie* qui s'est évanouie à l'impression.

(1) « *Les épinards et Saint-Simon ont été mes goûts les plus constants.* »

**Le Mercure de France* du 1er juillet propose une solution au problème ethnique des Khazares. Monsieur Marcel Rouff fait au cinéma épileptique l'honneur de s'occuper de ses tendances dix-sept pages durant.

* *La Nouvelle Revue française* de juillet contient sept pages de férocités signées de Paul Léautaud qui reposent agréablement des austères considérations de Benda discourant de la politique. Ribemont-Dessaignes termine la mirifique histoire de Dada. . . . . Que de papier et de temps perdu par ces jeunes gens tourmentés par une délicieuse psychose collective !

*** **Tableau d'honneur. . . . .**

DERMATHOLOGIE ESTHÉTIQUE (*sic*) **MASSAGE**◆◆◆◆◆◆◆◆◆
Peau et Chevelure **Corps-Face-Capillaire-Modelage**
APPLICATION DE L'ELECTRICITÉ **MASSAGE**◆◆◆◆◆◆◆◆◆
Rayons rouge et violet (*sic*). **Amaigrissement, à air chaud**

ARIANE ××××××××
MASSEUSE-PÉDICURE
ELÈVE DIPLOMÉE DU PROFESSEUR . . . . .
ET DU DOCTEUR . . . ., DE PARIS
Ex-Infirmière Surveillante en Radiothérapie
Membre du « Pédicure International »

TÉLÉPHONE . . . Sur rendez-vous et tous les jours de 9 h. à 6 h. Lundi excepté

59, rue G. . . . . . ., 59 . . . . . (. . . . .)

Cabinet de CONSULTATION ouvert le Lundi : (*Sic*). 88, Avenue . . . . 88 . . . . (. . . . .)

VIENT DE PARAITRE : LE VACCIN MENTAL

IRÈNE JALABERT
LA CROIX HORIZONTALE
ROMAN DE DEUX GUÉRISONS

La syphilis est curable. — La croix. — La régénération spirituelle. — La résurrection morale. — L'optimisme contre les autres. — La foule. — L'origine de « sorcière » de l'avarie. — La cicatrisation de l'âme. — La rénovation mentale. — L'optimisme contre soi-même. — Conscient et inconscient. — L'auto-suggestion rationnelle. — Le mariage. — La confiance. — La malariathérapie naturelle. — Le fantôme de la paralysie générale abattu pour toujours. — L'hôpital de l'âme. — La guérison INTÉGRALE. — La possibilité de la cité horizontaliste au même titre que les cités naturistes et nudistes, etc. — La *cure mentale* de l'avarie des deux sexes.
Fort volume, 248 pages. Prix . . . . 20 fr.

Bien entendu, pour le Tableau d'Honneur je n'insérerai que les textes *imprimés*, transmis avec référence précise d'origine. Et il ne sera pas tenu compte des envois *anonymes* (1).

(1) Joindre une bande-adresse d'abonnement au *Concours*.

L'été 1931 sera l'été des dos.

Ils sont déjà nombreux, largement exhibés et dorés à souhait. Les maillots et pyjamas qui sont exclusivement admis sur LE FRONT DE MER de Cannes, n'ont jamais été si généreusement échancrés à l'invers. Une simple bride qui tourne autour du cou, maintient sur les poitrines féminines, des triangles d'étoffe dont on prévoit qu'ils seront bientôt superflus et le dos, magnifique et nu, plus pur de ligne que ceux de J.-G. Domergue, s'allonge, se courbe, palpite et se gonfle sous la peau brûlée.

(*Figaro*, 30 juin 1931.)

Vous avez le droit, Monsieur, de vous laisser aller à cette .... ivresse « visuelle » (on fait ce qu'on peut ! ! !) à la pensée de ces dos « *qui palpitent et se gonflent* » (?????) ; mais il y a des mots que vous n'avez pas le droit de salir et de galvauder. *Le front*, Monsieur, c'était autre chose que vos exhibitions et la pudeur qui vous manque là-bas vous pouviez la garder pour ceci.

14 juillet 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

ASSURANCES SOCIALES

Le contrôle technique étant envisagé sous des angles différents selon les régions, nous publions les divers règlements qui ont été proposés ou adoptés par les syndicats, dans un but de documentation.

Le contrôle médical technique En Meurthe-et-Moselle

RÈGLEMENT

Ce contrôle a été organisé d'un commun accord entre les caisses primaires de répartition et l'Association des médecins de ce département, dans les conditions suivantes :

A la suite des résolutions votées le 22 mars 1931 par l'Assemblée générale de l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle et le 23 mai 1931 par les représentants des caisses primaires de répartition du département de Meurthe-et-Moselle et des accords intervenus entre ces deux organismes, il est institué un système de contrôle régulier qui doit fonctionner systématiquement avec la collaboration de tous les praticiens et de toutes les caisses d'assurances sociales du département dans les cas suivants :

1° Toutes les fois qu'une même maladie nécessite plus de huit visites consécutives ;

2° Toutes les fois qu'un bénéficiaire de l'assurance-maladie est justiciable d'une intervention chirurgicale ou se trouve dans la nécessité de recevoir des soins spéciaux ou se trouve encore dans l'obligation de porter un bandage ou un appareil de prothèse ;

3° Toutes les fois qu'un bénéficiaire de l'assurance-maladie se trouve dans un état de santé qui nécessite une cure de repos ou l'envoi dans un établissement de prévention ou de cure ou encore dans un établissement thermal.

Ce contrôle doit être déclenché automatiquement par les soins du médecin traitant intéressé, il présente un caractère préventif et a pour but d'éviter tous les abus possibles et toutes les contestations qui pourraient naître ultérieurement entre les caisses et le contrôle technique.

Ce contrôle est d'ailleurs entièrement distinct des demandes de contrôle visant des cas particuliers qui peuvent toujours être formulées par les différentes caisses d'assurances sociales quand celles-ci l'estiment nécessaire.

Il est l'expression des sentiments de collaboration loyale et confiante qui animent les représentants des caisess primaires d'assurances sociales et de l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle.

Il est donc extrêmement désirable que les règles établies d'un commun accord pour chacun des cas où le contrôle technique médical doit être déclenché soient rigoureusement et exactement suivies par tous ceux qui sont appelés à collaborer au bon fonctionnement de la loi des assurances sociales.

Maladie nécessitant plus de huit visites consécutives.

Dès qu'une maladie aura nécessité plus de huit visites consécutives, le médecin traitant devra envoyer un avis au contrôle technique médical.

Pour cela il utilisera une CARTE-LETTRE (*contrôle technique, modèle n°* 1) qu'il trouvera chez l'assuré à qui elle aura été remise par les soins de sa caisse. Le praticien devra remplir cette carte-lettre en indiquant le diagnostic de l'affection, en justifiant le nombre de visites effectuées et en indiquant quelles sont les complications et la durée prévue de la maladie.

Il est à noter que cette carte-lettre doit être envoyée dès qu'il y a eu plus de huit visites, sans avoir à rechercher si ces huit visites ont été effectuées dans une même quinzaine ou non.

La carte-lettre rouge comporte l'indication du

diagnostic, elle a donc un caractère confidentiel, elle est destinée uniquement au contrôle médical et ne peut jamais être communiquée aux caisses.

A la fin de chaque mois le service du contrôle technique adresse aux différentes caisses d'assurances sociales un relevé des notifications de maladie ayant nécessité plus de huit visites qui lui ont été faites en indiquant, s'il y a lieu, les suites qui ont été données à ces notifications dans chaque cas.

2° Intervention chirurgicale.

Dans tous les cas où il estime qu'un assuré ou un bénéficiaire des assurances sociales est justiciable d'une intervention chirurgicale et sauf, bien entendu, dans les cas où cette intervention présente un caractère d'urgence, le médecin traitant doit adresser une demande d'avis au contrôle technique et c'est le contrôle technique qui décide s'il y a lieu ou non de pratiquer l'intervention.

Cette demande se fait au moyen de l'envoi d'une CARTE-LETTRE JAUNE (*contrôle technique, modèle n° 2*). Tous les médecins seront approvisionnés de ces imprimés par les soins de l'Association syndicale des médecins.

Cette demande comporte le diagnostic de l'affection, indique la nature et le caractère d'urgence de l'intervention à pratiquer.

Le service du contrôle technique pratique l'examen nécessaire et décide s'il y a lieu ou non à une intervention.

Dans l'affirmative, le service du contrôle technique fait parvenir à l'assuré la feuille jaune de soins spéciaux ou chirurgicaux, feuille qui, jusqu'à présent était délivrée par les différentes caisses, mais qui désormais ne pourra plus être délivrée que par le contrôle technique.

De plus, le contrôle technique avise la Caisse de la délivrance de cette feuille jaune par l'envoi de la carte-lettre jaune qui, précédemment dans ce cas, devait être envoyée par l'assuré à sa caisse.

3° Soins spéciaux.

Dans le cas où le médecin traitant estime qu'il y a lieu pour l'assuré, bénéficiaire de l'assurance sociale de suivre un traitement spécial (série de piqûres, par exemple), il procède exactement comme en cas de nécessité d'intervention chirurgicale, il envoie au contrôle technique médical une CARTE-LETTRE JAUNE (*contrôle technique, modèle n° 2*).

Le contrôle médical décide s'il y a lieu d'accorder le traitement proposé et dans l'affirmative, il délivre la feuille jaune de soins spéciaux et prévient la caisse intéressée dans les mêmes conditions que précédemment.

4° Délivrance d'un bandage ou d'un appareil de prothèse.

Quand le médecin traitant estime qu'il y a lieu pour l'assuré de porter un bandage, un appareil orthopédique ou de prothèse, il utilisera également la même CARTE-LETTRE JAUNE (*contrôle technique modèle n° 2*). Le contrôle technique, après l'examen, décidera s'il y a lieu à la délivrance de l'appareil et visera en conséquence le certificat médical prescrivant cette délivrance et que l'assuré devra présenter à sa caisse en vue de se faire rembourser.

5° Malades dont la santé nécessite un repos à la campagne ou dans un établissement de prévention ou de cure.

Dans le cas où le médecin traitant estime qu'il y a lieu d'envoyer un malade dans un établissement de prévention ou de cure ou de lui faire suivre une cure thermale ou une cure de repos à la campagne, il en avise aussitôt le contrôle technique au moyen de l'envoi d'une CARTE-LETTRE MAUVE (*contrôle technique, modèle n° 3*).

Les médecins seront approvisionnés de ces cartes-lettres mauves par les soins de l'Association syndicale des médecins.

Cet avis, à caractère confidentiel, indique la nature de l'affection et le genre de cure proposé.

Pour les malades habitant Nancy, le médecin traitant remettra ce certificat, après l'avoir rempli et fermé, aux malades et ceux-ci se présenteront eux-mêmes, muni de cette carte-lettre, au bureau du contrôle technique, 56 *bis*, rue des Quatre-Eglises.

Pour les malades n'habitant pas Nancy ou sa banlieue, ce certificat sera adressé en franchise par le médecin traitant au service du contrôle technique.

Sur présentation de ce certificat, le contrôle technique délivrera aux malades une FEUILLE DE VISITE MAUVE (*contrôle technique, modèle n° 3 bis*), qui portera l'indication de l'organisme contrôleur désigné (dispensaire de l'Office d'hygiène sociale ou médecin contrôleur).

L'organisme contrôleur désigné remplira la partie inférieure de la feuille de visite en donnant toutes les indications nécessaires sur la nécessité, le caractère, la nature et la durée de la cure qu'il propose ainsi que sur la région et l'établissement qu'il recommande. Cette feuille mauve sera transmise à sa Caisse par les soins de l'assuré et c'est à cette caisse qu'il appartiendra de prendre en pleine connaissance de cause une décision définitive au sujet de la cure proposée.

Nancy, le 1er juin 1931.

Le Président
de l'Union des Caisses primaires de répartition
du département de Meurthe-et-Morelle,
J. LAURENT.

Le Président
de l'Association syndicale des médecins
de Meurthe-et-Moselle,
Dr A. GIRY.

Le régime des assurances sociales pour un assisté notoirement indigent

Lettre du Préfet au Dr Giry

Nancy, le 25 juin 1931.

Monsieur le Conseiller général,

Par lettre du 2 courant, vous avez bien voulu me demander de vous faire savoir si l'enfant d'un assuré social notoirement indigent, devait être soigné aux frais de la Caisse primaire d'affiliation de son père, ou à ceux de la commune, dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il y a lieu d'envisager le cas de soins à domicile et celui de l'hospitalisation.

a) *Soins à domicile.* — Le tarif adopté, qui comprend les honoraires médicaux, chirurgicaux, les médicaments et appareils est celui des accidents de travail. Les assurances sociales contribuent dans la dépense à raison de 80 %, la différence est supportée par le Service départemental de l'Assistance médicale gratuite. En fait, celui-ci fait l'avance de la totalité et récupère sur les caisses primaires la part leur incombant.

b) *Soins hospitaliers.* — En cas d'hospitalisation, l'Assistance médicale gratuite intervient pour la différence existant entre le coût réel de l'hospitalisation, décompté au tarif le plus bas des malades payants, en salle commune, et le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée.

En Meurthe-et-Moselle, un accord tacite est intervenu entre les hôpitaux et les Caisses primaires. Les établissements hospitaliers récupèrent directement sur les caisses la part imputable aux Assurances sociales.

Le Préfet,

Pour le Préfet,
Le Secrétaire général délégué,

X.

Syndicat médical de Cannes

I

Projet de convention entre Caisse d'assurances sociales et Fédération départementale concernant le contrôle médical de la Caisse

La Caisse exerce un contrôle général sur le service médical. Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles, d'une part par ses visiteurs et visiteuses non médecins, d'autre part par ses propres médecins contrôleurs.

1° Les visiteurs exercent un contrôle matériel ; ils participent à la surveillance des malades ; ils s'assurent de l'observation par ces derniers des prescriptions générales inscrites sur la feuille de maladie (présence au lit, à la chambre, à domicile en dehors des heures de sorties autorisées, interruption du travail). Ils ne peuvent toutefois examiner les malades et doivent se garder de toutes appréciations des observations de caractère médical, notamment concernant le médecin traitant et les soins qui sont ou pourraient être donnés à l'assuré. Ils avisent la Caisse s'ils constatent des abus ou irrégularités.

2° Les médecins contrôleurs de la Caisse (généraux et spécialistes) exercent un contrôle sur les malades. Ils sont choisis pour un an par la Caisse sur une liste présentée par la Fédération, mas peuvent démissionner à leur gré : ils peuvent être chaque année maintenus dans leurs fonctions pour une nouvelle année par la Caisse, à condition que celle-ci n'ait pas été prévenue au moins un mois à l'avance par la Fédération que le médecin contrôleur en question a cessé d'être agréé par elle. Les médecins contrôleurs de la Caisse devront s'être engagés formellement par écrit, lors de leur nomination, à ne donner en aucun cas à la Caisse aucune indication sur la nature de la maladie.

La Caisse s'engage d'autre part formellement à ne demander en aucun cas à ses médecins contrôleurs aucune indication de cet ordre.

Les médecins contrôleurs de la Caisse procèdent à toutes enquêtes, investigations et constatations concernant la réalité de l'état de maladie des intéressés et de leur incapacité de travail éventuelle, et le bien-fondé des actes médicaux exécutés par le médecin traitant, des certificats et des ordonnances délivrés par lui, des actes médicaux spéciaux par lui prescrits (chirurgicaux, radiologiques, physiothérapiques, etc.). L'exercice de ce contrôle ne peut en aucun cas entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens.

Les médecins contrôleurs de la Caisse exercent un double contrôle : contrôle sur pièces, contrôle des malades.

a) Contrôle sur pièces : Le médecin contrôleur examine les feuilles de maladie et les ordonnances qui lui sont soumises par la Caisse et fait connaître à celle-ci si l'examen des pièces ne lui révèle aucune anomalie ou si une contre-visite du malade lui paraît nécessaire pour lui permettre de se faire une opinion.

Pour ce contrôle sur pièces la Caisse rémunérera le médecin contrôleur à raison de 100 francs par

heure, avec un minimum de 50 francs par séance (ou bien à raison de 30 francs par dossier examiné).

Quoique le contrôle réglementaire préalable avant délivrance des appareils orthopédiques (bandages, ceintures, etc...) consiste non seulement en un examen du dossier, mais encore en un examen de l'assuré spécialement convoqué à ce sujet à la Caisse, il est admis que ce contrôle sera assimilé à un simple contrôle sur pièces et rémunéré comme tel. Néanmoins le médecin traitant devra bien entendu avoir été prévenu comme dans tous les autres cas de contre-visite du malade.

b) Contrôle des malades. Si la Caisse le décide, le médecin contrôleur contre-visite le malade.

Le contrôle médical sur les médecins spécialistes ne peut être exercé que par des médecins contrôleurs de la même spécialité.

L'assuré doit se prêter à tout contrôle de la Caisse sous peine de suspension des avantages accordés, par la loi ; il peut exiger toutefois d'être examiné en présence du médecin traitant.

Aucun contrôle par le médecin contrôleur de la caisse ne doit avoir lieu sans que le médecin traitant ait été prévenu par le médecin contrôleur des lieu, jour et heure de son examen suffisamment à l'avance pour que le médecin traitant puisse assister à l'examen s'il le désire.

Le médecin contrôleur avisera le médecin traitant en principe par lettre recommandée ; celle-ci pourra être remplacée par une entente par téléphone, si les deux médecins acceptent cette façon de procéder.

Le contrôle devra avoir lieu en principe au lieu de résidence du malade, il pourra avoir lieu au cabinet du médecin traitant, ou à celui du médecin contrôleur si les deux médecins s'entendent à ce sujet.

En raison du double engagement pris par la Caisse et ses médecins contrôleurs, engagement spécifié plus haut, le médecin traitant pourra, sans y être toutefois aucunement obligé, donner au médecin contrôleur les indications sur la nature de la maladie qui pourront lui être nécessaires pour remplir sa mission, à la double condition, d'abord, que le malade accepte cette révélation, ensuite que cette révélation n'aille pas à l'encontre des intérêts légitimes du malade, que le médecin traitant a le devoir de sauvegarder.

Le médecin contrôleur de la Caisse ne devra rien faire pour détourner l'assuré du médecin traitant qu'il aura choisi, ni s'immiscer en aucune manière dans le traitement, ni dans les rapports entre l'assuré et le médecin traitant.

S'il constate des abus ou irrégularités ou en cas de désaccord avec le médecin traitant, le médecin contrôleur avise la caisse ; il ne doit donner aucune indication sur la nature de la maladie, mais seulement indiquer que les actes ou attestations du médecin traitant ne lui paraissent pas justifiés.

Si la contestation concerne l'état de l'assuré, cet état est apprécié par la commission technique prévue à l'art. 7, paragraphe 3 de la loi composée du médecin traitant d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix, ou, s'il s'agit d'incapacité permanente, par le Président du tribunal civil, avec, dans ce cas, appel devant la section permanente du Conseil supérieur, conformément à l'art. 10, paragraphe 3 de la loi. La commission technique est saisie par lettre adressée au Greffier de la Justice de paix.

Si la contestation concerne les actes du médecin traitant, la Caisse peut, en cas de présomption d'abus, demander à la Fédération le contrôle technique de la Fédération, en portant à la connaissance de celle-ci tous renseignements utiles au contrôle.

Le médecin contrôleur de la Caisse est rémunéré par la Caisse, en ce qui concerne les contre-visites des malades, au même tarif que le médecin contrôleur de la Fédération, c'est-à-dire à raison de trois visites au tarif syndical minimum (soit 75 francs), les frais de déplacement en sus, s'il y a lieu, au même tarif. Ce prix comprend les frais du rapport et son envoi à la Caisse.

Note. — Au cas où l'on ne pourrait trouver sur place des médecins acceptant d'être médecins contrôleurs de la Caisse, à cause de la clause interdisant aux médecins contrôleurs de la Caisse de soigner des assurés sociaux de la Caisse dont ils sont contrôleurs, remplacer par le texte suivant le début du paragraphe 2 :

La Caisse ne nomme pas de médecins contrôleurs. Pour chaque cas particulier elle désigne un médecin de son choix pris sur la liste de médecins contrôleurs fournie par la Fédération, qui fait office de médecin contrôleur de la Caisse.

Le médecin faisant office de contrôleur de la Caisse devra s'être engagé formellement à ne donner en aucun cas à la Caisse aucune indication sur la nature de la maladie.

La Caisse s'engage d'autre part ....

a) Remplacer d'autre part par le texte suivant le début du paragraphe *b*) ;

b) Contrôle des malades. Si la Caisse le décide, le médecin contrôleur contre-visite le malade.

Le médecin faisant office de contrôleur de la Caisse ne pourra en aucun cas contrôler, pour une affection donnée un assuré qu'il aura soigné pour cette affection. Le médecin faisant office de contrôleur de la Caisse ne pourra en aucun cas devenir, pour une affection donnée, le médecin traitant d'un assuré qu'il aura contrôlé pour cette affection.

Le contrôle médical sur les médecins spécialistes...

II

Projet de convention entre Caisse d'assurances sociales et Fédération départementale concernant le contrôle médical de la Fédération

La Fédération exerce un contrôle technique sur le service médical par l'intermédiaire de ses propres médecins contrôleurs et de son Conseil de famille.

La Fédération exerce ce contrôle soit sur la demande de la Caisse, soit sur sa propre initiative et sous sa propre responsabilité, soit encore sur la demande d'un assuré ou bien d'un médecin membre d'un des syndicats adhérents à la Fédération, ou d'un médecin non syndiqué ayant adhéré à la convention entre la Caisse et la Fédération.

Les plaintes doivent être adressées par écrit au Président de la Fédération, avec les précisions nécessaires.

Les médecins contrôleurs de la Fédération (généraux et spécialistes) sont choisis pour un an par la Fédération avec l'agrément de la Caisse ; ils peuvent être chaque année maintenus dans leurs fonctions pour une nouvelle année par la Fédération, à condition que celle-ci n'ait pas été prévenue au moins un mois à l'avance par la Caisse que le médecin contrôleur en question a cessé d'être agréé par elle.

Les médecins contrôleurs de la Fédération devront s'être engagés formellement par écrit, lors de leur nomination, à observer le secret professionnel en ce qui concerne les indications qui pourront leur être fournies par les médecins traitants.

Le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tous abus professionnels.

Les médecins contrôleurs de la Fédération procèdent dans ce but à toutes enquêtes, investigations et constatations concernant la réalité de l'état de maladie des intéressés et de leur incapacité de travail éventuelle, et le bien-fondé des actes médicaux exécutés par le médecin traitant, des certificats et des ordonnances délivrés par lui, des actes médicaux spéciaux par lui prescrits (chirurgicaux, radiologiques, physiothérapiques, etc.).

L'exercice de ce contrôle ne doit en aucun cas entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens.

Le médecin contrôleur de la Fédération ne pourra en aucun cas contrôler, pour une affection donnée un assuré qu'il aura soigné pour cette affection.

Le médecin contrôleur de la Fédération ne pourra en aucun cas devenir, pour une affection donnée, le médecin traitant d'un assuré qu'il aura contrôlé pour cette affection.

Le contrôle médical sur les médecins spécialistes ne peut être exercé que par des médecins contrôleurs de la même spécialité.

Pour chaque affaire, le Président de la Fédération, après avoir pris l'avis du Bureau, désigne un des médecins contrôleurs de la Fédération.

Le médecin contrôleur exerce d'abord un contrôle sur pièces ; il examine le dossier, puis convoque chez lui le médecin traitant ; il peut encore aller voir le médecin traitant chez lui, si ce dernier accepte cette manière de faire.

Le médecin contrôleur expose au médecin traitant les points sur lesquels il lui paraît utile d'obtenir des explications et le médecin traitant fournit ces explications.

En raison de l'engagement pris par le médecin contrôleur de la Fédération, engagement spécifié plus haut, le médecin traitant pourra, sans y être toutefois aucunement obligé, donner au médecin contrôleur les indications sur la nature de la maladie qui pourront lui être nécessaires pour remplir sa mission, à la double condition, d'abord que le malade accepte cette révélation, ensuite que cette révélation n'aille pas à l'encontre des intérêts légitimes du malade, que le médecin traitant a le devoir de sauvegarder.

Si le médecin contrôleur l'estime nécessaire, soit d'emblée, soit après entrevue avec le médecin traitant, le médecin contrôleur contre-visite l'assuré.

L'assuré doit se prêter à tout contrôle de la Fédération, sous peine de suspension des avantages accordés par la loi ; il peut exiger toutefois d'être examiné en présence du médecin traitant.

Aucun contrôle par le médecin contrôleur de la Fédération ne doit avoir lieu sans que le médecin traitant ait été prévenu par le médecin contrôleur des lieu, jour et heure de son examen suffisamment à l'avance pour que le médecin traitant puisse assister à l'examen s'il le désire (en principe 48 heures à l'avance).

Le médecin contrôleur avisera le médecin traitant en principe par lettre recommandée ; celle-ci pourra être remplacée par une entente verbale ou par téléphone, si les deux médecins acceptent cette façon de procéder.

Le contrôle devra avoir lieu en principe au lieu de résidence du malade ; il pourra avoir lieu au cabinet du médecin traitant ou à celui du médecin contrôleur, si les deux médecins s'entendent à ce sujet.

Le médecin contrôleur de la Fédération ne devra rien faire pour détourner l'assuré du médecin traitant qu'il aura choisi, ni s'immiscer en aucune manière dans le traitement, ni dans les rapports entre l'assuré et le médecin traitant.

Après avoir terminé son enquête le médecin contrôleur de la Fédération adresse au Président de la Fédération un rapport circonstancié.

Premier cas. — Si les résultats de l'enquête et les

explications du médecin traitant montrent de façon évidente que ce dernier n'a aucun tort, le médecin contrôleur de la Fédération, après s'être mis en rapport, si la plainte émane de la Caisse, avec le médecin contrôleur de celle-ci et avoir obtenu son agrément, propose la clôture de l'affaire comme conclusion de son rapport.

Deuxième cas. — Si les résultats de l'enquête et les explications du médecin traitant montrent de façon évidente sa bonne foi, mais laissent subsister à sa charge des irrégularités de forme sans conséquence commises par ignorance, par erreur ou par négligence, le médecin contrôleur de la Fédération donne au médecin traitant les indications qui peuvent être nécessaires pour éviter le retour de ces irrégularités et obtient de lui l'assurance qu'elles ne se représenteront pas. Les choses se passent ensuite comme dans le cas précédent.

Troisième cas. — Si les résultats de l'enquête et les explications du médecin traitant ne montrent pas clairement qu'il n'a pas tenté d'obtenir pour lui-même ou de faire obtenir à l'assuré des avantages injustifiés, si plus simplement les explications du médecin traitant montrent sa bonne foi, mais laissent subsister à sa charge des irrégularités de forme, de nature à faire supporter à la Caisse un préjudice pécuniaire, ou même simplement si le médecin contrôleur de la Caisse n'accepte pas la clôture de l'affaire, le médecin contrôleur se borne à exposer dans son rapport les résultats de son enquête.

Le Président de la Fédération communique le rapport du médecin contrôleur au Bureau.

Dans les deux premiers cas celui-ci juge s'il y a lieu de clore l'affaire ou de la transmettre au Conseil de famille.

Dans le troisième cas, l'affaire est transmise obligatoirement au Conseil de famille.

Pour ce faire le Président de la Fédération envoie le dossier au Président du Conseil de famille.

Le Président du Conseil de famille saisit celui-ci des affaires qui lui sont transmises et celles-ci suivent leur cours devant le Conseil de famille conformément aux statuts de la Fédération.

La Fédération reconnaît à la Caisse et à tout médecin intéressé, pour toutes les décisions prises par son Conseil de famille, le droit d'appel devant le Conseil de famille national, et, en dernier ressort, devant la Commission arbitrale prévue à l'art. 7 de la Convention-type.

La Fédération portera à la connaissance de la Caisse tous renseignements utiles au contrôle de cette dernière, les abus qu'elle pourra constater et les sanctions prises par son Conseil de famille.

La Caisse déclare avoir connaissance des statuts de la Fédération et s'engage à donner effet, pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront devenues définitives (par exercice éventuel au droit d'appel), aux sanctions prises par la Fédération, conformément aux dits statuts, à l'encontre de tout médecin ayant adhéré à la convention passée entre la Fédération et la Caisse dans les formes prévues à l'art. 1 de cette convention.

La Caisse fait connaître à ses adhérents, par telle voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre des médecins.

Les frais du contrôle technique exercé par la Fédération sont à la charge de la Fédération.

Toutefois, si la Caisse requiert du contrôle technique une enquête sur un point spécial, déclarée inutile par la Fédération, sous réserve des recours prévus par l'art. 7, paragraphe 5 de la loi, cette enquête sera faite par le médecin contrôleur de la Fédération aux frais de la Caisse.

Dans ce cas le médecin contrôleur de la Fédération, après enquête, adresse un rapport à la Caisse ; il ne doit lui donner aucune indication sur la nature de la maladie, mais seulement indiquer si les actes ou attestations du médecin traitant lui paraissent justifiés ou non.

L'enquête sera comptée pour trois visites au tarif syndical minimum, les frais de déplacement en sus, s'il y a lieu, au même tarif. Ce prix comprend les frais de rapport et l'envoi de celui-ci à la Caisse. Le règlement des dépenses ainsi engagées sera effectué par la Caisse à la Fédération sur états trimestriels fournis par la Fédération.

Tout médecin, syndiqué ou non adhérent à la présente convention, s'engage par là même à verser chaque année à la Fédération une cotisation, fixée chaque année par la Fédération, destinée à couvrir les frais du contrôle technique. Le non-paiement de cette cotisation équivaudrait à un retrait d'adhésion et retirerait en conséquence au médecin le droit de soigner les assurés comme tels.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. NOBÉCOURT) et **clinique de la tuberculose** (Professeur : M. Léon BERNARD). — *Enseignement complémentaire : cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE fera, du mardi 1er septembre au mardi 15 septembre 1931, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du Docteur DELIENCOURT, assistant de radiologie, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale a l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube, Paris XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — 1° Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Rôle du contact. Données nouvelles fournies par la notion des formes filtrantes. — 2° Etude anatomique et diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique. Valeur des signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. Stade de généralisation. Tuberculoses aiguës. — 3° Tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et chez le grand enfant. Importance du diagnostic précoce par la radioscopie et l'examen bactériologique du contenu gastrique. — 4° Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. Olothorax. Discussion de la valeur de la phrénicectomie et de la thoracoplastie. — 5° Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon. Injection intra-trachéale de lipiodol. — 6° Tuberculoses atténuées des séreuses. Pleurésies et péritonites. — 7° La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 8° Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. Tuberculoses viscérales. Symphyse cardio-tuberculeuse. Tuberculose rénale. — 9° Méningite tuberculeuse. Diagnostic différentilel des états méningés. — 10° Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 11° Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. Héliothérapie et thalassothérapie. — 12° Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. Prophylaxie la préservation de l'enfance contre la tuberculose : l'Œuvre Grancher. La vaccination antituberculeuse de Calmette.

Une visite aux Foyers de placement et aux Centres d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

Bibliothèque de la Faculté (Vacances 1931). — La bibliothèque de la Faculté, fermée pendant le mois d'août, sera ouverte les mardis, jeudis et samedis de 13 heures à 17 heures, du 1er septembre au 11 octobre.

Les séances du soir, suspendues à partir du 13 juillet, seront reprises en même temps que le service normal, à partir du 12 octobre.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis.** — *Cours de thérapeutique dermatologique.* — Un cours de thérapeutique dermatologique, avec travaux pratiques et discussions cliniques, aura lieu à l'hôpital Saint-Louis, pendant la seconde quinzaine de janvier 1932, sous la direction de M. Sézary agrégé, avec la collaboration de MM. Sabouraud, Schulmann, Paul Lefèvre, Ducourtioux, Georges Lévy, E. Combe, Gallerand et Lévy-Coblentz.

— **Concours de prosectorat.** — *Séance du 4 juillet.* — Dissection : le sympathique cervical en dehors du crâne et jusqu'à l'entrée du thorax. — Ont obtenu : MM. Dessaint, 27 ; Funck-Brentano, 29 ; Cordier, 27 ; Lecœur, 28.

Séance du 6 juillet. — Dissection extemporanée : Les muscles interosseux de la main et leurs nerfs (côté droit). — Ont obtenu : MM. Lecœur, 29 ; Cordier, 28 ; Dessaint, 27 ; Funck-Brentano, 26.

Classement général (total des points). — MM. Funck-Brentano, 156 ; Lecœur, 154 ; Cordier, 153 ; Dessaint, 152.

Sont nommés : MM. Funck-Brentano et Lecœur.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr CASSAN, de Cordemais (Loire-Inférieure) ; du Dr LE GUINER, de Guilvinec (Finistère).

— **Association internationale de pédiatrie préventive** — Créée sur l'initiative des Professeurs Lereboullet (Paris), Valagussa (Rome), Parsons (Birmingham), Schlossmann (Dusseldorf), Hamburger (Vienne) et Scheltema (Groningue), l'*Association internationale de Pédiatrie préventive* tiendra son Assemblée constitutive les 7 et 8 septembre prochain à La Haye.

L'Association bénéficiera de l'appui effectif du Gouvernement néerlandais, qui lui a accordé un subside et d'autres facilités, telles qu'une salle de réunion, etc.

L'ordre du jour comportera les points suivants : *a*) La mortalité pré-natale, ses causes et les moyens de la prévenir. Rapporteurs : Prof. Lacomme et Lereboullet (Paris) et Schlossmann (Dusseldorf) ; *b*) La transmission de la scarlatine par des malades soi-disant guéris. Rapporteurs : Prof. von Broër (Lemberg) et A. Lichtenstein (Stockholm).

L'organisation de l'Assemblée est confiée à un Comité provisoire présidé par le Professeur G. Scheltema. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire, le Dr R. P. van de Kasteele, van Dorpstraat, 20 Scheveningue (Pays-Bas).

— **Les pertes humaines dues à la guerre.** — Une enquête du Bureau International du Travail a établi ainsi qu'il suit les pertes humaines imputables à la guerre pour la France et l'Allemagne :

Sur 7.935.000 mobilisés (40, 8 % de la population masculine) la France accuse un chiffre de 1.400.000 tués ou disparus (10 %) et 1.500.000 mutilés et invalides (11 %). Depuis l'armistice, plus de 500.000 de ces derniers ont succombé.

L'Allemagne a eu 1.537.000 morts ou disparus (9,8 %) et 1.200.000 mutilés et invalides (7,5 %).

— **Croisière en Grèce.** — L'Association Guillaume Budé organise du 22 août au 11 septembre une croisière en Grèce, dont l'itinéraire est fixé comme suit : Athènes, Egine, Sunium, Délos, Mykonos, Santorin, Knossos, Phaestos, Monemvasia, Gythion, Sparte, Mistra, Olympie, Delphes, Ithaque.

La croisière sera accompagnée par M. G. Glotz, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne.

Pour renseignements, s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (6e).

— **La Caravane.** — *Voyages de vacances.* — Calendrier mémento des voyages de vacances de *La Caravane* : Première quinzaine d'août. Constantinople par la voie de terre, 3.900 fr. — Première quinzaine d'août. Florence, Venise et les lacs italiens, 1.500 fr. — Deuxième quinzaine d'août. Florence, Rome, Naples, Pompéi, ascension du Vésuve, 1.500 fr. — Deuxième quinzaine d'août. Croisière de Jérusalem, 5.125 fr. — Deuxième quinzaine d'août. La Corse en autocar, 1.280 fr. — 7-25 septembre. L'Espagne, 2.000 fr. (En 2e cl., 2.265 fr.). — Première quinzaine de septembre. Le Portugal, 1.700 fr. — Première quinzaine de septembre, Le Chemin de Saint-Jacques, 1.800 fr. (En 2e cl., 265 fr. en plus). — Première quinzaine de septembre. Le Maroc, 3.300 fr.

Pour renseignements, écrire à M. G. Roy, professeur au Collège de Gaillac-sur-Tarn.

— **Suicide chirurgical.** — *Le Journal* publie l'information suivante qu'il reçoit de Pologne et que nous reproduisons avec toutes les réserves qui conviennent quant à la réalité de cette « opération » :

« Le Professeur Léon Mieczkowski, célèbre chirurgien, vient de mettre fin à ses jours d'une façon tragique. Décidé à mourir, il s'est ouvert la poitrine à l'aide d'un bistouri, puis, ayant mis son cœur à nu, il l'a transpercé d'un coup de son instrument. »

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *De Brides-les-Bains de nombreux services d'autocars permettent de visiter la Tarentaise.* — Des bords de l'Isère, qui traverse la Tarentaise dans toute sa longueur, les Alpes s'échelonnent d'un côté jusqu'au Mont-Blanc, de l'autre jusqu'aux sommets de la Vanoise. Cette large vallée, dont les habitants portent encore le pittoresque costume régional, avec ses prairies vertes au pied de monts casqués de neige, ses futaies, ses cascades, ses lacs, ses chalets, est l'une des plus belles de la Savoie. Brides-les-Bains en est le centre touristique.

De cette station partent, en effet, du 15 juin au 20 septembre, des auto-cars P.-L. M. pour Chamonix par Moutiers, les gorges de l'Arly, Flumet, Saint-Gervais ; pour Courmayeur, par Bourg-Saint-Maurice et le Petit-Saint-Bernard ; pour Annecy par Albertville, Ugine et Menthon ; pour Nancroix par Moutiers, Landry et Peisey ; pour le Petit-Saint-Bernard par Bourg-Saint-Maurice et Val Joly ; pour Val d'Isère par Sainte-Foy, la Thuile et Tignes ; pour Roselend par Albertville.

Demander tous renseignements complémentaires, notamment les jours de mise en marche des services, aux gares et bureaux P.-L.-M. ou au bureau des autocars, Grande-Rue, à Brides-les-Bains.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

laire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928, portant organisation de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 20 octobre 1931 au plus tard.

La chaire de bactériologie, parasitologie et d'épidémiologie est déclarée vacante à l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1932.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er novembre 1931 au plus tard.

12 JUILLET

Loi du 10 juillet prorogeant le délai de mise en instance de pension.

Article unique. — Le délai imparti aux intéressés par la loi du 9 janvier 1926, complétée par les lois des 26 mars 1927, 30 décembre 1928 (art. 85) et 1er avril 1931 pour faire valoir leurs droits à pension, est prorogé dans les mêmes conditions jusqu'au 31 décembre 1931.

17 JUILLET

Vacance de chaire de faculté.

Par arrêté en date du 16 juillet 1931, la chaire d'hygiène de la faculté de médecine de l'université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).

Le traitement alloué est fixé à 1.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance. — 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs de-

mandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

20 JUILLET

Avis de vacance de postes de médecin chef d'asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef des asiles publics d'aliénés est vacant à la maison nationale de Charenton par suite de la nomination de M. le docteur Paul Abely dans les asiles départementaux de la Seine.

Un poste de médecin chef des asiles d'aliénés est vacant à la maison de santé de Saint-Dizier (Haute-Marne) par suite du rétablissement d'un second poste de médecin dans cet établissement.

La terminologie médicamenteuse étrangère dans la pharmacopée française

Un de vos correspondants (*Concours Médical*, 21 juin 1931, p. 1970) se plaint qu'un préparateur en pharmacie ne connaisse pas l'Uroformine. Cette lacune dans son instruction est moins grave que bien d'autres que l'on se raconte dans la profession.

Quelles en sont les raisons ?

La crise intellectuelle et morale que subissent depuis la guerre toutes les professions n'a pas épargné la pharmacie.

En juillet 1914 encore, le service pharmaceutique des hôpitaux militaires était assuré par un personnel d'officiers, de préparateurs et d'infirmiers de visite en qui on pouvait avoir toute confiance. Les pharmaciens militaires d'abord, au nombre suffisant, de 3 ou 4 par hôpital, comme préparateurs des étudiants en pharmacie en cours régulier d'études accomplissant leur temps de service légal, des infirmiers de visite dont le service à long terme permettait et l'instruction et l'éducation.

Que reste-t-il de tous ces cadres ? Le personnel officier se détourne de plus en plus de la carrière, la compétence et le dévouement de ceux qui restent ne pouvant remplacer le nombre. Dans ces dernières années le déficit a atteint jusqu'à 50 % sur un effectif de 125. A l'heure actuelle, pour la première fois depuis la création de la pharmacie militaire, on voit un pharmacien général (le seul que comporte le cadre) donner l'exemple du départ avant l'âge de la retraite, les uns et les autres trouvant dans le commerce ou l'industrie des situations plus avantageuses. Le service à court terme a vu disparaître les infirmiers de visite.

Si les médecins et les chirurgiens ont, en ce qui les concerne, la ressource des infirmières diplomées, il n'y a rien de semblable pour la pharmacie. Dans cette profession, il n'existe qu'un diplô-

me, si je puis dire. C'est la validation, pour les étudiants en cours régulier d'études, d'un stage préscolaire d'un an, dans une pharmacie agréée par la Faculté. Là encore le niveau a été jugé tel que de tous côtés, on réclame que la durée de ce stage soit portée de un à deux ans. C'est pourquoi ces postes d'infirmiers sont dévolus actuellement à des malgaches, des annamites ou des préparateurs n'ayant aucune qualité pour remplir ces fonctions.

A l'heure où la thérapeutique devient plus compliquée, avec des médicaments plus délicats à manier, les lois et les règlements plus impératifs sur la manipulation des toxiques, c'est une perspective qui doit attirer l'attention du corps médical et, dans les hôpitaux militaires surtout, pendant que dans les hôpitaux civils on emploie toujours un personnel d'élite.

Des erreurs, comme je pourrais vous en citer, ont des conséquences autrement graves qu'une erreur de chiffres dans un compte de gestion de pharmacie.

Confondre, par exemple, poudre de feuilles de digitale avec digitaline. Certaines ont eu des conséquences désastreuses et beaucoup leur dénouement devant les tribunaux.

Les statistiques de la mortalité

C'est bien à tort que le Dr Thibaut met en suspicion les statistiques danoises ou américaines au sujet des taux de mortalité très bas qu'elles accusent. Il en déduit faussement des longévités extraordinaires et invraisemblables pour les habitants de ces pays. Mais *la moyenne de la vie humaine dans un pays ne se calcule nullement*, comme semble le croire le Dr Thibaut, en divisant le chiffre de la population de ce pays par son taux de mortalité. Ce calcul ne donne que la longévité moyenne relative au chiffre de la population d'il y a 50 ou 60 ans, soit à l'époque où sont nés ceux qui meurent actuellement. Depuis ce temps, ce pays s'est accru, par immigration ou par natalité supra-normale, d'un nombre très variable de personnes jeunes qui n'entrent pas en ligne de compte.

Justement l'Amérique a vu augmenter rapidement sa population par suite d'une immigration considérable, masse énorme qui ne grèvera que plus tard les statistiques de mortalité.

Pour connaître la longévité moyenne d'un pays, il faut additionner les âges des personnes décédées au cours d'un exercice et diviser le total par le nombre des décès. Envoyez, dans une île inhabitée, 100 jeunes couples qui se multiplieront. La mortalité sera quasi-nulle dans cette île pendant de

nombreuses années (à part la mortalité infantile), malgré l'accroissement rapide de la population.

De même, une région habitée par une forte proportion de vieillards comme il en existe trop en France accuse une mortalité excessive qui fait croire à tort que la vie y est courte.

Les pays qui, comme l'Angleterre ont une mortalité basse et en même temps une natalité actuellement déficitaire, verront leur mortalité augmenter suivant un rythme accéléré dans un certain nombre d'années.

En somme, la mortalité d'un pays est fonction de l'âge moyen de sa population, toutes choses étant égales d'ailleurs.

Il importe donc de bien s'imprégner de ces notions essentielles avant de contester la valeur de statistiques d'une exactitude indiscutable.

Dr LETINOIS.

CORRESPONDANCE

Divers

3588. — Médecins bénéficiaires des Assurances sociales. Comment adhérer pour la retraite ?

Un industriel, de mes clients, âgé de 55 ans, est venu ces jours derniers, me trouver pour que je lui délivre un certificat de santé, pièce qui lui manquait pour compléter son dossier en vue de son inscription sur la liste des assurés sociaux. Cet homme, sérieux paraissant documenté, m'assura (et c'est pour cela qu'il constituait son dossier) que moyennant un versement mensuel déterminé, il devait bénéficier des avantages de la loi et à 60 ans, lui qui, actuellement en a 55, avoir une retraite de 3.000 francs. Il ajouta aussi que, moyennant un versement mensuel variable suivant l'âge, pouvaient profiter des dispositions de cette loi tous ceux qui, *n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans*, se feraient inscrire, suivant leurs revenus, comme assurés obligatoires ou facultatifs. Je ne vous cache pas que songeant immédiatement à moi-même qui ai 58 *ans*, je me suis demandé, si me faisant aussitôt inscrire, je ne pourrais pas bénéficier d'une retraite à 60. Et, sans plus tarder, je me suis rendu au siège de la Direction départementale où il m'a été répondu que, passé un revenu de 18.000 fr., on ne pouvait se faire inscrire. Sans autrement insister, je me suis retiré, quand aujourd'hui dans *La Vie médicale* du 25 juin dernier, un compte rendu de la séance du Conseil général de l'A. G. du 16 mai, je vois notre si distingué confrère M. le Dr Paul Boudin, sans parler des cas que je vous soumets, déclarer que *quel que soit leur gain*, tous les médecins (et il les y engage fort) peuvent se faire inscrire aux Assurances sociales : « Profitez, dit-il, de la loi des Assurances sociales, elle peut vous être utile en assurant une retraite qui vous procurera une vieillesse honorable. »

Aussi, songeant à cette retraite, je ferai, si c'est possible, tout ce que je pourrai pour l'avoir. L'exemple du début de ma lettre et qui a valu cette dernière n'est pas, par la personnalité dont il émane, un exemple en l'air. Voilà pourquoi je viens vous demander conseils et éclaircissements.

Une fois de plus, j'aurai mis votre extrême obligeance à contribution.

Dr B.

Réponse.

Dans l'intervention que j'ai faite à l'Assemblée générale de l'A. G. des médecins de France et reproduite dans la *Vie médicale*, je fais un appel à mes confrères, pour qu'ils puissent bénéficier, s'ils le veulent, de certaines dispositions de la législation sur les assurances sociales ; mais encore doivent-ils se trouver dans les conditions requises pour en profiter.

Qu'ils se présentent comme assurés obligatoires (salariés) ou facultatifs, ils ne doivent pas avoir un produit de leur travail professionnel, dépassant les limites légales, soit 15 à 18.000 francs, plus les augmentations par enfant.

Mais, ce qui a peut-être amené une confusion dans votre esprit, c'est que j'insiste pour que mes confrères entrent jeunes, dans l'assurance sociale, surtout lorsqu'ils peuvent être considérés comme salariés des hôpitaux. Un assuré obligatoire ou facultatif qui, par la suite, a un revenu du travail, dépassant la limite fixée, peut, quel que soit son gain annuel, continuer à verser pour sa retraite. Voilà ce qui est très important à mes yeux.

Mais si un candidat à l'assurance facultative gagne plus de 15 à 18.000 fr. il ne peut pas être admis comme assuré.

Dr Paul Boudin.

Questions fiscales

2476. — Loyer de base pour le calcul de la patente

En 1930, ma patente de médecin propharmacien s'élevait à la somme de 447 fr. 53.

Pour cette année-là, les chiffres portés sur mon bordereau étaient :

Loyer matriciel : 30 francs.

Anciens droits : 46 fr. 67.

Droit proportionnel au 15e sur une valeur locative de 700 fr.

Pour 1931, ma patente s'élève à 1111 fr., médecin propharmacien DFD.

Les chiffres portés sur mon bordereau sont :

Loyer matriciel : 30 fr.

Anciens droits : 100 fr.

Au 15e sur une valeur locative de 1.500 fr.

Ma maison aurait en effet une valeur locative totale de 1.500 fr. (Ce chiffre est le plus fort loyer payé à C.-R. pour une maison à peu près de l'importance de la mienne).

J'avais lu sur le *Concours* que la patente ne devait pas s'établir sur la valeur locative totale, mais seulement sur les pièces à usage professionnel.

En estimant largement ce chiffre, dans ce cas, devrait être 500 fr. à 600 fr.

Que dois-je faire ? Suis-je en droit de réclamer ? J'estime en effet que l'augmentation de plus du double de ma patente est abusive.

Veuillez, je vous prie, me donner tous ces renseignements, et surtout me dire sur quels textes je dois me baser pour faire ma réclamation s'il y a lieu d'en faire une.

Dr F.

Réponse.

Si votre maison a une valeur locative réelle de 1.500 fr. c'est sur ce chiffre que vous devez être imposé.

La patente est établie autant sur les locaux professionnels que sur les locaux d'habitation. Vous ne pouvez demander une réduction de patente que si la valeur locative attribuée à votre maison est excessive.

A. M.

2651. — Le loyer fixé au bail doit forcément être retenu pour le calcul de la patente

J'ai recours à votre obligeance pour un renseignement sur la question fiscale suivante :

J'habite deux maisons ouvrières, l'une me servant d'habitation et l'autre de local professionnel. Je paie un loyer de 5.860 fr. par an, ce qui est exorbitant, mais je suis obligé de passer par les conditions du propriétaire, qui profite de la situation. Je viens de recevoir un avertissement, portant ma patente à 1.502 fr. 33 et la contribution mobilière à 298 fr. 63. Or, des confrères, possesseurs de leur maison (somptueuse à côté de la mienne et en moyenne 3 fois plus grande) paient dans la même localité 800 fr. de patente. Je me doute qu'ils ont déclaré une valeur locative minime. Cela est leur affaire, mais cette situation est-elle bien régulière ? Déjà victime des prétentions de mon propriétaire, dois-je l'être une seconde fois, pour l'établissement de ma patente ? Puis-je réclamer ? Comment m'assurer *officiellement* que l'estimation de la valeur locative de maisons au moins égales à la mienne est inférieure ?

Réponse.

Votre réclamation ne peut avoir aucun succès étant donné que la patente est établie sur le montant de votre loyer.

Si à défaut de loyer, la valeur locative d'une maison peut être l'objet d'une estimation bienveillante, il n'y a absolument rien à faire lorsque le chiffre du loyer est déterminé par un bail.

A. M.

2657. — Un médecin propharmacien n'est pas imposable à la patente en qualité de pharmacien

J'ai l'intention de faire une réclamation au fisc au sujet des impôts qui me sont réclamés cette année au titre des anciennes contributions et plus particulièrement au sujet de ma patente.

Je relève en effet sur mon avertissement les anomalies suivantes :

1° Je suis taxé à la fois comme médecin et comme pharmacien. Or, je ne suis que propharmacien, et il me semble bien que je ne dois pas être patenté à ce titre, si je m'en rapporte aux « réponses » parues à diverses reprises à ce sujet dans le *Concours*.

2° En outre, il est fait mention d'une valeur locative de 300 fr. qui ne répond à aucune réalité, car en fait de loyers, je n'ai que celui de ma maison d'habitation et de mon garage, dont le montant est de 2.800 francs effectivement conforme au premier des deux chiffres mentionnés sur l'avertissement.

Comment dois-je formuler ma réclamation et sur quel document ayant un caractère officiel, puis-je m'appuyer en demandant la réduction de ma patente ?

Dr S.

Réponse.

Le médecin qui se borne à fournir des médicaments aux personnes près desquelles il est appelé, dans les communes où il n'y a pas de pharmacien, n'est pas imposable à la patente en qualité de pharmacien (arrêt du Conseil d'Etat 26 juin 1866, Host, S.-et-M.).

Vous pouvez donc formuler une réclamation rédigée sur timbre au Directeur des contributions directes du département.

Vous pouvez également viser l'exagération de valeur locative.

A. M.

2582. — Justifications que peut demander le contrôleur

Le contrôleur des Contributions directes me demande le montant de mes recettes brutes professionnelles pour les années 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930.

Le montant de mes frais professionnels (par catégories de frais ou dépenses) :

J'avais fantaisie de lui répondre : « cela ne vous regarde pas ».

Réflexion faite, j'ai préféré demander votre avis avant de répondre :

Il me semble que ce monsieur en prend bien à son aise et est presque porté à connaître le secret médical.

Dr H.

Réponse.

La demande du contrôleur est conforme aux droits qu'il tient de la loi (art. 59 de la loi codifiée du 15 octobre 1926).

Nous vous conseillons donc de lui répondre sur les éléments comptables que vous possédez.

A. M.

2705. — Les droits de mutation d'un immeuble sont dus sur la valeur vénale réelle au jour de la mutation

Auriez-vous l'extrême obligeance de me donner le renseignement suivant d'ordre administratif :

Il y a 8 ans, je deviens le seul locataire de tout un immeuble appartenant à des parents, lesquels venaient de l'acquérir pour une somme de 30.000 fr., immeuble qu'ils n'habitaient pas.

Avec leur consentement et la perspective d'acheter l'immeuble, j'y ai fait depuis pour une cinquantaine de mille francs de réparations (toute la menuiserie a été changée, planchers et plafonds refaits, ouvertures percées, murs exhaussés, l'immeuble a été pour ainsi dire, refait à neuf ; il est méconnaissable, un grand corridor créé, etc.).

J'ai acheté l'immeuble et il a été spécifié que l'immeuble m'était rétrocédé « dans l'état où il avait été acheté par les vendeurs ».

Voilà qui définit la réalité de la transaction. Le receveur de l'enregistrement qui vient d'abandonner ses fonctions et est en prison pour vol envers le Trésor avait accepté cette manière de voir les choses et le chiffre porté sur le projet de vente (donc antérieurement à la vente et c'était même la condition *sine qua non* de la mutation).

Or, l'inspecteur départemental n'accepte pas et objecte : « toutes ces réparations font partie intégrante de l'immeuble, malgré que M. R. prouve qu'il les a payées personnellement ; je réclame une majoration de prix, il y a insuffisance ; la mutation doit porter sur la valeur réelle de l'immeuble qui est de 70.000 fr. au bas mot à titre transactionnel 60.000. Payez les droits afférents à 60.000 fr. ».

Or, 60.000 fr. c'est le double du prix de vente ! Que puis-je faire ? Résister, plaider ?

Dr R.

Réponse.

Les droits de mutation étant dus sur la valeur vénale réelle de l'immeuble au jour de la mutation, la prétention de l'inspecteur de l'enregistrement est fondée et nous vous conseillons d'accepter la transaction.

A. M.

2823. — Impôts à payer sur deux voitures ne circulant jamais simultanément

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant : comme médecin, lorsque l'on est possesseur de deux automobiles, peut-on se servir alternativement de l'une ou de l'autre, et est-on forcé de payer l'impôt pour les deux ou simplement pour une (ou la plus forte si on en a deux de force différente)

Dr B.

Réponse.

Vous pouvez être autorisé à ne payer que pour la plus forte voiture et vous servir alternativement des deux, en déposant le permis de circuler de la voiture non utilisée à la recette des contributions indirectes et à la condition que le changement ne présente pas un caractère de fréquence et de périodicité.

Nous ajoutons qu'il s'agit là d'une simple tolérance de l'administration, contre laquelle il n'y a aucun recours.

A. M.

Loyers.

Location bourgeoise. Exercice de la profession de sage-femme

Une sage-femme, diplomée en juillet 1925, habite avec sa mère et exerce sa profession depuis son diplôme obtenu. Il n'y a pas de bail, mais occupation des lieux depuis 1901. La mère, au nom de laquelle a été consentie cette location verbale, a 73 ans.

Mais ayant besoin de cet appartement, le propriétaire, qui ne peut expulser une personne de cet âge, émet la prétention d'interdire l'exercice de la profession de sage-femme à la fille de sa locataire, sous menace de congé.

Est-il possible de résister à ces prétentions ?

Le bail doit fixer la commune intention des deux parties. Le propriétaire est toujours en droit de s'opposer à ce que son locataire vienne, en cours de bail, changer la destination des lieux loués.

C'est ainsi que, lorsque le bail a été consenti, non pas au praticien, mais à ses parents, qui n'exercent pas de profession, dans des locaux loués à destination d'occupation bourgeoise, le dit praticien peut se voir, à un moment donné, interdire d'exercer, parce qu'ainsi, il change la destination des locaux loués.

Un arrêt de la commission supérieure de cassation, du 28 juillet 1928 (DH 22 novembre 1928) a été rendu dans ce sens :

« Les lieux loués ne peuvent prendre un caractère professionnel, au cours de la location, contre le gré du propriétaire. Ce caractère est caractérisé, non par l'usage que le locataire a pu faire de la chose louée, mais par la destination que lui ont données les parties contractantes. »

Par conséquent, s'il y a un bail écrit, ce dernier doit spécifier que le preneur a le droit d'exercer une profession libérale. Cette intention peut encore découler de ce fait que le bail a été consenti, pour habitation bourgeoise, à M. le Dr X., ou à Madame Y, sage-femme. Dans ce cas, du moment où le propriétaire a su que M. X était docteur en médecine, ou que Madame Y était sage-femme, il n'avait qu'à introduire, dans le bail, une clause

interdisant au praticien d'exercer sa profession, sinon il ne peut pas s'opposer à ce que cette profession médicale soit exercée.

Ainsi en a décidé, à plusieurs reprises, la commission supérieure de cassation.

Mais, dans le cas qui nous est soumis, il n'y a pas de bail, fixant la commune intention des deux parties.

Le propriétaire peut soutenir qu'ayant loué à Madame X, qui n'est pas sage-femme, il entend que les lieux loués soient occupés bourgeoisement ; par suite, Mademoiselle X, fille de la locataire, n'a pas le droit d'exercer sa profession de sage-femme, sans en avoir obtenu l'autorisation du propriétaire, parce que, agissant ainsi, elle changerait la destination des lieux loués.

Il appartient donc, au dire du propriétaire, à Madame X d'interdire à sa fille d'exercer la profession de sage-femme dans les locaux loués à sa mère.

A cela, il peut être répondu que, du moment où il n'y a pas de bail écrit, l'interdiction d'exercer une profession n'est pas spécifiée entre les deux parties. Si Madame X est locataire depuis 1901, sa fille exerce la profession de sage-femme depuis 1925 et, jamais le propriétaire n'a manifesté, pendant ces six années, une opposition quelconque à l'exercice de ladite profession. Il est donc mal fondé de prendre aujourd'hui ce prétexte pour expulser une personne de 73 ans, parce qu'il a besoin de son appartement.

Voici donc la position des deux parties. Seuls les tribunaux pourront arbitrer. Le propriétaire donnera congé à Madame X, laquelle résistera et refusera de quitter les lieux.

Procès devant le tribunal de paix, ou devant le tribunal civil, suivant le taux du loyer ; puis, plus tard, pourvoi par la partie perdante devant la commission supérieure de cassation, ce qui demandera quelque deux années.

Dans quel sens sera rendue la décision de justice ? Il est difficile de le dire, car, jusqu'ici, je ne connais pas de jugement, ou d'arrêt semblable.

Dr Paul Boudin.

Accidents du travail

Contre-visite ou expertise demandée par une Compagnie d'assurances

A la suite d'une réponse que j'avais faite à un Confrère au sujet de l'*application du Tarif* des soins aux accidentés du travail, je reçois de lui un document qui me paraît intéressant à publier.

C'est un *Avis* adressé par le Syndicat de Rennes aux Compagnies d'assurance, au sujet — non plus, cette fois d'application du Tarif, — mais de *contre visite* ou *d'expertise* qu'une Compagnie *demanderait* à un médecin praticien au sujet d'un accidenté du travail.

Mais je tiens , au préalable, à faire remarquer

qu'il faut, dans ce cas, qu'il y ait demande de la Compagnie (qui commande paie) et non pas qu'en fin de traitement, un médecin fasse *de lui-même*, un certificat détaillé avec, s'il y a lieu, un quantum d'I. P. P.

Dans ce cas, la Compagnie est en droit de dire qu'il n'y a là qu'un certificat détaillé à 10 fr. Et cela, parce que le médecin aura « montré trop de zèle » en fournissant des détails qu'il n'était pas obligé, légalement, de fournir à la Compagnie.

Ceci dit, voici le document . . . à titre d'exemple.

Dr Fernand DECOURT.

SYNDICAT DES MÉDECINS
DE RENNES
ET DU SUD ILLE-ET-VILAINE
Secrétariat.

Monsieur le Directeur
de la Compagnie d'Assurances-accidents,

Objet :

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que notre Assemblée générale ordinaire du 29 novembre dernier a pris la décision suivante en matière accidents du travail-loi :

A partir du 1er janvier 1929, il ne sera plus délivré en fin de traitement et pour tout accident, qu'un bulletin d'avis de guérison avec la date de reprise du travail. (Bulletin délivré gratuitement.)

Dans le cas où le sinistre aura eu pour conséquence une incapacité permanente, mention en sera faite cependant sur cet avis, mais sans en fixer le quantum qu'il y aura lieu, pour le patron ou l'assureur, de faire évaluer par un médecin de leur choix.

L'Assemblée a, en outre, fixé comme suit les honoraires médicaux pour certaines opérations amiables, non portées au tarif ministériel :

Contre-visite d'un blessé en cours de traitement avec certificat indiquant l'état actuel de la blessure, ses conséquences probables, l'opportunité ou non d'une intervention chirurgicale et l'époque à laquelle la guérison sera vraisemblablement obtenue : 50 fr.

Expertise comportant l'examen du blessé avec rapport détaillé donnant l'état descriptif de la blessure après consolidation, fixant la date de celle-ci ainsi que le quantum de l'invalidité : 150 francs.

Les honoraires ci-dessus s'entendent pour tous examens pratiqués au cabinet du médecin. Dans le cas contraire, il conviendrait d'y ajouter une indemnité de déplacement calculée à raison de 2 francs par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Bureau :
Le Secrétaire général :

Questions médico-militaires

2618. — Cas dans lequel la carte de combattant doit être demandé à l'Office régional du combattant.

A propos d'une réponse parue dans le *C. M.* (n° 1647) n° 18, 3 mai 1931.

« Obtention et avantages de la carte de combattant », je désirerais savoir si j'y ai droit ; mon cas est spécial : classe 91, maintenu en sursis d'appel à la disposition de la Croix-Rouge française, hôpital 62 à V.-T. (M.). Décision du général, 6e région, etc.

Cet hôpital était aux environs de R., dans la zone des armées ; l'emplacement de mon hôpital a été détruit par l'ennemi. J'y suis resté d'octobre 1914 à septembre 1917.

Impossible d'avoir un renseignement précis :

Le délégué régional de la S. S. B. M. de R. est mort, avant le vote de cette loi.

Je ne voudrais pas faire de démarches si elles ne doivent pas aboutir.

Réponse.

N'ayant pas appartenu à un corps de troupe, ni à une formation *divisionnaire* du Service de santé, vous ne pouvez obtenir, de plano, la carte de combattant.

Vous devez, dans ces conditions, adresser votre demande à l'Office régional des combattants, afin que votre cas soit examiné en vertu de l'art. 4 du décret du 1er juillet 1930. Expliquez avec détails la situation de guerre dans laquelle vous vous êtes trouvé.

2704. — Condition d'attribution de la Légion d'honneur aux invalides de guerre titulaires de la médaille militaire

Mon client, M. E. est réformé à 65 % : il est médaillé militaire depuis 1919.

Donc, la question que je vous pose est celle-ci : Peut-il faire valoir ses droits pour une proposition à la Légion d'honneur et à qui doit-il adresser sa demande ?

Dr A.

Réponse.

Pour le blessé qui vous intéresse, les différentes lois en vigueur ont trait à l'attribution de la Légion d'honneur aux blessés de guerre *n'ayant pas encore reçu la médaille militaire.*

Seule, celle du 9 août 1926 aurait pu retenir votre attention, en ce qu'elle accorde la Légion d'honneur aux invalides de guerre, *déjà titulaires de la médaille militaire*, mais il faut que, réformés définitifs à 100 % pour infirmités multiples, une blessure de guerre intervienne au moins pour 80 % dans le pourcentage de 100 % ce qui n'est pas le cas.

Cinquante-troisième année — N° 32 — 9 Août 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (enf.), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarede.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, F Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Belldœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casat de Montgolner Foucaud Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Barbaux.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. Goirand.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gameisy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains. Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Boutelier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fau, Ganuat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr THIBAUX, de Mars-la-Tour, la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 271. — A vend. 5 CV. Citroen, mod. trèfle, 3 pl., 1925, mot. révisé en excell. état. Essais à volonté. S'ad. Dr Cucherousset, à Pontault-Combault (S.-et-M.).

No 272. — Dr en méd. 45 ans, cherche situat. demi-repos, contrôle assurances, assist., mais. santé, poste administratif, etc.

No 273. — A rep. à Paris, dans riche quart., gr. rez-de-chaussée (magasin) de 71 m2, avec sous-sol tout aménagé et appartem. 3 p. au 1er étage. Bail 11 ans à courir. S'ad. M. Pierre, 55, rue Boissière, Paris (XVIe).

No 274. — A louer, libre suite, Paris-Passy, gr. app. 5 p., gr. gal. off., cave, etc., conf. mod. S'ad. M. Fivaz, 4, rue de l'Alboni, Paris (16e).

No 275. — A céder après décès, belle client. dans sous-préfect. Sit. très intéress. Pressé.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès médical en 1932 à Vichy.** — Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et vaste Etablissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des Sciences médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les derniers jours de septembre 1932, un *Congrès international de la lithiase biliaire.*

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

— **Plombières-les-Bains.** — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui s'est tenu à Nancy du 20 au 25 juillet a comporté une journée touristique dans les Vosges. Les congressistes ont déjeuné à Plombières-les-Bains et ont été fort intéressés par la visite des établissements thermaux où se traitent les entérites et les rhumatismes, par les souvenirs gallo-romains, les monuments du XVIIIe siècle et le cadre pittoresque de la Station.

M. le duc de Broglie, président, était entouré de

MM. le Général Ferié, le doyen Spillmann, de Nancy, le Professeur de Salys Longchamp, délégué belge, M. Sheppard, délégué britannique, et par de nombreuses notabilités de l'enseignement supérieur.

— **Douzième salon des médecins.** — Le Docteur P. Rabier, secrétaire organisateur, prie ses confrères ainsi que les membres de leur famille désirant exposer de lui envoyer le plus tôt possible, et avant le 1er septembre, dernière limite, leur adhésion, leur cotisation et la liste de leurs œuvres.

— **Hôpitaux du Mans.** *Internat.* — Un concours pour 2 places d'internes des hôpitaux sera ouvert au Mans le 5 septembre. Avantages : logement, nourriture, chauffage, indemnité de 300 fr. la première année et de 350 fr. la seconde année. Inscriptions auprès de M. le secrétaire général des hospices du Mans, 194, avenue Rubillard, avant le 1er septembre.

— **Naissance.** — Le Docteur H. Fritsch, de Sermaize-les-Bains (Marne), et Madame, nous font part de la naissance de leur fils *Jean* et cinquième enfant (24 juillet 1931). Nos compliments à cette belle famille médicale.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Remplacements médicaux.* — A l'occasion des vacances et des remplacements, l'Office de répression de l'exercice illégal (Syndicat des médecins de la Seine) croit utile de rappeler l'art. 6 de la loi de 1892 dont l'inobservation expose à des poursuites pour exercice illégal et complicité.

« Art. 6 (modifié). — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie ou à titre de remplacements de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Il est *stupéfiant* de lire dans un journal médical des annonces telles que la suivante : « Etudiant 12 inscriptions, ayant fait plusieurs remplacements, cherche emploi médical ou paramédical. »

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 JUILLET

Circulaire et arrêtés du Ministre de l'Instruction publique relatifs aux études universitaires des étudiants roumains et mauriciens.

Etudiants roumains et mauriciens.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts à Messieurs les recteurs d'académie.

Paris, le 22 juillet 1931.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation de deux arrêtés en date du 21 juillet 1931, et l'autre du 22 juillet 1931.

Le premier porte modification de l'article 1er de l'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires faites par des étrangers ayant accompli leurs études secondaires à l'étranger. Il supprime les prescriptions du paragraphe 2 de cet article 1er qui avaient maintenu un régime spécial en vertu duquel les Roumains et les Mauriciens pourvus, les uns de titres secondaires roumains, les autres de titres secondaires britanniques, pouvaient être admis à postuler les diplômes d'Etat de pharmacien, de chirurgien-dentiste et, après obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou de son équivalence, de docteur en médecine.

L'arrêté du 21 juillet 1931 modifie immédiatement cette situation. Les Roumains et les Mauriciens ne pourront dès la prochaine rentrée scolaire prendre inscription pour ces trois diplômes d'Etat que s'ils justifient des titres initiaux français requis par les règlements.

Il va de soi que ceux d'entre eux qui, en vertu de décisions antérieures à l'arrêté d'abrogation, sont actuellement pourvus d'inscriptions non périmées afférentes à l'un de ces trois diplômes, conservent le droit de continuer leurs études en vue exclusivement du diplôme d'Etat pour lequel ils sont inscrits.

Les Roumains et les Mauriciens qui justifient de titres délivrés à l'étranger pourront obtenir l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire, concédée soit par arrêté rectoral, soit par décision ministérielle. Cette équivalence ne sera valable pour la médecine, la pharmacie et la chirurgie dentaire qu'en vue du diplôme universitaire.

Toutefois, le second arrêté en date du 22 juillet 1931 permet d'accorder chaque année à des Roumains et Mauriciens, au nombre de dix au maximum, inscrits au titre de docteur de l'Université « mention médecine », l'autorisation de soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat correspondant.

Dans le cas où des demandes vous seraient adres-

sées à ce titre, vous constituerez un dossier comprenant l'extrait de naissance, le titre roumain ou britannique, le certificat d'études P. C. N. ou son équivalence, le certificat détaillé de la scolarité médicale avec indication des notes obtenues à toutes les épreuves des examens de fin d'année et des examens de clinique, et, s'il y a lieu, les succès aux concours d'externat, d'internat, bref toutes les indications utiles sur la valeur du postulant.

Les dossiers me seront adressés avec votre avis et celui de la faculté. Ils seront soumis à une commission centrale qui dressera une liste unique après examen des candidatures produites par toutes les facultés.

Je vous serais obligé de bien vouloir donner connaissance de ces arrêtés et instructions à MM. les doyens et directeurs intéressés de votre ressort et de veiller à leur stricte application.

Mario ROUSTAN.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Arrête :

Art. 1er. L'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire faites en vue des études universitaires par des étrangers ayant accompli leurs études secondaires à l'étranger est modifié comme suit :

« *Art.* 1er. — Les étudiants de nationalité étrangère sont admis à s'inscrire dans les universités françaises après avoir obtenu l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire français, sur la production d'un diplôme, titre ou certificat reconnu dans le pays étranger où il a été délivré comme donnant accès aux études d'enseignement supérieur. La liste de ces diplômes, titres et certificats est dressée par arrêté du ministre de l'instruction publique.

« Toutefois, ces étudiants ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien et de chirurgien-dentiste s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat. »

« Art. 2 et suivants. — Sans changement. »

Art. 2. — Les décisions individuelles d'équivalence prises antérieurement au présent arrêté à l'égard d'étudiants d'origine roumaine et mauricienne, en cours de scolarité, sont maintenues, en vue des diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien et de chirurgien-dentiste. Elles valent exclusivement pour celui de ces trois diplômes d'Etat en vue duquel l'inscription a été prise.

Art. 3. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté.

Art. 4. — Les recteurs d'académie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 21 juillet 1931.

Mario ROUSTAN.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Arrête :

Chaque année des étudiants roumains ou mauriciens inscrits en vue du titre de docteur d'universtté, mention « médecine », et ayant subi avec succès les épreuves du dernier examen de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés par décision ministérielle, prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble des Facultés.

Fait à Paris, le 22 juillet 1931.

Mario ROUSTAN.

Décret du 9 juillet 1931 créant quatre emplois de chefs de clinique adjoints à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Art. 1er. — Il est créé, à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, quatre emplois de chefs de clinique adjoints, à raison d'un par service.

Un arrêté ministériel fixera les conditions de recrutement des titulaires de cette fonction, qui recevront chacun une indemnité annuelle non soumise à retenue fixée dans la limite d'un maximum de 2.400 fr.

24 JUILLET

Vacance de chaires.

Par arrêté en date du 23 juillet 1931, la chaire de clinique gynécologique de la faculté de médecine de l'université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Par arrêté en date du 23 juillet 1931, la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la faculté de médecine de l'université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

26 JUILLET

Concours pour l'admission à des emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Le ministre des colonies,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour douze emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale de l'Indochine s'ouvrira le 14 décembre 1931.

Le registre d'inscription sera clos le 13 octobre 1931, à dix-sept heures.

Art. 2. — Un arrêté ultérieur fixera les centres

des épreuves écrites et des épreuves pratiques et orales ainsi que les conditions dans lesquelles aura lieu ce concours.

Fait à Paris, le 24 juillet 1931.

Concours pour l'admission à des emplois de médecin de 2e classe de l'assistance médicale à Madagascar et dépendances.

Le ministre des colonies,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour six emplois de médecin de 2e classe de l'assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances s'ouvrira le 16 décembre 1931.

Le registre d'inscription sera clos le 15 octobre 1931, à dix-sept heures.

Art. 2. — Un arrêté ultérieur fixera les centres des épreuves écrites et des épreuves pratiques et orales ainsi que les conditions dans lesquelles aura lieu ce concours.

Fait à Paris, le 24 juillet 1931.

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes.

Par arrêté en date du 25 juillet 1931, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de bactériologie, hygiène et médecine expérimentale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le mercredi 10 février 1932 devant la faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

28 JUILLET

Arrêté du Ministre de la Santé publique du 7 juillet 1931 sur les substances vénéneuses.

Art. 1er. — Ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment des substances inscrites aux tableaux annexés au décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, en quantité et à des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux tableaux annexés au présent arrêté :

1° Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre 1er du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930 ;

2° Les dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38 et 39 du titre II du décret précité, mais seulement en ce qui concerne la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation et l'exportation desdites préparations.

Art. 2. — Conformément à l'article 29 du décret du 14 septembre 1916, cet arrêté, ainsi que les tableaux qui y sont annexés, seront insérés au codex.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance, et le chef du service de la répression des fraudes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Situation fiscale d'un médecin au service de plusieurs entreprises industrielles.

12851. — M. Bertrand D'ARAMON demande à M. le Ministre du budget quelle est la situation fiscale : 1° en ce qui concerne la patente ; 2° en ce qui concerne la cédule des revenus professionnels, d'un docteur en médecine qui n'a aucune clientèle particulière, mais est seulement chargé, par contrat passé avec certaines entreprises industrielles de l'organisation et de la direction de leurs services médicaux et qui, de ce fait, se trouve strictement attaché à ces entreprises. (*Question du* 28 *mai* 1931.)

Réponse. — Du fait qu'il exerce sa profession auprès de plusieurs entreprises, et encore bien que sa clientèle soit isolée à ces entreprises, le médecin visé dans la question ne saurait être considéré comme un commis au sens de l'article 17, 5°, de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes ; il est dès lors susceptible d'être imposé à la patente suivant le droit commun. D'autre part, ses revenus professionnels relèvent de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. (*J. O.*, 17 juillet 1931.)

Déduction du revenu professionnel des sommes versées pour la constitution de la retraite mutuelle du combattant.

12892. — M. RIVIÈRE demande à M. le Ministre du budget pour quelles raisons un commerçant, ancien combattant, ne peut déduire de sa déclaration d'impôt sur le revenu, les sommes qu'il verse à la mutuelle des combattants, quand cela est autorisé aux fonctionnaires et aux professions libérales. (*Question du* 28 *mai* 1931.)

Réponse. — Le derner alinéa de l'article 1er du décret du 30 décembre 1926 portant règlement d'administration publique pour l'établissement des impôts sur les revenus, prévoit que les contribuables relevant de la cédule des traitements et salaires, ou de la cédule des professions non commerciales, peuvent comprendre dans leurs frais professionnels les retenues supportées et les sommes versées pour la constitution de retraites. C'est en vertu de ce texte que les contribuables envisagés ont le droit de déduire, de leur salaire ou du revenu de leur profession, les cotisations qu'ils versent pour la constitution de la retraite du combattant, aux caisses autonomes fonctionnant sous le régime de la loi du 4 août 1923. Par contre, aucun texte n'autorise la même déduction pour l'évaluation des bénéfices industriels et commerciaux en vue de l'assiette de l'impôt et comme les dispositions fiscales sont de droit étroit, il n'est

pas possible de faire bénéficier les commerçants de cette déduction. (*J. O.*, 17 juillet 1931)

Conditions d'attribution du bénéfice des cures thermales aux pensionnés de guerre.

13189. — M. Léonce Salles demande à M. le Ministre de la guerre : 1° s'il est exact que, cette année, de nombreux mutilés de guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 se sont vu attribuer une cure externe au lieu de la cure gratuite habituelle dans les hôpitaux thermaux, notamment à Châtel-Guyon ; 2° quel texte législatif ou administratif règle l'attribution des cures externes ou gratuites dans les hôpitaux thermaux ; 3°, si, comme il paraît logique, il est tenu compte du taux de l'invalidité des intéressés pour l'attribution en premier lieu des cures gratuites avec hospitalisation aux grands invalides et, dans le cas de l'affirmative, pour quels motifs le directeur du service de santé de la 13e région a, par décision STC/742, en date du 19 mai 1931, seulement accordé une cure externe à un mutilé de 90 p. 100, alors que ce dernier n'a encore bénéficié que de deux cures thermales : 4° en cas d'insuffisance budgétaire, quelles mesures il compte prendre pour que les mutilés de guerre, titulaires de carnets de soins gratuits, puissent bénéficier par priorité des cures gratuites dans les hôpitaux thermaux. (*Question du* 11 *juin* 1931.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Le nombre des demandes d'hospitalisation dans les établissements thermaux du service de santé dépassant considérablement celui des places dont dispose ce service, des autorisations nombreuses ont dû être accordées, à titre externe, tant aux militaires de l'armée active qu'aux anciens militaires pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. C'est ainsi, cette année, que sur 651 demandes d'hospitalisation à Châtel-Guyon, 288 seulement pourront être satisfaites (6 séries de 48) ; 2° l'attribution du bénéfice des cures thermales est réglée par la loi du 12 juillet 1873 et le décret du 25 novembre 1889 (art. 332 à 353) ; 3° il est toujours tenu compte, pour le classement des candidats, anciens militaires pensionnés d'invalidité, de leur taux d'invalidité et du nombre de cures dont ils ont bénéficié. Le mutilé à 90 p. 100 auquel fait allusion l'honorable député a reçu satisfaction ; 4° aux termes des règlements en vigueur, sont admis dans les hôpitaux militaires thermaux, en premier lieu, les militaires et marins en activité, puis les militaires et marins en non activité, enfin ceux qui se trouvent en position de réforme (pensionnés d'invalidité) ou de retraite. Il n'est pas possible, dans ces conditions, d'accorder aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 la priorité aux traitements thermaux gratuits, ces traitements constituant par ailleurs non un droit, mais une simple possibilité, subordonnée à l'avis des commissions de réforme et aux ressources hospitalières existantes.

(*J. O.*, 17 juillet 1931.)

Voir la suite page LV-2515

PROPOS DU JOUR

L'utilité du contrôle médical en médecine sociale.

L'exemple du contrôle dans l'application de l'article 64 de la Loi des pensions

Il n'est pas douteux que le système dit du tiers-payant, appliqué en médecine sociale, incite à des abus. Les malades ou blessés, ne payant pas de leurs propres deniers les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques, ont une tendance bien naturelle à demander aux médecins un nombre plus considérable de visites ou de consultations et de leur réclamer des prescriptions plus importantes. D'autre part, le médecin, sans être malhonnête, est parfois obligé de céder aux instances de ses clients qui deviennent d'autant plus exigeants qu'ils savent que dans le voisinage, exercent des concurrents qui peuvent être beaucoup moins délicats. Nous ne parlons pas des actes malhonnêtes dont quelques individualités, médecins ou pharmaciens, ont pu se rendre coupables avec la complicité ou à l'instigation des malades. Ces actes, véritables escroqueries, sont relativement très rares et relèvent des tribunaux de droit commun. Mais les abus signalés, les abus secondaires, les petits abus pourraient à la longue entrer dans les mœurs, devenir des habitudes et compromettre irrémédiablement le fonctionnement des lois sociales qui admettent le tiers-payant. Il en résulterait alors, le plus souvent, l'organisation nouvelle d'une médecine exercée par des praticiens fonctionnaires ou salariés qui ne donnerait de satisfaction ni au public, ni au Corps médical.

Pour parer à ces petits abus, les Syndicats médicaux ont, dès l'origine, réclamé l'organisation du Contrôle médical et nous nous souvenons d'une séance du Congrès des Praticiens de Paris où nous présentâmes et fîmes voter à l'unanimité, avec le regretté Jeanne, un ordre du jour reconnaissant la nécessité de ce contrôle. Ceci remonte à près de vingt ans.

Le contrôle médical bien organisé a donné des résultats excellents, et c'est dans l'application de l'article 64 de la loi des Pensions, en ce qui concerne les soins gratuits assurés par l'Etat aux pensionnés de guerre, que l'on peut le mieux se rendre compte de son efficacité.

Tout d'abord, qu'il nous soit permis de réagir contre cette tendance qui porterait à faire croire qu'il y a des abus fréquents et souvent très graves. C'est une illusion que, peut-être, nous avons aidé à entretenir nous-même. Il y a eu quelques rares abus très choquants qui ont été réprimés par les Commissions départementales de surveillance et de contrôle, et sont venus en appel devant la Commission supérieure. La nature même de ces abus qui, naturellement, a froissé la conscience de toute personne honnête, leur a fait donner une importance qu'on ne saurait leur attribuer et, comme nous avons assez naturellement tendance à généraliser, à amplifier, il s'est établi dans certains milieux médicaux ou autres autour de ces faits exceptionnels une légende contre laquelle il est nécessaire de réagir.

Les petits abus que nous devons considérer comme des tendances onéreuses et fâcheuses, sont le résultat d'habitudes locales ; ils consistent en la multiplication trop élevée des actes médicaux et en des prescriptions en apparence exagérées. C'est contre ces petits abus qui, s'ils s'étendaient et se multipliaient, seraient très coûteux et compromettraient le fonctionnement de la loi, que les commissions de contrôle ont pu agir avec efficacité et nous en avons eu dernièrement la preuve indiscutable. Le médecin qui, souvent par faiblesse, parfois par bonté d'âme (n'oublions pas que le tarif des honoraires est, dans ce cas loin, d'être largement rémunérateur), se laisse aller à multiplier ses visites ou à prescrire trop de médicaments, se corrige, si la Commission tripartite lui fait avec tact, mais avec fermeté, les observations nécessaires, et attire son attention sur les conséquences trop dispendieuses de ses actes inconsidérés.

L'effet est encore plus grand, si les circonstances exigent que la commission délègue un médecin contrôleur pour examiner le malade avec le médecin traitant.

Quelques réductions d'honoraires justifiées obligent les rares récidivistes à s'amender. Cela est si vrai que plusieurs départements qui, il y a quelques années, venaient en tête de la liste de ceux où les frais médicaux et pharmaceutiques dépassaient notablement la moyenne, occupent

actuellement dans cette liste une place très honorable.

Ce redressement est indiscutablement dû à l'action vigilante et ferme des Commissions de contrôle, action qui a été fort modérée puisqu'elle n'a pas donné lieu à un nombre excessif d'appels devant la Commission supérieure.

En réalité, nous pouvons affirmer que les soins médicaux gratuits, qui sont assurés aux pensionnés par l'article 64 de la loi des Pensions, ne donnent pas lieu à de nombreux abus. Bénéficiaires, médecins, pharmaciens, dans l'immense majorité des cas, agissent avec modération et conscience ; nous sommes certains en affirmant cela de ne pas être démentis par l'Administration.

La moitié seulement des pensionnés inscrits (et ils ne le sont pas tous) ont recours chaque année aux soins médicaux ; 25 pour 100 seulement sont des blessés, les autres sont des malades. Le nombre moyen des ordonnances n'atteint pas annuellement 6 par bénéficiaire soigné, ce qui est peu, si l'on songe que l'on a affaire à des chroniques.

Le prix moyen de l'ordonnance n'atteint pas 24 francs ; ce n'est pas excessif quand on sait quelle a été l'augmentation du prix des médicaments depuis la guerre. Enfin, la dépense totale moyenne par tête d'invalide soigné n'atteint pas 280 francs ; ce qui nous paraît assez modéré, car, dans ce chiffre rentrent les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques (médicaments et objets de pansements, etc).

En somme, nous pouvons conclure que le contrôle médical a donné en général de bons résultats dans l'application de la loi des pensions.

Nous ne voulons pas dire que tout soit parfait et qu'il ne soit pas possible de faire mieux. Nous sommes persuadés que petit à petit, une amélioration notable se produira et que les médecins et les pensionnés s'adapteront de mieux en mieux aux exigences du contrôle médical.

Qu'il nous soit permis de féliciter de ce résultat les commissions départementales, et surtout leurs secrétaires qui assument une tâche délicate, absorbante et mal rétribuée et, à la Commission supérieure, le Président, M. le médecin général Odile et le secrétaire général, le Dr Lenglet, dont il est difficile pour ceux qui n'ont pas suivi comme nous depuis neuf ans leurs efforts, de connaître les inappréciables services qu'ils ont rendus avec le concours de tous leurs collègues de la Commission supérieure tripartite.

Nous pouvons hautement affirmer que la Commission supérieure a toujours fait preuve de la plus grande bienveillance à l'égard des bénéficiaires, des médecins et des pharmaciens, mais qu'aucune considération n'a jamais pu la faire dévier de la voie toute droite d'impartialité et d'équité qu'elle s'est toujours imposée de suivre.

J. NOIR.

Notes et souvenirs

Par le Dr Pierre MAUREL (de La Bourboule).

Auguste Cézilly

Il était venu échouer à Chantilly, alors simple hameau célèbre par son château, sa forêt et ses courses. Il avait été médecin de marine et en avait gardé un peu d'esprit aventureux. Il avait commencé à faire de la clientèle qui était composé surtout d'entraîneurs, de jockeys et de lads. Combien amusant quand il était aux prises avec ces clients spéciaux et un peu frustes. Lui, si fin, d'apparence réservée, doucement distante, peut-être un peu timide, avec une sorte d'onction sacerdotale comme on a si justement dit, l'air parfois un peu anxieux, surtout quand il fallait se défendre contre les invitations pressantes de ces clients, fervents amis de la bouteille de champagne. Il le faisait avec une courtoisie un peu maniérée mais avec une volonté tenace. Et cette union d'anxiété et d'énergie est souvent à l'origine des belles œuvres généreuses. L'optimiste est parfois un peu indifférent, un indolent euphorique.

Et dans ce milieu, dans cette solitude intellectuelle de médecin de campagne, dans sa vie simple et retirée, loin des fréquentations suggestives, inconnu de ses confrères, il eut l'audace et l'énergie de concevoir son œuvre grandiose. Seul et sans relations ni appuis, il eut l'idée de la fonder sur l'union et la coopération, tendances exceptionnelles chez le médecin, surtout autrefois. Il eut la prémonition que l'heure était venue de remédier à l'isolement du Corps médical, en face des œuvres d'assistance, de solidarité des sociétés, associations et syndicats de toutes sortes que suscitait le mouvement social. Son action répondait à un besoin, d'où le succès rapide.

Il fut d'ailleurs, au début, un simple animateur, il s'informait, exhortait, recrutait des

adhérents à ses projets encore vagues. C'était un remueur d'idées parfois un peu bouillonnant et confus, d'ailleurs sans projets préconçus et nets d'application.

Mené au début par l'idée seule, il cherchait sa voie, il acceptait les suggestions, initiatives et réalisations qui lui semblaient intéressantes et qu'il aidait à parfaire. De même il abandonnait sans fausse honte ni entêtement les projets qu'on lui démontrait inopportuns ou irréalisables. Et tout cela par pur dévouement ! Incompris de certains, combattu par d'autres, il restait sans découragement ni rancune. Il allait droit son chemin avec la foi de l'apôtre et une activité fébrile qui était une des marques de son caractère et de son tempérament.

Il était mince, élancé, plutôt grand. Soigné dans sa mise, il s'avançait en se dandinant un peu, à pas menus et pressés.

Le visage était fin avec le nez pointu, chercheur, la barbiche en pointe, l'œil perçant derrière le lorgnon. La voix était douce, l'intonation un peu monocorde. Quand il avait enfourché son dada, comme disait ceux qui ne soupçonnaient pas la grandeur de son œuvre future, il semblait égréner un chapelet avec l'ardeur contenue et l'intime dévotion du croyant.

Un souvenir vécu et typique : pendant tout un dîner, placé à côté de la maîtresse de maison étrangère au mouvement médical et qui écoutait d'une oreille distraite, ayant à surveiller le service sans en avoir l'air, il racontait ses projets à mi-voix, sur un ton monotone, en un vague murmure incessant et impitoyable. Il récitait comme dans un rêve peuplé de ses conceptions l'hymne aux réalisations magnifiques qu'il entrevoyait.

Quand son œuvre prit corps, il vint souvent de Chantilly à Paris. Là, il commence à voir et à fréquenter des confrères. Quand il fonde le *Concors Médical*, il y trouve des rédacteurs pour la partie scientifique du journal. Entre autres : un de nos maîtres les plus appréciés et les plus vénérés. Celui-ci, humaniste très distingué, fit là une bonne et rude besogne pour mener sa longue vie d'étudiant qu'il avait vécue deux fois. Avec son admirable conscience, il avait voulu refaire des études médicales jugées par lui insuffisantes et qu'il développa alors. D'autres étudiants d'élite vinrent se joindre à lui dont plusieurs furent aussi des maîtres et qui tous gardaient plus tard un peu l'empreinte du milieu. D'où certaines œuvres de déontologie qui font foi.

Le *Concours Médical*, fondé avec les Drs Gassot, Jeanne, Maurat et d'autres pionniers de la première heure, fournit encore plus tard une belle lignée de grands journalistes :

Le Dr Noir, un des plus dignes et talentueux vétérans du journalisme médical et du syndicalisme, resté jeune et très à la page, mais toujours judicieux et calme ; le Dr Duchesne, sagace observateur et prestigieux écrivain professionnel, alerte et vaillant, combatif, au besoin, avec une incisive et courtoise vivacité ; le Dr Vimont le subtil et consciencieux « tombeur » des mutualistes outranciers ; le Dr Boudin, savant jurisconsulte, etc...

Tous maîtres spécialistes en leurs domaines respectifs.

Et ce journal fut l'écho et l'organe des praticiens qui pouvaient venir y proposer et y discuter leurs idées et initiatives personnelles. Il groupait aussi ses lecteurs en sociétés d'études puis d'application de diverses œuvres confraternelles : les « filiales du *Concours Médical* ».

Essentiellement indépendant, le *Concours*, fut fondé, comme on l'a si bien dit, pour servir la cause de la solidarité et de l'entr'aide et soutenir la défense des intérêts généraux et particuliers, moraux et matériels du praticien. Œuvre magnifique qu'il a si bien comprise et réalisée. Ce qui lui valut sa grande prospérité, sa large influence et qui en fait un organe prépondérant.

Cézilly, dans son œuvre totale, eût le mérite de l'idée première de groupement et d'union, ayant comme but la prévoyance et la défense professionnelle. Il eut pour réaliser cette œuvre salutaire qui s'imposait la foi et la volonté qui sont une des formes du génie quand elles sont liées à une intelligence perspicace. Ce fut un initiateur, un animateur de premier rang, un semeur d'énergies, une des plus hautes figures de notre histoire professionnelle.

Il suscite et développe dans le Corps médical, individualiste *a priori*, l'esprit d'association par sa puissance persuasive, sa tenacité, son activité. Il fit comprendre aux médecins que leur intérêt était de s'unir pour défendre leur prospérité matérielle et leur dignité morale.

Ce petit praticien de campagne s'est acquis justement le titre exceptionnel et admirable de Bienfaiteur du Corps médical.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'OBSTÉTRIQUE A LA CAMPAGNE

Le savon en obstétrique

Par le Docteur CAMESCASSE,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelnes.

Au début de l'ère de la grande chirurgie contemporaine, tous les maîtres employèrent trois antiseptiques :

— le premier était tout à fait illusoire, entre autres raisons parce que le troisième précipitait, de ses solutions (liqueurs de Van Swieten), ce qu'avaient laissé les albuminoïdes. Celui-là s'appelait le sublimé :

— le second, l'acide phénique, — furieusement pulvérisé dans l'atmosphère ambiante au titre de tue-mouche, — empoisonnait l'opérée, l'opérateur et ses aides, les spectateurs aussi, mais ne tuait ni les mouches, ni les microbes flottant en cette atmosphère.

— du troisième, le savon, on se servait par esprit d'habituelle propreté, sans penser du tout qu'il put être, ... des trois, le seul agent capable de modifier ..... et les toxines [Professeur Vincent (1)], et les toxiques [Docteur Maurice Renaud (2)], ... et les microbes ..... jusqu'à conférer aux plus pathogènes une manière d'innocence tout à fait imprévisible... aux temps lointains dont je parle.

En ces mêmes temps lointains, j'ai quitté l'Ecole pour devenir un praticien. Très vite, avec tout le monde médical d'alors, j'ai renoncé à l'acide phénique (3). La liqueur de Van Swieten — comme ses pseudos (4) — a eu le même sort, sauf quelques *revenez-y* provoqués par la présence des pastilles bleues dont on s'entête à garnir ... le paquet de secours, adjoint aux layettes officielles d'accouchement.

Par ailleurs, dès 1894, ayant à lutter contre des suppurations à *odeur infecte*, (faux abcès périnéphrétiques *droits*, provenant d'appendicites, — on disait alors péri-typhlites, — à collection extra-péritonéale ; — pleurésie purulente à ... colibacille (?), etc.), nous avions, par ici, recours à l'Eau de Javel.

Mais nous n'avions pas lâché le savon.

Même, nous en vînmes à le mettre à toutes sauces, pour parler franc.

J'ai, pour la première fois, écrit sur le Savon, dès cette année 1894, croyant de bonne foi avoir inventé (1) le savonnage de la bouche (2) qui m'a conduit, contre une sinusite très douloureuse menaçant de se clore, au savonnage discret — très discret — des fosses nasales.

Faute de disposer d'autre chose une première fois, — depuis, parce que cette première tentative m'avait donné pleine satisfaction, — j'ai introduit une bougie (?) taillée à même le savon commun, dans un de ces abcès demi-froids qui compliquent (ou terminent) l'impétigo suintant des nourrissons ; — abcès que je venais d'ouvrir assez largement avec l'intention d'obtenir une cicatrice linéaire.

Enfin, parce que me dégoûtait la soucoupe à demi-pleine d'huile qui, gisant au beau milieu de la table, se remplissait de mouches et se recou-

(1) Professeur VINCENT. — Voir, entre autres, *Pouvoir cryptotoxique des sels sodiques, des acides saturés de la série acyclique*. Ac. des Sciences, 22 sept. 1930.

(2) Docteur Maurice RENAUD. — Voir, entre autres, *Le rôle des Savons en thérapeutique d'après les conceptions nouvelles. Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, déc. 1930, janvier et février 1931.

(3) Je n'y suis revenu que beaucoup plus tard sous la forme des cataplasmes de farine de lin, cuite dans une solution (glycérinée) d'acide phénique à cinq pour mille.

(4) Solutions — avec précipité immédiatement visible, qu'on prépare en faisant fondre, en présence d'un peu d'alcool — une pastille, bleue, dans de l'eau de puits bouillie.

(1) Pour n'y pas revenir, j'ai traité du savon ici, là et ailleurs, mais notamment *in* :

Journal de Lucas-Championnière, mai 1894.

Idem : brochure chez Coccoz. — Savonnage de la bouche.

Rapport au Conseil de santé de l'Armée, octobre 1914.
Bulletin de thérapeutique, septembre-octobre 1917.
Brochure chez Doin. — Savon en chirurgie septique.
Médecine pratique, Accouchements (mars 1931) ; Panaris (octobre 1930), etc.

(2) De tout temps, les Musulmans se savonnent la bouche après le repas.

vrait d'une pellicule de poussière trop visible (1), je me suis avisé.... quelle année ? ... qu'enduisant mes doigts explorateurs d'une graisse de savon, j'obtenais un *toucher* aussi onctueux qu'avec l'huile ancestrale.

En quelle année ? je ne sais, mais cela date au moins de l'autre siècle.

Or, grâce à ce savon, j'ai obtenu deux choses qui ne sont indifférentes ni l'une ni l'autre, quoique qu'on doive les situer sur des plans bien différents.

AU PREMIER PLAN ceci : *je ne connais pas la fièvre puerpérale.* Je ne connais plus aucune forme de la puerpéralité — sauf l'abcès du sein dû à l'infection locale par la bouche de l'enfant ou par la main triturant quelque crevasse (si on admet que la crevasse n'est pas, elle-même, le premier symptôme d'infection locale).

Plus d'accidents infectieux de la puerpéralité ! Cela n'est pas rien si on veut bien considérer que le médecin de village, quand il fonctionne comme accoucheur, agit en milieu septique... dans la chambre telle qu'elle se poursuit et comporte pour l'usage du ménage... Non ! j'exagère : on a généralement changé les draps, généralement mais pas toujours..... il arrive même qu'il n'y ait pas de drap du tout, seulement, c'est rare.

Là où je ne saurais exagérer, c'est dans l'énumération des impédimenta possibles... jamais, tous absents, mais non plus *tous* réunis d'ailleurs, quoique rarement isolés :

— s'il n'est pas encore descendu au niveau du divan *modern-style*, le lit est trop bas. Il servira cependant successivement de lit de misère, de table d'opération et, enfin, de lit de repos... une alaise de fortune masquant, plus ou moins, les souillures du drap de dessous ;

— le plancher, s'il était propre à l'arrivée, sera vite sali par le fait des allants et venants, pas toujours désirables ;

— la voisine qui tiendra la jambe, n'a pas toujours mis un corsage propre ; elle s'est lavé les mains, mais non jusqu'au dessus du coude... et puis, qu elle besogne vient-elle de quitter ?

— pas de table réservée, en fait, à mon instrumentation.

J'en passe !

J'en passe, mais jouant sur cette donnée que le savon m'assure une sécurité complète..... je complique la situation par mes actions qui ne tiennent aucun compte de ces dangers.

— Je ne multiplie pas les *touchers* à plaisir, certes ; il faut cependant que je donne, à la parturiente, l'idée que je surveille les choses de très près, que je regarde ... avec mes doigts ... si ça avance.

— Quand le col s'ouvre, *large* comme la paume de la main, j'aide volontiers sa lèvre antérieure à glisser derrière l'occiput fœtal. Cette manœuvre, même échouant au principal, donne cependant ce résultat appréciable qu'elle active et prolonge l'effort d'expulsion... (il n'en faut point abuser, d'ailleurs, sous peine d'arriver à un épuisement passager).

— Mais voici que l'événement tarde, — la patiente s'énerve ou se désespère parce que *ça n'en finit pas pas,* — je prends ma *pince à sucre,* alias forceps modèle Levret (vieux jeu !) de préférence à l'usage de la rétro-pituitine (je le suis , vieux jeu!). Ce forceps, je l'ai enduit de savon, aussi mes mains et mes avant-bras jusqu'au dessus du coude. Ce savon, je l'ai gratté avec mes ongles qui en demeurent chargés. Il est bon à tout, vous dis-je ! mais j'ai rincé la main gauche pour présenter la branche gauche à gauche, — quitte à la regraisser, de savons, ongles compris, quand je rince ma droite pour porter à droite, la branche droite....., alors je rince les deux mains, et j'attends, pour COOPÉRER sans trop de fatigue, — vieux jeu, vieil homme — à l'efficacité de la prochaine douleur..... attendre sans tendre, en cette occurence.

— Sapristi ! Cette primipare, ainsi aidée, voit de ce fait les sollicitations se précipiter d'expulser le corps étranger..... (il arrive aussi que j'ai fait écarter la compresse à chloroforme quand ON a pu faire les frais d'un confrère anesthésiste) ; *la pauvre* pousse à bouche fermée ... tout va craquer ? que nenni ! mon champ..., opératoire, a été savonné ! De mes ciseaux neufs, savonnés plus récemment que bouillis, je pratique deux, trois, quatre épisiotomies là où ça *bride*, sensiblement en arrière de l'insertion de l'ex-hymen.

Ce serait tout si je ne refusais systématiquement les points de suture, en dehors du cas où le toucher *anal* me fait craindre que la *petite* déchirure vulvaire (on ne l'évite pas, il suffit qu'elle soit petite !)... ait, malgré tout, compromis le sphincter.

On *lavera*, de l'extérieur, la vulve et le vestibule vaginal, — portion visible sans attouchement, — aussi souvent qu'il sera utile pendant les deux premiers jours, avec de l'eau bouillie javellisée. La première injection, le troisième jour seulement !

Pour faire pénitence, au cas où la facilité d'un forceps accélérateur m'aurait induit à obéir au désir qui me presse d'aller me coucher, j'attends patiemment, — une demi-heure et plus — qu'une colique spontanée me crie « Délivrance ».

Il arrive tout de même que cette délivrance ne vienne pas toute seule ; alors, je resavonne mes ongles, ma main et mon avant-bras droits (les

(1) Je ne suis pluis bien assuré (1931), à cause des crypto-oléates, que ma vieille sage-femme n'avait par raison, s'entêtant à se servir de la soucoupe à huile. Il est vrai qu'elle se lavait les mains, au savon, — et, entre temps, savonnait elle-même ses corsages... de cotonnade

gauches si la parturiente a gagné l'*autre bord* du li t parce que *moins* souillé) et je vais, armé de ce savon, délivrer ce délivre où qu'il se trouve niché.

J'ai, au cours de cet exposé, un peu artificiellement, — *un peu* mais *pas très* artificiellement — accumulé comme à plaisir les chances d'infecter cette femme. — Dans la pratique, l'accumulation n'est pas niable ! mais d'infection ? point ! Et ceci seul importe.

Je ne me suis, à aucun moment de l'évolution de ma pratique, tracé d'avance — de parti pris tout ou partie d'un tel programme.

Je n'ai recommandé à aucune crasseuse, au vagin sanieux, de conserver ses sanies et sa crasse jusqu'à la dernière heure ; à aucune misérable de se coucher sur un vieux sac suspect, rempli de paille plus suspecte, au moment de mettre bas. Mais j'ai été l'accoucheur quand même dans de semblables conditions.

Or, avec du savon et de l'eau de Javel, — j'ai pu me passer de tout autre secours, ayant, par exemple, réussi une version ventre à terre — je veux dire mon ventre à moi sur le sol, — terre battue, — parce qu'il n'y avait pas assez de paille dans le sac.

Voici comme :

Ils vivent dans les bois ; c'est son mari qui a l'habitude de l'accoucher ; mais cette fois-ci les douleurs durent depuis plus de 24 heures. Quand j'arrive, la femme est étendue sur le sac. Effaré, je m'agenouille ; plus préoccupé des genoux de mon pantalon que d'autre chose, je me suis lavé les mains et les avant-bras sans trop savoir si l'eau avait bouilli ou non. Toucher ? Je ne sens rien ! mais je suis bien mal placé ...., j'allonge une jambe... *ma* jambe gauche... je sens une poche des eaux qui bombe et... rien dedans ; j'allonge l'autre jambe... ventre à terre (je vous l'ai déjà dit) j'arrive à sentir à la fois le col largement dilaté et un petit membre... Je fonce... et le reste s'en suit... y compris un jet d'eau puissant qui profite de ma fausse position pour passer entre mon faux-col et ma nuque, m'engluant jusqu'aux reins de dégoûtante façon.

Le garçon a été tué à la guerre, mais sa mère, crasseuse mais non sanieuse, n'a pas été infectée du tout. Pas plus que ne le sera, pendant cette même guerre, sa femme que j'accoucherai, dans un autre bois... mais cette fois-ci, il y avait linge, eau bouillie ... et bassin-sabot.

Ce bassin-sabot ? Il est si commode de s'en servir pour recueillir tout ou partie des eaux, — plus tard le délivre et les caillots concomitants. Oui ! mais voilà : le l'ai lavé moi-même, placé soigneusement sur un linge blanc sur ... la table ... et je le retrouve sous le lit. Ça ne rate jamais !

Heureusement mes *touchers* ont d'avance enduit de savon et la vulve ... et les poils (je coupe aux ciseaux les mèches menaçantes, mais je ne rase point) et, aussi, la profondeur du canal génital.

Ayant sassé et ressassé de tels faits depuis tant et tant d'années ; ayant eu le loisir de comparer les détails des réactions des muqueuses, (bouche, naso-pharynx, vagin), aux savonnages, — puis de comparer ces réactions à celles de plaies accidentelles, ici souillées *sinon infectées*, là d'apparence rassurante — puis aux réactions des surfaces d'un panaris que je viens d'ouvrir largement (ce qui crée des surfaces cruentées) — tous et toutes largement savonnés sinon pansés au savon (sous coton cardé) (1), — ayant ainsi fait, regardé, pesé... j'ai eu le loisir d'inventer une théorie : 1° augmentation des sécrétions normales... avec épuisement prochain ; 2° création d'un milieu phylactique au profit des phagocytes ; 3° etc..... 1917.

— 1930 ? les crypto-toxines du Professeur Vincent m'enchantent. Aussitôt je me fabrique une autre théorie : phylaxie ? inutile ; inutile parce qu'un microbe qui voit sa toxine réduite à l'état de crypto-toxine est devenu, de ce coup, comme une cartouche qu'on aurait vidée de sa poudre entre la balle et l'amorce.

Il voudrait bien, mais il ne peut plus !

— 1930-1931. Mais, mon maître, le Professeur Netter, entendant le Dr Maurice Renaud, lui signale mon péché de 1917 — et Maurice Renaud veut bien m'envoyer sa leçon (précitée).

Du coup, je suis si content que j'entre en méfiance de moi-même. Ça n'est pas possible... j'ai mal compris... et je confie à mon voisin immédiat, le Dr Arsonneau, le soin de relire Maurice Renaud. Mon mandataire sera séduit — moi aussi — par les prodigieuses perspectives qu'ouvrent le jeu des crypto-toxines, des crypto-toxiques..... et des microbes crypto-pathogènes ... demain vaccins au savon.

Tout de même Arsonneau a extrait, de cette œuvre, ce qui me permet de comprendre pourquoi mes savonnages m'ont assuré cette impunité que j'ai dite ci-avant de mon mieux.

1° Neutralisation des bactéries pathogènes ;

2° Détersion par action mécanique très pénétrante ;

3° Augmentation de la viscosité des exsudats ;

4° Appel de sérosité par osmose ;

5° Action sédative par formation de fines gouttelettes graisseuses au moment de la décomposition ;

6° Enfin on peut *supposer* que le complexe savon-toxine produit une vaccination locale.

Je viens de relire les lignes qui précèdent : j'espère n'avoir point forcé le sens des mots, mais je

(1) Il faut renouveler le pansement de deux heures en deux heures, jusqu'à ce qu'on ait autre chose mais au bout de 24 heures, il faut avoir autre chose.

ne serai rassuré que si, ayant lu ce présent factum, le Docteur Maurice Renaud et le Professeur Vincent ne me rappellent point à plus de prudence.

Je connais cependant une limite. Si les savonnages obstétricaux s'opposent nettement à la surinfection de la femme par les gonocoques antécédents, ils ne protègent pas les yeux, de l'enfant. La carrière de mes succès a été troublée par quelques menaces d'ophtalmie, vite sidérée par le nitrate d'argent, et, aussi, par un cas grave avec opacités définitives heureusement localisées à un seul œil. Je continue donc à faire usage et du jus de citron et de l'argyrol..... et du nitrate d'argent (en attendant son complexe).

Au deuxième plan ? Car j'ai annoncé... mais comme j'ai été long ... un *deuxième plan* que voici :

Je réduis l'armement de l'accoucheur à bien peu de choses, *puisque je ne demande* que :

1° De l'eau bouillie, en train de refroidir sans qu'on ait levé le couvercle de la marmite ;

2° De l'eau en train de bouillir ;

3° Deux cuvettes et deux assiettes que je laverai moi-même, savon et Eau de Javel, en lavant et mon morceau de savon et mes mains une première fois.

4° Le bassin-sabot ;

5° Du linge *blanc de lessive* ;

6° Et un litre d'extrait d'eau de Javel.

7° Parce que je veux paraître un homme raisonnable, je demanderai, en sus, une solution mère de cyanure d'hydrargyre (succédané de l'eau de Javel) et deux tubes de vaseline... vaseline parce que l'appel à l'osmose, fait du savon, finit par épuiser la muqueuse ... il faut alors se résigner et vaseliner.

Mais même avec cette addition, il sera facile au lecteur de voir qu'on aboutit, autre fait du savon, à une diminution sérieuse des dépenses accessoires.

Point de coûteuses compresses stérilisées, — ni de ouates stérilisées plus coûteuses et bien vite suspectes. Pas de gants... qu'en ferais-je, dieux grands, au cours de mes quatre heures de pose.

Cependant, si ! il y a des épidermes, d'accoucheur, qu'abîment le savon, l'eau de Javel, et le cyanure.

Comment faire alors...... mettre des gants et les savonner comme on ferait de la main nue... en retenant que, à défaut d'ongles, ces gants ne sauraient transporter du savon au fond..... de la chose.

Ma trousse ? mon forceps, mes ciseaux à bouts arrondis bien tranchants, deux pinces à forcipressure...... deux seringues en verre...... ergotine... que je remplacerai peut-être par la rétro-pituitine (deux unités), à employer, à la place de l'ergotine, quand ça saigne après la délivrance. Un sérum hémostatique.

Mon stéthoscope !

Et ma quiétude, ce qu'il ne faut pas prendre pour un mince bagage !

Clinique médicale des Enfants : Hôpital des Enfans-Malades

TROIS LEÇONS SUR LES CARDIOPATHIES AIGUËS DE L'ENFANCE

II. — Les syndromes myocarditiques aigus (1)

par Edouard Pichon,

Médecin des hôpitaux de Paris.

Je vous dois d'abord une explication sur le titre même de cette leçon, tel qu'il est affiché sur le tableau.

« Myocarditique » est l'adjectif qui se réfère à myocardisme. Pour rester dans le pur domaine clinique, j'appelle myocardisme l'ensemble des syndromes de défaillance du tonus myocardique.

Je confine au contraire le terme de myocardite dans l'emploi *anatomique* qui lui appartient en propre.

De la myocardite, ce sont des lésions inflammatoires du myocarde. Et « myocarditique » est l'adjectif qui se réfère à myocardite.

Dûment fixé ce point de terminologie médicale, on peut dire que cliniquement, la myocardite n'existe pas : ce qui se montre au médecin, ce sont des syndromes aigus de défaillance cardiaque, bien connus cliniquement et étiologiquement, mais mal connus anatomiquement et pathogéniquement. Chez le vivant, en présence d'un de ces syndromes myocarditiques, il n'y a aucun moyen de dire à coup sûr si, à une nécropsie éventuelle, on trouvera ou non de la myocardite. Il peut parfaitement arriver qu'après un syndrome myocardistique net ayant entraîné la mort, l'autopsie ne montre aucune lésion du myocarde, ou que les lésions trouvées soient d'origine purement agonique.

Les myocardismes bouillaudaux, c'est-à-dire ceux qui dépendent de la maladie si impropre-

(1) Leçon faite en juillet 1930.

ment dénommée rhumatisme articulaire aigu franc, nous fournissent de cela un bon exemple : en effet, quand le malade meurt, tantôt l'autopsie montre ces lésions de myocardite tenues pour spécifiques qu'on appelle nodules d'Aschoff, tantôt au contraire elle montre un myocarde absolument normal histologiquement. Or, jusqu'à présent ces deux types d'affection cardiaque rhumatismale sont superposables en clinique ; aucun médecin ne nous a encore appris à les reconnaître l'un de l'autre.

La clinique peut dire myocardisme. Pour myocardite, elle peut seulement soulever la question. J'avais donc raison, me semble-t-il, de vous dire tout à l'heure que la question qui nous occupe aujourd'hui était très obscure au point de vue anatomique.

Au point de vue du *mécanisme pathogénique*, elle ne l'est pas moins. Est-ce même le *cœur* que l'on doit considérer comme le premier déficient ? Oui, semble-t-il, en ce qui concerne la maladie de Bouillaud. Mais pour la diphtérie, la typhoïde, pour les fièvres éruptives malignes, scarlatine particulièrement, c'est beaucoup plus douteux, des mêmes syndromes que les uns appellent respectivement myocardite diphtérique, myocardite typhique, myocardite scarlatineuse, les autres les attribuent à une défaillance fonctionnelle des *surrénales*: les surrénalites décrites naguère par M. Hutinel et ses élèves ne sont pas autre chose. Et cette conception pathogénique a même trouvé une relative justification dans les bons effets de la thérapeutique par l'adrénaline ou les extraits de glande surrénale.

Mais dans quelque organe que soit primitivement l'origine des troubles, c'est bien dans ces syndromes myocardistiques aigus la réaction physiopathologique du cœur qui donne ses traits les plus frappants au tableau clinique.

Le fonctionnement de cet organe faiblit à l'évidence. Mais comment faiblit-il ?

Est-ce la *contractilité* qui s'altère ? Certes, c'est possible. Les extra-systoles sont loin d'être exceptionnelles.

L'embryocardie fait, nous le verrons, partie du tableau classique de certains syndromes myocardistiques aigus.

La tachysystolie auriculaire et même l'arythmie complète par fibrillation se rencontrent dans les cas où le syndrome d'insuffisance auriculaire acquiert sa plus grande gravité.

Mais ces troubles de la contractilité restent toujours au second plan.

Ce qui caractérise véritablement le myocardisme aigu beaucoup plus que ne le font les troubles de la contractilité, ce sont les troubles de la *tonicité*.

La tonicité a été définie par Herring « une action vitale indépendante de la contractilité, et modifiant la longueur des fibres musculaires cardiaques ». Comme le dit fort bien Walser, la tonicité a pour effet de maintenir dans les fibres du cœur une certaine contraction résiduelle. La notion de tonicité cardiaque est d'origine française ; elle remonte à Roy, qui l'a mise au jour en 1878.

François Franck, Gaskell, Fano, Bottazzi, Busquet et Tiffenau, Porter ont étudié expérimentalement les variations de cette tonicité. Même du point de vue purement physiologique on peut donc, malgré l'opposition du seul Starling, affirmer que la tonicité cardiaque existe.

La clinique d'ailleurs en impose la notion : c'est elle qui l'a fait créer, et qui la fera toujours maintenir.

Outre les signes plus ou moins lointains qu'elle donne ça et là dans l'organisme, l'hypotonicité a des signes directs, dont le plus important est le *galop*.

Le galop est entré dans la sémiologie médicale en 1838 grâce à la finesse d'observation clinique de Charcellay, de Tours.

Je ne redécris pas ici ce signe bien connu, je me contente de rappeler son caractère aussi tactil qu'auditif.

Comme M. Giroux dans sa thèse l'expose fort bien, l'école de M. Vaquez a bien montré que le galop était essentiellement constitué par « la mise en vibration, par l'ondée auriculaire, d'un ventricule hypotonique incapable d'absorber, d'étouffer cette ondée comme à l'état normal ». Signe essentiel de l'hypotonicité, soit du ventricule gauche, soit du droit (d'où de fines variétés cliniques), le galop joue un rôle de tout premier ordre dans les myocardismes aigus ; notamment les syndromes myocardistiques de la typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine maligne le reconnaissent très souvent pour principal symptôme. Quoique relativement moins fréquent dans les myocardismes aigus de la maladie de Bouillaud, il peut cependant très bien s'y montrer aussi ; enfin, on le rencontre dans cette défaillance cardiaque d'origine obscure qu'on appelle la myocardie. On pourrait donc presque dire que c'est le galop qui fait en clinique l'unité des syndromes myocardistiques aigus.

Il est essentiel pour le pédiatre de retenir que le galop est essentiellement un signe d'hypotonicité cardiaque.

Par la faute de l'enseignement médical d'il y a une vingtaine d'années, trop de médecins encore ont, en présence d'un galop, tendance à penser tout de suite à l'hypertension, voir même à la néphrite chronique. Quoique pathogéniquement erronée, cette inférence diagnostique est justifiée pratiquement chez l'adulte âgé parce que l'hypotonicité du ventricule gauche y est souvent la conséquence d'une vieille hypertension qui a surmené cette cavité cardiaque. Mais chez l'enfant, et l'adulte jeune, pareille conclusion serait absolument abusive, car à ces âges l'hypertension per-

manente est loin d'être parmi les causes principales de l'hypotonicité ventriculaire ; quand on trouve un galop, il y a beaucoup plus de chance qu'on ait affaire à un myocardisme aigu lié à quelque infection ou même à la maladie de Bouillaud, voire à la myocardie.

Le galop est un signe d'hypotonicité en quelque sorte globale, d'au moins une cavité ventriculaire. Mais dans ces dernières années les travaux anatomo-physiologiques de M. Géraudel, ceux cliniques des écoles respectives de M. Laubry et de Ribierre ont bien montré qu'il pouvait y avoir des défaillances musculaires aiguës locales des anneaux valvulaires, et que ces défaillances se manifestaient par des souffles à caractère nettement orificiel, mais sujets à rétrocession. C'est surtout à la maladie de Bouillaud qu'appartiennent ces souffles myocardistiques.

Ces points généraux une fois marqués, étudions les principales circonstances étiologiques dans lesquelles surviennent les syndromes myocardistiques aigus chez l'enfant et l'allure clinique respective que ces syndromes prennent dans les différents cas.

Il me semble qu'on peut distinguer à ces points des vue *trois grands groupes de faits* : 1° le myocardisme secondaire des maladies infectieuses (typhoïde, diphtérie, scarlatine) ; 2° le myocardisme aigu de la maladie de Bouillaud ; 3° la myocardie.

Etudions d'abord le *myocardisme secondaire des maladies infectieuses.* En ce qui concerne la *typhoïde,* on peut dire schématiquement qu'elle rée trois formes de syndromes myocardistiques aigus.

Forme typique : le danger est surtout au troisième septénaire de la maladie. Le médecin doit guetter avec soin l'apparition du moindre symptôme cardiaque : affaiblissement du premier bruit, galop, hypotension artérielle, embryocardie.

L'affaiblissement du 1er bruit se manifeste forcément par rapport à l'intensité du second ; quelquefois il peut être pris pour une accentuation dudit second bruit. Mais l'affaiblissement vrai s'accompagne, à la palpation, d'affaiblissement du choc de la pointe : on dit que le cœur est mou.

L'embryocardie c'est l'égalisation des deux silences. Ce trouble du rythme est un signe classique des myocardismes typhiques.

Récemment enfin, on a décrit dans certains cas de cœur typhique des souffles myocardistiques du type ci-dessus étudié.

Une seconde forme de myocardisme typhique, c'est le *collapsus* : il consiste en une chute thermique brusque pouvant atteindre trois ou quatre degrés d'amplitude, avec cyanose, pouls incomptable et misérable. Le teint est terreux, les yeux excavés, la voix cassée. La mort survient en quelques heures dans ce tableau d'algidité. La guérison ne survient que dans les cas où la fièvre ne tarde pas à reprendre.

On conçoit que ce collapsus typhoïdique soit surtout à diagnostiquer d'avec l'hémorragie et la perforation intestinales. On décrit même une forme cardio-péritonéale du collapsus qui simule plus étroitement la perforation.

Le myocardisme typhique peut enfin se présenter sous une forme plus sévère encore : la *mort subite.* Un sujet arrivé au dixième ou douzième jour d'une typhoïde, qui avait paru régulière, se plaint depuis quelques heures de tousser ; absolument conscient et lucide, et n'attachant que peu d'importance à cet incident, il se soulève légèrement en s'appuyant sur les mains afin qu'on lui retape son oreiller ; au moment où il y repose la tête, elle y roule, il est mort. A ce moment, on voit parfois aux lèvres un peu d'écume rosée.

C'est à peine si quelquefois le clinicien a pu, dans les heures qui ont précédé, entendre quelques râles crépitants fins disséminés dans les poumons. Cette circonstance, ainsi que la constatation de l'écume rosée dont je parlais tout à l'heure, donnent à penser que le processus terminal dans ces morts subites, est le plus souvent l'inondation séro-albumineuse suraiguë des poumons (œdème aigu). Des morts subites de ce genre sont, me semble-t-il, notablement plus nombreuses aux approches de la puberté que dans le milieu de l'enfance. Pour en restreindre autant que possible le nombre, le médecin devra surveiller soigneusement la marche de la tension artérielle de l'enfant. Il devra, s'il emploie la balnéation froide, suspendre cette médication dès le moindre fléchissement tensionnel ou le moindre amollissement du choc du cœur ; car assez souvent c'est après un bain que la mort subite survient. Aussi bien la plupart des pédiatres renoncent-ils maintenant à la balnéation froide ; deux vessies de glace en permanence, l'une sur le ventre, l'autre sur le cœur, donnent une réfrigoration suffisante et n'offrent pas les mêmes dangers.

A côté de ces myocardismes aigus ou suraigus, la typhoïde peut créer une sorte de défaillance chronique du myocarde, dont de l'hépatomégalie et de la congestion passive des bases seront les signes indicateurs : c'est la *forme hyposystolique* de la typhoïde, je n'y insiste pas, c'est tout juste à la limite du sujet que je traite aujourd'hui.

La *diphtérie* est une grande créatrice de syndromes myocardistiques aigus.

La plupart du temps le syndrome myocardistique se montre au cours d'une diphtérie maligne que l'on a cru jugulée. La gorge s'est bien dégagée, mais l'enfant est resté pâle, apathique, et bientôt apparaît une sorte d'état angoisseux avec douleurs épigastriques ou précordiales. Souvent le malade semble un peu opressé sans qu'il y ait cependant de dyspnée nettement caractérisée : tableau clinique que M. Vaquez a décrit de

façon particulièrement heureuse. La survenance de vomissements n'est pas exceptionnelle. L'examen physique révèle au médecin de la mollesse du choc de la pointe et du galop. Assez rarement, un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle peut se substituer au galop.

Ce tableau clinique se termine par la mort subite, à moins toutefois qu'un traitement surrénalien n'ait réussi à écarter le danger, ce qui ne doit pas être réputé impossible.

Les *bradycardies* avec dissociation par lésion hisienne, qu'ont signalées Magnus Alsleben, Henri, sont exceptionnelles ; elles ne constituent guère qu'une curiosité pathologique.

Les myocardismes aigus de la scarlatine peuvent se ranger sous trois chefs :

les scarlatines malignes d'emblée comportent une éruption très intense, souvent violacée, de l'angine ulcéro-nécrotique, des vomissements persistants (les vomissements simplement initiaux étant la règle dans toute scarlatine d'enfant). Le malade a un délire tranquille, il est asthénique, hypotendu. De l'embryocardie survient. Avant le huitième jour l'enfant est mort. Voilà le premier type clinique de myocardisme scarlatineux. On voit que la note myocardique y est un simple élément du concert de malignité.

Le second type de myocardisme scarlatineux, ce sont des accidents survenant au décours de la scarlatine. au moment de ce qu'on appelle le *syndrome matin secondaire.* La fièvre reprend avec un peu d'angine quelquefois, avec des adénopathies, voire avec des symptômes rhumatismaux ou néphritiques. Le myocardisme est alors bien souvent associé à de l'endocardite.

Le troisième type enfin, c'est la *mort subite* survenant dans des scarlatines avec hypotension isolée et un peu d'asthénie.

Qu'est-ce qui correspond *anatomo-pathologiquement* à tous ces syndromes myocardistiques infectieux (typhoïde, diphtérie, scarlatine) ?

C'est extrêmement discuté.

Sur la table d'autopsie, le cœur s'affaisse mollement, sa couleur est relativement pâle, il est de la couleur de la feuille morte (Laënnec) ou de la pelure d'oignon.

Microscopiquement on a décrit des lésions multiples. Ces lésions sont des dégénérescences (graisseuse, hyaline, etc.), mais surtout une tendance à l'homogénéisation. Cette tendance reconnaît différents degrés : *a*) la destruction des segments épais et sombres de la fibrille cependant que subsistent les segments minces et clairs : c'est l'*état grillagé* de Renaut ; *b*) l'homogénéisation complète de la *fibrille* par disparition de la striation transversale ; *c*) l'homogénéisation complète de *la fibre,* c'est-à-dire disparition de la striation longitudinale. Selon M. Noël Fiessinger et Mlle Radowska, cette homogénéisation commencerait au voisinage des traits scalariformes ; *d*) enfin, la fragmentation des fibres par destruction des traits scalariformes.

De ces lésions si soigneusement décrites par ceux qui les ont observées, aucune n'a échappé à la critique. On les a toutes accusées ou bien d'être banales ou bien de s'être produites pendant l'agonie ou après la mort, ce qui leur ôterait tout intérêt.

En particulier, la fragmentation des fibres serait une pure lésion agonique. Selon M. Noël Fiessinger et Mlle Radowska, la fragmentation myocarditique se distingue de la fragmentation agonique par l'absence d'homogénéisation sur les lèvres de la rupture.

D'ailleurs cette rupture, même agonique, prouverait, selon ces deux auteurs, une sensibilisation antérieure de cette zone.

La sévérité des critiques, qui ont été formulées contre la valeur des constatations histo-pathologiques au cours des myocardismes infectieux, a donné de l'assiette aux auteurs, qui tendaient à expliquer ces syndromes non par le cœur mais par les surrénales.

Il s'agirait selon eux, d'une insuffisance surrénale aiguë, reposant peut être sur des lésions hypothétiques de surrénalite (Hutinel et Louis Martin). Cette théorie reçoit certes un puissant état du fait que la médication surrénalienne donne réellement des effets salutaires dans ces syndromes. L'extrait surrénalien et même l'adrénaline seule y rendent souvent de grands services.

L'action de ces médicaments ne prouve pourtant pas à elle seule que le cœur soit indemne de lésions. Loeb et Fleisher dans leurs expériences ont vu des lésions cardiaques inflammatoires (myocardite) rétrocéder grâce à l'épinéphrine.

Un second grand chapitre de la question des myocardismes aigus le plus important peut-être pour le pédiatre, concerne la *maladie de Bouillaud.* En cette matière, ma tâche d'aujourd'hui sera bien allégée par ce que j'ai dit dans la première de ces leçons sur les *cardites rhumatismales,* à propos de l'endocardite. J'ai marqué en effet, il vous en souvient j'espère, combien il était rare que le myocarde restât fonctionnellement indemne dans la maladie de Bouillaud quand cette maladie touchait une des deux autres tuniques histo-anatomiques du cœur. J'ai indiqué aussi quelle difficulté sémiologique il y avait souvent à rapporter avec certitude tel ou tel signe à l'atteinte respective du myocarde, de l'endocarde ou du péricarde : la diminution d'audibilité des bruits peut reconnaître les trois pathogénies, les souffles être endocarditiques ou myocardistiques, la douleur précordiale être myocardistique ou péricarditique. J'ai tracé enfin le tableau général des différentes variétés de cardites rhumatisquant à l'évolution. Je vais donc pouvoir me contenter aujourd'hui de souligner ce qui revient au myocarde dans ces différentes éventualités.

Certaines des cardites type Potain peuvent donner une *cardiomégalie* considérable, par dilatation atonique du cœur : c'est le grand cœur rhumatismal de Duroziez. Le médecin devra alors savoir ne pas s'en laisser imposer par une cardiomégalie péricarditique. Dans la cardiomégalie myocardistique, la glace sur le cœur et les toni-cardiaques sont souvent capables de réduire beaucoup d'un jour à l'autre l'aire de matité et d'opacité radioscopique, ce qui n'est pas possible quand l'augmentation de cette aire est due à un épanchement péricardique.

Dans des cas plus bénins et aussi beaucoup plus fréquents que le grand cœur rhumatismal de Duroziez, la maladie cardiaque ne se manifeste guère que par l'altération du premier bruit, et l'apparition de souffles qui peuvent être précoces et variés de jour en jour. Je pense avoir déjà assez marqué le rôle que jouait le myocardisme local dans la causation de ces souffles.

Dans le *rhumatisme cardiaque évolutif*, le rôle de la défaillance myocardique apparaît, par rapport au rôle des inflammations respectives de l'endocarde et du péricarde, encore plus nettement.

C'est au myocardisme que se rattachent directement ces *sensations de gros cœur* avec douleur quelque peu *angoissante* que nous avons décrites dans la précédente leçon.

C'est à la défaillance du myocarde que doivent être imputés enfin les *signes hépatiques* (hépatomégalie un peu douloureuse au palper, selles de coloration irrégulière à survenance immédiatement post-prandiale) dont nous avons montré l'extrême fréquence. Toute la série des *signes pulmonaires* que l'on voit dans les rhumatismes cardiaques évolutifs plus sévères dépendent de la défaillance du tonus de l'oreillette gauche. Enfin, c'est au degré le plus marqué de la dyspragie myocardique que se rattachent les *œdèmes* qu'on voit dans les formes malignes dites de Trousseau.

Jusqu'ici en matière d'atteinte du myocarde par la maladie de Bouillaud, je n'ai parlé que des troubles de la tonicité. Quant au *rythme*, le seul trouble qui se voie avec une fréquence notable, ce sont les extra-systoles, symptôme banal.

Les cardites aiguës de la maladie de Bouillaud peuvent donner néanmoins aussi d'autres troubles du rythme. Il n'est pas toujours facile de les faire alors rentrer dans les types classiques d'arythmie. Une même accélération relative du rythme sinusal par rapport au rythme septal pourra par exemple se montrer successivement à une cadence rapide puis à une cadence plus lente.

La véritable bradycardie dissociative par atteinte du faisceau de His a été rencontrée dans des cardites rhumatismales aiguës. Mais elle est tout à fait exceptionnelle.

J'ai marqué au début de cette leçon l'impossibilité clinique où nous sommes du moins à l'état actuel des disciplines médicales, de dire si un myocardisme répond ou non à des lésions anatomiques.

De fait, bien souvent à l'autopsie des rhumatisants dont le myocarde avait cependant très nettement défailli cliniquement, on ne trouve absolument aucune lésion.

Mais quand on trouve des lésions elles sont, semble-t-il spécifiques. La *myocardite rhumatismale* a une physionomie anatomo-pathologique que jusqu'ici aucune autre myocardite n'a reproduit. L'élément caractéristique en est le *nodule d'Aschoff*.

Le nodule d'Aschoff est un nodule ellipsoïde dont le grand axe est parallèle aux fibres musculaires du cœur. Quand ce nodule est coupé longitudinalement, il paraît composé de grandes cellules très allongées. Chacune de ces cellules comporte près d'un de ses bords une pile plus ou moins régulière de noyaux : on peut ainsi en voir huit, dix et même douze dans la même cellule.

Quand le nodule est coupé équatorialement, c'est-à-dire perpendiculairement à son axe, il se montre à peu près arrondi et chaque cellule constituante arrondie elle-même montre alors trois à cinq noyaux repartis plus ou moins régulièrement à la périphérie. Il est donc à supposer qu'en réalité chaque grande cellule comporte plusieurs piles radiaires de noyaux.

M. Lardé-Arthès et moi en avons trouvé des ébauches assez nettes dans les valvules mêmes, en des endroits qui ne contiennent pas de fibres musculaires, ce qui concorde mal avec l'élégante théorie de l'origine musculaire dégénérative de ces cellules, avancée par Whitman et systématisée par MM. Letulle, Bezançon et M. P. Weil.

Comment soigner les syndromes myocardistiques de la maladie de Bouillaud ? Vu leurs diversité clinique et évolutive, on comprend que je ne puisse donner ici que des indications très générales. J'ai dit dans ma dernière leçon l'aide que l'on peut attendre selon moi du *traitement salicylé*. Les dilatations aiguës du cœur, les altérations des bruits au cours de la période aiguë semblent se trouver bien de la glace en permanence sur le cœur, traitement banal certes mais utile.

Pour les défaillances cardiaques plus graves, les différents *cardiotoniques* auront chacun leurs indications, conformément aux données cardiologiques et indépendamment de l'étiologie rhumatismale.

Enfin, il faut dire quel médicament précieux est le *camphre* (huile camphrée, camphodausse) dont l'action rapide est capable de parer à bien des situations critiques et d'attendre l'action des autres médicaments.

Nous aurons terminé l'étude des syndromes myocardistiques aigus quand nous aurons parlé de la *myocardie*, dont nous devons la connaissance à l'école de M. Laubry et qui a fait l'objet

de la thèse de Walser. Pour éviter toute confusion il faut réserver le nom de myocardie à une déchéance cardiaque aiguë ou suraiguë *sans lésions anatomiques ni données étiologiques.*

Cette maladie est rare. C'est parce qu'elle peut survenir chez des adolescents (M. Walser apporte dans sa thèse l'observation d'un garçon de quinze ans) que je suis obligé de vous en faire ici mention.

Cliniquement elle se caractérise par des accès de suffocation survenant inopinément chez un sujet jusque-là robuste. L'examen physique montre souvent une grande diminution d'audibilité des bruits cardiaques, assez souvent des souffles valvulaires, myocardistiques, quelquefois de l'embryocardie.

Mais le signe le plus constant est le galop, le sphygmomanomètre décèle une diminution de la tension artérielle tant maxima que minima.

L'évolution de la myocardie est fatalement mortelle. La mort survient soit par syncope brusque, soit par tachysystolie et fibrillations, soit par caillot dans le système artériel pulmonaire.

Que faut-il retenir de cet exposé ?

D'une part la nécessité de surveiller étroitement du cœur dans les typhoïdes, les diphtéries, et les scarlatines graves et les armes que sont pour les médecins les différentes préparations surrénaliennes.

D'autre part, l'importance du retentissement de la maladie de Bouillaud sur le fonctionnement du myocarde, et l'opportunité de penser à une cause myocardistique quand surviennent chez les enfants rhumatisants des symptomes hépatiques ou pulmonaires.

DES RAPPORTS DE LA COURBE OSCILLOMÉTRIQUE ET DE L'AORTE

par le Docteur ROMEUF,

Médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand. Médecin consultant à Royat.

Il nous a été donné, à l'occasion de notre travail de thèse, et de quelques autres publications, dont l'une a été présentée en mai 1930 à l'Académie de Médecine, de nous attacher à l'étude des rapports existant entre l'indice oscillométrique et l'aorte.

Et c'est ainsi que nous avons été amené :

1° à considérer l'indice oscillométrique comme l'expression d'un travail, — nous utilisons là le terme physique qui convient — qui permet la mesure de l'énergie, que libère en s'écrasant contre la manchette de l'appareil de Pachon (premier type) l'onde pulsatile ;

2° que le dit indice est, par conséquent d'autant plus accentué que la force vive de l'onde est brutale, c'est-à-dire que sa vitesse est grande : à savoir, aux fins de précisions, appliquant là, le théorème de mécanique des forces vives : T. = 1 /2 mv² soit ; travail = 1 /2 masse vitesse².

« En présence d'une circulation artérielle physiologiquement normale, le plus grand déplacement de l'aiguille de l'oscillomètre est rigoureusement proportionnel au demi-produit de la masse de sang qu'emmagasine l'aorte au moment de la systole et du carré de la vitesse qu'imprime après le cœur à l'onde pulsatile, l'élasticité de l'aorte ;

3° que l'indice ainsi défini est en corrélation étroite avec l'aorte, véritable mère — et non le cœur, ainsi que la chose a été démontrée depuis les travaux de Billard et Merle (1) — de l'onde pulsatile, et que partant, plus que tout autre méthode, il permet dans sa manière d'être (promptitude et longueur de déplacement) de juger de la qualité des parois aortiques qui lui donnent naissances.

A cet ensemble de remarques, nous avons ajouté une étude détaillée de la courbe oscillométrique des malades artério-scléreux avérés, et avons conclu comme notre maître, G. Billard l'avait déjà fait dès 1919, que les courbes en pain de sucre et en clocher sont caractéristiques d'une *hyperélasticité* aortique (1) et nous avons à l'époque expliqué le fait, en énonçant qu'effectivement il y avait chez de tels malades :

a) accentuation des supramaximales ;

b accentuation des oscillations comprises entre la maxima et la minima ;

c) forte réduction, au contraire, de celles succédant à la minima.

Vraisemblable, mais non probante, cette explication qui reposait exclusivement — comme tout le reste d'ailleurs, si l'on veut aller jusqu'au fond des choses — sur l'augmentation de la vitesse de l'onde pulsatile émanant d'une aorte

(1) Travail paru dans un des numéros du *Journal médical français*, de 1921.

(1) Un regrettable abus de langage fait confondre dans le public les mots élasticité et extensibilité. Car ces deux mots dans leur signification respective sont aux antipodes l'un de l'autre.

Rappelons seulement ici, que l'élasticité d'un corps est la force réactionnelle intrinsèque qui lui permet — quand il la possède — de récupérer sa forme primitive, quand des forces extrinsèques plus fortes et opposées, cessent d'agir. Et c'est ainsi qu'une bille d'ivoire, comme le caoutchouc, est très élastique, sinon également extensible.

élastique, réclamait un contrôle qui soit indiscutable.

Grâce à la complaisance de notre collègue et ami Dodel, médecin des hôpitaux et professeur de physiologie à Clermont-Ferrand, qui a bien voulu nous prêter son concours, nous l'avons depuis réalisé, dans une expérimentation, dont nous avons fourni le détail à l'Académie de médecine, et que nous avons le plaisir de pouvoir résumer de manière succincte dans l'exposé ci-dessous :

« Soit un schéma de circulation constitué « d'une poire énéma figurant le cœur, de deux « troncs aortiques de même longueur (0 m. 17) « et même calibre, mais à coefficient d'élasticité « faible pour l'un d'eux et sensiblement plus fort « pour l'autre, reliés en Y, et de la sorte, conti- « nués par un même tronc artériel.

« Sur le dit schéma, nous plaçons deux explo- « rateurs d'ondes construits sur le principe de « ceux de Marey ; le premier à tour de rôle sur la « partie terminale de chacun des troncs aortiques, « le deuxième en un point fixe, situé sur le sys- « tème artériel à un mètre en aval du premier ; « étant entendu que, tandis que ce dernier écrase « son artère d'un poids constant, le premier sup- « porte un poids directement proportionnel au « coefficient d'élasticité de chacun des troncs aor- « tiques.

« Le tout ainsi établi, si nous actionnons la « poire énéma ou cœur, avec une pompe à eau, « à un rythme régulier, par exemple de 94 pul- « sations à la minute, le liquide en circulation « étant de l'eau, les résultats sont :

Valeurs des pressions prises à l'oscillomètre de Pachon

	Mx	Pe	Mn
Aorte rigide	9.5	5	2.5
» souple	8.5	5	2.5

Tracés :

Vitesse de l'onde pour l'aorte rigide $\frac{20}{\text{sec.}}$

» » » souple $\frac{12,50}{\text{sec.}}$

Tout ce qui précède étant désormais acquis — apparemment tout au moins — nous venons aujourd'hui, non pas présenter de nous-même comme une restriction, mais indiquer à la manière du physicien qui additionne des correctifs nécessaires, compte tenu des facteurs seconds, une loi bien établie, signaler qu'il existe dans le domaine clinique un élément de perturbation aux données qui précèdent et dont l'extrême importance nous est apparue à l'occasion de notre pratique de Royat.

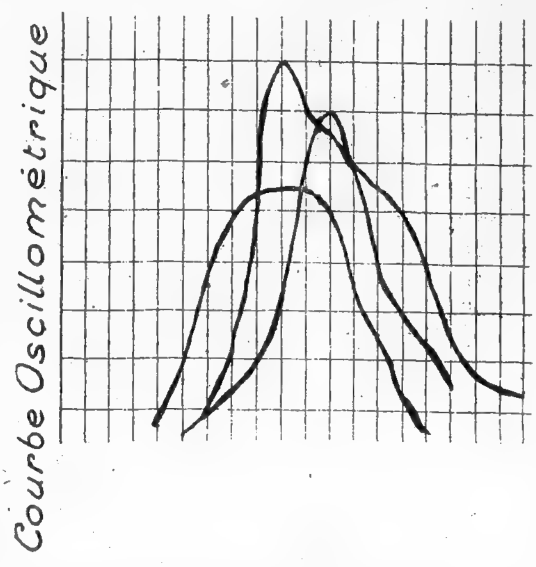
Nous voulons parler du contre coup qu'exerce sur les réactions élastiques de l'aorte, l'hypertension réalisée.

Il y aurait beaucoup à dire à ce sujet, car l'hypertension n'est pas une, et, si nous voulions vider la question, de nombreuses pages, qui seraient d'ailleurs hors du sujet, seraient à écrire.

En en prenant la résultante en bloc, nous pouvons affirmer — et nous expliquerons pourquoi — que l'*hyperpression sanguine* du liquide enfermé dans l'aorte et l'arbre artériel, évidemment égale à l'hypertension artérielle envisagée, puisqu'elle l'équilibre et cause de l'augmentation progressive — jusqu'à limite réalisée — des diamètres de l'aorte, renforce dans ses effets *lors de la formation de l'onde pulsatile, pendant le tout premier temps de la diastole, l'action élastique même de l'aorte.*

En effet, l'habitude assez récente que nous avons prise de fixer à différentes dates de leur cure — *et notamment au début, pendant la crise thermale et en fin de cure* — la courbe oscillométrique de chacun de nos malades, pour voir si elle subissait dans ses dimensions, et non dans sa forme, des modifications appréciables, nous a amené à constater, non sans surprise, que la dite forme, dans de nombreux cas était influencée, et cela au point de la voir parfois arrondir son sommet, tendre vers la normale.

Ci-dessous, en premier exemple un de ces résultats particulièrement heureux, et en deuxième exemple, celui de trois courbes prises chez un autre sujet, au 1er, au 10e et au 20e jours de sa cure et où les résultats — ceux-là moins favorables, la sclérose étant plus avancée — ne sont pas moins probants du fait que nous énonçons.



A quoi attribuer ces modifications ?

Evidemment, à la chute des tensions Mx, Pe, Mn, que nous enregistrons chez nos malades dès les premières dix minutes du premier bain, et cela, est-il besoin de le préciser, sans rire ? non

pas parce que nos bains effacent comme par enchantement les lésions athéromateuses, mais en faisant tomber les spasmes vasculaires toujours surajoutés à l'hypertension constituée, et dont la conséquence est un renforcement de cette hypertension première.

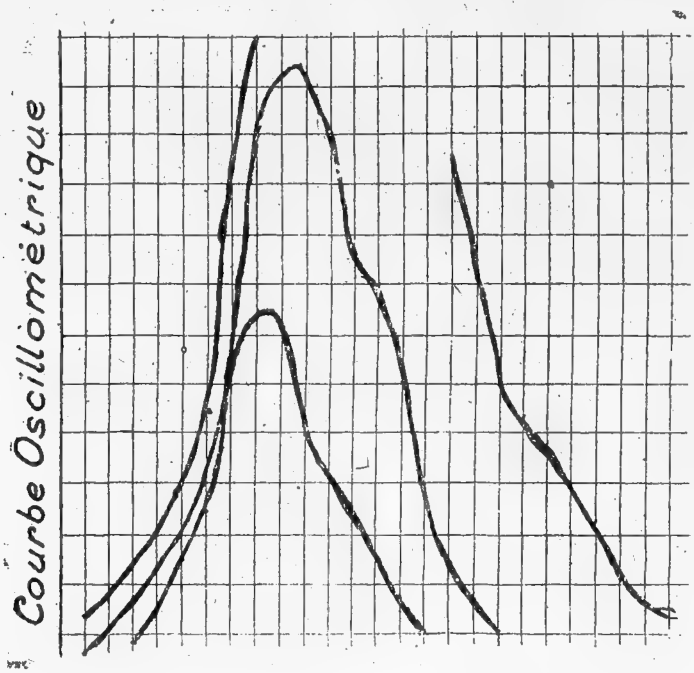
Nous savons bien, que l'existence de tels spasmes dans le domaine artériel est discutée — quant à leur permanence tout au moins — car les bouffées d'hypertension artérielle spasmodiques sont elles, parfaitement admises. Aussi, les négligeant, nous entrevoyons seulement dans notre affirmation, les spasmes capillaires, véritables causes suivant leur localisation de plusieurs des petits signes relevés par Dieulafoy dans le diagnostic du mal de Bright et d'ailleurs, eux, indiscutés.

Leur résolution par nos bains est, au surplus, tout ce qu'il y a de plus probant, à voir de quelle façon rougit, par paralysie des terminaisons capillaires du sympathique sous l'action du gaz CO^2 de nos eaux, la partie immergée de la peau de nos malades, et dont la ligne de démarcation n'est autre que celle même du niveau d'eau.

Dans l'impossibilité où nous sommes de développer là encore, quel que soit son intérêt, le détail même de l'heureuse action de ces eaux sur l'organisme des hypertendus — sujet objet d'un autre travail — nous passons sans plus de retard aux conclusions de ce déjà long article.

***

OUI, l'indice oscillométrique relève de l'aorte et de la qualité de ses parois.



OUI, les modalités de l'indice permettent de juger de l'élasticité d'une aorte.

OUI, une courbe oscillométrique en pain de sucre ou en clocher est révélatrice d'une augmentation de l'élasticité de l'aorte, c'est-à-dire de la dégénérescence scléreuse de ses parois.

Mais, attention, dans l'appréciation, aux spasmes vasculaires périphériques, et périphériques par rapport à l'aorte, sinon à tout l'arbre artériel lui-même c'est-à-dire aux capillaires viscéraux (tels ceux du rein et du poumon) autant qu'à ceux de la région cutanée.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Une rhinite chronique masque souvent une inflammation du sinus ethmoïdal ; le traitement des ethmoïdites.

D'après L. DUFOURMENTEL (1)

Si l'on élimine les affections spécifiques (tuberculeuses, syphilitiques, tumorales, etc.), on peut dire que les catarrhes chroniques, comme les catarrhes passagers des fosses nasales sont, pour la presque totalité, des sinusites ethmoïdales. Or, *le premier temps de leur guérison est de savoir les reconnaître.*

On ne saurait ici faire entrer en ligne de compte les sinusites maxillaires, frontales ou sphénoïdales, parce qu'elles sont des affections parfaitement différenciées.

Les rhinites n'intéressant pas l'ethmoïde sont, ou de simples altérations du cornet inférieur, ou de fortes déformations de la cloison, ou des catarrhes localisés au pharynx nasal, et par conséquent à la partie tout à fait postérieure.

Mais les ethmoïdites se distinguent en aiguës et chroniques. Ni leur pronostic, ni leur traitement ne sont les mêmes, et la cause des ethmoïdites chroniques ne doit pour ainsi dire jamais être cherchée dans les ethmoïdites aiguës ; ces dernières, même graves, guérissent habituellement sans laisser de traces. Les autres, au contraire, apparaissent d'une façon si insidieuse qu'il est pour ainsi dire impossible d'en jamais fixer le début ; elles n'ont aucune tendance à guérir.

***

Les ethmoïdites aiguës

Deux formes : les ethmoïdites à forme de coryza, et les ethmoïdites à forme de sinusite.

A propos de la première de ces formes, il est à remarquer que l'on doit appeler ethmoïdites tous les coryzas, dont les symptômes dépassent l'intensité moyenne : coryza s'accompagnant d'évacuation nettement purulente ou sanglante; coryza s'accompagnant de douleurs vives entre les deux yeux ou derrière les globes oculaires ; coryza avec œdème très accentué des cornets moyens ou supérieurs.

Ces ethmoïdites aiguës présentent le danger d'extension vers les sinus voisins; et par ordre de fréquence, le sinus frontal (irruption possible de l'infection à travers la paroi orbitaire), le sinus maxillaire, le sinus sphénoïdal.

Lorsqu'au cours d'une ethmoïdite aiguë apparaît, soit du gonflement de la paupière supérieure soit de l'exophtalmie, la plus grande vigilance est nécessaire, en particulier chez les jeunes enfants ; dans bien des cas, l'opération se présentera avec un caractère d'urgence, si l'on veut éviter de graves complications oculo-orbitaires, particulièrement les paralysies oculo-motrices et la névrite optique.

Traitement.

Dans cette maladie cyclique, qui a un début précis et une fin prochaine, il faut se contenter de favoriser le mécanisme de la guérison spontanée, *en aidant l'évacuation et la désinfection.*

Pour aider l'évacuation, on entretiendra la liberté du passage entre le sinus et le nez, en soumettant la muqueuse à l'action des vaso-constricteurs (cocaïne-adrénaline).

Pour désinfecter, on fera agir les topiques usuels, en s'efforçant d'obtenir leur introduction dans la cavité sinusale. Les topiques (balsamiques, sels d'argent, etc.) seront instillés en solutions aqueuses ou huileuses, après avoir obtenu l'ouverture de l'orifice ; on les utilisera aussi à à l'état de vapeurs (inhalations).

Ce qu'on devra éviter, en dehors des cas très rares où menace une complication grave, c'est de créer dans ce milieu, momentanément phlegmasique, une plaie même minime (ponction), et surtout large (trépanation), et d'une façon générale toute action irritante ou meurtrissante (lavages, aspirations, etc.).

***

Les ethmoïdites chroniques

Quatre formes :

1º *L'ethmoïdite hypertrophique simple,* qui se révèle par deux symptômes caractéristiques : les céphalées s'étendant depuis l'espace interorbitaire et la partie médiane du front jusqu'au vertex et à la région temporale, et l'hypertrophie œdémateuse des méats moyen et supérieur.

2º *L'ethmoïdite muco-purulente, avec écoulement nasal chronique* est la forme la plus fréquente.

(1) L. DUFOURMENTEL. — Les ethmoïdites. (*La Pratique médicale française*, mars 1931 A.).

Un nombre incalculable de gens sont ainsi gênés par leur nez, éprouvant perpétuellement l'impérieux besoin d'en évacuer le contenu ; chez eux, on ne trouve, en définitive, qu'une exagération des sécrétions, accompagnée de modifications légères de la muqueuse nasale dans sa partie éthmoïdale. Certains malades se plaignent d'un catarrhe matinal ; des réserves de sécrétions se sont accumulées pendant la nuit, et il leur faut au réveil s'en débarrasser par mouchage, par aspiration vers la gorge ou par déglutition. Certains autres éprouvent à heures fixes une sensation de gêne dans une partie assez fixe de la fosse nasale, puis un soulagement subit coïncidant avec l'évacuation d'une masse muco-purulente plus ou moins abondante. D'autres se plaignent surtout de la gêne respiratoire, ce sont ceux chez lesquels la rhinite dépasse les limites de la région éthmoïdale.

3° *L'éthmoïdite suppurée* est un degré plus accentué de la précédente. Les sécrétions sont nettement purulentes ; la muqueuse présente des altérations très nettes : hypertrophie avec aspect granuleux, taches hémorragiques, gonflement œdémateux par places, et, surtout, au niveau des replis méatiques, des amas purulents plus ou moins abondants.

4° *L'ethmoïdite polypeuse*, avec dégénérescence de la muqueuse et formation de masses polypeuses.

L'évolution de ces ethmoïdites chroniques est essentiellement lente, et la majeure partie des malades vivent avec leur infirmité, qu'ils tolèrent.

Traitement.

Il s'agit là d'affections souvent congénitales, ayant à leur base une exiguité des orifices sinuso-nasaux, d'où la rétention chronique des sécrétions. Le remède serait de rétablir la perméabilité des orifices et de curetter la muqueuse, si celle-ci est trop altérée pour pouvoir reprendre ses caractères normaux. A ce prix, on obtiendrait la guérison immédiate et définitive. Mais ce qui est ainsi possible, pour le sinus maxillaire par exemple, est rendu, pour l'ethmoïde, plus difficile, en raison de la multiplicité des orifices et de leur exiguïté. C'est pourquoi la *suppression de cavités par grugeage et curettage du bloc ethmoïdal est le seul moyen efficace* contre les infections anciennes et profondes (opération de Moure).

Dans les cas de lésions moins avancées, la simple réduction du cornet moyen ou une résection partielle des parties basses du labyrinthe ethmoïdal peuvent suffire. C'est dans ces cas pourtant qu'on a les suites les plus décevantes. Quand un malade est guéri à moitié, ou même aux trois quarts, il ne se considère pas comme satisfait. On observe, en effet, dans ces cas qu'un foyer persiste, d'où l'on voit couler en permanence un filet de muco-pus. C'est alors qu'il faut avoir le courage de recourir à l'évidement complet de la gouttière ethmoïdale selon la technique de Moure.

Faute de ce procédé les malades deviennent bientôt les clients réguliers ou intermittents des cliniques de spécialité, où les badigeonnages, les cautérisations, les applications d'agents physiques ou chimiques les plus variés, les extirpations de polypes luttent plus ou moins efficacement contre leurs misères.

G. F.

PÉDIATRIE

Les diarrhées estivales de la première enfance

« Voici l'été, tueur de nourrissons ! » L'été propice aux pullulations microbiennes et aux altérations chimiques du lait, d'où procèdent les troubles gastro-intestinaux, qui vont de la diarrhée banale au choléra infantile, en passant par la gastro-entérite « La mortalité infantile par troubles digestifs est 4 à 5 fois plus forte en été qu'au mois de janvier, », proclame M. le Dr Baize, dans un travail fortement documenté auque j'emprunte les éléments de cet article (1).

Peut-on prévenir ces troubles digestifs si facilement meurtriers chez les nourrissons ? Sans aucun doute : si l'enfant bénéficie de l'allaitement maternel, pas de sevrage en été ; s'il est soumis à l'allaitement mixte, conserver précieusement le sein, et en compléter la production insuffisante avec babeurre, lait condensé, lait sec. S'il est enfin au biberon, n'utiliser que du lait condensé ou sec, comme précédemment, et ne recourir au lait frais que si l'on est sûr de sa provenance, et stérilisé.

Une asepsie des plus rigoureuses s'impose, concernant les objets utilisés pour l'enfant : biberons, tétines, cuillers, assiettes — manipulés avec des mains scrupuleusement propres ; l'eau de coupage aura bouilli longuement. Une chasse aux mouches préservera l'enfant de leur contact, le plus possible.

On protégera enfin l'enfant contre l'action néfaste et débilitante de la chaleur : vêtements légers, chambres aérées et rafraîchies.

Mais le mal est déclaré ; comment le combattre ? Par une diététique spéciale bien définie, un

(1) *Bulletin médical*, 11 juillet 1931.

traitement médicamenteux approprié et des mesures accessoires. La diététique, c'est la diète hydrique, instituée aussi précocement que possible. M. Baize insiste sur l'importance de la quantité d'eau à administrer à la place de lait, — qui doit être égale à la quantité habituelle de lait et d'eau réunis : environ 700 à 800 grammes pour un nourrisson de trois mois ; l'eau sera pure, de préférence, au besoin légèrement sucrée ; elle pourra être remplacée par une infusion légère de thé ou de menthe. La durée de la diète hydrique n'excédera pas 4 jours, au maximum ; les débiles, les hypothrepsiques, les athrepsiques n'y devant être soumis que quelques heures.

La réalimentation sera prudemment et progressivement effectuée, avec du lait de femme ; du lait d'ânesse, si l'on en dispose ; à défaut, avec du babeurre, du lait concentré écrémé et sucré, de la poudre de lait maigre ou demi-maigre. Plus tard, on essaiera de reprendre le lait de vache fraîchement tiré, bouilli, dilué et sucré. Les bouillies maltées rendent également des services, surtout chez les enfants de plus de 5 mois, — qui supportent parfois mal le babeurre.

Le traitement médicamenteux utilise les médications antidiarrhéiques, antiinfectieuses, réhydratantes et nutritives, et stimulantes.

Dans les formes légères de la diarrhée estivale, les purgatifs sont parfois utiles : sulfate de soude, hydrate de magnésie, manne, huile de ricin. Parmi les anti-diarrhéiques, l'auteur recommande l'acide lactique, le tannigène, le bismuth ; l'acide chlorhydrique, la pepsine et la pancréatine, dans les déficiences digestives ; les opiacés, maniés avec une extrême prudence, conviennent aux formes colliquatives.

Les anti-infectieux à employer éventuellement sont le bismuth et le benzonaphtol, la bactériothérapie lactique. Le formiate de thorium serait un anticoli-bacillaire efficace. Les sérums spécifiques (Leclainche et Vallée, antigangréneux, anticolibacillaire) ont été essayés sans résultat. La réhydratation est obtenue à l'aide d'injections sous-cutanées de sérum physiologique, isotonique ou hypotonique, de plasma de Quinton, de solution physiologique de Locke Ringer (25 à 100 cmc., une à trois fois par jour). Le sérum bicarbonaté isotonique, les solutions glucosées ont été proposées également avec quelque raison.

La stimulation sera obtenue à l'aide d'injections d'huile camphrée ou éthéro-camphrée, de caféine...

La balnéation a ses indications : le bain sera chaud (38°) dans les formes hypothermiques ; tiède (35 à 36°) dans les hyperthermiques, et de cinq à dix minutes de durée, suivi de frictions rapides. L'agitation se trouvera bien de quelques petites doses de gardénal (0,01 centigr. trois ou quatre fois).

Dans les agglomérations d'enfants, l'isolement des diarrhéiques s'impose.

Toute cette thérapeutique représente un ensemble de manœuvres qui doivent être utilisées judicieusement, et en rapport avec la gravité du cas. Il va sans dire qu'une diarrhée commune, sans phénomènes généraux, ne réclamera pas un traitement aussi complexe que le choléra infantile. Toutefois, on n'oubliera pas que le pronostic de celui-ci est très sévère, et qu'il vaut mieux se montrer énergique dès le début de toute affection intestinale chez l'enfant, pour n'avoir pas à regretter d'avoir temporisé.

Dans cet exposé très méthodiquement conduit, j'éprouve quelque surprise à ne trouver qu'une allusion très brève à l'emploi d'une eau minérale (Vichy, en l'espèce), déclarée d'ailleurs très inférieure comme action à l'eau pure ou légèrement sucrée.

Il est possible que l'expérience de l'auteur, acquise en service hospitalier, lui permette de conclure ainsi. Mais, nous savons, par contre, que les eaux alcalines naturelles ont, des indications formelles, dans les troubles digestifs de la première enfance.

Et notre expérience, vieille déjà de près de quarante ans, nous a appris que la Reine de Vals peut être considérée, dans une certaine mesure, comme une sorte de spécifique de la diarrhée infantile.

La diète hydrique peut d'ailleurs se concevoir avec l'utilisation de l'eau de Vichy, de Vals, etc. ainsi que le professeur Nobécourt et M. Maillet l'ont proclamé dans leur ouvrage sur la *Thérapeutique du nourrisson en clientèle* (1927).

L'efficacité de la Reine de Vals tient d'abord à sa minéralisation qualitative où domine le bicarbonate de soude, et ensuite, à sa forte teneur en gaz carbonique libre. Elle doit, à la présence de ce gaz, ce pétillement, cette fraîcheur, cette sapidité qui la rendent si agréable aux palais les plus difficiles. Elle lui doit, en outre, des propriétés antiémétisantes, qui ne sont pas à dédaigner dans des affections où l'intolérance gastrique est souvent la règle.

Sa minéralisation quantitative, aux environs de 3 grammes, la rend parfaitement adaptée aux organismes les plus frêles.

Enfin, elle est puissamment diurétique et stimule ainsi les émonctoires si nécessaires à la parfaite épuration de ces organismes, envahis par des toxines agressives.

Ainsi donc, utilisable à titre préventif, pour augmenter la résistance du tube digestif, elle est non moins indiquée quand l'incendie éclate, et elle ne contribuera pas peu puissamment à l'éteindre.

E.-D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Cholécystopathies et cure de Châtel-Guyon.

Si les affections chroniques ou subaiguës de la vésicule biliaire bénéficient souvent des propriétés des eaux de Châtel-Guyon, c'est parce qu'elles sont souvent sous la dépendance d'une affection intestinale, et plus particulièrement du côlon droit et de l'appendice : typhlocolite, stase cæco-ascendante, constipation atonique par atonie cæcale, appendicite chronique. L'infection, localisée d'abord à l'intestin, gagne la vésicule par la voie sanguine ou par la voie lymphatique : elle y provoque de la stase biliaire, suivie elle-même de précipitations salines ou cholestérinémiques.

Quoiqu'il en soit, « le retentissement vésiculaire des affections coliques va de la simple irritabilité douloureuse de la vésicule jusqu'aux formes les plus graves de la cholécystite confirmée », selon le Docteur E. Aine.

Inversement, une vésicule malade provoque un spasme colique de voisinage plus ou moins étendu et modifie l'état intestinal, en provoquant la diarrhée prandiale.

Aussi le traitement châtelguyonnais s'adresse-t-il merveilleusement aux accidents colitiques, primitifs ou secondaires, en même temps qu'il exerce une action régulatrice démontrée par la clinique et l'expérimentation, sur le fonctionnement biliaire. Ainsi se justifie son indication dans les cholécystopathies, sauf contre-indications formelles, quand les manifestations prennent le type aigu et fébrile, ou se traduisent par des calculs en posture d'expulsion.

La cure thermale devra néanmoins être menée très prudemment. Et l'on n'en attendra que ce qu'elle peut donner, sans négliger les autres éléments du traitement médical ou chirurgical (appendicites à opérer, vésicules trop compromises pour qu'on puisse leur accorder autre chose que le geste chirurgical, hygiène générale, hygiène alimentaire, etc.).

Elle sera parfois associée valablement avec une cure à Vichy, à Evian, à Plombières, à Néris, à Vittel, à Capvern ... (*Gazette Médicale de France*, avril 1931.)

La protection des enfants abandonnés hérédo-syphilitiques en Danemark.

Le Dr Jeanne Montlaur expose d'une façon très intéressante de quelle façon, dans ce pays, a été trouvée la solution de ce redoutable problème : le placement à la sortie de l'hôpital des nourrissons entachés de syphilis, et pour la plupart illégitimes.

La mère est souvent dans l'impossibilité matérielle de reprendre le nourrisson ; le confier à une nourrice est interdit par les lois, ou bien fait courir de grands risques aux autres enfants devenus ses voisins.

C'est alors qu'on a créé des asiles spéciaux pour ces enfants du premier âge ; ils sont actuellement au nombre de trois, qui offrent les ressources suffisantes pour la population du Danemark.

Suit la description complète d'un de ces asiles, fort bien compris au point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie et du traitement, même de l'apprentissage. (*La Puériculture*, 10 janvier 1931.)

La rétention fœtale durant la grossesse.

On dénomme ainsi l'ensemble des phénomènes qui suivent la mort du fœtus, alors que ce dernier reste contenu dans l'utérus, au lieu d'en être expulsé. Et le Dr R. Suzor envisage seulement la rétention du fœtus durant les derniers mois de la grossesse et non pas celle, moins intéressante, de l'embryon mort. D'autre part, il n'étudie que la rétention aseptique du fœtus, avant tout début de travail, la distinguant de celle, avec légère infection amniotique, qui a lieu après le commencement du travail, la poche des eaux rompue.

Le diagnostic de cette rétention fœtale est difficile, en raison de l'absence de signes objectifs dès le début de la mort du fœtus. A ce moment, en effet, la grossesse paraît suivre son cours normal. Cependant, certains signes subjectifs mettent sur la voie : la femme ne sent plus remuer ; il peut se produire une légère congestion mammaire ; les troubles sympathiques (vomissements psychisme) disparaissent.

Ces signes sont parfois frustes, ou bien ils passent inaperçus ; c'est alors que l'examen résout le problème. En cas de rétention récente, on est surtout frappé par la mollesse de l'utérus ; parfois, il y a ballottement fœtal ; le fœtus se délimite mal ; quelquefois on perçoit une crépitation particulière, pathognomonique. L'auscultation révèle un signe important : la disparition des bruits du cœur ; mais, étant donné la difficulté qu'il y a parfois à percevoir ces bruits dans certaines présentations anormales, ce signe n'acquiert une valeur certaine que s'il est observé à intervalles plus ou moins éloignés et de

façon persistante. On perçoit souvent aussi, et avec une intensité particulière, le souffle maternel ainsi qu'une transmission anormale des battements aortiques. Le toucher permet de confirmer la mollesse de l'utérus et le peu de tension du segment inférieur.

Peu à peu l'évolution de ces phénomènes aboutit aux symptômes de rétention ancienne, qui sont beaucoup plus nets et mieux caractérisés. On est frappé par la disproportion plus ou moins considérable, qui existe entre le volume réel de l'utérus, et celui qu'il devrait avoir, tenant compte de la date des dernières règles. Des examens successifs sont toujours nécessaires ; la consistance de l'utérus est extrêmement variable. Le toucher fait parfois percevoir, au travers du segment inférieur aminci, la tête du fœtus, dont les os chevauchent.

L'examen des seins fait voir une montée laiteuse ; les varices de grossesse, qui ont pu exister, s'affaissent progressivement.

Pour éviter une erreur diagnostique, croire mort un fœtus vivant ou inversement (consistance de l'utérus, auscultation), il importe de savoir attendre et d'examiner ultérieurement la gestante autant de fois qu'il sera nécessaire. D'autre part, le caractère superficiel de la masse fœtale, sa latéralité, sa fixité relative feront distinguer le fœtus extra-utérin du fœtus intra-utérin. Si les signes ne permettent pas cette distinction au cours de l'évolution, on peut être autorisé à pratiquer une exploration intra-utérine au moyen de l'hystéromètre.

Jusqu'à ces dernières années, on admettait qu'il ne fallait pas intervenir en présence de la rétention du fœtus *in utero*. Aujourd'hui, on a tendance à intervenir au bout d'un certain laps de temps, à la condition que le diagnostic soit certain. D'ailleurs, la pratique montre qu'un certain nombre d'accouchements se produisent dans la quinzaine, qui suit la mort d'un fœtus.

Il ne faudra donc pas intervenir avant ce laps de temps. Il ne faut pas non plus attendre trop longtemps, car le col devient plus résistant, le corps moins contractile ; il semble que la date optima soit entre le premier et le second mois. (*L'Hôpital*, janvier 1931-B.)

Paralysie de Landry.

C'est une paralysie progressive, flasque, débutant par les membres inférieurs, s'étendant rapidement aux membres supérieurs et aux muscles respiratoires, épargnant les sphincters et les fonctions intellectuelles, entraînant souvent la mort en quelques jours ou quelques heures seulement, mais susceptible de guérison et évoluant sans qu'on trouve, à l'autopsie des cas mortels, de lésions macroscopiques, ni microscopiques, dans le cerveau et la moelle.

Le Prof. Achard en rapporte quelques observations détaillées ; il fait, à ce propos, remarquer qu'il est des cas, où l'ordre d'apparition des paralysies n'est pas régulièrement ascendant, où les membres supérieurs sont atteints avant les membres inférieurs. Il y en a même, où la paralysie est nettement descendante, après avoir débuté par le bulbe. Pourtant l'évolution de la maladie est la même, le caractère flasque des paralysies aussi ; l'ensemble de la maladie n'est point non plus différent.

La poliomyélite, et plus souvent l'encéphalite épidémique, encore plus multiforme, peuvent prendre l'aspect de la maladie de Landry.

En somme, il n'y a pas une maladie de Landry ; mais des virus différents, dont la névrophilie est le caractère commun, peuvent atteindre le système nerveux en suivant un mode d'envahissement analogue et en créant des paralysies flasques extenso-progressives, qui arrivent à se généraliser rapidement, entraînant la mort, quand les centres bulbaires sont atteints, mais capables aussi de guérir par rétrocession graduelle, et laissant parfois des atrophies incurables.

Le pronostic est toujours sérieux. La rapidité de l'extension des paralysies restreint notablement les possibilités d'un traitement efficace. C'est un traitement spécifique de l'infection névrophile en cause qu'il faudrait pouvoir appliquer, et l'on ne dispose guère actuellement que du sérum antipoliomyélitique de Pettit ; mais il n'est pas facile, au début surtout, de savoir s'il s'agit bien d'une poliomyélite épidémique. Le traitement électrique est indiqué contre les séquelles. (*Journal des Praticiens*, 10 janvier 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sérums anti poliomyélitiques d'anciens malades et d'origine animale.

(M. Auguste PETTIT. — *Académie de médecine* ; 2-6-1931.)

Revenant sur le rapport de M. Netter, M. Auguste Pettit montre qu'à côté du sérum d'anciens malades, il faut placer, dans le traitement de la poliomyélite aiguë, le sérum antipoliomyélitique animal qu'il pépare depuis plus de dix ans. Le pouvoir immunisant de ce sérum est toujours contrôlé avant son utilisation.

Les conclusions du rapport de M. Netter sont finalement adoptées, modifiées de la façon suivante :

1° L'Académie de médecine estime qu'en prévision d'une réapparition possible de la poliomyélite, il est désirable de pouvoir mettre à la disposition du Corps médical une provision suffisante de sérum d'anciens malades et de sérum d'origine animale.

2° Ces sérums devront être recueillis dans des conditions qui permettront d'assurer leur activité et leur innocuité.

Nouvelles recherches sur la fièvre boutonneuse.

(MM. BLANC et CAMINOPÉTROS. — *Académie de médecine* ; 2-6-1931.)

De nouvelles recherches faites à l'Institut Pasteur d'Athènes sur la fièvre boutonneuse (fièvre exanthématique), les auteurs concluent que cette affection est transmise par inoculation de sang. Le sang est contagieux chez l'homme pendant toute la maladie, et chez le singe pendant la période fébrile. Les globules et le sérum sanguins sont virulents. Le virus passe dans le liquide céphalo-rachidien, même en dehors de toute manifestation méningée.

Les jus de raisin frais et conservés.

(M. E. LESNÉ. — *Académie de médecine* ; 26-5-1931.)

D'après Herpin, le jus de raisin renferme 12 à 30 pour 100 de sucre, 1,30 pour 100 de substances minérales (potasse, magnésie, chaux, soude, manganèse, fer, etc.), des phosphates et tartrates, et certaines vitamines. Toutefois, à ce dernier point de vue, il est sensiblement moins riche en vitamine C antiscorbutique que le jus de citron, orange ou tomate. En matière thérapeutique, la cure uvale constitue un régime hypoazoté et hypochloruré, cholagogue, diurétique et laxatif.

Les jus de raisin conservés (pasteurisés, gélifiés) perdent une partie de ces propriétés. Leur pouvoir diurétique est très atténué et ils ne contiennent ni vitamine C antiscorbutique, ni vitamine B' de croissance.

— M. POUCHET estime également qu'il serait illusoire de compter sur l'emploi du jus de raisin conservé pour exercer une action vitaminique. Les vitamines sont, en effet, contenues presque exclusivement dans la pellicule du grain et le péricarpe des graines. Ce n'est qu'en exerçant une énergique pression sur le grain que l'on peut mettre en liberté des quantités de vitamines d'autant plus fortes que la pression et la dilacération auront été plus intenses.

L'enrobement d'acides gras de certains médicaments.

(MM. BOURCET et RAYMOND-HAMET. — *Académie de médecine* ; 21 4-1931.)

L'administration de certains agents thérapeutiques par voie gastrique offre quelquefois un inconvénient : l'action même du suc gastrique sur ces produits. Lorsque, par exemple, on désire faire prendre un médicament qui doit arriver intact dans l'intestin, des précautions sont à prendre pour éviter l'effet du suc gastrique. On a préconisé l'enrobement à la kératine ou au gluten. Une technique nouvelle, proposée par Hermann, consiste à entourer les particules dans un mélange d'acides gras qui résistent, au suc gastrique, mais sont saponifiés par le suc pancréatique. On évite ainsi l'inconvénient de l'éclatement (qui n'est pas rare), de l'enrobement kératiné ou glutiné.

MM. Bourcet et Hamet ont fait des recherches sur la trypsine, enrobée d'acides gras suivant le procédé d'Hermann. Ils ont vu que l'action du suc gastrique sur la trypsine ainsi préparée diminuait l'activité de cet enzyme de 25 pour 100 seulement, et que le suc pancréatique déterminait une saponification complète des acides gras surajoutés. Ils concluent qu'il y a là une forme pharmaceutique avantageuse dans la prescription de ce principe digestif.

Chirurgie cérébrale.

(M. T. DE MARTEL. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1931.)

M. de Martel fait un historique de ses études et de ses travaux personnels de neuro-chirurgie. Après s'être initié à la neurologie et à la technique de la chirurgie du crâne pendant des années, suivi l'enseignement d'Horsley, à Londres, M. de Martel aborda les opérations pour tumeurs cérébrales. Il imagina son décolle-dure-mère et ses autres instruments de trépanation. En 1912, pour diminuer l'hémorragie veineuse (cause fréquente de mort post-opératoire, en pareil cas), il préconisa l'opération sous anesthésie locale et en position assise, tête haute.

L'auteur signale les particularités de cette chirur-

gie, qu'il a adoptées et qui lui ont permis d'améliorer beaucoup les résultats : les soins post-opératoires, la lenteur de l'opération qui est arrêtée et remise à une date ultérieure si le malade faiblit, le drainage des espaces sous-arachnoïdiens après l'intervention, l'hémostase assurée par des muscles d'oiseau, déposés en lamelles sur les points qui saignent, etc.

Du 1er mars 1930 au 1er mars 1931, M. de Martel a pratiqué 130 interventions cérébrales avec une mortalité globale de 26 pour 100, résultats tout à fait comparables à ceux obtenus par les meilleurs neurochirurgiens des Etats-Unis. Il rend hommage à ce propos, aux travaux de Cushing, Elsberg, Adson, qui lui ont appris à pratiquer les interventions qu'ils ont si minutieusement réglées en neuro-chirurgie.

A propos de l'exploration de l'utérus et des trompes par les injections sous pression.

(M. Petit de la Villéon. — *Société de médecine de Paris* ; 27-6-1931.)

L'auteur présente une étude critique de la méthode et revient sur les objections, qu'il avait faites il y a 5 ans.

Sans vouloir méconnaître d'une façon trop absolue les services qu'elle peut rendre dans des cas exceptionnels, Petit de la Villéon reproche à cette méthode :

1° Son absence d'utilité dans la pratique ;

2° Le danger d'interruption de grossesse dans beaucoup de cas ;

3° Le danger certain et prouvé par des faits de l'inoculation du péritoine par l'injection ascendante sous pression de la filière utéro-tubaire. Chez les malades, ce milieu est septique, et l'inoculation des trompes et du péritoine expose à des complications graves. P. L.

Sur le type morphologique des asthmatiques.

(MM. A. Jacquelin et D. Œconomou. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 20-3-1931.)

Une longue étude, fort documentée, montre l'intérêt, qui s'attache à l'étude du terrain constitutionnel des asthmatiques, envisagé au point de vue morphologique.

La dystrophie ostéo-conjonctivo-élastique, qui représente essentiellement la caractéristique de ce type, éclaire les liens pathogéniques de l'asthme avec l'emphysème, avec certaines déformations des fosses nasales, augmentant ou diminuant leur perméabilité, avec les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire, et surtout avec l'hérédo-syphilis.

Ainsi, dans la majorité des cas, l'asthme est une manifestation de l'hérédité neuro-arthritique et, dans des cas plus rares, mais indubitables, de l'hérédité syphilitique.

L'asthme constitue donc un exemple particulier des étroites analogies, qui rapprochent, à l'intensité près, le rôle pathogène de l'arthritisme et de l'hérédo-syphilis.

Guérison par le forage de la prostate des fistules hypo-gastriques définitives.

(M. Georges Luys. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-3-1931.)

Douze observations de ce genre ont déjà été publiées. Cette treizième observation présente un intérêt particulier, en raison de l'état général déficient du malade, qui, âgé de 62 ans, était atteint d'un emphysème pulmonaire extrêmement prononcé ; il était porteur d'une fistule hypogastrique permanente depuis dix-neuf mois. Ce malade était résolu au suicide, en raison de son infirmité et de l'impossibilité, où il se trouvait de subir le deuxième temps de la prostatectomie, qui devait le libérer.

Deux séances de forage permirent le rétablissement de la miction normale. La fistule hypogastrique fut ensuite fermée sous anesthésie locale et le malade put sortir de la maison de santé, en urinant normalement avec un jet fort et puissant du début à la fin de la miction, la vessie se vidant parfaitement sans aucun résidu.

Cette observation particulièrement concluante montre bien l'efficacité du forage de la prostate.

Rétention intestinale par péricolite. Toxi-infection à symptômes psycho-névropathiques prédominants.

(M. Thévenard. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-3-1931.)

Dans cette observation, les symptômes neuro-névropathiques prirent une importance capitale au point de masquer complètement les symptômes entéritiques. L'auteur, à la suite du Prof. H. Vincent, insiste sur la fréquence de cette pathogénie d'accidents nerveux, qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit, afin d'éviter des erreurs de thérapeutique. C'est ainsi que le malade en question faillit être interné, puis guérit complètement après une colyse, suivie d'un traitement médico-physiothérapique approprié.

La prostatite chronique latente.

M. Ch. David. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-3-1931.)

Fréquentes sont les infections chroniques de la prostate qui passent totalement inaperçues ; elles sont dues, soit au gonocoque, le plus souvent seul ou associé, soit au staphylocoque, au streptocoque, au colibacille ou à l'entérocoque, ces derniers étant venus par voie descendante à l'occasion d'un syndrome entéro-urinaire.

Cette infection prostatique ne traduit habituellement son existence que par un minimum de symptômes, légère pesanteur périnéale, légère gêne ou légère douleur au moment de la défécation, sensation de chatouillement dans le canal, assez souvent de la pollakiurie. Il existe souvent, mais non toujours, une

petite goutte matinale et fréquemment minime, par le méat, de liquide blanchâtre lors de la défécation. Les urines contiennent en général de longs filaments. Le toucher rectal montre une prostate de volume à peu près normal, mais dont le massage fait sourdre plus ou moins de liquide séro-purulent. La culture des sécrétions permet le diagnostic étiologique de ces prostatites, qui doivent être traitées par le massage, les grands lavages au nitrate d'argent, et les injections d'auto-vaccin.

Action dans les néoplasies des extraits de tumeurs par voie buccale ou applications locales en doses faibles et fractionnées.

(MM. Cuvier et Carrère. — Rapport du Dr Dartigues. — *Soc. de méd. de Paris* ; 10-4-1931.)

De l'ensemble des faits exposés et d'une année d'observations, les auteurs pensent qu'il n'est pas téméraire de porter aujourd'hui, à l'actif des extraits de tumeurs, administrés dans les conditions qu'ils indiquent, avant la période terminale de la maladie, la constatation dans l'organisme de réactions cliniquement appréciables par les signes suivants: sédation fréquente des douleurs ; action généralement favorable sur les saignements et sur la cicatrisation des plaies ; relèvement de l'état général assez fréquent, retard possible dans l'évolution fatale, avec parfois régression des masses tumorales et ganglionnaires. L'épreuve du temps reste nécessaire pour connaître la durée maxima de ces derniers résultats.

A titre palliatif, les extraits de tumeurs apportent au patient, d'une façon relativement fréquente, des effets d'autant plus appréciables, qu'il paraît difficile de les obtenir plus simplement par une autre méthode de traitement.

Ils semblent pouvoir être souvent l'adjuvant de choix de l'intervention chirurgicale, lorsqu'un diagnostic précoce permet une ablation large et totale des masses tumorales, avant la période de généralisation. Peut-être peuvent-ils prévenir aussi la dégénérescence des tumeurs bénignes ? G. F.

Les Congrès

VIIe Congrès national de la Tuberculose

(*Suite et fin*) (1)

Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire.

Discussion du rapport de MM. Leuret et Caussimon

Gaussel. — Cette question du diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses est très importante au point de vue médico-légal, en particulier en ce qui concerne les expertises. Le diagnostic d'activité « actuelle » n'engage pas l'avenir, et on risque de décider dangereusement des réintégrations d'anciens malades dans les administrations. Il est bon de faire remarquer que le temps, dont dispose le surexpert, est extrêmement court pour se faire une opinion valable. Il serait nécessaire que le surexpert puisse observer son malade six mois environ avant de prendre une décision.

P. Courmont insiste sur l'importance des réactions de laboratoire dans le diagnostic d'activité lésionnelle. Il est indispensable d'utiliser plusieurs réactions sérologiques et de les coordonner. Il ne faut pas négliger d'utiliser les renseignements parfois précieux, que peut donner l'intensité de la cuti-réaction. Il convient également d'accorder une place plus importante à la séro-agglutination, qui suit très sensiblement les variations de l'activité. Il en est de même de la déviation du complément et de la réaction de Vernes. Il ne faut pas utiliser ces réactions isolément, car ainsi elles ne peuvent donner que des renseignements unilatéraux. Il est indispensable de les grouper et de confronter leurs résultats.

Prof. Léon Bernard. — Cet auteur propose une classification des formes de la tuberculose pulmonaire suivant le degré d'activité. Une forme évolutive est celle dans laquelle les dégâts anatomiques se développent en progressant. L'activité de la lésion n'implique pas nécessairement la progression des dégâts anatomiques. L'orateur rappelle ce qu'il a décrit sous le nom d'état-séquelle et sur sa latence. Il décrit les périodes d'activité et caractérise la maladie par l'alternance des périodes d'activité et d'inactivité. Il ne pense pas que les signes physiques et les signes radiologiques puissent passer au premier plan dans l'établissement du diagnostic d'activité. Il n'en est pas de même des signes fonctionnels, qui sont d'une importance capitale. Il est également utile de pratiquer la mesure du CO^2 alvéolaire.

Médecin-colonel Jullien. — Dans cette question la réaction de Vernes est très importante. L'orateur pose la question des indices très bas, qui peuvent correspondre à des lésions stagnantes. Les lésions extensives correspondent à ces indices élevés.

Prof. Sergent. — L'activité est l'état d'une lésion qui demeure virulente. L'orateur insiste sur la distinction entre l'activité et l'évolutivité. C'est le temps qui vérifie le diagnostic d'activité.

Marcel Léger met en évidence, à l'aide de graphiques, l'intérêt des courbes photométriques de Vernes.

(1) V. *Concours Médical*, nos 29 et 31.

JACQUEROD insiste sur la persistance de la virulence bacillaire dans les foyers pulmonaires cliniquement guéris.

Küss se fait le défenseur des réactions à la tuberculine.

MANTOUX insiste sur la douleur locale comme signe d'activité lésionnelle.

RIST. — Le diagnostic positif et différentiel de la maladie doit précéder celui de l'activité lésionnelle. L'orateur met en évidence les difficultés pratiques de ce diagnostic. Il insiste, comme les rapporteurs, sur l'intérêt pratique considérable des radiographies en série. On ne peut porter d'opinion certaine qu'après un examen très prolongé du malade.

BURNAND rappelle ses travaux sur les états bacillaires chroniques.

OLLIVIER rappelle ses très intéressantes recherches sur les variations du CO^2 alvéolaire chez les tuberculeux pulmonaires.

Prof. CORDIER. — L'étude de l'activité potentielle ou de l'évolutivité semble plus intéressante que celle de l'activité actuelle.

Prennent également la parole les docteurs MOUISSET et ARMAND-DELILLE.

Conférence du docteur Burnand sur l'état actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le Dr Burnand fait appel à ses souvenirs personnels pour faire une mise au point des procédés, dont nous disposons actuellement pour lutter contre la tuberculose pulmonaire. Il s'élève vivement contre les charlatans et les soi-disant guérisseurs, qui font souvent perdre à leurs malades un temps précieux. Il précise l'exacte portée des traitements médicaux et chirurgicaux, et fixe la limite de leurs possibilités.

Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital et au dispensaire ?

Dr Küss, rapporteur.

Nous pouvons affirmer qu'on peut créer et entretenir des pneumothorax au dispensaire sans risques opératoires, sans dangers autres que ceux, qui sont inhérents aux états pathologiques pleuraux et pulmonaires. Pour les cas faciles, il y a tout intérêt à faire les insufflations au dispensaire. Pour les cas compliqués, il y a, au contraire, une indication formelle à créer des centres de réinsufflation bien organisés, réservés à cette tâche sociale et en rapport avec de bons hôpitaux-sanatoriums suburbains.

H. SECOUSSE et F. PIÉCHAUD, rapporteurs.

La pénurie d'hôpitaux sanatoriums est un obstacle certain au développement normal de la collapsothérapie. Il convient donc de réclamer l'application intégrale de la loi Honnorat. Il faut surtout insister sur la création d'hôpitaux-sanatoriums. A titre transitoire et provisoire, on pourra envisager la création et l'entretien du pneumothorax dans les dispensaires. Le « pneumothorax ambulatoire » doit être pratiqué avec la plus grande réserve. Il semble nécessaire de créer dans chaque département des centres de réinsufflation, le dispensaire devant demeurer strictement dans son rôle de dépistage. Tout malade en cours de traitement devra nécessairement être porteur d'un carnet indiquant la marche du traitement et les incidents qui ont pu survenir.

DISCUSSION

Prennent part à la discussion : GAUSSEL, COURMONT, OLMER, AMEUILLE, ARMAND-DELILLE, ANDRÉ MARTIN, GIRAUD, LEURET, ENCONTRE, qui tous sont d'accord pour demander le perfectionnement des organismes départementaux, la protection du malade contre les charlatans.

Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée métropolitaine.

Médecin lieutenant-colonel PILOD, et médecin commandant LE BOURDELLÈS, rapporteurs.

Ce travail extrêmement documenté met en lumière les difficultés techniques et administratives auxquelles se heurte la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Les rapporteurs concluent en demandant une collaboration beaucoup plus étroite entre les organismes civils de prophylaxie et les organismes militaires.

DISCUSSION

Le prof. RIEUX, du Val-de-Grâce, rapporte les résultats d'une expérience portant sur l'examen clinique et radiologique de 400 soldats à l'occasion d'une visite d'incorporation. Le médecin général BOUFFARD rend compte de l'état actuel du dépistage de la tuberculose dans les troupes noires. Le médecin principal JEAUNIAUD parle de la prophylaxie de la tuberculose dans la marine de l'Etat. Il souhaite que cette importante question soit reprise à un prochain Congrès avec toute l'ampleur qu'elle mérite, et soit liée à celle de la prophylaxie de la tuberculose dans la marine marchande.

Le Dr RIST insiste sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement du service de santé et des dispensaires. M. MOUISSET fait sur ces deux points d'intéressantes suggestions.

M. SOTTY souhaite que les réservistes tuberculeux, en charge dans les dispensaires, soient signalés systématiquement à l'autorité militaire pour éviter leur appel en cas de guerre. Le médecin colonel JULLIEN et le Dr ENCONTRE exposent plusieurs points particuliers du plus haut intérêt.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Georges LAURENS, laryngologiste de l'hôpital Saint-Joseph, avec la collaboration de Maurice AUBRY, laryngologiste des hôpitaux, et André LEMARIEY, assistant de laryngologie. — **Précis d'oto-rhino-laryngologie**. Ouvrage de la *Collection des Précis médicaux*. Un vol. de 1.224 pages, 428 figures, 8 planches hors texte. Broché : 100 fr. Cartonné toile : 120 fr.

Georges Laurens a écrit autrefois un ouvrage magistral qui a rendu les plus grands services aux spécialistes. Je veux parler de sa *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, dont une 3e édition est actuellement en préparation. Ce beau et fort volume contient la description technique des opérations, petites et grandes, du ressort de l'oto-rhino-laryngologiste, description clairement exposée, par un praticien qui connaît à fond sa spécialité et qui en possède toutes les finesses opératoires.

Le nouvel ouvrage de Georges Laurens est d'un tout autre ordre. Ce n'est plus un traité d'oto-rhino-laryngologie opératoire, c'est un *précis* écrit pour l'étudiant, le jeune médecin, le candidat spécialiste si je puis m'exprimer ainsi, ce qui ne veut pas dire que le spécialiste n'y trouvera pas l'énoncé d'idées originales marquées au coin d'une longue pratique. Le *Précis d'oto-rhino-laryngologie*, que l'auteur nous présente avec la collaboration de MM. Aubry et Lemariey, est une mise au point des techniques d'examen et de la pathologie de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx et des cavités de prolongement de ces organes (sinus, œsophage, trachée et bronches), que la spécialité rhino-laryngologique s'est annexée par la force des choses.

C'est un ouvrage didactique et pratique, écrit par un clinicien expérimenté, qui est aussi un Maître. Y sont successivement étudiées les affections des oreilles, du nez, des sinus, du pharynx, du larynx, de la trachée, de l'œsophage, avec quelques notes de thérapeutique thermale et climatique. La présentation est concise, mais complète, et toutes les maladies de ces différents organes sont passées en revue, particulièrement dans leur symptomatologie, leur diagnostic et leur traitement. De nombreuses figures, pour un bon nombre originales, donnent au texte une grande clarté et viennent fixer dans la mémoire du lecteur un aspect physiologique ou pathologique de l'organe examiné, et les techniques opératoires courantes.

L'étudiant, le médecin, le jeune spécialiste trouveront dans le *Précis d'oto-rhino-laryngologie* du Dr Georges Laurens un guide complet, écrit par un enseigneur particulièrement qualifié, qui leur apprendra les notions essentielles de la pratique oto-rhino-laryngologique.

P. LACROIX,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

M. PERRIN (de Nancy) et G. RICHARD (de Royat). — **L'hypertension artérielle**. (2e édition, un vol. in-16 de 112 pages avec 16 figures, 1930. Prix : 10 fr.).

Ce petit volume, faisant partie de la collection des « Actualités médicales » initie les étudiants et les praticiens à la connaissance exacte du trouble le plus fréquent de la pression artérielle, de son mécanisme, de sa signification, des méthodes qui permettent de la mesurer dans la pratique courante. Les auteurs exposent ensuite les symptômes et les formes cliniques de l'hypertension permanente ou transitoire, l'étiologie et la pathogénie, le diagnostic du symptôme, de la forme clinique, de la cause et des complications. De ces notions découlent le pronostic et le traitement, celui-ci étant envisagé sous les deux aspects : les médications à opposer à l'hypertension et les applications cliniques les plus fréquentes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LA MUTUALITÉ, SES ÉTATS GÉNÉRAUX, ET SES REVENDICATIONS AGRESSIVES

I

Accords médico-mutualistes à Béziers et dans le Gard

Les Etats généraux de la Mutualité française se sont tenus il y a six semaines. Le 28 juin, ils ont voté l'ordre du jour suivant :

La Mutualité française, réunie en ses états généraux,

Confirme son adhésion à un régime d'assurances sociales, basé sur le principe de l'obligation sanctionné par le précompte ;

Mais émue par les difficultés d'application de la loi actuelle et inquiète de l'avenir de ses institutions.

S'élève contre l'attitude d'un grand nombre de services et organismes officiels qui retiennent illégalement une partie notable des effectifs mutualistes ;

Proteste contre les retards apportés dans le créditement des cotisations dues aux caisses, risquant de compronettre l'équilibre financier de la loi ;

Condamne toutes les dispositions qui tendent à substituer la formule de l'étatisme à celle de la mutualité ;

Soucieuse, d'autre part, d'apporter au fonctionnement de la loi le maximum d'économie et de simplicité, notamment en ce qui concerne l'organisation administrative, pharmaceutique, médicale et hospitalière ;

Demande :

Que les sociétés et unions de secours mutuels soient admises à gérer les risques de répartition conformément aux dispositions de la loi du 1er avril 1898, dans le seul cadre de leur constitution organique et sous les seules réserves du contrôle de l'Etat, d'une participation à la réassurance nationale et de la garantie des prestations prévues par la loi ;

Que l'assurance facultative soit exclusivement réalisée dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 ;

Que les demandes de changement de caisses formulées par les assurés inscrits aux caisses départementales prennent effet à l'expiration de la durée de leur feuillet trimestriel en cours ;

Que des simplifications profondes soient apportées au fonctionnement administratif de la loi, particulièrement dans le recouvrement et la ventilation des cotisations ;

Fermement décidée à faire aboutir ses résolutions en intervenant, au besoin énergiquement, devant le suffrage universel, tout en conservant une neutralité asbsolue dans les conceptions politiques ;

Attend du gouvernement toutes mesures d'exécutions utiles.

Réclame instamment des groupes mutualistes de la Chambre et du Sénat le vote d'urgence des propositions d'initiative gouvernementale ou parlementaire conformes à ces résolutions ;

Et si satisfaction n'est pas donnée à ses revendications, charge le comité exécutif de la Fédération nationale de convoquer d'urgence une nouvelle réunion des Etats généraux, en vue d'examiner s'il ne conviendrait pas de retirer toute collaboration à l'administration des caisses départementales et de laisser aux seuls organismes officiels la responsabilité du fonctionnement de la législation des assurances sociales.

Vous en remarquerez, d'une façon générale, le ton agressif. C'est une déclaration conditionnelle de guerre au législateur qui ne consentira pas à modifier la loi sur les Assurances sociales, dans le sens exigé par la Mutualité. Procédé singulier.

Ce qui nous intéresse, dans cet ordre du jour, c'est la demande que *les Sociétés et Unions de S. M. soient admises à gérer les risques de répartition conformément aux dispositions de la loi du* 1er *avril* 1898, *dans le seul cadre de leur constitution organique, et sous les seules réserves ..... de la garantie des prestations prévues par la loi.* »

Or, les prestations concernent notamment les soins médico-pharmaceutiques au sujet desquels l'article 4 de la loi du 30 avril 1930 a accordé aux assurés sociaux le droit de choisir librement leurs praticiens (médecin, pharmacien, dentiste..) sous réserve des conditions prévues dans les conventions Syndicat-Caisse organisant un contrôle

technique que les dits praticiens doivent avoir accepté à l'avance par une adhésion à ces conventions.

La loi du 1er avril 1898, assurant l'autonomie des Sociétés de Secours Mutuels, les laissent libres d'organiser comme elles l'entendent, à l'intention de leurs membres, les mêmes soins médico-sociaux. Et nous savons que le libre choix n'y est pas en faveur.

Il y a donc opposition absolue entre le régime actuel de l'assurance-maladie, et celui que pratiquent la plupart des S. M. S. Si leur vœu était exaucé, leur exigence satisfaite, elles pourraient, partout où elles fonctionnent comme Caisses primaires d'Assurances sociales, faire bon marché de l'article 4 précité, et du libre choix contrôlé qu'il institue.

Mais comme tout cela s'arrangerait aisément si la Mutualité y mettait un peu plus du sien ! Là où elle y a consenti, des accords ont été passés entre groupements médico-professionnels et sociétés mutuelles, qui respectent parfaitement notre charte. J'ai déjà cité Bordeaux et les Pyrénées-Orientales, comme régions privilégiées où de tels accords ont été réalisés.

Je publie aujourd'hui l'article du Dr P. Guibal, sur une organisation analogue à Béziers, et celui du Dr Foulquier, dans le Gard.

G. DUCHESNE.

II

La convention médico-mutualiste de Béziers-Saint-Pons

Il serait puéril et maladroit pour le médecin de fermer les yeux à l'évidence et de se refuser à constater le fait que la médecine cesse de plus en plus d'être individuelle, pour devenir collective et sociale. La législation des accidents du travail, celle de l'assistance médicale gratuite, celle enfin des assurances sociales marquent les étapes les plus importantes de cette évolution.

L'extension de la mutualité est un phénomène du même ordre et procède du même esprit. Elle répond au besoin des classes moyennes et laborieuses de s'unir, de s'entr'aider, en un mot de s'assurer contre le risque maladie, comme on s'assure contre la grêle ou l'incendie.

Le Corps médical ferait un geste vain, maladroit et souverainement injuste s'il cherchait à combattre, à enrayer cette tendance ; ses sentiments bien connus d'humanité lui font un devoir impérieux, au contraire, de la favoriser, à condition, bien entendu, qu'il n'ait pas à en souffrir.

Il est, certes, des régions où les dirigeants de la mutualité, surtout préoccupés d'obtenir les soins médicaux à bas prix, plus préoccupés du bon marché que de la valeur technique de ces soins, se sont posés d'emblée en adversaires des médecins, ont semé chez ces derniers la division, la sous-enchère, oubliant que le médecin mal payé, comme dans toute profession, en donne habituellement « pour l'argent ».

Ailleurs, au contraire, ces dirigeants ont considéré le médecin comme un collaborateur indispensable, digne d'égards, ayant droit à une équitable rémunération de son travail ; ils ont non pas marchandé, mais discuté avec lui, lui reconnaissant, en retour de soins consciencieux, le droit au respect de ses intérêts, tant matériels que moraux.

Cette collaboration du Corps médical et de la mutualité existe à Béziers depuis plus de vingt-cinq ans et, je puis l'affirmer, à la satisfaction entière des deux parties. Elle est réglée par une sorte de charte, par une *convention médico-mutualiste* qui envisage tous les côtes de la pratique médicale : médecine générale, chirurgie, spécialités de tout ordre.

Si quelques difficultés de détail ont pu s'élever, touchant quelques faits particuliers, elles ont été facilement aplaniés grâce à l'esprit d'entente et de conciliation dont ont toujours fait preuve les dirigeants des deux côtés.

Lorsque la loi des assurances sociales fut mise en chantier et dès sa promulgation, des pourparlers furent engagés entre le syndicat local des médecins d'une part, et l'Union des sociétés de secours mutuels d'autre part. Il s'agissait d'étendre encore davantage le domaine de la mutualité, et surtout, de faire entrer les assurés sociaux dans les cadres de la mutualité pour leur assurer les bénéfices de cette dernière. Les dirigeants du Corps médical ont estimé que celui-ci avait tout à gagner, rien à perdre, à cette orientation nouvelle.

Ces tractations ont eu un double résultat : d'abord la création de la *Caisse unique* de la mutualité de Béziers ; en second lieu, l'établissement d'une nouvelle *convention médico-mutualiste*, calquée sur l'ancienne convention, dont un long usage avait illustré les bienfaits, mais très améliorée, principalement au point de vue tarifs.

Qu'est-ce que la *Caisse unique* de Béziers ?

Ne voulant pas entrer dans des développements excessifs sur le fonctionnement de cette institution que je crois jusqu'à ce jour unique en son genre, je m'en tiendrai aux points essentiels, les seuls qui puissent intéresser des médecins.

La Caisse unique, création exclusivement mutualiste, est un organisme purement financier et centralisateur, qui laisse leur autonomie pleine et entière aux sociétés de secours mutuels qui lui adhèrent, ainsi qu'aux caisses primaires d'assu-

rances sociales. A l'heure actuelle, plus de cent sociétés de secours mutuels se sont groupées sous son égide, dont un grand nombre étaient auparavant affiliées à la Clinique chirurgicale mutualiste de Montpellier.

La Caisse unique groupe quatre ordres d'adhérents : 1° des mutualistes purs, c'est-à-dire ceux qui n'ont aucun titre pour être assurés sociaux ;

2° des assurés sociaux agricoles, lesquels sont obligés par la loi, on le sait, de s'affilier à une société de secours mutuels ;

3° des assurés sociaux du commerce et de l'industrie ;

4° des assurés facultatifs.

Pour s'affilier à la Caisse unique et profiter des avantages qu'elle leur offre, ces trois ordres d'assurés sociaux doivent acquitter une cotisation supplémentaire, assez légère d'ailleurs, qui s'ajoute aux versements prescrits par la loi.

Voici donc, en quelques mots, comment la Caisse unique alimente son budget et rentre dans ses débours : pour les mutualistes purs, elle prend la totalité des cotisations qui sont assez élevées ; pour les assurés sociaux, elle perçoit d'une part, les cotisations supplémentaires de ces derniers et, d'autre part, se fait rembourser par les Caisses primaires la part contributive que la loi met à leur charge.

Grâce à quoi elle assume la totalité des frais : elle prend à son compte la part de 15 à 20 p. 100 que la loi laisse au compte des assurés sociaux dans le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques ; elle règle ces derniers intégralement sans plafond, ni limitation ; elle assume les diverses prestations légales, telles que demi-salaire, allocations de maternité, allaitement, décès, etc.

En adhérant à la Caisse unique, les assurés sociaux deviennent donc des mutualistes, des prévoyants, puisqu'ils s'assurent contre la part du risque-maladie que la loi leur laisse.

L'effectif de la Caisse unique est déjà imposant et il s'accroît tous les jours. A l'heure actuelle, elle groupe 14.000 cotisants comprenant par tiers à peu près égaux des mutualistes purs, des assurés agricoles, et des assurés du commerce-industrie ou facultatifs. Et comme la mutualité est du type familial, le chiffre des ayants droit s'élève à 50.000 environ.

Convention médico-mutualiste de Béziers

Les clauses de cet accord ont été débattues entre les représentants de la Caisse unique et le bureau du syndicat médical des arrondissements de Béziers-Saint-Pons dûment mandaté : ses stipulations envisagent tous les actes de la pratique médicale sans exception. Je vais les exposer en ce qui concerne : d'abord la médecine générale, puis les diverses spécialités.

A. Médecine générale.

Les mutualistes ont le droit absolu de choisir leur médecin parmi tous ceux qui ont adhéré à la convention, qu'ils soient ou non syndiqués (ceux-ci sont d'ailleurs en nombre infime, 8 % environ). A ma connaissance, à l'heure actuelle, aucun médecin n'a refusé son adhésion.

Les médecins ont toute liberté de prescription, en exceptant cependant les vins toniques, parfums, etc., pour prévenir des abus que l'on devine. Ils peuvent notamment prescrire toutes les spécialités vraiment utiles et actives, dont une très longue liste a été dressée par les représentants du Corps médical et des pharmaciens.

Le secret professionnel est respecté.

A chaque visite, le mutualiste remet au médecin une feuille de maladie à trois volets : sur le premier volet, le médecin porte les indications utiles, telles que la durée probable de la maladie, mais sans indication de celle-ci ; sur le second, qui ira au pharmacien, il inscrit les ordonnances médicales ; le troisième est un *bon de paiement* qu'il détache, qu'il conserve et grâce auquel il sera payé ultérieurement.

Le médecin n'est pas payé en espèces par le malade, mais il reçoit le bon de paiement qui porte écrit : bon pour la somme de quinze francs.

S'il y a lieu à supplément : pour visite de nuit pour visite du dimanche, pour indemnité kilométrique, pour acte de petite chirurgie, le médecin l'écrit en toutes lettres sur le bon de paiement.

Honoraires de médecine générale. — Consultation au cabinet ou visite à domicile : 15 fr.

Visite de nuit de 20 heures à 7 heures : 40 fr.

Visite demandée le dimanche : 30 fr.

Honoraires du consultant dans la localité qu'habite le malade : 30 fr.

Indemnité de déplacement : 1 fr. 50 le kilomètre parcouru : cette indemnité n'est due que pour un seul malade.

Petite chirurgie. Les interventions de petite chirurgie sont celles qui figurent à la nomenclature de l'arrêté ministériel du 4 septembre 1930.

Le chiffre-clé est de 12 fr. à multiplier par le coefficient. Exemple : une ponction lombaire, coefficient 4, est tarifée 48 francs. Le prix de la visite ne doit pas être ajouté.

Le médecin ne révèle pas la nature de l'acte de petite chirurgie accompli.

Mode de paiement. Le médecin adresse les bons de paiement à la Caisse unique qui lui en règle le montant, dans la quinzaine, soit en espèces, soit par chèque, soit par virement postal, à son choix.

Avantages pour le médecin. — Il est payé intégra-

lement pour tous les actes médicaux qu'il a accomplis.

C'est là une considération qui séduit mes confrères. Ils peuvent d'ailleurs faire tous les jours une comparaison fort instructive, quant à leurs encaissements, suivant qu'il s'agit d'un assuré social affilié ou non affilié à la Caisse unique.

Dans le premier cas, aucune difficulté, paiement intégral, quelle que soit la situation pécuniaire de l'assuré et la longueur de sa maladie.

Dans le deuxième cas les difficultés s'accumulent : veut-on des exemples, non pas inventés, mais tirés de la pratique journalière de mes confrères ?

1er exemple : l'assuré paye les deux premières visites, mais ensuite il n'a plus d'argent ; il faut bien que le médecin signe dans la première colonne d'émargement, sinon l'assuré ne toucherait rien de la Caisse. Or, cette caisse tarde plusieurs mois à payer l'assuré ; elle donne à celui-ci 9 fr. 60 par visite ; il est dans l'impossibilité d'ajouter sa quote-part, soit 5 fr. 40 ; s'il est honnête, il porte au médecin ce qu'il a touché ; s'il est malhonnête, il garde tout pour lui : ça se voit assez souvent.

2e exemple : une fièvre typhoïde grave exige deux visites par jour pendant 20 jours ; le médecin doit signer qu'il les a faites ; la Caisse ne rembourse qu'une visite par jour, en vertu de l'amendement Thoumyre ; c'est ainsi qu'un médecin, qui a donné une note de 750 francs, voit venir trois mois plus tard son client qui avait reçu de la Caisse 288 francs en tout pour le médecin et le pharmacien réunis. Allez donc exiger que cet assuré paye de sa poche, alors que la maladie a dévoré ses maigres économies.

Il voudrait bien, mais il ne peut pas.

Avec la caisse unique, le médecin aurait été payé entièrement, sans délai, et le pharmacien également.

Inconvénients. — Ce système instaure le tiers-payant ; mais nous nous en accommodons fort bien avec les mutilés, avec les accidentés du travail. Il y a, chez beaucoup de médecins, une mystique de l'entente directe et une phobie du tiers-payant. On dit que le tiers-payant est malhonnête, générateur d'abus. Mais ceux-ci peuvent être combattus par un contrôle bien organisé. Et s'il y a quelquefois un malhonnête dans l'affaire, ce n'est pas le tiers-payant, mais le tiers-payé.

Mes confrères estiment, en général, et je leur donne raison, qu'il vaut mieux être payé par un tiers, que payé par personne : ceci étant la conséquence habituelle de l'entente directe.

B. Spécialités.

Les seuls médecins spécialistes reconnus par la convention sont ceux qui figurent dans le groupement des médecins spécialistes affiliés à la Confédération des syndicats médicaux français, chirurgiens, gynécologues, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, oculistes, urologues, dermato-syphiligraphes, radiologues, biologistes. Les stomatologistes et les médecins des stations balnéaires et climatiques sont notamment exclus de la convention.

Honoraires des médecins spécialistes. — Consultation. Honoraires de la consultation au cabinet ou à domicile telle qu'elle est définie dans le tarif des accidents du travail : 20 fr.

Consultation avec un confrère ; pour le spécialiste : 40 fr.

Interventions. — Les mutualistes ont le droit d'être opérés, soit à domicile, soit en clinique, soit à l'hôpital, à leur choix. (En réalité, ils ne vont jamais à l'hôpital).

Pour toute intervention entraînant l'application d'un coefficient supérieur à 3, sauf urgence immédiate, ils devront, au préalable, remettre au spécialiste un bulletin émanant de l'administration chargée du service chirurgical.

Ce bulletin garantit le paiement des honoraires et des frais de clinique par la Caisse mutualiste conformément aux tarifs indiqués plus loin.

Tout bulletin qui, sauf le cas d'urgence, sera remis après l'intervention, sera sans valeur et l'opérateur aura le droit d'exiger ses honoraires habituels. Donc, pas de surprise.

Le secret professionnel est respecté, car toute demande de bulletin ne doit porter que l'indication de la catégorie à laquelle appartient l'acte opératoire projeté, sans indication de maladie.

Exemple : si le malade doit subir une appendicectomie, le médecin écrira : je certifie que M. X... doit subir une intervention de la cat. 12.

Tarifs.— *Prix de la journée en clinique* : 45 fr.

Dans ce prix sont comprises toutes les fournitures opératoires, les frais de pansements, les soins et les médicaments.

Anesthésie locale : 15 fr.

Anesthésie régionale : 30 fr.

Anesthésie rachidienne ou générale : 50 fr.

Honoraires opératoires applicables à tous les spécialistes, sauf aux accoucheurs, aux radiologistes, aux biologistes. Pour établir ces honoraires, on a pris pour base la nomenclature et la classification qui figurent dans les tarifs syndicaux minima de la Confédération des syndicats médicaux français.

Le chiffre-clé (K pour l'acte isolé et pour l'acte global — tous soins post-opératoires compris) est de 10 fr.

Exemples : appendicectomie, cat. 12, prix global à coefficient 60 : résultat $10 \times 60 = 600$ fr.

Hystérectomie pour cancer du col : cat. 15, coefficient 100 : résultat $10 \times 100 = 1.000$ francs.

Mode de paiement. — Le chirurgien inscrit sur le bulletin spécial la catégorie de l'acte opératoire (sans indiquer ni la maladie, ni la nature de l'opération), les honoraires qui lui sont dus et le montant des frais de cli-nique ; il adresse le bulletin au service chirurgical de la caisse unique lequel le paye directement.

Avantages. — Ce système fonctionne à Béziers depuis 25 ans, à la satisfaction de tous et sans avoir jamais donné lieu à aucune contestation importante.

Les tarifs ont été modifiés à mesure que la valeur du franc se dépréciait.

Cette organisation s'appliquait autrefois uniquement aux mutualistes purs ; aujourd'hui un assez grand effectif d'assurés sociaux en bénéficie et les efforts des dirigeants de la Caisse unique tendent à l'augmenter. Le Corps médical ne peut qu'applaudir à ces efforts : il doit, de plus, les encourager et les faciliter, car c'est son intérêt le plus strict.

En effet, comment peut agir un assuré social obligé de subir une opération chirurgicale ? Je choisis ce cas spécial, car, étant chirurgien, j'en puis parler avec expérience.

Trois voies s'ouvrent à lui : il va à l'hôpital, ou à la clinique mutualiste de Montpellier ou dans une clinique de son choix, mais à ses frais.

Etablissons d'abord un fait certain : c'est que, dans notre région, les assurés sociaux sont à peu près tous de pauvres diables, gagnant juste le salaire vital, n'ayant pas d'économies, incapables de rien ajouter de leur poche aux sommes que leur remboursera la caisse primaire. Les assurés de la cinquième catégorie sont l'infime exception.

L'assuré va-t-il à l'hôpital, qui l'héberge et le soigne pour 27 fr. 50 par jour (23 fr. 50 pour la pension, 4 fr. pour les soins chirurgicaux), il doit passer par les mains du chef de service. Il n'a donc pas le libre choix.

Mais les chirurgiens, autres que le chef de service, sont lésés, puisque leur client leur échappe.

Donc, *pas de libre choix pour le malade, maigres honoraires pour le chef de service, éviction du chirurgien non-officiel* : voilà à quoi aboutit la canalisation spontanée ou forcée de l'assuré social vers l'hôpital.

L'assuré social va-t-il à la Clinique mutualiste de Montpellier, le résultat est identique. Les médecins connaissent cette fameuse clinique qui a drainé pendant 25 ans tous les mutualistes du département de l'Hérault. Elle a pour assises l'hostilité franche et avérée de certains dirigeants de la mutualité contre le Corps médical. Elle est prospère et s'agrandit tous les jours. Elle sert d'exemple, car Nîmes, Marseille, Toulouse s'apprêtent à l'imiter. Elle veut étendre encore son rayon d'action, puisqu'elle a proposé aux caisses primaires d'accepter les assurés sociaux pour 20 fr. par jour, tous frais compris, même les honoraires médicaux.

Elle n'admet pas le libre choix, car elle ne connaît qu'un chirurgien. Et ce dernier est un professeur de Clinique chirurgicale, mis à l'index par les syndicats médicaux du département de l'Hérault. Cette sorte d'ostracisme ne paraît d'ailleurs pas l'émouvoir ; mais reconnaissons que ce maître donne à ses élèves, par son exemple, une piètre leçon de déontologie.

Enfin, l'assuré va-t-il trouver le chirurgien de son choix et entre-t-il dans une clinique ? Quel sera le résultat pécuniaire pour ce dernier ? Je vais le dire en donnant trois exemples personnels.

1er *Cas.* Je pratique à ma clinique une duodéno-jéjunostomie, parce que le cas m'intéresse, sur la femme d'un assuré social ; 14 jours de clinique ; je signe la feuille jaune ; le couple quitte la ville et disparaît : touché zéro.

2e *Cas.* J'opère de hernie étranglée la femme d'un de mes ouvriers agricoles ; 12 jours de clinique ; il touche et me remet l'envoi de la caisse primaire : encaisse 253 fr.

3e *Cas.* Je pratique une gastrectomie pour ulcère à la femme d'un assuré ; 14 jours de clinique; le mari me remet honnêtement ce qu'il touche : encaisse 506 fr.

J'ai encaissé au total : 0 + 253 + 506 = 759 francs.

Avec la caisse unique, j'aurais reçu, pour la première opération : clinique 630, anesthésie 50, duodéno-jéjunostomie 800, soit 1.480 ; pour la deuxième : clinique 540, anesthésie régionale 30, opération 400, soit 970 ; pour la troisième : clinique 630, anesthésie 50, gastrectomie 1.000, soit 1.680 ; au total j'aurais perçu 4.130 francs au lieu de 759 francs. Ces chiffres se passent de commentaires

Notre convention médico-mutualiste a donc ces résultats heureux : qu'elle laisse au mutualiste, assuré social ou non, le libre choix absolu du spécialiste qui a sa confiance, de la clinique qui a sa préférence, égalisant le plus désargenté au bourgeois le plus cossu ; qu'elle met tous les spécialistes sur le même pied d'égalité, donnant à tous mêmes droits, mêmes avantages, sans se soucier de savoir s'ils sont officiels ou non officiels, enfin qu'elle honore convenablement l'opérateur à des prix, non pas sensationnels, mais bien suffisants, si l'on tient compte de la position sociale de l'opéré.

— Mais, m'objectera-t-on, parmi les mutualistes, il en est d'aisés et même de riches, qui se sont introduits frauduleusement dans la mutualité, à qui vous consentez des prix réduits et qui devraient payer le prix fort, qui vous bernent par conséquent et abusent de votre condescendance.

Le cas est prévu dans notre convention et elle stipule cette clause de sauvegarde que le Corps médical se réserve la faculté de demander

au mutualiste, s'il est d'une situation notoirement aisée, un supplément d'honoraires à la condition expresse de le prévenir d'avance du chiffre exact de ce supplément.

Pour éviter les contestations sur ce sujet délicat, il est stipulé qu'en cas de désaccord sur la situation du mutualiste, une commission médico-mutualiste est consultée, dont l'avis est définitif.

Inconvénients. — Le seul inconvénient est encore ici d'instaurer le tiers-payant. Nous nous en accommodons depuis 25 ans et je ne veux pas répéter à ce sujet ce que j'ai dit plus haut.

C. Obstétrique.

Voici les tarifs.

Accouchement simple y compris 5 visites : 300 francs.

Accouchement gémellaire, y compris 5 visites : 400 francs.

Accouchement compliqué et toutes interventions d'obstétrique, application de la nomenclature des spécialités, mais avec variation du chiffre-clé (K).

A domicile : chiffre-clé : 12 francs.

En clinique : chiffre-clé : 10 francs.

D. Radiologie.

Un tarif a été établi par accord entre la Caisse unique et le groupement local des radiologistes. Il serait trop long de le donner en entier et je me contenterai de dire que, suivant la nomenclature officielle adoptée pour les accidents du travail, il majore le tarif de celle-ci de 30 à 60 pour cent.

Le traitement par rayons X et par radium est autorisé et tarifé comme suit :

Radiothérapie semi-profonde de 500 R. par séance : 60 fr.

Radiothérapie profonde, par séance : 100 fr.

Applications externes de radium, prix global : 800 fr.

Applications internes de radium, prix global : 1.000 fr.

E. Biologie.

Un tarif a été établi d'accord avec les biologistes, qui va de 50 à 200 francs suivant la nature de l'acte accompli.

Contrôle. — Le contrôle du mutualiste est exercé par les soins de la mutualité et par un personnel de son choix. Le contrôle du médecin est exercé par les organismes syndicalistes médicaux.

Le contrôle des soins médicaux, quand il s'agit d'assurés sociaux obligatoires ou facultatifs, sera exercé par les soins de la Commission de contrôle technique organisée par la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault siégeant à Montpellier et ce, conformément aux stipulations du contrat syndicat-caisse.

Le contrôle des actes médicaux, quand il s'agit de mutualistes purs, sera exercé par les soins de la Commission médicale nommée en Assemblée générale par le syndicat des arrondissements de Béziers-Saint-Pons.

Le médecin traitant devra toujours être convoqué à l'expertise et entendu.

En cas de désaccord, le cas litigieux est porté devant une commission médico-mutualiste dont les membres sont nommés, partie par le Syndicat médical, partie par l'Union des Sociétés de Secours Mutuels.

Conclusion

J'ai pris personnellement la part la plus large à l'élaboration de la convention qui lie le Corps médical de Béziers-Saint-Pons à la mutualité, et cela, parce que j'étais convaincu qu'elle était pour lui très avantageuse.

Je dois confesser que j'ai dû réfuter pas mal d'objections et même vaincre quelques résistances, car quelques confrères trouvaient nos concessions trop larges.

Cet état d'esprit procédait d'une erreur fondamentale touchant les possibilités financières des multualistes et des assurés sociaux, considérés, à tort selon moi, comme capables de payer le tarif normal.

Cela peut être vrai pour certains mutualistes, mais alors, la clause de sauvegarde entre en jeu et l'injustice que subirait le médecin est réparée. Cela n'est à peu près jamais exact pour l'assuré social dans notre région, je l'ai déjà dit.

Et puis, il convient de faire une moyenne, car si notre convention permet quelques rares abus, par contre, elle conserve et très souvent elle restitue au médecin une clientèle qui lui échapperait, qui se presserait aux consultations gratuites des dispensaires, qui se ferait inscrire à l'assistance médicale gratuite, qui serait canalisée vers l'hôpital, vers les établissements mutualistes ou de caisses.

Je suis heureux de rendre cette justice aux dirigeants de la mutualité qu'ils ont pris pour règle deux principes qu'on ne saurait trop approuver.

Le premier est que le mutualiste et l'assuré social, une fois leur cotisation payée, doivent être considérés et se considérer comme des clients ordinaires, c'est-à-dire, qu'ils ont droit à tous les soins médicaux, donnés avec toutes les garanties techniques et avec toutes les ressources de l'art médical. Si leur état l'exige, le médecin peut faire exécuter les analyses biologiques, les examens radiographiques, solliciter l'intervention de n'importe quel spécialiste, prescrire les spécialités les plus coûteuses. Quant au malade, il s'adresse à qui bon lui semble ; en cas d'intervention, il n'a pas à subir la promiscuité de l'hôpital

et il choisit la clinique préférée où il reçoit même attention que les sujets les plus fortunés.

Le second principe est de n'agir qu'en accord parfait avec le médecin, de traiter avec lui d'égal à égal, de le tenir pour un collaborateur précieux et respecté, de l'honorer convenablement.

Les médecins ont répondu à l'appel et donné leur concours le plus complet. Ils ont fait preuve de modération dans l'établissement de leurs tarifs. Ils ont accepté un contrôle, qui s'exerce uniquement par leurs pairs et qui se révèle large et confiant.

En écartant le danger, qui se précise ailleurs, du recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation des assurés sociaux, à l'institution de médecins de caisses, à la création d'hôpitaux et de cliniques de mutualités et de caisses, ils ont préservé leurs intérêts, tant matériels que moraux.

Je souhaite et j'espère que cette entente du Corps médical et de la Mutualité se maintiendra et s'élargira même pour le plus grand bien des deux parties.

Mon étonnement ne serait pas grand si je venais à apprendre que la convention dont j'ai indiqué les lignes principales a pu faire envie à quelques médecins, en dehors de notre région, et qu'ils seraient heureux d'en signer une semblable avec leurs mutualistes et leurs assurés sociaux.

Dr P. GUIBAL,
Président du Syndicat des médecins
des Arrondissements de Béziers-Saint-Pons

III

Office chirurgical mutualiste

Par Ch. FOULQUIER,
Secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux du Gard.

Depuis la guerre, et plus particulièrement, depuis la loi d'avril 1930, nous devons prendre part à la lutte, « struggle for life » si vous voulez ; dans tous les cas, c'est plutôt une lutte qu'une conversation que nous devons poursuivre avec la société.

Le temps du chapeau haut-de-forme et de la redingote est passé ; seule l'âme du praticien consciencieux et honnête de cette époque doit survivre, tout en évoluant.

Nous ne pouvons plus, nous ne devons plus même nous contenter de vivre comme autrefois en considérant strictement le client, pour lequel nous étions un ami, un conseiller, sans nous soucier des questions sociales et financières. Nous devons rester le conseiller, mais un conseiller technique : il est certain que, dans beaucoup d'endroits, les frictions, qui existent entre le Corps médical et les dirigeants plus ou moins philanthropes, ne se seraient pas produites si les praticiens, sortant enfin de leur tour d'ivoire, avaient contribué plus largement à la mise en marche du mécanisme social.

Prenant quelques exemples parmi nos départements méditerranéens, nous allons essayer, dans l'humble mesure de nos moyens, de montrer au Corps médical ce que l'on peut faire avec la Mutualité dans le risque chirurgie.

Il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, les frais qu'entraîne une intervention chirurgicale courante, appendicectomie, kélotomie ou autre, honoraires médicaux d'une part, séjour à la clinique d'autre part, obèrent grandement le budget d'une famille de condition, même moyenne. C'est une somme de deux à trois mille francs qu'il faut prévoir et dans le chapitre « Imprévus » d'un tel budget, qu'on ne saurait comparer à celui de l'Etat, pareil chiffre y figure très rarement ; alors ? C'est la misère qui apparaît, à moins que le praticien passe par profits et pertes la somme qui lui est cependant due.

Ce problème méritait donc une solution. Les gens prévoyants, nous voulons dire les Mutualistes, se sont efforcés de le résoudre en créant des cliniques à eux. Sans doute, ils ont résolu la question quant à leur point de vue, mais au détriment du Corps médical bien souvent, d'où *conflit.*

Qu'a-t-on fait dans nos départements ? Dans l'Hérault, Montpellier a sa clinique mutualiste. Le libre-choix y fut d'abord établi, mais l'expérience ne pouvait durer bien longtemps. Il est quasiment impossible, pour un chirurgien digne de ce nom, qui a une clinique où il opère, qui a un service hospitalier qui lui absorbe plusieurs heures chaque matin, d'assurer un service dans un autre centre chirurgical en toute quiétude.

Croyez-vous qu'un tel centre chirurgical, ouvrant sa porte à tous les chirurgiens, pourra posséder les diverses instrumentations que chacun utilise ? Son arsenal chirurgical sera forcément insuffisant. Croyez-vous que tous les chirurgiens se contenteront des catguts d'une même marque et emploieront les mêmes objets de pansements ? Croyez-vous enfin que la salle d'opération sera libre au moment où tel chirurgien voudra ou pourra opérer ?

Non ! cet ensemble de conditions ne saurait être rempli, et c'est pour cela qu'un an après sa création, la clinique mutualiste de Montpellier avait son chirurgien attitré. Au nom de notre Charte médicale, si ce n'est à celui de la simple déontologie, un tel chirurgien aurait dû être introuvable ! On l'a trouvé de suite en la personne d'un professeur de la traditionnelle Faculté de Montpellier. Par contre-coup, les médecins syndiqués de cette ville méconnaissaient

les mutualistes comme clientèle de médecine générale à tarif réduit, d'où *conflit*.

Dans les Pyrénées-Orientales, le Corps médical de Perpignan a résolu le problème plus cordialement avec l'Union mutualiste roussillonnaise. La collaboration médico-mutualiste est entière, mais à l'avantage très net des Caisses mutualistes. Notre excellent confrère, le Docteur Lloppet, qui préside aux destinées syndicales du Corps médical perpignanais, s'est efforcé de rester en contact avec les mutualistes en accordant des tarifs, nettement inférieurs aux tarifs nationaux les plus bas de la médecine sociale. Nos confrères de là-bas s'en contentent, c'est entendu, mais ils risquent fort de nous porter préjudice dans nos tractations.

Enfin, dans les Bouches-du-Rhône, Marseille a vu ces derniers temps s'épanouir, à Bonneveine, sa clinique mutualiste. Nous laisserons au Cartel marseillais le soin de critiquer cette œuvre.

Et nous parlerons maintenant, fort des exemples précédents, de la solution que nous avons envisagée dans le Gard, avec l'appui d'une discipline syndicale effective.

Depuis 1929, il était question de créer une clinique mutualiste pour le département. Nous conversâmes longuement avec les mutualistes, mais nos pourparlers furent suspendus jusqu'à la parution du tarif national des médecins spécialisés, sur les conseils d'un grand lutteur qui a droit à la reconnaissance de tout le Corps médical français ; nous avons nommé le docteur Renon.

Cet arrêt n'eut pas l'assentiment de certains dirigeants mutualistes, qui, à l'instar de ceux de Limoges, décidèrent de créer une clinique avec leur chirurgien et un dispensaire polyvalent à consultations quasi-gratuites.

Dès la parution du tarif national, nous leur fîmes tout de même connaître nos conditions. Elles étaient semblables à celles que nous accordions aux assurés sociaux : libre choix du praticien et tarification des honoraires avec la valeur *du coefficient K fixée à* 15.

Nos propositions n'étaient-elles pas suffisantes ? La création qu'ils envisageaient était-elle plus avantageuse pour certains ? Nous partagerions plutôt cette idée dernière. Dans tous les cas, un referendum établi auprès de tout le Corps médical du Gard nous autorisait, à la majorité absolue largement dépassée, de poursuivre la lutte.

Nous avons donc établi une Convention chirurgico-mutualiste, que nous avons adressée à tous les présidents de Sociétés de Secours mutuels, et, déjà ; le résultat paraît devoir couronner nos efforts.

Nous avons demandé l'appui de la Confédération des Syndicats médicaux français (Cf. *Médecin de France*, 1er mars 1931, page IV), et celui de la Préfecture. Notre projet est parti au Ministère pour combattre celui de la Mutualité, qui réclame une large subvention (et pour cause). Si la discipline syndicale et la confraternité ne sont pas des mots vains, nous devons aboutir.

Pour être complet, et nous nous excuserons d'abuser de votre patience par la longueur de cet article, nous allons vous donner les grandes lignes de notre Convention.

Convention chirurgico-mutualiste.

« Entre la Fédération des Syndicats médicaux du Gard, d'une part,

« Et l'Union Départementale des Sociétés de Secours Mutuels, dite..... d'autre part,

« Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

« Article premier. — Les mutualistes ont le droit absolu de choisir le médecin spécialiste, qui leur est nécessaire, parmi ceux qui ont adhéré à la présente Convention, et dont la liste sera à la disposition au siège de leur groupement.

« Ils seront admis au tarif fixé d'autre part, dans les diverses cliniques de ces praticiens et dans les villes du département où ils exercent.

« Art. 2. — Tout bénéficiaire de la présente Convention doit présenter sa carte d'immatriculation au médecin auquel il fera appel.

« Art. 3. — Le mutualiste présentera en même temps une feuille de soins, sur laquelle le spécialiste marquera le numéro de la catégorie comprenant l'intervention qui aura été faite, et une feuille d'ordonnance pour frais pharmaceutiques.

« Art. 4. — Le tarif applicable aux interventions est celui en vigueur actuellement et établi par le Groupement des médecins spécialisés de la Confédération des Syndicats médicaux français où la valeur de K a été fixée à 15.

« Les assistances opératoires (un aide et un anesthésiste) seront honorés en sus suivant la catégorie 3.

« Art. 5. — La journée de clinique est fixée à :

« 20 francs en chambre commune (4 lits en moyenne) ;

« 25 francs en chambre particulière.

« Il y a lieu de prévoir une indemnité pour deux gardes de nuit par intervention.

« Art. 6. — Les produits pharmaceutiques nécessaires pourront être fournis soit par le mutualiste, soit par la clinique, au choix.

« Art. 7. — Comme mode de paiement, il est convenu, pour cette année, que le remboursement se fera directement par la Caisse signataire au spécialiste, à la clinique et à la pharmacie, sur le vu de la feuille de soins et de la feuille d'ordonnances, dans le mois qui suivra l'intervention.

« Art. 8. — Une Commission composée de trois délégués de la Fédération des Syndicats médicaux du Gard et de trois délégués de l'Union Mutualiste, aura à connaître de tous les différents, et devra surveiller la gestion de la caisse.

« En fin d'année, le boni sera ristourné en trois parts : l'une au fond de réserve mutualiste, l'autre aux chirurgiens et spécialistes au prorata des interventions, et la dernière aux cliniques. »

Voilà ce que nous garantissons avec des cotisa-

tions identiques à celles réclamées par les mutualistes pour leur propre clinique ; nos statistiques nous permettent d'escompter une situation financière brillante et satisfaisant pleinement tous les intéressés, assurés sociaux compris puisque libre choix.

Sans doute cette Convention a ses défauts, ne seraient-ce que ceux de tarifer nos actes médicaux et de permettre à des gens fortunés de bénéficier des conditions que nous croyons simplement devoir mettre à la disposition de gens modestes. D'accord, mais croyez-vous qu'il ne vaut pas mieux opérer des mutualistes chez soi plutôt que de perdre des clients qu iront soit à l'hôpital, où ils seront opérés gratuitement, soit dans une clinique fermée où l'intervention reviendrait, d'après les statistiques, à la somme abusive de deux cents francs ? Et puis, y a-t-il tellement de gens fortunés parmi les mutualistes ?

Voilà ce que deux années de discipline, de modération, de bons sens et de continuité dans l'effort, nous ont permis d'établir.

Nous laissons au Corps médical et aux événements le soin de conclure.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Durillon forcé et phlegmon de la main

Un de nos confrères nous demande une consultation juridique, à propos de la lettre suivante, qu'une compagnie d'assurances écrit à son agent :

« Nous recevons ce jour une lettre de notre direction, qui nous informe ne pouvoir prendre le sinistre X en charge, le blessé étant atteint de machure de la main par une fourche, cette machure ayant occasionné une plaie, suivie d'abcès sous-durillonnaire. Cette machure est considérée comme une affection purement professionnelle t n'est pas du ressort des accidents du travail. »

Et notre confrère de protester contre cette réponse, car l'abcès en question était bien l'abcès sous durillonnaire, dont parle Tillaux dans son anatomie topographique (6e édit., p. 567)

Il s'étonne donc de la subtilité de démarcation faite entre l'accident et la maladie professionnelle d'autant que, dans le cas présent, le durillon est bien le résultat d'un travail, provoquant des traumatismes successifs et légers.

Cette question de l'ampoule forcée, du durilllon enflammé, le problème du lumbago, etc., constitueront des causes de conflits fréquents entre compagnies d'assurances contre les accidents du travail et les caisses d'assurances sociales.

Malade, ou blessé, l'ouvrier se fera soigner et devra toucher son demi-salaire. Mais qui paiera les frais ? L'assurance contre les accidents du travail soutient que la loi de 1898 n'est pas applicable, alors que la caisse d'assurances sociales prétend le contraire.

La jurisprudence fait une distinction entre l'accident proprement dit et la lésion insidieuse, progressive, qui constitue la maladie professionnelle.

Est accident du travail, aux termes de la jurisprudence constante de la cour de Cassation, toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion ; il n'est pas nécessaire que, l'accident lui-même soit fortuit et imprévu.

Tandis que la lésion, qui évolue lentement, sous l'influence du travail, à l'occasion de légers traumatismes habituels et journaliers, ne peut constituer qu'une maladie professionnelle.

Somme toute, il faut pouvoir donner une date et une origine déterminées à la lésion, pour la faire entrer dans le cadre de la protection de la loi du 9 avril 1898.

Sans faire état de toutes les décisions judiciaires intervenues en l'espèce, nous pouvons dire, avec la cour de Cassation, requêtes, 8 novembre 1910, (Rec. Acc. Trav. Min. Trav. XIV-211) : « Considérant que l'ampoule, dont C. a été atteint, n'a pas été provoquée par un traumatisme, qu'elle s'est produite au cours normal de la profession de l'ouvrier... »

Mais cependant, nombreuses sont les décisions de justice, considérant que le durillon, ou l'ampoule forcée peut constituer un accident du travail. Les plus récentes sont : tribunal civil de Clermont de l'Oise, 19 novembre 1924 (*Concours Médical*, 1925. 1751) ; — tribunal civil de la Seine, 7e chambre, premier avril 1925 (*Concours Médical*, 1925. 1789).

Un jugement de paix canton sud d'Alger, du 27 juin 1929 (*L'assurance pratique* ; 1930. 52), décide qu'est un accident du travail le phlegmon de la main, consécutif à une ampoule forcée, produite à la racine d'un doigt, en pratiquant un trou de mine, le frottement produit par la barre à mine, où le manche d'un marteau a provoqué la blessure, dont le phlegmon a été la conséquence, qu'ainsi il s'agit d'un durillon forcé, c'est-à-dire du traumatisme par pénétration dans la bourse séreuse de microbes assez infectieux pour avoir déterminé le phlegmon (Sachet, 7e édit., 32 *ter*, 457 *bis*), donc d'un accident du travail.

Egalement un jugement du tribunal de Saint-Brieuc du 9 août 1929 (Rec. Acc. trav., juin-juillet 1930) considère comme accident du travail un durillon, qui s'est infecté à la suite du frottement d'un manche de pelle, sur la paume de la main.

Un autre point est à considérer : un ouvrier se

fait quelques excoriations de la main, qui s'infectent et provoquent un phlegmon, ou un abcès sous un durillon. Est-ce un accident du travail ?

Si la victime peut faire la preuve qu'elle s'est légèrement blessée en travaillant, mais que devant la lésion minime, elle a continué à travailler, jusqu'au moment où l'infection secondaire l'a obligée à interrompre le travail, il y a accident du travail.

Au contraire, des plaies aux mains, considérées par l'expert comme les conséquences d'une affection lente et progressive, déterminées par l'exercice normal de la profession, offrent le caractère d'une maladie professionnelle, c'est-à-dire d'une affection, qui ne peut donner lieu à l'application de la loi de 1898 (tribunal civil de l'Hérault, 10 novembre 1928).

De même, lorsqu'un ouvrier présente des excoriations aux mains, qui n'ont pas été provoquées par le travail (par exemple, en hiver, des engelures crevassées) il ne peut bénéficier des dispositions de la loi de 1898, en cas de phlegmon ultérieur, car il n'est pas possible de déterminer la cause exacte de cette lésion inflammatoire, ni décider si le phlegmon a pour origine un accident ou une maladie professionnelle (Justice de paix de Saint Bénin d'Azy, 5 août) 1929. (*Les dossiers du Mutualiste agricole*).

Dans le cas qui nous est soumis, si la machure de la main a été provoquée par la fourche et qu'il soit possible d'indiquer la date du traumatisme, toute complication septique de cet accident minime relèvera de l'application de la loi de 1898.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

I

Historique et organisation générale.

Après 38 années de fonctionnement, n'est-il pas quelque peu surprenant qu'on soit obligé de répéter ce qu'est notre société ? Nos membres fidèles doivent le penser, les lecteurs assidus du *Concours* vont le trouver et dire sans doute que réellement, j'abuse des redites.

Et pourtant, non seulement le *Concours* est lu chaque année par une série de nouveaux abonnés, de jeunes confrères qui ne sont pas obligés de savoir qui nous sommes par pure intuition, mais encore, ma correspondance me prouve que, parmi nos adhérents eux-mêmes, plus d'un ignore totalement l'organisation de l'œuvre à laquelle il appartient, comment elle fonctionne, quels sont vis-à-vis d'elle ses droits et ses devoirs.

Que nos amis, que nos lecteurs fidèles me pardonnent donc de revenir une fois encore sur cet éternel sujet, et qu'ils me permettent d'essayer d'éclairer les ignorants d'où qu'ils viennent.

***

C'est fin 1893 que le Dr A. Cézilly, fondateur et directeur du *Concours médical*, et ses collaborateurs Gassot, Maurat et Jeanne, avec l'aide de M. Léon Marie, actuaire, fondèrent l'*Association amicale des médecins français*, société destinée à venir au secours des confrères, qui seraient arrêtés dans l'exercice de leur profession.

La nouvelle société reposait sur les bases suivantes : à partir du cinquième jour de la maladie, le sociétaire devait recevoir une indemnité qui, journalière pendant soixante jours consécutifs, devenait ensuite mensuelle et durait jusqu'à la guérison, au décès ou à l'âge de 65 ans, moment où statutairement finissait la participation.

L'indemnité mensuelle était égale à dix fois l'indemnité journalière : celle-ci fut fixée à dix francs, l'indemnité mensuelle étant ainsi de cent francs.

La Société commença à fonctionner le 1er janvier 1894.

Sur la réclamation d'un certain nombre de confrères, il fut décidé, six mois après la fondation, qu'une combinaison nouvelle serait créée, pour admettre la participation pendant la vie entière et la délivrance de l'indemnité sans limite d'âge.

Au 1er janvier 1895, la société comptait 160 membres et, après dix années d'exercice, 1116 confrères étaient venus s'inscrire sur ses registres.

Mais à ce moment-là, le deuxième inventaire actuariel montra que la combinaison-vie entière n'était pas à conserver. En effet, après 65 ans, il devient de plus en plus difficile de déterminer, dans l'incapacité de travail, la part qui revient réellement à la maladie et celle qui dépend surtout de la vieillesse et de l'usure ; la société supportait ainsi la charge d'un certain nombre de chroniques, plus vieillards que malades, et dont les cotisations étaient notoirement insuffisantes pour qu'on pût leur servir jusqu'à la mort une indemnité, qui constituait une véritable pension de retraite.

On dut donc fermer cette combinaison vie entière (dite B) et la remplacer par une troisième

combinaison (dite C) qui donnait l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et, à partir de cet âge, une pension de retraite dont le maximum fut fixé à 1.200 francs. Les membres inscrits à la combinaison B conservèrent leurs droits.

Quelques années plus tard, la Société s'enrichit d'une combinaison nouvelle (dite D) assurant une pension viagère aux veuves et orphelins des sociétaires, qui s'y inscriraient. Le maximum de cette pension fut fixé à 600 francs.

L'Association amicale se trouvait donc composée de quatre combinaisons distinctes :

Combinaison A. — Indemnité-maladie jusqu'à 65 ans ;

Combinaison B. — Indemnité-maladie vie entière, maintenue seulement pour ses anciens membres ;

Combinaison C. — Indemnité-maladie jusqu'à 65 ans et à cet âge, pension de retraite ;

Combinaison D. — Indemnité-maladie et pensions aux veuves et aux orphelins.

Cette organisation dura jusqu'en 1911 : le nombre des adhérents atteignait 1.500.

A ce moment et pour répondre à des besoins nouveaux, la Société dut s'élargir. C'est alors qu'elle prit son nom actuel de *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français.*

Rien ne fut changé aux combinaisons indemnité-maladie, si ce n'est que la combinaison A s'appela désormais MA (maladie accident). Mais la combinaison C disparut : les membres furent versés à MA pour l'indemnité maladie et à une nouvelle combinaison R chargée de la retraite à 65 ans. De plus, une combinaison P fut ouverte pour délivrer la pension de retraite à 60 ans. Enfin, les membres de la combinaison D furent pareillement versés à MA pour l'indemnité maladie et à V, de création nouvelle, pour la retraite aux veuves et aux orphelins.

De telle sorte que la Mutualité familiale se présenta avec les cinq combinaisons suivantes :

Combinaison B. — Indemnité-maladie vie entière pour les anciens membres ;

Combinaison MA. — Indemnité maladie jusqu'à 65 ans ;

Combinaison P. — Pension de retraite à 60 ans ;

Combinaison R. — Pension de retraite à 65 ans ;

Combinaison V. — Pension aux veuves et aux orphelins.

Ces combinaisons étaient indépendantes et faculté était donnée de s'inscrire à l'une sans s'inscrire aux autres.

En outre, les femmes et les enfants des sociétaires furent admis à participer aux combinaisons retraites.

Enfin, possibilité fut accordée de cumuler les combinaisons P et R, de manière à s'assurer une première pension à 60 ans et une seconde égale à 65 ans.

Cette organisation dura jusqu'à la fin de la guerre. Celle-ci n'entrava pas le fonctionnement de la Société, mais elle en arrêta à peu près complètement le recrutement et lui fit perdre un grand nombre de sociétaires. Après avoir dépassé le chiffre de 1.800, le nombre descendit à 1.500.

Depuis cette époque, il n'y eut plus de modifications dans l'organisation de la société, mais on dut mettre à l'étude les moyens propres à adapter l'œuvre à la situation nouvelle.

Il fallut d'abord reprendre le recrutement que la période de tourmente avait tari ; il fallut ensuite envisager les conditions économiques nouvelles, élever le taux des indemnités et des retraites, partant celui des cotisations.

Ce fut l'œuvre du Conseil d'administration qui, avec l'aide de M. Fleury, notre actuaire aussi dévoué que compétent, suivit de près l'évolution des choses et sut mettre la société à la hauteur des exigences jusqu'au jour de la stabilisation du franc.

En effet, le Conseil se vit très vite obligé de doubler l'indemnité-maladie ; la chose était à peine établie que ce doublement parut insuffisant et qu'il fallut envisager l'indemnité de 30 francs et 300 francs, pour passer à celle de 40 et 400 francs et enfin à celle de 50 et 500 francs.

Enfin, il fallut porter le maximum des retraites à 2.400 francs et, à l'heure même où j'écris, on se dispose à la porter à 3.600 francs.

De sorte qu'à la fin de cette année 1931, la Mutualité familiale se présente ainsi :

Indemnités maladies-accidents.

Combinaison B : dix francs par jour et cent francs par mois, vie entière, actuellement fermée et ne subsistant que pour les anciens membres seulement.

Combinaison MA : 10 francs par jour et 100 fr. par mois ;

Combinaison MA2 : 20 francs par jour et 200 francs par mois ;

Combinaison MA3 : 30 francs par jour et 300 francs par mois ;

Combinaison MA4 : 40 francs par jour et 400 francs par mois.

Combinaison MA5 : 50 francs par jour et 500 francs par mois.

Participation jusqu'au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint 65 ans.

Age limite d'entrée : 50 ans pour MA, 45 ans pour les autres combinaisons.

Les adhérents ont le choix entre ces diverses combinaisons. Ils ont la faculté, s'ils remplissent les conditions d'âge et de santé, de passer d'une combinaison à une autre, mais ne peuvent cumuler deux combinaisons.

Pensions de retraite.

Combinaison P : retraite à 60 ans ;
Combinaison R : retraite à 65 ans.

Ces deux combinaisons sont indépendantes, mais peuvent se cumuler.

Age limite d'entrée : 45 ans pour P, 50 ans pour R.

Les femmes des adhérents y sont admises dans les mêmes conditions que leurs maris. Les enfants des sociétaires y sont pareillement admis à partir de 20 ans.

Le maximum de la pension, qui est actuellement de 2.400 francs, va être très vraisemblablement pour le 1er janvier prochain porté à 3.600 francs, soit dix francs par jour. Cela permettra au sociétaire d'atteindre 7.200 francs à 65 ans par le cumul des deux combinaisons, et même, si la femme du sociétaire s'inscrit également, au ménage d'atteindre 14.200 francs.

Pensions aux veuves.

Combinaison V : maximum de la pension 1.200 francs. La pension est acquise aux ayants droit dès le lendemain du décès du sociétaire.

En cas de décès de la veuve, elle est reversible sur les enfants âgés de moins de 18 ans.

***

J'ai exposé à grands traits l'historique et l'organisation générale de la société. Dans un prochain article j'étudierai les conditions de son fonctionnement qu'il n'est pas moins important de connaître.

H. MIGNON.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

9.336 FRIEZ, Ecole française de stomatologie.
9.337 BORNET, Ecole française de stomatologie.
9.338 MARION, Ecole française de stomatologie.
9.339 CAUHEPE, Ecole française de stomatologie.
9.340 BARTHELEMY, Ecole française de stomatologie.
9.341 LEROUX, Ecole française de stomatologie.
9.342 PRUNET, Ecole française de stomatologie.
9.343 PETRESCO, Ecole française de stomatologie.
9.344 ILIESCO, Ecole française de stomatologie.
9.345 LAURENT, Ecole française de stomatologie.
9.346 BOUISSET, Ecole française de stomatologie.
9.347 LIEFFRING, Ecole française de stomatologie.
9.348 NORMAND, Ecole française de stomatologie.
9.349 GUTTIERES Ecole française de stomatologie.
9.350 DUBOIS, Ecole française de stomatologie.
9.351 ABRAMOVICI, Ecole française de stomatologie.
9.352 MARILL, Alger (Algérie), Société de médecine d'Alger.
9.378 TABAR, Ecole française de stomatologie.
9.379 PHELINE, Blida (Alger), Syndicat d'Alger.
9.380 REYMOND, Saint-Claude (Jura), Syndicat du Haut-Jura.
9.381 ALAIN, Orléans (Loiret), Syndicat d'Orléans.
9.382 VIRIOT, Remiremont (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.383 LAJOUX, Provins (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
9.384 NILUS, Abreschviller (Moselle), Syndicat de Sarrebourg.
9.385 DECHAUME, 192, rue de Rivoli, Paris. Syndicat des stomatologistes.
9.386 MERLE, Clamecy (Nièvre). Parrains : Drs Subert et Redde.
9.387 PANNIER, 151, rue de Rome, Paris, Syndicat de Paris.
9.388 MOINDROT, Fontaines-sur-Saône (Rhône), Syndicat du Rhône.
9.389 DEMESY, Ronchamp (Haute-Saône), Association des médecins des Corps combattants.
9.390 Mlle AUBRUN, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), Syndicat de Boulogne.
9.391 CLAUDE, 178, rue de Courcelles, Paris. Association médicale mutuelle.
9.392 DURON, Ermont (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Cléret et Pruneaux.
9.393 PETRIGNANI, La Rochelle (Charente), Syndicat de La Rochelle.
9.394 MEUDIC, Saint-Pol-de-Léon (Finistère), Syndicat de Morlaix.
9.395 LEGROS, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
9.397 GILODES, Frontignan (Hérault), Syndicat de Sète-Frontignan.
9.398 FLAMENT, 8, rue Léon-Bonnat, Paris, Société médicale du 16e arr.
9.399 ERNOUX, 19, rue des Saints-Pères, Parrains : Drs Bouchez et Drapier.
9.400 SEMPÉ (Gabriel), Tarbes (Hautes-Pyrénées), Syndicat des Hautes-Pyrénées.
9.401 PARET, Saint-Antoine, Marseille (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
9.402 DRUESNE, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.403 Mme DRUESNE, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
9.404 DOUTREBENTE, 17, rue du Champ-de-Mars, Paris, Syndicat de la Seine.
9.405 LOISELET, Pâlis (Aube), Syndicat de l'Aube.
9.406 CHEUARD, Vitré (Ille-et-Vilaine), Syndicat d'Ille-et-Vilaine.
9.407 DEVIN, 105, rue Legendre, Paris. Parrains : Drs Magat et Courtois.
9.408 BOUCHARD, 88, boulevard Magenta, Paris, Société médicale du 10e arr.
9.409 BLAIRON, Charleville (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
9.410 GLOPPE, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire), Syndicat de Saône-et-Loire.
9.411 GRANIER, Riols (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
9.412 TURCRY, Audruicq (Pas-de-Calais), Syndicat de Saint-Omer.
9.413 WEGBECHER, Neuvy-le-Roi (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
9.414 MOREAU, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon

9.145 Bouc, Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure) Syndicat de Saint-Jean-d'Angely.
9.416 Rey, Saint-Bonnet-en-Champsaur (Hautes-Alpes), Syndicat des Hautes-Alpes.
9.418 Asselin, Darnétal (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
9.396 Leseille, Fauville (Seine-Inférieure). Parrains : Drs R. et Ch. Fidelin.
9.417 Thouvenel, Antony (Seine). Parrains : Drs Humbert et Derome.
9.419 Rochard, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
9.420 Helion, Moulins (Allier). Parrains : Drs Guignard et Parouty.
9.421 Coliquand, 15, cours d'Aquitaine, Bordeaux (Gironde), Syndicat de la Gironde.
9.422 Tach, Saint-Martin-de-Sescas (Gironde), Syndicat de La Réole.
9.423 Thiry, Levallois-Perret (Seine). Parrains : Drs Funck et Baron.
9.424 Prive, Charenton (Seine). Parrains : Drs Cavaillès et Larrigaudry.
9.425 Ruchon, Bantigny (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.426 Montagne, Liévin (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.427 Chabert, Grenoble (Isère), Syndicat de Grenoble.
9.428 Pecker, Mondeville (Calvados), Syndicat du Calvados.
9.429 Richard, Yvetot (Seine-Inférieure), Syndicat de la région d'Yvetot.
9.430 Tramblin, Caudry (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.431 Chevalier, Mouchard (Jura), Syndicat du Bas-Jura.
9.432 Chéron, 18, place des Vosges, Paris. Parrains : Drs Courbe et Chevalier.
9.433 Duchateau, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
9.434 Idoux, Alençon (Orne), Syndicat d'Alençon.
9.435 Léger, Grand (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.436 Bouzom, 118, cours Alsace-Lorraine, Bordeaux. Association de la Gironde.
9.437 Thouart, Saint-Ouen (Seine). Parrains : Dr Miégeville et Sénéchal.
9.438 Friedrich, Billancourt (Seine), Syndicat de Boulogne-Billancourt.
9.439 Schoofs, Malestroit (Morbihan), Syndicat de Ploermel.
9.440 Laval, Themines (Lot), Syndicat du Lot.
9.441 Mouy, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.442 Vernier, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.443 Naudiere, Cosne-d'Allier (Allier), Syndicat de l'Allier.
9.444 Channac père, Pont-Saint-Esprit (Gard), Syndicat de Nîmes.
9.445 Roeder, Eu (Seine-Inférieure). Parrains : Drs Delorière et Vornière.
9.446 Juillard, Rooz (Haute-Saône), Syndicat de la Haute-Saône.

Responsabilité professionnelle.

La condamnation à 80.000 francs de dommages-intérêts prononcée en première instance contre le Dr F. ayant été réduite par la Cour d'appel à 40.000 francs, le Conseil, conformément à l'avis de Me Auger, décide d'accord avec la Compagnie qui assure le Dr F. en second rang de procéder au règlement.

Le « Sou médical » garantissant en premier rang le Dr F. pour 50.000 francs, l'autre assureur aura à lui rembourser tout ce qui, en principal, frais et honoraires, a excédé cette somme, soit 5.776 fr. 30.

Le Dr E. est assigné, conjointement avec un chirurgien-dentiste, en 20.000 fr. de dommages-intérêts pour soins donnés pour une hémorragie rebelle, consécutive à l'extraction d'une dent.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et l'admet au bénéfice de la Caisse de garantie. Il est d'avis qu'il y aurait peut-être lieu de former une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour abus de citation en justice.

Le Dr S. est l'objet d'une plainte de la part de parents qui le rendent responsable de la mort de leur enfant à la suite d'une angine diphtérique. Il est assuré en premier rang par une compagnie d'assurances pour 100.000 francs.

Le Conseil lui accorde en principe, pour le cas où il pourrait lui être utile, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr B. est assigné en 100.000 francs de dommages intérêts pour négligences dans son service d'hôpital, négligences qui auraient causé le décès d'un malade. Il est couvert en premier rang par une autre assurance.

Le Conseil lui accorde, en tant que besoin, l'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr R. est assigné en 150.000 fr. de dommages-intérêts par la mère et le mari d'une femme, dont le décès est attribué par les demandeurs à une erreur de diagnostic qu'il aurait commise.

Le Conseil accorde au Dr R., dans cette affaire, l'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie.

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Aube) a soigné un vieillard, sans ressources personnelles, mais qui a 6 enfants de situation aisée. Personne ne veut le payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre son client et, s'il y a lieu, les enfants de celui-ci.

Le Dr C. (Seine-et-Oise), appelé en consultation par un confrère auprès d'une femme enceinte, ne peut se faire payer ses honoraires, le mari prétendant qu'il n'a pas demandé la consultation et que celle-ci était inutile.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Aisne) a soigné à l'hôpital une femme qui, postérieurement, a é é admise à l'assistance médicale g atuite.

Le règlement de l'hôpital autorisant les médecins à faire payer leurs honoraires, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre sa cliente.

Le Dr L. (Indre-et-Loire) a obtenu gain de cause contre un patron agriculteur blessé dans son travail, qui voulait le payer au tarif Fallières.

Il est dû à l'huissier, pour frais et honoraires, la somme de 342 fr. 95, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr T. (Haute-Savoie) a été débouté par le tribunal civil de son action en paiement d'honoraires pour soins donnés à un enfant blessé dans un atelier, sous prétexte que la mère n'avait pas demandé ses soins.

Le Conseil estime que cette décision est inacceptable et donne au Dr T. l'appui pécuniaire pour en interjeter appel.

Le Dr H. (Seine-Inférieure) satisfait du règlement d'une affaire par l'entremise du « Sou », fait don à la caisse d'une somme de 20 fr.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr G., à qui l'appui pécuniaire avait été accordé pour obtenir le recouvrement d'honoraires pour soins donnés à une enfant grièvement brûlée dans une école, a obtenu condamnation de l'État à lui payer 25.364 fr. 30 d'honoraires, avec intérêts du 4 février 1924.

Son avoué demande mille francs d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr G. ayant obtenu gain de cause contre un client qui, refusant de payer ses honoraires, a formé contre lui une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, son adversaire a interjeté appel.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel et ordonnance le paiement des frais de l'instance en justice de paix, qui s'élèvent à 463 fr. 65.

Le Dr D. (Cher), appelé la nuit pour un accouchement, n'a procédé qu'à un examen, un autre médecin ayant été demandé par la famille. Il ne peut obtenir le paiement de ses honoraires, qui sont de 100 francs.

Le conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr P. (Puy-de-Dôme) a obtenu, après jugement, le paiement de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

Les frais et honoraires de l'avoué se sont élevés à 750 fr. 25, sur lesquels reste à lui verser une somme de 511 fr. 85, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr D. (Jura) a obtenu en justice de paix la condamnation solidaire du père d'un enfant victime d'un accident d'automobile et de l'auteur de l'accident, à lui payer 1.200 fr. d'honoraires. L'auteur de l'accident, qui aurait transigé avec le père, a interjeté appel du jugement.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr D. pour défendre à cet appel.

Le Dr F. (Seine), a obtenu, par l'Office de recouvrement, la condamnation d'un client à lui payer 3.000 fr. d'honoraires. Mais l'adversaire a interjeté appel du jugement.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. pour défendre à cet appel.

Le Dr S. (Charente-Inférieure) a été débouté d'une demande en 3.000 fr. d'honoraires formée contre un mari, pour soins donnés à sa femme, dont il vivait séparé de fait.

Le Conseil accorde au Dr S. l'appui pécuniaire pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr M. (Rhône) a soigné, dans un hôpital privé, un patron agriculteur blessé dans son travail ; ses héritiers et l'assurance ne veulent pas payer ses honoraires, s'élevant à 657 fr. 30.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr G. (Finistère) a été appelé par l'auteur d'un accident pour donner ses soins à un enfant qu'il avait blessé. Au moment où il est arrivé, l'enfant avait été transporté à l'hôpital. Le père, auquel il a envoyé sa note, refuse de le payer.

Le Conseil est d'avis que le père du blessé ne lui doit rien, en effet, et qu'il ne peut réclamer le paiement de ses honoraires qu'à l'auteur de l'accident, qui l'a fait appeler. Il lui donne à cet effet l'appui pécuniaire.

Accidents du travail.

Le Dr G. (Seine-et-Oise), ayant perdu un procès en paiement d'honoraires accidents, pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, parce que la relation de cause à effet entre l'accident et l'affection dont était atteint l'ouvrier n'a pu être prouvée, le Conseil ordonnance le versement des frais et honoraires de l'huissier, qui s'élèvent à 205 fr. 25.

Le Dr P. (Isère) a soigné un accidenté du travail blessé une seconde fois au cours de son incapacité temporaire en aidant un voisin. Personne ne veut payer pour le second sinistre, malgré une lettre du voisin demandant au médecin de donner ses soins.

Le Conseil accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Meuse) a fait condamner en justice de paix, jugeant en matière d'accidents du travail, un père qui avait fait hospitaliser dans sa clinique son fils mineur blessé à son service.

L'avoué demande, pour honoraires et frais de déplacement, 320 fr., dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr L. (Seine-et-Oise), ayant poursuivi en justice de paix le paiement de 767 fr. d'honoraires accidents et obtenu intégralement gain de cause, après expertise, son adversaire a fait appel.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Baux et locations

Le Dr V. (Haute-Loire) est assigné, par son propriétaire, en déchéance de son droit à la prorogation, sous prétexte qu'il aurait à sa disposition d'autres locaux dont il pourrait reprendre l'usage. Or, ces locaux ne répondent nullement à ses besoins et aux nécessités de sa clientèle.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour se défendre.

Le Dr Q. (Aveyron), a gagné, avec l'appui du « Sou », le procès en reprise de locaux professionnels, que lui avait intenté son propriétaire.

Celui-ci s'étant pourvu en cassation, le Conseil accorde au Dr Q. l'appui pécuniaire pour se défendre.

Divers.

Le Dr X. est poursuivi pour délivrance d'ordonnances fictives à un morphinomane. Le Syndicat local se solidarisant avec lui dans cette affaire, le Conseil accorde au Dr X. l'appui pécuniaire pour se défendre.

A la suite de la condamnation d'une sage-femme pour exercice de la médecine, sur la plainte du Syndicat, le président de ce syndicat est assigné par les parents de la eune fille victime de la sage-femme, en 50.000 francs de dommages-intérêts pour injures à la mémoire de la morte.

L'appui pécuniaire est accordé au président du syndicat pour se défendre.

Le Dr L. (Marne) a obtenu gain de cause à l'amiable contre une décision du Directeur des contributions directes sur une question d'amortissement, qu'il avait déférée avec l'appui du « Sou » au Conseil de Préfecture.

Les frais et honoraires de son avoué se sont élevés à 83 fr., dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le syndicat des médecins de l'Eure communique un rapport adressé au Conseil général, puis aux maires du département, par un Conseiller général de l'Eure, M. Boudehan, dans lequel les médecins sont vivement et injustement attaqués à propos des assurances sociales.

Le Conseil décide, d'accord avec le Syndicat, que ce rapport sera publié dans le *Concours médical*, suivi d'une réponse et qu'un tirage à part du tout sera envoyé aux Sénateurs, Députés, Conseillers généraux, Maires des chefs-lieux de canton de l'Eure et du canton de M. Boudehan, ainsi qu'aux médecins.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1932

En tant que médecin secrétaire de la Commission de contrôle de mon département, je suis souvent consulté par de jeunes confrères récemment établis pour savoir où ils pourraient se procurer les lois, décrets, et instructions ministérielles concernant l'application de l'art. 64 (soins gratuits aux réformés militaires).

J'ai l'habitude de leur donner l'adresse du *Concours* et de leur dire qu'ils trouveront dans l'Agenda tous les renseignements utiles car, abonné depuis toujours au *Concours médical*, je me sers de l'Agenda et ai l'impression que chaque année, y sont reproduits les susdits documents.

Puis-je continuer ainsi, et en avez-vous toujours en réserve un nombre suffisant ?

Dr B.

***

L'Edition 1932 de l'Agenda Memento du Praticien est sous presse. Elle viendra donc s'ajouter, à la fin de l'année, à la collection que possèdent tous les confrères qui, comme vous, estiment qu'ils ont là une mine inépuisable de documents où ils sont assurés de trouver, à point nommé pour ainsi dire, tout ce qui peut leur être utile à connaître des lois, décrets, arrêtés, règlements de toute nature, de leurs interprétations et applications, dans la pratique médicale.

L'Edition 1932 sera consacrée essentiellement aux *obligations militaires du médecin* et aux *assurances sociales*, sans préjudice du rappel, *in extenso*, ou sommaire, selon les cas, de toute la **documentation professionnelle du médecin.**

La correspondance innombrable que nous re-

cevons montre que les questions militaires intéressent présentement nos lecteurs, notamment en ce qui concerne l'avancement, la Légion d'honneur, la durée des obligations, les périodes d'instruction, la carte de surclassement.....

Tous ces sujets, mis au point à la lueur de la législation en vigueur, seront traités par un de nos collaborateurs particulièrement compétent, et fixeront les droits et les devoirs des médecins de réserve.

Quant aux assurances sociales, en dehors de la législation, les circulaires et instructions ministérielles, qui poussent comme champignons après l'orage, constituent des textes, souvent discutables, voire inacceptables, mais qu'il faut cependant connaître. Un répertoire alphabétique, établi par Boudin, très versé en toutes ces matières, précisera les sources où l'on pourra remonter dans un cas bien défini.

Voilà, mon cher Confrère, qui donnera satisfaction à votre demande. J'y joins mes remerciements les plus cordiaux pour votre attachement au *Concours médical* et à ses Œuvres : vous êtes en effet l'un de nos plus fidèles correspondants ; ils sont nombreux, et c'est une de nos forces, et l'une de nos fiertés, que de grouper autour de nous tant de sympathies aussi durables.

Je dois cependant ajouter que le tirage annuel de l'Agenda Memento est limité strictement au nombre de souscripteurs qui nous ont fait connaître en temps voulu leur désir de posséder l'édition en cours.

Un Bulletin de souscription est, dans le présent numéro, page 2526 à la disposition de nos lecteurs. Que les amateurs qui n'ont pas encore manifesté leur intention, le fassent sans retard. La souscription sera close le 31 août prochain.

G. DUCHESNE.

LA PAGE SANS MÉDECINE

J'étais irrité de te voir accepter sans choix tous ces dépôts ; de te voir parler avec complaisance à des imbéciles, à des inconnus comme si tu supposais à leurs actes vulgaires une raison. En chaque indifférent, en chaque médiocre, tu respectais un secret possible .....

(Jean GIRAUDOUX).

CCCLXXVIII. — Pierre LOTI. **Aziyadé.** — Un vol. in-16 soleil tiré à 1021 ex. numérotés sur velin de Rives. Illustré de 70 aquarelles de Pierre Rousseau. *Editions Cyral.* Paris, 1931, 200 fr.

S'il avait connu les aquarelles de Pierre Rousseau, Albert Flament n'eût pas (en déplorant avec la discrétion des gens du monde la modernisation de la Turquie) écrit que le souvenir était le « *meilleur procédé d'enchantement* » pour retrouver le charme des destins évanouis de Stamboul, de Péra, de la Corne d'Or. Nous allons voir que si d'autres critères rehaussent le dessin de Rousseau, nous pouvons d'ores et déjà noter que son ensemble a une valeur *documentaire* capitale, plus consistante qu'un souvenir à la merci des caprices, des illusions et des défaillances de la mémoire. Pierre Rousseau, qui s'est inspiré *sur place* des sites, où Loti souffrit son irréelle aventure, et qui ne sont pas encore défigurés, nous donne de l'ambiance du livre une représentation précise, avant que les gratte-ciel n'aient écrasé demain les maisons de bois, le boulevard-Wilson (ou Hoover), étouffé les ruelles paisibles où glissait Aziyadé, les Jeunes-Turcs bâti un four crématoire sur le vieux cimetière d'Eyoub où la masse noire des cyprès n'aura plus à veiller sur les stèles des tombes, sur leur désordre comme établi par les cœurs désemparés des survivants. Outre ce caractère foncier de fidèle fixation d'aspects ethniques, voués au prochain enlaidissement du progrès, les qualités inhérentes à la technique de l'artiste confèrent à l'illustration une originalité d'autant plus méritoire, qu'il risquait à chaque image d'être trahi par l'obligatoire chatoiement des couleurs. A toutes celles-ci, il a su cependant garder leur mesure : ne rien sacrifier de leur splendeur en évitant de les tourner au bariolage d'arc-en-ciel ; respecter leur flamboiement en les tempérant adroitement d'une lumière qui les excuse et les adapte à nos yeux éblouis d'occidentaux, les conjuguer au pittoresque vestimentaire des personnages d'un nonchalant fatalisme (il y a un nombre étonnant de turcs *assis* : probablement dans la sage attente de la fortune !) ; les estomper de bleu de nuit et d'argent gris, de clair de lune quand ne veillent plus que les amoureux ; les assombrir sourdement (pages 17, 213, 265, 317), quand le rêve de Loti se nuance de mélancolie ou de douleur. Pour les délimiter, toujours, Rousseau use d'une pureté de lignes d'une précision aiguë (pages 12, 92, 128) et d'une connaissance ingénieuse des perspectives où il se plait à orchestrer avec adresse la gamme éclatante de leurs nuances transparentes.

CCCLXXIX. Jean de PIERREFEU. **Nouveaux mensonges de Plutarque.** — Un vol. 12 × 19. Collection. Témoignages. Ed. Rieder. Paris, 1931. 15 fr.

Monsieur de Pierrefeu, avait pendant la guerre, une « *bonne place* » : il rédigeait le Communiqué

quotidien. De ce séjour à l'Olympe militaire, il a rapporté une petite provision de foudres dont il crible les grands chefs (1). Il ne s'agit pas cependant de critiques en l'air : de nombreux documents d'Etat-Major étayent l'argumentation, qui est exposée dans un style alerte, incisif. Il ne s'agit pas non plus d'une tentative systématique de dénigrement. C'est un passage au crible de faits et de redoutables théories (effectué par un solide bon sens) et une souple contre-offensive contre l'histoire officielle.

CCCLXXX. — E. MAYNIAL. **L'époque réaliste.** — Un vol. 12 × 19. *Ed. Les œuvres représentatives.* Paris. 1931. 12 fr.

Dans la collection établie par Monsieur Lalou pour préciser l'histoire littéraire du 19e siècle, Monsieur Maynial s'est chargé du gros morceau de l'époque réaliste, de Champfleury et Monnier aux Goncourt première manière, en passant par Flaubert et Barbey d'Aurevilly. Les limites de l'époque et la définition de l'école réaliste sont assez ardues. S'il n'y avait à incorporer le lourd miracle de Salammbô, on pourrait rétrospectivement définir ses tendances en termes plus actuels : « L'époque réaliste est caractérisée par l'application collective d'un groupe d'écrivains à la description d'états d'âme, de caractères, de situations que Monsieur André Thérive vient de *réinventer* sous le pavillon du *populisme* ». Bourgeois de 1850 ou peuple de 1930 sont disséqués suivant le même principe. Le livre de Monsieur Maynial n'a cependant pas besoin de cette assimilation pour éveiller l'intérêt. Il est bien construit ; l'auteur sonde avec perspicacité les arcanes de cette littérature bourgeoise, qui compte au nombre de ses héros Monsieur Prudhomme, Bouvard et Pécuchet. C'est plus qu'il n'en faut pour qu'elle survive et que l'étude très dense de Monsieur Maynial n'intéresse très vivement les lecteurs, qu'attirera cette vénérable ascendance du bon populisme.

CCCLXXXI. — Léon BÉRARD. **Au Béarn.** — Un vol. 14 × 19. Préface de Pierre Lasserre. Ed. Privat. Toulouse.

Spirituel préfacier trop tôt disparu, orateur d'un atticisme bien rare de nos jours donnent à ce petit recueil de discours, prononcés en Béarn par un ministre *intelligent* (à l'occasion de diverses cérémonies commémoratives), l'attrait qui émane des œuvres élégantes de l'esprit. Bien que M. Léon Bérard fût en fonctions lorsqu'il prononça plusieurs de ces allocutions, ce florilège n'a aucun rapport avec la littérature habituelle qu'imprime le *Journal Officiel.*

(1) Déjà parus : *G. Q. G. Secteur* 1 et *Plutarque a menti.*

CCCLXXXII. — Pierre AGUÉTANT. **Sous le joug du Désir.** — Roman. Un vol. × 19. *Editions Crès,* Paris 1931. 12 fr.

Encore que la « campagne » où évoluent les personnages soit plus exactement celle d'avant-guerre, cette étude bien équilibrée de psychologie paysanne garde une vigueur conventionnelle sobre et émouvante, une simplicité naturelle qui ne manque pas de grandeur sous la banalité du drame que commande la chair rustaude, qui fait montre de vigoureuses exigences.

CCCLXXXIII. — Marie-Paule SALONNE. **L'Age de Perle.** Roman. Un vol 12 × 19. *Ed. du Tambourin.* Paris 1931.

Lucie Delarue-Mardrus a dit que c'était un beau livre. Il est difficile de lui contester compétences ès talents *féminins.* C'est un roman délicat consacré à l'étude d'un état virginal « second », compliqué de maternité. Il y a un curieux mélange de talent, de mièvrerie et de fraîcheur qui se décantera probablement dans les œuvres à venir, et qui est déjà, tel quel, fort acceptable.

Varia * * Dans le *Mercure de France* **du 15 juillet, une substantielle étude sur les rapports psychologiques Orient-Occident.**

*** J'avais perdu mes *Bésicles* ! On les a retrouvées à la Rédaction de la « *Petite Charente* » à Angoulême ! Le confrère qui les avait adoptées sans malice, *par hasard,* n'a fait aucune difficulté pour me les restituer. Il signera dorénavant sa chronique *L'Homme aux Lunettes.* Autour, à l'entour et tout autour de nos instruments respectifs d'optique et de lecture, il ne saurait ainsi y avoir désormais de confusion possible ... *in-* volontaire.**

*** *Le Coup de Patte* a un critique littéraire qui a volé son pseudonyme à Ubu. Les temps ne sont plus « sûrs » !**

20 juillet 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE.) — *Cours de vacances de Pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 31 août au samedi 12 septembre, sous la direction de M. LACOMME, accoucheur des hôpitaux et de M. DIGONNET, chef de clinique, avec la collaboration de M. RAVINA, accoucheur des hôpitaux, de MM. POWILEWICZ, SEGUY, SUREAU, anciens chefs de clinique, Mme ANCHEL-BACH, chef de clinique, FRANÇOIS, chef de clinique adjoint, M. LAENNEC, aide de clinique à la Maternité, MM. MERGER, MAYER, internes des hôpitaux.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours. Droits : 250 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis.** (Professeur : M. GOUGEROT.) — *Cours de vacances.* — Notions élémentaires de dermato-syphiligraphie pour les médecins praticiens et les élèves stagiaires de la Faculté. Sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. CARTEAUD et R. COHEN, chefs de Clinique à la Faculté feront du 1er septembre au 17 octobre 1931, les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi matin, de 9 à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques, comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

Cours gratuit. S'inscrire auprès du Docteur CARTEAUD, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

— **Thèses.** — Jeudi 2 juillet. — Jury : MM. Bernard, Guillain, Fiessinger Lemaître. — BRETEY J. : Etude critique du débit cardiaque. — KANONY M. : Etude de la tuberculose laryngo-pulmonaire. — KAPLAN M. : Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie. — LAFLOTTE L. : Algies brachiales de la ménopause. — THOYER : Le syndrome de Brown-Séquard et les voies de la sensibilité dans la moelle.

Jury : MM. Bezançon, Brumpt, Gougerot, Galliard. — BOQUET P. : Etude des calcifications pleurales. — GAZEAU M. : Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les polysalicylates. — MAILLET R. : Des signes dystrophiques et d'amoindrissement préalable de terrain dans la tuberculose évoluante de l'adulte. — Mlle PAU C. : La gangrène pulmonaire chronique. — SORIA S. : Etude de la méningite à bacille de Friedländer. — TERRIAL G. : Recherche et diagnostic coprologique des protozoaires intestinaux en coprologie clinique. — BRAUNSTEIN A. : Pyrétothérapie réglée associée au traitement arsénical (tryparsamide) dans la paralysie générale. — LAROCHE J. : Etude des trichophytines et des réactions qu'elles provoquent. — LARDAT M. : Traitement bismuthé de la syphilis. Accidents et thérapeutique soufrée. — DE MORSIER J. : A propos de la thérapeutique de la syphilis et son traitement par un bismuth insoluble associé au mercure et à l'arsenic. — PHAN TAN THIET : Etude du traitement de la blennorragie chronique par la diathermie.

Jury : MM. Achard, Nobécourt, Rathery, Villaret. — CALATAYUDE J. : Traitement de la méningite cérébro-spinale. — FAURE A. : Considérations étiologiques et thérapeutiques sur l'asthme infantile. — FRESQUET L. : L'aortite rhumatismale chez l'enfant. — LE GARREC L. : Etude de l'encéphalomyélite de la rougeole. — UNGIER D. : L'orthopédie aux phases aiguës et de régression de la paralysie infantile. — WAJSMAN A. : Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — ADABACHE D. : La cryothérapie des rhumatismes chroniques. — BACQUELIN R. : Etude critique des arséno-résistances et des arséno-récidives cliniques.

Thèses vétérinaires. — Jury : MM. Tanon, Panisset, Robin, Maignon. — MORLET : Tuberculose de la face chez le chat. — LEMAÎTRE : Le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine (quinosol) dans la pratique vétérinaire.

Vendredi 3 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, Mauclaire, Olivier, Vignes. — BERGER S. : Les présentations de l'épaule à la Maternité de Lariboisière. — LUFTI E. : La détermination du sexe (étude historique). — BERGERON M. : Etude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs.

Samedi 4 juillet. — Jury : MM. Lenormant, Roussy, Terrien, Moure — HERMANN P. : Des glaucomes chroniques par contusion. — Mlle RABINOVITCH D. : Etude du traitement des canaux dentaires et de la région péri-apicale par les agents physiques. — DUMAS J. : Traitement des infections à germes pyogènes par l'association antivirus bactériophage. — KERVELLA J. : La vie et l'œuvre de Bichat 1771-1802. — LAMBERT A. : Le volvulus de l'iliaque au cours de la grossesse. — LEBRIS F. : Etude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine. — PRIOLET J. : Etude de la spondylose rhizomélique.

Jury : MM. Claude, Tanon, Joannon, Philibert. — MILLIAN A. : L'inadaptabilité sociale des épileptiques et son rôle dans la délinquance. — Mlle ROUDINESCO A. : Durée d'incubation du tabès et de la paralysie générale. — ATCHIA J. : Etude de l'intoxication par les gaz d'automobiles. — BENARDEAU X. : Les divers modes d'intoxications par l'œuf de poule. — ESCARAVAGE M. : Etude de la contagiosité du zona. — LAMBERG J. : L'hygiène des cardiaques. — LE BUANCE J. : Considérations historiques et critiques sur les costumes, mœurs et préjugés d'armorique en matière d'hygiène. — LUCADOU A. : Historique et exposé du traitement des gangrènes pulpaires par l'aldéhyde formique. — MALEK A. : Prophylaxie de la syphilis dans la Société moderne.

Lundi 6 juillet. — Thèse vétérinaire. Jury : MM. Lemierre, Panisset, Robin. — BOYER : Typhocurémie infectieuse des équidés.

Mardi 7 juillet. — Jury : MM. Bernard, Guillain, Philibert, Chevallier. — JOLLES G. : Réaction de remplissage. Etude d'une réaction thermique spéciale de réinsufflation au cours du pneumothorax artificiel. — DURIEUX G. : Etude du pneumothorax d'origine traumatique.

Jeudi 9 juillet. — Jury : MM. Duval, Lejars, Sébileau, Terrien. — LEROY : A propos de deux cas de pylorectomie pour ulcère perforant en péritoine libre. — BISMUTH F. : Les formes occlusives de l'appendicite aiguë chez le vieillard. — ROBERT M. : Etude des labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës. — GUERCHE M. : Paraspasme facial bilatéral.

Jury : MM. Bezançon, Gougerot, L. Lavastine, Heitz.

Boyer. — DUMANS P. : A propos d'un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse. — GIAMI M. : Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — THOLOSÉ L. : Etude du terrain dysendocrinien de la pelade. — DESVAUX G. : La leucocytoréaction dans la syphilis héréditaire. — PÉRÈS : Traitement de la radiothérapie fonctionnelle sympathique des dysménorrhées et troubles associés. — THÉVENARD : Des blennorragies prolongées de l'urètre antérieur. — BARRÉ P. : Essai psycho-pathologique sur Danton.

Jury : MM. Tiffeneau, Binet, Lereboullet, Hazard. — MASSOULIER J. : Etude de l'action de la vagotonine sur la pneumogastrique. — STRUNZA M. : De la régénération sanguine dans l'anémie prolongée expérimentale. — FACATSELLIS N. : Les fractures spontanées multiples des nourrissons rachitiques. — FOGEL J. : A propos d'un cas de maladie de Barlow. La fièvre scorbutique. — MAUREL B. : Le scoutisme et l'hygiène de l'adolescent. — TSAKNAKIS J. : Le kala-azar infantile à Paris. — JAULERRY P. : Un traitement des réactions de Wassermann irréductibles, l'hyposulfite de soude. —

Thèses vétérinaires. Jury : MM. Brumpt, Rathery, Dechambre, Lesbouyries, Henry, Robin. — CHARIF : Etude étiologique de l'habronémose cutanée. — MOINE : Le rachitisme chez les carnivores.

Vendredi 10 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Strohl, Busquet. — MONTAGNE L. : Etude des causes et de la thérapeutique prophylactique des accouchements prématurés. — CAISTAIGNET G. : Le Gelsemium sempervirens : étude pharmacologique et thérapeutique. — MAZATAUD R. : Etude de l'exploration fonctionnelle du foie. — VIGE J. : L'urétrographie, étude radiologique de l'urèthre par injection de substance opaque. — AMIOT J. : Etude électrophysiologique du mode d'action de la diathermie.

Jury : MM. Labbé M., Clerc, Brulé, Abrami. — ROUSSEAU G. : Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

Samedi 11 juillet. — Jury : MM. Brindeau, J.-L. Faure, Jeannin, Rathery. — H. CORNÉJO : Diagnostic des sténoses cervicales et de leur traitement par le tube d'Iribarne dans la stérilité féminine. — DENSMORE (Mlle) Radiodiagnostic des grossesses ectopiques. — SELBONNE Félix : Contribution à l'étude de la télégonie. — Elia BRONSTEIN : Rétention d'œuf mort dans les premiers mois de la grossesse utérine. — Pol MATHIS : Etude critique de l'ozone, dans ses applications thérapeutiques en chirurgie générale. — Roy Louis : La forme endocervicale du cancer du col de l'utérus. — LUZURY : L'hystérectomie vaginale (étude critique des indications et des techniques).

Jury : MM. Carnot, Nobécourt, Tanon, Joanon. — CROISIER : La télestérioradiographie des ulcus gastriques (les avantages de cette méthode dans la localisation et le diagnostic des vraies et des fausses niches). — PELLET : Le problème du vertige digestif. — Mme CHAMPDEMERLE : Contribution à l'étude des facteurs de la croissance. — BRULIN : Etude du mécanisme de la contagion par l'air et l'eau. — CHABELLARD : Etude de la lutte contre les insectes nuisibles de nos habitations. — CHAUSSIDIÈRE : La lutte sociale contre la tuberculose. — CHRYSAFIS : Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. — POULIN : L'anesthésie avant l'emploi du chloroforme et de l'éther. — ROUSSEAU : Considérations sur l'extension éventuelle de la fièvre jaune. — STEPHEN : Humidification de l'atmosphère dans les habitations. — DE MONTAUZON : La vérification clinique des novarsénobenzènes.

Jury : MM. Achard, Claude, Roussy, Verne. — HERMABESSIÈRE : La syncope. Etude pathogénique. Rôle de la circulation de retour. — LAPEYRE : La pression artérielle moyenne et les courbes oscillométriques dans la démence précoce hébéphrénique.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Broussais** (96, rue Didot-14e). — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (Cours complémentaire. Service de M. le Dr Ch. LAUBRY.) — Objet du cours : Les grands syndromes cardiaques. Ce cours qui aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1931, se fera sous la direction de M. le Dr Ch. LAUBRY, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Drs Jean WALSER, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-assistant de l'hôpital Broussais ; Daniel ROUTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie; G. MARCHAL, médecin des hôpitaux ; L. DEGLAUDE, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. JAUBERT, chef de laboratoire ; A. VAN BOGAERT et L. MATTON, assistants étrangers ; R. HEIM DE BALSAC, radiologiste du service ; P. THIROLOIX, J. LENÈGRE, A. BUSSON, Mlle TH. BROSSE, P. BERNAL, internes et anciens internes du service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 5 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Formes cliniques de la péricardite. — 11 heures, Dr WALSER : Les symphyses cardiaques et leur traitement. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Notions pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 6 octobre, 9 h. 30, Dr BUSSON : Les endocardites infectieuses. — 11 heures, Dr THIROLOIX : Localisation des souffles et leur mécanisme. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Notions pratiques d'électrocardiographie.

Mercredi 7 octobre, 9. h. 30, Dr LAUBRY : Signification des lésions valvulaires. — 11 heures, Dr LENÈGRE : Rétrécissement mitral. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Jeudi 8 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Vendredi 9 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr BROSSE : L'insuffisance aortique. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Cardiographie et son intérêt clinique.

Samedi 10 octobre, 9 h. 30, Dr MARCHAL : Le cœur sénile. — 11 heures, Dr VAN BOGAERT : L'infarctus du myocarde et les anévrismes pariétaux.

Lundi 12 octobre, 9 h. 30, Dr WALSER : Les syndromes myocardiques. — 11 heures, Dr ROUTIER : Les traumatismes cardiaques. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 13 octobre, 9 h. 30, Dr BERNAL : Syphilis cardiaque. — 11 heures, Dr WALSER : Le rhumatisme cardiaque. — 15 heures, Dr JAUBERT : Etude bactériologique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques.

Mercredi 14 octobre, 9 h. 30, Dr ROUTIER : Maladies congénitales. — 11 heures, Dr MATTON : Insuffisance ventriculaire droite. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Artériographie. Valeur diagnostique et pronostique.

Jeudi 15 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Epreuves d'excitabilité vasculaire, Réflexes normaux et pathologiques.

Vendredi 16 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr MARCHAL : Formes de l'insuffisance ventriculaire gauche. — 15 heures, Dr MATTON : Oscillographie. Tensions systolique, diastolique et moyenne.

Samedi 17 octobre, 9 h. 30. Dr LAUBRY : Indications générales du traitement des cardiopathies. — 11 heures, Dr LAUBRY : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr MATTON, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Ve Voyage médical international Cévennes-Pyrénées.** — Parmi les voyages annuels créés par la Société médicale du littoral méditerranéen et la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne, le Cévennes-Pyrénées mérite une place à part. La région qu'il parcourt réunit et synthétise, en effet, les attraits climatiques, thermaux, historiques et touristiques, des vastes territoires représentés par les deux grandes fédérations méridionales : littoral méditerranéen et Pyrénées.

Le voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Montpellier. Il commence dans cette ville, le dimanche 30 août, par la visite de la vénérable faculté (qui compte dix siècles d'existence). Après la réception du Professeur Euzières, doyen, et la conférence inaugurale du Professeur Giraud, sur la géographie climatique et hydro-minérale de la région, le voyage, sous la direction du Professeur Paul Delmas (dont l'érudition est aussi sûre dans le domaine de l'histoire que dans le domaine de la médecine), consacrera ses premiers jours à l'étude des monuments grandioses dont cette région est si richement parée : les Cités médiévales de Maguelone, Aigues-Mortes, Carcassonne, les arènes de Nîmes, la Maison Carrée, les bains de Diane, le Pont du Gard, rediront leur glorieux passé, par la voix des archéologues qui accompagneront le voyage à cet effet.

Puis l'on visitera les merveilles naturelles des Cévennes ; le Mont Aigoual, l'Abîme de Bramabiau, l'Aven Armand, les Gorges du Tarn, la cité industrielle de Mazamet et la Montagne Noire, la station climatique de Lacaune, enfin La Malou, capitale hydro-minérale et climatique des Cévennes.

La deuxième partie du voyage, moins riche en documents historiques et géologiques, sera par contre plus fournie en ressources médicales : l'on visitera, en effet, les stations climatiques de Font-Romeu et de super-Bagnères, le sanatorium des Escaldes et les stations thermales d'Usson, d'Ax-les-Thermes et de Luchon, tout cela au long de la splendide route des Pyrénées, avec les arrêts classiques en Cerdagne, aux cols de Puymorens et du Tourmalet (2.122 m.), à l'Hostellerie des Frontignes, aux Abbayes de Saint-Lizier et de Saint Bertrand de Comminges.

Le voyage se terminera à Luchon, le 10 septembre, mais une excursion facultative le suivra (10-12 septembre) qui permettra de voir les deux plus beaux sites des Pyrénées : le Pic du Midi et le Cirque de Gavarnie, ainsi que la très intéressante station de Lourdes, où l'on assistera à un pèlerinage et à l'examen des malades.

Comme dans les voyages précédents, des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des adhérents, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français. Des démarches sont entreprises pour obtenir, le même avantage dans la traversée de la Suisse et de l'Italie, à l'aller et au retour.

Les demandes doivent être adressées à la direction des voyages Cévennes-Pyrénées, à La Malou (Hérault). Les membres de la famille du médecin sont admis aux mêmes conditions que lui-même.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Prix de la journée.* — Les prix de journée dans les hôpitaux de Bordeaux sont fixés aux chiffres suivants, depuis le 1er juillet 1931 :

Malades de l'assistance médicale gratuite et assimilés : médecine et tuberculeux, 29 fr. 57 ; chirurgie, 31 fr. 23 ; vieillards et infirmes, 14 fr. 45.

Accidentés du travail : médecine, 38 fr. 44 ; chirurgie, 40 fr. 60.

Malades à leurs frais ou aux frais de tierces personnes :

Malades adultes et enfants au-dessus de 7 ans de Bordeaux : médecine, 29 fr.57 ; chirurgie, 31 fr. 23.

Malades de la même catégorie, étrangers à Bordeaux : médecine, 31 francs ; chirurgie, 34 francs .

Enfants au-dessous de 7 ans : malades de Bordeaux : médecine, 23 francs ; chirurgie, 26 francs .

Malades étrangers à Bordeaux : médecine, 28 francs ; chirurgie, 29 francs.

Malades de la même catégorie du Sanatorium Xavier-Arnozan : 33 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Création par une commune, avec ses propres ressources, d'une maison de santé.

13273. — M. Weydmann demande à M. le Ministre de la Santé publique si une commune peut créer avec ses propres ressources et sous sa gestion immédiate, un hôpital ou un hospice, alors qu'un hôpital-hospice soumis aux dispositions de la loi du 7 août 1851 existe déjà dans la commune. (*Question du 16 juin* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative. Bien que les hôpitaux et hospices publics d'une commune doivent, en principe, être placés sous l'autorité de la même commission administrative, une commune peut être amenée, pour des raisons de dotation, pour bénéficier d'une libéralité dont l'auteur a imposé des conditions incompatibles avec les règles prescrites par la loi du 7 août 1851, pour pratiquer une branche d'assistance non réglementée, à créer, à côté des établissements publics, une maison de santé, un établissement de fait non soumis à ces règles. L'établissement constitue alors une simple branche de l'administration communale et non un établissement public, il est dépourvu de la personnalité civile, ne peut bénéficier par lui-même de libéralités, et ne peut coopérer à l'application des lois d'assistance d'Etat.

(*J. O.*, 21 juillet 1931.)

Les décorations des réserves pendant cinq ans (1931-1935)

Article 1er. — Il est mis, à la disposition du ministre de la guerre, pendant cinq ans, à compter du 1er janvier 1931, le contingent de croix de la Légion d'honneur et de médailles militaires ci-après :

1931 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur, 25 ; officier, 270 ; chevalier, 3.000 ; médailles militaires, 35.000.

1932 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur, 25 ; officier, 270 ; chevalier, 3.000 ; médailles militaires, 35.000.

1933 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur , 25 ; officier, 270 ; chevalier, 2.500 ; médailles militaires, 10.000.

1934 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur, 25 ; officier , 270 ; chevalier , 2.500 ; médailles militaires, 10.000.

1934 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur, 25 ; officier, 270 ; chevalier, 2.500 ; médailles militaires, 10.000.

1935 : grand-croix, 1 ; grand-officier, 3 ; commandeur, 25 ; officier, 270 ; chevalier, 2.500 ; médailles militaires, 10.000.

Ces croix et médailles sont destinées à récompenser les officiers généraux de la deuxième section du cadre de l'état-major général de l'armée et les fonctionnaires militaires de grades correspondants ;

Les officiers, sous-officiers et hommes de troupe des réserves ;

Les officiers, sous-officiers et hommes de troupe retraités ou réformés pour blessures de guerre.

Elles seront attribuées avec traitement lorsque leurs titulaires rempliront les conditions fixées par l'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930 ; sans traitement dans le cas contraire.

Toutefois, les traitements attachés à ces décorations ne seront accordés que dans la limite des crédits rendus disponibles par voie d'extinction.

Art. 2. — Pourront également concourir pour l'obtention de la médaille militaire sur ces contingents, les sous-officiers et hommes de troupe dégagés de toutes obligations militaires par leur âge, leur situation de famille ou par réforme pour une cause autre que celle résultant de blessures de guerre, à la condition qu'ils aient des titres de guerre (blessures de guerre, ou citations avec croix de guerre ou qualité de « combattant volontaire »).

Ceux déjà titulaires de la médaille militaire pourront concourir pour la croix de la Légion d'honneur s'ils ont été l'objet d'une proposition pour cette distinction depuis l'obtention de la médaille militaire et s'ils continuent à rendre des services à l'éducation physique ou à la préparation militaire.

Art. 3. — Sur les contingents fixés à l'article 1er ci-dessus, seront réservées annuellement :

2 croix de commandeur ; 8 croix d'officier ; 30 croix de chevalier, destinées à récompenser les officiers rayés des cadres pour une cause autre que celle résultant de blessures de guerre, en particulier ceux ayant de beaux services de guerre (blessure de guerre ou citations) ou continuant à rendre des services à l'armée, notamment à l'éducation physique et à la préparation militaire.

Art. 4. — Indépendamment des règles ordinaires qui régissent les inscriptions aux tableaux de concours pour la Légion d'honneur ou la médaille militaire, aucun militaire des réserves ne pourra être inscrit à ces tableaux s'il ne compte au moins trois ans de service dans cette position.

Compte sera tenu des titres exceptionnels que les militaires des réserves se seront acquis par des services rendus à l'éducation physique et à la préparation militaire. Mention sera faite de ces titres exceptionnels aux tableaux de concours chaque fois qu'ils auront déterminé l'inscription.

Art. 5. — Il ne pourra être employé, durant chaque semestre, que la moitié des contingents fixés à l'article 1er de la présente loi.

Les œuvres de l'Armée du Salut

Nous avons il y a quelques mois indiqué ici l'œuvre admirable de charité et d'hygiène réalisée à Paris par l'*Armée du Salut*. Nous sommes heureux d'extraire le passage suivant du compte

rendu de la séance du vendredi 10 juillet 1931, du Conseil municipal de Paris :

Subvention à l'Association des œuvres françaises de l'Armée du Salut.

M. de Fontenay, au nom de la 5e Commission. — Messieurs, nous avons été saisis, par M. le Préfet de la Seine, d'une demande de l'Association des œuvres françaises de l'Armée du Salut, tendant à obtenir une subvention de 100.000 francs.

L'Armée du Salut a été fondée en Angleterre en 1865 et le centre en est situé à Londres. La section franaçaise, dont le siège social est à Paris, 76, rue de Rome, constitue une association régulièrement déclarée le 23 décembre 1901, conformément à la loi du 1er juillet 1901, et en instance de reconnaissance d'utilité publique.

L'Armée du Salut a pour but, aux termes de ses statuts, « le sauvetage moral et social de ceux « qui, par leur faute ou par suite de circonstances « indépendantes de leur volonté, sont devenus « victimes de l'alcoolisme, du jeu, du vice et du « mal sous toutes ses formes. »

A cet effet, elle organise des réunions et conférences, publie des journaux ou revues et surtout, crée et entretient des établissements de secours social, fournissant des asiles ou des refuges aux orphelins, aux malheureux privés d'habitation ou de travail, aux femmes déchues moralement, aux prisonniers libérés, et généralement à tous ceux qui souffrent de misère physique et morale. L'Œuvre secourt toutes les infortunes sans distinction de parti ou de religion.

En France, elle a créé des centres d'activité d'ordres divers : foyers pour jeunes filles, hôtels populaires, colonies de vacances, œuvres de secours, de réhabilitation et de sauvetage, qui, en 1922, pouvaient déjà recevoir simultanément 1.020 personnes.

Elle a aménagé, en 1925, le « Palais du Peuple » dans un vaste immeuble 29, rue des Cordelières, pouvant héberger 380 hommes et jeunes gens, et, en 1926, le « Palais de la Femme », dans un autre grand immeuble 94, rue de Charonne, où sont reçues 750 femmes et jeunes filles.

L'Association des œuvres françaises de l'Armée du Salut projette à présent d'organiser la « Cité du Refuge », sur un terrain situé rues Cantagrel et du Chevaleret, que lui a loué la Ville de Paris, moyennant un loyer annuel de 100 francs pour une durée de trente années, avec promesse de vente réalisable pendant le cours du bail.

Cette cité comprendrait la Maison de la mère et de l'enfant, des restaurants, des ateliers, des chambres avec 500 lits. Elle sera complétée par des œuvres annexes situées en d'autres lieux : le Foyer du jeune homme, à Ménilmontant, l'asile flottant sur la Seine, une colonie de vacances pour

les mères et leurs enfants au bord de la mer, des colonies agricoles pour jeunes gens et jeunes filles des hôtelleries populaires dans certaines grandes villes de province et des maisons de relèvement pour femmes.

L'organisation de toutes ces œuvres entraînera une dépense d'environ 10 millions de francs. L'Association a reçu de la charité privée près de 6 millions et le Conseil général, dans sa délibération du 30 décembre dernier, lui a alloué 100.000 francs. Il manque donc encore environ 4 millions.

Ses seules ressources ne semblent pas lui permettre de couvrir une telle dépense. Son compte financier pour 1929 se traduit, en effet, par 11.033.271 fr. 45 de recettes et par 11.244.930 francs de dépenses, soit un déficit de 211.697 fr. 55.

M. le Préfet de la Seine estime que le concours très précieux que cette œuvre apporte dans la lutte contre la misère matérielle et morale, sous toutes ses formes, justifie une aide importante de la part des pouvoirs publics et il émet un avis très favorable à l'octroi de la subvention qu'elle sollicite.

Je vous demande, en conséquence, de lui allouer une subvention de 100.000 francs.

Adopté (1930, PP. 1208 et 1457 ; 1931 ; 450 et P. 751).

Honoraires pour accouchement d'une assurée sociale notoirement indigente

Il faut de suite bien établir la distinction entre l'individu, assuré social, notoirement indigent et celui qui est privé de ressources.

Dans le premier cas, bénéficiaire de l'article 59 de la loi des assurances sociales, le « notoirement indigent » reste, vis-à-vis du médecin, ou de la sage-femme, à la charge de la mairie et du département, lesquels doivent régler le praticien au tarif des accidents du travail.

Tandis que le « privé de ressources » n'est pas un indigent, puisqu'il est assuré social. Il doit conserver la charge de payer son praticien et, s'il est dans l'impossibilité de le faire, il demande une avance à sa caisse.

Ce n'est qu'en cas d'hospitalisation que les frais de celle-ci incombent pour partie au budget de l'A. M. G.

Ceci posé, lorsqu'un praticien (médecin ou sage-femme) est appelé pour accoucher à domicile une personne indigente, il faut répondre aux nécessités de l'urgence et, après coup, faire régulariser la situation.

Mais, si le temps ne presse pas, l'assuré social, ou quelqu'un de sa famille doit demander la feuille de maternité à la caisse d'assurances sociales, faire viser cette feuille à la mairie, pour

qu'il y soit inscrite la mention d'assistée notoire.

Cette feuille, dûment annotée par la mairie, est remise à la sage-femme, qui la conservera, pour la présenter ultérieurement à l'appui du mémoire d'honoraires d'assistance, qui doit être envoyé par le praticien à la Préfecture (chaque trimestre, ou chaque année, selon les départements).

Le tarif applicable est celui des accidents du travail.

Si la parturiente n'est pas elle-même assurée sociale, mais est la femme d'un assuré, elle bénéficie des frais médicaux et pharmaceutiques, sans avoir droit aux prestations en argent de maternité ; mais elle peut obtenir l'assistance aux femmes en couches.

L'article 59 de la loi apporte donc une dérogation au principe général qui veut que le praticien soit réglé directement par son malade et d'après le tarif syndical. Dans ce seul cas d'assurés notoirement indigents, c'est le service départemental de l'A. M. G. qui paie le praticien, selon le tarif des accidents du travail.

Dr Paul Boudin.

Médecine des troupes coloniales

Le Président de la République, en date du 4 juin 1931, décrète :

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 18 mai 1925 portant création d'une « section médecine troupes coloniales » à l'école du service de santé militaire, est remplacé par le suivant :

« Il est institué à l'école du service de santé militaire une section médecine troupes coloniales, en vue de contribuer avec l'école principale du service de santé de la marine au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

« Cette section est désormais organisée à Marseille où elle constitue un détachement de l'école du service de santé militaire.

« Les élèves qui seront à l'avenir admis dans cette section poursuivront intégralement leur scolarité auprès de la faculté de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

« Il en sera de même pour les élèves déjà admis dans cette section à l'exception de ceux visés par l'article 8 du décret du 19 septembre 1919 qui doivent terminer leurs deux dernières années d'études à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, ou qui, ayant acquis au concours la qualité d'externe ou d'interne des hôpitaux d'une ville de faculté, pourront, s'ils le désirent, poursuivre intégralement leurs études dans ladite faculté.

« Sous réserve des dispositions ci-dessus les élèves de cette section sont soumis, par ailleurs, dans les conditions fixées par l'article 3 ci-dessous, aux dispositions du décret du 19 septembre 1919, concernant les élèves détachés dans les villes de faculté.

« Le cadre de surveillance et le personnel enseignant chargé de donner l'instruction clinique et complémentaire aux élèves de la section seront fournis par le corps de santé des troupes coloniales. »

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

2917. — Sursis d'incorporation

Je serais heureux d'avoir les renseignements suivants concernant mon fils, étudiant en médecine, qui a obtenu l'année dernière un sursis d'incorporation et qui vient de recevoir son livret militaire, muni entre la couverture et la première page d'un fascicule modèle n° 3 indiquant que ce jeune homme, classe 1930, est mis en sursis à compter du 15 avril 1931 :

1° Si ce sursis se continue sans interruption jusqu'à la fin des études ?

2° Si, pour que ce sursis continue, il est nécessaire de faire chaque année demandes ou démarches ?

3° Si, en cas de demandes ou démarches nécessaires, à qui doit-on s'adresser ?

Réponse.

Le sursis accordé est renouvelable par tacite reconduction jusqu'à l'âge de 27 ans (article 23 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée).

En cas de démarches, il faut s'adresser au maire de la commune dans les deux mois qui précèdent les opérations du conseil de révision.

Application du Tarif Fallières.

3862. — Sutures de plusieurs tendons

Voulez-vous avoir l'amabilité de me documenter, une fois de plus et sur un point d'interprétation du tarif des A. T.

J'ai eu à soigner il y a quelques mois un blessé qui, à la suite d'un coup de hache sur le dos de la main gauche, s'est présenté à moi avec section des extenseurs de trois doigts ; j'ai dû pratiquer la suture de *chacun* de ces trois tendons extenseurs, suture qui a d'ailleurs été suivie de restauration fonctionnelle complète. J'ai compté à la compagnie :

Suture de trois tendons extenseurs de la main gauche 50 fr. × 3	150 fr.
Fourniture et matériel stérilisé de sutures et pansement (forfait)	25 fr.

La compagnie me refuse de payer 150 fr. la suture de ces trois tendons. Le tarif officiel portant :

Sutures des tendons extenseurs (doigts, orteils) .... 50 fr.

Or, il me semble que dans l'esprit du législateur, il s'agissait de tarifer la suture d'un tendon ; il est en effet inadmissible de payer la suture, par exemple des cinq tendons, le même prix que celle *d'un seul* et vice versa.

Par ailleurs, elle prétend que « le matériel stérilisé pour sutures est compris dans le prix de l'intervention » et me réduit le forfait que j'avais compté, non seulement pour la suture des tendons, mais pour les sutures cutanées et le pansement.

Que pensez-vous de ces deux prétentions de la compagnie ? J'ai naturellement refusé les offres de la compagnie jusqu'à avoir votre avis compétent et une indication autorisée sur la conduite à tenir, puisqu'il s'agit d'une question d'intérêt général.

Dr L.

Réponse.

1° Si vous avez pratiqué la suture de *trois* tendons extenseurs, vous avez à compter trois fois 50 francs : 150 francs.

2° Le matériel stérilisé est compris dans le prix de l'intervention, comme tout instrument chirurgical. Il n'en est pas de même des fournitures *pharmaceutiques* (gaze stérilisée, ouate, bandes, etc.) que, suivant votre ordonnance, la compagnie doit payer au pharmacien fournisseur suivant le tarif des pharmaciens, ou à vous-même, suivant ledit tarif, si, en l'absence de pharmacien dans votre commune, vous êtes *propharmacien.*

3° Les sutures cutanées sont l'acte terminal de l'intervention (suture tendineuse) et sont donc comprises dans le prix de celle-ci.

Dr Fernand Decourt.

3934. — Pansements « simple » ou « multiples »

Le 27 mars 1931, j'ai reçu à mon cabinet un ouvrier qui présentait, à la suite d'un accident, des plaies contuses à la face dorsale du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire gauches.

Ces plaies anfractueuses et aux bords déchiquetés nécessitèrent un certain temps chacune pour le pansement. J'ai compté dans ma note à la compagnie 30 fr. pour chaque séance : avais-je le droit de le faire et ne faut-il compter que 15 fr. ?

Dr C.

Réponse

Si blessures de doigts d'une même main peu graves, vous avez à compter le prix ordinaire d'une consultation. Si blessures plus graves, c'est le prix de « pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr. » (article 17). Or, comme depuis avril 1930, le prix de la visite ou consultation est porté à 15 fr., il en résulte, jusqu'à la promulgation du tarif nouveau au

1er janvier 1932, que, dans les deux cas, c'est 15 fr. par intervention.

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot.

3637. — Phrénicectomie

Voudriez-vous me dire combien doit être compté une phrénicectomie chez un tuberculeux réformé ?

Réponse.

La phrénicectomie est tarifée 500 fr. dans le nouveau tarif des *accidents du travail* accepté par la commission ministérielle (mais dont la date d'application est reportée au 1er janvier 1932).

Il en résulte que vous êtes fondé, par *analogie*, à demander ce prix pour les pensionnés de guerre, alors que cette intervention n'est pas indiquée dans le tarif actuel des soins à ces pensionnés.

Dr Fernand DECOURT.

Questions diverses.

3726. — Frais de prothèse en matière d'accidents du travail

Un de mes clients a dû subir l'amputation de toute la main droite à la suite d'un accident du travail qui ne soulève aucune contestation.

La cicatrisation étant bien acquise, il s'agit maintenant de fournir au malheureux garçon (18 ans) un premier appareil de prothèse.

Je viens vous demander si cette dépense incombe à l'assureur ?

Sinon, à qui ?

Dr C.

Réponse.

Aux termes d'une jurisprudence constante, les blessés du travail n'ont droit qu'à la fourniture des appareils qui peuvent concourir au traitement de leurs blessures, ces appareils étant alors considérés comme un accessoire des frais médicaux et pharmaceutiques.

Lorsque leurs blessures sont consolidées, que les appareils de prothèse sont nécessaires, la jurisprudence décide que ces appareils ne peuvent être mis à la chargent du patron ni de l'assurance, et que le blessé doit en faire lui-même les frais.

Cette solution est évidemment très dure pour les blessés du travail et, dans le projet de révision de la législation sur les accidents du travail actuellement soumis au Parlement, il est prévu une disposition qui mettra dorénavant les frais de prothèse à la charge du chef d'entreprise responsable.

Mais pour le présent, la solution qu'a donnée à cette question la jurisprudence doit continuer à s'imposer et, à moins qu'elle n'y consente à l'amiable, la compagnie d'assurances ne pourra être contrainte en l'espèce à faire les frais de l'appareil de prothèse.

3814. — Accident au cours du trajet du domicile au lieu du travail

Membre du Sou médical, je vous envoie en communication le bulletin d'avis d'accident ci-joint ; la compagnie d'assurances ayant refusé de me régler mes honoraires relatifs à ce sinistre, prenant prétexte qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail.

Le blessé est tombé de bicyclette en se rendant à son travail, dans les conditions suivantes :

Parti de chez lui à 5 h. 1/4 à bicyclette, il allait prendre un bateau pour traverser la rivière et se rendre en face, sur le chantier où il était embauché. Etait-il sous la charge de son patron au moment de son accident ?

Si oui, est-ce le juge de paix du canton où se trouve le lieu de l'accident qui est compétent ? Mais il est probable qu'une déclaration d'accident a déjà été faite par le patron dont le chantier est à A... à la mairie de cette commune.

S'il n'était pas sous la charge du patron en se rendant à son travail, la responsabilité du patron existe-t-elle du fait d'avoir mis le médecin en œuvre ; en indiquant même l'heure de cessation du travail, sans avoir depuis renvoyé le certificat initial ni fait aucune réserve avant la demande de paiement ?

Qui faut-il appeler en conciliation et devant quel juge de paix ?

Faut-il oui ou non porter la question, en invoquant la législation des accidents du travail ?

Dr D.

Réponse.

En principe, la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été victime soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné (voir dans ce sens, Civ. 3, mars 1903, *D. P.*, 1903-1-273 et Sachet, tome 1, n° 317 et suivants).

Il résulte de cette jurisprudence que c'est à bon droit que la compagnie d'assurances rejette la responsabilité de son assuré, puisque l'accident est survenu au moment où l'ouvrier se rendait à son travail et n'avait pas encore pris possession de son service.

D'autre part, une jurisprudence constante décide que la remise au blessé par le patron d'un bulletin d'avis destiné au médecin traitant n'engage pas la responsabilité du patron et ne lui interdit pas de contester par la suite que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

D'ailleurs, dans la plupart des cas et notamment dans l'espèce que vous nous soumettez, le bulletin d'avis est rédigé de telle façon, qu'il réserve l'application de la loi du 9 avril 1898.

Par conséquent, la remise du bulletin d'avis ne peut être considérée comme un engagement du patron à votre égard.

Dans ces conditions, vous ne pouvez poursuivre le recouvrement de vos honoraires que contre le blessé lui-même, et conformément au droit commun.

C'est donc devant le juge de paix du canton de son domicile que vous devez porter l'affaire.

Loyers

3760. — Augmentation due à partir du 1er juillet en vertu de la loi du 29 juin 1929 sur les loyers

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant ?

1° Un loyer de 1.600 fr. en 1919, porté à 2.800 par la loi du 30 juin 1929, peut-il être augmenté en vertu de lois nouvelles, depuis cette date ?

2° Cette majoration postérieure à 1929, peut-elle être subie par un officier, ancien combattant, père de 5 enfants ?

Dr C.

Réponse.

Aux termes de l'art. 11 de la loi du 1er avril 1926 modifiée par la loi du 29 juin 1929, les locataires en cours de prorogation ont à supporter depuis le 1er juillet 1931 une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Si vous êtes actuellement en prorogation et si vous bénéficiez des avantages de la loi du 29 juin 1929, vous devez supporter l'augmentation à partir du 1er juillet.

Votre qualité d'ancien combattant et de père de 5 enfants ne vous confère aucun privilège à ce sujet.

Divers

3728. — Allocations aux femmes en couches

Je vous prie de vouloir bien me dire si un propriétaire, cultivateur, dont la femme mère de 4 *enfants* en est à sa *cinquième grossesse*, a droit à une allocation à dater du 8e mois et à la prime d'allaitement, après l'accouchement.

Ce cultivateur jouit d'une certaine aisance, mais est bien loin d'être riche.

Dr L.

Réponse.

En vertu de l'article 3 de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, toute femme de nationalité française privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié *comme ouvrière, employée ou domestique* a droit, pendant la période de repos qui précède et suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière.

L'art. 73 de la loi de finances du 30 juillet 1913 a étendu l'application de cette disposition aux femmes se livrant habituellement à leur domicile *à un travail salarié.*

La femme à laquelle vous vous intéressez, étant mariée à un propriétaire cultivateur et ne se livrant par conséquent à aucun travail salarié ni chez autrui ni à son domicile, ne peut prétendre au bénéfice des allocations prévues par ces lois.

En revanche, le père de famille peut demander à bénéficier des allocations prévues par la loi du 22 juillet 1923, concernant l'encouragement national à donner aux familles nombreuses pour chaque enfant de moins de 13 ans, au delà du troisième à moins qu'il ne reste assujetti à l'impôt sur le revenu après que son revenu a subi une déduction prévue pour charges de famille.

Si votre client remplit ces conditions, qu'il s'adresse, pour obtenir tous renseignements sur les formalités à accomplir, à la mairie de sa résidence.

3752. — Incapacité de recevoir un legs d'un malade ou du médecin qui l'a soigné

Je donnais mes soins depuis de longues années à un cousin au 5e degré. Il meurt et me laisse un legs par testament. Malgré ce legs, puis-je présenter à la succession ma dernière note d'honoraires sans que le fisc trouve à redire, ou pour présenter cette note dois-je renoncer au legs ?

J'ai toujours entendu dire *qu'un client* ne pouvait faire de legs à son médecin.

Dr C.

Réponse.

En vertu de l'art. 909 du Code civil, les docteurs en médecine qui ont traité une personne pendant la maladie dont elle est morte, ne peuvent profiter des dépositions entre vifs ou testamentaires qu'elle a faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Sont exceptées de cette règle les dispositions rémunératrices faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus et les dispositions universelles dans le cas de parenté jusqu'au 4e degré inclusivement.

Si le malade est mort de la maladie pour laquelle vous l'avez soigné, les héritiers auraient

donc en principe une action en annulation du legs qui vous a été fait.

Cependant, une telle action pourrait être exercée contre vous si la disposition faite par le défunt en votre faveur peut être considérée comme proportionnée aux services rendus et à sa fortune.

Si le legs présente bien ce caractère et si vous estimez qu'il vous rémunère suffisamment des soins que vous avez donnés, nous estimons que vous devez l'accepter et ne pas présenter votre note à la succession.

Dans le cas contraire, refusez le legs et exigez le paiement de vos honoraires sur état détaillé.

Mais si vous adoptez cette dernière solution, nous tenons dès à présent à vous mettre en garde contre le fait que la prescription pourrait vous être opposée par les héritiers pour les soins remontant à plus de deux ans.

Dans cette affaire, vous ne pourrez entrer en conflit qu'avec les héritiers du défunt et non avec le fisc qui n'a aucune qualité pour s'opposer à la validité du legs.

ANTHOLOGIE

Sonnet

A la mémoire du Dr
René Jacquemaire,
victime de la science.

Lorsqu'un héros tombait dans la lutte sanglante,
A l'appel de son nom, le « Mort au Champ d'Honneur »
Répondait fièrement comme un appel vainqueur,
Et la Gloire entr'ouvrait son aile frémissante.

Tu mis à te donner la même ardeur troublante,
Et nos lèvres émues disent avec ferveur
Les cinq mots glorieux qu'au fond de notre cœur,
Ton sacrifice inscrit en lettres flamboyantes,

Tu mourus, calme et doux, dans les bras de ta Mère.
Sur le sein de héros tels que toi, Jacquemaire,
La Croix retrouve enfin son entière valeur ;

Eperdue de respect devant ta jeune gloire,
Mon âme s'agenouille et, pleurant ton malheur,
Ouvre un temple secret à ta grande Mémoire.

Clémence ARDEN,
18 juillet 1931.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1932)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er septembre, au prix de 25 francs.

Le soussigné (nom et prénoms) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1932(1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 25 fr.*
- *Je verse 25 fr. au compte de chèques postaux* **Concours Médical**, *Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (3 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1931

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps util aux souscripteurs).*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

***NOTA.** — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson *(chir. acc.)*.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet *(cure hélio-marine)* L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson *(chir.)*.
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément *(chir.)*, M. Rochette *(stom.)*, Théo-Roux *(Gyn.enf.)*, Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon *(Y. O. R. L.)*.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 281. — Centre. Cause dép., poste à céder excell. condit. Belle mais. électr., garage, tél.

Nº 282. — Moulin à vend. en Eure-et-Loir, 20 CV, 2 ha, 115.000 fr. Facilités.

Nº 283. — Bretagne, près ville import., très bonne client. à céder. Prix : 45.000 fr.

Nº 284. — Côtes-du-Nord, Plémet. Client. propharm. à prendre d'urg., rayon étendu, nombr. ouvriers, plus. industries, gros travaux en cours, jolie maison, long. bail. S'adr. Dr Martin, à Plancoet (C.-du-N.).

Nº 285. — Dr ayant voit. fer. remplac. Paris ou banl., août-septemb. Libre de suite.

Nº 286. — Séjour à la camp. pour enf. non contag. chez parente de doct. Vallée de la Creuse, 25 fr. par jour.

Nº 287. — Méd. province, marié, 2 enf., bonne, remplacer, confr., Paris ou banl. proche, ayant garage, 8 à 10 jours fin septembr. Faire offre.

Nº 288. — Charente. A céd. poste import. méd. génér. ch.-lieu cant. grande ligne. Faible indemn., facilités.

Nº 289. — Touraine. Libre de suite, très gros poste, seul méd., proxim. ville, gr maison, pet. loyer. Facil. de paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 290. — 35 min. Paris. Bonne client. campagne à céder 12.000 compt. Grande maison, jardin. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1,rue Dante Paris (5e). Tél Odéon 36-46.

Nº 291. — Envir. Bordeaux. Seul méd., excell. rendem. , maison 13 p. confort. Indemn. 45.000 avec instrum. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 292. — Banl. imméd., 5 min. gare St-Lazare, à céder urg. cause santé, poste méd. rapp. intéress. à doubler immédiat. Beau pavil. 8 p. tout confort. Prix : 38.000 compt.

Renseignements

Héliothérapie. Maison de santé. Dr BRODY, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Buvez nos grands vins de Bordeaux. Adressez-vous au producteur. Prix spéciaux à MM. les docteurs, **Paul Faure. Château-Barrieux à Samonac** (Gironde).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Union internationale contre la tuberculose.** — La réunion annuelle du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le président actuel est le Professeur Frölich (Norvège), a eu lieu à Paris le jeudi 9 juillet ; dix-sept pays s'étaient fait représenter. À 10 heures du matin, une séance administrative réunissait les membres du Conseil au siège de l'Union, 2, avenue Vélaquez, Paris. La date de la prochaine conférence de l'Union internationale, qui doit avoir lieu à La Haye, a été fixée du 6 au 9 septembre 1932, et les trois questions suivantes, choisies sur une liste de sujets proposés par les divers pays membres de l'Union, ont été inscrites à l'ordre du jour. Question biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité*, le rapporteur sera désigné ultérieurement ; Question clinique : *La chrysothérapie*, rapporteur, Professeur Sayé (Barcelone) ; Question sociale : *L'assistance post-sanatoriale*, rapporteur Docteur B. H. Vos (Hellendoorn). Suivant le précédent adopté à la Conférence d'Oslo, on désignera pour chaque question, à côté du rapporteur principal, dix co-rapporteurs choisis dans différents pays.

La séance scientifique a eu lieu dans les nouveaux laboratoires de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, que les membres du Conseil ont visités sous la conduite du Professeur Calmette. La séance a été consacrée au rapport du Docteur Soper (Etats-Unis) sur : *Un plan standard de lutte antituberculeuse* : en l'absence du Docteur Soper, ce rapport a été présenté par le Professeur Opie (Etats-Unis). Ensuite le Professeur Valtis (Grèce) a exposé les étapes de la lutte antituberculeuse dans son pays. Ces deux rapports ont été suivis d'une discussion à laquelle ont pris part le Professeur Léon Bernard, secrétaire général de l'Union, le Professeur Knud Faber (Danemark), le Colonel Rudzki (Pologne), etc.

— **Union internationale contre le péril vénérien.** *Concours d'insigne.* — Dans une réunion, tenue à Londres, l'Union internationale contre le péril vénérien a décerné le premier prix du concours d'insigne à un artiste français, le Dr Gaston Lévy, de Paris. On sait que ce concours avait été institué pour doter l'Union d'un insigne spécial, analogue à celui adopté par l'Union internationale contre la tuberculose.

— **Bordeaux.** — Le concours de la *médaille d'or* de chirurgie s'est terminé par la nomination de M. Philip.

— **La caravane universitaire.** *Voyages de septembre 1931.* — Voyage en Corse (4-12 septembre : 1.280 fr.) : se hâter pour les dernières places. Voyage en Espagne (7-25 septembre ; 2.000 fr et 2.265 fr.) : il y a déjà 30 inscriptions sur 40 à admettre. Voyage à Constantinople par la voie de terre : remis à l'an prochain.

— **Æsculape** grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 40 francs (Etranger : 60 francs), 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe).

Sommaire du n° 7 : La chétive existence de Joachim du Bellay (5 ill.), par le Dr Roger Amsler et M. André Bruel. — Corot inconnu : son enfance, sa jeunesse (12 ill.), par Edouard Gaillot. — L'Histoire de l'Eau de la Reine de Hongrie (5 ill.), par le Prof. Jules Magyary-Kossa, de Budapest. — Saint-Fridolin et le putréfié (1 ill.). Le temps des études (1 ill.). — Supplément (15 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 JUILLET

Circulaire du ministre de la Santé publique, en date du 20 juin 1931, sur la surveillance des eaux minérales.

Le ministre de la Santé publique
à MM. les préfets,

Paris, le 20 juin 1931.

Comme vous le savez, trois décrets en date du 30 avril 1930 (*Journal officiel* du 10 mai) ont remanié la législation relative aux eaux minérales.

L'article 7 du décret sur la police des eaux minérales prévoit, entre autres dispositions, que les propriétaires ou exploitants de sources non autorisées sont tenus de solliciter cette autorisation dans un délai de six mois.

Or, ce délai est à l'heure actuelle largement expiré. Je désire donc que vos services, d'accord avec les ingénieurs des mines, fassent une enquête pour rechercher si, dans votre département, toutes les sources d'eaux minérales exploitées sont bien autorisées.

A l'occasion de cette enquête, j'appelle votre attention sur les points suivants des décrets qui ont donné lieu jusqu'ici à des demandes d'explications.

Décret sur la police des eaux minérales. — L'article 4 de ce décret a, notamment, introduit une nouvelle notion, celle de la détermination de la résistivité électrique.

En introduisant cette notion dans les mesures physiques dont est chargé, sur le terrain, l'ingénieur des mines, on a voulu fixer sous une forme simple et d'obtention rapide une caractéristique très particulière de chaque eau minérale, à savoir : sa minéralisation globale.

Une eau est d'autant plus conductrice qu'elle aura dissous, dans son trajet souterrain, plus de matières salines empruntées aux roches solubles au travers desquelles elle s'est tracé son cheminement.

La résistivité électrique d'une eau est donc le reflet fidèle de sa minéralisation ; c'est une expression constante, pour un régime donné de la source.

La variation de cette mesure traduit, en consé-

quence, une modification de ce régime ; c'est ainsi essentiellement une méthode de surveillance qui détermine l'opportunité et l'intérêt d'une analyse complète.

Il conviendra donc de la répéter, sur place ou en laboratoire, aussi souvent que la visite des griffons, par les divers techniciens chargés de leur surveillance, le permettra. Lorsque les lieux d'embouteillage seront éloignés des griffons, un robinet de prise sera prévu au départ et à l'arrivée de la conduite véhiculant l'eau minérale. Grâce à cette disposition, il pourra être fait une mesure de résistivité électrique, en chacun de ces deux endroits. On s'assurera ainsi, par la concordance des deux mesures, qu'aucune eau parasite ne pénètre dans la conduite. La bonne qualité de l'eau minérale embouteillée pourra, de cette façon, être surveillée facilement et fréquemment. Chaque fois qu'à l'occasion d'une demande quelconque, un plan des lieux d'embouteillage devra être établi, ce plan devra mentionner tous ces détails.

Vous avez dû remarquer, également, le renforcement des garanties entourant les eaux minérales. Plusieurs assemblées nouvelles sont appelées à donner leur avis dans les diverses instances. Il est essentiel que ces assemblées trouvent, dans les dossiers d'instruction des demandes, tous les renseignements propres à les éclairer sur la protection des eaux qui en font l'objet.

Périmètre de protection. — On sait qu'il est une phase critique de la circulation des eaux minérales, qui est localisée aux approches du point d'émergence, et qui est caractérisée par la possibilité du mélange de l'eau minérale avec les eaux douces environnantes et souvent polluées, voire même, avec les eaux usées.

La plupart des griffons, en effet, forment le pôle justifié des agglomérations et la densité de peuplement est maximum à leur approche.

La connaissance, à leurs abords, des conduites, collecteurs ou aqueducs porteurs d'eaux d'égouts, celle des fosses septiques, fosses fixes, des puisards, des potagers, etc.., devra être acquise. Ces éléments d'appréciation figureront notamment au plan prévu à l'article 2 du décret sur le périmètre de protection des eaux.

Je tiens à vous rappeler, au sujet de ce décret, que les deux mots « et instruite », de l'article 1er, 2e paragraphe, portés par erreur sur le texte publié au *Journal officiel* du 10 mai ont été supprimés par *erratum* paru au *Journal officiel* du 15 août 1930, page 9502.

Surveillance des sources et des établissements. — La connaissance de la topographie locale acquise par la documentation prévue aux décrets précédents pourra être appelée à jouer un rôle important dans la surveillance de la pureté des eaux minérales.

Beaucoup de stations ont, en effet, leur captage assis sur des fondations très anciennes. On sait que, parfois, en régime normal, des anastomoses du filon thermal principal atteignent la nappe froide environnante. Mais en saison, lorsque les sources sont pom-

pées, pour satisfaire aux besoins de l'établissement, c'est-à-dire lorsque leur plan d'eau est déprimé, les conditions hydrostatiques peuvent être renversées et l'eau froide contaminée peut être attirée vers le griffon thermal. Des pluies répétées qui surélèvent le niveau de la nappe froide peuvent provoquer le même phénomène.

L'intérêt de surveiller, plus particulièrement, les environs immédiats de la source est évident ; la protection hygiénique des eaux thermominérales reviendra donc, en fait, le plus souvent, à la surveillance des eaux froides ou usées qui les environnent. Cette surveillance incombera ainsi, tout naturellement, à l'inspecteur et au conseil départemental d'hygiène qui auront, le cas échéant, à informer le service des mines de leurs observations pour poursuivre en commun l'amélioration du captage et sa protection.

Ces analyses se feront, de préférence, aux périodes saisonnières les plus caractéristiques, c'est-à-dire vers les extrêmes de la saison sèche et de la saison humide, époques variables suivant l'altitude de la station et son climat, mais que l'on peut placer vers septembre et mars pour les régions tempérées. Elles doivent être faites uniquement par des laboratoires agréés.

Ces laboratoires publics agréés dont il est parlé à plusieurs reprises dans les trois décrets sont les laboratoires agréés par mon ministère, en 1re ou 2e catégorie, pour les analyses chimiques et bactériologiques des adductions d'eau potable et dont la liste, établie chaque année au 1er juillet par le conseil supérieur d'hygiène, vous est envoyée régulièrement. Vous voudrez bien étudier par quel moyen (presse, notifications officielles ou particulières, etc.), vous pourrez les faire connaître aux intéressés.

Chaque source autorisée devra posséder un dossier contenant les observations auxquelles ont donné lieu les constatations faites par les services compétents et en particulier le résultat des analyses bisannuelles. A cet effet, les laboratoires agréés devront vous envoyer directement une copie des résultats de chacune des analyses d'eau minérale qu'ils auront effectuées. En cas d'observations, ce dossier me sera transmis conformément à l'article 4. Il sera, en outre, utilement consulté chaque fois qu'une source donnera lieu à une enquête, en particulier *lors des demandes de déclaration d'intérêt public.*

L'article 5 prévoit que l'autorisation peut être suspendue ou révoquée, en particulier si la source est restée inexploitée depuis cinq ans. Vous aurez à faire rechercher, à l'occasion de l'enquête dont je vous ai parlé au début de la présente circulaire, si de telles sources existent dans votre département. Elles feront l'objet d'un rapport des ingénieurs des mines, et le dossier me sera transmis avec votre avis.

Si la source dont l'autorisation est révoquée se présente sous forme de forage, l'ouvrage sera comblé définitivement pour rendre impossible sa transformation ultérieure en puisard absorbant, par le fait d'un usager mal avisé. Il en sera de même des forages stériles,

Telles sont actuellement les observations suggérées par l'application des décrets du 30 avril 1930. Ces décrets sont eux-mêmes le résultat de nombreuses observations antérieures et de la collaboration de plusieurs assemblées ; mais ils ne vaudront que si la surveillance des sources d'eaux minérales est l'objet de votre attention soutenue.

C'est donc à votre vigilance incessante ainsi qu'à celle des services techniques de contrôle de votre département que je fais un pressant appel pour m'aider à maintenir, grâce à une exploitation impeccable qui est leur sauvegarde, le renom justifié des eaux thermales françaises.

CAMILLE BLAISOT.

31 JUILLET

Loi du 28 juillet 1931 simplifiant la perception des cotisations des assurances sociales.

Art. 1er. — L'article 2, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, est modifié comme suit :

« Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par des versements pour moitié à la charge de l'assuré et retenus lors de sa paye au moins une fois par mois, et pour moitié à la charge de l'employeur. C'est à ce dernier qu'incombe, pour toute occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, l'acquittement de cette double contribution sous forme de timbres ou de vignettes. Le timbre est divisé en deux parties apposées au moins une fois par mois, l'une, pour les risques de capitalisation, sur une carte annuelle, l'autre, pour les risques de répartition, sur un des quatre feuillets trimestriels annexés à la carte annuelle. La carte annuelle et les feuillets trimestriels annexés sont délivrés gratuitement, chaque année, par le service départemental des assurances sociales. A défaut de présentation par l'assuré des carte et feuillets correspondants, la double contribution est représentée par un timbre apposé par l'employeur sur un duplicata qui lui est délivré gratuitement par ce service. La carte annuelle doit être échangée à l'expiration du trimestre civil qui comprend le mois anniversaire de naissance de l'assuré et les feuillets trimestriels, détachés de la carte annuelle, doivent être transmis au service départemental dans les dix premiers jours de chaque trimestre de l'année civile. L'employeur doit mentionner sur les timbres la date de l'apposition ; les timbres dépourvus de cette mention sont présumés représenter des versements personnels de l'assuré.

« Par dérogation à la disposition qui précède, le versement des contributions pourra s'opérer par un autre mode de libération à fixer par le règlement d'administration publique prévu ci-après.

« Les employeurs qui n'ont pas représenté sur les feuillets susvisés les versements prescrits dans les délais fixés sont passibles, à compter du premier jour du mois suivant celui dans lequel le payement était exi-

gible, d'intérêts de retard calculés au taux de 0,50 p. 100 par mois, sans préjudice des dispositions de l'article 64 ci-après. »

Art. 2. — L'article 5, paragraphe 2, de la loi précitée est modifié comme suit :

« Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé soixante jours pendant le trimestre civil précédant la maladie. Toutefois, tant que l'assuré n'aura pas été immatriculé durant un trimestre civil entier, le droit aux prestations lui sera acquis s'il a cotisé soixante jours pendant les trois mois précédant la maladie.

« Les journées de maladie indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation. »

Art. 3. — Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur le 1er janvier 1932.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre du travail et de la prévoyance sociale, déterminera les dispositions nécessaires à l'application de la présente loi.

Avis de vacance d'un poste de médecin directeur d'asile public d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le docteur Clerc, nommé à un autre poste.

2 AOUT

Nomination de professeurs de Faculté.

Par décret en date du 29 juillet 1931, M. Fiessinger, agrégé près la faculté de médecine de l'université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite faculté, en remplacement de M. Rathery, transféré dans la chaire de clinique thérapeutique médicale.

4 AOUT

Arrêté du ministre de la Santé publique du 3 août 1931 sur la surveillance des sources et des établissements d'eau minérales.

Art. 1er. — Chaque année, à l'issue de la saison des eaux, tout exploitant d'un établissement d'eaux minérales sera tenu de transmettre au préfet du département où est situé son établissement les renseignements de statistique suivants :

1° Noms des sources autorisées dans l'année où dont l'autorisation a été renouvelée avec indication de leur débit en eau, gaz, température, résistivité électrique, et, s'il y a lieu, radioactivité ;

2° Valeur des caractéristiques (débits, température, résistivité, s'il y a lieu radioactivité, de chaque source exploitée) qui ont fait l'objet de mesures depuis la fin de la saison précédente, et variations constatées ;

3° Résultats des analyses bactériologiques bisannuelles obligatoires. Suites données. Résultat des analyses chimiques s'il en a été fait ;

4° Modifications apportées depuis la fin de la der-

nière saison au captage et à l'aménagement des sources ;

5° Eventuellement, travaux ayant fait l'objet d'une demande d'autorisation effectués à l'intérieur du périmètre de protection. Résultats ;

6° Nombre de bouteilles vendues (volume correspondant en litres). Modifications apportées s'il y a lieu au procédé d'embouteillage ;

7° Nombre de malades français ayant fréquenté l'établissement (moyenne de séjour de chacun d'eux). Nombre d'indigents assistés ayant bénéficié du traitement gratuit.

Nombre d'étrangers, en distinguant si possible leur nationalité, ayant fréquenté : *a*) la station ; *b*) l'établissement thermal.

Nombre total de journées de cure de ces étrangers ;

8° Visites des agents du service des mines, de l'inspecteur départemental d'hygiène et autres autorités prévues à l'article 2 du décret. Suites ;

9° Observations (donner en particulier, le cas échéant, les modifications survenues dans l'aménagement de l'établissement thermal proprement dit : baignoires, piscines, etc.). Suggestions des intéressés.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur de l'hygiène et de l'assistance et le directeur des mines sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française.

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire

Le recensement de 1931 et sa répercussion sur la législation spéciale des loyers.

13355. — M. BONNEVAY demande à M. le Ministre de la Justice si les communes qui, au recensement de 1926, comptaient plus de 4.000 habitants, et qui, à ce titre seulement, bénéficiaient de la législation spéciale sur les loyers d'habitation et dont le recensement de 1931 aura permis de constater que leur population est inférieure à ce chiffre, rentreront dans le droit commun à dater de la publication officielle des résultats de ce dernier recensement. (*Question du* 23 *juin* 1931.)

Réponse. — Réponse négative, sous réserve de l'appréciation éventuelle des tribunaux.

(*J. O.* 30 *juillet*).

Influence des taches solaires sur les suicides, les crimes et les accidents (1)

Par Maurice FAURE (Nice),
Président de la Société médicale du littoral Méditerranéen.

M. Maurice Faure a signalé (1922) la coïncidence du passage des taches solaires avec la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques, et notamment avec le plus grave et le plus aigu de ces accidents : la mort subite (1927).

Or, les radiations anormales résultant de l'effervescence solaire (dont la tache est la manifestation la plus visible), n'agissent pas exclusivement sur le système nerveux de la vie de nutrition, mais aussi sur le système nerveux de la vie de relation : c'est-à-dire que ces radiations ne provoquent pas seulement des pertubations des échanges nutritifs et des fonctions viscérales indispensables à la vie, mais aussi des pertubations mentales.

Ces pertubations se traduisent par les observations suivantes :

(1) Communication au 54e congrès de l'*Association française pour l'avancement des siciences*, Nancy, 20 26 juillet 1931.

Suicides. — Dans des lieux différents, chez des sujets qui s'ignorent, des suicides sont notés simultanément, sans causes immédiates importantes.

Crimes. — Des crimes absurdes, sans explication raisonnable, sont commis en même temps pour les motifs les plus futils, dans des lieux très éloignés les uns des autres.

Accidents. — Les accidents les plus divers apparaissent en groupe, et dans des conditions qui ne permettent pas de douter de la coexistence d'une pertubation mentale et de l'action d'une cause extérieure : collisions de trains, accidents multipliés d'automobile et d'aviation, explosions, coups de grisou, incendies, etc.

Ces séries de faits se déroulent dans un ordre qui est toujours le même, en relation chronologique avec des pertubations de l'atmosphère et de l'écorce terrestre, qui sont elles-mêmes causées par l'effervescence solaire.

C'est la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques, qui apparaît la première. Cette recrudescence se produit pendant les deux ou trois journées qui précèdent le passage de la tache solaire ; puis apparaissent les morts subites, les suicides, les crimes absurdes et les accidents, qui coïncident avec le passage de la tache. Ensuite surviennent les chan-

Voir la suite page XLVII-2575

PROPOS DU JOUR

Ce que la France a réalisé au point de vue sanitaire dans l'Afrique du Nord.

A l'Exposition Coloniale Internationale, au Musée permanent, une planisphère ingénieusement dressée permet de constater, par des points lumineux qui successivement s'éclairent, les progrès remarquables faits dans l'organisation sanitaire des possessions françaises d'outremer en 1910, 1920 et 1930. Le visiteur est frappé du développement des formations sanitaires en Afrique du Nord. Or, dans un voyage long et pénible qui n'était pas sans dangers et qu'elle ne fit pas sans quelques aventures, souvent assez déplaisantes, une jeune et gracieuse parisienne, Madame A. René BROUILLHET, a fait une enquête sur les hôpitaux et les formations sanitaires de l'Afrique française du Nord. Madame A. René Brouillhet est la veuve d'un très jeune confrère, victime de la guerre, qu'elle a glorifié avec tous les médecins morts pour la Patrie dans un ouvrage touchant où sont pieusement recueillis des notes empruntés à des carnets de route ou des fragments de correspondance. Ce recueil, intitulé *Les héros sans gloire*, reçut de l'Institut le Prix Audiffred.

Chargée d'une Mission officielle, Mme A. R. Brouillhet s'aventura seule jusqu'aux postes les plus avancés du Sud Marocain, Algérien et Tunisien ; elle vient de publier les notes de son voyage dans un très intéressant petit livre intitulé : *Sous le ciel africain*, 52° *à l'ombre* (*Reportage*) (1).

Débarquée à Casablanca, la jeune voyageuse visite les hôpitaux et les dispensaires de la ville et assiste dans une salle de triage à une consultation où les indigènes sont accourus en foule. Après avoir admiré à Rabat les palais de la Résidence et de l'Etat-Major, elle visite le dispensaire Marie-Feuillet», patronné par les dames de la Croix-Rouge. Cette formation est un modèle du genre, ainsi que le dispensaire oto-rhino-laryngologique.

A Marrakech, malgré 90° de température au soleil et 52° à l'ombre, elle se rend à l'hôpital indigène Mauchamps, où elle admire les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis qui, la malpropreté aidant, couvre les malheureux arabes d'horribles ulcères. Elle gagne, aux environs de la ville, le Palais Dar Beïda, transformé en hôpital militaire et civil.

A Mogador, « l'hôpital indigène, écrit-elle, est un hôpital modèle ; j'y retrouve les mêmes malades et les mêmes dévouements. » A Agadir, l'hôpital militaire soignait à son passage une cinquantaine de Sénégalais. L'hôpital civil est en construction à l'extrémité du pays. Elle se rend au Camp des pestiférés au Sud d'Agadir. Tous les malades sont des indigènes et « beaucoup de guérisons ont été obtenues. Sans le dévouement de nos médecins, ces malheureux seraient morts après avoir contaminé leurs compatriotes. »

A Safi, à l'hôpital indigène, lors de la consultation, deux cents Arabes des deux sexes attendent leur tour. Le Dr M., un véritable apôtre, qui exerce depuis vingt cinq ans à Safi, édifie Mme Brouillhet sur la malpropreté des indigènes et lui raconte qu'au début, pour les engager à se faire soigner, il fallait tenir la seringue d'une main et un demi-douro de l'autre. Sept mille indigènes se *présentent actuellement* chaque mois à l'infirmerie. « L'uniforme militaire impressionne les Arabes. Quand ils font appeler un médecin civil, ils se contentent de l'accompagner jusqu'à la porte après la consultation. S'ils ont demandé un major, ils lui offrent généralement un cheval et le reconduisent jusqu'à sa demeure. »

A Meknès, l'hôpital militaire, un des mieux installés du Maroc, est dirigé par le Dr Turcan ; il possède une maternité, un foyer du soldat et une belle installation de radiographie.

A Oued-Zem, aux confins d'une région dissidente, la Kasba-Talda, transformée en hôpital, pourrait être classée parmi les monuments historiques ; on y soigne des dysentériques et des paludéens.

A Fez, l'hôpital indigène est le plus important des hôpitaux de ce genre. Mme Brouillhet visite le service des enfants et le service de gynécologie, très encombrés. A Guercif, l'hôpital militaire,

(1) Librairie André Delpeuch, 51 rue de Babylone, Paris, 1931.

construit par pavillons, possède une importante consultation ophtalmologique, bien qu'il y ait peu de trachomes. Le service des vénériens et celui des blessés sont complets.

A Oudjda, l'hôpital de la ville est le plus beau et le plus vaste des hôpitaux marocains. Le service des médecins est écrasant.

Mme Brouillhet constate, comme cela a été dit déjà bien des fois, que « nos docteurs ont été au Maroc nos plus sûrs agents de pénétration pacifique ».

« La médecine du bled est extrêmement difficile à assurer. C'est pourquoi nous devons rendre hommage aux groupes sanitaires mobiles. Ces groupes se rendent dans les souks le jour du marché, ils s'y installent sous une tente, donnent des consultations et distribuent des médicaments ».

« Le groupe sanitaire mobile visite également le bled en auto. Il ramène les malades qui doivent être hospitalisés et dépiste les malades épidémiques ».

« Malheureusement plusieurs médecins sont morts victimes de leur devoir. Les médecins majors Oberlé, Foubert, médecin de l'Infirmerie indigène d'Oudjda, Rollin, décédé à Taourit, Chevraut, des postes de Guercif, les D[rs] Dentier, mort du tétanos à Dar-bel-Hamri, Scimana, de la méningite cérébro-spinale épidémique, à Azilal, Ollé, de la diphtérie à Fez, Chavanne, de la grippe à Oudjda, etc . »

Remercions Madame A. René Brouillhet d'avoir bien voulu signaler ces nobles victimes du devoir et de nous permettre de joindre aux siens nos hommages et nos regrets.

En dehors des hôpitaux, il existe au Maroc des œuvres de protection de la santé de l'enfant et même des colonies de vacances.

Casablanca, Rabat, Fez et Meknès possèdent des dispensaires antituberculeux organisés comme en France.

Le dispensaire infantile indigène de Marrakech donne 5.000 consultations par mois. Une maternité musulmane et israélite vient d'y être annexée.

En résumé, au *Maroc*, le service d'Assistance médicale comprend 10 hôpitaux ou grandes infirmeries, 10 petites infirmeries indigènes bien outillées, des cliniques de prophylaxie (syphilis, dermatologie, tuberculose), 15 groupes mobiles pour visiter les tribus. Le nombre annuel des consultations médicales, données au Maroc, est de 1.775.000 environ et 17.000 malades sont hospitalisés.

La prophylaxie est très sérieusement assurée. Le plus simple lazaret est pourvu d'une salle de triage, de salles de déshabillage, d'épouillage, de douches, de désinfection. Bien que la lèpre soit peu répandue, il y a des léproseries à Marrakech et à Fez. La pharmacie centrale fournit plus de 200 formations sanitaires ; ses achats annuels montent à 2.500.000 fr.

***

En Algérie, le passage de Mme A. R. Brouillhet fut plus rapide et les observations qu'elle fait sont moins nombreuses dans ce pays qui est français depuis un siècle.

Les indigènes se présentent par milliers aux nombreuses formations sanitaires. Il convient de rappeler le rôle du Cardinal Lavigerie, des Pères Blancs et des Sœurs-Blanches dans les débuts de l'assistance médicale algérienne.

La première formation sanitaire indigène date de 1867 et fut créée à Saint Cyprien des Attafs, dans la plaine du Chéliff.

Les trois quarts de la population indigène sont atteints de syphilis et le montant du prix des médicaments arsenicaux, bismuthiques ou autres délivrés gratuitement, s'élève à 250.000 francs.

***

Le passage de Mme A. R. Brouillhet en Tunisie fut encore rapide. Elle visita à Tunis le palais Sadiki, transformé en hôpital, qui est pourvu d'un service pour le traitement radiothérapique de la teigne qui donne 100 p. 100 de guérisons.

Elle admira les œuvres de protection de l'Enfance, le refuge des orphelins et enfants abandonnés qui date de 1924, la Maison d'Accueil à 6 km. de Tunis avec ses quinze hectares plantés d'oliviers, les dispensaires, les gouttes de lait, etc ...

Sfax, Gabès, Medenine possèdent des hôpitaux parfaitement organisés. Kairouan est devenu un grand centre médico-chirurgical.

A Teboursouk, Gaffour et Saint-Joseph de Thibar, les Pères blancs ont fondé des gouttes de lait. Quarante deux gouttes de lait « Lucien Saint » fonctionnent jusque dans les territoires du Sud.

L'œuvre française de la protection du premier âge a examiné 6.000 enfants et distribué 130.000 biberons.

A signaler l'Union familiale d'Italie qui entretient à la fois une goutte de lait, un dispensaire et des colonies de vacances.

L'infirmerie indigène de Bizerte donne une moyenne de 100 consultations par jour. L'insti-

tution héliothérapique de Kram au bord de la mer est remarquable.

L'état sanitaire de la Tunisie est excellent. On lutte avec énergie contre le trachome qui se propage par la malpropreté et aussi par l'usage familial du bâton à kohol.

***

Mme A. R. Brouillhet constate les grandes difficultés que rencontrent les médecins en Afrique du Nord ; ils sont obligés souvent d'effectuer de longs parcours à cheval et à mulet pour atteindre des douars où l'on a signalé un cas de typhus ou de variole, douars qui parfois se sont transportés à l'insu des autorités à 20 ou 30 kilomètres plus loin.

Les devoirs des médecins y sont des plus absorbants et des plus pénibles ; ils méritent d'être connus en France.

Aussi, remercions-nous Madame A. R. Brouillhet qui nous a permis d'écrire le résumé bien incomplet de son très intéressant livre, dont nous avons dû, hélas ! négliger la partie anecdotique et pittoresque pour nous borner à y cueillir ces seuls documents.

Elle nous permet, pendant l'*Exposition coloniale internationale* et au lendemain des *Journées Médicales coloniales*, de rendre un hommage mérité à ceux qui ont assuré aux indigènes ou développé en Afrique du Nord les bienfaits de la médecine et de montrer aux autres nations comment la France accomplit son devoir civilisateur dans ses propres colonies.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

STÉGOMYA ET DENGUE

par le Dr J. Legendre

Des cinq parties du Monde où règne la dengue, l'Europe est la moins éprouvée, car le moustique qui en est le vecteur, le Stegomya fasciata, appelé encore Œdes égypti ou Œ. argenteus, n'habite que des zones restreintes, les plus chaudes, de son territoire : sud de l'Espagne et du Portugal, îles de la Méditerranée, Canaries dans l'Atlantique, à population de race européenne.

L'histoire de la dengue dans ces régions a enregistré l'épidémie de Ste-Croix de Ténériffe en juillet-août-septembre 1865, observée et relatée par le Dr Poggio ainsi que celle de Cadix et de Séville à la même époque. Ce médecin rappelle l'épidémie antérieure de 1784 à Cadix, décrite par Cristobal Cubillal, laquelle s'étendit à Séville où elle régnait encore en 1788.

Ces dernières années, des épidémies massives en Tunisie, en Grèce et en Egypte, ont montré que la dengue à Stégomya n'était pas morte dans la zône méditerranéenne. On est surpris de ne pas trouver le Maroc parmi les pays atteints, car le Stégomya abonde sur ses rives méditerranéenne et atlantique. Et ce Protectorat a des relations fréquentes, non seulement avec la Grèce, la Tunisie et les Canaries, mais aussi avec des pays de race noire, le Soudan et le Sénégal où la dengue montre chaque année, de juin à novembre, un plus ou moins grand nombre de cas de la floraison cutanée qui a valu à la dengue le nom de fièvre rouge. La dengue se cache, sans doute, au Maroc sous le nom de fièvre paludéenne comme en Afrique occidentale.

En 1904, Graham, à la suite d'expériences faites à Beyrouth, attribua la transmission de la dengue au moustique Culex fatigans, ce qui n'a pas été confirmé. A la suite d'observations que je fis à Hanoï (Tonkin) en 1910 pendant une épidémie de fièvre rouge qui frappa le plus grand nombre des européens et une forte proportion d'indigènes, j'apportai le premier la preuve, par la seule méthode de l'observation, que le Stégomya fasciata était l'auteur de la dengue (J. Legendre. Dengue et Stégomya. *Bull. de la société de pathol. exotique.* 1911. p. 26-30). Plusieurs années après, Siller Hall et Hitchens aux Philippines ont confirmé par l'expérimentation le rôle du St. fasciata admis aujourd'hui par presque tous.

Mes contacts avec la fièvre rouge ne se sont pas bornés là. En 1925, en Haute Volta (Boucle du Niger), j'ai démontré que la dengue, qui n'y avait jamais été signalée, y sévissait à l'état endémo-épidémique et qu'elle y était la maladie la plus fréquente chez les blancs. Jusque là, on l'avait méconnue : on la dénommait fièvre palu-

déenne (J. Legendre. La dengue ouest-africaine. *Presse Médicale,* 11 août 1926) L'épidémie de 1925 frappa 50 % des blancs.

L'année suivante, la dengue à Stégomya régnait à l'état épidémique en Tunisie ; en 1927, 1928 et 1929, elle provoquait une pandémie à Athènes. Bien que l'origine autochtone de ces épidémies soit probable, il est certain que les *pays méditerranéens peuvent aussi être touchés par le virus de la dengue provenant de l'Afrique occidentale ou centrale,* par mer ou par terre. On connaît des exemples d'importation maritime en Europe de dengue contractée au port d'escale par un équipage, au port d'embarquement par des isolés. Comme exemple du premier cas, Bideau cite le paquebot Ango qui la prit à Dakar et la porta au Havre. L'attaque primaire se produit à bord, *la rechute, qui est presque la règle dans la maladie ouest-africaine,* se fait après le débarquement, à quinze jours, trois semaines ou même un mois de l'attaque primaire. Par exemple,une dengue prise à Grand Bassam se déclare par le travers de Dakar et la rechute se fait à Agen. Qu'il s'agisse d'un équipage ou d'un isolé, le diagnostic porté est celui de fièvre paludéenne, diagnostic auquel tout colonial est condamné à vie, sans examen de sang, du fait qu'il a habité les colonies. Comme il est probable que pendant la rechute, le virus se trouve dans la circulation périphérique, le cas importé peut être l'origine d'une épidémie, s'il se produit dans une localité où vit le Stégomya et à la saison où cet insecte pique.

La dengue est plus facilement transportée par voie ferrée ou par camion automobile de la côte à l'intérieur ou vice versa. A ma connaissance une introduction semblable, de la Côte d'Ivoire en Haute Volta, a provoqué une épidémie dans la localité où le malade arriva en pleine éruption primaire.

Déjà, à l'époque de la lente navigation à voile, les médecins ont observé des importations de fièvre rouge d'un port à l'autre et d'un pays à l'autre. Ce risque est considérablement augmenté aujourd'hui par la rapidité des traversées, la circulation d'automobiles et d'avions qui franchissent en deux jours ou en deux heures des distances qui exigeaient huit jours par les anciens modes de transport.

Comment se conserve le virus de la dengue, d'une année à l'autre, pendant la « période interépidmique » au cours de laquelle les St. fasciata sont en état d'hibernation ? En 1911, dans un travail paru dans le *Bull. de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine,* j'ai attribué cliniquement la conservation du virus d'une année à l'autre, à des fébricules atteignant toute une famille. En Haute-Volta, à Ouagadougou; l'étude de l'insecte vecteur m'a donné l'explication des dates d'apparition et d'arrêt annuel de l'épidémie. (J. Legendre . Observations sur la biologie du St. fasciata dans la Boucle du Niger. Acad. médec. 14/1/30).

Dans la région nigérienne, «la période d'activité alimentaire et reproductrice du St. f. est la saison des pluies. Le mois de mai, avec une ou deux tornades, marque le début de la multiplication de l'insecte ; on commence à trouver partout ses larves dans les canaris domiciliaires (récipients à eau en terre cuite), mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit un Stegomya ailé. En juin, il devient moins rare, en juillet et août plus commun, fréquent en septembre et octobre, pour diminuer en novembre et disparaître au début de décembre. De cette date à mai inclus, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aperçoit dans les habitations un Stegomya vieux et désorné, ou bien jeune et porteur d'une livrée intacte » (loco citato).

Ce n'est pas la baisse de la température qui amène l'arrêt de la reproduction et la raréfaction de l'insecte au cours de ces six mois. En effet, « de mi décembre à fin janvier, la température nocturne tombe fréquemment au voisinage de 15° à l'extérieur, de 20° à l'intérieur, températures auxquelles l'insecte est inapte à piquer. Mais le thermomètre monte rapidement et se maintient toute la journée entre 25° et 30°, température propice à l'alimentation du Stégomya. En *février, mars et avril, malgré que la température soit plus élevée qu'à la saison des pluies et reste haute nuit et jour, le St. fasciata ailé reste inactif* ... Cette hibernation n'est pas de moindre durée à Ouagadougou (région nigérienne) qu'à Dakar où le climat est tempéré pendant cinq mois, de décembre à avril.

..... Cette longue inaction physiologique saisonnière n'atteint pas l'Œ. argenteus ni les autres moustiques aussi complètement que des animaux supérieurs, comme les oiseaux. Quelques Stegomyas pondent en saison sèche ; l'éclosion des œufs, les mues des larves, la nymphose, la métamorphose des nymphes en insectes ailés continuent. Mais tous ces phénomènes vitaux s'*accomplissent* au ralenti malgré *la permanence des gîtes* dans les maisons et dans leur voisinage et *malgré une température favorable* ».

S'il n'existe pas de service de destruction des moustiques dans l'agglomération atteinte par la dengue ou s'il est insuffisant , l'épidémie s'accroît avec la multiplication des Stégomyes. Les cas sporadiques de fièvre rouge ou de fièvre jaune qu'on constate exceptionnellement à la saison sèche doivent être causés par la piqûre de quelque Stégomya hibernant infecté à la saison précédente. Ces cas restent isolés parce que les stégomyes sont rares et s'abstiennent de piquer. Peut-être même les moustiques éclos à cette saison sont-ils inaptes à cultiver le virus inconnu de ces deux maladies, comme l'anophèle est inapte à cultiver l'hiver l'hématozoaire de la fièvre palu-

déenne ! Les larves et les images de St. hibernants assurent la conservation de l'espèce et la transmission du virus d'une année à l'autre. »

« Le fait que la durée de l'hibernation est la même à Ouagadougou qu'à Dakar malgré l'écart des températures indique que l'arrêt de la fonction de reproduction doit avoir pour cause l'épuisement de cette fonction après la série des générations d'été et non l'abaissement de la température. Cet arrêt, avec le jeûne qui l'accompagne, a pour effet de récupérer la fonction ovogénétique. L'arrêt de la fonction alimentaire est-il la cause ou la conséquence de l'autre ? Toujours est-il que le Stégomya cesse de piquer l'homme pendant cette longue période, ce qui met fin aux deux maladies qu'il est apte à transmettre. »

« Pendant deux années, presque chaque jour, de 20 h. à 22 heures, chassant assis et immobile, chaussé de hautes bottes de cuir pour empêcher les moustiques de m'attaquer aux jambes sans se faire voir, j'ai pris quelques anophèles, plus souvent des culex ordinaires, jamais un Stegomya fasciata ... D'après mon expérience, le St. de la Boucle du Niger attaque l'homme de jour, surtout entre 10 h. et 18 h. et la nuit après 22 h. à une heure que je ne puis préciser ».

« Les mœurs du St. fasciata ne sont pas exactement les mêmes sur tous les continents ni, sans doute, dans toutes les régions d'un continent. L'étude de la biologie des races régionales de ce moustique donnera la raison de faits épidémiologiques inexpliqués. »

Les épidémies de dengue se montrent tous les ans ou tous les deux ans, car l'immunité conférée par une atteinte n'est que de quelques mois ou de quelques semestres ; les épidémies de fièvre jaune sont rares, parce qu'une atteinte confère l'immunité à vie à qui en guérit.

La clinique et l'épidémiologie ont prouvé depuis des siècles que la fièvre rouge et la fièvre jaune sont des affections distinctes.

Malgré la connaissance acquise du rôle du St. fasciata dans la dengue, ce moustique continue à jouir du droit de cité. Il paraît beaucoup de travaux sur la dengue et sur sa thérapeutique, qui n'empêchent ni l'évolution de la maladie ni la rechute ; il en paraît fort peu sur le Stégomya et sa destruction. Cependant, « mieux vaut prévenir que ne pas guérir ». Une prophylaxie médicale par un vaccin éventuel, fût-il efficace, sera toujours inférieure à la prévention par suppression de l'insecte. C'est du côté de l'agent de transmission du virus que l'effort doit être dirigé.

Clinique Médicale des enfants : HÔPITAL DES ENFANS-MALADES

TROIS LEÇONS SUR LES CARDIOPATHIES AIGUËS DE L'ENFANCE

III. — Les péricardites dans l'enfance (1)

par Edouard PICHON,

Médecin des hôpitaux de Paris

Sous le nom de péricardite, nous étudierons les épisodes morbides comportant une lésion évolutive du péricarde ; nous n'y comprendrons point la symphyse organisée du péricarde, dont les lésions sont cicatricielles, mais nous aurons à y faire figurer les symphyses en voie d'organisation ou de remaniement.

L'enfance est l'âge d'élection des péricardites, puisque plus de la moitié des péricardites surviennent avant l'âge de quinze ans.

Suivant l'âge des sujets, la statistique étiologique se présente de façon tout à fait différente.

Chez les enfants au-dessous de cinq ans, ce qui est de beaucoup le plus fréquent, ce sont les péricardites purulentes. Dès après la naissance on peut voir, mais assez rarement, des péricardites streptococciques par infection d'origine ombilicale. Mais ce que l'on voit surtout dans les cinq premières années de la vie, ce sont des *péricardites pneumococciques* succédant à de la pleurésie purulente elle-même suite d'une broncho-pneumonie.

Entre cinq et quinze ans, la cause maîtresse des péricardites, c'est la *maladie de Bouillaud.* En effet, d'après les statistiques les plus autorisées, 60 % des péricardites entre ces deux âges sont rhumatismales, et un tiers des maladies de Bouillaud dans la même époque de la vie donne de la péricardite. Je dis *de la* péricardite, parce qu'il peut fort bien arriver que les lésions du péricarde ne fassent qu'accompagner des syndromes endocarditiques ou myocarditiques, sans créer un tableau clinique net de péricardite. Certes, c'est chez l'enfant que se rencontre le plus fréquemment le type classique de la péricardite rhumatismale aiguë avec ses deux phases de sécheresse et d'épanchement. Mais MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet ont récemment fait remarquer avec beaucoup de raison que la péricardite isolée, sans note clinique endocardique ni myocardique, était dans la maladie de Bouillaud, chez l'enfant,

---

(1) Leçon faite en juillet 1930. Voir les deux leçons précédentes in *Concours Médical*, nos 31 et 32, 1931.

beaucoup moins fréquente que ne le disaient les auteurs classiques d'après l'enseignement de Potain.

Auprès de la maladie de Bouillaud, entre l'âge de cinq et celui de quinze ans les autres causes de péricardite savoir la chorée, la scarlatine, la typhoïde, la tuberculose, pèsent peu. La *pneumonie* ne commence à jouer un rôle notable qu'après l'âge de dix ans. Vers treize ou quatorze ans on voit quelquefois des péricardites staphylococciques, suite d'ostéomyélites.

Telle est l'étiologie des péricardites aiguës. Dans les processus subaigus, la tuberculose vient jouer à côté de la maladie de Bouillaud un rôle relativement plus important.

Comme l'a très bien montré dans sa thèse M. Blechmann, il n'est pas de domaine où le médecin ait plus besoin de tout son esprit critique que dans l'interprétation des symptômes réputés péricardiques. A part le frottement, qui est un excellent signe, il n'est pas un seul symptôme qui ne puisse être trompeur, et la quantité de signes que l'on a décrits ne réussit pas à suppléer à l'insuffisance de leur qualité. Aussi, si le frottement vient à manquer, faut-il savoir analyser les symptômes dans toutes leurs nuances les plus fines pour pouvoir affirmer ou nier le diagnostic de péricardite. Au reste, sauf des cas où l'épanchement péricardique devient dangereux par son abondance même, il n'importe pas énormément qu'au cours d'une cardite rhumatismale l'élément péricarditique n'ait pas pu être reconnu, puisqu'il n'impose guère d'indication thérapeutique spéciale.

Examinons d'abord les signes physiques de péricardite. Le signe capital, nous venons de le dire, c'est le *frottement* ; c'est un bruit très imprécis dans son temps ainsi que dans sa localisation sur l'aire cardiaque. Mais, quant à la localisation en profondeur, il donne nettement à l'oreille l'impression qu'il est très superficiel ; aussi bien quand il est fort peut-il être perçu à la palpation. Il m'a semblé qu'il pouvait quelquefois être intéressant d'associer la palpation et l'auscultation, par l'auscultation transmanuelle : comme on perçoit ainsi le choc de la pointe, on précise mieux la place du frottement dans le temps.

Mais le caractère capital qui pour tout clinicien avisé permet de reconnaître le frottement péricardique, c'est son timbre, timbre très varié à la vérité, qui va du bruit de papier froissé aux bruits de cuir neuf et de râpe, mais qui dans sa diversité, garde une unité dont le terme de frottement à lui seul suffit à rendre compte. On ne sera pas étonné que le frottement puisse être influencé par la position du malade ou par la pression plus ou moins forte de la tête ou du stéthoscope.

En lui-même le frottement, dû au contact mutuel des feuillets péricardiques dépolis par l'inflammation, est un signe de péricardite sèche; le plus souvent pourtant il persiste dans la phase d'épanchement. La raison nous en a été donnée par Schaposchnikoff : c'est que le cœur, du fait de ses attaches anatomiques, reste, même dans des épanchements relativement gros, en contact avec le plastron sterno-costal, le liquide s'accumulant à gauche du viscère, au-dessous de lui, puis en arrière de lui.

Un autre signe indique la péricardite sèche : c'est le *signe de Josserand*, c'est-à-dire l'accentuation du second bruit au foyer pulmonarien, dû pour Josserand lui-même à ce que les milieux fibrineux sont particulièrement bons conducteurs du son, mais pour M. Vaquez à ce que la gêne circulatoire élève la pression dans la petite cirulation.

Enfin, c'est dès la période de sécheresse que l'on peut voir aux rayons X cette parésie de la coupole diaphragmatique gauche qui constitue le *signe d'Essey-Winter*. L'inspection peut montrer une augmentation de l'expansion respiratoire du haut du thorax tandis que la région diaphragmatique reste immobile. C'est une autre expression du signe d'Essey-Winter.

Passons maintenant aux symptômes qui sont donnés comme des signes d'épanchement péricardique.

A l'inspection, le *signe d'Avenbrugger* : il consiste en une voussure battante de l'épigastre. Mais ce signe se rencontre plus souvent encore dans les dilatations du ventricule droit que dans les épanchements péricardiques.

A la palpation, *l'affaiblissement du choc de la pointe* est loin d'indiquer à coup sûr un épanchement péricardique : outre qu'il peut exister dans des syndromes myocardistiques sans rien de péricardique, il est d'après Blechmann, dans les péricardites même, beaucoup plus souvent lié au myocardisme concomitant qu'à la présence de liquide. C'est seulement dans les très gros épanchements qu'il peut y avoir du liquide en avant du cœur : l'affaiblissement varie alors suivant la position du malade.

L'élévation du choc cardiaque jusqu'au troisième ou quatrième espace intercostal est un signe classique ; rejeté par Blechmann, il est maintenu comme possible par M. Vaquez.

Quant à l'élargissement des espaces intercostaux gauches et à la possibilité de suivre par la palpation la première côte jusqu'au sternum, ce sont des signes rares et de peu de valeur sur lesquels on ne peut pas asseoir un diagnostic.

La percussion et la radioscopie doivent être étudiées parallèlement parce que les signes qu'elles donnent sont absolûment calqués les uns sur les autres. Qui dit aire mate dit aire opaque et réciproquement. Ce point est très important. Certes, la percussion est d'une pratique plus

délicate que la radioscopie, mais puisque correctement effectuée elle donne des renseignements à peu près semblables, il est important, M. Nobécourt nous le dit bien souvent, de ne pas en négliger l'enseignement comme on a trop tendance à le faire actuellement. Loin de tout centre radiologique, un bon médecin sera bien heureux d'avoir à sa disposition cette méthode qui n'exige pour tous instruments que les doigts et les oreilles.

Le meilleur signe radio-percussionnel d'épanchement péricardique c'est la *cardiomégalie*, mais encore ce signe demande-t-il à être précisé ; le myocardisme en effet donne aussi une augmentation de l'aire cardiaque, mais une augmentation sujette, selon l'état de fatigue et selon le traitement, à des variations beaucoup plus rapides. Ce qui caractérise la cardiomégalie péricarditique c'est son augmentation excentrique et progressive, relativement lente à mesure que la maladie se développe. Ainsi précisé, ce symptôme s'appelle *signe de Bovaird*. A son maximum d'extension, la matité péricardique arrive à prendre une forme très caractéristique, presque semi-circulaire et plus ou moins grossièrement symétrique par rapport au bord gauche du sternum.

Un autre bon signe d'épanchement péricardique, c'est le *signe de Potain*, c'est-à-dire l'augmentation de la matité absolue par rapport à la relative.

On a essayé de ne pas attendre des modifications aussi grosses de l'aire cardiaque pour porter un diagnostic, mais ces essais n'ont été couronnés d'aucun réel succès. La vieille encoche de Sibson n'a aucune valeur. Le *signe de Rötch*, qui consiste en une matité dans le 5e espace intercostal droit, peut très bien, comme l'a montré Middleton, être dû à une dilatation de l'oreillette droite. Ewart avait avancé qu'au début des épanchements, l'angle cardio-hépatique, à la percussion, devenait obtus au lieu d'aigu. Les autres auteurs n'ont en général pas retrouvé cette particularité percussionnelle et Ironside Bruce a fait justice du signe d'Ewart en montrant que radioscopiquement, si gros que fût l'épanchement péricardique, l'angle cardio-hépatique restait aigu.

Alliée à la palpation, la percussion donne deux signes utiles, mais d'interprétation quelquefois délicate, savoir le débord respectif de la matité *en dehors* et *au-dessous* de l'endroit où par la palpation l'on sent battre la pointe.

Avant de conclure à la péricardite, se méfier d'un épanchement pleural qui donnerait une matité qu'on ne devrait pas fautivement rattacher au cœur.

L'auscultation ne donne guère de signes utiles, abstraction faite du frottement dont j'ai parlé plus haut. En effet l'*éloignement des bruits* est bien dificile à diagnostiquer cliniquement de leur affaiblissement par myocardisme.

Je ne dirai qu'un mot de la ponction péricardique à laquelle il ne faut recourir thérapeutiquement qu'à bon escient et que je trouve inadmissible comme moyen diagnostique.

Les *signes fonctionnels* de la péricardite sont assez divers. La *douleur précordiale* peut commencer dès la période sèche et affecter un caractère tel que certains auteurs dont M. Lian n'ont pas hésité à parler d'angor pectoris d'origine péricardique. Il me semble néanmoins qu'en général la douleur péricarditique n'affecte pas tout à fait les mêmes caractères cliniques que la myocardistique. Plus superficielle, elle est exagérée par le frôlement et à plus forte raison par la percussion et le tapotement. La pression le long du bord gauche du sternum, aux différents points phréniques, l'augmente nettement ; quelquefois même elle affecte spontanément une particulière intensité sur cette bande verticale phrénique ainsi que sur la bande horizontale des insertions de l'hémidiaphragme gauche. C'est la douleur en L majuscule.

Les signes de congestion encéphalique (vertige, bourdonnements, céphalée) le pouls de Küssmaul (plus fort dans l'expiration) sont des symptômes relativement fréquents, mais n'ont rien de pathognomonique. De même la dilatation permanente des jugulaires ou *signe de Cyril Ogle*.

La *dyspnée* revêt quelquefois dans la péricardite un aspect particulier, soit que le petit malade ne puisse respirer qu'assis, ce qui constitue l'*orthopnée*, symptôme assez banal de toutes les défaillances cardiaques, soit que, plus gêné encore ; il penche le tronc en avant en l'appuyant sur son oreiller posé sur les genoux : c'est le *signe de l'oreiller* ; soit même qu'il en soit réduit à se placer dans la position génu-pectorale, c'est le *signe de la prière mahométane*. Mais Cheinisse, mais Bergé ont montré que, même à ce dernier degré, ce symptôme n'était pas pathognomonique de la péricardite. Dans certains cas, l'on rencontre le *sigue de Pins*, qui consiste en des signes d'atélectasie (matité, abolition du murmure) de la base du poumon gauche disparaissant dans la position génu-pectorale. Ce signe, qui est classique, est assez rare pour que l'on n'ait guère à compter sur lui pour un diagnostic.

Maintenant que nous avons fait l'analyse clinique des symptômes de péricardite, il va nous être facile d'esquisser le tableau clinique et l'aspect évolutif des principales péricardites de l'enfance. Celle qui est de beaucoup la plus importante c'est la *péricardite de la maladie de Bouillaud*. Elle est nette surtout dans son type aigu, qui comporte une phase sèche de quatre à huit jours environ et une phase d'épanchement. Comme tout épisode cardiaque de la maladie de Bouillaud la péricardite peut être annoncée par une reprise de fièvre ne reconnaissant pas d'ex-

plication angineuse ni arthralgique. Alerté, le médecin ausculte le cœur et trouve un frottement ; puis le tableau symptomatique se complète plus ou moins avec les éléments sémiologiques que nous venons d'étudier. Nous sommes obligés de répéter encore une fois que bien souvent la cardite s'étend au myocarde ou à l'endocarde.

La péricardite rhumatismale a aussi des formes subaiguës dont la douleur précordiale et le frottement sont souvent les seuls indices cliniques. Ces formes subaiguës font partie intégrante du tableau du rhumatisme cardiaque évolutif tel que nous l'avons décrit dans la première leçon. Une symphyse péricardique se constitue alors peu à peu et, si le malade vient à mourir de son rhumatisme évolutif, l'autopsie montre très souvent autour du cœur une sorte de gangue jaunâtre, gélatineuse, représentant la symphyse en voie de constitution.

La *péricardite pneumococcique* est plus souvent une péricardite purulente accompagnée de fièvre du type hectique, et quelquefois assez dyspnéisante pour exiger la ponction, que dans la péricardite rhumatismale on n'a au contraire presque jamais l'occasion de pratiquer. Avec ou sans ponction, la péricardite pneumococcique est d'un pronostic très grave. Quand l'enfant succombe, on trouve entre les deux feuillets du péricarde un pus vert absinthe, peu abondant, avec de grandes et nombreuses fausses membranes jaune serin, aspect qui caractérise le pneumocoque même avant l'examen bactériologique.

La *péricardite tuberculeuse* se présente sous plusieurs types. Il existe un type latent, pure trouvaille d'autopsie ; un type où la péricardite n'est qu'un des éléments d'une polysérosite Fernet-Boulland ; un type avec signes fonctionnels marqués et évolution aiguë ressemblant assez à la péricardite rhumatismale.

Mais le type de beaucoup le plus fréquent de péricardite tuberculeuse a un début insidieux et lent. L'épanchement arrive à être très abondant, de un à trois litres, alors qu'on trouve cent à cinq cents centimètres cubes dans les péricardites rhumatismales. Il est séro-fibrineux, mais assez souvent avec tendance hémorragique ou purulente. Le pronostic est sombre ; la mort survient par syncope ou par asystolie. Si le malade y échappe, au moins court-il inévitablement à la symphyse cardiaque. La guérison sans séquelles symphysaires semble toutefois avoir été obtenue dans quelques cas par le traitement. Ce traitement consiste classiquement en des *ponctions péricarditiques* répétées. Mais il ne faut recourir à la ponction que si l'on a de très forts indices diagnostiques de gros épanchement péricardique.

Encore faut-il éviter le procédé *Dienlafoy* (5e espace intercostal gauche à 6 cm. du sternum) qui peut blesser la plèvre ou l'oreillette droite, et le procédé *Delorme* (5e espace inter-costal gauche contre le sternum). Le procédé le plus à recommander est celui de *Marfan* qui passe par l'épigastre et remonte derrière la xiphoïde. Il atteint la région sous-cardiaque où le liquide péricardique s'amasse. C'est seulement en l'absence d'épanchement qu'il risque de blesser le ventricule droit. Dans des cas particuliers on a pu aller chercher le liquide dans la région exo-apexienne, sous-maxillaire au 6e, au 7e espace intercostal, c'est le procédé de *Rendu*. La ponction péricardique n'est pas par elle-même inoffensive : on a vu des morts subites. MM. Barbier et Lian signalent que la blessure de la plèvre peut infecter cet organe. Néanmoins c'est dans la péricardite tuberculeuse avec ses si gros épanchements que les ponctions sont le plus indiquées. Par la seule technique des ponctions répétées, MM. Amaudrut, Nobécourt ont obtenu des guérisons Actuellement il semble que l'on se donne quelques chances de plus d'arriver à un résultat en faisant suivre la ponction d'une injection modificatrice, soit d'air, soir d'air goménolé, soit d'azote, soit d'argent colloïdal ou de lipiodol. Pour consolider la guérison, l'héliothérapie est à recommander.

Voilà quels sont les principaux types de péricardite aiguë de l'enfance.

Avec l'étude des syndromes péricardiques aigus, nous avons terminé celle des cardiopathies aiguës, qui devait faire le sujet de cette suite de leçons. Evidemment je n'ai pu vous tracer ici que les grandes lignes d'un domaine pathologique aussi complexe. Je serai heureux, Mesdames et Messieurs, si j'ai réussi à vous mettre en mesure de vous y orienter.

Pour ma part, je vous remercie grandement de l'attention bienveillante que vous m'avec accordée.

LA CLINIQUE MENTALE AU GOUT DU JOUR

La strychnine à hautes doses, spécifique des délires alcooliques

d'après MM. Ph. Pagniez et P. Chaton (1).

Les injections de strychnine à hautes doses avaient été considérées autrefois comme susceptibles de donner des résultats remarquables dans les délires alcooliques. Cette méthode, injustement tombée dans l'oubli, mérite d'être réhabilitée, ainsi que le prouvent les résultats intéressants obtenus par les auteurs.

Les délires alcooliques se traitent aujourd'hui sans alcool ; on place les malades dans les meilleures conditions d'ambiance ; on évite de les attacher et on s'efforce de les calmer, soit par des bains tièdes, soit par des médicaments variés, dont le chloral et l'opium, puis le somnifène (cas particulièrement aigus) restent le plus en usage.

Si la strychnine a toujours gardé sa place dans la période d'adynamie, qui fait suite à l'accès, et cela dans le but de tonifier le malade et d'exalter l'énergie vitale défaillante, il s'agit à présent pour elle d'un rôle de véritable antidote dans les délires alcooliques aigus.

Tout alcoolique entrant dans le service des malades agités (Pavillon Ernest-Dupré de l'Hôpital St-Antoine) est soumis au traitement par la strychnine de la façon suivante.

Le sulfate de strychnine, en ampoules dosées à un milligramme par cent. cube, est injecté par doses de deux milligrammes. Les injections sont répétées toutes les trois heures, et dans les cas particulièrement graves, toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de dix à seize milligrammes par 24 heures.

Les excellents résultats, obtenus avec ces doses, n'ont pas rendu nécessaire l'emploi des injections par cinq milligrammes, à raison de trois par jour, non plus que les doses exceptionnelles de cinquante milligrammes par jour (Luton).

Les injections seront fractionnées et fréquentes, en raison de l'élimination très rapide du médicament, car il est nécessaire de maintenir en permanence l'organisme sous l'influence de la strychnine.

Le malade ne reçoit aucun autre médicament ; on lui fait boire de l'eau et des tisanes en abondance. Quand l'agitation n'est pas excessive, l'alcoolique délirant est laissé en liberté dans sa cellule, dont on a enlevé tout meuble, sauf un matelas à même le sol. Si l'agitation est telle que le malade déchire sa chemise, ou frappe sans cesse la porte et les parois, on lui met une camisole de force, et on le laisse libre de se promener dans sa cellule. Enfin, dans les cas d'agitation extrême, ou quand il s'agit de malades ayant une pneumonie ou une affection aiguë médicale ou chirurgicale, on est obligé d'attacher le patient dans son lit ; cette pratique, longtemps considérée comme très dangereuse, n'a jamais donné de résultats fâcheux.

En règle générale, tout alcoolique, arrivé en état de confusion mentale, halluciné, trémulant, sans sommeil, couvert de sueurs, se trouve calmé par ce traitement en l'espace de 24 à 48 heures, rarement plus. Dès que le malade se calme, que les hallucinations disparaissent ou s'atténuent, que les sueurs cessent, la dose de strychnine est diminuée ; on passe à dix, à huit milligrammes par nycthémère pour cesser les doses décroissantes en quelques jours.

Jamais les auteurs n'ont observé *d'accidents* du fait de la strychnine par cette médication, pas même d'exagération des réflexes, et leur expérience porte sur un nombre considérable de sujets, puisqu'ils ont soigné en six ans 42 grands alcooliques par cette méthode.

C'étaient des délirants simples à symptomatologie classique plus ou moins aiguë, des délirants avec fièvre, des délirants à l'occasion d'une pneumonie ou d'un traumatisme, fracture ou autre. Tous ces alcooliques étaient plus ou moins trémulants ; beaucoup étaient fortement trémulants. Jamais il n'y eut de grand délirium tremens classique, avec tremblement intense secouant sans interruption le lit. Peut-être le traitement arrête-t-il le délire avant que le tremblement ait pris ce caractère d'acuité et d'ampleur ?

Des formes très graves ont été soignées, généralement avec un plein succès ; on peut donc même se demander *si la strychnine n'est pas un spécifique des accidents nerveux alcooliques.*

Un fait d'observation intéressant, c'est que la strychnine se montre sans aucune efficacité dans les états d'agitation, qui sont indépendants de l'alcoolisme ; dans des cas d'excitation maniaque simple, dans des cas de délire aigu non alcoolique, le résultat a été absolument nul ; aucune amélioration, mais non plus, aux doses indiquées plus haut, aucune aggravation, ni aucun accident. Cette inaction dans les excitations indépendantes

(1) Ph. Pagniez et P. Chaton. — Le traitement des délires alcooliques par la strychnine à hautes doses. (*La Presse Médicale*, 28 février 1931.)

de l'alcoolisme est si nette que, dans deux ou trois cas, elle a permis de rectifier un diagnostic erroné porté sur des malades, considérés à tort comme des alcooliques, alors qu'il s'agissait d'accidents d'autre nature.

Bref, l'expérimentation elle-même permet de dire qu'il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'une action *antagoniste* de la strychnine vis-à-vis de l'alcool.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Prophylaxie et traitement spécifique de la coqueluche.

Le bacille de Bordet et Gengou est l'agent spécifique de la coqueluche . La prophylaxie commande , dès lors, de mettre l'enfant à l'abri de l'agent pathogène.

D'autre part, l'épidémiologie nous apprend :

1° Que la maladie se transmet uniquement par le voisinage proche des individus malades ;

2° Qu'elle présente son maximum de contagiosité dans les tout premiers jours, et en particulier pendant la période dite « catarrhale » qui précède l'apparition des quintes caractéristiques. Ajoutons qu'à ce moment, le diagnostic clinique est absolument impossible ; il est nécessaire de recourir à la bactériologie, en présentant à l'enfant, à 15 cent . de la bouche, au moment de la toux non provoquée, des boîtes de Pétri ouvertes, contenant le milieu de culture à la pomme de terre de Bordet et Gengou.

Quand la chose est possible, il faut exiger l'isolement du suspect, durant 2 ou 3 jours, jusqu'à ce que le résultat des cultures soit connu.

3° Que la contagiosité diminue rapidement ensuite, pour s'éteindre vers la quatrième semaine des quintes.

O. H. Prétet démontre que le traitement idéal de la coqueluche sera un vaccin de préparation assez récente (car le pouvoir antigène du bacille de Bordet paraît diminuer assez rapidement), composé de souches aussi variées que possible, et d'une concentration microbienne suffisante. Pareil vaccin a donné des résultats satisfaisants dans l'ensemble ; il ne peut juguler en quelques jours une coqueluche déclarée, mais il raccourcit sensiblement la durée de la maladie ; il la rend particulièrement bénigne, en diminuant le nombre des quintes quotidiennes, en supprimant les vomissements, l'intolérance gastrique et l'état de dénutrition plus ou moins marqué consécutif. Surtout, il met à l'abri des complications pulmonaires, particulièrement en milieu hospitalier.

Quant à la sérothérapie, le sérum de convalescent est efficace, mais ce traitement a l'inconvénient d'être difficile à se procurer en quantités suffisantes.

Ni la vaccinothérapie, ni la sérothérapie ne doivent faire négliger les autres moyens thérapeutiques. (*Le Progrès médical*, 31 janvier 1931.)

Etude clinique et médico-légale des paralysies post-sérothérapiques.

Le Prof. E. Sorel limite son étude aux accidents paralytiques, consécutifs aux injections préventives de sérum antitétanique. L'observation détaillée, qu'il relate, présente les points essentiels de ce type de paralysie, remarquable par sa localisation à peu près constante aux membres supérieurs. Le début en est brutal, parfois 10 à 12 heures après l'injection, apparaissant plus souvent avec divers accidents sériques. Les troubles sensitifs apparaissent au début ; ils sont temporaires ; l'amyotrophie est de règle ; elle est tenace, et constitue un des troubles les plus caractéristiques. Un an et plus sont nécessaires, même dans les cas heureux, pour obtenir une restitution presque complète.

La cause exacte de ces accidents étant actuellement méconnue, il n'y a pas de prophylaxie à leur opposer ; dès lors, s'ils se produisent, il ne saurait en être fait grief au médecin traitant, dont la responsabilité, ni au point de vue civil, ni au point de vue pénal n'est engagée. De même l'employeur ou la Compagnie d'assurances, dans le cas d'accident du travail, l'auteur de l'accident dans le domaine du droit commun, auraient mauvaise grâce à ne pas reconnaître l'imputabilité de la paralysie à l'accident, même quand il existe, dans les antécédents de la victime, un insignifiant dommage de guerre, comme dans l'observation actuelle. Aussi, le blessé a-t-il droit à la réparation intégrale dans le domaine du droit commun, réparation forfaitaire dans le cas d'accident du travail. (*Toulouse médical*, 15 janvier 1931.)

L'œil de l'hypertendu.

M. P. Baillart démontre que, dans l'hypertension artérielle, les lésions rétiniennes sont fréquentes. On pense alors souvent au glaucome, qui se caractérise par une élévation de la tension oculaire. C'est là une erreur, car, dans la plu-

part des cas, il n'y a qu'une corrélation très indirecte entre les deux troubles. Le plus souvent dans l'hypertension artérielle, il n'y a aucune modification de la tension oculaire ; si cette modification existe, c'est plutôt dans le sens de l'hypotension ; ceci dit surtout pour le glaucome aigu ; dans la forme chronique du glaucome, il est fréquent, au contraire, de constater une hypertension artérielle, légère ou forte.

Dans le glaucome chronique, la baisse de la vision est due surtout à ce que les artères rétiniennes sont écrasées par la pression intérieure de l'œil ; en pareil cas, il faut se garder d'abaisser la pression artérielle par des purgatifs, saignées, etc. ; ces moyens ne risqueraient que d'aggraver la rupture d'équilibre.

Dans l'hypertension artérielle, l'attention doit être attirée vers les accidents rétiniens: œdème de la papille, exsudats, thrombose des veines rétiniennes, hémorragie. Et cet aspect rappelle de près celui de la rétinite albuminurique.

Les accidents rétiniens de l'hypertension artérielle doivent, en pratique, attirer l'attention vers le rein, et faire porter un pronostic plus grave. (*La Médecine*, janvier 1931.)

Fistule congénitale du cou. Traitement par injections sclérosantes.

Le danger des injections sclérosantes est de transformer une fistule complète en fistule borgne interne, avec, comme conséquence, l'apparition de poussées inflammatoires au niveau de l'ancien trajet. Mais, si l'on peut arriver par des injections modificatrices à détruire l'épithélium, le résultat sera supérieur à celui qu'on peut attendre d'une intervention chirurgicale, à laquelle l'abstention est souvent préférable.

Le Dr Jeanneney a essayé dans un cas de fistule congénitale l'injection de chlorhydrate double de quinine et d'urée (scléro-sérum) ; le résultat obtenu paraît satisfaisant. (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 18 janvier 1931.)

Sur les souffles aortiques.

MM. Ch. Laubry et P. Baillet estiment que, plus les faits s'accumulent, plus on s'éloigne de l'ancienne conception mécanique de la fermeture des valvules aortiques, où seule était invoquée la colonne sanguine abaissant par son poids les nids valvulaires, maintenant les bords libres, en déterminant l'affrontement parfait, et assurant ainsi l'étanchéité.

Aux phénomènes purement physiques, il faut joindre : 1° l'action des tissus vivants, le rôle des muscles à la fois passifs par leur disposition infundibuliforme et actifs par la dépendance dans laquelle ils tiennent l'anneau d'insertion ; 2° le rôle du tissu élastique. Facteur mécanique, qui abaisse la valvule, facteur musculaire qui la maintient et la soutient, facteur élastique qui en assure le rapprochement, tels sont les participants de l'acte complexe, qu'est la fermeture des valvules aortiques.

Ces considérations physiologiques ne modifient pas la valeur du souffle diastolique, qui reste capitale, en tant qu'indice de lésion ou de trouble grave du fonctionnement cardiaque. Elles augmentent le nombre des éventualités, que sa présence laisse soupçonner : endocardite valvulaire, et séquelles de valvulites aortiques, affection mitrale et, en particulier sténose mitrale, affection athéromateuse de l'infundibulum, forte distension sus-aortique avec ou sans hypertension, aortite de toute sorte, mais, en particulier aortite athéromateuse calcifiée et localisée de la région sus-aortique, enfin défaillance avancée du myocarde.

Grâce à cette physiologie, chaque jour mieux comprise de l'orifice aortique, se présente, avec le souffle qui est l'*indice certain* de sa carence, une série de problèmes, qui trouvent leur solution dans la confrontation du signe objectif avec les commémoratifs, les troubles fonctionnels et les signes objectifs concomitants. Pour qui sait l'interpréter, le souffle diastolique prend donc de plus en plus une valeur séméiologique de premier ordre, tant au point de vue diagnostic que pronostic. (*Gazette des hôpitaux*, 28 janvier 1931.)

Crises bilio-vésiculaires et tabès.

Si les crises de coliques hépatiques ressemblent parfois étrangement aux crises viscérales du tabès, inversement, cinq cas rapportés par le Professeur Carnot montrent qu'il existe des crises tabétiques à type bilio-vésiculaire, peu individualisées jusqu'ici, en tout cas plus rares que les crises gastriques. Il est aussi des cas mixtes, la lésion vésiculaire ou gastrique donnant au tabès une orientation viscéro-sympathique.

Certains caractères généraux sont communs aux diverses sympathalgies : l'intermittence des crises ; leur brusque début, leur brusque terminaison ; l'intensité des réactions sensitives, (douleurs irradiées), motrices (vomissements, hoquet), sécrétoires (flux salivaire, gastrique ou biliaire), vasomotrices ; l'asthénie générale, tous caractères que l'on retrouve aussi bien dans les crises ulcéreuses que dans les crises biliaires, intestinales, rénales, dans les coliques saturnines ou dans le mal de mer.

Or, précisément, ces caractères se retrouvent aussi dans les crises viscérales du tabès, liées, elles aussi, à des réactions sympathiques ; le trouble siège alors au niveau du plexus solaire, des ganglions rachidiens ou des centres sensitifs de la moelle dorsale. Mais le caractère transitoire et intermittent des crises viscérales du tabès s'explique assez mal par une lésion permanente et définitive des fibres sympathiques ; et l'on com-

prendrait mieux l'espacement des crises viscérales du tabès, comme des crises de coliques lithiasiques ou ulcéreuses, par un facteur dynamique ou humoral agissant, à longs intervalles et par décharges, sur l'un ou l'autre point des neurones sensitifs sympathiques.

Cependant la localisation radico-médullaire est un peu différente pour les crises gastralgiques ou hépato-cystalgiques ; c'est là un argument de plus pour distinguer les crises gastriques et les crises hépatobiliaires du tabès. (*Paris médical*, 31 janvier 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Utilisation des pyréthrines en médecine et en hygiène.

(M. POUCHET. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931).

M. Pouchet rappelle qu'il a présenté en 1928 un travail de M. Chevalier relatif aux propriétés anthelminthiques et vermicides des pyréthrines, principes actifs du *Chrysanthœmum cinerariæfolium*. Depuis cette époque, l'auteur a poursuivi ses essais qui lui ont montré, d'une part, l'action des pyréthrines sur les animaux inférieurs et cela à des dilutions très étendues, d'autres part, l'absence complète de toxicité et d'intolérance de ces produits pour l'homme.

Ascaris, oxyures, trichocéphales, ankylostomes, tœnias sont tués et éliminés par cette médication, qui ne comporte aucune contre-indication, soit en médecine humaine, soit en médecine vétérinaire.

Les éleveurs de chiens et de chevaux utilisent les pyréthrines chez leurs jeunes animaux, si souvent infestés de parasites, et ils en obtiennent les meilleurs résultats. MM. Urbain et Guillot ont pu guérir rapidement des chevaux atteints d'anémie parasitaire avec deux doses d'huile pyréthrinée. MM. Pouchet, Ricaud et Camus ont obtenu la disparition de bronchites vermineuses des bovins avec le même médicament en injections intra-trachéales.

Les pyréthrines en solutions huileuses, alcooliques, ou hydro-alcooliques peuvent être employées en badigeonnages contre les divers parasites cutanés de l'homme ou des animaux. Poux, gales, argas, ixodes, etc., disparaissent rapidement avec des dilutions à 1 p. 200.000. On peut se servir de ces émulsions très diluées (à 1 /250.000) en pulvérisations, pour la destruction d'insectes divers : puces, punaises, mites, etc.

Le danger des plongées par fond d'eau insuffisant.

(M. Georges GUILLAIN. — *Académie de médecine* ; 23-6-1931).

M. Guillain appelle l'attention sur un danger méconnu de la plupart des plongeurs, la plongée par fond d'eau insuffisant. Celle-ci peut provoquer des hématomyélies et s'accompagner de fracture de l'une des vertèbres cervicales. L'auteur a eu connaissance de plusieurs cas mortels et il en rapporte une observation concernant un malade qui, à la suite de cet accident, demeura définitivement infirme.

Des exemples de cet ordre de lésions ont été relatés par divers auteurs : Réveillon, Wilson, Bœckel, Lohfeld, Dejouany, Tuffier, Sicard, etc. On conçoit aisément comment une plongée dans une eau basse, avec l'élan habituel de ce sport, provoque un choc violent sur la tête et la colonne vertébrale, d'où fracture, hématomyélie, paralysies, lésions quelquefois mortelles et toujours sérieuses. Habituellement le rachis cervical est intéressé de la 4e à la 7e vertèbre cervicale. Comme le remarque Dejouany, la position particulière du plongeur, le corps immobilisé par la contraction voulue des muscles, donne au crâne et au rachis une rigidité qui explique pourquoi un traumatisme portant sur la voûte déterminera une fracture de la colonne cervicale, au point faible de la tige rigide. Il existe une forme bénigne (simple commotion médullaire) de cet accident.

La prophylaxie se déduit de l'étiologie. Elle consiste à mesurer le fond d'eau avant toute plongée.

Sur la propriété scientifique.

(Mme CURIE. — *Académie de médecine* ; 23-6 et 7-7-1931).

Madame Curie, au nom d'uune commission composée de MM. d'Arsonval, Hanriot, Bezançon, Sergent, Léon Bernard et elle-même, présente un rapport sur la question, soulevée par M. Lucien Klotz à la séance du 21 août, de la propriété scientifique.

Mme Curie rappelle que la science pure est la base de tout progrès et que les laboratoires voués à cette science pure sont menacés dans leur existence, par manque de ressources ou ressources insuffisantes. En théorie, le « droit du savant » est indiscutable ; en pratique l'application de ce droit soulève quelques aléas. Pour éviter ces difficultés, on a proposé que les prestations de l'industrie soient versées non aux savants personnellement, mais à un fonds commun qui serait affecté à des dépenses d'intérêt général ou à des allocations particulières, selon les cas.

La Commission académique, sans entrer dans les détails d'application qui lui paraissent hors de son rôle, propose un vœu très général favorable à la création du droit du savant.

— M. Fourneau estime qu'il y a là une question délicate qui pourrait être une entrave au développement de l'industrie. Il y a loin, en effet, entre un principe et une application pratique. On pourrait voir se produire des revendications de priorité à l'infini, d'autant qu'un édifice industriel se construit souvent sur plusieurs inventions. Si le budget des laboratoires et des Facultés était mieux réparti, il n'y aurait plus de laboratoire pauvre.

L'auteur propose à l'Académie de remplacer par les vœux suivants les conclusions du rapport de Mme Curie :

« L'Académie estime que le droit du savant pouvant s'exercer individuellement dans le cadre des lois et règlements qui régissent la propriété scientifique en matière de brevet, l'aide à apporter aux chercheurs dans ce domaine doit consister simplement à leur faciliter la prise des brevets, en particulier par des avances faites par une Caisse que pourrait alimenter une contribution volontaire de l'industrie.

Une partie des sommes ainsi versées par l'industrie serait remise à la Société des amis des sciences qui les distribuerait discrètement, avec son impartialité habituelle. »

Vaccination par le B. C. G. Vaccination d'un sur deux jumeaux.

(MM. Iakhnis et Chagalova. — *Académie de médecine* ; 26-5-1931.)

M. Calmette présente une note de MM. Iakhnis et Chagalova résumant un extrait de documents de la commission ukrainienne pour l'étude de la vaccination par le B. C. G.

La vaccination B. C. G. est expérimentée en Ukraine, principalement à Kharkoff, depuis plus de cinq ans. MM. Iakhnis et Chagalova ont eu l'idée, pour apprécier la valeur du B. C. G. de choisir des nouveau-nés jumeaux et de vacciner seulement l'un d'eux, l'autre représentant le témoin. Ils ont pratiqué d'autre part la vaccination sur celui des jumeaux qui avait le poids le plus faible, pour se placer dans les conditions les plus à l'abri de la critique.

Les résultats ont été entièrement favorables au B. C. G. Plusieurs groupes de jumeaux, pour des motifs divers, n'ont pas permis de conclusions, mais dans un dernier groupe comprenant sept paires d'enfants jumeaux, le résultat a été nettement caractérisé. Les enfants vaccinés au B. C. G. ont fourni un pourcentage de mortalité moindre et se sont mieux développés que les non-vaccinés.

P. L.

Endocardites végétantes à staphylocoque. Forme suraiguë et lente.

(MM. A. Lemierre, A. Laporte et E. Bolaonski. — *Soc. Méd. des hôp. de Paris* ; 27-3-1931).

MM. Laignel-Lavastine et P. George ont rapporté précédemment un cas d'endocardite végétante à staphylocoque doré, étiologie particulière et rare, la septicémie initiale ayant été la conséquence d'un avortement provoqué.

L'observation actuelle constitue un fait d'exception, car il s'est agi d'une endocardite pariétale à marche lente et à symptômes tout à fait atypiques, dont les auteurs ont pu suivre l'évolution pendant onze mois. De plus, tandis que les endocardites à staphylocoques intéressent presque toujours l'orifice mitral, en ce cas la localisation des végétations s'est faite sur les parois du ventricule gauche. La marche des accidents a été si singulière que le diagnostic, resté longtemps en suspens, n'a pu être que soupçonné à la période terminale, et n'a été définitivement posé qu'à l'autopsie.

C'était une femme de 58 ans qui, dans l'espace de huit mois, a dû entrer à quatre reprises à l'hôpital pour un ensemble d'accidents toujours à peu près les mêmes, consistant en dyspnée d'effort, pseudo-asthme nocturne, douleurs rétro-sternales à caractère angineux, tachyarythmie sans souffle cardiaque perceptible, œdème modéré des jambes et enfin tuméfaction douloureuse du foie ; de plus, à deux reprises, au cours de ces épisodes d'insuffisance cardiaque, se sont produits des infarctus pulmonaires ayant abouti une fois à la formation d'un épanchement pleural hémorragique ; un léger état fibrile a accompagné ces crises, et à chacune d'elles un traitement digitalique a déterminé une amélioration rapide, permettant à la malade de rentrer chez elle après un séjour assez court à l'hôpital.

Elle a dû y rentrer une cinquième fois pour un ensemble de manifestations morbides singulièrement plus caractéristiques et plus graves : phénomènes ischémiques dans les deux membres inférieurs, indices d'oblitérations artérielles haut situées, infarctus pulmonaires à répétition, puis ultérieurement infarctus splénique, dyspnée incessante, tachyarythmie, toujours sans souffle orificiel perceptible. Une fièvre irrégulière s'est installée. Au cours des deux mois pendant lesquels ces accidents se sont déroulés, les toni-cardiaques et les diurétiques n'ont entraîné que des améliorations incomplètes, bientôt suivies de rechutes et la situation s'est progressivement aggravée jusqu'à la mort survenue dans le marasme cachectique.

La cause initiale des phénomènes de thrombose cardiaque, apparus pendant cette phase terminale, est restée jusqu'au bout incertaine. Malgré la constatation d'une septicémie staphylococcique, révélée par la présence d'un minime épanchement purulent pleural à staphylocoque doré, et par la découverte à deux reprises et d'ailleurs tardivement de ce microbe dans le sang, par hémoculture, l'absence de tout souffle orificiel à l'auscultation du cœur a empêché d'affirmer qu'il s'agissait d'une endocardite. Seule, l'autopsie à révélé la nature de la lésion.

La marche des endocardites à staphylocoques est, en général, très aiguë. Si, dans cette observation la marche des accidents a été lente, la prédominance,

dès le début, des symptômes d'insuffisance cardiaque, la discrétion des réactions fébriles, l'absence d'anémie n'évoquaient au contraire, en aucune façon, le souvenir d'une endocardite lente à streptococcus viridens.

Il existe donc deux expressions différentes pour des lésions endocarditiques identiques, dues elles-mêmes à une même espèce microbienne : le staphylocoque doré. La première, affecte l'aspect d'une infection suraiguë et rapidement mortelle, dans laquelle prédominent d'emblée les phénomènes généraux ; la seconde ne s'accuse pendant des mois que par des symptômes passagers d'insuffisance cardiaque, ne jetant le masque que tardivement, et ne dévoilant son pronostic redoutable que quelques semaines avant la terminaison fatale.

Deux cas de néphrose lipoïdique avec rémission prolongée.

(MM. Ch. Achard, A. Bariéty, et A. Codoun. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-3-1931.)

Ces deux malades ont été suivis depuis 18 mois et 11 mois. Leurs observations confirment, une fois de plus, la réalité clinique du syndrome de néphrose lipoïdique. Cliniquement, en effet, on y retrouve les gros œdèmes, la grosse albuminurie. Le syndrome humoral est au complet avec présence de corps biréfringents dans l'urine, l'hyperlipidémie, l'hypoprotéinémie, l'inversion du quotient albumineux.

On ne saurait trop ici souligner les heureux effets d'un traitement convenable. Chez le premier malade, un régime strictement déchloruré, exactement suivi pendant 4 mois, n'a pu empêcher les œdèmes et l'albuminurie d'augmenter, même après adjonction de théobromine. Il en fut de même pendant 3 mois chez le second malade. Chez l'un comme chez l'autre, il fallut associer au régime déchloruré une ration hyperazotée pour voir les œdèmes commencer à fondre et l'albuminurie diminuer. Signalons que, dans ces deux cas, l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 10 par jour a été nécessaire pour assécher définitivement les hydropisies. Chez le premier malade, les œdèmes disparurent en un mois environ ; chez le second, ils furent plus tenaces et résistèrent trois mois au traitement. Enfin, depuis le départ des deux malades le régime déchloruré et hyperazoté suffit seul à empêcher la réapparition des œdèmes.

La transformation clinique fut donc radicale ; non moins frappante apparut la modification du syndrome humoral. Il serait cependant téméraire d'affirmer qu'il s'agisse d'une guérison complète et définitive, encore que les malades aient repris leur travail, et qu'il faille faire des dosages minutieux pour rappeler le trouble humoral si profond du temps passé.

Au point de vue étiologique, syphilis et tuberculose ont été fréquemment relevées dans les antécédents des néphrosiques.

Ces observations viennent aussi illustrer ce que nous savons de la fréquence des formes associées de néphrose lipoïdique et de néphrite. Chez le second malade, cette association n'a pas empêché les heureux effets du traitement : le régime hyperazoté a été supporté mieux qu'on ne pouvait le prévoir.

G. F.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Séance du 1er mai 1931.

Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires.

M. J. Vidal distingue :

1° Les Suppurations aiguës qui comprennent outre la suppuration pneumonique diffuse de l'hépatisation grise et la gangrène pulmonaire, l'abcès aigu du poumon, qui mérite seul d'être envisagé longuement. L'auteur insiste en particulier sur les caractères distinctifs, qui permettent en présence d'une suppuration récente, de présager son évolution rapide (favorable ou fatale) ou chronique ultérieure (modes de début de la suppuration, flore mono ou poly-microbienne, nature des germes prédominants). La pneumonie disséquante doit être classée parmi les abcès aigus dont elle ne se distingue que par sa tendance rapidement extensive et nécrotique.

2° Les Suppurations chroniques sont celles qui réalisent le syndrome clinique le plus complet. Il faut en premier lieu discuter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Après cette étape essentiellement bactériologique du diagnostic, la parole est à la radiologie qui s'efforcera de distinguer une suppuration extrapulmonaire (surtout pleurésie enkystée interlobaire, évacuée par vomique) d'une suppuration siégeant à l'intérieur du poumon ou des bronches ; dans le doute, la notion de fréquence plaide, contrairement aux données naguère classiques, en faveur de ce second diagnostic. Il faut alors déterminer, après avoir envisagé certaines éventualités assez exceptionnelles, s'il s'agit d'un abcès du poumon ou d'une dilatation des bronches ; c'est encore la radiologie, qui précisera ce diagnostic en montrant soit une image hydroaérique, symptomatique d'un abcès, soit une ombre diffuse qui dissimule des cavités injectables ou non par le lipiodol ; ce dernier caractère suffit à différencier la dilatation bronchique de l'abcès pulmonaire dont le diagnostic pourra être précisé par divers autres moyens d'investigation (ponction exploratrice, bronchoscopie), bronchectasie et abcès du poumon qui représentent les deux principaux types de suppuration chronique peuvent se trouver associés (abcès bronchectasique ; dilatation bronchique compliquée d'abcès pulmonaire).

L'auteur signale enfin, d'après quelques observations récentes, l'éventualité de formes aiguës de la dilatation des bronches chez l'adulte.

Traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires.

M. Jandon fait d'abord l'étude analytique des moyens thérapeutiques de tous ordres proposés contre les suppurations broncho-pulmonaires. Envisageant plus particulièrement le mode d'action de la cure émétinienne lorsque celle-ci paraît s'exercer favorablement, il aboutit aux conclusions suivantes : *a*) un abcès volumineux, à pus stérile, influencé rapidement (en 2 ou 3 jours) par l'émétine, peut être tenu pour amibiasique, même en l'absence de constatation microscopique directe : *b*) si l'amélioration est moins franche, s'échelonnant sur une ou plusieurs semaines, il faut admettre une action non spécifique de l'émétine.

L'auteur précise dans la deuxième partie de son étude les indications thérapeutiques dans les diverses éventualités anatomo-cliniques.

1° Le pronostic habituel de la *gangrène aiguë* autorise toutes les audaces thérapeutiques.

2° Le traitement de *l'abcès du poumon* varie selon la phase évolutive : la période aiguë relève uniquement du traitement médical pur (émétine, vaccins, etc ...), elle est arbitrairement limitée à 6 semaines. Passé ce délai, si la guérison ne s'installe pas, l'abcès tend à la chronicité ; la période comprise entre la 6e et la 8e semaine peut être considérée comme une *phase intermédiaire*, à laquelle s'appliquent avec le maximum de chances de succès, d'une part la méthode bronchoscopique, d'autre part le pneumothorax artificiel ; une suppuration datant de plus de deux mois doit être tenue pour chronique et traitée comme telle.

3° *Les suppurations chroniques*, qu'elles soient pulmonaires, bronchectasiques ou mixtes, posent des indications différentes selon qu'elles sont uni ou bilatérales ; aux suppurations bilatérales (cas ordinaires de dilatations bronchiques) s'appliquent les médications symptomatiques : la cure de soif, le drainage postural, les cures de désinfection bronchoscopique ; les suppurations unilatérales appartiennent au chirurgien, auquel il faut avoir recours aussi précocement que possible.

Traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires.

M. A. Guibal. — Les difficultés du traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires tiennent à deux causes : 1° Le siège topographique de la lésion, souvent séparée de la plèvre par une couche épaisse de parenchyme ; 2° Les caractères anatomo-pathologiques de sa paroi : à un certain stade de leur évolution, en effet, gangrène, abcès et dilatation bronchique cessent d'être nettement différenciés, et tendent à se ressembler par la présence d'une collection de foyers de nécrose et d'une coque rigide.

Il en résulte que la pneumotomie, traitement théorique idéal, n'est pas toujours applicable, du fait soit de la profondeur du foyer, soit de l'incapacité d'affaissement de la poche ; les conditions de son application seront les suivantes : foyer unique, collecté, superficiel, à paroi souple.

La collapsothérapie sera plus particulièrement indiquée dans les cas où la lésion est profonde ou juxta-hilaire. Mais elle exige : *a*) Une large ouverture du foyer dans les bronches et *b*) une souplesse suffisante de la paroi pour en permettre l'affaissement. Le pneumothorax artificiel et la phrénicectomie sont souvent insuffisants pour l'obtenir. Le *décollement pleuro-pariétal* et la *thoracoplastie extra-pleurale* agissent plus énergiquement, le premier sur les foyers limités, le second sur les foyers plus étendus ; l'un et l'autre ne peuvent être employés que si la plèvre est adhérente.

Les procédés d'exérèse qui tendent à la suppression du foyer (*pneumotomie*) ou du lobe malade (*lobectomie*) imposent des opérations graves et choquantes. Ils sont indiqués dans les abcès chroniques, à tendance bronchectasiante, dans les foyers gangréneux, dans les bronchectasies abcédées. La destruction progressive, en plusieurs temps, facilitée par l'emploi du couteau électrique, paraît actuellement préférable à la résection sanglante, typique, en un seul temps. Malgré sa gravité et sa difficulté, cette méthode, encore jeune, semble devoir être pratiquement la méthode idéale, lorsque, ce qui est malheureusement le cas habituel, le chirurgien se trouve en présence d'un foyer où s'associent nécrose et sclérose.

Séance du 8 mai.

Evolution de la dépression neuro-tensionnelle dans le fièvre typhoïde à rechutes.

MM. A. Puech, J. Vidal et P. Rimbaud ont constaté que l'ensemble symptomatique décrit par Dumas (de Lyon) sous le nom de dépression neuro-tensionnelle (diminution des réflexes associée à un abaissement de la tension artérielle) avait persisté dans un cas de fièvre typhoïde où ils l'avaient observé dans les périodes d'apyrexie qui ont séparé 2 rechutes successives. Les réflexes n'ont repris leurs caractères normaux qu'au moment de la guérison définitive. La persistance d'un état de dépression neuro-tensionnelle serait donc peut-être susceptible de laisser présager la recrudescence d'un épisode infectieux apparemment guéri.

Les Thèses

P. — Dr J.-P. Godard. — **Assurances sociales et lutte antituberculeuse.** (Bourges, Imprimerie nouvelle, 39, rue Fulton, 1930.)

Le travail du Dr Godard est tout à fait d'actualité. Il envisage la lutte antituberculeuse dans le cadre des assurances sociales. Trois parties : 1° Etude de quelques armements antituberculeux étrangers ; 2° la situation en France : l'armement antituberculeux français ; la loi des assurances sociales ; 3° assurances sociales et armement antituberculeux : le dépistage des tuberculeux ; le traitement et l'isolement des tuberculeux ; les œuvres post-sanatoriales ; la préservation de l'enfance ; la législation nouvelle.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les conclusions de cette thèse.

La tuberculose est une des maladies sociales les plus dangereuses pour l'individu, la famille, la collectivité. Aussi, les nations civilisées se sont-elles attachées, par des moyens divers, à encourager le développement d'œuvres destinées à combattre cette redoutable maladie.

L'étude de la plupart des organisations antituberculeuses étrangères montre que l'effort s'est surtout porté vers deux directions : d'abord, assurer la prophylaxie de la tuberculose par une série de mesures législatives, visant à limiter la contagion ; ensuite, protéger les populations contre les risques sociaux, grâce à des systèmes variés d'assurances.

Mais il est remarquable de constater que les institutions d'assurances, de types si divers qu'elles soient, présentent la même tendance à évoluer de la simple compensation du risque vers les restaurations et la prévention, tendance qui est partout commandée par les nécessités sociales et par le souci d'un parfait équilibre financier.

En matière de tuberculose, plus particulièrement, les organismes d'assurances ont compris l'intérêt qu'ils avaient à prévenir la contamination de leurs affiliés par le bacille de Koch, grâce à des mesures prophylactiques judicieusement prises, à traiter précocement et vigoureusement les malades curables, afin de régénérer leur capacité productive, plutôt qu'à se contenter de verser aux malades, de lourdes indemnités de maladie ou d'invalidité.

Que ce soient donc de vastes entreprises privées d'assurances sur la vie, comme aux Etats-Unis ; que ce soient des mutualités libres, comme au Danemark ou en Belgique ; que ce soit une assurance spéciale contre la tuberculose, comme en Italie ; que ce soit, enfin, un vaste système étendu à tous les risques sociaux, comme en Allemagne, les institutions d'Assurances sociales ont une égale tendance à participer, d'une façon plus ou moins étendue, à l'équipement sanitaire du pays et à la protection générale de la santé publique.

Mais, l'application du principe, d'ailleurs légitime, de la gestion autonome des caisses d'assurances, conduit parfois à des lacunes ou à des doubles emplois, puisque pouvoirs publics, instituts d'assurances, œuvres privées contribuent, à des titres divers et souvent sans coordination suffisante, à la même lutte antituberculeuse.

Aussi, est-il d'importance capitale de voir déterminer, d'une façon précise, les attributions et les rapports des divers organismes intéressés à combattre les fléaux sociaux et, en particulier, la tuberculose.

Or, ces rapports sont assez rarement définis d'une manière parfaite. Une législation d'ensemble, comme en Italie, une rigoureuse définition des attributions de chacun, comme au Danemark, des séries d'accords volontaires, comme dans de nombreuses régions de l'Allemagne, telles sont les solutions les plus généralement adoptées, afin d'éviter toute confusion et tout gaspillage. Elles ont donné amplement satisfaction dans les pays où elles ont été mises en pratique.

Ces considérations diverses (rôle bienfaisant des assurances dans la prévention des maladies sociales, nécessité de la coordination des efforts de tous les organismes intéressés à la lutte contre ces mêmes maladies), ne sont pas sans intérêt, au moment où la France adopte, à son tour, une vaste législation, destinée à préserver les « économiquement faibles », contre les risques maladie, invalidité, vieillesse, maternité et chômage.

La loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, en prenant en charge la protection contre les risques sociaux de près des deux cinquièmes de la population française, doit, malgré ses imperfections, être en même temps qu'une loi humanitaire, une loi de santé publique et d'hygiène.

Le législateur semble d'ailleurs avoir assez peu saisi l'importance de ce dernier point de vue. Le texte de la loi autorise cependant formellement la prise de mesures de prophylaxie, en vue de la prévention des risques maladie et invalidité.

Or, ces mesures ne sauraient être mieux placées que dans la protection des assurés contre le risque tuberculose. La tuberculose, en effet, décime nos populations, entraîne une forte mortalité et un forte morbidité infantiles, immobilise un grand nombre de jeunes travailleurs, qui deviennent ainsi une poids mort pour la société, provoque la misère dans les foyers contaminés. Les caisses d'assurances sociales verront, dès le début de leur fonctionnement, le spectre de la tuberculose se dresser devant elles.

Aussi, auront-elles, sans doute, la tentation d'entreprendre pour leur propre compte, la lutte contre ce redoutable fléau, par des méthodes qui ont déjà fait leur preuve : création de dispensaires pour le dé-

pistage, ouverture de sanatoriums pour les malades curables, versement d'indemnités aux invalides. Mais alors, le problème de l'équilibre financier des caisses, en raison de l'étendue des prestations à assurer pour couvrir le risque tuberculose, se posera sans doute rapidement, avec une réelle gravité.

Il est donc évident que, tant pour des raisons d'ordre financier, que d'ordre technique, ainsi que pour user des avantages de la législation antérieure, il serait d'une plus sage politique de s'appuyer sur les œuvres antituberculeuses préexistantes.

L'apport de larges subventions des caisses à ces œuvres, leur donnera certainement un essor nouveau et permettra une refonte partielle de l'armement antituberculeux, sur des bases plus rationnelles.

Il convient donc, dès maintenant, de fixer les lignes directrices d'une politique logique de lutte antituberculeuse.

Cette politique ne peut être conçue que dans le cadre administratif français par excellence, qui est le cadre départemental. Elle doit être confiée à un organisme unique, officiel, placé sous l'autorité directe du Préfet, et qui groupera dans son Conseil d'Administration, des représentants qualifiés des autorités publiques, des caisses d'assurances, des œuvres privées et des syndicats médicaux.

Cet organisme, Office Départemental d'hygiène publique, a seul qualité pour s'attacher à la lutte contre la tuberculose et il aura à administrer, ou à créer, l'armement antituberculeux départemental qui, pour être complet, doit comprendre les quatre éléments suivants :

a) Le Dispensaire d'hygiène sociale qui, répondant à un territoire donné, muni d'un poste de radiologie et d'un microscope, est un centre de diagnostic gratuit et de placement, mis à la disposition des médecins de caisses ; par ses infirmières-visiteuses, il opère encore la prophylaxie à domicile, d'accord avec les praticiens.

b) Le Sanatorium-hôpital, vaste centre médico-chirurgical, auquel sont dévolues les fonctions de traitement et d'isolement des tuberculeux de toutes catégories.

c) Les Œuvres post-sanatoriales, sanatoriums de convalescents, centres de rééducation, bureaux de placement et ateliers pour anciens tuberculeux.

d) Enfin, les consultations maternelles et infantiles et des préventoriums, afin de préserver l'enfance.

Dans la gestion et la direction de tous ces organismes, les instituts d'assurances auront, outre leur représentation au Conseil d'administration de l'Office, à apporter leur appui pécuniaire, sous forme de subventions forfaitaires, en vue de l'entretien des Dispensaires et des Bureaux de placement, et de remboursement du prix de journée des assujettis, reçus au sanatorium-hôpital ou en préventorium.

Mais dans tous les cas, il sera utile de guider et d'orienter les institutions d'assurances sociales dans leurs prêts et leurs placements : c'est là un rôle qui revient tout naturellement au Comité National de Défense contre la tuberculose.

Il faudra plus : l'intervention d'une législation nouvelle, favorisant le développement de la lutte antituberculeuse, et dont les caractères principaux seront de donner aux Offices départementaux d'hygiène sociale, le statut légal qui leur manque encore, d'étendre aux sanatoriums-hôpitaux et aux préventoriums, les dispositions bienfaisantes de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, d'édicter enfin un certain nombre de règles de prophylaxie publique, s'adressant à l'ensemble de la population.

C'est à ces conditions que la loi française des Assurances sociales, qui assure les soins médicaux, couvre les risques invalidité et vieillesse, pour près de dix millions de personnes, qui permet le développement d'établissements de traitement et de prévention, pourra apporter à la lutte antituberculeuse un appoint important.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez Amédée LEGRAND
93, boulevard Saint-Germain,

Dr A. LEPRINCE. — **Défendons-nous contre la surdité** ... (Un vol. 72 p. *in*-16. broché : 5 fr.)

Chez PEYRONNET et CIE.
7, rue de Valois.

Octave BÉLIARD. — **Au long du Nil.** (Un vol. 284 pages. Prix : 12 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité professionnelle

LES CONFLITS ENTRE MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCES DANS LA MÉDECINE DU TRAVAIL. — EXEMPLE RÉCENT. — LA LOI GROS, L'ENTENTE DIRECTE, ET LE TARIF LIMITATIF.

Ce qui, dans l'exercice de la médecine des accidents du travail, complique la technique professionnelle, ce sont le plus souvent les compagnies d'assurances et leurs agissements.

Lorsqu'une législation protectrice des intérêts des travailleurs de l'industrie et du commerce, étendue peu à peu à toutes les autres catégories de salariés, eut mis à la charge des employeurs la réparation forfaitaire de toutes les conséquences des accidents survenus à leur service, la branche *Accidents* des compagnies d'assurances prit un essor extraordinaire ; et elle n'a cessé d'aller en accroissant son activité, au fur et à mesure que les progrès du machinisme et l'extension de l'industrie augmentaient les risques.

Les employeurs ne pouvaient, en effet, supporter les charges, mises ainsi à leur compte par la loi, qu'à la condition de prendre contre elles les garanties offertes précisément par les compagnies d'assurances.

Et il arriva que, dans le règlement des frais médico-pharmaceutiques, les médecins et pharmaciens trouvèrent en face d'eux, non pas les patrons légalement responsables, mais les compagnies à eux substituées.

Sans doute, la loi de 1898, en accordant à la victime du travail le droit légitime de choisir son médecin, laissait-elle à celui-ci la possibilité de se faire honorer directement par elle, sans connaître aucun tiers interposé, le tiers (l'employeur) n'étant tenu envers elle que de sa part de responsabilité légale.

En fait, pour des raisons que j'ai maintes fois développées, et sur lesquelles il est inutile de revenir, jamais l'entente directe n'a joué entre médecins et accidentés, les premiers réclamant toujours leurs honoraires, pas même aux employeurs, mais à leurs assurances. Ou, quand cela a eu lieu, ce fut dans des circonstances exceptionnelles, rarissimes, où, par sa qualité, la victime était en état de régler les honoraires médicaux à un taux superieur aux tarifs officiels (affaire Villefroy-Derocque, trib. civ. de Rouen, 6 juillet 1925).

Et le corps médical considérait tellement qu'il etait fondé à agir ainsi qu'il fit campagne pour obtenir, et qu'il obtint, un amendement à la loi de 1898 lui accordant le droit d'intenter une action directe à l'employeur pour le règlement des honoraires, effectué en réalité par les assurances substituées.

Or, dès les premiers jours de l'application de la loi, il apparut que ce règlement donnerait lieu à mille difficultés, mille chicanes suscitées par ces assurances, promptes à suspecter la bonne foi du médecin, et à lui proposer, sinon imposer, un rabais plus ou moins important sur le montant de ses notes.

Qu'il y ait eu des médecins assez peu conciencieux pour commettre des abus dans le nombre de leurs actes techniques ; qu'il s'en soit même trouvé pour s'avilir jusqu'à l'escroquerie caractérisée, il n'en demeure pas moins établi par les milliers de faits que les assurances cherchent volontiers de mauvaises querelles, même aux médecins dont la conduite a été irréprochable.

Situation déplorable à tous égards, à laquelle on tenta de remédier en essayant de trouver un terrain d'entente entre le corps médical et le Consortium des assureurs, afin de faire cesser cet état d'hostilité plus ou moins latent. Et des rapprochements purent avoir lieu, à l'occasion des réunions de la Sous-Commission du tarif ministériel, où se rencontrent Assureurs, Ouvriers et Médecins, — qui aboutirent à l'organisation de la Commission d'arbitrage qui fonctionne utilement dans le département de la Seine.

On pouvait même espérer que ces rencontres finiraient par amener un accord sympathique pour le relèvement de certains chapitres du tarif ministériel : les échanges de vues, les discussions avaient été fréquents, le travail était préparé et

il ne restait plus qu'à l'adopter, lorsqu'à la dernière minute, MM. les Assureurs se dérobèrent et les pourparlers furent rompus, au moins momentanément.

On voit combien il est difficile de parvenir à une entente qui ne pourrait pourtant qu'avoir d'heureuses conséquences sur le fonctionnement de la loi.

Il semble même que, du côté de certaines assurances, on s'ingénie à susciter des incidents qui ne peuvent que tendre de nouveau les relations qu'on voudrait plus souples et plus cordiales.

C'est ainsi, par exemple, que notre ami le Dr Damey, de Douarnenez, secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux du Finistère, nous envoie la Circulaire qu'il vient d'adresser aux médecins de son département, et dont il nous demande la publication.

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

Mon Cher Confrère,

Je crois devoir vous communiquer tout de suite le fait suivant que le hasard d'une conversation m'a fait connaître.

Vous ne manquerez pas de remarquer combien ce fait est menaçant pour nous aussi, médecins. C'est pourquoi j'avise la Confédération en même temps que les Syndicats fédérés.

Monsieur M., pharmacien à L. avait livré à des blessés les produits prescrits pour des accidents du travail. Quatre ordonnances régulières, dit-il. « Elles portaient le nom du blessé, celui du patron, la désignation de l'assurance et la signature d'un médecin connu de la localité.

Une déclaration des accidents avait été régulièrement faite à la mairie, par le patron et en temps voulu ».

Après plusieurs mois, la Cie d'assurances (la Compagnie générale accidents) retourna le mémoire en refusant de payer, sous prétexte *que le blessé avait travaillé pendant les jours de repos prescrits* ! ! !

Le syndicat des pharmaciens a décidé de ne plus connaître cette compagnie comme tiers payant, sauf *paiement* comptant.

Mais nous, médecins, voyez-vous ces pratiques se généralisant, et nos notes également refusées? N'estimez-vous pas qu'il convienne de nous occuper de cela immédiatement ?

Le secrétaire :

Dr Damey.

22 juin 1931.

Encore qu'il s'agisse là de fournitures pharmaceutiques, la Compagnie est dans son tort, les prestations médico-pharmaceutiques étant dues en tout état de cause, même quand l'accidenté peut continuer à travailler. Peu importe qu'il l'ait fait en un temps où il aurait pu rester inactif : sa situation d'accidenté du travail étant parfaitement définie, les pre tataires doivent être payés.

Le Syndicat des pharmaciens a décidé de rompre tous rapports avec cette compagnie. C'est évidemment une bonne riposte, dont le Syndicat médical pourrait s'inspirer s'il se trouvait, en la personne d'un de ses membres, pareillement molesté. Mais il me semble que ce n'est pas suffisant, et que le pharmacien devrait poursuivre, devant le Juge de paix, le patron et la victime, conjointement et solidairement, en règlement de son mémoire de pharmacie.

Je dois dire que c'est un conseil que nous donnons très souvent aux membres de notre Ligue de défense médicale (Sou médical) qui nous saisissent de semblables conflits.

Mais je m'empresse d'ajouter que nous trouvons souvent, chez eux, une répugnance invincible à suivre cette procédure, — même avec notre appui.

Ils craignent, et c'est assez naturel, bien qu'il ne s'agisse en réalité que d'une question de forme, de s'aliéner employeurs et employés en les appelant à la barre, même si c'est l'assurance qui se présente à la place de son client régulièrement cité.

Et cette crainte nous a été maintes fois explicitement formulée.

Il y a là un état d'esprit que nous nous expliquons fort bien, qui est très répandu, tellement répandu, que je ne saisis pas les raisons qui poussent présentement certains militants à réclamer l'obligation de l'entente directe dans la médecine du travail, comme elle existe dans l'assurance maladie.

Avec la loi actuelle, rien n'empêche cette entente directe de jouer. Rien ne s'oppose à ce que le médecin réclame directement à son client, le blessé du travail, le versement de ses honoraires, quitte à celui-ci à s'en faire rembourser par son patron, dans les limites fixées par le tarif officiel. Mais il est universellement reconnu que, depuis plus de trente ans, rares, très rares sont les médecins qui l'ont fait : j'ai déjà dit pourquoi.

Une loi, dite loi Gros, votée par la Chambre de Députés, mais pendante devant le Sénat, où elle dort momentanément dans les cartons, supprimerait cette possibilité éventuelle d'entente directe, actuellement parfaitement légale, et transformerait le tarif de responsabilité patronale en un *tarif limitatif*, opposable au corps médical, tout au moins pour les salariés recevant moins de 15.000 francs annuellement.

Des démarches ont été faites auprès des Parlementaires, par nos représentants qualifiés, pour obtenir le maintien du *statu quo*. Tout permet de supposer que ces démarches ont été

prises en considération et qu'au jour de la discussion, ce maintien sera accordé.

Je doute, par contre, qu'il soit possible d'obtenir davantage. Je doute même que la majorité des médecins, qui soignent dans leur clientèle des accidentés du travail, soient disposés à changer leurs méthodes actuelles.

D'ailleurs, et c'est une remarque que j'ai déjà faite, rien ne s'oppose à ce qu'un Syndicat, dans la plénitude de ses droits, décide qu'à dater de tel jour, ses membres devront pratiquer obligatoirement l'entente directe. Pourquoi cette expérience n'a-t-elle pas été tentée ? Pourquoi les militants, partisans de cette entente directe rigoureuse, n'ont-ils pas cherché à la provoquer ? Il eut été intéressant et curieux de noter les réactions que l'application de cette mesure aurait déclenchées.

Si le corps médical a obtenu, dans la suite des temps, des modifications successives dans la législation du travail, qui l'ont rendue acceptable, c'est surtout parce qu'il a réussi à prouver aux ouvriers qu'il agissait dans leur intérêt, et que ceux-ci ont appuyé des efforts dont ils se sont déclarés solidaires.

Les organisations ouvrières s'associeraient-elles semblablement à la modification radicale réclamée aujourd'hui par certains d'entre nous? Qu'il me soit permis de réserver ma réponse et de me montrer franchement sceptique...

En tous cas, je sais que la question est posée au sein de la Confédération, et qu'elle doit être soumise aux discussions de son assemblée générale à la fin de la présente année.

Je suis convaincu qu'elle sera résolue sagement.

Mais je ne puis cependant pas donner tort aux confrères qui, fatigués d'être en butte aux difficultés que leur suscitent les compagnies d'assurances accidents, rêvent de n'avoir plus aucun rapport avec elles, et de ne trouver en face d'eux que les principaux intéressés à leur intervention, c'est-à-dire, les blessés auxquels ils sont appelés à donner leurs soins.

Que la motion en cause leur ait été inspirée par leur désir de généraliser l'entente directe dans tous leurs rapports avec leurs clients, je n'en suis pas moins convaincu que cette considération a aussi pesé sur leur détermination, — que l'assurance est trop souvent la bête noire du médecin pour que celui-ci n'ait pas toutes sortes de raisons de chercher à la fuir...

G. Duchesne.

LA LOI DES ASSURANCES SOCIALES ET LES INTERNES ET EXTERNES DES HOPITAUX

Le Dr B., nous écrit :

J'ai lu avec intérêt votre article sur les rapports des internes des hôpitaux avec les assurances sociales.

L'argument essentiel qui doit empêcher tout interne, tout médecin d'être assuré social est que nous ne pouvons pas, que nous ne devons pas donner notre adhésion à cette loi.

Notre Confédération crie du bout des lèvres que le corps médical collabore de tout cœur, pourquoi cette hypocrisie ? La loi des Assurances sociales est stupide ; pourquoi ne pas le dire, ne pas le crier, plus fort encore nous y rallier.

Si les Assurances Sociales assuraient les gros risques de maladie , catastrophe ou grosse gêne pour un ouvrier qui a une famille, si elles couvraient ces gros risques seuls et d'une façon effective, personne ne les considèrerait autrement que comme un énorme progrès social. Mais aujourd'hui l'hôpital payant, hier gratuit, par les visites plus nombreuses la part à débourser par l'assuré presqu'égale, l'esprit d'épargne individuelle aboli, et cette prime à la fraude que constitue toute assurance. En échange, des aumônes, gaspillées dans les innombrables cas légers, tout à fait insuffisantes le jour où le père devient tuberculeux, où la mère fait une fièvre typhoïde, ou se casse la jambe dans l'escalier.

La débauche des prescriptions par le généreux remboursement des frais de pharmacie ne peut être oubliée.

Que de taudis démolis avec l'argent qui sert à indemniser un demi rhume de cerveau ou à faire la fortune des marchands de spécialités. Qui fera le compte de l'argent transformé en inutiles médicaments pour tuberculeux, par exemple et qui nous dira combien on eût avec, démoli de maisons à tuberculose.

L'hygiène d'un pays dépend du haut salaire des ouvriers et des conditions de logement. En partie grâce aux Assurances sociales le salaire moyen de l'ouvrier va baisser, aucune des graves crises imprimées à sa vie ne sera vraiment conjurée malgré des dépenses considérables.

Et les médecins, les étudiants devraient donner l'appui moral du monde des non démagogues en s'y inscrivant ?

Tout ce que nous pouvons faire, c'est de considérer les Assurances sociales comme un contrat entre les malades et les caisses, ne nous regardant pas plus qu'une police individuelle d'assurance.

Pour avoir une assurance sur la vie, ce qui est le devoir de tout médecin marié, il n'est pas besoin d'aller chercher les Assurances sociales.

Quelque petit avantage matériel qu'un médecin puisse avoir à devenir un assujetti facultatif, il n'a pas le droit d'apporter à la loi telle qu'elle est le bénéfice moral de son adhésion.

Il faut reconnaître que la Dame Assistance publique est parfaitement libérale quant aux soins donnés aux externes et aux internes à l'hôpital et j'ai souvenir qu'elle fût envers moi, en certaines occasions, d'une courtoisie qui passait beaucoup mes espérances. Prenons garde que le jour où les internes auront des droits bien formulés, ils n'auront droit qu'à leurs droits et jamais à rien de plus.

Dr B.

Réponse.

La loi des assurances sociales a été promulguée par le Président de la République : tout citoyen français lui doit donc obéissance, quelles que puissent être ses imperfections, ou même sa « folie », sa « stupidité ».

Il appartient à chaque électeur de faire pression sur son député et sur son sénateur, pour que chaque loi soit modifiée, ou même abrogée, selon les goûts et aspirations politiques de chacun. Les élections législatives de l'an prochain permettront, à tous ceux qui font de la politique militante, d'obtenir des candidats députés des promesses, pour que la loi soit modifiée, transformée, abolie, ou maintenue telle qu'elle est.

Mais, comme médecins, nous devons respect à la loi, à moins que nous préférions rester complètement en dehors d'elle.

Si nous désirons soigner des assurés sociaux, nous sommes dans l'obligation de nous conformer aux textes législatifs et réglementaires, qui sont intervenus sur cette matière.

Si nous voulons rester en dehors, il nous faut refuser de signer tout papier, qui permettra à nos malades de se faire rembourser ce à quoi ils ont droit.

A ces malades de voir s'ils doivent conserver leur médecin, ou se rendre chez un praticien qui, acceptant de reconnaître la loi, permettra par ses signatures, à ses malades, de bénéficier des prestations en nature et en argent, auxquelles ils peuvent prétendre.

Pouvons-nous, en corporation entière, nous opposer au fonctionnement d'une loi quelconque ? C'est parfaitement illusoire, car il y a suffisamment de médecins en France, pour trouver parmi eux assez de praticiens, dûment appointés par les caisses d'assurances sociales, pour que la loi fonctionne quand même.

Par conséquent, ce n'est pas applaudir à la législation des assurances sociales que de montrer à mes confrères les avantages qu'ils peuvent retirer de leur adhésion personnelle au bénéfice de ladite loi. D'ailleurs, ils sont nombreux, mes confrères qui m'ont demandé comment ils pouvaient tirer avantage personnel, en s'affiliant à la législation des assurances sociales.

Peut-être la loi sera-t-elle modifiée dans un temps plus ou moins prochain. Peut être même sera-t-elle abrogée par la Chambre et le Sénat. Quel en est l'avenir ? je l'ignore. Mais ce que je sais, c'est que la loi est votée, qu'elle fonctionne, qu'elle déplaît aux uns, mais qu'elle procure des avantages aux autres.

Aussi, me plaçant résolument au-dessus des discussions d'ordre politique, je conseille mes confrères, dans le cadre de la loi telle qu'elle est, et non telle qu'elle devrait être, selon les désirs de chacun.

Certes, chacun de nous est parfaitement libre de souscrire une assurance sur la vie ; à maintes reprises, le *Concours médical* a donné des consultations juridiques sur ce point, pour préciser les avantages et les inconvénients de telles ou telles combinaisons, ou polices.

Mais, il ne faut nullement compter sur l'esprit de prévoyance des médecins. Bien au contraire, le praticien ne sait pas garantir son avenir. Malgré les mutuelles médicales, malgré l'Association générale des médecins de France, nombreux sont ceux, qui se laissant surprendre par la maladie, ou l'accident, sans pouvoir toucher une indemnité journalière, ou qui, arrivés à la vieillesse, n'ont plus de quoi vivre et deviennent ces malheureux qu'il faut secourir, pour leur permettre une fin honorable et décente.

Je ne parle pas non plus des veuves et des orphelins de corps médical, alors que le chef de famille a oublié de les garantir contre son décès prématuré.

Voilà pourquoi, me refusant à discuter la loi des assurances sociales, sur le terrain de la politique pure, je préfère tirer parti de cette législation, pour engager mes confrères à faire œuvre de prévoyance et principalement se garantir une retraite.

Quant à mes jeunes confrères, internes et externes des hôpitaux, je m'intéresse d'autant plus à leur sort qu'ils n'ont actuellement aucun *droit* : ce que l'administration de leur hôpital leur accorde, celle-ci peut le leur retirer demain, car aucune loi n'oblige un hôpital à donner des soins, une pension, une indemnité quelconque à celui du corps médical hospitalier, victime de son devoir professionnel.

Une loi, en gestation depuis 1926, votée par la Chambre des députés, sommeille au Sénat. En attendant qu'elle soit votée, je voudrais donner un droit aux internes et aux externes des hôpitaux de France, en les faisant bénéficier des garanties accordées, par la législation des assurances sociales.

Je préfère, pour ma part, un droit bien formulé par un texte de loi, qu'une faveur bénévole accordée par un directeur, aujourd'hui bienveillant, mais faveur qui peut m'être retirée demain par un autre directeur moins généreux.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINE AU RABAIS

A l'occasion d'un certificat médical préalable à une assurance sur la vie, M. le Docteur F.... nous communique la lettre suivante, qu'il a reçue d'une Compagnie d'assurances :

Le service médical de la Compagnie porte à notre connaissance le montant des honoraires du dernier examen que vous avez bien voulu faire passer à un assuré éventuel et que vous avez fixés à la somme de 80 francs.

Avant d'en ordonnancer le paiement, nous nous permettons de vous écrire personnellement pour vous demander si, après étude de la question, vous ne pourriez pas les ramener à une somme légèrement inférieure. Ceux que vous demandez constituent, en effet, une charge bien lourde pour une compagnie comme la nôtre.

Nous reconnaissons volontiers que les médecins, lorsqu'ils se basent sur le coût de la vie, ont des apparences de raison d'augmenter leurs honoraires dans des proportions importantes, mais une compagnie mutuelle d'assurance sur la vie, comme le C. se trouve dans une situation toute particulière qui lui permet de discuter loyalement de ces augmentations avec ses collaborateurs.

Contrairement à la plupart des industries, le C. n'a pas augmenté, depuis la guerre, les cotisations qu'il demande à ses assurés; bien au contraire, il les a diminué dans de fortes proportions : à titre d'exemple courant, il demandait avant 1914 pour une assurance mixte sur une tête, d'une durée de 25 ans, à l'âge de 35 ans et assurant un capital de 20.000 francs, une prime de 770 francs, il croit ne devoir plus demander en 1931, que 722 francs.

Dans ces conditions, tous les collaborateurs de la Compagnie ont vu leur rémunération diminuer puisque celle-ci est basée, vous le savez, uniquement sur la prime. Seuls ceux du service médical ont vu augmenter la rémunération des services qu'ils rendent à notre Compagnie. Ne doutez point que nous ne pensions un seul instant que, au point de vue absolu, cette augmentation ne soit équitable, mais relativement à la situation de notre Compagnie, elle n'est équitable que si elle ne dépasse pas une certaine proportion. Or, avant la guerre, le prix d'une visite médicale était généralement compris entre 15 et 20 francs, vous vous en souviendrez sans doute. Prenons comme base de notre discussion le chiffre de 20 francs, si vous le voulez bien ; lorsque vous avez porté le coût de votre examen à 80 francs, nos charges s'en sont trouvées augmentées de 300 % soit 18 % de la prime de 500 francs. Dans le cas d'une assurance sur deux têtes, ce serait même une augmentation de près de 23 % de la prime.

Aussi, croyons-nous devoir insister auprès de vous, Monsieur le Docteur, sur le fait que le C. est une compagnie mutuelle à frais de gestion limités, réalisant une majorité de contrat de moyenne et de petite importance et que, dans ces conditions, les frais généraux la grèvent lourdement lorsqu'ils dépassent un certain taux compromettant ainsi les intérêts que lui ont confiés les assurés mutualistes.

Il nous répugnerait pourtant de prendre certaines mesures envisagées par d'autres, telle que celle de mettre l'excédent des honoraires médicaux à la charge de nos agents qui ont déjà, quoi qu'on pense, beaucoup de mal à vivre avec les commissions que nous leur accordons sur des primes plus faibles que celles d'avant-guerre, ou celle qui consisterait à se passer de la collaboration si précieuse de nos examinateurs habituels pour certaines combinaisons d'assurances.

Nous croyons plus loyal de venir vous demander de bien vouloir, après y avoir réfléchi, accepter notre tarif habituel de 60 francs pour les examens faits à votre cabinet. Ce tarif d'après-guerre représente déjà une augmentation de 150 % de nos charges ; il ne soulève généralement aucune objection du corps médical que nous avons l'honneur d'employer et parmi lequel se trouvent de nombreux médecins des hôpitaux.

Nous considérerons votre acceptation comme un encouragement précieux au principe de la Mutualité que nous défendons depuis si longtemps.

Si, pour des raisons particulières, vous ne croyez pas pouvoir vous ranger complètement aux raisons que nous nous sommes permis de vous exposer, nous insistons en vous assurant d'avance de notre reconnaissance pour que vous vouliez bien faire en sorte que les honoraires que vous fixerez pour l'avenir s'éloignent le moins possible de notre tarif habituel d'après-guerre.

Nous nous en remettons complètement à votre équité, équité que nous nous faisons un devoir d'affirmer avoir toujours rencontré chez nos collaborateurs du service médical, toutes les fois qu'il nous a été donné de nous entretenir avec eux de ce sujet délicat.

Si nous avons reproduit dans son intégralité la lettre de la Compagnie le C., ce n'est pas parce que c'est la première fois que, mettant en avant l'idée de la Mutualité, on a voulu imposer, sous une forme plus ou moins déguisée, plus ou moins arbitraire, des réductions aux honoraires normaux des praticiens.

Il a toujours été de coutume, parmi les sociétés de secours mutuels, principalement, de demander au médecin du pays des tarifs nettement dérogatoires qui leur permissent de réduire leurs charges et de recruter des sociétaires, le médecin faisant les frais de ce recrutement.

Mais la lettre que notre correspondant nous a

communiquée est un véritable chef-d'œuvre : elle représente à la fois, sous sa forme pateline et avec la menace..... « *se passer de la collaboration si précieuse qui*, etc... », un tissu d'arguments qui font appel à la générosité du praticien, arguments frappants, destinés à produire un gros effet près du Corps médical, mais qui forment, aux yeux de techniciens de l'assurance, un syllogisme parfait.

Nous ne voulons point discuter de l'augmentation du coût de la vie qui donne aux praticiens « quelque apparence de raison » d'augmenter le tarif de leurs honoraires, mais nous ne pouvons cependant laisser passer inaperçue l'affirmation de la société : « au lieu d'augmenter nos cotisations, nous les avons diminuées au contraire ». L'assurance est la couverture d'un risque ; or, le risque de mortalité est resté sensiblement le même après la guerre, et les tables de mortalité qui servent de base en matière d'assurance sur la vie au calcul des cotisations, sont restées inchangées. Les cotisations ont été diminuées ? Ce fait ne représente pas une anomalie, bien au contraire, car l'assurance-vie est basée, d'une part sur la mortalité, et d'autre part, sur le taux de capitalisation. Si la Compagnie le C. capitalisait avant-guerre ses réserves sur la base de 3 %, ses placements comme ceux de toute société bien gérée, ont pu atteindre, à la fin de la guerre, le taux de 10 à 11 %.

Les agents de la Compagnie ont vu leur rémunération abaissée, puisque les tarifs ont augmenté ? Voici encore l'exemple d'un argument que l'on s'étonne de trouver sous la plume d'un assureur, car nous ne voulons pas supposer que l'arbitraire de cette observation ait été avancé en connaissance de cause. Si rigoureusement et objectivement les commissions proportionnelles aux tarifs ont baissé avec le taux de ces derniers, par suite de la dépréciation subie par le franc, les sommes assurées ont augmenté considérablement, et l'accès à l'assurance-vie du type « de moyenne et de petite importance » a été permis à toute une classe de la société, qui était restée en dehors de cette mesure de prévoyance.

Les commissions, en matière incendie ou accidents, n'ont pas été augmentées non plus ; et je n'ai pas connaissance qu'un agent ait été fondé à s'en plaindre.

L'augmentation des charges atteint 16 % du montant de la prime ? Tout est relatif, et si le directeur de la Compagnie le C. avait pris pour base un contrat plus faible que celui dont il s'est servi, la proportion serait encore plus grande. D'autre part, il fait porter la note de frais sur la première année de la cotisation, paraissant ainsi oublier, et la marge prévue par les tarifs pour les frais « d'acquisition », et que les trois premières années de cotisation lui sont acquises, en cas de non paiement ultérieur des primes.

L'Etat a fixé le tarif appliqué par les Compagnies d'assurance sur la vie, compte tenu de ces frais d'acquisition. Certes, les statuts de la société, qui nous donne ici un superbe exemple de mendicité, ont prévu des frais qu'elle ne peut dépasser, mais elle est libre d'augmenter ces frais par une décision de son conseil d'administration ou de son assemblée générale. Elle est également libre de dissoudre la société de gestion qu'elle a créée pour gérer le risque d'assurance-vie, société de gestion dont le décret de 1922 empêcherait la nouvelle création.

Qu'un médecin consente des rabais à un client nécessiteux, cela a toujours été de tradition dans le Corps médical. Mais jamais une société d'assurance mutuelle, pas plus qu'une société de secours mutuels n'ont été considérées comme nécessiteuses.

Elles doivent se suffire à elles-mêmes ; ce n'est pas au praticien à en supporter le déficit.

Nous ne pensons point que le Docteur L., médecin des hôpitaux, qui fait partie du Conseil d'administration de la Société le C., ait approuvé en toute connaissance de cause la teneur de la lettre reçue par notre correspondant. Ce dernier a refusé le marchandage qui lui était proposé. Nous mettons en garde les autres praticiens contre de semblables procédés, qui sentent la mendicité à plein nez.

P.-R. BAGLIN,
Docteur en Droit,
Conseil technique d'assurances.

MUTUALITÉ FAMILIALE

II
Son fonctionnement

J'ai parlé dans un précédent article de l'organisation générale de la Mutualité familiale telle qu'elle résulte des modifications que successivement lui ont imposées les circonstances, j'ai à exposer maintenant son fonctionnement.

Administration.

La Mutualité familiale est administrée par un Conseil d'administration de quinze membres élus par tiers, tous les deux ans, par l'Assemblée générale des sociétaires.

Ce Conseil se réunit à la fin de chaque trimestre pour prononcer les admissions, régler les indemnités et les pensions. Dans l'intervalle de ces réunions, le Bureau composé du président, du secrétaire général et du Trésorier, expédie les affaires courantes.

Les fonctions de membre du Conseil sont gratuites : seuls le secrétaire général et le trésorier reçoivent une indemnité justifiée par le travail énorme auquel ils doivent faire face.

Le trésorier en effet n'a pas seulement à encaisser les cotisations, à envoyer les quittances, à expédier les pensions et indemnités, il doit encore tenir une comptabilité rigoureuse qui note les doit et avoir de chaque sociétaire et de chaque combinaison, mais qui aussi doit réunir tous les éléments statistiques nécessaires aux inventaires annuels et à l'inventaire quinquennal de l'actuaire ; il doit enfin gérer un portefeuille qui atteint six millions et surveiller toutes les opérations bancaire.

Le secrétaire général est chargé de toute la correspondance, il reçoit les avis de candidatures, les demandes de renseignements, les déclarations de maladie ; il expédie les statuts, les pièces nécessaires à la constitution des dossiers ; il présente au Conseil les candidatures, prépare la liste et le calcul de toutes les indemnités dues, il tient à jour les registres où sont inscrites les situations respectives de chaque sociétaire ; de concert avec le trésorier il rédige tous les articles de propagande ainsi que les rapports présentés tant au Conseil qu'à l'Assemblée générale, etc, etc ...

De telles fonctions sont, on le voit, loin de constituer des sinécures.

Comptabilité.

Chaque combinaison est l'objet d'un compte spécial qui comporte comme recettes les cotisations, les intérêts, les remboursements de valeurs, les dons spéciaux et comme dépenses les seules sommes que statutairement elle doit verser, c'est-à-dire, suivant les cas, les indemnités maladie, les pensions ou les remboursements de cotisations contre-assurées.

Aucune somme, si minime soit-elle, ne passe à une autre destination.

Les frais de gestion forment un compte spécial alimenté par une surcharge de 10 % sur toutes les cotisations, par les intérêts de ses dépôts en banque, par les droits d'entrée ou de recouvrement ; ses dépenses sont constituées par les frais de poste, d'envois, de recouvrements, de banque, de matériel, d'impressions, de bureaux, par les indemnités du secrétaire général et du trésorier.

Par contre , les legs, les dons sans affectation spéciale, les amendes, les abandons d'indemnité sont versés à une Caisse auxiliaire spéciale réservée à tous secours ou emplois jugés par le Conseil utiles à la Société ou à des membres en dehors des prescriptions statutaires.

Chaque année, tous ces comptes divers sont soumis au contrôle de commissaires spéciaux nommés par l'Assemblée générale et qui lui adressent leur rapport avant approbation.

Cotisations.

Les cotisations annuelles varient avec les combinaisons choisies et avec l'âge d'entrée des sociétaires. Pour toutes, cet âge d'entrée est celui que le postulant a eu ou aura au cours de l'année de son admission.

Ces cotisations sont dues au 1er janvier de chaque année, elles peuvent être versées d'une seule fois en janvier ou en deux fois par moitié en janvier et en juillet. Elles doivent parvenir au trésorier nettes de tous frais.

Au 25 janvier et, s'il y a lieu, au 25 juillet, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues. Dans ce cas les quittances sont majorées, pour droits de recouvrement, d'une somme fixée l'Assemblée générale.

En ce qui concerne les pensions de retraite, les cotisations peuvent être contre-assurées de telle sorte que, si le sociétaire venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, les sommes versées par lui, y comprise la prime de contre-assurance, soient remboursées à ses ayants-droit.

Pour les indemnités-maladie et pour les pensions aux veuves, les cotisations ne peuvent être contre-assurées.

Le défaut de paiement de la cotisation a des effets différents suivant la nature de cette cotisation.

Pour l'indemnité-maladie, le retard d'un mois

provoque la suspension du droit à l'indemnité qui n'est recouvré qu'un mois après régularisation. Le retard d'une année entraîne la radiation. Ce même retard d'une année entraîne également la radiation dans la combinaison V (indemnités aux veuves).

Mais pour les pensions de retraites, le non-paiement n'entraîne pas la déchéance et le sociétaire peut toujours reprendre ses versements.

S'il a versé cinq cotisations annuelles il a droit, à l'âge voulu, à une pension réduite proportionnelle à ses versements.

Indemnités. Pensions.

Les indemnités-maladie sont envoyées par le trésorier après la séance du Conseil qui les arrête à la fin de chaque trimestre. Elles parviennent aux intéressés nettes de tous frais.

En cas de contestation, les réclamations doivent être adressées au secrétaire général et non au trésorier, comme la chose arrive trop souvent.

Les pensions de retraites sont versées dans leur entier, d'un seul coup pour l'année entière au début de janvier. Les bénéficiaires doivent produire un certificat de vie au 1er janvier délivré par la mairie de leur résidence.

Les pensions aux veuves se paient par quarts, tous les trimestres, à terme échu, sur production également d'un certificat de vie.

Pour permettre au secrétaire général de faire le calcul de l'indemnité qu'il y aura lieu de lui verser, tout sociétaire arrêté par maladie ou accident doit lui envoyer une déclaration accompagnée d'un certificat du médecin traitant. Cette déclaration doit lui parvenir dans un délai de dix jours.

Même formalité doit être remplie dans un délai de trois jours lors de la reprise du travail.

Tous les quinze jours dans les cas de maladie aiguë, toutes les six semaines dans les cas de maladie chronique, le sociétaire enverra un compte rendu de son état. Dans tous les cas, ce compte rendu devra être envoyé du 15 au 25 des mois de mars, juin, septembre et décembre.

La non exécution de ces prescriptions peut entraîner l'ajournement de la délivrance de l'indemnité et la sanction d'amendes infligées par le Conseil.

***

Je ne puis évidemment m'étendre plus longuement sur ce sujet, qu'il me suffise, en terminant, d'ajouter que la Mutualité familiale est une œuvre essentiellement, rigoureusement, exclusivement confraternelle qui apporte en toutes circonstances à ses adhérents son aide matérielle et aussi morale.

Trente huit années de fonctionnement sont là pour corroborer mon assertion.

H. MIGNON.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Le Service de santé d'un Corps d'armée au combat

Sixième exercice pratique de l'Union Fédérative des Médecins de réserve

(19 *juillet* 1931).

Médecin commandant BOUISSOU.

Dans la guerre moderne, le Service de santé du Corps d'Armée est le seul qui puisse, à proximité des lignes, répondre, avec quelques chances de succès, aux exigences du traitement des blessés et gazés de première urgence.

Les formations régimentaires et divisionnaires doivent, en effet, se borner à faire la relève, le triage, l'emballage et l'évacuation des blessés et gazés du champ de bataille. Elles opèrent sur un terrain fortement battu par le feu de l'ennemi, et doivent limiter leur objectif à aiguiller, le plus rapidement possible, vers l'arrière, tout ce qui peut être secouru.

Les formations du Corps d'armée, par contre, se trouvent dans une sécurité relative, à 10 ou 12 kilomètres du front, exposées à quelques bombardements par l'artillerie lourde ou par avions, qui ne doivent pas, pratiquement, les empêcher de fonctionner.

Elles sont donc désignées pour traiter les blessés de première urgence, qui représentent, comme l'on sait, environ 5 % des pertes totales, et qu'il serait risqué de vouloir amener jusqu'à l'H. O. E. primaire, distant d'environ 30 kilomètres.

Elles ne pourront pas toujours d'ailleurs remplir ce rôle, qui ne sera pas nécessaire, si les H. O. E. sont rapprochés, et qui ne serait pas réalisable, avec un front trop mouvant, et avec l'éventualité d'une retraite rapide.

Mais un rôle constant leur est dévolu : c'est de contribuer au transport des évacuables, des formations sanitaires de l'avant vers le corps d'armée et l'armée.

Elles ont aussi un rôle de ravitaillement en personnel et en matériel des formations de l'avant, en se ravitaillant elles-mêmes aux formations d'armée. Enfin, elles doivent suppléer à la carence des postes de secours divisionnaires

quand ceux-ci sont défaillants par suite de l'avance ennemie.

Le directeur du Service de santé du corps d'armée est assisté d'un médecin adjoint qui assure surtout la liaison entre le Service de santé et les autres échelons ; d'un officier d'administration ; et du chirurgien consultant du corps d'armée, fonctionnant comme conseiller technique.

Il dispose de moyens organiques :

1° De *ravitaillement*, avec le groupe sanitaire de ravitaillement, dont le médecin chef est appelé à devenir le médecin chef du groupe d'ambulances, déployé.

2° De *traitement*, avec les deux ambulances médicale et chirurgicale, complétées de la section d'hygiène, lavage et désinfection ; le chirurgien consultant du corps d'armée devient le médecin chef de l'ambulance chirurgicale du groupement d'ambulances ;

3° De *transport*, avec la Section sanitaire automobile de Corps d'armée, qui compte 20 voitures capables de transporter chacune 5 blessés couchés ou 10 blessés assis.

A ces moyens organiques s'ajoutent des moyens éventuels fournis par l'armée selon les besoins du corps d'armée : moyens opératoires, tentes ; éléments sanitaires de relève ; moyens de transport complémentaires, parmi lesquels l'avion sanitaire pourra avoir à intervenir.

Ces généralités exposées, le conférencier envisage le fonctionnement du Service de santé d'un corps d'armée selon un thème tactique donné, le corps d'armée étant surtout en position défensive.

Les intentions du commandement étant connues du médecin directeur, celui-ci reçoit en outre du médecin directeur du Service de santé de l'armée des directives générales, en fonction de la situation militaire. Il fait ensuite ses propositions au général commandant le corps d'armée. Celles-ci acceptées, il prescrit l'installation du groupement d'ambulances dans un château dont l'emplacement, les dispositions intérieures, les annexes... sont des plus favorables.

L'essentiel, c'est d'organiser le circuit routier, qui desservira le groupe d'ambulances, de manière à ce que tous les services soient successivement desservis, dans l'ordre chronologique des nécessités, sans retour en arrière (sens unique).

Dans le château lui-même s'intallera le bloc chirurgical, avec son bureau des entrées, ses services généraux, son service de triage, son pavillon opératoire, ses salles d'hospitalisation et son service d'évacuations. Dans les communs, l'ambulance médicale complétée avec la section d'hygiène, avec également son bureau des entrées, son service des suffoqués, celui des vésiqués, les salles d'hospitalisation, les locaux pour le lavage et la désinfection corporelle et des vêtements.

Dans le pavillon du régisseur s'installera la section de ravitaillement.

A l'entrée du groupe, un service commun de réception et de premier triage ; une Croix-Rouge monumentale tracée sur une pelouse assurera théoriquement la neutralisation de la formation.

On aura demandé à l'armée deux sections d'hospitalisation, comptant les 250 lits nécessaires au fonctionnement utile du groupe et les équipes chirurgicales nécessaires au jeu des 3-8 : une équipe opère pendant 8 heures, trie et panse pendant les 8 heures suivantes, et se repose les 8 dernières heures de la journée. Enfin, on aura prévu le logement du personnel officier, hommes de troupe et infirmières.

On se souviendra que le groupe d'ambulances de corps d'armée pèse 47 tonnes, et qu'il faut compter un minimum de 24 à 30 heures pour qu'il soit prêt à fonctionner, à partir du moment où il aura reçu l'ordre de se déplier.

Les évènements militaires se déroulant, le conférencier montre l'activité du groupe ; les prévisions d'avance, la section de ravitaillement étant la première à se déplacer pour préparer la prochaine installation ; les prévisions de recul, les ambulances au contraire étant les premières à se replier ; la mise hors de cause de l'un des postes de secours divisionnaires du corps d'armée, obligeant le groupement d'ambulances à se substituer à lui, etc., etc.

Il montre aussi, en prévision d'un chiffre de pertes déterminé jour par jour, les appels du G. A. C. A. à l'armée pour obtenir des moyens de transport (camions) destinés à suppléer à l'insuffisance de la section sanitaire automobile en face d'évacuations en nombre supérieur à ses propres capacités.

De cet exposé, résulte le rôle très important du Service de santé du Corps d'armée au combat, et la nécessité, pour les médecins, d'être bien informés et pénétrés de cette importance.

G. DUCHESNE.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Grands névropathes

La Fontaine. — Rousseau. — Rétif de la Bretonne. — Bernardin de Saint-Pierre. — Lamennais. — Auguste Comte. — Alfred de Musset. — Victor Hugo. — Sainte-Beuve. — Les frères de Goncourt.

Travailleur acharné, d'une érudition sans limites, Cabanès a laissé en mourant une mine inépuisable d'articles et de documents. Avec la pieuse résolution de ne pas modifier, de ne pas changer un mot de ce qu'avait écrit le médecin historien, Madame Cabanès, réunissant des chapitres complètement rédigés, a publié plusieurs volumes posthumes et parmi eux deux ont trait aux *grands névropathes*. Le premier, paru il y a quelques mois, étudiait des malades immortels : Baudelaire, Byron, Chateaubriand, Molière, Pascal, Shelley, et Wagner. Le second qui vient de paraître chez l'éditeur Albin Michel, qui a eu le louable souci de continuer la publication complète de tout ce qu'a écrit son ami regretté, examine les cas si intéressants de La Fontaine, J. J. Rousseau, Rétif de la Bretonne, Bernardin de Saint-Pierre, Lamennais, Auguste Comte, Alfred de Musset, Victor Hugo, Sainte-Beuve, les frères de Goncourt.

Hâtons-nous de dire que toutes ces études qui dormaient dans les cartons depuis quelques années, sont du Cabanès et du meilleur. Non seulement on y retrouve sa documentation précise, l'application des idées sur la critique médico-historique qu'il a toujours défendues, le souci d'une présentation harmonieuse qui rend la lecture de l'ouvrage attrayante et facile, mais même jusqu'à son style, à ses expressions favorites qui démontrent bien que rien n'a été modifié ni remanié dans le texte primitif. Nous devons applaudir sans réserve à ce respect de l'œuvre posthume de l'auteur qui se manifeste dans les moindres détails et qui donne à ses amis l'illusion qu'il est encore vivant.

***

La Fontaine ! On est tout d'abord quelque peu étonné de voir le Bonhomme à la tête d'une série de grands névropathes. Eh quoi ! l'auteur des *Fables* et des *Contes*, ce clair génie, cet esprit sain, limpide, harmonieux, ce moraliste plein de sens pratique, de bon sens, peut-il vraiment être considéré comme un demi-fou ?

Mais Cabanès ne se borne pas à connaître les œuvres des grands hommes qu'il étudie, il dissèque leur vie privée, il recherche dans leur correspondance les lettres intimes où ils se livrent eux-mêmes, car souvent elles ne sont pas destinées au public.

Mari trompé, La Fontaine prenait assez philosophiquement la chose, mais l'opinion publique l'obligea à se battre en duel, il fut blessé et se réconcilia tout aussitôt avec son adversaire. On ne pouvait être plus magnanime. Tantôt charmant dans ses rapports et sa conversation, il se repliait souvent sur lui-même et donnait l'impression de l'homme grossier, lourd, stupide qui ne sait ni parler ni conter, mais qui est l'écrivain vivant et merveilleux dont parle La Bruyère. Il était sujet à des bizarreries de caractère, des inquiétudes, des accès de tristesse, de nostalgie. Il avait le dégoût de l'effort, était toujours fatigué et passait son temps à deux occupations comme il le disait ingénûment lui-même : L'une à dormir, l'autre à ne rien faire.

Après une vie fantaisiste, incohérente et passablement déréglée, il devint perclus de rhumatismes, supportant ses maux avec une souveraine philosophie et son confesseur le chanoine Maucroux put dire cette phrase qui est bien la meilleure oraison funèbre du fabuliste : « C'était l'âme la plus candide que j'aie jamais connue ».

Il fut incontestablement un grand original et cela suffit peut-être pour en faire un grand névropathe?

***

La question ne se pose pas pour J.-J. *Rousseau*, Cabanès n'entend pas, après tant et tant d'autres, étudier toute sa pathologie complexe. Il se borne à l'examiner au point de vue nerveux.

Fils et frère d'instables, de migrateurs, d'une famille où la dromomanie est héréditaire, il ne faut guère s'étonner si Jean-Jacques avait un besoin constant de changer de place. Les fugues qui parfois excitent ses sens et le portent à une admiration passionnée de la nature, sont souvent anxieuses, apeurées, pleines d'effroi, panophobiques. Il nous fait lui-même le tableau de sa nature ondoyante, impressionnable de son caractère efféminé et malgré cela indomptable. C'est un type de psychasthénique. Il se plaint de son manque de mémoire. C'est un cœur vif et un esprit lent. Sa sensibilité est maladive, son imagination excessive. Tantôt il est la proie de passions ardentes qui le rendent cynique, violent, effronté, tantôt il est l'indolence et la timidité mêmes. Il est souvent incapable de parler en public. Il devient soupçonneux, persécuté.

Ses troubles psychasthéniques, ses tendances

hypochondriaques, sa timidité excessive, sa manie des scrupules, sa sensibilité anormale et son émotivité morbide en font un type de névrosé.

***

Rétif de la Bretonne dont le talent fut longtemps méconnu, est encore nettement un type de demi-fou. Erotomane, mythomane, paranoïaque, c'est un maniaque sexuel. Il est atteint d'un singulier fétichisme : celui des pieds et des chaussures. Ce sont les pieds qu'il adore dans la femme et il s'évertue à dérober les mignonnes chaussures qu'il conserve avec un soin religieux.

***

Bernardin de Saint-Pierre est encore un détraqué. Fils d'un père incontestablement roturier, mais entiché de noblesse et se prétendant descendant du bourgeois de Calais, Eustache de Saint-Pierre, il mène d'abord une vie aventureuse et errante. C'est un mystique, un sensuel, qui se plaint toujours, est susceptible à l'extrême. Bien que frère d'un aliéné et d'une hystérique, il parvint à un âge avancé et acquit la réputation que l'on sait. Son fils mourut dément.

***

Lamennais est une âme tourmentée. Rachitique, valétudinaire, dyspeptique, sans cesse anxieux, déprimé, appelant à tout moment le repos et la mort, il était souvent d'une grande tendresse affectueuse, prompt au dévouement et à l'abnégation, mais avec parfois de furieux accès de colère. Sa vie qui eut pu être heureuse, fut un martyre. Au cours de son existence agitée il sut se faire de solides amitiés.

***

Auguste Comte, surmené par ses travaux et même par des chagrins intimes, eut un accès d'aliénation mentale qui nécessita en 1825 son internement dans la maison de santé d'Esquirol. Il guérit, et grâce aux soins que lui prodigua sa femme, put reprendre ses études et ses méditations et écrire de 1830 à 1842 sa *Philosophie positive.*

En 1845, au moment où il allait rédiger les conclusions de son ouvrage, il rencontra Clotilde de Vaux et conçut pour cette femme une passion étrange. Il subit une nouvelle crise, tomba dans le plus singulier des mysticismes qui paraissait en contradiction avec les idées de sa philosophie positive. Cabanès, après avoir énuméré ces faits, reproduit pour mieux les expliquer, le commentaire que le Dr Hillemand, un des représentants les plus dstingués du positivisme, a bien voulu lui adresser. Le Dr Hillemand se demande si les conceptions religieuses d'Auguste Comte tenaient à un dérangement cérébral ou plutôt si ce n'était pas ses anciens disciples ceux qui les critiquèrent comme Littré et Ch. Robin, qui furent incapables de le suivre et de le comprendre.

***

Alfred de Musset, d'une sensibilité excessive dès son enfance, fut atteint de cette « maladie du siècle » qu'il décrivit si bien, misère morale qui atteint tant de jeunes gens de talent à l'époque romantique. Versatile, capricieux, sujet à des emportements excessifs et sans raisons, torturé quand l'inspiration lui survenait, il était sujet à des hallucinations fréquentes et devint dipsomane. La trahison de George Sand à Venise si elle ne fut pas cause de sa dipsomanie, en augmenta sans doute les excès.

Au contact de sa névrose, son génie poétique s'est affiné et exalté.

***

Victor Hugo, le demi-dieu, est loin d'être exempt de tares. Son hypertrophie du moi était excessive. N'est-il pas singulier de le voir féru de noblesse malgré ses origines roturières, aujourd'hui incontestablement prouvées. Il se qualifie *baron* Hugo, plus tard il se donne du *vicomte* et accepte de Charles X un fauteuil à la Chambre des Pairs, ce qui lui vaut une attaque cinglante d'Armand Marrast et le mot cruel de Charles Maurice : « M. Victor Hugo est nommé pair de France : le roi s'amuse. »

Il aimait la flatterie au point qu'il se laissait comparer à Napoléon et adorer comme Dieu. Il est surprenant que ces flagorneries excessives qu'il aimait à écouter, ne l'aient pas fait verser dans la folie, d'autant plus que son frère Eugène mourut fou à Charenton, qu'une de ses filles fut internée et que la dernière, Adèle, dut aussi, après la mort de son mari, être enfermée dans une maison de santé.

Cabanès nous donne de curieux détails sur Victor Hugo spirite, sur sa croyance à la métempsychose, sur son hygiène, ses manies, sur sa gourmandise gloutonne, sur ses excès génésiques bien que déjà un vieillard, et malgré cela, il arriva sans ressentir les misères de la vieillesse à un âge très avancé.

***

Sainte-Beuve, « enfant de vieux », d'une sensibilité excessive, bien que homme du Nord (il était né à Boulogne-sur-Mer), était, selon les expressions de E. Faguet « un sensuel timide et honteux ».

Sa timidité, accompagnée souvent d'inhibition génitale comme J.-J. Rousseau, était accrue par une infirmité, l'hypospadias. Après une crise de mysticisme, la fréquentation de l'Ecole de médecine le fit verser dans un matérialisme assez grossier et il fut atteint de terribles accès de dégoût et de mélancolie et fut hanté de l'idée de suicide. Il était laid, se savait laid. En somme, il fut un neuro-arthritique à instinct sexuel développé, accablé de tristesse, d'inquiétude, de doute, aimant à s'analyser soi-même et les autres, ce qui en fit le plus pénétrant des critiques.

***

Les frères de Goncourt furent, selon l'expression de Sainte-Beuve « deux frères jumeaux à huit ans de distance ». Malgré l'harmonie absolue de leur collaboration, ils étaient assez dissemblables physiquement et moralement ; Edmond était de grande stature, aux épaules larges, à la moustache épaisse ; Jules était un blondin frêle, flâneur, travaillant capricieusement. Edmond était plus laborieux, plus réfléchi, plus énergique. On les a appelés les Chopin de la littérature. Chez eux la maladie, la névropathie a été créatrice. Ils se sont surtout intéressés aux malades parce qu'ils l'étaient eux-mêmes. Ils manquaient d'imagination mais ils peignaient merveilleusement ce qu'ils voyaient. Jules, le plus délicat, mourut le premier, il n'avait pas 40 ans, sans doute paralytique général. Edmond a fait de la maladie et de la mort de son frère, de ses crises épileptiformes, une description impressionnante par son objectivité.

***

Le livre de Cabanès est bourré de citations, de passages empruntés aux œuvres des hommes dont il parle et qui les caractérisent bien. Il y ajoute les jugements de leurs contemporains, Admirons encore le souci qu'il avait de s'éclairer minutieusement avant de porter un diagnostic. Il fut incontestablement un maître dans l'art de dévoiler les mystères de l'histoire avec l'aide de la médecine.

J. NOIR.

HYDROLOGIE

L'Enseignement pratique de la Crénothérapie

Au cours de la Conférence qu'il fit à Royat, le 7 juin dernier, aux membres du Premier V. E. M. cardiologique qu'il dirigeait, M. le Professeur agrégé Lian vanta excellemment la conception bien française de la spécialisation des cures thermales. Grâce à leur richesse et à la diversité de leur minéralisation, les eaux françaises en effet ont, chacune, leur indication principale, autour de laquelle gravitent des indications secondaires, généralement apparentées cliniquement à la première. Indications qui procèdent de leurs propriétés particulières, appliquées précisément à des organes bien définis et à leurs déficiences pathologiques.

Parmi ces Eaux, la palme de la catégorisation bien comprise doit revenir à l'Auvergne, dont les cinq grandes Stations hydrominérales ont apporté leurs soins à perfectionner leur outillage tandis que leurs médecins acquéraient une maîtrise particulière, dans la connaissance et le traitement thermal de leurs spécialisations respectives.

Les Voyages d'Etudes qui, depuis plus de trente ans, parcourent chaque année un réseau déterminé de Villes d'eaux, ont contribué à apprendre, au monde médical, la crénothérapie, envisagée dans le cadre limité de celles-ci.

Mais, il semble que l'on ait compris que ce n'était pas suffisant, que l'enseignement de l'hydrologie, dans les Facultés de médecine, ne pouvait donner lui-même qu'une idée générale, mais vague, des ressources thérapeutiques que représentent nos multiples Sources. Et l'on a vu, depuis quelques années, se tenir de véritables Congrès thermaux : le Congrès de l'arthritisme, à Vittel ; le Congrès de l'asthme, au Mont-Dore ; les Journées d'Evian...., qui ont permis de grouper, d'une part les maîtres de nos centres d'enseignement, de l'autre, nos médecins hydrologues les plus expérimentés, pour la mise au point de toutes les grandes questions qui ressortissent, à la spécialisation de ces hydropoles, au double profit d'une meilleure appréciation des rapports entre telle eau et telle affection dont elle représente le traitement optimum, et de la culture crénothérapique du Corps médical.

Cet exemple n'a pas été perdu. Voici qu'on annonce le Congrès de la lithiase biliaire à Vichy, l'an prochain. Et je me suis laissé dire, avec une certaine complaisance, que se préparaient d'intéressantes Journées Cardiologiques à Royat.

La cardiologie est une des branches de la médecine qui a fait les plus grands progrès ces derniers dix ans. La physio-pathologie du cœur et des vaisseaux, admirablement servie par les modernes méthodes de recherches et d'exploration dont nous disposons, s'est élucidée et précisée

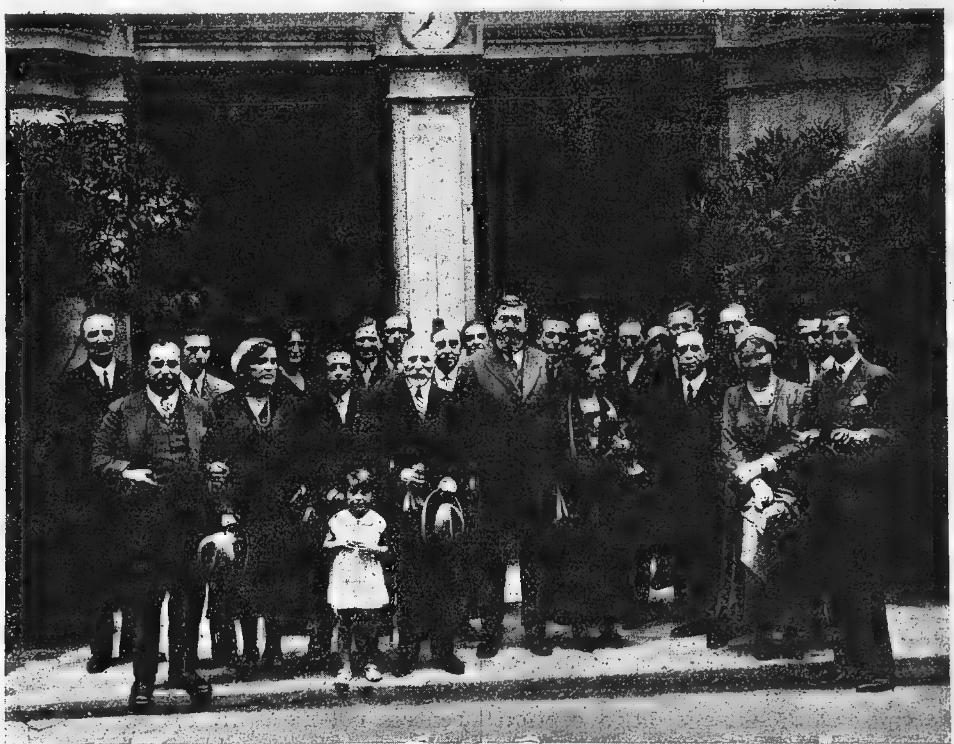
dans d'infinies proportions. L'interdépendance des cavités, qui n'exclut pas une certaine indépendance quasi-autonome de chacune d'elles ; les points de départ de l'excitabilité et de la contractilité du muscle ; les voies de conduction ; les régulateurs du rythme et leurs défaillances d'où dérivent les arythmies ; la tension artérielle —, maxima, moyenne et minima, — avec ses variations, et surtout, ses exagérations, les accidents successifs de la révolution cardiaque normale et pathologique enregistrés à l'électrocardiogramme, sont autant de conquêtes récentes du cardiologue, qui a enrichi sa pratique de traitements actifs et efficaces, au nombre desquels il convient de réserver une place de choix à l'hydrologie.

Ne serait-il pas très intéressant que les as de la Cardiologie de nos diverses Facultés et Ecoles, vinssent confronter leurs découvertes, et les doctrines qu'ils ont échafaudées sur celles-ci, avec les résultats de la pratique du Corps médical de Royat ?

La Science y gagnerait sans doute. Mais les cardiaques en seraient encore les principaux bénéficiaires, puisque se préciserait ainsi le meilleur remède à apporter à leurs maux, le soulagement le plus durable de leurs misères, et l'équilibration assez stable du fonctionnement de leur appareil circulatoire, pour leur permettre de vivre le plus longtemps possible leur vie sociale et familiale.

Pour toutes ces raisons, on ne peut que souhaiter l'organisation prochaine de Journées cardiologiques à Royat. Et il est permis de leur prédire à l'avance le plus légitime succès.

G. DUCHESNE.



M. Merigoux — M. A. Rouzaud — Prof. ag. Lian

Le 1er V. E. M. cardiologique à Royat.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Rien n'est tant à craindre que ce que Michelet appelait « la mécanique de l'enthousiasme ».

(Jean GUÉHENNO).

CCCLXXXIV. — Charles MAURRAS. — **Méditations sur la politique de Jeanne d'Arc.** Edition originale. 1 vol. in-octavo jésus composé à la main en Jenson corps 18 et tiré sur les presses des maîtres-imprimeurs Ducros et Colas (1). Illustrations de Maxime Real del Sarte gravées sur bois par HEURDIER, tirage en deux tons. *Editions du Cadran*, Paris, 1931. L'exemplaire sur Arches : 150 fr.

Il y a une légende de Jeanne d'Arc mystique et hallucinée. M. Maurras, avec la coutumière clarté de ses démonstrations, s'attache à nous montrer chez l'héroïne le triomphe réfléchi d'une limpide intelligence. Par une analyse vigoureuse, il dissocie les mobiles *politiques* de la symbolique chevauchée au service d'un patriotisme, inspiré sans doute mais beaucoup plus lucide que ne l'ont voulu jusqu'à ce jour les spécialistes ou les glaneurs de notre histoire. La leçon de choses que le très distingué polémiste croit devoir en tirer, au titre du pragmatisme gouvernemental n'est plus de notre domaine. La sagesse de Jeanne au service de la France et l'élégance de l'écrivain embellissent de suffisante façon cet original exposé de l'activité *coordonnée* de l'héroïne qu'il est sage de laisser dans son cadre historique. Si tous les esprits ne voudront (2) pas souscrire aux *conclusions* de M. Maurras il ne sera pas difficile de réaliser l'accord de leur goût sur la présentation technique de l'œuvre. Le Jenson qui a servi à l'impression est d'une insigne pureté ; le papier a la noble fermeté des velins d'autrefois. Les bois de Heurdier tirés en sienne pâle ont, sur la page blanche, une hiératique candeur de vitrail monochrome, accentuée par la légèreté élancée des attitudes et l'auréole ou la couronne d'épines qui stylisent et symbolisent le sacrifice et l'ardente foi de la « *gentille* » Lorraine.

CCCLXXXV. — Lucienne GAUMONT. — **Réflexes.** 1 vol. 16 × 25 tiré à 150 ex. num. sur velin pur fil Lafuma. Illustré par l'auteur. *Editions Didier et Richard*, Grenoble, 1931.

C'est peut-être la spontanéité de ces poèmes qui leur a valu leur titre. Ils ont, en effet, une charmante innocence de mots instinctifs. Nous voici loin des quatrains à « chèvre-pied » de notre bon confrère Groc (1)

« Ma vie à l'ombre de tes bras, — Apaisée et douce et tranquille, — Ma vie est semblable à la ville, — Dont les guides ne parlent pas, — ».

Il arrive, au cours du livre, que Mme Gaumont adopte un tour plus vif, mais elle ne se penche pas jusqu'à cette sereine impudeur où Groc fait mirer ses muses désinvoltes. La muse de Madame G. est plus vêtue :

« Je t'apporte, accrochés aux plis droits de ma jupe, — Le chaud parfum sucré des champs de maïs blond, — Le duvet des nids froids, la paille et l'épi rond, — Le parfum de la terre, et des plumes de huppe ; — Je t'apporte le ciel avec tous ses reflets, — Sur mes bras, sur mes mains et sur tout mon visage, — Dans l'éclat de mes yeux, où des clairs paysages, — Ont jeté leur lumière et livré leurs secrets, — ».

Il y a beaucoup de simplicité dans ce recueil, mais j'ai été un peu surpris de l'abondance des mains qui servent de thème à l'illustration. Madame G. en ferait-elle à ce point les indispensables intermédiaires du sentiment ? Il y a des mains sur un archet, des mains nouées, des mains à la fleur, des mains aux lettres, des mains au ruban, des mains au rideau, une main au bracelet dont deux doigts sont en athé ose et l'annulaire offert aux psychanalistes. Donc, outre une prosodie de reposante facture, une illustration probablement symbolique dont je me borne à constater la qualité, soignée jusqu'au bout des ongles.

CCCLXXXVI. — Pierre BELLANGER. — **Physiologie du bridge.** 1 vol. 490 pages, 15 × 23. *Editions Plon*, Paris, 1931, 45 fr.

Ce gros volume, d'une extrême clarté, a été rédigé par une des « compétences » françaises du bridge. Ce n'est pas un formulaire abstrait, mais un exposé fort complet des finesses, des difficultés, des principes classiques du jeu. L'auteur y fait preuve, chemin faisant, d'une culture qui dépasse le théâtre des opérations. Il ne craint pas de dialoguer fort spirituellement avec les disciples éventuels chargés de l'Objection et son traité joint à une documentation remarquable une fort agréable élégance d'exposition.

---

(1) 5 ex. sur Japon, 15 sur Hollande, 300 sur velin d'Arches à la forme.

(2) Je m'excuse de ce futur peu grammatical, mais intentionnel !

(1) *Pour toi si tu veux*, vers et photographies par le Docteur Raymond Groc. Editions du Bon Plaisir. Toulouse.

C'est une belle « défense » de la thèse française et un document capital pour sa mise en pratique.

CCCLXXXVII. — Emile RIPERT. — **La Côte vermeille et le Languedoc méditerranéen.** 1 vol. 16 × 21 sous couverture illustrée, orné de 247 héliogravures. Collection les Beaux-Pays. *Ed. Arthaud*, Grenoble, 1931.

Les héliogravures de cette collection (dont j'ai déjà eu l'occasion de vous parler) sont d'une impeccable netteté. Leur teinte chaude est ici tout à fait de mise, pour ce Languedoc « bas » de la côte et de la région côtière, tout doré de soleil. La profusion des clichés retrace la richesse pittoresque des cités : Perpignan, Montpellier, Nîmes, Uzès, Aigues-Mortes ; souvenirs romains, vestiges de notre histoire, commentés par un texte nourri de précises évocations et qui nous laisse, avec les gardians, en vue des Saintes-Maries-de-la-Mer que nous retrouverons dans un prochain volume.

CCCLXXVIII. — Jean DORSENNE. — **Le parfum d'un soir d'été.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Ed. Lemerre*, Paris, 1931.

La cruelle et romanesque déconvenue du héros de Dorsenne est l'histoire décevante de bien des vocations séduites par l'exotisme. Il en reste une pincée d'amers souvenirs au creux de la mémoire. Mais cet effondrement du rêve est bien agréablement conté. Le petit récit qui complète le livre, et est consacré aux luttes épiques d'un marchand-drapier aux prises avec les farfadets, est d'une drôlerie qui reste toujours dans les larges limites de la crédulité inépuisable et contagieuse qui dort au fond de chaque cœur humain.

CCCLXXXIX. — A. ROUBÉ-JANSKY. — **J'ai quatorze ans.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions A. Fayard*, Paris, 1931, 12 fr.

Vers une enfant à l'âge de son inquiète puberté déferlent toutes les grossièretés de la vie. L'histoire de l'accueil qu'elle leur réserve forme la trame de ce roman, vigoureux, sordide, émouvant, cynique, où l'auteur a su garder au débraillé russe qu'elle dépeint une forme acceptable, grâce à la sensibilité douloureuse qui l'aide à le décrire. Les curiosités de son adolescence sont à terrible épreuve et ses yeux s'ouvrent sur ce monde nouveau avec une répugnance dont elle a réussi à faire passer sur la page le frisson physique et la trouble nausée.

CCCLXC. — Concetto PETTINATO. — **A Paris avec les Français.** Traduit de l'Italien. Préface d'André THÉRIVE. 1 vol. 12 × 19. *Ed. Firmin-Didot*, Paris, 1931.

Et j'ai gardé pour la bonne bouche ce pamphlet d'un journaliste transalpin ! Je vous demande pardon de me servir pour une fois d'un mot un peu rude ; mais d'après ce cher confrère, nous sommes un peuple... *fichu* ! Il s'est promené à Paris où il exerce une verve qui veut être caustique et il en conclut qu'il connaît *la France* ! ! Qu'il donne à un de nos bons pamphlétaires un bon de séjour de huit jours au pays de Pulcinello, et notre compatriote rapportera certainement un livre *beaucoup* plus drôle ! Il est facile de se moquer deux cents pages durant d'un pays qui a redressé le désastre de la Piave... et il est plus facile d'être censeur ironisant que psychologue. Le livre de M. Pettinato n'est pas un livre d'histoire contemporaine : c'est un livre très drôle qui a la brillante qualité d'un feu d'artifice, et qui vous amusera prodigieusement nonobstant le sérieux apparent de sa composition, sur lequel M. Thérive malgré sa qualité de préfacier, a cru d'ailleurs devoir faire de discrètes réserves.

Varia *** — Dans le *Divan* de juillet, une suite de variations de Jean Lebran en face de changeants paysages de montagne, et une curieuse expérience thérapeutique contée sous forme de courte nouvelle par Azorin.

***** Tableau d'Honneur.**

Les crises de nerfs

par le Docteur J. E.

La crise de nerfs n'est pas immédiate : elle *s'annonce par un certain nombre de symptômes, presque toujours les mêmes* suivant le sujet. Depuis quelques jours, la femme est nerveuse ; elle devient triste, pousse parfois de profonds soupirs. Elle éprouve des sensations *particulières*, celle d'une boule qui remonte le long de l'œsophage, d'une barre au niveau de l'estomac ou d'une striction à la gorge. Parfois, elle se plaint *de prurit au niveau du coccyx* ; elle présente des poussées d'urticaire, d'eczéma. Certaines femmes voient *apparaître des foyers limités de pelade sur le cuir chevelu*. Les crampes des mollets sont fréquentes ...

Si le confrère écrit un Traité *complet* de pathologie je retiens un exemplaire.

26 juillet 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SECRET MÉDICAL

Médecin traitant et contrôle des Caisses dans la loi des Assurances sociales

Par M. le Docteur Pierre MAZEL,

Professeur agrégé de Médecine légale à la Faculté de Lyon,
Vice-président du Syndicat des médecins du Rhône (1).

Dans le numéro du *Médecin de France* consacré aux contrôles médicaux en médecine sociale (mai 1931), une courte étude est réservée (p. 388) à la question : « Contrôle de la caisse et secret professionnel ». Permettez-moi de vous en rappeler les conclusions.

« La Confédération des Syndicats médicaux s'est occupée, avec tout le soin voulu, de cette importante question et l'a résolue par la décision suivante, votée par son conseil d'administration :

« Le médecin-traitant pourra communiquer, d'accord avec le malade, les renseignements techniques nécessaires au médecin-contrôleur de la Caisse, tenu lui-même, en vertu d'un engagement spécial, au secret professionnel. »

Je reconnais volontiers qu'une telle ligne de conduite faciliterait grandement la tâche du médecin-contrôleur, tâche qu'aucun de nous ne veut compliquer. Mais je fais les plus expresses réserves sur la conception que paraît avoir du secret professionnel le Conseil d'aministration de la Confédération. Je crains — et j'ai le devoir de ne pas vous taire cet état d'esprit — que la ligne de conduite envisagée par lui soit, parfois, d'une application dangereuse pour le médecin-traitant, même si toutes les précautions conseillées étaient prises. Ces précautions, en effet, sont contraires à une jurisprudence fortement établie et ne sauraient dès lors mettre à l'abri de poursuites tant pénales que civiles.

1° Les renseignements techniques nécessaires seraient donnés avec l'assentiment du malade. Mais celui-ci n'a pas qualité pour délier le médecin de la règle du secret. Après la cour de Grenoble, le tribunal de Rennes a jugé que : « le malade qui relève le médecin du secret, ignore les choses découvertes par lui, ne connaît pas le secret dont il le délivre, et ne peut en conséquence connaître la portée de l'autorisation qu'il lui donne ».

2° Ces renseignements seraient fournis au médecin de la Caisse, « tenu lui-même, en vertu d'un engagement spécial, au secret professionnel ».

(1) Intervention à l'Assemblée générale du 19 juin 1931.

Mais cet engagement serait sans valeur légale.

Après le tribunal de Lille et la cour d'appel de Douai, la Cour de cassation (affaire Clobecq contre Verstraete et Pierret), a déclaré de la façon la plus précise que « le patron et les compagnies d'assurances qui sont aux droits du patron, ont incontestablement le droit de faire appel au concours du médecin de leur choix pour ... s'éclairer sur les conséquences des accidents dont la responsabilité leur incombe en définitive ;

« que ce droit de visite comporte celui de fournir un certificat relatif au mandat, comme c'est devenu de pratique courante ».

3° Dans cette même affaire, la Cour suprême a affirmé, contrairement à ce qu'avaient admis le tribunal de Lille et la cour de Douai, que, dans la pratique de la loi de 1898, la règle du secret demeure absolue pour le médecin-traitant (1), sans qu'il y ait lieu de distinguer entre les soins donnés au domicile du blessé, et ceux fournis dans une salle d'hôpital.

Sans doute, le médecin-traitant doit mentionner son diagnostic dans le certificat de premier constat, mais il s'agit là d'une transgression légère du secret, prévue, ordonnée, et par conséquent excusée — limitée aussi — par l'article 14 de la loi : conformément au vœu de cet article, le praticien se bornera à préciser : « l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Aucune modification n'est donc, en théorie

(1) Voici l'espèce : victime d'un accident du travail, un ouvrier succombe peu après à une affection médicale pour laquelle il est soigné dans un service d'hôpital. Le chef de clinique indique à son confrère, contrôleur de la compagnie, la nature de la maladie et l'absence de tout lien de causalité entre elle et l'accident. A la faveur de cette indiscrétion, explicitement mentionnée dans le certificat de contre-visite, la veuve est déboutée de la demande de pension faite par elle au titre de la loi de 1898.

Elle poursuit alors en violation du secret professionnel simultanément le médecin-traitant et le médecin-conseil de l'employeur. Le tribunal de Lille, puis la cour de Douai la déboutent, mais la Cour de cassation admet que le médecin-traitant s'est rendu coupable de violation du secret et que, si l'action pénale est éteinte par la prescription, la veuve est autorisée à le poursuivre en réparation civile.

tout au moins, apportée par la loi sur les accidents du travail, à la règle du secret professionnel : le médecin traitant qui, hors les cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur — et cette restriction s'applique à l'heure actuelle à la seule déclaration des maladies contagieuses —, aura révélé le secret, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs (art. 378 du code pénal). Il pourra aussi être tenu à une réparation civile.

Dans la loi sur les Assurances sociales, et d'ailleurs sur la pression du corps médical, aucune dérogation à la règle du secret n'a été stipulée. Même des dispositions ont été prises pour que la nature exacte de la maladie ne soit pas divulguée.

Rien n'est donc changé aux dispositions antérieures de la loi et de la jurisprudence : je suis donc convaincu qu'en l'état actuel de cette dernière, une confidence, faite par le médecin-traitant à son confrère contrôleur d'une caisse, relativement au diagnostic porté, exposerait le premier de ces praticiens à des sanctions judiciaires. La situation serait en tous points comparable à celle réalisée dans l'affaire Clobecq. Cette manière de voir est aussi, je m'en suis assuré, celle des médecins légistes les plus qualifiés (1).

Sans doute, il est possible — mais peu désirable pour nous — qu'une jurisprudence nouvelle (je dis « nouvelle ») s'établisse en matière de secret. Vous estimerez avec moi, qu'il vaut mieux que ce ne soit pas à l'occasion d'actions judiciaires engagées dans notre région, et dont vous feriez, en quelque mesure, les frais.

4° La décision du conseil d'administration de la Confédération n'a pas, à notre avis, tenu suffisamment compte du principe même du secret professionnel. La règle du secret est placée au-dessus de chacun de nous, au-dessus du corps médical dans son ensemble. Elle n'a pas une origine contractuelle. Nous n'avons pas le pouvoir de la modifier. Ceux à qui nous devons le secret n'ont pas davantage ce pouvoir. « La théorie du secret professionnel est indépendante, autonome, et doit être construite en vue de ses propres fins. » (GARÇON, code pénal annoté.) C'est « une règle d'ordre public, qui n'admet aucune restriction et ne cède devant aucune considération » (cour d'Aix 1902).

Comme nous l'écrivions en 1921 dans le *Journal de médecine de Lyon* : « Pour qu'un diagnostic exact puisse être porté, celui qui recourt à nos soins doit nous confier, sans arrière-pensée, ses misères physiques les plus intimes, celles de ses proches, femme, enfants, les tares que l'hérédité fait peser sur lui. Il doit nous livrer en toute confiance son état d'âme, car, là, peut être la cause principale de la maladie. Pour que la lutte thérapeutique soit entreprise dans des conditions favorables, il faut qu'à côté du médicament qui guérit quelquefois et soulage souvent, nous puissions placer l'action morale qui console toujours, et qui contribue à guérir et à soulager. Sans confiance absolue du malade en son médecin, l'intervention médicale est amoindrie, et sans la certitude du secret professionnel, il n'y a pas de confiance.

« Au même titre que le confesseur et l'avocat, le médecin est un confident nécessaire. »

***

Il faut toutefois se demander si l'observation du secret par le médecin-traitant ne rendra pas illusoire, le contrôle nécessaire du médecin de la caisse.

Nous ne le croyons pas : ce contrôle fonctionne dans la loi sur les accidents du travail où le médecin-traitant facilite, à l'ordinaire, autant qu'il le peut, la tâche de son confrère. Nous sommes convaincus qu'il en ira de même dans la pratique de la loi sur les Assurances sociales : un *modus vivendi* s'établira qui permettra la solution amiable de la plupart des difficultés. Dans nombre de cas, la connaissance de la thérapeutique mise en œuvre, permettra au contrôleur un diagnostic, même rétrospectif, suffisamment assuré.

Sans doute le rôle du médecin de Caisse est délicat à remplir au point de vue scientifique et au point de vue moral. C'est une raison décisive pour qu'il soit confié à des médecins qui, par leurs connaissances médicales, leur expérience des hommes et des choses, leur caractère, puissent apporter, dans l'accomplissement de leur mission, du discernement, du tact, de l'autorité, une observation étroite des règles déontologiques.

Ce contrôle ne doit pas être dicté par une pensée de suspicion généralisée : comme en matière d'accident du travail, il gagnera à être presque systématique pour certains blessés, certaines affections, et aussi vis-à-vis de certains médecins des plus rares. Il est des médecins bien autrement nombreux que l'on n'aura pas à contrôler.

Dans les cas où un accord ne pourra intervenir, une expertise médicale sera ordonnée. Elle constituera parfois le seul mode efficace de solu-

(1) La jurisprudence admet que le médecin-traitant a non seulement le droit, mais encore le devoir, de ne pas déposer en justice, lorsque sa déposition entraîne une violation du secret. L'instruction de certaines affaires pénales (avortement par exemple) est ainsi gênée, ou même compromise. Il n'est guère vraisemblable que le magistrat excuserait une violation du secret faite dans le seul but de faciliter un contrôle, c'est-à-dire dans un intérêt privé.

tion. La loi prévoit que, pour cette expertise, à côté d'un tiers médecin, désigné par la juridiction compétente et qui jouera nécessairement le rôle d'arbitre, interviendront le médecin-traitant et le médecin-contrôleur. Tous deux seront alors des experts, et le médecin-traitant sera, à ce titre, légalement libéré de la règle du secret.

Syndicat des médecins de la Seine

Le secret médical

Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle une fois de plus que l'art. 378 du Code Pénal, et la jurisprudence qui le consacre, imposent au médecin traitant, dans l'intérêt de la société et des malades, le respect absolu du secret médical.

En conséquence :

1° Le Médecin traitant n'est autorisé à divulguer ce secret ni directement ni indirectement en dehors des cas où la loi lui en fait une obligation.

Lorsque le médecin traitant croit devoir, à la demande du malade, lui délivrer un certificat comportant un diagnostic, par exemple pour coups et blessures, il doit en apprécier l'opportunité et les conséquences et ne pas en dépasser le but.

2° Les tiers (patrons, administrations publiques ou privées) ne peuvent exiger que la nature de la maladie soit révélée par le certificat médical délivré par le médecin traitant,pour justifier une interruption de travail, une demande de congé ou tout mode de soins.

3° La communication du diagnostic ne peut être faite par le médecin traitant au médecin contrôleur que si celui-ci est lui-même astreint au secret professionnel vis-à-vis de ses mandants. Cette communication ne devra être faite qu'avec l'autorisation du malade et dans les formes habituelles de la consultation.

4° Par ailleurs, il est souhaitable :

a) que dans les administrations ou collectivités diverses, le service médical de contrôle des malades soit un service technique autonome et astreint au secret professionnel en ce qui concerne les malades en traitement.

b) qu'en ce qui concerne la mise à la retraite, l'obtention d'une pension ou de dommages-intérêts, dans les cas prévus par la loi, les dossiers médicaux indispensables soient établis, contrôlés ou discutés par des médecins de confiance, dont les conclusions utiles sans diagnostic seront seules révélées.

Le Conseil d'administration affirme une fois de plus l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur à l'égard du même malade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques*, du 21 septembre au 3 octobre. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprend des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1. M. Léon BERNARD : Evolution générale de l'infection tuberculeuse. — 2. M. VALTIS : L'ultra-virus tuberculeux. — 3. M. PARAF : Les formes initiales curables de la primo-infection tuberculeuse (tuberculose bénigne du nourrisson). — 4. M. Léon BERNARD : Les localisations initiales des surinfections tuberculeuses (début de la tuberculose de l'adulte). — 5. M. LAMY : Le problème des granulies. — 6. M. PARAF : Les pneumonies tuberculeuses. — 7. M. MARIE : Le lipiodo-diagnostic. — 8. M. PELLISSIER : Perforations pulmonaires et épanchements pleuraux au cours du pneumothorax artificiel. — 9. M. TRIBOULET : Le pneumothorax artificiel bilatéral. — 10. M. TRIBOULET : Les sections de brides au cours du pneumothorax artificiel. — 11. M. POIX : La phrénicectomie. — 12. M. MAURER : La thoracoplastie. — 13. M. Ch. MAYER : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — 14. M. Léon BERNARD : La prémunition par le B. C. G.

Les travaux pratiques auront lieu, à la Clinique, de 10 heures à midi. Les leçons auront lieu, à la salle des conférences de la Clinique, chaque jour à 17 heures.

Le cours commencera le 21 septembre, à la Clinique, à 10 heures. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 18 heures. Droits d'inscription : 200 francs.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. VELTER, agrégé, et de MM. les Docteurs CASTERAN, VEIL, RENARD, J. BLUM, DOLLFUS, et HUDELO, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 23 octobre, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Blaise, de Troyes (Aube) ; du Dr Vallais, de Granville (Manche) ; du Dr Boyé, d'Egriselles-le-Bocage (Yonne) ; du Dr Roure, Les Vaus (Ardèche) ; du Dr Lemoine, de Mortagne (Orne) ; du Dr Leroux, de Conneré (Sarthe) ; du Dr Paul Gandy, de Bagnères-de-Bigorre ; du Dr Adrien Duffo, de Versailles ; du Dr Lecreux, de Chavin-le-Châtel ; du Dr Issalène, de Maîche (Doubs) ; du Dr Thomassian, de Voisey (Haute-Marne).

— **Assemblée générale de la Fédération des filiales départementales de l'œuvre Grancher.** — L'Œuvre Grancher, œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, a tenu le 19 juin 1931, l'assemblée générale de la Fédération de ses filiales, à l'Institut Pasteur, sous la présidence du Docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

La 28e année d'exercice de l'œuvre Grancher apporte des résultats plus satisfaisants encore que la précédente et si les ressources ne sont pas encore suffisantes pour protéger tous les enfants qui en auraient besoin, on constate cependant une notable progression dans le nombre des enfants que l'Œuvre soustrait à la contamination tuberculeuse. Le graphique annexé au bulletin est d'une éloquence toute particulière et le nombre des enfants placés et protégés par l'Œuvre et ses filiales qui était de 3.500 en 1927, fut en 1930 de 5.500.

L'Œuvre compte actuellement 40 filiales départementales ; certaines s'en tenant aux applications primitives de Grancher, ne s'occupent que des enfants de plus de trois ans, mais la plupart ont suivi l'exemple de l'œuvre parisienne et ont créé des centres d'élevage pour recueillir les nourrissons.

Les départements dans lesquels la lutte antituberculeuse par la protection de l'enfance est menée le plus activement sont : le Finistère, dont la filiale Grancher compte plus de 800 enfants, et la Loire, qui en préserve plus de 700.

L'assemblée générale émet le vœu que les fonds du timbre antituberculeux soient attribués aux Œuvres de préservation anti tuberculeuse et non point à celles qui n'ont pas d'action directe dans la lutte contre la tuberculose.

— **Bordeaux.** *Inauguration des agrandissements de l'Ecole Florence Nightingale.* — A l'occasion de la visite de Miss Thomson, présidente de l'Association des nurses américaines, et de Mrs Lawler, directrice du John Hopkins hospital de Baltimore, un nouveau bâtiment adjoint à l'Ecole d'infirmières Florence Nightingale a été inauguré le 25 juin 1931, en présence des représentants du Préfet de la Gironde et du maire de Bordeaux. De chaleureuses félicitations furent adressées à cette occasion à Mlle le Docteur Hamilton, directrice de la Maison de santé protestante de l'Ecole d'infirmières et animatrice de cette école. Mlle le Docteur Hamilton est, on le sait, vice-présidente de la *Mutualité familiale du Corps médical français.*

— **Chemins de fer P. L. M.** *Pour passer ses vacances agréablement.* — Quand on va en villégiature à la montagne, on peut s'y rendre en voiture automobile ou par le train.

En y allant en voiture, on a la faculté, dont on ne profite d'ailleurs guère, de s'arrêter en route pour visiter les différentes curiosités du parcours. Mais le trajet est souvent fatigant, car on a le souci de se protéger contre les imprudences des usagers qu'on rencontre et, quand le sol est mauvais ou glissant, le parcours est odieux. Par le train, le trajet est rapide et reposant. Pour se rendre de sa résidence au lieu de la villégiature, il est donc préférable d'utiliser le train plutôt que la voiture. Si on veut emmener une auto, on peut la remettre au chemin de fer qui la transporte pour un prix réduit qui est, par exemple, pour une voiture de 10 C. V., de 589 fr. pour 600 kilomètres, au lieu de 1.328 fr. 15 au tarif ordinaire.

Ce prix est, d'ailleurs, soumis à une large réduction si l'automobile appartient à une famille dont les membres ont circulé par le train. Le prix arrive, dans ces conditions, à ne plus guère coûter que 350 francs pour le même parcours.

Mais, faut-il réellement emmener une voiture dans les régions montagneuses : dans une telle région, celui qui conduit la voiture a son attention constamment absorbée par les difficultés de la route et ne jouit pas du paysage. Aussi, ceux qui veulent bien connaître les régions montagneuses les visitent-ils en utilisant les autocars mis en route par les réseaux.

Ces voitures sont spacieuses, confortables, conduites par un personnel expérimenté. Ceux qui y prennent place sont certains de connaître, sans tension d'esprit et dans les conditions les plus économiques, toutes les régions qu'il est intéressant de visiter, et ne retirent que du plaisir et du délassement du voyage qu'ils ont effectué.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

gements du temps, les orages, les cyclones, les tornades, les explosions, les coups de grisou, et enfin les aurores boréales, les éruptions volcaniques, les tremblements de terre, les inondations, qui terminent le cycle et se produisent durant les journées qui suivent le passage de la tache.

Le cycle entier s'inscrit généralement dans moins d'une semaine, mais lorsqu'il y a plusieurs taches qui se succèdent, à peu de jours d'intervalle, les accidents sont beaucoup plus violents et les cycles sont subintrants. On assiste alors à des périodes de 10, 12, 15 jours, parfois même davantage, pendant lesquelles les faits anormaux, attribuables à l'action des radiations solaires pertubées, sont incessants. Puis, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle série de taches.

Il est d'autant moins possible de voir dans cette coïncidence un effet du hasard, que des séries semblables sont fréquentes dans des observations poursuivies pendant 10 ans (1921-1931).

❦ ❦ ❦

Syndicat des Médecins de la Seine

Le diplôme d'Université n'ouvre aucun droit à l'exercice de la médecine.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient de voter à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Alors que nous nous efforçons d'obtenir du Parlement le vote de la proposition de loi Armbruster pour limiter l'établissement en France des médecins étrangers, un certain nombre de confrères font appel dans leurs cliniques à des docteurs diplômés d'Université qui les aident et, en fait, les suppléent.

« Ce peut être au point de vue financier une combinaison avantageuse. C'est, à l'égard de la profession, un acte anticonfraternel exposant même dans certains cas à des poursuites pour violation de la loi sur l'exercice de la médecine. »

Déontologie médicale.

La médecine étant une profession libérale, ceux qui l'exercent ne doivent pas utiliser des méthodes d'allure commerciale pour se faire valoir auprès du public.

Ainsi l'a compris le Conseil d'administration du S. M. S. qui rappelle aux membres de notre syndicat l'article 3 du règlement de déontologie, publié dans le numéro de novembre 1930 du *Médecin de France*,

organe officiel de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Cet article est ainsi conçu :

« Le médecin ne doit user dans la recherche de la clientèle que de procédés corrects. Sont interdits comme ne l'étant pas :

« 1° Toute publicité nominative ;

« 2° Tout affichage, toute distribution de prospectus, tracts ou brochures ;

« 3° Toute enseigne ou plaque murale d'apparence commerciale ;

« 4° Toute publication d'article d'apparence scientifique écrit pour un but de réclame. »

La proposition de loi Legros.

La déclaration des maladies contagieuses et des décès.

Le Conseil d'Administration du S. M. S. vient d'approuver à l'unanimité dans sa séance du 7 juillet les propositions de sa Commission de médecine publique rédigées dans la forme suivante :

« En dépit du point de vue que le Dr Legros développe dans son rapport, la Commission reste unanime à penser que le maintien de l'art. 378 du Code pénal et sa rigoureuse observation sont une des meilleures sauvegardes de la santé publique.

« La déclaration de la maladie contagieuse ne doit pas incomber au médecin traitant, mais au contagieux lui-même ou, s'il est physiquement incapable, à ses répondants légaux. A plus forte raison devons-nous rejeter les attestations de ce genre qu'on voudrait nous faire donner par télégramme ou téléphone.

« La désinfection d'ordre administratif est un leurre, car elle devance ou laisse passer l'heure de choix, elle ne porte que sur les locaux et vêtements, elle ignore le rhino-pharynx ou le tube digestif qui sont les foyers virulents, semeurs immédiats de nouveaux germes dès que l'équipe municipale a remballé ses outils. Que la Commune et l'Etat laissent donc le médecin traitant à son métier et se bornent à lui apporter leur concours lorsqu'il le demande....

« En ce qui concerne l'attestation de la maladie contagieuse qui a causé le décès, la Commission est unanime à proposer, sans hésitation aucune, au Conseil :

« Le Conseil d'Administration du S. M. S. se déclare formellement opposé à la révélation dans quelque cas que ce soit par le médecin traitant de la cause de décès de son client. »

ASSURANCES SOCIALES

Syndicat de sages-femmes. Contrôle technique

Dans notre convention, la caisse primaire départementale n'a pas accepté la clause suivante :

« La non syndiquée doit participer aux frais de contrôle sous forme d'une contribution forfaitaire

annuelle dont le montant est fixé par l'assemblée générale du syndicat ».

J'avais adhéré à cette suppression, puisque la même clause était insérée dans les statuts du conseil de famille.

Mais voilà que maintenant, la caisse veut également supprimer cette clause dans les statuts du Conseil de famille.

En a-t-elle le droit ?

Mme G.

***

La convention-type (*Journal officiel* du 8 août 1930) prévue entre les caisses d'assurances maternité et les syndicats de sages-femmes, décide, en son article 5, que :

« Le syndicat signataire accepte que le contrôle technique soit exercé par... (syndicat médical) qui a passé une convention avec la caisse. Ce contrôle s'exercera dans les conditions prévues par cette dernière convention. »

Or, il s'agit de savoir si le syndicat médical du département a fait figurer, dans ses statuts, la clause, par laquelle les praticiens non syndiqués devront acquitter, chaque année, entre les mains du trésorier du syndicat, une contribution, fixée à forfait et uniquement destinée à couvrir les frais du contrôle technique.

Si cette clause existe dans les statuts du syndicat médical, elle s'impose également pour le syndicat des sages-femmes, puisque ce dernier groupe accepte que son contrôle technique soit exercé par le syndicat des médecins. C'est celui-ci qui aura à percevoir, auprès des sages-femmes non syndiquées, la contribution prévue par ses statuts, à usage du fonctionnement du contrôle technique.

Mais, bien que publiées au *Journal officiel*, ces conventions-types n'ont pas force de loi et, s'autorisant des termes généraux de l'article 4 § § 4 et 7 et article 7, § 5 de la loi du 30 avril 1930, ainsi que de l'article 26 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, un syndicat de sages-femmes a la possibilité de vouloir exercer lui-même son contrôle technique, uniquement sur les sages-femmes du département.

Dans ces conditions, on peut faire remarquer que ni dans la loi, ni dans le règlement d'administration publique, il n'est reconnu aux caisses d'assurances le droit de s'immiscer d'une manière quelconque, dans la manière dont ce contrôle technique sera effectué par le syndicat de praticiens.

Et comme celui-ci doit faire les frais dudit contrôle, il faut lui reconnaître la liberté de trouver l'argent nécessaire.

D'ailleurs, si, à propos de la rédaction de la convention, une difficulté surgissait entre la

caisse et le syndicat de praticiens — comme c'est le cas actuel, — il appartiendrait à la partie la plus diligente de saisir la commission départementale, prévue à l'article 7, § 5 de la loi.

Dr Paul Boudin.

La patente sur les locaux d'habitation

Les questions électorales jouent un grand rôle dans la répartition des impôts. Il en résulte que les professions qui comptent le plus d'électeurs sont favorisées dans une très large mesure.

Les agriculteurs ne paient pas, pour ainsi dire, d'impôt cédulaire, ni d'impôt général sur le revenu. Les salariés sont exempts de ces impôts s'ils ont trois enfants et un revenu inférieur à 25.000 fr.

Les professions libérales au contraire ne bénéficient d'aucune réduction sur le revenu pour charges de famille. De plus, elles paient la patente, non seulement sur les locaux professionnels, mais encore sur leur habitation.

Cette injustice avait été supprimée par l'article 65 de la loi du 16 avril 1930 ; mais les budgets des communes étant en déficit, la loi du 17 juillet 1930 suspendit l'application de l'exonération de la patente pour les locaux d'habitation jusqu'en 1932. La loi du 17 juillet 1931 (*Officiel* du 19) prolonge cette suspension jusqu'au jour où la réforme des impositions départementales et communales entrera en rigueur. C'est le renvoi aux calendes grecques.

Il devient indispensable d'agir sur les candidats députés de 1932 pour qu'ils inscrivent dans leur programme la suppression de la patente sur les locaux d'habitation.

Pour réussir, il faut prouver que la réforme intéresse un grand nombre d'électeurs. Messieurs les Docteurs sont donc priés de signer et de faire signer par tous les patentés de leur région des pétitions sur papier libre inspirées par le modèle ci-dessous :

Les soussignés demandent la suppression de la contribution des patentes sur les locaux d'habitation pour les motifs suivants :

L'importance des locaux d'habitation est proportionnelle non à celle de la profession, mais au nombre des membres de la famille de l'imposé, par conséquent leur imposition à la patente est injuste et grève lourdement les familles nombreuses. Nous en demandons la suppression dans le plus bref délai et prions les candidats à la députation de 1932 de s'inscrire formellement dans leur programme.

A le 1931.

signatures, noms et adresses.

Ces pétitions devront être envoyées à notre Conseil fiscal M. Martinot, 42, rue du Fours, Paris (6e), qui les centralisera et les fera parvenir à qui de droit.

A. MARTINOT.

***

Nous soumettons la suggestion de notre Conseil fiscal aux Syndicats médicaux et à leur Confédération.

Nous appuierons très volontiers les efforts qu'ils feront pour obtenir l'abolition de ce que j'ai appelé une *iniquité fiscale.*

G. D.

CORRESPONDANCE

Questions fiscales

2904. — La patente doit être basée sur le loyer prévu au bail

J'ai encore recours aux lumières fiscales du « *Concours* ».

J'ai un bail actuellement enregistré à 3.600. Le contrôleur m'impose cette année pour une valeur locative de 5.000 fr. pour établir ma patente.

A-t-il le droit de faire une estimation supérieure au chiffre porté sur le bail ?

Dr B.

Réponse.

Suivant l'avis que nous donne M. Martinot, notre conseiller fiscal, la patente doit être basée sur le loyer prévu au bail.

Puisque le contrôleur vous impose sur une valeur locative supérieure au loyer porté au bail, vous pouvez présenter une réclamation au directeur des contributions.

3144. — Bases de la patente sur un meublé

S'il entre dans le programme du « Sou Médical » de donner à ses adhérents des conseils en matière d'impôts professionnels, je solliciterai son avis sur la question suivante :

N'existe-t-il pas une base uniforme d'évaluation de la valeur locative et de l'impôt des patentes, d'après le chiffre du loyer ? Comment cet impôt doit-il être établi dans une station thermale pour un loyer d'appartement *meublé* de 5.000 fr. par an ? (bail enregistré).

Dr C.

Réponse.

La valeur locative à retenir pour la patente est celle des locaux non garnis de meubles ; dès lors qu'il s'agit d'un appartement meublé, le loyer ne peut servir de base et la valeur locative

ne peut être appréciée que par comparaison avec celle des locaux de même importance loués non meublés.

A. M.

2690. — Imposition à la cédule des traitements et salaires

1° Je suis médecin de la *caisse de secours des mines* et n'ai *pas le droit d'avoir de cabinet à mon* domicile, mais celui d'aller au domicile des malades autres que ceux de la caisse, qui me le demanderaient. En plus, je fais quelques accidents de travail. Je touche 42.000 fr. de la Caisse et fais 25.000 fr. en dehors. Le fisc, cette année, veut m'imposer à la cédule des professions non commerciales, alors que jusque là, j'étais à celle des traitements et salaires, (l'année dernière j'avais déclaré 60.000 environ) ; que faut-il faire ? et quelles sont les directives à suivre ?

2° D'autre part, notre fisc-ogre prétend que je n'ai pas le droit de déduire plus de 6 % du capital pour une assurance-vie et une assurance-retraite. Or, je sais qu'on peut aller jusqu'à 8 et 10 % ; je crois qu'il ne faut pas accepter ?

3° Au cas où je devrais répondre négativement et si le fisc passe par-dessus cette décision, quelles sont les formalités à remplir pour le poursuivre ?

Réponse.

Vous êtes imposable à l'impôt sur les traitements et salaires en vertu de l'art. 66 de la loi codifiée du 15 octobre 1925 (arrêté du 4 avril 1930.)

Si le contrôleur persiste à vous imposer à la cédule des professions non commerciales, vous devez faire une réclamation sur timbre au directeur des contributions directes.

Légalement ; vous ne pouvez pas déduire plus de 6 % de votre revenu ; votre réclamation serait donc inefficace.

A. M.

2634. — Les frais de remplacement doivent être compris dans les frais professionnels

Je vous adresse, ci-inclus, une copie du questionnaire que m'envoie le contrôleur des contributions directes. Son point de vue, de ne pas admettre en déduction des bénéfices professionnels les frais de remplacement, me paraît d'autant moins justifié que les bénéfices réalisés par mon remplaçant figurent dans mes revenus professionnels .

Je profite de cette occasion pour donner suite à mon projet d'adhérer au « Sou Médical », et vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer les formalités à remplir pour être admis à ce groupement.

Dr P.

Réponse.

Les frais de remplacement sont déductibles, quelle que soit la cause.

Si le contrôleur ne consent pas, demandez-lui qu'il retranche de vos bénéfices les honoraires touchés par votre remplaçant.

A. M.

2462. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Je reçois une lettre du contrôleur des contributions directes m'informant « qu'il ne peut être admis d'amortissement dans le décompte des dépenses professionnelles » et que de ce fait, il ajoute à mon bénéfice la somme de 5.120 fr. que j'avais portée à titre d'amortissement.

(Amortissement en 5 ans d'une 10 H P Citroën)

S'agit-il d'une nouvelle disposition de la loi ? Les autres années, j'avais porté la même somme en déduction et cela avait été accepté. Et cependant, je n'ai pas fini d'amortir le prix de ma voiture.

Veuillez me donner, je vous prie, votre avis pour que je puisse répondre en conséquence.

Réponse

Suivant l'avis de M. Martinot, notre conseiller fiscal, la prétention du contrôleur n'est pas fondée.

En effet, l'amortissement du prix d'acquisition d'une voiture automobile utilisée pour les besoins de la profession est formellement admis par l'administration, ainsi qu'il résulte d'une réponse du ministre des finances à la question nº 9492 posée par M. Monnet, député (*J. O.*, 13 septembre 1930, débats Chambre, page 3.200).

2737. — Voiture d'occasion. Taxe de luxe. Certificat

Je me permets d'avoir recours à votre bonne obligeance pour le renseignement suivant :

J'ai fait l'achat, *d'occasion*, d'une petite automobile de l'année 1927.

En possession de la carte grise que j'avais demandée à la Préfecture, je me présente aux contributions pour obtenir le permis de circulation. Ce permis, me dit-on, ne peut m'être délivré que sur remise du certificat prouvant que la taxe de luxe de cette voiture a bien été payée ; si je ne peux remettre ce certificat, l'administration me réclamera cette taxe sur *le prix initial* de la voiture à sa sortie de l'usine.

Or, quand on fait l'achat d'une voiture neuve, la taxe de luxe est payée par le constructeur et est comprise dans le prix d'achat, et c'est le constructeur qui obtient, sur présentation d'un procès-verbal, un certificat pour la mise en circulation du véhicule. Il a d'ailleurs bien soin de spécifier que : « Un nouvel exemplaire du procès-verbal ne sera délivré que dans des cas exceptionnels et sur demande *motivée* avec signature légalisée ».

Pour avoir la paix, je vais écrire au constructeur de me délivrer un nouvel exemplaire, mais voyez ce que la chinoiserie administrative m'impose !

Si, pour la mise en circulation d'une automobile neuve sortant de l'usine, cette formalité est nécessaire, elle l'est une fois pour toutes, et forcément, pour toute voiture d'occasion, cette formalité a été remplie quand elle était neuve, au moment de sa mise en circulation !

Réponse.

M. Martinot, notre conseiller fiscal, après avoir examiné la question posée par votre lettre du 19 mai, nous fait savoir que les exigences de l'administration sont conformes à la loi et que vous ne pouvez faire autrement que de fournir le certificat demandé.

3145. — Taxe de prestation sur deux voitures

J'ai un loyer de 3.000 fr. ; ici 10 % de taxe locative par conséquent : 300 fr.

J'ai deux voitures Ford, l'une 14 l'autre 19 HP. ne servant pas en même temps. Ma vieille est la voiture de dépannage éventuel.

Pour les deux voitures :

On me compte : de vicinaux, 828 fr. ; de ruraux, 276 fr.

Au total : 1404 fr.

On me fait, malgré une réclamation au contrôleur du 25 avril, sommation (feuille rose avec frais) de payer.

Dois-je payer pour les deux voitures ?

Réponse.

La taxe de prestation est due pour les deux voitures dès lors qu'elles sont toutes deux susceptibles d'être utilisées.

A. M.

Questions médico-militaires

3117. — Nomination au grade de médecin sous-lieutenant

Classe 1916, démobilisé en 1919, avec le grade de médecin auxiliaire, que dois-je faire pour être nommé aide-major de 2e classe, grade auquel j'ai sans doute droit ?

Serai-je astreint à faire des périodes ?

Y a-t-il un « examen » à passer, un de plus ou de moins- et en quoi consiste-t-il ?

Réponse

Adressez au directeur du Service de santé de la 14e région une demande, dans laquelle vous exposerez votre situation militaire et professionnelle, puis vous exprimerez le désir d'être promu au grade de médecin sous-lieutenant.

Celui-ci fera réunir les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier, qu'il transmettra ensuite au ministre pour « promotion ». Ces démarches demanderont un certain temps.

Vous serez astreint à toutes les périodes d'exercice, qui sont règlementaires pour les officiers de réserve, et dont le *total* ne doit pas excéder la durée de 4 mois au cours de vos obligations militaires.

2306. — Pourcentage d'invalidité pour blessures de guerre nécessaire pour l'obtention de la Légion d'honneur

M. E., 37 ans, marié, 2 enfants, 44 mois de présence dans la zone du front, plus 6 mois d'hôpital en septembre 1918 à la suite de blessure grave. — « Résection du coude gauche, avec pseudarthrose » Réformé avec pension 60 %. Médaillé militaire en janvier 1919 pour cette blessure.

Peut-il être inscrit au tableau pour la Légion d'honneur et par quelle voie faut-il qu'il fasse passer sa demande s'il y a lieu ?

Réponse.

La Légion d'honneur, ou la Médaille militaire, n'est accordée pour infirmités de guerre qu'aux ex-militaires qui, ayant été blessés devant l'ennemi, ont obtenu pour ces blessures un pourcentage d'invalidité *au moins égal à* 65 %.

2630. — Radiation des cadres pour infirmité

Je viens mettre votre obligeance à contribution pour quelques renseignements. Je ne crois pas que mon cas ait jamais eu l'occasion d'être envisagé dans le *Concours*, car je garde ces documents.

Je suis appelé pour faire une période en 1931. Cette période semble obligatoire (j'ai 2 galons et quatre années de grade) ; mais je suis passé le 9 février devant le Centre d'expertises de Chalons-sur-Marne qui m'a accordé, pour une question oculaire, 30 % non imputable (j'ai un œil qui est réduit à 0). J'ai écrit le 14 février 1931, au directeur du Service de santé pour être présenté devant un conseil de réforme, demandant une pension, je n'ai pas encore eu de réponse.

Puis-je déjà me considérer comme réformé et dans ce cas, suis-je tenu à faire une période ? Que faut-il écrire au directeur de Service de santé ?

Réponse.

Vous ne pouvez, dès maintenant, vous considérer comme réformé, parce que vous êtes officier de réserve et que les conditions d'aptitude physique des hommes de troupe ne s'appliquent pas exactement aux officiers.

Il faut attendre, au point de vue de votre aptitude physique, la proposition de la Commission de réforme, et surtout la décision du ministre, qui fera suite à cette proposition.

Ecrivez au directeur, afin de lui demander votre passage devant une Commission de réforme en vue de votre radiation des cadres, pour infirmité incurable.

2543. — Traitement de la Légion d'honneur

Vous seriez vraiment aimable de me donner un renseignement sur ce qui suit :

J'ai été fait chevalier de la Légion d'honneur comme médecin aide-major de la place de Paris, à titre militaire.

N'est-il pas intervenu une loi ou une décision qui accorde la pension à tous ceux qui ont été décorés à titre militaire ?

Réponse.

La simple attribution de la Légion d'honneur, au titre militaire et non civil, ne suffit pas à donner droit au traitement dans les réserves.

Il faut, pour recevoir ce traitement de la Légion d'honneur, avoir été décoré postérieurement à une blessure ou à une citation avec Croix de guerre.

2572. — Les médecins ayant servi dans les ambulances divisionnaires ont droit à la carte de combattant

J'ai demandé au Ministre de la Guerre de me délivrer le certificat provisoire tenant lieu de la carte de Combattant. Il m'a été refusé.

J'ai été mobilisé le 1er août 1914 dans le Service de santé, j'ai été affecté à l'Ambulance divisionnaire n° 5 du 2e Corps d'armée, comme médecin A.-M. de 1re classe.

En mars 1915 (le 7 mars) j'ai été atteint de rhumatismes graves qui ont nécessité mon évacuation vers le 15 avril sur l'hôpital de Castres, où je suis resté un mois environ et avec une convalescence de un mois.

Le reste importe peu, ayant été affecté jusqu'au 1er novembre 1919 dans diverses formations de la zone des armées.

L'ambulance divisionnaire, d'après ce que j'ai toujours lu sur divers journaux, était considérée comme formation dite combattante, et un séjour de trois mois était suffisant pour se voir attribuer la carte de combattant.

Je suis resté huit mois et demi, sans compter mon séjour à l'hôpital et ma convalescence, affecté à cette ambulance, je suis convaincu que l'on me refuse à tort.

Réponse.

Le décret du 1er juillet 1930, tableau I — 7°, prévoit parmi les bénéficiaires de la carte du combattant, *les ambulances et sections d'hospitalisations divisionnaires,* et cela :

Sous bénéfice d'avoir appartenu à ces unités

pendant trois mois, au moins, consécutifs ou non (art. 2 A — 1°).

Nous ne savons quelle est l'autorité qui vous a refusé votre carte. En tous cas, la décision du ministre des Pensions étant en pareille nature sans appel, nous vous conseillons de lui adresser une réclamation, avec les références ci-dessus : 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e, Service des réclamations, Office national du combattant.

2544. — Libération du service militaire

Question d'un autre ordre : ayant commencé mon *service militaire en septembre* 1902, quand serai-je libéré de tout service ? le serai-je automatiquement ou dois-je demander ma radiation ? (je suis médecin capitaine de réserve).

Réponse.

Vous serez libéré de toutes obligations militaires en même temps que la classe 1902, c'est-à-dire le 15 octobre 1931.

Vous le serez automatiquement, à moins que vous ne désiriez être maintenu dans les cadres (au titre officier de réserve, art. 10 de la loi du 8 janvier 1925), et que vous écriviez en ce sens à votre directeur du Service de santé.

Questions diverses.

3900. — Un mari est toujours responsable du paiement des honoraires pour soins donnés à sa femme

J'ai soigné une femme mariée pour des coups que lui aurait portés son mari. Actuellement, le ménage est en instance de divorce.

Le mari m'a prévenu qu'il ne me paierait pas les honoraires dus par sa femme ; du reste, antérieurement à la « bataille », il avait fait paraître dans les journaux un avis prévenant qu'il ne répondait plus des dettes de sa femme.

La femme elle-même refuse de me payer.

Qui dois-je poursuivre ? le mari ou la femme ? la note mise dans les journaux par le mari le délie-t-elle de sa responsabilité maritale, bien que le divorce ne soit pas encore prononcé ?

Réponse.

Un mari est toujours responsable du paiement des soins donnés à sa femme tant que subsiste le lien conjugal.

Vous pouvez donc poursuivre le recouvrement de vos honoraires pour les soins que vous avez donnés à la femme, contre le mari, bien que les époux soient en instance de divorce.

Quant à la note que le mari a fait passer dans les journaux locaux, avertissant les tiers qu'il ne répondait plus des dettes contractées par sa

femme, elle ne pourrait être considérée comme valable et encore sous bien des réserves, que pour l'exécution du mandat tacite reconnu à la femme mariée pour les dépenses du ménage, mais elle ne saurait exonérer le mari de son obligation alimentaire envers sa femme en vertu de laquelle il est tenu de vous payer vos honoraires.

3994. — Frais de dernière maladie et renonciation à la succession

Je suis appelé auprès d'une commerçante de ma région par sa belle-fille. Je donne mes soins, puis fais transporter la malade dans une clinique, où elle décède. C'est son fils qui vient la chercher, s'occupe d'elle, la fait transporter, etc... Je reçois après décès une lettre du fils qui me remercie des soins donnés à sa mère.

Succession, le fils y renonce. Celle-ci est déficitaire. Je ne suis pas payé : j'écris au fils qui fait la sourde oreille. Puis-je réclamer? Je crois avoir lu un article dans le *Concours* résumant un cas semblable, où malgré le renoncement des héritiers directs à la succession, ceux-ci ont été condamnés à payer au médecin les frais de dernière maladie.

Réponse.

Il est exact que, malgré leur renonciation à la succession, les enfants d'un malade décédé restent tenus de payer les frais de dernière maladie, en vertu de l'obligation alimentaire des enfants à l'égard de leurs parents.

Le 17 décembre dernier le « Sou médical » a encore obtenu un jugement dans ce sens du juge de paix du 1er arrondissement du canton nord de Toulouse, dans une affaire suivie par l'un de ses adhérents avec l'appui de la ligue.

Voici d'ailleurs un des attendus du jugement :

« Attendu que... l'obligation de payer les « frais de dernière maladie doit être rangée « parmi les obligations que les articles 205 et « suivants du Code civil mettent à la charge « des enfants à titre alimentaire, indépendam- « ment de tout acte de renonciation, cette obli- « gation alimentaire ne comprenant pas seu- « lement la nourriture, les vêtements et le loge- « ment, mais encore le secours en cas de mala- « die ».

Au cas où le fils de votre cliente persisterait à ne pas vouloir payer vos honoraires et où il deviendrait nécessaire de porter l'affaire en justice, veuillez nous en aviser et nous pourrons alors demander à notre Conseil d'administration du « Sou médical » de vous accorder l'appui de la ligue pour soutenir le procès, ainsi qu'il l'avait fait pour votre confrère.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillère. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casat de Montgolner Foucaud Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Barbaux.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Dulliège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. Goirand.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rongier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains. Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Sogard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutié de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Bouteller.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fan, Ganuat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel. Adda, G. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 293. — Dr ayant voit., fer. remplac. Paris ou banl., août-septemb. Libre de suite.

N° 294. — Paris (8e) A céder après décès, bonne client. voies urin. Appartem., 5 p. avec bail.

N° 295. — A céder poste méd. import., bourg 4 h. Paris, sur gr. ligne, méd. ch. de fer, suscept., augment. Faible indemn. Urgent.

N° 296. — Normandie, Limite Bretagne, client, de ville très agr. Gr. maison conf. avec beau jard. Indemn. 20.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris, 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 297. — N. O. Paris. Client. méd. génér. dans sous-préfect. Méd. ch. de fer, maison partic. Indemn. 35.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5e. Tél. Odéon 36-46.

N° 298. — 2 h. Paris. Bonne client. méd. génér. à céder contre faible indemn. avec matér. radio. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris 5e. Tél Odéon 36-46.

N° 299. — Dr Franche-Comté, absent mois septembre, dem. remplaçant doct. ou étud. 20 inscript. Condit. partic. avantag.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Légion d'honneur.** — Parmi les récentes inscriptions au tableau nominations et promotions, nous relevons d'abord les noms de :

M. le Dr V. GARDETTE, de Paris, promu Officier ;

M. le Prof. BARDIER, de Toulouse, inscrit au tableau pour le grade d'Officier ;

M. le Prof. DAVID, de Lille, inscrit au tableau pour le grade de Chevalier.

A tous nos bien cordiales et sympathiques félicitations.

— **Académie de médecine.** *Commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie de chirurgie.* — L'Académie de médecine tiendra le mercredi 7 octobre, à 15 heures, en présence de M. le Président de la République et avec le concours de la Société nationale de chirurgie, une séance solennelle qui sera consacrée à la commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie royale de chirurgie.

— **Les épidémies.** — Des cas de poliomyélite sont signalés dans les départements de l'Aube et de l'Indre.

— **Le Ier Congrès international de la protection des savants et des chercheurs désintéressés** se tiendra à l'Exposition coloniale, du 10 au 12 septembre prochain.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de médecin résidant.* — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, s'ouvrira le 22 octobre 1931. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 7 octobre inclusivement au secrétariat de l'administration des hospices, 91, cours d'Albret.

Le médecin résidant est nourri, logé, chauffé et reçoit un traitement annuel de 6.400 fr. La durée de son service est d'une année avec renouvellement pour deux autres années, au gré de l'administration.

— **Maison départementale de Nanterre.** *Internat.* — Le 15 décembre 1931 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à occuper à partir du 1er janvier 1932, à la Maison départementale de Nanterre, et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, à partir de la même date, à des places d'interne provisoire.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 9.200 fr., y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de 4 fr. 80 est allouée aux internes en fonctions pour le repas de midi ; la même indemnité est allouée aux deux internes de garde pour le repas du soir.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris Saint-Lazare et La Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

Les internes ont droit, en outre, pour une période de 12 mois, à un congé de 30 jours sans retenue de traitement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 12 novembre 1931, à midi.

— Le Conseil d'administration de l'Association des Dentistes de la Loire-Inférieure nous signale la situation précaire dans laquelle se trouve la famille de notre confrère, le docteur Bielle, de Nantes, *victime de la catastrophe du « Saint-Philibert ».*

Le docteur Bielle, à l'âge de 63 ans et à la suite de revers, s'était vu dans l'obligation de reprendre sa profession. Privé de capitaux, il avait dû accepter un emploi dans un cabinet dentaire de notre ville. Ses mensualités faisaient vivre modestement sa famille composée de sa femme, de 4 enfants, de sa mère et de sa belle-mère. Sa fille aînée est malade et a besoin de soins longs et coûteux. Or, la famille ne possède aucune avance et, si la profession ne leur vient pas en aide, c'est la gêne et bientôt la misère qui entreront dans cette famille privée si tragiquement de son chef.

Les souscriptions sont reçues chez le docteur Jossu, 30, rue de la Fosse. Compte chèques postaux : Nantes 117-82.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 AOÛT

Nominations de Professeurs de Faculté.

Par décret en date du 1er août 1931, M. Leuret, professeur sans chaire à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur d'hygiène à ladite faculté, en remplacement de M. Auche, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Par décret, en date du 1er août 1931, M. Manceau, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de matière médicale et botanique à ladite faculté, en remplacement de M. Bretin, décédé.

6 AOÛT

Nomination de Professeurs de Faculté.

Par décret en date du 2 août 1931, M. Leriche, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de l'université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie externe à la faculté de médecine de l'université de Lyon (dernier titulaire : M. Vallas, retraité).

7 AOÛT

Décret du 29 juin 1931 fixant la rémunération des médecins phtisiologues assermentés.

Art. 1er. — Il est alloué aux médecins phtisiologues assermentés, désignés par l'administration, conformément aux articles 3, paragraphe 2, et 6 du décret du 10 décembre 1929, pour procéder à la contre-visite des fonctionnaires, sollicitant l'octroi ou la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose, une somme de 50 fr. par malade examiné, la contre-visite comportant, à la fois, un examen clinique et un examen radioscopique.

Si l'administration dont relève le malade réclame, en raison des difficultés particulières de l'expertise, le dépôt d'un rapport détaillé, avec schéma radioscopique, il sera alloué une indemnité complémentaire de 50 fr.

Art. 2. — Les tarifs des autres actes médicaux sont fixés ainsi qu'il suit :

Radiographie du thorax (un cliché, négatif, sans tirage, ni rapport), 160 fr.

Inoculation aux cobayes, comportant une injection sous-cutanée à deux cobayes de crachats frais, chauffés ou non chauffés suivant l'abondance de la flore microbienne associée, l'observation clinique des animaux, l'autopsie pratiquée six semaines après l'injection, le protocole de l'autopsie comprenant la recherche des bacilles dans les viscères et dans les ganglions, 150 fr.

Examen bactérioscopique des crachats, avec, s'il y a lieu, homogénéisation, 40 fr.

Les radiographies et les inoculations aux cobayes ne pourront être effectuées que sur la demande ou avec l'autorisation de l'administration dont relève le malade.

Art. 3. — Le médecin chargé de la contre-visite et le médecin faisant normalement partie de la commission de réforme, prévue à l'article 3 du décret du 10 décembre 1929, recevront, pour chaque séance de ladite commission, une somme de 5 fr. par malade examiné sans que cette indemnité puisse être inférieure à 20 fr. pour chaque séance de la commission.

Art. 4. — Dans le cas où les fonctionnaires à examiner habiteraient hors de la localité où résident les médecins phtisiologues désignés par l'administration, ainsi que dans le cas où la commission de réforme siégerait hors ladite localité, le remboursement des frais réels de transport par chemin de fer, par bateaux ou par voitures publiques est effectué auxdits médecins au prix du tarif des compagnies en 1re classe.

Si la durée du déplacement permet l'utilisation d'un billet d'aller et retour, le médecin n'a droit qu'au remboursement du prix de ce billet. En outre, les médecins titulaires de cartes ou permis de circulation ou jouissant à titre personnel de réduction de tarifs n'ont pas droit au remboursement des frais de transport pour la partie correspondant à l'exonération dont ils bénéficient.

Les voitures particulières ne doivent être utilisées qu'à défaut de voitures publiques ou de tout autre mode de transport plus économique. Le remboursement des frais de transport est effectué dans ce cas sur état certifié des dépenses réelles et nécessaires faites directement en vue de l'accomplissement de la mission.

Les frais de voitures, d'omnibus, de tramway ou de métropolitain pour circulation en ville restent dans tous les cas à la charge des intéressés.

Il leur sera, en outre, alloué une indemnité de déplacement calculée ainsi qu'il suit :

I. — *Journée incomplète.*

a) Déplacement sans découcher, obligeant à prendre un repas au dehors (absence excédant sept heures, mais ne dépassant pas douze heures), 21 fr. 50 ;

b) Déplacement sans découcher, obligeant à prendre deux repas au dehors (absence excédant douze heures mais ne dépassant pas dix-huit heures), 43 fr. ;

c) Déplacement, avec découcher, comportant une absence excédant sept heures, mais ne dépassant pas douze heures, 25 francs ;

d) Déplacement, avec découcher, comportant une absence excédant douze heures mais ne dépassant pas dix-huit heures, 46 fr. 50.

II. — *Journée complète.*

Déplacement comportant ou non le découcher mais dont la durée excède dix-huit heures, 68 fr.

Art. 5. — Les honoraires pour les visites et actes médicaux effectués dans les conditions prévues par les articles 13 et 15, paragraphe 3, du décret du 10 décembre 1929 (réintégration dans l'administration) seront remboursés d'après les tarifs institués par les articles 1er, 2 et 3 du présent décret.

Art. 6. — Les médecins phtisiologues, chargés de visiter les candidats admis à un emploi administratif de l'Etat, conformément à l'article 18 du décret du 10 décembre 1929, recevront une somme de 100 francs, par vacation d'une heure, chaque vacation comportant au minimum l'examen clinique et radioscopique de quatre candidats. Lorsqu'il sera impossible de grouper au moins quatre candidats, la rémunération de chaque examen sera fixée à 30 fr.

Dans les cas où l'administration ferait procéder, pour un candidat suspect de tuberculose, à un examen radiographique, à une inoculation aux cobayes ou à un examen bactérioscopique des crachats, les frais de cette expertise seront décomptés selon les tarifs institués par les articles 1er et 2 du présent décret.

Art. 7. — Les tarifs fixés par les articles 1er et 2 ci-dessus sont applicables aux honoraires du médecin désigné par l'administration en vue de procéder à la contre-visite prévue à l'article 18, paragraphe 2, du décret du 10 décembre 1929 et du médecin arbitre choisi dans les conditions dudit article 18, paragraphe 2.

Circulaire relative aux congés de longue durée pour tuberculose ouverte et à la rémunération des médecins phtisiologues.

(Loi du 30 mars 1929, article 51, décret du 10 décembre 1929, arrêté du 25 février 1930, décret du 29 juin 1931.)

La loi de finances du 31 mars 1931 a ouvert à un chapitre spécial du budget du ministère des finances, les crédits nécessaires à la rémunération des médecins phtisiologues chargés d'examiner les fonctionnaires de l'Etat sollicitant un congé de longue durée pour tuberculose et les candidats admis à un emploi administratif de l'Etat. Les tarifs de ces honoraires ont été fixés par un décret en date du 29 juin 1931, publié au *Journal officiel* de ce jour. Les dispositions contenues dans ce décret sont suffisamment explicites et ne paraissent pas devoir soulever de sérieuses difficultés d'application. Il a paru toutefois que l'attention des administrations devait être appelée sur les points suivants :

I. — *Honoraires.* — Seuls restent à la charge du trésor dans les conditions prévues au décret.

1° Dans le cas de congé, les honoraires du médecin phtisiologue désigné par l'administration pour effectuer la contre-visite du fonctionnaire et ceux du médecin membre de la commission de réforme chargée de fournir un avis sur la demande de congé.

Il est noté que conformément aux dispositions de l'article 6, les renouvellements de congés, de six en

six mois nécessitent les mêmes examens et peuvent, par conséquent, entraîner l'attribution des mêmes honoraires.

Dans le cas particulier où le médecin phtisiologue est adjoint à la commission de réforme instituée par l'article 20 de la loi du 14 avril 1924, le mode de calcul des honoraires est effectué dans les mêmes conditions que celles prévues par le décret du 26 mai 1927 pour le médecin faisant normalement partie de cette commission (5 fr. par malade présenté à la commission, minimum de 20 fr. par séance).

2° Dans le cas d'examen avant entrée dans les cadres d'une administration (art. 18 du décret du 10 décembre 1929), restent à la charge de l'administration :

a) Les honoraires du médecin phtisiologue désigné par l'administration pour procéder à la visite du candidat ;

b) Le cas échéant, les honoraires du médecin désigné par l'administration pour procéder concurremment avec le médecin choisi par le candidat à la contre-visite demandée par ce dernier ;

c) Enfin, au cas de désaccord entre ces deux médecins, les honoraires du médecin arbitre. Les tarifs appliqués dans le premier cas sont ceux prévus à l'article 6 du décret (1er alinéa). Dans les deux derniers cas), ce sont les mêmes que ceux alloués pour les examens en cas de congés.

II. — *Frais de déplacement.* — Il a été jugé nécessaire de prévoir le remboursement des frais de déplacement et de transport des médecins phtisiologues. Il va de soi cependant qu'il n'y aura lieu à remboursement de frais de cette nature que dans des cas exceptionnels puisque en règle générale c'est le malade qui aura à se rendre au domicile du médecin. Les actes médicaux demandés aux médecins phtisiologues comportent, en effet, l'emploi d'instruments radiologiques nécessitant une installation spéciale. Ces praticiens ne seront donc appelés à se déplacer que dans le cas où l'état de santé du malade le rend intransportable et surtout lorsqu'ils assisteront aux séances de la commission de réforme s'ils résident dans une localité autre que celle où siège la commission. Dans tous les cas afin de ne pas exposer des frais inutiles, il conviendra de choisir sur la liste établie par le ministère de la Santé publique. le médecin phtisiologue le plus rapproché de la résidence du malade ou du siège de la commission.

III. — *Règlement des honoraires et frais de déplacement.* — Les médecins phtisiologues établiront leurs mémoires en double exemplaire dont un sur papier timbré. Ces mémoires, auxquels sera jointe la demande de l'administration sollicitant l'acte médical, seront centralisés par les préfets, qui les adresseront mensuellement au ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance publiques, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris).

Toutefois, en ce qui concerne les fonctionnaires appartenant aux administrations centrales des ministères, les mémoires, établis comme il est dit ci-

dessus, seront adressés par les médecins directement aux ministères intéressés, qui les transmettront eux-mêmes, dûment certifiés, au ministère de la Santé publique.

Cette administration vérifiera la régularité des mémoires, établira les relevés liquidatifs de dépenses et transmettra ceux-ci, accompagnés des mémoires timbrés, au ministère des Finances (bureau de l'ordonnancement).

Les lettres d'avis d'ordonnances seront adressées par le bureau de l'ordonnancement aux préfets, qui en accuseront réception et les feront parvenir aux intéressés.

Les rémunérations dues aux médecins phtisiologues qui assisteront éventuellement aux commissions de réforme, figureront dans les états liquidatifs que les préfets adressent trimestriellement au bureau de l'ordonnancement par application des circulaires nos 2809 du 31 mai 1927 et 230 du 13 janvier 1930.

Le décret portant réglementation des congés de longue durée pour tuberculose est entré en vigueur depuis le 10 décembre 1929. Des médecins phtisiologues sont donc intervenus depuis cette date dans les conditions prévues audit décret. Les crédits sur lesquels doivent être imputés leurs honoraires n'ayant été ouverts, que par la dernière loi de finances, les intéressés n'ont pu jusqu'à présent être rétribués. Bien qu'il s'agisse de services afférents à des exercices écoulés, il est apparu qu'à titre exceptionnel il était possible d'autoriser l'imputation de la dépense sur les crédits d'exercice courant.

Les mémoires afférents à cette période seront donc établis comme ci-dessus et également adressés pour vérification au ministère de la Santé publique.

IV. — *Questions diverses.* — Des demandes de renseignements sont fréquemment formulées sur différents points d'application de la loi du 30 mars 1929.

L'attention est appelée sur les cas ci-après :

Stagiaires. — Dans le cas où l'admission à un emploi administratif de l'Etat est subordonnée à l'accomplissement d'un stage probatoire, le certificat déclarant le candidat indemne de toute affection tuberculeuse doit être produit préalablement à l'accomplissement du stage.

Fonctionnaires en disponibilité. — Il ne peut être fait droit à une demande de réintégration émanant d'un fonctionnaire placé en disponibilité qu'après production d'un nouveau certificat médical établi dans les mêmes formes que pour l'admission dans les cadres. Il convient d'éviter, en effet, que des fonctionnaires ayant contracté la tuberculose alors qu'ils n'étaient pas au service de l'administration n'obtiennent leur réintégration dans les cadres dans le seul but d'être admis au bénéfice des congés de longue durée.

Certificats médicaux. — La question a été posée de savoir dans quelle forme devaient être établis les certificats médicaux consécutifs aux diverses visites ou

contre-visites effectuées par les médecins phtisiologues. Bien que ce point n'ait rien de rigoureux, il semble qu'il y aurait intérêt à recourir à des certificats du modèle de celui ci-annexé.

Commission de réforme compétente. — C'est en principe celle du département où l'agent exerce ses fonctions. C'est obligatoirement celle de ce département dans le cas notamment où il s'agit d'agents dont l'état de santé s'est révélé tuberculeux au cours d'un congé passé en dehors de leur résidence habituelle.

Enfin, il a été constaté que certains fonctionnaires, bénéficiaires de congés de longue durée, cumulaient leur traitement avec l'indemnité de soins accordée par l'article 198 de la loi du 13 juillet 1925 aux réformés pour tuberculose ne se livrant à aucun travail.

Or, il est rappelé que conformément à l'article 17 du décret du 10 décembre 1929, cette indemnité est exclusive de l'allocation du traitement ou demi-traitement. D'autre part, le décret du 25 août 1925 a précisé que c'est l'indemnité de soins et non le traitement qui doit être réduite ou supprimée. A l'effet d'éviter à l'avenir tout abus, les administrations dont dépendent les agents en congé de longue durée pour tuberculose, soit au titre de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928, soit au titre de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929, signaleront les intéressés lors de leur mise en congé :

1° A l'intendant des pensions et au trésorier payeur général du chef-lieu du département où la pension est assignée payable si le pensionné déclare continuer à percevoir les arrérages de sa pension dans ce même département ;

2° A l'intendant des pensions et au trésorier payeur général du chef-lieu du département de la nouvelle résidence du pensionné lorsque celui-ci aura déclaré changer de résidence et vouloir percevoir sa pension dans le département dont fait partie sa nouvelle résidence.

Il est rappelé, d'autre part, que tout demandeur de l'indemnité de soins doit déclarer s'il perçoit un traitement non cumulable avec ladite indemnité et qu'en cas de non-déclaration à ce sujet ou de fausse déclaration, le postulant s'expose à se voir appliquer les pénalités prévues par l'article 5 de la loi du 5 septembre 1919 (voir instruction interministérielle du 18 mai 1926.)

Paris, le 28 juillet 1931.

Le ministre du budget,

François Piétri.

Voir la suite page XLVII-2635

PROPOS DU JOUR

Le dévouement des médecins récompensé.

Aujourd'hui et autrefois. — Les lettres de noblesse, attribuées à un Docteur Régent de la Faculté de Paris pour sa belle conduite dans une épidémie de peste en 1723

Nous sommes sous le règne des décorations, et bien rares sont ceux qui n'ont pas encore le droit de mettre quelque ruban ou quelque rosette à leur boutonnière. Les services politiques ou privés, les relations familiales ou mondaines, sont le plus souvent les mobiles de la faveur gouvernementale dans la distribution de ces distinctions ; il arrive pourtant quelquefois que les décorations servent à reconnaître des services réels rendus à l'Etat ou des actes de dévouement.

Sous l'Ancien régime, il en était exactement de même : la faveur royale servait à payer maints petits ou grands services rendus aux Ministres ou aux grands Seigneurs de la Cour, mais il arrivait quelquefois qu'elle récompensait des actes de dévouement.

Toutefois, sous l'ancien régime, la récompense ne se bornait pas à une distinction flatteuse, destinée à satisfaire la vanité de celui à qui elle était attribuée ; comme elle consistait souvent en lettres de noblesse, elle donnait à l'anobli, outre un titre pour lui et sa postérité, des prérogatives, des exemptions d'impôts et des privilèges, qui n'étaient certes pas à dédaigner.

Nous avons eu la bonne fortune de découvrir, dans un lot de vieux papiers, un règlement d'armoiries, signé de D'Hozier, juge d'armes de France, attribuant un blason à un Docteur Régent de la Faculté de médecine de Paris ; à ce règlement est annexée la copie des Lettres de noblesse, conférées à ce médecin pour sa belle conduite au cours d'une épidémie de peste en Languedoc ; nous croyons intéressant de les reproduire *in extenso*, en en respectant tous les termes et même l'orthographe.

Ces lettres racontent en détail comment le Docteur Régent Bailli, envoyé en mission dans le Gévaudan pour combattre une terrible épidémie de peste, mérita d'être anobli.

BAILLI,

mai 1723

Lettres de noblesse pour le *Sr-François Bailli*, Docteur Régent de la faculté de médecine en l'*Université de Paris.*

LOUIS PAR LA GRACE DE DIEU ROI de France et de Navarre, à tous présens et à venir salut sur ce qui nous a été représenté que le Sr *François Bailli*, Docteur Régent de la faculté de médecine en l'Université de Paris, avoit signalé son zèle pour le salut et le bien de notre Etat en trois ocasions diférentes de maladies contagieuses, dont la dernière portoit caractère de Peste si avérée qu'il nous a été envoyé dans le temps procès verbal de la Canourgue, où il s'étoit transporté de bon gré et par nos ordres, pour y vérifier la maladie, aider de ses conseils et lumières, les médecins de la Province du Languedoc, qui y étoient employés, ce qu'il a fait avec tant de courage, et d'intrépidité que, négligeant sa propre conservation, pour procurer la guérison des malades qui lui étoient confiés et empêcher le progrès d'une maladie si funeste à notre état, il a été frapé lui mesme de la manière la plus vive de cette cruelle maladie, qui épargnoit rarement ceux qui a son exemple faisoient des Infirmeries leur retraite la plus ordinaire, qu'ensuite revenu de sa maladie et ayant rétabli le calme et la tranquilité à la Canourgue, par un nombre considérable de convalescens, il étoit passé à Maruéjols notre ville Royale du Gévaudan au péril éminent de sa vie, tous les habitans d'un vilage sur la route s'étant soulevé à ses aproches, et prest à faire feu sur lui, il avait méprisé ce danger pour porter le secours dans cette ville ou la confusion égaloit la maladie, proportion gardée plus considérable, que celles de toutes les villes de Provence, puisqu'il s'est trouvé pendant plus de trois mois avec plus de 900 malades lui 3e médecin, et souvent seul chirurgien, faisant face à tout, obligé de diriger la main inexpérimentée des cor-

beaux (1) destinés au service des pestiférés, présider aux désinfections et traitement des malades de plusieurs autres villes voisines, qu'enfin, il a été envoyé à Mende, capitale du Gévaudan, pour mettre fin à la maladie qui, depuis une année, y exerçoit sa tiranie, où il a terminé avec le succès que nous pouvons désirer la carrière pénible et dangereuse de vingt mois de soins vigilans et d'atentions soutenues ; à ces causes, et autres bonnes et grandes considérations, à ce nous mouvans de l'avis de notre conseil, et de notre grâce spéciale, pleine puissance et autorité royale, nous avons annobli, et décoré, et par ces présentes signées de notre main, annoblissons et décorons le dt Sr François Bailli, ses Enfans et postérité, nés et à naître, en Légitime mariage des titres et privilèges de Noblesse, voulons et nous plaît qu'ils puissent prendre les qualités de noble et d'Ecer parvenir à l'Ordre de Chevalerie, qu'ils soient honorés et respectés dans tous les actes d'assemblée généraux et particuliers, tant en jugement que dehors, qu'ils jouissent de tous les honneurs, privilèges, prérogatives, prééminences, franchises, libertés, exemptions et immunités quelconques, dont jouïssent les autres nobles et Gentils hommes de notre Royaume, sans aucune distinction, tant qu'ils vivront noblement et ne feront aucun acte dérogeant à noblesse. Permettons au dt Sr Bailli, sa postérité, de posséder tous fiefs, terres et Sgries nobles de quelque titre et qualité qu'ils soient sans être tenus de nous payer ou à nos successeurs Rois aucune finance, et indemnité dont nous lui faisons en tant que de besoin don et remise, leur permettons de porter armes timbrées, telles qu'elles sont blazonnées et enregistrées par le Sr *d'Hozier, Juge d'Armes* de France, suivant son acte de règlement, ci attaché sous le contrescel de not e Chancellerie, et qu'elles seront peintes et figurées dans ces présentes, avec faculté de les faire peindre graver et susculper en leurs maisons, terres et sgries que bon leur semblera, sans que ces présentes puissent être par nous suprimées, ni sujettes à aucune taxe pour confirmation, si donnons en MANDEMENT à nos amis et féaux conlers, Les gens tenans notre Cour de Parlement, Chambre des Comptes, et Cour des Aides à Paris, et autres Officiers, et Justiciers qu'il apartiendra, que ces présentes ils ayent à Enregistrer et du contenu en icelles faire jouir et user le dt Sr Bailli et ses Enfans, et postérité nés et à naître en Légitime Mariage, pleinement paisiblement et perpétuellement, cessans et faisant cesser tous troubl s ou empêchemens, et nonobstant tous Edits, Ordonnances, Arrêts, Règlemens, Révocations, et autres Lettres ; à ce contraires, auxquelles et aux dérogatoires des dérogatoires, nous avons pour ce regard seulement, dérogé et dérogeons par ces dtes présentes, car tel est notre plaisir, et à fin que ce soit chose ferme et stable, à toujours, nous y avons fait mettre notre scel.

Donné à Versailles, au mois de mai l'An de Grâce mil sept cent vingt-trois, et de notre Règne le huitième.

Signé : LOUIS

et sur le Repli par le Roi contresigné PHELIPEAUX avec grille et paraphe.

Ces lettres sont annexées au règlement d'Armoiries daté de mai 1724 par CHARLES D'HOZIER, Eer Conr du Roi, Généalogiste dans Sa Maison, *Juge d'Armes* et Garde de l'Armorial gal de France et Chevalier de la Religion et des Ordres nobles et militaires de Saint-Maurice et Saint-Lazare de Savoie,

D'Hozier attribue comme armes au Dr Bailly :

Un Ecu d'Azur, à un Anchre d'Or, entortillé d'une vipère de gueules, cet écu timbré d'un casque de profil orné de ses Lambrequins d'Azur, d'Or et de Gueules.

L'Anchre d'or rappelle les services rendus par Bailli en secourant les pestiférés, la vipère de gueules est une allusion à sa profession de médecin, le casque de profil est l'insigne d'écuyer.

Le Roi Louis XV n'avait alors que 13 ans ; ce n'était certes pas lui qui avait pu prendre l'initiative de cet anoblissement. Mais le premier Ministre, qui devait mourir peu après, était le Cardinal Dubois, dont il a été dit beaucoup de mal et qui, cependant, rendit de grands services à la France : les historiens d'ailleurs sont en voie de le réhabiliter. Dubois se souvint sans doute qu'il était le fils d'un petit médecin de Brive-la-Gaillarde et le neveu d'un apothicaire.

D'ailleurs, l'épidémie de peste, à laquelle il est fait allusion, fut terriblement meurtrière.

Elle débuta à Marseille en 1720, vraisemblablement importée d'Orient. Ce fut alors que se distinguèrent l'évêque Belsunce et le Chevalier Rose. Elle gagna la Provence, le Languedoc et le Dauphiné, faisant des milliers et des milliers de victimes. Elle cessa en 1722.

Pour commémorer cette épidémie, fut frappée une médaille portant à l'avers la belle effigie du jeune Louis XV par Duvivier, et au revers, une allégorie, signée *C. N. R. Filius* (1). Un génie ailé, tenant de la main droite le caducée d'Esculape

(1) Par corbeaux, on entendait les chirurgiens ou les barbiers, qui soignaient les pestiférés. Ils étaient affublés d'une sorte de masque doté d'un bec de *corbeau*, bourré d'aromates, destiné à les préserver de la contagion.

(1) Charles-Norbert RŒTTIER (1759-1772), graveur de la Monnaie de Paris qui avait succédé à son père est le dernier d'une dynastie de graveurs officiels.

et portant au bras gauche un bouclier à tête de Méduse, protège trois femmes couchées tendant vers lui les bras en suppliantes ; ces trois femmes s'appuyent sur des écus aux armes du Languedoc, du Dauphiné et de la Provence et symbolisent les trois provinces victimes de l'épidémie. En haut de la médaille est l'inscription :

SALUS PROVINCIARUM.

En bas, on lit :

PESTILENTIA COERCITA.
MDCCXXIII.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ENDOCARDITES SECONDAIRES OU ASSOCIÉES AUX MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU CŒUR

Par le Professeur P. LEREBOULLET (1).

Nous avons pu dans la dernière leçon (2) dégager, en restant uniquement sur le terrain clinique, les deux types fondamentaux de cardiopathies congénitales, la maladie de Roger d'une part, le groupe complexe des cyanoses congénitales d'autre part.

Je vous ai exposé à ce propos les deux théories pathogéniques, que l'on a invoquées pour expliquer de pareilles malformations, la *théorie embryonnaire*, émise par Rokitanski et à laquelle se rallient la majorité des auteurs actuels (Weill, Marfan, Vaquez, Laubry et Pezzi) et la *théorie inflammatoire*, défendue par Lancereaux qui faisait relever d'une endocardite fœtale toutes les cardiopathies congénitales, « la tératologie du cœur n'étant, disait-il que la pathologie de cet organe pendant la vie intra-utérine ».

Cette théorie inflammatoire est actuellement tombée en désuétude, et le rôle de l'infection dans les cardiopathies congénitales apparaît tout différent : l'endocardite, lorsqu'elle existe, vient se greffer sur la malformation cardiaque antérieure et apparaît comme une complication tardive de la cardiopathie. Ce sont ces faits, de diagnostic toujours difficile à cause de leur complexité clinique, que je voudrais étudier aujourd'hui en m'appuyant sur trois observations.

***

La première observation est celle d'une fillette dont l'histoire a été relatée à la Société de pédiatrie en 1927 par le Professeur Marfan, sous le titre d'« Endocardite végétante des orifices mitral et tricuspide chez une fillette de 3 mois atteinte de malformations cardiaques » (Société de pédiatrie, séance du 5 juillet 1927). Je vais vous en rappeler brièvement les caractères essentiels.

Cette enfant, abandonnée à l'âge de 8 jours aux Enfants-Assistés, fut considérée comme normale durant les six premières semaines de son existence et envoyée à la pouponnière d'Antony. Mais elle présente à ce moment des vomissements et de la diarrhée, phénomènes pour lesquels on la renvoie à l'hospice des Enfants-Assistés. C'est au cours de l'examen pratiqué à cette date que l'on décèle la cardiopathie.

Cette enfant était très pâle, amaigrie, ne pesant que 3 kgr. 230 ; la respiration était rapide et superficielle, et cependant l'examen des poumons ne montrait aucune anomalie.

Par contre à l'examen du cœur, on constatait une augmentation nette de la matité cardiaque et un souffle systolique intense, qui occupait presque toute la région précordiale avec un maximum situé entre la région xyphoïdienne et le bord gauche du sternum au niveau du troisième espace intercostal. Il n'y avait pas de cyanose même pendant les cris.

Le reste de l'examen ne fournit aucun autre renseignement, et il apparaît bien que les troubles digestifs, qui avaient attiré l'attention, ont été secondaires à un état toxi-infectieux, et, dès cette période, M. Marfan porte, avec quelques réserves d'ailleurs, le diagnostic de malformation cardiaque compliquée d'une endocardite infectieuse sans réaction fébrile.

Dans les jours qui suivent, l'état de l'enfant semble s'améliorer : les troubles digestifs avaient disparu, le poids tendait à augmenter, et à l'examen du cœur le souffle avait diminué d'in-

(1) Leçon faite à la Clinique Parrot aux Enfants Assistés, recueillie par M. Odinet, interne de service.

(2) Les malformations congénitales du cœur chez le jeune enfant: *Concours Médical*, 1931. p. 1973.

tensité et fini par disparaître. La température, après un accès éphémère à 38°, était revenue à la normale et s'y maintenait.

Mais cette amélioration n'était que transitoire, et, au bout de quinze jours, environ apparut une bronchite, qui évolua d'abord sans fièvre de façon torpide, puis s'aggrava progressivement et finalement aboutit à une broncho-pneumonie traînante à foyers multiples. Ces signes pulmonaires manifestes accompagnés de fièvre modérée entre 38 et 39°, l'absence de cyanose et ce fait que le souffle n'apparaît pas à nouveau font alors réformer le diagnostic et porter celui de broncho-pneumonie subaiguë chez un nourrisson cachectique.

L'affection évolua dès lors de façon progressive et après divers incidents, dans le détail desquels je n'entrerai pas, la mort survint six semaines environ après le début des accidents.

L'autopsie permit de confirmer l'exactitude du diagnostic d'endocardite primitivement posé: je serai bref sur les renseignements fournis par l'examen des *poumons*, qui présentaient des lésions évidentes de broncho-pneumonie et sur celui des *différents organes*, frappés pour la plupart de lésions infectieuses, pour insister tout particulièrement sur les lésions cardiaques.

Le *péricarde* renfermait du liquide citrin un peu plus abondant qu'à l'état normal, mais ses feuillets ne présentaient aucune altération. Le *cœur* était notablement augmenté de volume, de forme un peu globuleuse; sa pointe était formée par le ventricule droit, dont les parois étaient hypertrophiées et aussi épaisses que celles du ventricule gauche.

A l'ouverture des cavités cardiaques on put constater :

l'absence totale de la cloison interauriculaire, dont la conséquence était l'existence d'une oreillette unique à cheval entre les deux ventricules ;

une échancrure semi-lunaire de la partie supérieure de la cloison interventriculaire faisant communiquer les deux ventricules ;

la dilatation du tronc de l'artère pulmonaire dont le calibre était au moins double de celui de l'aorte, et enfin la *diminution du calibre de l'aorte,* qui paraissait notablement rétrécie. Mais les parois des deux vaisseaux étaient lisses et régulières et ne présentaient pas d'altérations de leurs parois non plus que de leurs valvules sigmoïdes.

Par contre, *les valves des deux orifices ventriculaires, mitral et tricuspide, étaient recouvertes de tissu végétant, muriforme, consistant, rosé,* formant tout autour de l'orifice un cordon épais de 2 à 3 millimètres interrompu de chaque côté en un point de son parcours.

L'étude histologique a montré des lésions habituelles d'une endocardite chronique ; mais, ni sur frottis ni sur coupes, on ne put mettre en évidence de microbes par les procédés usuels.

Dans les commentaires, qui accompagnent son observation, M. Marfan insiste sur deux points que je vous signale dès maintenant.

1° Il est vraisemblable que le *souffle était lié à l'endocardite, non à la communication interventriculaire* : en faveur de cette hypothèse, on peut noter son siège , son apparition tardive, sa disparition au cours de l'évolution, fait que l'on peut attribuer soit à l'affaiblissement du myocarde, soit à l'augmentation des végétations valvulaires.

2° L'*absence totale de cyanose* s'explique facilement du fait que le calibre de l'artère pulmonaire était supérieur à celui de l'aorte : on peut en conclure que la pression était moins élevée dans le ventricule droit que dans le ventricule gauche.

Il discute également le moment d'apparition probable de l'endocardite et le rôle que l'on peut attribuer dans son étiologie à la syphilis : je me borne à vous citer actuellement ce fait, sur lequel je reviendrai dans quelques instants.

***

La seconde observation concerne un enfant de 18 mois, que j'ai suivi avec M. Bohn aux Enfants-Malades au mois de décembre 1927 (1).

Cet enfant, paraissant normal à la naissance et pesant 3 kgr. 250, mais mal surveillé et alimenté de façon défectueuse, fut amené à notre consultation pour toux et dyspnée existant de longue date, mais ayant subi une recrudescence récente. A l'âge de 6 mois en effet, il toussa pendant deux à trois semaines et, depuis lors, eut des bronchites fréquentes sans fièvre et sans gravité. Quelques jours avant notre examen, la toux était devenue plus fréquente en même temps qu'apparaissait une dyspnée presque continue, une cyanose discrète au moment de la toux, et un léger mouvement fébrile.

A l'examen, nous sommes frappés d'emblée par l'amaigrissement considérable et l'hypotrophie marquée de cet enfant, qui ne pèse que 7 kgr. 200 et dont le pannicule adipeux abdominal fait complètement défaut. Cependant sa dentition est normale, sa fontanelle est fermée et son squelette est normal à part un chapelet costal peu accusé. Son crâne est augmenté de volume surtout au niveau du front qui est saillant ; la circulation veineuse est très développée dans les régions fronto-pariétales.

La rate n'est pas palpable, mais par contre le foie est gros dépassant le rebord costal de trois travers de doigt. Il est sensible à la pres-

(1) P. LEREBOULLET et A. BOHN, — Malformations cardiaques congénitales et endocardites végétantes. *Soc. de Pédiatrie*, 17 janvier 1928 et *Le Nourrisson*, mai 1928.

sion. Le cœur est d'apparence normale : il est régulier, on n'entend ni souffle, ni frottements, les bruits ne sont pas assourdis et la zone de matité cardiaque ne paraît pas augmentée.

Enfin l'examen des poumons montre l'existence au sommet droit d'un gros foyer de condensation, qui se traduit par ses symptômes habituels, submatité et râles humides à bulles fines ou moyennes.

Dans tout le reste des deux poumons sont disséminés de nombreux râles ronflants et sibilants.

La température reste au voisinage de 38°.

En présence de ces symptômes nous posons le diagnostic de broncho-pneumonie, dont nous envisageons la nature tuberculeuse malgré l'absence de tout antécédent; mais ce diagnostic va se trouver rapidement infirmé par les résultats de la cuti-réaction à la tuberculine et de la radiographie, que nous faisons aussitôt pratiquer.

La cuti-réaction est en effet négative, ce qui nous fait rejeter l'hypothèse de tuberculose. La *radiographie* du thorax nous montre bien une obscurité pulmonaire au sommet droit, répondant au foyer perçu à l'auscultation, mais surtout elle révèle une *augmentation considérable de l'ombre cardiaque* dans toutes ses dimensions : elle est à peu près arrondie et dépasse le sternum autant à droite qu'à gauche ; elle n'est pas entièrement homogène et il semble bien qu'il y ait à gauche un double contour.

Nous inclinons alors notre diagnostic vers celui d'insuffisance cardiaque avec dilatation du cœur, laquelle pourrait être facilement expliquée par l'affection pulmonaire antérieure récidivante, dont nous avons retrouvé les traces dans les antécédents : en faveur de celle-ci plaide d'autre part la constatation d'un foie gros et sensible débordant le rebord costal, mais cette hypothèse ne nous donne pas pleine satisfaction.

Dans les jours qui suivent, l'état de l'enfant reste le même : la température se maintient en plateau autour de 38°, la toux, la dyspnée et la cyanose ne se modifient guère. Seul disparaît le foyer de broncho-pneumonie, qui ne laisse persister que la bronchite diffuse.

De nouveaux examens radiologiques confirment les images, que nous avions trouvées sur le premier cliché ; une deuxième cuti-réaction est également négative. Un examen de sang nous montre une anémie légère (3.440.000 globules rouges) avec leucocytose, (19.600 globules blancs) Nous ne pouvons malheureusement pratiquer l'hémoculture à cause de l'état des veines de l'enfant, et en dernier lieu, nous faisons un Wassermann qui est négatif tandis que le Hecht est légèrement positif.

Brusquement, vers la fin du mois de décembre, l'état de l'enfant se modifie : la dyspnée est violente avec battements des ailes du nez et cyanose ; un foyer de broncho-pneumonie apparaît à la partie moyenne du poumon gauche. Très rapidement l'enfant tombe dans le coma et meurt au bout de quelques heures.

A l'autopsie, nous trouvons des lésions très comparables à celles de l'observation de M. Marfan : le *péricarde* est distendu par une quantité modérée de liquide citrin et ne présente aucune lésion apparente. Le *cœur* est gros, globuleux et ferme, particulièrement au niveau des cavités droites ; la pointe est formée par le ventricule droit.

A l'ouverture du cœur on constate des lésions indiscutables de *malformation congénitale* :

une hypertrophie considérable des parois du ventricule droit, qui sont plus épaisses que celles du ventricule gauche ;

une large communication interauriculaire arrondie de 1 cm. 1/2 de diamètre environ ;

une communication interventriculaire de dimension relativement restreinte, partant de la région sous-aortique pour aboutir sous la valve interne de la tricuspide.

L'*aorte* et l'*artère pulmonaire* sont de calibre sensiblement normal, et le canal artériel est oblitéré.

En outre, le bord libre et la face auriculaire des deux valves de la mitrale sont couverts de *végétations mamelonnées et saillantes* de couleur blanc grisâtre. Il existe également quelques végétations moins grosses sur les valves et le dépoli de la tricuspide.

Les poumons sont œdématiés et congestionnés, et dans le lobe inférieur gauche existe un foyer de broncho-pneumonie. Le foie est gros et dur ; il apparaît à la coupe très congestionné les autres organes sont normaux.

J'insisterai particulièrement, à propos de cette observation, sur l'*importance de l'examen radiologique*, qui nous a permis de faire le diagnostic, de malformation congénitale alors que l'examen physique du cœur était resté normal pendant toute la durée du séjour de l'enfant à l'hôpital. Il ne faut donc pas hésiter à faire un examen radiologique du thorax chez tous les nourrissons, qui présentent une dyspnée que n'explique pas l'examen du poumon : on en découvrira parfois la cause dans une lésion cardiaque que n'avaient pas décelées les autres moyens d'exploration clinique.

***

Je puis enfin vous présenter l'enfant qui fait l'objet de notre troisième observation : c'est un nourrisson de 11 mois, dont vous pouvez apprécier le bel aspect et qui est hospitalisé à la Nourricerie Parrot.

Cet enfant fit au mois de juin un accès de cyanose paroxystique : nous l'avons examiné à ce propos et avons trouvé à l'examen du

cœur une augmentation légère de la matité précordiale et surtout un souffle systolique assez intense, siégeant dans le troisième espace intercostal et se propageant vers la clavicule gauche.

L'examen radiologique a confirmé les données de la clinique, en montrant une augmentation manifeste de la surface de l'ombre cardiaque, qui est en même temps déformée et a pris l'aspect classique et caractéristique du cœur en sabot.

Le diagnostic de cardiopathie congénitale s'imposait par ces symptômes et ne pouvait pas même, à cause de leur netteté, être discuté. L'examen complet du petit malade ne nous a fourni aucun renseignement nouveau. Nous avons seulement pu constater l'existence d'une ébauche d'hippocratisme digital, réduite à une incurvation discrète des ongles.

Depuis le mois de juin cette cardiopathie a évolué et est passée par deux phases successives.

Tout d'abord sont apparues des manifestations de défaillance cardiaque : nous avons constaté que le foie augmentait de volume et débordait largement le rebord costal pour atteindre presque la ligne ombilicale ; il paraissait sensible à la pression.

En même temps apparaissait un œdème des jambes, blanc mou et prenant le godet. Nous avons constaté également des signes d'augmentation de l'aire de matité précordiale traduisant une dilatation cardiaque.

Tous ces symptômes ont rétrocédé rapidement sous l'influence du traitement digitalique, et c'est à ce moment que la maladie entra dans sa seconde phase, caractérisée par l'apparition inopinée d'une hémiplégie droite.

On constata, en effet, un matin, que l'enfant était complètement paralysé du côté droit et que cette paralysie portait à la fois sur la face, le membre supérieur et le membre inférieur du même côté. Il s'agissait donc d'une hémiplégie droite absolument typique par la netteté de ses symptômes.

Cette hémiplégie n'a pas tardé d'ailleurs à rétrocéder et, progressivement, sont réapparus la plupart des mouvements : il ne persiste à l'heure actuelle qu'une hémiparésie légère, et j'ai le ferme espoir de voir un jour leur restauration fonctionnelle complète.

Mais le point intéressant est de connaître l'origine de cette hémiplégie. Est-elle due à une embolie cérébrale, dont la cause serait la simple dilatation cardiaque avec stase, ou au contraire est-elle liée à la migration de végétations endocardiques lancées dans la grande circulation ? C'est là un problème délicat à résoudre, mais l'existence de quelques phénomènes infectieux pulmonaires aident à préciser le diagnostic et font plutôt pencher en faveur de la seconde hypothèse, sans qu'il soit possible de l'affirmer par le seul examen clinique (1).

***

Le rapprochement de ces trois observations m'a donc permis de vous montrer les accidents assez polymorphes, par lesquels pouvait se traduire une endocardite maligne greffée sur une cardiopathie congénitale, et je voudrais maintenant développer quelques points particulièrement intéressants de l'étiologie et de la pathogénie de pareilles éventualités.

En premier lieu, l'endocardite apparaît comme une complication assez fréquente des cardiopathies congénitales ; la seule statistique, que je puisse vous citer, émane d'un auteur russe Théremin, qui a relevé cinq cas d'endocardite maligne sur 17 observations de malformation congénitale du cœur, soit une proportion de plus du quart, exactement 28,4 % des cas.

Mais, deux points me paraissent surtout devoir retenir l'attention : et d'abord, les lésions d'endocardite sont-elles vraiment greffées sur une malformation congénitale ou ne seraient-elles pas primitives ?

Admettre que cette endocardite est primitive serait partager l'opinion de Lancereux et croire à l'origine inflammatoire des malformations congénitales, et nous savons que cette hypothèse est peu admissible. Le cloisonnement des cavités cardiaques se produit, en effet, à un stade trop précoce de la vie intra-utérine pour pouvoir être entravé par une infection, et c'est là le grand argument invoqué par les auteurs modernes contre la théorie inflammatoire.

On sait, par ailleurs, que toute lésion cardiaque est un point d'appel à l'infection et favorise le développement d'une endocardite. A l'appui de cette loi, on invoque volontiers le fait suivant : plus la survie est longue au cours de l'évolution d'une cardiopathie, par conséquent plus on fait l'autopsie à une phase avancée de l'évolution, plus nombreuses sont les chances de rencontrer une endocardite maligne greffée sur la cardiopathie primitive. Les cas, observés chez les grands enfants et les adultes, sont loin d'être rares. Si la cardiopathie était la conséquence de l'endocardite maligne, et non plus un point d'appel, on devrait au contraire observer le phénomène inverse, et voir d'autant plus de lésions d'endocardite que l'évolution aurait été plus rapide et la mort précoce.

(1) L'évolution ultérieure de ce cas, a démenti ces hypothèses: L'enfant, sortie de l'hôpital, est entrée quelques semaines plus tard dans le service du professeur Nobécourt où elle a succombé, et l'autopsie, tout en vérifiant l'existence d'une malformation cardiaque, a montré que l'hémiplégie était due à un ramollissement d'origine veineuse et sans lésions artérielles.

On peut, en outre, invoquer la rareté des endocardites primitives chez le nourrisson et vous savez que le rhumatisme articulaire aigu, qui reste la grande cause de l'endocardite chez l'enfant, n'apparaît que plus tard, vers l'âge de 3 ou 4 ans.

Il apparaît, donc, comme très vraisemblable que ces endocardites malignes sont des accidents greffés secondairement : quand et comment survient cette greffe infectieuse ?

Elle peut être postérieure à la naissance, éventualité la plus probable dans le cas rapporté par M. Marfan, puisqu'il admet que le souffle cardiaque était provoqué par l'endocardite, et non pas par la malformation congénitale et que ce souffle n'existait pas dans les premières semaines de l'existence.

La source de l'infection résiderait probablement, dans ce cas particulier, dans les troubles digestifs qu'avait présentés l'enfant, les jours précédents ; mais, d'autres fois, il faudrait en chercher l'origine, dans les infections si fréquentes du nourrisson en particulier dans les infections rhino-pharyngées et cutanées.

Mais on pourrait aussi penser que cette endocardite s'est produite *in utéro* et ne s'est extériorisée qu'à une période avancée de son évolution : on pourrait, dans ce cas, envisager une étiologie syphilitique en faveur de laquelle existent dans deux des observations, que je vous ai rapportées quelques présomptions. La petite malade de M. Marfan présentait quelques lésions anatomiques que l'on rattache habituellement à la syphilis, îlots de sclérose pulmonaire, plaques de périsplénite ; et, surtout, on ne pouvait déceler aucun agent microbien dans ses végétations endocarditiques, tant sur les coupes que sur les frottis. L'enfant, que j'ai suivi avec M. Bohn, avait je vous le rappelle, une réaction de Hecht légèrement positive. La syphilis, dans ces cas, pourrait être considérée comme l'origine à la fois de la malformation congénitale et de l'endocardite.

Tels sont les problèmes, que soulèvent ces endocardites malignes, et vous voyez combien dans certains cas ils peuvent être délicats à résoudre. Mais on peut encore faire un rapprochement entre les faits, que je viens de vous décrire et les endocardites malignes à évolution lente ou maladie d'Osler, que l'on voit chez l'adulte se greffer sur des cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale préexistantes.

Vous savez d'ailleurs combien la symptomatologie de cette maladie d'Osler se rapproche des observations, que je vous ai rapportées : elle se traduit, en effet, presqu'uniquement par une fièvre modérée et une altération de l'état général avec anémie marquée et des accidents emboliques d'ordre divers, qui jalonnent les phases de l'évolution.

La terminaison est, je vous le rappelle, fatalement mortelle.

Ces endocardites malignes chez le nourrisson n'ont aucune tendance à l'amélioration, et, tout au plus, pourra-t-on tenter un traitement spécifique, si l'on admet l'étiologie syphilitique possible dans l'endocardite.

Ce traitement, d'ailleurs, n'aura qu'une action très relative ; il n'agira pas évidemment sur la malformation congénitale et n'aura d'influence que sur les lésions inflammatoires. Il mérite néanmoins d'être essayé, car c'est la seule arme dont nous disposions actuellement en pareil cas.

C'est moins à ce point de vue qu'en raison du problème pathogénique, qu'elles soulèvent que les malformations congénitales du cœur avec endocardite associée sont intéressantes. Elles montrent, en effet, contrairement à ce qu'on pourrait croire à un examen superficiel des faits, que la malformation congénitale, dans de tels cas, est évidemment antérieure à l'endocardite et nullement sous la dépendance de celle-ci. Elles ont, en outre, cette particularité d'être souvent relativement latentes et décelables, notamment par l'examen radioscopique, comme l'établit la seconde des observations, que nous avons relatées. Si efficace que soit le traitement et si grave que soit le pronostic, il n'est pas indifférent de porter un diagnostic exact, et l'examen radiologique à cet égard peut être fort utile.

DE LA GUÉRISON DU TÉTANOS PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SÉRUM, SOUS ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

(Méthode de Lehman)

Avant la guerre de 1914-1918 le tétanos était une maladie incurable, et même jusqu'en 1917 personne n'avait présenté de traitement susceptible de neutraliser la toxine tétanique, fusse au début de ses manifestations cliniques.

L'injection de sérum antitétanique, qu'on faisait à tous les blessés, n'agissait que préventivement. Mais, si malgré cette injection préventive, le tétanos se déclarait, les médecins renonçaient à la lutte contre lui. Il fallait bien l'avouer, il n'y avait aucun remède. Le malheureux tétanique était abandonné à lui-même, ou plutôt on se bornait à alléger autant que possible ses souffrances en lui administrant du chloral à hautes doses et en lui renouvelant des piqûres de morphine jusqu'à son dernier soupir. On avait le spectacle affligeant d'un martyre, que rien ne pouvait sauver.

Or, j'ai eu l'occasion de guérir au cours de la guerre de 1914-1918 un tétanique, par une méthode nouvelle à cette époque, que personne avant moi n'avait osé appliquer, et qui mérite d'être relatée ici, en raison du succès rapide qu'elle m'a donné.

Dans les premiers jours du mois de juin 1917, j'étais médecin de l'ambulance 16/7, formation sanitaire de la VI[e] Armée, à ce moment cantonnée au Bochet, dans l'Aisne. Je vis entrer dans mon service un jeune militaire de 24 ans, qui, une douzaine de jours auparavant, avait reçu une légère blessure au talon et qui était allé, pieds nus, se faire panser au Poste de Secours le plus proche.

Comme à tous les blessés, on lui avait préventivement fait une injection sous cutanée de sérum antitétatinique et, ultérieurement sa petite plaie du talon s'était rapidement cicatrisée. Mais au bout de 10 jours, il avait présenté de la raideur de la nuque et surtout de la constriction de la mâchoire. Ce début de tétanos avait justifié son évacuation immédiate.

Au moment de son entrée dans l'ambulance, il présentait un trismus caractéristique, de la dysphagie, de la raideur de la nuque et, à la plus légère émotion, ou bien au moindre bruit, il tombait en crise d'opisthotonos. Il lui suffisait d'entendre le moindre froissement de la toile de tente, que je soulevais afin de m'approcher de son lit, pour qu'une nouvelle crise se produisît.

Combien en avions-nous vu mourir de ces jeunes gens, légèrement blessés et insuffisamment immunisés contre le tétanos ! Je ne me faisais donc aucune illusion, et conscient de l'impuissance de l'ancienne thérapeutique en pareil cas, j'appréhendais, non sans tristesse, la disparition très prochaine de ce nouveau martyre, que soulageraient à peine les stupéfiants les plus actifs.

Il fallait en finir et renoncer sans plus tarder, en ce qui concerne le tétanos, au vieux traitement classique toujours illusoire et décevant, qu'on nous avait enseigné à l'hôpital.

Je voulus tenter alors quelque chose de nouveau, et introduire dans l'organisme de mon blessé, et par la voie intraveineuse, une quantité considérable de sérum antitétanique propre à combattre sa toxi-infection déjà fort avancée, si toutefois il en était temps encore.

Mais une difficulté m'attendait : cet homme avait des contractures musculaires involontaires, des spasmes convulsifs et un tremblement des bras, qui rendaient toute injection intraveineuse fort dangereuse, le bras se jetant brusquement et par saccades irrégulières au devant de l'aiguille prête à ponctionner la veine médiane basilique et exposant alors l'artère humérale à une blessure autrement grave.

C'est uniquement pour éviter ce danger, que je décidai de mettre mon blessé tout d'abord en résolution complète, sous anesthésie chloroformique.

Je ne relaterai point ici les détails de la lutte imprévue, que je dus livrer aux confrères, qui m'entouraient, pour vaincre leur résistance à m'aider dans cette circonstance, aucun d'eux ne voulant être « complice d'un assassinat » : « Injecter du sérum de cheval dans la veine de votre malade, c'est vouloir l'achever » me disaient-ils. «Mais il va sûrement mourir », leur répondais-je : perdu pour perdu, mieux vaut encore tenter quelque chose et essayer de le sauver. « Nous préférons ne pas tremper dans cette affaire » . . . tel était leur refrain.

Je fus obligé de demander à mon médecin chef de vouloir bien désigner d'office un médecin pour donner le chloroforme à mon blessé.

Et c'est ainsi, sous anesthésie générale au chloroforme, que j'injectai un premier flacon de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, (soit 10 centimètres cubes) dans la veine médiane basilique de mon malade, 12 jours après l'injection préventive sous cutanée, inefficace, qu'il avait reçue au Poste de Secours.

Mais ce n'est pas tout : poursuivant mon idée, à ma demande expresse et entouré des mêmes confrères et des mêmes témoins, toujours stupéfaits, une séance identique fut renouvelée l'après-midi, bien entendu sous anesthésie chloroformique. Le lendemain matin, nouvelle anesthésie générale au chloroforme, et aussi injection d'un troisième flacon de sérum antitétanique. L'après-midi, injection d'un quatrième fla-

con de sérum, dans la même veine, et toujours sous sommeil chloroformique.

Tous les jours donc, il fut fait, de la même manière, deux injections intraveineuses de sérum antitétanique, sous anesthésie générale au chloroforme, et, chaque fois, cette anesthésie n'eut pas une durée supérieure à quinze minutes.

Au bout de la 18e injection intraveineuse de sérum antitétanique effectuée sous anesthésie chloroformique, le blessé fut entièrement guéri, et je lui fis donner trois mois de congé de convalescence. Il ne lui a pas été fait d'autre traitement. J'ajoute que cet homme n'avait jamais reçu, antérieurement à sa blessure, d'injection de sérum de cheval.

Cette guérison, d'un tétanos déclaré et grave, stupéfia littéralement tous les médecins présents ; et l'on se doute alors de leur changement d'attitude à mon égard. La conversation de la « popote » en fut alimentée pendant quelque temps.

C'est que ce procédé constituait en effet, en juin 1917, un fait réellement nouveau, et j'avais quelque droit d'en être fier en raison de l'opposition marquée, que j'avais d'abord trouvée autour de moi et des résistances, qu'il m'avait fallu vaincre pour mettre mon projet à exécution. Sans ma persistance audacieuse, il est évident que ce jeune homme aurait succombé dans les quelques heures suivantes.

Que la guérison ait été due à la voie sanguine choisie, l'une des plus rapides en thérapeutique ; ou bien aux doses, peu ordinaires à cette époque, de sérum antitétanique introduites directement dans le sang ; ou bien au chloroforme « délogeant la toxine et permettant ainsi au sérum de la détruire selon les travaux de Leclerc, ou bien agissant comme « solvant des lipoïdes nerveux », selon les expériences de A. Maris et Tiffenau, j'avoue sincèrement ne pas m'être préoccupé de ces diverses questions au moment, où j'ai appliqué ce traitement pour la première fois. Ce que j'ai voulu, d'abord, c'est mettre mon blessé en résolution complète, pour ne pas exposer son artère humérale à une blessure grave au moment de la ponction veineuse ; ensuite et surtout agir au plus vite.

Quoiqu'il en soit, ma méthode ne resta point ignorée en haut lieu : mon médecin chef en fit part en effet au médecin inspecteur Lasnet, alors directeur du service de santé de la VIe Armée, à Vauxbuin, et Monsieur le Professeur Nobécourt de Paris, médecin consultant de la VIe armée, vint ensuite de Vauxbuin au Bochet et me félicita personnellement du succès thérapeutique que j'avais obtenu. Il me demanda par quelle méthode j'avais guéri mon tétanique, et me conseilla vivement de rédiger l'observation qu'on vient de lire, m'offrant de la présenter lui-même à l'Académie de Médecine de Paris, dont il est membre. « Il est bon, ajouta-t-il, que les médecins sachent comment vous avez procédé, pour que les combattants ne meurent plus de tétanos ». Et ce ne fut pas là une des moindres conséquences de cette première guérison.

Depuis ce temps, tous les témoins de mon procédé en ont parlé autour d'eux et, comme on le pense, chacun en a fait son profit. Ma méthode se répandit très vite, et les observations relatives aux guérisons obtenues par les injections intraveineuses de sérum antitétanique, effectuées sous chloroforme, se sont multipliées. Chaque *semaine*, on peut lire dans de nombreuses publications des observations concluantes sur ce sujet. Mais, on passe sous silence le nom de l'initiateur de la méthode, qui appliqua son procédé voilà quatorze ans déjà, au mois de juin 1917, en présence de nombreux témoins, tous vivants aujourd'hui.

A part la méthode de Dufour, qui consiste en injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique, sous anesthésie chloroformique, ce que l'on fait aujourd'hui n'est en somme que la réédition de ma méthode.

Si j'ai tenu à la publier aujourd'hui, c'est qu'il n'est pas certain qu'elle ait été appliquée avec exactitude ; et les variantes, qu'on lui a fait subir, ne semblent point y avoir apporté le moindre perfectionnement. Prolonger, en effet, la durée de l'anesthésie chloroformique paraît actuellement inutile. Ensuite, deux injections intraveineuses sous chloroforme, par jour, suffisent amplement à la guérison ; enfin, il ne faut injecter le sérum que goutte à goutte dans le sang et non rapidement.

Une autre raison à la présente publication, c'est que la Justice, comme on l'a dit, est rarement rendue aux hommes, qui ont eu une idée nouvelle, susceptible d'intéresser leur pays, et qui, malgré les difficultés, l'opposition, voire même la résistance de leur entourage, ont cependant pu parvenir à la réaliser avec succès. Malheureusement, il se trouve généralement aussi que ces hommes ont peu l'esprit de lutte revendicatrice pour eux « devant des supériorités hiérarchisées, ou devant certaines personnalités à puissance de résorption » de ce que d'autres ont fait d'original.

Je conclus donc, avant que la vérité ne soit subtilisée et avant que les souvenirs ne s'estompent, qu'il est juste et légitime que cette observation authentique soit située dans le temps et le lieu où elle a été vécue, pour servir à l'histoire de la guérison du tétanos déclaré et grave par la méthode, dont j'ai été l'initiateur, c'est-à-dire par les injections intraveineuses de sérum antitétanique sous anesthésie chloroformique.

Pau, le 1er juillet 1931.

Dr R. Lehman.

27, rue Duboué,

Pau.

LA THÉRAPEUTIQUE AU GOUT DU JOUR

On ne doit pas oublier que le chaud et le froid, d'application facile, peuvent souvent guérir d'une manière simple la douleur et l'inflammation dans les affections abdominales

D'après les travaux du Dr G. Métivet (1), ainsi que ceux des Docteurs H. Dausset et A. Chenilleau (2).

I

Les moyens simples d'appliquer le chaud et le froid

A) Le chaud

Les *grands bains chauds*, à 37° ou 38°, contribuent à calmer les douleurs, agissent favorablement sur le spasme, et constituent un adjuvant précieux des autres modes d'application de la chaleur.

Les *compresses chaudes* agissent bien, quand elles sont utilisées très chaudes, quand elles sont fréquemment renouvelées. Elles sont surtout destinées à lutter contre des phénomènes spasmodiques. Pour combattre un foyer inflammatoire, leur emploi paraît être sans intérêt.

Le *cataplasme de farine de lin*, dont l'efficacité est remarquable, doit, pour être réellement utile, s'appliquer large et suffisamment mou ; il ne faut pas omettre de le recouvrir d'un large imperméable, recouvert lui-même d'une épaisse nappe de coton cardé. Les cataplasmes, utilisés ainsi, agissent pendant 3 à 4 heures environ ; ce temps écoulé, ils doivent être renouvelés.

Les *lavements chauds* à 45-48°, de 100 à 125 grammes, seront conservés par les malades ; ils constituent un excellent moyen d'attaque des foyers inflammatoires pelviens.

Les *injections vaginales chaudes* ne doivent jamais être inférieures en quantité à 8 ou 10 litres d'eau. La température de l'eau sera maintenue, pendant toute la durée de l'injection entre 45° et 48°. L'administration en sera facile, si l'on a soin de vaseliner la vulve et de donner l'injection avec une canule à double courant.

Les *boissons chaudes*, enfin, bien banales et bien modestes, constituent souvent, dans les crises douloureuses, gastriques ou intestinales, et, en particulier dans les vomissements post-opératoires, un moyen thérapeutique, qu'on ne doit jamais négliger.

B) Le froid

Certains petits moyens pour l'application du froid sont : les compresses d'eau froide ou les compresses imbibées d'éther, procédé recommandé par certains, avant toute tentative de taxis.

Mais en pratique, c'est toujours la *vessie de glace*, que l'on emploie. Certains détails ne sont pas inutiles à connaître pour son application. Il faut employer une vessie large, y introduire de la glace cassée en petits fragments ; il faut avoir soin de visser le bouchon *après* avoir étalé la vessie de façon à éviter d'enfermer dans sa cavité une quantité plus ou moins grande d'air, qui faciliterait son déplacement. On doit sécher la face extérieure de la vessie, afin d'éviter toute trace d'humidité sur la flanelle, humidité qui est fréquemment cause de gelures. La peau sera recouverte de talc et d'une double épaisseur de flanelle. Dans le commerce, on trouve des vessies munies d'un tuyau d'écoulement pour l'eau de fusion ; l'évacuation de cette eau, au fur et à mesure de sa formation, paraît présenter quelques avantages.

II

Les cas où il ne faut pas lutter contre la douleur abdominale

La douleur constitue un élément de diagnostic autrement important que l'inflammation ; et, bien que le devoir le plus pressé soit de soulager le malade, le plus sage est de rechercher la cause du mal pour la traiter ensuite.

(1) Dr G. Métivet. — Le chaud et le froid dans le traitement des affections adbominales. (*Le Journal médical français*, décembre 1930.)

(2) Drs H. Dausset et A. Chenilleau. Le rôle de l'hydrothérapie dans le traitement des douleurs abdominales. (*Le Journal médical français*, décembre 1930.)

Il ne faut donc pas employer le chaud et le froid contre la douleur dans les affections abdominales, tant que l'affection causale n'a pas été reconnue d'une façon précise : on risquerait ainsi de perdre un excellent élément de diagnostic et d'orientation thérapeutique.

A ce propos, une digression est utile, afin de savoir au plus tôt gagner le moment du soulagement. Il faut distinguer les douleurs spontanées et les douleurs provoquées.

Spontanées, les douleurs peuvent ne pas ré-

pondre au siège de la lésion en raison de leurs irradiations à distance ; et, plus particulièrement, dans de nombreux cas, l'organe lésé reste silencieux, et c'est le péritoine irrité secondairement qui crie sa souffrance ; qui plus est, souvent l'irritation péritonéale se produit à distance de la région viscérale.

Mais provoquées, les douleurs répondent toujours à l'organe lésé lorsqu'il y a corrélation de la douleur et de l'inflammation, comme dans le cas envisagé dans cette étude.

L'horaire de ces douleurs, leur coïncidence dans le temps avec un état pathologique déterminé, leurs caractères (continue, intermittente, sourde, vive, etc.), éclairent le clinicien.

Le diagnostic fait, on est autorisé à calmer la douleur.

Cependant, peut-on agir de même si, malgré une étude attentive de la douleur et des divers symptômes présentés par un malade atteint d'une affection abdominale, il est impossible, au moins pendant les premières heures, d'établir un diagnostic précis ?

Oui, si les douleurs sont trop vives. Mais *avant de combattre les douleurs par le chaud, le froid, comme par n'importe quel moyen, il faut être absolument certain que l'affection en cause ne commande pas une* INTERVENTION CHIRURGICALE : la douleur-diagnostic est des plus importantes ; des malades ont pu mourir d'occlusion intestinale ou de péritonite, parce que un médecin trop sensible avait précipitamment masqué les manifestations douloureuses violentes d'un organisme luttant avec énergie contre une affection le menaçant gravement.

Comment, donc savoir au début d'une crise abdominale douloureuse, s'il s'agit d'une affaire médicale ou d'un cas chirurgical dangereux ? Par la constatation de trois ordres d'accidents, qui imposent l'intervention d'urgence : l'*hémorragie*, la *péritonite*, l'*occlusion intestinale*.

L'hémorragie a ses signes cardinaux ; en pareil cas d'ailleurs, la douleur parfois brusque et syncopale du début fait place bientôt à une douleur diffuse et profonde, quand le péritoine commence à réagir.

La péritonite par appendicite, cholécystite ou perforation vésicale. Ici la douleur, presque toujours intense, profonde, diffuse, s'accompagne de nausées et de vomissements ; mais elle reste, au début, limitée en un point précis, qu'il importe au chirurgien de repérer.

Dans l'occlusion intestinale, ce sont les coliques, (coliques de *miserere*), qui constituent, avec l'arrêt des gaz, les nausées, et parfois le péristaltisme intestinal, le principal élément de diagnostic.

Alors seulement que l'on croit pouvoir éliminer ces trois hypothèses, on est autorisé à combattre la douleur,

III

Le chaud et le froid contre la douleur et contre l'inflammation de l'abdomen

A) Contre la douleur de l'abdomen

Sous les réserves précédentes, dans les affections douloureuses de l'abdomen à caractère surtout spasmodique, le froid doit toujours céder le pas au chaud : coliques intestinales, hépatiques ou néphrétiques ; coliques utérines prémenstruelles (grands cataplasmes de farine de lin, injections vaginales chaudes).

B) Contre l'inflammation de l'abdomen

On doit utiliser au début le froid ; plus tard le froid ou le chaud ; pour finir, le chaud.

1° *Quand apparaît un foyer inflammatoire*, qui menace de s'étendre, on peut, par l'application systématique du *froid*, limiter fréquemment l'extension de ce foyer.

Une péricholécystite, une périgastrite, une poussée de pelvipéritonite verront souvent, si elles sont traitées dès le début, leur extension arrêtée par l'application de glace.

A ce stade, le froid lutte mieux que le chaud contre l'extension de l'inflammation.

2° *Quand le foyer inflammatoire est constitué depuis plusieurs jours* (plastron péri-vésiculaire, péricæcal), on peut utiliser *soit le chaud, soit le froid*, suivant les susceptibilités du malade. Cependant la chaleur humide est à ce stade, et comme agent résolutif, au moins aussi efficace que le froid, à la condition toutefois que la chaleur soit correctement appliquée.

L'action résolutive de la chaleur humide sur les foyers inflammatoires abdominaux est parfois tout à fait remarquable. Chez une accouchée du Dr Métivet, par exemple, il existait, 35 jours après son accouchement, un gros foyer de périmètro-salpingite ; l'état général était médiocre et la température oscillante. La simple administration biquotidienne d'injections vaginales chaudes, — à l'exclusion de toute autre thérapeutique — a amené la chute brusque de la température, et en quelques jours une amélioration de l'état local et général.

Le même auteur a vu souvent des foyers de pelvi-péritonite très étendus (surtout si le gonocoque n'est pas en cause), fondre en quelques semaines sous la seule action des injections vaginales chaudes. Cependant, la glace ferait, d'autre part, fondre aussi un plastron péri-appendiculaire, un foyer de péricholécystite ; les réactions du malade serviront de guide.

3° *Quand le foyer inflammatoire est suppuré*, on peut encore souvent obtenir la résorption du pus déjà formé. Mais, si cette résorption n'a pas lieu, on accélère la maturation de l'abcès par l'emploi de la chaleur humide. Il faut ici penser particulièrement à ces foyers d'appendicite pelvienne, contre lesquels le bistouri n'a rien à faire, et dont on hâte l'ouverture spontanée dans le rectum par les injections vaginales chaudes et les petits lavements chauds.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le problème amygdalien.

L'amygdale est souvent coupable ; mais l'état d'esprit actuel, qui aboutit à son ablation en tous les cas, est une exagération manifeste. D'ailleurs, s'il est vrai que l'amygdale peut être enlevée sans dommage, elle n'est pas sans utilité pour l'organisme, et il n'y a pas intérêt à la supprimer le plus souvent possible.

Comme tout autre, L. Dufourmentel connaît les méfaits de l'amygdale, comme son utilité ; il reconnaît la nécessité même de la suppression des amygdales anormalement infectées ; mais il croit qu'il faut réellement constater une infection anormale, c'est-à-dire indiscutablement macroscopiquement, pour songer à en faire la cause de déterminations à distance. Vouloir traiter par l'amygdalectomie tous les malades, qui souffrent du rein, du foie, des articulations, est un leurre. L'auteur croit que la suppression totale de l'amygdale est un acte le plus souvent illogique et néfaste, tout au moins chez l'enfant, et qu'il n'est vraiment justifié que par la répétition et la gravité des accidents locaux. (*Paris médical*, 28 février 1931.)

Il ne faut pas badigeonner la gorge des enfants.

Le Dr E. Feldstein se demande si le badigeonnage des amygdales correspond bien à son but, qui est de combattre, sur place, l'infection amygdalienne et d'en raccourcir l'évolution.

Confié à la mère de famille, il est pratiqué dans des conditions défectueuses ; mal outillée, mal installée, mal éclairée, celle-ci essaie de badigeonner la gorge d'un enfant indocile, qui se défend et qui remue; elle ne peut dire si elle a atteint la région malade.

Le badigeonnage des amygdales est le plus souvent un traitement illusoire, car le badigeonne pénètre pas dans les cryptes amygdaliennes.

D'autre part, si le collutoire est anodin, son action est nulle ; s'il est énergique, il est caustique et ainsi peut entretenir et prolonger une affection, comme si celle-ci résistait aux médicaments, alors qu'elle est entretenue par eux. De ce fait, le badigeonnage, surtout s'il est fréquent ou brutal, constitue un traumatisme indéniable : érosions, petites hémorragies, ensemencements nouveaux.

Pratiquement, les pédiâtres ont renoncé depuis longtemps au traitement local de l'angine diphtérique. Si l'on se rappelle que le bacille diphtérique pullule sur les ulcérations, on reconnaîtra qu'il est illogique d'enlever les fausses membranes au moyen d'un topique : on favorise ainsi leur reproduction et on irrite la muqueuse.

Ce qui est vrai pour la diphtérie, ne l'est pas moins pour les autres angines, quel que soit le germe causal.

Faut-il donc, dans ces conditions, renoncer à tout traitement local d'une angine ? Le gargarisme, le syphonage, le lavage de la gorge, employés sous faible pression, font un nettoyage mécanique et n'ont pas les inconvénients du badigeonnage. Malheureusement, on se heurte ici encore à des difficultés d'application ; et, si un traitement local est vraiment nécessaire, comme dans le cas d'une angine ulcéreuse, fuso-spirillaire, il doit être exclusivement pratiqué par le médecin. (*Journal des Praticiens*, 17 janvier 1931.)

La grossesse après cinquante ans.

Le fait est fort rare ; MM. Vermelin et Vaisfuch en ont recherché les particularités. Bien que les relations physiologiques réciproques apparentes de l'ovulation et de la menstruation semblent fixer la limite de la fécondabilité de la femme à la ménopause, on connaît des cas authentiques de grossesse après la ménopause. L'ovulation n'a pas toujours comme corollaire obligé la menstruation ; on en trouve la preuve dans les gestations survenues avant la puberté, pendant une période d'aménorrhée et après la ménopause. Toutes les fonctions de l'ovaire ne cessent pas forcément à la ménopause, c'est-à-dire à la disparition du flux menstruel. La grossesse retardée peut déterminer un déséquilibre mental plus ou moins considérable, aboutissant parfois à la constitution d'une psychose vraie ; d'autre part, l'obsession de la grossesse peut pousser la malheureuse mère à l'avortement criminel, voire même au suicide.

Malgré l'époque des maladies de la cinquantaine (altérations cardio-vasculaires, rénales et hépatiques), on peut voir la grossesse évoluer dans des conditions normales. Quant à l'utérus lui-même, il se montre très tolérant pour l'œuf; l'avortement est rare et les complications hémorrhagiques placentaires exceptionnelles.

Quant à l'accouchement, chez deux primipares observées, il y eut , pour l'une, un forceps après trois heures de travail, et, pour l'autre, l'expulsion spontanée d'un enfant vigoureux après quinze heures de travail.

Chez les multipares, les conditions mécaniques de l'accouchement sont plus faciles ; la résistance périnéale est nulle, par contre souvent les conditions dynamiques sont mauvaises ; il n'est pas rare d'être obligé de recourir au forceps ou à la version pour extraire le fœtus.

Les incidents des suites de couches ne sont pas plus fréquents , après qu'avant la cinquantaine ; l'involution utérine s'effectue dans de bonnes conditions.

Le fonctionnement mammaire est normal. Dans l'ensemble, l'enfant de mère âgée s'élève bien ; sa croissance, au début tout au moins, ne paraît être modifiée en rien par les conditions de son développement intra-utérin. (*Revue franç. de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1931.)

Les médicaments de la douleur.

La douleur, écrit le Prof. Loeper, peut être le résultat d'une inflammation nerveuse, d'un spasme vasculaire ou digestif, d'une distension ou d'une contusion des tissus. Bien que son mécanisme ne soit pas univoque, la douleur doit être traitée par une même série de médicaments, qui se divisent naturellement en sept catégories : les opiacées ; les dérivés de la pyrazolone (antipyrine) ; les dérivés de l'acide salicylique ; ceux de l'aniline (exalgine-citrophène) ; la quinine, l'aconit, la colchique.

L'action pharmacodynamique de ces sept catégories n'est pas identique. Les uns, comme la morphine et l'opium, semblent agir sur les centres corticaux et diminuer par conséquent la perception de la douleur ; les autres, comme les dérivés aniliniques, les dérivés pyrolés et salicylés, semblent agir, au contraire, sur les centres végétatifs et sur les voies de conduction plutôt que sur les centres de perception de la douleur.

La plupart sont antipyrétiques en même temps qu'analgésiques, spécialement l'antipyrine et la phénacétine, qui contiennent un élément phényl. On est moins fixé sur l'action de la quinine et l'on suppose que le colchique agit surtout sur les terminaisons nerveuses.

On peut réaliser des associations purement analgésiques en combinant les dérivés de la pyrazolone avec les dérivés anilinés ou salicylés. Mais on ne doit jamais associer dans un même cachet les médicaments d'un même groupe, qui ont tous la même action et la même orientation thérapeutique.

L'association avec le chloral ou les médicaments dérivés de l'acide barbiturique font de ces produits des corps non seulement analgésiques et sédatifs, mais encore légèrement hypnotiques. L'élément hypnotique augmente notablement le pouvoir analgésique. On connaît dans la première catégorie l'hypnal, qui est un chloral antipyrine, dans la deuxième l'allonal, qui est un barbiturate de pyramidon.

Beaucoup de réactions douloureuses étant exagérées par le spasme vasculaire et aussi par le spasme de médicaments, comme le pyramidon et l'antipyrine, on peut leur adjoindre la caféine, ou encore la belladone, qui lutte contre l'action spasmodique du parasympathique. (*Le Progrès médical*, 21 février 1931.)

A propos d'un cas d'érythrodermie exfoliatrice post-bismuthique.

L'accident grave, qu'est l'érythrodermie, est exceptionnement constaté après le bismuth et après le mercure ; il est rare après l'arsenic.

Dans un cas observé par le Dr Raoul Bernard, les crises se sont produites après trois injections de bismuth métal pur à 97 % en suspension aqueuse. Ce genre d'accident étant dû la plupart du temps à une hypersensibilité du sujet vis--à-vis du bismuth, du mercure ou de l'arsenic, et non pas à une défectuosité du médicament, on peut se demander si cette troisième injection de bismuth n'a pas simplement déclenché une crise, à laquelle le malade avait été préparé par un traitement intensif, durant deux années, aux arsénobenzènes, celui-ci ayant réalisé une véritable saturation d'arsénobenzènes pentavalents.

Il faut noter, au point de vue désensibilisation, les excellents effets de l'hyposulfite de soude et de l'autohémothérapie. (*Bruxelles médical*, 1er février 1931).

Quand la révision de la cavité utérine immédiatement, après l'accouchement est-elle indiquée ?

Faite en clinique, dans les conditions optima, cette révision pratiquée après l'accouchement peut évidemment donner de bons résultats, en déblayant la cavité de tous les restes de sang, de membranes, etc. Mais, en dehors, il serait imprudent de recommander cette façon d'agir au praticien, obligé de faire ses accouchements dans un milieu beaucoup moins favorable.

Le Dr Keller précise, à son avis, que cette révision s'impose :

1° Dans tous les cas, où immédiatement après l'expulsion de l'enfant et du placenta, une forte hémorragie surgit ;

2° Toujours, là où le placenta est reconnu, comme manifestement incomplet ;

3° Dans les cas où le placenta est suspect, quant à son intégrité, même si la femme ne saigne pas ;

4° De même, quand après l'accouchement, il persiste un léger suintement sanguin, et que l'on a pu exclure, comme causes de ces pertes, toute lésion à l'entrée du vagin ;

5° Toujours, quand on a été obligé de faire une version difficile, de même après l'extraction à travers un col, qui a été rapidement dilaté en rachi-anesthésie, et cela dans le but de constater s'il n'y a pas déchirure du col ou rupture utérine.

6° Jamais, par contre, la rétention des membranes n'a été, pour l'auteur, une indication de faire la révision de la cavité utérine ; et il a toujours vu survenir l'expulsion spontanée de ces membranes pendant les suites de couches sans aucune complication fâcheuse. (*Le Progrès médical*, 7 février 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Diphtérie et sérothérapie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1901 et en 1930.

(M. B. Weill-Hallé. — *Académie de médecine* ; 16-6-1931.)

M. Weill-Hallé rapporte le résumé des observations qu'il a recueillies en 1929-1930 avec ses collaborateurs, dans le service de la diphtérie, qu'il dirige à l'hôpital des Enfants-Malades. L'auteur ayant été jadis interne du professeur Marfan, dans ce même service, a pu comparer ses observations actuelles avec celles enregistrées il y a près de trente ans, en 1901-1902.

Au cours des années 1929 et 1930, 1.210 cas de diphtérie ont été reçus au pavillon d'isolement. Ils ont donné une mortalité d'environ 10 %. En 1901-1902, pour une période de douze mois (au lieu de deux années), le nombre des cas de diphtérie, soignés à l'hôpital des Enfants-Malades, fut de 1.122, ce qui représente un chiffre, par année, de presque le double. La mortalité s'éleva à 12,3 %.

L'auteur conclut qu'en somme, à 28 années de distance, la mortalité proportionnelle a été analogue. Le nombre des cas de diphtérie fut sensiblement moindre, en 1929-1930, ce qui tient sans doute pour une large part au développement de la vaccination anti-diphtérique.

La thérapeutique, en 1930, comme en 1901, est fondée sur la sérothérapie. Mais, tandis qu'en 1901, la dose moyenne de sérum utilisée par malade avoisinait 35 cent. c., en 1930, elle a été deux ou trois fois plus élevée. Remarquons, en passant, que M. Weill-Hallé a abandonné les doses de plusieurs centaines de c.c. en honneur durant ces dernières années, et est revenu à des quantités plus modérées, arrivant au total de 60 à 100 cc.

Le sauvetage de l'équipage d'un sous-marin coulé.

(M. Guglielminetti. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931.)

Le sauvetage de l'équipage d'un sous-marin coulé présente un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, la pression extérieure de l'eau sur le capot empêche celui-ci de s'ouvrir. On y a pallié en installant dans les sous-marins des « sas » dont l'emploi est courant pour pénétrer dans les cloches à plongeur. Le sas rempli d'eau, on ouvre une porte communiquant avec la mer et permettant la sortie du sous-marin. Il semble bien que l'homme ainsi libéré remonte à la surface avec une très grande rapidité, comme un bouchon placé au fond d'un vase plein d'eau.

La seconde difficulté réside dans les accidents de *décompression*, auxquels l'homme parvenu à la surface est exposé. Depuis Paul Bert nous savons que les gaz de l'air que nous respirons sous pression (c'est le cas, ici) se dissolvent dans le sang et les tissus. Au moment de la décompression, ces gaz, libérés, se dégagent brusquement et peuvent en obstruant les petites artères, provoquer des embolies gazeuses, causes de paralysies et même de mort. Pour obvier à ce danger, on a proposé l'emploi d'appareils spéciaux du genre de ceux utilisés par les scaphandriers pour plonger sans être reliés à une pompe respiratoire extérieure. Ces appareils ont permis récemment à six hommes du sous-marin anglais *Poseidon* de remonter en surface. Toutefois, ces appareils ont besoin de perfectionnements et d'être étudiés longuement. Comme toutes choses de ce genre, ils ont le désavantage d'être quelquefois détériorés au moment de s'en servir et d'être encombrants. M. Guglielminetti se demande si un jour, il ne sera pas possible, par des moyens techniques à rechercher, de permettre aux hommes de remonter des sous-marins sans appareils, comme le font les pêcheurs de perles, et sans dommage.

Les périsinusites nasales. Leurs troubles. Traitement par rœntgenthérapie à doses faibles.

(M. Hirtz. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931.)

Examinant de nombreuses radiographies du crâne, M. Hirtz a observé fréquemment des états voilés péri-

sinusiens (périsinusites nasales), qu'il fait dépendre d'une propagation des infections des sinus, et auxquels il attribue un nombre assez important de symptômes variés : céphalées, migraines, névralgies, troubles oculaires, troubles psychiques (diminution de la mémoire, dépression morale, etc.), troubles moteurs , crises convulsives, troubles vago-sympathiques, etc.

Contre cet état morbide, il a employé des irradiations par rayons X assez pénétrants, mais à doses très faibles. Les séances, répétées deux fois par semaine, peuvent être prolongées assez longtemps sans inconvénient. L'auteur aurait obtenu, dans nombre de cas, la disparition ou l'atténuation des troubles accusés par les malades.

Laminectomie lombo-sacrée pour maux perforants plantaires.

(M. Pierre DELBET. — *Société de chirurgie*; 22-4-1931).

M. Delbet présente un malade, chez lequel il a pratiqué il y a 4 ans une laminectomie lombo-sacrée pour maux perforants plantaires. La radiographie avait montré un rachischisis. A l'opération, résection d'un trousseau fibreux qui comprimait le cul-de-sac dural. Les lésions plantaires ont été notablement améliorées, permettant le travail.

A propos du traitement des panaris.

(M. F. M. CADENAT. — *Société de chirurgie*; 15-4-1931)

Commentant des observations rapportées par M. Iselin, M. Cadenat estime également que, dans le traitement de téno-synovites digitales, une action chirurgicale, portant uniquement à la base du doigt, peut non seulement arrêter l'infection, mais aussi donner une qualité de guérison vraiment remarquable.

D'ailleurs, ajoute l'auteur, il faut considérer cette chirurgie des doigts comme plus difficile et plus décevante qu'elle ne le paraît. Pour que nous fassions des progrès, il faudrait que nous puissions voir les malades dès le début et d'emblée faire le nécessaire : ni trop peu (incisions médicales), ni trop (incisions trop profondes inoculant une gaine intacte, incisions trop longues, incisions digitales fonctionnellement mauvaises).

Embolectomie et artériectomie dans les thromboses oblitérantes.

(M. R. LERICHE. — *Société de chirurgie* ; 15-4-1931.)

Bien que sur 9 cas personnels d'embolectomie, M. Leriche ait eu 9 échecs, il ne rejette pas cette opération. Il rappelle que depuis le succès de Labey, il y a eu au moins 34 cas heureux d'embolectomie.

L'artériectomie a, d'autre part, donné des résultats intéressants dans les thromboses oblitérantes, dans les cas d'embolie, vus trop tardivement pour être traités par embolectomie et dans certaines lésions artéritiques. P. L.

Valeur du rapport azotémique pour le diagnostic de l'insuffisance hépatique.

(M. LABBÉ et F. NEPVEUX. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 27-3-1931.)

Les diverses méthodes d'appréciation du métabolisme azoté dans le sang — rapport azotémique, azote résiduel, indice de clivage, indice de polypeptidémie, peptidémie — donnent des résultats concordants, et servent toutes à établir le rapport entre le trouble des fonctions du foie et l'imperfection du métabolisme azoté. Si, de toutes ces méthodes, les auteurs préfèrent la mesure du rapport azotémique, c'est parce que la détermination des chiffres d'urée et d'azote total repose sur des techniques précises, à rendement intégral, qui sont à la fois plus simples et plus courtes à effectuer.

Un cas français de pellagre avec paraplégie.

(MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et J. LEREBOULLET — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-4-1931.)

Chez une malade, observée à la Salpêtrière, un ensemble de troubles imposent le diagnostic de pellagre. C'est une paysanne de l'Oise, âgée de 56 ans, qui a présenté, en août 1930, une faiblesse progressive des membres inférieurs, ainsi que quelques douleurs lombaires ; ces symptômes sont survenus assez rapidement, mais sans s'accompagner de fièvre. Les troubles se sont aggravés ; les béquilles sont devenues nécessaires, enfin la marche a été impossible. Il y a trois ans, avec des signes d'asthénie générale, la malade avait présenté sur les parties découvertes du corps, une éruption érythémato-bulleuse, ayant laissé des lésions cicatricielles très particulières. Enfin, était apparue une paraplégie spasmodique, ne pouvant être rattachée à une étiologie banale : aucun signe de compression médullaire ; à la radiographie, intégrité des vertèbres et des disques. Ni sclérose en plaques, ni syphilis médullaire.

Cependant, les lésions cutanées coexistant avec la paraplégie devaient orienter vers une étiologie tout à fait différente, quoiqu'exceptionnelle. Leur topographie imposait l'idée d'une dermite d'origine solaire, d'une actinite, lésions localisées strictement aux parties normalement découvertes. Cet aspect correspondait très exactement à celui des descriptions classiques de la pellagre dans sa phase cicatricielle. D'ailleurs, plusieurs circonstances étiologiques habituelles se retrouvaient dans ce cas : travail au grand air, avec large exposition à l'action des rayons solaires ; début des troubles à la fin de l'été.

D'autre part, des résultats concordants furent donnés par l'analyse du suc gastrique (hyperchlorhydrie bien marquée comme dans la pellagre) ; début de la maladie, avec coloration anormalement rouge des urines. Tous ces faits, et l'identité des lésions cutanées ainsi que des phénomènes paralytiques avec ceux de la pellagre, rendaient le diagnostic de

pellagre parfaitement légitime. Cependant, il manquait un facteur étiologique classique, celui du rôle de l'alimentation par le maïs, quoique l'importance de ce facteur soit différemment appréciée. Le rôle du déficit alimentaire, soit global, soit en vitamines, ne pouvait être pris en considération chez cette paysanne, qui consommait les produits de son propre jardin.

Mais, étant donné le rôle possible de la photosensibilisation dans la pathogénie du syndrome, il a paru rationnel d'admettre que la malade avait été photo-sensibilisée soit par un produit alimentaire, soit par un corps toxique.

Poliomyélite antérieure chronique syphilitique. Forme pseudo-myopathique.

(MM. P. Harvier, J. Decourt et A. Lafitte. — — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-4-1931.)

Chez une femme de 28 ans s'est développée, de puis 3 ans, une atrophie musculaire progressive, qu'il faut rapporter non à une myopathie, mais à la syphilis. Ainsi la poliomyélite antérieure chronique est capable de revêtir, dans certains cas, un aspect pseudo-myopathique.

Ces faits n'ont pas seulement un intérêt théorique ; ils ont encore une grande importance pratique. Au diagnostic de myopathie correspond un pronostic grave, puisque l'affection est incurable et suit une marche inexorablement progressive ; la descendance est elle-même menacée, puisqu'il s'agit d'une maladie familiale. Mais les lésions du neurone moteur périphérique, à symptomatologie pseudo-myopathique, ont un tout autre pronostic afférent à leur nature. En cas de polynévrite, on peut espérer une guérison complète. La poliomyélite antérieure est plus grave : dans l'observation relatée, néanmoins , la notion de syphilis permet d'escompter une action favorable du traitement spécifique.

Action sur la tolérance hydrocarbonée du drainage des voies biliaires dans un cas de diabète et de lithiase associés.

(MM. P. Harvier et J. Caroli. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 17-4-1931.)

En ces dernières années, on a cherché à démontrer que le diabète pouvait être considéré, parfois, comme une véritable complication de la lithiase biliaire.

Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier un malade, atteint de lithiase vésiculaire et de diabète. Une biopsie du foie, pratiquée au cours de l'intervention, leur a permis de mettre en évidence des lésions inflammatoires et scléreuses du parenchyme hépatique, responsables du diabète. D'autre part, le drainage prolongé des voies biliaires, après cholécystectomie, eut pour résultat, non seulement de faire disparaître des symptômes biliaires, mais de rétablir la tolérance hydrocarbonée.

On croit ainsi pouvoir attribuer à l'hépatite paralithiasique, à la fois, les poussées d'ictère et le diabète.

La coexistence du diabète et des troubles biliaires constitue le point le plus particulier de cette observation. Si on incrimine l'hépatite dans la genèse du trouble métabolique des hydrates de carbone, ce n'est pas seulement en raison de l'importance des lésions histologiques, c'est surtout en raison du parallélisme entre l'amélioration des symptômes biliaires et la disparition du diabète sous l'influence du traitement chirurgical. S'il est exceptionnel d'observer , au cours des cholécystites calculeuses, des troubles aussi marqués du métabolisme hydrocarboné et des lésions aussi considérables du foie, il est assez fréquent, par contre, de constater des déficiences plus légères dans l'assimilation des hydrates de carbone, accompagnant des altérations plus discrètes du parenchyme hépatique : témoin la glycosurie transitoire, qui apparaît parfois après une crise de colique hépatique.

G. F.

Les Congrès.

VI[e] Congrès international de Thalassothérapie

(*Berck-Plage* ; 26-27-28 mai 1931.)

Le VI[e] Congrès international de Thalassothérapie s'est ouvert le 26 mai à Berck-Plage sous la Présidence d'honneur de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. Devant près de trois cents médecins et chirurgiens, français ou étrangers, réunis dans la grande salle de conférences de l'Hôpital maritime de l'Assistance publique, des discours et allocutions de bienvenue ont été prononcés, notamment par le Président du Congrès, M. le Docteur Sorrel, chirurgien de l'Hôpital Trousseau, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, et par M. le Professeur Marcel Labbé, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, président de l'Association internationale de Thalassothérapie.

Il convient de rappeler que la station de Berck fut créée en 1820 par un médecin de Montreuil, le D[r] Perrochaud ; en 1861, l'Assistance Publique de Paris décida de créer le premier hôpital de 100 lits près du phare de Berck, puis, en 1869, de construire un vaste hôpital marin, l'Hôpital marin. Peu après, le baron James de Rothschild créait un hôpital privé, entretenu depuis grâce à la générosité de la famille de Rothschild.

Après Perrochaud, le poste de chirurgien en chef de

l'Hôpital maritime fut occupé successivement par Cazin, puis par le Dr Victor Ménard de 1891 à 1919.

Grâce à ses importants travaux sur la chirurgie osseuse, le nom de Victor Ménard restera parmi ceux des bons ouvriers de la chirurgie osseuse, avec Ollier et Lannelongue.

Après la séance solennelle d'ouverture du Congrès, le ministre de la Santé publique s'est rendu à Etaples pour visiter le dispensaire antituberculeux, puis à Camiers où se construit actuellement un nouveau préventorium.

***

« *Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles* » était la question inscrite à l'ordre du jour au Congrès de Berck-Plage.

M. Delahaye (de Berck) *rapporteur*, expose les données générales du traitement classique, actuellement admis pour la coxalgie et ses séquelles.

Il distingue d'abord le traitement général et le traitement local.

A la base du *traitement général* se trouve la climatothérapie. L'aéro-, la thalasso-, et l'héliothérapie doivent se prêter ici un mutuel concours pour améliorer le terrain, sur lequel évolue la lésion tuberculeuse, et favoriser ainsi sa guérison, ou, tout au moins, en atténuer la gravité. Leurs indications spéciales varieront suivant les cas particuliers. Grâce aux recherches de laboratoire, on peut espérer bientôt trouver la thérapeutique spécifique de la tuberculose, qui sera d'un appui précieux pour le traitement général.

Localement, les soins varieront suivant que le malade sera dans la période évolutive du mal, ou après, la période évolutive.

A la période évolutive, il faut insister sur la nécessité d'une immobilisation en bonne position durant tout le temps : extension continue, appareillage plâtré (plâtre bivalve, plâtre fermé) ; ces deux méthodes ont leurs indications spéciales.

Certaines fistules prolongées sont difficiles à traiter ; très inconstante est l'action des vaccins, sérums, en injections intra-musculaires, des antivirus ou filtrats en pansements *in situ*.

La chirurgie interviendra pour des incidents qui surviennent au cours de l'évolution : attitudes vicieuses, abcès, luxations précoces. Des lésions graves ou multi-fistuleuses pourront nécessiter des interventions de drainage, la résection de la hanche ou la désarticulation.

Malgré le soin apporté au traitement local classique, les aggravations ne sont pas toujours évitées. Certains chirurgiens ont essayé des traitements intra-focaux pour essayer de modifier cette évolution ; mais leurs essais sont restés sans résultats appréciables ; ils ont été abandonnés.

Presque toujours, chez l'adulte et parfois chez l'enfant, la période évolutive demeure longue et traînante . Plus le sujet avance en âge, moins sa guérison est certaine.

La période évolutive est terminée au moment où l'on note certains signes cliniques, ou radiographiques. Les aspects anatomiques sont alors les suivants : pseudarthrose intracotyloïdienne, pseudarthrose extracotyloïdienne, ankylose osseuse.

Cliniquement, la hanche est ankylosée ou mobile, en bonne ou en mauvaise position.

Chez l'enfant, l'ankylose osseuse totale ne permet pas d'assurer une garantie contre une récidive d'abcès ou de fistule. En mauvaise position, elle est aisément corrigée par l'ostéotomie.

Une hanche mobile, en position correcte, n'est avantageuse que si elle reste stable et non douloureuse. Chez l'enfant, sur 161 cas revus par l'auteur de quatre à dix ans, 48 coxalgies se sont terminées par une mobilité utile ; le meilleur critérium est ici l'épreuve prolongée de la marche.

Quant à la hanche mobile en position vicieuse, ou à la hanche mobile instable et douloureuse, la chirurgie moderne a réalisé un progrès remarquable par l'arthrodèse.

L'*arthrodèse* peut être intra-articulaire, extra-articulaire, para-articulaire, mixte.

Les pseudarthroses intra-cotyloïdiennes nécessitent d'abord un curettage et un avivement des lésions résiduelles, dont elles sont si fréquemment compliquées ; puis elles sont justiciables de l'arthrodèse extra-articulaire, type Mathieu-Wilmoth. Même type d'arthrodèse extra-articulaire pour les pseudarthroses serrées, sans destructions importantes, ni lésions résiduelles.

L'arthrodèse extra-articulaire, par avivement pur et simple au ciseau, permet d'obtenir de bons résultats dans les pseudarthroses totales, avec énorme destruction et ascension trochantérienne marquée.

Chez l'adulte, l'ankylose est exceptionnelle ; on rencontre le plus souvent la mobilité désavantageuse. L'absence de décalcification de voisinage, ou tout au moins son faible degré, est un élément heureux pour la mise en place d'un greffon.

Il est à noter qu'on a préconisé l'arthrodèse, même en période évolutive. Cependant il faut opérer, avec bon état général, en dehors des poussées locales et générales, à distance du foyer par le procédé para-articulaire. Les résultats immédiats sont bons et l'intervention, faite à distance, permet d'obtenir des ankyloses solides ; mais il faut attendre encore pour apprécier exactement la valeur de la méthode en pareils cas . Cependant l'arthrodèse para-articulaire est indiquée chez l'adulte car, pour lui, la mobilité n'est pas un élément favorable.

M. Marcel Galland (de Berck), *rapporteur*, rappelle le caractère du cyclisme évolutif de la tuberculose osseuse : première année, ensemencement ; deuxième année, ulcération ; troisième année, sclérose de limitation des lésions.

L'interventioniste est celui, qui pratique, habituellement et de principe, des interventions intra-focales en période évolutive et surtout au début ; il ouvre un

abcès froid ; il évide une lésion avec plombage ou remplissage de la cavité au moyen de greffes osseuses ; surtout il opère avant le dix-huitième mois, avant que la lésion soit limitée.

Cependant l'interventioniste ne peut nous fournir aucune statistique importante, aucune statistique à long recul ; on doit abandonner sa méthode.

D'autre part, le conservatisme intégral, par absence de tout traitement chirurgical, semble périmé.

Le traitement conservateur ne donne de bons résultats, que s'il est entrepris dès le début , et d'emblée strictement. Voici, de quelle manière il faut le comprendre : coucher le malade sur un plan dur ; l'immobiliser strictement (plâtre, extension) pendant deux ans et demi chez l'adulte, trois ans chez l'enfant, ne pratiquer d'intervention intra-focale qu'exceptionnellement (séquestre ou fistule mal drainée), ou tardivement (après le 18e mois), mais recourir largement aux opérations orthopédiques ou fonctionnelles nettement extra-focales, ou même à l'arthrodèse précoce extra-articulaire, s'il vient à être démontré à longue distance (dix ans) que ses résultats sont supérieurs à ceux des méthodes actuelles.

L'auteur insiste sur le rôle du terrain ; puis il décrit en détails la pratique de l'immobilisation stricte, qu'il faut préférer à l'immobilisation avec déambulation précoce. Il étudie minutieusement le traitement orthopédique pendant l'évolution, la façon de lutter contre les attitudes vicieuses, le traitement de convalescence.

Le traitement conservateur, ainsi conduit , ne donne d'ailleurs que 17 p. 100 de stabilité articulaire (ankylose osseuse ou fibreuse serrée, seul résultat fonctionnel satisfaisant) pour 53 p. 100 de hanches mobiles avec tous leurs inconvénients, et 30 p. 100 de mobilité minime, mais gênante.

En effet, les échecs, les séquelles redoutables de la coxalgie sont le fait de la mobilité persistante : attitudes vicieuses progressives, crises douloureuses, abcès à répétition, boiteries. La coxalgie ankylosée en attitude correcte présente le minimum de boiterie.

Les inconvénients de la hanche mobile représentent les indications de l'*arthrodèse* tardive dans la coxalgie. Ces indications sont des plus étendues : 50 à 80 p. 100 de coxalgies guéries : sur 378 arthrodèses, les arthodèses intra-articulaires donnent environ 69 p. 100 de succès, tandis que les arthrodèses extra-articulaires atteignent le pourcentage de 87 p. 100 de succès. Il semble que dans la coxalgie la consolidation soit d'autant plus rapide que la maladie est moins récente. On conseille l'emploi de greffons aussi nombreux et volumineux que possible, tant au point de vue mécanique qu'en considération du rôle eutrophique, joué par la présence même du greffon.

En résumé, les indications de l'arthrodèse tardive sont évidentes ; mais on ne peut encore se prononcer sur l'arthrodèse précoce.

L'auteur termine par une étude sur les autres indications opératoires, le traitement physique et biologique, le traitement général et climatique.

(*A suivre.*)

Les Livres

AU BON PLAISIR,
2, rue Romiguières, Toulouse.

Docteur Raymond GROC, — **Pour Toi, Si Tu Veux !** Recueil de nouveaux quatrains, illustré de nombreuses phototypies. Edition de luxe (50 exempl. sur Madagascar, 350 exempl. sur Lafuma. Prix : 50 fr.)

Sont-ce les phototypies qui illustrent les vers ? Ou les vers ne sont-ils là que pour habiller des phototypies..... infiniment déshabillées ?

Des prétextes et non des légendes, nous répond l'auteur dans sa préface, — vibrant plaidoyer en faveur des réalisations artistiques que peut réussir la photographie habilement maniée, surtout si, quand il s'agit de nus, « l'objectif » a su devenir « subjectif », au gré de la « sensibilité » propre de l'opérateur, de ses « façons de sentir, de voir, de comprendre et d'aimer ». Tant est-il que certaines de ces phototypies sont, en vérité, fort bien venues, avec des clairs et des ombres qui s'opposent harmonieusement, où la lumière a été toujours si savamment dosée et distribuée, qu'une impression de chaleur se dégage, et de vie aussi, de cette chair quasi vivante, qui palpite, toute. Vivante, certes, — et Groc se défend d'avoir voulu parer son recueil de banales poses académiques, puisqu'il s'est efforcé au contraire de « fixer des corps, tels que nous les livre la vie courante, des corps avec le moins de défauts possibles évidemment, mais suffisants toutefois pour les laisser exactement et réellement humains. »

Du texte lui-même, que dirai-je sinon que c'est, tout au long, l'hymne, le plus païen qui soit, à la nudité féminine, saisie dans l'émoi, qui compte seul, du plaisir physique donné et reçu ?

Ne vous y fiez pas pourtant ! Quand, vous aurez goûté l'alacrité de Groc, ne lui reprochez pas, pour l'attrait d'une rime riche, sa sagacité. Admirez plutôt sa fécondité, habile à étaler apparemment un cynisme qui n'est peut-être, à vrai-dire, qu'une façade, un barrage, derrière lesquels se dérobe et se défend sa spiritualité. Etreintes, spasmes, plaisir, qu'est-ce sans l'amour, même pour Groc ? Vous en doutez ? Lisez- ce quatrain :

Si l'ombre de l'Amour, dédaigneux ou complice,
N'idéalise un peu le plus pressant désir,
Qu'il paraît fade et loin, quelles froides délices,
Que ce beau corps étreint, même au vif du plaisir !

Et celui-ci :

Pourquoi pleurer entre mes bras, puisque je t'aime
Et que ton cœur est sûr de moi ?
— C'est que je cesse, entre tes bras, d'être moi-même
Pour ne plus vivre que par toi !

Et encore cet autre :

Enfin, à ma merci, le voilà nu, ton corps...
Et pourtant, quelque chose, intimidant ma bouche
Le voile et le défend : ton amour, chaste encor
Que ton propre désir, qui s'éveille, effarouche !

Et parce que Groc, symphoniste averti des vibrations sensuelles, s'efforce à la notation subtile de toutes les nuances du plaisir charnel, ne vous hâtez pas d'affirmer qu'il n'exalte la sensation qu'en raison inverse de son mépris pour le sentiment.

Franchise, brutalité : attributs qu'il s'accorde orgueilleusement, cyniquement, me direz-vous. Soit ! Je réponds : Dépit... amoureux ! Regrets ! Peut-être Et si je pouvais gratter, sur la page de couverture, l'altière rose qui rougeoie de lueurs aphrodisiaques, je ne serais qu'à moitié surpris de trouver, derrière elle, la petite et humble fleur bleue des exquises sensibilités du cœur.

Un conseil pourtant, en terminant : que POUR TOI, SI TU VEUX, soit pour Vous, si vous le voulez, mais pour *Vous seuls*, et tenez sous clé, cette luxueuse, mais excitante édition !

G. DUCHESNE.

Librairie FÉLIX ALCAN.
108, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.

Dr Pierre MÉNARD. — **L'Ecriture et le Subconscient. Psychanalyse et graphologie.** (Prix : 20 fr.)

L'Ecriture est l'inscription graphique de gestes automatiques, Elle soulève des problèmes du plus haut intérêt : ceux de la subconscience et ceux de l'importance et de la signification de nos gestes, problèmes que l'auteur étudie dans cet ouvrage. Le Dr P. Ménard définit la graphologie « une méthode scientifique d'étude du subconscient ». Il montre tous les services que cette méthode peut rendre pour l'étude objective de l'instinct sexuel, du refoulement et de la psychanalyse en général.

Il faut, en graphologie, distinguer les signes graphiques des signes graphologiques, c'est-à-dire l'observation des gestes de leur interprétation. L'auteur groupe les gestes et les mouvements graphiques en cinq classes qui sont : l'énergie, la direction, l'étendue, la forme et le rythme. Peu de travaux ont encore paru sur le rythme, et cependant le rythme est d'une importance capitale en graphologie. Le Dr P. Ménard consacre au rythme un long et original chapitre. « Tout le subconscient, dit-il, est inscrit dans le rythme de l'écriture. »

L'*Ecriture et le Subconscient*, en faisant voir la graphologie sous son vrai jour, contribuera à répandre dans les milieux scientifiques une méthode psychologique trop peu utilisée.

EDITIONS MÉDICALES N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

P. MONNIER. — **Parvianalyse clinique des urines et des autres liquides de l'organisme, techniques, séméiologies, interprétations.** (Un fort vol. in-8 de 445 pages avec schémas et figures dans le texte, 1931. Prix : 65 francs.)

Cet ouvrage est utile aux techniciens de petits laboratoires, car il rationalise le travail, simplifie l'appareillage et les techniques. L'adaptation de ces techniques à de faibles prises d'essai permet en outre de réaliser une économie notable de réactifs et de produits à analyser (d'où le nom de *parvianalyse.*)

Dans une première partie sont exposés les principes de la méthode parvianalytique, avec description de l'appareillage simplifié, et formules de tous les réactifs utilisés en parvianalyse, avec la technique de leur préparation et de leur ttigaer.

La deuxième partie donne les techniques parvianalytiques de recherche et de dosage des éléments normaux et anormaux de l'urine et des autres liquides de l'organisme. L'étude technique de chaque élément est suivie d'une note séméiologique, indiquant sa valeur physio-pathologique, d'après les plus récents travaux.

Enfin, la troisième partie, consacrée à l'interprétation clinique des analyses, donne une méthode rationnelle pour présenter avec clarté les résultats de chaque examen, groupe ces résultats en divers syndromes urologiques, correspondant à des troubles pathologiques déterminés, pose enfin d'utiles règles pour rédiger, pour lire et interpréter le rapport d'analyse.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

NOUVELLES VARIATIONS SUR LA PLÉTHORE MÉDICALE

Comment réduire le nombre des étudiants en médecine et des médecins

J'ai reçu la lettre suivante :

J'ai lu avec intérêt vos articles sur la pléthore médicale. Il me semble difficile, sinon impossible, d'envisager un concours, car il y a beaucoup de facultés ou d'écoles de médecine, et comment répartir entre elles les admis ? Tout le monde reconnaît qu'il faut aux médecins une culture générale ; pourquoi ne pas exiger d'eux comme jadis le baccalauréat latin-grec philosophie, et le baccalauréat ès-sciences restreint. ? Il y aurait de cette façon beaucoup moins d'étudiants, car la possibilité donnée, sous un prétexte d'égalité probablement, au possesseur de n'importe quel baccalauréat, de faire sa médecine, a augmenté certainement le nombre des postulants. Le baccalauréat ès-sciences restreint donnait déjà pas mal de connaissance des sciences physiques et naturelles et on pouvait les perfectionner en première année de doctorat, avec l'anatomie et l'embryologie et quelques travaux pratiques. Il n'est pas nécessaire, pour être médecin, d'avoir fait tous les travaux pratiques du P. C. N.; personnellement, je les ai oubliés très vite. J'ai été recalé au restreint, parce que je n'avais pas étudié suffisamment l'histoire naturelle pour faire une composition écrite raisonnable.

Il ne serait pas plus anti-démocratique de demander pour la médecine ces deux diplômes, que d'exiger des connaissances spéciales pour Saint-Cyr, Polytechnique, Centrale, etc., etc. ; ce serait une sélection à la base, car bien des étudiants ne se décident pour la médecine, que lorsqu'ils ont leur baccalauréat.

En tant que père de famille et médecin, je trouve aussi stupide le nouveau système des études de doctorat. Mon fils, en fin de première année, vient de passer son examen d'anatomie : il a été reçu ; mais je trouve qu'il eut été bien préférable qu'il le subisse comme jadis entre la 6e et la 8e inscription et ait disséqué deux hivers. Il aurait pu revoir son anatomie plusieurs fois et pendant les vacances ; il l'aurait sue d'une façon plus approfondie et s'en serait mieux souvenu ; l'année prochaine il l'oubliera, occupé par d'autres branches.

Cela l'a empêché aussi de profiter des leçons de clinique médicale et chirurgicale qu'il a suivies à l'hôpital de Reims, car absorbé par l'anatomie, il n'a pu lire aucune question de pathologie.

Après un an de médecine, nous avions effleuré en pathologie les questions intéressantes. Cela nous permettait de nous présenter à l'internat de l'hôpital de Reims, dont le programme était sélectionné, et le cours de nos études et de notre pratique s'en ressentait favorablement.

Le système ancien faisant passer les examens par matière, après un certain nombre d'inscriptions, permettait aux candidats de bien étudier chaque matière spécialement et de ne se présenter que lorsqu'ils étaient bien préparés.

On m'objectera que, de cette façon, les étudiants ne se pressaient pas et travaillaient moins ; qu'en les obligeant à se présenter à chaque fin d'année, on les oblige à travailler davantage. Mais puisqu'il y a pléthore, qu'est-ce que cela peut faire ? Si certains étudiants ne travaillent pas, on n'a pas à s'en occuper ; il y a les examens qui doivent prouver leurs connaissances : le reste importe peu ; que les examinateurs ne cherchent pas la petite bête, mais soient sévères pour les connaissances pratiques et indispensables.

Etant docteur et ayant abandonné l'anatomie depuis un moment, j'ai assisté à des examens à la Faculté ; en particulier, j'ai vu le Professeur Poirier présenter des os à des candidats, leur poser sur eux des questions bien simples : certains ne savaient absolument rien, et j'ai admiré la patience du Professeur cherchant à tirer quelque chose de leur ignorance.

A la fin de mon stage d'accouchement, le Patron a posé des questions : il a présenté à un camarade un forceps Tarnier démonté : il ne paraissait pas l'avoir vu, même dans un livre et plaçait les branches, la convexité de l'une dans la concavité de l'autre. Il a eu son certificat de stage, et il m'a été refusé parce que j'avais eu le malheur de partir une ou deux fois avant la fin de la visite et de ne pas répondre à une question sur l'éclampsie, suivant les vues du Patron.

J'avais vu ma première éclampsie, étant externe à l'hôpital de Reims 3 ans auparavant.

A mon avis, ce n'est pas la modification à chaque instant des programmes qui fera des médecins instruits, mais surtout l'équité, l'impartialité des examinateurs qui doivent exiger des candidats des connaissances réelles et pratiques, donnant des garanties pour l'exercice de notre art.

Pourquoi aussi a-t-on jeté après la guerre dans la pratique des jeunes médecins qui n'ont pas fait les études réglementaires, sous prétexte qu'ils avaient été mobilisés, parfois seulement 1 ou 2 années, alors que les praticiens d'avant 1914 l'ont été 4 années ?

Dr Muller.

***

Le projet que j'ai présenté ici-même, le 1er mars dernier, m'a été inspiré par un renouveau d'avis favorables à l'institution d'un concours d'entrée dans les centres médicaux d'enseignement. Personnellement convaincu que cette mesure conduirait à une sorte de fonctionnarisation, j'ai cherché à imaginer un régime susceptible de sauvegarder la plus grande part possible des traditions auxquelles nous devons demeurer attachés.

On m'a fait de nombreuses objections, et je n'hésite pas à reconnaître que ces objections avaient toutes une certaine valeur. Et j'ai répondu que je ne tenais pas, mais pas du tout, à ce concours, dont pourtant je fus, il y a trente ans, un des premiers à envisager l'éventualité.

Il faut croire que cette idée possède une puissance de séduction considérable, puisque, malgré tous les arguments qui ont pu être fournis contre elle, elle trouve chaque jour de nouveaux partisans.

Le professeur Chavigny, dans l'ouvrage que j'ai analysé le 12 juillet, entrevoit le concours comme une mesure à laquelle on sera amené sans doute à se rallier.

Le professeur Audibert, de Marseille, dans sa leçon inaugurale le 24 novembre dernier, a préconisé, comme remède à la pléthore, un concours d'admission dans les Facultés et Ecoles de Médecine : « On se demande, a-t-il dit en substance, pourquoi ce qui est bon pour les grandes Ecoles, telle l'Ecole Polytechnique, ne le serait pas pour la médecine ».

Le professeur Carriere, de Lille, dans le *Siècle Médical* du 23 juillet, reprenant à son compte tout ce que d'autres avaient dit, depuis longtemps, avant lui :

« Je demanderais, dit-il, que, comme cela se passe pour les écoles vétérinaires, il y ait à l'entrée des Facultés de médecine, un concours d'admissibilité, à nombre limité de places, large si l'on veut, mais limité et proportionné aux facilités d'enseignement dont disposent les Facultés. Pourquoi ne pas faire ce qui se fait pour les écoles de médecine navale, coloniale ou militaire ? »

Oui, pourquoi ne pas le faire, si, ses études médicales terminées, le jeune médecin civil est pourvu d'un poste par l'Etat tout comme son camarade de l'armée, de la marine ou des colonies ? Ou comme le jeune polytechnicien, qui, selon son rang de sortie, devient ingénieur ou officier ?

M. Carrière envisage, comme nous le fîmes nous-mêmes, d'autres mesures propres à limiter le nombre des étudiants : la sévérité aux examens de fin d'année, avec épreuves écrites anonymes ayant valeur de sanction éliminatoire.

Et cela, non pas seulement au début des études, comme d'aucuns, dont je suis, l'ont réclamé, mais jusqu'à la fin. Si bien qu'un étudiant, parvenu à ses examens de clinique, et qui s'y montrerait insuffisant, n'en serait pas moins exclu, définitivement au besoin.

Excellent moyen pour recruter des illégaux de l'exercice de la médecine. Comme s'il n'y en avait pas déjà assez !

« J'en connais un (étudiant), ajoute-t-il, qui a été refusé trois fois à ses cliniques pour incapacité grossière et notoire et qui exerce froidement à la place d'un médecin dont il a acheté la clientèle. »

Comment ? Il n'a pas complètement terminé ses études, il n'est pas docteur, et il peut cependant exercer... froidement ? Et personne ne le poursuit à raison de l'illégalité de sa situation ? Convenons que c'est étrange !!

Mais convenons surtout qu'un étudiant sérieux, qui a franchi sans encombre toutes les étapes de sa scolarité et de ses examens, et qui arrive jusqu'à ses cliniques, ne saurait s'y montrer grossièrement et notoirement insuffisant. Ou s'il en fut ainsi, il n'est pas possible qu'il n'ait pas montré la même insuffisance aux diverses épreuves qu'il a affrontées durant les quatre années précédentes. Et s'il a triomphé de ces épreuves, nonobstant, c'est qu'il a eu des jurys en vérité accommodants...

Il est impossible qu'un étudiant parvienne jusqu'à ses cliniques pour y échouer par insuffisance notoire et grossière, s'il a été scrupuleusement examiné et jugé précédemment, à moins qu'il ne soit devenu fou dans l'intervalle. L'élimination, limitée à la fin de la première année, empêcherait la possibilité de pareille aventure.

J'ajoute d'ailleurs que, si le stage clinique était organisé comme il le mériterait, on ne devrait pas avoir à constater des échecs de ce genre, aux examens terminaux.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et c'est bien ce que nous déplorons. Dans certains services hospitaliers parisiens, on compte jusqu'à 80, 100 et 150 stagiaires. Comment veut-on, de bonne

foi, qu'ils puissent être surveillés, contrôlés, interrogés ? Comment veut-on qu'ils puissent *tous* approcher des malades, les étudier, prendre leur observation, et faire ainsi leur apprentissage ? Soyons logiques, et puisque nous connaissons les insuffisances de l'enseignement, réclamons énergiquement une meilleure répartition hospitalière des stagiaires.

Les services, à Paris du moins, pourraient être facilement dédoublés. Des médecins ou chirurgiens des hôpitaux ont quatre salles, de chacune 25 lits, ce qui représente 100 malades, sans compter les brancards. Qu'arrive-t-il ? C'est qu'ils n'ont le temps de voir que quelques-uns d'entre eux chaque matin.

Un service bien compris devrait compter 50 lits, avec un chef de service, un interne, cinq externes et dix stagiaires, en médecine ; deux internes, sept externes et quinze stagiaires en chirurgie.

Alors, le patron pourrait s'occuper de chacun de ses élèves, et s'il n'avait pas toujours le temps de s'intéresser aux progrès de chacun d'eux, il aurait la ressource de se faire suppléer par son ou ses internes. qui seraient rétribués à cet effet, comme je l'ai déjà réclamé !

Je persiste à penser que c'est avant l'immatriculation des études qu'il convient de procéder à une première sélection, qu'un baccalauréat mieux compris pourrait réaliser. C'est ce que demande le Dr Muller, dont j'ai reproduit la lettre au début de cette chronique.

Mais je ne crois pas, toutefois, que l'on puisse préférer comme baccalauréat mieux compris le baccalauréat latin-grec, que le nouveau projet de loi Armbruster modifié, à la suite de l'intervention au Sénat du Professeur DEBIERRE, exige de l'aspirant aux études médicales.

Un tel baccalauréat sanctionne une formation à peu près exclusivement littéraire, alors que les sciences biologiques, qui sont à la base de la médecine, s'appuient sur les sciences physiques, chimiques et naturelles, lesquelles présument elles-mêmes un certain rudiment de mathématiques.

Le cycle latin-sciences, au contraire, rappelant ce que nos anciens et nous mêmes avons connu et acquis, paraît convenir excellemment au futur médecin. Je sais bien qu'il ne manque pas aujourd'hui d'esprits se disant avertis, même au sein de l'Université, pour clamer l'inutilité du latin, et prétendre que de bonnes études modernes peuvent aboutir à une formation intellectuelle suffisante pour aborder l'enseignement supérieur ; qu'il s'en trouve pour affirmer que la gymnastique spirituelle représentée par la traduction d'un texte de Virgile ou de Taite peut être parfaitement remplacée par la traduction d'un texte de Dickens, de Walter Scott, de Stuart Mill, de Gœthe, de Schiller, etc., etc.

C'est une controverse dans laquelle j'hésiterais à faire ma partie, en présence de contradicteurs du milieu. Mais par ce que j'ai retiré personnellement de mes humanités, et de ce que j'ai vu autour de moi, je continue à croire que ces humanités représentent encore ce qu'il y a de mieux pour former des hommes.

Cette loi Armbruster, dont un article seulement a été voté par le Sénat, doit définir le statut des étrangers postulant nos diplômes d'Etat et d'Université. En attendant, le Ministre de l'Instruction publique a pris des arrêtés que nous avons publiés *in extenso* le 9 août dernier.

De son côté, l'Académie de Médecine, pour clore la discussion amorcée par la communication du Professeur E. Sergent, a voté les conclusions du rapport qu'on lira ci-après.

On s'étonnera peut-être du plaidoyer vibrant du professeur Sergent en faveur des Roumains. On doit reconnaître qu'il s'appuie sur des arguments dont on ne saurait nier la puissance : les CANTACUZÈNE, les DANIÉLOPOLU, les JONESKO... « as » de la médecine roumaine, furent anciens internes des hôpitaux de Paris.

D'ailleurs, ce n'est pas contre leurs imitateurs que nous nous élevons, et nous ne pouvons que nous enorgueillir de ce que des princes de la science médicale, à l'étranger, soient de formation française.

Il y a cependant, dans l'intervention du professeur Sergent, une affirmation qui est en désaccord avec le rapport du professeur Balthazard au Conseil supérieur de l'Instruction publique, que j'ai sous les yeux. D'après M. Sergent, M. Balthazard aurait chiffré à six ou sept le nombre des Roumains qui s'installeraient en France chaque année.

Or, voici les propres phrases extraites de ce rapport :

« ..... La médecine française est menacée d'une véritable invasion roumaine. *Dans cinq ans, cinq cents médecins roumains exerceront la médecine dans nos campagnes et surtout dans nos villes.* Combien seront-ils dans dix ans si l'on n'avise rapidement à écarter le danger ? »

Ce n'est plus à la cadence de 6 ou 7 par an, mais de Cent, que nos statistiques enregistreront l'appoint roumain, cet appoint que M. Balthazard, à plusieurs reprises, a qualifié d'indésirable, dans notre population médicale.

Il y a un autre privilège, dont bénéficient les étudiants roumains, mis également en lumière, par le Doyen, et que je n'hésite pas à qualifier de monstrueux : «..... sans réciprocité d'aucune sorte, les Roumains font pour la plupart une grande partie de leurs études médicales *gratuitement* : à partir du début de la troisième année, il leur suffit d'adresser une demande d'exonération de droits d'inscriptions et de travaux

pratiques, pour que cette exonération leur soit *automatiquement* accordée... ».

Tout cela a déjà été dit. Il convient cependant de le répéter, pour montrer que nous ne sommes atteints d'aucun sentiment de xénophobie mesquine et rageuse.

Puisque la pléthore, dénoncée publiquement par le Professeur Sergent, a pour cause partielle un afflux d'étrangers et surtout de Roumains, provoqué par les étranges facilités dont ils jouissent, le premier remède qui s'impose consiste à opposer une digue à cet afflux. La loi Armbruster, amendée dans le sens voté par l'Académie, ferme cette digue, dans des conditions qui demeurent suffisamment libérales. Souhaitons-en le vote rapide. Et félicitons-nous, en attendant, du geste d'un Ministre de l'Instruction publique averti, qui a pris des mesures préservatoires dont l'opportunité s'imposait.

G. DUCHESNE.

***

Rapport sur la question de la pléthore médicale

présenté à l'Académie de médecine au nom d'une Commission composée de :
M. QUÉNU, *président*,
MM. SIREDEY, SERGENT, GOSSET, CARNOT, J.-L. FAURE, et M. BALTHAZARD, *rapporteur* (1).

La Commission, que vous avez nommée à la suite de la communication de notre collègue, M. Sergent, a tout d'abord constaté la rigoureuse exactitude des faits signalés.

Examinant les statistiques publiées par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, elle s'est rendu compte que l'encombrement de la profession médicale en France tient pour une part importante à la facilité avec laquelle on autorise les étrangers à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

La Commission vous propose donc d'approuver pleinement la proposition de loi Armbruster, déjà votée en première lecture par le Sénat. Tout étranger, désireux d'exercer la médecine en France, devra satisfaire aux mêmes conditions que les Français : posséder le baccalauréat français, acquérir la naturalisation avec les charges militaires qu'elle comporte.

Il a semblé cependant qu'il importait de conserver un avantage aux Roumains et aux Mauriciens « en vertu des coutumes traditionnelles établies entre la France et la Roumanie depuis plus d'un demi-siècle », ainsi que le dit le nouveau texte présenté à la deuxième lecture devant le Sénat par le rapporteur, M. le Dr Dentu. Mais contrairement aux dispositions proposées, votre Commission estime que c'est à la fin des études, et non au début, que devrait être faite la sélection des étudiants admis à postuler le diplôme d'Etat. La dispense du baccalauréat français et de la naturalisation apparaîtrait ainsi comme une récompense, basée uniquement sur la valeur des études et non comme une faveur plus ou moins justifiée.

La Commission vous propose donc le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, convaincue des dangers que l'encombrement ferait courir à la profession médicale, demande au Parlement de voter rapidement les dispositions de la proposition de loi Armbruster.

« Mais, pour maintenir intactes les bonnes relations médicales avec la Roumanie, l'Académie de Médecine émet le vœu que chaque année, parmi les étudiants roumains, ayant poursuivi leurs études médicales en France, il en soit désigné un certain nombre, à qui serait accordé le diplôme d'Etat, sans qu'ils aient à satisfaire aux conditions de la loi Armbruster (leur nombre ne devrait pas dépasser quinze par an pour l'ensemble des Facultés françaises). »

M. Emile SERGENT : Je tiens d'autant plus à m'associer aux paroles du doyen Balthazard, que c'est moi, qui ai soulevé devant l'Académie la question de la pléthore médicale, et qui ai provoqué la nomination de la Commission dont nous venons d'entendre une conclusion. J'insiste auprès de mes collègues pour qu'ils adoptent le vœu que la Commission leur propose. En effet, la loi Armbruster, qui vise essentiellement à défendre l'avenir de la profession médicale en France, en mettant un frein à l'afflux de plus en plus considérable des médecins étrangers, aurait pour conséquence immédiate, si elle n'était pas amendée, de heurter l'amour-propre d'un grand pays qui nous est fidèlement attaché, en brisant un privilège, qui lui a été concédé en 1857 : les étudiants roumains ont, de droit, le diplôme d'Etat, qui leur confère le droit de libre exercice de la médecine en France. C'est, pour une très grande part, à ce privilège que nous devons l'inappréciable honneur de voir nos méthodes d'enseignement médical appliquées en Roumanie ; c'est à ce privilège que nous devons le grand honneur de voir, parmi les grands maîtres de la médecine en Roumanie, nombre d'anciens élèves de nos Facultés, d'anciens internes de nos hôpitaux. Ce privilège a été accordé à une époque, où la Roumanie n'était encore que la Principauté de Moldavie et de Valachie. La Roumanie est devenue un royaume,

(1) *Académie de médecine*, séance du 7 juillet 1931.

qui est devenu plus grand encore depuis la dernière guerre. Si bien que le privilège s'étend, lui aussi, et devient pour nous une menace, une cause de pléthore. Est-ce à dire qu'il faut abolir ce privilège ? C'est contre une semblable mesure que nous nous élevons, car elle aurait pour résultat immédiat de blesser nos amis roumains et de provoquer la rupture du lien, qui nous unit à eux. N'abolissons pas ce privilège ; maintenons-le dans les limites, qu'il n'a jamais dépassées jusqu'ici. Le doyen Balthazard nous a dit que la moyenne des Roumains, qui restent en France pour y exercer la médecine, se tenait entre 6 à 7 chaque année. Si, en plein accord avec plusieurs de nos grands collègues de Roumanie, nous demandons que 12 à 15 diplômes d'Etat soient dorénavant accordés chaque année aux étudiants roumains en fin d'études, nous maintenons le privilège, nous l'élargissons même. Ce faisant, nous donnons satisfaction au légitime désir de nos amis roumains, et, en même temps, nous brisons la menace dont nous ne pouvons méconnaitre l'importance pour l'exercice de la profession médicale en France.

Qu'il me soit permis de dire que ceux d'entre nous, qui sont allés en Roumanie, qui comptent en Roumanie de bons et nombreux amis, sont mieux placés que quiconque pour juger la question. Ecoutez leur voix. Je pourrais, pour ma part, vous lire les nombreuses lettres que j'ai reçues d'amis roumains sincèrement attachés à la France, qui demandent le maintien du *statu quo*, arguant que la suppression du privilège heurterait le sentiment national et risquerait de tourner contre nous bon nombre de leurs compatriotes. N'oubliez pas que l'Allemagne fait une propagande ardente et constante en Roumanie. Ne perdez pas le prestige, que vous avez encore dans ce grand pays. Adoptez le vœu de votre Commission, qui permettra au Parlement, lorsque la loi Armbruster reviendra en deuxième lecture, d'apporter un amendement dont la Roumanie saura apprécier la valeur et la signification morale.

Les conclusions du rapport de M. Balthazard, mises aux voix par M. le Président, sont adoptées.

HYDROLOGIE

Pour un médecin, comment profiter de son séjour à Vichy ?

Deux années de suite, je me suis débarrassé à Vichy des intoxications lentes et progressives, dues à une alimentation de plus en plus adultérée, par une mercante honteusement enrichisseuse.

A nouveau, je suis retourné, ces jours derniers, dans cette belle station balnéaire, à l'occasion du Congrès international de médecine coloniale. Et je tiens à donner les quelques réflexions, que m'ont suggérées mes différents séjours, comme malade, comme médecin praticien, comme congressiste.

J'élimine d'abord le repos enchanteur, dans cette ville, où l'on peut à la fois s'isoler dans les grands parcs du Casino, des sources, ou dans ceux de l'Allier, lorsqu'on a besoin de calme et de silence, comme ensuite goûter tous les charmes de la conversation, des fréquentations amicales, confraternelles ou autres, au hasard des nombreuses rencontres, faites aux sources, ou dans le grand Casino.

Je laisse également de côté cette hospitalité si généreuse, accordée au Corps médical par la Compagnie fermière : ce ne sont pas seulement les congressistes, ou les membres d'un voyage d'études, qui sont reçus avec une hospitalité plus qu'écossaise, tellement elle est large, mais aussi les confrères de passage, comme ceux qui viennent faire une cure, qui trouvent accès gratuit au casino, dans l'établissement thermal : le médecin se sent chez lui ; il est flatté de la considération qui l'entoure : cette cité, où l'on guérit nos malades, est heureuse de considérer le médecin praticien comme un collaborateur précieux et on le lui fait bien voir !

Ce qui frappe avant tout, lorsqu'on parcourt la ville de Vichy, c'est cette grande propreté, le grand ordre qui règne partout, cette lumière, se réfléchissant sur des immeubles fréquemment ravalés, donnant cette même impression de luminosité riante, que j'aime tant admirer à Cannes ou à Nice.

Même propreté minutieuse dans ce vaste établissement thermal, qu'on fait visiter en détail aux médecins : une cure complète peut être suivie, tant à la douche percutante, qui vous redonne force et vigueur, qu'à la douche massage sous l'eau, sans parler des bains complexes, même carbo-gazeux ou des douches baveuses chaudes sur la région hépatique, si utiles à tous les gastro-hépatiques, que nous sommes plus ou moins, grâce à ces messieurs de l'alimentation.

Plus loin, nous parcourons les salles de radiologie, de traitement par les bains de lumière, la diathermie, etc.

Que dire de la grande salle de mécanothérapie, sinon, comme me le soufflait ce grand animateur du cinéma éducateur, qu'est notre confrère le Dr de Courtry, qu'il faudrait filmer des séances de mécanothérapie, animer ces appareils, à première vue renouvelés des Chinois et

montrer sur l'écran cette activation musculaire et articulaire, qu'on nous a démontrée sur place.

Les établissements, bien qu'immenses, sont encore trop étroits : de nouvelles constructions remplaceront, l'an prochain, les bains actuels de seconde classe et permettront également de construire une vaste piscine, plus spacieuse que l'actuelle piscine, qui me rappellera celle de Saint-Honoré-les-Bains, qui, pendant les chaleurs de l'été, devenait le rendez-vous de tous les amateurs de natation.... et ils étaient légion.

On pourra également utiliser en grand les propriétés spéciales de la source Lucas. Notre confrère Mazurié nous montra les bains de visage, que des élégantes prenaient pour réparer les outrages, non pas des ans, mais de l'usage des fards et autres artifices de beauté.

Par une balnéation judicieuse, il est facile de traiter également des acnés et autres inconvénients de la jeunesse du visage, cependant qu'il est possible d'utiliser la congestion des téguments, due à un dégagement carbo-gazeux, pour faciliter un massage de beauté, pour lutter contre la ride malencontreuse, qui fait votre désespoir, Madame.

Beaucoup croiraient que le maximum est obtenu, et qu'il n'y a plus rien à faire. Quelle erreur ! les dirigeants de la Compagnie fermière savent s'entourer de jeunes, d'animateurs, toujours à la recherche du mieux-être. Et voici les projets, faits en faveur du Corps médical, projets qui seront une réalisation l'an prochain, à la saison de 1932.

Le praticien, collaborateur précieux, aura son Foyer confraternel, au lieu et place de la seule bibliothèque, qui aujourd'hui ne reçoit que de rares visites, puisqu'en principe, à Vichy, nous sommes des malades, et nous sommes en vacances.

Mais l'intérêt de la science et celui de nos malades doivent aboutir à une collaboration étroite entre les médecins praticiens, ceux de la station et la Compagnie fermière.

Au Foyer médical, pourront se faire des conférences, dans le genre de celle que notre sympathique président de la Société des Sciences médicales de Vichy, mon excellent ami DURAND-FARDEL, nous a faite dimanche deux août.

Mais ce seront également des causeries, qui donneront une minute de détente aux médecins de la station, surmenés pendant la saison, et qui permettront aux confrères, venus de tous les coins de la France et même du monde entier, d'échanger des propos confraternels, ou des idées d'ordre scientifique.

Avec les uns, comme avec Durand-Fardel, on puise dans les leçons de sa grande expérience, de sa longue pratique médicale ; avec les autres, comme avec Caillon, on soulève des problèmes de diététique, à l'occasion de son ouvrage récent, sur les régimes alimentaires ; avec Mathieu de Fossey, avec Bouchet, et *tutti quanti*, on discute influence des eaux et communications aux sociétés savantes.

Mais c'est surtout avec Lescœur qu'on comprend le mystère de l'activité des eaux prises à la source même.

Tout le monde sait les désastres qui, chaque année, se produisent, chez des imprudents, qui veulent faire l'économie d'un conseil médical et se soignent eux-mêmes, sans direction scientifique, ou chez ceux qui outrepassent les prescriptions de leur médecin et boivent à tort et à travers, à toutes les buvettes, pour terminer ensuite par un apéritif-poison.

Pourquoi toutes les eaux de Vichy, acides par leur grande teneur en acide carbonique, deviennent-elles très rapidement alcalines ? par le dégagement carbo-gazeux. Pourquoi les sources ont-elles presque toutes la même composition chimique (Chomel, l'Hôpital, la Grande-Grille), alors que les effets sont nettement différents, leur température dissemblable et même leur goût respectif qui n'est pas identique entre elles ?

Pourquoi l'action thérapeutique est-elle encore dissemblable entre ces sources ? Pourquoi l'Hôpital et Chomel sont-ils plus calmants, alors que la Grande-Grille plus excitante et congestive ?

Et c'est chose bien utile, pour nous praticiens, que de suivre Lescœur, dans son laboratoire de recherches biologiques, que la Compagnie fermière tend de plus en plus à développer, sous l'influence du Professeur VILLARET et de JUSTIN BEZANÇON.

Les recherches physiologiques avec enregistrement de graphiques sont faites, sur des intestins de lapin, intestins soumis à des bains des eaux de différentes sources, bains tantôt avec l'eau puisée de suite, tantôt avec des eaux ayant plusieurs mois d'embouteillage.

De nos conversations avec les uns et les autres, j'ai constaté que le Corps médical de Vichy avait une activité scientifique considérable ; mais la Société des sciences médicales ne fait pas suffisamment connaître ses travaux, ni ses discussions à la suite de communications.

Le Foyer médical sera un centre intellectuel, où les confrères du monde entier se réuniront fréquemment avec leurs collègues de Vichy, pour échanger des vues et conceptions scientifiques, dont le résumé paraîtra dans nos journaux, à l'instar des comptes rendus des sociétés savantes.

Quant au médecin praticien, il n'aura pas seulement à recevoir ses cartes d'invitation, que, très généreusement, la Compagnie fermière lui adresse, pour les spectacles divers, donnés au théâtre du Casino. Il recevra également des invitations pour des visites scientifiques, organisées

à jours dits, pour visiter en détail, soit l'ensemble, soit telle ou telle partie spécialisée de l'établissement thermal de cure, soit pour des causeries scientifiques faites par des médecins de Vichy, ou par des confrères de passage, qui nous apporteront la science de leur pays.

Le médecin n'est donc pas un isolé ; bien que baigneur, malade pour son propre compte, il n'en reste pas moins un collaborateur, qui est ensuite susceptible de dépister, dans sa clientèle, ceux qui peuvent bénéficier de telle ou telle station thermale.

Le pire ennemi du progrès, c'est le scepticisme. Il est interdit à quiconque qui a constaté scientifiquement les ressources thermales de notre beau pays de France, de conseiller au mari le séjour de sa famille, ou de sa femme, uniquement dans la station, où Madame a ses raisons pour y séjourner.

Jaloux de son rôle social de conseiller de la santé, le praticien doit savoir diriger son client vers la station la plus adéquate à faire disparaître les malaises, dont il se plaint. Finie et passée l'époque, où le médecin ne croyait pas à la valeur curative des eaux minérales. La Compagnie fermière de Vichy a une grande part, dans cet essor scientifique qui nous permet de démontrer au monde entier, qu'il n'y a pas que dans les stations de l'Europe centrale qu'on est capable de guérir des malades, alors qu'en France on ne saurait que les amuser.

Le médecin devient également un collaborateur, en essayant de faire comprendre aux dirigeants des divers hôtels, que le régime alimentaire de l'établissement hôtelier ne doit pas défaire, au cours des repas, le bien que le traitement thermal doit opérer.

Un abîme nous sépare encore de ceux qui, avec raison, entendent tirer profit de leur industrie hôtelière ; mais combien il serait facile d'arriver aux résultats, que les stations thermales de l'Europe centrale se vantent d'avoir obtenus : le médecin fait son ordonnance pour les soins à donner à l'établissement thermal, pour la gradation dans les bains et les douches, pour la quantité d'eaux à consommer ; il doit également faire son ordonnance de régime alimentaire, que le chef cuisinier devra consulter et suivre.

Si l'Allemand est par trop soumis à la règle et ignore fréquemment l'initiative individuelle, par contre le Français est trop indépendant et surtout a une peur irraisonnée de toute initiative , de toute nouveauté.

Nos directeurs d'hôtels, ont toujours agi comme jusqu'ici, sans trop se préoccuper des régimes alimentaires ; pourquoi se lancer dans l'inconnu en modifiant leurs habitudes et leurs errements ? Partout où je suis passé, comme visiteur de villes d'eaux, partout, sauf de très rares exceptions, je me suis heurté à la routine, ou à la gérontocratie, même chez de jeunes hôteliers à l'esprit ouvert.

Néanmoins, j'ai confiance dans l'avenir, car une idée juste doit forcément un jour ou l'autre être adoptée. Il n'est pas besoin de réussir pour persévérer.

Parlerai-je maintenant des endroits reposants, où le médecin peut faire du sport ? Le Sporting Club de Vichy a reçu les congressistes, pour leur faire admirer les terrains de golf, si bien installés, pour leur montrer que tous les sports, tennis, même le croquet, peuvent être pratiqués dans un site magnifique, sur les bords de l'Allier.

Et j'en aurai terminé en disant qu'au cours du grand banquet, qui nous fut offert par la Compagnie fermière, nous pûmes affirmer que Madame de Sévigné serait bien étonnée de trouver, à la place de l'installation rudimentaire, dont elle se plaignait, les beaux établissements, qui, en 1930, ont vu passer 133.000 baigneurs.

Comme le disait le Dr Durand Fardel, dans son discours, l'hôpital militaire de Vichy fut un des éléments de la propagande scientifique : tout colonial, s'il est bien portant, est cependant un hépatique qui s'ignore : l'hôpital militaire abrita donc d'abord les soldats de la conquête, comme aujourd'hui Vichy accueille tous les pionniers de la civilisation, ces nombreux médecins coloniaux, qui ont été à l'honneur, pendant le congrès, alors qu'ils sont jour et nuit à la peine, dans la brousse.

Et quel espoir dans la cessation des maux, puisque, comme il le fût dit, Vichy est un nom qui console, alors que ses eaux soulagent et guérissent tous ceux qui passent leur vie dans les tranchées de la civilisation.

Il nous fut encore permis d'applaudir Mlle Marie Marvingt, la courageuse aviatrice, qui, avec M. Némirosky et notre ami Foveau de Courmelles, sont les animateurs de l'aviation sanitaire.

Il était émouvant, le récit que nous dépeignit Mlle Marvingt, nous montrant le soldat, le fonctionnaire colonial, blessé, malade dans sa brousse, se préparant à mourir faute de soins éclairés, alors que l'avion sanitaire se pose près de lui, le transporte et permet de le sauver.

Et dans un lyrisme plein d'espérance humanitaire, l'apôtre féminin de l'aviation sanitaire nous montra le rôle du médecin, donnant ses soins, au mépris des frontières, à quiconque souffre : cette interprétation de la science dissipera beaucoup de ces malentendus qui divisent les peuples et les incitent à se précipiter les uns contre les autres.

Cependant, tout en écoutant l'oratrice, nous contemplions cette immense salle du Carlton, où se trouvaient réunis des médecins du monde entier, de toutes races, de toutes couleurs, de

toutes langues, mais animés du même désir de soulager l'humanité souffrante.

Et notre reconnaissance se faisait jour, à l'égard des organisateurs de ces journées de civilisation mondiale, vers notre ami le Dr Lesourd, qui représentait, au cours du voyage à Vichy, le Comité d'organisation des Journées coloniales, vers le Dr Roussel, qui avait su montrer à nos hô es étrangers, à Paris, que la France peut égaler l'étranger, pour ses installations biothérapiques, pour la Compagnie fermière de Vichy, qui, par son hospitalité grandiose, sait attirer toutes les sympathies, pour ses jeunes collaborateurs, jeunes comme activité, vrais animateurs que M. Fère, grand directeur, a su s'attacher et je revois encore le sourire, joint à une grande fermeté de commandement du bien sympathique commandant Feuillade, qui dirigea notre voyage, avec son adjoint, M. Ossipoff ; je revois également le visage énergique de M. Loiseau, qui, à Vichy même, dirige les services extérieurs.

Avec de tels hommes, je crois que le présent de notre belle station thermale nous promet un bel avenir, puisque la formule est de bien faire, de mieux faire encore, grâce à la collaboration et au concours des médecins du monde entier.

Dr Paul Boudin.

LES ASSURANCES SOCIALES

I

L'ASSURANCE-MATERNITÉ

Contre l'allaitement maternel « exclusif »

Je lis dans *le Documentaire* (avril 1931) du *Concours* une immense tartine sur l'art de faire passer les femmes (A. S. directes, ou bien A. S. par leur mari) du secours-maternité au secours-maladie et réciproquement.

Cela, en sautant quelques douzaines de paragraphes, peut se résumer ainsi : si une femme enceinte DOIT faire une fausse-couche... non ! pas une *fausse-couche*, un accouchement prématuré..... après la quinzième semaine....., cette femme relève du secours maternité.

Au contraire, si elle n'est pas assez malade pour accoucher prématurément, son cas relève du secours-maladie.

Je veux que le cric me croque si... 1° je suis capable de fixer sur le calendrier cette quinzième semaine... ; 2° si je suis fichu d'affirmer que... cette chute de tramway entraînera ou non une interruption de la grossesse.

O Standart ! que de bêtises deviennent réglementaires sous ton aile !

Nos mères, de par leurs mères, connaissaient (c'est une autre histoire), *les soins des neuf jours* compris dans le prix global d'un accouchement. Mais Standart est venu et il a dicté ceci : y compris les *neuf visites consécutives*.

Non ! mais ! mes pauvres gosses (celles qui accouchent aujourd'hui, je les ai mises au monde), *tomberaient* malades de peur, si elles me voyaient venir neuf fois de suite pour... pourquoi faire ?

J'en viens à l'allaitement. La prime d'allaitement ne sera accordée que si la petite mère nourrit *entièrement* son enfant au sein.

Çà ? C'est de la médecine de bureaucrate.

Il faut que le Monsieur, qui a écrit cela ait pris ses vues, sur les réalités de notre pauvre monde, du plus haut de la course de cet avion qui a battu le record de hauteur, environ 10.000 mètres, dit-on, au-dessus de nos têtes.

Depuis beaucoup d'années, l'opinion publique (faite par les médecins) aidant, j'obtiens neuf fois sur dix que la petite mère donne de son sein CE QU'ELLE A ! LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE ! (1)

Ce qu'elle aura ! et nous ferons durer ! Telles sont les deux conditions qu'on doit accepter ; qu'on doit connaître... prôner... et qu'il faut encourager par l'attribution d'une *prime d'allaitement*.

S'en tenir, réglementairement, à l'allaitement *exclusivement* maternel, lier la prime à cette condition qui est contraire, — huit fois sur les neuf bénévolentes, aux faits, c'est instaurer l'ère du mensonge officiel.

C'est même aller directement contre le but poursuivi, but qui est le bien de l'enfant.

Celle-là même, la neuvième, qui a, au début, assez de lait (pesées et selles conformes), ne voit généralement pas durer cette générosité de la nature. Bientôt, quelques semaines... trois mois écoulés tout au plus, c'est elle qui peine ou bien bébé qui maigrit.

Il faut alors substituer un, deux, trois biberons chaque jour, à autant de tétées.

Mais de ces tétées, n'en resterait-il qu'une, je fais donner cette une ! — au milieu de la nuit — elle va decrescendo tant et si bien que bébé ne daignera plus se réveiller pour si peu et que petite mère n'aura pas à faire passer son lait.

(1) Voir : *Médecine pratique* ; 20 janvier 1931.

A cette date, mais à cette date seulement, la prime n'est plus due.

Je peux me permettre de parler de ces choses. Il y eut, à la fin du siècle dernier, un Conseil général, que je connais, qui institua la prime à l'allaitement exclusif. Je fus, comme tous mes pareils, chargé d'aller voir si c'était vrai ... qu'on ne donnait que le sein.

Des femmes tenaient à cette prime : les unes me mentaient, c'était le moindre mal ; d'autres se cramponnaient quitte à en souffrir, ce n'était rien, mais quitte aussi à n'avoir à me montrer qu'un enfant chétif... à la fois *pas assez* nourri et *pas assez diversement* nourri, et c'est seulement là contre que j'ai dû tempêter... tant et si bien tempêter que le Conseil général a renoncé à l'exclusivité ... à la fâcheuse, à la déplorable exclusivité.

Nous ne connaissions pas les vitamines, ni le précieux jus d'orange ; ni la banane (n'en abusez pas !), mais nous connaissions déjà l'eau de riz et l'eau d'orge qui, convenablement sucrées, coupent avantageusement, jusqu'à part égale, le lait (qui n'a pas voyagé) de nos vaches, proches voisines, encore que l'hiver, dans ce pays-ci, elles mangent trop de betteraves et pas assez d'herbe fraîche.

Alors je prie le *Concours* de publier ces lignes qui n'ont point du tout pour but de débiner les A. S. comme on pourrait croire. Mon idée, quoique je n'aime guère les règlements en général, est d'obtenir que, puisqu'ils sont, ils ne fassent pas du mal.

J. CAMESCASSE.

P. S. — Si quelqu'un s'avise de me demander pourquoi presque toutes les jeunes mères sont d'insuffisantes nourrices, en 1931 et depuis quelques années en deçà, je répondrai que c'est parce qu'elles aiment trop l'école, trop d'heures par jour, entre 10 ans et 12 ans, conservant ensuite des goûts éloignés de tout travail physique.

II

Comment la loi est violée dans son principe même et les médecins fonctionnarisés

Je crois pouvoir vous mettre à contribution pour vous signaler comment la loi sur les A. S., qui n'est pas encore appliquée depuis un an, est violée dès les débuts, dans son principe, même par les règlements que se sont donnés les caisses.

Comme nous le savons tous, la loi et le règlement d'administration publique ont décidé que les caisses ne feraient que *rembourser* à l'assuré social et que ce serait lui qui serait obligé de faire *l'avance* des frais, en payant lui-même *directement* le médecin et le pharmacien.

Une fois sa feuille de maladie signée et acquittée par le praticien, cette feuille doit être envoyée à la caisse, qui rembourse au client ce à quoi il a droit, soit environ les deux tiers des frais médicaux et les trois quarts des frais pharmaceutiques. Le restant est déboursé par le client de sa poche : c'est la part contributive, *c'est le frein* prévu par la loi.

Ce frein a freiné pendant quelques semaines, au cours desquelles les clients ont payé directement avant l'envoi de la feuille. Mais ils n'ont pas tardé à envoyer un beau jour leur feuille non signée, et non acquittée, à la caisse et ce, par l'intermédiaire de la « commune » de leur domicile, en général de la mairie.

Aux termes de la loi, cette feuille aurait due leur être retournée avec un papillon : « à payer *d'abord*, puis à *présenter ensuite* à la caisse ». Mais la politique a ses raisons, que la raison ne comprend pas, et il s'est passé simplement ceci : le directeur de la caisse a envoyé au représentant de la mairie l'argent du médecin, du pharmacien, et des demi-journées. La part du médecin est des deux tiers environ. Au médecin de réclamer le 3e tiers au client. Très joli en théorie, mais moins beau en pratique : aux yeux des clients, leur médecin est payé par le tiers, par la caisse (par l'Etat) comme pour les mutilés, comme pour les accidents du travail, comme pour l'assistance gratuite. Le pharmacien, lui, a été payé au comptant, c'est un commerçant, et c'est le médecin qui est lésé. Car quelques assurances, de bonne foi, donnent le 3e tiers, mais un grand nombre, à la conscience percée et au moral élastique, ne le donnent pas. Alors ? Nous savons tous ce que deviennent, en dernière analyse, les notes envoyées, confirmées, reconfirmées et confiées à des encaisseurs : Zéro ! Les clients, qui procèdent de la sorte, n'ont pas l'excuse de l'indigence, puisque pour les indigents, le paiement se fait à la fin du trimestre, par la caisse, et au tarif des accidents du travail.

J'ai déjà fait observer ce fait à la caisse et au syndicat, et je n'ai pas été le seul, bien entendu. Le syndicat a fait remarquer très justement, qu'il était de mon avis et que cette situation prendrait fin à la constitution de la commission tripartite. Quant à la caisse, elle m'a répondu qu'elle payait de cette manière, *parce que c'était son règlement* ! Résultat, tous les clients apportent leurs feuilles non signées à la mairie, cette dernière les transmet, et nous sommes aimablement invités par la mairie à venir toucher la somme qui nous revient, soit, encore une fois, les deux tiers à peine de notre créance d'après le tarif médical minimum.

Et voilà comment, en un tour de passe passe,

on démolit, à ras de terre, le paiement par le client, l'entente directe et le tarif syndical. Adieu les résultats obtenus par les courageux et tenaces confrères, qui ont veillé à l'élaboration de la loi, et à l'application des contrats ! Adieu ! En un tournemain, les caisses nous imposent, le paiement au tarif réduit, le tiers payant, et en un mot, la fonctionnarisation. Peut-être l'Etat a-t-il donné des ordres « secrets et confidentiels » pour nous retirer en 1931 ce qu'il nous a donné en 1930. Bref, la situation est telle que je la décris. Et jamais manœuvre ne fut plus traîtresse ni plus dangereuse pour notre profession. « *Caveant consules* ! ! .....

Et voici les dernières inventions de cette organisation officielle. Depuis huit jours, la caisse n'envoie plus l'argent au représentant local qui était chargé, jusqu'à maintenant, d'en faire la répartition. Elle envoie tout simplement la *totalité* de la somme au client lui-même, qui, suivant qu'il est honorable ou non, paye le médecin ou bien mange la galette illico.....

L'ancien procédé était illégal. Celui-ci est illégal et, qui plus est, fortement vexatoire : il consiste à faire travailler le médecin et à envoyer ses honoraires au client qui en fait ce qu'il veut. Il n'y a pas manière plus cynique de nous prendre pour des imbéciles ! Et comme le mauvais client est légion, nous serons volés au moins une fois sur deux. C'est clair !

Je laisse cette situation lamentable à la critique des dirigeants et me borne à leur signaler le mal afin qu'on y trouve remède. A mon avis, il consisterait à refuser de signer aucun papier quelqu'il soit et à se faire payer comme par un client ordinaire.

D[r] P.

***

Les Caisses de votre région sont en pleine irrégularité et violent en effet la loi et les règlements. D'après ceux-ci, le *remboursement* des honoraires médicaux, dans les limites de leur tarif de responsabilité, est la règle ; l'*avance*, l'exception. L'avance doit être limitée aux honoraires d'une visite ou consultation, et elles ne doivent en faire une nouvelle que quand le médecin a été lui-même honoré de sa précédente intervention.

Il appartient à votre Syndicat de protester contre de tels agissements et de recourir à la procédure que la loi met à sa disposition pour faire cesser un errement si contraire à l'esprit et à la lettre même de la législation.

Mais, vous voudrez bien remarquer qu'en vertu de l'entente directe, inscrite également dans la loi, le médecin réclame à son client ce qu'il lui doit, *en dehors des caisses*. Il lui appartient donc de se faire payer *au comptant* s'il soupçonne surtout une arrière pensée désobligeante chez son client. A la rigueur, je comprendrais qu'il lui fît l'avance, en quelque sorte, de sa première prestation en prenant garde de ne pas signer sur la feuille de maladie, dans la colonne d'attestation de l'encaissement de celle-ci. Persévérer dans cette manière de faire pour les actes médicaux ultérieurs, ce serait courir au devant de difficultés, et de risquer de n'être pas réglé. Et c'est bien ainsi que les choses se passent dans votre région; ce qui est évidemment profondément regrettable.

G. DUCHESNE.

MUTUALITÉ FAMILIALE

III

Droits et devoirs des sociétaires

Dans deux études précédentes, j'ai exposé dans leurs grandes lignes l'historique et l'organisation de la Mutualité Familiale, puis les conditions de son fonctionnement : il me reste, pour être complet, à parler des droits et des devoirs de ses membres.

***

Leurs droits ? — Oh, ils sont bien simples.

Le premier consiste à recevoir, s'ils sont dans les conditions voulues, les indemnités-maladie et les pensions de retraite. Mais encore, doivent-ils savoir dans quelles conditions ces indemnités ou pensions leur sont délivrées.

Le droit à l'indemnité, qui vise aussi bien le chômage causé par la maladie que par l'accident, commence seulement six mois après l'admission provisoire.

L'admission est en effet prononcée en deux fois par le Conseil d'administration ; elle n'est d'abord que provisoire et ne devient définitive qu'au bout de trois mois, si le Conseil n'a pas reçu de protestations valables.

Le droit à l'indemnité cesse normalement au 31 décembre de l'année, où le sociétaire atteint sa 65e année.

L'indemnité part du cinquième jour de l'incapacité de travail — en aucun cas les quatre premiers jours ne sont comptés — elle est quotidienne pendant soixante jours ; au-delà et quelle que soit la durée de l'incapacité, elle est mensuelle.

En cas de rechute d'une même maladie dans le

délai d'une année après la reprise du travail, il n'est alloué que l'indemnité mensuelle, si le sociétaire a déjà reçu l'indemnité journalière pendant soixante jours.

L'indemnité accordée pour séjour aux Eaux, à la campagne, dans une station maritime ou climatique est toujours mensuelle.

L'indemnité mensuelle dans toutes les combinaisons est égale à dix fois l'indemnité journalière.

Les indemnités sont, sur le rapport du secrétaire général, arrêtées par le Conseil d'administration dans ses séances trimestrielles de fin mars, fin juin, fin septembre et fin décembre.

Elles sont immédiatement envoyées par le trésorier et parviennent aux intéressés, nettes de tous frais.

Le droit à la pension de retraite s'ouvre le 1er janvier, qui suit l'année où le sociétaire, suivant la combinaison choisie, a atteint 60 ou 65 ans — c'est la conséquence du mode de calcul de l'âge d'entrée, qui est celui que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission.

Le droit à la pension ne cesse qu'à la mort du sociétaire.

La pension est versée au 1er janvier, d'une seule fois en son entier et d'avance pour l'année, qui commence. Elle est due quand bien même le sociétaire viendrait à décéder le 2 janvier.

On sait que l'interruption ou la cessation du versement des cotisations n'entraîne pas, pour le sociétaire, la déchéance de ses droits, qu'il peut toujours reprendre ses versements, qu'il peut même, sauf dans les quatre dernières années, effectuer les versements restés en souffrance et que, sous la seule condition d'avoir versé cinq cotisations annuelles, il a droit à une pension réduite proportionnelle à ses versements.

La pension réduite est délivrée dans les mêmes conditions que la pension type.

En cas de décès du sociétaire, si la cotisation a été contre-assurée, les ayants droit, sur la production d'une pièce constatant leur qualité d'héritiers, sont remboursés du total des cotisations versées par leur auteur.

La pension aux veuves est délivrée par quarts, tous les trois mois, à terme échu, sur la production d'un certificat de vie délivré par la mairie.

Si, après quinze années de participation avec versement régulier de la cotisation, le sociétaire avait cessé ses versements, sa veuve aurait droit à une pension réduite, qui lui serait délivrée dans les mêmes conditions que la pension entière.

On sait qu'en cas de décès de la mère, la pension est reversible sur les enfants âgés de moins de 18 ans.

Dans ce cas, la pension attribuée par tête est de moitié de la pension souscrite pour un ou deux orphelins ; un tiers pour trois orphelins ; un quart pour quatre orphelins ;

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse en aucun cas dépasser, par famille, le montant de la pension, ni la moitié de cette pension par tête.

Si l'un des orphelins vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas reversible sur ses frères et sœurs.

Un autre droit qu'ont les sociétaires, c'est celui d'assister aux Assemblées générales annuelles, d'étudier, de discuter les questions qui leur sont soumises, de prendre part à tous les votes, d'élire les membres du Conseil d'Administration et les commissaires aux comptes ; de soumettre eux-mêmes à l'étude du Conseil, les propositions qui leur paraissent utiles ou nécessaires à l'amélioration et à la bonne marche de la Société ou conformes à l'intérêt de ses membres ; de s'opposer à l'admission de postulants qu'ils sauraient être dans des conditions de santé défectueuse ; d'avertir le Conseil des tentatives de fraude qui seraient à leur connaissance ; en un mot de faire œuvre de mutualistes dévoués à la Société dont ils sont membres.

***

Leurs devoirs ? — Ils ne sont pas bien difficiles à remplir, bien qu'il faille en comprendre toute l'importance.

Le premier est de faire l'envoi de la cotisation en temps voulu : certains attendent l'extrême limite, si bien que leurs envois se croisent avec les recouvrements postaux, que le trésorier doit statutairement envoyer au 25 janvier et au 25 juillet ; cette manière d'agir entraîne, pour la caisse de gestion des dépenses inutiles, et pour le trésorier un supplément de travail fastidieux.

Il faut encore faire l'envoi de la somme exacte et non d'une somme plus ou moins approximative, comme il arrive quelquefois.

Le second devoir est de faire, dans les délais prescrits, la déclaration de maladie et celle de la reprise du travail avec les dates exactes.

Il arrive parfois que des sociétaires au bout d'un temps plus ou moins long écrivent : « J'ai été malade le mois dernier et suis resté immobilisé quinze jours, » ou quelque chose d'analogue ;

Comment veulent-ils que le secrétaire général puisse faire exécuter un contrôle quelconque s'il juge nécessaire de le faire ? Comment veulent-ils qu'il puisse faire le calcul exact de l'indemnité qui leur est due ?

Les statuts disent — et tout le monde en comprendra les raisons — que la déclaration doit être faite au début de la maladie, dans le délai maximum de dix jours, et que la reprise du travail doit être déclarée dans le délai de trois jours. C'est là une question d'ordre.

Mais ce qui, plus souvent encore, est oublié, c'est l'obligation pour le sociétaire malade de donner de ses nouvelles tous les quinze jours en cas de maladie aiguë, toutes les six semaines en cas de chronicité.

Il n'est pas de réunion du Conseil d'administration, où le secrétaire général ne soit obligé de déclarer qu'il n'a pas de nouvelles de tel ou tel malade chronique depuis des semaines et même des mois, et forcément l'allocation de l'indemnité doit être ajournée.

Maintes et maintes fois, nous avons rappelé que tous les malades chroniques devaient envoyer de leurs nouvelles du 15 au 25 des mois de mars, juin, septembre et décembre, maintes et maintes fois le conseil a rappelé qu'une amende de cinq francs par jour de retard peut être infligée au sociétaire négligent ; l'indifférence, l'apathie de certains membres n'a jamais pu être secouée et le Conseil a dû prononcer non pas les amendes statutaires qui pourtant auraient été bien méritées, mais des amendes réduites en signe d'avertissement.

Un troisième devoir est pour les sociétaires de relire de temps à autre les statuts de la Société, que la plupart paraissent ignorer ou avoir oubliés, et cette lecture, nécessaire pour leur gouverne particulière l'est encore davantage pour leur permettre d'accomplir le quatrième devoir, qu'ils ont à remplir, et qui est celui de la propagande autour d'eux.

Et j'insiste tout particulièrement sur ce dernier devoir : il faut que chaque adhérent sache bien que, toutes les fois qu'il décide un adhérent à venir à nous, il rend un immense service non seulement à ce confrère, mais aussi à sa propre société et par conséquent à lui-même. Travailler pour le confrère, ici, c'est encore travailler pour soi-même.

***

Comme conclusion, car il me faut terminer, j'affirmerai une fois de plus que la Mutualité Familiale est une œuvre de première nécessité pour le Corps médical, qu'elle est une œuvre essentiellement confraternelle et amicale, qu'il est du devoir de tous de faire connaître et de propager.

Le secrétaire général et le trésorier sont à la disposition de tous pour donner tous conseils, tous renseignements complémentaires ; vous connaissez, confrères, de longue date tout leur dévouement ; vous devez les aider dans leur tâche.

H. MIGNON.

LA PAGE SANS MÉDECINE ... OU

... Le roueux chariot ses secousses traînant...
(Maurice SCEVE).

CCCXCI. — Maurice SCÈVE. — **Microcosme**, publié par Valéry Larbaud et A.-A.-M. Stols avec une introduction de Valéry Larbaud. 1 vol. 17 × 25, tiré en deux couleurs à 651 ex. sur vergé de Hollande. Gravures sur bois de J. Franken-Pzn (1). Collection des Poètes Lyonnais. *Editions Stols,* Maestricht.

Si j'ai mis en épigraphe ce concis symbole imagé, où se réflètent l'effort, les cahots, la pénible progression de toute chose allant de l'avant, c'est sans doute pour caractériser accessoirement les pierres d'achoppement de la « *Page sans médecine* » (semées par de bons confrères ou le hasard les remplaçant), mais pour vous montrer surtout, par un vers prélevé sur les trois mille trois du Microcosme, la rude sève poétique de ce curieux ouvrage remis au jour par Valéry Larbaud et l'érudit éditeur de nombre d'autres chefs-d'œuvre de notre langue.

Maurice Scève est un poète lyonnais du XVIe siècle. Le préfacier de l'actuelle édition (qui est si je ne m'abuse, proche parent du père putatif de l'ineffable Barnabooth) nous signale l'injustice, dont Scève fut victime : la Pléiade va retenir toute l'attention des lettrés, et le *Microscome* pourtant «semble appartenir à *la plus haute poésie lyrique,* qui ait été produite en langue française ».

Ce poème épique, ample, se divise en trois livres : le premier réservé à la création de l'Homme, au Péché Originel, à ses conséquences : Bien et Mal, Temps et Mort, crime de Caïn ; le second occupé par un songe ou vision prophétique d'Adam : conquête de la terre par l'homme, Babel, les Sciences ; le troisième : par le récit et le développement fait à Eve du songe d'Adam. Paraphrase et commentaire moral de la genèse, complétés par un subtil artifice d'une véritable histoire de l'humanité, tel est le fond de l'œuvre. Sa forme inspirée par un lyrisme robuste, plantureux a un rythme d'une prenante simplicité. Il y a sans doute quelques obscurités, où les amateurs de cryptogrammes pourront exercer leur sagacité, mais nous estimons que les éditeurs furent

(1) Ça se prononce comme ça s'écrit !

bien inspirés en ne tâchant pas de les dépouiller de leur mystère... L'édition, qui est fort belle, aurait souffert de ces *impedimenta*, que les spécialistes d'éditions *critiques* prodiguent au bas des pages avec une générosité et une ingéniosité, qui frisent si souvent la dérive ! ! Le tour archaïque du texte a été scrupuleusement respecté, son impression est de riche qualité et fut conduite avec un soin méticuleux ; voici donc sur notre littérature, environ la Pléiade, un précieux document présenté avec une délicate élégance par de soigneux humanistes.

CCCXCII. — ERCKMANN-CHATRIAN. — **L'Ami Fritz.** 1 vol. 14,5 × 20,5. illustré de douze gravures en couleurs de Lemainque, tiré à 330 exemp. numérotés sur velin Aussedat. Collection Byblis. *Editions Sagittaire*, Paris, 1931.

Le chef-d'œuvre d'Erckmann-Chatrian, transcrit par les presses de Coulouma, a aussi une agréable netteté, et les cuivres de Lemainque, sont gravés avec un patience, que n'eurent pas tous les dessinateurs de la même collection. Ses vallées d'Alsace, ses marchés, sa vieille église, sa ferme de la page 50, ont un très juste pittoresque local, bien adapté aux aventures de Fritz Kobus, mais je me demande pourquoi aux très vives notations de couleur, il a juxtaposé (emporté peut-être par la fièvre de son inspiration ?) pour certains sols et gros cailloux des azurs pâles, qui surprennent, si l'on se laisse aller à détailler la vive facture de son illustration, si équilibrée de façon générale.

CCCXCIII. — Edmond JALOUX (1). **Perspectives et personnages.** 1 vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1931.

En artiste bien habitué à peser la valeur de ses mots, Monsieur Jaloux a choisi pour ce volume un titre deux fois exact. On peut en effet l'entendre comme propre à marquer, entre les deux parties du livre consacré à des hommes de lettres disparus et à des personnages actuels, la limite du passé et du présent : perspectives lointaines de l'histoire ou du souvenir et réalité concrète du visage des vivants, ou penser qu'il a voulu en dessinant avec précision la physionomie intellectuelle de ses sujets, accuser ensuite, pour chacun d'eux, le prolongement, les aboutissants, les conséquences, le retentissement de leur gloire littéraire ou de leur célébrité. Il y parvient avec une aisance égale, qu'il s'agisse de Vauvenargues ou de Jean Lorrain, d'Abel Hermant ou de Lamartine. Il n'y a pas cependant dans son livre que de la littérature : un sens psychologique très affiné dépouille l'œuvre pour retrouver l'homme. Et, à une fermeté nette des jugements, Monsieur Jaloux allie une compréhension très déliée de leur esprit. A peine pourrait-on lui reprocher une abondance de citations, qui font le plus grand honneur à son érudition, et jalonnent le développement de ces substantielles études littéraires, si l'on pouvait reprocher quelque chose à quelqu'un, qui passe presque vingt pages à essayer charitablement de nous donner quelque lumière sur Monsieur Paul Valéry.

(1) Du même auteur dans la collection *Les Belles Heures*, je vous signalerai prochainement une poignante histoire de Venise.

CCCXCIV. — François MAURIAC. — **Souffrances et Bonheur du Chrétien.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Grasset*, Paris, 1931. 12 fr.

Ce petit livre mériterait une longue analyse. Fruit amer de douloureuses méditations, il laisse à nos lèvres un arrière-goût de cendres, de pénitence. Et ajoutons pour François Mauriac, de repentir. La première partie, toute en objections, se résout dans la seconde en un hymne de joie, de joie grave, une sorte de liturgie en plain-chant sur le cadavre puant des passions et du siècle. Et, quelle que soit la conviction religieuse du lecteur, il sera conquis par l'émouvant monologue, par cette inquiète interrogation de conscience, qui s'achève dans la clarté froide où Monsieur Mauriac, nouveau disciple de Port-Royal, dit que nous pouvons trouver, et trouver là *seulement* le silence, la paix avec la macération des renoncements.

Et ceci approcherait de l'humaine perfection, si à la séduction passionnée de ce plaidoyer divin ne s'attaquait, comme le ver au fruit, ce caprice insidieux de la grâce, qui souffle où elle veut.

CCCXCV. — J.-H. ROSNY jeune. — **Sous le signe de la beauté.** Roman, 1 vol. 12 × 19. *Editions Ferenczi*, Paris, 1931. 12 fr.

Un gros financier se fait tout petit devant les entrechats d'une danseuse. La politique embrouille les choses : le gigolo traditionnel (je veux dire : de tradition !) est récompensé à la fin du livre ! C'est curieux ce que ce monde frelaté peut paraître creux (malgré tout le talent mis à le peindre) au sortir des ascétiques exercices, où s'assouplit la nouvelle mystique de Monsieur Mauriac.

CCCXCVI. — Raymond ESCHOLIER. — **L'Herbe d'Amour.** Roman, 1 vol. 12 × 19. *Ed. Albin Michel*, Paris, 1931. 15 fr.

Mieux encore que l'intrigue, vous aimerez dans ce livre, très correctement écrit, la *fidèle* évocation des coutumes, des mœurs de cette Ariège patriarcale, où la vie rustique a gardé tant de simple rudesse, et les descriptions si exactes de cette campagne, vue par une enfant naïve, à qui Raymond Escholier prêta sa plume pour reco-

pier l'histoire d'amour dansant dans la ronde des saisons.

CCCXCVII. — Valentin BRESLE. — **Le charme poétique.** Essai sur la sensualité créatrice. 1 vol. 12 × 19. *Ed. Mercure de Flandre,* 1931.

La définition du charme poétique donnée par l'auteur est très juste, mais l'illustration, que galamment il donne par l'exemple, n'a plus la même vigueur démonstrative :

« *Le silence est épais ainsi que de l'ouate, — J'ai vu ses noires ailes couvrir d'ombre mon cœur.* »

ou encore cette strophe :

« *Les mots tournent dans mon cerveau, — Rondes, légères érotiques, — Et tout est rouge : allons, bourreau — Marque-moi bien de fers hippiques !* »

Ces fers hippiques ne me semblent pas caractéristiques du charme poétique. Quand Monsieur Bresle se libère de l'exemple, son raisonnement a toute la fermeté désirable : encore que l'interprétation, qu'il donne de la pensée de Monsieur Henri Brémond, touchant la poésie pure ne risque de paraître à ce dernier trop audacieusement physiologique.

Varia. — *Au *Mercure de France* du 1er août, un bien bel article d'Antoine Orliac sur Villiers de l'Isle-Adam ; une patiente démonstration d'un *nouveau* plagiat d'Anatole France ; d'amusantes notations psychologiques sur les voyages en chemin de fer ; un bon roman un peu cru.

*Au *Mercure de Flandre* de juillet, un article ému, à la mémoire du Professeur Georges Gérard de Lille, et, suivant une floraison vigoureuse d'articles, une réponse sensée à une vaste enquête un peu décousue sur les rapports de la critique et de la littérature contemporaines.

Tableau d'honneur****

M. Rist considère qu'il serait utile d'*enseigner les vieux médecins*, qui trop souvent encore déconseillent à leurs malades un traitement qui les guérirait ; les médecins sont donc insuffisamment informés de son innocuité et de son efficacité.

Il faudrait *aussi combattre*, dit le même auteur, la propagande audacieuse que certains charlatans de la tuberculose font par tous les moyens.

(*Journal médical français*, n° de juin 1931, page 227, colonne 2.)

J'avais encore d'autres textes. Mais je *considère* que celui-ci..... se suffit.

6 août 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de physique médicale** (M. André STROHL, professeur) et **Institut du radium** (Mme P. CURIE et Dr Cl. REGAUD, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.* — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des Professeurs REGAUD et STROHL et de MM. ZIMMERN, agrégé à la Faculté de médecine ; LEDOUX-LEBARD, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. BELOT, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

PREMIÈRE PARTIE. — *Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic* : Décharges dans les gaz ; Ionisation ; Propriétés fondamentales des rayons X ; Rayonnement secondaire ; Tubes à rayons X ; Mesures ; Appareillages ; Radioactivité et corps radioactifs ; Radiodiagnostic.

DEUXIÈME PARTIE. — *Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie* : Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs ; Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliquée à la thérapeutique ; Radiothérapie des affections cancéreuses ; Radiothérapie des affections non cancéreuses ; Accidents de la radiothérapie en général.

TROISIÈME PARTIE. — *Electrologie. Photothérapie* : Notions physiques sur les courants employés en électrologie ; Electrophysiologie ; Electrodiagnostic clinique ; Electrothérapie ; Accidents de l'électricité ; Photobiologie ; Photothérapie ; Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques. Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 3 novembre 1931, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de méde-

cine. Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.)Le nombre des places est limité.

II. Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris (Durée : deux ans). Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comportant la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales, et diverses épreuves de radiologie et d'électrologie médicales. Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, avant le 15 octobre de chaque année. En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages. Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 francs, 120 francs ; deux droits annuels de bibliothèque à 40 francs, 80 francs. un droit d'examen, 250 francs.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement. concours. avis divers.

— **Modifications au service de garde.** — *Texte ancien.* — Art. 139. — Le service de la garde est réglé dans les hôpitaux par les soins des directeurs, les élèves internes entendus.

La liste de roulement est faite en double ; elle est affichée à la fois dans la salle de garde et dans le bureau des entrées.

Aucune modification, même temporaire, ne peut être apportée au tableau qu'avec l'autorisation du directeur de l'établissement (arrêté du 5-11 février 1898.)

Tout interne qui, étant de garde, aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible des peines ci-après :

Premier manquement : avertissement avec la suppression de l'indemnité fixe pendant un mois ;

Première récidive : blâme notifié directement par le directeur général de l'Administration avec suppression de l'indemnité fixe pendant deux mois ;

Deuxième récidive : suspension de fonctions d'un à trois mois ;

Troisième récidive : radiation (arrêté du 19 avril-15 mai 1905.)

Art. 179. — Les fautes commises par les élèves sont punies, savoir : en ce qui concerne les internes en médecine et en pharmacie :

1° Par l'avertissement ;

2° Par le blâme notifié par le Directeur de l'établissement ;

3° Par le blâme notifié directement par le Directeur général de l'Administration ;

4° Par la retenue du traitement pour un temps qui ne peut dépasser trois mois ;

5° Par la suppression temporaire ou définitive du bénéfice de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 6 mai 1922 ;

6° Par la suspension de fonctions pendant six mois au plus, suspension entraînant comme conséquence la suppression de toute indemnité.

7°...

....

Texte nouveau. — Art. 139. — Le service de la garde est réglé dans les hôpitaux par les soins des directeurs, les élèves internes entendus.

La liste de roulement est faite en double : elle est affichée à la fois dans la salle de garde et dans le bureau des entrées.

Aucune modification, même temporaire, ne peut être apportée au tableau qu'avec l'autorisation du Directeur de l'établissement (arrêté du 5-11 février 1898).

Toutefois, en cas d'urgence ce dernier pourra procéder d'office à la désignation d'un interne pour assurer le service de la garde.

Tout interne qui aura refusé de prendre le service de garde pour lequel il aura été désigné, ou qui, étant de garde aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible de l'une des peines prévues à l'article 179 du présent règlement.

Art. 179. — Les fautes commises par les élèves sont punies, savoir : en ce qui concerne les internes en médecine et en pharmacie :

1° Par l'avertissement ;

2° Par le blâme notifié par le Directeur de l'établissement ;

3° Par le blâme notifié directement par le Directeur général de l'Administration ;

4° Sans changement ;

5° Sans changement ;

6° Par la suspension de fonctions. La suspension comprend avec la suppression de toute indemnité, l'interdiction d'accès, soit dans le service, soit dans l'hôpital, soit dans l'ensemble des établissements hospitaliers ;

7° Sans changement ;

8° Sans changement ;

9° Sans changement.

Les internes en médecine et en pharmacie qui auront été, par application des dispositions insérées au § 6 ci-dessus, frappés de la peine de la suspension pourront être autorisés sur leur demande, par le Directeur général de l'Administration, après avis du Conseil de Surveillance à être maintenus en fonctions, à l'expiration de leur 4e année d'exercice, pendant un laps de temps équivalent à la durée de l'interruption de leur service.

Ils resteront maintenus, en surnombre, sans rétribution, ni allocations accessoires (logement et nourriture) dans le service auquel ils se trouvent affectés.

(Le reste sans changement).

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Gastrologie.* — Le cours d'automne de gastrologie du Dr Félix Ramond aura lieu à partir du lundi 9 novembre 1931 à l'hôpital Saint-Antoine, et durera une quinzaine de jours. Les conférences gratuites seront suivies de démonstrations pratiques d'ordre clinique, radiologique, chimique et gastro-photographique.

S'inscrire à l'A. D. R. M. à la Faculté ou à l'hôpital Saint-Antoine, 182, faubourg Saint-Antoine, auprès de la surveillante en chef de service.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr PROST, de Saint-Laurent (Jura) ; du Dr Jacques TARGOWLA, de Dercy (Aisne) ; du Dr Ch. J. RICHARD, de Paris ; du Dr THOMASSIAN, de Voisey (Haute-Marne) ; du Dr Georges BARENCELLI, de Lyon ; du Dr TRIBET, de Marseille.

— **Les congressistes des Journées médicales coloniales à Vichy.** — A l'issue des Journées médicales coloniales, le président d'honneur des Journées, M. Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies,et M. le Professeur Tanon, président, ont chargé le Docteur F. Le Sourd et le Médecin-colonel Bouët, d'accompagner à Vichy, à La Bourboule et à Vittel un groupe de 80 congressistes.

Dans ce groupe, on remarquait M. Bentley, du Caire ; le Prof. José Albert, de Manille ; les Prof. Marquez et Rueda-Vargas, de Bogota ; le Prof. Karantasis, de Salonique.

Grâce à l'amabilité coutumière de la Compagnie fermière de Vichy, qui avait organisé la liaison entre les trois stations, ce voyage a été la plus agréable et la plus instructive des leçons de choses.

A la gare de Vichy une cordiale réception attendait les voyageurs. Le président de la Société des sciences médicales de Vichy, le Dr Raymond Durand-Fardel, leur souhaita la bienvenue au nom des médecins de Vichy.

En quittant la gare on visita d'abord le magnifique embouteillage automatique de la Compagnie fermière. Cet embouteillage réalisé par le distingué directeur technique de la compagnie, M. Brian, est certainement le plus parfait de ceux qui existent à l'heure actuelle. Les bouteilles parties automatiquement du wagon y retournent de la même manière, après avoir été lavées, remplies, bouchées, étiquetées, — automatiquement toujours, — de façon à éliminer toute possibilité de contamination. C'est une très belle chose.

Le grand établissement thermal , que dirige avec tant d'autorité le Dr Haller, retint ensuite longuement les visiteurs : bains, douches, bains carbo-gazeux, douches de Vichy, le service d'électrothérapie du Dr Aimard, la splendide installation mécanothérapique furent justement admirés. Ils sont dignes de leur réputation mondiale et des 130.000 baigneurs qui fréquentent annuellement Vichy.

Mais le progrès ne s'arrête pas. Derrière le grand établissement s'élève déjà un nouvel établissement ultramoderne, destiné à remplacer l'établissement actuel de 2e classe.

Puis voici le beau laboratoire de recherches biologiques que dirige depuis trois ans le Dr Lescœur. Les médecins de Vichy y trouvent la possibilité de se livrer aux plus importantes recherches expérimentales.

Comment ne pas signaler tout à côté la Maison des missionnaires réalisée, sans le concours des Pouvoirs publics, par le Père Wathé. Cette très belle œuvre permet aux grands coloniaux que sont les missionnaires de venir à Vichy retrouver la santé qui leur permettra de continuer dans nos lointaines colonies leur apostolat religieux et patriotique. On doit la saluer avec admiration et respect.

Une remarquable conférence du Dr Durand-Fardel met en valeur les ressources infinies que les coloniaux peuvent trouver à Vichy. Après avoir étudié les sources, leur origine, leur composition, leur action, le conférencier montra combien la cure de Vichy est complexe. Il voulut bien exposer aux congressistes toutes les remarques suggérées par sa longue expérience. Aussi fut-il très longuement applaudi par l'assistance où on remarquait de très nombreux coloniaux.

Mais une visite à Vichy n'est pas seulement consacrée à l'étude, c'est aussi l'occasion de délicieuses réceptions. Les congressistes purent ainsi assister, au théâtre, à une magnifique représentation de gala. Le lendemain ils furent aimablement reçus, sur le beau champ de courses par M. le baron de Waldner, président de la Société des courses de Vichy. Après le Grand prix de Vichy, ils furent invités à prendre le thé au Sporting-Club, véritable eden au bord de l'Allier.

Enfin, avant leur départ, un magnifique dîner les réunit au Carlton, sous la présidence de M. Charles Fère, l'éminent président de la Compagnie fermière. Ils purent, une fois de plus, se rendre compte que Vichy n'est pas seulement un pays de régime et ils apprécièrent cet incomparable adjuvant de la cure qu'est une cuisine française assaisonnée par l'air pur de l'Allier.

A l'heure des toasts, M. Fère salua très aimablement les congressistes coloniaux, les membres du IIIe Congrès international de radiologie, venus se joindre à eux, et toutes les dames présentes. Puis M. le Professeur Bentley, du Caire, M. le Professeur Karantasis, au nom des délégués étrangers, M. le Médecin général Lecomte, au nom du Corps de santé colonial, Mlle Marvingt, au nom de l'aviation sanitaire, le Dr Le Sourd, au nom des Journées coloniales, le Dr Belot, au nom des radiologistes, apportèrent à Vichy l'hommage de leur admiration et de leur gratitude.

Le Dr Alquier, de Vichy, donna enfin la primeur d'une belle et généreuse poésie en l'honneur des coloniaux de France.

C'est avec une véritable émotion que tous vinrent, avant le départ, dire à M. Fère, à MM. Feuillade, Loiseau, Ossipoff, de la Compagnie fermière, au Dr Durand-Fardel et à nos chers confrères de Vichy, quel souvenir profond ils emportent de leur visite dans la première station thermale du monde.

F. L. S.

— **Société anatomique de Paris.**— La Société anatomique de Paris ouvrira sa réunion plénière le lundi 12 octobre à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris (21, rue de l'École-de-Médecine). L'ordre du jour est ainsi fixé.

Lundi matin 9 heures et lundi après-midi, 15 heures, sous la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon. Question anatomo-clinique : La lymphogranulomatose (maladie de Sternberg-Paltauf). Rapporteurs: M. le Prof. FAVRE (de Lyon) : Place nosographique de la lymphogranulomatose tirée de son étude anatomo-clinique. M. le Prof. TITU-VASILU (de Cluj) : Conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de son étude expérimentale.

Mardi matin, sous la présidence d'un membre correspondant étranger de la Société. Question anatomo-physiologique : La structure et l'histophysiologie des parois vasculaires artérielles et veineuses. Rapporteurs : MM. les Professeurs DUBREUIL et LACOSTE (de Bordeaux).

Mardi après-midi, sous la présidence de M. le Prof. G. Roussy, président de la Société. Communications diverses des membres étrangers de la Société. Les congressistes sont priés de bien vouloir envoyer leur adhésion et le titre des communications qu'ils désirent faire ou l'indication des discussions auxquelles ils désirent participer au secrétaire général de la Société, Dr René Huguenin, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

— L'aventure d'un médecin de Cepoy... en 1847. — Sous ce titre, le *Journal du Loiret* a publié l'article suivant, que nous reproduisons (résumé) à titre documentaire :

« En 1847, un médecin orléanais faillit connaître, comme le docteur Laget, les rigueurs de la prison, la cour d'assises... Voici dans quelles circonstances

Le 13 juin 1844, Jean Billaut, vieillard octogénaire habitant Corquilleroy, arrondissement de Montargis, perdait sa femme. Il reporta son affection sur le mari d'une de ses nièces, Alexandre B..., laboureur au même lieu et dont il avait fait son légataire universel. Le bonhomme ne devait pas tarder à le regretter. Au bout de quelque temps, il s'aperçut que son neveu, loin de lui être reconnaissant de sa confiance et de ses largesses, n'avait qu'un désir : le voir disparaître pour entrer en possession de l'héritage. Alors le vieux paysan résolut de jouer un bon tour à l'ingrat... en se mariant ! Le 17 février 1845, il se rendit chez le maire de sa commune demander de publier ses bans.

Dix jours après, il mourait : son neveu lui avait fait boire un verre de vin saupoudré d'arsenic! Le décès parut suspect au médecin de Cepoy, M. Vannier, mais celui-ci garda pour lui ses soupçons. Près de deux ans s'écoulèrent sans que l' « officier de santé » rompît son silence, et il semblait que l'impunité fût désormais acquise à Alexandre B... quand, dans le courant de l'hiver 1846, un ancien préfet de police, M. Gisquet, qui villégiaturait à Châlette, surprit le secret de M. Vannier.

Le 26 février 1847, le laboureur empoisonneur était arrêté ; il avoua son crime, mais il accusa formellement le médecin de Cepoy de l'avoir aidé « à faire périr son oncle ».

— C'est lui, déclara-t-il, qui m'a remis deux paquets de poudre, en me conseillant de les mettre dans un quart de vin. Il croyait me rendre service et il s'attendait à recevoir une récompense...

L'affaire vint devant la cour d'assises du Loiret, le 28 juillet 1847. Les débats, présidés par M. Légier, conseiller à la Cour royale d'Orléans, attirèrent une foule considérable.

Alexandre B... — solide gaillard de quarante ans — vint s'asseoir, très calme au banc des inculpés. Il renouvela ses aveux et son accusation. L'officier de santé — qui prenait presque figure d'accusé, se défendit avec beaucoup d'énergie et de dignité. Excellent homme, il était très bavard ! Un témoin déclara qu' « il était bien capable de se compromettre par son langage trop facile et trop abondant ».

L'entrée de M. Gisquet provoqua dans la salle un vif mouvement de curiosité.

L'ancien préfet de police ne connaissait rien de l'affaire, mais il avait eu en janvier 1847 une conversation avec M. Vannier, qui était venu donner ses soins à sa fille, Mme de Nieul, malade à Châlette. L'entretien s'était engagé sur des « questions philosophiques » et, parlant « de la perversité de l'espèce humaine », les deux interlocuteurs avaient été amenés à déplorer les « penchants cupides et les mauvaises inclinations de quelques individus de la localité, des crimes qui pouvaient être commis et qui n'étaient pas toujours découverts ».

— C'est tellement vrai, dit M. Vannier à M. Gisquet, que je connais un crime qui a échappé à la justice...

Et l'officier de santé avait confié à M. Gisquet ses soupçons sur Alexandre B... S'il n'avait pas transmis ses doutes à la justice, c'est parce qu'il redoutait une « vengeance terrible », étant obligé, comme médecin, de parcourir isolé la campagne, jour et nuit ! C'est sur les conseils pressants de M. Gisquet que M. Vannier s'était enfin décidé à faire des révélations à M. Sanglé-Ferrière, procureur du roi à Montargis.

M. Gisquet, qui habitait Châlette depuis huit ans, avait pu apprécier le caractère et le désintéressement du médecin de Cepoy. A la question du président : « M. Vannier n'est-il pas un peu léger en paroles ? » le témoin répondit en souriant :

— M. Vannier parle d'abondance, mais je n'ai rien vu dans ses actes qui ne fût parfaitement honorable...

C'était aussi le sentiment du jury et de la Cour.

Après de longs débats au cours desquels on apprit que le père de l'empoisonneur s'était pendu « pour ne pas survivre au déshonneur », Alexandre B... fut condamné à mort. En descendant de son banc, il se tourna vers M. Vannier et lui dit :

— C'est vous qui m'avez donné le poison ; si je meurs, c'est vous qui en serez la cause !...

Alexandre B... fut guillotiné le 16 octobre 1847, à Montargis, au rond-point de Saint-Dominique. Avant de monter — courageusement — à l'échafaud, il avait prié son confesseur d'implorer, en son nom, le pardon du médecin de Cepoy. — SAINT-SIMONIN ».

— Inspection médicale dans les écoles primaires supérieures et professionnelles de Paris. — Le Conseil municipal de Paris a voté les dispositions suivantes relatives à l'inspection médicale dans les écoles primaires supérieures et professionnelles :

« Article premier. — A titre d'essai à partir de la prochaine année scolaire, les écoles primaires supérieures et les écoles professionnelles cesseront d'être groupées avec des écoles primaires ou maternelles.

« Art. 2. — La surveillance sanitaire de ces établissements pourra, au fur et à mesure des vacances, être confiée, à titre supplémentaire, aux médecins inspecteurs du cadre, et, de préférence, médecins des hôpitaux ou assistants, chefs de clinique ou encore anciens internes des hôpitaux de Paris.

« Des médecins dames seront, autant que possible, affectées aux établissements de jeunes filles. »

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spécial pour périodiques médicaux

MINISTÈRE DE..

SOUCHE

Nom du candidat :

Emploi sollicité : ..

Date de la délivrance du bulletin de visite :........

Conclusions du docteur : ....

....

Nom du docteur : .

MINISTÈRE DE..

NOTA I. — Article 4 de l'arrêté du ministère de la Santé publique en date du 25 février 1930 :

« Tout candidat à un emploi administratif de l'Etat sera examiné préalablement à sa nomination par le médecin désigné conformément à l'article 3 du décret du 10 décembre 1929 qui établira un certificat constatant que l'intéressé est indemne de tuberculose. Cette visite comportera, outre l'examen clinique, un examen radioscopique, et, s'il y a lieu, un film radiographique et une analyse bactériologique.

« Toutefois, ne seront pas exclus des cadres administratifs de l'Etat, les candidats porteurs de séquelles de lésions de tuberculose osseuse, articulaire, ganglionnaire, pleurale ou péritonéale guéries depuis plusieurs années. »

N°..

M. le docteur est prié, en exécution de l'article 18 du décret du 10 décembre 1929, de procéder à l'examen médical de M...........................

Fait à..................le..................

NOTA II. — Le présent bulletin, signé du chef de service compétent, devra être remis par l'intéressé au médecin qui le joindra à son mémoire en vue du payement ultérieur de ses honoraires par les soins du ministère des finances.

MINISTÈRE DE..............

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MÉDECIN

(Voir nota n° 1).

Examen clinique..................

Examen radioscopique : ....

Film radiographique (éventuellement)..........................

Examen bactériologique (éventuellement) ....

En conséquence, le médecin soussigné estime que M. ....

est ..... { indemne de toute affection tuberculeuse (*a*). / atteint de

NOTA III. — La présente feuille devra être renvoyée sous pli cacheté par le médecin à l'autorité qui a signé le bulletin de visite.

(*a*) Biffer la mention inutile.

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire

Le fait pour un médecin, de prendre aux assurés sociaux des honoraires inférieurs au tarif minimum syndical ne peut-être considéré comme un abus.

13155. — M. Bergey demande à M. le Ministre du Travail : 1° S'il considère qu'une caisse primaire d'assurances sociales peut accepter d'annexer à une convention à passer avec un syndicat médical la disposition suivante des statuts dudit syndicat : « Est considéré comme abus, ristourne, avilissement des honoraires et passible des sanctions du conseil de famille, sans préjudice de l'application de l'article 67 de la loi du 5 avril 1928, pour un praticien, de prendre aux assurés sociaux des honoraires inférieurs au tarif minimum syndical communiqué aux caisses d'assurances sociales » ; ajoute que la caisse s'engagerait ainsi, par application de l'article 7 de la convention-type, à donner effet, en ce qui la concerne à des sanctions prises par le conseil de famille du syndicat, en application de la disposition ci-dessus indiquée, par exemple à l'exclusion du droit de soigner des assurés sociaux prononcée contre un docteur qui accepterait des honoraires inférieurs au tarif syndical minimum, alors que le tarif appliqué par ledit médecin pourrait être conforme au tarif de responsabilité de la caisse ;

. . . .

2° Si cette prétention du syndicat médical ne semble pas d'autant plus discutable que ledit syndicat se réserve le droit de majorer son tarif minimum avec simple préavis de quinze jours et que le tarif syndical est annexé à la convention à titre simplement indicatif (art. 6 de la convention médicale type). (*Question du 9 juin 1931.*)

Réponse. — Une convention qui comporterait la clause sus-indiquée serait contraire au principe du libre choix du praticien, énoncé à l'article 4, paragraphe 2 de la loi sur les assurances sociales, et ne saurait ainsi être approuvée.

A.P.I.M.

(Association professionnelle internationale des médecins).

Ordre du jour
de a 6e Session du Conseil général
à Budapest
les 10 11, 12 et 13 septembre 1931.

1° Approbation du compte rendu de la 5e session (paru dans notre « *Revue Internationale* » n° 10, de novembre 1930).

2° *Exposé sommaire du président* de la 6e Session sur les travaux de l'A. P I. M. depuis la 5e session.

3° Nomination de *deux contrôleurs des comptes.*

4° *Rapport du Secrétaire général* sur le fonctionnement de l'A. P. I. M. les travaux du secrétariat et des correspondants et questions diverses.

5 *Vocabulaire usuel de l'A. P. I. M.* — Examen de celui proposé par le Secrétaire général. Modifications et additions éventuelles.

6e *L'Enquête (P) de l'A. P. I. M. sur l'Assurance-maladie en 1931, dans les divers pays* ». Rapporteurs : Drs SCHNEIDER et VUILLEUMIER. — Discussion des conclusions des deux rapporteurt et vote de conclusions officielles définitives.

7° *La « Conférence Européenne d'hygiène rurale* ». (Genève, juillet 1931.) Rapporteur : Dr Fernand DECOURT, délégué de l'A. P. I. M. à cette conférence.

8e *L'Enquête (R) de l'A. P. I. M. sur « l'Assistance médicale rurale* ». Rapporteur : Dr F. DECOURT. Discussion et vote de conclusions officielles définitives.

9° *Les rapports respectifs à établir entre l'A. P. I. M. et l'A. S. I.* (Association stomatologique internationale) et éventuellement avec toute autre Association internationale analogue. Exposé verbal du secrétaire général sur les pourparlers engagés quelques jours auparavant au Congrès de Budapest de l'A. S. I. — Discussion et vote de conclusions.

10e La création récente d'un « *Office international de cinéma éducatif d'hygiène et de santé publique* ». — Exposé du secrétaire général sur les rapports éventuels entre cet office et l'A. P. I. M.

11° *Echange d'enfants entre médecins.* — Aperçus présentés par le Dr SCHAEFTGEN.

12° *Rapport des Commissaires des comptes.*

13° *Rapport général du trésorier.*

14° *Principales enquêtes à faire en* 1931.

15° *Nomination du Président de la 7e session* (1932).

16° Date et siège de cette session.

17° Questions diverses.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

3159. — Visite de « contrôle »

Je vous serais reconnaissant mon cher confrère de me dire quel est le prix que je dois demander pour une visite en consultation avec un confrère.

Ce dernier est médecin de la compagnie. L'agent de l'assurance et le médecin m'ont convoqué, en vue d'établir un rapport pour la Compagnie sur l'état d'un blessé que je soignais, le 13 mars dernier. D'accord avec le médecin de la Compagnie j'ai délivré le certificat de guérison le 13 avril (consolidation).

Dans ma note d'honoraires j'applique l'article 5

du tarif, 45 fr., la Compagnie fait jouer l'article 3 et réduit la visite à 22 fr. 50.

Qui a raison de nous deux ?

Dr Q.

Réponse.

Il ne s'agit pas là d'une « consultation avec confrère : 45 francs » (article 5), mais bien de la visite de contrôle tarifée à l'article 3-a, pour laquelle le prix est celui de la visite ordinaire majoré de 50 %, soit 22 fr. 50, ainsi que le dit la Compagnie.

Toutefois, ayant délivré un certificat de consolidation, celui-ci rentre dans les certificats descriptifs, tarifés dix francs.

Dr Fernand Decourt.

4063. — Deux consultations dans la même journée

Je profite de cette occasion pour vous demander de vouloir bien me fournir un renseignement au sujet d'un accidenté du travail : un ouvrier s'est présenté à mon cabinet hier matin, porteur d'une coupure profonde de la face dorsale de la main gauche ; je lui ai fait un pansement ; dans la soirée, cet ouvrier est revenu me voir en me déclarant qu'une hémorragie s'était produite au niveau de sa plaie ; en effet, l'ablation du pansement me montra un épanchement sanguin abondant · je refis donc un pansement. Ai-je le droit de compter deux pansement dans la même journée du 25 juillet ?

Dr C.

Réponse.

L'hémorragie survenue après le premier pansement ayant *nécessité* une seconde « consultation avec pansement » dans la même journée, il est normal de compter les deux interventions.

Dr Fernand Decourt.

4022. — Certificat descriptif ou expertise ?

Je suis fort ému de votre réponse au Dr X. dans le n° 3589 du *Concours médical* du 26 juillet 1931.

Nous avons toujours dans notre syndicat défini l'expertise par la demande d'évaluation du quantum.

Le mot ne fait rien à la chose et il est fréquent qu'une compagnie d'assurance demande au médecin traitant une « expertise officieuse » pour établir ses propositions et éviter un procès surtout lorsqu'il s'agit d'accidents de droit commun, avec l'acquiescement du blessé.

Je n'ai jamais rencontré de difficulté de règlement et la plupart des lettres demandant l'examen du blessé avec fixation du quantum ne contenaient pas le mot expertise.

Excusez nous de vous demander de repréciser ce qu'est une expertise à votre sens.

Dr S.

Réponse.

Du moment où une Compagnie *vous demande elle-même* un rapport pour un accidenté consolidé avec incapacité permanente partielle et vous prie de *fixer le quantum* de la dite incapacité, qu'elle ait prononcé ou non dans sa lettre le mot d'expertise, ce n'en est pas moins une réelle expertise qu'elle vous demande. Et, l'*ayant demandée*, elle doit vous la payer comme *telle*, suivant l'adage « Qui commande paye ». Relisez bien ma réponse et vous verrez qu'elle est conforme à ce que je dis ci-dessus.

Il n'en est plus de même, et c'était le cas visé par le demandeur, lorsque, *sans demande de la Compagnie*, le médecin traitant établit un *certificat descriptif* dans lequel il juge bon (par excès de zèle) de déclarer qu'il y a incapacité permanente partielle avec *tel* quantum d'incapacité. Qu'il le fasse *pour le blessé*, d'accord avec lui, c'est affaire entre eux et en *dehors* du tarif officiel. Mais pourquoi donner à la Compagnie un rapport d'expertise, en réalité, alors que celle-ci ne le lui a pas demandé ? Il s'expose à ce que celle-ci, s'en tenant à la *lettre* du tarif, déclare qu'elle ne doit que le certificat descriptif final tarifé 10 francs, *seul* envisagé dans le tarif de *responsabilité patronale*, à l'article 29.

Dr Fernand DECOURT.

Questions fiscales

3607. — Les frais d'enregistrement d'un contrat de mariage ne peuvent être déduits du revenu

Je vous serais très reconnaissant de me donner le renseignement suivant : j'ai marié mes deux filles et j'ai eu à payer pour l'enregistrement des contrats de mariage des sommes assez importantes. Ai-je le droit de déduire ces frais d'enregistrement de mon revenu dans ma déclaration pour l'impôt sur le revenu ?

Le contrôleur de l'enregistrement prétend que je ne dois pas faire cette déduction mais je serais très désireux d'avoir votre avis à ce sujet.

Dr D.

Réponse.

Les frais d'enregistrement du contrat de mariage ne peuvent pas venir en déduction des revenus passibles de l'impôt.

A. M.

3741. — Taxation d'office en cas d'absence de déclaration

Ayant négligé de faire en février une déclaration de revenu, le contrôleur des contributions m'impose sur un bénéfice de 25.000 fr. tandis que l'an dernier il m'avait imposé sur un bénéfice de 15.000 qui était exagéré. J'ai réclamé aussitôt et ce matin il me répond

que je ne peux prétendre à aucune réduction. A qui et comment faire une réclamation, j'ai 66 ans et je gagne par an 25 ou 30.000 francs. Le bénéfice de 25.000 fr. est loin. Dr M.

Réponse.

L'absence de déclaration justifie la taxation d'office et vous ne pouvez obtenir réduction qu'en apportant la preuve formelle de l'exagération de la taxation.

A. M.

2612. — Déclaration des revenus des propriétés foncières

Jusqu'à présent, je déclarais toujours pour mes propriétés bâties ou non le revenu cadastral noté sur l'avertissement. Cette année, me basant sur l'article 1er de la loi du 26 avril 1930, j'avais diminué ce chiffre d'un septième pour les propriétés non bâties.

Or, je viens de recevoir pour la première fois du contrôleur une lettre me disant que par application de l'article 92 du décret du 15 octobre 1926, il *se propose de retenir le revenu réel* de ma ferme de L. qui deviendra 17.000 au lieu de 5.000.

1° Le contrôleur est-il dans son droit ?

2° Pourquoi alors accepte-t-il mes chiffres cadastraux pour les autres propriétés ?

3° Comment a-t-il établi ce nouveau chiffre ?

4° Suis-je obligé de répondre que j'accepte ?

5° Comment faire mes déclarations à l'avenir pour cette propriété ? Si je reprends comme jadis le revenu cadastral (que le contrôleur ne discute pas pour les autres propriétés), cela me fera des ennuis tous les ans. Si je mets pour ma propriété seulement le chiffre du contrôleur de cette année, je ne sais plus dans quelle rubrique de ma déclaration l'indiquer et de plus je fais une déclaration fausse, car je ne puis justifier ce chiffre que je ne m'explique pas et qui reste inférieur à mon prix de location actuel.

Je crois préférable pour moi de ne pas aller voir le contrôleur et même ne pas répondre si vous me dites que je n'y suis pas obligé (sa lettre ne me met pas en demeure de répondre). Je serai sans doute taxé sur le chiffre qu'il me propose, mais je ne vois pas comment faire ma déclaration les années suivantes pour être tranquille.

Réponse,

Le contrôleur a le droit de substituer le revenu réel au revenu cadastral, mais c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve.

Vous pouvez tous les ans déclarer votre revenu cadastral. Vous pouvez donc répondre au contrôleur que vous n'acceptez pas son chiffre.

A. M.

2906. — Conditions requises pour pouvoir obtenir une réduction de la contribution foncière

Je suis propriétaire d'une maison à X. qui est inha-

bitée depuis mai 1930. Je compte aller l'habiter un jour et ne veux pas la louer, seuls des communs et un garage sont loués pour 2.700 fr. J'ai reçu hier mes impôts. Est-il légal de payer des impôts pour une maison inhabitée ? que dois-je faire ?

D'autre part je vois marqué sur la feuille de contribution : Réductions pour charges de famille. Dois-je signaler que j'ai cinq enfants et cela peut-il me faire diminuer mes impôts ?

Réponse.

La vacance d'une maison ne peut donner lieu à une réduction de contribution foncière que si elle a duré plus d'un an contre la volonté du propriétaire, c'est-à-dire que ce dernier doit justifier avoir fait toutes les démarches nécessaires en vue de la location.

En ce qui concerne la réduction pour charges de famille, adressez une réclamation au directeur des contributions directes du département, pour obtenir le dégrèvement auquel vous avez droit. A. M.

Questions médico-militaires

3601. — Traitement de la Légion d'honneur

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire avoir réponse à la question suivante : *Droit au traitement de la Légion d'honneur.*

E. V. pr. durée guerre. Méd. aux. Médaille milit. En 1929 Légion d'honneur au titre des réserves sans traitement : P. E. B. méd. lieutenant, 14 ans de services, 5 campagnes. A été blessé et cité.

Pourquoi sans traitement ?

Dr B.

Réponse.

Votre cas relève de l'art. 79 de la loi des Finances du 16 avril 1930, qui accorde un traitement aux militaires ou anciens militaires, titulaires de la Croix de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire *postérieurement à une blessure ou à une citation, avec croix de guerre.*

Ayant été médaillé dans ces conditions, vous avez droit au traitement de la médaille militaire ; vous n'avez droit à celui de la Légion d'honneur que si *postérieurement à l'attribution de la Médaille militaire,* vous avez *une nouvelle fois* été *cité ou blessé.*

La même règle s'applique à un Chevalier de la Légion d'honneur, devenu officier de la Légion d'honneur dans la suite ; il n'a droit au traitement d'officier de la Légion d'honneur que si, *étant chevalier, il a été de nouveau cité ou blessé.* Sinon, il garde le traitement de chevalier, quoique officier.

3620. — Changement d'affectation

Appartenant à la classe 1904, ayant 4 enfants vivants, je suis, comme médecin-capitaine, affecté

à la 5e région et dois en cas de mobilisation partir le 2e jour, comme en 1914.

Or, mon domicile et ma résidence sont bien loin de là dans la 18e région.

Est-ce que mon âge, le nombre de mes enfants, ne me donnent pas droit à une affectation plus proche de mon domicile et à un appel moins rapide ?

Ne puis-je pas réclamer, avec quelque chance d'aboutir, une affectation dans ma région ?

Le cas échéant ne pourriez-vous me donner quelques indications sur les termes de ma réclamation et l'autorité à laquelle elle devrait être adressée ?

Je connais des confrères plus jeunes et moins chargés de famille affectés à proximité de leur résidence. Il me semble qu'il y a bien quelque chose d'anormal dans mon cas, d'autant plus que depuis 1919 j'assure un service de radiologie à l'hôpital militaire de B.

Dr D.

Réponse

Adressez au ministre de la Guerre, par la voie hiérarchique de votre Directeur de la 5e région, une demande d'affectation à la 18e région. Vous la motiverez par votre domicile actuel, en y ajoutant le nombre de vos enfants.

Vous aurez certainement satisfaction, mais il vous faudra un peu de patience.

Une fois avisé de votre affectation à la 18e région, vous écrirez aussitôt à votre nouveau Directeur, afin de lui demander un poste de mobilisation, en rapport avec votre âge et vos charges de famille. Vous n'oublierez surtout pas de mentionner vos titres de *Radiologie.*

3552. — Les veuves de guerre ont droit à la retraite mutuelle du combattant

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur le point suivant. Je lis dans un journal la phrase suivante :

« Les anciens combattants titulaires de la carte de combattant, les victimes de la guerre dont l'époux, le fils ou le père est mort pour la France au cours de la guerre 1914-1918 ont droit à la retraite mutuelle subventionnée. »

Que signifie retraite mutuelle subventionnée ?

Ayant perdu un fils au cours de la guerre, cette phrase m'intéresse tout particulièrement.

Dr G.

Réponse.

En effet, les veuves, orphelins ou ascendants de militaires morts pour la France au cours de la guerre, ont droit à la retraite mutuelle du combattant, ainsi qu'il résulte de la loi du 4 août 1923.

Il faut, pour avoir droit à cette retraite, faire partie d'une Société de Secours mutuels, composée d'anciens combattants, veuves, orphelins, ascendants de militaires morts pour la France, et

effectuer des versements pendant dix années au moins.

L'Etat contribue à ces versements pour une quotité variant de 30 à 60 %.

Voir le « *Concours Médical* » 10 novembre 1929.

3419. — Permissions de convalescence

Je suis actuellement médecin sous-lieutenant, incorporé depuis octobre 1930, classe 1925, devant faire 18 mois de service, mais en réalité n'accomplissant qu'un an parce que titulaire du brevet de préparation militaire supérieure.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si une permission de 15 jours accordée a titre de convalescence peut m'être légalement déduite de mes 35 jours de permission... légale ?

Dr D.

Réponse.

Les permissions, accordées à titre de convalescence, ne doivent pas être décomptées de la durée de la permission légale.

Cependant, vous ne faites effectivement qu'une année de service, et peut-être n'avez-vous, de ce ait, droit qu'au nombre de jours de permission qui est accordé aux hommes du contingent d'un an .

Accidents du Travail

3898. — Contre-visite en matière d'accidents du travail

Un médecin d'assurances peut-il exiger de faire ses contre-visites au domicile des blessés même si ces derniers peuvent marcher et venir régulièrement au pansement ?

Si un blessé est absent de chez lui pour venir se faire panser chez son médecin à l'heure de la contre-visite, après en avoir prévenu le médecin d'assurances, ce dernier a-t-il le droit de demander à son assurance la suppression du demi-salaire à titre de représailles ?

Y a -t-il un moyen légal d'obliger le contre-visiteur à venir chez le médecin traitant ?

Pour opposer ma conception légale à la conception légale de ce monsieur, puis-je exiger l'accomplissement de toutes les formalités légales, et quelles sont-elles au complet ? Si mon adversaire ne se conforme pas exactement à la loi je le ferai mettre à la porte par mon blessé.

Si dans les certificats ou par une lettre séparée adressée au patron, le blessé déclare « faire élection de domicile chez M. le Dr X., telle adresse... » une telle mention serait-elle opposable aux prétentions de mon adversaire ?

Réponse.

Le droit de contrôle des chefs d'entreprises en

matière d'accidents du travail est réglementé par le paragraphe 5 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, dont voici le texte :

« Au cours du traitement, le chef d'entre- « prise pourra désigner au juge de paix un mé- « decin chargé de le renseigner sur l'état de la « victime. Cette désignation, dûment visée par « le juge de paix, donnera au dit médecin accès « hebdomadaire auprès de la victime en pré- « sence du médecin traitant prévenu deux jours « à l'avance par lettre recommandée.

« Faute par la victime de se prêter à cette « visite, le paiement de l'indemnité journalière « sera suspendu par décision du juge de paix « qui convoquera la victime par simple lettre « recommandée. »

Il résulte de cette disposition que le lieu où doit s'opérer légalement la contre-visite du médecin du patron ou de l'assurance, est le domicile du blessé et non pas le cabinet ni du médecin contre-visiteur ni du médecin traitant.

Il vous est donc impossible d'exiger que la contre-visite ait lieu à votre cabinet.

Par contre, le blessé est en droit d'exiger, pour se laisser examiner par le médecin contre-visiteur, que celui-ci lui exhibe sa désignation visée par le juge de paix et le récépissé de la lettre recommandée justifiant que vous avez été avisé dans les délais légaux de la date et de l'heure de la contre-visite.

D'autre part, l'élection de domicile ne se conçoit qu'en matière de procédure, elle serait sans efficacité pour obliger le médecin-contrôleur à pratiquer la contre-visite dans votre cabinet puisqu'en fait, le blessé continuerait à habiter à son domicile réel.

3971. — Honoraires d'une visite effectuée pour une assurance

Une compagnie d'assurances me demande d'examiner (et de fournir un rapport) un ouvrier accidenté il y a 2 ans et auquel a été attribuée une rente temporaire de 2 ans. Quels honoraires dois-je demander ?

Réponse.

Le cas que vous nous soumettez ne relève pas du tarif des accidents du travail, qui ne concerne que la part des honoraires du *médecin traitant choisi par le blessé* mise à la charge du patron responsable par la loi.

La mission dont vous a chargé la compagnie d'assurances avait simplement pour but de la renseigner sur l'état du blessé, en vue d'une révision possible.

Il s'est ainsi créé entre vous et la compagnie un contrat de droit commun, qui oblige la compagnie à vous honorer sans qu'aucun tarif (et surtout pas celui des accidents du travail) puisse vous être appliqué.

A vous donc de demander à la compagnie les honoraires que vous paraissent justifier le temps passé et les difficultés de votre mission.

Pratiquement, et par analogie avec les prix ordinairement appliqués pour les examens de candidats à l'assurance-vie, nous vous conseillons de demander de 80 à 100 francs pour votre examen, la rédaction et l'envoi de votre rapport, en y ajoutant, s'il y a lieu, vos frais de déplacement calculés selon votre tarif habituel.

4017. — La remise d'un bulletin d'accident au blessé ne constitue pas une reconnaissance de la responsabilité du patron

A nouveau j'ai recours à votre obligeance pour me conseiller dans le cas suivant : un ouvrier blessé vient me trouver, porteur du bulletin ci-joint ; je le soigne et envoie ma note à la M. qui me la retourne avec la lettre également incluse.

Que dois-je faire ?

Réponse

Une jurisprudence constante décide que la remise par le patron au blessé d'un bulletin d'accident destiné au médecin traitant n'engage pas la responsabilité du patron et ne l'empêche pas de contester par la suite soit la matérialité de l'accident, soit son imputabilité au travail.

Il en est particulièrement ainsi lorsque, comme dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, le bulletin d'accident se borne à mentionner les dires de l'ouvrier et fait toutes réserves au sujet de l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898.

Dans ces conditions et puisque la compagnie refuse de reconnaître l'accident du travail, vous ne pourrez exiger du patron le paiement de vos honoraires qu'autant que le blessé aura fait décider, en citant son patron en justice de paix pour obtenir paiement du demi-salaire, qu'il s'agit bien d'un accident du travail.

Si le blessé perd son procès ou s'il n'agit pas, vous n'aurez aucune action contre le patron et votre seule ressource sera de vous faire payer par le blessé lui-même, conformément au droit commun.

Questions diverses

3930. — Cours des intérêts sur une créance

Je vous serais bien reconnaissant de me donner votre opinion sur le fait suivant :

J'ai donné mes soins à un accidenté d'usine à pa-

pier en juillet 1929, pour des brûlures profondes et étendues des deux pieds par produits chimiques.

Le certificat de consolidation a été produit en janvier 1930. La Compagnie d'assurances a refusé de payer l'incapacité de travail au blessé et les honoraires sous prétexte qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle et non d'un accident du travail.

Procès entre la Compagnie d'assurances et l'usine à papier, en juillet 1930. La Compagnie d'assurances est condamnée à payer. Elle fait appel du jugement en avril 1931... puis renonce à l'appel et paie à l'ouvrier l'incapacité de travail en juin 1931.

J'espère qu'elle ne fera pas de difficultés pour payer ma note d'honoraires dès que je le lui aurai rappelé. Mais n'ai-je pas le droit de lui demander des intérêts pour une somme qui dépasse 1.000 fr. et depuis quelle date ?

Réponse.

Nous pensons en effet que la compagnie d'assurance ne fera aucune difficulté pour vous régler vos honoraires du moment qu'elle a renoncé à l'appel qu'elle avait formé contre la décision du juge de paix établissant qu'il s'agissait bien d'un accident du travail.

Mais il vous sera impossible de réclamer à la compagnie le paiement d'intérêts sur votre créance car ceux-ci ne peuvent courir, aux termes de la loi, qu'à compter du jour de la sommation de payer par ministère d'huissier ou de la citation en justice et il n'apparaît pas que vous ayez rempli les formalités nécessaires.

3937. — Ouverture d'un second cabinet

Je suis installé depuis 20 ans et je n'ai pas de concurrent direct, à part les confrères des communes voisines *avec qui je suis en bons termes.*

J'apprends qu'un jeune confrère spécialiste en ville, va venir avec son installation radiologique dans une commune limitrophe de la mienne et j'ai l'intention d'ouvrir un cabinet de consultations, dans *cette localité les jours de marché.*

Pour cela, je m'entendrai avec un hôtelier qui me louera une salle pour ces jours-là : je voudrais savoir quelles sont les formalités à remplir dans le cas présent et si je puis l'annoncer sous forme de circulaire.

Dr L.

Réponse.

Vous n'avez aucune formalité à remplir pour ouvrir un cabinet de consultations dans une localité voisine de celle où vous êtes installé.

Au point de vue déontologique, peut-être serait-il bon que vous vous entendiez au préalable avec le Président du Syndicat local.

Bien entendu, vous serez imposé à la patente sur la valeur locative des nouveaux locaux qui seront mis à votre disposition.

Cinquante-troisième année — N° 35 — 30 Août 193[illegible]

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs), Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Gunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche, P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubrocs.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Rousin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 300. — Dr ayant voit., fer. remplac. Paris ou banl. août-septemb. Libre de suite.

N° 301. — Sud-ouest. Client de ville, Urolog. Appartem. 9 p. salle bains. Indemn. 20.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 302. — Banl. imméd. Bonne client. anc, belle habitat. Cond. intéress. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 303. — Turcat-Méry, cabr. 4 pl., 10 CV. 6 cyl. 1930. Excel. état. A vend. 22.000. Dr Sineau, 2, rue Paul Déroulède à Nice.

Renseignements

Buvez nos grands vins de Bordeaux. Adressez-vous au producteur. Prix spéciaux à MM. les docteurs, **Paul Faure, Château-Barrieux à Samonac** (Gironde).

Héliothérapie. Maison de santé. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles **(S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.**

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)
Ne pas confondre **Silicyl,** gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Fiançailles.** — Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs, parmi lesquels notre Rédacteur en chef, le Dr J. Noir, compte tant d'amis, les fiançailles de sa fille, Mlle Cécile Noir, avec Monsieur Pierre Convers, de Choisy-le-Roi.

Et nous sommes assurés d'être les fidèles interprètes du sentiment général en adressant aux jeunes fiancés et à leurs familles nos affectueux compliments et nos sincères souhaits de bonheur.

— **Académie de médecine.** — L'Académie de médecine consacrera sa séance du 13 octobre prochain à la médecine et à l'hygiène coloniales.

— **Le monument du professeur Lecène.** — Le monument élevé à la mémoire du professeur Lecène, à l'hôpital Saint-Louis où le regretté maître avait son service, sera inauguré le mardi 6 octobre 1931, à 11 heures.

— **IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée.** — Ce congrès, organisé par la société de psychothérapie se tiendra à Paris du 28 septembre au 4 octobre 1931. La séance solennelle d'ouverture aura lieu au Palais des informations, à l'Exposition coloniale.

— **Centenaire d'Alfred Fournier.** — A l'occasion de la conférence internationale de défense sociale contre la syphilis (9, 10, 11 mai 1932) et des cérémonies du Centenaire d'Alfred Fournier, les grands réseaux de chemins de fer français accorderont une réduction de 50 p. 100 aux adhérents qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins cinquante kilomètres.

Adresser les demandes au Secrétariat de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris VIIIe, avant le 1er avril 1932. Cotisation de membre titulaire : 200 fr.

— **Union des établissements thermaux des stations climatiques de France.** — *Proposition relative à la gratuité à accorder dans les stations thermales, aux élèves diplômés des Instituts d'hydrologie et de climatologie.* — Le Docteur Molinéry a reçu une délégation, à Luchon, des élèves de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de la faculté de médecine de Toulouse. Ceux-ci, se basant sur ce fait qu'ils ont dû s'inscrire pour des cours supplémentaires se référant à l'hydrologie et à la climatologie en vue de l'obtention d'un diplôme spécial, demandent d'être traités comme les médecins, c'est-à-dire d'avoir la gratuité auprès de tous les établissements thermaux de France.

M. Molinéry a transmis ces propositions à l'Union des Etablissements thermaux afin qu'elles soient portées à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 AOÛT

Décret du 4 août 1931 modifiant l'article 2 du décret du 24 mai 1930 sur les assurances sociales.

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 2 du décret du 24 mai 1930 susvisé est modifié comme suit :

« Les cotisations patronales et ouvrières afférentes tant aux assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile ou sont rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, qu'aux assurés qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence ne peuvent être acquittées qu'au moyen des timbres ou vignettes prévus à l'article 2, paragraphe 1er, de la loi sur les assurances sociales. »

Art. 2. — Les dispositions de l'article 2 du décret du 24 mai 1930 susvisé sont applicables aux assurés qui accomplissent habituellement moins de 240 journées de travail salarié au cours d'une année.

Art. 3. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Décret du 4 août 1931 modifiant l'article 3 du décret du 27 août 1930 sur les assurances sociales.

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 27 août 1930 est modifié comme suit :

Art. 3. — A droit ou ouvre droit à des avantages supplémentaires pour les prestations en argent proportionnelles au salaire de base :

1° En cas de maladie et de maternité, l'assuré pour qui les versements obligatoires effectués pour les risques de répartition au cours des trois mois précédant celui du début de la maladie ou celui de l'accident sont supérieurs à 72 cotisations journalières s'il appartient aux quatre premières catégories de salaires, ou à 120 fr. s'il appartient à la 5e catégorie.

2° En cas d'invalidité, de vieillesse ou de décès, l'assuré pour qui les versements effectués pour les risques de capitalisation au cours d'une année d'âge sont supérieurs à 288 cotisation journalières, s'il appartient aux quatre premières catégories, ou à 480 fr. s'il appartient à la 5e catégorie.

A cet effet, les salaires de base servant au calcul des prestations, à savoir le salaire quotidien fixé à l'article 2, paragraphe 2, de la loi, en ce qui concerne les assurances-maladie et maternité, et le salaire annuel en ce qui concerne les autres assurances et évalué à trois cents fois ce salaire quotidien, sont considérés comme étant les salaires normaux de base :

1° Lorsque les cotisations versées trimestrielle-

ment pour les risques de répartition sont égales au moins à 60 cotisations journalières sans dépasser 72 dans les quatre premières catégories, ou au moins à 101 francs, sans dépasser 120 fr. dans la 5e catégorie ;

2° Lorsque les cotisations versées annuellement pour les risques de capitalisation sont égales à 288 cotisations journalières dans les quatre premières catégories, ou à 480 fr dans la cinquième catégorie.

Les avantages supplémentaires prévus au premier alinéa ci-dessus sont égaux à la différence entre les prestations calculées sur la base du salaire normal visé à l'alinéa précédent, et les prestations calculées sur la base du salaire correspondant aux cotisations versées. Ce salaire, dit salaire majoré de base est égal, en ce qui concerne le salaire annuel, à vingt-cinq fois les cotisations acquittées annuellement dans les quatre premières catégories, ou à vingt-deux fois et demie les cotisations acquittées dans la cinquième catégorie, et, en ce qui concerne le salaire quotidien, au tiers des cotisations acquittées trimestriellement dans les quatre premières catégories, ou aux trois dixièmes des cotisations acquittées dans la troisième catégorie.

Les avantages supplémentaires résultant de l'application du présent article n'entrent pas en compte pour la détermination du complément du capital-décès à attribuer conformément à l'article 19, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928 modifiée et des compléments de pension destinés à porter la pension d'invalidité au chiffre de 600, 700, 800, 900 ou 1.000 fr. suivant les années de versement, et la pension de vieillesse à 600 fr., en exécution des articles 10, paragraphe 5, et 15, paragraphe 2.

Art. 2. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

12 AOUT

Enseignement de la médecine

Par décret du 30 juin 1931, les emplois de chefs de travaux d'histologie et de médecine légale près la Faculté de Strasbourg sont transformés en emplois d'agrégés.

Assurances sociales.

Décret du 6 août 1931 fixant le régime d'assurances des agents du Crédit foncier de France ainsi que les règles de coordination de ce régime avec le régime général des assurances sociales.

13 AOUT

Service de Santé militaire.

Les officiers de réserve du Service de santé ci-après sont admis à l'honorariat à compter du jour de leur radiation des cadres :

Maillard, méd. comm. fac. méd. Alger ; Mieulet, méd. lieut., à Paris ; Malaize, médecin lieutenant.

Le rang d'anc. dans le grade de médec. sous-lieut.

de réserve du médec. sous-lieut. de rés. Paumes, 17e rég. est rep. au 30 mars 1922 ; par le même décret, cet officier est promu au grade de médec. lieut. de rés., rang 18 mars 1927.

14 AOUT

Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Mulon, agrégé pérennisé près la Faculté de Paris.

15 AOUT

Service de Santé militaire.

Création d'une médaille d'honneur du Service de santé militaire.

Décret du 27 juin 1931.

Art. 1er. — Les médailles d'honneur en or, en vermeil, en argent ou en bronze peuvent être décernées par le ministre de la guerre aux personnes ayant apporté ou prêté leur concours au service de santé militaire, en dehors des périodes épidémiques, et qui se sont particulièrement signalées par leurs services ou leur dévouement.

Art. 2. — Un arrêté ministériel déterminera les mesures de détail relatives à cette distinction.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Arrêté du 27 juin 1931.

Art. 1er. — Le ministre de la guerre peut accorder sur la proposition des médecins chefs des hôpitaux militaires, des salles militaires des hospices mixtes, des directeurs du service de santé des régions ou de corps d'armée, et, après avis des généraux commandants de région, de corps d'armée ou des gouverneurs militaires, et sur la proposition des directeurs de l'école du service de santé militaire et de l'école d'application du service de santé militaire, des médailles d'honneur (médaille du service de santé militaire) en or, en vermeil, en argent, en bronze, aux personnes visées à l'article 1er du décret.

Art. 2. — Pour être proposés, les candidats doivent réunir une durée minimum de services, fixée comme suit :

Pour la médaille de bronze : 10 ans de services.
Pour la médaille d'argent : 15 ans de services.
Pour la médaille de vermeil : 20 ans de services.
La médaille d'or ne sera attribuée que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Nul ne peut être proposé pour la concession d'une médaille s'il n est déjà titulaire de celle qui précède.

Toutefois, des propositions pourront être faites à l'occasion de circonstances exceptionnelles en faveur des personnes ne remplissant pas le temps de service exigé pour être proposables pour la médaille de bronze ou ne réunissant pas cinq années de services depuis la dernière concession.

Art. 3. — La médaille est ronde, du module de 27 millimètres. Elle porte sur l'une de ses faces l'effigie de la République, entourée des mots « République française » ; et, sur l'autre, les mots : « Ministère de la guerre », avec le caducée et la devise : « Dévouement, — Service de santé militaire », ainsi que le nom et le prénom du titulaire et le millésime de l'année de l'attribution.

L'effigie de la République est celle qui est portée par l'avers de la médaille des épidémies.

Art. 4. — Le titulaire est autorisé à porter la médaille suspendue à un ruban de 36 millimètres de large, figurant deux bandes tricolores juxtaposées par le rouge, avec, sur chaque bord, une raie blanche de même largeur.

Art. 5. — Le titulaire d'une médaille reçoit un diplôme rappelant que celle-ci lui a été décernée pour les services rendus ou le dévouement dont il fait preuve.

Art. 6. — Les propositions seront motivées, dans un mémoire du modèle conforme à celui qui est annexé au présent arrêté, par les autorités désignées à l'article 1er et transmis au ministre par les diverses autorités militaires à tous les degrés de la hiérarchie.

Elles parviendront au ministre sous les timbres du service de santé et du cabinet du ministre, pour le 1er juin et le 15 novembre de chaque année.

La décision ministérielle qui concédera la médaille d'honneur sera insérée au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre.

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire.

Avances par les caisses, aux assurés sociaux des frais médicaux et pharmaceutiques.

13373. — M. Uhry signale à M. le Ministre du Travail la lourde charge que constitue souvent pour les assurés l'obligation de faire l'avance aux médecins et pharmaciens du coût des soins médicaux et pharmaceutiques ; ajoute : *a*) que cette obligation crée un vif mécontentement parmi les travailleurs contre la loi ; *b*) que, sans doute, l'article 4, paragraphe 4, alinéa, 2, de la loi prévoit que la part contributive garantie par les caisses peut être avancée à l'assuré ; *c*) mais que cette disposition de la loi, que visent les règlements des caisses départementales, est restée jusqu'à présent lettre morte ; *d*) qu'elle est ignorée des intéressés et parfois des fonctionnaires eux-mêmes ; et demande quelles dispositions pratiques (procédure pour demander et obtenir des avances, mise de fonds de roulement à la disposition des caisses, création de sections cantonales de caisses auprès des percepteurs, ou communales auprès des receveurs de postes, etc.), ont été prises ou envisagées par le ministère du travail pour apporter une solution à cette question, dont la gravité matérielle et morale ne doit pas être méconnue. (*Question du* 23 *juin* 1931).

Réponse. — Les articles 21 et 28, 2e alinéa, du règlement — type d'administration intérieure des caisses

EDITIONS PAUL-MARTIAL - PARIS

primaires d'assurances sociales (maladie, maternité, soins aux invalides, décès) ont règlementé la procédure à suivre par les assurés pour obtenir de leur caisse primaire une avance en vue du payement de leurs frais médicaux et pharmaceutiques. Ces articles sont ainsi conçus : « Art. 21. — Si l'assuré est dans l'impossibilité de payer un acte médical, la caisse peut lui en faire l'avance, dans les limites indiquées aux articles précédents, sur le vu de la feuille de maladie où il est attesté que l'acte médical a été dispensé. La caisse indique sur cette feuille le montant de l'avance. Elle ne consent une nouvelle avance que sur justification du payement de l'acte médical pour lequel la précédente avance a été accordée. Art. 28, 2e alinéa. — Si l'assuré est dans l'impossibilité d'acquitter le montant desdits frais, la caisse peut lui consentir, sur présentation de l'ordonnance tarifée, une avance pour le règlement de cette ordonnance, dans les conditions prévues à l'article 21 ci-dessus ».

(J. O., 30 juillet.)

ÉTUDIANTS SURSITAIRES

Le ministre de l'instruction publique voulant bien autoriser les étudiants sursitaires, incorporés en octobre 1930, et tributaires du service de dix-huit mois, à prendre, à titre exceptionnel leurs inscriptions dans les Facultés ou Ecoles à partir de la prochaine rentrée scolaire, nonobstant leur présence sous les drapeaux, le ministre de la guerre à l'intention de prendre à l'égard de ces sursitaires des dispositions analogues à celles prescrites l'an dernier par la circulaire n° 9.951-1/11 du 29 septembre 1930.

En conséquence, les commandants des régions feront connaître, pour le 5 septembre, la liste nominative des militaires intéressés par ces dispositions, en indiquant la nature des études poursuivies par ces militaires, les inscriptions qu'ils ont à prendre et les établissements d'enseignement dans lesquels ils faisaient leurs études ayant leur incorporation.

Les sursitaires désireux de bénéficier de ces dispositions devront fournir toutes justifications nécessaires.

Les anciens étudiants ayant terminé les études poursuivies avant leur incorporation, qui désireraient entreprendre de nouvelles études, ne pourront pas demander le bénéfiee des dispositions ci-dessus envisagées.

(*Circulaire n° 6.680-1/11, du 8 juillet* 1931).

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVES.

Par décret du 4 juillet 1931 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de méd. sous-lieut. — Les méd. auxil. des sect. d'inf. milit. tit. du brev. de P. M. S. : (rang du 15 mars 1931) Le franc, 19e sect., aff. 19e C. A. ; (28 mars 1931) Lagouble, 18e sect., aff. 18e rég. ; (1er mai 1931) Hubaut, 3e sect., aff. 3e rég. ; Pesqué, 6e sect., aff. 6e trég. ; (8 mai 1931) Descarpentries, 6e soct., aff. 6e rég. ; (14 mai 1931), Oldieu, 16e sect., aff. 16e rég. ; (17 mai 1931) Challe, 22e sect., aff. rég. de Paris ; (20 mai 1931) Moreau, 22e sect., aff. rég. Paris ; (14 juin 1931) Dubois, 1re scct., aff. à la 1re rég.

Par décret du 4 juillet 1931 sont promus :

Au grade de médecin-lieutenant.

Les méd. sous-lieut. :

(Rang 15 févr. 29) Ezès, 19e C. A.

(Rang 15 févr. 30) Favre, 17e rég. ; Curtillet, 19e C. A.

(Rang 15 févr. 31) Bosquet, Goumy, Vasse, Quénée, Déparis, Demoulin, Laignier, Leboulanger, Ménillet, Oppenot, Gencel, rég. Paris ; Wacogne, Lemaître, 1er rég. ; Thuillier, Prestaux, 2e rég. ; Charpentier, Bonnet, 4e rég. ; Lardennois, 6e rég.

Fuselier, 8e rég. ; Papazoglou, Roguet, Roy, 9e rég. ; Morin, Guéguen, 10e rég. ; Montfort, 11e rég. ; Le Tallec, 11e rég. ; Pasquet, 12e rég. ; Vergne, Piollet, Choty, Estève, 13e rég. ; Lacaze, 14e rég. ; Plasse, Bouet, Berger, Blanc 15e rég. ; Suquet, Meyer, Fabas, Ravoire, Jeanjean, 16e rég. ; Roques, Laval, Aurimond, Berger, 17e rég. ; Raffin, Grimard, Bernès-Lasserre, Nautiacq, Blazy, Pouyet, 18e rég. ; Chiarini, Aibou, Méchali, 19e C. A. ; Vatin, 20e rég. ; Heizmann, Dengréville, Buhecker, Aubert, Beaudouin, Jacoberger, Muller, 20e rég. ; Huber, Maroc.

(Rang 1er avril 31) Devin, Nigay, Villière, Baurens, Bardin, Martin Rubat du Mérac, rég. Paris ; Dordain, 3e rég. ; Poinceau, Merle, Goulet, Ferrière, 5e rég. ; Mangeot, 6e rég. ; Duvernoy, Achard ; 7e rég. ; Caix, Vinceneux, Séguin, 8e rég. ; Puyaubert, 12e rég. ; Moins, Machenaud, 12e rég ; Martin, Cousergue, 14e rég. ; Estève, 16e rég. ; Duapas, 18e rég. ; Perrodo, 20e rég.

Prise de rang.

Par décret du 4 juillet 1931 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit, et par décision du même jour, ces officiers reçoivent les affectations suivantes :

Les méd. sous-lieut. :

(Rang du 15 sept. 1925) : Ezes, tr. Maroc, aff. 19e C. A.

(Rang 15 sept. 26) Favre, 17e rég., maint. ; Curtillet, 19e C. A., maint.

(Rang 15 sept. 27) Bosquet, rég. Paris, maintenu ; Goumy, rég. Paris, maint. ; Vasse, rég. Paris ; maint. ; Quénée, 1re rég., aff. rég. Paris ; Départs, 4e rég., aff. rég. Paris ; Démoulin, Laignier, Leboulanger, Ménillet, Oppenot, 6e rég., aff. rég. Paris ; Gencel, 15e rég. ; aff. rég. Paris ; Wacogne, 1re rég., maint. ; Lemaître, 6e rég., aff. 1re rég. ; Thuillier, Prestaux, 19e C. A., aff. 2e rég. ; Charpentier, 10e rég., aff. 4e rég. Bonnet, rég. Paris, aff. 4e rég. ; Lardennois, 6e rég. ; maint. ; Fuselier, 8e rég. ; maint. ; Papazoglou, Roguet, Roy, 11e rég., aff. 9e rég. ; Morin, Guéguen, 10e rég., maint. ; Montfort, 11e rég., maint. ; Le Tallec, 10e rég., aff. 11e rég. ; Pasquet, 12e rég., maint. ; Vergne, Piollet, Choty, 13e rég., maint. ; Estève, tr. Maroc, aff. 13e rég. ; Lacaze, 12e rég. ; aff. 14e rég. ; Plasse, Bouet, Berger, 15e rég., maint. ; Blanc, tr. Maroc, aff. 15e rég. ; Suquet, Meyer, Fabas, 16e rég., maint. ; Ravoire, 15e rég., aff. 16e rég. ; Jeanjean, tr. Tunisie aff. 16e rég. ; Roques, Laval, 17e rég., maint. ; Aurimond, 14e rég., aff. 17e rég. ; Berger, 18e rég., aff. 17e rég. ; Raffin, Grimard, 18e rég., maint. ; Bernès-Lasserre, Nauliac, 6e rég., aff. 18e rég. ; Blazy, 12e rég., aff. 18e rég. ; Pouyet, 14e rég., aff. 18e rég. ; Chiarini, Albou, Méchali, 19e C. A., maint. ; Vatin, Heizmann, Dengréville, Buhecker, Aubert, 20e rég. maint. ; Beaudouin Jacoberger, tr. Maroc aff. 20e rég. ; Muller, tr. Levant, aff. 20e rég. ; Huber, tr. Maroc, maint.

(Rang 1er oct. 27) Devin, Nigay, Villière, rég. Paris, maint. ; Baurens, 7e rég., aff. rég. Paris ; Bardin, Martin, Rubat du Mérac, tr. Maroc, aff. rég. Paris ; Dordain, 3e rég., maint. ; Poinceau, Merle, 5e rég., maint. ; Goulet, 19e C. A., aff. 5e rég. ; Férrière, tr. Maroc, aff. 5e rég. ; Mangeot, 19e C. A., aff. 6e rég. ; Duvernoy, tr. Maroc, aff. 7e rég. ; Achard, tr. Tunisie; aff. 7e rég. ; Caix, 8e rég., maint. ; Vinceneux, tr. Maroc, aff. 8e rég. ; Séguin, 14e rég., aff. 8e rég. ; Puyaubert, tr. Maroc, aff. 12e rég. ; Moins, Machenaud, 19e C. A., aff. 12e rég. ; Martin 14e rég., maint.; Cousergue, tr. Maroc, aff. 14e rég. ; Estève, tr. Tunisie aff. 16e rég. ; Dupas, 17e rég., aff. 18e rég. ; Perrodo, tr. Maroc, aff. 20e rég. ; Martin, 15e rég., aff. 17e rég.

(Rang 19 nov. 27) Callens, 1re rég., maint.

(Rang 19 déc. 27) Etienne, 10e rég., maint.

(Rang 23 déc. 27) Géraud, 17e rég., maint.

(Rang 23 janv. 28) Dessirier, 2e rég., maint.

(Rang 13 févr. 28) Plaquet, 1re rég., maint. ; Robert, 3e rég., aff. 9e rég.

(Rang 14 mars 28) Guyonnet-Dupérat, 18e rég., maint.

(Rang 20 mars 28) Gorecki, Bréhier, Mezger, Maire-Améro, Raoul-Duval, rég. Paris, maint. ; Strouzer, rég. Paris, maint. ; Legrand, Kessis, Baussan, 4e

Voir la suite page LI-2699.

PROPOS DU JOUR

L'avenir du secret médical

C'est sans doute un des plus anciens devoirs traditionnels du médecin, que ce secret professionnel qui a donné, donne et donnera encore lieu à tant d'assauts et à tant d'ardentes discussions. On le trouve dans le serment d'Hippocrate :

« Quoique je voie ou entende dans la Société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. » (Œuvres d'Hippocrate, trad. de Littré, IV-page 632.)

Et Littré, dans l'argument qui précède le *Serment*, écrit :

« Mais les Grecs, et cela mérite notre admiration, les Grecs qui en introduisant les premiers l'élément physiologique dans la médecine, empirique jusqu'alors, ont si puissamment agi sur son avenir scientifique, sont aussi les premiers, pour notre occident du moins, qui aient agi sur son avenir moral en en formulant tout d'abord les devoirs essentiels. »

On ne saurait mieux dire que ce saint laïque, que fut Littré, selon l'expression de Pasteur.

Hippocrate insiste encore sur la discrétion dans notre profession. Au début du traité intitulé : *Du médecin*, où il examine : Comment le médecin doit être pour le corps et pour l'âme, il écrit :

« Quant au moral, l'homme sage non seulement sera *discret*, mais aussi il observera une grande régularité dans sa vie ; cela fait le plus grand bien à la réputation ; ses mœurs seront honorables et irréprochables, et avec cela, il sera pour tous grave et humain ; car, se mettre en avant et se prodiguer excite le mépris, quand même ce serait tout à fait utile. » (Trad. de Littré, tome IX, page 205.)

Les traditions hippocratiques se perpétuèrent dans les Universités de l'Occident. Mais le secret médical fut assez peu observé en pratique ; il suffit pour s'en rendre compte de lire les mémoires et les correspondances des diverses époques, et notamment les lettres de Gui Patin, doyen de la Faculté de Paris au XVII^e siècle, pour être édifié à ce sujet.

Cependant, nous lisons dans les *statuts des Docteurs-Régens de la Faculté de médecine en l'Université de Paris*, publiés et traduits en 1754 par Michel Bermingham et signés par Baron, doyen, à l'art. LXXVII *in fine*, le passage suivant :

« *Ægrorum arcana, visa, intellecta, eliminet nemo.* »
« Qu'ils ne publient jamais ce qu'ils pourraient avoir vu, entendu ou sçu des malades. »

Les pouvoirs publics faisaient d'ailleurs bon marché du secret médical, et cela, depuis longtemps. Ainsi, l'article 2 des statuts de la corporation des chirurgiens, insérés dans le *Livre des métiers* par le prévôt Etienne Boileau en 1268, oblige les chirurgiens à dénoncer au prévôt les meurtriers ou larrons, qui sont blessés ou ont blessé autrui et qui ont recours à leurs soins.

En somme, on peut affirmer que le secret médical n'exista pas réellement sous l'ancien régime, pas même pour les Grands et certainement pas pour les Rois, que la seule ligne qui lui est consacrée dans les statuts de la Faculté de médecine qui ne comptait pas moins de quatre-vingt-quatre articles, n'a guère était prise en considération, même par les doyens.

A vrai dire, le secret médical date de la Révolution. Il est un corollaire de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen qui, dans son article 4, limite la liberté de chacun à ce qui ne nuit pas à autrui. Ce corollaire est formulé et précisé dans l'article 378 du Code pénal.

Dans un livre très intéressant sur *Le secret professionnel et la médecine de demain* (1), MM. les Docteurs Georges Boyé et Marcel Durand étudient sans parti pris, en toute indépendance, la question actuellement troublante du secret professionnel, quand on envisage l'organisation de la médecine sociale (que ces auteurs préfèrent qualifier de médecine publique), et surtout celle de la prophylaxie des maladies contagieuses. Leur but est de chercher les moyens de répondre aux exigences de cette médecine publique, en portant le moins possible atteinte au secret médical; dont ils sont les partisans résolus. (Quel est du reste le médecin praticien qui, en France, n'est pas partisan du secret professionnel ?)

(1) Documents bleus, *n. r. f.* Librairie Gallimard, 43, rue de Beaune, Paris, 1931.

MM. G. Boyé et M. Durand font judicieusement remarquer que l'obligation au secret médical a accompagné le triomphe de l'individualisme, et que les tendances à un mode quelconque de collectivisme, que ce soit sous forme de corporation comme sous l'ancien régime, d'association, de sociétés de secours mutuels, de syndicats, d'administrations de l'Etat ou privées, lui donnent les plus violents assauts.

Pour eux, et nous sommes entièrement de leur avis, le respect du secret médical dépend des mœurs, des tendances philosophiques, et même de la forme du gouvernement.

Cela est si vrai que notre ami, F. Decourt nous a raconté tout l'étonnement des délégués de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.), qui compte plus de 25 nations et dont il est le secrétaire général, quand il leur exposa l'importance que les praticiens français attachaient au secret médical, importance qu'ils avaient peine à comprendre.

MM. G. Boyé et M. Durand admettent une séparation nette entre la médecine publique (sociale) et la médecine privée (individuelle), et cette idée a été plus d'une fois exposée et défendue dans ce journal. La protection de la santé publique doit être confiée à un fonctionnaire médecin, tandis que c'est un médecin privé qui doit assurer la protection du malade et la conservation de ses secrets.

Mais la collaboration de ces deux ordres de médecins s'impose inévitablement ; pour MM. les Drs G. Boyé et M. Durand, elle doit s'effectuer par l'intermédiaire du malade ou de ses répondants légaux. En médecine publique, le pouvoir doit être exclusivement médical, séparé des agents administratifs, relever d'une hiérarchie épurée de tout élément extra-médical.

En fait, les médecins ont été de tous temps et sont encore les premiers à détruire le respect du secret médical.

Les exhumations historiques des maladies des hommes célèbres en sont la preuve et, sans aller jusqu'aux confidences faites aux amis et à l'entourage du malade, que penser aujourd'hui des communiqués livrés à la presse relatant jour par jour, et même parfois heure par heure, les phases de la maladie d'un homme connu ? Ces communiqués sont signés souvent de deux, trois, quatre médecins, et parmi eux, de maîtres dont la réputation est considérable. Ajoutez les certificats avec diagnostics délivrés aux administrations, à l'assistance médicale, aux sociétés de secours mutuels par les médecins traitants, les diagnostics portés sur les carnets de la loi des pensions, les certificats de décès, les déclarations des maladies contagieuses, d'accidents du travail, de maladies professionnelles. On peut affirmer que beaucoup trop souvent, le secret médical est devenu le secret de Polichinelle.

M. le Sénateur Justin Godard, dans une proposition de loi du 27 novembre 1928, a tenté de porter un coup mortel à l'article 378 du Code pénal sur le secret médical. Il considère que le secret médical est une prérogative intolérable (!?) du Corps médical au détriment de la Société. Il ne veut pas que le médecin devienne un dénonciateur, mais soit un révélateur (!). Pascal aurait goûté tout particulièrement la saveur de ce distinguo.

MM. G. Boyé et M. Durand n'ont aucune peine à démontrer que ce n'est pas la carence des médecins, mais le manque d'organisation et l'hypocrisie des pouvoirs publics qui rendent inefficaces les mesures d'hygiène et la défense de la santé publique. On dénonce l'alcoolisme, on interdit l'absinthe et on protège la vente de ses succédanés (anisette, apéritifs et autres poisons tout aussi dangereux). On dénonce les dangers de la tuberculose ouverte, on donne le cent pour cent d'incapacité aux tuberculeux de guerre, et, comme on ne peut leur offrir un lit dans un sanatorium ou dans un hôpital, on leur permet de contaminer leur famille dans les taudis, où trop souvent ils habitent.

Pas n'est besoin d'avoir recours aux dérogations à l'article 378 du Code pénal pour les assurances sociales; ce que réclame instamment M. Justin Godard. Il suffit de faire exercer le contrôle médical par un autre praticien que le médecin traitant, ce que nous avons toujours et depuis très longtemps demandé.

En défendant le secret professionnel contre les atteintes de l'Etat, le Corps médical ne plaide pas *pro domo*, mais *pro ægro*, et MM. G. Boyé et M. Durand proclament que la liberté doit avoir ses limites, mais que l'autorité doit aussi avoir les siennes, qu'en tous cas, entre les deux, il n'y a pas place pour l'arbitraire. Pour le médecin de jadis, comme pour l'avocat, le secret est à deux; pour le médecin actuel, entre lui et le malade se glisse l'Etat. Or, il est un vieux proverbe qui dit : « Secret à deux, secret de Dieu; secret à trois, secret de tous. »

Et, néanmoins, on est bien obligé d'admettre qu'il y a une nécessité absolue de faire la part de l'Etat dans la prophylaxie des maladies transmissibles.

MM. G. Boyé et M. Durand préconisent la création d'un corps de médecins fonctionnaires hiérarchisés, sans intervention à aucun échelon d'éléments étrangers à la médecine pour répondre aux nécessités de l'hygiène publique à l'heure actuelle.

Pour les administrations publiques et privées, pour les mutualités qui se plaignent de la délivrance de certificats de complaisance lorsqu'un de leurs malades demande un congé de convalescence, il serait possible d'éviter ces abus en exigeant un certificat, émanant d'un médecin *assermenté* qui constaterait la maladie, la nécessité du repos ou de la convalescence sans indiquer le moindre diagnostic.

Pour les témoignages des médecins en justice, le médecin resterait libre de ne pas témoigner. Il pourrait, s'il y avait un Ordre des médecins, appuyer sa décision de l'avis du bâtonnier de cet ordre, qui aurait le droit de venir lui-même à la barre soutenir de son autorité la résolution de son confrère. Enfin, la vulgarisation du livret de santé permettrait dans beaucoup de cas de parer aux inconvénients de la violation du secret médical par le médecin.

M. Bard, que citent M. M. G. Boyé et M. Durand, nous paraît avoir trouvé la conclusion de pareille discussion quand il a dit à l'*Académie de médecine* que, pour suspendre le secret en médecine publique, il faut une *utilité certaine* et l'impossibilité d'atteindre le but par d'autres moyens.

Nous savons bien que cette conclusion ne satisfera, ni les fanatiques de la médecine sociale qui font litière de toute liberté individuelle, de tout sentiment, ni les défenseurs extrémistes de l'inviolabilité du secret, qui, à notre avis, sont ses plus dangereux ennemis, mais elle sera prise en considération par les gens de raison et de bon sens, et ce sont de beaucoup les plus nombreux parmi les praticiens français.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Hautes statures et tuberculose pulmonaire dans l'enfance (1)

par le Professeur P. Nobécourt

Je vais vous présenter deux filles qui sont actuellement dans notre service.

Voici la première, Andrée.

Ses parents sont bien portants, ainsi que ses frères et sœurs.

Elle est née à terme, le 31 octobre 1916.

A 2 ans elle a des troubles gastro-intestinaux, à 13 ans, en 1929, la varicelle.

A 10 et 11 ans, elle grandit beaucoup. Elle a ses premières règles pendant l'été de 1927, vers dix ans et demi.

Depuis cette époque, sa santé est délicate, elle a fréquemment des céphalées, des douleurs mal localisées, des troubles digestifs, des douleurs épigastriques, des vomissements, de la constipation.

Ses menstruations sont assez abondantes : elles durent quatre ou cinq jours et sont un peu douloureuses.

En octobre dernier, à 14 ans, elle commence à travailler dans un atelier de modiste, pendant huit heures par jour.

L'alimentation, les conditions hygiéniques du logement paraissent bonnes.

On amène Andrée, le 20 novembre, à la policlinique parce qu'elle présente un mauvais état général, de la fatigue, de l'amaigrissement, et tousse depuis un mois.

Nous la recevons à la salle Parrot, où elle entre le 21 novembre.

Elle est âgée de 14 ans.

On est frappé par sa haute taille. Elle ne paraît pas amaigrie ; elle a mauvaise mine, est pâle ; ses lèvres, ses conjonctives sont peu colorées ; elle présente de l'érythro-cyanose des mains et des pieds. Elle est triste, asthénique. Elle a

(1) Leçon du 17 janvier 1931, recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

une petite fièvre : 37°7-38°2. Son pouls est de 124 à la minute; sa tension artérielle, au Vaquez, de 12,5, pour la maxima, de 7 pour la minima.

Son corps thyroïde paraît normal. Elle n'a ni tremblement, ni troubles oculaires.

Son pharynx est rouge ; la culture du mucus montre la présence de quelques pneumocoques.

Le cœur a un volume et des bruits normaux. On entend un souffle extra-cardiaque, mésosystolique, sus-apexien.

A l'examen du thorax, nous trouvons : en avant et en arrière, une sonorité normale, et, dans la région sus-épineuse droite, quand l'enfant respire faiblement, une fausse submatité. A droite, sur toute la hauteur, mais surtout dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse, le murmure vésiculaire est faible ; dans la partie interne de la région sus-épineuse, l'expiration est un peu forte et prolongée. La voix haute et la voix basse se transmettent normalement. La transsonnance est égale des deux côtés.

La radiographie, pratiquée le 26 novembre, ne décèle rien de précis : les sommets paraissent un peu obscurs, les hiles un peu chargés.

Le foie dépasse un peu le rebord des côtes.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Après l'entrée et jusqu'au 29 novembre, la fièvre persiste autour de 38°, puis elle baisse ; à partir du 2 décembre, la température est normale, sauf, de temps en temps, une légère élévation à 37°8 et même 38°.

Le poids augmente ; le 21 novembre, il est de 48 kgr. 650, le 10 janvier de 50 kgr. 500.

Il y a un certain retard des règles ; elles n'apparaissent que quarante jours après l'entrée, le 1er janvier. Pendant les règles, la température monte légèrement ; se maintient à 37°8 environ pendant cinq jours ; elle est plus élevée que les jours précédents et les jours suivants.

Voici les *caractères anthropométriques* d'Andrée.

Le 21 décembre, à 14 ans 1 mois, sa taille est de 161 cm. La taille moyenne pour son âge est de 150 cm. Elle présente donc un excès statural de 11 cm. ; elle est à la limite supérieure de l'hypertrophie staturale légère ; elle a la taille d'une femme adulte à la limite supérieure des tailles moyennes.

La hauteur du buste est de 86 cm., la longueur réduite des membres inférieurs de 75 cm., le rapport de Mannouvrier de 0,872. Ce rapport est conforme à la moyenne, pour les filles de 14 ans et pour les adultes. Andrée est mésoskèle.

Les autres mensurations, comparées aux moyennes, sont les suivantes :

	Andrée	fille de 14 ans un mois	femme adulte de 161 cm.
Poids	50 kgr. 200	41 kgr.	60 kgr.
P/T	311	273	372
Pt xiphoïdien	68 cm. 5	72 cm.	82 cm. 5
Pt/T	0,425	0,480	0,512
Coefficient de Pignet	42,3	37	18,5

Somme toute, Andrée a une haute taille, et est mésoskèle pour son âge et sa taille.

Par ailleurs :

Pour l'âge	Pour la taille.
Poids est fort (+ 9 kgr. 200)	faible (— 9 kgr. 800).
P/T fort (+ 38)	faible (— 61).
Pt moyen (— 3 cm. 5)	faible (— 14 cm.)
Pt/T un peu fort (+ 0,055)	faible (— 0,087)
Pignet un peu fort (+ 5,3)	très fort (+ 23,8)

La corpulence est à peu près moyenne pour l'âge, mais faible pour la taille, à cause de la haute stature, de la faiblesse du poids et du périmètre thoracique.

Andrée est bien conformée.

Cependant on remarque une légère scoliose dorsale inférieure à convexité gauche et une légère cyphose dorsale supérieure, des pieds plats, des tibias un peu incurvés.

La capacité vitale, mesurée par MM. Du Pasquier et Danhier, le 4 décembre, est de 2 litres 750, qui est la valeur moyenne. Le diaphragme est insuffisant ; son incursion est à peine marquée.

Nous avons aussi étudié l'influence de l'*orthostatisme*.

Le 28 décembre, on constate :

	Au lit	Debout (après 10 minutes).
Pouls	108	120
Pression artérielle au Vaquez	12,5-8	13-9

Il n'y a pas d'albuminurie, ni dans le décubitus dorsal, ni dans la station debout.

Les orthodiagrammes du cœur, dessinés par par M. Duhem, le 14 janvier montrent quelques différences.

Dans le décubitus dorsal, il est allongé transversalement. Dans la position debout, il est plus globuleux, comme allongé, le pédicule vasculaire paraît étiré. L'hémidiaphragme droit est tombé dans le décubitus, moins saillant dans la station debout.

Les mensurations comparées sont les suivantes :

	Décubitus	Station debout
D'G'	8 cm. 7	7 cm. 4
G'G'	10 cm. 3	9 cm. 6
$\frac{D'G'}{G'G'}$	0,84	0,77
Flèche ventriculaire gauche	2 cm. 1.	1 cm. 8

Le réflexe oculo-cardiaque est nul ; on compte, avant la compression oculaire, 108 pulsations et, pendant la compression, 104.

Les épreuves du système neuro-végétatif faites par M. Lebée, montrent, celle de l'adrénaline, qu'il n'y a pas d'hypersympathicotonie, celles de la cocaïne et de la pilocarpine qu'il y a de l'hypervagotonie.

Le sang examiné par le Dr Grodnitsky, le 22 décembre, ne présente rien de particulier :

Hématies	4.100.000 par mmc.
Hémoglobine......	90 %
V. G.............	1
Leucocytes........	6.000 par mm.
Polynucléaires neutrophiles........	70 %
— éosinophiles.	2
— basophiles...	1
Moyens mononucléaires............	13
Lymphocytes......	7
Formes de transition	1

Enfin on n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les selles. L'enfant ne crache pas.

Voici maintenant Georgette.

Ses parents sont bien portants. Elle a une sœur jumelle qui tousse et se trouve actuellement dans un préventorium.

Elle n'a jamais rien présenté de notable.

Au mois d'août dernier, elle commence à tousser et à maigrir. Elle abandonne le métier de cartonnière, qu'elle exerçait depuis trois ans.

Le 27 novembre, le Dr Samboo nous l'envoie pour tuberculose pulmonaire,

Elle est âgée de 15 ans et 7 mois. Sa température est le soir de son entrée, de 38°1 ; le lendemain, de 37°2-37°6. Elle tousse un peu, mais ne crache pas. Elle ne présente pas de troubles digestifs, son appétit est bon.

Elle a mauvaise mine : son teint est pâle. Elle est grande et très maigre. Ses membres sont grêles. Elles se tient mal. Son thorax est allongé, déprimé dans la région sterno-costale. Ses omoplates sont décollées. On note une légère scoliose et une légère cyphose dorsale supérieure. Son ventre est saillant. Ses mains sont longues, ses pieds longs et plats. Ses seins sont petits. Elle n'a ni poils pubiens, ni poils axillaires. Elle n'est pas encore réglée.

A l'examen du thorax, nous constatons : en avant, à droite, dans la région sous-claviculaire, de la submatité et de la résistance, une expiration prolongée, des craquements à la toux ; en arrière, à droite, des muscles sus et sous-épineux, un trapèze atrophiés, dans les régions interscapulo-vertébrale et sus-épineuse, de la matité, un souffle caverneux, de la bronchophonie, et, dans la partie interne, des râles sous-crépitants.

Les bruits du cœur sont normaux ; le pouls bat à 100 ou 110 à la minute.

Sur la radiographie pratiquée le 3 décembre, le champ pulmonaire droit apparaît parsemé de taches opaques, irrégulières, en mie de pain, serrées surtout dans la moitié inférieure, le champ pulmonaire gauche présente le même aspect, surtout marqué dans la partie supérieure, mais moins accentué qu'à droite. Le diaphragme est net. Le cœur est petit et globuleux.

L'examen des autres viscères ne révèle rien de particulier.

La langue est saburrale. Les selles sont normales. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Les selles contiennent de nombreux bacilles de Koch.

Depuis l'entrée, Georgette a une petite fièvre irrégulière, de 37°7-38°, entrecoupée de périodes d'apyrexie, à 37°-37°5. Toutefois, depuis une huitaine de jours, la température est normale.

Le poids augmente : de 36 kgr 600, le 28 novembre, il est monté à 39 kgr. 950, le 10 janvier.

Les signes physiques ne se sont pas beaucoup modifiés. La radiographie du 14 janvier montre sensiblement le même aspect, toutefois un peu plus accusé, surtout à droite.

Le cœur ne présente rien de particulier. Les mensurations de l'orthodiagramme dessinées le 2 janvier sont les suivantes :

D'G'....... 6 cm. 6 $\frac{D'G}{GG'} = 0{,}82$

G'G'........ 8 cm.

(Flèche ventriculaire gauche : 2 cm.)

Les épreuves à la cocaïne et la pilocarpine décèlent de la sympathicotonie.

Les caractères anthropométriques sont les suivants :

La taille, à 15 ans et 8 mois, est de 162 cm. La moyenne pour l'âge est de 152 cm. 5, l'excès statural de 9 cm. 5. Georgette présente une hypertrophie staturale légère ; elle a la taille d'une adulte à la limite inférieure des hypertrophies staturales légères.

Le buste mesure 82 cm. 5, la hauteur réduite des membres inférieurs est de 75 cm, le rapport de Mannouvrier de 0,963, au lieu de 0,90, moyenne pour l'âge et la taille, Georgette est donc macroskèle pour sa taille et pour son âge.

Voici les autres mensurations comparées aux moyennes des filles de 15 ans et 8 mois et des femmes adultes, ayant une taille de 162 cm.

	Georgette	Fille de 15 ans 8 mois	Femme adulte de 162
Poids......	39 kgr. 270	44 kgr. 900	61 kgr. 600
$\frac{P}{T}$.........	241	294	380
Pt. xiphoïdien.....	68 cm.	78 cm. 5	83 cm.
$\frac{Pt}{T}$.........	0,419	0,513	0,512
Coefficient de Pignet.	54,7	29	17,4

Somme toute, Georgette a une haute taille et est macroskèle pour son âge et pour sa taille.

Par ailleurs :

Pour l'âge	
Poids est faible....	(— 5 kgr. 700)
$\frac{P}{T}$...faible	(— 53)
Pt très faible......	(— 10 cm. 5)
$\frac{Pt}{T}$ très faible......	(— 0,094)
Pignet très fort.....	(+ 25,7)
Pour la taille	
Poids très faible....	(— 22 kgr. 400)
$\frac{P}{T}$ très faible.......	(— 139)
Pt très faible......	(— 15 cm.)
$\frac{Pt}{T}$ très faible......	(— 0,093)
Pignet très fort....	(+ 37)

Sa corpulence est très faible pour son âge et surtout pour sa taille, elle est mal conformée, comme je viens de vous le montrer.

MM. Du Pasquier et Danhier ont étudié sa capacité vitale : le 29 décembre, elle est d'environ 1.500 cc., très inférieure à la moyenne de 2.500 cc.

Nous avons commencé le traitement par la crisalbine ou thiosulfate double d'or et de sodium, en injections intra-veineuses. Georgette a reçu, du 8 décembre au 6 janvier, cinq injections, espacées de huit jours, aux doses de 0 gr. 05, 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15. Nous continuons le traitement, qui est bien supporté.

***

Andrée et Georgette présentent un caractère commun, qui est leur HAUTE STATURE.

Andrée nous est amenée pour de la fatigue de la toux, de l'amaigrissement, un état fébrile, elle présente quelques signes de percussion, d'auscultation, de radiologie au sommet du poumon droit, tous ces symptômes éveillent la pensée d'un début de tuberculose pulmonaire. Ce diagnostic me paraît très discutable.

Georgette, par contre, a une tuberculose pulmonaire certaine.

Au sujet de ces deux malades se pose le problème, qui a été souvent l'objet de discussions, des rapports entre l'excès de croissance staturale et la haute taille, d'une part, la tuberculose pulmonaire, d'autre part.

Dans des leçons, données en janvier et février 1928 sur la *tuberculose pulmonaire des filles à la période pubertaire*, leçons reproduites dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré à la *Tuberculose*, j'ai déjà abordé l'étude de cette question. J'ai envisagé notamment :

1° L'influence de la tuberculose sur la croissance staturale.

2° L'influence de la croissance staturale sur la tuberculose.

Aujourd'hui je désire examiner tout particulièrement deux points :

1° Une haute stature peut elle entraîner des symptômes pulmonaires simulant la tuberculose ?

2° Une haute stature est-elle un facteur prédisposant à la tuberculose pulmonaire ?

***

Avant d'aborder ces questions, je dois vous donner quelques précisions sur les ENFANTS et les JEUNES GENS DE HAUTE STATURE.

Il n'existe pas *de frontière bien tracée entre les tailles moyennes et les tailles élevées.* Les limites sont tout à fait arbitraires.

J'admets, pour ma part, qu'un sujet a une haute taille, quand elle est supérieure de 6 cm. au moins à la taille moyenne de son âge et de son sexe. Ce sujet présente de l'*hypertrophie staturale*, pour employer l'appellation que j'ai proposée le 6 décembre 1924 dans une leçon qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance.*

L'hypertrophie staturale peut atteindre des *degrés* divers.

Dans un mémoire sur les *hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse*, publié par *Le Progrès Médical* du 24 octobre 1929, j'ai adopté, d'après l'excès statural sur la taille moyenne de l'âge, la classification suivante :

Hypertrophie :	Excès statural
du 1er degré ou légère	6 à 11 cm.
du 2e degré ou moyenne.....	12 à 16 cm.
du 3e degré ou forte.........	17 à 21 cm.
du 4e degré ou très forte.....	22 cm. et plus

Mais les enfants et les jeunes gens de haute stature ne constituent pas un groupe homogène. Des sujets de même taille peuvent être très différents par ailleurs. Il faut préciser leurs CARACTÈRES ANTHROPOMÉTRIQUES.

Il faut étudier la hauteur du buste B, et des membres inférieurs S, le rapport de Manouvrier $\frac{S}{B}$, le prérimètre throracique xiphoïdien Pt, le

rapport du poids à la taille $\frac{Pt}{T}$, ou indice de vitalité, le poids P, le rapport du poids à la taille $\frac{P}{T}$, le coefficient de Pignet (T = (P + Pt), qu'on appelle à tort coefficient de robusticité et qui, en réalité, désigne la corpulence.

Il faut comparer chaque nombre avec les moyennes, qui sont différentes pour les filles et chez les garçons, des sujets de même âge et avec les moyennes des sujets plus âgés de même taille.

Les mesures, les rapports et les coefficients caractérisent des TYPES MORPHOLOGIQUES divers. Il en existe deux principaux, qu'on rencontre plus ou moins nettement réalisés.

Le *premier type* des enfants et des jeunes gens de haute stature comporte :

1° par rapport aux moyennes des sujets du même âge et de même sexe, un rapport $\frac{S}{B}$ moyen ou supérieur, rarement inférieur, un périmètre thoracique, un poids, des rapports du périmètre thoracique à la taille et du poids à la taille, qui sont supérieurs, un Pignet inférieur.

2° par rapport aux moyennes des sujets plus âgés de même taille, des mesures, des rapports et des coefficients conformes ou à peu près conformes.

En somme, ces sujets ont un développement corporel correspondant à celui d'un sujet plus âgé, résultant d'une anticipation de la croissance. Souvent on note, chez eux, l'apparition précoce des symptômes sexuels secondaires et une évolution pubertaire avancée.

En réalité, certains de ces sujets ne sont pas absolument conformes aux sujets plus âgés de même taille, le poids, le rapport du poids à la taille, le périmètre thoracique, le rapport du périmètre thoracique à la taille sont plus faibles, le coefficient de Pignet est plus fort. Mais, à cela près, ils sont bien conformés, leur morphologie est harmonieuse, ils présentent cette *hypertrophie staturale physiologique*, dont j'ai parlé dans ma leçon de 1924.

Les enfants et les jeunes gens de haute stature *du second type*, comparés aux sujets moyens du même âge, sont généralement macroskèles, ont le périmètre thoracique, le poids, les rapports de ces derniers à la taille conformes ou inférieurs, un coefficient de Pignet conforme ou supérieur. Comparés aux sujets plus âgés, dont ils ont la taille, ils ont un poids, un périmètre thoracique, les rapports de ces derniers à la taille très inférieurs, un Pignet très supérieur. .

Ces sujets sont mal conformés ; ils présentent une dysharmonie morphologique.

J'ai proposé, dans ma leçon de 1924, de qualifier ce type d'*hypertrophie staturale de type Hutinel*.

Le Professeur Hutinel, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* du 30 janvier 1908, sur *Scoliose et nutrition chez les adolescents*, et, plus tard, en 1924, dans un livre sur *Les dystrophies de l'adolescence* a, en effet, bien décrit ce type morphologique, qui est, d'après lui, premier type des dystrophies communes de l'adolescence.

Il s'agit de garçons et de filles, âgés de 13 à 17 ans qui ont une croissance staturale rapide.

Leur taille est plus ou moins haute. Leurs jambes et leurs cuisses paraissent trop longues proportionnellement à leur buste ; ils sont macroskèles.

Leur thorax est relativement court, étriqué, étroit ; il est souvent aplati d'avant en arrière et déformé. Leur dos est légèrement voûté, leurs épaules tombent en avant, leurs omoplates sont décollées. Il y a souvent une scoliose plus ou moins accusée. Le cou est long et grêle, la tête petite. Ces sujets sont plus ou moins maigres. On les compare souvent à des asperges ou à des échassiers.

D'autre part, ils sont pâles, présentent de l'érythro-cyanose des extrémités ; celles-ci sont froides et moites. Ils se fatiguent rapidement et sont asthéniques. Ils présentent des troubles fonctionnels divers qu'on met sur le compte de la croissance ; céphalées, palpitations, pseudo-hypertrophie du cœur, albuminurie ; leur puberté est souvent retardée ou lente.

Pour l'étude des problèmes posés aujourd'hui, il est nécessaire de bien spécifier le type morphologique des sujets de haute stature.

***

Etudions maintenant le PREMIER PROBLÈME : la FAUSSE TUBERCULOSE PULMONAIRE DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS DE HAUTE STATURE.

Souvent on rencontre des enfants et des jeunes gens, qui ont une taille élevée et qui présentent des troubles de l'état général, de l'amaigrissement, de la fatigue, de l'asthénie, un état fébrile, de la toux. Chez eux, on constate, au sommet d'un poumon, un murmure vésiculaire faible, parfois une expiration prolongée et soufflante, une tonalité basse ou une légère submatité, enfin un voile à l'examen radiologique. On pense à un début de tuberculose pulmonaire. Mais ces symptômes doivent être discutés et interprétés. Je puis être bref, car j'ai exposé ce sujet dans une leçon sur le *diagnostic précoce de la pulmonaire à début lent chez les enfants*, reproduite dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacrés à l'étude des *Affections de l'appareil respiratoire*.

Les symptômes généraux peuvent relever de causes diverses : le genre de vie, le travail à l'école ou à l'atelier, la mauvaise alimentation, les troubles digestifs, des infections rhino-pharyn-

giennes et l'hypertrophie du tissu lymphatique du pharynx.

La toux peut être d'origine rhino-pharyngée.

Les signes physiques s'atténuent ou même disparaissent après plusieurs respirations fortes ou après la toux.

En somme ces signes dépendent de l'atélectasie pulmonaire qu'entraînent, suivant les cas, une adénopathie trachéo-bronchique, une insuffisance nasale, conséquence de végétations adénoïdes ou de déformations de la cloison nasale, et, enfin chez certains sujets, leur haute stature.

M. Hutinel écrit à propos des jeunes gens de haute stature : « si on ausculte les poumons, on note, chez certains sujets, une faiblesse très nette du murmure vésiculaire, quand ils sont dans la position verticale. Alors il ne s'agit pas toujours, comme on le croit, d'un début de tuberculose, mais d'une véritable élongation du poumon. »

Ce phénomène ne se voit pas chez tous les enfants et les jeunes gens de haute taille, il est surtout fréquent chez ceux qui présentent une hypertrophie staturale du type Hutinel, qui ont un thorax étroit, un dos voûté, un ventre saillant, une respiration faible et superficielle, un diaphragme qui se contracte faiblement, des ptoses viscérales et de la ptose cardiaque.

L'influence de la station debout ou assise sur la conformation du thorax est beaucoup plus nette chez ces sujets à thorax déformé, à musculature faible, que chez les individus normaux. Dans la station debout, en comparaison avec ce qu'on observe dans le décubitus, l'inclinaison des côtes est plus forte, l'angle costo-vertébral plus aigu, le diaphragme abaissé, la cage thorocique allongée et rétrécie à sa partie supérieure. « Le poumon, écrit M. Hutinel exactement moulé sur la cage, se trouve donc, en position verticale, allongé et aminci à son sommet et l'expension physiologique, en ce point, se fait d'une manière imparfaite ».

Si on examine le malade avec soin, on constate souvent, en même temps qu'une haute stature, une insuffisance nasale ou rhino-pharyngée.

L'examen permet de dépister des *fausses tuberculoses pulmonaires* et de relever leurs causes.

La cutiréaction à la tuberculine peut rendre des services : une réaction positive n'implique pas forcément une tuberculose pulmonaire en évolution ; une réaction négative à plusieurs reprises permet de l'éliminer, à moins que l'enfant ne soit pas en état d'anergie ou d'antéalergie.

Passons au SECOND PROBLÈME : la RELATION ENTRE UNE HAUTE STATURE et la PRÉDISPOSITION A LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Aretée de Cappadoce a décrit le *type morphologique des prédisposés à la tuberculose pulmonaire.* Ils ont une haute taille, le corps gracile, le cou long et mince, un cou de cygne, un thorax étroit, des omoplates saillantes comme des ailes, des *scapulæ aletæ,* des membres inférieurs longs et minces.

Cette description est reproduite par tous les auteurs. Les uns admettent la prédisposition de tels sujets à la tuberculose, les autres la mettent en doute.

Voici quelques opinions :

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens,* à l'article *Phtisie,* Vardy écrit que, d'après Reid, qui exerçait à Londres, en 1806, la tuberculose pulmonaire se rencontre plus communément parmi les jeunes gens de haute stature, à poitrine étroite et qui ont eu une croissance rapide.

Dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud, à l'article *Pthisie* Victor Hanot, en 1879, s'exprime ainsi : « Louis et Briquet soutiennent que les sujets de haute stature sont plus prédisposés à la phtisie ; il semble au contraire que, dans la phtisie héréditaire, la taille soit généralement au-dessous de la moyenne. »

Voici donc deux opinions contraires.

Le Professeur Hutinel, dans son livre, fait remarquer que les particularités de la dystrophie des adolescents caractérisent l'*habitus phtisique* ; « elles constituent certainement, ajoute-t-il, une prédisposition à la tuberculose et aux infections des voies respiratoires. »

Plus loin, au sujet des modifications du thorax et des poumons dans la station debout, il écrit : « Dans quelles proportions ces modifications du thorax et des poumons peuvent-elles favoriser l'apparition de la tuberculose pulmonaire ? Il est difficile de le dire, mais il est certain qu'en pareil cas, si cette infection est moins fréquente qu'on ne l'a cru, elle est loin d'être rare. »

Somme toute, on retient comme facteurs prédisposants à la tuberculose pulmonaire : une croissance rapide et une haute taille, la mauvaise conformation du thorax et surtout son étroitesse, un indice de vitalité faible.

Etudions ces facteurs.

Précisons d'abord l'INFLUENCE DE LA HAUTE STATURE.

Premier point. On dit que *les enfants et les jeunes gens prédisposés à la tuberculose ont une taille plus élevée que les sujets sains.*

M. de Batz, par exemple, au *Congrès international de la tuberculose* tenu à Paris en octobre 1905, dit : « Quel que soit le sexe, la taille des enfants de 6 à 13 ans prédisposés à la tuberculose est, en général, plus élevée que chez les enfants sains ».

Pour parler de haute taille il faut que l'excès sur la taille moyenne, soit suffisamment important, de 6 cm. au moins, à mon avis. Or, voici quelques-uns des chiffres donnés par M. de Batz, pour les filles :

A 10 ans :	Filles saines	125 cm.
	Prédisposées	125 cm.
	Ecart	0
A 13 ans :	Filles saines	143 cm.
	Prédisposées	139 cm.
	Ecart	— 4 cm.

Il suffit de lire ces mensurations pour se rendre compte qu'elle ne conduisent pas aux conclusions formulées par M. de Batz.

Deuxième point. Les enfants atteints de tuberculose pulmonaire ont-ils plus souvent une haute stature que des tailles moyennes ou faibles ?

Dans ma leçon du 28 janvier 1928, je cite les observations de filles âgées de 13 à 15 ans, atteintes de modalités diverses de tuberculose pulmonaire.

Sur 21 tuberculeuses, je note 11 tailles moyennes, 6 hypotrophies staturales, 4 hypertrophies staturales. Donc, pour 100, on trouve :

52,3 fois une taille moyenne ;
28,5 fois de l'hypotrophie staturale ;
19 fois de l'hypertrophie staturale.

On peut conclure que les filles atteintes de tuberculose pulmonaire n'ont généralement pas une haute stature, que, le plus souvent, elles ont des tailles moyennes ou même petites.

Troisième point. Les enfants et les jeunes gens de haute stature sont-ils plus fréquemment atteints de tuberculose pulmonaire que les autres ?

J'ai vu beaucoup d'enfants et de jeunes gens de haute stature, filles et garçons ; je n'ai pas rencontré chez eux plus de tuberculose pulmonaire que chez les autres, bien que certains aient présenté de la tuberculose ganglionaire et des cutiréactions positives à la tuberculine.

Je puis conclure qu'une *haute stature ne crée pas une prédisposition à la tuberculose pulmonaire.*

Recherchons maintenant si l'ÉTROITESSE DU THORAX CHEZ LES SUJETS DE HAUTE STATURE joue un rôle dans le développement de la tuberculose pulmonaire.

Nous avons vu qu'on invoque souvent la faiblesse de l'indice de vitalité.

Premier point. On dit que les *prédisposés à la tuberculose ont un thorax* étroit.

M. de Batz écrit :« Quel que soit le sexe, le périmètre thoracique et le poids sont toujours moindres chez les enfants prédisposés à la tuberculose que chez les enfants sains. »

Or, de même pour la taille, les mensurations relatées par M. de Batz ne conduisent pas à ces conclusions. Par exemple, les filles de 10 ans, saines ou pérédisposées, ont des périmètres de 55 cm ; les filles saines de 13 ans des périmètres de 64 cm. et les prédisposées des périmètres de 61 cm. ; or, un écart de 3 cm. ne dépasse pas les limites des variations physiologiques.

D'ailleurs, il faut considérer, non pas le périmètre thoracique seul, mais son rapport avec la taille, l'indice de vitalité.

C'est ce qu'a fait M. Méry. Au *Congrès international de la tuberculose,* tenu à Paris en octobre 1905, il écrit : « Il m'a semblé que l'indice de vitalité était plus faible chez les enfants suspects que chez les enfants normaux. »

Mais il faut remarquer que Méry ne tient compte, dans ses observations, ni des âges des sujets examinés, ni de leurs tailles.

D'autre part, les écarts entre les indices de vitalité des sujets sains et des sujets malades sont très faibles ; ils sont inférieurs au minimum de + 0,04, qui me paraît la limite des variations physiologiques.

	Indice de la vitalité des enfants sains	malades
Filles	0,443	0,433
Garçons 1re série.	0,482	0,475
— 2e série.	0,471	0,459

Les indices de vitalité des enfants malades sont donc inférieurs aux autres seulement de 0 0,010, de 0,007, de 0,012.

Deuxième point. Etudions le *périmètre thoracique et son rapport avec la taille chez les tuberculeux de haute stature.*

Dans mes leçons de 1928, j'ai montré des filles de 13 et 14 ans, ayant des hautes tailles, des périmètres thoraciques moyens ou faibles pour l'âge et surtout pour la taille, des rapports $\frac{Pt}{T}$ moyens ou faibles pour l'âge, constamment faibles pour la taille.

Mais le fait de constater un indice de vitalité faible chez un tuberculeux pulmonaire en évolution peut être la conséquence de son affection ; il ne prouve pas que l'étroitesse du périmètre thoracique ait constitué un facteur prédisposant.

Troisième point. Les enfants et les jeunes gens de haute stature, qui ont un rapport du périmètre thoracique à la taille faible, sont-ils fréquemment atteints de tuberculose pulmonaire.

Dans un mémoire qui sera publié prochainement dans la *Gazette des hôpitaux,* j'étudie ce rapport chez des garçons et des filles âgés de 10 à 19 ans, ayant une haute stature.

Parmi 28 sujets, 7 garçons et 21 filles, qui présentent un rapport $\frac{Pt}{T}$ faible pour l'âge, une fille est atteinte de tuberculose pulmonaire, ce qui fait une proportion de 3,57 %.

Parmi 44 sujets, 16 garçons et 28 filles, ayant un rapport $\frac{Pt}{T}$ inférieur à celui des sujets plus âgés de même taille, je trouve seulement la même tuberculeuse, ce qui fait une proportion de 2,25 %.

De tous les faits qui précèdent nous pouvons tirer la conclusion suivante : Les enfants et les

jeunes gens de haute stature qui ont un rapport $\frac{Pt}{T}$ faible, ne sont pas particulièrement atteints de tuberculose pulmonaire.

***

Je vais maintenant vous montrer une autre fille atteinte de tuberculose pulmonaire, dont les caractères anthropométriques s'opposent à ceux que nous venons de rencontrer chez Andrée et chez Georgette.

Agnès est née le 30 juillet 1917. On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu la coqueluche. Elle a eu ses premières règles à la fin de 1929, à 12 ans 4 ou 5 mois, ses menstruations sont irrégulières et peu abondantes.

Elle entre dans le service, le 4 décembre 1930, pour de la faiblesse générale et une toux qui est parfois émétisante.

Elle est âgée de 13 ans 4 mois.

Elle est bien développée. Son aspect général est bon. Sa température est de 37°5 - 37°7.

Elle tousse peu, ne crache que rarement.

Son thorax est bien conformé.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve, en arrière, à droite, dans les régions sus et sous-épineuses, de la matité et, à la base, de la submatité sur quatre travers de doigt ; la transsonance claviculaire est exagérée ; la respiration est faible.

En avant, à droite, dans la région sous-claviculaire, l'expiration est prolongée et rude.

L'examen des autres viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Sur la radiographie, on voit, à droite, un hile opaque, un aspect pommelé assez marqué du poumon, avec des taches assez petites, pour la plupart ; à gauche, une adénopathie hilaire et dans le champ pulmonaire, des taches disséminées en petit nombre.

Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hech sont négatifs.

Les *caractères anthropométriques*, comparés aux moyennes de l'âge, sont les suivants.

	Agnès	Fille de 13 ans 5 mois
T........	147 cm.	147 cm. 5
B........	79 cm.	77 cm. 5
S........	68 cm.	70 cm.
$\frac{S}{B}$........	0,860	0,903
Pt xiphoïdien....	67.72 cm. - 69 cm. 5	69 cm.
$\frac{Pt}{T}$........	0,472	0,467
P........	39 kgr. 400	38 kgr. 450
$\frac{P}{T}$........	268	260
Coefficient de Pignet.	38,1	40

Les caractères anthropométriques d'Agnès sont donc exactement conformes à ceux des filles de son âge.

La capacité vitale est faible : 1.500 cc. au lieu de 1.800 cc.

Les réactions à la cocaïne et à la pilocarpine décèlent de la sympathicotonie.

Le 9 et le 10 octobre, Agnès a ses règles, pendant celles-ci elle est apyrétique.

Le 15 décembre, à 20 heures, sans prodromes, survient une quinte de toux suivie d'une hémoptysie de sang rouge vif, spumeux assez abondant. Le lendemain nous constatons à la partie interne du troisième espace intercostal en avant et à droite, quelques craquements.

Le 22 et le 23 décembre, M. Liège fait du côté droit deux tentatives de pneumothorax qui échouent, et permettent de reconnaître une symphyse pleurale.

Depuis l'entrée, le poids reste stationnaire. Le 4 décembre, Agnès pesait 39 kgr. 600, le 10 janvier, elle pèse 39 kgr. 800. Son état général est relativement bon. Sa température est normale. Les signes physiques constatés à l'examen des poumons ne se modifient point. Les règles apparues de nouveau le 3 janvier n'ont pas entraîné de réaction fébrile.

Nous avons fait le 30 décembre, le 6 et le 13 janvier, trois injections intra-veineuses de Crisalbine aux doses de 0 gr.05, 0 gr. 10 et 0 gr. 10. Ces injections sont bien supportées.

Les filles atteintes de tuberculose pulmonaire qui présentent un type morphologique semblable à celui d'Agnès ne sont pas rares.

Dans mes leçons de 1928, j'ai présenté la jeune Suzanne, que nous avons soignée pour tuberculose pulmonaire depuis 12 ans et 11 mois jusqu'à 16 ans, où elle est morte.

Ses caractères anthropométriques à 13 ans et 7 mois sont les suivants .

	Suzanne	Fille de 13 ans 7 mois
T.............	150 cm. 5	148 cm. 5
B.............	80 cm.	78 cm. 5
S.............	70 cm. 5	70 cm.
$\frac{S}{B}$.............	0,88	0,90
Pt. xiphoïdien...	79 cm.	70 cm.
$\frac{Pt}{T}$.............	0,524	0,467
P.............	42 kgr. 200	39 kgr. 300
$\frac{P}{T}$.............	280	264
Coefficient de Pignet........	29	39

Suzanne, pour une taille moyenne, a donc un périmètre throracique et un rapport $\frac{Pt}{T}$ forts, ainsi qu'un Pignet faible ; sa corpulence est donc forte.

Comme le montrent les dernières observations d'Agnès et de Suzanne, une morphologie moyenne et même une forte corpulence n'empêchent pas le développement de la tuberculose pulmonaire.

Récemment, dans *La Presse Médicale* du 24 septembre 1930, M. André Jacquelin a étudié le *type morphologique de résistance à la tuberculose pulmonaire* et a recherché « s'il existe un rapport de coexistence fréquent entre les types constitutionnels et les grandes formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire ». Il s'est attaché à fixer les caractères constitutionnels du terrain relativement réfractaire. Ce seraient notamment une taille inférieure à la moyenne, de la brachyskélie, un aspect tantôt chétif, tantôt robuste.

Je n'ai pas l'impression, tout au moins chez les enfants et les jeunes gens, qu'un tel type constitutionnel puisse être individualisé.

***

Quelles solutions pouvons nous donner aux deux problèmes que nous nous sommes posés à propos des deux filles de haute stature que vous venez de voir ?

Andrée présente au sommet d'un poumon quelques signes de percussion et d'auscultation. Peuvent-ils être la conséquence de sa haute stature ?

La haute stature peut entraîner ces symptômes, mais le fait s'observe surtout dans les hypertrophies staturales du type Hutinel.

Andrée n'est pas un bel exemple de ce type. En effet elle est mésoskèle et non macroskèle, elle est assez bien conformée. Cependant son rapport $\frac{Pt}{T}$ est inférieur à la moyenne de son âge et surtout de sa taille, son coefficient de Pignet est un peu fort pour son âge, très fort pour sa taille, elle a une légère cypho-scoliose, elle est asthénique, son diaphragme est insuffisant : l'hypothèse est donc admissible. En tout cas, malgré la cutiréaction positive à la tuberculine, je ne pense pas qu'elle soit atteinte de tuberculose pulmonaire.

Pour Georgette, il en est autrement ; elle a une tuberculose pulmonaire. Sa haute taille a-t-elle favorisé la tuberculose ?

Elle présente une hypertrophie staturale du type Hutinel. Elle est macroskèle ; sa poitrine est étroite et déformée, son rapport $\frac{Pt}{T}$ est très faible, son coefficient de Pignet très fort. Or, ce sont les caractères morphologiques qui sont souvent attribués aux sujets prédisposés à la tuberculose pulmonaire.

Mais je vous ai montré que la preuve n'était pas administrée que les sujets présentant ce type morphologique soient réellement prédisposés de ce fait.

D'autre part vous avez vu Agnès qui réalise le type moyen et s'oppose morphologiquement à Georgette ; pourtant elle présente le même type de tuberculose pulmonaire que celle-ci.

L'existence dans l'enfance et la jeunesse d'une prédisposition à la tuberculose pulmonaire réalisée par une haute stature me paraît donc très problématique.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE....

l'Hémophilie esssentielle ou familiale, le traitement de la diathèse, le traitement des hémorragies

D'après MM. P. Chevallier et R. Goldberg (1)

I

L'hémophilie

L'hémophile doit être défini : tout sujet, qui présente des *hémorragies faciles* et volontiers *abondantes, dont la seule tare sanguine est le retard de la coagulation,* tous les autres caractères du sang étant normaux.

Mais le syndrome hémophilique familial doit être distingué des syndromes hémophiliques occasionnels, de cause variable presque toujours toxique : intoxications, anémies graves, leucémies maladies du foie, scorbut, etc.

Le sujet est, en dehors des hémorragies, en parfaite santé apparente. Le faciès hémophilique n'existe pas ; après des saignements répétés ou abondants, il est plus ou moins décoloré ; les gros hématomes teignent la peau en une sorte de jaune chamois et s'accompagnent d'urobilinurie. Les hémorragies elles-mêmes (quand, bien entendu, elles n'entraînent pas la mort) se réparent comme chez un sujet normal.

(1) MM. P. Chevallier et R. Goldberg. — Les hémophilies. (*Revue de médecine,* février 1931.)

Hémorragies

L'hémophile saigne beaucoup, facilement, souvent, et de partout.

Beaucoup. — Le sang ne suinte pas en gouttes lentes ; il coule franchement ; l'hémorragie persiste plus longtemps qu'il n'est normal ; cependant, elle ne dure pas ; avec des hauts et des bas, pendant des jours, elle affaiblit lentement (purpura, hémogénie) ; au bout d'un certain nombre d'heures, c'est la mort ou l'arrêt.

Facilement. — Bien que spontanée en apparence, l'hémorragie ne survient presque jamais sans une cause locale nette.

Souvent, mais non à tout instant ; les hémophiles peuvent rester des semaines et des mois sans saigner.

De partout. Deux types d'hémorragies :

1° *L'hémorragie externe,* qui sort des plaies contuses, des petites déchirures, mais non des piqûres, des petites coupures franches ; les épistaxis sont très fréquentes ; on cite aussi les hémorragies par lésions des gencives, par avulsion dentaire, par amygdalectomie.

2° *L'hématome* ; celui-ci, hormis les cavités articulaires, ne se fait guère dans des poches préformées. Il n'y a pas de taches purpuriques (pétéchies). Les hématomes naissent d'un choc minime, parfois inaperçu ; profonds et souvent musculaires, ils peuvent augmenter par poussées successives, et s'accompagner des phénomènes de compression : paroi abdominale antérieure ; région sacro-lombaire ; psoas. L'hématome du plancher de la bouche est grave ; il simule un phlegmon diffus, soulève et hypertrophie la langue à l'excès, avec parfois de l'œdème du larynx. *Les hémorragies articulaires sont l'accident le plus caractéristiques de la grande hémophilie familiale* ; elles peuvent apparaître comme première manifestation et exposer à des erreurs de diagnostic ; les tout jeunes enfants en sont atteints, surtout après deux ans ; elles sont fréquentes dans l'adolescence, et deviennent plus rares à l'âge adulte ; une ou plusieurs articulations, les grosses plus souvent que les petites, sont prises ; plusieurs atteintes successives peuvent entraîner des déformations chroniques.

Caractères sanguins.

Le retard de la coagulation est constant. — On pique une veine avec une aiguille de platine ; le sang s'écoule assez lentement ; il paraît trop visqueux. On le recueille dans de petits tubes à hémolyse, de préférence à fond plat, et d'un centimètre de diamètre, nettoyés et flambés, et, si possible, maintenus au bain-marie à 38°. On note le moment, où le sang se prend en gelée (début de la coagulation), et celui où l'on peut retourner le tube (fin de la coagulation). Le retard de la coagulation est considérable ; les temps de plusieurs heures sont habituels. On dit que le retard est léger, lorsqu'il n'est que d'une heure (au lieu de dix minutes) ; si l'on compte, non pas le début, mais la fin de la coagulation, les retards de douze heures, et plus, ne sont pas rares. D'une façon générale, le retard de coagulation est d'autant plus long que la maladie est plus grave, c'est-à-dire que les hémorragies sont plus fréquentes et abondantes.

La lenteur de la coagulation entraîne la sédimentation des hématies (qui tombent au fond du tube) et le type plasmatique du caillot (le plasma, qui occupe la partie supérieure du tube, contient la majorité de la fibrine).

Cependant, le caillot se rétracte normalement ; il ne se redissout pas. *Le plasma et le sérum ne sont pas plus jaunes que normalement.* L'épreuve du lien est négative. Manquent toutes les caractéristiques de l'hémogénie ou du purpura hémorragique.

Evolution générale.

L'hémophilie se manifeste toujours dès le jeune âge. Ce n'est pas une maladie progressive, c'est-à-dire, dont la gravité croît peu à peu. La gravité décrit généralement une courbe, qui monte vers la puberté, s'arrondit, et s'infléchit pour descendre lentement ; « l'hémophilie vieillit », mais elle ne guérit pas réellement, tout en semblant guérie sous l'influence de certains médicaments.

La mort — par le fait même de l'hémophilie — est extrêmement fréquente. On peut même même dire que l'hémophilie grave est incompatible avec la vie ; 54 p. 100 des hémophiles meurent avant 3 ans, 89 p. 100 avant 20 ans ; 11 p. 100 seulement atteignent l'âge adulte.

Ainsi, la gravité s'annonce dès les premiers temps de la vie. La forme moyenne commence dans l'enfance par des épistaxis et des ecchymoses sous-cutanées, qui se répètent souvent par périodes ; mais, si la mortalité de ce type est encore élevée, les sujets vivent presque toujours, *si l'on connaît leur maladie.* La forme légère permet de vivre une vie normale ; mais elle est fertile en surprises, et, en tout cas, en erreurs de diagnostic.

Diagnostic.

C'est chose facile de le faire, si l'on peut connaître la famille, examiner le malade et faire les différentes épreuves sanguines ; il n'en est plus de même, si le sujet n'a pas de renseignements précis sur sa famille. Ayant éliminé les syndromes hémogéniques d'origine toxique. (V. plus haut), on se rappellera que dans l'hémogénie constitutionnelle (purpura, chronique, thrombopénie essentielle, etc.), les stigmates sanguins sont tout autres que ceux de l'hémophilie familiale (allongement du temps de saignement, diminution habituelle des plaquettes, irrétractilité du caillot, etc.), et que les signes cliniques diffèrent égale-

ment (hémorragies spontanées, pétéchies, prédominance sur le sexe féminin, etc.).

Enfin, certaines hémorragies interstitielles peuvent prêter à confusion : une collection liquide existe ; on croit à un abcès ; on incise ; le sang coule en quantité si abondante que la mort est fréquente.

L'erreur est d'autant plus facile que l'hématome a un début rapide, que la peau est tendue, lisse, et qu'il peut y avoir douleur locale avec symptômes généraux. Malheureusement, la crépitation neigeuse manque souvent, et l'ecchymose, seule caractéristique, n'est pas immédiate, ou fait défaut dans nombre de cas.

II

Traitement de la diathèse

Le régime alimentaire semble important.

Il convient d'essayer une alimentation riche en lipoïdes (poumons, reins, cervelle, pancréas, testicules), avec une proportion notable de fruits et de légumes à teneur élevée en hydrocarbones.

La méthode de Whipple (chaque jour, 200 grammes de foie mêlé à du jus de citron et d'orange, avec un morceau de sucre et un peu de porto) a donné des résultats, en abaissant le temps de coagulation, tant que le traitement était suivi.

Les extraits d'organes animaux ont fait leurs preuves.

L'injection de *sang total* humain, dans les veines ou dans le tissu musculaire, n'est actuellement connu que comme médication symptomatique ; on ne connaît pas les résultats que donnerait un traitement méthodique.

Le *serum animal* agirait par apport de thrombine. On pratiquera tous les deux mois des injections de 20 cc. de sérum, pendant des années ; les accidents à répétition des grands hémophiles disparaîtront (P. Emile-Weil). Malgré les multiples réinjections de sérum, les hémophiles ne font pas d'accidents anaphylactiques sérieux, et la crainte de ces complications ne doit pas détourner le médecin d'employer la médication sérique. Celle-ci doit être suivie par les examens de sang.

Cependant le sérum conviendrait surtout aux hémophiles moyens ; il ne ferait qu'améliorer très fortement, les sujets restant des hémophiles légers, avec un temps de coagulation encore un peu anormal, et des hémorragies rares, sans gravité.

Mais la *qualité du sérum* est capitale : sérum équin, éprouvé et frais. Certains chevaux donnent des sérums toxiques, ou faibles ; le produit s'altère en vieillissant.

On peut aussi se servir de sérums thérapeutiques (antidiphtérique, par exemple).

Les *extraits de globules* ont été parfois substitués au sérum.

Les *extraits d'ovaire*, médication inoffensive, donnent des succès. On a conseillé aussi les *extraits thyroïdiens*, les *extraits hépatiques*.

Médications chimiques

Les **médications chimiques** comportent le *chlorure de calcium*, donné à doses moyennes et longtemps poursuivies.

La *peptone* a donné de bons résultats : tous les trois jours, 3 à 4 cc., par séries de 10 à 12 injections, séries séparées par repos d'un mois.

Si une opération chirurgicale s'impose chez un hémophile, il faut « corriger » passagèrement le sang : injection de 30 cc. de sérum, un ou deux jours avant l'opération ; petite transfusion sanguine. On fera une hémostase soigneuse ; on pansera la plaie au sérum.

III

Traitement des hémorragies

Traitement local.

Toute hémorragie externe sera soignée localement. *Après un nettoyage minutieux pour enlever les caillots* (car le caillot de l'hémophile ne vaut rien; il ne produit pas l'obturation normale solide, mais se comporte plutôt comme un corps étranger et sollicite le saignement), la plaie sera couverte d'une gaze imbibée de sérum sanguin simple ou antitoxique, ou encore de poudre de sérum desséché. L'action locale du sérum, toujours suffisante, *quand le pansement est bien appliqué*, peut être renforcée par une injection de sérum sanguin ou de sang total.

Les gros hématomes semblent devoir être incisés et gavés de coagulants. Les hématomes articulaires paraissent devoir être respectés. L'intervention chirurgicale (faite dans l'ignorance de la diathèse, c'est-à-dire sans correction) a entraîné des anémies intenses, et parfois la mort. Cependant, si la distension et la douleur sont intenses, on conseille la ponction évacuatrice, avec lavage de la cavité à l'acide phénique faible.

Les épistaxis peuvent, bien entendu, nécessiter le tamponnement avec coagulant.

Enfin, on n'oubliera pas la *compression* et la *glace* ; les cautérisations sont contre-indiquées, car la chute de l'escharre serait dangereuse.

Traitement général.

P. Emile-Weil recommande l'injection sous la peau ou dans les muscles de 20 à 30 cc. de sérum (le sérum antidiphtérique se trouve partout). On reproche au sérum d'exiger 12 à 24 heures pour bien agir ; la voie intraveineuse est plus rapide ; mais elle ne doit être employée qu'en cas d'extrême urgence, car elle n'est pas exempte de danger. Le sérum peut être répété, s'il est nécessaire. La sérothérapie procure de bons effets, mais elle n'est pas infaillible.

Le *sang humain total* (petite transfusion) s'emploie en injections intraveineuses ; il a pu être injecté dans les muscles, sans incidents ; on fait 20 à 40 cc. de sang pur, non citraté. Les résultats sont, de façon générale, très constants et très brillants. Chez les nourrissons, on conseille la transfusion du sang maternel citraté : le sang de la mère est aussi actif que celui du meilleur donneur.

Les *extraits de plaquettes* (coagulène de Kocher et Fonio) sont excellents (100 cc. à 5 p. 100 sous-cutanés ou intra-veineux).

On rejette la peptone et la gélatine.

Le *calcium* a pu donner de bons résultats, de même que 20 cc. intra-veineux de *citrate de soude* à 30 p. 100.

Les injections sous-cutanées d'*émétine*, et surtout d'*extrait hypophysaire*, restent chez les hémophiles de précieux agents d'un effet immédiat ; ils seraient particulièrement recommandables contre les hémarthroses.

L'irradiation de la rate, ou d'autres organes, augmente la coagulation ; l'action est rapide, mais passagère ; ultérieurement les rayons X ne produisent plus guère d'effets.

Si l'hémorragie ne s'arrête pas, il faut changer de procédé et avoir recours à la transfusion.

Si l'hémorragie s'arrête, mais reprend, certaines médications, dont l'action s'épuise, sont à rejeter (radiothérapie, citrate, peptone) ; d'autres peuvent être reprises : transfusions, sérum, extraits de plaquettes.

Il semble recommandable de faire un traitement immédiatement actif, et, en même temps, du sérum, dont les vertus, plus lentes à apparaître, sont plus persistantes.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que le diagnostic d'hémophilie essentielle ou familiale ne peut être fait qu'après élimination des syndromes hémophiliques d'origine toxique. Son signe principal est le retard de la coagulation, facile à rechercher.

L'hémophilie est une affection grave, grave surtout dans le jeune âge, où elle détermine une mortalité considérable. Cependant sa forme moyenne permet la survie, à la condition d'avoir été reconnue, puis traitée.

Parmi les traitements généraux ou locaux, s'il survient une hémorragie, le sérum (même les sérums antitoxique, antidiphtérique) tient une place prépondérante.

Il en est de même du sang total humain, sous la forme de petite transfusion.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des sinusites aiguës par la diathermie.

Le coryza serait une infection par virus filtrant spécifique non déterminé, qui ouvrirait la voie aux infections secondaires. Ses deux phases correspondent aux deux stades cliniques observés : phase d'hydrorrhée, enchifrènement, etc., — et catarrhe muco-purulent, avec ou sans participation des sinus.

Le traitement de la première phase est spécifiquement inconnu localement ; on ne doit pas faire d'antisepsie, qui empêcherait l'action des vaccins spécifiques de la deuxième phase ; le traitement général contre l'hydrorrhée sera le chlorate de magnésie, la magnésie, l'aspirine.

La diathermie, d'après le Dr Lafite-Dupont, a une action assez manifeste à la première phase sur l'enchifrènement et la céphalée ; elle paraît en raccourcir l'évolution et aider à faire avorter la deuxième phase.

Instituée dans le catarrhe muco-purulent, son action est tout à fait frappante, en particulier sur les douleurs sinusiennes causées, soit par le blocage des orifices sinusiens, soit par la participation des sinus à l'infection. L'auteur en développe la technique d'application. Elle agit, par son action calorique, vaso-motrice, excito-sécrétoire, analgésique et antimicrobienne. (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 8 février 1931.)

Au sujet de la syphilis.

Le Dr Bizard traite de la contamination par les prostituées surveillées ou clandestines ; la première catégorie est beaucoup moins dange-

reuse que la deuxième. C'est toujours la prostitution clandestine, qui reste le repaire de la syphilis, qu'il faut combattre grâce à l'organisation des Dispensaires de salubrité et des assistantes sociales.

Huit fois sur dix, lorsqu'un malade accuse une femme de maison de l'avoir contaminé, l'enquête fournit la preuve que cette femme a été faussement incriminée. (*Le Bulletin médical,* 14 février 1931.)

Une diphtérie camouflée : la diphtérie du recessus palatin.

Le récessus palatin, portion supérieure de l'amygdale palatine, utriculée, invaginée, se dissimule derrière la partie haute du pilier antérieur et dans le voile du palais. Son atteinte par la diphtérie, écrit le Dr FELDSTEIN, fournit une symptomatologie vélique bien plus qu'amygdalienne. C'est une angine diphtérique limitée à la portion cachée de l'amygdale, alors que la portion inférieure, conglobée, visible et libre, de l'amygdale peut paraître indemne.

Cette diphtérie spéciale donne lieu à une tuméfaction pseudo-phlegmoneuse du voile du palais, qui simule celle de la péri-amygdalite phlegmoneuse banale. Il faut la distinguer tout de suite d'un phlegmon péri-amygdalien associé à une diphtérie, ou diphtérisé secondairement. Alors que, dans le dernier cas, l'aboutissant habituel est la suppuration, le pseudo-phlegmon diphtérique est, au contraire, susceptible de se résoudre sans suppuration, sous la seule action du sérum antidiphtérique.

C'est surtout chez l'adulte que se rencontre cette localisation ; il ne faut pas trop compter sur la clinique pour la différencier du phlegmon amygdalien banal, et il ne faut pas attendre une complication tardive, telle qu'une paralysie pour faire un diagnostic rétrospectif. Le seul symptôme clinique valable, de la diphtérie, c'est la fausse membrane : ici, elle n'est pas visible ou elle fait défaut. D'autre part, il n'existe pas davantage un symptôme pathognomonique du phlegmon véritable : le trismus manque bien souvent. Malgré toute impression clinique en faveur de la diphtérie (engorgement ganglionnaire intense, visage pâle, signes généraux), il faut faire le plus rapidement possible un contrôle bactériologique dans toutes les angines phlegmoneuses, avec ou sans exsudat fibrineux suspect et apparent. Le prélèvement doit être fait correctement dans le récessus palatin lui-même, où l'on introduit, sans mal, un stylet en platine recourbé. Généralement cette diphtérie se résout sans intervention chirurgicale, à l'aide de la seule sérothérapie. (*Journal des Praticiens,* 7 février 1931.)

La néphrite « a frigore ».

Autrefois l'action nocive du froid était considérée comme la cause de toutes les néphrites, qu'elles soient aiguës ou chroniques. En ce qui concerne la néphrite aiguë, les anciennes idées ont subsisté. A propos des néphrites subaiguës et chroniques, les auteurs modernes, imbus des théories infectieuses, n'acceptent plus la spécificité clinique d'une néphrite *a frigore.* Cependant le froid peut, jusqu'à un certain point, avoir une action directe, restreinte, susceptible de mettre les cellules en état de méiopragie fonctionnelle, et de favoriser ainsi l'auto-intoxication.

Il paraît aussi logique d'admettre que le froid agisse en favorisant le développement d'une infection, qui rapidement se localise d'une façon élective sur le rein. Le point de départ de cette infection doit être le plus souvent le pharynx et le rhino-pharynx. On sait actuellement avec quelle fréquence interviennent dans l'étiologie des néphrites, les inflammations du cavum et des amygdales.

La clinique, dit A. HANNS, n'apporte aucun argument en faveur de la nature microbienne de la néphrite *a frigore* (début trop rapide après le refroidissement ; pas de symptômes généraux caractéristiques ; aucun symptôme d'infection) ; au contraire, elle se prononce plutôt contre le caractère infectieux de cette infection.

La plupart des auteurs, tout en admettant les modifications circulatoires rénales sous l'influence du froid, et en consentant à ce qu'elles donnent lieu à des troubles passagers, susceptibles de favoriser l'action d'une infection ou d'une intoxication, refusent catégoriquement aux seuls troubles circulatoires rénaux la capacité d'amener une néphrite véritable. Or, d'après le Prof. H. ces troubles peuvent, au contraire, être parfaitement suffisants, dans certaines circonstances où ils seront particulièrement intenses, pour causer une réaction inflammatoire ou dégénératrice du rein, autrement dit, une néphrite, et cela notamment pour les raisons d'ordre clinique citées par l'auteur.

Bref, la question de la néphrite *a frigore* paraît devoir être revisée : l'affection peut être dans quelques cas infectieuse, quand accessoirement une infection vient s'y greffer ; mais c'est là une exception, et, en règle, elle ne l'est pas ; elle est due aux modifications vasculaires réflexes d'origine cutanée, causées par le froid, sur un organe d'une irrigation aussi riche et compliquée qu'est le rein. Si ce réflexe est d'une durée et d'une violence anormales, la congestion rénale s'accompagne bientôt de la dégénérescence des fragiles cellules rénales. Il ne faut d'ailleurs pas exclure le rôle favorisant d'une lésion rénale antérieure. (*Le Journal médical français,* février 1931.)

La phlébite post-opératoire.

D'après les recherches de MM. A. SCHWARTZ, FISCH et SCHIL, la phlébite post-opératoire est une affection d'origine microbienne, et le microbe

est, contrairement à certaines assertions, un facteur nécessaire. Ces auteurs considèrent les autres causes incriminées, à savoir la stase sanguine, l'hypercoagulabilité du sang et l'augmentation des plaquettes, comme de simples causes adjuvantes.

Mais, le microbe, pour produire une phlébite, doit trouver sur son chemin une veine antérieurement malade, où il s'arrête, venant presque toujours, du tube digestif : les causes adjuvantes, signalées plus haut, entrent alors en jeu. (*Paris médical*, 28 février 1931.)

L'évolution du radiodiagnostic.

Le Dr DIOCLÈS étudie l'utilité, les indications et avantages des différentes techniques radiologiques.

Tandis que certains grands maîtres de la radiologie digestive, ont abandonné complètement la radioscopie, et utilisent uniquement les radiographies en série, d'autres radiologistes font encore des examens radioscopiques prolongés, et paraissent ignorer les avantages et les indications des différentes techniques radiographiques. L'auteur estime qu'il y a intérêt à utiliser et à unir ces différentes techniques suivant les cas cliniques et les problèmes particuliers posés aux radiologistes. Celles-ci (examens à l'écran, ortho-diagrammes, radiographie simple ou en série, téléradiographie, stéréoradiographie) prennent une importance plus ou moins grande suivant les systèmes à examiner.

Pour les affections du squelette, on utilise presque exclusivement la radiographie ; mais celle-ci n'est malheureusement pas exempte d'erreurs. Aussi, dans certains cas de fractures complexes, accompagnées ou non de luxation, y a-t-il intérêt à faire précéder la prise des clichés d'un examen radioscopique des différents segments du membre suspect.

D'ailleurs, cette manière de procéder permettra de faire un meilleur centrage sur le foyer de fracture, et pourra également réaliser une économie importante en limitant le format de la plaque aux dimensions utiles. Les mêmes considérations s'appliquent au massif cranio-facial, aux affections de la colonne vertébrale, et, en particulier de la hanche, au mal de Pott (période de début), aux coxalgies ; la radiographie simple se montre souvent insuffisante, et on peut constater un certain nombre d'erreurs, dues à des superpositions de plans simulant des lésions non existantes. Là encore une téléstéréo-radiographie nette, en dissociant les plans, a montré dans un cas que ce que l'on avait pris pour les limites d'un abcès ossifluent n'était autre que les contours aortiques.

Pour les affections pulmonaires, on complète heureusement la radioscopie par la radiographie. Actuellement un cliché du thorax est considéré comme indispensable par tous les phtisiologues, lorsqu'il s'agit d'établir ou d'éliminer un diagnostic de tuberculose pulmonaire insidieuse au début. En règle générale, il est bon de commencer par un examen à l'écran en présence du clinicien ; si la radioscopie confirme les résultats de l'examen clinique, ce qui arrive le plus souvent, il suffit de faire un compte rendu détaillé de l'examen ; sinon, surtout dans les cas suspects de tuberculose, quand aucune lésion n'est visible à l'écran, on recourt systématiquement à la radiographie.

Pour les affections cardio-aortiques et médiastinales, les tumeurs pulmonaires, toujours une étude radioscopique approfondie est nécessaire, en faisant tourner le malade. Ce n'est qu'ensuite, et, guidé par ces premiers renseignements, que l'on prend des téléradiographies sous les incidences qui ont paru les plus favorables à la mise en évidence de la lésion.

En gastro-entérologie, les examens radioscopiques présentent une très grande importance et doivent être pratiqués méthodiquement et successivement pour étudier la physiologie de l'estomac, la présence de liquide résiduel, la motilité, la mobilité et l'évacuation gastrique, les déformations de l'estomac et leurs modifications à la palpation ou suivant les positions. Dans les cas douteux, au lieu de prolonger indéfiniment l'examen, on aura recours aux radiographies en séries.

Pour les affections hépato-vésiculaires et génito-urinaires de grands progrès ont été réalisés récemment grâce aux injections d'urosélectan, supérieur au tétraiode.

Bref, la radioscopie et la radiographie sont sujettes à erreurs, et il faut savoir combiner leur emploi. (*Paris médical*, 7 février 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le vaccin antituberculeux de Friedmann.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931.)

M. Léon Bernard signale à l'Académie une déclaration du Comité central allemand contre la tuberculose relative au vaccin de Friedmann.

Le Comité en question, dont l'opinion est défavorable à la méthode de Friedmann, a été critiqué par les partisans de ce dernier. Les critiques ont été assez vives et le Comité allemand y répond par un manifeste, signé des Drs Helm, Legat et Schneider, dans lequel il dénie une fois encore toute valeur réelle au vaccin antituberculeux de Friedmann. En annexe, ce manifeste est suivi des déclarations de cliniciens et de bactériologistes (de grande notorité, ajoute M. Léon Bernard) par lesquelles ceux-ci donnent un résumé de leur expérience personnelle du produit de Friedmann, expérience les ayant conduits à des constatations négatives (opinions de Gross, de Brême ; Brauning, de Stettin ; Brauer, de Hambourg ; Lange, de Berlin).

Vaccination B. C. G. et mortalité infantile.

(M. G. Kern. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931.)

M. Kern a recherché, dans l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin) où les vaccinations B. C. G. ont été nombreuses dans ces quatre dernières années, quelle était la mortalité comparée des enfants vaccinés et des non-vaccinés. Il a trouvé un pourcentage des décès par toutes causes de 0 à 1 an, de 4,76 pour les vaccinés et de 10,54 pour les non-vaccinés. La conclusion est nettement favorable à la vaccination et, d'autre part, celle-ci s'est montrée constamment inoffensive.

Enquête sur le B. C. G.

(M. Lesné. — *Académie de médecine* ; 7-7-1931.)

A la séance du 21 février 1931, l'Académie, sur la demande de M. Calmette et de M. Vaquez, a nommé une Commission chargée d'examiner la question du B. C. G. La Commission n'a pas terminé ses travaux pour ce qui concerne l'efficacité préventive du vaccin de Calmette-Guérin, mais elle propose des conclusions relativement à l'innocuité du B. C. G. Ces conclusions sont les suivantes :

I. Il n'est pas d'exemple probant que le B. C. G. introduit dans l'organisme infantile par voie buccale ou sous-cutanée s'y soit transformé et ait déterminé des lésions tuberculeuses virulentes ;

II. Dans la grande majorité des cas, le B. C. G. ingéré par le nouveau-né est bien toléré. Il ne produit aucun trouble et n'entrave en rien le développement de l'enfant. Il arrive seulement quelquefois qu'à la suite de la vaccination on observe des incidents transitoires et sans gravité, dont le plus commun est une polyadénie. Ces accidents sont de même ordre que ceux constatés à la suite de toutes les vaccinations ;

III. La Commission rappelle que la méthode de vaccination du nouveau-né en milieu bacillifère comporte l'indication de le soustraire à toute contagion tuberculeuse dès la naissance et pendant six semaines au moins.

Quand une infirmité par blessure de nerf est-elle définitive ?

(MM. Thalheimer et Blondin-Walther. — *Société de chirurgie* ; 15-4-1931.)

M. Gosset rapporte, au nom de MM. Marcel Thalheimer et Blondin-Walther, l'observation d'un blessé chez lequel ces derniers auteurs ont pratiqué dix mois après la blessure une suture du nerf radial avec greffe de nerf frais de chien. Pendant assez longtemps, aucun résultat ne parut avoir été obtenu. Puis, trois ans après l'intervention, alors que le malade avait reçu une pension d'incapacité de travail de 50 % définitive, on vit apparaître des mouvements d'extension de la main et une amélioration considérable.

Cette observation soulève deux questions intéressantes : la première concerne la greffe nerveuse, l'autre a trait à l'apparition tardive des résultats.

Les nombreux cas de plaies des nerfs observés pendant la guerre ont permis d'aborder avec une certaine ampleur le problème des greffes nerveuses. En 1916, M. Gosset en apportait déjà 26 observations. Au VIe Congrès international de chirurgie, tenu à Londres en 1923, M. Gosset, revenant sur le même sujet, faisait remarquer dans son rapport que la suture, lorsqu'elle est possible, est bien supérieure à la greffe, mais que s'il est nécessaire de faire une greffe nerveuse, l'auto-greffe est moins mauvaise que l'hétéro-greffe suivant la méthode de Nageotte. Il signalait en outre un succès obtenu dans son service par M. Charrier avec une greffe du cubital par greffon frais prélevé sur le chien. Depuis ce moment, la méthode a été appliquée à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière et M. Blondin-Walter a pu dans sa thèse de 1928, réunir 6 cas nouveaux avec 3 bons résultats cliniques. Les résultats complets de la statistique de son service (66 % de succès et 33 p. 100 d'amélioration) engagent M. Gosset à préconiser cette méthode des hétéro-greffes vivantes quand la suture est impossible.

Un fait noté dans l'observation de MM. Thalheimer et Blondin est la tardivité de l'amélioration. Dans leur cas, il a fallu attendre trois ans pour voir les mouvements réapparaître.

— M. Alglave, à propos de la longueur du temps que peut demander la réparation d'un nerf, rapporte un cas qui lui est personnel. Il a revu l'an dernier un blessé de guerre chez lequel il était intervenu par suture nerveuse, un an après une plaie du sciatique avec perte de substance de 7 à 8 centimètres. C'est seulement au bout d'une dizaine d'années que le mouvement et la sensibilité sont revenus dans le membre blessé !

— M. Paul Thiéry a traité un homme atteint de fracture avec paralysie radiale. Trois opérations successives sur le nerf ne furent suivies d'aucune amélioration. Or, deux ans plus tard, le blessé revint avec une récupération totale des fonctions radiales. Dans une réunion de neurologues et de chirurgiens qui a eu lieu après la guerre, on n'a pu se mettre réellement d'accord quant au délai au bout duquel (révision des pensions) on devait considérer l'infirmité comme définitive, les uns pensant qu'on pourrait s'en tenir à trois ou quatre ans, les autres estimant qu'au delà de ce temps, une récupération fonctionnelle était encore possible.

— M. Riche a opéré un malade ayant une paralysie radiale totale à la suite d'une fracture de l'humérus. Le nerf fut libéré au cours de l'intervention : l'amélioration commença au bout d'une année seulement.

P. L.

Les idées actuelles sur le traitement général de la goutte.

(M. J. Schneider. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-4-1931.)

La goutte semble une maladie moins fréquente à rencontrer de nos jours, probablement à cause des progrès de l'hygiène et de la diététique. Mais si autrefois le traitement de la goutte était peu étudié, si durant longtemps la plupart des cliniciens se sont figurés qu'il ne présentait que peu d'intérêt, car la plupart du temps inopérant et même dangereux, l'expérience prouve actuellement qu'on peut guérir de la goutte, et cela sans danger. L'iode et l'urotropine en injections, très souvent, les cures thermales fréquemment, l'auto-hémothérapie parfois, restent actifs à la période chronique.

Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Rechloruration. Accidents.

(MM. Etienne Bernard et Gaucher. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 24-4-1931.)

La rechloruration au cours des néphrites avec hyperazotémie et hypochlorémie est un geste logique, qui possède à son actif, surtout au cours d'états aigus, quelques succès remarquables. Mais c'est une arme thérapeutique, dont les effets peuvent être imprévisibles.

Quand la rechloruration a exercé une influence favorable sur la marche de la maladie, cette rechloruration a été immédiatement suivie d'une augmentation nette de la diurèse.

Mais, à partir du moment où l'on a fait pénétrer le chlorure de sodium dans l'organisme, on n'est pas toujours maître de juguler les symptômes qu'il peut produire.

Quand les résultats peuvent être favorables, il s'agit généralement d'une atteinte récente, de lésions anatomiques peu profondes. Il ne faut pas espérer de succès à la période ultime des néphrites chroniques.

Contribution à la vaccination locale par lardage du poumon (injections intra-pulmonaires directes).

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de méd. de Paris* ; 10-4-1931.)

L'auteur rapporte deux cas de pneumococcie pulmonaire, qui ont bénéficié de sa technique d'injections intra-pulmonaires. Le premier cas a trait à un réveil de foyer avec signes faisant craindre une suppuration secondaire. Dans le deuxième cas, un foyer pseudo-lobaire en activité est amené à la défervescence après trois piqûres de vaccin.

De l'action indirecte des rayons X. Auto-protéinothérapie radiologique

(M. Guilbert. — *Soc. de méd. de Paris* ; 10-4-1931.)

C'est une communication sur l'action indirecte des rayons X, conséquence de l'hystolyse des cellules touchées. Les rayons X produisent un effet d'auto-protéinothérapie, non seulement dans la tuberculose et les maladies cutanées, mais ainsi que le démontrent les observations assez peu nombreuses, dans des affections générales comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, la coqueluche, etc.

Ces observations ont besoin d'être contrôlées par la clinique, mais surtout par des études sérologiques de laboratoire.

L'écartement anormal des oreilles ; nouvelle technique de correction.

(M. Houlié. — *Soc. de méd. de Paris* ; 10-4-1931.)

La technique primitivement créée par l'auteur consiste à supprimer une ellipse cutanée, dont la moitié est empruntée à la face interne de l'oreille, l'autre à la région en regard. Ce premier temps exécuté, le cartilage de la conque est enlevé, l'oreille rabattue, les tranches cutanées suturées.

Ce procédé, excellent dans la moitié des cas environ, donne une correction insuffisante si la partie supérieure du pavillon est éversée en dehors ; de plus, il ne donne pas une sécurité absolue vis-à-vis d'un accident : la dénivellation des oreilles.

La nouvelle méthode consiste à enlever, à l'ex-

clusion des reliefs, les cartilages de toute l'oreille par des incisions faites en arrière ; les résultats sont régulièrement bons.

A propos du traitement de la poliomyélite par le sérum de Pettit.

(M. R. Gaultier. — *Soc. de thrapeutique de Paris* ; 11-3-1931.)

L'auteur a pu observer un cas de poliomyélite aiguë, survenue chez l'adulte, traité précocement et énergiquement par le sérum de Pettit, et les résultats quasi complets d'une heureuse guérison. La conviction au sujet de l'efficacité de ce traitement reste entière, dans le cas particulier, malgré les régressions surprenantes que cette maladie est susceptible parfois de présenter spontanément.

Une poliomyélite, à évolution foudroyante, est apparue chez une femme adulte, enceinte de cinq mois, d'une manière soudaine et insidieuse. On a pu noter l'arrêt brusque, puis la régression rapide des phénomènes paralytiques et des accidents généraux dès l'apparition des premières injections de sérum de Pettit ; et celui-ci ne peut être considéré comme étranger à la réalisation immédiate de l'amélioration; il a, de plus, facilité le retour *ad integrum* des désordres constatés, après l'emploi des médications électriques, diathermiques, et mécanothérapiques utilisées.

Voici le résultat détaillé de l'examen final :

Les psoas iliaques ont retrouvé leurs contractions volontaires avec force diminuée. Les quadriceps droits et les muscles sacro-lombaires droits ne présentent plus que de la dégénérescence partielle. Au faradique, l'amplitude de la contraction est légèrement diminuée. Partout ailleurs, les réactions électriques sont normales au point de vue qualitatif.

La question des farines.

(M. Lenglet. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-3-1931.)

Après un exposé très détaillé et particulièrement documenté, l'auteur conclut :

Le pain blanc des meuniers est un pain de farine ruinée, parce que les agencements trop parfaits des moulins à cylindres favorisent des classifications de produits, dont aucun ne mérite le nom de farine.

Il n'y a d'admissible pour la boulangerie que la farine entière ou tout au moins intégrale. Les médecins doivent faire connaître cette vérité à tous ceux qui mangent et qui ne peuvent, ni ne savent choisir leur alimentation ; ils doivent unir leur action pour arrêter les phénomènes de régression certaine, dus à la carence du pain actuel.

Pour ce faire, ils doivent mettre leur intelligence, leur activité et leur puissance sociale au service d'une idée simple :

La farine, produit équilibré de la mouture du blé, doit contenir tout ce qui, dans le grain, est alibile, sans que pour cela les débris cellulosiques de l'enveloppe dépassent dans une mouture bien faite 0,70 % du poids de cette farine nettement réglementée.

G. F.

Lyon

Société Nationale de médecine et des Sciences médicales.

Fracture double de la branche ischio-pubienne, avec déchirure de l'urètre bulbaire.

M. Reynard présente l'observation d'un homme de 28 ans qui reçut une caisse de métal sur le bas du dos. A la suite, impotence complète des membres inférieurs, douleur à la pression des épines iliaques, rétention incomplète d'urine, urines sanguinolentes. M. Laroyenne, dans le service duquel ce malade est soigné, pratique d'urgence une cystostomie de dérivation. La radiographie (Dr Japial) montre un double trait de fracture, l'un sur la branche horizontale du pubis, l'autre sur la branche ischio-pubienne.

Examiné au point de vue urinaire cinq semaines après l'accident, on constate que la sonde est arrêtée immédiatement derrière le bulbe ; il en est de même de tout cathéter introduit par la plaie vésicale. On fait alors une urétrotomie externe (Docteurs Laroyenne et Reynard) qui permet de se rendre compte qu'il n'y a pas rétrécissement mais *décalage* des deux fragments (Marion) : les bouts antérieur et postérieur n'étaient plus dans le même axe. Une série de cathétérismes dilatateurs suffirent à amener la guérison.

Résultat éloigné de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.

M. Heitz présente l'observation d'une femme de 22 ans qui fut soignée en 1926 à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une pleurésie. En 1928, accouchement d'un enfant, bien portant actuellement ; mais, dans les derniers mois de la grossesse, apparition de signes de tuberculose pulmonaire, qui font admettre la malade dans le service de M. Cordier. Trois tentatives de pneumothorax sont faites sans résultat, et on institue un traitement par les sels d'or. Puis, en octobre 1928, le Prof. Bérard pratiqua une phrénicectomie, puis deux mois après une thoracoplastie : résection des sept premières côtes, la première sur deux centimètres, les autres sur neuf centimètres environ. Suites assez simples. Séjour de sept mois à Hauteville, pendant lesquels elle reprit plusieurs kilos. Actuellement (décembre 1930), bon état général, malgré un accouchement en septembre, examen pulmonaire négatif, pas de bacilles dans les crachats.

Deux cas de pachyméningite hémorragique.

MM. Dumas et H. Jarricot présentent deux observations :

I. — Femme de 74 ans ; début brusque par parésie des membres, sans perte de connaissance ; à l'entrée

hémiparésie droite avec prédominance sur le membre inférieur. Affaiblissement mental. La malade tombe peu à peu dans un état de torpeur progressive et succombe huit jours après avec une température de 40°5. Autopsie : poche de la grosseur d'une petite aubergine comprimant l'hémisphère gauche dans toute son étendue ; cette poche renferme un énorme caillot cruorique.

II. — Femme de 84 ans, entrée pour des douleurs au niveau du membre inférieur droit rappelant la sciatique ; malade agitée, instable physique et mentale. Cinq jours après l'entrée apparition d'une hémiplégie gauche avec contracture, et fièvre à 39°5. Auptopsie : hématome dure-mérien comprimant l'hémisphère droit.

Volumineuse thrombose cardiaque dans un rétrécissement mitral.

MM. Pallasse, Guichard et Pichat présentent un gros cœur de 1.000 grammes, dont l'oreillette droite était distendue, au point d'envahir une partie du thorax, par une thrombose de 480 gr.

La malade était entrée à l'hôpital avec des symptômes d'asystolie. Au cœur, on trouvait : un frémissement systolique à la pointe, un souffle systolique intense allant de l'omoplate gauche au sein droit, un deuxième bruit râpeux à la base et le long du sternum. Urines rouges, peu abondantes ; disque moyen d'albumine. Mort sept jours après l'entrée. Autopsie : rétrécissement mitral serré, ventricule gauche à parois doublées de volume ; orifice pulmonaire très dilaté, oreillette droite très distendue, occupée par une volumineuse thrombose.

Fracture circulaire de la voûte et de la base du crâne avec disjonction de la suture coronale.

MM. Laroyenne et Belly rapportent l'observation d'un homme qui fut amené dans le service de l'un d'eux porteur d'un enfoncement de la fosse temporale gauche avec des signes de fracture de la voûte gauche. Etat extrêmement grave, coma, mort le soir même. Autopsie : voûte du crâne fracturée suivant une ligne demi-circulaire partant à gauche d'un enfoncement du temporal de 6 cm. de diamètre et se continuant sur la surface cranienne par une dislocation complète de la suture coronale ; à la base, trait de fracture se continuant avec celle de la voûte sur le même plan frontal ; fissure du rocher à gauche, grosses lésions méningées et corticales. Le blessé, dans une chute de motocyclette, avait été projeté avec violence sur le pavé.

Fibrome de l'ovaire.

MM. Molin et P. Sassard présentent une pièce provenant d'une femme de 30 ans, qui, depuis un an ou deux, souffrait de violentes douleurs pendant vingt-quatre à quarante-huit heures avant chaque période menstruelle ; la dernière crise avant l'entrée a été plus violente que de coutume.

A l'examen, ventre souple, respirant bien ; au toucher, utérus normal ; dans le cul-de-sac gauche, masse assez volumineuse, semblant indépendante de l'utérus et légèrement douloureuse. Intervention : ovaire gauche doublé de volume, constitué par une masse fibromateuse développée aux dépens du pôle externe. Histologiquement, fibrome pur sans signes de malignité. Ablation. Suites simples.

Perforation de la partie inférieure de l'œsophage avec évacuation du contenu gastrique dans la plèvre gauche.

MM. Creyssel et Bozon présentent l'observation d'un homme de 47 ans qui fut pris brusquement de douleurs épigastriques violentes avec vomissements et tendance syncopale. A l'entrée, malade agité, dyspnéique, à faciès péritonéal. Contracture intense de la paroi abdominale, avec immobilité respiratoire ; palpation très douloureuse. Le malade racontait avoir été soigné dix ans auparavant pour ulcus gastrique ; les douleurs qui avaient disparu à la suite du traitement, étaient réapparues depuis trois mois. On pensa donc à une perforation d'ulcus et on intervint. On trouva un estomac adhérent de toutes parts, à la paroi, au foie, au côlon transverse, etc., L'état du malade étant très précaire, on referma le ventre. Mort douze heures après. Autopsie : à l'ouverture du thorax, on trouve dans la plèvre gauche deux litres environ de liquide noirâtre extrêmement fétide ; à la jonction de l'œsophage avec le cardia, perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes ; les adhérences qui bloquaient l'étage sus-ombilical du ventre avaient dirigé les liquides vers la plèvre gauche.

Tentative de suicide par courant de haute tension.

MM. Patel, P. Sassard et de Mourgues présentent l'observation d'une jeune femme qui tenta de se suicider en touchant les fils d'un transformateur d'usine électrique, et fut grièvement brûlée au flanc et aux deux pieds. A la main gauche, doigts rétractés dans la paume, mouvements complètement impossibles ; au pied gauche, brûlures étendues et profondes ; il en est de même au pied droit et au flanc droit. Etat de shock marqué : pâleur, pouls à 120, hypothermie. Vers le quatrième jour, apparition au niveau de l'avant-bras gauche d'une gangrène gazeuse, qui nécessita une amputation d'urgence. Aux pieds, les lésions n'offrant aucune tendance à la cicatrisation, on fut amené à pratiquer, quinze jours après l'accident, une amputation de Chopart à gauche et une désarticulation du 5e métatarsien à droite. Ces opérations sont actuellement, trois mois environ après l'accident, en bonne voie de guérison. Mais la malade ne cache pas son intention de renouveler sa tentative de suicide.

A. C.

Les Congrès

VIe Congrès international de Thalassothérapie

(BERCK-PLAGE, 26-27-28 MAI 1931)

(*Suite et fin*) (1)

Le traitement de la coxalgie chez les nourrissons

MM. YOVTCHITCH, STOYANOVICH et VASSITCH (Belgrade) s'occupent uniquement du traitement de la coxalgie et de ses séquelles chez l'enfant.

Ils envisagent surtout le relèvement de l'état général, puisque la tuberculose osseuse suit un cycle évolutif invariable : aérothérapie, héliothérapie, alimentation appropriée.

Le traitement local a pour but d'immobiliser la hanche (extension continue en plâtre) pour éviter l'ulcération compressive. Les malades restent couchés jusqu'à la disparition complète de tout signe clinique évolutif, tant que la radiographie ne montre pas le liseré de cicatrisation ou de condensation autour du cotyle et de la tête fémorale.

Dans le but de corriger les attitudes vicieuses, les auteurs ont pratiqué 38 redressements et 12 ostéotomies. Ils ont fait cinq arthrodèses extra-articulaires pour des coxalgies guéries avec ankylose incomplète restées douloureuses et présentant une tendance à la position vicieuse.

M. GRADOYEVITCH (Belgrade) expose que la plupart des malades *adultes* sont traités ambulatoirement. Quand le cas est grave, c'est au contraire l'immobilisation pendant deux ans environ, avec grand plâtre prenant le pied et le bassin, attitude en abduction et flexion légères.

Dans un hôpital marin de 102 lits, sur la côte dalmate, on pratique le traitement hélio-marin. Pendant les premiers mois, douleurs et attitudes vicieuses sont corrigées par l'extension continue ; en cas d'échec, on corrige l'attitude vicieuse sans anesthésie et on applique un grand plâtre. Cependant Spisic ne pratique pas ce redressement en période aiguë, considérant l'attitude vicieuse comme favorable pour la guérison une fois le foyer éteint ; celle-ci est corrigée par ostéotomie.

Dans les cas graves, on intervient chirurgicalement pour la fistulisation compliquée d'infection secondaire, pour les gros séquestres ; il en est de même en cas d'insuccès du traitement conservateur, préconisé pour les cas bénins.

Les séquelles sont justiciables des ostéotomies para-articulaires. L'arthrodèse extra-articulaire est indiquée pour la pseudarthrose intra-cotyloïdienne.

MM. JACOBOVICI, et NICHITA (Roumanie). — Le traitement général, à Tékirghiol, utilise les boues d'un lac salé ; on donne l'eau du lac en bains chauds ; on peut aussi employer la boue directement, comme complément du bain froid et du bain de soleil. L'emploi de cette boue donne parfois des résultats surprenants. Il est bon d'alterner les cures marines et les cures de montagne.

Le calcium sanguin étant diminué dans 21 p. 100 des tuberculoses osseuses, les auteurs pratiquent des séries d'injections intraveineuses de chlorure de calcium, et celles-ci donnent des améliorations dans les cas au début, mais elles restent inefficaces dans les tuberculoses osseuses avancées.

Le traitement ambulatoire n'est pas à conseiller.

Quatre observations d'arthrodèse extra-articulaire montrent la guérison pour des cas anciens. Une arthrodèse, pratiquée sur un cas en évolution, aboutit à une fistule, et à la mort par tuberculose généralisée, deux mois après l'opération.

M. DELITALA (Venise) a soigné 532 coxalgies en dix ans. Il conseille l'association d'un traitement orthopédique strict avec l'héliothalassothérapie. L'immobilisation est indispenasble ; elle est facile à pratiquer avec les appareils de celluloïde.

Il faut rechercher la suppression des complications pendant le traitement, et une ankylose en bonne attitude. — L'hélio-thalassothérapie, seule, n'est pas suffisante.

L'auteur est partisan de l'ostéotomie sous-trochantérienne par la correction des séquelles, et de l'arthrodèse extra-articulaire pour les pseudarthroses.

M. CLAVELIN (Paris) étudie les indications de l'arthrodèse extra-articulaire chez l'adulte. Dans 40 % des cas, on trouve des lésions pulmonaires ou des lésions osseuses multiples, qui constituent une contre-indication en raison du danger de généralisation.

Il traite les coxalgiques par l'immobilisation au moyen d'un appareil métallique à extension continue et suspension avec point d'appui sur l'ischion du côté sain. Sur 25 malades, guéris depuis plus d'un an, il a observé 3 récidives, 17 hanches solides, dont 7 ankyloses osseuses ; et 5 hanches avec mouvements et douleurs ; l'arthrodèse extra-articulaire a été pratiquée avec succès.

MM. ED. DELCROIX, de HAENE et BRICKMANS (Ostende) font remarquer les difficultés que l'on éprouve à distinguer les fausses coxalgies, qui constituent 40 % des malades. Ils contrôlent l'efficacité du traitement général, si important, au moyen de la

(1) *Concours Médical*, n° 34.

mesure du débit respiratoire par le masque de Pech ; ce moyen dépiste les contre-indications à la cure héliomarine.

Le traitement local consiste en une immobilisation de deux ans dans un appareil plâtré, après redressement des attitudes vicieuses sous anesthésie. La guérison obtenue, on fait porter un celluloïde pendant un an ou deux..

L'arthrodèse extra-articulaire est réservée aux pseudarthroses extra-cotyloïdiennes. Sinon, c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne pour les coxalgies guéries avec attitude vicieuse ou luxation iliaque.

M. VIGNARD (Lyon) a fait des évidements, suivis de plombage, en période d'activité. Sur 200 coxalgiques, il en a opéré 67 dans ces conditions, avec 15 morts, soit 23 p. 100 soit dans les premiers mois, soit tardivement.

L'intervention a été tardive dans 24 cas, et il s'est produit soit un tassement secondaire de la tête avec un raccourcissement de 3 à 5 centimètres, soit avec une ankylose, soit avec une conservation des mouvements. Dans 7 cas, il y a eu luxation secondaire avec hanche ballante.

Huit cas d'ostéites localisées, discrètes, opérées avant l'envahissement complet de l'articulation, ont permis la conservation de longueur du membre, avec mobilité articulaire et bonne fonction.

MM. CLIMESCO et JAMAS (Roumanie) exposent les bienfaits de l'héliothérapie, en ce qui concerne la teneur du sang en hémoglobine et en calcium. Les bains de soleil seront interrompus de temps en temps ; la gymnastique respiratoire sera pratiquée sur le malade couché.

Cinq cas ont justifié l'arthrodèse extra-articulaire, en raison de la mobilité et des douleurs : une fois il y eut rupture du greffon ; une autre fois, ouverture d'un abcès froid et élimination du greffon.

MM. NOVÉ-JOSSERAND, BÉRARD et POUZET (Lyon) ont soigné, de 1910 à 1920, les enfants en ville ou au loin dans la campagne ; ces soins ambulatoires se sont révélés comme défectieux : mortalité élevée, et grand nombre d'ankyloses.

De 1920 à 1930, le traitement dans les hôpitaux suburbains, puis à l'hôpital maritime de Giens a procuré des résultats bien supérieurs. Sur 73 cas, 6, 8 p. 100 de morts, 4 restitutions ad integrum, 13 hanches mobiles et instables, dont plusieurs ont subi l'arthrodèse, 1 luxation iliaque, 3 encore fistuleux, 2 ankyloses seulement.

M. H. L. ROCHER (Bordeaux) a opéré 4 fois des coxalgies en activité sur 200 cas observés ; il s'agissait de très jeunes enfants, chez lesquels la coxalgie laisse de graves séquelles : l'opération précoce a permis d'obtenir la guérison.

MM. CALOT et FOUCHET (Berck) ont employé, durant 41 années à Berck, des méthodes absolument conservatrices : traitement général, immobilisation par le grand plâtre, extension continue associée, ou non, au plâtre, injections modificatrices intra-articulaires. La seule opération admise a été, dans le traitement de la coxalgie, l'ostéotomie sous-trochantérienne correctrice.

M. Félix BÉRARD (Lyon) montre, par des projections cinématographiques, la technique de l'arthrodèse, et expose les différentes indications de l'opération, ainsi que ses résultats.

MM. SOREL et DELAHAYE (Berck) présentent sur le même sujet un intéressant film cinématographique.

M. COUREAUD (marine) est partisan de n'opérer la tuberculose osseuse qu'à la période de réparation. La méthode de la sérofloculation de Vernes permet, seule, de connaître l'âge de la lésion ; le taux, qui est à 50 chez les malades en évolution, tombe à 10 à la période de réparation. Quand une ascension nouvelle se produit, il faut craindre une rechute, ou bien une autre maladie, et ne pas opérer. Après l'opération, on note une ascension passagère.

***

Résolution et vœux.

La séance de clôture du Congrès a été présidée par M. Gérard, sous-secrétaire d'Etat au Tourisme. La résolution et les vœux suivants ont été votés.

Résolution :

Le VIe Congrès enregistre avec satisfaction la diminution du nombre des tuberculoses osseuses, ainsi que l'atténuation de leur gravité.

Vœux :

1° Que les convalescents soient surveillés le plus longtemps possible dans la station où ils ont été soignés.

2° Que des centres d'apprentissage et de rééducation soient organisés dans la station de cure marine.

3° Que des organisations, semblables à celle qui se développe actuellement à Paris sous les auspices du « Service social des hôpitaux », sous le nom de « Retour de cures », soient généralisées pour tous les malades traités dans les hôpitaux marins.

4° Que les malades, guéris dans une station marine, y trouvent toutes facilités pour s'y fixer et y exercer une profession.

5° Que, sur l'invitation pressante de M. le Ministre de la Santé publique, les commissions hospitalières des grands centres universitaires étudient d'urgence, en collaboration avec le groupement spécialisé, l'organisation d'hôpitaux maritimes, sur le modèle de Berck, en dehors des stations climatiques de villégiature, pour le traitement de la tuberculose osseuse chez l'enfant et l'adulte.

***

Le prochain Congrès international de thalassothérapie se tiendra en 1934 à Palerme. La question mise à l'étude est : L'action physiologique et la cure marine sur le système lymphatique. De son action curatrice sur les tuberculoses ganglionnaires.

Les Livres

EDITIONS MÉDICALES N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

H. JUMON (de la Bourboule). — **L'asthme infantile et les réactions associées** (*dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique*). Un vol. de 140 pages, 1931, 18 francs.

L'auteur ne retient comme asthme infantile véritable que l'asthme débutant dans la première enfance (de 0 à 6 ans), revêtant d'emblée le caractère catarrhal, et se comportant à la manière d'une affection tendant à la régression spontanée vers 8 ou 10 ans, ou au moment de la puberté. Au contraire, l'asthme des grands enfants, dont le début est toujours tardif, doit être considéré comme un asthme de l'adulte à début précoce.

Dans cette forme de la première enfance, la réaction bronchique est presque toujours associée à une *réaction cutanée* à forme prurigineuse (prurit avec eczématisation, prurigo de Hebra à type français, strophulus), jamais avec un eczéma vrai, et presque toujours avec une réaction hépatique de l'ordre des insuffisances et partant sur la fonction cétogène du foie, c'est-à-dire qu'elle se révèle par l'acétonémie, mais à forme habituellement larvée, et souvent uniquement décelable par des procédés de laboratoire. Ce trouble hépatique semble bien être à la base de toutes les réactions ici étudiées.

Si pour les réactions cutanées, hépatiques et parfois bronchitiques, on doit invoquer en général un choc anaphylactique, en revanche pour l'asthme, c'est en général le choc colloïdoclasique, engendré par les variations de température et les influences météorologiques, qui se trouve à l'origine des crises.

Les réactions ne se réalisent que sur un terrain spécial, dit neuro-arthritique, transmis en général par hérédité, et qui est leur véritable cause : il se définit par l'instabilité des humeurs, qui trouve son expression ultime dans l'insuffisance hépatique et dans l'instabilité congénitale du système nerveux végétatif.

Ces manifestations localisées, qui n'ont pas un caractère stable chez l'enfant, et qui englobent l'asthme, les dermatoses prurigineuses et l'insuffisance hépatique à caractère cétonique, peuvent se grouper en un syndrome, que l'auteur propose de dénommer : « syndrome arthritique infantile ».

Le traitement réellement efficace est celui qui s'adresse à la véritable cause des accidents, c'est-à-dire au terrain.

L'auteur estime qu'aucune place ne peut plus être faite à l'asthme ganglionnaire, cette forme paraissant englober nombre d'erreurs de diagnostic et être à peu près abandonnée aujourd'hui : le rôle des épines respiratoires semble d'ailleurs des plus douteux.

PAGET, 106, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

A. CASTIGLIONI, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Padoue. — **Histoire de la médecine.** Edition française, traduction par MM. J. BERTRAND et F. GIDON. (Un vol. in-8 de la Bibliothèque médicale, 770 pages, avec 279 gravures dans le texte. Broché : 120 fr. Relié : 140 fr.).

C'est un ouvrage moderne et complet, recueillant les résultats des plus vastes recherches, et mettant en juste lumière la part prépondérante à faire à la science latine dans l'évolution de la pensée médicale.

L'auteur étudie le problème de l'évolution de la science médicale à travers les siècles avec un plan très original et fort intéressant. Il considère la médecine comme une branche de la civilisation, examinant, à chaque époque de l'histoire, l'influence que la philosophie, l'art, les événements politiques et sociaux eurent sur l'évolution médicale. Chaque chapitre de ce livre présente un tableau, dans lequel nous trouvons les personnalités les plus intéressantes de l'époque et leurs ouvrages, étudiés au point de vue de leur relation avec la médecine. C'est ainsi que les mages et les législateurs, les philosophes et les alchimistes, les écrivains de la Grèce et de Rome, les grands penseurs du monde islamique et les artistes de la Renaissance trouvent leur place dans cette œuvre, où Dante et Pétrarque, Galilée et Descartes, Voltaire et Rousseau voisinent à côté des grands médecins de leur temps. Parmi les grandes périodes historiques, il faut citer : la médecine hippocratique et romaine, la grande école laïque de Palerme et celle de Montpellier, la renaissance de l'anatomie dans le XVe siècle, la grande œuvre des maîtres italiens et français du XVIe siècle. Fort remarquables sont aussi : l'histoire des sciences médicales pendant le XVIIIe siècle ; l'histoire de la médecine du commencement du XIXe siècle jusqu'à nos jours. L'auteur trace distinctement les notes caractéristiques de la mentalité médicale néo-latine, comparée à celle anglo-saxonne durant les périodes des grandes découvertes de la microbiologie, faisant large part à l'œuvre de Pasteur et de Villemin. Il termine son ample étude en démontrant le retour de la médecine d'après guerre à une conception hippocratique, c'est-à-dire à cette tendance des recherches cliniques basées sur l'étude de l'individualité du malade, qui trouva ses premiers et plus éminents maîtres et précurseurs parmi les cliniciens français et italiens de la première moitié du dernier siècle.

LA THÉRAPEUTIQUE ADONIDIENNE DANS L'ASTHME ET LES DYSPNÉES ASTHMATIFORMES

Par le Dr J. SASSARD,

Ancienne externe des hôpitaux de Lyon.

L'asthme est tellement complexe dans ses variétés cliniques, tellement multiple dans ses causes, tellement décevant dans sa thérapeutique, qu'il semble vain de vouloir une fois de plus, en entreprendre le traitement.

Il s'agit là, en effet, plus d'un syndrome que qu'une entité morbide parfaitement isolée ; aussi pourrait-on dire qu'il y a autant de traitements de l'asthme qu'il y en a de causes et que là, plus que jamais, toute thérapeutique, qui n'est pas pathogénique, risque d'être inutile sinon nuisible. Il nous a semblé néanmoins, qu'à côté du traitement étiologique, il existait un traitement symptomatique, qui trouverait son application à peu près dans tous les cas. Quelles que soient, en effet, les variantes des crises d'asthme, il y a toujours, entre elles, un certain nombre de points communs, d'éléments constants. A quelque type que l'on s'adresse, quelque variété que l'on envisage, on retrouvera toujours en particulier : 1° un syndrome respiratoire ; 2° un élément nerveux plus ou moins marqué suivant les cas ; 3° un élément cardiovasculaire. Aussi un traitement de l'asthme, qui n'agirait pas sur ces trois éléments, ne serait que partiellement efficace ; il faut donc trouver un médicament, qui soit à la fois eupnéique, tonicardiaque et sédatif du système nerveux. L'adonis, comme nous allons le démontrer, remplit ces trois conditions.

Tout d'abord l'élément respiratoire. Qu'on admette en effet, comme étymologie du mot asthme le verbe grec αῶ, j'aspire, qu'on admette ασμαίνειν, être essoufflé, d'après Sergent, ou avec Brissaud qu'on admette pour ce mot une origine plus curieuse, celle des faucons « asmés », c'est-à-dire s'arrêtant de voler par suite d'une crise respiratoire dyspnéique brutale, c'est toujours le même phénomène respiratoire, qui est au premier plan dans l'asthme et les dyspnées asthmatiformes. Il s'agit, dans les cas classiques du moins, « d'un accès soudain et transitoire de dyspnée avec immobilisation du thorax et des poumons en inspiration » (Merklen). D'autre part, les asthmatiques sont souvent des emphysémateux, des dyspnéiques chroniques. On sait, enfin, combien est grande chez ces individus la fréquence et la gravité des complications respiratoires, et l'on voit dès lors l'importance qu'il peut y avoir à employer chez ces sujets un bon médicament eupnéique. L'Adonis Vernalis réalise ces conditions ; chez l'animal, l'adonis amène une augmentation de l'amplitude des mouvements respiratoires avec ralentissement plus ou moins marqué du rythme, les deux glucoides n'ayant, du reste pas la même action : l'adonidoside, d'après L. J. et F. Mercier, se comporte comme un stimulant respiratoire, amenant une augmentation de l'amplitude et parfois l'accélération du rythme, accélération masquée en général et compensée par la bradypnée réflexe, résultant de l'excitation du pneumogastrique. Quant à l'adonivernoside, son action est surtout ralentissante sur le rythme, ralentissement coïncidant néanmoins avec une augmentation de l'amplitude. Ces faits expérimentaux, que la clinique vient du reste confirmer, suffisent à autoriser l'utilisation de l'adonis. Mais cette action eupénique de l'adonis, si réelle qu'elle soit, n'en est pas moins secondaire, et le produit est avant tout un bon hypertenseur et un tonicardiaque de premier plan.

Et dans l'asthme, on ne saurait attacher trop d'importance à l'élément cardiovasculaire. L'aboutissant presque fatal de l'asthme est, en effet, la dilatation du cœur droit, avec poussées de subasystolie, puis asystolie confirmée. Sans aucun doute, comme les cliniciens l'ont bien remarqué, dès que l'asthme entre dans cette phase de complications cardiovasculaires, les crises semblent diminuer et de fréquence et d'importance, mais ce n'est qu'une accalmie trompeuse qui précède la défaillance totale cardiopulmonaire. D'autre part, à l'origine de certains asthmes ou pseudo-asthmes, ne relève-t-on pas la néphrite chronique avec insuffisance ventriculaire gauche plus ou moins accentuée. L'utilité d'un traitement visant soit à prévenir, soit à traiter les complications cardiovasculaires nous apparaît donc indéniable.

Mais que donner à ces malades ? Ni le strophantus, ni la spartéine ne sont bien indiqués, chez des patients dont le cœur a besoin d'un soutien puissant et non brutal. Dans nombre de cas, le traitement digitalique fera merveille, soit au moment des incidents, pour combattre une poussée subasystolique commençante, soit à titre de cure d'entretien pour prévenir les presque inévitables complications vasculaires ; mais on sait les inconvénients de la médication digitalique, et nous-même, dans une publication antérieure avons établi un parallèle entre ces deux médicaments. A notre sens, l'un et l'autre trouvent leurs indications dans l'asthme, mais la digitale nous semble être plutôt le tonicardiaque des complications de l'asthme, tandis que l'adonis

en est le tonicardiaque courant, toujours utile et utilisable, grâce à sa toxicité presque nulle et à son peu d'accumulation. Aux doses thérapeutiques employées, l'adonis vernalis augmente la force du cœur, en ralentit quelque peu le rythme et enfin rétablit l'intégrité de ce rythme en supprimant les extrasystoles et ces contractions avortées, qui sont souvent le premier signe de la défaillance du cœur de l'asthmatique.

Le rôle du système nerveux dans l'apparition de la crise d'asthme est de toute première importance. Cette proposition ne prête guère à discussion ; qu'il s'agisse d'un asthme pur, « véritable déséquilibre des nerfs sécrétoires » ou de crises d'asthme sous la dépendance d'un choc humoral (Widal et son école), qu'il s'agisse d'anaphylaxie pure (Walker et ses tests polliniques et autres), partout on retrouve un élément nerveux qui se ramène dans la plupart des cas à un déséquilibre vago-sympathique. Ce déséquilibre vago-sympathique forme l'une des constituantes essentielles du terrain asthmatique et sous l'influence d'une épine irritative quelconque, parfois insignifiante, le déséquilibre s'exagère et la crise se déclenche. Quand le médecin est en présence de cette crise, il doit évidemment s'adresser à des calmants énergiques du système nerveux et à des médicaments vagolytiques ou sympathicotoniques à action rapide et intense. Mais dans l'intervalle des crises, on ne peut plus s'adresser à l'opium et à ses dérivés : l'adrénaline ou l'éphédrine employées de façon régulière ne sont pas sans danger. Là encore l'adonis peut jouer un rôle : si les traités de thérapeutique semblent ranger cette drogue uniquement dans les toniques cardiovasculaires, la physiologie expérimentale lui reconnaît une action tout aussi importante sur le système nerveux. Comme l'ont bien démontré MM. Mercier, chez le cobaye, on peut déclencher des crises convulsives d'origine bulbaire par le camphre, ou cérébrales par la cocaïne. L'injection d'adonivernoside, empêche d'une façon absolue l'apparition des crises cocaïniques et atténue d'une façon considérable les convulsions provoquées par le camphre. L'adonidoside semble être, de ce point de vue, moins active : les crises provoquées par le camphre ou la cocaïne ne sont pas évitées, mais seulement retardées dans leur apparition et un peu diminuées d'intensité. Comme le conclut le Professeur Pouchet « l'adonidoside paraît donc moins neurotrope que l'adonivernoside ». Cette action spasmolytique de l'adonis trouvera certainement une heureuse application chez l'asthmatique sinon pour hâter la terminaison d'une crise, du moins pour modifier quelque peu le terrain, augmenter l'intervalle des crises et en diminuer l'intensité. Nous ne mentionnons pas l'action diurétique de l'adonis vernalis : cette action extrêmement nette chez l'animal n'a pu être vérifiée chez l'homme. Une objection peut être faite : on sait que, dans l'asthme, il existe un broncho-spasme très net ; or, l'adonis vernalis, loin de faire cesser la contraction des fibres lisses, l'augmente au contraire. Les deux glucosides ont une action contracturante des plus nettes sur l'intestin isolé, action qui est du reste plus marquée avec l'adonidoside qu'avec l'adonivernoside. Ils semblent néanmoins agir tous deux comme des excitants du vague, et dès lors, on peut supposer que, loin de diminuer le broncho-spasme, ils risquent plutôt de l'augmenter et que, au lieu d'atténuer à la manière de l'adrénaline, le déséquilibre vago-sympathique, ils l'exagèrent plutôt. Du point de vue physiologique pur, cette objection est certainement des plus importantes ; dans la réalité des choses, les faits sont beaucoup moins brutaux et les réactions biologiques ne jouent pas suivant des lois mathématiques. C'est ainsi que, en l'espèce, tous les asthmatiques, à qui nous avons donné de l'adoverne, nous ont paru temporairement soulagés et, si l'on veut un test de l'innocuité du produit vis-à-vis du pneumogastrique, en aucun cas le réflexe oculo-cardiaque de ces malades ne s'est trouvé modifié. Dans ces cas, l'action sédative du système nerveux, empêchait peut-être l'apparition de manifestations vagotoniques trop accentuées.

Ainsi donc, d'un point de vue purement théorique, l'emploi de l'adonis vernalis dans l'asthme se trouve justifié : en raison de l'importance des manifestations respiratoires au point de vue clinique, en raison de la part extrêmement importante que prend le système nerveux, au sens le plus large du mot, dans l'étiologie et la pathogénie de cette affection, en raison enfin de la fréquence et de la gravité des complications cardio-vasculaires au cours de l'asthme et dans ses complications.

L'heureuse action de ce produit était du reste connue depuis longtemps, mais il a fallu attendre les si intéressants travaux des frères Mercier pour que le thérapeute ait enfin en sa possession un produit précis, toujours identique à lui-même et d'action constante. Ces auteurs reconnurent de plus que le mélange, qui alliait les propriétés les plus actives à la moindre toxicité, se composait de deux parties d'adonidoside pour une d'adonivernoside ; c'est ce mélange connu sous le nom d'adoverne qui a été utilisé dans les observations suivantes... Ces observations ont été recueillies et rapportées par les Docteurs Faguet et Chausset et nous-même ; malgré leur petit nombre, elles sont suffisamment caractéristiques pour mettre en évidence l'heureuse action de l'adonis dans l'asthme ou les dyspnées asthmatiformes.

OBSERVATION I (Dr Faguet). — Homme de 21 ans. Rhumatisme articulaire, asthme nocturne. Palpita-

tions : ouabaïne, quinidine, belladone. Puis amélioration franche et rapide par l'adoverne.

Obs. II (Dr Chausset). — Femme de 72 ans. Néphrite chronique avec défaillance cardiaque grave. 30 gouttes d'adoverne par jour, amélioration de la dyspnée et disparition des crises d'asthme cardiaque.

Obs. III (personnelle). — Femme de 45 ans. Asthme pur depuis 4 ans, extrêmement pénible. Insuffisance des traitements les plus variés qui ont été mis en œuvre. Insuffisance cardiaque légère. Cure d'adoverne 30 gouttes par jour pendant 15 jours ; amélioration rapide de l'état cardio-vasculaire, puis de l'asthme dont les crises s'espacent sans disparaître. La malade peut enfin dormir paisiblement pendant quelques nuits.

Obs. IV (personnelle). — Homme de 53 ans. Spécificité, insuffisanee aortique, athérome. Présente des crises nocturnes, d'allure asthmatiforme, mais cependant avec des irritations rappelant l'angor pectoris. Traitement à l'adoverne, 15 gouttes pendant 20 jours. Diminution de la douleur, respiration plus libre, les crises sont beaucoup moins violentes.

Obs. V (Dr Chausset). — Homme de 54 ans. Bronchites multiples, crises d'asthme de plus en plus fréquentes, dyspnée d'effort, légère défaillance cardiaque. Ne réagit plus à la digitaline. 30 gouttes d'adoverne pendant 10 jours, amélioration temporaire, mais rechute qui cède de nouveau à l'adoverne.

Obs. VI (Dr Chausset). — Homme de 65 ans. Bright. Bronchites à répétition, pseudo-asthme nocturne, signes d'insuffisance ventriculaire gauche. 30 gouttes d'adoverne pendant 10 jours. Augmentation de la diurèse, amélioration de l'état général et des crises de dyspnée.

Obs. VII (Dr Faguet). — Homme de 36 ans. Spécificité, crises d'étouffement, oppression et bronchite aiguë, sclérose pulmonaire en état d'insuffisance cardiaque. Saignée, adoverne. Disparition de la dyspnée. Amélioration très rapide.

Dans tous ces cas, l'adoverne a amené une amélioration parfois temporaire, mais toujours importante de la dyspnée et de l'état cardiovasculaire. Au point de vue du mode d'administration, nous croyons que la voie endoveineuse, employée dans l'obs. VII doit rester une voie d'exception, nous croyons même que dans ce cas l'ouabaïne au quart de milligramme serait plus indiquée. Normalement l'adoverne doit être administré sous forme de gouttes ou de granules, un centimètre cube de la solution correspondant à 30 gouttes ou à 4 granules. Dans les cas moyens, l'administration pendant une dizaine de jours de 15 à 30 gouttes ou de 2 à 4 granules, 2 fois par jour, nous semble largement suffisante. Mais il est évident, étant donné l'innocuité du produit et son peu d'accumulation, que ces doses peuvent être largement dépassées, si l'affection dont souffre le malade le demande. Et ceci nous amène à préciser pour terminer, les indications de l'adoverne dans les syndromes respiratoires.

Dans l'asthme, en dehors de toute crise, chez un asthmatique moyen, nous conseillons une cure de 30 gouttes pendant 10 jours par mois ou de 30 gouttes pendant 15 jours tous les deux mois.

Après une crise, 30 à 40 gouttes par jour pendant 4 à 5 jours contribueront à faire retrouver au malade, l'équilibre cardiovasculaire et respiratoire.

En cas de complications respiratoires, urinaires, cardiovasculaires ou autres, administration immédiate de 20 gouttes d'adoverne pendant quelques jours.

L'administration de l'adonis vernalis ne saurait nuire en rien à l'action des autres médicaments ; nous croyons néanmoins inutile et quelque peu illogique d'administrer le produit en même temps que la digitale. Par contre, si cette dernière se montre ou inactive ou peu active, il convient de la remplacer immédiatement par l'adoverne à doses élevées.

Dans le pseudo-asthme cardiaque ou dans les syndromes cardio-rénaux, l'adoverne réalise tout à la fois une thérapeutique symptomatique en améliorant la dyspnée, et un traitement de fond en soutenant le cœur et en augmentant la diurèse.

Dans toutes les dyspnées enfin, l'adonis peut avoir son utilité. Qu'il s'agisse de dyspnées aiguës au cours de maladies infectieuses ou de dyspnées dues à l'emphysème, à la sclérose pulmonaire ou à tout autre cause, l'adoverne apportera sinon la guérison, du moins un soulagement appréciable.

Enfin et surtout l'adonis, faisant un peu exception en cela aux règles de la thérapeutique, constitue une médication à la fois active et inoffensive, que le praticien peut utiliser en toute liberté d'esprit sans crainte de rencontrer jamais l'intolérance ou la contre-indication (1).

(1) Sergent. Les grands syndromes respiratoires. L'asthme, 1930. — J. Valin. Le rôle du terrain dans l'asthme bronchique, thèse de Lyon, 1930. — Cantonnet. Traitement curatif de l'asthme. — André. L'asthme et son traitement. Baillière, 1918. — J. Sassard. Essais sur les propriétés et les modes d'applications de l'adonis vernalis. Thèse de Lyon, 1930. — La thérapeutique adonidienne. *Gazette des hôp.*, 29 novembre 1930. — L'adonis vernalis, remplaçant et auxiliaire de la digitaline. *Bulletin médical*, 21 février 1931.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

DÉONTOLOGIE

I

Du sort des fiches cliniques après la mort du médecin qui les a rédigées

C'est une habitude volontiers répandue parmi les médecins, qui se sont attaché une fidèle clientèle, et particulièrement les grands consultants, les spécialistes, et les médecins thermaux, de prendre et de conserver l'observation de leurs malades, sous la forme de fiches, qu'un classement, numérique ou alphabétique, permet de repérer facilement.

Cette habitude est des plus louables et des plus légitimes. Elle permet au médecin, surtout lorsque le malade revient le voir à intervalles éloignés, de se remettre en mémoire le cas observé avec toutes ses particularités, notamment les mensurations, recherches, analyses précédemment effectuées, de comparer l'état présent avec l'état antérieur, de juger de la marche de l'affection. Elle constitue, en outre, une documentation scientifique, utilisable éventuellement, pour une communication à une Société savante, un travail de mise au point d'une question, une œuvre d'ensemble, etc.

Or, la question s'est posée récemment encore de savoir ce qu'il doit advenir de ces fiches, s'il arrive que le médecin, qui les a établies, cède son cabinet à un successeur, ou encore, qu'à sa mort, ses héritiers cherchent à faire de même.

S'il est, en effet, une circonstance de la pratique médicale, où le secret professionnel doit être observé, où les intéressés ont le droit d'être garantis contre la communication de leur histoire pathologique à des tiers,quels qu'ils soient, c'est bien celle-là.

En d'autres termes, la cession par ses héritiers, du cabinet d'un médecin décédé, à un autre médecin, peut-elle comporter, avec une bibliothèque, des instruments et appareils, etc., ces fiches ?

Il n'y a pas d'hésitation possible, et c'est NON qu'il faut répondre.

Il va sans dire que les héritiers eux-mêmes ne sauraient en prendre connaissance sans commettre une indiscrétion, dont on pourrait leur demander compte, s'il arrivait qu'ils s'en vantent et en fissent état.

Que doivent-elles donc devenir ? Le sort le plus radical, qui devrait leur être réservé, serait de les détruire à la mort de celui à qui elles appartenaient *exclusivement*, tant qu'il vivait.

On peut envisager aussi que les héritiers les tiennent à la disposition des clients du décédé qui les réclameraient. Mais ne voit-on pas que, pour retrouver chacune d'elles, ces héritiers devraient faire des recherches, et que celles-ci seraient immanquablement indiscrètes.

D'autre part, n'y aurait-il pas quelque inconvénient à les livrer à des malades à qui elles révéleraient l'existence de lésions, sur la nature desquelles ils auraient pu être tenus jusque-là dans l'ignorance, cette révélation devant avoir sur eux la plus fâcheuse influence ?

Alors ? Les remettre, sur leur demande au nouveau médecin choisi par eux, si ce n'était pas le successeur du précédent, ce qui évidemment simplifierait les choses ?

J'ai demandé à mon maître Paul LE GENDRE, membre de l'Académie de médecine, son avis autorisé à ce propos. Et voici la réponse qu'il a bien voulu me faire :

« En cédant le cabinet de son mari décédé, une veuve de médecin ne peut s'engager à céder en même temps les fiches cliniques rédigées par le défunt. Car il n'est pas certain que, parmi les clients des années précédentes, il ne s'en trouverait pas, qui avaient mis leur confiance en celui-ci, mais ne se sentiraient pas disposés à confier leurs secrets au successeur. La cession d'une clientèle comporte, je le veux bien, les noms et adresses des clients, ce qui permet au

successeur de se faire connaître d'eux, mais non les observations médicales.

Plus d'une fois, un client, me voyant rédiger son observation, m'a dit : « Mais, Docteur, après vous, que deviendra ce papier ? Mon histoire pathologique courra-t-elle le monde médical avec mon nom ? » Je répondais : « Sur cette fiche, il n'y a aucun nom, aucune adresse, un numéro seulement, correspondant à un répertoire de tout petit format portant les noms, mais qui doit être détruit aussitôt après mon décès.

C'est d'ailleurs en ce sens, sinon sous cette forme, que Paul LE GENDRE a résolu cette question de pratique dans son ouvrage sur « La Vie du Médecin ».

Et c'est à mon avis la conduite la plus sage.

Ainsi donc, tout médecin qui, habituellement, prend et conserve des notes cliniques sur ses clients, a le devoir de prévoir leur sort après sa mort.

C'est un excellent procédé que celui qui consiste à les rédiger anonymement, en les numérotant en concordance avec un répertoire tenu sous clé, et dont une mention, inscrite une fois pour toutes sur sa couverture, règle le sort ultérieur, en le vouant à une destruction radicale immédiate.

Ce procédé, en effet, respecte le secret médical tout en laissant utilisable, au point de vue scientifique, une documentation qui peut être d'une richesse et d'un intérêt considérables.

Si les fiches ne sont pas anonymes, le médecin, qui les a établies, doit prendre des mesures pour qu'elles soient détruites immédiatement. En aucun cas, elles ne peuvent être transmises à un successeur.

Mais il existe une manière de faire qui, tout en ayant les avantages de l'observation médicale régulièrement prise et tenue à jour, permet d'éviter les difficultés et les risques précédemment envisagés.

C'est le livret sanitaire qui, comme le livret militaire du soldat, enregistrerait tous les événements survenus dans la santé de chaque citoyen, et resterait entre ses mains. Chaque fois qu'une intervention médicale s'effectuerait, elle y serait consignée par celui qui la pratiquerait, — de la simple consultation jusqu'à l'opération chirurgicale la plus sérieuse, — avec ses motifs et ses détails.

Sans doute le médecin n'y livrerait-il pas toute sa pensée avec l'abandon qu'il apporte à la rédaction de ses propres fiches. Mais n'y a-t-il pas, à notre usage, une langue cryptographique permettant de tourner cette difficulté ? Dans certains cas particulièrement intéressants, une note complémentaire, que le médecin conserverait par devers soi, avec des initiales ou un numéro, suppléerait aux insuffisances volontaires d'un livret.

Mais pourquoi parlé-je au conditionnel, alors que ce livret existe et commence à se répandre, surtout dans les milieux scolaires ?

C'est donc surtout de sa diffusion et de sa généralisation qu'il faut parler, en faveur desquelles nous faisons des vœux.

Quoiqu'il en soit de toutes ces considérations, ce qu'il faut retenir, de ce problème déontologique, c'est que les fiches cliniques rédigées par un médecin n'appartiennent pas à sa succession, qui n'a pas le droit de les céder à un autre médecin, après son décès.

Il convient que le médecin prenne toutes les précautions possibles pour qu'elles soient purement et simplement détruites immédiatement après son décès.

G. DUCHESNE.

II

La propriété des fiches médicales dans les dispensaires d'hygiène sociale

Un Comité antituberculeux départemental comprend, dans son conseil de direction, toutes sortes de personnes charitables, mais ignorant tout des devoirs imposés, par le législateur, au Corps médical.

C'est ainsi que les membres de ce Comité directeur émettent la prétention de se faire donner la clef des fichiers, contenant les indications médico-sociales sur tous les malades traités dans les dispensaires antituberculeux, ou d'hygiène sociale.

Et les questions suivantes me sont posées :

1° Un Comité antituberculeux a-t-il le droit d'exiger d'une visiteuse la remise périodique des clefs du fichier médico-social, en vue d'investigations dans ledit fichier ?

2° La visiteuse peut-elle remettre lesdites clefs, sans contrevenir au secret professionnel, et doit-elle obéir à l'invitation dudit Comité ?

3° Le médecin directeur du service, auquel la visiteuse en réfère, peut-il autoriser ladite communication, sans s'exposer aux conséquences de l'article 378 du code pénal et a-t-il, de par les règlements intérieurs des dispensaires, pouvoir pour s'opposer à cette communication ?

Avant de répondre point par point à ces différentes questions, je tiens d'abord à préciser quelques situations juridiques.

I. — Bien que venant dans un dispensaire d'hygiène sociale, le malade continue cependant à être protégé par les termes de l'article 378 du code pénal.

Le secret professionnel, imposé par la loi, n'a été institué qu'en faveur seulement des malades et de leurs familles : cette obligation au silence s'impose, sous sanctions de peines correctionnelles, à toute personne qui, par état, ou profession, donne des soins auxdits malades.

Ce n'est donc pas parce qu'il se rend dans un établissement public de diagnostic et de cure que le malade doit renoncer à la protection légale de son secret. Il a droit à ce que ses lésions soient gardées secrètes et que son état pathologique ne soit pas divulgué à qui n'a pas qualité pour le soigner.

II. — L'infirmier qui, sous la direction et la responsabilité d'un médecin, participe habituellement aux soins à donner aux malades, est soumis aux obligations du secret professionnel (cour de Cassation, 8 décembre 1864 ; *D. P.* 67.5.431. Voir dans le même sens, Professeur Perreau, de la Faculté de Droit de Toulouse, *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 309).

En ce qui concerne les hôpitaux et autres établissements publics, les directeurs sont, comme les infirmiers, soumis au secret professionnel, en ce qui concerne les diagnostics, la nature et l'évolution des différentes maladies, pour lesquelles sont soignés les malades hospitalisés. En ce sens, décision du Comité consultatif de l'Assistance publique, du 13 février 1902 (*Ann. d'hygiène publique*, t. 48, 1908, p. 77).

Par arrêts du 16 mars 1893 (*D. P.* 1894.1.238) et du 30 avril 1907 (Requêtes, *Gaz. Pal.*, 6 juin 1907), la cour de Cassation a décidé que n'est pas secret le fait d'être admis dans un hôpital, où l'on soigne toutes sortes de maladies.

Mais, il n'en est plus de même, si l'hôpital est nettement spécialisé (maladies vénériennes, mentales, accouchements, etc. — Cassation, chambre criminelle, 14 mars 1895 ; S. 95.1.375).

De ceci résulte que tout le personnel d'un dispensaire d'hygiène sociale, depuis le médecin et les directeurs, jusqu'aux infirmiers et visiteuses d'hygiène, tout ce monde est astreint au secret professionnel.

III. Mais, alors, peut-on soutenir, puisque les membres du Conseil de direction sont également assujettis à la loi du silence, ils peuvent prendre connaissance de toutes les fiches concernant les malades soignés dans le dispensaire.

Il convient avant de répondre, de considérer que les fiches d'un dispensaire sont au moins au nombre de trois.

La première concerne l'enquête sociale sur la famille du malade : le domicile, le logement, l'état de santé des proches, les conditions économiques et le genre de vie, les secours divers reçus, les ressources de la famille, etc.

La seconde a trait à l'examen médical du malade lui-même, ses antécédents personnels et familiaux, son état actuel, le résultat de tous les examens pratiqués sur lui.

La troisième fiche renferme les résultats de l'examen bactériologique des crachats.

Si, de la première fiche, on supprime ce qui a trait aux antécédents médicaux et pathologiques de la famille, on peut admettre que cette carte ne contient que des renseignements partiellement confidentiels. Il est fréquemment de notoriété publique, dans l'entourage d'un malade, que ledit malade se fait soigner régulièrement dans un dispensaire d'hygiène sociale.

Néanmoins, le silence doit être observé de la part de tous ceux, qui ont à manipuler ces fiches de la première catégorie, parce que, dans certaines circonstances, que nous n'avons pas le droit d'apprécier, le malade peut tenir à ce que son séjour momentané, au dispensaire, ne soit pas divulgué : c'est son secret.

Ces fiches peuvent donc être consultées par les dirigeants de l'office d'hygiène sociale, pourvu que cette consultation ait un but pratique et utile et ne serve pas à satisfaire une curiosité mal placée.

Mais il reste bien entendu que tous ceux qui consultent les dites fiches, doivent, vis-à-vis des tiers, oublier les noms des malades qui fréquentent le dispensaire ; sinon ils se rendraient coupables du délit de violation du secret professionnel et les pénalités correctionnelles de l'article 378 du code pénal leur seraient applicables.

En ce qui concerne les secondes et troisièmes fiches, *elles sont d'ordre strictement médical* : elles ne doivent être consultées que par les médecins et infirmiers, qui soignent chaque malade, dont la fiche est consultée.

Toutes autres personnes, qui ne sont pas appelées à donner leurs soins, n'ont pas à connaître du contenu de ces fiches ; cela ne les regarde pas. Le critérium consiste en ceci : quiconque est qualifié pour donner des soins au malade, soit seul, soit sous la direction d'un médecin, peut consulter les fiches médicales. Quiconque qui, au contraire, n'est pas qualifié pour donner des soins au malade, n'a pas besoin de consulter la fiche médicale.

D'ailleurs, aux termes mêmes de la législation et de la jurisprudence actuelles, le médecin traitant est responsable du respect du secret professionnel, à l'égard des malades qui se confient à lui. Il doit donc donner des instructions, en conséquence, au personnel infirmier, placé sous ses ordres, pour que lui seul puisse autoriser la communication des fiches médicales à quelqu'un,

qui n'est pas directement attaché au service médical et aux soins à donner aux patients.

Une objection peut m'être opposée :

Les fiches ne sont pas la propriété du médecin du dispensaire, mais celle du dispensaire lui-même : il appartient donc aux gérants, aux directeurs, aux administrateurs dudit dispensaire de connaître le contenu de ces fiches, si bon leur semble, puisque cela constitue une propriété de l'établissement, qu'ils ont à gérer.

Un jugement du tribunal civil de la Seine (1re chambre) du 5 décembre 1928 (*Gaz. trib.*, 13 février 1929) a décidé que les fiches, dressées par un médecin de clinique, d'hôpital, ou autre établissement, sont la propriété dudit établissement, et non pas celle du praticien.

Je ne discuterai pas ici la valeur juridique de ce jugement, qui d'ailleurs n'a pas été soumis à la cour d'appel.

Je ne retiendrai que le fait que les juges ont reconnu, d'une part, que si les fiches de renseignements sociaux et familiaux ont, pour l'administration, une valeur de statistique et de renseignement individuel, il appartenait au médecin de consigner, à part, sur d'autres fiches qui eussent été sa propriété, toutes indications d'ordre scientifique, constituant l'observation médicale de chaque malade.

De plus, le jugement précité décide que ces fiches ne doivent être consultées que par des personnes astreintes aux obligations du secret professionnel.

Je puis donc répondre à l'objection qui peut m'être faite : la propriété matérielle des fiches *signalétiques et d'enquête sociale* est celle du dispensaire ; ces documents ne doivent être consultés que par des personnes, qui doivent se considérer comme astreintes au secret professionnel et soumises aux pénalités correctionnelles, prévues par l'article 378 du code pénal, en cas de violation de cette obligation au silence.

Les fiches *médicales*, où se trouvent consignés les renseignements d'ordre scientifique, concernant chaque malade, seront séparées des premières et placées sous la garde du médecin traitant, qui ne devra confier la clef du fichier qu'à un autre médecin traitant ou à une infirmière, chargée de soins, sous la direction suivie du médecin traitant.

Conclusions

Je n'ai pas à discuter ici le point de savoir si l'obligation au secret professionnel constitue, au regard de la médecine sociale, une entrave gênante : tant qu'une loi n'a pas modifié les termes généraux de l'article 378 du code pénal, je suis obligé de conseiller à mes confrères, comme à toutes autres personnes, le respect de la loi actuelle.

Qu'une discussion intervienne au Parlement, pour modifier l'état actuel des choses, ceci est une autre histoire, et personnellement, j'ai déjà étudié de quelle manière le législateur pourrait faciliter l'exercice de la médecine sociale, tout en faisant respecter le secret, qui est souvent la sauvegarde et le repos des familles.

Mais, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, je ne puis que donner les conseils suivants, en répone aux questions, quis me sont posées :

1° Si la visiteuse d'hygiène sociale est la salariée du dispensaire, si, du point de vue administratif, elle est l'employée dudit dispensaire et par suite, doit obéir aux ordres de l'administration, elle se trouve, d'autre part, placée sous la direction scientifique et professionnelle du médecin du dispensaire et doit obéissance première, à ce dernier, pour tout ce qui concerne la partie médicale et soignante:

2° Par conséquent, en réponse à la demande de clefs du fichier, l'infirmière doit en référer à son chef médical.

3° Pour concilier les obligations contenues dans l'article 378 du code pénal, le médecin traitant doit séparer les fiches médicales des fiches ne contenant que des renseignements sociaux.

Les premières ne doivent être communiquées qu'aux seules personnes, qui prennent part, d'une façon effective, au traitement des malades en cause ; les secondes peuvent être mises à la disposition de l'administration du dispensaire, étant bien entendu qu'en cas de fuites, ou d'indiscrétions, ladite administration sera responsable, aux termes de l'article 378 du code pénal.

4° Vainement pourrait-on soutenir que, par leurs fonctions mêmes d'administrateurs, les dirigeants du dispensaire sont astreints au secret professionnel et peuvent, par conséquent, compulser les fiches médicales.

Qu'il me suffise de rappeler que, consulté par le ministre de l'hygiène, alors M. Paul Strauss, aux fins de savoir si un médecin traitant pouvait, par l'envoi de cartes fermées, déclarant les causes des décès, à un autre médecin, chargé des fonctions de directeur de bureau d'hygiène ou d'inspecteur départemental d'hygiène, confier ces renseignements, le Garde des Sceaux répondit qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin traitant ne pouvait confier les secrets de son malade qu'à un autre médecin traitant et que pareille déclaration des causes des décès constituait une violation certaine des dispositions de l'article 378 du code pénal.

Donc, si la loi est gênante, demandons sa modification ; mais, en attendant, le médecin-chef d'un dispensaire doit refuser à l'administration dudit dispensaire communication des fiches contenant des renseignements d'ordre médical, sur les malades qui sont traités dans l'établissement.

Dr Paul BOUDIN.

Le D[r] X. nous a adressé la lettre suivante, après avoir pris connaissance de l'argumentation du D[r] Paul Boudin.

Je vous remercie vivement de votre si détaillée consultation qui étaye juridiquement l'opinion que je m'étais faite, basée sur vos articles du *Concours médical.*

Je me permets toutefois de vous indiquer deux retouches de détail :

1° Vous faites allusion aux soins dans les dispensaires antituberculeux. Nous n'en donnons pas, et il est interdit d'en donner.

2° Vous indiquez que les fiches médico-sociales sont au nombre de 3. Il y en a bien davantage, en plus des exemplaires, que je vous ai adressés (fiches, radio, larynx, urines, tableau annuel des visites dans la famille, etc., etc.).

J'ajoute que votre avis est celui du Comité national et aussi du substitut du tribunal civil, dont j'ai sollicité l'opinion.

Et qu'en réalité, un Comité antituberculeux n'a à connaître du service que les statistiques numériques et à fournir personnellement un effort de propagande et de recrutement d'adhérents ; à peine, de temps en temps, son attention est-elle attirée par le service médical pour solliciter de lui, en faveur d'un malade non-indigent et non assuré, une subvention en vue d'un placement. Par conséquent toute demande de renseignements en dehors des cas précités, ne constitue qu'une manifestation de curiosité déplacée ou guidée par un mobile intéressé, politique ou autre.

Pratiquement la question est ainsi résolue dans mon département : la visiteuse et moi-même ne communiqueront les clefs à *personne* ; le médecin du dispensaire a demandé à avoir un double des clefs, « voulant, a-t-il dit, pouvoir les communiquer à qui bon lui semblerait ». Bien qu'assez étrange au point de vue confraternel, cette solution ne saurait me toucher au point de vue juridique, car il me semble alors être étranger aux responsabilités encourues.

En réalité, ce qui se passe ici n'est qu'un épisode de ce qui se passe presque partout ailleurs : des *Comités* d'incompétents se servent de la lutte antituberculeuse comme d'un tremplin pour les ambitions les plus diverses, le plus souvent même pour le désir de jouer un rôle social, selon l'esprit des Croix-Rouges, revu et considérablement aggravé.

On arrive ainsi à une situation paradoxale au triple point de vue :

1° *Financier.* — C'est l'Etat (donc le contribuable), qui paie, et c'est le Comité qui commande (dans mon département l'Etat et le département donnent en moyenne 200.000 fr. de subvention ; le Comité réalise à peine 10.000 fr. de cotisation).

2° *Technique.* — Les conceptions les plus étranges sont mises en application par le Comité (dépistage des tuberculeux, guerre avec le Corps médical, placements dans des établissements de cure ne convenant pas, gaspillage en dons de vêtements ou alimentation, etc., etc.).

3° *Moral.* — Par l'importance qu'ils peuvent acquérir, les Comités peuvent constituer des organismes avec lesquels doivent compter l'Etat, le département, le Corps médical et même le public !

Il n'y a qu'une solution pour remettre de l'ordre dans ce chaos, c'est-à-dire redonner à l'Etat le commandement, qu'il n'aurait jamais dû abandonner, ainsi une partie de la puissance publique, et faire fonctionner le service sur des bases exclusivement techniques : c'est la généralisation du système des offices départementaux d'hygiène sociale (type Seine-et-Marne), organismes départementaux présidés par le Préfet, avec personnel spécialisé et Comités réduits à leur rôle normal de propagande et de recherches de cotisations, et liés par une convention avec le syndicat médical. (Demander détails au D[r] Decourt.)

Tout le reste n'est qu'incohérence, gaspillage, incompétence et arbitraire.

Mais vous comprenez pourquoi les Comités actuels résistent désespérément à l'extension des méthodes adoptées en Seine-et-Marne, Haute-Marne, etc., etc., et préconisées dans le projet Legros de la révision de la loi de 1902 !

Les syndicats voient trop souvent dans les médecins des dispensaires les employés et les défenseurs des Comités antituberculeux : ces derniers sont tous affiliés au Syndicat des médecins-spécialisés de dispensaires, affilié lui-même à la Confédération des syndicats médicaux, et nombreux sont ceux qui, comme votre serviteur, estiment inadmissible d'être commandés par des incompétences qui, pour toutes raisons répondent : C'est nous qui vous payons ! alors que, en réalité, ce sont les deniers de la Nation qui font les 99/100 des frais de la lutte antituberculeuse !

Il y a dans ces faits une anarchie qui, si elle était mieux connue, devrait entraîner un mouvement d'opinion pour chasser tous ces vendeurs du Temple et remettre chacun à sa place. La lutte antituberculeuse y gagnerait, comme en Meurthe-et-Moselle, comme dans les Vosges, ou l'Hérault, comme partout où chacun sait se tenir à sa place (c'est-à-dire dans à peu près une douzaine de départements).

Quand donc la presse médico-professionnelle s'intéressera-t-elle réellement à la grande pitié de la médecine sociale, que le Corps médical a cependant tant d'intérêt à voir entre les mains des médecins spécialisés syndiqués, plutôt que de la laisser servir d'instrument à des Comités privés, dans les buts les plus divers ?

Un point spécial mériterait, à mon avis, d'être étudié : le « Sou médical », organe de défense des praticiens, accepterait-il éventuellement de défendre les médecins de dispensaires (qui ne sont pas des

fonctionnaires) en contestation soit avec leurs malades, soit avec leurs Comités ? Il semble qu'il y ait lieu d'étudier ce point très important qui pourrait concrétiser l'intérêt que le Corps médical organisé prend à la médecine sociale.

La discussion que vous voulez bien m'offrir de reprendre, à la suite du regretté Dr Ott, serait en effet très intéressante, mais je crois qu'elle gagnerait peut-être à avoir lieu avec un journal d'hygiénistes, tel le *Mouvement sanitaire*, dont vous connaissez sans doute le directeur, l'inspecteur général Dequidt. Je m'offre très volontiers à lui en toucher un mot.

Je vous remercie encore bien des fois de votre consultation et, restant tout à votre disposition pour tous renseignements sur les conditions d'exercice de la médecine sociale, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes cordiaux et dévoués sentiments.

Réponse.

La Ligue médicale de Défense professionnelle, le *Sou médical*, soutient moralement et pécuniairement ses membres, qu'ils soient omnipraticiens, ou spécialisés dans une branche quelconque de la médecine. Par conséquent, si vous êtes membre de la Ligue, vous pouvez compter sur elle pour vous soutenir.

Quant à la campagne à entreprendre pour que la médecine sociale ne serve pas à des fins égoïstes, politiques ou honorifiques, mais soit dirigée médicalement par des médecins, le *Concours médical*, qui est une tribune libre, ouverte à tous ses abonnés, insèrera volontiers toutes études professionnelles sur l'organisation souhaitable de ces dispensaires.

Dr Paul Boudin.

VOYAGES

A bord du « Champollion ». — La croisière de Pâques de « Bruxelles-Médical »

vue par Ch. Moigneteau

Marseille. — On m'a dit : « Cet homme est un savant. Nous allons vous présenter, vous partagez sa cabine à bord du Champollion ». Cheveux blancs, regard très jeune, c'est la distinction, la simplicité même..... il est racé. Mais ce qui me plaît surtout en lui, c'est ce signe infaillible, cette marque certaine des esprits vraiment supérieurs : il ne se prend pas trop au sérieux.

A notre table, je l'ai entendu parler de travaux approfondis, qui viennent de paraître concernant la reproduction des oursins. Je lui ai avoué ne connaître en fait d'oursins que ceux que l'on déguste sur le vieux port ou chez Basso. Il a souri : « Oh ! a-t-il dit, vraiment vous avez mangé des oursins ! ! J'ignorais que ces échinodermes fussent comestibles. Nous irons en déguster ensemble, voulez-vous ? »

C'est un homme charmant, pour qui j'ai déjà une vive sympathie. Les gens sympathiques..... sont ceux qui nous comprennent.

Après dîner, nous avons visité le vieux Port. Comme j'avais connu au front le tenancier d'un de ces bars, qui pullulent dans le quartier, j'y menai mon savant et spirituel compagnon. Au milieu des danses et des rires, que scandait un amusant phonographe, nous avons passé de trop courts instants. Les jolies filles brunes de la Joliette souriaient. Et mon charmant compagnon semblait comprendre qu'il y a autre chose que l'histologie ou la dissection, pour nous aider à passer sur la planète le peu de temps que nous avons à y vivre : « Pourquoi, me confia-t-il, en rentrant, ne savons-nous pas profiter dès notre jeunesse de l'utile expérience et des sages conseils du vieux Faust. Vieilli dans son laboratoire et le cœur jeune, il comprit mais un peu tard, l'insuffisance de cette science pour laquelle il avait vécu..... Un baiser de Marguerite valait mieux que tout cela. » — « Pour ma part, ai-je répondu, j'ai toujours préféré le charme troublant de la douce Marguerite à la triste ambiance de cornues et de squelettes, au milieu de laquelle le vieux Faust achevait de se consumer. Mais, je ne sais cependant rien de plus terrible que ce baiser de Marguerite, qui empoisonne à sa source la nouvelle vie du jeune Faust. Le vieux savant désabusé était bien moins à plaindre que notre jeune amoureux attristé et déjà paralysé par le remords de son tragique baiser. »

Et nous fûmes d'avis que si Faust pouvait tenter une troisième expérience de la vie, il en profiterait cette fois pour voyager.

A bord du Champollion. — Nous venons d'embarquer sur ce palace plus confortable que les meilleurs hôtels. On ne peut rêver mieux. Nous sommes ici entre Belges, Français, Hollandais et Suisses, etc., et dans un milieu composé de professeurs, de médecins. C'est une sorte d'aristocratie bourgeoise formée, à l'abri des scandales du dehors, par plus d'un siècle de labeur et de désintéressement. C'est un milieu qui se suffit à lui-même et qui semble avoir renoncé au monde, à ses pompes et à ses œuvres. Il existe peut-être des milieux plus élégants voire même plus artistiques, mais je n'en ai jamais connus, qui soient imprégnés de tant de probité, de droiture et de loyauté. C'est à tout prendre, le meilleur de ceux que j'ai rencontrés.

A notre table, nous avions décidé de ne pas parler médecine, mais à peine étions-nous au dessert, qu'un chirurgien a voulu nous raconter ses étranges

opérations. — « Ne me submergez pas trop pour le premier soir » a dit mon charmant savant. On a ri.

Après dîner, je l'ai aperçu sur le pont, entouré d'admirateurs, car c'est un des maîtres de notre époque. Mais il était triste et lointain. Et je me suis souvenu de l'anecdote que l'on attribue à Renan. Arrivé au faîte des honneurs, et venant de faire une conférence à d'élégantes jeunes femmes, il dit qu'il regrettait sa vie. « Mais, mon cher maître, répartit un admirateur, la vie vous a tout donné... car enfin, que voudriez-vous être ? » Et Renan répondit : « Sous-lieutenant de cavalerie »...........................

....

Tripoli (31 *mars*). — Cordiale réception des Autorités italiennes. Visite des monuments. Une dame m'a fait remarquer que les Romains faisaient déjà du sport, car elle lisait « Spor » sur certains monuments (le temps avait dû effacer le t) ! ! J'essayai naïvement de lui expliquer que cela voulait dire : Sénat et peuple romain », mais elle crut que je me moquais d'elle. Quoi ! tout cela en un mot ?

Visite des Souks. — J'ai admiré ces hommes qui, allongés dans l'immobilité, savent regarder passer le temps. Merveilleuse sagesse ! !

Dans un café, j'écoute malgré moi des touristes qui, mollement étendus dans des rockings-chairs, s'indignent de la paresse raffinée des Arabes..... Tiens ! mais ce sont pourtant des Arabes, que j'aperçois sur le port, demi-nus dans l'infernale poussière et enfournant le charbon dans les soutes..... « Ne trouvez-vous pas, m'a dit mon savant compagnon, que ces fils de Cham paient bien cher l'irrespectueuse moquerie de leur père qui ne put s'empêcher de rire de l'amusante ivresse de Noë ! ? ..... Est-ce pour cela que les Arabes n'osent plus boire de vin ! ! ? »

Je suis un peu triste..... Alors quelqu'un m'a dit : « Venez donc avec nous, cela vous distraira : nous allons voir une fête locale ». Je suis un faible, je n'ai jamais su résister. Je me suis laissé faire..... Et j'ai vu, au milieu de 25 joueurs de tam-tam et de deux joueurs de flûte, un soi-disant fakir ou marabout (que sais-je) qui, invoquant Allah, avalait un infortuné serpent... Je me demande encore lequel des deux était le plus à plaindre ! ! ?..... Les plus à plaindre, qui sait, c'étaient peut être les spectateurs.

L'Egypte, Héliopolis, Le Caire. — Ceux qui aiment à voyager dans le Temps, évoqueront difficilement dans l'actuelle Héliopolis, luxueuse et ultra-moderne, le séjour qu'y firent jadis, venant de Judée, Joseph et Marie avec l'Enfant Jésus. Mais arrivant dans ces contrées de lumineuses et bienfaisantes clartés, ils comprendront aisément que ces peuples adorèrent le soleil et lui élevèrent un Temple.

Ils ont aimé la vie, les hommes heureux et libres, qui habitèrent jadis ces contrées. Ils l'ont aimée, au point de ne pouvoir imaginer qu'elle put se terminer. La mort ! ! Mais ce n'est pour eux qu'un voyage, qu'une séparation momentanée de leur double, de leur kha, qui reviendra bientôt réhabiter leur corps. Encore faut-il que ce kha puisse retrouver et reconnaître ce corps pour l'animer à nouveau. Mais rien à craindre. Ils ont les embaumements. Oui, mais des ennemis inconnus, pourraient le détruire un jour ! ? Peu importe, il suffit de placer dans le voisinage une statuette ressemblante ou un objet familier du mort ..... Et la vie terrestre recommencera.....

Au Musée. — Quel troublant et angoissant mystère nous imprègne ! Ce mystère, il émane de ces sarcophages, statuettes et objets familiers du jeune Tout Ank Amon, prince si puissant, mais qui mourut à l'âge de 19 ans. Comme on voudrait être seul près de ces images, autour desquelles doit venir rôder son Kha depuis plus de 3 mille ans ! ! Mais il doit frémir, ce petit dieu de l'Egypte, de ne pas pouvoir chasser de son voisinage ces étrangers misérables, qui ont pesé et estimé en livres ou en piastres ses enveloppes d'or et n'en ont compris que cette valeur ! ! Peut être aussi n'est-il pas encore revenu du lointain voyage, qu'il devait accomplir seul sur la petite barque, que renfermait son tombeau ! ? Qu'il revienne vite retrouver la jeune épouse, qui au lever du soleil savait l'entourer d'une si charmante intimité (1)... Mais, quand reviendra-t-il ranimer les scènes de sa trop courte vie ! ?......

On dit qu'il faut aller visiter le Sphynx et les Pyramides par clair de lune et tard dans la nuit car ainsi on y est à peu près seul. Je savais cela, comme tout le monde, par un de mes amis, qui habite le Caire, mais j'ai cependant voulu accompagner ceux de mon groupe. Et je ne l'ai pas regretté.

Aussitôt qu'un spectacle nous dépasse qu'importent de vaines contingences ! ? En face du Sphynx, que m'importent les disputes des chameliers, je ne les entends plus ; que m'importent que les humains soient encore plus grotesques vus à dos de chameau que sur leurs pieds, je ne les vois plus. Le Sphynx m'a beaucoup plus impressionné encore que les Pyramides. On ignore, en effet, ce qu'ont voulu représenter ceux qui l'ont sculpté. Et j'ai pu y voir un symbole..... Les hommes peuvent s'agiter, attacher de l'importance à leurs faits et gestes, à ce qu'ils qualifient leur science, à leurs ridicules personnes... il se contente de sourire lui, le gardien du désert... et il sourira encore longtemps car il est sculpté dans le roc ! ! ..... Je suis reparti heureux, rasséréné. Je suis revenu le voir la nuit suivante, seul avec mon ami, mais je ne pouvais ressentir une impression plus forte.....

J'ai visité la mosquée du sultan Hassan, qui fit couper les mains de son architecte, tant il la trouvait réussie..... Il ne voulait pas qu'il put en reconstruire une autre semblable...

Je suis entré dans la mosquée d'El Azan, où l'on forme les imans (prêtres musulmans) du monde en-

(1) Sujet d'une des peintures que renfermait le sarcophage.

tier. Je les ai entendus réciter et expliquer des versets du Coran. Et j'ai frémi en voyant certains visiteurs sourire et parler à haute voix. Que dirions-nous si des musulmans venaient se moquer de nous dans nos écoles !?..... Comme je faisais part de mes réflexions à mon distingué et savant compagnon. ..... « Supposons m'a-t-il dit, les Musulmans forts comme le sont les Anglais et les Anglais désarmés comme le sont les Musulmans, croyez-vous alors que les Musulmans se montreraient aussi tolérants que les Anglais ? »

Evidemment.....................................

..... J'ai vu de la Citadelle, le soleil se coucher sur le Caire avec les Pyramides, qui se détachent dans le lointain. J'ai beaucoup aimé la promenade dans les ruelles du Caire. Je ne sais rien de plus coloré, de plus vivant, de plus pittoresque. Toutes les scènes que j'y vois, le petit nain qui demande l'aumône, le savetier entouré d'oiseaux, l'aveugle qui chante joyeusement... Tout cela, j'ai l'impression de l'avoir déjà vécu. C'est sans doute que je sens remonter en moi les impressions, que j'eus jadis en écoutant les Mille et une Nuits. Ils rient dans ma mémoire ces heureux souvenirs enfouis de ma prime enfance. Et je me rappelle, maintenant seulement, que j'avais 7 ans quand mon père me racontait à sa façon ces contes arabes.

Il est prudent de s'abstenir de lire les impressions de voyages, que certains ont pu avoir en visitant ces pays, car chacun voit tout à travers lui-même et on ne voit plus rien si on regarde à travers ces lectures. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de livres comme les Mille et une Nuits, qui sont un parfum, une émanation de ces pays. Je regrette bien de n'avoir pu les relire avant de débarquer au Caire.

Rentrés à Alexandrie, sur le Champollion (que nous sommes toujours heureux de retrouver, tant nous y avons de confort), nous admirions la belle tenue des soldats anglais, lorsqu'un passager nous dit, qu'il aurait voulu voir Gandhi, qu'il croyait habiter le Caire..... Mon savant compagnon conclut que cette remarque n'était pas dépourvue « de sel »... Débarquement à Jaffa, là où Jonas sortit du ventre de la baleine.....

Béthléem. Jérusalem. — Je suis plus ému que je ne voudrais en pensant que, dans quelques heures, je serai dans ces villes qui virent naître et mourir Celui qui changea le monde et vint nous racheter. C'est ici qu'Il est né entre un bœuf et un âne, là qu'Il est mort entre deux voleurs.

Nous l'avons quittée hier, cette Egypte où les hommes aimèrent tant la vie ; mais, qu'elle me semble déjà lointaine. C'est qu'ici, la vie terrestre n'est rien. Ce qui compte, c'est la Résurrection, la vraie Vie.

Voici la vallée de Josaphat et ses tombeaux, tels que les vit Jésus. Voici la pierre, où Abraham s'apprêtait à immoler son fils Isaac pour obéir à son Dieu. C'est là qu'était le mur d'enceinte du temple de Salomon... Je vois les yeux pleins de larmes et j'entends les lamentations de ces fils d'Israël qui pleurent encore leur royaume perdu. Ah ! comme je suis plus près d'eux que de mes compatriotes, qui peuvent contempler froidement ces choses.

Il est venu le Sauveur du monde. C'est ici qu'Il a fait son entrée à Jérusalem, monté sur un âne. C'est là qu'Il chasse les marchands du Temple. Partout Il nous dit que nous sommes frères et que son royaume n'est pas de ce monde.

C'est là qu'Il affirme au bon larron qu'aujourd'hui même il sera avec Lui dans le Royaume des Cieux.

Plus de sarcophages en or, plus de plaisantes images... une Croix...

Là est son tombeau. Mais voici le jardin des Oliviers et l'endroit où, laissant ses disciples, Il monta au Ciel.

Et de pauvres gens m'avaient dit que j'aurais une désillusion parce que le pays est aride, la propreté douteuse, parce qu'on y parle toutes les langues, que les cultes sont nombreux. Sont-ils à plaindre ceux qui éprouvent ici ces misérables sensations ! ! ! Ils ne reçoivent donc pas les Saintes bouffées du passé. Ils ne sentent donc pas renaître en eux la pureté de leur enfance, lorsqu'ils épelaient l'histoire du peuple de Dieu et celle plus belle encore de la Vie du Fils de Dieu ? ?

Beyrouth. Le Liban. — Et nous voici à Baalbek. Nous en visitons les ruines avec un de ses habitants, l'érudit et très fin Michel Alouf, chez qui nous sommes descendus. Il nous raconte l'histoire de sa ville :

Baalbek. ..... c'est là que vint se réfugier Caïn, fils d'Adam, lorsque, maudit par Jéhovah, il essaya de se fuir lui-même. Il la bâtit en l'an 133 de la création, quand le délire s'empara de lui. Il lui donna le nom de son Fils Henoch et la peupla de géants, dont les iniquités furent punies par le Déluge.

Les habitants du pays croient que c'est le démon Echmoudi, qui fut le fondateur et l'architecte de Baalbek, car, comment admettre qu'un être humain put atteindre une perfection et une habileté lui permettant de construire un édifice aussi beau avec des blocs aussi prodigieusement grands ! ? C'est avec ces blocs que les hommes construisirent les temples, qui se sont succédés.

C'est à Baalbek, que Nemrod résolut d'attaquer dans ses domaines célestes Celui qui, irrité par ses iniquités, le menaçait. Et c'est là qu'il fit construire la Tour de Babel ! !

Salomon, lui, fit un temple somptueux pour complaire à ses femmes étrangères et y construisit le palais de la reine de Saba.

C'est de Baalbek, qu'Elie s'envola au Ciel sur un cheval de feu.

Mais Baalbek, c'est la ville de Baal, le dieu soleil. C'est, dans cette ville que se rassemblaient les Phéniciens pour adorer ce dieu-mâle, principe de vie et d'existence, comme Astarté était la déesse femelle.

Après leur conquête de la Syrie, les Romains, fins

diplomates, respectèrent et adoptèrent les institutions religieuses des orientaux. Ils élevèrent même des temples somptueux à leurs dieux dans Baalbek leur ville sainte. Ils se contentèrent seulement de changer les noms. Jupiter Héliopolitain correspondait à Baal, Vénus à Astarté, Bacchus avait beaucoup d'affinité avec Adonis.

Et ce sont les ruines (1) de ces temples, que l'on visite aujourd'hui. Entre autres, il reste encore debout dans le temple de Jupiter Héliopolitain 6 colonnes de 20 mètres de hauteur et 3 mètres de diamètre. Chaque colonne est composée de 3 blocs énormes, assis sur une grande base, dont un homme debout ne peut atteindre le fait même avec la main... Mais comment, par quel moyen, ces pierres titaniques ont-elles été transportées, posées, hissées !! ?

C'est un mystère, qu'ont en vain cherché à élucider les archéologues de tous les temps !! ? C'est peut-être le mastodonte qui les a transportées, ce mastodonte qui vivait au temps de Caïn ! !

On les voit, on les touche ces pierres de 20 mètres de long, 5 mètres de haut, 4 mètres de large..... Nous ne l'avons pas lu dans des fables d'Ovide, nous avons vu cela.

Je me suis penché sur tout ce passé, de la terrasse de l'hôtel de M. Alouf où j'avais la bonne fortune d'être descendu, et d'où l'on a une vue générale. Mais, on ne peut dormir... on veut voir le Soleil se lever et éclairer ces ruines....

Notre caravane d'autos nous conduit à Damas.

Damas. — Les légendes Arabes prétendent que c'est là que vécurent Adam et les patriarches antédiluviens. Abel mourut à Abylène et aujourd'hui les habitants du Nebi-Chitt vénèrent le tombeau de Set et ceux de Karah Nouh celui de Noë ! !

Damas. C'est là que voulait se rendre, pour persécuter les chrétiens, Paul, citoyen romain, qui fut plus tard Saint-Paul.

Mais nous voici dans la mosquée de Soliman le magnifique, puis dans celle des Omniades, où se trouve un tombeau que les musulmans ont respecté. C'est qu'ils le prennent pour celui de Saint-Jean-le-Baptiste, et ils ont pour ce saint une grande dévotion. Deux versets du Coran lui sont consacrés. Et j'ai vu des femmes de Damas venir prier devant ce tombeau, afin de n'être point stériles.

Ici le tombeau de Saladin qui « battit le croisé ».

(1) Ces célèbres ruines qui montrent ce que créa jadis le génie de l'homme sont merveilleusement décrites, dans le livre de M. Alouf : Histoire de Baalbek, qui nous en fait comprendre le mystère et la grandeur.

Mais il nous faut rentrer à Beyrouth et nous allons serpenter à travers les nombreux lacets des routes de l'Anté-Liban et contempler l'aridité et la sécheresse de ces contrées, conséquence de la malédiction que s'attira Nemrod en construisant la Tour de Babel !

Mais on groupe les autos. Pourquoi ! ! ? C'est qu'il y a encore, paraît-il, dans le pays, quelques Druses qui n'ont pas désarmé et pourraient attaquer une voiture isolée ! !

Nous voici revenus au 20e siècle de l'ère chrétienne. Rentré à Beyrouth, un petit cireur m'a dit « Ti connais maintenant République Libanaise ».

Rhodes. — Nous passons quelques heures à Rhodes, maintenant colonie italienne. J'ai vu l'endroit, où s'élevait le colosse, une des 7 merveilles du monde. J'ai admiré ce gracieux petit port et la station d'eau minérale, qu'ont créée les Italiens. Mon conducteur de taxi, un Italien, me dit qu'il regrette Marseille et m'expose ses idées sur la colonisation...

Les Dardanelles. — Ils avaient certes le cœur cerclé de chêne et d'un triple airain les téméraires, qui essayèrent de forcer pendant la guerre le passage des Dardanelles. Quoi, 2 kilomètres à peine séparent des rives hérissées de batteries ennemies, des mines flottent çà et là et voilà nos téméraires qui veulent passer..... C'est là que furent coulés le Bouvet et le Masséna..... Et voici le cimetière, on l'aperçoit du bord. Là sont enterrés les héros de Seddul'Bar, ceux qui, en 1915 débarquèrent sur cette côte aride et hostile. Que d'héroïsme, (que de larmes aussi), elle représente cette petite région, à peine mentionnée sur la carte. En passant, nous lançons une couronne à la mer.

Tout cela est grand d'héroïsme, mais ne marque qu'un point sur la vaste carte du monde. Voltaire raconte que le Roi de France s'étant brouillé avec le Pape, certains esprits croyaient que la fin du monde était proche. S'ils avaient regardé la carte du monde, ajoute Voltaire, et s'ils avaient mesuré le peu d'espace qu'occupent Rome et Paris, ils auraient été rassurés..... Rien de tel qu'un voyage même court, pour comprendre le peu de place que nous occupons sur la planète.....

Qu'ils sont charmants, vus du navire, ces jolis petits villages turcs, qui se chauffent au soleil le long des Dardanelles. Voici le château de la clef de la mer.

C'est peut-être ici que Léandre traversait à la nage, pour rejoindre Eros et ici qu'une nuit il se noya, la lampe que tenait Eros s'étant éteinte.....

(A suivre.)

LA PAGE SANS MÉDECINE

... Et puis enfin on ne peut pas fonder toujours. Ça fatiguerait...
(Daniel HALÉVY).

Monsieur Halévy, dont je vous convierai tout à l'heure à goûter la sagacité, n'a prévu que la fatigue du *créateur*. Or, la lassitude du bénéficiaire ou du lecteur de la création littéraire est bien plus touchante et précieuse à observer. Et, si à suivre les nouveautés, *fondées* parfois de nos jours sur un si manifeste effort, vous aviez pris un peu de cette dyspnée sympathique du spectateur sur les gradins du stade, je vous conseille pour votre délassement de revenir à la vieille fiction, dont je vais vous parler, et dont l'éternelle jeunesse échappe à cette rigueur des lois physiologiques, que souligne fort sagement, mais incomplètement, le brillant essayiste du *De Re Gallica*. Revenez à Rabelais, que revoici :

CCCCXVIII. — François RABELAIS. — **La vie très horricfique du grand Gargantua.** 1 vol. 19 × 26, illustrations en couleurs de Dubout. Tiré sur Arches à 1.000 ex. numérotés. Volume premier de la Collection Les Grands Textes Humoristiques. *Editions du Sagittaire*, Paris, 1931.

Il n'est pas jusqu'au papier, qui n'ait une petite odeur suspecte, rabelaisienne et indéfinissable. Vient-elle de la page 72 où Gargantua « *si aigrement* » ébouillante la foule, qu'il « *en noya deux cens soixante mille quatre cens dix et huyt, sans les femmes et petiz enfans.* » ? La gravure, qui rappelle cette imposante bienvenue du bon géant aux Parisiens assemblés près Notre-Dame, est une des meilleures du livre, qui en contient nombre d'autres de joyeuse qualité. Aussi est-il plus cruellement regrettable que l'artiste, à quelques-unes, outrant la couleur ou forçant la note, où il devait rester, ait recherché les effets faciles. Je me permets de le lui faire remarquer, car l'ensemble du livre est présenté avec *beaucoup* de soin, et je ne conçois pas cependant la critique sans départ équitable des mérites et des erreurs. J'aurais préféré par exemple qu'il s'abstînt d'adorner de *pipes* les soldats ou les goinfres... pétunant avant Nicot, et que toutes ses pages eussent la drôlerie de sa page 203 ou 156. Il s'est trop inspiré de Thelème, mais avec la sûreté de son dessin ; quand nous le retrouverons dans cette louable collection, il peut, s'il le veut, nous donner une illustration, où il est capable de respecter sans défaillance le comique puissant de Rabelais qu'aucun médecin, digne de son vénérable ancêtre, ne me pardonnerait de confondre avec la farce.

CCCCXIX. — Docteur Jean FRUMUSAN. — **Propos du Médecin.** 1 vol. 12 × 19. *Editions de la Revue Mondiale*, Paris, 12 fr.

Notre distingué confrère, qui a déjà publié un nombre respectable d'ouvrages de philosophie médicale (1), *tous* inspirés par un sens très averti de l'actualité professionnelle, et une très personnelle originalité de vues, poursuit le rassemblement des chroniques très remarquées qu'il donne à la *Revue Mondiale*. Le présent volume traite entre autres sujets de l'euthanasie, du droit de guérir, de la chirurgie esthétique, et contient sur la Mort, notre sournoise ennemie, une courageuse et ferme méditation. La question de l'Ordre et de la solidarité confraternelle ont fourni à l'auteur l'occasion de citer longuement les travaux de l'un des rédacteurs coutumiers de notre journal, et nous le remercions de tout cœur de l'éloge que, chemin faisant, il veut bien faire à plusieurs reprises de l'inspiration générale et du persévérant effort d'entr'aide que, depuis plus de cinquante ans, ont poursuivi leurs devanciers et les directeurs actuels du *Concours médical*.

CCCC. — Henri DE RÉGNIER, de l'Académie française. — **Nos Rencontres.** 1 vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1931, 12 fr.

Monsieur de Régnier est plus méchant que ne le laisserait supposer l'aristocrate langueur de ses poèmes. Dans ce volume de Souvenirs, il réserve lui-même de façon subtile à quelques-uns des personnages qu'il évoque, ce « *dédain monoculaire* » que Leconte de Lisle, nous dit-il, laissait tomber sur la pauvre Lélian ! Il cache, comme il est de tradition, dans les éloges académiques, le trait redoutable sous une onction de prélat bénisseur. Pour Robert de Montesquiou seul, il charge à fond comme du temps où il croisa le fer avec lui. Ces petits intermèdes d'escarmouche laissent intact le fond solide du livre où les jugements littéraires, entremêlés de *nombreux* souvenirs et d'anecdotes, nous présentent des effigies exactes de Verlaine, de Hérédia, de Mallarmé, de Paul Adam, de Porto-Riche, de Barrès, de Villiers de l'Isle-Adam, de Sully-Prudhomme, de Leconte de Lisle. Il passe aussi

(1) Le Jardin d'Esculape. — La Cure de Rajeunissement. — En marge de mon carnet. — Idées médicales nouvelles. — Réflexions d'un médecin... etc.

dans le livre comme un souffle de royale mélancolie, peut-être ce regret subconscient auquel n'échappent les grands de ce monde quand ils voient la scène se vider autour d'eux, les chandelles grésiller sur leur fin, et que la salle, où ils parlaient, déserte de leur public enfui vers d'autres bateleurs, se remplit irrémédiablement de silence et de ténèbres.

CCCCI. — Daniel HALÉVY. — **Décadence de la Liberté.** 1 vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1931, 15 fr.

Sous le titre du dernier d'entre eux, voici groupés par une même vigilante inquiétude quatre essais fort clairvoyants sur la France contemporaine. J'ai eu le plaisir d'y noter une sévère condamnation de l' « *informe* » loi des Assurances sociales. Mais ce n'est pas de ce point de vue particulier que je vous recommande la lecture de ce livre fort attrayant. En face de l'obscurcissement collectif des pensées qu'il précise, il marque avec une clarté sage et désabusée l'affaiblissement de l'*armature* de nos libertés. Il insiste sur la contribution qu'apportent à ce déclin le facteur parlementaire, le régime de la police toute puissante, la servitude de la presse et les dangers du syndicalisme ouvrier. Il manque à son livre deux chapitres qu'un écrivain de sa trempe nous *doit* : l'un sur l'emprise de la machine, l'autre sur la formidable puissance des banques qui dictent dans l'ombre les décisions aux gouvernements, même quand en dépend la vie des peuples... et accessoirement la nôtre.

CCCCII. — Dr Louis ROUSSEAU — **Un médecin au Bagne.** 1 vol. 14 × 19. *Editions Armand Fleury*. Paris, 1931, 18 fr.

Rassurez-vous ; il ne s'agit pas de l'un des nôtres, pensionnaire là-bas. Le Dr Rousseau a simplement été médecin de ces infortunées victimes d'une société mal bâtie. Il nous conte avec talent *et force détails* l'existence douloureuse de ces personnages. Je n'ai pas pu partager l'attendrissement très sincère de l'auteur... Je reste persuadé qu'avec un peu de bonne volonté, il n'est pas très difficile de finir ses jours ailleurs que là... Comme dit une chanson : « *Fallait pas qu'y z'y aillent...* » Je garde ma pitié pour Duhamel, en souhaitant que son assassin aille bientôt grossir les rangs de la phalange d'élite, où je continue à croire qu'il y a pas mal de gars qui sont à leur vraie place.

CCCCIII. — Erich Maria REMARQUE. — **Après.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue française*, 1931, 15 fr.

S'il n'y avait pas quelques pages du plus beau sentimentalisme germain couleur de myosotis, le roman serait parfait. C'est une puissante description du retour, de la reprise de contact après guerre entre les démobilisés et la vie civile. C'est en Allemagne, bien entendu, mais cela ressemble tellement à ce qui se passa chez nous ! Nous avons retrouvé le même esprit de mercantilisme, de jouissance, d'égoïsme, d'indifférence. Sur notre versant de frontière, nous avons éprouvé les mêmes déceptions, les mêmes désillusions progressives ; il ne suffisait plus d'être vivant pour que tout aille bien. Leur cortège de tristesses, hors l'émeute et la révolution, ressemble bien au nôtre. Il y a dans ce beau livre des accents douloureusement humains et une vérité brutale un souci de justice, une puissance entraînante de jeunesse qui m'ont frappé et pour une fois, méritent le concert de louange et de publicité qu'a déchaîné son apparition.

Varia. — * *La Nouvelle Revue française* d'août contient une amusante comédie de Stendhal exhumée par Henri Martineau.

Les *Dada* mis en cause dans les numéros précédents s'invectivent avec violence. Un des chroniqueurs de la revue, à propos des Lettres de Marcel Proust à la comtesse de Noailles (publiées chez Plon sur l'initiative de la destinataire), émet avec vraisemblance l'hypothèse que Proust voulut mystifier la comtesse. Chère comtesse, pourvu qu'il ne s'agisse là que d'une hypothèse ! !

** Suivez le *Coup de Patte*. Tous les guides n'ont pas l'esprit du père Ubu, de Poulbot, de Martini et touzautres.

** *Science et Monde* vous donnera des détails sur le pneu sur rail et le vote électrique des députés. Les amendements à la loi sur les Assurances sociales vont ainsi pouvoir être multipliés, sans fatigue pour les malheureux représentants du peuple.

8 août 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Salon International du Livre d'Art

Vingt pays ont répondu à l'invitation du Comité français. Vous pourrez jusqu'au 15 septembre 1931, voir ainsi réunis à Paris au *Petit-Palais* les plus belles pages de typographie, les plus beaux livres, les plus belles reliures. Vous y retrouverez quelques-unes des œuvres que j'ai eu le plaisir de vous présenter ; et une tombola artistique (renseignements à la Maison du Livre français, 4, rue Félibien, Paris, 6e ; et au Petit-Palais) vous permettra sans risques, puisque *tous* les numéros sont gagnants, de gagner peut-être pour un prix relativement minime l'une de ces merveilles.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.** (Directeur : M. le Professeur PINARD. Directeur-adjoint : M. B. WEILL-HALLÉ.) — *Section des infirmières.* — 1re année. Enseignement préparatoire : Anatomie. — Physiologie. — Soins aux malades de chirurgie. — Soins aux malades de médecine. — Soins aux malades enfants. — Soins aux femmes enceintes et en couches. — Hygiène générale et diététique. — Prophylaxie des maladies contagieuses. — Matière médicale et petite pharmacie. — Morale professionnelle.

Conférences faites par MM. MULON et JOANNON, agrégés de la Faculté de médecine ; M. THALHEIMER, chirurgien des hôpitaux ; Mme BACH-ANCHEL et M. R. MARTIN, chefs de clinique ; M. DELTHIL, chef de laboraotire à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. POIROT, pharmacien de l'hôpital de Bicêtre ; Mme POIROT, ancienne interne en pharmacie ; Mlle GREINER, surveillante générale de l'Ecole de puériculture.

2e année. Enseignement spécialisé : M. WEILL-HALLÉ, chargé de cours. — Puériculture anténatale. — Hygiène et assistance des enfants du premier âge, des enfants d'âge pré-scolaire et scolaire. — Protection et assistance sociales. — Hygiène mentale et psychologie pédagogique. — Enseignement pratique de la diététique.

Conférences faites par : MM. LÉVY-SOLAL et JOANNON, agrégés de la Faculté de médecine ; M. Marcel PINARD, médecin de l'hôpital Cochin ; MM. HEUYER, HUBER, TURPIN, médecins des hôpitaux ; MM. VITRY, HALLEZ et POWILEWICZ, anciens chefs de clinique ; M. BENDA, chef de clinique ; M. TRÈVES et Mlle DREYFUS-SÉE, anciens internes des hôpitaux ; M. DORLENCOURT, chef de laboratoire à l'école de puériculture ; M. BING, médecin inspecteur des écoles ; M. CAVAILLON, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène, M. LECLAINCHE, chef de service à l'Office national d'hygiène ; M. l'Abbé JEANJEAN, professeur à l'Institut catholique ; M. COLONI, docteur en droit.

Surveillante générale : Mlle GREINER ; monitrices : Mlles DEJARNAC, DURAND, COLONI, ARNAUD, DURAND M.-J., ANTZ, NAZON, LECONTE, LE NORMAND.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** (Professeur A. GOSSET.) — *Consultations des maladies du foie et du tube digestif.* — Le Dr René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, réservera pour l'année scolaire 1931-1932, deux places d'assistant libre à deux médecins, français ou étrangers, désirant se perfectionner en gastro-entérologie.

Ecrire au Dr GUTMANN, pavillon Osiris, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques.* (Insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes.) — Ce cours qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves : MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; H. WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux ; GILBERT-DREYFUS, P. PUECH, ALIBERT, P. MERKLEN, ODINET et RACINO, anciens internes et internes du service ; R. BARRIEU (de Royat), M. MARCHAL, assistant d'électrocardiologie, chargé de la radiologie du service ; BRÉANT, chef du laboratoire du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi : à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures : démonstration pratique.

Programme : Lundi 9 novembre, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. BLONDEL : Examens cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Dyssystolie et hyposystolie ; 16 heures, M. BARRIEU : Démonstration et sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : La toux cardiaque.

Mardi 10 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Asystolie ; 16 heures : M. RACINE : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. ODINET : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 11 novembre, 10 heures : M. LIAN : Le bruit de galop ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire gauche ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 12 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le pouls alternant ; 11 heures, M. MARCHAL : Examens radiologiques ; 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire droit ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 13 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Samedi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. ALIBERT : Accidents gravido-cardiaques ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 16 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Considérations générales sur les angines de poitrine ;

11 heures, M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine ; 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. RACINE : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 17 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et angine de poitrine ; 16 heures, M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitr ne ; 16 heures, M. RACINE : Epreuves fonctionnelles cardiaques ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 10 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Douleurs précordiales ; 11 heures, M. MARCHAL : Exercices radiologiques ; 15 heures, M. BLONDEL : Les syncopes ; 16 heures, M P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours,ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde et aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi), salle Béelard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de médecine de Bordeaux**. *Nombre des étudiants et des diplômes pour l'année scolaire* 1929-1930. — Le nombre des étudiants ayant fait acte de scolarité à la Faculté de médecine de Bordeaux, pendant l'année 1929-1930, a été de 1.955, au lieu de 1.840, en 1928-1929. Sur ce chiffre on a compté 167 étrangers.

La Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux a délivré, en 1929-1930, 347 diplômes de docteur en médecine, dont 293 diplômes d'Etat et 54 diplômes d'Université, au lieu de 212 et 38 pendant l'année scolaire 1928-1929 (augmentation de 81 diplômes d'Etat).

— **Le deuxième Congrès de la « Societa Oto-rhino-laryngologica Latina** » se tiendra les 28 et 29 septembre à Catane (Sicile) sous la présidence du Professeur Citelli.

PROGRAMME : I. Rapport : Pathologie du sinus maxillaire. — II. Points acquis du problème labyrinthique. Conclusions de la Commission (Professeurs BALDENWECK, BILANCIONI, QUIX et Docteurs HENNEBERT, PASCUAL DE JUAN). — III. Conférences : 1° Influence des modifications pathologiques des échanges dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie, par le Professeur CALAMIDA (Milan) ; 2° Etude anatomo-clinique du cancer laryngé (à l'exclusion du traitement), par le Professeur CASADESUS (Barcelone) ; 3° Etat actuel de la chirurgie de l'oreille interne, par A. HAUTANT (Paris).

Les inscriptions et les cotisations (100 francs) sont reçues par le Docteur F. Chavanne, 5, place des Cordeliers, Lyon. Compte chèques-postaux 5.906 Lyon.

— **Faculté de médecine de Strasbourg**. — *Thèses soutenues pendant le troisième trimestre scolaire* 1930-1931. — CONRATH Pierre-Paul : Contribution à l'étude de l'infiltrat sous-claviculaire tuberculeux. Imprimerie spéciale, Strasbourg. (Prof. Merklen, président de thèse). — Mlle HAAS Georgette : L'humeur aqueuse dans le glaucome. Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris. (Prof. Weill, président de thèse). — SAMUEL Pierre : La ponction du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur. Imprimerie Moderne, rue des Dentelles, Strasbourg. (Prof. Canuyt, président de thèse) — M. SCHLUMBERGER Charles-Camille : Considérations sur l'anachlorhydrie avec précisions d'ordre technique. Marcel Vigne, 13, rue de l'Ecole-de-Medecine, Paris. (Prof. Merklen, président de thèse). — Mlle PHÉLIZOT Germaine-Marie : Etude physico-pathologique des déshydratations du nourrisson. Les Editions universitaires de Strasbourg, 1, quai Dietrich. (Prof. Rohmer président de thèse). — HUCKEL Henri : Du mysticisme à la médecine. Société anonyme d'imprimerie montbéliardaise, à Montbéliard. (Prof. Merklen, Président de thèse). — WEIL Jean-Albert : Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Librairie Ballière, 19, rue Hautefeuille, Paris. (Prof. Borrel, président de thèse).

— **Faculté de médecine de Strasbourg**. *Thèses soutenues pendant le 4e trimestre scolaire* 1930-1931. — M. VOELTZEL René : Contribution à l'étude des luxations traumatiques de la colonne vertébrale cervicale. Librairie Univ. d'Alsace, Strasbourg. (Prof. Chavigny, président de thèse.) — M. BAUER René A. E. : Recherches expérimentales sur les mucocèles vésiculaires, Librairie Univ. d'Alsace, Strasbourg. (Prof. Leriche, président de thèse). — M. BERTOLIATTI Giovanni G. : De l'amélioration de la constante uréo-sécrétoire par les diurétiques. Librairie Univ. d'Alsace, Strasbourg. (Prof. Schwartz, président de thèses.) — M. GRUNEWALD Marc : Contribution à l'étude de la cataracte sénile. Ch. Hiller, 111, Grande-Rue, Strasbourg. (Prof. Weill, président de thèse.) — M. JHUBOO Seewoosinkur : Le Professeur Villars. Un ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. Ed. univers. de Strasbourg, place de l'Université. (Prof. Chavigny, président de thèse). — M. ANAGNOSTOPOULOS Socrate : Contribution à l'étude des paraphrénies. Librairie : Univ. d'Alsace à Strasbourg. (Prof. Pfersdorff, président de thèse.) — M. STAHL Jules : Recherches sur un principe hyperglycémiant d'origine pancréatique. Librairie Univ., d'Alsace à Strasbourg. (Prof. Ambard, président de thèse.) — M. HENRIET Jacques : Contribution à l'étude de la distribution dans le pelvis, du nerf grand

sympathique. Ed. Univers. d'Alsace pl. de l'Univ. (Prof. Bellocq, président de thèse.) — Mlle ACHARD Geneviève : Contribution à l'étude des propriétés physiques des suspensions d'hématies. Librairie Univ. d'Alsace, Strasbourg. (Prof. Vlès, président de thèse.) — M. WALTER Emmanuel : L'électro-coagulation dans les tumeurs malignes de la peau. Impr. moderne de Strasbourg, rue des Dentelles. (Prof. Pautrier, président de thèse.) — M. ADNOT André P. : Contribution à l'étude des protides du sérum. Dosage de la globuline et de la sérine par une nouvelle méthode. Les Edit. univ. de Strasbourg, pl. de l'Université. (Prof. Merklen, président de thèse). — Mme ZIVONI, née Klauzner Sarah : Contribution à l'étude du kératocone. Impr. Goeller, 6a, pl. d'Austerlitz. (Prof. Weill, président de thèse.)

— **L'examen médical prénuptial.** — *La commission de médecine publique du Syndicat des médecins de la Seine recommande l'adoption des vœux émis par la Société française d'eugénique concernant l'examen médical prénuptial.* — Au cours d'une des récentes réunions tenue par la Commission de médecine publique du Syndicat des médecins de la Seine, a été envisagée la question de l'examen médical prénuptial obligatoire.

Le Dr Georges Schreiber a développé cette idée qu'il est de l'intérêt de la race que des examens médicaux périodiques soient pratiqués aussi fréquemment que possible et notamment à l'occasion d'un acte comme le mariage. Il a souligné l'intérêt qu'il y aurait à rendre obligatoire la visite de santé des fiancés à condition d'éviter toute atteinte à la liberté individuelle étant donnée l'insuffisance de nos connaissances scientifiques actuelles en bien des circonstances. Selon lui, le médecin consulté par des candidats au mariage doit se borner à leur donner des conseils. Il pourra, dans certains cas être amené à recommander l'ajournement du mariage, ou sa remise à une date éloignée. Il pourra exposer les raisons qui rendent la procréation provisoirement indésirable et expliquer aux parents, en cas de grossesse prématurée, qu'il sera nécessaire de soumettre la future mère, puis l'enfant, à un traitement préventif ou curatif méthodique.

Le praticien ayant ainsi rempli son rôle de médecin préventif devra se borner à rédiger un certificat établissant simplement qu'à telle date il a examiné M. X., ou Mlle Y., qui lui ont déclaré devoir se marier à telle date. Il ne sera procédé à la publication des bans ou à la cérémonie du mariage que sur la production de ce certificat, valable pour un mois par exemple.

L'examen médical prénuptial ainsi compris ne saurait donc, en aucun cas, donner lieu à une autorisation ou à une interdiction de se marier ; il laisse les intéressés seuls juges de leur décision.

Une loi instituant cet examen médical obligatoire devra être promulguée et comporter uniquement des sanctions à l'égard de l'officier de l'état-civil qui aurait célébré le mariage sans que les deux intéressés aient produit le certificat médical établissant qu'ils ont subi l'examen médical prénuptial. Cette conception du rôle du médecin tient compte de tous les intérêts en cause, ceux de la race et ceux des individus. Aucune trace ne reste de la consultation donnée et les futurs époux — en tout cas ceux qui sont bien intentionnés et prévoyants — pourront profiter de l'expérience du médecin qui a leur confiance. Cette façon de procéder à l'examen médical prénuptial ne saurait à coup sûr être considérée comme parfaite ; mais elle réalise à n'en pas douter, un progrès très appréciable sur l'état des choses actuel.

Après avoir remercié le Dr Georges Schreiber de son intéressant exposé, le Dr Jolly, qui présidait la séance, donna la parole à plusieurs des membres présents. Après une courte discussion, la Commission de médecine publique du Syndicat des médecins de la Seine émit l'avis que, sans modifier ses précédentes conclusions adoptées par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine et qui s'opposaient surtout au projet de loi du Professeur Pinard et autres projets similaires, elle pouvait et devait recommander l'adoption des idées exposées par le Dr Georges Schreiber, sous la forme suivante :

« Il est de l'intérêt de la race qu'avant de contracter mariage les futurs époux de l'un et l'autre sexe se soumettent à une visite médicale. L'importance de cet intérêt justifie de la part de l'Etat une loi portant obligation.

Les futurs époux s'adresseront au médecin de leur choix (au médecin de famille s'ils comprennent bien leur intérêt).

La consultation ainsi donnée restera essentiellement confidentielle et verbale. Le praticien se bornera à certifier qu'elle a eu lieu à telle date. »

Cet avis, ainsi formulé par la Commission de médecine publique, vient d'être approuvé par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Délivrance de cartes d'excursions en Dauphiné, Savoie, Jura, Auvergne et Cévennes.* — Vous pouvez, au cours d'un séjour de vacances, vous déplacer au gré de votre fantaisie et sans formalités, autour du lieu de résidence que vous avez choisi.

Pour cela, demandez une carte d'excursions ; il en est délivré pour le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne et les Cévennes. Les cartes d'excursions constituent de véritables cartes d'abonnement de 1re, 2e ou 3e classes, valables 15 ou 30 jours ; elles donnent droit, en sus du trajet aller et retour de la gare de départ à l'un des points d'accès de la zone choisie, à la libre circulation, dans cette région, autant de fois qu'on le désire. Les prix sont calculés à un taux de réduction tel qu'ils sont à peine supérieurs au prix des billets d'aller et retour ordinaires qui seraient délivrés au point de départ pour la gare la plus éloignée de la zone dans laquelle on se propose d'excursionner.

Les avantages sont encore plus grands pour les membres d'une même famille qui souscrivent des cartes d'excursions en même temps, car, dans ce cas, il est accordé pour la deuxième personne et les suivantes, une réduction supplémentaire de 10 à 50 % suivant le nombre de cartes délivrées.

Ce régime de déplacements, qui supprime tout aléa dans l'établissement d'un budget de voyage en chemin de fer, au cours d'une villégiature de 15 jours ou d'un mois, voire même davantage, s'impose à l'attention des touristes.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

rég. , aff. rég. Paris ; Bourgeois, 15e rég., aff. rég. Paris ; O'Reilly, 19e C. A., aff. rég. Paris ; Dubois, 1re rég., maint. ; Desnot, 2 rég., maint. ; Béchet, 10e rég., maint. ; Benech, rég. Paris, aff. 13e rég. ; Burckard, 14e rég., aff. 15e rég. ; Mézard, rég. Paris, aff. 17e rég. ; Haubtmann, 20e rég., maint.

(Rang 26 mars 28) Jauron, 5e rég., maint.

(Rang 15 sept. 28) Gallot, 6e rég., aff. rég. Paris ; Joly, 9e rég. aff. rég. Paris.

(Rang 1er oct. 28) Herbert, rég. Paris, maintenu ; Vial, tr. Maroc, aff. 13e rég.

(Rang 20 mars 29) Patey, Pergola, Beauchesne, Cuvillier, rég. Paris, maint. ; Thorel, 3e rég., maint. ; Bousser, tr. Maroc, aff. 4e rég.

Contestation d'honoraires. Les livres du médecin font-ils foi ?

La veuve d'un médecin désire faire rentrer les honoraires dus à son mari, par des clients en retard. Certains de ces derniers se refusent à payer, prétendant avoir déjà acquitté leur dette. Comment les confondre ?

L'article 2272 du code civil établit une prescription de deux ans, pour les honoraires médicaux ; mais cette prescription ne joue, en faveur des débiteurs du praticien, que s'ils peuvent, soit apporter la preuve, soit affirmer qu'ils ont payé.

Dans ces conditions, le juge doit leur donner raison.

Mais le médecin, ou ses ayants droit peuvent essayer d'apporter la preuve contraire, en proposant de présenter les livres, à la condition que ces derniers soient bien tenus en règle et qu'il ne puisse pas y avoir de violation du secret professionnel, même à l'égard du juge de paix.

On peut également, devant ce magistrat, déférer le serment au débiteur : si celui-ci jure avoir payé et qu'il y ait plus de deux ans, pour la créance, celle-ci est éteinte par la prescription. Mais, si elle est postérieure à deux années, c'est au débiteur à apporter la preuve qu'il s'est acquitté vis-à-vis du médecin.

Alors, le praticien, ou ses ayants droit peuvent démontrer de toute manière que les soins ont été donnés, mais que les honoraires n'ont pas été payés. Tous les moyens de preuve sont valables, puisque la règle de la preuve de la dette supérieure à 600 francs n'est pas exigible par un écrit, vis-à-vis des médecins. Telle est la jurisprudence de la cour de Cassation.

Par conséquent, la question primordiale qui se pose est de faire la discrimination entre les créances de moins de deux ans (tous les moyens de preuve sont admis) et celles qui ont plus de deux années de date (la prescription peut être invoquée par l'adversaire). Dans ce dernier cas, il faut déférer le serment. Dr Paul Boudin.

Un ulcère de l'estomac peut-il être un accident du travail ?

Le diagnostic d'ulcère de l'estomac est posé chez un ouvrier qui aurait reçu six mois auparavant un coup dans la région costo-épigastrique ; ce traumatisme a été bénin et n'a provoqué aucune interruption dans le travail. L'assurance peut-elle se refuser à admettre cet ulcère, comme étant une complication d'accident du travail ? Aucune déclaration d'accident n'a été faite au moment du traumatisme.

La jurisprudence de la cour de Cassation est bien fixée dans le sens qu'il appartient, à la victime d'un accident du travail, de faire la preuve de la matérialité dudit accident. A l'ouvrier de faire constater par des témoins, d'abord, le traumatisme lui-même, puis par un examen médical, le bien-fondé de sa demande.

Un ulcère de l'estomac peut parfaitement être consécutif à un traumatisme de la région épigastrique ; mais encore faut-il prouver que ce traumatisme a eu lieu.

Dans le cas présent, il appartient au blessé d'établir la relation de cause à effet entre l'affection dont il se plaint actuellement et l'origine traumatique, due au travail, ou survenue pendant et à l'occasion du travail.

Cette preuve apportée, il appartiendra, à un médecin expert, désigné par justice, de dire si la bénignité de l'accident invoqué peut être la cause génératrice de l'ulcère actuel.

Mais il est bien probable que l'accident n'ayant pas été déclaré en temps voulu a dû être de minime importance et, par suite, a dû passer inaperçu des camarades de travail de la victime : d'où l'impossibilité de se procurer les témoins de l'accident.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Assurances sociales

3668. — Assujettissement des infirmiers d'hôpitaux

On nous écrit :

« Avez-vous connaissance de deux circulaires du Ministre de l'Hygiène, l'une du 8 mai 1931, l'autre du 16 septembre 1930 (je ne garantis pas absolument les dates), relatives aux soins médicaux pour le personnel infirmier des hôpitaux ? Le Ministre fait entrer ce personnel, dans les organismes exceptés de la loi du 30 avril 1930, en vertu de l'article 49, du moins ne ce qui concerne les soins maladie ; mais il assujettit ce même personnel au régime de la loi, pour invalidité et vieillesse ; s'autorisant de ces circulaires la Commission administrative de l'Hôpital d'A. vient

d'apporter à son règlement une modification tendant à accorder à son personnel, sans distinction, les soins médicaux gratuits.

Notez que jusqu'à ce jour le règlement ne comportait aucune disposition à ce sujet.

Voici ce que m'écrit un médecin de l'hôpital, qui a reçu notification de la décision administrative :

« Le Président expose à la Commission administrative que par la circulaire *n*° 25, *du* 8 *mai* 1931, le ministre du Travail et de l'Hygiène rappelle que par sa circulaire *n*° 19, *du* 16 *septembre* 1930, il a précisé que le personnel des Hôpitaux et hospices, dès l'instant qu'il bénéficie d'avantages particuliers en cas de maladie, résultant d'un règlement de l'établissement, doit demeurer soumis, en vertu de l'article 49 de la loi du 30 avril 1930, aux règlements qui les régissent à l'égard des risques couverts par ladite loi.

Il n'y a pas lieu d'immatriculer les membres de ce personnel sous le régime des Assurances sociales en ce qui concerne l'*assurance maladie*, mais seulement *en ce qui concerne l'assurance vieillesse*. En conséquence le président propose, et la Commission adopte, de compléter le règlement intérieur de l'hôpital hospice d'A. en accordant gratuitement à l'hôpital aux employés tous les soins prévus par l'article 4 de la loi. »

Je n'ai pas pu me procurer les circulaires visées. Sont-elles parfaitement conformes au texte de la loi ?

L'art. 49 vise des organismes qui assurent en même temps des soins médicaux et des retraites. La distinction opérée par le Ministre me paraît contestable.

En tous les cas ces circulaires ne peuvent viser que des organismes fonctionnant déjà au moment de la promulgation de la loi du 30 avril 1930. Aucun règlement postérieur ne saurait étendre le bénéfice de l'art. 49.

Et j'estime que la décision de la Commission administrative d'A. est sans valeur. J'ai conseillé aux médecins de l'hôpital de protester formellement.

Je vous prie de me donner une consultation éclairée à ce sujet, et de m'indiquer le cas échéant par quelle voie pourrait être poursuivie l'annulation de la décision sus-visée.

Dr M.

Réponse.

Le décret du 30 juin 1931 vient d'apporter les précisions nécessaires, que les différentes circulaires ministérielles n'avaient pas suffisamment indiquées.

Par son décret précité, le Président de la République détermine la situation de tous les salariés de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics d'assistance, faisant l'objet de l'article 49 de la loi sur les assurances sociales.

Tous ces salariés sont des assurés sociaux obligatoires.

Si leur statut, régulièrement arrêté par déli-

bération de l'administration, dont ils sont les salariés, n'est pas fixé par écrit, mais résulte de traditions et d'usages courants, ces salariés doivent bénéficier obligatoirement du minimum imposé par la loi, tant pour la maladie, le décès, la maternité que pour l'invalidité et la retraite.

Par conséquent, en ce qui concerne les infirmiers des hôpitaux, il n'appartient pas à la commission administrative de dire que son personnel médical est soigné gratuitement dans les salles, pour échapper à la loi.

L'infirmier malade doit être traité comme un assuré social, soit à domicile, soit hospitalisé, selon les cas.

Comme les salariés du commerce et de l'industrie, il a droit aux mêmes prestations, tant en nature qu'en argent, peut réclamer le libre choix du médecin, sauf s'il est soigné en salle commune, dans l'établissement. Mais, s'il est traité dans sa chambre, à l'hôpital, il peut réclamer le libre choix du médecin.

Mais, si par tradition nettement établie, et surtout par règlement intérieur, écrit et approuvé par le préfet, l'hôpital, ou l'asile public accorde à son personnel infirmier certains avantages, supérieurs au minimum prévu par la loi des assurances sociales, ces avantages ne doivent pas être supprimés du fait de l'application de la loi.

Il a existé, de ce chef, un contrat de travail, que l'administration hospitalière ne peut pas, à son gré, révoquer et supprimer. L'article 3 du décret du 30 juin 1931 précité est très net à ce sujet.

Les commissions administratives des hôpitaux ne peuvent pas se dérober à l'application de la loi, en restant, par exemple, dans l'inertie : elles doivent présenter leur règlement, concernant les assurances sociales, pour que le préfet l'examine et l'approuve. Un délai de six mois est imparti, à dater de la promulgation dudit décret, sinon, en cas de carence d'une commission administrative d'hôpital, ou d'un conseil municipal, ou autre employeur public, un décret particulier interviendra, pour établir le statut des salariés publics intéressés (article 5).

Il importe maintenant, pour le corps médical, de ne pas se laisser berner une fois de plus. Jusqu'à présent, les médecins d'hôpitaux acceptaient de donner gratuitement leurs soins à leurs collaborateurs hospitaliers, aux infirmiers, parce que ces derniers, comme eux-mêmes, collaboraient à une œuvre de charité et de bienfaisance, puisqu'en principe, l'hôpital ne recevait que des indigents, ou des personnes de condition très modeste.

Aujourd'hui, il n'en est plus de même : l'hôpital perd de plus en plus son caractère de bienfaisance, pour prendre celui d'établissement commercial.

Tout le monde paie à l'hôpital : les indigents sont en quantité minime et encore, pour eux, le département, ou la commune du domicile de secours rembourse à l'hôpital l'intégralité des dépenses des assistés hospitalisés.

La loi des assurances sociales donne également au personnel infirmier le droit d'être soigné, non pas par charité, mais comme des mutualistes, des assurés, qui cotisent eux-mêmes, pour être garantis contre la maladie, l'infirmité et la vieillesse.

Ce personnel infirmier doit donc réclamer tous les avantages de la loi et notamment le droit de se confier à celui des médecins, qui a sa confiance. Le médecin imposé ne doit plus exister, surtout lorsque ce praticien n'est pas payé pour les soins qu'il donne.

Au corps médical hospitalier, aux médecins syndiqués de ville de s'entendre avec le syndicat des infirmiers, pour que la loi des assurances sociales soit complètement respectée en faveur des infirmiers ; tout en ayant le droit de se faire soigner par le médecin librement choisi, ceux-ci entendent être considérés comme des malades payants et non plus comme des gratuits, qu'on traite par bienveillance.

Faisant du commerce, partant pouvant réaliser des bénéfices sur sa clientèle payante, l'hôpital doit être mis sur le même pied que les maisons de santé privées et doit supporter les mêmes charges que ces dernières.

Dr Paul BOUDIN.

Questions fiscales

3270. — Bases de la patente, sur les locaux occupés par une clinique

J'ai lu quelque part que la patente sur une clinique (indépendante du cabinet) consistait en un droit fixe et un droit proportionnel au taux du cinquantième de la valeur locative (je paye par ailleurs pour ma clinique un impôt sur le chiffre d'affaire).

Le contrôleur des contributions ayant imposé au 1/15e sur ma clinique, je lui ai écrit directement pour lui signaler qu'il devait y avoir erreur et que si je payais 1/15e sur mon cabinet à M. je ne devais plus payer qu'un cinquantième pour ma clinique aux environs, clinique où je ne donne aucune consultation.

Il me répond : « les locaux servant à l'exercice « de la profession de médecin ne comportent pas « d'autre taxe que le 15e ».

N'est-il pas dans l'erreur ? je vous serais très obligé de bien vouloir me le dire et de m'indiquer le règlement sur lequel je puis m'appuyer pour essayer de le convaincre.

Dr C.

Réponse.

Votre prétention est fondée, le tari de patente prévoit pour la pro ession dénommée Te-

nant une maison particulière de santé » le taux du droit proportionnel au 50e.

Présentez une réclamation rédigée sur timbre au Directeur des Contributions directes du département. » A. M.

3265. — Taxes à payer sur deux voitures ne circulant pas simultanément

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner quelques renseignements au sujet de l'imposition des automobiles de médecin.

J'ai actuellement 2 voitures, une 5 CV. et une 8CV. L'administration des contributions prétend que je dois acquitter l'impôt de ces 2 voitures.

Or, je crois qu'en réalité le médecin possédant 2 voitures doit payer seulement pour la voiture la plus puissante à condition naturellement de mettre une seule auto en circulation. Est-ce une simple tolérance ou un droit ? Dans ce dernier cas sur quel arrêté dois-je m'appuyer pour faire entendre raison à l'administration ?

Dr B.

Réponse.

« C'est une simple tolérance de l'Administration et vous ne pouvez en bénéficier que si les changements de voitures ne présentent aucun caractère de fréquence et de périodicité. »

A. M.

3872. — Recours au Conseil d'Etat contre une décision du Conseil de Préfecture

Je vous serais très reconnaissant de m'indiquer les formalités à remplir pour demander à soumettre mon cas au Conseil d'Etat.

Le fisc m'a réclamé depuis 1923 à 1929, 7.000 fr. d'impôts supplémentaires pour déclarations insuffisantes. Commission consultative bien entendu puis Conseil de Préfecture qui a rendu un jugement stupide.

Je voudrais faire juger mon cas en dernier ressort.

Ai-je à payer quelque chose vainqueur ou vaincu ? Puis-je me contenter de déposer un mémoire... sans avocat ? Dr C.

Réponse.

Vous devez déposer votre requête au Conseil d'Etat dans les deux mois de la signification de l'arrêté du Conseil de Préfecture.

Le concours d'un avocat n'est nullement nécessaire. Il est préférable de faire rédiger la requête par un spécialiste, car le succès dépend souvent de la manière dont la réclamation est présentée.

Nous pourrons, si vous le désirez, nous charger de votre défense et vous dire, après examen sommaire du dossier, si vous avez des chances d'obtenir gain de cause.

Les frais, en dehors de nos honoraires qui seraient fixés à l'avance d'un commun accord, sont au maximum de 150 francs.

Au cas où vous accepteriez ces propositions et où vous vous décideriez à nous confier le soin de vous défendre, il y aurait lieu de nous faire parvenir votre dossier.

A. M.

Questions médico-militaires

3398. — Réintégration dans les cadres

Vieil abonné du *Concours* pourrais-je avoir le renseignement suivant :

Classe 1899. Je me suis fait rayer des cadres comme médecin lieutenant il y a deux ans.

Quelle serait ma situation en cas de guerre ?

Si je dois être appelé dans une formation sanitaire n'aurais-je pas meilleur compte de demander ma réintégration ? Serait-ce possible ? Par quelle voie ?

Dr D.

Réponse.

Puisque vous êtes désormais dégagé de toutes obligations militaires, vous serez, en cas de guerre, libre dans vos foyers, à moins que l'Administration civile ne vous charge à ce moment de quelque service médical public.

Vous pourriez demander votre réintégration dans les cadres, par l'intermédiaire du Directeur régional du Service de santé. Vous seriez alors maintenu en service sans démission possible jusqu'à l'âge de 57 ans (lieutenant).

3348. — Remboursement des frais médicaux à un soldat malade en permission

Un soldat renvoyé dans sa famille en permission de 7 jours à titre de convalescence tombe malade le lendemain de son arrivée (rechute de grippe).

J'ai été appelé pour soigner chez ses parents ce soldat et ai fait prévenir le Corps.

Est-ce que les parents du jeune homme peuvent demander le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Est-ce un droit ?

A qui doivent-ils adresser leur demande ?

Le capitaine commandant la compagnie leur a répondu que ce remboursement n'était pas possible.

Dr M.

Réponse.

Un soldat, malade en permission dans sa famille, ne pourrait avoir droit au remboursement des soins médicaux, que d'une manière tout à fait exceptionnelle, en cas de maladie dûment contractée en service.

Dans tous les autres cas, qui sont la généralité, la chose n'est pas possible.

Si les parents ne veulent pas soigner leur fils à leurs frais, il n'ont qu'à demander son hospitalisation dans l'hôpital militaire le plus proche ?

3308. — Conditions à remplir pour obtenir la carte de surclassement

Après accomplissement de mon service militaire comme médecin auxiliaire, j'ai été nommé médecin sous-lieutenant de réserve (en mars dernier).

Ai-je droit à la carte de surclassement pour chemins de fer ? Et en ce cas où dois-je la réclamer ?

Dr D.

Réponse.

La carte de surclassement est accordée pour une année renouvelable, à titre de récompense aux officiers de réserve qui ont suivi avec assiduité les cours de perfectionnement durant l'année précédente. »

Il faut donc tout d'abord vous faire inscrire, par le Directeur du Service de santé, à l'Ecole de perfectionnement. Puis, en septembre 1932, quand vous aurez été présent à 8 conférences et à 4 exercices pratiques (chiffre minimum), vous recevrez une carte de surclassement.

Accidents du travail

4132. — 1° Calcul de la rente due à un blessé du travail ; 2° Déclaration d'accident

Je viens d'avoir un accidenté du travail, auquel j'ai dû pratiquer l'amputation du pouce gauche, sans le métacarpien correspondant bien entendu. Cet ouvrier gagnait de 25 à 30 fr. par jour. Quelle pension son patron sera-t-il obligé de lui verser tous les ans ?

2° Un accidenté du travail a-t-il le droit de créer des ennuis ou mieux de poursuivre son patron, qui n'aurait pas déclaré son accident à la mairie ?

Dr R.

Réponse.

1° Suivant le barème du Dr Lucien Mayet, l'amputation du pouce gauche (deux premières phalanges) donne lieu à une incapacité de 20 % en matière d'accidents du travail.

Si le blessé a gagné 30 francs par jour au cours de l'année qui a précédé l'accident, le salaire de base annuel doit être fixé, en comptant 300 jours de travail par an, à 30 × 300 = 9.000 francs.

Etant donné un salaire annuel de 9.000 francs et une incapacité de 20 %, la rente sera de :

$$\frac{(8.000 + 1.000 / 4) \times 20}{100 \times 2} = 825 \text{ francs par an.}$$

2° En vertu de l'article 11 de la loi sur les accidents du travail, le chef d'entreprise a l'obligation de déclarer à la mairie, dans les quarante huit heures, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail.

Si le chef d'entreprise ne fait pas la déclaration, celle-ci peut être faite par la victime elle-même jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Mais, conformément à l'article 15 de la loi, le chef d'entreprise qui n'a pas fait la déclaration prescrite par la loi encourt une amende de 1 à 15 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal (sursis).

3743. — Hémiplégie et accident du travail

Je vous serais obligé de me dire en quelles circonstances une maladie peut être considérée comme accident du travail.

Un ouvrier, conducteur d'auto, est frappé d'hémiplégie, alors qu'il conduisait une voiture de l'établissement auquel il appartient. Cet ouvrier me demande un certificat d'accident, que j'estime ne pouvoir lui délivrer ; mécontent de ma décision, l'ouvrier s'adresse à son syndicat, qui cherche à me forcer à délivrer ce certificat d'origine de blessure, parce que cette hémiplégie aurait été favorisée par un événement extérieur : le froid. Et l'on m'apporte cet argument à l'appui : la jurisprudence range au nombre des accidents, les maladies déterminées ou aggravées par l'action brutale et soudaine d'une température excessive

L'accident est du 9 mars et il ne faisait pas froid ; de plus, le conducteur était protégé du froid par une conduite intérieure. Admettons néanmoins le froid, comme cause favorisante de cette hémiplégie ; peut-on raisonnablement et juridiquement en faire un accident du travail ? Le champ des accidents du travail finirait, il me semble, par englober alors toutes les maladies ; la pneumnie, la pleurésie deviendraient couramment accidents du travail de cette façon-là. D[r] C.

Réponse.

D'après Sachet, conseiller à la Cour de Cassation, auteur d'un traité sur les accidents du travail qui fait autorité, l'action soudaine d'une basse température qui détermine la congestion d'un membre ou le décès de la victime présente les caractères d'un accident du travail.

Mais selon lui, il n'y a pas, au contraire, accident du travail, dans la mort d'un ouvrier atteint d'une congestion au cours d'un travail exécuté par un temps rigoureux mais dans des conditions qui n'ont pas mis en mouvement les forces de la nature ni aggravé les dangers que pouvait faire courir la température ; et il cite dans ce sens un arrêt de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation du 9 mai 1922 (*Gazette du Palais*, 22-2-268).

Il semble résulter des faits exposés dans votre lettre qu'on ne saurait considérer l'hémiplégie dont a été atteint votre client comme résultant d'un accident du travail puisque les conditions dans lesquelles le travail a été effectué n'ont pas mis en mouvement les forces de la nature et aggravé les dangers que pouvait faire courir la température.

A notre avis, votre client ne peut donc prétendre aux indemnités légales.

En ce qui concerne l'attitude que vous devez observer dans cette affaire, nous vous conseillons de remettre simplement à votre client un certificat mentionnant les lésions que vous avez constatées sans faire aucune allusion aux circonstances dans lesquelles l'hémiplégie a pu se pro-

duire, circonstances dont d'ailleurs vous n'avez pas été témoin.

Il appartiendra ensuite à l'ouvrier s'il veut poursuivre en justice le paiement des indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail, de faire la preuve par tous moyens et notamment par des témoignages et une expertise médicale, de la relation de cause à effet entre les circonstances exceptionnelles de température alléguées par lui et la lésion qu'il a présentée.

Vous excéderiez votre rôle de médecin traitant en ajoutant à la certification de vos constatations personnelles des appréciations sur les conditions dans lesquelles la lésion s'est produite.

3848. — Responsabilité de l'accident dont un ouvrier est victime en se rendant à son travail

Abonné au *Concours médical* je viens vous demander un renseignement sur le cas suivant. Je traite une jeune fille qui a fait une chute de bicyclette *en se rendant à son travail* (témoignages authentifiant ceci) j'ai considéré l'accident comme un accident du travail et ai fait les certificats d'usage après avoir reçu de l'usine une déclaration d'accident du travail.

Puis par la suite l'usine et la compagnie d'assurances ont déclaré qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail puisque l'accident ne s'était pas produit au cours du travail.

Comme l'accident était grave (fracture ouverte des deux os de l'avant-bras) et a nécessité l'envoi à l'hôpital et que d'autre part subsistera une incapacité permanente je serais heureux de savoir si cette malade doit être considérée comme accidentée du travail ou comme assurée sociale, ce qui à son point de vue a une grosse importance. Dr L.

Réponse.

En principe, la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son travail.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il s'est produit avant que l'ouvrier qui en a été victime ait pénétré sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné.

Spécialement, un ouvrier est sans droit pour invoquer les dispositions de cette loi, à raison d'une chute qu'il a faite en se rendant de son domicile à son chantier, c'est-à-dire à un moment où il n'était qu'un simple passant et non un ouvrier au service du patron (Douai, 25 novembre, 1902. D. P. 1904-2-95 et Civ. 3 mars 1903. D. P. 1903-1-273).

Par conséquent, c'est à bon droit et en application des ces principes que le patron et l'assurance refusent de reconnaître leur responsabilité pour l'accident dont a été victime votre cliente dans le trajet de son domicile au lieu de son travail.

Dans ces conditions, votre cliente doit être appelée à bénéficier de la législation sur les Assurances sociales seulement.

VARIÉTÉ RIMÉE

Première épitre à Dartigues

Dartigues, vous avez dans un dernier *Concours*,
Rappelé à tous ceux qui ne l'ont pas suivie
La première leçon, ou bien le premier cours
De Jean-Louis, professeur de gynécologie :
    Ce fut un magistral discours !

La *Presse médicale* a reproduit alors, —
Et j'en ai profité, — cette page superbe,
Vous nous en retracez le splendide décor,
Car vous êtes aussi un ciseleur du verbe ;
    Et pourtant, vous êtes du Nord !

N'êtes-vous pas encore opérateur fameux ?
Vous êtes doublement juge en cette matière,
Et l'on comprend très bien que vous soyez heureux
De célébrer ainsi un illustre confrère
    Que vous aimez plus qu'aucun d'eux.

Mais, dites-moi, pourquoi vous avez cru devoir
Faire à notre province une peine infinie,
Et prouver qu'à Paris, de nos jours on peut voir
Un Français ignorant de la géographie,
    La géographie du terroir ?

Vous êtes bien aussi, je crois, le Président
D'une internationale union médicale.
Pourrait-on soutenir que c'est très suffisant
Pour ignorer ainsi votre histoire locale ?
    On dit qu'il est des précédents !

Le maître Jean-Louis Faure est Saint-Emilionnais,
Dites-vous sentencieux. Vous vous trompez peut-être
Car Sainte-Foy prétend que chez elle il est né ;
Mais s'il n'y naquit pas, il fut digne d'y naître :
    Pe sonne n'en est étonné !

Ce n'est pas là vraiment qu'est la discussion,
Mais quand vous prétendez que c'e t dans la Dordogne
Que l'on trouve la ville du moine Emilion,
La Gironde se lève et vous montre sa trogne
    Toute teinte de vermillon.

Parisien lamentable, où voulez-vous enfin
Qu'elle ait rougi son nez et fleuri ses bajoues ?
Quel blasphème ! Et faut-il que vous soyez coquin !
Mais elle n'admêttra pas qu'ainsi on la bafoue,
    Au milieu du quartier latin.

La ville des grands vins est Gironde, Mossieu !
Apprends-le donc bien vite en relisant ta carte ;
Fais amende honorable et demandes à Dieu
Pardon de cette erreur que la logique écarte,
    Comme l'eau écarte le feu !

Mais en y pensant bien, j'y vois plus qu'une erreur
Et c'est plus gravement querelle de boutique
Vous greffez, ce me semble, ô cher contradicteur,
Des glandes de grands singes échappés d'Afrique
    Aux vieux Messieurs un peu noceurs.

Ils sont souvent fourbus, un tantinet gâteux ;
Jamais vous n'avez eu dans votre clientèle
Des gens de nos pays : de nos grands crus fameux,
Nos vins sont suffisants pour réchauffer le zèle,
Même des moins audacieux.

De votre erreur, Monsieur, nous tenons le secret,
Nos vins ont des effets sur plus d'une endocrine,
Vous le savez fort bien, mais vous êtes discret,
Car le client boirait la liqueur divine,
Au lieu d'aller vous implorer.

Point nous n'irons partout dire ces faits honteux :
Nous vous empêcherions de gagner votre vie.
Nous supprimons le vin aux clients galéteux,
Mais alors, vous, payez une dichotomie,
A nos vignerons malheureux...

Dr Micheleau,
(de Coutras).

Réponse du Dr Dartigues

Mon ami Duchesne, rédacteur en chef adjoint au *Concours médical*, me communique très gentiment votre magnifique et spirituelle épitre. Je suis vraiment heureux d'avoir provoqué, par une erreur impardonnable, je le sais, une réponse aussi exquise et d'une ironie charmante. Je fais volontiers l'amende la plus honorable à propos de la ville qui a vu naître Jean-Louis Faure. Je n'ignorais pas, en effet, qu'il était né à Sainte-Foy-la-Grande, mais, dans le bouillonnement de ma composition quelque peu analogue à la fermentation de vos cuves de Gironde, j'ai tellement assimilé Jean-Louis Faure aux vins de Saint-Emilion, que vous me pardonnerez d'avoir fait cette confusion.

Mon pays d'origine, je suis obligé de vous le dire, parce que vous me dédaignez comme parisien, est proche du vôtre. Je suis de la Gascogne par mes ancêtres et mon enfance et si je me suis donné la peine de naître à Paris, en retardant l'ouverture du sein maternel, c'est pour mettre un peu d'eau dans mon vin de Villaudrique — vin gascon qui n'égale pas les vôtres de la Gironde, mais qui est assez puissant.

Pour ce qui est de la greffe que je ne pratique pas pour les Messieurs noceurs, croyez-le, mais pour des cas beaucoup plus dignes d'intérêt, car j'opère une proportion de gens jeunes beaucoup plus que de vieux, je vous confesse que je n'ai jamais eu l'occasion de l'appliquer à des gens de la Gironde, j'ai même ordonné vos vins généreux en même temps que génitophores à ceux de mes clients à qui j'espérais épargner une opération. Cela leur a toujours réussi, mais je ne suis pas ici pour faire de la réclame à la puissance phallique de vos vignobles.

Je n'ai pas l'honneur de vous connaître, mais je m'incline devant le poète réjoui que vous êtes.

Dartigues.

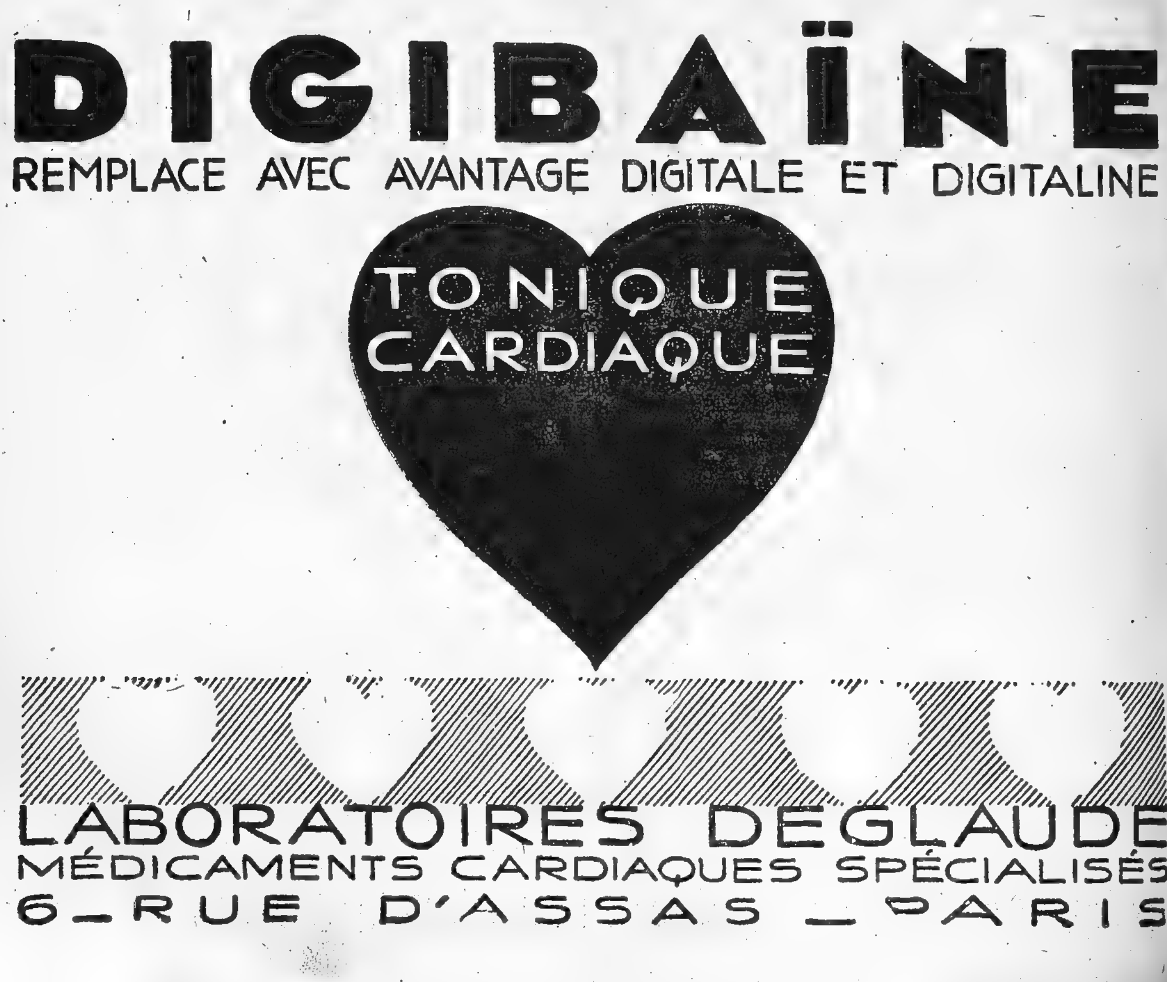
LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.



AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin A. Gandy (chir.), Mulle, Ricard-Pomarede.

Bagnoles-de-l'Orne. Joly, R. Hügel, E. Joly Le Gourlérec, Louvel, Dresse M. Peillon, E., Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière. Tronchon.

Biarritz. Auger, Clavel, Hallot, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud.

Bourbonne-les-Bains. Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. J. M. Ballan, Baumann, Brousse, Casat de Montgolfier Foucaud Kolbé, Levadoux, Mazerat, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Dax. Armaud Barrau Delmas.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. G. Benabu, Legate.

Evian-les-Bains. Bernex, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Barbaux.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie). Féré.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule. Cany, Dullège, Guillot (A.), Rongier, P. Maurel.

La Motte-les-Bains. Goirand.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, M. Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, J. Dumont, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Cany, Mougeot.

Salers. Rougier.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains. Baud, Bourny.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Ségard, Silvestre.

Sallanches : Dr Trutie de Vaucresson (*Chir. Accouch.*)

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet. (*Mala. des enf.*)

Uriage. Barbier, Boutelier.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Déléage, Desmaroux, Fasré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gandat, Lere, Marquis, dat, Martin-Péridier, Reynes, Roussignol.

Vittel Adda, G. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 304. — Isère A céd. bon poste 27 km. de Lyon méd. ch. de fer. Urgent.

No 305. — A céder vieille client. dans import. sous-préf. du Sud-Ouest. Méd. génér. accouch. Loyer assuré.

No 306. — Dame 45 a., très bon. réf., dipl. second. ch. emploi directr. chez doct. ou clin. Sait diriger établissem. S'ad. Mme Gay « Alpe Fleurie » à Morzine (Hte-Savoie).

No 307. — Directr. pension d'enf. rech. doct. qui pourrait lui fournir capitaux et en même temps s'occuperait achalandage de l'établissem.

No 308. — Belle banl. proche, mais. d'accouch. installée dans villa confort., jardin. Indemn. 200.000 avec toute l'install. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 309. — Paris Méd. génér. et radioscop. Gros prod. 2 appart. réunis, loyer 12.000, bail. Indemn. 80.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 310. — Dr installé dans stat. baln. Manche, client. intéress. avec villa bord mer. cherche échange client. analogue grande ville ou rég. Paris, S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Le titre de Professeur sans chaire est conféré au Dr Mulon.* — M. Mulon, agrégé pérennisé, vient d'être nommé professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Paris.

Je suis personnellement très heureux d'adresser au Dr Mulon, dont je fus jadis le camarade de dissection à l'Ecole pratique, mes plus sincères félicitations. Mulon, comme agrégé pérennisé, a enseigné pendant ces trente dernières années l'histologie à la Faculté de Paris. Ses leçons, à l'amphithéâtre et au laboratoire, claires et précises, ont rendu les plus grands services à plusieurs générations d'étudiants et sa nomination est un couronnement, hautement justifié par son enseignement et ses travaux, de sa belle carrière de savant. Mulon aurait dû depuis longtemps déjà être titulaire d'une chaire professorale et c'est le jeu si souvent inégal des vacances qui a retardé sa nomination. Tous les médecins — et ils sont nombreux — qui ont été ses élèves, et tous ceux qui ont pu connaître ce Maître aussi savant que modeste applaudiront à l'hommage ainsi rendu à sa valeur scientifique et à son enseignement.

P. Lacroix.

— **Vichy.** — Le Dr Max Einhorn, de New-York, spécialiste des maladies de la nutrition, a choisi

Vichy pour y donner une conférence inédite devant un nombreux public international de médecins. Sa conférence a été donnée le vendredi 28 août et a porté sur *L'importance de l'épreuve digestive aux perles dans la pratique médicale.*

Le voyage des médecins américains dans les stations thermales françaises a été clôturé officiellement à Vichy le vendredi 28 août par un banquet présidé par M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat au Tourisme.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. le Dr Raymond IMBERT est nommé chef de clinique chirurgicale et M. le Dr BRUGEAS, chef de clinique adjoint à la Faculté de Marseille.

— **Prix international de médecine du travail.** — Ce prix, d'une valeur de 10.000 lires, sera décerné par l'Institut Royal Lombard de sciences-lettres à l'auteur de la meilleure étude sur la médecine du travail. Le concours sera clos le 31 décembre 1931.

— **Hôpitaux d'Alger.** — M. le Dr TIODET est nommé médecin des hôpitaux d'Alger.

— **Nancy.** — Un arrêté du maire de Nancy vient de supprimer dans cette ville les maisons dites de tolérance, dont les autorisations cesseront d'être valables à la date du 1er novembre 1931. On sait que ce régime existe dans plusieurs grandes villes de France, entre autres à Strasbourg et à Grenoble.

— **Dispensaires anti-tuberculeux des Pyrénées-Orientales.** — Un concours *sur titres*, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 20 août au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 fr. auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le Président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre dernier délai.

Pour tous renseignements s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

— **Erratum.** — A la page 2679 du n° du 30 août 1931, ligne 5, il faut lire : Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles.

— **Naissance.** — Le Docteur M. DENARIÉ, de Vannes, et Madame, nous font part de la naissance de leur fils Paul (3 août 1931).

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 AOUT

Enseignement de la médecine.

Sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de Paris : MM. Ménétrier, Sebileau et Vaquez.

Service de santé militaire.

Par décret du 15 août 1931, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin-lieutenant.

Les médec. sous-lieut. : (rang 16 juin 28) Petit, 18e rég. ; (20 oct. 28) Bougeot, 7e rég. ; 29 oct. 29) Perée, 10e rég. ; (15 mai 30) Palau, 19e C. A. ; (1er juin 30) Baisset, 16e rég. ; Sicault, tr. Maroc ; (6 juin 30) Dieuzeide, 19e C. A. ; (30 juin 30) Chalençon, 13e rég.; (29 août 30) Rivière, 16e rég. ; (1er sept. 30) Bourdin, 16e rég. ; (26 sept. 30) Anselme, 16e rég. ; (6 oct. 30) Davioud, Decourt, rég. Paris ; (10 oct. 30) Chaouat Ichoua dit Sauveur, 19e C. A. ; (20 nov. 30) Hamon, 4e rég. ; (1er janv. 31) Baron, rég. Paris ; (6 févr. 31) Buisson, Régis, rég. Paris ; Marion, 15e rég. ; (10 févr. 31) Boiffin, Morvan, 11e rég. ; (16 févr. 31) Auchel, rég. Paris ; (18 févr. 31) Petit, rég. Paris ; (1er mars 31) Floucaud de Fourcroy, 17e rég.. (10 mars 31) David, Fauvert, Fleury, Gavois, Noger, Sergent, rég. Paris ; Guyon, 7e rég. ; Bréhant, 18e rég. ; (17 mars 31) Potentier, 1re rég. ; (23 mars 31) Chicandard, 10e rég. Paris ; (25 mars 31) Dublineau, rég. de Paris ; (29 mars 31) Vedrunes, 17e rég. ; (1er avril 31) Bazin, Becardit, rég. Paris ; (4 avril 31) Winstel, rég. Paris ; (5 avril 31) Faure, 12e rég. ; (16 avril 31) Sée, rég. Paris ; (18 avril 31) Thiriet, 20e rég. ; (26 avril 31) Muller, 20e rég. ; (30 avril 31) Boehler, rég. Paris ; (1er mai 31) Delaporte, Lehmann, Marcel, rég. Paris ; (4 mai 31) Danes, Dupire, Lambret, Masson, 1ere rég. ; Martin, 8e rég. ; (5 mai 31) Sizaret, 4e rég. ; Bonnet, 19e C. A. ; Horning, 20e rég.

(10 mai 31) Jung, Oppenheimer, 7e rég. ; Versmee, 12e rég. ; (11 mai 31) Cordier, 3e rég. ; Delaborde, 8e rég. ; (16 mai 31) Duguyot, rég. Paris ; Thuet, 7e rég.; (17 mai 31) Ragu, rég. Paris ; (19 mai 31) Moricard, rég. Paris ; Antoine, 20e rég. ; (20 mai 31) Burgeat, 5e rég. ; (22 mai 31) Elbaz, 19e C. A. ; (23 mai 31) Martin, Minaud, 11e rég. ; (25 mai 31) Novat, Talfumier, 8e rég. ; Lussac, 18e rég. ; (26 mai 31) Miramont de Laroquette, 19e C. A. ; (29 mai 31) Porcher, 2e rég. ; Alquier, Barraille, Froment, Misermont, Ricaud, 16e rég. ; Caillibaud, 18e rég. ; (7 juin 31) Larribère, 19e C. A. ; (9 juin 31) Ledoux, 6e rég. ; (10 juin 31) Magimel-Pelonnier, 12e rég. ; (12 juin 31) Héraud, Ramie, 14e rég. ; (16 juin 31) Bérard, 14e rég. ; Montero, 19e C. A. ; (17 juin 31) Delebecque, Poumier, 11e rég.

(22 juin 31) Martinet, 14e rég. ; Métais, 18e rég. ; Prigent, 18e rég. ; (24 juin 31) Chevalier, 7e rég. ; (10 juil. 31) Tonnel, Trombetta, 14e rég. ; (16 juil. 31) Schatz, 20e rég.

19 AOUT

Enseignement.

Titres initiaux en vue du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 13 août 1931.

Monsieur le Président,

Le décret du 31 juillet 1893 portant organisation du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) a déterminé en son article 2 la liste des titres qui permettent de postuler ce certificat. Cette liste a été modifiée par un décret du 22 décembre 1908.

Aux termes de ce règlement les titulaires du « diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles » institué par l'article 8 de la loi du 21 décembre 1880 et organisé par l'article 6 du décret du 14 janvier 1882, peuvent, après constatation de leur aptitude, prendre la première inscription afférente au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

D'autre part, un décret du 2 octobre 1929 a supprimé le « diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles » et a créé un « diplôme d'études secondaires des jeunes filles » et un « diplôme complémentaire d'études secondaires des jeunes filles ».

Le conseil supérieur de l'instruction publique, considérant que le « diplôme complémentaire » garantit l'acquisition d'une culture plus générale que le « diplôme d'études secondaires » a été d'avis d'exiger désormais en vue du certificat d'études physiques chimiques et naturelles le « diplôme complémentaire », sous réserve de mesures transitoires équitables en faveur des titulaires du « diplôme d'études secondaires » obtenu avant le 1er novembre 1932.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre signature le projet de décret ci-après, qui a été établi conformément à l'avis du conseil supérieur.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts.

Mario ROUSTAN.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction Publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 31 juillet 1893 portant organisation du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, modifié par les décrets des 30 avril 1895 et 22 décembre 1908,

Vu le décret du 31 juillet 1920,

Vu la loi du 27 février 1880,

Le conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 31 juillet 1893, modifié par le décret du 22 décembre 1908, est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 2. — Sont admis à s'inscrire en vue du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) les titulaires du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et, après constatation de leur aptitude par la faculté ou école où ils désirent s'inscrire, les candidats âgés de dix-sept ans au moins pourvus du diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles (ancien régime) ou du diplôme complémentaire d'études secondaires des jeunes filles (régime de 1929) ou du diplôme d'études secondaires des jeunes filles (régime 1929) obtenu avant le 1er novembre 1932, ou du brevet supérieur de l'enseignement primaire ou du brevet d'enseignement primaire supérieur.

Art. 2. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, et notamment celles du décret du 22 décembre 1908.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 13 août 1931.

Titres initiaux en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 19 août 1931.

Monsieur le Président,

Aux termes de l'article 2 du décret du 11 janvier 1909, modifié par l'article 1er du décret du 22 février 1929, le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles, organisé par l'article 6 du décret du 14 janvier 1882, permet de s'inscrire au stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien dentiste.

Par ailleurs, un décret du 2 octobre 1929 a supprimé ce « diplôme de fin d'études ».

Ce même décret d'octobre 1929, a institué : 1° un « diplôme d'études secondaires » des jeunes filles délivré à la suite d'un examen passé à la fin de la classe de première ; 2° un « diplôme complémentaire d'études secondaires » des jeunes filles délivré aux titulaires du « diplôme d'études secondaires », après examen passé à la fin de la classe de philosophie ou de mathématiques.

Le conseil supérieur de l'Instruction publique a été invité à faire connaître lequel des deux nouveaux titres de l'enseignement secondaire des jeunes filles lui paraît devoir être requis en vue de l'inscription au stage dentaire.

Considérant qu'un projet de réorganisation des

études de chirurgie dentaire est actuellement en instance, et notamment que la question des titres initiaux en vue de ces études est l'une des plus importantes de ce projet, le conseil supérieur a été d'avis que, pour le moment, le « diplôme d'études secondaires » devrait permettre de s'inscrire au stage.

Cet avis ne fait préjuger en aucune façon de la décision qui interviendra en ce qui concerne les titres initiaux, lors de la réorganisation des études de chirurgie dentaire.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à votre signature le projet de décret ci-après, portant inscription du « diplôme d'études secondaires » des jeunes filles sur la liste des titres donnant accès aux études de chirurgien dentiste.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Mario Roustan.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le décret du 11 janvier 1909 portant organisation des études et des examens afférents au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, modifié par les décrets des 20 juillet 1912, 13 février 1913 et 22 février 1929,

Vu le décret du 31 juillet 1920,

Vu la loi du 27 février 1880,

Vu les articles 2, 5, et 7 de la loi du 30 novembre 1892,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète,

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 portant organisation des études et des examens en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, modifié par l'article 1er du décret du 22 février 1929, est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 2. — Le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis au 1er novembre de l'année de l'inscription et s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles (ancien régime), diplôme d'études secondaires des jeunes filles (régime de 1929), brevet supérieur de l'enseignement primaire, brevet de l'enseignement primaire supérieur (section générale), certificat d'études primaires supérieures (ancien régime).

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, et notamment celles du décret du 22 février 1929.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 13 août 1931.

20 AOUT

Médecine coloniale.

Commission d'assistance et d'hygiène mentale et commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes.

Arrêté du 18 août 1931.

Art. 1er. — L'article 3 de l'arrêté du 25 septembre 1925 est remplacé par le suivant :

Art. 3. — La commission consultative d'hygiène mentale est composée de quatorze membres, nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

a) Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains en activité ou en retraite présents à Paris et parmi les personnalités coloniales, spécialisées dans les questions d'hygiène ;

b) Six membres proposés par le président de la ligue d'hygiène mentale ;

c) L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant ; un médecin militaire ou civil de la 4e section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire, élus par la commission.

La commission se réunit au ministère des colonies sur la convocation de son président et au moins une fois par semestre.

Les membres de la commission consultative d'hygiène mentale sont nommés pour une période de trois ans renouvelable à partir du début de l'année. Tout membre qui durant l'année n'aura pris part à aucune séance sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté du 13 août 1929, modifié par l'arrêté du 15 février 1930, est remplacé par le suivant :

Art. 3. — La commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes est composée de quatorze membres, nommés par arrêté du ministre dans les conditions indiquées ci-dessous :

a) Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, et choisis parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains, en activité ou en retraite, présents à Paris et parmi les personnalités coloniales spécialisées dans les questions d'hygiène ;

b) Quatre membres proposés par le ministre de l'hygiène ;

c) Deux membres proposés par le directeur de l'institut prophylactique ;

d) L'inspecteur général du service de santé des colonies, ou son adjoint le représentant ; un médecin militaire ou civil de la 4e section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ni indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire élus par la commission.

La commission se réunit au ministère des colonies sur la convocation de son président, et au moins une fois par semestre.

Les membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes sont nommés pour une période de trois ans, rendue valable à partir du début de l'année. Tout membre qui, durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

Art. 3. — L'article 4 de l'arrêté du 13 août 1929 est abrogé.

Art. 4. — L'inspecteur général du service de santé des colonies est chargé de l'exécution du présent arrêté.

21 AOUT

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en argent a été décernée à M. Gaudoin, externe en médecine, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Saint-Louis, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

22 AOUT

Service de santé militaire.

Concours pour l'obtention des titres de médecin des hôpitaux militaires, chirurgien des hôpitaux militaires, spécialiste des hôpitaux militaires et de pharmacien chimiste du service de santé militaire.

Decret du 15 *août* 1931.

Art. 1er. — Le septième alinéa de l'article 1er du décret du 15 juin 1920, modifié par le décret du 12 mai 1925, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires sont, en principe, tenus d'accomplir deux ans de service médical de corps de troupe dans chacun des grades de médecin capitaine et de médecin commandant. Il ne pourra être dérogé à ces prescriptions, dans chaque cas particulier, que par décision spéciale du ministre de la Guerre. »

Art. 2. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Par décret du 15 août 1931, les médecins de réserve ci-après désignés, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé du 1er août 1931 et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Voir la suite page LV-2767

PROPOS DU JOUR

La conquête sanitaire de l'Algérie

La lutte contre le paludisme. De Maillot à A. Laveran et à H. Vincent

A l'Exposition coloniale internationale sont gravés sur des pylônes les noms de nos grands coloniaux ; nous aurions voulu voir à côté d'eux la liste des médecins qui pour une large part, parfois pour la plus grande, ont contribué à la conquête et surtout à la colonisation de nos possessions d'Outre-Mer. Les noms des Maillot, des Kelsch, des Laveran et de bien d'autres, sans parler de l'interminable série des médecins victimes des épidémies, morts au champ d'honneur professionnel, pourraient sans conteste faire face à ceux des Faidherbe, des S. de Brazza, des Galliéni.

L'occupation de la plus importante de nos colonies, qui est devenue en un siècle un prolongement de la France, l'Algérie, est le plus bel exemple de conquête sanitaire. Il est permis de dire que le rôle des médecins dans la colonisation algérienne a été tout aussi glorieux, et peut-être plus important, que celui des soldats. Qu'auraient donc pu faire nos armées si elles avaient été anéanties par les maladies ?

A la suite de la célébration du Centenaire de la Prise d'Alger, la Direction du Service de Santé au Ministère de la guerre a pris l'heureuse initiative de faire rédiger et de publier un très intéressant ouvrage qui vient de paraître, intitulé : *L'Œuvre du Service de Santé militaire en Algérie* (1830-1930) (1). Cette histoire médicale de l'Algérie mériterait d'être entièrement analysée ; nous nous bornerons à relater le chapitre, qui a trait à la lutte contre le paludisme, parce qu'elle tint le rôle principal dans la conquête sanitaire et qu'elle est magistralement exposée par le médecin général Rieux, ancien professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, qui a pu juger sur place en Algérie la valeur et les travaux des grands médecins, dont il a d'ailleurs été le brillant continuateur de l'enseignement à la chaire de clinique médicale de l'Ecole d'application de Santé militaire.

***

En 1830, les fièvres rendaient le séjour des Européens et même des indigènes absolument impossible dans la plus grande partie de l'Algérie. Sous ce nom de fièvres, les médecins confondaient en une sorte de chaos les fièvres intermittentes, les fièvres continues, les fièvres typhoïdes, l'amibiase, le paludisme pernicieux. Les connaissances médicales à ce sujet se bornaient aux données d'Hippocrate, rajeunies par Torti. On savait que le quinquina et la quinine avaient une action utile sur les fièvres intermittentes tierce et quarte, et un rapport du Comité de Santé du 3 août 1831 préconisait l'administration de la quinine aux convalescents de fièvres intermittentes, mais les fièvres continues de la plaine de la Mitidja et de la région de Bône troublaient par la complexité de leurs symptômes l'esprit des médecins les plus avertis. Il était difficile de démêler ce qui, dans cette confusion clinique, revenait à la fièvre typhoïde, ou au paludisme pernicieux. Maillot fut le premier qui s'attacha à résoudre ce problème.

***

François Clément Maillot (1804-1894) était né à Briey d'une famille, qui comptait plusieurs générations de médecins ; il fit ses études à Metz, fut attaché comme chirurgien élève à l'hôpital militaire d'instruction de cette ville, sortit de l'Ecole du Val-de-Grâce en 1825, fut tour à tour attaché aux hôpitaux d'Ajaccio, d'Alger (1832), de Bône (1834), dont il fut médecin en chef, revint en France à Douai en 1835, année où il fit sa remarquable communication à l'Académie de médecine. Retiré à Belle-Isle-en-Mer, en 1836, il y mit probablement la dernière main à son Traité des fièvres intermittentes. Il enseigna à Metz (1837-1844), à Lille (1844-1850), fut professeur de Clinique médicale à Paris au Val-de-Grâce en 1851. Nommé médecin inspecteur en 1852, il prit part en 1856 à la Campagne d'Italie, présida le Conseil sanitaire des Armées, devint en 1861 commandeur de la Légion d'honneur et prit sa retraite en 1868. Il mourut en 1894 à l'âge de 90 ans après avoir à 78 ans assisté au triomphe de sa doctrine proclamé au Congrès d'Alger de 1881.

A la suite de ce Congrès, les villes d'Alger et de

(1) Charles Lavauzelle et Cie, édit., Paris, 124, boulevard Saint-Germain. 1931.

Bône donnèrent le nom de Maillot à leurs rues, un décret du 2 juillet 1881 dénomma désormais Maillot le village de Souk-el-Tleta dans le département d'Alger. Une proposition de loi signée Clémenceau, fut déposée à la Chambre des députés en 1885 pour attribuer au Dr Maillot une pension de 6.000 francs à titre de récompense nationale.

Peut-on trouver dans l'histoire une vie mieux remplie, plus laborieuse, plus utile et aussi plus glorieuse ?

Mais résumons l'œuvre de Maillot.

Les troupes françaises venues à Bône en 1832 pour chasser les soldats du bey de Constantine, trouvèrent la ville absolument dévastée et terriblement ravagée par les maladies, dont elles furent les premières victimes.

Sur un effectif de 3.000 à 5.000 hommes les formations sanitaires avaient reçu 4.033 entrants et avaient fait 3.132 sortants. Il y avait eu 449 décès. L'année 1833 fut encore plus désastreuse ; il y eut 6.704 entrants, 5.299 sortants et 1.526 décès. Le chirurgien en chef, Hutin, exposa la situation dans un rapport au Conseil de Santé, qui comprenait Desgenettes, Larrey père et Fauché. Le Ministre de la guerre craignant la démoralisation, qui pouvait suivre la publication de ce rapport, s'opposa à sa divulgation. Ce fut alors en 1834 que Maillot arriva à l'hôpital militaire de Bône.

Les observations de Maillot lui permirent d'établir que les fièvres continues étaient d'origine paludéenne pour la plupart, que les fièvres intermittentes peuvent se transformer en fièvres remittentes et même pseudo-continues, enfin que la quinine donnée à hautes doses agit admirablement sur toutes.

Une opposition immédiate se constitua contre les conclusions des études de Maillot. Plusieurs médecins accusèrent la quinine prescrite à hautes doses de tous les méfaits. Le duc d'Orléans lui même dans un rapport se plaignit de la quinine, ce poison, pris par ballots entiers par les régiments, transformés en infirmerie.

Justice entière et complète ne fut rendue à l'œuvre de Maillot qu'au Congrès de 1881 à Alger. Après la lecture par Houzé d'Aulnait, professeur à la Faculté de médecine de Lille, d'un rapport remarquable sur Maillot, rédigé par Cuignet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, le chirurgien Verneuil fit une conférence sur le paludisme, où il proclama cette vérité : « C'est par Maillot que l'Algérie a pu devenir française ; c'est lui qui a fermé et scellé à jamais le tombeau des Chrétiens ».

Et il conclut : « Est-ce que la plus belle rue d'Alger ne devrait pas porter le nom de Maillot ? »

Peu après on pouvait lire dans le *National* du 5 octobre 1881 :

« La devise du Maréchal Bugeaud : *Ense et aratro* est célèbre, mais que serait devenue la colonie d'Algérie sans celle de Maillot : *Le sulfate de quinine.* »

Le triomphe de Maillot eut son complément. Cet homme de grande valeur morale et professionnelle eut la satisfaction à 81 ans d'applaudir à la découverte de l'agent infectieux du paludisme par A. Laveran.

Le grand mérite de Maillot fut d'avoir reconnu l'origine paludéenne de presque toutes les fièvres continues ou pseudo-continues qu'il a observées, d'avoir établi l'existence de cette maladie qu'on appelle actuellement paludisme tropical, forme responsable des accès pernicieux, de la cachexie palustre, dû au plasmodium præcox, seul ou associé aux deux autres variétés de plasmodies. Maillot l'a traité avec succès par le sulfate de quinine, on ne fait pas autrement aujourd'hui.

La médaille de Maillot eut, il faut le reconnaître, son revers. Les médecins pendant longtemps ne se donnèrent plus la peine d'analyser les symptômes pour préciser leur diagnostic. De sorte que les détracteurs posthumes et systématiques de Maillot, A. Treille et Em. Legrain, purent avec quelques raisons dire : Tout est paludisme. Tout relève de la quinine.

***

A la même époque, un autre médecin militaire de valeur prit part à la lutte contre le paludisme, ce fut Boudin.

Né à Metz, BOUDIN (1806-1867) fit la campagne d'Espagne en 1826, fut en 1828 en Morée et en Algérie en 1837.

En 1859, il fut attaché à l'armée d'Italie. Il termina sa carrière à l'hôpital militaire de Marseille et en France.

En 1842, il avait publié chez Baillière le *Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues.* Il y signala l'antagonisme entre le paludisme et la tuberculose, antagonisme qu'on cherche à utiliser aujourd'hui. Il tenta d'appliquer l'arsenic au traitement du paludisme, et donna pour cela la formule de la liqueur de Boudin, qui est encore employée.

Boudin était un savant distingué. Hygiéniste, médecin légiste, géographe, statisticien, il contribua beaucoup à développer les mesures d'assainissement et d'hygiène, mais il était pessimiste

et, effrayé par les ravages du paludisme dans l'armée, il était persuadé que la colonisation de l'Algérie était irréalisable. Ce pessimisme eut néanmoins son utilité, car il réagit contre les dangers d'un engouement stupide, qui faisait alors souvent négliger par trop les mesures d'hygiène.

***

Après Boudin, il convient de signaler Paul KIENER (1841-1895), né à Colmar, élève de l'Ecole de Strasbourg, qui fut agrégé au Val-de-Grâce en 1884 et termina sa carrière comme professeur à la Faculté de Montpellier, où il fut nommé en 1887. Kiener fut surtout le collaborateur distingué de Kelsch.

KELSCH (1841-1911), né à Schiltingheim (Bas-Rhin), fut aussi élève de l'Ecole militaire de Santé de Strasbourg. Il débuta à Constantine en 1866. Agrégé au Val-de-Grâce en 1870, il retourna à Constantine en 1874, fut à Philippeville, à Batna et de nouveau à Constantine en 1879. Après un court passage comme professeur à la Faculté de Lille, il fut nommé au Val-de-Grâce professeur des maladies et épidémies aux armées, où il enseigna de 1884 à 1893. Successivement médecin en chef à l'Hôpital du Val-de-Grâce, directeur de l'Ecole de santé de Lyon, il fut nommé médecin inspecteur, puis directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce en 1899, et prit sa retraite en 1903.

L'ouvrage qu'il composa avec Kiener, *Traité des Maladies des pays chauds*, paru en 1889, est universellement connu. Les auteurs de ce traité s'excusent de n'avoir rien ajouté de personnel en bactériologie, parce que cette science nouvelle naissait à peine quand en Algérie, ils recueillaient les éléments de leur livre. L'anatomie pathologique est traitée dans cet ouvrage de main de maître ; les exposés cliniques y sont aussi de première valeur. Kelsch et Kiener sont les premiers à reconnaître que le poison paludéen est un agent destructeur des globules rouges du sang.

On pourrait reprocher à Kelsch de donner trop d'importance aux causes secondes du fait de son ignorance des causes bactériologiques. (Peut-être les néglige-t-on un peu trop aujourd'hui ?)

Bien que le traité de Kelsch et Kiener ait été publié huit ans après la découverte de l'hématozoaire du paludisme par Laveran, ces auteurs n'ont pas une foi absolue dans la spécificité de cet agent pathogène, ils n'en parlent qu'au conditionnel ; de même ils paraissent douter de la transmission du paludisme par les moustiques et ils écrivent « l'air que nous respirons est chargé de malaria ».

Kelsch cependant aurait vu l'hématozoaire avant Laveran, mais il l'aurait considéré comme un leucocyte mélanifère et non comme un parasite.

Kelsch doit être classé parmi les derniers et les plus remarquables anatomo-cliniciens de la fin du XIX^e^ siècle. Bien que de l'époque de Laveran, il fut un prépastorien que la doctrine microbienne surprit, dérouta et arrêta dans ses travaux.

***

Le médecin qui de beaucoup (avec Maillot) tient le premier rang dans l'étude du paludisme est indiscutablement Laveran.

LAVERAN, Charles-Louis-Alphonse, (1845-1922) naquit à Paris (1) d'une famille médicale. Son grand père était médecin. Son père médecin militaire, inaugura au Val-de-Grâce la Chaire des maladies et épidémies aux armées et fut directeur de l'Ecole d'application de Santé militaire. Il fit ses études au Collège Sainte-Barbe, puis au lycée Louis-le-Grand, fut à l'Ecole de Santé de Strasbourg en 1863, soutint en 1866 sa thèse de Doctorat sur la *Régénération des nerfs* et, après son stage au Val-de-Grâce, fut attaché comme aide-major à l'Hôpital Saint-Martin à Paris. Détaché à l'Armée de Metz en 1870, il fut rapatrié après la capitulation, et termina la guerre à Lille. Après un court séjour dans un régiment de hussards à Pontivy, il devint agrégé de la chaire des maladies et épidémies au Val-de-Grâce en 1874. Travailleur inlassable, il publia en 1875 un *Traité des maladies et épidémies aux armées* et en 1879, en collaboration avec le Prof. J. Tessier (de Lyon), les *Nouveaux éléments de pathologie médicale*, ouvrage populaire auprès des étudiants de notre époque, qui de 1879 à 1894 eut quatre éditions, et eut autant de succès que le manuel de Dieulafoy. Tour à tour à Constantine, à Bône, à Biskra et de nouveau à Constantine, il quitta l'Algérie en 1893 pour venir occuper comme professeur la chaire d'hygiène militaire au Val-de-Grâce et publia en 1896 un Traité d'hygiène militaire. Pour juger Laveran, il suffit de

(1) Madame PHISALIX, docteur en médecine et docteur ès-sciences, dont le mari fut l'ami distingué de Laveran, a écrit un ouvrage tout à fait remarquable sur Alphonse LAVERAN, *sa vie et son œuvre* (Masson, édit., 1929). Nul ne pouvait mieux que Madame Phisalix, qui, avec son mari regretté, s'est livrée à des recherches délicates et fécondes sur le venin des serpents, exposer l'œuvre du grand savant que fut Laveran.

reproduire les notes que donnait sur lui, Kelsch, directeur du Val-de-Grâce en 1893 :

« Médecin éminent, qui a honoré la science et le Corps de santé par ses beaux travaux. Enseignement dépourvu d'éclat, mais très soigné dans le fond et fructueux dans ses résultats. Serviteur consciencieux, entier, personnel, mais toujours très correct au point de vue de la discipline. Caractère froid et réservé, qui éloigne parfois la sympathie, mais commande toujours l'estime et le respect. »

Laveran avait découvert l'hématozoaire et sa découverte était consacrée en 1889, mais son caractère peu souple fut cause qu'il resta longtemps méconnu. On ne le consulta pas lors de la campagne de Madagascar en 1893, alors que ses conseils eussent pu être si précieux et éviter en partie les hécatombes de nos soldats, qui faillirent tourner au désastre. On refusa systématiquement de lui donner des postes près de Paris, où il aurait pu venir compléter ses travaux, si bien qu'en 1896, il demanda sa mise à la retraite.

Duclaux et Roux, qui l'appréciaient à sa valeur, lui ouvrirent les portes de l'Institut Pasteur. Il y fonda en 1907 le laboratoire des maladies tropicales, créa peu après la Société de pathologie exotique, dont il fut président jusqu'en 1920, fit partie du Conseil d'hygiène et de salubrité. Pendant la guerre, il fut le conseiller d'hygiène écouté de nos armées et surtout de l'armée d'Orient. Outre le paludisme, il consacra son activité scientifique aux recherches sur les trypanosomiases et les leishmanioses, qui firent l'objet de deux beaux volumes.

Laveran fut d'abord un anatomo-clinicien, qui marcha sur les traces de Maillot. Mais en 1880, examinant dans son petit laboratoire de l'hôpital de Constantine le sang des paludéens, il découvrit l'hématozoaire et rédigea en 1881 son célèbre opuscule à l'Académie de médecine, intitulé : *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme, description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.*

Klebs et Thomasi Crudeli avaient décrit un *bacillus malariae*, trouvé dans l'eau des marécages, et comme au lieu de chercher l'agent pathogène dans le sang, les bactériologistes s'évertuaient à le chercher dans l'eau, l'on se montra sceptique sur le parasite de Laveran, qui n'était pas une bactérie et qui, avec ses flagella et ses formes diverses, paraissait singulier. Mais les expériences se continuèrent et, en 1889, on ne mettait plus en doute l'existence, ni le rôle pathogène de l'hématozoaire, de la plasmodie du paludisme. A l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences, à la Société médicale des hôpitaux de 1880 à 1882, Laveran défendit avec talent sa découverte, il l'exposa dans son *Traité du Paludisme*, publié chez Doin en 1881, et dans les *Annales de l'Institut Pasteur* en 1887 et 1888.

Machiafava et Celli, Councilmann de Philadelphie, William Osler, James de New-York, Vandicke, Carter, dans les Indes Anglaises, confirmèrent expérimentalement sa découverte.

Laveran répondit à ses contradicteurs à Maurel, à Klebs, à Thomasi Crudeli, à Mosso, à Maragliano qui affirmaient que les hématozoaires étaient des hématies altérées. La dernière édition du *Traité du paludisme* de 1907 fut l'ouvrage définitif, qui clôtura toute discussion sur ce sujet

Chose surprenante, Laveran ne s'intéressa pas à la discussion sur l'unité et la pluralité des hématozoaires, agents pathogènes des diverses formes du paludisme. Il semble être resté uniciste, alors que presque tous ceux qui ont étudié la question étaient devenus partisans de la pluralité des plasmodies, causes des diverses formes du paludisme.

***

Il est des esprits paradoxaux qui ne se rendent jamais à l'évidence et sont envers et contre tout des contradicteurs systématiques. Ce fut le cas pour la découverte de Laveran, et Alcide Treille et Emile Legrain continuèrent à affirmer que les plasmodies étaient des débris provenant de la destruction des globules rouges. E. Legrain, élève de Treille, est cependant un esprit fécond, c'est lui qui songea à appliquer l'inoculation des formes bénignes du paludisme (fièvre tierce ou fièvre quarte) au traitement de certaines maladies, telles que le diabète, la leucémie, la splénomégalie, l'épilepsie, la tuberculose, la lèpre, les accidents nerveux de la syphilis. Ce traitement donne des résultats dans la paralysie générale, et il est curieux de constater que le dernier détracteur de Laveran soit l'inventeur de la malariathérapie.

***

Nombreux furent les continuateurs de Laveran, Emile Richard, témoin de la découverte, ne cessa de la confirmer par ses propres recherches; Billet, qui travailla dans le même laboratoire que Laveran à l'hôpital de Constantine, chercha à établir la filiation entre le *plasmodium præcox*

ou *falciparum*, agent du paludisme tropical; le *plasmodium vivax* de la fièvre tierce bénigne et des *plasmodium quartanum* de la fièvre quarte. Mais la transformation de ces espèces l'une dans l'autre ne fut pas retenue, même par Billet, et actuellement l'opinion générale se range à la pluralité des plasmodies.

Au début du XX^e siècle l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du paludisme continue à se développer en Algérie. Dans le Sud, Chaudoye à Touggourt en 1903 signale un anophèle agent transmetteur de la maladie.

A l'instigation de Foley, et grâce à l'Institut Pasteur d'Alger, les travaux se multiplient : Brousses, Cataneï, Brouard, Demimuid étudient les moustiques propagateurs du virus paludéen.

A. Giraud fait des observations intéressantes sur la répartition du paludisme parmi les diverses races indigènes, étudie les travaux d'assainissement nécessaires, et l'hyperésistance comparée de certaines de ces races.

Enfin M. le Prof. Rieux termine cet intéressant chapitre d'histoire médicale en résumant l'œuvre du médecin général inspecteur H. Vincent qui laissera dans les Annales de l'œuvre sanitaire du Service de santé militaire en Algérie un nom aussi glorieux que Laveran.

Né à Bordeaux en 1862, H. VINCENT fut interne des hôpitaux de cette ville. Elève du Service de santé dès 1884, médecin aide-major en 1888, il fut attaché aux hôpitaux militaires d'Algérie de 1891 à 1896.

Il ne se spécialisa pas dans l'étude du paludisme; ses recherches eurent surtout trait à la fièvre typhoïde, dont il découvrit l'éthéro-vaccin, qui donna et donne de si brillants résultats.

On lui doit encore la découverte de l'angine gangréneuse, qui porte son nom, du steptothrix de la maladie de Madura, des expérimentations sur la colibacillose et le sérum anticolibacillaire efficace, dont il fut l'inventeur. Il démontra l'existence des associations microbiennes dans les diverses infections, que les streptocoques, les bacilles pyocyaniques, le bacillus proteus, les staphylocoques viennent compliquer et aggraver.

Professeur au Val-de-Grâce, il fut successivement élu à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, et une chaire nouvelle fut créée pour lui au Collège de France.

Mais, si le paludisme ne fut pas le principal sujet des études de H. Vincent, il contribua beaucoup à le faire mieux connaître. Il démontra l'existence de la typhomalaria et établit le syndrome colomalarien, dans lesquels le bacille d'Eberth et le colibacille sont associés à l'hématozoaire. Ce qui explique les cas singuliers de fièvres continues, qui donnaient lieu à tant de discussions à l'époque de Maillot, les uns les qualifiant de fièvres paludéennes, les autres de fièvres typhoïdes.

H. Vincent donna une impulsion nouvelle aux recherches bactériologiques, dans le Corps de santé militaire algérien. Il créa à Alger le laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, devenu l'hôpital Maillot; il incita à la création des laboratoires de Constantine et d'Oran. Marchant sur ses traces, Rouget découvrit le trypanosome de la doura ; Schneider, Sacquépée, Cange se livrèrent à des travaux fructueux. Henry découvrit une réaction sérologique considérée comme spécifiquement révélatrice du paludisme.

***

Tel est le glorieux bilan de l'étude et de la lutte contre le paludisme en Algérie qui contribua peut-être autant à la conquête de ce pays que les campagnes militaires et qui joua certainement un rôle plus important qu'elles dans sa colonisation.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ESSAI HISTORIQUE SUR L'ASTHÉNIE NERVEUSE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Hippocrate* ; *Galien* ; *Sydenham* : 1624-1689 ; *Sauvages* : 1706-1767 ; *Esquirol* : 1814 ; *Louyer-Villermay* : 1816 ; *Georget* : 1820 ; *Brachet* : 1829 ; *Dupuytren* : 1832 ; *Baillarger* : 1843 ; *Delasiauve* : 1851 ; *Falret (Jean-Pierre)* : 1851 ; *Erichsen* : 1866 ; *Beard* : 1868 ; *Charcot* :1887 ; *Chaslin* : 1892 ; *Janet (P.)* : 1903 ; *Déjerine (J.)* : 1911 ; *Tastevin (J.)* : 1911.

Il n'est pas aisé de faire l'historique de l'asthénie nerveuse en général. Le mot asthénie, en grec *astheneia*, signifie : « faiblesse, impuissance, dénûment, pauvreté ; maladie, indisposition ; état de faiblesse et de langueur. » Il représente d'abord quelque chose de normal, puis quelque chose de pathologique. On le trouve dans Hippocrate, mais le médecin de Cos ne l'emploie, semble-t-il, que pour désigner des phénomènes normaux et accessoires de faiblesse ou d'impuissance. Il faut ajouter, pour expliquer les difficultés d'un tel historique, que la neurasthénie des spécialistes modernes répond à la fois à l'hypocondrie, à la mélancolie et à l'hystérie des anciens auteurs, mais surtout à l'hypocondrie.

***

HIPPOCRATE (460-380 av. J.-C.), dont l'œuvre représente peut-être encore la plus magnifique des sommes « médicales », a décrit une affection (1) qu'il considère comme une variété de « maladie desséchante » (*ananté*) et qui est une sorte d'hypocondrie. Il dit : « ... Pour le patient, il est également insupportable d'être à jeun ou d'avoir mangé. Quand il est à jeun, les viscères gargouillent ; il a de la cardialgie... A-t-il mangé ? Il lui vient des rapports, il est en feu... La tête est douloureuse. Le corps entier est comme piqué d'une aiguille, tantôt en un endroit, tantôt en un autre. Les jambes sont pesantes et faibles. Le malade maigrit et s'affaiblit... La maladie dure longtemps, et, quand elle doit quitter, elle ne quitte qu'à la longue ; sinon, elle ne finit qu'avec le malade ». Comme traitement, il conseille au patient, notamment, la gymnastique : « ... il marchera et fera quelque gymnastique. S'il est trop faible pour la gymnastique il se contentera de la marche ... » (trad. Littré, t. VII, p. 101).

Et plus loin (il s'agit encore d'hypocondrie) «... le malade semble avoir dans les viscères : comme une épine qui le pique ; l'anxiété le tourmente ; il fuit la lumière et les hommes, il aime les ténèbres ; il est en proie à la crainte ... ; on lui fait mal quand on le touche ; il a peur ; il a des visions effrayantes, des songes affreux et parfois, il voit des morts... Le malade usera de très peu d'aliments... ; il ne boira pas de vin... Point de gymnastique. Point de promenades... Par ces moyens, la maladie se guérira avec le temps ; mais si elle n'est pas soignée, elle finit avec la vie » (trad. Littré, t. VII, p. 109).

Faut-il signaler ici la maladie des Scythes, maladie singulière que décrit Hippocrate chez cette peuplade. On a beaucoup discuté sur cette affection. Hérodote, un peu plus ancien qu'Hippocrate, la désigne sous le nom de maladie féminine ; elle frappait les hommes, avant tout, d'impuissance sexuelle, d'anaphrodisie. Ceux qui en sont atteints, dit Hippocrate, se condamnent aux travaux des femmes, et parlent comme elles. On les nomme efféminés (*anandrieis*). Les indigènes attribuent la cause de cette impuissance à la divinité; ils vénèrent cette espèce d'hommes et les adorent, chacun craignant pour soi cette espèce d'affection ». Hippocrate explique cette anaphrodisie de la façon suivante : ces hommes..., « harassés par une perpétuelle équitation, perdent leur puissance virile ». Et plus loin, encore : « elle est le fait (cette impuissance) de l'équitation perpétuelle des Scythes... Lorsqu'ils vont auprès d'une femme et qu'ils ne peuvent avoir commerce avec elle, d'abord ils s'en inquiètent peu et se tiennent en repos. Mais si deux, trois tentatives ou un plus grand nombre

(1) HIPPOCRATE. — ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, trad. Littré, 1839-1861, Paris, édit. Baillière. 10 volumes.

ne leur réussissent pas mieux, ils s'imaginent avoir commis quelque offense à l'égard du dieu, à qui ils attribuent leur affection, et prennent les habits des femmes ; ils déclarent leur impuissance ; dès lors, ils vivent comme les femmes et se livrent aux mêmes occupations ... ». Il fait remarquer que cette maladie affecte les riches et non les pauvres, qui ne vont pas à cheval, et que, si elle était de cause divine, comme on le dit, elle frapperait les uns et les autres, et même de préférence les pauvres qui n'offrent point de sacrifices aux dieux, « s'il est vrai, ajoute-t-il ironiquement, que les dieux se plaisent aux hommages des hommes et les en récompensent par des faveurs ». (Trad. de Littré, t. II, pp. 67, 75, 77, etc.).

Galien (131-201 ap. J.-C.) paraît avoir été le premier (1) à se servir du mot asthénie dans un sens médical, c'est-à-dire dans le sens de maladie ; ce mot signifie pour lui (?) débilité des forces, manque de vigueur, faiblesse générale. Un autre fait, — le plus important sans doute ici, — c'est l'apparition dans l'œuvre de Galien du mot hypocondrie (2) et des discussions de l'auteur sur la maladie hypocondriaque : nous savons, en effet que beaucoup d'asthéniques chroniques deviennent hypocondriaques. Pour Galien, l'hypocondrie est caractérisée par deux ordres de symptômes : les uns primitifs et abdominaux, les autres secondaires et cérébraux. Il dit « que la tristesse et la crainte en font partie intégrante », ce qui rapproche l'hypocondrie de la mélancolie : cela est faux, car le chagrin est primitif et essentiel dans la mélancolie vraie.

***

Sydenham (1624-1689) considère l'hypocondrie chez les hommes comme étant la même affection que l'hystérie chez les femmes (3), et il les confond dans une même description : il considère que le cerveau, et non plus l'estomac comme Galien, est le point de départ de la maladie. Voici un fait qu'il relate et qui est digne de remarque : « Un prélat d'Angleterre (p. 428), homme... d'une érudition consommée, ayant épuisé ses forces par une application excessive à l'étude, tomba dans l'affection hypocondriaque, dont la longueur corrompit tous les levains du corps et ruina toutes les digestions. Le malade prit à diverses fois des remèdes martiaux ; il essaya toutes sortes d'eaux minérales... Je lui conseillai... d'entreprendre d'aller à cheval, en ne faisant au commencement que peu de chemin, et à proportion de sa faiblesse ; d'augmenter chaque jour par degrés... Je voulus encore qu'il n'eût égard, ni à la nourriture ni à la boisson... Il se soumit entièrement à tout ce que j'ordonnais et il s'en trouva bien... Il recouvra une parfaite santé, et il acquit même assez de force et de vigueur ». C'est là un cas de neurasthénie vraie, amélioré par un réentraînement rationnel et progressif. Sydenham a bien décrit aussi (p. 398) les troubles du caractère surajoutés à l'état hypocondriaque (désespoir, colères, craintes, tristesse, etc.) : « Ils ne peuvent souffrir la joie... (autour d'eux)... Ils ne gardent aucune médiocrité (dans leurs transports)... Ils sont si indéterminés et si indécis qu'ils ne savent jamais quel parti prendre... »

Sauvages (1706-1767) est sans doute un des premiers auteurs, qui ont essayé de traiter spécialement de l'asthénie (1). Sa description est d'autant plus intéressante, qu'elle représente en quelque sorte la conception classique de ce syndrome jusqu'aux nouvelles précisions apportées par J. Tastevin dans la question : en effet, les symptômes relatés par Sauvages ne touchent qu'à l'asthénie musculaire. Voici ce qu'il a écrit : « C'est (l'asthénie) une débilité de tous les membres, laquelle n'influe point sur les actions vitales, je veux dire que la faiblesse des membres soumis à la volonté est plus grande qu'on ne devrait l'attendre de celle du pouls... Elle se manifeste par la paresse, la lenteur et la nonchalance, avec laquelle on se porte aux actions accoutumées et nécessaires, par les intervalles qu'on met entre elles, par le tremblement qui accompagne les efforts que l'on fait, par un sentiment de pesanteur dans les membres, par l'abattement du corps et surtout par la posture que le malade est obligé de prendre, car les personnes affaiblies prennent cette posture préférablement à toute autre, parce qu'elle est moins fatigante ; et, en effet, il faut beaucoup plus de force pour se coucher sur le côté que sur le dos, et encore plus, pour se tenir le tronc droit ou penché que pour rester couché horizontalement... (p. 339). Ceux qui ont une asthénie sentent des douleurs vagues et légères dans les membres pour peu qu'ils se remuent, parce que leur faiblesse rend leur sentiment plus vif... (p. 340). Rien n'abat plus promptement les forces, et n'est plus difficile à connaître, qu'un chagrin, une colère cachée, des soucis cuisants, la perte du bien, des honneurs, la mort des parents, des amis, etc... (p. 346). Il y a une autre faiblesse, une lassitude spontanée

(1) Galien. — Voir l'article « Asthénie », in *Dict. de méd.*, 1821, t. III. p. 100.

(2) Galien. — Voir l'article « Hypocondrie » in *Dict. de méd. et de chir. prat.* 1874, p. 152. (A. Foville).

(3) Sydenham. — *Médecine Pratique.* Trad. franç. sur la dernière édit., anglaise, Paris, 1874, p. 390, 398, 425 et 428.

(1) Sauvages (François Boissier de). — Nosologie méthodique. Lugdum, 1768, 2 vol. in-4° ; Genève, 1769, 3 vol. in-8° : Leipzig, 1797, 5 vol. in-8° — Deux trad. en franç. Nicolas ; (P. F.), Paris, 1770-1771. 3 vol. in-8° ; Gouvion, Lyon, 1772, 10 vol. in-12° . (Asthénie, t. V, p. 338 et suiv.).

qui précède les maladies sérieuses, et qui en est l'avant-coureur... (p. 347). » « Les auteurs se taisent sur cette maladie (l'asthénie), soit parce qu'ils la regardent comme un accident inséparable de presque toutes les maladies, soit parce qu'ils ignorent la théorie des forces et leurs principes... (p. 339). » « Les forces ont leur origine dans le cerveau : c'est lui qui distribue le fluide nerveux dans le cœur et dans tous les muscles du corps et, par conséquent dans tous les organes du mouvement, soit naturel ou volontaire. C'est dans le cerveau que réside le moteur de ce fluide (p. 334)... » Au chapitre de l'hypocondrie (t. VII, p. 161 et suiv.), Sauvages ne parle pas de l'asthénie. Il dit seulement (p. 168). « L'esprit se ressent presque toujours de la faiblesse du corps... ». Çà et là, aussi il parle : « de lassitude du corps pour peu qu'on agisse... ; — de la langueur et de la tristesse (mais à la suite des chagrins et soucis) ... ; — d'un sentiment de froid excessif (sensation assez propre aux asthéniques)... ».

Esquirol (1814) n'a pas isolé l'asthénie ou dépression. Mais d'une part, il en a rapporté des exemples d'une précision remarquable ; d'autre part, il a exprimé sur la manie et la démence des idées qui nous apparaissent, de notre point de vue clinique propre, comme profondément originales (1). Quand on lit sa description de la démence, il n'est pas possible de ne pas songer à l'asthénie. De plus, fait curieux, on constate qu'il oppose la démence à la manie, et non pas la manie à la mélancolie. Or, ne sait-on pas aujourd'hui que la manie, comme syndrome, s'oppose à l'asthénie et non à la mélancolie.

Voici quelques-unes de ses expressions au sujet de la démence : « Ceux qui sont en démence déraisonnent, parce que les objets extérieurs font une impression trop faible sur eux, soit parce que les organes des sensations sont affaiblis, soit parce que les organes de transmission ont perdu de leur *énergie*, soit enfin parce que le cerveau lui-même n'a plus assez de *force* pour recevoir et retenir l'impression qui lui est transmise... ; ils ne sont pas susceptibles d'une attention assez forte ; l'organe de la pensée n'a pas assez d'énergie, il est privé de cette force tonique nécessaire à l'intégrité de ses fonctions... » (1814).

Voici ce qu'il dit de la démence et de la manie : « La démence diffère essentiellement de la manie et surtout de la mélancolie... ; leur délire (aux maniaques et aux mélancoliques) semble dépendre ou d'un état convulsif, ou d'une augmentation d'énergie du système nerveux et cérébral... Celui qui est en démence n'imagine pas, ne suppose rien ; il a peu ou presque point d'idées, il ne se détermine pas, il cède : le cerveau est dans l'affaissement. Tandis que chez le maniaque et le mélancolique, tout annonce la force, la puissance, l'effort : chez l'homme en démence au contraire, tout trahit le relâchement, l'impuissance et la faiblesse... » (1814).

«... Dans le délire maniaque, toutes les propriétés vitales sont excitées : puisque toutes les fonctions s'exercent avec trop d'énergie ; tout annonce dans la *manie* l'effort et la *puissance*, ce qui établit une grande différence entre la manie et la *démence* ; dans celle-ci, les forces vitales sont affaiblies ; tout décèle la *faiblesse* et l'impuissance... » (1818).

Le passage, où l'on voit le mieux l'asthénie nerveuse générale chez Esquirol, est le suivant : « J'ai souvent rencontré une variété de suicide dont les auteurs n'ont point parlé... Il est des individus qui, à la suite de causes physiques ou morales variables, tombent dans l'affaissement physique, dans le découragement moral ... ; ils se plaignent d'une gêne, d'une douleur à l'épigastre, d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêche d'agir. Ils ne font point de mouvement ; ils aiment à rester couchés ou assis ; ils s'impatientent lorsqu'on veut leur faire faire de l'exercice ; ils abandonnent leurs occupations ordinaires, négligent leurs devoirs domestiques, sont indifférents pour les objets de leurs affections ; ils ne s'occupent plus d'affaires ; ils ne veulent ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire ; ils redoutent la société et surtout les importunités auxquelles cette maladie les expose : affligés de cet état, ils ont des idées noires ; enfin, désespérés de leur nullité ou prétendue nullité, qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament, et quelquefois se la donnent, voulant cesser de vivre, parce qu'ils croient ne pouvoir plus remplir leurs devoirs de famille ou de la société... Je l'ai vu (cette maladie) alterner avec la manie, avec la santé parfaite ... » (1821). Il est évident qu'il s'agit ici, de l'asthénie des périodiques.

Louyer-Villermay (1816), dans ses recherches sur l'hypocondrie, se livre, en maints endroits, à des considérations qui ont trait à l'épuisement nerveux, à la neurasthénie ; de plus, il sépare nettement l'hypocondrie de l'hystérie (1).

Il dit : « C'est une affection nerveuse qui paraît consister dans une irritation... du système nerveux... qui vivifie les organes digestifs » (d'où le nom de névrose gastro-intestinale don-

(1) Esquirol (E). : 1° *Dict. des sc. méd.*, Art. «Démence », 1814, p. 281, 283 ; — Art. « Manie », 1818, p. 138 ; — Art. « Suicide », 1821, p. 229. — 2° Des maladies mentales, 1838, édit, de Bruxelles : « Démence », II, p. 46 ; — « Manie » II, p. 3 ; — « Suicide », I, p. 273.

(1) Louyer-Villermay. — Art. « Hypocondrie ». *Dict. des sc. méd.*, Paris, 1818. — V. également. Traité sur les maladies nerveuses, Paris, 1816. — Consulter la Bibliographie du Dictionnaire (1p. 188), qui s'étend de 1631 à 1805.

née à l'hypocondrie). Voici ses caractères : « ... trouble et lenteur des digestions, sans fièvre... ; flatuosités ... ; succession rapide de phénomènes morbifiques qui simulent la plupart des maladies ; état réel, mais variable, de souffrances, d'où naissent des terreurs paniques ou des inquétudes exagérées ; versatilité morale ; exagération habituelle spécialement sur tout ce qui tient à la santé ou à l'énoncé des accidents de la maladie » (p. 108). Il croit que l'excès de repos détermine plutôt l'hypocondrie que l'excès de fatigue (p. 110). Il fait jouer un rôle important aux passions (p. 114). A propos des signes, il remarque : «... fréquemment..., la physionomie annonce la santé la plus florissante au milieu des inquiétudes et des souffrances les plus vives. De là provient l'erreur de certaines personnes, qui refusent de croire à l'existence ou plutôt à la réalité d'un état morbide, parce que la figure de ces individus reste étrangère à son influence » (p. 122). Les hypocondriaques ont des maux de tête, des pesanteurs, des étourdissements, des sifflements et bourdonnements d'oreilles, des douleurs vagues, une débilité très grande, des lassitudes dans les membres (p. 122), de l'aversion pour les plaisirs vénériens (p. 123), de l'insomnie (p. 124), une irascibilité très marquée, de l'ennui, du découragement (p. 125), etc.

Il ajoute : « Chez les hypocondriaques, l'altération des fonctions de l'entendement n'est jamais essentielle ; c'est un symptôme..., qui... manque fréquemment... En général, un trouble fugace et varié dans les idées leur rend toute contention d'esprit plus ou moins pénible, et même impossible ; d'autres, en assez grand nombre, accusent un vague dans la tête, une sorte de vide... La mémoire est quelquefois incertaine ou affaiblie... Mais cette lésion intellectuelle nous semble former plutôt une complication qu'un symptôme de cette névrose » (p. 128). L'asthénie psychique pour lui, comme pour les autres auteurs, reste donc quelque chose d'accessoire.

Georget (1820) a vu très juste en isolant la démence aiguë d'Esquirol sous le nom de stupidité. Il a soutenu cette idée que la stupidité est un trouble intellectuel, qui guérit aussi bien que le délire maniaque, tandis que la démence véritable ne guérit pas. En fait et pour nous, la « stupidité », comme la « stupeur », est le degré le plus élevé de l'asthénie. Il est curieux encore de voir Georget élève d'Esquirol, opposer la stupidité (asthénie) à la manie ou hypersthénie (1).

***

Brachet (1829) a bien décrit l'asthénie secondaire aux douleurs physiques et émotionnelles ; il a même laissé une belle observation d'asthénie spontanée ou périodique. Mais comme Sauvages, il n'a jamais en vue que l'asthénie musculaire ; à aucun moment, il ne songe à la considérer comme obligatoirement associée à l'asthénie psychique ou anidéation (1).

Dupuytren (1832) a certainement observé l'importance des phénomènes que nous étudions sous le nom d'asthénie, mais cela comme séquelles des traumatismes, et spécialement après les commotions cérébrales. Il a écrit : « les suites (des commotions) sont pendant longtemps une faiblesse, de l'incapacité pour la lecture, pour toute conversation prolongée, pour toute préoccupation d'esprit ; ils (les malades) commencent une lettre et ne peuvent la finir ; les digestions sont pénibles ; l'affaiblissement de la marche et des organes génitaux se prolonge pendant assez longtemps » (2).

Il dit encore, à propos de la lenteur avec laquelle les blessés recouvrent leur état de santé antérieur : « Il y a de fréquentes alternatives d'accroissement et de diminution dans le mal, et les malades, qui ont été le plus heureusement rétablis, conservent une faiblesse des sens, de l'intelligence et des mouvements qui les rendent pendant longtemps incapables d'une contention d'esprit soutenue et de tout exercice du corps un peu prolongé. Des pesanteurs, des maux de tête, des lassitudes dans les membres viennent les avertir de la nécessité dans laquelle ils sont de se reposer (3) ». Il a donc vu, mais sans les identifier, et l'asthénie psychique et l'asthénie musculaire avec leur cortège symptomatique habituel.

Baillarger (1843) croit devoir faire rentrer la stupidité, ou stupeur, dans la mélancolie, ce qui est une erreur (4). Il existe une mélancolie compliquée de stupeur, mais mélancolie et stupeur sont deux choses différentes. Baillarger a méconnu, comme, après lui, Magnan, l'intérêt et l'importance des phénomènes particuliers de dé-

(1) Georget. — De la folie, Paris, 1820, p. 115, et art. « Folie » *Dict. de méd.* Paris, 1836, 2e édit, t. XIII, p. 277.

(1) Brachet (J.-L.). — Mémoire sur l'asthénie, Paris, 1829. Ouvrage couronné par la Société Royale de Bordeaux, à la suite d'un concours sur la question suivante : Existe-t-il un état asthénique primitif ? S'il existe, en indiquer les caractères et l'étudier dans les divers organes.

(2) Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 1832, II, p. 494.

(3) Dupuytren. — Traité théorique et pratique des blessures, etc., 1834, I, p. 235 et suiv. Leçons orales de clinique chirurgicale, 2e édit., 1839, V. p. 235 et suiv.

(4) Baillarger : 1° De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *Ann. méd. psychol.*, 1843, I. p, 76, et Recherches sur les maladies mentales, t, I, 1890. p. 85 ; — 2° Discussion de la Soc. Méd. psychol : « Sur la stupidité », *Ann. méd. psychol.*, 1852, p. 598 et Recherches sur les maladies mentales. t. I. 1890, p. 667 ; — 3° Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières : l'une de dépression et l'autre d'excitation. *Bull. de l'Acad. de méd.* 1854, 31 janvier.

pression ou d'asthénie. Quand en 1854, il oppose la dépression à l'excitation, dans la folie alterne, il confond dépression et mélancolie, alors que J.-P. Fabret affirmera très justement qu'il y a des différences entre la mélancolie vraie, délirante, et la mélancolie périodique.

Delasiauve (1851) revient, en fait, à la conception d'Esquirol, et soutient que la stupidité doit être distinguée de la lypémanie. Sa description différentielle des deux états est excellente (1). Chose digne de remarque, les symptômes de la stupidité qu'il expose sont les symptômes de l'asthénie nerveuse générale : malgré cela, la stupidité va devenir, pour les auteurs qui suivront, la confusion mentale. C'est qu'on va confondre la confusion dans les idées (anidéation ou asthénie mentale) avec la confusion dans les perceptions et reconnaissances (laquelle est la confusion mentale vraie). Voici comment il voit la stupidité : « l'esprit s'est toujours représenté une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé (p. 384). » Il écrit le mot de confusion intellectuelle (p. 386), mais non pas celui de confusion mentale. Plus loin, il signale que ces malades sont dans « un état d'engourdissement physique et moral... porté à l'extrême (p. 386)... Tout est lourd, nonchalant, dans la démarche et l'habitus extérieur (p. 386)... L'impuissance le paralyse (le malade) (p. 387) ». Il conclut : « Obtusion, imbécillité, anéantissement, tel est le résumé avoué de leur existence » (p. 442).

Il décrit trois formes de stupidité : 1° la stupidité proprement dite ; 2° la stupidité légère, passive ; 3° la stupidité légère active. Ce qui correspond à l'asthénie stupeur, à l'asthénie simple (sans tristesse, ni anxiété, ni énervement), et enfin à l'asthénie compliquée de troubles de l'émotivité. La description (2) de la stupidité légère passive, est tout à fait intéressante, considérée du point de vue de la neurasthénie.

Falret (Jean-Pierre) (1851) doit être cité ici parce qu'il a, le premier, séparé la mélancolie ordinaire, délirante, de la « mélancolie » périodique (3), laquelle est essentiellement de l'asthénie. Voici ce qu'il a écrit : « Il est une forme spéciale (de folie) que nous appelons circulaire et qui consiste, non comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaissement ordinairement plus longue ». Cet affaissement, cette suspension de l'intelligence, sont les signes fondamentaux de l'asthénie nerveuse générale.

Erichsen (1866), à la suite des commotions, a bien observé, comme Dupuytren, les phénomènes que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'asthénie post-traumatique (1). Il dit (d'après Vibert) : « La face exprime la tristesse et l'anxiété... La pensée est confuse, la mémoire est diminuée. Il y a incapacité de se livrer aux affaires en raison de l'imperfection de la mémoire, de la confusion des idées et de l'impossibilité de concentrer quelque temps l'attention sur un même sujet. Le caractère est profondément changé, il est devenu triste et irascible. Le sommeil est mauvais. ... Le patient ressent une douleur à la tête, ou bien une tension, un poids, des battements, des étourdissements. Souvent, il entend des bruits (bourdonnements)... ».

***

Beard (1868), qui, en Amérique, observait spécialement, semble-t-il, l'intensité violente de la lutte pour l'existence et le surmenage consécutif à cette vie suractive, a été amené, mieux et plus exactement que tout autre, à attribuer aux phénomènes d'épuisement nerveux la haute importance qu'ils possèdent (2). On dit qu'il n'a pas

(1) Delasiauve (L.). — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *Ann. méd. psychol.* 1851, t. III, 2e série, p. 380-442.

(2) Delasiauve (L.). — Cité par Chaslin (Ph.). La confusion mentale primitive. Paris, 1892, p. 23, 36, 38.

(3) Falret (Jean-Pierre). — De la marche de la folie. *Gaz. des hôpit.*, 1851, 14 janvier, p. 19. ; — Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1854, 14 fév., p. 232 ; — Leçons cliniques de médecine mentale, Paris, 1854, p. 249 ; — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, Paris, 1864, p. XXXV, p. (introd. et p. 337).

(1) Ericehsen (John Eric). — On railway and other injuries on the nervous system, London, 1866, p. 98 et suiv. — Voir : 1° Vibert (Ch). Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.* 1887, déc., p. 540, t. XVIII, n° 6 ; Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, Paris, 1888, p. 44, et 51, 1 vol in-8°, J.-B. Baillière. La névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues, Paris, 1893, p. 44 et 55, 1 vol. in-8°, J.-B. Baillière.

(2) Beard (G.M.). — 1. Premières publications : 1868, in *New-Kork medical journal association*, d'après Levillain. La Neurasthénie, maladie de Beard, 1891, p. 1. Paris, édit. Maloine. — 2. Neurasthénie ou épuisement nerveux. *Boston Med. et chir. journ.*, 1869, 217-221, t. LXX ; — 3. Quelques symptômes d'épuisement nerveux, Virginia, M. Month. Richmond, 1878, 161-185, t. V ; — 4. Neurasthénie (épuisement nerveux) en tant que cause de l'ivresse (Quart. y. Inebr. Hartford, 1878-1879, 193, 201, It. III) ; — 5. Autres symptômes de la neurasthénie (épuisement nerveux). *Journal des mal. ment. et nerv.*, Chicago, 1879, 246-261, t. VI ; — 6. Cas de neurasthénie (épuisement nerveux) avec remarques sur le traitement, Saint-Louis, *Journ. de méd. et de chir.*, 1879, 225-250, t. XXXVI ; — 7. Nature et diagnostic de la neurasthénie (épuisement nerveux), *New-Kork, M. J.*, 1879, 225-251, t. XXIX ; — 8. Epuisement nerveux (neurasthénie) avec cas de neurasthénie sexuelle, *Maryland, M. J. Balt.* 1880, 289-297, t. VI ; — 9. Les symptômes de l'épui-

décrit une maladie nouvelle, la neurasthénie, parce que la neurasthénie était partiellement connue des vieux auteurs sous le nom d'hypocondrie. Cela est possible. Néanmoins, ses travaux marquent une grande date dans l'historique des maladies nerveuses. Nous pensons même, quant à nous, que si, récemment, l'on a élargi le cadre de la neurasthénie, en y incorporant les obsessions-phobies et l'hypocondrie —, la faute n'en doit pas être attribuée à Beard, mais à ses disciples. Dans les traités de neurologie, la neurasthénie a remplacé l'hypocondrie : au XVIII[e] siècle et au début du XIX[e] siècle, les deux névroses que l'on trouve dans tous les traités sont l'hystérie et l'hypocondrie ; à la fin du XIX[e] et aujourd'hui encore, l'hypocondrie a fait place à la neurasthénie. Assurément, telle n'était pas la conception des psycho-névroses de Beard, quand il a traité de l'épuisement nerveux. Mais, avant toute chose, frappé de la vie de surmenage de ses contemporains, il a noté très justement que là était l'essentiel de la névrose qu'il décrivait. Pour le démontrer historiquement, il faudrait avoir en mains toutes les publications du neuro-pathologiste américain et en refaire une étude détaillée ; un tel travail ne saurait être entrepris dans ce mémoire.

Charcot (1887), en principe, a adopté les idées de Beard. Il niait toutefois l'action du surmenage comme facteur étiologique d'asthénie. Il attachait une importance particulière, pour le diagnostic, au caractère de la céphalée en casque chez les neurasthéniques. Il distinguait assez nettement, semble-t-il, la neurasthénie de l'hystérie et des obsessions phobies (1).

Chaslin (1892) s'efforce de maintenir la conception de Delasiauve qui séparait la stupidité de la mélancolie. Il crée le terme de confusion mentale (2) qui est devenu d'un usage courant, pour désigner, il est vrai, des phénomènes psycho-pathologiques plutôt très complexes. Il s'aperçoit pourtant qu'ils ont des points communs avec la neurasthénie, puisqu'il parle de cette affection (3), à deux reprises, dans son livre. D'ailleurs, la grande majorité des faits cliniques que Chaslin rapporte, relèvent du syndrome asthénique (asthénie simple et asthénie-stupeur) : les troubles de la perception et de la reconnaissance qui sont caractéristiques de la confusion mentale vraie, sont seulement esquissés et mêlés au texte général.

Janet (P.) (1903), en spécialisant le mot de psychasthénie pour désigner certains troubles observés dans les obsessions-phobies (1), paraît bien avoir largement contribué à obscurcir le problème de la neurasthénie, puisque l'asthénie psychique est un des symptômes cardinaux de la neurasthénie, tandis qu'elle est certainement accessoire chez les obsédés-phobiques. Et cela confirme le spécialiste dans l'idée de la nécessité urgente de reviser et de discipliner, si possible, la terminologie de la pathologie mentale et nerveuse : les faits sur lesquels porte la discussion actuelle ont une existence propre ; il doit être possible de les définir.

Déjerine (J.) (1911) fait de la neurasthénie une affection dans laquelle les troubles de l'émotivité sont essentiels (2). Cette idée ne saurait être admise.

Tastevin (J.) (1911), étudiant l'asthénie d'un point de vue général, a établi définitivement que ce syndrome était constitué à la fois par des phénomènes d'amyosthénie et d'anidéation. Il a démontré, le premier, que l'asthénie musculaire n'allait pas sans l'asthénie psychique, et, inversement, que l'asthénie mentale s'accompagnait toujours d'asthénie musculaire (3). Ce parallélisme, si évident pour l'observateur averti, n'est pas indiqué dans les traités touchant la neurasthénie : on va jusqu'à distinguer, dans la neurasthénie, une cérébrasthénie et une myélasthénie. On expose un état mental particulier de dépression, sans voir que cet état mental est le fait de l'asthénie nerveuse cérébrale, au même titre que l'amyosthénie est le fait de l'asthénie nerveuse musculaire, et sans voir enfin que les autres symptômes du syndrome sont de même origine ou sont secondaires et accessoires. Tastevin, de plus, a observé que l'asthénie, ou hyposthénie, s'opposait à la manie des aliénistes, ou hypersthénie, c'est-à-dire qu'à l'amyosthénie et à l'anidéation de l'asthénie s'opposent l'hypermyosthénie et l'hyperidéation de la manie. Cela n'explique-t-il pas qu'on ait tant tardé à rappro-

---

sement sexuel (neurasthénie sexuelle), Independ, Pract. Balt., 1880, 221-271, t. I, ; — 10. Les séquelles de la neurasthénie, Alien. and neurol, Saint-Louis, 1880, 18-29 t. I; —11. Traité pratique de l'épuisement nerveux (neurasthénie) ; symptômes, nature, séquelles, traitement. New-York, 3 éditions, 1880, 1888, 1890.

(1) Charcot (J. M.). — Leçons du mardi, 1887-1888, 1888-1889. Voir Levillain (F.) La Neurasthénie : (Préface de Charcot). Paris, 1891, p. XI.

(2) Chaslin (Ph). De la confusion mentale primitive, Cong. de méde. ment. de Blois, 1892 ; — La confusion mentale primitive. *Ann. méd. psychol.*, 1892, L. p. 225 ; — Confusion mentale symptôme et confusion mentale maladie. *Journ. des conn. méd.*, 1894, 31 mai et juin ; — La confusion mentale primitive, Paris, 1895.

(3) Chaslin Ph.). — La confusion mentale primitive, 1895, p. 38 et 236.

(1) Janet (P.) Les obsessions et la psychasthénie, Paris, 1903.

(2) Déjerine et Gauckler. — Les manifestations fonctionnelles des psycho-névroses ; leur traitement par la psychothérapie, Paris, 1911, édit. Masson.

(3) Tastevin (J). — L'asthénie post-douloureuse. Les dysthénies périodiques (pshychose périodique). *Ann.méd psychol.*, 1911, mars-août, n[os] 2, 3, 4 ; — L'asthéno-manie post-épileptique, Thèse de Paris, 1911. — Les émotions afflictives. *Revue neurol.*, 1912, juin ; *Revues des sciences psychologiques*, 1913, Paris, édit. Marcel Rivière; 1 seul volume paru.

cher l'asthénie périodique de la neurasthénie ? Enfin, je dois dire que nous devons à Tastevin la claire séparation de la confusion dans les idées ou anidéation, de la confusion dans les perceptions et reconnaissances laquelle représente la « confusion mentale » proprement dite.

***

Pour nous, la neurasthénie vraie est uniquement l'asthénie qui survient sous l'influence du surmenage. Elle a une origine et une évolution spéciales, qui la distinguent de tous les autres états d'asthénie (asthénie traumatique, asthénie post-hyperthymique, asthénie infectieuse, asthénie de cause organique, etc.).

La vieille classification des névroses en hystérie et hypocondrie, leur classification actuelle en hystérie et neurasthénie, sont remarquablement insuffisantes : les névroses, ou mieux les psychonévroses, sont autrement variées et complexes dans leur symptomatologie, dans leurs formes et dans leur évolution.

Les auteurs anciens avaient vu que, chez les malades atteints d'hypocondrie et d'hystérie, il ne s'agissait pa s d'aliénation mentale ou folie : l'intelligence à proprement parler reste saine, la conscience de l'état morbide persiste ainsi que la maîtrise relative de soi. De même, bien que les modernes aient presque simplement remplacé l'hypocondrie et l'hystérie par la neurasthénie et l'hystérie, ils continuent de distinguer ces deux affections du délire et de la démence, cela, toujours, parce que les facultés mentales proprement dites, la mémoire, l'attention, le jugement, ne sont pas ou ne sont guère altérées, en vérité, dans les psycho-névroses.

A l'examen et d'un point de vue général, hypocondrie et hystérie, neurasthénie et hystérie, représentent dans les traités deux groupements différents, très vastes et assez vagues, dont les symptômes plus ou moins essentiels sont : dans l'hystérie et l'hypocondrie les troubles de l'émotivité, c'est-à-dire les troubles de la sensibilité morale ; dans la neurasthénie, les troubles asthéniques, c'est-à-dire les troubles de la fonction névrosthénique, ou fonction distributrice et répartitrice de l'influx nerveux. Mais il faut dire que les névroses ou les psycho-névroses dysthymiques (*dus, thumos*, troubles de l'émotivité), et les névroses ou les psycho-névroses dysthéniques (*dus, sthénos*, troubles de la force nerveuse), sont d'une très haute complexité. Voici les nombreuses variétés que nous isolons et que tout psychopathologiste ou tout neurologiste consultant doit au moins rechercher :

1° Psycho-névroses dysthymiques.— Les troubles de l'émotivité constituent, dans les psycho-névroses dysthymiques, l'élément primitif et essentiel de l'affection nerveuse. Ce sont :

1° L'hystérie ou hyperthymic coléreuse obsédante avec crises nerveuses ; crises nerveuses par énervement contenu ; crises motivées par des contrariétés ;

2° L'hyperthymic coléreuse obsédante, durable, par contrariétés, sans crises d'hystérie concomitantes ;

3° L'hyperthymie mélancolique obsédante, ou mélancolie minor, ou mélancolie sans délire ; l'affection est déterminée par l'idée obsédante d'un mal passé (chagrin, état de tristesse prolongée) ;

4° L'hyperthymie anxieuse obsédante, sans délire ; l'affection est déterminée par l'idée obsédante d'un mal à venir (anxiété) ;

5° L'hyperthymie hypocondriaque obsédante ou hypocondrie minor, ou hypocondrie sans délire, avec inquiétude ou anxiété au sujet de la santé physique, au sujet du fonctionnment des viscères ;

6° Les hyperthymies complexes osédantes, non délirantes, déterminées par des états passionnels (haine, amour, jalousie, envie, avarice, luxure, etc.), elles s'accompagnent d'alternatives d'excitation et de dépression, provoquées par des émotions, soit par l'énervement ou la joie, soit par le chagrin ou l'anxiété, et ces émotions sont en rapport avec les idées du patient, au moment même de l'agitation ou de la dépression ;

7° Les obsessions-phobies qui sont, toutes, des parathymies à base d'anxiété, des parathymies anxieuses obsédantes et plus ou moins intermittentes ;

8° Les cyclodysthymies ou dysthymies périodiques, qui apparaissent sans cause connue. Ce sont : le chagrin périodique, l'anxiété périodique, l'énervement périodique, les crises d'hystérie périodique, la soif périodique, la faim périodique, la nausée périodique, etc.

2° Psycho-névroses dysthéniques. — Les troubles « sthéniques » constituant, dans les psycho-névroses dysthéniques, l'élément essentiel, sinon toujours primitif, de l'affection nerveuse. Ce sont :

1° La neurasthénie vraie par surmenage intellectuel ou musculaire ;

2° Les asthénies de causes variées, épisodiques ou prolongées, survenant à la suite des : émotions douloureuses (asthénie post-hyperthymique) ; — infections (grippe, fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis, méningite cérébro-spinale, rhumatisme articulaire aigu, encéphalite léthargique épidémique, etc. ; — intoxications exogènes ou endogènes ; — traumatismes du crâne, ou même du tronc et des membres. Il faut les distinguer de l'asthénie, qui accompagne l'évolution des maladie « organiques » (urémie, paralysie générale, affections utéro-ovariennes, métrite, dyspepsies, etc...).

3° L'asthénie chronique séquelle ou asthénie chronique et incurable, séquelle soit de surmenage, soit d'infections, soit d'intoxications, soit de traumatismes, soit d'émotions douloureuses, etc. ;

4° L'asthénie périodique, confondue par les auteurs avec la mélancolie sans délire ;

5° L'asthénie-manie alterne et l'asthénie-manie circulaire (dans leurs formes atténuées), confondues souvent, à cause des alternatives d'excitation et de dépression, avec les hyperthymies complexes obsédantes parce que ces dernières donnent maintes fois lieu à des alternatives analogues, mais analogues en apparence seulement ;

6° L'hypomanie périodique ou chronique, laquelle peut être prise pour de la joie motivée.

***

Il importe de savoir, — et c'est là que gît la grande difficulté actuelle du problème diagnostique et du problème nosologique, — que les psycho-névroses dysthymiques peuvent évoluer vers une affection dysthénique, comme l'asthénie chronique, l'asthénie périodique, l'asthénie — manie (après un accès asthéno-maniaque secondaire, etc.) ; de même, les psycho-névroses dysthéniques peuvent se compliquer de troubles de l'émotivité prédominants, au point que disparaît l'élément sthénique pathologique primitif et au début essentiel. Chez les sujets constitutionnellement prédisposés, la psycho-névrose peut même se transformer très vite. Cela explique que l'on ait fait jouer un rôle important, dans la neurasthénie, aux « passions dépressives » : ces passions déterminent maintes fois de l'asthénie, mais cette asthénie est différente nosologiquement de l'asthénie, qui vient progressivement par surmenage intellectuel ou musculaire. Cela explique encore qu'on ait accordé tant de place aux troubles de l'émotivité dans la neurasthénie, alors qu'ils ne sont que des phénomènes secondaires, accessoires, mais susceptibles quand même de donner lieu aux plus graves complications chez des sujets à terrain psychopathique favorable : le délire, la « démence » n'ont souvent pas d'autre origine. En résumé, d'une part certains asthéniques vrais peuvent apparaître comme des dysthymiques, ou si l'on veut comme des hyperthymiques, et inversement des dysthymiques véritables peuvent être pris à tort pour des asthéniques. D'autre part, cliniquement et même nosologiquement, les premiers peuvent devenir par complication, par transformation du syndrome ou de la maladie, de véritables hyperthymiques, et les seconds, de vrais asthéniques.

LA CLINIQUE PHTISIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Comment traiter les hémoptysies tuberculeuses

D'après MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU (1)

« *Quelle que soit la forme clinique de la tuberculose pulmonaire qu'elles compliquent, les hémoptysies sont toujours sous la dépendance d'une lésion vasculaire, ayant déterminé la béance plus ou moins prononcée d'un vaisseau d'importance variable.* »

Le médecin est généralement trop enclin à invoquer la congestion pour expliquer l'hémorragie ; mais, il doit savoir que de cette conception d'une déchirure ou d'une béance d'un vaisseau du poumon dépend un traitement rationnel. Dès lors, les moyens thérapeutiques, qu'il emploiera, lui permettront de combattre heureusement, et parfois d'arrêter définitivement, les hémoptysies d'origine anévrismales, classiquement considérées comme mortelles.

En se plaçant sur le terrain purement pratique, négligeant toutes classifications anatomo-cliniques, on distinguera seulement : les hémoptysies légères, et les hémoptysies abondantes ou à répétition.

I

Traitement des hémoptysies légères

Dès le début de l'hémoptysie, le *repos absolu* s'impose ; le malade sera immobilisé dans son lit, le tronc relevé par des oreillers (position assise). On ne prescrira qu'une *alimentation légère et liquide* : boissons tièdes, prises par petites quantités ; éviter les liquides froids (fâcheuse habitude).

Pour calmer la toux, pour permettre une bonne immobilisation et surtout pour calmer l'agitation anxieuse, la *morphine* sera administrée à doses fragmentées (un demi-centigramme ou même un quart de centigramme, deux à trois fois par 24 heures). On ne dépassera pas deux centi-

(1) MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU. — Traitement des hémoptysies tuberculeuses. (*Revue de médecine*, avril 1931.)

grammes par jour. Ces doses sont démontrées suffisantes; l'emploi des opiacés à dose massive ou prolongée est à éviter. A noter que la morphine exerce indirectement une action modificatrice heureuse sur le cœur et sur la circulation.

Si, dans les hémoptysies légères, ce traitement peut se montrer suffisant, il convient de le parfaire, car on ne sait jamais si, par suite du déplacement d'un caillot, un accident léger ne deviendra pas, plus ou moins rapidement, sévère. Il convient donc de déterminer une vaso-dilatation périphérique extrême et, par suite, une diminution de l'apport sanguin dans la petite circulation. Le nitrite d'amyle est incontestablement le plus rapide et le plus puissant des vaso-dilatateurs généraux. Cependant, les solutions de *trinitrine* au centième rendent pratiquement des services bien suffisants et assez constants. Voici une formule utile :

Extrait thébaïque	20 centigrammes
Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100	XXX gouttes
Eau distillée	10 grammes

XV gouttes dans une cuillerée à potage d'eau tiède. Répéter au bout de deux heures cette dose, en cas de persistance de l'hémoptysie.

II

Traitement des hémoptysies abondantes continues ou intermittentes

Pour lutter contre ces hémorragies, toujours sévères ou graves, il est indiqué d'employer les vaso-dilatateurs, les coagulants et les moyens compressifs.

Vaso-dilatateurs.

C'est le *nitrite d'amyle* en inhalations. C'est aussi l'*émétine* ; son action dépressive et son pouvoir de relâchement de la musculature des vaisseaux expliquent la vaso-dilatation, qu'on lui accorde communément ; cependant, l'expérimentation démontre qu'elle doit être tenue pour impuissante, elle seule, à arrêter des hémorragies graves, rebelles ou récidivantes.

Coagulants.

L'*extrait de lobe postérieur d'hypophyse* et l'*anthéma* sont à prescrire dans le traitement des hémoptysies. Ces deux médications visent directement à l'oblitération d'une perforation vasculaire, *a fortiori* d'une fissure ou d'une érosion ; elles n'agissent pas en modifiant la tension ou la vaso-dilatation de la petite circulation.

1° Cliniquement, pour obtenir une action sûre et rapide, dépourvue de dangers, il faut que l'injection de lobe postérieur soit faite dans les veines ; les injections intra-musculaires sont nettement insuffisantes dans la plupart des cas. Le produit doit être dilué (un quart de lobe postérieur dans 10 cc. d'eau physiologique isotonique) ; l'injection doit être faite très lentement, en cinq minutes. Cette façon de procéder écarte les réactions consécutives aux injections rapides. Il faut rejeter l'extrait de la totalité de la glande, qui entraîne de la pâleur, de l'angoisse, des vertiges, et tout un ensemble de phénomènes de choc.

L'hémoptysie peut récidiver ; il faut alors répéter les injections de lobe postérieur en prenant les mêmes précautions. « Cette technique est préférable à celle qui consisterait à s'égarer, sans aucune chance d'avantages, dans l'arsenal très encombré des agents thérapeutiques prétendus anti-hémoptysiques ».

2° L'anthéma doit être employée, concurremment et alternativement, avec l'hypophyse. Ce sérum organique s'administre en injections sous-cutanées aux doses de 10, de 20 et de 30 cmc. Il est bon d'injecter successivement des doses croissantes, et de suivre la méthode de Besredka pour éviter les accidents sériques. Il suffit de faire, 6 à 10 heures avant l'injection massive, une dose de un ou de deux centimètres cubes.

Ainsi, pratiquement, on sera amené à commencer le traitement antihémorragique par l'hypophyse, pour lequel, au début tout au moins, aucun phénomène d'ordre anaphylactique n'est à redouter.

Le *chlorure de calcium* et la *pectine* sont des coagulants de deuxième ordre, bon complément à prescrire dans le traitement d'une hémoptysie tuberculeuse.

Procédés compressifs.

Le pneumothorax est ici seul à considérer. Cependant, il est impossible de diagnostiquer avec certitude le poumon, qui est le siège de l'hémorragie ; puis, des adhérences risquent d'entraver l'opération, toujours difficile en raison de la toux incessante.

***

Nous n'avons pas envisagé le traitement des hémoptysies, qui peuvent se produire au cours de la collapsothérapie. C'est un chapitre spécial qui sort peut-être un peu de la pratique tout à fait courante.

Un fait mérite d'être noté : c'est que *certaines hémoptysies tuberculeuses tuent rapidement, sans qu'interviennent ni leur abondance, ni leur répétition.* Le médecin demeure parfois impuissant, en face d'une hémorragie pulmonaire rapidement

mortelle, et, cependant, le sang épanché ou rejeté est relativement minime. Du point de vue pathogénique, il semble qu'il faille dans de tels cas, rares il est vrai, invoquer la syncope.

En face de ces hémorragies pulmonaires si spéciales, les médications coagulantes sont inutiles. Le traitement consistera en injections d'éther camphré à la dose de deux centigrammes, répétées cinq à six fois, à trois ou quatre minutes d'intervalle. La strychnine, l'adrénaline ou l'éphédrine, à petites doses, sont également indiquées.

Enfin, la position déclive est de rigueur.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications et résultats des injections intra-rectales de sérum salé hypertonique.

En cas d'occlusion intestinale, ces injections n'influent pas seulement sur l'état général, mais encore sur la contraction musculaire de l'intestin ; elles agissent d'une manière aussi efficace que les injections intraveineuses, et sont d'une réalisation beaucoup plus simple.

Le lavement hypersalé agit en réveillant la musculature, en suscitant des contractions des fibres lisses, d'où expulsion du contenu ; chaque fois qu'on le renouvelle, on obtient une évacuation.

Quand il s'agit de péritonisme, avec anses distendues, où l'on n'ose intervenir (en raison du peu de netteté des signes et de la gravité de ces opérations « à tiède »), il est nécessaire de temporiser, de refroidir ; l'arrêt des gaz ne peut se prolonger au delà de certaines limites. Le lavement hypersalé rend encore de grands services, et on peut ainsi, grâce à la glace, au repos, aux médicaments anti-infectieux réussir à doubler le cap, alors que l'occlusion aurait sans doute forcé la main, malgré l'extrait hypophysaire, les laxatifs ou le lavement électrique.

Voici le manuel opératoire de M. Soupault : 100 grammes de solution hypertonique de NaCl à 10 p. 100 qu'on instille dans le rectum au moyen d'une petite sonde. Ici, aucune nécessité d'avoir un liquide stérile ; on peut extemporanément préparer le remède en versant et dissolvant, dans un demi-verre d'eau tiède, deux cuillerées à café de sel ordinaire. (*Paris médical*, 14 février 1931.)

La méningite goutteuse.

MM. L. Mathieu et L. Collesson rapportent deux cas de méningite goutteuse, affection qui paraît actuellement méconnue. Les patients dont il s'agit, étaient tous deux des goutteux avérés, ayant présenté à plusieurs reprises des crises articulaires franches. La méningite a été précédée chez eux de symptômes rappelant ceux que l'on trouve si fréquemment chez les goutteux à la veille de leurs manifestations articulaires. Après une période prodromique vague, les réactions méningées sont apparues brusquement, et les malades sont tombés dans un coma absolu. A ce moment, le liquide céphalo-rachidien présentait une très forte hyperalbuminose (1,62 et 1,70) avec une lymphocytose très modérée (17 et 14). Cette dissociation albumino-cytologique cadre bien avec l'hypothèse d'une méningite goutteuse, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire aigu, mais non infectieux. Brusquement, au moment de la régression du coma, est apparue une crise goutteuse articulaire typique du gros orteil. Enfin, l'affection a été suivie d'une guérison complète. (*Revue médicale de l'Est*, 1er novembre 1930.)

A propos de quatre cas d'évacuation extemporanée de l'utérus pour infection amniotique.

Le Dr Battle (de Montpellier) montre que, dans ces observations, la méthode du Prof. Delmas a donné un excellent résultat, en permettant une dilatation rapide du col, tout en respectant entièrement son intégrité anatomique. Cette rapidité du procédé a son avantage dans l'infection amniotique, au même titre que pour tous les cas où il y a nécessité de précipiter les événements dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Un autre avantage de cette méthode appliquée au traitement de l'infection amniotique est basée sur le fait que la rachi-analgésie augmente la rétraction utérine, car cette fibre utérine, frappée d'inertie, serait, sans cela, exposée, plus que toute autre, aux accidents hémorragiques.

Il convient de remarquer que le procédé doit être judicieusement appliqué aux seuls cas, qui justifient une thérapeutique aussi active, et parmi lesquels il faut ranger l'infection amniotique. On ne devra jamais pratiquer l'évacuation rapide de l'utérus dans les cas où il y a simplement rupture intempestive des membranes, comme prophylaxie d'une infection amniotique encore hypothétique. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 janvier 1931.)

Traitement orthopédique et chirurgical de la poliomyélite antérieure aiguë.

M. Lance estime que, pour éviter beaucoup de mécomptes, il faut que, dans la poliomyélite, le traitement orthopédique commence dès que la paralysie est constituée.

Il y a là deux rôles successifs pour le chirurgien orthopédiste : 1° une thérapeutique prophylactique ; 2° une thérapeutique de récupération fonctionnelle.

1° Appareillage. Dès que la paralysie est constituée, on doit, pour prévenir la déformation, lutter contre la pesanteur ; les déformations précoces sont réductibles aussitôt ; elles tendent par la suite à se fixer secondairement. L'appareillage différera à la période d'alitement, et à la période de reprise de la marche. Cet appareillage sera maintenu jusque vers l'âge de dix ans, où, du fait du développement de l'ossification, l'enfant entre dans la période de possibilité des opérations de stabilisation osseuse, de traitement chirurgical définitif. Jusque-là, sauf quelques exceptions, il ne peut être question que d'un traitement chirurgical d'attente. Un traitement chirurgical précoce sera encore indiqué quand parfois, d'assez bonne heure, l'appareil n'est plus supporté par suite de frottements et d'ulcérations.

2° Le traitement chirurgical comprend les opérations de redressement des déviations, et les opérations de récupération ou de substitution fonctionnelle : *a*) avant dix ans : transplantation de muscles, opération palliative permettant de supporter l'appareillage ; *b*) après dix ans, suivant les cas : ostéo-synthèse, applicable au rachis dans les cas de scoliose paralytique ; arthrodèse pour ankylose articulaire, ou pour limitation des mouvements articulaires par création d'un butoir osseux. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 février 1931.)

Angine de poitrine et perméabilité artérielle.

MM. R. Giroux et Gomez ont eu l'occasion de suivre un certain nombre de malades, porteurs à la fois de crises d'angine de poitrine et de lésions artérielles des membres. Certains ignoraient les troubles de claudication intermittente que, seul, l'examen oscillométrique pratiqué d'une façon systématique mettait en évidence.

L'étude des oscillations artérielles des membres chez les malades angineux montre que la coexistence des deux affections n'est pas aussi rare qu'on le croit habituellement, mais, souvent latente, elle demande à être recherchée.

De même chez les sujets atteints de claudication intermittente, il n'est pas rare de noter des modifications aortiques, soit cliniques, soit radioscopiques, qui traduisent une aortite latente, mais évolutive, et susceptible de se compliquer de crise d'angor.

Toutes ces constatations sont de première importance au point de vue thérapeutique. (*Le Bulletin médical*, 28 février 1931.)

Sur deux cas de gastropathie grave, ayant simulé le cancer, et probablement de nature syphilitique.

Le diagnostic de syphilis gastrique est presque toujours délicat. Parmi les arguments, que l'on peut invoquer en faveur de ce diagnostic, l'amélioration des symptômes constatée à la suite d'un traitement antisyphilitique a une très grande valeur, surtout lorsque ces symptômes sont accompagnés de modifications radiologiques et, qu'après le traitement, on remarque la disparition des lésions dûment constatées auparavant à l'écran.

Les deux observations, rapportées par M. A. Lemière, concernent des hommes âgés, chez qui les symptômes cliniques et l'examen radiologique avaient fait tout d'abord penser à un cancer de l'estomac. Puis, une amélioration assez inattendue des troubles fonctionnels s'étant spontanément produite, tandis que les signes radiologiques persistaient, et, d'autre part, la réaction de Wassermann s'étant montrée positive, le diagnostic de syphilis de l'estomac fut envisagé. Un traitement antisyphilitique fut alors institué et l'image gastrique redevint normale.

Dans un cas comme dans l'autre, on ne peut apporter que des présomptions et non une démonstration inattaquable de la syphilis. (*Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1931.)

Deux cas de désinsertion du tendon distal du biceps.

La rupture du tendon distal du biceps est très rare par rapport à la rupture du tendon proximal. MM. Guibal et Ortscheitt ont eu l'occasion d'observer deux cas d'arrachement du tendon du biceps à son insertion radiale : la plupart du temps, il s'agit, en effet, d'une véritable désinsertion du tendon, et non d'une rupture.

Or, il faut se rappeler que, physiologiquement, grâce à son insertion à la face postérieure de la tubérosité radiale, le biceps est non seulement fléchisseur de l'avant-bras sur le bras, mais qu'il le porte en supination, lorsque le radius est surpris en pronation par la contraction du biceps : le tendon se déroule absolument à la façon d'un câble entraînant une poulie.

Dans les deux cas observés, le mécanisme de la rupture a été absolument identique : les deux blessés, pour éviter une chute, se sont raccrochés, l'un à la cornière d'un wagon, l'autre à une benne qu'il était occupé à charger : le biceps a été surpris par un effort inattendu et violent, puisque les deux hommes sont restés suspendus à bout de bras à la première saillie, sur laquelle ils pouvaient prendre appui. Dans ce geste spontané, la paume de la main regardait vers le sol,

l'avant-bras était en pronation, puis la rupture du tendon est survenue, l'avant-bras ayant été brutalement étendu sur le bras ; mais, c'est seulement à la fin de ce mouvement d'extension forcée que les blessés ont perçu un craquement douloureux, les obligeant à lâcher le point d'appui.

Le diagnostic a été facile : douleur subite, craquements, impotence fonctionnelle du muscle, disparition de la corde tendineuse du biceps au niveau du pli du coude, et perception de la masse musculaire remontée vers le bras, et subissant encore un mouvement d'ascension au moment de la contraction.

L'indication opératoire était formelle. Si l'on veut, en pareils cas, obtenir une récupération idéale de l'action du biceps, ce n'est pas sur le bord antérieur de la tubérosité bicipitale qu'il faut fixer le tendon, mais bien sur son bord postérieur, sinon on ne récupérerait que le mouvement de flexion. Il faut, de plus, reconstituer l'expansion aponévrotique du biceps en la suturant à l'aponévrose des muscles épitrochléens. (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Méthode d'auto-désinfection des surfaces solides.

(MM. Thiroux et Risler. — *Académie de médecine* ; 21-7-1931)

Il y aurait intérêt à pouvoir obtenir, d'une manière automatique, la désinfection de certains objets manipulés constamment au cours de la journée par diverses personnes (poignées de porte de W.-C., par exemple) ; mais le problème, on le conçoit, n'est pas très simple.

MM. Thiroux et Risler ont fait quelques essais avec des charbons agglomérés spéciaux, des morceaux de bois dur (hêtre) qu'ils ont plongés dans de l'essence de thym, du thymol camphré. Retirés au bout de vingt-quatre heures, essuyés et laissés à l'air libre, les charbons et les morceaux de bois en question ont été ensemencés après 4, 8 et même 30 jours, avec du bacterium coli : aucune culture de ce microbe ne s'est produite. Il y a là une tentative intéressante d'auto-désinfection des surfaces solides, tentative à perfectionner.

L'organisation des secours aux accidentés de la route dans les Alpes-Maritimes.

(M. Barbary. — *Académie de médecine* ; 21-7-1931.)

M. Gabriel Petit fait, au nom de M. F. Barbary, de Nice, une communication sur l'organisation actuelle, dans les Alpes-Maritimes, des secours aux accidentés de la route.

En octobre 1925, le Conseil général des Alpes-Maritimes a adopté les conclusions d'un rapport de l'auteur relatif aux postes de secours et au service de chirurgie mobile d'urgence devant répondre aux besoins du tourisme dans ce département.

Le service de chirurgie d'urgence ainsi institué peut être alerté de jour et de nuit par appel téléphonique du maire ou du médecin cantonal (dans les Alpes-Maritimes existent des médecins cantonaux chargés officiellement de soins d'assistance). Le centre du service est à l'hôpital Saint-Roch, à Nice, d'où partent vers l'endroit indiqué l'ambulance automobile et l'équipe chirurgicale.

En divers points du département, choisis en raison de leur situation routière, des postes de secours ont été établis, constituant des petits centres sanitaires où le médecin cantonal, trouve, dans un local approprié (aseptique), des objets de pansement, des sérums antidiphtérique, antitétanique, anticharbonneux, antivenimeux, des solutions aseptiques, permettant de donner les premiers soins avant l'arrivée du service de chirurgie mobile, qui, selon les cas, interviendra sur place ou décidera le transport à l'hôpital (hôpitaux de Nice et Cannes, principalement).

La commune sur laquelle un accident a lieu peut téléphoner au poste le plus rapproché. Celui-ci envoie un brancard, des objets d'urgence et prévient le médecin cantonal qui se trouvera au poste de secours à l'arrivée des blessés, ou, s'il est utile, se rendra auprès d'eux.

Terrains magnésiens et cancer, en Angleterre.

(M. Robinet. — *Académie de médecine* ; 21-7-1931.)

Dans une note présentée par M. Pierre Delbet, M. Robinet étudie la question des terrains magnésiens dans leurs rapports avec le cancer, son travail concernant l'Angleterre et le Pays de Galles.

Comparant la carte géologique des terrains et la carte cancérologique du pays, l'auteur a vu que là où le magnésium disparaissait du sol, le cancer augmentait. Dans trois comtés cependant (Sussex, Essex, Hampshire), le nombre des cancers n'est pas très élevé, bien que le terrain soit dépourvu de magnésium.

Le B. C. G.

(M. Calmette, M. Weill-Hallé. — *Académie de médecine* ; 21-7-1931.)

M. Calmette présente à l'Académie les résultats actuellement connus de la vaccination préventive con-

tre la tuberculose par le B. C. G., en France, au cours des cinq années 1925-1930, résultats recueillis d'une part dans les dispensaires antituberculeux, d'autre part, dans la clientèle des praticiens.

La mortalité des enfants vaccinés s'est montrée notablement inférieure à celle des enfants non vaccinés du même âge, aussi bien dans la statistique des dispensaires que dans celle fournie par les clientèles des médecins praticiens et des sages-femmes. Il faut en conclure que la vaccination B. C. G. protège les enfants, bien au delà d'ailleurs du premier âge, et se montre parfaitement inoffensive.

A la date du 1er juillet 1931, on comptait, en France, 350.000 sujets vaccinés au B. C. G.

— M. Weill-Hallé rapporte une étude portant sur 182 familles comprenant 716 enfants, les uns vaccinés, les autres non vaccinés, avec comparaison des deux catégories de cas. Cette étude est nettement en faveur de la vaccination. L'action favorable du vaccin B. C. G. est indéniable, quelle que soit l'explication qu'on en ait voulu fournir : influence sur la résistance aux infections tuberculeuses, sur l'état général, action latérale sur d'autres infections, surveillance plus étroite des enfants, explications qui peuvent, il est vrai, s'associer.

A propos du bactériophage.

(M. Lapointe. — *Société de Chirurgie* ; 22-4-1931.)

M. Lapointe rappelle la communication de M. Wiart concernant une arthrite suppurée du genou guérie par ponctions évacuatrices répétées, suivies d'injections de bactériophage.

Cette observation a laissé dans l'esprit de quelques chirurgiens un doute quant à l'utilité du bactériophage en pareil cas, certaines arthrites suppurées étant susceptibles de guérir par de simples ponctions.

— M. Sauvé remarque que la bactériophagie est une question neuve, que nous sommes loin de connaître d'une façon complète.

— M. Picot a employé depuis une dizaine d'années, avec Hauduroy et Nicolas, dans le service de M. Cunéo, à Lariboisière, le bactériophage et il a souvent obtenu des guérisons surprenantes, en pansements ou en injections locales. Toutefois, il n'a jamais observé de guérison complète d'abcès par les seules injections de bactériophage, et il a dû toujours et dans tous les cas finir par une ponction au bistouri. Même si le contenu de l'abcès est stérilisé, il persiste, en effet, dans la cavité, des débris cellulaires qu'il faut évacuer. La thérapeutique par le bactériophage ne saurait être tentée, d'autre part, que dans les cas où il n'y a pas urgence d'intervenir opératoirement.

P. L.

La récurrentothérapie.

(M. Auguste Marie. — *Soc. de thérapeutique de Paris*; 11-3-1931.)

Jusqu'à ce jour 51 malades, atteints de paralysie générale, ont été traités par l'inoculation de la fièvre récurrente, et ce traitement a donné des résultats intéressants. S'il y a immunité à la tierce, la récurrente, prise sur la souris, donne un tiers de rémissions durables chez les paralytiques généraux peu avancés.

La récurrentothérapie paraît devoir être complétée comme la malarisation et les autres procédés leucopyrétothérapiques, par un traitement spécifique associant l'arsenic au bismuth et au mercure (33 de chaque, soit cent piqûres durant un semestre et, plus tard, selon les indications biologiques et cliniques.)

L'argent colloïdal irradié dans les affections génito-urinaires à coli-bacilles.

(M. L. Grollet. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 11-3-1931.)

Précédemment l'auteur employait, avec un régime sévère, le repos, la vaccinothérapie, le collargol en solution à 20 % (chaque matin deux cuillerées à soupe). Et souvent des lavages du bassinet (toujours pénibles) devenaient indispensables pour obtenir une amélioration.

Depuis 26 mois, le collargol irradié a permis, sauf exceptions très rares, d'éviter le lavage du bassinet. La plupart du temps, les malades viennent consulter pour des symptômes divers : douleur en urinant, le plus souvent terminale ; envies fréquentes et impérieuses d'uriner ; pollakiurie nocturne ; urines troubles ; constipation opiniâtre avec ou sans débâcles diarrhéiques ; pyurie, douleur rénale, hématurie, etc.

Après un examen complet, comportant, en dehors de l'examen clinique, une radiographie, un examen cyto-bactériologique des urines prélevées aseptiquement, un examen des fèces, — le traitement suivant est institué. L'argent colloïdal irradié, à la dose de 8 centigrammes par jour, *per os*, est ordonné à intervalles réguliers (dragées dosées à un centigramme) avec un demi-verre d'eau (Evian de préférence). On aseptise la muqueuse intestinale et on essaie d'éviter la fermentation en faisant prendre chaque matin au réveil le sous-nitrate de bismuth, associé au kaolin à parties égales, et en conseillant chaque jour de l'huile de paraffine ; deux ou trois fois par semaine, une cuillerée à café d'huile de ricin.

Les boissons abondantes sont recommandées ; on interdit les alcools, vin, café, thé, épices, charcuterie (sauf le maigre du jambon), conserves alimentaires, champignons. Enfin, on recommande de mener une vie calme, sans fatigue, sans refroidissement, avec liberté quotidienne de l'intestin.

Habituellement, ce traitement suffit à améliorer les malades, à éclaircir les urines, à les rendre claires et aseptiques (en un mois environ). Il ne faut pas tout cesser à ce moment, mais procéder par paliers.

Dès que les urines sont presque claires, ne contenant que de rares colibacilles, on reprend progressivement le régime ordinaire, tout en observant les grandes règles d'hygiène alimentaire : pas de char-

cuterie, pas de conserves, pas de mets faisandés ou épicés, pas d'alcool. Diminuer la dose d'argent colloïdal : 6 centigrammes, puis 5, puis 4, puis 2 centigrammes pendant 15, 20 jours, enfin cesser. Et il est très rare de voir des récidives.

De l'existence d'un système glandulaire, et des injections sous-cutanées de sang ou de sérum de sang glandulaire ou d'hormones, comme méthode thérapeutique.

(Dr Francesco Cavazzi, de Bologne-Italie. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-4-1931.)

L'auteur, après avoir précédemment apporté des résultats, de grande importance pratique sur le rajeunissement, obtenu par les injections de sérum de sang de la veine efférente du testicule d'animaux jeunes, — attire aujourd'hui l'attention sur une méthode générale de traitement opothérapique par le sang veineux de chaque glande endocrine ; ce qu'on peut appeler l'*oposérothérapie.*

Il existe, dit-il, un système glandulaire, qui comprend toutes les glandes, avec ou sans conduit excréteur ; et ce système glandulaire doit être placé à côté des autres systèmes de l'économie. Le sang efférent de chacune de ces glandes doit être étudié au point de vue de l'excitation des fonctions et des relations fonctionnelles, indépendamment du système nerveux, ou au moyen du système nerveux.

M. Léopold-Lévi fait quelques réserves, en attendant des observations démonstratives, notamment en ce qui concerne l'hypophyse, glande neurocrine. La nouvelle méthode ne doit pas jeter le discrédit sur l'opothérapie par les extraits de glandes dont les effets sont souvent immédiats, continus, transformateurs.

L'oposérothérapie n'est d'ailleurs pas toute nouvelle, puisqu'elle a été utilisée depuis près de 40 ans en opothérapie rénale.

Le certificat prénuptial et le laboratoire.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 25-4-1931.)

Nos liquides et sécrétions organiques révèlent les maladies les plus graves et les plus contagieuses, le sang notamment. Le laboratoire peut donc les analyser, sans voir les intéressés, sans que le secret médical soit violé. Il suffit de s'entourer des garanties d'authenticité de prélèvement, et d'impossibilité de substitutions, pour pouvoir donner des certificats anonymes, mais sûrs, de santé ou de morbidité.

Héliothérapie et tuberculose pulmonaire.

(M. Reygasse. — *Soc. de méd. de Paris* ; 25-4-1931.)

Après une mise au point de cette question si controversée, il convient de rappeler l'opinion de M. Armand-Delille, qui considère l'héliothérapie comme un adjuvant du pneumothorax, et qui pense devoir employer une méthode lente et progressive, basée sur la pigmentation. L'auteur cite l'observation d'un malade hémoptoïque, qui collabé, est en voie de guérison. Il affirme qu'en dix-sept ans, sur deux mille sujets traités aux Escaldes ou à Lamotte-Beuvron, il n'y a eu que cinq accidents passagers et que les catastrophes sont dues à l'imprudence des malades, ou à une mauvaise application du traitement.

C. F.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Séance du 15 mai 1931

Tumeur de la surrénale. Présentation de malade.

MM. Leenhardt, J. Chaptal et P. Mas présentent une fillette de dix ans et demi du poids de 35 kgr. 600, chez laquelle on constate une adiposité marquée de la face, du cou, et de la partie supérieure du thorax ; elle présente, en outre, une hypertrichose considérable, répandue un peu sur tout le corps, avec une pilosité pubienne de femme adulte. Par ailleurs elle a un clitoris très développé, en forme de pénis, surmonté d'un gland recouvert d'un prépuce, qui en font une pseudo-hermaphrodite féminine externe. Enfin, on constate dans l'hypocondre et le flanc gauches, une volumineuse tumeur dure, à contact lombaire, que les auteurs interprètent comme une tumeur de la surrénale. Cette tumeur est vraisemblablement maligne, car la radiographie montre dans les deux poumons des noyaux métastatiques. Les auteurs ne peuvent préciser s'il s'agit là d'un sarcome ou d'un hypernéphrome. La glycémie est de 0,93 p. 1.000. La cholestérolémie est de 1,33, l'urée de 0,43. La tension artérielle de 16/11 au Vaquez. L'évolution est rapide car la tumeur n'est apparue que depuis deux mois.

Un point de technique dans la réduction du paraphimosis.

M. E. Etienne rapporte deux observations de paraphimosis avec échec des manœuvres de réduction sous anesthésie locale.

Trois pinces d'Ombrédanne placées en couronne permirent de saisir solidement l'orifice balano-préputial devenu agent d'étranglement. La réduction fut obtenue sans difficulté, sans qu'il fut nécessaire de pratiquer un débridement quelconque.

Curiethérapie des épithéliomas cutanés du nez. Résultats obtenus depuis 1924 au C. A. C. de Montpellier.

MM. Lamarque et J. Heran. — Sur les 27 cas d'épithéliomas cutanés du nez que les auteurs ont irradiés, 22 ont été cicatrisés ; 15 cas ont été traités il y a six ans au moins, et 12 d'entre eux demeurent guéris en 1931.

Les irradiations de dose moyenne et durant un temps d'application prolongé ont été employées.

La radium-puncture a paru donner des résultats plus rapides et plus durables que les applications en surface.

La radio-sensibilité des épithéliomas n'est nullement liée à la nature histologique de ceux-ci.

Spino-cellulaires traités	11 ;	guéris, 8
Baso-cellulaires traités.......	8 ;	guéris, 6
Métatypiques mixtes traités..	8 ;	guéris, 8

Les auteurs insistent sur la persistance et la stabilité des cicatrisations obtenues par la curiethérapie dans les épithéliomas cutanés du nez.

Cancer du rein ayant provoqué une bascule pyélique intra-rénale. Pyélographie. Néphrectomie. Guérison.

MM. E. Jeanbrau, E. Truc et J. Heran. — Dans un cas de cancer du rein que les auteurs ont eu l'occasion d'observer, la pyélographie montrait un bassinet, dont le bord interne était devenu supérieur et l'extrémité supérieure externe. En réalité, la position et l'orientation du rein étaient normales, comme l'intervention permit de le voir ; la tumeur avait par son développement refoulé et déplacé en bloc l'appareil pyélo-caliciel.

Insuffisance cardiaque à forme de collapsus subaigu. Enorme dilatation du système veineux.

MM. A. Puech, J. Vidal et P. Rimbaud ont observé à l'autopsie d'un malade ayant succombé à une asystolie irréductible à type de collapsus subaigu, une dilatation véritablement étonnante des gros troncs veineux. Ils pensent que ces constatations, qui contrastaient avec les signes périphériques relativement peu accentués de l'insuffisance cardiaque, s'accordent avec le rôle attribué par Laubry à la circulation de retour dans la pathogénie de certains syndromes cardio-vasculaires.

Séance du 22 mai 1931.

Néphrite azotémique avec rétention chlorée sèche chez un nourrisson de dix jours.

MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et M. Dufoix présentent l'observation d'un nourrisson de mère tuberculeuse, qui présenta à l'âge de 10 jours, en même temps qu'une diarrhée incoercible, des signes d'intoxication se traduisant par une dyspepsie extrême et un état asphyxique sans lésion pulmonaire. L'urée sanguine était de 1 gr, 10 pour 1.000. La R. A. =24,5 CO^2, les chlorures (en Na Cl) furent de 7 gr. 93 p. 1.000 dans le sang et dans le L.-C.-R. de 9 gr. 60 et 10 gr. le 2e jour. La mort est survenue au 4e jour de la maladie sans qu'il y ait eu d'œdème, ni de manifestations nerveuses. Les auteurs en l'absence de lésion tuberculeuse des reins, concluent à une intoxication par gastro-entérite provoquée par l'allaitement artificiel.

Séance du 29 mai 1931.

Myopathie chez un enfant antérieurement atteint de paralysie infantile. Présentation de malade.

MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et P. Mas présentent un enfant de 11 ans, qu'ils avaient soigné 8 ans auparavant pour une atteinte de polyomyélite antérieure aiguë, ayant laissé une paralysie du membre inférieur droit et de quelques muscles du mollet gauche. Le syndrome myopathique est survenu depuis 8 mois. Il a atteint la ceinture scapulo-humérale, la ceinture pelvienne et le membre inférieur gauche (le droit, paralysé et atrophié, présente un arrêt de développement dû à la paralysie infantile) ainsi que les muscles des gouttières vertébrales. L'enfant présente l'aspect classique des myopathiques avec scapula alata et ensellure lombaire. L'examen électrique montre au niveau des muscles atteints par la paralysie infantile une réaction de dégénérescence. Au niveau des autres groupes musculaires atteints de dégénérescence myopathique, il montre de l'hypoexcitabilité faradique et une secousse galvanotonique avec décontraction allongée.

Quelques réflexions à propos de deux cas de radionécrose tardive.

M. Lamarque. — 1re *observation*. — Il s'agit d'un malade, qui a présenté une radionécrose tardive 6 mois après l'irradiation par aiguillage de la langue, aiguillage relativement faible au niveau du dos de la langue à la partie moyenne et du bord gauche. L'ulcération parue en arrière du V lingual et éloignée du foyer d'irradiation, dont elle est d'ailleurs séparée par une plage saine, a tous les caractères d'une radionécrose tardive. Aucune cause apparente à laquelle on puisse rattacher cette ulcération ; pas de traumatisme, pas d'infection ; seule la susceptibilité particulière du sujet paraît devoir être mise en cause.

2e *observation*. — Ici, le cas est tout autre, il s'agit d'une radionécrose survenue au niveau de l'omoplate, le malade ayant reçu des irradiations relativement fortes et répétées pour épithélioma cutané de la région scapulo-humérale. La radionécrose s'est manifestée un mois après l'irradiation et a nécessité une intervention chirurgicale, qui a consisté dans l'ablation de l'omoplate, lorsque cet os a été mobilisable.

A propos de ces deux observations, l'auteur retrace le tableau clinique, déjà fait par Lachapele, des radionécroses tardives, et en particulier il insiste sur les signes cliniques différentiels entre la radionécrose tardive et la récidive.

De l'étude de l'évolution et de la pathogénie, il tire également une conclusion prophylactique ; il montre l'utilité de la désinfection avant l'irradiation et la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce lorsque l'irradiation a été préopératoire.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du Mardi 2 juin 1931.

Arthrite suppurée du genou, traitée par la méthode de Willems et le bactériophage. Guérison avec conservation des mouvements articulaires (présentation de malade).

1° M. BILLET. — Arthrite du genou, à streptocoques, chez un enfant de 11 ans, consécutive à une piqûre par fil de fer barbelé. Large ouverture de l'articulation ; pas de drainage ; mobilisation active, suivant la méthode de Willems. La guérison se poursuit normalement.

Brusquement, vingt jours après le début des accidents, l'état général et l'état local s'aggravent. On emploie des instillations quotidiennes de 25 c.c. de bactériophage. La situation se modifie rapidement et, en moins de cinq jours, tout est rentré dans l'ordre.

La cicatrisation est aujourd'hui complète. L'enfant marche ; les mouvements du genou sont conservés : extension intégrale, flexion à 90°, pas de mobilité anormale.

Cette observation prouve, une fois de plus, l'excellence de la méthode de Willems dans le traitement des arthrites suppurées du genou. Chez l'enfant, c'est indiscutablement la méthode de choix.

L'auteur estime, en outre, que, dans le cas présent, le bactériophage a joué un rôle important, en jugulant radicalement une complication, une extension grave de l'infection, survenue brutalement, sans cause apparente, et contre laquelle il eût fallu sans doute employer de très grands moyens.

Apoplexie utéro-placentaire (présentation de pièce).

2° M. FAVREAU montre l'utérus d'une femme de 34 ans qui a présenté, au 4e mois de sa cinquième grossesse, des accidents graves d'apoplexie utéro-placentaire. L'opération eut lieu dix heures après le début des accidents. Il y avait des suffusions sanguines dans tout le parenchyme utérin, au niveau des ligaments larges et des trompes ; il y avait aussi du sang dans la cavité abdominale.

Quoique l'opération fut rapide, la femme mourut six heures plus tard, avec des phénomènes d'intoxication très nets.

Il faut retenir dans cette observation :

1° La présence d'albumine depuis la grossesse précédente.

2° L'apparition de ces accidents vers le milieu de la grossesse, tandis qu'habituellement, il s'installent à la fin.

3° La présence du sang dans la cavité abdominale.

Rupture de pyosalpinx.

3° MM. VINCENT et CORDONNIER. — Femme de 29 ans, entrée à l'Hôpital de la Charité pour appendicite aiguë avec péritonite généralisée. A l'ouverture du ventre, se trouve du pus libre, provenant d'une perforation du pyosalpinx droit. Hystérectomie subtotale ; péritonisation complète (il n'y avait aucune inflammation du péritoine) ; fermeture sans drainage ; guérison.

Le pus de ce pyosalpinx s'est révélé stérile ; l'origine était probablement gonococcique.

Il est classique d'établir une distinction entre les perforations mécaniques et inflammatoires, celles-ci beaucoup plus sérieuses.

Etude anatomique et histologique des parathyroïdes, en vue de leur accès chirurgical (avec présentation de pièces).

4° MM. DELATTRE, VINCENT, LEBLOND et BATTEUR. — Les pièces anatomiques préparées par M. Batteur, les recherches faites par MM. Vincent et Leblond sur le cadavre, et vérifiées histologiquement par M. Delattre, permettent :

1° De préciser la situation anatomique des parathyroïdes. Au nombre de quatre en général, elles se trouvent à l'intérieur de la gaine thyroïdienne, le long du bord postéro-interne des lobes latéraux de la glande thyroïde, en dehors du récurrent et au point d'épanouissement de l'artère thyroïdienne inférieure ;

2° De montrer que la recherche des parathyroïdiennes sur le cadavre frais, ne donne qu'une chance sur trois d'enlever une parathyroïde authentique, histologiquement vérifiée ;

3° De préconiser, pour l'ablation des parathyroïdes, une incision en cravate, qui met la thyroïde à nu dans sa loge et qui, par la bascule successive de ses lobes, donne accès aux glandules.

A propos du traitement d'un ulcère par la méthode ambulatoire.

5° M. BELLE. — Quatre mois après cicatrisation de brûlures des membres inférieurs, apparaît au mollet une ulcération à marche extensive et rebelle à la guérison. Emploi de la méthode du Dr Bourgraff, amélioration rapide et cicatrisation en un mois.

Il est intéressant de rapprocher cette observation de celles qui ont été présentées l'an dernier à la Société (1), à propos d'ulcères variqueux.

(1) Publiées dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, 14 septembre 1930.

Les Livres

Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

La gymnastique oculaire. Traitement de la myopie et du strabisme par la méthode du Dr Roger d'Ansan (de New-York).

Ce petit ouvrage ouvre une voie toute nouvelle au traitement de certains vices de réfraction et du strabisme, qui vient souvent les compliquer. Jusqu'à présent, il n'était question, en effet, que de la correction par les verres (autrement dit par des moyens orthopédiques) de ces infirmités oculaires ; or, il s'agit, cette fois, d'un traitement curateur et non palliatif.

L'auteur a poursuivi cette étude durant de longues années, et il donne des précisions intéressantes sur une méthode constituée par une gymnastique de l'œil, pratiquée au moyen d'un appareil spécial, qu'il a dénommé « torthopsis » — une expérimentation, portant ainsi sur une vingtaine d'années, lui permet de formuler des conclusions très intéressantes au sujet de sa méthode.

Librairie O. DOIN,
8, Place de l'Odéon, Paris, 6e.

D. CRITZMAN. — **La goutte. Son mécanisme. Son traitement.** (Edition posthume mise au point par le Dr FORESTIER. In « Collection des Actualités de médecine » pratique. Un vol. in-16 de 240 pages. Prix : 25 fr.).

C'est un exposé à la fois théorique et pratique de la question. Dans la première partie, l'auteur passe en revue les diverses théories pathogéniques de la goutte, et tente de démontrer l'importance du facteur rénal dans sa genèse.

Dans la deuxième partie, il fait une étude clinique et thérapeutique de la maladie, où se révèlent ses grandes qualités de thérapeute et de diététicien.

Imprimerie Vve P. BERTHIER, Dijon.

Dr G. ZIPFEL, directeur du Bureau d'hygiène. — **Vingt ans d'hygiène à Dijon**, 1908-1927. (In-8o, 110 pages.)

Voici les titres des principaux chapitres de cet opuscule :

L'hygiène à Dijon à travers les âges. Météorologie : Démographie, morbidité et mortalité. Hygiène appliquée : mesures sanitaires concernant les individus, les immeubles, la localité. Hygiène de l'enfance : crèches, goutte de lait, consultation de nourrissons, etc. Hygiène scolaire. Hygiène alimentaire. Police sanitaire des animaux. Prophylaxie des maladies vénériennes. Œuvres d'hygiène sociale : l'œuvre antituberculeuse ; les colonies scolaires. Station de désinfection et poste sanitaire.

Pour paraître prochainement chez FLAMMARION.

La gastronomie pour les malades au régime. *Une bonne idée de Paul Reboux.*

Paul Reboux, dont on connaît les ouvrages multiples et toujours réussis, vient de publier, sous une apparence d'humour, un livre de diététique destiné tout aussi bien aux médecins qu'aux malades.

Son *Nouveaux Régimes* offre aux médecins un précieux memento contenant la liste des aliments recommandés ou proscrits pour les diabétiques, les hépatiques, les obèses, les arthritiques, etc...

Nouveaux Régimes propose aux malades trois cents recettes nouvelles qui, tout en étant conformes aux prescriptions médicales, donnent ingénieusement le moyen de conformer ces prescriptions à la gastronomie.

Conseiller à un patient la lecture de cet ouvrage, c'est lui donner un spécifique contre la neurasthénie et l'inappétence auxquelles on est exposé par l'interdiction de la bonne chère.

Grâce aux conseils de Paul Reboux, être au régime c'est encore se régaler.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr V. LASSANCE (de Bains-les-Bains). — **Hypertension artérielle.** Préface du Dr Laubry (un vol. 310 pages, 19 fig. Prix : 35 fr.).

Editions « AU BON PLAISIR »,
2, rue Romiguières, Toulouse.

Raymond GROC. — **Pour toi, si tu veux.** Vers et photographies. (Un vol. 78 pages. Prix : 50 fr.).

Chez PAYOT, éditeur,
106, boulevard Saint-Germain.

Laurent MOREAU. — **A bord du cuirassé « Gaulois »** (*Dardanelles-Salonique*, 1915-1916.) *Journal de bord d'un officier qui vécut les heures angoissantes et glorieuses des Dardanelles.* (Un vol. 174 pages, 28 photog. Prix : 18 fr.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES CONFLITS DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Le conflit entre la loi de 1851 et la loi de 1930 dans le fonctionnement des hôpitaux, devenus maisons de santé payantes

Nous avons publié un communiqué de la Confédération des Syndicats mettant en évidence le conflit survenu entre notre Ministère des Affaires étrangères et la loi sur les assurances sociales à propos de l'application de celle-ci dans les pays frontières.

Un conflit un peu analogue a surgi, il y a quelques mois, entre le Ministère du Travail et le Ministère de la Santé publique. On se rappelle que le 26 décembre 1930, une Circulaire ministérielle essayait de donner une satisfaction partielle aux aspirations médicales concernant le régime hospitalier des assurés sociaux. Elle autorisait notamment le jeu de l'entente directe à l'hôpital entre médecins et assurés sociaux hospitalisés appartenant à la cinquième catégorie. Cette Circulaire avait été rédigée et signée, après entente avec la Confédération des Syndicats, par le Dr GRINDA qui fut un très éphémère ministre du Travail.

Or, le 27 mars dernier, le Ministère de la Santé publique adressait aux Préfets une Circulaire, faisant état de considérations formulées par la Commission permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et où on lit notamment : « 5° Aucune entente directe entre les assistés et les médecins d'hôpitaux ne saurait être admise ».

La Confédération des Syndicats, justement émue de cette modification inattendue apportée à des accords précédemment acceptés de part et d'autre, fit des démarches auprès du Ministre pour obtenir l'abrogation de cette Circulaire, et son secrétaire général, le Dr Cibrie, écrivit, dans le *Médecin de France* : « Nous nous emploierons, par tous les moyens que nous jugerons bons à modifier cette mentalité », qui règne parmi les administrations hospitalières et selon laquelle les médecins en sont considérés comme les employés...

Tout cela est rapporté tout au long dans le *Moniteur des assurances sociales* du 5 juillet dernier, sous la signature de M. Paul LASSUR, qui y ajoute ces deux phrases :

« *Il révèle* (ce conflit) *de la part du Corps médical, une mentalité de combat qui est profondément regrettable* ! ! ! ! *Paroles imprudentes* (celles de Cibrie), *que rien ne justifie et qui pourraient mettre un jour le Corps médical en fâcheuse posture devant l'opinion et les Pouvoirs publics.* »

Il n'est pas mauvais que nous sachions comment, en dehors de nos milieux, on nous juge, comme on nous critique, comment même on nous menace. Voilà pourquoi j'ai tenu à rapporter ici les commentaires de M. Lassur.

Or, il s'est produit deux faits, depuis le mois de mars dernier, qui sont particulièrement significatifs, et dont M. Lassur ne parle pas. Les représentants de la Confédération ont été reçus par le Ministre de la Santé publique, M. BLAISOT, qui ignorait tout de la Circulaire envoyée sous le timbre de son Ministère et signée : Serge GAZ. Il a promis d'étudier le conflit dans un esprit libéral ; et de cet esprit, il a donné une première preuve, qui me paraît bien significative, en nommant, le 20 juin 1931, Paul CIBRIE, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Avec le président de la Confédération, membre de droit, le Corps médical organisé pourra donc faire entendre sa voix au sein de ce Conseil, et justifier le point de vue des médecins. L'hospitalisation des assurés sociaux est l'un des principaux points névralgiques de la loi. Alors que la plupart des *Bulletins* syndicaux que nous recevons enregistrent la signature des Conventions Caisses-Syndicats, un peu partout, les contrats Caisses-Commissions administratives restent en panne. Ainsi, en Charente-Inférieure, contrats prêts à être signés ; Vendée, rien n'est encore fait ; dans la Vienne, rien n'est encore fait...

Et cela se comprend sans peine. La loi de 1930 a précisé les conditions dans lesquelles fonction-

nerait le service médical (libre choix contrôlé, entente directe, secret professionnel) dans le cadre des conventions. Et la loi de 1851, qui régit le fonctionnement des hôpitaux, entre en conflit avec la première. Il y a là un désaccord que le législateur n'a pas prévu, ou devant lequel il a fermé les yeux, espérant que le temps arrangerait les choses. Espoir déjoué jusqu'à présent, par l'opposition faite par les Commissions administratives, et, dit-on aussi, le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Or, la loi de 1851 a été votée en un temps où l'hôpital avait une destination bien définie, et n'en semblait devoir s'écarter. Il était la maison de santé des pauvres, leur asile, leur dernier refuge. Son budget était fait alors avec le produit de legs, donations, dotations, procédant généralement de l'initiative privée ; c'était le bien des malheureux, auquel il fallait donner une gestion particulièrement économe de ses deniers.

Le service médical des hôpitaux était assuré dans des conditions particulièrement libérales, car les médiocres indemnités accordées aux médecins qui s'en étaient chargés, ne pouvaient être considérés comme capables de dénaturer le caractère entièrement gratuit que ceux-ci entendaient lui conserver.

Il n'en est plus ainsi. A tort ou à raison, plutôt à tort, à mon avis, la destination des hôpitaux a perdu peu à peu son objet primitif. L'organisation, en 1893, de l Assistance médicale gratuite a modifié leurs rapports avec leur clientèle indigente. L'A. M. G. leur a en effet créé des ressources puisqu'elle a été mise à la charge des communes, des départements et de l'Etat, tenus aux frais d'hospitalisation des assistés, et payant pour elle le prix de journée.

Cinq ans plus tard, l'organisation de la médecine des accidents du travail a constitué, au bénéfice des hôpitaux, une clientèle payante, leur apportant des ressources dans lesquelles les médecins, en vertu de l'abusif *tout compris* de l'article 4 de la loi, n'ont eu aucune part.

En 1919, les pensionnés de guerre vinrent à leur tour constituer, pour les hôpitaux, une nouvelle clientèle payante, dont les médecins ne tirent aucun profit et voici que, présentement, ce sont les assurés sociaux qui forment une nouvelle catégorie bien définie de malades payants.

Enfin, en dehors des bénéficiaires des lois médico-sociales que je viens de citer, il convient de faire état des particuliers, à quelque condition sociale qu'ils appartiennent, qui trouvent le moyen d'entrer à l'hôpital, comme dans une maison de santé privée, mais où ils acquittent un prix de journée qui comprend, tout ensemble, leur hospitalisation, leur hébergement proprement dits, et les soins médico-pharmaceutiques dont ils ont besoin.

Nous concevons dès lors pourquoi la loi de 1851 *ne répond plus* aux exigences de la situation actuelle. Elle n'est plus « à la page. »

Et c'est à juste titre que le Corps médical en réclame la révision.

Mais, en attendant, et nonobstant le conflit ouvert entre cette loi vétuste et la loi de 1930, nous avions le droit de compter que des accommodements pourraient être pratiqués, d'accord avec les administrations hospitalières, qui adapteraient, dans la mesure du possible, le régime des hôpitaux, et la rémunération de leurs médecins aux conditions de la législation nouvelle.

Et nous pouvions d'autant mieux le faire qu'il n'est pas exceptionnel que des Commissions administratives autorisent leurs médecins et chirurgiens à percevoir des honoraires des particuliers hospitalisés dans leurs établissements, à titre onéreux.

La malencontreuse Circulaire de mars a remis tout en question, et suscité cette rebéllion du Corps médical à qui M. Lassur reproche sa mentalité de combat. Et pourquoi pas ? Il est permis de proclamer qu'il n'y a plus de pauvres à cette heure, ou les vrais pauvres ne sont pas ceux qu'on pense. Les assistés, les accidentés du travail, les pensionnés de guerre, les assurés sociaux, constituent des clientèles payantes. Il n'y a aucune raison valable de refuser aux médecins d'avoir leur part, dans des limites raisonnables, des ressources dont cette clientèle dispose. Des concessions ? Certes, ils sont prêts à en faire. Ils n'ont jamais cessé d'en faire. Des générosités ? Qui dira combien de fois la main droite du médecin aura ignoré le geste charitable de sa main gauche ? Des gracieusetés ? Il n'y a aucune comptabilité qui les enregistre. Mais ce qu'ils ne veulent pas, c'est qu'on leur impose, parce qu'ils sont médecins, — et à eux seuls — de dérisoires rémunérations, qu'on spécule sur leur libéralisme légendaire. Et qu'ils soient prêts à se battre pour faire valoir leurs droits, ce que l'on pourrait faire remarquer, c'est qu'il y a longtemps qu'ils auraient dû y penser. Peut-être même a-t-on compté sur l'inertie dont firent preuve, dans un passé qui n'est pas si lointain, leurs prédécesseurs pour chercher à « les avoir » une fois de plus.

Mais l'opinion publique, dont on brandit les foudres, sera-t-elle alertée par ces rumeurs de bataille ? ? Certes, la médecine a ses resquilleurs, qui l'exploitent sans vergogne. Si leurs manœuvres sont déjouées, ils seront sans doute enclins à braillier. Mais ce ne sont pas les assurés sociaux aisés, — il y en a, qui disposent de ressources autres que le salaire qui les a catégorisés, — qui l'émeuveront parce que, à l'hôpital, comme dans la maison de santé privée qu'ils auraient pu choisir, leur médecin et leur chirurgien leur réclameront

leurs légitimes honoraires, — dont leur Caisse leur remboursera sa part de responsabilité.

Tout de même, il ne faudrait pas lui faire l'injure, à cette opinion publique, de la supposer dénuée de sens commun. Et ses révoltes ont des motifs autrement sérieux à éclater, que nos revendications les plus équitables.

Quant aux Pouvoirs publics, nous traitons et nous nous entendons avec eux. Ils sont prêts à reconnaître ce qu'ont de fondé la plupart de nos réclamations.

Ce qu'il faudrait ? C'est que les hôpitaux conservent leur destination primitive, comme l'a si fortement démontré mon collègue et ami, Paul Boudin, sous le régime de la loi de 1851. Mais que, pour toutes les clientèles payantes, partout ou l'initiative privée n'y aura pas pourvu ils s'annexent des organisations dont ils auraient la direction, mais qui fonctionneraient à l'instar de ces maisons de santé privées, en respectant la charte professionnelle du Corps médical, celle qui est inscrite en toutes lettres dans la loi du 30 avril 1930.

J'ai foi que cette transformation se fera un jour. Elle se ferait bien plus aisément si les Syndicats médicaux possédaient leurs centres de diagnostic, de cure et de prévention. C'est une thèse que j'ai longuement soutenue il y a deux ans. Je ne la reprendrai pas en détail aujourd'hui. Ces deux années écoulées ont pourtant permis au Corps médical de prendre conscience des vertus de la solidarité, de l'union, de la discipline, sous le signe du Syndicalisme, plus encore et de commencer à les pratiquer. Mais il faut que cette conscience se développe et absorbe des conceptions qui lui étaient demeurées jusque-là étrangères. Et elle saura concilier les intérêts de ses représentants avec le souci du bien public.

G. DUCHESNE.

SECRET PROFESSIONNEL ET MÉDECINE ADMINISTRATIVE VALEUR JURIDIQUE DE L'ARTICLE 13 DE LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892

Le Dr P... adresse ses compliments au Docteur Paul Boudin, et lui transmet, comme suite à son brillant article paru dans le *Concours médical* du 7 juin, la copie d'une lettre qu'a reçue une de ses malades, veuve de guerre, travaillant au Magasin général, et atteinte de cancer.

Xe RÉGION
No 469 A.

Le Commandant d'administration gestionnaire du Magasin général, à Madame .....

Je vous fais retour du présent certificat, en vous priant de le faire compléter par l'*indication du diagnostic de la maladie*, conformément aux prescriptions ministérielles du 8 janvier 1929 réglant la situation en cas de maladie des agents des établissements et services de la Guerre.

Recevez, Madame,

Signé : N.

Réponse.

Ce n'est pas la première fois qu'une circulaire ministérielle viole une loi, ou un article du Code. Bien que licenciés ou docteurs en droit, les rédacteurs des ministères sont très spécialisés sur telle ou telle matière concernant le département ministériel, qui les occupe ; mais, du point de vue médico-juridique, même à la Santé publique, on commet fréquemment des erreurs, faute de techniciens idoines.

L'administration croit devoir réclamer le diagnostic sur un certificat de congé, ou de maladie, pour lui permettre de contrôler sur pièces, en faisant l'économie d'un médecin contrôleur Elle pense tourner la difficulté par l'utilisation irrégulière des médecins dits assermentés.

Elle ne se préoccupe pas de savoir s'il y a confusion des fonctions, chez le même praticien, qui, médecin traitant, doit se taire, mais assermenté, doit violer son propre secret professionnel.

Pratiquement, en cas de conflit, qui va pâtir de cet état de choses ? Le malade d'abord, puis le médecin isolé.

Le malade doit obéir aux injonctions de ses chefs, sinon, il sera mal noté, classé parmi les fortes têtes et même révoqué s'il se refuse à fournir le certificat demandé, comportant un diagnostic quelconque, vrai ou faux.

Le médecin traitant, non assermenté, sera peu à peu abandonné au profit de son confrère, qui, bien que syndiqué comme lui, est censé avoir prêté serment et rafle toute la clientèle des fonctionnaires.

Quant à l'administration, elle est plus ou moins induite en erreur par des diagnostics souvent atténués, incomplets pour ne pas dire mensongers.

Pour avoir la paix, le malade demande au médecin un certificat, qui aura l'apparence de la vérité, si ladite vérité ne doit pas être dévoilée.

Pour garder ses clients, le médecin acceptera cette besogne de certification complaisante.

L'administration croira être parfaitement au courant, alors qu'elle n'aura que des diagnostics tronqués. Aurait-elle des diagnostics véritables, que les employés des différentes administrations,

n'ayant pas les connaissances suffisantes consacrées par le diplôme de docteur en médecine, ni la pratique journalière, ne peut pas se rendre un compte exact de la nature de la maladie, dont s'agit.

De sorte que, par veulerie, les syndicats médicaux laissent persister un état de choses, qu'ils pourraient parfaitement faire cesser par une action collective auprès des administrations, ainsi que par la démission collective de chaque médecin assermenté du département.

Qu'on ne vienne pas m'opposer l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Ce fameux article autorise les médecins à se constituer en syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Or, un syndicat, qui existe depuis longtemps, ne *se constitue* pas en vue de lutter contre l'Etat, les départements et les communes : en droit pénal, tout est de sens étroit et j'estime que cet article 13 ne peut s'appliquer à un syndicat médical déjà existant.

En second lieu, dans l'esprit du législateur de 1892, cet article ne visait que la coalition de médecins fonctionnaires ; or un assermenté n'est pas un fonctionnaire : il est commis par l'administration pour renseigner cette dernière; il ne touche pas d'appointements pour cela, n'a pas de retraite et ne détient aucune parcelle de l'autorité publique.

En troisième lieu, depuis cette loi de 1892, est intervenue celle du 12 mars 1920, que beaucoup semblent ignorer.

Je lisais tout récemment, dans un de nos grands organes syndicalistes, une consu tation juridique, que je n'approuve pas. Contrairement à l'honorable avocat, j'estime que l'article 13 n'a plus aujourd'hui d'application pratique, à l'égard des médecins.

En 1892, seuls les ouvriers avaient droit de se constituer en syndicats, aux termes de la loi du 21 mars 1884. Lors de la discussion parlementaire de ce qui devait devenir la loi du 30 novembre 1892, les médecins — et notamment les dirigeants du *Concours médical* — firent tous leurs efforts, par l'intermédiaire des Professeurs Brouardel et Cornil et du Docteur Chevandier, pour que le droit syndical fût reconnu aux médecins.

C'était alors une petite révolution, une innovation, qui pouvait aller loin, car jusqu'à ce moment, les professions libérales n'avaient pas le droit de se constituer en syndicats.

Le Parlement nous reconnut ce droit, sauf en ce qui concerne l'action des médecins, chargés d'un service public, contre l'administration.

Aujourd'hui encore, les fonctionnaires ne peuvent pas lutter syndicalement contre leur employeur, l'Etat, le département, ou la commune ; mais les professions libérales ont obtenu, par la loi du 12 mars 1920, le droit de se constituer en syndicats.

La loi du 25 février 1927 a codifié les lois du 21 mars 1884 et 12 mars 1920 et les a réunies dans le Livre III du Code du travail.

Médecins praticiens, exerçant une profession libérale, nous nous formons en syndicats, conformément aux termes du Livre III du Code du travail et nous luttons contre toutes les administrations publiques, où privées pour la défense de nos intérêts professionnels. Seuls, les médecins fonctionnaires ne peuvent pas prendre part à la lutte contre leur employeur.

Et si l'administration tentait de nous faire peur, en faisant revivre cet ancien article 13 périmé, acceptons hardiment le débat.

D'abord, le préfet n'a pas le droit de dissoudre un syndicat, comme il pourrait le faire pour une quelconque association, qui se réclame de la loi de 1901. Il faut que le préfet saisisse le procureur de la République d'une plainte, demandant la dissolution du syndicat.

Si le procureur se décide à poursuivre, le procès sera porté devant le tribunal correctionnel et plaidé.

Si les juges prononcent la dissolution, le syndicat interjettera appel et, au bout d'un an, ou deux, nous irons devant la cour d'appel.

Cette dernière ayant rendu son arrêt, il nous restera le recours en Cassation, qui demandera bien deux ou trois ans. Ce qui fait presque six ans, depuis l'ouverture du procès.

Pendant ce temps, le syndicat continuera à fonctionner et le préfet sera vraisemblablement changé de département. Et la Cour de Cassation, jugeant en droit, décidera presque certainement que les syndicats médicaux peuvent se recommander du Livre III du code du travail et que seuls les médecins fonctionnaires sont encore assujettis aux dispositions d'ordre général, concernant l'ensemble des fonctionnaires et plus particulièrement les dispositions de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892.

Si les préfets pouvaient opposer l'article 13 aux syndicats médicaux, il y a belle lurette qu'ils auraient employé ce moyen de défense, ou d'intimidation, contre les syndicats agissants, qui entendent lutter contre l'administration, pour obtenir de meilleures conditions, en matière d'A. M. G. ou qui font grève à propos d'expertises accidents du travail, ou qui entendent participer activement à l'organisation de certains services médicaux publics (vaccinations, inspection des écoles, etc., etc.).

En matière de lutte, il faut d'abord bien connaître ses droits et ses devoirs ; après quoi on est très fort.

Il appartient donc aux syndicats médicaux dignes du nom de syndicats, de faire cesser la pratique irrégulière des médecins assermentés et dans cette lutte, de prendre lieu et place des fonctionnaires, nos malades, qui ne tiennent pas à ce que le secret professionnel soit dévoilé, mais qui ne peuvent pas agir isolément, de peur de révocation.

Dr Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES

Assurances-décès

Ayant établi au décès d'une assurée sociale un certificat sans diagnostic, la Caisse P. D., de la Seine-Inférieure, me retourne mon certificat pour « mentionner la cause du décès, au moyen d'un chiffre que vous voudrez bien relever sur la nomenclature ci-jointe, cette condition faisant l'objet d'un arrêté de la Commission internationale des statistiques nosologiques ».

N'en déplaise à la C. I. S. N., en mettant 1, j'aurais violé le secret professionnel car :1 = fièvre typhoïde, de même que 16 = cancer. Mon indiscrétion n'intéressera pas Tokio, mais elle ne sera pas perdue à Rouen.

Il est vrai que je puis mettre 37 = autres maladies, ou 38 = maladie non spécifiée ou mal définie, mais ce serait se moquer de la C. I. S. N.

En conclusion, le secret que nous avons obtenu pour la maladie, cesse-t-il après la mort ?

Th. Bouju.

***

En dehors de l'arrêté de la Commission internationale des satistiques nosologiques, il existe une Circulaire ministérielle du 25 juin dernier où l'on peut lire :

« En ce qui concerne les relevés statistiques de l'assurance-décès, l'article 32 prévoit qu'ils doivent être établis trimestriellement et porter, pour chaque assuré décédé, le montant des allocations, et, toutes les fois qu'elle est connue de la Caisse, la cause du décès.

« Je vous envoie ci-joint un nouvel exemplaire de la liste des causes de décès, établie d'après la nomenclature type arrêtée par la Commission internationale des statistiques nosologiques, et dans laquelle chaque maladie ou cause de décès est affectée d'un numéro qui sera reporté dans la colonne réservée à cet effet sur l'état statistique trimestriel des assurances maternité et décès ».

Le Ministre du Travail a donc pris à son compte cette formalité que les Caisses entendent remplir en obtenant des médecins traitants la révélation de la cause des décès de leurs clients assurés sociaux.

En l'état actuel de la législation, cette révélation, même sous le masque hypocrite d'un numéro, serait une violation du secret professionnel relevant de l'article 378 du Code pénal.

Si les statistiques des décès, en fonction de leur cause, ont un intérêt indiscutable à la condition qu'elles soient aussi exactes que possible, ce qui, présentement, est plus que douteux, si la santé publique doit en tirer quelque profit, il appartient aux Pouvoirs publics de prendre les mesures nécessaires et d'organiser la constatation de tous les décès par des médecins autres que les médecins traitants. C'est ce qui existe dans les villes de quelque importance où fonctionne un service d'état-civil comportant un personnel médical.

Pour la documentation des Caisses, il me semble que leurs médecins contrôleurs sont excellemment qualifiés pour remplir cette fonction et procéder au contrôle des causes des décès survenant parmi leurs assurés.

D'une façon beaucoup plus générale, si l'on voulait intéresser tous les médecins à l'établissement d'une statistique aussi exacte que possible, il ne serait pas nécessaire de leur demander de violer une loi qui les oblige à la discrétion. Il n'est pas nécessaire en effet que cette statistique repose sur des certificats révélant les noms, prénoms et domiciles des décédés. Il suffirait qu'ils concourent à l'établissement d'états trimestriels, par exemple, indiquant anonymement le nombre de décès par fièvre typhoïde, variole, diphtérie, cancer, pneumopathies, tuberculose, cirrhose, etc., etc., au-dessous d'un an ; d'un an à 19 ans ; de 20 à 39 ans ; de 40 à 59 ans ; au-dessus de 60 ans. Le sexe pourrait également être indiqué. La centralisation se ferait entre les mains du secrétaire du Syndicat départemental qui fournirait un relevé général à l'administration.

Il y a déjà longtemps que j'ai proposé ce moyen de concilier l'obligation rigoureuse du secret professionnel avec le souci de la santé publique. Il ne semble pas que ma suggestion ait été bien accueillie.

Quoiqu'il en soit, et pour en revenir à l'objet de votre lettre, je réponds à votre question finale : Cessons-nous d'être tenus au respect du secret professionnel après la mort de nos clients, comme nous le sommes tant qu'ils sont vivants ? Non.

G. Duchesne.

A L'OCCASION D'UNE PRÉFACE

Notes Biographiques

Par Albert GARRIGUES

Peut-être le lecteur de ces *Variétés* se souvient-il encore de certaine *Préface* dont le *Concours médical,* à pareille place, lui donna le texte, la traduction et un court commentaire dans son numéro 17 du 26 avril dernier.

S'il reste de cela une trace même légère dans sa mémoire, à en aviver aujourd'hui le relief, une impression surtout lui reviendra qu'à coup sûr, il dut alors avoir. Notre *Préface* frappe, en effet, par l'abondance des noms propres dont elle est semée, et l'on mesure malgré soi la vanité des gloires humaines à voir maintenant presque inconnus la plupart de ces noms autrefois célèbres. Saisissons l'occasion pieuse qui s'offre à nous d'en dégager quelques-uns de la lourde poussière d'oubli qui les recouvre.

De ces autorités qu'invoquait un libraire habile, on peut faire deux groupes. Le premier réunit les érudits directement mis en cause par la publication offerte au public : Goldast, Philelphe, Philippe de Milan. Laissons-les de côté ; j'en ai parlé ailleurs (1). Le second groupe comprend les divers humanistes, médecins pour la plupart, donnés ici comme éditeurs d'antiques traités : Sigismond Gelenius, qui publia *Gynæcea Salvianum* de Priscien ; Conrad Gesner, qui recueillit Moschion ; G. Wolf et I. Spachius, qui donnèrent le *Librum matricis* de Trotula et le *De morbis muliebribus* d'Albucasis ; Alban Thorer enfin, qui publia l'*Isagoge in artem medendi* de Soranus.

***

Sigismond **Gelenius** naquit à Prague, en 1477 disent les uns, en 1497 ou 1498 soutiennent les autres. Son père, Grégoire Hruby de Gelein, occupait une charge à la cour de Bohême ; mais il ne lui laissa aucune fortune. En revanche, il veilla à son éducation et lui fit donner une instruction fort étendue. A la première, Sigismond dut l'amour du travail, une grande simplicité de mœurs, enfin un caractère sociable et doux, tel qu'on ne le vit jamais en colère. A la seconde, il dut des relations nombreuses, une réputation méritée et les moyens même de vivre.

Ses premières études finies, Gelenius, à la mode du temps, partit courir le monde. Nous voyageons par curiosité ; on le faisait alors pour s'instruire ; et, parcourant l'Allemagne, la France et l'Italie, Sigismond se perfectionna dans la langue latine, apprit le grec et l'hébreu.

Il avait été quelque temps l'hôte de Philippe de Würtemberg, était devenu l'ami de Camerarius, quand, passant à Bâle, il étonna par son savoir Erasme lui-même. Cela décida de sa vie. Erasme parla de lui à Froben, et Froben, après l'avoir employé comme correcteur, le mit bientôt à la tête de son imprimerie. Une vie laborieuse, une situation modeste convenaient à ses goûts. Il s'en tint à cela, et refusa aussi bien une situation à la cour de Bohême, qu'une chaire à Nuremberg.

Le voilà donc traduisant Josèphe, Denys d'Halicarnasse, Appien, Philon, Origène et notre Priscien, par malheur les corrigeant à sa manière, qui était souvent ingénieuse, mais quelquefois d'une telle audace qu'on a pu dire qu'un Arnobe, en particulier, qu'il publia, n'était plus Arnobe.

Au milieu de cette activité, la mort le prit en 1554 (ou 1555) avant qu'il ait pu voir imprimer son œuvre la plus importante, un *Lexicon symphonum quatuor linguarum Græcæ scilicet, Latinæ, Germanicæ et Sclavinicæ,* où il établissait des analogies frappantes entre les quatre langues et qui ne parut qu'en 1557.

***

Plus considérable fut l'œuvre de Conrad **Gesner** et plus grande aussi sa renommée ; mais une pareille vie de voyages, de travail et de pauvreté rapproche les deux hommes. Pauvre, Gesner le fut en naissant (26 mars 1516), car son père Ursus et sa mère Barbe Friccia étaient de modestes fourreurs de Zurich, chargés de famille. Un frère de sa mère, ministre de l'Evangile, — l'oncle Jean — s'intéressa à l'enfant, l'instruisit dans les lettres et lui donna le goût de la botanique : mais la guerre civile troubla la Suisse ; Jean Frick mourut ; Ursus Gesner fut tué à la bataille de Zug. A quinze ans, Conrad était orphelin, abandonné à lui-même et sans ressources.

Il vint à Strasbourg et se mit au service de Wolfgang Fabrice Capiton, qui lui apprit l'hébreu à ses heures de loisir. L'adolescent s'instruisait avec ardeur, mais de l'*alef* au *thav* pensait à sa patrie ; il y revint dès qu'il le put. Comment y vécut-il ? De quelques leçons sans doute qu'il trouva à donner, jusqu'à ce que le Chapitre

(1) Cf. *Nord médical,* n° 748, 15 avril 1931.

de Zurich lui accorda une bourse pour aller apprendre la médecine à Bourges.

Voici notre homme en France, à Bourges d'abord, où il resta un an (1534), puis à Paris. Ici et là, privé de guide, il se livra à une débauche de travail intellectuel. Tout était bon à sa soif d'apprendre, et il y avait tant à acquérir que la médecine paraît, à ce moment, avoir été son moindre souci. La pension des chanoines était cependant courte et le jeune étranger ne trouvait guère de leçons à donner ; le savoir des écoles emplissait sa tête, non pas son estomac ; et 1535 fut pour lui des journées pénibles. Alors, il espéra dans ses anciennes relations strasbourgeoises et regagna l'Alsace ; ce fut de Zurich que le salut vint. On le rappela ; on lui trouva une place de régent de collège ; on lui trouva même une femme et on le maria. Gesner avait alors vingt ans (1536).

Nous voyons assez mal Conrad Gesner maître d'école, et lui-même à coup sûr, se vit plus mal encore dans ces fonctions, car très vite il pensa à les abandonner, invoquant de nouveau sa vocation médicale. Il faut penser que les chanoines de Zurich étaient sans rancune ; ils lui rendirent sa pension d'étudiant en médecine, mais, à ce coup, on choisit une Faculté moins lointaine : on l'envoya à Bâle. Il y passa un an (1537), étudiant la médecine sans doute, mais s'adonnant bien davantage à la littérature grecque, puisqu'il collabora à la publication du Dictionnaire de Favorinus Camers. Il en vint que, mal traité du reste par son éditeur, ses affaires allant de mal en pis, il fut heureux d'accepter une chaire de professeur de langue grecque à Lausanne. Il l'occupa durant trois années (1538-1540).

Pourtant, ses études médicales étaient si loin d'être abandonnées qu'il partit à Montpellier afin de les parfaire. Montpellier lui réservait une déception. Ce n'est pas que l'enseignement qui y était donné, fut au-dessous de sa réputation, mais Gesner espérait un accueil qu'il ne reçut pas. Il comptait être admis dans l'intimité de quelque maître, vivre chez lui comme un hôte, et il lui fallait se contenter des leçons publiques. Alors, il refit son maigre bagage et revint à Bâle prendre le bonnet de docteur (1540) et publier son premier ouvrage médical (1).

Ce bonnet fit plus pour le retenir désormais à Zurich que n'avaient pu faire les pantoufles du mariage. Retourné, en effet, dans sa patrie pour y exercer la médecine, il y fut nommé presqu'aussitôt à une chaire de philosophie, qu'il ne quitta, en 1555, que pour devenir professeur public d'histoire naturelle. Dès 1541, sa vie était enfin fixée. Il avait vingt-cinq ans, et commença cette production d'ouvrages, qui fondèrent sa réputation et dont le nombre nous apparaît formidable. Niceron en a compté soixante-six, traitant de théologie, de philosophie, d'histoire, de littérature, de philologie, d'histoire naturelle, de médecine *et quibusdam aliis*, et cette liste n'est pas complète. En particulier, l'édition gréco-latine du περὶ γυναικείων παθῶν de Moschion, que lui prête notre *Préface*, ne figure dans la liste des ouvrages de Gesner d'aucune des biographies médicales que j'ai lues, sauf dans *Vitæ Germanorum medicorum* de Melchior Adam (1), encore n'est-elle indiquée là que comme une œuvre laissée en manuscrit et inachevée (*affecta et perfecta fere*).

L'activité de cet homme, de santé pourtant médiocre, fut en vérité prodigieuse. Qu'on se représente, quelque précipitation qu'ait pu mettre l'auteur à écrire, tout ce qu'il y a, non pas seulement d'érudition et de lectures, mais de recherches dans cette œuvre, surtout dans sa partie scientifique ; qu'on songe aux explorations que Gesner fit partout où il était conduit, aux voyages d'études qu'il entreprit, en Italie avec Rauwolf, à Venise en 1545, à Augsbourg en 1559, sur les Alpes avec Jean Bauhin en 1561, partout où quelque occasion lui en était offerte, aussi souvent que le loisir lui en était donné ; qu'on pense à la correspondance considérable qu'il avait entreprise pour recevoir de partout des renseignements, des documents et des pièces, aux visites qui lui venaient presque chaque jour de tous les coins du monde savant ; tout cela ajouté à ses leçons officielles, ajouté aux collections qu'il réunissait, aux dessins qu'il traçait lui-même malgré sa myopie et qu'il faisait graver sous ses yeux, tout cela fait honte à nos huit heures de tâche quotidienne et à nos ardeurs de fonctionnaire qui attend sa retraite.

On comprend que l'empereur Ferdinand I ait voulu connaître un tel homme ; on comprend qu'en 1564, il lui ait accordé des armoiries (2) ; mais on s'explique aussi que, lorsque la peste passa à Zurich, en 1565, elle ait fait sa proie de ce surmené et lui ait dit brutalement : « repose-toi ».

Une nuit, un peu auparavant, Gesner avait eu un songe. Il avait rêvé qu'il était mordu par un serpent ; et, réveillé aussitôt, il avait vu là un avertissement qu'il serait une des victimes de la contagion. En fait, le 9 décembre, il fut frappé; un bubon se développa dans son aisselle gauche ; le 13 décembre, il était mort. On conte que, sen-

(1) *Medicamentorum succidorum Galeno adscriptorum tabula latine donata, adjectis etiam graecis multo castigatioribus et annotationibus in quosdam locos. Eadem ex libris Dioscoridis, Aetii et Pauli Aeginetae passim excerpta, et in utrum diligenter conscripta, nuncque primum in lucem edita*, in-8°, Bale, 1540.

(1) In-8°, J. G. Geyder, Heidelberg, 1620, p. 170.

(2) C'était un écu écartelé. Un aigle aux ailes déployées occupait le premier quartier, et un lion armé le second ; dans le troisième, on voyait un dauphin couronné, et enfin un basilic entortillé dans le dernier.

tant venir son heure dernière, il voulut mourir dans son cabinet, et qu'il s'y fit porter par sa femme, entre les bras de qui il expira. Ce trait était bien fait pour plaire à notre Gui Patin, aussi n'a-t-il pas manqué de le louer (1), mais ce n'est peut-être qu'une légende. D'autres du reste se font formées, qui n'ont pas accepté une fin aussi naturelle. Costaeus et Schulze ont ainsi rapporté que Gesner se serait empoisonné involontairement en expérimentant sur lui-même les propriétés de la racine de *Doronicum* pour le premier, de l'*Anthora* pour le second. La gloire du savant n'a pas besoin de ces fioritures.

De l'œuvre immense qu'il a laissée, j'avoue n'avoir lu que les deux livres, courts et d'assez peu d'intérêt, de son *De Germaniæ et Helvetiæ Thermis*, publiés dans le recueil *De Balneis* des Juntes, à Venise, en 1553 (2) ; et, d'autre part, dans l'édition parisienne in-16 de Ch. Guillard, son *Historia plantarum* (1541), œuvre de jeunesse, qui n'est qu'une compilation. C'est trop peu pour porter un jugement personnel ; mais celui des contemporains de Gesner et de ses biographes s'accorde dans une commune admiration. Parmi les premiers, Th. Zwinger lui avait décerné le titre de *Plinius Germanicus*, et Bèze renchérissant déclarait qu'*il avait à lui seul toute la science qui avait été partagée entre Pline et Varron. — Si on disait,* écrit parmi les seconds le Dictionnaire historique (3), *que les écrits bibliographiques de Gesner ont créé la science bibliographique encore dénuée de méthode ; que ceux sur l'histoire naturelle ont produit Linné ; que ses écrits sur la toxicologie ont produit Leibnitz ou Condillac; on ne dirait rien que de vrai ; et cependant on allèguerait des faits ignorés de presque tous les lecteurs.* Habent sua fata libelli, *et les hommes de génie ont leur destinée comme les livres.*

***

Au ciel des savants de la Renaissance, Gaspard **Wolf** est une étoile de moindre grandeur, qui brille surtout de l'éclat qu'elle reçut de la gloire de Gesner. Comme lui, il était né à Zurich. La date de sa naissance peut être fixée vers 1525, et j'avoue ne rien savoir de sa famille ni de son enfance.

Il voyagea, comme on voyageait alors, cherchant à s'instruire dans les universités d'Italie et de France. En 1553, il découvrit ainsi dans une bibliothèque italienne le manuscrit d'un recueil d'assez médiocres recettes qu'il devait publier plus tard (4) sous le titre *Viaticum novum de omnium fere particularium morborum curatione.* Ce fut pourtant à Montpellier qu'il termina ses études médicales et qu'il fut reçu docteur en 1558. Alors, il rentra dans sa ville natale, où Gesner était dans tout son éclat et il devint son ami. Amitié profitable par les encouragements, les conseils, les concours reçus, plus encore par les héritages divers qui suivirent.

Conrad Gesner disparu, Gaspard Wolf fut, en effet, nommé professeur de physique, et il occupa cette chaire à laquelle bientôt fut jointe celle de langue grecque, jusqu'à sa mort, survenue en 1601. D'autre part, Gesner avait communiqué à son ami un manuscrit de Moschion, trouvé par lui à Augsbourg, et il lui avait conseillé d'en donner une édition corrigée, augmentée des autres auteurs antiques qui avaient traité des maladies des femmes. Enfin, lorsque Gesner se sentit mourir, il légua à Wolf, avec mission de les publier, d'autres disent qu'il les lui vendit à très bas prix sous la même condition, ses manuscrits et, en particulier, plus de mille cinq cents planches gravées pour illustrer une Histoire générale des plantes.

De tout cela qu'advint-il ? — Des leçons de Gaspard Wolf et de ses recherches personnelles sortirent, avec le *Viaticum* que nous connaissons déjà, un *Alphabetum empiricum sive Dioscoridis et Stephani Atheniensis de remediis expertis liber*, paru en in-8° à Zurich en 1581 ; — un *De Stirpium collectione tabulæ tum generales tum per duodecim menses*, un in-8° encore, publié au même lieu en 1587 ; — enfin une collaboration au *Traité des poids* de Massaria sous forme d'une *Table générale des différents poids* et d'une *Liste alphabétique des auteurs* qui avaient écrit sur pareil sujet.

Le Moschion défectueux et incomplet de Gesner vint grossir un *Volumen Gynæciorum de mulierum gravidarum, parturientium, et aliarum natura morbis*, dont la première édition parut en in-4° à Bâle en 1566.

Des manuscrits de Gesner, Wolf publia ensemble à Zurich en 1577, en in-4°, des *Lettres*, un *livre sur l'aconit*, et un autre sur l'*oxymel d'ellébore.* Les planches gravées eurent une plus fâcheuse histoire. Wolf en avait annoncé la publication avec spécimen à la suite de la *Vie de Gesner* par Simler ; mais il ne tint pas sa promesse. A cela, des maladies répétées, dit-on, seraient une excuse. Accordons-le. Mais la maladie n'excuse pas qu'il ait vendu ces planches cent cinquante florins à Joachim Camerarius. Celui-ci avait bien promis d'en rapporter le mérite à leur auteur, mais il n'en fit rien, et en utilisa bonne partie dans une édition abrégée, tout juste, de ce Matthiole, qui avait été l'adversaire de Gesner.

Cela gâte pour moi une biographie et m'eut seul empêché de dire que Gaspard Wolf fut un grand homme... s'il l'avait été. Par bonheur,

(1) Cf. Patiniana, in-12, Florentin, Paris, 1701, p.24

(2) Pp. 289 à 298.

(3) *Dictionnaire historique critique et bibliographique*, in-8°, Ménard, Paris, 1822, t. XII, p. 106.

(4) In-12, Zurich, 1565.

il m'a sauvé de la faute d'être partial en n'en faisant rien.

***

Israël **Spachius**, à défaut d'une amitié célèbre tient peu de place dans nos histoires de la médecine, et maintes encyclopédies oublient même de citer son nom. Né à Strasbourg, en 1560, mais parti à Tubingue pour y faire ses études médicales, il dut s'y montrer brillant élève, car il fut reçu docteur à vingt et un ans, si les biographes ne mentent point (13 septembre 1581). Le fait est d'exception et l'on comprend que, sûr de son mérite, le jeune docteur soit retourné dans sa patrie escomptant un emploi académique. Cet espoir ne fut pas déçu : une chaire lui fut donnée à la Faculté de médecine. Il l'occupa jusqu'à sa mort, en 1610.

C'était un travailleur, mais un modeste ; aux recherches originales qui peuvent conduire à des trouvailles, il préféra l'érudition transquille qui retourne le champ ancien. Il publia, c'était la mode ; mais ses *Nomenclatures*, tant celle *des Ecrivains grecs, arabes et latins et des médecins plus récents* (in-8°, Francfort, 1591), que celle *des Philosophes et des philologues* (in-8°, Strasbourg, 1598) ; son *Etude médicale des facultés de l'âme* (in-4, Strasbourg, 1591) ; sa traduction de l'espagnol en latin de la *Matière médicale végétale venant des Indes* de J. Fragose (in-8°, Strasbourg, 1600), l'ont moins sauvé d'un oubli total que la pensée qu'il eut de reprendre une des œuvres de Wolf en la complétant.

A la vérité, il ajouta beaucoup au recueil de son prédécesseur et son *Gynæciorum, sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus et morbis* (in-fol., Strasbourg, 1597) reste un ouvrage recherché non pas seulement parce qu'il est rare.

***

Avec Alban **Thorer**, nous retournons en Suisse. Thorinus (ou Torinus) naquit, en effet, à Winterthur en 1489. Il fit ses études en lettres grecques et latines et en philosophie à Bâle, où, reçu maître ès arts, la direction de l'Ecole Saint-Pierre lui fut confiée en 1522. Il s'y distingua en appliquant à ses jeunes élèves une méthode d'enseignement mutuel, qu'il n'inventait pas, mais qu'il avait restaurée, et qui a attendu près de trois siècles avant d'être rapportée en France. Ce mérite est oublié de plusieurs histoires de l'enseignement et de la pédagogie, où il me semblait légitime de le voir signalé, mais où j'ai eu la surprise de n'en trouver aucune mention. Les contemporains de Thorer témoignèrent de plus de justice, et, en 1532, on lui confia une chaire de rhétorique à l'Académie.

C'était trop peu pour son ambition ; et, quoique la maturité fut venue, Alban se refit écolier et vint se mettre sur les bancs de la Faculté de médecine de Montpellier. En 1537, il était docteur, de retour à Bâle, et, à ce coup professeur de théorie médicale disent les uns, de médecine pratique croient les autres.

Dès lors et jusqu'à sa mort, qui survint selon la plupart des biographes, le 23 février 1550, il s'abandonna à une véritable passion de traduction, s'attaquant, non pas seulement à Soranus, ce qui lui vaut de nous occuper encore à cette heure, mais aussi à Paul d'Egine, à Oribase, à Polybe, à Pline, à Apulée, au *Traité du pouls* de Philarète, au *Traité des urines* de Théophile, au *De re culinaria* de C. Apicius, à Dioclès de Caryste comme à Jean Damascène, à Alexandre de Tralles comme à Philothée, à Epiphane comme à Agapet et à Chrysoloras.

Il *s'attaqua*, disais-je. Le mot est venu sous ma plume de lui-même. Laissons-le. Il ne dit pas trop. En effet, ces traductions eurent à subir maintes critiques ; on les eût appelées plus tard « belles infidèles » ; mais Gonthier d'Andernach, en particulier, à propos de Paul d'Egine, supprima « belle » de son discours. Du moins, cette querelle d'érudits reste-t-elle pour nous amusante ; à la vérité, aux dépens d'Alban Thorer, car il répondit à son critique avec une naïveté et une violence qui nous arrête intéressés. La naïveté lui fait avouer qu'il est un latiniste et un helléniste médiocre, voire peu versé en médecine même. La violence est déjà dans le titre de sa réponse : *Epistola apologetica quà calumnias impudentissimas refellit* (in-8°, Bâle, 1539) ; des invectives grossières suivaient.

Telle était la coutume alors et la manière, renouvelée des héros d'Homère, de la plupart des savants de la Renaissance. Dans ce genre, les Italiens, en particulier, se montrèrent maîtres. Aujourd'hui, cela nous surprend et nous choque; les temps sont changés ; les mœurs sont plus douces ; les hommes sont plus polis. On l'a bien vu lors des discussions courtoises que le mystère de Glozel suscita.

VOYAGES

A bord du « Champollion ». — La croisière de Pâques de « Bruxelles-Médical » (1)

vue par Ch. MOIGNETEAU

(suite et fin).

Istambul (2). — Nous arrivons par un temps voilé. Il fait très froid. Hier, nous dit un officier turc, il neigeait. Qu'il semble donc loin ce soleil qu'on adorait en Egypte et en Syrie et qui, hier encore, nous comblait de ses bienfaits.

Le jour se lève, et nous apercevons les nombreux minarets, qui constellent la princesse musulmane.

Nous allons dans un petit bateau, visiter le tombeau d'Eyoub, porte-drapeau du prophète. Il suffit de faire un vœu en passant pour la première fois devant ce tombeau. J'ai demandé de conserver toujours cette divine quiétude, qui m'imprègne près de cette colline Sainte, cimetière musulman. Mon vœu semble exaucé, car cette quiétude ne m'abandonne pas durant mon séjour à Istambul..... Il y a pourtant près de moi de braves gens qui veulent savoir les noms de toutes les mosquées ! ! !

L'après-midi, visite du musée. Tombeau d'Alexandre Le Grand, Les Pleureuses et le Dieu Bénès qui rit d'un rire lointain.

Nous visitons le sérail avec un guide de Constantinople. Et je comprends, en voyant tant de merveilles, tant de richesses, que l'Ambassadeur turc ait pu scandaliser la cour de Louis XIV en ne s'extasiant pas à Versailles. Molière ne l'eut sans doute pas raillé dans une de ses pièces, s'il avait visité le Sérail...., Quelle vue splendide sur le Bosphore, la mer de Marmara, le Port..... et tous ces minarets ! ! Le Sérail, comme le Harem, sont maintenant musée national. Toutes les richesses du Sultan (exilé à San Remo) appartiennent à la Nation, et le Turc qui nous accompagne annonce qu'une ère nouvelle a commencé pour la Turquie, ère de progrès (il est défendu de porter le fez !), ère d'émancipation et de bonheur..... ô sainte simplicité ! ! ! (3).

Mais nous voici au Harem. Nous en visitons les salles qui, peu éclairées, donnent à certains, une impression de froideur et de tristesse ! ! Moi, je suis de plus en plus imprégné d'une douce quiétude — Eyoub m'a exaucé. — On siffle du dehors pour annoncer la fermeture.

Je suis allé à Sainte-Sophie — 1453 ! ! C'est la fin du Moyen-âge et le début de la Renaissance — 1453 ! Mahomet II y faisait son entrée à cheval. Sur le haut d'un pilier, j'ai vu l'empreinte de sa main sanglante, car il y avait 10.000 cadavres de femmes et d'enfants grecs entassés dans l'église ! ! ! Depuis, c'est une mosquée. En face de Sainte-Sophie, la mosquée du Sultan Ahmed avec ses 6 minarets qui s'élancent splendidement vers le Ciel. J'ai la chance d'être absolument seul. Quelle divine quiétude ; de bienfaisants tapis y entretiennent un profond silence. Je croyais être seul mais non, voici deux musulmans dans l'immobilité la plus complète. Ils apprennent sans doute à savourer ici-bas les célestes délices que leur réserve Allah.

La Citerne Basilica. — Imaginez une basilique souterraine aux multiples piliers et servant de réservoir d'eau. Autrefois lorsque la ville était assiégée, on remplissait en hâte cette immense citerne, maintenant on s'y promène en barque.....

Dans une mosquée quelqu'un a demandé au guide Turc : « C'est parce que nous sommes des infidèles, n'est-ce pas, qu'on nous fait chausser des babouches ? » — « Pas du tout a-t-il répondu, c'est simplement pour ne pas abîmer nos tapis ; ainsi, vous ne trouverez pas de babouches cette après-midi à la mosquée Kahrié, où il n'y a pas de tapis. Vous pouvez du reste ne pas prendre de babouches et marcher sur vos chaussettes comme font les musulmans, qui restent à prier.

Le château des 7-tours. — Nous voici dans une des tours. Voici la petite salle où l'on tranchait la tête aux favoris, qui avaient cessé de plaire. On jetait ensuite leur tête dans ce trou béant, tenez ici, et la tête allait rouler dans la mer.

Une vieille dame demande si les veuves viennent encore boire leur café sur la tombe de leurs maris. Cette question plonge notre guide dans une douce hilarité. Il n'a jamais entendu parler de cela. Il est pourtant né à Istambul, il y a 62 ans..... Des femmes venir boire leur café sur la tombe de leurs maris ! ! ! Il ajoute, après un silence : « Leurs maris les ont vues bien assez souvent en boire sur cette terre ». — Mais la vieille dame affirme qu'elle l'a lu... Peut-être dans Pierre Loti ! !

On devrait apprendre aux guides à ne pas enlever les illusions des touristes.

Visite de Stamboul. Le cimetière. Visite de la mosquée Kahrié avec ses mosaïques, sa vierge au tombeau. Puis, visite des bazars dans de nombreu-

(1) *Concours médical*, n° 35.

(2) Les Turcs tiennent au nom d'Istambul. Ne pas dire Constantinople.

(3) En réalité Kémal a fait de profondes et belles réformes. C'est non seulement un grand général, c'est aussi un légiste. Il a osé introduire en Turquie le Code Civil suisse. Avant lui, le Turc était d'abord musulman : il ne pouvait conserver la nationalité turque s'il quittait la Religion musulmane etc....

ses ruelles. Des touristes marchandent des icônes, qui m'ont l'air de planchettes peintes cette année. Ils demandent s'ils sont authentiques. Et le marchand ne rit pas. Combien ? 400 francs dit le Turc. C'est trop cher. Nos touristes sont partis, mais le marchand les rattrappe dans la rue. Il veut leur être agréable ! ! Qu'ils disent leur prix. Inutile, répond un touriste assuré que l'affaire est ainsi terminée, nous ne voulions pas dépasser 80 francs. Mais l'affaire est faite au contraire : le marchand apporte et laisse son icône.

Une jeune fille me demande de l'accompagner dans un bazar, où elle veut acheter un mantelet. On nous en montre plusieurs. On discute les prix. « Ce mantelet est bien joli dit-elle, mais il est cher ». « Ce n'est pas le mantelet, c'est votre goût qui est cher » répond le turc. Elle l'achète et je crois comprendre qu'elle ne le trouve plus assez cher maintenant, puisqu'il représente la valeur de son goût.

Je suis rentré seul dans une crémerie, au centre d'Istambul. J'ai été aimablement reçu par le patron. Un consommateur turc, qui parlait fort bien le français, est venu me demander si Paris était toujours Paris. Il y avait vécu avant la guerre. Je lui dis que mon arrivée à Istambul m'avait vivement frappé. Toutes ces mosquées, ces splendides minarets, cette vision magnifique sur le Bosphore..... « Oui, me dit-il, notre ville est belle, vue du dehors, mais sa beauté est toute extérieure. Voyez-vous, il n'y faudrait jamais pénétrer. Et si j'ai été heureux de revoir ma ville, conclut-il, il m'a été pénible d'y vivre en revenant de Paris. »

J'avais terminé mon yaourth. Il parlait avec ses compatriotes. « Que disent-ils » lui demandai-je ? « Ils disent que vous êtes riches en France, » me répondit-il. — « Parce qu'ils ne savent pas ; mais vous, vous savez bien qu'il n'en est rien ». — « Si, vous êtes riches, termina-t-il. Tenez, un exemple... Il y aurait de quoi nourrir chaque jour plus de deux Turcs avec le seul repas que fait chez vous un simple chauffeur de taxi. Beaucoup de turcs ne peuvent consommer chaque jour que 3 ou 4 yaourths comme celui que vous venez de prendre. Et c'est tout. Ils vivent tout de même..... ».

Cette fin de conversation a jeté un petit froid. Je n'ai pas eu idée de redemander un second yaourth.

Ce matin, nous avons quitté Istambul par un temps superbe. Avant de mettre en route libre sur Athènes, le Champollion nous a promenés sur le Bosphore jusqu'à l'entrée de la mer Noire. Voici Thérapia, résidence d'été des ambassades. J'ai comme la sensation que les lois de la pesanteur sont abolies... Tout ce qui nous entoure donne une telle impression de légèreté..... La merveilleuse promenade !

Ma quiétude a disparu et j'aperçois en même temps s'enfuir Istambul..... Le tombeau d'Eyoub..... Je ne le reverrai plus. Je suis embué de tristesse. Nous sommes déjà dans la Mer de Marmara. On ne voit plus Istambul.

Nous arriverons cette après-midi à Athènes. Cette nuit, nous avons eu une tempête qui n'est pas tout à fait terminée.

Peu de passagers sur le pont.

Voici les îles de l'Archipel.

La Grèce. Athènes. — Terre bien aimée des plaisants dieux de l'Olympe.

Voici le théâtre de Bacchus. Ah ! ses enfants peuvent rire de lui, se moquer de son amusante ivresse. Ce n'est pas lui qui, comme Noë, les maudira..... Au contraire, il s'en réjouit : il n'est venu sur la terre que pour leur apprendre à boire et à rire. Aussi leur montre-t-il gaiement à presser les grappes, à boire le divin jus de la vigne, puis à rire avec une barbe emmêlée et suintante.

Eleusis. — Nous sommes dans l'antre où Pluton vint enlever Proserpine. Mais ce dieu de l'enfer est un bon diable..... chaque année, il reconduit ici sa Proserpine pour qu'elle vive six mois avec sa mère. Est-ce pour se faire bien voir de sa belle-mère ! ! ? Est-ce parce qu'après six mois de mariage, il a besoin de rester seul aux enfers pour goûter un peu de repos ! ! ?

Nous sommes à Daphné, là où se dressait l'ancien temple d'Appollon. C'est là, qu'il réussit à atteindre la nymphe Daphné qui, repoussant son amour, s'était enfuie. Il la métamorphosa en cette fleur qui, depuis porte le nom de la déesse.

Voici Vénus qui s'apprête à frapper, de la cothurne qu'elle tient à la main, ce satyre qui veut lui prouver son amour. Mais elle hésite, car ce dieu subalterne lui montre posé sur son épaule cet angle souriant, qui est l'Amour. Est-ce ma faute semble-t-il dire si ceux qui vous approchent, belle Vénus, sont visités et guidés par ce petit dieu malin..... Et Vénus l'excuse.

Jupiter lui-même a ses faiblesses. Voulant se faire aimer de Danaë, il lui apparaît sous la forme d'une pluie dorée.... Pour plaire à Léda, il se transforme en cygne. Et malgré ses petites farces, il est le père et le maître des dieux. Voici du reste son temple, le temple de Jupiter Olympien avec ses admirables colonnes corinthiennes.

Les dieux eux-mêmes doivent subir leurs passions. Oui, on peut rire, mais il faut être brave. Et nous voici au temple de Thésée. Nous le voyons tuer le Minotaure, Corynète, la laie de Cramyon. Le voici qui arrête le taureau de Marathon. Ainsi, nos Grecs suivront l'exemple de leurs dieux (certains me diront qu'ils firent plutôt leurs dieux à leur image ! !). La belle Hélène sera volage, mais les Grecs, qu'ils habitent Sparte ou Athènes, qu'ils s'appellent Miltiades ou Léonidas, seront braves et sauront se couvrir de gloire.

Voici Salamines, où la flotte grecque embouteillée par celle de Xerxès réussit à vaincre..... Comment ne seraient-ils pas toujours vainqueurs ces heureux Grecs ! ? N'ont-ils pas coupé les ailes de la Victoire

afin qu'elle ne puisse s'échapper d'Athènes ! ? Sur l'Acropole est son temple, le temple de la Victoire Aptère....

Mais nous n'avons encore rien vu ; nous ne sommes pas encore montés à l'Acropole.

« L'Acropole (1), c'est l'autel sacré érigé à la Beauté et à l'Idéal. Devant ce rocher, tous les peuples de l'Univers peuvent se prosterner. De quelque côté qu'on l'examine, il se détache sur le fond bleu du Ciel Attique. C'est la Révélation de la grandeur vraie et simple, qui atteint jusqu'au fond de l'être. Il est digne des immortels monuments, qui ornent son faîte : Les Propylées de marbre pentélique, étincelant diadème de la Citadelle des dieux, le temple de la victoire Aptère, joyau de l'Art Attique, l'Erechthéion qui représente la grâce, la souplesse, l'élégance féminine.

Enfin voici le Parthénon, symbole de majesté, de force, de beauté mâle. Il incarne dans ses colonnes et ses frontons, tout ce qui est grand, noble et beau. On y respire la sublime poésie d'Eschyle et de Sophocle, la divine philosophie de Platon, l'élégance, la grâce et le charme de l'Attique. C'est l'apogée de l'Art antique, l'expression suprême de la civilisation d'un peuple..... ».

Renan, voyant l'Acropole, nous dit qu'il eut la révélation du Divin, comme il l'avait eue la première fois qu'il sentit vivre l'Evangile en apercevant le Jourdain des hauteurs de Cosyoum : « Le monde entier me parut barbare. L'Orient me choqua par sa pompe, son ostentation, ses impostures. Les Romains ne furent que de grossiers soldats ; la majesté du plus beau Romain, d'un Auguste, d'un Trajan, ne me sembla que pose auprès de l'aisance, de la noblesse simple de ces citoyens fiers et tranquilles. Charlemagne m'apparut comme un gros palfrenier allemand ; nos chevaliers me semblèrent des lourdauds, dont Thémistocles et Alcibiade eussent souri. Il y a eu un peuple d'aristocrates, un public tout entier composé de connaisseurs, une démocratie qui a saisi des nuances d'art tellement fines que nos raffinés les aperçoivent à peine ».

Richard Strauss, lui a pu comparer l'Acropole à une symphonie de Beethoven. C'est que les différents édifices de l'Acropole n'ont pas seulement entre eux des rapports musicaux, ils les ont en eux, dans leurs diverses parties. Leurs colonnes, leurs chapiteaux sont des phrases musicales. Ces temples sont construits suivant les lois de l'harmonie musicale telle que l'a conçue le génie de Pythagore.

Je suis rentré à bord heureux et libre. J'ai retrouvé mon savant et sympathique compagnon. Je lui ai crié mon enthousiasme. « C'est beaucoup, me dit-il, et c'est bien peu. Remontez ce soir avec moi à l'Acropole. Et là vous verrez, nous ne penserons plus à rien ».....

Le soleil envoyait ses derniers rayons sur l'Hymet et éclairait encore les colonnes du Parthénon. Nous sommes restés plusieurs heures, assis l'un près de l'autre. Nous ne pensions plus ; nous savions voir.

Nous avons été très cordialement reçus à Athènes par les descendants de ces héros. En débarquant, nous nous rendîmes à l'invitation du Recteur de l'Académie d'Athènes, qui nous souhaita la bienvenue. Notre distingué confrère, le docteur Beckers, administrateur du *Bruxelles médical*, sut répondre en notre nom avec le tact et la courtoisie qui convenaient. Il le fit aux applaudissements de tous. Les Grecs aiment beaucoup la Belgique. Ils la jugent digne d'être comparée à la Grèce héroïque..... A Marathon, 10.000 Grecs arrêtèrent 110.000 Perses.

Nous avons quitté le Pirée hier soir. Trois jours d'Athènes..... « Les ordres dits contemplatifs doivent être les plus fatiguants, me dit mon savant compagnon ? »... Nous avons comme un besoin de détente.... Accoudés l'un près de l'autre et regardant la vaste mer, nous fredonnons, lui, la belle Hélène, moi Phi-Phi...

« Monsieur Périclès vous attend.

« Phidias : C'est bien, j'y vais dans un instant ! ! !

Corfou. — Comme tous les touristes, nous visitons l'Achilléon qui fut jusqu'à la dernière guerre une des résidences de Guillaume, Empereur d'Allemagne. Il y venait chaque année passer les mois d'avril et de mai. Vision merveilleuse sur les côtes d'Albanie et de l'Epire. On nous montre une statue du bouillant Achille dans tout l'éclat de sa jeunesse. Là, le tableau de son triomphe où il traîne, attaché à son char, le cadavre d'Hector. Mais je vois reléguée dans un coin du jardin, la statue d'Achille mourant -d'Achille qui se croyait invulnérable, mais qu'une flèche vint frapper à mort au talon. Et le guide nous apprend que l'ex-Kaiser avait fait enlever cette statue. Il ne voulait voir que l'Achille triomphant. Il ressemblait bien peu à notre roi de France qui, malgré ses triomphes, avait donné l'ordre qu'on lui rappelât chaque jour qu'il n'était que poussière. Voici un bureau du Kaiser avec une selle en guise de fauteuil. C'est là qu'avaient lieu ses entretiens.

Corfou a une population essentiellement grecque. Pour eux, c'est aujourd'hui le jour de Pâques. Et nous assistons au sortir de l'Achilléon à une procession orthodoxe. Précédées de musiciens, voici des croix et des bannières, puis des reliques et voici le pope. De nombreuses femmes, de jeunes hommes suivent. Les costumes sont splendides. Je crois voir des Cariatides.

C'est, dans cette petite baie aux eaux si limpides, mais si troublantes, que Nausicaa aux bras blancs lavait ses chemises lorsqu'Ulysse la rencontra.

Quelqu'un dit alors : « Après ce beau voyage, je serai « heureux comme Ulysse » de retrouver mon chez moi ! ! ! »..... Comme si, retourné chez lui, Ulysse avait été heureux ! ! ! Il ne pouvait plus l'être ..... la nostalgie de ces sites enchanteurs l'en empêchait. Sa petite maison avait perdu à ses yeux le

(1) Alexandre Philadelpheus : Monument d'Athènes.

charme qu'il lui trouvait jadis, alors qu'il ne soupçonnait pas qu'il pût y avoir mieux. Et puis, il avait oublié complètement, durant son long voyage, les usages qui avaient cours dans sa petite cité. Les cancans de cloches ne l'intéressaient plus. Aussi, lorsqu'il revint, ses concitoyens jugèrent-ils qu'il avait perdu la raison. Il vécut malheureux jusqu'à ce que la mort vint enfin le délivrer..............

....

L'après-midi, nous sommes reçus d'une façon charmante par les médecins grecs de Corfou, qui nous invitent à un thé. Certains de nous ont l'air de trouver cela tout naturel..... Aujourd'hui, c'était pourtant nous qui étions les métèques.....

Nous avons franchi cet après-midi le détroit de Messine. Voici Charybde, voici les rochers de Scylla. Voici le Stromboli et ses laves prêtes à engloutir la nouvelle fourmillière humaine obstinée à élire domicile sur son pied.

Naples. — Comme la jolie femme chantée par le poète, Naples ne nous a donné que bien peu d'elle-même. Et mes impressions de cette journée à Naples vont scandaliser ceux qui rêvent « voir Naples et mourir. »

Il pleut...................................

A peine débarqués, des autos nous transportent à Pompéi.

Voici Pompéi. Nous venons de visiter de nombreuses maisons, toutes avec l'atrium, le pluvium, le péristyle, etc., etc. Je suis avec mon charmant et savant compagnon à quelques mètres derrière le groupe principal. Lorsque tout à coup, nous les voyons s'arrêter et faire silence. Que se passe-t-il ? Alors quelqu'un est venu nous chuchoter à l'oreille que là se trouvaient les maisons publiques indiquées par un phallus.

Quelqu'un de notre groupe qui est venu à Pompéi, il y a 10 ans, nous explique que toutes les peintures lubriques qui ornaient les gynécées sont enfermées par ordre supérieur. Des balustrades les cachent, pas totalement toutefois, car les planches en sont mal jointes !

Retour à Naples. Visite de la cathédrale où se trouve la chapelle de Saint-Janvier. Le Musée. Vieux-quartiers aux ruelles tapissées de linge, à chaque porte un reliquaire.....

Il est, nuit lorsque le Champollion quitte Naples splendidement illuminé à l'occasion de l'anniversaire de la marche des Fascistes sur Rome. C'est une féérie. Je demande quel est ce petit serpent lumineux qui monte dans le ciel..... C'est le funiculaire du Vésuve. Magnifique nuit, aux brillantes étoiles.

Et ce vers de Virgile chante à ma mémoire :

« *O Melibæ , deus nobis hæc otia fecit* »...

....

Nous venons de les vivre ces jours heureux depuis notre départ de Marseille. Quel admirable voyage !

Je tiens à remercier *Bruxelles médical*, en la personne de notre distingué confrère, le docteur Beckers qui, par sa courtoise et intelligente autorité, sut créer une ambiance qu'on ne pouvait souhaiter aussi agréable. Pas le moindre incident, organisation parfaite.

Voici l'Ile de Monte-Cristo, l'Ile d'Elbe, la Corse. Demain, à l'heure dite, nous serons à Marseille.

Dr Ch. MOIGNETEAU.

LA PAGE SANS MÉDECINE

La critique, la satire sont des divertissements que nous avons des raisons de goûter, parce qu'elles vengent nos mépris ; mais de quoi nous servent-elles positivement, si après nous avoir signalé ce qui est mal, elles ne nous suggèrent pas à tout risque ce qui serait mieux ?

(Abel HERMANT.)

CCCCIV. — Félix DOUVILLE. — **La Natation pour tous,** avec 39 illustrations. *Editions Flammarion,* Paris, 1931, 10 fr.

Traité très clair, très méthodique des « nages », des plongeons, des jeux aquatiques, des accidents de la natation que vous ne risquerez pas de connaître avec des principes aussi substantiellement exposés.

CCCCV. — Franz HELLENS. **Le Jeune homme Annibal.** — Roman. Un vol. 13 × 21 tiré à 310 ex. numérotés sur velin anglais. Frontispice gravé par Stobbaerts — Marcel. *Editions Stols.* Bruxelles.

Quel digne compagnon eût été pour Monsieur de Phocas ce trouble Annibal, fils de famille, escroc, qui au sortir de prison trouve sur son chemin Jules Lebroussart. Celui-ci, blasé, usé sur les routes du monde, sadique d'un genre spécial met son inépuisable fortune à la disposition du vagabond pour le plaisir de le voir regiisser de plus haut vers la satisfaction de tous ses mauvais instincts. Annibal, fils d'un brave homme de médecin, après une série d'aventures où son cynisme se pare d'une cocasse grandiloquence, finit légataire universel de son bailleur de fonds. Telle est sommairement ébauchée la donnée du livre : et rien pourtant n'est plus loin du roman comique. Il y a une logique terrible dans l'ascension de ce

malfaiteur : du rictus sous la gouaille du voyou reverni, de la vérité dans sa victoire sur l'honnêteté la chasteté bafouées, du défi dans son triomphe. La verdeur, et parfois la crudité insolente du ton du récit, ne peut même pas lui ôter la tragique clarté qu'elle semble tenir du conte philosophique. Avec quelle narquoise brutalité Franz Hellens nous impose cette machiavélique tentative de sauvetage à rebours, et quelle adresse psychologique dans la construction de cet invraisemblable traquenard, où il prend notre curiosité ! L'installation de la banque d'Annibal à Orange, son pèlerinage historique à Waterloo, qu'il termine dans les bras de la petite marchande de crème à la glace, sont d'un grand seigneur et... d'un *très* remarquable romancier. L'impression en Garamond avec de fines lettrines rouges de Stols est d'une élégante harmonie, et je n'oublierai pas de si tôt la patibulaire figure qui hante ce livre, comme comblée par une sollicitude où se retrouvent toutes les prévenances des farces macabres du destin.

CCCCVI. — J. Kessel. **Le Coup de Grâce.** Roman. Un vol, 12 × 19. *Editions de France,* Paris. 1931.

Kessel, qu'une juste notoriété a poussé sans heurt, sans fracas publicitaire au premier rang des *vrais* romanciers, a mis trois ans à bâtir son livre. Cette sagesse se retrouve dans le soin de la composition et l'équilibre puissant du drame. Je ne vous raconte pas l'agencement de l'intrigue qui, à Damas, ourdit une rivalité d'amour entre un diplomate-soldat (devant qui tremble l'Arabie entière), et un sergent de ses collaborateurs, tête brûlée, qui devient le personnage central du livre et pour qui le crime semble le seul moyen de libérer son chef de l'ornière, où ils voyageaient de concert, d'abord à l'insu l'un de l'autre. La passion sauvage qui lie tous ces personnages, il n'est pas besoin de le dire, est d'un réalisme physique que seul peut faire accepter le talent vigoureux de Kessel qui revient toujours des bas-fonds les mains nettes.

CCCCVII. — Ch. Maurras. — **Au Signe de Flore.** Souvenirs. Un vol. 14 × 19 orné de 16 gravures et fac-similé. *Editions les Œuvres Représentatives,* Paris, 1931. 15 fr.

Monsieur Maurras, avec la foi ardente et la redoutable ironie qu'il dispense inépuisablement à ses ennemis politiques, raconte la fondation du parti qu'il dirige aujourd'hui. Ses souvenirs ont une vie intense et une loyauté d'expression qui, du point de vue *littéraire,* débordent le cadre d'une querelle d'opinion ou de justification d'une doctrine.

CCCCVIII. — Alphonse Daudet. — **La Doulou.** Un vol. 12 × 19. *Ed. Fasquelle,* Paris, 1931. 15 fr

Quelle singulière manie ont nos contemporains d'aller fouiller sans pudeur dans les misères des morts ! Voici étalés les cris de souffrance pathétiques de Daudet, en notes brèves, comme l'éclair des *douleurs fulgurantes* qui, après le diagnostic de Charcot (corrigeant l'erreur de Guyon), le conduisirent à Néris, puis à Lamalou chercher une sédation à la torture quotidienne qu'il note avec une lucidité et une précision technique d'un stoïcisme admirable. Il subit (avec le succès que vous pouvez supposer !) treize suspensions avec l'appareil de Seyre. Cette pénible confession, où il nota la progression, le mécanisme, la mécanique mentale de la *douleur* est digne de ses grandes œuvres. Pour compléter le volume, quelques extraits inédits aussi de ses *Carnets,* où il ébauchait des projets littéraires, notait des observations, assemblait des matériaux, que l'hémorragie cérébrale ne lui laissa pas le temps d'ordonner et qui avivent notre regret de sa disparition prématurée sous les coups d'une implacable maladie. Il en supporta les atteintes avec une courageuse grandeur, qu'il s'étonnerait probablement de voir fort adroitement mise aujourd'hui dans le commerce.

CCCCIX. — Paul Rival. — **César Borgia.** Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset,* 1931.

Du même auteur, la *Folle vie de la reine Margot* avait déjà retenu l'attention des lecteurs. Celle qu'il nous donne maintenant du plus représentatif de ces Espagnols (dont le nom sue l'orgie jusque dans l'onomatopée) est encore plus colorée, plus ardente, comme emportée dans un souffle de tempête. De la Rome papale, qu'il serait plus juste de dire infernale, il ébauche un tableau singulièrement animé, comme un sabbat monstrueux. Et la précise fermeté de son style campe la résurrection forcenée de ces saturnales, de ces meurtres, de ces ignominies comme en relief, hors de la nuit de l'histoire, sous l'âcre rougeoiement des torches rallumées, le réveil de leur stupre.

CCCCX. — Elisabeth et Hélène Potocka. — **Souvenirs de la Princesse Radziwil** (1840-1873). Préface de Jules Cambon, de l'Académie française. Un vol. 13 × 20 avec une gravure hors texte. *Editions Plon,* Paris, 1931.

La partie la plus poignante de ces souvenirs a trait à la guerre de 1870, où cette Française mariée à un aide de camp du Roi Guillaume Ier est en proie à des affres fort compréhensibles. Avant ces douloureux événements, elle fait une relation circonstanciée du Concile de Rome de 1869 où fut

discutée l'infaillibilité du Pape, et qu'elle suivit sur place de très près. Elle retrace de Bismarck un portrait peu avantageux, et nous fait suivre avec une vive intelligence politique la vie apparente et cachée de la cour de Prusse en fonction des problèmes européens de l'époque.

Varia**. — *Science et Monde* tout en donnant des articles bien documentés et bien illustrés sur l'œuvre de Fernand Forest, l'équipement électrique de la Russie (??), l'aviation américaine, poursuit sa série de vulgarisation médicale et, pour calmer « l'*émoi* » des patients soumis à l'épreuve du tensiomètre, leur explique la réelle insuffisance des théories de Widal ! ! Je crois, en réalité qu'après l'avoir lu, ils vont tâter avec angoisse les lombes pour chercher les tumeurs surrénales ! Essayez donc de rassurer les gens, même en leur expliquant avec toute la modestie possible les progrès de la science ! !

Tableau d'Honneur***. — Je vous ai signalé la brillante enquête parue sous le titre : *A Paris avec les Français*. A une lecture un peu rapide ceci m'avait échappé, et je m'empresse de le signaler *aussi* à votre attention, que je sais joyeusement bienveillante comme la mienne :

« A chacun Aurel accorde au moins une petite feuille de laurier, avec cet air de gravité encourageante et humaine avec laquelle j'imagine Clémence ISAURE, *aux Jeux Floraux de Toulouse, réconfortant les moins entraînés des concurrents* ... » (page 257).

Sans la sûreté des informations de ce bon Monsieur Pettinato, nous risquions d'être encore longtemps victimes des cachotteries d'Armand Praviel et des Toulousains, qui doivent tenir cette noble dame sous le boisseau.

15 août 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

30 *juin* 1931.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; NOIR, VIMONT, H. MIGNON, A. GASSOT, DUCHESNE, LEVASSORT, HENNE, PAMART, MAZEROUX, FISCHER et M. MIGNON.

Excusé : M. BOUDIN.

En l'absence de M. Boudin, M. le Dr Henne, remplit les fonctions de secrétaire.

Indemnité-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 fr.
177	DEROCQUE	Seine-Inférieure	57 jours	570 »
193	COLIN	Var	3 mois	300 »
211	CAMUS	Finistère	34 jours + un mois et 27 jours chr.	429 90
268	DODET	Yonne	57 jours	570 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
364	GASTON	Vendée	14 jours	140 »
375	PIERRHUGUES	Var	6 jours	60 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
523	FERRAND	Bouches-du-Rhône	6 mois	600 »
530	DESCOULEURS	Paris	8 jours	80 »
535	CUNNAC	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
547	CLISSON	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
569	CADILHAC	Yonne	3 mois	300 »
653	DUHAMEL	Lot-et-Garonne	3 mois	300 »
662	PAYRE	Isère	25 jours	250 »
683	CHESNAY	Ille-et-Vilaine	60 jours + 3 jours chr.	610 »
684	LAURENCIN	Saône-et-Loire	11 jours + 2 jours chr.	116 60
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
724	ROURE	Drôme	3 mois	300 »
827	TISON	Paris	3 mois	300 »
845	VALLAIS	Manche	3 mois	300 »
			A reporter	7.626 50

			Report	7.626 50
863	CAT	Bouches-du-Rhône	33 jours + 5 jours chr	346 65
934	GIRARD	Paris	un mois et 21 jours chr	170 »
946	BÉZY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
947	COUSIN	Haute-Garonne	3 mois	300 »
958	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	deux mois et 17 jours chr	256 60
1008	LEMESLE	Indre-et-Loire	27 jours	270 »
1057	BOUDOU	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1138	VIALLE	Corrèze	23 jours	230 »
1170	OUSSET	Haute-Garonne	60 jours + 2 mois et 20 jours chr	866 85
1216	ALLANIC	Oran	un mois et 15 jours chr	150 »
1259	RILHAC	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1263	BOMPARD	Bouches-du-Rhône	22 jours	220 »
1272	MOLINÉRY	Haute-Garonne	2 mois	200 »
1281	KERRIEN	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1334	ORSINI	Corse	52 jours	520 »
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1453	BIGEON	Manche	57 jours	570 »
1534	GAYET	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1535	TRAPENARD	Puy-de-Dôme	23 jours	230 »
1573	LECOUILLARD	Paris	3 mois	300 »
1587	LACOMME	Saône-et-Loire	34 jours	340 »
1603	ARIN	Maine-et-Loire	5 jours	50 »
1613	MICOLIER	Loire	26 jours	260 »
1698	JAMBON 1/2	Ille-et-Vilaine	35 jours	350 »
1796	MARMARIAN	Allier	3 mois	300 »
1799	CASTAGNONI	Constantine	3 mois	300 »
1848	CONDÉ	Finistère	50 jours	500 »
1896	ROURE	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1948	CADÉOT	Gers	14 jours	140 »
1971	THOMASSIAN	Haute-Marne	57 jours	570 »
			Total :	17.166.60

Combinaison MA².

26	VIRE	Isère	22 jours	440 »
129	BRETHEAU	Indre-et-Loire	6 jours	120 »
167	BESSON	Maine-et-Loire	13 jours	260 »
376	TREUVEY	Var	9 jours	180
647	BELLIN	Isère	3 mois	600 »
717	REYNIER	Isère	3 mois	600 »
842	SAGE	Isère	11 jours + 2 mois et 20 jours chr	753.50
1370	COSTE	Drôme	40 jours	800 »
1400	KENT GAZET	Savoie	36 jours	720 »
1472	FILEUX	Nièvre	3 mois	600 »
1447	DALBAN L.	Isère	13 jours	260 »
1773	CHARLES	Nord	46 jours	920 »
1823	CASTÉRAN	Pyrénées-Orientales	60 jours + 16 jours chr	1.306.60
			Total :	7.560.10

Combinaison MA³.

125	PERRET	Seine	29 jours	870 »
279	LAFFITE	Vosges	9 jours	270 »
			Total :	1.140 »

Combinaison MA⁴.

629	UHL	Haut-Rhin	11 jours	440 »
720	SÉVELLEC	Aube	10 jours	400 »
			Total :	840 »

Combinaison MA⁵.

601	GOGUILLON	Nord	23 jours	1.150 »
614	LAFONT	Seine-et-Oise	11 jours	550 »
642	DUBALLEN	Ain	3 mois	1.500 »
674	MEYER	Alger	8 jours	400 »
814	CADENOUX	Puy-de-Dôme	8 jours	400 »
907	GUITTARD	Vendée	14 jours	700 »
1127	COCHEREL	Morbihan	47 jours	2.350 »
1131	BÉZINE	Seine-et-Marne	3 mois	1.500 »
			Total :	8.550 »

Un certain nombre de sociétaires malades n'ont pas envoyé de leurs nouvelles : le Conseil ajourne au mois de septembre le règlement de leurs indemnités sans préjudice des sanctions qui pourront être prises contre eux.

M. le Dr Duclaux fait à la Caisse auxiliaire un don de 25 francs et M. le Dr Bézy un don de 10 francs. Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du deuxième trimestre 1931, les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris.......	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie..................	50 fr.
27	Mme Vve Gallois, Côte-d'Or...	150 »
38	Mme Vve Gillette, Calvados...	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris.....	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes.	60 »
51	Mme Vve Rousselot, Haute-Marne................	150 »
	Total...............	860 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 juin 1931.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA³ :

M. le Dr Escande.

Combinaison MA⁴ :

M. le Dr Le Boulaire.

Combinaison MA⁵ :

MM. les Drs Dreneau, Sandino, Renaux et Royer.

Admissions provisoires :

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Combinaison MA²

M. le docteur Timsit, d'Alger,

Combinaison MA³

M. le docteur : Guégan, de Lorient, Morbihan.

Combinaison MA⁵

MM. les docteurs :
Barenton, de Bédée (Ille-et-Vilaine).
Gallais, de Bar-le-Duc.
Mazuez, de Gergy (Saône-et-Loire).
Wacogne, de Desvres (Pas-de-Calais).
Gallin, de Lougeac (Haute-Loire).
Boehm, de Hettange Grande (Moselle).
Pitre, de Bourg.
Chaffardon, de Poule (Rhône).
Sevellec, de Marcilly-le-Hayer (Aube).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin septembre.

Admissions :

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P

MM. les docteurs :
Léculier, de Champrougier,(Jura).
Labrosse, de Louhans (Saône-et-Loire).
Le Pape, de Plogastel-Saint-Germain (Finistère).
Guégan, de Lorient (Morbihan).
Wacogne, de Desvres (Pas-de-Calais).
Durin, de Compiègne (Oise).
Floucaud de Fourcroy, de Saint-Béat (Haute-Garonne).
Chaffardon, de Poule (Rhône).

Mesdames :
Labrosse, de Louhans, (Saône-et-Loire).
Le Pape, de Plogastel Saint-Germain (Finistère).
Floucaud de Fourcroy, de Saint-Béat (Haute-Garonne).
Caussé, de Paris.

Combinaison R

MM. les docteurs :
Labrosse, de Louhans, (Saône-et-Loire).
Le Pape, de Plogastel-Saint-Germain (Finistère).
Basset, d'Ydes (Cantal).
Madame :
Le Pape, de Plogastel-Saint-Germain (Finistère).

M. le Dr Gassot, trésorier, donne lecture du rapport financier pour l'exercice 1930.

Le Conseil donne son approbation.

M. Gassot donne lecture des modifications statutaires, qui devront être soumises à une Assemblée générale extraordinaires.

Ces modifications portant sur la rédaction des articles 39, 40, 45 et 46 des statuts sont approuvées par le Conseil.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, expose que très vraisemblablement M. Fleury, actuaire, va donner un avis favorable à la proposition d'élever à 3.600 francs le maximum des pensions de retraite. S'il en est ainsi, la ratification de l'Assemblée générale est certaine.

Dans ces conditions, M. Mignon demande au Conseil l'autorisation, dès que la réponse de M. Fleury sera connue, d'annoncer la chose de manière à faire profiter du nouveau maximum les confrères nés en 1871 pour P et en 1866 pour R.

(*Adopté.*)

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, H. Henne. *Le Président,* A. Maurat.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR

(Année 1931)

Loi du 17 juillet 1931

Pour le grade d'officier

1° RÉSERVE

SERVICE DE SANTÉ

Médecins.

Rougier, méd. capit., 17e rég. ; Kemarchand, méd. lieut.-col., 3e rég. ; Gault, méd. lieut.-col., 8e rég. ; Cousergue, méd. col., Maroc ; Mialaret, méd. lieut.-col., 2e rég. ; Collet, méd. lieutenant-col., 6e rég. ; Verdeau, méd. lieut.-col., 13e rég. ; Lemeignen, méd. lieut.-col., 11e rég. ; Buy, méd., lieut.-col., 13e rég. ; Sédillot, méd. comm., 4e rég. ; Bardier, méd. lieut.-colonel, 17e rég. ; Desoil, lieut.-col., 1re rég. ; Hoche, méd. col., 20e rég.

Berchoud, méd. comm., 14e rég. ; Henry, médecin comm., 3e rég. ; Gares, méd. command. 17e rég. ; La Mouche, méd. comm., 8e région ; Joxe, méd. com., 2e rég. ; Delage, méd. com., 15e rég. ; Bassaget, méd. comm., 15e rég. ; Chrétien, méd. comm., rég. de Paris ; Lemaire, méd. lieut.-col., 19e C. A. ; Louis, médecin comm., 6e rég. ; Garnier, méd. comm., rég. Paris ; Adam, méd. comm., 7e rég. ; Rouch. méd. comm., 7e rég.

Pour le grade de chevalier

1° RÉSERVE

SERVICE DE SANTÉ

Médecins.

Honorat, méd. comm., 19e C. A. ; Chabaneix, méd. capit., 18e rég. ; Moret, méd. capit., 20e rég. ; Ferras, méd. comm., 17e rég. ; Dreyfus, méd. comm., 20e rég. ; Villeneuve, méd. comm., 15e rég. ; Garnier, méd. comm., Tunisie ; Douriez, méd. capit., 3e rég. ; Bellissen, méd. capit., 14e rég. ; Baudouin, méd. comm., rég. Paris ; Vignaud, méd. comm., rég. Paris ; Bernay, méd. capit., 14e rég. ; Vieille, méd. comm., 14e rég. ; Gourdou, méd. capit., 16e rég. ; Garnier de Falletans, méd. capit., 6e rég. ; Gil, méd. comm., 16e rég. ; Pauzier, méd. capit., 16e rég. ; Vidal, méd. cap. 16e rég. ; Blasart, méd. comm., rég. Paris ; Pothiez, méd. capit., rég. Paris ; Carrez, méd. capit., 14e rég. ; Cahen, méd. capit., 20e rég. ; Dorche, méd. capit., 14e rég. ; Brunschwig, méd. capit., 15e rég. ; Gonot, méd. comm., 7e rég. ; Bonamy, méd. comm., 11e rég. ; Forquin, méd. capit., 20 e rég. ; Loiselet, méd. capit., rég. Paris.

Gamet, méd. capit., 8e rég. ; Proust, méd. capit., 9e rég. ; Prépin, méd. capit., 9e rég. ; Lafite-Dupont, méd. capit., 18e rég. ; Gascheau, méd. lieut., 13e rég. ; Platey, méd. capit., 7e rég. ; Maringer, méd. capit., rég. Paris ; Arzac. méd. capit., 18e rég. ; Trollet, méd. capit., 3e rég. ; Rouyer, méd. capit., 18e rég. ; Huot de Saint-Albin, méd. lieut., 20e rég. ; Badin, méd. lieut., 10e rég. ; Seive, méd. capit., 8e rég. ; Dechenne méd. capit., 19e C. A. ; Pareau, méd. capit., 18e rég. ; Lagardère, méd. capit., rég. Paris ; Guerbé, méd. capit., 2e rég. ; Rivoire, méd. capit., 15e rég. ; Michel, méd. lieut., 20e rég. ; Lerat, méd. capit., 1re rég. ; Gaudin, méd. capit., 18e rég. ; Lair, méd. capit., 6e rég. ; Veyrune, méd. capit., 15e rég. ; Didierjean, méd. , lieut., 20e rég. ; Pinet. méd. capit., 24e rég. ; Gratier, méd. capit., 9e rég. ; Mourgues, méd. capit., 17e rég. ; Crosmarie, méd. capit., 20e rég. ; Bouriot, méd. capit., 18e rég. ; Broquin-Lacombe, méd. comm., 8e rég. ; Mayoud, méd. capit., 14e rég. ; Vedrier, méd. capit., 11e rég. ; Dirksen, méd. capit., rég. Paris ; Laval, méd. comm., 17e rég.

Veillon, méd. capit., 13e rég. ; Alaux, méd. comm., 17e rég. ; Cottard, méd. capit., rég. de Paris ; Franco, méd. comm., 11e rég. ; Marciteau, méd. cap., 11e rég. ; Ebstein, méd. comm., rég. Paris ; Simon, méd. cap., 6e rég. ; Cartron, méd. capit., 12e rég. ; Chabanon, méd. capit., 14e rég. ; Doche méd. comm. 16e rég. ; Casalis, méd. comm., 6e rég. ; David, méd. command., 1re rég. ; Dubus, méd. capit., 2e rég. ; Ducœujoly, méd. capit., rég. Paris ; Pirault, méd. capit., 10e rég. ; Thumin, méd. comm., 15e rég. ; Mézie, méd. capit., 5e rég. ; Grimoud, méd. comm., 17e rég. ; Lecointre, méd. capit., 9e rég. ; Jousset, méd capit., 11e rég. ; Richou, méd. capit., 20 e rég.

Warot, méd. capit., 19e C. A. ; Blanc, méd. comm., 8e rég. ; Kahn, méd. capit., rég. de Paris ; Descamps, méd. comm., 1re rég. ; Gaillardot, méd. lieut., 7e rég. ; Scalhat, méd. capit., 10e rég. ; Vigneront, méd. capit., 6e rég. ; Paynel, méd. capit., rég. Paris ; Merlot, méd. comm., 14e rég. ; David, méd. capit., 10e rég. ; Pilleboue, méd. capit., 16e rég. ; Gauchois, méd. comm., 3e rég.

Bourzac , méd. capit., 15e rég. ; Minot, méd. cap., 11e rég. ; Jund, méd. capit., 12e rég. ; Perrier, méd. capit., 6e rég. ; Cornet, méd. cap., 9e rég. ; Alleaume, méd. comm., rég. Paris ; Dichamp, méd. capit., 17e rég. ; Jean, méd . cap., rég. Paris ; Journée, méd. capit., 8e rég. ; Habrt, méd. lieut., 7e rég. ; Luquet, méd. cap., 8e rég. ; Dorlencourt, méd. capit., rég. Paris ; Vanel, méd. comm., 11e rég. ; Delsaux, méd. lieut., 5e rég.

Sanson, médecin capit., 10e rég. ; Guichard, méd.

comm., 3^e rég. ; Cottenot, méd. capit., rég. de Paris ; Chalier, méd. comm., 14^e rég. ; Viel, méd. capit., 3^e rég. ; Badolle, méd. cap., 14^e rég. ; Pillot, méd. lieut., 20^e rég. ; Guiraud, méd. capit., 16^e rég. ; Borel, méd. lieut., 15^e rég. ; Babin, méd. lieut., 18^e rég. ; Leporcq, méd. capit., 1^{re} rég.

Lefebvre, méd. capit., 2^e rég. ; Tourneux, méd. comm., 17^e rég. ; Vilte, méd. capit., 2^e rég. ; Mercier, méd. capit., rég. Paris ; Izard, méd. capit., 17^e rég. ; Vielledent, méd. lieut., 1^{re} rég. ; Brunel, méd. capit., 16^e rég. ; Verlac, méd. cap., 2 rég. ; Baudry, méd. comm., 6^e rég. ; Monier, méd. capit., 4^e rég. ; Cazaillet, méd, lieut., 18^e rég. ; Leconte, méd. capit., 1^{re} rég. ; Crépin, méd. lieut., 2^e rég.

Coqueret, méd. capit., 3^e rég. ; Lavedan, méd. lieut. rég. Paris ; Oudot, méd. capit., 10^e rég. ; Thomas, méd. lieut. A. E. F. ; Dauthuille, méd. command. 1^{re} rég. ; Gatineau, méd. lieut. 9^e rég. ; Tuffery, méd. capit., 16^e rég. ; Goiffon, méd. cap., rég. Paris ; Gaujoux, méd. capit., 15^e rég. ; Cavard, méd. capit., 9^e rég. ; Mistral, méd. capit., 17^e rég. ; Goujat, méd. capit., 7^e rég. ; Ravaud, méd. capit. rég. Paris ; Giret, méd. lieut., rég. Paris ; Fidon, méd. command. rég. Paris ; Priou, méd capit., 9^e rég. ; Boscq, méd. capit., 17^e rég. ; Prunier, méd. capit. rég. Paris ; Letulle, méd. lieut. rég. Paris ; Seullie, méd. capit., 13^e rég. ; Viard, méd. capit. 2^e rég. ; Franchin, méd. lieut. 15^e rég. ; Kahn, méd. capit. rég. Paris ; Bret, méd. capit. 7^e rég. ; Mauger, méd. capit., 11^e rég. ; Thibault, méd. capit., 20^e rég. ; Giret, méd.; capit., 16^e rég. ; Boisseau, méd. capit., 18^e rég. Mailhes, méd. lieut., 15^e rég.

Wery, méd. capit., rég. Paris ; Druville, méd. capit., 6^e rég. ; Blanc, méd. capit., 15^e rég. ; Marquet, méd. capit., 5^e rég. ; Dumousseau, méd. capit., 18^e rég. ; Laffay, méd. lieut., 14^e rég. ; Martin, méd. cap., 14^e rég. ; Blanches, méd. capit., 17^e rég. ; Blanchard, méd. lieut., 7^e rég. ; Vernie, méd. capit., 4^e rég. ; Peyrot, méd. lieut., 12^e rég. ; Schil, méd. capit., rég. Paris ; Faige, méd. lieut., 12^e rég. ; Brizard, méd. lieut. rég. Paris ; Jacobson, méd. capit. rég. Paris ; Gerbier, méd. capit., 13^e rég. ; Pierson, méd. lieut., 7^e rég. ; Placet, méd. capit., 19^e C. A. ; Dararasse, méd. capit., 18^e rég. ; Lombard, méd. command., 19^e C. A. ; Lemercier, méd. capit., 10^e rég. ; Duvelleroy, méd. capit., rég. Paris.

Lapeyre, méd. command., 16^e rég. ; Lhez, méd. capit. Maroc ; Bernard, méd. lieut., 6^e rég. ; Saltet de Sablet d'Estières, méd. capit., 3^e rég. ; Joyes-Nouguier, méd. lieut. 15^e rég. ; Lebouvier, méd., 2^e rég. ; Coutieu, méd. capit., 14^e rég. ; Bidault, méd. cap., 7^e rég. ; Broca, méd. lieut. rég. Paris ; Lerouge, méd. capit., 1^{re} rég. ; Tassigny, méd. lieut., 3^e rég. ; Chollet, méd. lieut., 11^e rég. ; Barraud, méd. capit. 6^e rég. ; Abou, méd. capit., 19^e C. A. ; Gallouedec, méd. lieut., 4^e rég. ; Coudray, méd. capit., rég. Paris ; Penther, méd. lieut., 11^e rég. ; Chatenoud, méd. lieut. 15^e rgr. ; Binard, méd. lieut., 3^e rég. ; Hippert, méd. capit., 20^e rég. ; Buffet, méd. lieut., rég. Paris.

Quesnel, méd. lieut., 3^e rég. ; Gardel, méd. capit., 17^e rég. ; Deschamps, méd. capit., 2^e rég. ; Mirgon, méd. capit., 19^e C. A. ; Ollivier méd. lieut., 10^e rég. ; Dupuy, méd. lieut., rég. Paris ; Gotty, méd. lieut., 14^e rég. ; Comte, méd. capit., 15^e rég. ; Delorme, méd. lieut. 14^e rég. ; Picheire, méd. capit., 16^e rég. ; Ray, méd. capit., 15^e rég. ; Poulin méd. capit., 18^e rég. ; Colleri-Leduc, méd. capit., 18^e rég. ; Durre, méd. capit., 17^e rég. ; Raoul, méd. lieut., rég. Paris ; Lubin, méd. capit., rég. Paris ; Trainar, méd. capit., 19^e C. A. ; Léorat, méd. capit., 15^e rég. ; Demesy, méd. capit., 7^e rég. ; Gardès, méd. capit., 15^e rég. ; Balme, méd. capit., 14^e rég. ; Gaubert, méd. capit., 17^e rég. ; Briend, méd. sous-lieut., 10^e rég. ; Larget, méd. lieut., rég. Paris ; Jubert méd. lieut., rég. Paris; Plazenet, méd. lieut., 13^e rég. ; Mercier, méd. lieut., 13^e rég. ; Biar méd. lieut., 17^e rég. ; Henry, méd. lieut., 15^e rég. ; Hermann, méd. lieut., 19^e C. A. ; Huet, méd. lieut., rég. Paris ; Larquier, méd., lieut. rég. Paris ; Bonnecaze, méd. lieut., 8^e rég. ; Romieu méd. lieut., 15^e rég. ; Jeanneney, méd. capit., 18^e rég. ; Adam, méd. lieut., 6^e rég. ; Vautrin, méd. sous-lieut., 1^{re} rég. ; Sarlabous, méd. capit., 18^e rég. ; Panis, méd. lieut., 6^e rég. ; Picquenard, méd. comm., 11^e rég. ; Matry, méd. lieur., 2^e rég. ; Bur, méd. lieut., 20^e région.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Immatriculation, inscriptions.**— I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (Travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande : Ne sont immatriculés *que sur leur demande* : 1° les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis de midi à 15 heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. *Inscriptions.* — Première inscription : La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire : 1° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'Enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ; 2° Acte de naissance sur timbre ; 3° Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60 c.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 4° Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au Secrétariat de la Faculté) ; 5° extrait du casier judiciaire.

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1931-1932, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au Secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre : du 12 au 27 octobre 1931 ; Deuxième trimestre : du 4 au 19 janvier 1932 ; Troisième trimestre : du 11 au 20 avril 1932 ; Quatrième trimestre : du 11 au 26 juillet 1932.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré). Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

— **Examens.** — *Avis très important.*— Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris)

1° Ancien régime d'études. Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3 de midi à 15 heures. Les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931.

La limite des consignations pour ces examens est fixé au 3 mai 1932.

2° Nouveau régime d'études — *Session d'octobre* 1931. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1931, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 19 octobre 1931 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudi 1er et vendredi 2 octobre 1931, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1931-1932. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1931.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 5 octobre 1931 au 31 mai 1932.

3° Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de

midi à 15 heures, les lundis et mardis de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 21 juin 1932.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Necker-Enfants-Malades.** — *Chirurgie de l'amygdale.* — MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la faculté de Strasbourg, feront les 25, 26, 27 et 28 octobre, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon George et Florence Blumenthal), une série de conférences et démonstrations opératoires sur la chirurgie de l'amygdale.

Détail des conférences. — Historique de la chirurgie de l'amygdale suivant la conception de son rôle pathologique. — Contre-indications et indications cliniques, bactériologiques et expérimentales vues par le laryngologiste. Le test amygdalien. — Contre-indications et indications vues par le médecin. — Préparation de l'intervention. L'opéré. Le matériel opératoire.L'anesthésie. — Méthode de Ruault, de Taptas, de Sluder et de Braun, de La Force et de Popper, de J. Beck, de Vacher, de Jacques. La méthode diathermique. La méthode par dissection: technique française, techniques de Coakley, de Fowler. — Valeur comparée des différentes méthodes. — Les soins post-opératoires et les résultats éloignés. — Les complications. Traitement des hémorragies. — L'amygdalectomie à chaud dans les suppurations de la région amygdalienne ; technique.

Les conférences auront lieu l'après-midi de 2 h. 30 à 4 h. 30. Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin de 10 heures à midi. Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien.

Droit d'inscription : 300 francs. Ecrire à M. Magdelaine, assistant du service, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

— **Concours de stomatologiste.** — Ce concours sera ouvert le mardi 27 octobre 1931, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 18 septembre au mercredi 7 octobre 1931 inclusivement.

— **Concours de l'externat.** — L'ouverture du concours de l'externat aura lieu le mercredi 21 octobre 1931 au gymnase Voltaire, 1, rue Japy, Paris-XI^e.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 3 octobre 1931 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **II^e Congrès international d'oto-rhino-laryngologie (Madrid, 1932).** — Le 2^e Congrès international d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Madrid du 27 au 30 septembre 1932, sous la présidence du professeur A.-C. Tapia.

Questions a l'ordre du jour. — *Otosclérose.* — Rapporteurs : Fraser, Edimbourg (Angleterre). Gordon Wilson, Chicago (U.-S.-A.). Otto Mayer, Vienne (Autriche).

Ozène. — *a*) Etiologie, pathogénie, bactériologie (Résultat d'une enquête internationale). Rapporteurs : Leroux Robert, Paris (France). Costiniu, Bucarest (Roumanie). — *b*) Traitement médical. Rapporteurs : Viggo Schmidt, Copenhague (Danemark). — *c*) Traitement chirurgical. Rapporteur : Lautenschlager, Berlin (Allemagne). — *d*) 1° Anatomie pathologique. Rapporteur : Torrini Luigi, Florence (Italie) ; 2° Recherches bactériologiques et expérimentales. Rapporteurs : P. Marlogis (Italie). Alphonso Trimarchi, Cremona (Italie).

Sclérome. — Les résultats de l'enquête internationale, en ce qui concerne la sclérome (Géographie, statistique, épidémiologie). Rapporteur : Belinoff, Sofia (Bulgarie). Co-rapporteurs : Szmurlo (Pologne), Sercer (Danemark). — Bactériologie : Lasagna, Parme (Italie). — Clinique et thérapeutique : Bourack, Minsk (Russie). — Histoire : Hajek, Vienne (Autriche). — Législation internationale du sclérome : Barraud, Lausanne (Suisse). — La lutte contre le rhinosclérome (prophylaxie): Zaleosky (Pologne). — La guerre et le rhinosclérome : Putschoski (Russie). — L'étiologie du rhinosclérome : Hinsberg, Breslau (Allemagne). — Sérologie du sclérome : Neuber.

Traitement endoscopique. — *a*) Des affections suppurées trachéo-bronchiques. Rapporteur : Chevallier-Jackson, Pensylvanie (U.-S.-A.). — *b*) Traitement des

lésions inflammatoires (phlegmons, etc.) de l'œsophage et son voisinage causées par des corps étrangers. Rapporteur : V. Eicksen, Berlin (Allemagne).

Traitement des tumeurs en O.-R.-L. par les radiations pénétrantes (rayons X, radium). — *a*) Indications respectives des radiations et de la chirurgie. Rapporteur : Hautant, Paris (France). — *b*) Technique de l'emploi des radiations. Rapporteurs : Ledoux et Sluys, Bruxelles (Belgique). — *c*) Rapporteur : Lemaitre, Paris (France).

Adresser toute demande de renseignements au secrétaire général : Docteur A. Fumagallo, Argensola 16-18, Madrid.

— **Comment un médecin américain a vu Paris et la Côte-d'Azur.** — Dans une revue, le *Medical Economics*, publiée à Rutherford (New-Jersey), un médecin américain, sous la signature Frederick A. Fenning, raconte avec un humour qui ne manque pas de saveur, son voyage en Europe, en France principalement, sa visite à Paris et sur la Côte d'Azur en particulier.

Paris, dit-il, m'a laissé l'impression.... d'une interminable série de cafés, brasseries et restaurants ! Jamais je n'aurais pu m'imaginer qu'il put y en avoir autant dans une ville. Sur les boulevards et dans les rues, à l'intérieur des établissements et à l'extérieur (sur les terrasses), dans les sous-sols et sous les toits, même sur les plates-formes de la Tour-Eiffel, des cafés, encore des cafés, toujours des cafés ! Pendant la semaine que ma femme et moi avons passée à Paris, nous changeâmes de restaurant à chaque repas, pour comparer : je donne la palme à Poccardi, sur les boulevards, où, pour 32 fr., on a un repas avec cinq plats et des vins à discrétion.

La Riviera a touché de son charme notre confrère américain. A Cannes, écrit-il, en février, les arbres à fruits sont en fleurs, les fleurs s'épanouissent, le soleil est toujours brillant, la mer du bleu le plus pur, les Alpes couvertes de neige se tenant derrière elle, en sentinelle.

Sur la plage bordée de palmiers, des orchestres se font entendre, et, confortablement installé dans des fauteuils à dossier mobile que l'on peut tourner du côté du soleil ou à l'ombre des palmiers, on écoute une agréable musique.

Notre confrère américain nous indique le coût de son voyage : 1.000 dollars par personne pour deux mois, voyage en trains de luxe, séjour dans les hôtels de 1re classe, théâtres, y compris les Folies-Bergère, à Paris ! Ce prix est évidemment à la portée de tous les praticiens des Etats-Unis, dont le gain annuel moyen (d'après la même revue, le *Medical Economics*) est d'environ 5.000 dollars pour les villes, un peu moins dans les campagnes, plus pour les chirurgiens.

Notre confrère, enfin, rentré chez lui, se félicite de son voyage et aussi de son retour. On est content d'aller à l'étranger, mais on est toujours plus heureux encore d'en revenir.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Agrandissements et constructions nouvelles.* — Le rapporteur général du budget de l'Assistance publique de Paris a établi ainsi qu'il suit le programme des grands travaux à exécuter dans les hôpitaux de Paris. :

Reconstruction, à Clichy, de l'hôpital Beaujon, dont les bâtiments actuels seraient démolis : 17 millions.

Cochin. — Construction d'une clinique de gynécologie, de services de médecine, 12.000.000 de francs ; agrandissement de l'usine, 3.000.000 de francs.

Laënnec. — Construction d'un bâtiment pour l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie et un service de chroniques, 4.500.000 francs ; réfection des cuisines, 1.500.000 francs.

La Pitié. — Agrandissement de l'isolement, de la Maternité, 1.200.000 francs.

Saint-Antoine. — Reconstruction de divers pavillons, 12.000.000 francs ; agrandissement de la maternité, 2.500.000 francs.

Saint-Louis. — Création d'un service de chirurgie, 6.000.000 de francs.

Bretonneau. — Création d'une deuxième crèche de médecine. Surélévation d'une partie, 1.500.000 francs.

Trousseau. — Agrandissements, 9.000.000 de francs.

Hérold. — Création d'un service de chirurgie, 3.500.000 francs.

Extension des laboratoires, 20.000.000 de francs.

Réinstallation du Magasin central, 15.500.000 francs.

Ecole d'infirmières, 8.000.000 de francs.

Hôpital de secours, 8.000.000 de francs.

Achèvement de six établissements en cours de construction, 147.273.318 francs ; construction d'hôpitaux à Garches et Rosny, 143.345.000 francs ; création de lits de vieillards payants, 64.800.000 francs ; création de lits de maternité, 56.000.000 francs.

Groupe Necker-Enfants-Malades. — Construction d'un groupe opératoire et d'un service de chirurgie infantile, 12.000.000 de francs.

Total : 600 millions.

— **Deuxième conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.** — Organisée sous le haut patronage de M. le Président de la République, cette conférence et ce congrès se tiendront à Paris du 7 au 12 octobre prochain.

En outre de MM. les délégués officiels désignés par le Gouvernement et par les colonies et des membres du Comité d'initiative, des membres adhérents ou participants dont la cotisation est fixée à 100 francs, seront admis à prendre part aux réunions de la conférence et du Congrès colonial.

Le montant de la cotisation est porté à 500 francs pour les sociétés, collectivités, groupements, firmes, etc., désireux de contribuer au succès du Congrès et de s'associer à l'œuvre poursuivie.

Les séances du matin, sauf modifications à intervenir, seront consacrées aux travaux de la Conférence internationale et celles de l'après-midi au Congrès colonial.

Adresser toute la correspondance au secrétaire général, M. le professeur Gabriel Petit, 84 *bis*, rue de Picpus, Paris (12e arrondissement).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les médec. auxil. : (rang 1er août 25) Eudel, 11e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Risacher, 33e sect., aff. Levant ; (rang 1er août 26) Maduro, 5e sect., aff. rég. Paris ; Morlaas, 18e sect., aff. rég. Paris ; Vergez-Ronta, 18e sect., aff. 3e rég. ; (rang 1er août 28) Deglaire, 2e sect., aff. rég. Paris ; Lacroix, 4e sect., aff. rég. Paris ; Masquin, 15e sect., aff. rég. Paris.

Les médec. auxil. : Tardif, 13e sect., aff. rég. Paris ; Tessier, 22e sect., aff. rég. Paris ; Voignier, 23e sect., aff. rég. Paris ; Vromet, 11e sect., aff. rég. Paris ; Barbe, 1re sect., aff. 1re rég. ; Delignon, 4e sect., aff. 2e rég. ; Lucasse, 1re sect., aff. 1re rég. ; Moraux, 1re sect., aff. 2e rég. ; Launay, 4e sect., aff. 4e rég. ; Charpentier, 5e sect., aff. 5e rég. ; Gauthey, 7e sect., aff. 7e rég. ; Mahoudeau, 9e sect., aff. 9e rég. ; Nicolas, 11e sect., aff. 10e rég. ; Trochu, 10e sect. aff. 10e rég. ; Le Tourneur, Mathevet et Vincent, 11e sect., aff. 11e rég. ; Denise, 14e sect., aff. 13e rég. ; Gay, 14e sect., aff. 13e rég. ; Aroud et Blanc, 14e sect., aff. 14e rég. ; Lioret, 5e sect., aff. 14e rég. ; Rattier et Roman, 14e sect. ; aff. 14e rég. ; Assada, et Bertrand, 15e sect, aff. 15e rég. ; Brissaud, 5e sect., aff. 15e rég.

Cat, 15e sect., aff. 15e rég. ; Coignet, 8e sect., aff 15e rég. ; Demejean et Durand, 17e sect., aff. 17e rég. ; Bonnahon, 18e sect., aff. 18e rég. ; Pétrignagni, 5e sect., aff. 18e rég. ; Ettori, Charles, Gaillarde, Tcherny, 19e sect., aff. 19e C. A. ; Dana, Finzi, Maruani, Nataf, Samara, Sarfati, Zérah, 25e sect., aff. tr. Tunisie.

(Rang 1er août 29) Delattre, 22e sect., aff. rég. Paris ; Tandonnet, 18e sect., aff. rég. de Paris ; Vermorel, 22e sect., aff. rég. Paris ; Carliez et Chardel, 1re sect., aff. 1re rég. ; Hervaux, Michiels, Trifard, 1re sect., aff. 2e rég. ; Crette, 3e sect., aff. 5e rég.

Lucy, 8e sect., aff. 8e rég. ; Lechat, et Tendron, 11e sect. aff. 11e rég. ; Didier, Costes, Juliau et Simon, 15e sect., aff. 15e région Mazères et Vergeron, 18e sect., aff. 18e rég., Benay, 23e sect., aff. 20e rég. ; Nicolas, 25e sect., aff. tr. Tunisie.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Droit aux prestations de l'assurance-maternité.

13047. — M. Etienne Fougère signale à M. le ministre du Travail les difficultés d'interprétation qui résultent de la rédaction de l'article 9, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928, qui prévoit que, pour bénéficier des prestations en espèces maternité, les femmes assujetties doivent avoir cotisé 60 jours pendant les trois mois ou 240 jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse ; expose : *a*) qu'il résulterait de cette rédaction qu'une femme ayant cotisé à partir du 1er janvier aurait droit aux prestations en espèces, même si elle s'arrête de travailler courant avril, si, ayant cotisé jusqu'en mars, elle accouche dans une période consécu-

tive de 300 jours, c'est-à-dire jusqu'au 1er février suivant : *b*) qu'inversement une femme qui n'aurait commencé à cotiser que le 1er février et qui accoucherait dans le même laps de temps que ci-dessus, se verrait refuser les prestations, même si elle travaille et cotise jusqu'à la veille de l'accouchement ; et lui demande si le législateur n'a pas voulu dire que l'assurée pourrait avoir, soit cotisé pendant les trois mois qui précèdent l'état de grossesse ; soit pendant 240 jours dans l'année qui précède l'accouchement ; ajoute que cette interprétation serait plus équitable et plus libérale. (*Question du* 2 *juin* 1931.)

Réponse. — La date à laquelle est déterminé le droit aux prestations maladie, maternité, décès est, en règle générale, d'après l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, auquel renvoie l'article 9, paragraphe 1er, de ladite loi, le dernier jour du mois qui précède la première constatation médicale de la grossesse. L'article 9, paragraphe 2, permet, en cas de maternité de prendre à la place de cette date, le dernier jour du mois qui précède le début présumé de la grossesse. Les intéressées ont ainsi le droit d'invoquer le bénéfice de l'une ou l'autre des deux dates sus-indiquées en vue d obtenir les prestations de l assurance-maternité. C'est cette interprétation aussi libérale et aussi équitable que possible, qu'ont donnée de a loi les circulaires ministérielles des 21 mars et 15 avril 1931.

(*J. O*, 11 août 1931.)

Assurance facultative. Délivrance des appareils aux infirmes-nés.

13525. — M. Reille Soult expose à M. le ministre du Travail : *a*) que le règlement type des caisses primaires de répartition (*Journal officiel* du 20 août 1930) prévoit (art. 64) que les prestations garanties par les caisses aux assurés facultatifs comprennent les prestations en nature prévues par la loi et dispensées dans les mêmes conditions qu aux assurés obligatoires, et des prestations en argent variables suivant les cotisations ; *b*) que le tarif établi par le ministère du travail, pour l'application de l'assurance facultative, prévoit (page 8, 1er et 3e cas) que la cotisation versée par l'assurée comprend des prestations en nature et en argent ; et lui demande : 1° s'il n'y a pas là une équivoque et si l'assuré qui, par exemple, désire se garantir pour 10 fr., en cas de maladie, moyennant une prime de 25 fr. par trimestre n'a droit qu'aux 10 fr. prévus, ou s'il peut, en outre, prétendre aux prestations en nature (soins médicaux ou pharmaceutiques) ; 2e étant donné que l'article 4 de la loi prévoit que l'assurance-maladie couvre les frais d'appareils, si les infirmes-nés sont couverts par la loi pour la fourniture de ces appareils, ou, au contraire, si ces appareils ne sont fournis qu'aux assurés ou à leurs ayants droit devenus infirmes après une maladie ayant donné lieu au payement des prestations. (*Question du* 2 *juillet* 1931.)

Réponse. — 1° Moyennant une cotisation de 25 fr.

par trimestre, payable jusqu'à 60 ans, un assuré âgé de 22 à 24 ans du sexe masculin peut obtenir, dans l'assurance facultative, une indemnité de 10 fr. par jour en cas de maladie Cette indemnité correspond à un forfait couvrant tant les prestations en nature que les prestations en argent. L'assuré peut se garantir une indemnité double, en versant une cotisation double ; 2° aux termes de l'article 29 du règlement-type d'administration intérieure des caisses primaires de répartition, la délivrance des appareils et accessoires n'est faite que sur avis favorable du médecin contrôleur de la caisse et après décision de celle-ci. Le payement des appareils et accessoires est opéré dans la limite du tarif de responsabilité de la caisse. Sous cette réserve, un assuré obligatoire peut obtenir le remboursement des frais d'appareils pour un enfant né infirme, pendant les six mois qui suivent la première constatation médicale de l'infirmité.

(*J. O.*, 11 août 1931.)

Les cures thermales des employés des chemins de fer de l'Etat.

12989. — M. Rauzy expose à M. le ministre des Travaux publics, comme suite à la réponse faite à la question n° 12171 : *a*) que répondant à la question n° 11405 il a déclaré que, d'après les renseignements fournis par le réseau de l'Etat, il ressortait que le service de santé de cette administration n'a jamais donné d'instructions spécifiant que les mutilés de guerre ne pourront pas obtenir de congé supplémentaire pour une cure thermale, lorsqu'ils auront déjà pris tout ou partie de leur congé annuel statutaire et que, d'après l'article 22 du règlement commun à tous les grands réseaux, il peut être accordé par le directeur, sur l'avis du médecin-chef du réseau, des congés pour une cure thermale ; *b*) que répondant à la question n° 7450, il a confirmé les renseignements donnés dans la question n° 11405, ajoutant que sur présentation d'un certificat établi par la commission militaire de réforme et attestant qu'une cure thermale leur est nécessaire, les intéressés sont soumis à l'examen du médecin-chef du réseau et qu'il leur est alors accordé un congé avec solde qui vient en déduction de leur congé annuel statutaire ; que, cependant, si la durée du congé nécessaire est supérieure au nombre de jours de congé que l'intéressé a encore à prendre au moment de son envoi aux eaux, l'excédent est accordé à titre de congé supplémentaire avec solde ; *c*) que répondant à la question n° 12171, il a reconnu formellement qu'il avait communiqué aux intéressés les notes de service n° 441 du 12 juillet et n° 27 du 18 juillet 1930, du service de santé du réseau de l'Etat, dans lesquelles il est dit en substance que les mutilés de guerre, qui auront épuisé leur congé annuel statutaire, ne pourront obtenir de congé supplémentaire avec solde pour accomplir une cure thermale prescrite par la commission militaire de réforme ; et lui demande : 1° si un mutilé de guerre,

agent du réseau de l'Etat, ayant déjà pris son congé annuel statutaire et qui produit un certificat établi par la commission militaire de réforme attestant qu'une cure thermale lui est nécessaire, peut obtenir un congé supplémentaire avec solde pour accomplir cette cure ; 2° si, en cette matière, le pouvoir de cette décision appartient au directeur du service de santé ; et, dans le cas de la négative, quel texte administratif a permis à ce dernier de se substituer au directeur général du réseau, en publiant des notes de service plus ou moins confidentielles, allant nettement à l'encontre des déclarations officielles de l'administration ; 3° quelles mesures il compte prendre pour mettre un terme aux agissements du service de santé du réseau de l'Etat, trop souvent représenté par un chef de bureau dont l'hostilité à l'égard du personnel en général et des mutilés de guerre en particulier est bien connue ; 4° que l'administration des chemins de fer de l'Etat réponde sans ambiguïté aux questions précises qui lui sont posées par la voie du *Journal officiel*. (*Question du 28 mai* 1931.)

Réponse. — Le ministre des Travaux publics n'a pu que soumettre la question à l'administration des chemins de fer de l'Etat, qui a présenté les observations ci-après : « Les demandes de congés supplémentaires pour cures thermales sont nombreuses et l'expérience montre qu'elles sont généralement prévues à l'avance par les intéressés, qui même le plus souvent les renouvelient d'année en année. La nécessité des cures d'urgence est absolument exceptionnelle. Les dispositions de l'article 22 du règlement commun à tous les réseaux qui régissent les congés de cette nature pour tout le personnel, les mutilés de guerre y compris, impliquent l'imputation de l'absence pour cure thermale sur le congé annuel jusqu'à concurrence de la totalité de ce congé et, par conséquent l'opportunité de le réserver, même en totalité, sauf obligations exceptionnelles d'un autre ordre pour la cure de l'année, lorsque, comme dans les cas visés, l'utilité apparaît aux agents intéressés de faire cette cure annuellement. C'est donc par pure bienveillance qu'il arrive au médecin en chef, même lorsque la cure thermale n'est pas considérée comme présentant un caractère d'urgence absolue, de donner un avis favorable au congé supplémentaire avec solde demandé. Mais il va de soi qu'à raison même de cette mesure bienveillante, l'agent doit utiliser dans la circonstance son congé annuel ou ce qu'il lui en reste à prendre, et que ce qu'il en a pris ne peut lui être remplacé en congé avec solde que si une nécessité impérieuse l'a conduit à prendre un congé réglementaire. Les notes n° 441 du 12 juillet et n° 27 du 18 juillet 1930 citées n'ont pas spécialement traité du cas de « mutilés de guerre » mais bien de deux agents du réseau auxquels ont d'ailleurs été accordés les congés demandés, avec invitation d'avoir à s'inspirer à l'avenir des dispositions réglementaires pour en obtenir d'autres du

même genre : 1° si un mutilé de guerre ayant pris la totalité de son congé réglementaire produit un certificat médical de l'autorité militaire, il « peut » obtenir un congé avec solde, mais ce n'est pas un droit et ce n'est pas sans contrôle médical du réseau car il est bien spécifié que ce congé supplémentaire avec solde est accordé « si la cure thermale est l'adjuvant indispensable du traitement thérapeutique » (ordre général 610, art. 22). Tous les agents sont d'ailleurs traités dans les mêmes conditions. J'ajoute que l'administration de la guerre a, par circulaire ministérielle n° 1158 B 2/7 du 19 février 1923, signalé l'abus qu'il est fait de ces cures qu'on ne peut en effet considérer chaque année comme indispensables ; 2° c'est le directeur général qui accorde les congés supplémentaires de cet ordre, mais toujours après avis favorable du médecin en chef. Les notes n[os] 441 et 27 précitées, en indiquant que « l'article 22 de l'ordre général n° 610 ne pourrait être appliqué cette année si les intéressés ne réservaient pas pour ce moment leur congé régulier », donnaient simplemnet à penser que, pour 1931, les demandes de cures ne recevraient pas l'avis favorable du médecin-chef, si cette condition de la réserve du congé n'était pas remplie ; 3° toutes ces questions étant d'ordre purement médical, en ce qui a trait à l'avis du service de santé, ne concernent en rien le personnel administratif de ce service, le chef de bureau y compris, qui n'a qu'à enregistrer les avis du directeur du service de santé. En fait le supplément de congé nécessaire à l'accomplissement d'une cure n'a jamais été refusé mais ce supplément a été quelquefois accordé partiellement sans solde. »

(*J. O.*, 11 août 1931.)

A propos du récent tableau de concours des réserves

S'inspirant par anticipation pour ce tableau des directives qu'il vient de préciser par une récente circulaire pour tenir compte d'une façon toute particulière dans l'établissement des tableaux de l'assiduité des officiers de réserve aux écoles de perfectionnement, le ministre a fait figurer au récent tableau un certain nombre d'officiers pour lesquels les notes spéciales d'assiduité sont intervenues tout particulièrement.

C'est ainsi que nous relevons les nombres suivants par armes et services :

POUR OFFICIERS

Infanterie métropolitaine : 35 sur 95 inscriptions.

Cavalerie : 4 sur 17.

Train : 2 sur 4.

Artillerie : 18 sur 45.

Intendance (fonctionnaires) : 4 sur 7.

Officiers d'administration : 1 sur 1.

Médecins : 15 sur 26.
Pharmaciens : 2 sur 2.
Officiers d'administration du service de santé : 1 sur 3.
Justice militaire : 1 sur 2.
Infanterie coloniale : 5 sur 16.
Artillerie coloniale : 1 sur 6.
Médecins : 1 sur 7.
Pharmaciens : 1 sur 1.

POUR CHEVALIER

Infanterie métropolitaine : 210 sur 1.360.
Cavalerie : 15 sur 100.
Vétérinaires : 15 sur 24.
Train : 14 sur 76.
Artillerie : 134 sur 517.
Génie : 34 sur 134.
Intendance (fonctionnaires) : 13 sur 20.
Officiers d'administration d'intendance : 17 sur 24.
Poudres : 2 sur 14.
Médecins : 51 sur 247.
Pharmaciens : 12 sur 46.
Officiers d'administration du service de santé 27 sur 58.
Justice militaire : 7 sur 14.
Infanterie coloniale : 27 sur 117.
Artillerie coloniale : 9 sur 32.

(*La France militaire*, 25 août 1931.)

CORRESPONDANCE

Questions fiscales

2537. — Pas de pourcentage de frais professionnels. Augmentation de la patente.

1° Quel est le pourcentage, admis par l'administration des contributions directes, des dépenses professionnelles à déduire du bénéfice brut ? 60 % peut-il paraître un pourcentage exagéré, je ne le crois pas, et le contrôleur des contributions directes peut-il le trouver tel ?

2° Je vous fais parvenir ci-joint ma feuille de contributions directes pour 1931. Elles ont encore beaucoup augmenté sur 1930, où elles étaient de 683 fr. D'ailleurs elles ont augmenté tous les ans : en 1929 = 602 fr., en 1928 = 567 fr., en 1927 = 556 fr., en 1926 = 506 fr., etc. Cette augmentation de cette année est-elle normale et légale ? Dois-je l'accepter ainsi ou réclamer ? A qui et comment ? Encore un peu, et ma patente atteindra le montant de mon loyer ! Dr R.

Réponse.

1° Il n'y a pas de pourcentage de frais à déduire du bénéfice brut.

L'impôt est calculé sur la différence entre le bénéfice brut et les dépenses effectives.

2° L'augmentation de votre patente est due à l'augmentation des centimes. Il n'y a donc pas lieu à réclamation.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2571. — Contestation de la valeur locative base de la patente.

Je suis imposé à 3.000 fr. pour la patente.

D'autre part, vu ma nombreuse famille (8 enfants), je ne suis pas imposable sur les bénéfices des professions libérales.

Ne trouvant pas à me loger ici, j'ai dû emprunter et faire construire une maison de 12 pièces, dont la valeur locative me fait payer une très forte patente.

Ce que l'on me donne d'une main, on me le reprend donc de l'autre.

N'y a-t-il rien à tenter pour me faire dégrever ?

Le directeur des contributions directes soutient son contrôleur qui avait oublié en 1929 de m'imposer sur mon nouveau local et qui, en 1930, m'impose lourdement avec un rappel pour 1929. En avait-il le droit ?

J'ai consulté un agent fiscal qui me conseille de faire une enquête dans la ville pour connaître la patente des gens logés à peu près comme moi et de ne pas tenter un procès avant d'être bien sûr du résultat. Ça n'est pas commode. Les gens ne veulent rien dire.

J'ai une maison de 12 pièces, entourée d'une cour, avec un petit garage, une maison confortable, bien comprise, mais sans luxe, ni une apparence princière. Comment faire pour faire reviser la valeur locative ?

Dr N.

Réponse.

Vous ne pouvez contester la valeur locative de votre maison que si elle est exagérée par rapport à celle attribuée à des maisons de même importance et faisant l'objet d'une location normale.

A. M.

Questions diverses

4156. — Exemption de la taxe de séjour dans les stations climatiques

Pourriez-vous me dire si les médecins et leurs familles sont assujettis aux taxes de séjour dans les stations climatiques ?

Jusqu'à présent dans les villes d'eaux et sur certaines plages classées où je suis passé, je n'ai jamais payé ; aujourd'hui on me réclame une taxe de séjour pour location sur une plage qui vient d'être promue au titre de station climatique : dois-je payer ?

Dr L.

Réponse.

Les taxes de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme sont perçues en vertu d'une loi du 24 septembre 1919.

Or, aux termes de l'article 3 de cette loi ..... *peuvent* être exemptées de la taxe les personnes

qui sont exclusivement attachées aux malades ou celles qui, par leur travail ou leur profession, participent au fonctionnement et au développement de la station.

Le tarif de la taxe, ainsi que les bases d'établissement et les conditions d'application, d'atténuation ou d'*exemption* sont fixés, pour chaque station, par un décret en Conseil d'Etat, rendu sur la proposition du Ministre de l'Intérieur et sur des bases établies par la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, après enquête et consultation du conseil municipal et de la chambre d'industrie thermale et climatique.

Dans beaucoup de stations thermales ou climatiques, des exemptions de taxe sont, en effet, prévues pour les médecins même lorsqu'ils n'exercent pas dans la station.

Mais ce n'est pas là une règle absolue, tout dépend des dispositions du décret pris sur les propositions de la municipalité qui, en fait, est libre d'accorder ou ne pas accorder l'exemption.

Dans votre cas particulier, pour vous assurer si vous devez payer la taxe ou non, vous pouvez demander à la mairie communication du texte du décret qui a autorisé la perception de la taxe. Vous verrez si une exemption y est formellement prévue en faveur des médecins. Au cas ou le décret serait muet à ce sujet, vous ne pourriez vous dispenser de payer la taxe.

4030. — Réquisition par un maire pour l'examen d'un cadavre

Un gendarme me téléphone, ce matin, de la part du maire d'une localité voisine me priant d'aller faire des constatations — vu qu'il y a présomption de crime — de décès, d'un noyé, retiré de l'eau et resté sur le bord du canal.

Vu l'incertitude de la cause réelle de la mort, et bien que n'ayant constaté aucune trace de coup, j'ai conseillé le transport à la Morgue, à toutes fins utiles, cependant, j'ai remis au gendarme, sur sa demande, un certificat de décès, sans en mentionner la cause.

Comment me faire payer ? par qui ?

Le coup de téléphone a bon dos, et j'ai été refait plus d'une fois, déjà, avec ce truc-là qui permet de fuir toute responsabilité.

Vous m'obligeriez, en me donnant un renseignement à ce sujet, et en m'indiquant le prix qu'il faut demander et à qui.

Dr D.

Réponse.

Le maire n'avait le droit de vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et s'il y avait présomption de crime ou de délit.

Avant de vous rendre auprès du noyé, vous auriez donc dû exiger une réquisition écrite et régulière. Peut-être pourriez-vous encore obtenir la régularisation de cette formalité.

Muni de la réquisition, vous essayerez tout d'abord de vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle. Pour cela vous enverrez au Procureur de la République un mémoire conforme au modèle officiel, en double exemplaire, sur papier libre, puisque la somme qui vous est due ne dépasse pas 50 francs.

En effet, vous avez droit, aux termes de l'article 26 du décret sur les frais de justice en matière criminelle, à des honoraires de 25 francs pour votre visite et votre rapport ou certificat, auxquels il convient d'ajouter vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour si vous avez eu à vous déplacer au delà de deux kilomètres de votre résidence.

Si le Procureur de la République admet que le paiement de vos honoraires incombe à la justice, il fera viser votre mémoire par le Procureur général, le fera taxer par le Président du Tribunal et vous fera enfin payer par le receveur de l'enregistrement.

Au contraire, s'il le rejette et vous le retourne, il faudra que vous vous fassiez payer par le maire qui aura ainsi commis la faute de vous requérir dans des conditions irrégulières.

4126. — Responsabilité d'un accident causé par un animal

Pouvez-vous, je vous prie , me donnez les renseignements suivants au sujet d'un accident.

Voici les faits : deux enfants de 5 ans s'amusaient à monter sur une voiture non attelée devant l'écurie d'une boulangerie.

Malgré les observations du boulanger, les enfants qui étaient partis, étai nt revenus sur la voiture au moment d'atteler. La femme du boulanger les fit descendre et à ce moment, le cheval prenant peur sauta par dessus les enfants et avec son sabot atteignit un des enfants à la tête. Qui est responsable dans un tel accident ? Ne sont-ce pas les parents qui devraient surveiller leurs enfants ? Il s'agit d'une fillette de 5 ans dont le domicile est à 100 mètres environ de la boulangerie et non sous la vue des parents.

Le terrain de l'accident n'est pas une rue, mais une petite place.

Dr M.

Réponse.

En vertu de l'article 1.385 du Code civil le propriétaire d'un animal ou celui qui s'en sert répond du dommage causé par cet animal, sans que la victime ait à faire la preuve d'une faute quelconque imputable au propriétaire ou au gardien de l'animal ; la faute est présumée.

Pour s'exonérer de sa responsabilité, le propriétaire ou le gardien de l'animal qui a causé le dommage doit faire la preuve que l'accident est dû à un cas fortuit ou de force majeure, ou bien encore à une faute imputable à la victime elle-même. Mais c'est à lui qu'il appartient d'apporter la preuve du cas fortuit ou de force ma-

jeure ou de la faute de la victime ; il ne lui suffirait pas d'établir qu'il n'a commis personnellement aucune faute ou qu'il a pris toutes les précautions nécessaires.

Par conséquent, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, le propriétaire du cheval doit être présumé responsable de l'accident. Il ne pourra s'exonérer de sa responsabilité qu'en démontrant que l'accident est dû à la faute de l'enfant, qui jouait autour de l'animal, malgré l'interdiction qui lui en avait été faite, et aussi à la faute des parents qui laissaient leur enfant jouer dans la rue sans exercer sur elle la surveillance nécessaire.

Etant données les circonstances de l'acc dent, il nous semble que le propriétaire du cheval pourra facilement faire la preuve, le cas échéant, de la faute de la victime ou de ses parents.

3800. — Déclaration de naissance et secret professionnel

Me trouvant quelque peu mêlé à une affaire d'infanticide, je vous serais reconnaissant de me faire savoir si ma conduite a été correcte, si je puis être appelé à témoigner en justice à ce sujet, enfin, ce que je devrais faire dans ce cas, pour respecter le secret professionnel sans cependant pouvoir être taxé de complicité. Je lirai avec reconnaissance votre réponse dans le *Concours médical* auquel je suis abonné. Je vous prierai seulement de bien vouloir me garder l'anonymat le plus complet.

Appelé l'autre jour, auprès d'une fille qui était venue me demander un certificat le mois précédent pour pouvoir bénéficier de l'assurance maternité, je trouve en arrivant la malheureuse seule. Sa sœur, qui était venue me téléphoner au bourg m'avait attendu, et nous arrivions ensemble. La fille était debout, l'air hagard, la chemise sanglante. Je lui demande si l'enfant était né ; elle me répond que oui. Tout en la faisant coucher, et en faisant un rapide examen me prouvant que la délivrance n'était pas faite, je lui demande où est l'enfant. Elle me répond que le chien, très vorace, vient de l'emporter. Malgré ma surprise, je continue à lui donner les soins nécessaires, puis j'insiste pour savoir la vérité. Elle persiste dans sa version avec tant d'assurance que je finis par y croire. Mais alors, tous les soins étant terminés, je lui dis qu'il nous reste le devoir de faire une déclaration de naissance. Seulement comment faire, puisque j'ignore le sexe de l'enfant ? Et puis, dois-je le déclarer de père et de mère inconnus ? Elle me dit qu'elle croit qu'il s'agissait d'une fille, et qu'elle me prie de ne pas déclarer son nom. Mais, lui fais-je remarquer, on va aussitôt savoir de qui il s'agit puisqu'on est dans un hameau où le médecin, venant avec son sac, est immédiatement repéré. Enfin, la question de la disparition de l'enfant doit faire aussi l'objet d'une déclaration pour éviter tout ennui ultérieur.

Après maintes réflexions, on conclut ainsi. Elle m'autorise à aller voir le juge de paix, et à lui dire sous le sceau du secret, sans la nommer, ce qui s'est passé. Ainsi, son innocence pourra, le cas échéant, être plus facilement reconnue ; en tout cas, nous ne serons passibles ni l'un, ni l'autre, soit de poursuites pour défaut de déclaration, soit de poursuites encore plus graves.

Inutile de dire que pendant ce temps la sœur multipliait les recherches autour de la maison pour retrouver le petit corps.

Aussitôt revenu à mon domicile, j'allai trouver le juge de paix, et, lui ayant demandé le secret au sujet d'une déclaration que je devais lui faire et d'un conseil que je voulais prendre de lui, je fis le récit de ce qui précède sans nommer évidemment ni la mère ni le lieu où s'était passé l'événement. « Et maintenant, lui dis-je, que dois-je faire au sujet de la déclaration de la naissance ? »

Le juge de paix me dit qu'il était obligé d'en référer au Parquet mais qu'en considération du secret auquel j'étais tenu, il attendrait que les parents de la fille viennent eux-mêmes lui faire une déclaration à ce sujet, le lendemain à la première heure. Je retournai aussitôt prévenir la fille d'envoyer quelqu'un de sa famille dès le lendemain matin chez le juge de paix, pour lui faire la déclaration demandée.

Le lendemain, vers 10 heures, le juge n'ayant pas reçu de visite, vint me voir. Je fus aussi étonné que lui du silence de la famille. Il me dit que, dans ces conditions, il allait téléphoner au Parquet, sans me nommer. Il me demanda le nom de la fille et le nom du hameau. Je refusai, n'acceptant de lui donner que le nom de la commune — puisque ce nom devait être connu de lui, si je faisais une déclaration de naissance. Il n'insista pas et se rendit à la gendarmerie pour prévenir le Parquet. Or, dix minutes après, il me téléphonait de la gendarmerie que les gendarmes, étant en tournée régulière dans la commune, avaient déjà entendu murmurer quelque chose à ce sujet et lui avaient donné le nom de la fille et celui du hameau. Je ne dis rien, et j'attendis. Deux heures après, le juge de paix me téléphonait de nouveau, me disant qu'il était allé avec les gendarmes chez la fille sur l'ordre du Parquet, et que la malheureuse avait bientôt avoué qu'elle avait jeté son enfant dans un puits voisin de la maison.

Le bruit court que les pompiers ont vidé le puits et qu'un de mes confrères est allé faire les constatations légales.....

Voilà les faits. Et maintenant, que devrais-je faire si les gendarmes venaient faire une enquête chez moi ? J'ai bien l'intention de leur dire que je ne puis répondre qu'en justice, et après avoir pris le conseil d'un avocat.

Et si je suis appelé devant le juge d'instruction ou devant le jury, que devrai-je dire et taire ? Dans quelle mesure suis-je lié par le secret professionnel, dans quelle mesure au contraire suis-je obligé de parler ?

Dr X.

Réponse.

N'ayant pas assisté en personne à l'accouchement, vous n'avez pas à faire la déclaration de naissance et c'est par un excès de scrupules que vous avez demandé un avis à ce sujet au Juge de Paix.

Quoiqu'il en soit, étant donné le caractère confidentiel de votre démarche, il y a tout lieu de croire qu'il n'en sera pas fait état par le Juge de Paix dans son rapport au Parquet et qu'ainsi il ne pourra vous être reproché d'avoir manqué au secret professionnel.

Maintenant que l'affaire a eu les suites judiciaires qu'elle comportait et que la coupable a fait des aveux, nous ne voyons pas de quelle utilité pourrait être votre témoignage.

En tout cas, s'il était requ s, soit par la gendarmerie, soit par le Juge d'Instruction, soit à l'audience devant la Cour d'Assises, vous n'aurez pas d'autre attitude à observer que de vous retrancher derrière le secret professionnel pour refuser de répondre à toutes les questions qui pourront vous être posées, après avoir toutefois prêté le serment exigé de tout témoin.

En effet, l'art. 378 du Code pénal vous fait une obligation de ne rien révéler de ce que vous avez pu voir, apprendre ou constater dans l'exercice de votre profession et il ne saurait être contesté que c'est dans l'exercice de votre profession que vous avez pu avoir connaissance du crime commis par votre cliente.

Questions médico-militaires

2647. — Père de 3 enfants. Démission.

Père de 3 enfants, j'appartiens à la classe 1915. J'ai fait la deuxième partie de la guerre comme médecin auxiliaire. Nommé sous-lieutenant en 1923. puis lieutenant le 18 mars 1927, je n'ai jamais fait de période.

Je reçois à l'instant une convocation pour une période obligatoire.

Puis-je donner ma démission ? Je le crois, car du fait de mes 3 enfants, je dois, depuis le 31 octobre 1930, faire partie de la 2e réserve. Voudriez-vous m'indiquer la marche à suivre pour adresser cette démission.

D'autre part la classe 1915 doit-elle accomplir des périodes ? Dr D.

Réponse

En vertu de l'art. 58 de la loi du 31 mars 1928, vous avez été en effet classé dans la deuxième réserve dès la naissance de votre troisième enfant.

Il vous est donc possible (art. 38 de la même loi) d'offrir, dès à présent, votre démission de médecin de réserve au ministre.

Adressez une lettre en ce sens, avec les références ci-dessus, au ministre, par la voie hiérarchique de votre directeur.

Les dispositions, dont bénéficie la classe 1915 pour les périodes de réserve n'intéressent que les hommes de troupe, et non les officiers.

Cinquante-troisième année — N° 37 — 13 Septembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons, Lortet.
Besse : Caffeau.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche) J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Monnetier-Mornex (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianès.
Sallanches (Hte-Savoie). Trutié de Vaucresson (*chir. acc.*).
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Cannes. P. E. Bousquet Cadinouche. P. Houssiaux.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Croix-de-Vie. Cristiaen.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Laoanau. Dubroca.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Trutié de Vaucresson (*chir.*).
Palavas-les-Flots : Gelly.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Théo-Roux (*Gyn.enf.*), Vadon
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé, E. Plichon (*Y. O. R. L.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr TARIEL, d'Issy-les-Moulineaux, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 311. — Dr méd. génér. et longue prat. toute chirurgie d'urg., plus particul. gynécol., v. u. et accouch., cherche poste sér. ville littoral méditerr., Afrique ou France. Dr Nicolas, à Thio (Nouv. Calédonie). Longs délais postaux.

No 312. — Méd. physiothérapeute ayant import. client. été, cherche occupat. dans sa spécialité pendant l'hiver, sur la Côte d'Azur ou l'Algérie.

No 313. — Dr ayant fini études assisterait confr., condit. à déb. Ecrire Dr Sakka, 6, rue Louis Thuillier, Paris (5e).

No 314. — A vend. par suite décès, très pressé, une cinquantaine très beaux vol. d'ouvrages médicaux et nombr. instrum. de méd. absolum. à l'état de neuf.

No 315. — Paris. Clin. méd. génér., rapp. intéress., installée en appartem., loyer 2.500. Indemn. 40.000 y compris l'install. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 316. — Bretagne. Jolie rég. (chasse, pêche), propharm. gros rendem. Grande maison. Indemn. 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 317. — Normandie. Plage fréquentée, client. méd. génér., toute l'année. Très belle villa. Indemn. 70.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 318 — A céder de suite client. méd. 17 km Rennes, près gare, bord. route nation. Jolie propriété neuve et dépend. Confort moderne. Condit. avantag.

Renseignements

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Buenos-Aires.** — Les professeurs Nobécourt et Legueu, actuellement en voyage scientifique dans la République-Argentine, ont reçu de nos confrères latins sud-américains le plus cordial et le plus chaleureux accueil. On annonce de Buenos-Aires que leurs conférences ont été partout hautement appréciées.

— **IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée.** — Nous rappelons que le IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée se tiendra à Paris, du 28 septembre au 4 octobre 1931. La séance inaugurale aura lieu, sous la présidence du ministre de la Santé publique, le lundi 28 septembre, à 16 heures, salle des Sociétés savantes, 8, rue Danton, et sera suivie d'un banquet.

La question générale à l'ordre du jour est : *Mise au point de l'hypnotisme thérapeutique.*

La séance de clôture aura lieu, salle des Congrès de l'Exposition coloniale, le 4 octobre à 10 heures du matin et sera suivie d'un concert et d'un déjeuner.

Secrétariat général : Dr Pierre Vachet, 8, boulevard de Courcelles, Paris XVIIe. Cotisation : 50 francs.

— **Hôpitaux de Rouen** — Un concours aura lieu à l'hospice général de Rouen, le 18 février 1932, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux. Conditions d'admission au concours : être Français, ou naturalisé Français, âgé de 25 ans minimum, docteur en médecine (doctorat d'Etat) depuis au moins deux années. S'inscrire à la Direction de l'hospice général jusqu'au 24 janvier 1932.

— **Hôpitaux de Nîmes.** *Internat.* — Un concours pour six places d'interne aura lieu le 4 décembre 1931, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre. Pour être admis à concourir les candidats devront avoir été agréés par la commission administrative. L'indemnité est de 730 à 800 francs par mois.

—**Naissance.** — Le Docteur Henri Alardo, d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), et Madame, nous font part de la naissance de leur fils *Rafael-Henri-Raymond* (8 août 1931).

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 AOUT

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier au titre du ministère de l'Instruction publique, M. le Dr Parmentier, de Clermont-de-l'Oise, archéologue.

25 AOUT

Médecins des P. T. T.

Décret du 12 août 1931 fixant les indemnités et les honoraires des médecins et chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones.

Art. 1er. — La rétribution annuelle du médecin-chef des postes, télégraphes et téléphones est fixée à 30.000 fr.

Art. 2. — La rétribution annuelle du médecin chargé d'inspecter les bureaux de Paris et du département de la Seine, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, est fixée à 15.000 fr.

Art. 3. — La rétribution annuelle du médecin conseiller technique de l'administration en matière d'accidents du travail est fixée à 13.000 fr.

Art. 4. — La rétribution annuelle des médecins de circonscription et des chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones exerçant à Paris et dans le département de la Seine, est fixée à 7.500 fr.

Art. 5. — La rétribution annuelle des médecins de circonscription des postes, télégraphes et téléphones à Lyon, à Marseille et à Bordeaux, est fixée à 5.000 fr.

Art. 6. — Le prix de chacune des visites de soins effectuées par les médecins de circonscription des postes, télégraphes et téléphones, au domicile des agents et des ouvriers à Paris et dans le département de la Seine, à Lyon, à Marseille et à Bordeaux, est fixé à 10 fr.

Art. 7. — Le prix de chacune des visites de soins effectuées par les chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones, au domicile des agents et des ouvriers est fixé à 20 fr. à Paris et à 30 fr. dans le département de la Seine.

Art. 8. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à compter du 1er avril 1931.

Art. 9. — Le ministre du budget et le ministre des postes, télégraphes et téléphones sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour deux postes de médecins directeurs de sanatoriums publics.

Un concours sur titres aura lieu, en octobre 1931 pour les postes de médecins directeurs du sanatorium des Tilleroyes, près Besançon (Doubs) et du sanato-

rium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire du Touvet (Isère).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées avant le 5 octobre 1931, au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecin directeur.

28 AOUT

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme) est vacant par suite du départ du docteur Porcher, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Seine-Inférieure est vacant par suite du départ du docteur Hamel, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

30 AOÛT

Hospitalisation des militaires.

Décret du 27 août 1931 relatif au prix de la journée de traitement des personnels militaires soignés dans les hospices civils.

Art. 1er. — Les articles 9, 11, 17, 19, 25 et 26 du décret du 1er août 1879 sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 9. — Les instruments de chirurgie de l'hospice seront à la disposition des salles militaires. L'acquisition, l'entretien et le renouvellement de ces instruments ainsi que du matériel nécessaire au traitement des militaires sont à la charge de l'établisse-

ment et compris dans le prix de journée défini à l'article 19.

L'hospice sera en outre tenu de conserver et d'entrenir le matériel chirurgical complémentaire, appareils de fractures notamment, dont le département de la guerre jugera l'emploi nécessaire.

Toutefois, lorsqu'il le jugera nécessaire, le ministre de la guerre pourra constituer, dans les salles militaires, un arsenal chirurgical spécial qui sera entretenu et renouvelé à la charge de l'Etat. Dans ce cas, une réduction sera opérée sur le prix de journée. Cette réduction sera égale à la fraction pour laquelle entrent dans le prix de journée de l'assistance médicale gratuite les dépenses d'achat, d'entretien et de renouvellement de l'arsenal chirurgical de l'hospice.

Les frais des opérations d'électroradiologie et d'électroradiographie pratiquées pour les militaires hospitalisés seront compris dans le prix de journée défini à l'article 19.

Pour les militaires non hospitalisés, les dits frais seront remboursés à l'hospice suivant les tarifs de l'assistance médicale gratuite.

Le département de la guerre pourra constituer dans chaque hospice mixte, pour les soins à donner aux malades militaires un approvisionnement en sérums et vaccins, et l'hospice remboursera au prix de revient les quantités effectivement consommées.

Art. 11. — Le service des salles militaires sera effectué uniquement par des servants civils fournis et payés par l'hospice et dont le nombre sera fixé d'après celui des malades, suivant la proportion appliquée dans les salles civiles.

Toutefois, lorsqu'en cas de mobilisation ou autre cas exceptionnel, le département de la guerre sera appelé à fournir des infirmiers militaires, une réduction sera faite sur le prix de journée fixé par l'article 19. Cette réduction sera égale à la fraction pour laquelle entrent dans le prix de journée de l'assistance médicale gratuite les prestations en nature et en argent des servants civils que l'hospice n'assurera pas aux infirmiers militaires.

En outre, si l'autorité militaire juge insuffisant le nombre des servants prévu par le règlement intérieur de l'hospice, elle pourra exiger que l'établissement mette à sa disposition des servants supplémentaires dont la dépense sera remboursée par une majoration du prix de la journée.

Art. 17. — La commission administrative fait établir pour le service des salles militaires les écritures prescrites par le règlement sur le service de santé de l'armée.

Les registres et imprimés nécessaires au service de ces salles seront fournis par le ministre de la guerre à charge de remboursement par l'hospice.

Art. 19. — Le prix de journée payé par l'Etat à l'hospice pour frais résultant du traitement des malades militaires sera fixé, pour la journée des caporaux et soldats, au taux arrêté par l'autorité préfectorale pour la journée des civils traités audit

hospice au compte de l'assistance médicale gratuite du département.

Le prix de la journée des caporaux et soldats ainsi fixé sera majoré de :

8 p. 100 pour la journée des sous-officiers ;

54 p. 100 pour la journée des officiers subalternes ;

60 p. 100 pour la journée des officiers supérieurs.

Toutefois en ce qui concerne les hospices dans lesquels les pavillons affectés aux malades militaires ont été construits et sont entretenus aux frais de l'Etat, une réduction sera opérée sur le prix de la journée. Cette réduction sera égale à la fraction pour laquelle entrent dans le prix de journée de l'assistance médicale gratuite les dépenses de même nature effectuées dans les bâtiments affectés au traitement des civils.

Art. 25. — L'allocation due par l'Etat est déterminée par journée de maladie dans les conditions fixées par l'article 19.

Art. 26. — Les dispositions contenues dans les articles 3 (§ 1), 9 (§ 4 et 5), 10 (§ 1), 13, 17, 18, 20 et 22 sont applicables aux hospitalisés civils proprement dits.

Art. 2. — Une commission consultative sera appelée à donner son avis sur les difficultés et les contestations qui pourraient s'élever entre l'hospice et le département de la guerre pour la détermination du prix de journée par application des majorations ou des réductions prévues par les articles du présent décret.

Cette commission sera composée d'un conseiller d'Etat, président désigné par le Conseil d'Etat, et de 6 membres nommés pour 3 ans, savoir : 3 membres par le ministre de la guerre et 3 membres par le ministre de la santé publique.

Art. 3. — Les ministres de la guerre et de la santé publique sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Exploitation d'une clinique d'accidents du travail
Droit pour le médecin d'avoir plusieurs cabinets

Sollicité par une infirmière diplômée, de venir passer deux heures par jour, dans une clinique d'accidents du travail, qui est la propriété d'une infirmière diplômée, notre confrère nous demande quels sont ses devoirs et notamment s'il peut conserver son propre cabinet.

Une personne quelconque, qu'elle ait ou non un diplôme d'infirmière, civile, ou militaire, a le droit de posséder la propriété matérielle d'une clinique d'accident du travail.

La question a déjà été jugée en matière de propriété de cabinet dentaire, par un mécanicien dentiste.

Mais, il reste juridiquement entendu que l'exploitation professionnelle ne peut être confiée qu'à un diplômé, possédant les grades requis par la loi du 30 novembre 1892, pour exercer la médecine, ou la spécialité médicale dentaire.

Par suite, l'infirmière en question peut toucher les bénéfices de sa clinique, si elle engage un médecin, comme salarié, moyennant un forfait mensuel, ou hebdomadaire, ou même quotidien.

Seul ce praticien aura le droit d'examiner les malades, de rédiger les certificats et d'ordonner les pansements, qui peuvent être exécutés, sous sa surveillance et sa direction suivie, par des sous-ordres, infirmiers, diplômés ou non.

L'infirmière ne tire pas de son diplôme le droit de se passer d'un médecin, soit pour examiner les malades et diagnostiquer les affections, soit pour exécuter les pansements, sans avoir reçu les ordres du diplômé de la loi de 1892.

Se rendrait coupable d'exercice illégal de la médecine, et, par suite, passible des pénalités correctionnelles indiquées par l'article 18 de la loi de 1892, toute infirmière, même diplômée, qui, d'une manière habituelle, panserait les blessés, se contentant de faire faire au praticien un simulacre d'examen, faisant signer les certificats, ou même lui faisant signer en blanc des formules de certificats, que l'infirmière remplirait elle-même.

Le praticien serait passible des mêmes peines correctionnelles, pour complicité d'exercice illégal.

La jurisprudence est nettement fixée dans ce sens.

Mais souvent le tenancier de la clinique croit pouvoir tourner la loi, en priant le médecin, moyennant des gages modiques, de ne venir qu'une heure ou deux par jour, pour « régulariser », par son diplôme, le travail illicite de l'infirmier.

Je ne saurais trop crier casse-cou à mes confrères.

Si la clinique ne fonctionne que pendant les heures de présence du praticien, il n'y a juridiquement rien à dire, à la condition que le docteur en médecine examine lui-même les blessés du travail, établisse lui-même les certificats et ordonne lui-même, en en surveillant la confection, les pansements nécessaires, pour chaque cas.

Mais, si pendant l'absence du praticien, la clinique fonctionne quand même, il se pourrait qu'un jour ou l'autre, le juge d'instruction soit appelé à vérifier la légalité de ces agissements.

Autre question : le praticien associé ou salarié d'une telle entreprise commerciale — la clinique d'accidents du travail — peut-il avoir un second cabinet dans la localité, ou dans un autre lieu, où il exerce pour son propre compte ?

Parfaitement : la loi du 30 novembre 1892

n'a en aucune manière restreint le droit, pour un docteur en médecine, d'exercer son art, dans autant de cabinets, qu'il le veut, à la condition de pratiquer lui-même et de ne pas se faire le complice d'auxiliaires, qui ne sont pas titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Seuls les pharmaciens sont obligés de n'avoir qu'une seule officine, aux termes de la loi du 21 germinal an XI.

Je conclus en recommandant la plus extrême prudence, pour que le salariat, ou l'association avec une infirmière ne se termine pas sur les bancs de la correctionnelle.

Le diplôme d'Etat des infirmiers civils ou militaires, ne donne en aucune manière le droit d'exercer peu ou prou la médecine : c'est une simple attestation de capacité, qui n'est même pas indispensable, pour exercer la profession d'infirmier. Dr Paul BOUDIN.

Quelle est la date de prescrition en matière de responsabilité civile ?

Lorsque le malade, qui se croit lésé par les agissements d'un praticien, s'adresse aux tribunaux civils, pour obtenir des dommages-intérêts, la prescription est de trente années, après l'acte supposé dommageable.

C'est donc la prescription de droit commun habituelle.

Mais si le client croit devoir s'adresser d'abord aux tribunaux répressifs parce que crime ou délit (homicide par imprudence, blessures volontaires, ou involontaires) puis, une fois la condamnation obtenue, réclamer réparation pécuniaire, la prescription est de trois mois lorsque la faute est une simple contravention ; de trois ans, si elle constitue un délit, de dix ans, si elle est qualifiée crime.

Ainsi, pour délit de blessure par imprudence, le client assigne devant le tribunal correctionnel, demande l'application de l'article 319 du code pénal, puis des dommages-intérêts, pour le préjudice causé, il faut que l'acte dommageable remonte à moins de trois années, pour que le tribunal correctionnel soit compétent pour en connaître.

Passé ce délai de trois ans, le client a seulement recours devant le tribunal civil, pendant trente années, à dater de la date de l'acte dommageable.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

4181. — Ne pas oublier en radiologie, la majoration de 50 %

J'ai fait dernièrement une radio du bassin pour un assisté gratuit de la L. ; ce département rémunère suivant le prix du tarif des accidents du travail diminué de 10 %.

J'ai un tarif des accidents du travail datant de 1927 : c'est le prix de 180 fr. qui est marqué pour la radio du bassin.

Le directeur de l'assistance publique de la L. me répond que c'est le prix de 120 fr. qu'il m'appliquera ; il me dit que le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, fixé par le ministre du travail et de la prévoyance sociale par arrêté du 10 avril 1930 porte à l'article 26 radiographie du bassin : 120 fr.

Je ne connais pas cet arrêté. J'applique toujours le tarif de 1927 et aucune compagnie d'assurance ne m'a jamais soulevé d'objection. Veuillez donc me renseigner d'une façon bien précise et me dire ce que je dois faire, le cas échéant auprès du directeur de l'Assistance médicale, s'il est dans son tort.

Dr L.

Réponse.

Le tarif du 10 avril 1930 a paru dans le *Médecin de France* du 1er mai 1930, page 361 et dans le *Concours médical* du 27 avril 1930, p. 1297 *bis.*

Il ne comporte que quelques lignes portant de 12 à 15 fr. le prix de la visite et consultation, mais rien de nouveau concernant le tarif de radiologie. C'est donc toujours le même tarif du 16 décembre 1926 qui porte pour radiographie du bassin : 120 + 50 % = 180 fr., ainsi que vous l'indiquez dans votre lettre.

Il y a bien 120 fr. de marqué, en effet, mais le directeur de l'A. P. n'a pas lu la fin du paragraphe VI de cet art. 26 où il est dit : « Les frais et honoraires prévus aux paragraphes I à VI ci-dessus, doivent être majorés de 50 % ». Eclairez donc sa lanterne à ce sujet.

Dr F. Decourt.

Accidents du Travail

Perte des dents, Prothèse. Incapacité permanente partielle.

A la suite d'une chute survenue en travaillant pour le compte d'un industriel, un ouvrier a dû faire extraire toutes ses dents du maxillaire supérieur, à l'exception de 8 | 8.

Au maxillaire inférieur il manque, pour les mêmes raisons :

21 | 12 7

Voir la suite page LV-2835.

PROPOS DU JOUR

Les recommencements de l'Histoire

La lutte contre les médecins étrangers au XVII^e siècle. La Faculté de médecine de Paris obtient la suppression de la Chambre royale des médecins des Universités provinciales à Paris en 1694.

L'attention du Corps médical français est actuellement retenue par la proposition de loi Armbruster, tendant à imposer aux médecins étrangers qui veulent exercer en France les mêmes obligations et les mêmes études qu'aux médecins français. Cette proposition de loi, si elle est votée par le Parlement, donnera satisfaction aux incessantes réclamations que les syndicats médicaux ne cessent de formuler depuis plus de cinquante ans qu'ils existent.

Or, la question des médecins étrangers ne se pose pas pour la première fois ; tout au cours du XVII^e siècle, elle préoccupa la Faculté de médecine de Paris, qui, tout le monde le sait, était à la fois le corps enseignant et la Corporation des médecins à cette époque. Mais au XVII^e siècle la France n'était pas aussi étroitement une et indivisible qu'à l'heure actuelle et les médecins parisiens entendaient par médecins étrangers les médecins des Universités provinciales, y compris ceux de la célèbre Faculté de Montpellier, qui n'avaient pas le droit d'exercer la médecine en dehors du ressort de leurs Universités. Les loisirs que nous donnent les vacances, nous ont permis de retrouver dans nos vieux papiers et de lire une brochure de 61 pages imprimée : A PARIS *chez* FRANÇOIS MUQUET, *premier imprimeur du Roy et de la Faculté de médecine, rue de la Harpe*, MDCXCV, *par ordre exprès de sa Majesté.*

Cette brochure est intitulée : DÉCLARATION DU ROY, *régistrée en Parlement, portant suppression de la Chambre royale des médecins des Universités provinciales à Paris, avec Arrest du Conseil d'Estat du* 9 *juin* 1694. *Et la réponse au libellé intitulé, Requeste importante pour les médecins de la Chambre Royale contre les médecins de la Faculté de Paris, sur la Déclaration de sa Majesté du* 3^e *may* 1694 *surprise au préjudice de l'Ordonnance de Blois et des statuts mesme de la Faculté de Paris.*

Cette brochure relate en détails toutes les phases de la lutte entre la Faculté et les médecins qui lui étaient étrangers. Ces derniers, soutenus plus ou moins par les médecins de la Cour, qui, eux, quelque fut l'origine de leur diplôme, échappaient à la règle et pouvaient exercer à Paris, s'étaient constitués en Chambre royale, avaient obtenu par surprise du Chancelier Daligre et du Grand Conseil en 1668 des Lettres Patentes leur donnant les mêmes droits à Paris qu'aux médecins de la Faculté parisienne.

Le grand argument de la Chambre royale pour permettre aux médecins étrangers d'exercer à Paris était *le respest du libre choix du médecin* ! La Faculté de Paris leur répliqua :

« On avoüe qu'il est juste de donner à tout le « monde la liberté de se choisir un médecin, « aussi bien qu'un confesseur, un procureur, un « avocat ; mais comme il faut que le confesseur « soit ordiné par l'Evêque, que l'avocat et le « Procureur soient receus par le Parlement, il « n'est pas moins essentiel que le médecin soit « de ceux dont le sçavoir et la probité soient « bien et deuement reconnües. Le peuple estant « incapable par luy-mesme de distinguer le vé« ritable médecin du charlatan et de l'empirique « et ne pouvant s'y tromper impunément. »

Puis la Faculté expliqua pourquoi depuis la création des Universités les magistrats exigeaient que les médecins fussent diplômés dans la ville où ils voulaient exercer « autrement le public « auroit lieu de croire qu'ils évitent de se pré« senter à ceux qui ont été les témoins de leur « ignorance et qu'ils viennent chercher dans une « ville étrangère des gens inconnus dont ils « puissent surprendre plus aisément la crédu« lité. »

La Faculté appuya ses droits de conférer la faculté d'exercer de toute une suite de précédents : « Les Lois Romaines deferoient un « choix de cette importance aux magistrats et « au Collège de médecine établi dans chaque ville. »

Une bulle du Pape Clément VI de 1340 « excommunie non seulement ceux qui prati« queroient à Paris sans être approuvez par la

◆◆

« Faculté mais encore tous ceux qui se servi-« roient de tels médecins. »

Une ordonnance du Roi Jean de 1353, une ordonnance de Charles VI en 1390, une d'Henri, Roi d'Angleterre, alors possédant la ville de Paris, datant de 1423, enfin l'Ordonnance de Blois confirmaient cette interdiction.

Nombreux sont les exemples illustres à l'appui de la thèse de la Faculté. Galien fut obligé de quitter Rome parce qu'il n'était pas agrégé au Corps médical de cette ville. Jules Scaliger, le plus savant homme de son siècle, fut contraint de quitter Bordeaux parce qu'il ne voulut pas se soumettre à l'examen ; à Montpellier, André du Laurens, docteur d'Avignon, qui fut premier médecin de Henri IV, dut avant de s'établir dans cette ville où il devint professeur, y subir les épreuves. Louis Saporta, médecin du roi d'Espagne et fameux professeur, prit «ses degrèz pour la troisième fois » à Avignon et à Montpellier pour exercer dans ces villes. Il en fut de même pour Primerose, savant docteur de Montpellier, quand il fût s'installer à Londres. Morisset, ancien doyen de la Faculté de Paris, voulant s'établir à Lyon en 1664, fut refusé par le Collège de cette ville et dut revenir à Paris.

La Faculté fait remarquer que les membres de la Chambre royale qu'elle considère comme plus que suspects, ne seraient pas admis à Montpellier, ni même à Reims, à Angers, à Bourges, à Cahors, à Valence sans passer des examens beaucoup plus longs et plus rigoureux que ceux qu'on leur impose à Paris. Elle reproche à nombre de Facultés provinciales de délivrer trop facilement leurs diplômes quand les nouveaux médecins ne doivent pas exercer dans leur ressort. « Il ne faut presque pas plus de temps pour obtenir des Lettres de Docteurs, que l'on en met à compter la somme modique dont on est convenu. » Elle signale qu'il existe à Paris une Communauté religieuse qui épargne le voyage et fournit au premier venu pour de l'argent des Lettres de Docteur en Droit et en Médecine d'une certaine Université du Royaume. Et comme les médecins étrangers de la Chambre royale qui se sont installés à Paris, cherchent à apitoyer sur leur sort, en disant : « Où irons-nous, et que deviendrons-nous ? » La Faculté leur réplique impitoyablement : « Vous deviendrez, Messieurs, ce que vous estiez auparavant ; « chacun rentrera dans l'ordre dont il estoit « sorty, les G. Saint-Germain (1) retourneront « dans le Couvent des Carmes Déchaux ; les « frères René redonneront des lavements chez « les Missionnaires ; les Denis enseigneront les « mathématiques, et pourront encore faire la « transfusion sur les animaux, car sur les hom-« mes le Parlement ne le souffriroit pas ; les « Sihi, les Calanan, les O'Connor seront répéti-« teurs, ou iront revoir l'Irlande, leur chère « patrie ; les Le Cerf reprendront la vocation de « tailleur ou de cordonnier ; enfin chacun fera « le métier qu'il faisoit auparavant ; et ne « vaut-il pas mieux prendre ce party, que de « s'attirer l'indignation du Roy par une déso-« béissance formelle et la rigueur des Lois par « des libellés diffamatoires ? »

La Faculté de médecine de Paris reproduit tout au long un *Extrait des Registres du Parlement*, ayant trait au procès contre Théophraste Renaudot, procès soutenu par la Faculté de médecine. Cet arrêt du 1er mars 1644, tout en appréciant les mérites de Th. Renaudot et sa valeur comme médecin, tout en reconnaissant que « l'Université de Montpellier, aussi bien « que celles d'Angers, de Rennes, de Caen, de « Toulhouse, de Valence, de Bourges, produisent « quelquefois de grands personnages, des hom-« mes pleins d'érudition et capables de choses « grandes », montre la nécessité d'exiger des médecins qui veulent exercer dans une ville qu'ils passent leurs examens dans l'Université de cette ville, car « c'est en effet le seul moyen, « dit l'arrêt, de se garantir du désordre qui peut « survenir par l'ignorance et l'insuffisance d'une « quantité de charlatans, d'empiriques et autres « gens inconnus, *qui famam aliqua novitate* « *anticipant, animas nostras negociantur*, comme « dit Pline ; et bien que par cette voye l'on « puisse faire préjudice à la vertu et à l'intelli-« gence de quelque homme sçavant qui se pour-« roit rencontrer dans ce grand nombre, il est « plus seur de conserver les maximes générales « et les ordres publics de Police. »

Il est curieux de voir aussi exposer dans cet arrêt du Parlement le respect de la liberté de confiance tout en proclamant que les magistrats ont le devoir de défendre le public contre l'imposture des charlatans et l'engouement des nouveautés en médecine, nouveautés qui n'ont pas fait leur preuve. Le passage mérite d'être cité :

« Nous demeurons d'accord qu'il ne faut pas « oster aux particuliers la liberté de se servir « du secours et de l'industrie de ceux qui leur « sont agréables ; mais il faut oster au public « les occasions de la tromperie, et interdire le

(1) Saint-Germain qui, avec Denis, était à la tête de la Chambre royale, était un Carme défroqué.

« trafic d'une mauvaise marchandise : chacun « dans sa maison use pour sa nourriture de telles « viandes ; pour sa santé des remèdes ; pour ses « vestements des étofes qui luy plaisent ; les « Officiers de la Police empêchent pourtant « l'exposition des denrées corrompües et gastées ; « cette liberté particulière est tempérée par le « soin des Magistrats et le secours des Lois qui « défendent ou rendent difficile en public ce « qu'elles veulent empêcher en particulier.

« La plupart des hommes sont amoureux de « la nouveauté quoy qu'inconnüe, même dans « l'usage et les préceptes de la médecine, ils pré- « fèrent souvent ceux qu'ils connoissent le « moins, ils admirent davantage une suffisance, « une méthode singulière, déréglée, que non pas « le cours et la conduite ordinaire des hommes « sages. L'introduction de ces nouveautés dan- « gereuses doit estre empêchée dans le public « par la vigilance du magistrat ; toute la Police « des villes ne consiste qu'en ce point et n'abou- « tit qu'à ce soin d'empêcher les désordres qui « procèdent des particuliers, qui veulent pour « leur avantage, ou pour leur satisfaction parti- « culière, vivre à leur mode, et contrevenir aux « ordres publics. »

Il y aurait bien d'autres passages intéressants à relever dans la brochure publiée par la Faculté de médecine de Paris en 1695, mais il faudrait alors la reproduire en entier.

Le procès se termina à la satisfaction de la Faculté de médecine de Paris qui semble bien avoir eu raison en pareilles circonstances. D'ailleurs Fagon qui était devenu premier médecin du roi, universellement aimé et estimé de ses confrères, était intervenu auprès de la Faculté dont il était docteur et dans laquelle il était tout puissant, car elle le reconnaissait comme son protecteur. La Chambre royale fut dissoute, la Faculté de médecine, généreuse après sa victoire, consentit à admettre dans son sein les membres de la Chambre royale qui présentaient des garanties réelles de science et de moralité, en leur imposant seulement, pour sauvegarder le principe, des examens rapides et sommaires. Tout fut pour le mieux et la paix régna pendant une courte période dans le Corps médical parisien à la fin du XVII[e] siècle.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Pleuro-péricardites purulentes à pneumocoques dans la premiére enfance (1)

Professeur P. Nobécourt

A la fin du mois de janvier, nous avons soigné dans le service un petit malade atteint de pleurésie et de péricardite purulentes à pneumocoques.

Voici son histoire.

Jacques est né le 13 novembre 1929 à terme, avec un poids de 3 kgr. 700.

Son père et son frère sont bien portants, sa mère tousse.

Sauf une varicelle et des rhumes fréquents, il est habituellement bien portant.

Le 7 décembre dernier, il présente, dit-on, un léger embarras gastrique.

Le 14 décembre, débute un épisode pulmonaire aigu sur lequel nous n'avons pas de précisions ; il s'agit sans doute d'une broncho-pneumonie. En effet, la fièvre se prolonge avec des poussées successives, accompagnée de troubles bles intestinaux et d'amaigrissement notable.

Le 17 janvier, un mois après le début de la maladie, le D[r] Gayé voit l'enfant pour la première fois. Il est dyspnéique ; sa température oscille entre 37° et 40°. A la base gauche du thorax, on perçoit de la matité et du souffle ; la ponction exploratrice faite à ce niveau ramène un peu de liquide séro-fibrineux et légèrement hématique.

Le D[r] Gayé demande en consultation le D[r] Jacquet, le 22 janvier. Ces messieurs trouvent, au niveau de l'hémithorax gauche, de la matité dans la région sous-claviculaire, une matité

(1) Leçon du 14 février 1931.

transversale correspondant à la scissure interlobaire, et, à la partie moyenne, un souffle tubaire.

Ils remarquent, d'autre part, une raideur de la nuque assez marquée, pensent à une méningite et envoient l'enfant à l'hôpital.

Jacques entre dans notre service le 23 janvier. Sa température est de 38°4.

Le 24 janvier, M. Liège l'examine.

Il est âgé d'un an et 2 mois. Il mesure 77 cm., et pèse 9 kgr. 150; il présente un petit chapelet costal. Sa température est à 38°6. Sa respiration est rapide et gênée. Il a du battement des ailes du nez, une forte raideur de la nuque, un léger Kernig.

Au niveau de l'hémithorax gauche, en arrière, à la partie moyenne et dans l'aisselle, il y a de la matité, tandis que la base est sonore ; dans la zone mate, on perçoit un souffle assez fort à timbre pleurétique, non accompagné de râles. L'espace de Traube est sonore.

L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier ; le foie et la rate sont normaux, les selles sont bonnes.

Les amygdales sont grosses et rouges ; le pharynx contient du muco-pus, dans lequel on constate la présence de pneumocoques et l'absence de bacilles de Lœffler.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

La ponction lombaire retire un liquide clair, sans réaction cellulaire et avec une quantité normale d'albumine.

La ponction exploratrice de la plèvre gauche, pratiquée près de la pointe de l'omoplate, donne un liquide très trouble, verdâtre, contenant de nombreux polynucléaires et des pneumocoques.

Une hémoculture reste négative.

Le soir, la température est de 37°8.

Le 24 janvier, elle est de 39°3-40° 5 ; le 25, de 39°9-40°, le 26 au matin, de 40°1.

Je vois alors le malade.

Il est très pâle ; son état général très affecté. La respiration est fréquente, courte, sans tirage. Les signes méningés ont disparu. Le ventre est souple, le foie gros ; sur la verticale mamelonnaire, il mesure 11 cm. et dépasse de 2 cm, le rebord costal.

A l'examen du thorax, je suis frappé par l'étendue de la matité précordiale. Sa surface peut être délimitée, sauf du côté gauche, à la hauteur du mamelon, où elle se continue avec une bande mate horizontale, se prolongeant dans l'aisselle. De l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche supposé, la distance est de 10 cm ; le bord droit dépasse le sternum de 2 cm. Au-dessus de la bande mate on perçoit du skodisme ; au-dessous la sonorité de l'espace de Traube est conservée.

Au niveau de la région précordiale, le choc du cœur est très faible, perceptible seulement audessus et en dedans de l'angle gauche supposé. Le premier bruit n'est perceptible que vers le bord gauche du sternum.

On entend, au niveau de la bande mate, un souffle assez doux et, dans la région sous-claviculaire à la partie gauche de la région précordiale, des frottements pleuraux.

En arrière, à gauche, on constate une zone de matité moyenne se continuant dans l'aisselle et rejoignant la bande antérieure, une sonorité à peu près normale dans les régions sus et sous-épineuses et à la base. A la partie moyenne on entend un souffle broncho-pleurétique. L'examen de l'hémithorax droit ne montre rien d'anormal.

Sur une radiographie faite le 24 janvier, on constate l'opacité de l'hémithorax gauche dans toute sa hauteur ; elle masque en bas le diaphragme mais la poche gazeuse de l'estomac reste visible. En dedans l'opacité se continue sans démarcation avec l'ombre cardiaque ; celle-ci déborde largement le sternum, à droite. En haut, l'opacité ne remonte pas jusqu'à la clavicule ; elle est limitée par un niveau horizontal indiquant la présence de liquide dans la plèvre.

La question qui se pose est la suivante : y a-t-il refoulement du cœur par l'épanchement pleural ou bien le péricarde contient-il du liquide ?

Je pose le diagnostic de pleurésie purulente à pneumocoques et de péricardite avec épanchement probable, parce qu'il existe un désaccord entre l'angle gauche de la matité et le siège du premier bruit.

M. Liège pratique la ponction du péricarde par la voie épigastrique, suivant la méthode du professeur Marfan ; il retire 10 cc. de liquide trouble qui coagule rapidement. Dans ce liquide on constate en grand nombre des cellules endothéliales et des polynucléaires, la plupart altérés ; mais on ne voit pas de germes sur les lames et la culture reste négative.

On fait des injections de sérum antipneumococcique polyvalent : 20 cc. dans un muscle, 20 cc. sous la peau. Le soir la température est encore de 40° 3.

Le 27 janvier, la température est de 39°7-39°6. Une ponction de la plèvre retire 150 cc. de liquide purulent. On injecte du sérum ; 40 cc. dans la plèvre et 40 cc. dans un muscle.

Le 28 janvier, la température est de 39°4-41°. Une ponction de la plèvre ramène 125 cc. de liquide purulent, brunâtre, fétide. On injecte 40 cc. de sérum dans la plèvre et 20 cc. dans le muscle

Le 29 janvier, la température est de 40°5-40°6. L'état général semble moins altéré, l'enfant est plus éveillé. La respiration est rapide, gênée ; il y a du tirage sus-sternal, épigastrique, costal inférieur. Le ventre est gros et tendu, météorisé.

La matité précordiale est diminuée ; la distance de l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche est de 9 cm. le bord droit déborde de 2 cm. 5.

Le bord et l'angle gauches sont faciles à délimiter par la percussion : une zone sonore les sépare de l'extrémité de la bande mate axillaire. Les bruits du cœur sont bien frappés, le premier s'entend au niveau de l'angle gauche ; il y a de la tachycardie. Nous pouvons donc conclure que le péricarde ne contient plus de liquide en quantité appréciable.

A l'examen de l'hémithorax gauche, on trouve du tympanisme sauf une zone de submatité dans les régions axillaire et scapulaire, et un souffle amphorique.

Sur la radiographie l'aspect est le même que sur celle du 24 ; mais le niveau liquide est surmonté d'une bulle gazeuse très apparente. Nous portons le diagnostic de pyo-pneumothorax.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Dans ces conditions, nous demandons une pleurotomie.

L'enfant est envoyé dans le service du Prof. Ombrédanne. Le jour même, on pratique la pleurotomie sur la dixième côte, sans résection costale. Il se produit un écoulement de pus fétide assez abondant. On draine par un tube de caoutchouc dont l'extrémité plonge dans un bocal d'eau placé sur le plancher.

A la suite de l'intervention, l'enfant ne s'améliore pas. Sa température reste aux environs de 40°, son pouls à 160-170, son état général s'aggrave même. Il meurt, le 3 février, à dix heures du matin.

L'autopsie est pratiquée par M. Brumet.

A droite le poumon et la plèvre sont normaux.

A gauche, il y a un peu de pus dans la plèvre, le poumon apparaît, à l'ouverture du thorax, rétracté à 2 cm. de la paroi. Les plèvres pariétale et viscérale sont recouvertes de membranes jaune-verdâtre épaisses, régulières, homogènes ; au niveau de la plèvre médiastine, les membranes sont moins importantes que sur les plèvres, costale et diaphragmatique. La plèvre et le péricarde adhèrent sur toute leur hauteur.

Le péricarde contient un peu de liquide louche. La séreuse est épaissie, blanche, nacrée, dépolie, surtout dans la région postérieure ; il n'y a pas de membranes, pas d'adhérences. La surface du cœur a un aspect velouté, soyeux et mat, différent de l'aspect normal, lisse et brillant. Il existe, somme toute, une péricardite en voie de guérison.

L'abdomen, le foie, la rate, les reins ne présentent rien à signaler. On constate quelques ganglions mésentériques.

En résumé : Jacques, à 13 mois, est probablement atteint d'une broncho-pneumonie. Celle-ci traîne. Un mois après l'enfant a une pleurésie gauche, d'abord séro-fibrineuse, puis purulente, à pneumocoques ; celle-ci enfin se transforme en pyo-pneumothorax. En même temps que la pleurésie, on constate une péricardite avec épanchement trouble, puriforme, aseptique.

Cette observation présente plusieurs points à étudier : 1° la pleurésie purulente à pneumocoques dans la première enfance ; 2° le pyo-pneumothorax survenu au cours de la pleurésie ; 3° la péricardite, 4° le traitement de la pleurésie et de la péricardite.

Ce sont ces quelques points que je désire passer en revue.

***

Les PLEURÉSIES PURULENTES A PNEUMOQUES se rencontrent plus souvent chez les enfants que chez les adultes ; on les observe à toutes les périodes de l'enfance. J'ai consacré à leur étude plusieurs leçons reproduites dans mes livres de *Clinique médicale des enfants,* consacrés aux *Affections de l'appareil respiratoire.* J'en ai encore parlé dans mes leçons du 16 mars et du 3 mars 1930, publiées l'une par *Paris Médical* du 20 juin, l'autre par *Le Concours Médical* du 1er juin.

Aujourd'hui, je vous parlerai seulement des PLEURÉSIES PURULENTES A PNEUMOCOQUES PENDANT LA PREMIÈRE ENFANCE.

Exceptionnellement elles sont ou paraissent être *primitives.* Presque toujours, sinon toujours, elles compliquent des *broncho-pneumonies à pneumocoques,* qui sont des *broncho-pneumonies pseudo-lobaires.*

Au cours de ces broncho-pneumonies, la fréquence des pleurésies purulentes varie suivant les années et les saisons.

Avec M. Paraf, dans une *Etude clinique et thérapeutique sur les pneumococcies des nourrissons,* publiée par *La Presse Médicale* du 28 août 1920, nous avons écrit que, durant l'année 1919-1920, à la Maternité, nous avons trouvé une pleurésie purulente pour sept broncho-pneumonies.

Souvent la pleurésie reste *occulte*; seules des ponctions répétées de la plèvre la décèlent. Dans d'autres cas, des symptômes plus ou moins caractérisés attirent l'attention et permettent de faire le diagnostic.

Généralement, la pleurésie apparaît pendant l'évolution de la broncho-pneumonie : c'est une *pleurésie parabroncho-pneumonique.*

Plus rarement la broncho-pneumonie se termine. Puis, après un intervalle souvent très court, survient la pleurésie c'est une *pleurésie métabroncho-pneumonique* ou *postbroncho-pneumonique.*

Généralement la pleurésie se forme au cours de la broncho-pneumonie, il s'agit d'une PLEURÉSIE PARABRONCHO-PNEUMONIQUE.

Il est difficile de préciser le *début réel* de la pleurésie, à moins de pratiquer une ponction exploratrice quotidienne de la plèvre.

Le *début clinique* se fait, plus ou moins tôt,

pendant l'évolution de la broncho-pneumonie.

Le début peut être *précoce*, le troisième ou le quatrième jour de la broncho-pneumonie.

Chez un bébé de 5 mois, soigné avec M. Paraf, le quatrième jour, la ponction ramène du pus épais contenant des pneumocoques II.

Le début peut être *plus tardif*, du septième au dixième jour.

Dans ma leçon du 29 janvier 1921, je rapporte l'observation d'un enfant de 9 mois et demi : le septième jour, une ponction ramène du liquide louche, contenant de nombreux polynucléaires et, à la culture des pneumocoques.

Chez un bébé de 3 mois, soigné avec M. Paraf, la ponction faite le huitième jour retire du liquide louche, hématique, contenant des pneumocoques II.

Enfin, le début peut être *très tardif*.

Chez un enfant de 6 mois, dont j'ai rapporté l'observation dans ma leçon du 29 janvier 1921, atteint d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la base droite puis d'une broncho-pneumonie de la base gauche, le quinzième jour, la ponction des deux plèvres ramène du liquide louche, contenant des polynucléaires et des pneumocoques.

Il est rare, contrairement à ce qu'on observe dans la moyenne et la grande enfances, de rencontrer la PLEURÉSIE MÉTABRONCHO-PNEUMONIQUE.

L'intervalle est généralement très court.

Chez un bébé de 4 mois, observé avec M. Paraf : l'apyrexie dure deux jours, puis la fièvre reprend et, le deuxième jour, la ponction ramène un liquide très louche contenant des pneumocoques II.

Exceptionnellement l'intervalle est de huit, dix, quinze jours.

Ainsi que je l'ai écrit avec M. Paraf : « Il convient de remarquer la fréquence et la rapidité avec lesquelles le pneumocoque infecte la plèvre au cours des broncho-pneumonies des nourrissons. Ce fait contraste avec la proportion relativement plus grande des pleurésies localisées tardives à la suite des broncho-pneumonies et des pneumonies des enfants plus grands ; il témoigne de la plus grande diffusibilité des pneumocoques chez les tout jeunes bébés. »

Cette notion explique les particularités des pleurésies purulentes à pneumocoques dans la première enfance.

Abordons maintenant l'ÉTUDE CLINIQUE.

Les *pleurésies parabroncho-pneumoniques* sont des pleurésies de la grande cavité. Le liquide est souvent peu abondant ; dans certains cas il atteint un assez grand volume. Généralement il est purulent.

Les symptômes généraux, fonctionnels et physiques sont, avant tout, ceux des broncho-pneumonies pseudo-lobaires à pneumocoques. Mais, dans certains cas, les signes physiques font penser à la présence de liquide dans la plèvre.

Il est nécessaire de vous rappeler les caractères cliniques des broncho-pneumonies à pneumocoques des nourrissons.

Elles apparaissent au cours des rhino-pharyngites discrètes ou avérées, quelquefois après une trachéo-bronchite préalable, plus souvent d'emblée. Elles sont donc tantôt en apparence primitives, tantôt nettement secondaires.

Lorsqu'il s'agit d'une rhino-pharyngite entraînant une fièvre élevée, la température se modifie peu ou s'élève encore, quand la broncho-pneumonie débute.

Si la rhino-pharyngite est discrète, le début est brusque ou rapide. La température s'élève à 39° ou 40° ; quelquefois la fièvre s'accompagne de vomissements alimentaires ou bilieux pendant un ou deux jours. En même temps la dyspnée apparaît.

A la période d'état, la fièvre est élevée, à 39°5, 40°, 40°5 ; elle est en plateau ou présente des petites oscillations de 1° au plus. Le teint est pâle, la peau sèche, les lèvres, les extrémités sont plus ou moins cyanosées.

Il y a de la polypnée, une respiration superficielle. Le battement des ailes du nez, le tirage manquent souvent. La toux est peu importante.

On trouve les signes physiques d'un foyer pseudo-lobaire.

Dans un quart des cas, il y a un seul foyer, qui occupe la région scapulaire, l'aisselle ou la base. Dans les trois quarts des cas, il existe deux ou trois foyers, soit dans le même poumon, soit dans les deux : ils apparaissent quelquefois simultanément, en général successivement.

Au niveau du foyer, on constate de la submatité, un souffle inspiratoire et expiratoire plus ou moins fort, tubaire, des râles sous-crépitants fins et secs, surtout à l'inspiration, plus tard des râles plus gros.

Ces symptômes n'existent pas toujours. La submatité peut être légère, la respiration seulement soufflante ; quelquefois on n'entend qu'une bouffée de râles quand l'enfant crie. Les signes varient d'ailleurs pendant l'évolution.

Dans le reste des poumons, on entend quelquefois des râles sous crépitants moyens et gros : mais il n'y a rien de comparable avec les symptômes diffus des broncho-pneumonies à noyaux disséminés, dues à d'autres germes que le pneumocoque.

Quand la pleurésie apparaît, les signes physiques sont liés à l'abondance du liquide.

Diverses éventualités peuvent se présenter.

Lorsque la broncho-pneumonie ne siège pas à la base, le liquide s'accumule dans les parties déclives. Dans ce cas, on constate, en arrière, à la base, de la matité, de la résistance, du mur-

mure vésiculaire faible ou aboli, un souffle qui peut être doux, voilé, à prédominance expiratoire, plus souvent soit une respiration soufflante, soit un souffle bronchique ou tubo-pleurétique plus ou moins fort.

Quand la broncho-pneumonie siège à la base, on y constate de la matité et de la résistance, un souffle bronchique ou tubo-pleurétique. Lorsque l'épanchement est suffisamment abondant, la submatité ou la matité remontent plus ou moins haut ; elles s'étendent dans la sous-aisselle et l'aisselle et même jusqu'en avant.

C'est la matité avec perte d'élasticité, qui a le plus de valeur pour reconnaître l'existence d'un épanchement pleural. La radioscopie et la radiographie ne donnent pas toujours, il faut le dire, de renseignements plus précis.

Dans la première éventualité, on constate de l'opacité du lobe supérieur due à la broncho-pneumonie et de l'opacité à la base, due au liquide.

Dans la seconde éventualité, il y a de l'opacité à la base ; elle n'a rien de bien caractéristique ; elle est cependant plus forte quand il y a du liquide que dans la broncho-pneumonie seule ; en outre, elle masque le cul-de-sac costo-diaphragmatique et peut, en haut, être limitée par un niveau horizontal.

La ponction exploratrice est pratiquée au centre de la matité.

Elle peut rester négative. Il ne faut pas alors affirmer l'absence de liquide, car il peut être en petite quantité, emprisonné dans des membranes fibrino-purulentes ou enfin trop épais pour passer à travers l'aiguille.

Quand on retire du liquide, son abondance varie de quelques gouttes à 50, 100, 150 cc.

Le liquide, toujours fibrineux, peut être séro-purulent ou purulent, épais, jaunâtre, verdâtre ; souvent il est hématique ; il contient de nombreux polynucléaires altérés. L'examen microscopique et la culture y décèlent des pneumocoques.

Dans d'autres cas, on ne trouve pas de pneumocoques ni sur lames, ni en cultures. Il s'agit alors d'un liquide puriforme aseptique, soit d'emblée, soit parce que les pneumocoques y ont disparu. Ces faits ne sont pas rares ; nous en avons observé cinq cas avec M. Paraf.

L'*évolution* peut être *rapide*, et l'affection se terminer soit par la guérison, soit par la mort.

Voici deux exemples de guérison rapide.

Un enfant de 5 mois, que j'ai observé avec M. Paraf, a une broncho-pneumonie ; le quatrième jour, la ponction de la plèvre ramène du pus épais, contenant des pneumocoques II. Pendant trois jours on fait quotidiennement des ponctions de la plèvre et des injections de sérum antipneumococcique. Le huitième jour, l'apyrexie s'installe et le malade guérit.

Un autre enfant de 3 mois, observé également avec M. Paraf, est atteint d'une broncho-pneumonie ; le huitième jour, une ponction de la plèvre ramène du liquide louche, hématique, contenant des pneumocoques II. On institue la sérothérapie intra-pleurale. Le dixième jour, on ne trouve plus de liquide. La fièvre persiste encore une huitaine de jours, puis l'enfant guérit.

Voici maintenant un exemple de mort rapide.

Un bébé de 9 mois et demi, dont j'ai rapporté l'observation dans ma leçon du 29 janvier 1921, est atteint d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la région scapulaire droite ; sa température est de 39°. Le septième jour, la ponction de la plèvre retire un liquide louche, contenant des pneumocoques. On injecte 10 cc. de sérum antipneumococcique dans la plèvre. Le huitième jour, on perçoit des râles sous-crépitants à la base gauche. Le neuvième jour, la température monte à 40° 9, il y a une forte dyspnée et de la cyanose. L'enfant meurt.

A l'autopsie nous trouvons : au niveau du poumon droit, des lobes supérieur et moyen, congestionnés, un lobe inférieur hépatisé, recouvert d'un exsudat fibrineux, jaunâtre, à la base du pou- gauche, contient des petits noyaux disséminés de broncho-pneumonie.

Dans d'autres cas l'*évolution* est *prolongée.*

Après la constatation de la pleurésie, la fièvre persiste avec ou sans rémissions ; il y a de la dyspnée, l'état général est grave. Deux éventualités peuvent se présenter.

Dans la première éventualité, le foyer de broncho-pneumonie persiste, d'autres foyers se forment du même côté ou du côté opposé. La pleurésie est unilatérale ou bilatérale avec un petit épanchement cloisonné.

C'est ce qui s'est passé pour un bébé de 6 mois dont j'ai relaté l'observation dans ma leçon du 29 janvier 1921.

Le début est brusque. L'enfant entre dans le service le deuxième jour avec une température de 39° et une dyspnée vive ; il a une broncho-pneumonie pseudo-lobaire inférieure droite ; la ponction pleurale est négative.

La fièvre persiste aux environs de 39°. Le quinzième jour, nous trouvons, aux bases, de la matité et des râles sous-crépitants. Les ponctions retirent de la plèvre gauche quelques centimètres cubes, de la plèvre droite quelques gouttes de liquide louche, contenant des polynucléaires altérés et des pneumocoques.

Les jours suivants, les ponctions tantôt ramènent quelques gouttes de pus, tantôt sont négatives.

La fièvre et les signes physiques de broncho-pneumonie persistent. La radiographie montre

une grisaille des plages pulmonaires plus forte à gauche qu'à droite.

Le vingt-neuvième jour, la température s'élève à 40°, l'état est très grave. A gauche, dans les régions scapulaire et axillaire, on constate de la matité et un souffle cavitaire. La ponction retire 10 cc, de pus jaune, bien lié, contenant des pneumocoques.

Le trente et unième jour le malade meurt.

A l'autopsie, la plèvre gauche est adhérente au diaphragme et à la paroi costale postérieure; les adhérences sont faciles à rompre ; en arrière il il y a une poche enkystée contenant du pus jaune, bien lié. Le poumon gauche est recouvert, sur ses faces postérieure et latérale, d'un enduit épais, jaunâtre ; le lobe inférieur et une partie du lobe supérieur sont carnifiés : les bronches sont dilatées et remplies de pus.

A droite, il y a quelques adhérences, pleurales : une partie du lobe moyen et le lobe inférieur présentent le même aspect que le poumon gauche.

En somme, il y a une broncho-pneumonie subaiguë bilatérale et une pleurésie purulente enkystée.

En pareil cas l'examen clinique et la radiographie ne révèlent pas l'épanchement pleural, la ponction de la plèvre peut rester négative.

Dans la seconde éventualité la pleurésie prend le premier rang. Je n'insiste pas sur cette modalité ; Jacques nous en présente un bel exemple ; rappelez-vous son observation.

Dans les formes prolongées, quelquefois le pus se trouve non seulement dans la grande cavité, mais encore dans la plèvre interlobaire ou la plèvre médiastine. Il peut encore se localiser dans certains points de la grande cavité pleurale.

J'ai étudié les *Pleurésies enkystées du sommet et de la région antérieure* dans ma leçon du 28 mai 1921, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*. Entre autres observations, j'y rappelle celle que j'ai publiée avec M. Saint-Girons à la *Société de Pédiatrie* en mai 1913. Il s'agit d'un enfant de 2 ans, il entre le septième jour de sa maladie ; la ponction de la plèvre ramène du pus verdâtre. Nous faisons plusieurs ponctions; le quarante-cinquième jour on retire encore 170 cc. de pus. On pratique la pleurotomie, l'enfant guérit.

Les pleurésies antérieures entraînent des difficultés de diagnostic avec les péricardites. Je reviendrai tout à l'heure sur cette question

***

L'apparition d'un PYO-PNEUMOTHORAX dans les pleurésies purulentes des nourrissons n'est pas très rare. Je ne m'arrête pas sur son étude, car j'en ai parlé longuement dans ma leçon du 28 avril 1926 reproduite dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, sur le *pyo-pneumothorax non tuberculeux chez les enfants*.

Le pneumothorax peut être *accidentel*, survenir au cours d'une ponction, par piqûre du poumon. Il peut survenir à la suite d'une vomique ou même sans vomique, par suite de l'ouverture de la collection pleurale dans le poumon ou dans une bronche. Quand il existe une broncho-pneumonie, il est assez souvent causé par l'ouverture d'un petit abcès péri-bronchique dans la plèvre et le poumon.

L'irruption de gaz dans la plèvre ne se révèle pas par des troubles subjectifs ou fonctionnels nouveaux. On constate les signes physiques tantôt d'un épanchement gazeux, tantôt d'un épanchement liquide, tantôt d'un épanchement mixte.

***

Etudions maintenant l'ASSOCIATION d'une PLEURÉSIE PURULENTE A PNEUMOCOQUES et d'une PÉRICARDITE.

Les péricardites purulentes à pneumocoques sont assez communes chez les enfants. L'année dernière, je leur ai consacré une leçon publiée par *Le Progrès Médical* du 29 mars 1930.

Elles sont surtout communes avant 5 ans et principalement avant 2 ans.

Elles sont souvent une découverte d'autopsie ; seules les constatations nécropsiques permettent d'évaluer leur fréquence.

M. Germain Blechmann en 1913, dans sa thèse de Paris sur *Les Epanchements du péricarde*, rapporte les statistiques de divers auteurs et en tire les conclusions suivantes :

« 1°. 19 fois sur 20, chez le nourrisson, l'épanchement du péricarde reconnaît pour cause la broncho-pneumonie et la pleurésie purulente ; il est le plus souvent purulent ; . . . il contient habituellement du pneumocoque.

« 2°. On peut dire que, chez l'enfant de moins de 5 ans, atteint d'empyème, on a environ une chance sur trois de voir survenir une péricardite habituellement purulente. »

L'infection broncho-pulmonaire se propage d'abord du poumon à la plèvre, puis de celle-ci au péricarde.

Presque toujours le liquide péricardique est *purulent*, fibrineux, soit trouble ou louche, soit séro-purulent, soit très purulent, épais, verdâtre, jaunâtre. Son volume varie de quelques gouttes à quelques centimètres cubes, à 30, 60 et même 80 cc. On y trouve des polynucléaires altérés et des pneumocoques.

Les feuillets du péricarde sont tapissés par des membranes fibrino-purulentes plus ou moins étendues et épaisses, ou seulement parsemés de placards et de traînées fibrino-purulentes. Le péricarde est épaissi.

Voici le cœur d'un enfant de 6 mois et demi :

sa photographie est reproduite dans le livre que j'ai publié, en 1914, sur les *Cardiopathies de l'enfance* ; le péricarde est recouvert d'une membrane épaisse, jaunâtre fibrineuse.

Quelquefois le liquide est *séro-fibrineux* ou *puriforme aseptique*, En pareil cas, on ne constate pas de germes, soit qu'il n'y en ait jamais eu, soit qu'ils aient disparu.

Dans la plèvre, le pus est plus ou moins abondant, la séreuse est tapissée de membranes fibrino-purulentes. Il existe des adhérences pleuro-péricardiques.

Le plus souvent *la péricardite passe inaperçue*. Elle est en effet difficile à découvrir, parce que l'examen d'un nourrisson est délicat, parce que les symptômes de la broncho-pneumonie et de la pleurésie dominent la scène, parce qu'enfin il n'y a pas de symptômes de la péricardite ; quand il n'y a pas de liquide, on n'entend pas de frottements, quand il y a un épanchement, il est, en général, trop peu abondant pour entraîner l'apparition de signes permettant de reconnaître sa présence.

Rarement la *péricardite est reconnue*.

Comme symptômes de l'épanchement, il n'y a guère à retenir que l'agrandissement de la matité précordiale dans tous les sens et la perception du choc précordial et du premier bruit au-dessus et en dedans de l'angle gauche de la matité ; l'association de ces deux phénomènes est nécessaire.

La radiologie, elle-même, n'apporte souvent pas plus de renseignement. MM. Ribadeau-Dumas et Fouet ont cependant rapporté, à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 19 février 1924, une observation *de péricardite purulente chez un nourrisson de deux mois diagnostiquée par la radioscopie*.

Ce bébé, avec une fièvre légère, présente des signes de broncho-pneumonie bilatérale. Une ponction de la plèvre gauche ramène quelques gouttes de pus crémeux, contenant des pneumocoques. Sur la radiographie on voit une « obscurité dense du tiers inférieur du côté gauche avec déformation de l'ombre cardiaque en disque ». Le diagnostic de pleurésie et de péricardite est porté. L'enfant meurt subitement.

A l'autopsie, la plèvre, dans sa partie postérieure, est recouverte de membranes épaisses, enkystant de petites quantités de pus. Dans le péricarde, il y a un peu de pus, où on trouve des pneumocoques, et des membranes épaisses et verdâtres.

Le *diagnostic de péricardite* est donc très difficile.

Quand il y a une pleurésie et une péricardite avec épanchement, comme chez notre petit Jacques, les ombres se confondent, le cœur semble être refoulé.

Mais, d'autre part, on *peut penser à tort à une péricardite*, qui n'existe pas.

Voici l'observation d'un bébé de 10 mois, que j'ai soigné avec M. Paraf.

Il est atteint d'une broncho-pneumonie. Des signes de pleurésie apparaissent à la base droite, une ponction retire quelques centimètres cubes de liquide séro-purulent, contenant des pneumocoques. La matité précordiale est agrandie dans le sens transversal et déborde le sternum à droite. Les bruits du cœur ne sont pas perceptibles. Nous pensons à une péricardite, mais la ponction du péricarde ne donne que quelques gouttes de sang. L'autopsie ne peut être faite, et nous ne pouvons vérifier s'il existait ou non un épanchement dans le péricarde.

Voici encore une observation, relatée par MM. Richon et Spillmann, dans un mémoire sur *Quelques cas d'infection banale de l'enfance*, publié dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de 1899.

Un enfant de 2 ans est pris brusquement de fièvre, de toux, de douleurs thoraciques et abdominales. Il entre à l'hôpital le deuxième jour, avec une température de 39° et 60 respirations à la minute. Au sommet gauche, en avant et en arrière, on constate de la matité et des râles sous-crépitants ; dans l'aisselle, on entend un souffle aigre.

Les jours suivants, la fièvre persiste, la dyspnée augmente, l'hémithorax est immobilisé ; il y a de la voussure précordiale. La matité antérieure s'étend, se confond avec la matité précordiale ; en arrière, et dans l'aisselle au même niveau, il y a également de la matité. Le cœur bat au niveau du mamelon droit.

On diagnostique une péricardite.

Le treizième jour, une ponction exploratrice dans l'aisselle gauche ramène du pus verdâtre, contenant des pneumocoques. Les quatorzième et seizième jours les ponctions ramènent 50 cc. et 70 cc. de pus.

L'enfant s'améliore, mais il contracte une rougeole et meurt le trente-cinquième jour.

A l'autopsie, on trouve, à gauche et en avant, une poche pleurale juxta-péricardique contenant 150 cc. de pus vert avec des pneumocoques ; elle est limitée par des adhérences sur la ligne axillaire et tapissée par des membranes.

Le cœur est très déplacé à droite ; il n'y a pas de péricardite.

Le poumon gauche présente des lésions de broncho-pneumonie subaiguë, le poumon droit, une broncho-pneumonie de la base ; les ganglions médiastinaux sont énormes.

Les difficultés du diagnostic avaient été grandes : « L'enfant, écrivent MM. Richon et Spillmann, présentait depuis quelques jours des signes manifestes de broncho-pneumonie, lorsque apparut une matité compacte sous la clavicule gauche. En même temps, la dyspnée s'exagérait, les extrémités se cyanosaient, le pouls était irré-

gulier et il était impossible de percevoir la pointe du cœur.

« En présence de ces symptômes le diagnostic de péricardite s'imposait ».

Cette observation est intéressante à comparer avec celle de notre malade, qui, lui, avait bien une péricardite.

Chez les nourrissons ayant une broncho-pneumonie, une pleurésie, une péricardite à pneumocoques, ces germes peuvent déterminer des localisations à distance, une méningite séreuse ou purulente à pneumocoques par exemple.

Ces faits ne surprennent pas quand on connaît la tendance à la diffusion du pneumocoque chez les nourrissons. Cette leçon est une illustration aux deux leçons que j'ai consacrées, au début de ce semestre, les 15 et 22 novembre, aux *Pneumocoques chez les enfants*, leçons qui ont été publiées dans *Le Concours Médical* du 4 et du 11 janvier.

Ces notions expliquent la gravité du PRONOSTIC des pleurésies purulentes à pneumocoques chez le nourrisson, surtout quand elles sont accompagnées de péricardite.

Les *pleurésies purulentes à pneumocoques*, qui compliquent les broncho-pneumonies, sont généralement très graves. La gravité dépend non seulement de la pleurésie, mais encore de l'infection broncho-pulmonaire et de la diffusion des pneumocoques.

Il importe toutefois d'établir quelques distinctions :

Lorsque la pleurésie a un début précoce, avant le huitième jour, la mort peut survenir rapidement, si l'infection est très virulente.

Quelquefois le malade guérit. Ces formes curables peuvent être comparées aux pleurésies parapneumoniques des sujets plus âgés, qui sont des pleurésies pururiformes aseptiques ou pauvres en microbes. Dans les pleurésie des nourrissons, le liquide peut être simplement trouble ou franchement purulent ; il peut être aseptique ou contenir des pneumocoques.

Lorsque la pleurésie débute plus tardivement et évolue plus lentement, le pronostic est différent. Alors la broncho-pneumonie se prolonge, forme des foyers étendus et souvent est bilatérale, le liquide est franchement purulent, les membranes sont épaisses, adhérentes, forment des cloisonnements ; les pleurésies sont localisées. Ces pleurésies sont généralement graves ; toutefois la guérison est possible.

Lorsqu'une *péricardite* s'associe à la pleurésie, le pronostic est encore plus grave. Cette association est généralement mortelle ; d'ailleurs la péricardite est le plus souvent une découverte d'autopsie. Il est possible cependant qu'il existe des péricardites séro-fibrineuses ou avec une suppuration peu importante, que ces péricardites guérissent spontanément.

***

L'étude que je viens de faire montre les difficultés du TRAITEMENT, et l'impossibilité de l'enfermer dans des cadres trop rigides.

Le traitement dépend beaucoup, de la période de l'affection.

A la phase de début, quand la broncho-pneumaonie est à sa phase aiguë, le traitement médical est le seul à instituer. On fait des ponctions pleurales répétées pour évacuer le pus. On peut faire suivre l'évacuation du liquide de l'injection intra-pleurale de sérum antipneumococcique, combinée avec des injections intra-musculaires.

Chez des bébés de 2, 4 et 5 mois, dont j'ai publié, avec M. Paraf, les observations à la *Société de Pédiatrie de Paris* le 20 mai 1919, nous avons constaté les effets favorables de cette thérapeutique. Mais ces effets ne sont pas constants ; pour les apprécier, il faut tenir compte de la virulence de l'infection pneumococcique.

On a conseillé encore des injections intra-pleurales soit d'une solution à 5 % de bleu de méthylène, soit de taurocholate de soude, soit d'optochine.

En tout cas, à cette période, il ne faut pas pratiquer la pleurotomie.

Il n'en est pas de même *quand la pleurésie se prolonge*. Toutes les fois qu'il est possible, il faut avoir recours à la pleurotomie, avec ou sans résection d'une côte, et au drainage. Le résultat dépend de l'état du poumon sous-jacent. L'intervention amène quelquefois la guérison ; souvent elle n'empêche pas l'évolution vers la mort. Dans bien des cas, d'ailleurs elle est contre-indiquée par l'importance de la broncho-pneumonie, sa bilatérale, la multiplicité des foyers.

Lorsqu'il y a un *pyo-pneumothorax* la guérison est possible par les ponctions. Il en a été ainsi chez une fille de 13 mois, que j'ai présentée dans ma leçon du 28 avril 1928.

La *péricardite purulente à pneumocoques*, doit être traitée par ponctions ; rares sont les cas où on est amené à faire la péricardotomie.

***

L'observation du petit Jacques est fertile en enseignements.

1° Ce garçon de 14 mois a présenté une modalité particulière de pleurésie purulente à pneumocoques compliquant la broncho-pneumonie, et nous a permis d'étudier ces pleurésies dans la première enfance ; cette pleurésie s'est transformée en pyo-pneumothorax et cette transformation n'est pas très rare. Notre malade est mort malgré les ponctions, les injections intra-pleurales et intramusculaires de sérum antipneumococcique et enfin

la pleurotomie. Cet insuccès du traitement n'est pas rare chez les petits enfants, parce que la pleurésie n'est pas isolée mais intriquée avec une broncho-pneumonie.

2° Jacques a présenté une péricardite avec épanchement, que certains symptômes nous ont permis de reconnaître. Chez les petits enfants, quand les pleurésies purulentes à pneumocoques compliquent les broncho-pneumonies, les péricardites purulentes à pneumocoques sont communes et généralement méconnues ; presque toujours elles sont mortelles.

La péricardite de Jacques était puriforme aseptique ; elle évoluait vers la guérison, quand la mort est survenue ; la péricardite n'est pas responsable de la mort. Il serait intéressant de rechercher si cette modalité de l'inflammation du péricarde se rencontre fréquemment.

LA LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL EN A. E. F. ET AU CAMEROUN

Par le Dr S. Abbatucci

En 1897, je me trouvais au poste de Dori, dans la boucle du Niger, lorsqu'un tirailleur soudanais se présenta à la visite. Il paraissait en état de bonne santé apparente, mais dès que je le fis asseoir sur un escabeau, il cessa de répondre à mes questions et s'endormit. En le secouant du geste et de la parole, je parvins à le réveiller ; puis au bout de quelques instants, il retomba dans la torpeur et mon interrogatoire ne put s'achever.

Fort intrigué par cette attitude morbide qui n'avait jamais frappé mes regards et pensant avoir affaire à un homme surmené, je me contentai de lui donner quelques noix de Kola pour remonter son tonus psychique, en me réservant de le voir plus attentivement le lendemain après une journée de repos. Or, pendant le silence de la sieste post-méridienne, un coup de fusil retentit qui mit en émoi le camp des tirailleurs et j'appris que mon malade s'était suicidé. Après s'être étendu sur une natte, il avait placé le canon d'un fusil Lebel sous sa mâchoire et pressé sur la détente avec son gros orteil. Ses camarades me racontèrent que les noirs, plongés dans cet état de somnolence, deviennent un objet de mépris de la part de leur entourage, ce qui les conduit souvent au suicide. Je me trouvais donc en présence d'un cas de maladie du sommeil, le redoutable fléau qui exerce ses ravages sur nos territoires de l'Afrique-Equatoriale et du Cameroun et met en péril l'avenir de la colonisation.

A cette époque, on ignorait encore l'agent causal de l'affection. On l'appelait *Nélavane*, mot Ouolof qui signifie somnolence, *Léthargie des Nègres*. Ce n'est que quelques années plus tard, en 1901, que Forde et Dutton découvrirent à Londres le parasite dans le sang d'un colonial revenant de Gambie. Il fut identifié en 1903 par Bruce et Castellani.

C'est un petit corps fusiforme, mobile, nommé « *Trypanosome* », pourvu d'une membrane ondulante, terminée par un filament ou *flagelle* qui lui sert à progresser ; on le trouve dans le sang, le système lymphatique et le liquide céphalo-rachidien. Il est inoculé par la piqure d'un insecte suceur, la mouche « *Tsé-Tsé* », généralement la « *Glossina Palpalis* ». La mouche l'absorbe avec sa trompe et l'injecte à l'individu sain pour lui communiquer la maladie, dont le nom scientifique est la « *Trypanosomiase.* »

Après une période d'incubation, qui varie de quelques semaines à 18 mois, le malade présente des maux de tête, de l'inappétence, de la fièvre irrégulière, des *gonflements ambulants*, et surtout de l'engorgement des ganglions, de la polyadénite. A cette période, dite *première période*, le diagnostic est déjà facile à faire par l'étude des symptômes cliniques et la ponction du sang ou des ganglions qui permet la découverte du parasite.

A la suite de cette *phase sanguine ou périphérique*, le trypanosome, si l'on n'intervient pas, passe dans le système nerveux central. C'est la deuxième période de la maladie. Les paupières lourdes et bouffies, la démarche hésitante, en proie à de la fièvre continue, le malade répugne à accomplir les besognes de la vie quotidienne et tombe dans une sorte de léthargie intermittente.

L'infection mérite bien alors le nom de maladie du sommeil. A un stade plus avancé, ainsi que le montrent des photographies, vraiment impressionnantes, le *sommeilleux* devient cachectique et grabataire. C'est une pauvre épave humaine réduite à l'état d'extrême misère physiologique et qui finit par mourir dans le coma. La ponction lombaire permet de constater la présence du Trypanosome dans le liquide céphalo-rachidien.

La lutte contre la maladie du sommeil est aujourd'hui bien codifiée et peut se résumer comme il suit :

1° **Prophylaxie agronomique.** — La mouche Tsé-Tsé vit dans les galeries forestières et au voisinage des cours d'eau. Il faut donc débrousailler autour des villages et des points d'eau pour supprimer les gites de l'insecte. Si ces conditions

sont impossibles à réaliser, le mieux est de déplacer le village et de le reconstruire dans une région plus salubre.

2° **Prophylaxie administrative.** — Mise en surveillance des porteurs de germes pouvant disséminer l'affection en les soumettant au régime ou passe-port sanitaire. Elle se préoccupe aussi d'alléger les charges fiscales des populations pour leur permettre de se livrer aux cultures vivrières qui leur donnent, avec alimentation meilleure, plus de résistance devant l'infection.

3° **Prophylaxie médicale.** — Elle est la plus importante, car elle supprime les réservoirs de la contagion par une thérapeutique appropriée : injection d'un produit du nom d'*atoxyl* ou de 270 Fourneau, pour la période sanguine ou première période et de *tryparsamide* pour la deuxième période, ou période nerveuse.

Ces quelques notions étaient nécessaires pour bien comprendre et préciser les différents aspects de la lutte entreprise contre la maladie du sommeil en Afrique-Equatoriale française et au Cameroun.

L'Afrique-Equatoriale française est un vaste territoire, dont la superficie est environ 4 fois 1/2 celle de la France, mais elle n'a que 2.800.000 habitants, une unité à peine au kilomètre carré. Elle est encadrée à l'Ouest par le Cameroun, à l'Est par le Congo belge et le Soudan anglo-égyptien et comporte quatre grandes subdivisions administratives : le Gabon, le Moyen-Congo l'Oubangui-Chari et le Tchad. Toutes ces régions sont plus ou moins touchées par le Trypanosomiase et en 1920, le Docteur Muraz signalait que, dans certains villages du Moyen-Logone, l'index d'endémicité, c'est-à-dire d'infection, variait de 50 à 90 %.

La lutte scientifique engagée contre la maladie date de 1906, époque à laquelle une mission organisée sous les auspices de M. le Myre de Villers, ambassadeur, et de M. Kermorgant, inspecteur général de Service de Santé, composée des médecins des Troupes coloniales, G. Martin et Lebœuf et du professeur Roubaud, naturaliste de l'Institut Pasteur, fut envoyée sur place pour étudier la trypanosomiase, ses différents modes de propagation et son traitement. Ce sont leurs travaux qui ont servi de base à la campagne qui se poursuit encore à l'heure actuelle.

Le problème était difficile à résoudre car il se heurtait non seulement à l'étendue considérable des terrains à parcourir et à la difficultés des communications, mais aussi au nomadisme des populations et à leur indifférence à l'égard des méthodes européennes. Souvent les indigènes fuyaient dans la brousse à l'approche du médecin pour se soustraire aux opérations du recensement et de la visite. Il fallut donc les apprivoiser peu à peu, leur donner confiance, les soigner malgré eux.

Dans cette tâche laborieuse et périlleuse, les médecins des Troupes coloniales, malgré une faible rémunération, déployèrent le zèle des apôtres et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de rendre hommage à la science et au dévouement de mes camarades.

Le terrain à protéger fut divisé comme un lieu de combat en *secteurs* dits de *prophylaxie*, dont le médecin était le commandant avec une équipe d'infirmiers sous ses ordres. Sur des sentiers à peine tracés dans la forêt luxuriante, à pied, en « tipoye », sorte de chaise à porteur — en pirogues, qui sillonnent l'immense réseau fluvial, ils étaient obligés de parcourir des régions supérieures en superficie à plusieurs départements français pour y dépister et y traiter les porteurs de germes.

Aujourd'hui, grâce à un personnel plus nombreux (33 médecins) et à une subvention de 4 millions de francs de la Métropole, l'organisation du service de prophylaxie s'est considérablement développée.

Les zones d'endémicité ont été divisées en 28 secteurs :

1) 14 dirigés par un médecin de service spécial, assisté d'un hygiéniste-adjoint, d'un agent sanitaire et d'un nombre variable d'auxiliaires indigènes.

2) Quatorze secteurs annexes dirigés par des médecins de l'assistance médicale indigène de la colonie.

58 *Centres de traitement* sont répartis dans les différents secteurs. Afin de réaliser l'unité de commandement, l'ensemble des services relève de la direction du Service de Santé de l'A. E. F. résidant à Brazzaville. Le service intérieur est confié à une *équipe de dépistage*, dirigée par le médecin-chef du secteur, l'hygiéniste-adjoint, ou un agent sanitaire européen. Elle visite tous les villages d'une circonscription, suivant un itinéraire concerté à l'avance avec le chef administratif de la région.

Les trypanosomés anciens ou nouveaux, identifiés par une plaque métallique, sont conduits au Centre de traitement le plus voisin où il sont reçus par un médecin qui vérifie par la ponction lombaire l'état de leurs lésions et institue un traitement approprié.

Des villages, dits de *ségrégation*, ont été également installés pour séparer les éléments sains de la population des porteurs de virus.

Comme on le voit, la prophylaxie comporte une série d'opérations successives ; recensement de tous les indigènes, identification, mise en surveillance et traitement des malades, jusqu'au jour où l'index endémique tombera à zéro.

A ces mesures, on se propose d'ajouter, si les expériences continuent à être favorables, une

médication préventive par un produit introduit récemment dans la thérapeutique par M. Fourneau, chimiste de l'Institut Pasteur, connu sous le nom de « 309 » ou *Moranyl*. Ce médicament a l'avantage de se prendre par la bouche et après une observation de quatre mois, les statistiques ont donné les résultats suivants :

Infections nouvelles chez les « Moranylisés »	4 à 6 %
Infections nouvelles chez les « Témoins »	38 %

Toutes ces méthodes combinées offrent les plus belles perspectives pour l'avenir et l'immense effort poursuivi s'est déjà exprimé en 1928 par des chiffres impressionnants :

Indigènes visités	517.168
Trypanosomés anciens traités	15.423
Nouveaux identifiés	5.735

Ainsi que l'a écrit mon camarade de promotion, le médecin général Boyé, qui pendant longtemps a dirigé le service de Santé de l'A. E. F. « La lutte entreprise contre la maladie du sommeil, depuis plus de 24 ans, n'a pas cessé d'évoluer dans ses procédés à mesure que la thérapeutique évoluait elle-même par l'emploi de médications de plus en plus efficaces. A peu près désarmée pendant de longues années par le peu d'activité et les difficultés d'emploi des trypanocides, elle est entrée depuis dix ans dans une voie féconde en résultats et nul doute que le moment approche où une campagne si opiniâtrement poursuivie amènera enfin, sinon la disparition complète de la maladie, du moins une atténuation telle qu'elle ne représentera plus un obstacle appréciable au développement des populations indigènes de ce pays. »

Si, maintenant, nous franchissons à l'Ouest la frontière voisine, où des postes ont été organisés en vue de filtrer les porteurs de trypanosomes, pour pénétrer au Cameroun, nous constatons qu'une œuvre similaire et également remarquable a été aussi accomplie.

Ce territoire à mandat se trouve à 4 degrés Nord de l'Equateur et, bien qu'il soit cinq fois plus petit que l'A. E. F., sa population lui est supérieur : 3 millions d'habitants au lieu de 2 millions 800.000. Il affecte schématiquement la forme d'un triangle, enfoncé comme un coin entre la Nigéria anglaise et le Moyen-Congo, l'Oubanghi-Chari et le Tchad, dont la base s'ouvre sur l'Atlantique sur une longueur de 250 km. et la hauteur, de 1.500 kilomètre, aboutit à la cuvette Tchadienne. Il est parcouru par de nombreux fleuves ou rivières qui arrosent la forêt tropicale : le Vouri, la Sanaga, le Nyong, le Campo, etc. C'est dans la zone forestière, la région de Doumé et le bassin du Haut-Nyong, que se trouvant les principaux foyers de la maladie du sommeil.

Il y a quelques années, une mission fut confiée au médecin des troupes coloniales, Jamot, avec des pouvoirs étendus, pour livrer bataille à la Trypanosomiase. Une subvention de 3 millions de francs fut votée par le Parlement et actuellement 10 médecins avec un nombreux personnel subalterne ont été répartis dans les différents secteurs de prophylaxie. Les plus touchés sont ceux de Bafia, Yaoundé, Nango-Eboko, Lémié, Sangmélina.

En même temps s'élevait à Ayos, près de Yaoundé, la capitale administrative, en plein centre épidémique, un véritable village médical, avec son hôpital, ses dispensaires, ses laboratoires, etc., destiné à être l'animateur de la lutte entreprise. Cette formation a eu un succès considérable parmi les indigènes, mis en confiance par les résultats de nos méthodes, et des photos, que vous avez peut-être déjà vues projetées sur l'écran montrent l'affluence considérable des visiteurs qui donne à Ayos l'aspect d'une véritable Cour des Miracles. Le Dr Jamot et ses collaborateurs sont aujourd'hui classés parmi les divinités bienfaisantes de la brousse africaine.

Le rapport de 1929 publié par le Gouverneur Marchand, le distingué commissaire de la République au Cameroun, montre que : 330.215 ingènes ont été examinés et 41.835 reconnus trypanosomés traités par les méthodes habituelles.

L'activité prophylactique a eu comme conclusions :

1° de faire diminuer progressivement la mortalité par trypanosomiase et de la ramener à un taux voisin de la mortalité générale ;

2° de maîtriser, au moins momentanément, les foyers. C'est ainsi que la vague épidémique, que menaçait de submerger Yaoundé, Eséka, Ebolowa et toutes les populations côtières, a été arrêtée ;

3° de réduire dans des proportions considérables le virus en circulation (environ 95 %) et de diminuer ainsi les sources de la contagion ;

4° d'accroître le coefficient de natalité et de rétablir en plusieurs points l'équilibre entre les naissances et les décès.

« Evidemment, écrit le Docteur Jamot, comme le Dr Boyé, notre tâche est loin d'être achevée, mais les résultats obtenus démontrent une fois de plus que le fléau est vulnérable et que nous sommes dans la bonne voie.

« Nous espérons que les futures offensives que nous préparons avec des moyens plus puissants seront décisives et que nous pourrons dire bientôt que nous sommes enfin partout maitres de la situation. »

C'est sur ces paroles consolantes et pleines de promesses pour l'avenir que je terminerai ma petite causerie.

Toute l'histoire de la France coloniale est rem-

plie des faits héroïques de nos missionnaires, de nos administrateurs, de nos officiels, de nos médecins, de nos colons, mais le plus bel exemple contemporain du génie bienfaisant et colonisateur de notre race que l'on pourra offrir aux visiteurs de l'Exposition coloniale sera de mettre sous leurs yeux les gestes accomplis, avec dévouement et abnégation, par les médecins-missionnaires de la maladie du sommeil en Afrique-Equatoriale française et au Cameroun.

LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Le cures digitaliques doivent être longues (d'une semaine environ), puis renouvelées à intervalles rapprochés

D'après le Dr C. LIAN (1).

Le procédé classique est celui des cures digitaliques courtes et espacées.

Les Anglo-Américains préfèrent les cures intensives ; mais, point n'est besoin de toujours cotoyer ainsi les dangers de l'intoxication.

M. Ch. Fiessinger conseille la médication digitalique subcontinue à doses très faibles ; cependant, cette technique paraît manquer de la souplesse voulue pour l'adapter à la gravité variable des différents états d'insuffisance cardiaque ; seule, il faut en retenir l'utilité d'un intervalle bref entre les premières cures digitaliques.

Le Dr C. Lian, se basant sur une longue expérience personnelle, estime que, d'une manière générale, les cures digitaliques sont prescrites de durée trop courte, et que les intervalles entre les cures sont beaucoup trop longs.

Il y a, dit-il, un gros intérêt à ne pas administrer la dose digitalique nécessaire en un à quatre jours, mais à faire des cures longues d'une semaine.

« D'autre part, dans les grandes insuffisances cardiaques, dans l'asystolie, même lorsqu'une première cure a bien réussi, c'est d'une mauvaise pratique d'attendre près de trois semaines pour recommencer l'emploi de la digitale. Le cœur, en effet, cesse bientôt d'être soutenu par l'action de la digitaline, et les accidents ont tendance à se reproduire avant le commencement de la deuxième cure. Or, des essais successifs ont montré que, pour une dose voisine d'un milligramme de digitaline cristallisée, l'élimination peut être considérée comme terminée le cinquième jour après la dernière dose ingérée. Dès lors, il devient utile d'espacer deux cures successives d'une durée de cinq jours, chaque cure comportant durant une semaine des doses décroissantes. Le malade se trouve ainsi constamment sous l'influence de la digitale, et chaque cure ramenée à une dose quotidienne moyenne, suivie de doses faibles, puis très faibles ; l'amélioration n'est pas interrompue de la sorte, mais au contraire, va en s'accentuant.

Aucun risque d'intoxication, car s'il persiste de la digitale dans l'organisme, quand la cure est renouvelée, ce n'est qu'à dose faible. Seule une cure intensive, ayant atteint la dose de cent gouttes, ferait augmenter d'un jour ou deux l'intervalle.

Comment régler les cures digitaliques longues et rapprochées

Voici le schéma, donné par l'auteur, pour des cas de plus en plus graves.

1° *Asystolie moyenne.*

Première cure d'une semaine : 3 jours à X gouttes de la solution au millième de digitaline cristallisée ; 4 jours à V gouttes, c'est-à-dire un milligramme : (L gouttes) en une semaine.

2° *Asystolie accentuée.*

Première cure d'une semaine : X gouttes par jour pendant sept jours.

3° *Asystolie récidivante, ou avec grande accélération cardiaque.*

Cure de saturation digitalique.

A condition d'une surveillance quotidienne, la médication sera poussée jusqu'à ce que l'on réalise une fréquence normale du pouls, ou même un léger ralentissement, sauf apparition de nausées ou de diarrhée.

2 jours à XX gouttes ; 5 jours à X gouttes ; 2 jours à V gouttes. Pour mieux faire tolérer le médicament, il est bon de scinder la dose en deux prises (matin et soir), dès qu'on dépasse V gouttes par jour.

Voici de quelle façon *on répétera les cures* dans les trois cas précédents d'asystolie. La deuxième cure digitalique doit suivre la première à un intervalle de sept jours, ou même de cinq jours si le cas est un peu grave, et cela pendant deux mois. On fait ensuite deux ou trois cures à six jours d'intervalle, deux ou trois cures à sept jours d'intervalle pour arriver à une cure d'une semaine au début de chaque quinzaine. Si l'amé-

(1) Dr Camille LIAN. — Comment conduire une cure digitalique. (*L'Hôpital*, avril 1931-B.)

lioration continue, la cure est alors réduite progressivement à 6 jours, puis à 5 jours au début de chaque quinzaine. Enfin, on diminue un peu la dose totale de digitaline de chaque cure, soit de V gouttes chaque fois ; ce sera bientôt, au début de chaque quinzaine : un jour à X gouttes, et quatre jours à V gouttes. Bref, tout traitement pourra être supprimé durant un temps plus ou moins long, mais à la condition d'une surveillance attentive.

4° *Hyposystolie. Dyssystolie marquée.*

On s'en tiendra, dès le début, à des cures légères comme : un ou deux jours à X gouttes et trois ou quatre jours à V gouttes ; ou même cinq jours à V gouttes au début de chaque quinzaine.

La médication digitalique par les voies intra-musculaire, intra-veineuse, rectale, laryngée

Disons aussitôt que les voies intra-musculaire, rectale et laryngée sont d'un emploi douloureux ou peu commode.

La voie intra-veineuse est recommandée, quand il faut agir vite et fort, ou bien quand le malade éprouve des nausées (non attribuables à l'intoxication digitalique), des douleurs gastriques, ou bien que son foie est dur et gros, au point de faire craindre une absorption digestive spécialement lente et difficile. Il existe diverses préparations digitaliques injectables ; la dose, adoptée par M. Lian est celle de X gouttes, c'est-à-dire 1/5 de milligramme, diluée dans 2 ou 3 cent. cubes d'eau bi-distillée ou de sérum artificiel : une injection intra-veineuse quotidienne pendant cinq à sept jours.

La surveillance de la cure

Il faut distinguer la saturation et l'intoxication.

L'action de la digitale s'accompagnant d'un ralentissement des contractions cardiaques, il arrive que la saturation soit atteinte, quand les systoles ventriculaires sont inférieures à 70 et voisines de 60 par minute.

La cure, prolongée à ce moment, fait apparaître les premiers signes d'intoxication : état nauséeux, diarrhée, rythme couplé (chaque pulsation étant suivie d'une extra-systole, qui donne ou bien un pouls bi-géminé, ou bien, n'allant pas au pouls, réalise une brady-sphymie, une pseudo-bradycardie). En insistant encore, on atteindrait la période dangereuse de la tachy-arythmie, du délire, de la syncope fatale.

Prescriptions adjuvantes de la digitale

Il n'est pas possible de formuler ici des règles absolues ; c'est au praticien à voir, dans chaque cas, de quelle manière il peut, au cours des cures digitaliques plus ou moins rapprochées, répéter les *émissions sanguines*, les *purgatifs*.

Voyons ce qu'il faut savoir du régime alimentaire, du repos, de l'emploi de la théobromine et de la morphine.

Régime alimentaire. — S'il était exact, que, suivant la notion classique, la prescription de la digitale rende indispensable l'emploi du régime lacté, il faudrait renoncer aux cures digitaliques longues et prolongées, qui sont pourtant si utiles.

Le Dr Lian a déjà mentionné que, chez les asystoliques avec grands œdèmes, il se trouvait bien de supprimer le lait, en raison de sa teneur en sel, et de le remplacer par un régime déchloruré strict, restreint bien entendu. Si dans les deux premières cures digitaliques, par exemple, on a dû prescrire le régime lacté (sans dépasser 1 litre et demi de liquide), on ne peut continuer ce régime durant les cures suivantes ; on prescrira dans la suite un régime déchloruré végétarien et fruitarien ; puis, ce régime sera réservé aux quatre ou cinq premiers jours de chaque cure digitalique, et, pour le reste de la quinzaine, 2 grammes de sel par jour, et 100 grammes de viande, un jour sur deux, ou même tous les jours. « Il importe, en effet, de sauvegarder soigneusement l'état général des malades, et de ne pas les déprimer par des prescriptions diététiques trop restrictives ».

Repos au lit. — Le repos absolu au lit, nécessaire pendant une crise d'asystolie, ne peut pas non plus être imposé à un cardiaque, tous les jours où il prendra de la digitale, au cours de cures longues et rapprochées.

Le repos absolu au lit est nécessaire, tant que persistent les œdèmes, si toutefois on espère faire disparaître ces œdèmes. « Même si les œdèmes n'existent plus à la fin de la première cure digitalique, il est bon de maintenir le repos au lit, jusqu'à la fin de la deuxième cure digitalique, ce qui représente trois semaines ». Dans la suite, on exigera le repos au lit, ou à la chambre les deux à cinq premiers jours de chaque nouvelle cure digitalique ; ceci, afin de retarder le plus possible l'apparition de l'insuffisance cardiaque.

La *théobromine* est d'une utilité incontestable dans toutes les grandes insuffisances cardiaques. Dans les cas peu accentués, la théobromine sera donnée les jours sans digitaline. Mais, dans les cas un peu sérieux, surtout chez les hypertendus, on donnera simultanément digitaline et théobromine, en maintenant la théobromine les jours sans digitaline (1 gr. 50 par jour).

« Après avoir ainsi prescrit la théobromine en permanence, on procédera de la façon suivante : 1° dans les cas sérieux, et plus spécialement chez les hypertendus, on la fera cesser

seulement, soit les deux derniers, soit les deux premiers et les deux derniers jours de chaque cure de digitaline ; 2° dans les cas moyens, on alternera la digitaline et la théobromine ; 3° dans les cas bénins, ou après grande amélioration, on en fera prendre seulement les quatre ou cinq jours, qui suivent chaque cure digitalique ; 4° dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales, après grande amélioration de l'insuffisance cardiaque, on supprimera complètement la théobromine. »

A remarquer l'importance d'une théobromine purifiée, au risque d'observer une forte intolérance céphalée, nausées, vomissements. Il sera bon néanmoins d'employer certaines combinaisons telles que le théobrominate de lithium (théobromose), etc.

La *morphine* calme heureusement certains grands accidents cardiaques, comme l'œdème pulmonaire aigu ; mais, si l'on a échoué dans toutes les précédentes prescriptions et que la cachexie cardiaque se produise, celle-ci reste, avec les opiacés l'ultime ressource du praticien.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La pleuro-péricardite tuberculeuse.

M. Noël Fiessinger en étudie deux exemples, l'un guéri sans séquelles, l'autre en évolution chez une ostéo-psothyrosique, c'est-à-dire présentant une maladie de Lobstein (fragilité osseuse hérédo-familiale avec crâne à rebord, sclérotiques bleues et troubles auditifs).

L'association de la pleurésie et de la péricardite est connue depuis longtemps.

La péricardite tuberculeuse peut être anatomiquement sèche, fibrineuse, séro-fibrineuse, hémorragique ou suppurée. Cliniquement, elle peut être aiguë et se perdre dans la symptomatologie d'une granulie, ou subaiguë le plus souvent avec épanchement plus ou moins abondant. Sèche ou séro-fibrineuse, cette péricardite est presque latente, peu de douleur, peu de dyspnée, une symptomatologie fonctionnelle estampée, et seul un examen minutieux permet de déceler à l'auscultation le frottement de la péricardite sèche, à la percussion la matité de l'épanchement du péricarde. La maladie évolue lentement, d'une façon insidieuse, pour aboutir tôt ou tard à une symphyse des feuillets du péricarde, symphyse à petit cœur, avec son asystolie hépatique rebelle, irréductible, incurable.

Logiquement, lorsqu'il y a combinaison de pleurésie et de péricardite, la dyspnée devrait être beaucoup plus considérable, et le pronostic beaucoup plus sérieux. Il n'en est rien, et les deux faits, rapportés par l'auteur, montrent combien polymorphes et combien insidieuses peuvent être les polysérites tuberculeuses. On peut facilement les ignorer, ou du moins en ignorer une partie, et particulier la péricardite, en raison de son diagnostic plus délicat. Et ce diagnostic, déjà difficile sans pleurésie, le devient beaucoup plus, quand à la péricardite, s'associe la pleurésie.

Le frottement pleural, rythmé par le cœur, s'entend surtout sur le bord gauche du cœur, tandis que le frottement péricardique est paraxyphoïdien. Pour qu'il n'y ait pas erreur, il faut que le diagnostic se consolide sur les constatations de l'épanchement. Celui-ci classiquement se traduit par la matité globuleuse, en brioche, de Potain, symétrique avec le signe de Rotch ou d'Ewart, et passant à gauche au-dessous de la pointe. Certes, un gros cœur dilaté peut donner une matité semblable, mais l'aspect clinique est entièrement différent, et l'on a affaire à des asystoliques avec gros foie et œdèmes. Cette matité a une très grande valeur, quand on la recherche avec toute l'attention nécessaire. Mais, au cours de la péricardite, il est des symptômes, qui peuvent donner le change avec un épanchement pleural gauche ; ce sont les signes pseudo-pleurétiques de la base gauche. Ils sont surtout nets chez l'enfant plus que chez l'adulte.

Aujourd'hui, la radiographie facilite beaucoup la distinction entre pleurésie gauche et péricardite à épanchement.

Certains signes permettent cependant de dépister l'épanchement péricardique et l'épanchement pleural, quand la péricardite s'associe à la pleurésie gauche. En faveur de l'épanchement de la plèvre, on a la netteté de la matité postérieure, tournant dans l'aisselle, ainsi que l'abolition évidente des vibrations à la base ; jamais dans les signes pseudo-pleurétiques, on a des signes aussi manifestes. En faveur de l'épanchement péricardique, on a, non pas la matité de l'angle sterno-hépatique du signe de Rotch ou d'Ewart, qui peut être confondue avec la matité débordante du cœur repoussé à droite par l'épanchement, mais l'élévation de la ligne du bord gauche de la matité, qui se trouve déviée vers le moignon de l'aisselle. Le diagnostic peut être très difficile, et la matité aide grandement en cons-

tatant le comblement du cul-de-sac pleural gauche par l'épanchement pleural, l'élargissement symétrique de l'obscurité cardiaque avec disparition de battements visibles. On peut enfin s'aider de l'exploration lipiodolée pour compléter ce diagnostic topographique.

Le *traitement* de ces polysérites tuberculeuses doit répondre à plusieurs indications : *augmenter la résistance générale* : ergostérol irradié : XXIV à L gouttes en 3 ou 4 fois de la solution huileuse au 1 /100e ; injections sous-cutanées tous les deux jours de 2 cc. d'huile camphrée cholestérinée au 1 /10e ; alimentation, dès que possible ; applications locales de rayons ultra-violets, mais prudentes et progressives en raison des réactions fébriles.

Décomprimer le cœur : ponction pour les épanchements très latéralisés ; ponction par la voie épigastrique suivant la méthode de Marfan pour les épanchements symétriques. On devra ponctionner plus souvent les épanchements purulents que les épanchemetnts séro-fibrineux. S'il y a combinaison de pleurésie et de péricardite, il ne faut pas attendre trop longtemps avant d'évacuer le péricarde ; ensuite, viendront les plèvres, si nécessaire.

Exercer une action modificatrice. — L'air ou le lipiodol ont été injectés comme substances modificatrices. L'auteur a conseillé le lipiodol à la dose de 5 cc. (*Journal des Praticiens*, 28 février 1931.)

Les troubles psychiques au cours du tabès.

Les troubles mentaux ne se voient qu'exceptionnellement au cours du tabès ; tant que celui-ci reste localisé à la moelle chez un individu d'une constitution psychique normale, sans antécédents névropathiques, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène générale, sans alcoolisme, on n'observe pas de troubles mentaux. Cependant, MM. E. Larrive et Jasienski font remarquer que le tabétique est menacé, à plus d'un titre, dans son intégrité psychique ; c'est d'abord un syphilitique, sur lequel sa maladie agira comme facteur moral émotif, obsessionnel ; la syphilis sera aussi une cause d'auto-intoxication et de méningite.

Dans le cours du tabès apparaissent aussi des douleurs violentes, qui retentissent sur le moral du malade ; et il en est de même des troubles graves pouvant atteindre les diverses parties de l'appareil sensitif. Tous ces troubles sont éminemment psychogènes.

Chez le tabétique apparaissent encore des psychoses fortuites, sans aucun lien étiologique direct avec la sclérose radiculo-médullaire postérieure : hérédité morbide, infections ou intoxications chroniques.

Puis, les troubles sensoriels du tabès, en particulier les troubles cenesthésiques et l'amaurose, sont susceptibles de déterminer un délire spécial constitué par des réactions mélancoliques et des idées de persécution.

Lorsqu'il y a coïncidence avec la paralysie générale, le tabès imprime certains caractères au délire de la paralysie générale. On note des hallucinations visuelles et auditives, des idées de persécution, des tendances mélancoliques, etc. (*Gazette des hôpitaux*, 7 février 1931.)

Le rôle du froid dans la pathogénie des maladies de l'appareil respiratoire.

Le froid a toujours été considéré, dans tous les pays, comme un facteur important dans la genèse des maladies de l'appareil respiratoire. Son action pathogénique a été diversement interprétée ; le Dr Humbert cherche à l'élucider. Le déclenchement serait subordonné à deux conditions, en plus du facteur constant de la présence des saprophytes : le déséquilibre humoral et la perturbation vaso-motrice.

Mais une bonne réflectivité vasculaire serait à même de rétablir rapidement l'équilibre humoral et d'empêcher ainsi l'infection. Pour combattre la sensibilité au froid, il n'est pas de meilleur moyen que l'hydrothérapie sous ses multiples formes ; cure d'endurcissement graduelle et progressive par l'hydrothérapie froide. En attendant l'action immunisante de ces pratiques, on doit se préserver du froid par le port de vêtements appropriés, ni trop épais, ni trop légers ; il faut éviter les « pieds froids », puis combattre et enrayer autant que possible la pullulation des germes saprophytes que, malgré nous, nous hébergeons dans notre organisme.

Le meilleur moyen prophylactique contre le froid est le froid lui-même. (*Le Journal médical français*, février 1931.)

L'inhibition mentale chez l'enfant est souvent la cause de retards scolaires.

Le Dr Gilbert-Robin démontre qu'une thérapeutique judicieuse peut apporter des améliorations considérables à cet état. Mis à part, l'opposition du pervers, du paranoïaque, du schizoïde boudeur, on trouve une variété d'inhibition mentale, qui empêche l'enfant, malgré ses efforts et son application à l'école, de donner une réponse dès qu'on l'interroge. C'est une sorte de barrage intellectuel, qui doit rentrer dans le cadre de l'épilepsie, ou, par des échelons dégradés, de l'épileptoïdie.

Jusqu'alors, l'inhibition proprement dite a été considérée comme d'origine émotive, et le mutisme dans ces cas apparaît comme tout à fait involontaire. Mais toute autre est l'inhibition épileptique, étudiée dans cet article ; l'enfant épileptoïde reste coi, aussi bien devant son en-

tourage familier que devant le maître à l'école. C'est le vide intégral. L'enfant ne parle pas, non pas parce qu'il ne peut pas parler, mais parce qu'il n'a rien à exprimer. Cette phase d'inhibition passée, l'amnésie peut être plus ou moins profonde. En dehors de ces phases, ces enfants sont très lents, toujours en retard au point de vue scolaire.

Chez eux on trouve très souvent aussi des symptômes plus ou moins groupés de la constitution épileptoïde. Dans l'hérédité, on découvre le plus souvent la syphilis, l'alcoolisme, l'épilepsie, l'agitation émotive et anxieuse. Naturellement, l'auteur n'insiste pas sur les cas où cette forme d'inhibition reçoit sa preuve clinique par la constatation d'absences, de vertiges ou de crises comitiales caractérisées.

L'inhibition épileptoïde peut se confondre avec la lenteur psychique.

Le dépistage de cette inhibition — très distincte de l'inhibition émotive, la seule en honneur jusqu'alors — peut être très importante à l'âge scolaire, surtout dans les cas où il n'existe pas d'accidents comitiaux nets capables d'orienter le diagnostic. (*La Puériculture*, 25 mars 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Diaphysectomie précoce sous-périostée dans l'ostéomyélite aiguë.

(M. BARRET, d'Angoulême. — *Société de chirurgie*, 6-5-1931.)

M. Sorrel rapporte, au nom de M. Marcel Barret, d'Angoulême, six observations de résection précoce sous-périostée au cours de l'ostéomyélite aiguë.

La question de la diaphysectomie précoce dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë des os longs a été déjà discutée à la Société de Chirurgie en 1927, à propos d'un rapport de M. Mathieu sur un travail de M. Leveuf. Il semble que c'est Holmes, de Londres, qui fit le premier une telle opération en 1866.

Les cas de M. Barret sont favorables à la méthode et semblent montrer que ses indications ont une relative fréquence. Il y aurait lieu d'attendre quelques années, toutefois, pour juger l'avenir de ces malades.

M. Sorrel remarque qu'il ne s'agit en aucune façon d'allonger sans limites les indications d'un tel traitement, qui s'adresse seulement aux formes bien déterminées d'ostéomyélite aiguë grave avec nécrose étendue de la diaphyse osseuse, sans phénomènes de généralisation.

— M. Paul MATHIEU pense que la diaphysectomie est une opération que les circonstances cliniques peuvent imposer au chirurgien. Elle peut sauver des malades de la mort ou leur éviter l'amputation dans les cas de pandiaphysite aiguë à allure rapide.

— M. PICOT ne croit pas que la résection diaphysaire précoce dans l'ostéomyélite soit un traitement à généraliser.

— M. BRÉCHOT est également d'avis que si la théorie des résections totales, malgré tout un peu excessive, se développait dans l'opinion des chirurgiens et des médecins, cela conduirait rapidement à des désastres. L'auteur a l'impression que, dans les observations de M. Barret, la nécessité de la résection diaphysaire totale n'apparaissait pas toujours absolue.

— M. THIÉRY a soigné il y a une trentaine d'années, une fillette de dix ans atteinte d'ostéomyélite bipolaire du tibia, avec fonte totale de l'os. L'amputation semblait s'imposer. Une résection de tout le tibia moins l'épiphyse supérieure, fut suivie de guérison. La malade, depuis, s'est mariée, a eu des enfants. Elle peut faire de longues marches avec une simple chaussure surélevée.

La reconstitution des os longs après résection sous-périostée pour ostéomyélite aiguë est vraiment remarquable. Poirier a présenté jadis au Congrès de Chirurgie un malade ayant ses deux péronés et une jambe d'aspect normal : son troisième péroné (réséqué et remplacé par reconstitution) était dans un bocal.

— M. MOUCHET, comme M. Bréchot, se demande si toutes les résections faites par M. Barret étaient entièrement indiquées.

— M. CADENAT ajoute que, en matière de traitement chirurgical de l'ostéomyélite aiguë, on se trouve en présence de deux alternatives : faire trop peu ou faire trop. Personnellement, il tend plutôt à faire plus que pas assez.

Sur le traitement des arthrites suppurées.

(M. Paul THIÉRY. — *Société de chirurgie*; 6-5-1931.)

M. Thiéry revient sur l'observation de M. Wiart concernant un cas d'arthrite suppurée guérie après ponctions et injections de bactériophage.

La guérison a-t-elle été due aux ponctions, aux injections de bactériophage, aux deux ? M. Lapointe rappelait que des arthrites suppurées ont guéri après simples ponctions. Plus sceptique encore, M. Thiéry se demande si, dans la terminaison favorable, l'élément principal n'a pas été ici la bonne vieille *natura medicatrix*. Il rappelle la phrase que Magendie volontiers disait à ses élèves : « On voit bien que vous n'avez jamais essayé de ne rien faire, car vous auriez vu que cela réussit..... 80 fois sur 100 ».

M. Thiéry cite une observation assez récente qui l'a vivement frappé. Une jeune femme, à la suite

d'un phlegmon du bras, fait une arthrite suppurée du poignet. On traite le phlegmon par des larges incisions. Pas d'intervention sur l'articulation, pas de résection. La guérison fut complète, avec ankylose. Prudemment, M. Thiéry ajoute que peut-être en pareil cas, il n'aurait pas aujourd'hui l'audace de temporiser. L'abstention, dans des circonstances de ce genre, peut exposer à bien des reproches : l'audace dans l'action est plus appréciée, d'une manière générale du moins.

Les ostéomes traumatiques paracondyliens internes du fémur.

(M. Guillaume-Louis, de Tours. — *Société de Chirurgie* ; 29-4-1931.)

M. Guillaume-Louis rapporte trois observations d'ostéome traumatique paracondylien interne du fémur. Ces ostéomes qui se développent au niveau du condyle interne, au genou, à la suite d'un traumatisme, et qui provoquent des douleurs et des troubles fonctionnels, ont été étudiés en Allemagne et en Italie (maladie de Köhler-Pellegrini-Stiéda) et ont fait l'objet, à Paris, de trois thèses : celle de Durand (1926) inspirée par M. Senèque, celle de Madame Kaufmann (1929) inspirée par M. Pierre Fredet, celle de Pétrignani (1930), inspirée par M. Mouchet.

Cette affection, qui est un ostéome métatraumatique, est intéressante, en particulier comme accident du travail. Elle apparaît quelque temps après le traumatisme et c'est en radiographiant à plusieurs mois d'intervalle les genoux qui ne guérissent pas qu'on la découvre. Comme traitement : radiothérapie et chirurgie, ou les deux associées.

Essai de traitement de la sclérodermie par la parathyroïdectomie.

(MM. R. Leriche et A. Jung. — *Société de Chirurgie*, 29-4-1931.)

M. Leriche estime que la sclérodermie, rangée habituellement dans le groupe des dermatoses, est une maladie chirurgicale. On peut agir sur elle par des opérations sympathiques diverses et par la parathyroïdectomie. Dans les cas graves, il y aurait peut-être avantage à associer les deux ordres d'interventions. De toutes façons, ces malades ne devraient plus être considérés comme des incurables.

P. L.

Le diagnostic de l'appendicite aiguë.

(M. P. Mabille. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-4-31.)

La règle de conduite est maintenant classique : opération précoce, pas de traitement médical, pas de temporisation ; mais l'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic dans certains cas. Pour les appendicites typiques avec contracture, pas de grosses erreurs commises. Pour les crises légères, atypiques, sans contracture, qui sont si fréquentes, il peut s'agir ou de formes toxiques graves ou de lésions minimes au début, ou d'une affection souvent confondue avec l'appendicite : la stase cæcale avec infection intestinale. Cette dernière serait fréquente. M. essaye de préciser le diagnostic en donnant comme signe de stase : l'absence de contracture, la sensation de plénitude cæcale, le gargouillement à la pression, et la non modification de la formule leucocytaire.

La percussion du foie et ses aléas.

(M. Pron. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 25-4-1931.)

M. Pron indique les causes d'erreur, inhérentes à la percussion du foie, seul procédé que le praticien ait à sa disposition pour apprécier la hauteur de cet organe, quand il n'est ni ptosé, ni hypertrophié : tympanisme du haut du côlon droit, allongement du lobe droit, jeu du diaphragme, qui mobilise le foie chez les atones du ventre.

On peut diminuer ces causes d'erreur, en employant les procédés suivants : d'une façon générale, demander au patient de respirer aussi faiblement que possible, pour éviter l'action du jeu du diaphragme sur l'emplacement du foie. Dans la ptose ou l'allongement du foie, appuyer fortement sous le rebord costal, pour supprimer la sonorité intestinale trompeuse. Dans tous les cas, joindre la palpation profonde bimanuelle (ou le procédé du pouce de Fr. Glénard), à la percussion ; on sera étonné souvent de trouver un foie de 12 à 14 cent. de hauteur, alors que la percussion indiquait un foie petit. Il faut toujours délimiter le niveau supérieur du foie, en même temps que l'inférieur.

Les complications de la gastro-entérostomie.

(M. René A. Gutmann. — *Soc. de Médecine de Paris* 25-4-1931.)

Si la plupart des sujets porteurs d'une gastro-entérostomie vont bien, un certain nombre présentent des troubles : Que penser en présence d'un malade qui se plaint de souffrir ?

Avant de chercher s'il existe une complication, voyons dans quelles conditions a eu lieu l'opération. S'agit-il d'une erreur de diagnostic ? Le malade a été opéré pour ulcère ; cependant, il a les signes d'une appendicite chronique, d'une cholécystite, d'une pancréatite, d'une lithiase rénale, et il continue de souffrir : il y a eu erreur de diagnostic.

Ou bien encore, le diagnostic a été incomplet ; ou bien, l'indication opératoire a été mauvaise, la gastro-entérostomie étant une opération mauvaise en cas de ptose, d'atonie, de « gastrite ».

Après la gastro-entérostomie, peuvent surgir des troubles fonctionnels : dyspepsies diverses, troubles du transit duodénal, troubles intestinaux.

Mais les véritables complications sont les adhérences : adhérences étendues, périgastrite localisée à la bouche de gastro-entérostomie, adhérences autour de l'anse efférente.

Ensuite, il peut y avoir reprise d'évolution ulcéreuse ; puis l'opération ayant été faite pour une sténose pylorique cancéreuse, le cancer peut envahir et sténoser la néostomie.

Dans toutes ces éventualités, le malade viendra consulter pour des douleurs, des hémorragies et des sténoses. On pourra orienter son diagnostic par la clinique, aidée de la radiologie.

Traitement des infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme par injections intradermiques et sous-cutanées de glycérine phéniquée au 1/30e.

(M. Le Lorier. — *Soc. de méd. de Paris* ; 8-5-1931.)

L'auteur rapporte quatre observations de malades atteints d'infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme, et traités par des injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/30e. Dans trois cas, ce traitement amena la guérison.

A propos d'un cas de tumeur fibreuse de l'estomac.

(MM. Legac, Hirchberg, Bécart. — *Soc. de méd. de Paris* ; 8-5-1931.)

Une tumeur de l'estomac a cliniquement l'allure d'un néoplasme malin ; radiographiquement, c'est une tumeur bénigne ; on fait une gastrectomie large d'emblée, seul traitement logique des estomacs, qui saignent : il s'agissait d'une tumeur fibreuse juxtapylorique.

Un cas d'éventration du diaphragme gauche, d'origine vraisemblablement congénitale. Syndrome pseudo-pleurétique avec dextrocardie.

(MM. André Tardieu et Ch. Guilbert. — *Soc. de méd. de Paris* ; 8-5-1931.)

C'était une jeune fille de 23 ans, se plaignant à l'occasion d'une rhino-bronchite subaiguë, avec toux quinteuse, d'un point douloureux thoracique gauche et d'une légère dyspnée d'effort. A l'examen physique, existait un syndrome pseudo-pleurétique de la base gauche (matité, abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, sans égophonie, ni pectoriloquie, ni souffle), contrastant singulièrement avec l'extension de la sonorité gastro-colique de l'hypocondre gauche à toute l'aire cardiaque (dextrocardie : pointe du cœur dans le 4e espace à droite du sternum).

L'examen radiographique met en évidence l'éventration du diaphragme gauche (diaphragme surélevé d'un travers de main par rapport au diaphragme droit ; angle splénique du côlon occupant la presque totalité de l'espace compris sous la coupole diaphragmatique immobilisée dans la portion médiane). La dextrocardie est totale. Absence de lésions pleuro-pulmonaires et de déformation gastrique.

Les auteurs insistent sur l'expression clinique pseudo-pleurétique de cette éventration diaphragmatique qui, sans la délimitation de la sonorité gastro-colique et sans la découverte clinique de la dextrocardie, aurait entraîné une confusion fâcheuse, diagnostique et thérapeutique (ponction de l'angle gauche du côlon). Aucune notion étiologique, aucune infection ou intoxication n'éclaire la pathogénie de cette malformation, véritable nanisme pulmonaire, dont la nature congénitale doit être admise. Avec la guérison de la bronchite, et sans que l'éventration du diaphragme ait subi la moindre modification, les troubles fonctionnels et douloureux ont complètement disparu.

L'éventration diaphragmatique, qui n'est pas incompatible avec le développement de lésions pulmonaires tuberculeuses évolutives, est à bien distinguer de l'éventration acquise par phrénite (inhibition ou paralysie), survenant au cours de certains lobites tuberculeuses.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 15 mai 1931

Sur la technique de la gastrectomie.

M. Peugniez a fait sa première gastrectomie en 1893 et ses quatre premiers opérés ont guéri. La technique alors employée était la suture par points séparés à la soie plate fine avec l'aiguille de Reverdin ; l'estomac était suturé au duodénum. Actuellement, l'auteur fait des résections étendues avec suture du duodénum d'une part, de l'estomac d'autre part, et gastro-entérostomie.

Un cas d'associations dysmorphiques.

MM. Dufourmentel et Massart font un rapport sur un travail de M. Henri Fischer (de Bordeaux). L'enfant, dont l'observation est complètement étudiée, présente des malformations de la face, du cou, du rachis et des membres, avec une intelligence normale pour ses 14 ans. Les auteurs montrent l'importance de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des malformations et signalent sa présence presque constante si l'on interroge avec soin non seulement le passé du père et de la mère, mais aussi des grands-parents.

Hémophilie et muscle d'oiseau.

M. Millet fait un rapport sur un travail de M. F. Clément (de Briey). A la suite d'une avulsion dentaire, un enfant de 9 ans, hémophile, fit une hémorragie qui ne fut arrêtée que par l'application d'un fragment de muscle de coq. Cette méthode, courante en neuro-chirurgie, a permis à l'auteur de juguler une hémorragie grave alors que les procédés classiques d'hémostase avaient échoué. Ce procédé semble être applicable à de nombreux cas de chirurgie courante.

De l'association de la chirurgie et de la protéinothérapie spécifique des cancers.

M. Rubens-Duval. — La protéinothérapie spécifique des cancers, fondée sur les réactions de l'organisme, utilise les globulines extraites des tumeurs malignes. Bien mieux que les traitements par le radium ou par les rayons X, elle est le complément des interventions chirurgicales. La chirurgie et la radiothérapie sont les traitements locaux, destructeurs, rapides, non spécifiques. La protéinothérapie est un traitement général, régulateur, de très longue durée et très exactement spécifique. Employée avant l'acte opératoire, elle le prépare en arrêtant ou en ralentissant le processus néoplasique et en atténuant sa malignité. Elle permet donc d'intervenir en temps opportun. Employée après l'intervention, elle diminue vraisemblablement les risques de récidive et surtout de métastase. Elle est susceptible de permettre, dans certains cas opérables, des exérèses plus économiques, moins mutilantes ou moins graves. Elle est, d'autre part, capable de rendre opérables certaines tumeurs qui ne l'étaient pas. C'est l'enseignement que l'on peut tirer des observations qui sont rapportées avec beaucoup de détails cliniques et histologiques.

Tumeur carcinoïde de l'appendice.

M. Luquet communique un cas de cette lésion rare qu'il a observé chez une femme de 37 ans, opérée pour une autre maladie et qui n'avait jamais présenté aucun signe pouvant attirer l'attention du côté de l'appendice. Ce fut purement une trouvaille opératoire.

Luxation ancienne du coude en arrière compliquée de fracture du condyle externe.

M. Judet a opéré un enfant de 9 ans présentant depuis deux mois une luxation du coude en arrière ; le coude était ankylosé en extension et la radiographie montrait une fracture du condyle. Par la voie trans-olécranienne l'auteur a pu remettre les os en place y compris le condyle. Le coude fut immobilisé à 90° dans un appareil plâtré. Au bout de six mois, le coude a retrouvé de la mobilité.

Appendicite herniaire aiguë.

M. Bressot (de Constantine) communique l'observation suivante : symptomatologie identique à celle d'une hernie inguinale étranglée banale ; à l'opération, on trouve dans le sac herniaire du pus, un calcul stercoral et un volumineux appendice très altéré ; plaie laissée ouverte. Apparition au 9e jour d'une fistule cæcale, fermée spontanément en un mois. Guérison.

Double hernie inguinale. Torsion de l'épiploon à droite. Opération. Guérison.

M. Juvara (de Bucarest) communique l'observation d'un homme de 54 ans opéré par lui d'une hernie inguinale droite, étranglée depuis quatre jours. Observation rare pour deux raisons : 1° tumeur volumineuse, de dimension d'un gros œuf d'autruche, présentant une consistance d'ouate, volume et mollesse dus à une très abondante infiltration œdémateuse des tissus péri-sacculaires ; 2° le sac contenait seulement une longue frange épiploïque, tordue au niveau d'un mince pédicule et en état de momification, noire et dure comme du bois.

L'ouverture large du genou dans le traitement des lésions synoviales capsulaires, ligamenteuses et méniscales.

M. Raphaël Massart présente trois opérés qui marchent facilement et ont un genou solide et mobile. L'arthrotomie faite selon la technique de Putti a permis la mobilisation précoce. L'auteur insiste sur l'importance des soins post-opératoires au point de vue du résultat final et conseille de faire des arthrotomies larges, si l'on veut traiter complètement les lésions articulaires.

Cancer primitif du vagin.

M. Thévenard présente la pièce opératoire d'un cancer primitif du vagin ayant envahi circulairement tout l'organe en avant du col utérin qui était resté indemne. Cette pièce comprend l'utérus et les annexes qui ont été enlevés par voie périnéo-abdominale. La tumeur est du type papillaire et présente une grande malignité ; le pronostic éloigné doit donc être très réservé.

Corps étranger articulaire.

M. Judet présente un corps étranger du genou extrait sous-anesthésie locale par arthrotomie au niveau du cul-de-sac externe de la synoviale. Cette « souris articulaire » apparaissait par intermittences. La pièce, purement cartilagineuse, a 1 cm² de surface, 4 mm. d'épaisseur. Son origine paraît être en rapport avec une entorse violente subie six mois auparavant.

Chariot pour le transport des malades couchés dans leur lit. Fauteuil pour le transport des malades.

M. Juvara (de Bucarest) présente ces appareils et montre leur utilité pour le transport des malades.

NOUVEAUX RÉGIMES

Après Plats Nouveaux *et le* Nouveau Savoir-Vivre, Paul Reboux *vient de publier* Nouveaux-Régimes (*Flammarion, éditeur*).

Cet ouvrage à la fois original et scientifique, a pour objet de donner à tous les malades, soumis à un régime, des recettes ingénieuses permettant de pratiquer la gastronomie sans désobéir aux prescriptions des médecins.

Voici un extrait inédit des spirituels commentaires qui servent d'introduction à ces groupes de recettes, que les malades et les maîtresses de maison apprécieront également.

Je dois prendre médecine !

Etre malade, je l'ai dit au début de cet ouvrage, n'est pas si désagréable qu'on l'a si souvent prétendu.

On éprouve d'abord un malaise contre lequel on lutte. On se dit qu'on est énergique. On ne veut pas s'écouter. On fait fi de la fièvre.

Enfin on cède aux instances de ceux, par lesquels on est choyé. Soit ! Faites venir le médecin.

Le médecin survient. Il vous tâte le pouls, vous fait tirer la langue, vous appuie la tête sur l'estomac, et vous ordonne quelque chose.

Il faut bien qu'un médecin vous ordonne quelque chose. Sans quoi l'on trouverait que le prix demandé par lui pour sa visite est, en vérité, insolemment excessif. L'opinion publique a décrété que ceux, à qui on ne prescrit rien ne sont point malades. Or, il est révoltant, pour des gens qui ne sont point malades, de payer la visite d'un médecin.

Seul un grand maître, riche, honoré et influent, peut se permettre de soulager la famille en disant au prétendu patient : « Vous n'avez rien du tout, cher monsieur ! »

Si tout autre lui tenait ce langage, il perdrait aussitôt sa clientèle.

***

L'ingestion d'un médicament peut donc être considérée comme l'inconvénient essentiel et à peu près unique de la maladie. J'entends de la maladie légère.

Par contre, les avantages sont nombreux.

On peut lire enfin des auteurs difficiles, tels que Marcel Proust. On peut relire les vieux livres qu'on aima dans son enfance : Daudet, Zola ou Dumas père. On peut faire dire au téléphone qu'on est malade, ce qui paralyse les importuns.

On peut se dispenser de répondre aux lettres. Enfin, par la fenêtre, on considère les gens qui s'en vont d'un pas pressé faire des choses, qui les ennuient, en des lieux qui leur déplaisent. Tandis qu'on reste chez soi, bien au chaud, au coin du feu, en pantoufles, nourri de mets légers, abreuvé de tisanes odorantes, dans la vapeur desquelles on revoit toute l'odeur des champs et des bois.

***

Hélas ! ces maladies mêmes légères, comportent toutes le même inconvénient.

— Une petite purge vous fera du bien, a dit le médecin.

Diable !

Occupons-nous donc, après le Bien-Manger, du Bien-Boire, et cherchons ensemble le moyen de prendre une purge sans trop de déplaisir.

***

Commencez donc par appliquer le principe de l'anesthésie des papilles.

Au début de cet ouvrage j'ai expliqué comment les papilles provoquent la sensation du goût.

Ces papilles peuvent s'anesthésier momentanément par un lavage superficiel à l'alcool. Lavez-vous donc la bouche à l'alcool pur, ou simplement au cognac. Recrachez. Aussitôt après avalez la purge. Vous n'en sentirez pas le goût.

Les purgatifs huileux ont pour inconvénient supplémentaire leur consistance visqueuse.

Que de conseils n'a-t-on pas donnés aux patients obligés d'avaler de l'huile de ricin !

Les uns recommandent de mêler cette huile à de la bière. C'est le plus sûr moyen de dégoûter les gens de la bière, qui pourtant mérite d'être appréciée.

D'autres préconisent l'usage du jus d'orange. Ils assurent que, par ce procédé, l'absorption de l'huile se fait aisément. C'est bien possible.

Certains mettent leur huile de ricin dans du lait, et disent que le lait acquiert ainsi la consistance du tapioca. J'avoue que cette idée-là ne me paraît qu'à demi-séduisante.

Mais voilà quelque dix ans, en me versant un petit verre de cassis particulièrement sirupeux, cette comparaison m'est venue dans l'esprit : ce cassis est si épais qu'il coule comme de l'huile de ricin. Je saisis aussitôt l'identité de consistance qui existe entre l'épais sirop aromatique qu'est le cassis et l'huile prescrite par le docteur. Il m'est apparu que cette ressemblance devait être utilisée. J'en ai fait l'expérience. Elle est concluante.

Un gastronome ne doit prendre l'huile de ricin

qu'en suivant avec exactitude les prescriptions que voici :

Prenez deux verres moyens. Remplissez le huitième de l'un avec du cassis pur. Epanchez dans l'autre une égale quantité de cassis pur. Complétez avec l'huile de ricin, dont la couche ambrée s'étendra au-dessus du cassis.

Mélangez en agitant.

Absorbez d'abord une forte gorgée de cassis pur, dont vous aurez soin de bien humecter tout votre palais. Il en résultera une sensation de parfum intense, dans le même temps que l'alcool de la liqueur, alcool d'ailleurs fort bénin, exercera son action anesthésique.

Maintenant, avalez d'un trait votre huile de ricin. Vous serez surpris de l'illusion qui vous sera donnée de boire à plein verre du cassis. Le parfum persistant de la liqueur dominera le goût de l'huile, et l'identité de consistance aidera à l'illusion.

Il ne vous restera plus ensuite qu'à achever de vous rincer la bouche avec le peu de cassis que vous aurez laissé au fond du premier verre. Je vous garantis que l'opération réussira le mieux du monde, et même que ses souvenirs, que ses « revenez-y », s'il y en a, n'auront rien de désagréable.

Les Livres

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

A. Kotzareff. — **Traitement des cancers dits inopérables, incurables ou abandonnés, par Radon. Colloïdes électriques et ondes hertziennes ultra-courtes.** (Un vol. in-8o sur papier couché de 210 pages, avec 26 figures et 6 tableaux, 1931. Prix : 30 francs.)

C'est une nouvelle méthode de traitement, qui s'applique aux cancers, dits inopérables, et aux inaccessibles à la chirurgie, aux rayons X et aux applications locales de radium.

Elle consiste en injections intraveineuses de radon (émanation de radium) et de colloïdes électriques (bismuth, plomb, mercure, or, zinc, cuivre, sélénium, fer, etc.), sélectionnés selon la diversité des cas à traiter.

A cette radon-colloïdothérapie interne, ou encore métallothérapie radioactive, K. associe l'application locale des ondes hertziennes ultra-courtes.

Pour plus de clarté et de compréhension, ce volume de dix chapitres est divisé en deux parties. La première partie est théorique et traite des éléments constituant la méthode de l'auteur. La seconde donne l'exposé de la préparation des doses, du mode d'emploi et du rythme des différentes modalités de ce nouveau traitement, dont la grande originalité est d'employer, pour la première fois, des ondes hertziennes dans la thérapeutique des cancers humains.

Les observations cliniques des médecins français et étrangers, malgré leur nombre limité, montrent la valeur de cette nouvelle méthode appliquée jusqu'ici à des malades systématiquement et définitivement abandonnés. Dans cette catégorie, l'auteur englobe les malades atteints de cancers internes (poumons, cerveau, tube digestif, foie, reins, etc.), non justiciables des méthodes classiques connues : chirurgie, radium, rayons X.

Ces cancers, ainsi traités, semblent s'arrêter dans leur évolution ; les métastases diminuent de volume et quelquefois disparaissent ; la tumeur ne tarde pas à entrer en voie de régression, et souvent disparaît par transformation cicatricielle, ou par liquéfaction, puis par résorption. En outre, les douleurs atroces, qui caractérisent le cancer, disparaissent presque toujours, et, dès le début du traitement, on note une amélioration très nette de l'état général.

D'après l'auteur, un certain nombre de malades ainsi traités sont cliniquement guéris depuis plusieurs années.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

Dr Gilbert Dreyfus. — **Le diabète insipide.** (Un vol. in-16 de 122 pages, in collection des Actualités de médecine pratique, 18 francs.)

En présence d'un soif inextinguible et d'une polyurie extrêmement abondante, comment établir le diagnostic de diabète insipide ? Comment comprendre la nature et le mécanisme de cette curieuse affection ? Comment instituer un traitement rationnel ? Tels sont les problèmes, qui sont ici mis au point.

Voici le plan de l'ouvrage : Historique et controverses. Symptômes cliniques de la maladie. Formes étiologiques avec leur substratum anatomique ; pathogénie et physiologie pathologique de la polyurie. Diagnostic et thérapeutique, chapitre écrit spécialement pour le médecin praticien, qui se rendra compte de ce que l'on peut et doit attendre d'un traitement hypophysaire bien conduit.

G. Doin et Cie,
8, Place de l'Odéon, Paris.

G. Caussade et A. Tardieu. — **Manifestations pleuro-pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu. Médication salicylée.** (In « La Pratique médicale illustrée ». Un vol. in-8o de 48 pages, avec graphiques dans le texte, 15 francs.)

Il faut distinguer, dans le vaste groupe des pneumopathies, qui surviennent au cours de l'infestation rhumatismale, celles qui sont réellement de nature spécifique, manifestement influençables par la médi-

cation salicylée, de celles qui sont d'origine cardiaque (dilatation aiguë du ventricule gauche, de l'oreillette gauche), ou dues à des germes d'infection secondaire.

Au déclin d'une crise de polyarthrite aiguë rhumatismale, surgissent quelquefois des manifestations tuberculeuses multiples : adénopathiques, laryngées et surtout pleurales, qui posent le problème des relations étiologiques et pathogéniques des deux infections. La notion de maladie de Bouillaud n'exclut pas celle d'une tuberculose plus ou moins rapidement évolutive.

A côté des procédés classiques de traitement, le mode d'administration discontinue de hautes doses (14 à 16 grammes) de salicylate de soude, selon une technique bien précisée, en tenant compte de l'élimination urinaire quotidienne, et de la susceptibilité individuelle du sujet (idiosyncrasie, âge, sexe), permet d'exercer sans risques, une action temporaire, mais énergique, souvent suffisante à juguler une évolution, qui s'annonçait maligne. L'entrée en convalescence ainsi provoquée s'exprime cliniquement par l'hypothermie, la bradycardie et la polyurie.

Enfin, dans les cas non exceptionnels de salicylo-résistance, quelques médications récemment préconisées (thyroïdine, soufre, eau d'Uriage), par leur association au salicylate de soude, prescrites plus couramment, donnent des résultats très heureux chez certains rhumatisants pour lesquels la thérapeutique habituelle demeure inopérante.

G. Doin et Cie.
8, Place de l'Odéon, Paris.

Dr A. Bécart. — **La constipation. Son traitement.** (24 pages avec figures dans le texte, et 4 planches hors texte, 6 francs.)

Après un rappel des notions de physiologie des mouvements du gros intestin, l'auteur étudie la constipation, dont il distingue deux grandes variétés : la constipation due à un trouble dans les mouvements du côlon, constipation colique, d'une part, qui relève d'une insuffisance digestive ou glandulaire, soit de la colite, soit enfin d'un dolicho-côlon ; d'autre part, la constipation qui relève d'un trouble dans le mécanisme évacuateur : dyschésie sigmoïdienne ou rectale.

L'auteur étudie cliniquement chacune des variétés de constipation et arrive au traitement trop souvent négligé, par l'emploi à tour de rôle en série des laxatifs les plus divers.

A chaque variété de constipation convient un traitement spécial : ce qui réussit dans un cas non seulement ne donnera aucun résultat dans d'autres, mais peut, au contraire être nuisible, aussi banal et anodin que puisse paraître le traitement.

L'auteur conclut en montrant qu'un diagnostic étiologique précis, une étude exacte de la variété de constipation, à laquelle on a affaire, et son corollaire, l'application du traitement approprié, permettent de guérir presque toujours les cas de constipation les plus invétérés.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

Dr E. Donzelot, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Pais, médecin des hôpitaux. — **L'infarctus du myocarde.** (In « La Pratique médicale illustrée », in-8° de 24 pages avec fig. dans le texte. 8 francs.)

L'histoire clinique de l'infarctus est de date tout à fait récente (1910). Le foyer de névrose myocardique, traduisant la thrombose d'une branche coronarienne, donne lieu à une symptomatologie polymorphe ; il est néanmoins possible, de ramener les différents tableaux cliniques à deux types : l'un que dominent les douleurs angineuses, l'autre les phénomènes d'insuffisance cardiaque.

L'auteur décrit surtout la « forme angineuse », particulièrement fréquente et caractéristique. Il en indique les symptômes essentiels et accessoires, l'évolution et les complications.

Passant ensuite au diagnostic, il insiste spécialement sur les courbes électro-cardiographiques, qui présentent en l'occurence une importance incontestable. Enfin, il résume le traitement, qui doit viser un triple but : calmer la douleur, remonter la capacité fonctionnelle cardiaque et éviter, si possible, la syncope.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

Pierre Pruvost. — **Appareil respiratoire.** (In « Les Consultations journalières ». Un vol. in-16, de 611 pages, avec 12 planches hors texte. 55 francs.)

Tout traitement efficace s'appuie sur un bon diagnostic ; or, celui-ci est souvent sujet à des erreurs, qu'il faut bien connaître, et que l'auteur passe en revue au début de cet ouvrage. A propos de chaque cas, il résume les bases essentielles de chaque problème, indispensables pour que le diagnostic soit posé aussi complètement et exactement que possible, et pour qu'il soit résolu aussitôt du point de vue pratique, c'est-à-dire pronostique et thérapeutique.

Il insiste sur l'importance de dissocier dans chaque maladie les éléments utiles pour faire non seulement un traitement symptomatique, un traitement étiologique, chaque fois que la cause initiale peut être mise en évidence.

C'est en partant de ces données que l'auteur a envisagé successivement, par ordre d'intérêt croissant, les symptômes, les syndromes, les maladies, sans omettre divers accidents respiratoires, qui sont habituellement négligés, et qui sont pourtant constatés journellement : ceux des opérés, des gazés, des cardio-rénaux, etc.

Enfin cet ouvrage se termine en montrant de quelle manière les méthodes thérapeutiques doivent être actuellement envisagées, c'est-à-dire en faisant appel à la consultation, non seulement de médecins, mais encore de spécialistes et de chirurgiens, à propos des

interventions, qui doivent être pratiquées, et qui sont ici longuement mentionnées : thoracentèse, pneumothorax, bronchoscopie, pneumo ou pleurotomie, lobectomie, thoracoplastie, etc.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Louis RAMOND.— **Conférences de clinique médicale pratique.** Neuvième série. (in-8, 473 pages avec 46 figures. 1931. Prix : 40 francs.)

Voici la liste complète des sujets traités : spirochétose ictéro-hémorragique. Apoplexie pulmonaire. Aortite abdominale. Diagnostic d'une angine aiguë. Cancer du poumon. Infarctus du myocarde. Leucémie myéloïde. Méningite cérébro-spinale épidémique. Gangrène pulmonaire. Diagnostic d'une orchite aiguë. Tétanos (signes, diagnostic et traitement). Hypertension pulmonaire. Paralysies du voile du palais. Tétanie. Diagnostic d'une aphasie.

Editions médicales N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

H. TROYES, mécanicien-dentiste. — **Les tours de main du mécanicien dentiste,** notions de prothèse dentaire. (Un vol. in-8 de 208 pages, 1931. Prix : 2 5 francs.)

Plus de 300 procédés sont décrits dans cet ouvrage, dont voici un aperçu de la table des matières. Comment faire du plâtre. L'empreinte. Sa préparation. Comment la couler. Réparation d'un dentier. Travail du métal. L'or dans ses différents titres. Porcelaine : sa cuisson. Liquide séparant. Prise d'empreinte. Comment on casse les dents de porcelaine : le remède. Pour ajouter une dent sur or et caoutchouc. Cuisson dans la norwégienne.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr René GAULTIER. — **Consultations sur les maladies des voies digestives.** (Un vol. in-8 de 250 pages avec 42 figures, dont une coloriée, 30 francs.)

Les douze chapitres de ce travail sont groupés et classés, de telle sorte qu'on y trouvera exposées la plupart des données nouvelles de ces vingt dernières années en pathologie digestive : méthodes d'examen modernes, telles que coprologie clinique, tubage duodénal, gastro-tonométrie, radioscopie, rectoscopie ; syndromes nouveaux étudiés à l'aide de la clinique, de la physiologie, et du laboratoire, comme le syndrome œsophago-salivaire de Roger, les dystonies gastriques, les dystrophies duodénales, ou les recto-colites aiguës et chroniques ; méthodes de thérapeutique nouvelles, telles que le massage pneumatique intragastrique par les insufflations gazeuses, l'alimentation duodénale ou le drainage médical des voies biliaires ; les pansements, lavements ou les médications spécifiques des recto-colites microbiennes ou parasitaires ; enfin, on y trouvera encore des aperçus cliniques sur les complications parotidiennes de l'ulcère gastrique, les rapports de l'azotémie et de l'urémie gastrique avec cette même affection, les troubles intestinaux de la maladie de Graves-Basedow, les troubles intestinaux des tuberculeux, les épistaxis coliques.

Alors que chaque chapitre comporte les éléments spéciaux d'une thérapeutique et d'une diététique particulière à chacun d'eux, dans un dernier chapitre, 'auteur a cherché à établir les bases rationnelles d'une diététique générale permettant un fonctionnement régulier du tube digestif.

Les livres qui viennent de paraître...

Editions HEUDEBERT,
85, rue Saint-Germain, Nanterre.

Le régime des maladies du rein. Troisième fascicule des brochures de régime. (Un vol. 96 pages. Prix : 3 fr. 50. Adressé gracieusement aux médecins sur demande faite aux laboratoires Heudebert, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre, Seine.)

Editions de l'ANNUAIRE DES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES FRANÇAISES,
23, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe.

Annuaire médical des stations thermales et climatiques françaises. Sanatoriums. Maisons de santé. Edition 1931. (Un vol. 800 pages, illustrations.) Un exemplaire de ce volume est mis sur demande à la disposition des médecins qui n'auraient en mains que l'édition de 1927.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Comment à Bruxelles, on juge les médecins. — Singuliers attendus d'une décision de justice. L'erreur de pronostic opposée à l'erreur de diagnostic. — Le droit du médecin à l'erreur

Il n'y a pas que les magistrats français pour avoir la dent dure envers les médecins, dont les procès leur sont soumis. En Belgique, il semble qu'il en soit de même, si nous nous en rapportons à une affaire dont notre sympathique confrère, *Le Scalpel*, nous apporta, il y a quelques semaines, le récit.

En bref, il s'agit d'un recouvrement d'honoraires, devenu litigieux par le refus du client de régler la note, qui lui est réclamée. Un enfant est opéré d'urgence, d'une péritonite purulente, par un chirurgien réputé ; deux nouvelles interventions sont nécessaires dans les jours qui suivent. Les soins sont donnés durant cinq mois environ. Le chirurgien réclamait 70.000 francs belges, dans lesquels figuraient les honoraires du médecin traitant, ayant assisté à l'opération.

Le Tribunal a alloué au chirurgien, ou plus exactement à sa succession, — car il est décédé dans l'intervalle, — 12.000 francs seulement. Le Jugement renferme des considérants qui méritent d'être relevés, car ils sont de ceux qui se retrouvent volontiers dans des décisions de justice de cette nature, aussi bien au delà qu'en deçà de la frontière belge.

Et d'abord, il convient de préciser que le médecin traitant avait déjà demandé directement pour sa part 7.800 francs. Le chirurgien ignorait-il cette demande de son confrère ? On peut le présumer, puisque, dans sa propre note d'honoraires, il incorporait explicitement, semble-t-il, ceux de celui-ci. Or, on ne saurait nier que le médecin de la famille avait fait montre d'une certaine audace en tentant, d'apparence, de se faire honorer deux fois Et cette audace, pour ne pas employer une épithète plus sévère, mérite vigoureusement d'être flétrie. Mais il n'apparaît pas que le chirurgien ait pratiqué cette dichotomie clandestine que le juge bruxellois qualifie de « prime au rabattage, qui enlève toute dignité morale à celui qui la reçoit... », puisqu'on nous dit que, je le répète, « dans cette somme (réclamée par le chirurgien) figurait le montant des honoraires du médecin traitant. »

D'autre part, le juge bruxellois dénie au médecin traitant le droit à des honoraires parce qu'il n'aurait fait qu'assister à l'opération « et ce, en simple spectateur et sans responsabilité médicale ». Ce n'était donc pas clandestin...

N'en déplaise au juge, les plus sévères d'entre nous, en matière de répartition d'honoraires, en accordent au médecin de famille qui prend part, même comme simple spectateur, à une intervention chirurgicale, qui sont légitimement acquis. Car, loin de n'avoir aucune responsabilité professionnelle, il représente, on ne devrait pas l'oublier, les intérêts de l'opéré et aurait son mot à dire si, d'aventure, la nature même de l'acte chirurgical devait être modifiée par suite de découvertes imprévues faites sur la table opératoire. Cela s'est vu.

Le Scalpel, nous apprend en outre que « le jugement constate que, sous prétexte d'évaluation d'honoraires, les médecins n'ont aucun titre pour taxer la fortune des citoyens ; que la profession de médecin n'est pas un commerce ; que, comme dans toute profession libérale, l'esprit de lucre et l'instabilité n'y sont pas de mise ; qu'elle ne mérite la considération et le respect que par la modération et le désintéressement avec lesquels elle doit être exercée ».

Que voilà donc une galante glose ! Et que nous serions mal venus à nous inscrire en faux contre cette prétention, du juge bruxellois, d'accorder la considération et le respect auxquels prétendent les médecins avec la modération et le désintéressement dont ils font preuve !

Mais ce n'est pas tout. En face du médecin prompt à l'exagération, le juge place, en une situation en vérité digne de toute la pitié possible, n'e t-ce pas ? ces pauvres malades, qui s'adressent à lui, contraints et forcés, et le choisissent parmi les plus réputés précisément parce que leur cas est particulièrement grave.

Est-ce de la naïveté ? Est-ce de l'inconscience ?

Est-ce pis encore, cette sorte de cynisme dont fait preuve volontiers le plus fort envers le plus faible, car nous savons bien que le pot de terre justiciable n'est pas de force pour lutter contre le pot de fer tribunal ?

Ainsi donc, voici dix chirurgiens que leur formation rend parfaitement aptes à pratiquer telle intervention nécessaire. Parmi eux il en est qui occupent de hautes situations universitaires. Ils ont pour eux le renom que leur valent précisément leurs titres divers. Ils ont peiné de toute façon pour accéder à ces situations, et leurs tarifs sont en rapport avec leur réputation. On s'adresse à eux, sachant tout cela. Mais, sonne le quart d'heure de Rabelais, on plaide la contrainte morale en laquelle on se trouvait, le noble souci dont témoigne ce choix, en quelque sorte imposé par les circonstances..... Et on rencontre un tribunal qui accepte cette argumentation, combien spécieuse ! et la fait sienne..... C'est tout simplement incompréhensible.

Est-ce là tout cette fois ? Que non pas ! Le jugement considère encore, en effet, qu'il est « de notoriété publique que les taux d'honoraires réclamés par certains membres du Corps médical constituent une véritable *exploitation* organisée de la *détresse humaine*, et qu'il appartient aux tribunaux de rappeler à une plus juste compréhension des choses ceux qui se révèlent incapables de l'avoir par eux-mêmes. »

Et il retient enfin, comme circonstance aggravante, ce fait que le chirurgien aurait réclamé ses honoraires un mois seulement après l'entrée en convalescence de l'enfant, et envoyé, en un an, trois rappels successifs à ces clients récalcitrants, poussant même l'exagération jusqu'à demander, contre tout droit et tout usage, un intérêt de 6 %, dès son premier rappel...

Ah ! Il n y va pas, comme l'on dit, avec le dos de la cuiller, le juge bruxellois, et on a l'impression que c'est avec joie qu'il frappe à coups redoublés sur ces médecins qui, « particulièrement favorisés, abusent de situations aussi poignantes », ce qui avilit « l'exercice d'une activité qui, pratiquée comme elle doit l'être, constitue un véritable ministère ».

Or, ce qu'il ne dit pas, mais qu'il faut dire bien haut, ce sont ces mêmes médecins favorisés qui remplissent habituellement des fonctions, en quelque sorte gratuites, dans les services hospitaliers qu'ils dirigent, qui passent généralement toute leur matinée à l'hôpital, et qui, en compensation, en légitime compensation, appliquent des tarifs élevés à ceux qui, en situation de le faire, les appellent. Certes, nous n'admettons pas l'exagération en cette matière. Et nous sommes les premiers à critiquer, et essayer de réprimer les abus et les excès qui nous sont soumis. Mais nous savons aussi apprécier à leur valeur les services rendus.

Y a-t-il réellement exagération de la part de ce chirurgien belge ? Ses prétentions furent-elles excessives et appelaient-elles un rappel aussi rude et aussi sévère à une plus saine taxation de ses honoraires ?

Question d'espèce qui ne pourrait être tranchée que par les représentants du Corps médical belge organisé.

Ce que l'on peut toutefois remarquer, c'est que les soins ont été donnés durant cinq mois : qu'ils ont comporté trois interventions chirurgicales particulièrement délicates, puisqu'il s'agissait de laparotomies pour péritonite purulente ; que 62.200 francs belges représentent, à cette heure, environ 44.000 francs français ; que 44.000 francs français de 1931 représentent eux-mêmes quelque 7.000 francs d'avant-guerre, au coefficient 6. Peut-être ne reconnaît-on pas que ce chirurgien *réputé*, dont les actes ont sauvé la vie de cet enfant, n'a pas tellement exagéré. Il aurait pu sans doute démontrer que les impôts, dont il était grevé, constituaient une véritable exagération ; que les charges de toute nature qui pesaient sur lui le plaçaient, comme acheteur et payeur, dans une condition moins avantageuse que celle où il se plaçait lui-même comme fournisseur, si je puis dire, et comme créancier. En tout cas, et eût-il eu tort, ce qui est non moins excessif et déplacé, c'est la généralisation abusive faite par le jugement.

En vérité, je ne crois pas que nos magistrats aient jamais été aussi loin, dans la rudesse, même le mépris à l'encontre du Corps médical. Mais cela n'empêche pas que toutes ces décisions de justice concernant des médecins, avec leurs attendus injustement généralisateurs et sévères, prouvent que l'exercice de la médecine deviendra de plus en plus malaisé, et comportera des risques de plus en plus grands.

En regard de cette tendance des tribunaux à réduire les notes d'honoraires, dont on leur demande d'ordonner le paiement par voie de justice, et par conséquent, à déprécier l'acte médical, il convient de mettre cette autre tendance à exiger de la médecine, et de ceux qui la pratiquent, la même rigueur, la même exactitude, que des ingénieurs.

Nous avons beau répéter, et le professeur Chavigny n'y a pas manqué dans l'ouvrage que je présentais ici, il y a quelques semaines, que la médecine est un art, bien plus qu'une science, que le médecin est sujet à l'erreur, que cette erreur fait partie inévitable des conditions mêmes où il intervient, et qu'elle ne saurait, à moins de procéder de négligence, d'impéritie, d'inobservance des règles élémentaires de cet art, lui être reprochée, en justice. C'est inutile. Et l'on voit poindre l'aube du jour où, la thèse du contrat prévalant pour qualifier les rapports du médecin avec son client, on soutiendra qu'il

s'est engagé à soigner et guérir celui-ci, et que s'il n'y réussit pas, non seulement il n'a pas le droit de s'en faire honorer, mais encore c'est lui qui lui doit un dédommagement.

C'est qu'il est bien significatif, ce jugement que nous avons publié le 19 juillet, dans lequel j'ai relevé cet attendu ;

« Attendu que les experts déclarent qu'il semble établi qu'à l'heure actuelle, les craintes du médecin à ce sujet (éventualité d'un mal de Pott) n'étaient pas fondées, *et qu'il a commis une erreur de diagnostic* lorsqu'il a exprimé ces craintes. Attendu qu'il apparaît surprenant au Tribunal que des experts aussi qualifiés confondent un diagnostic, qui est la constatation d'un état morbide présent, avec l'expression de craintes... simple pronostic... »

Voilà donc des experts qui semblent retenir, à la charge du confrère, dont le cas leur est soumis, une erreur de diagnostic. Certes, le juge fait bonne justice de cette prétention erronée. Mais lui-même, ne semble-t-il pas faire une différence entre le *pronostic*, expression de craintes mal fondées, mais que le médecin aura pu formuler impunément en se trompant, et le *diagnostic*, qui ne pourrait être erroné sans que la responsabilité de son auteur fut engagée ?

Et l'on peut présumer que si l'erreur, de diagnostic avait été prouvée, dans l'espèce à laquelle je me réfère, le médecin ne s'en serait pas tiré à aussi bon compte.

Mais alors, je le repète encore, où allons-nous, si, comme l'a dit à l'inauguration des Journées médicales de Bruxelles, le professeur agrégé Abrami, « soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et par surcroît, le chef empli de théories, non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper ? »

Que l'on nous objecte qu'avec tous les moyens dont nous disposons, — et les introspections radiologiques, et les calculs biologiques, et les tests nombreux, tel le réflexe oculo-cardiaque, nous fournissent des éléments de précision qui renforcent singulièrement notre position au regard du malade, nous pourrons répondre que, tout d'abord, il importe d'interpréter ces divers procédés de recherche, ce qui présuppose des éventualités d'erreur ; et aussi, que la vie et ses manifestations sont infiniment mystérieuses, et qu'il n'est pas permis d'assimiler un organisme vivant à une cornue ou à une éprouvette dans lesquelles s'effectuent des réactions toujours semblables à elles-mêmes dans des conditions données ; et enfin, que si reculées que soient, à cette heure, les limites des sciences médicales, il persiste, au delà d'elles, une infinie région où l'inconnu règne en maître.

Proclamons donc notre droit à l'erreur. Ne craignons pas de reconnaître que nous pouvons nous tromper, que nous ne pouvons pas ne pas nous tromper.

Et exigeons que ce droit nous soit reconnu, sans qu'il puisse engager en quoi que ce soit notre responsabilité, au delà des réactions de la clientèle, qui se croira autorisée à se détourner d'un médecin dont le diagnostic aura été en défaut.

Mais, par contre, soyons exigeants envers nous-mêmes. N'abandonnons rien au hasard. Prenons toutes les précautions possibles pour pouvoir prouver au besoin que nous n'avions rien négligé pour éclairer notre jugement.

Recourons à ces recherches, à ces tests, à ces examens radioscopiques, à ces analyses biologiques. Et si notre client nous cherche noise devant le Tribunal, nous pourrons justifier de nos efforts vers la découverte de la vérité.

Est-ce donc un privilège que nous revendiquons ? Et les Juges eux-mêmes ne se trompent-ils pas ? Hélas ! Les annales des tribunaux fourmillent d'erreurs judiciaires. Et il arrive journellement que des décisions de justice sont annulées par la juridiction supérieure à celle qui les prit. Que d'arrêts d'appel infirment un jugement de première instance ! Que d'arrêts de Cassation cassent un arrêt d'appel ! Poursuit-on le magistrat qui s'est trompé ? Qu'il en soit donc de même du médecin qui, en toute bonne foi, et ayant mis, comme l'on dit familièrement, tous les atouts dans son jeu, se sera trompé.

G. Duchesne.

HOPITAUX ET MAISONS DE SANTÉ

Délivrance de médicaments aux hospitalisés

Je me permets de vous demander quelques éclaircissements complémentaires au sujet de votre article paru dans le *Concours*, p. 1460.

1° Vous nous dites qu'un établissement de soins n'a pas le droit d'acheter en gros des médicaments et de les délivrer à ses malades sans passer par un pharmacien diplômé.

Mais ce pharmacien doit-il avoir une officine dans la localité ?

Ou bien un établissement de soins peut-il acheter en gros à un pharmacien diplômé, fabricant ou grossiste, n'ayant pas d'officine dans la localité, des médicaments tout préparés (drogues simples, spécialités) et les délivrer tels que aux malades de l'établissement en les faisant payer par ceux-ci ?

Si oui, l'établissement est-il obligé de ne prélever aucun bénéfice sur ces médicaments ?

Mais, dans l'affirmative, il devrait donc délivrer les spécialités au prix de gros, au-dessous du prix de détail marqué ? Cela paraît impossible.

2° Vous dites plus loin que, pour certains médicaments simples (teinture d'iode, aspirine), il est évident que l'hôpital peut se fournir en gros et les délivrer aux malades.

En est-il de même pour les établissements privés ?

Et jusqu'où va cette tolérance ?

Si nous vous comprenons bien, il n'y a là aucun droit, mais un état de fait qu'ont toléré jusqu'à présent les pharmaciens et auquel ils pourraient parfaitement s'opposer.

Il y aurait donc lieu de prendre contact avec le Syndicat des Pharmaciens, si l'on désirait être fixé, pour savoir quelles limites il fixe ici à cette tolérance.

3° Peut-on assimiler aux objets de pansements dont la vente est libre :

a) Les crins, catguts, drains, agrafes, etc. ;

b) Les antiseptiques : alcool, éther, teinture d'iode, etc. ;

c) Les anesthésiques : chloroforme, éther, etc. ;

4° Le chirurgien peut-il en tout cas acheter tout ce qui vient d'être énuméré en gros, s'il n'en réclame pas le prix au malade !

D[r] H.

Réponse.

En principe et par application stricte des termes de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont seuls le droit de vendre des médicaments au public.

Mais une certaine tolérance s'est établie en faveur des hôpitaux. Parce qu'établissements charitables et de bienfaisance, ne réalisant en théorie aucun bénéfice, on peut dire qu'il n'y a pas à proprement parler exercice illégal de la pharmacie, lorsque l'hôpital achète en gros, chez un grossiste, un approvisionnement, de produits simples, d'usage courant, indispensables pour le fonctionnement de l'établissement.

Tels sont les produits que les pharmaciens eux-mêmes débitent chaque jour, à leur clientèle, sans ordonnance de médecin, malgré les dispositions de l'article 32 de la loi de germinal.

Cependant, cette tolérance ne doit pas devenir abusive et la sœur ou infirmière, pharmacienne non diplômée d'un hôpital pourrait voir sa responsabilité pénale et civile engagée, si, ayant préparé elle-même une drogue composée, elle avait provoqué de ce fait, un accident à un malade.

Bien entendu, encore, la tolérance, dont s'agit, ne concerne que les seuls malades hospitalisés et non pas le débit à tout venant de la localité.

Pour répondre d'une façon plus précise à la première question, qui m'est posée, je dirai que l'achat de ces produits simples peut se faire, en gros, soit chez un pharmacien de la localité, soit chez un grossiste, qui approvisionne les pharmacies.

Ce n'est pas le vendeur en gros, qui doit être diplômé, mais celui qui débite au détail des médicaments au public.

Ainsi, le grossiste peut être un simple droguiste, alors que celui qui se servira des différents produits, les mélangera au poids médicinal et vendra la préparation au malade, doit être titulaire du diplôme de pharmacien.

Aujourd'hui, bien des grossistes livrent aux pharmaciens diplômés des préparations magistrales, ou officinales faites d'avance. En dehors des sirops, ou autres produits que le pharmacien, trop souvent, ne prépare plus lui-même, se délivrent également des pilules, des cachets, des potions sèches, ou toutes faites, que certain pharmacien détaillant ne manipule plus dans son officine, mais qu'il se fait livrer toutes préparées d'avance par le grossiste.

L'hôpital ou la maison de santé pourrait-il acheter en gros les mêmes cachets, pilules ou sirops ?

Théoriquement, non : la loi l'interdit, car cet achat est destiné à la revente aux clients de l'établissement de cure.

Mais pratiquement, l'exercice de la pharmacie s'est tellement modifié ; il ressemble fort peu à la pratique ancienne, où le potard faisait lui-

même toutes ses préparations, souvent sans aide professionnel, puisque l'élève ne touchait qu'aux besognes très simples.

En cas de procès, l'avocat de la défense aurait donc beau jeu, pour soutenir qu'il n'y a pas exercice illégal de la pharmacie, du fait pour un non-diplômé d'imiter les agissements de certains pharmaciens et, comme eux, d'acheter, chez le grossiste, les mêmes produits officinaux et magistraux tout préparés d'avance et de ne les destiner qu'à la consommation intérieure, nécessitée par le fonctionnement de l'établissement de cure, public ou privé.

En quel sens conclurait la Cour de Cassation ?

Peut-on tourner la difficulté et prier un pharmacien complaisant de la localité d'être censé diriger la pharmacie de l'établissement de cure, public ou privé, tout en gérant sa propre officine ?

Non : la loi de germinal interdit aux pharmaciens de gérer deux officines en même temps.

Reste enfin la question du profit : l'hôpital, disais-je plus haut, bénéficie d'une tolérance, parce qu'établissement de bienfaisance et ne faisant aucun bénéfice sur la fourniture des médicaments aux seuls hospitalisés.

Il faut dire, que, dans la grande majorité des cas, les fournitures pharmaceutiques ne sont pas payées en détail par l'hospitalisé : les frais pharmaceutiques entrent dans le décompte du prix de journée et figurent pour un pourcentage, sans qu'un détail soit donné.

Au contraire, dans la maison de santé, on facture à part et en sus du prix de séjour, toutes les dépenses pharmaceutiques ; l'établissement en tire un certain bénéfice lorsqu'il achète ces produits directement dans un magasin de gros.

Il faudrait donc provoquer une entente avec les syndicats pharmaceutiques locaux, pour établir un *modus faciendi*.

Mais, je dois faire remarquer que l'hôpital, ancien établissement de bienfaisance qui n'admet en principe que des pauvres, ou de petites gens, tend à devenir établissement public de cure, parce qu'il reçoit des malades payants de différentes catégories.

Aussi est-il permis de se demander, au cas où le syndicat pharmaceutique refuserait à la maison de santé, le droit de s'approvisionner en gros, si l'ancienne tolérance devrait encore être accordée à l'établissement public de cure, anciennement dénommé hôpital.

Sur le terrain commercial, les charges doivent être les mêmes, du moment où l'hospitalisation, dans l'établissement public de cure, doit être la source de bénéfices.

Il convient maintenant de préciser quels peuvent être les produits, susceptibles d'être commandés en gros.

Par médicaments, que seul le pharmacien peut débiter au poids médicinal, la jurisprudence entend toute substance d'origine animale, végétale ou minérale, servant au soulagement, à la guérison ou à la préservation des maladies humaines.

Ainsi, un produit de beauté, une lotion capillaire, sans vertu curative, les cotons, gazes stérilisés ou non, mais non médicamenteux, etc., peuvent être vendus par quiconque, en concurrence avec les pharmaciens.

Mais, pour les cas particuliers, les tribunaux doivent examiner non seulement si le mélange, ou la combinaison du produit constitue un médicament, mais encore si la quantité de substance active est suffisante, pour donner au produit un caractère curatif, ou simplement alimentaire ou hygiénique.

Donc le débit de médicaments par un hôpital, ou une maison de santé, aux seuls hospitalisés, peut servir de base pour une poursuite en exercice illégal de la pharmacie.

Cependant, hôpital comme maison de santé bénéficieraient probablement de l'indulgence du tribunal, s'ils se contentaient de vendre à leurs hospitalisés, même avec bénéfice, des médicaments simples et courants, réservant la préparation des produits plus spéciaux à un pharmacien diplômé de la ville.

Les produits stérilisés, tels que catguts, drains, agrafes, ne constituent pas à proprement parler des médicaments, ni des drogues, bien qu'ils soient employés dans un but curatif.

Les antiseptiques simples, tels qu'alcool, éther, teinture d'iode, les anesthésiques, chloroforme et autres, peuvent également être considérés comme des préparations ne servant pas à la guérison des malades, mais comme des adjuvants au traitement.

Cependant, la jurisprudence a décidé que le dépôt d'antiseptiques, de sublimé et autres préparations, doit être réservé aux seuls pharmaciens.

Mais, l'habitude est prise : beaucoup d'hôpitaux, ou de maisons de santé, qui reçoivent un grand nombre de malades, ont, en dépôt, un stock de produits, qui servent couramment aux opérations et aux pansements.

Ces produits sont achetés en gros chez le grossiste et facturés au détail à l'opéré, sans que le concours d'un pharmacien diplômé n'intervienne.

Et cependant aucune poursuite en exercice illégal de la pharmacie n'est intentée, car une tolérance s'est établie en cette matière, de même que le pharmacien détaillant vend couramment nombre de médicaments, sans ordonnance de médecin, comme le spécifie cependant l'article 32 de la loi de germinal.

Si l'on voulait être parfaitement correct, le médecin ou l'établissement pourrait débiter les

produits nécessaires à l'opération et se les faire remplacer, en nature et aux frais du malade, par le pharmacien de la localité.

Aussi, comme conclusion, crois-je utile de recommander que des pourparlers soient engagés localement avec les syndicats pharmaceutiques, pour déterminer le *modus faciendi.*

Cependant, je ne crois pas qu'en l'état actuel des habitudes prises, un tribunal puisse condamner un hôpital, ou une maison de santé privée, qui vendrait à ses hospitalisés, au prix de détail, des produits achetés en gros, mais nécessaires aux opérations et aux pansements, si là se borne l'exercice de la pharmacie par l'établissement.

Il y aurait abus, si la maison de cure préparait elle-même, sans pharmacien diplômé, toutes sortes de médicaments, ou débitait, en grande quantité, la plupart des spécialités pharmaceutiques. La tolérance ne doit pas dégénérer en licence abusive.

D'autre part, ce n'est pas le prélèvement d'un bénéfice sur la vente des médicaments, qui constitue l'exercice illégal de la pharmacie : celui-ci n'en existerait pas moins, même si les produits étaient facturés, aux hospitalisés, au prix coûtant de gros.

Il faut conclure que la loi de germinal est quelque peu vieille pour notre époque et qu'elle aurait bien besoin d'être remaniée, car bien des violations sont actuellement tolérées.

Dr Paul BOUDIN.

LE « MÉDECIN EN HERBE » ET LE VIEUX PRATICIEN

La *pléthore médicale* est évidente et croissante : en 1901, il y avait environ 17.000 médecins ; actuellement, il y en a 28.500, — colonies comprises.

Cet encombrement de la carrière médicale est parvenu à préoccuper, à juste titre, les hautes sphères, et les lecteurs du *Concours médical* ont été scrupuleusement tenus au courant de cette importante question, dans ses moindres détails, par les articles si clairs et si judicieux de notre ami, le Dr G. DUCHESNE.

Après le rapport du Professeur BALTHAZARD, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, une remarquable conférence, faite récemment aux élèves du Lycée de Saint-Etienne par le Dr V. LAYRAL, président du Syndicat des médecins de la Loire, met en éveil l'attention des lycéens sur le point de choisir les études médicales. Se gardant de tout prosélytisme maladroit, comme de tout esprit de dénigrement systématique, il leur expose ce que sont les études préparatoires, ce qu'est la vie du médecin dans la Société moderne, et cela avec « son expérience de vieux praticien, blanchi sous le harnais. »

Il faut, en effet, que les jeunes gens ne choisissent la médecine qu'après une mûre et longue réflexion, après s'être sentis doués d'une vraie vocation.

Voilà pour les *étudiants français* ; mais, à côté de l'élément national, une cause importante de la pléthore des étudiants réside dans l'*apport étranger*. Celui-ci bénéficiait jusqu'à présent d'avantages et de facilités considérables pour les études ; la loi ARMBRUSTER restreindra heureusement ces conditions favorables, et l'on doit en espérer les meilleurs effets. La chose était nécessaire, car, à Paris par exemple, la progression des étrangers s'est élevée de 1.000 en 1926, à 1.200 en 1929 et à 1.500 en 1930. Refuser aux étrangers le bénéfice de venir s'instruire en France serait peu conforme aux lois de l'hospitalité ; mais ce qu'il fallait, c'était diminuer, dans des proportions considérables, le nombre de ceux qui recherchent le Diplôme d'Etat pour exercer en France : si l'on prend les étudiants roumains, on ne sera pas étonné de savoir que, sur 571, 491 préparent le diplôme d'Etat, sans justifier des titres initiaux exigés des Français, avec le bénéfice de l'exemption du service militaire ; et que moins de 10 p. 100 postulent le Diplôme d'Universités.

Ajoutons encore que de nombreux médecins pratiquent en France, dont l'état civil est étranger et le diplôme étranger. Ce sont ceux, par exemple, qui viennent régulièrement consulter dans nos centres sous des prétextes divers ; les réfugiés russes, nombreux à Paris, en particulier ; les médecins que le Ministère des Colonies envoie et appointe en A. O. F. et en A. E. F. sous le nom d'hygiénistes.

***

Revenons à l'*étudiant français.*

Que pense-t-il atteindre en choisissant la médecine ?

Une fortune rapide ? Non, répond le Dr Layral ; car, à côté des heureux de la profession, il y a nombre de médecins, à la ville comme à la campagne, qui végètent et joignent à peine les deux bouts. Si la médecine, en général, nourrit à peu près son homme, c'est tout ce qu'on peut demander à une profession de plus en plus encombrée. En réalité, l'immense majorité des médecins n'est riche qu'en apparence. Son aisance est toute de surface et diminue avec l'âge ; le vieux médecin, non couvert par une retraite,

finit souvent sa laborieuse existence dans un état voisin de la gêne.

Le paradis parlementaire ? C'est une solution élégante certes, mais combien lointaine et peu sûre !

La vie sauve, en cas de guerre ? Hélas, en 1914-1918, sauf l'infanterie ou l'aviation, aucune arme n'a payé un tribut plus lourd que le service de santé. Sur 16.000 médecins mobilisés, 1.450 sont tombés au Champ d'Honneur, et combien d'autres ont succombé depuis des suites de blessures ou de maladies contractées en guerre.

L'étudiant français espère-il pouvoir faire des études médicales à bon compte ?

Des Bourses ? Mais on n'en accorde pas à tout venant et sur simple demande : il faut, pour y avoir droit, justifier d'une mention au baccalauréat. Et d'ailleurs, une bourse ne constitue qu'un secours bien modeste ; elle couvre à peine les frais de scolarité. Et ces frais sont relativement peu élevés en regard des dépenses totales!

Le loyer de la chambre s'est élevé notablement depuis la guerre ; en y ajoutant la pension, les vêtements, l'achat des livres, un modeste argent de poche, on peut dire qu'un étudiant coûte actuellement à sa famille un gros billet de mille par mois. Et les études médicales durent, au minimum, 5 à 6 ans, à la condition de ne pas passer par les concours !

Aussi parle-t-on de la grande pitié des étudiants en médecine de France. Ce n'est un secret pour personne que de trop nombreux étudiants en sont réduits, pour subsister et pousser leurs études à chercher des emplois subalternes, en dehors de leurs heures de cours. Quelques-uns, les plus favorisés, sont répétiteurs dans les Lycées ou Collèges ; d'autres donnent des leçons privées, font de la correspondance ou des traductions dans les maisons de commerce ; d'autres, enfin, exercent des métiers moins reluisants, tels que chauffeurs de taxis, distributeurs de billets dans les autobus, et même plongeurs dans les restaurants. Tout cela au détriment non seulement de leurs études, mais encore de leur santé, ainsi qu'en témoigne l'augmentation des maladies, et notamment de la tuberculose chez nos étudiants ; car, cette morbidité accrue est beaucoup moins une question de contagion dans les services hospitaliers qu'une question de mauvaise hygiène du logement, et de l'insuffisance ou de la mauvaise qualité de l'alimentation.

Pour terminer cette question des dépenses, il faut encore mentionner la grosse somme à débourser au moment de l'installation.

Cependant, le lycéen, qui veut, malgré tout, choisir la carrière médicale, doit pour réussir, même modestement, *avoir fait de bonnes études.* L'assouplissement de son esprit au génie des littératures anciennes lui procurera l'affinement intellectuel, la faculté de saisir les nuances, d'interpréter des comparaisons délicates.

Il devra aussi *être un laborieux*, à l'esprit curieux, avide de s'assimiler toute connaissance nouvelle. Cette curiosité scientifique fera naître chez lui l'esprit d'observation, qui est la qualité maîtresse du médecin.

L'*habileté manuelle* lui sera aussi nécessaire, surtout s'il veut faire de la chirurgie ou de la spécialité.

Enfin, il sera un *esprit réfléchi* et devra posséder cette qualité assez rare chez les jeunes gens, le jugement, un esprit faux est une contre-indication formelle aux études médicales ; en médecine, il faut voir simple et clair pour voir juste.

L'*intégrité des sens* s'impose aussi : on conçoit mal un sourd exerçant la médecine.

Enfin, et par-dessus tout, le jeune homme qui, au sortir du Lycée, s'engage résolument dans les études médicales, et sans arrière pensée de s'en échapper un jour, doit posséder au plus haut degré l'amour de son futur métier, la *vocation* en un mot. « La médecine, cet apostolat de l'humanité, ne peut faire le bien que par une sage confiance dans ses efforts ». Mais, « peut-on avoir vraiment la vocation, c'est-à-dire se sentir irrésistiblement attiré vers une carrière, vers une profession, vers un apostolat, si on n'en connaît pas les obligations, les satisfactions, les déceptions, les responsabilités ? »

Tout d'abord, un labeur constant s'impose au futur médecin depuis le moment, où il a commencé sa vie d'étudiant, et, plus tard, s'il ne consacre pas tous les jours une partie de ses loisirs, quand il en a, à la lecture de ses journaux ou revues, il sera bientôt handicapé ; avant peu, il ne sera plus à la page. D'autre part, pour remplir son rôle social : lutter contre la souffrance, jouer avec la mort et lui arracher, dans la mesure du possible, des malheureux, rendre l'espoir aux familles, — le praticien doit rester toujours sur la brèche, le jour comme la nuit, le dimanche comme la semaine, sans trêve et sans repos !

Puis, si le médecin veut obtenir le maximum de satisfaction, et réduire au minimum ses responsabilités comme ses déceptions, il doit se rappeler les trois propositions suivantes, en lesquelles, le Dr Layral résume, pour les médecins en herbe, *quelques utiles conseils de déontologie* :

Ayez le respect de vos malades ; rendez-leur en dévouement ce qu'ils vous accordent en confiance, tant pis si vous devez être déçus et si leur reconnaissance vous fait défaut quelque jour. Ecoutez leurs doléances avec attention, un mot pouvant vous mettre sur la voie du diagnostic. Examinez-les avec douceur, avec patience, avec

décence s'il s'agit d'une femme. Sachez mettre en pratique ce précepte formulé par Bériel (de Lyon) dans ses «Eléments de Psychiatrie», à savoir que si, comme tout le monde, le médecin a le droit d'être pressé, il n'a pas le droit de le laisser paraître. Sachez enfin vous taire ; le praticien au chevet du malade, comme le prêtre au confessionnal, reçoit des confidences qui ne lui seraient pas faites si l'on ne savait qu'elles ne seront jamais divulguées.

« *Ayez le respect de vos confrères* ; je ne sais rien de plus lamentable que l'individia medicorum qui fait que, dans nombre de villes, et surtout de villages, les médecins se jalousent et s'entredéchirent au détriment de leurs intérêts matériels et moraux, surtout moraux. Nous avons tous à notre disposition les mêmes armes, de sorte que tel qui débine aujourd'hui sera débiné demain. N'écoutez pas les propos désobligeants, et souvent intéressés, qu'un malade tiendra en votre présence sur le compte d'un confrère qui l'aura vu avant vous. Ecoutez ce que dit encore Le Gendre dans sa *Vie du Médecin* : « Ne par-
« lons jamais de nos confrères spontanément ;
« si quelqu'un parle de l'un d'eux devant nous,
« prenons l'attitude que nous voudrions qu'en
« pareille circonstance nos confrères prissent
« avec nous, c'est-à-dire, si on en dit du bien,
« acquiescer, si on l'attaque le défendre sans res-
« triction ni insinuation. »

« *Enfin ayez le respect de vous-même* et l'orgueil de votre profession.

« Dites-vous bien que, dans quelque famille où il pénètre, le médecin, s'il veut s'imposer à son malade, quel qu'il soit, doit se considérer au moins comme son égal.

« N'avilissez pas vos honoraires ; les avilir, c'est avilir la profession ; c'est consentir à être appelé, non pas pour vos propres mérites, mais par la réputation que vous vous serez laissé faire, la pire de toutes, de médecin au rabais. Ayez dès lors la conscience de votre propre valeur, et estimez là à son prix. Et si d'aventure, votre ancien condisciple, le cancre qui a dû lâcher pied après la 4e, enrichi dans le commerce des peaux de lapins ou des crocodiles empaillés, essaie de prendre sa revanche et vous éclabousse de son luxe, ayez le sourire ! Vous aurez pour vous, dans votre for intérieur, la splendide satisfaction qu'il n'aura jamais, d'avoir conscience d'être devenu un homme utile, de vous être haussé au niveau de toutes vos obligations professionnelles et de pouvoir dire, au soir de votre existence toute de vigoureux labeur : ma vie a été bien remplie.

« Et pour finir enfin, encore un conseil tout pratique. *Dès votre installation, ne manquez pas de vous faire inscrire au syndicat de votre département.* Vous n'avez rien à gagner à rester isolé. Je n'en veux pour preuve que la lutte que le Corps médical a dû soutenir à propos de la loi récente sur les Assurances sociales, qui, si elle avait été appliquée telle que le Parlement l'avait votée une première fois, eut entraîné l'asservissement de notre profession, comme il existe en Alsace-Lorraine, où les médecins vivent encore sous la domination de la loi allemande, voulue par Bismarck. Par notre cohésion, par notre refus de collaborer à une loi, si mal conçue qu'on a pu la qualifier de loi folle, nous avons fini par obtenir sa révision et créer enfin une atmosphère respirable de confiance et d'estime réciproque entre malades, représentés par les Caisses, et médecins. Vous qui entrez dans la carrière, rendez grâce à vos aînés des efforts soutenus qu'ils ont fait pour maintenir à son niveau élevé, le renom de la médecine française, réputée, à juste titre, la première du monde ! »

G. FISCHER.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux jeunes

J'ai reçu dernièrement d'un jeune confrère la lettre suivante :

Monsieur le Directeur du *Concours médical*
et très honoré confrère,

Parmi les derniers conseils que mon père m'a donnés avant de mourir je me rappelle qu'il m'a dit : quand tu auras terminé tes études et que tu te seras installé, si tu te trouves embarrassé, écris au Dr Gassot, il ne pourra que te donner de bons conseils : je me souviens de sa recommandation et je me permets de vous demander ce que je dois faire en matière de prévoyance.

La mort de mon père a singulièrement changé la situation de ma famille : ma mère s'est imposé de lourds sacrifices pour me permettre de terminer mes études ; j'y suis parvenu non sans peine, me voilà installé comme médecin de campagne et je dois me suffire à moi-même. Je crois que j'y parviendrai, mais c'est à la condition que je conserve ma bonne santé et que rien ne vienne m'empêcher de déployer toute l'activité, dont je me sens capable. Je dois donc me préoccuper de l'avenir et me mettre en garde contre des aléas toujours possibles.

Je voudrais entrer à la Mutualité familiale, dont j'ai entendu beaucoup parler, mais que je connais

d'une manière insuffisante : je m'adresse donc à vous pour vous demander ce que je dois faire. Que me conseillez-vous ?..... Dr F...

A cette lettre, j'ai fait la réponse suivante que je crois devoir reproduire ici, car bien des jeunes se trouvent dans le même cas que mon correspondant, et mes conseils pourront également leur convenir.

Mon cher Confrère,

Je me rappelle parfaitement Monsieur votre père que j'ai rencontré autrefois à Aix-les-Bains ; nous avons, assis sur les marches de l'établissement thermal, causé bien des fois du *Concours médical* et de ses œuvres.

Je me souviens qu'il regrettait amèrement de n'avoir pas connu la Mutualité familiale ; ma santé, me disait-il, ne me permet plus d'y entrer, mais mon exemple montre que le médecin, lorsqu'il est jeune et bien portant, commet une faute lourde de ne pas s'y inscrire.

C'est donc en quelque sorte en son nom que je vous fais réponse.

Oui, le jeune médecin doit se préoccuper de l'avenir, et puisque des œuvres se sont créées pour lui venir en aide dans la mauvaise fortune ou dans la vieillesse, il doit s'efforcer de les connaître d'abord et de s'y agréger ensuite.

Parmi ces œuvres, la Mutualité familiale vient au premier rang, puisqu'elle offre à ses adhérents une indemnité si la maladie ou un accident vient à les arrêter, puisqu'elle leur permet aussi de se constituer une pension de retraite pour leurs vieux jours.

Indemnité maladie.

La Mutualité familiale assure une indemnité journalière pendant les soixante premiers jours de l'incapacité de travail, et, au delà de ce terme, une indemnité mensuelle qui se prolonge jusqu'à la guérison ou la mort.

L'indemnité journalière est, au gré du sociétaire, de dix, de vingt, trente, quarante ou cinquante francs, l'indemnité mensuelle étant respectivement de cent, deux cents, trois cents, quatre cents ou cinq cents francs. C'est à chacun de sonder ses possibilités et de choisir la combinaison qu'il préfère.

Dans votre situation, je vous conseillerais de prendre l'indemnité de 30 francs et mensuelle de 300 francs. La cotisation annuelle à votre âge, 29 ans, serait de 333 francs ; je ne crois pas que ce chiffre constitue pour vous une charge trop lourde et, d'autre part, vous pourriez toujours prendre une indemnité plus élevée si vous pensiez pouvoir le faire plus tard

Pension de retraite.

Je vous conseillerais également de vous inscrire pour une pension à 65 ans, c'est-à-dire au moment où cesse le droit à l'indemnité maladie et où l'activité professionnelle commence normalement à diminuer. Il vous en coûterait annuellement 82 francs pour une pension de 1.200 francs ou 164 pour une pension de 2.400 francs.

Ce serait donc une charge annuelle totale de 333 fr. + 82 fr. = 415 francs, et avec les frais de gestion qui sont de 10 %, de 456 fr. 50 dans le premier cas ou de 546 fr. 70 dans le second. Vous n'êtes pas marié, et c'est pour cela que j'envisage la cotisation de la pension à fonds perdus ; mais vous pourriez, moyennant une légère surprime, contre-assurer, soit dès maintenant soit plus tard, vos versements, ce qui permettrait à vos ayants droit, en cas de mort prématurée, d'être remboursés de vos versements.

La Mutualité familiale pourrait vous permettre d'autres combinaisons, mais je n'insiste pas et me borne à répondre à votre demande, tout à votre disposition pour des renseignements complémentaires si vous le désirez.

Jeunes Confrères,

Mes conseils peuvent s'adresser à beaucoup d'entre vous. Vous êtes jeunes, vous êtes bien portants, vous êtes confiants dans l'avenir, c'est entendu, mais ne savez-vous pas que cet avenir est incertain, que les accidents sont toujours possibles, que la maladie vous guette d'un instant à l'autre, tout aussi bien que vos clients ?

N'avez-vous jamais songé aux désastres que peut vous occasionner un arrêt prolongé ? Je pourrais vous en citer maints exemples.

Evidemment, si vous ne deviez envisager que quelques jours d'incapacité de travail, cette perspective pourrait ne pas vous émouvoir ; mais songez que vous pourriez être arrêtés pendant des mois, des années même, vous pourriez perdre une clientèle que vous avez eu un certain mal à vous constituer et alors ...

Vous me direz peut-être que l'indemnité qui vous est offerte représente bien peu de chose dans les conditions actuelles de la vie, que quelques centaines de francs de plus ou de moins ne comptent guère à la fin de l'année. Mais le chronique qui reçoit 6.000 francs ne les dédaigne pas, je puis vous l'assurer, et celui qui reçoit une somme plus modeste ne nous en remercie pas moins.

Venez donc à la Mutualité Familiale, tandis que vous le pouvez, ne risquez pas, comme tant d'autres, que nous soyons obligés de vous répondre par un *non possumus* parce que aurez dépassé l'âge limite d'entrée ou parce que votre santé compromise s'opposera à votre admission.

Les sacrifices que nous vous demandons sont bien peu de chose en regard des services que nous pouvons vous rendre si le malheur vous frappe.

Et sachez que la Mutualité Familiale est une Société essentiellement confraternelle et amicale qui a fait ses preuves.

Ecrivez à son Secrétaire général, Dr Mignon, Le Vésinet, (Seine-et-Oise) ; il vous éclairera, vous conseillera et, je l'espère, vous persuadera.

A. Gassot.

LE PREMIER VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DANS LES ALPES

On sait que la Société du Littoral méditerranéen, que dirige si expertement notre ami le Dr Maurice Faure, organise chaque année plusieurs voyages médicaux qui groupent des Français et des étrangers auxquels elle s'efforce de montrer toutes les ressources climatiques et thermales des circuits, qu'elle explore plus volontiers : la Côte d'Azur française et italienne, d'une part, les Cévennes et les Pyrénées de l'autre.

Cette année, pour la première fois, elle a ajouté à ces circuits un nouveau périple, à travers notre imposant massif montagneux des Alpes. Et ce coup d'essai fut un coup de maître, grâce au concours empressé que les organisateurs ont rencontré auprès des municipalités et des organismes divers de tous les centres visités. Manifestation heureuse d'une compréhension parfaitement libérale et raisonnée des encouragements qui doivent être donnés à une entreprise dont le but est d'instruction scientifique, et qui mérite certainement autant, sinon plus d'égards que celles qui se contentent d'être purement touristiques.

Donc, ce premier voyage dans les Alpes fut un véritable succès, et ce succès s'affirma par son corollaire facultatif qui, parti de la rive sud du Léman, alla excursionner le long de la rive Nord, de Genève à Montreux.

De même que les voyages annuels sur la Côte d'Azur comportent une pénétration sur le territoire italien jusqu'à San Remo ; de même ce Voyage alpestre ne pouvait-il mieux se clôturer que par une visite de quelques-unes des stations climatiques les plus remarquables de la Suisse romande.

Il y a toujours intérêt, en effet, à se rendre compte sur place de la façon dont les étrangers comprennent l'équipement de leurs centres de cure. Cela prête à des comparaisons utiles, génératrices de perfectionnements désirables, et même nécessaires.

Donc, la concentration eut lieu le 1er juillet à Grenoble où le professeur Piéry, de Lyon, fit une première conférence en quelque sorte d'initiation sur les caractéristiques thermales, climatiques et géographiques des Alpes.

Et l'on visita successivement Villars-de-Lans, par les Gorges d'Engins ; puis les Grands Goulets ; l'Oisans et la Maurienne, les Cols du Galibier et du Lautaret, Allevard, Uriage, la Grande Chartreuse, Challes, le Revard, Aix-les-Bains, la Péchère, Moutiers-Salins et Brides ; Combloux, Chamonix, Bassy, Thonon et Evian où la caravane arriva le 11 juillet.

La matinée du 12 fut consacrée à la visite de la Source Cachat, de l'embouteillage, suivie d'une réception à Evian-Plage, où un apéritif savoureux fut servi.

Au déjeuner, qui eut lieu au Splendid, le Professeur agrégé THÉVENOT, de Lyon, eut des termes choisis pour adresser ses adieux aux caravanistes qui se montrèrent par ailleurs infiniment touchés de la somptueuse réception de la Société des Eaux minérales, toujours empressée à favoriser toutes les manifestations, qui placent Evian sur son véritable plan climatique et crénothérapique.

La fin de la journée amenait à Genève la douzaine de persévérants qu'avait tentés la randonnée helvétique. Ils y furent admirablement reçus par de distingués confrères, qui les guidèrent incontinent dans une promenade vespérale au bord du lac.

Le lendemain, 13 juillet, on visita la Ville durant la matinée et l'on embarqua, environ midi, pour déjeuner confortablement à bord en attendant l'heure du départ pour la traversée du lac jusqu'à Evian, puis, en sens inverse, jusqu'à Ouchy. Là, le Corps médical de Lausanne, accompagné de maintes femmes charmantes de confrères, attendait les voyageurs qui parcoururent la vieille cité universitaire en auto cars, pour être reçus ensuite splendidement au Lausanne Palace, par la Municipalité.

Le Doyen de la Faculté de Médecine et Madame la Doyenne présidaient cette réception où la plus franche cordialité et la plus grande gaieté ne cessèrent de régner. Notre très distingué confrère Vuillemier, que nous eûmes le plaisir de recevoir plusieurs fois à Paris où il vint à l'occasion de réunions médicales internationales, se montra tout particulièrement empressé auprès des voyageurs qu'il accompagna d'ailleurs à Montreux, se prodiguant avec la plus parfaite aménité pour les guider dans leurs pérégrinations.

A Montreux, où le Voyage arriva pour dîner, l'installation au Montreux-Palace fut infiniment bien accueillie.

Le 14 juillet, la Fête nationale fut évoquée par la distribution de drapeaux français. Par malheur, une pluie persistante assombrit la journée. On put, après la visite du château de Chillon et l'évocation des souvenirs historiques qui y sont attachés, visiter longuement les cliniques du Dr Rollier qui, secondé fort aimablement par Madame Rollier, en fit les honneurs, et montra tout le parti que l'on peut et doit tirer, et du Soleil, et du Travail, dans une cure bien conduite de la tuberculose. Un déjeuner offert par M. et Mme Rollier à « l'Ecole du Soleil » mit le comble à leurs attentions et leur valut de sympathiques remerciements, avec l'assurance que le souvenir de leur accueil ne serait jamais perdu. Après le déjeuner, on visita les établissements de la Société climatérique de Leysin, et l'on redescendit à Montreux où une collation avait été préparée par les médecins de cette admirable station.

La soirée se termina joyeusement au Casino.

Le 15 juillet, la pluie n'ayant pas fait grâce, on dut renoncer à l'excursion aux rochers de Naye, et l'on se borna à visiter à Caux une chocolaterie, en attendant l'heure du déjeuner qui fut servi au Palace de Caux.

L'après-midi fut occupé par la visite, à Valmont, de la Clinique du Dr Widmer.

Et le dîner précéda de peu la dislocation et le départ pour la France.

Et ce fut la fin de cette excursion, qui donna aux voyageurs l'occasion de voir comment on a compris en Suisse l'exploitation des ressources climatiques qui s'y étagent, des bords du lac, jusqu'aux plus hautes altitudes, et au cours de laquelle ils purent apprécier la façon dont les médecins suisses savent pratiquer l'hospitalité.

Et c'est sur cette impression durable que l'on se sépara, non sans exprimer à Jean-Paul Faure, guide expert et affable à l'accoutumée, les sentiments de gratitude qui lui sont dus pour son active collaboration, ainsi qu'à son père et à la Société du Littoral méditerranéen, créatrice et organisatrice de ces voyages toujours si réussis, et si pleins d'attraits, et qui pourront développer encore plus leur action bienfaisante le jour où les pouvoirs publics et l'Office national du Tourisme, dont le budget est alimenté par le produit de la taxe de séjour du *thermalisme* et du *climalisme*, tout autant que du tourisme, auront compris qu'ils répondent à un véritable besoin, et méritent d'autres encouragements que ceux que le rédacteur de ce bref compte rendu se plaît à leur donner.

G. M. G.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Fontainebleau (1)

« Je n'imagine pas de plaisir plus noble et plus charmant à la fois qu'une visite au Château de Fontainebleau..... L'histoire s'y lit mieux que dans un livre », écrivait Anatole France dans une préface destinée à un ouvrage sur le Palais de Fontainebleau. Le plaisir est d'autant plus noble et plus charmant pour le visiteur qu'il a pour guide M. Edmond Pilon. Quel aimable et érudit cicérone ! Il nous a, il y a quelques mois, fait visiter dans tous ses recoins le Château de Versailles, aujourd'hui, il nous mène à Fontainebleau.

Le livre qu'il publie sur ce château est une des merveilles éditées chez notre confrère, B. Arthaud, de Grenoble, un évadé de la médecine. La couverture reproduit une superbe aquarelle de Paul Leroy et 146 magnifiques héliogravures illustrent le texte et le complètent. Ajoutons que l'ouvrage est dédié au Professeur Gosset.

***

Fontainebleau fut d'abord un rendez-vous de chasse, situé en Ile-de-France au milieu de la forêt, jadis nommée forêt de Biere, entre la Brie et le Gâtinais. Louis VII, Philippe-Auguste, Philippe-le-Bel, Charles V et Charles VII y venaient chasser. Les artistes et les poètes donnent pour étymologie à Fontainebleau, fontaine de la belle eau ; il est bien établi actuellement que le nom vient d'un de ses propriétaires Bliaud qui vécut au XIIIe siècle. Diane de Poitiers, Marie Stuart, Gabrielle d'Estrées furent tour à tour les déesses de Fontainebleau. Ce sont les traits de Diane de Poitiers que Benvenuto Cellini donna à la nymphe de Fontainebleau dont le bras droit repose sur le cou d'un cerf, dans un bas-relief qui est actuellement au Musée du Louvre. On retrouve souvent sculptés dans le château le monogramme de Diane de Poitiers un D entremêlé à l'H de Henri II et celui de Gabrielle d'Estrées, un S barré d'un trait. François Ier avait aussi fait de Fontainebleau un de ses châteaux favoris. Philibert Delorme, Rémi Collin contribuèrent après Rosso, Serlio, Vignole, Primatice, Nicolo dell' Abbate à construire, et à orner le palais.

Louis XIV négligea Fontainebleau pour Versailles. Sous Louis XV, l'Architecte Gabriel à qui cependant Paris doit tant de chefs d'œuvre, eut la malencontreuse idée de faire démolir la Galerie d'Ulysse, décorée par le Primatice, et le pavillon des Poêles pour aménager une salle de spectacle. Louis XVI venait chasser de temps à autres à Fontainebleau et Marie-Antoinette s'embarquait sur la Seine de Choisy jusqu'à Melun pour visiter la forêt. Napoléon, une fois empereur, préféra Fontainebleau à Malmaison ; il y donna des fêtes civiles et militaires devant les rois de l'Europe ; il y retint prisonniers le pape Pie VII et le roi d'Espagne, Charles IV. Tout le monde connaît la scène de l'abdication et les adieux à la garde qui eurent lieu dans ce palais.

Louis-Philippe, bien intentionné, pour sauver Fontainebleau fit comme à Versailles des réparations d'un goût douteux.

Napoléon III y reçut en grande pompe les ambassadeurs du roi de Siam.

Le château est un ensemble de constructions réalisées en plusieurs siècles. La Cour Ovale est le pivot initial et la partie la plus ancienne de l'édifice ; on aperçoit de là le Baptistère construit pour baptiser Louis XIII, une colonnade, le gra-

(1) Edmond Pilon. — *Fontainebleau*, couverture de Paul Leroy, ouvrage orné de 146 héliogravures. (B. Arthaud, édit., Grenoble, 1931.)

cieux portique que François I^er^ fit construire par Sarlio, le bâtiment à pignon appelé la Grosse Tour ou donjon de Louis VII. Puis l'on traverse la Porte Dorée qui rappelle la réception de Charles-Quint par François Ier ; on passe devant la porte de la Grande Vis, surmontée du buste de François Ier.

Si l'on gagne la Cour des Fontaines où se trouve la fontaine d'Ulysse avec ses têtes de Méduse, on aperçoit dans le fond de cette cour opposée à l'Etang, la façade de la galerie François Ier et une terrasse datant d'Henri IV. Sur la gauche, sont les pavillons des Reines-mères et du pape, et le pavillon Louis XV renfermant le Musée chinois.

L'Etang fut creusé sur un terrain acheté par François Ier aux religieux Mathurins, il servit aux jeux des enfants d'Henri IV, nés presque tous à Fontainebleau. Au milieu est une île où Henri IV fit construire un petit pavillon de plaisance, qu'affectionnait Napoléon qui le fit orner de N. Si de la Cour des Fontaines, on traverse le guichet qui débouche du côté de la Cour du Cheval-Blanc, on arrive au lieu qui servit de scène à la manifestation du 20 avril 1814. Napoléon descendit l'escalier du Fer à Cheval, et fit d'émouvants adieux aux soldats de sa vieille garde assemblés dans cette cour.

La Cour du Cheval Blanc doit son nom au moulage de la statue équestre de Marc-Aurèle qui orne le Capitole à Rome et que Catherine de Médicis y fit placer. Gilles Le Breton, Pierre Chambèges, Philibert Delorme construisirent le Pavillon des Reines, ceux des Poètes, des Peintures, de l'Horloge. Philibert Delorme éleva la chapelle de la Sainte-Trinité, décorée par Ambroise Perret, Jacques Chanterel et plus tard par Martin Fréminet. Jacques Sarrazin y sculpta les statues de Charlemagne et de Saint-Louis. Dans cette chapelle eut lieu le mariage de Louis XV et de Marie Leckzinska (5 septembre 1725), celui du Duc d'Orléans et d'Hélène de Mecklembourg (30 mai 1837), François II, l'époux éphémère de Marie Stuart y fut baptisé ainsi que Louis-Charles Napoléon, le futur Napoléon III (4 novembre 1810).

Par l'Escalier François Ier, on accède aux grands appartements, fastueux et à décoration somptueuse, que Napoléon Ier fit refaire et orner.

La salle du Trône dont le plafond en bois sculpté remonte à Henri IV, fut décorée par Verbeckt sous Louis XV.

Le trône de Napoléon Ier, exécuté par Jacob sur les dessins de Perrier en 1805 dont le style empire, massif, bien que fort beau, jure avec la décoration Louis XV.

Puis voilà le Salon rouge avec le Cabinet au guéridon en acajou où Napoléon signa le 5 avril 1814 son abdication.

Ces appartements sont semés de reliques napoléoniennes : le petit chapeau du retour de l'île d'Elbe dans l'Antichambre des huissiers, une branche du Saule de la tombe de Sainte-Hélène dans le Cabinet des Secrétaires, le lit de repos de l'Empereur dans le Cabinet de Travail, la réplique du berceau du Roi de Rome dans la Chambre à coucher. Le lit de l'Empereur, orné d'un N et d'abeilles, fut témoin de la tentative d'empoisonnement de Napoléon dans la nuit du 11 au 12 avril 1814, avec la poudre formulée par Cabanis qui servit à Condorcet en 1794.

Entre cette chambre et la salle du Trône est la salle du Conseil où Vitry et Praslin, capitaines des gardes de Henri IV, arrêtèrent le maréchal de Biron et le comte d'Auvergne, convaincus de trahison au profit du roi d'Espagne et du duc de Savoie (13 juin 1602) Marie-Antoinette occupa l'appartement de la Salle du Trône. Sa chambre à coucher porte le nom de salle des Cinq Maries : Marie de Médicis, Marie-Thérèse, Marie-Antoinette, Marie-Louise et Marie-Amélie qui l'occupèrent. La chambre de Marie-Leczinska fut habitée par Joséphine. Grâce, au bon goût de l'impératrice Eugénie, la chambre de Marie-Antoinette fut préservée de désastreuses modifications projetées.

Le boudoir de Marie-Antoinette, son salon de musique sont des merveilles de décoration.

La Chambre des Cinq Maries communique avec la galerie de Diane par la chambre de Théagène et Chariclée et le salon de Louis XIII. La galerie de Diane a été transformée en bibliothèque en 1859 par Napoléon III qui y logea les trente mille volumes de la bibliothèque du Château, fondée par François Ier et dont G. Budé, puis Pierre Duchâtel, évêque de Tulle, furent les premiers gardiens.

Viennent ensuite les salons de réception, ornés de Gobelins, la salle fastueuse dite des Tapisseries, les salons de François Ier, de Louis XIII, des aides de camp. Plus loin, la chambre de Saint-Louis qui occupe une vieille tour et qui évoque le séjour de Louis IX, bien que la décoration due à Vincent sous Louis-Philippe, rappelle la seule vie de Henri IV. Au-dessus de la cheminée est la statue équestre de Henri IV par Mathieu Jacquet.

Nous ne pouvons décrire la galerie Henri II, la galerie François Ier, chefs d'œuvre de Philibert Delorme et de Gilles Le Breton qui, avec la galerie d'Appollon du Louvre et celle des Glaces de Versailles constituent de véritables merveilles de l'art français. La richesse et le goût de leur décoration dépassent ce que l'on peut imaginer.

Nicolo de l'Abbate, après Rosso, y exécuta les dessins du Primatice. Benvenuto Cellini y travailla encore. Du côté de la Cour ovale sont les appartements de Madame de Maintenon dont les tapisseries des fauteuils sont l'œuvre des Demoiselles de Saint-Cyr. C'est dans le salon de ces

appartements que Louis XIV aurait signé le 17 octobre 1685, la Révocation de l'Edit de Nantes, et que le 9 novembre 1700 se tint le Conseil qui examina les clauses du testament de Charles II d'Espagne qui désignait le duc d'Anjou, petit-fils du Roi, comme héritier du trône d'Espagne.

En sortant des appartements de Madame de Maintenon d'un beau style Louis XIV, on peut admirer l'Escalier du Roi avec sa superbe rampe en fer forgé du plus pur Louis XV, œuvre de Gabriel; la salle des Gardes rappelle la manière de Germain Pilon et nous reporte à la Renaissance. Les appartements des Reines mères (Catherine de Medicis, Anne d'Autriche, Marie-Thérèse) furent occupés par des hôtes de marque : Charles-Quint, Pierre-le-Grand, le pape Pie VII, Louis, roi de Hollande, frère de Napoléon Ier, le duc et la duchesse d'Orléans sous Louis-Philippe. Des Galeries moins importantes que les Galeries de Diane, Henri II et François Ier, donnent encore sur la Cour des Adieux, ce sont les Galeries des Fastes ou des Assiettes et la Galerie des Fresques.

Au rez-de-chaussée, dans les bâtiments neufs de Louis XV, Napoléon avait fait aménager les Petits Appartements vraiment délicieux qu'il habita avec Joséphine. Faisant suite aux petits appartements sous la galerie de Diane, devenue Bibliothèque, est la Galerie des Cerfs où Christine, reine de Suède, fit, le 10 novembre 1657, assassiner son amant, le marquis de Monaldeschi.

Il est des parties du Château où le public n'a pas accès : la chapelle Saint-Saturnin, bâtie sous Louis VII en même temps que le Donjon et refaite par François Ier et Louis XIII ; dans la Cour Ovale, l'Escalier de la Reine qui conduit à l'appartement des Chasses au premier étage, les appartements des rois Joseph et Louis Bonaparte et au rez-de-chaussée l'appartement de Madame Mère, le Boudoir turc de Marie-Antoinette, ancien oratoire de Marie Leczinska, absolument ravissant, construit par l'architecte Mique.

Les jardins et les parcs, en grande partie dessinés par Le Nôtre, sont disposés comme un grand théâtre et sont d'une parfaite unité dans leur majesté. On y trouve la fameuse Treille du Roi aux chasselas réputés, la fontaine de Diane, la fontaine Belle-Eau.

On ne peut parler de Fontainebleau sans songer à la forêt. Reservée aux plaisirs royaux, elle ne commença à être connue des touristes, s'il faut en croire Théophile Gautier, que vers 1830. Ce fut le peintre Théodore Rousseau qui, en 1833, commença à y travailler. Corot, Decamps, Diaz, Ch. Jacque, Millet, Barge suivirent son exemple. Chailly, Barbizon, Bois-le-Roi, Samois, Thomery, Montigny, Marlotte, Bourron, Recloses, Arbonne, Larchant devinrent des nids de villégiature.

L'itinéraire de la Route Ronde est admirable, on passe tour à tour aux Croix de Montmorin, du Grand-Maître, de Saint-Hérem, à Souvray, à Franchard, au Grand Veneur, à Belle-Croix ; on peut poursuivre jusqu'à la Table du Roi par la Table du Grand-Maître, la Mare-aux-Fées.

Les rochers de Milly et de la Salamandre, les Gorges du Houx et de la Mare-aux-Pigeons, les Gorges de Franchard, d'Apremont, la Belle-Croix, Cuvier-Châtillon sont devenus des sites classiques. Il y a des arbres séculaires et illustres, certains brûlés ou abattus, comme le Henri IV et le Rageur, peints par Rousseau, Barye et Bodemer. A côté des belles routes, les sentiers au milieu des arbres et des rochers sont charmants et des points de vue y sont faits pour inspirer les artistes et les poètes.

« Ainsi l'Art et la Nature, conclut M. Edmond Pilon, depuis la païenne Renaissance jusqu'au religieux Romantisme, se sont toujours confondus, à travers les siècles, à l'ombre de ces bois géants, de ces vertes et épaisses frondaisons. »

J. Noir.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Ecrire, soigner les gens, les ouvrir, les refermer, demandent des dons et des qualités qui se rejoignent : sans imagination, point de savant ni d'écrivain ; le même esprit de curiosité, d'analyse, assure le diagnostic impeccable comme il dicte la meilleure page de psychologie littéraire. Médecins, critiques, romanciers se sentent toujours un peu confrères. Ce n'est pas d'hier.

(Maurice Martin du Gard.)

CCCCXI. — Irène Nemirovsky. — **Les Mouches d'automne.** Roman. 1 vol. 18 × 23 tiré à 825 ex. numérotés. *Editions du Sagittaire*, Paris, 1931.

Je vais vous parler tout à l'heure d'une apologie dithyrambique de la Révolution. Le moment me paraît opportunément choisi pour vous conseiller de mettre en regard de ce livre d'orage celui où, derrière un roman transparent, Madame N. nous montre quelles épaves cette même révolution traîne dans son sillage. Vous me direz, Guehenno, que c'est la rançon ! Tant que *votre* révolution aura une telle soif de sang, que vous

la dénommiez expiation ou triomphe, rançon ou victoire, libération ou justice, elle me semblera *aussi inhumaine* que la guerre, que les fléaux pestilentiels, qu'un cataclysme. Vous, Guehenno, dont le cœur est si grand, entre deux de vos rêves lisez donc la fin misérable de Youri, de Tatiana et dites-moi si ceux qui ont voulu, qui ont perpétré ces morts symboliques sont plus grands de ces deux cadavres ? Croyez-vous que ce n'est que le regret de leur bien-être qui ombre cette détresse si résignée des survivants ?

Et ne trouvez-vous pas *humainement* atroce ce mot, qui doit être exact, des Karine arrivant à Marseille sur un cargo d'émigrés et qui au sortir de leur cauchemar ont l'impression d'arriver « *dans un autre monde* » ? Je me laisse emporter par la pitié qu'éveille en nous cette sobre histoire d'exil, et il faut encore cependant que je vous signale la force singulière d'observation qui a dicté à l'auteur des remarques d'une terrible exactitude. A partir du moment où fond sur eux le « nouveau régime », voici ces Russes qu'un premier chapitre nous avait montrés fermement unis dans un bonheur calme malgré la guerre, recroquevillés peu à peu par l'épouvante, la faim, la fuite devant les hordes d'incendiaires et d'égorgeurs, qui vont subir un tassement *parallèle* de leur psychisme, un écroulement de leurs valeurs morales jusqu'à n'avoir plus la moindre émotion au souvenir du massacre de leur enfant. Peu leur importe la prostitution de leur fille : ils n'ont plus dans leurs âmes désertes que le souci bestial du lendemain. Seule une vieille domestique qui partage jusqu'à Paris leur infortune a gardé la force de se souvenir et de souffrir : la raison de sa pauvre vieille caboche finit par l'abandonner et elle se noie par une crue d'hiver, pensant que la Seine est gelée logiquement comme les fleuves de son pays dont elle croit voir sur l'autre berge le paysage familier. L'édition est d'une très belle simplicité sur beau velin.

CCCCXII. — Paul Valéry. — **Regards sur le monde actuel.** 1 vol. 12 × 19. *Ed. Stock*, Paris, 1931. 15 fr.

Monsieur Valéry pense aussi, sur un mode différent, que nous touchons à une heure grave dans l'évolution de notre monde. Mais son scepticisme aristocratique s'en accommode comme de disputes lointaines de laquais. Il n'a pas oublié qu'il est poète à ses heures et j'ai cueilli dans son groupement d'essais deux images qui m'ont enchanté : quand il critique la méthode historique qui a trop de tendances à ne marquer que « *les moments monumentaux* » et quand ironisant sur le Progrès, il nous affirme avec raison que « le *fabuleux est dans le commerce* ». Il arrive à Monsieur Valéry après avoir montré les faiblesses pronostiques de la géométrie historique de glisser dans le même travers (page 49), mais il ne s'agit ici que d'un accident moins grave que celui de l'astrologue sur le puits et Monsieur Valéry reprend ses élégantes démonstrations en nous prévenant charitablement que « *le temps du monde fini commence* ». Ses anticipations ont cependant une clarté, une proportion qu'assombrissent rarement ses abstractions coutumières : à peine les trouve-t-on de loin en loin, comme par une belle journée ces coups de nuages emportés par le vent obscurcissant tout à coup la campagne ensoleillée, comme ces colloques mystérieux dont l'auteur est entiché et que j'ai coutume de situer respectueusement dans la quatrième dimension littéraire !

Ses études sur la France, sur Paris, sur le Progrès sont très harmonieusement écrites. Quelques conclusions nous laissent parfois un pied en l'air ; et ne serait-il pas aussi simple tant que les *patries* ne sont pas mortes de les désigner par leur vieux nom au lieu d'en faire « *les unités nationales d'agglomérations humaines organisées.* »

Le livre se termine par quelques extraits du discours prononcé par Monsieur Valéry à la réception du Maréchal Pétain à l'Académie Française, et ceci « pour reprendre une opinion courante est « *universellement intelligible* ».

CCCCXIII. — Jean Guehenno. — **Conversion à l'humain.** 1 vol. 12 × 19. Collection Les Ecrits. *Editions Grasset*, Paris, 1931, 12 fr.

Ce livre débordant d'un généreux idéalisme, où les sarcasmes châtiés ont une pointe d'insolence et parfois un refrain de désespoir me fait penser à une nouvelle chanson des gueux. Je n'ai pas la place de discuter ici son inspiration dont la sincérité ne fait aucun doute. Sa prose ferme est d'une si solide facture qu'on ne sait plus au juste parfois à quel moment elle a glissé vers le sophisme. Mais je me demande si d'emblée, bien qu'il se réclame d'eux, ceux à qui s'adresse Monsieur Guéhenno ne vont pas lui reprocher son séjour sur « *cette montagne Sainte-Geneviève où soufflent tous les vents de l'esprit* ». Car c'est encore de là qu'il leur parle avec la pureté de sa syntaxe, sa formation intellectuelle, sa critique ordonnée comme une dissertation. Le vieux monde est malade, les élites gangrenées, l'égocentrisme de Barrès peu actuel, mais est-ce suffisant pour vouloir faire table rase ? Et pour reprendre un des plus profonds des mots si humains de votre livre, en voulant partir à la conquête du bonheur universel, ne croyez-vous pas, Guéhenno, que vous risquez tout simplement, si nous en jugeons par les expériences passées ou en cours « *d'ajouter à la tristesse du monde* ? »

CCCCXIV. — J.-H. Rosny, aîné. — **Helgvor du Fleuve Bleu.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1931. 12 fr.

Luttes farouches, féroce rivalité des premiers hommes aussi redoutables que les fauves de leur jungle, sont évoquées avec une puissante poésie par Monsieur Rosny. Et vers la fin remplaçant les passions et les instincts, le carnage et le rut nous voyons éclore au cœur d'Helgvor l'ébauche incertaine de l'*amour*, qui n'avait pas encore ému les ténèbres de leurs vies. Le roman d'un très vif intérêt avec des réminiscences francisées de Kipling est d'une parfaite correction.

CCCCXV. — Manuel Galvez. — **Nacha Regules.** Roman (1). 1 vol. 12 × 19. *La Nouvelle Société d'Editions*, Paris, 1931, 12 fr.

La Boca, ce quartier réservé de Buenos-Aires où fleurit une prostitution de renommée mondiale est l'enfer où sombre une jeune fille séduite et abandonnée. La recherche celui qui l'aime, dans ce dédale au bout duquel flamboient les bouges pour matelots. Cela finit par un mariage régulier, mais avant d'en venir là « le plus grand romancier argentin contemporain » nous conduit par de drôles chemins.

CCCCXVI. — Pierre de la Gorce, de l'Académie Française. — **Louis-Philippe** (1830-1848). 1 vol. 13 × 19,5, 421 pages. *Editions Plon*, Paris, 1931, 20 fr.

Ce livre complète la belle série des études de Monsieur de la Gorce sur la Restauration. Riche de faits, il est d'une attrayante lecture ; questions de politique intérieure et extérieure ; fondation de l'Algérie française ; luttes politiques de Thiers, Molé, Guizot, etc., sont développées sans considérations spéculatives et sans la solennité rébarbative de tel illustre prédécesseur de Monsieur de la Gorce.

(1) Traduit de l'espagnol par Georges Pillement.

CCCCXVII. — L.-E. Le Ratz. — **Revanche de l'Automne.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1931, 15 fr.

La réussite est moins heureuse que pour ce *Dialogue solitaire* d'une délicieuse impertinence que Le Ratz publia l'année dernière. Il y a ici une amusante satire des milieux artistiques et littéraires d'avant-garde, mais l'auteur doit se méfier de sa facilité qui ternit la folle passion de sa jeune héroïne pour un homme mûr.

Varia.** — Le *Mercure de France* du 15 août publie de Maurice Garçon une liste des œuvres badines que la morale réprouve et que la justice poursuit ; une nouvelle hypothèse sur l'identité du Masque de Fer ; une étude très documentée sur la Franc-Maçonnerie anglo-saxonne.

Tableau d'honneur***

Un des vingt meilleurs « *romançages* » historiques (Marcel Prévost, *Gringoire*).

(... de l'Académie Française.)

***

Cela, un Balzac l'eût dit longuement, un Zola eût insisté plus encore, M. Philippe Hériat se contente de le suggérer en nous faisant avec une parfaite objectivité l'histoire d'une famille.

(*Nouvelles littéraires*, 8 août 1931.)

***

Nous avons lu *avec ravissement des poésies* de J.-J. Rabearivelo, dans *Le Mercure de France* du 15 juillet : *Jusqu'à l'aurore*. Quel spirituel fantaisiste se plut à confondre jadis l'admirable poète *malgache* avec M. Paul Valéry ? L'influence de ce dernier sur J.-J. Rabearivelo n'est pas niable, mais *le soleil du Pacifique* n'est point la Méditerranée.

(X....., critique-géographe).

C'est aussi notre avis...

Mais est-ce que Monsieur Valéry aurait aussi déménagé Madagascar ? ?

23 août 1931.

L'Homme aux Bésicles.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Union médicale de Normandie

Compte rendu de la réunion du 3 mai 1931.

La réunion annuelle s'est tenue à l'école de médecine de Caen, à 14 heures, sous la présidence du professeur Guibé.

Délégués des Fédérations départementales :

Calvados : Drs Guibé, Daverne, Tissot, représentant 130 médecins syndiqués.

Eure : Drs Pichard, Vivier, représentant 112 médecins syndiqués.

Manche : Dr Viel, représentant 175 médecins syndiqués.

Seine-Inférieure : Dr R. Hue, représentant 310 médecins syndiqués.

Orne : Néant, représentant 100 médecins syndiqués

Le Dr Bailleul, empêché, s'était excusé.

1° Le procès verbal de la réunion du 4 mai 1930 est adopté.

2° **Réunion annuelle.** — Le président exprime le regret que l'Orne ne soit pas représentée à la réunion. Celle-ci ayant lieu à date fixe le 1er dimanche de mai, il est facile à chaque Fédération d'assurer à l'avance sa représentation effective par un confrère bien au courant des questions professionnelles.

De plus, il serait extrêmement utile que nos représentants au conseil de la Confédération soient présents à nos réunions. Ils seront donc invités à l'avenir, indépendamment des délégués départementaux.

3° **A. M. G.** — Le secrétaire fait connaître que la Fédération de l'Eure demande cette année l'application du tarif des accidents du travail à l'assistance médicale gratuite. Cette demande est opportune au moment où, du fait des assurances sociales, les charges départementales et communales d'assistance ont été fortement réduites. Cela permet d'escompter une rémunération plus équitable du travail médical. Enfin, il n'y a pas de raison valable pour que les tarifs qui ont été reconnus justes pour les assistés assurés sociaux ne le soient pas pour les assistés simples.

De même qu'il y a intérêt à unifier les catégories de bénéficiaires des lois sociales, de même il y a intérêt à obtenir l'unification des nomenclatures. L'Eure a ainsi obtenu, pour toutes les interventions, l'application à l'A. M. G. de la nomenclature des accidents du travail avec une réduction de 20 %.

Notre effort doit donc tendre à obtenir cette unification de nomenclature et de tarifs. *Et les délégués présents sont unanimes à reconnaître, sur cette base, la communauté de vues et d'action de leurs groupements respectifs.*

4° **Assistés-assurés agricoles.** — Par une circulaire en date du 17 décembre 1930, le ministre du Travail a informé les préfets que l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 ne devait pas être appliqué aux assurés agricoles, par suite du régime de liberté que le titre de ladite loi accorde aux salariés agricoles.

Ces malades sont donc réincorporés dans le cadre de la loi d'assistance du 15 juillet 1893.

Mais les préfets nous demandent « d'*indiquer dans la colonne « observations » le numéro matricule et le nom de la caisse primaire agricole, afin de permettre de recouvrer sur cette caisse la quote-part qui lui incombe.* »

Il y a là une contradiction évidente : ou l'assisté est assuré contre la maladie et alors il rentre dans le cadre des assurés-assistés ; ou il ne l'est pas et alors il n'y a à faire pour lui rien de plus que pour les assistés simples.

De plus, il faut faire la limitation des salariés agricoles. Doit-on considérer comme valable dans le cas présent la discrimination inscrite dans la loi de 1898-1905 sur les accidents du travail, éliminant du cadre des « agricoles » les ouvriers travaillant autour d'un moteur inanimé ?

Bref, il y a là une question en suspens que nous demandons au Conseil de la Confédération d'étudier et de résoudre.

5° **Assurances sociales.** — *a*) L'échange de vues entre les délégués montre que les débuts de fonctionnement de la loi donnent en général satisfaction — mis à part des points de détail, des flottements d'application inévitables en un tel début.

Le point qui soulève le plus de critiques de la part des médecins est celui des mauvais payeurs. Nos confrères nous exposent constamment que les caisses paient les prestations sur le seul vu de la signature constatant l'acte médical, et que la signature d'acquit n'a pratiquement aucune valeur, aucun intérêt.

Cela est exact mais légal. La loi, en effet, dit dans son article 4, paragraphe 4 : « *Cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré* ». Vouloir faire garantir nos honoraires par les caisses serait revenir purement et simplement au tiers-payant. C'est à nous à nous faire payer par les assurés comme par les autres malades.

Cependant les caisses ont intérêt à ce que leurs prestations ne soient pas détournées de leur objet. Cela deviendrait vite une industrie, et déjà la manœuvre se pratique : tel assuré prend quelques consultations chez un médecin, se les fait « avancer » par la caisse, recommence chez un autre médecin et ainsi de suite, touchant toujours, ne payant jamais. L'intérêt des caisses et des médecins étant donc solidaire,

c'est solidairement que tous deux doivent poursuivre l'escroquerie. Mais cette poursuite solidaire ne peut viser que la part contributive de la caisse.

La question devra être portée par chacun de nous devant la commission départementale dans le but d'obtenir la reconnaissance du principe et l'application pratique de cette poursuite solidaire.

b) *Critiques.* — La loi a été le point de départ d'une campagne virulente contre le Corps médical. Les représentants du peuple nous disent que les malades se plaignent des médecins. Nous pouvons facilement leur répondre qu'auprès de nous les malades jugent bien sévèrement les auteurs de la loi. La vérité est que cette campagne a été créée artificiellement et est entretenue par certains hommes politiques, dont la popularité peut-être a besoin d'un tremplin ou d'un pare-choc ! Mais cette campagne peut, à la longue, devenir dangereuse pour nous. Nous devons veiller à ce que notre situation morale ne soit pas entamée et pour cela, il ne faut laisser aucune attaque sans réponse.

c) *Hospitalisation.* — A ce point de vue, rien de définitif n'est acquis. Les résultats obtenus sont des plus variables d'un point à un autre et ils semblent encore à la merci d'une circulaire ministérielle. Il n'y a donc aucune conclusion, aucune directive à tirer de la situation présente et la question ne peut être résolue que dans son ensemble par la Confédération.

6° **Accidents du travail.** — Le Dr Viel émet le vœu — partagé par tous les délégués — que la question du « *tout compris* » à l'hôpital soit reprise par la Confédération.

Il insiste de plus sur le projet d'incorporation parmi les bénéficiaires de la loi du 9 avril 1898, des patrons couverts par une *assurance individuelle.* Cette incorporation ne peut être acceptée par le Corps médical.

A 16 heures, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, Dr Vivier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Faculté de médecine.** (Professeurs honoraires : MM. Bar, Chauffard, H. Hartmann, Hayem, Hutinel, Jeanselme, de Lapersonne, Marfan, P. Marie, Ménétrier, Nicolas, Pinard, Pouchet, Quénu, Ribemont-Dessaignes, Ch. Richet, H. Roger, Sébileau et Vaquez). — Année scolaire 1931-1932. Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Enseignement clinique : Cliniques médicales générales : M. Achard, professeur, hôpital Cochin ; M. Bezançon, professeur, hôpital Saint-Antoine ; M. Carnot, professeur, Hôtel-Dieu ; M. Marcel Labbé, professeur, hôpital de la Pitié.

Cliniques chirurgicales générales : M. Cunéo, professeur, Hôtel-Dieu ; M. Delbet, professeur, hôpital Cochin ; M. Gosset, professeur, hôpital de la Salpêtrière ; M. Lejars, professeur, hôpital Saint-Antoine.

Cliniques obstétricales : M. Brindeau, professeur, clinique Tarnier ; M. Couvelaire, professeur, clinique Beaudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. Jeannin, professeur, Maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (Fondation de M. le duc de Loubat) : M. Rathery, professeur, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Claude, professeur, asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. Nobécourt, professeur, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance : M. Lereboullet, professeur, hospice des Enfants-Assistés.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Gougerot, professeur, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Guillain, professeur, hôpital de la Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique : M. Terrien, professeur, Hôtel-Dieu.

Clinique urologique : M. Legueu, professeur, hôpital Necker.

Clinique des maladies infectieuses : M. Teissier, professeur, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (Fondation de la Ville de Paris) : M. J.-L. Faure, professeur, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (Fondation de la Ville de Paris) : M. Ombrédanne, professeur, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Lemaitre, professeur, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale : M. P. Duval, professeur, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique (Fondation de la Ville de Paris) : M. Sergent, professeur, hôpital de la Charité.

Clinique de la tuberculose (Fondation du département de la Seine) : M. Léon Bernard, professeur, hôpital Laënnec.

Radiologie clinique : M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, hôpital de la Salpêtrière.

Puériculture : M. Weill-Hallé, chargé de cours, hôpital des Enfants-Malades.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

Cours et conférences théoriques. Semestre d'hiver : Anatomie (1re année), M. Olivier, agrégé ; Anatomie pathologique (3e année), M. Roussy, professeur ; Bactériologie (2e année), M. Lemierre, professeur ; Chimie (2e année), M. Desgrez, professeur ; Embryologie (1re année), M. Giroud, agrégé ; Médecine légale (5e année), M. Balthazard, professeur et M. Piedelievre, agrégé ; Obstétrique (3e année), Vaudescal, agrégé ; Parasitologie (3e année), M. Brumpt, professeur ; Histoire de la médecine M. Laignel-Lavastine, professeur ; Enseignement théorique aux élèves sages-femmes : M. Vignes, agrégé ; Physique (2e année) : M. Strohl, professeur ; Histologie (1re année), M. Champy, professeur ; Pathologie expérimentale et comparée (3e année), M. Noël Fiessinger, professeur ; Pathologie médicale (3e et 4e années), M. Clerc, professeur, MM. Chevallier, Pasteur, Vallery-Radot, et Donzelot, agrégés ; Pathologie chirurgicale (3e et 4e années), M. Lenormant, professeur et Gatellier, agrégé ; Pharmacologie et matière médicale (4e année) : M. Tiffe-

NEAU, professeur ; Physiologie (2e année), M. BINET, professeur ; Thérapeutique (5e année), M. LOEPER, professeur et M. HARVIER, agrégé ; Hydrologie thérapeutique et climatologie (5e année), M. Maurice VILLARET, professeur ; Stomatologie (5e année), M. FREY, chargé de cours ; Chirurgie orthopédique chez l'adulte, M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.

Semestre d'été : Anatomie (1re année), MM. ROUVIERE et HOVELACQUE, agrégés ; Anatomie topographique et médecine opératoire (4e année), M. GRÉGOIRE, professeur ; Chimie (2e année), M. SANNIÉ, agrégés ; Histoire de la médecine, M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur ; Histologie (1re année), M. VERNE, agrégé ; Hygiène et médecine préventive (5e année), M. TANON, professeur ; Médecine légale (5e année), M. PIÉDELIÈVRE, agrégé ; Obstétrique (3e année), M. PORTES, agrégé ; Pathologie chirurgicale (3e et 4e années) : M. DE GAUDART D'ALLAINES et MOULONGUET, agrégés ; Parasitologie (3e année), M. GALLIARD, agrégé (ffo). ; Enseignement théorique aux élèves sages-femmes, M. VIGNES, agrégé ; Anatomie pathologique (3e année), M. OBERLING, agrégé ; Pathologie expérimentale et comparée (3e année), M. N., agrégé ; Pathologie générale (4e année), M. BAUDOUIN, professeur ; Pathologie médicale (3e et 4e années) MM. CLERC, professeur, MM. CHEVALLIER, PASTEUR VALLERY-RADOT et DONZELET, agrégés ; Pharmacologie et matière médicale (4e année), M. HAZARD, agrégé ; Physiologie (2e année), M. CHAILLEY-BERT, agrégé ; Physique (2e année), M. DOGNON, agrégé ; Education physique, M. CHAILLEY-BERT, agrégé ; Chirurgie orthopédique chez l'adulte, M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. — Semestre d'hiver : 1re année : Dissection, Histologie. — 2e année : Physique médicale, Chimie médicale, Physiologie, Bactériologie. — 3e année : Anatomie pathologique, Pathologie expérimentale. Parasitologie. — 4e année : Pharmacologie, Anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire. — 5e année : Médecine légale.

Semestre d'été : 1re année : Dissection, Histologie. — 2e année : Chimie médicale, Physiologie. — 3e année : Manœuvres obstétricales. — 4e année : Pharmacologie, Anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire, — 5e année : Hygiène.

Les travaux pratiques auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 heures à 22 h. 15.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— Concours du prix de l'internat. — *Médaille d'or de médecine.* Ce concours aura lieu le lundi 7 décembre 1931, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Médaille d'or de chirurgie. Ouverture du concours le 3 décembre 1931, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les internes qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 1er au 15 octobre 1931 inclusivement.

Les mémoires devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le jeudi 15 octobre 1931.

— Chefs de laboratoire de bactériologie des hôpitaux — La Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le jeudi 5 novembre 1931 à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du service de santé de l'Administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du jeudi 8 octobre 1931 au samedi 17 octobre 1931 inclusivement.

Les candidats reconnus aptes aux fonctions de chefs de laboratoire seront tenus de participer au service des remplacements provisoires.

Les chefs des laboratoires de secteur bénéficient d'une indemnité annuelle de 10.500 francs et les chefs des laboratoires généraux (Enfants-Malades), d'une indemnité annuelle de 17.000 francs.

Les candidats devront justifier, au moment de leur inscription, du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat), ou du diplôme de docteur ès sciences obtenus devant une faculté française ainsi que de la qualité de Français.

Ils devront déposer à l'appui de leur inscription : 1° Un extrait de leur casier judiciaire ; 2° Un exposé des titres (comprenant les titres universitaires et hospitaliers, la liste chronologique des travaux universitaires et hospitaliers, la liste chronologique des travaux et un résumé de ceux-ci) dont la lecture ne pourra dépasser dix minutes ;

3° Toute pièce que le candidat jugera utile de soumettre à l'examen de la Commission (relevé certifié des services médicaux publics antérieurs, attestation délivrée par la Faculté de Médecine ou les chefs des services hospitaliers, etc., etc.).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription et adresser leur dossier (auquel devra être joint le diplôme de docteur en médecine ou de docteur ès sciences ou une copie légalisée de ce diplôme), par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Nota. — Pour renseignements supplémentaires s'adresser au bureau du Service de santé de l'Administration.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr ISAAC BRUHL, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; du Dr PAUL-EMILE-LÉVY, de Paris.

— **IIe Congrès des abstinents français.** — Le deuxième Congrès des abstinents français organisé par les Sociétés antialcooliques abstinentes : la Croix d'Or (catholique), la Croix bleue (protestante), le Ruban blanc (féminin), les Bons Templiers, les Médecins abstinents, a eu lieu à Bourges, du 29 juillet au 2 août, dans les locaux de la Croix d'Or.

Des délégués des abstinents allemands, suisses et belges se joignirent aux très nombreux congressistes représentant toutes les confessions, toutes les opinions philosophiques, politiques et sociales, cordialement unies contre l'alcoolisme par l'abstinence.

Deux questions ont dominé les travaux du Congrès : la théorie des poisons overtoniens et ses applications à l'alcoolisme et à l'abstinence, exposées par le Dr Legrain, l'utilisation non alcoolique des fruits, à laquelle une journée entière, une exposition permanente, des démonstrations pratiques ont été réservées, avec la collaboration notamment du Dr Legrain, du professeur Gachot, de Strasbourg, du pasteur Rudolf, de Zurich, et des techniciens tels que M. Ch. Pasquet, directeur des Services agricoles de l'Hérault, le professeur Eudo Monti, de Turin, etc.

La Société des médecins abstinents de langue française a tenu à l'occasion du Congrès son assemblée générale.

Le corps médical, à qui une dizaine de rapports avaient été confiés, a pris aux séances d'études du Congrès lui-même une part des plus actives avec le Dr Legrain, les Drs Bérard, de Bourges, Bouchet, de Rouen, Buttner, de Marseille ; Dauphin, d'Arles, Rhône ; Fillion-Roux, de Baignes-Ste-Radegonde, Gallot-Lavallé, du Mans; Lagrife, de Quimper; Brunet, de Bourges ; Révilliod, de Genève.

Plusieurs vœux ont été émis, entre autres :

Pour l'accord entre les abstinents et les producteurs de fruits et une union viticole antialcoolique ;

Pour l'interdiction des essences de synthèse employées pour donner un parfum de fruits à certains produits alimentaires ;

Contre le principe d'une aggravation de peine frappant le délinquant alcoolique et pour le traitement de ce dernier dans un établissement spécial sous le contrôle médical et judiciaire ;

Pour l'obtention du droit de vote pour la femme dans l'espoir qu'elle en fera un moyen de protection de la famille et de la race par la disparition de l'alcoolisme.

— **Congrès international de médecine tropicale.** — Le Comité Exécutif du Congrès international de Médecine Tropicale communique les informations suivantes, concernant la deuxième réunion du congrès, qui aura lieu à Amsterdam en 1932 : 1° Après le décès du très regretté Prof. C. Eijkmann, le Prof. G. Grijus a bien voulu accepter la présidence du congrès ; 2° Le Comité, considérant les réponses reçues à la première circulaire, a fixé les dates du congrès aux 12-17 septembre 1932; 3° Les sujets à traiter aux assemblées générales seront : 1° Avitaminoses, notamment béri-béri ; 2° Leptospioses et fièvre jaune ; 3° Helminthes, notamment ankylostomes ; 4° Eventuellement : Paludisme, fièvre bilieuse, hémoglobinurique, maladies à protozoaires du sang et kala-azar.

Deux rapporteurs seront désignés pour chacun des sujets. Montant de la cotisation : 1 livre sterling (Fl. holl. 12.50.)

— **Faculté de médecine de Paris. Liste des prix à décerner en 1931.** — Prix : Bernheim, 1.000 francs. Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — Segond, 4.500 francs. Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — Déroulède, 1.000 francs. Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — Monthyon. 1.600 francs. Récompense du meilleur mémoire sur les maladies prédominantes en 1930. — Lannelongue, 800 francs. Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — Lévi-Franckel, 2.000 francs. Prix à un interne méritant de la Clinique médicale Hôtel-Dieu, interne ou externe en fonctions dans ce service. — De Rothschild, 2.700 francs. Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — Girard, 3.000 francs. Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant ses recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — Saintour, 4.300 francs. Prix dont le sujet sera désigné par la Faculté. — Carville, 2.000 francs. Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — Demarle, 500 francs. Prix annuel à un étudiant méritant. — de Trémont, 2.800 francs. Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — Verçt, 900 francs. Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — Anonyme, 3.100 francs. Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. — Hervieux, 3.900 francs. Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — Barbier, 2.800 francs. Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — Chateauvillard, 2.400 francs. Prix au meilleur travail sur les sciences médicales. — Jeunesse, 1.900 francs. Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène.

Les demandes, établies sur papier timbré à 3 fr. 60 et accompagnées, s'il y a lieu, d'un état de situation de fortune devront parvenir à la Faculté, au plus tard, le 15 octobre 1931. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

M. le Juge de paix de mon canton devant lequel s'est présenté cet ouvrier pour obtenir un appareil, m'a désigné en vue d'établir « si l'accidenté restera atteint d'une incapacité permanente partielle de travail, et, le cas échéant, la quotité de cette incapacité ».

Actuellement, bien entendu, cet accidenté est atteint d'incapacité permanente partielle de travail, mais une fois appareillé, cette incapacité subsistera-t-elle ? et si oui, à combien en fixer la quotité ?

Dr G.

Réponse.

En principe, la perte de dents, à la suite d'un accident du travail ne constitue une incapacité permanente partielle, ouvrant droit à l'attribution d'une rente, que si cette perte provoque une infirmité, diminuant la capacité de travail de la victime.

La perte d'une ou de deux dents n'est pas indemnisable, à moins qu'il ne s'agisse de dents antérieures (les incisives par exemple) provoquant une gêne soit dans la parole, soit dans la mastication.

Si la perte des dents est presque complète, il est nécessaire d'indemniser la victime, car elle ne pourra plus s'alimenter correctement, et, par suite, sa capacité de travail s'en ressentira.

Dans la grande majorité des cas, un appareillage est indiqué, comme moyen curateur, procédé de traitement.

Mais alors surgit une autre difficulté : le prix des appareils de prothèse n'est pas à la charge du chef d'entreprise, sauf lorsque ces appareils font partie du traitement. Ainsi, un amputé a droit à une incapacité permanente, partant à une rente ; mais il doit supporter lui-même les frais d'un appareillage.

Cependant, le patron peut avoir intérêt à payer lui-même cette prothèse, si cette dernière doit réduire considérablement, ou même faire disparaître l'infirmité permanente partielle. C'est le cas de la prothèse dentaire.

Aussi, peut-on dire que, lorsqu'à la suite d'un accident du travail, la perte des dents est suffisante pour constituer une incapacité permanente partielle, le médecin expert peut envisager deux solutions, d'accord avec les parties : ou bien considérer l'incapacité permanente partielle, l'ouvrier étant appareillé aux frais du chef d'entreprise, ou bien déterminer l'incapacité sans appareillage, ce dernier restant à la charge de la victime.

Dans le premier cas, la rente sera très diminuée, ou même nulle, puisque appareillé, l'ouvrier peut reprendre toute sa capacité de travail, comme il l'avait avant l'accident.

Dans le second cas, ce sera avec la rente qui lui sera allouée, que la victime se fera poser les appareils nécessaires, mais à ses frais et il devra également les entretenir à ses frais.

Le tribunal civil sera ainsi renseigné par le médecin expert et décidera, selon l'accord ou l'absence d'accord entre les parties.

Bien entendu, patron comme ouvrier peuvent demander une révision de la rente, dans le délai de trois années, à partir de la fixation de l'incapacité permanente partielle par le tribunal civil.

Dr Paul Boudin.

4422. — Aggravation d'un accident par le traitement

Un blessé du travail, atteint de mal de Bright, est envoyé par moi à l'hôpital pour broiement d'une main. Il est mis au régime de tout le monde et revient de l'hôpital, guéri au point de vue blessure, mais très aggravé au point de vue maladie, si bien qu'il meurt 15 jours après son retour.

Or, sa blessure aurait été suivie d'une incapacité importante, dont se voit frustrée sa veuve. Il n'y a évidemment pas de relation directe de cause à effet entre sa blessure et sa mort ; mais on peut dire tout de même que c'est le séjour à l'hôpital (pour sa blessure) qui a aggravé sa maladie. N'y a-t-il à votre avis aucun recours contre son chef d'industrie ? Ou faut-il que la veuve accepte d'être privée de toute pension ?

Dr D.

Réponse.

Suivant Sachet (*Traité de la Législation sur les accidents du travail*, édition de 1926, nº 458), les aggravations inhérentes au traitement médical d'un accidenté du travail donnent lieu aux réparations prévues par la loi sur les accidents du travail.

Le même auteur, dans l'ouvrage précité, nº 470 *quater*, s'exprime ainsi :

« Un traumatisme local (tel que la fracture compliquée d'un membre), lorsqu'il a un retentissement marqué sur l'état général du blessé et si, par surcroît, il nécessite, une immobilité de longue durée dans un hôpital ou dans une chambre insuffisamment aérée, peut déterminer l'éclosion ou le réveil d'une tuberculose pulmonaire ».

L'auteur cite trois exemples et termine en rappelant que la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation (18 mars 1914, *Gazette du Palais*, 1914, 1.682) a estimé avec raison que l'indemnité légale était due aux parents survivants d'un ouvrier décédé des suites d'une tuberculose contractée pendant un traitement médical consécutif à un accident, alors que ce traitement avait été marqué par 18 mois de souffrances, par des troubles causés dans les fonctions rénales, par de multiples opérations et par des séjours longs et répétés à l'hôpital.

Si donc la veuve de votre client pouvait prouver que le décès de son mari est dû à l'aggravation, par son séjour à l'hôpital, en vue du traitement de sa blessure, du mal de Bright dont

il était atteint antérieurement à l'accident, elle devrait obtenir la rente allouée par la loi, égale à 20 pour 100 du salaire de base de l'accidenté.

A cet effet, elle pourrait transmettre au juge de paix un certificat établissant la cause du décès et le juge de paix devrait alors procéder à une enquête, qui serait suivie de la procédure tendant à l'allocation d'une rente à la veuve.

4367. — Assujettissement. Revision. Allocations aux accidentés anciens

1° Les Compagnies de chemin de fer sont-elles astreintes à suivre la loi sur les accidents du travail, et leurs employés jouissent-ils des avantages de la loi de 1898 — ou bien bénéficient-ils de règlements spéciaux ?

2° Lors d'un accident du travail se terminant avec I. P. P. fixé à x % par un certificat médical, et une décision juridique, le blessé touchant sa rente pendant quelques années, peut-il y avoir quelques années après, changement du taux de l'incapacité préalablement fixé ? (Changement en plus ou en moins.)

3° Quelle somme doit toucher actuellement un ancien blessé, avec I. P. P. de 33 %, qui avait un salaire de 1.800 fr. en 1904 ? (et qui fut blessé en 1904). Son pourcentage d'incapacité est-il révisible actuellement ?

Dr G.

Réponse.

1° Les compagnies de chemins de fer sont assujetties pour leurs ouvriers et employés à la législation sur les accidents du travail comme les autres chefs d'entreprise du commerce, de l'industrie et des transports.

2° La rente d'un accidenté du travail pour incapacité permanente peut être revisée pendant trois ans, en plus ou moins, pour aggravation ou atténuation de l'infirmité, à compter de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Même s'il n'y a pas eu attribution de rente, la revision peut être demandée pendant trois ans à compter de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière.

La demande en revision est introduite par une simple déclaration de l'intéressé au greffe du tribunal civil.

3° Les accidentés du travail victimes d'un accident antérieur au 9 janvier 1927 bénéficient d'allocations fixées par la loi du 15 août 1929.

Pour une invalidité de 30 à 34 pour 100, l'allocation est de 1.065 fr. par an.

La demande d'allocation doit être adressée au Ministère du Travail (contrôle des assurances), sur papier libre et porter les indications suivantes :

1° Nom, prénoms, adresse du rentier ;

2° Nationalité ;

3° Date de l'accident ;

4° Date de la dernière décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie ;

5° Indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, nom et adresse de ce dernier.

Si le service de la rente est fait par la Caisse nationale des retraites, la demande devra indiquer le numéro de l'extrait d'inscription délivré par cette caisse et le comptable (trésorier-payeur général, receveur des finances ou percepteur) qui effectue le payement des arrérages.

Questions médico-militaires

2782. — Promotion au 3e galon.

J'ai été nommé aide-major de 1re classe en 1917.

En 1929 le directeur du Service de santé m'a demandé de faire deux périodes pour permettre ma proposition au troisième galon.

Depuis plus rien. A une lettre très courtoise demandant au directeur de bien vouloir s'occuper de moi, il m'a été répondu très cavalièrement que je n'avais qu'à attendre.

Je dois ajouter que je ne suis pas en odeur de sainteté à la direction.

Il me semble que j'ai droit au 3e galon, ayant fait toute la guerre dans les bataillons d'infanterie, et évacué deux fois pour maladie grave.

Que dois-je faire pour obtenir satisfaction ?

Dr X.

Réponse.

Vous comptez 6 ans de grade (au moins) de lieutenant, et dès lors vous remplissez une des conditions exigées, afin de pouvoir être proposé pour le grade supérieur.

D'autre part, vos services de guerre dans votre grade actuel peuvent vous dispenser de faire *deux périodes* de réserves (deuxième condition exigée). Cependant, l'autorité militaire peut toujours exiger de vous, en vue d'une proposition à l'avancement une ou deux périodes, si, d'après l'état de votre dossier, elle ne s'estime pas suffisamment éclairée sur vos aptitudes au grade supérieur.

Si vous désirez obtenir cet avantage, il ne vous reste donc qu'à effectuer les périodes demandées.

2667. — Père de 6 enfants. Libération du service militaire.

Classe 1914, médecin auxiliaire en 1916, passé à 2 galons en 1926, je n'ai pas fait jusqu'à ce jour, de période d'instruction.

Je reçois de la nᵉ Région à laquelle je suis rattaché, une note me convoquant cette année pour une période de 25 jours. Je voudrais savoir si ma situation de famille peut m'exempter. Je suis père de 5 enfants et un 6ᵉ doit naître à la fin de l'année.

Le fait d'avoir 6 enfants exemptant de toute obligation militaire (du moins je le crois), est-ce que le fait d'en avoir 5 et de pouvoir justifier la 6ᵉ grossesse de l'épouse est situation analogue ?

Dʳ B.

Réponse.

L'article 58 de la loi du 31 mars 1928 spécifie : « Les pères de six enfants vivants et d'un nombre plus élevé d'enfants sont libérés de toute obligation militaire, *dès la naissance du sixième enfant.* »

Il faut donc que vous attendiez la naissance de votre sixième enfant. D'ici là, tâchez d'obtenir un ajournement de votre période à 1932 (raisons matérielles, professionnelles).

Sinon, vous pouvez, dès maintenant, offrir votre démission d'officier de réserve, comme appartenant à la deuxième réserve, du fait de vos cinq enfants (article 38 de la même loi).

2996. — Droit à pension militaire. Imputabilité

Un de mes clients a eu une pleurésie en 1917. Il a un billet d'hôpital portant la mention « en service ». Il veut demander une pension. Quelles sont les démarches à faire et le cas échéant quels certificats dois-je fournir ?

Dʳ M.

Réponse

La mention « en service » portée sur le billet d'hôpital permet d'admettre l'imputabilité de l'affection au titre de la loi du 9 janvier 1926, à la condition qu'un certificat médical apporte la preuve de soins reçus d'une manière continue depuis la démobilisation.

Adresser, sous pli recommandé, une lettre au médecin-chef du centre de réforme de N. afin de demander une visite pour pension d'invalidité. Joindre, si possible, la copie certifiée conforme, de la carte de combattant.

2946. — Droits d'un militaire atteint d'une maladie en service

Un de mes clients appartenant à la classe 1929 a été appelé le 24 avril 1930, et incorporé dans le génie à Bizerte.

Le 23 décembre 1930, il a présenté une diphtérie suivie d'une paraplégie qui n'a pas été améliorée jusqu'à ce jour par le traitement.

Le malade vient d'être rapatrié. A-t-il droit à sa solde pendant le temps où il a été hospitalisé ? A t-il droit à une pension ?

Dʳ L.

Réponse.

1° Ce malade doit avoir droit à sa solde pendant son hospitalisation.

2° Oui, il a droit à pension.

3° Le taux de pension d'invalidité est proportionné aux troubles présentés, dont il faudrait avoir une description exacte, afin de fixer un quantum.

Si la paraplégie est complète, elle vaut 100 %, si elle est incomplète, elle vaut de 30 à 90 %, suivant les possibilités de la marche.

2969. — Maladie contractée en captivité. Droit à pension

Un de mes clients, âgé de 23 ans, lors de la mobilisation, avait fait 2 ans de service actif sans aucune maladie. Prisonnier, les Allemands l'emploient dans une fabrique de gaz toxiques. Il y contracte une stomatite violente, puis de l'entérite, s'évade de l'usine et finit sa captivité dans les travaux agricoles.

En 1919, la stomatite récidive. Pendant 10 ans son état général reste très médiocre. En 1929, apparaissent des entérorragies et du melæna assez grave par son abondance, symptôme rebelle qui ne peut s'amender qu'à grand peine. La commission de réforme de R. lui refuse toute pension, en dépit des certificats médicaux qu'il présente.

Le cas de ce malade m'intéresse, et estimant arbitraire la décision intervenue, je serais heureux d'avoir, grâce au *Concours*, un conseil à donner à mon client, qui, à mon avis, aurait droit aux soins médicaux sinon à une pension élevée.

Dr D.

Réponse.

Ce malade a-t-il présenté à la commission de réforme : 1° des attestations de camarades de captivité constatant qu'il a souffert, à ce moment, de stomatite et de troubles gastro-intestinaux ; 2° une constatation par l'autorité militaire de sa stomatite en 1919, et au besoin une certification civile de soins médicaux continus depuis 1919 jusqu'à ce jour ?

Sinon, qu'il se procure ces pièces et qu'il les joigne àu ne réclamation contre la décision de la commission de réforme ; toutes ces pièces et sa lettre devront être adressées au Ministère des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris (7e), *avec prière au Ministre de revoir son dossier.*

2971. — Les services de guerre comme homme de troupe et la dispense des périodes

J'ai recours une fois de plus à votre obligeance pour un renseignement au sujet des périodes de réserve.

J'ai accompli mon service militaire, comme médecin auxiliaire puis médecin sous-lieutenant, en régions sahariennes. Le service dans ces zones étant considéré comme campagne (j'ai d'ailleurs touché une prime d'entrée en campagne) ne suis-je pas de ce fait dispensé de période de réserve ?

Dr X.

Réponse.

Vous êtes actuellement officier de réserve et ne pouvez plus bénéficier des avantages qu'offre aux hommes de troupe le service militaire effectué en état de guerre, *pour ce qui concerne les périodes de réserve.*

Vos séjours sahariens vous ont valu des majorations de campagne, dont vous bénéficierez plus tard pour l'avancement au choix et pour la Légion d'honneur.

2858. — Radiation des cadres. Périodes d'instruction

Venant d'apprendre que je suis porté à *l'Officiel* au tableau d'avancement pour le grade de commandant je vous serais très obligé si vous vouliez me donner les renseignements suivants :

1° A quel âge un commandant peut-il être rayé des cadres ? Désirant être dégagé de toute obligation le plus tôt possible, puis-je refuser le 4e galon afin d'être libéré comme capitaine à l'âge de 58 ans ?

2° Ayant accompli dans les réserves 4 mois 24 jours de périodes (en comprenant celle effectuée dans le grade de médecin auxiliaire : adjudant), puis-je être convoqué pour des périodes comme capitaine ou comme commandant si j'accepte l'avancement ?

Dr N.

Réponse.

Quel que soit votre grade, si vous ne demandez pas, le moment venu, à être maintenu dans les cadres après la durée légale des obligations militaires, vous serez dégagé de tout service en même temps que votre classe. C'est la classe 1902 qui sera libérée le 15 octobre 1931.

Le temps effectué en périodes d'instructions, comme médecin-auxiliaire, ne compte pas dans les 4 mois réglementaires. Vous *pouvez* donc être appelé à effectuer encore des périodes, *même* si vous refusiez le grade de commandant.

Secret professionnel.

3928. — Médecin traitant par rapport au médecin de contrôle

Le Dr Bailly-Salin, de Sens, nous écrit :

L'Administration des P. T. T. a calé.

Le conflit qui mettait dans la France entière les

médecins en opposition avec l'Administration des P. T. T. vient d'être résolu, à Sens tout au moins, à l'avantage des champions de l'intégrité du secret professionnel.

La dernière tentative de pression avait été faite sur les médecins assermentés auxquels on déclarait : « Ayant été acceptés comme nos médecins de confiance, vous n'avez pas le droit de rompre ce contrat et vous nous devez la déclaration de la nature de la maladie pour tous nos agents qui vont vous consulter. »

Bien mieux le Préfet avait ajouté sur une note de demande de renseignements, qu'il n'hésiterait pas à remercier les médecins assermentés qui ne se plieraient pas aux ordres de l'Administration.

Ceux-ci ont répondu qu'ils continueraient à délivrer les certificats administratifs à tous les agents en mentionnant la nature de la maladie, chaque fois qu'il ne s'agirait pas d'un de leurs propres clients car alors, liés par l'article 378, ils ne pourraient qu'engager l'Administration à mettre en jeu un autre médecin assermenté non lié par ce secret.

Cette argumentation a eu gain de cause et une circulaire vient d'être communiquée aux agents, leur prescrivant de faire établir un certificat « régulier » c'est-à-dire avec le diagnostic de la maladie par un médecin assermenté qui ne soit pas le médecin traitant.

Reste à savoir maintenant si cette divulgation « légale » n'entraînera pas quelques drames sans profit pour personne.

Il ne faut pas croire en effet que le désir impérieux qui semble agiter les bureaux des P. T. T., en l'espèce inscrire la nature de la maladie sur le Carnet sanitaire de l'agent, soit véridique.

Il semble bien que la mesure exigée par les P. T. T. ne soit autre chose qu'une brimade ridicule, qui pourrait bien ne pas laisser les agents indifférents.

Pour nous autres médecins, notre bon droit ayant été reconnu comme jadis pour les sociétés de Secours mutuels (Mutualité scolaire) et hier dans la loi sur les assurances sociales, il nous reste à persister et à maintenir intangible ce secret en toutes circonstances puisqu'il est à la base de notre profession et du serment de notre vieil Hippocrate... qui prévoyait toutes les fantaisies administratives.

Dr Bailly-Salin (Sens).

Réponse.

Nous nous réjouissons de la lettre du Dr Bailly-Salin, car cette victoire nous prouve combien les consultations médico-juridiques du *Concours* et du « Sou médical » permettent de situer une question sur son véritable terrain juridique, par suite, empêcher l'adversaire de chercher des faux-fuyants.

Les administrations publiques, ou privées,

ont certes le droit et même le devoir d'être parfaitement renseignées sur la véracité des déclarations des agents, qui, pour obtenir un congé, ou une exemption de service, invoquent un état de santé déficient.

Mais, au lieu de demander, comme jusqu'ici, la notification du diagnostic à des personnes absolument incompétentes en médecine, pourquoi l'administration n'accorderait-elle pas sa pleine confiance à des médecins qui sont tenus de dire la vérité, s'ils ne veulent pas être poursuivis pour certificats de complaisance ?

Les supérieurs hiérarchiques d'un agent n'ont pas besoin de connaître le diagnostic exact de la maladie invoquée : il leur suffit de savoir avec certitude que ledit agent n'est ni un simulateur, ni un carottier.

Il suffirait donc qu'après examen, le médecin du contrôle puisse déclarer à l'administration : « La demande de M. X. est (ou n'est pas) fondée.«

Si l'agent, ou l'adminsitration a des doutes, une contre-visite sera faite à sa demande par un autre médecin désigné par le juge de paix, ou le tribunal civil.

Mais, tout resterait secret entre médecins. Cela permettrait même au médecin traitant d'être consulté par son confrère assermenté.

Il est un point sur lequel je tiens essentiellement à insister une fois de plus : en matière de contrôle, nombreux sont mes confrères, qui croient pouvoir se confier en toute liberté à un confrère, médecin contrôleur. Ils pensent que ce dernier est, comme eux-mêmes, soumis aux obligations de l'article 378 du code pénal. Par conséquent, les deux praticiens peuvent tout se communiquer, concernant l'état du malade.

Je ne saurais trop répéter que ceci constitue une grosse erreur : en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le secret professionnel, qui lie l'un et l'autre des deux praticiens, n'est pas le même et, malgré sa bonne foi, le médecin traitant peut être inquiété et même poursuivi.

Ce dernier doit le secret à son malade ; de son côté, le médecin contrôleur doit dire, à celui qui l'a désigné, tout ce qu'il a pu apprendre sur le patient, qu'il doit examiner. Le secret professionnel, auquel est astreint ce dernier confrère, l'oblige au silence envers toutes personnes, sauf vis-à-vis du mandant qui l'a commis.

En se confiant confraternellement au représentant médical d'une collectivité, le médecin traitant violera le secret qu'il doit à son malade, s'il ne se doute pas que le médecin contrôleur a le devoir de tout rapporter à celui, au nom duquel il examine et contrôle.

Je ne veux pas discuter ici le point de savoir si l'actuel article 378 du code pénal ne comporte pas de graves inconvénients, par rapport au développement de la médecine sociale : qu'une loi

intervienne et nous décharge plus ou moins de l'obligation au silence, en ce qui concerne les déclarations des causes des décès ou autres, ceci n'est qu'une évolution de la lutte de l'intérêt individuel contre l'intérêt social, collectif.

Tant que l'article 378 est tel qu'il est actuellement rédigé, je ne puis que dire à mes confrères qu'en l'état présent de la législation et de la jurisprudence, ils ne doivent pas se conformer aux directives données par certains dirigeants de syndicats, pleins de bonne volonté, certes, mais insuffisamment renseignés sur les lois et les règlements.

Conclusion :

L'administration publique ou privée, qui déclenche un contrôle médical, n'a qu'à faire confiance au médecin assermenté qu'elle a commis, ou surtout au médecin tout court, praticien, qu'elle charge d'un contrôle.

Elle ne demandera à ce représentant médical qu'une seule réponse : l'agent, qui sollicite un congé, ou autre faveur, remplit-il les conditions médicales requises, pour que ledit congé soit accordé, ou refusé ?

Point de diagnostic, point d'autre renseignement : médecin traitant et médecin contrôleur resteront liés par le secret professionnel *erga omnes.*

Mais, actuellement, le médecin traitant n'a pas le droit de donner à un confrère quelconque, chargé d'un contrôle, le diagnostic exact d'une maladie, que ce soit en médecine administrative, ou en assurance sociale. Agirait-il de la sorte, même sur les indications de son syndicat, le médecin traitant pourrait être condamné correctionnellement, pour violation du secret professionnel, même si sa bonne foi est entière.

Il ne s'agit point, pour moi, de répéter les ironisations que certains d'entre nous colportent sur la valeur du secret professionnel, qui n'est souvent, en pratique, que celui de Polichinelle : j'ai le devoir de dire le droit à mes confrères, de les avertir des dangers qu'ils peuvent encourir, par un laisser-aller que je réprouve : s'ils doivent se défendre en correctionnelle, ils ne pourront pas dire que je ne les ai pas avertis.

D[r] Paul BOUDIN.

Assurance automobile

1° Je suis assuré à l'U. pour ma 14 CV pour une garantie de 200.000 francs. Ayant acheté une seconde voiture de 9 CV qui ne doit jamais circuler qu'alternativement avec la première (ce qui est contrôlé par une plaque numérotée interchangeable délivrée par la compagnie) celle-ci prétend, de ce fait me faire subir une augmentation de prime du tiers de

la prime totale de la voiture la plus forte (soit 1.035 : 3 = 345 francs.)

Estimez-vous la chose raisonnable ?

Ce qui m'a mis la puce à l'oreille, c'est que j'estimais que la compagnie ne courrait pas un risque de plus et que devant mes protestations elle m a offert ... pour le même prix de me couvrir jusqu'à 300.000 francs.

2° Ma police de 14 CV. d une durée de dix ans court encore pour une durée de quatre ans. Puis-je arguer de cette augmentation si elle est maintenue, pour demander la résiliation du contrat ?

3° Estimez-vous une garantie de 200.000 francs suffisante ?

Dr F.

Réponse.

1° Laissons de côté le point de savoir si la présence d'une seconde voiture aggrave ou non le risque couvert par la compagnie d'assurance pour nous en tenir au terme du contrat.

La Société d'assurance a, juridiquement le droit de demander à son assuré une surprime pour la nouvelle automobile en circulation car la police doit contenir une clause généralement rédigée de la façon suivante : « Si l'assuré met « une nouvelle voiture en circulation, ou rem- « place sa voiture par un nouveau véhicule, « il s'engage à payer la prime sur les tarifs en « vigueur au jour de cette nouvelle mise en cir- « culation. »

Le tarif qu'elle doit appliquer à son assuré est le tarif du syndicat dont elle fait partie. Ce tarif prévoit que les assurés ayant plusieurs voitures mais déclarant n'en mettre qu'une seule en circulation, la prime applicable est celle de la voiture la plus forte augmentée de 30 % de l'ensemble des primes des autres voitures que l'assuré possède en plus de celle-ci. Cette augmentation est d'ailleurs réduite à 15 % si l'assuré déclare qu'il est le seul conducteur des véhicules assurés.

L'assurance a donc commis une erreur en exigeant 30 % de la cotisation applicable à la voiture la plus forte.

La prime n'est donc plus 1.035 : 30 % = 345 francs mais environ 750 : 30 % = 250 francs environ.

2° En principe le praticien ne peut résilier le contrat qui le lie à la Compagnie pour la voiture de 14 CV que dans un seul cas : celui où la compagnie aurait inséré une clause l'obligeant à assurer toutes les voitures que son client viendrait à mettre en circulation. (Clause précitée).

Cette annulation peut alors avoir pour base le fait qu'un des éléments du contrat (le prix qui serait alors demandé) n'a pas été déterminé.

Cette annulation doit être demandée aux tribunaux. Ceux-ci peuvent ou prononcer la résiliation du contrat, ou simplement l'annulation de

la clause incriminée ce qui laisse la police produire ses effets pour le premier véhicule.

En fait cela aboutirait à faire payer au praticien une somme nettement supérieure à celle qui lui est demandée car le tarif des compagnies d'assurance à plus que doublé depuis quatre ans.

3° Une garantie de 200.000 en matière responsabilité civile automobile est un minmum.

Le montant des condamnations en cette matière, comme d'ailleurs en matière responsabilité civile professionnelle, grossit de jour en jour, et c'est pour parer ce risque que certains organismes d'assurance ont créé la police de responsabilité à chiffre illimité.

Je conseille au Docteur F. de faire porter le chiffre de sa police à 300 ou à 500.000 francs, garantie qui ne coûte guère plus cher que la garantie de 200.000 francs.

P. R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurance.
Docteur en Droit.

Fiscalité

266 8. — Déductions diverses

Le contrôleur des contributions directes peut-il refuser, en déduction des sommes imposables, les primes que je verse à une compagnie d'assurance-vie, pour la constitution d'un capital de 100.000 fr. ? Je verse en outre, il est vrai, à la caisse des médecins combattants en vue de la retraite de 6.000 fr.

Aucune objection ne m'avait été faite les années précédentes. Cette année, le contrôleur m'écrit : ces primes ne sont pas déductibles (emploi de revenu, à réintégrer).

2° Est-il d'usage, à la rubrique des frais d'automobile, de retrancher de ces frais, une somme quelconque correspondant à la part d'agrément que procure ce mode de locomotion ? Mon contrôleur estime à 600 fr. cette « part agrément auto, d'autant plus élevée que la famille est nombreuse ». Je suis marié, j'ai 3 enfants, voilà qui pourrait me retenir à la maison, n'est-ce pas ? tandis qu'un célibataire cherche davantage les occasions de sortir, et les fait naître plus facilement ; mon contrôleur a l'opinion contraire.

Dr C.

Réponse.

Vous ne pouvez pas cumuler deux déductions si elles dépassent 6 % de votre revenu.

Le contrôleur peut, à juste titre, prétendre qu'une part de vos frais d'auto ne rentre pas dans vos frais professionnels.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr HERSANT, du Louroux-Béconnais, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 319. — On rech. pers. visit. docteurs spécial. d'enf. voul. s'adj. cartes des Homes à faire connaître. Offres très intér. Ecr. Directrice Alpe Fleurie à Morzine (Haute-Savoie).

No 320. — A vendre double emploi. Faux cabr. de luxe Rosengart, deux plac. dern. mod.. état de neuf, mécanisme et carross. Prix intéres. Dr Pierre Richault, à Etréchy (S-et-O.).

No 321. — A céder pied radiologique Reiniger avec accessoires pour radiothérapie profonde. S'adresser Dr Guilbert, 25, rue Henri-Rochefort, à Paris.

No 322. — (Manche), Appareil Rayons X Bouchardon et Anjou, basculant, scopie et graphie 1928, valeur 16.000 fr., à céder 10.000 fr., très bon état.

N° 323. — Docteur 55 ans, très actif, cherche situation dans maison de santé ou clinique, Paris ou banlieue.

N° 324. — Paris, anc. cab.-méd, génér., radioscop., gros prod., appart. 8 pièces, bail, loyer 12.000 fr. Indemn. 80.000 fr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Odéon 36-46.

N° 325. — Vallée du Rhône, Ville, méd. génér., appart. 6 p. et dép., faible indemn. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris Odéon 36-46.

N° 326. — Bretagne, Prox. grde ville, seul méd., fixe chem. fer, grde mais. confort. jard., Indemn. 15.000 fr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Odéon 36-46.

N° 327. — Paris 8e. A céder par suite décès, bail 6 ans, appart. 6 belles pièces, 2 entrées. Installat. gynécologique.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Vichy.** — *La conférence du Professeur Einhorn.* — Nous avons annoncé déjà la conférence faite à Vichy, le 28 août, par le professeur Max Einhorn (de New-York) sur l'*épreuve digestive aux perles.*

Cette épreuve, à laquelle le maître américain a attaché son nom (comme il a attaché son nom au tube duodénal), consiste à faire ingérer au malade une capsule contenant des perles réunies par un fil, chaque perle servant de support à divers aliments déterminés. La capsule, avalée à la fin du repas, libère ses perles dans l'estomac. On passe ensuite les selles au tamis et on y retrouve les perles dont l'examen permet d'apprécier le degré de digestion des aliments qui y étaient fixés et d'établir par cela même la valeur des fonctions digestives de l'estomac et de l'intestin.

La conférence du Professeur Einhorn, faite dans un français très pur, a été très vivement applaudie par les nombreux auditeurs du savant spécialiste américain.

— **Les médecins amis de La Baule.** — La station maritime si fréquentée de La Baule, dont la plage ensoleillée a été justement appelée « Le Paradis des enfants », vient de recevoir sa consécration médicale. Les médecins, et ils sont nombreux, qui villé-

giaturent dans cette jolie station, viennent de fonder une *Société des médecins amis de La Baule.*

Pour couronner cette fondation, nos confrères se sont réunis le 27 août dernier au Restaurant des Ambassadeurs sous la présidence de M. de Lapeyrouse, maire de la ville. Assistaient au déjeuner : le Dr Cattier, président du groupement, le Dr Baratoux, le Dr Bouffe, de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris, le Dr Emile Terrien, le Dr Louis Funck-Brentano, le Dr Paul Funck-Brentano, chef de clinique du Prof. Gosset, le Dr Fouineau, le Prof. Calderon (Colombie), M. Barthélemy, Doyen de la Faculté de Droit de Paris, M. Gommy, Président du Syndicat d'initiative, M. de Lapeyrouse, etc... M. le Prof. agrégé Thiroloix s'était fait excuser.

Le Dr Baratoux, le distingué laryngologiste parisien, a rappelé que la plupart des membres de la nouvelle société étaient non seulement des amis, mais des fondateurs de La Baule. Lui-même, depuis 35 ans, y séjourne chaque année en août et septembre.

D'ailleurs, tous les médecins qui ont visité cette belle station de la presqu'île guérandaise ne sont-ils pas ses amis ? Grâce à M. Gommy et à M. de Lapeyrouse, nos confrères sont toujours reçus à La Baule avec la plus grande cordialité. Personnellement, j'ai plaisir, lorsqu'arrive la semaine de Pâques, à venir passer quelques journées de vacances, reposantes et agréables, dans ce site ensoleillé et si bien doué par la nature.

P. Lacroix.

— **IIIe Congrès international de psychothérapie d'hypnologie et de psychologie appliquée.** — Comme nous l'avons annoncé, ce Congrès se tiendra à Paris, sous la présidence du docteur Bérillon, du 28 septembre au 4 octobre 1931. Outre les séances scientifiques, le Congrès comportera des visites dans les maisons de santé, des excursions, des réceptions (dont une à l'Hôtel-de-Ville), des fêtes, un banquet et un déjeuner à l'Exposition. Adresser les adhésions et le montant des souscriptions (droit d'admission : 50 francs), à M. le Dr Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris, 17e. Tél. Galvani, 63-40.

— **Société française de gynécologie.** — La séance annuelle de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 5 octobre prochain, à 17 heures, à la Faculté de Médecine de Paris.

A l'ordre du jour : 1° un rapport de M. Paul Ulrich (Paris) sur : *Le chimisme du vagin et sa signification physiologique*, suivi d'un exposé de M. Ch.-O. Guillaumin (Paris), sur *les conditions chimiques optima du développement des différents germes dans les sécrétions vaginales* ;

2° Un rapport de M. Ch. Martin (Angers), sur les *Indications des interventions chirurgicales dans le traitement des salpingites chroniques non tuberculeuses.*

— **VIIe Congrès de l'Association des gynécologues, obstétriciens de langue française.** — Ce Congrès se tiendra à Bordeaux les 1er, 2 et 3 octobre 1931. Trois rapports seront présentés sur : le diagnostic radiologique en gynécologie ; les moyens sociaux de dépister le cancer utérin ; les hémorrhagies du post-partum.

Des excursions sont prévues à Arcachon et dans les vignobles girondins (Sauternois).

— **Congrès international du lymphatisme.** — La société des eaux minérales et le Syndicat médical de La Bourboule organisent un *Congrès international du lymphatisme* pour septembre 1933. Des renseignements précis seront communiqués aussitôt que les grandes lignes du programme auront été présentées à la Société d'Hydrologie.

— **Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres, Paris). — *Internat.* — Nomination d'une place d'interne titulaire et d'une place d'interne suppléant dans le service de gastro-entérologie du Dr M. Delort. Durée du service : 6 mois. Entrée en fonction : 15 octobre. Rétribution : 300 fr. par mois et nourriture pour le titulaire ; 150 fr. pour le suppléant.

Adresser les demandes jusqu'au 1er octobre au Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie, à l'hôpital Saint-Michel.

— **Dispensaires antituberculeux du Finistère.** — Le Comité d'hygiène sociale du Finistère rappelle que le concours, pour la nomination d'un médecin chargé d'un secteur de dispensaires dans le département, aura lieu dans les premiers jours du mois prochain, et que la clôture de réception des candidatures est fixée au 10 octobre.

Prière d'adresser les demandes directement au Secrétaire général du Comité, Préfecture, Quimper.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Monsieur Jean-Camille Rigal, fils du Docteur Rigal, de Paris, et de Madame, avec Mademoiselle Antoinette Leclerc. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 31 août 1931, en l'Eglise Saint-Etienne-de-Janville (E.-et-L.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 SEPTEMBRE

Assistance publique.

La médaille d'honneur de l'Assistance publique en or est accordée à M. le Dr Wibaux, médecin directeur du sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais) et la médaille d'argent à M. le Dr Broquin-Lacombe, médecin directeur des services d'hygiène de Troyes et de l'Aube.

3 SEPTEMBRE.

Service de santé militaire.

Ecole du Service de santé militaire.

Décret du 27 août 1931.

Art. 1er. — L'article 6 du décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922, 1er juin 1923, 5 juillet 1925, 29 avril et 29 juin 1926, 13 mai 1927, 9 janvier 1928, 6 avril et 4 octobre 1929, 22 janvier et 3 mai 1931, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active et à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade ou, au plus tard, au 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde), qui varie avec la date de nomination et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine ».

« Ils rejoignent pour le 31 décembre au plus tard l'école d'application du service de santé militaire, pour y accomplir un stage. Ils prennent rang entre eux sur la liste d'ancienneté de leur grade, suivant leur classement à la sortie de cette école ».

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Ecole d'application du Service de santé militaire.

Décret du 27 août 1931.

Art. 1er. — L'article 17 du décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925, 12 avril 1926 et 2 mai 1930, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins et pharmaciens lieutenants appelés à accomplir un stage à l'école d'application du service de santé militaire se recrutent :

« 1° Parmi les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine ou ayant obtenu le diplôme de pharmacien ;

« 2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens admis directement après concours ;

« 3° Parmi les médecins et pharmaciens de réserve admis en stage renouvelable, par application des articles 3 et 4 de la loi du 4 janvier 1929.

« Les cours commencent à une date fixée chaque année par le ministre.

« La durée du stage est au maximum de neuf mois, y compris la période du concours de sortie ; à l'issue de ce concours, les officiers stagiaires reçoivent une affectation ».

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 2. — Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1931, rejoindront l'école d'application du service de santé le 15 octobre 1931 ; leur stage, y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 29 février 1932.

Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1932, rejoindront l'école d'application du service de santé le 1er mars 1932 ; leur stage , y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 15 juillet 1932.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

4 SEPTEMBRE

Hygiène coloniale.

Décret du 30 août 1931 portant approbation et publication de la convention pour l'application de certaines mesures sanitaires à l'Afrique équatoriale française et au Congo belge.

Ce document sera publi ultérieurement.

Assurances sociales.

Décret du 30 août 1930 portant attribution d'indemnités aux membres assesseurs des Commissions cantonales prévues par la loi du 5 avril 1928.

Art. 1er. — Les membres assesseurs de la Commission cantonale instituée par l'article 63 de la loi du 5 avril 1928, modifiée, recevront les mêmes indemnités que les membres du jury criminel.

5 SEPTEMBRE

Circulaire relative à l'organisation de la prévention (assurances sociales).

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les préfets.

Paris, le 28 juillet 1931.

L'histoire des assurances sociales dans la plupart des pays montre que les institutions d'assurance maladie et invalidité ont tout d'abord borné leur action à la compensation du risque et à des prestations en espèces ; elles entreprirent ensuite la cure de la maladie, cause de l'incapacité de travail, la restauration de la santé. Aujourd'hui, là où les assurances sociales sont solidement organisées, elles tendent à la prévention de la maladie, à la suppression, dans la mesure du possible, du risque le plus fréquent d'interruption du travail.

Il n'y a pas de doute que, rationnellement organi-

sée, la prévention doit « payer » : elle paye les institutions d'assurance maladie et invalidité, c'est-à-dire qu'elle leur permet des économies de prestations en espèces et en nature ; elle « paye » aussi, du point de vue individuel, par la diminution de la souffrance humaine qu'elle détermine ; elle « paye » enfin, du point de vue national, c'est-à-dire qu'elle se traduit pour le pays par un accroissement du capital-santé d'une partie considérable de la population.

La loi française a nettement marqué cette tendance à la prévention dans son texte, et les débats parlementaires qui en ont précédé le vote ont clairement mis en lumière les intentions du législateur à ce sujet.

Jusqu'ici les institutions d'assurance maladie (et je laisse de côté pour l'instant les perspectives d'action préventive des organismes d'assurance invalidité) ont été presque uniquement préoccupées d'organiser dans les délais les plus rapides les soins médicaux curatifs. Aujourd'hui, la plus grande partie de cette tâche est accomplie, et le moment est venu pour elles d'envisager l'organisation de la prévention. Mon administration se propose de les y aider.

Dire que la prévention doit « payer », c'est souligner que son organisation doit être rationnelle, ou pour mieux dire économique et efficace. Tâche difficile, d'ordre technique et d'une technicité spéciale, à la fois médicale, administrative et sociale, à laquelle les administrations des caisses sont, jusqu'ici, peu préparées. J'ai l'intention de mettre sur pied l'organisme destiné à suppléer ou à remédier à cette lacune temporaire, et dès maintenant mon administration est en mesure de répondre à vos services et aux administrateurs de caisses désireux de recevoir des directives pour la solution des cas d'espèce présentés localement par le problème de la prévention.

La présente circulaire ne tend pas à l'énumération des différents moyens mis en œuvre par la médecine préventive ; mais il convient d'ores et déjà d'appeler l'attention sur l'importance du diagnostic précoce, du dépistage de la maladie dans ses premiers stades. La loi reconnaît d'ailleurs cette importance en facilitant les examens médicaux périodiques.

Les centres de diagnostic.

Les méthodes de la médecine moderne sont devenues si spéciales, si complexes, si délicates que le praticien de médecine générale est souvent dans l'impossibilité de poser un diagnostic précoce avec les moyens dont il dispose. Les ressources du laboratoire, les secours de la radiologie, le concours de nombreux examens spécialisés sont absolument nécessaires. Comment mettre à la disposition des bénéficiaires de l'assurance et de leurs médecins traitants le personnel spécialisé et l'outillage technique indispensables au diagnostic précoce ? La création de « centres de diagnostic » est certainement la formule la plus économique qui réponde à ce but. Elle

a déjà l'adhésion des représentants de la Confédération des syndicats médicaux, qui sont conscients de la nécessité de tels organismes en vue de faire bénéficier les assurés sociaux des progrès de la médecine moderne, et mon administration étudie actuellement l'organisation et le fonctionnement de ces établissements.

Le service social.

Les « centres de diagnostic » ne constituent qu'une solution partielle du vaste problème de la prévention chez les bénéficiaires de l'assurance ; problème qui sera envisagé par mon administration dans son ensemble, y compris la coordination du « service social », c'est-à-dire l'action de ce personnel auxiliaire indispensable d'infirmières visiteuses et d'assistantes sociales qui vont à domicile faire l'éducation du malade et de on entourage, assurer la prophylaxie, veiller à l'exécution des prescriptions du médecin traitant, tenter la réadaptation de la famille au milieu social.

Tout ceci est l'œuvre constructive de demain. Aujourd'hui il importe de tirer parti, dans la mesure du possible, des institutions sanitaires déjà existantes et qui, bien qu'ayant un champ d'activité plus réduit, n'en sont pas moins susceptibles de rendre des services aux assurés sociaux.

La collaboration avec les œuvres et services existants.

La plus grande partie du territoire français est couverte d'un réseau d'œuvres de protection de la maternité et de l'enfance, de dispensaires antituberculeux et antivénériens, de centres anticancéreux, etc. Quelle ligne de conduite les institutions d'assurances sociales doivent-elles adopter vis-à-vis de ces organismes ? Le bon sens l'indique : éviter le gaspillage résultant de doubles emplois, coordonner les efforts en vue du but commun.

Quels sont les critères qui permettront aux administrateurs des caisses, parfois peut-être inexpérimentés et incompétents en matière de politique anitaire, d'estimer la valeur du travail des œuvres de prévention ? Par quels moyens pourront-ils multiplier l'action de ces œuvres et, là où elles ne sont pas viables, les suppléer pour remédier à une dangereuse carence ? Mon administration, par son organisme technique, pourra les conseiller et les guider utilement.

La collaboration apportée par les institutions d'assurance-maladie aux œuvres de prévention revêtira toujours une forme active ; elle ne saurait se borner à l'octroi d'une simple subvention, sans garantie ni contrôle. Afin de ne pas enfermer cette collaboration dans des règles trop rigides et d'en permettre l'adaptation aux circonstances locales, on peut l'envisager sous trois formes : *a*) programme étudié en commun, mais exécuté séparément par les différentes institutions ; *b*) programme exécuté en commun ; *c*) programme exécuté par une institution, moyennant une rétribution servie par les autres institutions intéressées.

Les deux premières formes de collaboration sont particulièrement recommandables, parce qu'elles introduisent dans les œuvres cet esprit d'intelligente économie et cet intérêt générateur d'heureuses initiatives qui caractérisent les entreprises gérées par les usagers eux-mêmes. Il faut reconnaître cependant qu'elles nécessitent une éducation technique qui fait défaut, quant à présent, à beaucoup d'administrateurs de caisses.

La troisième forme de collaboration — rétribution pour services rendus — doit toujours correspondre à des garanties d'efficacité et de contrôle. Le double droit de contrôle technique que les caisses et les syndicats médicaux tiennent de la loi doit s'exercer intégralement. De plus, afin de rendre un peu plus active cette forme de collaboration, il est désirable qu'un ou plusieurs représentants des institutions d'assurance maladie, choisis parmi les membres les plus influents, les plus actifs et les plus compétents, fassent partie du conseil d'administration et de la commission exécutive de l'œuvre rétribuée.

Quelle que soit la forme de collaboration adoptée, une étude en commun du programme à exécuter est indispensable. Il convient d'y préparer les institutions d'assurance maladie. Il vous appartient d'appeler l'attention des différentes institutions d'assurance maladie sur l'intérêt de la prévention, et de les orienter vers une collaboration avec les œuvres existantes, lorsque celles-ci répondent véritablement à leur but. Vous recommanderez les formes de collaboration qui impliquent de la part des institutions d'assurance maladie une participation active, c'est-à-dire soit l'exécution, sous leur propre responsabilité d'une partie bien définie du programme élaboré en commun, soit leur représentation dans une large mesure, proportionnelle à leur appui financier et à la population protégée dans les organes de gestion de l'œuvre de prévention. Dans le cas où la collaboration se bornerait à une simple rétribution pour services rendus, vous veillerez à ce qu'un règlement définisse de façon claire et précise les garanties et les modalités de contrôle qu'il appartient aux institutions d'assurance maladie de se réserver, en vue d'obtenir la juste contre-partie des sacrifices financiers qu'elles auront consentis.

La lutte antituberculeuse.

Je crois utile, à titre d'exemple, d'envisager l'application de ces principes à la lutte antituberculeuse.

La lutte antituberculeuse peut utiliser des moyens d'action indirects destinés à augmenter la résistance du terrain à l'infection, à élever le standard de vie, à améliorer par exemple les conditions d'alimentation et d'habitation ; et il n'est pas douteux que par leurs prestations en espèces, les institutions d'assurances sociales constituent un facteur important de cette lutte indirecte.

La lutte antituberculeuse directe, spécifique, est dirigée contre le bacille tuberculeux. Elle repose sur

le dépistage des cas de tuberculose, sur l'éducation prophylactique du malade et de son entourage, sur le placement de tuberculeux dans des établissements de cure (sanatorium, hôpital), sur la vaccination du nouveau né et sur l'éloignement des enfants du milieu familial contagieux. Le dispensaire d'hygiène sociale est la cheville ouvrière de cette lutte antituberculeuse, et l'on sait qu'un large réseau de dispensaires couvre actuellement le territoire. Quand ces dispensaires sont viables et d'une valeur technique suffisante, les institutions d'assurances sociales ont intérêt à renforcer ou à compléter leur action.

Première forme de collaboration. — Ces institutions d'assurance-maladie assument la tâche de créer quelques-uns des nombreux organismes destinés à compléter l'action du dispensaire d'hygiène sociale. Exemples :

Création de lits de sanatoriums ou d'hôpitaux, afin d'hospitaliser rapidement les assurés sociaux (actuellement le nombre de ces lits est insuffisant, et les placements assurés par les dispensaires sont presque toujours trop tardifs). La mutualité est entrée dans cette voie et a construit des sanatoriums.

Création de lits d'observation à proximité du dispensaire. Ces lits manquent presque toujours et seraient souvent fort utiles, soit pour mettre pendant quelques jours les malades en observation, soit pour pratiquer le pneumothorax artificiel.

Création de centres de rééducation professionnelle et de bureaux de placement à l'usage des tuberculeux, qui font actuellement défaut et qui permettraient la réadaptation à la vie sociale des malades qui sortent du sanatorium.

Création de colonies de vacances et de préventoriums, en vue d'éloigner les enfants des dangers du milieu familial.

Création de postes nouveaux d'infirmières-visiteuses travaillant en liaison avec les infirmières visiteuses du dispensaire.

Création de comités d'assistance ou de patronage destinés à compléter l'œuvre du dispensaire.

Education sanitaire des assurés sociaux.

Deuxième forme de collaboration. — Participation directe et active à la gestion de l'œuvre de prévention. En proportion de l'importance de la population assurée et de l'appui financier fourni, les représentants des institutions d'assurance maladie entrent dans le conseil d'administration et dans la commission exécutive des offices ou comités d'hygiène sociale, ainsi que dans les comités de patronage ou d'assurance.

Troisième forme de collaboration. — Rétribution des services rendus aux assurés par les dispensaires.

L'assuré social a le même droit que toute autre personne à bénéficier gratuitement des services du dispensaire d'hygiène sociale. Si donc une rétribution est accordée aux dispensaires par les assurés sociaux, à moins d'être une prime à la stagnation de ces orga-

Voir la suite page LV-2903

PROPOS DU JOUR

La vérité sur les rapports des médecins coloniaux entre eux et avec l'administration

En écrivant quelques articles sur la *Médecine coloniale*, nous avons résolu de faire connaître en toute sincérité à nos lecteurs tout ce que nous pouvions leur apprendre. Nous avons reçu à ce sujet de nombreuses communications. Dans une question aussi complexe que la médecine coloniale, où les conditions de son exercice varient non seulement d'une colonie à l'autre, mais aussi dans la même colonie, où elles dépendent du gouverneur, de l'administrateur, des confrères, des colons, des indigènes avec lesquels le médecin se trouve en contact, il ne faut guère s'étonner de voir les opinions les plus disparates se faire jour chez nos correspondants dont la sincérité ne saurait être mise en doute, nous les reproduisons en toute franchise, laissant à nos lecteurs le soin d'apprécier et de juger. Aucune des lettres que nous avons reçues ne sont anonymes ; néanmoins nous avons cru préférable de ne pas publier les noms de leurs auteurs, car nous tenons à laisser à notre enquête un caractère absolu d'objectivité et d'impartialité.

Voici d'abord la lettre d'un médecin colonial d'un certain âge, retraité et qui exerce dans une ville d'Algérie ; il nous paraît envisager la question avec impartialité.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère,

Retraité, je suis au-dessus des querelles des services actifs et n'ai aucun intérêt à abaisser les uns au profit des autres.

Mais un intérêt qui dépasse les coteries et l'esprit de corps, possible chez des artilleurs ou des mécaniciens, là où ses conséquences sont insignifiantes, impossible chez des médecins coloniaux, missionnaires de la civilisation, me fait un devoir d'apporter ma voix à l'enquête que vous poursuivez.

Médecin des Troupes coloniales, médecin d'assistance, j'ai pu voir et juger. Eh bien ! Je leur dis à tous : les dissensions ne servent que cet autoritarisme de certains administrateurs dont parle mon confrère X, dans sa lettre du 20 mai. Trop souvent, hélas ! les directeurs locaux militaires, les médecins généraux sacrifient tel médecin civil pour ne pas déplaire au pouvoir qui dispose des honneurs et de l'avancement. Trop souvent, on profite de dissentiments entre administrateur et médecin d'assistance que personne ne défend, pour glisser à sa place si le poste est bon, un militaire. Trop souvent aussi, on oublie qu'un médecin, fût-il un civil, a droit à récompense tout comme un militaire qui n'est, en somme militaire que de nom puisque sa carrière se passe dans des postes civils. Combien de mes confrères militaires ont acquis les plus hauts grades en servant surtout l'administration civile ! On commence par être adjoint dans une direction et on suit la filière ensuite n'est-ce pas... pendant que les vrais médecins des troupes coloniales sont eux toujours affectés aux corvées militaires ou aux postes africains tout comme des contractuels...... Il y a des parias dans les deux camps !..... Certains confrères civils, pas les plus intéressants, certes, ont compris que l'intrigue, la politicaillerie, la cour habile faite à un administrateur de grade élevé, futur résident supérieur, valaient mieux que tous les dons personnels, que tout le véritable dévouement, car « le chiqué » de certains en certains postes de ville favorables à rapports sensationnels d'assistance, ne trompe personne..... Cependant, les directions toujours pour se ménager le pouvoir, ménagent ces privilégiés, amis du pouvoir. Et j'ajoute que leurs confrères civils peuvent encore moins compter sur eux que sur les confrères militaires.

Mais en tout cela que devient l'œuvre coloniale ? Une opération ! Chacun est capable de la faire, même ceux (j'ai un nom à la mémoire) qui réputés opérateurs aujourd'hui, voyaient leurs hôpitaux de brousse désertés devant leur incapacité notoire. L'assistance coloniale ! Ce n'est pas un kyste de l'ovaire enlevé, une hernie opérée dans un hôpital de grande ville. Ces opérations n'ont de valeur que dans la brousse, où, frappant l'indigène, elles favorisent l'œuvre médicale coloniale qui doit être non une œuvre de défense de l'individu, mais bien de la collectivité, non la conservation d'un membre malade de cette collectivité, mais la prophylaxie des membres sains de cette collectivité..... Or, pour sauver la masse indigène, pour la préserver des fléaux de contamination qui la menacent, rien ne vaut le dévouement obscur du praticien qui ne craignant ni la pluie, ni le soleil, ni la vase, ni la brousse, va au devant de la maladie, sans attendre qu'elle vienne à lui. Ce dévouement, rares sont ceux qui l'apprécient. Un beau rapport vaut tous les dévouements..... « Il vous faut

un tempérament de fer » me disait un jour mon ami L. B., administrateur de la vieille école.

Oui, il fallait, il faut ce tempérament et la flamme aussi.....

Mais à ce jeu-là, on se mine et quand, malade, on doit prendre une maigre retraite proportionnelle : 17.500 francs après 26 ans de services ! et un grade équivalent à celui du lieutenant-colonel (douce ironie), on attend encore la croix qu'on vous a promise en 1915 et si on fait appel aux sentiments de confraternité, de justice des camarades du Corps de santé des troupes coloniales qui rapidement sont montés jusqu'aux plus hauts grades, de ceux-là même qui, à la création des corps d'assistance, vous ont conseillé de démissionner pour que ces corps aient des sujets déjà faits aux colonies, alors qu'ils prévoyaient la déconfiture du Corps militaire, on trouve porte de bois, parce que le Corps de santé des A. C. tout puissant dédaigne aujourd'hui l'assistance civile définitivement vaincue.

Veuillez agréer, etc.

Dr X.

***

Nous avons reçu d'un autre de nos confrères exerçant dans une ville d'Algérie, éloignée de celle qu'habite le médecin auteur de la dernière lettre, des renseignements sur l'histoire médicale du Maroc que nous ne pouvons publier malgré leur grand intérêt, car cela nous entraînerait dans des discussions politiques et personnelles.

Notre correspondant nous fait remarquer que la pénétration pacifique du Maroc au moyen des médecins civils a commencé en 1902 à l'instigation du Ministre Delcassé. Ces médecins civils furent admirablement accueillis par les indigènes et il n'était pas nécessaire de distribuer des demi-douros pour attirer ces derniers aux consultations par centaines. En outre, la considération dont jouirent ces médecins *civils* était très grande et les indigènes les comblaient de présents.

Notre correspondant est convaincu, qu'en 1908, en suivant les indications de ces *médecins civils*, on aurait pu établir au Maroc le protectorat français sans intervention militaire.

Mais notre Gouvernement a préféré s'immiscer dans la lutte entre Abd el Aziz et Moulay Hafid par peur de l'intervention de Guillaume II et aujourd'hui l'on a oublié que les médecins civils ont été les premiers pionniers de la pénétration pacifique française au Maroc.

***

Un autre correspondant qui, abandonnant l'A. O. F., est parvenu à se faire une situation enviable dans une ville de la Métropole, se plaint de la conduite imprévoyante de l'Administration, notamment lors de la dernière épidémie de fièvre jaune qui aurait fait, par la faute de certains administrateurs, plus de quatre vingts victimes, ce qui, de l'avis de notre correspondant, aurait pu être évité. Comme il était lui-même au chevet des malades il peut rendre hommage au dévouement de ses confrères Sorel et Cazenave. Il déplore la conséquence des intrigues que l'ambition d'arriver à des postes plus élevés et à des honneurs plus grands déchaîne dans la haute administration coloniale.

***

Enfin un dernier correspondant, qui nous écrit directement d'une ville du Maroc, se plaint amèrement de la concurrence de certains médecins militaires qui, possédant des autos, consacreraient plus de temps à leur clientèle payante qu'à leur service et à leur hôpital. Toutes les réclamations seraient restées lettre morte.

« Ces Messieurs sont tabous » termine notre confrère marocain.

***

Que conclure pour être équitable ? C'est que la médecine coloniale est loin d'être organisée et que son exercice tant par les médecins militaires que par les médecins civils donne lieu à d'incontestables abus.

Nous souhaitons que peu à peu la situation s'améliore et nous constatons avec plaisir qu'un effort est tenté dans ce but et que les campagnes que nous avons menées et que nous continuerons de mener, ainsi que celle de notre distingué et actif confrère, le Dr Crouzat, dans le *Jeune Médecin*, ne sont pas restées sans effet.

Elles ont été utiles, n'auraient-elles eu pour résultat que d'intéresser le public médical de la Métropole à la médecine coloniale.

Nous pensons être dans la vérité, en ne faisant pas miroiter d'une part aux jeunes médecins la vie coloniale comme le comble du bien-être et en ne leur faisant pas envisager l'exercice de la médecine de l'Assistance indigène comme une carrière de tout repos, donnant toutes les satisfactions morales et matérielles ; et d'autre part, en ne généralisant pas les plaintes émises par nos correspondants, dont nous ne mettons pas en doute la sincérité, mais qui, nous l'espérons, nous ont signalé des faits locaux, devenant de plus en plus rares et qui, souhaitons-le, ne tarderont pas à disparaître.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

IMPUISSANCE. INJECTIONS ÉPIDURALES. GUÉRISON

Par le Dr L. BOULANGER,

Assistant à l'hôpital d'Urologie.

L'impuissance causée par l'inhibition du centre médullaire de l'érection de Eckardt n'est pas chose rare. Elle est même assez fréquente et se rencontre à l'âge moyen de l'existence lorsque l'homme, ayant acquis son entier développement, en pleine possession de son énergie, de sa force et de sa virilité, se trouve dans cette période de sa vie où ses facultés génésiques sont à leur summum d'activité et doivent s'exercer dans la plénitude de leur fonctionnement.

L'impuissance, physiologiquement anormale, crée un état psychique particulièrement pénible, cruel même, car, ainsi que je l'ai écrit ailleurs (1), « après l'instinct de conservation, l'instinct de reproduction est bien certainement celui qui est le plus profondément ancré au cœur de l'homme ». Aussi, sans parler des cas où, l'impuissant étant marié ou candidat au mariage, la situation devient angoissante et dramatique, l'impuissant se trouve vis-à-vis de lui-même dans un état d'infériorité qui le fait se considérer, ainsi qu'il le dit lui-même ; « *comme n'étant plus un homme* ». Cette formule n'est pas une boutade, mais l'expression d'une mentalité réellement existante, car l'impuissant est démoralisé à ce point qu'il parle de suicide. Et à ce propos, je dirai qu'il ne faut pas prendre à la légère les doléances des impuissants et les évincer avec des paroles banales ou des conseils saugrenus, comme d'aucuns sont portés à le faire (2), mais, au contraire, on doit sympathiser avec eux, s'intéresser à leur misère, les consoler, les encourager les soigner... et les guérir. Les guérir, car cette affection n'est pas, ou pour parler plus exactement, n'est plus au-dessus des ressources de la thérapeutique ainsi qu'elle le fût longtemps. Jadis, en effet, lorsque l'on n'avait à opposer à l'impuissance que la médication aphrodisiaque dont les résultats sont inconstants, irréguliers, et les effets souvent funestes, nous pouvions nous considérer comme à peu près sinon complètement désarmés en présence de l'impuissance, la sagesse et la prudence nous faisant, à bon droit, hésiter devant l'emploi d'une médication aussi décevante et hasardeuse que l'est la médication aphrodisiaque.

Cet état de choses est complètement modifié depuis que la médication épidurale, due à M. Cathelin (1), est venue nous apporter de l'impuissance par inhibition nerveuse, un traitement scientifique, inoffensif dans son application, certain dans ses résultats. Il ne jouit cependant pas de la notoriété qui lui est due, quoiqu'il compte à son actif bien des succès. Pour ma part, je lui dois bon nombre de guérisons : à l'appui de ce qui précède, j'en citerai une dont le récit a une valeur particulière parce que due à la narration qu'en a écrite le malade lui-même.

Je transcris exactement et intégralement son auto-observation.

« Au mois d'avril dernier, je souffrais d'une impuissance partielle. Parfois l'érection se produisait normalement, d'autres fois d'une façon fugitive, et plus souvent d'une façon nettement insuffisante.

« Après une semaine de repos complet physique et moral, pas de voyages, pas de veillées tardives, repos étendu avant et après le déjeuner, alimentation surveillée, la première piqûre fut pratiquée, puis une deuxième quatre jours après, puis une troisième après le même délai. C'est à la suite de cette dernière piqûre que l'amélioration se fit sentir très nettement. Enfin, après la quatrième piqûre, les érections se produisirent toujours normalement. Je n'ai pas depuis constaté la moindre défaillance.

« Disparues également les éjaculations prématurées et la fatigue qui s'ensuivait.

« Je crois bon d'ajouter que ni pendant, ni après

(1) BOULANGER. — Le problème de la prophylaxie de la blennorrhagie chez la femme. (*Journal des praticiens*, 8 janvier 1927.)

(2) Tel celui donné à un impuissant (à ce qu'il me dit) d'aller, dans un établissement *ad hoc*, pratiquer le coït buccal, suggestion à laquelle il eut le bon esprit de ne pas obéir ; les injections épidurales que je lui fis lui rendirent sa virilité qu'il conserve depuis, il y a de cela trois ans.

(1) CATHELIN. — *Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires*, 1903. Dans son ouvrage, M. Cathelin rapporte quatre observations d'impuissants guéris par les injections épidurales.

ce traitement je n'ai observé la moindre réaction (9 octobre 1930) ».

Cette auto-observation comprend les faits principaux de l'histoire de ce malade ; néanmoins, ayant été rédigée par un étranger à la médecine, elle pêche par certains côtés, des lacunes y existent, que je vais combler, et des indications que le malade ne pouvait donner, les ignorant, n'y figurent naturellement pas, que je vais faire connaître.

Ce malade est un homme de 35 ans, de bonne constitution, sans passé pathologique important, sans tares, négociant, marié, et dont l'impuissance était bien réellement due à une inhibition nerveuse sans lésion des centres médullaires ainsi que d'ailleurs l'a prouvé la guérison obtenue par les injections épidurales de sérum physiologique de NaCl à 7 gr. 50 ‰, aux doses progressivement croissantes de 5 cc. à 20 cc.

Il a été dit plus haut que le traitement de l'impuissance par les injections épidurales n'était pas assez connu et répandu. Je profite de l'occasion qui m'est donnée d'en parler et de l'hospitalité que le *Concours médical* veut bien donner à ces lignes pour reproduire ici ce que j'ai publié jadis ailleurs à ce sujet (1) :

« On n'a pas assez souvent demandé à cette méthode la guérison de ces troubles nerveux que l'on pourrait, à mon avis, désigner sous le nom d'*inhibition génitale*. Cette appellation aurait l'avantage de bien préciser les cas justiciables de la méthode épidurale qu'il ne faut pas aventurer dans le traitement d'affections où elle ne peut rien que de causer une déception au malade et au médecin. On ne doit, en effet, demander à l'injection épidurale que ce qu'elle peut, que ce qu'elle doit donner, c'est-à-dire le réveil d'une fonction engourdie, assoupie, *inhibée* et non pas la réparation d'un centre nerveux plus ou moins altéré ou détruit et, suivant une comparaison familière à M. CATHELIN qui l'emploie volontiers, l'injection épidurale est à un centre nerveux seulement endormi, mais sans lésions, l'analogue d'une secousse donnée à une pendule dont le mécanisme est arrêté mais qui n'a subi le bris d'aucune pièce. L'injection épidurale donne un coup de fouet au centre nerveux et le remet en mouvement comme la secousse imprimée à la pendule en remet le mécanisme en marche.

« Ce résultat des injections épidurales se comprend facilement par son mode d'action qui est le suivant. Les centres *ano-spinal* de MAZIUS, *vésico-spinal* de GIANUZZI, *génito-spinal* de BUDGE, et de *l'érection* de ECKARDT sont étagés de haut en bas dans la dernière portion de la moelle épinière ; les nerfs qui en sortent traversent, pour gagner les trous de conjugaison, l'espace épidural où la solution, injectée dans cet espace, vient leur donner une excitation traumatique qu'ils transmettent au centre médullaire inhibé dont le fonctionnement acquiert, de ce fait, une activité nouvelle.

« Une remarque importante à faire, et sur laquelle je crois bon d'insister, en ce qui concerne le traitement de l'impuissance par cette méthode, c'est que l'injection épidurale n'est pas une *médication aphrodisiaque* : la solution injectée ne contenant aucun agent de cette nature, mais seulement du chlorure de sodium dans la proportion de 7 gr. 50 ‰ à l'exclusion de tout autre médicament.

« Il ne faut donc pas attendre d'elle ni l'amplification d'une fonction existante, ni le relèvement d'une virilité normalement défaillante par suite des progrès de l'âge, ni son retour si la sénilité l'a totalement abolie ou bien si elle a été pathologiquement détruite par la destruction même du centre nerveux qui la commande. Là l'injection épidurale est impuissante. J'ajouterai encore que dans la pratique, il convient lorsque le résultat est obtenu, de ne pas prolonger la médication dans le but d'en augmenter, d'en corser les effets, ce que d'ailleurs on n'obtiendrait pas, mais de la cesser, étant bien entendu qu'elle doit être reprise au moindre signe de défaillance.

« Depuis de nombreuses années déjà, j'emploie cette méthode avec les résultats les plus satisfaisants, aussi bien dans la clientèle de vi le que dans la pratique hospitalière : aussi j'ai pensé qu'il n'était pas inutile de rappeler que nous avons dans l'injection épidurale un moyen efficace, et d'autant plus précieux qu'il est absolument inoffensif, de remédier à certaines névroses génito-urinaires. »

(1) BOULANGER. — *Inhibitions sympathiques génito-urinaires et injections épidurales* (*Journal des praticiens* 15 décembre 1923.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin

Goitre exophtalmique (1)

Professeur P. DELBET.

Voici une malade atteinte de goitre exophtalmique. Elle est âgée de 27 ans.

A l'âge de 20 ans, elle dit avoir remarqué une petite grosseur au niveau du cou, et en même temps son œil droit devient plus saillant, ses mains tremblent. Elle ne se plaint pas de fatigue générale, mais au moindre effort s'essouffle et sent son cœur battre avec une grande rapidité.

Au moment de l'apparition de tous ces phénomènes, la malade était en Russie, elle y supportait tous les inconvénients du régime.

Le goitre serait, d'après les dires de la malade, survenu à la suite de toutes les émotions qu'elle aurait eues.

Je vous rappelle le cas de l'homme, qui tombe à l'eau sans avoir de goitre et qui, lorsqu'on l'a retiré, en avait un.

D'après moi, l'origine émotive du goitre serait très douteuse.

Si le goitre pouvait être attribué aux émotions, pendant la grande guerre, on aurait dû en observer de nombreux cas, et il n'en fut pas ainsi. Par contre, en Suisse, pays qui est resté neutre, pendant la période de la guerre, le nombre des goitres aurait considérablement augmenté. Etant encore en Russie, la malade devait être opérée, mais son père s'y était opposé ; elle est arrivée en France en 1925, à l'âge de 22 ans. Son goitre grossit ou diminue à intervalles réguliers.

Elle va consulter Léopold-Lévi qui lui prescrit le traitement iodé. A ce moment l'exophtalmie est bilatérale.

Vous connaissez les signes capitaux du goitre exophtalmique : gros cou, gros yeux, gros cœur et tremblement des mains.

Dans 9/10es des cas, le goitre se voit chez les femmes. On observe chez elles, en même temps le plus souvent des troubles de menstruation. Notre malade a l'expression caractéristique, l'expression tragique de la physionomie. L'exophtalmie chez notre malade est très marquée, mais on ne note rien de spécial au niveau des pupilles, une légère trémulation des paupières, une certaine difficulté pour fermer les yeux ; c'est le signe de Stellwag. Le signe du frontal n'existe pas chez elle ; la convergence est troublée ; c'est le signe de Mœbius.

Lorsque nous demandons à notre malade de porter le regard vers le bas, nous constatons un défaut de synergie du globe oculaire et de la paupière supérieure : signe de de Græfe.

La tachycardie est très variable chez notre malade ; il y a aussi une discordance nette entre la grosse exophtalmie et la tachycardie relativement peu importante. Elle a une tachycardie sinusale banale. La pression sanguine n'est pas abaissée. Les tremblements auraient diminué depuis que la malade est au repos. Ses fonctions ovariennes jusqu'à il y a deux mois environ étaient normales.

Nous trouvons chez notre malade un goitre diffus de petit volume, extrêmement vascularisé. A son niveau, nous percevons nettement le thrill vibratoire des Anglais ; c'est un symptôme des anévrismes artério-veineux et cirsoïdes.

Le thrill est un souffle continu à renforcement systolique.

La malade n'a pas de troubles intestinaux, pas de diarrhée. Elle a maigri en trois mois de 7 kgr.

Cet amaigrissement est dû à une modification du métabolisme basal ; l'examen de ce dernier sera pratiqué demain.

Régulièrement dans ces cas il doit être augmenté.

Le métabolisme basal est celui qu'on obtient au repos complet, ce qui est presque impossible a obtenir.

On a conseillé, en se basant sur les résultats du métabolisme basal, de pratiquer la thyroïdectomie, s'il est augmenté de 15 à 40 %. Si ce chiffre est dépassé, il vaut mieux préalablement prescrire un traitement médicamenteux, ensuite pratiquer la ligature et seulement en dernier lieu la thyroïdectomie.

Y a-t-il d'autres signes que ce que nous avons mentionné ?

On a parlé des signes hématologiques. C'est Kocher, de Berne, qui le premier a insisté sur ces signes. Il y aurait de la leucopénie neutrophile. Actuellement, on n'attache plus aucun attention à cette modification sanguine.

Notre malade a un goitre assez volumineux, diffus, très vascularisé ; une exophtalmie très marquée, mais, par contre, une tachycardie très modérée ; d'autre part, les troubles ovariens n'existent pour ainsi dire pas ; il y aurait même plutôt diminution qu'augmentation du flux menstruel.

La thérapeutique doit être basée sur la pathogénie.

(1) Leçon du 19 mars 1931.

Les émotions n'ont pas de valeur dans la pathogénie du goitre exophtalmique. Dans nombre de cas, on trouve à l'origine du goitre des accidents infectieux généraux ou spécifiques.

On a fait des rapprochements entre le goitre exophtalmique, la tuberculose et la syphilis.

Certains auteurs affirment l'origine tuberculeuse du goitre.

Lorsqu'il y a chez un goitreux de la syphilis, il faut toujours et d'emblée instituer le traitement spécifique.

On a incriminé comme étant l'origine du goitre les troubles pituitaires, surrénaux, ovariens.

On a aussi soutenu que la lésion ne siégeait pas dans le corps thyroïde, mais dans le thymus, dans le système nerveux sympathique. Abadie considérait le goitre en tant qu'une névrose du grand sympathique.

La paralysie du sympathique produit la dilatation des vaisseaux du cou. A quoi est due l'augmentation du volume de la thyroïde ?

L'exophtalmie fut attribuée à de la dilatation des vaisseaux de l'orbite; mais depuis François Franck, on l'explique par l'excitation du grand sympathique.

Morat parle des fibres vaso-dilatatrices et des fibres constrictrices qui sont prédominantes, mais alors pourquoi les dilatatrices agiraient-elles plus ?

La seule lésion constante est celle du corps thyroïde lui-même.

Le thymus pourrait être malade d'emblée et être la cause du goitre exophtalmique. L'hypertrophie du thymus est fréquente, mais la percussion ne donne pas de renseignements précis, il faut avoir recours à la radiographie.

La persistance thymique a une très grosse importance au cours des anesthésies, autant à l'éther qu'au chloroforme ; on peut observer la syncope cardiaque, le thymus tod des Allemands.

On connaît bien la mort subite thymique chez les enfants.

Godard a étudié ces cas. Le thymus, loin de disparaître à la puberté, persiste. Le thymus se modifie d'une façon extraordinaire.

Justin a étudié ces états thymiques ; chez les adultes morts accidentellement, on trouve le thymus presque toujours.

M. Roussy dit qu'il n'y a pas de caractères spéciaux, mais bien un ensemble qui est intéressant à observer dans les cas de goitre exophtalmique.

1° Les vaisseaux sont irréguliers ; 2° on note des arborisations dans les vésicules thyroïdiennes ; 3° l'épithélium est modifié ; 4° il y a de la dilatation des vaisseaux ; 5° la substance colloïdale est fragmentée.

Comment ces lésions peuvent-elles engendrer l'ensemble symptomatique connu ?

La chirurgie a prouvé que l'ablation totale du corps thyroïde donnait à sa suite le développement du myxœdème.

Reverdin a été très étonné de voir les malades opérés revenir au bout d'un temps plus ou moins long, le trouver avec de la maladresse des doigts, avec un état de torpeur, etc. Reverdin demanda à Kocher, de Berne, s'il observait la même chose.

Ces faits furent appelés cachexie strumiprive ou myxœdème opératoire.

La dysthyroïdie donne la maladie de Basedow. La dysthyroïdie ne se traduit pas toujours de la même façon. La tachycardie, les tremblements, les troubles ovariens peuvent être variables.

Que pouvons-nous dire au sujet de la thérapeutique ?

Nous ne savons pas la cause, donc pas de thérapeutique causale possible. Il nous est interdit d'enlever la totalité de la glande thyroïde.

Voyons les dangers de l'affection par elle-même et ceux de la thérapeutique. Quel est l'avenir des gens atteints du goitre exophtalmique ?

Il y en a qui succombent à l'asystolie ; quelques-uns meurent brutalement ; d'autres s'amaigrissent, font des troubles diarrhéiques et finissent par la cachexie. Ces terminaisons ne sont pas fatales. On observe des goitres exophtalmiques chez les enfants, ceux-là guérissent encore assez fréquemment.

L'évolution est irrégulière, le plus souvent par poussées entrecoupées de rémissions ou même de régressions.

J'ai vu une fille de 27 ans, il y a de cela plus de 25 ans qui était atteinte d'un goitre exophtalmique et qui, actuellement est parfaitement guérie.

Un autre malade qui, il y a 34 ans, a été opéré par Kocher de Berne et qui, après l'intervention, est resté sans modifications. Progressivement, lentement, au bout de 15 ans seulement est revenu un état normal ; son goitre a subi une évolution vers la guérison.

Nous ne savons pas la proportion des goitres se terminant par la mort. Lorsque le malade est opéré, d'après Kocher, il faut le soumettre au traitement médicamenteux. Lorsque le malade guérit dans ces conditions, on ne peut préciser si c'est l'opération ou bien le traitement médicamenteux qui agit.

Quels peuvent être les divers traitements du goitre exophtalmique ? 1° le traitement médical ; 2° la radiothérapie ; 3° l'intervention chirurgicale.

En tant que traitement médical, il faut signaler le repos, le régime lacto-végétarien, les toni-cardiaques, s'il y en a besoin, l'iode et la quinine sous diverses formes.

L'emploi de l'iode chez les individus ayant un goitre non exophtalmique peut provoquer la basedowisation du goitre.

Chez les vrais basedowiens, l'iode en règle générale entraîne la sédation des symptômes. On donne habituellement la solution de Lugol.

Il ne faut jamais négliger l'emploi de l'iode ; on vérifie les résultats par le métabolisme basal, qui doit baisser en conséquence.

La quinine sous des formes variées est une des bases du traitement. On peut appliquer la radiothérapie ou la radiumthérapie : on emploie plus souvent la radiothérapie.

Que peut-on en espérer ? On peut détruire les cellules les plus atteintes. La radiothérapie occupe la place entre la ligature et la résection.

Certes, il peut y avoir des accidents ; mais on peut les éviter, en prenant les précautions nécessaires ; on peut ne pas détruire les cellules saines ou les moins atteintes.

L'opération est plus difficile, car, après la radiothérapie au niveau de la thyroïde, on trouve des zones de sclérose. Dans les deux mois qui suivent l'application, il n'y a pas encore de modifications importantes et l'opération peut se faire.

Il est bon, en général, de commencer par l'application des rayons X. Il y a deux types d'interventions chirurgicales : la ligature des artères thyroïdiennes qui diminue la vascularisation de la glande, et la thyroïdectomie partielle. La thyroïde a quatre pédicules, on considère la ligature du pédicule supérieur comme celle ayant le plus d'importance. Il faut réséquer le pédicule, car il contient des filets nerveux vasodilatateurs. Le résultat de cette intervention est toujours faible et transitoire. C'est une méthode préparatoire. C'est pour éviter des accidents graves qu'on y a recours.

La thyroïdectomie partielle est une opération en plusieurs temps, Kocher la faisait en deux, trois temps ou plus.

Quels sont les accidents en présence du goitre exophtalmique ?

La mort brutale, par syncope cardiaque. Les crises d'hyperthyroïdisme aigu, éréthisme extrême, contractures, élévation thermique allant à plus de 41°, les malades gardant leur complète lucidité ; la mort survient au bout de 36 ou 48 heures.

Quels sont les résultats des thyroïdectomies ? D'après certaines statistiques, la mortalité tombe à 1 ou 2 %, ce qui dépend de la bonne préparation d'une part, et, d'autre part, du fait que l'on range dans le nombre des goitres exophtalmiques des goitres secondairement basedowifiés.

On opère des adénomes toxiques, des goitres circonscrits, et les résultats sont bons. Lorsqu'on opère un goitre diffus, en laissant une partie de la glande, on laisse du tissu lésé.

Suivant la statistique d'un chirurgien américain, les cas graves donnent 50 %, et les cas bénins 1,5 % de mortalité. En général, la mortalité est très élevée. Les opérés sont des améliorés et non des guéris, car ils gardent dans leur organisme un tissu lésé.

Après l'intervention, il faut instituer un traitement médicamenteux prolongé, mais alors les résultats finalement obtenus ne sont peut-être pas dus à l'opération, mais bien à la médication.

Chez notre malade, nous allons essayer la sérothérapie du goitre exophtalmique.

On a préparé des sérums cytotoxiques pour les cellules thyroïdiennes. Un autre moyen : on prend du sérum de myxœdémateux ; mais il ne fait pas grand'chose.

Chez notre malade, nous allons procéder tout autrement ; nous prendrons chez elle du sang ; nous l'injecterons à des animaux ; puis, après un laps de temps, on reprendra le sang à ces animaux, et on le réinjectera à la malade. Il y a un symptôme sur lequel l'extirpation de la thyroïde n'agit pas : c'est l'exophtalmie. Pour lutter contre elle, il faut pratiquer la résection du sympathique cervical, du ganglion supérieur principalement.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Vierges, comme jeunes femmes, peuvent présenter des hémorragies génitales, dont il importe de préciser la cause, afin d'éviter toute erreur de thérapeutique

D'après le Dr A. SIREDEY (1).

I

Les hémorragies

Les hémorragies utérines, sauf des circonstances tout à fait exceptionnelles, ne se produisent, en effet, qu'à la puberté.

Dès lors, il convient de citer, pour mémoire seulement, des suintements de sang, observés chez les fillettes quelques jours après la naissance, et qui coïncident parfois avec une légère tuméfaction des glandes mammaires. Ces écoulements sanguins n'exigent aucun traitement ; ils disparaissent spontanément.

Au cours de la première enfance aussi, certaines fillettes présentent quelquefois des per-

(1) Dr A. SIREDEY. — Les hémorragies des jeunes filles et des jeunes femmes. (*Le Bulletin Médical*, 16 mai 1931.)

tes de sang, assez abondantes pour préoccuper l'entourage et pour faire croire à l'établissement précoce des règles. Il s'agit alors d'une simple vulvite, le plus souvent d'origine blennorrhagique, ainsi qu'il est démontré par l'examen microscopique. La muqueuse vulvaire est tuméfiée, rouge, excoriée souvent ; au sang peuvent se mélanger des sécrétions muco-purulentes. Ces vulvites sont dues à la contamination par les parents, par d'autres enfants ou par un personnel, insuffisamment initiés à l'asepsie. Il ne s'agit que très exceptionnellement d'un acte criminel. En fait de conclusions médico-légales, on ne peut conseiller trop de prudence et de réserve au médecin dans ses appréciations.

A. — **Avant le mariage, les hémorragies sont dues principalement à des troubles de la santé générale.**

Voyons comment elles se présentent.

D'emblée, elles peuvent apparaître à la première menstruation, qui se montre d'une abondance et d'une durée insolites. Le plus souvent cependant, les règles augmentent peu à peu, et c'est au bout de quelques mois, un an et même plus tard, vers 18 ou 20 ans, qu'elles ont le caractère hémorragique. Parfois, c'est à la suite d'une imprudence, de fatigues excessives, d'une émotion violente que se produit la perte de sang, qui persistera importante aux époques suivantes :

Leurs causes.

Ce sont, avant tout, les affections cardiaques, congénitales ou acquises (en particulier, le rétrécissement mitral primitif), puis les maladies du foie, enfin l'albuminurie, séquelle d'une néphrite scarlatineuse ou diphtérique.

Parfois les hémorragies relèvent d'influences héréditaires : les filles de goutteux, d'obèses, de diabétiques ont une tendance aux ménorragies ; ou bien, dans certaines familles et sans troubles importants de la santé générale, les femmes se font remarquer par des règles abondantes et prolongées ; il faut encore incriminer la chloro-anémie.

L'influence héréditaire de la tuberculose et de la syphilis se manifeste surtout par son action sur les glandes endocrines ; les ménorragies coïncident, dès lors, avec une puberté très précoce ou très tardive, avec une obésité prématurée, avec une certaine dysharmonie du développement général. Souvent, dans ces conditions, les pertes de sang succèdent à un traitement opothérapique intensif, qui a été institué pour combattre les défaillances de la menstruation insuffisamment surveillée.

Ce peut être, enfin, un simple trouble fonctionnel, sans aucun désordre de la santé. L'accident s'exagère maintes fois sous l'influence des régimes et des médications tendant à combattre l'anémie et la dépression chez ces jeunes filles. Mais, tout rentre dans l'ordre grâce à l'application rigoureuse du repos absolu au lit pendant toute la durée des pertes ; un régime alimentaire sain, et la proscription des ferrugineux, de l'arsenic et autres médications stimulantes complètent le résultat.

B. — **Avant, comme après le mariage, les hémorragies peuvent être dues à des lésions appréciables de l'appareil génital.**

Souvent, *il ne s'agit plus de simples ménorragies, mais de véritables métrorragies.* Celles-ci, plus graves, ne laissent plus de répit (8 à 10 jours) entre les deux périodes menstruelles. Un suintement persiste d'une époque à l'autre, et le retour des règles se caractérise par une recrudescence de l'écoulement sanguin. Ces métrorragies s'accompagnent fréquemment de leucorrhée, de pertes muqueuses ou séreuses, indices d'altérations des muqueuses génitales ou des parois utérines ; en ce cas, *si les pertes de sang persistent malgré le repos et des soins appropriés,* on doit soupçonner des lésions des ovaires ou de la cavité utérine : *rétro-déviation, noyaux myomateux, fibromes sous-muqueux précoces ou tumeurs plus graves.*

En présence de pertes de sang, fûssent-elles irrégulières, mais coïncidant avec des pertes séro-muqueuses presque continues, s'impose la nécessité d'une exploration locale, même chez des jeunes filles.

L'*examen de la jeune fille* exige certains ménagements ; il faut tout d'abord procéder à un examen minutieux par le palper de l'abdomen et le toucher rectal ; celui-ci permet déjà à un observateur expérimenté de se rendre compte du volume de l'utérus, de sa forme, de l'existence d'une rétro-déviation, de noyaux myomateux, ou de lésions annexielles, ovaires kystiques ou scléro-kystiques, kystes dermoïdes, salpingo-ovarites, etc.

Dans nombre de cas, cependant, on ne constate aucune altération, et si les pertes de sang persistent malgré le repos et un traitement approprié, l'exploration vaginale s'impose. Mais, afin d'éviter des ennuis médico-légaux, un médecin consciencieux ne doit recourir à la défloration de la vierge, que si les circonstances l'exigent absolument, et avec le consentement de la famille.

La chose n'est pas toujours inutile, c'est ainsi que le Dr Siredey a rencontré chez une jeune fille, âgée de 20 ans, un myome en voie d'élimination par le col, qui, au premier abord, donnait, l'impression d'une fausse couche. Ce fut aussi, chez une jeune fille de 24 ans, un gros utérus

myomateux, qui nécessita la myomectomie ; puis, chez un sujet de 20 ans, un sarcome racineux du col. Une autre jeune fille de 19 ans présenta un épithélioma malpighien du col à marche rapide.

Ces cas sont heureusement rares ; plus fréquents sont les polypes de la muqueuse. Les accidents sont, en général, peu accentués ; c'est une hypersécrétion banale de la muqueuse endocervicale et de la muqueuse utérine, se manifestant par de petites glaires, mélangées à un liquide séreux d'abondance variable, et parfois à du pus, mais surtout teinté d'un peu de sang, qui augmente sous l'influence de la marche ou des efforts.

Il existe aussi chez les jeunes filles, comme chez les jeunes femmes, une *endométrite hémorragique*, due à des altérations de la muqueuse ; celles-ci, bénignes la plupart du temps, peuvent cependant subir une transformation néoplasique, qui se traduit par un accroissement rapide de la masse néoformée et par la recrudescence des hémorragies. Il faut bien surveiller ces cas, afin de saisir les premières menaces dès leur origine et d'instituer un traitement actif. Le moins d'ailleurs qu'on puisse leur reprocher, c'est de compromettre la santé générale par anémie post-hémorragique, et d'apporter une entrave sérieuse aux fonctions de l'appareil génital.

Après le mariage, les même causes d'hémorragies s'observent, mais leur diagnostic est plus facile.

A ces causes viennent s'en ajouter d'autres.

On observe quelquefois des *hémorragies dès les premiers mois de la vie conjugale* ; des jeunes femmes, jusque-là bien menstruées, de façon régulière, présentent une avance des règles, et des pertes de sang plus abondantes que de coutume. Ces pertes reviennent en dehors des époques, modérées, mais fréquentes, s'accompagnant de malaises vagues, de sensations de gêne, de pesanteur dans le bassin, parfois même de douleurs aiguës.

Ces accidents sont généralement, bien à tort, imputés à des métrites, même à des salpingites. Ils ne sont pas incompatibles avec une infection coli-bacillaire ou gonococcique ; mais un examen minutieux ne révèle le plus souvent aucun signe d'infection ni du côté de la femme, ni du côté du mari. Les culs-de-sac sont endoloris, tuméfiés ; il y a quelques brides dans le cul-de-sac postérieur, un peu de périmétrite. La cause ? Fatigues locales exagérées ; disproportion des organes du côté de la femme comme du côté du mari ; rétro-flexion congénitale. Bref, c'est la « métrite balistique » des anciens, qui amène des douleurs et des hémorragies. Celle-ci peut s'observer aussi quand, à la suite d'un accouchement ou d'une fausse couche, une involution défectueuse a laissé un gros utérus, vascularisé à l'excès, rétrofléchi ou rétroversé.

A l'origine de ces hémorragies des jeunes femmes, se rencontrent encore les excès de travail, les excès de sports, de voyages en automobiles.

D'*autres hémorragies apparaissent dès le début de la grossesse, et la font méconnaître au grand préjudice des malades. Leur caractère fondamental est de succéder à un retard des règles.* Le diagnostic n'offre de difficultés que chez les femmes habituellement mal réglées, sujettes à des retards de huit à dix jours, ne permettant pas de saisir avec précision la date de la conception.

Il faut observer minutieusement les allures de l'hémorragie et les modifications locales, qui l'accompagnent. En général, ces pertes débutent sous la forme de suintements sanguins, légers, alternant avec de petits écoulements, de sérosité claire ou à peine rosée, parfois brunâtre et même noirâtre. Elles surviennent plusieurs fois par jour, exagérées par la marche, les efforts, mais le repos ne les arrête pas, et elles se montrent même durant le repos complet de la nuit. Parfois, il y a un peu plus de sang et même des caillots.

Ces accidents peuvent persister plusieurs jours sans aggravation, même plusieurs semaines ; d'où la difficulté du diagnostic. Quand des douleurs apparaissent, sous la forme de *coliques*, l'expulsion ne tarde guère ; elle peut même se faire à l'insu de la malade comme du médecin.

En pareils cas, le toucher, uni au palper de l'abdomen, fera constater un utérus légèrement augmenté de volume, un col mou ; on recherchera aussi la tuméfaction des seins, la pigmentation de l'aréole ; une goutte de colostrum au bout du mamelon lèvera le doute.

Quand la fausse couche est faite, on sent généralement le col béant, et le doigt s'y engage facilement.

Aussi longtemps que le col reste fermé, se garder de chercher à l'ouvrir, d'y introduire un instrument quelconque, car, plus souvent qu'on le pense, la grossesse peut suivre son cours, sans que rien d'anormal ne survienne ultérieurement.

Bien des fois, une hémorragie menstruelle prolongée chez des jeunes femmes est due à une fausse couche méconnue.

Plus délicat est le diagnostic, quand des accidents de ce genre se produisent chez une femme veuve ou divorcée, et plus encore chez une jeune fille, ou, du moins, passant pour telle. En ce dernier cas, il n'est pas possible d'emblée de préciser le diagnostic par l'examen local ; car des renseignements vagues, incomplets, délibérément dénaturés par les malades, égarent le médecin sur l'époque des dernières règles ; d'autre part, un aveu ne peut être obtenu, en présence des parents, de la famille d'une personne non mariée. Une pareille situation exige beaucoup de tact et d'habileté de la part du médecin.

Le Dr S. en a rencontré quelques exemples, notamment celui d'une jeune fille, habituellement bien réglée, qui avait eu un retard prolongé des règles à la suite d'un séjour à la campagne. Cette jeune fille était bien portante, et présentait, par intermittence, d'une manière très irrégulière, des suintements sanguins, sans douleur. Le médecin de famille, non gynécologue, avait procédé à un examen discret de l'abdomen, et s'était contenté de prescrire des hémostatiques, sans résultats d'ailleurs. Puis apparurent des caillots ; mais l'auteur, usa de la même discrétion que son confrère, bien qu'il fut surpris par les renseignements imprécis et discordants sur l'époque des dernières règles ; il ne put par la suite faire son diagnostic qu'à l'examen des urines, émises peu avant son arrivée, car celles-ci contenaient un petit fragment charnu, ayant une certaine ressemblance avec un débri placentaire. Un examen, soi-disant rectal, mais en réalité vaginal, fut alors pratiqué sous les couvertures ; celui-ci démontra la rupture de l'hymen et la présence d'un col béant, où se trouvait engagé un petit fragment placentaire, facile à détacher.

II

Le traitement des hémorragies

« Le traitement est, bien entendu, subordonné à la cause des hémorragies ; mais, celle-ci n'est pas toujours facile à préciser, surtout chez une jeune fille. »

La forme ménorragique chez les jeunes filles, à partir de la puberté, quelle qu'en soit la cause, exige le repos absolu au lit, sans se lever sous aucun prétexte, pendant toute la durée de l'époque. Au besoin, on supprimera oreiller et traversin ; puis on mettra le lit en position déclive à l'aide de quelques briques sous les pieds de devant du lit, afin que la tête de la malade soit plus basse que son bassin.

Ce traitement, très simple, calme et fait disparaître les hémorragies idiopathiques, heureusement les plus fréquentes ; mais, dans la pratique, il est difficile à appliquer, en raison de la résistance des familles et des malades à ce propos. S'il atténue très sensiblement, au bout de deux ou trois époques, ces hémorragies, dues à des troubles de la santé générale, il exige aussi des soins complémentaires : régimes spéciaux pour les rénales, cardio-rénales et hépatiques ; usage de toni-cardiaques.

Les désordres des glandes endocrines, dus à la syphilis héréditaire, (confirmée par l'examen du sang et les antécédents familiaux nets), sont favorablement influencés par le traitement spécifique ; on ne saurait y recourir trop tôt, à la condition d'en surveiller attentivement les effets. Brocq préférait, en pareil cas, l'hydrargyre et l'iodure aux méthodes intensives nouvelles ; il conseillait volontiers des frictions mercurielles modérées, et le sirop de Gibert, relégué aujourd'hui dans l'oubli.

L'opothérapie thyroïdienne pure, ou thyro-ovarienne, ou encore thyro-hypophyso-ovarienne est indiquée suivant les cas chez ces grosses fillettes, à puberté précoce, avec tendance à l'obésité, qui ont d'emblée des règles hémorragiques. La thyroïde, à doses de un à cinq milligrammes, ou même un centigramme, tous les jours ou tous les deux jours, suffit quelquefois pour régulariser la menstruation. On peut, en cas d'échec, ajouter un ou deux centigrammes d'hypophyse. En cas de menstruation douloureuse et irrégulière, la médication de choix est le traitement thyro-ovarien (deux milligrammes à un ou deux centigrammes de thyroïde et cinq à dix centigrammes d'ovaire tous les jours ou tous les deux jours, trois semaines par mois).

Une surveillance attentive est nécessaire ; car, en raison de l'instabilité des glandes, une opothérapie intensive, mal dirigée, peut amener des hémorragies rebelles, difficiles à maîtriser.

Si les hémorragies résistent au repos, à l'opothérapie, il faut examiner le sang et rechercher le retard de coagulation ou des altérations d'ordre clinique, qui justifieront une thérapeutique spéciale : chaux, sérum gélatiné, etc.

Les grandes injections hyperthermiques de 3 à 4 litres d'eau bouillie à 50°, avec canule à double courant, sont utiles chez les jeunes femmes, mais inutilisables chez les vierges, car elles compromettent à peu près l'intégrité de l'hymen, et sont pénibles, douloureuses. Elles sont difficilement remplacées par de petits lavements très chauds fréquemment renouvelés dans la journée.

Si ces traitements échouent, il ne faut pas attendre les méfaits d'une anémie croissante ; on doit procéder à l'examen local, même chez les jeunes filles, car celui-ci réserve parfois de pénibles surprises.

Un myome en voie d'élimination ordonnera la simple incision du col avec myomectomie. L'hystérectomie sera le meilleur traitement pour un gros fibrome. Si l'on constate une érosion ou une induration suspecte du col, un polype à large base d'implantation, une biopsie s'imposera ; puis, ce sera une hystérectomie totale en cas d'épithélioma cylindrique ou de sarcome, ou une application de radium, s'il s'agit d'un épithélioma malpighien, bien et dûment caractérisé.

De simples polypes muqueux mous, sans aucun caractère suspect, s'enlèveront par torsion, ou

bien au bistouri, en ayant soin de compléter l'opération par un curettage. Si, par hasard, il survient une récidive, on pourra toujours y parer, car ces adénomes, quand ils dégénèrent, ne donnent qu'un cancer glandulaire à marche lente, ayant peu de tendance à la généralisation et guérissant par l'exérèse totale.

Il existe, enfin, certaines hémorragies, rebelles à tous les soins, d'une interprétation difficile, chez les jeunes filles comme chez les jeunes femmes, pour lesquelles on peut, à titre d'exception, tenter prudemment une application de radium (quatre millicuries), plutôt que de recourir à l'hystérectomie.

Le radium, contrairement aux rayons X, permet de faire préalablement un curettage avec examen des débris de la muqueuse, qui donne la certitude de n'avoir pas laissé dans la cavité utérine d'éléments suspects. Il est ainsi possible, dans la majorité des cas, de remédier utilement aux hémorragies utérines, tout en conservant les fonctions de l'appareil génital, ainsi qu'a pu le constater le Dr S. dans plusieurs observations.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Néphrites bismuthiques.

Il faut plutôt dire, avec Louis Bory, complications rénales au cours de la thérapeutique par le bismuth. Celles-ci s'observent, soit à la suite d'une erreur grossière de dosage, soit par une intolérance particulière du sujet pour des doses habituellement inoffensives (lésions préalables du foie et des reins), soit enfin par résorption massive des doses successivement accumulées d'un produit insoluble.

Voici, par progression, les degrés divers de l'intolérance au bismuth : liseré gingival et pigmentation de la muqueuse buccale ; polyurie, noircissement des urines, stomatite, troubles digestifs, hépatiques, urinaires (simple albuminurie, oligurie et cylindrurie, urémie).

La néphrite, avec phénomènes azotémiques, paraît donc être l'aboutissant du processus toxique et la cause probable de la mort. Dans tous les cas, ou peu s'en faut, où des accidents rénaux semblables se sont produits, la stomatite ou les troubles digestifs avaient tout d'abord dominé la scène.

Mais il y a aussi des complications rénales au cours des traitements bismuthiques, sans coexistence ou préexistence de stomatite due au métal.

Dans la néphrite bismuthique, rien de comparable à la néphrite aiguë toxique du sublimé. Mais dans l'ensemble, phénomènes complexes, toxi-infectieux pour la plupart, déterminés par l'état général préalable et occasionnés par une addition de causes : parmi celles-ci, des lésions rénales antérieures, des accumulations de produits bismuthiques insolubles créant un seuil d'imprégnation qu'une solubilisation brutale fait dangereusement franchir ; une pénétration accidentelle dans les veines de la région injectée ; des infections enfin (antérieures ou actuelles : syphilis, grippe, fistule dentaire, stomatite), capables de déterminer soit une réaction de Herxheimer rénale, soit une réaction biotropique, soit une infection directe à la faveur d'un surmenage rénal. Aussi est-il vraiment impossible de décrire une néphrite bismuthique, du point de vue clinique tout au moins.

L'épithéliurie, la cylindrurie n'ont qu'une importance relative et n'imposent pas la cessation du traitement ; au contraire, l'apparition de l'albuminurie, ne fût-ce qu'à l'état de traces, doit dicter cette interruption. L'albumine est vraiment le seul signe d'alarme permettant de redouter une complication rénale et l'évolution d'une néphrite véritable.

Pratiquement, il faut, à chaque série thérapeutique, varier le médicament de base ; le bismuth, si on prolonge son emploi, fatigue le rein ; on le laisse reposer en instituant ensuite une série arsénicale plus fatigante pour le foie, que laissera reposer le traitement ultérieur, si on emploie judicieusement le bismuth ou le mercure. (*Paris médical*, 7 mars 1931.)

De la vaccinothérapie préopératoire des fibromes utérins infectés.

MM. H. Molin et F. Condamin ont cherché à diminuer la lourde mortalité opératoire des fibromes utérins infectés par la vaccinothérapie pré-opératoire.

Certains fibromes sont indubitablement le siège d'une infection : fibromes gangrénés, fibromes suppurés ; fibromes avec coexistence de salpingites suppurées.

D'autres sont à infection plus ou moins latente ; ce sont surtout les fibromes hémorragiques, avec réaction subfébrile et atteinte de l'état général.

Chez les femmes, atteintes de fibromes infectés, la vaccinothérapie a sa raison d'être à côté du traitement général par le repos, les médications hémostatique, diurétique, cardiaque ; elle peut lutter efficacement contre l'infection endogène, dont le fibrome est le siège.

Les auteurs emploient le stock-vaccin de Delbet, en injections sous-cutanées progressives (1/2, 1, 2 et parfois 4 centimètres cubes à 2 ou 3 jours d'intervalle). De façon générale, les réactions thermiques sont assez vives, mais passagères, et la vaccinothérapie exerce une action certaine sur l'état général et parfois sur le fibrome lui-même : modifications des hémorragies, des douleurs.

La vaccination préventive semble avoir une influence nette sur les suites opératoires qui paraissent plus simples, plus bénignes, avec moins de complications chez ces malades, qui arrivent à l'intervention, trop souvent à l'extrême limite de leur résistance. Les auteurs ont vu le chiffre de la mortalité de ces fibromes infectés, à pronostic grave, s'abaisser considérablement, de 18 % et 33 % à 3 et 4 %, pour 37 fibromes vaccinés, dont 25 pour lesquels l'intervention s'avérait comme grave. (*Lyon médical*, 15 mars 1931.)

Ostéosynthèse de la diaphyse humérale par plaque vissée.

DUPUY DE FRENELLE décrit la technique de l'ostéosynthèse par plaque vissée de la diaphyse humérale.

Il montre avec une observation à l'appui la bénignité de cette opération qui évite les ennuis d'une longue immobilisation plâtrée chez les jeunes gens, et permet rapidement un usage modéré du bras immobilisé dans une simple écharpe. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Les formes cliniques de l'herpès.

MM. RABUT et GUEX distinguent, au point de vue clinique, trois types d'herpès : l'herpès labial, souvent en relation avec une affection aiguë, fébrile en général ; l'herpès génital ; enfin, l'herpès récidivant, de la joue, de la fesse, du doigt.

Le traitement de l'herpès est relativement pauvre, bien qu'on ait tout essayé.

Localement, on met en général un désinfectant, un caustique. Mais un herpès traité est en général un herpès maltraité. Dans l'immense majorité des cas, il ne faut rien faire localement, sauf quelques poudrages au talc. L'herpès génital risque, sans cela, d'être modifié au point de motiver des erreurs de diagnostic ; il peut aussi en résulter des cicatrices indélébiles.

Il ne reste plus que les thérapeutiques générales, et celles-ci ne concernent que les herpès récidivants ; celles, qui donnent les meilleurs résultats, ne semblent d'ailleurs pas en rapport avec l'origine infectieuse de l'herpès. La radiothérapie, soit radiculaire, soit locale, a donné des résultats. Restent les méthodes de désensibilisation, et l'auto-sérothérapie semble ici la méthode de choix. Une vingtaine d'injections sous-cutanées d'auto-sérum, aux doses progressives de 1/8 de cc. à 1 cc. 1/2 ou 2 cc., pratiquées de deux en deux jours donnent un pourcentage de guérisons vraiment encourageant. Le résultat n'est pas certain ; mais la méthode est inoffensive. Il faudra parfois refaire une ou deux cures ultérieures pour parachever le traitement. Telle est la méthode de choix en attendant la découverte du virus herpétique, ou sa connaissance plus approfondie. (*L'Hôpital*, mars 1931-A.)

Sur les syphilis retardées.

Par des observations bien choisies, le Dr Raoul BERNARD montre une fois de plus que les traitements précoces insuffisants peuvent retarder de plus de deux ans les accidents secondaires de la syphilis, et produire une perturbation complète de la maladie, en annihilant chez le patient le travail d'immunité.

Le chancre, en général, n'était âgé que de quelques jours, le Wassermann n'était pas apparu ou bien était naissant ; puis, sous l'influence d'une thérapeutique (traitements précoces mal conduits ou insuffisamment dosés), blanchiment et silence plus ou moins prolongé ; mais, après un temps variable, explosion secondaire, d'autant plus grave que l'organisme n'avait pu s'immuniser contre des spirochètes ainsi paralysés dans leur action. Cette explosion secondaire peut ne présenter qu'une symptomatologie incomplète (quelques lésions muqueuses ou cutanées ; symptômes céphalorachidiens ou sanguins) ; ou bien, au contraire, elle peut être complète avec des éléments classiques, on peut même faire croire à une réinfection ; si une lésion se développe hors de la zone lymphatique du premier chancre.

Comment éviter ces inconvénients ? Lorsqu'on se trouve en présence d'une syphilis à la période pré-humorale, il faut :

1° Instituer d'emblée un traitement énergique, mixte (As-Bi) pour prévenir les cas d'arséno-résistance, et atteindre, si possible, six à sept grammes d'arséno-benzène. Ce traitement mixte sera simultané ; le résultat est ainsi plus complet et plus rapide que si on fait alterner As et Bi.

2° Maintenir rigoureusement le contact entre les différentes injections.

3° Après une première cure, un repos aussi court que possible ; puis, une nouvelle cure arséniée, appuyée après de séries Bi et Hg.

4° Les séro-réactions avec réactivations seront pratiquées souvent pendant le traitement, et au moins tous les mois qui le suivent, pour éviter de laisser échapper des « crochets » de positivité. Durée de surveillance : un an au moins.

5° La ponction lombaire est indispensable, au moins avant de donner l'exéat au malade ; elle est même à conseiller plus tôt, car la syphilis peut avoir été, par ce début de traitement, repoussée vers le système nerveux central, point de départ fréquent d'offensives ultérieures. (*Bruxelles médical*, 15 mars 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les troubles mentaux post-opératoires.

(M. Makekarie, de Kangra-Lung, Roumanie. — *Société de chirurgie*, 20 et 27-5-1931.)

M. Makekarie a observé chez deux femmes opérées sous anesthésie chloroformique, l'une pour métrorrhagies (curetage), l'autre pour phlegmon ischio-rectal, des troubles mentaux post-opératoires à type délirant, qui ont guéri au bout de quelques semaines spontanément. L'auteur n'a pas trouvé chez ses malades d'antécédents psychopathiques, et il est porté à faire jouer un rôle à l'anesthésie et à l'auto-intoxication dans la genèse de ces troubles.

— M. Proust rappelle que la question des troubles psychiques post-opératoires a été étudiée il y a déjà longtemps par Picqué, qui a attribué ces accidents morbides beaucoup plus au terrain, à la prédisposition psychopathique qu'à l'acte opératoire lui-même. Nos connaissances sur ce point auraient toutefois besoin d'être précisées.

— M. Chevrier croit également que, dans les cas de démence post-opératoire, le terrain joue le rôle principal. Un de ces malades, opéré par lui sous anesthésie régionale pour leucoplasie de la langue, a présenté des idées de persécution. Son hérédité mentale était assez chargée.

— M. Paul Thiéry a vu de nombreux cas de démence post-opératoire à la suite d'opérations gynécologiques lorsqu'il remplaçait Pozzi, à l'hôpital Broca. Il s'agissait, dans la règle, de femmes tarées au point de vue mental.

— M. Gosset a observé 3 cas de troubles mentaux à la suite d'opérations chirurgicales (appendicite, cancer du sein, cancer du col.) La recherche des antécédents révélait des défaillances psychiques diverses antérieures.

— M. Sauvé rappelle que ce n'est pas chez les grands aliénés que l'on rencontre le plus souvent ces démences post-opératoires, mais plutôt chez les demi-fous (petits obsédés, petits persécutés). Les crises de persécution se développent principalement après les opérations sur les organes génitaux externes de l'homme (testicule) et de la femme (lèvres, seins.) On en connaît des cas célèbres, dont les victimes ont été des chirurgiens, à ce point que certaines affections légères compatibles avec la vie doivent être, chez les sujets prédisposés, considérées comme des *noli me tangere* chirurgicaux (varicocèle chez les psychopathes par exemple).

— M. Mauclaire a souvent entendu Picqué, dont il a été l'adjoint pendant 20 ans, exposer ses idées sur cette question. Picqué admettait les variétés suivantes : des délires post-opératoires toxiques (alcool, chloroforme, iodoforme) ; des délires par infection méconnue (abcès, arthrites suppurées). Les délires par infection méconnue sont aujourd'hui plus rares. De même, ceux attribuables à l'iodoforme, antiseptique que l'on emploie peu actuellement. Le rôle de l'anesthésique, par contre, reste indéniable.

M. Mauclaire croit, d'autre part, à l'existence et même à la fréquence de délires post-opératoires par choc émotionnel chez des malades ayant une appréhension énorme de l'opération, appréhension évidente ou cachée.

D'ailleurs, depuis les travaux de Picqué, la pathogénie des psychoses s'est enrichie de nouvelles notions : on a mis en lumière l'importance des glandes à sécrétion interne et du sympathique, à l'origine de certaines vésanies. On doit en tenir compte pour expliquer les délires post-opératoires.

Le pronostic de ces psychoses post-opératoires est assez sérieux. Souvent elles ne guérissent qu'en laissant des séquelles. Chez les sujets atteints de tare mentale plus ou moins nette, prédisposés par cela même, il serait sans doute utile de prévenir la famille de la possibilité d'une psychose post-opératoire. Pour un groupe d'affections, le varicocèle par exemple, un examen plus minutieux de l'état psychique du malade, est particulièrement indiqué. A la fin de sa carrière, Picqué ne voulait plus opérer les varicocèles.

— M. Proust conclut que dans tout examen fait avant une opération chirurgicale, il serait bon d'accorder une part à l'appréciation de l'état mental du sujet.

Invagination aiguë des nourrissons et lavement baryté.

(M. Pouliquen, de Brest. — *Société de chirurgie* ; 6-5 1931.)

M. Pouliquen est partisan du lavement baryté dans l'invagination aiguë des nourrissons, pour trois raisons : cette méthode dispense, assez souvent, de l'opération ; elle précise le diagnostic ; enfin, en cas d'intervention elle permet (par le refoulement intestinal obtenu) d'opérer par incision latérale droite, très supérieure à l'incision médiane.

En matière de diagnostic de l'invagination intestinale aiguë des nourrissons, lorsque le signe de la selle sanglante fait défaut, les classiques conseillent d'attendre. Or, la selle sanglante peut manquer, être tardive. Dans ces cas douteux, où il n'y a que des coliques d'invagination, le lavement baryté viendra fixer le diagnostic et aussi établir la nécessité de l'opération. Si la baryte passe franchement dans le grêle, on peut ne pas opérer.

Pour le praticien, la conduite sera la suivante ; avec ou sans selle sanglante, lorsqu'on soupçonne

une invagination aiguë chez un nourrisson, adresser d'urgence l'enfant au chirurgien, qui pourra faire, dans une pièce voisine de la salle d'opération, un examen radiologique après lavement baryté, préciser le diagnostic et s'il y a lieu, intervenir sans délai.

Le lavement baryté, et quelquefois le lavement simple sous pression, amènent le déplacement vers la droite de l'invagination et dans un certain nombre de cas, la désinvagination. Le lavement se donne à une pression de 1 mètre ou 1 mètre 20. L'intestin offre une résistance assez considérable à la pression. Il peut y avoir reflux par l'anus et il convient de prendre des précautions pour éviter cet inconvénient, autant que possible.

P. L.

L'examen des malades avant les opérations et l'évaluation de leur résistance chirurgicale.

(M. Marcel LABBÉ. — *Soc. de méd. de Paris*, 8-5-1931.)

L'examen des malades, destinés à subir une intervention chirurgicale, doit porter sur les principaux viscères et en particulier sur les organes du métabolisme, de l'excrétion, de la circulation, l'analyse des urines, du sang, et, dans certains cas, la mesure du métabolisme basal. Il permet de reconnaître les tares du sujet et de donner les indications nécessaires pour sa préparation à l'acte chirurgical.

A propos du traitement curatif de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde.

(M. Pierre LEHMANN. — *Soc. de méd. de Paris*, 8-5-1931.)

Les malades traités par la radiothérapie profonde' étaient des gens âgés : la fréquence et la difficulté des mictions ont disparu après le traitement ; les dimensions de la prostate ont diminué, ou sont revenues à la normale ; des résidus vésicaux allant jusqu'à 100 cc. ont disparu ; le résultat obtenu se maintient depuis six ans dans les cas les plus anciens.

La radiothérapie profonde offre donc toutes les chances de succès dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, et ne comporte aucun risque, pas même celui d'empêcher une opération ultérieure en cas d'échec. On ne doit pas irradier une prostate infectée ; mais l'infection de la vessie seule n'est pas une contre-indication au traitement radiothérapique.

Etude pathogénique de 40 cas de diphtérie et essais thérapeutiques.

(MM. Robert DEBRÉ, G. RAMON et THIROLOIX. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 17-4-1931.)

Depuis 1924, la diphtérie est devenue plus fréquente et plus grave ; on a voulu expliquer ce fait par le rôle des infections associées ; par une mofication dans les qualités du bacille diphtérique, qui serait devenu séro-résistant ; mais, surtout, on a critiqué la médication spécifique.

Les auteurs ont étudié tout d'abord les germes recueillis dans la gorge d'enfants atteints de diphtérie au cours du premier semestre de l'année dernière ; ils ont ensuite préparé un sérum en injectant au cheval des germes vivants, récemment isolés chez leurs malades, et ils ont examiné la valeur de ce nouveau sérum antidiphtérique.

Le pouvoir pathogène essentiel (virulence) des diffrentes souches isolées s'est montré variable avec les saisons : très élevé, dans l'ensemble, jusqu'au début du mois de mai, il va en diminuant peu à peu à partir de ce moment jusqu'à la fin du mois de juin, en même temps que deviennent plus rares les diphtéries graves. On n'a trouvé aucun rapport entre l'aspect morphologique d'un germe (taille longue, moyenne ou courte) et son pouvoir pathogène essentiel.

Quant au pouvoir toxigène, c'est-à-dire l'aptitude de la souche à produire de la toxine *in vitro*, il a été comparé avec la plus ou moins grande sévérité des cas correspondants de diphtérie. Ce rapport est beaucoup moins étroit que celui qui existe entre la malignité des cas et le pouvoir pathogène essentiel.

Les critiques émises contre les sérums antidiphtériques visent, avant tout, leur mode de préparation et en particulier, le choix et la qualité de l'antigène. On regrette que l'emploi de la seule toxine ou anatoxine pour l'immunisation des chevaux ne permette à ceux-ci de fournir qu'un sérum doué de propriétés antitoxiques et privé de certaines propriétés antimicrobiennes, qui seraient importantes. Bien que les faits expérimentaux plaident en faveur de l'unicité de la toxine diphtérique et de son rôle essentiel comme antigène immunisant, les auteurs ont préparé leur sérum avec des germes diphtériques vivants choisis parmi ceux présentant le pouvoir pathogène essentiel le plus élevé. L'étude des sérums ainsi obtenus a montré que ceux-ci ne se comportent pas autrement chez l'animal vis-à-vis de l'infection diphtérique que les sérums obtenus avec la toxine ou ses dérivés.

Avec l'emploi de ce nouveau sérum, les fausses membranes sont tombées dans les mêmes délais, les phénomènes toxiques ont cédé ou résisté dans les mêmes conditions.

Il faut noter, à ce propos, que l'évolution clinique favorable peut être liée d'une part à la nature du germe, d'autre part à une certaine immunité acquise avant la maladie. Certains organismes sont privés d'immunité, ou lents à s'immuniser, d'où la gravité de certains cas, même avec un pouvoir pathogène moins élevé du germe.

Ces recherches montrent, une fois de plus, que c'est le temps écoulé entre le début de la maladie et le moment où l'on injecte le sérum, qui constitue l'élément principal du pronostic ; le délai de 3 ou 4 jours semble celui à partir duquel s'aggravent les formes moyennes de la maladie. Mais il est des cas où la haute valeur pathogène du germe, jointe à l'absence de toute immunité chez le sujet infecté permet à la

maladie d'atteindre en quelques heures un degré d'évolution auquel les autres diphtéries ne parviennent que plus lentement.

Diphtéries malignes et sérothérapie.

(M. Lesné. — *Soc. méd. des hôp. de Paris.* — 1-5-1931.)

Les diphtéries extrêmement malignes d'emblée, tuant en très peu de jours l'enfant privé d'immunité, sont rares ; la sérothérapie semble toujours trop tardive, et cependant, ce n'est pas la qualité du sérum qu'il faut alors incriminer, mais bien la virulence du germe. Telle est l'exception. Dans la grande majorité des cas, c'est seulement à partir du troisième jour qu'une angine moyenne devient, si elle n'est pas traitée, une angine toxique. C'est ce délai de trois jours, qu'il ne faut pas dépasser pour que la sérothérapie soit agissante. Il faut toujours injecter le sérum dès le début de l'angine et avant le troisième jour.

Quant à la quantité à injecter, il est inutile qu'elle soit considérable ; on en fait souvent un véritable gaspillage sans constater une amélioration plus rapide. Et les doses considérables peuvent être nocives dans les formes malignes où l'atteinte du foie et du rein est fréquente. Et il y aurait intérêt à préparer des sérums renfermant plus d'unités antitoxiques au centimètre cube, pour ne pas injecter de trop grandes quantités.

Sur un cas de méningite ascaridienne.

(M. A. Challamel. — *Société de thérapeutique.* 10-6-1931.)

L'auteur rapporte un cas de méningite ascaridienne confirmée par l'examen cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien.

Les signes cliniques : fièvre, Kernig, parésie faciale et crise de névrite douloureuse des membres inférieurs, pouvaient, associés à la formule cytologique, faire penser à un début de poliomyélite.

L'auteur attribue les symptômes à des troubles d'ordre toxique, et insiste sur le fait que dans les cas graves d'helminthiase qu'il a observés, les vers étaient expusés morts et macérés.

Il émet aussi l'hypothèse que l'infestation vermineuse pourrait imprimer aux symptômes observés un caractère de spécificité simulée due à la flore microbienne exaltée occasionnellement.

Enfin, il donne la préférence aux antihelminthiques qui permettent l'expulsion des parasites en vie.

G. F.

Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique.

Séance du 15 mai 1931.

Curettage d'un lupus térébrant de la joue à tendance ulcéreuse. Greffes épidermiques.

Dr P. Renault (de Paris) présente une malade atteinte de lupus térébrant. Après curettage et greffe, toute trace de tissu lupique a disparu, remplacé par un tissu cicatriciel souple et rosé. Les traces de l'intervention ne sont pas visibles pour un observateur non prévenu.

Traitement chirurgical d'un nævus congénital. Récidive dans la cicatrice.

Dr P. Renault (de Paris) rapporte plusieurs exemples de nævi traités par l'extirpation large. Dans le cas rapporté il y eut récidive dans la cicatrice et guérison par cryothérapie.

Sur l'hypertrophie mammaire unilatérale.

Dr Dartigues (de Paris). — A propos de quatre cas opérés par lui, l'auteur indique les raisons étiologiques, où le traumatisme aigu ou chronique joue un rôle dans l'hypertrophie compliquée de prolapsus : il signale le rôle de la compression. Au point de vue opératoire, il signale l'importance et la difficulté de parvenir au parallélisme volumétrique, et pour la symétrie qui nécessite une résection glandulaire bien calculée. Au point de vue des résultats, ils ont été très bons et ont tout de suite amélioré l'état mental des malades affectées de l'inégalité mammaire : deux jeunes filles parmi elles ont pu se marier peu après l'opération et il n'y a eu, par la suite, aucun trouble d'ordre physiologique.

De l'incision circulaire de fenestration et de l'incision circulaire de section péri-aréolaire dans les opérations de transposition du sein et de mammectomie totale.

Dr Max Leydier (de Paris). — L'incision doit être circulaire et non ovalaire, comme l'ont prétendu certains auteurs, pour des raisons anatomiques, opératoires et d'ordre mécanique. Sa profondeur, variable suivant l'intervention, transposition ou mammectomie. Son diamètre différent suivant le siège de l'incision, cutanée ou péri-aréolaire. La suture est faite par points séparés, la cicatrice consécutive étant invisible.

Sur le traitement conservateur et esthétique des fractures ouvertes et fermées des phalanges des doigts.

Dr Montant (de Paris). — Immobilisation de courte durée après réduction sous anesthésie générale pour les fractures fermées. Traitement conservateur pour les fractures ouvertes avec immobilisation puis mobilisation progressive. Libération secondaire des adhérences.

1° Une opération plastique de la région présternale par glissement des téguments ; 2° opération sur les tissus de la paroi abdominale externe avec présentation de graphiques.

Dr Théodoridès (d'Athènes).

Résultat opératoire, plastique et physiologique dans un cas d'ectopie testiculaire double chez un jeune homme de 23 ans, 13 mois après l'opération.

Dr Aurel Dragos (de Galatz). — Dans ce cas où l'aspect d'infantilisme était marqué et où il y avait vacuité totale des bourses, l'aspect morphologique est devenu normal, quant à l'aspect général et quant à l'état local.

Procédé esthétique contre l'épiphora.

Dr Moers (de Tirlemont). — Consiste à faire dans la partie déclive du sac lacrymal un nouveau point lacrymal par diathermo-coagulation.

Ecrasement total de l'auvent nasal. Opération. Résultat. Projections cinématographiques.

Dr Coelst (de Bruxelles). — Profil burlesque dû à un accident de motocyclette. Cet état avait entraîné une répercussion profonde sur le moral du mutilé. Opération restauratrice en trois temps par voie endonasale : décollement cutané, inclusion d'ivoire, esthétique du lobule et des narines. Cette intéressante communication fut accompagnée de la présentation d'excellents documents tels que moulage, photographies et film cinématographique.

Au sujet de la restauration d'une aile du nez.

Dr Claoué (de Bordeaux) présente les temps successifs de la réparation d'une aile du nez par la méthode italienne en insistant pour ce cas non seulement sur les résultats esthétiques, mais surtout sur l'importance du traitement local du champ d'anaplastie et sur le rôle de médicaments locaux, toni-cardiaques et vasculaires.

Présentation de l'ouvrage : chirurgie maxillo-faciale.

Dr G. Maurel (de Paris). Un vol. in-8°, 884 pages, 390 fig. dont 16 en 2 couleurs (Maloine, édit. 1931). — Après l'exposé de quelques chapitres de généralités, l'auteur passant à l'examen des différentes parties de son ouvrage présente une série de figures (schémas opératoires, radiographies, photographies, modelages) qui en illustrent le texte (infections, traumatismes, tumeurs, etc., de la région maxillo-faciale).

Ablation au serre-nœud diathermique d'une corne frontale vraisemblablement épithéliomateuse.

Dr G. Castex (de Châteauroux). — Il s'agit d'une femme de 75 ans, qui présentait cette tumeur depuis 3 ans environ. L'opération a été faite à l'anesthésie locale et au serre-nœud diathermique qui a présenté l'avantage d'être anhémorragique. L'intérêt de cette observation porte sur le fait que l'épidermisation a pu se faire complète par la suite et sans laisser de traces appréciables.

Considérations sur la chirurgie orbito-faciale réparatrice.

Dr Cousin (de Paris). — Dans les interventions esthétiques de la face, l'auteur est partisan de n'employer que les fils de soie et de ne pas hésiter à multiplier les sutures. En outre, il faut toujours recouvrir la plaie une fois l'opération terminée, de tulle gras.

Les Congrès

XXXVe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France

Session de Bordeaux, 7-12 avril 1931.

La XXXVe session s'est tenue à Bordeaux sous la présidence du Dr Pactet, médecin honoraire des Asiles de la Seine. Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Dr Pactet a traité la question des aliénés dans l'armée.

Premier rapport : Psychiatrie

Les psychoses périodiques tardives.

Par Roger Anglade, médecin-chef de l'asile de Brenty-la-Couronne.

L'intérêt de ce rapport réside surtout dans l'étude de la mélancolie et de la manie tardive. L'auteur précise d'abord les différences biologiques et cliniques entre la mélancolie présénile et l'accès mélancolique, symptomatique de la psychose maniaque dépressive. Dans la mélancolie tardive s'observent des phénomènes organiques d'artériosclérosecérébrale, et l'évolution vers l'affaiblissement démentiel est fréquent. Cette démence artérioscléreuse est certainement l'un des éléments les plus importants du syndrome.

La manie tardive est plus rare : elle s'accompagne d'agitation surtout nocturne avec appoint onirique, elle verse souvent dans le délire aigu ; les idées de persécution et de jalousie sont extrêmement fréquentes.

On note souvent de gros troubles organiques, et il ne semble pas que la manie tardive puisse être intégrée dans le cadre de la psychose maniaque dépressive.

Enfin, la folie circulaire peut débuter tardivement. Les accès dépressifs et maniaques se succèdent rapidement, l'évolution vers la démence est très fréquente. L'hérédité joue un rôle certain.

A côté de la manie et de la mélancolie, Anglade étudie des délires systématisés priodiques tardifs, les psychoses périodiques toxiques tardives.

Il y a enfin une série d'états mentaux tardifs, qui sont sur la frontière de l'organique et du vésanique. C'est dans les psychoses tardives que l'examen organique attentif permettra de déceler des troubles neurologiques ou humoraux, qui constituent un argument important en faveur d'une étiologie organique. L'évolution souvent grave de tels états permet de porter un pronostic en rapport avec l'importance des troubles organiques.

Discussion du rapport du Dr Anglade.

M. Yves Delagenière (du Mans) apporte une observation de dépression mélancolique tardive, qui semble avoir été guérie par une hystérectomie pratiquée pour fibromes utérins. A ce propos l'auteur, rappelant les heureux résultats de la neuro-chirurgie, insiste sur l'intérêt que pourrait avoir la collaboration du médecin et du chirurgien d'asile pour mettre au point une « chirurgie mentale », qui semble possible dès aujourd'hui dans certains cas.

M. Courbon. — Les psychoses périodiques tardives se présentent tantôt sous le type de la cyclothymie, tantôt sous celui de la bouffée délirante polymorphe. Quand leur symptomatologie est exactement la même que celle des psychoses périodiques de l'âge adulte ou de l'adolescence, elles ont un pronostic bénin : ce sont des psychoses périodiques tardives, mais non des psychoses d'involution. Quand leur symptomatologie se complique des signes de la mentalité artérioscléreuse, dont l'hyperémotivité anxieuse, les accidents confusionnels et congestifs sont les principaux caractères, ou quand elle se complique des signes de la mentalité sénile dont l'indifférence affective et la passivité sont les principaux caractères, leur pronostic est sévère : ce sont des psychoses d'involution.

M. Repond (de Malevoz). — Il n'y a pas de critère certain qui permette d'établir qu'une psychose appartient à ce groupe ; car qu'est-ce que la tardivité ? Est-ce une question d'âge, d'involution anatomique ? La plupart des psychoses périodiques tardives apparaissent vers cinquante ans, au moment où l'activité génitale décline. N'est-ce pas la disparition de cet instinct puissant qui déclenche des troubles jusque-là latents ?

On n'attache pas assez d'importance à la psychopathologie de ces états. En ce qui concerne les mélancolies tardives, l'enquête caractérologique, l'analyse montrent qu'il y a un retour de la *libido* vers un état sadique primitif.

Quant au cas rapporté par M. Delagenière, l'auteur pense que c'est la douleur réelle ressentie pendant l'opération, qui explique la guérison et met en relief l'intérêt d'une sadothérapie des états mélancoliques tardifs.

M. Hesnard. — Sénilité et présénilité sont des périodes de l'existence au même titre que la puberté et la ménopause. Certains conflits affectifs se manifestent tardivement parce que les facteurs nécessaires à leur déclenchement ne se trouvent réalisés qu'à ce moment. M. Hesnard regrette que le rapporteur n'ait pas envisagé, parmi les psychoses périodiques tardives, la névrose d'angoisse sénile. Celle-ci est due à des conflits sexuels en rapport avec la persistance de l'érotisme psychique, alors que la puissance physique décline. Souvent elle s'accompagne de déchéance organique et se manifeste par un thème hypocondriaque qui fait de ces malades des « rapetissés de l'esprit, des rabougris de l'affectivité. »

L'opposition, qu'on fait entre l'organique et le fonctionnel (vésanique), n'a pas un très grand intérêt : l'organique est une lésion grossière retentissant sur l'activité psychique ; le fonctionnel est une affection d'une organicité dissimulée, fine, non décelable.

M. Donaggio (de Modène) fait des réserves sur le rôle du corps strié dans la chorée de Huntington qu'admet le rapporteur. L'absence de substratum anatomo-pathologique des psychoses toxiques à allure périodique tient d'une part à l'insuffisance des techniques dont on dispose, d'autre part à ce que les recherches ne portent en général que sur le cortex, délaissant complètement la région sous-corticale. L'auteur a pu mettre en évidence dans les fibres de la région sous-corticale l'existence de lésions fines, réversibles, qui ont été confirmées par Alzheimer.

M. Claude. — La question des psychoses périodiques est difficile et complexe, lorsqu'on l'envisage aux deux extrêmes de la vie. Démence précoce à la puberté, démence sénile à l'âge tardif viennent poser en pratique un double problème de diagnostic et de pronostic très délicat à résoudre.

Il faut restreindre le cadre envisagé par le rapporteur et ne l'appliquer qu'aux états d'excitation et de dépression tardifs. Parmi ceux-ci, il y a une forme, que l'on peut appeler persistante, qui survient vers la cinquantaine, sans que l'on relève d'autres accès antérieurs avérés. Cependant l'étude du caractère fournit des renseignements précieux, elle montre sa variabilité, l'existence de heurts et de chocs affectifs qui acquièrent de l'importance avec l'âge ; la capacité de refoulement, le pouvoir d'inhiber les impulsions diminuent progressivement jusqu'à ce que les troubles éclatent.

M. Claude est d'accord avec le rapporteur pour distinguer entre les vraies psychoses périodiques tardives et des états d'excitation ou de dépression, qui se développent progressivement, évoluent vers l'organicité et ont un pronostic sérieux.

Quant aux relations entre l'organique et le fonctionnel, leur étude a de l'intérêt, car il faut étayer les cadres psycho-pathologiques sur des faits objectifs. Si dans certains cas, à manifestations objectives, on ne trouve pas de lésions histologiques, il faut tenir compte des états dynamiques ou fonctionnels où les lésions quoique passagères, existent, ainsi qu'en témoignent les modifications biologiques (humorales, endocrino-sympathiques, métaboliques, etc.).

M. Lépine (de Lyon) se rallie aux conclusions du rapporteur, persuadé que si la conception Kraepeli-

nienne de la maniaque-dépressive règne encore à l'heure actuelle ; elle ne persistera pas et fera place à une conception plus en harmonie avec les données biologiques expliquant les causes, qui font que, chez quelques sujets, toutes les manifestations morbides (qu'elles soient d'ordre général ou psycho-pathologique) revêtent les allures rythmiques d'une périodicité inéluctable. Il en veut pour preuve la périodicité que revêtent chez certains sujets les accès migraineux, les crises d'asthme, les phénomènes urticariens, les troubles légers qui accompagnent la menstruation.

En ce qui concerne les psychoses périodiques tardives, il y a toute une gamme de transition entre celles qui ont une périodicité nette et celles où ce caractère paraît faire défaut. Au point de vue doctrinal, on doit faire la distinction tout en pensant qu'en réalité celle-ci tient plus aux lois biologiques qui régissent l'âge qu'à la nature pathogénique de l'affection.

M. Porot (d'Alger) estime, lui aussi, qu'il faut avant tout se placer sur le terrain des faits, sans trop se préoccuper des questions doctrinales. A cet égard, on peut ranger en plusieurs groupes les faits de psychose tardive à allure périodique :

1° Les mélancolies d'involution, groupe très important, maladie à formule symptomatique et à évolution trop spéciale pour qu'on puisse, dans la majorité des cas, la faire rentrer dans la psychose maniaque-dépressive. C'est l'anxiété qui en fait le fonds habituel et l'élément essentiel. C'est un des chapitres les plus vastes de la pathologie de l'anxiété.

2° Les psychopathies séniles ou préséniles, de nature organique, mais qui ne peuvent démasquer leur nature qu'après une période prodromique, plus ou moins longue, d'accès intermittents, parfois à double forme. On peut en esquisser deux types : *a*), le type encéphalique à poussées fébriles et signes neurologiques surajoutés ; *b*) le type circulatoire avec désordres cardiaques, d'abord fonctionnels, rythmant les accès, signes plus nets d'insuffisance cardiaque. Il en apporte des exemples démonstratifs.

3° Des psychoses périodiques tardives d'origine accidentelle, soit à la suite de trauma crânien (cas médico-légal personnel) général ou opératoire, soit consécutivement à tout état pathologique.

4° Les cas où l'élément constitutionnel fait sa preuve sont rares (10 à 20 p. 100) ; encore y a-t-il le plus souvent une cause occasionnelle de déclenchement.

M. Labuchelle (de Bordeaux) apporte des données statistiques recueillies pendant ces douze dernières années à l'hôpital Saint-André : sur 3.900 psychopathes vus, il y a 921 (soit 21 p. 100) de périodiques, dont plus de 300 (40 p. 100) avaient présenté leur premier accès après quarante-cinq ans. Parmi ceux-ci, les accès mélancoliques sont plus fréquents entre quarante-cinq et soixante ans ; à partir de soixante ans les accès de manie sont plus nombreux.

M. Kœhler (Suisse) aborde la question du traitement des psychoses périodiques tardives, et insiste particulièrement sur ce que trop souvent les malades sont délaissés, le médecin qui les voit n'attache guère d'importance aux signes avertisseurs et ne les envoie au spécialiste que tardivement. S'inspirant de Wagner von Jauregg, M. Kochler préconise la pyrétothérapie par la tuberculine.

M. Pailhas (d'Albi). — Manie et mélancolie tardives évoluent en étroite dépendance avec leurs causes occasionnelles, se déroulent après elles, modèlent plus ou moins leur sémiologie sur elles, souvent finissent avec elles. Elles n'obéissent pas à la grande loi des rythmes périodiques qui domine les vraies psychoses périodiques, la maniaco-dépressive. La manie et la mélancolie tardives ne doivent donc pas être rangées dans ce groupe Kraepelinien.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Le rapporteur dépasse les limites de son titre. En fait, les cas qu'il décrit et sur lesquels il s'appuie ressortissent du domaine des psychoses symptomatiques tardives.

Elles en ont le caractère accidentel, dépendant en ce cas d'une atteinte organique, qu'elle soit primitivement viscérale et n'atteigne que fonctionnellement le cerveau, ou qu'elle soit d'emblée cérébrale. A cet égard, il était peut-être important de distinguer entre les formes vésaniques et organiques. Elles ont également les caractères de polymorphisme et d'atypie qui montrent qu'à côté de leur origine accidentelle tardive elles reposent, tout au moins en ce qui regarde leur orientation clinique, sur un élément constitutionnel.

Ce rapport envisageant toutes les psychoses symptomatiques tardives, aurait dû également signaler le syndrome catatonique tardif qui, quoique rare, n'en est pas moins réel. L'auteur en a observé quatre cas, dont deux avaient une hérédité lourde.

(*A suivre.*)

Les Livres

Annuaire médical des stations thermales et climatiques françaises. Sanatoriums-Maisons de santé.

L'édition de 1931 de l'Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé, vient de paraître.

Cette importante publication, comprenant près de 800 pages, rassemble tous les renseignements d'ordre scientifique et pratique concernant les diverses stations de séjour françaises et les établissements médicaux.

Dans la première partie du volume toutes les stations thermales sont passées en revue, et sur chacune d'elles une abondante notice illustrée donne les renseignements les plus complets qui peuvent être de quelque utilité pour le médecin praticien.

La 2e partie du volume est consacrée aux stations climatiques et aux stations balnéaires françaises, ces dernières étant groupées par régions : région du Nord, région de la Manche (plages de la Normandie, plages de la Bretagne), région de l'Océan et côte Basque.

Au début du volume est publié l'annuaire complet des médecins exerçant dans les différentes stations thermales, climatiques et balnéaires, et enfin à la suite est publiée une note très détaillée sur la législation, l'administration et les groupements scientifiques et techniques intéressant l'hydrologie et la climatologie.

Il est rappelé au corps médical qu'un exemplaire de ce volume est mis gracieusement à sa disposition, et tous les médecins praticiens qui n'auraient pas encore reçu une édition de cet ouvrage ou qui n'auraient en main que l'édition de 1927, sont priés d'adresser leur demande dans le plus bref délai, à la direction de l'Annuaire médical des stations françaises, 23, rue du Cherche-Midi à Paris (6e) ; un exemplaire de la dernière édition leur sera immédiatement envoyé.

Editions diététiques HEUDEBERT.

Les Editions diététiques Heudebert viennent de faire paraître le 3e fascicule des brochures de régime consacré au **Régime des maladies du rein.**

Conçu dans le même esprit pratique que les brochures précédentes « Le régime des maladies du rein » sera bien accueilli à la fois par le médecin auquel il évitera de longues et fastidieuses énumérations et par le malade auquel il permettra de suivre sans monotonie les prescriptions médicales.

On y trouve des tableaux analytiques des aliments courants, des exemples de menus, de nombreux conseils pratiques et plus de cent recettes culinaires spécialement étudiées pour le « Régime des maladies du rein. »

Le *Régime des maladies du rein* est en vente au prix de 3 fr. 50 dans les pharmacies, herboristeries, maisons de régime, mais les laboratoires Heudebert l'adressent gracieusement aux médecins qui leur en font la demande.

Ecrire pour recevoir « Le Régime des maladies du rein », aux *Laboratoires Heudebert*, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).

Les livres qui viennent de paraître...

Edition de l'Esprit médical,
45, rue de Turenne.

Dr LÉOPOLD-LÉVI. — **Nervosisme et glandes endocrines** (un vol. in-16, 160 pages, 10 schémas et fig. Prix : 18 fr.)

LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES EN CLIENTÈLE

Par le Dr G. PERGET

de la Faculté de Médecine de Paris
Licencié ès sciences

Le symptôme douleur tient une telle place dans la plupart des maladies et il est si souvent accusé avant tous les autres par les malades, que le praticien est bien obligé, dans de très nombreux cas, de le traiter, sinon isolément, du moins immédiatement. C'est ainsi qu'en l'absence d'un traitement causal, parfois difficile à déterminer à la suite d'un premier examen, il aura souvent recours à une médication symptomatique de la douleur, car le traitement de la souffrance, réclamé par le malade, est une nécessité d'ordre moral autant que physiologique.

Le terme de névralgie désigne précisément une foule de manifestations douloureuses de tous ordres. Et il est certain qu'à côté des algies rhumatismales d'observation journalière, beaucoup de ces manifestations peuvent être rangées parmi les premiers symptômes d'affections organiques plus ou moins graves. Certaines gastrites, certains ulcères de l'estomac, certaines affections du foie ou des reins, certaines tumeurs malignes peuvent donner à distance des névralgies très aiguës qu'il n'est pas toujours facile de rattacher immédiatement à leur cause véri-

table. On comprend combien un traitement symptomatique judicieux de la douleur peut être utile dans ces cas ; et nous ne rappellerons que pour mémoire les accidents douloureux aigus de la lithiase biliaire ou urinaire et de l'intoxication saturnine car l'on sait que dans ces cas d'urgence l'injection de morphine ou mieux de pantopon est la meilleure arme dont puisse disposer le médecin.

Les analgésiques sont aussi nombreux que variés et, à côté des médicaments d'urgence que nous venons de citer, il semble que l'on n'ait que l'embarras du choix entre les divers produits suscités par la lutte contre la douleur. Assurément chaque médicament peut avoir ses indications propres, et l'on conçoit que l'on ne puisse traiter de même une névralgie aiguë mais dont tout indique qu'elle sera de courte durée, et une névralgie qui cède assez bien à un analgésique quelconque mais qui reparaît d'une façon désespérante dès qu'a pris fin l'action médicamenteuse. Au surplus d'ailleurs, c'est pour ces traitements qui s'annoncent comme devant être prolongés qu'il importe de faire un choix judicieux entre des médicaments qui ne sont pas toujours absolument inoffensifs, qui risquent de s'accumuler dans l'organisme ou de produire de l'accoutumance.

A côté des dérivés de l'acide salicylique dont l'action sur les manifestations rhumatismales est aujourd'hui classique, la diméthyl-amino-antipyrine occupe une place de choix parmi les analgésiques qui ont fait leurs preuves. D'action régulière sur le système nerveux, ce corps, une fois absorbé, est détruit très vite dans l'économie et n'est toxique qu'à doses élevées. De plus, il n'occasionne aucune modification de l'appareil cardio-vasculaire. On connaît son action antithermique, utilisée dans la grippe, la fièvre des tuberculeux et les états fébriles aigus et on l'ordonne couramment comme analgésique à la dose de 0 gr. 25 à 1 gramme dans les migraines, les douleurs des névrites, les névralgies faciales, etc...

Des travaux récents ont montré que cette action de la diméthyl-amino-antipyrine pouvait être modifiée, prolongée et au total considérablement renforcée, si l'on faisait absorber en même temps par le malade une dose relativement très faible d'un hypnotique. On s'est servi de divers dérivés de la malonylurée et notamment de l'acide allyl-isopropyl-barbiturique qui, à l'expérimentation physiologique et clinique, s'est montré le moins toxique des dérivés barbituriques. Des recherches chimiques ont montré d'autre part que cet acide formait avec la diméthyl-amino-antipyrine un composé défini, fondant à 92°5. Cet allyl-isopropyl-barbiturate de diméthyl-amino-antipyrine a été spécialisé sous le nom d'allonal. Les avantages de ce composé sont faciles à prévoir. A côté de son action analgésique renforcée, il possède une action hypnogène et il réalise une véritable association médicamenteuse, particulièrement utile aux malades que les douleurs, si souvent exacerbées la nuit, empêchent de dormir. L'allonal « Roche » est d'un emploi général en stomatologie, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie ; il a même paru à divers expérimentateurs (A. Burns) qu'il possédait une action élective dans le domaine du nerf trijumeau. Mais on peut l'utiliser avec toutes chances de succès dans les algies les plus diverses, sciatiques, douleurs musculaires, névralgies intercostales, points de côté, synovites, etc. Son action analgésique est assez efficace pour pouvoir être utilisée dans des cas où, avant lui, la morphine était seule employée. C'est ainsi que des recherches très intéressantes ont été faites, à ce point de vue, au centre anticancéreux de Montpellier (Abbal, thèse de Montpellier, 1929). Dans la plupart des cas relatés, l'allonal s'est montré capable d'être substitué à la morphine. La dose utile d'allonal est de 2 comprimés en moyenne. Presque toujours cette dose suffit. Il est recommandé de prendre les deux comprimés séparément, à une demi-heure d'intervalle, pour avoir l'effet maximum. On peut d'ailleurs, sans inconvénient, renouveler cette dose dans les 24 heures au cas où l'action serait faible ou si la névralgie réapparaissait. Dans les nuits sans sommeil des rhumatisants chroniques et des algiques de toutes catégories, l'allonal trouve une de ses plus belles indications : 2 à 3 comprimés pris séparément le soir au coucher constituent vraiment le traitement de choix de l'insomnie douloureuse. La douleur disparaît, puis survient progressivement un sommeil calme qui laisse au réveil la tête parfaitement libre, sans lourdeur d'aucune sorte.

Nous dirons donc, en résumé, que l'emploi de l'allonal a fait reculer jusqu'à l'extrême limite l'usage de la morphine et des opiacés, substances inscrites au tableau B des toxiques, et qui ont, à côté de leurs inconvénients classiques, celui d'être d'une prescription de plus en plus difficile pour le praticien. Sans doute, dans les violentes douleurs de certains opérés, dans certaines coliques néphrétiques ou hépatiques particulièrement aiguës, l'ampoule de pantopon conserve son rang de médicament d'urgence. Mais dans tous les autres cas on fera bien d'essayer tout d'abord l'allonal et on sera surpris de l'efficacité admirable de ce produit, de l'impression de bien-être qu'il donne aux malades, sans toutefois produire aucune accoutumance et sans léser en aucune façon l'appareil digestif, ni les émonctoires naturels.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

MAGISTRATS ET EXPERTS

Les actions en responsabilité professionnelle intentées aux médecins deviennent tellement fréquentes qu'elles se placent à cette heure aux premiers plans de l'actualité judiciaire, et fournissent aux magistrats des occasions renouvelées de se prononcer en des matières qui, généralement, ne leur sont pas familières.

Il en est de la médecine comme de toutes les applications d'une technique particulière, basée sur des connaissances scientifiques nombreuses et variées : pour en disserter, même et surtout dans un prétoire de justice, il faut « être du métier ».

Les magistrats, qui ne sont pas « du métier », et qui, cependant, désirent être éclairés sur les applications techniques, qui leur sont soumises, ont recours habituellement à des experts, qu'ils chargent de les renseigner.

« ..... Il est de principe qu'un Tribunal, saisi d'une action en responsabilité contre un médecin à l'occasion de faute lourde à lui imputée, dans l'exercice de sa profession, se refuse à la discussion de théories médicales et s'en remette, pour l'appréciation des faits considérés comme faute lourde, à l'avis d'experts versés dans la science médicale et chargés de rechercher si le médecin s'est écarté des règles du bon sens et de la prudence auxquelles est soumise la profession médicale ... »

Cette profession de foi, empreinte d'une sagesse exemplaire, figure explicitement dans un jugement récent. Elle est tout à l'honneur des magistrats qui l'ont faite en ces termes, — confessant leur incompétence technique et proclamant la nécessité de recourir, pour y suppléer, à des compétences dûment qualifiées.

Elle pose excellemment la situation respective des magistrats et des experts, dont la mission est généralement définie dans le jugement qui les désigne, et consiste, notamment, à s'entourer de tous renseignements utiles à son accomplissement, et aussi, à concilier les parties adverses, si faire se peut,

Dans la pratique, cette mission n'est pas toujours suffisamment limitée à son objet strict, soit par le juge qui la confie, soit par l'expert qui l'accomplit. Il en peut résulter des appréciations latérales capables de nuire à la bonne administration de la justice, et dont les répercussions sont quelquefois incalculables, certaines à retardement, et donc, fâcheusement inattendues.

Le juge est parfois porté à se décharger sur l'expert du soin de se prononcer à sa place sur l'espèce au sujet de laquelle ses lumières techniques sont seules requises. L'expert est enclin parfois aussi à sortir de son rôle, et à formuler des arrêts trop catégoriques et éventuellement dangereux.

Il n'est d'ailleurs pas, reconnaisons-le, tâche plus délicate que la sienne, et qui nécessite plus de notions théoriques et pratiques, au service desquelles doit se mettre la plus grande impartialité, la neutralité la plus absolue. L'expert consciencieux étudie le cas dont il est saisi, aussi objectivement que possible. Il est cependant un moment de son travail où il doit, subjectivement, se poser la question : « Si j'avais été à la place du confrère dont je dois qualifier l'intervention, si je m'étais trouvé dans les conditions où il a exercé son art, qu'aurais-je fait ? Comment aurais-je manœuvré ? »

Ses conclusions, en effet, sont attendues par le juge, qui s'en servira pour étayer sa décision. Qui s'en servira, dis-je, soit qu'il les adopte, soit qu'il passe outre, — pour trancher le débat à sa manière. Car, il faut qu'on le sache, le Tribunal n'est nullement lié par le rapport des experts qu'il commet, et son indépendance à leur égard est absolue.

C'est même assez curieux, peu rassurant aussi, de considérer avec quelle aisance des magistrats ont jonglé avec des conclusions d'expertises, pour arriver à prendre une décision en opposition complète avec celles-ci.

C'est ainsi que nous avons vu, il y a plusieurs mois, un médecin condamné à des dommages-

intérêts importants envers un malade qui, à la suite d'un traitement diathermique pratiqué en 1923, avait été brûlé au point qu'on avait dû lui amputer l'avant-bras. Trois experts, particulièrement qualifiés, avaient conclu en faveur de leur confrère, après une longue étude de ce cas malheureux ; ils le mettaient complètement hors de cause, déclarant qu'à l'époque où les soins avaient été donnés, rien ne pouvait lui être reproché dans la conduite de ce traitement.

Les magistrats, dans cette espèce, n'ont pas suivi les experts et ont prononcé une condamnation, justifiée sans doute par des subtilités de ce genre : « Coupable ou non de faute de technique, il n'en est pas moins vrai que vous êtes, par l'application de cette cure que vous avez entreprise, la cause de la mutilation survenue. Réparez donc cette mutilation dans la mesure où cela nous paraît équitable. »

Par contre, l'omission volontaire d'une injection antitétanique préventive pour des raisons qu'il a données, et qui tenaient en partie au mauvais état général du blessé, a été imputée *à faute lourde* au médecin traitant, sur un rapport d'expertise concluant nettement et formellement en ce sens, — bien que les experts aient déclaré que s'il était vraisemblable que l'injection préventive eût empêché l'éclosion du tétanos, ce n'était cependant pas certain. Il y avait donc là une porte entre-bâillée pour un doute dont eut dû bénéficier le défendeur. Car on ne pouvait pas affirmer, — et on ne pourra jamais affirmer, en pareille circonstance, — qu'un blessé n'aurait pas succombé, même si cette injection avait été pratiquée

Dans un jugement récent qui fait état d'un rapport d'expertise, le juge reproche aux experts d avoir dépassé les limites de leur mission, en blâmant le médecin en cause d'avoir pensé à une complication possible de l'état de sa malade, et cherché à vérifier cette présomption.

Nous avons eu connaissance, cette année, d'une curieuse affaire dans laquelle l'emploi, par les experts, de la négation *ne... pas*, au lieu de *ne... plus*, a eu les conséquences les plus extraordinaires, encore que les plus invraisemblables.

Un chirurgien, occupant en même temps une haute fonction officielle, est appelé, il y a plusieurs années, à donner d'urgence des soins à une femme grièvement blessée dans un accident d'automobile. Elle présente des plaies multiples de la face et du crâne, et se trouve fortement commotionnée.

Dans la maison de santé où elle a été transportée, entouré de ses aides habituels, le chirurgien, en dehors du traitement des plaies elles-mêmes, se préoccupe de cet état commotionnel ; il se demande s'il ne procéderait pas d'un épanchement intra-cranien, dû à une fracture, à une contusion interne ; il veut vérifier le bien ou le mal fondé de cette hypothèse, et il perfore le crâne avec une petite fraise. Or, l'opération chirurgicale qui consiste à enlever un segment d'os au moyen de fraises..... est dénommée *trépanation.*

L'hypothèse péjorative étant écartée à la suite de cette exploration parfaitement justifiée, la blessée entre très vite en convalescence, et sort de la maison de santé une vingtaine de jours après, ayant acquitté sans la moindre contestation la note d'honoraires *très modérés* du chirurgien, dans laquelle il était fait mention de cette trépanation, pratiquée par lui.

La blessée se retourne alors contre l'auteur de l'accident dont elle avait été la victime ; celui-ci fait appel à la Compagnie d'assurances qui le couvre. Aucun arrangement amiable n'ayant pu être réalisé, l'affaire est portée devant les Tribunaux, qui nomment trois experts : ceux-ci interviennent trois ans après l'événement.

Or, ils ont reconnu l'existence de reliquats certains de la commotion cérébrale et des cicatrices des blessures de la face dont la victime avait été naguère atteinte. Ils ajoutèrent, par contre, qu'*ils ne trouvaient pas trace de la trépanation qui aurait été faite* à la maison de santé, parce qu'il n'y avait en effet aucune dépression osseuse ; ils répétèrent cette affirmation une seconde fois.

Forte de ce rapport, la Compagnie d'assurances plaida qu'elle ne devait pas payer les honoraires d'une opération *qui n'avait pas été pratiquée réellement.* Et le Tribunal lui donna raison sur ce point.

Tout cela s'était passé en dehors du chirurgien qui ignorait complètement qu'une épée de Damoclès se forgeait sur sa tête, quand il eut, un jour, la surprise de recevoir, de son chef administratif, une demande d'explications. Alerté par le Procureur de la République, celui-ci avisait son subordonné qu'il était soupçonné, sinon accusé, d'avoir imaginé une opération pour toucher des honoraires illicites.....

C'étaient tout à la fois l'honorabilité professionnelle et la situation officielle de ce chirurgien mises en cause et fortement compromises. Les suites ne semblent pas avoir été aussi graves qu'on le pouvait prévoir. Quelles qu'elles aient été, quelles qu'elles puissent être, il n'en demeure pas moins établi que le rapport des experts a été le point de départ de cette invraisemblable histoire. Or, la mission qui leur avait été confiée les invitait à s'entourer de tous les renseignements propres à les éclairer. Informés qu'une trépanation avait été pratiquée trois ans plus tôt, dont présentement ils ne trouvaient plus trace, ne vous semble-t-il pas qu'il eût été sage et prudent de leur part de questionner le chirurgien et de lui réclamer des explications ? En omettant de le faire, et en déclarant qu'ils

ne trouvaient PAS de traces de la trépanation qui AURAIT été pratiquée.., ils ont, par l'emploi de ce conditionnel, été les premiers à exprimer un doute sur la réalité de l'intervention envisagée, et à jeter la suspicion sur un confrère qu'ils n'avaient pas entendu, et qui ignorait même qu'ils le mettaient ainsi en cause, à son insu. N'est-ce pas excessif ?

Et sur le fond même de ce singulier conflit, il convient de dire que la conduite du chirurgien paraît parfaitement justifiée, et ne peut se discuter. En présence d'un blessé du crâne commotionné, il était de son devoir d'explorer la cavité cranienne au moyen d'une petite brèche osseuse, pratiquée avec une fraise et, qu'on le veuille ou non, qui a nom *trépanation*, ou encore trépanoponction. Que, trois ou quatre ans plus tard, on ne trouve plus trace de cette petite brèche osseuse, quoi d'étonnant ! Obturation fibreuse, régénération osseuse même : un orifice capillaire se comble et ne peut ultérieurement être repéré ; les chirurgiens spécialisés dans la chirurgie du crâne sont à cet égard affirmatifs.

Quant à la réalité même de cette intervention, on ne saurait la mettre en doute, en raison de la situation officielle de ce chirurgien, et aussi de ce qu'elle eut pour témoins ses assistants habituels, devenus ses complices, si l'on accepte d'entrer dans la voie du soupçon : ce qui est inadmissible, tant, surtout, qu'il n'a pas été appelé à s'expliquer.

Et que dire aussi de ce Procureur qui, de propos délibéré, déclenche une enquête administrative par son intervention auprès du chef officiel du chirurgien dont je rapporte ici l'aventure, au sujet de faits qui, même hypothétiques, sont tellement injurieux qu'on ne saurait en envisager l'existence sans en avoir préalablement vérifié le bien-fondé, au moins apparent ? N'y voit-on pas encore cette tendance du magistrat à outrepasser ses droits, et à sortir de son rôle ?

A une époque où la mise en cause de leur responsabilité professionnelle conduit tant de médecins à avoir maille à partir avec la Justice, il n'est pas mauvais qu'ils soient prévenus des aléas que comporte le mécanisme des expertises : les exemples que je viens d'en donner sont très instructifs à cet égard.

Experts, — qu'ils fassent montre de la plus grande impartialité, de la plus grande prudence, et qu'ils ne négligent aucun des moyens d'information dont ils disposent.

Expertisés, — qu'ils se fassent accompagner de leur avocat, et qu'ils se mettent d'accord avec lui pour que l'expertise ne sorte pas des limites de son objet, ni du fait des Juges, ni du fait des experts. La procédure offre mille ressources aux intéressés pour s'assurer une défense aussi serrée que possible.

G. DUCHESNE.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Fourniture d'appareils de prothèse

Le « Sou médical » vient d'être appelé à donner son appui à un de nos confrères, qui se voit refuser le prix de la confection d'un appareil de prothèse. Il s'agit d'un médecin stomatologiste, qui, ayant à soigner un ouvrier blessé (fracture des maxillaires et perte de plusieurs dents) avait, avant la consolidation de la blessure, confectionné un dentier, nécessaire à la mastication.

L'assurance refuse de payer le prix dudit appareil, prétendant que les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du chef d'entreprise, mais à celle de la victime.

Elle soutient, en outre qu'avant de procéder à ses travaux de prothèse, le praticien doit solliciter et obtenir l'autorisation du chef d'entreprise, ou de l'assurance substituée.

Enfin, l'appareil (en l'espèce un dentier) doit être fabriqué avec des matériaux bon marché.

Nous croyons donc utile de donner à nos confrères l'état actuel de cette question envisagée du point de vue juridique.

I. — Dans quels cas, les appareils de prothèse sont-ils à la charge du chef d'entreprise ?

La jurisprudence est actuellement bien fixée dans ce sens qu'une distinction doit être faite entre l'appareil de prothèse, destiné à provoquer la guérison, ou à hâter la consolidation et celui dont l'effet est postérieur à ladite consolidation et qui vise à compenser, dans une certaine mesure, l'infirmité de la victime.

Dans le premier cas, l'achat de l'appareil est un moyen de traitement ; il participe à la nature des frais médicaux et pharmaceutiques et doit, par conséquent, être remboursé par le chef d'entreprise.

Telle est l'opinion de Sachet, 6e édit., t. II n° 611.

Telles sont les décisions suivantes de jurisprudence :

Cass. civ., 19 juillet 1905 (D. 1907.1.322).

Cour de Nancy, 4 mai 1904.

Trib. civ. Briey, 1re ch., 3 nov. 1903. Rev. gén. acc. trav. 1924.169.

Trib. civ. Seine, 14 novembre 1925 (*Droit ouvrier,* février 1924.44) avec note de Maurice Juncker.

Cour d'Amiens, 12 juillet 1925 (Office central de la Mutualité agricole, inédit).

Lorsqu'au contraire, l'emploi d'un appareil de prothèse est nécessité par un état définitif, par conséquent postérieur à la consolidation, il est en dehors des prévisions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, qui ne vise que les frais faits pour parvenir à cet état de consolidation et, comme ils ne sont pas prévus par l'article 3, qui fixe l'indemnité due en cas d'incapacité permanente, on ne saurait les allouer à la victime, sans forcer le sens de la loi.

Ainsi en a décidé une très nombreuse jurisprudence, bien fixée en ce sens.

Cependant, d'après Mourral et Berthiot (2e édit., 123 et suiv.), la fourniture du premier appareil serait toujours à la charge du patron. Cette opinion paraît assez judicieuse, car c'est seulement lorsqu'elle a été munie de cet appareil, qu'il est possible d'apprécier la capacité de travail de la victime. En ce sens, cour d'Amiens, 11 juillet 1902 (Rec. Amiens, 1902.171).

Ainsi, lorsqu'après consolidation, les experts estiment que l'usage, par le blessé, d'un appareil prothétique, diminuera la réduction de la capacité et que le patron se déclare prêt à en payer le prix, le tribunal tiendra compte de ces éléments pour apprécier la réduction du salaire de l'ouvrier, sans s'arrêter à son refus de faire usage de l'appareil (tribunal civil du Havre, 17 avril 1902 ; Rec. Acc. trav. du Ministère. Trav., II-73).

Egalement jugé de la même manière par le tribunal civil de Lunéville, 17 juin 1926, *Rev. gén. des acc. trav.*, 1926-312.

Par jugement du 26 mai 1926 (*Mon. Midi*, 30 juin 1926), le tribunal civil de Montpellier, 1re ch., a décidé que, pour déterminer la question de savoir si le coût des appareils prothétiques, ayant pour objet, non de guérir, mais d'atténuer artificiellement les effets de l'incapacité, doit rester à la charge de la victime d'un accident du travail, il y a lieu d'examiner si l'évaluation de l'incapacité est faite en envisageant l'ouvrier muni de l'appareil de prothèse, ou au contraire, non muni de cet appareil.

En ce qui concerne plus particulièrement les *soins dentaires*, la réparation et la pose des dents sont compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques, dus par le patron. (Just. de paix de Courbevoie, 8 mai 1900 ; D. 1902.2.71 ; trib. de paix de Grand-Couronné, 9 janvier 1911 (Rec. acc. trav., Minist. Trav., XV-7).

Le tribunal de paix d'Argenteuil par décision en date du 5 décembre 1923 (*Rev. gén., acc. trav.*, 1924-316) a jugé que les soins dentaires, tels que réparation et pose de dents, sont compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques et à ce titre supportés par le patron, spécialement dans le cas où l'ouvrier ne pourra être considéré comme définitivement guéri que le jour où ses mâchoires auront recouvré leurs fonctions esthétique et masticatoire, dans toute la mesure compatible avec les ressources qu'offre actuellement l'art dentaire.

Doivent être compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques les soins donnés par un dentiste, dans le cas où l'ouvrier a eu les dents cassées, ou arrachées, ces soins comportant la pose de dents de remplacement (trib. de paix de Rouen, 3e canton, 17 juin 1927 ; *Rev. générale. acc. trav.*, 1930.30).

Seul peut être compris dans les frais médicaux le prix de l'appareil orthopédique (en l'espèce un dentier) destiné, en diminuant l'étendue de l'incapacité de travail, à permettre à l'ouvrier une reprise plus prompte du travail (trib. de paix Dijon, 16 juillet 1930 ; *Rev. générale, acc. trav.*, 1931-39.)

Au moment de la fixation de la rente, l'état du blessé étant consolidé, c'est-à-dire ne pouvant plus être modifié par un traitement médical quelconque, il s'agit de déterminer le quantum de l'incapacité permanente partielle de travail, soit avec appareillage, soit sans réduction de la mutilation par un appareil.

Si le chef d'entreprise se refuse absolument à payer le coût de la prothèse, l'incapacité de travail doit être déterminée par le tribunal, abstraction faite de l'amélioration de son état, que l'ouvrier pourra obtenir ultérieurement par un appareil, qu'il fera confectionner et qu'il paiera de ses deniers.

C'est sur sa rente elle-même que la victime devra faire confectionner son appareillage, ou le renouveler.

Au contraire, si le patron prend à sa charge les frais de prothèse, la rente d'incapacité permanente partielle peut, de ce chef, se trouver diminuée, puisque la capacité de travail de l'ouvrier est améliorée par le port approprié d'un appareil.

Le tribunal civil de Montpellier (1re ch.), par son jugement du 25 mai 1926 (*Mon. Midi*, 30 juin 1926) décide que, pour déterminer la question de savoir si le coût des appareils prothétiques, ayant pour objet, non de guérir, mais d'atténuer artificiellement les effets de l'incapacité, doit rester à la charge de la victime (en l'espèce l'ouvrier atteint de hernie et porteur d'un bandage), il y a lieu d'examiner si l'évaluation de l'incapacité est faite en envisageant l'ouvrier muni de l'appareil de prothèse, ou au contraire, non muni de cet appareil.

Si l'incapacité est minime et peut disparaître par le port d'un appareil (en l'espèce un dentier) que le patron offre de payer, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité, décide le tribunal civil de Lunéville, le 17 juin 1926.

Dans le même sens, la cour de Montpellier, par arrêt du 16 mai 1929 (inédit), estime que la rente accordée à un ouvrier victime d'un accident du travail, n'est pas une indemnité destinée à dédommager le blessé des frais, qu'il a pu avancer, pour se procurer un appareil, mais la compensation de la diminution de ses capacités professionnelles consécutives à l'accident.

Par conséquent, lorsque la lésion est bénigne et que l'incapacité est complètement supprimée du fait du port de l'appareil, il n'y a pas lieu d'allouer une rente pour incapacité permanente partielle.

Au contraire si le patron, ou l'assureur de ce dernier se refuse, comme c'est son droit absolu, de payer l'appareil de prothèse, au moment de la détermination du quantum de l'incapacité permanente partielle de travail, cette dernière doit être calculée d'après l'état actuel de la victime, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'amélioration, qui pourrait être due ultérieurement par le port de l'appareil.

Ainsi que l'indique une réponse du Ministre du travail (*J. O.*, 22 avril 1925) à une question posée au *Journal officiel*, le chef d'entreprise ou son assureur n'est pas tenu, après la consolidation de la blessure, de la fourniture des appareils de prothèse.

A lui de savoir s'il a intérêt à prendre cette fourniture à sa charge, pour diminuer le taux de la rente qu'il aura à constituer, en cas d'incapacité permanente partielle.

En ce sens, tribunal civil de Saint-Etienne, 30 novembre 1922, décidant que le coût d'une chaussure spéciale, véritable appareil orthopédique, ne saurait être mis à la charge du patron ; mais, comme rien dans la loi, n'oblige non plus l'ouvrier à se la procurer, il y a lieu de tenir compte de la difficulté que l'infirmité non corrigée apporte dans la marche et la station debout.

Avec la Cour de Paris, 17 mai 1920, nous dirons qu'à partir de la guérison, ou de la consolidation, la rente fixée par la loi du 9 avril 1898 constitue la seule réparation à laquelle a droit l'ouvrier.

Spécialement, un blessé n'est pas fondé à réclamer le remboursement d'un œil artificiel, qui n'est pas un appareil nécessaire pendant la période du traitement curatif.

Mais, la même cour de Paris, par arrêt du 21 juin 1920 décide que, si l'accidenté n'a pas droit à une somme annuelle, pour l'entretien ou le renouvellement d'un appareil de prothèse (en l'espèce un œil artificiel) il est licite de lui tenir compte, dans l'évaluation de la rente, du préjudice que lui a causé l'accident, car l'énucléation constitue une aggravation dans sa situation.

Mais une fois la rente fixée, le chef d'entreprise n'a plus à intervenir dans les frais d'entretien, ou de renouvellement d'un appareil prothétique, même s'il avait consenti à en payer le montant, soit au cours du traitement, soit au moment de la fixation du quantum de l'incapacité permanente.

Ainsi en a décidé le tribunal civil de Bordeaux, 4e chambre, 15 décembre 1920 et le tribunal de paix de Tourcoing, 19 juillet 1922 (*Bull.*, déc. J. P., 1924-246.)

Bris d'un appareil. — Un autre problème se pose : victime d'un accident du travail, un ouvrier a son appareil de prothèse brisé par le traumatisme. Les frais de réparation, ou de renouvellement incombent-ils au chef d'entreprise ?

Non, a répondu le Conseiller d'Etat, directeur du service de contrôle des assurances privées au Ministère du Travail (*Concours médical*, 1924-289) : pour caractériser l'accident du travail, donnant à la victime le droit de prétendre au bénéfice de la loi du 9 avril 1898, il faut que la force extérieure, qui s'est manifestée soudainement et violemment, ait occasionné une lésion à l'organisme.

Le bris d'un appareil prothétique est donc un dommage purement matériel, qui n'ouvre pas droit à réparation, sauf appréciation des situations de fait, par les tribunaux.

C'est dans ce sens qu'a décidé le tribunal de paix de Rouen, 5e canton, 17 juin 1927 : s'il est possible de comprendre dans les frais médicaux les soins donnés par un dentiste, dans le cas où l'ouvrier a eu les dents cassées, ou arrachées, le remplacement d'un appareil dentaire, rendu inutilisable par un accident ne saurait rentrer dans la catégorie des frais médicaux et pharmaceutiques, le coût de cet appareil ne pouvant être compris dans les frais accessoires de la maladie, sans porter atteinte au tarif forfaitaire légal de l'indemnité, dont bénéficient les victimes d'accident du travail.

Discussion. — Il est donc nettement établi, en droit, que, pour que les appareils de prothèse soient mis à la charge du chef d'entreprise, il convient de rechercher si lesdits appareils ont été utilisés dans un but de traitement et de guérison — par conséquent avant la date de la consolidation — ou si ces appareils n'ont eu qu'un but : améliorer une situation devenue définitive et consacrée par une indemnité, allouée par le tribunal civil, après consolidation, pour indemniser partiellement une incapacité permanente partielle de travail.

Tout d'abord, une définition s'impose : *par consolidation de la blessure,* la jurisprudence n'entend pas le moment où le blessé est plus ou moins apte à reprendre partiellement ou totalement son travail, mais l'époque à laquelle les soins médicaux sont incapables d'améliorer la

situation de la victime, situation devenue définitive.

Or, dans l'espèce, qui nous est soumise, le blessé a été atteint d'une fracture des deux mâchoires, avec plaies et perte de neuf dents.

Les soins ont donc consisté d'abord à réduire et à contenir les fractures des mâchoires, à faire cicatriser les plaies, à régulariser, par l'ablation des esquilles et des fragments de dents.

Ces soins de la bouche et des dents demandent plusieurs semaines, au cours desquelles il convient d'attendre, avant la pose d'un appareil prothétique, que la cicatrisation soit complète et que la régression des os et des alvéoles brisées permette la pose d'un dentier définitif.

Or, si l'ouvrier peut reprendre partiellement, ou totalement son travail, il ne s'en suit pas que ses blessures soient consolidées, c'est-à-dire qu'elles ne réclament plus les soins de l'homme de l'art.

Bien au contraire, ce dernier n'a pas encore terminé ses services et doit attendre un ou deux mois, avant de procéder à la pose de son appareil.

Première conclusion : la date de la consolidation ne correspond pas du tout avec celle de la reprise du travail.

La meilleure preuve en est dans la modification que la loi du 17 octobre 1919 a apportée à la rédaction du début de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 : « Quelle que soit la durée de l'interruption du travail, occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques..... ».

Par conséquent, dans l'espèce, qui nous est soumise, la Compagnie d'assurances est mal fondée d'invoquer la date de la reprise du travail, pour indûment qualifier cette dernière de date de consolidation.

Il convient, dès lors, de prouver que les soins de prothèse, donnés avant la fin du traitement, c'est-à-dire avant la consolidation, étaient nécessaires au traitement du blessé, c'est-à-dire à sa guérison plus ou moins partielle.

Un ouvrier, qui travaille péniblement, a besoin de posséder toutes ses forces physiques. Celles-ci ne peuvent être entretenues que par une alimentation substantielle.

Or, un blessé, qui a eu les mâchoires brisées et auquel il manque neuf dents fracturées, ne peut s'alimenter utilement que s'il est en possession d'un dentier correctement confectionné et dûment placé.

Ajoutons à cela le côté esthétique : un ouvrier, quelque manuel qu'il puisse être, ne peut trouver d'embauche que si son physique n'est pas un objet d'horreur, ou simplement de laideur pour les autres.

D'accord avec la jurisprudence, que nous avons citée plus haut, nous pouvons conclure que l'appareil de prothèse, dont s'agit était nécessaire au traitement du blessé, que, si sa pose définitive n'empêchait pas la reprise partielle du travail, cette pose rendait obligatoire une surveillance de la part du praticien, qui ne pouvait fixer l'appareil qu'une fois la cicatrisation obtenue, tant des parties molles que des os sous-jacents.

Au surplus, pouvons-nous ajouter, la pose d'un tel appareil doit diminuer le pourcentage d'incapacité permanente partielle, à laquelle a droit la victime, puisque par ce dentier, l'alimentation est rendue plus aisée et les déformations esthétiques moins grandes et moins apparentes.

Bien qu'il doive, en toute justice, être condamné à payer le prix de ce dentier, le chef d'entreprise fera, de ce chef, l'économie d'un pourcentage de rente, allouée pour incapacité permanente partielle.

II. — Autorisation préalable donnée par le chef d'entreprise.

Les compagnies d'assurances, qui ont un contentieux très spécialisé en matière d'accidents du travail, opposent fort souvent aux médecins — qui ne connaissent pas le droit — des arguments juridiques, qui, au premier abord, semblent indiscutables.

Tel est le cas de l'autorisation préalable, qu'au dire de certains assureurs, les médecins devraient solliciter du chef d'entreprise, avant de procéder à des traitements spéciaux, ou à des interventions de spécialités.

Cependant, si nous nous reportons aux textes législatifs, ou réglementaires, qui régissent la question, nous nous apercevons que les contentieux des compagnies d'assurances font dire auxdits textes ce qu'ils ne spécifient nullement.

Tout d'abord, remarquons que ce n'est pas une autorisation, qu'il convient de solliciter, mais un simple avis que le médecin doit donner au patron responsable.

En effet, ce dernier n'est, en aucune façon, qualifié pour exprimer une opinion, sur l'utilité d'un traitement médical : aucune autorisation ne doit être sollicitée par l'homme de l'art, qui a toute liberté pour diriger le traitement.

Il ne s'agit que de prévenir le chef d'entreprise que tel traitement, ou intervention devra être appliqué : de la sorte, dûment averti, le patron verra s'il doit user de la faculté de contrôle, à lui octroyée par l'article 4, paragraphe 5 de la loi du 9 avril 1898.

D'ailleurs, reportons-nous au texte lui-même l'arrêté du 8 juillet 1920 prévoit que « lorsqu'au cours du traitement, le médecin estime nécessaire la consultation, la visite, ou l'intervention d'un spécialiste, il doit en donner *avis* préalablement, par lettre recommandée, au patron, ou à son assureur substitué » et que, « dans les cas

d'urgence, la notification devra être faite, aussitôt après la consultation, la visite, ou l'intervention du spécialiste. »

L'inaccomplissement de cette formalité d'avis — et non pas d'autorisation — doit-elle entraîner le rejet de la demande d'honoraires formulée par le médecin ?

Le tribunal civil de Chalon-sur-Saône, jugeant le 18 mars 1929, sur renvoi de Cassation (*Rev. gén. acc. trav.*, 1931.87) a considéré que l'absence de l'avis précité était dépourvue de toute sanction, contenue dans le texte de l'arrêté du 8 juillet 1920, ou des arrêtés ultérieurs.

Sur pourvoi, la Cour de cassation a décidé, par arrêt du 5 novembre 1930 (D. H., 4 décembre 1930 ; *Gaz. Pal.*, 28 novembre 1930) que le spécialiste, qui a omis d'adresser au patron l'avis, avant un traitement spécial, est néanmoins fondé à réclamer ses honoraires, malgré l'omission de cette formalité.

Or, *a fortiori*, les honoraires doivent-ils être payés, lorsqu'il est prouvé que le médecin traitant, qui est également un spécialiste, n'a pas omis d'avertir, en temps utile, le représentant de la compagnie d'assurances, que la pose d'un appareil prothétique (en l'espèce un dentier), était nécessaire pour la guérison, vu l'état de la victime.

C'est parce que l'agent local d'assurance connaît souvent mal la loi, ou l'arrêté de 1920, qu'il croit ne devoir donner d'autorisation, qu'après avoir reçu les ordres de la compagnie, dont il représente les intérêts.

S'il connaissait moins les textes législatifs et réglementaires, applicables en la matière, il déclencherait la visite de contrôle, en s'appuyant sur le texte de l'article 4, § 5 de la loi du 9 avril 1898, dès qu'il aurait reçu l'avis du médecin traitant, au lieu de s'imaginer, à tort, qu'il doit donner, ou refuser une autorisation de soins.

Ajoutons à ce sujet que la jurisprudence constante décide, en matière de réclamation d'honoraires médicaux, que le chef d'entreprise est mal fondé de discuter le montant, ou l'utilité des soins, lorsqu'il a omis de faire sauvegarder ses intérêts, en ne faisant pas visiter la victime par le médecin de son choix, comme lui en donne le droit l'article 4, § 5 de la loi de 1898.

III. — En quelle matière doit être fabriqué un appareil ?

Ici encore, l'absence de contrôle se retourne contre le chef d'entreprise ou son assureur substitué.

Le médecin contrôleur peut discuter avec le praticien sur la nécessité d'employer telle ou telle matière, pour fabriquer un dentier. Il eut été possible, à ce moment, de voir si la simple vulcanite était utilisable, quitte à la victime à payer de sa poche, la différence avec un appareillage, utilisant de l'or.

En ne le faisant pas contrôler, l'assureur fait confiance au praticien : celui-ci agit, pour le mieux des intérêts de son malade : professionnellement, il peut estimer qu'un appareil de prothèse devait être confectionné avec des matériaux solides, indéformables ou incassables, tel que l'or, étant donnée la lésion, qu'il s'agit de réparer.

Ce n'est pas lorsque le travail est terminé qu'il convient d'en discuter l'utilité, alors que le législateur a donné, au chef d'entreprise responsable, ou à son assureur substitué, toute facilité, pour faire défendre ses légitimes intérêts.

Conclusion.

En droit, doit être mis à la charge du chef d'entreprise le coût d'un appareil de prothèse, qui est nécessaire au traitement, ou à la guérison de la victime.

Les frais médicaux sont dus, même lorsque le blessé a pu reprendre partiellement, ou totalement son travail, lorsque des soins doivent encore lui être donnés, alors que le médecin traitant n'a pas signé le certificat de consolidation, c'est-à-dire de cessation complète de tout traitement.

L'avis, qu'aux termes de l'arrêté du 8 juillet 1920, le médecin traitant doit adresser au chef d'entreprise, n'est qu'un simple avis et nullement une autorisation, qui doit être sollicitée.

Aussi est-ce à tort, que l'agent d'assurance croit devoir solliciter à son tour, l'autorisation de sa compagnie : celle-ci n'a qu' à supporter les conséquences de l'erreur de son représentant.

Egalement doit être mis à la charge de l'assureur le résultat de sa négligence à savoir qu'il a omis d'utiliser les moyens de contrôle, mis à sa disposition par la loi du 9 avril 1898, en son article 4.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Autre son de cloche

Mon correspondant Azer qui, en janvier dernier, m'avait adressé ses critiques et que je regrette d'ailleurs de ne pas connaître autrement, me prend encore à partie à propos de l'appel « Aux Jeunes », que je publiais dernièrement.

Ce diable d'homme, si à certains égards il ne partage pas notre manière de voir, n'en écrit pas moins des choses intéressantes, et, dans tous les cas, c'est un prévoyant et un ami de la Mutualité familiale.

Autant de raisons pour que je reproduise sa lettre :

Mon cher confrère,

Vous persistez à croire que vous intéressez les jeunes médecins en leur parlant de l'indemnité-maladie — je continue, moi, à penser que vous vous trompez.

Je vous l'ai dit, les jeunes ne s'intéressent pas à l'indemnité maladie : ils sont solides et bien portants ; ils sont pleins d'illusions ; pourquoi voulez-vous qu'ils envisagent la possibilité pour eux-mêmes de tomber malades ? Est-ce qu'à leur âge on peut avoir autre chose qu'une indisposition légère ? et encore...

Il faudra du temps pour que les réalités s'imposent à leurs réflexions.

En fait de prévoyance, une seule chose peut les toucher, la retraite — vous devez bien le voir par la correspondance que vous recevez —, et encore faut-il que cette retraite ne soit pas lointaine : 60 ans plutôt que 65 ans.

Or, que leur conseillez-vous ?

L'indemnité-maladie d'abord et avant tout, la retraite ne vient qu'accessoirement pour le moment où cessera cette indemnité-maladie.

Vous prenez texte d'une réponse particulière à l'un d'entre eux pour généraliser vos conseils à tous les jeunes....., vous aboutissez à prêcher dans le désert.

A un jeune qui me demanderait conseil, voici ce que moi, je répondrais :

« Assurez-vous tout d'abord une pension de retraite, elle vous coûtera d'autant moins cher que vous serez plus jeune ; prenez-la à 60 ans si vous le pouvez, prenez-la aussi forte que vos ressources vous le permettront.

« A 28 ans, vous paierez annuellement 272 francs pour une pension de 2.400 francs ; à 30 ans, vous paierez 308 francs ; à 32 ans, 342 francs ; ce ne sont pas des sommes, moins de vingt sous par jour ?

« Si, malgré tout, vos ressources vous contraignent à le faire, prenez la pension à 65 ans ; ce sera, toujours pour 2.400 fr., une cotisation de 154 francs à 28 ans, de 174 fr. à 30 ans, de 198 fr. à 32 ans.

« Si au contraire, vous le pouvez, prenez une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans ; vous vous assurerez ainsi 4.800 fr. de rente pour 426 francs par an.

« Et si la Mutualité familiale peut, comme elle le fait espérer, augmenter le taux de ses pensions, prenez le maximum qu'elle pourra vous assurer.

« Que si la crainte de ne pouvoir toujours verser vos cotisations vous hantait, vous pourriez vous garantir contre cette éventualité en entrant à une combinaison indemnité maladie, les indemnités qu'elle vous verserait, le cas échéant, vous permettraient toujours de faire face à la combinaison retraite. »

Vous le voyez, pour moi et je crois être dans le vrai — l'indemnité-maladie, quand on s'adresse aux jeunes, ne doit être que l'accessoire : l'essentiel, c'est la pension de retraite.

Je sais bien ce que vous allez être tenté me répondre ; mais à vos conceptions plus ou moins théoriques j'oppose la réalité des faits, réalité devant laquelle tombent tous les raisonnements.

Ce n'est pas, vous le savez du reste, que je sois hostile à l'indemnité maladie ; mais, pour moi, c'est la pension de retraite, qui doit passer la première surtout lorsqu'on s'adresse aux jeunes : s'ils ont des chances d'échapper à la maladie, voire aux accidents, ils sont certains de ne pas échapper à la vieillesse.

Plus tard, lorsqu'à leurs dépens ils auront acquis un peu d'expérience, lorsqu'ils auront commencé à s'apercevoir que l'avenir ne se présente pas sous une teinte uniformément rose, ils pourront vous entendre lorsque vous leur direz que le médecin, comme tous, est exposé à payer son tribut à la maladie, qu'il peut être victime d'un accident, qu'il est prudent pour lui de se prémunir contre le chômage morbide comme il s'est prémuni contre la vieillesse et l'usure.

Mais, lorsque vous vous adressez aux jeunes, tenez leur le langage qui convient à leur mentalité : Pension de retraite d'abord, indemnité-maladie ensuite. C'est le seul moyen de les attirer à vous... pour leur plus grand bien, je le reconnais.

Veuillez agréer.....

AZER.

Je ne demande certes pas mieux que de crier à pleins poumons : Entrez à la Mutualité familiale pour une pension de retraite, lorsque je m'adresse aux jeunes, mais, quoi qu'en dise Azer, je ne puis oublier pourtant que l'Association amicale des médecins français, ancêtre de la Mutualité familiale, a été créée pour venir en aide aux confrères privés par la maladie de la possibilité d'exercer leur profession, que la pension de retraite n'est venue ensuite que comme

complément, comme une sorte d'indemnité chronique de la vieillesse, qu'enfin le danger le plus immédiat qui menace le médecin jeune ou vieux est la maladie ou l'accident.

C'est pour cette raison que dans nos Conseils nous donnons la priorité à l'indemnité maladie. Mais nous avions si peu méconnu l'utilité de la retraite, que nous avions établi une combinaison spéciale donnant et l'indemnité-maladie jusqu'à 65 ans et la pension de retraite à partir de cet âge.

J'avoue avoir toujours personnellement regretté que cette combinaison n'eût pas été maintenue : il a fallu céder devant les exigences nouvelles de la vie. Pour répondre à tous les besoins comme à toutes les possibilités, nous avons séparé la combinaison retraite de la combinaison indemnité-maladie, les rendant autonomes l'une et l'autre ; nous avons, à côté de la pension à 65 ans, créé la pension à 60 ans, nous avons même admis le cumul de ces deux pensions sur la même tête ; nous avons étendu le bénéfice des pensions aux femmes, aux enfants de nos sociétaires. D'autre part, nous avons ouvert les indemnités-maladie de dix, vingt, trente, quarante et cinquante francs par jour avec cent, deux cents, trois cents, quatre cents et cinq cents francs par mois —, nous n'avons, en toutes circonstances, eu en vue que les services, que nous pouvions rendre au Corps médical.

Et dans ce même esprit nous disons à nos confrères : « Adhérez et à l'indemnité-maladie et à la pension de retraite s'il vous est possible de le faire ; dans le cas contraire, adhérez au moins à l'une des deux » et, si nous conseillons d'abord l'indemnité-maladie, c'est qu'elle nous paraît répondre au besoin qui peut être le plus pressant.

Nous n'en sommes pas moins reconnaissants à Azer de nous exposer ses sentiments personnels.

Nous reconnaissons avec lui que la propagande est difficile près des jeunes qui ne veulent pas croire au danger, nous sommes tout disposés à leur dire : « Si l'indemnité-maladie ne vous intéresse pas, prenez la pension » ; mais véritablement nous ne pouvons pas consentir à ne pas leur parler de l'indemnité-maladie, à ne pas leur en montrer les avantages à ne pas les solliciter d'y venir. Remettre à plus tard pour les attirer à nous, ce serait risquer de le faire trop tard.

Jeunes confrères,

Vous connaissez notre langage, vous connaissez celui d'Azer : l'un et l'autre se résument par le Conseil de vous montrer prévoyants. Inscrivez-vous pour une pension de retraite, inscrivez-vous pour l'indemnité-maladie, inscrivez-vous aux deux si vous le pouvez — vous aurez toujours raison et agirez dans votre intérêt bien entendu.

A. Gassot.

CHRONIQUE FISCALE

Les médecins et le fisc

Dans une réponse du 17 juillet dernier, à M. Bertrand d'Aramon, député, le Ministre du Budget prétend que le docteur qui exerce sa profession auprès de plusieurs entreprises ne saurait être considéré comme un commis au sens de l'article 17, 5° de la loi du 15 juillet 1880, sur les patentes ; que, dès lors, il est susceptible d'être imposé à cette contribution et soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Il est à remarquer que le médecin visé n'a aucune clientèle particulière et est chargé, par contrat passé avec certaines entreprises industrielles, de l'organisation de leurs services médicaux.

Dans sa réponse, le Ministre invoque d'abord l'article 17 de la loi de 1880 et, après cette simple citation, il affirme, sans s'appuyer sur aucune jurisprudence, que le médecin en cause ne saurait bénéficier de cet article.

Or, ledit article dit simplement : les commis sont exempts de la patente —, sans donner aucune définition de ce mot pris évidemment dans le sens le plus large et englobant tous ceux qui ne font aucune opération, aucun travail pour leur compte personnel.

Le médecin qui est attaché par contrat à une entreprise pour diriger le service médical de cette entreprise est évidemment un employé de cette entreprise au même titre que le directeur commercial ou le chef comptable.

Le fait que son contrat ne lui interdit pas d'exercer les mêmes fonctions dans une autre société ne saurait modifier la nature de ses fonctions.

Elles sont conditionnées par ce fait qu'en les exerçant, il n'engage sa responsabilité personnelle que vis-à-vis de la société qui le rétribue.

Notre thèse est singulièrement étayée par les lois fiscales concernant les représentants de commerce qui, sous l'empire de la loi du 30 juin 1923, étaient regardés comme commis ou comme exerçant une profession indépendante suivant qu'ils n'avaient pas ou avaient une clientèle personnelle, une personnalité professionnelle indépendante de celle des maisons pour lesquelles ils travaillaient.

L'expression personnalité professionnelle distincte ayant donné lieu à des difficultés d'interprétation, la loi du 16 avril 1930, article 66, la remplaça par l'obligation d'un contrat écrit, et la condition de ne faire aucune opération pour son compte.

Le fait de travailler pour plusieurs maisons ne change pas la nature de leurs fonctions, et ils restent imposables sur les salaires et exempts de patente.

D'autre part, le fait d'exercer la profession de médecin ne saurait rendre imposable, car un arrêt du Conseil d'Etat du 15 décembre 1916 a décidé que la patente ne pouvait être imposée à un docteur qui n'a pas de clientèle particulière, qui est attaché à une clinique qui le rétribue au moyen d'un traitement mensuel.

Nous sommes persuadés que le Conseil d'Etat n'hésiterait pas à interpréter les textes législatifs dans le sens que nous indiquons, et nous engageons nos lecteurs à porter le différend devant la juridiction compétente, car les frais sont insignifiants.

Nous sommes à la disposition de ceux qui voudront bien nous confier leur défense.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable Français.*

LOYERS ET PATENTES

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Eternelle question, qui commence à intéresser les capitalistes, encore que les médecins le soient plus que rarement, eux, capitalistes ! Tant d'appartements neufs restent vides que le ricochet va leur arriver (aux médecins !)

On a construit depuis la guerre, des appartements, sinon toujours luxueux, mais toujours très chers, comme si la guerre avait fait la fortune de tout le monde ! Même, la Ville de Paris, qui avaient tenté de faire des appartements et logements à loyers modérés, ne les avait fait, comme nous disait Xanrof, à la Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I. qui tant s'en occupa, qu'à « place modérée ».

Et loyers énormes encore qu'en matière commerciale et alimentaire, l'ingénieur A. Moran, prouve qu'ils ne justifient pas la vie chère... quoi qu'on en dise ! Qu'on y joigne, pour le médecin, l'avocat... l'impôt mobilier, la patente, dont on ne parle pas assez, du reste, souvent double du loyer, que l'on songe alors à ce qu'il faut débourser, avant de manger rien que pour avoir un toit afin d'y reposer sa tête, si à l'étroit ! souvent 50.000 fr. par an, pour un débutant, voire un vieux radiologue, à qui il faut tant de place.....

Lisons Paul Reboux, le spirituel écrivain, dans l'*Œuvre* du 8 avril 1931, sous le titre alléchant : « Voici des appartements » :

Attendez, attendez ! N'accourez pas tous ! Ne vous bousculez pas ! Du calme !...

Voici des appartements, sans doute.

Mais vous n'en voudrez pas.

Ce sont pourtant des appartements d'un prix très acceptable, des appartements où personne n'aura habité avant vous ....

Vous n'en voudrez pas, parce que ces appartements seront, on peut le dire, inhabitables.

Ils ont été conçus pour une opération de « tape à l'œil ». Ils ont été établis hâtivement par des architectes fantasques, par ces champignons d'après-guerre, qui s'improvisèrent techniciens sans connaître l'*a b c* du métier. Ce sont des appartements faits d'un « studio ». Autour du studio aux contours bistournés, de minuscules alvéoles forment la cuisine, où l'on ne pourrait cuire qu'une asperge à la fois, et en hauteur ; la chambre à coucher, où seul un nain pourrait dormir ; le cabinet de toilette, où neuf doigts de pied doivent attendre à la porte pour pouvoir se baigner à tour de rôle. Une lingerie ? Il n'en est pas question. Une chambre d'enfant ? L'architecte n'y a pas pensé. Une chambre de bonne ? Il y en a une, une seule, pour un appartement que l'on prétend vendre cinq cent mille francs ou louer trente mille. Quant au garage (car le prospectus annonçait un garage), il faudrait abattre une cloison et en occuper deux pour loger une Rosengart. »

***

On construit d'ailleurs partout à Paris, en Province, « On »: de soi-disant architectes, car tout le monde peut se dire tel ! « Que de maisons, que de maisons » pourrait-on dire, par analogie des inondations du Midi de 1873 et le Maréchal de Mac Mahon.

Et les loyers continuent d'être chers. La surproduction en n'importe quoi n'a jusqu'ici fait baisser aucun prix ! ? ..... Certains propriétaires sont pauvres quand même. Les professionnels, les médecins, au mois de juin (15 % prévus) paieront 305 % de 1914, comme les avocats et autres gens des « professions libérales » et la patente suit et comment ! Patente, que malgré les efforts de la C. T. I. et de Me Sarran du Conseil de l'Ordre du Barreau de Paris, qui ne diminue pas, malgré le vote de la Chambre, parce que le Sénat élu par les municipalités (qui, elles, touchent la patente) ne voulut pas diminuer les revenus de ses électeurs.

On a construit des quantités de maisons, mais quelles maisons, Paul Reboux, vient de nous le dire. Ces maisons à loyers énormes et à appartements inhabitables, ont souvent détruit d'anciennes maisons solides, salubres, et ébranlé les voisines. Jean Amoretti de *L'Œuvre* en a signalés : maints ilôts parisiens supprimés ruinent leurs occupants. Ecoutons encore Paul Reboux :

« D'où viennent-ils donc, ces appartements saugrenus ? Comment sont-ils nés ? A la suite de quelle opération baroque, a-t-on encombré Paris, dans les quartiers de maisons neuves, de burlesques logis tels que ceux-là ?

Ces immeubles ont été édifiés durant la période de crise morale, de paralysie du bon sens, de dépenses outrancières, de canaillerie généralisée, que nous venons de subir.

Un de ces bizarres intermédiaires qui était doué d'une automobile sans l'avoir payée, qui vivait de commissions et de ristournes, qui mangeait dans les meilleurs restaurants, descendait dans les hôtels les plus chers et ébouriffait la galerie par son faste et son assurance, a imaginé, un jour, de découvrir une banque pour financer une affaire d'immeubles.

L'affaire consistait en l'achat d'un terrain au prix fort. Le propriétaire, ébloui, accepta la combinaison par laquelle il participait à l'entreprise financière. Un architecte fournit des plans. Des entrepreneurs bâtirent une maison en un clin d'œil, avec n'importe quoi, une maison aux façades de carton et aux cloisons de papier.

Mais comme chacun avait pris sa commission et s'était, comme on disait élégamment à cette époque-là, « sucré », il a bien fallu, une fois l'immeuble terminé, le vendre par appartements — cela faisait partie du plan de bataille — et le vendre à cinq cent mille francs pour quatre pièces.

Pourquoi pas ? C'était la crise. N'était-il pas certain que les gens allaient continuer indéfiniment à donner n'importe quel prix pour n'importe quoi ? »

***

« Paralysie du bon sens », bon diagnostic de Paul Reboux ; il ferait un bon psychiâtre — son « coup de balai aux vieux usages, *Manuel de Savoir vivre*, récent, le prouvait déjà. J'ajouterai « vent de folie », la grande guerre n'avait enrichi que quelques-uns, si peu ! Le nombre des nouveaux riches, dont beaucoup, grisés, ne le restèrent pas était forcément limité, et les autres, ruinés par le franc à quatre sous, ne pouvaient payer les prix exorbitants demandés, ne pouvaient même plus vivre, c'était le simple bon sens.

Quelques journaux, trop peu, signalent les abus, les entorses à la mentalité normale : tels *L'Œuvre* avec Jean Piot, P. Reboux, G. de la Fouchardière, Mme du Taillis, MM. Paul Allard, J. Amoretti, Claude Martial ; *L'Animateur des Temps nouveaux* et Louis Forest.

La patente attribuée aux villes est le poids le plus lourd et que peut trouver un jeune médecin ou avocat sans famille, évidemment ou sinon pour se loger à peu près au-dessous de 20.000 francs de loyer ? rien ; alors il est forcé de prendre 20.000 fr. ou au-dessus, et la patente est semblable, double le loyer. L'association, le mariage n'en dispensent pas. *Le Concours* du 5 avril 1931 nous montre chaque époux médecin payant dans le même immeuble, chacun, égale patente, et l'impôt mobilier intégral pour l'homme, moitié pour la femme (réponse du ministre du Budget à M. Cathala). Voilà le mariage et la famille encouragés. Il s'agit, il est vrai, en l'espèce, de deux époux, médecins, à spécialités différentes. Mais c'est la même chose en tout état de cause, à moins de faire admettre comme l'ont pu faire certains commerçants, que la femme est l'employée de son mari (il est vrai que la propriété commerciale, synonyme de vie chère vient encore d'être... embellie (!), (les commerçants, « conscients et organisés », obtiennent ce qu'ils veulent, et sont maintenant, ou à peu près, indélogeables de leurs locaux).

A quand, demandions-nous, en le *Concours médical*, 23 novembre 1930, la propriété professionnelle, aussi inique que l'autre du reste, mais pourquoi les professions libérales sont-elles moins bien situées, considérées, légalement, que les professions commerciales où l'on s'enrichit si vite, où l'on s'enrichissait si vite du moins jusqu'ici. « Jusqu'ici » ? Il semble, en effet, que le vent ait tourné ! On n'entend parler que de crises économiques, voire généralisée, beaucoup de chômeurs... Il y a plaintes, pleurs, grincements de dents, plaintes, pleurs, grincements de dents, faillites. On ne loue plus notamment. Suivons encore Paul Reboux :

« Malheureusement, la crise s'est ralentie. Les acheteurs se sont fatigués d'être dupes.

— N'importe, a dit l'homme d'affaires, organisateur de cette entreprise. Nous allons louer... C'est la crise du logement... Affichons nos appartements pour quarante mille francs par an... Les propositions vont affluer.

Les propositions n'ont pas afflué. Les acquéreurs éventuels ont attendu, dans un petit gîte, que les prix redevinssent acceptables.

Le monsieur a touché ses commissions et s'en est allé opérer ailleurs.

Les membres infortunés de la société immobilière, et le non moins infortuné propriétaire du terrain, sont là, maintenant, réveillés de leur beau rêve, conscients de ce qu'il avait de chimérique, pourvus d'une bâtisse instable et d'appartements qu'ils vont être obligés de vendre à cinquante pour cent de perte par rapport au prix de revient.

Le résultat, c'est que la société fera faillite.

Cet immeuble sera acheté pour fort peu d'argent.

Dans ces appartements baroques, créés pour des locataires ou des propriétaires luxueux, s'installeront et camperont tant bien que mal de braves gens, de caractère accommodant, qui paieront quatre mille francs par an, ce qu'on avait la prétention de leur faire payer vingt mille, ou achèteront pour deux cent mille francs ce qu'on prétendait leur vendre huit cent mille.

Un peu de patience ! Ne nous lamentons pas en parlant de crise ; Il n'y a, en vérité, qu'un retour au bon sens, et une revanche de la logique et de la probité patiente sur la stupidité des spéculateurs et sur la coquinerie des gonfleurs de prix. »

***

On accuse toujours les propriétaires — comme les médecins du reste. Dans les deux corporations, il y a des brebis galeuses, très rares chez nous, mais faisant du bruit, bien plus que les bons, causant les désastres qu'on aime rendre plus apparents que les services rendus.

Il est de pauvres propriétaires ruinés par les impôts, les salaires élevés des ouvriers pour huit heures d'un travail assez souvent au ralenti. On ne s'en occupe pas. Mais il y a les « Puissances d'argent » dont on n'ose parler, qui le savent bien et se permettent tout, hautaines, rogues, même en leur plus petit employé. Personne n'y est responsable et de si faibles sanctions et par hasard ! Le mépris du locataire y est de bon ton. J'ai reçu maintes lettres à ce sujet. Elles achètent maintes consciences. Certaines Villes et leurs édiles sont, dit-on, complices.

On parle beaucoup de la protection de la petite épargne, mais que d'actions servent à de mauvaises actions et le deviennent ! Mais je crois que ce sont encore les journalistes, les écrivains, les pamphlétaires..., qui la protégeront le mieux, en révélant tant de « dessous » à l'inépuisable « Monsieur Gogo », tel en ce moment Maurice Privat, qui publie après *Wilson, Oustric et Compagnie, La Commission d'enquête, les documents secrets*... Si les démolisseurs ne reçoivent plus d'argent, ils seront bien obligés de s'arrêter, et il restera alors sans doute, à Paris et en Province de beaux et sains appartements, pas chers et actuellement menacés par leur pioche! ...

Combien s'enrichissent, et le fisc n'en touche rien. On a publié, dans *Le Temps* et ailleurs, cette lettre demandant à un médecin sa spécialité, les noms de ses correspondants et ristournes à eux attribuées... N'est-ce pas les consacrer, ces agissements, au lieu de les ... maudire ? n'est-ce pas les reconnaître utiles, nécessaires... au moins pour le bien de l'Etat ? Je pose la question, et ne la résous pas !

Mais que demande-t-on à tant de gens devenus soudainement riches, de très pauvres qu'ils étaient, de notoriété publique ?

Je me suis vu convoqué par mon contrôleur des contributions directes, homme charmant et zélé — ne le sont-ils pas tous du reste ? — une année pour avoir déclaré un revenu mobilier (je ne dis pas cédulaire) plus élevé, et je dus et pus expliquer et justifier pourquoi.

Il est vrai que les spéculateurs ne déclarent pas leurs gains — ils les mangent au jour le jour — et ne sont pas appelés par le fisc, pour moindre déclaration ou justification de revenus. Mais alors que fait-on, en tout ceci, « des marques extérieures de la richesse ». Ne conviendrait-il pas que de nouveaux fonctionnaires, sortes de policiers, puissent faire des révélations aux contrôleurs, et faire payer ces parasites aux loyers, aux autos, à tout. C'est cela qui équilibrerait le budget et diminuerait la part des honnêtes gens...

J'émets là un rêve, une utopie. La Fontaine l'a dit dans *Les animaux malades de la peste* « selon que vous serez puissant ou misérable... »

Mais il y a des choses qui se voient, ces idiotes constructions, ces buildings qui emprisonnent et empoisonnent les Parisiens notamment. On peut suivre ces « administrateurs délégués », devenus puissamment et rapidement riches et dont le fisc ne doit guère participer aux revenus mal acquis, où toute la famille participe... Il y a ainsi de véritables fiefs. Et ce sont ces propriétaires-vautours, dont on ne parle pas. Trop de gens intéressés autour d'eux : architectes, entrepreneurs, aides, employés, qui touchent, grattent, vivent.

***

Les « puissances d'argent » sont encore assez rares. C'est une nouvelle féodalité, qui se crée. Les « classes moyennes », disait déjà le ministre des finances Caillaux, avant la guerre, sont celles qui paieront le mieux l'impôt sur le revenu; celui-ci et les autres, dirons-nous, les « gros » passant toujours entre les mailles du filet.

Si les impôts étaient mieux répartis, ils seraient moins lourds, nos patentes moins élevées et les loyers de même. Les propriétaires ordinaires paient de leur argent, les autres paient avec l'argent des actionnaires, dont une partie leur reste d'ailleurs et ce serait vérifiable, nous y insistons, à voir leur genre de vie, et ceux de leurs familles aussi dans la place souvent. Les pauvres propriétaires, j'y insiste, payent des réparations, *huit fois* plus qu'avant guerre, n'en peuvent mais et en plus, c'est surtout contre eux qu'on crie et comment (pas autant cependant je crois que contre les pauvres médecins !)

Il y a maintes associations de propriétaires, même à Paris, la Chambre des propriétaires et

son président M. Trutié de Vareux ; les petits et moyens loyers de la région parisienne avec M. P.-L. Gayet à leur tête ; la Confédération générale des syndicats et associations de propriétaires de province et des colonies avec MM. Chrétien, Rouget (d'Angers), président, et A. Moreau, ingénieur, délégué général (celui-ci souvent cité par nous) ; les médecins propriétaires parisiens, présidés par le Dr Le Goff (également cité par nous en *Le Concours médical* et en le *Journal des praticiens*).

Je dirai que malheureusement l'action de ces organisations est souvent annihilée par tant de « puissances d'argent » — souvent leurs membres et qu'ils ignorent, le Français est si peu délateur ! — puissances « aux pieds d'argile » mais qui ont détruit (et construisent encore) maisons solides, espaces libres, marchés si utiles, pour la vie moins chère et la concurrence créée par eux mais trouvée si gênante ».

***

Le Dr J. M. Le Goff en le nº 104 de 1930, de la *Gazette des hôpitaux*, parle des « médecins et la crise du logement », il est reproduit en mars 1931 par « les petits et moyens loyers de la région parisienne », il y rappelle l'affirmation des syndicats médicaux trouvant que les médecins ne peuvent plus se loger — et cependant il y en a mille de plus à Paris depuis 1920, et la progression croît, 250 par an ; et il ajoute, parlant de la réunion médicale, à la mairie du IXe, de 1924.

« Cependant, il s'agissait à cette époque, comme maintenant, d'une crise factice, ainsi que le rappelle fort à propos le docteur Foveau de Courmelles (*Journal des praticiens*, 8 novembre 1930, p. 2672) ».

Et il montre les praticiens signalant maintenant la pléthore (*Bulletin officiel de la Fédération des syndicats*, juillet 1930, p. 288).

Je maintiens que la crise est factice ; c'est en laissant détruire les vieilles, saines et solides maisons à loyers peut-être trop serrés par les lois, où les augmentations permises, même à des locataires nouveaux, sont bien au-dessous du coût de la vie, qu'on a tant éliminé de gens. Et l'on a détruit, laissé détruire, les villes aidant, crions-le bien haut, qu'ont été bâties à grands frais, avec emprunts municipaux souvent ces buildings emprisonneurs obscurs et empoisonneurs, aux loyers énormes, inhabitables même, si ridicules comme le prouve si spirituellement Paul Redoux.

En outre, en ces buildings encombrants, privant et privés d'air, on ne permet que des locaux commerciaux, parce que loyers chers indéfinis, sinon infinis. On ne peut s'y loger, manger ou coucher, c'est défendu, car ce ne serait plus commercial. Donc, bureaux, théâtres, hôtels, grands magasins, cinémas, banques, assurances, ... se déploient, se développent, et raréfient les appartements.

On doit rendre des logements égaux à ceux construits pour non-logements, mais ils sont au loin, en des maisons neuves, inabordables pour s'y abriter, et sont pour les sans famille surtout.

On appelle cela favoriser l'hygiène, la natalité, la santé.

On pourrait alléger le budget de sommes votées pour la santé publique, et le ministre y aurait moins à faire, si l'on forçait les villes, les puissances d'argent, à appliquer les lois de voirie existantes !

Quelle campagne jadis, quand on parlait de lotir le Bois de Boulogne. La vieille *Société française d'hygiène* (fondée en 1876 par le Dr Prosper de Pietra Santa) fit entendre sa voix. On fut écouté. Les espaces libres sont « les poumons des villes », disait-on avec raison. On ne le comprend plus guère maintenant. La lumière artificielle et l'air confiné s'installent partout. On en verra vite les ravages. Les loyers chers et rares — artificiels, eux aussi ! — obligent de se restreindre, de ne pas, pour certains même, « manger leur content (ou comptant) »... Est-ce cela qu'on appelle faire de l'hygiène, de la santé !.

La place, que tiennent les locaux commerciaux exagérés, est donc prise sur les autres, bien plus, inhabitables, par règlements ou dispositions, ils obligent le commerçant à avoir un second appartement [je sais bien qu'il y paie, là, patente et enrichit (?) le Fisc !] ; mais son local lui suffirait-il à se loger, comme jadis ses parents, le commerçant, l'industriel, souvent bluffeur, ami du confort surtout inutile, veut loger ailleurs, à la campagne...

Nous sommes loin de l'honnête négociant, vivant avec sa famille, même nombreuse, en son arrière-boutique, en un bas entresol — et il y mourait plutôt moins que maintenant ! — mettant toute une vie à s'amasser honnêtement de petites rentes, et « allant planter ses choux » au déclin de la vie ! Maintenant, en ne se privant de rien, confort, vacances, bluff, double ou triple appartement, on fait fortune en 2, 3, 4, 5 ans. Je n'exagère pas. On voit sur maintes boutiques de fréquents « changement de propriétaire », et c'est après fortune faite.

Cela change, va changer, nous dit-on. Ca ne sera pas malheureux.

Les professions libérales aux logements actuels étriqués, couchaient, couchent, pour beaucoup, dans leurs bureaux, leurs salons, sur des lits pliants, des fauteuils, des armoires, souvent très belles, et dissimulant l'appareil de repos... On n'a plus de chambres à coucher ; d'ailleurs,

nous avons vu avec Paul Reboux, qu'on y mettrait à peine un lit de poupée.

Est-ce là la vie, la vraie et familiale existence qui est bien due à tout être humain.

Certes, on abat des îlots insalubres. A cela, rien à dire. Mais combien de sains et de confortables aussi. C'est scandaleux. Et peu de voix s'élèvent contre cela ! pas même contre les nouveaux îlots insalubres que l'on construit en masse, avons-nous dit et pouvons-nous prouver.

Les voisins même sont ainsi privés, eux aussi, d'air, de lumière, de silence... Quel bruit pendant qu'on bâtit ! que d'ébranlements, de vibrations !

Quel bruit, en effet, au moment où notre Préfet de police, M. Chiappe, lui fait la guerre (*Revue moderne de médecine et de chirurgie*, janvier 1931). On jette souvent, dès avril et 6 heures du matin il faut se presser pour détruire, d'abord du sixième étage de la maison que l'on démolit, et ensuite en descendant par étages successifs, dans la cour, dans le camion qui les doit emporter, les matériaux, et que l'on risque de défoncer, on casse les carreaux, si coûteux qui pourraient être coupés au diamant, et, enlevés, reservir et économiser ailleurs. Personne ne surveille, n'a d'autorité, craint trop souvent de légitimes reproches. Tant de choses utilisables sont détruites sans profit pour personne. Mais on achète des choses neuves, on touche des commissions, des ristournes !...

Et « voilà pourquoi votre fille est muette », en l'espèce, que la construction neuve — même inutile, nuisible même en l'occurence — est si chère, et que les loyers et patentes suivent.

Les vieilles maisons — ou plutôt leurs loyers restent favorisé, en tant que loyers pas commerciaux. Les professionnels sont réglés à 275 % soit 1,75 de plus qu'avant-guerre, plus les 15 % de juin 1929, les 15 % de juin 1931, etc. (d'ailleurs si inférieurs au coût de la vie)

Ce sont donc des «indésirables »et surtout pour les Sociétés à nombreuses activités et si riches (?). Tous les moyens sont bons pour les déloger, ainsi que les « rentiers » (?) leurs voisins. Aussi on démolit, on démolit — ce n'est pas perdu pour tout le monde,que de bons dîners, autos, voyages, cela rapporte à beaucoup ! Mais que devient l'intérêt général en toutes ces histoires ?

***

Détruire, abuser, fait partie, croit-on, du *droit de propriété*, dira-t-on. Le propriétaire a donc le droit de détruire : savoir ? Les idées évoluent. Les parents avaient jadis le droit de vie et de mort sur les enfants, propriété disparue. L'esclavage existait : l'homme possédait l'homme : iniquité abolie. Qui ne trouve aujourd'hui excessif ces droits d'antan ? !

La propriété c'est, c'était user et abuser. *Tout cela change. On n'a pas le droit de martyriser les animaux domestiques en public.* Loi Grammont 1851, et que l'on va étendre (projet de loi Le Corbeiller ; droit des animaux de M. Louis Lespine, de Paris, thèse sur « la protection juridique des animaux » de Me Giberne, de Nîmes).

Inversement certains droits de propriété s'étendant, on admet le *droit de suite* s'appliquant aux œuvres d'art, et l'auteur, en ses héritiers, d'un tableau augmentant de valeur doit bénéficier de cette augmentation. Il existe les propriétés littéraires, artistiques, on crée la propriété scientifique ; mais tout cela est le contraire de la destruction.

En matière de loyers, il est de jurisprudence constante que le locataire doit jouir en « bon père de famille » (de même que l'usufruitier), mais aussi que le propriétaire ne changera pas, ne gênera pas son locataire, ne laissera pas gêner ni changer l'usage, l'aspect, la destination des lieux loués.

Le Code annoté des loyers du président A. Reulos, enseigne magistralement les droits de l'un et de l'autre, les prorogations selon les loyers payés...

Les restrictions pour les loyers ont été nécessités par la grande guerre ; elles ont produit souvent un état d'animosité exploité par certains politiciens, enfin créé un état d'esprit nouveau. L'hygiène, la santé publique, font de même passer la collectivité avant l'individu. C'est un fait. Est-il bon ? Est-il mauvais ? *Il est* !

Les jeunes voient différemment « La fin d'une « classe », écrivai-je en le *Journal des praticiens*, du 18 avril 1931, de la bourgeoisie, des intellectuels, ne sera évitée que par eux, encore que les vieux ne comprennent pas toujours leur langage, leurs tendances, ou ne sont pas compris ou entendus d'eux !

Bertrand de Jouvenel, Crouzet (trop tôt disparu), ont fondé, il y a 5 ou 6 ans, *notre Temps*, je crois, revue où le premier exposait ses idées sur la propriété que j'y ai lues ; pour n'y être pas précisément question des loyers, elle montrait, certains droits de tous sur la propriété. En temps de crises de loyers, a-t-on le droit de détruire, d'accaparer, demanderai-je, non seulement sans grande utilité personnelle (les loyers détruits paieraient, récupéreraient le capital engagé)— nous ne voulons rien prendre à personne — alors que les locaux vides, dont beaucoup, de force, de prix torp élevé, le resteront ; ces locaux, dis-je, inutilisés ne sont-ils pas une perte pour tout le monde, pour la collectivité ? Perte trop fréquente actuellement, trop souvent du fait des « puissances d'argent » qui *abusent*.

***

J'ai dit « construction neuve nuisible » Eh

oui, car c'est le building obscur et sombre qui remplace la solide construction de jadis qui durait des siècles. C'est là qu'on va enfermer à la lumière artificielle qui mûrit et pourrit les denrées périssables au lieu du marché à ciel ouvert laissant passage à l'air, au soleil, mais non à la pluie. Les nouveaux marchands à plus gros loyers, à pertes plus fréquentes de marchandises (encore qu'ils en passeront subrepticement d'avariées, et... toxiques) vendront plus cher. La vie augmente d'ailleurs sans cesse malgré les avis de « baisses » ? ? de soldes, de « rabais considérables », du reste ce n'est pas sur l'alimentation qu'on lit ces rubriques.

« Allons au marché », écrit souvent dans l'*Œuvre* Mme Hélène du Taillis, et elle nous montre la marche croissante des denrées alimentaires. En certains quartiers « chics », les grands magasins sont seuls et détiennent le trust ; ils sont les maîtres, et se sont agrandis aux dépens des voisins qu'ils ont payés ou fait expulser : leur concurrence même pouvant ruiner les dits voisins, donc les forcer à partir sans bourse délier.

On comprend qu'ainsi les locaux d'habitations se raréfient de toutes manières, et que les loyers augmentent, ou qu'à l'abri des lois on reste là où l'on est, même si la guerre a tué autour de vous, car l'on sait qu'on paiera plus cher ailleurs. Ainsi ne joue pas la loi de l'offre et de la demande, en n'importe quoi du reste. On préfère même perdre. On parle de la mévente des vins, cependant en surproduction, car l'on est habitué à vendre cher, à gagner (?) beaucoup. Les propriétaires font de même. J'ai dans mon voisinage un appartement libre — n'y courez pas, comme dit Paul Reboux — il était à 25.000 fr. : profitant du départ du locataire, le propriétaire l'a mis à 40.000 fr. et... il le garde, et le gardera longtemps encore sans doute. Outre qu'il s'expose à le voir louer et dans les six mois de voir son locataire le lui faire réduire de par la loi.

C'est la crise.

Heureuse crise sans doute, car c'est le retour, au bon sens.

Mais les impôts marchent, eux, les patentes augmentent, s'ajoutent aux loyers lourds, même légaux et cela malgré la C. T. I., malgré les efforts de Me Sarran. Et là, là surtout, il faut agir et réagir. Il faut que les futurs élus de 1932, promettent d'être plus heureux près du Sénat que la Chambre de 1928-1932 ! (1).

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

VARIÉTÉS

Bled

Notes rédigées par un médecin militaire au cours de séjours et de campagnes dans le sud Oranais et le Maroc

Sous le titre de BLED, roman, notre confrère Gabriel DELATER vient de publier dans les *Editions du Tambourin* les notes qu'un de ses amis, J. G. GRAFONT, médecin militaire, avait rédigées au cours de son séjour et de ses campagnes dans les régions désertiques du Sud Oranais et du Maroc.

Le Dr Grafont avait écrit son journal avant la grande guerre européenne. Une fois celle-ci terminée, il retourna au Maroc et fut mortellement blessé, en faisait campagne dans l'Atlas. Avant de mourir il exprima le désir que ses notes fussent publiées, désir qu'a pieusement réalisé, son ami, le Dr G. Delater. Un autre de ses amis, M. Pierre Grasset, a tenu à écrire une préface à cet ouvrage.

***

BLED, malgré son sous titre *roman*, n'a rien d'un roman. Aucune intrigue n'en lie les différents chapitres. C'est un journal de route mais écrit par un jeune médecin avec une sincérité absolue. Doué d'une grande sensibilité, ce dernier a gagné le bled avec enthousiasme. Il décrit la vie monotone qu'il y mène en accompagnant dans le désert les colonnes.

« Je prends peu de notes, écrit-il de Bou Denib, parce que je ne sens rien vivement ; pas d'enthousiasme, pas d'émotion forte, pas de désir impérieux. Je m'engourdis, je suis engourdi. » D'ailleurs il ne se fait pas d'illusion sur l'importance de son rôle :

« Je trouve, continue-t-il, le rôle du médecin dans les premières lignes un peu illusoire, sans rendement matériel sérieux : soutien moral pour les combattants et les malades, une image, un mirage ! Notre rôle se borne à faire figurer, en prenant l'air important de mettre autour de la plaie un pansement utile, le pauvre petit pansement individuel, ce qu'un infirmier ferait aussi bien que nous. Je me sens jouer la comédie devant ceux qui m'entourent et cela me gêne. En réalité le médecin regarde, impuissant la mort gagner sournoisement les malheureux, atteints de plaies de la tête ou de la poitrine, de

(1) P. S. — Ces temps-ci, Maître Sarran a exposé à la C. T. I. un nouveau projet de patente, pendant au Parlement : il s'agirait notamment d'exempter de cet impôt souvent formidable (gros loyers, pour nombreuse famille ou radiologie) les débutants, et les « finissants » (à partir de 65 ans). Quant aux nombreuses familles il n'est pas question de diminuer à ce titre leurs impôts. Nous y reviendrons. F. C.

plaies du ventre : morphine, caféine, c'est tout ! Il ne sait pas où est la balle, il ne sait pas ce qu'a le malade ; il constate que celui-ci meurt, puis il essaye d'expliquer ; s'il n'y avait pas de médecin, verrait-on plus de morts ?

« Je dis cela peut-être parce que je ne suis pas assez bon médecin ; surtout, je crois, parce que je sens que notre pratique est fatalement rudimentaire avec des moyens insuffisants, et nos actes trop précipités. Je dis cela parce que je n'ai pas eu la satisfaction de sauver un blessé de la mort, d'en être sûr !

« Cette imperfection supprime mon enthousiasme, me laisse paresseux à l'action : je fais vite et à peu près ; j'évite seulement qu'on ne le voie...... »

Peut-on être plus sincère !

Il est dès lors un désenchanté, son enthousiasme du début est vite tombé.

« J'ai une vie de torpeur, note-t-il au camp de Matarka..... J'ai un désir aigu de cette activité intellectuelle dont je suis privé. Retour sur moi-même : épluchage et persécution, découragement ! qui s'augmente de l'imprécision de mes aspirations et en même temps de leur vanité. »

Les notes de la deuxième étape sont intitulées : Monotonies, oscillations. En arrivant à Forthassa le jeune médecin veut faire une cure d'énergie, il se sent équilibré, fort, maître de lui. Il se laisse gagner par le charme de la solitude et des « longs abandons parmi les cailloux et l'alfa des Hauts Plateaux ». Mais il ne tarde pas à y avoir la nostalgie de la France.

Le voilà à Aïn Sefra, il aspire à gagner Beni Ounif de l'autre côté des Hauts Plateaux où il compte retrouver sur le versant saharien « les palmiers, le soleil sans brume, la vie nouvelle. Mais il avoue que « victime d'une imagination excessive, il n'est jamais content d'une insuffisante réalité ».

« Je suis victime, écrit-il à un ami, de ma propre analyse, dont les excès m'enferment comme dans une prison. »

Le voilà qui gagne sa troisième étape, il est à Beni Ounif de Figuig. Il note de nouvelles impressions : « Ounif n'a pas réalisé subitement ma métamorphose, avoue-t-il, Ounif ne m'a pas guéri, mais je suis mieux ; certains jours j'ai quelque alacrité. » N'éprouvant aucune sympathie pour ceux qui l'entourent, il se plaint de sa solitude.

La région de Figuig qui ne manque pas d'un certain pittoresque, ne le déride pas. « Aridité ! note-t-il. Il n'y a de verdure que celle des palmiers, verdure noire, monotone, raide, sans gaîté, sans fraîcheur. »

Il fait un tableau assez triste des légionnaires aux faces lointaines, hostiles, au regard hargneux. Ils l'intimident.

Les disciplinaires aux faces glabres, aux moustaches rasées, aux képis marron, ne paraîtraient pas plus mauvais que les autres s'ils n'avaient un accoutrement réprobatoire. La diète hydrique fait merveille pour guérir les simulateurs. L'esprit de corps est très développé. Légion et Bat-d'Af. ont toujours quelque querelle à vider. Malgré cela ils sont très disciplinés et très respectueux pour leurs officiers qu'ils savent différents d'eux et cependant fraternels, compréhensifs, soumis aux mêmes duretés, menant la même vie de privation.

Il a visité Figuig que les officiers peuvent parcourir librement depuis peu et où les indigènes sont manifestement hostiles.

« Incroyable aridité ! note-t-il. Quand il y a tant d'eau qui cascade et qui chante !... Elle coule à profusion d'étage en étage au flanc des rochers, disparaît au travers d'eux, réapparaît par enchantement, circule, court, arrive, semble inépuisable, et pourtant ne se retrouve plus hors de l'oasis. Magie des eaux mobiles et bruyantes sous les dômes à claire-voie des palmiers qui rayent l'ombre de bandes de lumière !... »

Toujours d'Ounif, il met ses correspondants en garde contre son imagination qui camoufle ses descriptions d'évocations littéraires. « De près tout est misérable et stérile. Une reproduction photographique enjoliverait et ne rendrait pas la langueur d'âme, la lassitude, la révolte avec lesquelles celui qui reste ici voit tout cela. Pourtant il y a de la beauté : l'éblouissement du soleil, de la terre blanche, de la sécheresse, le large horizon, les couleurs tendres et cendrées, du rose au bleu. Mais quel étouffement ! quelle fatigue physique ! comment voir en beauté ! »

Après un court séjour en France, retour à Ounif, puis il gagne Colomb Béchar, la cité guerrière, « c'est le cul-de-sac de l'unique voie ferrée du désert. Civils et militaires viennent y buter de toutes les contrées d'Algérie. Je préfère la tristesse et la solitude d'Ounif. »

« Les Arabes qu'il soigne, qui demandent un service, ou les malheureux quêtant une aumône, ont des gestes de servitude : ils embrassent votre épaule, ou vous baisent la main humblement prosternés. »

Tout le monde, il faut croire ne partage pas son état d'âme : « Un nouveau venu, écrit-il, pas tout jeune, un camarade qui arrive d'Angers! ... Il m'assure revenir en Algérie, appelé par la nostalgie du bled ; mais son rêve n'est pas encore réalisé à Ounif, et je le soupçonne fort d'intriguer pour aller plus loin !

« Dégagé de la souffrance de cet été, déjà je pense au charme qui va m'envoûter quand j'aurai quitté ce pays ! »

Le voilà sur la Moulouya, des prairies, des champs verts de blé et d'orge, des vergers étagés

où, dans les ruisseaux nombreux cascade une eau fraîche, des lauriers roses, des églantiers en fleurs, etc., etc., puis tout à coup en face de Ksasseria des Beni Chebel, un chaos sauvage, un mur de rocher où les indigènes ont accroché leurs repaires d'oiseaux de proie. »

Mais quelques jours plus tard, retraversant le col d'Ayat, il note :

« Hallucination ? Ai-je été victime de mon imagination, il y a quinze jours ? Le paradis est devenu un enfer. Sources taries, prairies et champs grillés, fleurs desséchées, oiseaux disparus.

« Printemps d'un jour dans cette Afrique, plus beau d'être si court. »

Taourit qu'il traverse est un pays hostile, pays de cafard et de révolte, pays de damnés.

Après avoir parcouru six mois le bled, le voilà à Oudjda. Surprise ! une ville européenne, un hôtel, il se regarde dans une glace, il ne se reconnaît plus tant il est hirsute et se retourne pour dévisager la tête de loup qu'il croit derrière lui.

Le médecin africain fait la grande guerre. Ses souvenirs du bled le hantent. Il faut se méfier, remarque-t-il, de cette attirance, les retours ménagent de dures déceptions.

Envoyé après à Marrakech, il se trouve dans un tout autre état d'âme qu'autrefois dans le bled. Il fait l'éloge du silence, à la faveur duquel « l'homme exalte et canalise ses énergies, modère ses appétits, consolide son avenir ».

Les dernières notes écrites à Marrakech et à Casablanca lui font faire un retour en arrière, il va suivre les opérations sur les fronts de l'Atlas et il cède à l'attirance des spectacles qu'il contemplera. Cependant, il hait la guerre, car il sait ce qu'elle est et en a souffert. Mais que sont les fatigues et les responsabilités de ceux qui dirigent et qui contemplent, à côté de l'usure continue, torturante de ceux qui subissent la guerre avec ses cataclysmes !

Le Dr Grafont, l'auteur de ces notes, devait être peu après blessé mortellement sur le front de l'Atlas. Nous devons remercier notre confrère, M. Delater, d'avoir, selon le désir exprimé par le mourant, publié les impressions, jetées sur le papier par son ami ; elles sont émouvantes parce qu'elles sont sincères. Elles décrivent avec simplicité, sans masquer le moins du monde le fond de sa pensée, les états d'âme du jeune médecin qui, bien que ne faisant pas du bled une description attrayante, laissent entrevoir une mystérieuse attirance qui le fait regretter à ceux qui y ont cependant subi les effets de la désespérante monotonie et des plus pénibles épreuves.

J. NOIR.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Chacun fut de l'avis de Monsieur le Doyen.
(LA FONTAINE.)

CCCCXVIII. — LA FONTAINE. — **Fables.** Tome premier. Illustrations de Touchagues. Un vol. 19 × 25 tiré à 1.000 ex. numérotés sur Arches. *Editions du Sagittaire*, Paris, 1931.

Cette servile approbation de l'avis de Monsieur le Doyen s'est maintenue jusqu'à nos jours. La critique l'a élevée à la hauteur d'une institution : si tel livre a été loué pour d'obscures raisons par l'un des gros bonnets de la spécialité le chœur des « *porte-plumes* » (1), en citant obséquieusement ses références, chante l'éclosion du nouveau génie. Il arrive que le nouveau génie retombe rapidement dans l'oubli malgré les pronostics brillants de l'équipe. Ces professionnels de la louange s'attardent fort peu aux rééditions de *classiques*, même (ou surtout ?), si comme celles-ci elles sont dignes d'un attentif intérêt. Le format présenté par le Sagittaire a permis de bien détacher le texte, de l'aérer largement ; la frappe des caractères est extrêmement nette sur bon papier. Les images de Touchagues ont toute l'adresse voulue, une naïveté madrée... et, si je ne craignais l'horrible jeu de mots (où d'aucuns exhalent avec tant de virtuosité les finesses de leur esprit), je vous confierais qu'elles sont d'une délicieuse... bonhomie.

(1) Y compris les sujets rehaussés de plume de paon.

CCCCXIX. — FRANC-NOHAIN. — **Fables.** Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1931. 15 fr.

Le ton est bien inégal, dans cet agréable volume, dont quelques pages pouvaient être retirées sans dommage (1) pour l'ensemble. Peut-être Monsieur Franc-Nohain, qui fait commerce d'esprit, les laissa-t-il adroitement pour obtenir à peu de frais une opposition mettant en valeur les bons morceaux de ses petits apologues. Il y en a de fort drôles, d'un tour très vif d'exposition et d'humour, mais les « morales » ont en général l'air de rallonges imposées par un Règlement rigide et froid : quelque chose comme la désinence pisciforme des Sirènes à la voix d'or.

CCCCXX. — Docteur Victor THÉSÉE. — **La mouche sur la vitre.** Un vol. 12 × 19, avec

(1) On n'absorbe pas impunément deux volumes successifs de fables sans en retirer une passagère obsession attractive de la rime...

bois inédits d'Yvonne Kernéis. *Editions Thomas*, Guingamp, 12 fr.

Monsieur Le Goffic, de l'Académie Française, (qui a écrit une lettre liminaire pour cette nouvelle précédée de treize contes que l'auteur appelle « à dormir debout ») prétend avec cette amabilité à double tranchant qui est de règle sous la Coupole qu'il a lu avec plaisir ces « *alertes récits : c'est une lecture qui ne fatigue pas les méninges, qui les délasse même* ». On peut aussi penser qu'il ne l'a pas fait exprès !

Gageons cependant que si j'avais émis pareil jugement, notre confrère de Brest dont j'ai lu « *avec plaisir* », les petites histoires (quelquefois un peu grosses) n'aurait pas mis mon opinion en avant-garde. Voilà bien le prestige et le privilège des barbes vénérables !

CCCCXXI. — Marcelle Vioux. — **Le Requin.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Fasquelle*, Paris, 1931.

Cette fangeuse histoire est écrite avec un cran soutenu. Mais que d'ordures autour de ces nouveaux riches, à qui la satiété de leurs appétits donne une insolence et une veulerie de bêtes repues, d'animaux obscènes, et sanguinaires. Et comment Marcelle Vioux réussit-elle à rester si longtemps, avec des dons qui pourraient être mieux employés, en leur compagnie ?

CCCCXXII. — Jacques Roberti. — **A la belle de nuit.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1931. 15 fr.

Jacques Roberti conduit aussi son solide roman loin des sentiers de la vertu. Apre critique sociale des dessous crasseux de la prostitution, en suivant le périple mouvementé d'une fille pervertie par la maison de correction et consciencieusement adonnée à son travail. Les milieux du « milieu » sont crûment évoqués, et je suppose que cet imbroglio sans fard doit évoquer avec assez de fidélité toute l'atroce déchéance de ces négoces.

CCCCXXIII. — Pierre Loiselet. — **La belle Amélie.** Roman. Un vol. 12 × 19. Editions du Tambourin, Paris, 1931, 12 fr.

L'auteur qui doit être très proche parent du spirituel chroniqueur du *Soir* (à moins qu'il ne s'agisse jusque dans le patronyme et le prénom d'un prolongement de la farce) raconte l'histoire crue d'une mystification littéraire. Le héros donne dans le panneau avec une vanité réjouissante : le bossu, qui tient le cerceau tendu de papier, a toute la perfide imagination des déshérités et une verdeur de langage qui rejoint l'argot des héroïnes de Roberti. Ce n'est pas un grand bouquin, mais Loiselet en l'écrivant a pu penser avec joie à la qualité périssable du rire et je ne crois pas qu'il ait songé à aller plus loin.

CCCCXXIV. — J. Berlioz. **La vie des oiseaux.** — Un vol. (1) in-4° pot avec 60 planches hors texte en héliogravure. *Editions Rieder*. Paris, 1931. 20 fr.

Ce livre fort soigneusement illustré, n'est pas une encyclopédie abstraite. Il présente « dans l'état actuel de nos connaissances les caractéristiques essentielles par lesquelles l'oiseau marque sa place parmi les êtres vivants ». Caractères généraux, morphologie, biologie, classification, distribution géographique forment autant de chapitres aussi complets que peuvent l'être d'agréables résumés.

Varia** *Le Crapouillot* d'août est consacré aux vins de France et contient de bons conseils gastronomiques. Un des articles est rédigé par *Ali-Bab*, dont nous apprenons aujourd'hui la mort. A son frère nous offrons l'assurance de notre douloureuse sympathie.

Tableau d'honneur***.

Sa fille elle-même subira le triste sort de toutes les femmes de son entourage, meurtries dans leur amour, exploitées et *piétinées par ce* « Requin » devant lequel rien ne trouve grâce.

D'un critique étranglé par l'émotion.

***

Dernier vers d'un poème :

Et nous, nous restons dans la nuit.

O Nounou, ne l'abandonne pas !

***

Extrait d'un compte rendu d'une représentation (2) d'*Amphion* :

Beaucoup de spectateurs, *en partie* étrangers ; beaucoup de « *morceaux* nus de femmes doux comme des cailloux. » La salle est restée sans réflexe et comme frappée d'étonnement.

Sous cet aimable et poétique compliment, ce que les vieux cliniciens dénommaient, je crois, le *sopor*.

***

Dans un livre douloureux et nourri de faits, M. Pierre de Vaissière a dépeint l'agonie, au cours de tout le XVIII[e] siècle, de cette noblesse provinciale qui avait été le plus ferme rempart de la royauté, mais qui, trop pauvre pour vivre à la Cour et acheter des charges, trop orgueilleuse pour déroger, mourut de faim sur ses terres parce que les femmes y étaient d'une fécondité trop grande.

(L. de Santi.)

26 août 1931

L'Homme aux Bésicles.

(1) Le volume relié : 25 fr.

(2) Je m'excuse de cette incursion dans le domaine de Jean Séjournet.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat des Médecins du Sud-Finistère

Compte rendu de l'Assemblée générale du 17 mai 1931.

Assistance médicale gratuite.

Le Président rend compte de la décision du Conseil général du Finistère qui, au cours de sa session de mai 1931, a fixé de la façon suivante, les tarifs d'A. M. G. :

Consultation..................	10 fr.
Visite......................	12 fr.
Le kilomètre.................	2 fr.

Il reste entendu que ce tarif n'est qu'un palier, en attendant l'unification des tarifs de médecine sociale réclamée par notre Syndicat et qui fait actuellement l'objet de démarches de la Confédération générale des Syndicats médicaux français.

En conséquence, les confrères doivent adresser immédiatement leurs mémoires du 1er trimestre 1931, qui seront réglés à l'ancien tarif (8 et 10), le nouveau tarif n'étant applicable qu'à partir du 1er avril 1931.

Le Dr Dupouy signale que la vacation pour les médecins des épidémies est toujours de 6 francs et qu'il y aurait lieu de fixer un chiffre global, comme il a été fait pour les rapports d'expertise.

Le Syndicat demande que le tarif kilométrique pour les tournées de vaccinations soit fixé, comme pour l'A. M. G., à 2 francs le kilomètre, au lieu de 1 fr. 50, cette différence étant illogique.

Assurances sociales.

Depuis la dernière assemblée générale du 8 février 1931, au cours de laquelle le Syndicat avait adopté la Convention Syndicat-Caisses, il y a eu un temps d'arrêt causé par l'intervention de deux Caisses : la Caisse départementale et la Caisse ouvrière de Brest qui faisaient des réserves sur l'art. 1er, c'est-à-dire sur l'habilitation, qui est peut-être la seule conquête des Syndicats dans la loi et sur l'art. VII concernant le tarif syndical minimum. Dans ces conditions, après accord entre les quatre syndicats finistériens, il avait été décidé de ne pas signer la Convention.

A la suite de démarches faites, tant près de M. le Préfet que de M. Talvard, ces réserves ont été levées par lettre en date du 8 mai 1931. La Fédération des Syndicats du Finistère s'est réunie le 10 mai, à Landerneau, laquelle a décidé la signature immédiate de la Convention, ce qui a été fait le 12 mai 1931, avec point de départ au 15 mai 1931, pour une durée de six mois et renouvelable.

Les clauses concernant l'hospitalisation ont été réservées, les Commissions administratives et les Caisses n'ayant pu se mettre d'accord.

Dès maintenant, les Confrères doivent remplir les feuilles présentées par les assurés sociaux.

En ce qui concerne quelques cas exceptionnels signalés par des confrères concernant les assurés sociaux ne pouvant payer comptant les honoraires médicaux, voici la solution proposée par les caisses :

« Les médecins signeraient sur les feuilles de ma-
« ladie, dans la colonne attestant la prestation de
« l'acte médical, mais dans la colonne attestant le
« paiement dudit acte, les médecins porteraient la
« mention « prestation non payée ».

« La même mention serait portée, le cas échéant,
« sur les feuilles de soins spéciaux ou sur les feuilles
« de maternité.

« En possession de ce renseignement, la Caisse éta-
« blira néanmoins le décompte des prestations, selon
« son tarif de responsabilité, mais au lieu de manda-
« ter directement l'assuré des sommes lui revenant,
« adresserait à son correspondant local le montant
« des prestations allouées en signalant à ce dernier
« que les prestations médicales ont été impayées. Le
« correspondant prélèverait alors, sur le montant des
« prestations, la somme nécessaire au paiement des
« frais médicaux, règlerait directement le médecin,
« contre reçu de ce dernier et remettrait le solde à
« l'intéressé. »

Cette solution est acceptée par le Syndicat, mais il est bien entendu qu'elle ne sera applicable que dans des cas tout à fait *exceptionnels*.

Les Directeurs des Caisses nous prient de signaler aux confrères :

« Je vous signale que, pour certains assurés assis-
« tés, art. 59, certains de nos confrères ont cru devoir
« ne pas signer dans la colonne attestant le paiement
« de l'acte médical, bien qu'ils aient reçu des intéres-
« sés un bon de visite délivré par les mairies.

« Ce bon de visite représentant, en somme, le paie-
« ment à échéance trimestrielle de la prestation
« effectuée, il serait désirable que les médecins ayant
« accepté ces bons attestent ce paiement spécial de
« l'acte médical par leur signature, quitte à faire sui-
« vre des lettres B. V. ou B. C. (bon de visite ou bon
« de consultation). »

Les tarifs chirurgicaux ou de spécialités sont encore en cours de modifications. Dès qu'ils auront paru, une Commission de chirurgiens et de spécialistes se réunira pour la mise au point dans le département.

Habilitation.

Aux termes de la Convention, tous les confrères faisant partie du Syndicat sont, de ce fait, habilités à

soigner les assurés sociaux. Une lettre a été adressée à tous les médecins non syndiqués résidant dans le ressort de notre Syndicat leur indiquant les conditions à remplir pour être habilités :

1° Accepter les conditions du contrôle ;

2° Accepter le contrôle et la juridiction du Conseil de famille départemental ;

3° Accepter de verser au trésorier du Syndicat pour frais de contrôle, la somme de 150 francs par an.

Ont répondu immédiatement en acceptant les dites conditions : les Docteurs Rivoal, Ferricelli, Nicolas, Cotonnec, Kérébel, Lautrou, ainsi que les Docteurs Mével et Veyrac, qui viennent de poser leur candidature pour entrer au Syndicat.

Le Syndicat procède ensuite à la nomination des trois membres du Conseil de Famille départemental, auquel il a droit. Sont élus : MM. les Docteurs Chauvel, Renault et Le Stunff. Le Syndicat procède ensuite à la nomination de deux médecins-contrôleurs des A. S. pour le Sud-Finistère. Sont élus : MM. les Docteurs Miroux et Malloizel.

La Fédération des Syndicats médicaux du Finistère a désigné, comme membres titulaires de la Commission tripartite des A. S. les Présidents des Syndicats de Quimper, de Brest et de Morlaix, et comme membres suppléants MM. les Docteurs Vourch, Daoulas et Damey.

A la demande du Dr Caradec, le Syndicat émet le vœu, qui sera transmis à M. le Préfet et à M. le Maire de Quimper, qu'une place d'administrateur des Hospices soit réservée à l'un des médecins de l'hôpital de Quimper, à condition qu'il ne soit pas Conseiller municipal, dans l'ordre de l'ancienneté, lequel représenterait le Syndicat médical.

M. le Président fait part à l'assemblée du désir exprimé par les trois autres Syndicats finistériens de faire une réunion annuelle départementale de printemps, dans une localité du centre du Finistère : Huelgoat par exemple, cette réunion serait suivie d'un déjeuner, auquel les familles des confrères seraient conviés.

Le Syndicat donne un avis favorable.

Renouvellement du bureau et de la Commission permanente.

Le Dr Chauvel, président, avant le scrutin, exprime de façon très nette son désir d'abandonner la présidence qu'il occupe depuis 18 ans. Il remercie très vivement ses collaborateurs immédiats, le Dr Damey, secrétaire de la Fédération, et le Dr Clouard, secrétaire du Syndicat, de lui avoir tant facilité sa tâche. Il remercie également tous les confrères du Syndicat qui, par leur amabilité et leur courtoisie lui ont rendu si facile l'exercice de son mandat.

Devant la décision irréductible du Dr Chauvel de ne pas vouloir accepter le renouvellement de son mandat, le Syndicat le nomme, par acclamation, président d'honneur.

Le Dr Chauvel remercie bien vivement tous ses confrères, très touché et très ému de cette marque de sympathie qui restera l'honneur de sa carrière.

Sont alors élus au scrutin secret :

Le Dr Renault, président du Syndicat, qui remercie ses confrères de l'honneur qui lui est fait, auquel il est très sensible et les assure de tout son dévouement.

Les docteurs Le Louët et Caradec, vice-présidents ; Morvan, syndic ; Clouard, trésorier. Ce dernier occupera, par intérim, le poste de secrétaire, jusqu'à l'arrivée d'un jeune confrère.

Membres de la Commission permanente :

MM. les docteurs Cudennec, Damey, Dupouy, Le Floch, Le Stunff.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16 h. 30.

Le secrétaire (par. int.), Dr Clouard.

Le Président, Dr Chauvel.

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex

Réunion du syndicat du 14 juin 1931, a Divonne

I. — Assurances sociales.

L'Assemblée est mise au courant de la lenteur apportée par l'Union des Caisses à discuter et conclure les Conventions hospitalières, lenteur attribuable en partie à la circulaire du 27 mars 1931 du Ministre de l'Hygiène ; lecture est donnée de la lettre du Dr Hubert, président de la Fédération des syndicats médicaux de l'Ain, remettant la question au point. L'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité : « Le Syndicat approuve la lettre du Dr Hubert pour la Fédération de l'Ain, affirme à nouveau sa résolution de solidariser les signatures des conventions hospitalières et des conventions pour soins à domicile et au cabinet, en conformité des engagements pris le 12 février 1931, et décide d'en poursuivre la réalisation par tous les moyens en son pouvoir. »

Le Syndicat rappelle, conformément à l'art. 1er de la Convention Syndicat-Caisses, l'obligation pour tous les médecins syndiqués ou non, désirant soigner les assurés sociaux ès-qualité, de signer l'engagement écrit de se soumettre à la juridiction et au contrôle du Syndicat, comme il est prévu. — Une formule sera envoyée à tous les confrères et devra être retournée, signée, au président du Syndicat.

Il est rappelé, à ce sujet, qu'aucun syndiqué ne doit signer une entente, un engagement ou une convention, quelle qu'elle soit, avec une caisse, sans en référer au Syndicat, seul qualifié à cet effet.

II. — **Projet de loi Armbruster.**

Après un bref exposé par le secrétaire du projet de loi Armbruster et de la question de la pléthore médicale, l'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité : « Le Syndicat considérant que la loi Armbruster paraît bien devoir apporter un remède aux difficultés créées par la pléthore médicale toujours croissante, et dont les trop grandes facilités données sans réciprocité aucune, aux étrangers pour exercer la médecine en France sont un des facteurs principaux, demande instamment à Messieurs les Sénateurs de l'Ain de vouloir bien voter cette loi, qui favorisera l'exercice d'une médecine saine et honnête ».

III. — **Médecine frontalière.**

Le Syndicat est informé de l'état de la question de l'enquête faite par la Confédération et de la réponse qui a été donnée. Après les explications nécessaires et un échange de vues auquel prennent part les Drs Paget et Guyot, l'ordre du jour ci-dessous est adopté à l'unanimité : « Le Syndicat Bugey-Pays de Gex invite le bureau de la Confédération à poursuivre la dénonciation de la Convention franco-suisse : dénonciation réclamée à deux reprises par l'Assemblée générale de la Confédération ; et la mise à l'étude d'un texte nouveau, après avis des deux corps médicaux intéressés. »

IV. — **Assistance médicale gratuite.**

De nombreux confrères se plaignent de n'avoir pas encore reçu leur mandat de paiement pour l'année 1930. Le Syndicat décide qu'une démarche sera faite auprès de la Préfecture pour protester contre ce retard excessif.

V. — Le secrétaire est chargé de faire imprimer un tarif de poche comportant en regard des prix déjà connus, les numéros de la nomenclature relative aux assurances sociales.

VI. — **Admission de nouveaux membres.**

Candidats ayant demandé leur admission :

Dr Charbonnier, de Genève. Parrains : Drs F. Rolland et J. Rolland.

Dr Ernst, de Divonne. Parrains : Drs Ballivet et Vieux.

Dr Gibert, de Gex. Parrains : Drs Chabert et J. Rolland.

Dr Girod, de Divonne. Parrains : Drs Ballivet et J. Rolland.

Les Drs Charbonnier, Ernst, Gibert et Girod sont admis à l'unanimité.

Le secrétaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. TERRIEN.) — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren) : leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades. — Lundis et mercredis : consultation expliquée. — Vendredis, à 10 h. 1/2 : leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

— **Clinique ophtalmologique** (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Programme général des cours et conférences.* — M. le Professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORDRE DU SERVICE. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Consultation expliquée ; les mardis, jeudis, à 9 h. 1/2 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires ; les lundis, à 10 h. 1/2 : Présentation de malades ; les vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique ; les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — M. le Professeur F. TERRIEN commencera le mardi 3 novembre 1931, à 10 h. 1/2 du matin (Amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les affections oculaires d'origine exotique et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT POUR LES STAGIAIRES (Conférences pratiques). — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de MM. les Docteurs CASTÉRAN, VEIL, RENARD, GOULFIER, BLUM, DOLLFUS, HUDELO et Mlle S. BRAUN, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 12 novembre 1931, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — MM. les Professeurs STROHL et CANGE, MM. les Docteurs SAINTON, VELTER, BOURDIER, MONBRUN, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1931, janvier, février, mars 1932, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

COURS DE NEUROLOGIE OCULAIRE. — M. VELTER, agrégé, et M. le Docteur TOURNAY, commenceront en février-mars 1932, un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. le Professeur REGAUD, de MM. les agrégés VELTER, ZIMMERN et de MM. les Docteurs SAINTON, RAMADIER, COUSIN, CASTÉRAN, P. VEIL, RENARD, GOULFIER, J. BLUM, DOLLFUS, HUDELO et Mlle S. BRAUN, fera en mai et juin 1932 un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rap-

ports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. les Docteurs Castéran, P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, feront, pendant le mois d'octobre 1932, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le Professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, chef de clinique et chef de laboratoire, feront en octobre 1932, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine. Métro : Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques.* (*Insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes*). — Ce cours qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves, MM. Hagueneau, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Puech, Alibert, P. Merklen, Odinet et Racine, ancien internes et internes du service ; R. Barrieu (de Royat) ; M. Marchal, assistant d'électroradiologie, chargé de la radiologie du service ; Bréant, chef du laboratoire du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi : à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme. — Lundi 9 novembre, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Blondel : Examens cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Dyssystolie et hyposystolie. — 16 heures, M. Barrieu : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : La toux cardiaque.

Mardi 10 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique. — 15 heures, M. Blondel : Asystolie. — 16 heures, M. Racine : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. Odinet : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 11 novembre, 10 heures, M. Lian : Le bruit de galop. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire gauche. — 16 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. Hagueneau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 12 novembre, 10 heures, M. Lian : Le pouls alternant. — 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques. — 15 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire droit. — 16 heures, M. P. Merklen : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 13 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique. — 15 heures, M. Blondel : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque. — 16 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. P. Merklen : Electro-cardiographie et insuffisance cardiaque.

Samedi 14 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Alibert : Accidents gravido-cardiaques. — 16 heures, M. Odinet : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. Bréant : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 16 novembre, 10 heures, M. Blondel : Considérations générales sur les angines de poitrine. — 11 heures, M. Lian : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine. — 15 heures, M. Blondel : Forme commune de l'angine de poitrine. — 16 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. Racine : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 17 novembre, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique. — 15 heures, M. P. Merklen : Electrocardiographie et angine de poitrine. — 16 heures, M. Puech : Examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2 ; M. Blondel : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 18 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement médical des angines de poitrine. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Welti : Traitement chirurgical des angines de poitrine. — 16 heures, M. Racine : Epreuves fonctionnelles cardiaques. — 17 h. 1/2, M. Marchal : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 19 novembre, 10 heures, M. Blondel : Douleurs précordiales. — 11 heures, M. Marchal : Exercices radiologiques. — 15 heures, M. Blondel : Les syncopes. — 16 heures, M. P. Merklen : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2, M. Lian : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde et aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Dr Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Modifications au concours d'électro-radiologiste.** Texte ancien. *Art.* 48 (par.31). L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins ou chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Trois électro-radiologistes tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires en exercice, l'un d'eux

toutefois, devant être tiré au sort parmi ceux qui se trouvent incrits sur la liste des électro-radiologistes des hôpitaux spécialisés en électrologie.

(Par. 36) : L'épreuve pratique sera jugée par le Jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats ; elle aura donc lieu pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation consistera en un exercice de pratique électro-radiologique pour lequel les candidats disposeront de 15 minutes qu'ils utiliseront à leur gré pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à vingt.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions au nombre de trois (dont une devra porter obligatoirement sur l'électrologie), sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. La question à traiter est désignée par le sort,

TEXTE NOUVEAU. — *Art.* 48, (par. 31).

L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires ou par mi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie,

L'épreuve pratique sera jugée par le Jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats ; elle aura donc lieu, pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation comportera deux parties : l'une afférente à la radiologie et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces parties de l'épreuve les candidats disposeront de 15 minutes qu'ils utiliseront à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à 20 pour la radiologie et à 20 pour l'électrologie.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois pour chacune des deux parties de l'épreuve, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

(Le reste sans changement).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Paul SAGE, de la Tour du Pin ; du docteur POUPARDIN, chirurgien de Saint-Lazare ; du professeur DUCAMP, de Montpellier ; du Dr Paul GONNET, décédé au Bois d'Oingt ; du Dr LABBÉ, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine).

— **Hôpital Bichat** (Annexe). — Une décision du Conseil municipal de Paris a fixé ainsi qu'il suit les cadres du personnel médical de l'annexe de l'hôpital Bichat, boulevard Ney :

1° *Consultation de médecine (adultes)* : 1 médecin des hôpitaux, 1 assistant, 1 externe en premier, 2 externes.

2° *Consultation de médecine (enfants)* : 1 médecin des hôpitaux, 1 assistant ; 1 externe en premier, 2 externes.

3° *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* : 1 oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 1 assistant, 2 externes.

4° *Consultation d'ophtalmologie* : 1 ophtalmologiste des hôpitaux, 1 assistant, 2 externes.

5° *Consultation dentaire* : 1 stomatologiste des hôpitaux.

6° *Pharmacie* : 2 internes en pharmacie.

— **IIe Congrès international de pathologie comparée.** (Faculté de médecine de Paris, 14-18 octobre 1931.) — Ce Congrès aura lieu sous la présidence de M. le Professeur Achard et comprendra trois sections : médecine humaine (Prof. Rathery, président), médecine vétérinaire (Prof. Vallée, président), pathologie végétale (M. Brocq-Rousseu, président).

Ordre du jour. — *Tuberculose* : Rapport de MM. Calmette, Gerlach (de Vienne) et Khouri sur la vaccination antituberculeuse. *Brucelloses humaines et animales* : Rapports de M. Kristensen (de Copenhague) sur la brucellose humaine et de M. Oluf Bang (de Copenhague) sur les brucelloses animales. *Le lait, agent pathogène*: Rapports de M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, et de MM. Porcher et Tapernoux (de Lyon) sur le lait agent pathogène. *Les carences minérales*: Rapport de MM. Simonnet de Randoin, Sjollema (d'Utrecht), Wester (d'Utrecht), Humphray (de Washington), Trikson (de Stockholm)) et Kootte (de Fribourg-en-Bresgau). *Les ultra-virus* : Rapports de MM. Hauduroy, Flu (de Leyde), Quanjer (de Wagenningen), Gussow (Canada), von Brehmer (de Berlin), Reddick (d'Ithaca). *Les helminthiases* : Rapports de MM. Joyeux, Stevenel et Lefroux. — *Le cancer* : Communications de MM. Kortweg (d'Amsterdam), Hoogland (d'Amsterdam), Arloing, Voronoff. *La psittacose. L'anaphylaxie.*

Programme. — Séance d'ouverture le 14 octobre à 10 h. à la Faculté. A 14 h. 30, réception à l'Exposition coloniale. Lunch et fête du soir. 15 octobre : visite de l'Ecole d'Alfort et de l'Institut du cancer. 17 oct. : visite de l'Institut Pasteur.

Adhésions au secrétaire général, 7 rue Gustave Nadaud, Paris 16e. Cotisations (100 fr., membre actif : 50 fr.

membre associé), au trésorier 87, rue Denfert-Rochereau, Paris 14e.

— **Congrès homéopathique international.** — La ligue homéopathique internationale vient de tenir son congrès annuel à Genève, sous la présidence du docteur Schmidt. Une centaine de médecins de diverses nationalités y assistaient. L'assemblée a décidé que le congrès de la Ligue en 1932, que présidera le Dr Letellier, aurait lieu à Paris.

— **Congrès italien de médecine.** — Le 37e Congrès de la Société italienne de médecine se tiendra du 16 au 21 octobre 1931. Les questions à l'ordre du jour sont : le diabète, les modes de début et d'évolution clinique de la tuberculose pulmonaire ; les pancréatites aiguës et chroniques ; la malaria et la tuberculose dans l'armée.

— **Médecins amis des vins de France.** — La section médicale de la Société des amis des vins de France, que préside le Professeur Loeper, organisera prochainement une série de conférences sur : *le vin, propriétés physiologiques et rôle en médecine.* Les premières conférences traiteront les sujets suivants : le vin et la nutrition ; le vin et le tonus ; le vin et les émonctoires.

— **L'inauguration du monument à la mémoire du Docteur Ott.** — Au cimetière de Saint-Jouin-sur-Mer, a été inauguré le monument élevé par ses amis sur la tombe du regretté docteur Ott, inspecteur départemental des services d'hygiène. Des délégués des services d'hygiène, des infirmières visiteuses, de nombreux amis étaient venus de Rouen, du Havre et de Paris se joindre à la famille du défunt pour assister à cette émouvante cérémonie. Nous avons remarqué notamment la présence de :

M. le Docteur Jouen, inspecteur départemental des services d'hygiène, représentant M. le préfet de la Seine-Inférieure retenu à Caudebec-en-Caux près de M. André Tardieu, ministre de l'Agriculture ; de MM. le docteur Joannon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, docteur Briau, délégué par le Conseil supérieur d'hygiène de France ; docteur Raymond Neveu, professeur à l'Institut d'hygiène, à Paris ; docteur Loir, délégué par l'Association des médecins hygiénistes français ; docteur Le Nouene, chirurgien des hôpitaux du Havre, etc...

M. Vasseur, secrétaire général de l'Office d'hygiène sociale, a rappelé que ce geste de pieux souvenir n'était l'œuvre d'aucun comité, mais la manifestation spontanée de profonde reconnaissance des nombreux et fidèles amis que comptait le docteur Ott, qui ont considéré comme un devoir de commémorer sa vie si pleine de travail, de bonté et de dévouement. Il a remercié et félicité les artisans du monument, M. Bernadet, marbrier, et M. Richard Dufour, sculpteur, auteur du médaillon, qui a mis tout son talent et sa grande conscience d'artiste à faire une œuvre parfaite et bien vivante.

Il a ensuite présenté les excuses de M. le Docteur Roux, directeur de l'Intitut Pasteur ; de M. le Professeur Calmette, qui a vivement regretté de n'avoir pu venir saluer la mémoire d'un homme qu'il a particulièrement aimé ; de MM. Blondel et Quesnel, députés ; René Bergé, E. Le Grand, Docteur Daniel, conseillers généraux ; Charles Deschamps, Ehrer, Poisson, et donné lecture d'une lettre de M. Charles Lallemand, ancien préfet de la Seine-Inférieure, rendant un hommage ému à son ancien collaborateur ; « vrai savant, aussi modeste qu'éminent, dont il n'oubliera jamais la qualité « affectueuse et douce de son intimité, la séduction de « son caractère, si ouvert et si franc. »

M. le Docteur Loir, directeur du bureau d'hygiène de la ville du Havre, délégué par le Syndicat des médecins hygiénistes français a apporté l'expression de reconnaissance de ce groupement à la mémoire de celui qui fut un des meilleurs artisans de l'hygiène moderne et un admirable réalisateur dans ce département.

M. le Docteur Briau, délégué par le Conseil supérieur d'hygiène de France, a rappelé la place importante tenue dans cette haute assemblée par le Docteur Ott, et salué avec émotion la mémoire d'un vieil ami, dont il a évoqué les rares qualités de cœur et d'esprit.

Enfin, M. le Docteur Jouen, inspecteur départemental des services d'hygiène, a présenté les excuses de M. J. Desmars, préfet de la Seine-Inférieure, qui, retenu à Caudebec, n'avait pu, comme il l'aurait vivement souhaité, venir à Saint-Jouin-sur-Mer, s'associer à ce pèlerinage sur la tombe d'un collaborateur qu'il a bien connu comme directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au ministère, avant même d'arriver dans ce département, et dont il a pu apprécier hautement la valeur.

M. le Docteur Jouen, qu'une confiante et affectueuse collaboration de près de dix années avec son regretté prédécesseur qualifiait tout particulièrement, a retracé avec émotion la belle et longue carrière du Docteur Ott dont les réalisations en matière d'hygiène sociale sont à juste titre citées partout en exemple (*Journal de Rouen*, 23 juillet 1931.)

— **Chemins de fer P. L. M.** — *La Corse à 24 heures de Paris.* — Les horaires d'été de la Compagnie Fraissinet au départ de Nice sont établis de telle sorte que la Corse n'est réellement qu'à 24 heures de Paris.

En effet, le voyageur partant de la capitale le lundi, le mardi ou le samedi à 17 h. 05, par le train 15, arrive le lendemain en gare de Nice à 10 h. 30 ; il y trouve un autobus qui le conduit, avec ses bagages, au port, d'où le paquebot, levant l'ancre à midi, le dépose le soir même en Corse ; le mardi et le mercredi à Ile Rousse, le dimanche à Calvi.

Un autre départ de Nice pour la Corse a lieu le vendredi à 9 heures ; arrivée à Ajaccio à 18 h. 25.

Il est aussi facile d'excursionner en Corse que de s'y rendre. D'Ajaccio, Bastia, Corte, Calvi, Ile Rousse, les cars P. L. M. permettent de visiter les sites les plus réputés de l'Ile : Calanques, de Piana, Golfe de Porto, falaises de Bonifacio, Col de Bavella, marine de Porto-Vecchio, Cap Corse, Cartagniccia, défilé de l'Inzecca, etc...

Les principales gares P. L. M. délivrent les billets et enregistrent directement les bagages, pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte, Ghisonaccia et Vizzavona.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

nismes, cette rétribution doit nécessairement correspondre à une amélioration ou à une extension des services des dispensaires d'hygiène sociale (création de nouveaux dispensaires ; amélioration de l'équipement sanitaire ; augmentation du nombre et des qualifications du personnel médical ou auxiliaire ; extension du service social ; réduction du délai d'attente dans le placement des tuberculeux et des enfants, etc.).

Il est désirable que les conventions antituberculeuses fassent état des améliorations projetées en contre-partie de la rétribution accordée.

Un rapport périodique établi par l'œuvre antituberculeuse informera exactement les institutions d'assurance maladie sur l'évolution de la tuberculose parmi la population bénéficiaire des prestations en nature (mortalité et morbidité, cas dépistés, propositions de placement, délai d'attente avant le placement, visites de l'infirmière, conditions familiales, etc.).

D'autre part, il est évidemment indiqué d'utiliser les dispensaires d'hygiène sociale en vue du contrôle des malades tuberculeux.

Quant au mode de rétribution, le plus pratique, sinon le plus juste, est celui de l'indemnité forfaitaire annuelle, proportionnelle au nombre des assurés et calculée en fonction des résultats obtenus.

La documentation à fournir.

Dans le domaine de la lutte antituberculeuse et dans celui de la protection maternelle et infantile, ou même dans d'autres domaines, quelques institutions d'assurance-maladie ont déjà donné l'exemple d'une collaboration digne d'être signalée. D'autres institutions tâtonnent, cherchent leur voie, ont besoin d'être guidées.

En vue d'apporter à l'organisation nécessaire de la prévention une aide aussi efficace et aussi complète que possible, mon administration doit centraliser au plus tôt toutes les informations relatives à l'action préventive déjà engagée ou simplement envisagée par les institutions d'assurance-maladie.

Je vous prie instamment de bien vouloir me faire parvenir, accompagnés de vos observations personnelles, tous les renseignements concernant les mesures prises ou projetées, dans le domaine de la prévention, par les institutions d'assurance-maladie de votre département, notamment sur les points suivants :

a) Protection de la maternité et de l'enfance (y compris l'enfance d'âge scolaire) ;

b) Lutte contre les maladies infectieuses aiguës (vaccination contre la diphtérie et les affections typhoïdes, etc.) ;

c) Lutte contre la tuberculose ;

d) Lutte contre les maladies vénériennes ;

e) Lutte contre le cancer.

Vous voudrez bien mettre en relief les informations relatives au dépistage des maladies et l'organisation éventuelle déjà réalisée de « centres de

diagnostic », ainsi qu'au fonctionnement du service social.

Il y aura lieu de différencier l'action directe des institutions d'assurance-maladie agissant en pleine autonomie de l'action de collaboration, et d'indiquer, le cas échéant, les formules de coordination et de collaboration adoptées.

Je vous prie également de me communiquer le texte des conventions passées, et d'une manière générale de joindre à votre réponse un jeu complet des imprimés utilisés par les institutions d'assurance-maladie, dans le domaine visé par la présente circulaire.

Adolphe LANDRY.

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Pensions, M. le Dr Guelfucci, de Paris.

Permissions pour examens universitaires

En vue de permettre aux étudiants, ayant échoué aux examens universitaires de la session de juillet, incorporés en octobre, de se présenter aux examens de la session d'octobre-novembre, le ministre a décidé d'accorder exceptionnellement à ces militaires dans la limite de durée des permissions légales, des permissions dans les conditions suivantes :

Les étudiants incorporés en octobre et justifiant de leur échec à la session de juillet et de leur inscription pour le même examen de la session d'octobre-novembre, pourront recevoir une permission strictement limitée à la durée des épreuves écrites. Ceux d'entre eux admissibles aux épreuves orales recevront une nouvelle permission strictement limitée à la durée des épreuves orales.

La même mesure sera prise à l'égard des étudiants admissibles à la session de juillet et inscrits pour passer les épreuves orales à la session d'octobre-novembre.

Ces permissions viendront en décompte de la durée de la permission légale prévue par l'article 45 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

(*Circulaire no* 9560 1 /11 *du* 12 *septembre* 1930.)

ASSURANCES SOCIALES

I

Défaut d'inscription et de versements par l'employeur. Responsabilité

Une femme, assurée sociale, accouche et fait présenter, à sa caisse les feuilles nécessaires, ainsi que les reçus du praticien, indiquant que ce

dernier a été régulièrement honoré, pour l'accouchement.

La caisse refuse de rembourser, selon son tarif de responsabilité, motifs pris que l'accouchée a été inscrite sur les listes d'assurances sociales postérieurement au début présumé de la grossesse.

Or, cette inscription tardive n'est pas le fait de l'assurée, mais bien de son patron, qui, hostile aux assurances sociales, s'est refusé, pendant longtemps, à faire inscrire ses ouvriers et à payer les cotisations imposées par la loi.

Un de nos confrères nous demande quel recours peut avoir sa cliente, qui pâtit injustement d'une négligence, dont elle n'est pas responsable.

Nous devons répondre en donnant d'abord raison à la caisse d'assurances sociales : l'accouchée n'a droit à rien, puisque son inscription a été postérieure aux délais fixés par la loi. Elle n'a donc aucun recours contre la caisse.

Mais, par sa négligence, son patron a commis une faute dont il doit réparation.

S'appuyant sur les dispositions de l'article 1382 du code civil, l'accouchée peut réclamer, en justice, à son patron, le paiement des frais, dont elle n'a pu obtenir le remboursement par sa négligence, plus les indemnités en argent qu'elle aurait pu recevoir de la caisse, si elle avait été régulièrement inscrite.

Ainsi en ont décidé :

Commission cantonale (justice de paix) du 2e canton d'Angoulême, 6 mars 1931 ;

Commission cantonale (justice de paix) du 4e canton ouest de Toulouse, deux jugements du 20 mars 1931.

Devant quel juge porter le litige ?

Les Commissions cantonales (constituées en vertu de l'article 63 de la loi des assurances sociales), dont nous venons de citer les décisions, se sont considérées comme étant compétentes pour connaître des réclamations pécuniaires des assurés contre leurs employeurs.

Cependant, comme le fait très bien remarquer M. Pluyette, chef du contentieux des assurances sociales, à l'Office central des mutuelles agricoles, il ne s'agit pas, en l'espèce, d'un litige, occasionné par l'interprétation de la loi, mais plutôt de la réparation d'un dommage occasionné par la faute, la négligence de l'employeur : c'est donc, aux termes du droit commun, de l'application de l'article 1382 du code civil, qu'il convient de saisir les tribunaux de droit commun et non pas la juridiction d'exception, prévue par la loi des assurances sociales.

Le tribunal civil de Toulouse, par jugement du 5 juin 1931, vient de confirmer cette thèse, en se déclarant incompétent, au sujet de l'appel interjeté contre une décision de la Commission cantonale, à propos d'un litige, portant sur la réparation pécuniaire, réclamée par un assuré

à son employeur, parce que ce dernier avait fait inscrire trop tard ce salarié, pour qu'il puisse avoir droit aux prestations prévues par la loi.

Le tribunal de Toulouse déclare qu'également la commission cantonale était incompétente, pour connaître du litige.

Je ne sais si cette décision sera confirmée ou infirmée ultérieurement : ce qui sera intéressant, ce sera de connaître la décision ultime de la Cour de Cassation.

Aussi, pour le moment, puis-je conseiller à mon confrère d'engager sa cliente à saisir le juge de paix du conflit : devant ce magistrat, elle réclamera à son employeur le remboursement du quantum des frais médicaux et pharmaceutiques, qui lui auraient été remboursés par la caisse, plus l'indemnité journalière, si elle y a droit, ainsi que les allocations de secours, pour le lait, etc.

Elle pourra également réclamer une somme, à titre de dommages-intérêts, pour préjudice causé (perte de temps, etc.).

A mon avis, ne doit pas intervenir la disposition de l'article 64 de la loi, qui prévoit des sanctions pénales, contre l'employeur négligent.

« Nulla poena sine lege » : le législateur de 1930 a tenu de préciser un texte, par lequel, sur réquisition du procureur de la République, ou du ministère public, un patron peut être condamné à des peines de simple police.

L'action répressive est complètement indépendante de l'action civile : l'assurée ne demande pas que son patron soit puni de sa négligence ; elle réclame une réparation pécuniaire.

Aux magistrats, qui représentent la loi, de demander des sanctions répressives : c'est leur rôle.

II

Une sage-femme a-t-elle le droit de prescrire des ordonnances pharmaceutiques, pendant la grossesse ?

Théoriquement et si nous nous en tenons strictement aux termes de l'article 4, paragraphe 2 de la loi du 30 novembre 1892, nous devrions répondre que la sage-femme ne peut ordonner de médicaments qu'en vue de l'accouchement lui-même — et encore ne s'agit-il que d'un accouchement simple, non laborieux. Les textes réglementaires, arrêtant la liste des médicaments, que peut prescrire une sage-femme doivent être pris, après avis de l'Académie de médecine.

Sur ce point, la loi de 1892 est quelque peu en retard sur les usages actuels : l'antisepsie, à cette époque, ne prévoyait pas les développements actuels ; de même il était impossible de déterminer, par avance, les progrès de la thérapeutique par injections hypodermiques et autres.

Un usage s'est donc peu à peu établi et, par suite, une tolérance permet aux sages-femmes l'utilisation et la prescription pour leurs malades de médicaments simples, usuels, dans l'art des accouchements.

Une liste vient d'en être dressée par le syndicat des sages-femmes de la Seine et Seine-et-Oise, d'accord avec le contrôle pharmaceutique de la caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise.

Il en résulte que, lorsque l'état de grossesse est constaté médicalement, par le médecin, ou la sage-femme, il est loisible à cette dernière praticienne d'ordonner les médicaments, qui cadrent avec la surveillance simple d'une grossesse normale, non pathologique. La sage-femme sortirait de ses attributions, si elle prescrivait des médicaments curatifs, pour soigner médicalement un état pathologique, qui, légalement, est du ressort du diplômé docteur en médecine.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

4518. — Les services rendus par le « Sou Médical »

Je suis heureux de vous donner un renseignement et une attestation tout à l'honneur du « Sou ».

J'ai été désigné pour inspecter tous les locaux et les installations de la nouvelle poste au point de vue de l'hygiène et établir un rapport demandé par les P. T. T.

On me demanda de fournir ma note d'honoraires en même temps que le rapport.

J'étais embarrassé pour fixer un prix, ne sachant pas ce que cela pouvait valoir d'après les tarifs en vigueur. Je ne voulais pas exploiter l'administration mais comme elle ne me fait aucune réduction sur ses tarifs, je voulais prendre ce que cela valait.

Je dis au receveur que je ne pouvais lui donner ma note, obligé que j'étais de demander le tarif de cette opération. J'écrivis au « Sou », qui me répondit par retour du courrier que cela valait 100 fr.

Je fis ma note en conséquence et la remis sans retard avec mon rapport.

Je viens d'être payé 100 fr. moins le timbre, soit 99,75.

Si je n'avais pas été membre du « Sou », si je n'avais pas pu avoir un renseignement rapide, j'aurais peut-être demandé :

Visite en ville	15 fr.
Rapport	15 fr.
Total	30 fr.

Grâce au « Sou », je gagne donc 69 fr. 75, ce qui paye une bonne partie de ma cotisation et je suis encore protégé si je ne fais pas une injection de sérum T. à une couturière qui se pique le doigt et attrape le tétanos, après avoir eu 10.000 piqûres sans accident.

Dr B.

Fiscalité

2540. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Pour achat d'auto, j'ai payé 20.000 fr. cette année.

Les contributions directes veulent que j'amortisse cette somme en 5 ans.

Or, je préfère compter ces 20.000 fr. sur cette année pour le calcul de l'impôt parce que j'ai acheté l'auto à crédit, que l'année prochaine j'aurai encore une certaine somme à payer.

Dans 2 ans, j'achèterai probablement une nouvelle auto.

Avec les calculs d'amortissement, cela fera des difficultés d'écriture me semble-t-il, à ce moment là.

N'est-il pas plus simple d'amortir tout à mesure du payement des traites ?

Ai-je le droit de demander la déduction des 20.000 fr. sur les bénéfices de cette année ? au lieu de l'amortissement en 5 ans.

Dr V.

Réponse.

L'amortissement est facultatif. Vous pouvez déduire le prix intégral de la voiture des bénéfices de cette année, conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

2687. — Contribution mobilière et foncière

J'ai quitté fin septembre dernier la maison que j'habitais à A. sans enlever les meubles ; je l'ai mise en vente et je ne l'ai plus habitée depuis cette date ; j'occupe une chambre dans la maison de mon fils à B. Je viens de recevoir les avertissements pour 1931 pour l'impôt foncier et la contribution personnelle et mobilière pour ma maison. Dois-je ces deux contributions et particulièrement cette dernière ? Ou dois-je demander une exonération ? et par suite être imposé, cote personnelle et mobilière, pour la chambre que j'habite réellement.

Dr Z.

Réponse.

Vous devez encore la contribution mobilière si votre maison était garnie de meubles au

1er janvier 1931 et même dans le cas contraire, si vous ne justifiez pas être imposé à une autre adresse.

La contribution foncière est due également si la maison étant dégarnie de meubles, vous ne justifiez pas avoir fait les démarches en vue de la location et si la vacance est d'une durée inférieure à une année. A. M.

3006. — Réclamation, sursis de paiement

Je vais avoir recours à vos bons offices pour me conseiller dans mes démêlés avec le fisc.

Fin 1928, j'ai cédé ma clientèle de X. Le 27 décembre 1928 par lettre recommandée j'ai prévenu le préfet et le directeur des contributions que je cesserais d'exercer à dater du 1er janvier 1929, ce que je fis.

L'administration du fisc me réclame patente, cote mobilière et impôt sur le revenu pour 1929. Dès réception des rôles, j'ai établi mes demandes en détaxe sur papier timbré ; je dis mes, car j'en ai adressé deux au directeur des contributions pendant l'année 1930, la première en mai 1930 (je crois), la seconde le 7 juillet 1930). J'ai reçu notification de dégrèvement pour l'impôt sur le revenu, mais rien pour la patente et la cote mobilière.

Aujourd'hui le percepteur de X. m'adresse une sommation sans frais d'avoir à m'acquitter de ces deux impôts. Il joint à sa sommation une lettre explicative presque d'excuses, car il sait bien lui (et le fait est de notoriété publique) que j'ai cessé d'exercer à dater du 1er janvier 1929, à moins qu'on taxe d'exercice le fait d'avoir présenté mon successeur du 1er au 12 janvier à la clientèle ! !

Je soumets à votre appréciation : 1° la lettre du percepteur ; 2° la décision en décharge de l'impôt sur le revenu ; 3° la sommation. Je vous prierai de me retourner ces pièces, après en avoir pris connaissance ; dans votre réponse vous me ferez part des conseils que vous jugerez à propos de me donner et de la ligne de conduite à suivre pour obtenir enfin satisfaction, car voici 3 ans que cela dure.

Je crois avoir fait jusqu'ici le nécessaire.

Dr F.

Réponse

La réclamation n'est suspensive du paiement que si vous avez invoqué le bénéfice du sursis dans votre réclamation. A défaut, le percepteur peut exercer les poursuites jusqu'à la saisie inclusivement. La décharge de la patente ne paraît pas faire de doute ; par contre, celle de la contribution mobilière ne vous sera accordée que si vous justifiez être imposé dans votre nouvelle résidence. A. M.

2851. — Justifications diverses

Le contrôleur des contributions qui, bien qu'ayant épluché pour des raisons que je veux ignorer, ma

déclaration de 1930 et celle de 1931 n'a rien pu y trouver à redire, m'écrit : au titre de 1926 à 1928 les appointements que vous recevez de l'armée, de l'hôpital et de la préfecture, doivent être compris dans votre impôt cédulaire. Des suppléments d'imposition seront établis au titre des années 1926 à 1928 sur les bases suivantes : (suit le détail).

Je fais remarquer que les appointements que j'ai perçus pour l'hôpital militaire, l'hôpital civil et la préfecture et qui s'élèvent à 4.440 fr. pour l'année 1926, à 3.570 fr. pour l'année 1927, à 2.500 fr. pour l'année 1928, ont été portés et détaillés sur mes déclarations. Je ne vois pas pourquoi on vient me dire aujourd'hui qu'on a omis d'en tenir compte. Est-ce le droit du contrôleur ? D'autre part ai-je un recours quelconque contre le contrôleur qui a *oublié* d'en tenir compte ? Ce fonctionnaire ne doit-il pas être blâmé pour cet oubli ?

On me demande en outre de détailler mes dépenses professionnelles pour l'année 1929.

Vous comprenez que je n'ai plus pour cette année-là que des renseignements très vagues. On m'a demandé des renseignements pour 1930, je les ai fournis en temps utile. Il m'est difficile de retrouver tous les documents pour les années antérieures.

Je vous serais très obligé de me dire ce que je dois faire. Dr X.

Réponse.

Le contrôleur peut vous demander des renseignements pour cinq exercices en arrière. Répondez-lui donc avec les documents comptables que vous gardez encore et donnez-lui des chiffres approximatifs, si, faute de livres, vous ne pouvez pas lui répondre avec précision.

Quant aux appointements de 1926 à 1928, faites-lui remarquer que vous les avez portés sur vos déclarations. Si leur montant a été omis, vous devez payer l'impôt, mais en tout cas pas au titre des bénéfices professionnels, mais comme salaires. A. M.

2903. — Base de la patente

J'ai occupé jusqu'au 15 juillet 1930 une villa, d'un loyer de 5.000 francs, que j'ai dû quitter, mon propriétaire m'ayant donné congé dans les délais réglementaires, pour occuper un appartement d'un loyer de 11.000 francs, plus 10 % de charges ; or, je viens de recevoir ma feuille de patente, elle s'élève à 10.454 francs, alors que l'année précédente elle était de 4.442 francs.

Je m'attendais à une augmentation du fait de mon nouveau loyer, mais je pensais que pour six mois cette patente serait basée sur le prix de mon ancien loyer, et pour les autres six mois sur le prix de mon loyer actuel.

Ai-je raisonné juste ou l'administration a-t-elle raison ; dois-je faire une réclamation au contrôleur, et dans ce cas la réponse étant très lente à venir, suis-je obligé de payer immédiatement ? Dr D.

Réponse.

La patente que vous avez reçue pour 1931 est régulièrement basée sur le loyer payé au 1er janvier 1931. Vous ne pouvez donc prétendre à aucune réduction.

A. M.

4361. — Vaccination antitétanique et injection préventive de sérum

Je désire avoir votre avis au sujet de l'injection antitétanique préventive.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 14 avril, nous a donné des directives, mais il n'est pas question, du moins dans le rapport de M. Gosset, de la vaccination antitétanique.

On nous dit seulement que, au cours de la discussion qui a suivi la lecture du rapport, certain académicien a préconisé la vaccination en cas de guerre. Cette perpective de la prochaine dernière guerre nous enchante certainement tous. Mais cela ne nous dit pas ce que l'Académie de médecine pense de cette vaccination pour le temps de paix dans lequel nous vivons — provisoirement paraît-il.

Cette vaccination doit-elle être recommandée ? La tient-on pour assez efficace pour nous dispenser de l'injection préventive de sérum, chez un sujet vacciné, même en cas de plaie anfractueuse souillée de terre ?

D'autre part des plaies de surface faites par contact avec une route goudronnée — des plaies des motocyclistes, par exemple — nécessitent-elles l'injection préventive ? Je serais très heureux d'avoir votre avis sur ces sujets.

Dr B.

Réponse.

Il faut bien nous entendre sur la vaccination antitétanique et l'injection préventive de sérum.

La vaccination antitétanique se fait comme celle contre la diphtérie, par une anatoxine, injectée à doses progressives, tous les quinze jours jusqu'à concurrence de trois piqûres.

Les résultats en sont encore incertains et il n'est pas possible à une docte société savante de se prononcer avec certitude, tant que des milliers et des milliers de cas n'auront pas donné une expérimentation suffisante.

D'ailleurs, des controverses scientifiques se font encore entendre tant sur la vaccination antidiphtérique que sur celle contre la tuberculose.

On peut en conclure que, si pratiquement, on peut conseiller la vaccination antitétanique à des personnes qui, journellement, par métier, sont susceptibles de s'inoculer le niewlaier, on ne peut encore scientifiquement affirmer tant l'efficacité que l'innocuité de pareille méthode vaccinale.

Et si les hommes étaient encore assez fous pour recommencer une effroyable tuerie, sous le

nom de « dernière guerre », on ferait de nouvelles piqûres aux soldats, qui serviraient ainsi de cobayes pour la science. On leur injecte actuellement tant de choses, au moment de leur incorporation, qu'une piqûre de plus ou de moins, avant la tuerie finale des tranchées....

Quant à l'injection préventive contre le tétanos, c'est autre chose. Alors qu'il est admis que l'injection d'anatoxine vaccinale demande au moins un mois pour produire son effet préventif, l'injection de sérum est d'action plus rapide.

Mais ce n'est pas une vaccination, c'est un moyen de cure immédiat, contre une infection probable de l'organisme par le bacille, qu'on craint de voir pulluler dans une plaie anfractueuse.

Or, si l'injection d'anatoxine semble ne comporter que peu d'accidents et de contre indications, comme celle d'anatoxine diphtérique, il n'en est plus de même de l'injection préventive de sérum. Je ne reviens pas sur les accidents sériques, ni sur le choc anaphylactique, qui peut se surajouter au choc traumatique.

Aussi, les savants de l'Académie de médecine ont-ils conclu plus en théoriciens qu'en praticiens.

En l'état actuel de la science microbienne, on est obligé de s'abstenir de donner des règles scientifiques absolues : mieux vaudrait recommander aux praticiens de penser à l'infection possible, d'essayer de la combattre, mais dans la mesure où les circonstances et l'état du malade le permettent.

Les juges croient que notre science médicale a la même rigueur que la mathématique et les chefs d'école, membres de l'Académie de médecine ont tendance à laisser croire qu'ils détiennent la vérité. Il vaut mieux faire confiance au médecin praticien, qui, au lit du malade, en campagne, ou dans la petite localité, se débrouille comme il peut, en se servant de la science que les dits membres de l'Académie lui ont dispensée, lorsqu'il était étudiant, leur élève.

Tout ce qu'on pourrait recommander, c'est en cas d'accident grave de faire appeler un confrère en consultation, pour qu'aux yeux de la justice, les responsabilités soient partagées.

Les tribunaux, composés de juges, qui sont nos clients et qui ne savent rien de la médecine, ont tendance à condamner le médecin, qui agit seul et qui, par économie pour la bourse de son client, évite à ce dernier les frais d'une consultation entre confrères.

Aussi, pour mettre notre responsabilité plus à l'abri, ai-je pris l'habitude de recommander à mes confrères de provoquer des consultations, de conseiller des examens divers, tant de laboratoire, que de radiologie. On ne pourra pas ainsi, plus tard, nous reprocher d'avoir été

négligents, vis-à-vis du client, pour arriver au diagnostic précis ou au traitement nécessaire.

Tant pis pour lui, le client paiera la note des frais, pour ces examens, ou ces consultations : mais n'est-ce pas lui-même, qui est le premier à nous attaquer en responsabilité, si la guérison n'est pas entièrement obtenue ?

En tous cas, dans quelques années, il sera possible de se prononcer sur la valeur scientifique de toutes les vaccinations. Pour le moment, nous en sommes à la période d'essai et de tâtonnements.

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Fallières

4465. — Section partielle de muscles de la main

Je soigne actuellement un accidenté du travail qui s'est fait en tombant avec une plaque de tôle, une plaie profonde de l'éminence thénar droite, avec section partielle des muscles court abducteur et court fléchisseur du pouce. J'en ai pratiqué la suture immédiatement.

Ne trouvant pas dans le tarif Fallières « sutures de muscles », dois-je assimiler cela à « suture des tendons fléchisseurs des doigts », et réclamer pour la suture des deux muscles 150 fr. ?

Dr B.

Réponse.

Je ne pense pas assimilable techniquement une « section partielle de muscle » avec une « section de tendon ». Par contre, il y aurait plutôt *analogie* avec « régularisation, épluchage et suture d'une plaie profonde : 100 fr. » C'est donc ce que je crois devoir vous conseiller de porter sur votre note, en signalant l'analogie que je vous conseille avec toute explication technique utile.

Dr F. DECOURT.

4424. — Injection A.T. faite en plusieurs fois

Nombre de blessés du travail ayant déjà reçu des injections de sérum antitétanique purifié, à la blessure suivante qui nécessite une injection, je la fais en 3 séances à une demi-heure d'intervalle pour éviter des accidents.

Au tarif accidents du travail, quel serait le prix de cette triple consultation ?

Dr H.

Réponse

Actuellement, le prix est le même (20 fr.), que l'injection A. T. soit effectuée en une ou plusieurs fois.

Dans le nouveau tarif (qui doit entrer en vigueur, sauf imprévu au 1er janvier 1932), le prix sera légèrement augmenté dans le 2e cas.

Dr F. DECOURT.

4495. — Application d'air chaud

Ci-joint je vous adresse la lettre d'une compagnie d'assurances. Combien dois-je demander par séance d'air chaud ? Je ne suis évidemment pas spécialiste kinésithérapeute comme le demande l'art. 24.

Dr S.

Réponse.

Le traitement par air chaud est tarifé (art. 26-VI) 15 fr. par séance + 50 % (*ibidem, in fine*) soit au total : 22,50 par séance.

Dr F. Decourt.

Assurances Sociales

4535. — Evaluation des avantages en nature

A combien puis-je évaluer pour les assurances sociales les avantages en nature de mes domestiques (logement et nourriture) leur salaire étant de 350 fr. par mois ?

Dr T.

Réponse.

Les avantages en nature dont bénéficient les salariés sont évalués à 150 fr. par mois dans les villes de 5.000 à 200.000 habitants et à 90 fr. dans les communes moins importantes, par application du décret du 14 mai 1930.

ANTHOLOGIE

Lettre d'un campagnard à un parisien

Urbis amatorem Fuseum salvere jubeum
Ruris amatores.

Horace.

Ami, j'ai ce matin ramé mes petits pois,
Et jusqu'au déjeuner empilé notre bois,
Deux tombereaux versés hier sous la remise.
A ce rude métier j'ai mouillé ma chemise,
J'ai mis mes doigts en sang, et j'ai pris mal aux reins.
Ce sont vilains travaux pour de chétives mains,
Qui, dans la peau trop tendre, enfoncent les échardes,
Pourtant il faut le faire, et si peu que tu tardes
A rentrer et ranger les bûches au bûcher,
Il ne leur restera plus le temps de sécher,
Et l'hiver, tu verras sur les chenêts de cuivre,
Le bois vert se noircir sifflant comme une guivre.
Vous autres, sans sortir de votre cabinet,
A la ville, il suffit d'ouvrir un robinet
Pour tenir à l'instant et chaleur et lumière.
Aussi l'homme des champs maudit-il sa chaumière.
En revanche, il pourra se mettre sous les dents,
Des petits pois sucrés, frais, tendres et fondants,
Cueillis dès le matin, lavés d'un ciel d'orage,
Et qui viendront, sans être échauffés du voyage,
Du jardin à la table offrir à son repas
Un mets délicat que vous ne connaissez pas.
Si tu veux en juger, arrive quand leurs gousses
Balanceront leur cosse verte aux rames rousses.

Dr Paul Grossier.

Cinquante-troisième année — N° 39 — 27 Septembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

—

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Nègre, de Mazamet, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 328. — Franche-Comté. A céder suite dans petite ville clientèle médec. génér., médec. du ch. de fer. Bel. appart. Condit. avantag.

N° 329. — Touraine. Cause départ. imp. client médic. à céder d'urg. Belle mais., chauff. centr., eau courante, électr., jardins, garag., long bail, loyer modéré. Indemn, 35.000 fr. comptant, facilités à débattre.

N° 330. — Provence. Proxim. deux gr. villes univers. à céder à médec. cathol. très belle client. mi-ouvrière mi-paysanne. Fixes très import., maison très confort... à vendre ou à louer, eau courante, électr., chauff. centr. s. de b. App. radiograph. Gaiffe-Gallot. Prix 50.000 fr. compt., solde à débattre.

N° 331. — Jeune docteur dispos. capit. désirant se spécialiser cherche associat. avec électr. radiol. ou otorhino en vue success. ou non.

N° 332. — Fils doct. dirigeant actuell. hôtel saison. cherche situat. analogue France ou étranger. Références sérieuses, diplôme.

Nº 333. — On rech. pers. visit. docteurs spécial. d'enf. voul. s'adj. cartes des Homes à faire connaître. Offres très intér. Ecr. Directrice Alpe Fleurie à Morzine (Haute-Savoie).

Nº 334. — Paris. A céder part ds labor. analys. médic., conditions à débattre. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Odéon 36-46.

Nº 335. — Paris, plein centre, dans clinique médic.-chirur., install. parf., est demandé spécial. O. R. L. ou dermat. avec apport à débattre. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Odéon 36-46.

Nº 336. — Sud-Est gros centre, client. rurale bon rendem., maison 8 p., jard. Prix à débattre. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Odéon 36-46.

Renseignements

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprim., ampoules 5 cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

AVIS

Nos lecteurs se souviennent sans doute que M. Martinot, conseiller fiscal du *Concours médical* et du « Sou médical », avait pris, il y a quelques mois, l'initiative de provoquer une vaste pétition destinée à obtenir l'aménagement de la patente des professions libérales, et particulièrement des médecins, sur des bases équitables et qui ne pénalisent pas en quelque sorte, injustement, les familles médicales nombreuses.

Nous apprenons que M. Martinot, qui dirige en même temps *Le Contribuable français*, s'est adressé, par circulaires, à tous les médecins de France, pour solliciter leur souscription à la constitution d'une sorte de trésor de guerre, destiné à lui permettre de mener utilement campagne en faveur de la modification envisagée de l'assiette des patentes, et qu'il s'est recommandé de sa situation auprès du *Concours médical* et du « Sou médical », comme d'une référence particulièrement honorable.

Comme, pourtant, cette évocation, en tête de cet appel, pourrait prêter à confusion, nous sommes d'accord avec M. Martinot pour informer les abonnés et lecteurs du *Concours médical* et les membres du « Sou médical » que nous sommes complètement étrangers à l'ouverture de cette souscription. C'est en effet un principe

absolu, parmi nous, de ne patronner aucune entreprise financière, quels que soient son esprit et son but.

Nous apprécions hautement la collaboration de M. MARTINOT comme Conseiller fiscal de nos œuvres. Mais nous n'avons aucun intérêt, cela se conçoit, dans *Le Contribuable français* et nous n'avons pas et ne voulons pas intervenir dans les efforts qu'il fait pour mener à bien son entreprise.

Qu'il soit donc bien entendu que le Concours médical *et le « Sou médical » n'ont absolument rien à voir dans les souscriptions ouvertes parmi le Corps médical* et à l'égard desquelles nous désirons observer la plus stricte neutralité.

LE CONSEIL DE DIRECTION

DERNIÈRES NOUVELLES

—Légion d'honneur.— Au tableau de concours du Service de Santé (Ministère de la Guerre) pour le grade de Chevalier figurent les noms de nos amis : le Dr J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux de Toulouse ; le professeur agrégé G. JEANNENEY, de Bordeaux ; le Dr A. CHABANON, de Lyon, notre fidèle collaborateur ; et le Dr COTTENOT, de Paris, le radiologiste bien connu.

A tous, nos cordiales félicitations.

— A Montpellier. — Des retraites, dont celle de notre éminent ami, M. le Professeur Emile FORGUE, des décès, ont amené des mutations dans le personnel enseignant de la Faculté de médecine de Montpellier, à laquelle nous attachent tant de souvenirs et de sympathies diverses. Au Professeur Forgue, succède le Professeur Massabuau ; au Professeur Estor, le Professeur Riche, dans les chaires de clinique chirurgicale.

Au Professeur Vedel succède, dans la chaire de clinique médicale, le Professeur Vires. Il me souvient qu'aux Journées médicales de 1926, titulaire alors de la Chaire de thérapeutique et de matière médicale, il fit une conférence sur *Le vin, Boisson nationale*, qui fut particulièrement acclamée. Du vin, il disserta en effet en connaisseur et en des termes si suggestifs que ... le vin nous en venait à la bouche, rien que de l'entendre.

Et le voici désormais chargé d'enseigner la clinique médicale.

De lui, le Dr BARRAS a tracé un portrait qui a été publié dans *Le Languedoc Médical* du 10 juillet dernier, et d'où j'extrais quelques pensées, en vérité dignes de remarque :

« Dans le moule d'une haute culture classique et philosophique, aussi bien que scientifique, M. le Professeur Vires a coulé les données de la science médicale : elles en ont acquis un éclat singulier, fait d'élégance, de clarté, d'esprit critique, d'aristocratisme intellectuel. *Sans la culture générale, le médecin n'est qu'un vendeur d'ordonnances.* »

« ... La base de la clinique, ce sont les faits ... qui se moquent des interprétations métaphysiques des hommes ... Il ne saurait oublier ... que la maladie ne s'accommode ni des dogmes, ni des formules, ni des mystiques, à plus forte raison des lois définitives et immuables, qu'il n'est pas possible de conclure de *in vitro* à *in vivo*, et des maladies des cobayes, des chiens, des ballons, des tubes à essais, à celles de l'homme. Il sait quelles déceptions donne au médecin, en face de la nature, infinie dans sa diversité, et de l'être vivant, d'une complexité insondable, la confiance aveugle en des racines carrées et des équations, et combien les inconstantes biologiques narguent les constantes mathématiques... »

D'où nous conclurons une fois de plus que le laboratoire doit venir en aide à la clinique, mais qu'il est impuissant à la supplanter.

Barras l'a rappelé en quelques phrases brèves, mais lapidaires, caractéristiques du tempérament du professeur Vires, dont nous le félicitons très sincèrement.

G. D.

— **La tombola de la F. E. M.** — Liste des numéros gagnants de la tombola organisée par la Société de Secours mutuels et de retraites pour Femmes et Enfants de médecins, F. E. M. Le tirage public a eu lieu à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris-6e.

118	155	229	255	292	321	325
345	356	359	410	413	489	536
554	557	557	623	748	804	806
831	867	897	926	940	946	958
1.011	1.052	1.100	1.230	1.242	1.264	1.269
1.274	1.294	1.357	1.405	1.421	1.538	1.570
1.607	1.629	1.675	1.723	1.752	1.768	1.790
1.848	1.850	1.945	1.981	1.014	2.025	2.034
2.089	2.117	2.117	2.189	2.236	2.239	2.261
2.267	2.273	2.310	2.324	2.336	2.340	2.418
2.484	2.491	2.514	2.602	2.617	2.656	2.690
2.693	2.818	2.821	2.833	2.887	2.902	2.925
2.932	2.943	2.968	2.993	3.024	3.076	3.087
3.134	3.155	3.164	3.219	3.224	3.241	3.249
3.342	3.351	3.419	3.431	3.480	3.495	3.503
3.504	3.652	3.690	3.716	3.782	3.826	3.887
3.906	3.942	3.994	4.090	4.230	4.235	4.467
4.562	4.584	4.635	4.721	4.745	4.785	4.860
4.867	4.913	4.931	4.932	4.937	4.950	4.987
4.998	5.006	5.024	5.034	5.050	5.055	5.084
5.121	5.157	5.183	5.194	5.249	5.288	5.345
5.366	5.500	5.503	5.512	5.515	5.559	5.637
5.650	5.669	5.693	6.039	6.046	6.053	6.069
6.085	6.093	6.115	6.206	6.214	6.277	6.329
6.395	6.591	6.738	6.797	6.827	6.958	6.977
7.048	7.088	7.089	7.203	7.205	7.225	7.323
7.330	7.398	7.421	7.421	7.555	7.565	7.580
7.689	7.706	7.710	7.727	7.871	7.970	

Les numéros 557 et 7.421 sont sortis deux fois.

Les lots non réclamés au 31 décembre resteront la propriété de l'Œuvre.

— **Congrès de chirurgie.** — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le mercredi 7 octobre de 9 heures et 1/2 à 11 heures et 1/2, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Réduction de luxations congénitales non encore traitées. Réduction de luxations récidivées.

2° Valeur comparée de la méthode conservatrice (ponctions, injections) et de la méthode sanglante, dans le traitement des tuberculoses « chirurgicales » (Adénites cervicales, abcès froids, fistules, mal de Pott, Coxalgies, Tumeurs blanches, Epididymites). Présentation de sujets en cours de traitement et après traitement.

3° Les notions indispensables à tous sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux d'après guerre.

Moyens d'accès : les tramways 14 et 20 du boulevard Saint-Germain ; descendre à l'arrêt : rue Jean-Nicot, entre le Pont des Invalides et le Pont de l'Alma.

— **Paris**. *Médecins de l'état civil.* — Sont nommés médecins de l'état civil, à Paris : M. le Dr Reyt (5e arrond. 2e circ.) ; M. le Dr Coyola (3e arrond. 1re circ.).

— **Hôpital Rothschild**. *Internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires aura lieu en décembre prochain, à l'hôpital Rothschild, 15, rue Santerre. Pour renseignements, s'adresser à la salle de garde de l'hôpital.

— **Hôpitaux de Rouen**. *Internat.* — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et six places d'interne provisoire s'ouvrira le 5 novembre 1931, à l'hospice général de Rouen, salle des séances. Conditions d'admission : être pourvu de huit inscriptions, justifier de deux années de stage hospitalier, être âgé de 20 à 28 ans au plus.

La durée de l'internat est de quatre années. Les internes sont logés, nourris et reçoivent une indemnité mensuelle de 200 à 350 francs. Pour renseignements, écrire au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

— **Hôpitaux de Rouen**. *Externat.* — Un concours d'externat des hôpitaux de Rouen aura lieu le 22 octobre 1931, à l'hospice général.

— **Dispensaires antituberculeux des Landes.** — Un nouveau concours aura lieu dans les Landes pour la désignation d'un médecin spécialisé de dispensaires. En raison de l'urgence qu'il y a de procéder à cette nomination, les dossiers des candidats devront être adressés, avant le 20 octobre, à la Préfecture de Mont-de-Marsan, à qui on peut demander tous renseignement s au sujet de ce poste.

— **Dispensaires antituberculeux de l'Isère.** — On nous prie d'annoncer un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé pour le département de l'Isère, avec résidence à Grenoble, pour entrer en fonctions à partir du 1er novembre prochain.

Les conditions de nomination et de traitement sont conformes au statut type des médecins spécialisés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité

départemental de lutte contre la tuberculose, à la Préfecture de Grenoble, ou au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les dossiers devront être adressés avant le 13 octobre.

— **Æsculape**. — Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnements : 40 francs (étranger : 60 francs). — 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe). — *Sommaire du no* 8 : L'Œuvre de Thomos Rowlandson Son intérêt psychologique et médical (26 ill.), par le Dr Benjamin BORD et Jean AVALON. — Supplément (11 ill.). Prix : 5 francs.

— **Erratum**. — Le vers d'Horace cité en épigraphe de la poésie du Dr Grossier (no 38, p. 2914) doit être lu ainsi : *Urbis amatorem Fuscum salvere jubemus Ruris amatores...*

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 SEPTEMBRE

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés, au titre du Ministère des Affaires étrangères : officier, M. le Dr Cuénod ; chevalier, M. le Dr Bouquet, tous deux de Tunis.

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 30 aout 1931 autorisant l'emploi de médecins vacateurs par la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits.

Article unique. — L'étude des dossiers soumis à la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits peut être assurée, selon les besoins du service et sous l'autorité de la commission, par des médecins au nombre maximum de trois, désignés par arrêté du ministre des pensions qui fixera le montant de leur vacation d'après les dispositions du décret du 25 février 1930.

Le nombre des vacations horaires effectuées dans ces conditions par chaque médecin au cours d'un mois ne doit pas dépasser la moyenne de huit par jour ouvrable.

Le ministre des Pensions et le ministre du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Médecine coloniale.

Sont nommés membres de la Commission consultative d'assistance et d'hygiène mentale au ministère des Colonies, MM. les Drs Le Roy des Barres et Fourcade.

11 SEPTEMBRE

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en or a été décerné à titre

posthume à M. le Dr Paul Sage, de la Tour-du-Pin (Isère), décédé victime de son dévouement.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique.

Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des médecins, par suite du décès de M. le docteur Lortat-Jacob.

Les candidats ont un délai d'un mois, expirant le 15 octobre 1931, pour faire acte de candidature et exposer leurs titres accompagnés d'un *curriculum vitæ*, au ministère de la Santé publique, 5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, 7, rue de Tilsitt.

Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium des Tilleroyos, à Besançon (Doubs).

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr., par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires.

Les demandes devront être adressées, avant le 5 octobre 1931, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin adjoint.

SERVICE DE SANTÉ

Circulaire relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires des troupes métropolitaines, exclusivement

Paris, le 13 août 1931,

Les prescriptions de la circulaire relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires, circulaire inscrite au *Bulletin Officiel* (volume 83), le 30 mars 1893, demeurent inchangées et gardent encore actuellement toute leur valeur.

Il est interdit, de la façon la plus formelle, aux mé-

decins militaires de se livrer, sous une forme quelconque, à l'exercice de la clientèle, c'est-à-dire de donner habituellement leurs soins, à des personnes étrangères à l'armée et non admises par les instructions en vigueur au bénéfice des soins de la part des médecins militaires.

Sans qu'il soit possible d'envisager, au point de vue déontologique tous les cas particuliers, on peut admettre toutefois comme ne rentrant pas dans la pratique de la clientèle les circonstances où le devoir d'humanité commande l'intervention (soins d'urgence, appels de populations isolées dans l'impossibilité matérielle d'avoir recours à un autre médecin), et, de façon générale, l'assistance confraternelle bénévole, qui peut être apportée, sur sa demande, à un médecin civil par un médecin militaire, mais seulement lorsqu'elle n'est pas susceptible de heurter les intérêts matériels d'autres médecins, et sous la réserve qu'elle ne constituera pas une gêne pour le service.

De ce fait, le médecin militaire ne peut en aucun cas, percevoir des honoraires, utiliser les appareils, le matériel, les objets de pansement et les médicaments appartenant à l'Etat.

Toute infraction aux règles rappelées ci-dessus dont il sera rendu compte entraînera pour son auteur des sanctions sévères.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

I

Tarif pour une transfusion sanguine

Il nous est demandé s'il existe une tarification officielle pour les transfusions (honoraires médicaux et indemnité au donneur) en matière d'accidents du travail.

Le tarif ministériel des accidents du travail est muet sur ce point, mais comme le fait remarquer le Dr Decourt, dans une réponse parue dans le *Concours médical*, 1929, p. 1953, il peut être réclamé la somme de 300 francs, par analogie avec le tarif des pensionnés de guerre.

Le décret du 27 mars 1927, modifiant celui du 25 octobre 1922, dispose, en effet, en son article premier, qu'une transfusion du sang, quelle que soit la technique et y compris l'épreuve de la comptabilité sanguine, quand elle est effectuée, est tarifée 300 francs. Par transfusion du sang, il faut entendre le recueil et la transfusion d'au moins 150 cc. de sang humain.

Quant au donneur, je crois qu'on peut lui faire allouer 50 francs, payés par le chef d'entreprise responsable. Si le sang était un médicament fourni par un pharmacien, il faudrait bien acquitter ces frais pharmaceutiques.

Aussi, par analogie, peut-on admettre que le

donneur doit être indemnisé, aux frais du chef d'entreprise, ou de l'assureur de ce dernier.

II

Tarif des expertises en matière d'accidents du travail

Le tarif des expertises civiles est applicable aux accidents du travail : c'est donc le décret du 27 décembre 1920, qui doit jouer en l'espèce.

Aux termes de l'article 3, les honoraires et débours des experts sont taxés par le président du tribunal civil, qui tient compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni.

L'expert doit réclamer le payement de ses honoraires à l'avoué de la partie, qui lui fait signifier le jugement ordonnant l'expertise.

Mais si, en matière d'accident du travail, l'ouvrier a l'assistance judiciaire, les frais sont recouvrés comme en matière de justice criminelle, tout en appliquant le tarif des expertises civiles.

C'est dire que l'arbitraire règne et qu'un tribunal peut se montrer plus large que son voisin, pour taxer les honoraires des experts.

En Vendée, un conflit s'éleva entre le tribunal et les médecins, ceux-ci se refusant à faire des expertises, parce qu'ils étaient trop mal payés. En janvier 1929, nos confrères eurent la satisfaction d'obtenir que désormais, les expertises d'accidents du travail leur seraient payées 150 francs (cent cinquante francs). C'est ce chiffre qui est généralement adopté.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Assurances sociales

4390. — L'indemnité journalière n'est due que pour les jours ouvrables

En cas de maladie, un assuré social doit-il percevoir l'indemnité journalière le dimanche ?

L'une de mes clientes, assurée elle-même, a accouché le 24 juillet 1931 et a repris ses occupations le 10 août 1931, elle a cessé son travail le 24 juillet (matin) et l'a repris le 10 août (matin). Ce qui fait 17 jours d'incapacité. Comme cette période compte 3 dimanches, on lui a retenu l'indemnité de 3 journées en disant que le dimanche ne compte pas dans l'évaluation des journées d'incapacité. Comme cela me paraît bizarre, je vous prie de bien vouloir me fixer à ce sujet.

Dr F.

Réponse.

Aux termes de l'article 5 paragraphe 1er de la

loi sur les assurances sociales, l'assuré malade qui ne peut continuer ou reprendre le travail a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration de la période de six mois, à une indemnité par jour *ouvrable* égale à la moitié du salaire de base de sa catégorie.

C'est donc avec raison que la Caisse a retenu à votre cliente l'indemnité pour les dimanches.

4454. — La femme du médecin est-elle assujettie?

Je me permets d'avoir recours à votre obligeance pour vous prier de vouloir bien, par la voie du *Concours médical* répondre à la question suivante : la femme d'un médecin chargée de la comptabilité professionnelle est-elle assujettie à la loi des assurances sociales ? peut-elle être assurée facultative ?

Dr L.

Réponse.

La femme d'un médecin peut bénéficier des dispositions de la loi sur les assurances sociales de deux manières différentes :

1° Si son mari est assuré obligatoire, ou facultatif, elle peut se faire inscrire à l'assurance spéciale aux femmes, déterminée par l'article 43, § 4 de la loi du 30 avril 1930.

Elles sont considérées comme recevant un salaire annuel supposé de 1.200 francs. Leur cotisation est fixée à 10 francs par mois. Elles n'ont pas droit aux indemnités journalières, prévues à l'article 5 et n'ouvrent pas droit au minimum de 1.000 francs garanti en cas de décès. L'attribution d'une pension d'invalidité ne joue qu'en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage.

La moitié de la cotisation est affectée à la constitution d'une rente de vieillesse, capitalisée à un compte individuel.

Le minimum garanti pour la pension d'invalidité, ou de vieillesse, en période transitoire, est fixé à 250 francs.

Elles ont droit aux prestations en nature, c'est-à-dire au remboursement partiel des frais médicaux et pharmaceutiques.

Veuves, ou divorcées, elles peuvent continuer à bénéficier de cette assurance spéciale.

Mais il faut qu'elles réclament leur inscription dans le délai de six mois, à partir de la mise en application de la loi du 30 avril 1930, ou de la célébration de leur mariage, si elles sont âgées de moins de 35 ans.

Je crois, pour ma part, que cette assurance n'est pas intéressante pour la femme du médecin, d'autant qu'elle a gratuitement les soins médicaux et même les médicaments.

Voir la suite page XLVII-2963

PROPOS DU JOUR

La défense internationale contre les stupéfiants. La toxicomanie envisagée comme problème de l'éducation

La toxicomanie, c'est-à-dire l'usage sans nécessité thérapeutique des stupéfiants, est un danger social qui a pris une telle ampleur, que sous l'égide de la Société des Nations, une Conférence universelle s'est réunie en juin dernier à Genève, dans le but d'élaborer une Convention internationale de défense contre ce fléau. M. ZUMATA, ancien président du Conseil de la Société des Nations et ancien ministre du Vénézuela à Paris, a présidé la Conférence dont notre distingué confrère, le Dr DEQUIDT, directeur du *Mouvement sanitaire*, secrétaire général du Comité national français de défense contre les stupéfiants, était rapporteur général.

Nous avons peine en France, nous médecins praticiens, à nous rendre compte avec exactitude de l'importance du danger de la toxicomanie. Seuls ,les psychiâtres, les médecins d'asiles d'aliénés et de maisons de santé peuvent juger de l'étendue du mal. Peut-être aussi notre pays est-il moins contaminé que certaines autres nations ? Mais le fléau est terriblement contagieux et on ne saurait faire preuve de trop d'énergie pour le combattre et en préserver les éléments sains de la population.

L'alarme n'a pas été donnée hier. En 1909, une Conférence tenue à Changhaï a reconnu la nécessité de la limitation du commerce de l'opium. Une convention fut signée dans ce but à La Haye en 1912. Les signataires du Traité de Versailles, en 1919, ont adopté les obligations de la Convention de la Haye. En 1925, une nouvelle Conférence s'est tenue à Genève dans le but de mieux étudier les conditions de la lutte à entreprendre contre l'usage des stupéfiants.

En 1928, le Gouvernement des Etats-Unis de l'Amérique du Nord faisait connaître le plan qu'il avait élaboré dans ce but. L'année suivante, 1929, un appel était adressé à la Société des Nations pour l'organisation d'une Conférence Universelle chargée d'établir une nouvelle Convention.

La Conférence universelle à laquelle ont pris part les délégués de 57 pays, s'est ouverte le 15 juin 1931 à Genève, et a adopté une convention qui, sans être parfaite, dépasse ce que l'on était en droit d'espérer.

A cette Conférence, d'après les statistiques des dernières années, ont été évaluées les quantités de stupéfiants indispensables aux usages médicaux et scientifiques pour une année dans le monde entier, soit :

Morphine..........	9 tonnes
Diacétylmorphine..	2 tonnes
Cocaïne...........	5 tonnes 1/2

Le but de projet de convention est de supprimer le trafic illicite et de contrôler le commerce légitime. De nombreux rapports et communications ont été faits à la Conférence, tous concluent à la nécessité de la limitation de la production monopolisée, ou tout au moins sérieusement contrôlée par les Etats. La plupart demandent d'appliquer à la répression du trafic illicite les mêmes sanctions qu'à la piraterie. Ces rapports sont publiés dans le *Bulletin d'information de l'Association internationale de Défense contre les stupéfiants* que rédige avec talent M. Raymond MAGE (1). Un de ces rapports a plus particulièrement attiré notre attention, car il expose des idées que nous avons toujours défendues en matière d'hygiène et de prophylaxie ; il est dû à M. le Dr E. George PAYNE, professeur à l'Université de New-York, directeur de la Section d'éducation de la Conférence universelle, et est intitulé : *La toxicomanie envisagée comme problème de l'éducation.* Nous croyons intéressant d'en donner une brève analyse.

***

La lutte contre les stupéfiants n'est pas facile à mener, constate M. Payne, on se heurte à de nombreux intérêts. Certains, comme ceux des pays dont les habitants vivent exclusivement

(1) New-York, 578, Madison Avenue : Genève, 3 rue Batini.

de la culture du pavot, de la coca ou du chanvre indien, méritent d'être pris en considération plus que ceux des transformateurs, des contrebandiers et des trafiquants de tous genres.

Dans certains pays, comme en Amérique, c'est la jeunesse surtout qui est en proie aux sollicitations des producteurs et des vendeurs de drogues qui cherchent à étendre leur clientèle. Pour les combattre, il faut avoir recours à l'éducateur dont la tâche est herculéenne.

M. le Dr E. G. Payne affirme que le contrôle ne peut rien sans l'éducation. Il se garde de sous-estimer le rôle de la police, de nier l'importance des aspects juridiques du problème. «Mais, affirme-t-il, les lois qui ne reposent pas sur les habitudes, la mentalité et les idéals sociaux, n'ont aucune chance d'être appliquées ». Et il cite comme exemple le fameux prohibitionnisme de la fabrication et de l'usage des boissons alcooliques aux Etats-Unis, dont il se garde de proclamer la faillite, mais dont tout le monde connaît les difficultés d'application. Il n'en aurait pas été ainsi, si on lui avait préféré une éducation préalable judicieusement donnée.

« Le point essentiel, continue le Dr Payne, c'est que les lois doivent suivre l'opinion publique et non la créer. La formation de l'opinion publique relève de l'éducation. »

Dans la lutte contre les stupéfiants, cette méthode est déjà appliquée en principe aux Etats-Unis puisque 47 Etats sur 48 ont inscrit dans les programmes de leurs écoles des notions sur la nature et les effets des stupéfiants et que le seul Etat qui fait exception, l'Arkansas, incorpore ces notions au programme d'hygiène qui est enseigné dans ses Ecoles.

Mais le Dr Payne n'est pas satisfait de cet enseignement. On a eu le tort, selon lui, de mettre en quelque sorte la charrue devant les bœufs. Avant d'édicter de nouveaux programmes et de voter des lois, il eût fallu réunir le corps enseignant, lui demander son avis, lui donner des directives, montrer la différence qu'il y a entre la conception de l'Ecole d'autrefois et celle de l'Ecole d'aujourd'hui, insister sur le rôle social de l'Ecole qui est un facteur d'ajustement social. Une enquête sérieusement menée, a montré, d'une part, que la plupart des professeurs étaient incapables de donner cet enseignement dont ils ne se rendaient guère compte de l'utilité et, d'autre part, que beaucoup de jeunes gens paraissaient enclins à céder aux sollicitations des vendeurs de drogues.

La résistance à l'emprise de la toxicomanie dépend surtout de la personnalité de l'individu ; or, la personnalité s'acquiert à l'Ecole et par l'Ecole et la prévention de la toxicomanie doit constituer une des fonctions de l'Ecole.

Cette opinion n'est pas, certes, celle de tout le monde. Certains prétendent que ce rôle préventif doit être laissé à la famille ou à la religion. Mais, sans nier l'influence de ces dernières, il ne convient pas d'éliminer celle de l'Ecole. D'ailleurs, peu à peu on s'y fera. Quand des notions d'hygiène et de prévention des accidents furent inscrits sur les programmes des Ecoles américaines, il y eut de nombreuses protestations, L'hygiène devait rester le domaine exclusif de l'inspection médicale et la prévention des accidents relever de la police et des tribunaux. Au bout de peu de temps, les protestataires se turent et ces questions ne sont actuellement même plus discutées.

Le Dr Payne fait remarquer que la toxicomanie est contractée surtout par les adolescents à leur sortie de l'Ecole, entre 15 et 18 ans. L'enfant se libère alors de la tutelle de ses parents et il adapte sa personnalité à la future vie sociale. Plus tard il aura pris des habitudes, acquis une certaine expérience et il aura moins de tendance à contracter de fâcheuses habitudes nouvelles. Aussi, c'est à l'Ecole, avant son émancipation, qu'il convient de mettre l'adolescent en garde, de lui faire connaître les dangers de l'usage des stupéfiants.

Cette éducation préventive ne doit pas être seulement donnée dans l'enseignement secondaire; elle doit se poursuivre dans les Universités. Sur 1.563 cas de toxicomanie qu'a examinés le Dr Payne, 34,16 % étaient constatés chez des gens exerçant une profession libérale (médecins, professeurs, dentistes, chimistes, pharmaciens, etc.).

M. Payne fait encore remarquer que la plupart des ouvrages, mis entre les mains des étudiants, traitent mal la question des stupéfiants; il s'étendent sur la législation et parlent peu des conséquences graves qu'entraîne leur usage, de sorte que leur lecture n'est d'aucune utilité pour l'étudiant moyen.

Le Dr Payne conclut à la nécessité d'un enseignement spécial sur les stupéfiants, distinct de celui des notions d'hygiène.

Il juge cet enseignement surtout nécessaire dans les Ecoles secondaires parce que les élèves de ces écoles pourront plus tard faire connaître aux masses les dangers de ces drogues, tout en leur donnant les raisons de la part légitime qui

doit aussi leur être faite dans le commerce pour les les usages médicaux et scientifiques.

Cette éducation doit se développer ensuite dans les Universités et dans les Ecoles normales pour que les gens instruits prennent part à la lutte et que les futurs professeurs soient eux-mêmes avertis de la question. Enfin, il est indispensabe que dans les Facutés de médecine soit donné aux futurs praticiens un enseignement suffisant de la « morale des stupéfiants. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

NOTE SUR LE PROCESSUS D'INVASION DE L'ULTRA-VIRUS CYTOTROPE DES ENCÉPHALITES ET NÉVRAXITES

— Un syndrome-signal —

Par le Docteur Louis Barot (Angers).

Depuis quelques années, les médecins praticiens de l'Ouest de la France assistent à l'éclosion de divers symptômes morbides qui entrent mal dans le cadre des entités pathologiques bien cataloguées : les uns, inattendus, ne répondent à aucune cause étiologique définie ; d'autres, déconcertants, évoquent une idée d'épidémicité sans élément connu de contagion ; d'autres enfin sont paradoxaux dans leur marche et leurs effets.

La bizarrerie et l'importance de cette symptomatologie ont éveillé l'attention de bien des confrères et suscité de brèves notes dans la presse médicale européenne. Pour ma part, depuis plus de trois ans, je me suis systématiquement attaché au dépistage de tous les cas pouvant s'y rattacher.

Tout d'abord, j'ai recherché les symptômes qui me paraissaient se rapporter à la même origine : j'en ai relevé une quinzaine aussi variés dans leur localisation, leur durée et leur intensité que divers dans leur groupement.

I. — En premier lieu, le plus angoissant de tous : **la syncope**. Vingt fois en deux ans j'ai été appelé d'urgence pour des cas de syncopes, à forme inattendue et brusque d'ictus : pas d'âge de prédilection ; généralement des sujets jeunes, vigoureux, non malades ; quelques personnes d'âge mûr ; deux vieillards.

En plein travail, à l'atelier, au bureau, en classe, en promenade, au bord de la rivière en pêchant, au volant d'une voiture, etc., donc dans les circonstances les plus variées, hommes, femmes, enfants sont frappés sans prodromes annonciateurs : pas d'aura, pas de cri, pas de contractures épileptoïdes, pas d'écume aux lèvres, pas de morsure de langue : une brusque pâleur de la face ; une chute silencieuse ; un pouls faible ; une respiration régulière ; une flaccidité complète des membres sans relâchement des sphincters ; trois fois j'ai observé du strabisme convergent ; deux fois de la déviation du visage comme dans l'hémiplégie.

Après un temps variable, de 5 à 15 ou 20 minutes, le malade reprend connaissance : il est hébété, lassé à l'extrême, se tient difficilement sur ses jambes ; interrogé, il ne se rend pas compte de ce qui lui est arrivé et n'accuse aucune douleur spéciale.

Au bout de 12, 24 ou 36 heures au plus, tous les phénomènes ont disparu, même la déviation du visage : le malade semble rétabli. Le devoir du médecin traitant est de trouver la cause de cet ictus : on élimine tour à tour la syphilis, l'albumine, l'hypertension, les intoxications, l'hystérie ou l'épilepsie, l'urémie ou l'hémorragie cérébrale..... Que reste-t-il ?

Je me suis demandé ce qui se passerait si un de ces ictus surprenait en pleine nuit un sujet seul, par suite, incapable d'être secouru à temps. Ne pourrait-il se produire une de ces morts subites chez des non malades, de ces morts inexpliquées dont la presse médicale nous a signalé depuis plusieurs années tant d'exemples ? Nous reviendrons sur ce point intéressant ultérieurement.

II. — Se rapprochant de ces ictus, de même nature probablement, mais à un degré moindre, j'ai observé une innombrable série de **vertiges**, ou mieux, **de sensations vertigineuses.**

Si je compte les ictus par dizaines, c'est par centaines que je peux compter les vertiges :

pour les uns, simples éblouissements fugitifs et rapides ; pour d'autres, sensation de vide subit où, sans que le sol se dérobe sous les pieds, on éprouve le besoin de se rapprocher d'un mur, d'un arbre, d'un banc pour s'y appuyer en cas de prolongation ou de récidive ; pour d'autres encore, c'est un chancellement de latéralité qui oblige à s'arc-bouter sur les jambes pour éviter la chute ; enfin, dans des cas plus sérieux, les vertiges sont assez forts ou prolongés pour donner à la marche une allure titubante, pour forcer à l'arrêt, attirer l'attention des passants ou des proches, parfois pour provoquer un affaissement sur les genoux.

Ces sensations vertigineuses fort désagréables sont subites : elles ne sont précédées d'aucun bourdonnement d'oreilles : elles prennent à toute heure de jour ou de nuit, avant aussi bien qu'après les repas, très irrégulièrement, tantôt uniques, tantôt par séries entrecoupées de longs repos ; une fois passées, les sujets ne ressentent généralement rien d'anormal ; j'ai cependant noté quelques cas de céphalées, de somnolence, et surtout de névralgies s'irradiant à la face, aux extrémités des doigts ou des orteils, plutôt fourmillantes et désagréables que violentes.

A l'examen des sujets, toujours effrayés par ces phénomènes, on ne trouve aucune modification appréciable du pouls ou de la température; pas de signe de Romberg ; et, comme pour les ictus, on élimine les causes hépatiques, gastriques, rénales, cérébrales, etc. A vrai dire, ces sensations vertigineuses s'apparentent surtout aux éblouissements des crises épileptiques larvées : elles en ont la rapidité d'attaque et parfois la non-extériorisation ; elles doivent être plus cérébelleuses que labyrinthiques ou, tout au moins, elles ne sont labyrinthiques que par action indirecte.

III. — Le troisième symptôme réside dans la série si variée des **Céphalées** : il est le plus fréquemment accusé.

Il est établi que les migraineux sont innombrables : les céphalalgiques observés par moi ne le sont pas moins, à tel point qu'un de mes clients a pu me dire : « Dans mon village il y a une épidémie de maux de tête ». Leurs crises n'ont pas le caractère habituel des migraines ; elles sont en général d'intensité moyenne, plus obsédantes que douloureuses, plus diurnes que nocturnes, mais récidivantes et tenaces, cédant mal aux analgésiques d'usage courant : elles ont de longues rémissions.

Ces céphalées sont, par ordre de fréquence : 1° occipitales avec irradiations possibles dans les muscles du cou, de la nuque, des épaules, des bras ; 2° frontales avec irradiations dans les nerfs sus-orbitaires et sous-orbitaires, et souvent, cette pesanteur douloureuse en pince-nez qui fait penser à l'ethmoïdite ; 3° temporo-pariétales avec pesanteur en casque, névralgie du conduit auditif et parfois agacement dentaire ; elles sont bi ou unilatérales, isolées ou combinées entre elles.

IV. — **Troubles visuels.** — Dans un tiers des cas de céphalées occipitales ou frontales, j'ai observé des troubles de l'accommodation à distance, une gêne dans les mouvements de latéralité des globes oculaires avec parfois un léger nystagmus dans les positions extrêmes de ces mouvements ; quelquefois du strabisme convergent analogue à celui qui est dû aux parésies des oculo-moteurs, de l'amblyopie, et des scotomes scintillants.

Bien plus souvent les sujets observés m'ont accusé la sensation d'un affaiblissement de la netteté de leur vision : ils voient les images, surtout les caractères d'imprimerie, plus flous ; quelquefois ils les voient doubles, sans que cette diplopie persiste ; les malades vont d'abord chez l'opticien ; ils essayent des verres, les changent deux ou trois fois, n'en ressentent aucune amélioration ; ils vont alors chez l'oculiste qui, après avoir examiné l'acuité visuelle et le fonds de l'œil, déclare généralement que cet état relève de la médecine générale et non du spécialiste.

J'ai également noté plusieurs fois de l'inégalité pupillaire, avec conservation de l'accommodation à la lumière ; deux ou trois fois seulement de la ptose de la paupière supérieure ; souvent un peu de conjonctivite.

Ces troubles oculaires et visuels sont parmi ceux qui préoccupent le plus vivement les malades.

V. — **Asthénie psychique.** — Un des aspects les plus caractéristiques de la symptomatologie qui nous intéresse, est la disproportion qui existe entre l'état physique du sujet, en apparence satisfaisant, et son état mental ou psychique. Les malades observés accusent tous une asthénie psychique plus ou moins intense, véritable dépression morale : crise de cafard.

Les uns ont une idée fixe, un doute pénible sur leur santé qui les obsède et les inquiète ; d'autres s'imaginent qu'ils perdent la mémoire, qu'ils sentent diminuer leurs facultés de travail, de compréhension ou d'assimilation ; d'autres — des femmes surtout — ont des crises de dépression allant jusqu'aux larmes sans raison apparente, puis d'excitation allant jusqu'à la colère irraisonnée ; certains enfin tombent dans un état neurasthénique profond, progressif, rebelle qui les conduit à la mélancolie et à l'aboulie, les plaçant hors d'état de travailler. Quelques-uns étaient assez déprimés pour envisager la mort et la souhaiter : de là au suicide, il n'y a qu'un pas... Qui oserait prétendre qu'il n'ait pas été souvent franchi ? Je suis convaincu du

contraire. Chacun sait qu'à certaines périodes, les gazettes signalent un nombre inusité de suicides ; par ailleurs, l'histoire en a enregistré de véritables épidémies, principalement dans les régions du Centre de l'Europe, dont les causes sont toujours demeurées mystérieuses ; n'est-il pas connu que certaines générations d'un même pays ont été plus ou moins atteintes de ce qu'on appela « le mal du siècle », sorte d'asthénie collective d'étiologie inconnue ? Dès lors, n'est-on pas fondé à se demander si ces sortes d'endémicités psychopathiques n'ont pas pour origine le processus symptomatologique que je décris ?

Les malades observés par moi demeurent très longtemps dans cet état d'asthénie psychique : des mois, des années parfois ; les calmants usuels du système nerveux semblent sans effet sur eux et souvent les abrutissent au lieu de les améliorer, d'autant qu'à l'empoisonnement dépressif du syst·me nerveux cérébro-spinal correspond une intoxication parallèle du système vago-sympathique qui renforce et aggrave leur état.

VI. — **Troubles vago-sympathiques.** — Ils sont constants et marqués. La langue est chargée, non de cet enduit épais des grandes infections fébriles à leur début, mais de cette teinte uniformément grise qui caractérise les embarras gastriques chroniques. Les malades accusent une perte de l'appétit allant jusqu'à l'anorexie, sans que cependant l'ingestion des aliments leur soit ni difficile ni douloureuse. Ils ont surtout du dégoût à manger ; ils n'ont jamais faim ; ce qu'ils arrivent à manger, ils le conservent et le digèrent bien.

Ils ont naturellement essayé tous les remèdes ordinaires, les laxatifs, les amers, les toniques, les eupeptiques ; ils ont commencé et abandonné les régimes les plus variés ou les plus sévères ; ils se sont soumis aux analyses diverses, urines ou selles, aux examens radioscopiques du tube digestif, au port de ceinture antiptosiques .. efforts souvent vains et qui contribuent à décourager le sujet déjà déprimé par son asthénie psychique.

VII. — **Toux quinteuse.** — Un autre signe de l'infection du système nerveux de la vie de relation, est constitué par l'apparition simultanée d'une toux quinteuse, à forme coqueluchoïde, violente, tenace, rebelle et paroxystique : cette toux d'origine réflexe est sèche ; elle ne trouve pas sa cause dans des phénomènes laryngés, bronchitiques ou pulmonaires ; elle apparaît aux périodes les plus variées, en dehors de toute épidémie de grippe ou de coqueluche. Bien plus, de nombreux sujets, ayant eu la coqueluche dans leur passé, sont cependant atteints de cette toux quinteuse, sur laquelle les vaccins anticoquelucheux et les médicaments béchiques sont sans effet appréciable.

Les quintes de toux sont parfois brèves et intenses, mais plus généralement longues, récidivantes et fatigantes au possible ; assez fortes pour faire apparaître des filets de sang dans les crachats muqueux, assez brusques pour provoquer la miction involontaire, surtout chez les femmes âgées.

Elles n'ont pas de prédilection apparente pour un âge ou un sexe ; elles sont assez nombreuses pour donner l'illusion d'une épidémie et cependant, elles ne semblent pas contagieuses ; j'ai pu en observer des cas multiples dans un même quartier, dans un même internat sans que les parents et les proches des malades aient été contaminés. Par contre, en même temps que ces manifestations de toux quinteuse, j'ai pu observer des cas de céphalées, vertiges, troubles oculaires, etc., etc., qui n'ont paru n'être que des localisations différentes d'un même processus infectieux, des sortes d'équivalences pathologiques analogues à celles que l'on observe si souvent dans les manifestations arthritiques.

VIII. — **Sueurs profuses.** — Beaucoup de ces quintes de toux étaient suivies ou terminées par des crises de sudation.

Ces sueurs sont profuses, abondantes, et assez fortes pour donner à première vue l'illusion des sueurs terminales d'un accès palustre : elles sont le plus souvent nocturnes ; elles ne sont pas liées aux quintes de toux, mais apparaissent également avec d'autres symptômes déjà décrits ; elles constituent pour moi un de ces symptômes paradoxaux dont je recherche la cause : paradoxaux, parce que ces crises sudorales ne sont pas accompagnées d'une élévation thermique correspondante ; le pouls reste calme ; il n'y a ni frisson prémonitoire, ni stade de chaleur pseudomalarien.

Ces crises se différencient nettement de la suette miliaire ; elles n'en ont ni l'angoisse épigastrique initiale, ni l'hyperthermie, ni l'exanthème terminal.

J'en ai vu se reproduire plusieurs nuits consécutives, avec une accalmie complète pendant le jour ; elles s'accompagnent fréquemment d'arthralgies, de névralgies, de douleurs rhumatoïdes fugaces et peu précises.

IX. — **Variations thermiques.** Dans la catégorie de malades qui m'occupe, les variations thermiques sont faibles ou atténuées ; les températures rectales ne dépassent guère 38°4 ou 38°6 ; elles descendent souvent à 36°2 et même 36°. Le plus curieux, c'est que généralement, le *maximum thermique est le matin* après le réveil, et le *minimum le soir*.

La courbe thermique est donc, elle aussi, paradoxale ; plusieurs de mes malades s'en sont aperçu et m'en ont spontanément signalé l'anomalie.

Cependant, lorsque je me suis trouvé en présence d'affections associées ou intercurrentes des voies respiratoires (coryzas, pyosinusites, amygdalites, bronchites, etc.) j'ai noté que la température reprenait sa courbe habituelle à maximum vespéral : une fois, chez une tuberculeuse à évolution fibreuse et à faible température, il m'a été signalé par la famille un renversement de la courbe thermique et une exaspération matinale : un examen attentif me révéla l'existence de nombre des signes que je décris et qui constituaient, vis-à-vis de la tuberculose en cours, une infection nouvelle et surajoutée.

Les variations thermiques à maximum matinal n'entraînent pas d'accélération notable du rythme cardiaque ; j'ai même pu noter une dissociation du parallélisme habituel de ces courbes, le cœur ralentissant son rythme alors que la température était légèrement ascendante.

X. — **Troubles circulatoires.** — Parallèlement aux variations thermiques, j'ai noté des troubles de la circulation assez caractéristiques. Pas plus que je n'ai constaté de variation notable du rythme cardiaque, je n'ai noté de variation sensible de la tension artérielle. Cependant, j'ai observé des troubles circulatoires périphériques, sortes de zones congestives limitées soit à des membres et s'accompagnant en ce cas de douleurs névralgiques, soit surtout à la face, sur les pommettes et au front. Dans un internat, en deux jours, j'ai vu se présenter à ma visite onze enfants ou jeunes gens qui tous, avaient un masque semblable : yeux brillants, pommettes roses, mais d'une teinte uniforme allant chez quelques-uns jusqu'à la rougeur et la vultuosité ; ils accusaient, qui des céphalées ; qui de l'inappétence ; qui de la pesanteur de la nuque, qui des troubles oculaires, qui de l'inaptitude au travail ; aucun d'entre eux n'avait plus de 38°4 rectale ; trois ou quatre avaient une rougeur diffuse des piliers et des amygdales ; ils ne souffraient fortement de nulle part.

Le tiers de ces enfants, dans les jours qui suivirent, évolua vers la toux quinteuse dont j'ai parlé, les autres guérirent sans complications.

XI. — **Névralgies.** — Les phénomènes névralgiques sont très fréquents ; ils peuvent affecter tous les territoires périphériques ; par ordre de fréquence, il faudrait citer ceux qui dépendent des sciatiques, des trijumeaux et des plexus cervical et brachial. Ces névralgies sont d'intensité moyenne, plus souvent nocturnes que diurnes, parfois fugaces, mais plutôt tenaces et récidivantes, plus obsédantes que réellement douloureuses. Elles sont localisées, ne s'accompagnent pas de troubles trophiques, ni de modifications des réflexes ; elles sont rebelles aux analgésiques usuels et bien des malades m'ont avoué faire une consommation prodigieuse de cachets ou comprimés sans amélioration sensible.

Trois fois j'ai constaté que ces névralgies s'accompagnaient de contractures myo-cloniques pénibles, mais toujours limitées à un muscle ou à un groupe bien défini. Ces névralgies se rapprochent évidemment du syndrome douloureux inconnu décrit il y a quelques mois par l'Allemand Kurt Mendel.

XII. — **Hoquet.** — Trois fois je me suis trouvé en présence de cas de hoquet rebelle, qui ne pouvait être attribué à aucune intoxication alimentaire ou médicamenteuse et que j'ai dû rapprocher du hoquet épidémique.

***

Tels sont les principaux signes de cet état de morbidité nouvelle que j'observe depuis si longtemps : au début, je me contentais de les rechercher chez les seuls malades qui me consultaient à leur sujet. Depuis plus d'un an, je les recherche systématiquement chez tous les sujets que j'examine et je les découvre souvent chez des clients venus pour une autre cause à laquelle ils les rattachaient, sans y prêter d'importance.

Cependant, à ces douze signes objectifs qui m'étaient signalés par les intéressés eux-mêmes, je ne tardai pas à joindre des signes nouveaux, subjectifs, et qui me furent révélés par l'examen attentif des sujets : les voici :

XIII. — **Sensibilité sinusienne.** — Chez presque tous les sujets examinés, et à des époques très différentes du début de l'infection, j'ai rencontré une sensibilité douloureuse des sinus frontaux ou maxillaires. Cette sensibilité était double ou simple, uni ou bilatérale, d'intensité des plus variable : tantôt assez vive pour causer une contracture des muscles peauciers, tantôt si atténuée que les malades ne s'en étaient pas aperçus et que la pression révélatrice devait être relativement forte.

Je crois que cette sensibilité douloureuse existe, a existé, ou existera chez tous les sujets contaminés : elle est facile à déceler dans les cas d'infection récente ; plus tard, cette sensibilité s'atténue, disparaît même complètement, mais est susceptible de se réveiller, après plusieurs semaines, voire plusieurs mois de silence.

Cette sensibilité me paraît bien d'origine sinusienne et non une névralgie simple des nerfs sus-orbitaires ou sous-orbitaires : la douleur est localisée au sinus infecté, sans irradiations vers les autres branches du trijumeau ; par ailleurs, j'ai pu éliminer, en faisant pratiquer l'examen de mes malades par des spécialistes, les lésions d'origine dentaire ou les pyosinusites ; l'éclairage des sinus donne toujours sa clarté normale ;

j'estime que nous nous trouvons là en présence de ces sortes de « *sinusites sans sinusite* », comme les a dénommées Ségura, et que je trouverais plus rationnel de désigner par « fluxion » ou « congestion sinusienne », ou mieux, « sinuso-sphénoïdienne ».

En effet, la pression ne peut révéler que l'existence des fluxions sinusiennes antérieures, mais une partie des symptômes que je viens de décrire se rattache de manière certaine aux fluxions sinusiennes postérieures ethmoïdienne et surtout sphénoïdienne. Il est classique que les sinusites postérieures provoquent des céphalées occipitales, troubles de l'accommodation, nystagmus, diplopie, vertiges, anorexie, asthénies, etc., etc.

XIV. — **Coryzas atypiques.** — Ce qu'il y a de particulièrement curieux, c'est qu'alors que les pyosinusites frontales ou maxillaires sont toujours consécutives à un coryza et révèlent dans leur pus la présence des microbes pyogènes connus, les fluxions sinuso-sphénoïdiennes apparaissent *sans coryza initial.* Souvent même, les malades ne se souviennent pas d'avoir été enrhumés du cerveau. Il semble bien que le coryza fruste, atypique, qui sert de porte d'entrée aux fluxions sinusiennes, ne soit pas provoqué par les bactéries ordinaires de cette maladie, mais bien par un agent infectieux à virulence et à évolution très particulières. J'irai plus loin : je pense que chaque fois que le coryza est franc, accompagné de jetage, de mouchage abondant et de réaction inflammatoire de la muqueuse du nez, le sujet sera préservé de l'infection torpide et insidieuse que nous décrivons.

Ce que je viens de dire pour le naso-pharynx s'applique également au bucco-pharynx : j'ai souvent noté des inflammations des piliers et des amygdales, mais je n'ai observé que de la rougeur diffuse, que recouvrait parfois un semis grisâtre, discret, plus semblable à un réseau mycélien qu'à des proliférations pultacées ou membraneuses, et toujours sans grandes réactions fébriles qui sont typiques de l'amygdalite banale et sans engorgements ganglionnaires.

Ceci explique que ces deux infections si discrètes dans leurs manifestations puissent passer si facilement inaperçues.

XV. — **Kernig.** — Systématiquement j'ai recherché l'état des réflexes et les signes des lésions du système nerveux.

Les réflexes tendineux m'ont paru généralement conservés, quelquefois exagérés ; les testiculaires, conservés ; le Romberg, même chez les vertigineux, m'a donné un résultat négatif ; par contre, le Kernig me semble exister toujours.

D'intensité très variable, il est chez les uns nettement marqué ; non seulement l'extension forcée de la jambe sur la cuisse fléchie provoque une douleur lombaire et poplitée, mais encore un certain nombre de malades ne peuvent s'asseoir sur leur lit les jambes étendues. Chez beaucoup d'autres, il est atténué, discret, parfois limité à un membre seul, mais il existe.

Concurremment au Kernig, j'ai parfois noté une sensibilité anormale, au niveau de la nuque, dans les mouvements provoqués de rotation latérale de la tête, et à la pression des apophyses épineuses des 2e et 3e cervicales, sans raideur ni commencement d'opisthotonos.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin

Les hémorragies méningées [1]

Par le Dr Thiers

Ancien chef de clinique de la Faculté
Médecin en chef du Dispensaire Furtado-Heine.

La question des hémorragies méningées est une question très complexe. Je désire que vous en emportiez un schéma.

Vous savez que trois enveloppes, les trois méninges, entourent les centres nerveux.

Ces méninges sont les suivantes : la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère.

L'arachnoïde comprend deux feuillets, l'un pariétal et l'autre viscéral.

Comme il y a trois enveloppes il y a trois hémorragies méningées.

1° *L'hémorragie extra-durale* ; 2° *l'hémorragie sous-durale et* 3° *l'hémorragie sous-arachnoïdienne.*

Ces trois variétés d'hémorragie sont essentiellement différentes à tous les points de vue : aux points de vue étiologique, pathologique et clinique.

***

I. **L'hémorragie extra-durale** est d'origine traumatique ; elle est consécutive à un traumatisme cranien.

Elle a un siège d'élection ; le plus souvent, en effet, elle se produit dans l'espace où la dure-

(1) Leçon du 2 février 1931.

mère n'est pas adhérente à l'os, au niveau de la zone décollable de Gérard-Marchant, dans la région pariéto-temporale. Cette hémorragie peut être provoquée par la rupture d'un sinus veineux ; mais généralement l'artère méningée moyenne, ou l'une de ses branches, est lésée. Au point de vue clinique, on constate que les symptômes passent par trois phases : 1° *la phase de choc* ; 2° *la phase de l'intervalle libre*, ou *freiintervall* ; 3° *la phase de compression.*

Ces trois phases sont très nettes dans leur évolution.

Voici comment les choses se passent : un sujet a subi un traumatisme cranien, choc ou chute sur la tête ; il est plus ou moins obnubilé, puis il reprend connaissance, il accuse quelques vertiges, il est pâle, son pouls est rapide, mais il peut regagner son domicile, il peut marcher tout seul, et même reprendre son travail.

La période d'obnubilation ne dure parfois que quelques minutes, après lesquelles les troubles commotionnels disparaissent, le malade ne ressent plus rien, sauf des maux de tête, il rentre donc chez lui et ne pense plus à l'accident. Ce temps pendant lequel le malade ne sent plus rien d'anormal est appelé *intervalle libre.*

Mais dans les heures qui suivent, vous voyez se prononcer les phénomènes de compression : La céphalée augmente, les vertiges aussi, il y a des vomissements, le pouls se ralentit.

Tous ces phénomènes ont une évolution progressive. Vous devez donc examiner le malade d'heure en heure ; vous voyez alors les phénomènes dus à l'hypertension cranienne augmenter peu à peu. Il y a, soit de l'excitation motrice ou des convulsions localisées ou généralisées, soit des contractures, soit au contraire ou dans la suite, des phénomènes paralytiques ; l'inégalité pupillaire est la règle.

Puis, le malade devient somnolent et finalement s'enfonce dans le coma. Vous devez connaître ces trois stades de l'évolution, car si vous ne faites pas opérer le malade en temps voulu et qu'il succombe, on pourra vous reprocher, avec raison, d'avoir commis une faute grave.

A côté de cette évolution schématique, deux évolutions sont possibles : 1° ou bien les phénomènes se constituent très rapidement, sans intervalle libre ; le malade aussitôt après le traumatisme tombe dans le coma, 2° ou encore, dans certains cas, l'intervalle libre est très prolongé, il dure des mois, 3, 4 ou 5 mois même ; puis, les phénomènes de compression apparaissent par reprise de l'hémorragie, il s'agit alors de l'*apoplexie traumatique tardive.*

En voici un exemple, que j'ai pu observer, et qui a été rapporté par Auvray à la Société de chirurgie (mars 1928).

Un homme d'une quarantaine d'années voulant faire une petite réparation chez lui, monte sur un escabeau, perd l'équilibre et tombe sur la tête. Il se relève légèrement étourdi, mais rapidement, tout malaise se dissipe. Il reprend son travail, qui est de poser des stores. Un mois après cet accident, il contracte une assurance sur la vie, et le médecin de la compagnie qui l'examine ne note rien d'anormal.

Un mois plus tard, brusquement, le sujet est pris de vomissements, de céphalée. Je le vois alors ; il s'est purgé, attribuant ces symptômes à un embarras gastrique. L'examen me fait constater de la raideur de la nuque et du Kernig, le pouls est régulier ; je l'engage à entrer dans une clinique où on pourra l'opérer si les symptômes s'aggravent ; il refuse ; le lendemain, le malade est dans un état de torpeur avec délire confusionnel, le pouls bat à 48, les pupilles sont inégales, il y a du ptosis de l'œil gauche, une parésie faciale droite, les réflexes plantaires sont abolis. Je le fais alors transporter d'urgence à l'hôpital Laënnec où M. Fey, alerté par M. Ardouin, interne de garde, le trépane aussitôt et découvre dans la fosse temporale un épanchement de 400 grammes environ de sang liquide. Malgré l'intervention, le sujet ne tarda pas à succomber.

Les trois phases cliniques sont donc ici très nettes, très distinctes.

Cette forme a un grand intérêt médico-légal, que cette même observation peut servir à prouver. Le malade dont je viens de vous parler ne vivait pas en bon accord avec son épouse. Après le décès, le commissaire de police reçut des lettres anonymes accusant la femme de lui avoir donné un mauvais coup pour se débarrasser de lui et pour toucher le montant de la prime d'assurance. Le Dr Paul fut commis pour pratiquer une autopsie judiciaire. L'éminent médecin légiste trouva une ancienne fracture consolidée du rocher et la paroi du sinus latéral nécrosée ; l'escarre formée au moment du traumatisme ne s'était détachée que deux mois plus tard, produisant l'hémorragie mortelle, constatations qui mirent la malheureuse femme hors de toute suspicion.

Vous comprenez maintenant combien l'intérêt pratique de ces cas peut être grand. Faites donc toujours des réserves après un traumatisme cranien ; pensez à la durée parfois très longue de l'intervalle libre. Pour guider l'intervention, il suffit de tenir compte de la localisation initiale des phénomènes parétiques ou spasmodiques.

II. Voyons maintenant la deuxième variété des hémorragies méningées, l'**hémorragie sous-durale**, l'ancienne pachyméningite hémorragique de Cruveilhier et de Virchow.

Dans cette variété la lésion siège sous la dure-

mère, soit à la convexité du cerveau, soit à la base.

Elle est caractérisée par un épaississement de la méninge avec formation de néo-membranes ; dans ces membranes se produisent des hémorragies dues à la rupture de vaisseaux néo-formés. Dans certains cas, il se forme de véritables cavités kystiques remplies de sang.

La formation des néo membranes est due à l'inflammation de la pachyméninge et la rupture des vaisseaux est secondaire aux altérations des parois vasculaires ; ou bien on observe des suffusions sanguines, ou bien il se forme de vrais lacs sanguins. Autour de la lésion, les méninges s'épaississent. On observe de plus des lésions de l'écorce cérébrale : pigmentation, état vermoulu, sclérose atrophique.

Ce type clinique se voit chez les individus âgés, les alcooliques, les syphilitiques, les déments.

L'évolution, comme dans la forme précédente, passe par trois phases.

1° *Phase de méningite chronique* ; 2° *phase d'ictus successifs* ; 3° *phase de tumeur compressive.*

Le *premier stade* correspond à l'inflammation de la méninge et à la formation de fausses membranes contenant des néo-vaisseaux.

Il se traduit par une céphalée sourde et permanente, localisée dans une région pariétale ou pariéto-temporale avec sensibilité à la pression, des vertiges, des troubles de la mémoire, de l'obnubilation psychique. *Dans la seconde phase* surviennent des ictus légers, sans perte de connaissance, qui durent de quelques minutes à quelques heures au maximum. On remarque seulement que les malades sont gênés dans leur parole et leurs mouvements. Ces petits ictus se renouvellent, et chacun d'eux accentue la déchéance physique et psychique du malade chez qui surviennent des phénomènes parétiques ou spasmodiques, passagers et variables, parfois des crises d'épilepsie généralisée ou jacksonnienne. Insensiblement le malade entre dans la période finale ; il devient gâteux, il mange malproprement, il paraît hébété, plus ou moins impotent. Si on l'examine à cette période, il n'est pas rare d'observer de l'inégalité des pupilles et des symptômes de perturbations de la voie pyramidale : modifications des réflexes, signe de Babinski, etc. La ponction lombaire ramène un liquide clair, quelquefois jaunâtre et hyperalbumineux avec réaction lymphocytaire. La stase papillaire a été notée.

Le diagnostic est très difficile ; la *radiographie* peut rendre service en montrant des opacifications. Le plus souvent la pachyméningite est méconnue. L'erreur est possible aux trois périodes.

A la première période, on pense à cause de la céphalée, à la méningite syphilitique, à l'hypertension, à l'urémie. A la seconde phase, à l'hémorragie ou au ramollissement cérébral. A la troisième phase, à une tumeur cérébrale.

Au point de vue pathogénique, les opinions sont différentes suivant les auteurs. Les uns considèrent l'hémorragie comme le fait initial, les hémorragies s'enkystent ensuite ; pour les autres, l'inflammation est le point de départ de la formation de néo-membranes vasculaires qui sont friables et se rompent.

Pierre Mary, Roussy et Guy Laroche ont cherché à réaliser expérimentalement, chez les chiens, le processus de la pachyméningite : *a*) l'injection sous-durale de sang pur n'a pas donné de réaction inflammatoire ; *b*) l'injection de sang additionné d'une culture microbienne atténuée a déterminé une légère réaction ; *c*) l'injection d'un mélange irritant composé d'acides gras et de nucléinate de soude a reproduit la pachyméningite. Ce qui semble démontrer que l'irritation chimique ou microbienne est capable à elle seule, en dehors de toute hémorragie, de provoquer la pachyméningite.

III. Je passe à la troisième forme des hémorragies méningées, **aux hémorragies sous-arachnoïdiennes.** Il faut distinguer deux variétés : la variété pure et la variété associée.

La première est de beaucoup la plus intéressante. Elle peut s'observer chez des sujets jeunes ; son début est brusque, marqué par un ictus brutal apoplectiforme ; quelquefois l'ictus est précédé de prodromes : céphalée, vertiges, obnubilation intellectuelle, ou même le début est progressif, le sujet ressent une légère douleur localisée, puis, la céphalée apparaît, avec un état psychique plus ou moins confusionnel.

A l'examen, on constate, en général, trois sortes de signes, dont l'association seule est caractéristique : *des signes méningés, des signes d'irritation corticale,* enfin *des signes généraux.*

a) *Signes méningés* : on peut noter, en effet, en outre de la céphalée accompagnée de torpeur, de troubles délirants ou confusionnels, de la raideur de la nuque, le phénomène de Kernig, des vomissements faciles, de la constipation, la raie vaso-motrice, le pouls ralenti ou irrégulier.

b) *Signes d'irritation corticale* : presque toujours, s'il n'existe pas de phénomènes convulsifs, généralisés ou localisés, ou de phénomènes parétiques ou paréto-spasmodiques, on observe des modifications des réflexes tendineux qui sont exaltés, de même les reflexes dits de défense et les réflexes de défense, enfin un signe de Babinski uni ou bilatéral.

c) *Signes généraux* : La fièvre ne manque jamais, elle peut être discrète ou assez élevée, durant plusieurs jours.

A ces signes s'ajoutent des signes d'hémorragie sous-arachnoïdienne ;

Dans le liquide céphalo-rachidien : le liquide est rouge, uniformément sanglant.

Il faut savoir toutefois reconnaître l'hémorragie méningée, sans avoir recours à la ponction lombaire, car, la ponction lombaire au début, en diminuant la pression, peut augmenter ou ranimer l'hémorragie.

Quelques troubles accessoires méritent d'être cotés : ainsi la polyurie, l'albuminurie massive et passagère (2 à 20 gr, par litre), la glycosurie transitoire ; des symptômes oculaires légers : congestion ou œdème de la papille, etc.

L'évolution est variable suivant l'abondance de l'hémorragie. La température s'abaisse rapidement dans les cas favorables en même temps que les symptômes s'amendent ; dans d'autres cas, la fièvre s'élève ou reste élevée : le sujet succombe dans le coma, ou en état de mal, ou avec des symptômes typhoïdes, ou tardivement par dépérissement progressif et cachexie.

Les caractères du liquide céphalo-rachidien permettent de suivre l'évolution ; après trois ou quatre jours, on note, à côté d'éléments du sang altérés, une réaction à polynucléaires, puis de la lymphocytose et de l'éosinophilie ; au bout d'une quizaine le liquide n'est plus que jaune et hyperalbumineux ; plus tard, le liquide redevient normal.

Cette hémorragie se voit chez des sujets jeunes où elle est relativement bénigne (*forme curable*) et souvent sans cause décelable. Les causes de ces hémorragies sont locales ou générales. Les causes locales sont les artérites, spécifiques ou non, l'insolation ou coup de chaleur, une élévation de la tension arterielle au cours de l'hypertension généralisée telle qu'elle provoque la rupture ; parmi les intoxications, il faut mettre au premier rang l'alcoolisme et l'intoxication oxycarbonée ; les causes infectieuses sont les maladies hémorragipares (fièvre typhoïde, scarlatine, variole, infections aiguës) quant aux infections chroniques, c'est à la syphilis qu'on a affaire dans la grande majorité des cas.

Voilà pour les formes pures.

Mais l'hémorragie sous-arachnoïdienne peut se produire sous *forme associée*. On connaît la *forme cérébro-méningée* et la *forme méningo-corticale*. Dans la première, il y a tantôt hémorragie avec épanchement à la convexité, tantôt hémorragie avec inondation ventriculaire. On trouve alors à l'examen clinique des signes d'apoplexie avec hémiplégie et des signes d'irritation méningée.

Dans le premier cas, l'hémiplégie s'accompagne de contracture précoce, d'épilepsie, localisée ou généralisée, de Babinski bilatéral.

Dans le second cas, c'est l'hémiplégie avec coma, cyanose, dyspnée, asphyxie progressive.

Enfin, il y a encore une quatrième forme d'hémorragie méningée, c'est l'***hémorragie méningée obstétricale***.

Elle peut survenir du fait de la gêne de la circulation encéphalique, dans les accouchements laborieux, lents, avec retard au passage ; — dans les présentations par le siège, par suite de la rétention de la tête dernière, ou de la compression du cordon ; elle peut être consécutive à des manœuvres ou à l'application du forceps.

L'enfant naît alors en état de mort apparente avec respiration imperceptible, battements cardiaques minimes et irréguliers, ou bien, il présente de l'asphyxie avec cyanose, et crises convulsives. Quand l'enfant survit, il n'est pas rare d'observer dans les années qui suivent l'apparition de troubles moteurs spasmodiques, d'épilepsie, ou de constater de l'idiotie.

Chez le tiers des enfants anormaux, comme j'ai pu le constater à Bicêtre, il y a à l'origine une hémorragie encéphalique datant de l'accouchement.

Ce dernier fait doit retenir votre attention et se graver dans votre mémoire : les circonstances de l'accouchement ont une influence considérable sur le développement neuropsychique de l'individu.

Un examen neurologique n'est pas complet s'il ne fait remonter son enquête aux premières manifestations de la vie.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Dans quelles conditions l'avortement thérapeutique peut-il être autorisé ?

D'après le Professeur F. HEGER-GILBERT (1)

L'avortement est puni par la loi en raison de son caractère antisocial. Cette intervention est cependant légitime, si elle revêt un caractère thérapeutique, si elle constitue le seul moyen de sauver la femme en imminence de mort, du fait d'un état pathologique créé ou aggravé par la grossesse.

Ces cas spéciaux, donnant lieu à intervention, sont très controversés ; aussi faut-il, à leur sujet, raisonner de même qu'au cours d'une expertise médico-légale.

La tuberculose.

Au sujet de la *tuberculose pulmonaire,* les accoucheurs interventionnistes ou abstentionnistes se divisent en nombres à peu près égaux. On sait cependant, par les statistiques, que, dans la tuberculose ouverte, 70 à 71 % des cas subissent par le fait de la grossesse une aggravation sérieuse, sinon mortelle. On sait aussi que l'évolution de la maladie se trouve aggravée, surtout dans la deuxième moitié de la grossesse, et que si l'avortement thérapeutique doit être pratiqué, il doit l'être d'une manière aussi précoce que possible. Enfin, la seule forme de tuberculose pulmonaire envisagée est la tuberculose ouverte ou aiguë. Cependant, la poussée déclenchée, est-ce que l'interruption de la gestation sera capable de l'arrêter ? L'avortement ne sera-t-il pas, en général, plus nuisible qu'utile?

Cette condition, tirée du caractère évolutif, prend finalement une importance particulière, si bien que, pour Pinard, l'avortement thérapeutique ne s'impose qu'en présence d'une marche rapide de l'infection et de symptômes menaçants, résistant à tout traitement.

Toute formule absolue doit être bannie de la clinique ; mais voici la formule sage : « En présence de l'association indésirable tuberculose pulmonaire et gestation, la règle est de soigner la tuberculose et de laisser évoluer la grossesse. L'exception sera d'intervenir, mais avant le cinquième mois, avec la crainte de ne pas avoir le succès escompté, mais aussi, avec la conviction clinique que si on ne fait rien, mère et fœtus seront sûrement sacrifiés du fait de l'évolution de la tuberculose » (Buë).

La tuberculose laryngée commande toujours l'intervention, mais c'est le diagnostic de cette affection, qui demande à être soigneusement précisé avant qu'il soit procédé à l'avortement.

Dans la *méningite tuberculeuse,* l'intérêt seul de l'enfant est en cause.

La *tuberculose rénale* est susceptible du traitement chirurgical, si un seul rein est atteint, que l'autre est sain, que l'état général est bon. En cas de tuberculose rénale double, compliquée de grossesse, l'avortement s'impose dans les cinq premiers mois ; dans les quatre derniers mois, on peut tenter de mener la grossesse à terme (Dubois).

Les vomissements incoercibles.

Les vomissements incoercibles étant surtout fréquents chez les psychopathes, et le changement de milieu ayant parfois pour effet d'arrêter les vomissements et leurs conséquences graves, il faut aussitôt isoler la malade dans une clinique chirurgicale et la dégager ainsi de toutes les influences, que son milieu pourrait exercer sur elle ; on n'interviendra que si cette thérapeutique reste sans influence.

Cette réserve faite, Vignes attire particulièrement l'attention du médecin sur le fait que les vomissements gravidiques constituent une indication impérieuse d'interrompre la gestation, s'il est bien démontré qu'aucune thérapeutique ne peut les enrayer, si l'on constate l'existence de certains signes de gravité ; chacun de ces signes doit d'ailleurs avoir été constaté par le médecin lui-même, ou par les soins d'une garde absolument qualifiée, afin d'éviter toute supercherie.

Les éléments du pronostic sont : 1° l'accélération du rythme cardiaque, un pouls se maintenant d'une façon permanente au-dessus de 100 à la minute ; 2° un abaissement progressif de la tension maxima et une élévation de la minima ; 3° la diminution du poids au-dessous du tiers du poids initial, ou une perte quotidienne de 300 grammes pendant huit jours consécutifs ; 4° l'oligurie ; 5° l'ictère ; 6° les phénomènes douloureux du type névritique et le sub-délire ; 7° la constatation d'un état menaçant d'intoxication et d'inanition ; 8° un état grave et surtout progressif d'acidose.

L'Eclampsie.

Dans l'éclampsie toxémique à symptômes bien définis, la formule du Prof. Bonnaire est d'application courante :

(1) Prof. Fernand HEGER-GILBERT. — L'avortement, (*Bruxelles-Médical,* 25 janvier 1931).

Quand l'éclampsie éclate dès les premiers mois, qu'elle résiste à tout traitement médical, la vie de la mère est fortement menacée, et celle de l'enfant n'est d'habitude plus en cause ; il faut interrompre la gestation. A partir de sept mois et demi, l'enfant est pratiquement viable ; il est dangereux pour lui de séjourner dans l'utérus maternel ; aussi, à moins que les accès ne cèdent rapidement au traitement médical, est-il indiqué de provoquer le travail par des moyens plus ou moins rapides, suivant l'urgence.

L'albuminurie gravidique.

Il ne peut être question d'intervenir par principe à la première manifestation de la maladie. Mais l'albuminurie à répétition est une indication d'interrompre la grossesse, tout en prenant en considération l'intérêt de l'enfant, c'est-à-dire en ne provoquant l'accouchement, qu'au moment où la viabilité extra-utérine de l'enfant est possible.

D'ailleurs l'albuminurie gravidique apparaît rarement avec ses symptômes menaçants au cours des six premiers mois.

Une albuminurie grave indique l'interruption, d'après Pinard, quand, chez une femme enceinte, on constate en outre l'anasarque, des troubles oculaires persistants, et quand, sous l'influence du régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins, l'abuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que tous les autres symptômes s'aggravent.

La néphrite chronique.

Quant au cours d'une gestation, on voit apparaître quelques signes d'insuffisance rénale et surtout des signes de rétention chlorurée (œdème pulmonaire, œdème de la face, céphalée, obnubilation intellectuelle, troubles de la vue sans lésion du fond d'œil, quelquefois de la cécité et même des crises éclamptiques), — un régime approprié peut amener la guérison.

L'*azotémie* aussi, quoique aggravée par l'état de gestation, peut guérir, ou en tout cas s'améliorer, sous l'influence du régime.

Mais l'*hypertension artérielle* constitue le symptôme le plus grave ; la forme la plus manifestement aggravée par la gestation.

En résumé, l'azotémie (surtout avec troubles visuels) et les formes avec une hypertension, nécessitent l'intervention, quand elles sont rebelles au traitement. Mais il faut se rappeler que le rein est déjà anciennement lésé, et que l'interruption de la gestation n'est pas, dans ces cas, aussi souvent suivie de succès que dans les albuminuries gravidiques.

La pyélite.

La pyélite constitue exceptionnellement une indication à interrompre la grossesse. C'est ici que toute la thérapeutique doit être mise en œuvre, et il ne faut intervenir que s'il y a aggravation progressive de l'état général, et imminence de mort pour la mère.

Les troubles visuels.

En présence d'une lésion rétinienne constituée, et en l'absence d'amélioration rapide par le traitement médical, la suppression de l'œuf s'impose, quel que soit le terme de la gestion, et sans tenir compte du degré de viabilité du fœtus (Couvreux).

Swarez considère que la rétinite gravidique, compliquée ou non de décollement, que l'amaurose éclamptique ou néphritique, le kératoconus, la névrite optique, commandent l'interruption de la grossesse.

Les troubles cardiaques.

Les cardiopathies prenant naissance pendant la grossesse, et non de son fait, ne présentent rien de particulier. Quant aux lésions cardiaques préexistantes, elles sont à surveiller de près, car leur aggravation peut mettre la vie de la mère en danger ; mais le traitement médical permet presque toujours de conduire la grossesse jusqu'à terme ou près du terme. L'intervention, tout à fait exceptionnelle au cours des six premiers mois, peut cependant devenir urgente dans les trois derniers, et alors, souvent, avec possibilité de survie pour l'enfant.

L'anémie pernicieuse.

En ce cas, la continuation de la grossesse amène 90 % de mortalité, alors que ce chiffre tombe à 59 % si l'on intervient.

Les auteurs admettent donc qu'il faut interrompre la grossesse, dès que le diagnostic est formel.

Maladies nerveuses et mentales.

Voici la conclusion de Hartmann : C'est une loterie, où plus souvent l'on gagne, où quelquefois l'on perd, et où toujours la mise est le sacrifice d'un enfant. Chez bien des femmes, non seulement l'état mental n'est pas amélioré par l'accouchement, mais souvent les troubles augmentent après celui-ci.

La chorée. L'épilepsie.

La chorée, récidive d'une chorée de l'enfance, et non la chorée gravidique (v. éclampsie) ne commande pas l'intervention.

L'épilepsie n'est pas une indication à interrompre la grossesse ; mais, au contraire, l'état nerveux est habituellement amélioré par la gestation.

Les hémorragies utérines.

Hémorragies internes ou externes commandent souvent une intervention rapide. Les examens hématologiques seront non seulement un critère destiné à juger de l'opportunité de l'intervention, mais un document précieux démontrant sa nécessité. Il est rare que, même dans la pratique journalière, ce prélèvement ne puisse être fait et que l'urgence soit telle que le médecin ne puisse y procéder.

En pratique, dans les cas d'hémorragies utérines graves, la symptomatologie, les tendances syncopales, l'accélération du pouls sont tellement évidentes que la nécessité de l'intervention n'est pas mise en doute. Personne ne pourrait faire grief à l'opérateur d'être intervenu, en raison même de l'urgence, avec toute la célérité que la situation comportait.

***

En résumé : dans la pratique médicale, le médecin recourt à l'avortement thérapeutique suivant sa conscience ; mais, lorsqu'il s'agit d'interrompre une grossesse, il ne lui suffit pas d'être *personnellement* convaincu de la nécessité de son intervention ; l'acte doit, en raison des dispositions légales, avoir été reconnu indispensable pour sauver la mère.

Aussi, est-il bon que le praticien puisse, le cas échéant, prouver que, dans son intervention, il a été guidé *exclusivement* par le point de vue médical, qu'il ne s'est laissé inspirer que par le respect de la vie ; on ne saurait donc trop lui conseiller de faire confirmer sa manière de voir par un ou deux confrères, dont l'autorité soit indiscutable. Une consultation, *préalable à l'intervention*, sera donc rédigée et signée par les consultants, puis confiée sans délai à une tierce personne, capable de recevoir le secret professionnel ; cette mesure est conseillée pour permettre aux opérateurs de préciser que la consultation a été rédigée avant l'opération, et non pas postérieurement à celle-ci, pour cacher une faute, prévenir une inculpation.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Pathogénie de la pneumonie franche.

Le Dr Paul Blum expose une conception nouvelle des maladies *a frigore* et du rôle des microbes saprophytes. Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer aux microbes un rôle pathogénique ; ils ne diffèrent d'opinion que sur la cause qui exalte leur virulence ; les uns font jouer à la défaillance de l'organisme le rôle principal ; les autres invoquent l'action directe du froid ou l'intervention de substances nutritives sous une forme particulière.

Comment se déroulent, en réalité, les accidents que peut provoquer le refroidissement ?

Dans la pneumonie franche, par exemple, il faut se rappeler notamment l'aspect si particulier des urines rouge brique, tellement spéciales à cette maladie qu'elles en sont un signe presque pathognomonique, en rapport certain avec un déséquilibre humoral propre à cette maladie. D'autre part, il existe dans le poumon, devenu malade, un bloc de fibrine, qui semble antérieur à l'arrivée du pneumocoque. Ce bloc serait d'une origine, non pas locale, mais étrangère au poumon ; il aurait été fabriqué ailleurs. Le poumon aurait joué exceptionnellement le rôle d'émonctoire pour des produits que ni le rein, ni l'intestin n'ont pu éliminer. Ces produits pourraient bien être le résultat d'un trouble profond survenu, sous l'influence du refroidissement, dans l'équilibre physico-chimique des humeurs du système lacunaire, qui est le grand régulateur du plasma sanguin. Ces humeurs interstitielles, de la périphérie comme de la profondeur, sont exposées, en effet, à subir facilement l'action d'un froid brusque ou d'un refroidissement prolongé, toutes les fois que le mécanisme vasomoteur de défense contre le froid n'aura pas fonctionné d'une façon normale ou suffisante. Sous cette influence se produiraient des perturbations physico-chimiques, souvent trop importantes pour être corrigées immédiatement par les mécanismes régulateurs habituels ; celles-ci aboutiraient dès lors à la formation de complexes colloïdaux, appelés d'ailleurs à disparaître, car le système lacunaire est, comme le sang, obligé de maintenir la constance de sa composition. Or, le poumon s'offre à eux comme le seul émonctoire, où peuvent être floculés et évacués en masse les produits dangereux, dont l'action du froid a provoqué l'apparition. Mais le poumon n'est pas normalement un appareil d'excrétion ; les cellules alvéolaires sont encombrées par cette masse fibrineuse, qui a rempli tout un lobe pulmonaire. Pour éliminer progressivement ce bloc, il faut l'intervention d'un nouvel élément, qui, par son activité serait susceptible, en le fermentant, de le réduire en une bouillie assez fluide, pour pouvoir être rejetée par l'ex-

pectoration. Cet élément, qui vient ainsi à l'aide des cellules fixes et des leucocytes dans leur fonction habituelle, ne peut être qu'une diastase ou un germe animé. Le pneumocoque paraît tout désigné pour cette besogne ; il apparaît donc ainsi, non comme un ennemi, mais comme un collaborateur bienfaisant. Le pneumocoque, saprophyte habituel des voies respiratoires supérieures, serait en réserve, comme le sont les leucocytes au moment, où l'organisme n'a pas besoin de leur secours. Comme eux, il ferait partie de la défense de l'organisme, avec cette différence que, libre à la surface des muqueuses, il se déplace avec beaucoup plus de facilité. Mais, dès l'instant où le saprophyte a joué son rôle de ferment, il a pris des propriétés virulentes, qu'il ne possédait pas auparavant ; désormais, si on l'inocule à l'animal, il provoquera des accidents qu'il n'aurait pas déterminés sans cela.

Ainsi apparaît, sous un aspect tout nouveau, l'action du refroidissement, et le rôle du pneumocoque, saprophyte habituel des voies respiratoires.

La même explication du rôle, joué par le froid, s'applique aux angines, aux coryzas, aux bronchites, causées par les streptocoques, staphylocoques ou pneumocoques.

Cette théorie est aussi intéressante au point de vue de la thérapeutique.

En effet, si le traitement de la pneumonie franche se réduit à un minimum d'interventions, c'est qu'en réalité, elle traduit un effort de l'organisme pour éliminer des albuminoïdes devenues étrangères, et que nous ne devons pas avoir d'autre objectif que de faciliter ce travail d'élimination en soutenant le cœur, en provoquant des sudations et la diurèse, en facilitant l'expectoration et en luttant contre l'hyperthermie par des moyens hydrothérapiques et non médicamenteux. (*Le Journal médical français*, mars 1931.)

La chirurgie de la douleur.

MM. L. Dieulafé et R. Dieulafé n'envisagent dans cette étude que les actes chirurgicaux qui portent sur le système nerveux et non ceux qui s'adressent aux lésions causales (ulcère gastrique, rein douloureux, tumeur, etc.). La chirurgie de la douleur n'intervient que dans les cas où les phénomènes douloureux ne peuvent pas être atteints dans leur cause, mais simplement dans leurs éléments de transmission. C'est la topographie de ces derniers, qui règle les techniques opératoires, mais la connaissance précise des éléments qui permettent de l'établir est une question complexe et obscure.

Les douleurs, siégeant sur le territoire de distribution de nerfs du système de relation, ne peuvent au point de vue chirurgical relever que de techniques qui interrompent la voie nerveuse en un point de son trajet. La névrotomie sur le trajet périphérique est exceptionnelle. Le territoire cérébro-spinal le plus typique au point de vue des indications et des résultats de la chirurgie de la douleur est celui du trijumeau (névralgies tenaces et rebelles), soit que l'on sectionne une de ses branches, soit que l'on pratique la gassérectomie, ou la névrotomie rétrogassérienne.

On réalise aussi la radicotomie, section des racines médullaires postérieures des nerfs, qui conduisent la sensibilité douloureuse; une laminectomie assez étendue avec ouverture de la duremère est au préalable nécessaire (algies post-zostériennes ; algies tabétiques fixées dans un territoire déterminé ; causalgie post-traumatique ; algies du cancer).

La cordotomie réalise la section du faisceau latéral de la moelle, en avant de la voie pyramidale et sous le faisceau de Gowers.

Mais, dans la lutte chirurgicale contre la douleur, c'est le plus souvent sur le sympathique que doit porter l'acte opératoire. Il pourra être localisé en trois points : sur les ganglions, sur les voies afférentes et plus particulièrement sur les éléments qui unissent le système sympathique au système cérébro-spinal, sur les voies efférentes, branches de distribution périphérique, qu'elles se rendent aux viscères ou qu'elles se rendent aux territoires des membres par la voie périartérielle.

Toute cette chirurgie nerveuse doit être conduite avec prudence et minutie et comme elle n'obvie pas à des lésions organiques et n'entraîne que la suppression des douleurs, elle doit, par ses actes délicats, tendre à ne procurer que des effets bienfaisants. Aussi, y a-t-il intérêt pour le malade à être soumis d'abord à l'alcoolisation tronculaire, lorsque cette petite opération est possible. (*Toulouse médical*, 1er mars 1931.)

De la cholédochotomie pour lithiase.

La cholédochotomie, dit M. Villard, de Lyon, est indiquée chaque fois que la présence de calculs dans le cholédoque est reconnue cliniquement — par les crises douloureuses compliquées d'accès fébriles et d'ictère passager.

Avant l'opération. — On s'efforcera de relever les forces du malade en lui tolérant une alimentation plus abondante comprenant la viande et supprimant les graisses.

Le malade absorbera 2 grammes de chlorure de calcium par jour.

Villard utilise l'incision coudée de Mayo qui longe le rebord thoracique, puis longe le bord externe du droit.

L'incision du péritoine est faite au ras des fausses côtes.

Eviscération du foie, Garniture de la région

opératoire avec des champs. Ablation rétrograde de la vésicule par section première du cystique. Incision du cholédoque directement sur sa partie antérieure, au-dessus du duodénum.

Assèchement du canal par aspiration avec une canule coudée.

Extraction des calculs mobilisés.

Un cathéter urétral est introduit jusque dans le duodénum où l'on vérifie la présence de son extrémité soulevant la paroi intestinale.

Mise en place du drain de Kehr.

Les mèches de protection sont remplacées par des mèches de drainage. Un drain est placé au contact du cystique le long de la loge vésiculaire. Fermeture de la paroi.

Les mèches sont laissées en place 7 jours.

Le drain de Kehr est enlevé le 14e jour.

Dans l'ensemble, la cholédochotomie pour lithiase est une excellente opération qui sauve des cas désespérés. Régulièrement et systématiquement conduite, sa gravité est peu considérable et relève surtout de l'état général des malades, qui, dans beaucoup de cas, ont essayé trop longtemps une thérapeutique médicale impuissante contre une lésion purement mécanique. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Rupture traumatique du diaphragme.

(MM. Vergos et Bonafos, d'Alger. — *Société de chirurgie*, 6-5-31.)

M. Sauvé relate, au nom de MM. Vergos et Bonafos, une observation de rupture traumatique du diaphragme. Le blessé, qui était tombé d'une hauteur de 2 m. 50 et avait eu le flanc droit écrasé entre le sol et une roue, était atteint de lésions multiples, éclatement de la face convexe du foie, rupture traumatique de l'hémi-diaphragme droit, écrasement du pancréas, etc. Il succomba quelques heures après l'intervention.

Les ruptures diaphragmatiques *droites* sont rares, ce qui tient pour les uns à une plus grande puissance de l'hémidiaphragme droit, pour les autres à la difficulté du diagnostic, la lésion pouvant passer inaperçue et se cicatriser spontanément. Ici, le fait de la rupture diaphragmatique fut d'un intérêt pratique de second ordre, étant données les graves lésions concomitantes du foie et du pancréas.

Pleurésies purulentes chez les tuberculeux.

(M. Bernou, de Chateaubriant, et Fruchant, d'Angers. — *Société de chirurgie* ; 6-5-1931.)

M. Baumgartner fait un rapport sur cinq observations, de MM. Bernou, de Chateaubriant, et Fruchant, d'Angers, concernant des pleurésies purulentes septiques chez des tuberculeux, avec lésions pulmonaires, traitées par des opérations d'affaissement du thorax.

Les complications pleurales observées chez les tuberculeux pulmonaires peuvent être divisées en trois variétés : 1° les épanchements clairs sans bacilles de Koch ; 2° les épanchements purulents avec bacilles de Koch ; 3° les épanchements purulents surinfectés. Les observations des auteurs se rapportent à cette dernière variété. Il s'est agi de malades chez lesquels un oléothorax a été suivi d'infection secondaire, soit lente et progressive, soit brutale.

Le point délicat est de fixer le moment où le chirurgien doit agir. Contre les épanchements peu infectés, les ponctions répétées, suivies d'injections d'huile goménolée, de dissolvants de la fibrine pour permettre une meilleure évacuation du pus, de substances antiseptiques comme la trypaflavine et les sels d'or ont amené dans plusieurs cas des guérisons indiscutables. Mais, si l'amélioration n'est pas nette, il faut que la chirurgie intervienne sans tarder.

— M. Proust rappelle la thèse récente (1931) de son interne M. Duncombe, sur les indications opérations opératoires dans les épanchements purulents de la plèvre. L'intervention chirurgicale donne les meilleurs résultats lorsqu'elle s'adresse à des cas encore près du début. L'opération doit donc être assez précoce.

— M. Baumgartner ajoute que c'est, en effet, avant la surinfection, quand celle-ci devient probable, qu'il faut opérer les épanchements purulents compliquant les tuberculoses pulmonaires. La thoracoplastie, les opérations d'affaissement, auront à cette période le maximum d'effet.

Traitement des furoncles et anthrax par les injections du mélange bactériophage-antivirus.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 6-5-1931.)

M. Paul Moure conclut ainsi un travail sur cette question assez discutée :

1° Les infections à staphylocoques, de la peau, tels que furoncles, anthrax, hydro-adénites, sont les seules dans lesquelles le traitement par le bactériophage lui a donné des résultats constants et pour lesquelles cette thérapeutique lui semble devoir être systématiquement préférée à l'incision.

2° Les injections à parties égales de bactériophage et d'anti-virus selon le procédé simplifié enseigné par M. Rosenthal et qui est à la portée de tous les chirurgiens lui a incontestablement fourni les résultats les meilleurs et les plus constants.

Les anti-virus sont des substances qui prennent

naissance dans les milieux nutritifs confinés, au cours du vieillissement et de la mort des bactéries. Ils ont un pouvoir vaccinant envers les cellules réceptives vis-à-vis des microbes dont ils sont issus et ils stimulent le système de défense phagocytaire.

L'envahissement ganglionnaire dans le cancer du col utérin.

(M. Jacques LEVEUF. — *Société de chirurgie* ; 6-5 1931.)

Dans l'exérèse chirurgicale du cancer du col de l'utérus, on se préoccupe peu en général de l'ablation des ganglions. Les traités d'anatomie indiquent une complexité telle des voies lymphatiques issues du col de l'utérus qu'il a paru vain de tenter une extirpation complète des territoires ganglionnaires intéressés.

M. Jacques Leveuf a entrepris de nouvelles études sur ce point particulier de l'anatomie des voies génitales féminines. Il s'est efforcé, non de découvrir des lymphatiques nouveaux, mais de voir s'il n'y aurait pas, partant de l'utérus, une voie lymphatique principale et un ganglion également majeur, dont l'envahissement néoplasique dans le cancer du col, et l'ablation chirurgicale, auraient une importance plus grande, en cette matière. L'auteur a trouvé, effectivement, une colonne lymphatique d'un développement spécial qui, partant du col, suit l'artère utérine, puis se porte en avant, croisant l'artère ombilicale et arrive à un ganglion situé assez loin de la bifurcation de l'artère iliaque primitive.

Au point de vue clinique et chirurgical, M. Leveuf a, dans 19 cas de cancer du col de l'utérus, pratiqué l'ablation complémentaire de ces lymphatiques, et du ganglion en question, qui histologiquement a été trouvé envahi par le processus néoplasique dans la moitié des cas. Il estime que les métastases se font dans ce ganglion principal et cela d'une façon qui est assez précoce. Opératoirement, il paraît indiqué de faire l'ablation de cette adénopathie. Toutefois, une telle intervention, ouvrant les lymphatiques, peut offrir des inconvénients et il faudra chercher à obtenir une désinfection de ces voies lymphatiques, au préalable, ou tourner la difficulté par d'autres modes de traitement. Les recherches de M. Leveuf ont d'ailleurs besoin d'être poursuivies et complétées, avant d'être considérées comme définitives.

P. L.

A propos de la spécificité en thérapeutique. Le mode d'action des indications antisyphilitiques.

(M. A. SÉZARY. *Soc. méd. des hôp. de Paris,* 8-5-1931)

Il semble que les médications antisyphilitiques qui ne sont pas directement tréponémicides, n'agissent qu'en fonction ou à la faveur des réactions que les parasites provoquent dans l'organisme. Si celles-ci ne sont pas encore produites, l'activité thérapeutique est très inconstante ou peu durable. Lorsqu'elles viennent d'apparaître, cette activité devient constante et durable. Cette hypothèse conduit à admettre que le germe est détruit, soit au moment où la réaction locale disparaît sous l'action des médications, soit ultérieurement et lentement sous l'action des humeurs. Si elle est exacte, si l'efficacité est fonction de réaction, la nature de cette réaction doit jouer un rôle important sur l'activité des médications.

Si la réaction est modifiée par l'âge de la maladie, (qui en vieillissant devient allergique), par la constitution des tissus où se développe le tréponème, une médication, habituellement active sur les lésions précoces de la peau, doit se montrer ou inefficace, ou moins efficace.

En effet, certaines de ces médications sont plus ou moins actives selon le stade de la maladie. C'est ainsi que l'iodure est incontestablement plus actif dans la syphilis tertiaire que dans la syphilis secondaire. A ces deux périodes, les réactions de l'organisme sont, à ce point de vue, très différentes. La différence des réactions paraît expliquer la différence d'activité.

On ne saurait définir ces réactions par la seule formule cytologique ; il faut compter avec la nature et la virulence des microbes et plus encore, sans doute, avec la constitution humorale du sujet, avec ses antécédents personnels et héréditaires.

Ainsi s'expliquent, sans doute, les bons résultats que, par des traitements antisyphilitiques, nous obtenons parfois aussi chez des anciens syphilitiques, atteints d'affections non spécifiques.

L'hypothèse envisagée donne enfin une explication satisfaisante des cas d'arséno et de bismutho-résistance, où il semble que, vis-à-vis du tréponème, la réaction de l'organisme soit atypique, et, de ce fait, non influençable par ces médications.

Ainsi, en admettant que les médications sont spécifiques, non vis-à-vis des germes pathogènes, mais, d'une façon relative, vis-à-vis des réactions de l'organisme à l'égard des germes, on explique un certain nombre de faits, jusqu'ici non interprétés.

Sur un cas de tuberculose subaiguë.

(MM. F. BEZANÇON, Etienne BERNARD, OUMANSKY et GAUCHER. ; *Soc. méd. des hôpitaux,* 8-5-1931.)

La tuberculose peut se manifester sur les articulations, non seulement sous forme de polyarthrite ou d'arthrite subaiguë, sous forme d'hydarthrose, mais encore sous un aspect très spécial d'épanchement puriforme, ressemblant à ceux que l'on observe dans les épanchements prolongés du pneumothorax thérapeutique.

La malade observée a présenté, à l'âge de 10 ans une trochantérite, que les caractères cliniques incitent à supposer tuberculeuse, avec fistule chronique malgré un grattage de l'os ; à 20 ans, c'était une poussée de polyarthrite localisée au poignet gauche et aux coudes, s'accompagnant d'augmentation de volume des articulations et ayant duré un mois ; à 22 ans, époque actuelle, une monoarthropathie du

genou gauche révélée par des douleurs, de la gêne de la marche, du gonflement de l'article. Une première ponction de la synoviale est restée infructueuse ; une seconde a ramené quelques gouttes de liquide citrin amicrobien ; au bout d'un mois, la tuméfaction a augmenté. Une nouvelle ponction ramène alors quelques centimètres cubes de liquide puriforme amicrobien (examen direct et culture), dont l'inoculation sous la peau d'un cobaye a tuberculisé l'animal. L'évolution a évolué d'une façon subaiguë, n'ayant rien des caractères d'acuité d'une tumeur blanche. Même résultat d'une autre ponction. Il s'est agi d'une synovite puriforme.

Cette arthropathie s'est présentée d'abord comme une tuméfaction d'origine rhumatismale, puis comme une hydarthrose. L'évolution s'est faite d'une façon insidieuse. L'examen radiologique, à part une tendance, tardive du reste, à la subluxation du tibia en arrière, n'a pu mettre en évidence de lésions au niveau de l'interligne des extrémités osseuses.

Deux étiologies pouvaient être discutées : le rhumatisme blennorragique et la tuberculose. Pouvaient plaider en faveur de la gonococcie, l'absence de lésion radiologique, d'adénite inguinale, la négativité des réactions sérologiques de la tuberculose, l'existence d'une gonoréaction légèrement positive. Mais, en faveur de la tuberculose, il y avait le caractère torpide de l'affection, son évolution insidieuse. Il y avait surtout le passé, l'existence dune trochantérite avec fistule chronique et cicatrices irrégulières, qui sentent la tuberculose. Enfin l'inoculation au cobaye positive. G. F.

Toulouse.

Société de gynécologie et d'obstétrique.

Fibrome pur de l'ovaire.

MM. Duguing, Guilhem et Rieunaud communiquent l'observation d'une femme âgée de 67 ans présentant une tumeur abdominale évoluant depuis un an environ. Chez cette malade, très amaigrie, on constatait la présence d'une grosse tumeur arrondie, lisse, dure, mate, mobile, indépendante de l'utérus, et s'accompagnant d'une ascite considérable.

Le diagnostic resta hésitant entre une tumeur ovarienne et un fibrome sous-séreux : l'intervention permit l'ablation d'une tumeur ovarienne du poids de 1.900 grammes, constituée par du fibrome pur comme le montra l'examen histologique.

Formes bénignes de l'hémorragie rétro-placentaire.

MM. Audebert et Estienny rapportent quatre observations d'hémorragie rétro-placentaire, où une seule fois le diagnostic ne fut posé que rétrospectivement après la délivrance. Dans les trois autres cas, le syndrome fut reconnu au cours du travail : douleur permanente, tension continuelle de l'utérus avec dureté ligneuse et des membranes, auscultation fœtale négative, présence d'albumine dans les urines. Dans un cas, où le diagnostic ne fut porté que plus tard, le décollement étant très localisé, l'enfant naquit vivant, mais il fut difficile à ranimer et mourut au bout de deux jours.

Dans ces quatre observations, l'état général de la parturiente ne fut que très légèrement affecté par le décollement prématuré du placenta. Deux fois l accouchement fut spontané et rapide ; une fois on rompit les membranes pour activer le travail ; dans un cas on recourut à la rachianesthésie pour compléter la dilatation et pour terminer par un forceps.

Les auteurs insistent sur la fréquence de l'hémorragie rétro-placentaire, son étiologie presque toujours toxémique (trois fois sur les quatre observations), la fréquence relative des formes bénignes, où l'accouchement par les voies naturelles est possible spontanément ou artificiellement et sans dangers. Ces formes bénignes s'opposent complètement à l'apoplexie utéro-placentaire, si bien étudiée ces dernières années par Couvelaire et Portes, et dans laquelle la césarienne et souvent même l'hystérectomie s'imposent. Mais cette forme est rare et le dernier cas observé à la clinique d'accouchement remonte à 1923.

Un cas d'occlusion intestinale chez une malade opérée de ligamentopexie.

MM. Dambrin, Pommepuy et Brun rapportent l'histoire d'une femme âgée de 36 ans envoyée d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour occlusion intestinale et qui avait subi antérieurement deux interventions chirurgicales à Paris, l'une en 1921 pour appendicite chronique et rétro-version (ligamentopexie de Doléris) et l'autre en juin 1930 pour adhérences intestino-pariétales.

A son arrivée dans le service (décembre 1930), elle présentait tous les symptômes classiques de l'occlusion intestinale : la laparotomie montra que les accidents étaient dus à l'engagement sous le ligament rond d'une anse intestinale tordue trois fois sur elle-même. Par suite de début de nécrose on fit une résection de 18 centimètres d'intestin grêle. Les suites furent normales.

Fibromyome avec métrite glandulaire végétante.

M. Pouchet a eu à intervenir chez une femme de 49 ans, qui, trois mois après l'expulsion d'une môle hydatiforme, présentait des métrorragies persistantes et rebelles à tout traitement. Devant l'augmentation du volume utérin, on pensa à un chorio-épithéliome, et on fit une hystérectomie totale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome avec métrite glandulaire très hyperplasique à forme végétante, peut-être en voie de transformation maligne.

Un cas de syphilis post-conceptionnelle tardive.

MM. Audebert et Estienny relatent le cas d'une femme qui ayant contracté la syphilis alors qu'elle

était enceinte de 7 mois 1/2 fut traitée régulièrement par le novarsénobenzol. Elle accoucha à terme d'un fœtus de 2.900 gr., qui mourut au 18e jour de septicémie gonococcique (abcès miliaires dans tout l'organisme) sans que de nombreux examens aient montré le moindre signe de syphilis.

Déclenchement du travail par la quinine associée à l'extrait hypophysaire.

M. R. Fournier, dans les 19 cas où il a essayé cette méthode, a obtenu 17 excellents résultats et deux échecs. Elle lui paraît particulièrement indiquée dans les cas de gros enfants, de rupture prématurée des membranes, et de bassin limité ; par contre elle serait contre-indiquée dans les maladies du cœur et des reins, dans l'hypotension artérielle, dans les cas de cicatrice utérine, ou de présentation vicieuse.

Mort d'un fœtus au cours d'une grossesse gémellaire.

M. Gay communique l'observation d'une primipare de 35 ans, avec grossesse gémellaire confirmée par la radiographie. Dans les derniers mois, albumine avec œdème des membres inférieurs : auscultation du foyer inférieur négative. Lors de l'accouchement dont les suites furent très mouvementées (phlébite double) le premier enfant était mort et macéré alors que le second était parfaitement vivant.

Les Congrès

XXXVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France

(*suite*) (1)

Deuxième rapport : Neurologie

Les tumeurs intramédullaires.

Par Noël Péron (de Paris).

Parmi les tumeurs qui compriment la moelle, la plupart se développent en dehors du tissu nerveux proprement dit ; elles sont d'origine méningée ou radiculaire : le filigliome est la plus chirurgicale des tumeurs extra-médullaires. Les progrès de la neurochirurgie permettent de mieux connaître les tumeurs développées dans la moelle elle-même : ce sont le plus souvent des gliomes (filigliomes ou épendymogliomes) ; les unes sont infiltrantes, les autres clivables ou extirpables. Elles peuvent s'accompagner de cavités médullaires secondaires.

Cliniquement, le siège de la tumeur conditionne la symptomatologie : très souvent le néoplasme occupe la région cervico-dorsale, déterminant un tableau de paralysie atrophique des membres supérieurs, et une paraplégie spasmodique modérée. Les troubles sensitifs, souvent dissociés, sont très importants pour le diagnostic. Les phénomènes douloureux radiculaires sont moins accentués que dans les tumeurs extramédullaires. L'examen révèle souvent un aspect festoné décrit par Sicard, de l'image lipiodolée. Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique, hyperalbumineux. Les épreuves manométriques montrent un blocage plus ou moins complet.

Les tumeurs intramédullaires situées dans la moelle dorsale et lombaire rappellent par leur symptomatologie un syndrome de compression banale ; la topographie des troubles sensitifs, par rapport à la limite supérieure de la réflectivité de défense, faciliteront le diagnostic.

(1) V. *Concours médical* n° 38.

L'évolution est toujours rapide et grave. Le diagnostic différentiel sera à faire avec certaines myélites à forme tumorale, avec la syringomyélie, avec les autres compressions de la moelle par cause extramédullaire ; la laminectomie est indiquée dans tous les cas de compression, en dehors du mal de Pott et du cancer vertébral secondaire.

Le traitement est surtout chirurgical : l'exérèse de la tumeur, soit complète, soit partielle, a été souvent réussie avec succès. La ponction de la moelle est souvent utile.

La radiothérapie peut, dans quelques cas, d'après M. Jonesco, donner de bons résultats en cas de tumeurs inextirpables.

La chirurgie des tumeurs intramédullaires est encore grave et les résultats sont loin d'être aussi beaux qu'en matière de chirurgie extra-médullaire ; les progrès dans ces dernières années permettent d'espérer des succès plus nombreux.

Discussion du rapport du Dr Noël Péron.

M. Yves Delagenière (du Mans) apporte sa statistique ; il insiste sur la fréquence des tumeurs intramédullaires et pense que l'épendymogliome est la tumeur la plus extirpable.

M. Hayrac (de Lille) a observé quelques cas de tumeurs intramédullaires et insiste sur la sympatomatologie observée. Il ne pense pas que la laminectomie soit toujours contre-indiquée dans le mal de Pott.

M. Lido Van Bogaert (d'Anvers) se rallie à la thèse du rapporteur, et insiste sur la fréquence du siège cervical des tumeurs intramédullaires ; il rapporte quelques observations personnelles et insiste sur le volume et l'étendue en hauteur de certaines tumeurs médullaires.

Troisième rapport : Médecine légale

Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique.

Par Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce.

Il s'agit de sujets atteints d'aliénation mentale vraie dont les manifestations extérieures et le tableau clinique font penser à une simulation de la folie.

Un diagnostic erroné de simulation peut, au point de vue médico-légal, entraîner les conséquences les plus fâcheuses.

Tantôt l'exagération des troubles est consciente chez un sujet mentalement taré : c'est la sursimulation.

Tantôt, il s'agit d'une exagération inconsciente, d'une apparente exagération : ce sont souvent des sujets atteints de débilité mentale. Mais ce sont surtout les déments précoces qui, du fait d'une attitude paradoxale, inadaptée, donnent à l'expert l'impression de simuler un trouble morbide : leurs réponses incohérentes ou à côté (syndrome de Gauser), leur comportement sont souvent très difficiles à différencier du comportement du simulateur vulgaire.

M. Fribourg-Blanc, à l'appui de ces faits, cite des observations démonstratives où il est nécessaire de débrouiller par un diagnostic approfondi le caractère purement morbide des troubles observés.

L'auto-accusation délirante n'est pas non plus exceptionnelle : l'aliéné ne manque pas de s'accuser de crimes divers connus par la presse ; ce sont le plus souvent des délirants à thème mélancolique ou obéissant à des suggestions d'ordre sensoriel.

M. Fribourg-Blanc insiste sur la dissimulation volontaire des troubles psychopathiques dans un but utilitaire.

En pratique, d'ailleurs, il s'agit presque toujours de manifestations mentales plus ou moins atypiques qui exigent de l'expert beaucoup de prudence dans ses décisions. Il faut aboutir avant tout à un diagnostic ferme d'où dépendra la décision appropriée. On évitera ainsi de faire condamner un aliéné et de confier à la prison un malade dont la place est dans un asile.

Discussion du rapport du Dr Fribourg-Blanc.

M. Moreau (Liége) , rapporte un cas de simulation de troubles mentaux par un enfant de quatorze ans sans apport préalable d'éléments pithiatiques ou de constitution mythomaniaque, dont l'intérêt tient à sa rareté, au mécanisme pathogénique.

M. Cruchet (de Bordeaux). — Les simulateurs vrais pendant la guerre étaient l'exception. Sur 2.000 malades examinés à Bar-le-Duc, il n'y avait qu'un seul cas de sursimulation dont l'auteur rapporte la longue et curieuse observation.

M. Hesnard. — Sur le terrain militaire, les psychopathes prennent une façade spéciale, revêtent une physionomie colorée. Les déboires, la désadaptation, le désir profond d'être malades pour échapper au service, autant de causes donnant aux malades des allures grandguignolesques. Le plus fréquemment, ce sont des débiles, des déséquilibrés. La race a une certaine importance ; chez les Arabes, Judéo-Arabes, Levantins, les facteurs émotifs, l'expression mimique revêtent des caractères remarquables et intenses. Il y a un véritable coefficient d'expression morbide, allant de la simple exagération à une véritable discordance, d'où l'aspect artificiel qui semble être de la simulation.

M. Hesnard tient à rendre hommage à la mémoire de son maître Régis, dont on connaît le rôle créateur en matière de psychiatrie militaire.

M. Porot (d'Alger). — Que l'on parle de simulation mentale ou de fausse simulation, le problème à résoudre est toujours le même, c'est le rapport qui peut exister entre le fonds mental réel du sujet et l'usage qu'il fait de ses facultés d'expression ; aspect particulier d'un problème de sémiologie générale qui étudie les troubles fonctionnels.

Il y a aussi toute une sémiologie des troubles de l'expression, et l'auteur a décrit avec M. Hesnard des délires d'expression. Il proteste contre les abus qu'on fait du terme de *sursimulation*, qui doit s'appliquer seulement aux exagérations se développant dans le sens et le plan des tendances morbides du sujet.

Ces sursimulateurs sont des *débiles exagérateurs* ou des déprimés qui font de la surcharge, et dans ce groupe doivent rentrer un certain nombre de *psychoses pénitentiaires*, ou enfin des impulsifs, souvent des alcooliques qui font des crises excito-motrices et assez souvent constantes.

En ce qui concerne le *syndrome de Ganser*, les plus grandes réserves s'imposent sur sa valeur pronostique. Il n'est pathognomonique de rien en particulier et signifie *discordance* au sens de Chaslin ; on le voit dans la démence précoce, mais aussi dans ces affections cérébrales organiques à marche rapide.

L'auto-accusation de simulation peut se rencontrer chez un délirant poursuivi pour un crime, et qui, pressentant l'internement, s'accuse d'avoir simulé l'auto-accusation, et peut-on rejeter l'instigation du crime et la simulation de folie sur une autre personne ? (Observation personnelle).

M. Taty apporte l'observation d'un malade ayant subi 43 condamnations : c'était un débile vaniteux qui simulait à merveille l'aliénation.

M. d'Hollander (de Louvain). — Il faut distinguer le symptôme de Ganser (réponses à côté) du syndrome de Ganser, dont le symptôme est un des quatre signes cardinaux.

Le symptôme de Ganser se trouve dans diverses affections, particulièrement chez les déments précoces, dans la paranoïa et chez les débiles ; sa pathogénie varie dans chaque cas ; chez les débiles, c'est un moyen de défense, de ruse ; chez les paranoïaques c'est encore une réaction de défense pour éluder l'interrogatoire.

Quant aux aveux de simulation, ils ne sont pas ra-

res chez les délirants ; cela pour raccourcir la durée de leur internement.

M. Koehler (Suisse). — La question envisagée se résume à un problème de diagnostic ; celui-ci établi, les conséquences médico-légales se déroulent mathématiquement ; mais les cas limites sont difficiles.

Les faux simulateurs ne sont pas dangereux ; les dissimulateurs, par contre, sont à craindre, de par la méconnaissance de leur état.

M. Molin de Teyzieu (de Bordeaux). — Des cas très difficiles à résoudre sont ceux qui, variété hybride entre la simulation et la fausse simulation, commencent par la simulation, continuent par une maladie mentale et finissent, en général, par la guérison, mais souvent peuvent sombrer dans la folie.

L'auteur rapporte le cas d'un mutin militaire ; condamné, il simule grossièrement, puis fait des accidents confusionnés nets ; interné, il guérit, mais n'avoue pas pour éviter la peine.

M. Vervaecke (de Bruxelles) aurait aimé qu'on donnât plus d'importance au terme de « psychoses pénitentiaires » « psychoses de situation » des auteurs étrangers) qui résume très bien en pratique civile et militaire le cadre des simulations et fausses simulations.

M. Laignel-Lavastine est d'accord avec le rapporteur, qui a très bien délimité le syndrome des « fausses simulations », et rappelle à ce sujet deux cas personnels.

Communications de psychiatrie

La mesure de l'intelligence des paralytiques généraux avant et après malarisation, par M. Vermylen (de Bruxelles). — L'examen mental fait au moyen des techniques expérimentales donne d'utiles indications dans ce domaine.

Les paralytiques généraux — avant malarisation — présentent à la fois une baisse du niveau intellectuel général et une grande instabilité qui, parfois rend très difficile l'appréciation du degré définitif,

Après la malarisation c'est, avant tout, l'instabilité du rendement qui s'améliore, puis, progressivement, le niveau mental se relève dans les cas heureux. Ce qui subsiste le plus longtemps, sinon toujours, ce sont de petites modifications du caractère qui peuvent avoir une action importante sur la qualité intellectuelle du sujet. Ainsi, sur 18 cas étudiés, il y a eu cinq récupérations.

Discussion. — M. Anglade insiste sur le fait que, même après les meilleures récupérations, le puérilisme mental persiste. Il tient ce symptôme pour le plus constant et le plus fidèle des signes de paralysie générale ; il ne pose jamais ce diagnostic, même avec une ponction lombaire positive, lorsqu'il fait défaut.

Expériences sur de nouvelles méthodes de démorphinisation. — M. Christin (de Montreux) est persuadé que supprimer le toxique n'est rien si l'on ne transforme pas la mentalité du toxicomane, si on ne lui facilite pas une réadaptation à la vie ; pour ces psychopathes instables, mal adaptés, la morphine est essentiellement un tonique ; tant qu'ils ne dépassent pas la dose limite qu'ils peuvent éliminer, ils s'en trouvent bien ; au delà, c'est l'intoxication avec ses misères.

L'auteur utilise une méthode lente, par voie digestive, en associant la morphine et l'extrait de *Cambretum sundaicum* (« *Emecon* » du commerce) : la durée de la cure est de dix à douze jours ; dès le premier jour, les injections sont supprimées. Les résultats sont très encourageants (sur 5 cas, 2 succès).

Discussion. — M. Porc'Her utilise et préfère la méthode rapide. M. Nayrac préfère la méthode par paliers.

Note sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaques dépressifs. — MM. Bouyer et Reboul-Lachaux.

L'hyposulfite de magnésium en thérapeutique psychiatrique. — MM. Cappelle et P. Combemale (de Bailleul) ayant essayé avec des résultats variables l'hyposulfite de magnésium sous forme d'Emgé en injection intraveineuse et intramusculaire, comme antichoc dans les manifestations aiguës de la psychose maniaque dépressive, ont observé des effets très heureux dans l'anxiété. Ils préconisent cette nouvelle thérapeutique, déjà signalée, dans le traitement des petits déprimés émotifs.

Psychose périodique et constitution cyclothymique. — M. Lérat.

(à suivre.)

Les Thèses

P. — Dr A. Rainsart. — **Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès du foie d'origine non dysentérique chez l'enfant.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1930.)

L'abcès du foie non dysentérique chez l'enfant est une lésion rare, mais si peu fréquente qu'elle soit, il est nécessaire de ne pas l'ignorer, afin de pouvoir le cas échéant, la reconnaître et prescrire le traitement adéquat ; il semble que toutes les bactéries soient susceptibles de déterminer une suppuration hépatique. Toutefois, le staphylocoque est l'agent le plus fréquent des suppurations hépatiques de l'enfance.

Ce qui domine dans la symptomatologie, c'est un syndrome infectieux avec signe de tumeur hépatique et urticaire récidivant ; il semble que celui-ci soit lié à de l'insuffisance hépatique, due elle-même à une destruction partielle du tissu hépatique ; il n'a donc rien de pathognomonique ;

Le diagnostic se fera aisément d'après les signes généraux et locaux. Il faudra d'abord éliminer toutes les affections péri-hépatiques, qui, de près ou de loin, pourraient induire en erreur. Le siège de la lésion étant bien situé dans le foie, on pourra facilement rejeter les affections évoluant sans température. Il ne restera à éliminer que le kyste hydatique suppuré, dont les réactions spécifiques permettent de faire abstraction ;

Le traitement est strictement chirurgical. Incision après isolement de la grande cavité péritonéale et drainage. Peut-être la vaccination pourrait-elle être un adjuvant utile ? Elle paraît devoir être conseillée.

P. — Dr A. Colleau. — **Contribution à l'étude du tétanos céphalique** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1930.)

Le tétanos céphalique, variété clinique du tétanos, constitue vraiment par le siège de la plaie infectante, par sa symptomatologie, et en particulier par ses paralysies et par son évolution, une forme bien spéciale. Les exemples n'en sont pas très fréquents, aussi méritent-ils d'être signalés. (17 observations en ces 25 dernières années).

La plaie infectante a siégé dans presque tous les cas au niveau de la face, au niveau du cuir chevelu, au niveau de la muqueuse nasale ou de la muqueuse dentaire.

Le début et le maximum des accidents se sont toujours montrés du même côté que le point infecté.

L'étude clinique a montré la prédominance d'une forme comportant au début le trismus avec ses spasmes, puis raideur et spasme des muscles de la nuque (opisthotonos) ; assez rapidement, un ou deux jours plus tard, s'y joint une paralysie faciale périphérique associée presque de règle à une paralysie d'un ou plusieurs rameaux de la IIIe paire. C'est la forme complète, dite faciale, relevée dans plus de la moitié des faits ; elle succède à une plaie dans le domaine de la face, des muqueuses nasale et buccale (fait inédit), l'œil excepté ; la forme ophtalmoplégique n'en diffère cliniquement que fort peu, si ce n'est par une précocité et une intensité plus grande des paralysies oculaires. Le siège de la lésion infectante au globe oculaire ou à son pourtour en est plus caractéristique. La forme simple qui ne comporte que du trismus avec spasme, mais pas de paralysie, est plus rare. Quant à la forme hydrophobique, il n'en fut jamais mention.

Les autres signes se résument à l'absence fréquente de température.

L'évolution se fait suivant deux types : l'un grave, mortel ; l'autre prolongé pouvant aboutir à la guérison.

Le pronostic est donc sévère mais à un moindre degré que dans le tétanos ordinaire. Il a paru basé sur l'importance et la précocité du trismus, des spasmes et de la généralisation ; sur la précocité et l'intensité des paralysies, sans oublier l'incubation : dans cette forme comme dans la forme classique, plus les accidents apparaissent tôt après l'inoculation, plus le pronostic est grave.

Le diagnostic, difficile au début, se fait facilement pourtant devant le trismus et ses paroxysmes ; les paralysies des VIIe, IIIe et parfois VIe paires, succédant à une plaie de la face ou des muqueuses. Il importe surtout de connaître l'existence fréquente de ces paralysies pour éliminer toutes les causes habituelles des paralysies faciales périphériques, et celles des nerfs de l'œil.

Le traitement se résume comme dans tout tétanos : à la désinfection précocement complète de la plaie ; à la mise en jeu de la sérothérapie à la fois sous-cutanée et intra-rachidienne ; enfin aux sédatifs de l'excitabilité nerveuse : chloral et plus encore gardénal et somnifène. La médication préventive devrait être systématique : elle comporte, à la moindre plaie infectée de la face, une ou plusieurs injections de sérum à doses suffisantes, associées à l'anatoxine récemment préconisée.

Ly. — Dr J. Salucki. — **Le coefficient de Maillard comme élément de pronostic dans les « vomissements graves » de la gestation.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon, 1930.)

L'auteur a réuni 15 observations de « vomissements graves » de la gestation, qui concernent toutes des malades présentant un syndrome typique d'hyperémésis caractérisé essentiellement par : un amaigrissement rapide, supérieur à plusieurs kilogram-

mes, une intolérance absolue pour les aliments solides, ou liquides, une accélération permanente du pouls, de l'oligurie, de l'acétonurie.

Chez toutes les malades présentant réellement un syndrome de « vomissements graves », le coefficient de Maillard a toujours été trouvé supérieur au chiffre 11 ;

Malgré la gravité apparente des signes cliniques, toutes les fois que le coefficient de Maillard a toujours été trouvé inférieur au chiffre 15, la guérison a été rapidement obtenue par des moyens thérapeutiques simples ;

Dans les cas où le coefficient de Maillard s'est montré supérieur au chiffre 25, il s'est toujours agi de formes particulièrement sévères à propos desquelles s'est posé le problème de l'avortement thérapeutique ;

Quant aux observations dans lesquelles, le coefficient de Maillard a été trouvé compris entre les chiffres 15 et 25, il s'est agi de formes d'intensité moyenne qui ont finalement guéri à la suite d'un traitement médical correct et l'orientation décroissante de la courbe de Maillard a permis dans de tels cas de suivre pas à pas le progrès de la guérison.

En résumé, les variations du coefficient de Maillard suivent très exactement les modifications des autres symptômes et la marche véritable de la maladie. Ce coefficient paraît donc posséder une valeur pronostique considérable.

P. — Dr H. Sorin. — **De l'utilisation du sphincter anal comme sphincter vésical dans un cas de fistules simultanées uréthro-vésico-vaginale et recto-vaginale.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1930.)

Il faut distinguer au point de vue thérapeutique deux grandes variétés de fistules uréthro-vésico-recto-vaginales suivant leur nature : *a*) celles qui surviennent au cours du traitement d'une néoplasie utérine ; *b*) celles dont la cause initiale est le traumatisme sans participation cancéreuse.

A cette dernière variété, les restaurations fonctionnelle et morphologique peuvent être plus facilement acquises. Le nouveau procédé proposé par M. le Professeur Marion et décrit dans la thèse de Pérard convient davantage.

La conduite à tenir est la suivante : *a*) Anus temporaire soit cæcal, soit iliaque ; *b*) Après cystostomie sus-pubienne de dérivation, fermeture de la vessie par voie vaginale en bourse par trois à quatre plans de sutures étagées ; *c*) Mise en place dans un trajet de tunnellisation sous-pubien d'un greffon tubulé de muqueuse vaginale, cylindre creux formant le nouveau canal et dont on laisse dépasser un peu l'extrémité supérieure dans la vessie ; *d*) Fermeture de la perforation recto-vaginale par un des procédés habituels ; *e*) Cure radicale d'un anus temporaire.

Ce procédé nouveau est supérieur à tous les autres puisqu'il a donné de bons résultats anatomiques et fonctionnels dans les quelques cas où il a été tenté, et se recommande chez les femmes jeunes, présentant d'assez larges délabrements, dus seulement au traumatisme.

Pour les mutilations qui ont à la base une étiologie cancéreuse, ou sont la conséquence de brûlures radifères, le procédé de restauration fonctionnelle qui paraît le plus simple à exécuter et souvent le seul exécutable, le moins choquant à réaliser chez des femmes déjà affaiblies par leurs lésions et le traitement antérieur, est d'utiliser le sphincter anal pour assurer la continence des urines en cloisonnant le plus haut possible le vagin et en utilisant la perforation recto-vaginale large ou élargie comme orifice. Bien entendu, il faut au préalable détourner les matières fécales et cela par un anus iliaque continent et exclusif afin d'éviter la pyélonéphrite ascendante qui avait emporté la malade de Jobert de Lamballe.

On laissera écouler un long temps après la curiethérapie ou le Wertheim pour intervenir sur l'arbre vagino-urinaire. Avec des fistules vésico-recto-vaginales larges ou élargies, faire un colpocléisis partiel et élevé autant que faire se peut de manière qu'il n'y ait pas stagnation d'urines, et à n'être pas exposé aux infections diverticulaires et à la formation des calculs.

Ce procédé de fortune sera indiqué dans tous les cas où la malade aura une résistance physique déficiente (anciennes cancéreuses guéries ou brûlées par le radium) et dans les quelques cas traumatiques où toute autre tentative de restauration aurait échoué.

Ly. — Dr A. Fau. — **Contribution à l'étude des accidents nerveux au cours des leucémies.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon, 1930.)

La rareté des complications nerveuses, au cours des leucémies, s'oppose à la variété de leurs aspects cliniques. Trois sortes de lésions sont, le plus souvent, à la base des altérations nerveuses : 1° L'hémorragie ; 2° l'infiltration leucocytaire ; 3° les lésions malaciques. Dans les leucémies aiguës, l'hémorragie est prédominante. Au cours des leucémies chroniques, les trois lésions peuvent s'observer.

Les accidents nerveux s'expliquent, semble-t-il, par une action mécanique. Mais certains faits, encore nébuleux, laissent entrevoir l'intervention possible de phénomènes biologiques.

Enfin l'utilité de la connaissance de ces complications s'impose dans les diagnostics neurologiques d'étiologie incertaine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES PRESTATIONS OBSTÉTRICALES ET LE TARIF DE RESPONSABILITÉ DANS L'ASSURANCE SOCIALE. RÉVISIONS NÉCESSAIRES

L'assurance-maternité constitue un chapitre particulier de la loi des Assurances sociales, et elle définit les prestations diverses, en nature et en argent, auxquelles a droit l'assurée ou la femme de l'assuré, avant, pendant et après l'accouchement.

L'accouchement normal, pratiqué par le médecin ou par la sage-femme, fait partie des prestations en nature, et il est remboursé par la Caisse, selon son tarif de responsabilité.

Ce tarif est de trois cents francs, dont 20 % sont retenus, de sorte que la somme effectivement remboursée à l'assurée ou à la femme de l'assuré est de 240 francs.

Cette prestation comporte l'accouchement lui-même et neuf visites consécutives.

Dès que la grossesse est pathologique, que l'accouchement est dystocique, les prestations sortent du cadre assurance-maternité pour entrer dans le cadre assurance-maladie.

Et les diverses interventions obstétricales figurent, à ce titre, dans la nomenclature de la Confédération des Syndicats, avec les coefficients respectifs qui doivent leur être appliqués pour le calcul des honoraires de l'accoucheur, et aussi des remboursements à effectuer par la Caisse.

Présentement, ces interventions sont ainsi réparties dans ladite Nomenclature :

Catégorie 7. — Acte isolé : K × 10. — Prix global : K × 20.

Incision du col au cours du travail. — Délivrance artificielle. — Avortement thérapeutique.

Catégorie 10. — Acte isolé : K × 20. — Prix global : K × 40.

Forceps dans l'excavation et à la vulve. — Version podalique. — Accouchement provoqué.

Catégorie 12. — Acte isolé : K × 40. — Prix global : K × 60.

Forceps au détroit supérieur. — Césarienne vaginale. — Les embryotomies.

Catégorie 14. — Acte isolé : K × 60. — Prix global : K × 80.

La césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation.

Traitement chirurgical des phlébites abdomino-pelviennes.

Une première remarque s'impose, semble-t-il. A côté d'interventions qui sont des incidents au cours de l'accouchement, d'autres constituent l'accouchement lui-même.

Une délivrance artificielle, une incision du col, une dilatation manuelle du col, que j'assimile à son incision, justifient des honoraires qui doivent s'ajouter à ceux de l'accouchement lui-même. Et leur remboursement, dans les limites de la responsabilité de la Caisse, s'ajoute au remboursement de la prestation accouchement.

Un avortement thérapeutique, un accouchement provoqué forment, par contre, un tout, considéré comme un acte global, visites consécutives comprises jusqu'à concurrence de 9.

Cela me paraît évident.

Une application de forceps, une version podalique qui terminent l'accouchement proprement dit, sont elles des interventions surajoutées à l'accouchement, ou doivent-elles être considérées comme l'accouchement lui-même ?

Dans quel cas le cumul accouchement et interventions est-il légitime ? Dans quel cas ne l'est-il pas ?

Je sais bien qu'en régime d'entente directe, le praticien se fait honorer selon son tarif syndical, et n'a pas à se préoccuper des limites dans lesquelles se tiendra le remboursement effectué par la Caisse. Il lui aura suffi de remplir la feuille relative aux prestations fournies par lui pour avoir satisfait à ses obligations.

Théoriquement, c'est possible. Pratiquement, il peut en être différemment, surtout dans les petites villes et à la campagne. Là, le médecin ne peut pas se désintéresser complètement des sommes que récupérera sa cliente, surtout quand elle aura eu un accouchement compliqué.

Il convient donc de serrer d'un peu plus près

encore cette question qui, pratiquement, je le répète, ne peut laisser le praticien complètement indifférent.

En chirurgie et spécialités, le chiffre-clé du Tarif de responsabilité des Caisses est de 8 francs.

Prenons le cas d'un accouchement qui aura motivé une délivrance artificielle. Le tarif de remboursement jouera pour l'accouchement lui-même et la délivrance. Soit 300 francs plus K × 10 = 80. 380 francs diminués des 20 pour cent légaux. L'accouchée devra donc être remboursée de 304 francs.

Si, par contre, il s'est agi d'un accouchement provoqué, formant un tout, le prix global donnera lieu au remboursement de K × 40 = 320 fr., moins les 20 % légaux. Soit donc : 264 francs.

Les honoraires de l'accoucheur seront sans doute plus élevés dans le second cas que dans le premier, et pourtant, l'accouchée sera remboursée d'une somme sensiblement moins forte.

Il y a là une anomalie qui mérite d'être signalée.

Une version podalique est une intervention obstétricale sérieuse, difficile, qui justifie des honoraires relativement élevés au profit de l'accoucheur.

L'accouchée qui l'aura subie sera remboursée de K × 60 = 480 francs, moins 20 %, soit 384 francs. Pas même le double du prix de responsabilité de l'accouchement simple ?

Voici deux cas qui se rencontrent parfois en pratique et dont les éléments m'ont été inspirés par une correspondance récente.

Premier cas. — Placenta prævia. Hémorragie profuse. Femme exsangue. Le médecin fait une injection intra-veineuse de sérum artificiel. Le col n'étant pas suffisamment dilaté, il achève manuellement sa dilatation, puis, termine l'accouchement par un forceps dans l'excavation et une délivrance artificielle. Entre temps, il avait appelé un confrère dans l'espoir de tenter une transfusion sanguine. La femme meurt peu après l'arrivée du consultant.

Comment ces diverses prestations devaient-elles être inscrites sur la feuille de maladie ?

Je donne ici mon opinion :

Dilatation manuelle : 7e catégorie. K × 10.
Forceps inférieur : 10e catégorie. K × 40 (prix global).
Délivrance artificielle : 7e catégorie. K × 10.
Injection intra-veineuse. P. C. — K × 2.
Consultation avec confrère. P. C. — K × 2.

Deuxième cas. — Tête demeurée au-dessus du détroit supérieur. Travail ralenti. Dilatation manuelle pour avoir accès sur la tête. Tentatives infructueuses de forceps au détroit supérieur. Appel à un confrère qui réussit péniblement à extraire l'enfant au forceps, la parturiente étant endormie par le premier médecin. Délivrance artificielle.

Les prestations se définissent ainsi :

Dilatation manuelle : 7e catégorie. K × 10.
Forceps au détroit supérieur : catégorie 12. K × 60 (prix global).
Anesthésie générale, 2e catégorie. K × 3.
Consultation avec un confrère. P. C. — K × 2.
Délivrance artificielle, 7e catégorie. K × 10.

Selon que vous utiliserez le chiffre-clé du tarif syndical minimum, qui varie quelque peu avec les régions, ou le chiffre-clé du tarif de responsabilité, vous obtiendrez, dans ces deux cas, le montant des honoraires de l'accoucheur et celui du remboursement par la Caisse.

Il est possible que, dans la nouvelle nomenclature qui doit être publiée dans quelques semaines, les anomalies que je signale et qui ont dû frapper d'autres usagers de la loi, auront été rectifiées.

Je rappelle que, ne figure pas dans l'ancienne nomenclature, et est cependant justiciable d'honoraires particuliers, la dilatation manuelle du col, que j'ai assimilée à son incision au cours du travail.

Nous sommes unanimes à reconnaître que la loi est imparfaite et a besoin d'être révisée. C'est l'expérience qui révélera l'imperfection, les lacunes, les contradictions même de certaines de ses dispositions et de ses conséquences. Efforçons-nous de bonne foi de concourir aux amendements nécessaires.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES ET A.M.G.

Tarif de déplacement dans la banlieue d'une grande ville

I

Votre article du *Concours médical* du 17 mai dernier sur les « Assurances sociales » et l'A. M. G. m'a beaucoup intéressé. Il m'incite à vous présenter un cas particulier, celui des médecins de banlieue de grande ville au point de vue du tarif à appliquer aux assurés sociaux indigents pour l'indemnité kilométrique.

Dans notre commune, le tarif d'assistance est le tarif départemental : 8 fr. la consultation ; 10 fr. la visite ; 1 fr. le kilomètre parcouru.

Pour les assurés sociaux indigents, les caisses appliquent le tarif Breton comportant pour les banlieues de grande ville un forfait de 2 fr. couvrant tous les déplacements quels qu'ils soient. Et l'on arrive ainsi à ce paradoxe que les honoraires des assurés sociaux indigents sont dans la plupart des cas inférieurs à ceux des assistés ordinaires pour les soins à domicile.

Je crois que les médecins, en réclamant le tarif Breton pour les assurés sociaux indigents, ont surtout visé l'acte médical, mais n'ont jamais entendu substituer à un tarif kilométrique un tarif kilométrique moins élevé. Et en l'état actuel ce que l'on gagne sur l'acte médical lui-même est perdu sur les frais de déplacement, au point que les honoraires sont d'autant moins importants, s'éloignent d'autant plus des honoraires d'assistance ordinaire que la distance parcourue est plus grande, ce qui est un autre paradoxe.

On a dit que l'assuré social indigent n'était pas un indigent. Dans nos banlieues il est moins qu'un indigent pour les soins à domicile.

Je crois donc, et je serais heureux d'avoir sur ce point votre avis, que le tarif Breton ne doit aboutir en aucun cas à une diminution des tarifs en vigueur. C'est la logique même puisque son application a été demandée en vue d'élever les tarifs d'assistance applicables aux indigents notoires, et pour marquer la différence des assurés sociaux avec ces derniers en ce qui concerne les honoraires médicaux.

Si les caisses ne veulent payer pour les banlieues de grande ville au tarif kilométrique de 1 fr. 50, qu'elles maintiennent celui de 1 fr. déjà en vigueur, d'autant plus que sans en avoir l'air, la commune modifierait ainsi ses obligations et à son profit puisqu'il reste à sa charge 20 % des honoraires médicaux.

Il a été assez difficile, le plus souvent, de lui imposer ces prix, pour que nous consentions aujourd'hui à en être frustrés. Et comme dans nos banlieues la plupart des assistés sont des salariés, par suite des assurés sociaux, voyez cette injustice dont nous sommes victimes, cet abus criard.

Réponse.

C'est l'article 59, en son paragraphe 3, de la loi sur les assurances sociales, qui décide que les dépenses, pour les soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents, seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Par conséquent, que nous le voulions ou non, le tarif applicable est celui arrêté par le Ministre du Travail, dit tarif Breton, Dubief, etc., etc.

Certes, cette tarification est avantageuse pour ceux de nos confrères, qui sont gratifiés d'un tarif départemental d'A. M. G. très bas et qui, n'étant pas installés dans la banlieue d'une grande ville, voient de la sorte leurs déplacements payés au kilomètre.

Ils bénéficient donc d'une augmentation sensible, entre le tarif des accidents du travail et celui des indigents.

Mais, pour votre cas personnel, il est évident que vous êtes nettement lésé.

Que convient-il de faire ? Pour le moment, il faut obéir à la loi ou ne pas la connaître.

Si on respecte la loi et qu'on donne ses soins aux assurés sociaux, conformément à la législation de 1930 et aux textes réglementaires ultérieurs, il faut accepter ce qui est bon comme ce qui est mauvais ; mais il convient également que votre syndicat local fasse entendre sa protestation à la Confédération des syndicats médicaux, pour que les délégués de cette dernière puissent demander une modification de la loi dans un sens plus favorable à vos intérêts.

Si vous ne voulez pas vous incliner, il faut alors soigner les assurés sociaux comme des malades ordinaires et refuser de signer tous leurs papiers. Malheureusement, il peut être à craindre que certains confrères non syndiqués, ou démissionnant du syndicat, ne recueillent toute cette clientèle.

De sorte qu'à mon avis, tout en soignant les assurés sociaux notoirement indigents (et ils ne doivent pas être bien nombreux), il faut faire agir votre syndicat auprès de la Confédération.

Car, ne l'oubliez pas, cet article 59 précité ne s'applique qu'aux notoirement indigents et non pas à ceux qui sont momentanément dans la gêne. Ces derniers règlent directement leur médecin, ou se font consentir des avances par leur caisse, mais sont traités comme des assurés sociaux ordinaires.

Les notoirement indigents doivent constituer une liste spéciale, dont communication vous sera donnée à la mairie. Dr Paul BOUDIN.

II

Je suis confus de votre amabilité à me répondre avec détails pour l'application du tarif Breton aux assurés sociaux indigents.

J'avoue à ma confusion que j'avais cru que cette tarification n'était pas inscrite dans la loi, mais en marge de celle-ci, avait fait l'objet d'un accord de principe et temporaire entre les syndicats et les caisses. D'où mes protestations multiples et demeurées sans effet auprès de la préfecture toutes les fois qu'un mémoire m'était renvoyé pour rectification. J'étais dans l'erreur la plus complète.

Mais ce qui me plaît en votre lettre, c'est la reconnaissance du tort qui nous est fait à nous médecins de banlieue de grande ville par ce « modus vivendi ».

Vous me recommandez, pour qu'il soit redressé, de m'adresser à mon syndicat local. Je suis sûr à l'avance du résultat.

Nos syndicats ont le grand tort d'avoir à leur tête des gens éminemment respectables, mais que leur situation de professeur, médecin des hôpitaux, ou spécialiste, éloigne beaucoup des procédés en usage dans la clientèle courante.

Ce n'est pas trop dire que leur souci est uniquement des questions de principe, de doctrine, de spéculation pure. Le détail leur échappe, les intérêts particuliers ne leur sont pas familiers, pour aussi grande que soit leur importance.

C'est pourquoi ma question leur paraîtra subsidiaire si je leur pose demain : d'intérêt sans doute, mais assez relatif, assez restreint pour ne charger de sa défense aucun délégué. Leur esprit plane plus haut.

C'est pourquoi j'aurais aimé que dans un journal comme le *Concours médical*, d'ordre exclusivement professionnel, attaché à la défense du petit, pénétré de l'importance d'intérêts apparemment divergents, mais dont le faisceau est notre vie quotidienne, vous preniez vous-mêmes en mains, avec toute votre autorité et toute l'ampleur de la publicité de notre journal, la défense des intérêts des médecins de banlieue dans l'application du tarif Breton aux assurés sociaux indigents.

Ils ne sont pas bien nombreux, ces derniers, comme vous pouvez le croire, puisqu'il est de notoriété publique que ce n'est pas leur situation pécuniaire qui motive leur inscription : les maires dispensant la manne à pleines mains et vous savez dans quel but.

Et comme les transformations de la vie urbaine ont peuplé nos banlieues d'ouvriers, d'employés, tous soumis à la loi, il n'est pas exagéré de dire que ce sont les trois quarts de nos assistés qui sont devenus assurés sociaux, les mairies les gardant pour les raisons plus haut citées sur les listes d'indigents.

Et quand vous aurez, autour de cette question, fait un peu de bruit, les lettres vous afflueront des quatre coins de notre pays, pour vous encourager, vous remercier, vous montrer qu'il y avait quelque raison à poser la question et à montrer dans quel sens la solution doit être apportée.

En même temps, vous indiquerez à ces délégués à la Confédération la nécessité de se mettre en contact plus intime avec nos assemblées générales et surtout à préparer de concert avec elles les questions à résoudre à Paris, à supprimer les objections, les directives de quelques-uns de nous, à descendre jusqu'à la multiplicité ses intérêts différents dont ils ont la charge. Les questions syndicales n'appartiennent pas à quelques-uns. Elles sont à tous. Et chacun a voix au chapitre.

Dr F.

Réponse,

Nous donnons très volontiers la publicité du *Concours* à votre protestation, contre le dommage, qui est causé aux médecins, qui exercent dans les banlieues de grande ville, par l'application du tarif des accidents du travail aux assurés sociaux, notoirement indigents.

Mais, il faut que la Confédération des syndicats médicaux puisse obtenir une modification à la loi, dans la rédaction de cet article 59.

Il convient, par suite, que votre syndicat puisse prendre une délibération, aux termes de laquelle le Conseil de la Confédération inscrive, dès maintenant, votre protestation parmi les modifications, qu'il convient d'obtenir du législateur.

La loi du 5 avril 1928-30 avril 1930 a besoin d'être remise en chantier, pour apporter certaines retouches à l'œuvre du législateur. A notre Confédération de traduire, auprès du Parlement, les desiderata du Corps médical.

Un autre procédé plus rapide consisterait à faire demander, par les délégués de la Confédération, à la Commission du tarif ministériel des accidents du travail, que soit révisée cette question des honoraires de déplacement en banlieue de grande ville. Mais nos confrères ont affaire à forte partie : les assureurs qui se défendent énergiquement contre toute augmentation de tarification.

Les docteurs Decourt, Noir et *tutti quanti* ont fort à faire, pour ne pas abandonner la partie devant les difficultés qu'on amoncelle sans cesse, devant leurs réclamations.

Néanmoins, puisque la loi, telle qu'elle est, nous applique le tarif des accidents du travail, en matière d'assurés sociaux, notoirement indigents, employons les deux moyens d'une part, la révision de la loi, ce qui demandera quelques années encore, d'autre part, la modification, sur ce point, du tarif des accidents du travail.

Et au *Concours*, nous souhaitons que nos lecteurs répondent à votre appel et fassent entendre leurs voix.

Dr Paul Boudin.

DU RÈGNE DE LA CRUAUTÉ

Dans le monde du spectacle, la crise se fait sentir comme partout ailleurs. Il faut donc, pour faire marcher les affaires, pour augmenter leur rendement, pour accroître les bénéfices, devenus de plus en plus maigres, inventer des choses inédites. Que les idées à réaliser soient révoltantes, peu importe à l'entrepreneur, avide du gain et peu soucieux des principes moraux ou autres. L'essentiel c'est de gagner beaucoup d'argent, de prolonger l'entreprise et d'avoir salle pleine. A ce point de vue, le championnat de danse d'endurance qui vient de se terminer après une durée incroyable de 746 heures (les danseurs, durant le cours de leurs « travaux », devaient se reposer 15 minutes chaque heure jour et nuit) a rempli son rôle. Peut-être est-il utile de prêter un peu d'attention à cet événement qui doit intéresser les médecins pour toute une série de raisons.

Certains esprits, après avoir pris connaissance de la composition de la salle qui a suivi pendant de si longues journées le grotesque et cruel championnat, diront que le public en question ne mérite point qu'on s'occupe de lui. Sans doute se trouvaient-il parmi les spectateurs, des indigènes détraqués et des rastas immigrés, les uns comme les autres peu intéressants, mais, malheureusement, la publicité, faite autour de l'événement exceptionnel, a attiré un autre monde pour lequel les principes de la médecine préventive, dans le domaine de l'hygiène mentale, ne sont pas à dédaigner. Qui sait si, pour beaucoup, la réaction psychique provoquée n'était pas ou bien le point de départ d'un état morbide ou bien l'aggravation d'une affection, déjà existante et soumise aux influences extérieures, et demandant une protection soutenue.

On pourrait, parmi les particularités du spectacle, qui méritent d'être appelées agents morbides, en citer quelques-uns, mais, sans les nommer, on peut dire que le goût de la cruauté les domine sans conteste. Voilà des gens qui s'entraînent froidement à considérer un exercice exténuant au plus haut degré d'un œil favorable. On déguste la souffrance d'autrui comme un plat spécial assaisonné à volonté. Les figures émaciées, les traits ravagés, les membres chancelants, tout est examiné avec une attention scrupuleuse, digne de nos ancêtres qui jouissaient du moindre mouvement des malheureuses victimes de l'échafaud. On a l'impression d'être à une séance improvisée du Tribunal Lynch, aux Etats-Unis d'Amérique, lorsqu'il s'agit de brûler vif un pauvre nègre accusé, la plupart du temps, d'un crime imaginaire, mais dont la mort, lente et atroce, dans des conditions d'agonie surhumaine, flatte l'appétit émoussé du yankee déchaîné et perverti.

Cruauté ou sadisme ? Laissons aux spécialistes autorisés le soin de discuter sur le terme à employer. Pour le simple médecin, qu'il soit ou non doublé d'un sociologue, le terme utilisé est d'une importance secondaire, et sa voix s'élève surtout contre les sources de dégradation morale et psychique. Le praticien sait trop combien la sauvagerie exerce son action néfaste sur un tas de psychopathes et sur les candidats à la psychopathie, et il ne comprend pas qu'au vu et su de tout le monde, on puisse être exposé à un danger évident d'une durée extraordinaire.

Il a beaucoup été dit pour et contre l'Ordre des médecins, en tant qu'organisme suprême, capable de prononcer certaines sentences décisives. Mais si cette institution était en mesure d'imposer son véto dans des cas de championnats avilissants, son utilité serait déjà prouvée. Les voix isolées, si vigoureuses et si compétentes soient-elles, se perdent, mais tout autre serait la portée d'un jugement prononcé par des hommes désignés sinon comme l'élite, tout au moins comme les plus dignes de confiance en raison de leur savoir, de leur savoir-faire et leur faire savoir.

***

La cruauté qui trouve, dans le championnat inhumain, son expression spécialement dégoûtante devient de plus en plus fréquente, et à un tel point que les médecins, ces gardiens de la santé publique, doivent se décider à intervenir, à jeter un cri d'alarme, à crier : casse-cou. Les occasions sont multiples et on les connaît suffisamment, mais peut-être est-il instructif de les passer rapidement en revue, tout au moins dans leurs détails essentiels qui caractérisent notre époque.

Il est par trop connu qu'à l'heure actuelle, l'impatience « d'arriver » appartient aux malédictions qui s'emparent des individus qui n'essayent même pas de se défendre contre une injonction impérieuse, érigée en dogme de morale moderne, de doctrine de succès, d'après laquelle il faut brûler les étapes ; et, si la voie n'est pas libre, allons-y carrément, par tous les moyens, indignes et cruels envers soi-même et les autres. Une espèce de danse macabre commence. A première vue, le sang ne coule pas et aucun crime n'est commis ; mais, en réalité, l'âme se transforme en cimetière peuplé d'illusions enterrées, d'amitiés assassinées et de vengeances assouvies. Partout, s'étalent des cendres en masse, à la suite d'un incendie qui a dévasté l'âme, calciné

le cœur et allumé le cerveau d'une flamme froide, trahie par les prunelles d'un regard vide et cruel.

Si l'action du brasier ambulant se limite à un petit cercle, les dégâts seront relativement minimes, mais parfois la cruauté devient l'apanage de grands manœuvriers économiques et politiques, dans le cadre national ou international.

Les convulsions observées et dont nous sentons les répercussions ne sont alors que les résultats tangibles d'une œuvre cruelle, point enchaînée qui fonctionne à la manière d'un volcan, rempli d'un feu prêt à incendier les demeures, accolées en toute confiance aux flancs qui hébergent l'esprit destructeur dissimulé.

La lutte contre la cruauté ne pourra pas se réaliser par des phrases grandiloquentes. Il faut que les médecins s'emparent de cette action et la dirigent avec le courage qui est leur, lorsqu'ils reconnaissent les premiers symptômes d'une gangrène qui menace de mort l'organisme tout entier. Parmi les titres qui confèrent droit à la reconnaissance, le Corps médical, placé en tête du mouvement contre la cruauté, en gagnera un des plus beaux, des plus touchants et des plus efficaces, car on arrivera à tarir ainsi d'innombrables sources de larmes, versées par des êtres cruellement découragés.

G. Ichok.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Le cas de Beaudestin est significatif. Demain, où le critique devra vivre retiré au plus profond d'une forêt, ou s'il va dans le monde, il lui faudra, pour maintenir ce droit de choisir, qui est essentiel à l'exercice de sa profession, se donner toutes les apparences d'une brute malapprise.

(Raymond Lécuyer).

CCCCXXV. — Jules Romains. — **Knock** ou le Triomphe de la médecine. Comédie en trois actes. 1 vol. 17 × 23, avec illustrations en couleurs de Paul Colin ; tiré à mille ex. numérotés sur velin de Rives, dans la collection Arlequin. *Editions du Sagittaire,* Paris 1931.

J'ai cru longtemps que Knock était une diabolique invention de Romains, mais j'ai croisé depuis lors, sur mon chemin, le modèle probable de chair et d'os, et je ne vois plus du même œil la satire qui me semblait plus venimeuse encore que spirituelle. Ce point de vue ne m'autorise pas à affirmer la pureté (1) première des intentions de M. Farigoule, ni à penser que le public fera du héros un être d'exception, mais me voici beaucoup plus à l'aise pour m'associer sans amertume au rire qui secoua nos patients. Il est possible que vous n'ayez pas eu la bonne fortune (dont le ciel me gratifia) d'apercevoir ailleurs qu'à la scène notre illustre confrère ; le texte du Sagittaire et les images de Colin vous dédommageront fort agréablement de cette petite déconvenue. L'édition *mérite* d'enrichir votre bibliothèque ; la typographie est parfaite et la caricature qui lui est vivement opposée a une calme majesté d'apothéose.

CCCCXXVI. — Rachilde. — **Les voluptés imprévues.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Ferenczi,* Paris, 1931, 12 fr.

La cruauté de Rachilde, son cynisme et son sadisme subjectifs, se sont ici tempérés d'une délicatesse que son sujet justifiait, mais que nous ne rencontrions pas dans les thèmes tout aussi violents qu'elle a coutume de paraphraser. Ne nous fions pas cependant à sa patte de velours ; la griffe affleure : nous en aurons la certitude quand elle sacrifiera son François de Valerne, solide gentilhomme, robuste vieillard, cœur simple et généreux. Sur ce personnage d'un bloc, tout a glissé, tout glisse jusqu'au moment où, dans son amitié charitable pour un jeune efféminé intelligent qu'il tente de sauver, il devine avec effroi le bourgeonnement d'une monstrueuse passion. Je dis : monstrueuse et à peine ce mot lâché, je m'aperçois qu'il va vous faire sourire comme l'indignation pudibonde d'une vieille dame du temps des mitaines. Combien de lecteurs vont trouver cela normal ! et paradoxal que M. de Valerne n'ait pas osé en faire une joie de plus pour vivre plus avant ! Rachilde traite avec tact et à demi-mot cette aventure où se heurtent deux âges et deux conceptions de vie : nous n'adopterons pas cependant intégralement ses conclusions ; ce vieux monsieur est à un âge où l'on est volontiers sujet au vertige et nous pensons qu'elle a voulu écrire avec sa féroce ironie l'histoire romancée d'un accident sentimental.

CCCCXXVII. — Henri Pourrat. — **La veillée de novembre.** 1 vol. 14 × 20 tiré à 480 ex, numérotés sur velin anglais, avec un frontispice de Galanis. *Editions Stols,* Bruxelles.

Pourrat revient un soir de novembre dans le jardin glacé d'Ambert où passa Cécile Sau-

(1) Nous la verrons prochainement sous un autre angle.

vage. Et il évoque avec une émotion pleine de ferveur le souvenir du poète disparu. Il nous montre la formation de ce talent extatique façonné par les solitudes de l'Auvergne et qui est d'une fraîcheur telle, d'une spontanéité si touchante, d'une sensibilité si vive, que nous ne pouvons plus nous étonner de sa merveilleuse et trop rapide floraison. Quand vous aurez lu cette élégiaque prosopopée, écrite dans un style où la prose a des élans chaleureux et des échos de poème, où la phrase chante comme une musique profonde, et titube parfois comme avec des sanglots le bouillon limpide et impétueux d'une fontaine, vous vous demanderez pourquoi l'œuvre de Cécile Sauvage est *si peu* connue. Cet essai de critique poétique admirablement composé, a été transcrit à la perfection en caractères Garamont.

CCCCXXVIII. — Henri POURRAT. — **La Tour du levant.** Roman, 1 vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1931, 15 fr.

Avec ce volume s'achève le Cycle de Gaspard, où Pourrat mit aussi tant de cœur à nous montrer la « vaillance » de son héros. Le roman, comme dans les précédents tomes, se divise en veillées et pauses à l'égal des contes d'autrefois répartis sur plusieurs soirées d'hiver par un conteur populaire. Henri de Régnier vient de dire des quatre volumes de « *Gaspard des Montagnes* » qu'ils forment une « des plus belles réussites littéraires de notre temps ». C'est vrai, dans le domaine de ces rudes pastorales où Jean Giono et Henri Pourrat ont su faire passer le frémissement du vent, des eaux, les couleurs du ciel et des coteaux, le mâle envoûtement de la Terre.

CCCCXXIX. — Georges RADET, de l'Institut. — **Alexandre le Grand.** 1 vol. 13 × 19 sur alfa satiné, 448 pages et une carte. *Editions de l'Artisan du Livre*, Paris, 1931, 40 fr.

M. Georges Radet, avec une science et une érudition où personnellement nous ne nous sentons de taille à relever aucune imperfection, retrace l'épopée du conquérant fabuleux qui rêva d'asservir le monde. Les expéditions du héros macédonien, soutenues par ce rêve de domination universelle, prennent un rythme de chevauchée triomphale : les écoles philosophiques s'acharnèrent au cours des âges à décrier sa grandeur. Le bon sens de Montaigne le jugeait à sa vraie taille ; le talent de M. Radet le replace, avec une aisance littéraire bien française aussi, à ce rang tout spécial où peu de souverains surent conduire le souci de leur gloire. Un index bibliographique et patronymique précise les sources de documentation.

CCCCXXX. SINCLAIR LEWIS. — **Arowsmith.** Roman. 1 vol. 12 × 19, 622 pages. *Editions Firmin Didot*, Paris, 1931, 22 fr.

Ce *copieux* roman du lauréat du prix Nobel a les qualités et les caractères du roman américain. Touffu, enserrant dans ses pages toute une foule yankee, avec son brouhaha, son déchaînement, ses passions - express et ses amours - standard il étouffe le personnage principal, Martin Arowsmith, docteur médecin qui a bien raison de se réfugier (en obéissant à l'humour national) dans un petit village où il poursuivra plus tranquillement la science pure. La traduction est rédigée en excellent français par M. Gabriel des Hons.

CCCCXXXI. — Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. — **Hérédité et races.** 1 vol. in-12, 280 pages. *Editions du Cerf*, Juvisy, 1931, 15 fr.

Volume de synthèse, rédigé par des spécialistes et auquel ont collaboré aussi plusieurs de nos confrères particulièrement désignés par la compétence que vous leur connaissez en sciences para-médicales : le Docteur Mac-Auliffe, le Docteur Mayet, le Docteur Léonet. Une bien belle préface du Docteur Biot expose l'activité du groupe, auquel nous sommes heureux de souhaiter le succès que mérite sa tentative d'extension du domaine de la médecine.

Varia** — J'ai reçu un bulletin syndical, *Le Bouclier* (1), composé avec beaucoup d'esprit. Il est regrettable que le titre et la devise (« Je vous apprendrai l'art d'arracher les lauriers des mains de vos ennemis ». *Ovide*), ne puissent pas figurer sur le grand *Bulletin* de l'Union des syndicats.

8 septembre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Rédaction : Docteur GOUBIN, à Saffré (Loire-Inférieure).

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1930

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou Médical » pour l'exercice 1930.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 5.597. Si l'on considère les chiffres des années précédentes (4.675 en 1926 ; 5.129 en 1927 ; 5.509 en 1928 ; 5.625 en 1929), on voit que notre ligue suit sa voie ascendante en dépit des décès, des démissions et des radiations et j'ai tout lieu de penser que, malgré l'élévation de la cotisation votée à la dernière Assemblée générale, l'exercice 1931 ne donnera pas de mécomptes.

I Caisse générale

1° *Recettes.*

Les recettes de l'exercice 1930 se sont élevées à 375.687 fr. 75, savoir :

Cotisations	347.880	»
Intérêts	9.574	»
Dons	1.585	»
Recouvrements et rappels	10.481	90
Remboursements d'indemnités	6.166	85
Total	375.687	75

2° *Dépenses :*

Les dépenses se sont élevées à 381.659 fr. 57, savoir :

Frais généraux	32.946	47
Frais de réunions	12.300	»
Secrétariat général	18.569	10
Services spéciaux (1)	11.000	»
Service contentieux et judiciaire	183.770	90
Frais de propagande	6.053	»
Office de recouvrement	1.060	»
	265.599	67
Pour ordre :		
Versements à la Caisse de garantie	115.960	»
Total	381.659	57

Je dois faire remarquer que les dépenses supérieures aux recettes justifiaient l'élévation de la cotisation qui a été demandée l'an dernier.

3° *Balance :*

L'avoir général au 31 décembre 1929 était de	222.239	23
Les recettes de 1930 ont été de	375.687	75
	608.016	98
Les dépenses de 1930 ont été de	381.659	57
Reste avoir	216.357	31

(1) Service fiscal, service médico-militaire, service des tarifs, service de conciliation près des assurances.

représentés par :

Portefeuille, valeur de 1929	176.322 70	200.572.70
plus achats de 1930	24.250 »	
Espèces à la Société générale	10.693 86	15.784.61
Espèces en caisse	5.090.75	
Total égal		216.357 31

4° Portefeuille de la Caisse générale.

600 fr. de Rente française 6 %	10.000 »
1.000 fr. de Rente française 5 % 1928	18.200 »
100 Obligations des P. T. T. 5 % 1928	48.161 65
13 Obligations du Chemin de fer P. L. M. 2,5 %	5.380 05
63 Obligations Industrie sucrière 6 % 1922	29.428 70
50 Obligations Grosse Métallurgie 6 % 1921	23.301 15
50 Obligations du Chemin de fer de l'Est 5 % 1921	41.851 15
50 Obligations Energie électrique du Sud-Ouest	24.250 »
Total	200.572 71

Ces valeurs sont comptées aux prix d'achat; quelques-unes ont été remboursées en 1931 ave une plus value sensible.

II. Caisse de garantie

1° Recettes :

Les recettes de l'exercice 1930 se sont élevées à 138.988 fr. 69, savoir :

Cotisations	115.960 »
Intérêts	22.881 69
Boni sur remboursement de valeurs (1)	147 »
Total	138.988 69

2° Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 46.935 40, savoir :

Indemnités de garantie	46.433 70
Frais de banque	501 70
Total	46.935 40

3° Balance.

Avoir général au 31 décembre 1929	393.691 23
Recettes de 1930	138.988 69
	532.679 92
Dépenses de 1930	46.935 40
Reste avoir	485.744 52

représentés par :

Portefeuille, valeur 1929	324.542 74	
moins valeurs remboursées	3.758 87	320.783 87
plus achats de 1930		146.875 »
		467.658 87
Espèces à la Société générale	18.173 05	
moins dû au Trésorier	87 40	18.085 65
Total égal		485.744 52

(1)

	remboursées	achetées	Boni
4 obligations Grosse Métallurgie 1922	2.000 »	1.920 »	80 »
4 obligations Ouest-anciennes	1.905 87	1.838 87	67 »
	3.905 87	3.758 87	147 »

4° *Portefeuille de la Caisse de Garantie.*

450 fr. Rente française 5 % 1915	7.861 25
1.000 fr. Rente française 5 % 1928	18.200 »
60 Obligations de la Caisse Autonome	56.100 »
6 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	2.758 23
12 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	3.931 50
9 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes	3.137 82
12 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	4.826 75
17 Obligations Chemin de fer Dauphiné 3 %	7.399 65
21 Obligations Chemin de fer Ouest-Algérien 3 %	9.075 87
100 Obligations Chemin de fer de l'Etat 6 % 1921 A	48.266 30
40 Obligations Chemin de fer du Maroc	19.000 »
10 Obligations Gouvernement général de Madagascar	4.637 50
136 Obligations Grosse Métallurgie 1922	65.278 85
50 Obligations Industrie Textile 6 %	22.335 15
50 Obligations des P. T. T. 5 % 1928	23.600 »
50 Obligations Energie industrielle	48.625 »
50 Obligations Energie électrique du littoral méditerranéen	49.250 »
25 Obligations Energie électrique du Sud-Ouest	24.250 »
50 Obligations 5,5 % Emprunt international allemand	49.125 »
Total	467.658 87

Ces valeurs sont également comptées au prix d'achat et les cours actuels donnent une plus value notable

La situation du « Sou Médical » est excellente. Il est évident qu'une certaine partie de son avoir, tant à la Caisse générale qu'à la Caisse de garantie, est engagée dans des affaires en cours, mais il peut faire face à toutes les éventualités.

L'élévation de la cotisation à cent francs permet de verser 40 fr. à la Caisse de garantie qui recevra ainsi annuellement 250.000 francs tandis que la Caisse générale recevra près de 340.000 francs Malgré les condamnations de plus en plus sévères en matière de responsabilité civile, malgré l'augmentation des frais contentieux et judiciaires, nous pouvons envisager l'avenir avec confiance.

Le Trésorier,
A. GASSOT.

Syndicat médical de Chartres

Assemblée générale du 10 mai 1931 à l'Hôtel-Dieu.

Admissions. — Sont admis *provisoirement* par bulletins secrets les docteurs Chouet (parrains : docteurs Fayolle et de Fourmestraux) ; Goldenberg (parrains : docteurs Durand et de Fourmestraux) ; Lacroix (docteurs Baudin et Poirel).

Sont admis *définitivement* les docteurs Frédet, Lelong et Pradines.

Démission. — Le docteur Dassonville ayant quitté l'Eure-et-Loir adresse sa démission qui est acceptée, ses cotisations étant à jour.

Conseil d'administration de la Fédération. — Le docteur Vaillant est élu comme deuxième membre du Syndicat à ce Conseil composé de huit membres (article 9 des statuts).

Assistance médicale gratuite. — Le Secrétaire exprime les desiderata de la Commission de Contrôle et du Syndicat des Pharmaciens concernant la rédaction des ordonnances et donne quelques explications concernant les assurés sociaux indigents.

Office de recouvrements. — Institué sous la responsabilité du Syndicat, il s'étend désormais à tout le département et passe sous le contrôle de la Fédération. De ce fait, le secrétaire rend compte de la comptabilité et de la gestion depuis le premier octobre 1930 jusqu'à ce jour. Quitus est donné au directeur et au secrétaire et une somme de 75 fr. est votée pour indemnité au directeur.

Assurances sociales. — Des désiderata sont exprimés notamment au sujet de l'édition du tarif. Il sera proposé à la Fédération la modification de la colonne I (numéros de nomenclature), la colonne des prix n'ayant d'ailleurs soulevé aucune difficulté.

Les adhésions et cotisations de 50 fr. en retard, devront être régularisées, la liste des médecins habilités devant être remise aux Caisses dans un délai assez proche.

Questions diverses. — **Fisc.** — Quelques membres de l'Assemblée s'étonnent que ne soit pas admise par

l'Administration la déduction des frais de remplacement pendant les congés de vacances, seuls les congés de maladies donnant ce droit.

La question sera soumise à la Fédération.

Office national de tourisme. — Un contrat a été passé entre cet office et la Confédération des Syndicats pour l'organisation des *postes de secours sur route.* Le Secrétaire en expose l'idée fondamentale et en temps opportun fera le nécessaire pour éclairer les médecins syndiqués sur leur participation possible.

Consultations externes à l'hôpital. — Une question est posée au sujet de consultations et d'interventions faites à l'Hôtel-Dieu. Après discussion, le confrère visé étant d'ailleurs absent, l'Assemblée demande qu une démarche soit faite pour aplanir le différend. Le vote émis à ce sujet — à l'unanimité — n'a d'ailleurs qu'un sens indicatif et est dépourvu de sanction (articles 9 et 11 des statuts).

Par application de l'article 9 la question sera d'abord soumise au bureau — puis à la Fédération. Les consultations externes à l'hôpital formant une des difficultés d'application de la loi des assurances, la question ne peut être éludée et devra être l'objet d'uneétude spéciale et de décisions applicables à tous les hôpitaux du département.

Le Secrétaire : Dr POIREL.

N. B. L'Assemblée générale de la Société Hôtel Chambon (dont le Syndicat est actionnaire) s'est tenue le 27 juin 1931.

En 1929, aucune recette. Perte de 150.000 fr. En 1930, bénéfice de 75.000 fr. Situation financière bonne, situation morale excellente.

Docteur POIREL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Beaudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE). — *Stage et cours de perfectionnement du 1er au 31 octobre,* sous la direction du Professeur COUVELAIRE, avec l'assistance de MM. LEVANT, VIGNES, CLEISZ, PORTES, DESNOYERS, RAVINA, LACOMME, accoucheurs des hôpitaux ; POWILEWICZ, SEGUY et SUREAU, anciens chefs de clinique ; M. DIGONNET et Mme ANCHEL-BACH, chefs de clinique ; M. LAENNEC, aide de clinique à la Maternité ; MM. MERGER et MAYER, internes.

A) STAGE CLINIQUE ET CONFÉRENCES. — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les sujets suivants : M. DIGONNET : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide. — M. DIGONNET : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — M. SUREAU : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur). — M. RAVINA : Complications de la délivrance. — M. DESNOYERS : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses). — M. DESNOYERS : Traitement des viciations pelviennes. — M. CLEISZ : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation.— M. SÉGUY : Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire.) — M. SÉGUY : Vomissements graves. — M. VIGNES : Anomalies de la contraction utérine. — M. DIGONNET : Anomalies de la dilatation du col.— M. LEVANT : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. LEVANT : Traitement des infections puerpérales. — Mme ANCHEL-BACH : Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésiculaire. — M. LACOMME : Gestations gémellaires. — M. RAVINA : Examen du placenta. — M. LACOMME : Tuberculose et gestation. — M. POWILEWICZ : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale. — M. LAENNEC : Cardiopathies et gestation. — M. SUREAU : Infections colibacillaires et gestation. — M. RAVINA : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité. — M. POWILEWICZ : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré. — M. AUROUSSEAU : Chirurgie du nouveau-né. — M. LACOMME : Infections du nouveau-né.

B) COURS D'OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES sous la direction de M. PORTES, agrégé, accoucheur des hôpitaux, du 5 au 25 octobre. Ce cours aura lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. MERGER : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures. — M. MERGER : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. MAYER : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. LAENNEC : Extraction du siège. — M. MAYER : Versions par manœuvres internes. — M. SUREAU : Basiotripsie. — M. SUREAU : Embryotomie rachidienne. — Mme ANCHEL-BACH : Dilatation artificielle du col, dilatateurs, dilatation manuelle, ballons. — M. DIGONNET : Hystérotomies par voie vaginale. Incisions du col. Césarienne vaginale. — M. PORTES : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne basse (Projection de films). — M. PORTES : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum. (Projection de films). — M. DIGONNET : Pelvitomies. — Mme ANCHEL-BACH : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions transfusion). — M. MAYER : Chirurgie réparatrice. — M. SÉGUY : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. LAENNEC : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. SÉGUY : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 400 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de dermatologie.* — Ce cours sera fait sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT avec la collaboration de M. JOYEUX, professeur de parasitologie à la Faculté de Marseille ; M. HUDELO, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; LOUSTE médecin de l'hôpital Saint-Louis ; SÉZARY, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; SABOURAUD, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; VALLERY-RADOT-PASTEUR, agrégé, médecin de Bicêtre ; P. CHEVALLIER, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; TOURAINE, médecin de l'hôpital Broca ; BURNIER, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; PÉRIN, ancien chef de clinique ; CARTEAUD, chef de clinique ; COHEN, chef de clinique ; Mlle ELIASCHEFF, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. CIVATTE, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; FERRAND, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 5 octobre au samedi 31 octobre 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (73 leçons). — M. GOUGEROT : Examen des malades et classification dermatologique. — M. CIVATTE : Histologie normale et pathologique de la peau. — Mlle ELIASCHEFF : Histologie pathologique de la peau. — M. COHEN : Dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne. — M. MILIAN : Gale. — M. JOYEUX : Phtiriase et affections parasitaires. — M. SABOURAUD : Cocci de la peau. Impétigo. Ecthyma. Pyodermites. Furoncle. Anthrax. Botryomycose. — M. GOUGEROT : Tuberculose cutanée. Tuberculides. Erythème induré de Bazin. Sarcoïdes. — M. TOURAINE : Lupus tuberculeux. — M. FERNET : Lupus érythémateux. Lupus pernio. Engelures. — M. GOUGEROT : Mycoses. Sporotrichoses. Epidermomyoses. — M. SABOURAUD : Teignes. Favus. Trichophyties. Erythrasma. Microsporie. — M. L. PÉRIN : Morve. Charbon. Fièvre aphteuse. — M. TOURAINE : Les érythèmes. — M. SÉZARY : Mélanodermies. Dyschromies. Vistiligo. — M. VALLERY-RADOT-PASTEUR : Urticaire. Urticaire pigmentaire. — M. CHEVALLIER : Eczéma. Purpura. — M. GOUGEROT : Lèpre. — M. JOYEUX : Leishmanioses. Bouton d'Orient, Pian. Granulome des pays chauds. — M. GOUGEROT : Dermatoses atypiques. Infections froides dues aux pyocoques. — M. LOUSTE : Xanthelasma. Xanthome. Pellagre. — M BURNIER : Lichen plan. Herpès. Zona. — M. CARTEAUD : Psoriasis. Pityriasis rosé. Pityriasis rubra pilaire. — M. CIVATTE : Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis. — M. GOUGEROT : Complications des plaies. Accidents du travail. — M. HUDELO : Prurit. Prurigo. Strophulus. Lichénification. — M. SABOURAUD : Séborrhée. Alopécies. Pelade. — M. SABOURAUD : Pityriasis simplex et stéatoïde. Eczématides. — M. GOUGEROT : Radiolucites et xeroderma pigmentosum. — M. COHEN : Maladie de Dühring. — M. LOUSTE : Ichtyoses. Kératoses palmo-plantaires. Kératose pilaire. — M. CARTEAUD : Erythrodermies. Dermatites exfoliantes. — M. CARTEAUD : Pemphigus. Ulcères de jambes. — M. BURNIER : Sclérodermie. Maladie de Raynaud. — M. CARTEAUD : Ulcères de jambes. Mal perforant. Eléphantiasis. — M. MILIAN : Tumeurs de la peau. Nævi. Chéloïdes. — M. LOUSTE : Mycosis fongoïde. Leucémides. — M. FERRAND : Histologie des tumeurs de la peau. — M. GOUGEROT : Dermo-épidermites strepto-staphylococciques. — M. FERNET : Atrophies cutanées.

Un cours semblale a lieu chaque année en avril et en octobre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 2 novembre au 28 novembre 1931 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 30 novembre au 19 décembre 1931.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Pour renseignements complémentaires s'adresser au Dr BURNIER (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 h. à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi).

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité** (Professeur Emile SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'*exploration radiologique de l'appareil respiratoire* commencera le lundi 7 décembre à 9 h. 1/2.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie* — Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie. M. BULLIARD, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 1er au 14 octobre 1931.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hopitaux de Paris.** — *Cours de révision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* Ce cours aura lieu du 2 au 7 novembre 1931 sous la direction du Professeur Emile SERGENT et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi : Démonstration pratique. — Lundi 2 novembre, M. LIAN, hôpital Tenon ; Mardi 3 novembre M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié ; Mercredi 4 novembre, Professeur SERGENT, hôpital de la Charité ; Jeudi 5 novembre, M. FERNET, hôpital Saint-Louis (policlinique M. Lortat-Jacob) ; Vendredi 6 novembre, M. FAROY, hôpital Beaujon ; Samedi 7 novembre, M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 heures à 4 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent) ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le Professeur SERGENT.

Lundi 2 novembre, 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 3 novembre, 3 heures à 4 heures, M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 4 novembre, 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. HARVIER (endocrinologie) 6 h. à 6 h. 1/2, M. ABRAMI, (pathologie générale).

Jeudi 5 novembre, 3 heures à 4 heures, M. FERNET (peau et syphilis) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène) ; 6 h. à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 6 novembre, 3 heures à 4 heures, M. WEISSENBACH (médecine générale) ; 4. h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 7 novembre, 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 ph. 1/2, M. le Professeur SERGENT (appareil respiratoire).

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr BLONDEL, assistant du Dr LIAN, soit à l'avance par correspondance, soit le lundi matin, 2 novembre, à l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Concours de l'internat.** — Liste alphabétique des candidats admissibles aux épreuves orales du concours de l'internat en médecine :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Adrianopoulos, Aliker, Alliliaire, Amante, Arnal, Arnous, Arvay, Arviset,

Baratoux, Barcat, Baumgartner, Bastien, Beaufils, Benassy, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bernard (Jacques), Bidou, Bigey, Billard, Bloch, Boisseau, Boissonnet (Jacques), Bonhomme, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), Botton (de), Bouchacourt, Bouley, Boulle, Bour, Bourdial, Boursat, Boussoulade, Bouteau, Boutron, Bouwens van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyé (Isidore), Bréhant, Brincourt, Brinon, Brocard (Henri), Brouet, Broutman, Brunhes, Bureau,

Caby, Cachin, Camelot, Camus, Carrez, Castany, Catanné, Catinat, Chapireau, Chareire, Chatain, Chevallier (André), Chevallier (Roger), Coldefy, Corcos, Mlle Cottin (Amélie), M. Cottin (Pierre), Mlle Courrier, MM. Coussieu,

Damon, David (Lucien), Debidour, Debray (Charles), Dechaume-Moucharmont, Delaitre, Delorme, Delort, Demartial, Desvignes, Dézoteux, Dormay, Douay, Dreyfus (André), Dubois (Pierre), Dulot, Duperrat, Durandy, Dutray,

Escrivan (d'), Esquirol.

Falk, Fasquelle, Ferroir, Feuillet, Findjanjian, Flori, Fontaine, Fourestier, François, Frosnais, Fuchs,

Mlle Gagneur, MM. Gabinet, Gaignerot, Gautier (Michel), Gelbert, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Ghozland, Giard, Gibert, Gillot, Girard, Goyer, Grépinet, Gréze, Grossiord, Groulier, Guichard, Guillaumat, Guison,

Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hertz, Mlle Huguet, MM. Huguier,

Ichard, Illiovici, Israël,

Mlle Jammet, MM. Jouanneau, Jouffroy Judet.

Kaplan, Kipfer, Klotz,

Lachmann, Lafon, Landrieu, Lanthier, Laude, Lauret, Le Cœur, Legry Le Picard, Leroy (Louis), Levaditi, Lichtenberg, Mlle Liphschutz, M. Livieratos, Mlle Lyon, Mme Longuet (Georgette),

MM. Macrez, Mallarmé, Marcombes, Maray, Marre, Martin (Marcel), Martrou, Maspétiol, Mathivat, Mendelsohn, Meyer (Jean), Minc, Mirbeau, Monier, Morax, Moreau (Jacques), Morono Morin Mouchotte (Maurice), Moulinier,

Nastorg, Nastier, Netter, Nomblot,

Mlle Oehmichen. MM. Offret, Olivier (Claude), Ortholan,

Pannet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau (Pierre), Perret, Perrot (Raoul), Pescarolo, Pierra, Mlle Poindessault, MM. Pointdu, Porge, Pourquié, Prunet, Pyt,

Rambert, Robert, Rodier, Rossignol, Rouvillois, Roux (Marcel), Roy (André-Louis),

Sabourin, Sacquepée, Mlle Salembiez, MM. Sambron, Sauvain, Scemama, Scheid, Séguin, Seringe, Sidi, Simon (Gaston), Soubrane ; Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Stenwart, Stérin, Strée, Schumann.

Terver, Thomann. Thorel, Tran-Quang, Dé, Tribalet, Trombert, Trotot,

Ulmann,

Varangot, Vauclin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière MM. Vial, Vidart, Vildé, Vincent (Jean), Voisin.

Werner, Wetterwald, Willot,

Yaich, Yovanovitch,

Zhâ.

Les épreuves orales commenceront le 8 octobre.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Louis ROUVIÈRE, de Voiron ; du Dr Abel MASSÉ, de Paris.

— **Les médecins des Etats-Unis d'Amérique à Vichy.** — L'importante délégation de médecins des Etats-Unis d'Amérique, accomplissant un second voyage d'études à travers les stations thermales et climatiques françaises, sous les auspices du Gouvernement, a été reçue à Vichy par MM. Léger, maire de Vichy, Normand, directeur des services administratifs, et Brian, directeur des services techniques de la Compagnie fermière ; M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy et de nombreux représentants du Corps médical de la station.

Dans l'après-midi du mercredi 26 août a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux de Vichy-Etat, dont l'installation peut être considérée comme répondant aux derniers progrès de la science et de l'industrie. Les visiteurs ont été intéressés au plus haut point par les séries de machines si bien conçues pour supprimer la manipulation des bouteilles, assurer ainsi les garanties d'asepsie les plus complètes et répondre aux desiderata du Corps médical du monde entier. Leur attention a été également retenue par le laboratoire joint à ces ateliers, qui, chaque jour, soumet à diverses réactions et contrôle l'eau de rinçage des bouteilles.

Vers la fin de l'après-midi, la délégation a été reçue au Sporting-Club de Vichy. Sous les pergolas qui font une si ravissante parure au Club-House du Golf, un thé d'honneur fut servi aux distingués voyageurs, pendant qu'ils contemplaient le merveilleux paysage, à la fois si prenant et si reposant, qui se déroulait sous leurs yeux.

Ils parcoururent ensuite les installations du Sporting-Club, le golf et les courts de tennis, dont ils commentèrent élogieusement le parfait aménagement.

Le soir, ils assistaient au casino à la représentation de gala, donnée en leur honneur. Au programme, figurait *Madame Butterfly*, le drame lyrique de Puccini, avec le concours de la très gracieuse artiste japonaise Teiko-Kiwa, et *Variétés chorégraphiques*, suite de danses réglées sur des pages célèbres de grands maîtres. Ce spectacle qui se déroula en présence d'une assistance des mieux choisies, constituait une très belle réalisation d'art très appréciée des distingués visiteurs.

La journée de jeudi fut consacrée à une excursion en Auvergne et le soir, au retour, un dîner de gala, suivi de bal, offert par la Société des grands hôtels, réunissait dans les salons du Thermal Palace, les visiteurs et différentes personnalités de la station. Au début du repas, une magnifique gerbe de fleurs fut offerte par Mme Hinchman, au nom de la délégation, à M. le Docteur Gordon Hoyd, à l'occasion de son anniversaire et M. Alotti, prononça ensuite quelques mots des plus heureux pour saluer ses hôtes et leur souhaiter la bienvenue.

Dans la matinée de vendredi eurent lieu la visite du Laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la Compagnie fermière de Vichy, et, dans la salle des fêtes du casino, une conférence faite par M. le Docteur Einhorn dont nous avons déjà parlé. A midi, un vin d'honneur était offert à la délégation et à tous les membres de la Colonie américaine, sur la terrasse du casino et l'après-midi était consacré à la visite de l'Etablissement thermal, de ses différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électrothérapie et des sources hyperthermales du Dôme.

Le soir, à 20 h. 30, dans les salons du Carlton, la Compagnie fermière de Vichy offrait un banquet, sous la présidence de M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, à la délégation des médecins des Etats-Unis. Au champagne, des discours étaient prononcés par MM. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration et administrateur-délégué de la Compagnie fermière ; le Professeur Achard, M. le Docteur Durand-Fardel président, de la Société des Sciences médicales, le Comte d'Ornano, conseiller du Commerce extérieur, organisateur du voyage, le Docteur Gordon Hoyd, président de la délégation, le Docteur Sondern, vice-président, le Docteur Sheehan, le Professeur Corwin et M. Gaston Gérard.

Les médecins des Etats-Unis sont repartis samedi matin pour Paris. A leur arrivée, ils sont allés déposer une gerbe sur la tombe du Soldat inconnu. A l'issue de cette cérémonie, ils ont été reçus au Pavillon du lac du Bois de Boulogne, par M. Vallat, directeur de l'Office national du Tourisme, qui tenait à les saluer avant leur départ.

— **Consultations radio-médicales, en mer.** — M. Guernier, ministre des Postes et Télégraphes, vient de créer un service de consultations médicales, en mer, pour les navires n'ayant pas de médecin à leur bord. Dorénavant, les navires en mer pourront demander des consultations médicales par T. S. F. aux stations suivantes : Le Havre-Radio, Sainte-Marie-de-la-Mer-Radio, Marseille-Radio, et Bordeaux-Port-Radio. Réponse leur sera faite par la même voie, le plus rapidement possible.

— **Bureau de la Presse médicale latine.** — Le Bureau de Paris, de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu, est ouvert gratuitement de 9 h. 30 à midi et de 15 à 18 heures, aux médecins et étudiants en médecine de toutes nationalités, habitant ou de passage à Paris. Ils peuvent y obtenir des renseignements sur les cliniques, hôpitaux, services d'hôtels, etc.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2° La femme du médecin peut être considérée comme une salariée, et, comme telle, assujettie obligatoire, ou facultative.

Veut-elle être assurée obligatoire, il faut que son employeur — son mari — la déclare comme une salariée ordinaire Elle aura donc tous les avantages et les obligations d'une salariée, le mari devant acquitter les versements mensuels, etc.

Veut-elle ne se garantir que contre l'invalidité, ou la vieillesse, la femme du médecin peut demander son inscription comme assurée facultative, en se prévalant de ce qu'elle n'est pas salariée, mais accomplit un travail intellectuel.

Mais je dois avouer que la question est fort complexe et difficile. Une femme de médecin peut-elle être considérée comme salariée de son mari, parce qu'elle tient ses livres, ou l'aide dans la propharmacie ?

La question a été discutée en matière d'impôt sur le revenu et, si le Conseil d'Etat a été appelé à se prononcer sur la qualité de salariée de la femme d'un commerçant, cette haute juridiction n'a pas rendu d'arrêt, dans le cas de femme de médecin, ou d'un mari exerçant une profession libérale.

Ensuite, intervient la question du contrat de mariage : lorsque les époux sont unis sous le régime de la communauté de biens, il est assez difficile de faire le départ entre les ressources collectives du ménage et l'apport séparé de chaque époux alors que l'un doit être considéré comme le salarié de l'autre.

Si la femme est qualifiée comme la salariée de son mari, elle ne peut que bénéficier de l'assurance obligatoire.

Si elle ne peut pas se prévaloir de cette qualité de salariée de son mari, elle peut demander son adhésion à l'assurance facultative, à la condition que, considérée comme travailleur intellectuel, elle puisse faire la preuve qu'elle vit principalement du produit de son travail.

A mon avis, la femme du médecin peut se prévaloir de la qualification de salariée de son mari, réclamer son inscription comme assurée obligatoire et, si elle dépasse rapidement le maximum prévu par la loi, passer dans l'assurance facultative et ne verser désormais que pour la constitution d'une pension de retraite.

Si des difficultés surgissaient, du côté des caisses, à l'occasion de la demande d'inscription, il serait intéressant de suivre juridiquement ce problème, car il peut avoir de grosses conséquences pour le médecin.

Dr Paul Boudin.

4196. — Délivrance de médicaments sans ordonnances

Une cliente assurée sociale vient me voir il y a un

mois environ : consultation qu'elle me paye comptant, ordonnance, signatures multiples, etc.

Entre autres choses, l'ordonnance comportait une formule à base de strychnine et arrhénal tonique. La malade estimant que cela lui a fait du bien désire renouveler sa bouteille et par l'entremise d'une autre personne (elle habite à 7 km.) en demande le renouvellement au pharmacien. Celui-ci refait la bouteille et m'envoie une feuille d'assurances sociales avec prière de refaire une ordonnance ? Quelle conduite tenir. Je n'ai pas l'intention de recopier mes ordonnances à chaque fois que le cas se présentera pour rien. D'autre part, si j'émets la prétention, injuste du reste de faire payer une consultation à une malade que je n'ai pas vue, la caisse et la malade protesteront. Il est pourtant évident d'une part que la malade peut avoir besoin de faire refaire une ordonnance qui lui a fait du bien ; d'autre part que si les caisses admettent cela il n'y a pas de raison que l'ordonnance ne soit renouvelée nombre de fois et même, du moins à la campagne et en cas de fortifiant, appliquée à tous les individus d'une même famille taxés de « faiblesse ».

Il y a là une difficulté à résoudre. J'ai recherché dans le *Concours* sans trouver la solution.

Mais ce cas va sûrement se présenter maintes fois surtout à la campagne où les notions d'économies font qu'un malade fait souvent refaire, souvent à tort du reste, des ordonnances datant de 10 ou 15 ans.

Dr M.

Réponse.

La législation des assurances sociales n'a nullement abrogé l'article 32 de la loi du 21 Germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie.

Cet article fait défense aux pharmaciens « de livrer et de débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques sans la prescription, qui en sera faite par un docteur en médecine, ou par un officier de santé et sur leur signature ».

Il en résulte qu'actuellement, le pharmacien n'a pas le droit de débiter, ou de renouveler un médicament, sans que le client ne lui présente une ordonnance magistrale. Par conséquent, une caisse d'assurances sociales, qui voudrait se montrer respectueuse des lois, serait en droit de refuser le remboursement, total ou partiel, d'une fourniture pharmaceutique, qui n'aurait pas été régulière et qui violerait ledit article 32.

Cependant, mal renseigné par son entourage, le Dr Grinda, alors ministre du Travail, avait, par circulaire du 26 décembre 1930, déclaré aux préfets que : « les syndicats médicaux doivent reconnaître aux caisses le droit de délivrer aux assurés, sans ordonnance médicale, certains médicaments courants, dont la liste et le mode de délivrance seront arrêtés d'accord entre les caisses et les syndicats médicaux et pharmaceutiques. »

C'est donc inciter les caisses à délivrer directement certains médicaments à leurs ressortissants, en se passant et du médecin et du pharmacien.

La Confédération des syndicats médicaux approuva l'opinion du ministre. Nous lisons dans le *Médecin de France*, cette déclaration : « Cela vise la délivrance aux assurés de certains médicaments simples, comme la teinture d'iode, le coton hydrophile, la farine de moutarde. Il est évident que, sur ce point, nous ne pouvons que donner une adhésion formelle. Il serait abusif d'exiger que le malade vienne prendre une consultation pour avoir droit au remboursement de sa teinture d'iode : j'ai cru pouvoir dire votre acceptation de cette proposition. »

Dans un article paru dans le *Bulletin* de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, 31 juillet 1931, page 531, le Docteur Henri Martin ne partage nullement cette opinion.

Il fait d'abord remarquer que dresser une liste de médicaments simples, pouvant être délivrés sans ordonnances, c'est ouvrir la porte aux abus et aux réclamations. Non seulement cette liste sera extensible et jamais close, mais encore les fabricants de spécialités demanderont-ils l'inscription de leurs produits.

Comme le fait très justement remarquer le Dr Henri Martin, une loi pénale doit définir ce qui est interdit et non ce qui est permis. Mieux vaudrait, si l'on doit modifier, par une loi (et non par une simple circulaire ministérielle, qui est inopérante) cet article 32 de la loi de Germinal, publier au Codex une liste de substances classées comme ne devant être délivrées par les pharmaciens que sur prescription médicale.

Sur ce point nous pouvons conclure que, bien que cet article 32 soit en pratique tombé en désuétude, il n'en existe pas moins et une caisse d'assurances sociales pourrait s'appuyer sur ce texte pour refuser soit à l'assuré, soit au pharmacien le remboursement de médicaments délivrés ou renouvelés sans ordonnance médicale.

Le Dr Henri Martin insiste ensuite sur une considération d'ordre pratique, qui a grande valeur.

Actuellement, obligé de demander au médecin une ordonnance médicale, pour que la teinture d'iode lui soit remboursée, le client préfère acquitter cette minime dépense de ses propres deniers.

S'il sait, au contraire, qu'il peut se fournir chez le pharmacien de médicaments anodins et courants, il sera tenté d'abuser de cette tolérance, de s'approvisionner outre mesure et même d'en faire profiter des amis, qui ne sont pas assurés sociaux.

D'où des dépenses considérables, qui resteront à la charge des caisses.

L'ordonnance médicale prouve au moins que l'assuré a besoin de tel ou tel médicament.

J'estime donc que nous ne pouvons souscrire à cette délivrance de médicaments, sans ordonnance médicale, car c'est ouvrir la porte aux abus. La loi de Germinal n'est pas encore abrogée, ni modifiee par une autre loi : un arrêté ministériel ne saurait y rien changer, à plus forte raison, une circulaire.

Restons donc dans le *statu quo* actuel ; mais étudions avec les syndicats pharmaceutiques les modifications à apporter sur ce point, à la loi de germinal, ne serait-ce que pour retenir la suggestion du Dr Henri Martin, de dresser la liste des médicaments, que la loi future interdirait aux pharmaciens de délivrer, sans ordonnance médicale.

Maintenons le point de vue actuel : une ordonnance ne peut être renouvelée, que si le médecin en a ainsi décidé, ou s'il l'a mentionné sur sa prescription primitive : « à renouveler x fois ».

Laissons à la charge des assurés les dépenses minimes et courantes d'hygiène, de préservation, ou de cure simple : point n'est besoin d'ordonnance médicale, mais également, point de remboursement des frais pharmaceutiques.

Y a-t-il une difficulté ? le praticien signale le fait à son syndicat, lequel en réfère d'abord au syndicat des pharmaciens. Ensuite, les deux groupes professionnels saisiront la caisse, ou l'ensemble des caisses du département.

Si l'accord n'intervient pas, comme il s'agit, en l'espèce, d'une interprétation de la convention syndicat-caisse, il faudra saisir la commission tripartite départementale.

Dr Paul BOUDIN.

Questions médico-militaires

3086. — Droits d'une veuve de guerre remariée puis divorcée

1° Une veuve de guerre, titulaire d'une pension de veuve réduite de moitié à la suite d'un nouveau mariage, peut-elle prétendre, ayant divorcée d'avec son second mari, à la totalité de sa pension primitive de veuve ?

2° La même personne, ayant perdu un fils issu du premier lit décédé depuis la guerre pendant son service et du fait du service a-t-elle droit normalement à partir de 55 ans (elle remplit les conditions fiscales requises) à une pension d'ascendant ; peut-elle cumuler pension de veuve plus pension d'ascendant ?

Dr H.

Réponse.

1° En principe, la veuve remariée puis divorcée de son second mariage, doit pouvoir récupérer ses droits perdus. Mais cette question individuelle ne peut être solutionnée que par un avis

du contentieux du Ministère des Pensions. Il faut dès lors, que cette veuve adresse une réclamation au *Ministre des Pensions, Service des réclamations*, 37, *rue de Bellechasse, Paris*, 7e, en y joignant les pièces officielles de son divorce et la copie de la déclaration ministérielle qui l'a privée de ses premiers droits à pension de veuve non remariée.

2o Il ne semble pas que la loi interdise le cumul d'une pension de veuve de guerre et d'une pension d'ascendante. Ces deux pensions ne sont pas, en effet, *de même nature* ; entre *deux* pensions de veuve, *de même nature par conséquent*, la veuve pourrait opter pour la pension la plus favorable.

3084. — Démission d'un médecin de réserve maintenu dans les cadres

Maintenu dans les cadres sur ma demande, comme médecin aide-major de 1re classe (deux galons), je vous prie de me faire savoir quand je pourrai donner ma démission ; j'appartiens à la classe 1900, c'est-à-dire âgé de 51 ans.

Dr G

Réponse.

Puisque vous avez été maintenu dans les cadres sur votre demande, vous ne pouvez plus donner votre démission et vous ne serez libéré de toutes obligations militaires qu'à l'âge de 58 ans (avec le grade de lieutenant).

Seulement pour une infirmité incompatible avec le service militaire, et reconnue par des experts militaires, puis par une Commission de réforme, le ministre pourrait prononcer votre radiation définitive ou temporaire des cadres.

3227. — Promotion au 3e galon. Périodes d'instruction

J'ai été nommé médecin lieutenant à titre définitif à la date du 27 avril 1919 après l'avoir été à titre temporaire depuis octobre ou novembre 1918. Dans ces conditions peut-on m'obliger à faire des périodes de réserve et puis-je être proposé pour le grade supérieur sans faire de période. Si oui, que dois-je faire ?

Dr P.

Réponse.

Puisque vous avez accompli six mois de mobilisation (y compris le temps passé à titre temporaire) avec votre grade actuel, vous *pouvez* être proposé pour le grade supérieur, sans être astreint à accomplir une période d'exercice, *si* les autorités militaires estiment, sur le simple examen de vos états de services, que vous possédez les aptitudes nécessaires pour être promu. *Dans le cas contraire,* vous n'êtes pas obligatoirement tenu d'accomplir une période,

mais votre avancement demeure subordonné à l'accomplissement de cette période (circulaire ministérielle du 30 septembre 1930). Par conséquent attendez ; mais si vous recevez une convocation, il sera préférable d'accomplir la période demandée, si vous voulez bénéficier de l'avancement.

3051. — Inscription au tableau d'avancement et promotion

Inscrit au tableau d'avancement par décision ministérielle du 18 mai pour le grade de médecin capitaine, et, convoqué pour une période de quinze jours, dois-je faire cette période comme lieutenant ou comme capitaine ?

Dr P.

Réponse.

Si, d'ici l'époque fixée pour votre période, vous avez *été promu* au grade de capitaine, vous effectuerez naturellement votre période avec votre nouveau grade ; sinon, vous serez *encore* possesseur de votre grade de lieutenant pour cette période d'instruction.

3293.— Indemnité de première mise d'équipement

J'étais lieutenant d'infanterie à la démobilisation. Après ma thèse, en 1928, j'ai dû, pour passer dans le service de santé, donner ma démission d'officier.

J'ai touché, pendant la guerre, une indemnité de première mise d'équipement. Actuellement, je suis de nouveau officier (médecin sous-lieutenant) et suis astreint à une période militaire le mois prochain.

A l'occasion de mon changement d'arme et de ma nouvelle nomination au grade d'officier, ai-je droit à une nouvelle indemnité de première mise d'équipement ?

Dr J.

Réponse.

On ne touche qu'une seule fois l'indemnité de première mise d'équipement ; vous ne pouvez donc percevoir une deuxième fois cette indemnité à l'occasion de votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

3217. — Maintien dans les cadres. Libération du service militaire.

Né en 1880, classe 1900, marié, deux enfants. Fait dès le premier jour de la mobilisation toute la guerre. Invalidité 50 % pour blessures, médecin capitaine de réserve, maintenu il y a deux ans sur ma demande dans la réserve alors qu'on m'annonçait que « j'étais sur le point d'avoir accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement » (28 juin 1929).

J'étais depuis la fin de la guerre « mobilisable » le 15e puis le 22e jour de la mobilisation à A. même dans une formation chirurgicale.

Mobilisation dès le PREMIER JOUR, à B. J'écris au directeur pour lui dire que ma santé s'étant malheureusement altérée beaucoup je serais le cas échéant dans l'impossibilité de répondre à cet ordre et de faire du service à plus de 1.000 mètres d'altitude (cœur).

Le Directeur du Service de santé me répond aujourd'hui que mon affectation à B. résulte de circonstances médico-militaires particulièrement impérieuses et que par le jeu du décalage périodique des classes il me donnera satisfaction en me réaffectant à A. dès qu'il pourra.

J'ajoute qu'ayant plus de 35 ans de service dans les Sociétés de préparation militaire j'ai obtenu : avant la guerre :

1° lettre de félicitations du ministre ;

2° Lettre et citation du B. O. ;

3° Palmes académiques ;

et après la guerre en 1930 en février, à la *première liste* de récompenses ;

4° La rosette (médaille d'or) de l'Instruction physique.

Je vous demande :

1° A quelle date si je reste dans les « réserves » je cesserai d'être mobilisable ?

2° A quelle date si je suivais normalement le sort de ma classe je serais libéré de tout service ?

3° *Quelle est à votre avis la conduite à tenir en l'occurrence* ? Démission ? *Statu quo* ? Suivre ma classe ?

D[r] X.

Réponse.

1° Etant médecin capitaine, et ayant demandé à être maintenu dans les cadres après l'expiration du temps normal de service dans les réserves, vous serez libéré lorsque vous aurez atteint l'âge de la retraite pour un capitaine de l'active, augmenté de cinq ans, soit : 53 + 5 = 58 ans.

2° Ayant suivi le sort normal de votre classe (1900), vous seriez libéré depuis le 15 octobre 1929.

3° Vous ne pouvez plus donner votre démission, puisque vous avez été maintenu au delà de la durée légale du service. Seule, une raison de santé vous mettant dans l'impossibilité de remplir vos fonctions militaires pendant plus de six mois pourrait vous faire mettre en non-disponibilité par le ministre, après avis d'une Commission de réforme.

3229. — Appel contre le refus d'une pension

Un de mes clients demande une pension :

1° Pour cicatrices abdominales consécutives à une blessure douloureuse par éclat d'obus.

2° Pour emphysème des deux sommets surtout à droite, consécutif à une pneumonie contractée au moment de la blessure (le blessé était resté sur le terrain une journée et demie).

Un rapport médical, très bien motivé fait par un maître de X, conclut :

1° A une incapacité de moins de 10 % pour les séquelles de la blessure.

2° A une incapacité de 10 % pour la lésion pulmonaire chronique qui peut être très logiquement attribuée à la congestion qualifiée même de pneumonie soignée à l'ambulance

Le ministre des Pensions,

Le tribunal des pensions où l'affaire a été portée rejettent la demande de mon client :

1° Parce que pour la blesseure l'incapacité est de moins de 10 % ;

2° Parce que la lésion pulmonaire dit le jugement (et contrairement à l'avis de l'expert) n'a pas de rapport avec la pneumonie de 1915.

Le demandeur, dit le jugement, n'a pas eu d'indisponibilité dans les 3 ans et demi de service ultérieur, n'a pas été traité après sa démobilisation et une commission de réforme du 29 juillet 1926 signale qu'il n'existe pas de signes pulmonaires ou cardiaques et que l'état général est bon.

Mon client doit-il faire appel, a-t-il des chances de succès ?

Quelles pièces ou arguments nouveaux pourrait-il produire ?

Dr B.

Réponse.

Votre client bénéficie, pour faire appel, d'un délai de 2 mois.

S'il veut aller devant la cour régionale avec quelques chances de succès, il faudrait qu'il puisse fournir un certificat, ou des certificats médicaux, témoignant qu'il a reçu des soins continus depuis 1920 pour une affection pulmonaire.

L'essentiel serait de faire prononcer par la Cour *l'impulabilité au service de l'affection pulmonaire.*

Ce point acquis, votre client pourrait demander un nouvel examen pour aggravation et avoir ainsi quelques chances d'obtenir une pension, fût-ce par un 10 % *global* pour les deux infirmités.

3219. — La Légion d'honneur aux combattants volontaires

J'ai lu dans le *Concours médical* une note relative au premier tableau de concours pour la Légion d'honneur pour 1931 en faveur des combattants volontaires : est-ce que les médecins engagés volontaires peuvent concourir pour être promus ? Quelle est la marche à suivre en ce cas ? La question intéressant sans doute d'autres confrères que moi, vous pourriez peut-être y répondre dans le *Concours* si cela n'a pas déjà été publié.

Dr M.

Réponse.

L'instruction du 25 juin 1930 a été publiée pour réglementer l'application de la loi du 6 avril 1930, dont le but est de récompenser, d'une

manière toute spéciale, les combattants volontaires.

Les médecins peuvent bénéficier de cette loi comme les autres combattants volotnaires. Ils doivent, tout d'abord, être comme eux titulaires de la carte de combattant.

Les demandes doivent être adressées aux Directeurs régionaux du Service de santé, qui réunissent tous les documents utiles, puis transmettent le dossier à une commission spéciale du ministère, puis les adressent, pour décision, au ministre de la guerre, en vue de l'établissement du tableau de concours annuel.

Fiscalité.

4046. — Déduction des frais professionnels d'un médecin salarié

Exerçant en collaboration avec le Dr X. auquel je dois succéder, mon traitement est déclaré par lui tout comme celui d'un employé et est déduit de ses bénéfices professionnels.

De ce même salaire faisant l'objet d'une déclaration, j'ai déduit mes frais professionnels personnels. Une note du contrôleur m'a spécifié nettement que j'étais salarié et qu'il m'imposait sur la totalité de mon salaire. Je lui ai fait ressortir que j'étais salarié d'une catégorie spéciale, puisque j'exerçais sous mon entière responsabilité (assurance professionnelle) et avec mon matériel m'appartenant en propre (trousses de petite chirurgie, etc..) Je n'ai eu aucune réponse.

Dois-je accepter l'imposition sur la totalité de mon salaire et réserver la déduction de mes frais (deux années) pour le moment de mon installation ?

Dois-je protester ?

Dans les deux années précédentes le contrôleur avait accepté mes déductions ! ! ! ?

Dr B.

Réponse.

Le contrôleur ne saurait vous refuser la déduction des frais professionnels effectivement supportés par vous.

Le cas échéant, vous aurez à réclamer par voie de pétition au directeur des contributions directes.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3015. — Base de la patente

Viel abonné du *Concours*, je vous prie de vouloir bien demander pour moi à votre conseiller fiscal des explications relatives à ma contribution de patente.

En conséquence de la dernière loi sur les loyers, le prix de ma location a subi une augmentation qui a daté de *septembre* 1929.

L'année dernière encore (1930), ma patente, établie en mai, était basée sur l'ancien prix de ma location.

Cette année, elle est basée sur le nouveau prix, et, de ce fait, autant que de celui qu'elle passe du 15e au 12e et accessoirement, de l'augmentation des centimes le franc, elle est, d'un coup, augmentée de 1.300 fr.

A ce propos, la vraie question à agiter est celle-ci. Lors de la mise en vigueur de la loi sur les loyers, j'avais lu dans plusieurs informations et on m'avait dit de divers côtés que le taux de la patente (pour les professions libérales) ne suivrait pas l'augmentation progressive de la valeur locative, mais resterait toujours basé sur la valeur locative antérieure. Ai-je mal compris alors ? Ou y a-t-il eu une nouvelle loi modifiant cette dispostion ? Ou le contrôleur fait-il une application erronée de la loi ?

Autre question : Où en est la loi, votée mais non appliquée, réduisant la base de la patente aux seuls locaux consacrés à l'exercice de la profession ?

Dr G.

Réponse

En ce qui concerne la patente, aucune disposition législative ne prévoit de restriction du genre de celle visée dans votre lettre, pour l'évaluation de la valeur locative imposable.

L'exonération des locaux d'habitation a été reportée en 1932. A. M.

3162. — Revision de la base de la patente

Je viens vous consulter au sujet de ma contribution des patentes, qui vient d'être augmentée de plus de 100 % sur l'année dernière.

Ci-joint mes deux avertissements que je vous prierai de me renvoyer après en avoir pris connaissance.

Le contrôleur à qui j'ai demandé explication, me dit que de locataire, je suis devenu propriétaire et de ce fait ma valeur locative est passée de 1.500 fr. à 3.500 fr.

Je suis, en effet, propriétaire de l'immeuble depuis septembre 1929. Comme locataire j'avais en 1912 un bail de 12 ans au prix de 1.200 fr. plus les impôts, lequel prix avait été porté à 2.700 fr. et allait subir les augmentations progressives autorisées par la loi.

Je vous demanderai donc de me dire, si je dois accepter cette nouvelle évaluation et dans quelles conditions et par qui est établi ce chiffre de 3.500 fr. Si c'est une évaluation arbitraire ou si ce chiffre est basé sur la valeur réelle de l'immeuble. Si cette estimation est établie d'une manière définitive ou si elle peut varier d'une année à l'autre.

Dr N.

Réponse.

L'administration a le droit de réviser tous les ans les valeurs locatives servant de base au droit proportionnel de patente ; celle de 3.500 fr. ne nous paraît pas exagérée en égard à la valeur locative d'avant-guerre.

A. M.

4125. — Déduction des cotisations pour la constitution d'une retraite

Je lis, dans le *Concours médical* que le contribuable est autorisé à déduire « des cotisations pour la constitution d'une retraite » dans la déclaration au fisc.

Mais ce que vous omettez de dire et ce qui a une assez grosse importance, c'est la façon dont cette déduction doit s'opérer. Cette déduction doit-elle être incluse dans le chapitre « Revenu des professions non commerciales » ou dans le chapitre « impôt général sur le revenu ».

Il y aurait un gros avantage pour le médecin à ce que cette déduction portât sur le premier de ces chapitres, car l'impôt des professions non commerciales est bien plus lourd que l'impôt général sur le revenu pour la très grande majorité des médecins.

Soyez assez obligeant pour m'éclairer et, avec moi, tous ceux que la question intéresse.

Dr B.

Réponse.

Les versements effectués en vue de la constitution d'une pension de retraite, doivent être compris dans les dépenses professionnelles.

En conséquence, ils se trouvent réduits à la fois de la base d'imposition à la cédule et de l'impôt général.

A. M.

3.974. — La patente n'est pas réduite pour raison d'âge

Un confrère âgé de 83 ans, presque aveugle... et peu fortuné bien que travaillant peu fait encore un peu de médecine. Le fisc l'oblige à payer une patente comme s'il était encore en pleine activité. N'existe-t-il pas une loi diminuant cette patente de moitié pour les confrères ayant dépassé 65 ans ?

Dr D.

Réponse.

Il n'existe aucune disposition législative prévoyant la réduction de la patente soit en raison de l'âge, soit en raison du peu d'importance de la clientèle.

A. M.

Baux et Locations

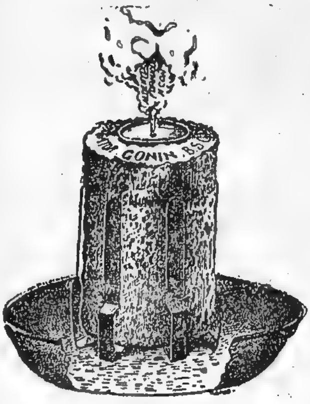
4272. — Les propharmaciens ne bénéficient pas de la loi sur la propriété commerciale

Médecin propharmacien bénéficiant de la lo prorogation jusqu'en 1934, par jugement, puis-je prétendre, à expiration, comme un quelconque commerçant à de nouveaux délais, et sur quels textes pourrai-je alors m'appuyer pour formuler ma demande ?

Dr M.

Réponse.

Comme il est formellement admis que le méde-



cin propharmacien n'est pas un commerçant, il est certain qu'il ne pourrait bénéficier de la loi dite sur la propriété commerciale.

Les commerçants, d'ailleurs, ne peuvent cumuler le bénéfice des deux lois, celle sur les prorogations et celle sur la propriété commerciale. Si vous aviez été considéré comme commerçant, vous n'auriez pas obtenu un jugement vous accordant la prorogation jusqu'en 1934.

4661. — Montant du loyer prorogé

J'ai encore une fois recours à l'obligeance du *Concours médical* pour une question de loyer.

Je bénéficie d'une prorogation par la loi de juin 1929.

A ce moment-là, vous m'avez dit que mon loyer devait se monter à 275 % du prix de 1914 plus une augmentation annuelle de 15 % à dater de juillet 1931.

L'homme d'affaire de mon propriétaire me réclame EN PLUS 25 % en vertu, dit-il, du paragraphe de l'art. II de cette loi dont il me donne le texte :

« Toutefois si tout ou partie des locaux est affecté à l'exercice d'une profession ou d'une fonction, le propriétaire sera en droit d'exiger en sus de la majoration prévue à l'alinéa 1er un supplément égal à 25 % de la valeur locative de 1914. »

Bien entendu, ma maison comme celle de tout médecin est en partie affectée à ma profession. Alors ? ? Dois-je réellement 25 % en plus des majorations de 275 % et de 15 % déjà payées.

Mon loyer de 1914 était de 625 fr. Que doit-il être, d'après tout ceci ?

Dr G.

Réponse.

Les 175 pour 100 de majoration de la valeur locative de 1914, applicables jusqu'au 1er juillet 1931, comprennent les 25 pour 100 que l'alinéa 4 de l'article II de la loi du 1er avril 1926, modifié par la loi du 29 mars 1929 met en outre à la charge des occupants de locaux affectés en tout ou en partie à l'exercice d'une profession.

Le texte de ce paragraphe est bien celui qui est reproduit dans votre lettre, mais le premier paragraphe du même article, ainsi conçu : « La valeur locative de 1914 ainsi déterminée sera majorée de 150 pour 100 au 1er juillet 1929 au 1er juillet 1931 et, à partir de cette date, de 15 pour 100 en sus chaque année jusqu'à la fin des prorogations prévues par la présente loi » donne tort à l'homme d'affaires de votre propriétaire.

Vous deviez donc payer, sur le prix de base de 625 fr. en 1914, 1.718 fr., 75 jusqu'au 1er juillet dernier et 1.812 fr., 50 à compter de cette date jusqu'au 1er juillet 1932.

A compter de cette date, une augmentation de 15 pour 100 par année, soit 93 fr., 75 jusqu'à la fin de la prorogation, le 1er juillet 1937.

Cinquante-troisième année — N° 40 — 4 Octobre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

ment de la Légion d'honneur. — *Fiscalité* : Patentes sur deux cabinets. — Révision de la base de la patente. — Impôts en cas de changement de domicile. — Les réclamations doivent être renouvelées tous les ans. — Un médecin salarié n'est pas patentable. — *Baux et locations* : Point de départ de la majoration de 15 pour 100. 3040

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr SUBRA, de Béziers, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 337. — Touraine. Cause départ. imp. client. médic. à céder d'urg. Belle mais., chauff. centr., eau courante, électr., jardins, garag., long bail, loyer modéré. Indemn. 35.000 fr. comptant, facilités à débattre.

No 338. — On rech. pers. voyag. déjà pour firme pharmac. et visitant doct., pour faire conn. home enfant et home jeunesse d'altit. Ecr. « Alpe Fleurie », à Morzine (Hte-Savoie). Pressé. Offre inter.

No 339. — Dame 45 a., très bon. réf., dipl. second., cherche emploi directr. chez doct, ou clin. Sait diriger établiss. S'ad. Mme Gay « Alpe Fleurie », à Morzine (Hte-Savoie).

No 340. — Jeune méd., 27 a., ex-interne pr. hôp. Paris, cherche collab. méd. après-midi ou soir, Paris ou banl. proche.

No 341. — A vend. : T. S. F. poste Strabodyne Biflex 6 lampes, neuf ; chaud. Chappée pour chauff. central, état neuf ; Bouteilles Magondeaux ; 2 phares électr. auto, état neuf ; 6 accus Fer-Nickel 50 A. H. état neuf.

No 342. — A céd. de suite client. méd. 17 km. Rennes, près gare, bord route nation. Jolie propriété neuve et dépend. Conf. mod. Cond. avantag.

No 343. — Dame présent. bien, désire emploi chez doct. les après-midi.

No 344. — Paris (8e). A céder par suite décès, bail 6 ans, appartem. 6 belles pièces, 2 entrées. Installat. gynécolog.

Nº 345. — Vallée du Rhône. Client. facile dans ville agréable, très gr. appartem. Indemn. 7.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 346. — Normandie. Client ville bord mer, toute l'année, rapp. intéress., gr. villa confort. Indemn. 50.000 partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 347. — Paris. Cab. V. U. excell. emplacem., appartem. confort. Indemn. 70.000, compren. tte l'installat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Renova Home pour jeunesse délic. 18 km. mer, abri du vent. Pas de contag., cure soleil, entouré pins. Prix 700 par mois. Ecr. Renova à Grasse (A. M.)

L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey , à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Rendre le médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien, le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des tablettes de **Mangaïne**, c'est guérir vite et agréablement le malade.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Monument Paul Lecène.** — L'inauguration du monument élevé à l'hôpital Saint-Louis de Paris en mémoire du Professeur Paul Lecène aura lieu le mardi 6 octobre 1931 à 11 heures.

— **Ecole de médecine de Grenoble.** *Clinicat.* — M. le Dr Marcel Couturier est nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Grenoble.

— **Sanatorium de Ris-Orangis.** — Le poste de médecin assistant au sanatorium des cheminots de Ris-Orangis est actuellement vacant. Appointements : 22.000 fr. ; plus avantages en nature. Pour renseignements s'adresser au médecin directeur, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise). Téléph. 31 à Ris.

— **Hôpitaux de Reims.** *Internat.* — Un concours pour trois places d'interne des hôpitaux de Reims s'ouvrira le 16 octobre, à l'hôpital civil de cette ville. Inscriptions, jusqu'au 6 octobre, au secrétariat des hospices, 1 place Museux.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Thalie Deslandes, fille du Docteur Georges Deslandes, de Rochefort-sur-Mer, avec Monsieur Charles Albiges de Tren-

QUELLÉON, directeur adjoint des Agences de la Banque pour le Sud-Ouest de la France. La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'église Saint-Louis-de Rochefort, le mercredi 30 septembre 1931.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 SEPTEMBRE

Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 12 septembre 1931, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, aux militaires de la gendarmerie.

Lettre d'éloges officiels

(Délivrée après 10 années de soins gratuits.)

LÉGION DE PARIS. — MM. Cara-Costéa, Méréville (Seine-et-Oise) ; Perlis, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ; Vicherat, Maule (Seine-et-Oise) ; Pierson, Bezons (Seine-et-Oise) ; Kurzenne, Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise).

1re LÉGION. — MM. Ficheux, Quesnoy-sur-Deule (Nord) ; Demarquilly, Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Gelain, Saint-Pol-sur-Mer (Nord) ; Michel, Croisilles (Pas-de-Calais) ; Lafaye, Auchel (Pas-de-Calais).

2e LÉGION. — MM. Delbecque, Guiscard (Oise) ; Girod, Pont-Sainte-Maxence (Oise) ; Beuzart, Crépy-en-Valois (Oise) ; Mathieu, Roye (Somme) ; De Saint-Fuscien, Grandvilliers (Oise) ; Huré, Rue (Somme).

3e LÉGION. — MM. Couture, Saint-Valéry-en-Caux (Seine-Inférieure) ; Boucheron, Rugles (Eure) ; Montel, Elbeuf (Seine-Inférieure) ; Sorel, Livarot (Calvados).

4e LÉGION. — MM. Remon, Domfront (Orne) ; Vernié, Rouessé-Fontaine (Sarthe) ; Morice, Orgère (Eure-et-Loir).

5e LÉGION. — MM. Sailé, Varzy (Nièvre) ; Tourraton, Châteaumeillant (Cher) ; Xémard, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

7e LÉGION. — MM. Billot, Champagnole (Jura) ; Fiévet, Saint-Dizier (Haute-Marne).

8e LÉGION. — MM. Bollet, Fontaine-Française (Côte-d'Or) ; Nourrissat, Saint-Bonnet-de-Joux (Saône-et-Loire) ; Moquet, Arnay-le-Duc (Côte-d'Or) ; Pucheu, Villenauxe (Aube) ; Vaudiaux, Nolay (Côte-d'Or) ; Beau, Arcis-sur-Aube (Aube) ; Collenet, Beaune (Côte-d'Or) ; Rasetti, Charolles (Saône-et-Loire) ; Durand, Saint-Germain-du-Bois (Saône-et-Loire).

9e LÉGION. — MM. Giraud, Champdeniers (Deux-Sèvres) ; Pons, l'Ile-Bouchard (Indre-et-Loire) ; Abritat, Saint-Flovier (Indre-et-Loire) ; Hebert de

la Rousselière, Angers (Maine-et-Loire) ; Voisin, Ligueil (Indre-et-Loire).

10e LÉGION. — MM. Tizon, Ducey (Manche) ; Lavallay, Villedieu (Manche) ; Le Branchu, Rennes (Ille-et-Vilaine).

11e LÉGION. — MM. Bréard, Muzillac (Morbihan) ; Guinaudeau, Legé (Loire-Inférieure); Le Joliff, Plabennec (Finistère) ; Deiigné, Sainte-Hermine (Vendée).

12e LÉGION. — MM. Renault Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne) ; Conquet, Villefranche-de-Longchapt (Dordogne) ; Thévenot, Magnac-Laval (Haute-Vienne) ; Thouvenet, Nantiat (Haute-Vienne) ; Durieux, Ribérac (Dordogne) ; Lamy-Lapeyrière, Mussidan (Dordogne) ; Labrue, Saint-Astier (Dordogne) ; Roufflat, Laroche-Canillac (Corrèze) ; Guilhou, Cognac (Charente).

13e LÉGION. — MM. Pontarlier, Pontaumaur (Puy-de-Dôme) ; Roussignol, Vichy (Allier) ; Claude, Saint-Bonnet-le-Château (Loire) ; Gibault, Montluçon (Allier) ; Mallet, Saint-Flour (Cantal) ; Bardet, Cusset (Allier) ; Girard, Noirétable (Loire) ; Alamartine, Le Donjon (Allier) ; Genillier, Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Dom, Jaligny (Allier).

14e LÉGION. — MM. Vismard, Montluel (Ain) ; Courjon, Meyzieu (Isère) ; Valois, Tullins (Isère) ; Philip, Hauteville (Ain) ; Rochaix, Pont-en-Royans (Isère) ; Dumont, Saint-Priest (Isère) ; Maritoux, Saint-Bonnet-de-Mure (Isère) ; Gay, Annemasse (Haute-Savoie) ; Roz, Modane (Savoie) ; Guillermet, Saint-Germain-de-Joux (Ain) ; Le Tessier, Jujurieux (Ain).

15e LÉGION. — MM. Ciamin, Saint-Sauveur (Alpes-Maritimes) ; Bentkowski, Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard) ; Alphonsi, Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes) ; Tarbouriech, Tarascon (Bouches-du-Rhône) ; Fanton d'Andon, Grasse (Alpes-Maritimes) ; Clergue, Lezan (Gard) ; Sicard, Mazargues (Bouches-du-Rhône) ; Sauze, Septèmes (Bouches-du-Rhône) ; Jeanjean, Genolhac (Gard).

CORSE. — MM. Giamarchi, Vescovato (Corse) ; Canazzi, Almeto (Corse).

16e LÉGION. — MM. Parès (Emile), Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Fabre, Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Parès (Georges), Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Palanqui, la Nouvelle (Aude) ; Gazaniol, Fabrezan (Aude) ; Sidras, Leucate (Aude) ; Rougé, Durban (Aude) ; Damagnez, Roquecourbe (Tarn) ; Dubarry, Lautrec (Tarn) ; Paulet, Pézénas (Hérault).

17e LÉGION. — MM. Redoulès, Saint-Germain (Lot) ; Jaurréguiberry, Aspect (Haute-Garonne) ; Artigues, Arbas (Haute-Garonne) ; Machou, Nérac (Lot-et-Garonne) ; Dupin de Laforcade, Aurignac (Haute-Garonne) ; Oustry, Caraman (Haute-Garonne) ; Mazaud, Saint-Girons (Ariège).

18e LÉGION. — MM. Flurian, Pauillac (Gironde) ; Baratgin, Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ; Planté, Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Cazanouve, Artix (Basses-Pyrénées) ; Heugas, Mauléon (Basses-Pyrénées).

19e LÉGION. — MM. Pavillard, Palikao (Oran) ; Boulard, Teniet-el-Haad (Alger) ; Bernard, Pont-de-l'Iser (Oran) ; Moliniél, Misserghin (Oran) ; Sabadini, Sedrata (Constantine) ; Salvan, Flatters (Alger) ; Legroux, Relizane (Oran) ; Colonna de Leca, le Telagh (Oran).

LÉGION D'ALSACE-LORRAINE. — M. Pierrat, Insming (Moselle).

TUNISIE. — M. Le Faucheur, Béja (Tunisie).

RÉUNION. — M. Lallemand, Saint-Benoit (Ile de la Réunion).

Médaille de bronze.

(Délivrée après 15 années de soins gratuits.)

LÉGION DE PARIS. — MM. Markuszewski, Pierrefitte (Seine) ; Thouvenel, Antony (Seine).

2e LÉGION. — MM. Monflier, Gamaches (Somme) ; Agricole, Ambleny (Aisne).

3e LÉGION. — MM. Serre, Mondeville (Calvados) ; Chatel, Duclair (Seine-Inférieure).

4e LÉGION. — M. Bouquet, Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).

8e LÉGION. — M. Guénot, le Creusot (Saône-et-Loire).

10e LÉGION. — MM. Lebrun, Tessy-sur-Vire (Manche) ; Lemoine, Agon (Manche).

11e LÉGION. — MM. Ezano, Saint-Mars-du-Désert (Loire-Inférieure) ; Garçon, Ploërmel (Morbihan).

12e LÉGION. — MM. Fargeot, Lisle (Dordogne) ; Caruel, Saint-Aulaye (Dordogne).

13e LÉGION. — MM. Francoz, Saint-Gervais-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; Avril, Charlieu (Loire).

14e LÉGION. — MM. Jaume, Pierrelatte (Drôme) ; Bidon, Lyon (Rhône) ; Guyonnet, Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs (Isère) ; Turc, Virivile (Isère) ; Germain, Montluel (Ain).

15e LÉGION. — M. Maestraggi, Rognac (Bouches-du-Rhône).

CORSE. — M. Martinetti, Chisonaccio (Corse).

16e LÉGION. — M. Gau, Espezel (Aude).

17e LÉGION. — M. Dufaur, Valence-d'Agen (Tarn-et-Garonne).

18e LÉGION. — MM. Veisemburger, Carcans (Gironde) ; Aunis, Langoiron (Gironde) ; Duval, le Bouscat (Gironde) ; Gauzerc, Tartas (Landes).

20e LÉGION. — MM. Etienne, Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle) ; Stevenel, Raon-l'Etape (Vosges).

Médaille d'argent.

(Délivrée après 20 années de soins gratuits.)

LÉGION DE PARIS. — MM. Julia, Paris (Seine) ; Gosselin, Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Montalti, la Garenne-Colombes (Seine) ; Huleux, Nogent-sur-Marne (Seine) ; Crosse, Gentilly (Seine) ; Rabourdin, Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Maurel, Saint-Chéron (Seine-et-Oise).

1re LÉGION. — MM. Widehen, Etaples (Pas-de-Calais) ; Durot, Iwuy (Nord).

2e LÉGION. — MM. Bernard, Nesle (Somme) ;

Hannebelle, Friville-Escarbotin (Somme) ; Semper, Marie (Aisne) ; Rouvillain, Villers-Bretonneux (Somme).

3e légion. — MM. Lesbroussart, Caen (Calvados) ; Mahé-Desportes, Brionne (Eure) ; Collignon, Routot (Eure) ; Quesnel, Balleroy (Calvados) ; Heurteaud, Dives-sur-Mer (Calvados) ; Leherissey, Villers-sur-Mer (Calvados) ; Lacaine, Aunay-sur-Odon (Calvados) ; Abbadie, Beaumont-le-Roger (Eure) ; Leportier, Gaillefontaine (Seine-Inférieure).

5e légion. — MM. Charpentier, Prémery (Nièvre); Lemaire, Cosne (Nièvre) ; Rivaillon, Entrains (Nièvre) ; Dirigoin, le Châtelet (Cher) ; Gourdou, la Machine (Nièvre) ; Guyot, Châteaumeillant (Cher) ; Galvaing, Decize (Nièvre).

7e légion. — MM. Monnot, Maiche (Doubs) ; Larue, le Russey (Doubs) ; Simeray, Moirans (Jura) ; Savouret, Chaumont (Haute-Marne).

8e légion. — MM. Galluchon, Charny (Yonne) ; Haussmann, Estissac (Aube) ; Laverrière, Cuisery (Saône-et-Loire) ; Joccotton, le Creusot (Saône-et-Loire) ; Descombins, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

9e légion. — MM. Gascouin, Sainte-Maure (Indre-et-Loire) ; Chapu, Buzançais (Indre) ; Cluzeau, Châtillon-sur-Indre (Indre) ; Gabory, Tiercé (Maine-et-Loire).

10e légion. — MM. Baize, Coutances (Manche) ; Chérel, Châteaubourg (Ille-et-Vilaine) ; Brizé, Châteauneuf (Ille-et-Vilaine) ; Maillard, Bécherel (Ille-et-Vilaine).

11e légion. — MM. Putot, Penhouët-en-Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; Mignen, les Essarts (Vendée) ; Mabin, Malestroit (Morbihan) ; Amerand, Chantonnay (Vendée).

12e légion. — MM. Laborie, Carlux (Dordogne) ; Beyly, Thiviers (Dordogne) ; Feuillet, Villefagnan (Charente) ; Vidain, Tulle (Corrèze) ; Brunie, Seilhac (Corrèze).

13e légion. — MM. Frelut, Lavoûte-Chilhac (Haute-Loire) ; Perrin, Lapalisse (Allier) ; Laurent, Bruxières-aux-Mines (Allier); Espagnon, Jumeaux (Puy-de-Dôme) ; Gras, Murat (Cantal) ; Duliège, la Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Ginet, Montfaucon (Haute-Loire).

14e légion. — MM. Roux, Saint-Gervais (Haute-Savoie) ; Grumbach, le Péage-de-Roussillon (Isère) ; Lalande, Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; Perret, Vonnas (Ain) ; Volpelière, Bourdeaux (Drôme) ; Thiriet, Guillestre (Hautes-Alpes) ; Voiturier, Ambérieu-en-Bugey (Ain) ; Rey, Saint-Bonnet (Hautes-Alpes) ; Maillard, Fleurie (Rhône).

15e légion. — MM. Gassend, Digne (Basses-Alpes) Barthélemy, Fuveau (Bouches-du-Rhône) ; Cambassèdes, Valleraugue (Gard) ; Bastide, Saint-Ambroix (Gard) ; Dehan, Vernoux (Ardèche) ; Sabatier, Lambesc (Bouches-du-Rhône) ; Richard, Bessèges (Gard) ; Roche, les Vans (Ardèche) ; Escarras, Cas-

tellane (Basses-Alpes) ; Passeron, Lantosque (Alpes-Maritimes) ; Espagne, Aumessas (Gard).

CORSE. — M. Martelli, Santa-Réparata-di-Balagna (Corse).

16e LÉGION. — MM. Lapeyre, Meyrueis (Lozère) ; Magne, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron) ; Bedos, Olonzac (Hérault) ; Galabra, Bousquet-d'Orb (Hérault).

17e LÉGION. — MM. Boube, Pamiers (Ariège) ; Bacqué, Damazan (Lot-et-Garonne) ; Cartault, Vic-Fezenzac (Gers).

18e LÉGION. — MM. Erny, Sauveterre (Basses-Pyrénées) ; Souberbielle, Ustaritz (Basses-Pyrénées); Artigue, Lormont (Gironde) ; Pareau, Castres (Gironde) ; Castaing, Saint-Médard-en-Jalles (Gironde) ; Portes, Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).

19e LÉGION. — M. Bordères, Saint-Cloud (Oran).

20e LÉGION. — M. Job, Homécourt (Meurthe-et-Moselle).

Médaille de vermeil

(Délivrée après 25 années de soins gratuits.)

LÉGION DE PARIS. — MM. Boissou, Suresnes (Seine) ; Binet, le Raincy (Seine-et-Oise).

1re LÉGION. — MM. Hernu, Bruay-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Dupas, Sin-le-Noble (Nord) ; Brabant Somain (Nord) ; Horel, Oignies (Pas-de-Calais).

2e LÉGION. — MM. Noël, Fressenneville (Somme) ; Lecomte, le Nouvion (Aisne) ; Ioux, Hangest-en-Santerre (Somme) ; Boudreaux, Montcornet (Aisne).

3e LÉGION. — MM. Letellier, Caen (Calvados) ; Lahaye, Breteuil (Eure) ; Lebreton, Falaise (Calvados).

4e LÉGION. — M. Bouessée, Gorron (Mayenne).

5e LÉGION. — MM. Bramard, Luzy (Nièvre) ; Duval, Vierzon (Cher) ; Vilbonnet, Blet (Cher).

6e LÉGION. — M. Robert, Revigny (Meuse).

7e LÉGION. — MM. Bouquet, Ronchamp (Haute-Saône) ; Sommelet, Arc-en-Barrois (Haute-Marne) ; Masson, Joinville (Haute-Marne).

8e LÉGION. — MM. Simonet, Givry (Saône-et-Loire) ; Narjoux, Nolay (Côte-d'Or) ; Beaudot, Paray-le-Monial (Saône-et-Loire) ; Bietrix, Blanzy (Saône-et-Loire).

9e LÉGION. — M. Michon, Sainte-Maure (Indre-et-Loire).

10e LÉGION. — MM. Codet, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord) ; Grasset, Fougères (Ille-et-Vilaine) ; Pigaux, Montmartin (Manche) ; Duchêne, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

11e LÉGION. — MM. Bastard, Bournezeau (Vendée) ; Féval, Pontchâteau (Loire-Inférieure) ; Lemaire, Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure) ; Halgrand, Savenay (Loire-Inférieure).

12e LÉGION. — MM. Houselot, Gouzon (Creuse) ; Lescue, Bort (Corrèze).

13e LÉGION. — MM. Besserve, Pont-du-Château (Puy-de-Dôme) ; Miodet, Saint-Dier (Puy-de-Dôme) ; Papon, Combronde (Puy-de-Dôme) ; Dumas, Thiers (Puy-de-Dôme) ; Galland, Allègre (Haute-Loire) ;

Guillaumont, Courpière (Puy-de-Dôme) ; Picandet, Montmarault (Allier) ; Fradier, Chantelle (Allier).

14e LÉGION. — MM. Giraud, Vinay (Isère) ; Lafaury, Tain (Drôme) ; Guibert, Pierrelatte (Drôme) ; Berthier, Meximieux (Ain) ; Guillat, Saint-Jean-en-Royans (Drôme) ; Eynard, Saint-Nazaire-en-Royans (Drôme) ; Bernard, Nyons (Drôme) .

15e LÉGION. — MM. Daveo, Saorge (Alpes-Maritimes) ; Barral, Vaison (Vaucluse) ; Cadet, Tournon (Ardèche) ; Charra, Lamastre (Ardèche) ; Tiollier, Serrières (Ardèche) ; Bertet, Gillette (Alpes-Maritimes).

16e LÉGION. — MM. Fraysse, Rignac (Aveyron) ; Rancoule, Alzonne (Aude) ; Cros, la Salvetat-sur-Argoût (Hérault).

17e LÉGION. — MM. Linon, Caylus (Tarn-et-Garonne) ; Dubarry, Casteljaloux (Lot-et-Garonne) ; Laurent, Mazères (Ariège) ; Ouvrieu, Limogne (Lot) ; Utéza, Mijanès (Ariège).

18e LÉGION. — MM. Ernautène, Saint-Palais (Basses-Pyrénées) ; Dotezac, Cambo (Basses-Pyrénées) ; Dupouy, Pomarez (Landes) ; Bézos, Brocas (Landes) ; Dupouy, Pissos (Landes); Dourthe, Sabres (Landes) ; Prantois, Bordeaux (Gironde) ; Naureils, Ygos (Landes).

19e LÉGION. — MM. Choussat, Molière (Alger) ; Bonfils, Akbou (Constantine) ; Cambillet, Boukanefis (Oran) ; Wolters, Trolard-Taza (Alger).

20e LÉGION. — MM. Grosjean, Gérardmer (Vosges) ; Grosjean, Mirecourt (Vosges) ; Noisette, Jœuf (Meurthe-et-Moselle) ; Voirin, Vittel (Vosges).

17 SEPTEMBRE

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des deux chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine de Caen s'ouvrira le vendredi 1er avril 1932 devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

19 SEPTEMBRE

Service de santé militaire.

Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve et reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant : les médecins auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure ci-après désignés : M. Figuel (Marcel), de la 14e section d'infirmiers militaires. Affecté à la 14e région ; M. Tarte (Paul-André), de la 6e section d'infirmiers militaires. Affecté à la 6e région ; M. Montagne (Lucien-Arthur), de la 6e section d'infirmiers militaires. Affecté à la 6e région ; M. Leblond (Emilien-Pierre-Augustin), de la 6e section d'infirmiers militaires. Affecté à la 6e région.

20 SEPTEMBRE

Enseignement de la médecine.

Agrégation de médecine.

Par arrêté du 19 septembre, les dates des compo-

sitions du concours d'agrégation des Facultés de médecine (section histologie), fixées primitivement aux 6 et 7 novembre 1931, sont reportées aux 12 et 13 novembre.

Ecoles d'infirmières.

Est approuvé le règlement de l'école d'infirmières hospitalières de l'hôpital du Mans, sise, 194, rue Rubillard.

Service de santé de la marine militaire.

Modification à l'instruction du 9 avril 1931 fixant les conditions particulières à l'établissement des notes et propositions des officiers du corps de santé cadre actif, pour l'année 1931.

TITRE B. — LÉGION D'HONNEUR

Le premier alinéa sans changement.

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Les deux premiers alinéas sont abrogés et remplacés par la rédaction suivante :

« Pourront être proposés pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur les officiers du corps de santé réunissant au 1er janvier 1932 huit ans de services depuis leur sortie de l'école de Bordeaux. »

Le reste sans changement.

Paris, le 13 septembre 1931.

Charles DUMONT.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Un médecin pharmacien peut exercer simultanément les deux professions près des assurés sociaux.

13481. — M. Louis BONNEFOUS demande à M. le ministre de la Santé publique, si, dans l'application de la loi sur les assurances sociales, un pharmacien, muni du diplôme de docteur en médecine, peut exercer simultanément les professions de médecin et de pharmacien dans une ville où existent d'autres pharmacies. (*Question du* 30 *juin* 1931.)

Réponse. — La loi sur les assurances sociales n'ayant modifié en rien les lois sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie et le cumul des deux professions n'étant pas interdit par ces dernières, un pharmacien, muni du diplôme de docteur en médecine, peut exercer l'art de la médecine, quel que soit le nombre de pharmaciens exerçant dans la ville. (*J. O.*, 19 septembre 1931.)

Droit aux prestations de l'assurance-maladie.

13046. — M. Etienne FOUGÈRE demande à M. le ministre du Travail de lui définir exactement quelles sont les personnes pouvant bénéficier des prestations en nature de l'assurance-maladie ; ajoute : *a*) que l'article 4, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928 les délimite à l'assuré, son conjoint et leurs enfants à charge, non salariés, âgés de moins de seize ans, et

y mentionne également les pupilles de la nation ; *b*) que, par contre, l'article 20, énumérant les personnes dont la présence au foyer donne lieu à majoration des prestations, expose une autre énumération beaucoup plus extensible, comprenant, par exemple, les enfants naturels, même non reconnus, mais excluant, par contre, les enfants légitimes âgés de moins de six semaines. (*Question du 2 juin* 1931.)

Réponse. — Du rapprochement des articles 4, paragraphe 1er, et 20 de la loi du 30 avril 1930, il résulte qu'ont droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie : l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge, ou les enfants à charge de l'assuré ou du conjoint, non salariés, âgés de moins de seize ans, qu'ils aient moins ou plus de six semaines, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs, ou qu'ils soient pupilles de la nation si l'assuré en est tuteur et en a la charge.

(*J. O.*, 19 septembre 1931.)

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE

Ecole de perfectionnement des médecins de réserve.

Conférences de l'année 1931-1932.

Ces conférences ont lieu le troisième lundi du mois, à 21 heures précises dans l'Amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Octobre 1931 : Les liaisons, les transmissions, la hiérarchie, les appellations, la tenue militaire, par M. le Médecin colonel SCHICKELÉ.

Novembre 1931 : Organisation du Service de santé à la gare régulatrice. Les trains sanitaires, par M. le Professeur agrégé LARDENNOIS, chirurgien des hôpitaux.

Décembre 1931 : Les moignons douloureux d'amputation pour blessures par projectiles de guerre, par M. LERICHE, professeur à la Faculté de Strasbourg.

Janvier 1932 : La dermatologie aux armées, par M. MALLEIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin capitaine de réserve.

Février 1932 : Le triage des contagieux dans les armées en campagne, par M. Huber, médecin des hôpitaux.

Mars 1932 : Le régime alimentaire dans les armées en campagne, par M. le Médecin lieutenant-colonel PILOD, professeur au Val-de-Grâce.

Avril 1932 : La liaison au point de vue chirurgical entre les formations de l'avant et celles de l'arrière, par M. le Médecin commandant CLAVELIN, professeur au Val-de-Grâce.

Mai 1932 : Organisation du Service de santé dans les régions en bordure de la zone des armées, par M. le Médecin général inspecteur SIEUR.

Juin 1932 : Les amputations d'urgence en chirur-

Voir la suite page LXIII-3039

PROPOS DU JOUR

L'apprentissage et l'orientation professionnelle

La rentrée des classes appelle notre attention sur la médecine scolaire à laquelle on attache, et non sans raison, de plus en plus d'importance. Il ne faudrait pas cependant dépasser la mesure et vouloir faire du médecin scolaire une sorte d'hyper-pédagogue, compétent en toute chose, qui imposerait ses vues et opposerait son veto à tout ce qui concerne l'enseignement et l'éducation des enfants. A en croire certains, les programmes d'enseignement, l'éducation physique et, à la sortie de l'Ecole, l'orientation professionnelle devraient entrer dans le domaine *exclusif* du médecin scolaire. Nous sommes loin de prétendre que, dans les Conseils et les Commissions, appelés à donner des directives sur ces importantes questions, la collaboration des médecins ne soit pas utile, même indispensable, mais, à notre avis, ce serait une erreur que de confier aux seuls médecins scolaires (dont nous sommes) la direction de tout ce qui constitue l'éducation de l'enfant. Ne forçons pas notre talent, et n'étendons pas outre mesure notre rôle. Certes les recherches scientifiques en physiologie et en médecine, concernant l'enfant et son développement physique et psychologique, doivent être poursuivies et même favorisées, mais leurs résultats ne doivent être appliqués qu'avec prudence et mesure par des techniciens qui, dans la pratique, doivent savoir rester dans les limites du bon sens.

Nous nous bornerons à examiner aujourd'hui la question de l'Orientation professionnelle qui, depuis quelques années et notamment depuis la création du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Instruction technique, paraît tenir le premier rang dans les préoccupations de ceux qui s'intéressent à l'éducation de la jeunesse (1).

Un de nos confrères bordelais, le Dr Pierre Nadal, médecin-conseil de la Chambre des métiers de la Gironde, nous paraît avoir raison quand, dans un article intitulé : *Science et orientation professionnelle*, publié dans le *Bulletin de la Chambre des métiers de la Gironde et Sud-Ouest* (mars 1931), il combat les exagérations de quelques orienteurs qui, sans doute, de la meilleure foi du monde, croient que cela est arrivé et qu'avec des tests pris en quelques minutes dans un laboratoire de psychotechnique, on peut à l'heure actuelle aiguiller un enfant vers la profession qui lui convient le mieux.

« La psychotechnique, écrit le Dr Pierre Nadal, est une science jeune, très jeune, dont de passionnés zélateurs voudraient nous faire prendre les premiers balbutiements pour des oracles. Soyons impartiaux mais n'abdiquons pas tout esprit critique. » C'est la voix même du bon sens qui parle, surtout quand le Dr Pierre Nadal conclut en ces termes :

« Le meilleur des tests est de mettre l'enfant aux prises avec les difficultés réelles du métier.

« Bien téméraire celui qui prétendrait qu'un examen de quelques minutes peut suffire ; un examen médical peut être contredit par un autre à quelques semaines de distance ; quant à l'examen psychotechnique, il dépend de conditions si facilement variables qu'on n'en doit enregistrer les résultats qu'avec la plus grande prudence. »

C'est d'ailleurs l'avis général, comme nous l'avons constaté ici, il y a quelques mois, en donnant le compte rendu de la réunion contradictoire des hommes les plus compétents en l'espèce, réunis à la Cour de cassation par les soins du *Comité National d'Etudes politiques et sociales* (1).

Certes il faut bien se garder de condamner la psychotechnique et les recherches de laboratoire sur l'organisation physiologique du travail, elles ont donné de précieux résultats et sont appelées à tenir une place de plus en plus grande dans l'industrie et l'hygiène des travailleurs. Mais il faut se borner à n'utiliser que les découvertes certaines, indiscutables et se résigner à attendre la confirmation des expériences nombreuses, pour les faire entrer dans le domaine pratique. C'est cette manière de faire qui est appliquée un peu partout, à Lyon, à Bordeaux et même à Paris, où notre distingué confrère, M. le Dr Moulin, maire du Ve arron-

(1) Le Congrès de l'Enseignement technique qui vient d'avoir lieu et la création récente du Centre d'études des métiers français font de l'orientation professionnelle une question d'actualité.

(1) Voir *Concours Médical* du 7 juin 1931. Propos du Jour.

dissement, qui, en cette qualité, préside le Comité de Patronage du V^e arrondissement « *L'aide de l'Apprenti* » et prend une part prépondérante à sa direction, nous a savamment et clairement exposé ses idées sur l'Orientation professionnelle et l'apprentissage. M. le D^r Moulin, du reste, a commencé à appliquer sa manière de voir qui est telle que nous allons l'exposer.

***

L'apprentissage depuis une vingtaine d'années subit une crise. Cette crise est très fâcheuse parce que l'apprentissage, donnant à l'individu dans son métier une valeur technique, augmente chez lui le sentiment de sa dignité et différencie l'ouvrier qualifié du manœuvre qui n'est guère qu'une simple machine humaine.

Le machinisme, en se perfectionnant, est en grande partie cause de cette crise de l'apprentissage; mais il faut y ajouter une autre cause, aussi très importante, c'est le désir qu'a la famille de faire gagner le plus vite possible un salaire appréciable à l'enfant. Les parents, donc, ne songent pas toujours à l'avenir et, souvent poussés par la nécessité, dirigent l'adolescent vers des professions, qui ne nécessitent aucune connaissance technique, et peuvent être immédiatement exercées par quiconque : par exemple à Paris, celle de chasseur ou de groom dans les cafés ou les grands hôtels ; le gain immédiat est parfois important et la belle livrée, qu'il va revêtir, contribue aussi à séduire l'enfant, qui sort de l'école.

Pour tâcher de lutter contre cette crise, des Comités de patronage des apprentis se sont formés dans le but d'obtenir par l'éducation technique un meilleur rendement du capital humain, et aussi dans celui de secourir l'apprenti, de l'aider à vivre et par conséquent de lui permettre d'acquérir sans trop de privations pour lui et sa famille, les connaissances techniques, nécessaires afin de devenir un ouvrier qualifié.

La loi du 2 novembre 1892 a donné une existence légale à ces comités; elle leur reconnaît pour buts la protection de l'enfant, le développement de son instruction technique et en outre le soin de guider son orientation professionnelle. Cette dernière a été dès le début envisagée, selon l'expression de M. Quillard, comme devant être suivie « de solutions pratiques et immédiates, surtout inspirées de bon sens et de la sollicitude pour l'enfant, sans trop s'embarrasser de considérations empruntées à des domaines scientifiques encore incertains ». Il faut en effet songer au présent avant d'escompter l'avenir. L'écolier en fin de scolarité ne peut suivre une orientation donnée que s'il a de quoi vivre, et le rôle du Comité de patronage doit être tout d'abord de lui assurer des subsides, l'orientation ne pouvant s'effectuer sans cette condition.

Le Sous-Secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique par le décret du 26 septembre 1922 procéda à l'organisation de l'orientation professionnelle. Il l'a définie « un ensemble d'opérations précédant le placement des jeunes gens et des jeunes filles dans le commerce et l'industrie, qui ont pour but de révéler leurs aptitudes physiques, morales et professionnelles». Aussi, pour aider le fonctionnement des offices publics de placement, furent créés des offices publics d'orientation professionnelle. En même temps était admise la création d'offices privés par les Chambres de commerce, les comités de patronage d'apprentis et les diverses associations intéressées, qui pouvaient être subventionnés par l'Etat ; tous ces offices publics et privés restent soumis à l'Inspection de l'Enseignement technique prévue par l'article VII de la loi Astier du 25 juillet 1919. En outre ces offices peuvent être subventionnés par les industriels, et il est tenu compte de ces subventions dans la perception de la taxe d'apprentissage, imposée par la loi de finances du 13 juillet 1925.

Pour établir quelque coordination entre ces divers offices, le sous-secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique s'est adjoint un Comité National d'Orientation professionnelle, divisé en quatre sections : pédagogique, économique, médicale et administrative. Mais tout cela est singulièrement compliqué. Pour aboutir à quelque chose de pratique le Préfet de la Seine a rédigé une circulaire du 10 mai 1927, conseillant la création de Comités scolaires pour opérer une sorte de préorientation. Ces comités doivent être composés des Directeurs ou des Directrices de chaque école, des maîtres et maîtressses de l'enfant, du médecin inspecteur, d'un conseiller d'orientation professionnelle et de deux délégués d'offices, un patron et un ouvrier. Des Comités analogues fonctionnent à Bordeaux.

A Paris, dans le cinquième arrondissement, un Comité de Patronage dénommé « l'Aide de l'Apprenti » fonctionne sous la direction du maire, M. le D^r Moulin. Ce comité reçoit les demandes des patrons qui, en même temps, lui font connaître quelle sera la durée de l'ap-

prentissage, le salaire de l'apprenti et celui de l'ouvrier. En outre le Comité s'inquiète des conditions nécessaires pour pouvoir bien exercer le métier ; par exemple : acuité visuelle et auditive, aptitude aux travaux de force ou d'adresse, qualités intellectuelles, défectuosités physiques incompatibles avec la profession. Seul, le patron professionnel peut bien connaître la nécessité de ces conditions. Pourvu de tous ces renseignements, le délégué du Comité de patronage les fait connaître à la famille du futur apprenti, dont il devient le conseiller et au Comité scolaire de préorientation dont il fait lui-même partie.

L'orientation professionnelle doit consister à mettre en accord les qualités physiques, intellectuelles et morales d'un sujet avec les exigences et les ressources de la profession qu'il peut ou non exercer. Rappelons que l'orientation diffère de la sélection ; cette dernière ne s'intéresse qu'à la profession et ne tient aucun compte des déchets qu'elle élimine ; tandis que l'orientation prend d'abord en considération l'intérêt de l'individu et celui de l'économie publique ; elle s'efforce de mettre chacun, et même le moins doué, à la place où il peut être utile.

L'orientation consiste donc à rechercher les aptitudes. Par aptitude, l'on entend une disposition naturelle à faire quelque chose ou, selon l'expression du Professeur Claparède, de Genève, « tout caractère psychique ou physique sous l'angle du rendement. »

Donc, chez un écolier qu'on désirera orienter, on cherchera à déterminer sa valeur physique et son état psychologique. Seul le médecin scolaire pourra juger de sa valeur physique. Il pourra connaître ses antécédents, son hérédité ; il aura pu suivre son développement, déceler ses tares organiques. Il devra bien entendu conclure avec prudence et une grande circonspection et réserver sagement l'avenir, car l'écolier n'est pas arrivé à un complet développement.

Les maîtres ou maîtresses pourront être juges de l'état psychique de l'adolescent, connaître le degré de son intelligence, apprécier son caractère, sa sensibilité, savoir s'il est patient ou turbulent et instable. Les directeurs et directrices qui, eux, ont suivi l'enfant pendant plusieurs années, pourront se rendre compte des variations de son état psychique. Dans quelques cas on devra faire appel à l'examen d'un psychiatre. Le plus souvent on pourra se borner à cela.

Mais, il est des orienteurs qui trouvent que c'est insuffisant. Ils ont la prétention de découvrir les aptitudes et même d'en mesurer le degré. Pour cela, ils ont recours à la méthode des tests (test signifie épreuve). En se servant de ces tests ou épreuves, ils ne se contentent pas de reconnaître que les facultés d'un enfant sont au-dessus ou au-dessous de la moyenne ; par le procédé des percentiles (Galton), ils créent une échelle dans les tests en les expérimentant sur cent enfants, et prétendent classer, d'après pareil barème, le degré d'intelligence, d'aptitude des sujets qu'ils examinent dans les cent catégories qu'ils ont ainsi déterminées.

Ces tests psychologiques n'ont qu'une valeur toute relative ; sans doute ils donnent lieu à d'intéressantes observations de laboratoire qui doivent être poursuivies, mais il serait prématuré de les faire entrer dans la pratique de l'orientation professionnelle. Chez le même sujet ces tests peuvent varier d'un moment à l'autre. Ils ne peuvent avoir une véritable valeur, qu'appliqués avec prudence par des spécialistes très expérimentés. C'est à des conclusions de ce genre qu'ont abouti les discussions du Congrès international d'orientation professionnelle de Toulouse en septembre 1924 et celles du Congrès de Charleroi en mai 1926. Tous les hommes vraiment compétents acceptent aujourd'hui ces réserves.

A côté des tests d'aptitude, des tests psychologiques, il existe des tests plus faciles à interpréter et partant, à utiliser, ce sont les tests physiologiques ou psychomoteurs qui permettent d'étudier le fonctionnement des organes sensoriels et moteurs.

A la méthode des tests, la Chambre de commerce de Paris en préfère une autre. Elle a créé 14 Ateliers-Ecoles sous la direction générale de M. Lomont, inspecteur honoraire de l'Enseignement, et elle base l'orientation professionnelle à la fois sur des faits d'ordre scientifique et d'ordre expérimental. Les faits d'ordre scientifique sont les renseignements fournis par la famille, par l'Ecole, les examens minutieux tant psychologiques que médicaux. Les faits d'ordre expérimental consistent dans l'observation de la manière de travailler dans les ateliers-écoles où les adolescents font un stage de trois à six mois. Ce système offre évidemment de sérieuses garanties, néanmoins il ne saurait être considéré comme parfait, car nous objecterons, avec le Dr Dufestel, que l'écolier que l'on étudie ici dans le but de l'orienter, est en pleine évolution et que l'on préjuge souvent à tort des aptitu-

des qu'il aura une fois adulte. Mais la perfection n'existe nulle part. D'ailleurs l'entente est loin d'être parfaite au camp des orienteurs. Les uns exigent pour un seul métier un minimum d'aptitudes. Les autres voudraient un ensemble d'aptitudes permettant éventuellement à l'adolescent de passer d'un métier à un métier voisin. Certains, comme les Drs Laufer et G. Paul-Boncour, loin de trouver dans une insuffisance physique une raison d'élimination pour certains métiers, conseillent de les faire adopter, persuadés qu'ils sont que l'exercice de ce métier corrigera cette insuffisance. Il en est qui tiennent grand compte de l'examen psychophysiologique. Pour eux, l'attention, le sang-froid, la volonté présentent de grands avantages et sont des qualités mises constamment en jeu dans l'usine pour la surveillance et l'utilisation de machines. Tout au contraire, certains industriels américains sont d'avis qu'il est préférable d'utiliser des individus à mentalité inférieure, dont les actes purement automatiques s'accordent mieux avec le machinisme. Enfin, d'autres mettent sérieusement en doute la valeur des épreuves chez des enfants de 13 à 15 ans. Pour eux il faudrait au préalable une adaptation du sujet. En somme, il résulterait de tout cela des possibilités, des probabilités mais aucune certitude.

Devant ce chaos d'opinions divergentes, la Direction générale de l'Enseignement technique a créé l'Institut national d'orientation professionnelle, qui a été inauguré en octobre 1928. Cet Institut ne doit pas, du moins dans l'esprit de ses créateurs, imposer des dogmes, mais s'efforcer de coordonner les résultats obtenus, d'encourager les recherches scientifiques et d'assurer la formation de conseillers d'orientation professionnelle. Ce nouveau rouage qui peut être utile, vient néanmoins compliquer encore un organisme déjà singulièrement complexe.

Le Dr Moulin s'est efforcé de coordonner les éléments, qui doivent concourir à l'orientation des apprentis, auxquels il désire faire adopter le métier, pour lequel ils ont le plus d'aptitude.

Les deux institutions qui, nous l'avons dit, forment les piliers fondamentaux de l'enseignement technique, sont d'une part l'office de placement et de l'autre l'office d'orientation ; entre les deux le Dr Moulin place, comme agent de liaison, le Comité de patronage des apprentis. Ce Comité de patronage par sa Commission de propagande s'efforce d'éveiller chez les écoliers des vocations en faisant faire des conférences, en projetant des films, en distribuant des tracts ayant trait à divers métiers. L'enfant, soit sous cette influence, soit sous celle de sa famille, ou toute autre, témoigne-t-il le désir d'entreprendre telle ou telle profession ? On le soumet à l'examen de la Commission primaire de préorientation professionnelle de l'Ecole qui se rend compte s'il existe ou non chez lui des contre-indications. Si cette commission juge un examen plus complexe nécessaire, elle dirige l'enfant à l'Office public d'orientation professionnelle qui ainsi ne reçoit que des sujets déjà sélectionnés et n'est pas encombré par ceux dont il est facile de constater les aptitudes. Ce dernier examine encore ceux qui paraissent n'être bons à rien, pour qu'il donne son avis sur la manière dont il serait possible de les utiliser.

Une fois l'aptitude reconnue, le Comité de patronage conduit l'enfant à l'Office de placement qui s'efforce de trouver à l'adolescent une place d'apprenti dans la profession ou une des professions qu'il est apte à adopter. Il faut en effet compter sur d'autres facteurs d'ordre économique qui sont l'encombrement plus ou moins grand d'une profession, le chômage qui peut y régner, etc., etc.

Une fois placé, le Comité de patronage poursuit son rôle bienfaisant. Il devient le tuteur de l'apprenti qu'il aide moralement et matériellement, à qui il donne des subsides qui lui permettent de vivre tout en continuant son apprentissage et d'attendre d'être capable de gagner le salaire d'un ouvrier qualifié.

Il nous semble que ce système simple répond aux besoins actuels et permet d'utiliser dans une mesure raisonnable les découvertes scientifiques. Pas n'est besoin de multiplier les Offices d'orientation professionnelle, de créer des milliers et des milliers de fonctionnaires orienteurs, budgétivores, dont les prétendus services seraient loin de compenser les frais de leur entretien. Déjà l'on parle en haut lieu de la création de diplômes d'orienteurs. On élabore un programme qui comprend la physiologie, la pathologie générale et psychiatrique, la psychologie, les sciences économiques, la pédologie, la technique des divers métiers, etc., etc. Combien d'années d'études faudrait-il à un homme bien doué et même supérieur pour accumuler et digérer toutes ces connaissances et pour être capable de les utiliser en pratique avec fruit ? Ne craint-on pas de créer encore toute une classe de pseudo-savants aussi dangereux que prétentieux ? Nous devons remercier le Dr Pierre Nadal

d'avoir montré qu'il faut faire une distinction entre la vraie science et le « scientifisme » et nous épargner en matière d'orientation professionnelle des expériences coûteuses et mal conduites qui la déconsidéreraient et nuiraient à ses progrès au lieu de les favoriser. Dans l'état actuel de nos connaissances la méthode simple, que le Dr Moulin préconise et tente d'appliquer, est à notre avis, appelée à donner sans tapage, sans bluff et aussi sans grands frais, les meilleurs résultats pratiques.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Broncho-pneumonies simples et tuberculose pulmonaire dans la rougeole des enfants. Difficultés du diagnostic

Professeur P. Nobécourt (1)

Je désire vous raconter aujourd'hui l'histoire de quatre enfants, âgés de 1 à 3 ans, qui, pendant le cours ou les suites de la rougeole, ont présenté des manifestations pulmonaires, ayant fait hésiter le diagnostic entre une broncho-pneumonie simple et la tuberculose pulmonaire.

***

Le petit Jacques est né le 22 mars 1929, à terme, avec un poids de 4 kgr. Je passe sur ses antécédents héréditaires. Jusqu'en juin 1930, il vit à la campagne. Puis il habite avec sa mère, très misérable, dans une chambre d'hôtel sans feu. Il est suivi à la crèche du dispensaire du Kremlin-Bicêtre.

Le Dr Maximien nous l'envoie parce qu'il « présente un amaigrissement persistant, de l'anorexie, de l'hébétude. Une radiographie pulmonaire a montré quelques striations légères à gauche » le 6 décembre 1930.

Jacques entre à la salle Bouchut le 29 décembre. Il est âgé de un an et 9 mois. Il mesure 82 cm. 5 et il pèse 9 kgr. 800 au lieu de 77 cm. 5 et de 11 kgr. Il est petit, très maigre, pâle. Il n'a pas de fièvre. Ses selles sont normales, ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A l'auscultation du thorax, on entend une respiration un peu rude aux sommets et quelques râles disséminés. La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Après l'entrée, la température reste normale pendant quelques jours. Puis à partir du 9 janvier, apparaît une fièvre irrégulière.

Sur une radiographie faite le 13 janvier, on voit des hiles chargés, surtout à droite, et, dans le lobe supérieur gauche, au-dessous de la clavicule, deux taches arrondies, difficiles à interpréter.

Ces constatations confirment le diagnostic de tuberculose, que nous avions porté.

L'enfant maigrit ; du 5 au 18 janvier, en treize jours, il perd 700 gr. ; il ne pèse plus que 9 kgr. 100.

La température s'élève ; le soir du 19 janvier, elle atteint 40° et on constate une éruption de rougeole.

Cette éruption est peu intense ; elle s'atténue assez vite. Mais la fièvre reste élevée et irrégulière ; à partir du 23 janvier, la température se maintient entre 39° et 40°.

Le pharynx est rouge, les amygdales sont grosses ; l'examen bactériologique du mucus, montre la présence du *micrococcus catarrhalis* et de *staphylocoques*.

Le 23 janvier, apparaît une otite double ; on pratique la paracentèse à gauche et, le 26, la paracentèse à droite.

A l'examen du thorax, on trouve, dans l'espace interscapulo-vertébral, surtout à droite et, de ce côté, jusque dans la région sus-épineuse, de la submatité, de la résistance, un souffle fort et rude ; par ailleurs, on entend des râles sous-crépitants, fins, disséminés, nombreux à droite, plus rares à gauche. La sonorité est exagérée en avant et en arrière.

L'état général s'aggrave. L'enfant a de la polypnée ; son pouls est faible, à 160-170.

La cutiréaction à la tuberculine, qui était devenue négative le 19 janvier, jour de l'éruption de rougeole, est de nouveau positive, le 30 janvier, c'est-à-dire onze jours après le début de la rougeole.

(1) Leçon du 21 février 1930.

Le 2 février, l'enfant revient à la salle Bouchut. Il est âgé de un an et 10 mois. Sa taille ne s'est pas modifiée ; mais il ne pèse plus que 7 kgr. 750; il a perdu 1 kgr. 400 en dix-sept jours. Il est très maigre, très pâle. Sa température se maintient autour de 39°.

Sa respiration est rapide, 72 respirations à la minute ; on remarque un peu de tirage épigastrique, sous-costal et sussternal. Le pouls est très rapide, 180.

Le 3 février, une nouvelle cutiréaction est encore positive.

A l'examen du thorax, nous constatons une sonorité forte, en avant et en arrière ; elle pourrait faire penser à un pneumothorax ; en réalité elle est due à de l'emphysème. En arrière, nous percevons une légère submatité dans l'espace inter-scapulo-vertébral et aux bases.

A droite, au niveau du hile, la respiration est soufflante ; à la partie moyenne, on entend un souffle expiratoire assez doux, et, dans tout le champ pulmonaire, surtout à la base, des râles sous-crépitants assez fins disséminés.

A gauche, on perçoit les mêmes râles, mais moins nombreux.

Le 3 février, une radiographie montre des hiles chargés, comme précédemment, un aspect nuageux de la plage pulmonaire droite sur toute sa hauteur, mais plus épais dans l'angle cardio-diaphragmatique ; une plage pulmonaire gauche assez transparente, avec les mêmes taches qu'au précédent examen.

Les bruits du cœur sont difficiles à percevoirl Le foie est gros : sur la ligne mamelonaire i mesure 10 cmc. et dépasse le rebord costal de 5 cm. La rate n'est pas palpable.

L'enfant a de l'anorexie ; ses selles sont panachées. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 5 février, la température est de 40°1-40°2 ; les jours suivants, elle se maintient élevée.

L'enfant meurt dans la nuit du 7 au 8 février.

L'autopsie est faite avec le Dr Brunet.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide et sont libres d'adhérences. Au hile gauche, il existe un gros ganglion caséeux.

Les lobes inférieurs des poumons sont le siège d'une hépatisation massive, les lobes supérieurs sont emphysémateux.

Sur les coupes des lobes inférieurs, on constate une broncho-pneumonie massive et du pus en abondance dans les bronchioles. Dans les lobes inférieurs et dans les supérieurs, on voit de nombreuses granulations disséminées, granulations ayant l'aspect des granulations tuberculeuses submiliaires, cependant assez grosses et jaunes ; à la loupe, elles paraissent centrées sur des bronchioles.

L'examen du cœur, du foie, de la rate, du péritoine, des méninges ne montre pas de lésions tuberculeuses.

Au microscope, sur les coupes du lobe supérieur, on voit des zones de tissu pulmonaire à peu près sain, semées de nodules de broncho-pneumonie aiguë : ces nodules sont disposés autour des bronches ; celles-ci sont remplies de pus, d'épithélium desquamé ; on y voit des alvéoles présentant les lésions de l'alvéolite fibrineuse et de l'alvéolite suppurée, avec de nombreux polynucléaires dégénérés, dont les noyaux sont en pycnose. On ne trouve pas de granulations tuberculeuses.

L'examen bactériologique du pus y décèle de nombreux pneumocoques. Sur les coupes on ne trouve pas de bacilles de Koch.

Somme toute, Jacques entre dans notre service, à un an et 2 mois, sans fièvre, en état de cachexie ; nous trouvons une adénopathie trachéo-bronchique et une cuti-réaction positive à la tuberculine. Le diagnostic de tuberculose s'impose.

L'enfant contracte la rougeole. Après la rougeole, la fièvre persiste, les signes fonctionnels et physiques font penser à une granulie à forme catarrhale ou broncho-pneumonique ; mais la radiographie ne permet pas d'affirmer ce diagnostic. La cuti-réaction à la tuberculine, qui a été transitoirement négative, redevient positive.

L'enfant meurt vingt et un jours après le début de la rougeole.

A l'autopsie, nous trouvons une broncho-pneumonie bilatérale. Par leur aspect certaines lésions rappellent la granulie, mais l'examen microscopique montre l'absence de tuberculose pulmonaire et, on ne constate pas de bacilles de Koch. On a trouvé un ganglion caséeux dans le médiastin.

Jacques est mort d'une broncho-pneumonie à pneumocoques, qui, à cause de ses modalités cliniques et anatomiques, pourrait être appelée pseudo-tuberculeuse.

Le ganglion trachéo-bronchique caséeux explique les cuti-réactions positives à la tuberculine.

Voici maintenant la petite Albertine. Elle est née le 27 juin 1929. Elle entre le 5 janvier pour une rougeole. Elle est âgée de un an et 6 mois.

Sa température est de 40°, son éruption bien caractérisée, son pouls rapide, à 144. Elle a de la dyspnée, 64 respirations à la minute, du battement des ailes du nez. A l'auscultation, on trouve, à la base gauche, un foyer de râles sous-crépitants fins. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Cependant la défervescence est régulière. Le 9 janvier, la température est de 37°2-37°4, les 10 et 11 janvier, elle est apyrétique.

Mais, le 12 janvier, la température est de 38°-37°5, une otite bilatérale suppurée se déclare. On pratique la paracentèse des tympans.

Les jours suivants, la fièvre monte graduellement ; le 15 janvier elle est à 39°8-39°1. La fièvre persiste à 39°-40° jusqu'au 22 janvier, l'otite reprend, on est obligé de pratiquer une nouvelle paracentèse.

A partir du 23, la température s'abaisse lentement jusqu'au voisinage de 38°.

Le 26 janvier, l'enfant est envoyée à la salle Parrot. Elle est âgée de un an et 7 mois ; au lieu de 74 cm. et 10 kg. 500, elle mesure 65 cm. 5, et pèse 7 kgr. 100. Elle est très petite, très maigre, très pâle. On note de la micropolyadénopathie, un peu de rachitisme, un léger chapelet costal, un évasement de la base du thorax.

L'examen du foie, de la rate, du cœur, ne révèle rien de particulier; les selles sont belles. Il existe encore un petit écoulement des oreilles. En arrière, aux bases, on perçoit des râles sous-crépitants fins. La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Jusqu'au 6 février, la fièvre persiste, irrégulière, entre 38° et 39°5, l'état général s'améliore, le poids augmente un peu. Sur une radiographie, faite le 4 février, on voit un hile droit très chargé, surtout à son étage inférieur.

Le 6 février, la température, qui est le matin de 37°8, monte le soir à 40°6. Les 7, 8 et 9 février, la fièvre reste autour de 40°, irrégulière, la dyspnée augmente, l'enfant est déprimé.

Le 7 février, à la base droite du thorax, on perçoit de la submatité et un souffle tubaire ; au niveau des deux poumons, on entend une respiration soufflante et quelques râles sous-crépitants disséminés.

Le 9 février, la matité de la base droite a augmenté et s'étend jusqu'à la pointe de l'omoplate ; à son niveau, on entend toujours un souffle tubaire et des râles sous-crépitants assez fins, qui s'étendent jusque dans les aisselles. Au niveau de l'espace inter-scapulo-vertébral, il y a de la submatité. Dans le poumon gauche, on entend des râles sous-crépitants disséminés.

Dans la nuit du 9 au 10 février, la température descend jusqu'à 36°8. Puis la fièvre continue avec des oscillations de plus en plus faibles ; à partir du 15 février elle reste autour de 38°.

Les signes physiques persistent en s'atténuant.

Le 12 février, une radiographie montre, à droite, dans la moitié inférieure, une grosse opacité masquant le diaphragme et se continuant avec l'ombre du cœur ; elle fait penser à un épanchement pleural ; d'autre part, le hile est très chargé ; à gauche, la moitié inférieure est opaque, l'opacité se continuant avec celle du cœur, mais laissant le cul-de-sac costo-diaphragmatique clair.

Je vois l'enfant le 16 février.

La sonorité est forte sur toute la hauteur du thorax.

En arrière, à droite, au-dessous de la pointe de l'omoplate, on entend une respiration faible et quelques râles sous-crépitants assez secs. A gauche, la respiration est à peu près normale. En avant on ne note rien de particulier.

De l'oreille gauche se fait un petit écoulement de pus. Le pharynx est normal.

Le 18 février, une nouvelle radiographie montre des plages pulmonaires claires sur toute la hauteur, au niveau du hile droit, une grosse opacité et, au niveau du hile gauche, quelques taches opaques.

Actuellement, les symptômes pulmonaires sont en régression, mais l'adénopathie trachéo-bronchique persiste avec une réaction périganglionnaire prédominante à droite.

La maigreur est toujours grande, l'enfant pèse 6 kgr. 900 au lieu de 7 kgr. 100 le 26 janvier.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Mais, le 13 février la séro-floculation à la résorcine de Vernes et la réaction de fixation de Besredka ont été négatives.

En résumé, Albertine, à un an et 6 mois, entre dans le service pour une rougeole. Celle-ci se termine régulièrement et est suivie d'une phase intermédiaire de trois jours d'apyrexie. Puis, la fièvre augmente graduellement et persiste avec de grandes ondes. Des signes de broncho-pneumonie et d'adénopathie trachéo-bronchique apparaissent. Enfin, au bout d'une quarantaine de jours, une amélioration se manifeste et on peut escompter la guérison.

On est donc en droit d'éliminer la tuberculose pulmonaire et de porter le diagnostic de broncho-pneumonie banale. Mais il reste une adénopathie trachéo-bronchique qui, la cutiréaction positive à la tuberculine en témoigne, est tuberculeuse. On doit se demander si cette adénopathie est en activité ; le Vernes et le Besredka négatifs ne plaident pas pour l'affirmative.

La petite Liliane, que voici maintenant, est née le 5 octobre 1927 à terme. Dans ses antécédents, je note qu'à 2 ans et demi elle a eu la coqueluche.

On nous l'amène, le 26 janvier, pour une rougeole. Elle est âgée de 3 ans et 3 mois. La température est de 38°8, l'éruption normale. On constate de la bronchite, des sibilances et des râles sous-crépitants fins disséminés. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Le 28 janvier, la fièvre tombe au-dessous de 38°. Les 30 et 31 janvier l'enfant est apyrétique. On entend encore des râles ; mais ils sont très diminués.

Le 1er février, la température remonte à 38°4-

40°5. Le 2 février on constate une otite bilatérale, on pratique la paracentèse.

D'autre part, on découvre des signes de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, au niveau du lobe supérieur droit : de la matité, un souffle tubaire et quelques râles sous-crépitants.

La fièvre persiste, d'abord avec de grandes oscillations, puis en plateau entre 39 et 40° .

Le 6 février, une deuxième cutiréaction est négative.

Liliane revient à la salle Parrot le 11 février. Elle est âgée de 3 ans et 4 mois. Sa taille est de 98 cm., son poids, 14 kgr. Elle est pâle, a de longs cils, de l'hypertrichose interscapulaire. La température a baissé ; elle est à 37°-37°8.

Le thorax est évasé en bas.

A l'examen du thorax, on constate, en avant à droite, sous la clavicule, un bruit de pot fêlé, des râles sous-crépitants, du gargouillement, un souffle à timbre cavitaire, à prédominance expiratoire.

En arrière, à droite, on perçoit de la submatité et des râles sous-crépitants sur toute la hauteur, sauf à la base ; à la partie interne de la région sus-épineuse, un souffle tubaire et, dans l'aisselle, des râles sous-crépitants.

En arrière, à gauche, dans la région interscapulo-vertébrale, la respiration est soufflante.

Le 12 février, une troisième cutiréaction à la tuberculine est positive.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

On pense à une infiltration tuberculeuse avec caverne du poumon droit.

Une radiographie, faite le 9 février, semble confirmer cette opinion. L'hémithorax droit offre de l'opacité sur toute la hauteur, sauf à l'extrême base ; elle se continue avec l'opacité cardiaque. A gauche, le hile est chargé.

J'examine l'enfant le 12 février. Je retrouve les signes déjà constatés, mais l'enfant est apyrétique. Sur la radiographie l'opacité est uniforme comme un lavis et non pommelée. Je fais des réserves sur l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

D'ailleurs une radiographie, faite le 11 février, donne un aspect tout différent. L'hémithorax droit est beaucoup plus clair ; il donne l'image d'un brouillard qui s'évapore ; le hile droit reste chargé.

Le 13 février, la fièvre reprend à 40°4-40°2. Les jours suivants, elle persiste à 40°, puis à 39°5. Le pharynx est rouge, recouvert de mucopus.

On perçoit des signes de broncho-pneumonie lobaire de la base droite, de la matité un souffle tubaire, et quelques crépitations sèches. A la base gauche, on entend quelques râles, sous-crépitants. En avant, des deux côtés, la sonotité est forte, il n'y a rien de notable à l'auscultation.

Le 18 février, se produit une défervescence brusque à 38°. Les signes de la base droite persistent ; la matité augmente même.

Une radiographie montre, au niveau de l'hémithorax droit, dans la moitié inférieure, une opacité complète, se continuant avec l'opacité du cœur et avec celle du foie, à limite supérieure nette, qui fait penser à un épanchement pleural.

Le 19 février, M. Ducas pratique une ponction de la plèvre droite ; elle ramène quelques centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux légèrement louche. Le microscope y montre la présence de nombreux plynucléaires, dont la plupart sont intacts, et l'absence de germes.

Depuis, la température reste normale, l'état général s'améliore.

Le 14 février, les réactions de Besredka et de Vernes ont été négatives.

Donc, Liliane a fait une poussée congestive transitoire du poumon droit, puis une broncho-pneumonie de la base droite avec une réaction pleurale aseptique. Il est très probable que ces affections pulmonaires sont simples, non tuberculeuses.

Mais il reste une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, au sujet de laquelle se pose le même problème que pour la petite Albertine.

Voici la dernière malade, la petite Suzanne. Elle est née le 1er août 1929. Elle entre à la salle Guersant, le 21 décembre avec une température ascendante qui monte jusqu'à 39°. Elle est âgée de un an et 4 mois.

Le 23 décembre, apparaît une éruption de rougeole. On transfère l'enfant au pavillon de la rougeole.

Nous trouvons une température de 39°, une éruption régulière. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

La température s'abaisse, et, le 26 décembre, quatrième jour de l'éruption, elle est de 37°6-38°3.

Mais, le 27, elle remonte à 39°-38°7 et, le 28, atteint 39°1-39°6.

A l'auscultation, on entend des râles de bronchite. Une otite droite se déclare ; on pratique la paracentèse.

Depuis ce moment, la fièvre persiste très irrégulière : de temps en temps elle s'abaisse à 38° ; en général, elle se maintient aux environs de 39° ; quelquefois elle atteint ou dépasse 40°.

Le 31 décembre, apparaît une otite gauche, on pratique la paracentèse.

A l'examen du thorax, on trouve, à la base gauche, des signes de broncho-pneumonie qui expliquent la persistance de la fièvre due à la broncho-pneumonie.

Les symptômes généraux sont sévères : l'enfant est pâle, déprimée ; elle maigrit et présente de la micropolyadénopathie. Son pouls est petit

et rapide, 160 pulsations et plus. Elle a de la dyspnée, de la polypnée à 40 ou 50, du tirage.

A la base droite, on trouve les signes d'un foyer : une matité plus ou moins forte, des râles sous-crépitants fins. Le 8 janvier, une ponction pleurale ne retire pas de liquide.

A la base gauche, il y a de la submatité et une respiration faible. Au sommet gauche, on perçoit quelques râles sous-crépitants.

Le 21 janvier, on voit sur une radiographie, à droite, un hile chargé, un aspect nuageux sur toute la hauteur ; à la partie moyenne, une bande peu opaque, partant du hile, à limite inférieure nette, révéllant une périscissurite du lobe supérieru ; à la base, dans la région paracardiaque, un aspect nuageux plus sombre. A gauche le hile est chargé, l'aspect nuageux de la plage pulmonaire est peu marqué et plus intense le long du bord gauche du cœur et au niveau du lobe supérieur.

La cuti-réaction à la tuberculine est toujours négative.

A partir du 22 janvier, la fièvre est plus irrégulière et diminue. A partir du 28, la température reste entre 37° et 38°.

Le 2 février, Suzanne est envoyée à la salle Parrot.

Elle est âgée de un an et 6 mois. Elle a une taille moyenne de 73 cm. 5, un poids très faible de 7 kgr. 300. Elle est très maigre, pâle, déprimée. On constate de la micropolyadénopathie. On ne remarque pas de signes de rachitisme.

Il se produit un écoulement purulent des oreilles. Au niveau de la cuisse, il existe un abcès consécutif à des injections. Le pharynx est légèrement rouge. Les selles sont bonnes.

A l'examen du thorax, on trouve, en avant, à gauche, au sommet, de la submatité, en arrière, à droite, dans l'espace inter-scapulo-vertébral et à la région sus-épineuse, ainsi qu'à la base, de la submatité. A droite, à la base et au niveau du hile, on entend une respiration soufflante.

Une radiographie, faite le 4 février, montre, au niveau de l'hémithorax droit, un hile très chargé, la même bande d'obscurité juxta-scissurale et une plage pulmonaire plus claire que précédemment. Au niveau de l'hémithorax gauche, le hile est toujours chargé, l'ombre qu'on avait observée le long du bord gauche du cœur plus claire; le lobe supérleur plus transparent.

Des cuti-réactions pratiquées le 5 et le 10 janvier sont négatives.

Depuis le 3 février, le poids augmente : 7 kgr. 700 le 7 février, 7 kgr. 900 le 16 février. Il persiste un état subfébrile, la température ne dépassant pas 38°. L'oreille coule toujours.

Le 16 février, à l'examen du thorax, on constate, en arrière, à droite, une base submate, et, sur toute la hauteur, de nombreux râles sous-crépitants, humides et gros, avec quelques râles plus fins ; à gauche les mêmes râles, mais moins nombreux. On ne note rien de particulier au niveau de l'espace inter-scapulovertébral.

Une radiographie faite le 18 février montre le même aspect que la précédente.

La cuti-réaction faite le 16 février est encore négative.

Le 12 février, on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les selles.

Somme toute, Suzanne a été atteinte d'une broncho-pneumonie qui pouvait faire penser à la tuberculose, mais, toutes les cuti-réactions, restées négatives nous ont permis de l'éliminer. L'adénopathie trachéo-bronchique ellemême est simple, non tuberculeuse.

Voici donc quatre enfants chez lesquels la persistance de la fièvre, le mauvais état général, les manifestations pulmonaires, les cuti-réactions positives à la tuberculine pour les trois premiers nous ont laissé hésitants sur la nature de l'affection ; s'agissait-il d'infections banales ou de tuberculose ?

Cette hésitation est facile à comprendre, quand on sait comment se comportent dans la rougeole les *broncho-pneumonies simples non tuberculeuses* et la *tuberculose pulmonaire*. Ces affections ont en effet beaucoup de points communs.

***

Les BRONCHO-PNEUMONIES SIMPLES sont causées par les pneumocoques, les streptocoques, les bacilles de Pfeiffer, les pneumobacilles de Friedländer, etc. Elles sont précédées ou accompagnées de rhino-pharyngites, d'otites, parfois de laryngites.

Elles réalisent une étape de l'infection des voies respiratoires. On discute s'il s'agit d'une infection descendante ou d'une infection hématogène.

Elles relèvent de **facteurs étiologiques** complexes.

Intervient le *milieu épidémique*. Elles apparaissent pendant certaines saisons, surtout en automne, en hiver, au printemps ; elles coïncident avec les infections saisonnières des voies respiratoires ; elles sont particulièrement fréquentes pendant les épidémies de grippe.

Intervient l'*âge*. On les voit principalement avant 5 ans et surtout avant 2 ans. Les enfants, dont je vous ai rapporté les observations, étaient âgés de trois ans au plus.

Elles *débutent* à toutes les périodes de la rougeole, à la période d'invasion, pendant l'éruption, à la période post-éruptive.

Ces infections des voies respiratoires inférieures revêtent deux grands types cliniques :

le *catarrhe suffocant* et la *broncho-pneumonie proprement dite.*

Le CATARRHE SUFFOCANT de Laënnec, la BRONCHITE CAPILLAIRE de Fauvel, a un début brusque. La température s'élève à 40° et plus. L'enfant a de la polypnée, de la dyspnée, du tirage. Il est agité. Son visage est pâle, cyanosé.

A l'examen du thorax, on constate une sonorité forte due à de l'emphysème aigu, des râles sonores et sous-crépitants fins, plus ou moins disséminés, quelquefois le bruit de tempête de Récamier, une respiration soufflante au hile.

Bientôt l'enfant ne réagit plus il asphyxie. La mort survient au bout de deux, trois ou quatre jours. Le tableau clinique est le même que celui de l'ŒDÈME PULMONAIRE AIGU DES POUMONS que j'ai étudié dans une leçon publiée par *Le Concours médical* du 28 septembre 1930, sur l'*Œdème aigu des poumons et la bronchite capillaire dans la rougeole des enfants.*

La BRONCHO-PNEUMONIE PROPREMENT DITE se traduit par des signes généraux, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Parmi les *symptômes généraux*, la première place appartient à la fièvre.

Quand la broncho-pneumonie débute à la période d'invasion ou d'éruption, la fièvre se confond avec celle de la rougeole ; alors la température ne tombe pas avec la fin de l'éruption et persiste.

Lorsque la broncho-pneumonie débute après l'éruption, la fièvre de la rougeole tombe, la température revient à la normale ou reste subnormale. Puis, la fièvre reprend brusquement ou s'installe graduellement.

La fièvre revêt des modalités très diverses. Elle peut être continue, à 39° ou 40°, en plateau plus ou moins régulier. Ou bien elle est irrégulière, avec des oscillations plus ou moins grandes, des rémissions et des reprises.

Le pouls est habituellement rapide.

Les forces se dépriment. L'amaigrissement est rapide.

Comme *symptômes fonctionnels*, on remarque la polypnée, la dyspnée avec tirage plus ou moins intense suivant les jours, la toux, plus ou moins forte, d'abord sèche, puis grasse ; l'expectoration apparaît seulement chez les grands enfants à partir de six ou sept ans.

Les *signes physiques* présentent deux grandes modalités.

Dans la première modalité, il s'agit d'une *broncho-pneumonie pseudo-lobaire.* Elle siège au sommet, à la partie moyenne ou à la base. Au niveau du foyer, on constate de la submatité ou de la matité, un souffle plus ou moins fort, bronchique ou tubaire, des râles sous-crépitants fins. Souvent apparaissent successivement d'autres foyers, soit dans le même poumon, soit dans l'autre. On entend en outre, des râles sonores ou humides disséminés.

Cette modalité n'est pas la plus fréquente au cours de la rougeole.

Dans la seconde modalité, il s'agit d'une *broncho-pneumonie à noyaux disséminés.*

Elle peut siéger dans un seul poumon, généralement elle occupe les deux poumons. Les symptômes sont plus ou moins étendus.

La sonorité est normale ou forte, avec des zones de submatité, surtout aux bases.

On entend une respiration soufflante étendue ou, par place, un souffle généralement assez faible et variable, des râles sous-crépitants. Ceux-ci constituent le symptôme le plus important. Il existe tantôt des foyers de râles sous-crépitants fins et secs disséminés, plus ou moins nombreux ; tantôt des râles sous-crépitants à une base ou aux deux bases ; tantôt des râles humides, gros et moyens, généralisés et, parmi eux, des foyers de râles sous-crépitants plus ou moins fins, secs ou humides.

L'affection a une *évolution* et une *durée* très différentes suivant les cas.

Dans certains cas l'évolution est *relativement courte*, la durée de huit, dix, quinze, vingt jours ; le malade tantôt guérit, tantôt meurt. Il s'agit d'une *broncho-pneumonie aiguë.*

Dans d'autres cas, l'affection se *prolonge*, la *broncho-pneumonie devient subaiguë.* La fièvre persiste ; elle est souvent moins élevée que pendant la première phase. Il y a, pour ainsi dire, autant de courbes que de malades.

On observe des périodes d'exacerbation et des périodes de rémission. La température présente des oscillations petites ou grandes de 38° à 40°, ou bien reste en plateau (38°-40°).

Les enfants sont pâles, amaigris ; leur peau est sèche, rugeuse. Ils ont de la polymicroadénopathie.

Ils ont de l'anorexie, souvent de la diarrhée, un foie gros, une toux grasse.

A l'auscultation des poumons, on entend de gros râles humides, caverneux, surtout nombreux à certains endroits et notamment aux bases. Au niveau de ces dernières on constate de la submatité, un souffle bronchique, tubo-pleural ou caverneux.

En somme, c'est le tableau de la *broncho-pneumonie subaiguë avec bronchectasies*, si bien décrit par le Professeur Hutinel.

J'ai consacré à ces *broncho-pneumonies subaiguës et chroniques avec bronchectasies chez les enfants* une leçon, qui est publiée dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacrés aux *Affections de l'appareil respiratoire.*

Ce tableau rappelle celui de la tuberculose pulmonaire. On la rencontre notamment dans la

rougeole, dans laquelle Rillet et Barthez l'ont les premiers décrit.

Rillet et Barthez, en 1843, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, ont déjà signalé le fait. « La pneumonie (broncho-pneumonie), écrivent-ils, se prolonge quelquefois pendant un temps assez long et prend l'apparence chronique. Dans plusieurs cas de ce genre, nous avons cru, pendant la vie, à une tuberculisation pulmonaire, et nous n'avons trouvé à l'autopsie que des abcès du poumon. »

Dans la seconde édition, en 1854, ils écrivent : « Nous avons démontré que des broncho-pneumonies lobulaires, suivies ou non d'abcès du poumon et marchant avec lenteur, étaient quelquefois un des reliquats de la fièvre éruptive et en imposaient pour une affection tuberculeuse. »

C'est également l'opinion soutenue par le Professeur Hutinel dans *La Presse médicale* du 10 mai 1907, où il a étudié les *complications broncho-pulmonaires de la rougeole*.

Après avoir décrit les symptômes généraux et locaux, il précise le tableau clinique : « Triste, immobile dans son lit, le petit malade prend de plus en plus le facies d'un phtisique, et il est impossible de ne pas songer à la tuberculose. Pourtant, quand il succombe, et c'est le cas le plus habituel, on ne trouve aucune lésion tuberculeuse, pas plus dans les poumons que dans les ganglions. En revanche on découvre les lésions classiques d'une broncho-pneumonie à lente évolution : infiltrations péri-bronchiques, dilatations des bronches et des bronchioles, vacuoles purulentes, petits abcès lobulaires, etc. »

C'est pourquoi le Professeur Hutinel propose l'appelation de *broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses*.

***

On admet généralement que la rougeole donne un coup de fouet à la tuberculose, et provoque l'évolution d'une TUBERCULOSE PULMONAIRE .

Une tuberculose pulmonaire avérée est aggravée par la rougeole.

Une tuberculose occulte, révélée par une cuti-réaction positive à la tuberculine ou par une adénopathie trachéo-bronchique discrète, peut devenir évolutive, du fait de la rougeole ; on peut voir notamment se développer une tuberculose pulmonaire.

Ces faits ne sont pas rares. J'ai consacré à *Rougeole et tuberculose*, ma leçon du 9 février 1929, publiée dans *Le Progrès médical* du 9 mars 1920 ; et, avec M. Liège et Mlle Herr, un mémoire des *Archives de médecine des enfants*, en février 1930.

Sur 459 enfants atteints de rougeole, 12, c'est-à-dire 2.61 %, ne présentaient aucun symptôme clinique de tuberculose antérieure à la rougeole. Après la rougeole, 5 de ces 12 enfants sont morts de tuberculose pulmonaire aiguë, 7 ont présenté des tuberculoses pulmonaires subaiguës, granulie ou broncho-pneumonie caséeuse.

Voici, d'après le Professeur Hutinel, comment se révèle le début de l'évolution tuberculeuse dans les cas les plus caractéristiques : « L'éruption se fait normalement ; la fièvre tombe et la guérison semble assurée ; mais, après quelques jours, cinq, six ou sept, on voit la courbe thermique s'élever peu à peu le soir et la fièvre, d'abord légère, se caractérise de plus en plus et devient continue..... Quand la température remonte sans raison appréciable, après une période d'apyrexie, chez un rougeoleux, il faut se méfier : la tuberculose est probable. »

Toutefois, la phase intermédiaire peut être nulle ou très courte, d'un jour ou deux.

La tuberculose pulmonaire peut réaliser des modalités cliniques diverses.

On peut observer la GRANULIE PULMONAIRE. Je résume une leçon sur la *Granulie pulmonaire chez les enfants*, qui se trouve dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*.

Quelquefois on observe la *forme suraiguë, suffocante.*

Le début est précoce. La fièvre ne baisse pas avec la disparition de l'éruption ou l'apyrexie ne dure qu'un ou deux jours.

La température se maintient à 39°, 40° ou 41°. Apparaissent une dyspnée très vive, de la polypnée, l'enfant asphyxie. On constate, au niveau du thorax, une sonorité forte, un murmure vésiculaire faible, quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés. Il y a un désaccord manifeste entre les troubles fonctionnels graves et le peu de signes physiques.

La mort survient habituellement en huit, dix, quinze jours.

A l'autopsie, on trouve une congestion intense et généralisée des poumons, de rares granulations tuberculeuses, fines, difficiles à voir.

La *forme aiguë, catarrhale* est plus fréquente que la forme suffocante. Elle débute comme cette dernière.

La fièvre est élevée, sa courbe irrégulière ses modalités sont diverses.

L'enfant maigrit, a une forte dyspnée.

Les signes physiques sont différents suivant les cas. On entend tantôt des râles de bronchite, ronflants et sibilants, tantôt des râles sous-crépitants fins, disséminés, plus ou moins nombreux, comme dans une *bronchite* ou une *bronchite capillaire.* D'autres fois, on constate des râles généralisés, plus ou moins étendus, des zones de submatité, avec une respiration soufflante et des sous-crépitants fins : c'est la *forme broncho-pneumonique.*

Le foie, la rate sont gros. L'aggravation est rapide. L'enfant meurt en quatre, cinq ou six semaines.

A l'autopsie, on trouve des poumons infiltrés de granulations tuberculeuses.

Chez d'autres malades la tuberculose réalise une *broncho-pneumonie caséeuse.*

La fièvre de la rougeole tombe avec l'éruption. Puis, après quatre à huit jours d'apyrexie, elle reparaît et monte graduellement ou rapidement.

L'enfant maigrit, tousse, est dyspnéique.

On constate les signes d'une broncho-pneumonie à noyaux disséminés, d'abord unilatérale, puis bilatérale : zones de submatité ou de matité, souffle bronchique, râles sous-crépitants éclatants, fins ou moyens. Plus tard apparaissent des signes cavitaires. On peut remarquer la fixité des signes, qui contraste avec leur mobilité dans les broncho-pneumonies simples.

L'aggravation est progressive, l'enfant se cachectise.

La mort survient au bout d'un mois et demi ou de deux mois. Souvent il se produit une poussée de granulie terminale.

A l'autopsie, on trouve une broncho-pneumonie caséeuse.

Dans ces diverses formes de tuberculose pulmonaire on découvre des signes d'*adénopathie trachéo-bronchique.*

Les *radiographies des poumons* donnent des images propres à chacune de ces formes. Dans la granulie, on voit les champs pulmonaires parsemés de petites taches arrondies, d'opacité très inégale ; mais elles n'apparaissent que si elles sont déjà assez grosses. Dans la broncho-pneumonie caséeuse, on voit des taches pommelées, plus ou moins étendues et nombreuses.

Les hiles du poumon sont embrumés avec des taches plus opaques révélant des ganglions.

***

Le DIAGNOSTIC de la nature de l'affection pulmonaire est très difficile. Il existe, en effet, de grandes analogies cliniques entre les broncho-pneumonies simples et la tuberculose pulmonaire.

Dans la *forme suraiguë, suffocante, de la tuberculose* et dans la *bronchite capillaire* les symptômes généraux et fonctionnels sont les mêmes ; cependant peu de signes d'auscultation sont en faveur de la tuberculose, beaucoup de signes en faveur de la bronchite capillaire.

Entre les *formes aiguës et subaiguës granuliques* ou *broncho-pulmonaires de la tuberculose* et les *broncho-pneumonies simples prolongées,* il n'y a pas de symptômes différents nets. Comme éléments de probabilité en faveur de la tuberculose, on peut mentionner, tout d'abord, la phase intermédiaire, mais elle n'est pas constante dans la tuberculose et peut exister dans les broncho-pneumonies ; ensuite l'atteinte profonde et rapide de l'état général, la fixité des signes physiques ; mais ce sont des nuances difficiles à apprécier et elles ne correspondent pas toujours à la réalité.

Le diagnostic est souvent impossible : on admet à tort, soit une tuberculose pulmonaire, quand il s'agit d'une broncho-pneumonie simple, soit une broncho-pneumonie simple quand il existe une tuberculose pulmonaire.

Je vous ai cité à ce sujet l'opinion de Rillet et Barthez, du Professeur Hutinel.

Il y a des *cas où le problème est particulièrement complexe,* quand il y a *intrication d'une broncho-pneumonie* simple et *d'une tuberculose évolutive ou non.*

Le Professeur Hutinel et M. Bernard Fraenkel, dans sa thèse de 1898, sur *L'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des infections antérieures,* ont montré que, lorsqu'un enfant tuberculeux contracte la rougeole, il ne meurt pas toujours de tuberculose, mais souvent de broncho-pneumonie. La tuberculose prédispose, en effet, aux infections secondaires de la rougeole.

M. A. Lesage écrit que les broncho-pneumonies de la rougeole guérissent seulement si l'enfant est indemne de tuberculose.

Avec M. Liège et Mlle Herr, nous avons constaté que 3 tuberculeux avérés sur 4 sont morts de broncho-pneumonie banale.

En général, si on connaît l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ou d'une tuberculose pulmonaire antérieure à la rougeole on pense à une poussée de tuberculose plutôt qu'à une broncho-pneumonie banale.

Pour élucider le diagnostic, plusieurs MÉTHODES peuvent être mises à contribution.

Je vous ai déjà parlé de la *radiologie.* L'interprétation des radioscopies et des radiographies n'est pas toujours facile ; elles laissent souvent le diagnostic hésitant.

Pour les *réactions cutanées à la tuberculine,* deux éventualités se présentent.

Tantôt la cuti-réaction est *négative.* Ce résultat ne signifie pas toujours absence de tuberculose, car la rougeole exerce une influence anergisante. Toutefois, la cuti-réaction négative à la période éruptive et pendant les jours qui suivent l'éruption, redevient assez rapidement positive, souvent du dixième au quinzième jours après le début de l'éruption.

Des cuti-réactions répétées, toujours négatives,

permettent, presque à coup sûr, d'éliminer la tuberculose.

Tantôt la cuti-réaction est *positive*. Ce résultat indique la présence d'un foyer tuberculeux, mais nullement la nature tuberculeuse de la pneumopathie.

La *recherche des bacilles de Koch* dans l'expectoration, dans les crachats prélevés au niveau du pharynx, dans le liquide de lavage de l'estomac, dans les selles, doit toujours être faite. La présence de bacilles de Koch est la signature d'une tuberculose pulmonaire ; leur absence ne l'exclue pas.

La *séro-floculation de Vernes*, comme nous l'avons constaté avec MM. Prétet et Liège, est négative dans les rougeoles simples ou compliquées de broncho-pneumonie ; ce résultat paraît témoigner de l'absence de tuberculose ou d'une tuberculose qui n'est pas en évolution. Par contre, une réaction positive est en faveur d'une tuberculose évolutive.

La réaction *réaction de fixation du complément* de Besredka, apparaît plus tardivement que celle de Vernes dans la tuberculose évolutive ; elle témoigne de l'existence d'un processus tuberculeux.

Somme toute, lorsqu'il existe une broncho-pneumonie chez un enfant ayant des cuti-réactions positives à la tuberculine, les réactions négatives de Besredka et de Vernes, permettent de penser à l'absence de tuberculose évolutive.

***

L'étude des modalités, que revêtent les broncho-pneumonies simples et la tuberculose pulmonaire chez les rougeoleux, vous explique nos hésitations au sujet de nos malades.

Pour la petite Suzanne la fièvre prolongée, le mauvais état général, des symptômes pulmonaires, les signes d'adénopathie trachéo-bronchique, font penser à la tuberculose pulmonaire, mais les cuti-réactions à la tuberculine toujours négatives nous permettent de rejeter ce diagnostic.

Les trois autres malades, par contre, ont des cuti-réactions positives à la tuberculine faisant pencher le diagnostic en faveur de la tuberculose.

Or, l'autopsie pour le premier, l'évolution, pour les deux autres conduisent à éliminer la tuberculose pulmonaire. D'ailleurs les réactions de Vernes et de Besredka sont négatives.

Malgré tout, il faut encore faire des réserves, car ces enfants conservent des ganglions tuberculeux dans le médiastin et une poussée de tuberculose est toujours une éventualité à envisager.

Ces problèmes cliniques ne sont pas particuliers à la rougeole. Ils se posent également pour la coqueluche, la grippe, la fièvre typhoïde même. Vous les trouverez exposés dans un de mes livres en *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections des voies respiratoires* ou dans des leçons sur *Coqueluche et tuberculose* et sur les *Fausses tuberculoses typhoïdiques*.

RADIOSCOPIE OU RADIOGRAPHIE DANS L'EXAMEN DU CŒUR ? (*)

par P. PERRIN.,

Chef des Travaux d'Anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Il y a peu de temps encore une telle question n'aurait pas semblé devoir se poser. Les magnifiques travaux de Vaquez et Bordet sur la radiologie du cœur paraissaient avoir mis entre les mains des cliniciens, avec la seule radioscopie, des moyens incomparables de contrôle, et de fait l'unanimité était faite sur ce point chez les cardiologues. Or, depuis quelque temps des voix discordantes s'élèvent, mais chose curieuse elles n'appartiennent pas à des cliniciens mais à des radiologistes purs. Alors qu'il eût été concevable de voir des cardiologues s'écarter d'une méthode qui leur eût donné des déboires, il devenait assez surprenant déjà, ceux-ci se déclarant satisfaits, de voir des spécialistes ne disposant pas du contrôle clinique lui dénier toute valeur. Je dirai tout à l'heure ce qu'il faut penser du côté scientifique de ces objections ; auparavant je veux mettre en évidence à côté du point de vue scientifique, un point de vue que l'on peut appeler corporatif. Il existe un véritable malaise, sinon une crise concernant les attributions respectives du radiologiste et du clinicien. Je suis d'autant plus à l'aise pour parler de cette crise, réelle quoique latente, qu'elle a épargné entièrement notre ville. J'ai plaisir à rendre hommage à la largeur de vue, à l'intelligente collaboration des radiologues Nantais, avec qui j'ai toujours entretenu les relations les plus sympathiques. L'un d'entre eux s'est courtoisement intéressé à des recherches dont l'étude d'aujourd'hui dérive en partie (1), et m'a fourni les documents capitaux qui serviront de base à mon argumentation, ce dont je le remercie vivement. Je suis donc fort libre pour parler d'une campagne menée par quel-

(*) Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux de Nantes, 21 avril 1931.

(1) PERRIN et MATHEVET. — Les dimensions du cœur chez l'enfant. *Archives des maladies du cœur*, février 1931.

ques autres, que je ne connais et ne jugerai que par leurs écrits.

Trois branches de la médecine ont fait couramment appel à la radioscopie pour le diagnostic : la pneumologie, la gastro-entérologie, la cardiologie. Pour ces trois branches les praticiens spécialisés ont senti le besoin de pratiquer eux-mêmes ces examens radioscopiques primitivement exécutés par les radiologues purs. Dans ces trois cas les radiologues purs ont réagi identiquement en dénonçant l'insuffisance de la radioscopie dont ils ne s'étaient pas avisés tant qu'ils étaient seuls à la pratiquer. En ce qui concerne la phtisiologie le résultat de ces critiques fut, non que les examens radiologiques firent retour aux radiologues mais que nombre de phtisiologues, ébranlés, s'équipèrent pour pratiquer des radiographies. Cela ne fut pas inutile pour eux ni pour leurs malades, mais laissa accréditer un principe faux, c'est qu'il ne serait pas possible de faire un diagnostic d'affection pulmonaire avec l'aide de la radioscopie seule.

Evolution absolument parallèle en gastro-entérologie.

Etant tout à fait incompétent ici pour apprécier les arguments scientifiques mis en avant, je ne cite ce fait que pour rapporter le propos de Gutmann (1) qui éclaire le but de toute cette campagne : « Sauf pour les contrôles élémentaires courants, l'ère du poste radioscopique placé à côté du cabinet du médecin est passée ». Car voilà bien le point névralgique. Tout à l'heure j'aurai à parler du « praticien possédant un petit appareillage mal alimenté » auquel un radiologiste dénie toute compétence.

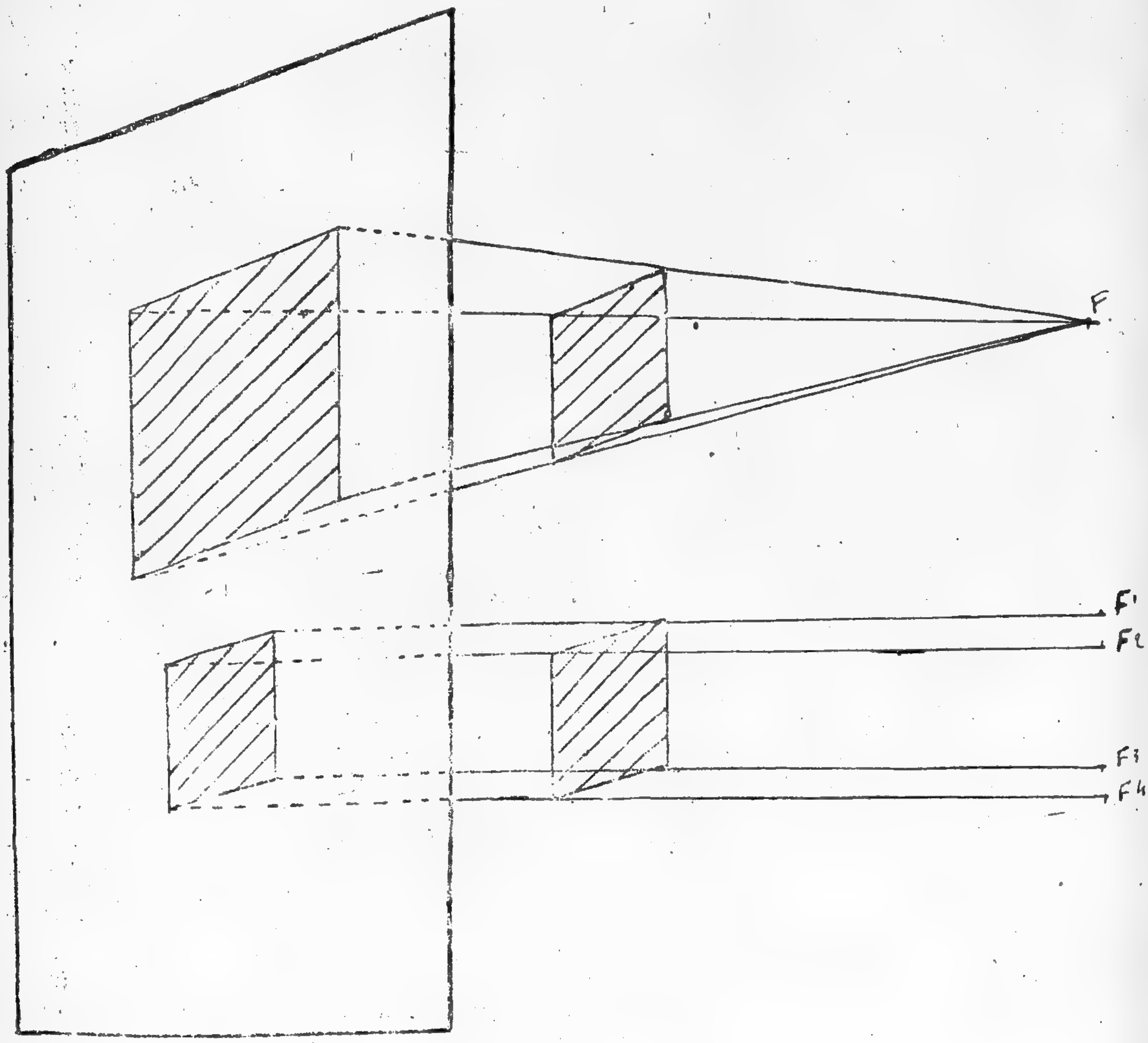


Fig. 1.

A un autre point de vue, dans le monde syndical on commence à parler du « coup d'écran » du praticien avec un certain accent réprobateur.

(1) *Presse Médicale*. 14 février 1931.

Toutes critiques convergentes qui décèlent chez leurs auteurs une erreur de psychologie manifeste : *L'ère du poste radiologique du praticien n'est pas passée, elle commence.* Ce qui a pu tromper, c'est que quelques médecins insuffisamment préparés se sont laissés convaincre d'acheter un poste et ont naturellement fait des erreurs, parfois grosses. Mais ce n'est là qu'un moment passager, car, de jour en jour, accèdent à la pratique de plus nombreux jeunes médecins rompus au radiodiagnostic médical. Pour ceux-ci comme pour nous, *la radioscopie est un moyen d'exploration comme l'auscultation ou la percussion,* et pas plus qu'on n'interromprait un examen pour envoyer le malade se faire ausculter en face, l'on ne veut se priver de l'œil radioscopique qui permet au cours même de l'examen de corriger l'impression clinique, sans oublier que l'examen clinique est souvent bien utile aussi pour ramener sur terre quelques rêveries radiologiques. Cela n'empêchera jamais évidemment, en cas d'embarras, d'envoyer ensuite le malade à un confrère ou plus spécialisé, ou de plus d'expérience, ou plus puissamment outillé, confrère qui sera à l'occasion le radiologiste pur. On doit donc conclure en disant que, de plus en plus, la radiologie sera intégrée à l'examen premier du malade et pas seulement employée pour des contrôles élémentaires » puisque le plus souvent un diagnostic complet et solide sortira de ce travail.

Bien entendu, ce point de vue que je soutiens avec les cliniciens de ma génération, et pas mal d'autres des générations précédentes, ce point de vue n'est acceptable que si les objections scientifiques des radiologues précités n'ont pas la valeur qu'ils leur attribuent. Je me récuse en ce qui concerne la technique digestive ou mon incompétence est totale. J'ai dit combien j'interjetrais facilement appel en ce qui concerne la radioscopie pulmonaire. Je veux surtout aujourd'hui m'occuper de la radiologie du cœur pour laquelle l'examen attentif des faits ne peut laisser aucun doute.

On sait qu'en pratique, l'image donnée par le simple examen radioscopique ou la radiographie avec une ampoule à courte distance, est une image agrandie et déformée. Si dans ces conditions on peut avoir une opinion générale et grossière de l'état du cœur, on ne peut en calculer les dimensions. Deux procédés permettent de remédier à ces insuffisances : la téléradiographie et l'orthodiagraphie. Etudions d'abord cette dernière.

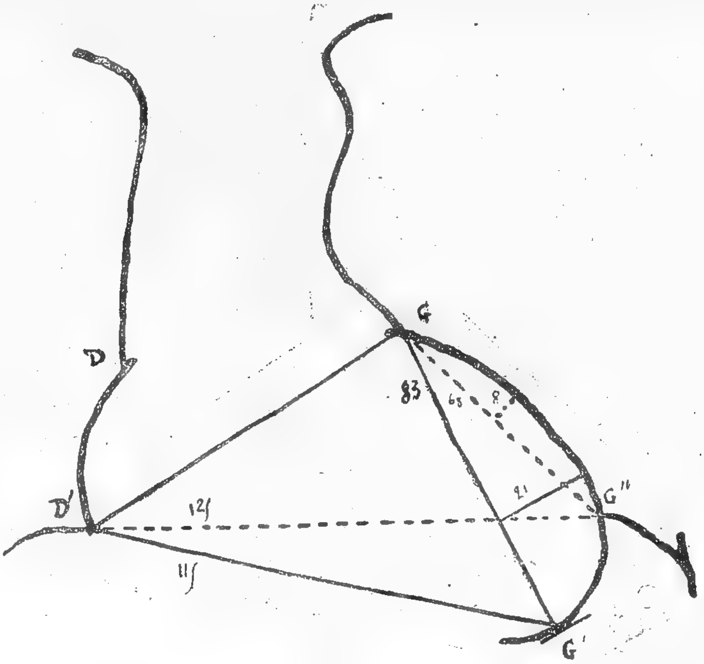


Fig. 2.
— Diamètres corrects
... Diamètres incorrects

Si l'on n'irradie l'organe examiné qu'en un point où le faisceau central émané de l'ampoule aborde son contour perpendiculairement à l'écran la projection de ce point est réelle et la déformation supprimée (fig. 1), la distance entre deux points de projection ainsi déterminés sera strictement égale à celle qui sépare les points correspondants de l'organe, d'où possibilité de mesurer celui-ci. Mais pour rendre la comparaison possible les points choisis doivent toujours être les mêmes. Ce seront D à l'union de la veine-cave supérieure et de l'oreillette droite, D' à l'union de la même oreillette et de la veine-cave

inférieure ou du contour diaphragmatique, G à l'union du ventricule gauche avec l'auricule correspondante, G' répondant à la pointe. Entre ces points, on trace des droites appelées diamètres DG' diamètre longitudinal qui donne la longueur base-pointe. D'G diamètre basal qui mesure la plus grande largeur de l'organe. D'G' et GG' cordes ventriculaires, qui ont l'avantage considérable de mesurer individuellement chaque ventricule. Pour cette raison, la fixation du point G' a une extrême importance. Il ne faut pas le fixer au point de rencontre du bord gauche avec le contour diaphragmatique, mais ayant continué (ce qui est parfois difficile, mais toujours possible) le tracé du contour cardiaque sous le diaphragme, fixer le point G' au point de tangence à cette courbe de la parallèle au diamètre basal, la figure que nous reproduisons (fig. 2) montre clairement les erreurs que l'on peut commettre faute de se conformer à cette technique, et qui rendent impossible toute comparaison d'une fois à l'autre, le cœur pouvant s'enfoncer plus ou moins dans le diaphragme. Dans des mains exercées cette technique donne une approximation de 4 mm. environ pour les dimensions cardiaques, ce qui est largement suffisant en pratique.

La grande critique faite à cette méthode est d'être subjective ; malgré cela, jusqu'à ces derniers temps, elle a été préférée à la téléradiographie dont l'infériorité, dans sa technique primitive, n'était pas niable. C'est précisément en modifiant cette technique de la téléradiographie que certains radiologistes ont prétendu lui donner une supériorité cette fois écrasante sur la méthode de Vaquez et Bordet. Il nous faut donc distinguer : la téléradiographie simple, la téléradiographie corrigée.

La téléradiographie simple, pratiquée à 3 ou 4 m. donne des images non agrandies, non déformées, mais : 1° les mouvements du cœur ne peuvent être étudiées, non plus que les déformations périodiques d'origine respiratoires ; 2° le point G et souvent le point D ne peuvent être fixés et bien souvent, il en est de même du contour sous-diaphragmatique (radiologiquement parlant) du cœur, c'est-à-dire du point G'. Un seul diamètre pourra donc être établi (c'est ce que font les auteurs américains) celui qui s'étendra du point le plus saillant du contour droit au point le plus saillant du contour gauche, c'est à-dire le diamètre horizontal classique. Or, celui-ci comme Bordet le montrait encore récemment (1) n'a que bien peu de valeur :

1° Il varie par simple rotation du cœur bien que les dimensions de l'organe n'aient point changé. C'est le cas de la grossesse ou de l'obésité qui rendant le cœur plus horizontal, augmentent donc le diamètre horizontal sans que les dimensions du cœur aient changé ;

2° Réciproquement une hypertrophie réelle, mais ne portant que sur le ventricule gauche modifiera à peine ou pas du tout le diamètre horizontal, la poussée se faisant surtout dans le sens vertical, enfonçant la pointe dans le diaphragme ;

3° Enfin, la connaissance du diamètre horizontal ne permet nullement de savoir ce qui revient à chaque moitié dans les variations constatées.

Toutes ces raisons avaient donc fait rejeter la radiographie, et préférer les orthodiagrammes. Mais ceux-ci depuis quelque temps (1) ont été condamnés en termes extrêmement méprisants (2) par certains radiologues qui n'en donnent pas de raisons bien solides ni surtout nouvelles (manque d'objectivité). Obligés toutefois de confesser l'insuffisance de la téléradiographie simple, ils avouent la nécessité de recourir à la scopie pour toute l'étude dynamique du cœur et du diaphragme, réservant aux seules mensurations la méthode radiographique. La technique la plus caractéristique est celle de Surmont d'ailleurs vulgarisée par la *Presse médicale* (28 janvier 1931).

L'essentiel de la technique consiste à fixer par la méthode orthodiagraphique (donc encore bonne à quelque chose !) les points DG et G' en y plaçant des repères de plomb, puis à faire une radiographie à 1 m. 50. Cette radio n'étant pas véritablement « télé » donne une image agrandie. Surmont la corrige et recalcule la distance des points principaux au point d'impact du rayon normal. Mais ces calculs si précis se fondent sur un postulat anatomique bien simpliste à savoir que le contour cardiaque se trouve à 10 cm. de la plaque (quel étudiant de 2e année ne sait déjà que le bord droit en est bien plus loin que la pointe ; et je ne parle pas des variations du pannicule adipeux). Le résultat ne peut donc qu'être assez fantaisiste. Si bien que l'on arrive en ce qui

(1) *Pratique Médicale française*, janvier 1931. A.

(1) Société de Radiologie médicale de France (13 mai, 8 juillet, 8 novembre 1930).

(2) Dioclès parlant de la méthode de Nebout : « Cette méthode est donc encore très largement entachée d'erreurs et doit être seulement conseillée aux praticiens, qui possédant un petit appareillage mal alimenté, font encore des orthodiagrammes. Quant aux radiologistes dignes de ce nom, c'est à la téléradiographie, méthode de précision universellement répandue qu'ils doivent recourir ». Nous ne croyons pas quant à nous, que le point de vue du « radiologiste digne de ce nom » et fier de ses appareils coûteux soit très intéressant pour le progrès de la pratique médicale. Une bonne dose de sens clinique est bien plus nécessaire, et à ce point de vue le pauvre « praticien » possédant « un petit appareillage mal alimenté » n'est pas toujours le plus mal servi. Un électro-radiologiste devrait se souvenir de Duchenne, de Boulogne, s'il n'a pas entendu parler de Morvan, de Makensie et de tant d'autres. Sa machinerie moderne est un serviteur précieux, elle ne doit pas devenir un tyran, sinon nous ne serions plus des médecins, mais des photographes.

concerne les points DGG' au résultat étrange de corriger (d'une façon fort discutable), un point qui primitivement avait été fixé exactement par l'orthodiagraphie.

Quant à la précaution de prendre la radiographie au même moment de la révolution cardiaque, en particulier dans la diastole, elle n'a pratiquement aucune utilité, le déplacement systolique du bord ventriculaire étant extrêmement minime ainsi que Vaquez et Bordet l'ont démontré, il y a fort longtemps. Si les deux tracés produits par Surmont (page 325 du *Bulletin* de la Soc. de radiologie médicale de France, juillet 1930) présentent tant d'écart, il faut en accuser malgré les dénégations de l'auteur l'abaissement inspiratoire du diaphragme qui y est nettement figuré. Nous ne ferons que citer la méthode de Nebout, orthodiagraphie déguisée, moins précise que l'autre, puisqu'il est impossible de vérifier si le malade a bougé entre la détermination des divers points, vérification si aisée et d'ailleurs obligatoire dans la technique classique de Vaquez et Bordet.

La radioscopie du cœur complétée d'un orthodiagramme donne donc la vue la plus complète sur l'état actuel du cœur au point de vue de la morphologie et de son dynamisme, et quant aux dimensions elle atteint largement la précision suffisante pour les besoins de la clinique. Enfin, tout en étant loin de partager la façon de voir de Laubry, qui trouve les mensurations sans intérêt, nous croyons inutile une précision tout à fait mathématique capable même d'égarer, si, hypnotisé par les chiffres, on perd de vue la compréhension plus large, la pénétration plus profonde de l'évolution morbide que seul donne une bonne dose d'esprit de finesse, c'est-à-dire le sens clinique, servi mais non dominé, par les techniques nécessaires.

NOTE SUR LE PROCESSUS D'INVASION DE L'ULTRA-VIRUS CYTOTROPE DES ENCÉPHALITES ET NÉVRAXITES

— Un syndrome-signal —

Par le Docteur Louis Barot (Angers)

(*Suite et fin*) (1).

L'ensemble de cette symptomatologie est troublant, tant par son polymorphisme et sa complexité que par le nombre considérable des sujets qu'il affecte.

Entendons-nous : je ne dis pas que tous les malades que j'ai eu à examiner m'ont accusé tous les symptômes que je viens d'énumérer. Loin de là. Les uns se plaignaient de vertiges, d'autres de scotomes scintillants, d'autres d'asthénie psychique ou d'hypersensibilité émotive, d'autres de céphalées, etc., etc., suivant que le processus infectieux avait plus particulièrement fait sentir son action sur tel ou tel appareil.

Cette grande variété de symptômes initiaux est justement ce qui fait le polymorphisme de cette infection et en rend le diagnostic malaisé.

Plusieurs fois j'ai été sur le point de renoncer à poursuivre l'étude de ces symptômes, tant ils me paraissaient répandus : je me disais que si tous mes contemporains avaient des céphalées, des vertiges, du Kernig, etc., cet état devait être devenu normal, et que je me suggestionnais sur leur valeur... Mais j'ai pu, au cours de ces années, observer des sujets venus de Paris, de l'Est, du Nord, de Bretagne, d'Auvergne, d'Amérique même et qui présentaient les symptômes incriminés.

J'ai donc pu me persuader que cette symptomatologie existait en réalité; par ailleurs, je constatais ses manifestations maxima dans le même moment où la presse médicale enregistrait des morts subites sans malaise initial, des ictus sans cause connue, des éclosions de foyers d'encéphalites, de poliomyélites, de névraxites, de myélites ascendantes frappant surtout des adultes et des vieillards, sans que l'on ait pu suivre les lignes de propagation épidémique.

Or, dans tous les traités et les articles publiés sur des infections à virus, je pouvais lire : que le virus neurotrope est probablement extrêmement répandu, — que nombre de sujets en apparence sains sont vraisemblablement porteurs de ce virus, — que nombre d'autres ont été contaminés d'une manière si atténuée et si fruste, que l'évolution du mal a passé totalement inaperçue, mais les a probablement immunisés. Je lisais aussi que tous les auteurs étaient d'accord pour déplorer l'ignorance où nous nous trouvons de la porte d'entrée de ce virus dans l'organisme humain, ou mieux, le processus de la première infection.

J'en vins logiquement à me demander si tous les symptômes que je viens d'énumérer ne constituaient pas ce stade de première inoculation de l'ultra-virus neurotrope et s'il ne fallait pas considérer les malades observés par moi, soit comme des porteurs de virus immunisés par une première atteinte fruste, soit comme des mala-

(1) Voir *Concours médical*, n° 39, 27 septembre 1931.

des subissant une germination lente de l'utravirus et voués, suivant les circonstances, et dans un délai plus ou moins éloigné, à la paralysie poliomyélitique ou au parkinsonnisme encéphalitique.

J'avoue que j'hésitais à formuler de semblables déductions, lorsque trois ordres de faits complémentaires sont venus fixer mon opinion.

XVI. — **Examen du liquide céphalo-rachidien.** — Aussi souvent que j'ai pu le faire, j'ai pratiqué des prises de sang et des ponctions lombaires.

Les analyses du sang n'ont rien donné de particulier ; formule globulaire normale ; teneur en urée normale ; Bordet-Wassermann généralement négatif.

L'examen du liquide céphalo-rachidien m'a semblé plus intéressant ; une tension presque toujours augmentée, parfois forte ; un liquide clair ; une teneur normale en lymphocytes, 2 ou 3 au plus ; une teneur en albumine ne dépassant pas 0,20 ; par contre, une augmentation constante du glucose oscillant entre 0,60 et 0,90. Cette glycorachie constante m'incita à rattacher les symptômes observés aux formes frustes d'encéphalites ou de névraxites atypiques et à leur donner comme étiologie l'infection par l'ultravirus cytotrope.

XVII. — **Evolution complète d'encéphalites.** — Quinze fois j'ai été à même d'observer l'évolution complète d'une encéphalite ou névraxite indiscutable, depuis les premiers symptômes d'infection jusqu'aux signes graves de maladie établie, dans des délais qui ont varié de 6 mois à 36 mois.

— Un adolescent présente en décembre des signes de fluxion sinuso-sphénoïdienne avec pommettes vultueuses, céphalée occipitale et légère hyperthermie : cet état dure 5 ou 6 jours et s'amende, mais l'enfant conserve de l'anorexie et surtout une paresse au travail intellectuel qui le fait sévèrement juger par ses maîtres; il se plaint du reste de ne plus lire distinctement ; en août, il fait un ictus suivi de syndromes méningés encéphalitiques qui nécessitent un long traitement ; glucose : 0,90.

— Une jeune femme grande, forte et gaie, est prise brusquement, sans coryza, de céphalée frontale et vertiges ; lentement elle perd l'appétit, maigrit et graduellement tombe dans un état de neurasthénie profonde que l'on attribue à des chagrins sentimentaux ; elle se déplace, varie les traitements et les occupations, pour aboutir deux ans et demi plus tard à une crise violente d'encéphalite avec troubles des oculo-moteurs et flaccidité des membres inférieurs ; glucose : 0,75. Soins appropriés : amélioration rapide.

— Un employé sérieux, sobre, marié, père d'une fille bien portante, sans raison connue se met à maigrir ; il accuse une douleur occipitale lancinante suivie de crises de lumbago ; il broie du noir ; il se croit menacé de paralysie ; puis son état s'améliore lentement et il retrouve presque son équilibre, l'appétit excepté ; six mois plus tard, réapparition des phénomènes accompagnés de vertiges : il est soigné comme spécifique, sans aucun succès ; deux ans se passent et brusquement il fait, en quelques jours, deux syncopes suivies de névralgie sciatique gauche avec contracture clonique de la fesse ; il présente des signes nombreux de fluxion sinusienne postérieure ; son sang et son liquide céphalo-rachidien sont négatifs pour le B.-W., mais le liquide renferme 0,80 de sucre avec une forte tension. C'est une névraxite atypique due à l'ultra-virus.

— Une jeune fille vigoureuse et bien vivante, n'ayant aucun souci matériel ni moral, devient, sans cause connue, taciturne et nerveuse ; elle perd l'appétit, se plaint de migraines constantes et pleure à tout bout de champ ; elle vient me trouver plusieurs fois et me dit un jour : « Ne pensez-vous pas que j'aie la poliomyélite ? » Je la rassure, la soigne ; les symptômes s'amendent et disparaissent. Ils font de petits réveils offensifs entrecoupés de périodes calmes ; cet état se maintient 18 mois environ ; brusquement en se promenant, un éblouissement grave l'oblige à s'asseoir et est suivi d'une sorte de flaccidité des jambes qui, pendant deux jours, lui donne une démarche titubante ; deux mois plus tard, signes nets de troubles des oculo-moteurs, somnolence et glycorachie : encéphalite en évolution.

— Un écolier remuant, bien développé pour son âge, bon coureur, est depuis six mois un élève médiocre ; il prétend que la lecture lui donne des céphalées, que les lettres se dédoublent devant ses yeux ; l'examen du fond de l'œil ne révèle rien ; l'examen du sang est négatif; les phénomènes s'amendent ; le temps passe ; plusieurs mois plus tard, il est repris de migraines en casque et de troubles gastro-intestinaux tenaces ; brusquement un matin, en voulant se lever, il fléchit sur ses cuisses ; il a de la parésie flasque des muscles lombaires : le liquide céphalo-rachidien donne 2 lymphocytes, 0,25 d'albumine, mais 0,65 de sucre : c'est une encéphalite à forme polynévritique rentrant dans le cadre mal défini des névraxites hybrides.

Voici donc, résumés, quelques-uns des cas typiques qui m'ont fait assister : 1° à l'invasion par l'organisme de l'ultra-virus neurotrope, par la voie naso- ou bucco-pharyngée ; 2° à son installation lente et insidieuse dans les sinus antérieurs d'abord, postérieurs ensuite ; 3° à l'évolution graduelle des troubles organiques causés par ces sinusites ; 4° à la vie latente du médullo-virus dans les cavités craniennes, vie latente qui se poursuit pendant des mois et des années pour

gagner en dernier ressort le mésencéphale, se fixer sur la cellule nerveuse et déclencher la maladie caractérisée (encéphalite, névraxite ou poliomyélite) qui ne serait que le dernier terme de l'évolution de l'ultra-virus.

XVIII. — **Traitement d'épreuve.** — Enfin dans un grand nombre de cas bénins et où je n'ai pas cru devoir pratiquer la ponction lombaire, ou chez des malades qui ont refusé cette intervention, j'ai tenté un traitement d'épreuve.

M'écartant délibérément de la thérapeutique symptomatique en usage courant, j'ai cherché à amender les symptômes les plus disparates en apparence par les médicaments applicables aux encéphalites caractérisées.

Par des injections intra-musculaires profondes ou intra-veineuses, par des traitements internes méthodiquement associés aux premières, j'ai obtenu la sédation rapide de toux coqueluchoïde, de céphalées frontales ou occipitales, de troubles visuels, d'anorexie et troubles vago-sympathiques, de sueurs profuses, de vertiges de latéralité, de neurasthénies profondes ayant résisté aux médications symptomatiques calmantes ou fortifiantes, aux purgatifs, aux régimes, aux irradiations, aux vaccins, à l'hydrothérapie, etc., etc.

J'ai fait de la médication causale qui, en apparence, n'avait aucun rapport avec les phénomènes morbides qu'il s'agissait de traiter et surprenait parfois mes clients. Je m'en suis généralement bien trouvé et j'ai obtenu des guérisons relativement rapides de troubles durant depuis plusieurs mois.

***

Il en est de cette infection humaine par l'ultra-virus comme de toutes les infections microbiennes : elle présente des degrés très variés de gravité. Certains cas constituent des formes à évolution complète, pouvant aller, s'ils ne sont pas diagnostiqués à temps, jusqu'aux accidents mortels : mais par contre, beaucoup d'autres ne poursuivent qu'une partie de leur évolution et constituent des formes atténuées et larvées de l'infection. Ces derniers cas sont *les plus nombreux*, heureusement : les symptômes variés que j'ai décrits constituent *toute la maladie*. Peut-on en faire une entité morbide ? je ne le pense pas. Il faut les considérer dans leur ensemble, comme constituant un « *syndrome-signal* », j'ose dire un « *syndrome d'alarme* » vis-à-vis des dégâts éventuels de l'ultra-virus ; *syndrome* assez précis pour permettre d'orienter un traitement causal, et par suite, préserver les sujets infectés des redoutables aggravations que causerait la destruction de leurs cellules nerveuses.

Pourquoi certains se borneront-ils aux signes précurseurs de l'infection ? Pourquoi d'autres parcourront-ils le cycle complet de cette infection ? Pourquoi la propagation de l'ultra-virus des sinus postérieurs aux centres du mésencéphale est-elle si facile chez les uns, si rare chez d'autres ? Causes d'ordre anatomique vraisemblablement, mais non encore élucidées. Ce problème est le même que pour la propagation des infections bacillaires, pneumoniques, méningococciques vers les centres nerveux. On constate, on n'explique pas encore.

***

Quoi qu'il en soit, le rôle considérable que me paraît jouer l'ultra-virus dans la pathogénie humaine mérite de retenir l'attention des médecins praticiens, parce qu'ils sont les mieux à même de saisir, dans leur clientèle, les signes de début de l'infection que je leur soumets et, par la multiplicité de leurs observations, d'en faire jaillir un peu de clarté, avec l'aide indispensable des médecins de laboratoire.

D'ailleurs l'extrême dissémination de l'ultra-virus ne nous ramène-t-elle pas aux influences telluriques sur la morbidité humaine qui étaient tombées en discrédit depuis la découverte des microbes ? Qui sait, si l'ultra-virus dont nous sommes ou serons tous porteurs un jour, n'est pas l'agent mystérieux de la déchéance organique, de la mise en état de moindre résistance qui prépare le terrain de la tuberculose ? Qui sait si ce n'est pas lui qui place l'organisme infecté en état d'« *anergie* » vis-à-vis des toxines bacillaires ? qui cause la différence entre les formes évolutives de cette même tuberculose, tantôt fibreuse et lente, tantôt virulente et granulique ? Y a-t-il comme on l'a dit un ultra-virus tuberculeux différencié ? Ou l'ultra-virus si répandu n'est-il pas susceptible d'associer sa virulence à des toxines microbiennes et, par cette synergie morbide, de revêtir des formes variées en apparence, unes au fond ?

Toutes ces questions se posent lorsque l'on réfléchit au rôle probable de l'ultra-virus cytolytique.

Je me suis demandé si l'association de l'ultra-virus au tréponème en activité n'était pas l'agent déterminant de la myélite ascendante foudroyante. Dans les 5 cas que j'ai observés, l'albumine était faible, 0,25 ou 0,30 ; la glycorachie notable, mais le B. W. fortement positif.

N'est-on pas en droit de se demander si les morts subites inexpliquées, souvent nocturnes, dont la presse nous a entretenus, ne seraient pas causées par une thrombophlébite du sinus caverneux par sphénoïdite aiguë due à l'ultra-virus ? Si ces neurasthénies dites essentielles qui conduisent trop souvent à la mélancolie, à la la folie, au suicide ou par un autre chemin à la

méningite, n'ont pas pour point de départ l'intoxication lente du mésencéphale et des centres nerveux par l'ultra-virus ? Allant plus loin et se plaçant sur le domaine de l'histoire de la médecine, est-il téméraire de penser que ces sortes de psychoses collectives qui ont atteint certaines générations et que les romanciers ont appelées « mal du siècle », que ces épidémies de suicides qui ont assombri certaines heures des peuples de l'Europe centrale, ne seraient pas en concordance avec des recrudescences de propagation de l ultra-virus ?

Pour ma part, je crois que l'étude approfondie et patiente de l'ultra-virus élargira singulièrement le champ connu de sa nocivité et que nous lui verrons jouer un rôle important dans la genèse du rhumatisme, de la chorée, de la coqueluche, de l'asthme, de l'hystérie, peut-être de l'épilepsie, à coup sûr du zona et de l'herpès.

J'en arrive à me demander si la question si obscure de l'adénoïdisme ne trouve pas son explication dans la sporadicité des infections pharyngées par l'ultra-virus ? Deux particularités de la vie des ultra-virus méritent l'attention :

A) On sait que les médullo-virus, par leur petitesse même, sont difficilement décelable autrement que par leurs effets, qu'ils sont véhiculables par l'air, l'eau, les poussières, les microbes ; qu'ils affectionnent les températures modérées et sont tués par la chaleur à 60 degrés ; enfin que nombre de maladies des animaux domestiques sont dues aux ultra-virus (vaccine, rage, clavelée, fièvre aphteuse, maladie des chiens, choléra des porcs, diphtérie aviaire, anémie du cheval, etc.). Donc on est en droit d'en déduire que les régions où se développera le mieux l'ultra-virus sont justement les régions tempérées, humides et qui ne connaissent pas de trop vifs coups de chaleur. Ne sont-ce pas les régions de prédilection des végétations adénoïdes ?

B) On sait également que l'action des ultra-virus sur la cellule envahie par eux est double : d'abord destruction par cytolyse du protoplasma cellulaire, ensuite excitation caryokinétique des noyaux protoplasmiques et formation possible de tumeurs épithéliales. Ne peut-on se demander si l'ultra-virus ne serait pas capable d'influencer la muqueuse naso-pharyngée dans le même sens et d'y faire éclore les bourgeons adénoïdiens ?

Tant de données nouvelles et de si surprenantes ont été mises au jour depuis ces dernières années, que l'on ne saurait s'étonner des déductions les plus risquées et que l'on doit chercher par l'étude, à les démontrer.

***

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir aujourd'hui poser les propositions suivantes, qui seront mes conclusions :

I) L'ultra-virus cytolytique, qu'il soit neurotrope ou dermotrope, est extrêmement plus répandu qu'on ne l'imagine : il se trouve à l'état sporadique dans toutes les agglomérations humaines, mais de préférence dans les climats tempérés, humides et qui ne connaissent pas de forts coups de chaleur.

II) L'ultra-virus envahit insidieusement l'organisme par la voie naso-pharyngée ou buccopharyngée ; n'attaquant pas le tissu conjonctif, il ne provoque pas de réaction inflammatoire locale (suppuration) ou générale (fièvre) ; son stade de première invasion ne s'accompagne de coryza ou d'amygdalite, qu'autant qu'il y a infection concomitante par les microbes habituels de ces affections.

III) L'ultra-virus s'installe insoupçonné, dans les cavités nasale et pharyngienne, d'où il gagne les sinus antérieurs ou postérieurs, ou les deux variétés en même temps. L'état de latence du médullo-virus s'établit : ne donnant pas lieu à des phénomènes bruyants, il passe facilement inaperçu ; c'est pourquoi un nombre considérable d'individus doivent être considérés comme porteurs, sains en apparence, d'ultra-virus.

IV) L'état de latence de l'ultra-virus peut durer de 6 à 36 mois ; il peut s'éteindre et constituer à lui seul une sorte d'entité morbide, qui, peut-être, immunise le sujet contre des atteintes plus graves ; il peut progresser, soit brusquement, soit par poussées successives, suivies de longs silences de latence nouvelle ; mais, dans ces cas, il poursuit son travail de lyse du protoplasma cellulaire, gagne le mésencéphale, infecte les cellules du corps strié, de la couche thalamique, du locus niger, des centres moteurs ou vago-sympathiques, donnant naissance aux accidents graves des encéphalites des névraxites et des myélites.

V) Une série de symptômes dont l'ensemble constitue un SYNDROME-SIGNAL, un véritable « *syndrome d'alarme* » permet de diagnostiquer l'état de latence du médullovirus et de le combattre utilement.

Ce sont : des ictus, des vertiges de latéralité, des céphalées, des troubles visuels, circulatoires, vago-sympathiques, de l'asthénie psychique et insomnie, de la toux quinteuse, des sueurs profuses, des fluctuations thermiques anormales, des névralgies, du hoquet, de la sensibilité sinusienne à la pression, du Kernig, des coryzas atypiques, de la glycorachie.

VI) Un traitement précoce, établi sur les données du « *syndrome-signal* », peut enrayer l'infection virulente ; cependant il faudra se méfier des guérisons hâtives, se souvenir que le sujet chez qui le « *syndrome-signal* » aura été

toute la maladie, doit être longtemps surveillé, parce que l'ultra-virus est difficile à détruire et que ses manifestations récidivent facilement.

VII) Il y a lieu d'apporter une extrême attention au rôle considérable que semble jouer l'ultra-virus, tant par la gravité de ses lésions que par l'étendue de sa dissémination, soit seul, soit en association avec des toxines microbiennes. Peut-être y aurait-il intérêt à ce que beaucoup de praticiens observent, en se plaçant à ce point de vue, la marche et les fluctuations du rhumatisme, de la coqueluche, de l'asthme, de la chorée, de la neurasthénie, de l'hystérie, de l'épilepsie, du zona, de l'herpès, de la granulie bacillaire, de l'adénoïdisme.

Je pense que tout un chapitre de pathologie générale s'ouvre devant l'infection de l'homme par l'ultra-virus.

Août 1931.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

Le vulgaire « mal blanc » peut devenir un mal redoutable, faute de soins éclairés ; il cause parfois d'importantes gênes fonctionnelles de la main.

d'après les travaux de MM. R. Montant et J. Wallimann (1), ceux de MM. Iselin (2) et de M. H. Lorin (3).

Le « mal blanc » est une lésion cutanée souvent insignifiante, qui siège sous l'épiderme de la phalange unguéale ; il s'appelle aussi « tourniole » quand il contourne l'ongle, ou « panaris sous-unguéal », quand il s'étend sous l'ongle. Anatomiquement, c'est un panaris sous-épidermique. Jusque-là, rien de particulier.

Cependant, ce panaris peut, s'il est mal soigné, devenir sous-cutané, envahir les gaines, devenir osseux. Voilà le danger ; car, de cet envahissement en profondeur peuvent résulter de sérieuses complications amenant à l'amputation de la phalange, aux raideurs articulaires. Si même les gaines du pouce ou de l'auriculaire sont atteintes, ce peut être le phlegmon de la main ou de l'avant-bras, puisque ces gaines se prolongent jusqu'à la région anti-brachiale.

De la simple phlyctène on passe ainsi au phlegmon, aux rétractions tendineuses, aux raideurs articulaires, à l'amputation !

***

Le panaris de la phalange unguéale ou troisième phalange.

1° Déjà le *panaris unguéal* est, contrairement à l'opinion habituellement admise, un panaris grave, car, traité à la légère, il risque de durer indéfiniment, et aussi parce qu'il se propage avec une facilité et une rapidité inouïes à la phalangette, qu'il nécrose.

Conduite à tenir. — Ce qu'il importe, avant tout, de savoir, c'est si la suppuration s'est étendue de la face dorsale de l'ongle, du capuchon cutané à la face inférieure de l'ongle pour devenir *sous-unguéal.* Grâce à la transparence de l'ongle, on voit s'il y a une couche blanche de pus sous l'ongle. Dès lors, il ne suffit plus de décoller avec un stylet le repli cutané sus-unguéal et de vider, sans mutilation, la petite collection sous-cutanée.

La gouttelette de pus sortie, un petit pansement humide quotidien semblerait momentanément donner satisfaction. Mais, l'ongle serait bientôt décollé par le pus, et la phalangette serait atteinte.

On doit, au contraire, pratiquer *le plus tôt possible*, une anesthésie locale à la cocaïne, au niveau de la deuxième phalange, puis exciser toute la sertissure unguéale infectée.

« On fait, le bistouri étant tenu presque couché, une incision transversale qui, commencée légèrement au-dessus du point enflammé, va, en rasant la face profonde de l'ongle, dont la portion distale est ainsi conservée, se terminer en faisant sauter toute l'étendue du bourrelet infecté. Il faut bien savoir que cette mise à plat doit dépasser toujours l'étendue de la surface infectée, sinon le panaris de la sertissure évolue en tourniole. » (Montant et Wallimann).

Immédiatement après l'intervention, on donne un bain de dix minutes dans un verre d'eau bouillie, additionnée de deux cuillers à café d'eau d'Alibour ; puis on fait des pansements humides au sérum physiologique, de plus en plus espacés. Vers le 8e jour, la cicatrisation commence ; l'ongle repousse remplaçant l'ongle ancien.

2° *Le panaris de la pulpe*, tout d'abord sous-

(1) R. Montant et G. Wallimann. — Le panaris (Edit. médicales N. Maloine, 1931).

(2) M. Iselin. — Note sur le traitement des ténosynovites digitales (*Société nationale de chirurgie de Paris*, 25 mars 1931) ; Panaris de la deuxième phalange (*Gazette médicale de France*, 15 juin 1931).

(3) Henri Lorin. — Les panaris et les phlegmons de la main (*L'Hôpital*-A, juin 1931).

épidermique, à fluctuation nettement superficielle, devient rapidement *sous-cutané*. Et c'est là le danger.

Dès lors, la pulpe devient dure et tendue ; sa fluctuation normale a disparu, point capital. Mais il est presque toujours impossible de savoir où siège exactement le pus ; car celui-ci est bridé par des loges inextensibles, qui rendent difficile sa recherche.

Conduite à tenir. — Plus d'incision verticale, perpendiculaire à l'épaisseur du doigt, médiane ou latérale, qui n'est pas certaine de tomber sur le pus, mais qui bientôt favorise sa rétention.

La seule incision logique est la vieille incision en deux valves.

Dix minutes au moins après que l'anesthésie locale a été faite, on divise la pulpe en deux valves parallèles à l'ongle : une valve unguéale contenant la phalangette, que l'on découvre sans toucher au périoste, et une valve postérieure, qui va être soigneusement explorée. « Il s'agit d'une véritable incision arciforme, dont le point culminant contourne l'extrémité du doigt ». (Lorin). Grâce à l'hémostase réalisée par le garrot et à l'anesthésie, on examine facilement la pulpe, pour en extraire à la curette le foyer purulent jusqu'à ce que l'on soit en tissu sain.

Avec un stylet, manié avec prudence, on recherche d'autre part, si le pus a fusé en quelque point sous le périoste. « Si la diaphyse s'effrite au contact du stylet, on pratiquera un grattage à la curette, mais on prendra soin de respecter autant que possible les épiphyses » (M. et W.).

Ensuite : bain de dix minutes dans un verre d'eau bouillie, additionné d'eau d'Alibour ; puis, bain un peu plus prolongé dans du sérum physiologique chaud. Pansements humides au sérum avec mèche entre les deux valves.

Au bout de quelques jours (3 ou 4 parfois), la plaie devient saignante, et l'on supprime la mèche. On badigeonne à l'alcool iodé le pourtour de la plaie. Pansements secs. Si la cicatrice est inesthétique, on la corrigera dans la suite.

3° L'*ostéite de la phalangette* est une complication fréquente —, que le panaris unguéal siège à la pulpe ou à la face dorsale —, si une incision correcte n'a pas été faite en temps opportun. Il est cependant des cas, où l'ostéite apparaît pour ainsi dire d'emblée.

Le diagnostic est fait au stylet, ainsi qu'il vient d'être dit, ou par la radiographie (mais pas au début).

Conduite à tenir. — Sous aucun prétexte, on n'amputera la phalangette, on ne fera des pansements humides avec des solutions antiseptiques fortes, qui prolongent indéfiniment la durée de l'ostéite.

Après anesthésie locale à la cocaïne, on enlèvera à la curette les parties osseuses nécrosées, en ayant soin de laisser ultérieurement les deux valves de l'incision cutanée largement ouvertes. Sous l'influence du propidon (1) et des pansements au sérum physiologique, on verra rapidement la suppuration se tarir et la cicatrisation se faire.

Encore une fois pour toutes : pas de bains *trop prolongés* et trop répétés dans *des solutions antiseptiques fortes*; ceux-ci entravent la cicatrisation et n'ont aucune action sérieuse contre la suppuration. Il faut insister sur l'importance des mouvements de flexion et d'extension du doigt dans le bain : *mécanothérapie précoce*, qui évite l'ankylose. Ne jamais employer d'eau oxygénée, qui favorise le développement de bourgeons charnus infectés. Tant qu'il existe de la suppuration, n'employer pour les pansements aucun corps gras, aucune pommade antiseptique. Dès que l'on s'aperçoit que l'infection s'atténue et que les pansements humides entraînent la macération, il faut savoir les supprimer. A partir de ce moment, on les remplace par le pansement sec (gaze vaselinée, qui n'adhère pas), que l'on renouvelle tous les deux jours, puis tous les trois jours.

Cette technique conservatrice dans l'ostéite de la phalangette est conseillée par MM. Montant et Wallimann. Elle trouve son explication dans le fait suivant, trop généralement ignoré, c'est que de l'os nouveau va se reformer peu à peu, et que, plusieurs mois après, on pourra voir, à la radiographie, une nouvelle phalangette.

***

Le panaris des première et deuxième phalanges.

Eliminons aussitôt le *panaris dorsal* : c'est un simple furoncle ; il faut le traiter, non par une incision cruciale, qui enferme le loup dans la bergerie, mais, par une section, au bistouri tenu très obliquement, de toute la partie saillante. On crée ainsi une plaie vive saignante, qui met à nu les tissus infectés.

Le *panaris sous-cutané palmaire* est un panaris-phlegmon ; l'infection n'est plus seulement locale ; elle est générale (température 38°-39° ; facies terreux, langue sèche).

On voit apparaître une tuméfaction rouge, brillante et chaude, qui très rapidement atteint son maximum à la face dorsale du doigt et de la

(1) Le propidon nécessite, après toute injection, le repos au lit et la diète hydrique, afin d'éviter des réactions violentes. Dès le premier jour, et même avant d'inciser, si le pus ne semble pas suffisamment collecté, on injecte une ampoule de propidon (4 cent. cubes). Cette dose est renouvelée le lendemain, puis le surlendemain, puis échelonnée tous les deux ou trois jours.

main ; puis, ce sont des traînées de lymphangite, qui sillonnent le bras.

Le doigt, gonflé en fuseau, se fléchit progressivement, tandis que disparaissent les plis de flexion, et que la tuméfaction s'accentue sur l'un des bords. Le moindre mouvement est horriblement douloureux.

Le point important est de savoir si la gaine synoviale est envahie ?

Dans un cas, comme dans l'autre, on note la même sensation de tension avec disparition de la fluctuation normale : un panaris profond, même suppuré, ne fluctue pas (à moins que tout le doigt ne soit transformé en une véritable éponge de pus).

D'après Iselin, le signe classique du crochet, c'est-à-dire l'impossibilité de faire étendre, sans une douleur atroce, le doigt que le malade tient demi-fléchi, n'est pas un signe pathognomonique d'infection de la gaine. Il est seulement un signe de distension de la gaine, qui n'existe que si celle-ci est intacte. Si, au contraire, la gaine infectée vient à se rompre spontanément, ou si elle est ouverte chirurgicalement en un point quelconque, il n'y a plus de distension, et le crochet irréductible fait défaut.

On dit habituellement aussi que, dans la synovite digitale, il y a tuméfaction douloureuse dans la zone de la paume de la main sous-jacente au doigt atteint. Cependant, si la propagation de la suppuration à la paume est constante dans la synovite digitale, elle est assez fréquente dans le panaris sous-cutané (LORIN).

D'après Iselin, les *signes caractéristiques de la téno-synovite* sont : la *douleur provoquée par la pression sur tout le trajet de la gaine*, douleur particulièrement intense au niveau du cul-de-sac supérieur ; le signe de certitude est fourni par l'*exploration sous anesthésie* de la plaie d'entrée, ou de l'incision chirurgicale déjà faite, qui, par simple écartement de ses lèvres, *montre le tendon à nu dans le fond.*

Conduite à tenir. — Un panaris *sous-cutané palmaire* doit être incisé sous anesthésie.

Il faut abandonner l'incision longitudinale médiane, toujours insuffisante à évacuer un foyer d'infection, qui va se propager à l'articulation à la gaine, à la main.

Iselin recommande deux incisions latérales ; il insiste sur une variété, relativement fréquente, de panaris sous-cutané, siégeant à la face palmaire de la deuxième phalange. A ce niveau, le pus, mieux encore qu'aux phalanges voisines, est localisé dans une logette, qui est limitée, en haut comme en bas, par les tractus fibreux, qui répondent aux plis transversaux pré-articulaires de la face palmaire des doigts ; cette logette, d'autre part, se termine de chaque côté par les attaches de la peau aux faces latérales de la phalangine. Le pus fuse le plus souvent vers la peau ; après avoir perforé le derme, il décolle l'épiderme sous forme d'une phlyctène ; une fusée vers les loges analogues des phalanges voisines est rare ; l'envahissement de la gaine est rare ; l'atteinte de l'os est exceptionnelle.

Voici le procédé de traitement conseillé ; il faut d'abord une anesthésie parfaite et un champ exsangue. Ces deux conditions sont réalisées par une « bague » à la novocaïne à 0,5 p. cent, et par un garrot à la base du doigt.

« S'il y a phlyctène, on commence par en exciser le couvercle épidermique ; puis on passe une sonde cannelée par l'orifice cutané pour explorer les limites de la poche de pus, et vérifier sa localisation ; on fait alors, soit directement, soit au contact de la sonde, une petite incision latérale, exactement au niveau où la peau dorsale se distingue de la peau palmaire ; ainsi on est sûr de passer en arrière des vaisseaux collatéraux, sans risquer de les blesser ; le pus s'écoule, on pousse transversalement une pince de Kocher par l'incision ; elle vient buter du côté opposé, et, sur sa saillie, on fait la contre-ouverture ; puis, on ouvre la pince, qui prend entre ses mors une lame de caoutchouc pour le drainage ; en la retirant, la lame est ramenée ; elle sort donc par chaque incision, traversant le doigt de part en part. Il n'y a aucune crainte à avoir d'ulcération de la gaine par contact, puisqu'à ce niveau celle-ci est particulièrement bien protégée ;

MM. Montant et Wallimann conseillent même l'anesthésie générale, car ils préfèrent l'excision large du foyer d'infection, et donnent, après l'intervention : 1° un bain d'un quart d'heure de toute la main dans une solution d'eau bouillie additionnée d'eau d'Alibour ; 2° un bain très prolongé dans du sérum physiologique chaud. Ils insistent sur le rôle capital du *traitement général* par le propidon à haute dose.

Quelle que soit la méthode employée, les suites opératoires sont simples ; le pus disparaît en 3 à 5 jours, et la plaie met une dizaine de jours à se cicatriser ; les pansements humides sont bientôt remplacés par des pansements secs à la gaze vaselinée, de plus en plus rares.

Mais, il faut attacher une importance primordiale à la *mécanothérapie pratiquée dès les premiers jours* dans le bain. C'est grâce à ces petits mouvements de flexion, pratiqués chaque jour que l'on évitera la rétraction et l'ankylose, complications habituelles des panaris des première et deuxième phalanges.

***

Les tenosynovites des 2e, 3e et 4e doigts.

Le diagnostic différentiel en a été exposé plus haut. La gaine est généralement infectée dans

sa totalité, et le pus se collecte dans les dilatations normales de la gaine, c'est-à-dire au devant des articulations inter-phalangiennes ou métacarpo-phalangiennes.

Conduite à tenir. — Le malade étant soumis à l'anesthésie générale, on conseille de faire des incisions latérales et discontinues, qui doivent dépasser la base apparente du doigt et atteindre l'articulation métacarpophalangienne. (M. et W.).

Après application de la bande d'Esmarch, M Iselin fait quatre incisions. Il commence par deux incisions palmaires longues de 2 à 3 centimètres chacune, parallèles à l'espace interosseux, aboutissant à la ligne fictive de flexion du doigt, celle-ci marquant la limite supérieure des culs-de-sac digitaux ; on se trouve au-dessous de l'arcade palmaire superficielle. Grâce à un petit écarteur, on expose le cul-de-sac synovial, que l'on ouvre sous le contrôle de la vue.

Poussant alors une pince directement en arrière dans l'espace interosseux, on fait une contre-incision dorsale un peu plus courte ; et la pince ramène une lame de caoutchouc, qui traverse l'espace interosseux de part en part. On fait de même pour l'autre espace interosseux. Pansement humide et ablation du garrot.

Après l'opération, la douleur disparaît rapidement, mais le gonflement et l'œdème peuvent persister plusieurs jours ; il faut alors s'assurer qu'il n'existe pas de fusées purulentes. On enlève les drains du sixième au dixième jours lorsque la rougeur et l'œdème ont disparu, même s'il persiste un peu de suppuration.

Le traitement chirurgical est complété par du propidon à hautes doses. Ne pas oublier la mécanothérapie précoce dans le bain.

***

L'arthrite suppurée.

L'arthrite suppurée apparaît dans les panaris, incisés trop tardivement, ou insuffisamment. Elle se révèle par un empâtement douloureux du doigt, localisé au niveau d'une articulation. Il se produit une laxité anormale de l'articulation, des craquements articulaires, que l'on recherche par une mobilisation douce. S'il existe une fistule, le stylet peut tomber sur un os dénudé. A noter que la flexion du doigt en crochet reste irréductible comme pour les panaris sous-cutanés.

Les signes généraux sont toujours importants : douleurs violentes, lymphangite, température élevée. Le pronostic est grave.

Conduite à tenir. — Ne jamais pratiquer d'emblée la désarticulation, avec résection de la tête métacarpienne.

Savoir attendre, en utilisant toutes les armes, dont on dispose : résection de l'articulation atteinte et immobilisation ; propidon tous les jours, tant que l'infection est menaçante.

Après la résection, placer des drains par les incisions latérales, qui ont permis d'atteindre l'articulation ; les 3 ou 4 premiers jours, bains de dix minutes dans du sérum physiologique. Puis immobilisation du doigt malade dans un appareil plâtré muni de deux fenêtres latérales ; cet appareil sera enlevé vers le 20e jour. La guérison se fait par une semi-ankylose, et il faut avoir placé le doigt en position de fonction, c'est-à-dire légèrement recourbé.

***

Les panaris du pouce et du petit doigt.

Ces panaris ont une gravité particulière, en raison de l'importance fonctionnelle de ces doigts, *mais surtout parce que leurs gaines synoviales dépassent la main, et par-dessous l'aponévrose antibrachiale gagnent l'avant-bras.* Il est donc nécessaire d'explorer ces gaines, point par point, dans la paume de la main et à l'avant-bras.

Ces panaris sont susceptibles de donner le maximum de complications, que peut entraîner un panaris.

Au début, les signes généraux l'emportent toujours sur les signes locaux. C'est une septicémie avec température à 40°, insomnie, délire, urines rares et albumineuses.

Conduite à tenir. — On n'obtiendra aucun résultat satisfaisant, si l'on ne fait pas de vaccinothérapie à dose massive.

Chirurgicalement, on doit faire, pour la gaine radiale comme pour la gaine cubitale, trois incisions : 1° le long du bord externe du doigt ; 2° le long du bord des éminences thénar ou hypothénar, en s'arrêtant à deux centimètres du ligament annulaire du carpe, pour respecter du côté radial le rameau thénarien du médian ; 3° une incision à l'avant-bras pour atteindre la gaine par sa face profonde.

Chaque jour ensuite, on prescrira des bains d'une demi-heure dans du sérum physiologique, avec mouvements actifs et passifs dans les bains. Par chaque incision, on fera un lavage avec une grosse seringue, et l'on réalisera ainsi la meilleure forme d'irrigation.

« La guérison anatomique n'a de valeur que par le résultat fonctionnel obtenu. Celui-ci est fonction de la durée de l'infection. Cette dernière cède rapidement, beaucoup plus du reste sous l'action du traitement général (propidon) que par le traitement local. Il importe avant tout de prévoir les ankyloses et les rétractions consécutives, en immobilisant chaque jour la main en position de fonction dans le pansement » (Montant et Wallimann).

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les arthrodèses de l'épaule.

Dans un très bel article, très documenté, Raphaël MASSART fait une revue critique des divers procédés qui ont été utilisés pour obtenir l'ankylose scapulo-humérale.

Il donne ensuite sa technique personnelle qui répond d'une façon parfaite aux données physiologiques, et qui assure le meilleur résultat fonctionnel.

Quelles sont donc les données physiologiques de l'articulation de l'épaule ?

Nous avons à faire à une articulation très mobile dont les mouvements sont complétés par la mobilité de l'omoplate sur le thorax, possible grâce à l'existence d'espaces celluleux intermusculaires, qui forment une véritable articulation scapulo-thoracique, articulation sans surfaces articulaires et sans ligaments.

C'est celle-ci qui, une fois obtenue l'ankylose scapulo-humérale, permet de conserver les mouvements du bras.

De ces données, découlent immédiatement deux conséquences :

1° Ne jamais ankyloser la tête humérale sur la clavicule à peu près immobile (procédé très défectueux), ni sur l'acromion (ce qui déplace en haut la tête humérale), mais bien au niveau même de la glène.

2° Ne pas détruire opératoirement les espaces celluleux scapulo-thoraciques, et éviter les incisions et voies d'accès, qui laisseraient du tissu cicatriciel à leur niveau.

Les principales indications de l'arthrodèse sont d'abord :

L'*épaule ballante paralytique*, que l'auteur a déjà étudiée avec Hallopeau, d'après les travaux de Vulpius.

Les luxations anciennes douloureuses.

La tuberculose de l'épaule où elle prend place à côté de la résection.

Les épaules ballantes traumatiques, où on a le tort de chercher à obtenir une articulation mobile et où l'ankylose scapulo-humérale donne un excellent résultat.

Depuis la première opération de Vulpius, en 1898, de multiples techniques ont été décrites.

L'auteur en fait une revue critique extrêmement intéressante.

Il rejette toutes celles, qui se servent d'un point d'appui sur l'acromion, la clavicule ou la coracoïde, parce qu'elles modifient la situation anatomique.

D'autre part, le seul contact osseux physiologique est insuffisant pour produire une ankylose de bonne solidité.

Quels sont donc les temps de l'opération-type préconisée par Raphaël Massart ?

D'abord, aborder l'articulation par la voie supérieure trans-acromio-claviculaire par section temporaire des deux os.

Puis, la glène étant largement visible, réséquer le cartilage articulaire et créer deux plans osseux parallèles de bonne surface.

Enfin reconstituer la continuité de la clavicule et de l'acromion par ostéosynthèse (vis et ligature).

Terminer par un plâtre (trois mois), qui applique parfaitement les surfaces réséquées l'une contre l'autre.

Bien entendu, si l'intervention se fait pour une tuberculose de l'épaule ou pour une épaule ballante traumatique, cette technique ne peut être suivie fidèlement.

On pourra avoir à pratiquer une implantation ou une greffe dans le cas de grosse perte de substance.

Mais, les deux principes de la voie d'accès antérieure et des larges surfaces osseuses réséquées doivent être respectés. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Indications de la méthode sclérosante dans le traitement des varices.

Le Docteur Raymond TOURNAY, qui a une très grande pratique du traitement sclérosant des varices, fait un exposé des contre-indications et des indications de cette méthode.

La contre-indication principale est l'obstruction du réseau veineux profond des membres inférieurs et du bassin. Il y a eu phlébite profonde et la circulation ne s'est pas rétablie : la circulation superficielle doit alors être respectée. La thrombo-angéite oblitérante est une autre contre-indication, dès que le processus porte sur le réseau veineux profond. La grossesse également dans quelques cas, une tumeur du bassin, une infection générale, etc.

Hormis ces cas particuliers, on peut dire qu'à peu près toutes les varices et leurs complications sont justiciables des injections sclérosantes. Certaines variétés en tirent plus de bénéfice. C'est ainsi que les guérisons les plus brillantes sont obtenues dans les gros paquets variqueux isolés, en tête de méduse, dans les segments veineux dilatés isolés, dans les varices d'origine traumatique, dans les varices hémorragiques.

Les varices douloureuses se trouvent très bien des injections de salicylate. Les crampes, la pesanteur cèdent aux premières piqûres. Les varices gênantes (œdème, fatigue) s'atténuent rapidement. Même les poches largement ectasiées peuvent guérir. La méthode sclérosante est, en outre, nettement indiquée dans les varices compliquées d'eczéma ou d'ulcère variqueux. On pourra l'appliquer quelquefois aussi dans les petites varices inesthétiques des jambes.

Dès les premières injections, le malade éprouve un soulagement. Le membre atteint devient moins lourd, la fatigue diminue, l'état général lui-même s'améliore. (*Bulletin médical*, 7 février 1931.)

Les ovulations douloureuses.

Chez certaines femmes, l'ovulation s'accompagne de phénomènes morbides, qui se traduisent soit par de petits accidents cataclysmiques soit par des poussées douloureuses moins aiguës, mais plus prolongées, soit par de simples poussées congestives, qui peuvent donner lieu à une très légère élévation thermique.

Des femmes de souche arthritique ou nerveuse, présentent, à l'occasion des « règles de quinzaine », toute la série de malaises, qu'elles éprouvent habituellement au moment de leurs règles. Dix à douze jours après la fin des règles, apparaît une douleur plus ou moins aiguë dans le bas-ventre, avec pertes blanches, hydrorrhée, et souvent même un flux franchement hémorragique. Ces troubles se produisent généralement chez des malades, dont les organes génitaux paraissent cliniquement sains, mais qui n'en présentent pas moins des signes de sclérose en évolution. Presque toujours, il s'agit de femmes encore jeunes, au voisinage de la trentaine, qui sont possédées d'un désir ardent de maternité, sans avoir jamais eu des grossesses. Plus rarement, ce sont des uni- ou des multipares ; mais, en ce cas, la grossesse remonte presque toujours à plusieurs années.

Ces phénomènes seraient contemporains de la ponte ovulaire, qui précède de dix jours la vague utérine. Mais cette poussée congestive ovarienne, qui est physiologique, n'a rien à faire avec la crise intermenstruelle qui se déclenche évidemment au même moment, mais qui diffère de celle-ci par les malaises très particuliers, dont elle s'accompagne.

Ceux-ci peuvent se présenter sous différents aspects, et le Dr G. Cotte croit même pouvoir affirmer qu'ils n'ont pas toujours la même origine.

Dans un certain nombre de cas, il semble que la rupture du follicule s'accompagne d'une véritable hématocèle cataméniale, qui se traduit en clinique par des phénomènes paroxystiques pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance et qui peut se révéler au toucher par un petit empâtement des culs-de-sac vaginaux. Ces hématocèles sont à distinguer évidemment de celles qui peuvent être dues à un avortement tubaire ou des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne.

Les accidents qui caractérisent la crise intermenstruelle sont beaucoup plus estompés ; ils se déclenchent habituellement du 13e au 16e jours ; mais leur date d'apparition est subordonnée à l'évolution du follicule, et on comprend que, si celui-ci n'arrive à complète maturité qu'avec un certain retard, la crise soit plus tardive dans son apparition, ou plus prolongée.

Au point de vue clinique, on peut distinguer deux types principaux : le type utérin et le type ovarien.

Le premier est caractérisé avant tout par les accidents bien connus de la congestion utérine, auxquels se surajoutent souvent des signes de plexalgie hypogastrique, avec cystalgie et ténesme anal. Il est particulièrement fréquent chez les femmes dont l'utérus présente des signes d'hypoplasie avec antéflexion.

Le type ovarien, se traduit surtout par des signes de plexalgie lombaire. Pendant toute la durée de l'ovulation, la femme ressent une douleur profonde dans le bas-ventre, tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant le côté où se fait l'ovulation. Cette douleur, difficile à localiser exactement, s'accompagne de tiraillements dans les reins, d'irradiation à la face interne des cuisses.

Elle en impose souvent pour une appendicite ou une annexite, et ceci d'autant mieux qu'on sent parfois l'ovaire en fonctionnement augmenté de volume.

Dans les deux cas, on peut voir la crise intermenstruelle s'accompagner d'un écoulement leucorrhéique, parfois même de règles de quinzaine.

L'auteur pense que la crise intermenstruelle traduit un trouble de l'ovulation, dû à de petites altérations parenchymateuses de l'ovaire.

Le traitement de ces phénomènes douloureux n'est pas toujours chose facile en raison de la diversité de leurs causes. Tantôt, c'est une congestion ovarienne exagérée, passagère, qui disparaît sous l'influence du repos. Tantôt, c'est un prolapsus de l'ovaire ou une mobilité exagérée de l'organe, et là encore, le repos suffit à produire la détente. Si, au contraire, l'ovulation est rendue difficile par sclérose ovarienne, ovarite ou périovarite, la crise est plus prolongée, et les moyens médicaux restent souvent inefficaces.

Lorsque l'élément congestif domine, des préparations à base d'hydrastis ou d'hamamelis sont à conseiller du 8e au 15e ou 20e jours après le début des règles. Si les phénomènes névralgiques l'emportent, il faut recourir aux préparations à base de jusquiame, de passiflore, de bromure, de valériane, de gardénal.

Dans les formes congestives, on peut ordonner, pendant 2 ou 3 jours de suite, des tampons ou des ovules à la glycérine, le massage gynécologique bien fait. La diathermie ne donne pas de résultats ; elle peut même exagérer les douleurs. L'auteur préfère l'effluvation intra-vaginale ou intra-rectale avec une ampoule de Mac-Intyre. Le port d'un pessaire peut être quelquefois utile, quand il y a une mobilité exagérée de l'utérus, et justifier ensuite une fixation ligamentaire de l'utérus.

Si les douleurs sont intolérables, au point de faire de la femme une véritable névropathe, on peut être amené à une castration unilatérale ; il faut, en effet, tout faire pour éviter la castration totale. On pratiquera aussi, pour lutter contre la sclérose de l'ovaire, une greffe de l'épiploon à l'intérieur de l'ovaire, afin de fournir un pédicule vasculaire de supplément ; mais cette méthode peut risquer d'amener un agent d'étranglement pour les anses intestinales. L'auteur préfère, puisqu'il s'agit d'appareil génital trop altéré pour permettre une grossesse, faire une transplantation de l'ovaire dans l'épiploon, ce qui permet de conserver la menstruation. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1931.)

La prostatectomie.

M. Charles Perrier (de Genève) nous dit que les résultats que l'on peut obtenir par cette excellente opération dépendent, autant que tel détail de technique opératoire proprement dite, du choix de la méthode, de la préparation des malades et des soins qu'ils recevront dans les suites opératoires immédiates et éloignées.

Ces mêmes facteurs conditionneront les risques opératoires.

D'une façon générale, la prostatectomie n'est pas conseillée aux malades sans résidu vésical.

Les petits et moyens rétentionnistes non infectés sont mis à la sonde à demeure, lavés deux ou trois fois par jour.

Avant l'opération, injection de propidon. Opération le lendemain du jour où ils ont été apyrétiques.

Les grands rétentionnistes sont vidés à la sonde à demeure, presque fermée.

Perrier a la conviction que les suites de la prostatectomie sont rendues plus faciles, quand la vessie a récupéré son tonus et sa contractilité. Et la taille permet d'atteindre ce but dans le minimum de temps avec le minimum d'incommodité.

Les rétentionnistes petits et moyens, les grands à plus forte raison, qui ont des urines troubles et infectées et dont les urines ne s'éclaircissent pas notablement par la sonde à demeure ou par la taille, sont traités par l'autovaccination.

Perrier considère comme prudent d'opérer en deux temps, non seulement les malades se trouvant dans les conditions citées plus haut, mais tous ceux qu'on peut penser fragiles pour d'autres raisons.

On aura ainsi tout le loisir de les préparer soigneusement à la prostatectomie.

Perrier mentionne que, soit pour des raisons de fonctionnement rénal déficient, soit pour des raisons d'un autre ordre, il a parfois pendant trois, six et même douze mois, fait attendre le second temps à ses malades. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Nouveau traitement des entorses.

(M. Leriche. — *Société de chirurgie.* — 20-6-1931.)

M. Leriche estime qu'il n'est pas utile de donner un nom particulier aux ostéomes métatraumatiques paracondyliens du fémur, appelés, on le sait « maladie de Kohler-Pellegrini-Stieda ». Ces ossifications, en effet, peuvent exister partout où il y a du tissu conjonctif remanié par l'hyperhémie dans une zone squelettique traumatisée. Si l'on donnait un nom particulier à chacune des localisations de ce processus, on encombrerait singulièrement la littérature médicale. M. Leriche a vu des ossifications de ce genre au niveau des condyles du fémur (lésion de Stieda), du tendon rotulien, du tendon d'Achille, etc. En fait, ces ossifications para-articulaires ne sont pour l'auteur que des cas particuliers, des exemples régionaux, des ossifications post-traumati que dont l'ostéome musculaire, maladie non bapti sée n'est que l'exemple le plus banal.

M. Leriche ajoute qu'aujourd'hui, où nous connaissons les conséquences vaso-motrices des traumatismes (de l'entorse, en particulier) et les manifestation osseuses tardives de ces troubles vaso-moteurs (c'est-à-dire la raréfaction hyperhémique avec ossification secondaire au voisinage, par simple mutation calcique), il convient d'avoir de tous ces phénomènes un conception d'ensemble et non une vue fragmentaire. Tout traumatisme sans fracture, sans arrachement périostique, peut secondairement donner naissance à une ossification au voisinage du point traumatisé. En conséquence, il importe de faire radiographier les entorses et autres traumatismes non seulement de suite après l'accident, mais cinq

ou six semaines plus tard, ce qui évitera des surprises parfois désagréables.

A ce propos, l'auteur expose une conception intéressante de l'entorse et de son traitement. Dans toute entorse vraie, dit-il, sans fracture parcellaire, la douleur, l'impotence, la plupart des séquelles tardives relèvent de l'écrasement, du tiraillement des terminaisons sensitives si abondantes des ligaments péri-articulaires. Si la contusion des tissus mous joue un rôle, l'élément nerveux tient la première place. L'entorse est avant tout un traumatisme nerveux par distorsion et élongation. Si, dans les heures qui suivent l'entorse, ou le lendemain, on infiltre de novocaïne les ligaments articulaires, la douleur et l'impotence cèdent de suite. Si on renouvelle cette anesthésie locale pendant quelques jours, très rapidement l'entorse est guérie sans immobilisation, sans massage.

Après deux années d'observation et de pratique de l'anesthésie novocaïnique des zones traumatisées et des ligaments péri-articulaires en particulier, M. Leriche est persuadé que le meilleur traitement des entorses pures est cette infiltration novocaïnique précoce et répétée des ligaments traumatisés.

Le lavement baryté dans l'invagination intestinale des nourrissons.

(M. Moulonguet.— *Société de chirurgie* ; 13-5-1931.)

M. Moulonguet, à propos de la communication de M. Pouliquen sur l'emploi du lavement baryté comme moyen de diagnostic et de traitement de l'invagination intestinale des nourrissons, insiste sur l'intérêt diagnostique de cette méthode.

Le diagnostic de l'invagination intestinale des nourrissons peut prêter à erreur, soit que les selles sanglantes manquent, soit qu'elles relèvent d'une autre cause. L'auteur en signale deux exemples. Dans le premier, une fille de neuf mois fut prise de crises douloureuses sans selle sanglante et le toucher rectal, négatif, ne ramenait rien. On ne sentait pas de boudin d'invagination. Fallait-il attendre ? Une radiographie après lavement baryté montra une image en capsule, typique, sur la partie gauche du tranverse. Opération. Guérison.

Dans un second cas, remontant à quelques années, un nourrisson était présenté avec des crises douloureuses abdominales, des selles sanglantes, mais de la fièvre. Opéré, on ne trouva pas d'invagination et l'enfant mourut de méningococcémie. C'était un cas de purpura intestinal de Hénoch. La radiographie après lavement baryté, si elle avait été connue à cette époque et pratiquée, eut redressé le diagnostic.

Contusion herniaire avec éclatement du grêle.

(M. P. Brocq. — *Société de chirurgie* ; 13-5-1931.)

M. Brocq rapporte, au nom de MM. Dessaint et Audouin, et au nom de M. G. Pouchet (de Pamiers) deux cas de contusions herniaires avec éclatement d'une anse grêle.

Il y a un an M. Brocq a déjà étudié cette question des contusions herniaires à l'occasion d'un travail de M. Chabrut, qui avait pu réunir 12 observations de cet accident.

Le tableau clinique se présente sous deux aspects, celui de la péritonite par perforation sans signes herniaires et celui de l'étranglement herniaire sans signes péritonéaux. Le traumatisme causal est quelquefois léger, ce qui n'empêche pas un tel éclatement d'être grave. Sur 14 cas (12 de M. Chabrut et les 2 cas actuels), 13 ont été opérés, donnant 10 morts et 3 guérisons. Il importe de penser à cet accident, pour intervenir le plus tôt possible.

Ulcères expérimentaux du duodénum par dérivation de la bile.

(M. Georges Lœwy. — *Société de chirurgie* ; 20-5-1931)

M. Gosset présente un rapport sur une étude de M. Georges Lœwy concernant la production expérimentale d'ulcères duodénaux par dérivation isolée de la bile.

La dérivation de la bile, en privant le duodénum et même l'estomac du reflux biliaire, provoque chez le chien une inflammation de la muqueuse duodénale et quelquefois un ulcère du duodénum. En l'absence de bile, la muqueuse duodénale semble perdre sa résistance à l'action corrosive du chyme gastrique. Le chimisme stomacal est lui-même peu modifié ; l'hyperchlorhydrie n'est pas un élément indispensable dans la genèse de l'ulcus, la pepsine intervenant sans celle-ci.

La conséquence clinique de ces recherches est la possibilité de formation d'ulcère duodénal chez les malades porteurs de fistule biliaire externe complète

P. L.

Purpura rhumatoïde anaphylactique à poussées subintrantes, provoquées par l'effort musculaire.

(MM. Sezary, Horowitz et Rivoire. *Soc. des hôp. de Paris* ; 8-5-1931.)

C'est une notion classique que le purpura rhumatoïde est souvent déclenché par la fatigue ou la station debout. Le facteur étiologique, que constitue l'effort musculaire, a pris toute sa valeur du jour où l'on a su que certains cas d'urticaire d'origine anaphylactique étaient aussi déclenchés par l'exercice physique. La fréquence d'une éruption ortiée au cours du purpura rhumatoïde, l'existence d'une forme hémorragique de l'urticaire établissent de nouveaux liens entre ces deux types de dermatoses. Aussi la nature anaphylactique du purpura rhumatoïde est-elle affirmée par nombre d'auteurs.

Les auteurs rapportent une observation de purpura rhumatoïde, dont les poussées ont été déclenchées, non par l'orthostatisme, mais par une marche très courte.

Les premières tentatives de désensibilisation ayant échoué, le malade a été traité par des doses infimes

de peptone, parce que celle-ci est un produit musculaire, vis-à-vis duquel l'organisme pouvait être sensibilisé. Le malade a été accoutumé aux doses progressives sous-cutanées de 1/4, puis 1/2, puis 3/4 de centigramme de peptone (1 cc. d'eau peptonée contenant 50 centigrammes de peptone pour 100 cc. de sérum physiologique); on y ajouta des injections à doses croissantes d'hyposulfite de soude.

Le malade a été guéri, puisqu'il a pu, à deux reprises, marcher à une allure accélérée pendant une journée entière, parcourant 20 et 30 kilomètres, sans avoir de nouvelle poussée de purpura.

La réaction de sédimentation globulaire dans des affections articulaires.

(MM. Mathieu-Pierre-Weil, Guillaumin et Mlle Laurencin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-5-1931.

La réaction de sédimentation (R. S.) est la vitesse de sédimentation des globules rouges. Le chiffre le plus significatif de la vitesse de sédimentation est le volume globulaire, lu après deux heures.

Toutes les arthrites inflammatoires ne s'accompagnent pas d'une augmentation marquée de vitesse de sédimentation. Celle-ci peut être subnormale, si le processus ne présente qu'une faible acuité (certaines arthrites infectieuses). Inversement, des états qui, le plus souvent, n'entraînent que des lésions dégénératives, peuvent se manifester par des processus inflammatoires, qui donneront à la sédimentation globulaire une vitesse exagérée (certaines arthrites traumatiques ; certaines arthrites endocriniennes). D'autre part au cours d'un même processus articulaire, la R. S. varie avec l'état anatomo-clinique des lésions.

Aussi, la R. S. est l'expression, non de la maladie considérée en elle-même, mais des lésions que celle-ci détermine. Si celles-ci n'ont pas le caractère inflammatoire, la R. S. demeure normale ; mais elle s'exagère au prorata du degré de l'inflammation. Ainsi considérée, sa valeur diagnostique est grande. Mais, elle ne peut pas permettre la classification des maladies.

Méningite cérébro-spinale à « bacterium cutis commune ».

(MM. Laffitte et Merle, de Niort. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-5-1931.)

Le bacterium cutis commune est un germe banal que l'on rencontre fréquemment dans les processus suppuratifs, aigus ou chroniques ; mais on le considère généralement comme dénué de caractères pathogènes ; il est toujours associé à d'autres germes pathogènes. Dans l'observation relatée, il était cependant seul en cause, ainsi que l'ont démontré l'examen direct du liquide céphalo-rachidien et les cultures.

Contrairement à l'opinion courante, il possède donc un pouvoir pathogène, qui lui est propre au moins vis-à-vis de la séreuse rachidienne.

Aurothérapie et pneumothorax artificiel.

(M. Jullien, de Pau. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 8-5-1931.)

L'auteur montre dans quelle large mesure les sels d'or empiètent sur le domaine de la méthode de Forlanini. Dans certains cas indubitables, ils la remplacent ; plus souvent, ils la secondent, nettoyant le côté symétrique, jugulant les bilatéralisations, complétant des pneumothorax partiels, stérilisant des épanchements.

Depuis que le Dr J. associe de parti pris les deux méthodes, les résultats observés sont bien meilleurs. Il n'a plus eu l'occasion de pratiquer de pneumothorax double d'emblée, et des cas de pneumothorax créé pour bilatéralisation vont en diminuant.

Pour juguler une poussée évolutive grave chez un porteur de pneumothorax artificiel, il faut un traitement d'attaque énergique. Tant que les gains s'accentuent, inutile d'augmenter les doses. Si le traitement est bien supporté, il faut le continuer tant qu'il agit. Pour assurer l'avenir, un traitement d'entretien est nécessaire.

En cas de lésions discrètes, localisées ou anciennes évolutives depuis un certain temps, un traitement de longue haleine est requis, lent, à faible dose de début (0,05 centigr.) ; on répétera celle-ci plusieurs fois, en s'assurant qu'elle ne produit pas de réaction avant de passer à 10 centigr.

Aussi, l'on peut se montrer plus audacieux dans les interventions, en faisant profiter de la collapsothérapie un grand nombre de malades que l'état du poumon opposé en aurait fait écarter autrefois systématiquement.

F. G.

Société Odontologique de France

Séance du 26 mai 1931.

La séance est ouverte sous la présidence de M. Nivard.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance, la parole est donnée à M. Schatzman qui fait un compte rendu précis et détaillé du Congrès de Genève où il fut envoyé comme délégué, représentant la Société Odontologique de France. Ensuite, le docteur Dufourmentel donne des précisions sur la conduite à tenir dans les fractures articulaires temporo-maxillaires. L'auteur en décrit trois catégories bien distinctes : traumatisme ayant porté de haut en bas : le col est basculé en avant ; traumatisme de bas en haut : le col est basculé en arrière, et enfin, d'avant en arrière, l'écrasement de la tête et du col. Les fractures présentent un caractère de gravité chez l'enfant beaucoup plus que chez l'adulte. Pour que ces fractures évoluent vers l'ankylose, il faut qu'il y ait double lésion osseuse. Suivant les cas, le traitement peut être prothétique par mobilisation rapide ou bien chirurgical.

Le docteur Grandclaude donne un aperçu des

recherches qu'il a entreprises depuis cinq ans en collaboration avec le docteur Lesbre sur les modalités bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire. Ces auteurs, après de nombreuses expériences de laboratoires accompagnées d'observations cliniques, ont constaté que le streptocoque était l'agent causal presque certain des infections à distance. Jusqu'à présent, il n'a pas été possible d'obtenir une culture de ce genre isolé, il se trouve toujours en symbiose avec un fusiforme et il semblerait que cette association lui donnerait une virulence particulière.

D'après cette constatation, un pouvoir pathogène pourrait être attribué à des germes considérés jusqu'à présent comme saprophytes. Il signale que les streptocoques en association n'ont pas constamment le pouvoir hémolytique. En présence de ces infections focales, les docteurs Grandclaude et Lesbre signalent les heureux résultats que l'on peut obtenir au moyen de la vaccinothérapie de cultures streptococciques sélectionnées.

Aidé d'une documentation très fournie, notre confrère, M. Fay, donne un historique complet de Sainte-Appoline, patronne des dentistes. Cette étude justifie d'une façon définitive les mérites de cette sainte pour notre profession.

M. Lebrun rapporte une observation de corps étrangers dans une racine d'incisive latérale : en l'espèce deux pointes de Beutelrock ; notre confrère fut assez heureux de pouvoir les extraire après des manœuvres assez délicates et utiliser la racine en vue d'une prothèse.

Le secrétaire des séances,

M. Vabois.

Les Congrès

XXXV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France

(*Suite et fin*) (1)

Communications de neurologie

Sclérose tubéreuse à forme familiale et héréditaire. — M. Koenen rapporte une observation de cette affection qui atteint une famille à travers trois générations : on relève six membres atteints de cette affection, dont deux seulement présentèrent une symptomatologie complète (tumeurs cutanées, troubles trophiques, épilepsie), les quatre autres, une symptomatologie fruste (absence d'épilepsie). De plus, chez deux malades, on releva une atteinte des fonctions rénales. L'auteur tient à signaler la rareté des cas familiaux (seulement 4 observations dans la littérature) et l'apparition des symptômes plus précoce avec chaque génération.

Discussion. — M. Anglade insiste sur l'intérêt de ce cas familial et héréditaire et rappelle qu'il a trouvé à l'examen anatomique des cas semblables des lésions rénales spécifiques.

Réflexe tonodynamique des doigts de la main et signe de Babinski, par M. Pailhas (d'Albi).

Sur les fonctions des couches optiques. — M. D'Hollander (de Louvain). — Le thalamus reste, en ce qui concerne ces fonctions, un chapitre obscur ; l'abondance des hypothèses émises contraste avec la rareté des faits établis indiscutablement. Cette carence tient essentiellement à l'insuffisance de nos connaissances anatomiques ; il s'agit non seulement de connaître les groupes cellulaires, mais les systèmes efférents et afférents, en faire la synthèse.

Si la notion du thalamus, grand centre de relais sensitivo-sensoriels est solidement acquise, elle est trop exclusive, car la plupart des anatomo-physiologistes dénient tout rôle moteur au thalamus. C'est à l'étude des voies cortico-thalamopètes (motrices), que s'est attaché l'auteur ; il a pu établir leur origine, leur trajet et leur distribution aux différents noyaux thalamiques. Ses recherches ont porté sur le lapin, mais ont été poursuivies dans la série animale et peuvent servir à poser quelques jalons pour une meilleure connaissance des fonctions thalamiques chez l'homme.

L'auteur a pu décrire :

a) Des fibres descendant de la région précentrale (champs 4 et 6 de Brodman) aboutissant aux noyaux antérieur et médian, voies qui sont probablement en connexion avec le système strio-pallidal et forment un des chaînons de la voie extrapyramidale.

b) Des fibres descendant de la région post-centrale (champs 1-3 de Brodman) aboutissant au noyau médioventral.

c) Le noyau postérieur thalamique reçoit deux contingents de fibres : les unes superficielles, nées de la région occipitale, aboutissent à la partie supérieure du noyau postérieur (fonction motrice pour certains réflexes visuels ?) ; les autres, profondes, forment un faisceau puissant, créées de la région pariétale et aboutissant à la partie inférieure du noyau postérieur (là, elles s'articuleraient avec les voies tecto-réticulées, tecto-bulbaires, avec bandelette longitudinale postérieure).

Diagnostic différentiel entre les tumeurs intramédullaires et les tumeurs extramédullaires. — MM. L. Bériel (de Lyon) et G. Kapsalas (d'Athènes), rapportant un cas de tumeur intramédullaire, discutent le diagnostic différentiel de ces tumeurs et des

(1) V. *Concours Médical*, n° 38 et 39.

tumeurs extramédullaires. Deux ordres de faits doivent être étudiés, permettant le diagnostic : les signes radiculo-médullaires ; les indications tirées de l'exploration.

La différenciation avec les tumeurs extramédullaires est le *point capital dans l'histoire des tumeurs intramédullaires.* C'est surtout l'étude clinique, l'appréciation des symptômes, en particulier ceux radiculo-médullaires, qui peuvent permettre le diagnostic, plus que l'exploration (lipiodol, Quekenstedt, etc.).

Sur l'appareil périphérique de la cellule nerveuse, par M. DONAGGI (de Modène). — Cette question prend un renouveau d'intérêt. On peut réduire schématiquement cet appareil très complexe à trois parties :

a) Un réseau enveloppant la cellule et ses prolongements ;

b) Dans chaque maille du réseau, il y a des « formations radiaires » (Donaggio), système de fibrilles très fines aboutissant à un bouton central.

c) Prolongements partant du réseau et aboutissant au tissu environnant.

Au point de vue pathologique, on sent qu'il résiste dans les intoxications, de même que dans la paralysie générale. Dans la démence sénile, il contribue à la formation des plaques séniles.

Remarques sur les tumeurs à la fois intra-et extramédullaires à propos d'observations personnelles. — MM. L. BERTEL (de Lyon) et G. KAPSALAS (d'Athènes) rapportent 4 cas de tumeurs à la fois extra-et intra-médullaires, et insistent sur l'intérêt qu'il y aurait, au point de vue thérapeutique, de mieux dépister ces tumeurs en poussant plus à fond l'étude de leur pathogénie. Les auteurs font remarquer qu'entre les tumeurs franchement limitées, libres dans l'espace arachnoïdien, et les gliomatoses centro-médullaires, on peut trouver tous les intermédiaires. Ils se demandent si les tumeurs intramédullaires sont une maladie d'essence particulière et si, dans les cas de bourgeonnement extérieur, certains ne concernent pas des néoplasmes primitivement extra-médullaires qui, à une époque de leur évolution, auraient pu être heureusement opérés. Tous ces faits montrent la très grande complexité du problème et éclairent les raisons des difficultés extrêmes d'un diagnostic exact.

Sur l'encéphalite épidémique périphérique.—MM. P. NAYRAC et A. BRETON rapportent trois observations de formes basses d'encéphalite épidémique dont deux avec autopsie et enlèvement du névraxe et de l'encéphale.

Après quelques réflexions sur les diverses modalités cliniques, ils commentent longuement les difficultés du diagnostic différentiel entre les formes hautes de la polyomyélite et les formes basses de l'encéphalite épidémique. Ils montrent en quoi l'examen histologique est important pour confirmer un diagnostic un peu hésitant porté du vivant d'un sujet. Ils insistent vivement sur l'importance de la topographie des lésions dans cet ordre de recherches.

Discussion. — M. Trelles ne pense pas qu'on puisse schématiser les lésions histologiques au point de dire que, dans l'encéphalite, ce sont les lésions cellulaires qui prédominent, tandis que dans la polyomyélite, ce sont les lésions vasculo-conjonctives. Ces deux sortes de processus se retrouvent également dans les deux affections et témoignent de leur nature infectieuse, *mais leur topographie permet d'en faire le diagnostic.*

M. Kapsalas ne pense pas que l'on ait vu jusqu'ici apparaître de syndromes parkinsonniens après les formes basses.

M. Porc'Her croit que le terme employé est impropre et propose celui de « névraxite périphérique ».

M. Anglade pense que l'usage doit prévaloir et conclut que la question reste ouverte.

Communications de médecine légale et assistance

Tuberculose et responsabilité médico-légale. — M. VASSILIEFF (de Gênes), se basant sur des études systématiques faites sur des inculpés, conclut que la tuberculose se trouve très fréquemment chez des délinquants et que peut-être, faudrait-il tenir compte de ce facteur.

L'assistance mentale en Indochine. — M. LEFÈVRE (du ministère des Colonies). — Depuis 1919, les malades mentaux indigènes et européens de l'Indochine sont hospitalisés à l'asile de Bien-Hoa, en Cochinchine. Cet établissement, construit d'après les principes modernes, fonctionne dans de bonnes conditions.

La population indigène a fait le meilleur accueil à cette création ; le chiffre des pensionnaires est passé de 138 en 1919 à 500 en 1930.

Le bien-être matériel et moral des pensionnaires a été l'objet de soins tout particuliers ; on s'est attaché tout particulièrement à mettre en pratique le travail agricole, intelligemment réparti.

Actuellement, cet établissement apparaît déjà comme insuffisant ; un nouvel asile dont la construction est en voie d'achèvement, au Tonkin, va prochainement le décongestionner.

Le statut des aliénés est fixé par le décret du 18 juillet 1930 sur l'Assistance psychiatrique en Indochine. Il s'inspire de la loi fondamentale de 1838, mais y ajoute des dispositions nouvelles prévues en partie dans le projet Strauss.

De l'utilisation des délires : quelques cas de simulation chez des militaires, rapportés par MM. VURPAS et TATY.

La simulation et les fausses simulations dans la marine. — M. DARLEGUY (de Toulon). — Ce sont les engagés volontaires qui fournissent le plus grand nombre d'anormaux, de simulateurs et de faux si-

mulateurs, de par leur origine et leur manque d'adaptation au milieu maritime qu'ils ignorent.

Le terrain tuberculeux chez les enfants anormaux, par M. Vermylen. — L'importance de la tuberculose parentale est diversement interprétée par les auteurs. Au dispensaire d'hygiène mentale infantile de Bruxelles, sur 800 enfants examinés pour des anomalies psychiques diverses, 322 avaient des tuberculeux dans leurs ascendants ou leurs collatéraux. Très rarement l'enfant présentait lui-même des signes cliniques de tuberculose. Parfois même il se produisait un véritable balancement organo-psychique : les enfants anormaux indemnes de tuberculose étaient encadrés de tuberculeux ne présentant pas d'anomalies mentales. Les associations de la tuberculose avec toxi-infections ou psychopathies semblent nécessaires pour produire la déficience mentale, tandis qu'elle paraît agir souvent seule dans la production des anomalies du caractère.

Discussion. — M. Anglade rappelle qu'il insistait déjà en 1905 sur l'importance de l'hérédité tuberculeuse chez les arriérés mentaux. M. Pactet rapporte un cas d'hérédité psychopathique et tuberculeuse observée à travers trois générations. M. Bauer insiste sur la fréquence d'une réaction de Besredka positive chez les déments précoces, M. Van der Scheer pense que l'hérédité tuberculeuse comme facteur de psychopathie n'est pas importante, c'est surtout une question d'hygiène, ainsi qu'en témoignent les expériences faites en Hollande. M. Nayrac croit que l'hérédité maternelle est prédominante. M. Breton (de Lille) conteste la valeur de la réaction de Besredka en matière de tuberculose.

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

Henri Lorin. — **Manuel de clinique chirurgicale journalière. Examens cliniques. Indications thérapeutiques.** (Un vol. in-8° de 670 pages, avec 221 figures dans le texte, 115 francs.)

Ce manuel, essentiellement pratique, présente la clinique chirurgicale sous une forme absolument moderne. Son but est d'épargner la peine et le temps des lecteurs. Il met en lumière les idées générales, qui dirigent l'examen clinique.

Un triage indispensable des symptômes est réalisé. Sont mis en vedette, ceux qui ont une valeur pathognomonique, ainsi que leur signification biologique, et leur valeur pronostique. L'auteur insiste sur les signes de début, d'acquisition récente, mais significatifs quoique rares.

Les chapitres sont précédés d'un rappel d'anatomie pathologique et de pathogénie ; puis viennent la clinique et le traitement.

Une illustration, complètement rénovée, personnelle à l'auteur, est démonstrative et vivante : « Les schémas, écrit-il, montrent sur un seul dessin le maximum de symptômes. Ils rendent artificiellement sensibles aux yeux les signes que l'exploration décèle dans l'organisme. Ils conservent en même temps l'impression du relief, des plans et de la profondeur. Ils réunissent sur une même planche tous les aboutissants d'une affection. Ils permettent de confronter, d'un seul coup d'œil, clinique, anatomie pathologie, radiologie ».

Chacune des 221 figures, accompagnée d'un texte explicite, est le plus souvent constituée de 3 ou 4 dessins juxtaposés, qui montrent l'histoire d'une maladie. Rendre visibles les symptômes, c'est une tentative indispensable. L'exercice de la chirurgie amène à transformer en sensations visuelles toutes les données fournies par l'examen du malade.

Ernest Flammarion, éditeur,
26, rue Racine, Paris.

Paul Reboux. — **Nouveaux régimes.** Un volume in-16, sous couverture illustrée. Prix : 12 francs.

L'ouvrage que voici, est, sous une apparence d'humour, un livre médical destiné tout aussi bien aux médecins qu'aux malades.

Aux médecins, il offre un abrégé de cuisine diététique et la liste exacte et complète des aliments recommandés ou prescrits pour les diabétiques, les hépatiques, les obèses, les arthritiques, les albuminuriques, etc... Par là, l'œuvre a la valeur d'un précieux memento.

Aux malades soumis à un régime médical, l'auteur propose trois cents recettes nouvelles qui, tout en étant conformes aux prescriptions médicales, donnent ingénieusement le moyen de suivre un régime, sans négliger les préceptes de la gastronomie.

Prescrire à un patient la lecture de cet ouvrage, c'est lui donner un spécifique contre la neurasthénie et l'inappétence auxquelles on est exposé par l'interdiction de la bonne chère.

Grâce aux conseils de Paul Reboux, être au régime, c'est encore se régaler. Et même, *prendre médecine*, si nous en croyons l'auteur dans le chapitre reproduit n° 37, page 2812.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

QUELQUES CAS DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

La transfusion sanguine et la syphilis. — La sérothérapie anti-tétanique retardée. Les déclarations de naissances clandestines.

Nous connaissions, de longtemps sinon de toutoujours, deux façons de prendre la syphilis : la génitale et l'extra-génitale. Nous savions que l'extra-génitale ressortit elle-même à deux occasions de caractère différent : celle que j'appellerai luxurieuse, parce qu'elle naît aux cours d'ébats amoureux ; des moralistes soutiennent que la syphilis ainsi acquise n'est que la rançon méritée d'un plaisir coupable. Celle, par contre, où la *libido* ne joue aucun rôle, et que peut susciter la profession, et dont la porte d'entrée est le doigt explorateur du médecin pratiquant un toucher sans suffisantes précautions, ou le mamelon de la nourrice donnant son sein à l'enfant, innocent certes, mais contagieux. Ici, le devoir ; là... le contraire. Matière à philosopher !

Et voici qu'une troisième façon nous est révélée, depuis que la transfusion sanguine est entrée dans la pratique, et est même devenue fréquente. Des observations concluantes ne laissent aucun doute à ce sujet. La transfusion est une greffe aux effets puissants et héroïques ; elle opère de véritables résurrections. Mais qu'elle soit prétexte, par surcroît, à l'inoculation du tréponème, il faut avouer que c'est tomber de Charybde en Scylla. Et quel Scylla ! ! !

Mais alors, une question se pose, et elle est d'importance. Quelle est, en ce cas, la responsabilité du médecin transfuseur ? Dans quelles limites peut-elle être mise en cause ? Quelles mesures doit-il prendre pour être à l'abri de tout reproche ?

La transfusion sanguine n'est déjà pas, en elle-même, une opération de tout repos. Elle nécessite une précaution préalable, à savoir un accord parfait entre le sang du donneur et celui du receveur. On a même défini des groupes sanguins étagés selon leur degré d'aptitude à être transfusés, — au sommet desquels se place le groupe des donneurs universels.

En outre, la préoccupation d'une infection syphilitique possible a inspiré une autre précaution qui consiste à s'assurer, au moyen des réactions sérologiques, classiques à cette heure, que le donneur n'est pas syphilitique. Et c'est là que des difficultés peuvent surgir, d'autant plus menaçantes qu'on ne saurait guère les reconnaître.

Et d'abord, une réaction négative n'est pas toujours une preuve de l'absence d'infection spécifique. Il y a des cas où elle est en effet en défaut. Et puis, il y a cette éventualité, tout de même angoissante, d'un donneur reconnu aujourd'hui indemne, parce que sa réaction sérologique sera négative, et qui n'en sera pas moins syphilitique et dangereux, parce qu'ayant contracté l'affection assez récemment pour en être encore à la période anergisante du début, pas assez pour être sans danger...

D'autre part, à côté des transfusions d'urgence dont la nécessité s'impose, il y a, présentement certaines méthodes de rajeunissement, qui consistent à transfuser à un receveur, vieilli par l'âge ou par les soucis de l'existence, le sang d'un jeune donneur, plein de forces et de vie...

En faut-il dire davantage pour montrer les nouveaux risques que court le médecin à qui on pourra reprocher d'avoir greffé la syphilis, de façon aussi positive, sur un organisme indemne, qui portera plusieurs semaines plus tard la signature de cette infection sous la forme d'une roséole, menacée elle-même d'être méconnue, puisque les éléments propres à la contagion spécifique épidermo-épithéliale, le chancre initial et les adénopathies classiques, feront défaut ?

Le professeur Noël Fiessinger, à qui je suis heureux de pouvoir, à l'occasion de cette chronique, adresser les félicitations du *Concours médical* et de sa rédaction, pour sa promotion à la chaire magistrale qu'il vient de conquérir, a traité la question tout dernièrement, et voici les conseils qu'il donne, et qui sont la sagesse même (*Journ. des Prat.*, 1er août 1931.)

1° A moins de circonstances d'extrême urgence, éviter d'injecter le sang d'un donneur non vérifié par une réaction de B. W. ;

2° Ne pas avoir une confiance aveugle dans les donneurs universels... Il faut que leur R. B. W. soit négative à une date aussi rapprochée que possible ;

3° En cas de doute, choisir le donneur dans le voisinage immédiat du sujet à transfuser : fils, père, frère ;

4° Eviter d'employer la transfusion sans raison sérieuse ;

5° Ne jamais transfuser directement de veine à veine.

***

Puisque nous sommes sur le terrain de la responsabilité professionnelle, redisons un mot de a mise en cause éventuelle à propos de la sérothérapie antitétanique préventive. D'un fidèle correspondant d'Algérie, j'ai reçu la lettre suivante :

L'Académie nous a indiqué dans quels cas nous devions faire du sérum antitétanique chez nos blessés.

Il est un point qu'il faudrait aussi qu'elle fixe, je crois...

C'est *le délai* utile d'injections.

On nous a enseigné, au cours de la guerre, que le sérum, pour avoir de l'efficacité, devait être injecté dans les 10 à 12 heures qui suivaient la blessure et l'autorité militaire, avec raison, était très sévère à ce sujet.

Or, il nous arrive souvent, en Algérie, en particulier, chez les indigènes, de voir venir à notre visite des blessés porteurs de lésions qui auraient nettement exigé une injection antitétanique, mais dont les blessures, plus ou moins malpropres, remontent à 24 et 48 heures... et plus...

Que faire alors ? Une injection antitétanique n'a plus d'action ... et s'il survient du tétanos, peut-on nous poursuivre pour faute professionnelle ?

Ne croyez-vous pas que ce point devrait être aussi fixé ? Dr A. (Algérie).

***

J'ai soumis cette lettre au Professeur HARTMANN, qui avait saisi l'Académie de médecine de l'opportunité et des indications de la sérothérapie préventive du tétanos.

Mais je pensais, en attendant sa réponse, que quand les lésions présentées par un blessé commandent cette sérothérapie préventive, le médecin doit y recourir immédiatement, quel que soit le temps écoulé entre l'accident initial et sa première visite. Ce faisant, il se met à l'abri des poursuites en responsabilité.

Réponse du professeur Hartmann.

Mon cher ami,

Je suis complètement d'accord avec vous et pense que, même lorsqu'un blessé n'est vu qu'au bout de 24, 48 heures, si l'état de la plaie commande l'injection antitétanique préventive, il y a lieu de la faire. Je crois que le médecin qui ne la ferait pas, s'expose, en cas de tétanos, à être poursuivi pour faute professionnelle.

Bien vôtre. HARTMANN.

***

Aux termes de l'article 56 du Code civil, le médecin qui a assisté à un accouchement doit, à défaut des parents, faire à la mairie la déclaration légale de la naissance de l'enfant.

A quelle mairie ? Evidemment à celle du lieu de l'accouchement : cela va sans dire.

Sa responsabilité peut être engagée à cette occasion. Et s'il manque à cette obligation, il est justiciable de poursuites et de sanctions pénales.

Mais, elle n'est engagée qu'autant qu'il a assisté à l'accouchement, c'est-à-dire à l'expulsion de l'enfant hors des voies maternelles. S'il arrive après coup, il échappe à l'obligation de l'article 56.

C'est donc une sage précaution, de la part du médecin qui vient de présider techniquement à une naissance, que de s'assurer que, dans les trois jours de celle-ci, la déclaration a été faite conformément à la loi. Mais, il est des cas où il est prié de la faire lui-même, notamment quand il s'agit d'un accouchement clandestin.

Une sage-femme, dont les obligations, à cet égard, sont les mêmes que celles du médecin, demande, dans *La Puériculture* du 25 juillet, *si elle peut faire une déclaration de naissance dans une commune voisine de la sienne ; la cliente désirant laisser ignorer qu'elle n'est pas mariée, viendrait accoucher chez elle, mais à condition qu'elle effectue la déclaration dans une commune voisine où elle n'est pas connue.*

Le journal lui répond très judicieusement que « la déclaration d'une naissance doit se faire dans la circonscription où a eu lieu l'accouchement, puisqu'il s'agit de dresser l'état civil d'un citoyen ».

Circonscription signifie ici commune, et donc, puisqu'il s'agit d'état civil, — *mairie* de cette commune.

En pareil cas, la déclaration doit se borner à énoncer que, *tel jour, à telle heure, est né sur le territoire de la commune, un enfant du sexe..... père et mère inconnus, qui a été prénommé.....*

L'officier d'état civil n'a pas le droit d'exiger autre chose du médecin (ou de la sage-femme) qui effectue la déclaration.

Dans une ville de quelque importance, le secret peut être relativement bien gardé. Dans une petite ville, et *a fortiori* à la campagne, il n'en va pas de même, et il est rapidement percé à jour.

Or, ce secret peut être la condition qui poussera l'intéressée à laisser sa grossesse suivre son cours. Il convient donc d'aider les filles-mères à sauver ainsi ce qu'elles pourront de leur réputation, en les aiguillant vers les maternités et les maisons maternelles, où elles seront reçues sans même faire connaître leur état civil personnel, si elles le veulent. Il y en a à Paris et dans les grandes villes ou dans leurs environs. A une époque où la dénatalité préoccupe à juste titre les sociologues, tout enfant qui naît, quelle que soit sa filiation, doit être présumé représenter un gain pour la Société. Facilitons donc ces naissances de tout notre pouvoir.

G. DUCHESNE.

SUBVENTIONS COMMUNALES A UN MÉDECIN

Nous avons reçu du Dr P. la lettre suivante :

Je viens de lire votre article paru dans le un numéro du *Concours* et concernant les subventions communales.

Je suis un des nombreux confrères ruraux assujettis à cette pratique, et je crois que vous nous aurez rendu grand service en tirant de la jurisprudence une conclusion pratique. En fait, il faut que les jeunes confrères qui s'installent sachent bien que cette question des subventions est une invention qui n'a pour but et résultat que d'asservir le médecin.

Je n'hésite pas à écrire que c'est un véritale moyen de chantage mis entre les mains de certains maires de communes rurales.

La subvention, c'est l'éternelle menace dont se servent maires et clients. C'est l'impossibilité pour le médecin de mettre ses tarifs en accord avec le coût de la vie et avec ses dépenses professionnelles (quitte dans ce cas à se mettre en opposition avec les décisions syndicales).

Pour lutter contre ce chantage camouflé, il faut au médecin un certain « cran », la volonté de ne pas se laisser ramener au niveau d'un simple fonctionnaire communal : garde champêtre, cantonnier, etc. Il y a encore une différence ! Et alors, les relations entre médecin et maire ne sont plus guère que strictement polies. On se regarde « de coin » ! !

Au premier abord, ces subventions semblent être, pour le jeune qui s'installe, la panacée. En fait c'es une chaîne très solide, mais très légèrement dorée qu'on lui passe autour du cou. On veut s'en servir pour faire marcher le médecin au doigt et à l'œil. Je sais que certains confrères s'accommodent parfaitement de ces situations.

Sous prétexte « qu'il faut vivre », on sacrifie un peu son indépendance de médecin.

C'est évidemment une question de tempérament et de caractère.

On se plaint que la confiance et le respect envers le médecin se perdent. A qui la faute ? Comment voulez-vous que le public ne voie plus en nous que des craintifs, des « besogneux », quand le médecin « subventionné » est obligé d'aller mendier à « Monsieur le maire » à la fin de chaque semestre, quelques pauvres billets de cent francs ? Comme conclusion à cette lettre, je voudrais savoir si : oui ou non, d'après la jurisprudence, on peut et doit obtenir la suppression totale de toutes ces subventions.

En fait, cette suppression est possible si j'ai bien compris le sens des arrêts du Conseil d'Etat en date du 10 mars 1922 et du 12 juillet 1927. Je vous serais reconnaissant encore, cher confrère, de bien vouloir me répondre.

Publiez ma lettre si vous le jugez utile, car je suis certain que bon nombre de confrères pensent comme moi.

Dr P.

Réponse

Cette question de la médecine communale comporte, du point de vue juridique, un certain nombre de principes, que nous allons tour à tour examiner.

Nécessité de circonstances exceptionnelles.

D'une manière générale, les fonds communaux ne peuvent servir que pour des utilités d'ordre général et non pour favoriser telle ou telle entreprise privée.

Par conséquent, le Conseil municipal ne pourrait, sans outrepasser ses droits, allouer une subvention annuelle à tel ou tel habitant, exerçant un commerce, une industrie, une profession, alors que l'ensemble de la commune n'en tire nul profit.

Ce serait, d'une manière détournée, autoriser les communes à s'intéresser à des entreprises commerciales, industrielles, ou autres, alors que la liberté du travail doit être absolue et qu'il est interdit aux établissements publics, comme aux collectivités publiques, de faire acte de commerce.

Toutes les décisions, que j'ai rapportées, pré-

cisent le caractère exceptionnel des circonstances qui permettent au préfet d'approuver la délibération du conseil municipal, allouant une subvention à un médecin ou à une sage-femme, pour l'attirer dans son installation, ou le retenir dans le pays.

Il s'agit, en l'espèce, d'assurer, aux habitants de la commune, les soins médicaux, dont ils sont privés, par suite de l'éloignement d'un centre médical, ou de la difficulté des communications, etc.

Ainsi, l'arrêt du 10 mars 1922 décide qu'une commune n'a pas le droit d'allouer une indemnité à un médecin, alors qu'elle est reliée à une grande ville par un chemin de fer et par un tramway.

Avec les moyens de communication actuels, avec l'automobile, le téléphone, etc., on peut dire qu'il n'y a plus que quelques rares communes de la grande montagne, qui sont éloignées de tout secours médical et encore, souvent pendant la seule période de grandes neiges.

Un maire ne saurait tirer argument du fait que la distance kilométrique oblige les médecins domiciliés dans une localité voisine, à réclamer des honoraires élevés : il n'a pas qualité, comme magistrat municipal, pour s'immiscer dans l'exercice d'une profession : ce n'est que le cas où les circonstances exceptionnelles, les difficultés de communication, le très grand éloignement de la localité qui posséde un médecin qui pourrait motiver l'allocation, par le conseil municipal, d'une subvention permettant l'installation, sur place, d'un praticien.

La réponse ministérielle, parue dans le *Journal officiel* du 5 juillet 1929, est très nette sur ce point.

Approbation préfectorale indispensable.

La commune est en tutelle : elle doit obtenir, pour certaines dépenses, l'approbation préfectorale, notamment dans cette espèce de contrat avec un praticien.

Le préfet a l'obligation de refuser son approbation, lorsqu'il lui paraît que les circonstances n'autorisent pas l'inscription de cette dépense au budget communal.

Tout contribuable est en droit de former, entre les mains du préfet, opposition contre la délibération du Conseil municipal, allouant pareille subvention à un praticien.

Si le préfet passe outre et approuve, le contribuable est fondé à déférer la décision du Conseil municipal, pour abus de pouvoir, devant le Conseil d'Etat (arrêt du 29 mars 1901).

Une fois que le préfet a approuvé le texte de la délibération, il ne saurait ultérieurement changer les termes de ce contrat intervenu entre la commune et le médecin.

Ainsi, une subvention est allouée pour une durée de quatre années, par exemple : le préfet ne saurait, au bout de deux ans, décider que la subvention doit être annuelle : il ne peut porter atteinte aux droits acquis, en restreignant ainsi la durée d'un contrat, qu'il avait déjà approuvé dans sa teneur (arrêt du 11 février 1913).

De même, au cours de ce contrat, le préfet ne peut le restreindre, ou l'interrompre par arrêté alors que primitivement il avait donné son approbation sans restrictions (arrêt du 24 février 1912).

Tribunaux compétents.

S'agit-il de discuter le droit du maire, ou du préfet ? En pareille matière, les tribunaux administratifs sont seuls compétents : par suite, ce n'est que devant le Conseil d'Etat que peut être introduite une demande en annulation, concernant une décision d'un Conseil municipal, approuvée par le préfet et allouant à un praticien une subvention, pour résider dans la commune, en dehors de toute circonstance exceptionnelle.

Mais, s'agit-il de faire trancher un conflit, entre la commune et le praticien bénéficiaire, concernant l'interprétation ou l'exécution d'une des clauses du contrat, ce sont les tribunaux civils (et non pas les tribunaux administratifs) qui doivent en connaître (juge de paix, ou tribunal civil, selon l'importance de la somme en litige. Arrêt du 16 janvier 1914).

Assistance médicale gratuite.

Certains maires ont cru pouvoir invoquer les soins à donner à leurs indigents, pour légitimer une subvention accordée à un médecin, pour résider dans la localité.

Ces procédés sont en contradiction avec la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite : toutes les communes d'un même département sont obligées de se conformer au règlement départemental, délibéré par le Conseil général et arrêté par le préfet.

Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, qu'en vertu de l'article 35 de la loi de 1893, une commune peut être autorisée par décision ministérielle, à bénéficier d'une organisation spéciale, en matière d'A. M. G. Il faut que ladite commune puisse fournir la preuve qu'elle peut supporter entièrement les dépenses d'assistance aux indigents.

Cette autorisation ministérielle n'est accordée qu'après que le Conseil supérieur de l'Assistance publique a donné son avis, après étude complète du dossier.

Dans ce sens a été rendu l'arrêt du Conseil d'Etat, en date du 26 juillet 1907.

Considérations professionnelles.

A n'en pas douter, pareilles subventions rendent le praticien, qui en bénéficie, l'homme-lige

de la municipalité. Tant qu'il plaira aux puissants du jour, il continuera à toucher sa subvention ; mais, qu'il cesse d'être *persona grata*, qu'il y ait un changement de municipalité, il peut être victime d'un « fait du prince », ou bien, on suscitera toutes sortes de conflits, pour le forcer à abandonner la partie.

Isolé, le praticien ne peut pas grand'chose ; mais son syndicat peut agir pour lui. Au moment du renouvellement du contrat, lorsque le Conseil municipal va être appelé à discuter son budget, partant à approuver la dépense pour subvention médicale, le syndicat peut faire une démarche auprès du préfet, pour que ce magistrat fasse savoir au maire intéressé, qu'il n'approuvera plus désormais la subvention votée par la commune, en faveur d'un médecin quel qu'il soit.

On peut encore faire faire opposition, auprès du préfet, par un contribuable de la commune, surtout s'il s'agit d'un ennemi politique du maire en fonctions.

S'il y a lieu d'aller devant le Conseil d'Etat, le médecin intéressé, s'il est adhérent du « Sou médical », peut confier son dossier à cette Ligue de défense professionnelle, pour qu'elle puisse, s'il y a lieu, faire les frais du procès devant la haute juridiction administrative.

Mais ce sont surtout questions d'espèce : il convient, pour le « Sou », d'examiner chaque cas particulier, pour donner les directives adéquates. Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE

Les droits et les limites de la critique scientifique

Le Tribunal civil de Lille, saisi d'une instance en dommages et intérêts, intentée par le Dr Delmasure contre le Dr David, a rendu dans son audience du 27 *juillet* 1931, *le jugement suivant, qui offre un intérêt général* et *que, pour cette raison, nous publions à titre* documentaire.

DEUXIÈME CHAMBRE DU TRIBUNAL CIVIL DE PREMIÈRE INSTANCE DE LILLE

27 juillet 1931.

1° *Sur la demande en dommages-intérêts de* 200.000 *francs introduite par le Docteur D.*

Attendu que le Docteur D., qui avait inventé et mis depuis quelques années en application, une méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire (leucothérapie, conjuguée à la diathermie) et avait créé à Lille, 18, rue de la Digue, un dispensaire où cette méthode était employée, a été l'objet d'une critique de la part du Docteur A. D., secrétaire adjoint au *Journal des Sciences médicales de Lille*, qui avait, dans le n° 15 de ce journal du 14 avril 1929, écrit sur le traitement institué par le demandeur un article où on lit les passages suivants :

« Il y a quelque dix-huit mois, on a beaucoup parlé dans la région d'une méthode de traitement, due à l'un de nos confrères de Lille et qui aurait donné des résultats surprenants. Suivant les indications fournies par l'auteur lui-même, il s'agit d'une médication leucogène administrée sous forme de pilules et activée par des séances de diathermie, auxquelles les malades sont soumis tous les deux jours, pendant une demi-heure, à des intensités de 2 ampères 1/2 à 3 ampères. Je n'ai eu aucune précision sur la composition des pilules employées, mais je pense qu'il s'agit d'une association de collargol, d'acide nucléinique et de cinnamate de soude ».

« En octobre 1927, l'auteur s'est adressé au Comité départemental de préservation antituberculeuse du Nord, pour demander la nomination d'une Commission de contrôle. J'ai été désigné pour faire partie de cette commission. Ni mes collègues, ni moi-même, n'avons pu obtenir de précisions scientifiques suffisantes pour établir en nous une conviction sur la valeur de cette nouvelle méthode de traitement... j'ai prié l'une des infirmières de mon dispensaire de me rassembler les dossiers de tous les malades ayant fréquenté peu ou prou ma consultation, et qui avaient été traités par la nouvelle méthode. Ce sont ces documents que je vous soumets dans toute leur simplicité et que je me suis borné à résumer à votre intention. »

Attendu que dans la suite de cet article, le Docteur A. D. présentait à ses lecteurs dix-neuf observations; qu'il retenait seulement sur les dix-neuf cas présentés, quinze tuberculeux positifs soignés par le Docteur D. et remarquait que sur ces quinze, il n'y avait que dix survivants ; qu'il ajoutait : « la proportion est peu encourageante », et plus loin : « il est évident que le traitement n'a été favorable à aucun de ces malades, il n'est pas téméraire de penser que « chez certains d'entre eux, il a provoqué une extension rapide du processus » ;

Attendu que le Docteur A. D. indiquait aussi dans son article, que les séances répétées de diathermie étaient très fatigantes pour bon nombre de malades et que, par les transpirations abondantes qu'elles provoquaient, elles entraînaient une perte de poids rapide, quelquefois considérable ; qu'il signalait la fréquence des hémoptysies, liées à des poussées congestives intenses et qui nécessitaient trop souvent l'interruption du traitement ;

Attendu qu'en résumé, sur les quinze cas de tu-

berculose pulmonaire avérés, le Docteur A. D. avait le regret de n'enregistrer aucune guérison, qu'il voyait, à la méthode, un certain nombre d'inconvénients, sans discerner aucun avantage sérieux pour les malades ;

Attendu que le Docteur A. D. concluait : « La « méthode ne me paraît donc pas avoir fait ses preu- « ves, au moins à l'heure actuelle. Je ne critique pas, « je constate. Et si j'interviens aujourd'hui, c'est « parce qu'il me paraît pour le moins imprudent de « donner à des malades, habituellement considérés « comme incurables, des espérances que ne justi- « fient pas les réalités. »

Attendu que la simple lecture de cet article démontre que le Docteur A. D., en exposant et en étudiant la méthode du Docteur D., d'après les résultats constatés sur des sujets soignés à l'aide de cette méthode, n'a fait qu'exercer son droit de libre critique et de libre investigation scientifique, qu'il l'a fait en termes précis, les expressions qu'il a employées ne révèlent point d'intention malveillante ni de mauvaise foi, ni le but de dénigrer systématiquement la méthode employée par son confrère ou de se livrer contre lui à des attaques personnelles dont le résultat aurait été une perte de clientèle ;

Attendu que la critique médicale scientifique, comme la critique littéraire et artistique, ne saurait motiver, contre son auteur, de sanctions d'ordre civil que si celui-ci commet une faute en excédant la mesure et la limite d'une critique loyale et honnête, dans son esprit, juste et mesurée dans ses termes, que si l'auteur de l'article use de son droit de critique pour nuire personnellement à celui dont il critique l'œuvre ou pour le ridiculiser professionnellement ;

Attendu que le Docteur A. D. n'a pas eu l'intention de s'attaquer à la personnalité même de son confrère, ni de porter atteinte à sa probité professionnelle ; qu'il n'a même pas désigné son confrère par son nom ;

Que d'ailleurs des critiques du même genre avaient été faites à d'autres méthodes de guérison de la tuberculose, notamment à la vaccination par le B. C. G. du Docteur Calmette : Réflexions du professeur Lignières à l'*Académie de médecine* le 30 juillet 1929 et communication faite par le même savant : Le Comité d'hygiène de la Société des Nations et le vaccin B. C. G. ; que semblable critique se rencontre encore en ce qui touche le sérum antidiphtérique (*Le Siècle médical* du 7 mai 1931) ;

Attendu que le fait que le Docteur A. D. aurait puisé les renseignements nécessaires à son article, en examinant des malades que lui adressait le Docteur D., n'est pas de nature à constituer une faute reprochable au défendeur ; que celui-ci avait la liberté de mettre à profit dans l'intérêt de la science, comme il lui convenait, les constatations faites sur ces malades ;

Attendu que la critique de la méthode du Docteur D. s'expliquait d'autant plus que celle-ci était prônée dans des journaux de la région, *La Dépêche*, *L'Echo du Nord* et dans le journal *Le Soir*, de Bruxelles et que cette méthode ainsi vulgarisée devait nécessairement attirer l'attention de certains contradicteurs ; que d'ailleurs la critique du Docteur A. D. ne s'est exercée que dans une revue technique et ne devait toucher qu'un public restreint de professionnels ;

Attendu que le Docteur A. D. n'a pas été seul à critiquer la méthode D. ; que le Docteur Guinard, dans une brochure de la *Revue de Phtisiologie* a traité des « Faux remèdes de la tuberculose » où il critique d'une façon générale les remèdes secrets inventés par des guérisseurs ;

Que dans le numéro du *Journal des Sciences médicales de Lille*, du 5 mai 1929, les Docteurs Langeron et d'Hour, étudièrent les radiographies d'une tuberculose pulmonaire avant et après traitement diathermique et constatèrent une aggravation de la maladie ;

Que le Docteur Combemale, dans un article de *L'Echo médical du Nord*, du 5 mai 1928, critiqua aussi la méthode du Docteur D., qu'il prétendit n'être pas absolument efficace et devoir provoquer des aggravations certaines ;

Qu'un éminent professeur de la Faculté de médecine de Lille a estimé, parlant le 26 octobre 1927, au *Comité Départemental de préservation antituberculeuse*, qu'il fallait plusieurs années et des études approfondies pour apprécier la valeur d'un traitement, que la Commission instituée par le *Comité Départemental* et dont faisait partie le Docteur A. D., ayant demandé des précisions au Docteur D. sur sa méthode et insisté particulièrement sur la nécessité d'organiser d'urgence un contrôle scientifique, faisait connaître à M. le Préfet du Nord le 29 février 1928, que, malgré tous ses efforts, il lui avait été impossible d'obtenir les précisions qu'elle désirait et d'établir un contrôle ; que dans ces conditions, elle se trouvait dans l'impossibilité absolue d'émettre un avis et de formuler des conclusions, que d'un autre côté le professeur de clinique médicale, chargé d'observer dans son service les malades soumis au traitement préconisé par le Docteur D. a déposé le 19 mars 1928, au *Comité* sus-visé, un rapport très documenté et très complet sur les observations qu'il a pu faire, d'une façon objective, sur les malades, non seulement au point de vue clinique, mais en utilisant les méthodes d'investigation les plus scientifiques et les plus modernes, examens bactériologiques, radiographie, études sérologiques, qu'il a indiqué que la méthode proposée n'avait pas influencé d'une façon favorable l'évolution des lésions pulmonaires tuberculeuses, qui avaient continué à s'étendre, malgré le traitement institué (V. procès-verbal de la réunion du *Comité Départemental de préservation antituberculeuse* du 31 mars 1928) ;

Attendu qu'en présence des conclusions ci-dessus du *Comité*, le Docteur A. D. a pu se croire autorisé à publier le résultat de ses observations et à formuler

son avis personnel dans son article du 14 avril 1929 ; qu'il n'était pas seul à être de cet avis et qu'eût-il exprimé uniquement son opinion personnelle, il eût été encore fondé à agir ainsi puisque son article ne dépassait pas les justes limites de son droit de critique ;

Attendu qu'en ce qui concerne les pilules ordonnées par le Docteur D., le Docteur A. D. n'a pas porté contre son confrère une accusation malveillante d'invention d'un remède secret, que l'auteur de l'article s'est borné à dire qu'il n'avait aucune précision sur la composition de ces pilules, tout en indiquant qu'elles pouvaient se composer de tel et tel élément ; que d'ailleurs le Docteur A. D. ne pouvait accuser son confrère d'avoir fabriqué un remède secret, puisque la formule des remèdes doit être inscrite, d'après la loi, sur toutes les boîtes ou flacons qui contiennent ces remèdes ;

Attendu d'ailleurs que le demandeur a fait insérer dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* du 5 mai 1929, un article de lui, par lequel il répondait à l'article paru le 14 avril précédent ; qu'ainsi donc, il avait pu s'instituer sur le terrain scientifique entre les deux confrères un débat loyal et contradictoire ; que l'insertion de cette réponse pouvait suffire au Docteur D. à lui donner satisfaction, et permettait à tous les lecteurs d'apprécier impartialement et objectivement la valeur de sa méthode ;

Attendu qu'il n'a pas été établi que l'affiche du *Comité international de défense contre la tuberculose* ait été placardée dans le dispensaire Louise de Marillac, rue de la Barre, à Lille, par le Docteur A. D., ou que celui-ci ait donné des ordres pour qu'elle y soit placardée ;

....

Par ces motifs, le tribunal,

Statuant par le présent jugement sur les deux instances dont il est saisi ;

Déboute le Docteur D. de sa demande en deux cent mille francs de dommages-intérêts contre le Docteur A. D., pour abus du droit de critique ;

Se déclare incompétent quant à l'action en dommages-intérêts pour de prétendus propos diffamatoires reprochés au même par ledit Docteur D., renvoie celui-ci à se pourvoir devant le juge compétent, ainsi qu'il avisera ;

Condamne le docteur D. aux dépens.

HYDROLOGIE

Les caravanes médicales aux stations thermales françaises

Les Américains — Les Marseillais

Août et septembre ont vu plusieurs caravanes médicales parcourir la France, pour en visiter un groupe plus ou moins important de Stations thermales.

Parmi ces caravanes, il convient tout d'abord de citer celle des 60 médecins américains qui étaient réunis à Vichy le 26 août, d'où ils ont rayonné dans les différentes villes d'eaux d'Auvergne : divisés en deux groupes, hélas ! trop peu nombreux, — ils ont été reçus à Châtel-Guyon, à La Bourboule, au Mont-Dore, à Royat et à Saint-Nectaire.

A Royat, le premier groupe, conduit par M. le Professeur J. Eastman Sheehan, est arrivé le 27 août vers 10 h. 45 et a été reçu par MM. les Docteurs Mougeot, Berthier et Boucomont, représentant la Société médicale et par M. Mérigoux, représentant la Compagnie thermale et l'Etablissement qu'il dirige si expertement. Après la visite traditionnelle des divers services, nos confrères d'outre-atlantique ont écouté avec attention la substantielle conférence que leur fit le Dr Mougeot, président de la Société médicale : il leur exposa très clairement comment il convient de concevoir l'action physiologique et thérapeutique du bain carbogazeux de Royat, utilisé avec ses deux modalités A et B, — le premier, dépouillé d'une partie de son gaz, et hypotenseur ; le second, en possession de tout son gaz, et qui exerce à la fois une action hypotensive et toni-cardiaque. De là, les indications de la cure de Royat : les hypertensions compensées, et même légèrement décompensées, la grande décompensation constituant une contre-indication formelle ; les spasmes vasculaires périphériques ; l'acrocyanose ; la claudication intermittente ; les insuffisances cardiaques modérées ; les arythmies, la tachycardie ; accessoirement la goutte torpide, etc.

Aux bains, qui forment la modalité thérapeutique essentielle de Royat, s'ajoutent d'autres applications externes : douches, inhalations, nébulisation. La cure de boisson, avec les Sources Eugénie, César, Saint-Mart, Velleda, s'avère diurétique, éliminatrice notamment de l'acide urique, tonique, etc...

Le Dr Sheehan, en un excellent français, remercia Mougeot de son exposé et exprima le regret de disposer d'un temps trop court, pour pouvoir étudier dans tous ses détails l'Etablissement.

Puis, un déjeuner très cordial fut servi au Royat Palace, où le Dr Rocher, représentant la Municipalité, le Dr Brandt, s'exprimant en anglais, M. Mérigoux, prirent tour à tour la pa-

role, et surent, en termes choisis, congratuler leurs hôtes américains.

Réponse du Dr SHEEHAN : «..... Les stations thermales françaises, dit-il notamment, sont les plus belles et les plus attrayantes du monde entier..... Depuis longtemps déjà, je les prescris à mes malades..... Croyez que nous emporterons dans notre Amérique le plus parfait souvenir de Royat. »

A peine le premier groupe avait-il quitté la Station que le second y débarquait, conduit par le Docteur Frédéric E. SOUDERN. Les honneurs en furent faits par le Dr PETIT, le Dr Noël DESCHAMPS, le Dr ROCHER.

Après la visite rituelle du Parc, des Sources et des Etablissements, les médecins américains furent reçus au Grand Hôtel Majestic Palace où un thé cordial leur fut offert, tandis que l'excellent Orchestre de la maison exécutait l'hymne national *Spangled Banner.*

En un impeccable anglais, le Dr PETIT apprit aux visiteurs ce qu'il leur importait de savoir de Royat, du point de vue crénothérapique.

M. MÉRIGOUX trouva des images originales pour retenir l'attention de ses auditeurs sur Royat et son thermalisme, encore que cette Station soit apparue comme un éclair dans le vaste film cinématographique qui déroulait sous leurs yeux ses bandes si diversement variées et colorées, depuis leur arrivée en France.

Et l'on se sépara sur de vigoureux et sympathiques shakehands. J'eus la bonne fortune d'assister à cette réception.

Comme je devais assister encore, le 1er septembre, à l'arrivée des membres de l'Automobile Club médical de Marseille, conduits par le Professeur IMBERT, Doyen de la Faculté de médecine, le Dr PORCHERON, organisateur du voyage et le Dr FERRAND, président du Club.

Ce fut AUBERTOT, sympathique confrère local, qui eut la mission de leur exposer la doctrine thermale de Royat et ses applications pratiques ; il s'en acquitta brillamment, après que l'on eut procédé à la visite du domaine qui réunit les nombreux Pavillons où jaillissent, si abondamment, les eaux qui vont en même temps approvisionner les services balnéaires, hydrothérapiques, etc.

Un déjeuner, servi somptueusement à l'Hôtel Regina, groupa les caravanistes, de l'un et l'autre sexe, autour de M. BERTRAND, maire de Royat, auquel s'étaient joints Madame le Dr DUBOIS, MM. les Docteurs MOUGEOT, PETIT, AUBERTOT, DIMOYAT, Noël DESCHAMPS, M. MÉRIGOUX, etc.

Toasts éloquents de Mougeot, de M. Mérigoux. Réponses spirituelles et enthousiastes des Docteurs Ferrand et Ponthieu. Salut de M. Bertrand, au nom de la municipalité : il eut des accents émus pour évoquer la mémoire des médecins qui contribuèrent à fixer la doctrine crénothérapique de la Station, et à assurer sa prospérité : Laussedat et Heitz.

Mais les moteurs ronflaient. Et le V. E. M. A. prit la route de Châtel-Guyon, d'où il devait gagner Vichy, le 2 septembre, et deux jours plus tard, Saint-Honoré et Bourbon-Lancy où je le retrouvai, par une curieuse et inattendue coïncidence, où j'ai vu une sorte de mission providentielle de lui consacrer ici ce bref compte rendu.

G. DUCHESNE.

A VICHY

Arrivés dans le courant de la matinée, un déjeuner a été offert à midi aux membres de V. E. M. marseillais dans les salons du Casino par la Compagnie fermière. Il était présidé par M. Georges BAUGNIES, vice-président et administrateur-délégué de la Compagnie fermière. Parmi les convives, indépendamment des participants au voyage, on remarquait plusieurs personnalités du Corps médical de la station.

Au champagne, des discours furent prononcés par : M. Baugnies qui souhaita la bienvenue aux visiteurs et leur donna des renseignements sur les différentes installations thermales ; M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, qui annonça l'important Congrès de la lithiase biliaire qui se tiendrait à Vichy en septembre 1932 ; M. le Professeur Imbert et M. le Docteur Ferrand qui, tour à tour, exprimèrent leurs remerciements pour l'accueil si cordial qui avait été réservé aux médecins marseillais.

Ce fut ensuite la visite des installations thermales : les ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux minérales de Vichy-Etat qui ont fait l'admiration de toutes les sommités médicales appelées à les visiter ; le Grand établissement thermal et ses services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électrothérapie, de radiothérapie si parfaitement organisés et qui vont être encore beaucoup plus perfectionnés dans un avenir prochain ; le laboratoire de recherches hydrologiques, et enfin les différentes sources.

Vers la fin de l'après-midi, les médecins marseillais furent reçus au Sporting-Club de Vichy, dans ce splendide domaine où se trouve réuni un merveilleux ensemble sportif et prirent le thé sous les ravissantes pergolas du Club-House du Golf. Ils terminèrent la journée en assistant le soir, au Grand Casino, à une très belle représentation de « *La Belle Hélène* », avec le concours de grandes vedettes lyriques, parmi lesquelles Mlle Mireille Berthon, de l'Opéra, qui personnifiait la célèbre reine de Sparte.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1930

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1930.

Ce rapport est dressé en conformité du nouvel aménagement des combinaisons, auquel il a été procédé au cours de cette année.

SECTION I

Indemnités maladie.

Les combinaisons groupées dans cette section sont au nombre de sept, mais je dois faire observer que les combinaisons 1/2 B et 1/2 A sont fermées, de même que la combinaison B, et ne reçoivent plus de nouveaux membres.

Nous avons, au cours de l'exercice, perdu 48 membres dont 26 par décès, 4 démissions et 18 sortants par âge. Notre situation au 31 décembre reste la suivante :

180 membres inscrits à la Combinaison B ;
3 membres inscrits à la Combinaison 1/2 B ;
590 membres inscrits à la Combinaison MA ;
4 membres inscrits à la Combinaison 1/2 MA ;
343 membres inscrits à la Combinaison MA^2 ;
107 membres inscrits à la Combinaison MA^3 ;
23 membres inscrits à la Combinaison MA^4 ;
142 membres inscrits à la Combinaison MA^5.

COMBINAISONS B ET 1/2 B.

Avoir au 31 décembre 1929		211.922 40
Recettes de 1930.		
Cotisations	23.895 »	
Intérêts	12.720 06	37.331 06
Boni sur remboursements de valeurs	716 »	
		249.253 46
Dépenses.		
Indemnités-maladie		32.742 70
Reste avoir		216.510 76

COMBINAISONS MA ET 1/2 MA

Avoir au 31 décembre 1929		739.704 06
Recettes de 1930.		
Cotisations	52.205 25	
Intérêts	43.400 07	97.905 43
Boni	2.300 11	
		837.609 49
Dépenses.		
Indemnités-maladie		32.932 75
Reste avoir		804.676 74

COMBINAISON MA^2

Avoir au 31 décembre 1929	451.223 69

Recettes de 1930.

Cotisations	68.197 75	
Intérêts	26.961 06	96.612 03
Boni	1.453 22	
		547.835 72

Dépenses.

Indemnités-maladie	24.185 10
Reste avoir	523.650 62

COMBINAISON MA³

Avoir au 31 décembre 1929	144.498 90

Recettes de 1930

Cotisations	31.953 75	
Intérêts	8.600 »	41.065 75
Boni	512 »	
		185.564 65

Dépenses.

Indemnités-maladie	10 020 »
Reste avoir	175.544 6

COMBINAISON MA⁴

Avoir au 31 décembre 1929	11.071 75

Recettes de 1930.

Cotisations	8.645 75	
Intérêts	650 »	9.348 87
Boni	53 12	
		20.420 62

Dépenses.

Indemnités-maladie	1.320 »
Reste avoir	19.100 62

COMBINAISON MA⁵

Avoir au 31 décembre 1929		70.043 05
Cotisations	67.268 50	
Intérêts	4.076 »	71.654 50
Boni	310 »	
		141.697 55

Dépenses.

Indemnités maladie	33.115 90
Reste avoir	108.581 65

Récapitulation.

Avoir des combinaisons B	216.510 76
— MA	804.676 74
— MA²	523.650 62
— MA³	175.544 65
— MA⁴	19.100 62
— MA⁵	108.581 65
Avoir total	1.848.065 04

représenté par :

Portefeuille (au prix d'achat)	1.813.999 77
Espèces en banque	32.106 19
Espèces en caisse	1.959 08
Total égal	1.848.065 04

SECTION II

Pensions de retraite.

La deuxième section comprend deux combinaisons : P qui donne la pension à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Au 31 décembre 1930, la situation est la suivante, défalcation faite de 4 décès :
276 membres inscrits à la combinaison P.
284 membres inscrits à la combinaison R.

COMBINAISON P

Avoir au 31 décembre 1929		1.305.237 59
Recettes de 1930		
Cotisations	113.772 35	
Intérêts	84.034 24	201.047 29
Boni	3.240 70	
		1.506.288 88
Dépenses.		
Pensions	6.222 »	12.542.50
Remboursements de cotisations contre-assurées	6.320 50	
Reste avoir		1.493.742 38

COMBINAISON R

Avoir au 31 décembre 1929		1.403.684 11
Recettes de 1930.		
Cotisations	73.707 40	
Intérêts	86.679 62	163.188 47
Boni	2.801 45	
		1.566.872 58
Dépenses.		
Pensions	17.280 »	22.197 50
Remboursements de cotisations contre-assurées	4.917 50	
Reste avoir		1.544.675 08

RÉCAPITULATION

Avoir de la combinaison P	1.493.742 38
Avoir de la combinaison R	1.544.675 08
Avoir total	3.038.417 46

représenté par :

Portefeuille (au prix d'achat)	2.942.951 90
Espèces en banque	93.290 85
Espèces en caisse	*2.174 71*
Total égal	3.038.417 46

SECTION III

Pensions aux veuves.

La troisième section ne comporte que la combinaison V qui compte 61 membres.

Combinaison V.

Avoir au 31 décembre 1929		319.200 55
Recettes de 1930.		
Cotisations	15.211 70	
Intérêts	18.067 43	33.834 53
Boni sur remboursements de valeurs	555 40	
		353.035 08
Dépenses.		
Pensions		2.890 »
Reste avoir		350.145 08
représenté par :		
Portefeuille (au prix d'achat)		337.704 31
Espèces en banque		11.396 53
Espèces en caisse		1.044 24
Total égal		350.145 08

Le nombre des veuves pensionnées est de 5, celui des orphelins de 2.

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir au 31 décembre 1929		35.082 48
Recettes de 1930		
Dons	333 30	
Amendes	200 »	
Intérêts	2.231 30	3.175 95
Boni sur remboursements de valeurs	411 35	
Total de l'avoir		38.258 43
représenté par :		
Portefeuille (au prix d'achat)	36.305 30	
Espèces en banque	1.003 75	
Espèces en caisse	949 38	
Total égal	38.258 43	

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1929		36.282 98
Recettes de 1930		
Cotisations	45.404 60	
Intérêts	1.189 90	55.229 85
Recouvrements, rappels et timbres	5.465 35	
Droits d'entrée	3.240 »	
		91.682 83

Dépenses.

Frais de poste	1.268 60	
Frais d'envoi d'argent	675 35	
Timbres quittances	899 50	
Recouvrements	1.232 10	
Matériel	910 60	
Impressions	873 15	
Frais de banque	6.700 96	
Frais d'inventaire	400 »	
Frais d'examens médicaux	3.120 »	
Frais de bureaux	16.000 »	
Secrétaire général	6.000 »	
Trésorier	6.000 »	
Frais de propagande	2.000 »	
		46.080 26
Reste avoir		45.602 57

représenté par :

Portefeuille (au prix d'achat)	14.269 90
Espèces en banque	29.307 15
Espèces en caisse	2.025 52
Total égal	45.602 57

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Totaux
Première section	1.813.999 77	32.106 19	1.959 08	1.848.065 04
Deuxième section	2.942.951 90	93.290 85	2.174 71	3.038.417 46
Troisième section	337.704 31	11.396 53	1.044 24	350.145 08
Caisse auxiliaire	36.305 30	1.003 75	949 38	38.258 43
Compte de gestion	14.269 90	29.307 15	2.025 52	45.602 57
	5.145.231 18	167.104 47	8.152 93	5.320.488 58

Les comptes dans les banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société Génerale* pour la première section, la Caisse auxiliaire et la Gestion ;
Au *Crédit Lyonnais* pour la deuxième section ;
Au *Comptoir National d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs,

Notre actuaire si dévoué et si compétent, M. Fleury, procède en ce moment même à notre inventaire quinquennal.

Je lui ai fourni tous les documents qui pouvaient lui être nécessaires ; je ne citerai que deux d'entre eux : l'évaluation du portefeuille au prix d'achat des valeurs et la même évaluation aux cours de la Bourse du 31 décembre 1930. Or, malgré la situation peu favorable du marché, cette dernière accusait une plus-value dépassant 700.000 francs. C'est là une situation réconfortante qui vient accroître notre confiance dans la solidité de notre Société. Sans doute des conversions ont déjà été faites et d'autres sont à prévoir, mais si, de ce fait, nos revenus sont destinés à baisser, notre capital, par contre, s'accroîtra de tous les boni que nous encaisserons par suite des remboursements.

Nous attendons avec confiance le rapport que nous adressera M. Fleury à la suite de son travail.

Le Trésorier,

A. GASSOT.

LA PAGE SANS MÉDECINE

On ne peut pas demander à tous les artistes de savoir au juste ce qu'ils font ni pourquoi ils le font.
(André Thérive.)

CCCCXXXII. — Gérard Gailly. — **Qui était Mademoiselle Cloque ?** Un vol. 12,5 × 18 tiré sur pur fil Lafuma à 750 ex. numérotés ; avec un croquis de René Boylesve et un fac similé du manuscrit. *Editions Le Divan*, Paris, 1931.

Monsieur André Thérive, dont je vais vous reparler tout à l'heure, estime qu'à vouloir progresser dans les « *coulisses* » d'une œuvre littéraire, le lecteur risque de voir ruinée son illusion. Ne confondrait-il pas, victime d'une distraction de grand seigneur, la « coulisse » et le « dessous »? Ou le démenti que donne à cette affirmation l'attachante étude de Monsieur Gérard-Gailly ne serait-il qu'un cas d'espèce ? Vous y réfléchirez à loisir à votre tour quand vous aurez vu des documents *inédits* se lever le personnage sur lequel Boylesve calqua Mademoiselle Cloque, pieuse personne aussi dans la vie réelle.

L'identification des comparses de son héroïne est conduite avec le même souci d'exactitude.

Et je ne crois pas que vous puissiez penser avec moins d'intérêt à Mademoiselle Cloque d'avoir su qu'elle a réellement parcouru les rues de Tours, en empruntant les traits et l'ectoplasme d'Adélaïde Blacque. Les arguments de Monsieur G.-G. montrent qu'il ne faut pas non plus toujours prendre au sérieux, hors de leurs romans, les affirmations des romanciers : le personnage « *Cloque* » eut un original ; l'original *savait* qu'il avait inspiré la fiction, et Monsieur Boylesve affirmait après guerre en conclusion d'une conférence littéraire consacrée à son livre : « Mademoiselle Cloque, c'est moi » ! Avec beaucoup d'élégance (et toute la respectueuse admiration des rédacteurs de cette collection pour leur maître disparu), Monsieur G.-G. dénombre les *sources* de l'œuvre célèbre. Sa démonstration de la différence entre le livre à *sources* et le livre à *clé* se poursuit ainsi tout au long des pages sans fracas pédagogique, j'entends : sans que notre crâne soit exposé aux heurts redondants, que lui assènent les écrivains perchés en haut d'une chaire, et qui se croiraient déshonorés par le plain-pied du lecteur.

CCCCXXXIII. — Pierre Lasserre. — **Mise au Point.** Un vol. 13 × 19. *Editions de l'Artisan du Livre,* Paris, 1931. 15 fr.

Il est regrettable que, des inédits qu'il laissait, Pierre Lasserre n'ait autorisé, nous affirme-t-on, que la sortie du troisième volume de son Renan et de cette suite d'articles que l'Artisan du Livre présente avec sa coutumière netteté. Ils délimitent bien les assises de la position intellectuelle de P. L., indulgent à toutes les convictions sincères, sans fanatisme, jouant avec les cancres de toute classe et de tout volume comme le vent de ses montagnes avec les fétus et la poussière des chemins ; défendant les emportements littéraires de sa jeunesse, le libéralisme, l'humanisme, la musique des mots, l'esprit français ; attaquant les primaires de droite et ceux de gauche. La vivacité de ses chroniques effleure ainsi une diversité considérable de sujets ; l'enjouement de sa pensée les parait tous d'un même attrait. Sans doute ne devrez-vous pas en conseiller la lecture à ces robustes cerveaux qui se flattent de penser sur toutes choses tout d'une pièce. Cette finesse démonstrative, ce mélodieux enchaînement d'idées ne sauraient d'ailleurs sans danger être confiées aux mains massives des Béotiens.

CCCCXXXIV. — G. Lenôtre. — **La Compagnie de Jéhu.** Un vol. 13 × 20 illustré. *Editions Perrin*, Paris, 1931. 22 fr.

Cette mystérieuse compagnie, qui aurait eu pour but de venger à Lyon (par des exécutions de « mathevons ») les excès de la Terreur, avait enflammé l'imagination de Dumas, de Nodier et des historiens jacobins. Monsieur Lenôtre qui connaît la Révolution (comme il nous faut souhaiter de connaître notre pathologie) montre la part de légende et de véracité de ces épisodes mal connus de la Réaction lyonnaise. Son livre est passionnant et d'autant plus curieux que, hors Joseph Chalier, il ne s'occupe que de petites gens, qui ne semblent pas de taille à garnir une scène de ces dimensions. Mais tel est le talent de Monsieur Lenôtre que nous n'avons là qu'un motif de plus de goûter la méticuleuse sûreté de son érudition.

CCCCXXXV. — André Thérive. — **Galerie de ce Temps.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue critique*, Paris, 1931.

L'idée de faire voisiner dans ce volume des écrivains qui, dans la vie privée, ont les uns pour les autres fort peu d'affinité ou de sympathie (ce que les savants appellent le chimiotactisme négatif) témoigne de la persistante jeunesse de Monsieur Thérive. Le « disparate » des valeurs ainsi considérées trouble par intermittences la sérénité de son jugement, et son échelle de comparaison n'a plus aussi régulièrement son exactitude. Je ne peux pas supposer en effet que Monsieur Thérive,

satisfait bassement ses petites rancunes contre tel bon écrivain, en exagère volontairement la portée de ses enthousiasmes. A la place qu'il occupe, il nous doit une impartialité et une équité sans fiel et sans pommade. Ses arrêts auront alors l'autorité que tout les prédispose à acquérir. Les « portraits » sont en général ressemblants, et quelques-unes des études, celles en particulier sur Gide et sur Ramuz, sont d'une approximation asymptotique très poussée. Encore avec un peu d'attention y retrouverait-on ce penchant de l'auteur à faire plus volontiers de la critique de sentiment que de la critique pure. Son livre a, par ailleurs, tant de qualité que je m'attarde à plaisir à en montrer ce qui l'éloigne regrettablement de la perfection du genre : par flaques, un dogmatisme intransigeant (aristocratique souvenir de Normale !) et une mésestime maladroite du lecteur, à qui Monsieur Thérive ne craint pas de dire par exemple : « *Il serait un peu technique d'entrer dans le détail !* » Cette hautaine indulgence ne vaut pas la séduisante familiarité du fantassin de réserve qui a écrit *Noir et Or*.

CCCCXXXVI. — Jean PERRIGAULT. — **Bêtes et Gens de Brousse**. Un vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue critique*, Paris, 1931. 12 fr.

On est bien capable d'avoir oublié d'inviter Perrigault aux Journées Médicales Coloniales. Sa documentation a pourtant plus de saveur que celle des rapports officiels, et, telle est l'importance *réelle* en A. O.F. du médecin et de l'hygiène, que cette préoccupation de santé (santé individuelle ou collective) domine le livre, écrit avec un allant et une bonne humeur sans défaillance. Les gens de brousse, ce sont *surtout* les médecins, ceux qui combattent avec des moyens de fortune la peste du Sénégal, la lèpre du Soudan, la fièvre jaune, la maladie du sommeil et.... la tuberculose. L'administration locale fait son possible pour les aider, mais elle manque de crédits. Et, sans crédits, pas de probabilité que les jeunesses décident, comme le Docteur Maumus, à se lancer à desservir pour un salaire dérisoire (25.500 francs la 1re année), « *une superficie moyenne de territoire de quinze mille kilomètres carrés ; et ce n'est qu'accessoirement qu'une automobile peut être mise à leur disposition. Cette seule constatation est la presque* NÉGATION *du rôle, qui leur est demandé* » (1). On dit qu'une tranche de l'emprunt colonial va servir à mettre fin à cette situation, que Perrigaut juge « *scandaleuse* ». Le livre fourmille de détails navrants et de traits d'ingéniosité ou d'héroïsme de nos confrères coloniaux. La capture des singes a donné naissance à une industrie florissante, dont l'Institut Pasteur de Dakar est seul à ne pas bénéficier. Sans le solide optimisme qui anime l'écrivain, les gouverneurs et l'admirable directeur du *Pastoria* de la Guinée française, le livre vivement intéressant serait un bien sévère réquisitoire.

CCCCXXXVII. — Roland CHARMY. — **La vie héroïque d'Aristide du Petit-Thouars**. Un vol. illustré 12 × 19. *Editions La Renaissance du Livre*, Paris, 1931, 15 fr.

Ce grand marin fit bien preuve d'un héroïque courage. A Aboukir à 38 ans, avec ses deux bras successivement arrachés par des boulets, il continue à diriger la résistance désespérée du *Tonnant*. Un troisième boulet lui arrache une cuisse : il se fait asseoir dans un baril de son et, avant de mourir, fait clouer son pavillon à la base du grand mât rasé. Tout au long de sa vie, il avait fait preuve d'une légendaire générosité et sa biographie est lumineusement tracée par un écrivain bien informé.

CCCCXXXVIII. — **Bêtes.** Album préfacé par Jean GIRAUDOUX. Un vol. 20 × 26. Collection Images du Monde. *Editions Firmin-Didot*, Paris, 1931.

L'avant-propos de Giraudoux mérite déjà, lui seul, de vous inciter à acquérir ce beau livre. Les clichés en pleine page sont d'une précision et d'une variété étonnantes : fauves, reptiles, rapaces, monstres marins, insectes, bêtes qui rampent, volent ou nagent ont été choisis avec un sens artistique très sûr, tantôt fraîchement bucolique et plus souvent d'un saisissant effet de monstrueuse Apocalypse.

14 septembre 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Rapport *officiel* du Gouvernement général de l'A. O. F. en *janvier* 1931.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir

Assemblée générale du 7 juin 1931 à l'Hôtel-Dieu.

Présidence du Docteur Foisy.

Conseil d'administration. — Le Conseil a jusqu'alors été réduit à 4 membres formant le bureau. Par application de l'article 9 des statuts, chaque Syndicat a élu un deuxième membre parmi ses délégués. Ce sont les Docteurs Vaillant, Maksud, Moullin et Durand (de Dreux).

Assistance médicale gratuite. — La Commission de Contrôle attire l'attention des médecins sur la forme de certaines prescriptions qui, à valeur thérapeutique égale, sont d'un prix supérieur : pilules (au lieu de gouttes) cachets (au lieu de paquets, craie, magnésie...) cachets (au lieu de comprimés : aspirine...) ampoules (au lieu de solution...) édulcorants tel que le sirop d'écorces amères.

Quelques observations sont faites au sujet du tarif, notamment dans les cas de traitement au radium, pneumothorax, etc..... Le Secrétaire fait remarquer que ces cas sont du ressort de la Sous-Commission médicale technique instituée à cet effet ; que jusqu'à présent celle-ci n'a encore été saisie d'aucun cas semblable ; qu'il appartient au médecin de s'adresser à l'Administration pour demander à cet égard l'application du règlement et notamment que l'enquête et le contrôle aient pu être faits par les médecins de la Commission avant la réunion officielle de cette dernière.

Toute difficulté de ce genre serait donc à soumettre soit au Président (docteur Maksud), soit au secrétaire (docteur Poirel), de cette sous-commission.

Office de recouvrements.— Le Syndicat de Chartres ayant donné quitus de leur gestion au directeur et au secrétaire du Syndicat, l'Office est remis à la Fédération qui le prend sous sa responsabilité morale mais non financière. La comptabilité restera sous le contrôle d'un bureau syndical.

Assurances sociales. — L'Assemblée décide les mesures à prendre vis-à-vis des retardataires pour les adhésions et les versements. Elle adopte la modification de la nomenclature proposée par le Syndicat de Chartres. Le mélange des P. C. (petite chirurgie) et des catégories sera supprimé à l'instar de la plupart des Fédérations (exemple les Deux-Sèvres, dont un exemplaire circule). Mais la modification ne sera faite qu'après parution de la nouvelle nomenclature.

L'attention est spécialement attirée sur l'application de l'art. 4 , paragraphe 5 qui prévoit un maximum des frais médicaux et pharmaceutiques remboursables par les Caisses (demi-salaire moyen par journée de maladie). Avec cette réserve que l'application ne sera obligatoire pour les Caisses qu'à partir de la deuxième année.

Une circulaire ministérielle du 18 octobre 1930 a fixé ce maximum à 150 fr. pour la première quinzaine, puis 10 fr. par jour au delà du quinzième jour ; pour les assurés agricoles 105 fr. et 7 fr.

C'est une restriction momentanée que les médecins doivent connaître au remboursement des 80 et 85 % des frais.

En cas d'accouchement, s'il est normal, c'est la feuille de maternité (compte de la Caissé maternité) ; s'il est dystocique, il faut en plus une feuille de maladie (compte de la Caisse maladie). Ainsi, sage-femme et médecin ayant été réglés par l'accouchée, celle-ci est remboursée par deux caisses différentes, mais ne peut l'être ainsi qu'avec des feuilles en règle. Le mal que nous nous donnons l'est en faveur des malades, nos clients, nos obligés..... quand ils ont bien voulu reconnaître notre peine et nos efforts à les servir.

Budget. — L'Assemblée décide d'ouvrir dès maintenant le compte « Budget contrôle assurances sociales » et de porter en passif tous les frais occasionnés par l'étude et la préparation de ce contrôle. Le budget Fédération sera ainsi remboursé de frais dont il avait été indûment grevé.

Questions diverses. Fisc. — Le Syndicat de Chartres demande l'examen des frais de remplacement. L'Administration ne les admet en déduction qu'en cas de maladie. Une consultation de M. Martinot (*Concours médical* du 22 février 1931) dit qu'aucun texte de loi ni de jurisprudence ne vient à l'appui de cette thèse. D'autre part, dans la plupart des cas, le médecin ne prend congé qu'à bout de souffle, après avoir été onze mois sur la brèche.

Enfin le secrétaire membre de la Commission fiscale a eu de l'inspecteur de contrôle un texte qui semblait donner raison à l'Administration.

En conclusion, le secrétaire est invité à réunir ces documents, à solliciter de nouveaux avis, notamment de la Confédération, et proposer une solution pour 1932.

Prescriptions pharmaceutiques. — Le Syndicat des pharmaciens demande aux médecins de vouloir bien séparer sur ordonnance seconde les toxiques à reco-

pier (sauf pour l'Assistance et les réformés où c'est impossible).

Lettres préfectorales.— Par arrêté du 20 avril 1931, ont été désignés comme membres de la Commission départementale des Assurances sociales, les docteurs Foisy, Maksud père et Durand (de Dreux) comme titulaires ; les Docteurs Lhomme, Poirel et Vaillant, comme suppléants.

Par lettre du 2 avril 1931, le Préfet fait connaître que suivant les desiderata de la Fédération, le docteur Santrot a été nommé à la Commission de l'hôpital de Pontgouin.

Par lettre du 17 janvier 1931, le Préfet fait connaître que, par arrêté de ce jour, il a adopté entièrement les propositions du Syndicat de Nogent-le-Rotrou présentées par la Fédération, au sujet de la réorganisation du service de protection des enfants du premier âge.

Par lettre du 17 janvier 1931, le Préfet informe qu'il a nommé médecins assermentés les Docteurs Moullin et Jean Coudray présentés par la Fédération en remplacement du docteur Coudray père. Le Docteur Frémont avait été nommé antérieurement à cette présentation syndicale.

Conseil de famille. — L'Assemblée adopte le point de vue présenté par les Syndicats de Chartres et de Châteaudun. Les Syndicats sont invités à se dessaisir de leurs prérogatives et à transmettre les conflits dont ils sont saisis à la Fédération. Dès décision respective de chaque Syndicat en assemblée générale, le Conseil de Famille de la Fédération sera compétent pour toute plainte transmise (Cf. article 14 des statuts de la Fédération).

Le secrétaire :

Dr Poirel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de perfectionnement. Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, préparateur.

Ce cours commencera le jeudi 15 octobre 1931, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants à la même heure.

Le cours comprend : 1° Huit séances de démonstrations d'autopsie, qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 à 12 h. 1/2, à l'Institut du cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (Service spécial d'autocar à l'aller et au retour) ; 2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'Anatomie pathologique et de Clinique médicale.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisi parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique.

Programme du cours. — 1. Généralités sur la technique histopathologique (fixations, inclusions, coupes, colorations). — 2. Généralités sur la pathologie cellulaire et sur les processus inflammatoires. — 3. Inflammations spécifiques. — 4. Généralités sur les processus néoplasiques. — 5. Tube digestif ; les entérites spécifiques ; diagnostic des ulcérations intestinales ; les principales lésions du pancréas. — 6. Le Foie : lésions circulatoires hépatites aiguës, toxiques et infectieuses. — 7. Les hépatites chroniques : tuberculose, syphilis, paludisme. — 8. Les cirrhoses. Les tumeurs du foie. — 9. Les affections des ganglions lymphatiques. — 10. Les affections de la rate : troubles du métabolisme, maladies infectieuses, tumeurs. — 11. Le diagnostic des splénomégalies. —12. Appareil respiratoire : lésions de la trachée et des bronches, broncho-pneumonie, pneumonie, abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire. — 13. Tuberculose pulmonaire. — 14. Syphilis pulmonaire. Cancer pulmonaire. Les pleurésies. — 15. Les affections du myocarde. — 16. Les vaisseaux : affections des veines, affections des artères, artérites infectieuses, athérome. — 17. Introduction à l'étude des néphrites : lésions élémentaires du parenchyme rénal, les néphrites épithéliales et glomérulaires. — 18. Les néphrites interstitielles, la sclérose rénale d'origine vasculaire, les néphrites chroniques d'origine ascendante. Diagnostic des scléroses rénales. — 19. Les affections de la surrénale, surrénalites aiguës et chroniques, tumeurs de la surrénale. Les affections du corps thyroïde, thyroïdites, goitres. 20. Les lésions élémentaires du système nerveux.

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits. Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 300 francs.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** (Professeur : M. Gougerot. Hôpital Saint-Louis.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, aura lieu au laboratoire de la Faculté (Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 15 octobre.

Les séances auront lieu les mercredis, jeudis et samedis, de 17 heures à 19 heures.

PREMIER COURS. — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacilles tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

DEUXIÈME COURS. — Réactions de Wassermann, de Hecht, de Meinicke et de Kahn.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures. Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 350 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements s'adresser à Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et samedis de 10 heures à 11 heures.

— **Histologie** (Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire sous la direction de M. CHAMPY, professeur.) — *Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.* — PROGRAMME : Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Zencker-Regaud-Alcool). — Méthodes d'inclusion : paraffine, celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthode de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. — Colorations simples : Hématéine-Eosine ; Weigert-Van Gieson-Curtis. — Colorations aux couleurs d'aniline. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. Coloration des fibres élastiques. —Colorations cytologiques : Hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. Méthode pour le glycogène. — Colorations vitales (Rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus). — Etude du sang : Hématimétrie-Centrifugation-Numération. Coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : Méthode de Golgi. Méthodes de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. —Méthode de nitratation. Ses diverses applications — Injections, vasculactions et méthode d'étude des vaisseaux. Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 12 octobre jusqu'au 31 octobre 1931.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4). Le nombre des élèves est limité à vingt. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.** (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard.) — *Cours de radiologie clinique du tube digestif : Œsophage, Estomac, Duodénum, Intestin grêle, Côlon, Rectum, Voies biliaires.* (Professeur : M. Pierre DUVAL ; MM. les Docteurs Jean GATELLIER, agrégé, J.-Ch. ROUX, Henri BÉCLÈRE, François MOUTIER, Alban GIRAULT, Pierre PORCHER.) — Le cours aura lieu chaque année à partir du deuxième lundi d'octobre. En 1931, le cours commencera le lundi 11 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin à 9 h. 1/2, le soir à 17 h. 1/2.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Lundi 12 octobre, 9 h. 1/2, M. le Professeur P. DUVAL, M. PORCHER : L'œsophage (l'œsophage normal, diverticules, dilatations, cancer, sténoses). — 17 h. 1/2, M. J.-Ch. ROUX : L'estomac normal. Les ptoses gastriques et l'aérophagie. Les plis de la muqueuse.

Mardi 13 octobre, 9 h. 1/2, M. le Professeur P. DUVAL : Les déformations de l'intestin par aérocolie. Le volvulus de l'estomac. — 17 h. 1/2, M. GIRAULT : L'ulcère gastrique non sténosant. L'ulcère de la petite courbure.

Mercredi 14 octobre, 9 h. 1/2, M. GIRAULT : Le cancer et les tumeurs de l'estomac. — 17 h. 1/2, M. MOUTIER : Les sténoses du pylore et les périgastrites.

Jeudi 15 octobre, 9 h. 1/2, M. BÉCLÈRE : L'estomac biloculaire. Les compressions de l'estomac en dehors de l'aérocolie. La hernie diaphagmatique. — 17 h. 1/2, M. GATELLIER : L'estomac opéré (gastro-entérostomie, gastrectomie, etc.).

Vendredi 16 octobre, 9 h. 1/2, M. PORCHER : Le duodénum normal. Les ptoses et les ectopies du duodénum. — 17 h. 1/2, M. MOUTIER : L'ulcère du bulbe et les diverticules.

Samedi 17 octobre, 9 h. 1/2, M. J.-Ch. ROUX : Les périduodénites bulbaires. Le duodénum dans la lithiase biliaire. — 17 h. 1/2, M. GATELLIER : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Le duodénum opéré.

Lundi 19 octobre, 9 h. 1/2, M. PORCHER : Examen du grêle. Le grêle précæcal. Les sténoses du grêle. L'invagination intestinale. — 17 h. 1/2, M. BÉCLÈRE : Examen des voies biliaires.

Mardi 20 octobre, 9 h. 1/2, M. BÉCLÈRE : La lithiase biliaire. — 17 h. 1/2, M. PORCHER : Le côlon normal. Les ptoses et les compressions du côlon.

Mercredi 21 octobre, 9 h. 1/2, M. PORCHER : La stase colique. Les dolico et les mégacôlons. — 17 h. 1/2, M. GATELLIER : La radiologie du cæcocolon droit (côlon mobile, tumeurs cæcales, appendicites, les malformations congénitales et acquises, volvulus du cæcum).

Jeudi 22 octobre, 9 h. 1/2, M. MOUTIER : Les colites et les péricolites. La diverticulose sigmoïdienne. —17 h. 12, M. MOUTIER : Les tumeurs du côlon.

Vendredi 23 octobre, 9 h. 1/2, M. GATELLIER : L'occlusion intestinale. Intestin grêle et gros intestin. La radiologie dans les perforations du tube digestif. Le côlon opéré.

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— **Concours pour le clinicat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 19 octobre 1931, à 9 heures du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours	Titulaires avec traitement	Titulaires sans traitement	Adjoints
I. Clinicat gynécologique	1	1	1
II. Clinicat obstétrical...	1	4	1
III. Clinicat médical thérapeutique..........	1	2	»
IV. Clinicat oto-rhino-laryngologique.......	1	2	»

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au samedi 10 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — (Professeur : M. F. Terrien.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. Velter, agrégé, et de MM. les Docteurs Casteran, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus et Hudelo, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 23 octobre, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Gynécologie médicale.* — Dans le service de M. Devraigne, MM. Jean Séguy et J.-E. Marcel commenceront le 29 octobre un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra six leçons de 2 heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Programme du cours. — *a*) M. J. Séguy : Traitement des métrites. Le filhos.— *b*) M. J.-E. Marcel : Courant faradique et courant continu en gynécologie. — *c*) M. J.-E. Marcel : La haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc. — *d*) M. J.-E. Marcel : La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique. — *e*) M. J.-E. Marcel : Rayons ultra-violets et infra-rouges en gynécologie. — *f*) M. J. Séguy : Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle.

Prix du cours : 200 francs. Les leçons auront lieu, en principe, après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Prière de s'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière.

— **Concours de l'internat.** — *Oral* — Le Jury est provisoirement composé de MM. Lévi-Valensi, qui accepte ; Beaudoin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Fournaise, de Brunstatt (Haut-Rhin) ; de M. Maurice Lambert, externe des hôpitaux de Paris ; du Dr Rouchon, de Paulhaguet (Haute-Loire) ; du Dr Boulard, de Seurre (Côte-d'Or).

— **XVIIIe Congrès annuel d'hygiène** (Paris, Institut Pasteur, les 12, 13, 14 et 15 octobre 1931) — Le XVIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Blaisot, ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 12, mardi 13, mercredi 14 et jeudi 15 octobre 1931, à Paris, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1931.

M. Riché, sous-secrétaire d'État au Ministère de l'air, honorera de sa présence la première séance qui sera consacrée à la question de la protection des populations civiles contre les gaz de combat.

Programme.— Lundi 11 octobre : *Rapport* : Protection des populations civiles contre les gaz de combat.

Prendront la parole sur ce sujet : M. le Médecin inspecteur général Sieur : Exposé général de la question. — M. le Professeur Messerli, de Lausanne : Présentation de clichés et documents permettant de juger des mesures prises dans différents pays. — M. le Colonel Laure, chef d'Etat-Major représentant M. le Maréchal Pétain : Indication des dispositions préconisées par M. le Maréchal Pétain pour contribuer à la protection des populations civiles contre les gaz de combat. — M. le Colonel A. Fonjallaz : De la nécessité de créer une Ligue internationale pour la protection des populations civiles contre les gaz de combat. — M. Kling, M. le Professeur Parisot (Nancy), M. le Lieutenant-colonel de la Rocque. M. le Professeur J. Leclercq (Lille) : Les abris collectifs de protection contre les gaz de combat. — M. Barbary : La protection du département des Alpes-Maritimes contre les attaques aériennes et les gaz de combat. — M. le Professeur Messerli (Lausanne) : Comment doit-on organiser la protection des populations civiles contre les dangers d'une guerre aéro-chimique ? Ce que le médecin et l'hygiéniste doivent savoir de la guerre chimique. — M. le Médecin lieutenant-colonel Cot : L'organisation urbaine de postes de secours fixes et de postes de secours mobiles pour asphyxie du temps de paix. Son importance dans la formation de l'entraînement des équipes de sauveteurs spécialisés en temps de guerre. — M. le Docteur Boulanger : Quelques points particuliers touchant l'organisation de la vie des populations dans les villes ouvertes soumises à des bombardements aériens. — M. le Docteur Marcille : Protection des populations civiles contre les gaz de combat et présentation d'appareil. — M. le Docteur Arnold : Sur

les soins à donner aux personnes atteintes par les gaz de combat. — FILMS : M. le Professeur MESSERLI : Présentation d'un nouveau film montrant les procédés modernes de collecte et de transport des ordures ménagères. — M. le Docteur MAZÈRES : Présentation d'un film tourné à l'occasion du Cinquantenaire de la Tunisie sur les services d'Assistance et d'Hygiène de la Régence.

Mardi 13 octobre. — *Rapport* : Hygiène et hygiénistes dans le cadre des Assurances sociales.

Prendront la parole : M. DEQUIDT, Inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; M. le Professeur PARISOT. — M. le Docteur BOULANGER. Remarques sur le rôle des assurances sociales dans la lutte contre la tuberculose. — M. le Docteur PIGOT : L'Assistance maternelle et la protection infantile par les assurances sociales. — M. le Docteur CUVIER : L'organisation collective des « donneurs de santé » dans le cadre des assurances sociales.

Mercredi 14 octobre : M. le Docteur R. MARTIAL : Sur le projet de loi du docteur Legros.

Jeudi 15 octobre, à 9 heures : Réunion privée : Réunion de l'Assemblée générale des médecins hygiénistes français : Affaires syndicales ; à 14 heures : Visite de l'Exposition coloniale. Visite en groupe avec entrée gratuite et sous la conduite de guides. Dîner-banquet par souscription dans un restaurant de l'exposition : 40 francs par personne, service compris. Les dames seront admises à ce dîner. On peut s'inscrire dès à présent en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société de médecine publique, 205, rue de Vaugirard, Paris-XVe, ou en s'inscrivant au secrétariat du Congrès, à l'Institut Pasteur, les 12 et 13 octobre. La carte de Membre du Congrès qui sera exigée à l'entrée de l'Exposition coloniale sera délivrée au secrétariat du Congrès.

— **Centre d'études des métiers français.** — *Appel aux compétences professionnelles.* — En prévision du prochain décret du Ministre du travail, portant création de « Conseiller des métiers français », il est fait appel sur tout le territoire national aux divers praticiens possédant des connaissances professionnelles et une expérience éprouvées : économistes, juristes, journalistes, architectes, médecins, hygiénistes, financiers, ingénieurs, agriculteurs, commerçants, industriels, assureurs, techniciens, chefs d'entreprises, artistes, maîtres et professeurs, etc., susceptibles d'apporter aux artisans l'appui de leurs connaissances et de leurs conseils.

Les candidats doivent fournir en outre de leur *curriculum vitæ* les références personnelles de nature à établir leur compétence professionnelle. Les postulants agréés feront partie du Centre d'études des Métiers français constitué à Paris, sous la présidence de MM. les sénateurs Clémentel et Serre, assistés de M. le député Thoumyre, ancien ministre, et de M. le Professeur Escarra, de la Faculté de droit de Paris, vice-présidents.

Le décret à intervenir déterminera les conditions dans lesquelles le titre officiel de conseiller des métiers pourra être ensuite conféré aux personnes qui se seraient spécialement distinguées dans l'étude des questions économiques ou sociales soumises à leur compétence.

Pour tous renseignement et candidatures, écrire au Centre d'études des métiers français, 30, rue des Vinaigriers, à Paris (Xe).

— **Vieux livres de médecine.** — L'Union liégeoise du Livre et de l'Estampe a décidé de faire une exposition de vieux livres de médecine en 1932. Pour renseignements concernant cette exposition, écrire 24, rue Sainte-Marie, à Liége (Belgique).

— **Association internationale des hôpitaux.** — Une association internationale des hôpitaux vient d'être fondée dans le but d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationale portant sur les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

La cotisation annuelle est de 125 fr. pour les hôpitaux, organisations d'assistance et les personnes attachées à ces institutions, et de 250 fr. pour les firmes en relation d'affaires avec les hôpitaux. Les membres de l'association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de « Nosokoméion », W. Kohlhammer, Stuttgart, Allem. Pour les adhésions, écrire au Dr R. Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Velasquez, Paris, VIIIe.

— **Véhicules automobiles en France.** — Fin décembre 1930, il circulait en France 1.520.501 véhicules à moteur (automobiles, motocyclettes, canots automobiles), fournissant au trésor 910 millions de recettes, à titre d'impôts.

On comptait, dans notre pays, au 1er janvier 1931, une automobile par 27 habitants et, à Paris, une auto par 19 habitants.

Dans l'ordre international, la France, quant au nombre des automobiles, vient au 3e rang, le premier rang étant tenu par les Etats-Unis d'Amérique (26 millions d'autos fin décembre 1930) et le second rang presque à égalité par l'Angleterre (1.558.032 autos, en 1930).

(*Argus de l'automobile.*)

— **Fédération internationale des sociétés de médecine et d'hygiène tropicales.** — Cette Fédération, constituée sous la présidence de M. le Professeur Achard, membre de l'Institut, avec le concours de personnalités de la médecine tropicale et exotique, groupe les Sociétés adhérentes d'une vingtaine de pays qui ont approuvé ses statuts et collaborent à son programme.

Sur l'invitation du Comité de rédaction de la *Revue des maladies des pays chauds*, des échanges de vue ont eu lieu en 1930 et 1931 avec diverses sociétés, dont les adhésions contribuèrent à la constitution légale de cette Fédération internationale.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

gie de guerre : indications et technique, par M. Picot, chirurgien des hôpitaux.

Juillet 1932 : Les équipes chirurgicales, par M. le Médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Médecin-Pharmacien. Exercice simultané des deux professions

Un médecin, titulaire du diplôme de pharmacien et qui exerce les deux professions, peut-il abandonner sa pharmacie pendant de longues absences, pendant un accouchement, pendant ses tournées médicales à la campagne, etc. ?

Pendant ces absences de longue durée, son officine peut-elle rester ouverte au public, gérée par un aide ?

En sa qualité de pharmacien, le praticien est tenu d'exercer une surveillance active sur ses élèves et employés, sinon sa responsabilité civile et pénale peut être engagée, en cas d'erreur ou de fautes professionnelles.

La jurisprudence est nettement établie en ce sens que commet une faute des plus graves le pharmacien, qui laisse exécuter des ordonnances hors de sa présence, alors qu'il a, pendant son absence, laissé la direction de l'officine à un élève.

D'ailleurs, ce dit élève, n'étant pas titulaire du diplôme de pharmacien, n'a pas le droit de préparer et de débiter des préparations officinales, ou magistrales : ce faisant, il commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie et le pharmacien, son patron, est coupable de complicité du même délit.

Pendant l'absence du diplômé, le non diplômé ne peut que vendre des produits simples ; mais il doit se garder de gérer l'officine et de préparer les ordonnances magistrales des médecins.

L'absence du pharmacien est surtout une question de fait : les juges recherchent si, délaissant son officine pour quelque temps, le pharmacien exerce cependant une surveillance effective sur elle et si les ordonnances magistrales des médecins ne sont exécutées et préparées que lorsque le diplômé est présent.

La jurisprudence en vigueur est donc très nette sur ces deux points : le pharmacien, seul propriétaire de l'officine, est tenu à en assurer lui-même la direction, la surveillance et le contrôle.

Ce sont donc questions de fait que le procureur de la République et le juge d'instruction apprécieront, s'ils sont saisis d'une plainte en exercice illégal de la pharmacie, avec complicité, contre l'élève et le pharmacien, ou pour violation des règles posées par la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail

4548. — Accident survenu au cours d'une rixe

Au cours d'un battage, deux ouvriers se disputent autour de la machine et l'un d'eux en bousculant l'autre le fait blesser, est-ce que l'accident peut être considéré comme un accident du travail ?

D^r S.

Réponse.

Les accidents survenus au cours de rixes ou de plaisanteries ou taquineries pendant le travail sont considérés comme accidents du travail, par la Cour de Cassation (Chambre civile, 7 avril 1919, S. 21.1.369). Cette décision reconnaît le caractère d'accident du travail à toute blessure produite au lieu et au temps du travail, quelle qu'en soit la cause.

L'accident dont il est question dans votre lettre doit donc être admis comme accident du travail et le blessé est en droit d'en poursuivre la réparation par application de la loi sur les accidents du travail.

4242. — Fixation de la date de la consolidation

Un accidenté du travail se présente chez moi le 18 avril 1931. Forgeron, il a reçu par choc en retour une contusion à l'épaule droite. Douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale droite. Le blessé veut continuer son travail, malgré sa blessure, mais il est obligé d'arrêter tout labeur le 28 mai 1931.

A ce moment le blessé a des douleurs de plus en plus vives de l'épaule, avec atrophie musculaire du bras et de l'avant-bras droits. Je demande une radiographie à l'assurance qui fait examiner ce blessé par son chirurgien-conseil qui après examen radiographique négatif, conclut à une entorse de l'articulation. A mi-juin, aucune amélioration ne se produisant, je demande une nouvelle contre-visite, mais l'assurance fait nommer par le juge de paix un médecin expert qui examine le blessé fin juin. Je continue à soigner ce blessé, et avant de partir en vacances je demande à l'assurance les conclusions du médecin-expert, on me répond, que le rapport n'était pas encore parvenu (c'était le 16 juillet). De retour, je trouve une lettre de cette assurance me disant que le médecin expert avait conclu à la consolidation de la blessure au 10 *juin* et qu'à partir de cette date elle n'assurait plus les frais des soins donnés au blessé.

Je ne comprends pas :

1° Que le médecin expert ayant vu le blessé *fin juin* conclut à une consolidation en date du 10 juin ;

2° Que ce rapport ait été déposé au moins 21 jours après l'examen — et pendant ce temps j'ai continué à donner mes soins ;

3° Que je n'aie pas eu en main (ou une copie) les conclusions du médecin expert.

Que dois-je faire ? Suis-je en droit de demander ma note d'honoraires jusqu'à la date où l'assurance m'a prévenu de la décision du médecin-expert, c'est-à-dire le 21 juillet ?

Dr B.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, les droits du médecin traitant choisi par le blessé contre le patron responsable sont limités dans les mêmes conditions que ceux du blessé lui-même.

Par conséquent, au cas où il serait acquis par une décision de justice, rendue sur l'action du blessé, que la consolidation doit être fixée au 10 juin, cette décision s'imposerait à vous aussi bien qu'à l'ouvrier et vous ne pourriez réclamer au patron ni à son assurance le paiement de vos honoraires pour les soins que vous avez donnés postérieurement à cette date. Et vous ne sauriez faire grief à l'assurance de ne pas vous avoir avisé de la date de la consolidation, car aucune disposition légale ne l'obligeait à le faire.

Mais un rapport d'expertise ne constitue pas une décision de justice. Il est simplement destiné à éclairer le juge, qui reste libre de statuer comme il l'entend et qui peut fixer une date de consolidation postérieure à celle qui a été retenue par l'expert.

Si vous estimez que le blessé n'était pas guéri le 10 juin et avait encore besoin de soins à ce moment, délivrez-lui un certificat attestant que vous l'avez encore soigné après cette date et que, par conséquent, il ne pouvait être ni guéri ni consolidé le 10 juin.

Muni de votre certificat, le blessé citera son patron en paiement du demi-salaire pour les journées d'incapacité postérieures au 10 juin. S'il obtient gain de cause, vous aurez action contre le patron en paiement de vos honoraires jusqu'à la date de consolidation fixée par le juge de paix.

Au contraire, si le blessé néglige de poursuivre le paiement de son demi-salaire ou perd son procès, la consolidation restera acquise au 10 juin et vous ne pourrez vous faire payer les soins postérieurs à cette date que par le blessé lui-même, conformément au droit commun.

Assurances Sociales

4249. — Les salariés de l'Etat, des communes et des établissements publics ont-ils droit au libre choix du praticien ?

1° N'estimez-vous pas que le décret du 30 juin 1931 relatif à l'application de la loi sur les assurances

sociales en ce qui concerne les salariés des chemins de fer, ne tient aucun compte ni de l'esprit ni de la lettre des lois du 5 avril 1928 et 30 avril 1930, puisque le dit décret est muet en ce qui concerne le libre choix et les soins médicaux fournis aux conjoints et aux enfants des salariés des chemins de fer, alors que la loi garantit le libre choix (art. 4) et que d'autre part, elle prévoit (art. 49) « que le régime d'assurance définitif de ces salariés, devra les couvrir contre l'ensemble des risques prévus par la présente loi » ?

2° Si ce décret est contraire à la loi, ne pourrait-il pas être annulé par le Conseil d'Etat ? En tout état de cause, le *Concours* (ou le « Sou médical ») pourrait-il demander à un député d'interpeller le ministre au sujet dudit décret ? Dr D.

Réponse.

Les décrets du 30 juin 1931 ne sont pas contraires à la loi sur les assurances sociales et ne la violent nullement.

En effet, ces textes réglementaires ne font qu'assurer le réajustement entre des situations antérieures à la loi de 1930 et les droits que tous les salariés ont acquis par cette dernière législation.

Il est dit, dans ces décrets, en leurs articles 3 et 6, que les employés de l'Etat, des communes et des établissements publics ont droit aux prestations inscrites dans la loi du 30 avril 1930. Or, comme le libre choix du médecin est au nombre des dites prestations en nature, il en résulte que le malade est toujours en droit de se faire soigner par qui bon lui semble, ayant adhéré à la convention syndicat-caisse.

Au surplus, les règlements particuliers, actuellement en vigueur, ne pourront devenir définitifs, que s'ils sont approuvés par décret du Président de la République, contresigné par le ministre du Travail et le ministre des Finances (article 2).

Au cas improbable où un règlement particulier violerait le libre choix, le tarif à la visite et le droit aux soins, pour la famille de l'assuré, il importerait de signaler cette violation de la loi, pour que le ministère compétent (le Travail) fasse retour du dossier à la caisse incriminée, pour qu'elle se conforme entièrement à la loi.

Au surplus, en style juridique, il est inutile de reproduire un texte de loi, lorsque celui-ci n'est pas modifié ou abrogé par une autre loi. Les décrets se bornent donc à spécifier en l'article 3 que les dits règlements ou statuts devront accorder aux bénéficiaires des prestations équivalentes pour chaque risque, à celles prévues par la loi du 30 avril 1930.

Le décret ne modifie donc nullement les droits que tous les assurés sociaux sans exception tiennent de la législation de 1930.

Dr Paul BOUDIN.

4203. — Assurances sociales et A. M.G.

Je viens d'opérer deux enfants, assurés-*assistés*. Comment me faire régler, par qui, à quel tarif ? Il s'agit d'ablation d'amygdales et d'adénoïdes.

Dr G.

Réponse.

En principe, un assuré social n'est pas bénéficiaire de l'Assistance médicale gratuite, justement parce qu'il est assuré.

Mais, dans certains cas d'indigence notoire, la commune inscrit sur une liste spéciale, notifie cette dernière à la caisse d'assurances. Dans ce cas, l'ayant droit doit se présenter chez le médecin, non plus avec la feuille d'assurance ordinaire, mais avec une feuille de couleur différente (jaune souvent) délivrée non par la caisse, mais par la mairie.

Ce n'est plus le malade qui paie directement son médecin, mais la mairie du domicile de secours du client.

Le praticien devra donc adresser sa note au maire, basée sur le tarif des accidents du travail.

Dans quelques cas, où l'indigence n'est pas notoire, mais cependant existe chez de pauvres gens, le maire peut inscrire ces personnes sur les listes de l'assistance, mais pour l'hospitalisation seulement : le médecin et le pharmacien doivent, dans ce cas, être réglés directement par le malade, qui paie lui-même, ou se fait faire des avances par sa caisse.

Questions médico-militaires

3363. — Droit aux soins médicaux gratuits

A partir de quel jour, un pensionné de guerre a-t-il droit aux soins médicaux au compte de l'Etat ?

Par exemple : Un sieur P... est réformé avec pension de 100 % pour affection cardiaque, par jugement du tribunal des Pensions le 20 mai 1931 avec effet du 20 mai 1930.

Il est depuis quelques semaines en asystolie.

A la demande de carnet de soins que je fais pour lui, il m'est répondu le 11 juin dernier : « le sieur P... recevra un carnet daté de ce jour (11 juin) avec lequel vous pourrez lui donner vos soins au titre de l'art. 64. »

Or, P... est mort le 13 juin et sa veuve attend toujours le carnet...

S'il est vrai que je puisse économiser à cette femme ma visite du 13, peut-elle demander le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques à partir du jour du jugement du tribunal des Pensions, qui lui au moins est précis ?

Dr M.

Réponse.

Pour pouvoir prétendre à la gratuité des soins l'intéressé doit être inscrit sur la liste des bénéficiaires de l'art. 64, établie chaque année à la mairie de sa résidence.

C'est donc l'inscription sur cette liste spéciale qui déclenche le droit à la gratuité des soins ;

celle-ci est bien due seulement à partir du jour de l'inscription, quelle que soit la date du point de départ de la pension.

Dans votre cas, les soins gratuits ne sont dus qu'à partir du 11 juin.

Seule, la Commission supérieure de contrôle des soins pourrait décider le remboursement des frais antérieurs et cela à titre tout à fait exceptionnel par extrême bienveillance ; cette voie de recours semble d'ailleurs bien aléatoire.

3397. — Légion d'honneur pour soins aux gendarmes

Il existe un contingent — faible d'ailleurs — de Croix de la Légion d'honneur auquel peuvent prétendre les médecins ayant donné leurs soins pendant 30 ans à la gendarmerie. Il s'agit habituellement du ruban de chevalier. Mais ceux qui sont déjà titulaires de ce ruban peuvent-ils être proposés pour le grade d'officier ?

Je crois me rappeler qu'à une question posée sur cet objet par un parlementaire, le ministre compétent avait répondu par l'affirmative (réponse parue à l'*Officiel*) mais j'aimerais en recevoir confirmation de votre documentation abondante et précise.

En tous cas il semblerait profondément injuste et immoral que ceux qui ont déjà été distingués par leurs mérites dans d'autres services, se trouvent en quelque sorte pénalisés de ce fait et éliminés de la liste de propositions au bénéfice de camarades qui n'auraient pas de passé honorifique. Quels arguments pourrait-on opposer et ne seraient-ils pas contraires aux engagements pris par l'Etat ?

Dr X.

Réponse.

Il s'agit d'une réponse ministérielle à une question posée par un parlementaire, M. J. Montigny, et parue au *Journal Officiel* du 4 juillet 1929 : un médecin civil officier de réserve, chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire, est susceptible d'être proposé pour le grade d'officier de la Légion d'honneur parce qu'il a donné ses soins gratuits à la gendarmerie pendant au moins 30 ans, et qu'il est titulaire à ce dernier titre de la médaille de vermeil.

Théoriquement, la chose est donc possible ; on pourra vous *proposer* ; mais, *pratiquement*, il faut bien vous le dire, cette proposition faite par votre région n'aboutira pas, car le contingent spécial réservé à ce cas ne comporte pas encore de croix d'officier.

4273. — Pension d'invalidité d'un médecin capitaine

Je vous serais obligé de me faire connaître quel est le montant annuel de la pension d'un médecin capitaine, père de 3 enfants, pensionné pour blessure de guerre avec une invalidité de 25 p. 100.

Dr N.

Réponse.

La pension d'invalidité d'un médecin capitaine, à 25 %, avec 3 enfants est de 1.100 fr., plus 140 % du taux de soldat, 840 fr., plus 3 majorations pour enfants âgés de moins de 18 ans, 180 × 3, 540 fr., soit 2.480 fr. par an.

3600. — Pension définitive. Décorations étrangères

1° Il m'a été reconnu par le Conseil de réforme une invalidité de 15 %, laquelle a été par le ministère des pensions portée à 25 % avec jouissance du 20 mars 1928.

Une nouvelle visite devant les experts du centre de réforme m'a octroyé 40 % avec jouissance du 20 mars 1930 (temporaire). Je désirerais savoir à quelle date cette pension d'invalidité deviendra définitive ?

2° Un titulaire de la Bravoure Serbe en or reçue pendant la campagne d'Orient a-t-il le droit de porter le ruban rouge en civil avec une réduction de la médaille qui sert à le différencier de la Légion d'honneur ?

On rencontre des porteurs civils de cet insigne, le port est-il légal ? Dr A.

Réponse.

1° Votre pension deviendra définitive quatre années après la première Commission de réforme appelée à statuer sur votre cas.

Si celle-ci date du 20 mars 1928, ce sera donc la C. R. de 1932 qui fixera le taux de votre pension définitive.

2° Toute décoration étrangère, régulièrement conférée par un gouvernement peut être portée même en civil, si l'intéressé a acquitté les droits de Chancellerie (demande à adresser directement par le chef de service au ministre de la guerre, cabinet — 2e bureau, avec brevet original de la décoration et extrait de naissance). Cependant les décorations attribuées ainsi pour faits de guerre, sont exemptes des droits de Chancellerie.

4279. — Proposition pour la Légion d'honneur

Je suis de la classe 1901 et par conséquent hors cadres depuis le 15 octobre 1930, j'en ai été avisé dernièrement.

Aide-major de 1re classe, je suis proposé pour la Légion d'honneur depuis 3 ou 4 ans, j'ai été pendant la guerre médecin d'un bataillon d'infanterie d'active ; j'en ai été évacué pour maladie contractée au front et j'ai une citation avec *Croix de guerre à l'ordre du régiment*. Ma mise hors cadres me fait-elle perdre tous mes droits à la Légion d'honneur ? (j'ai été proposé bien avant ma mise hors cadres !) Y a-t-il une démarche à faire ?

Dr X.

Réponse.

Vous relevez de l'art. 3 de la loi du 27 juillet 1931, que vous avez lue dans le *Concours* du 9 août 1931.

Vous êtes, en effet, rayé des cadres par fin de vos obligations militaires, et vous êtes titulaire d'une citation ; de plus, vous avez été évacué pour une maladie *contractée* au front.

Il faut faire valoir vos titres auprès du Directeur du Service de santé de votre région, en lui témoignant votre désir d'être proposé pour la Légion d'honneur ; il ne sera pas inutile, non plus, de faire appuyer votre candidature.

3349. — Pension provisoire

Vous serait-il agréable de me faire donner les renseignements suivants qui concernent une proposition de pension dont je viens d'être l'objet.

Je reçois du centre de réforme un certificat du médecin chef du centre de réforme constatant que je suis proposé pour une pension d'invalidité de 20 %.

Il est ajouté que ce certificat doit servir à réclamer à l'intendant le titre d'allocation provisoire d'attente.

De plus en bas du certificat il y a ceci : Proposé pour la mise hors cadres.

Je voudrais savoir :

1° Si cette proposition peut être rejetée par le ministère des pensions ;

2° Si je puis demander ce titre d'allocation provisoire d'attente et à qui le demander ?

3° Quelle est la pension que je dois toucher pour ce 20 %, je suis médecin capitaine, mais j'étais médecin lieutenant pendant la guerre.

4° En quoi consiste la mise hors cadres et ai-je avantage à l'accepter ?

Dr F.

Réponse.

1° Oui, cette proposition peut être rejetée par le ministre des Pensions, c'est pourquoi on ne vous délivre qu'un titre d'allocation provisoire, en attendant l'acceptation définitive de votre pension.

2° C'est l'Intendance régionale des pensions qui vous délivrera ce titre ; point n'est besoin de faire une demande spéciale pour l'obtenir.

3° Vous toucherez 20 % de lieutenant, puisque vous étiez lieutenant pendant la guerre ce qui fait 730 fr., plus 140 % du taux de soldat, 672 fr., soit 1.402 fr. par an.

4° Le terme de « mise hors cadres » n'est plus de mise ; il s'agit maintenant de « mise en disponibilité », c'est-à-dire que vous êtes mis en congé pour un an, et cette libération pourra être renouvelée trois fois de suite ; au bout de trois ans, vous serez ou rayé des cadres, définitivement, ou réintégré dans les cadres ; vous avez avantage à accepter.

5° Le point de départ de la pension est fixé au jour de la première Commission de réforme qui a constaté votre invalidité.

3599. — Droit au traitement de la Légion d'honneur

Votre réponse parue dans le *Concours médical* du 28 juin 1931, page 2104 à propos du droit au traitement de la Légion d'honneur prête à équivoque. Personnellement je suis titulaire de la Médaille militaire depuis le 24 septembre 1919, 6 citations, une blessure. En décembre 1929 on m'a octroyé la Légion d'honneur avec le motif : a été blessé et cité ; croyant avoir droit au traitement, j'ai réclamé le 1er juin 1931 et je viens de recevoir la réponse suivante : « En réponse à la présente lettre, le Grand Chancelier de la Légion d'honneur, fait connaître à M. le Docteur que n'ayant pas été cité ou blessé de guerre depuis la date à laquelle la Médaille militaire lui a été conférée, il ne peut de ce fait bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930, relatives à l'admission au traitement des légionnaires et médaillés militaires décorés au titre militaire réserve pour faits de guerre. »

Différents confrères ou autres médaillés sont dans les mêmes conditions et ont reçu la même réponse. Toute loi présente des moyens d'être tournée.

Dr B.

Réponse.

Nous ne pouvons que confirmer la réponse du grand Chancelier.

Il en serait de même, si, chevalier de la Légion d'honneur avec traitement (réserves), vous étiez ultérieurement promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, sans avoir été, à *nouveau*, cité ou blessé, vous conserveriez droit au seul traitement de chevalier.

Fiscalité

4191. — Patentes sur deux cabinets

J'ai deux cabinets, un à A. où j'habite (10.000 fr. loyer) et un à L. (cabinet médical seul : 3.000 fr. loyer).

Je travaille beaucoup à L., à A. très peu ; je paie 2.900 fr. de patente à L. et 7.300 fr. à A. Je trouve cette dernière abusive quoique normale.

Je vous demande :

1° Si avant le 1er janvier 1932 je préviens le contrôleur de A. que je n'y exerce plus et enlève ma plaque, aurais-je encore la même somme globale à payer à L. (7.300 + 2.900) si je continue à habiter A. ?

2° Si avant le 1er janvier 1932 je cesse d'habiter et d'exercer à A. et prends une chambre et vis à l'hôtel, quelle patente aurai-je à L. où je continuerai d'exercer ?

Dr L.

Réponse.

La patente étant encore, pour 1932, établie sur la valeur locative de l'habitation, vous ne bénéficierez d'aucune réduction sur votre patente de A... si vous conservez la totalité des locaux.

Si vous cessez d'avoir votre habitation de A... et n'y exercez plus, vous ne serez imposé qu'à L. sur les locaux professionnels et d'habitation que vous y possédez.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

4053. — Révision de la base de la patente

Ayant six enfants à ma charge et trouvant très élevée ma contribution des patentes, je viens vous demander si :

1° La valeur locative de mon immeuble peut être modifiée chaque année au gré du contrôleur.

2° Si cette valeur locative a été augmentée d'une façon générale il y a trois ans, car depuis cette date la mienne a subi une majoration.

Dr M.

Réponse.

Le contrôleur peut réviser chaque année la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente.

Si vous êtes propriétaire, cette valeur locative ne peut excéder le prix limite fixé par la loi sur les loyers, par rapport à la valeur locative de 1914.

A. M.

3420. — Impôts en cas de changement de domicile

J'ai payé pour 1931 ma patente et contribution personnelle mobilière à M., où j'exerçais et ce jusqu'au 1er juin 1931.

Par contrat enregistré j'ai cédé mon poste à partir du 1er juin 1931, et suis venu exercer à B.

1° Est-ce que j'ai une 2e patente et une 2e contribution personnelle à payer ici ?

2° Si je ne dois pas être imposé ici pour cette année, est-ce qu'il ne serait pas utile d'aller parler au contrôleur des contributions directes ?

3° Quelle sera la base de ma patente ? J'ai fait une location meublée (appartement) et je partage les locaux professionnels du Dr Z. qui me donne gracieusement chez lui sa salle d'attente et un bureau de consultation, différent du sien.

Dr X.

Réponse.

Vous ne serez pas imposé à la contribution mobilière dans votre nouvelle résidence, mais il est à présumer que le contrôleur vous inscrira au rôle de patente pour les 7 derniers mois de l'année ; dans ce cas, vous pourriez présenter une demande pour qu'il soit tenu compte de la patente payée dans votre ancienne résidence.

A. M.

4325. — Les réclamations doivent être renouvelées tous les ans

J'avais demandé il y a deux ans et l'année dernière, M. Martinot si, recevant un salaire déterminé de diverses compagnies (chemins de fer de l'Etat, Compagnie de tramways) et ayant des bénéfices relevant d'une profession non commerciale, je devais être taxé à la cédule traitements et salaires en vertu de l'art. 66 de la loi codifiée du 15 octobre 1925 (arrêté du 4 avril 1930) il avait fait réponse : oui. Ce n'est pas de cette façon que le fisc envisage ici la question. J'ai bien établi une demande sur papier timbré au Directeur des contributions directes, voici ce qui m'a été répondu fin mars 1931.

Et cette année encore, je suis passible de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux, pourquoi ?

J'ai poursuivi et j'ai porté le litige devant le Conseil de préfecture, je n'ai pas eu de réponse.

En lisant le *Concours* du 16 août, je vois page 2580 une demande identique à la mienne, qui émane d'un confrère des mines.

Croyez-vous qu'en renouvelant pour 1931, une demande, au directeur des contributions directes, sur papier timbré, je puisse obtenir satisfaction ?

J'ai déclaré pour les revenus de 1930 :

Traitements et salaires : 10.200 fr.

Bénéfices d'une profession non commerciale : 42.225 fr.

Je suis imposé au taux de 12 %, ce devrait être 10 % ?

Dr C.

Réponse.

Vous devez présenter une réclamation chaque année et après rejet par le Directeur, faire appel devant le Conseil de Préfecture.

C'est le seul moyen de préserver vos droits jusqu'à ce qu'une jurisprudence précise soit établie.

A. M.

4015. — Un médecin salarié n'est pas patentable

Je vais diriger — au point de vue médical — un centre de physiothérapie, dont je ne suis propriétaire, mais directeur technique salarié et intéressé aux affaires.

J'assurerai sous ma responsabilité personnelle et exclusive, l'application médicale des appareils. Le propriétaire paye la location et supporte toutes les charges matérielles (loyer, éclairage, chauffage, impôts, personnel, etc.).

Les recettes sont perçues par la caisse de l'établissement par le propriétaire. Il s'agit de traitements physiothérapiques seuls, les malades n'étant ni logés ni nourris.

Veuillez me dire quel est le régime fiscal qui doit régir cette affaire. En ce qui concerne le propriétaire et en ce qui me concerne.

Le propriétaire du centre de physiothérapie n'est pas médecin et je suis rémunéré par un fixe et un

pourcentage sur les traitements exécutés sous ma direction ou directement par moi.

Dr N.

Réponse.

En ce qui vous concerne personnellement, vous ne paraissez être passible que de l'impôt sur les traitements et salaires à raison des rémunérations qui vous seront allouées par le propriétaire de l'établissement, que ces rémunérations soient fixes ou proportionnelles.

Comme conséquence, et si vous n'avez pas de clientèle particulière en dehors de celle de l'établissement, vous ne serez pas imposable à la patente.

Le propriétaire de l'établissement n'étant pas lui-même médecin, sera redevable non seulement de la patente, mais aussi de la taxe sur le chiffre d'affaires sur l'ensemble des recettes et de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

A. M.

Baux et Locations

3783. — Point de départ de la majoration de 15 pour 100

Suivant une habitude locale je paie les termes de mon loyer le 1er avril et le 1er octobre de chaque année. Etant sous le régime de la prorogation et la loi sur les loyers disant qu'à partir du 1er juillet il y aura un pourcentage supplémentaire de 15 % à payer, devrais-je payer au terme octobre-avril prochain ce pourcentage pour les mois de juillet-août et septembre.

Ce supplément est-il dû ? Dans le bail que j'avais depuis 20 ans, il était dit que les termes seraient payables le 1er avril et le 1er octobre.

Dr R.

Réponse.

En vertu de l'art. 11 de la loi du 1er avril 1926, modifié par la loi du 20 juin 1929, les locataires en cours de prorogation ont à supporter à partir du 1er juillet 1931, la majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Si le loyer que vous avez payé en avril dernier s'applique à la période allant d'avil 1931 à octobre 1931, votre propriétaire aurait été en droit de vous réclamer la majoration dès le mois d'avril pour la partie du terme allant de juillet à octobre.

S'il en est bien ainsi, il aura toujours le droit de vous demander le paiement du complément au terme d'octobre.

Par contre, si le loyer s'appliquant à la période allant d'avril 1931 à octobre 1931 ne doit être payé qu'en octobre prochain, le propriétaire pourra vous réclamer la majoration depuis le 1er juillet en ajoutant simplement au loyer tel qu'il existait jusqu'au 1er juillet le montant de cette majoration.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1^re^ Zone 75 fr. — 2^e^ Zone 100 fr.

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DAVIAU, de Domont, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 348. — On rech. pers. voyag. déjà pour firme pharmac. et visitant doct., pour faire conn. home enfant et home jeunesse d'altit. Ecr. « Alpe Fleurie », à Morzine (Hte-Savoie). Pressé. Offre intér.

No 349. — Dame 45 a., bon. réf. dipl. scond., cherche emploi directr. chez doct. ou clin. Sait diriger établiss. S'ad. Mme Gay « Alpe Fleurie », à Morzine (Haute-Savoie).

No 350. — Paris (17e). A céder après décès client. oto-rhino-laryng. appartem. et installat.

No Dr Fournial à Mer (L.-et-C.) serait reconn. à confr. paris. qui voudrait céder une chambre pour son fils, étud. en médec., ou à défaut, indiquer fam. convenab. qui le recevrait.

No 352. — Bretagne. A 5 km. stat. baln. de 1er ordre, sup., client. méd. génér., avec clin. médico-chirurg. Belle mais., jardin, garage. Indemn. à débatt.

No 353. — A vend. art. stock métal laqué blanc : 1o table spéc. pliante, 3 plat. mob. ; 2o : escabeau 2 marches ; 3o : tabouret à vis ; le tout 185 fr. port dû. Dr Mauxion, 39, rue L. Desbrandes à Angoulême.

No 354. — A vend. 250 fr. neuf sphygmotensiophone « Waquez-Laubry » avec pléthysmo-sphygmo-oscillomètre.

No 355. — Directrice clin., très bon. référ., cherche place direction clinique, secrét. ou infirmière gouvernante pour soins malade et direct. intérieur.

N. 356. — Méd. électro-radiol. Paris demande manipulateur français au courant. Ecr. avec référ.

No 357. — Paris. Très beau quart., appartem. méd. lux., install. parf., 7 p. et plus. dépend., bail. Indemn. 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36.-46.

No 358. — Paris. Quart. bourgeois, cab. méd. génér. avec appartem. 4 p. cuis. Loyer 4.000. Présentat., indemn. 12.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 359. — Paris. Appart. prof., mais. mod. tout confort, avec install. radio excell. état. Loyer 8.000, bail. Indemn. pour appar. 25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). *Tél. Odéon 36.-46.*

Renseignements

Renova Home pour jeunesse délic. 18 km. mer, abri du vent. Pas de contag., cure soleil, entouré pins. Prix 700 par mois. Ecr. Renova à Grasse (A. M.)

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Il est indispensable de reminéraliser le tuberculeux sans altérer ses voies digestives. Utilisez donc les comprimés de **Prélase** à base de poudre de prêle, qui constitue le reminéralisant le plus simple, le plus complet et le moins irritant.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Enseignement de médecine coloniale.* — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, du 15 octobre au 3 novembre.

— **Nord Médical** (*Association amicale des médecins du Nord à Paris.* Reconnue d'utilité publique par décret du 28 janvier 1928). *Fondation, en souvenir du Docteur Quivy, en faveur d'un étudiant en médecine du Nord.* — Une bourse est attribuée chaque année à un étudiant en médecine de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Paris, 8e. Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

— **L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris est reconnue d'utilité publique.** — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, fondée en 1902, vient d'être reconnue d'utilité publique par décret présidentiel du 17 juillet 1931.

Tout le monde connaît les services rendus par l'Association de la rue Dante, par ses bibliothèques

et ses conférences très fréquentées par la jeunesse médicale. Parallèlement à son action professionnelle, l'Association corporative a toujours tenu à défendre vigoureusement les intérêts moraux des étudiants en médecine.

Rappelons quelques circonstances où l'A. C. est intervenue : en 1912, sa campagne en faveur de l'extension du stage hospitalier à tous les services hospitaliers ; en 1917, son intervention auprès du général Lyautey, ministre de la guerre, pour obtenir le décret du **21 janvier 1917**, qui permit la nomination de 1.200 médecins-auxiliaires étudiants comme aide-majors ; en 1921, sa collaboration avec le Parlement pour fixer le statut militaire actuel des étudiants en médecine, qui a fait de tous des gradés du Service de santé pendant leur service actif ; en 1922, sa campagne en faveur de la restauration des humanités à la base de toute culture médicale ; enfin, depuis 1929, son action tenace en faveur de la loi Armbruster.

De tels services légitiment la reconnaissance par l'Etat de cette œuvre très utile qu'est l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris.

— **Congrès de la tuberculose de Davos.** — Ce congrès, qui devait avoir lieu du 5 au 10 octobre, a été ajourné à l'an prochain, en raison des difficultés économiques générales actuelles.

— **II^e Congrès de chirurgie esthétique.** — Le II^e Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique s'est tenu les 2 et 3 octobre à l'Hôtel Chambon, sous la présidence du D^r Dartigues, président fondateur de la Société.

— **Le II^e Congrès international de pathologie com*parée*** se tiendra du 14 au 18 octobre 1931, à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence du Professeur Achard. Nous avons publié antérieurement le programme de ce Congrès.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — Une réunion de la ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 10 octobre 1931 : le matin, à la Salpêtrière (Service du D^r Crouzon) et, l'après-midi, à la Salle de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine.

Pour tous renseignements concernant la Ligue s'adresser au Secrétariat-Trésorerie, 51, rue Bonaparte, à Paris.

— **A propos du prochain concours de l'assistance médicale de l'Indochine.** — La revue mensuelle *Le Jeune Médecin*, dans l'espoir d'attirer nos jeunes confrères vers les carrières coloniales, et particulièrement vers celles qu'offre notre Indochine, organise un concours doté de 3.000 fr. de prix.

On nous demande de rappeler aux concurrents qu'ils trouveront tous les renseignements concernant ce concours aux secrétariats des Facultés et Ecoles de médecine, dans les librairies et dans les associations d'étudiants.

Les réponses devront être adressées au *Jeune Médecin*, Service du Concours, 71, rue de Rennes, Paris-6^e.

Les dernières qui seront admises devront porter le cachet de la poste à la date du 14 octobre.

— **Hôpitaux d'Orléans.** — Un concours pour une place de médecin phtisiologue adjoint de l'hôpital d'Orléans aura lieu le 26 octobre à l'Ecole de médecine de Tours. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 octobre à la direction des hospices d'Orléans.

— **Nécrologie.** — On annonce la mort, survenue le 26 août 1931, du Dr Charles C. Brace, président de la *Denver chemical Manufacturing Company* (*Antiphlogistine*).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri Baqué, avocat à la cour de Paris, décédé le 17 septembre 1931 dans sa 29e année, fils du docteur Jean Baqué (de la Caule-Saint-Beuve, Seine-Inférieure) et de Madame, et frère du docteur Georges Baqué (d'Antony), auxquels nous exprimons nos plus sincères condoléances.

— **La cure sanatoriale à Briançon.** — A la fin du mois d'octobre 1931, s'ouvrira, à Briançon, dans une situation splendide, à 1.350 m. d'altitude, un nouveau sanatorium pour dames et jeunes filles : *Le Grand Hôtel des Neiges*.

Ce sanatorium construit et installé de la façon la plus moderne sera placé sous la direction du Dr Pin et de Madame la doctoresse Sentis-Pin, assistés d'un comité consultatif placé sous la présidence de M. le Professeur Emile Sergent, et comprenant les Docteurs Mignot et François Le Sourd. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente cette création dans la haute vallée de la Durance qui jouit d'un climat absolument privilégié.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Dr Pin, à Briançon (Hautes-Alpes).

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 *septembre.*

Assurances sociales.

Décret du 21 *septembre* 1931 *fixant les dispositions applicables aux assurés classés comme non agricoles qui effectuent des travaux agricoles pour la détermination du droit aux prestations de la loi du* 30 *avril* 1930.

Décret du 22 *septembre* 1931 *modifiant et complétant, en application des lois sur les assurances sociales, le décret du* 25 *juillet* 1930 *portant règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du* 30 *avril* 1930.

Décret du 27 *août* 1931 *portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du* 28 *juillet* 1931 *simplifiant la perception des cotisations des*

assurances sociales en ce qui concerne les modes particuliers de libération des contributions.

Ces décrets seront publiés dans le Supplément documentaire d'octobre.

25 SEPTEMBRE

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

26 SEPTEMBRE

Service de santé de la Marine militaire.

Avis relatif aux concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes.

Les concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, annoncés au *Journal officiel* du 9 mai 1931, auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-après :

A. *Concours de Médecine.* — Le jeudi 5 novembre 1931 : 1° Médecine générale ; 2° Bactériologie et anatomo-pathologie ; 3° Médecine légale et neuro-psychiatrie ; 4° Dermato-vénéréologie ; 5° Electroradiologie et physiothérapie.

B. *Concours de chirurgie.* — Le jeudi 12 novembre 1931 : 1° Chirurgie générale ; 2° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie ; 3° Stomatologie.

29 SEPTEMBRE

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Intérieur, MM. les Docteurs Belletrud, conseiller général des Alpes-Maritimes et Brémont, conseiller général du Cantal.

Assurances sociales.

M. Gaston Roussel, directeur au Ministère du Travail, est délégué dans les fonctions de directeur général des assurances sociales, de la prévoyance et de la mutualité.

Service de santé militaire.

Par décret du 26 septembre 1931, sont nom-

més dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de méd. sous-lieut. — Les médec. auxil. titul. du brevet de prép. milit. supér. ci-après désignés (rang du 15 sept. 1931) : Bardin, Cadet Gorse, Lachaud, Levy-Klotz, Milhaud, Moline, Simonnet, de la 22e section d'inf. milit., aff rég. Paris ; Totin, 1re sect. inf. milit., aff. 2e rég. ; Audige, Letrésor, 3e sect. , aff. 3e rég. ; Bézier, Varangot, 4e sect., aff. 4e rég. ; Leveiller, L'Huillier, Poulin, Couette, Delamare, 6e sect., aff. 6e rég. ; Jocquel, 7e sect. aff. 7e rég. ; Roy, 8e sect., aff. 8e rég. ; Aaron, Bernard-Lapommeraye, Landry, Lieffring, 9e sect., aff., 9e rég. ; Barre, Desvaux, Esnoux, Laurent, 10e sect., aff. 10e rég.

Picaud, 11e sect., aff. 11e rég. ; Defaut, Dumery, Durieux, Labarre, Sicot, Sirieix, 12e sect., aff. 12e rég. ; Defouilloux, 13e sect, aff. 13e rég. ; Comte, 14e sect. aff. 14e rég. ; Berre, Dumon, Laplane, Llucia, Moulin, 15e section inf., aff. 15e rég. ; Barrère, Calais, Carratier, Fau, Fourcade, Ponsaille, Raynard, Reymond, 16e sect., aff. 16e rég. (*à suivre*).

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public départemental de Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. L'intéressé bénéficiera, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Il ne peut faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur du sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 octobre 1931, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Le candidat qui sera désigné devra, préalablement à sa nomination, être reconnu physiquement apte à exercer les fonctions de médecin directeur.

VIII[e] GRAND VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL, SUR LA COTE D'AZUR

(Voyage Bleu)

Le VIII[e] Grand voyage de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, sera présidé par M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et dirigé par MM. les Professeurs Laignel-Lavastine (histoire et pathologie générales) et Duhot (climatologie et hydrologie), des Facultés de Paris et de Lille.

Le parcours entier s'étendra de Marseille à San-Remo (26 décembre-9 janvier). Les adhérents qui ne disposeront pas d'un temps assez long, pourront se faire inscrire pour une partie seulement.

Première partie : Réception inaugurale à la Faculté de Marseille, le 27 décembre. Promenade en mer — Visite d'Aix, capitale de la Provence, l'ancienne Aquæ Sextiæ, métropole hydro-minérale de la Province romaine. — Après avoir vu Toulon et son port de guerre, on parcourra les stations climatiques et hélio-marines de Hyères, Gien, San-Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Cannes, Le Cannet, Grasse, Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, et Antibes. — Cette première partie se terminera à Nice, le 4 janvier, après une excursion dans les Alpes (sports d'hiver).

Deuxième partie. : Réception inaugurale, au Palais de la Méditerranée à Nice, le 1[er] janvier. — Excursion dans les Alpes. — Puis on verra le Mont-Boron, Cimiez, l'Observatoire, la Grande-Corniche, le monument d'Auguste à La Turbie, le château de Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, le château de Grimaldi (laboratoire et élevage du D[r] Voronoff), Bordighera, San-Remo, Ospedaletti, Monaco, le Palais des Princes, le Muséum océanographique, les Jardins tropicaux, Monte-Carlo, Eze, Beaulieu, le Cap-Ferrat, Villefranche. — On reviendra ensuite à Nice, où la dissociation terminale aura lieu le 9 janvier.

Une excursion en Corse sera organisée à la suite de chacune des deux parties, pour les voyageurs qui en feront la demande.

On séjournera dans les villes principales, le temps nécessaire pour connaître tous les aspects de la vie d'hiver sur la Côte d'Azur. Les parcours, choisis parmi les plus beaux, seront tous effectués en autocars ou en trains spéciaux (1[re] classe). Les séjours seront assurés dans les plus beaux hôtels et palais de la région. De luxueuses réceptions seront présidées par les autorités françaises, italiennes et monégasques. Des démonstrations scientifiques seront faites partout où elles seront utiles (histoire, préhistoire, géographie, botanique, météorologie, médecine et chirurgie). Toutes les richesses thérapeutiques de la Côte d'Azur et de la zone intérieure seront présentées et expliquées par les personnalités les plus compétentes, afin que le voyage soit aussi instructif qu'agréable.

Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français et italiens, en 1re et 2e classes. Des arrêts seront autorisés pendant la traversée de l'Italie, ainsi qu'à Paris, Lyon, Avignon et Arles.

Le nombre des places étant limité par la nécessité de conserver à ce beau voyage, l'ordre, la tenue, le confort et l'agrément qui justifient sa renommée, les médecins et leurs familles qui désirent y prendre part sont priés d'écrire, le plus tôt possible, à la Société médicale du littoral méditerranéen, 24, rue Verdi, à Nice.

Médecin spécialiste. Cabinets multiples

Un de nos lecteurs nous demande s'il peut, sans violer les règles de la déontologie, venir une ou deux fois par semaine, dans deux localités, autres que la ville où il réside habituellement.

Jusqu'ici, il est appelé par les confrères de la région ; mais, étant donné que sa clientèle augmente, il lui serait plus commode de venir ainsi, à jours fixes, dans un cabinet qu'il louerait, alors qu'aucun spécialiste n'exerce dans la région.

La déontologie est constituée principalement d'habitudes locales : c'est un droit coutumier et non un droit écrit. C'est pourquoi il est très difficile de codifier cette déontologie et en faire une règle professionnelle, applicable à toute la France.

Ici, il est défendu d'exercer dans des cabinets multiples : le praticien ne doit avoir qu'une seule résidence professionnelle.

Là, il peut avoir plusieurs cabinets, dans des villes différentes, soit même dans la même localité.

Ailleurs, les tournées à jours fixes sont autorisées, le médecin relevant des boites aux lettres, dans lesquelles il trouve les adresses des clients locaux à visiter ; ou trouvant chez un commerçant de la localité, son correspondant, les noms et adresses des personnes à visiter.

Au contraire, d'autres syndicats médicaux interdisent ces pratiques et ne les tolèrent pas.

C'est donc dire que ce qui est vérité ici peut être erreur plus loin.

Dans ces conditions, j'estime qu'il faut faire une différence entre les praticiens, selon les services qu'ils peuvent rendre à la population.

S'agit-il d'un omni-praticien ? Il doit éviter de porter tort à ses confrères voisins, en essayant, par tous moyens, notamment par cabinets fixes, de drainer, à son profit, la clientèle des autres praticiens environnants.

Mais s'agit-il d'un spécialiste ? S'il est seul dans la région, il doit se prêter à toutes combinai-

sons, qui peuvent rendre des services à la clientèle.

Ainsi, serait antidéontologique le fait, pour un chirurgien, de venir consulter et opérer à dates fixes, dans une localité, où exerce déjà un chirurgien spécialisé.

Au contraire, je ne crois pas répréhensible la venue à jours fixes d'un chirurgien, dans une ville dépourvue de spécialiste semblable.

Mais tout ceci doit se passer en accord complet avec les confrères. Si le syndicat médical de la résidence momentanée du spécialiste n'y voit aucun inconvénient, ce confrère peut parfaitement arrêter un local, où il donnera ses consultations et examinera les clients, qui souvent lui seront adressés par les confrères eux-mêmes, exerçant la médecine générale.

Il n'a aucune formalité administrative à remplir, puisque son diplôme a été déposé à la préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile.

Il n'a que des devoirs de correction à observer vis-à-vis du corps médical et, pour cela, il n'a qu'à s'entendre avec le syndicat médical local, non pas du lieu de son domicile, mais de la localité, où il va installer un nouveau cabinet à jours fixes.

Cette situation sera inchangée, tant qu'un autre spécialiste de la même spécialité ne viendra pas s'installer dans la localité de résidence hebdomadaire. Mais, dans ce cas, il faut qu'il s'agisse d'une installation complète d'un confrère, élisant domicile dans la localité que visite déjà le spécialiste plus ancien.

Cependant, si un autre spécialiste, habitant une autre localité, imitait le premier confrère et établissait lui aussi une simple résidence hebdomadaire dans la dite localité, le premier spécialiste n'aurait qu'à continuer ses habitudes, cherchant simplement à vivre en bonne déontologie avec son concurrent.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Questions diverses

4777. — Un médecin peut-il lancer une spécialité pharmaceutique ?

Je désirerais lancer une spécialité pharmaceutique; quelles sont les formalités à remplir en la circonstance ?

Dr D.

Réponse.

Qu'entendez-vous par : Lancer une spécialité pharmaceutique ? Dois-je comprendre que vous avez conçu une formule d'un remède magistral,

dont vous désirez faire une spécialité que vous exploiterez ensuite commercialement ?

Si c'est ainsi que votre question doit être envisagée, voici ma réponse :

Vous n'avez pas le droit d'exploiter vous-même une spécialité pharmaceutique. Vous commettriez le délit d'exercice illégal de la pharmacie. Seul, un pharmacien diplômé est légalement qualifié pour le faire.

Mais vous pouvez être propriétaire de la *marque* et en confier l'exploitation commerciale à un pharmacien.

Pour vous assurer cette propriété et garantir vos droits, vous devrez déposer au greffe du tribunal de commerce de votre ressort, ladite marque.

La marque, c'est le nom donné à la spécialité.

Cela peut être, aussi, en outre du nom, un signe distinctif.

La formule enfin doit être jointe au dépôt ainsi effectué.

Un exemplaire ou un fac-similé de la marque, et de l'étiquette, du signe distinctif figureront à votre dossier.

Le greffier du Tribunal de commerce vous donnera les indications nécessaires pour les formalités du dépôt et l'acquittement des droits. Un pareil dépôt est valable pour dix ans. Il doit être renouvelé à l'expiration de la période de dix années.

Voilà donc votre dépôt effectué. Vous êtes ainsi propriétaire légitime du nom, de la marque.

Comment pouvez-vous en tirer parti ? Je vous préviens qu'une association avec un pharmacien est parfaitement illicite, et constitue en outre le délit d'exercice illégal de la pharmacie (complicité).

Vous pouvez dès lors *vendre* votre marque à un pharmacien.

Vous pouvez aussi lui en confier l'exploitation *à ses risques et périls* en stipulant que chaque unité vendue devra être revêtue d'une vignette, d'un timbre mobile, que vous lui vendrez à un prix défini : ce sera votre participation. Ce n'est peut-être pas strictement régulier. Mais c'est ce qu'on a trouvé encore de plus pratique et de moins répréhensible pour assurer à l'inventeur les avantages matériels de son invention.

Il faudra, pour le lancement de cette spécialité, établir un plan de publicité dont les bases essentielles sont l'emploi judicieux des journaux médicaux ; l'échantillonnage répété des médecins ; leur éducation relative à ce produit, par tracts, brochures, etc., ou par visite à domicile d'un représentant.

Dans vos accords avec l'exploitant, il y aura lieu de prévoir le sort des échantillons gratuits, qui ne devront pas comporter de vignette (ou de timbre) puisque le pharmacien n'en tirera aucun

Voir la suite page LV-3107

PROPOS DU JOUR

La campagne contre le bruit. La psychologie du « bruiteur »

Nous vivons sous le règne d'un tyran, le bruit. Le bruit est devenu dans tout centre de quelque importance, et même à la campagne le long des routes fréquentées, un véritable fléau.

Que dirait donc Boileau qui, en 1660, dans sa sixième satire, se plaignait déjà amèrement des bruits de Paris :

Qui frappe l'air, bon Dieu ! de ces lugubres cris ?
Est-ce donc pour veiller qu'on se couche à Paris ?

Et qui constatait, il y a près de trois siècles, que :

Ce n'est qu'à prix d'argent qu'on dort en cette ville,
Il faudrait dans l'enclos d'un vaste logement
Avoir loin de la rue un autre appartement.

Même en se mettant dans ces conditions exceptionnelles, que ne peuvent s'offrir que les multimillionnaires, les citadins sont victimes du bruit.

Le bruit les assiège de tous côtés. Dans la maison, c'est le voisin agité qui se promène toute la nuit, et scande de coups de talon sur le plancher sans tapis les impatiences de son insomnie, qu'il paraît tenir à faire partager aux autres ; ce sont les enfants, qui hurlent ou jouent à des jeux bruyants sur notre tête ; c'est la ménagère qui, de grand matin, roule les lits et les meubles ou cire le parquet avec frénésie ; c'est la demoiselle d'à côté qui prépare le Conservatoire et nous assomme littéralement pendant des heures des gammes chromatiques de son piano ou des grincements de son violon, inlassablement répétés. Et comme l'être humain, si frénétique fût-il, finit par se fatiguer et nous donner, à nous patients, quelque répit, le Dieu du Bruit pour nous torturer, fait appel à la science : le phonographe infatigable et la T.S.F. nous assourdissent mécaniquement et d'une abominable cacophonie quand plusieurs appareils, reproduisant des airs ou des discours différents, fonctionnent simultanément. Ajoutons les bruits de la rue, les coups de trompe des autos, les cris de klaxons, le sifflement lugubre des sirènes, le tintement des cloches, l'éclatement des pneus, les pétarades des moteurs et le roulement des camions sur les pavés qui ébranlent les maisons. Ces derniers bruits, devenus continus, finissent par passer inaperçus pendant le jour du fait de l'accoutumance ; mais, quand dans la nuit, ils se manifestent brusquement, au milieu du silence qui nous promettait quelque repos, quelle torture pour le système nerveux des gens trop sensibles ou médiocrement équilibrés ! C'est, sans doute, sous l'émotion de ces tapages nocturnes, singulièrement centuplés aujourd'hui, que Victor Hugo, inspiré, écrivit *Les Djinns* :

La rumeur approche,
L'écho la redit.
C'est comme la cloche
D'un couvent maudit,
Comme un bruit de foule
Qui tonne et qui roule
Et tantôt s'écroule,
Et tantôt grandit.

Les Djinns, à notre époque, sont les maîtres de Paris la nuit. Nous passons encore sous silence les chants des braillards noctambules, plus ou moins avinés, qui, croyant se rendre intéressants, hurlent, sous nos fenêtres de leurs voix éraillées, la scie du jour ou des couplets obcènes.

Dans un article fort intéressant, paru dans le *Mercure de France* du 1er septembre 1931, intitulé *Le bruit et les bruiteurs*, un psychiatre distingué, le Dr Henry Lemesle, qui dirige à Loches, l'Institut Liébeault, a étudié avec méthode ce problème qui finira par devenir angoissant si l'on n'y met ordre.

Certes nous reconnaissons avec lui, qu'il est des bruits industriels que nous devons supporter, car ils sont la rançon du progrès de notre « civilisation mécanicienne », telle que la qualifie si bien Duhamel. Ces bruits finissent par nous gêner très peu, car leur rythme uniforme crée facilement l'accoutumance, mais à côté de ces bruits nécessaires, il y a des bruits superflus, des bruits vexatoires tels que ceux que nous avons énumérés plus haut, ceux dus le plus souvent à la fantaisie d'autrui et qu'il importe de combattre, car ils finissent par constituer un danger public dont nous ignorons encore toute l'importance.

Comme le fait remarquer le Dr Lemesle, notre système nerveux central, notre cerveau, est une sorte de palimpseste, «où toutes les sensations s'impriment, se gravent, *en se recouvrant sans se détruire*». Or, les bruits violents et insolites produisent des chocs, de véritables traumas, excitations répétées, en apparence inoffensives, mais qui s'associant en « additions latentes », arrivent un jour à produire des réactions plus graves qu'une seule excitation très forte. Combien de troubles nerveux et mentaux, dont l'étiologie paraît mystérieuse, doivent résulter du bruit ?

Qui oserait prétendre que le bruit, qui ébranle notre système nerveux, n'aura pas une influence déplorable sur les générations futures, issues des victimes du bruit, conçues et élevées dans le vacarme ? Ce sont des problèmes que pose le Dr Lemesle et qu'on parviendra bien un jour à résoudre.

Le Dr Henry Lemesle ne se borne pas à signaler les méfaits du bruit, il étudie la psychologie de ses auteurs, de ces sortes de maniaques du bruit qu'il désigne du nom de « *bruiteurs* ». Pourquoi tant de gens suivent-ils la devise méridionale *Fen dé brut*, qui a contaminé le Nord et sans doute, le monde entier ? Pourquoi tant d'individus s'exténuent-ils à «bruiter» pour rien et sans savoir pourquoi ? C'est la question que se pose le Dr H. Lemesle, et à laquelle il répond en exposant la psychologie du bruiteur qui explique sa manie, sans toutefois la justifier. « Le système mental de chacun de nous n'est qu'une masse de prédispositions à réagir, d'une certaine manière à certains contacts du milieu. »

Selon notre intelligence, nos aptitudes, notre éducation, notre culture, les réactions que provoquent les impressions, les sensations, les émotions, seront délicates ou grossières. Ces réactions deviennent un besoin, elles sont surtout provoquées par deux excitants qui rendent active la vie de l'esprit : la lumière et le son. Instinctivement le « bruiteur » a recours au son, qui par une excitation suffisante « lui apporte le quantum de tonus nécessaire à constituer, à constater, à épanouir sa personne».

Le bruiteur est un primitif, un simple ; il recherche dans les foires, par exemple, la lumière éblouissante des baraques et des cirques et s'épanouit et s'égaye au bruit infernal et discordant des sirènes, des orchestres mécaniques et des orgues de barbarie. Quand le bruit ne se produit pas hors de lui, il le provoque. Tels les sauvages, qui jouent du tam-tam la nuit pour chasser le mauvais esprit ; tel l'individu de mentalité primitive qui, voyageant la nuit, chante à tue-tête pour se donner courage.

L'intellectuel, le philosophe n'a pas besoin de ces excitations grossières pour prendre conscience de son existence et de sa personnalité. Il est silencieux, réfléchi ; il trouve sa satisfaction dans la lecture, la méditation, le travail. Tous les degrés se rencontrent entre le philosophe discret et silencieux et le bruiteur primitif et loquace. Dans le monde politique, nous trouvons le grand orateur à qui s'applique la phrase célèbre : « Il pense et la parole suit » et le tribun avantageux et bavard, tel le Numa Roumestan d'A. Daudet, chez qui c'est la parole qui éveille la pensée. Ce sont des sortes de « bruiteurs » que ces gens qui, au cours d'une conversation, coupent constamment aux autres la parole, ou qui, atteints d'une véritable écholalie, répètent mécaniquement la phrase qu'ils viennent d'entendre.

Le Dr Lemesle rapporte le curieux exemple d'un tonnelier angevin, devenu sergent vaguemestre durant la guerre, qui ne pouvait exécuter l'acte le plus simple sans en avertir son entourage. Mettait-il son képi sur sa tête, il disait : Je mets mon képi ; s'asseyait-il : Je m'assieds ; se mouchait-il : Je me mouche. Cet homme était un bruiteur anodin et en quelque sorte amusant. Il n'en est malheureusement pas ainsi de tous.

Non seulement le bruiteur est un simple, un primitif, c'est encore un anxieux. Il a besoin de bruit pour se sentir vivre, pour échapper à l'angoisse puérile que lui cause le silence mystérieux. Enfin le plus souvent, le bruiteur est un débile mental ; il est au-dessous du médiocre. Le sauvage a l'excuse d'être un sauvage, d'être parfois exposé à des dangers qui ne sont pas tous imaginaires ; « le bruiteur, lui, n'est qu'un pauvre d'esprit et un vaniteux, esclave de sa naïve impulsion ».

Aussi M. Lemesle, en aliéniste indulgent, proclame-t-il en matière de conclusion :

Guerre au bruit ! Pitié pour les bruiteurs ! Mais cette pitié ne va pas jusqu'à l'extrême indulgence et il approuve la campagne contre le bruit qu'a entreprise M. Léon Auscher, vice-président du Touring-Club de France, et qu'à grand renfort d'arrêtés, d'affiches mènent avec efficacité les administrations, la police, les maires, les syndicats de l'hôtellerie et du tourisme.

L'article 479 du Code pénal punit comme un délit les bruits nocturnes et injurieux. Les bruits industriels et professionnels qui peuvent trou-

bler la tranquillité publique sont aussi punissables, s'ils se produisent en dehors des heures de travail fixées par des arrêtés municipaux. Mais cette législation, trop ancienne, est périmée ; elle date d'une époque où le bruit pouvait être incommode mais non pas dangereux. Il conviendrait de la remanier.

En tous cas, le Corps médical, à l'exemple du Dr Henry Lemesle, a le devoir, dans l'intérêt de la santé publique et du repos nécessaire aux malades, de prendre part à la Croisade prêchée contre le bruit et les « bruiteurs ».

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RÈGLES DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON NORMAL

La quantité de lait qui doit constituer la ration journalière du nourrisson est fonction de facteurs si divers qu'il est impossible de donner une loi permettant d'en fixer une évaluation journalière exacte répondant à ses besoins physiologiques.

Du moins, l'importance de la ration quotidienne n'échappe à personne et beaucoup d'auteurs ont cherché à la déterminer dans le but de soustraire le nourrisson aux troubles si nombreux et bien connus qui résultent d'une alimentation mal dirigée, qu'il s'agisse de sous-alimentation ou de suralimentation.

Nous avons ici pour objet de passer une revue rapide des différentes règles qui ont été proposées, nous bornant d'ailleurs au cas d'un nouveau-né normal placé dans les conditions idéales d'allaitement naturel, la composition du lait maternel étant elle-même normale.

En ce qui nous concerne, peut être considéré comme normal, le nouveau-né dont le poids et la taille répondent à la moyenne de ces deux grandeurs chez les sujets nés à terme — et mieux peut-être — chez lequel le rapport du poids à la taille a une valeur voisine de 70, étant entendu qu'il ne s'agit là que de données très approximatives, puisque par exemple, tel nouveau-né normal peut peser 4.500 gr. et mesurer 55 cm. : rapport 82, alors que pour tel autre, on note 2.500 gr. et 45 cm. : rapport 55. Les enfants trop légers, 2.000 gr. et même 1.600 gr., 1.500 gr., bien que mesurant 40, 45 cm. doivent être considérés comme nés avant terme.

Nous examinerons successivement les principales règles qui ont été proposées et donnerons deux règles inédites, l'une d'elles tient compte des conditions initiales de poids et de taille et fait intervenir un « indice de croissance » assurant la liaison entre l'alimentation normale et la croissance d'un nourrisson donné.

***

Citons pour mémoire les études sur la capacité stomacale du nourrisson à ses divers âges et qui ont servi de point de départ à l'étude de la ration alimentaire.

La capacité gastrique a pu être déterminée avec une certaine exactitude :

à la naissance	35	à	50	cc.
1 mois	60	à	75	cc.
3 mois	100	à	110	cc.
5 mois	130	à	200	cc.
12 mois	200	à	300	cc.

(Marfan et Borie).

Mais le chimisme gastrique variable en particulier avec l'âge du nourrisson ne pouvant être exclu d'une règle de l'alimentation, on n'a rien pu déduire de la capacité stomacale qui puisse représenter une ration nécessaire et suffisante.

Dans un autre ordre d'idées, Maurel, Michel et Perret, estiment, avec raison d'ailleurs, que la ration journalière est la somme d'une « ration d'entretien » et d'une « ration d'accroissement ». Leurs études, extrêmement instructives portent, sur la détermination en calories et l'équivalence en lait de ces deux rations.

Les rations totales ainsi déterminées sont assez différentes, les nombres de Michel et Perret paraissent trop forts alors que ceux de Maurel sont certainement trop faibles.

Andérodias et Cruchet proposent après épreuves, des valeurs intermédiaires qui se résument dans une règle très simple : au dixième jour, la ration quotidienne est égale à 500 gr., jusqu'au sixième mois, il faut y ajouter, 50 grammes chaque mois et au delà de 6 mois ajouter seulement 25 gr. chaque mois.

***

Andérodias et Cruchet acceptent pour les dix premiers jours les doses indiquées par Perret à la suite de ses observations d'enfants « nés à terme qui n'avaient présenté aucun trouble digestif et dont la courbe de poids était belle et régulièrement ascendante. »

Pour lui, la quantité de lait entrant dans la ration quotidienne doit donc être basée sur le poids plus que sur l'âge, ses nombres sont les suivants :

1er jour	rien ou presque rien.
2e jour	160 gr.
3e jour	285 gr.
4e jour	360 gr.
5e jour	430 gr.
6e jour	470 gr.
7e jour	490 gr.
8e jour	500 gr.
9e jour	515 gr.
10e jour	540 gr.

Aucune loi n'en résulte.

On a indiqué diverses règles donnant la ration alimentaire en se basant sur le poids.

Si on se reporte à un tableau des moyennes de poids, on peut constater que d'une façon globale, la ration journalière est le plus généralement voisine de 1 /7e du poids, formule simplifiée, bien entendu des plus approximative, susceptible d'être corrigée le plus souvent par le praticien en présence d'un cas déterminé.

Citons seulement la règle générale proposée par Lesné (1). La ration alimentaire évaluée à 10 % du poids est insuffisante, pour les trois premiers mois, elle est de 18 %, pour les trois mois suivants de 15 % et pour les mois ultérieurs de 12 % du poids sans jamais dépasser un litre de lait convenablement coupé d'eau bouillie.

***

Variot et Lassablière ne tiennent compte que de la taille du nourrisson.

A partir du deuxième mois, la quantité de lait journalière est « autant de fois 14 grammes que la taille comprend de centimètres ».

Peser un nourrisson est beaucoup plus aisé que de le toiser cela n'est pas malgré tout, une difficulté et cette méthode d'évaluation de la ration journalière permet de tenir compte de ce fait qu'il est réquent de rencontrer des nourissons qui prennent de la taille sans augmenter de poids. Cependant, on ne saurait admettre que deux enfants de même taille, mais de poids et peut être d'âges différents, demandent mêmes rations d'entretien et surtout d'accroissement.

Chercher à établir la ration alimentaire en se préoccupant du poids seul, de la taille seule ne paraît pas devoir donner de meilleurs résultats que si l'on se borne à la seule considération de l'âge.

Somme toute, c'est l'âge qui introduit les variations de poids et de taille du sujet normal et par conséquent semble devoir figurer dans la loi d'établissement de la ration alimentaire journalière.

De fait, certains pédiatres ont établi des règles — qui ne sont d'ailleurs que des moyens mnémotechniques — basées sur l'âge.

A. Ball (1) propose les chiffres suivants :

Age	Ration journalière.	Age	Ration journalière.
1er jour	0	du 7e au 30e j.	640 gr.
2e jour	160 gr.	2e mois.	720 gr.
3e jour	240 gr.	3e mois.	800 gr.
4e jour	320 gr.	4e mois.	880 gr.
5e jour	400 gr.	5e mois.	960 gr.
6e jour	560 gr.	6e au 7e mois.	1.000 gr. (maximum).
7e jour			

ce qui peut se traduire en formule.

En supposant que la ration alimentaire au 1er jour, soit de 80 grammes ; au 2e, 3e, 4e..... 7e jours, elle est un multiple, 2, 3, 4... 7 de 80, elle demeure le multiple 8 de 80 du 8e au 30e jours, les multiples 9, 10, 11, 12 pendant les 2e, 3e, 4e, 5e mois de ce même nombre 80.

Pour Gavery (2), la ration alimentaire serait la suivante :

Dans la première semaine, autant de fois 60 grammes que l'enfant à de jours ; dans le premier mois, autant de fois 60 grammes que l'enfant a de semaines augmenté d'une quantité

(1) Lesné. — La sous-alimentation chez le nourrisson. (*J. de diététique*, n° 6, 1928.)

(1) A. Ball. — L'enfant et son médecin. A. Maloine, Paris.

(2) Gavery. — La ration alimentaire du nourrisson normal selon son âge. (*L'Etoile médicale*, n° 1, janvier 1931.)

constante 400 grammes ; dans les mois suivants autant de fois 60 grammes que l'enfant a de mois augmenté de la quantité constante 600 grammes.

***

Nous en arrivons à une méthode — à notre avis beaucoup plus rationnelle — qui tient compte de la surface du corps humain.

La ration quotidienne normale serait de 25 grammes par dm^2.

Cependant la mesure de cette surface n'est pas, on le sait sans difficulté, et si cette méthode nous retiendra quelque peu c'est parce qu'elle permet d'évaluer la ration alimentaire en tenant compte de grandeurs anthropométriques indiscutablement importantes ayant quelques points de contact avec le métabolisme basal.

Rappelons brièvement qu'il existe des procédés expérimentaux : Bouchard procède par sommation des aires d'un réseau de surfaces planes simples obtenues en traçant sur la peau une série de lignes droites.

Bergonié et Sigalas enveloppent le corps de bandes de sparadrap dont ils mesurent la surface.

Bordier la détermine assez rapidement en utilisant son intégrateur de surfaces.

Puis ce sont des formules parmi lesquelles, celles de Meeh, Lissauer, Lassablière sont les plus simples.

Elles sont basées sur ce principe que les surfaces s, s', les volumes correspondants v,v' de deux solides semblables sont proportionnels aux carrés et aux cubes de deux dimensions homologues l et l', c'est-à-dire que les carrés des volumes sont proportionnels aux cubes des surfaces ou encore que les surfaces de solides semblables sont porportionnelles à la puissance 2/3 de leurs volumes, d'où :

$$s = v^{2/3} \times \text{certain facteur de proportionnalité.}$$

Si l'on admet que la densité moyenne des sujets normaux est invariable, les poids sont eux-mêmes proportionnels aux volumes, de telle sorte que si p est le poids du corps de volume v, on pourra écrire :

$$s = p^{2/3} \times k$$

k étant un facteur de proportionnalité valable pour tous les sujets.

Telle est la formule donnée par Meeh, pour qui la valeur de k est voisine de 10. Nous avons tenu à l'établir ici pour mettre en évidence les diverses critiques dont elle peut être l'objet.

Il est toutefois intéressant de noter que cette relation peut être transformée.

Reprenant un raisonnement identique au précédent, la puissance 1/3 d'un poids est proportionnelle à une longueur l (taille par exemple), de telle façon que l'on peut écrire :

$$s = l \times p^{1/3} \times a$$

formule se présentant plus simplement que la précédente dans laquelle a, une est constante voisine de 3.

A notre connaissance, cette remarque n'avait pas été faite jusqu'ici.

La difficulté du calcul des est d'ailleurs de toute façon inexistante, un abaque est aisé à construire, nous en avons donné le principe, il y a quelques années (1).

***

Nous venons d'introduire les deux facteurs poids et taille, il est préférable qu'ils se présentent sous la forme déjà étudiée par Bouchard. Pour lui, la valeur du quotient du poids par la taille p/l, qu'il appelle, « segment anthropométrique » est en relation directe avec l'état d'obésité, de maigreur ou de marasme d'un sujet.

La formule de Meeh pourrait être transformée de façon analogue à celle de tout à l'heure, ce ne serait qu'une variante dans laquelle les mêmes difficultés subsisteraient, la loi obtenue ne serait encore que très approximative.

Si on se reporte à plusieurs tableaux des moyennes des poids et des tailles aux divers âges, établis par des auteurs différents et que l'on calcule le segment anthropométrique correspondant, on trouve des nombres assez divers, mais on note que le rapport p_0/l_0 a une valeur nettement croissante jusque vers 7 mois (mis à part les premiers jours après la naissance), époque vers laquelle l'alimentation lactée exclusive doit être le plus généralement complétée par des bouillies si le poids demeure stationnaire.

Nous avons montré (2) que dans les neuf premiers mois, il existait un « indice de croissance » r relié au segment anthropométrique p_0/l_0 à la naissance et à p/l à t mois par une relation exponentielle que pour simplifier nous supposerons développée en série et ne conserverons que les deux premiers termes :

$$\frac{p}{l} = \frac{p_0}{l_0} \times (1 + r \times t)$$

r est une constante physiologique pour un nourrisson donné, dont la valeur est déterminée dès les premiers jours après sa naissance.

Or, voici les résultats tirés de tableaux de moyennes de tailles et de poids, de diverses sources, contenant les valeurs de p/l et leur produit par 9.

(1) LAMBOLEZ. — La nomographie en pratique médicale. (*Concours médical*, n° 6, 7 février 1926.)

(2) LAMBOLEZ. — La loi de croissance chez l'enfant. (C. R. de la Soc. de Biologie, 1925.)

Age	poids	taille	p /l	9 p/ l	poids	taille	p /l	9 p/ l	poids	taille	p /l	9 p /l
1 mois	3.750	54	64,9	624,6	3.800	54	70,3	632,7	3.900	56	69,6	626,4
2 mois	4.500	57	78,9	710,1	4.500	57	78,9	710,1	4.420	60	77	693
3 mois	5.250	60	87,5	787,5	5.200	60	87,5	787,5	5,100	62	82,2	739,8
4 mois	5.950	62	95,5	859,5	5.900	62	95,1	855,9	5,700	63	90,4	813,6
5 mois	6.550	63	103,9	935,1	6.500	63	103,1	927,9	6.280	64	98	882
6 mois	7.100	64	110,9	998,1	7,000	64	109,3	983,7	6.780	65	104,3	938,7
7 mois	7.600	65	116,9	1.052,1	7.450	65	114,6	1.031,4	7.200	66	109	981
	(Comby)				(Andérodias)				(Heudebert)			

En comparant ces résultats 9 p /l avec les nombres donnés par A. Ball par exemple, on voit que la ration alimentaire est de 9 à 10 fois, la valeur du segment anthropométrique.

Si, d'autre part, on estime, avec le Prof. Pinard en particulier, que les nombres précédents sont généralement trop faibles, on peut écrire que « la ration alimentaire est dix fois le segment anthropométrique » ou encore :

$$\text{ration journalière} = 10 \times p_0 / l_0 (1 + rt)$$

forme préférable qui fait intervenir les conditions initiales à la naissance p_0 et l_0, l'âge t du nourrisson et son indice de croissance r.

Exemple : Un nouveau-né de poids $p_0 = 3000$ et de taille $l_0 = 50$ de croissance normale se rapportant à la table de Comby aurait un indice de croissance $= 0{,}11$; sa ration alimentaire journalière à 4 mois par exemple serait donc : $10 \times 3000 / 50 (1 + 0{,}11 \times 4) = 864$ grammes.

Dr Lambolez,
Licencié ès sciences mathématiques et physiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin

I. Fracture du crâne. — II. Fracture du calcanéum (1)

Professeur P. Delbet

Notre chef de clinique, M. Mabille, a trépané hier un malade entré dans le service pour un traumatisme du crâne.

Il s'agissait d'une fracture du crâne.

Voici en quelques mots l'histoire du malade. Il s'agit d'un homme de 30 ans qui exerce le métier de manœuvre ; ce malheureux est tombé d'une hauteur de 10 mètres, on nous l'a apporté évanoui à l'hôpital. Lorsqu'il est revenu à lui, il s'est plaint de douleurs de tête ; à l'examen, on lui trouva un pouls ralenti, sa tension sanguine était de 15 pour la maxima et de 9 pour la minima. On note une ecchymose siégeant à la région mastoïdienne gauche. Notez que l'ecchymose mastoïdienne est révélatrice de la fracture du rocher. L'otorragie, une autre signe de la fracture du crâne, si elle est persistante et abondante, précise le diagnostic d'une fracture parallèle à l'axe du rocher, mais elle peut aussi dépendre de la rupture du tympan.

Je désire m'arrêter aujourd'hui tout particulièrement sur les complications du côté des hémisphères cérébraux.

L'individu atteint d'une fracture du crâne peut parfaitement venir lui-même à l'hôpital, ne présentant aucun signe alarmant, ne se plaignant de rien et ce même malade peut mourir 5 ou 6 heures plus tard.

Il ne faut pas donc se fier à la bénignité des signes physiques, qui bien souvent peuvent entraîner des erreurs de pronostic graves.

Tout individu ayant eu un traumatisme cranien devra être immédiatement mis au repos complet et rigoureux et soumis à une surveillance attentive et constante.

Du point de vue clinique, on distingue dans les cas de fracture du crâne deux états différents du malade : l'état de commotion et l'état de contusion cérébrale.

Les malades étant dans l'état de commotion cérébrale sont obnubilés, comateux ; on note souvent chez eux la disparition du tonus musculaire.

Les malades étant dans l'état de contusion cérébrale sont agités, ils ont un esprit de contradiction très net, ils sont souvent agressifs.

Actuellement, on étudie ces états sous le nom d'états commotionnels. Cette appellation leur est donnée parce qu'on ne sait pas les différencier anatomiquement. Peut-être pourrait-on

(1) Leçon du 5 mars 1931.

dans certains cas trouver des microtraumatismes expliquant les phénomènes cliniques.

Macroscopiquement, on peut dans les deux types, trouver un piqueté hémorragique au niveau de la substance cérébrale, piqueté dû ou bien à la dilatation des vaisseaux ou bien à leur rupture.

Mais les manifestations cliniques sont différentes suivant la localisation de ces lésions.

Voilà un individu en état de commotion cérébrale, que va-t-il devenir ? Voilà un individu en état de contusion cérébrale, quel pronostic allez-vous faire ?

Si le malade n'a pas succombé au début, à la première phase, la commotion peut se prolonger des semaines ; on peut les nourrir en introduisant les aliments dans la bouche, les mouvements de déglutition étant conservés. Le plus souvent, ces malades sortent intacts de leur état qui paraissait impressionnant pour l'entourage ; c'est l'amnésie rétrograde qui semble persister chez eux le plus longtemps.

Les sujets étant dans l'état de contusion cérébrale, s'ils guérissent, gardent plus souvent de plus nombreuses séquelles.

Chez les sujets atteints d'un traumatisme cranien, il faut toujours rechercher le réflexe de Babinski, qui n'est pas un réflexe inné. Si vous constatez le réflexe de Babinski en extension, ou comme on dit le réflexe positif, cela prouve la présence d'une lésion au niveau du faisceau pyramidal. Les malades ayant un réflexe de Babinski positif succombent dans la grande majorité des cas.

Il faut aussi connaître les autres accidents, l'hyperthermie et l'hypertension intra-cranienne.

L'hyperthermie est assez précoce après l'accident, elle peut survenir déjà au bout de quelques heures.

La courbe thermique monte régulièrement et progressivement, presque verticalement, jusqu'à 39°, 40°, 40°6 et 41° ; alors l'individu meurt. Cette hyperthermie est d'origine centrale, on l'observe à la suite des traumatismes de la base du cerveau.

Lorsqu'on fait une ponction lombaire, on peut trouver un liquide clair ou bien sanglant ; la première constatation n'exclut pas la fracture du crâne et la seconde ne la confirme pas définitivement.

Des travaux récents montrent que les modifications des globules sanguins du liquide céphalo-rachidien entraînent la formation de toxines spéciales pouvant provoquer de l'hypertension. Cette question paraît être intéressante, il faudrait l'étudier davantage. Cette constatation pourrait amener à des méthodes thérapeutiques nouvelles ; il faut suivant ces données, débarrasser l'organisme des substances toxiques.

En général, ces hyperthermies sont mortelles. Nous avons dans le service depuis quelques années, une règle sévère, qui est de trépaner tout individu présentant de l'hyperthermie à la suite d'un traumatisme cranien. On trépane en ouvrant largement la dure-mère : nous avons eu un cas de guérison.

Certains auteurs soutiennent que l'hyperthermie est due à de l'hypertension ventriculaire, c'est pourquoi il sera bon de pratiquer aussi une ponction du ventricule.

L'autre accident survenant à la suite d'une fracture cranienne, c'est l'hypertension intracranienne.

Cette hypertension est due à un épanchement traumatique intracranien. Le siège de ces épanchements peut être varié suivant les différents cas.

L'épanchement peut se localiser entre l'os et la dure-mère, il est alors extra-dural, sus-duremérien ; il peut se localiser sous la dure-mère, il est alors méningé ; il peut enfin être intra ventriculaire. Le coagulum qui se forme est en général mou, car il n'y a pas d'hémostase. Il y a des zones de prédilection à ces épanchements, ainsi, il faut mentionner la zone fronto-pariétale de Gérard-Marchand. C'est l'artère méningée moyenne qui est atteinte le plus souvent. Quelle est la symptomatologie de ces épanchements ?

Le premier symptôme, c'est l'augmentation de la tension, le second est un symptôme de localisation, puis le malade tombe dans le coma. Lors de mon passage à l'hôpital Laënnec, j'ai pu observer un malade un ouvrier qui nous fut envoyé à la suite d'une chute sur la tête du haut d'un camion chargé de linge. Le sujet vient lui-même et nous assure qu'il n'a rien ; on le laisse partir, et le malheureux meurt à 5 heures du soir, on aurait dû le trépaner.

Les statistiques donnent les chiffres suivants de mortalité par traumatisme cranien ; non opéré, 90 à 93 % et 30 % pour les cas opérés ; si l'intervention est précoce, le p. cent des cas de mort est encore moindre.

Voici un exemple, qui précise que l'hémorragie ne se fait que lentement ; entre le moment de l'accident et le moment où apparaît le coma, il peut s'écouler un temps variant de quelques heures à quelques jours. Cet intervalle est appelé intervalle libre. Les symptômes n'apparaissent que lorsque le caillot a acquis un certain volume.

Un médecin de campagne verse dans un fossé avec sa voiture, c'était encore du temps où il n'y avait pas d'autos. Il se relève, remet en ordre son attelage et part faire sa tournée de visites, mais rentré chez lui, il se sent somnolent, sa respiration devient stertoreuse. L'accident a eu lieu à 3 heures de l'après-midi et dans la nuit, il meurt.

J'insiste sur le fait que tout individu ayant eu un traumatisme cranien doit être très attentive-

ment su veillé. Lorsque le malade garde sa connaissance, il est facile de préciser le moment où l'épanchement devient dangereux. Mais si le malade est sans connaissance, inerte, comment faire ?

Il faut toujours compter le pouls de ces malades, car, en présence de l'hypertension intracranienne, on constate un ralentissement des battements du pouls.

Lorsqu'on voit le pouls se ralentir, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trépanation. Pour justifier l'intervention, le ralentissement doit être progressif, régulier, il ne faut pas attendre qu'il arrive à 30 pulsations. Notez que le pouls tout en étant ralenti, est fort et vibrant ce qui est dû à l'hypertension.

Il peut ne pas y avoir d'épanchement. Quels sont les autres symptômes ? La respiration peut être ralentie, elle rappelle la respiration du type de Cheyne-Stokes.

Les yeux doivent être examinés, il faut voir s'il y a des modifications au niveau de la pupille et de la papille.

L'examen ophtalmologique permet d'examiner la papille, on trouve souvent de la stase papillaire, elle peut être unilatérale.

La pupille est en mydriase unilatérale, siégeant du même côté que le traumatisme ce qui est une indication pour l'intervention.

Mais, hélas, ce symptôme manque chez nombre de malades.

Au cours des opérations, on voit l'iris se contracter au fur et à mesure qu'on retire le caillot qui provoquait l'hypertension, c'est presque une expérience physiologique, tellement c'est net.

Si l'hémorragie intracranienne continue, le caillot formé produit de la compression des parties voisines, alors des hémiplégies se manifestent.

Lorsqu'on pratique la brèche cranienne, on évacue le caillot à l'aide d'une curette mousse, la dure-mère se soulève, elle vient reprendre sa place normale, le cerveau la suite et reprend aussi sa position normale, cette espèce de tumeur présente des battements ceci ; montre que l'opération a été pratiquée à temps et que le malade pourra guérir. Si, au contraire, la dépression persiste après évacuation du caillot, cela prouve que l'intervention a été pratiquée trop tardivement et que le malade ne guérira pas.

Lorsqu'on parle d'intervalle libre ayant duré 31 jours, je pense qu'il y a dans ces cas confusion, qu'il s'agit là non plus d'un épanchement, mais d'une néoformation. On trouve dans ces cas bien souvent, un kyste séreux, séro-hématique ; du reste le pronostic de ces lésions n'est pas favorable.

Mais les accidents survenant à la suite des traumatismes craniens ne sont pas encore épuisés. Il faut mentionner les accidents septiques.

L'infection est une des causes de la mort dans les cas de fractures craniennes. Elle n'est jamais précoce, on ne l'observe pas avant quelques jours, une semaine ou même plus tardivement.

D'où vient cette infection ?

Elle peut avoir plusieurs portes d'entrée : par les plaies du cuir chevelu, par les cavités naturelles (voies auriculaire, nasale, les sinus frontaux). Dans les fractures du rocher, il n'y a pas d'accès direct au foyer, mais s'il y a rupture du tympan, dans ce cas, le foyer cérébral est mis en relation avec l'extérieur. Il faut encore indiquer une autre porte d'entrée pour l'infection, c'est celle par le pharynx, par la trompe d'Eustache, il faut donc bien surveiller la propreté de la cavité buccale.

***

Voici un autre malade, un jeune homme qui est tombé d'une certaine hauteur debout sur ses pieds.

Que peut-on se faire en tombant debout ?

On parlait, il y a quelque temps de l'éclatement de la mortaise péronéo-tibiale. En réalité, il se produit dans cette chute un télescopage de l'articulation tibio-tarsienne. C'est sur le lit de l'astragale ou, comme on dit actuellement, sur le thalamus que porte le traumatisme.

Notre malade a une fracture du calcanéum.

A l'examen, nous trouvons une ecchymose diffuse siégeant à la région malléolaire et une autre ecchymose non moins intense occupant le milieu de la plante du pied, et allant jusqu'aux orteils. D'après Proust, cette ecchymose serait symptomatique de la fracture du calcanéum. Quels sont les autres signes de cette fracture ?

On note la diminution de la hauteur du pied, un élargissement transversal marqué du talon. On parle aussi de l'abaissement des malléoles, mais ce signe est plus délicat à constater.

A l'état normal, vous trouverez au-dessous de la malléole externe une dépression. En présence d'une fracture du calcanéum cette dépression disparaît ou bien elle est remplacée par une saillie, qui est douloureuse à la pression.

Le pronostic de ces fractures est obscure. Bien souvent, elles laissent après elles de véritables infirmités.

La thérapeutique de ces fractures est encore imprécise.

Même au bout d'un temps très prolongé, les malades peuvent encore ressentir des douleurs intenses à la marche, ces douleurs sont articulaires ou bien elles sont provoquées par des menues épines osseuses résultant de l'éclatement de l'os.

En dehors du traitement par les massages, la mobilisation méthodique, on peut avoir recours à l'intervention sanglante qui tente de redonner la forme à peu près normale au calcanéum.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

L'adénophlegmon rétro-pharyngien du nourrisson (1)

d'après le Dr A. Viela

L'enfant est agité, dort la bouche ouverte et ronfle pendant son sommeil ; il fait une petite poussée hyperthermique. L'examen à l'abaisse-langue montre une coulée de mucus très épais descendant le long de la paroi postérieure du pharynx.

Puis, le ronflement devient plus marqué ; les cris de l'enfant répondent à ce que l'on appelle la « *voix du canard* » ; s'il commence à parler, la rhinolalie fermée devient très nette.

La *dyspnée* s'installe, plus marquée dans l'attitude verticale que dans la position horizontale, car la collection se place alors au-dessus du larynx à la manière d'un tampon obturateur. Elle est entrecoupée d'accès paroxystiques, qui relèvent sans doute de spasmes glottiques.

La *dysphagie*, par difficulté de la respiration nasale et par douleur, est le signe capital. « L'enfant, très affamé, se jette sur le sein de la nourrice et fait quelques succions ; il essaye une déglutition, puis rejette la tête en arrière, en criant ».

L'*examen à l'abaisse-langue* montre une voussure de la paroi postérieure du pharynx, qui, soulevée, semble aller au-devant de l'isthme bucco-pharyngé ; cette voussure n'est jamais exactement médiane.

Le *toucher pharyngien*, pratiqué sans brutalité, indique la nature liquide de la voussure pharyngée par la sensation de *choc en retour* ; il permet de délimiter les contours de la collection, son degré de tension.

Les *signes généraux* révèlent un état infectieux grave : température élevée, dépression du pouls, amaigrissement rapide.

Tel est l'adéno-phlegmon-rétro-pharyngien du nourrisson, collection chaude développée dans l'espace anatomique de même nom, aux dépens des ganglions de Gilette. La rougeole, la grippe, la diphtérie sont le plus souvent à incriminer, par suite du catarrhe des voies nasales postérieures et des poussées d'adénoïdite, qu'elles déterminent.

Son évolution. — Si l'on n'intervient pas, ou si la collection ne se draine pas spontanément, la dysphagie augmente, et en même temps le dépérissement. Le pus descend dans l'étage laryngien du pharynx, d'où accroissement de la dyspnée, ainsi que des crises spasmodiques, dont l'une peut être fatale.

Mais la mort peut aussi survenir par médiastinite suppurée, par broncho-pneumonie, par pleurésie purulente, par asphyxie mécanique (irruption du pus dans les voies aériennes durant le sommeil), par réflexe inhibitoire (mort subite), par ulcération vasculaire et hémorragie foudroyante.

Ses formes cliniques. — La forme décrite correspond au type moyen, oro-pharyngé ; mais le type supérieur (naso-pharyngé) entraîne une obstruction nasale plus marquée que la dysphagie ; le type inférieur (pharyngo-laryngé) entraîne, en plus de la dysphagie, des troubles laryngés (cornage, tirage, etc).

S'il existe une forme abortive, qui n'aboutit pas à l'adénophlegmon, il y a aussi une forme grave, gangréneuse et septicémique.

Comment préciser le diagnostic ? 1° Est-ce un abcès ? Si l'adénoïdite pharyngée aiguë s'accompagne également de gêne dans la respiration nasale, de ronflement, et éventuellement de difficulté à prendre le sein, cependant le ronflement disparaît quand on pince le nez, alors qu'il persiste dans l'adénophlegmon. De plus, ici, le toucher digital montre une voussure de la paroi postérieure du pharynx, et non une tuméfaction molle, de surface irrégulière à la voûte du naso-pharynx.

Dans le stridor congénital, le bruit inspiratoire anormal et la dyspnée existent dès la naissance ; de plus, il n'y a ni bruit expiratoire anormal, ni dysphagie, ni voussure rétro-pharyngée.

2° L'abcès est-il bien rétro-pharyngien ? Ce diagnostic doit être précisé car le traitement diffère totalement dans l'abcès *rétro*-pharyngien et dans l'abcès *latéro*-pharyngien ; ici, en effet, la collection doit être abordée par voie cutanée, et non par voie endo-pharyngee, afin de ne pas blesser les gros vaisseaux du cou refoulés vers le pharynx.

D'ailleurs, l'abcès latéro-pharyngien débute par une angine et de vives douleurs de la région sterno-mastoïdienne ; puis, l'examen du pharynx montre un refoulement en masse de l'amygdale, ou une voussure œdémateuse du pilier postérieur ; et, de toutes façons, les symptômes pharyngiens demeurent unilatéraux, la paroi postérieure du pharynx n'étant pas modifiée.

3° La collection rétro-pharyngée est-elle

(1) A. Viela. — L'adénophlegmon rétro-pharyngien du nourrisson. (*Toulouse médical*, 15 juillet 1931.)

BIEN UN ADÉNO-PHLEGMON ? Pour l'affirmer, on devra éliminer l'abcès froid rétro-pharyngien, secondaire à un mal de Pott sous-occipital. Celui-ci s'observe plus souvent chez l'adolescent ou l'adulte que chez le tout jeune enfant et le nourrisson. La douleur est plus diffuse, irradiant vers l'épaule ou le bras ; elle est exagérée par la pression exercée sur les apophyses transverses de l'atlas et de l'axis. Le malade tourne très difficilement la tête ; l'évolution, toujours très longue, se compte par mois ; la voussure n'apparaît que longtemps après les premières douleurs ; enfin, la radiographie confirme l'existence de lésions osseuses.

Inciser un abcès froid comme un abcès chaud, sans avoir au préalable immobilisé la tête dans une minerve plâtrée, ferait courir au malade le risque d'une mort subite, à la suite d'une compression du bulbe par l'apophyse odontoïde de l'axis brusquement déplacée au moment de l'évacuation du pus.

Comment traiter l'adénophlegmon rétro-pharyngien ? Le traitement doit être uniquement *chirurgical*, aussitôt l'affection reconnue. Deux voies d'accès :

1° LA VOIE CLASSIQUE, ENDO-PHARYNGÉE, interne ; elle est facile à réaliser, sans dangers vasculaires, sans anesthésie générale ; la plupart du temps, elle est suffisante.

Incision médiane. Bistouri à lame partiellement engainée de diachylon, et abaisse-langue ; pas d'ouvre-bouche (risque de syncopes mortelles).

« L'enfant est maintenu sur les genoux d'un aide ; sa tête est confiée à un second aide, et placée dans une position analogue à celle de l'adénoïdectomie. On abaisse la langue, et l'on incise la collection de bas en haut sur une longueur de 1 cm. à 1 cm. 1/2. Le pus sort en abondance, et, pour prévenir son irruption dans les voies aériennes, la tête de l'enfant est aussitôt inclinée en bas. Puis on l'examine à nouveau : la paroi postérieure du pharynx est aplatie ; par la compression on achève l'évacuation du pus. »

Inutile de pratiquer une antiseptie locale chez le nourrisson. Des antiseptiques internes, ou mieux une purgation, combattront les effets du pus dégluti.

Les suites sont rapidement excellentes ; l'enfant s'alimente, reprend du poids. Chaque jour, l'incision est examinée, élargie au besoin à la sonde canelée, si elle se fermait trop tôt. Au bout de huit jours environ, le malade est guéri.

2° L'INCISION CUTANÉE est plus délicate, plus dangereuse à cause des vaisseaux ; elle réclame l'anesthésie générale. C'est un *procédé d'exception.*

L'épisode aigu terminé, on traitera pendant quelques mois les lésions endonasales de l'enfant, afin de prévenir le retour de nouveaux accidents.

G. F.

LA CHORÉE : INFECTION DU CAVUM

Par le Dr A. COLIN (de Nice)

Les lecteurs du *Concours médical* ont pu se rendre compte, par les articles que j'ai publiés dans ce journal, de l'importance que j'attache à l'infection du cavum, à la *cavumite*, en pathologie générale. Mes recherches sur cette question m'ont amené à édifier une nouvelle doctrine que j'ai exposée dans mon livre *A la recherche de la santé* (1). Cette doctrine peut se résumer ainsi : infection latente plus ou moins accentuée du cavum chez les enfants, les adolescents, les adultes, les vieillards ; réveil de cette infection par suite du coup de froid ou de la contagion grippale ou autre, dérèglement du sympathique avec, comme conséquence, mauvais fonctionnement du foie, de l'estomac, des intestins, des reins ; poison alimentaire si l'individu s'alimente avec des aliments que son foie n'est pas à même de transformer complètement, ce qui se produit surtout avec l'ingestion de substancs albuminoïdes ; enfin troubles variés qui ne sont que la conséquence de l'atteinte des centres sympathiques et des filets nerveux correspondants par les poisons microbien et toxi-alimentaire (migraines, troubles nerveux, troubles mentaux, névralgies, dyspnée, crises d'asthme, palpitations, oppression, troubles gastro-intestinaux, douleurs rhumatismales éruptions cutanées, troubles endocriniens, etc.).

Or, en présence de l'un quelconque de ces troubles si divers, combien rares sont les médecins qui pensent à la *cavumite* !

Aussi, bien des maladies se prolongent, bien des états chroniques s'établissent par suite de la méconnaissance par les praticiens de cette source primordiale de l'infection, le cavum, infection qui est si rarement traitée d'une façon énergique et continue. L'observation suivante d'un enfant atteint d'*état choréique aigu* et qui a été guéri rapidement par une thérapeutique basée sur ma nouvelle doctrine médicale, apporte une nouvelle confirmation au bien-fondé de mes conceptions ; elle contribuera, je l'espère, à attirer davantage l'attention des praticiens.

(1) Imprimerie Mathieu, Nice.

vers cette région de l'organisme où tout concourt à créer et à entretenir l'infection, mais où, bien souvent, rien ne permet de faire un diagnostic précis de cette infection : pas de douleur locale, difficulté et même impossibilité de l'examen, lésions souvent minimes, cachées dans les replis muqueux, petites granulations infectées sans qu'on ait de grosses végétations obstruantes, etc.

Comme je n'ai vu que par intermittence l'enfant qui fait le sujet de cette observation (il habite Monaco), j'ai prié son père de répondre à un questionnaire que je lui ai adressé, et ce sont ses réponses qui constituent la partie fondamentale de l'observation, me réservant seulement d'ajouter ensuite ce que j'ai constaté moi-même, ainsi que les quelques réflexions que m'a suggérées l'étude de ce cas vraiment intéressant.

Je transcris textuellement les notes du père du petit malade.

OBSERVATION

R. C., 9 ans. Opéré une première fois des végétations il y a 4 ans, à Perpignan.

Avant sa maladie, bronchite. Respiration difficile la nuit.

Le 20-21 avril, la maladie actuelle s'est déclarée : infection gastro-intestinale. Boutons sur tout le corps. Fièvre 38°5-39° pendant 4 à 5 jours.

Docteur X. Consulté *le 22 avril*. Repos au lit Diète. Régime végétarien. Pas de lait. Il ordonne de faire visiter le petit malade pour ses oreilles qui commencent à couler.

Le 25 avril. Consultation du docteur Y., spécialiste (Monaco.)

Il constate un état général assez mauvais. Diagnostic : Rien de grave, sauf pour les oreilles.

Soins des oreilles : Lavages à l'eau tiède naturelle. Injection de vaccin.

Beaucoup de lait, laitages, pâtes.

Ecoulement du 23 avril au 8 mai, malgré le traitement, surtout l'oreille gauche.

Le 3 mai. Apparition des mouvements nerveux.

Mouvements désordonnés, faiblesse générale. Paralysie du côté gauche, bras et jambe. Langue paralysée. Traitement de la danse de St-Guy. Pilules à prendre avec les aliments.

A ce moment, les nuits sont très agitées, repos inexistant, moral très mauvais, crises nerveuses très prononcées.

Dans la journée, malaises plus prononcés que dans la nuit, épuisement de l'enfant, crises nerveuses, saignement de nez. Fortes hémorragies nasales.

Le Dr Y., de Monaco, n'a rien trouvé du côté du cavum, sauf en ce qui concerne les amygdales qu'il a trouvées très grosses. Pas de soins de ce côté-là.

Le 5 mai, dans la soirée, le malade a été pris de délire : son moral a été pris, sa crise nerveuse a frisé la folie.

Le 6 mai. Visite par le Dr Z., de Nice (spécialiste neurologiste).

Traitement : Repos au lit. Vaccin intestinal, vaccin antirhumatismal, vaccin naso-pharyngien. Purge huile de ricin. Boissons non gazeuses, régime végétarien exclusivement.

Faire visiter au plus tôt le malade pour sa gorge, et se conformer à la décision prise de ce côté-là.

Résultats obtenus : Meilleure tenue de l'enfant. Agitation moins prononcée. Etat de santé légèrement mieux.

Le 25 mai. Consultation du Dr Colin. Visite générale de l'enfant. Examen de la gorge. Opération des végétations décidée à la première visite.

Traitement de désintoxication avant l'opération.

Le 2 juin. Opération des végétations par un spécialiste de Nice et toujours traitement de désintoxication.

Résultats obtenus : amélioration immédiate de l'enfant, mouvements chaque jour plus calmes, disparition de la paralysie. Continuation du traitement. Régime.

Guérison complète les 20-25 juin, soit trois semaines après l'intervention.

Continuation des soins ordonnés. Alimentation de l'enfant plus forte. Régime moins sévère.

Pendant l'évolution de sa maladie, l'enfant ne s'est point amusé, ni intéressé aux jeux de ses camarades. Actuellement, et d'ailleurs dès son opération, le malade a pu s'amuser, commencer à rire, à prendre part à certains jeux. En un mot, le petit a été dès le lendemain très bien. Ce bien est allé s'accentuant tous les jours, jusqu'à la guérison.

Actuellement le petit a repris ses études, sa vie normale et se trouve beaucoup mieux qu'avant sa maladie.

J'ajoute mes propres constatations à cet exposé.

Je vois l'enfant le 25 mai. Il ne pouvait marcher que difficilement, et encore avec le soutien de quelqu'un. Dans mon cabinet, il ne s'assied pas sur le fauteuil, il s'affale, sa tête se laisse aller, et presque constamment des mouvements désordonnés se produisent au niveau des membres et de la tête. Il ne peut pas parler. Son regard est atone ; la figure est pâle, la peau n'a pas la fraîcheur de teint des enfants de son âge.

Je confirme le diagnostic de mes confrères : *chorée aiguë*.

Et voici comment j'explique la pathogénie des différents symptômes accusés par le petit malade.

D'abord, infection rhino-pharyngienne, *cavumite* : les toxines formées vont paralyser les centres sympathiques allant au foie et aux intestins : d'où troubles gastro-intestinaux, fièvre, éruption de furonculose.

A mon avis, l'écoulement des oreilles n'était que le résultat d'une inflammation des conduits auditifs externes, analogue à l'infection de certains points de la peau (boutons).

Comme l'enfant n'a pas souffert du côté des oreilles, il est vraisemblable qu'il n'a pas eu d'otite avec perforation du tympan.

Les troubles nerveux apparaissent le 3 mai, c'est-à-dire quatorze jours après l'apparition des premiers troubles. Pourquoi ? Parce que l'enfant prenait des aliments albuminoïdes que son foie n'était pas à même de transformer; or, on sait que les aliments albuminoïdes non complètement transformés donnent lieu toujours à des produits toxiques (poisons toxi-alimentaires) qui, non seulement, atteignent les centres sympathiques de la vie végétative et dérèglent ainsi les fonctions correspondantes, mais peuvent, dans certains cas, aller imprégner le système nerveux supérieur lui-même, créant les troubles nerveux ou psychiques les plus divers. C'est ce qui est arrivé pour notre petit malade chez lequel on constatait des troubles de la motilité et de l'intelligence. Et c'est ce qui arrive généralement quand on constate chez les malades chroniques des troubles des facultés psychiques (sensibilité, intelligence, volonté, motilité, mémoire, etc.) des troubles du caractère, de l'instinct, etc.

Dans le cas particulier qui nous occupe, le poison microbien venu du cavum et le poison toxi-alimentaire produit par le foie ont combiné leur action sur les cellules cérébrales motrices ; d'où paralysie des membres avec mouvements involontaires et torpeur intellectuelle.

La conclusion logique qui s'imposait, au point de vue thérapeutique, était la suivante :

1° Supprimer la source d'infection première (la cavumite) ;

2° Combattre l'infection générale par la vaccinothérapie.

3° Faire une désintoxication profonde de l'organisme, afin que les centres se débarrassent des poisons qui les imprégnaient.

1° Pour supprimer la source d'infection, la vaccinothérapie ne suffit pas, au moins généralement. Il faut enlever la muqueuse trop malade ou modifier celle qui peut se guérir. C'est le rôle des curages et des écouvillonnages du cavum.

Dans le cas particulier, il n'y avait pas de grosses végétations : la respiration était facile, l'examen était négatif ; on aurait pu supposer que l'intervention n'était pas nécessaire. C'eût été une grosse erreur, car si le curage du cavum n'a ramené que des débris de muqueuse, par contre il y avait du muco-pus, et même un peu de substance jaunâtre, légèrement caséeuse, indices d'un foyer d'infection installé dans le cavum depuis longtemps, foyer qui n'aurait certainement pas cédé à la pratique des moyens hygiéniques ;

Comme soins locaux ultérieurs à l'opération, des gouttes dans les narines et des inhalations fréquentes.

2° Comme l'un des confrères appelé avant moi avait donné du vaccin polyvalent à l'enfant, j'ai estimé que le nécessaire avait été fait en fait de vaccinothérapie. Je me suis abstenu de toute médication dans ce sens.

3° Pour la désintoxication générale de l'organisme, j'ai été très sévère.

Même avant l'intervention, j'ai supprimé pendant plusieurs jours toute alimentation, quoique le petit malade fût sans fièvre. L'enfant ne recevait que de l'eau et du sucre, des tisanes, du bouillon de légumes non salé, du petit lait, de la limonade, de l'eau minérale légère, du sirop, du jus de raisin, du jus de citron, etc. Ce régime liquide a été continué pendant les 8 jours qui ont suivi l'intervention : ensuite l'enfant a pu prendre des fruits cuits, des compotes, du miel, et, à mesure que son état s'améliorait, on a ajouté en supplément des potages de semoule et de tapioca.

En somme l'enfant n'a pris, comme alimentation, que de l'eau et des hydrates de carbone, pendant trois semaines environ.

On me fera peut-être remarquer que je risquais, par ce régime, de l'affaiblir, de l'anémier... Je répondrai : je préfère ne pas intoxiquer davantage. Je sais que le foie, quand il est déficient, n'arrive pas à transformer les matières albuminoïdes, qu'elles soient animales ou végétales (mais par accident, seulement) ; dans ces conditions, je les supprime de l'alimentation, et cela jusqu'à la disparition des troubles morbides, disparition qui correspond au retour du fonctionnement normal de cet organe. C'est à ce moment-là seulement, que je reviens graduellement à une alimentation plus variée.

En même temps que le régime indiqué, l'enfant prenait tous les matins un sirop laxatif léger, et, le soir, on lui faisait un lavage intestinal. Au bout de 10 jours, il prenait en plus un centigramme de calomel deux fois par semaine, et tous les jours quatre gouttes d'une préparation iodée.

Le résultat : au bout de trois semaines, tous les troubles avaient disparu, et l'enfant présentait un très bon état de santé : il avait repris sa vie normale, il demandait même à faire de la bicyclette comme avant sa maladie. Il était guéri, et la guérison se maintient, sans séquelles, à l'heure où paraît cet article.

Ce cas si intéressant comporte encore quelques réflexions.

Et d'abord, il faut toujours, suivant une nouvelle doctrine, songer à l'infection latente du cavum, à la *cavumite* si méconnue du corps médical : enfants, adolescents, adultes, vieillards y sont sujets. Ce sont les poussées aiguës ou subaiguës de *cavumite*, poussées que l'on ignore parce qu'elles sont indolores et cachées derrière le voile du palais, qui sont à la base de presque toutes

les maladies de l'enfance et de l'adolescence et qui ont une si fâcheuse répercussion sur leur développement ; ce sont elles qui, par leur fréquence et leur répercussion sur le foie, réveilllent les prédispositions héréditaires de l'âge adulte, et créent à la longue la plupart des états diathésiques (arthritisme, goutte, diabète, rhumatisme, états nerveux, manifestations cutanées, etc.) ; ce sont elles enfin qui sont à la base des complications survenant si fréquemment chez les personnes âgées (crises d'urémie, crises cardio-aortiques, congestions pulmonaires, congestions cérébrales, ictus, etc.).

Si le professeur Worms a pu dire qu'il y a un véritable *péril naso-pharyngien*, je rappelle que, moi aussi, j'ai écrit en 1927 : *Totus homo in cavo*, signalant par cet aphorisme que, à mon avis, presque toute la pathogénie de l'homme est conditionnée par l'état de son cavum, et que la moindre infection de cette muqueuse suffit pour désorganiser l'ensemble du processus vital ; comme ces toxines venant du cavum ont une action défavorable sur le foie, les aliments non transformés normalement donnent naissance à de véritables poisons (poisons toxi-alimentaires), et ce sont ces poisons qui se répandent dans le torrent circulatoire et créent par leurs localisations variables, les troubles les plus divers.

Quand donc se décidera-t-on à étudier cette nouvelle doctrine médicale, ainsi que la thérapeutique qui en découle ?

Je me permets de citer ici quelques lignes extraites de la leçon inaugurale du professeur Maurice Favre, de Lyon : « *Les faits pathologiques sont rarement isolés et donnés à l'état pur. La maladie d'un organe ne laisse pas les autres indifférents : des sympathies se font jour, des réactions à distance se manifestent, parfois tellement bruyantes, que la première atteinte, la plus importante, celle dont tout dépend, dissimulée et comme réduite au silence, risque de passer inaperçue.* »

Mais alors, cette première atteinte, la plus importante, celle dont tout dépend, dissimulée et comme réduite au silence, n'est-ce pas généralement l'infection rhino-pharyngienne, *la cavumite* ? N'est-ce pas elle qui, par sa répercussion, crée presque toutes les manifestations morbides ?

Faut-il encore rappeler que le professeur Landouzy était adversaire de toute idée de spontanéité morbide et que, dans son idée, il fallait toujours une cause pour déclencher tout le processsus morbide ? Admettrait-il qu'on porte journellement des diagnostics comme les suivants : anémie, faiblesse générale, douleurs rhumatismales, nervosisme, insuffisance endocrinienne, hyperfonctionnement endocrinien, etc., quand, la plupart du temps, ces états pathologiques ne sont que la conséquence d'une cause qui, quoique ignorée, agit par intermittence et retentit défavorablement sur tel ou tel organe, sur tel ou tel tissu prédisposé ?

Une longue pratique m'a démontré que ma doctrine est vraie. Aussi, devant les résultats extrêmement favorables que j'obtiens dans le traitement des maladies chroniques, je n'hésite pas à soigner mes malades d'après la thérapeutique qui en découle, estimant qu'en agissant ainsi, je ne fais que me soumettre au conseil si judicieux de Claude Bernard : « En science le grand précepte est de modifier et de changer ses idées à mesure que la science avance ».

Puisse la lecture de cette observation si intéressante où une thérapeutique nouvelle a donné un résultat si rapide et si complet, puissent les réflexions que j'ai cru devoir ajouter à cette observation, aiguiller davantage le corps médical vers la recherche systématique de cette source primordiale d'infection : la cavumite !

L'Actualité Scientifique

La Presse

Prophylaxie de la diphtérie.

Le Dr H. Janet expose que la prophylaxie de la diphtérie possède à l'heure actuelle, grâce au sérum et surtout au vaccin, des armes fort efficaces, qui ont déjà permis de préserver des milliers d'enfants, et qui permettent, dans un avenir prochain, d'espérer une diminution considérable de la morbidité diphtérique. S'il n'est peut-être pas opportun de rendre la vaccination antidiphtérique obligatoire, il faut du moins, que tous les médecins s'efforcent d'en répandre l'usage.

Un individu, exposé à la contagion diphtéritique ne contracte pas fatalement la maladie ; il peut n'être pas réceptif ; il peut être en état d'immunité. Il existe, en effet, une immunité naturelle et une immunité acquise spontanément, qui rend la diphtérie moins fréquente chez les sujets de plus en plus âgés. La réaction de Schick nous permet d'apprécier la valeur de cette immunité ; elle consiste à introduire dans le derme une très petite quantité de toxine diphtérique, diluée à 1/750e. Celle-ci est positive lorsqu'une papule rouge et persistante est visible après 48 heures.

Une réaction positive signifie que l'organisme ne contient pas suffisamment d'antitoxines, et qu'il est réceptif.

Il y a probablement, surtout au cours de la vie citadine, une série de contaminations (par le bacille) très discrètes, produisant peut-être des angines très frustes, ne méritant pas le nom de diphtériques et passant inaperçues. Ces contacts répétés entre l'organisme et le bacille suffisent à amener la production d'autotoxines, ce qui finira par rendre l'organisme réfractaire.

Pour protéger un organisme sensible, nous disposons de deux moyens. Le premier, employé depuis longtemps, mais perfectionné depuis peu, est la sérothérapie préventive : il donne une immunité passive, qui s'établit rapidement, mais qui est transitoire. Le deuxième est la vaccination, qui donne une immunité active, qui nécessite un certain délai pour s'établir, mais qui est durable.

La vaccination se fait au moyen de l'anatoxine, qui est une toxine modifiée par la chaleur, et par l'addition de formol. Elle est inoffensive et immunisante ; elle ne renferme pas de sérum de cheval, et ne donne pas lieu à des accidents sériques.

L'étude systématique de la réaction de Schick a donné la preuve, en quelque sorte biologique, de l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine. Les résultats cliniques ne sont pas moins probants. Les enfants ainsi vaccinés peuvent cependant prendre la diphtérie dans une proportion de 2 à 3 % ; mais celle-ci reste bénigne ; on doit alors employer la sérothérapie curative comme si l'enfant n'avait pas été vacciné.

L'immunité obtenue par l'anatoxine est durable, 4 à 6 ans, probablement plus ; comme d'autre part, l'enfant, à mesure qu'il avance en âge, acquiert une immunité spontanée, on peut considérer que, pratiquement, l'immunité des vaccinés est indéfinie, et qu'il n'est pas nécessaire de faire des revaccinations.

Il se produit des réactions vaccinales, d'une manière exceptionnelle ; elles ne sont jamais graves. A mesure que l'enfant avance en âge, elles sont plus fréquentes et plus fortes ; ce n'est guère qu'à partir de dix ans qu'il faut compter avec elles. Chez les adultes, on les rencontre dans 70 % des cas ; mais, ce n'est que dans 10 % des cas qu'elles sont intenses ; jamais on n'en a vu de véritablement graves.

On ne vaccine pas les enfants avant l'âge d'un an ; auparavant, ceux-ci ne sont que difficilement ou incomplètement immunisés. Les enfants de un à sept ans doivent tous être vaccinés, et il faut conseiller la vaccination dès le début de la deuxième année. De sept à douze ans, on est autorisé à ne vacciner les enfants, que s'ils ont un Schick positif. Chez les adolescents et les adultes, la vaccination sera conseillée, toutes les fois que le sujet sera exposé habituellement à la contagion ; il faudra faire une épreuve de Schick préalable, et ne vacciner que les sujets réceptifs. (*Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1931.)

L'hystérectomie élargie de Wertheim.

M. Jean Lanos conseille l'hystérectomie élargie pour les épithéliomas du museau de tanche, pour les cancers du canal cervical.

Dans les cancers du canal cervical, l'hystérectomie peut être faite, lorsque les bases des ligaments larges, même légèrement infiltrées, restent relativement souples et qu'on peut les déprimer ; lorsque la vessie ou le rectum ne sont pas atteints.

La cystoscopie est indispensable dans les cas douteux ; le toucher rectal ne devra jamais être omis ; si la muqueuse rectale reste libre, on peut entreprendre l'hystérectomie, même si on a l'impression d'une certaine immobilisation du rectum.

Tous les cas, qui ont dépassé ce stade, doivent être considérés comme n'étant pas justiciables de la chirurgie, non pas qu'avec un peu de patience, l'hystérectomie ne soit possible, mais parce qu'il ne serait pas légitime d'en attendre la guérison.

Les formes avancées doivent être traitées par la radiumthérapie, qui pourra parfois les rendre opérables.

Au sujet du radium, l'accord est fait sur ce point : l'application après l'opération est mauvaise, et doit être rejetée.

Avant l'opération, beaucoup de chirurgiens font une application de radium. Cette technique semble théoriquement parfaite, mais elle a un grave inconvénient.

La dilatation préalable par laminaire, la présence du tube radifère dans le col, déterminent parfois avec une grosse élévation de température, une poussée inflammatoire du côté des trompes et du paramètre.

Lanos pense que, dans tous les cas qui semblent opérables (même dans ceux où le col bourgeonne assez abondamment), l'opération doit être faite sans application préalable de radium. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Le brouillard mortel.

On se rappelle les accidents graves survenus dans la vallée de la Meuse du 2 au 6 décembre 1930 ; « l'asthme des brouillards » avait intoxiqué le bétail et la population ; il avait provoqué près de 70 décès humains. Ce phénomène se serait déjà produit en 1827, 1902, 1911, mais en augmentant progressivement de gravité. Fait accidentel et fortuit, il est certainement favorisé, a-t-on dit, par les circonstances, telles que la saison d'hiver, l'abaissement de la tempéra-

ture en dessous de zéro, le calme de l'air, le brouillard, les émanations d'usines ; jamais, l'influence nocive de l'anhydride sulfureux ne serait apparue d'une manière plus évidente.

« L'asthme des brouillards », surtout étudié en médecine vétérinaire, est une sorte d'asthme aigu avec son cortège de phénomènes précurseurs ; dyspnée, angoisse, efforts inouis de respiration, hématose incomplète, et mort. C'est une asphyxie par raréfaction de l'air, avec lésions anatomiques d'emphysème pulmonaire.

A ce sujet, le Dr M. HERMAN fait quelques réflexions intéressantes.

Qui dit brouillard, dit à la fois : humidité, brusque refroidissement, poussières et absence de vent. Si le brouillard seul, bien que pur, peut tuer parfois des vieillards ou des déficients pulmonaires ou cardiaques, il ne le fait pas normalement avec la fréquence relevée dans le sinistre actuel. Il y a donc autre chose : des gaz toxiques, de nature très variable, peuvent être tenus en suspension dans le brouillard, spécialement dans les régions industrielles. Si ces poisons gazeux sont nocifs dans d'autres circonstances, il faut noter qu'ils agissent plus violemment, quand, faute de vent, ils ne sont plus dilués dans l'atmosphère, et quand ils atteignent ainsi des degrés de concentration élevée en certains points.

Comme foyers producteurs de gaz nocifs, il faut dépister non seulement les cheminées d'usines, mais encore ces amoncellements gigantesques de débris que l'on nomme : terrils, crassiers. Le sol naturel lui-même, en dehors des régions industrielles, peut donner lieu à des dégagements gazeux néfastes. (*Le Scalpel*, 7 mars 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Corps étrangers du duodénum.

(M. P. GUIBAL, de Béziers. — *Société de chirurgie* ; 27-5 et 3-6 1931.)

M. Guibal communique deux faits personnels de corps étrangers du duodénum. Un de ces corps étrangers était constitué par le manche, en os, d'une brosse à dent. Ce manche avait subi, pendant les 18 jours qu'il séjourna dans le duodénum, un processus de digestion intense. Il avait diminué, en épaisseur, d'un quart environ ; en longueur, il était réduit d'un tiers, ne mesurant que 7 centim. au lieu de 11. En outre, tandis que son extrémité distale restait arrondie et mousse, son extrémité supérieure s'était apointée comme un crayon taillé et se terminait par une pointe très aiguë, dangereuse pour l'organe où elle séjournait.

— M. Pierre FREDET montre l'intérêt qu'il y a, lorsqu'on est amené à intervenir dans un cas de corps étranger du duodénum, à ne pas se fier à une radio tant soit peu ancienne. Chez une de ses malades, sur la foi d'une radiographie faite le matin, M. Pierre Fredet, ouvrit l'estomac l'après-midi et n'y trouva rien. Le corps étranger, une épingle de nourrice ouverte, était dans le duodénum. Il faut donc se baser uniquement sur une radio toute récente, ou opérer sous l'écran.

— M. Robert MONOD signale un fait analogue. Ayant opéré un nourrisson qui avait avalé une épingle anglaise, il chercha le corps étranger dans l'estomac où 4 heures auparavant une radiographie l'avait localisé. L'épingle était déjà passée dans le duodénum.

— M. Victor VEAU remarque que, dans cette question des épingles de nourrices ouvertes avalées par un nourrisson, le médecin est toujours pressé d'intervenir. C'est le rôle du chirurgien de modérer son ardeur. Tout récemment, un confrère présentait à M. Victor Veau son fils, jeune enfant qui venait d'ingérer une ; épingle, M. Victor Veau calma les inquiétudes du père, parce que c'était une épingle de nourrice, sans ressort. L'épingle fut rendue le lendemain matin.

— M. MOUCHET distingue aussi, en cette matière, les épingles sans ressort comme la plupart des broches à bavoir et les épingles anglaises avec ressort. Ces dernières sont plus dangereuses que les premières, car le ressort en écarte les branches. Cependant, même les épingles à ressort peuvent s'éliminer naturellement, et il ne faut pas toujours se précipiter sur le bistouri.

— M. H. MONDOR rapporte plusieurs cas intéressants de corps étrangers du tube digestif.

Un nourrisson qui avait dégluti une broche ouverte est radiographié : on trouve le corps étranger dans l'estomac. Peu d'heures après, à la maison de santé, un nouvel examen aux rayons montre que la broche a cheminé. En trois jours et demi, les panades aidant, la broche est expulsée, toujours ouverte.

Un petit garçon de deux ans et demi, vient annoncer avec fierté à son père qu'il a réussi à avaler une lame de couteau. Sous les rayons, on aperçoit celle-ci, longue de 6 centimètres, large de 7 à 8 millimètres, dans le ventre. La lame étant arrondie à son extrémité et peu effilée, M. Mondor conseille d'attendre. La surveillance, sous l'écran, fut faite par M. Brizard à plusieurs reprises. La progression, régulière, demanda six jours pour être complète. Ces exemples viennent à l'appui des préférences marquées par la

plupart des chirurgiens, M. Veau en particulier, pour l'expectative surveillée. En général, à condition d'être prêt à intervenir dans les meilleures conditions de rapidité et de contrôle radiographique, l'attente est récompensée.

Autre cas, chez une mythomane. Une jeune femme prétend avoir dégluti une épingle à cheveux, et la radio montre bien celle-ci dans la cavité abdominale. Une cystoscopie situa l'épingle dans la vessie où elle avait été introduite par la voie uréthrale.

— M. Bergeret a eu à intervenir trois fois pour corps étranger du tube digestif. La conduite lui paraît simple. Lorsqu'on a l'impression que le corps étranger dégluti peut passer, il suffit de le suivre régulièrement par radioscopie. S'il s'arrête et se fixe, on intervient aussitôt. Lorsqu'il est trop gros pour pouvoir franchir un duodénum d'enfant, il n'y a qu'à intervenir le plus tôt possible, dès que la radiographie l'a localisé. Cette opération est d'ailleurs bénigne. Il suffit d'une toute petite incision de la paroi pour procéder à l'extraction. Il y a d'autre part avantage à ramener le corps étranger dans l'estomac, lorsqu'on le peut, la gastrotomie étant plus simple que la duodénotomie.

Arthrites déformantes d'origine traumatique.

(M. P. Moulonguet. — *Société de chirurgie* ; 27-5-1931.)

M. Moulonguet défend la théorie de l'origine traumatique de certaines arthrites déformantes. Il présente des arguments d'ordre expérimental et des observations cliniques.

En détachant, par arthrotomie, des copeaux ostéo-articulaires et en les plaçant dans l'articulation, on voit ces éléments donner naissance à de véritables ostéophytes. On peut réussir le même phénomène en insérant de la poussière d'os dans la cavité articulaire.

Cliniquement, l'auteur relate des observations d'arthrites déformantes du coude chez des ouvriers manœuvrant des perforatrices pneumatiques. Les malades se plaignent d'enraidissement et de douleurs dans les coudes. M. Moulonguet explique ces arthrites déformantes par la trépidation puissante et brutale due à l'usage du marteau pneumatique, réalisant une usure des extrémités articulaires et le détachement de micro-fragments osseux. D'autres exemples d'arthrites déformantes à la suite de traumatismes, chez des sujets auparavant sains et non rhumatisants, ont pu être recueillis. M. M.-P. Weill s'est rallié, de son côté, à la notion du rôle des micro-traumas dans l'origine des arthrites.

Au point de vue thérapeutique, cette théorie traumatique de certaines arthrites déformantes a des conséquences importantes. Tout d'abord, on préviendra l'usure des articulations désaxées en corrigeant la désaxation. On fera une mise en état de l'articulation. La radiothérapie, d'autre part, est souvent utile. P. L.

Myotonie à forme méningée, par poussée d'azotémie avec hypochlorémie.

(M. A. Merklen et H. Gounelle. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

Chez une femme de trente ans, ces accidents ont débuté par l'épigastralgie, qui rentre donc bien dans la catégorie des troubles gastriques que provoque l'azotémie. Ici, la poussée d'azotémie aiguë a donné naissance à un syndrome myotonique à forme méningée, avec myoclonies associées, chez une femme en état d'hypochlorémie par déchlroruration.

Trois mois après la guérison de la crise, une légère albuminurie reste comme témoin d'un processus rénal, qui trouve sans doute sa confirmation dans une tendance à la diminution de la réserve alcaline, mais contre lequel s'inscrivent une urée sanguine basse, et une élimination phtaléinée au-dessus de la normale.

Spirochétose méningée anictérique.

(MM. Laignel-Lavastine, G. Boquien et Ch. Puymartin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

C'est un exemple assez typique de forme méningée pure de la spirochétose, avec contamination hydrique. Les auteurs ont cru trouver une preuve de l'infection par voie digitale dans la présence de volumineux ganglion épitrochléen, contrastant avec le petit volume des ganglions des autres territoires. Ce mode d'infection était d'ailleurs probable, en raison du travail du malade (puits du métro), et du fait qu'il avait constamment les mains plongées dans l'eau.

La symptomatologie n'a rien offert de spécial, sauf une très légère atteinte rénale, avec azotémie discrète avant la crise urinaire et albuminurie très transitoire. Aucun signe hépatique n'a pu être décelé. L'évolution se fit sans rechute réelle.

Cancer primitif du poumon, à type d'abcès, chez un ancien blessé de poitrine, conservant deux éclats restés inclus.

(MM. E. Sergent, Henri Durand, Kourilsky et Couve. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

Le cancer primitif du poumon a évolué en silence jusqu'au jour, où il s'est ramolli et s'est creusé en cavité. La suppuration s'est installée dans cette cavité et a persisté. Le poumon infecté a réagi, d'où broncho-pneumonie chronique avec abcès à distance et symphyse pleurale. En même temps que les conséquences de la suppuration infectante se manifestaient l'évolution propre de la lésion cancéreuse par l'envahissement des ganglions du médiastin se traduisant par une paralysie récurrentielle. D'où la cachexie progressive, les ulcérations vasculaires, donnant lieu à des hémoptysies et finissant par l'hémorragie foudroyante terminale.

Les auteurs ne pensent pas que l'on puisse admettre une relation de cause à effet entre la présence des petits projectiles restés inclus et l'éclosion du cancer ; ces projectiles, en effet, sont restés silencieux pendant treize ans, et n'ont provoqué aucune séquelle ; puis, le cancer s'est développé dans le poumon non blessé ; il a eu son point de départ dans la bronche. Mais, s'ils n'ont pas provoqué directement le cancer, ils auraient déterminé la suppuration et la bronchopneumonie chronique, et c'est celle-ci qui, secondairement, a servi de support et d'occasion à l'évolution du néoplasme ; cependant, il est difficile de soutenir avec conviction cette hypothèse, car les complications broncho-pulmonaires les plus tenaces ne comptent pas dans leurs complications terminales l'apparition d'un cancer pulmonaire ou bronchique.

Présence du facteur vitaminique B dans le cacao et ses produits d'extraction.

(MM. H. Labbé, Heim de Balsac et Lerat. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 13-5-1931.)

Les auteurs ont recherché la présence du facteur B dans les différents extraits hydro-alcooliques obtenus à partir du péricarpe de la cabosse du cacao, de la fève, des caques fraîches et sèches et du germe.

Les parties du cacao, telles que le péricarpe de la cabosse, la coque à l'état frais ou à l'état sec, ne renferment pas de quantités appréciables de facteur B.

Le germe de cacao contient de la vitamine B en quantité suffisante pour entretenir, chez des animaux soumis à un régime carencé de Simonnet, une croissance presque normale. Cette vitamine agit comme facteur d'entretien, dont la suppression ne permet plus une croissance normale. Ce caractère la différencie de la vitastérine A, surtout contenue dans la coque du cacao, et qui, dans les expériences entreprises, s'est comportée comme excitatrice de la croissance, en occasionnant chez les animaux des augmentations quotidiennes de poids supérieures à la normale.

Note sur l'emploi de l'épicarpe des fruits de la famille des Pomacées, comme diurétique et uricolytique.

(M. F. Decaux. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 13-5-1931.)

De nombreuses populations, habitant surtout l'ouest de la France, en faisant usage de cidre, suivent instinctivement une hygiène préventive des troubles humoraux précipitants, qui sont l'apanage, peut-être aristocratique, mais combien douloureux, des manifestations arthritiques.

Le cidre, en effet, provient du brassage de toute la pomme, c'est-à-dire qu'il résulte non seulement de l'expression de la pulpe du fruit, mais aussi de sa peau ; or, celle-ci recèle la plus grande partie des principes actifs du fruit.

Aussi, l'auteur a-t-il été incité à favoriser l'emploi de l'épicarpe de la famille des pomacées, en particulier de la pomme. Les résultats obtenus montrent que l'épicarpe des pommes nous fournit une médication simple, peu coûteuse, ne présentant pas de contre-indications, et cependant douée d'une efficacité indéniable dans les syndromes précipitants et dans les affections rénales, s'accompagnant d'oligurie.

Eczéma et régime. Quand et comment le prescrire.

(G. Leven, P. Blum et R. Leven. — *Soc. de thérapeutique de Paris* ; 13-5-1931.)

Après avoir discuté les raisons d'être du régime, le moment où il faut le prescrire, et sa composition avec indication de menus types, — les auteurs concluent que le régime aidera, dans la plus large mesure, à une guérison, qui nécessite parfois une thérapeutique complexe, faite avec d'autres éléments : hygiène respiratoire régulatrice des échanges humoraux, facilitant secondairement la circulation et la digestion ; traitement neuro-endocrinien, basé sur l'étude systématique des déficiences glandulaires ; enfin, traitement externe qui, pour certains auteurs, ne serait qu'un traitement interne déguisé.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des Sciences médicales.

Ulcération ombilicale due à un kyste diverticulaire fistulisé

MM. Tavernier et Pouzet présentent l'observation d'une fillette de 4 ans, entrée à l'hôpital pour une ulcération ombilicale. Cette ulcération présente un minuscule orifice par où sourd un liquide clair : il s'agissait d'une ulcération par fistulisation d'un kyste diverticulaire. Exérèse, puis reconstitution de la paroi.

Psoïtis au cours d'une ostéomyélite vertébrale.

MM. Laroyenne et Jarricot présentent l'observation d'un jeune homme d'une vingtaine d'années envoyé avec le diagnostic d'appendicite. Début quatre jours auparavant, par des douleurs lombaires gauches ; à l'examen, faciès tiré, langue sèche, température : 40° , vomissements bilieux, sensation d'empâtement à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche ; l'adduction de la cuisse réveille une vive douleur. On incise au niveau de la fesse et on introduit un drain qui passe par la grande échancrure sciatique. L'état général reste mauvais, un état septicémique apparaît et le malade succombe au quatrième jour. L'autopsie montra que le psoas gauche, sur une hauteur de quatre travers de doigt environ, était entièrement détruit et remplacé par

une poche de pus rougeâtre. A la face antérieure du corps de la Ve lombaire, foyer de nécrose inflammatoire.

Société médicale des hôpitaux.

Abcès du poumon guéri spontanément.

MM. Garinet et P. Bernay relatent l'histoire d'un malade de 44 ans, entré à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire. Le début de l'affection est rapporté par le malade à un traumatisme thoracique (poutre sur le côté droit), après lequel la toux s'installa, accompagnée de fièvre (entre 39° et 40°). A l'entrée, au S. G. matité avec respiration soufflante et râles ; à droite, à la base, submatité, petit souffle tubaire et nombreux râles sous-crépitants ; crachats muco-purulents sans bacilles de Koch. A la radioscopie, lésions tuberculeuses du S. G. avec petite caverne, à la base droite image annulaire avec ligne de niveau siégeant dans une zone plus dense à contours flous ; il s'agit incontestablement d'un abcès pulmonaire. En raison des petites dimensions de la lésion et du peu d'importance de la fièvre, on resta dans l'expectative thérapeutique, et on assista à la guérison progressive de cet abcès qui, à la sortie du malade, ne laissait aucune trace à la radioscopie.

Pleurésie interlobaire post-pneumonique guérie par vomique.

MM. Ch. Garin et P. Bernay relatent une seconde observation concernant un homme de 40 ans qui fut pris brusquement d'un grand frisson, avec point de côté et température à 40° ; à son entrée à l'hôpital, au huitième jour, on note à la partie moyenne du poumon droit des signes classiques de pneumonie. Crachats muco-purulents, sans B. de Koch. A la radio, image en bande, formée de deux lignes parallèles, englobant une zone dense, homogène.

On fait deux ponctions qui retirent quelques centimètres cubes de pus verdâtre épais donnant du streptocoque pur. Puis le malade fit une petite vomique, qui amena une amélioration notable qui se poursuivit régulièrement jusqu'à guérison grâce à l'administration d'un auto-vaccin. Cette observation est à rapprocher de la précédente : dans celle-ci (abcès pulmonaire), on avait une image radioscopique annulaire à contours plus ou moins réguliers, englobée dans une zone plus dense à contours flous et séparée des ombres hilaires par une plage claire ; dans la deuxième observation : image en bande allant du hile à la paroi et à contours très nets.

Plexalgies hypogastriques primitives.

MM. Coste et J. Dechaume montrent que, dans la sphère génitale chez la femme, un grand nombre de troubles fonctionnels et en particulier beaucoup de syndromes douloureux sont le fait d'altérations anatomiques ou fonctionnelles primitives du plexus hypogastrique.

Cliniquement, ces altérations peuvent se traduire par de la dysménorrhée, ou, en dehors des périodes menstruelles, par de la cystalgie, du ténesme rectal, du vaginisme, des algies pelviennes.

Le toucher ne révèle le plus souvent qu'une hyperesthésie plus ou moins accusée du plexus hypogastrique avec contracture des ligaments utéro-sacrés. Dans tous ces cas, les auteurs ont pu mettre en évidence diverses lésions histologiques des nerfs présacrés : état congestif, distension œdémateuse des gaines périnerveuses, hémorragies au niveau des faisceaux nerveux, etc.

Spirochétose ictéro-hémorragique anictérique.

MM. Meerssmann, Friess et Coumel présentent l'observation d'un jeune soldat entré à l'hôpital avec un syndrome d'allure infectieuse, fébrile, avec myalgie, épistaxis, syndrome méningé transitoire, complexe symptomatique souvent réalisé dans la spirochétose ictéro-hémorragique.

Cependant le malade ne présenta jamais d'ictère et l'examen des urines n'a jamais révélé l'existence de bilirubine, ni de sels biliaires. Il s'est donc agi d'une forme anictérique de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Spina bifida occulta avec mal perforant plantaire.

MM. Cordier, Croizat et Collomb présentent l'observation d'un homme de 39 ans, chez lequel est apparu, dix mois auparavant, au niveau de la plante du pied droit, vers les deuxième et troisième métatarsiens, une petite phlyctène, puis un durillon, qui s'est infecté et a formé une plaie atone et sanieuse (pièce de 5 francs), qui s'accompagne de traînées lymphangitiques sur la face interne de la jambe. A l'examen, on note : à droite, zone d'anesthésie totale au niveau du pied et du cou-de-pied, zone de dysesthésie au tiers moyen de la jambe ; à gauche, troubles analogues, sauf que la sensibilité thermique est conservée. Troubles de vaso-cyanose et refroidissement. Pas de troubles moteurs, pas d'amyotrophie. Réflexes faibles, mais conservés. Pas de Babinski. Tension artérielle normale. Pas de signes viscéraux.

Pas de signes de syringomyélie, ni de tabès. Wassermann (sang et L. C. R.) négatif. Une radiographie de la région sacrée montre, sur la Ve lombaire et la 3e sacrée, une perte de substance au niveau de l'arc postérieur constituant un *spina bifida occulta*. Une intervention fut pratiquée qui découvrit sous la brèche osseuse vertébrale une bride osseuse transversale que l'on sectionna. On obtint une cicatrisation à peu près complète du mal perforant. Mais, à la suite d'une période de surmenage, il y eut récidive de l'ulcération, les troubles trophiques et sensitifs étant restés très améliorés. On fait alors une sympathectomie péri-fémorale, qui amène la cicatrisation de l'ulcère plantaire.

Eosinophilie pleurale symptomatique d'une amibiase hépatique.

MM. Cordier, Morénas et Croizat présentent l'observation d'un homme de 41 ans, sujet turc, paludéen, se plaignant depuis un mois de douleurs dans l'hypochondre droit, s'exacerbant après les repas, non modifiés par le genre d'alimentation. Pas de vomissements. A l'entrée, subictère des conjonctives ; matité et obscurité respiratoire de la base droite ; foie débordant les fausses côtes, très douloureux. Rate légèrement hypertrophiée. Chimisme gastrique normal. Pas de parasites dans les selles. Radioscopie : diaphragme droit déformé avec saillie dans le champ pulmonaire. Un traitement émétinien amène une chute passagère de température ; puis on assiste à la formation d'un épanchement pleural dans lequel on trouve 8 % d'*éosinophiles*. Puis, une vomique abondante de pus chocolat se produit, dans lequel on trouve des amibes vivantes

Le malade continue à rejeter du pus par vomique fractionnée. On décide de drainer la collection suppurée, mais quelques jours après, le malade meurt cachectique. *Autopsie* : foie énorme, lobe droit criblé d'abcès multiples ; la collection ouverte siège à la partie antérieure et interne du lobe ; mais un abcès beaucoup plus volumineux siège à la convexité sous-diaphragmatique ; on trouve encore plusieurs autres abcès à des stades différents. Enfin, grosse collection suppurée à la base pulmonaire droite sans *communication aucune avec la suppuration hépatique.*

Méningite lymphocytaire aigue curable.

M. Gravier présente à son tour l'observation d'un sujet de 16 ans et demi, d'excellente santé habituelle et sans aucun antécédent ni personnel, ni héréditaire. Se trouvant au bord de la mer, fut pris un soir de céphalée qui devint rapidement très violente. L'examen d'abord négatif, décèle, au quatrième jour, un Kernig assez accentué, accompagné bientôt de raideur de la nuque et de photophobie ; température oscillant autour de 38°. Ponction lombaire (6e jour), liquide limpide, albumine 0,48, sucre : 0,46 ; cytologie : 272 éléments par millim. cube, avec prédominance marquée des lymphocytes ; on ne parvient à mettre en évidence aucun germe microbien.

Par la suite, le malade put être ramené à Lyon sans trop de peine. La céphalée persista pendant deux jours après le retour, s'accompagnant de vomissements, de baillements et de hoquet.

Puis, une amélioration assez brusque se manifesta, suivie d'une guérison complète et définitive.

Tous les observateurs sont à peu près unanimes à refuser l'étiquette tuberculeuse à de tels états méningés, mais le désaccord paraît complet lorsqu'il s'agit de les rapporter à une étiologie connue : les uns ayant parlé de nature poliomyélitique, d'autres de spirochétose ictéro-hémorragique, d'autres enfin, d'encéphalite épidémique. Il paraît probable que l'étiologie de ces méningites leucocytaires bénignes n'est pas univoque.

Sur un cas de méningite lymphocytaire aiguë curable des jeunes sujets

MM. Cordier, Croizat, Collomb et Plancher présentent l'observation d'un homme de 23 ans, entré à l'hôpital pour céphalée violente et rebelle. Début dans les premiers jours de novembre ; à la suite d'un coryza. A l'entrée, malade un peu amaigri, au facies congestionné, ayant des vomissements continuels, sans effort, bilieux et aqueux. Attitude en chien de fusil, signes de Kernig et de Bucdzinski ; abattement, pas de paralysies oculaires. Réflexes tendineux normaux. Raie méningitique de Trousseau. Aux poumons, submatité du sommet droit, avec légère diminution du murmure. *Ponction lombaire* : liquide eau de roche, de tension 25, avec signe de Queckenstedt positif ; albumine diminuée ; sucre normal, lymphocytose marquée, pas de microbes à l'examen direct, Wassermann négatif.

Le malade s'améliora par la suite ; une nouvelle ponction fut pratiquée, l'inoculation au cobaye resta négative. Enfin, le malade sortit guéri, après un séjour de onze jours. En l'absence de toute étiologie plausible, on est ici amené à considérer cela comme une méningite curable (ponctions lombaires) avec réaction lymphocytaire abondante, affection propre aux jeunes sujets.

Méningite lymphocytaire curable d'origine herpétique probable.

M. Barlier présente l'observation d'un homme de 30 ans, très robuste, sans aucun antécédent pathologique, qui fut pris brusquement de céphalée avec courbature et température à 39°, raideur de la nuque, Kernig. En dehors de ce signe, l'examen est négatif. La ponction lombaire donne un liquide « eau de roche », avec une pression de 18 au Claude, et une hyperalbuminose marquée. Wassermann négatif. Quelques jours plus tard, apparition d'herpès buccal.

Les signes disparurent par la suite, et le malade présenta des signes de pleuro-congestion à une base. La coexistence d'herpès labial peut faire discuter l'hypothèse de méningite herpétique.

Polynévrite bismuthique à forme atténuée.

MM. Gaté et Charpy rapportent l'observation d'un homme de 58 ans, qui, en décembre 1929, vint se faire soigner à la consultation des Chazeaux pour un vaste accident primitif de la verge ; on fit alors en tout 5 gr. 85 de néosalvarsan, ce qui amena une cicatrisation rapide. En mars 1930, le Wassermann est très positif ; aussi décide-t-on de faire du bismuth insoluble (15 injections), puis une deuxième série de 12 injections en juillet-août : au total 5 gr. 31 de bi-métal, dose forte mais non abusive. Deux mois

après cette seconde série, le malade revient se plaignant de fourmillements, de picotements dans les deux jambes et au niveau de la plante des pieds, il se fatigue vite et se sent maladroit et incertain en position debout. A l'examen, pas de paralysie vraie mais il y a une ébauche nette de steppage pendant la marche ; réflexes achilléens abolis, rotuliens et cutanés normaux, pas de Babinski. Les piqûres pratiquées au niveau des pieds sont perçues comme des sensations de contact chaud. L'examen est par ailleurs complètement négatif. Il s'agit à n'en pas douter, d'une polynévrite ; et, en l'absence d'étiologie éthylique, diabétique, tuberculeuse ou infectieuse, il reste à discuter deux hypothèses : étiologie spécifique ou thérapeutique (B) ; en raison de la jeunesse de la syphilis chez ce sujet, de la sérologie négative, les auteurs croient devoir s'arrêter à l'hypothèse d'une polynévrite bismuthique.

A. C.

Les Congrès

Journées médicales coloniales (1)

(22 *juillet*-1er *août* 1931)

Séance d'ouverture

La séance d'ouverture des Journées médicales coloniales a eu lieu à l'Exposition coloniale, dans la salle des Congrès de la Cité des informations, sous la présidence de M. le maréchal Lyautey.

J. Noir en a rendu compte le 2 août dernier (no 31 du *Concours médical*).

TRAVAUX DU CONGRÈS

Enfance indigène

La natalité et la mortalité infantile dans les colonies françaises. — M. A. Tiroux. « Pour la bonne compréhension du rapport, il est nécessaire de rappeler qu'en termes de statistique en France et dans presque tous les pays, la natalité comprend le nombre des enfants nés vivants pendant une année rapporté à 1.000 habitants et que la mortalité infantile s'exprime par le rapport du nombre des décès de zéro à un an à 1.000 enfants nés vivants pendant la même période.

Il serait utile de rendre obligatoire dans toutes nos colonies, cette notation usuelle de façon à obtenir, au moins dans les centres où cela est possible, des renseignements comparables entre eux.

Le document le plus récent et le plus complet, qui existe concernant la démographie dans nos colonies est constitué par le rapport établi en 1930 par le médecin colonel Cazanove et présenté à l'Office international d'hygiène publique par le médecin général inspecteur Lasnet.

Les chiffres de natalité ont été certainement exagérés dans nos colonies, par suite des calculs basés sur l'interrogatoire d'un certain nombre de femmes. La natalité, établie selon les usages de la statistique et dans les localités où j'ai trouvé les renseignements nécessaires, paraît varier de 7 à 84 pour 1.000 habitants.

(1) Association de la Presse médicale française.

Les chiffres bas comme le chiffre 7 se rapportent en général à des contrées déshéritées au point de vue agricole. Le chiffre de 84, qui se rapporte à une province du Cameroun, paraît trop élevé, et on ne le retrouve dans aucune autre statistique coloniale française ou étrangère. Le maximum de natalité observé à Tananarive avec un état civil bien tenu est de 49 p. 1.000 et celui de la Haute-Egypte de 55.

Les natalités moyennes qu'on relève souvent dans les quelques statistiques que nous avons pu rétablir et qui vont de 30 à 40 pour 1.000 habitants, dans les contrées où les indigènes se nourrissent bien, sont très réconfortantes quand on les compare à la natalité de la métropole.

Il faudrait arriver à les généraliser sur tout le territoire de chacune de nos colonies, grâce à une organisation, à laquelle on commence à penser.

J'ai retrouvé avec intérêt dans l'étude de ces statistiques le fait que j'ai signalé à Madagascar d'une natalité plus élevée dans des centres importants où la population vit dans l'aisance et se nourrit mieux que dans les campagnes ; c'est ce qu'on observe à Saïgon-Cholon, où la natalité est de 47 p. 1000, alors qu'elle s'abaisse à 33 p. 1000 dans les provinces de la Cochinchine. De même à Hanoï, la natalité de 36 p. 1000 est supérieure à la natalité générale du Tonkin.

Les causes principales de dénatalité sont le paludisme, la syphilis et la blennorragie. Cette dernière affection paraît particulièrement bénigne en Indochine où la population s'accroît, tandis qu'elle reste stationnaire dans les pays d'Afrique.

La mortalité infantile a été encore plus exagérée que la natalité. D'après les rétablissements de calculs, que j'ai effectués, elle varie de 155 à 319 décès de zéro à un an pour 1.000 enfants nés vivants, chiffres extrêmes vérifiés dans des centres où l'état civil fonctionne à peu près et, dans ces limites, elle correspond à la mortalité infantile observée en Haute-Egypte, de 1925 à 1927, qui varie de 172 à 303 décès de zéro à un an pour 1.000 enfants nés vivants.

La mortalité infantile de nos colonies ne dépasse

donc pas 32 p. 100. A ce taux, elle atteint déjà le double des mortalités infantiles les plus élevées observées en France, mais nous sommes bien loin des exagérations au cours desquelles le chiffre de 80 p. 100 est offert à la consternation du public.

Les causes de mortalité infantile sont :

1° Le paludisme. On peut se faire une idée de sa gravité quand on apprend que Legendre a trouvé dans les écoles de Tananarive 77 p. 100 de grosses rates paludéennes et l'on peut dire avec le grand fabuliste français : ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

2° Comme ailleurs, la syphilis vide les berceaux dans nos colonies, et Roger Dumas a pu faire baisser d'un tiers la mortalité des nourrissons de la Goutte de lait à Tananarive en recherchant chez eux les stigmates de l'hérédo-syphilis et en les traitant par le sulfarsénol.

Enfin, les affections pulmonaires sont souvent graves chez des enfants affaiblis par le paludisme et la syphilis, qui sont insuffisamment vêtus au moment des changements de la température... ».

Protection de l'enfance en Indochine. — M. Lalung-Bonnaire. Diverses affections endémo-épidémiques jointes à l'ignorance des matrones et au manque absolu d'hygiène déterminaient autrefois une forte mortalité infantile indigène (plus de 62 p. 100 en 1900), dans le grand centre de Choion.

La protection de l'enfance est assurée en Indochine depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.

1° *Surveillance prénatale.* — Lutte contre la mortalité occasionnée par la syphilis, traitement gratuit dans les formations sanitaires. Institut prophylactique. Consultations prénatales. Conférences et films de propagande. Congés de maternité.

2° *Protection du nouveau-né et du nourrisson.* — Lutte contre la mortalité infantile. Ecoles de sages-femmes indigènes. Maternités centrales, provinciales et rurales. Création des bâ-mu au Tonkin. Accouchements à domicile. Primes à la natalité. Vaccinations antivariolique et antituberculeuse. Distribution de lait, vêtements d'enfants. Conférences et films.

3° *Protection de la première enfance.* — Consultations infantiles dans les formations sanitaires et les maternités de villages. Institut de puériculture. Conférences et films.

4° *Protection de la deuxième enfance.* — Surveillance médicale des écoles :

Fiches sanitaires, scolaires, dépistage de la tuberculose, soins aux trachomateux, exercices physiques.

Conférences et films de propagande sur l'hygiène.

Camps de vacances scolaires.

5° *Œuvres de bienfaisance officielles et privées.* — Crèches, orphelinats, œuvres de protection de l'enfance, de la Sainte-Enfance, écoles d'aveugles, de sourds et muets, maison correctionnelle de Ong-Yem.

Protection de l'enfance en A.O.F. — M. Crozat.

Stegomyia. Fièvre jaune.

Le Stegomyia. — M. Le Gac. En 1881, Finlay attirait l'attention du monde médical sur le rôle possible du Stegomyia fasciata dans la transmission de la fièvre jaune.

Depuis cette époque on ne cessa d'étudier ce moustique. Certains phénomènes biologiques comme la ponte n'ont pu être élucidés que tout récemment par Roubaud qui a montré que les œufs durables du Stegomyia représentent des éléments essentiels de réactivation et de rajeunissement susceptibles d'entraver utilement les effets défavorables d'un développement actif continu.

Les récentes épidémies de fièvre jaune ayant sévi sur la côte Occidentale d'Afrique et au Brésil ont été fertiles en enseignements. Bauer a montré qu'en sus de l'Aèdes œgypti, les Aèdes luteocéphalus et apicoanmelatus et l'Eretmopodites chrysogaster étaient capables de transmettre la fièvre jaune. Divers auteurs ont de plus montré la possibilité de la transmission de la maladie par les Stegomyias de l'Asie, des Indes néerlandaises et de la Tunisie restées indemnes jusqu'à ce jour, d'où la nécessité d'envisager le danger d'une propagation par les voies de communication rapides comme les paquebots et les avions.

Le rôle des moustiques dans la transmission de la dengue a été mis en évidence par Graham, mais ce sont les travaux de Cleland et Bradley confirmés par Siler, Hall et Hitchens qui ont démontré d'une manière irréfutable le rôle joué par le Stegomyia fasciata dans cette transmission.

Dans la prophylaxie des affections transmises par l'Aèdes œgypti, on doit tenir compte de l'importance des œufs durables. La stérilisation des lieux de ponte par l'hypochlorite de soude assurant la destruction des œufs ou l'éclosion prématurée des larves devra désormais entrer dans la pratique courante de la lutte contre les Stegomyias.

Vaccination, sérothérapie et chimiothérapie de la fièvre jaune. — MM. Auguste Pettit et Georges Stefanopoulo. — I. *Vaccination.* — C'est le professeur Hindle qui, le premier, a réalisé, à Londres, en 1928, la vaccination du singe et a appliqué ce procédé à la protection de l'homme ; à cet effet, ce médecin utilise deux vaccins : un vaccin formolé et un vaccin phéniqué.

Quatorze jours après, en proclamant la priorité de Hindle, Pettit et Stefanopoulo proposaient un anavirus, dont la préparation est calquée sur celle de l'anatoxine de Ramon et qui protège efficacement le singe.

Le problème de la vaccination antiamaril n'est pas encore au point en ce qui concerne l'espèce humaine ; il importe, notamment, de déterminer les conditions précises dans lesquelles doit se trouver le virus pour fournir un vaccin efficace et incapable d'infecter l'homme.

II. *Sérothérapie.* — Depuis 1928, Pettit, Stefanopoulo et Frasey préparent du sérum antiamaril au moyen du singe et du cheval, qui jouit des propriétés suivantes :

a) Il n'a d'influence défavorable ni sur l'homme, ni sur le singe ;

b) Il neutralise, *in vitro*, le virus amaril et permet de préparer des vaccins efficaces ;

c) Il protège le macaque contre une infection ultérieure de virus ;

d) Il empêche la fièvre jaune de se déclarer chez le macaque.

Faute de singes, la préparation du sérum antiamaril est arrêtée.

III. — *Chimiothérapie.* — Les essais de chimiothérapie de la fièvre jaune n'ont encore fourni aucun résultat pratique.

Hépatite enzootique ou Rift Valley Fever. — MM. R. Daubney et G. M. Findlay. Une nouvelle maladie aiguë due à un virus ultramicroscopique est décrite de la colonie de Kenia de l'Afrique Orientale anglaise. Le virus produit chez l'homme une fièvre qui dure quatre jours et que caractérise une leucopénie. Le virus est pathogène pour le mouton, la chèvre, le singe, et le chat et mortel pour l'agneau et pour les rongeurs tels que la souris et le rat. Il y a une hépatite nécrotique. L'infection peut être transmise à la souris à travers la peau rasée ou la conjonctive. Le sang et l'urine sont très infectieux. La maladie a des similitudes avec la fièvre jaune mais il n'y a pas d'immunité croisée entre les deux infections.

(A suivre.)

Les Livres

Librairie Payot,
106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Laurent Moreau. — **A bord du Cuirassé « Gaulois »** (Dardanelles-Salonique, 1915-1916). Un vol. de 175 pages, illustré de 28 photographies de l'auteur. Prix : 18 francs.

Treize ans que la guerre est terminée ! Et cependant, les ouvrages qui la concernent continuent à paraître. Ceux qui ont trait à la guerre maritime sont les moins nombreux, sans doute parce que cette guerre, en dehors de quelques épisodes de plus ou moins grande envergure, s'est bornée au blocus de l'Allemagne et de ses alliées, et à la lutte contre les sous-marins ennemis, dont l'audace fut sans bornes, et qui firent tant de mal aux marines de l'Entente.

Parmi ces épisodes, l'un des plus marquants et des plus tragiques fut, en 1915, la tentative de forcement des Dardanelles par les flottes franco-anglaises, qui comptaient, au nombre de leurs grosses unités, le cuirassé « Gaulois ».

Le Dr Laurent Moreau, embarqué comme médecin à bord de ce cuirassé, fut l'un des acteurs de cette tentative, demeurée vaine, et qui coûta si cher à l'Angleterre et à la France, et prit part à cette opération et à toutes celles qui l'accompagnèrent et la suivirent, durant deux ans. Témoin excellemment placé, observateur particulièrement avisé, écrivain de race, il a rédigé son journal de bord, au jour le jour, et fournit ainsi une contribution d'un puissant intérêt aux annales de la grande tourmente, — récit fidèle des événements auxquels il a pris part.

Car, dit-il, dans sa Préface rimée :

« Ce n'est rien qu'un journal, lecteur, que tu vas lire,
« Ecrit au jour le jour, sans contrainte ni lois.
« Si, dans le fait divers, parfois, chante une lyre,
« C'est que mon cuirassé porte ce nom : Gaulois ! »

Son cuirassé... Et tout de suite j'entends me débarrasser d'une remarque qui exprime en même temps un regret. Si j'ai pu écrire plus haut que Laurent Moreau comptait au nombre des médecins du Gaulois, c'est que, d'abord, je le connais comme médecin, et que, par-ci par-là, au gré des aventures qui advinrent à ce cuirassé, il laisse entendre qu'il y participa, en besognant médicalement. Mais je n'ai trouvé nulle part d'indication précise concernant son grade et sa fonction : et je l'ai déploré... Est-ce par excès de modestie ? Pourquoi ? J'aurais aimé aussi trouver, à côté des belles et précises photographies que Laurent Moreau a prises lui-même et qui ornent son récit, une carte de la région, où opéra son bateau. Le lecteur eut pu suivre ainsi plus facilement les évolutions des flottes et de leurs unités.

Sa langue est directe, simple ordinairement, souvent lyrique en effet, toujours harmonieusement cadencée. C'est une prose rythmée, qui berce et enchante. Et la première page m'en fournit un exemple frappant :

Une chanson s'égrène à la brise qui meurt,
tandis que dans le ciel bleui de nuit, s'allume,
palpitante, la première étoile....

Deux parties : 1° *La croisade des Dardanelles* ; 2° *Le bivouac de Lemnos. L'imbroglio de Salonique.*

La journée du 18 mars est la journée héroïque par excellence. C'est ce jour là que le *Bouvet* a été coulé en quelques minutes, et que le *Gaulois* a reçu lui-même un projectile qui ouvrit une brèche si importante dans ses flancs, que l'on put craindre qu'il en fit autant.

Il faut lire le récit de la lutte du bâtiment, qui ne veut pas sombrer, depuis le moment où il a été touché, jusqu'à son premier échouage à Drépano. Un moment il a été question de l'évacuer et une compagnie a déjà été transbordée. D'autres vont-elles suivre ?

« Je traverse à nouveau la batterie. Les thirions, qui luttent contre l'envahissement de l'eau, battent leur cadence sourde et précipitée. Au fond du panneau qui descend aux chaufferies, une cascade tombe d'une manche à air avec un fracas de torrent. Un second maître mécanicien va et vient, affairé. Je l'aborde :
— Que faites-vous là ? On a sonné l'évacuation.
— Pas pour nous, me répondit-il en saluant.
« En effet, j'oubliais que les mécaniciens devaient rester à leur poste jusqu'au bout, en bas, dans les machines et les chaufferies, et j'admire ce dos bleu qui disparaît dans le noir d'une échelle...

C'est simple, sans apprêt, sans fioritures.... Et poignant comme du Corneille...

On lira aussi avec émotion, page 75, le récit de la brève agonie du « Bouvet »...

Mais tout n'est pas fini pour le « Gaulois ». Renfloué *grosso modo*, il fait route vers Malte, où il sera complètement réparé. Mais il est pris par la tempête, le dispositif de fortune qui aveugle la voie d'eau est arraché par les flots en furie. De nouveau l'eau pénètre dans les fonds et alourdit le navire, qui s'enfonce petit à petit. Va-t-il cette fois encore échapper au naufrage ?

« Résisterons-nous deux heures encore ? Nous tiendrons, car il faut tenir. Se peut-il qu'après tant de périls vaincus, nous sombrions ainsi dans une mer amie si loin de la bataille ?
« Déjà le vent mollit, le choc des lames s'atténue, l'oscillation devient bercement. Aux fissures de mon sabord passe une ligne claire : l'aube. Sur le ciel laiteux des blancheurs diffusées de l'Orient, des montagnes apparaissent...
« Une demi-somnolence me gagne. Je crois entendre des appels de sifflet, un bruit de treuil que l'on met en marche....
« Terre en vue... Navarin... Poste de mouillage... Je m'endors tout à fait ».

Mais je suis forcé de m'arrêter. Ces brèves citations suffisent d'ailleurs à donner une idée de la manière de Laurent Moreau et vous suggéreront, j'ose l'espérer, le désir de lire son *Journal de bord*. Puissiez-vous y prendre autant d'intérêt que je viens moi-même d'y trouver ! ! !

G. Duchesne.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

MM. Péhu et Bertoye, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Les enfants qui vomissent.** (Un vol. de 268 pages. Prix 25 francs, in « Bibliothèque de Pathologie infantile »).

Ce livre représente un grand chapitre de séméiologie courante, car, au cours de l'enfance, particulièrement dans les premières années de la vie, le symptôme « vomissement » est bien souvent observé.

Il comporte des divisions bien tranchées :

1° Les vomissements du nouveau-né, observés dans les tout premiers jours de la vie ;

2° Les vomissements du nourrisson ;

3° Les vomissements de la deuxième enfance, étudiés jusqu'à l'âge adulte, car les auteurs envisagent aussi l'adolescence, à cause de la modalité si particulière de certains vomissements de cause nerveuse, observés à cet âge.

Tout en fournissant les détails nécessaires à chaque syndrome, ils ont consacré de longs développements à quelques affections : la sténose pylorique du nourrisson, la maladie des vomissements habituels, les vomissements périodiques avec acétonurie et certaines malformations du tube digestif : particulièrement le mégaœsophage et le mégacôlon. Il leur a paru indispensable de donner pour chacune de ces maladies, trop souvent mal connues ou méconnues, une description clinique minutieuse, ainsi que des notions détaillées de thérapeutique.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Nutrition. Annales cliniques, biologiques, thérapeutiques. Direction scientifique : Professeurs Carnot, Loeper, Villaret. Paraît six fois par an. 1931. Tome I, n° 1 : *Les hyperglycémies non diabétiques* ; n° 2 : *Les hypersensibilités d'origine digestive* (Pasteur-Vallery-Radot) ; n° 3 : *Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique* (Noël Fiessinger et Walter) ; n° 4 : *Médications vésiculaires* (M. E. Binet) ; n° 5 : *Séquelles tropicales* (Tanon, Bertrandet, Caillon).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

Le morphinisme thérapeutique et la morphinomanie passionnelle. — État physio-pathologique spécial de l'intoxiqué. — Les cures de désintoxication. — Conduite du médecin en présence d'un toxicomane.

De récents procès ramènent l'attention, une fois encore, sur les risques que font courir aux médecins la loi du 14 juillet 1916 et le règlement d'administration du 14 septembre suivant, sur l'usage médicamenteux des substances vénéneuses, notamment l'opium et ses alcaloïdes.

A la façon dont les tribunaux font application des dispositions de cette loi à la pratique médicale, il n'est pas de prescription de morphine, si régulière et si légitime et justifiée qu'elle soit, dont on puisse être assuré qu'elle ne déclenchera pas une enquête capable de se transformer en poursuites.

D'où vient donc ce risque exagéré que courent les praticiens, dans le maniement thérapeutique de la morphine et de ses succédanés ? De ce que, sauf ceux qui se sont spécialisés dans le traitement de la morphinomanie, on ignore généralement, aussi bien parmi les médecins que chez les profanes, et spécialement les magistrats, presque tout de la constitution physique et psychique du morphinomane, et de l'étroit asservissement auquel il est condamné ; des moyens dont il dispose pour s'en affranchir ; et des conditions dans lesquelles il peut y recourir.

Si l'on était mieux renseigné, sur tous les aspects de cette toxicomanie, il est probable que l'on apporterait un peu plus de circonspection dans l'examen des faits et leur appréciation. Il est curieux de constater que le trafic éhonté de substances vénéneuses, qui se pratique entre *gens du milieu* dans d'inouïes proportions, échappe présentement en partie à la répression, tandis que l'on voit des médecins, parfaitement honorables, poursuivis et condamnés sur de simples hypothèses gratuites, de fugitives présomptions, d'inconsistantes inculpations.

On entre dans l'intoxication morphinique (aussi bien que dans l'héroïnique) par deux voies différentes : la voie thérapeutique ; la voie passionnelle.

Des souffrances persistantes et cruelles, telles que celles qu'occasionnent une colique hépatique, néphrétique, certaines névralgies, souffrances dont l'excès peut devenir menaçant, même pour la vie du patient, ont nécessité l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées. Si ces injections se répètent assez fréquemment, elles peuvent occasionner l'accoutumance qui crée l'état spécial dénommé morphinisme.

C'est l'entrée directe, si je puis dire, dans l'intoxication.

Ailleurs, c'est un patient qui aura été tellement soulagé une première fois par une injection justifiée de morphine, que chaque fois qu'il souffrira, de quoi que ce soit, il réclamera à son médecin une intervention analogue, et ne sera pas éloigné, à défaut de son médecin, de chercher cette intervention dans des pratiques illicites. Il n'en deviendra que plus complètement morphinomane.

C'est encore par la voie thérapeutique, mais avec un détour où, déjà, la passion joue un rôle, que là, s'est créée la morphinomanie.

La voie passionnelle n'a pas besoin d'être décrite : l'imitation, le snobisme, la recherche de sensations particulières, suffisent à y mener des sujets mal armés pour résister à de telles sollicitations ; sujets à mentalité fragile, qui, si on les examine avec soin, s'apparentent avec la classe de ceux que l'on appelle les petits mentaux.

Autant il est assez simple de désintoxiquer un morphinomane thérapeutique, autant le passionnel s'y montre rebelle, et prompt, en tout état de cause, à récidiver.

Quoiqu'il en soit, pour les uns comme pour les autres, à partir du moment où l'accoutumance est réalisée, le morphinomane est devenu, physiologiquement, un être nouveau.

De même qu'il ne pourrait vivre s'il n'avait à sa disposition l'oxygène de l'air, de même est-il menacé d'accidents, qui peuvent être mortels,

s'il est privé soudainement de la morphine, qui lui est devenue indispensable presque tout autant que cet air qu'il respire.

Il suffit de voir un morphinomane en état de besoin pour s'en rendre compte : ce sont d'abord des baillements répétés,une sensation indéfinie de malaise général, de lassitude ; puis, des crampes apparaissent, dans les membres ; un état nauséeux qui aboutit immanquablement au vomissement ; de la diarrhée ; des sueurs profuses ; puis des lypothymies, capables d'aller jusqu'au collapsus cardiaque et à la mort.

Des sujets vigoureux, ayant surmonté la période critique du surmenage cardiaque et de ses déficiences éventuelles, ont pu être sevrés de cette manière brutale. Mais combien y ont laissé leur vie ! Aussi, n'est-elle pas employée en France.

Fait curieux à signaler : il arrive assez souvent que, au moment où le morphinomane a épuisé l'effet de la dose précédemment prise, et entre en état de besoin, il éprouve des sensations douloureuses analogues à celles qui motivèrent d'abord l'intervention de la morphine dans un but thérapeutique. Fait intéressant aussi : des morphinomanes persistent dans leur intoxication parce qu'ils croient, de bonne foi, que la cause première de l'intervention de la drogue, colique hépatique, sciatique... n'est qu'apaisée par elle, et que dès que cesse son action, cette cause reparaît avec toute son acuité.

Le sevrage brusqué est dangereux et ne doit pas être employé. Par contre, la méthode rapide, préconisée par notre maître et ami Sollier, et dont j'ai vu maintes applications, et selon laquelle on arrive, dans des conditions bien définies, au sevrage complet en trois, quatre, cinq jours, donne d'excellents résultats ; mais elle ne peut être employée que dans un établissement spécialement outillé et équipé à cet effet, avec un personnel de choix très exercé.

Il existe des méthodes de sevrage plus lentes, qui procèdent par de petites diminutions progressives et réclament un assez long délai pour parvenir au sevrage complet. D'autres procèdent par substitution à la morphine (ou à l'héroïne) de certains calmants de remplacement, dont on pense qu'il sera plus facile de sevrer plus tard le toxicomane.

Rien ne s'oppose à ce qu'une cure de désintoxication soit entreprise au domicile de l'intéressé, et réussisse même : c'est cependant tout ce qu'il y a de plus difficile et qui demeure très problématique. Ce qu'il faut savoir, quelle que soit la méthode employée, c'est que le but n'est pas atteint si l'on s'est borné à amener le toxicomane à se passer de son poison favori. Il faut qu'en même temps, on le désintoxique, et cette désintoxication générale, d'un organisme qu'il faut régénérer, c'est au superfonctionnement des émonctoires, et de l'intestin en particulier qu'on doit la demander.

Ce qu'il faut savoir encore, c'est qu'un morphinomane au repos, surtout au lit, a besoin de moins de morphine que s'il continue à se livrer à ses occupations habituelles. C'est qu'il a tendance à prendre une ration supérieure à sa ration d'entretien, celle dont son organisme a strictement besoin pour ne pas souffrir.

Ce qu'il faut savoir enfin, c'est qu'au cours d'une démorphinisation, rapide ou lente, il arrive un moment où l'on atteint une dose qui est à la limite de la tolérance : dose minima audessous de laquelle la drogue n'agit plus, et l'état de besoin apparaît. Que l'on cesse complètement à ce moment les injections, ou que l'on s'obstine à continuer à diminuer centigramme par centigramme, le résultat est le même, et les réactions du sujet identiques. Aussi, dès qu'apparaissent les premiers malaises inséparables de cette période de la diminution, s'ingénie-t-il, quelqu'excellentes qu'aient été ses intentions, — et tout, comme l'enfer, il en est pavé ! — à trouver mille raisons pour retarder le moment critique dont il pressent la venue : travail important à terminer, affaire sérieuse à conclure, voyage nécessaire à entreprendre ; c'est alors que le médecin doit être plus circonspect que jamais et ne pas, comme l'on dit familièrement, « donner dans le panneau ». Qu'il accorde à la rigueur *une fois* un répit de quelques jours. Mais ce délai de grâce écoulé, qu'il se montre intransigeant.

Ce bref exposé suffit, semble-t-il, à faire comprendre pourquoi le maniement d'un morphinomane est chose délicate, et qu'il ne suffit pas d'invoquer les grands principes moraux, ni les prescriptions d'une loi mal faite, pour le guérir de sa funeste habitude.

Et la situation du médecin, en présence de tels malades, n'est pas aussi nette qu'un magistrat, insuffisamment instruit de toutes ces choses, le peut croire.

La lettre suivante, que je viens de recevoir, illustre à point nommé mon affirmation.

« M. X., âgé de 60 ans, m'écrit mon correspondant, se présente à la consultation d'un médecin à qui il explique que, par suite de souffrances occasionnées par blessures de guerre, il est devenu morphinomane. Il use en moyenne de dix à douze centigrammes de morphine, ou d'héroïne, par jour, en injections.

« Il présente une ordonnance d'un confrère prescrivant la dose concordante pour une semaine, dont il demande le renouvellement.

« Le médecin conseille la désintoxication, ou brutale, ou graduée ; il insiste avec les arguments les mieux appropriés. Il se heurte à une résistance absolue : « J'ai essayé, dit le malade ; c'est impossible. »

« Que doit faire le médecin ? La maison de santé n'est pas à la portée de toutes les bourses. Refuser

net ? L'intoxiqué privé de son poison peut en arriver aux solutions extrêmes.

« Prescrire chaque semaine des doses progressivement décroissantes ? Demander une consultation avec un confrère pour établir la conduite à tenir ?

« Confiant dans votre expérience, je vous prie . . . »

Et voici ce que j'ai répondu :

Je conseille au médecin à qui s'adresse un morphinomane pour obtenir des prescriptions renouvelées de morphine (ou d'héroïne) de recourir à une consultation avec un confrère, qualifié par sa situation professionnelle et son autorité régionale, ainsi que vous l'envisagez.

Les deux médecins ainsi réunis examineront attentivement le malade afin de déterminer, cliniquement et par tous autres moyens de recherche, s'il est atteint d'une affection présumée incurable (tuberculose, cancer, tabès, etc.), et occasionnant des souffrances que seule, la morphine peut apaiser temporairement. Cette précision obtenue, il serait inhumain de refuser à ce malheureux l'apaisement que les piqûres calmantes peuvent lui procurer. Les deux médecins s'entendront sur la dose journalière à prescrire, en limitant celle-ci au strict nécessaire. Ils rédigeront leur consultation d'une manière explicite, en double exemplaire, dont l'un demeurera entre les mains de l'un d'eux.

Si, par contre, ils acquièrent la certitude, ou tout au moins une forte présomption que le malade qu'ils examinent est un morphinomane essentiel, si je puis dire, — passionnel, — il conviendra qu'ils se montrent très prudents, et ne risquent pas d'être soupçonnés d'avoir contribué à entretenir cette passion, par des prescriptions complaisantes.

Ils insisteront donc auprès de leur client pour qu'il entre dans un établissement spécial où l'on pourra procéder à sa démorphinisation ; à côté des maisons de santé privées à tarif élevé, il existe des asiles accessibles à toutes les bourses, où des médecins exercés sont parfaitement aptes à soigner ce cas.

S'il refuse, ils pourront aller jusqu'à lui proposer de tenter sur lui une cure de désintoxication à domicile, en lui prescrivant des doses décroissantes, sagement calculées, et en surveillant attentivement l'effet de cette diminution.

S'il n'accepte même pas cette dernière proposition ou ne se soumet pas sans réserve à leur cure de sevrage, — sans se préoccuper des conséquences de leur abstention, — dans l'état actuel de la législation, je suis d'avis qu'ils doivent, dans leur intérêt, éviter de courir le risque d'être enquêtés, poursuivis et peut-être condamnés, pour complicité de trafic de stupéfiant.

Aux yeux de la loi, et surtout de ceux qui sont chargés de l'interpréter et de l'appliquer, le morphinomane est, en général, un délinquant, justiciable de sanctions comportant amendes et prison.

Et le médecin qui, par ses prescriptions, parfois nécessaires pourtant, lui permet ses approvisionnements, pourra être recherché comme son complice, punissable des mêmes peines.

Aussi, ne saurai-je trop recommander, sur ce terrain, à mes confrères, la plus grande circonspection, la plus grande prudence.

Mais pourquoi cette loi, dont tant de médecins ont déjà éprouvé les rigueurs excessives, ne va-t-elle pas jusqu'à la limite de ses intentions en ordonnant le placement obligatoire, dans un établissement public ou privé, selon les circonstances, de tout morphinomane qui n'accepte pas spontanément d'être débarrassé de son intoxication ? G. DUCHESNE.

N. B. — On consultera avec fruit, sur le même sujet, un travail important et documenté paru dans *Bruxelles médical* d'avril 1931 (nº 23 et 24) du Dr Vervaeck, de Bruxelles, auteur d'une intéressante communication du même ordre au dernier Congrès international de médecine légale.

ASSURANCES SOCIALES

Légalité du versement par avance par les non-syndiqués de la contribution en vue du contrôle syndical

Je suis médecin non syndiqué. J'ai fait connaître au directeur du Service départemental des Assurances sociales que j'adhérais à la Convention Syndicat-Caisses, que j'acceptais le contrôle du Syndicat et sa juridiction de famille.

Le secrétaire du Syndicat des médecins auquel avait été transmis ma lettre m'a fait savoir :

a) Qu'en vertu de l'art. 1er de la Convention Syndicat-Caisses, c'est au Syndicat médical que je devais notifier mon adhésion comportant la demande d'habilitation.

b) Que l'art. 25 des statuts du Syndicat dit que tout médecin ayant adhéré à la Convention est justiciable du Conseil de famille et soumis au contrôle technique du Syndicat et qu'il doit participer aux frais de contrôle sous forme d'une contribution forfaitaire annuelle dont le montant est fixé par l'Assemblée générale du Syndicat.

c) Qu'en conséquence, mon adhésion et mon habilitation seraient un fait accompli, dès que j'aurai versé entre les mains du trésorier la somme de 120 francs, montant de la contribution forfaitaire votée par l'assemblée du Syndicat pour l'année 1931.

Estimant que cette participation obligatoire aux frais de contrôle constituait de la part du Syndicat, en ce qui concerne les non-syndiqués,

1° un abus d'autorité ;

2° un acte de pression intolérable envers les non-syndiqués, obligés de participer aux frais d'un contrôle qu'ils n'ont pas demandé, duquel ils sont exclus comme électeurs de médecins contrôleurs et comme médecins contrôleurs, et enfin contrôle sur lequel ils n'ont aucun droit de regard et dont ils ne peuvent vérifier la gestion ;

3° indirectement une atteinte à la liberté individuelle, au libre exercice de la médecine conféré par le diplôme de docteur et au libre choix du praticien par l'assuré si le médecin de ce dernier prétend ne participer qu'aux frais de contrôle nécessités par sa pratique personnelle ;

4° qu'il n'est pas admissible et en tout cas indispensable qu'il y ait des frais de contrôle à la charge du Syndicat autres que de menus frais de correspondance.

En effet, ou le contrôle est demandé par les Caisses, et ce sont elles qui en paient les frais, ou en obtiennent le remboursement de la part du contrôlé s'il est fautif, mais on ne conçoit pas que le Syndicat effectue un contrôle onéreux, là où la Caisse ne trouve rien à redire. S'il en était autrement, il ne pourrait s'agir que de conflits entre médecins et là encore le paiement des frais incombe aux parties disputantes.

J'ai donc refusé de verser à la Caisse syndicale ladite somme.

Conséquence : Les journaux, sur l'initiative du Syndicat, ont fait paraître la liste des médecins habilités sur laquelle je ne figure pas, et cette liste se termine par l'entrefilet suivant :

A partir du 15 août les soins donnés aux assurés sociaux par des médecins non habilités ne seront pas remboursés.

D'où *ma clientèle tend* à 0.

J'ai mis en demeure par lettre recommandée le Syndicat des médecins d'avoir à m'habiliter, lui déclarant une fois de plus que j'adhérais à la Convention Syndicat-Caisses, que j'acceptais le contrôle et la juridiction du Conseil de famille du Syndicat, tout en refusant de participer aux frais de contrôle autres que ceux nécessités par ma pratique personnelle et me réservant le droit de demander 100 francs d'indemnité journalière en cas de refus.

Pas de réponse satisfaisante. Les choses en sont là.

1° Quelle conduite dois-je tenir vis-à-vis des assurés sociaux qui, malgré tout, viendraient me consulter ?

2° La Convention Syndicat-Caisses de mon département ne vous paraît-elle pas susceptible d'être annulée comme contraire à l'esprit de la loi, par les Commissions compétentes ? (Dans d'autres départements les choses se passent différemment au point de vue de l'habilitation).

Dr C.

Réponse.

Pour bien situer la question du point de vue juridique, il convient d'examiner tour à tour un certain nombre de considérations.

A. *L'organisation du contrôle.*

1° Il est indispensable, tout d'abord, d'établir la distinction entre le contrôle, qu'on pourrait qualifier d'administratif, fait par la caisse seule, et le contrôle technique fait par le syndicat de praticiens, ayant contracté avec les caisses.

Le premier porte sur des questions matérielles : véracité de l'état de maladie, etc. Le second vérifie la façon dont les services techniques sont assurés. Ce contrôle technique est déclenché, aux termes de l'article 7 de la loi, soit à la demande de la caisse, soit sur l'initiative du syndicat.

D'après l'article 26, § 2 du règlement d'administration publique, ce contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement des abus professionnels.

En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

2° D'après la loi et le règlement d'administration publique, le syndicat ne peut pas se dérober à ce devoir de contrôle : il est obligé de le pratiquer. Mais il a toute liberté pour organiser ce service de contrôle comme bon lui semble.

Il a donc possibilité, soit de demander d'avance une provision, soit de faire payer par qui de droit les dépenses occasionnées par chaque cas de contrôle.

La première méthode est suivie par le plus grand nombre des syndicats de praticiens. Une caisse spéciale est prévue, alimentée par des contributions, que doivent verser tous les médecins, qui, syndiqués ou non, acceptent de soigner des assurés sociaux.

Cette manière de procéder n'étant pas interdite par la loi, doit être considérée comme parfaitement régulière, à la condition que les sommes ainsi versées par les syndiqués et les non-syndiqués ne servent qu'au fonctionnement dudit contrôle et ne soient pas absorbées par le budget général du syndicat.

L'institution de ce *modus faciendi* doit faire l'objet d'une délibération d'assemblée générale du syndicat, dont notification est faite aux caisses contractantes, pour qu'ellles n'en ignorent, ainsi qu'il est stipulé au *Journal Officiel* du 8 août 1930, publiant les conventions-types, passées entre caisses et syndicats de praticiens.

Cette provision est parfaitement justiciable en soi : si le syndicat est peu nombreux, composé de confrères habitant dans une région pauvre et versant de faibles cotisations syndicales, le groupe corporatif pourrait avoir des difficultés de trésorerie, pour faire l'avance des frais de contrôle.

Puis, si la partie perdante refusait de payer les dépens, auxquels elle a été condamnée, il faudrait la poursuivre devant les tribunaux civils.

Aussi, pour éviter toute contestation ultérieure et permettre au syndicat de faire les frais du contrôle technique, est-il plus simple de réclamer une provision, variable chaque année et devant répondre aux besoins probables de l'exercice futur.

N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que procèdent les avocats ? Lorsqu'on leur confie un dossier, qui probablement nécessitera une plaidoirie, ils demandent au préalable le versement d'une somme, destinée à les couvrir de leurs frais et honoraires.

Lorsqu'une plainte est déposée entre les mains du Procureur de la République, il faut souvent se constituer partie civile, c'est-à-dire verser d'avance une provision, qui représente approximativement les frais d'enquête et de poursuite.

Le plaignant fait ainsi l'avance des dépenses judiciaires occasionnées par l'instruction de sa plainte, quitte à les récupérer sur l'inculpé, si le tribunal condamne ce dernier.

Juridiquement, cette manière de procéder des syndicats est parfaitement licite, étant bien entendu qu'absolument différente de la cotisation syndicale que seuls doivent les syndiqués, la contribution aux frais du contrôle ne servira que pour ledit service de contrôle. Par suite, un non-syndiqué est en droit de demander que lui soit communiqué chaque année le bilan de la caisse spéciale de contrôle, organisée par le syndicat.

B. *Qualification des médecins.*

En principe, tous les médecins peuvent être librement choisis par les assurés sociaux : chaque praticien est honoré directement, selon son propre tarif.

Mais si l'assuré social entend se faire rembourser partie de ses dépenses, par la caisse à laquelle il est affilié, il doit donner à cette dernière un certain nombre de garanties, portant sur la véracité des dépenses, dont il demande remboursement.

Laissant de côté toute considération d'ordre administratif, nous ne nous arrêterons que sur les considérations professionnelles médicales.

Le législateur ordonne aux syndicats de praticiens d'exercer eux-mêmes le contrôle technique : par conséquent, comme corollaire, est dans l'obligation de se soumettre au contrôle technique du syndicat tout praticien, qui, syndiqué ou non, donne des soins aux assurés sociaux es-qualités, pour permettre à ces derniers de justifier leur demande de remboursement partiel des frais médicaux et pharmaceutiques.

La loi du 5 avril 1928, et notamment l'article 32, § 2 du décret du 30 mars 1928, portant règlement d'administration publique, décidaient que sont qualifiés pour donner leurs soins aux assurés sociaux :

« 1° Les praticiens, affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, s'ils ont adhéré à cette convention par une déclaration adressée à ladite caisse ;

« 2° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune des conventions conclues par la caisse, ont néanmoins, par une déclaration adressée à celle-ci, indiqué celui des syndicats contractants dont ils acceptent le contrôle technique ;

« 3° Les praticiens, qui n'ayant adhéré à aucune desdites conventions, ni indiqué par déclaration celui des syndicats contractants appelé à les contrôler, se soumettent au contrôle technique du syndicat de praticiens, désigné par la caisse.

Ainsi le législateur de 1928 avait-il entendu rendre obligatoire pour les praticiens, le contrôle technique imposé au syndicat.

Le législateur de 1930, ainsi que le règlement d'administration publique, qui fait suite, n'ont pas cru devoir reproduire les mêmes dispositions, laissant aux syndicats comme aux caisses toute latitude pour conclure ensemble des conventions. Ces dernières doivent faire la loi des parties.

Cependant, de part et d'autre, il faut obéir à la loi et notamment soumettre les assurés sociaux, comme les praticiens qui leur donnent des soins au double contrôle de la caisse et du syndicat.

Il en résulte que le fait, pour un praticien, d'accepter de soigner un assuré social ès qualité, et par suite, de signer les feuilles d'assurances sociales, comporte l'adhésion tacite dudit praticien aux us et coutumes locaux, déterminés et cristallisés par la convention syndicat-caisse.

Si le praticien, comme c'est son droit absolu, entend rester complètement étranger à la loi des assurances sociales et par conséquent échapper aux contrôles, il doit refuser les feuilles que lui présente son client.

A ce dernier de voir s'il a intérêt à continuer à se faire soigner par ce pracicien et à ne rien recevoir de sa caisse, ou s'il doit désormais s'adresser à un autre praticien, qui a accepté la législation de 1930.

C. *Entraves au libre choix.*

Mais, peut-on objecter, le législateur a entendu accorder à l'assuré le libre choix du médecin : le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi ne contient aucune restriction. Obliger le médecin a accepter les termes de la convention syndicat-caisse, sinon il ne pourra pas soigner les assurés sociaux, n'est-ce pas là une manière de tourner la loi et de limiter le libre choix ?

Non, répondons-nous, car l'intention très nette du Parlement a été d'accorder le libre choix, mais entre tous les médecins qui respectent la loi et notamment, qui se soumettent aux contrôles, que le législateur a ordonnés.

Le malade est toujours libre du choix de son médecin, mais s'il veut bénéficier des avantages de la loi, il doit se conformer à cette dernière et notamment fournir les feuilles et attestations prévues. Par suite, si son médecin refuse de connaître la loi, celle-ci ne le connaît pas non plus et l'assuré n'a droit à aucun remboursement.

N'en est-il pas de même en matière d'assistance médicale gratuite ? des accidents du travail ? des pensionnés de guerre ? des services départementaux de vaccination, de protection du premier âge ? de médecine à l'hôpital ? Partout, en médecine sociale, le libre choix existe, mais entre les praticiens qui acceptent de se soumettre aux conditions des lois en vigueur.

L'entente directe absolue est toujours possible entre malade et médecin ; mais si le premier entend bénéficier d'une loi sociale, il importe que son médecin se conforme aux prescriptions et obligations de ladite loi, ou que tout au moins, le malade fournisse à celui qui supporte, partiellement ou en totalité, les frais médicaux, les papiers, certificats, attestations adéquates, délivrées par le praticien, qui, de cette manière, a reconnu avoir soigné le patient dans le cadre de la loi invoquée.

Or, comme la loi des assurances sociales oblige le syndicat à organiser et à assurer le contrôle technique, force est donc à tout praticien syndiqué, ou non-syndiqué, de se soumettre au dit contrôle et d'en assurer les dépenses, s'il veut que ses malades bénéficient des dispositions de la loi des assurances sociales.

D. *Syndicat obligatoire.*

Mais, peut-on encore soutenir, jamais le législateur n'a voulu que le syndicat puisse devenir obligatoire. Il est donc inadmissible que le groupe corporatif vienne s'arroger des droits illicites, en contraignant les non-syndiqués à verser une contribution quelconque au syndicat.

Effectivement, le Parlement entend que chacun reste libre de se syndiquer, ou non, ou même de se retirer à tout moment du groupe corporatif.

Mais, comment concevoir les rapports de collectivité à collectivité, si on n'utilise pas les organismes reconnus par le Code du Travail ? Ce dernier, par son Livre III, donne force et vigueur, du point de vue corporatif, aux seuls groupes créés selon les dispositions de la législation sur les syndicats.

Seuls, ces derniers ont qualité, aux termes de la loi et de la jurisprudence, pour représenter une corporation et parler au nom de cette dernière, en soutenant ses intérêts collectifs.

Par suite, le législateur de 1930 ne pouvait pas faire autrement que de mettre en face des caisses les syndicats professionnels de praticiens, pous que ces collectivités puissent, par conventions collectives, arrêter les règles locales du fonctionnement médical de la loi.

Point n'est d'ailleurs besoin d'être syndiqué, pour soigner les assurés sociaux : il suffit, pour cela, de se conformer aux dispositions de la convention syndicat-caisse.

Mais, m'objectera-t-on, le non-syndiqué n'a pas le droit de voter pour la formation du conseil de famille, ni pour discuter les clauses d'une convention collective, dont les termes lui sont opposés par la caisse locale.

Tout de même, il ne faudrait pas que le non-syndiqué puisse avoir autant d'avantages que le syndiqué. Ce dernier verse chaque année sa cotisation au groupe corporatif ; il perd une ou plusieurs après-midi ou journées, par an, pour assister aux assemblées générales ; souvent, sans rémunération aucune, il travaille pour la collectivité professionnelle.

Et il voudrait avoir les mêmes avantages, celui qui reste tranquillement chez lui, pour bénéficier des malades qui ne trouvent pas le confrère syndiqué, alors que ce dernier est à son syndicat ; celui qui garde pour lui sa cotisation annuelle, mais qui cependant bénéficie des avantages collectifs obtenus par les démarches, les études, les procès faits par le syndicat ?

E. *Contentieux.*

Deux points sont à envisager : 1° la contribution réclamée par le syndicat, en vue du contrôle, est-elle licite ? 2° devant quelle juridiction porter le litige ?

Je le répète, bien que les tribunaux n'aient pas encore été appelés à en connaître, j'estime que, chargé par la loi d'organiser et d'effectuer le contrôle technique, le syndicat a parfaitement le droit de prévoir les dépenses y afférentes et de réclamer à chaque praticien, syndiqué ou non, une provision nécessaire, pour couvrir les premiers frais.

Quant à savoir devant quelle juridiction porter le débat, le tribunal compétent sera différent, selon que le praticien se place ou non sous l'empire de la loi des assurances sociales.

Reconnaît-il cette dernière, mais discute-t-il la légalité de la convention syndicat-caisse, et de la provision à verser pour le contrôle technique, il devra s'adresser à la commission départementale, prévue et instituée par l'article 7, § 5 de la loi du 5 avril 1930.

Conformément à l'article 31 du règlement d'administration publique, la plainte sera adressée par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au président de ladite commission départementale, qui est désigné par le préfet.

Si la décision, qui interviendra, n'est pas conforme aux désirs du plaignant, celui-ci pourra se pourvoir en appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, dont le secrétaire sera saisi par lettre recommandée, dans les dix jours de la notification de la décision de la commission départementale.

Si au contraire, le praticien entend rester complètement en dehors de la loi des assurances sociales, il pourra s'adresser au tribunal civil dont dépend le siège social du syndicat médical.

Il ne pourra pas, alors, poser la question de la légalité de la mesure, ni de l'opportunité du versement par avance d'une provision, en vue d'assurer le contrôle : il ne pourra que réclamer des dommages intérêts, en vertu de l'article 1382 du code civil, s'il croit pouvoir soutenir que les agissements du syndicat lui occasionnent un préjudice.

Par exemple, il fera plaider que, par sa notification aux caisses des noms des seuls médecins, qui ont acquitté le versement de ladite provision, le syndicat empêche les assurés sociaux de venir chez ceux des praticiens, qui ont refusé de verser la contribution, réclamée d'avance, pour couvrir les frais du contrôle.

Mais, il est plus que probable que le tribunal civil, puis la cour d'appel repousseront la demande, car le syndicat a légalement le droit d'agir en vue des intérêts collectifs de la corporation et sa conduite n'a pas été inspirée dans un but de nuire aux non-syndiqués.

Conclusion.

1° En droit, je conclus que le syndicat a parfaitement la faculté d'organiser le contrôle technique, qui lui est imposé par la loi, en réclamant d'avance aux syndiqués, comme aux non-syndiqués, une contribution provisionnelle, obligatoire, pour tous ceux qui entendent assurer le service médical des assurances sociales.

2° Le syndicat n'outrepasse pas ses droits, en notifiant aux caisses les noms des praticiens, qui se sont conformés au règlement voté par le syndicat, en vue du fonctionnement des assurances sociales, comme à la convention syndicat-caisse.

3° Chaque praticien reste libre d'adhérer ou non à la législation des assurances sociales ; mais s'il veut soigner des assurés ès-qualités, il doit se soumettre aux règles arrêtées par le syndicat et par les caisses.

4° Le malade conserve, en toutes circonstances la faculté de se faire soigner par qui bon lui semble : mais s'il veut bénéficier des dispositions de la loi, il doit se soumettre aux obligations, qui en découlent et notamment fournir les papiers et attestations délivrées par un praticien, qui accepte de se laisser contrôler par la caisse et par le syndicat.

5° Si un confrère doute de mon argumentation, il n'a qu'à soumettre le litige soit aux tribunaux de droit commun (tribunal civil), soit à la commission départementale, instituée par la loi, pour connaître de la légalité des conventions passées entre les caisses et les syndicats de praticiens.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Unité de doctrine, unité de culture

Par le Dr René MARTIAL,

Directeur municipal d'hygiène.
Ancien Adjoint technique des Armées.
Ancien Directeur départemental.

Depuis 1925, j'ai eu l'occasion, à propos de la réforme de la loi du 15 février 1902, de publier, soit dans la *Presse médicale*, soit dans le *Concours médical*, soit dans le fascicule intitulé : « La Charte française d'hygiène » (documents pour servir à son histoire et à son développement) un plan de réforme des instituts d'hygiène, en insistant principalement sur les idées directrices dont il aurait fallu s'inspirer pour les créer.

Certains ont adhéré à ces idées qui, suivant eux, apportaient à la fois ordre et lumière. D'autres les ont âprement critiquées, se refusant à y voir un souci d'intérêt général et en voulant les rabaisser à des desiderata d'intérêt particulier.

Il demeure aujourd'hui que plusieurs se rallieraient à ma manière de voir, mais que les temps ne sont pas encore révolus.

Les idées que j'ai exprimées au cours de ces dernières années et celles que je vais développer maintenant, je les ai depuis longtemps, mais ce n'est pas lorsque l'on est encore considéré comme un jeune dans la carrière que l'on peut les émettre ; il leur faut la consécration de l'expérience.

Aujourd'hui, mon œuvre depuis 1900, est tout entière derrière moi pour montrer, non seulement *que l'intérêt général m'a toujours*

guidé, mais encore que beaucoup des idées actuellement reçues en hygiène, en France, voire même à l'étranger, y ont été prises, bien que la source n'ait pas toujours été citée. Quelques étrangers ont même eu la naïveté de me réciter, il y a douze ans, des leçons qu'ils avaient apprises dans mes livres !

***

A quelque chose malheur est bon ! et de ce peu il faut tirer le meilleur parti possible, mais encore faut-il avoir une méthode de travail. Or, nous n'avons pas cette méthode et nous ne l'aurons pas tant que nous n'aurons pas une unité de doctrine et une unité de culture, en hygiène.

J'entends par « unité de doctrine » l'adoption par tous les instituts d'hygiène de France, sans exception, de directives très générales et de grande envergure. Cette unité de doctrine, d'où doit résulter une unité d'action, serait comme une sorte de politique de l'hygiène. Elle permettrait non seulement l'unité d'action, mais la mise en place d'un vaste tableau d'ensemble des différentes branches ou compartiments de l'hygiène nationale.

Cette mise en place est aussi nécessaire qu'elle l'est à un artiste qui veut peindre une grande fresque ; sans mise en place, disons si vous voulez : sans mise en page, aucun travail n'est possible. Cette mise en page découle tout naturellement de l'idée génératrice du tableau. En ce qui nous concerne, elle découlerait des idées doctrinales générales communes à tous nos instituts.

Une comparaison s'impose : imagine-t-on une armée dont l'Etat-Major n'aurait ni unité de doctrine, ni unité de culture ? Imagine-t-on l'Etat-Major d'un corps d'armée agissant différemment de l'Etat-Major d un autre corps d'armée et pratiquant lui-même d'autres directives que celles qui ont été enseignées aux différentes unités de l'armée ?

Voilà cependant où nous en sommes en hygiène.

Je l'ai déjà dit et écrit bien des fois, j'ai eu l'honneur de l'affirmer à plusieurs de nos Ministres, successivement : le ministre de l'Hygiène ou de la Santé n'a ni troupes, ni officiers, ni Etat-Major ; non seulement il ne les possède pas, mais encore sa propre administration subit le parallélisme des divers offices, en même temps que l'assaut d'un nombre considérable d'œuvres, et ce ministère est plus faible que les œuvres et que les offices, car chacun de ceux-ci a bien sa directive et le personnel du ministère ne compte personne apte à défendre l'Administration contre les assauts multiples dont il est l'objet. Heureusement encore, pour cette administration, que les assaillants ne s'entendent pas !

Le ministère de la Santé n'a pas, lui non plus, de doctrine.

Reprenons notre comparaison militaire : Que nous allions au ministère de la guerre ou à l'Ecole de Guerre, ou à l'Ecole de Saint-Cyr, tous les officiers, depuis le simple St-Cyrien jusqu'au Maréchal de France, ont une unité de doctrine et une unité de culture qui confèrent à l'armée sa puissance d'action. Qu'on ne vienne pas dire que cette unité de doctrine entrave la diversité indispensable dans beaucoup de circonstances. Les officiers de l'armée coloniale ont la même doctrine que les officiers de l'armée métropolitaine et la même unité de culture. Ils savent bien cependant adapter leurs commandements à la nature de leurs troupes ainsi qu'à celle du pays où ils opèrent. En sens inverse, si les troupes coloniales sont appelées à venir combattre en France, leurs cadres n'ont aucun effort à faire pour se réadapter à la vie militaire de la métropole.

Il en sera de même le jour où l'hygiène française aura une unité de doctrine. L'unité de doctrine du ministère de la Santé et des Instituts d'hygiène donnera aux hygiénistes les directives et l'esprit qu'il faut pour agir dans les provinces, dans les départements, voire même, au besoin, en dehors de France. Chacun des hygiénistes en fonction sera capable d'adapter les principes qu'il détient à la région, au département au pays, à la colonie où il aura à opérer. De même que, dans l'armée, l'unité de doctrine assure la puissance d'action et l'efficacité du rendement, de même, en hygiène, l'unité de doctrine sera l'arme puissante de l'hygiéniste et lui permettra de semer un grain qui fournira des récoltes abondantes.

***

L'unité de doctrine confère aussi l'autorité, car il est impossible de commander d'une manière pertinente et efficace si l'on ne possède pas des principes directeurs généraux C'est précisément l'existence de cette autorité qui a permis à nos colonies de devancer la Métropole dans des proportions considérables au point de vue de l'hygiène, car un Gouverneur général des colonies a beaucoup plus de puissance effective qu'un ministre, et n'est point embarrassé par les multiples obstacles qu'électeurs et élus opposent à l'application des lois sanitaires. Le seul moyen, pour le ministre, dans la métropole, de vaincre tous les obstacles, c'est précisément de savoir ce qu'il veut, et il ne peut le savoir que s'il a une doctrine bien assise, qui ne varie pas à chaque instant et sur laquelle ses subordonnés peuvent s'appuyer en toute sécurité.

L'unité de doctrine a donc une force psychologique qui se transmet à toute la hiérarchie, quand il y a une hiérarchie (et nous savons qu'il n'y en a aucune dans l'hygiène française) ; qui se transmet également aux administrés parce

qu'ils sentent qu'il y a, en dehors d'eux, une force bien dirigée, bienfaisante, impartiale, droite comme une épée, mais souple comme un acier bien trempé, et cette force donne confiance à l'administré dans l'efficacité des règles d'hygiène qu'il est obligé de subir ou d'appliquer.

Il est bien curieux que cet élément psychologique ait échappé à tous ceux, politiciens ou autres, qui veulent se poser comme des protagonistes de l'hygiène en France.

Les administrés sont étourdis par les prétentions de chaque groupe, de chaque institut, de chaque école, de chaque œuvre, de chaque parti, la multiplicité même des appels les jette dans le désarroi, et du désarroi dans le scepticisme. Si alors quelqu'un de ces mêmes administrés voyage et constate, soit dans nos colonies, soit à l'étranger, les bienfaits obtenus par une saine administration de la santé, il en conclut que l'hygiène n'existe pas en France et qu'à ce point de vue particulier, une dictature serait nécessaire. Le mot a été dit par des personnages importants et souvent répété, mais une dictature qui n'aurait pas une unité de doctrine ne réussirait pas plus que le ministère actuel de la Santé. Ce n'est pas la forme de l'autorité ni son dynamisme plus ou moins grand qui feront que la France deviendra un pays hygiénique, mais bien l'intime persuasion que le ministre et ses subordonnés détiennent une méthode d'action, que leurs pouvoirs ont pour but d'appliquer avec aisance et souplesse et non pas par la contrainte.

Une dictature sanitaire qui ne serait pas un instrument doué d'un ressort psychologique n'aurait pas de chance de réussir dans notre pays où l'on trouve toujours, hélas ! des moyens ingénieux de tourner les textes les plus impératifs et les plus clairs.

***

Une des premières caractéristiques de l'unité de doctrine doit être de séparer nettement les questions médicales des questions hygiéniques et sanitaires.

En effet, c'est une grosse erreur — dont nous subissons et dont nous subirons encore longtemps les conséquences — d'avoir confondu ces deux branches scientifiques : la médecine, qui a pour but de guérir l'individu, et l'hygiène, qui a pour but de prévenir les maladies. Cette vérité élémentaire a été complètement perdue de vue parce que les médecins se sont imaginé que la meilleure manière de faire de l'hygiène c'était de guérir les maladies. Or, guérir une maladie c'est faire un acte médical, et purement médical. Mais, dira-t-on, si nous guérissons un malade contagieux, nous l'empêchons par cela même de semer la contagion. Vous savez bien que non, car dans la très grande majorité des cas, lorsque le médecin voit un contagieux, soit à son cabinet, soit chez lui, il y a déjà beau temps qu'il a semé la contagion. Qu'il s'agisse de rougeole ou de diphtérie, qu'il s'agisse de syphilis ou de tuberculose, qu'il s'agisse de polyomyélite ou de typhus exanthématique, lorsque le médecin intervient, il est trop tard au point de vue de l'hygiène.

C'est précisément ce qui fait tout l'intérêt passionnant de l'hygiène : arriver à prévenir la maladie ; arriver avant elle, faire que les populations vivent comme si elle n'existait pas ; c'est ce que les adjoints techniques des armées ont si bien réussi pendant la guerre, à telle enseigne qu'on s'est demandé ce qu'ils pouvaient bien faire. Ce qu'ils faisaient, c'était de prendre et d'appliquer toutes les mesures nécessaires pour éviter l'apparition des contagions ; ils y ont si bien réussi que véritablement les armées françaises ont eu, excepté en novembre-décembre 1914 (fièvre typhoïde) et en novembre 1918, février 1919 (grippe) un état sanitaire excellent. Il n'y a aucun doute qu'il n'en eut pas été ainsi si leur vigilance ne s'était pas exercée sans cesse, quoique à l'insu de tous.

La thérapeutique n'est pas de l'hygiène, et blanchir un syphilitique n'est pas du tout la même chose que de faire l'éducation populaire en vue de prévenir l'apparition des maladies vénériennes.

Dans les pays où l'hygiène fonctionne bien, les dispensaires thérapeutiques ne font pas partie de l'armement hygiénique, ou bien lorsqu'ils en font partie, ces dispensaires se contentent de prendre des mesures de prophylaxie ; ils ne se mêlent en rien du traitement ; ils ne donnent pas de médicaments ; ils ne font pas de piqûres; bref, ils ne font aucun acte thérapeutique. C'était là d'ailleurs, à l'origine, le rôle des premiers dispensaires antituberculeux tels que Malvoz les a conçus.

Or, nous dépensons maintenant des millions pour faire des dispensaires et nous nous imaginons par là faire de l'hygiène. En réalité nous faisons de la thérapeutique. Certes, c'est une œuvre excellente et ce n'est pas nous qui nous inscrirons en faux devant la multiplication des dispensaires antivénériens, non plus que devant celle de dispensaires spécialisés pour d'autres maladies, mais c'est de l'armement médical et non pas de l'armement prophylactique.

Le danger de cette tendance, c'est que chaque spécialiste veut considérer le ou les maladies dont il s'occupe comme d'une importance primant celle des autres maladies, et réclame aussitôt la création de nouveaux dispensaires ; en suivant ces errements, nous aurons bientôt autant de dispensaires qu'il existe de maladies dans la nomenclature pathologique.

Ceci ne nous conduira à rien et ne préviendra l'éclosion d'aucune maladie. Or, c'est précisé-

ment *le but des institutions d'hygiène de prévenir les maladies.* Il importe donc d'abord de rendre à la médecine ce qui lui appartient et d'écarter délibérément toutes les formations médicales pour ne conserver que les formations hygiéniques et si, parmi celles-ci il y a quelque mélange entre la médecine et l'hygiène, la partie médicale doit être rendue à la médecine.

***

D'autre part, l'hygiène est une science à multiples branches dont beaucoup n'ont rien de médical ; ce ne sont pas les moins importantes et c'est cela que presque tous les politiciens et les hygiénistes actuels oublient. La faute en revient en grande partie à l'invasion de l'hygiène par la bactériologie : trop de gens s'imaginent que, pour être hygiéniste, il suffit d'être bactériologue. Ceci est une erreur manifeste. S'il est évident que les sciences médicales doivent former la base de l'instruction d'un hygiéniste, elles ne sauraient suffire à elles seules, et l'instruction de cet hygiéniste devra être complétée par des notions de législation, de jurisprudence, d'administration, d'urbanisme, d'art de l'architecture, d'art de l'ingénieur, d'ethnographie, de géographie, de climatologie, de parasitologie, de bactériologie, d'art vétérinaire, de démographie, de statistique, d'immigration, etc., etc.

C'est donc rendre service à l'hygiène et à l'hygiéniste que de les débarrasser de toute la partie médico-thérapeutique qui encombre aujourd'hui les avenues de l'hygiène, qui fausse l'idée même de l'hygiène, sème la confusion et aboutit à l'absence de résultats dans l'action.

XV^e CROISIÈRE MÉDICALE DU « BRUXELLES-MÉDICAL »

Les fiords norvégiens. — Le Cap Nord. — Le Spitzberg. — La banquise.

Le succès des croisières du *Bruxelles-Médical*, fait généralement reconnu à cette heure, est dû au choix heureux des parcours, à celui du navire, à la façon minutieuse dont elles sont préparées.

Les praticiens y trouvent, dans des conditions particulièrement favorables, une occasion de se reposer, en s'écartant momentanément de leurs occupations et de leurs soucis, sans pourtant changer de milieu social.

Une croisière, c'est quelque chose, en vérité, de comparable à une séance de cinéma qui serait inversée. Ce n'est pas le spectacle qui bouge, c'est le fauteuil, toujours confortable, qui transporte le spectateur. Il n'y a qu'à ouvrir les yeux et à se laisser conduire devant des sites, généralement célèbres, et qui justifient leur célébrité.

Bien que l'année se soit signalée à peu près généralement par un mauvais temps continuel, sur le continent européen, *Bruxelles-Médical*, grâce à un pacte avec le soleil, s'est assuré l'exclusivité de ses rayons, aussi bien pour la XIV^e croisière, que pour la XV^e, à très peu de jours près.

Donc, le 11 juillet dernier, un train spécial prenait, à la gare du Nord, les touristes rassemblés à Paris, pour les amener d'une traite à Dunkerque —, 312 km. de parcours —, en 3 heures et demie, sur le quai, devant le paquebot « FOUCAULD » des Chargeurs Réunis.

Unité de belle grandeur, — 15.000 tonnes. 152 mètres de long —, il passe pour un excellent navire. Rien de plus exact. Nous avons glissé, sans grandes secousses, sur des mers agitées que telle autre nef n'aurait pas supportées avec autant de calme.

Installation très confortable : on a laissé le plus d'espace possible aux passagers, qui peuvent jouir à leur gré de promenades, de groupements sympathiques, de jeux, voire de farniente (Ah ! qu'il est doux de ne rien faire ...! sans se gêner les uns les autres.

Le personnel, du vaillant breton qui commande au plus humble des employés, est d'une obligeance, d'une amabilité à toute épreuve.

L'embarquement, préparé méthodiquement, se fait avec facilité, chacun trouvant son gîte sans souci ni peine.

Le repas du soir était à peine commencé, dans la vaste salle à manger somptueusement décorée et illuminée, que nous gagnions le large, pour aller prendre, à Zeebrugge, ce que j'appellerais volontiers la « deuxième portion du contingent ».

Sur une mer calme à souhait, le soleil se couche avec majesté.

12 *Juillet.* — Le réveil nous trouve mouillés devant le port belge, si éprouvé durant la dernière guerre ; les Anglais y tentèrent un effort magnifique pour y embouteiller les sous-marins ennemis. On aperçoit encore, sur le môle, les épaves des bateaux immergés volontairement, après une lutte héroïque...

Les confrères belges nous rejoignent, ainsi que les derniers passagers.

Et nous voici de nouveau repartis vers le large, dans la direction du Nord. Notre première escale sera Bergen, en Norvège. Les côtes basses des Flandres disparaissent rapidement à l'horizon. Vers minuit, un orage se déchaîne, mais qui ne réussit pas à troubler la stabilité du « Foucauld ».

13 *Juillet.* — Vers trois heures du matin pourtant, on se sent quelque peu secoué dans sa couchette. Simples coups de roulis sans conséquences, parce que très courts, histoire de faciliter l'arrimage des gens et des choses...

L'organisation s'achève ; tandis que s'ébauchent de sympathiques relations, des membres sont recrutés pour les commissions diverses : fêtes, sports, etc. Le soir, un dîner de têtes est improvisé, où les bonnes volontés ne furent pas en défaut, encore que les 430 passagers n'y fissent pas tous... la tête.

14 *Juillet*. — BERGEN. — La terre norvégienne apparaît vers 5 heures du matin. La mer est lisse comme l'eau d'un lac. Le « Foucauld » s'avance entre les îles et le continent, dans le couloir qui conduit à la vieille ville hanséatique.

Elle est bâtie à l'extrémité d'une vallée qui se termine en pointe dans le fiord, de sorte qu'elle a deux anses, deux ports à sa disposition, et que l'ensemble du pays a la forme d'un M dont les deux branches latérales sont de hautes collines et le V central une langue de terre où vient mourir le vallon.

On accoste : une place nous a été réservée à côté du « *Stella polaris* », paquebot norvégien affecté aux croisières du Cap Nord.

Des voitures nous emmènent visiter la ville et les environs. Les bâtiments sont du style hollandais, avec des pignons sur rue serrés les uns contre les autres et plus ou moins ouvragés. Beaucoup sont en bois, surtout dans l'ancienne agglomération qui constituait la ville allemande lorsque le port servait de colonie à la hanse.

De grandes places, des squares, la statue de *Grieg*, le délicieux auteur scandinave, des lacs urbains, un immense marché aux poissons se rencontrent successivement. Dans la banlieue, de très belles villas, entourées de jardins, qu'ornent de grands arbres et des fleurs. On n'a pas l'impression d'une ville nordique, par ce beau soleil qui donne à la cité un air de prospérité et de gaieté. Beaucoup plus au nord par contre, malgré la végétation en pleine activité, les fleurs hâtives, et la claire lumière, on sentira que les villes forment seulement de rares oasis au sein d'une région sévère, hostile même à l'homme.

Nous visitons, au fond du val, une vieille église en bois aux toits étagés, terminés par des ornements en forme de proues de vaisseaux wikings, dont l'ensemble rappelle extraordinairement le pavillon du Cambodge à l'Exposition Coloniale. Un cloître bas entoure l'édifice qui, primitivement, était à Fortun, point perdu du Sognefiord. Il fut acquis par un riche norvégien et transporté, pièce par pièce, sur la colline boisée où il se trouve actuellement, à proximité des touristes et des habitants de Bergen.

De retour en ville, nous prenons le funiculaire pour l'ascension de la hauteur du Floien d'où l'on jouit d'un panorama merveilleux sur le fiord, la ville, la vallée, les montagnes proches et lointaines.

Le consul de France nous donne quelques détails sur la capitale du Hardanger, son commerce, son climat.

Puis, liberté de manœuvre nous est laissée pour aller au gré de notre fantaisie visiter à pied tout ce qui peut captiver notre attention. Les magasins n'ont rien d'original : seul, le marché aux poissons, avec ses bassins où circulent des poissons vivants, à côté d'étals où sont exposés les produits de la pêche, a un caractère spécial.

Nous repartons, et désormais, nous naviguerons entre les îles innombrables qui bordent la côte occidentale de la Norvège et le continent, à l'abri de ce que l'on appelle le Skiœrgaard. La grande houle fâcheusement mouvementée de la Mer du Nord n'est plus à craindre. Le temps est magnifique. Dans la soirée apparaissent, sur les montagnes les plus élevées, les premières neiges. Les feux variés du soleil couchant composent des paysages merveilleux, à désespérer les cinéastes qui cherchent à colorier leurs films de teintes naturelles. Après le dîner, où fut célébrée la fête nationale française, le spectacle continue féerique.

15 *Juillet*. — De BERGEN à MÉROK. — Nous cotoyons l'immense crevasse du Rognefiord, pour gagner toujours plus au nord. Au cap STAT, comme il convient, nous sommes secoués et retardés un moment par la lutte contre les courants. Nous longeons le Sondmöre, et nous engageons dans le Storfiord, au nord du 62° de latitude nord.

Fiord étroit, falaises immenses, de roche grise, ou teintées de vert par les mousses. Au pied de la montagne, une étroite bande de terre formée de tout ce qui a été arraché à la montagne par les éléments, au cours des siècles. Ce socle est le seul endroit habitable, où se voient des maisonnettes entourées de prairies, de quelques champs, de bois qui escaladent plus ou moins haut les pentes les plus voisines. Dans cette verdure, de petites vaches norvégiennes paissent tranquillement, et aussi parfois des moutons.

Vers 8 h. 30, nous longeons les célèbres *cascades des Sept sœurs*, pour débarquer au fond du GEIRANGERFIORD, dernière digitation du Storfiord, devant MÉROK (quelques maisons autour d'une église) où nous attendent des voitures. La route, étroite, monte par des lacets impressionnants jusqu'à un col situé à 1.400 m. d'altitude, où l'on trouve de la neige, par plates-bandes espacées. Les sommets du Josteldalsbre se voient au proche horizon avec leurs glaciers, les premiers que nous rencontrons. Nous passons à DJUPVANDSHYTTEN (la cabane du lac profond), devant un petit hôtel de montagne qui a fait venir, pour attirer les clients, une famille de Lapons. Le couple, vêtu de couleurs vives, se tient devant la tente faite de branchages recouverts de peaux de rennes. Un renne unique pait à proximité. Nous longeons un petit lac sur lequel flottent quelques glaçons blancs comme des cygnes, dont ils affectent parfois la forme.

Court arrêt à GRJOILI autre hostellerie des hauteurs qui a, comme la précédente, son lac à proximité, mais sans Lapons. La promenade reprend et nous ramène dans une vallée verdoyante, par VIDESÆTESSŒTER et GRODAAS où l'on déjeune.

Cette vallée est habitée par une population relativement dense. On fait les foins. L'herbe fauchée est mise à sécher sur des palissades, en raison de l'humidité constante d'un sol trop souvent arrosé par

la pluie. Les paysans nous souhaitent la bienvenue de la main. Ce sont de grands hommes blonds, fortement charpentés. Les femmes sont grandes aussi, d'une physionomie souvent agréable. Nous avons, parmi elles, rencontré de vraies beautés, qui eussent fait des héroïnes splendides pour les opéras de Wagner.

De GRODAAS, on gagne HELLESYLT, pour s'engager dans la vallée du NORANGODAL, une des plus riantes de ces régions. Nous retrouvons la mer à OYE, au fond du Hjorundfiord, où le « Foucauld », qui a dû faire un long détour, ne tarde pas à venir nous rejoindre.

Site fort plaisant et curieux, avec les forêts de la vallée, les maisons soignées de la petite bourgade, les fleurs nombreuses des champs et des jardins ; enfin les gigantesques falaises, qui dégringolent à pic dans l'eau du fiord où elles se reflètent avec une incomparable netteté.

Le 16 *Juillet* nous trouve mouillés devant AANDALSNES, dans le ROMSDALSFIORD ; temps gris, pluie intermittente. Un port s'étale sur la rive. Une gare, des wagons, des grues, marquent la terminaison de la voie ferrée qui réunit la région à OSLO, la capitale.

Nous montons, résignés, dans le train réservé qui s'engage dans la vallée célèbre, presque constamment cachée, hélas ! par des nuages bas, accrochés à ses futaies ; de temps à autre, un torrent se précipite dans le fond en bouillonnant. Une cascade se montre ; la fameuse corne du Romsdal, montagne de 1.500 m., est visible un court instant.

Les villages sont assez nombreux le long de la voie ; la pluie arrose les foins coupés, qui sècheront difficilement.

Le train s'arrête à BJORLI, à une quarantaine de kilomètres du point de départ, mais la pluie ne cesse pas. Toutefois, en revenant sur nos pas, le site est un peu plus visible : nous discernons des lacs, reliés par des torrents, et dont la vue nous avait été cachée par le brouillard.

Les canots du « Foucauld » nous permettent de réintégrer notre ville flottante, pour être de nouveau débarqués, après le déjeuner, à MOLDE, coquette petite ville sur le Moldefiord, beaucoup plus large que le Romdalsfiord. Nous montons sur une colline qui domine l'agglomération et nous assistons, dans un parc qui serait sans doute charmant par un temps plus agréable, à des danses anciennes, exécutées par des enfants en costume local, au son de deux violons aigres. Dans ce parc, quelques maisons en bois constituent de petits musées où sont réunis les menus objets ménagers qui servaient autrefois, avant l'invasion des logis par les produits manufacturés en série en Allemagne ou en Angleterre. On nous montre la maison, de style aussi primitif, où *Boræjne Bærnjson* venait passer une partie de la belle saison, et où il a composé quelques-unes de ses œuvres

La petite ville est propre : d'assez nombreux magasins cherchent à attirer le touriste, tant par des fourrures, des bois de rennes, que par divers souvenirs, qui constituent la pacotille nordique que nous retrouverons partout.

17 *Juillet*. — Le mauvais temps continue. Il s'est même aggravé, quand nous venons nous ranger le long du quai de KRISTIANSUND. La ville est construite sur trois îles voisines. Elle fait un commerce important de morue sèche avec l'Espagne, le Portugal, l'Amérique espagnole.

Dans notre promenade, sous une averse qui n'en finit pas, nous rencontrons un grand hôtel qui a arboré le pavillon français. Des maisons confortables, une vaste église réformée, des squares, des rues propres, indiquent l'aisance des habitants. Quand le moment du départ a été annoncé par la sirène, ils se sont transportés sur les quais, et nous ont acclamés. Nulle part nous ne retrouverons une manifestation aussi enthousiaste, en l'honneur de notre groupe franco-belge.

Un journal du pays, distribué dès notre arrivée, nous avait, dans un article rédigé en français, souhaité la bienvenue en excellents termes.

18 *Juilllet*. — Au réveil, nous nous trouvons devant TRONDHJEM, par un temps acceptable. Nous débarquons dans la cité du roi Olaf. Rues vastes, magasins nombreux, beaucoup d'articles pour touristes.

La cathédrale est le plus important des monuments religieux de la Norvège. Elle a été saccagée et brûlée à diverses reprises pendant les guerres de religion. Commencée au XII^e siècle (parties romanes) continuée au XIII^e (parties gothiques, les plus importantes), elle est en voie d'achèvement. C'est sous ses voûtes que les rois de Norvège reçoivent la consécration.

Des voitures nous transportent au FJELDSŒTER, colline des environs, où se trouve un terrain pour l'exercice du ski en hiver, avec sauts au tremplin. Vue superbe sur la campagne verdoyante, le fiord et les collines qui l'avoisinent.

Nous remontons en voiture pour aller à la Cascade du Nid, la rivière de Trondhjem, qui s'est autrefois appelée Nidaros. Un barrage produit une force électrique importante. Les indigènes nous font fête. Les enfants et les jeunes filles nous jettent des fleurs, au passage.

De retour en ville, nous passons devant des monuments importants, de nombreuses écoles. Nous déjeunons fort bien à l'hôtel Britannia, où un excellent orchestre nous joue du Grieg et de la musique française ; retour à bord, au milieu de l'après-midi.

Cette belle journée s'achève par un dîner et un bal costumés. La soirée comporte un concours de travesti, pour la joie la plus vive de la jeunesse.

19 *Juillet*. — La navigation a repris par une mer calme, entre les îles et le continent, comme depuis Bergen. Des glaciers, des pics dénudés, des îles basses, couvertes de verdure, au premier plan. L'impression n'est pas triste, et pourtant le ciel est couvert.

Nous arrivons dans le VESTFIORD, après être passés au large de la ville de BODO. Auparavant, nous

avons franchi le cercle polaire marqué par le glacier du SVARTISEN, entre le 66° et le 67°. Une imposante cérémonie a eu lieu, analogue au baptême de la ligne, dont notre sympathique commandant a été la victime résignée. Nous croisons un paquebot allemand de 20.000 tonnes qui conduit des touristes au Cap Nord. Vers 19 heures, un matelot qui préparait la descente d'un canot, tombe à la mer et ne peut être sauvé. L'eau froide (6°) a dû le saisir : il coule à pic. Les recherches, auxquelles les pêcheurs des environs se sont charitablement associés, ont continué une partie de la nuit. On n'a retrouvé que son béret.

Hélas ! il faut abandonner tout espoir et le « Foucauld » reprend sa route et va mouiller devant DIGGERMVLEN, sur le RAFTSUND, couloir entre AUSTVAAGOY et HINNOY. Cette agglomération fait partie de l'archipel du VESTERAALEN, au nord des LOFOTEN. Nous entamons l'ascension de la montagne qui domine DIGGERMVLEN, à 388 m. d'altitude.

« *Par un chemin montant, sablonneux, malaisé* », on avance avec peine. Les jeunes bondissent, les vieux soufflent. Il est plus de 22 heures et on y voit encore comme en plein jour. Après de multiples efforts, l'on atteint enfin le sommet, sorte de plate-forme sur laquelle le triste Kaiser a fait élever deux cairns, garnis de plaques gravées, commémorant trois ascensions semblables à la nôtre, qui ont conduit le maître de la guerre en ces lieux.

Vue remarquable sur tout l'horizon ; vers 22 h. 3/4, le soleil descend dans l'oéan glacial entre deux montagnes. La lumière baisse un peu, la coloration des sommets s'éteint ; ce n'est pas la nuit, mais un jour blafard, comme pendant une éclipse totale de soleil.

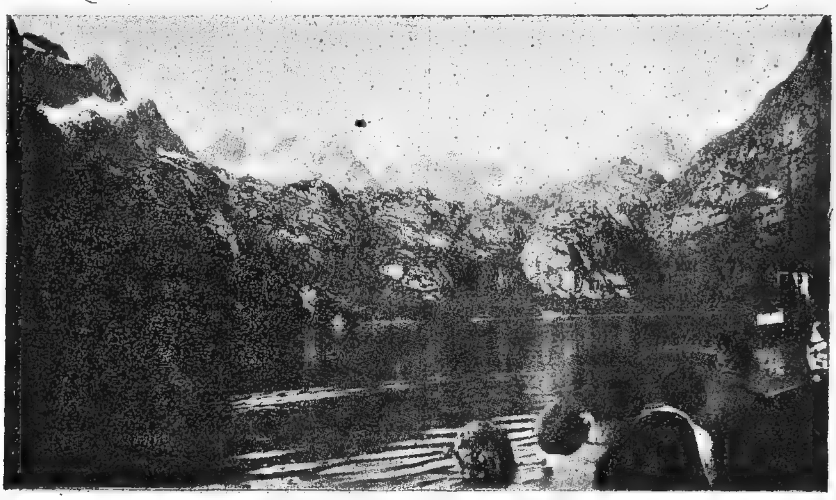
Trois quarts d'heure après, le soleil, qui a déjà illuminé les quelques nuages flottant au zénith, reparaît. Tout change. Du plateau sur lequel nous sommes, on voit les pics des îles Lofoten, les monts de Vestraalen ; une vallée circulaire profonde nous entoure, occupée tantôt par un bras de mer, tantôt par des terres basses avec quelques maisons rustiques.

Au loin, du côté de l'Océan, les îles resplendissent dans une brume violette qui fait au paysage un fond idéalement frais, très doux à l'œil. De quelque côté que l'on se tourne, c'est l'émerveillement. Nous redescendons, tandis que le soleil nettoie de plus en plus la voûte céleste, où n'a pas brillé une seule étoile.

La descente est plus facile, quoique certains passages glissants se montrent pénibles pour les personnes non entraînées. Nous retrouvons le débarcadère aussi éclairé qu'à notre arrivée.

Dans le fiord rajeuni, le « Foucauld » étire sa silhouette de lévrier marin, sur l'eau où se mirent les sommets les plus proches. Nous regagnons nos cabines à 3 heures et demie, rompus, mais contents.

20 *Juillet.* — Après un repos de deux heures, il faut reprendre les canots pour une promenade maritime dans le TROLLFIORD, coupure de l'île OSTRAAG, qui borde à l'est le RAFTSUND.



Cliché C. Boulanger

FIG. I. — Excursion en canot dans le Trollfjord.

Temps merveilleusement beau et chaud. Les barques s'engagent dans un couloir étroit, sur une eau calme où les falaises à pic se réflètent avec toutes leurs nuances ; on longe les bords à toucher la paroi.

Le fond du cirque est fermé par une montagne dont les pointes aiguës jaillissent hors d'un glacier dont la bordure s'arrête assez haut et laisse passer les rigoles multiples de la neige en fusion. Ces petites cascades voisinent, s'entremêlent et leur ensemble rappelle une broderie blanche, à dessin irrégulier, que l'on aurait étalée sur la paroi verticale.

En retraversant l'endroit où notre pauvre petit marin a sombré, nous observons une minute de silence recueilli, pendant que l'aumonier du bord donne l'absoute, et que la sirène marque le glas.

Il laisse au pays breton une mère veuve, qui ne sera pas oubliée par la générosité des passagers et

de l'équipage. Une quête réunit en effet plus de 20.000 francs, qui lui seront envoyés par les soins du commandant.

On reprend la route vers le nord, dans la direction de TROMSOÉ, toujours dans le couloir, entre les îles et la terre ferme, aux mêmes aspects : bords verdoyants, habités dès que l'espace est suffisant ; premiers contreforts boisés, dominés par la roche nue, ou quelquefois, délicatement teintée par des mousses au milieu desquelles on peut reconnaître les taches plus claires des lichens.

21 *Juillet.* — TROMSOÉ. — Matinée superbe ; on a mouillé dans la nuit devant le petit port. Dès sept heures, nous descendons à terre. La ville est à peine réveillée quand nous en parcourons les rues, mais les magasins, remplis de souvenirs pour les touristes, sont déjà ouverts, et leurs marchandises débordent sur le trottoir. Des ours blancs empaillés annoncent dès le trottoir les magasins les mieux achalandés.

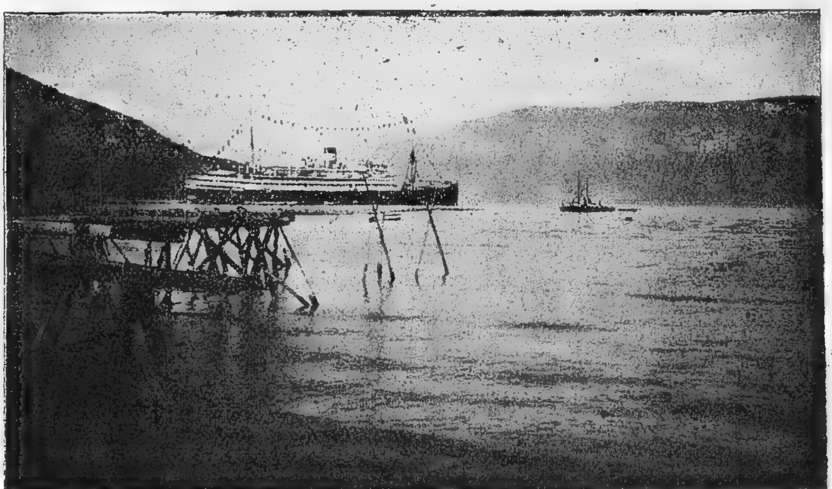
Les maisons sont soignées ; beaucoup de fleurs et quelques arbres. Nous remarquons des angéliques sauvages d'une grande taille. Il fait très chaud.

Nous regagnons le port, où se voient de nombreux établissements pour la préparation et la vente de la morue. Des jeunes filles, en costume du pays, gilet rouge brodé de bleu sur une chemisette blanche, avec une jupe de teinte foncée, regardent nos allées et venues. Elles sont toutes blondes avec des traits réguliers. Les hommes ont une taille élevée, et leur air calme, posé, sérieux, contraste avec le visage enjoué des femmes. Des enfants aux tignasses délavées prennent déjà des bains. Nous rembarquons pour le déjeuner et le « Foucauld » repart aussitôt pour LYNGSEIDET.

LYNGSEIDET. — Au fond d'une anse calme, une église modeste entourée de quelques maisons de bois, un débarcadère en planches : c'est tout Lyngseidet.

Le petit bourg est bâti sur les confins d'une vallée entourée de montagnes tachetées de neige. C'est de là qu'il faut partir pour voir les Lapons : deux kilomètres à faire, à pied ou en voiture norvégienne à deux roues, genre sulcky, attelées de poneys du pays, de couleur café au lait le plus souvent. Le conducteur se place sur l'unique siège de l'arrière, comme sur les traîneaux du XVIII^e siècle.

La route s'allonge sous des arbres de belle venue, entre des prairies verdoyantes. Le camp des Lapons est dans un col, au pied d'un haut sommet partiellement occupé par un glacier Il y a là un certain nombre de familles devant des tentes coniques d'aspect misérable, formées de quelques branches appuyées sur leur extrémité libre et recouvertes de peaux de rennes. Auprès de chaque tente, sur la terre, un étalage de la pacotille locale. Ce sont surtout de menus objets en bois de rennes, ou des vêtements brodés, des chaussures fourrées, quelques peaux douteuses. Un troupeau d'une centaine de rennes circule sous des arbres. Les photographes ont quelque peine à les guider vers un endroit un peu découvert où ils soient mieux éclairés. Ces déplacements éloignent les petits des mères qui poussent aussitôt des mugissements plaintifs.



Cliché C. Boulanger

FIG. II. — Le « Foucauld » mouillé dans le Lyngenfiord

Le retour dans ce vallon si frais, si vert, est fort agréable. Le fiord nous accueille, calme, tandis que le soleil s'abaisse sur l'horizon pour disparaître une dizaine de minutes et reparaître aussitôt.

La fête du Centenaire de la Dynastie belge a été chaleureusement célébrée le même soir et le grand pavois fut hissé à cette occasion ; un radio a été adressé à la Famille Royale, signé par le baron de Gerlache, par le commandant Cariou, au nom de l'Etat-Major et de la Compagnie, par le professeur Breyre, au nom de *Bruxelles Médical.*

22 *Juillet.* — HAMMERFEST. — Temps couvert, maussade. La brume cause un retard de plusieurs heures. Rencontre du paquebot allemand qui revient

du Cap Nord (72° L. N.) et n'est pas allé plus loin. Le brouillard se lève dans le SOROYSUND. A 11 heures nous atteignons la dernière ville de Norvège et d'Europe, la capitale du FINNEMARKE, dans l'île de KVALOY. Le « Foucauld » stoppe à quelques mètres du quai, ce qui permet aux canots un très court trajet. Petite ville à tracé régulier avec des maisons en bois sauf quelques-unes, les plus récentes, en pierre et en ciment armé. Plus d'arbres, plus d'arbustes, plus de fleurs ; quelques mousses et des lichens. De l'autre côté du port, des fabriques d'huile de foie de morue que l'on ne peut visiter, parce qu'elles sont en période de repos.

La ville est dominée par une colline où conduit un chemin en lacet. Nous ne sommes plus qu'à 80 km. de l'île MAGEROY, qui se termine par le Cap Nord.

En quittant Hammerfest, la brume nous enveloppe de nouveau. Il faut renoncer à voir le fameux cap, d'un abord difficile d'ailleurs. Nous continuons à monter vers le nord, dans la direction de l'île aux ours.

L'ILE AUX OURS. — Nuit agitée ; un certain nombre de passagères ont été indisposées. Nous n'avons plus l'abri des îles. Des paquets de brume continuent à retarder la marche du paquebot. Enfin, vers 15 heures, l'île est en vue. C'est une terre assez plate dont le pourtour, échancré par les flots, présente des baies minuscules et des caps souvent en forme de ponts naturels. Beaucoup d'oiseaux ; parmi eux de nombreux canards et des guillemots noirs et blancs. Sur un point de l'île, on voit des habitations et un pylone de T. S. F. Mais rien ne permet de supposer que des humains s'y trouvent en ce moment.

(A suivre).

Y A-T-IL UNE MODE EN MÉDECINE ?

A la manière de......
Courbe la tête, fier Sicambre,.... et brûle ce que tu as adoré

Cette belle phrase, probablement apocryphe, comme tant d'autres, mais qui impressionna si fort nos imaginations enfantines, me paraît aujourd'hui plus indiquée que le célèbre serment d'Hippocrate — apocryphe lui aussi sans doute — pour présider à l'intronisation des futurs docteurs.

C'est, en effet, ce que vient à se dire avec le temps tout médecin qui médite sur ce qu'il a vu, au cours de sa carrière.

Pour ma part, je me souviens qu'en mon temps d'Ecole, mes maîtres s'élevaient à qui mieux mieux contre le vésicatoire, ce pelé, ce galeux, qui ne faisait que du mal. Je m'en abstins donc à mes débuts, n'employant que ventouses, pointes de feu et autres procédés de révulsion..... Mais le hasard fit que je me trouvai en concurrence avec un vieux confrère qui, lui, employait (et copieusement) le vésicatoire. Et force me fut de constater qu'il en obtenait des résultats indiscutables, souvent meilleurs que les miens, ceci, non seulement pour des pneumonies, des pleurésies, etc., mais même, par exemple, pour des sciatiques (ce bon vieux vésicatoire dont la plaie était saupoudrée de morphine.....).

Et depuis lors, il m'est arrivé d'employer, moi aussi, bien souvent le vésicatoire, et nombreux sont les médecins que je vois y recourir encore. Aujourd'hui, de belles théories veulent même expliquer pourquoi ce mode de révulsion a une action particulière ; toujours est-il qu'elle est bien différente de celle de la sinapisation, par exemple.

A l'Ecole encore, s'il s'agissait d'obstétrique, on ne savait assez s'élever contre le forceps ! C'était presque un instrument à proscrire. Je fus de l'époque, où tous les accouchements devaient se faire ou spontanément ou sur la table d'opération. Symphyséotomies, césariennes,..... çà, c'était épatant, mais une application de forceps, Pouah ! Et cela était devenu si notoire que le dessinateur Barrère, dont nous venons de déplorer la perte, représentait, dans une estampe devenue célèbre, un Budin dont le forceps ramenait des avortons, tandis qu'à côté de lui, c'était un superbe bébé, qui caressait la barbe de Pinard.

C'est ainsi que je vis à la maternité laisser des femmes continuer leur travail pendant des jours et des nuits.... sous le prétexte que, ne présentant pas de dystocie, elles pouvaient attendre ! Et puis, je me suis établi, — et mon vieux concurrent employait le forceps, il le manœuvrait même très bien, et, bien que son asepsie se bornât à employer *parfois* du savon (à vous, Camescasse !), ses clientes lui restaient fidèles. A côté de lui, j'essayai de faire patienter les miennes, mais je dus vite m'apercevoir que cela ne m'attirait guère leur gratitude. Ce qu'elles demandent au médecin c'est, n'est-il pas vrai, de les « délivrer ». Et force me fut de chercher à acquérir quelque maestria dans un art, qu'on s'était refusé à m'apprendre à l'école.

Et puis, combien de choses nouvelles ne nous a-t-il pas fallu acquérir, combien de notions ne nous a-t-il pas fallu réformer, combien de pratiques n'avons-nous pas dû abandonner ?

C'est au point que je me demande aujourd'hui ce qui peut bien rester dans ce que je sais, de ce que j'ai appris à l'Ecole.

Combien étonnante donc est l'attitude des

médecins, quand on leur dit avoir constaté quelque chose, qui va à l'encontre des notions généralement admises.

C'est ainsi que, par deux fois, je racontai dans notre cher « *Concours médical* », que je donnais du sérum antidiphtérique *à ingérer* à des malades atteints de certaines angines, me paraissant suspectes ! Chaque fois je me fis « enlever » par quelqu'un.

On m'affirma que, *per os*, le sérum ne *pouvait* avoir aucune action. Cela ne m'a pas empêché de continuer, parce que je suis breton, et donc à tête dure. Et puis, j'ai eu la satisfaction d'en voir d'autres employer les applications sériques *loco dolenti*, puis de voir paraître des spécialités, telles que pastilles ou comprimés porteurs de sérum.

Un jour, je parlai à un médecin de dispensaire antituberculeux de la phagolysine. Lui aussi me répondit : que voulez-vous que fasse un vaccin par voie digestive ?.... Or, ce sont aujourd'hui les médecins des Dispensaires, qui préconisent le B. C. G. (donné par voie buccale).

Depuis longtemps déjà, j'employais, et je m'en trouvais bien dans ma clientèle, l'entérovaccin Lumière. Cette maison, qui n'a pas besoin de garants, a publié bien des observations intéressantes à son sujet. Or, pendant la guerre, je me trouvai à faire partie d'une formation, qui possédait un stock important de ce vaccin, mais avec recommandation de ne pas l'utiliser. Il n'avait pas l'agrément des autorités militaires. Cela n'empêche pas qu'il existe encore aujourd'hui, et rende encore des services.

Et depuis lors, combien de vaccins par ingestion avons-nous vus paraître ?

C'est précisément la pratique récente de l'un de ceux-ci, l'ampho-vaccin Ronchèse antityphoïdique, qui a retenu mon intérêt et m'a incité à écrire le présent article. Je viens, en effet, de soigner plusieurs paratyphoïdes, dont j'ai pu avoir les courbes thermiques *prises par les familles*, et donc en dehors de moi. Ces courbes trahissent si manifestement l'action du vaccin, que l'on pourrait y supprimer l'indication des dates de son administration, — elles seraient faciles à retrouver.

Voici, en premier lieu, Mlle G. ; la courbe commence presque au début de la maladie, la température montait, les signes cliniques paraissaient nets ; je prescrivis le vaccin *per os* (en même temps, je conseillai à l'entourage l'entérovaccin Lumière et j'espérai qu'elle s'en trouverait bien). Ma malade présenta aussitôt une poussée fébrile atteignant 40°1 ; mais tout de suite, vint une défervescence qui fut régulière jusqu'au 14. Alors se produisit un trouble, qui se traduisit nettement dans la courbe, laquelle devint irrégulière, — Ceci me décida le 17 à faire reprendre le vaccin. Aussitôt commença un lysis aboutissant à la guérison.

Un autre malade, M. Hén... est aussi intéressant : sa courbe ne commence pas au début de la maladie (laquelle fut ambulatoire) ; mais enfin nous voyons que du 18 au 26 avril, la température oscillait régulièrement entre 38° et 39° ; puis elle baissa un peu, mais se maintint, régulièrement encore, entre 37° 5 et 38°5. Ne la voyant pas se décider à baisser, je recourus au vaccin.

Aussitôt se produisit une pointe brusque atteignant 39°8, mais ce fut pour avoir tout de suite le retour à la normale.

Et voici encore le jeune Le B... Ce jeune homme devait partir pour le régiment ; il se sentait fatigué, mais ne se doutait pas que lui aussi, était porteur d'une para ambulatoire. Enfin, ne se sentant tout de même pas en état de partir, il vint me consulter.

J'assistai ainsi seulement à la période finale de la maladie. D'abord, cela sembla aller vers une terminaison normale, et la courbe fut satisfaisante du 17 au 27 avril ; et puis voilà qu'elle se mit à remonter. Mon malade avait obtenu un sursis, et il fallait en demander un autre ; il se désolait, voyant son service militaire retardé de six mois ou un an. Je proposai donc le vaccin, qui fut accepté et administré à partir du 1er mai ; il y eut, là encore, une pointe de température, nette et brève ; puis ce fut l'arrêt complet de la maladie. Ce jeune homme a pu partir et son médecin-major, mis au courant par moi, m'a fait savoir que la guérison se maintenait.

Le rapprochement de ces trois observations m'a paru intéressant, et cela d'autant plus que les intéressés ne se connaissaient pas et n'ont su que par la suite les remarques concordantes qu'elles me suggéraient.

J'allais oublier de mentionner un fait qui a peut être son intérêt, c'est que le deuxième malade, M. Hén..... est un homme qui, à la fin de la guerre, avait été vacciné contre les maladies typhoïdes au régiment, et qui avait assez fortement réagi. Quelle est donc la durée de l'immunisation obtenue ?

On a espéré d'abord qu'elle serait très longue. Sera-ce encore une chose qu'il nous faudra brûler ?

Il nous reste heureusement pour nous consoler, de savoir que, par contre : *multa renascentur...* ».

Dr Damey.

LA PAGE SANS MÉDECINE

A Edouard Chimot, en cordial hommage,

CCCCXXXIX. — Paul VERLAINE. **Parallèlement** —Un volume in-4° raisin-tiré à 175 exemplaires (1) dont 100 sur velin de Rives. Illustré de vingt-sept eaux-fortes originales par Edouard Chimot. *Editions d'Art Devambez.* Paris, 1931. 2.000 fr.

Il y a dans la production de Verlaine une série de pièces qui ne sauraient séjourner dans les éditions courantes. La vivacité de leur tour, la licence de leur fond les excluent même des œuvres réputées «complètes ». Elles traduisent cependant avec plus de spontanéité encore, plus de sincérité l'âme tourmentée de l'errant, les élans secrets, la misère du poète s'accrochant à ses plaisirs, à ses joies hâtives de vagabond « *que la haine bénit* », de chemineau sans famille, sans amis, sans foyer : verre poisseux sur lequel s'aggrippe sa main d'ivrogne, corps complaisant et anonyme qu'il étreint ; ripailles de pauvre au cabaret qu'il évoquera d'une chanson pour désaltérer son souvenir. Chansons de touchante reconnaissance où le mot cru fondu dans l'harmonie du poème se sublime et s'allège.

Celles qui composent le présent recueil ont toutes ce caractère alterné de tendresse et de râpeuse brutalité, d'hymne paradisiaque hâché de hoquets et de jurons, de luxure scandée sur l'enchantement fiévreux du rythme bacchique. Je dois à la vérité de préciser que leur douceur n'est qu'épisodique sur le fond brûlant des mots. Leur présentation typographique, très certainement établie à la main en gros caractères adornés de lettrines rouges, a le minutieux équilibre d'un chef d'œuvre manuscrit. Et tout cela est fort beau, mais le charme de l'édition pâlit tout entier devant l'illustration que Chimot a composée pour elle et dont il me sera bien difficile de vous donner une idée approximative.

Son Verlaine introductif est admirable : en pleine page, de face, le visage pensif d'un Lélian encadré par les confidences chuchotées d'un satyre et d'un adolescent (à front rimbaldien) ébauchés en traits tremblés à l'arrière plan de cette tête d'une magnifique expression : sous le crâne chauve, comme tapi dans les orbites un regard perdu, embué d'alcool ou de réminiscences, d'attention aux conseils troubles qui l'égareront hors de son salut. Sous les traits tirés monte vers les yeux de cette face camuse un prodigieux reflet de vie profonde. Les narines hument des souvenirs d'orgie ; la moustache tombante comme engluée de sucs, « *sucrés, salés, poivrés* » rejoint la barbiche qui prolonge ce visage fermé, frileusement soutenu par le légendaire lainage frangeux enroulé au cou du poète. Plus bas, à petite échelle, quatre répliques plus tourmentées du visage vieilli, plus creusé, plus mongol, plus ravagé, plus estompé, plus douloureux de l'Impénitent.

Puis, Chimot a suivi les rêveries transcrites au fil des pages : corps alanguis et las qu'allègent la cadence et le bercement passionné des strophes et que spiritualise l'élégante souplesse de son dessin. Ils se dessinent comme d'irréelles apparitions auxquelles le modelé de ses ombres eut su donner une vie : par d'imperceptibles dégradés, les reliefs s'accusent avec une vigueur de chairs fermes et pâles. Et c'est bien là le caractère le plus curieux, le plus paradoxal de cette illustration : diaphane et solide, légère et pleine, impudique et candide, ayant à la fois retrouvé » *leur pâleur volée à la lune* » et la sereine précision de leur jeunesse. C'est par l'exactitude et la sûreté de ses lignes sobres et très pures que Chimot a atteint cette puissance d'expression... Rondeur si douce des épaules, lignes fuyantes des jambes, dos cambrés, ovale parfait des visages *tous* différents, résignés ou éclairés de joie avec une égale intensité du regard. Quelques taches de lumière sur la grisaille presque uniforme d'un corps demi-allongé et la planche entière s'éclaire d'une réalité de demi-jour hanté de formes vivantes ... O muses triviales et obscures du bon Verlaine, vous voici devenues, sous le burin léger d'un autre artiste ; nymphes prisonnières : c'est sûrement ainsi qu'il vous voyait au fond de son ivresse quotidienne quand bourdonnait à son oreille la confidence hilare de l'Œgypans.

(1) Quarante exemplaires sur Japon impérial à 3.500 fr. — Vingt-cinq sur Japon ancien à 5.000 fr. —Je vous signale que le numéro 144 sur velin a été dérobé à un libraire parisien.

CCCCXL. — M. P. VERNEUIL. **Images d'une femme.** — Un album sous encartage, 24 × 29 avec un Avant-Propos de Jules Romains. Tiré à 1.100 exemplaires numérotés. *Editions Denoël et Steele.* Paris, 1931.

Sur les bords de la mer Egée, Jules Romains a écrit la préface ingénieuse qui ouvre le livre : elle est toute subtilité d'avoir pris son essor au murmure des flots qui bercèrent quelques ruses d'Ulysse. La justification de ce très bel album a pris, sous la plume de Jules Romains, un air harmonieux de danses sans voiles : elle fustige chemin faisant l'hypocrisie de nos mœurs, leur indécence et l'erreur des sectes nudistes. Quant aux images, ce sont des héliogravures d'un grain...

sans reproche. Les clichés semblent pris sous un ciel brutalement ensoleillé, tant les lignes d'ombre ont d'adroite dureté. Le modèle, de souche vraisemblablement germanique, est d'une perfection androgyne et féminine (suivant les angles de prise) exempte de toute outrancière singularité. La simplicité de ses attitudes témoigne avec impartialité du souci artistique et de l'effort d'harmonie qu'a poursuivi avec bonheur Monsieur Verneuil.

CCCCXXXXI. — Jean Vignaud. **Le Huitième Péché.** — Roman. Un vol. 12 × 19. *Edition Albin Michel.* 1931.

Le thème du *Huitième Péché* est clairement ordonné : une « vedette » de cinéma, au moment où elle atteint l'apogée de sa célébrité, renonce à son luxe pour suivre en Afrique l'appel impérieux de l'amour. Le roman est fort bien bâti : on prend à sa lecture un très vif intérêt, car il renferme sur l'île de Malte (où se passe presque toute l'action) sur le monde du cinéma, sur nos amis anglais, sur les sentiments des héros en scène, de précises notations et de profondes remarques. Mais j'ai été frappé de voir *presque* tous les critiques, qui ont avec raison loué le livre, oublier de souligner ce qui constitue sa très remarquable originalité. Répétons avec Lacoste : « *Où va, mais où donc va la critique littéraire ?* ». Leur compte rendu aurait eu la même bienveillante fraîcheur si le drame s'était passé aux îles de Pâques ou Kerguelen. Au prochain roman de Jean Vignaud, ils seront bien inspirés en se souvenant de la solide puissance de son « métier ». Pour aujourd'hui, ils pouvaient marquer : l'opposition entre l'ancienne destination de Malte, île de foi, et l'actuelle utilisation en base de guerre hérissée de vaisseaux d'acier ; le ravage subconscient que ce passé grandiose, mystique et charitable exerce sur un cerveau et un cœur que la vie moderne semble devoir électivement protéger ; l'évolution sentimentale de l'héroïne, qui glisse d'une ferveur insidieusement réchauffée dans son sein, à l'Amour avec majuscule, alors que normalement, le cœur féminin adopte par désenchantement l'ordre inverse des facteurs... Ils étaient sans doute comme moi qui aurais encore sur ce bon livre nombre de points fort singuliers à signaler : ils manquaient de place !

CCCCXXXXII. — Louis-Charles Royer. **Le Sérail.** — Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de France.* Paris, 1931.

Je ne peux cependant pas terminer ma chronique, qui n'est que bosses et péché, sans vous signaler le roman violent de Royer. Les personnages ont, trois cents pages durant, des appétits (si j'ose dire) d'une amoralité soutenue. Afin que nul n'en ignore, ils les satisfont à notre barbe. Royer, qui a beaucoup de talent, a peut-être eu une petite distraction : il a pris son roman pour une suite à sa très physiologique et remarquable enquête sur les sans culotte d'outre-Rhin.

Varia ** Dans la *Nouvelle Revue Française* de septembre, de fines réflexions de Fr. Paulhan et des souvenirs de jeunesse (fort corrects) de Monsieur Gide, qui fut aussi marié. La fin d'un copieux roman de Jean Schlumberger ; et une critique souple du vaste système philosophique où est embourbé Julien Benda.

20 septembre 1931.

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre des Nouveautés

« Encore 50 centimes »

Opérette en 3 actes de M. André Barde.
Musique de M. Christiné et de Maurice Yvain.

Eh bien ! Non ! Sous prétexte que la musique est de MM. Christiné et Maurice Yvain, que le livret est de M. André Barde, que nous voyons réunis pour défendre cette opérette les physionomies sympathiques de Dranem, de Mme Suzanne Dehelly, de Mmes Edith Mera et Gabrielle Ristori, etc., etc., je n'en chanterai pas les louanges sans restrictions. Le moins qu'on puisse en dire, dans le sens des réserves à faire, c'est qu'elle ressemble à ces jeux de patience que l'on donne en cadeaux aux enfants : la boîte contient en vrac une vingtaine de morceaux de bois gentiment découpés, et il s'agit de les assembler pour reproduire une carte géographique ou un sujet d'histoire. Il fallait, pour plaire au public, disséminer çà et là dans l'opérette trois ou quatre chansons spéciales pour Dranem, quelques-uns de ces couplets cocasses, hilarants et roublards, dans lesquels il excelle ; on les y a placés ; peu importe qu'ils arrivent comme les cheveux sur la soupe, le principal est qu'ils y soient; il fallait

le couplet sentimental et tendre, on a trouvé à l'incorporer ; il fallait pouvoir utiliser les réels talents de chanteuse et de danseuse de Mme Ristori, les attitudes excitées et gesticulatoires de la belle Edith Méra, mettre çà et là un peu de nu, penser aux couturiers.... Mais afin, de coordonner tous ces indispensables et essentiels gages de succès, on est allé chercher une histoire abracadabrante que le public est obligé de digérer jusqu'au bout, pour convenir tout de même que l'on n'a rien oublié. Notez que ces morceaux de choix, réunis par une trame d'une platitude notoire, sont tous de petits chefs-d'œuvre ; loin de moi la pensée de critiquer tel couplet, tel ensemble, telle danse qui, pris séparément, sont vraiment de qualité, très bien composés et admirablement rendus ; ce qui est navrant, c'est d'obliger le spectateur à égarer son imagination dans des histoires et péripéties à dormir debout, pour lui faire apprécier la science du maître et le talent de l'interprète. Voyons plutôt.

Au premier acte, nous sommes place Poulbot dans le haut Montmartre : le ménage Boulot, hercule forain (Dranem) et Pirouette, modèle, (Suzanne Dehelly) va être expulsé faute de payer son terme, lorsque deux étrangers : Rupnick (Germain Champell) et Helena Tubasseck (Edith Méra) viennent s'installer à la terrasse du cabaret de l'endroit que Boulot fréquente trop souvent ; ils sont venus directement de la Rouffionie, petit royaume des Balkans, lui, Rupnick, chargé de négocier un emprunt en France, elle pour acheter les derniers modèles de robes de la reine Stassia. Mais voici Boulot qui présente ses exercices aux badauds et, comme tout bon lutteur débrouillard, il réclame en dosant la curiosité et l'intérêt du public « encore cinquante centimes », avant de commencer son travail. Cependant, en Rouffionie, tout ne va pas sur des roulettes ; le Roi et la Reine n'ont pas d'enfants par suite de l'incapacité masculine et de plus, le premier ministre intrigue, rêve de proclamer la déchéance de la dynastie et d'instaurer la dictature à son profit. Il faut à tout prix sauver la couronne et donner un héritier au royaume, c'est le secret dessein de Rupnick et d'Helena. Voilà pourquoi ils ont conçu secrètement le plan de ramener de France un repopulateur à hauteur. Naturellement Boulot à l'imposante structure et aux muscles d'acier est l'homme qu'il faudrait et les étrangers l'arrachent à prix d'or à son petit métier de lutteur.

Le deuxième acte nous transporte à la Cour de Rouffionie : le roi ne se plaît qu'à la chasse aux papillons, la reine apaise ses ardeurs insatisfaites dans les exercices violents de la chasse à courre, repoussant mollement les respectueuses avances d'un jeune secrétaire d'Etat, Brancomir (André Dupuis) qui brûle d'amour pour elle. Arrivent Boulot et Pirouette, le premier présenté comme un professeur à la Faculté de Médecine (! ?), la seconde comme la première d'une grande maison de couture de Paris.

Le troisième acte nous montre enfin comment Boulot capte la confiance du roi en lui rendant sa vigueur, grâce à une cure de vin blanc gommé, trop tard hélas ! car la reine ayant cédé aux instances de Brancomir est sur le point de donner un héritier au trône. Chut ! personne n'en saura rien et Boulot, avec son inénarrable Pirouette, instruments aveugles de toutes ces invraisemblables machinations, s'en retournent à Paris nantis d'un chèque important en paiement de leurs services. Le ministre conspirateur est enfin démasqué et la Rouffionie est dans la joie.

Fort heureusement les scènes sont bien menées, les interprètes sont excellents, la partie musicale fort agréable. Je citerai, au premier acte, la chanson de « Pirouette » de Christiné, au deuxième acte : « L'amour est un plaisir vraiment doux », charmant duo de Boulot et de Pirouette, de Maurice Yvain ; « Je reviendrai demain matin » du même auteur où Dranem est désopilant. Au troisième acte « Essayez donc » du même genre ainsi que le chœur « Revoir Paris » de Maurice Yvain, plein de gaîté et d'entrain.

La danseuse : Mme Ruth Felder, est fort agréable dans sa réserve gracieuse et je m'en voudrais d'oublier M. Carlus, talentueux metteur en scène, ainsi que M. Pierre Chagnon, très habile à conduire son excellent orchestre.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges GUILLAIN). — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. ALAJOUANINE, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. GARCIN, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; L. MICHAUX, P. MOLLARET, R. THUREL, P. SCHMITE, chefs de clinique ; J. CHRISTOPHE, J. DARQUIER, P. MATHIEU, J. PÉRISSON, A. THÉVENARD, anciens chefs de clinique ; BOURGUIGNON, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux ; AUBRY, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons ; la première série commencera le lundi 19 octobre 1931, à 14 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le mercredi 4 novembre 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Première série.* — 1° Tumeurs cérébrales. — 2° Syphilis cérébrale. — 3° Syndromes parkinsoniens. — 4° Paralysies pseudo-bulbaires. — 5° Maladie de Wilson. Pathologie du corps strié. — 6° Aphasie. — 7° Apraxie. — 8° Syndromes vasculaires cérébraux. — 6° Syndrome thalamique. — 10° Syndromes pédonculo-protubérantiels. — 11° Syndromes bulbaires. — 12° Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. — 13° Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. — 14° Chorées. — 15° Syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens. — 16° Hémianopsie.

Deuxième série. — 1° Poliomyélite — 2° Syphilis médullaire. — 3° Sclérose en plaques. — 4° Syringomyélie. — 5° Compressions de la moelle. — 6° Sclérose latérale amyotrophique. — 7° Tabes. Arthropathies nerveuses. — 8° Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. — 9° Maladie de Friedriech. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégies spasmodiques familiales. — 10° Atrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. — 11° Polynévrites. — 12° Myopathies. Myotonie. — 13° L'électrodiagnostic. La chronaxie. — 14° Les examens du liquide céphalo-rachidien. — 15° Les névrites optiques. La stase papillaire. 16° Les examens labyrinthiques.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 francs. Les bulletins de versement du droit seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Chaire d'histoire de la médecine.** — Nous croyons savoir que M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE donnera sa leçon inaugurale vers le 15 novembre.

Son cours magistral pendant le semestre d'hiver sera consacré à l'histoire de la syphilis.

Au cours du semestre d'été, il sera pratiqué des manipulations bibliographiques, ou méthode clinique appliquée aux textes.

Des conférences-promenades ou méthode clinique appliquée aux lieux et monuments se rapportant à l'histoire de la médecine.

HORAIRE DES COURS. — 20 novembre : à 3 heures : Introduction à l'histoire de la médecine. — 27 novembre : Histoire des maladies infectieuses, la syphilis. — 4 décembre : La syphilis existait-elle dans le vieux monde avant Colomb ? — 11 décembre : Découverte de l'Amérique et syphilis. — 17 décembre : Syphilis et Renaissance. — 8 janvier : Fracastor et Rabelais. — 15 janvier. — Clinique et traitement de la syphilis aux XVe et XVIe siècles. — 22 janvier : La syphilis au XVIIIe siècle. — 25 janvier : La syphilis au XIXe siècle avant Rollet. — 5 février : Fournier. — 12 février : Schaudinn et Wassermann. — 13 février Les neurosyphilis. — 26 février : Ehrlich et la chimiothérapie. — 4 mars : L'hérédo-syphilis. — 11 mars : La prophylaxie de la syphilis. — 18 mars : Instructions générales. La méthode de Wagner von Jauregg.

Manipulations bibliographiques. — 8 avril : Manuscrits ; 15 avril : Incunables ; 22 avril : Imprimés ; 23 avril : Périodiques.

Conférences-promenades (2e et 4e dimanches à 10 heures). — 8 mai : Faculté de médecine ; 22 mai : Val-de-Grâce ; 13 juin : Hôtel-Dieu ; 26 juin : Institut Pasteur.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de l'internat.** — Le jury du concours de l'internat (épreuves orales) est composé de MM. Lévy-Valensi, Baudoin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot et Macé, qui ont accepté.

— **Prix Fillioux.** — Le concours pour le prix Fillioux sera ouvert le 10 décembre 1931. Ce prix est attribué au meilleur mémoire sur les maladies de l'oreille. (Les mémoires sont reçus jusqu'au 14 octobre.)

— **Prix Civiale.** — Les mémoires pour le prix Civiale doivent être déposés à l'administration centrale avant le 16 novembre 1931.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Louis ROULIN, de Paris ; du Dr Georges VIEILLARD ; du Dr Georges FERRY, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg ; du Dr KENT-GAZET, d'Aix-les-Bains et Cannes ; du Dr BÉCAVIN DE THOMEN, chef du service de radiologie à l'hôpital Gouin ; du Dr G. MAHOUDEAU, Professeur à l'Ecole d'anthropologie ; du Dr A. BESSON, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Péan ; du Dr CHEVALIER, de Khenche la (Constantine) ; de M. BALTHAZARD, décédé à Vence, à l'âge de 82 ans, père du Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à qui le *Concours médical* exprime ses sentiments de profonde sympathie.

— **Ecole municipale d'hygiène.** — Au Musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol, auront lieu les mardis et vendredis à 20 h. 1/2, à partir du 13 octobre, les cours suivants, illustrés par des projections cinématographiques. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront fait preuve d'assiduité.

Hygiène générale. — Mardi 13 octobre 1931, M. J. BLIER : L'hygiène à travers les âges. — Vendredi 16 octobre 1931, M. C. ROÉLAND : Tuberculose et hygiène de l'habitation. — Mardi 20 octobre 1931, M. SENTENAC : Alimentation en eau des villes. — Vendredi 23 octobre 1931, M. SENTENAC : Collecte et évacuation des eaux usées et des ordures ménagères. — Mardi 27 octobre 1931, M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES : Air et lumière. Fumée et poussières. Application à l'habitation et à l'école.

Hygiène alimentaire. — Vendredi 30 octobre 1931, M. C. ROÉLAND : Le lait envisagé comme aliment. — Mardi 3 novembre 1931, M. J. BLIER : Les divers aliments. Nutrition. Rationnement. Métabolisme alimentaire. — Vendredi 6 novembre 1931, M. C. ROÉLAND : Les maladies transmissibles par le lait. — Mardi 10 novembre 1931, M. J. BLIER : Régimes. — Intoxications alimentaires. — Vendredi 13 novembre 1931, M. C. ROÉLAND : La conservation du lait. Le lait cru. — Mardi 17 novembre 1931, M. J. BLIER : La conservation des aliments.

Hygiène infantile. Hygiène scolaire. — Vendredi 29 novembre 1931, M. le Dr MAILLET : Première enfance. Croissance et alimentation. — Mardi 24 novembre 1931, M. le Dr MAILLET : Moyenne et grande enfance. Croissance. Hygiène individuelle (notions générales). — Vendredi 27 novembre 1931, M. le Dr DUFESTEL : Hygiène des locaux scoloires. — Mardi 1er décembre 1931, M. le Dr DUFESTEL : Hygiène collective et hygiène individuelle des écoliers.

Maladies infectieuses. Maladies professionnelles. — Vendredi 4 décembre 1931, M. le Dr CAUJOLLE : Maladies microbiennes en général. Variole. Vaccine. Varicelle. Scarlatine. Rougeole. — Mardi 8 décembree 1931, M. DUVAL : Le plomb. Le mercure. Le phosphore. L'arsenic. — Vendredi 11 décembre 1931, M. le Dr CAUJOLLE : Coqueluche. Oreillons. Diphtérie. Fièvre typhoïde. Dysenterie. Tétanos. — Mardi 15 décembre 1931, M. DUVAL : Le sulfure de carbone. Les hydrocarbures et quelques autres composés organiques. — Vendredi 18 décembre, 1931, M. le Dr CAUJOLLE : Choléra. Typhus. Peste. Fièvre jaune. Lèpre.

Maladies d'origine animale. — Mardi 22 décembre 1931. M. J. BLIER : Tuberculose. Fièvre ondulante. Charbon. — Mardi 5 janvier 1932, M. J. BLIER : Rage. Psittacose. Maladies vermineuses.

Hygiène sociale. Hygiène mentale. — Vendredi 8 janvier 1932, M. C. ROÉLAND : Alcoolisme. Tuberculose. — Mardi 12 janvier 1932, M. le professeur H. GOUGEROT : Maladies vénériennes. — Vendredi 15 janvier 1932, M. le Dr BÉRILLON : Hygiène mentale : la défense contre les maladies mentales. — Mardi 19 janvier 1932, M. le Dr BÉRILLON : Hygiène mentale : le problème de l'enfance anormale.

Hygiène chirurgicale. — Vendredi 22 janvier 1932, M. le Dr R. C. MONOD : Asepsie et antisepsie. — Mardi 26 janvier 1932, M. le Dr R.-C. MONOD : Contusions. Plaies. Fractures. Principales affections des organes respiratoires et des organes digestifs.

Hygiène dentaire. — Vendredi 29 janvier 1932, M. L.-C. BARAIL : Notions de pathologie buccale et dentaire. — Mardi 2 février 1932, M. L.-C. BARAIL : Prophylaxie bucco-dentaire et soins d'urgence aux enfants et aux adultes.

Le Musée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis, de 12 à 17 heures, les jours de fête exceptés.

— **Ecole de puériculture.** — La reprise des cours de l'Ecole centrale de puériculture, 91 *bis*, rue Falguière, est fixée au 19 novembre 1931. Inscriptions et renseignements auprès du Comité national de l'Enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

— **Médailles d'honneur de la Mutualité.** — *Médailles d'or.* — MM. Reynaud, à Poussan (Hérault) ; Bec, à Paris ; Rigal, à Chevreuse (Seine-et-Oise).

Médailles d'argent. — MM. Sicard, à Montluçon (Allier) ; Daviod, Magdan, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Nègre, à Marseille ; Facy, Hutinet, Parrot, Simon, Tournemelle, à Paris ; Corbin, à Amiens (Somme) ; Traulanne, au Luc-en-Provence (Var).

Médailles de bronze. — MM. Menu, à Laon (Aisne) ; Duclas, Ménard, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Lebasteur, à Grasse (Alpes-Maritimes) ; Manine-Ilitou, à Rochefort (Charente-Inférieure) ; Pfier, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Bourg, à Paris ; Desprairies, à Joinville-le-Pont (Seine) ; Coudrain, à Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne) ; Vautier, à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise) ; Matheron, au Luc-en-Provence (Var) ; Lembroso, à Tunis (Tunisie).

Mention honorable. — M. Deglaire, à Montgeron (Seine-et-Oise).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

bénéfice. De même, en ce qui concerne les unités qui seront vendues au prix médical.

G. DUCHESNE.

4059. — Examen d'un aliéné

Ayant été demandé par téléphone *par le maire* d'une commune pour examen d'un aliéné en vue de son placement (placement par l'autorité publique) et ayant délivré le certificat nécessaire, j'ai adressé au maire de cette commune ma note d'honoraires, tarif médico-légal, qui répond maintenant (après m'avoir dérangé) que la dépense ne lui incombe pas et doit être réglée par la famille du malade ; or, elle est insolvable.

Dr T.

Réponse.

En vous requérant, le maire n'a pas agi en qualité d'officier de la police judiciaire, puisqu'il n'y avait pas présomption de crime ni de délit, mais en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 19 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

A notre avis, vous ne pouvez donc vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle et, si vous avez établi votre mémoire d'honoraires en vous basant sur ce tarif, c'est simplement par analogie que vous pouvez en demander l'application.

C'est le maire qui vous a demandé d'examiner le malade ; c'est donc au maire qu'il appartient de vous payer et non à la famille, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit et qui ne vous a rien demandé.

Baux et Locations

4084. — Prix du loyer prorogé

Je suis locataire depuis le 29 septembre 1919 d'un appartement au 2e étage dont le second bail finit le 29 septembre 1931. Mon propriétaire émet pour le renouvellement d'un 3e bail des prétentions d'augmentation très fortes.

Le prix que payaient les locataires précédents était de 1.100 en 1914, prix successivement porté à 1.500, 2.800, actuellement 4.000.

J'ai la charge de balayer les escaliers, le corridor, d'éclairer les escaliers, fermer la porte d'entrée, etc. ; il n'y a évidemment pas de concierge ; il y a eau et électricité, on est en train d'installer seulement le gaz qui n'est pas encore dans la maison.

Dans ces conditions je désirerais savoir si :

1° J'ai intérêt à redemander un nouveau bail, de quelle durée et à quel prix approximatif raisonnable. Il y a 3 ans mon propriétaire parlait de 5 à 6.000. J'ai transigé à 4.000 ;

2° Si nous ne nous entendons pas pour le bail, j'ai droit à la prorogation. Le prix du loyer étant de 1.100

en 1914 pour une ville de plus de 100.000 habitants, je désirerais savoir jusqu'à quelle année s'étend la prorogation et les paliers successifs d'augmentation.

Mon propriétaire m'a remis avec la dernière quittance une note pour me dire que le locataire de 1914 qui payait 1.100 fr. n'étant pas professionnel ce prix du loyer devait être augmenté de 30 % en tant que locataire professionnel comme prix de base

Or, je n'ai vu cette augmentation dans aucun texte de loi et le 30 % n'existe que pour le forfait des charges. Le prix payé en 1914 doit rester tel quel il me semble, que le locataire fût ou non professionnel.

Dr A.

Réponse.

Puisque votre ville compte plus de 100.000 habitants, que vous exercez votre profession dans les lieux loués et que le loyer de votre appartement en 1914 excédait 1.000 fr., sans atteindre 2.000 fr., vous bénéficierez de plein droit, à la fin de votre bail, et sans avoir à faire aucune demande pour cela, de la prorogation de la loi du 29 juin 1929 jusqu'au 1er juillet 1937.

Conformément à la loi, vous aurez à payer de la fin de votre bail au 1er juillet 1932 un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 190 %. De plus, à partir du 1er juillet 1932, et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914.

En ce qui concerne les charges dont le propriétaire est en droit de vous demander le remboursement, en outre du loyer proprement dit, elles consistent dans les majorations subies, par rapport à 1914, par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris, et par les prestations en nature fournies par lui, s'il en existe, telles que eau, éclairage, chauffage, etc. Bien entendu, n'étant pas le seul locataire de l'immeuble, vous n'aurez à rembourser ces charges qu'au prorata de votre loyer. A noter que les parties peuvent, si elles le désirent, convenir d'un forfait pour les charges, forfait qui ne peut dépasser 30 % du loyer de 1914.

Le prix de base qui doit servir au calcul des augmentations légales est le loyer de 1914 ou la valeur locative de 1914, si le propriétaire peut faire la preuve que l'appartement n'était pas loué à sa valeur réelle en 1914. Nulle part la loi ne dit que cette valeur locative de base doit être majorée de 30 % pour des locaux à usage professionnel ou mixte. Elle accorde simplement au propriétaire, pour les locaux de cette nature, une majoration supplémentaire égale à 25 % du loyer de 1914. C'est pourquoi, à la fin de votre bail, vous aurez à payer une majoration de 190 % au lieu de 165 % majoration applicable aux locataires de simples locaux d'habitation.

L'intérêt que vous auriez à faire un bail con-

sisterait surtout dans la faculté de cession à votre successeur éventuel. Quant au prix, nous vous signalons que la loi autorise le propriétaire à demander une majoration de 275 % par rapport à 1914, plus les charges, s'il consent un bail d'au moins neuf années. Pratiquement, pour un tel bail, votre propriétaire serait fondé à vous demander un loyer égal à quatre fois ou quatre fois et demi le loyer de 1914.

4235. — Vente de maison. Droit à la prorogation

J'habite depuis 26 ans une maison que j'ai louée 900 fr. par an jusqu'après la guerre. J'ai payé ensuite 1.800. Je suis dans la 3e période de 3 ans de mon dernier bail qui expire le 1er janvier 1934. Ma maison va être vendue par suite du décès du propriétaire.

Ai-je droit à une prorogation à la fin de mon bail ?

J'habite à 3 km. d'une ville de vingt mille habitants.

Dr S.

Réponse.

Dès lors que votre commune est distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de plus de 10.000 habitants, la législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929 s'y trouve applicable.

Par conséquent, vous bénéficierez de plein droit, lorsque votre bail sera terminé et sans avoir aucune demande à faire pour cela, de la prorogation légale jusqu'au 1er juillet 1937, puisque votre loyer, en 1914, était compris entre 500 et 1.000 francs et que vous exercez votre profession dans les lieux loués.

Tant que dureront votre bail et la prorogation, il sera impossible aux héritiers de votre propriétaire ou à l'acquéreur éventuel de reprendre la maison même pour leur habitation personnelle, car le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire ne peut jamais porter sur des locaux affectés en tout ou en partie à un usage professionnel.

Vous ne pourriez être privé de votre droit à la prorogation que dans le cas où un décret en Conseil d'Etat, rendu après avis du conseil municipal et du conseil général, conformément à l'article 1er de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, déciderait l'abrogation de la législation spéciale des loyers et le retour au droit commun dans votre commune avant le 1er juillet 1937.

Il vous sera sans doute facile de savoir s'il est dans les intentions du conseil municipal de demander l'application de cette disposition légale.

Fiscalité.

4110. — Amortissements du prix d'achat des appareils et des automobiles

Je viens d'acheter un appareil à rayons U. V. et je vais acheter une installation de R. X. Faudra-t-il déclarer le montant total du prix de ces deux installations, en déduction de mes bénéfices professionnels, ou faut-il amortir sur plusieurs années ? Ne faut-il pas craindre que le contrôleur des contributions trouve la somme trop élevée ?

Je viens de vendre mes deux voitures pour une valeur X., j'achète une auto d'une valeur Y. Que dois-je déclarer ? *La différence entre X et Y*, ou porter en recettes X et en dépenses Y ? Quelles explications à donner au contrôleur ?

Dr A.

Réponse.

Vous pouvez amortir le prix d'acquisition des appareils ou le porter en dépense en une seule année. Le contrôleur ne peut s'opposer à la deuxième façon de procéder.

En ce qui concerne les automobiles, tenez compte uniquement de la différence entre le prix de revente des vieilles voitures et le prix d'acquisition de la nouvelle.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

4609. — Rehaussement des recettes professionnelles

J'ai déclaré mon chiffre d'affaires à 35.000 fr. avec 18.000 fr. de frais. Le fisc veut me taxer sur 58.000 fr. : chiffre d'affaires avec rappel de 5 ans. La proposition est-elle équitable ? Que dois-je faire ?

Il me semble que le chiffre de 18.000 fr. de frais ne correspond pas à 58.000 fr. et que je reste dans le vrai.

Réponse.

Le contrôleur doit vous notifier les motifs qui, d'après lui, justifient le rehaussement proposé. Quels sont ces motifs ? présentez-lui vos observations et, en cas de désaccord persistant, la Commission départementale devra être appelée à formuler son avis après vous avoir entendu.

A. M.

4668. — Base de la patente

Ma patente a été établie sur un loyer de 3.000 fr., alors que je ne donne que 1.500 fr. Sur ma réclamation adressée au Directeur des C. D., je reçois un dégrèvement basé sur un loyer de 2.000 fr. « Oui » ou « non », le montant du loyer porté sur un bail enregistré doit-il servir de base à l'établissement de la patente ? ou celle-ci est-elle établie sur le montant d'un loyer fixé arbitrairement par le contrôleur ? Mon bail a été fait fin 1927 pour 3, 6, 9 ans, et je n'ai

pas été augmenté pour la 2e période qui vient de commencer.

Dr L.

Réponse.

C'est le prix du bail conclu en 1927 qui doit être retenu, à moins qu'il n'existe des liens de parenté entre vous et le bailleur, ce qui pourrait faire considérer le bail comme anormal.

A. M.

4499. — Calcul d'impôt sur les bénéfices professionnels

J'aurais besoin de votre avis au sujet de l'avertissement ci-joint et du rejet de ma réclamation.

J'ai en effet déclaré : Recettes : 23.354 fr. ; dépenses professionnelles : 11.087 fr.

Sur ces 11.087 fr., l'Administration ne doit-elle pas retrancher les 10.000 fr. qui sont exonérés d'impôt ; ainsi que les allégeances pour charges des famille ? Si j'ai raison, comment formuler ma demande devant le Conseil de Préfecture pour obtenir gain de cause ?

Dr P.

Réponse.

Il est bien tenu compte de l'abattement de 10.000 fr. ; en effet la cotisation a été calculée comme suit :

12.200 — 10.000 = 2.200 fr. qui comptent pour moitié, soit 1.100 fr. au taux de 12 % = 132 fr.

A. M.

4595. — Amortissement du prix du matériel professionnel

Installé depuis deux ans et demi seulement le fisc me cherche déjà des difficultés pour ma déclaration sur le revenu. Non seulement il trouve que je ne gagne pas suffisamment (ce qui est aussi mon avis) mais il me refuse la possibilité d'amortir mon matériel.

Tout au plus me concède-t-il l'amortissement total en un an, la première année, ce qui est ridicule étant donné l'importance de la somme et mes faibles bénéfices durant les premières années.

Le contrôleur m'a brandi quelques décrets à l'appui de sa thèse.

N'y a t-il rien à faire qu'à s'incliner ?

Dr P.

Réponse.

Le Ministre des Finances, dans sa réponse à la question écrite n° 9492 posée par Monsieur Monnet député, (*J.O.* du 16 septembre 1930), a fait connaître que l'amortissement sur plusieurs années devait être admis en ce qui concerne les acquisitions faites par un médecin. A. M.

Questions médico-militaires

4368. — Versement de l'allocation du combattant

Titulaire de la carte de combattant, âgé de 58 ans,

je désirerais savoir quels sont mes droits et avantage et à qui dois-je m'adresser pour les obtenir.

Dr F.

Réponse.

Demandez une formule spéciale à remplir, à l'Office régional des combattants ; vous y joindrez ensuite un bulletin de naissance et, trois mois plus tard environ, vous recevrez votre livret d'allocation du combattant ; 1.200 fr. par an, à toucher trimestriellement, à une date correspondant chaque fois à celle de votre naissance.

4283. — Traitement de la Légion d'honneur

Je vous serais obligé de me faire savoir, par la voie du journal, quel est le traitement annuel alloué aux chevaliers de la Légion d'honneur (réserves).

Dr C.

Réponse.

Un officier de réserve, chevalier de la Légion d'honneur, a droit à un traitement annuel de 500 fr. s'il a reçu une blessure de guerre, ou s'il est titulaire d'une citation à l'ordre donnant droit au port de la Croix de guerre (art. 79 de la loi des Finances du 16 avril 1930).

4265. — Droit à la médaille militaire

Ayant été l'objet d'une vague proposition pour la médaille militaire, dont je n'ai plus entendu parler et dont je me suis totalement désintéressé depuis 1918, je me demande, à la lecture du décret que vous publiez, si je n'ai pas quelque vague droit à faire valoir.

Cl. 17, j'ai fait mon service pendant la guerre comme soldat de 2e classe, et je le suis encore.

J'ai été blessé, et suis titulaire d'une citation. J'ai été réformé no 1 avec 20 %, puis versé dans l'auxiliaire avec moins de 10 %.

Si j'ai quelques chances, quelles sont les demandes à faire et à qui dois-je m'adresser ?

Dr R.

Réponse.

Puisque vous êtes réformé no 1, en qualité de soldat de 2e classe, c'est auprès du général, commandant la Région, qu'il faudra faire valoir vos titres à la Médaille militaire ; il sera nécessaire ensuite de suivre vous-même cette demande pour savoir quelle suite lui aura été donnée.

4257. — Annuités nécessaires pour être proposé pour la Légion d'honneur

Je viens de lire dans le *Concours Médical*, la note sur les Décorations des réserves pendant cinq ans.

J'ai l'honneur de vous demander les conditions nécessaires pour être proposé : j'appartiens à la classe 1906, médecin lieutenant de réserve. J'ai fait la guerre, une citation, pension de 15 %, réunissant

actuellement 20 annuités environ, n'ayant pas fait de service militaire, réformé, mais repris et mobilisé en janvier 1915 et démobilisé en avril 1919.

Quelles sont les conditions nécessaires pour être proposé, les demandes à faire, ai-je quelques chances d'être nommé maintenant ou l'an prochain ?

D[r] R.

Réponse.

Vous devez réunir 30 annuités afin d'être proposable pour la Légion d'honneur.

Or, vous comptez seulement votre service militaire depuis 1915, puisque auparavant vous étiez réformé.

Il semble donc que vous devrez patienter encore quelque peu.

4468. — Droit à la carte de combattant

Envoyé pour mon tour de départ au front à la réserve du personnel sanitaire du n[e] Corps d'armée à D. ; et tout en conservant cette attache, employé pendant sept mois à l'hôpital temporaire F. de la place de D. lequel hôpital temporaire dépendait de la Direction du Service de santé de la Région du Nord.

Ai-je droit au titre d'ancien combattant, à la carte et à l'allocation ?

Après avoir occupé sept mois ces fonctions dans les conditions susdites, je fus par décision du général enlevé du n[e] Corps d'armée et versé à la Région du Nord ; j'avais alors plus de 7 mois de présence à la Réserve du u[e] C. A.

D[r] X.

Réponse.

Vous n'avez pas droit à la carte de Combattant, puisque vous n'avez pas appartenu, effectivement, durant trois mois au moins à une unité combattante, l'organe divisionnaire étant pour le Service de santé le dernier élément considéré comme combattant.

Assurances sociales

4675. — Conditions d'admission à l'assurance facultative

Me référant au n° 3588 de votre « correspondance » sous la rubrique Divers du *Concours Médical* du 2 août 1931 page 2450 et aux conseils du D[r] Paul Boudin, je me trouve justement dans le cas envisagé. Agée de 31 ans je possède un seul enfant et je serais heureuse de participer aux assurances sociales et à la retraite si j'y ai avantage.

Je peux prouver par mes déclarations au fisc qu'après 2 ans de pratique médicale les revenus de mon travail n'ont pas dépassé 18.000 fr. en 1930 et 1931. Je pourrais donc devenir assurée sociale *facultative* et me constituer une retraite.

J'ai demandé des conseils à ce sujet au Directeur

de la Caisse des assurances sociales. Celui-ci n'en a pas été chaud partisan pour moi, alléguant que cette assurance n'est pas intéressante pour les jeunes car jusqu'à ce jour il existe très peu de jeunes assurés « *facultatifs* » et leur caisse indépendante de la Caisse assurances sociales « *obligatoires* », aura dans peu d'années un grand nombre de retraites à assurer et par conséquent devra augmenter considérablement le montant des primes individuelles.

Je ne me contente pas de son affirmation.

Si j'ai bien compris, après mon adhésion, lorsque mon revenu de travail dépassera la limite fixée (18.000) je pourrai continuer à verser pour ma retraite.

Quelle sera la prime à verser *actuellement* et *quand j'aurai dépassé la limite fixée* (18.000) ? A partir de quel âge peut-on bénéficier de cette retraite ? Et quel chiffre atteindra celle-ci par exemple à 50 et 55 ans ?

Enfin ce moyen de me constituer une retraite est-il plus avantageux pour moi que tout autre ?

Dr B.

Réponse.

Le principe de l'assurance vieillesse n'est pas celui de la mutualité-tontine, où chacun verse chaque année une cotisation variable, en raison des sinistres survenus dans l'exercice précédent, mais le système de la mutualité à réserves mathématiques, où chaque assuré pour la retraite, ou même la maladie, a son compte individuel, indépendant de celui du voisin et calculé de telle manière que, serait-il seul mutualiste, l'adhérent a néanmoins ses droits entièrement garantis.

C'est le système de la Mutualité familiale du Corps médical français, dans lequel chaque médecin adhérent a son compte individuel, vérifié à chaque période quinquennale par un actuaire.

Dans ces conditions, nous pouvons dire que, dans l'assurance sociale facultative, il n'aurait pas été possible de baser le fonctionnement de la caisse sur le plus ou moins grand engouement des jeunes pour la prévoyance.

D'ailleurs, chaque assuré facultatif tenant de la loi le droit de fixer lui-même sa cotisation annuelle, ainsi que la possibilité de se garantir contre un, plusieurs, ou tous les risques, il est nécessaire que chaque assuré aie son compte individuel, sous le contrôle des actuaires de l'Etat.

Au surplus, les assurés invalidité et vieillesse, qui ne choisissent pas une caisse mutualiste spéciale, sont inscrits de droit à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, qui ouvrira dans ses écritures une section spéciale pour les assurés sociaux (article 26, § 5 de la loi).

J'estime donc que toute garantie est donnée aux assurés facultatifs, qui cotisent pour une pension de retraite, ou d'invalidité. Au surplus, des contrats ont été prévus, passés entre les caisses et les assurés, pour fixer par écrit les droits et devoirs de chacun.

Au point de vue du fonctionnement de l'assurance facultative, vous trouverez dans un prochain *Concours* un exposé schématique, que je viens de faire pour mes confrères.

Dans votre cas particulier, si le revenu net de votre travail est inférieur à 20.000 francs (puisque vous avez un enfant et que vous habitez dans une ville de plus de 200.000 h.) vous pouvez fixer vous-même votre cotisation annuelle, qui ne peut pas dépasser 2.000 francs.

Comme minimum de versement annuel, vous ne devez pas cotiser pour moins de 240 francs.

Dans votre déclaration, vous déciderez des garanties que vous choisissez, soit le tout complet, soit la retraite seule, soit plusieurs risques seulement.

Les cotisations retraite et invalidité seront capitalisées pour la constitution de la pension assurée ; un prélèvement de 10 % sur votre cotisation sera effectué, en vue du fonds commun de prévoyance et de solidarité, pour augmenter et bonifier les avantages retirés par les assurés facultatifs, pour charges de famille.

Votre cotisation pour la maladie devra également être calculée selon l'indemnité journalière que vous désirerez toucher, indemnité qui ne peut pas être supérieure à 25 francs par jour.

Vous voyez donc que le fonctionnement de l'assurance sociale facultative ressemble beaucoup, pour le médecin, à celui de la Mutualité familiale du corps médical français, qui est instituée sur le même principe du compte individuel, réglé selon les calculs des actuaires.

J'ajouterai que les garanties de l'assurance sociale peuvent parfaitement se cumuler avec celles de la Mutualité familiale, ce qui permet au praticien prévoyant de se garantir utilement contre la maladie, l'accident, l'invalidité prématurée et la vieillesse.

Quels sont les tarifs ? En matière assurance-vieillesse, nous trouvons dans l'article 14 de la loi le principe du compte individuel et l'indication que le règlement d'administration publique règlera le dit tarif d'après le taux d'intérêt de placements et provisoirement selon la table de mortalité.

La pension de retraite peut-être reversée par moitié sur la tête du conjoint (Loi article 18).

On peut enfin souscrire à capital aliéné, ou à capital réservé.

Si vous dépassez 20.000 francs de revenu net annuel provenant de votre profession, vous pourrez continuer à cotiser pour la retraite, ou l'invalidité, mais vous cesserez vos versements pour l'assurance-maladie, si au préalable, vous aviez contracté ladite assurance contre ce dernier risque.

Vous verserez alors la cotisation que vous voudrez, qui sera affectée entièrement à votre compte personnel de retraite, ou d'invalidité.

On peut bénéficier de la retraite à 60 ou 65 ans. Mais on peut demander la liquidation de sa retraite à l'âge de 55 ans, si l'on a cotisé pendant 25 ans au moins.

Dr Paul BOUDIN.

4902. — Compétence de la Commission cantonale

Comme beaucoup de mes confrères, et particulièrement ceux qui occupent des fonctions municipales, ce qui est mon cas, je suis consulté par des assurés sociaux victimes de la négligence ou de la fantaisie des Caisses, dans le règlement des prestations en argent.

Le Dr Boudin, dans le « *Concours* », conseille de s'adresser à la Commission cantonale. J'ai compris dans un de ses articles, que c'était celle *du domicile de la Caisse*, ce qui compliquerait énormément les choses pour les assurés rattachés à une Caisse départementale qui n'a pas encore de section locale, ce qui est le cas de ma commune.

Par contre, une autre revue médicale « L'*Index* » je crois, prétend que c'est la commission *du Canton où habite l'assuré* qui est compétente.

Je vous serais bien reconnaissant de me fixer à ce sujet.

La question est rendue encore plus intéressante par la publication d'un décret, le 24 courant qui conseille également de recourir à la Commission cantonale lorsque la Caisse fait la sourde oreille. Mais les extraits communiqués par la presse n'indiquent pas quelle est cette Commission.

Dr B.

Réponse.

La question que vous nous posez est résolue par l'article 232 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, qui est ainsi conçu :

« § 1er. La Commission cantonale compétente est celle du domicile du défendeur.

« § 2. Toutefois : 1° les recours contre les décisions des services départementaux ou interdépartementaux, prononçant l'immatriculation dans l'assurance ou la radiation d'un assuré, sont portés par la personne immatriculée ou radiée ou par son employeur, devant la Commission cantonale qui siège au chef-lieu du canton dans lequel travaille la personne qui a été l'objet de l'immatriculation ou de la radiation contestée ; 2° il en est de même des pourvois formés par l'employeur contre les décisions du service départemental ou interdépartemental relatives aux salariés qui motivent le versement de la contribution patronale en application de l'article 3, § 3 de la loi. »

Si cette disposition du règlement n'existait pas et si l'on devait s'en tenir à la loi, qui est muette sur la compétence locale, ce serait, suivant le droit commun, la Commission du domi-

cile du défendeur qui serait toujours compétente, c'est-à-dire en fait la Commission du siège de la Caisse.

4927. — Tarif applicable aux assurés sociaux indigents

J'ai recours à votre obligeance pour savoir si je ne commets pas d'erreur en calculant la note d'honoraires d'un malade bénéficiant à la fois de l'Assistance médicale gratuite et des Assurances sociales d'après les dispositions du tarif Fallières. J'adresse la note ainsi établie aux services de l'Assistance médicale gratuite.

Dr G.

Réponse.

En vertu de l'article 59 de la loi sur les Assurances sociales, pour les assurés notoirement indigents inscrits sur une liste établie conformément à l'art. 12 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, il ne doit être prélevé aucun pourcentage de participation pour frais médicaux et pharmaceutiques dans le cas de maladie, grossesse ou invalidité.

Les dépenses de ce service sont, en vertu du même article 29, tarifées *conformément à la loi du* 9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail* et supportées pour 80 % par la caisse primaire et pour 20 % par la commune du domicile de secours.

C'est donc à bon droit que vous avez établi votre note d'honoraires pour le malade assuré social inscrit à l'Assistance médicale gratuite, sur les bases du tarif des accidents du travail et que vous l'avez adressée au Service départemental de l'Assistance médicale gratuite qui, après vous avoir honoré, s'occupera de se faire rembourser par la caisse primaire dans la mesure prévue par la loi.

4793. — Le tarif des accidents du travail applicable aux assurés sociaux indigents est le tarif actuel

Est-il vrai que l'augmentation de 50 % ne joue pas pour les assurés notoirement indigents et que nous devons accepter le tarif ancien d'accidents du travail ?

Dr B.

Réponse.

En vertu de l'art. 59 de la loi sur les Assurances sociales, les assurés sociaux notoirement indigents ont droit aux frais médicaux et pharmaceutiques sans avoir aucune participation à supporter.

Le même article spécifie que les dépenses de ce service sont tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898.

Or, en matière d'accidents du travail, le tarif de radiologie est actuellement majoré de 50 %.

Cette majoration doit s'appliquer aux notes présentées pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents comme aux notes d'accidents du travail proprement dits.

Il y a donc une erreur manifeste de la Préfecture dans la réponse qui vous a été faite et que nous vous retournons.

Au cas où la Préfecture persisterait à soutenir sa thèse, vous n'auriez qu'à porter l'affaire devant la Commission cantonale, par lettre recommandée adressée au Juge de Paix, conformément à l'art. 63 de la loi.

Médecine légale

4792. — Constatation de décès de la victime d'un accident automobile

Appelé une de ces nuits dernières par le garde champêtre, mandé lui-même par le brigadier de gendarmerie, j'ai constaté le décès d'un homme renversé et tué par une automobile. A qui dois-je m'adresser pour recouvrer mes honoraires et à combien les fixer ? Dois-je les réclamer aux onze héritiers du mort, lequel est un malheureux vieillard qui était porteur de 200 et quelques francs. Dois-je les réclamer à la gendarmerie ou à la Mairie ?

Dr S.

Réponse.

Seul, un officier de la Police judiciaire avait le droit de vous requérir pour examiner le cadavre.

Il eût donc fallu que le garde-champêtre vous apportât une réquisition du Maire ou d'un officier de la gendarmerie. Faute d'une réquisition régulière, il est à craindre que le Parquet ne rejette votre demande de paiement.

Toutefois, commencez par essayer de vous faire payer selon le tarif des frais de Justice en matière criminelle.

Pour cela, envoyez le mémoire en double exemplaire au Procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le Receveur de l'Enregistrement s'il accepte de vous considérer comme ayant été régulièrement requis.

En vertu de l'art. 26 du tarif, vous ave z droit pour votre visite et votre examen, à des honoraires de 25 fr. y compris la rédaction du rapport, avec en plus vos frais de déplacement à raison de 1 fr. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour si vous avez eu à vous déplacer à plus de 2 km. de votre résidence.

En raison du fait que vous avez eu à vous déranger la nuit, vous pourrez demander des honoraires plus élevés, 50 fr. par exemple, l'art. 26 vous y autorise.

Mais si le Parquet rejette votre mémoire, votre seule ressource sera de vous faire payer par la famille du défunt, si elle y consent.

Cinquante-troisième année N° 42 18 Octobre 1931

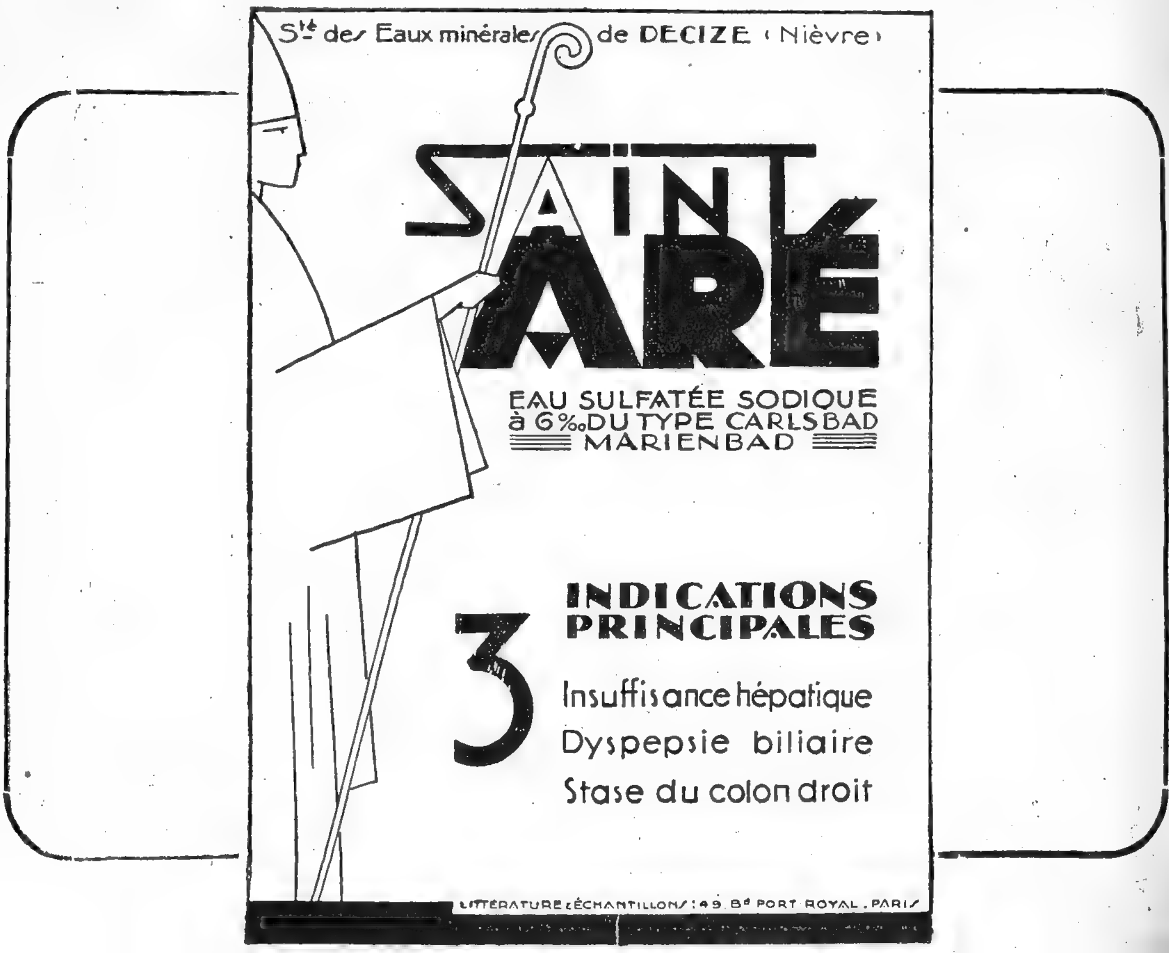
LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.



AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

IV

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Nègre, de Mézamet, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 360. — Finistère. Poste pro-pharmac. à céder cause santé. Chiff. aff. très important. A céder 70.000.

No 361. — Oise. 1 h. Paris, poste campagne indus. cult., gros rapp. maison confort., bail illimité. Libre fin année. Indemn. à débatt.

No 362. — Infirmière diplôm. 45 ans, hautes réf., cherche chronique à demeure Paris ou province. 30 à 40 fr. par jour. Mlle Trilhe, 5, rue de Grenelle, Paris.

N° 363. — Grande ville de l'Ouest. Très belle client. méd. génér. gros prod., appartem. 10 p. Condit. très avantag. cause santé. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 364. — Normandie. Seul méd., gros rapp. habit. confort., jardins. Indemn. 55.000. Facilités. S'ad. Cab Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 365. — Sud-Ouest. Ville import., client. 1er ordre, très anc., bel appartem. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Vitamys. — Home d'enfants, été Morzine (Haute-Savoie) hiver Fréjus (Var). Pas de contagieux. Bains soleil, abri du vent. 750 par mois tout compris. S'adr. à Fréjus (Var).

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. **Repos, Régime, Bains de soleil; Drs Charmot et Rozet.**

Une formule agréable et un traitement toujours efficace dans la dyspepsie consiste à sucer 4 à 5 tablettes de **Mangaïne** par jour, au moment des malaises.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de pharmacie de Paris.** — M. le Professeur Guérin, professeur de botanique générale, est nommé doyen de la Faculté de pharmacie, en remplacement de M. Radais.

— **Chirurgie orthopédique.** — Mardi dernier, à l'occasion du *Congrès de chirurgie*, notre ami le Dr Raphaël Massart avait convié à une séance de chirurgie orthopédique, à l'Hôpital-Ecole d'Auteuil, des chirurgiens français et étrangers qui étaient venus nombreux.

Après avoir fait défiler devant nous une série de documents radiographiques fort intéressants de sa pratique journalière, et après avoir examiné des malades opérés, dont les résultats éloignés montrent tout ce que peut actuellement l'orthopédie pour améliorer les infirmes, nous l'avons vu exécuter une opération de Stoffel pour maladie de Little, et une arthrodèse du genou, pour une paralysie infantile grave.

C'est avec des séances ainsi comprises qu'on fait connaître toutes les possibilités d'une chirurgie qui, de plus en plus, rend à des impotents une vie normale et leur permet de subvenir à leurs besoins, au lieu de rester des infirmes.

— **Distinction honorifique.** — S. M. le Roi des Belges vient de conférer au Baron Adrien de Gerlache de

Gomery, membre correspondant de l'Institut, la plaque de Grand officier de l'Ordre de la Couronne. Cette nomination réjouira particulièrement ceux de nos amis qui ont eu l'occasion de connaître et d'apprécier cette éminente personnalité au cours des croisières médicales nordiques du *Brazza* et du *Foucault* — croisières dont il fut l'âme — et nous nous joignons à eux pour lui adresser nos plus vives félicitations.

— **Société d'électro-radiologie du Sud-Ouest.** — La prochaine réunion de la Société d'électro-radiologie du Sud-Ouest aura lieu à Toulouse, le dimanche 25 octobre, 1931 à 9 h. 1/2 du matin, dans l'Amphithéâtre du Centre anti-cancéreux.

L'ordre du jour comportera : 1° Allocution du président ; 2° Lecture et discussion du rapport des Docteurs Drouet et Mathey-Cornat sur : La radiothérapie des affections inflammatoires du bassin chez la femme (ce rapport sera accompagné de projections) ; 3° Communications diverses ; 4° Visite du Centre anti-ancéreux. (*Secrétaire général*: Dr Roger LABEAU, 50, rue Judaïque, Bordeaux.)

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon, qui s'est ouvert le 14 septembre, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Edel, Soustelle, Wenger, Thiers, Messon, Millet, Dugois, Bernardi, Contamin, Brun, Roget, Boulez, Trillat, Chauviré, Charton, Bucher, Boudènes, Riou, Loras, Aufrère, Simon, Hau.

Admis à faire des suppléances. — MM. Blein, Piaget, Tillier, Marmet, Bolot, Blanc, Raccouchot, Vausteenberghe, Mlles Barral (Madeleine), Bourgeois, MM. Francillon, Montagnard, Mme Vausteenberghe, M. Vincent, Mlle Barral (Marguerite), MM. Bouquin, Colas, Bertrand, Revol, Granon, Leclerc, Vernus, Ballivet, Mathieu, Mlle Anselme.

Le Jury était composé de MM. les professeurs Bérard, Nové-Josserand et Patel ; MM. Favre, Cordier, Wertheimer et Rhenter.

— **Hôpitaux de Versailles.** — Un concours pour la nomination d'un chirurgien-adjoint à l'hôpital civil de Versailles aura lieu le 16 novembre, à la Faculté de médecine de Paris. Pour renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital civil.

— **Hôpitaux d'Angers.** — Un concours pour la nomination d'un médecin stomatologiste des hôpitaux d'Angers, s'ouvrira le 9 novembre. Inscriptions jusqu'au 24 octobre au secrétariat général des hospices.

— **Hospices civils de Toulon.** *Internat.* — Le 23 novembre 1931 s'ouvrira aux Hospices civils de Toulon un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine et chirurgie. Les candidats devront être Français et pourvus de huit inscriptions au moins ; Indemnités : 2.400 francs la première année,

3.000 francs la deuxième et 3.600 la troisième, plus la nourriture et le logement.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Hospices.

— **Mariages.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Monsieur Jean Stanislas Iscovesco, fils du Docteur Henri Iscovesco, maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, avec Mademoiselle Hélène Worth. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 7 octobre 1931, en l'Eglise Saint-Honoré-d'Eylau. Le *Concours Médical* est heureux d'exprimer à Monsieur et Madame Jean Iscovesco ses plus sincères compliments et souhaits de bonheur.

— Nous apprenons avec plaisir le mariage du docteur Louis Raux, de Millau (Aveyron), avec Mademoiselle Renée Pasturaud, fille de Monsieur Pasturaud, ingénieur principal du service vicinal à Angoulême. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 6 octobre 1931, en l'Eglise Saint-Ausone.

— **Le Caducée Normand.** — Le dîner d'automne du *Caducée Normand* aura lieu le samedi 7 novembre prochain, au Bœuf à la Mode, 7, rue de Valois, sous la présidence d'honneur du Professeur Laignel-Lavastine. Tous les médecins, pharmaciens et dentistes normands seront les bienvenus à cette réunion amicale. Ils sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire général, Robert Colas, 133, rue Lecourbe (Vaugirard 48-10) ou du Président, G. de Parrel, 78, boulevard Malesherbes (Laborde 14-43).

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 SEPTEMBRE

Service de santé militaire.

Par décret du 26 septembre 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Dambrin, Oreckin, Robert, Sourreil, 17e section, aff. 17e rég. ; Bonnaud, Cazaud, Dejean, Le Lain, Pourcelet, 18e sect., aff. 18e rég. ; Coudray, 19e sect., aff. 19e C. A. ; Bretey, 23e sect., aff. 20e rég. ; Courtial, 23e sect., aff. 2e rég. ; Regula, Troesch, 23e sect., aff. 20e région ; Genel, Knecht, Lecocq, Poulain, Samuel, Saulière, 32e sect., aff. aux troupes du Maroc.

Non titulaires du brevet de prépar. milit. supér. (rang du 20 sept. 1931) : Cohen-Bacrie, Croisier, Gaudin, Meillaud, Nazarian, Penteuil, Raganeau, Sliosberg, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Deroo, Joly, Sanz, 1re sect., aff. 1re rég. ; Marie, 1re sect., aff. 2e

rég. ; Léger, 3e sect., aff. 3e rég. ; Cohen, Dumans, 4e section, aff. 4e rég.

Brulin, Griveaud, Levet, Perron, Saint-Arroman, de la 8e sect., aff. 8e rég. ; Merlaud, 9e sect,, aff. 9e rég. ; Lambert, Royer de Vericourt, Sevin, 10e sect., aff. 10e rég. ; Quemere, 11e sect., aff. 11e rég. ; Thison, 11e sect. aff. rég. de Paris ; Verdier, 11e sect.,aff. 11e rég. ; Bapt, Faure, 12e sect., aff. 12e rég. ; Allard, Barrier, 13e sect., aff. 13e rég. ; Appaix, Carret, Corajod, Desplanche, Dupuy, 14e section, aff. 14e rég. ; Marron, 15e sect., aff. 15e région ; Atger, 16e sect., aff. 16e rég. ; Peres, 17e section, aff. 17e rég. ; Demage, Grabey, Reboul, 18e sect., aff. 18e rég.

Bernsztein, Chiclet, Coumeton, 23e section, aff. 20e rég. ; Léger, 23 sect. aff. 2e rég. ; Rouffrac, 25e sect., aff. aux tr. de Tunisie ; Badinand, Bonamour, Fischer, Fort, Frief, Girard, Izard, Koutseff, 32e sect.. aff. aux troupes du Maroc.

1er OCTOBRE.

Assurances sociales.

Trois décrets du 26 septembre 1931, fixant, en exécution de l'article 49 de la loi du 30 avril 1930, les régimes d'assurances : 1° du personnel du Théâtre Français ; 2° du personnel du Théâtre de l'Opéra ; 3° du personnel du Théâtre de l'Opéra-Comique, ainsi que les règles de coordination de ces régimes avec le régime général des assurances sociales.

2 OCTOBRE

Hygiène publique.

Avis de vacance de place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des médecins, par suite du décès de M. le Docteur Lortat-Jacob.

Les candidats ont un délai d'un mois expirant le 15 octobre 1931 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres accompagnés d'un *curriculum vitæ* au ministère de la Santé publique, 5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, 7, rue de Tilsitt.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Brest.

Le titulaire du poste exercera en même temps les fonctions de directeur du dispensaire antituberculeux de Kéroriou.

Le traitement alloué est fixé comme suit :

Bureau municipal d'hygiène : début 25.000 francs, maximum, 35.000 fr.

Dispensaire de Kéroriou : début 10.000 fr., maximum 13.000 fr.

Avancement : 3.250 fr. tous les trois ans.

De plus le directeur du dispensaire de Kéroriou reçoit une indemnité annuelle de 6.000 francs du Comité départemental d'hygiène sociale.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

4 OCTOBRE

Enseignement de la médecine.

Liste des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine.

La commission chargée de procéder aux tirages au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine ouverts à Paris en novembre 1931, s'est réunie, le jeudi 1er octobre 1931.

Le tirage au sort a donné les résultats suivants :

I. — JUGES TITULAIRES

1re DIVISION. — BIOLOGIE. — *Catégorie A. — Anatomie.*

Paris : 1 Rouvière, 2 Grégoire.

Province : 1 Villemin, 2 Turchini, 3 Bellocq, 4 Debeyre, 5 Lurien, 6 Cordier, 7 Latarjet, 8 Leblanc, 9 Argaud, 10 Vallois, 11 Forster, 12 Dieulafé, 13 Delmas (J.).

Catégorie B. — Histologie.

Paris : 1 Champy.

Province : 1 Romieu, 2 Turchini, 3 Argaud, 4 Courrier, 5 Debeyre, 6 Policard, 7 Dubreuil, 8 Collin, 9 Boulin.

Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

Paris : 1 Brumpt.

Province : 1 Guiart, 2 Thiry, 3 Joyeux, 4 Vallois, 5 Chassevant, 6 Mandoul, 7 Galavielle, 8 Lavier, 9 Sénevet.

Catégorie D. — Bactériologie.

Paris : 1 Lemierre.

Province : 1 Carrieu, 2 Lisbonne, 3 Borrel, 4 Rispal, 5 Delavergne, 6 Arhing, 7 Parisot (J.), 8 Duperie, 9 Pinoy, 10 Legrand, 11 Lafforgue.

Catégorie E. — Anatomie pathologique.

Paris : 1 Roussy.

Province : 1 Bosc, 2 Favre, 3 Hoche, 4 Tapie, 5 Bardier, 6 Grynfeldt, 7 Gery, 8 Sabrazès, 9 Cornil.

Catégorie F. — Physiologie.

Paris : 1 Binet.

Province : 1 Fourment, 2 Soula, 3 Pachou, 4 Schaeffer, 5 Hedon, 6 Doyen, 7 Combemale, 8 Abelous, 9 Dubois, 10 Tournade, 11 Lambert, 12 Santenoise.

Catégorie G. — Chimie.

Paris : 1 Desgrez.

Province : 1 Polonowsky, 2 Moog, 3 Florence, 4 Valdiguie, 5 Vallée, 6 Delaunay, 7 Robert, 8 Nicloux, 9 Fontes.

Catégorie H. — Physique.

Paris : 1 Strohl.

Province : 1 Vles, 2 Escande, 3 Fabre, 4. Rechou 5 Pech, 6 Cluzet, 7 Chevallier, 8 Dufour.

2e DIVISION. — MÉDECINE GÉNÉRALE

Catégorie I. — Médecine générale:

Paris : 1 Bernard (Léon), 2 Rathery, 3 Balthazard, 4 Guillain, 5 Baudouin, 6 Gougerot, 7 Achard, 8 Clerc, 9 Nobécourt, 10 Labbé (Marcel), 11 Claude 12 Villaret (Maurice), 13 Sergent, 14 Lereboullet, 15 Carnot, 16 Bezançon, 17 Teissier, 18 Tanon, 19 Loeper.

Province : 1 Laporte, 2 Carrieu, 3 Perrin, 4 Sorel, 5 Euzière, 6 Riser, 7 Leenhardt, 8 Aubry, 9 Ducamp, 10 Porot, 11 Dalous, 12 Vires, 13 Doumer, 14 Rémond, 15 Margaret, 16 Richon, 17 Bardier, 18 Audibert, 19 Bertin, 20 Pic, 21 Raymaud, 22 Carrière, 23 Merklen, 24 Minet, 25 Girand, 26 Etienne, 27 Rohmer, 28 Aubry, 29 Pierret, 30 Gillot, 31 Roger, 32 Caussade, 33 Gaujoux, 34 Giraud, 35 Bosc, 36 Spillmann, 37 Lebon, 38 Meurice, 39 Olmer, 40 Baylac, 41 Cestan, 42 Pautier.

3e DIVISION. — CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

Catégorie J. — Chirurgie.

Paris : 1 Cunéo, 2 Mauclaire, 3 Gosset, 4 Ombredanne, 5 Lejars, 6 Delbet, 7 Legueu, 8 Duval, 9 Lenormant.

Province : 1 Froelich, 2 Villard, 3 Silhol, 4 Lombard, 5 Lambert, 6 Begouin, 7 Potel, 8 Desforge-Mériel, 9 Gaudier, 10 Michel, 11 Hanant, 12 Leriche, 13 Ducuing, 14 Caubet, 15 André, 16 Dambrin, 17 Costantini, 18 Imbert, 19 Gorse, 20 Martin, 21 Cabanès, 22 Le Fort, 23 Vanverts, 24 Massabuau.

Catégorie J bis. — Ophtalmologie

Paris : 1 Terrien.

Province : 1 Doumer, 2 Potel, 3 Bertin, 4 Minet, 5 Teulières, 6 Villard, 7 Weill, 8 Aubaret, 9 Carrière 10 Frenkel, 11 Lambret, 12 Le Fort, 13 Gange, 14 Pierret, 15 Jeandelize, 16 Rollet, 17 Gaudier, 18 Vanverts.

Catégorie J ter. — Oto-rhino-laryngologie.

Paris : 1 Lemaitre.

Province : 1 Potel, 2 Carrière, 5 Pierret, 4 Collet, 5 Jacques, 6 Escat, 7 Lambert, 8 Bertin, 9 Vanverts, 10 Terracol, 11 Canuyt, 12 Romieu, 13 Aubry, 14 Gaudier, 15 Doumer, 16 Le Fort, 17 Minet.

Catégorie K. — Obstétrique.

Paris : 1 Brindeau, 2 Couvelaire, 3 Jeannin, 4 Faure (J.-L.).

Province : 1 Anderodias, 2 Bue, 3 Jillot, 4 Laffont, 5 Guérin de Montgareuil, 6 Valmale, 7 Garipuy, 8 Veron, 9 Audebert, 10 Fruhinsholz, 11 Pocot, 12 Delmas, 13 Reeb.

4e DIVISION. — PHARMACIE

Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.

Paris : 1 Perrot.

Province : 1 Maurin, 2 Ginot, 3 Leulier, 4 Senevet, 5 Cabanès, 6 Sartory, 7 Lavier, 8 Lasseur, 9 Beille, 10 Lobstein, 11 Seyot, 12 Fourment.

Catégorie M. — Pharmacie.

Paris : 1 Goris.

Province : 1 Marvillez, 2 Jadin, 3 Pastureau, 4 Dupouy, 5 Grelot, 6 Leulier, 7 Ribaut, 8 Gérard (E.) 9 Guillaume.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Paris : 1 Lebeau.

Province : 1 Morel, 2 Morvillez, 3 Gérard (E.), 4 Valdiguie, 5 Moog, 6 Labrode, 7 Pastureau, 8 Vallée, 9 Labat, 10 Volmar, 11 Douris.

II. — JUGES SUPPLÉANTS

1re DIVISION. — BIOLOGIE

Catégorie A. — Anatomie.

Paris : 1 Hovelacque, 2 Olivier.

Province : 1 Laux, 2 Clermont, 3 Granel, 4 Mutel, 5 Dubecq, 6 Gabrielle, 7 Ribet.

Catégorie B. — Histologie.

Paris : 1 Verne, 2 Millot, 3 Giroud, 4 Mulon.

Province : 1 Lacoste, 2 Vatrin, 3 Noël, 4 Granel.

Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

Province : 1 Sigalas (R.), 2 Mornas, 3 Larousse, 4 Roques.

Catégorie D. — Bactériologie.

Paris : 1 Gastinel.

Province : 1 Boulet, 2 Sorel, 3 Aubertin, 4 Dufourt.

Catégorie E. — Anatomie pathologique.

Paris : 1 Huguenin, 2 Oberling.

Province : 1 Pieri, 2 Mlle Condat, 3 Muralet, 4 Sendrail, 5 Pages, 6 Martin (J.-F.).

Catégorie F. — Physiologie.

Paris : 1 Richet, 2 Chailley-Bert.
Province : 1 Hermann, 2 Fabre (R.).

Catégorie G. — Chimie.

Paris : 1 Sannié, 2 Labbé (Henri).
Province : 1 Cristol, 2 Vitte, 3 Giberton, 4 Roche.

Catégorie H. — Physique.

Paris : 1 Dognon.
Province : 1 Lamy, 2 Nogier, 3 Lemarque, 4 Bugnard.

2e DIVISION. — MÉDECINE GÉNÉRALE

Catégorie I. — Médecine.

Paris, 1 Donzelot, 2 Piedelièvre, 3 Lian, 4 Chevalier, 5 Vallery-Radot, 6 Hutinel, 7 Joannon, 8 Chabrol, 9 Bénard (H.), 10 Cathala, 11 Laroche (Guy), 12 Moreau, 13 Brûlé, 14 Harvier, 15 Alajouanine, 16 Aubertin, 17 Sézary.
Province : 1 Puech, 2 Sorel, 3 Sendrail, 4 Simonin, 5 Roques, 6 Creyx, 7 Auguste, 8 Gerney, 9 Chalier, 10 Mlle Condat, 11 Drouet, 12 Abel, 13 Nérac.

3e DIVISION. — CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

Catégorie J. — Chirurgie.

Paris : 1 Quenu, 2 Moulonguet, 3 Gatellier, 4 Moure, 5 Mondor, 6 Leveuf, 7 Brocq, 8 Cadenat, 9 Fey, 10 De Gaudart d'Allaines.
Province : 1 Lefebvre, 2 Papin, 3 Aimes, 4 Ferrari, 5 Duboucher, 6 Swynghedauw, 7 Santy, 8 Binet, 9 Moggi, 10 Miginiac, 11 Delannoy, 12 Guillemin, 13 Barthelemy.

Catégorie J bis. — Ophtalmologie.

Paris : 1 Velter.
Province : 1 Nérac, 2 Swynghedauw, 3 Delannoy, 4 Gernez, 5 Beauvieux, 6 Auguste.

Catégorie J ter. — Oto-rhino-laryngologie.

Province : 1 Swynghedauw, 2 Ferrari, 3 Gernez, 4 Auguste, 5 Duboucher, 6 Delannoy, 7 Nérac, 8 Moggi.

Catégorie K. — Obstétrique.

Paris : 1 Vaudescal, 2 Portes, 3 Vignes, 4 Ecalle.
Province : 1 Rhenter, 2 Pery, 3 Houel, 4 Colldecarrera, 5 Vermelin.

4e DIVISION. — PHARMACIE

Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.

Province : 1 Sigalas, 2 Manceau, 3 Martin Sans.

Catégorie M. — Pharmacie.

Province : 1 Manceau, 2 Golse, 3 Florence.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Province : 1 Brustier, 2 Chambon, 3 Vitte.

Patente. Résidence professionnelle dans deux départements. Dépôt du diplôme

Un confrère, installé dans un département, y a fait enregistrer régulièrement son diplôme. Il est sollicité de se rendre à jours fixes dans une ville d'un département voisin, pour y consulter des malades, en traitement dans une clinique.

Dans ces conditions, doit-il faire à nouveau enregistrer son diplôme dans l'autre département ? Est-il patentable ?

L'enregistrement du diplôme ne doit se faire qu'à la préfecture du département où le praticien a son domicile. Il peut avoir plusieurs résidences professionnelles, dans plusieurs départements, sans être astreint à de nouveaux enregistrements.

L'article 9, § 2 de la loi du 30 novembre 1892 l'indique explicitement, en décidant que le fait de transporter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du diplôme, dans le dit département.

Il s'en suit que le fait d'avoir une simple résidence professionnelle dans un département autre que celui où l'on conserve son domicile, n'oblige pas à nouvel enregistrement.

Quant à la patente, elle est due sur l'ensemble des locaux occupés par le praticien. Autant de résidences professionnelles, autant de patentes.

Mais, le fait de ne consulter que dans une clinique peut passer inaperçu du contrôleur des contributions directes. La patente est un impôt, qui n'a rien à voir avec la légalité de l'exercice de la médecine. C'est ainsi que certains rebouteux non diplômés sont patentés comme médecins, alors qu'ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine. Mais, ils exercent une profession, aux yeux du fisc, qui n'a pas qualité pour poursuivre les irréguliers de la médecine, dont cependant il tire argent en impôts.

Exerçant dans une clinique, le praticien n'a aucune déclaration à faire : c'est au fisc à le trouver, pour le faire payer. D'autant que la clinique, si elle est érigée comme établissement commercial, paye de son côté une patente. Et si le médecin est considéré comme employé, salarié de la clinique, l'établissement seul doit payer.

Le praticien qui exerce dans une maison de santé peut avoir à payer une patente basée sur le 1/20e de la valeur locative de la partie médicale de la clinique.

Dr Paul Boudin.

Voir la suite page LXIII-3183

PROPOS DU JOUR

Les bains de soleil

Les bains de soleil sont devenus à la mode et tout le monde sait qu'en France la mode est sujette à de singulières exagérations. Trop souvent elles sont suivies de réactions qui vont jusqu'à compromettre ce qu'il y a de bon dans cette mode.

Avec une impudeur stupéfiante, des baigneurs des deux sexes sont allés sur nos plages étaler sans réserve leur nudité qui était loin d'être toujours parfaite au point de vue esthétique. Ils paraissaient heureux d'avoir trouvé un prétexte d'hygiène pour légitimer cet exhibitionnisme maladif et même souvent pervers.

Des sociétés se sont formées en Allemagne, puis en France, (souvent ce qui vient d'Outre-Rhin est adopté avec enthousiasme dans notre pays), où des individus des deux sexes sous prétexte de bains de soleil s'exposent en commun entièrement nus à la lumière solaire dans des parcs ou des enclos. Les lois ne permettent pas encore ce genre d'exhibitions qualifiées d'outrages publics à la pudeur. Nous trouvons ces exagérations déplorables car, heurtant violemment nos coutumes et nos mœurs, qui peuvent être traitées de préjugés, mais sont tout au moins des préjugés respectables, elles nuisent beaucoup à l'emploi raisonnable et raisonné d'une pratique hygiénique utile. Nous l'appellerons, avec le Dr Fougerat de Lastours, *héliose* ; elle est en somme l'héliothérapie appliquée aux gens bien portants, tout comme l'hydrothérapie dont l'emploi hygiénique est tout aussi fréquent et utile que l'application thérapeutique.

Les nudistes intégraux protesteront, railleront nos réserves qu'ils qualifieront de pudibonderie. Ils feront appel au retour à la nature que prêcha ce demi-fou dangereux et paradoxal de Jean-Jacques Rousseau ; ils citeront Musset :

> Tout est nu sur la terre, hormis l'hypocrisie ;
> Tout est nu dans les cieux, tout est nu dans la vie ;
> Les tombeaux, les enfants et les divinités,
> Tous les cœurs vraiment beaux laissent voir leurs beautés.

Nous leur répondrons que le retour à la nature serait pour nous le retour à la barbarie, à celle de l'âge des abris sous roche et des cavernes qui ne ressemblait en rien aux douceurs du biblique Paradis terrestre. Nous leur répliquerons encore qu'en Europe et dans nos climats à peine tempérés, l'usage des vêtements existe depuis des milliers d'années et s'impose, que la décence et la réserve sont des qualités qui n'ont rien de commun avec la pudibonderie et valent infiniment mieux que la grossièreté et le cynisme. L'homme simple, le paysan qui, lui, est loin d'être pudibond, ne s'y trompe pas.

Nous nous souvenons avoir lu quelque part la réponse, un peu salée, d'un paysan qui habitait au voisinage d'un parc de nudistes et à qui l'on posait la question : « Savez-vous ce que sont ces nudistes ? » Il répondit sans la plus petite hésitation :

« Ce sont des cochons qui montrent leur c.. ».

Nous n'adopterons pas certes cette définition, mais nous pensons que, dans l'intérêt de l'héliose, il est préférable de ne pas la faire qualifier ainsi, même par les gens simples.

Nous trouvons d'ailleurs aussi dangereux de faire pratiquer sous nos climats le nudisme intégral, que d'obliger, sous prétexte de pudeur, les nègres de l'Afrique tropicale à se vêtir.

Le Dr Fougerat de Lastours a démontré dans une communication aux *Journées médicales coloniales* combien cette manie de vouloir imposer aux indigènes nos coutumes vestimentaires, était préjudiciable à leur santé et ses conclusions ont été unanimement approuvées.

Les bains de soleil (disons plutôt l'héliose) sont d'une application très utile mais ils doivent être employés avec méthode, avec mesure, avec décence, comme tous les agents physiques. Il y a une technique qui doit être respectée, si l'on ne veut pas que le bain de soleil soit nuisible, tout comme il y a une technique de la douche froide. une technique raisonnée de la gymnastique.

L'insolation, surtout généralisée, produit des accidents qui peuvent être graves, si elle est brusque et trop prolongée. Il n'est pas rare de lui voir provoquer surtout chez les blonds et les roux de l'érythème accompagné de fièvre, de tachycardie, de céphalée, d'inappétence et d'insomnie.

Il arrive chez les personnes atteintes de tuber-

culose pulmonaire latente, de voir la maladie brusquement évoluer sous l'influence d'une insolation imprudemment prolongée.

Keller a observé que l'héliothérapie, appliquée sans mesure, avait aggravé le pemphigus d'un enfant et le Prof. Pech, de Montpellier, au Congrès de thalassothérapie d'Arcachon de 1925, s'est vivement élevé contre l'abus de l'héliothérapie et de l'emploi des rayons ultra-violets dans un but prophylactique sur les jeunes enfants. Dausset et Gérard, forts de leur grande expérience personnelle, partagent les réserves du savant professeur de Montpellier.

Certes l'héliose pésente de sérieux avantages, il y a intérêt à laisser en été les jeunes enfants, très légèrement habillés de blanc, le cou, les bras et les membres inférieurs nus, courir au soleil sur les plages comme le conseillent du reste Worniger, Comby et Hess. Il n'y a pas de meilleur traitement du rachitisme et des adénites chroniques tuberculeuses, si fréquentes chez les enfants des villes. Une foule d'affections se trouvent bien de la cure solaire et il y a peu d'individus, surtout parmi les jeunes gens, qui ne puissent en bénéficier, mas il faut y avoir recours avec prudence.

Le Dr Rollier qui est un maître en la matière, a réglementé comme suit la pratique de l'héliose :

Le premier jour, exposer les extrémités seules pendant cinq minutes aux rayons solaires à deux ou trois reprises.

Augmenter de jour en jour la surface du corps ensoleillée et prolonger chaque jour de quelques minutes la durée de l'exposition au soleil.

Avoir le soin, quand le thorax sera exposé, d'appliquer un linge blanc sur la région précordiale.

Au bout de 15 jours, le sujet pourra supporter une heure d'insolation totale.

Selon les individus, on appliquera l'héliose froide du matin, ou l'héliose chaude de l'après-midi. La première est surtout indiquée aux lymphatiques et aux scrofuleux ; la seconde aux rhumatisants et aux nerveux.

L'héliose sera pratiquée plus avantageusement à la mer et à la montagne, d'autant plus que ses bienfaits y sont augmentés par la cure d'air. Mais l'héliothérapie a été appliquée avec succès dans la région brumeuse de la ville de Lyon par Poncet et même à Paris par M. Armand Delille.

Le Dr Adrien Loir (du Havre) préconise la cure marine qui ne signifie pas, dit-il, le séjour au bord de la mer mais la cure de pleine mer par les voyages au long cours ; l'anémie, le nervosisme, le surmenage, certaines hypertensions artérielles, la prétuberculose, etc., bénéficient surtout de cette cure où l'héliose joue un rôle aussi grand que l'aération et la constance du climat. Les observations scientifiques du Dr Adrien Loir qui, depuis bien des années, organise des croisières dans ce but, démontrent d'une façon indiscutable les bénéfices que l'on doit tirer d'une cure marine. Nous ferons cependant une réserve ; nous pensons que la croisière doit être faite dans des régions à climat doux et bien ensoleillées. Un de nos amis qui a fait partie d'une croisière dans les régions polaires, croisière fort bien organisée, sur un paquebot possédant tout le confort désirable, nous disait qu'il avait remarqué que tous les passagers, et parmi eux beaucoup de jeunes gens et de jeunes filles, étaient plus anémiés au retour, qu'au départ, et, malgré une véritable suralimentation, avaient notablement maigri. Il est probable que, dans les régions polaires, les rayons solaires, complexes, sont modifiés et perdent de leur efficacité.

Concluons que nous sommes partisans convaincus de l'héliose avec les réserves que nous avons formulées plus haut, dans l'intérêt même de son développement et que nous nous associons volontiers à la campagne que mène en sa faveur le Dr Fougerat de Lastours dans la Revue *Lumière et Vérité* (1).

J. Noir.

(1) Ligue gymnique d'hygiène sociale, 59, rue Boissière, Paris, 16e.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RÉFLEXIONS A PROPOS D'UN CAS DE LOBITE AVEC CAVERNE CHEZ UN NOURRISSON DE 6 MOIS ; ACTION FAVORABLE DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Par MM. G. BLECHMANN, M. LÉON-KINDBERG et P. COTTENOT.

Il s'agit d'une enfant contaminée dès les premiers mois de sa vie par une domestique tuberculeuse : elle présenta rapidement une lobite avec excavation et des signes de compression médiastinale : à l'âge de 6 mois, nous pratiquions chez elle un premier pneumothorax.

On verra plus loin l'issue favorable de ce cas et les particularités qui nous ont paru intéressantes à signaler (1).

OBSERVATION. — Ce nourrisson est examiné pour la première fois par l'un de nous, le 29 février 1930, à l'âge de 4 mois et demi.

Quatrième enfant, nous ne lui trouvons pas d'antécédents particuliers. La grossesse a été normale ainsi que l'accouchement qui a eu lieu à terme. Le poids de naissance s'élevait à 3.380 grammes.

Durant les premiers mois, le bébé n'a présenté aucun symptôme adénoïdien.

Nourrie au lait condensé Nestlé sucré jusqu'à 3 mois et demi, l'enfant est actuellement au lait naturel ; elle prend du jus de fruits.

Elle manque d'appétit, boit mal et lentement et vomit tout de suite après le biberon.

On l'amène parce que, depuis un mois, elle fait du bruit en respirant. Elle présente, en effet, un stridor nettement expiratoire assez variable, sans signes d'occlusion nasale.

Elle est grande, d'assez bonne nutrition, sans anémie. On ne trouve pas de ganglions sus-épitrochléens ni rétro-mastoïdiens.

La fontanelle est un peu large ; il existe un léger chapelet costal et un très léger bourrelet sus-malléolaire. La rate est nettement perceptible au cours de l'inspiration ainsi que le foie.

Aux poumons, on constate que le murmure vésiculaire est bruyant, conditionné par le stridor.

Nous réglons le régime du nourrisson et nous prescrivons du gardénal, en conseillant aux parents de nous ramener le nourrisson après quelques jours.

Mais, ceux-ci tardent à le présenter de nouveau et nous le revoyons que le 24 mars 1930. La situation a changé du tout au tout et nous apprenons que la température de l'enfant est irrégulière, oscillant entre 37° et 38°5 ; elle manque d'appétit et prend mal ses bouillies.

Or, en l'examinant, nous constatons que le cornage expiratoire est devenu très marqué ; il s'accompagne d'une toux incessante, presque bitonale et légèrement coqueluchoïde. L'enfant est un peu pâle. L'examen des voies respiratoires est rendu impossible par l'intensité du stridor.

Les parents nous font savoir que le bébé s'est trouvé en contact pendant 2 mois avec une domestique qui a succombé récemment de tuberculose pulmonaire.

Nous posons alors le diagnostic de stridor expiratoire par compression (adénopathie tuberculeuse ?).

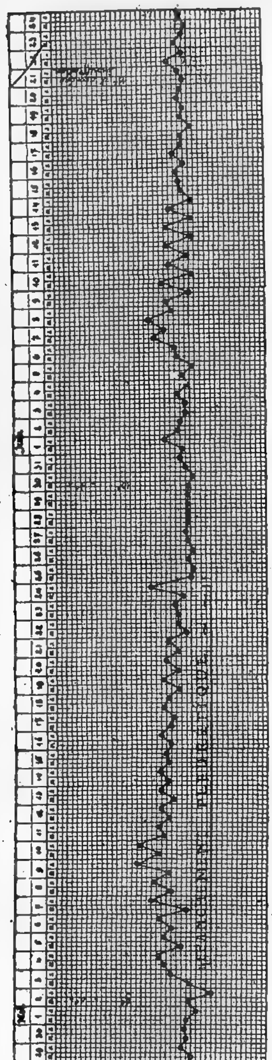
Si la recherche du bacille de Koch dans les selles est négative, la cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive. Une première radiographie montre une opacité en bloc du lobe moyen avec l'image d'une petite caverne.

A l'examen radioscopique, cette image de caverne s'accuse d'une façon plus indiscutable encore, les bords se précisent en obéissant aux efforts de toux et aux cris, tandis que la zone claire se rétrécit en devenant plus globuleuse.

On institue comme traitement les injections d'huile éthérée, suivant la méthode du professeur Marfan et l'application de rayons ultra-violets. Quelques jours après, on pratique un pneumothorax. Rapidement la température s'abaisse aux environs de 37° ; l'appétit devient meil-

---

(1) L'enfant fut présentée récemment par nous à la *Société de Pédiatrie* (séance du 24 février 1931). Son observation donna lieu à une intéressante discussion à laquelle nous nous reportons plus loin et qui fut reprise à la séance du 17 mars.



leur. On constate que le poids augmente, la toux est moins marquée et le stridor diminue progressivement.

La radiographie pratiquée le 3 mai, montre le lobe moyen droit condensé par le pneumothorax, mais adhérent à la paroi.

A l'examen du 6 mai 1930, après 9 insufflations, le poids est de 6 kgr. 700 et la taille de 0,66. 2 dents.

La température oscille autour de 37°.

L'enfant ne tousse pas et ne présente pas de stridor quand elle est calme ; quand elle s'agite, la toux reparaît, mais moins bitonale et le stridor est à peine marqué.

L'examen général ne montre rien de particulier. La tension de la fontanelle est normale. Au poumon droit, la respiration conditionnée par le pneumothorax est sibilante.

On pescrit du jus de viande, de l'irrastérine et on fait continuer les injections d'huile éthérée.

Au début de mai, une pleurésie droite apparaît.

Le 17 juin 1930, le poids atteint 7 kgr. 400 et la taille 0 m. 69.

L'appétit est bon et les selles sont normales. Le bébé doit bien et tousse de moins en moins.

A l'examen, l'aspect est bien meilleur. L'enfant est encore un peu pâle, mais les muqueuses sont assez bien colorées et les chairs plus fermes. On entend très peu le cornage (toujours prédominant à l'expiration).

Aux poumons, l'auscultation rappelle l'examen antérieur et la radiographie montre un léger degré d'épanchement.

La 12e et dernière insufflation a été pratiquée le 21 juin.

Le 3 octobre 1930, le poids est de 9 kgr. 350 et la taille de 0 m. 74 ; l'enfant a 8 dents.

L'enfant a passé 2 mois et demi en montagne, sans incidents, et elle a bon appétit. Elle dort bien. Le cornage est devenu exceptionnel.

On a continué les injections d'huile éthérée.

A l'examen, l'enfant a énormément profité ; elle est pigmentée. On constate l'absence de ganglions, une fontanelle encore un peu large avec un étranglement sous-mammaire assez marqué et une légère rétraction thoracique au niveau de l'hémithorax droit.

La rate, le foie et le cœur ne présentent rien d'anormal.

A l'examen du poumon, on constate en avant de la submatité à la percussion. En arrière, la sonorité à droite est simplement diminuée au sommet avec exagération des vibrations ; à ce niveau, la respiration présente le type bronchique sans bruits adventices.

Vaccination sans incident contre la variole.

Nous examinons l'enfant à nouveau à la date du 13 février 1931 ; elle vient de passer 3 mois en Auvergne ; elle a 16 mois et demi et pèse 10 kgr. 510, sa taille est de 78 cm. et demi ; elle a 10 dents. Au moment de sortir 2 prémolaires, l'enfant a recommencé à tousser et on a entendu de nouveau le stridor durant quelques jours.

Pendant le séjour en Auvergne, on a continué les injections d'huile éthérée (120 ont été faites à ce jour), et l'irrastérine.

A l'examen, l'enfant présente un excellent aspect, une nutrition bonne et le teint bien coloré.

La fontanelle est presque fermée ; il existe un rétrécissement sous-mammaire avec évasement thoracique inférieur et une rétraction légère de l'hémithorax droit ; les tibias sont légèrement incurvés.

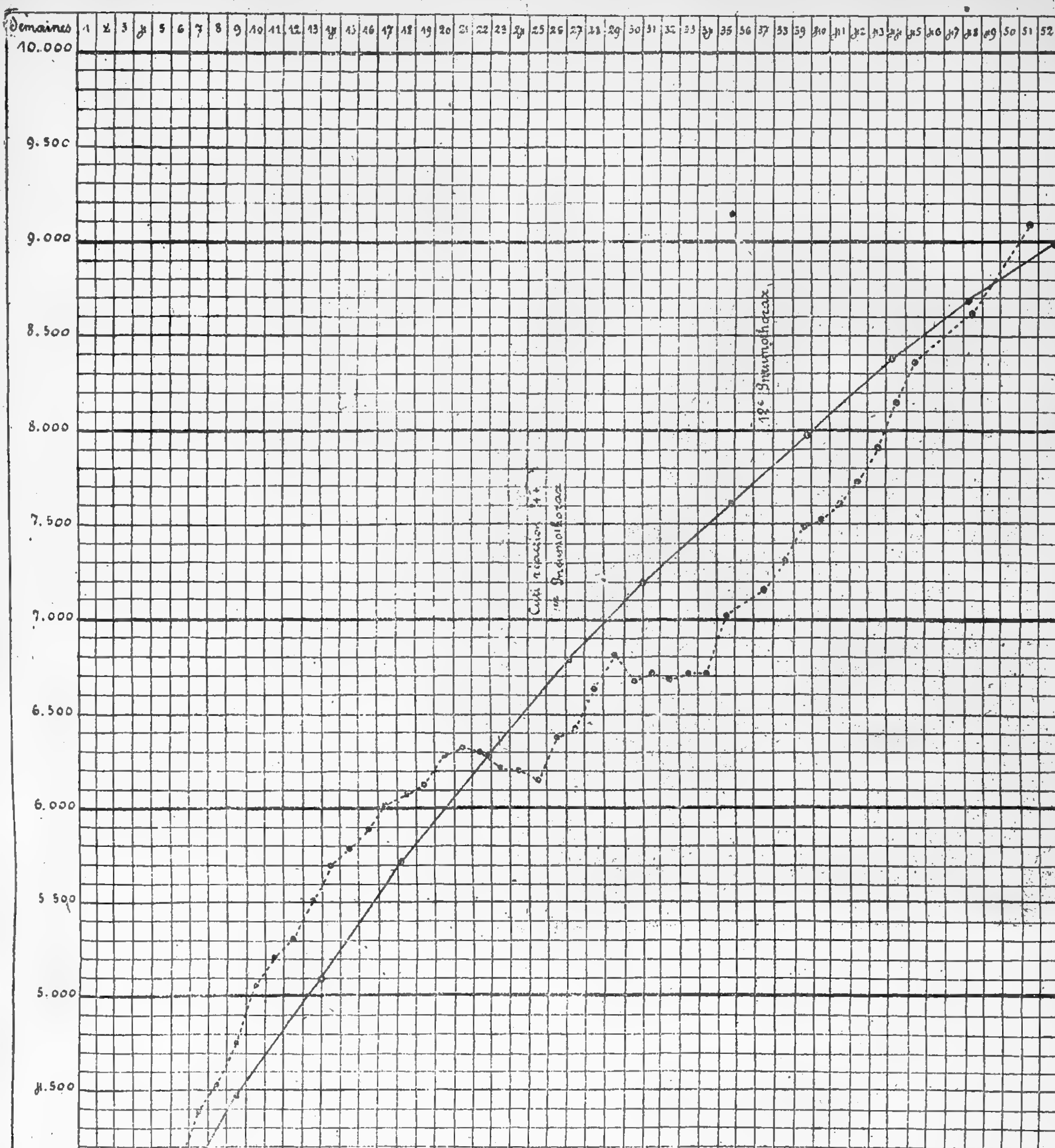
On ne sent pas la rate et le foie est à peine perceptible.

Aux poumons, à la base droite, les vibrations sont normales, la sonorité est à peine diminuée, le murmure vésiculaire est peut-être un peu plus soufflant sans bruits adventices.

Nous donnons plus loin les résultats des examens radiographiques.

Technique des insufflations (M. LÉON-KINDBERG). — Douze insufflations ont été pratiquées du 3 avril au 21 juin, avec l'appareil habituel de Küss.

Pour les premières, nous avons donné chaque fois quelques bouffées de chloroforme ; pour les



Le tracé indique la courbe moyenne

suivantes, une légère analgésie locale fut parfois nécessaire ; nous pûmes réussir les dernières en distrayant l'enfant. Mais dans l'un ou l'autre cas, comme il est de règle chez tous les jeunes enfants, il fut impossible d'obtenir le relâchement et une respiration régulière ; l'enfant pousse sans cesse, et sitôt que l'on est assuré d'être dans la plèvre, il faut élever le réservoir en pression positive, injecter un peu à l'aveugle la petite quantité que l'on juge nécessaire (ici entre 100 à 150 cmc. d'air) et vérifier aussitôt l'écran qui reste notre seul guide.

Dans le cas actuel, des adhérences inattendues élevèrent les chiffres de pression : le pneumothorax ne fut jamais que « grand partiel » et s'accompagna d'une assez forte déviation du médiastin vers la gauche. Il se produisit en outre, après le huitième, un épanchement séro-fibrineux.

Radio Ia.

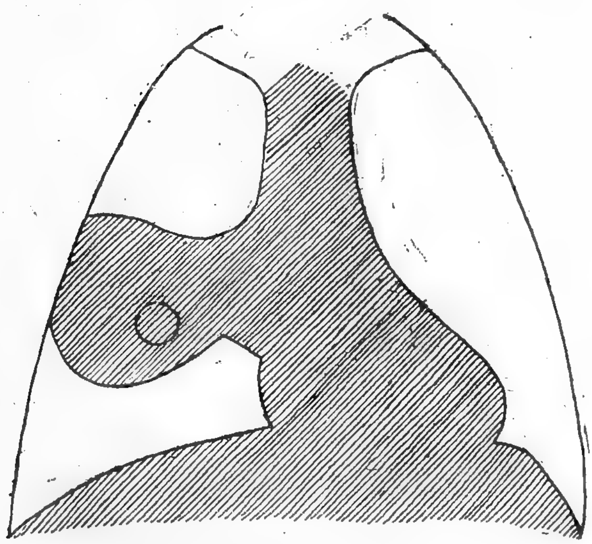


Schéma Ia.

Malgré cet incident, et parallèlement à lui (ce qui est loin d'être rare), l'amélioration se dessina franchement, et lorsque par la suite, avec la résorption du liquide, des adhérences se développèrent qui nous forcèrent d'interrompre le pneumothorax, les lésions étaient déjà en majeure partie effacées.

Examens radiologiques (P. Cottenot). — 1res *radiographies*, 26 *mars* 1930. — Les radiographies de face et de profil montrent une opacité complète, homogène, bien limitée, du lobe moyen du poumon droit. Au centre de ce bloc d'opacité, se voit une tâche claire, ronde, lenticulaire, image d'une petite caverne.

Le reste du champ pulmonaire droit et tout le champ pulmonaire gauche présentent une transparence normale.

2e *radiographie*, 3 *mai* 1930. — Le moignon pulmonaire est collabé en haut et en bas. Il adhère dans son tiers moyen à la paroi thoracique latérale. On voit dans le lobe moyen la petite tache claire correspondant à la caverne. L'ombre cardio-vasculaire est un peu refoulée vers la gauche.

3e *radiographie*, 1er *juin* 1930. — Les trois lobes du poumon droit apparaissent dissociés, le lobe supérieur rétracté en dedans, le lobe moyen avec un bord supérieur net, et un bord inférieur très estompé. La base est obscure, la coupole diaphragmatique ne se voit pas. L'ombre cardio-vasculaire est un peu attirée à droite.

4e *radiographie*, 1er *octobre* 1930. — On ne voit plus d'image de pneumothorax. L'opacité du lobe

moyen et l'image de spélonque ont complètement disparu. L'ensemble de l'hémithorax est un peu gris. La coupole diaphragmatique se voit mal.

5e *radiographie*, 11 *février* 1931. — L'ensemble du champ pulmonaire droit est transparent, un peu moins que le gauche cependant. L'ombre cardio-vasculaire est fortement attirée à droite.

La coupole diaphrmagatique droite adhère à la paroi et est horizontale. Ses mouvements sont synchrones avec ceux de la coupole gauche, mais de très faible amplitude.

***

Le cas que nous venons de relater appelle diverses remarques sur la symptomatologie si spéciale de la tuberculose du premier-âge et sur la collapsothérapie que nous avons appliquée avec un résultat presque inespéré.

Comment fonder le diagnostic de la tuberculose du premier âge ?

Laissons de côté les cas de tuberculose granulique ou suraiguê dont l'évolution ne donne guère de champ au diagnostic.

Pratiquement, la TUBERCULOSE GANGLIO - PULMONAIRE résume dans le polymorphisme de ses formes cliniques, à peu près tous les cas de tuberculose du nourrisson. Comment peut-elle se déceler ? Voici un schéma sémiologique que l'un de nous a proposé, il y a quelques années (1) :

« Il s'agit d'un nourrisson qui présente :

I. — *a*) Un développement qui se fait mal ;

b) Un caractère plaintif grognon et de l'anorexie ;

c) Une fièvre inexpliquée ;

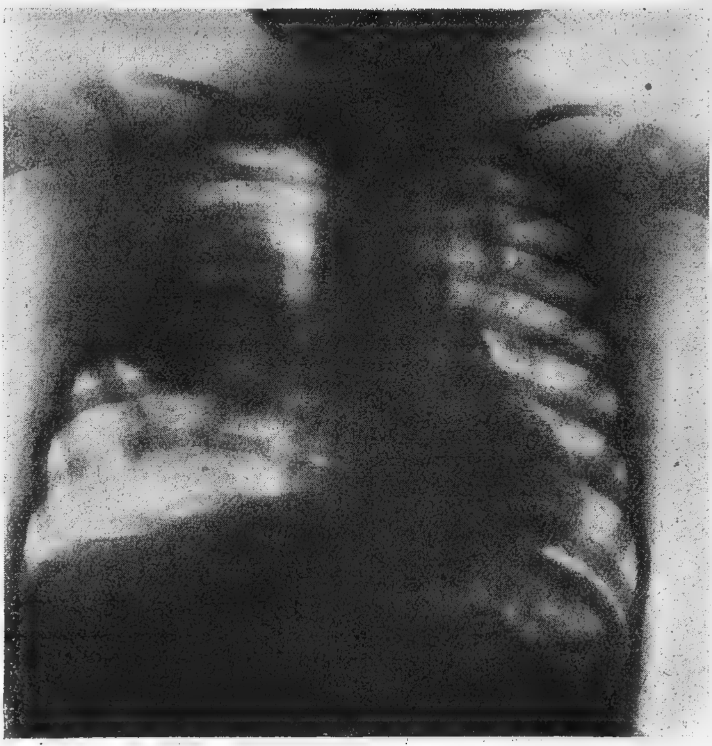
d) Une affection pulmonaire atypique (d'emblée ou consécutive à la coqueluche ou à la rougeole, à une broncho-pneumonie grippale).

(1) G. BLECHMANN. — *Les consultations journalières*. Nourrissons. Enfants (Doin, éd.), page 139.

II. — Ou bien des ACCIDENTS PLUS OU MOINS ÉVIDENTS : gomme, localisation ostéo-articulaire, adénite, signes de compression médiastinale.

III. — Ou encore un état floride, dans une FAMILLE DE TUBERCULEUX.

Dans ces divers cas, il faut penser à la tuberculose :



Radio Ib.

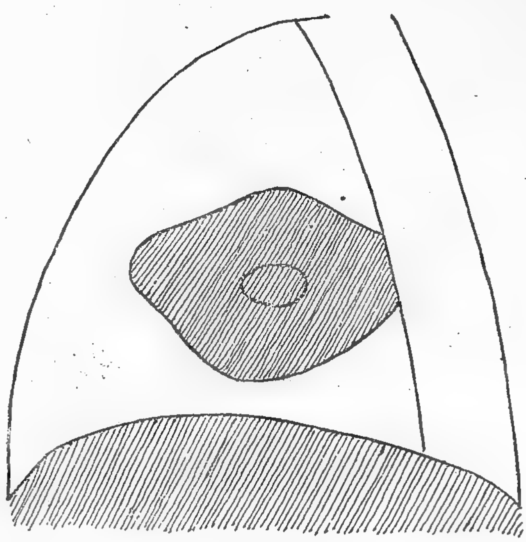


Schéma Ib.

1° Rechercher s'il existe un porteur de bacilles (mère, particulièrement contagieuse quand elle nourrit ; père réformé de guerre ; grand-père catarrheux ; domestique ayant été traité dans un sanatorium) ;

2° Pratiquer la cuti-réaction à la tuberculine ;

3° Et un examen radiologique. »

Le diagnostic se fondera donc sur : les symptômes d'ordre respiratoire, les résultats de la cuti-réaction et de l'examen radiologique, accessoirement sur la découverte de bacilles de Koch.

Symptômes d'ordre respiratoire.

Si ceux-ci ne sont pas absolument muets, on peut observer chez un nourrisson bacillaire :

a) Des signes de compression des organes du médiastin, se traduisant (comme dans notre cas) par le cornage expiratoire et la toux bitonale ;

b) De la bronchite à répétition ;

c) Des poussées congestives fébriles ayant tendance à la récidive ;

d) Les signes classiques d'une broncho-pneumonie à foyers disséminés ou à foyer pseudolobaire ;

e) Par surprise, chez un enfant apyrétique et sans dyspnée, une matité très étendue, pseudo-pleurétique avec ponction négative ;

f) Les signes d'une bronchite capillaire.

Radio II.

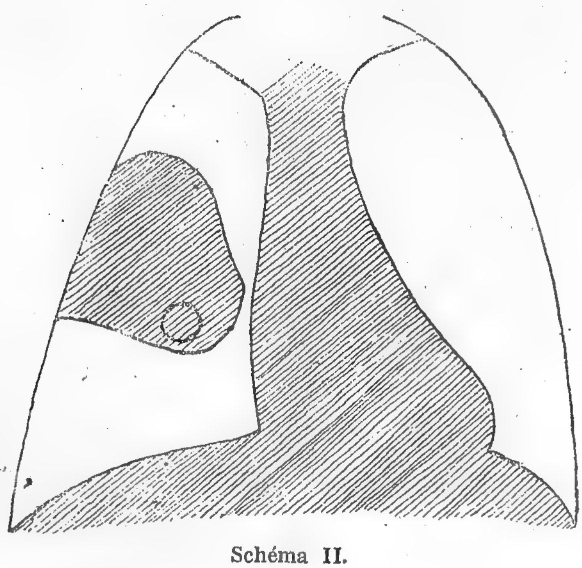


Schéma II.

Cuti-réaction positive.

On n'exagère pas en affirmant que grâce à la découverte du regretté Von Pirquet en 1907, la connaissance de la tuberculose du nourrisson a quitté un domaine jusque là imprécis.

Voici des chiffres : 4 à 6 % dans les consultations externes ; 10 % dans les milieux hospitaliers : telle est — affirmée par la cuti-réaction positive — la morbidité tuberculeuse pendant les premières années de la vie. Morbidité qui se traduit si souvent par des formes frustes, florides, anormales.

Examen radiologique.

Cet examen montre : a) *au niveau des champs pulmonaires*, des ombres que l'on interprétera comme tubercule initial, points d'inoculation, foyers de condensation plus ou moins considérables ; b) *au niveau des hiles*, en position frontale et surtout en position oblique droite, des ombres

qui permettent d'affirmer ou non l'adénopathie hilaire ou médiastine.

Signalons que la constatation, comme dans notre cas, d'une lobite avec excavation est assez exceptionnelle chez un enfant de 5 mois et demi.

Recherche du bacille de Koch.

Elle devra être toujours pratiquée dans les selles ; elle a été négative chez notre malade. De même que la recherche du B. K. dans les mucosités pharyngées, ou par le lavage de l'estomac, elle ne peut guère être répétée qu'en milieu hospitalier.

Evolution et pronostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson.

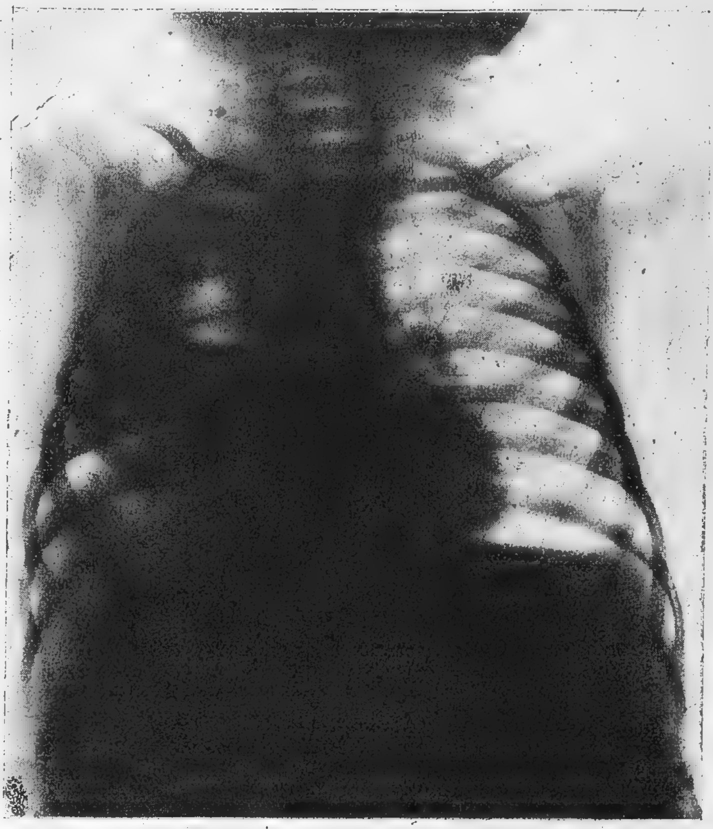
Grâce à la cuti-réaction, on sait que le diagnostic de tuberculose, avant la fin de la première année, n'équivaut plus à un arrêt de mort, comme il était communément affirmé il y a quelques années encore.

Suivant les statistiques, dans le premier semestre de la vie, les chances de guérison oscillent entre 12 à 25 % ; dans le deuxième semestre, elles oscillent entre 39 à 78 %.

Si l'on peut dire que souvent la tuberculose du nourrisson brûle les étapes (Turquéty) et que tout au moins la généralisation en est l'aboutissant le plus habituel, cependant, comme le montre les chiffres ci-dessus, *il existe toute une série de formes localisées* MÊME AVEC TENDANCE EXTENSIVE, *qui peuvent guérir*.

Quelles sont les formes qui ont tendance à guérir ? Voici ce que nous apprend Ameuille, à propos de la tuberculose de l'enfant et sa conception, comme l'a indiqué Debré, s'applique aussi bien à la tuberculose du nourrisson.

« Chez l'enfant, il y a deux catégories de lésions tuberculeuses des poumons : 1° des lésions du même type que celles de la tuberculose adulte, à début généralement apical, à propagation apico-diaphragmatique, à ulcération rapide ; 2° des lésions condensantes, à faible tendance ulcérative placées aussi bien à la base qu'au sommet ou au voisinage du hile, dépendant plus ou *moins* directement du complexe primaire et qui apparaissent en général un peu plus tôt que les précédentes au cours de l'évolution, ont une tendance spontanée à



Radio III.

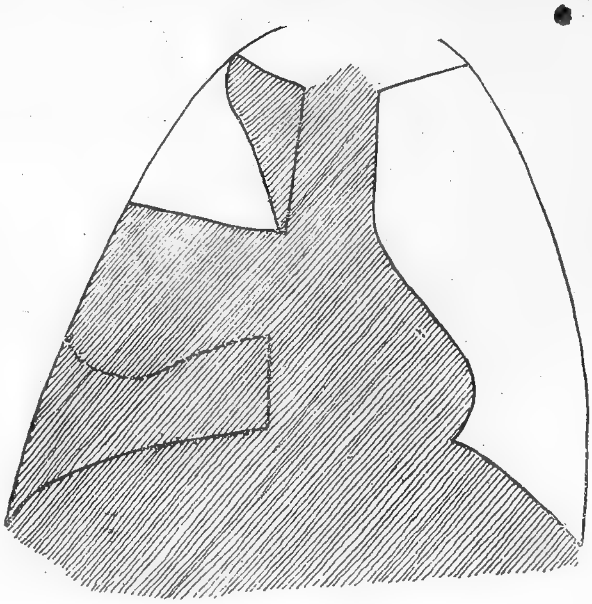
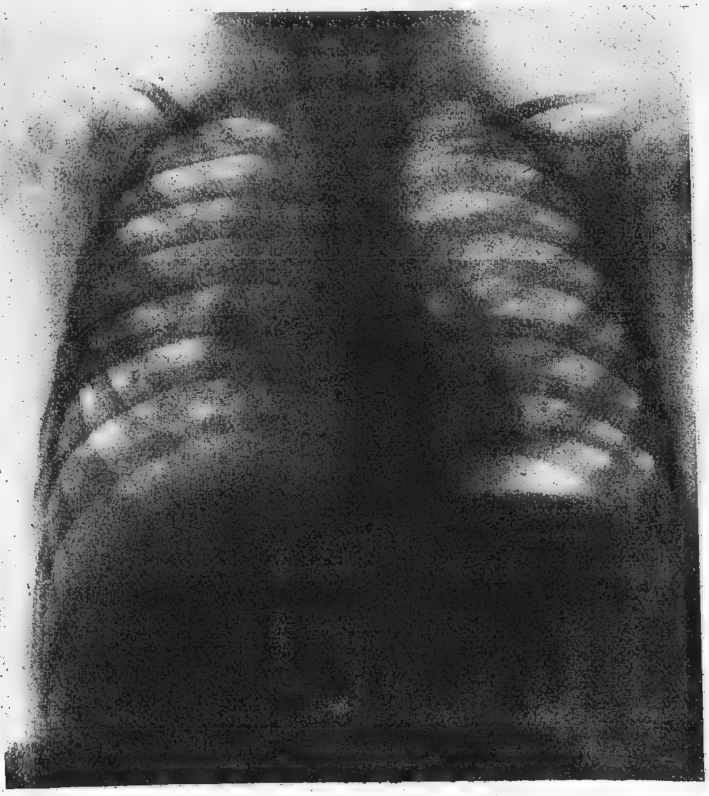


Schéma III.

la guérison. Ces formes comprennent le complexe primaire et les poussées extensives qui gravitent autour de lui et qu'on a appelées hors de France : « épituberculose », alors qu'en France on les nomme volontiers : spléno-pneumonies curables. »

Par contre, Armand-Delille et Lestocquoy estiment que les trois types différents d'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'enfant qu'ils décrivent : forme régressive, forme stationnaire et forme évolutive mortelle, ne sont pas radiologiquement différentes les unes des autres, ce qui est embarrassant au point de vue du pronostic et de la décision thérapeutique.



Radio IV.

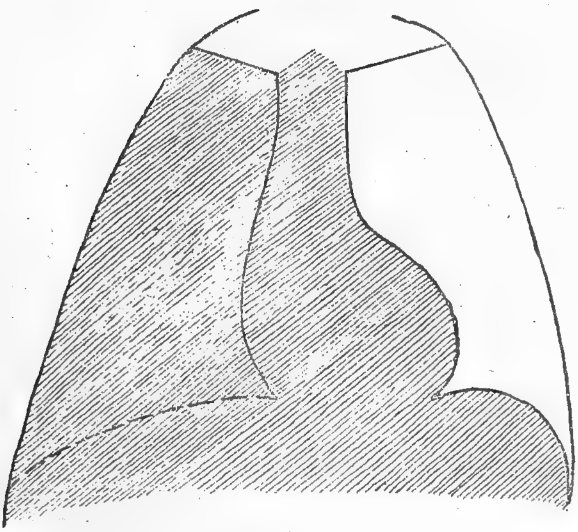


Schéma IV.

La méthode de Forlanini chez le nourrisson

Dans notre cas, le résultat de la thérapeutique (pneumothorax, injections d'huile éthérée, etc.) paraît remarquable ; après 10 mois, par un beau « nettoyage radiologique » suivant l'expression de Debré, l'état général de l'enfant s'est extraordinairement amélioré et l'ensemble du champ pulmonaire est devenu transparent.

On voit sur la radiographie V que le médiastin s'est déporté en masse sur la droite, sans que l'enfant paraisse présenter des troubles respiratoires ou circulatoires à la suite de cette dextrocardie acquise. Sur ce dernier point cependant, nous sommes assez perplexes pour augurer de l'avenir.

Le pneumothorax n'a jamais été pratiqué à notre connaissance — en France tout au moins — chez un enfant aussi jeune. Dans la littérature, nous voyons signaler des tentatives d'insufflation chez des nourrissons de moins de 6 mois, par Mlle Eliasberg, en Allemagne, mais l'auteur ne paraît pas avoir publié d'observations complètes. Viet Villeneuve (de Brest) signale dans sa thèse inspirée par Armand-Delille (1), les observations de nourissons insufflés avec succès, mais dont les âges respectifs sont 14 mois, 15 mois, 8 mois et 15 mois.

A propos de la collapsothérapie chez l'enfant tuberculeux, une

(1) Th. Paris 1926. Etude sur le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire du nourrisson. — Voir également P. Armand et Mlle Develay. La collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. (*Soc. de pédiatrie*, séance du 16 décembre 1930.)

discussion très vive qui a eu lieu à la *Société de Pèdiatrie* (séance du 17 mars 1931), a fait s'affronter des opinions résolument opposées.

L'avis de M. Lesné est formel : au cours de la première et de la seconde enfance, l'utilité du pneumothorax thérapeutique ne paraît pas démontrée ; il est inutile dans les formes aiguës qui ne guérissent pas plus après cette intervention ; il est inutile dans les formes à type splénopneumonique qui guérissent sans intervention et au moins aussi rapidement.

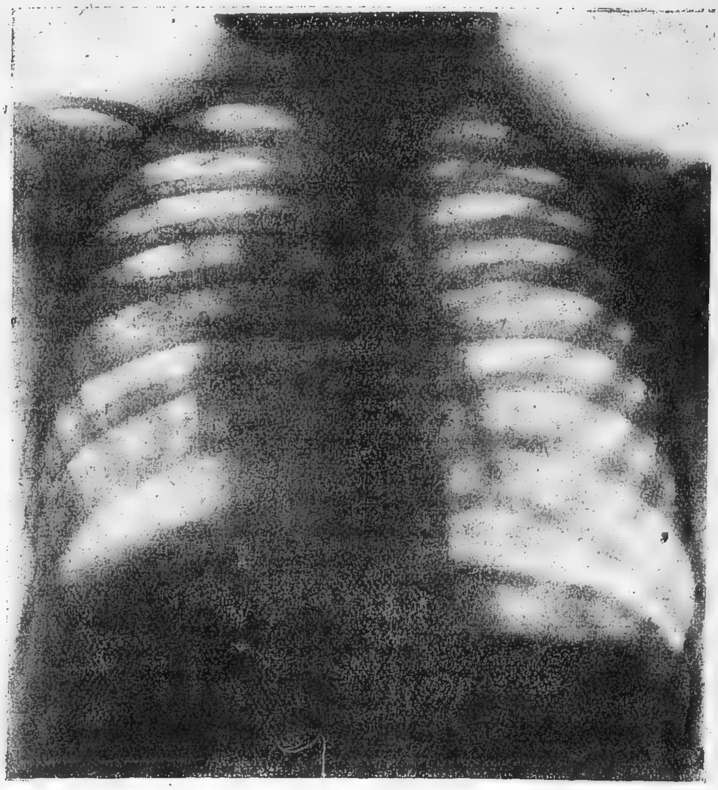
M. Ameuille émet des réserves qui équivalent presque à conseiller dans bien des cas l'abstention. Il faut se reporter au texte de l'auteur que nous avons reproduit plus haut pour interpréter fidèlement sa pensée :

« Si l'on traite tous les cas de tuberculose pulmonaire unilatérale, aussi bien ceux qui appartiennent à la forme adulte que ceux qui sont proprement infantiles, par le pneumothorax artificiel, on a une statistique très améliorée par les cas de seconde catégorie qui doivent en principe guérir presque toujours spontanément ». (Ces cas de seconde catégorie sont ceux qui se rapportent aux splénopneumonies curables).

A l'inverse de ces opinions défavorables, voici ce qu'avancent Armand-Delille et Lestocquoy : pour décider d'intervenir par un pneumothorax, il faut garder, disent-ils, pendant quelque temps, le petit malade en observation, en surveillant l' « état général et la courbe de poids, et en répétant les radiographies. Si un de ces éléments indique une tendance à l'aggravation, il faut se décider à intervenir activement en faisant un pneumothorax. Nous n'avons jamais regretté d'avoir ainsi agi, car nous avons toujours observé que l'éclaircissement du poumon était beaucoup plus rapide sous l'influence du pneumothorax. » Et ces auteurs concluent ainsi :

« Il nous semble donc, puisqu'il peut y avoir danger à abandonner à elle-même une lésion tuberculeuse du poumon, qu'il est prudent de ne pas prendre à la légère une décision de non intervention. Etant donné l'innocuité absolue du pneumothorax artificiel, on pourrait dire que *comme pour l'appendicite, il y a beaucoup plus de risques à l'abstention qu'à l'intervention.* »

Tout ce qui précède démontre assez que les pédiatres les plus compétents en phtisiologie ne sont nullement d'accord, en ce qui concerne les indications du pneumothorax artificiel chez le jeune et le grand enfant.



Radio V.

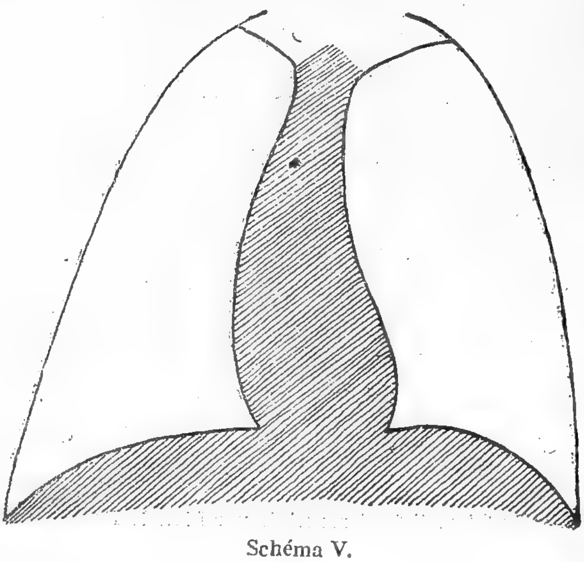


Schéma V.

Pour notre part, nous estimons que chez notre nourrisson, le Forlanini était justifié, opinion que nous a confirmée M. Ameuille qui examina par la suite nos radiographies.

Dans un cas tel que le nôtre, — lobite avec ulcération — la collapsothérapie en évitant « le brassage des bacilles évacués dans les bronches, empêche la contamination des lobes voisins en les immobilisant. »

L'enfant faisait de la fièvre, il s'alimentait mal et maigrissait. En quelques jours, le pneumothorax agit favorablement sur la température, l'appétit, le poids, la toux et le stridor.

N'est-ce donc point d'un intérêt primordial que de supprimer rapidement par cette intervention, une toux incessante, coqueluchoïde, source évidente de contagion bacillaire ?

Chez de tels malades qui ne rentrent évidemment pas dans les cas dits spontanément curables, on est autorisé, ce nous semble, à tout tenter pour éviter la tendance à l'aggravation et à l'ulcération rapide.

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôpital Cochin.* — Service du Professeur Achard)

Sur la maladie bronzée d'Addison[1]

Dr Poumailloux,

Chef de Clinique

Voici une malade, âgée de 33 ans, qui exerçait la profession d'employée de bureau ; elle se plaint depuis deux ans déjà de fatigue croissante ; elle a eu quelques troubles digestifs, en particulier des vomissements ; sa peau a bruni progressivement. Vous reconnaissez là quelques-uns des symptômes typiques de la maladie d'Addison, dont elle est atteinte.

La maladie a débuté au mois de mai 1929, d'une façon *insidieuse* ; elle était à la campagne. Un jour, son entourage a remarqué qu'elle avait de nombreuses taches brunes sur la face, taches qui furent attribuées tout d'abord à l'action des rayons solaires.

D'autres taches bronzées apparaissent bientôt sur l'ensemble du corps ; la pigmentation de l'aréole des seins attira particulièrement l'attention. Un médecin, consulté à cette époque, pense à un début de grossesse. La sensation de fatigue à ce moment n'était pas encore très intense. Ce n'est qu'en mai 1930, à la suite d'une forte émotion provoquée par une attaque d'épilepsie que son mari fait devant elle, que se manifeste une chute brusque de la résistance de notre malade.

A partir de ce moment, elle accuse quelques palpitations, une tendance aux syncopes, on constate un abaissement progressif de la tension artérielle, la malade maigrit. Elle aurait perdu en deux ans 23 kgr. Vers la fin de 1930, surviennent des troubles digestifs, en particulier, des vomissements alimentaires, après le déjeuner du matin.

On lui fait de l'*adrénaline* en injections ; mais l'amélioration consécutive de l'état général n'est pas très marquée.

Après un séjour à la campagne, son état semble légèrement meilleur. En août, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, où on lui fait de l'*extrait surrénal total.* A la suite de ce traitement, elle se sent considérablement améliorée, mais cette amélioration n'a été que temporaire et la maladie, quoique plus lentement, paraît encore avoir progressé depuis lors. Tel est le début que nous retrouvons ici, avec une progression *insidieuse,* des divers symptômes. La maladie d'Addison ne débute pas toujours de la même façon, notez-le ; et n'importe lequel de ses symptômes cardinaux peut être le premier en date.

Voyons, plus attentivement, ces symptômes cardinaux : 1° la *pigmentation* chez notre malade semble avoir diminué depuis une quinzaine de jours, par suite, que pouvons-nous penser du traitement intensif que nous lui avons appliqué?

La pigmentation est plus marquée à la face dorsale des mains qu'à leur face palmaire.

Elle a également profondément marqué, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, les sillons de la paume, qui apparaissent en brun noir.

La pigmentation, du reste, est toujours plus marquée aux parties du corps exposées à la lumière du jour ainsi que sur celles, qui sont normalement plus pigmentées.

A la figure, c'est autour des yeux que vous voyez la pigmentation la plus intense, ainsi qu'à la joue, à l'endroit où la malade a présenté dans l'enfance un lupus érythémateux. L'aréole des seins et leur partie inférieure sont également très colorées, ainsi qu'à la jambe gauche, sur la cicatrice d'un traumatisme ancien.

En général, on note aussi des taches bleu foncé sur les muqueuses, en particulier des

(1) Leçon du 27 avril 1931 recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

lèvres et de la bouche. Ces taches pigmentées ont existé chez notre malade, mais ont maintenant disparu. Avant de dire pigmentation addisonienne, assurez-vous toujours de la coloration normale, du sujet, en particulier de sa race. Rien ici ne permettait d'expliquer la teinte particulière de la peau. Notre malade est parisienne de famille et de naissance.

2° Le second symptôme, c'est l'*asthénie*. Elle s'est développée progressivement ; la malade a dû abandonner son travail de secrétaire, qui cependant ne semble pas être physiquement très fatigant, mais la fatigabilité intellectuelle est tout aussi marquée chez ces malades. L'examen de leur force à l'aide d'un dynamomètre montre, en général, que la force musculaire est conservée, mais la fatigue apparaît très vite.

Cette fatigabilité peut être mise en évidence à l'aide d'un ergographe, que nous n'avons malheureusement pas à notre disposition.

L'amaigrissement ne fait évidemment qu'accroître l'asthénie ; chez notre malade, une reprise de poids d'un kilog depuis un mois est parallèle à l'atténuation des autres signes.

3° Le troisième symptôme, l'*hypotension* s'est aussi atténuée également et sa tension maxima est remontée à 11, après être descendue à 8. Le petit écart de sa tension différentielle permet d'expliquer sa tendance aux syncopes.

4° Le dernier des symptômes cardinaux de la maladie d'Addison est constitué par les *symptômes abdominaux* : notre malade ressent des douleurs, dans la région, lombaire, douleurs surtout marquées à droite. Cette douleur par sa localisation semble correspondre à la surrénale. Souvent, on peut constater de la douleur à la pression de cette région mais notre malade n'en accuse point. Enfin, elle s'est plaint tout particulièrement de vomissements répétés, et, comme elle présentait un certain degré d'hypochlorémie (3 gr. 06 de chlore sanguin), M. le Professeur Achard lui a fait donner du chlorure de sodium. Depuis quelques jours, ces vomissements ont cessé.

Sur l'ensemble de ces symptômes, qu'ont fait jusqu'ici les traitements mis en œuvre ?

L'adrénaline ne lui a pas fait grand'chose, l'extrait surrénal à doses moyennes l'a quelque peu améliorée, mais ce n'est que l'emploi de l'extrait total à fortes doses (4 à 5 cc. par jour), qui lui a permis de faire de gros progrès, de se lever pour la première fois, il y a une semaine, et de venir aujourd'hui dans cette salle.

Mais, quelle est ici la cause de cette maladie d'Addison ? Si celle-ci est toujours liée anatomiquement à une affection des capsules surrénales, on sait qu'étiologiquement, il s'agit le plus souvent d'une bacillose de ces glandes .

L'auscultation de notre malade ne montre rien de particulier du côté des poumons ; la radiographie décèle seulement une accentuation des ombres hilaires, à laquelle nous n'attachons aucune importance.

Il est rare que la radiographie réussisse à montrer les surrénales elles-mêmes, à plus forte raison, leurs anomalies. Sur notre radiographie particulièrement nette, on voit une zône légèrement plus claire au centre de la surrénale droite, mais il faut l'interpréter avec prudence, car les gaz intestinaux peuvent facilement induire en erreur, et nous n'oserions certes pas en tirer un argument en faveur d'une lésion capsulaire. Si notre malade n'a pas de lésions pulmonaires importantes, ce qui est la règle, il y a cependant un point intéressant au point de vue étiologique. Elle a eu un lupus érythémateux de la joue à l'âge de 13 ans, il est guéri depuis longtemps. Peut-être y a-t-il eu là une certaine sensibilisation de son organisme ?

Nous n'avons pas fait de cuti-réaction à la tuberculine chez notre malade ; il est probable qu'elle aurait été positive.

Quelle sera ici l'*évolution* prochaine ? Le pronostic est loin d'être favorable. Certes, le traitement a donné des résultats, mais combien de temps dureront ces résultats ? Nous lui donnons de la surrénale, qui compense l'insuffisance de sécrétion, mais nous n'empêchons pas la lésion anatomique d'évoluer.

La seule chance de guérison se trouve dans la possibilité de calcification de celle-ci, mais c'est là un espoir bien problématique. Combien de temps peut durer la maladie ? Quand on ne la traite pas, elle dure en moyenne un an ; si on applique un traitement rationnel, elle peut se prolonger pendant 4, 5 ou 6 ans, mais la maladie a, presque sans exception, une terminaison fatale.

Vous venez de voir un exemple typique de maladie d'Addison, due probablement à une tuberculose des capsules surrénales.

Quelle définition pouvons-nous donner de cette maladie ?

C'est un syndrome anatomo-clinique : le syndrome clinique est caractérisé par les quatre symptômes cardinaux, que nous avons vus (pigmentation cutanée, asthénie, hypotension, symptômes abdominaux), et le syndrome anatomique par des altérations chroniques à évolution lente des capsules surrénales. Elle fut décrite pour la première fois en 1855 par Addison sous le nom de « *maladie bronzée* », et sa première description française est due à Lasègue.

La *pathogénie* de ses divers symptômes est actuellement en pleine phase de révision critique,

Pour Sergent, il y aurait lieu de distinguer un syndrome d'insuffisance surrénale pure, dont dépendraient l'hypotension, l'asthénie, l'amaigrissement, les troubles digestifs, les accidents aigus d'allure cholériforme — et un syndrome péricapsulaire d'irritation sympathique, dont relèverait la mélanodermie ainsi que les douleurs lombo-abdominales ; mais Sézary s'élève contre cette opinion, car on voit souvent une pigmentation anormale dans les affections les plus diverses. Pour expliquer l'origine de cette dernière, Loeper a proposé récemment une théorie humorale : anatomiquement, et physiologiquement, la surrénale comprend deux zones ; la corticale d'origine parenchymateuse et possédant une action antitoxique, et la zone médullaire, d'origine ectodermique, riche en adrénaline. Entre celle-ci et la mélanine, il existerait un balancement, l'insuffisance de la première entraînant un excès de la seconde, l'une et l'autre étant conditionnées par une insuffisance « thiopexique » de la surrénale.

Au point de vue *clinique*, la pigmentation se présente sous forme de taches brunes isolées, toujours variées comme disposition ou aspect, et souvent symétriques. Dans certains cas, il y a aussi atteinte des cheveux qui tombent, et des ongles qui deviennent cassants.

L'asthénie, plus exactement, la myasthénie, est sans doute le maître-symptôme de toute insuffisance surrénale. Elle reste longtemps compatible avec une conservation de la force musculaire ; il s'y ajoute bientôt de l'asthénic psychique ; l'une et l'autre s'accroissent progressivement pour aboutir à une torpeur extrême, le malade en arrivant même à refuser de s'alimenter.

L'hypotension artérielle est progressive également, la maxima tombe à 12, 11, 9, 8 et même moins. Le pouls est rapide. Il y a de la tendance aux lipothymies, aux syncopes, aux palpitations, aux bourdonnements d'orielle, aux vertiges.

Parmi les symptômes abdominaux, il faut distinguer les troubles digestifs, les nausées, les vomissements, la constipation ou plus tardivement la diarrhée et les douleurs. Ces douleurs lombaires correspondent approximativement au siège des surrénales. Fixes, sans irradiations sourdes, parfois paroxystiques, parfois épigastriques, elles ont un siège d'élection ; l'extrémité antérieure de la 12e côte (point de Martineau). Parfois, elles s'accompagnent d'hyperesthésie superficielle.

On a cherché à mettre en évidence la participation du système sympathique à l'aide de nombreux tests, en particulier par l'injection d'adrénaline, par la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Sergent a montré la fréquence de la raie blanche, mais sa valeur séméiologique est minime.

En général, les glandes endocrines réagissent les unes sur les autres, d'où l'importance de ce que Sézary a appelé : « les syndromes endocriniens communs ». Les glandes génitales, entre autres, sont presque toujours atteintes : chez la femme, les règles sont diminuées ou supprimées ; chez l'homme, l'impuissance est de règle.

L'examen du sang montre souvent une diminution des globules rouges. Dans certains cas, il y a de la lymphocytose, de l'hypocholestérinémie, de l'hypoglycémie. Celle-ci serait la conséquence d'une sécrétion exagérée d'insuline, par hyperfonctionnement du pancréas. Le métabolisme basal est diminué ; la réserve alcaline serait abaissée. La température reste habituellement normale.

On peut voir survenir, au cours de la maladie d'Addison, un certain nombre d'accidents d'*insuffisance surrénale aiguë*, souvent provoqués par des influences nerveuses, des émotions intenses, quelquefois par une infection surajoutée, une fatigue, une chloroformisation. Le malade peut présenter subitement le tableau d'un intoxication aiguë avec douleurs abdominales violentes, sueurs froides, diarrhée, vomissements incoercibles. Les urines sont peu abondantes, la température baisse et peut descendre jusqu'à 35° ; le pouls devient rapide, filant, incomptable. Ce syndrome cholériforme aboutit rapidement à la mort. Cependant, si le syndrome est moins violent, vous pourrez dans certains cas réussir à le surmonter en injectant de l'adrénaline.

Chez d'autres sujets, la mort survient subitement par une syncope.

Si le malade échappe à ces accidents brutaux, il peut encore succomber à l'extension aux poumons des lésions tuberculeuses, ou à une granulie, la cachexie addisonienne terminale restant, en somme, assez rarement constatée.

Les *formes cliniques* de la maladie d'Addison ne sont pas nombreuses, si on réserve cette appellation aux cas, où l'on trouve réunis les quatre symptômes cardinaux. Il existe assurément des formes lentes et des formes aiguës, et, sous le nom d'Addisonisme, on a décrit des formes frustes, mais le plus souvent on a alors affaire à de l'insuffisance surrénale, survenant chez un tuberculeux avéré, beaucoup plus souvent qu'à une véritable maladie d'Addison.

Chez les veillards, la maladie prend précisément, en règle générale, cette aspect atténué avec une allure insidieuse. Chez l'enfant, elle est rare, mais son évolution est rapide, on note de la diarrhée, une pigmentation très accusée, des convulsions des symptômes abdominaux à allure pseudo-péritonéale.

On a décrit d'autres formes, où prédominait tel ou tel symptôme, mais il serait bien difficile d'affirmer qu'il s'agit réellement dans ces cas de maladie d'Addison. La coloration des téguments, seule, ne prouve rien, on peut la voir dans d'autres maladies. L'asthénie, les troubles digestifs, n'ont rien non plus de caractéristique, et il ne faut en général accepter les formes frustes qu'avec réserves.

Quels sont les *diagnostics* à envisager en présence d'une maladie d'Addison ? Pour notre malade, l'évidence du diagnostic saute aux yeux. Et pourtant, dans les premiers mois, on avait pensé à l'origine solaire des tâches pigmentaires, au début d'une grossesse. Avant d'envisager l'origine capsulaire de la coloration brune de la peau, il faut discuter la possibilité de facteurs héréditaires, les causes banales, telles que piqûres de parasites. On songera au diabète bronzé, que l'on éliminera par l'examen des urines, car cette affection, encore appelée cirrhose pigmentaire, s'accompagne de glycosurie, ainsi que d'autres signes d'insuffisance hépatique.

Lorsqu'il s'agit de mélanodermie avec prurit, il faut penser à l'érythrodermie arsénicale médicamenteuse ou non.

Elle commande l'interruption immédiate du traitement, car elle peut entraîner des accidents de la plus haute gravité.

L'asthénie peut relever de trop de causes différentes, pour que nous les discutions ici ; retenez seulement sa fréquence chez les tuberculeux pulmonaires. Il en est de même de chacun des autres symptômes.

La maladie d'Addison est le plus souvent due à la *tuberculose* des capsules surrénales, mais, dans 5 à 10 p. 100 des cas, on a pu trouver, soit un cancer, soit des gommes syphilitiques. On y pensera, si le Bordet-Wassermann est positif, et on mettra immédiatement en œuvre dans ce cas, le traitement spécifique. En tout cas, jamais la maladie ne relève d'une lésion capsulaire aiguë à marche rapide.

Le *traitement* rationnel est l'opothérapie surrénale totale, en injections, à fortes doses et indéfiniment prolongé. L'adrénaline seule ne suffit pas à combattre l'insuffisance fonctionnelle des glandes. Ce traitement, toutefois, qui ne vise qu'à suppléer à un manque organique, ne saurait viser naturellement à guérir une lésion, qui continue malheureusement à évoluer. Si c'est là cependant le traitement véritable, il ne faut pas négliger de conseiller aussi une diététique convenable, le repos au lit et le repos moral, l'administration de préparations à base de chaux.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

Le déclenchement du travail par la quinine, associée à l'extrait hypophysaire (1)

Le déclenchement du travail par la quinine, associée à l'extrait hypophysaire, est une méthode utile à connaître ; elle est efficace, sans accident, ni incident, et, dans 17 cas sur 19, elle a donné toutes satisfactions au Dr F. Fournier. Sur 17 succès, cet auteur a compté 17 enfants bien vivants et bien constitués ; la mère a évité, grâce à elle, toute chance d'infection.

Voici quelques détails de diagnostic sur ces 17 cas : gros enfants (4) ; rupture prématurée des membranes, quand on craint l'infection amniotique (5) ; pyélonéphrite de la grossesse, ayant résisté à tout traitement médical (1) ; bassins limités, quand les familles appréhendent une césarienne basse (7).

Les deux cas d'insuccès ont été résolus simplement par l'application d'un ballon de Champetier. D'ailleurs cette méthode n'exclut pas non plus, quand elle échoue, la césarienne basse.

La quinine est prescrite à la dose de 2 grammes, en quatre prises, et, si elle est mal supportée, il suffit de diminuer les doses. L'extrait hypophysaire n'est pas donné non plus à forte dose ; on l'administre (1/4 de cc.) au moment où l'action maximale de la quinine se fait sentir, c'est-à-dire entre 1 h. 1/2 et 5 heures après l'injection ; on répète, sans danger, la dose de 1/4 cc. d'extrait hypophysaire jusqu'au maximum de 2 cc., sous la condition d'arrêter, dès que les contractions s'établissent régulièrement. En cas d'échec des huit doses de 1/4 cc., on reprend l'essai vingt-quatre heures plus tard.

Cette méthode, qui peut être d'un grand secours dans tous les cas où il faut évacuer rapidement l'utérus, ne demande qu'une instrumen-

(1) Dr R. FOURNIER. — Le déclenchement du travail par la quinine, associée à l'extrait hypphysaire (*Toulouse médical*, 15 avril 1931.)

tation rudimentaire : une seringue de Pravaz d'un centimètre cube.

En voici la technique détaillée, d'après R. Fournier :

A 8 heures, lavement évacuant ; 50 centigr. de quinine.

A 8 heures 1/2, 9 h. et 9 h. 1/2, chaque fois 50 centigr. de quinine.

A 9 h. 1/2 un quart de cc. d'extrait hypophysaire en injection sous-cutanée.

A 10 h., un quart de cc. de cet extrait, et ainsi de suite toutes les demi-heures : huit fois en tout, si cela est nécessaire.

Le travail a été déclenché, en moyenne, dans les cas favorables, après la huitième injection, c'est-à-dire qu'à partir de ce moment les douleurs se suivaient régulièrement et que l'orifice du col présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce d'un franc.

Dans 4 cas, il fut nécessaire de recommencer la tentative ; jamais l'auteur n'a fait un troisième essai.

Contre-indications : ce sont celles de l'extrait hypophysaire, c'est-à-dire les maladies du cœur et des reins, l'hypertension artérielle, une cicatrice utérine, une présentation vicieuse, la disproportion.

Ce qui résulte des observations publiées, c'est que jamais il n'a été observé de contracture ; ces résultats heureux ont pu être obtenus grâce aux faibles doses employées, mais répétées. Aucun accident, aucun incident pendant ou après le traitement.

II

Thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. Médication salicylée (1)

I. Manifestations essentielles de la maladie de Bouillaud, cardiopathies exceptées.

La médication salicylée doit aboutir à la disparition de la polyarthrite, à la chute de la fièvre qu'a produite celle-ci ainsi qu'à une crise de courte durée, caractérisée par l'hypothermie (36°, 36°5, 35°8), le ralentissement du pouls, et la polyurie.

Le salicylate de soude, administré suivant l'ancienne méthode, convient aux formes bénignes ; mais il n'a, le plus souvent, que peu d'influence sur la durée de l'attaque, qui se prolonge indéfiniment. Les doses élevées, au contraire sont efficaces, même dans la plupart des formes sérieuses et des formes graves.

Doses faibles. — 8 grammes, au maximum, donnés au début, mais à doses fractionnées, à raison d'un ou de deux grammes, à intervalles égaux, dans les 24 heures ; puis, dans les quinze jours, qui suivent, 5 à 6 grammes seulement d'une manière continue ou discontinue, à doses décroissantes, tous les 2 jours.

Doses élevées. — Chez l'adulte de 20 à 22 ans, on peut prescrire 10, 12, 14 et même 16 grammes par jour. La méthode est sans danger, à la condition qu'il n'y ait aucune tare rénale ou hépatique, aucun trouble gastro-intestinal, et que le sujet soit âgé d'au moins 15 ans, de 30 ans au plus ; les femmes, très susceptibles à ce médicament, doivent être exceptées. Les enfants, entre 7 et 12 ans, recevront 8 et 10 grammes.

La *façon de prescrire* est d'une importance capitale, car il faut éviter le dégoût et faire tolérer la médication. Voici le mode de préparation, que conseillent MM. Caussade et A. Tardieu : il obvie à la fadeur, cause de nausées et de vomissements ; il atténue la causticité, cause de pyrosis et d'intolérance ; il associe au salicylate le bicarbonate en dose égale, sinon supérieure.

Un excellent véhicule est l'infusion de prêles (queues de cerises ou chiendent), à la dose de 300 à 350 grammes au moins. Ajouter 60 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères, puis le salicylate et le bicarbonate de soude, à doses égales : 12, 14 ou 16 grammes ; parfois une cuillerée de rhum. Cette médication est à prendre en 4, 5, 6 heures, au plus. L'absorption se fera à jeun. Si, après l'absorption, le malade se plaint de renvois aigres ou acides, donner un demi-verre d'eau de Vichy ou de Vals, tiédie au bain-marie. Ne pas s'émouvoir quand 5 à 6 heures après l'ingestion, apparaissent quelques signes d'intolérance : sueurs profuses, tachycardie, bourdonnements d'oreille, face vultueuse. Cependant, si ceux-ci s'accentuaient au point de faire craindre le collapsus cardiaque, il suffirait de pratiquer des injections intra-musculaires d'éther camphré au 1/10e (1 cc.), à renouveler, si nécessaire, de 5 en 5 ou de 10 en 10 minutes. L'huile camphrée, dont la résorption est trop lente, doit être proscrite.

Afin de tâter la susceptibilité du malade, faire absorber, 48 heures avant les fortes doses, un gramme de salicylate, et s'assurer de son élimination par l'examen des urines, dans les délais voulus, au moyen du perchlorure de fer.

Ne pas s'inquiéter de l'albuminurie, qui, sans complication rénale, est assez fréquente au

(1) G. Caussade et André Tardieu. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. Médication salicylée. (*Revue de médecine*, avril 1931.)

cours d'une attaque de rhumatisme, et qui disparaît par la médication salicylée. Mais rechercher attentivement toute néphrite artérieure.

Ces doses ne sont pas toujours suffisantes pour éviter une ou plusieurs reprises, d'ailleurs moins sérieuses. Il faut alors rechercher si l'élimination urinaire du salicylate, précédemment ingéré, est complète (il faut en moyenne de 3 à 5 jours). Puis, dans les mêmes conditions que précédemment, faire ingérer une dose inférieure à la première de 1, 2 ou 3 grammes. Même surveillance de l'élimination, et reprise d'une dose encore inférieure, s'il survient une nouvelle poussée. Quand les poussées successives se font à courts intervalles (2, 3, 4 ou 5 jours, et plus), point n'est besoin d'attendre l'élimination complète du salicylate.

En général, trois prises, à doses légèrement croissantes, sont suffisantes dans les formes sévères. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, la dose initiale sera maintenue.

Ne pas oublier que, parfois là où le salicylate à doses élevées a échoué, les faibles doses, administrées suivant les préceptes classiques peuvent réussir.

La *voie buccale*, facile et pratique, est la voie de choix.

Cependant la *voie veineuse* calme immédiatement les arthropathies les plus douloureuses ; dans les formes graves, elle complète la voie buccale.

Voici une formule de Rosenthal pour l'injection intra-veineuse :

Salicylate de soude....	1 gramme
Glucose.............	3 grammes
Eau distillée q. s. pour	10 cmc.

A mettre dans une ampoule de verre neutre stérilisable à 100°. Prescrire deux ampoules par jour, une le matin, une le soir.

L'*instillation rectale* est réservée aux sujets à intolérance gastrique, et dont la voie veineuse est impraticable ; mais les doses massives ne peuvent être prescrites, en raison de l'irritation de la muqueuse rectale.

II. Formes atypiques et diverses manifestations extra-articulaires.

Le salicylate de soude, à la dose de 10 grammes d'abord et de 6 grammes ensuite, pendant deux semaines, a donné de bons résultats dans les formes typhoïdiques ou infectieuses atténuées.

Même succès dans deux cas d'endocardite et de péricardite monosymptomatique, dans un cas de cortico-pleurite infantile.

Le médicament aurait une influence sur quelques affections cutanées rhumatismales.

III. Complications du rhumatisme articulaire aigu.

Complication cérébrale. — L'efficacité du salicylate de soude en injection intraveineuse a été démontrée dans un cas sévère et dramatique d'encéphalite rhumatismale.

Polysérites (péricardite et pleurésie avec épanchement).

Il n'y a pas toujours guérison ou amélioration, malgré certaines observations probantes.

Affections pulmonaires. — Les cortico-pleurites sont les seules, sur lesquelles le salicylate (10 à 12 gr.) exerce une certaine action, à la condition d'être administré pendant assez longtemps.

Aucune action sur les complications pulmonaires, dues à des saprophytes : certaines congestions pulmonaires simples, la plupart des broncho-pneumonies. Il en est de même pour les congestions et œdèmes, suites d'affections cardiaques.

Complications cardiaques. — La pancardite est presque fatale, et semble faire partie intégrante de la maladie rhumatismale. Mais, la péricardite exceptée, la médication salicylée semble ici bien peu active.

C'est alors qu'il faudrait recourir au soufre, associé au salicylate, dans les rhumatismes cardiaques évolutifs (et non dans les insuffisances aortiques fonctionnelles ou semi-fonctionnelles).

Commencer par une solution isotonique de soufre (eau d'Uriage), qui provoque peu de choc par voie intra-veineuse. Administrer d'abord 40 cc. en injection intramusculaire ; puis, si l'action n'est pas assez manifeste, soufre colloïdal en injection intraveineuse ; au début 1 /4 ou 1 /2 cc. et n'augmenter que de 1 /4 de cc, par jour, en se maintenant en-dessous du seuil, qui provoque une réaction.

Le salicylate de soude est donné aussi par voie endo-veineuse : 10 cc. de solution salicylo-glucosée à un dixième, dans la même seringue.

G. Marchal utilise aussi le salicylate de soude en ingestion avec de faibles doses de soufre colloïdal. Dans les cas graves, il ordonne 2 cc. de collobiase de soufre par jour (voie intra-veineuse) avec 7 grammes de salicylate de soude pris en parties par la bouche, les veines et le rectum. Suivant les cas, ce traitement est poursuivi pendant 6, 7, 8 ou 10 jours, puis après un repos, et s'il y a lieu, le traitement est repris à intervalles espacés. On peut encore alterner un jour sur deux, un gramme de salicylate de soude (intraveineux) et 2 cc. de collobiase de soufre.

MM. C. et T. pensent que l'on pourrait utiliser des doses plus élevées de salicylate (10 et 12 gr. suivant la méthode indiquée par eux), sans changer la posologie du soufre par voie veineuse. Cette association mérite toute l'attention dans les pancardites graves et même bénignes d'origine rhumatismale.

F. G.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les hépatites ictérigènes de la lithiase.

MM. Harvier et Caroli démontrent, qu'en dehors des différentes causes de sténose biliaire, des lésions hépato-cellulaires suffisent à elles seules pour déterminer, au cours de la lithiase, des rétentions biliaires d'intensité variable, en dehors de toute atteinte des voies d'excrétion.

Ces hépatites ictérigènes comportent des formes graves et des formes bénignes.

Grâce aux examens biopsiques, on a établi que les lésions hépato-cellulaires sont susceptibles de jouer un rôle important dans le déclenchement des poussées de rétention biliaire, observées au cours même de l'oblitération calculeuse du cholédoque.

Ces hépatites ictérigènes de la lithiase sont entièrement comparables aux inflammations septicémiques du foie (hépatite septique lente ou atrophie subaiguë) ; on ne peut retenir, comme une preuve d'infection ascendante, l'infiltration purement lymphoïde de l'espace porte, malgré l'apparence de périangiocholite, qu'elle réalise.

Traitement. Hépatites ictérigènes graves : Diverses tentatives chirurgicales sont capables d'amener la guérison des hépatites les plus tenaces : simple cholécystostomie, anastomose vésiculo-gastrique ; cependant, les auteurs préfèrent le tubage duodénal, suivi d'instillation de sulfate de magnésie.

Mais, avant tout, il faut combattre l'insuffisance hépatique, et favoriser la régénération du foie, par la méthode de Umber, qui utilise l'insuline et le glucose, en injections combinées, pour fixer artificiellement le glycogène hépatique dont la disparition favorise l'autolyse du parenchyme hépatique.

Hépatites bénignes : leur traitement comporte une phase médicale, puis une phase chirurgicale. C'est d'abord le tubage duodénal, avec les injections d'insuline et de glucose, puis le drainage chirurgical du cholédoque, avec cholécystectomie. (*Paris médical*, 28 mars 1931.)

La thrombo-phlébite par effort.

C'est une lésion assez rare, dont le Professeur Hartmann rapporte un cas. A la suite d'un effort, un sujet ressent dans le bras droit une légère douleur, insuffisante tout d'abord pour l'arrêter dans son travail. Le lendemain, le membre est tuméfié, la douleur plus vive, d'abord au niveau du coude, puis jusqu'à l'aisselle. Les jours suivants, le sujet ne peut plus remuer le bras ; les élancements douloureux empêchent tout sommeil. Le membre supérieur est tuméfié dans son ensemble et présente une teinte d'un rose légèrement bleuté, le réseau veineux est beaucoup plus apparent que du côté opposé. Le gonflement est mou, la pression un peu douloureuse sur la face antéro-interne du bras et dans le creux axillaire. On sent à ce niveau un cordon dur qu'on perd en haut, dans la partie supérieure de l'aisselle, et en bas au niveau du pli du coude. Il existe un très léger mouvement fébrile. Tous ces signes font penser à une thrombo-phlébite par effort de la veine axillaire.

Certains auteurs interviennent en pareil cas pour inciser la veine et enlever le thrombus ; d'autres résèquent, entre deux ligatures, le segment veineux thrombosé.

L'auteur s'est contenté de laisser le malade au repos ; en trois semaines environ est survenue la guérison spontanée ; six mois plus tard, le malade avait repris son travail et ne se ressentait plus de rien. (*Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1931.)

La valeur pronostique de la perte de méconium.

Ce symptôme est un signe classique de souffrance dans les présentations du sommet, et on le trouve régulièrement dans les indications à terminer l'accouchement. Mais, quand devient-il spécialement inquiétant ? C'est la question que le Dr O. Gosselin essaie de résoudre en se basant sur 33 observations personnelles.

Tout d'abord, la chose dépend du moment auquel le méconium est expulsé, et puis de la quantité de méconium expulsé.

Lorsque ce signe est observé au moment de la rupture de la poche, il n'a que très peu de valeur, surtout si les bruits du cœur sont bons ; il indique seulement que le fœtus a souffert à un moment plus ou moins éloigné de l'écoulement des eaux. Dans la grande majorité des cas, cette souffrance n'a été que passagère, sans aucun nouveau symptôme inquiétant ; les enfants naissent bien vivants, après un travail parfois très prolongé. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que le liquide amniotique, une fois teinté en masse par le méconium, le restera jusqu'à la dernière goutte, et qu'il sera parfois difficile d'établir si le fœtus continue à expulser du méconium.

Si, au contraire, le méconium apparaît à un moment où il n'y a presque plus de liquide dans la cavité utérine, alors que la poche des eaux

est rompue déjà depuis un certain temps, le symptôme acquiert une réelle signification ; il témoigne une souffrance qui, le plus souvent, va en augmentant, ainsi que le prouve l'altération rapide des bruits du cœur. Sans doute, dans ces conditions, il n'est pas absolument nécessaire de terminer tout de suite, mais il paraît préférable, si la perte de méconium devient importante et si les circonstances le permettent, de ne pas attendre de nouveaux symptômes pour terminer l'accouchement. L'écoulement du méconium, survenant après l'écoulement des eaux, trahit une souffrance, qui ira presque toujours en s'aggravant. (*Bruxelles médical*, 29 mars 1931.)

La vaccination antidiphtérique.

Une Commission d'experts a été réunie à Londres du 17 au 20 juin, par les soins du Comité d'hygiène de la Société des Nations, pour étudier la question de la vaccination antidiphtérique.

Elle a examiné les résultats provenant, d'une part d'essais comparatifs de vaccination effectués d'après le programme établi lors d'une réunion préalable (en juillet 1929 à Paris), d'autre part de nombreux documents rassemblés au cours de ces dernières années.

Les *conclusions suivantes* ont été adoptées :

1° La vaccination contre la diphtérie provoque une diminution importante de la mortalité et de la morbidité parmi les vaccinés. La valeur de cette constatation résulte des comparaisons rigoureuses faites dans des conditions d'expériences bien comparables, comme celles qui ont été poursuivies au cours de la récente enquête. La diminution de la mortalité et de la morbidité est considérable chez les enfants vaccinés, dans de bonnes conditions, avec des vaccins efficaces.

2° Les réactions observées parfois après l'injection des vaccins antidiphtériques, ne sont pas redoutables et ne doivent pas entraver la propagande en faveur de la vaccination des enfants, y compris les tuberculeux, et ne doivent pas empêcher non plus de *choisir le vaccin le plus actif*.

3° D'une façon générale, et en se plaçant sur le terrain clinique, il semble bien que l'efficacité de la vaccination puisse s'appuyer, malgré l'existence de quelques cas exceptionnels, sur le virage de la réaction de Schick.

4° En se basant sur les chiffres concernant la morbidité et sur le pourcentage des réactions de Schick devenues négatives après les immunisations et sur un certain nombre de titrages de l'antitoxine dans le sang des sujets vaccinés, *on peut conclure que l'anatoxine est le plus efficace de tous les antigènes qui ont fait l'objet de notre étude comparative*, à savoir : mélanges de toxine-antitoxine et anatoxines, et doit être recommandée à présent.

5° Les essais cliniques, soumis à l'étude de la Conférence indiquent que, pour autant qu'on a pu le déterminer jusqu'ici, le pouvoir immunisant de l'anatoxine chez l'homme paraît être en liaison avec la teneur antigénique mesurée par la floculation. On devrait s'efforcer de trouver une base commune pour la standardisation et le contrôle de toutes espèces de vaccins prophylactiques contre la diphtérie.

6° La voie d'introduction recommandée est la *voie sous-cutanée*. La *voie nasale*, dans le cas d'impossibilité d'employer la voie sous-cutanée, peut être utilisée. La *voie cutanée* n'a pas donné, d'après notre expérience, de résultats favorables.

7° La vaccination doit comprendre trois injections. On peut espérer que dans l'avenir l'emploi d'un antigène plus actif permettra de procéder à la vaccination avec deux, ou même peut-être avec une injection.

8° Les intervalles recommandés entre les injections sont de trois semaines entre la première et la deuxième injections et au moins de deux semaines entre la deuxième et la troisième.

9° Il n'est pas nécessaire de pratiquer de réaction de Schick avant et après la vaccination. Toutefois, il y a intérêt à procéder à la réaction de Schick avant et après la vaccination chez un certain nombre de sujets pour contrôler la valeur de la méthode de vaccination employée.

10° La vaccination contre la diphtérie est recommandable dès la période préscolaire, à partir de la fin de la première année.

11° Lorsque les enfants n'ont pas été vaccinés durant la période préscolaire, ils seront vaccinés dès la première année où ils fréquenteront l'école.

Il est recommandé aux œuvres et administrations, qui recueillent des enfants (colonies de vacances, préventoriums, sanatoriums, etc.), d'exiger à la fois des enfants et du personnel un certificat de vaccination contre la diphtérie, un certificat déclarant que la réaction de Schick est négative.

12° La vaccination est recommandée pour les infirmières des hôpitaux, asiles, dispensaires, sanatoria, écoles, etc., ainsi que pour le personnel des hôpitaux.

13° La vaccination est recommandée, même en période d'épidémie, et aussi chez les enfants qui ont été en contact avec des malades, aucun document ne montrant jusqu'à présent l'existence d'une phase négative.

14° La vaccination antidiphtérique doit être l'objet d'une propagande active de la part des administrations d'hygiène des différents pays pour éclairer le public sur les avantages de cette méthode de protection de la santé publique. (*Paris médical*, 25 juillet 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le problème de la péritonite à pneumocoques.

(M. Laffitte, de Niort. — *Société de chirurgie* ; 3 et 17-6-1931.)

La péritonite à pneumocoques, affection assez fréquente, se présente en clinique avec une symptomatologie qui permet généralement de la soupçonner, mais pas toujours, tant s'en faut, de l'affirmer. On hésite souvent, en particulier, dans son diagnostic différentiel avec une autre affection abdominale très fréquente, la péritonite appendiculaire. Or, ce diagnostic différentiel offre un intérêt pratique capital : alors que la péritonite appendiculaire doit être opérée d'urgence, sans délai (les résultats dépendant de la rapidité de l'intervention), la péritonite à pneumocoques est généralement aggravée, au contraire, par l'opération, celle-ci ne devenant utile que tardivement, à la période d'enkystement. On conçoit l'embarras du chirurgien en pareille circonstance et l'intérêt qu'il y aurait à posséder des signes différentiels précis ou, en tout cas, une ligne de conduite à suivre déterminée.

M. Mondor revient sur ce problème à propos de cinq observations de péritonite à pneumocoques, recueillies par M. Laffitte, de Niort. Les malades de M. Laffitte étaient, comme de règle, des fillettes de cinq à quatorze ans. Chez deux d'entre elles, existait une vulvo-vaginite à pneumocoques. Début brutal, fièvre élevée, diarrhée, tous signes en faveur de la péritonite à pneumocoques. L'opération fut pratiquée dans les cinq cas, le diagnostic de péritonite appendiculaire n'ayant pu être écarté.

L'examen bactériologique de la sérosité péritonéale décela du pneumocoque à l'état pur.

M. Laffite conclut qu'il faut penser à la péritonite à pneumocoques, quand on est en présence d'une fillette se plaignant de tout l'abdomen, sans signe de localisation nette, présentant une élévation thermique intense, de la diarrhée, et aussi des pertes vulvo-vaginales. Si l'on acquiert la certitude (éventualité assez rare, sans doute) d'avoir affaire à une péritonite à pneumocoques, on doit s'abstenir d'opération. Si le faisceau de preuves n'est pas suffisant, faire une laparotomie pour vérifier l'état de l'appendice.

M. Mondor ajoute quelques réflexions personnelles aux remarques de M. Laffitte. Dieulafoy accordait à la péritonite à pneumocoques une symptomatologie assez précise, permettant de la reconnaître. A la vérité, cette symptomatologie (sexe de l'enfant, fièvre élevée diarrhée, phénom,ènes locaux péritonitiques sans signe de localisationa permet de soupçonner la maladie, mais laisse génerelement un doute, en particulier quant à une appsndicite possible, avec les importantes conséquence thérapeutiques qui en résultent.

On a recherché des signes différentiels pathognomoniques, ou cliniques (ponction et examen du liquide retiré), ou de laboratoire. Gibson, de New-York, considère l'examen de la courbe sanguine et la numération leucocytaire comme un moyen de trancher avec certitude la difficulté. Tout cela demandera confirmation.

Dans ces conditions et en l'absence de signe de certitude permettant d'affirmer la péritonite à pneumocoques, il apparaîtra sage, souvent, au chirurgien de prendre le bistouri et d'intervenir, pour ne pas laisser passer une appendicite en voie de gangrène et d'évolution péritonitique, avec quelques précautions cependant, pour éviter d'aggraver l'affection, au cas où l'on tomberait sur une péritonite à pneumocoques. Dans la péritonite à pneumocoques certaine, abstention opératoire au début, l'opération ne pouvant être indiquée qu'à la période de localisation, d'enkystement.

— M. Bréchot appuie cette opinion. Malgré une analyse séméiologique serrée des symptômes, dans de nombreux cas le diagnostic hésite. L'auteur a opéré deux enfants, chez lesquels le diagnostic de péritonite à pneumocoques avait été porté par des médecins très compétents, et qui étaient atteints de péritonite appendiculaire.

Quelle conduite tenir, dès lors ? Certes, si, en présence d'un diagnostic douteux, on intervient sous anesthésie générale, que l'on brasse les anses intestinales, qu'on enlève un appendice qui paraît sain, l'intervention au cours de pneumococcies à localisation péritonéale aura une grande gravité. Si l'on fait une simple incision dans la fosse iliaque droite, à l'anesthésie locale, que l'on constate l'absence de lésion appendiculaire et que l'on se contente de drainer le Douglas, il n'en sera pas de même.

En suivant cette technique, on précisera un diagnostic douteux, sans inconvénient sérieux pour les malades, et on ne s'exposera pas à laisser mourir sans opération des péritonites appendiculaires méconnues.

Polyarthrite ankylosante traitée par la parathyroïdectomie.

(MM. René Simon et A. Jung. — *Société de chirurgie* ; 27-5-1931.)

Leriche et Jung ont apporté à la séance du 12 novembre 1930 de la Société de chirurgie deux observations, où ils avaient pratiqué la parathyroïdectomie chez des malades atteints de polyarthrites ankylosantes avec hypercalcémie. M. Chifoliau, au nom de MM. Simon et Jung, relate un cas analogue avec résultat satisfaisant.

C'est Oppel qui, en 1926, a proposé de traiter cer-

taines polyarthrites ankylosantes avec hypercalcémie par la parathyroïdectomie. Les bons résultats obtenus quelquefois doivent inciter les médecins à confier aux chirurgiens les pauvres malades atteints d'affections polyarticulaires ankylosantes et douloureuses, non améliorée par la thérapeutique médicale. L'effet curatif n'est notable que si l'on intervient de bonne heure, avant l'ankylose et la déformation. Il faut opérer le plus tôt possible, dès qu'on a constaté des signes d'hyperfonctionnement des parathyroïdes, et, en particulier l'hypercalcémie. Les polyarthrites avec hypercalcémie ne sont pas, il est vrai, les plus fréquentes, et, si la calcémie est normale, il n'y a pas lieu d'opérer. Si on enlevait la parathyroïde dans toutes les polyarthrites sans discrimination, on arriverait à des résultats désastreux.

— M. Cunéo remarque qu'on ne doit pas confondre les arthrites déformantes, où il y a un trouble local du métabolisme du tissu osseux avec le rhumatisme ossifiant, caractérisé par l'ossification de l'appareil capsulo-ligamenteux et aboutissant à la cachexie. C'est contre ce dernier que la parathyroïdectomie est légitime.

P. L.

Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurations.

(M. André Jacquelin. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 15-5-1931.)

Dans les suppurations putrides du poumon, on peut essayer d'obtenir la guérison spontanée par le traitement émétinien, qui n'a aucune contre-indication. Mais il est préférable de recourir à des méthodes plus actives, telles que l'aspiration bronchoscopique, d'une efficacité remarquable, et mieux encore le pneumothorax artificiel, qui est d'une bénignité au moins aussi sûre. L'auteur le propose dans la période initiale des suppurations intra-pulmonaires, fétides ou non, putrides ou non.

Il a pu suivre huit malades, ainsi traités et guéris, sans rechute, 2 depuis cinq ans, 3 depuis trois ans, 2 depuis deux ans, et 1 depuis dix-huit mois.

Certains d'entre eux auraient évidemment évolué sans cela d'une manière favorable ; mais d'autres, étant donné la sévérité de leur état au moment de la collapsothérapie, auraient présenté, soit une évolution grave immédiate, soit, secondairement, des rechutes.

Il ne faut cependant pas priver ces malades d'une association thérapeutique au pneumothorax artificiel de la sérothérapie antigangréneuse et de l'arsénobenzol ; ces moyens sont susceptibles d'aider à la guérison.

Le pneumothorax artificiel est bénin ; il n'est ni douloureux, ni choquant ; il est de réalisation très facile, à condition d'être créé précocement, quand la plèvre est encore libre ; il ne peut exposer à une déchirure de la plèvre, s'il est conduit prudemment, en pression négative. Seules, les cavernes gangréneuses très superficielles, sous pleurales, le contre-indiquent, tandis qu'il trouve son maximum d'efficacité dans les cavernes profondes, juxta-hilaires ou centrales. Enfin, il préserve au maximum le malade des rechutes.

Cancer du poumon, à forme d'abcès. Diagnostic différentiel radiologique des cavernes hydatique et cancéreuse.

(MM. Jean Cathala, Maingot et Strée. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

Cette observation démontre, une fois de plus, combien les interprétations des ombres radiologiques, en apparence les plus caractéristiques, demandent de prudence. Dans ce cas, la clinique est impuissante à faire soupçonner une lésion, pourtant importante, jusqu'à l'examen radiologique. Par contre, au seul point de vue du radiodiagnostic, l'hypothèse qui, de prime abord, paraît la plus fondée et que rien ne contredit absolument après tout, est celle du kyste hydatique ouvert dans les bronches, interprétation que la clinique permit alors de redresser : il s'agissait d'un cancer ulcéré du poumon.

Un cas de polyarthrite chronique tuberculeuse, avec hypersensibilité à la tuberculine.

(MM. F. Bezançon, Mathieu Pierre-Weil, Delarue et Oumanski. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

La malade se présente actuellement comme atteinte d'une polyarthrite chronique d'apparence banale, et, si la nature de son affection n'avait pu être prouvée antérieurement, il serait actuellement impossible de préciser la cause de ses arthrites sèches, de ses ankyloses, de ses déformations. Cette observation constitue une contribution intéressante à la dissociation des formes étiologiques de ce que, trop couramment encore, on englobe sous la vague et banale appellation de rhumatisme chronique.

Cette femme, âgée de 44 ans, indemne de tout antécédent, de toute atteinte antérieure de tuberculose pulmonaire ou autre, avait fait, en 1924 et 1926, une crise aiguë fébrile, de prurit et d'urticaire d'une durée de six mois. En 1926, c'était ensuite une crise de polyarthrite, laissant à sa suite des déformations persistantes. En 1928, une crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé, de six mois, s'était accompagnée à maintes reprises de poussées urticariennes.

En 1929, même crise laissant à sa suite une hydarthrose chronique.

En 1930, même répétition, et hydarthrose bilatérale. A ce moment, l'examen du liquide synovial en démontra la nature tuberculeuse, et une intradermo-réaction à la tuberculine, pratiquée au voisinage des genoux malades, donna naissance à une réaction d'une intensité tout à fait remarquable.

Rhumatisme chronique fibreux, sclérodermie et concrétions calcaires sous-cutanées.

(MM. R. S. Weissenbach, Truchot, Françon et Landat. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 15-5-1931.)

Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui présente, depuis l'âge de 16 ans, un rhumatisme chronique fibreux des doigts, dont l'évolution progressive a été extrêmement lente, quoique un peu plus rapide depuis sept ans, époque de la ménopause. Depuis trois ans, sont apparues des concrétions calcaires de plusieurs doigts et du coude gauche.

En outre, depuis un an, s'étend sur le visage et le cou un processus de sclérodermie atténué, mais net.

C'est l'exemple typique de l'association chez une même malade du rhumatisme chonique fibreux des doigts et des concrétions calcaires sous-cutanées, d'apparition tardive, de même que la sclérodermie.

Cette observation montre qu'on ne peut attribuer à la seule élévation de la teneur du sang en calcium la précipitation des sels de chaux dans les tissus. Les modifications locales d'affinité physico-chimique tissulaire jouent à ce point de vue un rôle capital et probablement exclusif dans un certain nombre de cas.

G. F.

Contribution à l'étiologie des glossites desquamatives en aires.

(M. A. Desaux. — *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1931.)

Il est relativement fréquent de rencontrer un type de glossite desquamative en aires connu sous le nom de « plaque fauchée » ou « plaque lisse » de la langue.

Les plaques fauchées linguales peuvent probablement relever de causes diverses. Celles dont A. Desaux apporte les observations paraissent succéder à un choc hémoclasique d'une importance déterminée et disparaître sous l'action d'un traitement de désensibilisation (injections intra-dermiques d'auto-sérum pris en période digestive ou de lactoprotéines) :

1° Le premier malade présentait une urticaire par choc hémoclasique coïncidant avec un état de vagotonie et de légère alcalose sanguine. Sur la langue existait une plaque lisse ou fauchée, dont l'apparition et l'évolution étaient soumises et subordonnées à celles des manifestations cutanées de nature urticarienne ; elle s'accompagnait de glossalgie. Glossalgie et plaque fauchée succédaient aux phénomènes tégumentaires, si ceux-ci revêtaient une certaine intensité ; ils disparaissaient en l'absence des crises cutanées. Ils semblaient liés à la colloïdoclasie dont relevait la dermatose. Ils ont guéri, comme l'urticaire, par le traitement de désensibilisation.

2° L'autre malade, vu en compagnie du Dr Chouquet, présentait non seulement des plaques fauchées de la langue, mais encore une stomatite superficielle diffuse et une glossite losangique médiane décrite par L. Brocq et Pautrier. La recherche du choc hémoclasique donna un résultat positif.

Ce malade reçut plusieurs séries de piqûres intradermiques d'auto-sérum et de lactoprotéine. Bien qu'il ait continué de fumer, les plaques lisses ont disparu rapidement, la stomatite superficielle diffuse a guéri, la glossite losangique médiane est très améliorée. De plus, il a été permis à Desaux d'entrevoir le processus, dont relève la chute des cônes épithéliaux blanchâtres qui coiffent les papilles : après une injection intra-dermique de lactoprotéine, A. Desaux a vu une plaque fauchée, qui était en voie de guérison, redevenir congestive ; quelques jours plus tard, la chute des cônes épithéliaux des papilles se reproduisait.

Il semble bien que le processus inflammatoire soit d'abord dermique : réaction allergique du derme lingual avec congestion. Secondairement, au-dessus de ce derme, chute des cônes épithéliaux, qui coiffent les papilles. C'est là une évolution qui ressemble à celle qu'on observe au niveau de la peau : il est fréquent de rencontrer des lésions congestives dermiques d'ordre allergique, suivies d'une desquamation épidermique.

En résumé, *certains cas de glossite desquamative en aires* ou *même d'affection décrite par L. Brocq sous le nom de « glosso-stomatite superficielle diffuse des auto-intoxiqués nerveux »* (pouvant d'ailleurs s'accompagner de tuméfaction linguale intermittente et de desquamation persistante des lèvres) *paraissent liés à des phénomènes d'hémoclasie ou de cytoclasie.*

Et si on pénètre plus loin dans le domaine de l'hypothèse, on peut se demander, en voyant tomber après un choc hémoclasique les cônes épithéliaux des papilles linguales, si certaines chutes de poils (tiges cornées coiffant les papilles pilaires) ne succèdent pas à des phénomènes de choc.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite*) (1)

Anophèle. Paludisme

L'anophèle. — M. le Professeur Roubaud. L'anophèle, moustique vecteur attitré du paludisme qu'il transmet par piqûres après une incubation de durée variable suivant la température et le type du virus, mérite l'attention soutenue des médecins et hygiénistes tropicaux.

L'assainissement réel des régions palustres ne peut provenir que d'une lutte efficace contre ce type de moustiques.

Pour combattre efficacement les anophèles au point de vue de l'antipaludisme, il est nécessaire tout d'abord d'être renseigné aussi exactement que possible sur les espèces régnantes, leur origine, leurs lieux de développement et la part respective qu'elles prennent dans l'endémie locale.

Toutes les espèces ne sont pas également dangereuses.

L'action devra porter au maximum sur les espèces vraiment dangereuses qui peuvent se développer parfois à plusieurs kilomètres des collectivités.

Le procédé le plus certain d'assainissement durable d'une région palustre réside dans son assèchement parfait, condition qui est rarement réalisable. L'évolution agricole, a permis dans une grande partie de l'Europe un assainissement progressif spontané, qui est lié à la protection exercée à l'égard de l'homme par les animaux domestiques (déviation animale). C'est là un idéal vers lequel, on doit tendre également en toutes régions, mais il suppose une transformation complète de la pratique agricole et des conditions habituelles de l'élevage dans les régions chaudes ; une telle évolution ne sera obtenue que lentement.

Dans la pratique immédiate, la lutte anti-anophélienne s'inspirera des mesures diverses de destruction (débroussements, pétrolage, etc.), en particulier des méthodes biologiques simples et rationnelles telles que celle de l'empoissonnement.

Le traitement des surfaces d'eau par les nuages de poudre larvicides, seuls ou de préférence associés à l'emploi des poissons, constituera une méthode de grande portée.

L'organisation de la lutte antimalarienne en Indochine. — M. Robin (de Saïgon). Par suite du développement économique de l'Indochine, d'importantes collectivités ont été constituées dans les régions boisées, très insalubres, ouvertes désormais à la colonisation. Le paludisme s'y est manifesté depuis 1919 avec une fréquence et une gravité telles qu'il menaçait de prendre les proportions d'un véritable fléau.

La seule protection thérapeutique et mécanique des individus s'étant révélée insuffisamment efficace, on a complété ces mesures prophylactiques par l'étude de la faune anophélienne, de sa biologie et des moyens de la combattre dans chaque cas envisagé. L'application de cet ensemble de procédés nécessite l'intervention et la collaboration étroite de trois services : l'Institut Pasteur, conseiller technique ; le Service de santé, assurant la protection de l'homme ; le Service des travaux publics, assainissant le sol par le drainage.

D'abord localisée aux points les plus atteints, la lutte antimalarienne, entreprise en 1929, se développera progressivement suivant un ordre d'urgence et permettre la généralisation des premiers résultats si heureusement acquis dès 1930 : disparition de la mortalité, abaissement des indisponibilités pour paludisme de 30 à 3 p. 100.

Les anémies tropicales. — M. le Professeur Carlos Mongis (de Lima).

Les anophèles du Gabon occidental. — M. Galliard. La région étudiée est située entre les premier et troisième parallèles Sud, entre les rivières Ogooué, Nyanga, N'gounié et la mer. Elle est traversée par la chaîne du Mayumbe et recouverte par la grande forêt. Cinq espèces d'*anophèles* y ont été trouvées : *A. gambiae*, *A. funestus*, *A. mauritianus*, *A, pharoensis* et *A. marshalli.*

Les trois premières sont les plus communes : *A. gambiae* sur la côte, *A funestus* à l'intérieur, dans les zones de savane toujours peu étendues ; enfin *A. mauritianus*, très abondant partout et qui est peut-être la seule espèce forestière.

En saison des pluies, pendant la période d'activité, des *Anophèles* viennent peu dans les habitations européennes ou indigènes, sauf pendant une forte pluie ; on ne les y trouve jamais le jour.

En saison sèche la température s'abaisse (minimum observé : 11 degrés le 15 juillet) et les Anophèles adultes disparaissent complètement. La reproduction se fait au ralenti : à tout moment on trouve des larves dans les gîtes qui persistent partout durant cette période. *A. mauritianus*). Dans d'autres cas la ponte des femelles et l'évolution larvaire semblent plus étroitement liées aux variations de la température locale (*A. funestus*). Ces faits confirment ce que l'on sait sur les *Anophèles* en Afrique où une même espèce peut présenter une biologie très différente suivant la région considérée.

Traitement des anémies parasitaires coloniales. — M. Riou.

(1) V. *Concours Médical*, n° 41.

Index splénique d'endémicité palustre. — M. Philippe Decourt.

Lutte contre la maladie du sommeil

La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun. — M. Jamot. La méthode prophylactique qui est en œuvre au Cameroun a pour objectif de maîtriser les foyers en détruisant le réservoir de virus en circulation. Elle se propose en second lieu de guérir tous les malades curables.

La recherche des malades est l'acte fondamental de la prophylaxie. Elle est faite par des équipes de prospection qui sont toujours dirigées par des médecins.

Les malades sont ensuite soignés par l'association des substances trypanocides les plus actives : l'atoxyl, l'émétique d'aniline, le novarsénobenzol, le moranyl et la tryparsamide.

La connaissance de la réaction méningée ne paraît pas indispensable pour prescrire le premier traitement.

L'action prophylactique est contrôlée par l'examen du sang.

Sous l'influence du traitement, *les index de morbidité nouvelle et de virus en circulation* régressent plus ou moins rapidement : ce sont les deux pierres de touche de l'efficacité de l'intervention médicale.

Toutes les régions contaminées ont été visitées. Les limites des foyers ont été déterminées. Tous les malades dépistés ont été énergiquement traités.

Dans tous les foyers le fléau recule, ce qui ne veut pas dire qu'il est partout vaincu. Il existe en effet des zones de résistance où le mal se défend très vigoureusement et même quelques points où il reprend l'offensive.

La lutte n'est donc pas finie, mais nos gains sont déjà considérables.

Dans plusieurs régions naguère très infectées, le trypanosome est devenu une rareté. Les grands sommeilleux disparaissent graduellement. La mortalité par trypanosomiase a diminué considérablement et son taux est souvent inférieur à celui de la mortalité générale dans les régions indemnes. La natalité augmente parallèlement et l'équilibre démographique, rompu par l'infection, se rétablit tout doucement.

La maladie du sommeil n'est donc plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatatlité et de dépopulation.

Lutte contre la maladie du sommeil. Résultats obtenus en A. E. F. — M. A. Sicé. Le 25 octobre 1906, une mission d'études de la maladie du sommeil organisée à la demande de M. Gentil, par MM. les Docteurs Roux, Le Myre de Vilers, le Docteur Kermorgant, inspecteur général du Service de santé des colonies, s'embarquait à destination du Congo français. Elle était composée de MM. Gustave Martin et Lebœuf, médecins des troupes coloniales, Roubaud, agrégé des sciences naturelles, Weiss et Muny.

Les travaux de la mission, effectués de 1906 à 1909, ont été publiés dans l'ouvrage intitulé : *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français.*

L'Institut Pasteur de Brazzaville fut créé, en 1910, succédant à la mission d'études, dans le but de continuer ses travaux et recherches. Collaborant avec l'inspection générale des Services sanitaires de l'A. E. F., l'Institut Pasteur participa à la formation des secteurs de prophylaxie, dirigés, chacun, par un médecin aidé d'infirmiers indigènes, d'agents sanitaires européens, d'hygiénistes.

Le but de ces secteurs était de dépister les trypanosomes, d'établir l'indice de morbidité, de stériliser la circulation sanguine de ces malades, de détruire les gîtes des agents de transmission du virus (glossines, moustiques). Il existe actuellement, 28 secteurs ; tous les médecins affectés en A. E. F., collaborent à ce service ; un médecin, inspecteur mobile, établit la liaison entre les secteurs. En outre, dans ces toutes dernières années, des centres de traitement, hospitalisant les trypanosomés, ont été créés dans chacun des secteurs, à la suite des résultats obtenus à Brazzaville, où la morbidité annuelle se maintient, depuis huit ans, au-dessous de l'unité, tandis que la mortalité tombait de 38 p. 100 à 12 p. 100.

Dans toute l'A. E. F., en 1929, 830.448 indigènes ont été vus ; la morbidité totale atteint 3,99 p. 100, avec 1,29 p. 100 de contaminations nouvelles.

La thérapeutique repose sur l'emploi de l'atoxyl, de l'émétique, du 270 Fourneau (Orsanine), du Moranyl, pour le traitement des malades en première période ; de la tryparsamide, de l'Orsanine, du tryponarsyl, dès que les centres nerveux sont lésés.

La trypanosomiase, avec ces mesures, a cessé d'être un danger pour l'avenir économique de l'A. E. F.

Résultats obtenus en A. O. F. — M. Robineau.

Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique. — M. Kopke (de Lisbonne).

Sur certaines tendances des recherches consacrées à la thérapeutique chimique des trypanosomiases expérimentales. — M. L. Launoy fait une synthèse rapide des méthodes cliniques adoptées depuis le commencement du siècle, dans le traitement des trypanosomiases humaines et animales. Les insuccès du début ont abouti, dans la thérapeutique des trypanosomiases, à l'association de corps appartenant à des groupes chimiques différents. C'est la méthode « d'association médicamenteuse ». Dans cette pratique, les médicaments employés sont injectés alternativement. L'auteur qualifie ce procédé de stérilisation discontinue ou de tyndallisation. Malgré la découverte, dans ces dernières années, de produits chimiques plus actifs, les méthodes thérapeutiques n'ont pour ainsi dire pas varié depuis le commencement du siècle. L'auteur fait remarquer que

dans l'association médicamenteuse, procédé tout à fait intéressant, le terme *association* implique non pas une polythérapie « *alternante* » comme la réalise la pratique actuelle, mais une polythérapie « simultanée ». Il cite en exemple les résultats obtenus par lui et ses collaborateurs dans le traitement de l'infection à Tr. Congolense de la souris, où l'association de 309 et d'un composé antimonié, à doses inefficaces par elles-mêmes, conduit néanmoins à la stérilisation de souris infectées. De telles associations réalisent ce que l'auteur appelle des « *synergies médicamenteuses* ». Il estime que l'étude de ces dernières peut conduire à l'établissement de nouvelles techniques thérapeutiques.

M. le Professeur WARRINGTON YORKE (de Liverpool) prend part à la discussion qui suit.

(*A suivre.*)

Les Livres

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

Dr Léon TIXIER, médecin des hôpitaux de Paris. — **Les enfants syphilitiques.** (Un vol. in-8° couronné, de 350 pages ; nombreuses figures et hors texte. Prix : 30 francs, in Bibliothèque de Pathologie infantile.)

Cet ouvrage rendra les plus grands services à tous les praticiens, désireux de se tenir au courant des méthodes nouvelles sur une question particulièrement à l'ordre du jour.

Tout d'abord, l'auteur rassemble les notions modernes concernant la transmission de la syphilis, notions indispensables à connaître, si l'on veut mener à bien le traitement prophylactique de la syphilis héréditaire, traitement de beaucoup le plus important.

Ce livre est divisé en quatre parties : l'étude clinique des accidents précoces de la syphilis héréditaire, l'étude clinique des manifestations de la syphilis héréditaire, les éléments du diagnostic de la syphilis héréditaire, et enfin le traitement de la syphilis héréditaire.

On y trouvera une mise au point parfaite des différentes manifestations cliniques, qui doivent être rapportées à la syphilis héréditaire précoce, une étude minutieuse des localisations pouvant se faire sur les viscères et les organes des sens ; on trouvera aussi, en ce qui concerne la syphilis héréditaire tardive tous les renseignements ayant trait aux localisations multiples, ainsi qu'aux syndromes endocriniens.

Voici d'autre part les éléments du diagnostic de la syphilis héréditaire : renseignements fournis par le passé obstétrical, par l'examen clinique de l'enfant ; examens de laboratoire : recherche du tréponème, réaction sérologique examen radiologique, examen du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Enfin, c'est le traitement prophylactique et curatif de la syphilis héréditaire ; les thérapeutiques modernes y tiennent une large place ; elles sont maintenant expérimentées depuis un temps suffisant, pour qu'elles soient jugées et largement utilisées par les praticiens.

THÉRAPEUTIQUE

Les avitaminoses et les carences frustes chez les enfants du premier âge

On a attribué au mot carence (de *carere* : manquer) des interprétations diverses. Weill et Mouriquand l'ont, avec quelque raison, limité aux déficiences des substances dites *minimales*, lesquelles comprennent, comme on sait, les *sels minéraux*, les *acides aminés* et les *vitamines*. A chacune des vitamines A, B, C, D, est dévolu un rôle défini, et à l'absence de l'une ou de l'autre d'entre elles correspond un tableau clinique typique assez facile à reconnaître, si l'on s'en rapporte aux éléments de diagnostics suivants, donnés par Ribadeau-Dumas (1).

Dans l'*avitaminose A fruste*, l'enfant a les yeux rouges, enflés, est photophobique ; on constate la sécheresse de la conjonctive et de la cornée. Ou bien, on observe seulement de l'anorexie, l'arrêt de la croissance, parfois aussi des troubles digestifs avec une diarrhée muqueuse très marquée, ou une prédisposition aux affections : rhino-pharyngites, laryngo-trachéites, otites, etc... L'*avitaminose B fruste* se manifeste surtout par de l'anorexie, l'arrêt de la courbe pondérale de l'hypothermie, une certaine raideur des muscles des bras, des membres inférieurs et de la nuque. L'*avitaminose C fruste*, au contraire, accuse, en même temps qu'une inappétence à peu près absolue, une stagnation du poids et une légère hyperthermie. Les enfants sont grognons, pâles, sans que l'anémie soit toujours de règle. On peut, en certains cas, déceler des douleurs épiphysaires, un coryza sanglant très tenace ou des diarrhées sanguinolentes rebelles. Dans l'*avitaminose D fruste*, on retrouve

(1) L. RIBADEAU-DUMAS. — *Presse médicale*, 1931, n° 10, p. 161.

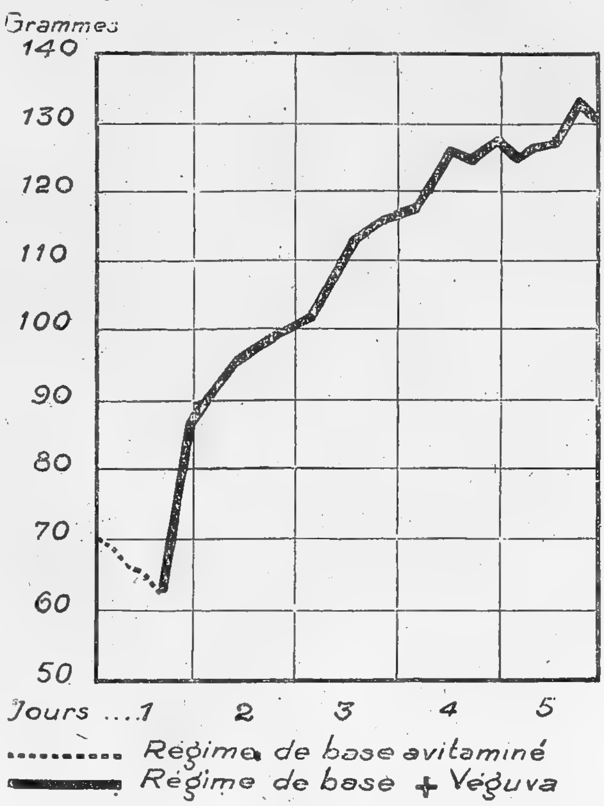
l'anorexie, l'arrêt de la croissance, mais avec une atonie plus marquée, accompagnée de transpirations et de mictions abondantes. Déjà le retard de la marche, de l'évolution dentaire, la persistance des fontanelles, appartiennent à un rachitisme assez nettement caractérisé.

Mais ces avitaminoses frustes sont rarement *simples* ; elles se compliquent l'une l'autre, se chevauchent, et rendent ainsi assez difficile la tâche du médecin, qui se doit de les dépister et de les combattre. Plus encore, elles s'avèrent parfois excessivement complexes, du fait que certaines carences de sels minéraux ou d'acides aminés s'y surajoutent. D'ailleurs, ainsi que le montrait Tobler (1), beaucoup de nourrissons au-dessus de six mois ont, non seulement besoin de vitamines, mais encore d'un supplément de sels minéraux. Selon cet auteur, étant donné la variabilité des échanges acido-basiques de l'organisme de l'enfant, surtout au cours de l'allaitement artificiel, et sa tendance à faire de l'acidose, l'addition à son régime d'éléments basiques, spécialement au moyen d'*aliments végétaux*, paraît grandement indiquée.

Or, au dire des physiologistes, la meilleure association de légumes est constituée par la *tomate*, l'*épinard*, la *carotte*, riches en vitamines de toutes sortes. Ces aliments offrent l'avantage d'apporter, en dehors des sels minéraux et des vitamines, les *substances azotées*, qui interviennent favorablement dans la stimulation de la croissance, et de la *cellulose*, en quantité appréciable, qui assure une action heureuse sur la régularité des selles de l'enfant. La difficulté réside dans *la préparation de ces légumes*. Crus, ils sont mal tolérés par le tube digestif de l'enfant. Cuits, ils ne conservent leurs qualités qu'autant qu'ils le sont dans des conditions appropriées. Il convient également, pour que le contenu des cellules végétales soit assimilé par les très jeunes enfants, que lesdites cellules soient désintégrées par un broyage très poussé.

C'est précisément un produit répondant à toutes les exigences précédentes que préparent les Etablissements Wander sous le nom de Véguva. Ce Véguva, dont la richesse en toutes vitamines (voir graphique) a été établie par de très nombreuses expérimentations biologiques, fournit en totalité les sels minéraux des légumes et une cellulose finement broyée, qui agit d'une façon douce sur l'intestin, sans occasionner jamais de troubles digestifs. L'introduction du Véguva, dès le cinquième ou le sixième mois dans le régime des nourrissons bien portants, malades ou convalescents, les met à l'abri de toutes carences frustes, à condition toutefois de l'ajouter à la ration habituelle en quantité suffisante. On commencera par donner une mesure, soit 5 gr. par jour ; puis on augmentera la dose progressivement tous les 5 à 10 jours d'une même quantité, jusqu'à 25 gr. par jour, en suivant la susceptibilité propre de l'enfant. Le Véguva sera ajouté aux aliments, lait, bouillie ou purée, *sans cuisson*.

GRAPHIQUE montrant la valeur du Véguva en tant que source de vitamines (d'après TOBLER)



Courbe moyenne de 5 rats
chaque quadrillé représente *dix* jours

(1) W. TOBLER. — *Schweiz. Med. Woch.*, 1929, n° 42, p. 1052.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

DEUX CAS RÉCENTS DE MISIATRIE. — LES DIATRIBES DU POTARD. LES EXCÈS DU CONSEILLER GÉNÉRAL. — LE ZOUAVE ET SA CHÉCHIA

C'est en décembre 1924 que j'ai décrit pour la première fois, sous ce nom : la Misiatrie, — cette haine du médecin que d'autres qualifient encore d'Iatrophobie, — dont j'apportais alors quelques observations démonstratives.

Depuis lors, les cas se sont multipliés et il eut été fastidieux de les relever, chacun de nous sachant à quoi s'en tenir là-dessus. Si j'y reviens aujourd'hui, c'est que l'observation de Misiatrie que je vais exposer intéresse une personnalité dont la profession, connexe et inséparable de la nôtre, s'avère en même temps sa collaboratrice, ce qui ne l'a pas empêché de tenir publiquement, sur le compte des médecins, des propos diffamatoires qui méritent d'être signalés et appréciés à leur valeur : un Pharmacien, et pour être plus précis, M. Petit, ex-président de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques de l'Est.

L'Assemblée générale de ce groupement s'est tenue à Chambéry le 21 juin dernier. M. Petit n'y présidait pas, et le compte rendu nous apprend que « pour la première fois, ... nous n'entendrons plus les conseils de prudence qui sortaient de ce grand cœur tout débordant de l'amour professionnel ».

Tout absent qu'il était, c'est cependant son discours qui fut lu par son successeur, M. Bonnet, et voici les amènes *Conseils de prudence* que j'en extrais, pour votre édification, mes chers lecteurs :

«. . . . . La Spécialité envahit chaque jour davantage nos officines.

« Elle a pris pour nous les proportions d'un fléau, par son extension indéfinie, par la *paresse de formuler qu'elle entretient et l'ignorance de la posologie qu'elle engendre*, jointes à l'*abaissement de la moralité médicale dont elle est devenue la complice*.

« Loin de nous la pensée de jeter l'anathème sur la Spécialité scientifique ; mais comment ne pas condamner celle qui n'a d'autre mérite que de verser des subsides, qui servent à acheter les consciences, ou à [fa]ire vivre certains journaux !

« Comment admettre que des médecins, soucieux de leur dignité professionnelle, s'abaissent à prescrire, sous un nom de fantaisie, un flacon dont l'étiquette porte la formule d'une composition si banale, qu'un de nos garçons de laboratoire n'aurait eu aucune peine à l'établir.

« *Seuls, la paresse ou l'intérêt personnel peuvent expliquer ce geste.*

« Cette situation, *où risque de sombrer l'honneur médical*, en compromettant l'avenir de la pharmacie, ne saurait longtemps se prolonger.

Le confrère qui a bien voulu me communiquer cette pièce de choix ajoute, en guise de commentaires :

« L'auteur de cette diatribe pourrait jeter un coup d'œil autour de lui : il constaterait que les officines sont de plus en plus désertées par leur patron et le plus souvent abandonnées à la direction effective d'un préparateur sans diplôme, dont la cote est fonction de l'habileté qu'il déploie à refiler aux bonnes femmes quelques grossières contre-marques à 80 % de bénéfice ; le sanctuaire est depuis longtemps transformé en un vulgaire bazar où l'on vend des lunettes contre le soleil, des bâtons de rouge, du fly-tox, des produits photographiques, etc. . .

« Il n'est pas étonnant, dès lors, que le public et le médecin se méfient et accordent une confiance de plus en plus grande aux produits spécialisés.

« Ne releverez-vous pas les écarts de langage de cet inconscient président ? ? ? »

Ce président, si je suis bien renseigné, serait âgé d'au moins 65 ans. Qu'il n'aime pas les médecins, cela semble ressortir à l'évidence des propos qu'il tient sur leur compte. Quand on tombe dans de pareilles généralisations, et que l'on taxe en bloc une corporation d'ignorance ou d'utilitarisme mercantile, il est certain que l'on ne nourrit pas à son égard des sentiments de sympathie.

Mais ce qui me frappe, c'est l'incompréhension

qu'il montre des changements qui se sont faits, aussi bien dans sa profession que dans la nôtre. Il en est resté à la pharmacie de 1830, quand l'apothicaire, esclave de ses obligations professionnelles, ne s'absentait qu'exceptionnellement, toujours présent dans son officine où il préparait de ses mains tous les médicaments officinaux dont il avait besoin : ses sirops, ses extraits, ses teintures, etc..., où il exécutait lui-même, ou faisait exécuter sous sa surveillance immédiate, les ordonnances médicales. J'en ai connu, de ces excellents techniciens de la pharmacie, qui passèrent toute leur existence entre les quatre murs de leur maison. Et un nom vient au bout de ma plume, parmi cent autres, celui du brave Allais, le père de mon ami Alphonse Allais, l'écrivain humoriste que ceux de ma génération ont si joyeusement goûté.

Mais le temps a marché : la spécialisation pharmaceutique s'est imposée, tout comme la spécialisation médicale. L'ère des sérums, des vaccins, de l'opothérapie, a contribué à la rendre indispensable. Elle est devenue une nécessité d'autant plus impérieuse qu'en effet, des critiques sérieuses peuvent être formulées sur la façon dont tant d'officines sont tenues. Ce ne sont pas les vitupérations de M. Petit, et de ses confrères qui y changeront rien.

Mais, je n'ai pas le dessein de faire ici l'apologie de la spécialité pharmaceutique. Qu'en ce qui la concerne, des abus se commettent, c'est le propre de toutes les entreprises humaines, d'être imparfaites. Que l'on cherche à y mettre quelque ordre, à procéder aux apurements qui s'imposent, à bannir la fantaisie d'un domaine où la Science, et surtout la Conscience, doivent régner en maîtresses, rien de plus naturel ni de plus légitime. Mais, MM. les pharmaciens devront en faire leur deuil, — la Spécialité pharmaceutique est entrée dans les mœurs ; elle n'en sortira pas de sitôt.

Et l'on comprend, dès lors, pourquoi les pharmacies se sont peu à peu transformées, agrandissant sans cesse le rayon de leur activité, y incorporant la lunetterie, la photographie, la parfumerie, etc... Elles tendent à devenir des bazars ; certaines le sont même devenues. Le professeur Jeannel, en 1887, prédisait la formation d'immenses caravansérails parisiens, *les analogues en droguerie des magasins du Louvre et du Bon Marché.* (Bull. des travaux de la Société de pharmacie de Bordeaux).

Sa prédiction s'est accomplie ; ils existent en effet, ces immenses caravansérails, et leurs noms sont présents à tous les esprits. Ajouterai-je qu'à leur devanture, s'offre souvent en appât au bon public, gobeur et empressé, les *Vingt cures de l'Abbé Hamon, ou le Sirop X... souverain contre la toux ou la Pommade X... contre l'Eczéma* ?

O poutre oculaire, méconnue par lui-même, du pharmacien DÉPISTEUR malveillant de la paille oculaire médicale ! !

Il s'agit là d'une évolution comparable à celle que j'ai soulignée l'an dernier, concernant l'exercice de la médecine. Elle choque tous ceux qui, vieillis sous certains harnois, demeurent des *laudatores temporis acti*, méprisant le présent et redoutant l'avenir.

Elle ne s'en fait pas moins malgré eux. Ce n'est pas un motif suffisant, pour faire état de ce qu'il peut y avoir d'excessif dans le développement d'une certaine activité, et se montrer assez incompréhensif jusqu'à jeter l'anathème sur une profession dont la moralité n'a rien à envier à celle des pharmaciens, ne leur en déplaise.

***

Cet exemple de Misiatrie me rappelle celui que nous avons exposé longuement le 19 juillet dernier, et qui a pour sujet certain Conseiller général d'un département de l'Ouest, dont la malveillance envers le Corps médical s'est manifestée complaisamment, dans un rapport que nous avons publié *in extenso.*

Des renseignements complémentaires, touchant ce politicien au petit pied, me sont parvenus, qui me permettent de le situer dans son cadre, et de mieux comprendre sa mentalité et ses agissements.

On me l'avait donné présentement comme un industriel très fortuné. Mais je viens d'apprendre qu'il fut, tout d'abord, Zouave, et même Capitaine de Zouaves...

Et j'imagine qu'il a conservé, de sa prime carrière militaire, une empreinte qui l'incite à vouloir faire marcher son Conseil général, comme il commandait jadis sa compagnie.

Les Zouaves, braves parmi les plus braves, pépinière de héros, n'en ont pas moins une réputation, qui semble méritée, d'excentricité. Et j'imagine que ce n'est pas pour rien que l'expression : *Faire le Zouave*, qui est passée dans le langage courant, trouve son origine dans cette tendance à l'excentricité, généralement connue et admise.

Donc, l'ex-capitaine de zouave Bout.... de je ne sais plus quoi, devenu civil, n'en continue pas moins, paraît-il, à faire le zouave... Il s'en prend à tous ceux à qui il a affaire, à quelque titre que ce soit. Il s'en prend, m'a-t-on affirmé, à l'automobile du Préfet, dont il demande la suppression par raison d'économie, alors que c'est le Préfet qui en assure personnellement les dépenses de consommation et d'entretien. Il s'oppose à la réparation de la Préfecture, qui tombe en ruines, sous prétexte qu'elle n'aurait pour raison que la satisfaction des « plaisirs intimes » de ce Préfet ...

C'est à mourir de rire...

Mais voilà que son tempérament de capitaine se révèle encore à l'égard des médecins du Préventorium départemental, dont, en tant qu'administrateur, il entend contrôler les prescriptions médicales.

Il exige que toutes ces prescriptions soient inscrites sur un registre qu'il consultera toutes les fois qu'il le jugera à propos.

Peu importe que ce registre soit secret par destination, puisqu'il renferme des documents dont la nature suffit souvent à dévoiler l'affection au traitement de laquelle ils sont destinés. Peu importe, même, que des indications plus précises, telle hérédo-syphilis, y figurent. Le secret professionnel, M. le Conseiller général Bout.... de je ne sais plus quoi, n'en a cure.

Sic volo, sic jubeo... dit-il du ton dont il collait jadis quatre jours de salle de police au zouave Pitou dont les souliers ne reluisaient pas suffisamment à son gré...

Cette prétention est parfaitement illégale et incorrecte, et doit être combattue par l'autorité responsable de la tenue de ce préventorium et de son fonctionnement.

Sa commission administrative a le droit de connaître les enfants qu'il abrite, leur état civil, leur comportement ; elle n'a pas le droit de pénétrer dans le domaine technique ni de se faire communiquer les renseignements d'ordre médical qui les concernent.

J'espère bien que le Préfet intéressé prendra un réel *plaisir intime* à rappeler M. le Conseiller général que gêne son automobile, à l'observation de la loi ; et que ce plaisir se doublera du sentiment qu'il accomplit un devoir de sa charge, en mettant un terme aux abus d'autorité, aux excès de pouvoir d'un ex-guerrier dont les ardeurs intempestives ont besoin d'être réfrénées.

Que, dans le privé, il chante tout à son gré : *Pan, pan, l'Arbi*... Qu'il jongle avec sa Chéchia ... Qu'il brandisse même son grand sabre : ce sont là plaisirs de Zouave que nous ne saurions lui refuser, pourvu qu'ils restent intimes. Mais nous lui conseillons vivement de ne pas introduire ces amusements... innocents dans sa vie publique. Il nous mettrait dans l'obligation de le rappeler au sentiment des convenances.

Mais ne dramatisons pas. Pas encore du moins, car ce n'est jusqu'à présent qu'à mourir de rire. Rions en donc plutôt, et chantons en chœur ce joyeux refrain de circonstance :

Pan, pan, l'Arbi,
Les chacals sont à l'abri
Et les toubibs aussi
Bout d'réglisse n'aura pas leur peau.... etc. etc.

G. DUCHESNE.

DISPENSAIRE COMMUNAL PAYANT — MÉDECINE MONOPOLISÉE

A la médecine jadis individuelle, tendent à se substituer des organisations collectives de soins et de diagnostic.

Entre le malade et son médecin s'est d'abord interposé un tiers payant.

Aujourd'hui, on cherche à créer des organisations soignantes, qui, du point de vue économie politique, ressortissent des théories socialistes et communistes.

Témoin la circulaire suivante, qui a été largement distribuée et placardée dans la ville d'Achères (Seine-et-Oise.)

VILLE D'ACHÈRES

Ouverture d'un dispensaire municipal

La Municipalité communiste d'Achères porte à la connaissance de la population l'ouverture d'un dispensaire municipal.

Ce dernier, installé dans une annexe de la Mairie (rue Coffinières, n° 2) commencera à fonctionner le lundi 7 septembre courant.

Le but poursuivi par la Municipalité ne saurait échapper aux moins avertis, puisque toute la population sans aucune distinction pourra recourir, de jour et de nuit, aux soins médicaux à tarifs réduits.

Bon nombre de personnes reculent de jour en jour pour des raisons purement financières ou de perte de temps, à se faire consulter lorsqu'elles ressentent une légère douleur.

Cette dernière dont on ignore l'origine peut se traduire à brève échéance par un mal plus grave, que la science devient impuissante à combattre ! N'hésitez pas un seul instant, faites appel au dispensaire que nous venons de créer , car peut-être demain sera-t-il trop tard.

Songez alors à la disparition du chef de famille, à l'épouse, l'âme du foyer, et à vos chers petits enfants qui ne demandent que d'être heureux par la santé et le travail !

Pour débuter, le service du Dispensaire municipal sera sous la haute direction du Dr Rouquès, ex-interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Il sera assisté de Mlle Beskin, docteur en médecine, ancienne externe des hôpitaux de Paris.

La population peut être certaine qu'elle trouvera auprès de ces docteurs tous les soins dont elle aura besoin, et appropriés à tous les cas qui pourraient se présenter.

Les heures d'ouverture sont ainsi fixées (jours et heures qui seront susceptibles de varier, sous réserve des besoins de nos administrés) :

Lundi : de 8 à 10 h. 30.
Mardi : fermé toute la journée.
Mercredi : de 14 à 15 h.30 et de 20 à 21 heures.
Jeudi : »
Vendredi : »
Samedi : »
Dimanche : Visites à domicile seulement.

Dans l'intérêt des malades, les visites à domicile, même le dimanche, *sauf urgence*, devront être demandées autant que possible avant 9 heures du matin soit verbalement au Dispensaire, soit par écrit en déposant la demande dans la boîte aux lettres qui sera disposée à cet effet au Dispensaire.

Tarif des visites

Consultation au dispensaire	12 fr.
Visite à domicile	18 fr.
Visite de nuit (de 21 heures à 7 heures)	30 fr.
Personnes dont l'indigence est reconnue par la Commission spéciale, après demande	Gratuit

Tarifs spéciaux pour séries de piqûres, ventouses (sèches ou scarifiées) massages, pansements, saignées, prises de sang, etc...

Les indigents malades peuvent dès maintenant venir à la Mairie déposer leurs demandes par écrit.

Les personnes relevant des Assurances sociales (assuré, femme d'assuré, enfants d'assurés) seront considérées comme payantes, et se feront rembourser comme d'usage par les Caisses auxquelles elles sont affiliées. Elles retireront un premier avantage représenté par la différence entre le prix réclamé ordinairement par le médecin et le prix de base maximum de 12 fr. imposé par le tarif des Assurances sociales.

Le prix d'une consultation au dispensaire municipales sortira à la charge de l'assuré à $(12 \text{ fr.} \times \frac{85}{100}) =$ 10,20 soit (12 — 10,20) = 1,80.

Dans un temps rapproché, la Municipalité espère adjoindre au Dispensaire une infirmière-assistante sociale qui pourra assurer quelques soins aux malades, à domicile, et visiter les familles où la maladie aurait tendance à paraître ou à se propager pour de multiples causes.

Lorsque divers appareils commandés depuis plusieurs semaines seront arrivés, et que les aménagements actuels en cours d'exécution seront terminés, la Municipalité invitera la population à venir visiter le Dispensaire municipal. Cela permettra à tous de se rendre mieux compte de l'effort entrepris pour la lutte contre les maladies et les fléaux sociaux de toute nature qui déciment les foyers et y sèment la misère !

Suivant ses ressources, la Municipalité escompte de faire l'acquisition d'appareils perfectionnés de radioscopie et de rayons ultra-violets qui rendront les plus grands services aux malades et aux petits enfants.

Elle compte sur l'aide du Bureau de bienfaisance qui a déjà mis à la disposition du Dispensaire une première somme de 20.000 francs.

Nous n'ignorons pas que quelques petites difficultés peuvent surgir à l'origine dans le fonctionnement de notre organisme. Nous nous efforcerons de réduire ces petits ennuis inévitables au début, et nous demandons à notre population de se montrer comme toujours elle l'a été, bienveillante.

Nous comptons sur cette aide morale qui secondera nos efforts, et qui nous permettra d'envisager l'avenir avec confiance.

La Municipalité,
Achères, le 3 septembre 1931.

Et l'on nous écrit :

Sous le prétexte « Dispen saire municipal » ladite municipalité installe donc dans les dépendances de la mairie un véritable cabinet médical avec non seulement consultations sur place (ce qui est, il me semble, le propre du dispensaire), mais aussi visites à domicile de jour et de nuit :

1° Une municipalité quelconque a-t-elle ce droit alors qu'un médecin exerce dans le pays où il réside depuis plusieurs années ?

2° Chose plus grave encore n'y a-t-il pas là concurrence déloyale puisque les prix y seront :

Consultation	12 fr.
Visite à domicile	18 fr.
Visite de nuit	30 fr.

alors que le tarif syndicaliste minimum couramment appliqué est, dans les mêmes conditions, de 20, 25 et 75 francs.

Comment peut-on trouver des confrères, titrés comme celui qui assume dans de telles conditions, la direction de ce « dispensaire » ?

Si pareille éventualité se produisait dans ma ville, que me conseilleriez-vous de faire ?

Cette innovation de la municipalité d'Achères doit être examinée tour à tour du point de vue juridique administratif, puis du point de vue politique et social ; enfin du point de vue confraternel et professionnel.

En droit administratif.

1° Un dispensaire n'a pas d'existence légale, propre, car il n'est souvent que l'émanation d'un hôpital, d'un bureau de bienfaisance, ou l'organe d'une initiative privée. Je laisse de côté les dispensaires antituberculeux et d'hygiène sociale, dont nous parlerons tout à l'heure.

En principe, le dispensaire est une organisation philanthropique, publique ou privée, destinée à ne donner que des consultations externes gratuites aux déshérités de la vie.

Il peut être le prolongement de l'hôpital et administré par cet établissement.

Est-il municipal, la commune doit, au préalable, avoir obtenu l'autorisation ministérielle, prévue par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, pour avoir une organisation d'A. M. G. indépendante du service départemental, qui a été délibéré par le conseil général et arrêté par le préfet.

En tout cas, public ou privé, le dispensaire constitue une œuvre de bienfaisance et d'assistance.

2° La loi du 15 avril 1916 a institué les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Leur but est principalement de donner des conseils de prophylaxie et d'éducation hygiénique, de faciliter aux malades leur admission dans les hôpitaux, sanatoria, ou preventoria.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, que des soins peuvent être donnés par le personnel médical du dispensaire aux malades privés de ressources.

En droit administratif, ce sont des établissements publics.

Situation juridique du dispensaire payant.

Peut-on concevoir un dispensaire, organisé avec les ressources communales et destiné, non seulement aux malades indigents mais à tous clients, riches comme pauvres, payant de leurs deniers ? Autrement dit, quels sont les droits d'un conseil municipal, dans la création, ou l'organisation de services publics ?

Deux décrets, l'un du 5 novembre et l'autre du 28 décembre 1926, ont élargi les limites de l'initiative communale, en vue de la décentralisation.

Mais la jurisprudence du Conseil d'Etat s'est toujours montrée très sévère, au regard des conseils municipaux, qui auraient tendance à outrepasser leurs droits.

Citons entre autres le sommaire d'un arrêt du 30 mai 1930 (*Gaz. Pal.* supp. 9 sept. 1930) : « Si, en vertu de l'article premier de la loi du 3 août 1926, qui l'autorisait à apporter, tant dans les services de l'Etat qu'à ceux des collectivités, toutes réformes nécessaires à la réalisation d'économies, le Président de la République a pu réglementer, dans les conditions qui lui ont paru le plus conformes à l'intérêt des finances communales, l'organisation et le fonctionnement des régies municipales, les décrets du 5 novembre et 28 décembre 1926, par lesquels il a réalisé ces réformes n'ont eu ni pour objet, ni pour effet d'étendre, en matière de création de services publics communaux les attributions conférées aux conseils municipaux par la législation antérieure. Les entreprises ayant un caractère commercial restent, en règle générale, réservées à l'initiative privée et les conseils municipaux ne peuvent ériger des entreprises de cette nature en services publics communaux que si, en raison des circonstances particulières de temps ou de lieu, un intérêt public justifie leur intervention en cette matière. »

Un arrêt semblable vient d'être rendu plus près de nous par le Conseil d'Etat, le 27 février 1931 (D. H. 2 avril 1931 p. 196).

Dès lors, la question se pose, à savoir si un dispensaire communal peut être considéré comme un établissement commercial.

Non, si créé en vertu de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, ce dispensaire est uniquement réservé aux indigents, qui, gratuitement, y trouveront soit des diagnostics, soit des traitements.

Oui, si cet établissement doit recevoir indistinctement riches comme pauvres, ces derniers seuls étant exonérés de tout paiement.

Quel que soit le bénéfice, si modique soit-il, quels que soient les buts philanthropiques et la destination altruiste des bénéfices, s'il y en a, il faut cependant considérer juridiquement comme des établissements à forme commerciale tous ceux qui donnent des soins, moyennant rétribution, si minime soit-elle, à des personnes qui ne sont pas inscrites sur les listes d'A. M. G. ou du bureau de bienfaisance.

Ce n'est pas le but de l'entreprise, mais son fonctionnement juridique qui lui donne telle ou telle investiture de droit. Est donc acte de commerce le fait de vendre quelque chose. Est établissement commercial, le dispensaire, la clinique, dont l'organisation est assurée par une individualité, ou une collectivité publique ou privée, qui en assure l'administration et la gestion matérielle, et dans lequel des médecins, plus ou moins salariés, ou employés, donnent, contre rémunération, des soins à des malades non-indigents.

Situation du point de vue social et politique.

Pareille institution constituait-elle une nécessité, un besoin pour les habitants de la commune d'Achères ? L'initiative privée est-elle donc déficiente, ou totalement absente, pour que le conseil municipal se soit cru autorisé à cette création ?

Je ne crois pas que, dans cette banlieue parisienne, le manque de médecins se fasse sentir et que soit nécessaire, pour la protection de la santé publique, une organisation publique.

Dans cette initiative municipale, il faut surtout voir la suite logique d'un programme politique : la municipalité est communiste : logiquement, elle instaure un régime communiste de soins, où chacun trouve, non « selon ses moyens, mais selon ses besoins ».

En économie politique, nous pouvons dire que cette création relève du socialisme d'Etat : la collectivité publique se substitue à l'initiative privée, pour vendre à meilleur marché, à un prix égal pour tout venant.

Ici, ce sont les soins, qui sont débités à des prix défiant toute concurrence, moyennant un monopole consenti à deux docteurs en médecine, au détriment de tous les autres, qui habitent la commune et y payent leurs contributions.

Le point de vue confraternel et professionnel.

D'une manière générale, la profession médicale est la première qui soit l'objet de tentatives de socialisme d'Etat en application. La médecine dite sociale, l'extension progressive de services publics de dépistage et de traitements, l'activité débordante des commissions administratives des hôpitaux, tendant à faire de l'hôpital un centre de diagnostic et de traitement, pour toutes les bourses, riches comme pauvres, l'institution de centres d'apprentissage et d'enseignement, en faveur des nombreuses dames de la Croix-Rouge, etc., etc. : tout ceci constitue une socialisation progressive de l'art de guérir.

Un jour viendra où la majorité des actes médicaux s'accomplira à l'hôpital, ou dans des maisons de santé publiques organisées collectivement ; le médecin de clientèle de ville, ou à domicile, se réduira progressivement son rôle à celui du dépistage, pour l'envoi des malades vers tel ou tel centre de cure, ou de diagnostic.

Peu à peu, le praticien ne sera plus payé par son client, directement, mais sera appointé fixe par une collectivité publique, ou privée, ou touchera ses honoraires par l'intermédiaire d'une collectivité interposée entre son client et lui.

Voilà des années que je proclame ce danger : il devient progressivement de plus en plus accentué et ses manifestations pratiques sont de plus en plus nombreuses.

D'un point de vue plus particulier, on peut reprocher, aux deux confrères, qui ont accepté le service du dispensaire municipal d'Achères, deux griefs principaux.

1° Ils acceptent, par un monopole, de dépouiller leurs confrères d'une très grosse partie de leur clientèle. C'est donc un accaparement, auquel ils collaborent, moyennant l'acceptation d'honoraires réduits.

Au syndicat local de les appeler devant le conseil de famille, pour entendre leurs explications, puis pour leur démontrer les défauts de leur conduite peu confraternelle.

Mais ces praticiens peuvent arguer, pour leur défense, qu'ils ne font ni plus ni moins que les membres du corps médico-chirurgical des hôpitaux modernes, qui consentent à soigner, opérer, examiner tous les malades riches comme pauvres, qui sont admis par la commission administrative de l'établissement, seule maitresse pour ces admissions.

Le Syndicat soutiendra que, jadis cette conduite avait sa raison d'être, parce que l'hôpital ne recevait que des pauvres et des petites gens, ce qui expliquait facilement le désintéressement du corps médical hospitalier ; mais que ce désintéressement n'a plus aujourd'hui sa raison d'être, étant donné que la clientèle des hôpitaux n'est presque composée que de payants, par eux-mêmes, ou par un tiers responsable.

L'objection a sa valeur ; bien que cependant, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, nommés au concours , se trouvent actuellement dans une position très difficile. D'une part, ils entendent conserver leur titre, obtenu à la suite de nombreuses années de travail ; ils considèrent également que leur amour de la science leur fait trouver, à l'hôpital, un champ immense d'observation clinique et scientifique.

Mais, d'autre part, du point de vue syndical, il leur paraît très difficile de donner leur démission, alors, que, ainsi que c'est la règle, les commissions hospitalières entendent garder pour leur établissement seul, les bénéfices tirés de l'exploitation commerciale de l'hôpital moderne.

Il faudrait même faire un procès devant le conseil d'Etat, parce que l'hôpital, établissement public, est tout comme le dispensaire d'Achères, mis en concurrence sur le terrain commercial avec l'initiative privée et les maisons de santé.

2° Mais les médecins employés par le dispensaire d'Achères acceptent de soigner les malades assurés sociaux, comme tous autres, à des prix très modiques, inférieurs au tarif syndical.

Notamment, en ce qui concerne les assurés sociaux, j'avais cru pouvoir inviter les syndicats à insérer, dans leurs statuts, une clause par laquelle était considéré comme une faute déontologique le fait, pour un médecin de prendre des honoraires inférieurs aux prix indiqués par le tarif syndical minimum.

A tort ou à raison, le conseil supérieur des assurances sociales m'a donné tort, bien que je n'aie pas été appelé à défendre ma thèse, surtout du point de vue juridique.

Je m'incline , mais je déplore ce résultat, car nous sommes maintenant désarmés contre tous les confrères qui, comme ceux du dispensaire d'Achères, se contenteront du tarif de responsabilité des caisses.

Nous avons déjà ainsi accepté le tarif de responsabilité des accidents du travail ; dans un avenir prochain, la concurrence entre confrères nous fera nous contenter du tarif de responsabilité des caisses d'assurances sociales, tarif nettement inférieur à celui des accidents du travail. Une fois de plus, nos honoraires s'en trouveront avilis.

Mais, rien à faire déontologiquement contre les médecins du dispensaire d'Achères, parce qu'ils se contentent d'honoraires égaux au tarif de responsabilité des caisses.

Que faire ?

Le Syndicat médical local, ou les médecins d'Achères peuvent déférer au Conseil d'Etat cette création du dispensaire comme violant la spécialisation des établissements publics.

Il conviendrait de connaître la teneur et les dates des délibérations du conseil municipal, organisant ledit dispensaire, savoir si l'établissement doit subvenir à ses dépenses par ses propres ressources, ou s'il doit faire appel au budget municipal. Ceci a de l'importance en vue du recours en Conseil d'Etat.

Quant aux confrères du dispensaire, ils peuvent être appelés devant le conseil de famille du syndicat. Mais, s'ils refusent de se rendre à cette convocation, ils pourront alors être mis à l'index par défaut, après citation régulière, pour qu'ils puissent présenter leur défense.

Sont-ils syndiqués, leur syndicat sera avisé de leur conduite.

Mais cette action confraternelle n'est pas très efficace : car si les médecins en question démissionnent de leur poste au dispensaire, il y a suffisamment de praticiens à Paris, qui, besogneux, accepteront de suite la succession.

Mieux vaut donc employer le moyen juridique efficace : le recours devant le conseil d'Etat, en vue de l'annulation de la décision du conseil municipal, autorisant l'organisation de ce dispensaire, qui n'est pas uniquement destiné aux pauvres, ou à lutter contre la tuberculose.

Dr Paul BOUDIN.

LES ÉTRANGERS ET LA LOI ARMBRUSTER (1)

Allocution prononcée par le Dr Dardelin au cours de la réunion du Syndicat du Pays de Retz, à Pornic, le 2 juillet 1931.

Mes chers Confrères,

Vous venez de discuter sur des intérêts régionaux, je vais vous parler d'un sujet ayant un intérêt national.

Si l'un de mes anciens camarades parisiens me voyait, il dirait :

« Voilà encore Dardelin qui enfourche son dada pour charger sur les étrangers ».

C'est exact, mais j'ai cette excuse : depuis 33 ans que j'exerce, j'ai toujours eu dans mon voisinage immédiat un ou deux étrangers pour m'em. . .bêter.

Il y a 30 ans, c'étaient les Américains du Sud ; après sont venus les Grecs ; ensuite les Syriens ; aujourd'hui les Roumains.

Sur l'ordre du jour vous voyez : Le Péril Juif-Roumain. Ne croyez pas que je sois antisémite.

J'avais à Paris d'excellents clients, qui étaient juifs et qui, en fin d'année, quand je leur adressais ma note,m'envoyaient le double avec un petit mot aimable et reconnaissant.

D'ailleurs, quand il y a 6 ans, je me suis battu contre les Syriens, il ne s'agissait pas de Juifs, mais de catholiques bon teint, puisqu'ils étaient les élèves des Jésuites dirigeant la Faculté de Médecine de Beyrouth.

A cette époque, dans un article qui eut assez de succès et qui fut reproduit dans un grand nombre de journaux médicaux j'avais établi le parallèle suivant :

Pour commencer ses études médicales,

Un jeune Français doit :	*Un jeune Turco Arménien-Syriote :*
Faire des études secondaires, se terminant par l'obtention de 2 baccalauréats.	*Fait d'assez bonnes études primaires.*
Faire une année de P. C. N. dans une Faculté des Sciences.	*Ne fait pas de P. C. N.*

Quand il fait ses études médicales,

Un jeune Français doit :	*Un jeune Turco Arménien-Syriote :*
Faire pendant 2 ans, 5 h. par semaine de préparation militaire pour se présenter au concours d'élève officier de complément, dans l'espoir de ne faire qu'un an de service militaire.	*Fait zéro et n'a pas de thèse à passer.*
Rédiger et faire imprimer à ses frais une thèse coûteuse.	

Quand il a fini ses études médicales :

Un jeune Français a de 26 à 30 ans.	*Un jeune Turco-Arménien-Syriote :* a 22, 21, 20 *et même* 19 *ans.*

Mes chers confrères, je ne veux pas ouvrir mon dossier qui est là et qui est gros, parce qu'il est déjà 5 h. 1/4, sans cela je vous citerais les noms, entre autres celui du gosse Accad, qui s'est installé à Paris à 19 ans ! — Continuons le parallèle.

Avant de s'installer :

Un jeune Français doit :	*Un jeune Turco-Arménien-Syriote*
Faire un an de service militaire. Il y a 6 ans, c'était un	*Continue à n'a-*

(1) *Bulletin* des Synd. Méd. de la Loire-Inférieure et du Maine-et-Loire. (août 1931).

an 1/2, s'il n'avait pas été reçu au concours des élèves officiers de complément.	*voir aucune obligation militaire et s'installe tout de suite en France, si bon lui semble,*

Quand il exerce la médecine en France :

Un Français doit : En temps de paix : Faire des périodes d'exercices militaires dont le total atteint 4 mois. En temps de guerre : Tout abandonner et revenir ruiné, malade ou blessé ; ou ne pas revenir (12 %).	*Un jeune Turco-Arménien-Syriote :* *Recontinue à n'avoir aucune obligation militaire et s'enrichit de l'absence, de la maladie ou de la mort de son voisin le Français.*

Comment une telle monstruosité a-t-elle pu s'établir ? Pas tout d'un coup naturellement, mais de concessions en concessions, telles que les pratiquent trop souvent nos ministres des Affaires étrangères.

A l'époque, c'était Jules Ferry qui, tout en luttant contre les curés en France, les favorisait à l'étranger. L'empire turc, « l'homme malade » comme on disait n'était pas *minus habens*, et on peut résumer ainsi ces discussions qui durèrent, de 1883 (date de la fondation de la Faculté de Beyrouth par Jules Ferry) jusqu'en 1898, entre le quai d'Orsay et la Porte.

La Porte. — Mais ces docteurs, que vous fabriquez à Beyrouth, sont-ils si bons que cela ?

Le Quai d'Orsay. — Ils sont excellents.

La Porte. — Alors s'ils sont excellents, pourquoi ne pourraient-ils pas exercer en France ?

Le Quai d'Orsay. — Ils le pourront.

Et l'accord se fit sur le dos des médecins français. Et les élèves de la Faculté de Beyrouth, dressés pour faire œuvre d'expansion française en Orient, devinrent des facteurs de compression en France.

Nos ministres des affaires étrangères, quelque régime qu'ils servent ou à quelque parti qu'ils appartiennent, ont d'ailleurs la déplorable habitude de faire les affaires..... des étrangers au détriment des Français.

C'est ainsi que l'*initium* du péril roumain est dû au rêveur Napoléon III. Je n'ai pas le temps de vous raconter tout cela, et comment un vague diplôme secondaire roumain vaut un bachot français, comment des études médicales commencées en Roumanie équivalent à des inscriptions prises dans des Facultés françaises, etc. Arrivons tout de suite à l'état actuel.

Les Roumains dirigeants ont une bonne conception de la conservation des élites sociales. Ils se sont dit : « Il faut que le médecin ait toujours une haute moralité. Le meilleur moyen pour cela, c'est qu'il n'ait jamais faim. Parce que s'il a faim, il sera tenté d'être malhonnête. Gardons-nous donc de la pléthore médicale pour que chaque médecin vive à son aise. Il meurt 150 médecins environ par an, nous ne recevrons chaque année que 150 étudiants à la Faculté de médecine de Bucarest ».

C'est ce qu'on appelle mes chers confrères le *numerus clausus*.

Chaque année, il y a un concours d'entrée à l'École de médecine de Bucarest. On prend les 150 premiers. Non seulement ceux qui ont fait les meilleures copies, mais ceux aussi qui ont les meilleures notes de moralité. On dit aux recalés « faites autre chose ».

Les uns s'y décident, les autres disent : « Allons en France, on n'est pas si difficile ». De telle sorte, mes chers confrères, qu'il y a actuellement dans les Facultés de médecine françaises, 517 étudiants roumains, dont 85 % de Juifs, qui exerceront chez nous dans quelques années, sans avoir fait un jour de service militaire et qui « daigneront » se faire naturaliser Français après 30 ans, quand ils n'auront plus un seul jour de service militaire actif à faire.

Sur le vieil arbre français qu'est-ce qu'on greffe ? Sur les basses branches tout le ramassis de l'Europe qu'on laisse rentrer chez nous, sans aucun examen sanitaire. De telle sorte que les hôpitaux parisiens sont peuplés à plus de 25 % d'épileptiques, de tuberculeux, de syphilitiques, d'alcooliques accourus de toutes les régions de l'Europe se faire soigner à Paris, la capitale du « Peuple des Poires ». De telle sorte que l'on greffe les hautes branches pléthoriques des professions libérales, avec des greffons rejetés par les autres jardiniers.

Enfin, parmi les « poires », il y a tout de même encore quelques braves bougres, qui voient clair et qui ont le courage de crier : « Halte ! c'est idiot ! » J'ai eu le plaisir, après avoir semé mes idées de les voir enfin germer et notre confrère Armbruster, sénateur de l'Aube...

Une voix. — Un nom bien français.

Dr Dardelin. — Mon cher confrère, c'est peut-être un Alsacien d'origine. D'ailleurs votre interruption me permet de vous dire que je ne suis pas xénophobe, car je sais trop bien que notre France a toujours été pendant sa longue histoire une terre, où les invasions ont constamment apporté du nouveau sang au vieil organisme gallo-romain. Je n'agis pas par xénophobie. Je demande simplement que les étrangers aient les mêmes charges que les Français. Je plaide simplement ceci : qu'on ne favorise pas les étrangers au détriment des Français.

Revenons au sénateur Armbruster.

Ce sénateur a déposé au début de l'année un projet de loi réformant la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, et qui met fin à toutes les iniquités, que je vous ai signalées. Naturellement, j'ai été en rapports épistolaires avec lui. Avant même que notre Confédération s'intéresse à la question et lui vienne en aide.

La Confédération a demandé à tous les bureaux des syndicats médicaux d'écrire aux sénateurs pour leur demander de voter le projet Armbruster. Notre secrétaire Hardy étant à Vittel et Simon sachant que je m'occupais de la question, c'est moi qui ai écrit aux 5 sénateurs de la Loire-Inférieure. J'ai écrit éga-

lement à 3 autres sénateurs, amis du commandant Peyre, le mari de notre camarade la Doctoresse Lacascade.

J'ai suivi la discussion du projet de loi dans les journaux. Il a été admis assez vite. Mais, dans un compte rendu, 'ai lu à peu près ceci : « Tous les a ticles du projet de loi Armbruster sont votés, cependant on décide qu'il n'y a pas urgence, et le projet soutenu cependant par le rapporter Dentu, est renvoyé à la Commission. »

J'étais inquiet. J'ai écrit de nouveau à Armbruster. Il m'a répondu en me rassurant. « C'est un simple détail, mon projet va evenir la semaine prochaine et il sera voté. »

Cette semaine prochaine, nous serons prêts de la finir. Espérons que le projet d'Armbruster sera voté au Sénat (1) avant la fin de la session. Mais la bataille ne sera pas finie, il faudra agir auprès des députés.

Je vous demande donc mes chers confrères :

1° De faire envoyer, par notre secrétaire, une lettre d'encouragement et de félicitations à notre confrère Armbruster.

2° De demander aux dirigeants de notre Confédération, par l'entremise du Président de la Fédération de la Loire-Inférieure, ici présent, de continuer la lutte auprès des députés, d'alerter tous les syndicats médicaux de France en rééditant si besoin est l'historique de la question telle que je viens de vous la faire.

Le besoin est urgent. Il faut sauver les élites, car bientôt la canaille sera tellement nombreuse que les honnêtes gens seront impuissants.

D[r] DARDELIN.

Oui ! Mais le Ministre de l'Instruction publique a pris d'excellentes mesures, qui permettent d'être patients, avec les deux arrêtés des 21 et 22 juillet 1931, publiés dans le *Concours médical* du 9 août.

N. D. L. R.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Rapport du Secrétaire général

Mes chers Confrères,

Monsieur Fleury, notre actuaire, vient de me remettre le rapport qu'il a l'habitude de nous rédiger à la fin de ses inventaires quinquennaux, et ce n'est pas sans une profonde satisfaction et une légitime fierté que j'ai lu sa dernière phrase : « La situation financière de la Mutualité Familiale au 31 décembre 1930, peut être qualifiée de brillante ! ». Je vous ajouterai même qu'il écrivait dans sa lettre d'envoi que cette situation pourrait faire pâlir d'envie plus d'un ministre actuel des Finances.

Messieurs, tout l'honneur de ce beau résultat, nous devons le reporter sur notre cher Trésorier, sur le Docteur Gassot, dont le travail, l'habileté, la prudence et aussi la modestie, avec lesquels il gère nos affaires, sont tellement au-dessus de tous les éloges que je pourrais lui adresser, que je préfère laisser vos cœurs lui manifester en silence, la reconnaissance que vous lui devez.

Puisque ma fonction de secrétaire général m'oblige chaque année à vous apporter un résumé moral de la marche de notre Société, il me semble que cette fois, je ne puis mieux faire que de vous commenter le rapport de M. Fleury : ce sera court, car il est si clair et si probant que je ne puis y ajouter grand'chose : cependant, il me semble y apercevoir quelques déductions, dont je veux vous dire un mot.

Vous savez que pendant longtemps notre vieille combinaison B, celle qui accorde l'indemnité-maladie pendant toute la vie du sociétaire, nous avait donné du souci. Eh bien ! Que ses 184 adhérents se rassurent : sa situation est aujourd'hui bien stabilisée ; son avoir est égal aux réserves mathématiques, qu'elle doit comporter. Certes, il nous a fallu jadis, en augmenter sérieusement les primes anciennes ; mais aujourd'hui, nous n'avons rien à y changer et nous n'avons plus qu'à en assurer le service régulier jusqu'à extinction du dernier adhérent.

Nos autres combinaisons indemnités-maladie sont en posture beaucoup plus brillante encore ; leur avoir dépasse de beaucoup leur réserve mathématique. Si magnifique que soit ce résultat, il ne faudrait pourtant pas en conclure qu'il nous permet d'ores et déjà d'apporter à nos adhérents des propositions mirobolantes de diminutions de primes ou d'augmentation des indemnités. Si nous sommes arrivés à cette situation florissante, c'est justement parce que nous ne nous sommes pas laissés aller nous-mêmes à un enthousiasme prématuré, et que nous n'avons pas suivi les indications, les supplications de quelques-uns, qui, sans souci du lendemain, risquaient de nous entraîner à des mesures dangereuses.

Certes, comme le dit M. Fleury, le résultat de notre inventaire actuel permet tous les espoirs ; mais il n'est fondé que sur le bilan bien fait d'une situation financière encore trop jeune pour que

(1) La clôture brusquée de la session parlementaire a remis à la rentrée de novembre la discussion du projet de loi. Quatre mois perdus ! Raison de plus pour agir auprès des députés pour que la loi Armbruster soit votée avant les élections générales.

nous ayons le droit de la compromettre par des mesures intempestives.

Pour réaliser des améliorations matérielles efficaces dans nos services, n'oubliez pas, Messieurs, qu'il nous faut un budget solidement équilibré d'une part, (et nous l'avons), mais, d'autre part, un nombre d'adhésions en augmentation progressive, que nous n'avons pas encore et sans lequel toute tentative d'amélioration serait précaire et dangereuse.

J'ai voulu en effet me rendre un compte exact de notre mouvement de recrutement, pour vous le résumer aujourd'hui et voici ce que j'ai trouvé :

Au 31 décembre 1913, à la veille de la guerre, la Caisse indemnités-maladies et accidents comptait 1.734 adhérents.

Vous savez quelles coupes sombres, la guerre et l'après-guerre ont faites dans nos rangs, tant par décès que par démissions et radiations.

En outre, l'esprit d'après-guerre, l'indifférence pour l'avenir, l'éclipse par laquelle a passé le sentiment de prévoyance, l'insécurité politique, économique et financière qui a sévi sur notre pays, enfin, les modifications statutaires successives que nous avons dû apporter à l'ensemble de notre Association, tout cela réuni a fait un faisceau de raisons suffisantes pour expliquer que depuis 1920, notre recrutement s'est montré beaucoup plus lent qu'avant guerre, et que les adhésions nouvelles ont à peine pu boucher les vides causés par les morts, démissions ou radiations de sociétaires. C'est ainsi qu'en 5 ans, de 1925 à 1930, nous avons inscrit seulement 189 nouveaux membres, soit une moyenne de 38 par année, alors qu'avant-guerre cette moyenne atteignait le double.

Au 31 décembre 1930, nous ne sommes donc que 1.389 inscrits aux combinaisons-maladie.

Et je dis que ce chiffre est tout à fait insuffisant pour envisager la possibilité d'améliorations de nos services et qu'il nous faudrait au moins retrouver notre chiffre de 1.700 membres d'avant-guerre.

Et je dis que cela est d'autant plus légitime à espérer et à désirer que les raisons, énumérées plus haut comme cause du ralentissement de notre recrutement, n'existent plus : la sécurité financière du pays est rétablie, l'esprit de prévoyance renaît un peu partout, seul le monde médical y semble encore réfractaire, et cela à son grand détriment ; enfin, la situation particulièrement brillante de notre Mutualité familiale est telle qu'il serait réellement incompréhensible de voir le Corps médical français lui marchander sa confiance et ne pas venir à elle en rangs serrés.

Nous attendons la réalisation de ces espoirs pour donner satisfaction effective à tous ceux qui escomptent de nous de nouveaux avantages ; qu'ils commencent, eux, par venir à nous tels que nous sommes ; et c'est à chacun de nos adhérents à faire dans son entourage la propagande nécessaire pour nous aider à obtenir ces résultats.

Cela dit, j'aborde le chapitre des combinaisons retraites. Toutes les deux ont un capital, qui dépasse de 300.000 francs leurs réserves mathématiques. Ce résultat consigné à l'inventaire me permet de vous annoncer une bonne nouvelle :

Nous avons décidé de vous proposer de porter à 40 le nombre maximum de parts à souscrire, à partir du 1er janvier prochain, tant pour la retraite à 60 ans que pour celle à 65 ans.

C'est-à-dire que, sans changer le montant de la prime de chaque part, chacun pourra dorénavant s'inscrire, lui, sa femme et ses enfants, pour 4.800 fr. de retraite chacun à 60 ans, et autant à 65 ans ; ce qui fait qu'à 65 ans, un confrère prévoyant aura pu se constituer une retraite de 9.600 fr., en établir une de même somme pour sa femme, et en faire autant s'il le peut pour chacun de ses enfants.

En somme, nous vous proposons tout simplement de doubler le montant possible de nos retraites, et pour cela de modifier comme nous allons vous le demander l'article 58 des statuts.

Certains confrères nous demandent de faire une combinaison à capital réservé : nous ne le pouvons pas : aucune mutuelle ne peut s'engager dans cette voie, qui nécessite non plus des réserves, mais d'immenses capitaux ; c'est le rôle des Compagnies d'assurances ou des Caisses de l'Etat ce n'est plus le nôtre, nous devons nous borner à la contre-assurance.

La combinaison qui sert des pensions aux veuves, malgré son nombre trop restreint d'adhérents, se présente également sous une excellente forme : son capital accuse 250.000 francs de plus que la réserve mathématique. Cela nous autorise à vous proposer d'élever la pension à 1.800 fr. en portant le maximum de parts à souscrire à 15, et nous voulons espérer que ce nouvel avantage nous attirera de nombreux candidats à cette combinaison qui n'attend que le nombre pour marcher sur les traces des combinaisons P et R.

Vous allez donc avoir à modifier en ce sens, l'article 69 des statuts, si vous acceptez cette proposition.

Et, puisqu'il nous faut une fois de plus remanier nos statuts, nous vous proposons de profiter de l'occasion pour simplifier la nomenclature des combinaisons indemnités-maladies et accidents dans le sens déjà admis l'an dernier.

En conséquence, nous soumettons à vos ratifications, les modifications statutaires suivantes :

Art. 39

La Caisse offre à ses adhérents cinq combinaisons :

1° La combinaison MA, qui donne une indemnité quotidienne de 10 fr. et une indemnité mensuelle de 100 fr. ;

2° La combinaison MA², qui donne 20 fr. par jour et 200 fr. par mois ;

3° La combinaison MA³, qui donne 30 fr. par jour et 300 fr. par mois ;

4° La combinaison MA⁴, qui donne 40 fr. par jour et 400 fr. par mois ;

5° La combinaison MA⁵, qui donne 50 fr. par jour et 500 fr. par mois.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans pour MA et à 45 ans pour les autres combinaisons.

ARTICLE 40.

....

Un seul examen est exigé pour les combinaisons assurant 10 fr. ou 20 fr. par jour (MA et MA².

Deux des examens de deux confrères différents sont exigés pour les autres combinaisons.

ARTICLE 45.

Les membres inscrits à la fois aux anciennes combinaisons MA et 1/2MAD et à l'ancienne combinaison MAD sont versés à la combinaison MA².

Les membres inscrits à la fois à MA + MAD sont versés à MA³.

Les membres inscrits à MAD² sont versés à MA⁴.

Les membres inscrits à la fois à MA + MAD² sont versés à MA⁵.

ARTICLE 46.

Tout membre peut passer à une combinaison donnant une indemnité supérieure, s'il a conservé une bonne santé et s'il n'a pas dépassé la limite d'âge de 45 ans.

Il doit subir un nouvel examen médical.

La cotisation annuelle qu'il aura à payer, est celle de la combinaison nouvelle à son âge actuel moins la différence existant entre la cotisation dans la combinaison ancienne à son âge actuel et la même cotisation à son âge d'entrée.

ARTICLE 58.

....

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser 40 parts (4.800 fr. de pension).

ARTICLE 69.

....

sans cependant que ce nombre puisse dépasser 15 parts (1.800 fr. de pension).

Telles sont, Messieurs, les quelques modifications statutaires nécessaires pour mettre nos statuts en harmonie avec nos propositions. Nous ne doutons pas que vous soyez unanimes à les approuver ; car elles apportent à notre œuvre et à nos adhérents de tels avantages que nous espérons bientôt en récolter les résultats par de nombreuses adhésions nouvelles.

Je crois bien pouvoir affirmer aujourd'hui qu'aucune Mutualité professionnelle en France ne se présente avec une situation plus brillante et avec un plus grand avenir que notre Mutualité familiale : il doit suffire qu'elle soit mieux connue des médecins français, et je fais, en terminant, un nouvel et chaleureux appel à tous nos membres pour qu'ils nous aident dans notre propagande, non pas dans l'intérêt matériel d'une Caisse qui n'en a pas besoin, l'inventaire le prouve, mais bien dans le seul intérêt de tous ses adhérents présents et futurs.

Le secrétaire général :
Dr H. MIGNON.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Unité de doctrine, unité de culture

par le Dr. René MARTIAL

(*Suite et fin*) (1)

Un troisième point doit faire partie de la doctrine : avoir une législation complète qui confère au ministre l'autorité, qui organise la hiérarchie, qui donne aux hygiénistes un statut et qui définisse exactement l'étendue de leur action. Il faut que cette législation assure l'indépendance des hygiénistes et les mette au-dessus des ingérences de la politique.

Il faut, quatrième point, opérer une centralisation et en même temps une décentralisation.

La centralisation consistera dans la hiérarchie que nous venons de mentionner ainsi que dans le contrôle de cette hiérarchie et de ces fonctionnaires, mais la centralisation ne doit pas étouffer les modalités provinciales et quelquefois locales de l'hygiène, car telle institution éminemment utile dans les régions industrielles, ne le sera point dans les régions agricoles ; telle autre, nécessaire dans les ports de mer ou dans les régions côtières, ne le sera pas dans les régions montagneuses ; et, même, dans une même région industrielle, par exemple, il pourra y avoir des modalités d'appli-

(1) V. *Concours médical* n° 41.

cation suivant la nature des industries. De même les règles de construction des maisons d'habitation, quoique comprenant des modalités communes à l'ensemble du pays, présentent de notables différences suivant les régions. Il faut donc laisser aux différents agents de la hiérarchie sanitaire une initiative suffisante, et, pour cela, ne pas trop centraliser. C'est ce que je voulais dire en accolant ces deux termes en apparence contradictoires : centralisation et décentralisation.

Mais il est une réforme indispensable et un point de doctrine absolument inéluctable : c'est de ne plus tolérer l'éparpillement des forces sanitaires entre trois, quatre ou plus offices, de ne plus admettre les centres de toutes espèces, ni les œuvres de toutes variétés, de toutes grandeurs, qui dispersent les efforts, les émiettent et gaspillent les ressources financières, non plus que la division de l'hygiène entre sept ou huit ministères qui n'ont aucune relation avec celui de la Santé.

Je l'ai dit à propos du département de la Seine, mais cela pourrait être généralisé à toute la France : c'est dans notre pays qu'il y a le plus d'écriteaux portant le mot « hygiène » et c'est cependant dans notre pays qu'il y a le moins d'hygiène. Donc unification et coordination des efforts.

Enfin, c'est un point de doctrine aussi qu'il faudra apporter de la méthode dans la mise en place des problèmes : habitations, transports, industries insalubres, eau, etc., etc.

Ici un dernier point doit être mis en lumière : c'est la nécessité de reprendre une grande quantité de nos lois et de nos règlements appliqués actuellement par chaque ministère d'une façon tout à fait indépendante de celui de la Santé publique, lois et règlements qui contrarient sans cesse l'action du ministère de la Santé.

Il n'y a pas jusqu'au Code civil qui ne présente des dispositions facilement exploitables et très souvent exploitées pour combattre les prescriptions de l'hygiène, si bien que c'est un chaos de pouvoirs qui s'entre-choquent. Le ministère de l'Agriculture possède des pouvoirs d'hygiène, celui des Postes et Télégraphes aussi, celui des Travaux publics également, celui de l'Instruction publique davantage. Chacun agit pour son propre compte et personne ne se soumet à la loi du 15 février 1902, puisque chacun a ses propres textes légaux ou réglementaires.

Il y a là une question extrêmement grave, car ce n'est pas sans une énergique résistance que les différentes administrations se laisseront enlever des attributions qu'elles considèrent comme intangibles. On peut être assuré qu'elles apporteront tous les obstacles possibles à la création par et pour le ministère de la Santé, d'une législation unifiée, coordonnée, méthodique, en vue d'assurer l'application heureuse d'une saine doctrine. Mais il est étrange que les organismes qui prétendent diriger la réforme de la loi de 1902, n'aient pas eu le courage nécessaire pour opérer, au moyen de cette réforme, la centralisation ministérielle indispensable.

On pourrait trouver et certainement on trouvera d'autres idées pour compléter cette définition, cependant déjà très vaste, d'unité de doctrine ; mais telle que nous venons de la définir, nous espérons qu'elle donnera une idée de ce que nous entendons sous ce vocable.

En tout cas, ce que nous venons de dire nous paraît bien démontrer la puissance qu'elle conférerait à un ministère de la Santé qui en serait pourvu. Cette puissance s'étendrait tout naturellement aux instituts d'hygiène chargés de la formation des hygiénistes et aux Etats-Majors et troupes placés sous les ordres du ministre.

***

Examinons maintenant ce que c'est que l'unité de culture.

Nous avons déjà eu l'occasion de le dire maintes fois et nous venons de le répéter, la principale des études d'hygiène doit être l'étude de la médecine. Il est nécessaire que tout hygiéniste soit d'abord docteur en médecine, et même qu'il ait à son actif un certain temps de stage de médecin praticien. Là-dessus tout le monde est d'accord depuis longtemps. A ce point de vue l'unité de culture est résolue, mais ceci n'est qu'une partie de l'unité, car il reste à envisager : 1° l'unité d'instruction technique hygiénique, et 2° l'unité de culture générale.

Unité de culture générale : cela semble impossible. Comment, en effet, astreindre les futurs hygiénistes à être des hommes qui connaissent autre chose que la médecine ? C'est cependant une nécessité, car on sait bien qu'un homme qui n'a pas acquis une solide culture générale avant de faire ses études de médecine, ou qui, soit au cours de ses études, soit plus tard, ne l'a pas acquise, demeure un simple technicien, c'est-à-dire, demeure incapable de s'élever jusqu'aux concepts généraux qui, seuls, donnent de l'envergure à la conception et à l'action.

Même pourvu du diplôme de docteur en médecine, un hygiéniste sans culture générale ressemblera tout au plus à un agent sanitaire, sans doute un peu plus instruit, mais sortant d'une école où l'on forme ce que nous appelons « les sous-agents de l'hygiène » ou les « officiers subalternes ».

Dans toutes les circonstance de la vie, l'homme cultivé se révèle par une largeur de vues et une faculté de compréhension auxquelles le simple technicien ne saurait prétendre. Cette supériorité s'étend à toutes ses conceptions et à tous ses actes ; elle lui assure une envergure et aussi

une malléabilité due à une compréhension très supérieure de la psychologie des peuples ou parties de peuples auxquels il a affaire.

Heureusement, dans la carrière médicale, on rencontre beaucoup d'hommes cultivés et nous n'en voulons pour preuve que la proportion remarquable d'artistes, de littérateurs, de musiciens et de philosophes qui sont sortis du monde médical.

Je n'hésite pas à l'affirmer après une observation qui s'est poursuivie pendant 30 ans : seul le médecin possédant une haute culture générale fera un bon hygiéniste. J'ai encore eu, tout récemment, l'occasion de contrôler cette observation au cours d'un voyage d'études en Belgique où j'ai eu la bonne fortune de rencontrer un hygiéniste de haute culture.

Il ne faut jamais oublier que si le médecin a affaire à l'individu comme thérapeute, l'hygiéniste a affaire au peuple tout entier, et qu'il doit être en état de comprendre non seulement la psychologie des individus, mais même celle des foules, que par là il est un sociologue et que pour cela il est obligé d'être à la fois un observateur, un penseur, un philosophe, un éducateur, en même temps qu'un réalisateur. Cette partie de son rôle, il ne pourra l'assurer que s'il possède — la culture générale dont nous parlons.

Il est évident que cette culture générale ne peut s'imposer par l'étude de programmes déterminés, ni être sanctionnée par des examens, car elle est uniquement affaire d'efforts individuels, mais sachez bien, et surtout les jeunes, que vous ne serez des hygiénistes complets que si vous avez fait cet effort individuel.

***

Il ne nous reste plus à examiner que la question des études à l'Institut d'hygiène et la différenciation de leurs applications suivant les régions.

Ce que nous avons déjà écrit dans les travaux auxquels nous faisons allusion en tête de cet article nous permettra d'être maintenant bref.

En ce qui concerne le programme d'études des instituts d'hygiène, je renvoie à mes articles de la *Presse médicale* de 1925 et du *Concours médical*, en 1930, ainsi qu'à la Charte française d'hygiène. Ces programmes doivent donner au jeune médecin les multiples compléments d'instruction dont il aura besoin comme hygiéniste. Mais alors que les cours des instituts d'hygiène ne durent, aujourd'hui pas, plus d'une année, nous estimons qu'ils devraient avoir une durée de deux ans. La première année serait consacrée à l'enseignement « ex cathedra », Pendant la seconde année, et tout en demeurant sous la haute direction de l'Institut d'hygiène, les futurs hygiénistes devraient être placés auprès de directeurs municipaux pendant six mois, et de directeurs départementaux pendant six autres mois, de façon à les rompre à la mise en pratique si délicate de l'instruction encyclopédique qu'ils auront acquise. Là ils mettraient vraiment la main à la pâte, examinant des plans, contrôlant des constructions, faisant des enquêtes pour la salubrité, dressant les dossiers destinés à la Commission d'hygiène, suivant les actions engagées au Conseil de préfecture, surveillant la vaccination, contrôlant la désinfection, s'occupant des nourrices, de la protection des enfants du premier âge, apprenant à capter l'eau ou à la filtrer, visitant des industries insalubres, s'occupant de lotissements neufs ou de lotissements anciens, etc., etc.

Cette idée du stage d'application a d'ailleurs déjà été émise par plusieurs d'entre nous au cours de nos réunions syndicales ou au cours de différents congrès, mais elle n'a encore, jusqu'à présent, reçu aucun commencement d'application.

***

Actuellement, grâce à l'organisation administrative défectueuse de l'hygiène en France, un hygiéniste est nommé pour le poste qu'il occupe et ne peut jamais permuter. C'est une très grave erreur, qui constitue l'un des empêchements à nous assurer un bon cadre d'hygiénistes.

Dans l'armée ou dans la marine, au contraire, les officiers pourvus de leur grade, vont dans une première garnison, dans une première colonie, sur un premier navire, puis sont mutés au cours de leur carrière dans d'autres colonies, dans d'autres villes, dans d'autres régions, sur d'autres navires. Ainsi, lorsqu'ils arrivent dans les grades supérieurs, ont-ils appris à connaître les différentes régions du pays ; et la connaissance de ces différences régionales a encore une bien plus grande importance en hygiène que dans l'Etat-Major.

Aussi, importerait-il beaucoup que, lorsque le jeune hygiéniste sort de l'Institut d'hygiène avec son diplôme, il soit nommé : 1° sans aucun nouveau concours pour telle ville ou tel département, ce concours étant inutile puisqu'il est diplômé, et que cette nomination ne s'applique pas exclusivement à la ville ou au département de début. Il importe, au contraire, qu'au cours de sa carrière l'hygiéniste puisse voir les différentes régions de la France et comprendre que, tout en appliquant partout les mêmes principes, la même doctrine, il doit cependant en faire varier la forme pour les adapter d'une manière convenable aux choses et aux gens de la nouvelle ville ou de la nouvelle région où il exerce son pouvoir.

Lorsqu'il aura ainsi parcouru une partie du

territoire de la France et peut-être même des colonies, lorsqu'il aura vu l'hygiène civile, l'hygiène militaire et l'hygiène navale, il arrivera aux échelons supérieurs de la carrière avec une connaissance indiscutable de sa belle profession, et une autorité qui lui permettra d'entrer de droit dans les grandes conseils.

C'est dire, en somme, que les voyages forment l'hygiéniste et ceci est tellement vrai que la S. D. N., qui n'a rien inventé en matière d'hygiène, a cependant pris l'initiative de faire voyager les hygiénistes. La manière dont elle les fait voyager n'est pas toujours très heureuse, mais enfin l'idée est bonne.

Dans un pays bien organisé, les hygiénistes nationaux doivent voyager à l'intérieur du territoire ou dans les colonies; c'est seulement à ce prix qu'ils deviendront des hygiénistes complets.

Un exemple concret achèvera de faire comprendre notre pensée : Le principe de la prophylaxie du typhus exanthématique réside dans la lutte contre les poux. Le moyen prophylactique, c'est l'épouillage. Eh bien ! il suffit, en France d'installer de simples bains-douches pour réaliser cet épouillage. Si au contraire, l'hygiéniste, est en fonction dans l'Afrique du Nord, le bain-douche prendra une forme nouvelle et deviendra le fondouk preventorium tel que celui que j'ai créé à Fez (1).

La manière d'appliquer le principe varie d'un pays à l'autre. Elle peut même varier d'une région à l'autre ou encore d'un département à l'autre ; c'est ce qu'un hygiéniste habile doit savoir faire.

***

Unité de doctrine, unité de culture ne sont donc pas des dogmes absolument rigides, mais, au contraire, des dogmes aussi souples que solides.

La comparaison avec l'épée de Tolède revient fatalement à l'esprit.

Peut-on espérer que dans une démocratie où l'on n'a pas encore eu le courage d'enrayer l'alcoolisme, on aura celui de doter un ministère et des Instituts d'hygiène de la force morale et de la puissance légale nécessaires à une action fructueuse en faveur de la santé publique ?

Peut-être.

Faisons encore confiance à notre pays qui, tant de fois au cours de son histoire, a su se redresser au bord du fossé, mais reconnaissons qu'il s'en approche toujours avec une trop grande imprudence.

Les idées que nous venons d'émettre sont essentiellement constructives, et, si on voulait les admettre, auraient une répercussion heureuse dans toutes les branches de l'activité nationale, car elles contribueraient pour une très grande part à rendre à notre pays la santé morale et la foi en la vie qui semblent avoir subi une si considérable diminution depuis 1918 (1).

(1) Voir *Bulletin* de l'Académie de Médecine, n° 15 nov. 1922 et visiter le Musée d'hygiène coloniale de Londres.

(1) Nous avions promis aux lecteurs du « Concours Médical », il y a un an, de leur donner un compte rendu du projet de loi sur la santé publique, alors en préparation. Ce projet vient seulement de nous parvenir. Nous en donnerons donc le compte rendu critique d'ici la fin de l'année.

XVe CROISIÈRE MÉDICALE DE « BRUXELLES MÉDICAL »

(*Suite et fin*) (*)

Le Spitzberg. La Banquise. Les Féroë. L'Ecosse.

LES GLAÇONS. — LE SPITZBERG. ICE-FIORD.

24 *Juillet.* — Au matin, les premières glaces en dérive se montrent à tribord. Sous le soleil qui a reparu, ce troupeau d'un genre tout nouveau a le plus vif succès parmi les passagers, les photographes surtout. Ces morceaux de la banquise ou des glaciers du Spitzberg ne sont pas élevés ; la banquise n'a guère qu'un mètre d'épaisseur, et les glaciers de cette région-ci n'ont jamais un front assez haut pour qu'il s'en détache des icebergs proprement dits. Les vraies montagnes de glace viennent du Groenland, où les glaciers sont formidables.

Les glaçons les plus importants ont un pied immergé d'un vert tendre très agréable. La glace qui émerge est d'un bleu de sel de cuivre très pur. Par-dessus le tout, un chapeau de neige d'une blancheur immaculée. Leur troupe suit un courant que nous longeons.

Vers le milieu de la journée apparaissent les premiers pics du Spitzberg, couverts de neige. Les sommets sont aigus comme des dents de scie. Entre eux, des glaciers, plus ou moins en pente, descendent jusqu'à la mer.

Les glaces continuent à flotter autour de nous jusqu'au moment où, vers 18 heures, nous entrons dans l'ICE-FIORD, qui découpe profondément la terre Oscar II.

Nous laissons à babord la longue ILE DU PRINCE GEORGES, que dominent des sommets, rangés en ligne droite. Un haut fond la rattache à la terre Oscar II, dont elle n'est guère, par conséquent, qu'un promontoire. Dans le fiord, l'océan glacial est d'un

(*) Voir *Concours Médical* n° 41

calme majestueux. Les montagnes et les glaciers se reflètent dans l'eau nette, un soleil resplendissant illumine constamment ce paysage rare, car il ne se couche plus pour nous.

Nous nous dirigeons vers la baie ADVENT pour visiter une exploitation houillère, le seul endroit actuellement habité du Spitzberg. Les collines qui bordent le fiord prennent un aspect spécial. La neige, qui les recouvre durant de longs mois en couche épaisse, entame en fondant le sol dans ses portions les plus fragiles, et chaque ruisseau creuse une rigole verticale. Il en résulte une véritable sculpture de la paroi à pic, ou presque. En certains points, on dirait les ruines d'un édifice cyclopéen, avec des colonnes d'un assez bel effet.

Le bateau mouille devant la petite cité de LONGYARD, habitée par un groupe de 300 mineurs environ, qui exploitent des mines où le charbon est à fleur de terre. Les maisons sont réunies dans un vallon. La rue principale est parallèle à un torrent qui descend de deux glaciers que l'on aperçoit à quelque cinq cents mètres en arrière des habitations. L'eau bourbeuse de ce torrent trouble le fond de la baie.

Nous descendons à terre et visitons le village qui, par extraordinaire, nous paraît très mal tenu, contrairement aux habitudes norvégiennes. Il y a une chapelle protestante, un médecin, un pasteur, des ingénieurs. Dans l'intérieur du pays, on pourrait rencontrer des rennes sauvages, des renards blancs, quelques lièvres, de nombreux oiseaux....On entend constamment le grincement des bennes de charbon, amenées par un téléférique au quai d'embarquement. C'est comme une plainte, qui plane, monotone, sur ce paysage désolé. Il y a quelque vague verdure au bord de l'eau, quelques petites fleurs rabougries, des mousses sur les pentes les moins dégradées par le ruissellement des neiges en fusion. Ces flots troubles, ces collines de boue, ces masures, les déchets qui couvrent le sol comme un terrain de banlieue mal tenue, les gémissements des bennes forment un ensemble d'une tristesse infinie : c'est lugubre !

Nous regagnons à minuit avec joie notre confortable navire, où nous nous plongeons, l'obscurité faite, dans un sommeil réparateur.

LA BAIE SASSEN. — LE NORDFIORD.

25 *Juillet.* — Ce fut peut-être le plus beau jour de la croisière. Le soleil, dès le matin, ne fut jamais plus resplendissant, la lumière plus favorable, la température plus agréable ; une réplique d'une belle journée de printemps de la Côte d'Azur.

A onze heures, nous quittons sans regret Advent baye, pour aller voir, dans la baie SASSEN, un peu plus avant dans les terres, la « montagne du temple », masse de terre glaise dorée par le soleil, dont la surface est creusée de manière à donner l'idée d'un alignement de colonnes juxtaposées, comme sur la façade d'un temple antique. Cette masse ouvragée, qui se reflète dans l'eau tranquille, avec son entourage de pics tachetés de neige, a une véritable grandeur.

Cliché C. Boulanger

FIG. III. — Spitzberg. — La Baie du Roi — Campement du Général Nobile.

Puis, nous gagnons le NORDFIORD, autre digitation de l'Icefiord. Voici, sur le bord de l'eau, plusieurs petites cabanes, assez éloignées les unes des autres, qui doivent servir de refuge aux chasseurs.

La journée s'achève en beauté. Dans la portion la plus profonde du fiord apparaît un nouveau temple, qui avoisine une sorte de pyramide. On se croirait transporté en Egypte, n'était la neige qui strie les hauteurs et les glaciers.

A un moment, donné nous sommes entourés d'une demi-douzaine de ces glaciers qui occupent toutes les vallées et descendent jusqu'à la mer où le flot les entraîne peu à peu. Les plus étroits sont recouverts de blocs de pierre et de poussière arrachés par le vent aux flancs des montagnes. Les plus larges demeurent, au centre, d'une blancheur impeccable.

Leur coupe, sur le front de mer, est évaluée à une vingtaine de mètres de hauteur. Nous passons devant une exploitation houillère hollandaise abandonnée.

La baie du roy. — Vogelsand.

Nous nous éveillons dans la baie du Roy, où le « Foucauld » vient de stopper devant le hangar du dirigeable du général *Nobile*, auprès d'une ancienne exploitation minière délaissée. Un double glacier occupe le fond de la baie. La journée est aussi belle que la veille ; les pics, en dents de loup, dont les arêtes noires émergent des neiges qui n'ont pas encore fondu, se dressent dans le ciel pur. Tout est inondé d'une lumière intense. L'eau est d'un bleu, qui doit être rare, en ces lieux si souvent couverts de nuées, sauf dans le fond des fiords où les glaciers la jaunissent du déversement de leurs boues. Les traînées de neige des pentes se reflètent dans le miroir marin sous forme de longues bandes laiteuses alternant avec des raies azurées.

Les petits icebergs qui flottent semblent trempés

Nous descendons en canot pour une promenade autour du Vogelsand, îlot couvert d'oiseaux, en bandes innombrables. Notre arrivée soulève de véritables nuages de ces volatiles, dérangés dans leur habituelle solitude. Le sommet de ce rocher, détaché de l'île d'Amsterdam, atteint 346 mètres. Quelques phoques apparaissent autour du navire, pendant le dîner. Dans la soirée, des passagers favorisés ont aperçu une baleine. Mais les fausses alertes sont si fréquentes, exploitées cyniquement par quelques farceurs, que l'on n'en croit même plus ses yeux, quand, sur les flots, émerge quelque objet insolite.

La soirée est d'une douceur exquise, le soleil, qui ne quitte plus l'horizon, semble multiplier, pour nos yeux ravis, des effets de lumière sur une mer d'un calme impressionnant.

Les soirs intensément lumineux durent à peine quelques minutes dans nos pays d'Europe, moins encore vers les zones tropicales. Ici, le soir et le matin se confondent sans qu'on puisse les différencier autrement que par l'heure.

Cliché C. Boulanger

Fig. IV. — Champ de glaces au 81° de latitude

dans une solution céruléenne de sel de cuivre. Des roches de granit rose se superposent, sur les monts, à des assises schisteuses de nuances diverses.

Après avoir quitté le fiord du Roy, nous entrons dans la baie de la Croix, de même aspect, moins nuancé peut-être, sous un soleil plus haut sur l'horizon. Puis, nous visitons la baie de la Madeleine ; enfin nous contournons l'île des Danois et l'île d'Amsterdam. Au nord de cette dernière, se trouve une bande de terre plate sur laquelle l'explorateur *Andrée* s'était établi, avait gonflé son ballon, et était parti avec une glorieuse témérité, à la conquête du pôle. Son guide-rope, sur lequel il comptait pour lui servir de point d'appui et diriger quelque peu son aéronef, l'ayant abandonné presque immédiatement, on sait comment tourna sa tragique aventure....

Nous nous dirigeons vers l'île Moffen, terre basse couverte de bois flottants, venus des fleuves de la Sibérie. Là, une brume épaisse met fin à la féérie de ces derniers jours. Nous ne reverrons plus le soleil, pour ainsi dire, sauf un jour, en Ecosse.

27 *Juillet*. — La Banquise. — Nous allons désormais à la recherche de la banquise qui, cette année, se trouve reportée beaucoup plus haut que le 80°, son emplacement habituel pendant les étés normaux. Des bancs de glace nous obligent à chercher un passage vers le nord-est. Le « Graff-Zeppelin » est signalé dans la direction de la terre François-Joseph. Nous sommes bientôt arrêtés par de nombreuses tables de glaces flottantes que le paquebot évite avec quelque peine, et pas toujours Et c'est alors le fracas du bloc que broie la proue du navire, malgré

son allure ralentie, et le raclement sinistre des fragments ainsi détachés le long de ses flancs.

Cet épisode, sous un ciel bas et gris, sur une eau couleur de plomb fondu, par un froid assez vif (+ 3°) ne rappelle en rien les visions rayonnantes de ces derniers jours. Après avoir en vain cherché la banquise à l'est, nous revenons vers l'ouest, puis au nord, atteignant ainsi 81° 20' de latitude nord. Sommes-nous enfin près de la banquise ? Elle semble fuir devant nous, et nous sommes derechef arrêtés par une immense plaine de glaçons accolés. Le pilote norvégien, à bord, conseille de ne pas chercher à nous y frayer une route difficile et dangereuse avec un navire qui n'est pas fait pour ce genre d'expédition. Nous ne pourrons pas battre le record du Stella Polaris, qui a pu s'avancer jusqu'à 81°30'. Il faut se résoudre à revenir vers le sud, à la grande satisfaction d'une partie des passagers. Notre petite déception s'exprimera dans une chanson à la fin de la croisière, au moment de la Revue finale.

28 *Juillet.* — LE RETOUR. — La nuit a été agitée ; un bon nombre d'entre nous ont la mine de circonstance : l'air absorbé, les traits tirés, le teint verdâtre, la parole rare et un manque complet d'appétit ; mais cela ne dure pas.

Marche lente, en raison du brouillard, souvent épais. Mais nous sommes loin de toute terre, dans une partie de l'océan glacial fort peu fréquentée. Il n'y a rien à craindre. Nous retrouvons des glaces flottantes aux formes variées, mais pas d'iceberg véritable.

29 *Juillet.* — Le paquet de coton dans lequel nous nous débattons est toujours aussi épais. La jeunesse n'ayant plus de distractions extérieures commence à entrer en effervescence ; l'âge mûr et l'âge..... plus avancé protestent. Un conflit va-t-il naître ? Tout finit par s'arranger. C'est l'absence de nuit qui a dérangé les combinaisons habituelles de la vie, et aussi l'invraisemblable mentalité de certains éléments qu'on aurait aimés, pour un meilleur souci de leur dignité, moins turbulents.

30 *Juillet.* — On s'amuse à bord comme on peut, suivant les goûts de chacun. Le bateau roule ; le ciel et la mer n'existent plus. Le soir pourtant, la nue s'est déchirée et un rayon, un seul, a traversé comme une flèche d'or la salle à manger, nous apportant la promesse d'un temps meilleur. Promesse hélas ! qui ne fut pas tenue.

31 *Juillet.* — Jean MAYEN.

Nous sommes, nous devons être dans les parages de l'île Jean Mayen, entre la Norvège et l'Islande. Mais comme nous ne voyons pas à 10 encablures, que le poste des savants de l'observatoire de l'île ne répond pas à nos appels, nous voguons doucement en attendant les événements. Or, vers midi, un coup de sirène annonce la terre ; la brume se dissipe, le rivage de l'île cherchée est entrevu.

C'est un bloc volcanique en deux parties ; l'une basse, allongée, étroite, est constituée par une ligne de cratères peu élevée au-dessus des eaux. Mais à l'extrémité nord de cette ligne, un pic de 2.600 m. surgit, solitaire. L'ensemble rappelle quelque peu un chandelier garni de sa chandelle. Un voile de nuages cache le volcan principal, sur la plus grande partie de sa hauteur. Pourtant, un instant, il fut possible d'en apercevoir le sommet éteint, couvert de neige. Les parties basses de l'île sous l'aspect de coulées de laves, comme figées sur place. La végétation, rare, est plus importante qu'au Spitzberg ; on aperçoit des arbrisseaux, des fleurs, en plus des mousses nordiques. Des oiseaux nombreux hantent ces parages.

1er *août.* — La navigation continue dans les mêmes conditions de brume monotone ; tout est gris.

2 *août.* — Vers 5 h. 30, une terre est en vue ; ce sont les FÉROÉ, qui appartiennent au Danemark, mais forment un groupe politique presque indépendant. Le soleil levant colore les collines les plus proches et nous compose un beau film, trop éphémère. Nous entrons dans un chenal, le WEASTMANNA SUND, entre deux îles, STRONIO et VAAGO. Nous devions primitivement débarquer à KIRKEBO, et de là, aller à pied à TORNHAV, la capitale. Mais le rivage n'offre aucun point commode pour le débarquement de passagers aussi nombreux. Il faut gagner la ville principale par le NOLSOFIORD, entre l'île Stronio, et un îlot appelé Nolso.

Le « Foucauld » stoppe devant le port ; nous y descendons suivant le mode habituel. L'agglomération est petite, à l'extrémité d'un vallon dont l'axe est occupé par un torrent qui descend des hauteurs voisines. Ici, il n'y a plus de neige, ni de glaciers. On trouve de la verdure sur les bords du cours d'eau, et autour des maisons éloignées du port, des jardins potagers bien cultivés encore que très en retard sur les nôtres. Les habitations sont du type ordinaire des maisons scandinaves, en bois sur soubassement de pierre, pour la grande majorité.

Tout est très propre. Bien que ce soit dimanche, quelques magasins entr'ouvrent leurs portes pour laisser pénétrer d'éventuels acheteurs. Beaucoup d'hommes et de jeunes gens, quelques petites filles sont en costume du pays, les uns en culotte courte et bonnet genre napolitain, les autres en camisole blanche et gilet brodé, avec un bonnet du type des petites bretonnes bigoudens.

Les ressources du pays proviennent de la pêche. On y fait un commerce assez important des diverses préparations que permet le grand dauphin, qui vient en bandes nombreuses chaque automne se faire tuer dans l'archipel. Les 20.000 habitants des Féroé sont Danois, parlent danois officiellement, mais emploient entre eux un dialecte scandinave. Ils luttent pour rester indépendants autant que possible.

La pêche à la morue, leur seconde grande ressource, est pratiquée par eux, aux abords de l'Islande. Le principal propriétaire des environs de TORNSCHAW est venu nous rendre visite à bord avec sa femme et ses neveux ; il ne nous a quittés qu'a-

près avoir navigué quelque temps avec nous, pour regagner ensuite, seul, son île, sur une frêle embarcation genre doris, conduite à la rame seule. Vers 17 heures, départ en contournant SANDO et en longeant SYDERO ; les îles offriraient des points de vue remarquables, sans la brume qui, trop souvent, voile les sommets, ou même tout le paysage. Nous mettons le cap sur l'Ecosse. La nuit est revenue, courte encore, mais sensible néanmoins.

3 *août.* — Nous paraissons entraîner le brouillard avec nous. La mer est calme, sa surface est unie, et pourtant, on ressent de lentes et longues ondulations qui fatiguent peu à peu.

4 *août.* — Au matin, le navire jette l'ancre. Horizon bouché, à cause de la buée sempiternelle ! Un vapeur écossais à roues vient nous chercher pour nous transporter à LEITH, le port d'Edimbourg. Avec un temps pareil, nous ne verrons pas grand chose.

La ville maritime émerge lentement du brouillard dense. Nous montons en autocars, gagnons EDIMBOURG qui est trempée par le crachin, puis nous gagnons la campagne. Par une chance, sur laquelle nous ne comptions guère, nous n'avions pas fait 20 km. dans la direction de MELROSE que le soleil, enfin, perce les nuages et nous apporte quelque chaleur.

Nous apercevons désormais la terre d'Ecosse, riche en bois, en prairies, avec des landes immenses couvertes de bruyères roses. Les moutons sont très nombreux et de belle race.

On nous conduit d'abord à DRYBURGH-ABBEY voir les restes imposants de l'église abbatiale gothique, détruite par Henri VIII. On y vénère le tombeau de Walther Scott, et du Maréchal Haig.

De là, par un chemin d'où l'on a, sur une colline, la vision charmante d'une riche vallée, nous allons à l'abbaye de Melrose, détruite par le même souverain antipapiste. Puis, nous sommes autorisés à visiter le manoir de Walter Scott, encore habité par un descendant direct du romancier.

Nous rentrons à Edimbourg pour déjeuner et visiter les principaux monuments, souvent très intéressants.

La plus belle promenade a lieu à la citadelle, d'où la vue panoramique est de toute beauté. On embrasse toute la capitale. Au loin, sur la mer, notre « Foucauld » s'entrevoit. Le monument aux morts de la grande guerre est conçu comme une église, avec au centre, un immense St Georges suspendu à la voûte principale. Tout l'ensemble a le plus grand air.

5 *août.* — *En mer pour le retour.* — Nous avons pu admirer, en quittant Leith, l'immense pont métallique jeté sur le Forth ; c'était le plus grand du monde, avant l'achèvement de celui de Landerneau qui, pour le moment, tient le record de la longueur. Au cours de la soirée, une revue improvisée par quelques passagers idoines, a rappelé, avec infiniment d'esprit et de gaîté, les principaux événements de la croisière ; nous en fûmes les spectateurs amusés et ravis.

Demain, nous serons à Zeebrugge. Il faut songer aux inévitables et pénibles séparations, et aux préparatifs de départ. Jusqu'au dernier moment, la mer du Nord se montrera aussi clémente que l'Océan glacial.

6 *août* — Nous abordons au quai de Zeebrugge vers 15 h. Il est possible de descendre à terre prendre un peu d'exercice qui nous manque depuis si longtemps, après avoir dit adieu à nos amis belges qui nous quittent ici.

7 *août.* — Dès la veille nous étions en vue des feux de Dunkerque; mais il a fallu attendre la marée pour aborder ; c'est ce qui a lieu ce matin.

La croisière est terminée, nous laissant des souvenirs inoubliables, principalement de cette région boréale du Spitzberg, où il est difficile de pénétrer en raison de son éloignement et par le fait que la brume trop fréquente empêche de voir les détails si pittoresques des très nombreuses découpures des îles solitaires.

Un train spécial prend les touristes sur le quai et à treize heures, sans arrêt, nous sommes à Paris.

Qu'un remerciement chaleureux, adressé aux Commandants CARION et DE GERLACHE, soit le dernier acte de cette belle croisière, fort bien conçue, très bien conduite, favorisée pendant la partie principale de son parcours par un temps exceptionnellement beau ; elle mérite, et ses organisateurs aussi, des louanges sincères, et suscite des sentiments de reconnaissance dont je veux être assuré d'être ici le fidèle interprète.

N'y a-t-il pas lieu d'insister sur le rôle du Commandant DE GERLACHE, directeur général de la marine en Belgique, dont la présence à bord du « Foucauld » a été, pour ceux qui connaissent quelque peu sa brillante carrière, un gage de sécurité et d'intérêt ?

Sous les auspices du grand explorateur belge du Groenland, de l'Antarctique, de la Mer de Barnets et du Spitzberg, que les prouesses de la « Belgia » notamment ont porté au rang des pionniers les plus illustres de l'un et l'autre pôle, nous ne pouvions manquer de voir, et bien voir, tout ce que notre itinéraire pouvait présenter d'important, dans tous les domaines.

C'est grâce à la condescendance, pour les profanes que nous sommes, de l'infatigable marin, que nous avons été informés, intéressés, documentés de la façon la plus aimable sur chacune de nos escales, que les rochers, les îles, les flots nous ont parlé un langage des plus captivants, et n'ont pas été pour les passagers simplement de la pierre, de la terre, et de l'eau quelconque.

Que l'expression respectueuse de notre particulière gratitude aille jusqu'à lui ! ! !

Je ne terminerai pas cependant, sans évoquer le grand plaisir que j'éprouvai à rencontrer, à bord du « Foucauld », de nombreux membres du « *Concours médical* », avec lesquels je n'ai cessé d'entretenir les rapports les plus cordiaux et les plus sympathiques.

Dr GARRET DE LA BELLIÈRE,
Médecin colonel en retraite.

VARIÉTÉS

Dieu est-il Latin ?

NON répond notre sympathique confrère LAVALLÉE *dans l'article suivant que beaucoup qualifieront d'amusant paradoxe.*

C'est une question qui se pose sans irrévérence ; puisque, aussi bien, les traverses où nous entraînent nos instables destins paraissent confirmer qu'il n'est décidément pas Français.

Or, le problème de sa nationalité, en ces ères d'internationalisme et de bonne volonté entre les hommes, se pose avec urgence aux cœurs angoissés.

Est-il Latin ?

Il semble, en tous cas, réserver à la latinité ses bénédictions et sa toute puissante alliance. Une telle faveur qui ne s'est pas démentie depuis plus de deux mille ans constitue, à vues humaines, la marque indiscutable d'une dilection bien particulière.

Il n'y a pas moins, en effet, de vingt-deux ou vingt-trois siècles que la louve romaine a commencé à étirer ses griffes et faire claquer ses crocs et qu'ayant dévoré d'abord ses proches voisins, elle s'est mise à promener à la surface du monde sa silhouette mafflue.

Il en résulte bien du tracas pour le monde !

Mais enfin, à pousser ses légions et tailler en pièces ses ennemis, Rome obéissait à sa nature de conquérante : elle gagnait des provinces du même geste qu'elle avait, autrefois, rafflé ses femmes, à la foire d'empoigne.

Et comme un enrichi prétend, à mesure qu'il entasse, devenir « quelqu'un », le repaire de brigands haussait peu à peu sa taille et devenait une ville, mieux, la « Ville ».

Ainsi naquit et crût l'Empire Romain, Jupiter aidant.

Qu'un Latin du Latium trouve, en cette histoire, de quoi chatouiller son orgueil et sente s'éployer en lui l'âme inassouvie d'un *imperator*, j'y consens. Que l'Italien moyen d'aujourd'hui, rendu belliqueux par de telles traditions militaires, balaie l'ennemi d'un revers de main (quand l'ennemi se hasarde à l'affronter), qu'il se tienne crispé sur ses frontières, grinçant des dents, « *quœrens quem devoret* », c'est affaire d'hérédité.

Mais que nous, de ce côté des Alpes, nous revendiquions l'étiquette, comme un pedigrée de bonne origine, voilà qui passe mon entendement !

Certes, je n'ignore pas la conquête, l'invasion, la colonisation de notre vieille Gaule, et l'apparition de ces inquiétants hybrides qu'on appela les Gallo-Romains. Comme César n'indique pas qu'il ait fait suivre ses légions de bataillons d'amazones (et, tel qu'on le connaît, s'il l'avait fait, il l'aurait dit, plutôt deux fois qu'une), il faut donc admettre, à l'origine de ces êtres de transition, que les Gauloises aient succombé entre les bras des soldats et des colons romains.

Holà ! Mesdames nos aïeules ! !

Savez-vous qu'au XX^{e} siècle, lors de la dernière guerre, les femmes qui suivirent votre exemple furent traînées dans l'infamie ?

Mais pour vous, il est des grâces divines, et vos arrière-petits-enfants, bénissant vos faiblesses, se flattent avec suffisance de ce quelque chose de latin qu'elles leur valent aujourd'hui. Ainsi, les bâtards du Grand Roi tiraient orgueil de ce qui fait la confusion des petites gens.

Sans doute les Romains nous apportèrent autre chose que ce « quelque chose-là ». Et l'on va tout de suite nous rebattre les oreilles des monuments, des travaux d'art, de la Justice, de la Civilisation enfin,— Ouais ! toute cette civilisation, où les Romains l'avaient-ils prise eux-mêmes, sinon aux Grecs qui la tenaient des Egyptiens, lesquels l'avaient empruntée aux Chaldéens qui eux-mêmes..... ?

Au moment de la conquête de l'Hellade, les Grecs n'avaient pas assez de sarcasmes pour ces soudards de Rome, balourds, incompréhensifs et vaniteux. Ils étaient tout aussi soudards quand ils vinrent en Gaule. Mais ils avaient sur nos naïfs ancêtres cet inappréciable avantage : un général qui savait écrire. Il n'en faut pas plus pour empaumer le « tribunal de l'Histoire ».

Les Français révèrent inexplicablement le nom de César qui leur enleva leur liberté, et délaissent le souvenir de Vercingétorix qui, pour la défense de cette même liberté, combattit et mourut martyrisé dans un cul de basse fosse où l'avait galamment jeté son vainqueur. Aurions-nous l'âme servile ?

La civilisation romaine ? Certes, c'est quelque chose. Concédons qu'à son origine, elle apporte quelque bien : elle nous donne des routes et un code qui nous faisaient bien défaut, les routes particulièrement.

Mais comme nous l'avons payée cher !

D'abord, les Gaulois, dûment enrégimentés, furent invités à prendre leur part de gloire dans les conquêtes de Rome. Et ils allèrent ainsi essaimer leurs ossements sur les champs de bataille d'Afrique et d'Asie.

Et puis, cette civilisation, réfugiée pendant des siècles dans les monastères, tandis que le flux et le reflux des luttes battaient les murailles, faisant bouillonner une vie sauvage peut-être mais vivante, cette civilisation, recluse, quinteuse et rechignée, prétendit ne rien apprendre et ne rien oublier. Elle abrutit de ses règles caduques d'innombrables générations plus occupées à déchiffrer des grimoires qu'à découvrir la nouvelle face du monde.

Ce fut, pendant des siècles, le règne incontesté des cuistres.

Par une infortune singulière, au moment où semblait se relâcher cette étreinte sénile, survint ce que les Historiens, ces irresponsables humoristes, dénommèrent la Renaissance. Et de nouveau, ce fut la plongée dans le grotesque.

Les clercs reprirent vigueur et âpreté. La Sorbonne, atteinte de paralysie générale, rabâche doucement les textes vermoulus (voir comptes rendus de la célébration du quadri-centenaire du Collège de France), et discute éperdument sur des fadaises sans queue ni tête, la Faculté de Médecine bafouille en latin des « Purgonneries » qu'il eût bien mieux valu taire..... en français, les écrivains apeurés par l'ombre d'Aristote se mettent à l'alignement des trois unités et vont chercher l'inspiration dans les sempiternels ragots de la mythologie et de l'histoire ancienne, les artistes renient l'art national jailli de terre aux flancs des flèches gothiques et notamment à l'école des ancêtres. On sculpte ? On peint ? On cisèle ? Oui, des bonshommes tout amidonnés de l'impassibilité grecque et dont les visages ne savent plus ni sourire ni souffrir.

En somme, il nous a fallu attendre le XVIII^e^ siècle pour oser bousculer un peu ces traditions vétustes qui pèsent sur notre histoire comme une chape de plomb.

Ce qu'il y a de consolant, c'est que nous ne soyons pas les seuls à avoir fait preuve de cette docilité moutonnière : les Espagnols n'ont rien à nous envier.

L'invasion maure leur apporta une poussée de sève, des monuments, une culture qui ont bien leur prix. Mais non ! cela ne compte pas au regard des pas, brutalement imprimés dans leur sol, par les légions. Et eux aussi revendiquent avec ravissement la seule imprégnation latine.

Libera nos, Domine !

Ces réflexions moroses et blasphématoires je les ai rapportées, bagage imprévu, de l'Exposition Coloniale.

Allez-y : d'abord parce qu'il y a autre chose à en rapporter. Mais quand vous vous serez empli les yeux de tant de magnificences exotiques, franchissez d'un pas déférent le seuil de la basilique de Septime Sévère édifiée par l'Italie. Pénétrez dans la nef centrale, qui ne manque pas d'allure, et regardez les murs latéraux.

Deux représentations picturales, aux vastes proportions, requièrent vos yeux : à droite l'« Alma Mater » étageant ses monuments et ses palais aux flancs des Sept Collines. A gauche, l'« Imperium Romanum », au centre de quoi la Ville irradie, comme un soleil de gloire, des rayons d'or qui filent d'un trait jusqu'aux limites de l'Empire.

Limites pathétiques et solennelles séparant les provinces soumises dans on ne sait plus quel vague chaos où grouillent d'incertaines humanités. En somme, le Monde est là, et tout entier, traversé par la flamme romaine : la Mauritanie, la Numidie, la Cyrénaïque, l'Egypte, la Mésopotamie, la Thrace, la Dalmatie, l'Ibérie, la Bretagne et la Gaule aussi, hélas ! !

« Vous voulez, dit l'« Alma Mater », dénombrer vos Colonies ? Je serai heureuse de saluer les vôtres : voici les miennes ».

L'allusion, comme on le voit, ne manque pas de sel !..... ni de poivre ! !

Il a bien fallu me rendre à cette cruelle évocation.

Baissant la tête sous les regards impériaux, je me suis souvenu de l'humilité de mon extraction, de mes ancêtres tapis en quelque bauge de ce pays et heureusement élevés par le conquérant à la dignité humaine.

Et je suis sorti en coudoyant fraternellement un « Sidi » pouilleux qui se mouchait sur sa manche, un indigène comme moi sur le front de qui resplendit la flamme latine.

G. Lavallée.

OUI, répond notre distingué confrère et ami le professeur agrégé Vignes, *accoucheur des hôpitaux, dans un article publié par le* « Progrès Médical » *du* 18 *juillet* 1931.

Il ne faut point dire « Vive la Latinité » en sous-entendant « Vive l'influence française ». Certains ne s'intéressent aux Latins qu'avec des idées de propagande : le vilain mot de propagande ! Qu'il est discourtois ! Faire de la propagande, c'est s'imposer — ce qui est toujours indiscret.

Il faut être d'accueil bienveillant pour l'étranger ; il faut lui faire connaître notre travail, s'il en a la curiosité ; il faut le faire participer à notre travail s'il se présente comme un collaborateur zélé. Mais il faut, aussi, accomplir l'effort nécessaire pour assimiler son acquit — un acquit considérable en ce qui concerne les nations du Sud-Amérique.

Nous devons donc être reconnaissants à la

Revue qui nous permet de nous documenter sans nulle peine de traduction.

***

Je ne crois, d'ailleurs, pas que l'œuvre entreprise par la *Revue* soit la totalité de la tâche.

Qu'est-ce que la latinité ? Suis-je Latin ? ou Celte ? ou Germain ? Ai-je en moi plus de « gènes » méditerranéens ? ou de « gènes » barbares ? Je l'ignore. Mais je parle une langue dérivée du latin et mes maîtres m'ont façonné l'intellect suivant une tradition ininterrompue qui nous vient de Rome. Il en est de même à Rome, à Madrid, à Lisbonne, à Bruxelles, à Buenos-Ayres, à Rio, à Bucarest, en Haïti, à Québec, à Maurice, à Manille. Or, c'est là qu'est l'affaire.

Des cadres intellectuels semblables, — des langues qui se ressemblent, et tout cela centré par la connaissance de la langue latine, voilà l'essentiel de la Latinité. Il y aurait un effort à réaliser pour mettre sur pied à l'usage de tous les travailleurs — ceux de la médecine et les autres — une méthode de grammaire comparée, permettant d'utiliser tour à tour, notre français et l'italien et l'espagnol et le portugais, *L'Union médicale latine* que dirige avec tant d'éclat Dartigues a étudié récemment la question du latin considéré comme une possible langue scientifique universelle. Difficile. Mais pourquoi ne pas savoir utiliser les quatre patois de la langue latine ? Qui sait une langue d'origine latine peut, avec un peu d'application, manier les autres.

LA PAGE SANS MÉDECINE

A moi maillet frappeur et débourreur de crânes.....

(Docteur Moreau).

CDXLIII. — Jonathan Swift. — **Voyages de Gulliver.** Deux volumes 28,5 × 21,5 présentés sous emboîtage de luxe. Trente eaux-fortes en pleine page hors texte et trente-six bois en différentes couleurs de Gus Bofa. Tirage à 325 exemplaires numérotés. *Editions du Nord*, Bruxelles.

Il y a dans Swift l'équivalent de cette géniale aigreur de Voltaire, cette profondeur du ridicule voulu du Quichotte, cette grandeur du comique douloureux des grandes œuvres, où des aventures cocasses du héros se dégage une amère philosophie cruellement pessimiste. L'humour national colore à sa façon les déconvenues de Gulliver, où Swift passa ses rancunes personnelles, mais c'est bien ce caractère fondamental de sourde ironie, terrible sous son apparente mansuétude, qui donne à ce conte, où ne manquent que les fées maléfiques, sa force de survivance. L'édition, qui en est donnée à Bruxelles, a été l'objet de soins attentifs. La typographie est l'œuvre de Charles de Bruycker, qui dirige depuis vingt-cinq ans les cours de l'Ecole de typographie de Belgique ; les lettrines ont été spécialement dessinées ; le caractère est un Plantin médiéval corps 16, fondu à cette occasion. La mise en pages a été surveillée par Louis Malexis, qui a notamment établi des tirages épuisés avec rapidité, des *Lettres Persanes*, de l'*Eloge de la Folie*, des *Fables de La Fontaine*. Les eaux-fortes ont été tirées par Monnard sous la direction de Gus Bofa. Le texte complet, revu d'après l'édition originale anglaise et établi par Paul Angenot, a simplement subi une modification de la ponctuation, devenue par trop démodée et le rajeunissement de quelques locutions obscures

L'illustration a été confiée au plus terrible des observateurs contemporains. De même qu'en deux lignes il exécute un romancier dont il analyse la production, en traits d'une sécheresse d'acier crissant sur des chairs, Gus Bofa, prenant le burin, a composé pour le livre une galerie, où toutes les nuances de la causticité de Swift ont trouvé place. Et à ce propos on a cru devoir le comparer à Daumier ! La comparaison ne tient pas. Un artiste bon gré mal gré est façonné par l'époque où il vit ; les procédés de son époque l'emprisonnent, qu'il le veuille ou non, et, de même que les mots de Daumier et ses charges ont une aigrelette saveur louis-philipparde, les incisives études de Bofa ont le cynisme, la dure cruauté de l'après-guerre. De la fantaisie prodigieuse, de la miraculeuse imagination de Swift, il a dégagé avec une maîtrise folâtre toute la drôle gravité : avec une autorité très personnelle, il a traduit tous les étonnements de l'Aventure, symbolisée sur l'une des eaux-fortes par cette *Adventure*, dont il nous montre sur l'eau dansante du port le lourd dandinement du lourd château de poupe. Le classique épisode de la fixation de Gulliver par les cables ténus des Lilliputiens est très originalement traité. La même finesse nous enchante, quand il dessine la flotte menue, dont les vaisseaux tanguent, si Gulliver se promène jambes nues dans le port, ou quand, ramené aux proportions d'une fourmi, le voyageur est pris d'effroi devant un torse féminin de colossale contexture. Si ces mots ne juraient d'être rapprochés, on pourrait convenir qu'il a découvert un *burlesque pathétique*. Les détails de ses cuivres ont une schématique élo-

quence : il ne leur manque qu'un caractère secondaire fort courant cependant chez les graveurs qui se sont successivement accrochés aux éditions antérieures de cet ouvrage : la banalité.

CDXLIV. — Jean-Paul DUBRAY. — **Eugène Carrière.** 1 vol. 19 × 25, illustré de nombreuses reproductions. Collection l'Art et la Vie. *Editions Seheur*, Paris, 1931.

Je vous ai déjà signalé, aux mêmes éditions, le *Rops* somptueux du même auteur. Son *Carrière* est établi sur le même plan critique : préface de Jean Royère ; copieuse illustration en pleine page ; commentaire abondant et fort judicieux de l'œuvre du peintre. Dubray, qui est un des meilleurs critiques d'art contemporains, excelle à présenter sans flagornerie les mérites du sujet qu'il a choisi. Son style a de l'allant et son jugement est toujours empreint d'équité. Il marque pour Carrière la poésie simple et sincère de son talent, son adresse instinctive à jouer de la lumière et de l'ombre, sa sobriété technique (que Jean Royère appelle son « *ascétisme pictural* »). Il fait justice en passant des reproches peu fondés qui furent adressés à la douceur de son métier, au calme agencement de ses volumes et de ses couleurs, à sa traduction paisible de la vie et montre par un choix expressif l'unité de l'inspiration qui dicta à l'artiste la logique ordonnance plastique que les barbouilleurs auront toujours le droit de traiter avec le détachement et le dédain du renard de la fable.

CDXLV. — Paul LECÈNE. — **Fragments philosophiques.** 1 vol. 14 × 19. *Editions J. Vrin*, Paris, 1931.

Il y aura deux ans, le 29 octobre, que Lecène disparut en pleine activité. On va commémorer ce souvenir anniversaire. Les extraits choisis dans les carnets inachevés, où il notait l'impétueux bouillonnement de sa pensée, ont cette puissance ordonnée qui caractérisait sa science chirurgicale. Leur ferme éloquence (dont on peut prévoir ce qu'eût donné le libre épanouissement) le place au rang de ceux des nôtres que les lettres et la médecine sont fières de célébrer : Maurice de Fleury, Jean-Louis Faure, Charles Fiessinger, Dartigues, Farez, Guzman, etc.

CDXLVI. — Charles RICHET. — **L'Avenir et la Prémonition.** 1 vol. 12 × 19. *Editions Montaigne*, Paris, 1931, 12 fr.

Dans l'avant-propos de son livre, M. le Professeur Richet annonce que cette œuvre sera la dernière qu'il se propose d'écrire. Cette détermination de retraite volontaire montre la force de caractère qui anime toujours notre vénéré maître. *En écrivant comme œuvre finale ce* passionnant essai sur l'angoissant problème de l'Avenir dans ses rapports avec la prémonition il a voulu vraisemblablement nous montrer l'importance qu'il attachait à cette grave question qui met en jeu la question de notre volonté et celle de notre liberté. Les faits qu'il cite sont extrêmement troublants, et son argumentation doit emporter la conviction de tous les lecteurs de bonne foi. Maeterlinck avait vu ce problème en poète mystique. M. Richet l'a examiné avec l'impartialité d'un savant : il élimine la fraude, le hasard et arrive avec une sereine gravité à cette conclusion terrible que l'avenir est *déterminé*. Le faisceau d'arguments scientifiques qu'il a rassemblés, comme les éléments d'un stoïque testament philosophique, méritent de retenir toute notre attentive et déférente considération.

CDXLVII. X Myriam HARRY. — **Amina, ma Colombe.** Roman. 1 vol. 12 × 19. Editions Flammarion, Paris, 1931, 12 fr.

Sous ce titre un peu trop langoureux, M. H. a écrit un *excellent* roman : une réplique modernisée des douloureuses *Désenchantées*. Le conflit que Loti pressentait arrive, avec l'héroïne de M. H., à son maximum de violence : s'affrontent culture, sentiments européens et la rigide discipline des coutumes musulmanes. A Damas, dans les vieux souks, M. H. aurait trouvé le « journal » de cette aventure. Sa princesse est, à mon avis, de légende ; mais nous lui garderons une vive reconnaissance d'avoir évoqué avec cette précision la Syrie, les âmes ardentes de l'Islam, d'avoir dépeint avec ces câlines inflexions, ce charme romantique sans mièvrerie, la passion qui les enfièvre. Et tout cela, qui aurait fait battre un peu plus vite nos cœurs de vingt ans, les réchauffe comme une brève flambée d'automne. Il y a, chemin faisant, dans le livre, à ce propos, une vieille tante qui n'a pas désarmé et qui tâche de vocaliser avec l'application qu'Amina apporte à moduler son roucoulement.

CDXLVIII. — Charles OULMONT. — **Paris.** 1 vol. 14 × 19 illustré par Bécan. *Editions Berger-Levrault*, 1931, 15 fr.

Voici qui vous consolera du pamphlet-crécelle de ce cher M. Pettinato (1). Paris qui travaille, qui joue, qui danse ; théâtres, verrues, beautés de la ville, frivole et solide, où flotte un air particulier qui a échappé à la vigilante attention de M. Pettinato. Ce livre très prestement tourné semble de la même veine que l'*Epoque* dont je vous avais dit beaucoup de bien : il a été écrit par un homme d'esprit et sa compagnie ne saurait vous déplaire.

(1) *A Paris avec les Français.* **Editions Firmin-Didot.**

Varia **

Dans les *Nouvelles Littéraires* du 26 septembre, Robert Kemp éreinte le crétin anonyme qui, chargé d'un courrier littéraire, IGNORAIT notre vénéré confrère, le Dr Armaingaud, chartiste patient au service de Montaigne, et se gaussait de son élévation dans la Légion d'honneur.

Tableau d'honneur ***

La pathologie vue par les Gens de Lettres*

On consultera avec fruit, à ce sujet, le grand livre de Leredde, sur la syphilis familiale. Mort prématurément, le docteur André Colin faisait, à chaque nouveau-né de parents douteux ou « certains » (quant au tréponème) une injection préventive. Il avait remarqué que tous les cas de convulsions et d'affections certaines, ainsi que d'ictère grave, du premier âge, relevaient du redoutable spirochète pâle, lequel contracte, avec le spermatozoïde initial, une indiscutable alliance.

***

Un cri! Irma a mis les mains sur ses oreilles. Mélie descend sur le dos, d'un seul trait, vingt dures marches. Ses vertèbres disjointes ont craqué ; la moelle étirée, la pauvre vieille n'est plus qu'un hurlement de douleur... Irma n'en demandait pas tant, et surtout, ne pas voir, ne pas entendre !

***

— Est-ce grave ? demanda Charles.

Homme d'âge mûr, visage socratique et yeux volontiers ironiques, le médecin répondit :

— Nous le saurons plus tard. Cependant, il ne semble pas que cela ait pris mauvaise tournure. Mais l'apoplexie menace toujours le malade de divers collapsus, entre autres l'embolie.................................

Il se levait pour la cérémonie nuptiale, il ne put s'empêcher de dire :

— Jamais, je ne me suis senti aussi bien... jamais !...

Comme il disait ces mots, il chancela, il étendit les bras, et il allait tomber, lorsque Charles le retint.

— Le collapsus ! exclama le médecin qui avait accompagné le cortège...

28 septembre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

— **Erratum.** — Ma chronique du n° 40 ne comportait pas le Tableau d'honneur habituel.

Une perle de toute beauté n'en a pas moins glissé au cours de mon texte. A la page 3033, j'avais écrit : LES JEUNES SE DÉCIDENT... A ; et vous avez pu lire : *les jeunesses décident... à*

Je ne suis pas responsable de cette *décision* peu grammaticale. *Cuique suum* ! !

5 octobre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre Saint-Georges

« Les Autres »

Comédie en 3 actes de Monsieur Georges BEER.

On peut dire de Monsieur Georges Berr qu'il est un des auteurs possédant au plus haut point, à l'heure actuelle, la technique du Théâtre. Sa carrière de comédien qui fut brillante et où il a fait preuve au maximum des qualités indispensables de l'interprète : claire intelligence, sensibilité profonde et assimilation parfaite, valorise dans cet ordre d'idée même le vieil adage : avant de commander, apprends à obéir, et dans sa nouvelle pièce : « les Autres », il est clair qu'il sait camper solidement un type, diriger avec sûreté une scène ou un dialogue, utiliser élégamment les effets. Mais, s'il nous fait penser à Labiche, il nous rappelle aussi Francis de Croisset à certains instants ; l'optique de la scène et le relief des caractères ne s'allient-ils pas parfaitement chez lui à la fraîcheur et à la finesse dans l'expression des sentiments ? Même si à certains moments, nous ne savons plus bien si nous sommes dans le vaudeville ou dans la comédie dramatique, comme à la fin du premier acte par exemple, sa vigueur et sa dextérité dans l'art d'animer ses personnages nous fait reléguer au second plan cette gêne intérieure qui en résulte pour le spectateur et que nous serions tenter de lui reprocher.

Dans cette pièce, Monsieur Georges Berr a créé un type de philantrope qui tout en se dépensant sans compter pour « les Autres », est au fond de lui-même un parfait égoïste. Je crois bien que c'est seulement à l'analyse de ce caractère que l'auteur s'est attaché et de la façon la plus réjouissante, et qu'il ne faudrait pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit, ce qu'il ne pense peut-être pas lui-même, à savoir, que tous les altruistes ne le sont qu'en façade et qu'au fond, ils ne cultivent que leur moi, ne cherchant à la faveur de leur popularité que profits personnels et satisfaction de leurs propres passions.

Le sénateur Lavalette (Harry-Baur) à la tête de plusieurs œuvres sociales et de bienfaisance, vient de sauver Paul de Gerville (Louis Scott) son propre locataire, en se jetant à la Seine pour l'y repêcher. De Gerville voulait se suicider pour une femme mariée séduisante et jolie : Lysiane (Diana) qui refusait de devenir sa maîtresse.

Dans l'explication, qu'après cet événement, La-

valette et De Gerville ont ensemble, Lavalette apprend que c'est de sa propre femme qu'il s'agit; il pousse l'altruisme (! ?) jusqu'à remettre Lysiane aux mains de Gerville et accepter même qu'ils restent tous deux sous son propre toit ; — altruisme de façade, car tout d'abord, Madame Lavalette possède un caractère impossible et tout ce qu'il faut par ses dépenses exagérées pour ruiner rapidement la fortune la mieux assise ; de plus, une jeune sténo-dactylo érudite, intelligente et jolie : Claudine (Renée Devillers), vient d'être engagée quelques temps auparavant par Lavalette et le rusé philantrope voit en elle celle qui remplacera fort avantageusement sa femme (1er acte).

Hélas, il apprend que Claudine est fiancée à Julien Laloy (Pierre Stephen) sans situation et sans fortune; par bonté d'âme, il recevra Laloy sur les instances de Claudine, mais...... pour l'évincer, il le persuadera que Claudine n'est pas la femme qu'il lui faut, il est prêt à lui avancer la forte somme pour sauver la maison de commerce de son vieil ami Brunin (Joffre), mais à la condition de prendre le cheval avec le cabriolet, c'est-à-dire d'épouser Mademoiselle Brunin. Ebloui, le jeune Laloy écoute les sages conseils de Lavalette et pendant quelque temps, délaisse Claudine. Lavalette croyant arriver à ses fins s'empresse auprès d'elle pour la consoler et par bonté d'âme, tente de la persuader qu'il veut la sauver, lui avoue qu'il l'aime et veut en faire sa femme (une des meilleures scènes de la pièce); Claudine qui aime toujours Julien feint d'accepter (2e acte).

Mais au 3e acte, c'est l'effrondement des projets de Lavalette qui, malgré tout retombera sur ses pattes. Julien qui a revu Claudine ne veut plus de la combinaison Brunin, d'un autre côté, Lysiane ne peut plus supporter la vie commune avec Paul de Gerville qui lui tient tête et lui coupe les vivres et, comme le divorce n'est pas prononcé entre Lavalette et elle, comme d'autre part, si Lavalette la reprenait, le père de Lysiane, homme politique fort influent, offrirait à celui-ci un portefeuille, le rusé philantrope se fait une douce violence, il réconcilie Julien et Claudine en souffrant un peu et reprend sans difficulté d'ailleurs Lysiane à de Gerville.

Cette excellente comédie qui, est pour le Théâtre Saint-Georges un gros succès en perspective, nous change un peu des pièces où l'analyse psychologique poussée dans ses derniers détails est une fin au détriment quelquefois de la synthèse des sentiments et de l'utilisation des événements. Cela nous ramène à une tradition qui a fait ses preuves et qu'il est toujours bon de sauvegarder.

Je ne tarirai pas d'éloges sur l'interprétation qui est de tout premier ordre : Harry Baur est étonnant de vérité dans son rôle écrasant, Mademoiselle Renée Devillers, exquise, fine, et naturelle au possible comme dans toutes ses compositions d'ailleurs, et les autres rôles forts excellamments rendus par les artistes que j'ai ci-dessus mentionnés.

Jean Séjournet,

De la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (Deuxième série) par MM. les Docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé, Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, de Peretti, Suzor, Bidoire, Fleury, chefs de clinique, et anciens chefs de clinique, de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 19 octobre 1931 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 19 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations des nourrissons. — 18 heures, M. Vaudescal : Les albuminuries au cours de la grossesse.

Mardi 20 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur Brindeau. — 17 heures : Présentation de malades. — 18 heures, M. Bidoire : De l'hydramnios.

Mercredi 21 octobre. — 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. Policlinique. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons. —16 heures : Présentation de malades. — 18 heures, M. de Peretti : Indications du forceps. Forceps sur le sommet.

Jeudi 22 octobre. — 9 h. 1/2 : Leçon par M. Metzger, agrégé. — 10 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations. — 16 heures : Visite du musée. — 18 heures, M. Suzor : Les présentations de la tête défléchie.

Vendredi 23 octobre. — 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. — 16 heures : Présentation de malades. — 18 heures, M. Bidoire : La présentation de l'épaule et son traitement.

Samedi 24 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur Brindeau. — 16 heures : Exercice prati-

que du forceps. — 18 heures, M. DE PERETTI : Conduite à tenir dans les cas de tumeurs abdominales et pelviennes compliquant la grossesse.

Lundi 26 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures, M. SUZOR : Les dystocies d'origine cervicale.

Mardi 27 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur BRINDEAU. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures, M. SUZOR : De la procidence du cordon.

Mercredi 28 octobre. — 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes (policlinique). — 10 h. 1/2 : Leçon par M. CHEVALLIER, agrégé. — 16 heures : Exercice pratique du forceps. — 18 heures, M. DESOUBRY : Les hémorragies de la délivrance et des suites de couches.

Jeudi 29 octobre. — 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultations. — 16 heures : Exercice pratique : La version par manœuvres internes. — 18 heures, M. LANTUÉJOUL : Des hémorragies inter-utéroplacentaires.

Vendredi 30 octobre. — 9 h. 1/2 : Présentation de malades (Maternité de l'hôpital Bretonneau. Service de M. Marcel Metzger, agrégé). — 16 heures : Exercices pratiques : L'extraction du siège. — 17 heures, M. DESOUBRY : Les embryotomies.

Samedi 31 octobre. — 9 h. 1/2 : Examen des femmes enceintes. — 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur BRINDEAU. — 16 heures : Exercices pratiques : L'embryotomie céphalique. — 18 heures, M. LANTUÉJOUL : Les pelvitomies dans les bassins rétrécis.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Chaire de clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par MM. E. RIST et P. AMEUILLE, avec la collaboration de MM. L. RIBADEAU-DUMAS, P. JACOB, M. LEVESQUE et A. RAVINA, médecins des hôpitaux ; A. MAURER, chirurgien des hôpitaux ; G. MAINGOT, électro-radiologiste de l'hôpital Laënnec ; J. ROLLAND, chef de laboratoire ; MM. E. BRISSAUD, E. COULAUD, F. HIRSCHBERG, Mlle J. FONTAINE et M. E. HAUTEFEUILLE, assistants ; M. A. SOULAS, assistant d'oto-rhino-laryngologie ; M. EVROT, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 26 octobre 1931, à 11 heures, à la salle des conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laënnec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Lundi 26 octobre, à 11 heures, M. RIST : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire : à 16 h. 30, M. ROLLAND : Le bacille tuberculeux. — Mardi 27 octobre, à 16 h. 30, M. COULAUD : Tuberculine et réactions tuberculiniques. — Jeudi 29 octobre, à 11 heures, M. RIST : Valeur diagnostique et pronostique des symptômes fonctionnels et généraux dans la tuberculose pulmonaire ; à 16 h. 30, M. ROLLAND : L'allergie tuberculeuse. — Vendredi 30 octobre, à 16 h. 30, M. HIRSCHBERG : Technique du pneumothorax artificiel. — Samedi 31 octobre, à 11 heures, M. RIST : Les signes de percussion et leur notation graphique ; à 16 h. 30, M. SOULAS : La laryngite tuberleuse (diagnostic ; formes laryngo-pulmonaires ; traitement). — Mardi 3 novembre à 16 h. 30, M. RIST : Les signes d'auscultation et leur notation graphique. — Jeudi 5 novembre, à 11 heures, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose du nourrisson ; à 16 h. 30, M. JACOB : Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 6 novembre, à 16 h. 30, M. HIRSCHBERG : Accidents et complications du pneumothorax artificiel. — Samedi 7 novembre, à 11 heures, M. AMEUILLE : Les lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire ; à 16 h. 30, M. BRISSAUD : Formes évolutives de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 9 novembre, à 11 heures, M. LÉVESQUE : La tuberculose de la seconde enfance ; à 16 h. 30, M. SOULAS : Rôle de l'endoscopie rhino-pharyngée et trachéo-bronchique dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil respiratoire. — Mardi 10 novembre, à 16 h. 30, M. COULAUD : La vaccination par le B. C. G. — Jeudi 12 novembre, à 11 heures, M. RAVINA : La cure d'aération et de repos ; à 16 h. 30, M. BRISSAUD : Thoracoscopie et section de brides dans le pneumothorax artificiel. — Vendredi 13 novembre, à 16 h. 30, M. HIRSCHBERG : Résultats du pneumothorax artificiel. — Samedi 14 novembre, à 11 heures, M. RIST : Tuberculose et gravidité ; à 16 h. 30, Mlle FONTAINE : L'oléothorax. — Lundi 16 novembre, à 11 heures, M. MAURER : Les interventions chirurgicales thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire ; à 16 h. 30, M. AMEUILLE : Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 17 novembre, à 16 h. 30, M. JACOB : Traitement des accidents et complications de la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 19 novembre, à 11 heures, M. MAINGOT : Organisation d'un laboratoire radiologique pour le diagnostic de la tuberculose ; à 16 h. 30, M. RIST : Principes de la prophylaxie antituberculeuse. — Vendredi 20 novembre, à 16 h. 30, M. SOULAS : Technique et valeur de l'injection intrabronchique de lipiodol dans le diagnostic des maladies broncho-pulmonaires. — Samedi 21 novembre, à 11 heures, M. AMEUILLE : Charlatanisme et tuberculose ; à 16 h. 30, M. EVROT : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose.

LES EXERCICES PRATIQUES COMPRENDRONT : 1° Des manipulations au laboratoire de bactériologie ; 2° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du dispensaire antituberculeux ; 5° Le rôle du service social à l'hôpital ; 6° La pratique du pneumothorax artificiel ; 7° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéo-bronchoscopie et de lipiodolo-radiodiagnostic ; 8° Des visites : *a*) au laboratoire du B.C.G. (M. le Professeur CALMETTE) à l'Institut Pasteur ; *b*) au service des femmes tuberculeuses de la clinique d'accouchement Baudelocque (M. le Professeur COUVELAIRE) ; *c*) à la Crèche de l'hôpital Laënnec (M. le Professeur Léon BERNARD) ; *d*) au service des nourrissons de la Salpêtrière (M. le Docteur RIBADEAU DUMAS) ; *e*) au sanatorium de Bligny (M. le Docteur GUINARD).

PROGRAMME DU TRAVAIL HEBDOMADAIRE : Lundi à 10 heures : Visite salle Villemin ; à 11 h. 15 : Leçon ; à 16 h. 30 : Leçon. — Mardi à 10 heures : Consultation du dispensaire ; à 16 h. 30 : Leçon. — Mercredi à 10 heures : Conférence médico-sociale ; à 11 heures : Visite salle Potain ; à 14 heures : Consultation du dispensaire. — Jeudi à 10 heures : Visite salle Laënnec. — Jeudi à 11 h. 15 : Leçon ; à 14 heures : Policlinique ; pneumothorax artificiel ; à 16 h. 30 : Leçon. — Vendredi à 10 heures : Consultation du dispensaire ; à 14 heures : Policlinique : pneumothorax artificiel ; à 16 h, 30 : Leçon. — Samedi à 10 heures : Visite salle Grancher ; à 11 h. 15 : Leçon ; à 16 h. 30 : Leçon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats au poste de médecin de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses : s'adresser à M. le Docteur ARNAUD, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e.),

Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscrip-

tions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les lundis, mercredis et vendredis, 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— **Travaux supplémentaires de médecine légale.** — Une série supplémentaire de travaux pratiques de médecine légale aura lieu les 26, 27 et 28 octobre prochain, à 14 heures, au laboratoire de l'Institut de médecine légale.

Pourront y prendre part, après autorisation de la Commission scolaire, les étudiants qui n'ont pu valider leurs travaux en série régulière. Ils devront adresser au Doyen une demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60. Droit d'inscription : 250 fr.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur Léon GRIMBERT, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine ; du Dr PETITEAU, de Cognac (Charente) ; de Madame L.-G. TORAUDE, femme de M. L.-G. Toraude.

— **La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Vichy.** — — Les voyages d'études médicales à Vichy ont été clôturés cette année par la visite de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Cet important V. E. M. avait à sa tête MM. les Professeurs agrégés Etienne Chabrol et Henri Bénard, assistés de M. le Docteur Jacques Deval, chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu, organisateur de ces voyages.

Il était composé, en dehors de nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris, de jeunes médecins représentant 11 nationalités différentes : Angleterre, République Argentine, Belgique, Brésil, Canada, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Palestine, Syrie.

Reçus à l'hôtel Carlton, ils assistèrent le soir même de leur arrivée, à une représentation de *La Passante* donnée au théâtre du Casino, avec le concours de Madame Marguerite Carré. Le lendemain, ils visitèrent les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux minérales de Vichy-Etat, le Grand établissement thermal, les sources, le laboratoire de recherches hydrologiques institué par la Compagnie fermière, sous la direction scientifique de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, qui leur fut présenté par le Dr Lescœur. Ils entendirent également une très intéressante conférence de M. le Docteur Durand-Fardel sur la cure de Vichy et furent reçus dans la soirée au Sporting-Club. Ils assistèrent ensuite à une brillante représentation de *Manon*, avec le concours de Mlle Mireille Berthon, de l'Opéra.

Dimanche matin, le Professeur agrégé Etienne Chabrol faisait dans la salle des fêtes du Casino, une conférence d'un grand intérêt sur « le traitement de la lithiase biliaire » qu'il avait tenu à réserver à Vichy.

Avant leur départ, les visiteurs furent réunis au Carlton en un banquet de clôture, sous la présidence de M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, qui parla notamment des projets de la Compagnie fermière de Vichy et de l'important Congrès médical qui se tiendra à Vichy en septembre prochain ; le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales ; le Professeur agrégé Etienne Chabrol ; et au nom de leurs pays respectifs, par MM. les Docteurs Spiridakys, d'Angleterre ; Amy, de Belgique ; Guimaraes, du Brésil ; Bussières, du Canada ; Livaditis, de Grèce ; Strumbalo, d'Italie ; Schrümpf, de Norvège ; Zourekatis, de Palestine ; Hajj, de Syrie ; Konar, de Pologne ; au nom des externes et internes , par Mlle Lina Pauley, MM. Nègre et Paul, et enfin par M. le Professeur agrégé Bénard. Tous les orateurs après avoir remercié la Compagnie fermière de son accueil si cordial, rendirent hommage au Corps médical de la station et firent l'éloge de Vichy, reine des stations thermales.

Ils furent tous chaleureusement applaudis et cette réception se déroula dans une atmosphère de très cordiale sympathie. Les visiteurs ont quitté Vichy emportant de leur séjour le plus agréable souvenir.

— **IIIe Congrès international et IIIe exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.** — Après Prague et Milan, la Ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au commissaire général du Congrès et de l'Exposition : M. le Docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

Maladies Professionnelles

4906. — Extension des maladies professionnelles garanties

Veuillez avoir l'obligeance de me dire s'il est exact qu'en 1929 ou 1930 une loi a été votée assimilant les lésions arsenicales aux accidents du travail et donnant aux ouvriers les mêmes droits que la loi de 1898 ?

D[r] C.

Réponse.

Une loi du 1[er] janvier 1931 a modifié, en en étendant l'application, la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

Outre les maladies causées par le saturnisme et l'hydrargirisme, qui étaient garanties par la loi du 25 octobre 1919, sont maintenant garanties, six mois après la promulgation de la loi, c'est-à-dire depuis le 1[er] août 1931 ; les maladies causées : par le tétrachlorétane, par le benzinisme, par l'action des rayons X ou des substances radioactives nocives, par le phosphorisme.

Mais la loi ne s'applique pas aux lésions arsenicales.

Assurances Sociales

4254. — Salariés des chemins de fer. Libre choix du médecin

Avez-vous lu le décret du 30 juin 1931 relatif à l'application des assurances sociales dans les chemins de fer ?

Si oui, vous devez avoir remarqué que ledit décret maintient à peu près intégralement le *statu quo* en ce qui concerne les agents des chemins de fer actuellement en exercice. Aussi, le *statu quo* étant maintenu, il en résulte que : 1° les agents n'ont pas le libre choix en matière de soins médicaux ; 2° ils ne touchent aucune prestation en ce qui concerne les soins médicaux nécessités par leur femme ou leurs enfants.

Or, le maintien du *statu quo* me paraît contraire à l'esprit et à la lettre de la loi sur les assurances sociales (art. 49). Qu'en pensez-vous ?

D[r] D.

Réponse.

Les décrets du 30 juin et du 6 juillet 1931 établissant la concordance de la loi des assurances sociales avec les statuts particuliers, dont, jusqu'ici, jouissaient les salariés visés à l'article 49 de la loi, sont rédigés en termes à peu près identiques : ils décident que les règlements particuliers resteront en vigueur à la condition de

ne pas accorder aux ayants droit et à leur famille moins que ce qu'accorde la législation de 1930.

Les administrations peuvent donner plus ; elles ne peuvent pas donner moins.

Par conséquent, les salariés de l'Etat, des communes, des chemins de fer, des entreprises publiques, etc., ont droit, pour eux et leur famille, au libre choix du médecin. Le praticien a également le droit de ne plus être payé à forfait, mais bien à l'acte médical, ses honoraires lui étant versés, non par l'employeur, mais par l'employé.

Ainsi s'effectue le réajustement entre le système des assurances sociales et les anciens errements jusqu'ici en pratique.

Dans ces conditions, il appartient aux syndicats médicaux d'étudier la manière de supprimer les anciens privilèges, accordés à quelques médecins au détriment des autres confrères

Les administrations peuvent conserver leur corps médical et lui accorder des faveurs spéciales (transport gratuit, ou autres avantages). Mais le rôle de ces praticiens sera celui de contrôleurs et non pas de médecins soignants. D'ailleurs, ils ne peuvent pas être à la fois contrôleurs et soignants, en matière d'assurances sociales.

Je sais bien qu'on va encore essayer de tourner la loi, comme on l'a fait pour les accidents du travail.

Ainsi, les compagnies de chemin de fer reconnaissent à leurs agents blessés au cours du travail, le libre choix du médecin ; mais si la victime se fait soigner par le médecin de la compagnie, elle reçoit son salaire plein ; si elle reçoit des soins d'un autre praticien, elle ne touche que son demi-salaire, auquel elle a strictement droit.

Aux syndicats de ne pas se prêter de nouveau à ces petites combines, qui font l'affaire des employeurs et des médecins à prébende. A ces groupes corporatifs de s'assurer que les règlements particuliers de ces grandes entreprises, ou régies de l'Etat, ne contiennent aucune disposition qui soit contraire aux lignes directrices édictées par la loi sur les assurances sociales ; sinon un recours serait adressé au ministre du Travail, puisque tous ces règlements particuliers doivent être soumis à l'agrément du Président de la République, avant d'entrer en vigueur.

Dr Paul Boudin.

5008. — Caractère obligatoire des assurances sociales

J'ai un chauffeur et une bonne. Suis-je obligé de les inscrire à la caisse d'assurances sociales ou dois-je attendre la mise en demeure ?

Au cas où mon chauffeur et ma bonne refuseraient de verser leurs cotisations, que faire pour être en règle avec la loi ?

Puis-je leur faire faire une déclaration écrite de

leur main sur papier timbré qu'ils refusent de verser à la caisse et dégagent ma responsabilité quant aux dommages auxquels je pourrais être condamné ?

Dr Z.

Réponse.

En vertu du § 3 de l'article 1er de la loi sur les assurances sociales, l'affiliation s'effectue *obligatoirement* et sous les sanctions prévues à l'article 64, *à la diligence de l'employeur,* dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage de tout salarié non encore immatriculé.....

Et l'article 64 prévoit une pénalité (amende) de 5 à 15 francs contre tout employeur qui ne s'est pas conformé aux prescriptions ci-dessus.

Pour la mise en route de la loi, une certaine tolérance a été accordée par l'administration aux employeurs, mais il ne faut pas compter que cette tolérance se perpétuera éternellement. Si vous n'avez pas fait immatriculer vos salariés, vous restez sous la menace de poursuites devant le juge de simple police, sans préjudice des dommages-intérêts que vous pourriez devoir à vos salariés, si ceux-ci venaient à être malades et se trouvaient privés des indemnités légales par votre faute.

Enfin vos salariés ne peuvent s'opposer à l'exécution de la loi et prétendre refuser de verser leurs cotisations. En effet c'est à vous, employeur, qu'il appartient de retenir le montant de ces cotisations sur leurs gages au moment où vous les payez. La déclaration que vous pourriez leur faire signer n'aurait aucune valeur légale et serait considérée comme nulle comme contraire à la loi.

Fiscalité

4512. — Amortissements et déductions

J'ai reçu du contrôleur, il y a déjà quelques mois, la note n° I concernant ma retraite à l'U. N. C. Or, cette prime qui s'élève à 11.200 fr., était réduite totalement l'an dernier de mes revenus bruts. Pourquoi ce changement cette année ?

Le 27 juillet dernier je reçois la note n° II.

D'après l'avis du contrôleur lui-même, je déduisais tous les ans 1.500 fr. pour l'amortissement de mon auto. Pour quelle raison est il supprimé ? D'ailleurs je vois que j'étais roulé, car avec 1.500 fr. par an je n'aurais jamais pu amortir ma voiture qui m'a coûté 25.000 francs !

Alors d'après la note d'amortissement, je n'ai aucun droit d'amortissement jusqu'à l'achat d'une nouvelle voiture !

Dr X.

Réponse.

Le ministre des Finances, dans sa réponse à la question écrite n° 9492 posée par M. Monnet, député (*J. O.* du 16 septembre 1930), a fait con-

naître que l'amortissement sur plusieurs années devait être admis en ce qui concerne les acquisitions faites par un médecin.

Nous extrayons du *Journal officiel* (débats parlementaires du 12 avril 1930, page 1041, Sénat, 2e séance du 11 avril 1930) le passage suivant qui correspond à votre question :

« M. Joseph Courtier........

Pour dissiper toute difficulté et mettre fin à l'état des choses que je viens d'indiquer, j'ai voulu poser la question suivante à M. le ministre du Budget : les cotisations payées par les anciens combattants aux caisses de retraites, fonctionnant sous le régime de la loi du 4 août 1923, modifiée le 30 décembre 1928, peuvent-elles être déduites pour l'application de l'impôt sur les salaires et de l'impôt sur le revenu global ? Cette déduction est-elle de droit, quel que soit le montant du versement, étant entendu que la retraite ne dépassera pas 6.000 fr.

Je tenais à poser cette question pour que la voix de M. le Ministre fût entendue de tous les contrôleurs de France, pour qu'elle leur fournît sur ce point particulier l'instruction définitive qui me paraît nécessaire, et pour qu'elle vînt aussi rassurer les anciens combattants ayant dépassé la cinquantaine, leur confirmant leur droit et leur annonçant qu'il n'y serait pas porté atteinte.

M. le Ministre du Budget. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le Ministre du Budget.

M. le Ministre du Budget. — La queston qui m'est posée a fait l'objet de nombreuses questions écrites. Je réponds de façon précise comme suit : il est parfaitement exact que la déduction est de droit, quel que soit le montant du versement, mais à condition que la retraite ne dépasse pas 6.000 fr. Conformément au règlement d'administration publique du 30 décembre 1926, cette déduction n'est autorisée que pour les versements et pour la constitution des retraites en ce qui concerne les contribuables salariés ou exerçant une profession non commerciale.

M. Joseph Courtier. — Nous sommes parfaitement d'accord, M. le Ministre, je vous remercie d'avoir donné une certitude aux intéressés, aux anciens combattants une marque de sollicitude, à la loi une satisfaction. »

A. Martinot,
Conseil fiscal.

4849. — Déduction du salaire de la femme du médecin

Me conformant aux directives des journaux professionnels j'avais, jusqu'ici, dans mes déclarations

au fisc, compté dans mes dépenses professionnelles une somme de x francs comme traitement alloué à mon aide (en la circonstance ma femme) qui travaille presque autant que moi (je suis propharmacien et les paperasses d'assurances suffisent à l'occuper 18 heures par jour !).

Or, le contrôleur m'a d'autorité, réintégré les appointements de Madame B. dans mes bénéfices professionnels avec rappel des années précédentes, bien entendu, sous prétexte que nous sommes mariés sous le régime de la communauté, il est évident que dans ce cas j'aurais tout avantage à n'être pas marié et à avoir une dactylo ce qui serait tout bénéfice, mais passons ; la loi est faite pour encourager le vice ! et non la famille, nous le savons.

Or, j'avais précisément, dans toutes mes déclarations, dans la colonne des revenus, mentionné, après fonciers, capitaux et bénéfices professionnels, le traitement de ma femme : il était donc déjà réintégré. Ce qui fait que M. le Contrôleur non seulement ne tient pas compte de ma dépense mais la réintègre une seconde fois.

Veuillez, s'il vous plaît, me dire si dans le régime de la communauté, je peux faire une rubrique aux dépenses professionnelles « appointements femme ». Si, dans la négative, je ne suis pas fondé à réclamer, étant donné que j'ai réintégré cette dépense déjà de moi-même aux titres des revenus.

Il est entendu que nous devons être taillés à merci dans des proportions géométriquement et astronomiquement croissantes, mais que du moins le contrôleur ne dépasse pas la dose légale.

D^r B.

Réponse.

Nous estimons que la prétention du contrôleur n'est pas fondée et que le traitement de votre femme, dès lors qu'elle vous aide effectivement, doit venir en déduction de vos bénéfices professionnels, même lorsque le régime matrimonial est celui de la communauté.

Il est évident par ailleurs que la base de l'impôt général ne doit pas être modifiée. Présentez une réclamation rédigée sur papier timbré au directeur des contributions directes.

A. M.

4882. — Exonération de patente

Votre article pourrait me convenir ! Depuis la guerre, je ne fais plus de clientèle, sauf celle d'une société (accidents soignés dans un dispensaire de ladite) assurée à plusieurs compagnies qui me règlent à forfait, je n'ai plus de plaque à ma porte et ne vois jamais d'autres malades.

Sur ma déclaration de revenus fournie en février 1931 pour l'année 1930, j'ai indiqué le chiffre des recettes versées par les assurances et par un sanatorium voisin où je me rends chaque jour (et facilement contrôlables par leurs déclarations obligatoires au fisc), en déduisant mes dépenses professionnelles

Le contrôleur m'a appliqué comme chaque année le tantième sur le bénéfice net des bénéfices des professions non commerciales, ce qui est juste, je crois, car il constitue un salaire.

Mais, d'après vous, je ne devrais pas être imposé à titre de patente.

En somme, j'ai quatre patrons !

Dr Z.

Réponse.

Comme nous l'indiquons dans notre chronique fiscale, nous estimons que vous pouvez invoquer le bénéfice de l'exonération de patente en qualité de salarié. Vous pourriez même contester votre imposition à la cédule des professions non commerciales et réclamer votre imposition à la cédule des salaires, par voie de pétition rédigée sur timbre, adressée au directeur des contributions directes.

A. M.

4674. — Les revenus professionnels sont frappés deux fois par l'impôt

Médecin des dispensaires antituberculeux et engagé à ne faire aucune clientèle privée, ma déclaration d'impôt sur les revenus comprend :

Traitements et salaires : mon traitement de la F	30.750 fr.
Revenus divers	9.066 fr.
	39.816 fr.

Je reçois l'avertissement du percepteur qui m'impose comme suit :

1° *Impôt sur les traitements et salaires :*

30.750 fr. à déduire pour charges 4.000 fr. = 26.750. Impôt brut : 1.006 fr. 25 net	955 fr. 95

2° *Impôt général sur le revenu :*

39.800 fr. à déduire pour charges 9.000 fr. = 30.800 fr. Impôts brut : 432 fr., net	410 fr. 40
Total	1.366 fr. 53

Je retrouve donc sous les deux rubriques mon traitement de 30.750 fr., que l'on semble m'imposer deux fois. Est-ce équitable ?

Dr N.

Réponse.

L'impôt général frappe en effet une deuxième fois les revenus déjà frappés par un impôt cédulaire. Vos revenus immobiliers, si vous en avez, ont payé l'impôt foncier, vos coupons d'actions ou d'obligations ont supporté l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières, et votre salaire a supporté l'impôt sur les salaires, etc., et le total de ces divers revenus supporte l'impôt général.

A. M.

4864. — Amortissement d'un déficit

J'ai fait en 1927 un déficit : excès de mes dépenses professionnelles sur mes recettes. J'ai indiqué sur mes déclarations de 1928 et 1929 l'amortissement de cette somme déficitaire (soit en 2 ans).

J'en ai parlé au contrôleur qui n'admet pas cet amortissement et qui affirme que je n'ai qu'à subir ce déficit sans plus. Or, ce déficit provient cette année-là, de l'achat d'une voiture automobile. Alors selon la thèse du contrôleur, je me demande à quoi sert d'amortir quoi que ce soit, puisque il y a déficit en somme excès de dépenses professionnelles, s'il faut subir purement et simplement ce déficit. C'est vrai que dans l'esprit du contrôleur, du moment qu'il n'y a pas impôt cette année-là, le contribuable devrait s'estimer bien heureux.

Voulez-vous me dire si le contrôleur à raison ?

D[r] E.

Réponse.

Il est exact que vous ne pouvez amortir un déficit, mais par contre au lieu de porter en dépense sur une seule année le prix d'acquisition d'une automobile, vous pourriez pratiquer l'amortissement sur plusieurs années ainsi que l'autorise la réponse faite par le Ministre des Finances à la question écrite n° 9.492 posée par M. Monnet, député (*J. O.* du 16 septembre 1930.)

A M.

4735. — Rehaussement de la déclaration. Notification des motifs invoqués par le contrôleur

J'ai l'honneur de venir vous soumettre, ici jointes, mes feuilles d'imposition pour 1931, en matière d'impôt sur le revenu.

Je vous envoie, en contre-partie, ma déclaration de bénéfices pour 1930, imposables en 1931.

Il me semble que le contrôleur, sans m'avoir d'ailleurs demandé la moindre justification ni fait aucune observation à ce sujet, m'a imposé pour une somme supérieure à celle qui m'était imputable.

Avant de faire une réclamation qui me paraît justifiée ici, je désirerais avoir votre avis ainsi que la marche à suivre, si je suis bien fondé à me plaindre.

Je vous serais infiniment obligé de me dire ce que vous en pensez.

D[r] M.

Réponse.

Votre imposition ne correspond nullement à votre déclaration ; en conséquence, le contrôleur aurait dû vous notifier les motifs des rehaussements qu'il se proposait de faire.

Avant de faire une réclamation au directeur, nous vous conseillons de voir le contrôleur, car il faut dire, à sa décharge, que votre déclaration n'est pas très bien souscrite. Si les 70.100 francs représentent le montant de vos recettes brutes,

c'est la somme de 35.920 francs qui devait figurer dans la colonne des revenus et au paragraphe VIII (récapitulation). A. M.

Accidents.

4348. — 1° Certificat d'accident du travail et secret professionnel ; 2° Injection antitétanique préventive

On peut lire dans un journal du sud-ouest la note suivante :

« Jean Dujarric, 16 ans, manœuvre au bateau, chez MM. Emery frères, industriels, a glissé et s'est fait prendre le gros orteil par une roue d'un wagonnet en procédant au curage des fours. Arrachement total de l'ongle, plaie entièrement à nu, désinfection soignée : teinture d'iode, eau oxygénée, pas d'indication formelle d'injection antitétanique, proposée cependant au blessé qui a déclaré qu'il ne la croyait pas nécessaire : 15 à 20 jours d'incapacité de travail. »

Que devient le secret professionnel si un correspondant en mal de copie peut transcrire à la mairie le diagnostic du médecin traitant ?

Mais passons.

Ce qui est plus intéressant c'est la formule prudente du praticien reproduite par le journal.

« Pas d'indication formelle d'injection antitétanique, proposée cependant au blessé qui a déclaré qu'il ne la croyait pas nécessaire. »

Depuis la condamnation d'un confrère jugé sévèrement après un rapport du doyen de la faculté de médecine, il paraît utile, nécessaire, indispensable de méditer cet arrêt.

Du plus grand chirurgien au plus modeste médecin de campagne, tous ont le même intérêt à faire préciser les cas où la responsabilité du médecin traitant est engagée en cas de tétanos.

Sinon il n'est pas douteux que les compagnies d'assurance auront dans l'avenir de grosses notes à payer en sérum antitétanique.

La formule gasco-normande citée plus haut ne me paraît pas absolument un bon paratonnerre.

Dr Z.

Réponse.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 6 mai 1913 décide que le secret professionnel doit être respecté, en matière d'accident du travail.

Or, sont astreints aux prescriptions de l'article 378 du code pénal, tous ceux qui par état, ou profession, sont détenteurs de secrets appartenant à des tiers. Il s'en suit que le secrétaire de mairie est, dans l'exercice de ses fonctions, astreint au secret professionnel et commet un délit, lorsqu'il communique à un rédacteur de journal les diagnostics précis, inclus dans les certificats, déclarant des accidents du travail.

A la vérité, ce secret n'est pas bien considérable ; un accident arrive : beaucoup de person-

nes savent quelles sont les lésions, dont se plaint la victime. Ce n'est donc plus un fait qui soit secret de sa nature, puisqu'il est presque de notoriété publique.

Aussi pourrait-on dire qu'avant de poursuivre un secrétaire de mairie, pour violation du secret professionnel, conviendrait-il plutôt de faire connaître au maire, responsable de son employé, les irrégularités commises par ce dernier et les sanctions qu'il encourt le cas échéant, le jour où un ouvrier le poursuivrait, en correctionnelle, pour divulgation inopportune.

Que penser de la formule employée par le médecin certificateur, concernant la piqûre antitétanique préventive ? Elle met en partie la responsabilité du confrère à l'abri, car son certificat initial prouve qu'il a pensé à faire l'injection de prudence, mais que son malade s'y est refusé, comme d'ailleurs, c'est son droit absolu.

Je crois que, puisque l'Académie de médecine n'a pas eu le courage de proclamer que la science médicale n'est pas une science exacte, mathématique, mais est surtout un art relatif, soumis à de nombreuses variations, il est nécessaire que le médecin praticien puisse dégager sa propre responsabilité.

Dans les cas ordinaires, courants, si le malade se refuse à se faire injecter, après que le médecin traitant lui aura signalé les dangers de ladite injection préventive, ce refus sera consigné dans le certificat initial.

Si, devant la gravité des lésions, eu égard à la profession de la victime, à son genre de travail, le praticien croit devoir faire une injection antitétanique, il fera bien de la faire immédiatement. Mais, s'il a des doutes, si le blessé, ou son entourage s'y refuse, si l'état de choc traumatique est considérable, si les accidents sériques sont à redouter, le praticien agira sagement en faisant demander un confrère en consultation et de rédiger, par écrit, leur prescription.

De la sorte, la responsabilité professionnelle sera à l'abri.

D[r] Paul BOUDIN.

4968. — Droits du médecin à l'égard d'un accidenté du travail qu'il a soigné

1° Est-il exact que le médecin n'est pas tenu d'appliquer le tarif (en l'espèce chirurgical) des accidents du travail, aux accidentés patrons agricoles ou membres de la famille du patron : femme et enfants ?

2° Est-il exact que le médecin peut refuser de considérer comme accident du travail et de traiter comme tel un accident cependant accepté par la compagnie d'assurances de l'intéressé, étant entendu que le médecin prévient l'accidenté qu'il le soigne comme blessé ordinaire ? D[r] J.

Réponse.

1º La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires que le médecin traitant, choisi par le blessé, est en droit de réclamer à ce dernier.

Ce qu'elle a limité et taxé, c'est seulement la part des honoraires qui doit être supportée par le patron responsable lorsque le médecin traitant choisi par le blessé, use contre le patron de l'action directe que la loi lui donne.

Ces principes ont été un peu perdus de vue dans l'application pratique de la législation sur les accidents du travail, les médecins ayant pris l'habitude de s'adresser toujours au patron responsable et de se contenter de la part des honoraires qui incombe à ce dernier; mais ils ne subsistent pas moins.

Lorsque la législation sur les accidents du travail a été étendue aux exploitations agricoles avec faculté pour les exploitants eux-mêmes d'adhérer à cette législation, rien n'a été changé aux droits des médecins.

Lorsque vous avez à soigner des exploitants agricoles, victimes d'un accident du travail, vous pouvez donc vous faire honorer par eux, conformément au droit commun, et c'est même là le seul recours que vous ayez, car patron et blessé se confondent en une seule et même personne, il n'est plus de tiers payant. Nous laissons de côté la compagnie d'assurances avec laquelle en tout état de cause, vous n'avez aucun lien de droit.

2º Nous avons répondu implicitement à votre seconde question dans notre réponse à la première.

Dès lors que vous conservez toujours comme débiteur principal le blessé lui-même et que vous ne pouvez être contraint de vous adresser au patron responsable, vous êtes parfaitement en droit d'exiger le paiement de vos honoraires conformément à votre tarif habituel du blessé du travail que vous êtes appelé à soigner, surtout si vous le prévenez dès le début du traitement que vous ne voulez avoir aucun rapport ni avec le patron ni avec l'assurance.

4988. — Accident survenu dans un manège forain

Un de mes clients a été blessé sur un manège forain, je lui ai donné mes soins. Je ne sais à qui je dois réclamer ma note d'honoraires.

Le blessé prétend que le propriétaire du manège aurait dit d'envoyer ma note d'honoraires à une compagnie d'assurances.

Je l'ai envoyée ; l'agent m'a répondu, que dans cet accident la responsabilité de son client n'était pas engagée.

Le propriétaire du manège est-il responsable des accidents qui peuvent survenir à ses clients.

A qui dois-je réclamer ma note d'honoraires ?

Dr D.

Réponse.

Vous n'avez pas à savoir si le propriétaire du manège est responsable ou non de l'accident et vous n'avez pas à vous immiscer dans le litige qui peut exister à ce sujet entre votre client et le propriétaire du manège, alors surtout que ce n'est pas ce dernier qui vous a mis en œuvre et que vous n'avez aucun lien de droit avec lui.

Vous devez donc vous faire payer par votre client, conformément à votre tarif habituel et lui remettre ensuite un reçu de vos honoraires qui lui permettra de faire valoir ses droits contre le propriétaire du manège, s'il croit bon de le faire.

En principe, nous estimons que le propriétaire du manège doit être considéré comme responsable de l'accident sauf à lui de prouver que l'accident est dû soit à un cas de force majeure, soit à un cas fortuit, soit enfin à une faute de son client.

En effet, le contrat tacite passé entre le propriétaire d'un manège et ses clients peut être considéré comme comportant l'obligation par le propriétaire d'assurer leur sécurité à l'intérieur de son exploitation.

Questions médico-militaires

4506. — Droit à la pension d'ascendant

Une mère de famille, actuellement veuve, dont le fils (je dis le fils, car il existe une fille mariée) a été tué en août 1914, peut-elle demander une pension d'ascendant ? Y a-t-elle droit bien que n'ayant jamais fait valoir ses droits ? Si oui, dans quelle forme doit être faite la demande, à qui doit-elle être adressée et quelles pièces faut-il fournir ? Cette dame a mis jusqu'à présent son point d'honneur à se suffire, mais la vie devenant de plus en plus difficile elle ferait maintenant les démarches nécessaires pour obtenir une pension qui l'aiderait beaucoup : son fils faisant son service militaire en 1914, était simple soldat.

Dr B.

Réponse.

Pour pouvoir bénéficier de la pension d'ascendant, il faut réunir certaines conditions : âge, état des revenus, etc.

Dès que l'intéressée arrive à réunir ces conditions, elle bénéficie d'un délai de cinq ans pour faire valoir ses droits ; ainsi en est-il par exemple, dès qu'elle a atteint l'âge réglementaire de 55 ans pour la mère.

La demande doit être adressée à l'Intendant régional des pensions (139, rue de Bercy, Paris), pour la région de Paris.

4593. — Pension. Preuve de l'imputabilité au service

Un homme de la classe 1911 ayant contracté au cours de son service militaire un rhumatisme aigu avec endocardite, est réformé en juin 1914, repris service actif 23 octobre 1915, réformé de nouveau le 11 mars 1916, a-t-il droit à une pension pour son endocardite ? Si elle lui est refusée doit-il faire appel devant le Tribunal des pensions ?

Dr M.

Réponse.

Cet homme ne peut à l'heure actuelle que bénéficier de la loi du 9 janvier 1926, c'est-à-dire avec la charge de faire la preuve de l'imputabilité au service

De plus, il n'est plus admis comme élément de preuve que l'évacuation *du front* pour la maladie en cause, avec certificats médicaux prouvant des soins non interrompus depuis la démobilisation.

En cas de rejet par le ministre, l'intéressé bénéficiera d'un délai de six mois pour se mettre en instance devant le Tribunal des pensions.

4628. — Inscription au tableau de la Légion d'honneur et promotion

Je reçois une note du Service de santé m'informant que je suis inscrit au tableau de concours pour la Légion d'honneur. Cette inscription me confère-t-elle le droit de porter dès à présent le ruban rouge ou bien dois-je attendre une notification ministérielle qui viendra ultérieurement ? Et quand ?

Dr L.

Réponse.

L'inscription au tableau de concours pour la Légion d'honneur ne vous donne pas droit *au port* du ruban rouge. Il faut pour cela que vous soyez *ultérieurement* promu chevalier. Les promotions ont lieu trois fois par an en principe (armistice, nouvel an, 14 juillet) ; vous serez promu plus ou moins tôt suivant le rang que vous occupez sur le tableau, lequel tableau est ordinairement épuisé au cours de l'année, où il est paru.

4501. — Demande pour la Légion d'honneur

Le *Concours* a publié une information sur les décorations des réserves.

A qui faut-il faire la demande et quelles pièces-documents faut-il joindre et sous quelle forme ?

Dr F.

Réponse.

Si vous êtes encore dans les cadres des officiers de réserve, c'est à votre Directeur du Service de santé qu'il faut vous adresser (avec timbre pour la réponse) ; celui-ci vous indiquera les pièces et documents à fournir, s'il y a lieu.

Cinquante-troisième année | N° 42 *bis* | 21 Octobre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE
" du CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical* afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN PAR LA LIGUE PROFESSIONNELLE (Sou Médical)

Mon cher Confrère,

Maintes fois déjà, le nom « Sou Médical » vous est à coup sûr, passé sous les yeux. Maintes fois vous avez été touché par les appels que nous adressons à nos confrères. Et vous n'y avez pas encore répondu, parce que vous vous êtes dit : « A quoi bon ! Ne suis-je pas déjà assuré contre les risques professionnels pour une somme importante, et n'ai-je pas ainsi la conscience tranquille ? »

Permettez-moi de vous dire que c'est là un raisonnement faux, et d'essayer de vous le démontrer. Et quelle meilleure démonstration, de l'étendue multiple de l'activité de notre Ligue de défense professionnelle, puis-je vous fournir que de vous prier de consacrer une dizaine de minutes à la lecture du procès-verbal de nos séances administratives, que vous trouverez à la page 3234 ci-après ?

La responsabilité professionnelle y figure en effet, mais pour combien d'affaires ! Voyez donc, en outre, la nature des conflits qui s'élèvent entre Compagnies d'assurances-accidents du travail et praticiens, à propos du fameux *tout compris*, des sinistres contestés, etc. Voyez tous les litiges auxquels donnent lieu les réclamations d'honoraires que discutent des clients de foi plus ou moins douteuse. Voyez apparaître le contentieux des Assurances sociales.

Un médecin révoqué de ses fonctions de l'état civil, sans les ménagements d'usage, est fondé à réclamer une réparation du préjudice qu'il a subi : notre Ligue le soutiendra de sa puissance morale et de sa Caisse. Un autre a des difficultés avec son propriétaire qui lui refuse la prorogation à laquelle il semble avoir droit, fort d'un jugement favorable, obtenu en ce sens : notre confrère, appuyé par notre Ligue, s'est pourvu en Cassation où il semble avoir de sérieuses chances de succès.

Et ces deux professeurs de la Faculté de Montpellier, dont une Assurance conteste le montant de leurs honoraires pour une expertise à laquelle ils se sont livrés, leur offrant une somme dérisoire, c'est encore le « Sou Médical » qui les assiste dans le procès qu'ils ont entamé pour obtenir satisfaction.

Toutes ces difficultés, *aucune compagnie d'Assurances contre la responsabilité n'aide le médecin à en triompher. Seul le « Sou médical » intervient pour soutenir ses adhérents toutes les fois que leurs intérêts professionnels sont lésés.*

Ainsi l'ont compris les 59 confrères qui ont

adhéré à notre Société depuis deux mois, et dont la liste précède l'exposé des affaires dont je viens de vous esquisser quelques-unes.

Ainsi ferez-vous sans doute si, bien inspiré, vous avez confiance en nous, et en notre organisation forte d'avocats expérimentés, accrédités auprès de la Cour d'Appel de Paris, de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat.

Il vous en coûtera seulement CENT FRANCS par an, et vous aurez en outre une garantie, d'un maximum de CENT MILLE FRANCS contre les risques de la responsabilité civile. Ce maximum étant même porté à CENT CINQUANTE MILLE FRANCS pour les membres du « Sou Médical » qui sont en même temps abonnés au journal le *Concours Médical,* dont je vous présente ici les compliments confraternels.

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du S. M.

LES SERVICES RENDUS PAR LE « SOU »

La Compagnie d'assurances X. me fait parvenir aujourd'hui un mandat de 95 fr. pour règlement d'honoraires concernant des soins à un A. T., règlement qui était litigieux et que j'avais soumis à votre jugement.

Le 11 septembre dernier en même temps que je vous rappelais ma lettre, je recevais la vôtre m'avisant de la bonne issue donnée à ma démarche.

Je tiens à venir vous remercier de votre intervention.

Il suffit que le « Sou médical » soit consulté, intervienne, pour que toutes difficultés s'aplanissent.

Je tiens à noter ce fait une fois de plus. Que les jeunes médecins lisent cela de la... plume d'un vieux pour que bien vite, ils s'assurent au « Sou Médical »

Dr P.

CORRESPONDANCE

Assurances Sociales

4837. — Secret professionnel et certificats pour assurances sociales facultatives

Nous avons lu avec intérêt votre article du *Concours* du 5 juillet 1931 sur les certificats médicaux pour admission à l'assurance sociale facultative.

Notre Syndicat de son côté a étudié la question dans son Assemblée générale du 12 mars 1931, et est arrivé à des décisions quelque peu différentes de vos conclusions. Je vous les soumets, pensant qu'il est toujours utile de confronter des opinions opposées.

Nous sommes, bien entendu, tout à fait d'accord

avec vous sur ce point que violerait le secret professionnel un médecin soignant ou ayant soigné l'intéressé qui enverrait à la Caisse sur demande de celle-ci un certificat détaillé analogue aux rapports pour assurance-vie.

Mais vous estimez qu'il n'y a pas violation du secret professionnel si le médecin traitant remet le certificat à l'intéressé qui en fait ce que bon lui semble.

Nous pensons d'abord qu'il y a lieu dans cet ordre d'idées de ne jamais aller au delà du minimum indispensable.

Or, la loi ne demande nullement un certificat médical descriptif où devront être détaillés tous les troubles ou lésions de l'intéressé. Le Syndicat de Cannes a donc décidé d'abord que le médecin traitant ne délivrera jamais un pareil certificat, mais seulement une attestation disant sans plus que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement sa morbidité ainsi que le demande la loi.

Nous pensons ensuite que la remise par le médecin traitant d'un certificat à l'intéressé aboutirait indirectement à une violation du secret professionnel en ce sens que l'attention de la Caisse serait attirée sur les cas où le médecin refuserait le certificat. Or, s'il est bon que la Caisse soit renseignée, ce n'est pas au médecin traitant à agir dans ce sens.

D'autre part le médeecin traitant peut se trouver extrêmement gêné quand son client présente une maladie grave qu'il lui a cachée.

Aussi le Syndicat de Cannes a-t-il décidé en outre qu'il était préférable que le médecin traitant refuse dans tous les cas de délivrer un certificat, même non descriptif, et que l'examen doit être pratiqué et l'attestation délivré par un médecin choisi par la Caisse ou tout au moins par un médecin déclarant n'être pas le médecin habituel de l'intéressé (12 mars 1931).

Comme d'autre part, l'article 40 de la loi dit que la Caisse fixe les conditions d'admission des assurés facultatifs et notamment de la visite médicale qu'ils doivent subir, le Syndicat a engagé la Caisse à prendre la même décision.

L'examen devant être aussi complet que l'examen pour assurance-vie, le Syndicat de Cannes en a fixé le tarif minimum comme pour cette dernière à quatre-vingts francs (2 juillet 1931).

Dr Houssiaux,
Secrétaire du Syndicat de Cannes

Réponse.

Nous sommes d'accord sur bien des points, car moi aussi, dans mon article (1931, page 623, dernière moitié de la colonne de droite), je propose la rédaction que vous conseillez.

Mais le point sur lequel je ne me suis peut-être pas suffisamment expliqué et qui motive votre décision, que j'approuve entièrement, est le suivant :

Lorsqu'un médecin est sollicité par une personne quelconque d'avoir à rédiger un certificat, celui-ci doit être remis au seul malade et non pas un tiers quelconque. Sinon, il y aurait violation du secret professionnel.

Si le médecin est commis par une collectivité, pour lui adresser un certificat, le praticien ne peut obtempérer que s'il s'agit d'une personne, à laquelle il n'a pas donné de soins et qui se présente à son cabinet, en toute connaissance de cause, à l'effet de subir l'examen préliminaire à la rédaction dudit certificat.

Du fait de ces considérations, nous arrivons à être parfaitement d'accord et votre syndicat, à juste titre, recommande à ses ressortissants de ne pas délivrer d'attestations pour assurances sociales facultatives aux personnes, qu'ils ont déjà été appelés à soigner.

J'ai, à maintes reprises, proposé la même attitude en matière de médecine administrative, lorsqu'il est demandé aux médecins dits assermentés des certificats pour congé de maladie, ou autres. J'ai toujours défendu l'idée qu'il y a confusion des fonctions et possibilité de violation du secret professionnel, lorsque le médecin traitant, lié par l'article 378 du code pénal, doit cependant, comme assermenté et commis par l'administration, renseigner cette dernière sur l'état de santé d'un client, fonctionnaire de ladite administration.

J'approuve donc entièrement la décision de votre syndicat.

Dr Paul BOUDIN.

5006. — Droit des enfants d'un assuré social aux prestations maladie

J'ai soigné ces jours-ci la femme d'un assuré social, qui a eu un enfant le 3 septembre. Cet enfant fait maintenant des troubles gastriques dus à un spasme du pylore probablement. Le père a réclamé une feuille de maladie pour son enfant à sa caisse. Celle-ci la refuse en répondant que la loi porte que l'assurance sociale ne joue pour les enfants de l'assuré qu'après 6 semaines, on a même eu soin d'ajouter au père que c'était bien joli, car les nouveau-nés coûtaient cher aux Caisses.

Je vous prie de me dire si cela est exact que l'enfant n'a pas droit aux soins avant 6 semaines.

Dr S.

Réponse.

La loi sur les assurances sociales dispose, dans son article 4, § 1er, que l'assurance maladie couvre les enfants à charge de l'assuré non salariés âgés de moins de seize ans. Il y a donc un âge maximum, mais non un âge minimum et il faut en conclure que, en cas de maladie, l'enfant de l'assuré est couvert dès sa naissance.

Il existe bien un délai de six semaines, mais

c'est celui pendant lequel, avant et après l'accouchement, l'assurée jouit de l'indemnité journalière. Il figure dans le chapitre de l'assurance-maternité (art. 9, § 2) et non dans le chapitre assurance-maladie et ne s'applique nullement aux enfants de l'assuré.

Celui-ci est donc en droit de saisir la Commission cantonale du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée au juge de paix, président de la Commission, dans le délai de dix jours à compter de la date de réception de la décision de rejet.

Application du Tarif Fallières.

4920. — Réduction de fracture sous écran

Faisant depuis peu de temps de la radiographie, je suis embarrassé pour tarifer *une réduction de fracture sous écran.*

Ne trouvant pas cet article dans le tarif, que dois-je demander ? Le seul article s'en rapprochant, c'est localisation de corps étranger sous écran, mais la réduction des fractures sous écran demande plus de temps et de travail que la simple localisation.

D[r] G.

Réponse.

Avec le tarif tel qu'il est actuellement, je ne vois guère d'autre façon de compter une réduction de fracture sous écran que comme suit :

1° Réduction de la fracture (prix suivant l'os fracturé) ;

2° Examen radioscopique d'un membre : 50 fr.

Si vous vouliez l'assimiler à « extirpation de corps étrangers nécessitant un repérage radiologique », vous ne pourriez demander que cent francs *pour le tout*..... à moins que vous l'assimiliez à « extirpation de corps étrangers *profonds* sous écran : 300 fr. ». Mais je ne sais si vous seriez suivi dans votre assimilation et, d'autre part, cela encore dépendrait du degré de « *profondeur* » de l'os fracturé qui peut être superficiel, en somme, comme dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, par exemple.

D[r] F. DECOURT.

4934. — Injection A.T. avec pansements multiples

Je soigne actuellement un accidenté du travail qui présente : 1° plusieurs plaies à la cuisse droite ; 2° une plaie à la partie supérieure de la jambe droite très éloignée de la plaie de la cuisse ; 3° une plaie au niveau de l'os iliaque gauche.

J'ai pratiqué une injection de sérum antitétanique. Comment dois-je rédiger ma note ?

Y a-t-il cumul ainsi ?

Certificat .... 5 fr.
Piqûre sérum .... 20 fr.

Pansement pour plaies multiples cuisse droite	15 fr.
Pansement pour plaie de la jambe droite	15 fr.
Pansement pour plaie de la fesse gauche	15 fr.
	70 fr.

Et en règle générale peut-on chaque fois que l'on fait à un nouveau blessé une piqûre de sérum et un pansement appliquer le tarif :

Certificat	5 fr.
Piqûre sérum	20 fr.
Pansement	15 fr.
Total	40 fr.

Dr R.

Réponse.

1° Une injection A. T. comprend dans son prix la consultation et le pansement. Vous ne pouvez donc compter : « Injection A. T. + visite *avec* ou *sans* pansement ». Ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

2° S'il y a plusieurs pansements *non* sur le même segment de membre (voir art. 14) vous n'avez qu'à supprimer *un* des pansements (en le notant néanmoins pour montrer que vous vous êtes conformé à l'art. 13). Quant aux *autres* pansements vous les compter en plus, en vous conformant à l'art. 14.

Conclusion. — Dans votre cas, avec *trois* pansements sur segments de membres différents vous avez donc à compter, y compris votre injection A. T. : 20 + 15 + 15 + 5 fr. de certificat = 55 fr.

Dr F. Decourt.

Accidents du Travail

4248. — Médecine de dispensaire. Violation du libre choix

Je me rappelle avoir lu dans le *Concours médical*, un article de Noir au sujet des doléances des Compagnies d'assurances sur l'augmentation des frais médicaux dans les accidents du travail.

Or, je viens d'avoir tout récemment un entretien avec un ouvrier victime d'un accident du travail, entretien qui va vous montrer, si vous l'ignorez, comment les Compagnies d'assurances opèrent pour réduire ces frais médicaux au strict minimum.

Cet ouvrier travaille habituellement à L. Or, dans cette ville existe un « dispensaire » fondé et géré (en commun fort probablement) par les Compagnies d'assurances et les Sociétés de Secours mutuels.

Un ouvrier vient-il à être victime d'un accident du travail — accident par exemple sans gravité et ne diminuant en rien sa capacité de travail — son pa-

Voir la suite page XXXIX-3239

PROPOS DU JOUR

Cinquante ans après

La célébration du cinquantenaire d'un des premiers syndicats médicaux de France. Le syndicat des médecins de Brioude. Le syndicalisme médical rural

Lorsque, le 28 octobre 1879, Margueritte, médecin praticien du Havre, émit dans le *Concours médical*, que venait de fonder Auguste Cézilly, la proposition de créer dans le Corps médical des associations syndicales, personne n'aurait pu croire que cette lettre de quinze lignes devait amener une véritable révolution dans l'exercice de notre profession. Ce fut cependant la graine féconde qui, ensemencée en temps utile sur un terrain préparé, devait donner lieu dans l'avenir à de riches moissons.

Les médecins praticiens n'avaient alors comme seul lien pour la défense de leurs intérêts professionnels qu'un pauvre petit journal récent, à tirage très limité et à ressources précaires, le *Concours médical.* Sa faible voix à ses débuts parvint cependant à se faire entendre, et ce fut dans le milieu médical rural, chez les praticiens de très petites villes et de campagne, que naquit le mouvement syndical. Et cela se comprend. Le médecin de campagne vit isolé, il ressent plus péniblement que le médecin des villes cette angoisse de l'isolement. A l'instinct de conservation, de défense, devait répondre le besoin grégaire qui se trouve à l'origine de toute Association. En outre, à la campagne, tous les médecins sont des confrères égaux. La jalousie, la concurrence créent parmi eux moins de ravages et l'entente est plus facile. Aussi, voyons-nous dès 1881 se créer facilement des syndicats de médecins de campagne, comprenant l'unanimité des praticiens d'une région, alors qu'à Paris, Le Baron (Dieu sait avec quelles difficultés ?) parvenait onze ans plus tard à grouper en syndicat à peine le quart des médecins de la région parisienne.

***

Sept villes de la Grèce antique se disputaient la gloire d'avoir vu naître Homère; trois petites villes peuvent revendiquer le berceau du syndicalisme médical français : Montaigu en Vendée, Brioude dans la Haute-Loire, et Aubusson dans la Creuse.

A Montaigu, en Vendée, revient l'honneur d'avoir fondé le premier syndicat médical, puisque sa première assemblée constitutive s'est tenue le 16 mai 1881. Mais, bien avant cette date, son président et fondateur, le regretté Gustave Mignen, avait fait dans sa région une active propagande, en visitant avec son second, le Dr Gouin, chacun de ses confrères et en les persuadant de la nécessité de se grouper (1).

Il en fut de même à Brioude. Notre père, le Dr Elie Noir, présida le 19 octobre 1881 l'assemblée constitutive du syndicat des médecins de l'arrondissement de Brioude, qui réunissait tous les praticiens de l'arrondissement, sauf deux octogénaires ; ceux-ci, tout en témoignant à la nouvelle association leur sympathie, regrettaient à cause de leur âge de ne pouvoir prendre part à son action. Il est juste de remarquer qu'un an auparavant, les médecins de la région de Brioude réunis avaient nommé une Commission provisoire, chargée d'élaborer les statuts du syndicat qui, virtuellement, existait donc déjà en octobre 1880. Le registre des délibérations soigneusement conservé nous a permis de contrôler ces dates.

Le Dr Treille, de Lavaveix, fonda dans les mêmes conditions, et la même année 1881, le syndicat des médecins d'Aubusson.

L'année 1931 marque donc le cinquantième anniversaire de l'origine du syndicalisme médical en France. Ce cinquantenaire a été célébré à peu près simultanément à Montaigu en Vendée et à Brioude (Haute-Loire).

Notre confrère, le fils de notre regretté ami, Gustave Mignen, fondateur du syndicat de Montaigu, qui a succédé à son père, et le secrétaire du syndicat, le Dr Morat, se souvenant que vingt-cinq ans auparavant, avec le président Gairal, nous avions, comme secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, pris part à la célébration du jubilé du syndicat de Montaigu, nous avaient très courtoisement conviés à fêter leur cinquantenaire. Nous avons eu le grand regret de décliner leur aimable invitation, car notre devoir nous appelait à Brioude.

(1) Deux ans après, notre vénéré ami, le Dr Barbanneau (de Pouzanges) fondait le Syndicat de Vendée, le premier syndicat départemental.

Brioude est, en effet, notre ville natale et le berceau de notre famille. Ce fut à Brioude que notre père exerça durant plus de trente ans la médecine de campagne. Ce fut là qu'il fonda un des premiers syndicats médicaux de France. C'est là qu'il repose au milieu des siens. Toutes ces raisons nous faisaient un devoir de répondre à l'invitation pressante de notre vieil ami, le Dr A. Dorel qui, depuis exactement trente ans, préside le syndicat dont il est le remarquable animateur.

Nous nous rendîmes donc à Brioude par une belle journée d'automne et ce ne fut pas sans émotion que nous contemplâmes, du haut de la terrasse de l'Hôtel de Ville où se tenait la réunion, le spectacle enchanteur de cette petite Limagne brivadoise, où la fertile vallée de l'Allier, et les hautes collines environnantes, aux chatoyantes couleurs, semées çà et là de blancs villages aux toits rouges, évoquaient dans notre mémoire, par leur harmonie et leur douceur, les rives les plus vantées des lacs de la Haute Italie.

***

Tous les médecins de l'arrondissement de Brioude, sans exception, s'étaient rendus à l'appel de leur président; tous, disons-nous, car tous font partie de leur syndicat. Le secrétaire général-adjoint de la Confédération des syndicats médicaux français, le Dr Hilaire, venu exprès le matin même de Paris, le Prof. Piollet, président du syndicat des médecins du Puy-de-Dôme, le Dr Chevallier, président du syndicat des médecins du Puy, le Dr Charrin, de Saint-Didier-la-Seauve, président du syndicat médical d'Yssingeaux, le Dr Jean Mallet, notre beau-frère, gendre d'Elie Noir, avaient aussi répondu à l'invitation de leurs confrères brivadois et du Dr Dorel qui, depuis vingt ans, est en outre président de la Fédération des syndicats médicaux de la Haute-Loire. Parmi les assistants, nous avons remarqué le Dr Barrès (de Blesle), proche parent de l'écrivain illustre, le seul survivant des 18 praticiens qui signèrent les premiers, il y a cinquante ans, l'engagement de respecter les statuts du nouveau syndicat et dont tous admiraient la verte vieillesse. Signalons encore les Drs Gallice, père et fils, descendants d'une lignée de quatre médecins qui ont exercé successivement à Langeac, et dont un des ancêtres fut aussi fondateur du syndicat.

Nos confrères et amis nous firent l'honneur de nous confier la présidence de la séance et le président Dorel, après avoir remercié les invités et ses confrères d'avoir répondu à son appel, lut un historique très complet du syndicat. Il évoqua la mémoire des anciens présidents: E. Noir, fondateur (1881 à 1891), Gallice (1891-1895), Chalvignac (1895-1898), Devins (1898-1901) qui fut maire de Brioude, député, questeur de la Chambre, et mourut sénateur de la Haute-Loire. Malgré sa bonne volonté, il était difficile à un homme politique de diriger une association professionnelle; aussi, le syndicat dormait depuis quelques années d'un profond sommeil quand Dorel devint son président, le réveilla et resta jusqu'à ce jour son animateur. Le Dr Dorel évoqua la mémoire du Dr Devernois qui fut jusqu'à sa mort secrétaire; le Dr Porte, présent à la fête, le remplaça et fut longtemps le meilleur de ses collaborateurs.

Nous prîmes alors la parole et, après avoir remercié nos confrères du grand honneur qu'ils nous avaient fait et notre ami Dorel de l'éloge qu'il avait prononcé de notre père, nous évoquâmes nos souvenirs de jeunesse et fîmes le tableau de l'exercice de la médecine rurale si pénible il y a 50 ans. A cette époque, les routes ne sillonnaient pas cet arrondissement d'Auvergne; le médecin ne pouvait même pas se servir d'un cabriolet pour se rendre aux hameaux perchés sur les flancs des gorges de l'Allier. Nous nous souvenons avoir vu notre père revenir en hiver de longues courses à cheval, la barbe couverte de glaçons, après avoir séjourné pendant plusieurs heures dans des combles de neige, accumulés par le vent, et où s'était enlisé son cheval. Alors, il n'était guère question d'honoraires et l'indemnité kilométrique ne dépassait pas deux sous. Il fallait au médecin et à sa femme faire des prodiges d'économie pour élever leur famille. Aussi, nous ne témoignerons jamais assez de respect et de reconnaissance à ces médecins, prodiges de dévouement et d'énergie, qui nous ont fait le peu que nous sommes. Quelle différence avec l'exercice de la médecine actuelle où le téléphone et l'automobile permettent au praticien de mener une vie de famille acceptable, bien qu'en hiver, dans ces régions montagneuses, il leur arrive de renouveler en traîneau les prouesses de leurs aînés !

Le syndicat a singulièrement aidé à améliorer les conditions d'existence du médecin, limitant l'âpreté de la concurrence, élevant les honoraires à un taux raisonnable, réprimant les excès des rebouteurs et des charlatans. Les statuts primitifs du syndicat des médecins de Brioude et son règlement de déontologie ont été rédigés de

telle manière que, selon l'expression de Dorel, il n'y aurait rien à y ajouter aujourd'hui.

Les syndicats médicaux primitifs avaient devancé de trois ans la loi des syndicats professionnels, tant il est vrai que les lois utiles sanctionnent les mœurs et ne les modifient guère. Bien que tribunaux, cours d'appel et cour de Cassation aient refusé aux médecins le droit de se syndiquer, les syndicats de praticiens se multiplièrent, se groupèrent en *Union* sous l'égide du *Concours médical*, prirent une part active à l'élaboration de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine qui, en 1892, donna à nos associations professionnelles une existence légale. Devenus en 1895 secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, nous nous efforçâmes de faire une active propagande. Avec le regretté et dévoué président Gairal, nous fîmes durant plusieurs années le tour de la France; nous fûmes à Lyon, à Vienne, à Marseille, à Nîmes, à Montpellier, à Béziers, à Bordeaux, à Bourges, à Clermont, à Saumur, à Chinon, à Tours, à Blois, à Chartres, à Alençon, à Nancy, à Lille, en Vendée. Partout nous fûmes bien accueillis et le nombre des syndiqués et l'importance de l'Union s'accrûrent. Mais ce fut moins l'effort de notre propagande que la nécessité qui provoquèrent l'épanouissement du mouvement syndical. A chaque promulgation d'une loi sociale, nous vîmes se créer de nouveaux syndicats pour répondre aux difficultés de son application. Nous en fûmes témoins quand le 15 juillet 1893, fut votée la loi sur l'Assistance médicale gratuite, quand fut promulguée la loi sur la mutualité le 1er avril 1898 et la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898, que nous fîmes modifier avec tant de difficultés. La loi sanitaire du 15 février 1902, où l'on tint si peu de compte de nos observations, resta en grande partie inopérante.

Enfin, la loi sur les pensionnés de guerre du 31 mars 1919, celle des Assurances sociales de 1930, obligèrent de plus en plus les médecins à se syndiquer et, alors que nos syndicats étaient seulement une force morale, ils sont devenus avec la Confédération actuelle, une force effective, une réelle puissance.

Nous devons être reconnaissants à ceux qui ont tout fait pour augmenter cette puissance, à Lafontaine, à Quivy, à Lenglet, à Decourt, à Dibos, à Cibrie, à Hilaire. Ces deux derniers assument à l'heure actuelle la tâche écrasante de l'application difficile de la loi sur les assurances sociales.

Le Dr Hilaire, au nom de la Confédération des syndicats médicaux français, et nous même comme membre de la Commission du tarif des accidents du travail et de la Commission supérieure des soins gratuits aux pensionnés, répondîmes aux questions qui nous furent posées au sujet de la révision des tarifs officiels. Nous pûmes nous convaincre que la patience de nos confrères ruraux était à bout, qu'ils ne sauraient tolérer une attente plus prolongée dans la modification des tarifs. Nous leur exposâmes les objections des assureurs pour l'indemnité kilométrique, la question de la visite de passage. Ils firent observer que la visite de passage était infiniment rare dans la plupart des régions comme la leur où la population est très clairsemée. Ils n'admettent pas qu'on invoque des abus qui se commettent surtout dans les grandes villes. S'il y a des abus, qu'on les réprime mais qu'on n'en fasse pas supporter les conséquences à l'unanimité des praticiens honnêtes. Les difficultés budgétaires, la question de la crise économique invoquées ne les émeuvent guère. Leurs tarifs auraient dû être remaniés, il y a fort longtemps, à une époque où les difficultés économiques ne se faisaient pas sentir et le budget de la plupart des médecins présente autant de difficultés pour être équilibré que celui de l'Etat.

Nous avouons que l'unanimité et l'énergie des protestations étaient impressionnantes.

***

Après la séance, le syndicat de Brioude a eu la pieuse pensée d'envoyer son président et une délégation, dont faisaient partie les Drs Barrès, Porte, Mouret, qui ont connu le Dr Elie Noir, déposer une gerbe de fleurs sur sa tombe.

***

La célébration du Cinquantenaire se termina par un banquet, un banquet comme, à notre époque, il ne s'en fait plus guère. Les huîtres, le pâté de lièvre, les petites truites de montagne, le filet de bœuf aux morilles parfumées, les cèpes, les perdreaux, en somme tout ce que ce coin d'Auvergne produit de délicat, ont été tour à tour servis et le repas fut arrosé d'un petit vin rosé de la Ribeyre (gorges de l'Allier) des plus agréables à boire. Tous les convives rendirent hommage à l'excellente cuisine de l'Hôtel Moderne Delmas-Magne. Au champagne, Dorel leva son verre en l'honneur de ses invités. Nous lui

répondîmes en évoquant nos souvenirs communs d'enfance et de jeunesse. Le Dr Chevallier prit la parole au nom de la Fédération des Syndicats Médicaux de la Haute-Loire, et Hilaire clôtura la série des toasts en parlant au nom de la Confédération. Il fit l'éloge de Dorel dont la présence est très précieuse au Conseil de la Confédération et qu'il espère y voir siéger longtemps encore ; il fit l'éloge du syndicat de Brioude dont il a pu admirer la parfaite cohésion; il montra néanmoins la nécessité, avec les lois actuelles, d'avoir un organisme départemental, soit une fédération comme dans la Haute-Loire, soit un syndicat unique, et but au syndicat des médecins de Brioude, à la mémoire de son fondateur, à son président Dorel et à l'avenir du syndicalisme médical.

***

Nous sommes revenus réconfortés de cette belle manifestation syndicale. C'est surtout dans les syndicats ruraux que l'on peut se rendre compte de la valeur morale du Corps médical français. En causant avec nos confrères, nos amis de Brioude, nous avons pu nous rendre compte de leur foncière honnêteté professionnelle, de leur pondération, du sérieux avec lequel ils envisagent les questions qui les intéressent, de la mesure qu'ils mettent dans leurs revendications, mais aussi de la ferme volonté qu'ils ont de les faire aboutir et nous avons eu un instant le regret, nous dont les circonstances ont fait un Parisien, de n'avoir pas succédé à notre père dans ce beau pays d'Auvergne qui nous a vu naître et de n'avoir pu mener le bon combat au syndicat des médecins de Brioude, à côté de notre vieil ami Dorel. J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

M. Paul Delmas, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

et

M. A. Bichara, Assistant de clinique obstétricale à la Maternité.

La comparaison est demeurée classique, qui assimile l'acte obstétrical à un problème de balistique où interviennent la force, le projectile et la filière.

De la première, rien à dire : contraction du muscle utérin seul, ou soulignée par la mise en jeu de la sangle abdominale, selon que la dilatation est ou n'est pas complète, c'est toujours la « *vis à tergo* » qui pousse du fond de la matrice vers l'anneau vulvaire.

Par contre, les réactions réciproques de la filière et du projectile aboutissent, pour ce dernier, à une série d'attitudes dont la connaissance importe au plus au point à l'accoucheur.

Comprendre ce mécanisme, c'est interpréter de façon rationnelle l'acte de l'accouchement spontané ; c'est, par conséquent, y pouvoir collaborer ou le pouvoir suppléer lorsque l'indication s'en trouve.

Dans son ensemble, l'accouchement est chose toute simple : c'est la traversée accomplie par le fœtus du ventre maternel au monde extérieur, entre les cuisses de la mère. Or, les formes et les dimensions respectives de la filière et du projectile sont du même ordre que les relations du sou et de la fente de la tirelire. Il les faut donc étudier successivement, avant d'envisager les conséquences fonctionnelles de leur mise en regard.

I

Plus que complexe dans son tracé, ses diamètres et ses axes, la filière comporte deux tronçons, l'un osseux, bassin dur, l'autre musculo-aponévrotique, bassin mou.

A. — Le bassin dur est précédé d'un double plan incliné, grand bassin, qui fait glisser le contenu utérin dans l'excavation. Seule, celle-ci règle le mécanisme ; c'est un canal irrégulier avec un orifice d'entrée, détroit supérieur, trajet ou excavation proprement dite, et un orifice inférieur ou détroit moyen. Mobile en effet autour de sa base, la pédale coccygienne joue le rôle de raphé des parties molles, et le détroit inférieur, qui limite sa pointe, est sans intérêt vrai sur le mécanisme.

a) Dans le bassin normal, et sans même faire valoir le chiffre des diamètres, le *détroit supérieur* est une fente de tirelire à grand axe transversal. Le sou fœtal le doit donc solliciter transversalement. Mais encore faut-il, pour ne pas manquer l'embouchure, qu'il l'aborde selon son axe qui, pour une femme couchée sur le dos, est sensiblement vertical. Si l'accoucheur y doit suppléer, les tractions doivent être exercées vers ses pieds.

b) Par opposition, le *détroit moyen* — du point le plus saillant de la face postérieure de la symphyse pubienne à la pointe du sacrum, en passant par les grands ligaments sacro-sciatiques — est une fente de tirelire antéro-postérieure, mais le plan en regarde en avant, de telle sorte que tirer selon son axe exige des tractions vers les organes génitaux de l'accoucheur.

c) Entre les deux, l'*excavation* doit, par conséquent, présenter des diamètres égaux, pour permettre un mouvement de rotation qui conduise de l'orifice d'entrée à l'orifice de sortie. Les deux plans en sont reliés, non par une ligne courbe, mais par une droite sensiblement verticale.

Ce trajet de l'excavation offre une importante particularité. Sa paroi antérieure, face postérieure de la symphyse publienne, est courte, mais convexe, à la manière d'une voûte basse qui obligerait le visiteur à se baisser fortement. Par opposition, sa paroi postérieure, concavité sacrée, est trois fois plus longue ; elle est par surcroît spacieuse, espace à louer de Farabœuf, d'où un emplacement où la présentation peut s'attarder, et à tout le moins, a autant de liberté d'attitude que sous un plafond élevé.

B. — A cet entonnoir osseux est appendu le BASSIN MOU.

En dehors de l'accouchement, c'est le diaphragme pelvien, percé d'une fente antéro-postérieure, l'orifice vulvaire.

A l'état dynamique, le périnée se déploie pour donner un défilé mou.

a) *Orifice d'entrée* du détroit moyen, avec les insertions latérales du releveur de l'anus ;

b) *Anneau de sortie,* antéro-postérieur : l'anneau vulvaire.

c) *Entre les deux,* un canal musculaire, le double plan incliné du releveur de l'anus, aplati transversalement, mais dont la paroi antérieure n'est représentée que par l'arcuatum de la symphyse pubienne, tandis que la paroi postérieure offre la succession longue et complexe du coccyx et des raphés coccy-ano-vulvaires.

L'axe en est sensiblement vertical, mais où les tractions, cette fois, doivent être dirigées vers la face de l'accoucheur.

C. — Dans l'ensemble, bassin dur et bassin mou ont donc deux axes sensiblement rectilignes, mais qui forment entre eux un angle ouvert vers le haut.

On conçoit, dès *lors,* qu'inclinaison latérale mise à part, il y ait dans l'accouchement deux phases, l'une du ventre au bas de l'excavation, l'autre de celle-ci à la vulve. En principe, l'une, travail secret des anciens accoucheurs, est réalisée durant la grossesse ; l'autre, progression musculaire, exige les contractions douloureuses du travail pour déplisser et parcourir le trajet périnéo-vulvaire.

II

Le projectile fœtal qui doit parcourir la filière est, lui aussi, de configuration plutôt irrégulière.

A. — Deux ovoïdes : l'un court et dur, la tête ; l'autre allongé et mou, le tronc, réunis par une tige flexible, le cou.

a) Tous deux sont aplatis, mais à angle droit, la tête d'un côté à l'autre, le tronc d'avant en arrière. Les dimensions de la tête correspondent à celles de l'excavation ;

b) D'où il résulte, par solidarité avec le tronc, que quand l'un des ovoïdes aborde le bassin mou, l'autre sollicite le bassin dur.

En équilibre sur le cou, par l'intermédiaire des condyles occipitaux, plus près de son versant postérieur que de son versant antérieur, la tête offre deux hémisphères inégaux : l'un plus étendu et saillant correspond à la face, l'autre moindre à tous égards est constitué par l'occiput.

B. — Or, la comparaison est toujours vraie du courant d'un fleuve dont la vitesse est plus grande au milieu, car rien ne la ralentit, tandis que, sur les bords, le liquide s'attarde aux parois de la berge.

De même, quand la tête parcourt l'excavation, les frottements de la face la retiennent plus souvent en arrière, dans l'accueillante concavité du sacrum, tandis que le versant occipital, presque toujours fléchi, vient opposer sa faible superficie à la courte, mais saillante paroi de la symphyse pubienne.

III

A la faveur de ces quelques constatations, rien de plus simple que d'interpréter le mécanisme de l'accouchement.

A. — Voici un fœtus d'habitat abdominal, qui aborde le bassin par son *extrémité céphalique.*

a) L'entonnoir des fosses iliaques dirige en tant que besoin la tête vers le BASSIN DUR supérieur.

1° En raison de la nécessité de la concordance des grands axes, c'est le diamètre sous-cocipito-frontal qui épouse le diamètre transverse au détroit supérieur. Pour peu qu'il existe de l'antéversion utérine, la bosse pariétale rétro-pubienne

précédera la postérieure dans sa descente intra-pelvienne qui se complétera par un mouvement de battant de cloche.

Ce passage du ventre dans le bassin n'est autre que l'*engagement* ;

2° Sous la poussée de l'utérus, la tête descend telle quelle en ligne droite sur le double plan incliné du releveur : *descente.*

3° Le plus souvent celle-ci se combine avec l'amorce du temps suivant, sortie du bassin dur par le détroit moyen, à grand axe perpendiculaire au précédent, et le contact appuyé de l'ovoïde céphalique avec la sangle musculaire du releveur se traduit par la *rotation interne.*

Dans la règle, et pour les raisons dites plus haut, l'occiput tourne en avant, tandis que le massif de la face s'attarde dans la concavité sacrée.

b) Reste la traversée du BASSIN MOU : elle fait l'objet du *dégagement,* c'est-à-dire que, le sous-occiput fixé sous l'arcuatum, la déflexion progressive de la tête amène, au regard de la commissure postérieure, la sortie successive du front, du nez de la bouche et du menton.

1° Mais, pendant que la tête abordait le bassin mou, les épaules, selon le diamètre perpendiculaire, sollicitaient le bassin dur jusqu'à ce que, leur rotation interne se faisant au niveau du détroit moyen, hors du contrôle du regard, la tige du cou amène l'occiput au droit de l'une des cuisses, *rotation externe.*

2° Quelques contractions encore, et les *épaules* sortent à leur tour, l'une après l'autre, l'antérieure en principe la première ;

3° *Le reste* sort en bavant, sans mécanisme particulier.

B. — Au cas, moins fréquent, où l'ovoïde fœtal aborde l'entrée du bassin par l'*extrémité pelvienne,* des mouvements analogues, mais inverses, sont notés.

a) Le BI-TROCHANTÉRIEN joue ici le rôle du grand axe du sou, bientôt suivi, et de manière semblable par le bis-acromial ;

b) Celui-ci arrive sur le périnée ; il faut, par la pensée, se représenter les attitudes de la TÊTE vis-à-vis de l'excavation :

1° Le franchissement du *détroit supérieur* suppose, pour peu que le promonto-pubien soit un peu juste, ce qui est le cas des bassins rachitiques :

a) D'abord un déplacement latéral vers la ligne innominée qui regarde l'occiput : ainsi, au bi-pariétal difficilement acceptable se trouve substitué un bi-temporal de moindre dimension ;

b) Mais encore faut-il, pour que ces diamètres promonto-pubiens soient franchis, un mouvement d'avant en arrière tel que les tempes passent l'une après l'autre, la postérieure en dernier lieu, en utilisant un mouvement pendulaire vis-à-vis de la concavité du sacrum ;

2° Parvenue dans l'*excavation,* la tête n'a plus qu'à tourner pour accommoder son diamètre sous-occipito-frontal aux dimensions du détroit moyen, pour lui permettre enfin d'exécuter, sous l'arcuatum, un mouvement de charnière autour du sous-occiput.

Tel est le fondement des manœuvres de CHAMPETIER DE RIBES au détroit supérieur et de MAURICEAU pour le bassin mou.

C. — Des considérations analogues s'appliqueraient aisément aux présentations de la face, sous cette réserve que, compte tenu de la brièveté du cou, la rotation et le dégagement ne se puissent concevoir qu'en mento-antérieur.

IV

Pour le cas des *bassins asymétriques,* qu'il s'agisse des bassins *scoliotiques* ou de bassins *cruraux,* le principe joue encore de l'accommodation du sou à la fente de la tirelire. Mais ici, il ne faut point être dupe des apparences. C'est quelquefois le diamètre court qui semblera choisi par l'occipito-frontal.

Dans la réalité des choses, le diamètre oblique non utilisé est pratiquement inacceptable, si l'on considère la forme de larme batavique du détroit supérieur dont la pointe effilée ne saurait admettre la base arrondie du front.

Tel est, abstraction faite du langage de l'école, l'essentiel du mécanisme de l'accouchement que le praticien instruit doit se remémorer au cours de tout accouchement spontané pour ne le point contre-carrer, et, plus encore, dans les cas où l'indication se présente d'une intervention obstétricale qui ne saurait jamais être entreprise qu'à la faveur de l'aphorisme de Bacon :

« *Nunquam naturæ imperare nisi parendo* ».

Il n'est de manœuvres efficaces et inoffensives que celles qui s'inspirent du mécanisme naturel.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ATONIE GASTRO-INTESTINALE

Douleur. Distension abdominale. Aérogastrie et aérocolie. Ptose. Constipation habituelle.

Par le Dr G. Fischer.

PREMIÈRE PARTIE

Leur interprétation

Quand le malade, plus souvent le malade du peuple, se présente à notre consultation, il se contente ordinairement d'accuser le symptôme, qui lui paraît être le plus inquiétant.

Dans l'atonie gastro-intestinale, il parle volontiers de ses douleurs ; il se plaint de ballonnement, de ptose, de constipation.

En écoutant ses plaintes, ses dires, une idée apparaît dans notre esprit pour les expliquer.

L'examen clinique vient ensuite confirmer notre diagnostic ; les signes sont devenus pour nous des symptômes et nous avons pu reconnaître l'atonie gastro-intestinale sous l'une de ses manifestations cliniques, et en même temps nous avons déterminé à quelle forme de cette atonie nous avions affaire.

Nous saurons dès lors comment traiter notre malade.

Douleur

I. — Le malade souffre de l'estomac.

Le patient se plaint d'une douleur au creux épigastrique; « *il souffre de l'estomac* », suivant l'expression habituellement employée. Mais s'agit-il bien de l'estomac ?

Une douleur localisée à droite pourrait avoir pour origine une affection vésiculaire ou duodénale, ou pancréatique, comme aussi une lésion du pylore.

Localisée à gauche, il peut y avoir une atteinte de l'angle colique gauche, comme aussi un ulcère de la petite courbure, ou de l'aérophagie.

Médiane, la douleur épigastrique n'évoque aucun diagnostic particulier.

Tâchons de savoir si cette douleur s'étend de la région antérieure à la partie correspondante du dos ; une présomption se dessine alors en faveur d'une maladie de l'estomac.

Mais INTERROGEONS LE MALADE.

Depuis un certain temps, sans avoir à proprement parler, des digestions mauvaises, il accuse tantôt des troubles digestifs passagers, sous l'influence d'émotions, de préoccupations d'esprit, de fatigue, tantôt des troubles digestifs prolongés et permanents.

Dès le repas terminé, il éprouve une sensation de réplétion pénible gastrique, de pesanteur ; il est contraint de supprimer à ce moment tout ce qui comprime l'estomac ; il signale, des malaises, des bâillements, de la somnolence, de l'inaptitude au travail, de la congestion du visage avec rougeur des pommettes. Bref, « *il mange et il a mal* » ; de plus, cette douleur disparaît un temps variable le repas terminé pour recommencer après le repas suivant.

Ce n'est pas une douleur tardive, survenant une heure à cinq heures après le repas, qui dure jusqu'au repas suivant, et que calme l'ingestion d'aliments.

Les régurgitations liquides ou alimentaires sont assez rares ; elles sont d'un goût fade, et non acide.

Voici des signes qui aiguillent davantage nos investigations vers une affection de l'ESTOMAC, en raison du siège et de la discontinuité de la douleur. Une douleur continue ne serait pas une douleur gastrique, mais bien une douleur extra-gastrique. Une douleur irrégulière, survenant à n'importe quelle heure de la journée, tantôt le matin, tantôt dans l'après-midi, avant, après le repas, serait plutôt imputable à la vésicule ou au côlon. Calmée nettement et régulièrement par le décubitus, un élément de ptose interviendrait. Enfin, survenant régulièrement et exclusivement la nuit, elle ferait penser à la vésicule biliaire, surtout si le malade souffrait par périodes courtes, de trois jours environ, séparées par des intervalles de plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Et de plus, nous sommes aiguillés, non vers la dyspepsie hypersthénique (douleurs tardives), mais vers la *dyspepsie hyposthénique*, qui constitue la *première variété de l'atonie gastrique*.

Cependant, *l'estomac étant mis en cause*, il peut y avoir, non pas trouble fonctionnel, à proprement parler, mais lésion matérielle.

Alors la douleur est tardive (de 2 à 5 heures après les repas), et il y a des vomissements comme dans la dyspepsie hypersthénique. Toutefois, les symptômes douloureux plus ou moins vifs, les régurgitations, les renvois gazeux, les vomisse-

ments, après avoir duré un temps variable, ne tardent pas à disparaître pour ne reparaître à nouveau que quelques heures après un nouveau repas. Si parfois ces malaises gastriques persistent à l'état continu, ils présentent une exacerbation très nette quelques heures après le repas, et toujours l'évacuation de l'estomac par régurgitation ou vomissement amène une sédation marquée. Ces accidents dyspeptiques ont une signification tellement précise, qu'ils sont caractéristiques d'un obstacle pylorique.

Et ce «syndrome pylorique» est parfois révélateur d'un ulcère ou d'un cancer. Ces deux causes sont celles, qui donnent lieu le plus généralement aux grandes distensions avec stase alimentaire abondante; qui présentent comme symptômes essentiels de grands vomissements se reproduisant tous les deux ou trois jours, des douleurs augmentant d'intensité au fur et à mesure que l'estomac se remplit davantage et disparaissant momentanément après le vomissement, des renvois gazeux nidoreux. L'analyse du suc gastrique, l'hématémèse et le mélæna permettent de reconnaître l'ulcère ou le cancer (V. plus loin).

D'autres facteurs sont également susceptibles d'intervenir dans la production du syndrome pylorique, et plus particulièrement dans celle du spasme pylorique traduisant une hyperesthésie permanente de la région.

Ce sont alors des *crises gastriques* plus violentes, où la douleur provoquée par de plus énergiques contractions de l'estomac se surajoute aux douleurs causées par l'hyperacidité chlorhydrique et organique au contact d'une muqueuse hyperesthésiée ; puis de fréquents vomissements temporairement libérateurs à l'acmé de la crise, vomissements abondants, contenant souvent des aliments ingérés à des repas antérieurs et renfermant de l'acide chlorhydrique libre en excès et des acides de fermentation.

Ainsi se présente la *dilatation d'origine pylorique, deuxième variété de l'atonie gastrique.*

L'examen clinique

A. **La dyspepsie hyposthénique** va souvent de pair, en clinique, avec une asthénie plus ou moins généralisée à tous les domaines du système nerveux.

L'exploration de la région épigastrique par le palper montre presque toujours une hyperesthésie de la zône solaire, dont l'acuité varie d'ailleurs d'un malade à l'autre, et d'un moment à l'autre, sans jamais disparaître.

L'estomac très souvent clapote pendant presque toute la durée de l'intervalle, qui sépare deux repas (atonie et retard évacuateur), et assez souvent sur une étendue plus grande qu'à l'état normal.

Pas de troubles accentués du chimisme gastrique, en dehors de l'hypochlorhydrie.

Il est à remarquer que ces troubles, diminués par le repos, sont exagérés par la fatigue, les émotions, que l'appétit demeure irrégulier et capricieux ; d'où amaigrissement, puis constipation, amorçant des troubles intestinaux ultérieurs.

L'ulcus gastrique ou duodénal se dissimule assez souvent sous la symptomatologie de la dyspepsie asthénique, surtout à la période initiale de son évolution clinique, surtout dans les localisations extrapyloriques de la lésion ; il faut y penser, quand sur le fond des malaises habituels précoces tranchent des douleurs plus franches à horaire tardif (Enriquez et G. Durand).

A propos du chimisme gastrique L. Pron fait remarquer qu'à une phase avancée de l'hyperchlorhydrie, il peut y avoir atonie de l'estomac. Par suite du spasme du pylore et de l'effort que la musculature gastrique doit fournir pour évacuer le chyme dans le duodénum ou par suite d'un séjour trop prolongé des aliments dans la cavité stomacale, l'atonie survient à son tour. Il y a donc à la fois exagération de la fonction sécrétoire et diminution marquée de la fonction motrice : hyperchlorhydrie et atonie, cette dernière étant secondaire et succédant à la phase de motilité normale ou même exagérée. Dans ces conditions, le médecin non prévenu peut commettre une erreur de diagnostic chimique, et, par suite de thérapeutique. Pour l'éviter, il devra remonter, de plusieurs années souvent, dans le passé du malade, et il apprendra que celui-ci a souffert depuis longtemps de douleurs ou de brûlures nettes, avec un appétit énorme, et souvent de fringales dans la matinée et dans l'apès-midi ; malgré une quantité de nourriture anormale, l'amaigrissement s'est installé peu à peu, puis la nervosité et les troubles du sommeil. L'analyse chimique lèvera tous les doutes ; mais, sans elle, les douleurs ou brûlures, avec ou sans vomissements, coïncidant chez un dyspeptique avec du clapotage tardif et un état général déficient, autorisent à faire le diagnostic d'hyperchlorhydrie.

Une forme grave de dyspepsie asthénique est caractérisée par la permanence des troubles dyspeptiques, sur lesquels tranchent des paroxysmes gastralgiques, parfois violents avec vomissements. Les symptômes extra-gastriques d'ordre nerveux sont particulièrement accentués : vertiges, oppression, palpitations, algies diverses, neurasthénie.

Puis apparaissent les troubles graves, les symptômes d'intoxication de la colopathie mucomembraneuse.

L'insuffisance motrice de l'estomac, signalée par la très longue persistance du bruit de clapotage gastrique après les repas, va quelquefois jusqu'à la rétention à jeun dans les paroxysmes de l'affection.

A la *radioscopie*, l'interprétation est souvent délicate, et mérite un examen long, répété,

une grande prudence dans les conclusions.

L'atonie *totale* doit être étudiée à jeun, et après ingestion du repas opaque. Celui-ci terminé, l'estomacatone offre habituellement l'aspect suivant: la poche à air, de volume variable, n'est pas arrondie, mais piriforme ; le corps est allongé et étranglé à sa partie moyenne, mais le refoulement à la main de la bouillie du bas vers le haut déplisse sans effort cet étranglement. Les mouvements péristaltiques sont à peu près nuls, ou, quand ils existent, ils naissent très bas, le long de la grande courbure seulement ; ils sont superficiels et meurent souvent avant d'atteindre le pylore.

L'atonie *partielle* la plus fréquente est celle de la grosse tubérosité ; mais celle de la petite tubérosité est la plus importante, car elle répond à la région véritablement motrice de l'estomac ; elle retarde vraiment l'évacuation du chyme, alors que celle de la grosse tubérosité et du corps n'ont aucune influence sur le temps d'expulsion du contenu gastrique. Enfin, le fonctionnement du pylore est important à étudier : l'atonie gastrique en favorise le spasme, qui, à son tour augmente l'atonie.

B. **L'atonie gastrique d'origine pylorique,** résulte d'UN OBSTACLE DU PYLORE (*ulcère, cancer, syphilis, linite, brides péritonéales*) ou d'UN SPASME DU PYLORE.

Comme *symptômes communs* à ces différentes variétés, on note surtout d'après R. Gaultier :

La *tension intermittente de l'épigastre,* c'est-à-dire une asymétrie de la région épigastrique, plus saillante à gauche qu'à droite, résistante au palper, sonore à la percussion, et s'affaissant ensuite subitement, comme un ballon qu'on aurait gonflé et qui se dégonflerait ensuite, le même phénomène pouvant se reproduire plusieurs fois de suite, dès que la malade ingère des aliments, fût-ce en petite quantité.

Les ondes péristaltiques, et *les contractions rythmiques vers le pylore, d'une valeur séméiologique considérable.*

La *stase alimentaire abondante,* avec aliments ingérés depuis plusieurs jours ; celle-ci est mise en évidence par le cathétérisme ; au début de la sténose, le tubage révèle seulement la présence de liquide à jeun.

a) *La cause déterminante* imprime cependant un cachet spécial *à chaque cas particulier.* C'est l'analyse du suc gastrique, après repas d'épreuve, qui, par des examens en série continue, est des plus instructives.

Quand la sténose est due à un CANCER, les liquides de stase sont d'une acidité élevée, par présence d'acides organiques abondants (ac. lactique, alors que l'acide chlorhydrique libre manque, et que l'acide chlorhydrique combiné est en faible proportion). L'analyse du liquide d'un repas d'épreuve, retiré au bout d'une heure, donne une acidité très faible : le chlore total faible est au-dessous de 3 p. 1000 ; le chlore fixe est assez fort, la chlorhydrie presque nulle.

Si l'ULCÈRE est en cause, deux cas à distinguer : tantôt dans les ulcères *récents,* l'acidité est assez élevée ; elle est due à l'acide chlorhydrique, dont les réactions sont très marquées, tandis que la réaction lactique manque ; tantôt dans les ulcères *anciens,* l'acidité est peu prononcée, mais toujours due à l'acide chlorhydrique avec très peu d'acides de fermentations. Mais, caractère très important, dans les deux cas, le chlore total est abondant, dépassant d'ordinaire 4 p. 1000, et le chlore fixe est à un taux plus faible : la chlorhydrie élevée indique l'intensité de la sécrétion stomacale. L'analyse du liquide du repas d'épreuve, retiré au bout d'une heure, montre d'ordinaire que l'acidité est très marquée, que le chlore total est en grande proportion, tandis que le chlore fixé est à un taux relativement faible. La chlorhydrie est donc intense. Dans l'ulcère ancien, la sécrétion chlorhydrique peut être retardée, et n'atteindre son maximum qu'au bout d'une heure et demie ou de deux heures ; il est alors nécessaire de faire des examens successifs en série.

Dans les cas beaucoup plus rares, où la sténose est due à une autre cause que l'ulcère ou le cancer (AUTRES TUMEURS, SYPHILIS, TUBERCULOSE, etc.), les liquides de stase offrent à peu près les caractères de ceux de l'ulcère ; mais les chiffres des différents éléments du repas d'épreuve se rapprochent sensiblement des chiffres normaux.

A la radioscopie, les premiers signes d'un obstacle pylorique sont des troubles du péristaltisme gastrique, signe d'un effort réactionnel de l'estomac : ils ont la même valeur que la tachycardie précédant la fatigue cardiaque (Gutmann). Les ondes péristaltiques sont d'abord plus nombreuses ; leur rythme est plus rapide ; elles sont surtout plus profondes. Puis, l'ombre de l'estomac apparaît comme tronquée et brusquement interrompue ; il y a une dilatation progressive de l'antre pré-pylorique ; la lumière de l'estomac est rétrécie ou complètement obstruée dans la région correspondant à la tumeur. La disparition radiologique de la portion horizontale de l'estomac est un élément de diagnostic de grande valeur ; mais cet aspect ne saurait suffire à lui seul à affirmer la nature de l'obstacle.

b) LE SPASME DU PYLORE peut être provoqué par des lésions ulcéreuses au début, qui siègent près du pylore, ou même par l'ulcère de la petite courbure et par celui du cardia, et au début par les autres lésions (cancer, ulcère, etc.), précédemment passées en revue. L'ulcus en est cependant la cause la plus fréquente ; ici les symptômes essentiels — douleurs, vomissements — prennent, en raison du pylorisme causé, des traits plus ex-

pressifs : douleurs tardives, vomissements tardifs. Cependant, cette question ne nous intéresse que secondairement, car, à cette époque, n'est pas encore constituée l'atonie gastrique, qui fait l'objet de la présente étude. D'ailleurs, l'examen physique du malade ne fournit ici que peu de renseignements ; seule la *radioscopie*, par les signes précédemment énumérés, peut nous renseigner sur l'état de la dilatation gastrique ; faite à jeun, elle nous révèle, comme précédemment, les premiers signes du spasme : présence de liquide dans l'estomac ; contractions plus intenses par l'ingestion bismuthée, etc.

Nous ne citerons que pour mémoire les lésions extra-gastriques susceptibles de déterminer le pylorisme, et encore, à une phase légère, insuffisante pour attirer spécialement l'attention et les doléances des malades, que nous avons eu en vue. Ce sont : les lésions ulcéreuses pyloro-duodénales, les affections chroniques du côlon, la lithiase rénale ; les affections de l'appendice, de l'utérus, de l'ovaire, etc.

II. — Le malade souffre du ventre.

A. *Il peut localiser sa douleur*, et celle-ci siège surtout sur le *trajet du gros intestin* (douleur en barre), à *la région ombilicale et dans la fosse iliaque gauche.* C'est un endolorissement abdominal continue ; mais, par moments, surviennent de crises de coliques, suivies ou précédées de tiraillements, de tranchées, de pesanteurs. L'horaire des douleurs n'a rien de fixe ; il peut varier d'un malade à l'autre.

Les irradiations de la douleur sont importantes à connaître ; elles ne s'étendent par comme pour l'estomac à la région correspondante du dos et à la paroi antérieure de la poitrine ; elles ne descendent pas le long de l'uretère jusqu'au scrotum ou aux grandes lèvres comme pour le rein ; elles ne gagnent pas les lombes et les aines ou les cuisses comme pour l'utérus, ne se dirigent pas vers l'épaule ou le bras droits comme pour le foie. Notre attention, au contraire, est attirée *vers* L'INTESTIN.

La douleur n'est pas vive ; il n'y a ni fièvre avec faciès abdominal, ni vomissements, ni ballonnement du ventre comme dans l'occlusion intestinale, la hernie étranglée, la péritonite aiguë.

INTERROGEONS notre malade sur le fonctionnement de son intestin ; et nous saurons aussitôt que son appétit est capricieux, que c'est un constipé habituel, parfois avec fausses diarrhées ; que ses selles sont en général rares, desséchées, ovillées ou aplaties, foncées ou passagèrement décolorées, toujours enrobées de mucus (blanc d'œuf cru, mousseux ou nummulaire), et ce mucus est parfois concrété en fausses membranes caractéristiques, simulant des lambeaux de muqueuse ou des anneaux de tænia.

D'autre part, comme nous avons affaire à une femme entre 20 et 40 ans, plus souvent qu'à un homme, ou à un enfant, — c'est une neuro-arthritique, trop richement alimentée, surmenée intellectuellement. Elle est amaigrie et malade, depuis longtemps. Il s'agit d'UNE COLITE MUCO-MEMBRANEUSE A UNE PÉRIODE AVANCÉE, *où le spasme colique a fait place à la dilatation et à l'atonie.*

A L'EXAMEN CLINIQUE, nous trouvons une langue étalée et blanche, une haleine fétide ; nous vérifions les indications précédentes, en ce qui concerne l'état général du malade (amaigrissement général), et la localisation de la douleur, ses irradiations.

Nous constatons aussi que le ventre, ballonné certains jours, est généralement flasque, prolabé, mou, aplati, n'opposant aucune résistance au palper (intestin, chiffon) ; on peut explorer la colonne vertébrale et palper l'aorte sur toute la hauteur. Nous sommes à une période avancée ; c'est une dilatation intestinale que nous trouvons, et, non plus comme antérieurement la « corde intestinale ». L'*hypotonie abdominale* est la caractéristique de ces malades.

S'il s'agit d'une localisation au côlon *transverse*, il faut se rappeler que celle-ci joue un rôle capital dans certaines stases : à l'atonie intestinale succèdent des allongements ou des déformations du transverse (DOLICHOCÔLON ou allongement anormal de l'anse sigmoïde, puis déchéance colique complète) (TRÉMOLIÈRES et VÉRAN).

Des symptômes accessoires peuvent être notés : troubles de la sécrétion biliaire (acholie, décoloration partielle des selles), palpitations, crises de dyspnée, douleurs dans les membres, troubles psychiques des neurasthéniques (fatigue intellectuelle, diminution de la volonté, de la mémoire, etc.), sans compter *des crises de toxémie* avec phénomènes généraux et fièvre.

Enfin, des troubles ptosiques (PTOSE GASTRO-COLIQUE, hépaptose, néphrotose), viennent souvent compliquer la situation.

L'examen des selles nous révélera les troubles de fermentation (acide ou alcaline).

L'*examen radiologique* complet du tube digestif est d'une importance capitale pour déceler les troubles statiques (transit intestinal et aussi évacuation gastrique) ; il permet de localiser la stase et de diriger le traitement.

F. Ramond et C. Jacquelin insistent sur l'importance de la radiographie en série, de l'étude au ralenti, qui fixe les images successives et permet de se rendre compte des lésions attribuables à un défaut de contractilité.

B. *La douleur est localisée dans la fosse iliaque droite* ; le malade souffre depuis longtemps ; il se plaint de constipation, et même de crises

d'occlusion aiguë incomplète, non pas intermittente et sans horaire comme dans cette dernière maladie ; la douleur est ici quotidienne et à peu près rythmée ; c'est habituellement 6 heures après le repas, quand le cæcum est rempli, que le malade a une sensation de plénitude, de pincements, de tiraillement et de crampes ; toute la fosse iliaque reste continuellement endolorie ; il ne s'agit pas d'une douleur punctiforme comme dans l'appendicite. Il n'y a pas de fièvre et, d'emblée, on élimine les affections aiguës : fièvres typhoïde ou paratyphoïde, appendicite aiguë.

D'ailleurs le début a été lent, et l'on pense à une typhlite chronique avec typhlotonie.

L'EXAMEN CLINIQUE est concluant et l'on trouve une DILATATION CÆCALE ou un empâtement profond, au lieu d'un plastron sous la paroi (appendicite chronique).

La radioscopie est confirmative et permet en outre de découvrir la lésion initiale (trouble de la motricité, tumeur, obstacle).

***

Distension abdominale

I. — Stade gastrique.

Un malade vient nous consulter parce que, quelque temps après les repas, il éprouve une sensation de malaise, de pesanteur ; *il se sent « gonflé »*.

Au lieu de se produire peu de temps après le repas, comme dans la dyspepsie ordinaire, — puisqu'il y a *dilatation* stomacale surajoutée — les malaises surviennent 5 à 6 heures plus tard, en raison des fermentations, qui se produisent dans l'estomac, aux dépens des aliments, qui y séjournent.

Le patient a de nombreux renvois gazeux, et ceux-ci s'accompagnent de phénomènes douloureux gastriques, avec irradiations dans la région de l'omoplate du même côté, ou encore entre les deux épaules, qui provoquent une véritable crise. Ce sont des éructations silencieuses, parfois en série, qui sont gênantes par leur répétition. Ce ne sont pas les rots bruyants, inodores, souvent en série également, de ceux qui déglutissent de l'air par tic et l'expulsent ensuite avec bruit ; il ne s'agit pas de l'aérophagie vraie des nerveux. Ici l'AÉROPHAGIE *est secondaire à une affection gastrique*, et voici comment.

L'inflammation de la muqueuse gastrique a déjà amené une atonie de la paroi, notamment par inhibition du pneumogastrique, nerf accélérateur de la motricité et de l'évacuation stomacale ; or, celle-ci va réagir, en outre, par voie réflexe sur le centre de sécrétion salivaire, d'où sialorrhée, et, par suite, sialophagie et tic d'avalement ; avec la salive, se déglutit inconsciemment de l'air. Ensuite, au bout d'un intervalle plus ou moins long, se produit une éructation libératrice ; et cette éructation est consciente pour le malade.

Mais elle ne libère pas entièrement l'estomac, et celui-ci se distend au point de gêner le malade, de le ballonner souvent d'une manière marquée.

Les gaz rendus se composent non seulement d'air, mais d'air mélangé de produits gazeux de fermentation ; d'où leur mauvaise odeur, leur odeur fétide, surtout s'ils ont séjourné quelque temps dans l'estomac (œuf pourri).

La *maladie en cause dans cette aérophagie est une* DYSPEPSIE FLATULENTE, hyposthénique ; s'il s'agissait d'une dyspepsie hypersthénique, les éructations et les douleurs seraient tardives.

A noter que l'aérophagie se rencontre aussi très fréquemment dans d'autres affections organiques de l'estomac : ulcère, cancer.

L'EXAMEN CLINIQUE. — C'est le plus souvent à des nerveux que l'on a affaire dans les cas de météorisme gastro-intestinal : nerveux, qui ont été surmenés physiquement ou moralement.

Chez les aérophagiques par tic nerveux (aérophagiques bruyants), on n'observe pas de distension véritable de l'estomac ; le creux épigastrique reste plat et ne présente pas de sonorité exagérée.

Chez les aérophagiques, dyspeptiques flatulents, au contraire, on constate par la simple inspection, une distension plus ou moins marquée de l'abdomen, une voussure épigastrique.

Il s'agit, non pas d'un « évasement par en haut », comme pour l'estomac des gros mangeurs, mais d'une saillie médiane épigastrique, descendant plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic, se montrant après les repas. Si la distension gastrique est plus accentuée, faisant basculer à la suite des repas la partie inférieure de l'abdomen, on observe un aplatissement épigastrique, avec ballonnement hypogastrique.

S'il y avait distension gastrique avec spasme, à la première période de la distension par sténose pylorique, on observerait à l'inspection des ondes péristaltiques, indices de la contraction énergique de la musculeuse stomacale, destinée à faciliter l'évacuation.

A la palpation, on a une sensation de tension et d'élasticité, variable suivant les cas.

La palpation de l'estomac, jointe à l'auscultation, décèle le clapotage gastrique ; celui-ci n'a de valeur que s'il s'entend plus de deux heures après le repas, et au-dessous d'une ligne fictive passant par la base du cartilage des neuvièmes côtes (R. GAULTIER).

A la percussion, l'estomac distendu, dit A. Dobrovici, peut souvent être délimité absolument comme un estomac que l'on a insufflé avec de l'air dans un but d'exploration.

La percussion révèle une sonorité tympanique

correspondant à l'étendue de l'estomac ; et cette sonorité est surtout accentuée au niveau de l'espace de Traube, dont les limites sont considérablement augmentées.

On recherche aussi le *bruit de clapotage* par succussion de l'abdomen et enfin *la douleur-signal de Leven,* suivant le procédé que nous rappellerons à propos de la « ptose ».

Le malade présente, par ailleurs tous les signes de la dyspepsie hyposthénique, décrits plus haut.

A l'examen radioscopique, on peut constater, au niveau de l'*estomac,* une poche à air énorme, anormalement distendue, refoulant le diaphragme et passant quelquefois en arrière du cœur. Mais, pour l'estomac hypotonique, la poche d'air est le plus souvent réduite, l'air s'y trouvant sous une forte tension : aérophagie bloquée.

La poche d'aérogastrie bloquée est plus volontiers déviée vers le bas ; elle subit des inflexions, surtout l'inflexion postérieure. En position couchée, dorsale ou ventrale, l'aérogastrie disparaît, car la bouillie barytée s'étale largement et uniformément, et masque l'air qui se trouve à sa surface (Ramond et Jacquelin).

Pour pouvoir porter un diagnostic exact, il faudra répéter les examens. A jeun, moment de choix pour l'examen, beaucoup d'aérophages, précise le Dr L. Moreau, ont un estomac vide d'air ; par contre, les gaz se développent dès que commence la digestion, quand à l'air dégluti, viennent se surajouter des gaz de fermentation. Si on ne trouve pas d'aérophagie à jeun, il sera bon de répéter l'examen deux heures environ après le repas.

Les images radioscopiques spéciales au cancer et à l'ulcère sont décrites, par ailleurs. (V. « ptose gastrique, » et « douleur).

II. — Stade intestinal.

A. — L'affection a progressé ; le malade accuse des éructations très abondantes et très aigres ; il a des vomissements fréquents, abondants, d'odeur parfois fétide et accompagnés du rejet de gaz malodorants. Il a remarqué, surtout après ses repas, l'apparition d'une voussure qui, partant de l'épigastre, s'étend plus ou moins vers l'ombilic. A ce moment, ses douleurs sont plus intenses, surtout au niveau de l'hypocondre gauche ; c'est une striction rétro-sternale ; ce sont des crises de faux angor, des palpitations. La nuit, il peut être réveillé par des phénomènes de dyspnée, dans une crise rappelant l'asthme nocturne, mais qui s'accompagne d'éructations nombreuses et se termine par des émissions profuses de gaz intestinaux.

D'autre part, ces douleurs, très vives, pongitives, coupant la respiration, disparaissent brusquement aussi avec un changement de positions du malade.

La dyspepsie s'est compliquée désormais de fermentations anormales, avec production de gaz, qui s'ajoutent à l'air dégluti. L'air et les gaz, après avoir distendu l'estomac, ont franchi le pylore pour envahir l'intestin, et ils ont déterminé, surtout lorsqu'ils se sont accumulés dans le coude gauche du côlon, des troubles analogues à ceux de l'aérophagie gastrique.

Mais, lorsqu'ils s'accumulent dans le coude droit, dans la région sous-hépatique, ils peuvent engendrer des symptômes douloureux, qu'il faut différencier de ceux, qui seraient dus à une affection vésiculaire.

Puisque les troubles intestinaux prédominent, nous éliminerons d'emblée toute affection péritonéale susceptible de produire du météorisme abdominal. Et l'absence de fièvre avec faciès grippé fera rejeter également une occlusion intestinale.

Au contraire, diarrhée et douleurs surajoutées nous ramèneront à l'entérite, avec atonie, et cela plus particulièrement s'il s'agit d'un sujet nerveux, qui, en plus, de fermentations intestinales anormales, fera de la sialophagie avec aérophagie. *C'est l'*AÉROCOLIE *par atonie intestinale.*

L'examen clinique. — Cette affection complique généralement la précédente ; aussi l'examen du malade nous révèle-t-il les signes énumérés plus haut, mais avec un caractèrre aggravé. Le tympanisme est plus étendu, surtout à gauche, car c'est la dilatation de l'angle colique gauche, qui crée l'aspect d'éventration et donne les troubles fonctionnels.

Mais la *radiologie* vient éclairer le diagnostic.

Quand l'air et les gaz ont réussi à franchir le pylore et à pénétrer dans le duodénum, s'ils sont en grande quantité, ils peuvent boudiner les *anses grêles,* au point de réaliser l'aspect radiologique de l'occlusion intestinale. (Aspect en tuyaux d'orgue avec niveaux liquides). Ils peuvent aussi emplir les *anses grêles et les côlons,* donnant à l'abdomen une clarté anormale ; si les anses grêles se sont interposées entre le foie et le diaphragme, après s'être glissées en arrière du foie, la radioscopie montre une plage claire typique sous le diaphragme droit.

Les gaz, ayant franchi la valvule iléo-cæcale, stagneront surtout au point, où l'on observe d'ordinaire, en dehors de tout syndrome d'aérocolie, des plages gazeuses dues aux fermentations intestinales, c'est-à-dire le coude hépatique, le coude splénique et parfois l'anse sigmoïde.

L'aérocolie du coude splénique donne lieu très fréquemment à des déformations de l'estomac ; quand toute la grande courbure est soulevée, l'estomac est refoulé vers la droite et paraît de volume très réduit ; quand la compression s'exerce à la partie moyenne, ce sont alors les pseudo-bilocutions d'emprunt ; quand le fornix

est refoulé vers le haut, ce sont les formes désignées, plus ou moins justement, sous les noms d'estomac en cascade, d'estomac, en coupe à champagne.

Quand les gaz ont franchi le coude gauche, ils sont assez rapidement expulsés dans le côlon descendant et le côlon iléo-pelvien. Les taches gazeuses n'ont pas alors la fixité des plages du coude gauche, car, en cette position basse, les gaz ne tardent pas à être expulsés par l'anus.

B. *Un adulte ou un vieillard* vient se plaindre d'une distension énorme de l'abdomen ; cette distension présente son maximum dans la partie supérieure de l'abdomen, et la base du thorax même est élargie. Le patient s'inquiète d'autant plus que cet état de choses coïncide chez lui avec une constipation d'un type spécial.

Les selles se sont de plus en plus espacées et, maintenant, il ne peut plus aller à la selle que de loin en loin, toutes les semaines, toutes les deux semaines, toutes les six semaines, voire même tous les 2 ou 3 mois dans des cas rares. Ce malade ne va à la selle que par débâcle de matières en grande abondance, généralement molles, pâteuses (matières délayées par l'hypersécrétion colique secondaire), parfois mélangées de masses dures, souvent glaireuses, même sanguinolentes, presque toujours fétides.

Dans les formes moyennes, les débâcles se produisent tous les 5 à 6 jours. Ces évacuations espacées de matières peuvent être précédées et accompagnées de vives douleurs expulsives ; assez rarement, il y a en même temps une abondante débâcle de gaz fétides. En même temps que le ventre se distend dans les périodes de rétention, le malade se cyanose, sa respiration est gênée, le moindre effort peut provoquer des crises de dyspnée violente.

Il faut toujours penser au MÉGACÔLON PAR DILATATION dans ces cas d'obstruction incomplète chronique, de constipation vraiment anormale par son intensité et sa longue durée, par la lente et progressive distension de l'abdomen.

Ce peut-être aussi *un nouveau-né ou un nourrisson* au moment du sevrage. La constipation en est le premier symptôme, puis apparaît la distension abdominale ; bientôt se manifestent des crises légères d'obstruction avec débâcles fétides ; ces crises se rapprochent de plus en plus, et au bout de quelques semaines, quelques mois, la mort peut survenir par intoxication générale.

D'autres fois, *chez un jeune enfant*, au delà de 2 ou 3 ans, la maladie évoluera sous forme de constipation habituelle avec gros ventre distendu ; elle suivra une marche chronique, avec accidents brusques de petite occlusion révélatrice de la maladie. La forme de la distension abdominale (gros ventre ascitique avec maximum dans la partie supérieure de l'abdomen) n'aura pas l'aspect du ventre flasque étalé des rachitiques ; l'absence de fièvre fera éliminer la péritonite tuberculeuse, le manque de selles sanglantes, celui d'invagination intestinale aiguë.

L'EXAMEN CLINIQUE. — C'est chez le jeune enfant que la DISTENTION ABDOMINALE est particulièrement frappante. En général, elle offre un type le plus frappant. C'est le type des gros ventres ascitiques avec épanchement considérable, présentant son maximum, avons-nous dit, à la partie supérieure de l'abdomen. Cette distension, due surtout à l'accumulation des gaz, n'est pas, dans une certaine mesure, directement influencée par les débâcles de matières, au moins dans nombre de cas.

Le tympanisme donne, à la percussion, des zônes de sonorité diversement réparties selon l'étendue de la malformation colique ; circonférentielle dans le mégacôlon total, droite ou gauche dans le mégasigmoïde. On peut noter, en contraste avec l'hypersonorité de la moitié supérieure de l'abdomen et de la base du thorax, une matité plus complète dans le segment inférieur (accumulation de matières et de liquide d'hypersécrétion colique, avec possibilité de constatation de matité déplacée par les changements de position du malade).

Au palper, on sent une tumeur de volume variable, généralement bosselée, de consistance pâteuse, dépressible ; à son niveau, on voit des *contractions péristaltiques intermittentes*, qu'il faut parfois provoquer par le contact d'un objet froid ou par une chiquenaude. ***C'est là, avec la constipation et la distension abdominale, le troisième signe majeur du mégacôlon.*** La tumeur intestinale occupe un siège variable dans l'abdomen ; le plus souvent son pédicule se perd dans le bassin, car elle correspond presque toujours à l'anse sigmoïde.

D'autres symptômes accessoires dépendent du degré de la compression exercée par la tumeur : *dyspnée, rétention d'urine, ascite* ; ce sont aussi des signes de *stercorémie.*

L'*examen radioscopique*, que l'on doit pratiquer dans tous les cas, même quand le diagnostic est évident, représente le moyen d'exploration le plus complet.

Sans préparation spéciale du malade, le côlon, distendu et rempli de gaz, s'inscrit en clair sur l'écran, et déjà on prend la notion de la malformation colique, de son étendue, de ses connexions avec le diaphragme, et des compressions qu'elle exerce sur les organes thoraciques.

On administre alors un lavement de liquide opaque sous le contrôle de l'inspection à l'écran, et on peut mettre en évidence la longueur du segment colique malade, le degré de sa dilatation, l'acuité de ses coudures ; 2 à 3 litres de liquide, et parfois davantage, sont nécessaires pour remplir

le côlon dilaté. Il n'est pas sans intérêt de tenir compte tout spécialement de l'importance de la *dilatation* du côlon pour porter le diagnostic de mégacôlon (diagnostic avec des dolichocôlons, ou côlons allongés facilement dilatables par le lavement, mais non pas dilatés au point d'être assimilés au mégacôlon : la poche gazeuse de l'angle gauche a pu atteindre le volume d'une tête de fœtus).

Cet examen sera complété par l'*endoscopie recto-sigmoïdienne,* afin de découvrir le facteur pathogénique initial de l'affection (coudure, obstacle spasmodique, repli anormal ou valvule hypertrophiée en plein rectum) ; cette recherche est des plus importantes au point de vue de la thérapeutique.

C. La distension gazeuse peut aussi résulter chez les hystériques d'un trouble de l'innervation motrice de l'intestin, permettant sa distension, puis l'augmentation de volume des gaz préexistants dans le tube digestif. Cette distension serait à tel point considérable que l'abdomen résonnerait comme un tambour : *c'est la* TYMPANITE HYSTÉRIQUE D'ORIGINE NÉVROPATHIQUE.

Un gonflement abdominal considérable survient brusquement, à certains moments chez des hystériques, n'ayant encore présenté aucun symptôme de la grande névrose. Son apparition est tantôt spontanée, tantôt consécutive à une cause provocatrice quelconque. Ayant persisté parfois assez longtemps, ce gonflement disparaît brusquement aussi, et cette disparition ne se fait pas par l'expulsion de gaz à travers l'œsophage et la bouche, ou l'anus.

Il ne s'agit donc pas là d'une autre variété de la tympanite hystérique, qui peut faire suite à l'aérophagie spasmodique de déglutition chez les pithiatiques.

Ici, au contraire, elle disparaît, *sans aucune émission de gaz,* et cependant, elle a pu simuler parfois une grossesse de neuf mois !

***

Ptose gastro-duodénale

Le malade, sitôt son repas terminé, éprouve le besoin de s'étendre pour calmer une sensation de pesanteur, et plus encore une sensation de distension pénible, qui sans cela durerait plusieurs heures.

Et il ajoute qu'il a la sensation d' « *estomac plein* », dès qu'il a pris quelques bouchées. Plus son repas a été copieux, plus les symptômes sont accentués. A midi, il souffre plus que le soir, car, à ce moment le repas a été plutôt léger, et que, grâce au coucher, la digestion se fait en décubitus horizontal.

A ces sensations peuvent s'ajouter des crises douloureuses, des vertiges, un brouillard passager devant les yeux, quand le patient passe, notamment au réveil, de la position couchée à la position assise. Celles-ci viennent confirmer l'idée d'une ptose, et même d'une PTOSE GASTRIQUE ; car, dit Jacquet, l'existence de vertiges chez des sujets jeunes, amaigris et souffrant de l'estomac doit faire penser d'emblée, à la ptose gastrique.

Cependant, il n'y a pas de crises violentes à type de colique hépatique, pas de subictère, pas de tension douloureuse de la vésicule biliaire : le foie ne semble pas, par une ptose propre, devoir être incriminé comme cause initiale d'une ptose gastrique secondaire. Pas de glycosurie, pas d'albuminurie orthostatique : *a priori,* on ne peut incriminer, dans les mêmes conditions, ni le pancréas, ni le foie.

Mais, INTERROGEONS NOTRE MALADE : « depuis longtemps, son estomac ne va pas ; il a maigri » ; de plus, il éprouve *tardivement* des douleurs et des brûlures, qui sont manifestement dues à un retard de l'évacuation gastrique.

Chez un ancien dyspeptique, ce syndrome mixte des troubles gastriques précoces et des douleurs tardives met en cause directement l'estomac, comme responsable des phénomènes de ptose : une dyspepsie hyposthénique, compliquée d'*hypotonie ou d'atonie gastrique,* puis d'*hypotonie ou d'atonie intestinale,* a entraîné progressivement un *allongement du corps de l'estomac.*

La *dilatation lente de l'estomac, secondaire à une sténose pylorique progressive a pu également entraîner la ptose isolée de l'estomac.*

EXAMEN CLINIQUE. — Sans noter le « ventre en besace », que donne l'abdomen vu de profil dans la station debout, nous rechercherons le *signe de la sangle* (de Glénard), et *celui de la douleur-signal* (de Leven).

a) *Signe de la sangle.* — On se place derrière le malade debout, et, de la main droite, comme d'une sangle, on comprime fortement la portion inférieure de l'abdomen pour relever les viscères. Si on cesse brusquement cette pression, les viscères ptosés retombent et le malade accuse une douleur vive, parfois accompagnée de vertige, de pâleur ou même d'une très légère sensation de défaillance. On peut aussi procéder différemment ; toujours placé derrière le malade et l'entourant de ses bras, on appuie avec les doigts de la main gauche sur son plexus solaire, où l'on provoque une douleur ; cette douleur cesse immédiatement, si l'on relève la masse abdominale comme précédemment (R. Gutmann).

b) *Signe de la douleur-signal.* — Par ce signe, Leven pense pouvoir non seulement diagnostiquer, mais mesurer la ptose gastrique seule.

La pression étant exercée comme précédem-

ment avec les doigts de la main gauche au plexus solaire, on déprime profondément du bord cubital de la main droite la paroi abdominale en procédant par échelons de bas en haut, en appuyant simplement d'avant en arrière, et non plus comme précédemment en relevant en masse les viscères. Lorsque la douleur solaire provoquée disparaît, on peut admettre que le bord inférieur de l'estomac est relevé. Ce signe n'est positif que dans le cas de *ptose gastrique très accentuée avec dilatation* (Enriquez et G. Durand).

c) *Signes d'atonie.* — D'après R. Gutmann, l'atonie se juge cliniquement, et, très grossièrement, se mesure, à la facilité et à l'intensité avec lesquelles on obtient, par succussion de la paroi épigastrique, un *bruit de clapotage,* lorsque l'estomac contient des aliments liquides ou qu'on a fait absorber au malade un liquide quelconque.

Pour que ce signe ait de la valeur, il faut qu'on l'obtienne facilement : le malade étant couché, il faut que la dépression brusque de la paroi épigastrique provoque le bruit ; les estomacs très atones clapotent à la simple chiquenaude.

La surface sur laquelle la percussion produit le clapotage permet de juger de l'étalement de l'estomac atone et mesure donc indirectement le degré de sa distension (clapotage, sus-sous-ombilical, sus-pubien). Enfin, la longueur du temps, pendant lequel un estomac atone clapote après un repas, permet approximativement de se rendre compte du retard de l'évacuation.

Dans la ptose, il n'existe normalement pas de liquide à jeun ; la constatation nette du *bruit de clapotage doit donc, comme les douleurs tardives,* orienter l'idée vers un *trouble de l'évacuation.*

Radiologie. — La radiologie nous renseignera sur l'état de la ptose gastrique et de l'atonie gastro-intestinale, ainsi que sur l'état du fonctionnement moteur et évacuateur de l'estomac ou de l'intestin.

En cas d'hypotonie, l'estomac apparaît allongé par étirement progressif de son corps, et par l'augmentation de l'espace qui, au bas-fond gastrique, sépare la petite de la grande courbure. Puis, dilaté, il ne réagit plus sur son contenu ; quand on fait, sous l'écran, absorber de la baryte, le niveau ne reste pas constant, mais il s'élève proportionnellement à la quantité absorbée. Cependant l'atonie gastrique n'entraîne pas forcément la diminution de contractilité péristaltique du myo-gastre. La masse totale de l'estomac descend peu à peu au-dessous de la ligne bi-iliaque.

Toujours est-il, soit dit en passant, que les bords de la portion verticale du J à crochet accentué que forme l'estomac, ne restent pas parallèles dans l'atonie, ce qui élimine la ptose congénitale.

La constatation supplémentaire d'une dilatation segmentaire, prépylorique, permet de mesurer l'importance du trouble évacuateur.

Le pylore, parfois, reste en place ; c'est le cas des ptoses principalement atoniques. Parfois, il descend en bas et à gauche, et peut même gagner le flanc gauche de la colonne vertébrale : le fait est plus rare.

Le *duodénum* peut suivre la descente du pylore ; mais, plus souvent, son bulbe s'allonge simplement par déficience de ses fibres lisses, analogues à celles de l'estomac ; cet état donne lieu à des aspects radioscopiques assez spéciaux.

Le malade sera examiné couché et debout (état de la réductibilité spontanée de la ptose gastrique et intestinale). On appréciera aussi la tonicité de la paroi abdominale : par rétraction volontaire de la paroi abdominale, — « faire ventre creux » — l'ascension de l'estomac est possible ou impossible (Enriquez et G. Durand).

En cas de dilatation, consécutive à un *obstacle pylorique,* on observe d'abord une dilatation prépylorique ; à un stade plus avancé, l'image radioscopique, après lait opaque, offre souvent l'aspect dit « en coupe », « en cuvette », sans que l'on puisse encore parler de grandes dilatations. (Plus tard, la délimitation des contours gastriques, par le bruit de clapotage et la percussion, ne rendent plus nécessaire la radisoscopie).

* * *

Constipation habituelle

Le malade se plaint de constipation.

— Très nombreuses sont les causes de constipation habituelle (la seule que nous ayons en vue dans cette étude) ; mais aussitôt deux points nous amèneront, par élimination, *à l'atonie gastro-intestinale* : la nature de l'affection intestinale, puis l'état névropathique du sujet.

1° Le patient accuse souvent aussi de la céphalalgie et des vertiges, de la somnolence, de l'inaptitude au travail, des bouffées congestives de la face, un état nauséeux, de l'inappétence : le trouble est ancien. Comme de plus, il souffre, de douleurs intestinales et rend des selles muco-membraneuses, nous avons affaire à une *colite muco-membraneuse* ; mais nous en sommes à la phase *atonique,* qui fait suite à celle du spasme colique. Les douleurs sont intermittentes et surviennent génèrelement après une phase de constipation, pouvant atteindre 3 ou 4 jours ; coïncident avec une crise de fausse diarrhée.

C'est encore une *constipation droite avec stase intestinale chronique.*

Mais il peut y avoir aussi des alternatives de diarrhée et de constipation ; la douleur en barre (côlon transverse) s'étend jusqu'au côlon descendant : il s'agit alors d'une *constipation gauche*

◆◆◆◆

avec dilatation rectale, due à une typhlite chronique, ou simplement à une colite ancienne.

Si le malade souffre depuis de longues années d'une dyspepsie hypochlorhydrique, il y a *constipation par atonie de la tunique musculeuse intestinale*

Nous ne citerons que pour mémoire la *constipation habituelle du mégacôlon,* facile à reconnaître par ses caractères particuliers, par la distension de l'abdomen, et par les contractions péristaltiques visibles, qui sont l'expression de crises d'obstruction intestinale.

Un autre type de constipation atonique est celui de la *constipation des collégiens, des femmes, des vieillards.*

2° Le malade présente en outre une affection du système nerveux central.

Si c'est un hémiplégique, l'action nerveuse exercée sur l'intestin sera parfois spasmodique, mais, parfois aussi, *parétique ou paralytique* ; chez le tabétique, il y aura incoordination motrice par combinaison du spasme et de l'atonie.

Dans les grands états neurasthéniques, la constipation sera aggravée par les troubles secondaires de la nutrition, amenant de l'amaigrissement, une atonie du système musculaire, des ptoses.

Examen clinique. — Dans la colite mucomembraneuse à la phase d'atonie, on ne sent plus à la *palpation* de tumeurs abdominales, qui soient dues à des segments spasmés ; ce n'est plus la corde colique douloureuse, qui roule sous le doigt dans les fosses iliaques. Au contraire, le ventre est mou et non rétracté ; il n'oppose plus aucune résistance au palper (*intestin-chiffon*) ; on sent l'accumulation de masses stercorales dans la fosse iliaque droite (empâtement du cæcum).

L'examen physique du malade atteint de typhlite chronique montre, en cas d'atonie, de la dilatation cæcale ou typhlatonie ; on réveille parfois des douleurs réflexes à droite, quand on fait refluer vers le cæcum le contenu du transverse (manœuvre de Rovsing). Les selles sont desséchées, ovillées ou aplaties, et non pâteuses.

Dans la constipation par dyspepsie hypochlorhydrique, les selles présentent une suractivité de la flore de putréfaction développée aux dépens des albumines alimentaires. Elles sont brun-foncé, fétides, très alcalines, riches en microbes Gram-négatifs, contiennent des débris de fibres musculaires, de l'ammoniaque.

Le *toucher rectal* est indispensable à pratiquer, car normalement, peu après une selle, le rectum doit être vide ou à peu près vide.

La *radiologie* vient confirmer toutes ces données, démontrer la présence de l'atonie et non du spasme, et surtout fixer le siège de la stase stercorale. Elle permet aussi d'éliminer rapidement certains obstacles au transit intestinal (brides, cancer). On constate généralement, dans la constipation droite, une ptose plus ou moins généralisée du cadre colique, un retard de transit au cæcum ascendant, un cæcum anormalement mobile et ptosé ; toutes ces constatations radiologiques contrastent d'ailleurs avec l'absence de toute douleur élective dans la zone de l'appendice.

« Son emploi dans l'examen d'un constipé est affaire d'opportunité et de possibilités pratiques » ; il n'est pas possible de fixer à l'avance les indications de cet emploi.

L'essentiel pour le traitement est d'être fixé sur la nature spasmodique ou atonique de la constipation (1).

BIBLIOGRAPHIE

L. Pron. — La pratique des maladies de l'estomac (1 vol., Maloine, éd., Paris 1919.)

René Gaultier. — Les dilatations de l'estomac (1 vol. Baillière et fils, 1930.)

F. Ramond et C. Jacquelin. — Radiologie de l'estomac et du duodénum (1 vol. Maloine, édit., 1930).

R. Morichau-Beauchant. — L'exploration de l'estomac et du duodénum (1 vol. Doin., 1931.)

Enriquez et G. Durand. — Maladies de l'estomac. Maladies de l'intestin, *in* nouveau traité de pathologie interne, t. I (Doin, 1920).

L. Jacquet. — Les vertiges en clinique. Ptose, vertiges et aérophagie (*Le Journal médical français*, novembre 1929.)

René A. Gutmann. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, t. II (Doin; 1930.)

A. Dobrovici. — L'aérophagie, 1 vol. *in La Pratique illustrée*, Doin, 1930.

P. Oury et R. Paris. — Les douleurs de la fosse iliaque droite (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1929.)

M. Bécart. — Les diverses variétés de constipation et leur traitement. (*Soc. de méd. de Paris*, 10 oct. 1930.)

L. Moreau. — L'aérophagie ; étude clinique et radiologique. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, sept.-oct. 1930.)

F. Trémolières et P. Viran. — Les colites et leur traitement. (*C. M.*, 5 octobre 1930.)

F. Trémolières et P. Viran. — Colite mucomenbraneuse. (*C. M.*, 12 octobre 1930.)

G. Leven. — La « douleur-signal ». — Procédé diagnostique de la dilatation asténique de l'estomac ; erreurs à éviter en l'utilisant. (*Gazette des hôpitaux*, 24 janvier 1931.)

A. Bécart. — La constipation. Son traitement (1 vol. Doin, éditeur, Paris 1931.)

René Gaultier. — Consultations sur les maladies des voies digestives (Baillière et fils, édit., Paris 1931.)

(1) La seconde partie de cette étude : « Traitement », sera publiée dans un prochain numéro.

N. D. L. R

L'Actualité Scientifique

La Presse

Grossesses prolongées.

Les grossesses, qui ont nettement dépassé le terme, sont rares ; elles mettent parfois la vie de l'enfant en péril. Il est difficile, et souvent bien imprudent, d'affirmer qu'une grossesse a dépassé le terme ; sa durée moyenne est de dix mois lunaires, soit 280 jours environ, soit 9 mois ordinaires et 10 jours. Le point de départ le plus sûr est l'époque des dernières règles ; mais, comme la fécondation peut n'avoir pas eu lieu immédiatement après les règles, il convient d'ajouter encore trois semaines au terme précédent, et de compter dix mois ordinaires, avant de parler d'une grossesse prolongée.

L'apparition des premiers mouvements fœtaux ne peut pas servir de point de repère exact, car ceux-ci peuvent se manifester aussi bien à 3 mois qu'à 4 mois 1/2 de grossesse.

Le Dr Magos a pu cependant relever, sur 1.742 accouchements, 27 cas où, d'après l'anamnèse, la grossesse avait dépassé les 10 mois de plusieurs jours, soit un pourcentage de 1,55 %. Les enfants ont été divisés en deux groupes : 17 allaient jusqu'à 4 kgr., 10 dépassaient 4 kgr.

Dans le premier groupe, il y eut 50 % d'interventions, trois fois seulement pour souffrance fœtale.

Dans le deuxième groupe, 40 % d'interventions, trois fois pour souffrance fœtale. Mais, le danger de ces grossesses prolongées résiderait le plus souvent dans le fait que le trop gros volume de l'enfant serait une cause de dystocie, amenant une intervention difficile.

Contrairement à l'opinion de certains, l'auteur n'a pas observé de faux travail à la date présumée de l'accouchement ; la marche du travail ne semble pas non plus être influencée ; si celui-ci a eu une durée anormale, c'était pour une raison normale : occipito-postérieure avec rupture prématurée des membranes, ou bassin rétréci. Il n'y a pas d'anomalie dans la contracture utérine, qui se produit avec force et suivant un rythme régulier.

La chose essentielle à retenir, c'est la fragilité particulière de certains enfants parvenus à la limite extrême de la gestation. Il est donc indispensable de surveiller de très près ces grossesses, quitte à intervenir dès l'apparition des signes de souffrance de l'enfant. Quant au reste, on peut laisser agir la nature. (*Bruxelles médical*, 22 mars 1931.)

Contribution à la pathogénie de la grippe bismuthique.

Le bismuth, sous la forme utilisée en thérapeutique antisyphilitique, peut provoquer des accidents d'ordre général : réaction thermique, asthénie, courbature, douleurs musculaires ou articulaires, anémie. Ceux-ci peuvent rester isolés mais aussi se grouper en un syndrome, appelé grippe bismuthique, par analogie avec une réaction du même type provoquée par le mercure.

Ces accidents tirent leur nom des ressemblances profondes qu'ils présentent avec la grippe infectieuse ; ils apparaissent le soir même de la piqûre : 38°-39° ; urines fébriles ; sensation de courbature intense ; asthénie ; douleurs musculaires, parfois articulaires ; exceptionnellement catarrhe broncho-trachéal.

Devant ces phénomènes, on arrête ordinairement la thérapeutique, et, en moins d'une semaine, tout rentre généralement dans l'ordre. Ces accidents se produiraient dans 10 % environ des cas. MM. J. Gaté, Thiers et Cuilleret ont l'impression que cet accident est beaucoup plus rare.

Il s'agirait, non pas d'une intoxication bismuthique, comme on l'a pensé, mais bien d'un processus de sensibilisation bismuthique. Dans deux observations rapportées, les malades étaient, en effet, sensibilisés au bismuth. Aussi, dans certains cas, la grippe bismuthique peut être considérée comme une fièvre de sensibilisation métallique. Mais, c'est en multipliant les observations, qu'il sera possible de savoir si cette explication est valable pour tous les cas, et s'il ne convient pas de faire parfois jouer un rôle à une réaction d'Herxheimer fébrile. (*Lyon médical*, 22 mars 1931.)

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique.

Le symptôme fondamental de l'appendicite, sur lequel repose le diagnostic clinique, consiste dans l'existence d'un point douloureux profond répondant à l'appendice. Mais, en se basant uniquement sur la constatation clinique d'un point douloureux, on s'expose à tomber une fois sur trois sur un appendice sain. Le concours de la radiologie est indispensable ; et, MM. Jacquet et Gally estiment que, seul, un point douloureux répondant au bord interne du cæcum, et suivant exactement l'image cæcale dans tous ses déplacements, a les plus grandes chances d'être réellement un point appendiculaire.

Ensuite, contrairement à l'opinion classique, le simple retard du transit iléo-cæcal est un symptôme de premier ordre en matière d'appendicite, au cours de laquelle il existe avec une remarquable constance. Son association à la constatation du point douloureux appendiculaire et aux spasmes iléo-cæcaux apporte la certitude et exclut toute erreur.

Ces spasmes iléo-cæcaux sont très particuliers dans leur forme et dans leur localisation au cours de l'appendicite. Tantôt, il s'agit d'un spasme en masse du cæcum ascendant ; tantôt il s'agit de spasmes localisés de la région iléo-cæcale.

Ensuite le cæcum lui-même est très souvent rétracté en masse ; il prend l'aspect d'un cône, ou d'un simple diverticule. En regard exactement du point douloureux, et ceci d'une façon constante, existe une profonde incisure au bord extérieur du cæcum.

Quant à la visibilité de l'appendice lui-même, la superposition du point douloureux à l'image appendiculaire directement visible apporte une confirmation à l'ensemble déjà très concluant des symptômes précédents. En fait, la visibilité de l'appendice n'est nullement indispensable, et on s'en passe le plus souvent.

Lorsqu'on veut bien le rechercher, l'appendice est visible à l'écran, d'une manière à peu près constante ; mais, ce n'est pas aux heures, auxquelles on procède qu'il est visible d'ordinaire. C'est, en réalité 12 heures, 24 heures après la prise de la baryte, alors que le cadre colique est entièrement visible, et au moment précisément, où le cæcum s'évacue, que l'appendice se remplit. Six heures après le repas, l'image appendiculaire ne s'observe qu'exceptionnellement. (*La Presse médicale*, 14 mars 1931.)

La part de la rachianesthésie.

M. R. Bonneau envisage uniquement la rachianesthésie sous-diaphragmatique par voie lombaire basse.

On reproche à la rachianesthésie de causer des méfaits sur le système nerveux sain : méningites, céphalées, paralysies du moteur oculaire commun, rétentions d'urine, paraplégies, etc.

Personnellement, avec la méthode qu'il emploie, et qui est celle de l'École de Montpellier, l'auteur n'a jamais observé de pareils accidents.

Un second reproche fait à la rachianesthésie, c'est qu'étant essentiellement hypotensive, elle se trouve de ce fait contre-indiquée chez tous les malades à pression artérielle diminuée : cachectiques, cancéreux, anémiques. Cependant, on peut éviter tout ennui, si l'on sait neutraliser momentanément cette mauvaise action hypotensive ; la question se réduit en somme à dopper le malade pendant trois heures. Dès lors, on fera prendre, si la diète hydrique n'est pas imposée, des boissons abondantes et stimulantes, dont le type est le café ; celles-ci seront, le cas échéant, (sténoses pyloriques) remplacées par le sérum sous-cutané ou le goutte à goutte rectal. Pendant l'opération, on n'hésitera pas à faire du sérum intra-veineux adrénaliné, mais pas à dose minime, à dose de 1 litre à 1 litre 1 /4 donnée lentement. Après l'opération, le malade remis dans son lit et ayant repris sa connaissance peut déjà commencer à boire, précieux avantage.

Cependant, la rachianesthésie apporte avec elle certains avantages précieux. Elle vit des contre-indications ou de la léthalité de l'anesthésie générale : pneumopathies primitives ou secondaires ; obésité, emphysème, malades fragiles, grands infectés.

Elle supprime la contracture musculaire réflexe ; la suppression du tonus sphinctérien facilite ainsi certaines opérations, telles que la prostatectomie chez les obèses, l'exérèse de certaines tumeurs, relativement assez haut situées du rectum, etc.

Ensuite, elle réveille et provoque intensément le péristaltisme de l'intestin, même s'il est distendu à l'extrême, même si sa séreuse est en pleine péritonite.

Enfin, sur les grands infectés chez qui la phlébite post-opératoire est à craindre, une forte absorption de liquides avant et après l'opération, seule possible avec la rachianesthésie comme avec l'anesthésie locale, permet de maintenir dans les veines dilatées un courant liquidien rapide, courant qui est la meilleure façon d'éviter que les microbes passent éventuellement dans la circulation, et ne stationnent et cultivent sur place.

Les avantages inhérent à la rachi doivent être mis en balance avec ses inconvénients ; elle offre ainsi une supériorité incontestable sur l'anesthésie générale dans les cas difficiles. (*Journal des Praticiens*, 21 mars 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La question des adénopathies dans le traitement du cancer du col utérin.

(MM. Proust et R. Monod. — *Société de chirurgie* ; 17 et 24-6-1931.)

La cure chirurgicale du cancer (cancer de la langue, cancer du sein, etc.) comporte d'une manière générale, d'une part, l'ablation de la tumeur elle-même, d'autre part, l'exérèse des ganglions, de l'adénopathie cancéreuse. Pour le cancer du col de l'utérus, la conduite habituellement suivie est un peu différente. Les opérations, qui ont effectué une exérèse large des ganglions, un curage ganglionnaire du petit bassin, se sont montrées particulièrement graves et ont donné une très forte mortalité. En outre, il est apparu que, contrairement à nombre d'autres cancers, le cancer du col utérin ne se propageait qu'assez lentement aux ganglions, et ne déterminait une adénopathie néoplasique notable qu'à une période assez avancée de la maladie. Ce cancer gagne plutôt d'abord le tissu cellulaire voisin, le paramètre, ce qui a conduit Wertheim à pratiquer, de préférence au curage ganglionnaire du petit bassin, une ablation élargie de la lésion, comprenant l'utérus et le paramètre : l'hystérectomie élargie de Wertheim constitue aujourd'hui le traitement chirurgical pour ainsi dire classique du cancer du col.

Dans une séance récente de la Société de chirurgie, M. Leveuf est venu remettre en question le rôle des adénopathies dans le cancer du col utérin et l'utilité de l'ablation des ganglions dans la cure chirurgicale de cette affection. M. Leveuf, nous l'avons signalé, estime que si tous les ganglions péri-utérins ne sont pas lésés dans les cas de cancer du col de l'utérus, il est un ganglion, dont il a décrit la situation, qui est dans la règle envahi par le processus cancéreux et qu'il y aurait intérêt dès lors à enlever au cours de l'hystérectomie pour cancer du col. M. Leveuf reconnaît, il est vrai, que les opérations ainsi complétées sont particulièrement graves, ce qui peut faire hésiter dans bien des cas, à adopter cette nouvelle technique.

— M. Proust considère l'ablation d'un seul ganglion, selon le conseil de M. Leveuf, comme un paradoxe. Il faut, ou faire l'évidement ou y renoncer. La plupart des chirurgiens préfèrent y renoncer en raison de la gravité de cette méthode et du peu de gain qu'elle procure.

— M. Robert Monod estime qu'il y a accord général pour convenir que le cancer de l'utérus métastase peu dans les ganglions. Toute la technique de Wertheim est basée sur cet envahissement restreint et tardif des ganglions et sur l'infiltration précoce du paramètre. La phase chirurgicale correspond surtout à la période paramétriale qui habituellement précède la période des métastases ganglionnaires. La clinique vient d'ailleurs à l'appui de cette opinion, le Wertheim donnant de très belles statistiques, avec 60 pour 100 de guérisons apparemment définitives et plus encore. Pour améliorer ces statistiques, il faudra surtout s'efforcer de faire des diagnostics et des interventions précoces.

Occlusion paralytique post-opératoire. Traitement salé.

(M. L. Courty. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1931.)

M. Courty relate l'observation d'une malade opérée de salpingite double, qui présenta à la suite de l'intervention une occlusion intestinale paralytique (arrêt des gaz, vomissements fécaloïdes). L'occlusion disparut consécutivement à l'emploi d'injections intra-veineuses de sérum salé à 20 p. 100.

Dans l'iléus paralytique, le sérum salé hypertonique rend encore plus de services que dans l'occlusion mécanique. L'iléus paralytique, en effet, généralement conditionné par une péritonite atténuée, n'est que rarement justiciable de l'acte chirurgical. L'intervention est alors sérieuse et les dérivations fonctionnent souvent mal. Le sérum salé hypertonique, permettant de lutter contre le déséquilibre humoral et l'intoxication stercorémique donne le temps aux fonctions intestinales de se rétablir et contribue à ce rétablissement par action sur le péristaltisme de l'intestin.

Arthrite gonococcique guérie par injections locales de bactériophage antistaphylococcique.

(M. Ch. Miraillé. — *Société de chirurgie* ; 10-6-1931.)

M. Cunéo verse aux débats, soulevés par la question de la phagothérapie bactérienne, l'observation suivante recueillie par M. Miraillé :

Un jeune homme de dix-huit ans fait successivement de janvier à avril 1931, une blennorrhagie, une cystite, une conjonctivite double avec gonocoques dans le pus, traitées et guéries par trois injections de vaccin. Puis, pendant le traitement vaccinothérapique antigonococcique, apparaissent des arthrites des deux tibio-tarsiennes et des deux genoux. Température à 39°. Insomnie complète depuis 3 jours.

On traite les arthrites du genou (avec épanchement) par des ponctions répétées avec injection locale de bactériophage anti-staphylococcique. Dès le lendemain les douleurs ont disparu et le malade a retrouvé le sommeil. Le liquide épanché s'est reproduit avec une abondance décroissante et a disparu définitivement après une semaine.

Les deux reins du même côté.

(M. Maurice Chevassu. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1931.)

Le fait de la présence des deux reins du même côté constitue une anomalie moins rare qu'on ne l'a cru jadis. En 1914, Papin en avait déjà réuni 81 cas. Depuis, nombre d'autres observations ont été publiées. M. Chevassu en relate un cas nouveau concernant une femme dont les deux reins étaient à droite, l'un au dessus de l'autre, ce que décela l'urétéro-pyélographie.

La malade présentait un symptôme, qu'on a déjà signalé, et qui pourrait jusqu'à un certain point mettre sur la voie du diagnostic : la flexion du corps en avant était douloureuse et cela depuis l'enfance.

Cette curieuse anomalie, aujourd'hui révélée par la radiographie, n'apparaît plus comme très rare.

P. L.

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

A. Schwaab, accoucheur de l'hôpital de Rothschild. — **L'obstétrique du praticien.** (Un vol. in-8° de 1288 pages, avec 297 figures dans le texte, 1931. Prix : 150 francs).

C'est une sorte de vade-mecum, permettant au médecin praticien de remplir, en toutes circonstances, son rôle d'accoucheur avisé. C'est dire que cet ouvrage fournit sur l'heure au médecin non spécialisé, dans tous cas embarrassants, le renseignement explicite et concis à la fois, dont il peut avoir besoin pour la conduite à tenir.

Afin de conférer à son livre toutes les qualités de clarté et de précision désirables, l'auteur a :

1° Adopté l'*ordre alphabétique* pour exposer les diverses questions ; c'est là une heureuse disposition, destinée à faciliter considérablement les recherches ;

2° Multiplié les « cas particuliers », afin de se rapprocher le plus possible de la pratique de chaque jour, et de permettre de poser des indications thérapeutiques rationnelles, suivant les différentes modalités cliniques ;

3° Illustré le texte de nombreuses figures, en particulier dans l'exposé des opérations obstétricales ;

4° Décrit en détail le manuel opératoire des différentes interventions, suivant chaque position et variété de position des présentations ;

5° Laissé systématiquement de côté toute discussion théorique, toute surcharge bibliographique, et essayé de formuler la ligne de conduite, qui lui paraît la plus logique et la meilleure pour chaque cas particulier.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

Dr G. Parturier. — Professeur d'hépatologie à la Faculté libre de médecine de Lille. — **Traitement des syndromes hépato-biliaires.** (Un vol. in-8 334 pages. Prix : 30 francs.)

Il s'agit d'une « clinique thérapeutique », car l'auteur, reprenant les syndromes hépato-biliaires, qu'il a déjà étudiés, dans un précédent livre, d'un point de vue exclusivement clinique, les envisage aujourd'hui sous un angle exclusivement pratique et thérapeutique.

Le lecteur est mis en présence de véritables situations cliniques ; il assiste aux examens, aux hésitations du médecin, à ses décisions : les unes d'urgence et définitives ; les autres, ayant un caractère provisoire, qui permet leur correction.

Deux idées principales sont développées.

D'une part, on peut avoir à soigner un hépatique pour l'état de son foie : conduite à tenir dans les ictères, en cas d'ascite, en présence d'un gros foie, de tumeurs sous-hépatiques, dans les syndromes douloureux aigus ou chroniques, dans les états hémorragiques, ou les syndromes nerveux d'origine hépatique.

D'autre part, on peut aussi avoir à soigner une maladie quelconque chez un hépatique, et il ne faut pas soigner un hépatique comme un individu dont le foie est sain.

Enfin, côté hygiène collective, de nombreuses circonstances de la vie moderne mettent le foie en danger, et notamment l'atmosphère des villes, que les émanations des moteurs d'auto transforment en usines malsaines, où les autorités sont impuissantes à assurer un minimum d'hygiène et de tranquillité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

LE MOUVEMENT SYNDICALISTE DE L'ANNÉE

A première vue et à considérer les communications parues dans les différents journaux professionnels, ou dans les comptes rendus des réunions syndicales, on pourrait croire que l'activité des groupes corporatifs n'a pas été très considérable cette année ; la préoccupation étant principalement concentrée sur l'application de la loi des assurances sociales.

Toujours et toujours revient cette rubrique : mise en pratique de cette législation ; organisation des rapports tant des médecins vis-à-vis de leurs malades que ceux du Corps médical local par rapport aux caisses du département.

Je n'en veux pour preuve, que les nombreuses consultations, qui sont données chaque semaine, dans le *Concours médical*, ou les études, délibérations et votes parus dans le *Médecin de France* et autres bulletins de syndicats.

Cependant, ne nous arrêtant pas au détail, mais envisageant l'ensemble du mouvement corporatif de l'année, nous pouvons dégager cette idée que, de plus en plus, le syndicalisme devient l'émanation de la vitalité professionnelle ; par suite, il est appelé à représenter les intérêts collectifs du Corps médical, tant auprès des collectivités publiques que des organisations privées.

Nous allons donc tour à tour passer en revue l'activité syndicale de l'année, dans les différents domaines professionnels et nous verrons si nos conclusions sont d'accord avec les prémisses que je viens d'émettre.

Assurances sociales

Nous devons tout d'abord établir une distinction : la Confédération des syndicats médicaux a joué un rôle collectif de conseiller technique auprès des pouvoirs publics, alors que chaque syndicat local a défendu les intérêts des médecins de chaque département.

Assemblées générales, réunions du Conseil d'administration, convocation de commissions particulières : la Confédération donne l'impression très nette que ses dirigeants restent en contact permanent avec la masse des praticiens.

Certes, des directives sont élaborées, discutées par des compétences, par des confrères dévoués qui n'hésitent pas à consacrer leurs heures de liberté à l'étude plus particulière de tel ou tel problème corporatif.

Mais, ces directives ne sont définitivement appliquées que lorsqu'elles ont été soumises à l'ensemble des syndicats et votées par ces derniers.

Aussi l'autorité morale de nos confrères Cibrie et Hilaire est-elle incontestée dans les milieux ministériels, car on a la certitude qu'ils peuvent parler au nom des médecins praticiens, groupés en syndicats et en leur Confédération.

D'aucuns persistent à proclamer la faillite prochaine de la législation des assurances sociales : ceci, c'est de la politique et les élections législatives de l'année prochaine permettront de se faire une opinion sur ce point.

Mais en attendant, la loi fonctionne, tantôt bien, tantôt mal : adversaires comme partisans de la loi sont donc bien obligés de se soumettre, lorsque leurs clients demandent des signatures sur les feuilles *ad hoc*.

Aussi, le rôle de la Confédération est-il de centraliser les propositions de modifications, que la pratique fait apparaître comme nécessaires.

Par suite, étudier le fonctionnement de la loi dans chaque département équivaut à se demander dans quel sens le Corps médical réclame des améliorations, par le canal de sa Confédération.

Délaissant les questions de détail, nous n'allons passer en revue, dans ce domaine des assurances sociales, que les problèmes d'ordre général.

1° Respect du libre choix.

Par son article 4, § 2, la loi a proclamé le principe du libre choix absolu. Mais il ne faudrait pas croire que, dans l'application pratique, cette liberté ne rencontre aucune difficulté. Certains confrères, à conceptions éminemment individualistes, veulent bien accepter les avantages de la loi, mais se refusent à en supporter les charges.

Sont-ils syndiqués, ils se conforment, aux décisions de leur groupe corporatif ; mais, pour une raison, ou une autre, sont-ils restés en dehors du syndicat, ils veulent conserver leur liberté entière, tout en réclamant le droit de soigner les assurés sociaux.

D'accord, sur ce point, mais à la condition qu'ils se soumettent aux obligations incluses

dans la loi, c'est-à-dire admettre le contrôle technique, reconnaître la juridiction du conseil de famille départemental, et accepter les termes de la convention passée entre le syndicat et les caisses du département.

Des résistances, parfois véhémentes se sont produites, protestant contre la tyrannie syndicale, alors que le non-syndiqué ne veut pas entendre parler du groupe corporatif, ni de sa juridiction.

C'est notamment contre l'organisation du contrôle technique que les non-syndiqués protestent.

2° Adhésion à la convention.

Le libre choix est institué entre tous les praticiens, mais il est sous entendu que chacun d'eux doit se conformer aux prescriptions édictées par la loi.

Or, cette dernière exige que les rapports entre médecins et caisses fassent l'objet d'une convention collective, passée entre ces groupements, qui représentent la somme des intérêts en présence.

Force est donc à tout praticien, désireux de donner ses soins aux assurés sociaux ès qualité d'adhérer à ladite convention, par adhésion adressée au syndicat, soit à la caisse. Cette convention, obligatoire pour les syndiqués, est une stipulation pour autrui, au regard des non-syndiqués. Ces derniers n'ont donc qu'à ratifier, ou à refuser en bloc.

Dans ce dernier cas, l'assuré social a toujours la faculté de se faire soigner par tel praticien, qui refuse de reconnaître les assurances sociales ; mais alors les caisses ne pourront rembourser aucune des prestations en nature, ni allouer les prestations en argent, puisque les feuilles ne seront pas signées et que le praticien refuse de reconnaître la convention et notamment le contrôle technique organisé par le syndicat.

3° Contrôle technique.

Le libre choix du médecin comporte une contre-partie : tous abus doivent être réprimés, ou doivent être prévenus par avance. Le législateur a donc confié aux syndicats médicaux le soin du contrôle technique et il en a même fait une obligation légale pour les groupes professionnels.

Toute organisation laisse prévoir des frais : l'avance de ces derniers est demandée aux non-syndiqués, qui protestent parfois avec véhémence.

Il est cependant très naturel que le syndicat réclame à chaque praticien, qui accepte la législation des assurances sociales, une provision, une avance, constituant un fonds spécial, nettement séparé du trésor syndical et permettant de rémunérer comptant les médecins chargés du contrôle technique syndical.

Ce dernier a donné occasion à des études fort intéressantes, au sujet du secret professionnel : quelles sont les limites que doit observer le praticien, chargé du contrôle ? Quels sont les rapports des deux médecins, ainsi mis en présence ? Le médecin traitant doit-il considérer le contrôleur comme lié, comme lui, par le secret professionnel au regard du malade examiné ? Doit-il plutôt se montrer très réservé et prudent, car le contrôleur n'est pas lié par le secret professionnel par rapport au malade, puisqu'il représente les intérêts d'un tiers : la caisse, ou le syndicat et qu'il agit au nom de son mandant, auquel il doit la vérité entière ? Sur ce point, signalons une très intéressante étude, due au Dr Mazel, professeur agrégé de médecine légale à Lyon et parue, en août 1931, dans le *Bulletin* du Syndicat des médecins du Rhône.

4° Juridiction disciplinaire

Les conventions entre syndicats et caisses prévoient une juridiction d'exception, rapide et efficace : le conseil de famille départemental, auquel, par une clause compromissoire, chaque praticien syndiqué ou non reconnaît devoir se soumettre en cas de conflit.

Bien que la loi ait prévu des sanctions correctionnelles pour certains délits nettement énoncés, bien que le code de procédure civile établisse des règles, en ce qui concerne la connaissance des conflits d'ordre civil par les tribunaux de droit commun, il faut cependant reconnaître que la juridiction du conseil de famille départemental a une efficacité plus grande en matière de prévention que pour la répression des délits d'ordre professionnel.

Entre confrères, il est facile de donner une admonestation à celui qui, souvent pèche plus par ignorance que par mauvais vouloir. L'avertissement est salutaire, d'autant qu'il est rendu public, uniquement dans la collectivité médicale, ce qui sert d'exemple, pour tous les autres et retient dans la ligne droite tous ceux qui pourraient se laisser aller à des faiblesses ou à des compromissions.

Disons qu'à notre connaissance, un conseil de famille départemental a déjà eu l'occasion de se réunir cette année et de prononcer des sanctions disciplinaires.

Sans nous arrêter, sur le problème d'ordre juridique pur de la clause compromissoire, nous pouvons envisager maintenant la question du code de déontologie. Qui dit tribunal répressif dit réglementation écrite, précisant ce qui est permis et ce qui est défendu.

Nulla pœna sine lege, est-il spécifié à la base de notre droit pénal : aux syndicats donc de définir la déontologie. Mille petits conflits journaliers nécessitent la définition précise de ce droit, jusqu'ici coutumier et non écrit. Mais je ne veux retenir qu'un seul point : est-il licite, pour un

praticien, de ne demander à son client, assuré social, que des honoraires au moins égaux au tarif de responsabilité des caisses ?

J'avais essayé de mettre en garde les syndicats contre les procédés de confrères rabaisiens et j'avais conseillé d'introduire, dans les statuts des syndicats, au chapitre Déontologie et conseils de famille, une clause, par laquelle tout médecin, syndiqué ou non, s'interdisait, en acceptant la convention, de donner habituellement ses soins, pour un prix inférieur au tarif minimum syndical.

Je persiste à considérer ma conception tout aussi valable, du point de vue juridique, que la clause compromissoire, soumettant les non syndiqués au conseil de famille départemental et surtout au conseil de famille national.

Cependant, le conseil supérieur des assurances sociales m'a donné tort, sans qu'il ait entendu mes arguments : désormais, il est loisible à tout médecin de se contenter d'honoraires inférieurs au tarif syndical minimum, pourvu qu'ils ne soient pas en dessous du tarif de responsabilité des caisses.

Je redoute que ce dernier ne devienne, par la loi de la concurrence confraternelle, le tarif en vigueur pour les assurances sociales, de même que le tarif ministériel, dit Breton, ou autre, a été rapidement le tarif habituel en matière d'accident du travail.

Mais j'ai confiance, car les dirigeants de la Confédération sont des confrères trop avertis, pour ne pas parer à cette menace de concurrence par sous-enchère.

5° Assurances sociales et A.M.G.

Ce problème a provoqué de nombreuses réactions. Une circulaire ministérielle se trouve en contradiction avec les termes mêmes de la loi ; mais les préfets en font état, pour refuser de rémunérer les médecins, pour soins donnés aux notoirement indigents, d'après le tarif des accidents du travail ; ils entendent appliquer le tarif inférieur, en vigueur pour l'A. M. G.

D'autres conflits ont surgi, en ce qui concerne l'application de cet article 59 de la loi aux agriculteurs notoirement indigents. On a tenté de faire sortir les mutualités agricoles du cadre de la législation des assurances sociales, prétextant que, sociétés mutuelles, elles gardent leur autonomie entière, aux termes de la loi du premier avril 1898.

Des études juridiques, parues dans le *Concours médical,* ont combattu ces prétentions, qui ne pouvaient qu'être néfastes à nos confrères.

6° Les hôpitaux.

Je fus jadis — et je m'en félicite — le premier à signaler la main-mise progressive des hôpitaux sur l'exercice de la médecine moderne. Dès 1920, date de mon entrée au conseil supérieur de l'Assistance publique, je n'ai cessé de démontrer à mes confrères que la médecine de demain s'organisera dans des centres de cure et de diagnostic et que les hôpitaux ouvriront largement leurs portes à la clientèle payante.

C'est chose faite aujourd'hui : la clientèle moderne de l'hôpital paie, soit par elle-même, soit par un tiers interposé. L'assuré social n'est pas un indigent, dit la loi. De sorte que le médecin d'hôpital consentait jadis, à donner son temps, sa science et son dévouement pour le traitement des pauvres ; aujourd'hui, pareil sacrifice lui est demandé, mais au profit de malades, qui, payant leurs frais de séjour et de traitement sont une source de revenus pour l'hôpital.

La Confédération s'est attelée à la lourde tâche de la révision de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux : nous reviendrons plus loin sur ce point.

Toujours est-il que la carence des syndicats en matière sociale collective provoque des conflits, qui vont s'accentuant : parce que le syndicalisme médical n'a pas pris l'initiative de l'organisation de maisons de cure et de diagnostic, l'hôpital utilise les subventions communales, ou autres, pour offrir à tout venant une maison de santé à bon marché.

Nous voyons même la commune d'Achères organiser un dispensaire communal, librement accessible à tous, dans lequel les médecins attachés à l'établissement soigneront à des prix nettement inférieurs au tarif syndical local.

La mutualité, jadis, faisait de la philanthropie sur le dos des médecins. Aujourd'hui, l'hôpital fait de même et parce qu'il paie au rabais ses médecins, internes et externes, il peut faire une concurrence, non seulement aux maisons de santé privées, mais aussi aux cabinets des praticiens de ville, ou de campagne, désertés au profit de l'établissement public voisin.

N'appartiendrait-il pas à la Confédération des syndicats médicaux de soumettre le litige au Conseil d'Etat ? L'établissement public ne peut faire acte de commerce que s'il y a carence, ou déficience de l'initiative privée.

Un procès de principe permettrait, mieux qu'une refonte de la loi, de fixer les situations juridiques de chacun : hôpitaux, maisons de santé particulières et syndicats médicaux pourraient dès lors s'entendre, pour organiser un *modus faciendi et vivendi,* utile aux malades, sans que les intérêts du Corps médical soient sacrifiés.

Sinon, nous sommes à l'orée d'un socialisme d'Etat : la collectivité publique prend en charge les soins à donner dans l'hôpital, dans les dispensaires ; des ramifications sont prévues par les services para-hospitaliers, avec le concours de nombreuses infirmières, dites visiteuses sociales.

Le centre de guérison et de diagnostic sera l'hô-

pital public, ayant son Corps médical progressivement devenu son salarié. Que restera-t-il au praticien de ville, ou de campagne ?

Amendements proposés pour la loi du 7 août 1851

La loi sur les hospices et hôpitaux est une des meilleures de notre Droit administratif. Elle a rendu et rend encore d'immenses services, car elle a codifié la charité publique dans les établissements de cure et de diagnostic.

Cependant, cette législation date de quatre-vingts ans : les progrès incessants de l'art de guérir, les modifications apportées par les lois sociales, dans la condition de la clientèle de l'hôpital sont à la base des préoccupations de ceux qui voudraient ajuster le statut de l'hôpital moderne aux conditions de l'exercice de la profession médicale.

Une commission a été réunie par la Confédération des syndicats médicaux. Elle a abordé l'étude des desiderata du Corps médical, pour en faire découler les modifications à proposer au législateur.

La composition des commissions administratives a tout d'abord retenu l'attention de nos confrères : jadis, l'action de l'administration hospitalière pouvait être prépondérante, car il s'agissait surtout d'héberger, d'hospitaliser les malheureux. Les soins à donner venaient ensuite.

Aujourd'hui, la situation est inversée ; l'hôpital est moins un lieu d'hébergement et de secours qu'un centre de cure et de diagnostic. Le miséreux va moins à l'hôpital pour fuir la mauvaise saison, l'intempérie des chemins ; il réclame moins un asile dans « l'Hostellerie de Dieu » que des soins éclairés, parce qu'il est malade. Le voyageur, le pèlerin de 1851 est devenu, en 1931, un consommateur de soins.

Aussi, la législation d'Empire, qui, pour les hospices et hôpitaux, nous régit encore aujourd'hui, pouvait-elle parfaitement décider qu'en toute liberté et autonomie, la commission administrative nommât ses médecins, comme ses autres employés.

Aujourd'hui, il devient indispensable que l'homme de l'art ne soit plus dans une situation subalterne, par rapport aux administrateurs de l'hôpital, mais soit plutôt considéré comme un collaborateur immédiat et indispensable.

D'où première modification proposée à la loi : un médecin, désigné par ses confrères, devrait faire partie de droit de la commission administrative des hospices et hôpitaux.

Surgit ensuite le problème de la nomination des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux : pour les grands établissements, le concours fait la sélection ; mais il convient qu'un texte de loi puisse limiter les droits de la commission administrative. La Ligue professionnelle de défense individuelle « Sou médical », a déjà dû soutenir devant le Conseil d'Etat les revendications de confrères, qui, désignés en première ligne par un concours, se voyaient supplantés par le second, *persona grata* de la commission administrative.

Reste la nomination des médecins des hôpitaux secondaires, pour lesquels un concours est quasi-impossible. D'autant que sur ce problème s'en greffe un autre : celui du libre choix du praticien par tout malade hospitalisé.

Lorsque jadis, il ne s'agissait que des soins à donner aux miséreux, ce libre choix ne se posait pas. Mais aujourd'hui, la clientèle moderne de l'hôpital est presque entièrement payante, soit de ses propres deniers, par l'intermédiaire d'un tiers interposé.

Les médecins de la localité supportent mal — et ils ont raison — qu'un monopole soit attribué à quelques confrères seulement, parce que ces derniers ont l'heur d'être médecins de l'hôpital.

L'établissement public ne pourrait-il donc pas fonctionner comme maison de santé publique, ouverte à tous les praticiens, autant que la discipline intérieure de l'établissement puisse le permettre ?

Conséquence immédiate : le problème des honoraires du Corps médical hospitalier, par rapport aux malades hospitalisés.

Personnellement, j'ai dû lutter pendant onze ans, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour faire admettre le principe que si le médecin consent à donner presque gratuitement ses soins aux pauvres, il a droit à des honoraires de la part de qui peut les payer.

Ce principe est acquis aujourd'hui. Mais le mode d'application reste encore controversé. Alors que le Corps médical réclame l'entente directe entre hospitalisé et médecin, la commission administrative impose son droit de regard et ordonne que les honoraires seront versés par le malade à l'économat de l'établissement, puis répartis entre les praticiens, comme bon semblera à l'administration de l'hôpital.

Enfin, dernier problème soulevé par nos confrères ; ne convient-il pas de réglementer le prix de journée ? L'hôpital reçoit des subventions, des dons, des legs, à destination des pauvres. L'établissement en profite pour faire ressortir un prix de journée inférieur à ce qu'il devrait être réellement : d'où la concurrence, grâce aux deniers publics et de bienfaisance, à l'encontre des cliniques et maisons de santé privées.

La commission de la Confédération a donc une grosse tâche à remplir, pour mener à bien l'étude juridique de la modification à proposer à la loi du 7 août 1851, d'autant que les juristes du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'efforceront de maintenir le *statu quo*, en faveur des commissions administratives des hôpitaux.

Constituées par les hommes de bien, qui ne cherchent qu'à défendre le patrimoine des pauvres, ces dernières font, sans s'en douter, du socialisme d'Etat : des organismes publics se substituent peu à peu à l'initiative privée, pour faire fonctionner des centres de cure et de diagnostic, qui accueilleront tout venant, quelle que soit sa condition de fortune.

La maxime individualiste « à chacun suivant ses moyens » sera remplacée par celle « à chacun selon ses besoins ». Les marxistes ne parlent pas autrement. Sera-ce la formule de l'avenir pour nos hôpitaux de France ?

La pléthore médicale

Le problème devient angoissant : les professions libérales s'encombrent de plus en plus, alors que les procédés professionnels de l'art de guérir s'orientent vers un socialisme d'État plutôt que vers l'individualisme de jadis.

Les hôpitaux, les associations diverses organisent collectivement la lutte contre la maladie, avec des institutions dispensant en série traitements et diagnostics.

La ville retient le praticien au détriment de la campagne ; les étrangers nous envahissent, chassés qu'ils sont de leur patrie d'origine par les crises économiques de leurs pays respectifs.

Y a-t-il surproduction médicale ? Existe-t-il trop de médecins en France ? N'y a-t-il qu'une simple crise de répartition, selon la conception du Dr Duchesne ?

Le syndicalisme médical s'est fort préoccupé de la question, au cours de l'année qui s'écoule et le problème a été envisagé sous des angles divers, que nous allons passer rapidement en revue.

1° Les étrangers en France

De tous temps, la France a été très accueillante aux étudiants étrangers. Le Ministère des Affaires étrangères a toujours vu d'un très bon œil la venue en France de tous ceux qui peuvent diffuser l'influence et la culture françaises.

Aussi, trop facilement, des facilités ont-elles été accordées, pour permettre l'inscription dans nos Facultés.

Malheureusement, ces tolérances se sont peu à peu transformées en abus, notamment depuis la création du doctorat d'Université, mention médecine.

Ils sont nombreux les étudiants, venus en France, simplement pour acquérir ce doctorat honorifique ; puis, vers la fin de leurs études, trouvant la civilisation française plus douce que celle de leur patrie d'origine, ils ont manifesté l'intention de se fixer dans notre pays et d'y gagner leur vie.

D'où la demande de naturalisation et les démarches utiles, pour la transformation du titre d'université en grade d'Etat, permettant l'exercice de la médecine.

C'est contre ces abus qu'est intervenue la proposition de loi Armbruster, actuellement discutée au Sénat, pour que, désormais, étrangers comme Français soient mis sous le même régime, non seulement pour les diplômes nécessaires, en vue de l'obtention du doctorat, mais également pour les obligations militaires et autres charges qui atteignent tous nos nationaux.

La France reste hospitalière ; mais elle entend que tout le monde soit mis sur le même pied d'égalité. Qu'ils soient favorisés, ceux qui ne viennent que momentanément en France et qui, leurs études terminées, emporteront dans leur pays, le bon renom de la science française.

Mais qu'ils soient mis en présence des mêmes difficultés que nos nationaux tous ceux qui, sans espoir de retour dans leur patrie, veulent faire chez nous leur vie professionnelle.

Pas de diplôme de seconde zone, demande le Corps médical : pour transformer son titre d'université en titre d'Etat, l'étranger doit être soumis aux mêmes obligations que l'étudiant français, puisque désormais il vivra en France comme un Français.

2° Médecine frontière.

Encore un motif de pléthore, que, depuis de nombreuses années, réprouve le Corps médical français.

Par suite de conventions diplomatiques, les médecins français, belges et suisses, résidant le long des frontières peuvent libement exercer dans les communes limitrophes frontalières.

Cependant, des difficultés surgissent depuis longtemps. Les praticiens étrangers viennent plus fréquemment dans notre pays, que nous dans le leur : le patriotisme de nos malades est moins exclusif.

Joignons à cela la lutte de tarifs, les procédés d'une autre déontologie, autorisant le rabattage, la publicité dans les journaux, les cabinets fixes plus ou moins occultes, etc., etc.

Il y a actuellement en France, le long de toutes nos frontières, suffisamment de praticiens, pour que le besoin ne se fasse plus sentir d'attirer chez nous des praticiens d'autres pays.

Ajoutons que l'application de la législation des accidents du travail et surtout de celle des assurances sociales pose nettement le problème à l'heure actuelle.

La Confédération des Syndicats médicaux s'est vivement et activement préoccupée de cette situation : son secrétaire général s'est entremis auprès de nos confrères de Belgique, pour arriver à un *modus vivendi*, qui puisse satisfaire tous les intérêts en présence.

Mais les praticiens proposent et les pouvoirs

publics disposent : la Confédération des syndicats usera donc de toute son influence pour la solution équitable de ce vaste problème.

3° Proposition de loi Milan et Rio.

Parmi les praticiens régis par la loi du 30 novembre 1892, les médecins ne sont pas les seuls à se plaindre de la pléthore : les chirurgiens dentistes voient leur spécialité envahie par des jeunes gens, dont l'instruction première laisse fort à désirer.

Faut-il donc imposer à tous les candidats une instruction secondaire, consacrée par le baccalauréat ? Faut-il élargir la question et décider que les futurs spécialistes dentaires devront posséder le grade de docteur en médecine ?

Malheureusement, la question n'est pas restée cantonnée sur le terrain scientifique et professionnel : des intérêts matériels et pécuniaires plus ou moins dissimulés ont fait sentir leur influence.

Consultée sur l'opportunité d'une réforme, l'Académie de médecine, assez mal informée, a donné l'impression de la montagne qui accouche d'une souris, alors que les syndicats médicaux avaient nettement pris position.

Ces derniers se montrent franchement hostiles à tout démembrement du titre de docteur en médecine : pour eux, l'art de guérir est un : l'art dentaire n'est qu'une branche, une spécialité de la médecine. Le dentiste doit donc posséder le grade de docteur, rendu nécessaire par l'évolution de cette science spéciale, dont l'exercice réclame aujourd'hui les connaissances générales, consacrées par les études médicales complètes.

Les syndicats médicaux sont hostiles à toute institution, qui aboutirait à la création d'un doctorat en chirurgie dentaire. Sortant de l'enseignement primaire, le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui, ne peut pas accéder à un doctorat quelconque. Le jour où tous seront bacheliers, les chirurgiens-dentistes, partisans de l'autonomie de leur spécialité, réclameront un doctorat spécial en chirurgie dentaire.

Enfin, où doivent être faites les études ? Les facultés de médecine doivent-elles enseigner la stomatologie et conférer les grades, à la suite d'examens subis à l'école de médecine ?

Doit-on, au contraire, respecter l'autonomie des écoles dentaires actuelles, qui retirent de leur enseignement des ressources profitables à leurs propriétaires et dirigeants ?

Certaines voix autorisées ont fait entendre, à l'Académie, des paroles d'alarme, montrant que certaines écoles dentaires sont parfois trop coulantes, du point de vue de l'assiduité, alors que les étudiants désertent les cours, pour gagner leur vie, en exerçant dans des cabinets de ville.

Doit-on, avec certains, redouter l'organisation future d'une Faculté d'art dentaire, consécration de l'autonomie de cette spécialité ?

Comme on le voit, le problème est très complexe : il est regrettable que les académiciens n'aient pas cru devoir se mettre en rapports officiels avec les syndicats médicaux, pour que la question, posée par le Sénat, soit envisagée, non seulement sous l'angle scientifique que l'Académie a quelque peu abordé, mais également sous l'angle professionnel, que les syndicats sont mieux qualifiés pour connaître que les maîtres de l'Académie.

4° Médecine coloniale.

Le Dr Crouzat, directeur du *Jeune Médecin* a été, avec le Dr Noir, du *Concours médical*, un des premiers à prévoir que les colonies pourraient servir de palliatif à la pléthore médicale, qui sévit dans la métropole.

Il s'agit, non seulement d'attirer l'attention des jeunes praticiens, vers les situations, qu'ils peuvent se faire loin de la mère patrie, mais encore d'assurer des situations honorables et lucratives.

Jusqu'à présent, ce sont les médecins de la marine, de guerre et des Troupes coloniales, qui ont mis leur science au service des indigènes. Mais, sujets à changer fréquemment de résidence, ces confrères démissionnent rapidement ou attendent leur retraite proportionnelle, pour grossir les rangs des médecins civils de France.

Il était donc indispensable de réclamer d'une part, de l'administration, des soldes honorables, en faveur des médecins civils, et, d'autre part, la prise en considération des situations coloniales, faites désormais au Corps médical civil.

Le médecin est le premier des civilisateurs pacifiques. C'est faire de bonne politique, pour notre gouvernement, que de savoir attacher à l'œuvre civilisatrice de la France, un Corps médical colonial civil de carrière, stable, retenu dans la France d'outre-mer par l'assurance de situations honorables.

Le congrès de médecine coloniale est venu à point pour provoquer un mouvement de curiosité d'abord, puis d'intérêt en faveur du Corps médical des colonies, qui, jusqu'alors est resté dans une situation subalterne et nettement inférieure, comparée à celle des administrateurs civils, ou des médecins militaires de la marine et des colonies.

La politique du pain sain

Il n'y a pas que les problèmes d'hygiène sociale, de lutte contre la tuberculose, la syphilis, qui aient, cette année, retenu l'attention des syndicats médicaux et de leur Confédération : le problème de l'adultération des farines, de leur teneur en produits chimiques a soulevé des discussions dans le monde médical.

Certains produits, ajoutés à la farine, augmentent son pouvoir de rétention d'eau : d'où bénéfice pour le boulanger, qui vend cette eau, au poids du pain de froment. Joignons à cela des mélanges de farines diverses, etc., etc. ; toujours est-il que le rapport du Dr Lenglet, au Conseil supérieur de l'hygiène publique a été approuvé par les syndicats médicaux.

Ces derniers ne sont-ils pas dans leur rôle, lorsque, au nom de la santé publique, ils attirent l'attention des pouvoirs administratifs sur l'empoisonnement progressif de la population, par des denrées alimentaires, falsifiées, adultérées, frelatées ou contaminées ? Les syndicats ont déjà demandé au Ministre de la Santé publique que les denrées, qui doivent être consommées, sans être cuites, ne soient pas exposées aux poussières et souillures de la rue, dans des étalages, qui ne sont nullement protégés contre les germes nocifs.

Un délégué de la Confédération à la S. D. N.

Jusqu'ici les questions d'ordre médical étaient souvent discutées, résolues même, sans que les médecins aient été appelés à formuler leurs observations et avis.

L'association professionnelle internationale des médecins (APIM), que dirige avec tant de succès le Dr Fernand Decourt, avait, à plusieurs reprises, réclamé la représentation des médecins dans les commissions du Bureau international du Travail, ou de la Société des Nations, lorsqu'il s'agit de l'exercice de la médecine.

Cette année, la commission des experts, qui prépare les commissions consultatives a enfin demandé des experts médicaux, qui ont été désignés par les groupes professionnels médicaux eux-mêmes.

Du 9 au 12 mars dernier, une commission d'experts médicaux s'est tenue à Genève, avec mission d'étudier les meilleurs modes d'assistance médicale rurale.

Conclusions

Avais-je tort, au début de ce rapide exposé, d'affirmer que la caractéristique de l'année consiste dans cette affirmation que les syndicats et leur Confédération ont su démontrer, par la pratique, qu'ils ont qualité pour parler au nom du Corps médical des praticiens ?

Les adversaires du syndicalisme, ceux qui ne veulent nullement désarmer, réclament toujours au nom de l'ancienne conception de l'individualisme. Il faut cependant adapter ses aspirations d'économie politique à l'évolution même de la sociologie.

Devant les collectivités publiques et privées, qui entendent organiser elles-mêmes la médecine, que peut faire l'individualisme d'antan ? Que peut le médecin isolé ?

En butte à la concurrence de son voisin, sollicité par une clientèle, qui met ses prix d'honoraires en opposition avec les tarifs réduits des hôpitaux, encerclé par l'exercice illégal, par la pléthore de la profession, par la médecine dite sociale, qui réglemente l'art de guérir, comment le médecin isolé peut-il concevoir l'espoir chimérique de se tirer d'affaire tout seul ?

Le syndicat doit opposer le nombre au nombre, la force à la force et c'est le motif, pour lequel les administrations publiques et privées redoutent l'intrusion des syndicats dans les rapports entre elles et le Corps médical.

Qu'on le veuille ou non, l'heure du superbe isolement est passée; le rôle du syndicat, tel qu'il se dégage des travaux professionnels de l'année, est double :

Au dehors, représentation de la profession, discussion d'état à Etat, de puissance à puissance, pour régler les conditions selon lesquelles les soins seront donnés et honorés. Avis et conseils adressés aux administrations, pour tout ce qui concerne notre profession. Le syndicalisme devient une fonction dans l'Etat, comme étant la représentation des forces intellectuelles d'une profession, qui entend concourir tout entière à la bonne marche des affaires publiques.

Au dedans, l'apaisement de toutes discordes, la prévention, ou la répression des abus, ou autres, par l'institution d'une discipline syndicale, librement consentie et acceptée par tous ceux qui, ayant leur conscience professionnelle pour eux, ne craignent pas de se soumettre, le cas échéant, à la juridiction de leurs pairs.

L'année 1931 a été marquée par plus d'actes que de discours, par plus de réalisations que de vœux ; c'est un fait à signaler et à applaudir, dans notre pays, qui, souvent manifeste ses origines oratoires dues à nos grands ancêtres, les Grecs et les Latins.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux moins de quarante ans

Confrères,

Ce n'est pas moi cette fois qui vais vous prêcher la nécessité de la prévoyance, je suis un peu orfèvre en la matière, et je préfère laisser la parole à un de nos sociétaires. Lisez plutôt sa lettre, elle date du mois de juin dernier :

Mer cher Confrère,

Je suis encore extrêmement faible et encore très gêné par les cicatrices consécutives à l'intervention que je viens de subir ; malgré tout, je compte reprendre la semaine prochaine mes visites, partiellement tout au moins, et vous pourrez me porter guéri à la date du 15.

Autrefois et vu mon état actuel, j'aurais sûrement prolongé encore ma convalescence et mon repos, mais aujourd'hui, il faut que je reprenne mon travail le plus vite possible. Certes l'indemnité que me sert la Mutualité Familiale est loin d'être négligeable et c'est avec reconnaissance que je la reçois, mais elle ne saurait suffire à mes besoins et force m'est de regagner au plus vite un peu d'argent.

Ah ! si j'avais su, si j'avais réfléchi, il y a dix ans, quand vous avez ouvert vos combinaisons nouvelles, je me serais fait inscrire pour une indemnité plus forte et je ne serais pas actuellement dans une gêne aussi grande ! Mas je croyais que je n'aurais jamais besoin de faire appel à la Mutualité Familiale et, si j'y étais entré, c'était plutôt par esprit de solidarité confraternelle : j'étais valide, d'aplomb, j'ignorais la fatigue et je ne pensais guère qu'un jour je dusse être malade ! Et puis, qui songeait alors à la dégringolade du franc, à sa revalorisation désastreuse, à la vie chère, au coefficient 6 qui nous écrase ?

Pourtant, je croyais avoir été un prévoyant, j'étais membre de l'Association générale et d'autres œuvres encore : j'avais tout prévu sauf la ruine du pays et celle de ma santé, et c'est au moment où vous avez fait appel à ce sentiment de prévoyance pour nous pousser à seconder vos efforts que j'ai oublié, moi, à l'heure critique, de saisir l'occasion et de m'inscrire à une combinaison nouvelle !

Et maintenant, l'âge est venu, la maladie est venue et, pour ces deux raisons impératives, je ne puis rien vous demander de plus que mes droits d'avant-guerre !

Et dire que tant de jeunes confrères font comme moi, pis même que moi, puisque malgré tous vos conseils, tous vos efforts de propagande, toutes vos objurgations, ils se tiennent à l'écart et ne viennent à vous qu'en nombre infime !

Oh ! ils y viendront, soyez-en sûrs, et, un jour, ils se rappelleront qu'il existe à Paris une Mutualité Familiale du Corps médical français..... mais ce sera parce qu'ils auront atteint la cinquantaine et qu'ils se sentiront menacés par la maladie et l'infirmité, et alors ce sera vous qui, avec juste raison, ne voudrez plus d'eux.

Que n'entendent-ils tous tant qu'ils sont, les regrets, les remords de nous autres, les vieux d'aujourd'hui, qui n'ont pas su en temps utile suivre vos conseils, venir à vous ou, s'ils en étaient déjà comme moi, comprendre qu'à des temps nouveaux il fallait des efforts nouveaux ?

Certes, les quelques centaines de francs que vous me versez sont les bien venues, mais ce serait cinq fois plus que je devrais recevoir si j'avais souscrit à votre combinaison maxima, alors que je le pouvais encore — et quelle tranquillité d'esprit, c'eût été pour moi et les miens si j'avais eu la certitude de recevoir 6.000 francs par an en cas de chronicité !

Ne pensez-vous pas que mon cas pourrait servir d'exemple ? Ne pourriez-vous pas vous en servir pour rappeler à nos confrères qu'ils ne doivent pas attendre pour s'assurer un maximum de secours qui pourra leur être bien précieux un jour et pour faire savoir à d'autres, aux jeunes surtout, qu'ils commettent une faute grave contre eux-mêmes et contre ceux dont ils ont la charge en ne venant pas s'inscrire en masse à notre Mutualité Familiale ?

Excusez cette trop longue lettre dictée par l'amertume de l'expérience personnelle et un peu aussi parce qui, malgré tout, me reste d'altruisme.

Croyez, mon cher Confrère, à ma reconnaissance et à mes sentiments les meilleurs.

Dr D...

Cette lettre, dans son éloquente simplicité, pourrait se passer de commentaires ; j'y ajouterai pourtant quelques lignes en ce qui concerne plus spécialement les jeunes lecteurs du *Concours médical.*

Mes chers confrères, vous qui n'êtes entrés dans la carrière que depuis la guerre, vous venez de vivre pendant une époque profondément troublée qui ne ressemble en rien à ce qu'on avait vu depuis de longs lustres ; vous n'avez pas, comme l'avaient vos aînés, le sentiment de la prévoyance bien implanté dans vos esprits ; vous vivez au jour le jour, convaincus, qu'avec votre savoir et aussi un peu votre savoir faire vous trouverez toujours le moyen de vous tirer des plus mauvais pas.

Pourtant, croyez nous ; vos aînés ont l'expérience de la vie médicale et des misères qu'elle comporte : les temps à venir pour le médecin en France s'annoncent de plus en plus sombres, et, de ce fait, la nécessité de la prévoyance s'impose de plus en plus aux yeux de ceux qui savent voir clair.

Ne fermez pas l'oreille aux avertissements qu'ils vous donnent : vous êtes jeunes, n'attendez pas pour faire cet acte d'auto-protection qui consiste à vous couvrir contre le risque double d'invalidité par maladie ou par âge ; venez à nous tout de suite, car plus vous viendrez tôt moins vous aurez chance d'être handicapés par une santé déjà touchée.

Sachez — mes statistiques le prouvent — qu'après 40 ans nombreux sont déjà ceux dont la santé est suffisamment atteinte pour que nous ne puissions plus les accepter parmi nous et qu'à 45 ans arrive la limite d'âge au delà de laquelle nous ne prenons plus personne aux Caisses d'indemnité-maladie.

N'oubliez pas que plus vous êtes jeunes et moins votre cotisation annuelle est élevée : à 30 ans vous payerez, pour une indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs, la somme de 429 francs ; à 35 ans, ce sera 480 francs — un franc et quelques centimes par jour, qui oserait prétendre que c'est un sacrifice ? Que vous ne dépensez pas davantage inutilement et sans y regarder ?

Et pour cette somme infime vous recevrez, si la maladie ou un accident vous met dans l'impossibilité d'exercer votre profession, une indemnité de cinquante francs par jour, et cela pendant soixante jours, puis, si l'incapacité se prolonge au delà de ce terme, une indemnité mensuelle de 500 francs, et cela jusqu'à guérison, dût-elle ne venir qu'au bout de longues années.

Il n'y a qu'un terme à ce droit à l'indemnité, c'est la limite d'âge de 65 ans. Mais alors la Mutualité Familiale vous donne la possibilité de le remplacer par une pension de retraite qui vous sera versée dès le lendemain du jour où cesse le droit à l'indemnité-maladie.

Mais je m'arrête, réservant pour une autre étude cette question de la pension de retraite. Je me borne aujourd'hui à l'indemnité-maladie, restant à votre disposition pour tous éclaircissements complémentaires, et j'attends vos lettres avec confiance. H. MIGNON.

Variétés

LE TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES DE MOSCHION

Les certitudes

Par Albert GARRIGUES

Le Περὶ γυναικείων παθῶν de Moschion a été longtemps tenu pour le plus ancien traité des maladies des femmes arrivé jusqu'à nous. Cela lui a valu d'occuper les historiens de la médecine, qui l'ont résumé tout à tour qui bien, qui mal, et qui l'ont jugé avec éloges ou avec mépris selon leur humeur. Encore en 1924, le plus récent des nôtres, L. Meunier (1), lui consacrait près de sept pages. A cette date pourtant, le livre de Moschion avait perdu beaucoup de son intérêt, parce qu'on savait alors qu'il n'est rien de plus que le résumé d'un traité de Soranus.

Quand on compare Soranus et Moschion la chose est une certitude. Fr. J. Herrgott, tout le premier, qui avait d'abord écrit que *les traités de Soranus et de Moschion ne sont pas un abrégé l'un de l'autre* (2), renonce à cette erreur quelques pages plus loin du même ouvrage (3), et plus nettement encore dans la traduction parallèle de Soranus et de Moschion qu'il publia quatre ans plus tard (1).

L'abrégé de Moschion est, sans conteste, un résumé bien fait, écrit d'un point de vue exclusivement pratique, sacrifiant dans Soranus tout ce qui est théorie et érudition, pour le reste suivant son auteur de près, empruntant quelquefois ses phrases, parfois plus clair que lui, toujours, quand il le peut, plus didactique.

L'œuvre fut ainsi une œuvre précieuse pour les sages-femmes, mais pour les médecins aussi ; et, parce qu'elle fut entre les mains des unes et des autres, pendant des siècles, alors que le traité de Soranus était perdu, cette œuvre garde une valeur historique, malgré que ce traité de Soranus soit aujourd'hui retrouvé. De cette trouvaille de bibliothèque, Moschion a pu perdre pour nous de son intérêt propre, il n'en garde pas moins une place dans notre histoire. Il y a plus ; car, si l'on peut ainsi passer sur ses leçons, en ce qui concerne l'obstétrique et la gynécologie, il pose à

(1) L. MEUNIER. — *Histoire de la médecine*, in-8°, Le François, Paris, 1924, pp. 111-118.

(2) Notes à l'*Essai d'une histoire de l'obstétricie* de Siebold. (3 vol. in-8°, Paris, 1891. *Bibl. Nation*, 120/8 *bis*), t. I, p. 132.

(3) *Loc. citato*, p. 159.

(1) Fr. J. HERRGOTT. — *Soranus d'Ephese et Moschion* in-8° Berger-Levrault, Nancy, 1895. (*Bibliothèque nationale*, Td. 35/104.)

notre curiosité plusieurs problèmes qu'historiens et critiques ne peuvent résoudre encore qu'en proposant des hypothèses.

Ce fut en 1545 qu'un voyage à Augsbourg procura à Conrad Gesner l'occasion de consulter des ouvrages rares et des manuscrits précieux (1). Du nombre était le περὶ γυναικείων παθῶν. Le texte, par malheur, en était si fautif, qu'il ne pouvait tel quel être imprimé ; on chercha donc quelque autre exemplaire, mais on ne découvrit qu'une traduction latine chez l'imprimeur Th. Guarinus. Gesner était sollicité d'ailleurs par d'autres travaux ; il communiqua donc ses manuscrits à Caspar Wolf, lui conseillant d'en donner une édition corrigée, augmentée des autres auteurs antiques qui avaient traité des maladies des femmes. Wolf suivit le conseil ; et, un an après la mort de Gesner, il publiait son *Gynæciorum hoc est de mulierum tum aliis, tum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus et morbis, libri veterum ac recentiorum aliquot* (2).

Le texte grec amendé par le savant zurichois s'y trouve en *Appendice* à la fin du volume constituant un fascicule à pagination distincte (3). Le texte latin, fourni par Guarinus, servit à quelques corrections et passa dans la première partie des *Gynæciorum*, où, dans une *Harmonie* de plan personnel (4), Wolf groupa six auteurs différents : Moschion, Cléopâtre, Priscien, etc., en des chapitres à sa manière. Par exemple, au chapitre XVII (*Conduite à tenir après l'accouchement*) se succèdent les textes d'abord de Moschion, ensuite de Priscien, enfin de Cléopâtre (5).

Moschion reparut dans le même état en 1597 dans les *Gynæciorum* d'Israël Spachius (6), dont l'Harmonie initiale est conçue de la même manière. Puis, des années passèrent. En 1793, Fr. A. Dewez découvrit dans la Bibliothèque de Vienne un manuscrit grec nouveau de Moschion (1) en assez bon état et publia, là, une édition meilleure (2).

Depuis lors, aucune trouvaille grecque n'a été faite. En revanche, plusieurs versions latines, comparables à celle de Th. Guarinus, furent tirées de la poussière des bibliothèques. En 1832, Valentin Rose découvrit dans la bibliothèque de Hanau *Sorani Gynæciorum vetus translatio, latina*, qui est notre Moschion latin (3) et qu'il publia à Leipzig en tête d'une édition du traité des maladies des femmes de Soranus (4).

Daremberg fit d'analogues découvertes, à Bruxelles, en 1841, à la Bibliothèque de Bourgogne (manuscrit mutilé du IXe siècle), plus tard à Florence et à Oxford (5), enfin, au collège Saint-Jean à Cambridge, dont le manuscrit latin du Xe siècle, plus complet et en meilleur état que tous les autres, ne présentait aucune solution de continuité (6). La mort l'empêcha de tirer parti de ses recherches et son travail est, jusqu'à présent, perdu pour nous (7).

Les textes imprimés divers concordent les uns avec les autres dans leur ensemble, mais des différences les distinguent qu'il faut noter (8).

Wolf ajouta à la fin de son Traité onze chapitres, qu'on regarde unanimement comme supposés et qu'on ne retrouve pas dans l'édition de Dewez, tenue pour meilleure.

D'autre part, le Moschion latin de Valentin Rose est sensiblement plus étendu que celui que Wolf, et Spachius après lui, ont brisé en fragments pour en former leurs *Harmonies* de lieux

---

(1) Notes biographiques. *Concours médical*, 13 septembre 1931.

(2) In-4°, Th. Guarinus, Bâle, 1566. — *Bibliothèque nationale*. Td. 35 /8.

(3) Quelquefois rencontré en ouvrage séparé. — *Bibliothèque nationale*. Td. 35 /5.

(4) *Cleopatræ, Moschionis, Prisciani et incerti cujusdam muliebrum libri in unam Harmoniam redacti.*

(5) Cette méthode d'exposition de lieux parallèles est redoutable. C'est ainsi que Peyrilhe. (*Histoire de la chirurgie*, in-4°, Imprimerie Royale, 1790, t. II), pourtant d'ordinaire attentif, reproche à Moschion maintes opinions qui appartiennent à Cléopâtre. *Cf.*, en particulier, page 311 au sujet de la fureur utérine.

(6) *Gynæciorum, sive de mulierum tum communibus tum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus et morbis libri Græcorum, arabum, latinorum veterum et recentium quotquot extant opera*, in-fol., L. Zetzner, Strasbourg, 1597. — *Bibliothèque nationale*. Td. 35 /10. — Herrgott dans l'Introduction de son *Soranus et Moschion* (in-8°, Berger-Levrault, Nancy, 1895, p. XXII) assure que texte grec et texte latin de Moschion furent réimprimés dans la *Collection gynécologique* de Bauhin, à Bâle, en 1588. Je n'ai retrouvé cette *Collection gynécologique* ni matériellement, ni dans les multiples biographies de Bauhin où je l'ai cherchée. Gaspar Bauhin publia à Bâle en 1586 (in-4°), en 1588 (in-8°) et en 1591 (in-8°) une traduction latine du *Traité de l'hystérotomotokie* (opération césarienne) de François Rousset, et lui donna plus tard un *appendice*, paru dans les *Gynaeciorum* de Spachius ; mais cela est toute autre chose.

(1) DEWEZ. — *Moschionis de mulierum passionibus.* in-8° Vienne 1793. — *Bibliothèque nationale.* Td. 35 /6.

(2) D'après Daremberg (*Plan de la collection des médecins grecs et latins* en-tête des *Œuvres d'Oribase*, in-8°, Imprimerie nationale, Paris, 1851), un manuscrit 2152 de Paris pourrait fournir encore un assez grand nombre de corrections. Par malheur, la *Collection française des médecins grecs et latins* est interrompue et le Moschion de Daremberg n'a pas vu le jour.

(3) Le faux titre porte de façon plus précise : *Gynæcia Muscionis ex græcis Sorani in latinum translata sermonem*

(4) In-12, Teubner, Leipzig, 1882. — *Bibliothèque nationale*, Salle, case BI, n° 532.

(5) Cf. Ch. Daremberg. *Histoire des sciences médicales*, 2 vol. in-8°, Baillière, Paris, 1870, t. I, p. 179 (note).

(6) DAREMBERG. — *Plan de la Collection des médecins grecs et latins, loc. cit.*

(7) Peut-être un chercheur patient retrouvera-t-il les documents et les notes de Daremberg parmi ses papiers que la Bibliothèque de l'Académie de médecine a recueillis après sa mort.

(8) Je parle des différences importantes et laisse de côté les variantes de texte d'un moindre intérêt.

parallèles ; mais les parties communes à l'un et à l'autre sont assez voisines.

Les écarts sont plus grands entre les manuscrits grecs et les manuscrits latins. Dans les premiers, aucun *Avis au lecteur* n'ouvre le *Traité.* Les seconds, au contraire, sont précédés d'une *Préface* qui leur est propre et qui ne saurait convenir au texte grec, puisqu'elle expose tout juste les motifs de la version en langue latine.

Les traités grecs sont faits d'une suite de petits chapitres qui se succèdent sans division générale de l'ouvrage en *parties* distinctes. A l'opposé, cette division existe dans toutes les versions latines, et il y a ceci de remarquable que, par exemple, Wolf dans ses *Gynæciorum* ne sépare pas son Moschion grec en deux parties, mais fait la division dans l'*Harmonie* des lieux parallèles, où il a introduit son Moschion latin.

Partout, la *Première partie* du Traité (1) comprend quelques données d'anatomie et de physiologie féminines, des indications sur la grossesse et l'accouchement normal, sur les soins à donner à l'enfant après sa naissance, sur l'allaitement et sur le régime des nourrices, enfin sur quelques maladies infantiles ; au total, cette partie contient ce qu'une sage-femme ordinaire devait savoir. La forme adoptée par l'auteur est, là, celle d'un catéchisme fait de demandes et de réponses.

La *Seconde partie* (2), destinée aux femmes-médecins et aux médecins, traite des maladies des femmes et de la dystocie. Celle-ci est étudiée, comme plus haut, par demandes et réponses. Au contraire, la partie gynécologique, qui s'intercale entre l'accouchement normal et l'accouchement difficile et qui coupe de façon anormale l'obstétrique en deux, est développée sous forme de chapitres ordinaires et non plus sous celle d'interrogations.

A comparer les deux parties du traité, on aperçoit d'autres différences encore.

Dans la première, texte grec et texte latin concordent à ceci seulement près que certaines questions sont ajoutées au latin et que quelques divisions en paragraphes sont, ici et là, autrement faites.

(1) Dans Dewez : question 1 à question 125. — Dans Valentin Rose : question 1 à question 141.

(2) Dans Dewez : § 126 à § 142 et question 143 à question 152. — Dans Valentin Rose : chapitres 1 à 33.

Les écarts du grec au latin sont plus grands dans la seconde partie, car les versions latines sont beaucoup plus complètes. Ainsi, la fin du texte grec de Dewez correspond au chapitre XVIII de l'édition de Valentin Rose, qui en compte trente-quatre. De même, un grand nombre d'additions latines au texte grec de Wolf et de Spachius existent dans leurs *Harmonies.*

On pourrait passer sous silence des interversions fréquentes de paragraphes et un numérotage différent des alinéas dans les éditions diverses, parce qu'il est évident que Wolf et Spachius pour établir leurs lieux parallèles n'ont pas respecté l'ordre de leur manuscrit et en ont adopté un qui leur est personnel. Un pareil souci de parallélisme, mais cette fois entre le traité de Soranus et l'abrégé de Moschion, a également conduit Herrgott dans sa traduction française (1) à modifier l'ordre des questions et des chapitres. Mais deux choses sont, ici, dignes d'attention. La première est que ces différences ne se rencontrent que dans la seconde partie du περὶ γυναικείων παθῶν. La deuxième est que, pour cette seconde partie même, ces différences ne sont pas partout ; elles portent uniquement sur les chapitres de gynécologie ; elles disparaissent quand l'obstétrique reprend son questionnaire sur la dystocie.

Malgré tout, il n'est pas douteux que version latine et version grecque ne sont que le reflet l'une de l'autre. Il ne s'agit point de deux ouvrages distincts, l'un grec, l'autre latin, seulement rapprochés par l'identité du texte développé qu'ils abrégeaient ; mais d'un même ouvrage écrit en deux langues, dont les manuscrits ont traversé les siècles en subissant au gré des copistes des fortunes différentes.

A ce qui précède se bornent, d'une part, ce qu'on sait d'assuré sur l'histoire du traité de Moschion ; de l'autre, les faits matériels qu'on peut y relever et les observations objectives que permet son étude. Ce que les historiens et les critiques en ont tiré (2) serait, ici, trop long à dire. Tenons-nous-en pour aujourd'hui aux certitudes.

(1) Fr. J. HERRGOTT. — *Soranus d'Ephèse et Moschion,* in-8°, Berger-Levrault, Nancy, 1895.

(2) Cf. *L'Association médicale,* octobre 1931. — *Nord médical,* 15 octobre 1931.

SOU MÉDICAL

Ligue Médicale de Défense individuelle.

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

9.447 QUIVY, Montmorillon (Vienne), Syndicat de la Vienne.
9.448 CHANNAC fils, Pont-Saint-Esprit (Gard), Syndicat de Nîmes.
9.449 HELLION, 75 *bis*, avenue Wagram, Paris, Syndicat de la Seine.
9.450 FABRE, Avignon (Vaucluse), Syndicat du Vaucluse.
9.451 DABAN, Tremblay-le-Vicomte (Eure-et-Loir), Syndicat de Dreux.
9.452 MAHIEU, Nevers (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
9.453 ROCAZ, 19, rue Vital.-Carles, Bordeaux, Syndicat de Bordeaux.
9.454 BRICOUT, Masnières (Nord), Syndicat de Cambrai.
9.455 PETIT, Saulxures-sur-Moselotte (Vosges), Syndicat des Vosges.
9.456 GAILLARDE, Fondouck (Alger), Parrains : Drs Collignon et Walls.
9.457 RENARD, Pougues-les-Eaux (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
9.458 HOUQUES, 95, Cours de l'Yser, Bordeaux, Syndicat de Bordeaux.
9.459 BERGONDI, Saint-Auban (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
9.460 RIGOT, Saint-Chamond (Loire), Syndicat de la Loire.
9.461 BOYER, Meximieux (Ain). Syndicat de Bourg-Trévoux.
9.462 CHICANDARD, 219, boulevard Raspail, Paris, Syndicat de la Seine.
9.463 BERNARD, Frasne (Doubs), Syndicat du Doubs.
9.464 TERRIEN, La Baule (Loire-Inférieure), Syndicat de Saint-Nazaire.
9.465 RONCERAY, La Ferté-Saint-Aubin (Loiret), Société des médecins du Loiret.
9.466 NORGUIN, Vaucouleurs (Meuse), Syndicat de la Meuse.
9.467 PIERRAT, Insming (Moselle), Syndicat de Château-Salins.
9.468 KREMENTCHOUSKY, Limoges (Haute-Vienne). Parrains : Drs Raymond et Lory.
9.469 MARSSET, 63, avenue de la Grande-Armée, Paris. Parrains : Drs Bongrand et Chéné.
9.470 SYRMEN, Etrépagny (Eure). Syndicat des Andelys.
9.471 BOUTIN, Auxi-le-Château (Pas-de-Calais). Syndicat de Montreuil-sur-Mer.
9.472 ALRIC, Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône). Syndicat de Salon.
9.473 LEGRAND, Le Neubourg (Eure), Syndicat d'Evreux.
9.474 PRIEUR, Château-Thierry (Aisne), Syndicat de Château-Thierry.
9.475 BOUCHET, Montpellier (Hérault), Syndicat des Médecins hygiénistes.
9.476 BUHLER, Rambouillet (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.
9.477 CYSSAU, Auchel (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
9.478 CHARPENTIER, 174, Grande-Rue de Montplaisir, Lyon, Syndicat du Rhône.
9.479 HÉRITIER, Rognonas (Bouches-du-Rhône). Syndicat de Châteaurenard.
9.481 MASMONTEIL, Angoulême (Charente). Parrains : Drs Vigneron et Hourtoule.
9.482 PUYAUBERT (Jean), Tulle (Corrèze). Parrains : Drs Puyaubert (Louis) et Gassot.
9.483 DELAGE, Alès (Gard), Syndicat d'Alès.
9.484 DURIN, Montmarault (Allier), Syndicat de l'Allier.
9.485 CUNY, Annemasse (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
9.486 BAUSSAN, 80, rue Bonaparte, Paris. Parrains: Drs Duhamel et Reilhac.
9.487 ROUX, Brassac-les-Mines (Puy-de-Dôme). Syndicat du Puy-de-Dôme.
9.488 LEROY, Montluçon (Allier). Parrains : Drs Saillant et Michard.
9.489 GUIRIN, Vouziers (Ardennes). Syndicat des Ardennes.
9.490 DESBUQUOIS, Tours (Indre-et-Loire). Syndicat d'Indre-et-Loire.
9.491 GONTALLIER, Orléans (Loiret). Syndicat d'Orléans.
9.492 SCOTTI, Saint-Cézaire Alpes-Maritimes), Syndicat de Grasse.
9.493 OPPENOT (Pierre), Saint-Leu-la-Forêt (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
9.494 LEPLAT, Amiens (Somme), Syndicat de la Somme.
9.495 TRIOLLET, Châteauroux (Indre), Syndicat des Médecins hygiénistes.
9.496 ROQUE, Port-Vendres (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
9.497 BRECHOTEAU, Saint-Christophe-du-Ligneron -(Vendée), Syndicat de la Vendée.
9.498 LASSERRE, 68, Cours Victor-Hugo, Bordeaux Syndicat des Médecins bordelais.
9.499 DESNOT, Mouliherne (Maine-et-Loire), Syndicat de Baugé.
9.500 JOUGLARD, Saint-Etienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes). Parrains : Drs Davéo et Galavielle.
9.501 CARUETTE, Aix-les-Bains (Savoie). Syndicat de la Savoie.
9.502 VACHEY, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). Syndicat de Chalon-sur-Saône.
9.503 DURAND, Latour-de-France (Pyr.-Or.), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
9.504 VINCENT, La Montagne (Loire-Inférieure). Parrains : Drs Simon et Hardy.
9.505 DELORMEAU, La Montagne (Loire-Inférieure). Syndicat du Pays de Retz.
9.506 ESTIVAL, Rodez (Aveyron). Union des Praticiens de l'art dentaire de l'Aveyron.
9.507 DREYER-DUFER, Chambéry (Savoie), Syndicat de la Savoie.
9.506 RIGAUD, Saint-Rambert-en-Bugey (Ain). Syndicat du Bugey.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr P., couvert en premier rang pour 250.000 fr. par une autre assurance, est assigné en 300.000 fr. de dommages intérêts, *solidairement* avec la Commis-

sion administrative de l'hôpital, par un client qui, à la suite d'une fracture de l'épaule, a été atteint de gangrène gazeuse et a subi l'amputation du bras. L'origine de la gangrène devrait être recherchée dans le défaut de stérilisation des catguts, fournis et fabriqués par l'hôpital.

L'appui pécuniaire et le bénéfice de la Caisse de garantie sont acquis, en tant que de besoin, au Dr P., après la garantie de son premier assureur.

Le Dr L. est cité en justice de paix par un client qui lui réclame le remboursement de 700 fr., prix d'un dentier, sous prétexte qu'il ne pouvait le supporter.

L'appui de la Ligue lui est accordé pour se défendre et il est admis éventuellement au bénéfice de la Caisse de Garantie.

Le Dr T., ayant réclamé à un client le paiement de 330 fr. d'honoraires, se voit demander 500 fr. de dommages-intérêts, sous prétexte que le client aurait été atteint d'une brûlure au cours d'une séance de diathermie.

Le Conseil accorde au Dr T. l'appui pécuniaire, pour demander judiciairement le paiement de ses honoraires, le bénéfice de la Caisse de garantie lui étant acquis, le cas échéant.

Le Dr P., demandant le paiement d'une note d'honoraires de 570 fr., est menacé par son client d'une action en responsabilité professionnelle.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et, éventuellement, le bénéfice de la Caisse de garantie.

Accidents du travail.

Le Dr T. (Meurthe-et-Moselle) a eu gain de cause dans un procès en paiement d'honoraires pour accidents de battage, pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Les frais et honoraires de son huissier se sont élevés à 75 fr., dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr L. (Seine) a, sur la demande d'un directeur d'usine, blessé du travail, pratiqué des pansements dans une maison de santé, où le blessé n'était pas hospitalisé; la Compagnie et le blessé refusent de payer les honoraires des 63 pansements effectués, sous prétexte que la Compagnie aurait déjà payé à la maison de santé les objets de pansement.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr L. pour poursuivre solidairement le patron et le blessé en paiement de ses honoraires.

Le Dr F. (Seine-et-Oise), ayant soigné un accidenté du travail, la Compagnie refuse de le payer, parce que le patron n'est pas en règle avec elle.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron en paiement de ses honoraires.

Le Dr G. (Haute-Savoie) se voit refuser par une Compagnie d'assurances, par application du « tout compris » et bien que les blessés aient été admis dans sa clinique en raison de l'urgence, le paiement de ses honoraires et des frais de clinique, dans deux affaires importantes d'accidents du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé, dans les deux affaires, pour poursuivre le recouvrement de ses frais de clinique et de ses honoraires personnels contre les blessés et les patrons responsables, mais le chirurgien qui a opéré, dans l'un des deux cas, et qui ne fait pas partie du « Sou » devra poursuivre à ses frais le recouvrement de ses propres honoraires.

Le Dr V. (Oise) ne peut obtenir paiement d'une note d'honoraires accidents, l'accident étant rejeté par la Compagnie d'assurances, alors que le patron a remis un bulletin d'accident sans réserves.

Le Conseil accorde au Dr V. l'appui pécuniaire pour poursuivre contre le patron le recouvrement de ses honoraires.

Assurances sociales.

Le Dr A. (Nord) signale que, s'appuyant sur une circulaire ministérielle, le Préfet prétend payer les soins donnés aux assurés sociaux agricoles indigents au tarif de l'Assistance médicale gratuite et non au tarif des accidents du travail.

Conformément à l'avis de Me Auger, le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire pour saisir la Commission cantonale, dans le cas où le Préfet persisterait dans son refus.

Honoraires de droit commun.

Le Dr S. (Loire-Inférieure) a, dans une contestation d'honoraires d'accouchement, obtenu, en appel, la condamnation de ses clients au paiement de 1.200 fr., sur 1.260 demandés.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 250 fr.

Le Dr P. a, à la suite d'un arrêt de la Cour de Paris, obtenu, dans la faillite d'une cliente, le paiement d'un dividende de 344 fr., mais les frais de l'huissier et de l'agréé se sont élevés à 519 fr. 60, qui ont été supportés par le « Sou ».

Les Docteurs L. et P. (Finistère) ont donné leurs soins à un homme victime d'un accident d'automobile. Le blessé, qui a été amené au Dr L. par l'auteur de l'accident, refuse de payer les honoraires des médecins, sous prétexte qu'il est en procès avec l'auteur de l'accident.

L'appui pécuniaire est accordé aux docteurs L. et P. pour le poursuivre.

Le Dr M. (Meuse) a soigné un client qui, actuellement en instance de divorce, refuse de le payer avant

qu'il ait été procédé à la liquidation de la communauté.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Rhône) a obtenu gain de cause dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour soins donnés, dans un hôpital privé, à un agriculteur blessé dans son travail et assujetti volontairement à la législation sur les accidents du travail.

Il a payé à son avoué, pour honoraires, 100 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Vaucluse) a obtenu la condamnation d'un joueur de foot-ball, blessé au cours d'une partie, à lui payer le solde de ses honoraires, après paiement partiel par une assurance au tarif des accidents du travail.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 150 francs et ceux de son huissier à 30 fr., ensemble 180 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Seine) est assigné en référé par un client contre lequel il a fait pratiquer une saisie-arrêt entre les mains d'une Banque, pour avoir paiement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour défendre à cette demande.

Le Dr E. (Dordogne) a obtenu la condamnation d'un client à lui payer 1.300 fr. d'honoraires pour une opération de cystostomie et le rejet de la demande reconventionnelle en responsabilité professionnelle. Mais le juge de paix a rejeté sa demande en paiement de 580 fr. pour les soins antérieurs et consécutifs à l'opération.

Le Conseil, considérant que les honoraires modestes demandés pour l'opération ne pouvaient comprendre les honoraires pour les autres soins longs et importants qui ont été donnés, accorde au Dr E. l'appui pécuniaire pour interjeter appel du jugement.

Le Dr B. (Deux-Sèvres) a été injurié par un client, auquel il demandait 300 fr. d'honoraires pour accouchement dystocique de sa femme.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr G. (Allier) a soigné un patron agriculteur, assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail, qui, victime d'un accident, refuse de le payer et le renvoie à son assurance.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre son client en recouvrement de ses honoraires.

Divers.

Les docteurs A. et R., professeurs à la Faculté de Montpellier, ayant fait, avec l'un de leurs collègues, une expertise accidents du travail, ont demandé 1.500 fr. d'honoraires, mais l'ordonnance de taxe a été frappée d'opposition par la Compagnie d'assurances, qui les a assignés devant la Cour d'appel pour voir réduire leurs honoraires à 600 fr.

Le Conseil accorde aux Professeurs A. et R. l'appui pécuniaire pour résister à cette demande.

Le Dr P. a été débouté de son action contre une Société de Secours mutuels à laquelle il réclamait le paiement d'honoraires.

Les frais et honoraires que le « Sou » a eu à supporter dans cette affaire se sont élevés à 1.552 fr. 35.

Le Dr B. avait obtenu, avec l'appui pécuniaire, la condamnation d'une Société de secours mutuels à 10.000 fr. de dommages-intérêts pour brusque renvoi.

La Société vient d'interjeter appel du jugement.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour défendre à cet appel.

Le Dr S. (Puy-de-Dôme) a obtenu en appel confirmation d'un jugement correctionnel qui a condamné un pharmacien pour l'avoir diffamé, mais l'adversaire s'est pourvu en cassation.

L'appui pécuniaire est accordé en tant que de besoin au Dr S. pour défendre à ce pourvoi.

Le Dr D. (Lot-et-Garonne), grièvement blessé à coups de revolver par un expertisé mécontent, demande l'appui pour se porter partie civile aux assises et se faire assister par un avocat éminent.

Cet appui lui est accordé en principe par le Conseil.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. (Loire-Inférieure) pour interjeter appel du jugement qui l'a débouté de son action en dommages-intérêts contre un agent d'assurances qui avait détourné de lui la clientèle d'accidentés du travail.

Le Dr C. (Hérault) a été révoqué, dans des conditions irrégulières, de ses fonctions de médecin de l'état civil. Une requête en annulation de la révocation, adressée au Préfet, sur les conseils de Me Auger, a été rejetée. Me Auger est d'avis qu'il convient, le Dr C. ayant quitté la localité, de saisir les tribunaux judiciaires d'une action en indemnité pour rupture de contrat.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. pour assigner la commune en dommages-intérêts devant le Tribunal civil.

Le Dr H. (Oise) a accouché une femme qui, après avoir refusé de se faire admettre à l'Assistance médicale gratuite, parce qu'elle ne voulait pas être accouchée par une sage-femme, s'y est fait admettre tardivement et refuse maintenant de le payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre contre sa cliente et son mari le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes) a été déclaré déchu de ses droits à la prorogation, sous prétexte d'abus de jouissance, consistant notamment dans l'emploi des rayons X.

Me Auger étant d'avis qu'un pourvoi en cassation contre cette décision a des chances de succès, l'appui pécuniaire est accordé au Dr D. pour le soutenir.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Cours populaire sur les maladies vénériennes** (organisé par la Société française de prophylaxie sanitaire et morale au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine). — 1° Samedi 7 novembre 1931, à 20 h. 45, M. le Docteur H. Gougerot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Examen prénuptial. Prophylaxie des syphilis et blennorragies conjugales. — — Mlle Laure Biardeau, docteur en droit : Législations étrangères.

2° Samedi 14 novembre 1931, à 20 h. 45, M. le docteur Cavaillon, chef du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de la Santé publique : Danger social et économique de la syphilis et de la blennorragie.

3° Samedi 21 novembre 1931, à 20 h. 45, M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien : Histoire sociale de la syphilis.

4° Samedi 28 novembre 1931, à 20 h. 45, M. le Docteur Joannon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : La syphilis : tableau clinique, évolution et méthodes de diagnostic.

5° Samedi 5 décembre 1931, à 20 h. 45, M. le Docteur Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin : La syphilis héréditaire.

6° Samedi 12 décembre 1931, à 20 h. 45, M. le Professeur Henri Gougerot : Les méthodes de traitement de la syphilis. Sa guérison.

7° Samedi 19 décembre 1931, à 20 h. 45, M. le Professeur Henri Gougerot : La blennorragie. Ses dangers lointains. Diagnostic et traitement.

8° Samedi 9 janvier 1932, à 20 h. 45, M. le Docteur Cavaillon : Organisation sociale du traitement de la syphilis. Dispensaires et service social.

9° Samedi 16 janvier 1932, à 20 h. 45, M. le Docteur Joannon : Modes de transmission de la syphilis et de la blennorragie. Transmission extravénérienne, vénérienne, par le mariage, par la prostitution. Conditions sanitaires du mariage.

10° Samedi 23 janvier 1932, à 20 h. 45, M. le Docteur Joseph Nicolas, professeur à la Facuté de médecine de Lyon : La prostitution et ses dangers ; les moyens de lutte.

11° Samedi 30 janvier 1932, à 20 h. 45, M. le Docteur Queyrat, médecin honoraire de l'hôpital Cochin, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien : : La responsabilité dans la transmission des maladies vénériennes : le délit pénal de contamination.

12° Samedi 6 février 1932, à 20 h. 45, M. le Professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy : Propagande et éducation du public.

13° Samedi 13 février 1932, à 20 h. 45, Mme la Doctoresse G. Montreuil-Straus, présidente du Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale : Education prophylactique de la jeunesse.

14° Samedi 20 février 1932, à 20 h. 45, Mme la Doctoresse G. Montreuil-Straus : Rôle des femmes dans la lutte antivénérienne.

Ce cours s'adresse aux pères et mères de familles, à tous les éducateurs et aux jeunes adultes des deux sexes ; il est public et gratuit.

— **Puériculture.** — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, commencera son enseignement le jeudi 12 novembre 1931, à 4 heures, à l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes (XV[e]), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, aux heures indiquées ci-dessous.

Programme de l'enseignement. — Le jeudi à 4 heures : La puériculture. — I. Hygiène individuelle ; Etude de la croissance ; Méthodes pédiométriques ; Les facteurs de la croissance ; La physiologie digestive et l'alimentation au cours de la première et de la deuxième enfance et dans la période scolaire. — II. Hygiène collective et sociale ; hygiène scolaire ; médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Le centre d'hygiène de l'enfance ; moyens de propagande et d'action.

Le jeudi à 5 heures : Conférences complémentaires (puériculture anténatale ; prophylaxie oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, orthopédique ; démonstrations diététiques), par MM. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Turpin, médecin des hôpitaux ; Frey, chargé de cours de stomatologie à la Faculté ; Vitry, Trèves, anciens chefs de clinique ; M. Dorlencourt, chef de laboratoire à l'Ecole de puériculture ; M. Cavaillon, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; M. Leclainche, chef de service à l'Office national d'hygiène.

Le mardi à 3 heures : Consultation au dispensaire dispensaire d'hygiène ; visite du pavillon d'allaitement ; examen des enfants et étude des problèmes médico-sociaux.

Le samedi à 3 heures : Consultation de prophylaxie antituberculeuse ; à 5 heures : Consultation de prophylaxie antisyphilitique.

Le vendredi à 10 heures à l'hôpital des Enfants-Malades (salle de la Grande crèche) : Consultation de nourrissons.

Visites d'établissements publics ou privés intéressant la protection de l'enfance. Le programme détaillé des cours et visites sera publié ultérieurement.

Le Directeur-Gérant : D[r] A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

tron lui déclare : « Allez vous faire soigner où vous voudrez. Seulement je vous avertis que mon assurance est plus coulante pour les ouvriers qui se font soigner au dispensaire ».

Effectivement l'ouvrier qui va se faire soigner chez un médecin :

1° Est sujet à d'assez fréquentes visites de contrôle ;

2° Ne peut cumuler son demi-salaire A. T. avec son salaire patronal dans le cas où il ne présente pas d'incapacité de travail.

Par contre, l'ouvrier qui va se faire soigner au dispensaire :

1° Est soigné par des infirmiers ;

2° N'est examiné par un médecin que pour l'établissement du certificat médical initial, — l'infirmier étant libre de faire ses pansements comme il l'entend, à moins qu'il juge bon, dans le cas de complication ou sur la demande du blessé, de faire procéder à un nouvel examen par le médecin de service ;

3° L'ouvrier peut faire durer son accident aussi longtemps qu'il le veut, à condition de ne pas exagérer ; il n'y a, en général, jamais de visite de contrôle au dispensaire ;

4° Il peut cumuler, dans le cas de non-incapacité de travail, son demi-salaire A T. avec son salaire patronal. En effet, les patrons sont autorisés par leurs assurances à faire travailler leurs ouvriers soignés au dispensaire, sans exiger d'eux un certificat de guérison.

Conclusions :

1° L'ouvrier a tout intérêt à aller se faire soigner au dispensaire, car on y est très « coulant », et le cumul demi-salaire plus salaire patronal est possible ;

2° La Compagnie d'assurances n'ignore point ce cumul. Elle l'autorise à condition qu'il ne dure pas longtemps, car elle se rattrape sur les honoraires médicaux qui sont réduits au strict minimum : 1 ou 2 francs par pansement ;

3° Quant aux médecins du dispensaire leur rôle n'est assurément pas très brillant puisqu'ils sont de simples machines à signer les certificats. A mon avis leur rôle ressemble singulièrement à de la complicité d'exercice illégal de la médecine. Ce qui ne me semble pas plus honorifique que le fait reproché à certaines cliniques d'accidents du travail d'accorder des indemnités de déplacement aux ouvriers.

Je vous serais obligé de bien vouloir insérer ma lettre (en y ajoutant les commentaires que vous jugerez utiles) dans un des prochains numéros du *Concours médical* afin de prouver à tous nos confrères que les compagnies d'assurances, tout en respectant la loi en apparence, sont aussi roublardes que les médecins les plus « marrons ».

Dr D.

Réponse.

Cette situation est fréquente : témoin ce que font certaines grandes compagnies de chemin de fer. Elles n'empêchent nullement un agent blessé en cours de son travail, d'user du libre choix du médecin ; mais si la victime fait choix elle-même de son praticien, elle ne touche que son dû, c'est-à-dire son demi salaire ; mais si elle accepte les soins du médecin de la compagnie, elle reçoit son salaire plein.

Les assureurs, ou autres, prétendent avoir grande confiance dans les médecins qu'ils choisissent eux-mêmes. Ils estiment que les soins sont mieux dispensés, que les praticiens apportent un zèle incomparable, pour traiter les blessés qui viennent au dispensaire ; enfin les carottiers sont inévitablement décélés et mis hors d'état de recommencer.

Quelle erreur profonde !

La médecine n'est jamais aussi bien exécutée que lorsque le médecin est aiguillonné par le jeu de la concurrence.

Que faire contre ces situations ? C'est le rôle du syndicat local et de la Confédération des syndicats médicaux de faire cesser ces situations particulières.

Il importe également de faire pression sur les confrères, pour qu'ils renoncent à ces situations salariées. Mais, ceux qui détiennent ces « fixes » ne veulent pas les lâcher, car le Français est peu ou prou un fonctionnaire, qui aime à toucher un fixe à la fin du mois.

Il faut également faire une action auprès des syndicats ouvriers, auprès des intéressés eux-mêmes, pour qu'ils soient les premiers à réclamer le libre choix du médecin.

Mais..... il est bien difficile de remonter un courant, surtout lorsque chacun croit y trouver un intérêt et que les collectivités, ou n'agissent pas par veulerie, ou sont occupées à d'autres besognes, qui leur semblent plus urgentes.

Dr Paul BOUDIN.

5033. — Violation du libre choix

J'ai été appelé, il y a quelques jours à voir un enfant dans une famille dont je ne croyais plus être le médecin. J'avais appris en effet que le père, blessé du travail avait été soigné par un de mes confrères et je n'ai pas manqué de lui manifester mon étonnement d'être rappelé après avoir été changé.

Voici l'explication qu'il m'a donnée. Après sa blessure, il alla trouver le régisseur de la propriété où il travaillait et lui demanda où il devait aller se faire soigner . On lui intima l'ordre d'aller chez le Dr X., médecin de l'assurance. Croyant qu'il était obligé d'obtempérer, il s'y rendit. Or, mon confrère qui est mon ami, n'est nullement le médecin attitré

de l'assurance. Il n'y en a pas, naturellement et je soigne sans difficultés les blessés relevant d'elle.

Mais mon confrère est le médecin du régisseur d'où l'envoi des blessés chez lui. Il me semble que ce détournement de clientèle est illégal et je voudrais bien connaître s'il existe le texte de la loi qui interdit cette manœuvre. Dans ces conditions, je pourrais dire au régisseur ce que je pense de sa manière de faire et lui montrer à quoi il s'expose. C'est pour cette raison que je voudrais bien avoir votre avis.

Dr C.

Réponse.

En vertu du paragraphe 2 de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien.

Pour assurer le respect de cette disposition, l'art. 30 de la loi déclare passible d'une amende de 16 à 300 fr. et, au cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 à 2.000 fr., sous réserve de l'application de l'art. 463 du Code pénal (sursis) toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités légales, porte atteinte au droit de la victime de choisir son médecin.

Ainsi donc, pour que les violations au libre choix soient susceptibles de sanctions, il est nécessaire qu'elles soient obtenues par un des moyens expressément prévus à l'art. 30.

Si, dans le cas d'espèce, le blessé n'a été l'objet ni d'une menace de renvoi, ni d'un refus ou d'une menace de refus des indemnités légales, aucune action en correctionnelle ou autre, n'est possible contre le régisseur qui lui a intimé l'ordre d'aller trouver votre confrère.

Il appartenait au blessé de venir vous trouver, sans tenir compte de l'ordre qui lui avait été donné.

Fiscalité

4890. — Amortissement du prix d'achat d'un matériel professionnel

Le contrôleur des contributions est-il en droit de m'obliger à amortir en une seule année l'achat de matériel radiologique, ou bien suis-je en droit, comme je le crois d'amortir en plusieurs années ?

L'automobile du médecin peut-elle être amortie, elle aussi en plusieurs années ?

Pouvez-vous m'indiquer la source juridique de votre réponse pour que je puisse l'opposer au contrôleur ?

Dr P.

Réponse.

Le Ministre des Finances dans sa réponse à la question écrite n° 9.492 posée par M. Monnet, dé-

puté (*J. O.* du 16 septembre 1930) a fait connaître que l'amortissement sur plusieurs années devait être admis en ce qui concerne les acquisitions de matériel faites par un médecin. La prétention du contrôleur n'est donc pas fondée et cette réponse peut être invoquée même pour l'amortissement d'une automobile.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

4899. — Déduction des appointements de la femme du médecin

Tenant une maison de santé, je me trouve fiscalement parlant considéré à un double titre : d'une part comme exerçant une profession libérale et, d'autre part, comme exerçant une profession, celle-là commerciale.

Je dois donc avoir deux comptabilités. Jusqu'à cette année, j'avais fait figurer une certaine somme à la rubrique des dépenses d'ordre commercial comme représentant les appointements de ma femme (commune en biens avec moi) pour les fonctions de directrice et d'infirmière de mon établissement, fonctions qu'au vu et au su de tout le monde, elle remplissait effectivement et j'ajouterai avec usure !

Un inspecteur principal des C. D. venu en avril de cette année m'a fait réintégrer cette somme dans mon bénéfice *non commercial* des années précédentes en m'opposant l'arrêt du Conseil d'Etat du 25 juillet 1929 repoussant la déductibilité. Bien que cet arrêt ait été en réalité rendu à propos d'un cas d'espèce et ne croyant pas, il est vrai, pouvoir faire quelque chose contre (avais-je tort ou raison ?) je me suis incliné.

Je me suis demandé depuis si je ne pourrais pas faire figurer cette même somme à titre d'appointements d'infirmière, comme le ferait n'importe quel médecin sans clinique, en frais généraux dans la catégorie relative au bénéfice de la profession libérale ou non commerciale. Je me suis dit que l'argument sur lequel reposait le refus qu'on m'avait opposé à la faire figurer à la rubrique commerciale à savoir la co-propriété entre mari et femme, mariés sous le régie de la communauté, que cet argument, dis-je ne pouvait intervenir en l'espèce, puisque je ne sache pas qu'en ce qui concerne la profession libérale, il y ait fonds de commerce. C'est à ce sujet que je viens vous demander votre avis. Puis-je agir ainsi ? Quelle objection de loi, de décret ou d'arrêt pourrais-je me voir opposée ?

Dr N.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, les appointements alloués à sa femme, commune en biens, par un contribuable ne sont pas déductibles des bénéfices passibles de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, mais sont, au contraire, admis en déduction des bénéfices des professions non commerciales. L'arrêt du 25

juillet 1929 vise l'impôt sur les bénéfices commerciaux et l'inspecteur ne pouvait l'invoquer.

A. M.

4846. — Point de départ de la majoration pour les célibataires

Je suis né le 8 janvier 1900, c'est-à-dire que le 1er janvier 1930, année 1930, pour laquelle je suis imposé à l'impôt sur le revenu, je n'avais pas 30 ans et cependant, je vois sur ma feuille d'impôt une majoration « impôt sur les célibataires ». Dois-je payer cet impôt cette année ?

Dr X.

Réponse.

C'est la situation au 1er janvier de l'année de l'imposition (1931) qui est à considérer, à cette date vous étiez âgé de plus de 30 ans. Votre imposition au titre de 1931 sur les revenus réalisés en 1930 est donc régulièrement majorée.

A. M.

4797. — Patente sur un garage public d'automobile

Je reçois aujourd'hui un nouveau papier du percepteur, me réclamant 900 et quelques francs pour un garage qui n'est pas le mien. Je gare, en effet, ma voiture, dans un garage professionnel, où nous sommes 30 ou 40.

Dois-je payer cet impôt ?

Il me semble bien avoir lu dans le *Concours* qu'aucun impôt n'était dû sur un garage qui ne vous est pas personnel.

Et, en ce cas, que dois-je faire ?

Dr F.

Réponse.

En l'état actuel de la jurisprudence votre imposition à la patente sur l'emplacement occupé par votre voiture dans un garage public est régulière si vous utilisez votre voiture pour votre profession.

A. M.

Questions diverses

4152. — Assurance sur la vie, Changement de bénéficiaire

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant bien qu'il n'ait pas de rapport avec l'exercice de la médecine.

Versant une prime annuelle pour constitution d'une retraite prise à capital réservé, les primes versées sont remboursées au moment du décès aux ayants droit, c'est-à-dire aux héritiers. Est-il possible et que faut-il faire pour cela que, même ayant des enfants, ce soit le mari ou la femme qui touche ce remboursement de primes après le décès de son conjoint ?

Dr N.

Réponse.

Pour faire changer le bénéficiaire d'une police d'assurance-vie, ou d'assurance-retraite, il suffit de faire modifier le contrat par un avenant.

Cette modification se fait par simple notification à la Compagnie d'assurance et reste possible tant que le bénéficiaire porté primitivement au contrat, n'a pas accepté officiellement le bénéfice du contrat.

Dans le cas soumis, le bénéficiaire du contrat (en cas de décès de l'assuré) étant « les ayants droit » de l'assuré, rien n'est plus facile que d'apporter une modification à la police.

P.-R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurances
Docteur en droit

5091. — Soins à la victime d'une agression

Requis par un maire pour examiner et donner mes soins à la victime d'une agression trouvée inanimée sur la route :

A quoi dois-je présenter ma note et qui doit me la payer ?

En outre, considérant que cette visite a été faite à 14 kilomètres de ma résidence, un dimanche soir, entre 19 heures et 21 heures et qu'elle a été suivie de la rédaction d'un certificat pour coups et blessures, comment dois-je établir ma note, le blessé est indigent ?

Je vous serais reconnaissant de me dire à combien je dois estimer les différents détails de celle-ci : 14 km. × 2 (A. et R.) = 28 km, visite du blessé, rédaction d'un certificat.

Enfin est-il nécessaire de produire cette note sur un imprimé réglementaire ? si oui lequel ?

Dr C.

Réponse.

Le maire n'a pu vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire, en vertu des articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit.

Vous devez donc vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle et pour cela envoyer un mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, conforme au modèle officiel, au Procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

Conformément au décret du 5 octobre 1920, modifié par les décrets des 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927, il vous est dû :

1° Pour votre déplacement : une indemnité de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (article 19), plus une indemnité spéciale de 20 francs, le lieu de votre transport étant situé à plus de cinq kilomètres de la commune de votre résidence ;

2° Pour vos honoraires proprement dits, la rédaction et le dépôt de votre rapport ou certificat : 25 francs (article 26).

Mais, en raison du fait que vous avez eu à vous déranger de nuit, vous pourriez demander des honoraires plus élevés, 50 francs par exemple, le dernier alinéa de l'article 26 permettant au Président de passer en taxe des sommes supérieures au tarif au cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Bien entendu, vous devrez indiquer dans votre mémoire pour quels motifs vous demandez plus que le tarif.

Questions médico-militaires

4610. — Majoration de pension d'un aliéné non interné

Un réformé pour aliénation mentale et qui jusqu'ici avait été interné est revenu dans sa famille, très loin d'être guéri son état nécessite la présence constante auprès de lui d'une personne. Sa famille ; peut-elle prétendre à une indemnité pour cette personne ? Le malade n'a pas été blessé, mais a eu au cours de son service le paludisme, suivi immédiatement des premiers signes d'aliénation mentale.

Dr P.

Réponse.

Du moment où cet aliéné n'est plus hospitalisé, il a droit à une majoration égale au 1/4 de sa pension, s'il est démontré qu'il a besoin de l'usage constant d'une tierce personne.

Ecrire au médecin-chef du centre de réforme pour visite, aux fins de constater ce droit à la tierce personne, et par suite au bénéfice de l'art. 10 de la loi du 31 mars 1919.

ANTHOLOGIE

Au vaillant travailleur, au docteur J. Noir

Cras ingens iterabimus æquor.
HOR.

Je ne demande à personne,
Pas plus aux hommes qu'aux dieux,
Rien que le travail ne donne
Aux bons gars laborieux.

Le travail, bon camarade,
Sonnant l'heure en carillon,
Unit dans son accolade
La pensée à l'action.

Moi, jamais je ne m'ennuie.
Il m'apporte sans rançon,
Que le jour vienne ou s'enfuie,
Ma seule distraction.

Avec lui le sable coule
Doucement au sablier,
Loin des rumeurs de la foule,
Dans la paix de l'atelier.

Avec lui la voix résonne,
Menant l'ouvrage bon train,
De l'ouvrier qui fredonne
Sur l'établi son refrain.

Avec lui le cœur s'agite
De plaisir et le sang chaud
Dans l'artère bat plus vite
Au bras qui n'est pas manchot.

Avec lui point de traîtrise.
Il a l'ingénuité
D'apprendre au corps sa maîtrise,
A l'âme sa dignité.

Avec lui je me promène,
Ruminant un vers fougueux,
Sur l'intéressante arène,
Où luttent riches et gueux.

Quand je sens ma tête lasse,
Je vais souffler au jardin,
Et transpercer la limace
A la pointe du gourdin,

Du sabot dans leurs coquilles
Broyer les colimaçons,
Incendier les chenilles,
Les fourmis, les pucerons.

Ce n'est pas petite affaire,
Pour sauver le grain germé,
Que purger la bonne terre
Du parasite affamé.

Quand la jambe se fatigue,
Je reviens au cher « Concours »,
A Noir, Duchesne et Dartigues
Qui fleurissent le discours.

Et jamais je ne m'arrête.
Je fouille les vieux bouquins.
Je lis, j'écris, je furète,
Et je fouaille les coquins.

Une tâche terminée,
A l'appel une autre accourt,
Et trop brève est la journée,
Et mon soleil est trop court.

Dormons. Dans la nuit sereine
Renaît l'effort dépensé,
Et demain que l'on reprenne
Le poème commencé.

Mai 1931.

Dr Paul Grossier.

Cinquante-troisième année — N° 43 — 25 Octobre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-colonnes

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON.— Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CARADEC, de Bourg-la-Reine, la somme de quarante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 366. — Gde ville N. O. ; 1 h. 30 Paris. A céder cause santé, cab. médec. génér. gynécol., 50.000 y compris reprise matér. médical et éventuell. appartem.

No 367. — Sténo-dactylo recomm. par confr., français-anglais, connaiss. bien milieu médical, cherche situat. secrét. auprès méd. ou dans clin., mais. santé, rédact. journal.

No 368. — Paris. Méd. génér., très anc. client. gros produit. Appartem. 7 p. salle bains. Indemn. 65.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 369. — Bretagne. Bord mer, pro-pharmac. très gros prod., repr. urgent, cond. intéress. Remplacem. au préalable. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 370. — Paris. Proxim. gares, anc. clin. méd. génér. excell. rendem., bonne installat. Indemn. 65.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 371. — Dr, chev. Lég. honn., très actif, ayant cédé client., dem. remplaç. méd. génér. Paris ou banl. immed.

Renseignements

Vitamys. — Home d'enf. été Morzine (Hte-Sav.) hiver Fréjus (Var). Pas de contag. Bains soleil, abri du vent. 750 par m. tout compr. S'ad. à Fréjus (Var).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

On peut avoir les opinions les plus diverses sur l'étiologie de la tuberculose, mais l'unanimité des cliniciens reconnaît la nécessité de reminéraliser les malades. Les comprimés de **Prélase** (4 à 6 comprimés par jour) sont constitués avec de la poudre de prêle stabilisée, qui contient silice, chaux et manganèse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)
Ne pas confondre **Silicyl, gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

SOU MÉDICAL

Avis

A partir du 1er Novembre, les cotisations versées par les nouveaux adhérents seront valables pour l'année 1932.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Hommage à la mémoire du Dr Ch. Dujarier. — Les amis et élèves du Dr Charles Dujarier, désireux de perpétuer sa mémoire, ont décidé d'apposer une médaille à son effigie dans son service de l'hôpital Boucicaut.

Une souscription est ouverte à cet effet. Les fonds sont recueillis : 1° A la Librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain. Compte Chèques Postaux : Paris, n° 599 ; 2° A l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris (15e), entre les mains de l'Econome de l'hôpital.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille due au sculpteur Auguste Maillard, qui sera inaugurée à Boucicaut dans le courant de 1932.

— Réception à l'Hôtel de Ville de Paris des membres du 2e Congrès International du Rat. — Les salons de l'Hôtel de Ville ont ouvert leurs portes, le samedi

10 octobre 1931, aux savants de France et de 40 nations étrangères, venus à Paris pour assister au IIe Congrès international sur le Rat. L'Institut Pasteur de Paris était représenté par les professeurs Calmette et Petit.

Le Dr Lobligeois, glorieux mutilé de la science, prononça, en sa qualité de vice-président du Conseil municipal, un discours de bienvenue, très applaudi.

Différents orateurs insistèrent sur l'importance de la lutte contre le rat, sous la forme d'une entente internationale ; car, cet animal peut se déplacer si rapidement de nos jours, qu'il importe de le détruire au plus vite sur place si l'on veut éviter que la Peste d'Extrême-Orient ne revienne ravager l'Europe comme au XIVe siècle.

La réception se termina par un brillant concert donné par la musique du 46e rég. d'infanterie dans le Salon des Arcades.

— **Ministère de la marine marchande** (24, rue du Boccador, Paris). — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 29 octobre 1931.

S'inscrire auprès du Directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

— **VIe conférence des psychanalystes de langue française.** — La 6e Conférence annuelle des psychanalystes de Langue française se tiendra à Paris les vendredi 30 et samedi 31 octobre 1931, à l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe).

Des rapports seront présentés : le vendredi 30 octobre, de 9 à 12 h., par le Dr G. Parcheminey, sur l'*Hystérie de conversion* ; le samedi 31 octobre, de 9 à 12 h., par Mme Jouve-Reverchon, sur l'*Hystérie du point de vue psychiatrique*

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — *Clinicat.* — Un concours pour deux places de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert, le lundi 26 octobre 1931, à 8 h. 30 du matin, rue Moreau, no 13.

— **Mariage** de Mlle Germaine Perraudin, fille de M. le Docteur Perraudin, Chevalier de la Légion d'honneur, directeur du laboratoire des *Produits Scientia*, bien connu du Corps médical, avec M. Louis Chevalier, ingénieur du Génie maritime. Les témoins pour la mariée étaient : M. le Professeur Macaigne, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, M. Adolphe Beder, Chevalier de la Légion d'honneur, administrateur de la Compagnie des eaux de Pougues. La bénédiction nuptiale leur a été donnée par Mgr. Chassagnon, évêque d'Autun.

Toutes nos félicitations et mes compliments personnels et mes meilleurs vœux à mon excellent confrère et ami Perraudin et à ses enfants.

G. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 OCTOBRE

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile de Clermont (Oise), est vacant, par suite du départ de M. le Dr Baruk, nommé à un autre poste.

8 OCTOBRE

Médaille de la Reconnaissance française.

La médaille de bronze de 3e classe de la Reconnaissance française est attribuée à M. le Dr Deleau, de Mons-en-Bareau (Nord) pour acte de courage et de dévouement accompli pendant la guerre 1914-1918.

Enseignement.

Circulaire, Décrets et arrêtés relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Ces documents seront publiés ultérieurement.

Hygiène coloniale.

Décret du 30 septembre 1931 portant création d'un personnel d'agents techniques d'hygiène et de médecine sociale dans les colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 1er. — Il est créé pour les besoins des colonies de la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion un personnel d'agents techniques d'hygiène et de médecine sociale.

Art. 2. — Ce personnel est placé sous la haute autorité du chef de la colonie et sous les ordres techniques du chef du service de santé. Il est chargé de veiller à l'exécution des mesures générales de médecine sociale, d'hygiène, salubrité et assainissement intéressant la protection de la santé publique.

Art. 3. — Le personnel des agents techniques d'hygiène et de médecine sociale comprend des cadres spéciaux à chaque colonie.

Ces cadres spéciaux sont organisés par des arrêtés des gouverneurs qui fixent le mode de recrutement par voie de concours.

Le même arrêté détermine le statut du personnel.

Art. 4. — Au cours de leurs congés en France les agents techniques d'hygiène peuvent, sur proposition du service de santé, être autorisés à suivre des cours techniques dans les instituts d'hygiène et de médecine coloniales et à accomplir des stages d'enseignement pratique dans des services d'hygiène, d'assistance médicale et sociale, dans des établissements scientifiques et dans les formations sanitaires de la métropole. Ces stages ont lieu sous le contrôle technique de l'inspecteur général du service de santé des colonies.

Art. 5. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Service de santé de la marine militaire.

Avis de concours pour le titre de professeur agrégé des écoles de medecine navale.

Des cours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale auront lieu à Toulon au début du mois d'octobre 1932, à des dates qui seront fixées ultérieurement en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

b) Anatomie-chirurgie (section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie) ;

c) Bactériologie, hygiène.

9 Octobre

Arrêté du 3 *octobre* 1931 *modifiant l'arrêté du* 22 *décembre* 1930 *portant organisation des concours pour les emplois de professeurs agrégés, chargés de cours et prosecteurs dans les écoles de médecine navale.*

Cet arrêté sera publié ultérieurement

10 Octobre.

Enseignement de la médecine.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 9 octobre 1931, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le mardi 19 avril 1932 devant la faculté de médecine de l'Université de Paris.

11 Octobre

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés ou titre du ministère de la Santé publique :

Officier. — MM. Bouloumié, à Vittel (Vosges) ; Buizard, Le Lorier, Letellier, Lévy-Sodal, Monbrun, Rist, à Paris ; Chavannaz, à Bordeaux (Gironde) ; Thillier, à Béthune (Pas-de-Calaiss).

Chevalier. — MM. Capgras, A. Hudelo, Le Mierre, Lipschitz, Ménard, A. Moulonguet, Pascalis, Périer, Renouard, Vieubled, Virey, à Paris ; de Alberti, à Nice (Alpes-Maritimes) ; Aumond, à Caen (Calvados) ; Barbier, à Grenoble (Isère) ; Bergougnat, à Argelès-Gazos (Hautes-Pyrénées) ; Bertholet, à Toulon (Var) ; Mlle Bouet, à Vichy (Allier) ; MM. Chanteux, à Falaise (Calvados) ; Delarue, à Bar-sur-Seine Aube) ; Delhaye, à Solesmes (Nord) ; Engel, à Flavigny-en-Moselle (Meurthe-et-Moselle) ; Faysse, à Lyon ; Hermabessière, à Saint-Flour (Cantal) ; Hortolès, à Montpellier (Hérault) ; Le Berre, à Pontrieux (Côtes-du-Nord) ; Leclercq, à Saint-Lô (Manche) ; Malfusen, à Sancerre (Cher) ; Marty, à Saint-Cernin (Cantal) ; Maubert, à Flers (Orne) ; Mutterer, à Mulhouse (Haut-Rhin) ; Orabona, à Novella (Corse) ; Penot, à Vivonne (Vienne) ; Poussin, à la Barre-en-Ouche (Eure) ; de Rocca Serra, à Marseille ; Rouillet-Audy, à Ussel (Corrèze) ; Sarrazin, à Auxerre (Yonne) ; Sorghus, à Schiltigheim (Bas-Rhin) ;

Thilliez, à Lille (Nord) ; Vallée, à la Guerche-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine) ; Argellies, à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; Duroisel, à Sèvres (Seine-et-Oise).

MÉDECIN-PROPHARMACIEN

Malades résidant dans une localité pourvue d'une officine

Un médecin, exerçant légalement la propharmacie, peut-il délivrer des médicaments à des malades habitant une commune voisine dans laquelle existe une officine de pharmacien ?

La loi sur l'exercice de la pharmacie et qui remonte au 21 germinal an XI, autorise, par son article 27, les médecins à délivrer leurs médicaments à leurs clients, à la condition que dans la localité, bourg ou commune du domicile du médecin n'existe pas d'officine de pharmacien.

Stricto sensu, il semble qu'on doive interpréter ce texte dans le sens de la liberté, pour le médecin propharmacien, de ne pas avoir à s'enquérir du point de savoir si ses clients demeurent ou non dans une localité pourvue d'un pharmacien, à la condition que, dans la résidence du médecin il n'y ait aucune officine.

Cependant, des cas particuliers se présentent.

1° Le malade se rend chez le médecin, au cabinet de ce dernier. Le praticien est en droit de donner sa consultation, puis de délivrer les médicaments, alors même qu'il existe une officine ouverte dans la commune du client, officine qui serait susceptible d'exécuter l'ordonnance.

2° Le malade fait appeler chez lui le médecin : ce dernier doit-il délivrer les médicaments, alors qu'il existe une officine dans la commune du lieu de résidence du patient ?

Le Professeur Perreau, de la Faculté de droit de Toulouse, interprète l'article 27 de la loi de Germinal dans le sens de l'affirmative : le propharmacien serait en droit de donner consultation et médicaments à son client, même si le pharmacien réside à quelques pas du domicile du malade.

En droit pur, cette théorie est parfaitement soutenable. Cependant, en équité, je ne la crois pas défendable.

Le législateur de l'an XI a voulu que le malade n'ait pas à souffrir de l'éloignement des officines, surtout qu'à cette époque, les moyens de communications de village à village n'étaient pas faciles.

Dans l'intérêt du malade, le médecin a été autorisé à délivrer des médicaments lorsqu'il n'y a pas d'officine ouverte au lieu de résidence du praticien. Mais ce n'est qu'une tolérance.

Personnellement, je voudrais qu'il n'y ait qu'un seul diplôme de l'art de guérir et que le médecin soit, partout, qualifié pour vendre des drogues à ses clients. Il s'en tirerait aussi bien que les « élèves » ou les employés non diplômés, qui gèrent seuls certaines pharmacies.

Mais, mes désirs n'étant pas des réalités, je crois que, dans l'espèce actuelle, le médecin doit s'abstenir de délivrer des médicaments à ceux de ses clients qu'il visite à domicile, dans une commune, pourvue d'un pharmacien. Simple question de déontologie et de confraternité.

3° Un propharmacien peut-il délivrer des médicaments à un client, porteur d'une ordonnance rédigée par un confrère d'une autre localité ?

Oui, à la rigueur. Mais, si le malade peut facilement se faire servir dans une pharmacie proche de chez lui, le propharmacien doit refuser d'exécuter l'ordonnance, parce que, dit la loi de germinal, il n'a pas le droit de tenir officine ouverte.

C'est tenir officine ouverte que de débiter, à tout-venant, les médicaments, alors que le médecin propharmacien ne les a pas ordonnés lui-même.

Nous nous trouvons donc en présence de l'application d'une loi quelque peu vieille, au regard des transformations de la vie actuelle.

Ces conflits doivent se régler déontologiquement, entre syndicats de médecins et de pharmaciens. Une action en justice donnerait lieu à des interprétations qui, en fin de compte, seraient susceptibles d'être soumises à la Cour de Cassation.

Avec l'extension des produits pharmaceutiques spécialisés, avec le nombre croissant des bazars en pharmacie, avec la généralisation des officines gérées par des non diplômés, avec ou sans complicité d'un diplômé, ou d'un prête-nom, une refonte de la loi de germinal s'impose et je désire, pour ma part, que le docteur en médecine soit, partout, libre de vendre des médicaments à sa clientèle.

Mais, en attendant, nous pouvons dire que légalement le propharmacien, installé dans une commune où il n'y a pas d'officine ouverte peut délivrer des médicaments à tous ses propres malades ; mais, déontologiquement, il doit s'abstenir, lorsque le malade a toute facilité pour s'approvisionner dans une officine voisine.

Aux syndicats à régler localement ces conflits.

Dr Paul Boudin.

LE MÉDECIN COLONIAL

Une conférence du Dr Abbatucci

Le lundi, 5 octobre 1931, à 17 heures, une conférence a été faite à l'Exposition coloniale, Pavillon des Forces d'Outre-mer, par le médecin-colonel Abbatucci sur « *Le médecin colonial* », que nous publierons prochainement.

Le médecin général inspecteur Emily présenta tout d'abord l'orateur à ses auditeurs, venus en grand nombre pour écouter le développement de cette question, si intéressante. Le Dr Abbattucci prit ensuite la parole, et tout d'abord exposa, avec beaucoup de verve, l'éclosion et le développement de sa propre vie coloniale ; dans toutes les régions où il séjourna, il assista ainsi à une vraie « farandole des races ». Arrivé sous les Tropiques, il fut, pour commencer, un observateur sagace de tous les faits de chaque jour, comme de tous les cas cliniques qu'il put rencontrer. Classant peu à peu ses idées, il put en déduire progressivement une ligne de conduite pour l'hygiène, comme pour le traitement et la prophylaxie des maladies endémo-épidémiques.

La vie coloniale du Dr Abbatucci est d'ailleurs celle de tous les médecins coloniaux. Explorateurs d'abord, ils deviennent ensuite médecins d'organisation médicale et de prophylaxie.

Or, tout médecin colonial doit s'efforcer de résoudre l' « équation coloniale ordinaire » : climat, maladies, milieu indigène.

Le climat, en effet, possède une grande influence sur l'éclosion et l'aggravation des maladies. Tant par son soleil vertical (dont il est plus difficile de se protéger) que par sa grande humidité.

Quant aux maladies endémo-épidémiques, ou endémiques, le médecin est considérablement secondé actuellement par les récentes découvertes scientifiques : vaccins, sérums, etc.

Enfin, il lui faut construire des hôpitaux, puis des dispensaires aux lieux de consultation ; il faut que des équipes sanitaires mobiles partent constamment à la recherche des porteurs de germes, afin de rendre plus sain le milieu indigène.

En fin de séance, des films furent projetés sur l'histoire des Touaregs, « des Sultans noirs », sur l'histoire et le développement de Fez.

Nous adressons nos plus vifs compliments à l'éminent conférencier, que fut le Dr Abbatucci. Doué d'un grand talent d'exposition, d'une haute culture littéraire, il sut capter l'attention de tous durant quelques agréables moments.

PETITE QUESTION D'USAGE PROFESSIONNEL

Comment signe une femme-médecin mariée ?

« Si vous ouvrez un Annuaire, vous constatez que, parmi les femmes-médecins mariées, les unes ont conservé leur nom de jeune fille, en le faisant suivre du nom de leur mari ; d'autres ont placé en premier

le nom du mari. Pourquoi cette différence ? », me demande une jeune doctoresse qui vient de se marier et hésite entre ces deux partis.

Voici ma réponse pour combler une petite lacune que j'ai laissée dans le chapitre de ma « Vie du Médecin », consacré à nos confrères féminins.

Si Mlle le Dr A. épouse un médecin le Dr B. elle prend habituellement la signature Mme le Dr B.-A. Ce mariage de deux médecins constitue une sorte de raison sociale où les associés ont également le droit légal de signer Dr A. et Dr B.

Pour citer un exemple de la plus haute notoriété, Mlle le Dr Klumpke, ancien interne des hôpitaux de Paris, ayant épousé le professeur Déjerine signait Déjerine-Klumpke. Ce couple si prématurément enlevé à la Science a laissé une fille Mlle Y. Déjerine, ancien interne elle aussi, qui a épousé le chirurgien Sorrel ; elle figure dans l'Annuaire sous le nom de Mme Sorrel, née Y. Déjerine.

Mais si Mlle le Dr A., à qui la Faculté a délivré le diplôme doctoral, épouse M. B., ingénieur, avocat, négociant, elle ne peut légalement signer Dr B.-A. Aussi maintient-elle en tête son nom de jeune fille, du moins dans ses actes professionnels et signe Mme le Dr A.-B.

J'ai eu la même année comme élèves, dans mon service, deux jeunes filles qui ont épousé l'une un médecin, l'autre un ingénieur : elles ont suivi cette règle, qui est conforme à la logique et me paraît confirmée par l'usage.

Paul Le Gendre,
de l'Académie de Médecine.

COMMUNIQUÉ
de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

28, *rue Serpente, Paris* (6e)

Nous sommes informés que certaines mutualités par l'intermédiaire de leurs infirmières visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles ne se développent et n'aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente à Paris.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières

5147. — Libre choix du radiographe

Plusieurs confrères me signalent que lorsqu'ils demandent l'autorisation de radiographier pour des accidents du travail à l'agent local de la Cie La P. celui-ci essaie de les dissuader d'aller chez moi et les prie d'envoyer leurs blessés pour radiographies chez mon honorable concurrent le Dr N. Ceci, je puis le prouver. Or, le blessé a-t-il le droit de choisir le radiographe comme le médecin, ou la Cie peut-elle choisir le radiographe (théorie que j'ai entendu soutenir par des amis agents d'assurances)? Pourrais-je avec quelque chance et avec l'appui du « Sou » actionner devant le tribunal, et quelle juridiction et de quelle façon ?

Dr M.

Réponse.

Le blessé a le libre choix de son médecin et de son pharmacien en A. T. comme en A. S. Une compagnie d'assurance ne peut donc l'obliger à se rendre chez un radiographe quelconque. Pour faire un procès en détournement de clientèle, auquel cas le « Sou » ne me paraît, *a priori*, pas devoir vous refuser son appui, il faudrait un dossier contenant des preuves précises avec témoignage écrit d'accidentés du travail. C'est là une condition essentielle pour pouvoir espérer vous faire rendre justice.

Dr F. DECOURT.

Fiscalité.

4527. — Rehaussement des déclarations

Je reçois ce matin une lettre recommandée du contrôleur des contributions directes me disant que les chiffres déclarés annuellement par moi de 1926 à 1931 ne sont pas en rapport avec les sommes nécessaires pour subvenir à mon entretien et à celui de ma famille et il m'invite à fournir à ce sujet toutes explications indispensables.

Comme explication je ne puis dire qu'une chose c'est que je suis surpris moi-même de pouvoir arriver, avec le peu que je gagne, à entretenir les miens. Venu déjà vieux m'installer en 1924, dans ce pays j'y fais actuellement mille francs de bénéfices nets par mois, alors qu'en 1926 je n'arrivais qu'à 9.000 fr. par an. J'ai une petite pension d'invalidité de guerre 20 % = 1.840 fr. par an, que je n'ai pas déclarée, et, depuis l'an dernier une allocation de combattant de 1.200 fr. Malgré cela, sans le secours de mon frère, sans les parrains de mes deux petits enfants

Voir la suite page LIX-3307

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

22 NOVEMBRE 1931

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 22 NOVEMBRE 1931***, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures et demie.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MEDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

II. — *A quatre heures et quart*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

III. — *A cinq heures*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

IV. — *A six heures*

SÉANCE RÉCRÉATIVE

Le programme en sera publié dans le prochain numéro.

V. — *A sept heures*

DINER. — Souscription 50 fr. (Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.)

A dix heures.

BAL. — Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 20 *novembre*, aux bureaux du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

PROPOS DU JOUR

Le Deuxième centenaire de l'Académie de Chirurgie
Les origines de l'Académie. Exposé historique de la corporation des chirurgiens du XIII^e siècle au XIX^e siècle.

Devançant de plus de deux mois sa date exacte, l'Académie de Médecine vient de célébrer le deuxième centenaire de la fondation de l'Académie de Chirurgie dont elle fut en partie l'héritière.

Ce fut le 19 novembre 1731 que Louis XV par l'intermédiaire du Secrétaire d'Etat de Sa Maison Royale, M. de Maurepas approuva le règlement, élaboré par ses deux premiers chirurgiens, Georges Mareschal et La Peyronie, instituant une *Société Académique des chirurgiens de Paris* qui devait être présidée par le Premier chirurgien du Roi et qui pouvait échanger des correspondances avec les chirurgiens de province. Le 18 décembre se tint la première réunion chez Georges Mareschal ; 68 chirurgiens sur 70 académiciens y assistèrent. On y nomma le bureau qui fut composé de Jean Louis Petit, directeur, Malaval, vice-directeur, Morand, secrétaire général, Le Dran et Garengeot, secrétaires adjoints et Bourgeois fils, trésorier. Comme pour les autres Académies, le Roi ne voulut pas donner d'emblée le titre d'Académie à la nouvelle société, ce ne fut que le 2 juillet 1748, que Pichault de la Martinière, successeur de La Peyronie à la charge de Premier chirurgien du Roi, obtint les lettres patentes autorisant la Société Académique des Chirurgiens parisiens à prendre le titre d'*Académie de Chirurgie de Paris.*

A cette occasion, nous allons essayer d'exposer brièvement l'histoire assez confuse des chirurgiens de Paris sous l'Ancien régime. Cela nous permettra de montrer quel fut le rôle égoïste, ridicule, sinon odieux, de la vaniteuse Faculté de médecine, de faire assister au triomphe des chirurgiens, hommes de progrès, et à l'effondrement des Docteurs Régents, de la Faculté, à l'esprit rétrograde et sottement traditionnaliste, et cela, jusqu'au 14 frimaire an III (4 décembre 1794) où la Convention nationale, créant les trois écoles de santé de Montpellier, Paris et Strasbourg unit définitivement médecins et chirurgiens. Une médaille fut alors frappée dont l'avers porte les effigies de Jean Fernel et d'Ambroise Paré avec l'inscription : La médecine rendue à son unité primitive, tandis qu'elle emprunte pour le revers, celui de la médaille frappée en 1774 sous Louis XVI, figurant le nouveau palais de l'Académie de chirurgie (l'ancien Collège de Bourgogne qui est l'Ecole de médecine actuelle) avec les inscriptions :

ÆDES ACADEMI. ET SCHO. CHIRURG.
REGIA MUNIFICENTIA INCHOAT.
MDCCLXX ABSOL.
MDCCLXXIV

***

Il y a une part de légende dans les origines de la chirurgie française.

D'après Quesnay, qui le premier fit des recherches à ce sujet, les chirurgiens qui au XIII^e siècle formaient une sorte d'aristocratie dans la Corporation de la *barberie*, auraient obtenu de Saint Louis la Création du collège de Saint-Côme et Saint-Damien, dont les statuts auraient été rédigés par Jean Pitard, chirurgien du Roi. De la Noue au commencement du XVII^e siècle aurait eu en mains la Charte signée par Saint-

Louis à ce sujet, mais le premier document d'une réelle authenticité est une ordonnance de la fin du XIII[e] siècle, insérée dans le *Livre des Métiers* d'Etienne Boileau, prévôt de Paris, enjoignant aux chirurgiens de dénoncer à la police les meurtriers et larrons qui auraient recours à leurs soins. Une autre ordonnance de 1301 imposait aux barbiers, voulant faire de la chirurgie, un examen passé devant un jury de maîtres de chirurgie. D'autre part le registre de la taille de 1292 nous apprend qu'il y avait à cette époque à Paris 151 Barbiers chirurgiens.

Là se borne tout ce que l'on connaît de certain sur les origines de la chirurgie française, bien qu'encore l'authenticité des statuts de Jean Pitard et de la création du Collège de Saint-Côme et Saint-Damien par Saint-Louis soit plus que discutable.

Les médecins qui faisaient partie de l'Université au XIII[e] siècle, ne pouvaient faire de chirurgie ; le Concile de Latran le leur avait interdit en 1215 en proclamant :

Ecclesia abhorret a sanguine

Il y avait déjà au XIII[e] siècle deux classes dans le métier de barberie :

1° Les barbiers laïcs, dits plus tard barbiers chirurgiens ou chirurgiens à robe courte ;

2° Les barbiers clercs, dits plus tard chirurgiens barbiers, chirurgiens de Saint-Côme ou chirurgiens de robe longue.

La légende veut que Jean Pitard, assisté du milanais Lanfranc, ait organisé l'enseignement de la chirurgie et obtenu de Saint Louis l'institution d'examens pour autoriser les chirurgiens barbiers à pratiquer des opérations chirurgicales. Une ordonnance du Roi Jean II de 1352, confirmée par une nouvelle ordonnance royale de 1364, crée de ce fait une sorte de privilège pour les barbiers-clercs, tandis que les barbiers laïcs obtenaient en 1370 la dispense du guet, imposé aux autres corporations.

En 1371, le Roi revient sur les ordonnances de 1352 et 1364, il donne le droit d'opérer aux deux classes de barbiers, placés sous la dépendance du premier barbier du roi, car les pauvres gens ne pouvaient se faire soigner par les chirurgiens de robe longue, « gens de grant estat et de grant sallaire. » (Déjà !)

Les chirurgiens de Saint-Côme demandèrent alors à être admis dans l'Université, ils sont Maîtres ès-arts (1) et savent le latin. L'Université les repousse, car ils font un métier manuel, et ne les admet que comme écoliers.

En 1423, les chirurgiens de Saint-Côme obtiennent du Prévôt de Paris une ordonnance interdisant aux barbiers de faire de la chirurgie, mais peu après le Prévôt revient sur sa décision. Les chirurgiens en appellent au Parlement qui les repousse.

En 1465, Louis XI à la requête de son chirurgien, Olivier le Daim, confond en une seule les deux classes de barbier, leur impose des examens et crée la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien.

Au XVI[e] siècle les chirurgiens de Saint-Côme qui ont des lettres et désirent toujours entrer dans l'Université, prenant fâcheusement exemple sur la Faculté de médecine, rougissent de faire un métier manuel, ils se contentent de prescrire des remèdes, pendant ce temps là les barbiers travaillent et opèrent et cela d'autant plus que les Docteurs Régents de la Faculté, outrés de la concurrence que leur font les chirurgiens de Saint-Côme, organisent des leçons d'anatomie en langue vulgaire pour les barbiers. En 1505, la Faculté passe un traité avec la Communauté des barbiers-chirurgiens ; elle fera, après les avoir instruits, passer les examens de maîtrise aux barbiers devant deux de ses docteurs. Les barbiers seront qualifiés de *tonsures chirurgi* et prêteront serment à la Faculté.

Les chirurgiens de Saint Côme vaincus s'humilient. En 1510, ils prêtent serment devant le doyen de la Faculté, Joannes Avis (Jean Loysel), promettant de ne plus prescrire clystères, apozèmes et médecines. Ils passeront leurs examens de maîtrise devant un jury, composé d'un docteur en médecine et de deux chirurgiens jurés du Châtelet. Les barbiers sacrifiés devront se borner aux saignées et à soigner les clous, anthrax, bosses et charbons.

En 1515, la Confrérie de Saint-Côme s'érige en Collège sans que la Faculté songe à s'y opposer.

François I[er] consent en 1544 à créer une Faculté de chirurgie et accorde au Collège de Saint-Côme des privilèges universitaires, mais l'Université n'obéit pas à la décision du Roi.

Dix ans plus tard (1554) Ambroise Paré, reçu Maître barbier en 1536, est admis au Collège de Saint-Côme.

Henri III qui, après ses prédécesseurs, avait conservé A. Paré comme chirurgien, promulgua en 1576 des ordonnances autorisant le Collège de Saint-Côme à ouvrir des Cours. Les méde-

(1) Ce qui correspondait à bachelier à notre époque.

cins s'y opposèrent, le Parlement refusa d'enregistrer les ordonnances et la Faculté opposa de nouveau les barbiers aux chirurgiens. Ces derniers eurent recours au Pape. Grégoire XIII autorisa les chirurgiens de Saint-Côme, maîtres ès-arts, à passer des examens de licence et à enseigner.

L'Université mit en doute l'authenticité de la bulle du Pape, porta l'affaire devant le Parlement et les chirurgiens durent encore une fois s'incliner.

Le XVII[e] siècle devait être plus favorable aux chirurgiens.

Le 27 septembre 1601 naquit Louis XIII, le jour de la fête de Saint Côme et de Saint Damien. Les chirurgiens surmontèrent, en l'honneur de cet événement, leurs armes, composées de trois boites d'argent, d'une fleur de lis d'or.

En 1637, une nouvelle corporation, celle des barbiers-barbants-étuvistes, n'étant pas autorisés à pratiquer la chirurgie, fut créée. Les chirurgiens de Saint-Côme et les barbiers-chirurgiens se confondirent. Cette fusion fut ratifiée par arrêt du Parlement. Mais les chirurgiens eurent la prétention de délivrer des licences et de s'ériger en Collège. Le doyen de la Faculté , Gui Patin, leur intenta un procès à ce sujet en 1657. Le Parlement rendit en 1660 un arrêt imposant aux chirurgiens de se soumettre à la Faculté ;

Mais les chirurgiens ne respectèrent pas l'arrê. Le 12 novembre 1667, le doyen de la Faculté, Mauvillain, fut en personne effacer le mot *Collegium*, inscrit par les chirurgiens au-dessus de la porte de leur Communauté. La Faculté protesta encore contre l'achat, par les chirurgiens au bourreau, de cadavrés de suppliciés dont elle avait le monopole. Tout ceci donna lieu à des scènes burlesques, où les docteurs en corps et en robe furent manifester devant Saint-Côme à la grande joie des Parisiens.

En 1668, Louis XIV enleva au premier barbier du Roi, la juridiction des barbiers chirurgiens et la donna à son premier chirurgien.

En 1672, Louis XIV institua au Jardin du Roi l'enseignement de la chirurgie, confié au chirurgien de Saint-Côme, Dionis, en dépit de la Faculté.

1686 fut l'année de la fistule.

Le premier chirurgien Félix Tassy opèra avec habileté et succès Louis XIV. Il fut annobli avec la faculté d'exercer sans déroger sa profession manuelle. Il devint, chose inouïe à l'époque, Félix, écuyer, seigneur des Moulineaux.

Ce fut le commencement du triomphe des chirurgiens.

Le 16 juin 1691 ils achètent aux Cordeliers un terrain pour y faire construire un amphithéâtre et sont autorisés à faire frapper des jetons à l'effigie de Louis XIV avec au revers la silhouette de leur amphithéâtre d'anatomie.

Georges Mareschal succède à Félix en 1703 dans la charge de premier chirurgien et acquiert un prestige mérité et une grande autorité.

Il obtient en 1724 de Louis XV la création de cinq chaires professorales à Saint-Côme. Cela provoque de nouvelles manifestations burlesques des docteurs régents de la Faculté de médecine qui sont accueillies par les huées et les moqueries du peuple de Paris.

En 1731, Georges Mareschal et son successeur désigné La Peyronie obtiennent du Roi la fondation de la Société Académique des chirurgiens de Paris, annexée aux Ecoles qui prit le titre en 1748 d'Académie de chirurgie.

Enrichie par La Peyronie qui lègue sa fortune et fonde des prix annuels, sagement administrée par Pichaut de la Martinière, successeur de La Peyronie comme premier chirurgien du Roi, la nouvelle Académie obtient en 1750, l'entrée des chirurgiens dans l'Université de Paris.

En 1768, elle achète le Collège de Bourgogne pour s'y établir et Gandouin construit tout aussitôt l'édifice dont Louis XVI pose solennelle-

ment en 1774 la première pierre alors qu'il est terminé.

En 1776, les chirurgiens ont cédé leurs vieilles écoles des Cordeliers à l'Ecole gratuite de dessin et s'installent dans leur nouveau Palais, ils y font soutenir les premières thèses de chirurgie.

Pendant ce temps, la faculté de médecine, qui a du quitter les Ecoles de la rue de la Bucherie qui s'effondrent, s'abrite mal rue Jean de Bauvais dans les anciennes écoles de Droit qui sont en ruines et le dernier doyen, Bourru, qui ne peut trouver de successeur, une fois sa période réglementaire de décanat écoulée, erre dans le quartier latin à la recherche vaine d'un gîte pour sa Faculté en décadence.

La Révolution met un terme à cette situation tragi-comique. Le 18 août 1792 les Congrégations laïques, Faculté et Académie, sont supprimées.

Le 4 décembre 1794, Fourcroy obtient de la Convention un décret qui crée les Ecoles de Santé, et celle de Paris s'installe dans la Palais de l'Académie de chirurgie. Le 17 mars 1808 cette école devient la Faculté de médecine.

Les luttes entre médecins et chirurgiens sont définitivement terminées.

Le médecin Jean Fernel fraternise avec le chirurgien Ambroise Paré sur la même médaille et La Médecine est rendue à son unité primitive (1).

J. Noir.

(1) Cet historique de la corporation des chirurgiens de Paris a fait l'objet d'une communication à la Société historique et archéologique de « *La Montagne Sainte-Geneviève et ses abords* » le 2 juin 1931 par le Dr Noir, avec présentation de nombreux documents (médailles, jetons, parchemins et estampes).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

APPENDICITE ET GROSSESSE [1]

Par Henri VIGNES,

Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur de la Charité.

Quand une appendicite évolue chez une femme enceinte, celle-ci a beaucoup plus de mauvais risques que n'en aurait une femme non enceinte. La masse de l'utérus gravide, masse grosse, masse qui grossit, est obligée de faire mauvais ménage avec le foyer infectieux plus ou moins bien limité, qui est son proche voisin.

Aussi la coexistence d'une appendicite et d'une grossesse pose-t-elle, en général, des problèmes angoissants.

Je voudrais vous exposer très schématiquement, les éléments de ces problèmes, pendant la gestation et pendant les suites de couches (2). Pendant la gestation, nous examinerons, successivement, trois éventualités : appendicite aiguë, appendicite chronique, ancien foyer d'appendicectomie.

Appendicite aiguë pendant la gestation

Il n'est pas probable que la gestation favorise l'apparition de l'appendicite aiguë — car, si cela était, nous verrions beaucoup plus d'appendicites chez la femme enceinte que nous n'en voyons et, surtout, nous devrions observer fréquemment des cas où la crise « gravidique » serait la première crise, ce qui, au contraire, est rare.

Dans les maternités, sur mille cas de grossesse, on soigne à peine un cas d'appendicite (3) et, sur cent appendicites qu'on opère dans les services de chirurgie, on relève, seulement, une femme enceinte (4).

(1) Leçon faite dans le service du Prof. SERGENT, à la Charité.

(2) Fréquence respective de l'appendicite pendant la gestation et pendant les suites de couches ; SCHMID : 114 appendicites pendant la grossesse et 15 pendant les suites de couches (soit 14 %) ; PÉNARD : 358 et 62 (soit 11 %) ; JERLOV, 324 et 66 (soit 17 %).

(3) Fréquence de l'appendicite chez les femmes enceintes : BRINDEAU, à Paris, 16 sur 12.000 (soit 1,3 ‰) ; CHROBACK, à Vienne : 13 sur 13.000 (soit 1 ‰) ; LOBENSTINE, à New-York, 5 sur 30.000 (soit 0,16 ‰).

(4) Fréquence de la grossesse chez les femmes atteintes d'appendicite : SONNENBURG, 4 grossesses sur 2.000 femmes atteintes d'appendicite (soit 0,2 %) ; ROUTIER, 12 sur 1.300 (soit 1 %) ; COOKE, 7 sur 731 (soit 1 %) ; JERLOV, 456 sur 30.000 (soit 1,5 %) ; EISELSBERG, 13 sur 520 (soit 2,3 %).

Signalons que l'appendicite est peut-être un peu plus fréquente dans une première grossesse que pendant chacune des grossesses ultérieures (1).

Les accidents appendiculaires sont beaucoup plus nombreux au début qu'à la fin de la grossesse, et leur nombre décroît assez régulièrement (2).

Il est probable que la gestation a une influence fâcheuse chez les femmes, qui ont déjà eu des crises aiguës, et détermine habituellement des récidives. Il est même possible que toute femme, ayant eu une crise antérieure, une vraie crise, soit à peu près inéluctablement condamnée à récidiver pendant la gestation.

FELLNER, d'après une très importante statistique, avait conclu que, sans exception, toute femme ayant eu une crise nette d'appendicite et devenant enceinte, faisait une crise à l'occasion de cette grossesse. Cette opinion est peut-être exagérée, mais elle comporte une forte part de vérité (3). Il est, donc, sage d'insister auprès d'une femme qui vient d'avoir une crise d'appendicite et qui est susceptible d'avoir des

(1) Sur 87 femmes enceintes, atteintes d'appendicite, HEINECKE relève 30 primipares (soit 34 %), 20 secondipares (soit 25 %), 37 pluripares (soit 41 %).

(2) La statistique de JERLOV indique à quel moment les femmes sont venues consulter : 101 sont venues au troisième mois, 47 au quatrième, 33 au cinquième, 31 au sixième, 20 au septième, 19 au huitième, 9 au neuvième.

(3) Risques de récidive d'appendicite. Si une femme devient enceinte : GŒDECKE, sur 16 femmes ayant eu des crises antérieures, 11 ont eu une récidive à l'occasion d'une grossesse (soit 68 %) ; CROTHSWAITE, 6 femmes sur 10 (soit 60 %).

Fréquence des crises antérieures chez des femmes opérées d'appendicite ; TÉDENAT, 9 sur 9 (soit 100 %) ; SCHMID, 125 sur 162 (soit 77 %) ; VINEBERG, 15 sur 36 (soit 41 %) ; HEINECK, 43 sur 173 (soit 2 4 %).

enfants pour qu'elle se fasse opérer préventivement.

La grossesse rend la crise appendiculaire particulièrement grave.

1° La formation de pus serait très précoce (1) : les conditions biochimiques qui rendent la colibacillose si fréquente pendant la grossesse, la congestion des vaisseaux pelviens et abdominaux, l'hypervagotomie gravidique interviennent, sans doute, dans cette évolution défavorable. On a invoqué aussi la possibilité de la transformation déciduale de la muqueuse appendiculaire.

2° L'ascension de l'utérus gravide, la mobilisation brusque de l'utérus dans la cavité abdominale qui est réalisée par certains mouvements, gêne la formation des adhérences protectrices autour du foyer appendiculaire.

3° Une péritonite est d'autant plus grave que son foyer initial est plus élevé ; or, assez souvent, la région cæco-appendiculaire s'élève dans l'abdomen au fur et à mesure que l'utérus gravide se développe.

Pour toutes ces raisons, la mortalité des appendicites aiguës au cours de la grossesse est assez élevée (2), malgré l'intervention (3).

Le nombre des cas graves est d'autant plus élevé que la grossesse est plus avancée (4).

Très souvent, les crises d'appendicite aiguë déterminent l'interruption de la grossesse. L'interruption est d'autant plus probable que la crise est plus grave (5). L'interruption est moins fréquente si l'on opère que si l'on n'opère pas (6).

Les interruptions peuvent être dues à une mise en œuvre de la contractilité utérine par un réflexe, par la fièvre, par une intoxication non définie. Elles peuvent être dues, plus directement encore, au processus infectieux : les crises appendiculaires les plus bénignes s'accompagnent d'un état septicémique passager : de ce fait, l'enfant peut être infecté, et il peut mourir *in utero* de cette infection. Ou bien, c'est la caduque qui s'infecte (1) ; il en résulte une endométrite qui évolue pour son compte et qui, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, interrompt la gestation.

Inversement, on a vu des gestations se poursuivre après des appendicites extrêmement graves, opérées de façon complète ou simplement incisées et drainées.

La crise d'appendicite aiguë non compliquée, débute assez brusquement.

La douleur siège dans la fosse iliaque ou dans le flanc droit, elle peut s'irradier le long de l'épiploon jusqu'à l'épigastre, — le long des nerfs du plexus lombaire — ou encore à l'utérus.

La douleur maxima siège souvent dans le flanc droit, mais souvent, les irradiations sont plus marquées que la douleur initiale et l'attention est attirée sur l'épigastre ou sur la zone péri-ombilicale qui est occupée par l'utérus. On essaie de préciser le siège de la douleur par le palper ; on cherche le point de Mac Burney, là où il doit être, c'est-à-dire plus en haut et plus en arrière que normalement, là où le globe utérin en se développant a refoulé le cæcum et l'appendice, — et il se trouve que cette région n'est pas plus douloureuse que le reste de l'abdomen. On remonte vers le rebord costal : la palpation est un peu plus sensible. On descend vers l'utérus, elle est plus sensible encore. Cette douleur utérine est, parfois, bien trompeuse parce qu'elle oriente le diagnostic vers une affection utérine. Certaines femmes ont l'utérus irrité et cette irritation détermine des contractions qui prennent un type douloureux : la palpation montre un utérus dur, le toucher fait percevoir un col nullement dilaté. Dans de rares cas, les contractions sont subintrantes, l'utérus est ligneux et on pense à une hémorragie rétro-placentaire.

Dans un cas, une impotence fonctionnelle douloureuse du membre inférieur m'a bien servi pour le diagnostic ; toutes les fois qu'il y avait une contraction utérine douloureuse, la malade se plaignait de sa cuisse et de sa jambe et toutes les fois qu'on remuait le membre inférieur, l'utérus devenait douloureux. Cet épiphénomène s'observe assez souvent dans sa forme la plus fruste.

En même temps que la douleur, on note des symptômes gastro-intestinaux : les nausées, les vomissements qui s'observent dans 50 % des cas, l'arrêt des matières qui est fréquent ou une crise de constipation ou, encore, de vomissements. A

---

(1) Fréquence relative des évolutions anatomo-cliniques de l'appendicite pendant la grossesse : Heineck, 91 appendicites simples, 64 avec abcès, 18 avec péritonites ; Jerlov : 155 cas des deux premières catégories et 49 de la troisième.

(2) Mortalité de l'appendicite aiguë pendant la grossesse : Pinard (1900), 11 morts sur 45 cas (soit 24 %) ; Petit et Princeteau (1929), 3 morts sur 15 cas (soit 20 %). Pankow relève une mortalité de 25 % pendant la grossesse et hors de la grossesse, de 6 à 12 %.

(3) Mortalité après intervention : Jerlow, 9,5 % ; Heineck, 14 % ; Schmid, 24 %.

(4) La statistique de Jerlov montre bien cette aggravation en fonction du terme. Divisant les cas en graves et bénins, il constate que du troisième au neuvième mois, le pourcentage des cas bénins décroît : 85 %, 70, 50, 40, 45, 36, 30.

(5) Fréquence de l'interruption suivant la gravité de la crise : Renwall, cas bénins, 9 % d'interruption, cas graves, 70 % ; Jerlov 13 et 70 %.

(6) Schmid, dans les cas opérés, relève 12 % d'interruptions et 25 % dans les cas non opérés.

(1) J'ai publié, il y a quelques années, une observation d'accouchement en pleine crise appendiculaire avec signes d'infection aiguë de la caduque, infection localisée autour des vaisseaux et amenée, par conséquent, par le courant sanguin.

leur degré, le plus élémentaire, ces symptômes donnent le tableau d'une indigestion.

La constipation douloureuse avec fièvre doit faire penser à l'appendicite. Une personne constipée, plus constipée encore depuis qu'elle est enceinte, fait une crise d'appendicite pendant sa gestation. On croit devoir ne pas opérer, on « refroidit » et puis, après plusieurs jours, on essaie d'évacuer l'intestin : laxatifs, purgatifs, rien n'y réussit. C'est une suite d'appendicite, presque l'équivalent d'une crise : il y a là, les effets additionnés d'une constipation constitutionnelle, d'une constipation gravidique et surtout d'une constipation appendiculaire, inflammatoire, qui explique cette incoercibilité.

Des vomissements trop « incoercibles », un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires.

La fièvre est habituellement élevée ou, au contraire, peu marquée.

L'accélération du pouls est de règle, mais certaines appendicites, bloquées par l'utérus gravide dans un coin de la fosse iliaque, ne déterminent pas de tachycardie.

La défense musculaire peut exister, mais des conditions mécaniques liées à la présence de l'utérus peuvent rendre son appréciation difficile. « Pas de résistance musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée », voilà le refrain qu'on lit dans bien des histoires cliniques, du moins dans celles où les auteurs ont bien voulu consigner les symptômes observés. L'examen en décubitus latéral gauche facilite la recherche de la défense, et, de façon plus générale, l'appréciation de l'état local.

La crise aiguë simple dure deux à trois jours.

Le diagnostic d'appendicite est parfois difficile : on pense souvent à une colite, à une pyélonéphrite, à une colique néphrétique, à une menace d'avortement, à une hémorragie rétroplacentaire, à une cholécystite, à des névralgies lombo-abdominales, au gros ovaire douloureux, à la salpingite et on n'est même pas effleuré par l'idée de l'appendicite.

Le tableau suivant nous résumera les éléments du diagnosiitc avec une colite :

	Crise de colite	*Crise d'appendicite*
Irradiation	vers l'angle colique et vers l'S iliaque.	vers l'épigastre
Fièvre	peu élevée	plus marquée
Arrêt des gaz	0	+
Membranes et glaires.	quelquefois	0
Défense de la paroi	0	?

Mais il convient de se rappeler qu'une maladie du cæcum est difficile à différencier d'une maladie de l'appendice — quand il n'y a pas de signes liés à la réaction péritonéale.

La pyélonéphrite droite, incontestablement plus fréquente que l'appendicite, est parfois difficile à différencier. Les « mauvais bergers » prennent, volontiers, prétexte des douleurs d'une pyélonéphrite pour proposer une appendicectomie. J'ai relevé dans le tableau suivant, les éléments de diagnostic entre ces deux affections.

	Pyélite	*Appendicite*
Douleurs	reins et flanc	fosse iliaque et
Irradiation	urétérale	flanc épigastrique
Vomissements	rares	fréquents
Pouls	peu accéléré	accéléré
Toucher vaginal	douleurs à la terminaison de l'urètre	0
Pollakiurie	fréquente	rare
Leucocytose	L. gravidique	hyperleucocytose

Quant à la pyurie, il va de soi qu'elle est un élément de diagnostic de la pyélite. Mais il n'est pas rare qu'une appendicite s'accompagne d'une pyélite. Il y a deux chances sur trois, en cas d'appendicite, qu'il y ait du pus dans les urines et que la région lombaire soit douloureuse. Aussi le problème n'est-il pas de diagnostiquer une pyélonéphrite, il est de ne pas méconnaître une appendicite. Rappelez-vous la phrase de MONDOR : «Ce diagnostic différentiel entre appendicite rétro-cæco-colique et pyélonéphrite m'est apparu deux fois comme un des problèmes les plus aigus qui soient. Pendant deux jours, et à raison de plusieurs visites quotidiennes, les balancements du diagnostic semblaient difficiles à arrêter. Il s'agissait bien finalement de pyélo-néphrite ; mais les vomissements, les douleurs diffuses et abdominales, les phénomènes colitiques préalables, la tachycardie, la haute température peuvent inquiéter et faire errer ».

La colique vésiculaire et les formes discrètes de la cholécystite sont, en général d'un diagnostic facile.

	Colique vésiculaire.	*Appendicite.*
Fréquence	très grande	moindre
Fièvre	absente ou peu marquée	habituelle
Douleur	sous-costale	iliaque
Douleurs scapulaires	+	0

***

La formation d'un abcès appendiculaire se traduit par le fait que la crise dure, — par l'intensité des douleurs, — par l'arrêt des gaz, — par

un plastron, — par l'élévation de la température et l'accélération du pouls, par l'hyperleucocytose.

Le plastron est parfois difficile à apprécier. On ne négligera pas plus qu'en dehors de la grossesse, les renseignements que peut fournir le toucher rectal.

***

Nous n'insisterons pas sur la *péritonite généralisée,* sinon pour dire que parfois elle est insidieuse, très insidieuse dans le début, surtout lorsqu'elle est à un stade qu'on pourrait appeler péritonite généralisée droite : anses droites enflammées, signes cliniques à droite et imminence de généralisation.

***

La gravité de l'appendicite au cours de la gestation, le fait que la gestation réactive les foyers appendiculaires, rend particulièrement impérieuse l'obligation d'opérer toute crise d'appendicite aiguë, beaucoup plus impérieuse qu'en dehors de la gestation.

Toute crise observée dans la première moitié de la grossesse devra, donc, être opérée immédiatement. Le risque d'avortement est minime si l'on ne « bouscule » pas l'utérus. Il est moindre que le risque d'avortement représenté par les endométrites qu'entretiennent des décharges microbiennes répétées.

Plus tard, quand il faut compter avec la gêne mécanique que représente l'utérus, les difficultés opératoires doivent être mises en ligne de compte. Il y a des cas qui ne sont pas très méchants et qui peuvent bénéficier d'une expectative — sous surveillance. Mais il est d'autres cas, pour qui la notion d'urgence persiste. Ces cas, on les opérera donc. C'est un genre d'intervention, qui offre une très grande gravité, pour peu qu'il y ait une collection purulente. Mais on peut diminuer cette gravité en employant un procédé de drainage qui consiste, une fois l'intervention terminée, à mécher très largement, jusque dans le Douglas, avec des champs, avec de grandes compresses, avec un Mickulicz. Si l'accouchement arrive dans les heures suivantes, il se produit un affaissement de l'utérus et des intestins et, si la partie infectée n'est pas très largement défendue par ces champs, il s'ensuivra forcément une péritonite généralisée.

Dans certains cas, où la masse utérine rend l'opération quasi impossible, il sera prudent d'évacuer l'utérus. Je n'ai pas l'expérience de l'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie, telle que l'a proposé le professeur DELMAS ; je crois qu'elle doit rendre de signalés services dans de tels cas.

Appendicite chronique pendant la gestation

Les états que l'on attribue à une appendicite chronique ne sont pas rares au cours de la grossesse et sont souvent méconnus par le fait d'une symptomatologie trompeuse. C'est ainsi qu'on peut décrire une forme douloureuse, une forme colitique, une forme épigastralgique, une forme émétisante, formes qu'il est parfois difficile de rattacher à leur vraie cause. On se dit : Pourquoi cette douleur ? Pourquoi cette colite rebelle ? Pourquoi cette épigastralgie ?. Pourquoi ces vomissements ? Et l'on ne pense pas toujours à l'appendicite. Or, l'appendicectomie est susceptible de guérir ces états.

La forme émétisante est particulièrement trompeuse. Des vomissements trop « incoercibles », un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires.

Certains ont été très loin dans cette voie. DELAGÉNIÈRE a rapporté, en 1914, cinq cas d'appendicite chronique subaiguë, qui avaient causé ou entretenu des vomissements au début de la gestation et dont l'opération avait guéri les vomissements. Il considère ces vomissements comme dus à des réflexes et les rapproche des vomissements liés à des rétroversions, à des kystes ovariens. DE LEE, dont on sait l'expérience et l'érudition, signale, à ce propos, qu'il n'a jamais vu de fait de cet ordre, mais ne les révoque pas en doute. CAPLESCO, TOUPET ont montré que bien souvent, des vomissements graves relevaient d'une appendicite fruste, ne se manifestant que par un peu de sensibilité abdominale et une fièvre modérée. PINARD, avant eux, enseignait que les vomissements répétés, dans un début de grossesse douloureuse, sont le fait d'une lésion appendiculaire.

Lorsqu'un chirurgien parle d'une maladie gravidique causée par une lésion chirurgicale, les accoucheurs ont tendance à dire que le chirurgien a eu l'occasion d'observer seulement certains cas graves et fortuits. Pour voir si l'appendicite pouvait créer une circonstance favorable à la génèse des vomissements gravidiques, j'ai étudié (1), une série d'observations recueillies dans ma clientèle particulière depuis que, mon attention étant attirée sur ce point par le mémoire de TOUPET, j'ai recueilli, de « parti pris », des renseignements sur ce sujet.

J'ai ainsi établi une petite statistique de 73 cas.

1° Dans dix cas, où le diagnostic d'appendicite avait été soupçonné antérieurement ou fait de façon certaine, huit fois, la femme a eu pendant

(1) H. VIGNES. — Appendicite et vomissements gravidiques, *Progrès médical*, 25 juin 1927, p. 1016.

sa gestation, des vomissements ou des nausées (1) ; deux fois, elle n'en a pas eu (2), (soit 20 % sans vomissements).

2° Dans quarante-trois cas, rien *n'autorisait à penser à l'existence d'une appendicite* : trente-deux fois, il y a eu des vomissements, des nausées, et il n'y en a pas eu onze fois (soit 25 % sans vomissements).

3° Dans vingt cas, il s'agissait de femmes appendicectomisées (17 fois avant la gestation et trois fois pendant) : onze ont eu des vomissements et neuf n'en avaient pas (soit 45 % sans vomissements).

Foyer d'appendicectomie ancienne

Il n'est pas rare, lorsqu'une femme a subi une appendicectomie, qu'au cours de la grossesse, l'ancien foyer opératoire devienne douloureux, parce que l'utérus gravide en voie d'ascension exerce des tractions sur des adhérences. Mais il est rare que ces phénomènes douloureux soient accentués.

Et il est infiniment rare qu'il se produise des accidents plus graves (3).

Ces douleurs sont justiciables d'une thérapeutique par la chaleur : le chauffage lumineux diffus de la région abdominale et des cuisses soulage beaucoup ces états.

Appendicite et suites de couches

Les contractions utérines de l'accouchement « brutalisent » les foyers appendiculaires . L'utérus est particulièrement douloureux pendant le travail.

Dans les heures qui suivent l'accouchement, la douleur augmente.

La déplétion abdominale, consécutive à l'accouchement, réveille les foyers mal éteints depuis quelques semaines ou depuis quelques années, foyers qui jusque-là faisaient à peu près bon ménage avec les utérus gravides. Il peut en résulter des accidents péritonéaux graves et même mortels.

J'ai constaté, dans de tels cas (1), le lendemain de l'accouchement au début de la poussée, trois signes bien trompeurs :

1° le premier est l'existence de douleurs à type de tranchées utérines, qui détournent l'attention loin de l'appendice : les contractions utérines du post-partum réveillent chaque fois la sensibilité propre aux accidents péritonéaux ;

2° j'ai observé chez deux accouchées une langue parfaitement humide, mais avec lèvres sèches ;

3° ces deux malades avaient le ventre parfaitement souple, ce qui s'explique par la distension que la gestation avait fait subir aux muscles de la paroi. « Comment peut-elle avoir une appendicite puisqu'elle n'a pas de résistance musculaire ? », m'objectait un chirurgien distingué et habile.

(1) Deux de ces femmes ont été opérées : diagnostic confirmé.

(2) Une femme a été opérée : diagnostic confirmé.

(3) J'en cite cependant, pour mémoire une observation due à Jean Hartemann (de Nancy) : une femme est opérée, au cours du cinquième mois de sa grossesse, d'un appendicite aiguë avec pus diffus dans la cavité abdominale. On la draine. Elle guérit. A sept mois, elle accouche. Aussitôt après la délivrance : coliques, nausées, tachycardie. Puis grand shock. Puis mort. Et, à l'autopsie, on trouve du pus fétide dans tout l'abdomen. Vraisemblablement, l'accouchement a libéré une collection enkystée. (Jean Hartemann : Appendicite opérée pendant la gestation ; mort rapide après l'accouchement ; péritonite. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, juin 1929, n° 6, p. 429.)

(1) H. Vignes. — Appendicite et gestation. *Journal des Praticiens*, 26 avril 1924, p. 27.

CLINIQUE CHIRURCICALE

Cholécystites calculeuses

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Il n'y a pas bien longtemps encore, que la lithiase biliaire ressortissait toute entière du domaine médical. Mais actuellement, grâce aux méthodes opératoires qui ne cessent de se perfectionner de jour en jour et aux brillants succès qui justifient les interventions, la plupart de ses accidents rélèvent uniquement de la chirurgie. Il ne faut pas oublier également que cette nouvelle conception tient aussi pour une bonne part à ce que l'on est arrivé à considérer de moins en moins la lithiase biliaire comme une affection constitutionnelle ou diathésique, et que l'on tend de plus en plus à voir en elle une maladie locale, résultant de l'altération inflammatoire de la muqueuse des voies biliaires et plus spécialement de la vésicule — certains troubles de l'organisme, tels que le ralentissement de la nutrition ne pouvant agir que comme cause prédisposante.

Formulée pour la première fois par Galippe en 1886, l'origine microbienne de la lithiase a été défendue successivement par Létienne, par Lipp-

mann et par Naunyn, et confirmée depuis par les recherches expérimentales de Gilbert et Dominici, de Fournier et de Mignot. Il est donc actuellement tout à fait hors de toute discussion que les deux facteurs lithogènes essentiels sont la stase biliaire et l'infection, dont l'agent ordinaire est le bactérium coli, plus rarement le staphylocoque ou le bacille d'Eberth

Les calculs, rares chez les enfants et qui se rencontrent surtout chez l'adulte entre trente et cinquante ans, plus souvent chez la femme que chez l'homme, peuvent assurément se former en un point quelconque de l'arbre biliaire, mais c'est surtout au point où les deux facteurs nécessaires, à savoir stase et infection, seront réalisés à leur maximum qu'ils se constitueront le plus volontiers, c'est-à dire au niveau de la vésicule biliaire.

Vous savez que la bile, amenée du foie par le canal hépatique, au lieu de se déverser immédiatement dans l'intestin en suivant le cholédoque, vient stagner dans la vésicule et y subir un certain nombre de modifications consistant en concentration, en augmentation de mucine et de cholestérine jusqu'au moment où le sphincter d'Oddi, en s'entr'ouvrant, amène un mouvement réflexe du réservoir, qui se contracte alors, et évacue par le canal cystique la plus grande partie de son contenu.

La libre évacuation de la bile n'est guère favorisée par la situation même de la vésicule, car cet organe est en effet dirigé d'avant en arrière, de bas en haut, et de droite à gauche. En outre, cette obliquité, déjà si fâcheuse, peut encore être souvent augmentée par différentes conditions, telles que présence d'un méso, ptose viscérale, ou abaissement du rebord antérieur du fois par une compression.

Il résulte de tout cela que le cours de la bile se fait lentement, par progression, grâce à la contracture des fibres lisses de la vésicule, et qu'il n'existe pas de courant violent et continu qui soit susceptible d'entraîner les petites concrétions ou de chasser les microbes arrivés par voie sanguine ou lymphatique, ou encore en remontant le cours de la bile.

Cette évacuation, déjà si lente, peut se trouver encore ralentie dans un certain nombre de cas, comme dans la vieillesse par suite de l'atrophie des fibres musculaires lisses, comme dans certaines maladies infectieuses, telles que la typhoïde, amenant une atonie de l'appareil d'excrétion favorisant la stase, ou encore du fait de cas de compression ou de coudure des voies biliaires dues à des tumeurs, à l'hépatoptose, ou encore à la grossesse.

Les calculs présentent rarement une structure homogène ; ordinairement, ils sontconstitués par des couches stratifiées de cholestérine, de pigments biliaires et de sels de chaux, disposées autour d'un noyau central dans lequel on a pu reconnaître du mucus, des cellules épithéliales, des microbes, plus rarement un parasite. Leur volume est très variable ; il y en a de microscopiques et il y en a de très gros ; comme vous pouvez vous en douter, leur nombre est en raison inverse de leurs dimensions. Parfois, il n'existe qu'un seul calcul bouchant le canal cystique ; dans d'autres cas, la vésicule en est bourrée, comme chez la malade d'Otto, où il y en avait 7.802.

Lorsque le calcul est unique, il est de forme ovoïde ou allongée avec une surface grenue et chagrinée. Quand au contraire les calculs sont multiples, par suite de leur contact et de leur usure réciproque, ils arrivent à perdre leur forme primitive pour devenir anguleux ou même grossièrement cubique. Leur coloration jaunâtre ou verdâtre, lorsqu'ils sont retirés de la vésicule, tend à virer au noir après dessication ; leur consistance est en général assez friable, surtout lorsqu'ils sont frais ; très légers ils surnagent généralement lorsqu'on les plonge dans l'eau.

Je vous ai dit que la vésicule était le centre de formation des calculs, mais elle n'en est pas le siège exclusif, car on peut en rencontrer dans toutes les ramifications de l'arbre biliaire. Poussé par les contractions vésiculaires, un calcul peut s'engager dans le canal cystique : il peut le traverser, tomber dans le cholédoque et continuer sa marche vers l'intestin, mais il peut aussi s'arrêter et s'enclaver.

Si son volume est un peu gros, c'est généralement à l'origine du cystique qu'il se fixe : il laisse alors entrer la bile dans la vésicule, mais il s'oppose à sa sortie, et donne lieu à la constitution d'une forme très intéressante de cholécystite calculeuse, l'*hydropisie vésiculaire* sur la quelle je reviendrai dans un moment.

Une fois arrivé dans le canal cholédoque le calcul, s'il ne présente qu'un faible diamètre, peut cheminer jusque dans l'intestin ; mais si ses dimensions dépassent le calibre du conduit, qui va en diminuant, il ne tarde pas à s'arrêter dans sa progression et à s'enclaver soit en position rétro-pancréatique, soit en position sus-duodénale. On peut aussi dans certains cas, et cela sous l'influence de courants contraires, voir un calcul être refoulé dans le canal hépatique, où il se fixera.

Cette migration du calcul, que je viens de vous esquisser d'une façon des plus sommaires, et qui se traduit cliniquement par un ensemble de symptômes constituant ce que l'on désigne du nom de *colique hépatique*, peut s'accompagner d'un certain nombre de complications infectieuses ou mécaniques sur lesquelles je n'insiste pas aujourd'hui, me réservant de les reprendre dans un prochain entretien.

Il est bien évident que la formation des calculs ne peut pas s'effectuer sans s'accompagner et même sans se précéder de lésions de la vésicule

consistant en desquamation épithéliale, en prolifération glandulaire en infiltration sous-muqueuse et en hypertrophie musculaire.

Toutes ces lésions ne tardent pas, en évoluant, à altérer profondément la vésicule, qui devient bientôt complètement incapable de remplir ses fonctions normales ; et alors, suivant l'intensité de la stase biliaire, de la rétention, ou d'un processus infectieux aigu ou chronique, la vésicule biliaire arrive à présenter des modifications réactionnelles essentiellement différentes les unes des autres, donnant ainsi naissance à un certain nombre de formes anatomo-pathologiques, qui se traduisent par autant de types cliniques différents.

C'est un de ces types, dont j'ai déjà prononcé le nom il n'y a qu'un instant, l'hydropisie vésiculaire, que je tiens à étudier maintenant plus particulièrement, en vous rapportant un cas qu'il m'a été donné d'observer il y a quelque temps.

Il y a environ deux mois, on nous amenait salle Sainte-Marthe une malade, présentant une tuméfaction douloureuse de la partie droite de la région abdominale. Il s'agissait d'une femme âgée de 56 ans, habitant la campagne et dont les antécédents, tant personnels qu'héréditaires et consanguins, n'offraient pas grand intérêt. Réglée à 12 ans, elle s'était mariée à 20 ans, et avait eu trois grossesses à terme : elle n'avait jamais présenté aucune atteinte de maladie, sauf en 1901, où elle avait ressenti une légère atteinte de grippe, la ménopause était survenue, il y a environ cinq ans.

Depuis près de deux ans, elle avait commencé à ressentir de légères douleurs dans la région hypochondrale droite, survenant surtout le soir, à la suite des fatigues résultant des travaux des champs et se manifestant alors sous la forme de tension et de plénitude. Ces douleurs, relativement assez fugaces, apparaissaient très irrégulièrement, manquaient des mois entiers, puis revenaient brusquement à la suite d'une dépense organique exagérée. Il est à remarquer que, dès le début, notre malade a présenté des phénomènes douloureux chaque fois qu'elle montait en voiture, et que sous l'influence des cahots successifs, elle ressentait alors une douleur un peu plus aiguë qu'à l'ordinaire, s'irradiant parfois dans quelques cas du côté de l'épaule droite.

Cet état de choses s'est maintenu pendant près de deux ans, sans que la malade ait jamais songé à aller consulter un médecin : c'était, en effet, une femme extrêmement courageuse et endurante, qui avait travaillé toute sa vie, et qui ne s'était arrêtée que le jour où les forces lui avaient manqué. Pourtant à deux reprises différentes, elle avait été obligée de s'aliter pendant quelques jours : c'est qu'à la suite des fatigues subies les phénomènes douloureux, siègeant au niveau de l'hypochondre droit, étaient arrivés à acquérir alors une intensité excessive, se traduisant sous la forme de véritables crises douloureuses, durant cette fois plusieurs heures et s'accompagnant de vomissements.

Ces deux crises, à peine distantes de quelques semaines, l'une de l'autre, sont survenues deux mois avant que nous fussions appelés à examiner la malade : elles ont duré trois à quatre jours et ont laissé à leur suite une sensation de plénitude douloureuse augmentant pendant les fatigues ainsi que pendant les digestions.

Puis un jour, notre malade s'est aperçue de la présence au niveau de la région abdominale droite d'une tumeur un peu douloureuse au toucher, tumeur qui augmenta insensiblement de volume dans les jours qui suivirent, au point de l'obliger à cesser complètement toute espèce de travail. Elle fut bientôt forcée de s'aliter et songea alors à appeler un médecin, qui lui conseilla une intervention chirurgicale et nous l'adressa à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son hospitalisation dans notre service, la malade se présentait avec un assez bon état de santé générale : la température était normale, le pouls n'avait pas de modification, il n'y avait pas d'ictère, et les urines avaient leur coloration habituelle ainsi que les matières fécales : rien à signaler au cœur ni aux poumons.

A l'inspection, la région hépatique ne révélait rien de bien particulier ; il en était de même à la palpation, qui ne montrait aucune augmentation de volume du foie et déterminait seulement un peu de douleur, lorsqu'elle était faite très profondément.

La région abdominale offrait ses caractères accoutumés, sauf dans sa partie droite, où je fus amené à relever différentes particularités. C'est ainsi qu'à l'inspection, je notais déjà une légère voussure et, qu'à la palpation, je sentais sous le plan musculaire l'existence d'une tumeur allongée verticalement et s'étendant depuis la région hépatique jusqu'à deux travers de doigt de l'arcade crurale.

Cette tumeur présentait près de trois centimètres de large, était douée de mobilité latérale, mais ne pouvait être mobilisée verticalement. A la percussion, je trouvais une matité qui se continuait directement avec celle du foie sans interposition d'aucune bande sonore. La tumeur, rénitente et très douloureuse au palper, suivait les mouvements inspiratoires et n'offrait pas le contact lombaire. Le toucher vaginal était négatif ainsi que le toucher rectal.

A quoi pouvait correspondre cette tumeur et qu'elle en était la signification ?

La situation antérieure, nettement marquée, le manque de contact lombaire, l'immobilité dans le sens vertical et l'état normal des mictions ainsi que de l'urine me permit d'éliminer toute idée d'affection rénale et, en particulier d'hydronéphrose.

Dans un autre ordre d'idées, l'absence de tout élément fébrile et de tout symptôme particulier m'interdit également de songer à la possibilité d'une lésion intestinale ou appendiculaire.

L'âge de la malade excluait, d'autre part, toute pensée de grossesse extra-utérine, et l'absence d'une bande sonore, due au côlon entre la tumeur et le foie, rendait impossible l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire, d'une tumeur du mésentère ou d'une péritonite chronique enkystée.

Véritablement, je ne pouvais en définitive songer qu'à une lésion de la région hépatique ; mais là encore, il s'agissait de faire une discrimination. L'absence d'ictère et d'ascite ne me permettait pas de conclure en faveur d'une lésion pancréatique, qui n'eut pas d'ailleurs présenté une situation aussi antérieure et aussi latéralisée ; la température normale excluait également toute infection aiguë du foie et des voies biliaires, et il me semblait qu'un kyste hydatique se serait révélé par quelques autres symptômes, et n'aurait pas donné les signes physiques que j'avais pu relever.

Je fus donc amené à penser que seuls des accidents de lithiase libiaire pouvaient être incriminés, et je me suis donc, par suite arrêté au diagnostic de cholécystite calculeuse, présentant la forme d'hydropisie vésiculaire, due vraisemblablement à l'enclavement d'un calcul au niveau du canal cystique. Cette hypothèse pouvait, en effet seule me satisfaire, car seule, elle arrivait à me rendre compte de la symptomatologie observée.

Le diagnostic une fois posé, il ne me restait plus qu'à intervenir et le plus rapidement possible ; la temporisation ne m'eût en effet servi de rien, car, en pareil cas, le traitement médical ne pouvait être que tout à fait illusoire, seul, le traitement chirurgical pouvait me donner un résultat satisfaisant.

La malade étant endormie à l'éther, la paroi abdominale fut ouverte par une incision latérale répondant à la tumeur, et le péritoine étant une fois incisé, j'aperçus une sorte de gros boudin noir, qui n'était autre chose que la vésicule biliaire considérablement distendue. La cavité abdominale fut alors protégée par une série de champs, et je glissai le doigt sous le pôle supérieur de la vésicule du côté de l'embouchure du canal cystique, ce qui me permit de sentir la présence d'un corps dur, qui ne pouvait être que le calcul dont j'avais pressenti la présence.

La vésicule biliaire fut alors extériorisée presque complètement et incisée au niveau de son extrémité libre ; il s'en écoula environ un demi-litre de liquide noirâtre et sirupeux. Il me fut alors facile d'introduire l'index dans la vésicule vidée et de sentir le calcul, qui occupait le canal cystique, et qui fut aisément retiré au moyen d'une pince. Après cette extraction, il s'écoula encore une certaine quantité de bile, mais présentant cette fois sa coloration normale.

C'est à ce moment que j'ai hésité quelques instants sur la conduite à suivre : devais-je pratiquer une cholécystectomie, ou me borner à une simple cholécystostomie ?

La cholécystostomie, ou opération de Lawson-Tait, consiste, comme vous le savez, en une fistulisation de la vésicule à la peau. Il s'agit là d'une intervention facile, rapide et dont la mortalité opératoire ne dépasse pas, en ce moment, 1 à 2 p. 100 : malheureusement, elle ne met aucunement à l'abri des récidives vraies avec néoformation de calculs, et expose souvent en outre à une fistulisation interminable. La cholécystectomie, quoique un peu plus délicate à exécuter et à pronostic un peu plus réservé, constitue évidemment l'opération radicale, car elle offre l'immense avantage de supprimer définitivement les voies biliaires accessoires.

Dans le cas présent, il m'a semblé que l'abouchement de la vésicule à la paroi, que l'on réserve ordinairement pour les cas de malades affaiblis ou très infectés, où il faut agir rapidement, ou bien, lorsque l'on est incertain de la perméabilité des voies principales, n'était pas très indiqué, et qu'en l'absence de tout phénomène infectieux, de toute adhérence inflammatoire, comme je m'en étais rendu compte après l'extraction du calcul, et devant la parfaite perméabilité du cholédoque, une cholécystectomie représentait évidemment l'opération de choix.

C'est donc à l'ablation de la vésicule biliaire, que je me suis décidé. Après libération rapide de la vésicule et du canal cystique, ce dernier fut lié au ras du cholédoque et sectionné au thermocautère : puis, après ligature séparée de l'artère cystique, le lit vésiculaire fut recouvert par des lambeaux péritonéaux, réunis par quelques points de catgut. La paroi abdominale fut ensuite refermée sur trois plans sans drainage.

Les suites opératoires furent en tous points excellentes : la malade, qui put se lever le seizième jour, a repris depuis longtemps ses occupations habituelles, et ne ressent plus aucun des phénomènes douloureux, qui l'avaient tracassée pendant si longtemps.

Je ne reviendrai pas sur les détails de cette observation, qui vous donne bien la physionomie de l'hydropisie vésiculaire, forme de cholécystite calculeuse, dans laquelle le calcul, enclavé dans l'embouchure du canal cystique, remplit en quelque sorte le rôle de soupape, laissant entrer la bile dans la vésicule, mais en empêchant la sortie. Et c'est ce qui explique bien la distension progressive à laquelle arrive la vésicule, augmentée encore par l'hypersécrétion muqueuse, qui avait abouti à son point maximum, comme le prouvait l'amincissement extrême de sa paroi.

Nul doute qu'une rupture vésiculaire, analogue à celle des kystes ovariens par trop distendus, n'eut pu se produire ultérieurement, sous l'action d'un traumatisme, de la contraction des muscles abdominaux, d'une exploration manuelle un peu brutale, ou même du fait de la seule distension.

Quant au calcul, dont vous pouvez vous rendre aisément compte par vous-mêmes du développement, il mesure près de six centimètres de long sur deux centimètres et demi de diamètre, et son poids est de vingt-sept grammes. Ce sont là des dimensions certes considérables, et il est bien évident que jamais une pareille production n'aurait pu être éliminée par les voies biliaires normales.

Ce n'est pas que l'on n'ait signalé, dans un certain nombre de cas, le rejet parmi les matières fécales, de calculs semblables à celui que je vous montre en ce moment, mais il est tout à fait hors de doutes que leur arrivée dans l'intestin n'est pas due au cheminement le long des voies biliaires, mais qu'elle est le résultat d'une fistule spontanée cholécysto-duodénale ou colique.

La présence d'un semblable calcul ne tarde pas, en effet, lorsque des phénomènes infectieux entrent en action, à amener la production d'adhérences inflammatoires entre la vésicule et l'intestin : ultérieurement, il se produit une perforation, et le calcul passe alors directement dans l'intestin, où il peut occasionner parfois des accidents d'occlusion ou de perforation secondaire.

C'est en s'appuyant sur de pareils faits, que certains auteurs avaient cru pouvoir déconseiller toute intervention chirurgicale, prétendant, que du moment où le calcul pouvait être expulsé spontanément, il n'était nullement nécessaire d'aller en délivrer les voies biliaires.

Une pareille interprétation des choses est assurément des plus regrettables, car toutes les migrations anormales peuvent s'accompagner d'accidents très graves, et il existe toute une série de cas, où elles se sont effectuées dans d'autres organes que dans l'intestin, dans la cavité péritonéale, dans le rein, dans l'utérus gravide, dans la vessie, dans la veine cave même, où leur présence a donné lieu à des complications fréquemment mortelles.

En terminant, je me permettrai d'attirer votre attention sur ce cas : pour avoir pu acquérir de telles dimensions, il a fallu que le calcul se développât depuis plusieurs années, et c'est au caractère particulièrement endurant de la malade, joint à l'absence de tout phénomène infectieux, qu'il faut rattacher la longue latence de cette hydropisie vésiculaire, forme particulière de la cholécystite calculeuse.

LES IDÉES AMÉRICAINES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par J. LAFONT (Clermont-Ferrand).

Les Américains, libérés des traditions pesantes, ont le privilège des idées originales ; il semble que leur imagination se soit donné libre cours plus particulièrement dans le traitement de la syphilis ; de nombreuses tendances se révèlent, dont beaucoup d'avant-garde devront subir l'épreuve du temps, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne s'imposeront pas.

Parmi elles une des plus curieuses est le traitement *circulaire* appliqué à New-Jersey par Arthur J. Casselman ; il se compose de trois cures successives, qui recommencent sans intervalle de repos, comme une chaîne sans fin.

Les trois cures sont, à vrai dire classiques : arsenicale, bismuthique et mercurielle ; chacune dure quatre semaines et ne comprend qu'un seul des trois médicaments.

La première cure se compose d'injections hebdomadaires sous-cutanées ou intraveineuses de sulfarsphenamine (sulfosalvarsan) ; la dose courante est de 0,40 gr., elle peut être portée, chez les sujets tolérants et vigoureux, à 0,60 et même 0,90 gr.

La deuxième cure est consacrée au bismuth ; elle comprend quatre injections hebdomadaires de 0,20 gr. de bismuth métallique.

La troisième cure consiste en frictions mercurielles ; le malade doit utiliser cent grammes d'onguent mercuriel dans le mois.

Quand les trois cures sont terminées, on les recommence, et on continue pendant un ou deux ans, jusqu'à ce que la guérison sérologique soit obtenue.

Ce qui fait l'originalité de cette thérapeutique, c'est que le malade ne commence pas son traitement avec un médicament déterminé, mais qu'il reçoit le médicament en cours d'administration au moment où il vient à la clinique ; il prend le traitement au point où il en est, comme il fait pour le spectacle au cinéma permanent.

Le respect du calendrier est tel que l'iodure est prescrit les mois impairs, du 1er au 15.

Cette méthode ne représente pas l'idéal clinique, car celle est trop rigide, mais elle possède les avantages indiscutables de simplicité, de méthode et d'organisation, qui conviennent au dispensaire et aux traitements en série.

Le traitement *standard* de la syphilis initiale a été proposé par W. R Houston, qui s'appuie sur les deux principes suivant :

Le mieux est l'ennemi du bien.

Il vaut mieux avoir 90 % de succès chez 1.000 sujets que 100 % sur 10 sujets.

Voici le schéma standard :

1° 10 injections de 0,90 gr. de néoarsphénamine (néosalvarsan) (1er, 5e et 10e jours, puis toutes les semaines).

2° 4 injections de 0,20 gr. de bismuth à une semaine d'intervalle ; iodure de potassium.

3° 10 injections hebdomadaires de 0,90 gr. de néoarsphénamine.

4° 6 injections de bismuth ; iodure.

5° 10 injections de néoarsphénamine. Examen du liquide céphalo-rachidien.

6° 8 injections de bismuth ; iodure.

7° 10 injections de néoarsphénamine.

8° 10 injections de bismuth ; iodure.

9° 10 injections de néoarsphénamine.

10° 10 injections de bismuth ; iodure. Fin du traitement pour les sujets à Wassermann négatif.

Ce traitement donnerait 80 % de guérisons définitives cliniques et sérologiques ; il paraît assez logique et assez actif ; son adoption permettrait de mettre fin à l'anarchie thérapeutique actuelle des praticiens et profiterait certainement à la grande majorité des syphilitiques ; mais quelques auteurs en rejettent délibérément l'application et même le principe.

Moses Scholtz refuse d'accepter tout traitement standard de la syphilis ; la conception en est à la fois trop dogmatique et trop schématique, car elle est basée entièrement sur des principes chimiothérapiques et sérologiques, ce qui submerge complètement les aspects clinique et biologique. D'une part, la méthode chimiothérapique est sujette aux conséquences de l'unilatéralité et de l'imperfection biologique, car elle ignore et même contrarie les fonctions de défense naturelle. D'autre part, la valeur de la réaction de Wassermann, qui domine au lieu de contrôler le jugement clinique, est surestimée comme guide clinique et thérapeutique. Le traitement standard est tantôt insuffisant, tantôt trop actif ; le contrôle biologique de ses résultats est sujet à caution.

Ces opinions, d'ailleurs très justifiables, ne signifient pas qu'il faut traiter la syphilis au petit bonheur ; il est au contraire extrêmement important d'établir un plan pour chaque malade. C. M. Speck est partisan d'un plan précis, mais il ajoute aussitôt que le plan doit être fait pour le malade, et non le malade pour le plan, car on ne peut prévoir les complications, qui menacent quand ce plan est appliqué trop rigoureusement. Un certain degré de *flexibilité* doit être prévu, la rigidité étant non seulement peu pratique mais encore dangereuse.

Les *plans* de traitement classiques sont assez généralement adoptés, avec des variantes insignifiantes. B. B. Foster recommande deux ans de traitement *continu* ; on fait une série de 8 à 12 injections intraveineuses d'arsphénamine (salvarsan) ou de néoarsphénamine, à un intervalle de 5 à 7 jours, puis une série de 12 à 16 injections hebdomadaires intramusculaires de bismuth ou de mercure ; ces deux séries représentent environ le quart du traitement total. C. M. Speck recommande une série de 10 injections de néosalvarsan, suivie de 10 injections intramusculaires de bismuth (thiobismol) ; après un repos de 4 semaines on pratique une réaction de Wassermann ; la durée moyenne du traitement est de deux ans ; l'auteur donne rarement du mercure, encore c'est-il par voie buccale, et dans l'intervalle des cures arsenicales ; il signale que l'emploi du bismuth se répand de plus en plus et que certains spécialistes le recommandent à l'exclusion de tous les autres antisyphilitiques.

Dans le cas où les malades habitent la campagne et sont par suite assez éloignés du spécialiste, Raphl Bowen emploie une solution élégante en faisant, toutes les six semaines, un traitement de cinq jours, comme suit :

1er jour : Réaction de Wassermann ; ponction lombaire et Wassermann du liquide céphalo-rachidien, si c'est un nouveau cas ou si le liquide a été positif la dernière fois ; injection intraveineuse de sulfarsphénamine (dose proportionnelle au poids) ; injection intramusculaire de tartrate de bismuth et de potassium (dose proportionnelle au poids).

3° jour : sulfarsphénamine.

5° jour : sulfarsphénamine ; tartrate de bismuth et de potassium.

Si c'est la première période de traitement, il est indiqué de surveiller le sujet quatre jours par rapport à l'intoxication arsenicale, que l'on combattrait, le cas échéant, par des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

Pendant les six semaines de repos qui suivent, on prescrira du mercure par voix buccale, car les frictions sont trop souvent oubliées.

Le traitement *périodique* sera continué jusqu'à ce que le Wassermann devienne négatif, et le reste pendant trois périodes consécutives ; on fait ensuite un Wassermann tous les six mois jusqu'à ce que le malade soit guéri ; si la réaction devient positive, on recommence le traitement.

Le sujet est considéré comme guéri, quand il ne présente plus de symptômes d'activité et que le Wassermann est resté négatif depuis deux ans.

Le traitement est en moyenne de deux ans.

Un traitement, qui mérite de retenir l'attention, est celui d'Herman Goodman, caractérisé par l'emploi systématique des iodures à toutes les phases de la maladie.

Dans la syphilis primaire, on injecte, par voie intraveineuse, 2 gr. d'iodure de sodium, en solution dans 20 cc. d'eau fraîchement distillée ; on

alterne les injections d'arsphénamine et d'iodure.

Dans la syphilis secondaire, on pratique des injections intraveineuses alternées d'arsphénamine et d'hyposulfite de soude, ce qui a pour but de prévenir la rétention arsenicale et les réactions cutanées. On continue à prescrire l'iodure de sodium par voie intraveineuse ou, en cas de difficulté, l'iodure de potassium par voie buccale.

Dans la syphilis tardive, l'iode prime l'arsenic; il faut des doses fortes d'iodure et des doses modérées d'arsphénamine. Les injections d'hyposulfite de soude réactivent les *métaux* lourds.

Une tentative de traitement de la syphilis aiguë (*acute syphilis*) par une combinaison d'arsenic et de bismuth, le bismarsen, a été faite par P. A. O'Leary et L. A. Brunsting. Les rechutes et les accidents nerveux leur ont paru plus fréquents que dans toutes les autres méthodes de traitement ; même dans le cas où des frictions mercurielles avaient été pratiquées, les résultats n'ont pas été supérieurs. Les effets du traitement à la période séronégative du chancre prouvent jusqu'à l'évidence que ce produit n'a qu'une valeur thérapeutique réduite.

Moses Scholtz a présenté quelques points de vue nouveaux sur le traitement de la syphilis. La réaction de Wassermann a des *limites sérologiques*, qui justifient les efforts des laboratoires pour trouver d'autres *substitutions* sérologiques, comme les réactions de précipitation; ces dernières, et en particulier le plus récent procédé de Kahn, laissent prévoir la possibilité d'une réaction, qui remplacera le Wassermann ou alternera avec lui. Bien que le traitement spécifique représente notre meilleure arme, et plus spécialement l'arsenic dans la syphilis initiale, il faut prendre en sérieuse considération la thérapeutique *non spécifique* de la syphilis (inoculation de la malaria, injections de lait, thérapeutique sérique ou vaccinale, etc.), qui apporte de nouveaux principes, dont la valeur nous est encore inconnue.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. Bowen. — *New Orleans Medical Surgical Journal*, février 1931.
2. A. J. Casselman. — *American Journal of Syphilis*, juillet 1925.
3. B. B. Foster. — *Maine Medical Journal*, juillet 1930.
4. H. Goodman. — *Western Medical Times*, novembre 1930.
5. W.R. Houston. — *American Journal of Syphilis*, octobre 1930.
6. P. A. O'Leary et L. A. Brunsting. — *New-York State Journal of Medicine*, 15 octobre 1930.
7. M. Scholtz. — *American Journal of Syphilis*, avril 1926.
8. C. M. Speck. — *New Orleans Medical and Surgical Journal*, février 1931.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Sur la prostate

I. L'emploi de la sonde chez les prostatiques. — II. De l'opportunité d'une intervention chirurgicale à propos des affections prostatiques.

I. L'emploi de la sonde chez les prostatiques

d'après le Dr Erpicum (1)

« *Plus que tout autre malade de l'appareil urinaire, le prostatique s'avère être fragile ; chez lui toute erreur, toute faute de technique, risque de provoquer des accidents typiques. Avant de saisir une sonde, qui va, dans votre esprit, être l'instrument de délivrance pour votre patient, qu'une pensée vous soit bien présente et vous invite à la prudence : de votre manœuvre va dépendre l'avenir et peut-être la mort rapide de votre client* ».

En effet, dans les cas de rétention, la congestion intense de la région prostatique expose à créer des fausses routes désastreuses, si l'on ne sait pas bien manier la sonde de Guyon, avec ou sans mandrin.

D'autre part, même entre les mains du meilleur spécialiste, la sonde constitue un danger imminent d'infection, parce que le prostatique, que l'on va sonder avant sa première rétention complète, était, peut-être, depuis un certain temps déjà, en état de rétention incomplète. Or, dans les diverses formes de rétention chez les prostatiques, la pression excentrique qu'exerce l'urine, accumulée dans les voies d'excrétion, ne borne pas son action aux parois de la vessie, mais s'étend aux uretères, aux bassinets, aux calices et même aux canalicules du rein, où elle trouble le fonctionnement des épithéliums et entrave la dépuration sanguine. Si ces lésions rénales sont tant soit peu prononcées, le malade est plus ou moins intoxiqué, notamment par l'urée sanguine, dont le taux s'élève rapidement.

Que l'on vienne à supprimer un peu brusque-

(1) Dr Erpicum. — Quand, pourquoi, comment sonder un prostatique ? (*Liége médical*, 23 *août* 1931.)

ment la pression, à l'anémie du parenchyme rénal se substitue une hyperémie qui arrête toute sécrétion rénale, déterminant ainsi une intoxication, souvent mortelle.

A ce danger grave s'ajoute celui de la cachexie par infection de l'appareil urinaire.

***

Les indications de la sonde

1° Il s'agit d'un rétentioniste aigu pur.

C'est un malade qui, urinant à peu près normalement, ne se relevait pas la nuit, ou se relevait une fois de temps en temps, pour vider sa vessie. Son état général est resté excellent, et c'est par accident qu'il est pris d'une rétention, (écart de régime ou d'hygiène).

On commencera par les moyens simples pour combattre la rétention et la congestion, qui l'a provoquée. Ce seront des pansements humides sur l'hypogastre, de grands bains généraux très chauds et prolongés, des lavements décongestifs.

N'utiliser la sonde que si la rétention persiste, et si les douleurs deviennent trop vives. Les soins les plus minutieux seront nécessaires pour ce cathétérisme ; lavage du méat et du canal, stérilisation soignée, savonnage des mains. La sonde étant introduite, si la rétention ne date que de quelques heures, on pourra vider la vessie en une fois. Si la rétention date déjà d'un certain temps, après avoir retiré 5 à 600 cc. d'urine, on bouchera la sonde pour la rouvrir 3 à 4 heures après, évacuer à nouveau 5 à 600 cc. et ainsi de suite jusqu'à ce que la vessie soit vidée entièrement. On évitera ainsi une hémorragie «*a vacuo*», incident désagréable et parfois dramatique.

Il est encore possible d'obtenir l'évacuation fractionnée de la vessie en obturant la sonde au moyen d'un bouchon, dans lequel on aura taillé de droite et de gauche, deux petites gouttières en biseau, et que l'on enfoncera plus ou moins pour obtenir un goutte à goutte, qui videra la vessie entièrement.

Question importante ; *l'urine est-elle limpide* ? Si oui, on peut temporiser et attendre. La rétention cédera souvent, et le malade reprendra sa vie ordinaire. Cependant il conviendra de surveiller l'existence d'un résidu vésical, afin que le patient ne devienne pas un rétentionniste incomplet chronique.

Si la rétention ne cède pas, mieux vaudra ne pas répéter les sondages et faire la cystostomie, qui préparera la prostatectomie.

L'urine est-elle trouble, purulente ? ne pas insister, et amener le malade à un spécialiste, car il s'agit vraisemblablement d'une rétentionniste incomplet chronique, qui est infecté (v. plus loin.)

Le sondage doit donc être réservé aux rétentions complètes aiguës au début du prostatisme, et, dans ce cas, à titre très provisoire.

2° Il s'agit de rétentionnistes chroniques.

Qu'ils soient complets ou incomplets, que leurs urines soient claires ou troubles, *l'état général* guidera la ligne de conduite à suivre.

Si l'état général est bon, l'azotémie normale, c'est-à-dire inférieure à cinquante centigrammes d'urée par litre de sang, la cystostomie reste le traitement de choix.

Chez les cachectiques urémiques, la *sonde à demeure à débit rapide reprend ses droits, mais seulement comme préparation à l'intervention.* Elle ne sera plus retirée, sauf pour être nettoyée ou échangée. Et ce nettoyage, ou ce changement, ne sera effectué que lorsque la vessie aura été totalement vidée (4, 5 ou 6 jours). La sonde à demeure n'est donc pas destinée à remplacer la cystostomie, mais bien à diminuer les dangers de cette intervention chez les cachectiques, ou des intoxiqués, en les y préparant par le soulagement qu'elle apporte aux reins. « Son emploi est subordonné à l'acte opératoire immédiatement consécutif. »

Les mêmes prescriptions s'appliquent *à fortiori* aux *prostatiques anciens, qui présentaient déjà un globe vésical perceptible,* alors qu'ils urinaient encore ; c'étaient, par conséquent, des distendus de la vessie, des uretères et des reins. *En cas de distension vésicale, ne jamais sonder, surtout si l'état général est déficient.*

3° Prostatiques cancéreux.

La cystostomie n'aboutirait pas à la suppression de la prostate et laisserait une infirmité beaucoup plus gênante que les sondages, à pratiquer lorsque la vessie sera évacuée. Ici encore : *sonde à demeure à débit ralenti,* sauf en cas d'hémorragie, ou lorsque le sondage deviendra impossible : la cystostomie pourra alors être pratiquée.

(*A suivre*).

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diagnostic et pronostic de la méningite tuberculeuse.

Il résulte d'une longue étude du Professeur Brelet que les méningites tuberculeuses nécessitent de nouvelles recherches. Pour l'instant, la curabilité de la méningite tuberculeuse est démontrée, et on a déjà décrit un certain nombre de méningites lymphocytaires curables. Restent les méningites lymphocytaires d'origine indéterminée. Rentreront-elles dans le groupe des méningites non tuberculeuses, quand on aura trouvé leurs relations étiologiques avec une infection encore mal connue ? C'est probable. Mais il paraît aussi bien possible que quelques-unes soient en réalité des méningites tuberculeuses curables, dues à une forme du microbe de la tuberculose, autre que le bacille de Koch. (*Gazette des Hôpitaux*, 4 avril 1931.)

Etude de la vaccination de la tuberculose et de ses différents vaccins.

Le Dr Rappin, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, expose un ensemble de faits, qui permettent d'établir un jugement sur la méthode de vaccination préventive, ou de prévention préconisée au moyen du B. C. G. Il constate finalement que l'unanimité est loin d'être faite parmi tous les observateurs, au point de vue de l'efficacité, et aussi de l'innocuité de la méthode. Aussi bien du côté clinique qu'expérimental, on est obligé de noter de nombreuses divergences et des réserves. Tout en admettant l'innocuité de cette vaccination, on doit constater que l'immunité obtenue par le B. C. G. ne se traduit, chez les animaux fortement susceptibles (cobayes), que par un ralentissement de l'évolution. Pour être certain des mêmes résultats chez l'homme, il faudrait réunir des observations très prolongées et très soigneuses, portant non seulement sur les enfants vaccinés, mais également sur des enfants non vaccinés servant de contrôle dans des conditions absolument identiques.

L'auteur, livré à la recherche et à l'étude de la vaccination antituberculeuse depuis bientôt 40 ans, ne peut d'ailleurs admettre que l'on utilise pour la vaccination de jeunes êtres, à peine entrés dans la vie, un bacille tuberculeux vivant fût-il même plus atténué. Il n'a cessé de montrer, depuis plus de 20 ans, le pouvoir immunisant que possède l'emploi de bacilles tués. Toutes ses expériences lui démontrent que, pour être effective, la vaccination de la tuberculose n'exige pas que l'on impose à de nouveau-nés, âgés de moins de dix jours, une sorte de symbiose, avec un parasite aussi redoutable qu'un bacille de Koch, sans doute atténué, mais qui peut encore provoquer la formation de lésions tuberculeuses. Même non évolutives, guérissables, ces lésions ne créent pas moins des stigmates, des séquelles anatomiques, blessant en quelque sorte le jeu et les fonctions de l'organe, dans lequel elles se sont développées.

Tout nous invite donc de ce côté, à la prudence et à la plus grande réserve. Le temps permettra de démontrer où est la vérité. (*Gazette médicale de Nantes*, 1er avril 1931.)

Traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales.

Bien que le traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales soulève de nombreux problèmes, parfois bien difficiles à trancher, le Professeur Cunéo croit possible d'indiquer la conduite qu'il convient de tenir.

Il faut s'efforcer avant tout de faire le diagnostic de la cause de l'hémorragie, pour éviter de pratiquer une intervention gastrique dans le cas d'une hémorragie relevant d'une cause générale ou d'une affection ne siégeant pas au niveau de l'estomac.

Si l'hémorragie relève bien d'une affection ulcéreuse de l'estomac, il faut éviter autant que possible d'intervenir d'extrême urgence chez un malade épuisé par l'hémorragie, et dont toute tentative opératoire ne pourrait que hâter la fin.

Poursuivre avec confiance le traitement médical, remonter le malade, user largement de la transfusion ; puis opérer dès qu'on pourra le faire avec sécurité, en pratiquant le plus souvent une gastro-entérostomie avec ligatures extérieures des artères, irriguant la région où siège la source présumée de l'hémorragie, ou une gastrectomie, si l'on est entraîné à cette intervention, et si l'on estime que le malade est en état de la supporter. (*Paris médical*, 4 avril 1931.)

Néoplasmes intestinaux au niveau d'adhérences appendiculaires.

Le Professeur Carnot a observé, cliniquement et anatomiquement, deux cas de néoplasmes sténosants de l'intestin, iléo-valvulaire l'un, colique l'autre, développés au niveau d'anciennes

adhérences appendiculaires ; dans les deux cas, l'appendice adhérent s'était cancérisé et avait inoculé le segment intestinal contigu.

Ces faits, assez rares, prêtent à quelques considérations sur les méfaits tardifs des symphyses appendiculaires, constituant des états chroniques d'irritation pré-cancéreuse. Il s'agissait dans l'un et l'autre cas d'un appendice anormalement fixé loin de ce point d'implantation (à l'iléon pour l'un, au transverse pour l'autre).

L'irritation chronique, subie par l'appendice ectopié, n'était certainement pas étrangère à la transformation maligne.

On rencontre cette transformation maligne des tissus irrités chroniquement aussi bien au niveau d'adhérences appendiculaires, iléales, coliques, qu'au niveau d'ulcus gastriques, de calculs vésiculaires ou de cicatrices cutanées.

Les cas de cancers intestinaux par propagation d'un cancer appendiculaire, lui-même consécutif à une appendicite, paraissent cependant exceptionnels. (*Paris médical*, 4 avril 1931.)

L'art dentaire dans ses rapports avec la médecine générale.

M. A. Rosenthal fait de ce sujet une étude très complète pour montrer de quelle façon les stomatologistes ou les chirurgiens-dentistes sont appelés à jouer un rôle important dans la lutte contre les fléaux de l'humanité.

L'examen de la bouche permet à lui seul le diagnostic d'affections générales. Un déchaussement de dents, une pyorrhée signalent l'arthritisme ; une stomatite non expliquée fait soupçonner le diabète. Les dermatoses ont aussi leurs localisations intra-buccales : psoriasis, eczéma, pytiriasis, lichen plan, herpès, zona, lupus érythémateux, pemphigus.

La lèpre et la syringomyélie occasionnent dans la bouche des plaques anesthésiques, des fractures spontanées des maxillaires. La localisation buccale de la névralgie faciale peut amener des avulsions dentaires inutiles. On ne doit pas oublier la stomatite gonococcique. Une décalcification dentaire peut être un signe précoce de la grossesse. L'hérédité tuberculeuse ou syphilitique est décelée par la présence de caries multiples, par la forme ogivale du palais d'origine adénoïdienne, par les malformations dentaires. On observe aussi les ulcères tuberculeux, les gommes de la langue, le lupus en plaques. La syphilis acquise se manifeste par le chancre, par les plaques muqueuses, par la glossite scléro-gommeuse, par la résorption du rebord alvéolaire, le mal perforant buccal. Les plaques leucoplasiques annoncent parfois le cancer de la langue. Les intoxications générales se localisent volontiers sur la bouche : mercure, bismuth, phosphore, argent et cuivre.

Certaines affections dentaires sont susceptibles d'avoir une répercussion sur les régions voisines : sinusites, adéno et ostéo-phlegmons, cellulite cervicale diffuse, etc.

Ensuite certaines affections générales sont actuellement attribuées au mauvais état de la denture : lésions rénales, alopécie, affections digestives, infections streptococciques par dents infectées et mal soignées. (*Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1931.)

Le B. C. G. en médecine infantile ; essais de mise au point.

Le Dr Léon Tixier, après avoir fait une étude très documentée de cette importante question, propose les conclusions pratiques suivantes. Ce sont naturellement des conclusions provisoires, qui se modifieront dans l'avenir, en raison du perfectionnement de la méthode ; mais actuellement, elle paraissent dictées par la plus élémentaire prudence, puisque, ne l'oublions pas, il s'agit de germes vivants, bien que de virulence atténuée.

1° La *vaccination est à conseiller*, bien entendu, dans les familles où les enfants meurent en bas âge de méningite tuberculeuse ; dans celles où le père est atteint de lésions évolutives, dans celles où l'entourage est susceptible d'être porteur de bacilles ; dans celles, où une maison contaminée est capable, malgré une désinfection apparemment énergique, de transmettre la maladie aux petits enfants.

Naturellement, il est recommandé de séparer pendant six à huit semaines les nouveau-nés du milieu familial, condition d'ailleurs rarement réalisable en pratique.

Enfin, aucun autre des éléments du programme de la lutte antituberculeuse ne devra être négligé, sous prétexte que l'enfant a reçu du B. C. G. après sa naissance ;

2° La *vaccination est discutable*, chez les enfants nés de mère tuberculeuse en évolution, d'abord parce qu'il peut y avoir conflit entre le B. C. G. et le virus filtrant, ensuite parce que ces enfants, petits hérédo-tuberculeux, viennent au monde avec une résistance restreinte, et peuvent ainsi recevoir le coup de grâce.

3° *La vaccination est à déconseiller* jusqu'à plus ample informé dans les milieux sains, tant que les questions de l'innocuité et de l'efficacité du B. C. G. ne seront pas jugées d'une manière définitive au point de vue clinique ; il ne faut pas non plus vacciner les enfants nés de parents sains, car la vaccination peut déterminer chez eux des troubles sérieux. La vaccination en masse de tous les nouveau-nés ne peut se soutenir. (*Revue médicale française*, décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pancréatite œdémateuse.

(M. Okinczyc. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1931.)

La pancréatite œdémateuse ou œdème aigu du pancréas est une affection peu souvent signalée. M. Okinzcyc en relate un cas opéré quatre heures après le début des accidents. La malade, de bonne santé antérieure, avait ressenti brusquement une douleur en coup de poignard, au creux épigastrique Contracture de l'abdomen, à la région sus-ombilicale. A l'opération, pas de perforation stomacale, mais pancréas œdématié et vésicule biliaire distendue. Pas de stéatonécrose ; M. Okinczyc, après dilacération de la capsule, tamponne et draîne, en outre, la vésicule. Guérison.

Pour l'auteur, la pancréatite œdémateuse est le premier stade de la pancréatite hémorragique. D'où l'importance de l'intervention précoce, avant la phase de stéatonécrose.

Prurit vulvaire et paramétrite.

(M. Raymond Bernard. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1931.)

M. Pierre Wiart rapporte, au nom de M. Raymond Bernard, l'observation d'une femme atteinte de fibrome utérin et de prurit vulvaire ancien. Au cours de l'ablation du fibrome, M. Bernard constata une certaine infiltration des paramètres. Le prurit cessa du jour de l'opération et depuis ne reparut jamais. L'auteur estime que la paramétrite a été ici la cause et le substratum anatomique du prurit vulvaire.

On sait combien l'étiologie du prurit vulvaire est souvent imprécise. Cotte a distingué à ce trouble morbide trois variétés de causes : générales (intoxications, troubles endocriniens) ; locales (irritation de la muqueuse par les sécrétions vaginales) ; réflexes (fibrome, salpingites, etc.). Le cas de M. Bernard rentre dans ce dernier groupe. Il conviendrait de penser à une étiologie de ce genre en présence d'un prurit vulvaire résistant aux traitements médicaux, aux cures thermales, à la radiothérapie. Rappelons aussi que plusieurs opérations ont été proposées contre cet état morbide bien des fois rebelle : des vulvectomies (résection des grandes lèvres), la névrotomie des nerfs honteux internes, la sympathectomie périartérielle des hypogastriques, la cordotomie bilatérale. L'exploration des paramètres, après laparotomie, pourra peut-être s'ajouter à ces interventions.

— M. Moulonguet a vu guérir un prurit vulvaire très rebelle à la suite d'une opération gynécologique (salpingostomie et ablation d'un kyste folliculaire de l'ovaire) associée à une résection du nerf présacré.

— M. Brocq a observé une femme chez laquelle un traitement radiothérapique pour prurit vulvaire a été suivi d'une vaste radiodermite.

— M. Gernez corrobore les dires de M. Brocq au sujets des méfaits possibles de la radiothérapie en pareil cas, exécutée sans un dosage rigoureux.

— M. Proust estime que la radiothérapie doit certes être prudente, faite à petites doses, avec des rayons très mous et superficiels. Cette radiothérapie des prurits vulvaires donne 80 p. 100 de guérisons.

— M. Basset, pour répondre au reproche fait à la radiothérapie de pouvoir provoquer une radiodermite et un épithélioma consécutif, remarque que le développement des épithéliomas vulvaires et clitoridiens est presque toujours précédé d'une longue phase de prurit vulvaire intense et cela indépendamment de tout traitement radiothérapique local.

L'épreuve d'Ascheim et Zondek dans le diagnostic de la grossesse tubaire.

(MM. Proust et Lejeune. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1931.)

La grossesse tubaire, dont le diagnostic est généralement simple, quand elle se traduit par une hématocèle cataclysmique, peut d'autres fois être difficile à déceler dans certaines formes à évolution, où l'on hésite entre le diagnostic de salpingite et celui de trompe gravide.

Ayant été en présence d'un cas de ce genre, M. Proust, pour fixer son opinion et baser sa conduite chirurgicale, a eu recours à l'épreuve d'Ascheim et Zondek, qui consiste, on le sait, à injecter l'urine de la patiente à des souris impubères. S'il y a grossesse, l'injection produit chez le petit animal un développement très appréciable des organes sexuels. La réponse de l'épreuve ayant été ici positive, M. Proust opéra et trouva effectivement une grossesse tubaire dont l'avortement commençait avec un peu de sang dans le ventre. M. Proust ajoute que, dans trois autres cas, les résultats donnés par la réaction d'Ascheim et Zondek lui ont permis de fixer un diagnostic gynécologique hésitant entre grossesse tubaire, salpingite et kyste ovarien.

— M. J.-L. Faure s'associe aux conclusions de M. Proust. Sur un nombre important d'épreuves d'Ascheim et Zondek, faites par son chef de laboratoire, les résultats ont toujours été confirmatifs de la valeur de l'épreuve.

Fracture de Benett.

(M. P. Masini, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1931.)

M. Kuss présente, au nom de M. Masini, chirurgien

des hôpitaux de Marseille, cinq observations de fracture de Benett.

Benett, de Dublin, a décrit en 1881 une variété spéciale de fracture du 1er métacarpien dans laquelle le trait de fracture passe obliquement à travers la base de l'os, détachant la plus grande partie de la surface articulaire avec la portion de l'os la supportant qui s'avance dans la paume.

Les observations de M. Masini concernent bien des fractures du 1er métacarpien mais toutes ne rentrent pas dans le cadre précis de la description de Benett.

M. Kuss note qu'au point de vue anatomo-pathologique la base du 1er métacarpien peut présenter cinq types de fractures : 1° extra-articulaires totales, transversales ou obliques ; 2° mixtes, extra-articulaires et intra-articulaires ; 3° articulaires partielles, type Benett ; 4° articulaires partielles, type Rolando, ou en Y, à trois fragments ; 5° articulaires partielles en H, à quatre fragments.

Pour ce qui concerne la fracture de Benett, elle est due dans l'immense majorité des cas à une chute sur la paume de la main. La symptomatologie comprend du gonflement, une déformation tenant à la subluxation de la base du métacarpien, de la douleur, de l'impotence. La radiographie montre l'intégrité du dos du métacarpien, et plus ou moins bien le trait de fracture. On réduira sous le plâtre et si, le plâtre étant enlevé à la fin de la troisième semaine, la déformation se reproduisait, on pourrait utiliser un mode d'extension continue.

P. L.

Oxalémie et ténia.

(MM. Loeper, Soulié et Tonnet. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-5-1931.)

Dans l'organisme l'acide oxalique reconnaît, semble-t-il, trois origines principales : les aliments, les tissus, les fermentations intestinales. Les auteurs ne considèrent cependant pas l'origine bactérienne de l'acide oxalique comme fréquente ; cependant l'origine parasitaire leur paraît, par contre, absolument acquise et certaine.

Les parasites intestinaux, et surtout le ténia, peuvent faire de l'acide oxalique ; ils en font avec leur propre substance, et spécialement avec le glycogène qu'ils contiennent. La formation de l'acide oxalique dans l'intestin peut être considérée comme une cause importante des accidents toxiques ; elle est aussi une cause de précipitations dans le rein.

Comas diabétiques insulino-résistants.

(MM. Marcel Labbé et R. Boulin. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-5-1931.)

Depuis la découverte de l'insuline, la mortalité du coma diabétique s'est abaissée au voisinage de 20 p. 100. Les malades, qui succombent, peuvent être classés en deux catégories : 1° ceux qui succombent, dans un délai plus au moins court, soit de collapsus cardiaque, soit d'infection (pneumonie, tuberculose aiguë, etc.), soit sous l'empire de causes indéterminées ; mais alors que l'insuline a réalisé au préalable ses indications (à savoir le relèvement de la réserve alcaline et la disparition de la cétose) ; 2° ceux, qui n'ont pas réagi à l'insuline, et qui sont, par conséquent, les insulino-résistants.

L'étude critique de 4 cas rapportés montre qu'il est impossible de prévoir l'insulino-résistance, ni par les caractères cliniques, ni par les caractères physico-chimiques d'un cas déterminé de coma diabétique.

On doit donc rester très réservé dans le pronostic d'un accident, qui demeure, malgré tout, fort redoutable.

Deux cas d'ictère hémolytique à trichocéphales.

(M. Brulé. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-5-1931.)

Ces observations démontrent qu'un parasite assez banal de l'intestin, le trichocéphale, est capable de provoquer cette affection grave, qu'est l'ictère hémolytique. Elles démontrent aussi, et une fois de plus, que l'ictère hémolytique acquis est un syndrome morbide pouvant être dû aux causes les plus variées. Elles prouvent enfin que, au moins dans les ictères hémolytiques acquis, la splénomégalie est la conséquence, et non pas la cause de l'hémolyse ; guérir les malades par quelques prises d'anthelminthiques est plus simple que de leur proposer la splénectomie : celle-ci, au moins jusqu'à ce que nos connaissances aient progressé, doit être réservée aux cas graves d'ictère hémolytique congénital, que nous n'avons encore pu guérir par d'autres méthodes.

La valeur des radiographies de profil pour le diagnostic topographique des lésions pulmonaires et des dilatations bronchiques.

(MM. Armand Delille et Lestocquoy. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-5-1931.)

Les constatations, faites par les auteurs, les amènent à insister sur la nécessité de faire des radiographies de profil, si l'on veut radiographier exactement une lésion pulmonaire avant une intervention thérapeutique. Chaque fois que la radiographie de face montre une ombre anormale à limites floues, il faut lui ajouter la radiographie de profil, qui peut, dans nombre de cas, montrer la limitation lobaire de ces ombres pathologiques, et permet ainsi une localisation précise de la lésion.

L'incubation du tabès et de la paralysie générale.

(M. A. Sézary et Mlle Roudinesco. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 29-5-1931.)

On admet actuellement que les manifestations viscérales tardives de la syphilis ne sont le plus souvent que l'aboutissant de lésions latentes, qui débutant

dans les premiers mois de l'infection, persistent, torpides pendant de nombreuses années, se développent enfin pour se révéler par des signes cliniques.

Cette période préclinique ou biologique de la neurosyphilis constitue une véritable période d'incubation. Les auteurs ont cherché à préciser, par une large enquête, les conditions qui influent sur la durée de cette incubation, et surtout l'action des traitements arsenicaux, dont la nocivité a été souvent affirmée depuis une dizaine d'années.

Des premières statistiques établies, il résulte que l'intensité du traitement suivi au début de la syphilis joue un rôle considérable sur la durée de l'incubation de la neurosyphilis. La complication nerveuse apparaît d'autant plus tôt que le traitement précoce a été plus important, tout en ne remplissant pas les conditions exigées des syphiligraphes, pour qu'on puisse le considérer comme suffisant. Plus le traitement précoce insuffisant a été fort, plus la durée de l'incubation du tabès et de la paralysie générale se trouve raccourcie. Il vaut donc mieux, si l'on veut retarder chez un syphilitique l'échéance des complications nerveuses, ne pas le traiter du tout que de lui faire un traitement fort, mais insuffisant. Cette remarque s'applique beaucoup plus aux traitements arséno-benzéniques qu'au traitement mercuriel, celui-ci étant beaucoup moins actif, au début de l'infection syphilitique, que le traitement arsénobenzénique.

Ensuite la durée de l'incubation du tabès et de la paralysie générale est d'autant plus courte que la syphilis a été contractée à un âge plus avancé.

Il est plus difficile de préciser l'importance, à ce point de vue, d'autres facteurs : sexe, profession, chocs nerveux, alcoolisme, discrétion des lésions cutanées de début.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 5 juin 1931.

A propos de la protéinothérapie spécifique des cancers.

M. Laurence complète sur certains points les observations des trois malades de son service d'hôpital, qui ont été présentées par M. Rubens-Duval à la précédente séance. Ces malades, longuement suivis, montrent que la protéinothérapie spécifique des cancers est capable de donner des résultats très remarquables et mérite de retenir dès à présent l'attention de tous les chirurgiens.

M. J. Lanos communique deux observations : celle d'un cancer du corps thyroïde et celle d'un kyste végétant des deux ovaires qui, la première depuis 1920, la seconde depuis 1925, sont actuellement en excellent état à la suite de la protéinothérapie.

M. R. Bonneau communique l'examen histologique des nodules enlevés récemment par lui à la malade qu'il avait opérée auparavant d'un cancer du sein, réopérée cinq fois et signalée par M. Rubens-Duval dans sa récente communication. Il affirme qu'il a vu la protéinothérapie spécifique avoir une action générale remarquable sur les cancéreux et une action locale qui, s'ajoutant à la chirurgie, peut, dans certains cas particuliers, réduire l'acte chirurgical à une moindre étendue.

Grand diverticule de la vessie avec calcul diverticulaire. Marsupialisation. Prostatectomie secondaire. Guérison.

M. Nora fait un rapport sur un travail de M. Marc Papin (de La Rochelle). Il insiste particulièrement sur les points suivants : la latence de ces grands diverticules vésicaux et leur symptomatologie d'emprunt ; l'association de diverticule et de lithiase ; la coexistence des diverticules et des lésions du col ; le traitement.

Opérations conservatrices dans le traitement des salpingites bilatérales.

M. Haller fait un rapport sur un travail de M. R. Jacquemaire (de Paris). L'auteur envisage successivement : 1° les opérations qui conservent la menstruation et la fécondation ; 2° celles qui conservent uniquement la menstruation. Il accompagne son travail de dix-neuf observations résumées où l'hystérectomie fundique a été pratiquée et il donne les résultats éloignés de 13 de ces cas.

Traitement des abcès de l'anus.

M. Thévenard fait un rapport sur un travail de M. R. Jacquemaire (de Paris) concernant le traitement par la bactériophagie des abcès de la marge de l'anus. L'auteur apporte un certain nombre de faits à ajouter à ceux déjà connus, où, en contradiction avec le laboratoire, on a obtenu avec un bactériophage non spécifique des bactéries pathogènes, une guérison rapide d'une infection chirurgicale. Le rapporteur conclut, d'une rapide revue générale de la question que si, au point de vue théorique, quelques points sont encore d'une interprétation difficile, les faits cliniques très encourageants prouvent que la bactériophagothérapie est une arme précieuse dont on ne doit jamais négliger l'emploi.

Le traitement chirurgical précoce du pied bot congénital après l'échec des manœuvres modelantes.

M. Massart. — Le pied bot congénital doit être soigné dès la naissance et on ne doit pas attendre que l'enfant ait des dents ou soit sevré pour entreprendre le traitement. Les cas, dans lesquels le traitement est commencé tardivement, donnent un important pourcentage d'échecs. L'auteur, se basant sur des observations personnelles, montre qu'une intervention précoce rend au pied sa forme et sa fonction. Il insiste sur la nécessité que le traitement soit terminé *avant que l'enfant commence à marcher, pour ne pas*

surajouter aux déformations congénitales les déformations causées par l'appui. L'auteur, reprenant l'étude anatomique et radiographique du pied bot du nouveau-né, montre que le maximum des lésions est au calcanéum. Il s'agit vraisemblablement d'une ostéite fœtale du noyau, retentissant sur les muscles et les ligaments insérés à l'os, aboutissant à des processus de sclérose qui amènent la rétraction des muscles et des ligaments et constituent le pied bot congénital. Des constatations histologiques et radiographiques, apportées par l'auteur, viennent confirmer cette hypothèse pathogénique.

Septicémie à staphylocoques guérie par une inoculation intra-veineuse de bactériophage.

M. Hautefort fait un rapport sur un travail de M. Raiga (de Paris). Il insiste avec l'auteur sur les conditions de succès ou d'insuccès de la phagothérapie. Il souligne l'importance des antiphages qui peuvent être combattus avec succès par l'auto-hémothérapie. Il exprime sa confiance dans l'avenir de cette méthode.

Double pied bot congénital invétéré chez un garçon de six ans. Réduction possible après section complète des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Judet communique cette observation, dans laquelle il a pu obtenir un bon résultat pour des pieds bots âgés en agissant sur les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne, tout en conservant l'astragale intact.

Deux cas d'appendicite aiguë apyrétiques.

M. Peugniez communique les observations de deux malades opérés sans fièvre avec une intégrité parfaite de l'état général et qui présentaient au bout de quelques jours dans un cas, et de quelques heures seulement dans l'autre cas, après le début des premiers symptômes, des lésions gangréneuses de l'appendice. Guérison dans les deux cas.

Appendicites graves à symptômes bénins.

M. Victor Planson en communique trois observations avec opération et guérison.

Sur le Congrès de chirurgie de Berlin

M. Victor Pauchet rapporte quelques-uns des faits, qu'il a observés et en particulier des détails sur la technique opératoire de quelques chirurgiens allemands et des modes d'anesthésie qu'ils emploient.

Corset pour scoliose.

M. Rœderer présente un corset à leviers permettant la flexion antérieure et postérieure et les flexions latérales. Le sujet n'a plus l'aspect en bois des porteurs d'appareils rigides ; le jeu respiratoire et musculaire se fait mieux ; l'atrophie n'est plus à craindre. De plus, une certaine gymnastique correctrice reste possible avec l'appareil.

Instrumentation pour l'électrolyse circulaire dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage.

M. Guisez présente une série d'instruments, qui permet de dilater sous endoscopie les rétrécissements dits autrefois infranchissables et indilatables. L'instrumentation se compose essentiellement d'olives graduées conduites par une filiforme, que l'on introduit de *visu* exactement au centre de la sténose et dans lesquelles on fait passer un courant, n'utilisant ainsi que les propriétés résolutives et dissolvantes de l'électrolyse vis-à-vis du tissu cicatriciel.

Séance du 19 juin 1931.

A propos du traitement du pied bot congénital.

M. A. Trèves ne pense pas que la section des ligaments péri-calcanéens, proposée par M. Massart, vise à obtenir une guérison définitive. L'enfant, présenté par lui est porteur d'un début de récidive au bout de trois ans. L'auteur reste fidèle, chez l'enfant de 2 à 8 ans, à l'ablation à ciel ouvert du noyau osseux astragalien d'abord, et d'autres noyaux osseux tarsiens, si c'est nécessaire. Il faut souvent y adjoindre des sections tendineuses, ligamenteuses et aponévrotiques et immobiliser le pied hypercorrigé pendant quatre mois environ en deux plâtres successifs, afin de permettre la reconstitution osseuse en bonne position et en bonne forme.

Du traitement des diverticules vésicaux. Drainage et désinfection par les voies naturelles.

M. Le Fur. — L'extirpation des diverticules vésicaux est une opération très rarement indiquée et de pronostic grave en général. Il est préférable de traiter la grande majorité de ces diverticules, surtout les postérieurs, par drainage et désinfection locale au moyen de grosses sondes urétérales ou de sondes Pezzer-Le Fur, introduites dans l'intérieur du diverticule et permettant sa désinfection progressive par des lavages appropriés, traitement auquel il faut associer la prostatectomie en cas d'adénome opérable. Seuls les diverticules antérieurs à développement abdominal relèvent non de l'extirpation, mais de l'ouverture simple avec marsupialisation à l'abdomen.

Sur la technique de la gastrectomie.

M. J. Lanos se déclare partisan convaincu de la gastrectomie dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. Il signale les inconvénients qu'il trouve à l'opération en deux temps (gastro-entérostomie puis résection) et, à l'appui de la thèse de la gastrectomie, il apporte des observations personnelles des trois dernières années : 28 gastrectomies pour ulcères avec une mort.

Appendicites aiguës graves apyrétiques à symptomatologie réduite.

M. Raymond Petit insiste, au point de vue diagnostic, sur la discordance du pouls et de la température, sur le ralentissement du pouls, sur la fétidité de l'haleine, sur la diarrhée et la formule leucocytaire. Il estime que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée sans délai, quelle que soit la date du début. Il ne draine que si le péritoine contient du liquide louche ou du pus, ou si la paroi du cæcum paraît douteuse. Il ne met jamais d'éther dans la cavité péritonéale et reste fidèle à l'enfouissement du moignon.

A propos de l'appendicite.

M. Blanc constate, lui aussi, la fréquence des cas d'appendicite à allure sournoise et grave sans fièvre. Le seul moyen d'éviter des désastres est d'adopter comme formule impérative, celle qui a été déjà proposée à cette tribune : toute appendicite diagnostiquée doit être opérée. Dans ce but, ce n'est pas l'éducation des chirurgiens qu'il faut faire, c'est celle des médecins. Lorsque les médecins appelleront immédiatement le chirurgien aux premiers symptômes d'une appendicite, ce jour-là on ne mourra plus de l'appendicite.

L'examen radiologique de la vésicule biliaire.

M. Haller présente un travail de M. Nemours-Auguste (de Paris) sur la cholécystographie qui montre l'utilité de celle-ci pour les diagnostics de cholécystite calculeuse, de cholécystite chronique non calculeuse et de péricholécystite. Une série de projections de radiographies de la vésicule répondant à ces divers états accompagne ce travail.

Deux cas d'ulcère pylorique perforé opérés et guéris.

M. P. Laurent fait un rapport sur un travail de M. Raiga (de Paris), concernant deux malades atteints d'ulcère gastrique ignoré et non soigné, opérés pour perforation aiguë, l'un 2 heures 1/2, l'autre 8 heures 1/2 après la perforation. Dans les deux cas, l'auteur a limité l'intervention à la suture sans gastro-entérostomie et au drainage sous-hépatique et sus-pubien. Pour un de ces malades, des examens radiologiques répétés un an après l'opération montrent un pylore parfaitement perméable. Malgré une tendance actuelle, surtout en Allemagne, à faire la gastrectomie d'emblée pour les perforations aiguës d'ulcères gastro-duodénaux, le rapporteur estime que l'intervention doit, dans ce cas, rester une intervention d'urgence et que la gastrectomie n'est justifiée qu'en cas d'ulcus calleux ne permettant pas de faire une suture correcte de la perforation.

Adénome kystique hémorragique du foie.

M. Thévenard présente une opération de cystadénome du foie à évolution envahissante et à dégénérescence épithéliomateuse présentant une symptomatologie hémorragique grave. La tumeur fut prise d'abord pour un faux kyste hémorragique du pancréas, traitée comme tel par marsupialisation, toute tentative d'exérèse étant vaine. La malade succombe au bout d'un peu plus de trois mois du fait de la progression de l'anémie et de la cachexie cancéreuse. L'auteur fait ensuite une revue générale succincte de la question.

Fracture de la clavicule en trois fragments traitée par l'ostéosynthèse.

M. Dupuy de Frenelle a vissé une plaque de son modèle, étroite et cintrée, sur les deux fragments extrêmes. Puis, il a solidarisé le fragment intermédiaire avec la plaque par deux cerclages au tendon de renne. Le blessé, opéré le 7 mai, s'est levé le 9 mai, est sorti de la maison de santé le 10 mai et a pu reprendre ses occupations le 17.

Réduction sanglante d'une luxation ancienne irréductible de la hanche gauche.

M. Bressot (de Constantine) communique l'observation d'un homme de 30 ans, qui fit, à la suite d'une chute de cheval, une luxation de la hanche. Celle-ci fut méconnue et ne fut pas réduite. Trois mois après la luxation étant devenue irréductible, l'auteur fit la reposition sanglante. Résultat satisfaisant.

Péritonite biliaire sans perforation.

M. S. de Dziembowski (de Bydgoszcz, Pologne) étudie cette question d'après les cas déjà publiés et un cas personnel. Il montre que, dans les péritonites où l'on trouve dans l'abdomen un épanchement biliaire, sans perforation de la vésicule et des voies biliaires, on peut vraisemblablement expliquer le fait de la façon suivante : occlusion par calculs de l'ampoule de Vater ; distension des voies biliaires ; introduction dans la bile en rétention de ferments pancréatiques qui déterminent des phénomènes de nécrose de la paroi de la vésicule permettant la diffusion de la bile à travers cette paroi. Les examens de laboratoires ont montré, en particulier, la présence de ferments pancréatiques dans la bile et dans l'épanchement intra-péritonéal.

Anse sigmoïde invaginée dans le rectum et réséquée après désinvagination.

M. Hautefort présente cette pièce opératoire. Il existait vers le sommet de l'anse une petite tumeur sessile ayant les caractères macroscopiques d'une tumeur maligne.

Les corsets et le traitement de la scoliose.

M. Judet en présente deux types. Leur caractéristique est de permettre les mouvements de flexion du tronc en exerçant une action de décharge sur le rachis. L'un des modèles présente une bande élastique réglable qui vient comprimer la voussure costale en produisant un effet de détorsion.

Les Thèses

P.-Dr Marcel BERGERON. **Les complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs.** (Amédée Legrand, Paris, 1931).

Cette thèse, inspirée par les observations faites tant par l'auteur que par le Docteur BELLIN DU COTEAU, tire son importance du nombre des cas observés : plus de six mille cas personnels.

Ce qui fait surtout l'intérêt de ce travail, c'est qu'à l'occasion de l'entorse des sportifs, l'auteur a cru nécessaire de préciser, à l'usage du praticien, les données essentielles de l'examen clinique d'un genou, les problèmes diagnostiques qui se posent et dont le nombre est grand ; enfin les principales indications thérapeutiques dans les complications de l'entorse du genou.

Il va sans dire que la thèse du Docteur BERGERON ne prétend qu'être un plan d'ensemble, le sujet choisi étant à la fois étendu et complexe. On y trouve cependant une étude suffisante de l'entorse du genou, de l'hydarthrose et de l'hémarthrose concomitantes, introduction indispensable à l'étude des complications les plus fréquentes de cette affection. Celles-ci ne se bornent pas uniquement à la fracture, à la luxation des ménisques et à la rupture des ligaments croisés.

Il convient de distinguer les variétés suivantes :

Les entorses sans complications méniscales avec lésions des ligaments (ligaments latéraux interne et externe, ligaments croisés).

Les entorses avec complications méniscales au nombre desquelles il faut citer les fractures, les fissures, les luxations et subluxations des ménisques et les mériscites.

Les entorses avec complications d'arthrite chronique (ménisco-synovites, franges synoviales).

Les complications extra-articulaires de l'entorse du genou (périostites, chondrites, bursites).

Enfin, les suites du traumatisme (épanchement de fatigue, atrophies musculaires, retards à la contraction).

Pour illustrer la méthode employée par lui dans son étude, le Docteur BERGERON complète son travail par un essai clinique sur un point particulier de la pathologie du genou : la méniscite traumatique.

Confirmée par l'observation clinique, par les constatations histologiques et anatomo-pathologiques, cette dernière affection se présente sous trois formes essentielles :

La méniscite aiguë, réalisée par le pincement du ménisque, se caractérise par un bourrelet saillant et douloureux, siégeant à l'interligne, surtout visible dans l'extension, disparaissant parfois à la flexion.

La méniscite chronique précédemment décrite par M. le Prof. ROUX (de Lausanne).

La périméniscite, décrite par M. le Prof. MAUCLAIRE.

P. — Dr A. VINCENT. — **De certaines réactions du rein à nos vins blancs régionaux.** (Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1931.)

La responsabilité des réactions rénales à nos vins blancs est de détermination assez difficile. Toutefois, les sels de potasse et les tartrates sont des facteurs de la diurèse et le « bouquet joue certainement un rôle important ».

Cependant, l'auteur croit pouvoir affirmer que les vins les plus favorables au rein et les meilleurs excitants de l'action éliminatrice, ce sont surtout les vins sucrés.

Le vin type qui contient à la fois sucre, sels de potasse et acide tartrique à dose modérée, est le vin d'Anjou.

Le Gros Plant, réputé si diurétique en Loire-Inférieure, a semblé avoir une action peu favorable sur le rein, surtout lésé. Il est riche en acide tartrique, d'une teneur en sucre minime, et c'est pour cela, sans doute, que le rein irritable, s'accommode mal du Gros Plant.

Quant au Muscadet, il paraît beaucoup plus acceptable au rein. Il a donné en général des résultats bien supérieurs au Gros Plant, et plus particulièrement chez le sujet néphrétique. Nos vignerons pourraient, tout en augmentant la valeur marchande de leur Muscadet, lui faire acquérir des propriétés approchées de celle des vins d'Anjou. Mais pour cela, il faudrait d'abord perdre l'habitude de vendanger si tôt, en se souvenant que le « pourri noble » de la surmaturité n'est pas nuisible, au contraire. Il faut savoir sacrifier quantité à qualité. Enfin, ils devraient apprendre qu'il existe des procédés de vinification moderne, qui, sans faire perdre au vin sa qualité essentiel de vin naturel, exaltent au maximum ses propriétés.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille.

Dr H. LEGRAND. — **Guide formulaire des produits de régime et de diététique** (Un vol. in-16, 936 pages. Prix : 56 francs).

Editions Docteur DESFOUR,
17. rue Ecole de droit,
à Montpellier (Hérault).

Fiches de pratique médicale, 7e série (1931) de 201 (abcès de fixation) à 225 (typhoïdes). Prix, 17 fr. 50.

THÉRAPEUTIQUE

Les hypertensions paroxystiques

Il y a déjà longtemps que le Professeur Pal, de Vienne, avait attiré l'attention des cliniciens sur les « crises vasculaires », et, en particulier, sur les crises vaso-constrictives, qui provoquent les poussées d'hypertension ; Huchard, à la même époque, insistait également sur ces phénomènes, dont il attribuait la production à l'action des produits de métabolisme incomplètement oxydés par insuffisance hépatique et rénale.

Actuellement, cette question vient d'être reprise par M. Villaret (*Presse médicale*, 393-397, 1931), qui les dénomme « hypertensions artérielles paroxystiques ». Il étudie la physiopathologie, les modalités cliniques et la thérapeutique de ce syndrome, qui est caractérisé par une élévation transitoire, souvent rapide et importante de la tension artérielle, s'accompagnant le plus souvent de manifestations cliniques graves.

Il estime que, dans la plupart des cas, ces phénomènes sont intimement liés à des décharges d'adrénaline dans le torrent circulatoire. Cette hypersécrétion transitoire serait provoquée, dans quelques cas, par une tumeur des capsules surrénales, mais le plus souvent par une excitation nerveuse de la sécrétion adrénalinique d'origine centrale ou périphérique ; la physiologie expérimentale confirme cette étiologie.

Dans quelques autres cas, ces hypertensions paroxystiques sont provoquées par des poisons minéraux, tels que le plomb ou par des poisons organiques tels que l'ergotamine, ou encore par des produits du métabolisme dans les néphrites, l'éclampsie, l'œdème du poumon. Encore, dans ces derniers cas, l'hypersécrétion adrénalinique joue-t-elle un rôle non négligeable.

Normalement, l'action de l'adrénaline est contrebalancée par celle de la choline dont la présence dans la glande surrénale et le sang a été découverte par Desgrez et Chevalier (C. R., Ac. sc., 12 janvier 1908), et dont Gautrelet et Pachon ont étudié et discuté le rôle dans la régulation de la pression sanguine.

Depuis, les études se sont poursuivies sur les dérivés et les éthers de cette choline, qui ont été reconnus plus actifs ; en particulier, Hundt et Taveau ont montré que l'acéthylocholine déterminait, par action sur le pneumogastrique et sur les muscles à fibres lisses, des phénomènes de vaso-dilatation et une chute rapide, mais peu durable, de la tension sanguine.

Villaret et Justin-Besançon ont utilisé en thérapeutique ces propriétés, avec succès, dans les hypervagotonies et les artérites ; par contre, dans les traitements des manifestations et accidents de l'hypertension, par suite de sa saponification rapide, son action serait passagère.

Comme le montrent Rotky et Klein (*Med. Klinik.*, 1542-1574, 1923) dans l'artériose avec hypertension, il existe d'une façon habituelle une excitation et une irritabilité exagérées du système vaso-constricteur et une hyperactivité de la glande surrénale. C'est surtout contre elles qu'il faut agir pour faire une thérapeutique rationnelle, et non sur les symptômes provoqués ; il faut rétablir l'équilibre neuro-végétatif qui commande la vaso-motricité des petits vaisseaux périphériques.

C'est uniquement par suite de la diminution de l'excitabilité du système nerveux central que l'on obtient une baisse de la pression sanguine, lorsqu'on administre à des hypertendus du chloral ou d'autres médicaments du même ordre ; c'est également en raison de leur action nervine que les préparations de gui déterminent l'hypotension. Les recherches de Chevalier, de Fubini et Antonini, celles plus récentes du Prof. Busquet montrent nettement que l'hypotension durable est surtout conditionnée par la diminution de l'excitabilité bulbo-médullaire et celle du pneumogastrique avec vaso-dilatation périphérique et relâchement des vaisseaux par diminution de leur tonus, ce qui permet la persistance du phénomène.

Avec le gui, il ne se produit pas d'action dépressive sur le cœur, mais, au contraire, une amélioration du travail de cet organe, comme l'ont établi Huchard et Lagrange. Dernièrement encore H. Ebster et A. Jarisch (*Arch. f. exp. path. U. Pharm.*, CXLV, 293-311, 312, 320, 1929) assimilent l'action du gui sur le cœur à une action digitalique (ralentissement, renforcement), grâce surtout à son action sur le pneumogastrique.

De plus, le gui est un diurétique azoturique et déchlorurant ; cette action secondaire contribue également à prolonger son action hypotensive en permettant l'élimination rapide des déchets azotés hypertenseurs et de l'eau en excès retenue à la faveur des chlorures dans les tissus et la circulation générale.

Les récents travaux de Nicolini (*Arch. di. Farmaco. sperim. e. Sc. affini*, XLIII 3-27 1927) confirmant ceux de Chevalier, Leprince, Barbieri, nous renseignent sur les principes actifs de cette plante, et la Guipsine reste le seul médicament physiologique à utiliser dans les troubles circulatoires ne relevant pas d'une affection organique du cœur et spécialement dans les hypertensions paroxystiques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LES ASSURANCES SOCIALES

La médecine préventive et la circulaire ministérielle du 28 juillet dernier. — Les centres de diagnostic et les syndicats médicaux. — La prévention des abus de consommation pharmaceutique et l'élimination du petit risque

Le *Journal Officiel* du 5 septembre 1931 a publié une circulaire du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, datée du 28 juillet, relative à la médecine préventive dans le cadre des Assurances sociales, d'une importance capitale et sur laquelle il y a lieu d'appeler l'attention des médecins et de leurs groupements professionnels.

Dans un préambule, où l'on sent l'influence terminologique des concepts américains, le ministre, vantant les bienfaits de la médecine préventive, qui doit *payer*, c'est-à-dire offrir des avantages se traduisant par des bénéfices partie en argent, partie en nature (amélioration sanitaire individuelle et collective, relèvement moral), dit : « *La loi française a nettement marqué cette tendance à la prévention dans son texte, et les débats parlementaires qui en ont précédé le vote ont clairement mis en lumière les intentions du législateur à ce sujet.* »

Les intentions du législateur à cet égard sont en effet bien connues, et ce fut l'un des arguments le plus souvent mis en avant pour expliquer et justifier, aux yeux de l'opinion publique, la nécessité d'instaurer les Assurances sociales en France.

Les textes législatifs, par contre, sont infiniment moins explicites. Et l'on n'a pas manqué de signaler déjà la façon vague et sommaire dont la loi s'exprime à ce sujet.

Le § 8 de l'article 4 de la loi du 30 avril 1930 est ainsi conçu :

« Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir du début...,. du *traitement de prévention...* ».

Le § 9 du même article dit à son tour :

« L'assuré dont l'état nécessite des *soins préventifs* ..... recevra des indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la caisse.

Le § 11 du même article édicte de son côté :

« Tous les cinq ans, l'assuré, malade ou non, sera autorisé à se soumettre à un examen de santé dont les conditions seront fixées dans les conventions prévues au § 4 du présent article ou, en l'absence de conventions, dans un règlement spécial établi par les caisses. »

Convenons que c'est à la fois bref, et assez peu précis. Il semble que deux alternatives aient été envisagées. Dans la première, l'assuré *a besoin* de soins préventifs. Dans la seconde, il peut, s'il le juge bon, se faire autoriser à subir un examen sanitaire quinquennal, qu'il soit malade ou non. Et j'avoue mal comprendre cette distinction. Car, s'il n'est pas malade, il est évident qu'il a un effort personnel à faire pour penser à réclamer cet examen, accordé à de longs intervalles. D'ici longtemps, rares seront, je le crains, ceux qui réclameront le bénéfice de cette disposition de la loi. S'il est malade par contre, il ne s'agit plus de prévention, mais de traitement. Et si la période de six mois est expirée, durant laquelle des soins lui auront été donnés pour une maladie définie, ce n'est pas l'examen quinquennal prévu par la loi qui sera intéressant pour lui puisqu'il continuera à réclamer le secours médico-pharmaceutique, mais en dehors de l'Assurance et à ses risques et périls, avec ou sans pension, suivant que son invalidité permanente dépassera ou non les deux tiers de son aptitude au travail.

Que dit le Règlement d'administration publique, en cette matière ? Est-il plus explicite ?

Jugez-en : L'article 21 s'exprime ainsi :

« § 1. — La caisse d'assurance maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions pour *prévenir* l'invalidité pendant la période de maladie.

« § 2. — Notamment elle doit signaler à la caisse à qui incombe le risque invalidité les assurés dont la maladie, en se prolongeant au delà de deux mois,

fait présager une invalidité future, ou paraît exiger des soins spéciaux, tel qu'un traitement dans les établissements de *prévention* ou de cure.

Enfin, le règlement type d'administration intérieure des Caisses, se référant implicitement au § 9 de l'article 4 de la loi, renferme l'article 30 suivant :

« Lorsque l'état de l'assuré nécessite des *soins préventifs*..... il lui est délivré une feuille de maladie ordinaire..... Il aura droit au remboursement des frais médicaux... et pharmaceutiques dans les limites du tarif de responsabilité, en ce qui concerne le premier acte médical et les frais pharmaceutiques correspondants. En ce qui concerne le traitement ultérieur, la caisse pourra, dans chaque cas, soit appliquer son tarif de responsabilité, soit attribuer à l'assuré une indemnité forfaitaire de soins, sur la proposition du médecin contrôleur.

Nous voilà déjà mieux renseignés, puisque le côté économique de la médecine préventive est précisé dans une certaine mesure dans cet article du Règlement-type.

La circulaire ministérielle du 28 juillet complète les textes officiels, en entrant dans le détail du côté technique de la prévention.

Elle indique que la prévention doit utiliser certains organismes, tels que les *Centres de diagnostic* et le *service social.*

La création de Centres de diagnostic, dit le ministre, c'est la formule la plus économique qui réponde au but visé. « *Elle a déjà l'adhésion des représentants de la Confédération des syndicats médicaux qui sont conscients de la nécessité de tels organismes* ». Mais qui prendra l'initiative de cette création ? Qui, à côté de ces centres, organisera le service social qui doit en prolonger et en compléter l'action ?

Les Caisses d'assurances sans doute ? ? ? Comme ce n'est pas encore demain qu'elles disposeront des ressources nécessaires, le ministre indique comment ces Caisses doivent présentement collaborer avec les œuvres et services existants : protection de la maternité et de l'enfance (consultations prénatales, de nourrissons...), dispensaires antituberculeux et antivénériens, centres anticancéreux.

Je n'entrerai pas dans le détail des mesures envisagées par le ministre pour assurer cette collaboration, et qui affectent trois formes diférentes.

Ce qu'il importe de mettre en évidence, c'est que, selon sa conception, ce sont les œuvres médico-sociales existantes qui vont absorber l'action préventive, prévue dans les Assurances sociales.

Cette absorption ne pourra se faire que d'accord avec les Syndicats médicaux puisque la loi a mis à la base du fonctionnement du service médical de l'Assurance des conventions entre Caisse et organismes divers, dans lesquelles les Syndicats sont appelés à donner leur avis.

Mais, et j'en arrive à la pensée qui m'a inspiré cette chronique, à la lecture de la circulaire ministérielle, combien les Syndicats seraient en bien meilleure posture s'ils possédaient de tels Centres de diagnostic, dans la mesure où j'en ai envisagé la création et l'exploitation, et qui a reçu l'agrément de mon ami Paul Cibrie, secrétaire général de la Confédération !

Ce droit de propriété et d'exploitation, la loi le reconnaît formellement aux Syndicats professionnels. Je m'en suis expliqué longuement dans le n° 20 du *Concours médical* (mai 1930). J'ai essayé de montrer comment ils pourraient en user.

Alors, la loi n'était pas encore appliquée. Nous voici maintenant à plus d'un an de sa mise en fonctionnement ; les détails de la *médecine curative* ont accaparé l'attention durant cette première période de douze mois. Et maintenant, c'est le tour de la *médecine préventive.*

Il ne faut pas qu'à l'occasion de sa mise en route, le Corps médical risque de voir les avantages péniblement conquis par lui atteints et diminués. Comme pour la médecine curative, tout doit se passer à la faveur de conventions où les Syndicats devront avoir des droits à faire valoir et respecter.

L'hospitalisation des assurés sociaux demeure le point névralgique du fonctionnement de la loi. Que serait-ce si le mal s'aggravait, si les frictions augmentaient, à propos de l'utilisation des dispensaires, centres, et autres œuvres qui forment l'armature de la médecine sociale ?

J'ai foi que la Confédération veille au grain. Dans ses moyens de défense contre toute atteinte aux intérêts du Corps médical organisé, je suis convaincu que la création et l'exploitation de Centres de diagnostic, à la diligence des Syndicats, demeure l'un de ses objectifs de prédilection. Il y a là une sauvegarde qui ne doit pas être négligée.

***

Puisque nous en sommes au chapitre de la prévention dans les Assurances sociales, j'en profite pour redire un mot des mesures que nous avions envisagées pour prévenir les abus de consommation médico-pharmaceutique des assurés sociaux.

Nous avons cherché vainement, de part et d'autre, à écarter le *petit risque* de la couverture de l'Assurance. Il est apparu que cela comportait des difficultés pratiques qui s'y opposaient. Et le législateur s'en est tenu au délai de carence

de dix jours pour le paiement du demi-salaire à l'assuré malade (art. 5, § 1 de la loi).

J'avais pensé, avec quelques confrères, à intéresser l'assuré lui-même à être économe, en proposant qu'une partie de sa cotisation lui serait remboursée, à la fin de chaque année, au cours de laquelle il n'aurait pas été malade. On n'a pas retenu cette proposition.

Mais la question reparaît à l'occasion des renouvellements d'ordonnances effectués *spontanément* et *irrégulièrement* par les pharmaciens, — sans nouvelle intervention médicale. Et aussi, et surtout, de la délivrance de ces menus médicaments : teinture d'iode, sulfate de soude, aspirine... qui devrait pouvoir se faire dans les officines, sans ordonnance, prétend-on.

De telles pratiques, et d'autres plus accentuées encore dans la voie de l'illégalité, sont passées dans les mœurs. Il serait vain de vouloir s'y opposer. La loi sur l'exercice de la pharmacie est désuète et inopérante, dans ces cas qui sont de toutes les minutes. Malgré les projets modificateurs et moderniseurs, si j'ose dire, qui en ont été déposés au Parlement, rien n'a pu encore être fait en ce sens, parce que le problème est des plus complexes, et qu'il apparaît difficilement soluble, si l'on veut donner satisfaction à la fois au corps médical et au corps pharmaceutique. On demeure dans le *statu quo*, en fermant les yeux sur les infractions qui se commettent quotidiennement partout, parce qu'il est impossible de faire autrement.

On a parlé de dresser une liste des médicaments que le pharmacien ne serait pas autorisé à délivrer sans prescription médicale. Je préférerais que l'on dressât la liste des remèdes simples qu'il pourrait délivrer dans ces conditions, *à ses risques et périls*. Une purgation inopportune peut envoyer *ad patres* le typhoïdique ambulatoire chez qui elle détermine une perforation intestinale. Un comprimé d'aspirine peut mener au coma urémique le brightique qui se plaint de céphalées, dont il cherche ainsi, à tort, le soulagement...

Au point de vue de l'Assurance sociale, il me semble que les craintes exprimées par M. Henri Martin sont des plus fondées, et qu'il a raison de redouter qu'en accordant de telles autorisations aux pharmaciens, les assurés soient amenés à abuser non seulement pour eux-mêmes, mais encore pour leurs proches, leurs amis, leurs voisins non assurés, qu'ils feraient bénéficier ainsi indûment des avantages du remboursement des Caisses.

La solution ?

Eh ! Mais, le voilà, le moyen d'éliminer, dans une certaine mesure, le *petit risque*. Tout en laissant le pharmacien libre de traiter sa clientèle comme il en a l'habitude, puisque nous n'y pouvons rien, nous devons demander que les fournitures pharmaceutiques ainsi faites aux assurés ne leur soient pas remboursées par la Caisse. Ce n'est pas le comprimé d'aspirine, les 50 grammes de sulfate de soude, la petite fiole de teinture d'iode qui les ruineront, ni même compromettront l'équilibre de leur budget.

Au pis aller, peut-être pourrait-on concevoir l'ouverture à chaque assuré d'un crédit annuel limité (5 % de sa cotisation personnelle) pour faire face à ces achats, considérés comme devant être exceptionnels.....

S'ils sont réellement malades, ils auront toujours la ressource de s'adresser à leur médecin.

Quant au renouvellement éventuel d'une prescription, si le médecin le juge utile et possible, en dehors de lui, rien ne s'oppose à ce qu'il inscrive, en regard de sa formule : à renouveler une fois ou deux fois... à condition qu'elle ne contienne aucun stupéfiant ni aucune substance vénéneuse dont la délivrance par renouvellement ainsi effectué est interdite.

En tout cas, il y a là matière à examen, et à recherche d'une disposition qui devra concilier les intérêts des assurés, des médecins et pharmaciens, et des Caisses, sur le plan de l'actualité et des usages. C'est encore un amendement nécessaire à cette loi si touffue et si imparfaite.

G. Duchesne.

ASSURANCES SOCIALES

I

Assurés notoirement indigents. Prix des accouchements

Nous recevons la lettre suivante :

Je viens vous remercier des renseignements que vous avez bien voulu m'envoyer, mais à ce qu'il paraît que je suis trop pressée et que je dois me résigner à attendre, et que cela s'arrangera.

Aujourd'hui il y a de nouveau des questions qui tendent, selon comme on les considère, à nous nuire considérablement.

Il s'agit du tarif des accidents du travail applicable à toute indigente assurée sociale.

L'administration de l'A. M. G. veut bien appliquer ce tarif, mais en le déformant de telle façon, que son application ne nous procurera aucun avantage. Ce tarif indique 200 fr. pour l'accouchement et les visites payées en plus au prix de 15 fr.

L'A. M. G. nous dit que les visites ne nous doivent pas être payées, pour la raison que jusqu'à présent on ne nous les a jamais payées.

Par conséquent, je me demande si nous avons le droit, vu que ces conditions nous lèsent dans nos intérêts :

1° De continuer à envoyer nos mémoires pour indigentes assurées, comme auparavant, sans indiquer qu'elles sont assurées et de demander le prix existant déjà, soit 100 fr. pour le Var ;

2° Une assurée, ou femme d'assuré, a droit aux prestations maternité que la caisse à laquelle elle est affiliée lui verse en temps voulu.

Par le fait que cette personne assurée est en même temps indigente, est-ce qu'elle ne conserve pas tous ses droits à ces prestations ?

Par conséquent si la chose est possible, nous toucherions la somme de 100 fr. de l'A. M. G. et la somme de 180 — 20 % prix de responsabilité des caisses du département du Var pour accouchement normal. Ce qui nous ferait 244 fr. quand il n'y a pas de visites supplémentaires aux 9 visites consécutives à l'accouchement. Seulement le prix de responsabilité devrait nous être versé par les caisses directement.

Mme A.

Réponse.

Il est nécessaire de bien préciser la situation juridique d'une accouchée, assurée sociale et indigente.

Dans l'esprit de la loi, une assurée sociale, ou femme d'assuré, n'est pas indigente, c'est-à-dire n'est pas bénéficiaire de la législation sur l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893). Elle est soumise au droit commun des assurés sociaux ; elle doit elle-même payer son médecin ou sa sage-femme, puis se faire rembourser par sa caisse.

Si elle est hors d'état de faire ce paiement, elle peut demander à la caisse de lui faire l'avance les frais médicaux et devra, ensuite, founir la preuve qu'elle a bien désintéressé le praticien qui l'a accouchée.

Si cette assurée est momentanément privée de ressources, la commune n'intervient qu'en cas d'hospitalisation ; si, par exemple, l'accouchement dystocique nécessite le transport dans un établissement hospitalier. Les frais d'hôpital sont alors pour tout ou partie à la charge du service d'A. M. G.

Si cette assurée est notoirement indigente, elle doit être, au préalable, inscrite sur une liste spéciale, prévue par l'article 59 de la loi sur les assurances sociales.

C'est le cas, pour lequel consultation nous est demandée.

Lorsqu'un praticien (médecin ou sage-femme) est appelé à pratiquer un accouchement chez un assuré social, régulièrement inscrit sur la liste spéciale des notoirement indigents, ce client doit présenter une feuille de maladie, certifiant à la fois la qualité d'assuré social et de notoirement indigent.

S'il est assuré social, mais momentanément dans la gêne, il ne peut recevoir, pour sa femme, qu'une assistance en vue de l'hospitalisation.

Quels honoraires réclamer, dans le cas d'accouchement d'une assurée, ou femme d'assuré, notoirement indigente ?

Aux termes de l'article 59 de la loi, c'est le tarif ministériel des accidents du travail. Celui-ci comporte d'abord, à l'article 21, la somme de 200 francs, pour un accouchement simple, sans complications. Si l'accouchement nécessite l'emploi du forceps, ou une version, le prix en sera de 300 francs (article 28).

Il en est de même, si l'accouchement doit être suivi d'une délivrance artificielle. Si embryotomie, 500 francs.

En ce qui concerne le prix des visites et des consultations, il reste, bien entendu, en dehors de l'acte opératoire de l'accouchement. L'article 10 du tarif ministériel des accidents du travail le dit explicitement : « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non

les visites, les consultations, ou interventions consécutives à cet acte. »

Le tarif des assurances sociales prévoit un forfait d'accouchement, comprenant l'acte obstétrical, plus neuf visites consécutives. Mais ce forfait est supérieur au tarif prévu pour les accidents du travail, parce que, en matière d'application de la loi du 9 avril 1898, les visites ne sont pas comprises dans le prix de l'acte opératoire.

Donc, le médecin ou la sage-femme aura droit, en cas d'accouchement normal, à 200 francs, plus le prix des visites, ou consultations, qu'il sera obligé de faire avant, et après l'acte obstétrical. Bien entendu, il ne faut pas abuser des visites et, en principe, il convient d'agir avec ces accouchées comme avec des clientes de droit commun, c'est-à-dire ne faire que les neuf visites consécutives qui, théoriquement, sont nécessaires pour surveiller la malade jusqu'à ses relevailles.

Selon les termes de l'article 151 du règlement d'administration publique, le praticien enverra sa note à la mairie du domicile de secours de l'accouchée, qui la transmettra au service départemental d'A. M. G. Les honoraires seront réglés intégralement sans retenue, ni diminution, comme s'il s'agissait d'une femme accidentée du travail et dont les frais d'accouchement seraient réglés par le chef d'entreprise, ou l'assureur de ce dernier.

Assurée sociale, ou femme d'assuré, la parturiente conserve ses droits aux prestations en argent, éventuellement bien qu'elle soit inscrite sur la liste des notoirement indigents.

Disons d'abord que l'article 59 prescrit aux caisses de ne prélever aucune retenue comme participation aux frais médicaux et pharmaceutiques : la totalité de la dépense est supportée par la caisse et par la commune du domicile de secours.

Mais, si la parturiente n'est pas assurée sociale, si elle est simplement la femme d'un assuré, elle peut bénéficier, le cas échéant, des allocations, prévues par les lois antérieures, pour l'assistance aux femmes en couches (article 59, § 2 de la loi ; article 151 du règlement d'administration publique).

Si l'accouchée est elle-même assurée sociale, du fait qu'elle touchera les indemnités en argent, elle ne peut plus bénéficier des secours alloués pour l'assistance aux femmes en couches : à ce point de vue, elle n'est pas une indigente.

Je conclus : en cas d'accouchement chez une indigente notoire assurée sociale, ou femme d'assuré, le praticien enverra sa note à la commune du domicile de secours : il a droit à 200 francs, pour un accouchement normal, 300 francs en cas de difficultés, ou de délivrance artificielle, plus le prix des visites consécutives, 9 environ. Le prix de ces visites sera également calculé selon le tarif ministériel des accidents du travail, soit 15 francs, plus l'indemnité kilométrique (deux francs pour les villes de plus de 100.000 habitants et leur banlieue, 1 fr. 50, en plaine, 1 fr. 80 en montagne, de la mairie du médecin, au domicile du malade, aller et retour).

Mais, en aucun cas, ne doit être utilisé le tarif de l'assistance médicale gratuite, arrêté dans chaque département, par le préfet, après délibération du conseil général : encore une fois, les assurés sociaux ne sont pas des indigents, même s'ils figurent sur la liste spéciale prévue par l'article 59 de la loi sur les assurances sociales : ils sont et restent des assurés sociaux, tributaires de la loi du 30 avril 1930 et jamais de celle du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G.

Dr Paul Boudin.

II

Défaut de déclaration par l'employeur. — Responsabilité

Je vous serais obligé de me donner, par la voie du *Concours* — inutile de me répondre personnellement — une réponse aux questions suivantes qui intéressent tout le Corps médical.

Le service des assurances sociales fonctionne dans le département du Var — et peut-être comme partout ailleurs — d'une façon déplorable.

Les assujettis à la loi, que l'on met des mois et des mois à rembourser de leurs avances aux médecins et pharmaciens, ne prennent même plus la peine de réclamer des feuilles de maladie, ils préfèrent venir en clients libres, sûrs de bénéficier des tarifs réduits que l'on accorde d'ordinaire à la classe ouvrière. C'est encore le médecin qui est la victime.

Quant à faire inscrire des assujettis sur les listes spéciales ou à recevoir régulièrement les feuillets trimestriels ou les cartes annuelles de cotisations, c'est toute une affaire.

Ayant changé de bonne le 1er octobre 1930 et ayant fait une déclaration immédiate à l'office départemental des A. S. je n'ai reçu qu'en décembre les feuillets de cotisations, et encore avais-je dû adresser deux réclamations audit office, puis une au préfet, et enfin faire une communication à la presse !

J'ai rendu comme il convenait feuillet trimestriel et carte annuelle le 30 avril 1931, dont j'ai gardé les talons. A ce jour, 31 juillet, c'est-à-dire trois mois après, je n'ai encore reçu ni feuille ni carte.

Naturellement, cette fois je n'ai fait aucune réclamation et j'attends....

Je voudrais savoir du *Concours* si, muni de mes

talons, je suis dans mon droit en attendant... sans réclamer et, s'il arrivait quelque chose de fâcheux à ma bonne, je serais couvert, bien que naturellement je n'aie pas versé de cotisations depuis trois mois (j'ajouterai que je paie de ma poche les deux cotisations... celle de ma bonne et la mienne). D'autre part, puis-je attendre ainsi, sans risques, le bon plaisir de ces MM. des A. S. ? Je dois vous déclarer que je suis las de réclamer.

Réponse.

Aux termes de la loi et du règlement d'administration publique, l'employeur est responsable du versement des cotisations patronales et ouvrières.

S'il s'abstient de déclarer son personnel, il est passible des pénalités de simple police, prévues par l'article 64 de la loi. De plus, il peut être tenu à réparer pécuniairement le dommage que, par sa négligence, il a occasionné à un employé malade.

C'est ce que vient de décider le juge de paix de Toulouse (4e canton ouest) par jugement du 20 mars 1931 ; un ouvrier n'avait pas été inscrit aux assurances sociales par son patron. Il tombe malade. Immédiatement, ledit patron s'empresse de faire sa déclaration d'inscription en faveur de son ouvrier et colle les timbres rétrospectivement.

La caisse d'assurances sociales n'a pas voulu accepter cette manière de faire et le juge de paix a condamné le patron à payer à son ouvrier la totalité des indemnités en argent et en nature, auxquelles il aurait eu droit s'il avait été régulièrement inscrit.

Le même jour, le même juge de paix condamnait le même patron à verser à une ouvrière tous les avantages qu'elle était en droit d'attendre des assurances sociales, ayant dû interrompre son travail, pour son accouchement. L'employeur dut verser l'indemnité de repos prénatal, celle du repos post-natal, l'indemnité d'allaitement au sein. Mais, l'ouvrière ayant accouché à l'hôpital, le patron fut déchargé des prestations en nature, c'est-à-dire des frais d'accouchement.

Quid pour un patron, qui a rempli ses obligations légales de déclaration de son personnel, mais se heurte à des difficultés, pour l'apposition des timbres sur les feuilles annuelles et trimestrielles ?

Nous trouvons au *Journal officiel* une réponse faite à M. Escudier, député : le Ministre du Travail répond que l'employeur doit demander les cartes, ou les duplicata des cartes au service départemental ou interdépartemental des assurances sociales, car il est responsable de l'apposition des timbres.

Je crois donc qu'il serait prudent d'adresser une réclamation au service départemental des assurances sociales et une autre au préfet ; mais, en attendant le résultat, puisqu'il semble que, dans le département du Var, l'administration veut saboter la loi, il conviendrait de coller les timbres sur une feuille de papier, au fur et à mesure de leur échéance, en mentionnant chaque fois, la date de l'apposition dudit timbre.

En cas de maladie, survenant chez le domestique, il faudrait faire la preuve que, malgré la négligence incompréhensible de la caisse primaire, le médecin a néanmoins rempli ses obligations et ne doit pas être rendu pécuniairement responsable de la mauvaise organisation administrative.

Au besoin, un député, ou un sénateur du Var pourrait poser une question écrite au Ministre du Travail, par l'intermédiaire de l'*Officiel*, pour signaler la mauvaise gestion locale des assurances sociales : cela pourrait probablement amener bien des agitations.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

La vie aventureuse de Lorenzo Da Ponte, librettista de Mozart et ami de Casanova

Quelle singulière époque fut la fin du XVIIIe siècle, encore moins en France malgré les terribles secousses de la Révolution, qu'en Italie, en Autriche, en Allemagne, en Angleterre et ailleurs ? Pour s'en rendre à peu près compte il faut lire les mémoires du temps. M. Raoul Vèze a eu l'heureuse idée de rééditer celles d'un abbé italien, Lorenzo Da Ponte, qui mena la vie la plus singulière, la plus aventureuse qu'il soit possible d'imaginer. Ce Da Ponte qui ne manquait ni de talent, ni d'esprit, eut l'avantage d'être un des librettistes de Mozart et un ami de Casanova, qu'il imita plus d'une fois dans sa vie déréglée. Il prit part à de nombreuses intrigues, fut pendant quelque temps attaché comme poète officiel à la cour de l'Empereur d'Autriche, Joseph II, et finit sa longue carrière en Amérique.

M. Raoul Vèze qui a publié les mémoires de Da Ponte, suivis de ses Lettres inédites à Jacques de Casanova, dans l'intéressante collection que dirige M. Edmond Pilon (1), les a précédés d'une remarquable et érudite préface, étude qui, en soixante pages, résume la vie et l'œuvre de Da Ponte. Il a en outre annoté savamment les mémoires qui, sans cela, perdraient beaucoup de leur intérêt.

Bien que Da Ponte ait inscrit en épigraphe de ses mémoires le vers latin :

Omnia non dicam, sed quæ dicam omnia vera.

Il ne faut pas prendre comme l'exacte vérité tout ce qu'il raconte. Il n'est pas douteux qu'il cherche autant que possible à se donner toujours un rôle avantageux. M. Raoul Vèze qui a consulté tous les ouvrages italiens qui parlent de Da Ponte, a relevé dans les *Mémoires* bien des omissions et des erreurs volontaires. Ce Da Ponte était en fait comme son ami Jacques Casanova un assez triste personnage.

Né à Cénéda (aujourd'hui Vittorio Veneto), en 1749, fils d'un cordonnier juif, nommé Conegliano, qui s'était converti pour épouser en secondes noces une jeune catholique, Lorenzo Da Ponte avait pris le nom (ce qui était la coutume) de l'évêque de Cénéda qui l'avait baptisé avec son père et s'était occupé de son éducation. Elève au séminaire de Cénéda, puis à celui de Portogruaro, en Vénétie, il entra dans les ordres, fut à 22 ans professeur de rhétorique dans ce séminaire et ordonné prêtre en 1773. On verra dans la suite comment ce singulier ecclésiastique comprenait ses devoirs religieux, ce qui paraissait assez normal à cette époque où beaucoup de membres du clergé italien suivaient les conseils du dicton vénitien :

« *La mattina una messetta, l'apodinar una bassetta, e la notte una donnetta* » (Le matin une petite messe, l'après-midi une petite partie de cartes, et la nuit une petite femme).

Vaniteux, agressif, il ne se fit guère d'amis au séminaire, si bien qu'au bout de quatre ans, ayant exercé sur tous ses collègues sa verve sarcastique, il dut quitter Portogruaro et se rendre à Venise, la cité des aventures, des intrigues, des courtisanes où Da Ponte se trouvait réellement dans son milieu.

Précepteur des enfants d'un noble vénitien, il ne tarda pas à être chassé pour immoralité. Il devint l'amant de cœur d'Angola Tiepolo, une courtisane, très cotée à Venise, qui entretenait un misérable frère. Après une vie de débauches humiliantes, dégoûté lui-même par les accès de jalousie de sa maîtresse et le milieu répugnant qu'elle l'obligeait à fréquenter, il s'enfuit de Venise, trouva le moyen de gagner les bonnes grâces d'un évêque de Trévise qui, bien que n'ignorant pas son honteux passé, le nomma professeur dans le séminaire de sa ville épiscopale dans le but de le mettre à l'abri des tentations. Là au bout de deux ans, il se mit tous ses collègues à dos. Il voulut si bien prouver sa valeur et son indépendance qu'il osa traiter plaisamment dans une réunion universitaire un sujet anarchiste, ce qui causa un grand scandale : « L'homme ne serait-il pas plus heureux dans l'état de nature qu'au sein des institutions sociales ? »

Le Sénat de Venise, saisi d'une plainte, lui interdit d'exercer la profession de professeur dans le domaine de la République. Il trouva moyen par sa bonne mine et son bagout de capter les faveurs et la confiance de deux grands seigneurs vénitiens, dont la moralité très élastique permit à Da Ponte de vivre à leur crochet tout en courtisant leurs maîtresses. Chez eux il fit la connaissance de Casanova qui paraît remplir à cette époque (1777) le rôle infamant et redoutable de « confident » des Inquisiteurs, c'est-à-dire d'espion. L'amitié de ces deux poètes-aventuriers ne fut pas très solide, car se connaissant bien ils ne pouvaient certes guère avoir confiance l'un dans l'autre.

(1) Lorenzo Da Ponte, librettiste de Mozart, Mémoires (1749-1838) suivis de lettres inédites de Lorenzo Da Ponte à Jacques Casanova. Préface et Notes de Raoul Vèze. *Jadis et Naguère.* Les Hommes, les Faits et les Mœurs, collection dirigée par Edm. Pilon. H. Jonquières, édit., Paris, 21, rue Visconti, 1931.

Devenu précepteur des enfants de Georgio Pisani, membre du Grand Conseil, aux idées subversives, Da Ponte eut l'imprudence de défendre dans ses vers et ses écrits, les opinions révolutionnaires de son patron. Il dut quitter Venise pour Goritz, car il était l'objet d'une plainte qui l'accusait d'avoir manqué la messe le dimanche, d'avoir mangé de la viande le vendredi et aussi d'être l'amant de la femme d'un certain Bellaudi chez lequel il vivait. Il fut par contumace condamné au bannissement de tout le territoire de la Sérénissime République.

Après un séjour à Cénéda, à Goritz et à Dresde, Da Ponte arriva à Vienne peu après la mort de l'impératrice Marie-Thérèse (1780). Il avait écrit une ode sur la Paix de Teschen (1779) qui lui avait ouvert quelques salons littéraires et avait traduit en vers des psaumes qui lui procurèrent quelque argent.

Recommandé à Salieri, maître de la chapelle impériale de Vienne, il s'attira sa protection en composant un poème pastoral, *Philémon et Baucis*, poème qui fut apprécié par Métastase le poète impérial, qui mourut peu après (1782).

Il ne put obtenir la charge de Métastase qu'il briguait, mais grâce à Salieri, il fut nommé poète des théâtres impériaux aux appointements de 1.200 florins, avec l'obligation d'écrire des livrets pour lesquels il toucherait des rétributions supplémentaires. Présenté à Joseph II, il ne tarda pas à faire sa conquête. Il devint alors le librettiste à la mode et fit preuve dans ce genre secondaire d'un indiscutable talent. Il écrivit des livrets pour les compositeurs Salieri, Martin y Solar, Gazzaniga, enfin pour Wolfgang Mozart avec lequel le baron de Wetzlar l'avait mis en relations. Mozart avait alors trente ans. Les *Noces de Figaro* dont Da Ponte écrivit le livret, consacrèrent définitivement la réputation du grand musicien.

Da Ponte composait des livrets avec une ardeur acharnée. Sur les conseils de Joseph II, il se borna à écrire pour les compositeurs Mozart, Salieri et Martin. Ce fut alors qu'il composa le livret de *Don Juan* et bien d'autres. *Don Juan*, joué au théâtre de Prague, fut pour Mozart un triomphe auquel fut associé Da Ponte.

Ayant retrouvé son ami Casanova, Da Ponte prit part à de nombreuses intrigues féminines qui, accrues des manœuvres d'envieux et de jaloux, comme le poète Casti, ne furent pas sans troubler quelque peu sa vie à la cour de Vienne. Sur ces entrefaites, Joseph II fit fermer les théâtres de Vienne à cause de la guerre contre les Turcs et pour comble d'infortune l'abbé Da Ponte tomba amoureux fou d'une actrice, Adriana, la Ferraraise, qui le ridiculisa et ameuta tout le monde contre lui. Joseph II mourut (1790) et son successeur Léopold II, outré par la conduite scandaleuse de Da Ponte et de sa maîtresse et les pamphlets venimeux qu'il publia contre lui, le révoqua et le chassa de Vienne. Il gagna Trieste, le refuge des disgrâciés de l'époque, parvint à s'y faire une réputation et y apprit en 1792 la mort de Léopold II.

Là il fit la connaissance de Nancy Grahl, israélite de nationalité anglaise, que lui, consacré prêtre catholique, épousa, vraisemblablement à la synagogue, revenant pour la circonstance à la religion primitive de sa famille.

Il voulut gagner la France, s'arrêta à Oberlentensdorff pour faire une visite intéressée, mais sans succès, à son ami Casanova, devenu secrétaire du Comte de Waldstein à Dux. La Révolution le détourna de Paris et il se rendit à Londres où il chercha à attirer l'attention en écrivant un mélodrame sur la mort de Louis XVI. Londres ne lui fut pas favorable, il y laissa sa femme, Nancy, gagna Bruxelles, Rotterdam, La Haye, Amsterdam où il espérait se renflouer. Hélas ! la déroute anglo-hollandaise de Hondschoote (1793) détourna de lui l'attention. Nommé poète du théâtre de Dury-Lane, il retourna à Londres, il y vécut et eut même quelques succès en écrivant une cantate pour le mariage du prince de Galles, le futur Georges IV, avec Caroline-Elisabeth de Brunswick (1795). Mais les affaires à Londres ne furent guère brillantes. En 1798, il se fit envoyer en Italie pour y recruter des artistes. Il passa à Cenéda, à Trisete, se risqua à Venise où l'on n'avait pas perdu le souvenir de sa déplorable réputation et qu'il fut obligé de quitter en hâte. Il vint à Florence où il recruta une actrice de plus de quarante ans, ancienne maîtresse de Casanova, et un ténor de deuxième ordre. Mal reçu à Londres, congédié de Dury-Lane où on lui demanda compte de sa gestion, il se lança dans des affaires assez embrouillées pour lesquelles il n'avait nulle compétence, imprimerie, librairie, etc. ; traqué par ses créanciers, menacé de prise de corps, il s'enfuit en Amérique, débarqua à Philadelphie en 1805 et retrouva sa famille à New-York. Successivement droguiste, professeur d'italien, il se livra à des affaires commerciales sans succès, fit une propagande intense en faveur de la langue et de la littérature italienne à New-York, à Sunbury, à Philadelphie où tour à tour il séjourna.

Il n'oublia pas qu'il était homme de théâtre. En 1825, il s'intéressa à la troupe à demi-italienne de l'Espagnol Vincent Garcia, venue en tournée aux Etats-Unis et fut un enthousiaste admirateur de Maria Garcia, qui devint la célèbre Malibran.

Il passa son temps à écrire ses mémoires qui s'arrêtent au 14 septembre 1830. La vieillesse ne l'avait pas assagi ; il attira en Amérique par l'intermédiaire de son frère, resté sur le continent, Jacques Montrésor, impresario de Bologne

avec plus de cinquante chanteurs. Le succès fut médiocre et Da Ponte eut les pires difficultés avec Montrésor.

En 1832, la mort de sa femme le plongea dans la douleur, il se consola en écrivant en son honneur des sonnets. Il mourut le 17 août 1838, à l'âge de 89 ans. Malgré ses avatars et son passé fâcheux, il avait acquis à New-York une certaine célébrité. On lui fit des funérailles somptueuses. L'un des cordons funèbres était tenu par le carbonaro Pietro Maroncelli, un des compagnons de captivité de Silvio Pellico, à la forteresse de Spielberg, réfugié en Amérique.

Telle fut en résumé la vie étrange de Da Ponte, juif converti, mauvais prêtre, plat courtisan, aventurier, poète, ami de Casanova, protégé de Joseph II, librettiste de Mozart, admirateur et peut-être protecteur de la Malibran, et sans doute affilié aux carbonari.

Le lecteur de ses *Mémoires* sera stupéfait des intrigues amoureuses, de l'inconscience amorale de ce prêtre, des machinations de ce courtisan, que nous n'avons même pu énumérer dans cet article et qui donnent un aperçu des mœurs singulières de la Société européenne à l'époque de la Révolution et de l'Empire.

J. Noir.

VERS LA SOCIALISATION DE LA RESPONSABILITÉ ET DES RISQUES INDIVIDUELS ?

Le *Recueil hebdomadaire de jurisprudence* Dalloz publie sous ce titre une chronique de Monsieur Savatier, professeur à la Faculté de droit de Poitiers. Nous avons jugé qu'elle intéresserait nos lecteurs et nous avons prié notre conseil technique d'assurance de nous donner son opinion à ce sujet. Nous publions ci-dessous son argumentation.

Alors qu'on s'était accoutumé à trouver dans le droit des obligations, la partie la plus immuable du droit civil, voici qu'il se révèle profondément ébranlé. Un empire immense, celui de la responsabilité civile, est en train de s'y constituer sous le signe de principes nouveaux, encore entourés de quelque brume.

Progressivement pourtant, et par vagues successives, ce brouillard se crève devant les réalisations de la loi et de la jurisprudence ; et il nous semble discerner, par derrière, avec assez de netteté, les grandes lignes de la construction qui se crée. L'esquisse générale vaut, certes, d'en être présentée. Peut-être, en effet, ne la regardera-t-on pas sans étonnement et sera-t-on surpris de constater à quel point se marque déjà la conversion de notre droit vers de nouvelles conceptions sociales.

Deux idées nous paraissent la guider, elles sont à base de sentiment. Elles cristallisent de nouvelles conceptions de l'équité qui se font jour de plus en plus nettement dans la conscience contemporaine. L'une est déjà très claire : c'est que tout dommage accidentellement subi par un individu ou un groupe d'individus, doit, dans une société bien construite, trouver une réparation assurée. L'autre idée, moins nette dans les esprits, mais dont la réalisation est, au fond, aussi poussée, c'est qu'en définitive, le Corps social apparaît comme le débiteur général de ces réparations individuelles. Nous allons mettre en lumière successivement chacune de ces idées, dans ses manifestations légales et jurisprudentielles. Puis, nous indiquerons comment elles se conjuguent nécessairement ; enfin, nous essaierons de dégager par là le sens et l'issue possible de l'évolution actuelle de notre droit de la responsabilité.

I. — Que l'on prenne un accident quelconque : jadis, personne ne doutait, s'il n'avait pas pour cause la faute d'autrui, qu'il dût rester à la charge de la victime. Le sentiment public se bornait à la plaindre ; et si un particulier ou l'Etat intervenait bénévolement pour la dédommager, c'était affaire de charité et non de justice.

Qu'on suppose maintenant le même accident arrivant aujourd'hui. Ni la victime, ni l'opinion publique ne raisonnent plus de même. Le sentiment qui les domine, c'est que l'accident rompt véritablement la justice, et que l'équité en exige réparation. Et peu à peu, la loi et la jurisprudence tendent à traduire ce sentiment dans les faits ; à assurer autant que possible une réparation ; à trouver à tout prix un responsable. (V. d'ailleurs notre note D. P. 1930, I, 43, col. 2.)

De là, une recherche étagée de personnes qui seront tenues de la réparation les unes à défaut des autres, recherche aboutissant à une hiérarchie légale et jurisprudentielle, d'obligations de réparer.

En présence du sinistre, c'est d'abord à l'assurance directe pouvant couvrir la victime que l'on s'adresse. Le développement des assurances dans le droit et la pratique modernes n'a pas à être mis en lumière, tant il apparaît avec évidence. Le nombre des risques contre lesquels on s'assure

va en augmentant de pair avec le nombre des personnes qui s'assurent et avec l'importance des sommes pour lesquelles elles s'assurent. On peut donc espérer, en présence d'un accident, trouver une assurance directement tenue de le réparer, et c'est à la porte de l'assureur qu'on frappera d'abord.

Au second degré de la hiérarchie se trouve une catégorie de débiteurs dont le nombre et les obligations tendent également à s'accroître sans cesse : ce sont les personnes responsables. Leur responsabilité n'est plus uniquement, comme autrefois, fonction d'une faute commise. De tous côtés, la théorie du risque créé se développe de manière à fonder un principe nouveau de responsabilité qui menace de submerger l'ancienne conception de la faute. On sait le terrain gagné, depuis la loi de 1898, par le risque professionnel, comme fondementde responsabilité dans les accidents du travail. On assiste, d'autre part, aujourd'hui à l'invasion de plus en plus irrésistible de l'art. 1384, alinéa 1er, dans tout le domaine de la responsabilité. Ce n'est peut-être pas à tort que M. Josserand y salue le triomphe de ses idées et la consécration du principe que tout homme devient aujourd'hui responsable, non seulement de sa faute, mais encore de toutes les forces travaillant à son service.

Enfin, lorsque ni l'assurance, ni la responsabilité civile n'auront permis de trouver un débiteur tenu de réparer le dommage, on verra la victime et le sentiment public se retourner vers l'Etat. C'est alors à celui-ci que réparation sera demandée. Et, de plus en plus, il l'accordera. Bien plus, il ne l'accordera plus seulement comme une aumône, mais comme la satisfaction d'un droit de la victime. L'évolution a commencé avec les lois sur les dommages de guerre. Depuis lors, qu'il s'agisse d'inondations, de tempêtes, de glissement de terrains ou de cataclysmes quelconques, on voit de plus en plus naturellement, une loi intervenir pour assurer aux dépens de l'Etat, la réparation des dommages privés.

Ainsi, au terme du cycle que tend à parcourir notre droit, toute victime d'accident serait virtuellement sûre d'être indemnisée.

II. — Mais par qui ? Ici intervient la seconde idée dont, à la réflexion, il est facile de voir quelles racines profondes elle a déjà poussées dans les faits.

En réalité, le véritable et final débiteur de la réparation, c'est toujours, dans la construction qui s'esquisse, le corps social.

Si le sinistre a été directement assuré par la victime, on sait que, par le mécanisme de l'assurance, le risque s'amortit sur tout le corps des assurés. Eux-mêmes, toutes les fois qu'il s'agit de producteurs ou de commerçants, tiennent compte des primes d'assurances dans leurs frais généraux, et, par suite, dans le calcul du prix de revient qu'ils récupèrent sur le consommateur. D'où il suit que ce sont les consommateurs, c'est-à-dire l'ensemble du corps social, qui payent finalement les primes, et par elles, les réparations dues aux victimes.

Quand il y a responsabilité, la solution n'est pas différente dans la plupart des cas. En effet, l'assurance intervient encore, non plus directement, mais indirectement. Le domaine des responsabilités n'a pu, en réalité, prendre le développement qu'il a aujourd'hui, que parce que le juge et la loi savaient que derrière le responsable devenu simple personne interposée, il y a presque toujours une compagnie d'assurance. Il ne faut pas perdre de vue que les procès de responsabilité se plaident couramment, non contre le responsable théorique, mais contre la compagnie qui le couvre. Et là où le juge hésiterait à condamner lourdement un simple particllier, au risque de la ruine de celui-ci, il n'a pas de scrupules à faire porter le poids de la réparation sur cette compagnie. L'action directe, donnée par les tribunaux à la victime contre l'assureur, n'est au fond qu'une manifestation de l'idée qu'il devient le véritable débiteur de la victime. Ainsi, le développement des responsabilités et celui des assurances sont intimement et indivisiblement liés ; c'est le second qui seul, a permis le premier. C'est seulement parce que le poids de la responsabilité, en apparence individuelle, se répartit, en définitive sur tout le corps social, que le domaine de la responsabilité tend à s'accroître indéfiniment.

Enfin, on a vu qu'à l'arrière ban des débiteurs de réparations, se plaçait l'Etat lui-même. Ici, l'incidence de la réparation sur le corps social devient absolument directe.

Mais, directement ou indirectement, nous venons de montrer que partout, l'amortissement du risque individuel tendait à se faire aux dépens du corps social.

III. — Le système qui s'esquisse ainsi présente des avantages évidents et considérables. Outre la satisfaction qu'il donne au sentiment de l'équité, conçu par la conscience contemporaine, il assure la sécurité des individus d'une manière de plus en plus complète. Par voie de conséquence, il donne plus de stabilité aux fortunes et aux situations individuelles, ce qui consolide le corps social lui-même. On ne peut songer à méconnaître de tels bienfaits. Il n'est pas inutile pourtant de signaler les sacrifices qui les paient.

A. — Le premier est le poids massif avec lequel toute cette construction pèse sur la collectivité. Ce poids serait supportable si la dépense de la collectivité profitait entièrement ou presque, aux victimes de sinistres. Mais il est loin d'en être ainsi. C'est surtout par voie de primes d'assurances que directement, ou indirectement, nous

l'avons vu, le corps social supporte la réparation des dommages individuels. Or, il s'en faut de beaucoup que les primes ainsi versées profitent entièrement aux sinistrés. Il nous est arrivé plusieurs fois d'avoir sous les yeux le bilan de compagnies d'assurances prises parmi les plus sérieuses. Or, ce qui sautait aux yeux du simple assuré à la lecture de ces bilans, c'était qu'un tiers seulement des primes versées par les assurés leur revenait finalement sous forme de réglement de sinistres, quand ce n'était pas moins encore. Le reste se perdait en route, soit en impôts, soit dans les frais divers et énormes que comporte le mécanisme de l'assurance.

On sait, en effet, l'appareil formidable que constituent aujourd'hui le personnel et l'activité des compagnies d'assurances. La quantité de Français qu'elles font vivre s'accroît de plus en plus. Le nombre de localités même rurales, où chacune entretient en concurrence ses agents et sous-agents, est de plus en plus grand. Il faut bien que tout cela se paie.

Au surplus, le dualisme qui s'établit entre l'assurance directe du sinistre par la victime, et l'assurance responsabilité contractée par le tiers responsable, est lui-même une source de frais supplémentaires et importants. Il y a double emploi dans les polices, dans les agents chargés du contrôle et du recrutement des assurés ; il y a des comptes et des procès complexes qui n'aboutissent pourtant qu'à indemniser une seule fois la victime.

Encore si celle-ci était indemnisée toujours entièrement, et touchait immédiatement et sans déduction le capital à elle dû. Mais on sait combien souvent elle n'y parvient qu'après un procès coûteux, et non sans retard.

B. — Le second inconvénient du système actuellement en vigueur consiste dans ses fausses incidences. Pour qu'il fonctionnât régulièrement, il faudrait que tout le monde fût assuré, notamment sur la responsabilité, auprès d'une compagnie d'assurances solvable, et pour toute l'étendue des dommages possibles. Or, malgré les précautions prises par la récente loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurances, il y a encore bien des polices ouvrant aux Compagnies des clauses de déchéance risquant de laisser sans secours des assurés de bonne foi. Il y a aussi beaucoup d'assurés qui ne s'assurent qu'incomplètement. Il n'est pas rare qu'un malheureux automobiliste, ayant cru suffisant d'assurer sa responsabilité pour 100.000 ou 150.000 francs soit complètement ruiné à la suite d'un accident qui l'oblige à réparer pour 300.000 ou 400.000 fr. de dommages. Et cette ruine qui s'étend à sa famille et l'oblige à renoncer à sa profession, peut avoir pour cause une réparation due à une victime beaucoup moins intéressante que lui-même.

Au surplus, la victime directe de l'accident risque de subir, plus encore que l'auteur responsable, les conséquences de l'insuffisance de couverture du risque. Il en est ainsi toutes les fois que le responsable non assuré ou insuffisamment assuré est insolvable. Alors le droit de la victime à réparation apparaît purement théorique.

C. — Mais ces périls ne sont pas, à notre sens, les plus graves. Ce qui nous paraît surtout redoutable dans l'évolution actuelle de notre droit, c'est la tendance à l'élimination progressive de l'idée de faute, et par là, à la disparition du sens de la responsabilité individuelle. Jadis, le principe de toute responsabilité était la faute ; et chacun était ainsi impérativement convié à veiller sur ses actes, et à prendre ses responsabilités. En est-il encore de même aujourd'hui ?

La certitude de voir réparer le dommage éprouvé peut d'abord être une tentation pour la mauvaise foi. Les compagnies d'assurances connaissent bien l'existence de ces sinistres volontaires, souvent si malaisés à démasquer, par lesquels la victime provoque elle-même l'accident, ou le simule, pour s'assurer le bénéfice de la réparation. C'est ce péril qui est, on le sait, un des arguments les plus fréquemment développés par les adversaires des assurances sociales.

En réalité, d'ailleurs, la mauvaise foi proprement dite est relativement rare. Mais ce qui est très fréquent, c'est la négligence ; ce qui est général, c'est la loi du moindre effort. Or, il est clair qu'on mettra moins d'attention et de zèle à éviter un accident si celui-ci doit être réparé par le corps social, que si l'on doit en subir seul les conséquences. Le seul moyen d'éviter un semblable péril serait de maintenir demain comme hier la première place à la notion de faute.

En sera-t-il vraiment ainsi ? Il faut bien en douter. Au fond, en effet, la prééminence de l'idée de faute est gravement compromise par la pratique, de plus en plus répandue de l'assurance des fautes. Qu'il s'agisse d'une responsabilité fondée sur la faute ou d'une responsabilité fondée sur le risque, les tribunaux n'ont presque jamais le défendeur en personne devant eux. C'est toujours une compagnie d'assurances à laquelle ils ont affaire, et elle ne leur paraît ni plus ni moins intéressante qu'elle représente une personne en faute ou un simple chargé de risques. Ainsi la primauté de l'idée de faute sur l'idée de risque tend à s'atténuer aux yeux des tribunaux, sinon même à disparaître, malgré les efforts faits pour sa défense (V. notre note D. P. 1930, I. 81). Cette évolution est facilitée par le fait que la responsabilité fondée sur le risque a un domaine beaucoup plus large, et ainsi appelée à jouer plus fréquemment et facilement que la responsabilité fondée sur la faute. Il est donc plus commode de faire jouer la première que la seconde et, par exemple, d'en appeler à l'article 1384 qu'à l'article 1382. Du moment qu'en définitive, c'est

toujours une Compagnie d'assurances, et par son intermédiaire le corps social qui doit porter le poids de la réparation, la recherche de la faute individuelle est fatalement amenée à perdre de sa signification, et, du même coup, de son importance.

Or il y a là un grand péril. Sans parler des exigences morales auxquelles correspond l'idée de faute, la socialisation générale de la réparation des dommages aboutit à la disparition complète du sentiment de la responsabilité individuelle. Nous ne méconnaissons pas, d'ailleurs que cette disparition elle-même corresponde en un certain sens aux penchants des sociétés modernes. La peur individuelle des responsabilités et des risques, le désir de chacun de se substituer l'anonyme et énorme collectivité, comme bouc émissaire en cas de reproche ou de faute s'y sont trop répandus. Mais doit-on voir là une marque de progrès ? Cette peur des responsabilités et cette hantise de les rejeter sur la collectivité ne seraient-elles pas plutôt la marque de l'ankylose des forces vitales d'un pays et d'une civilisation ?

IV. — Les jugements qui précèdent peuvent-ils se modifier si le mouvement dont nous avons décelé les indices se poursuit jusqu'à son terme ? Celui-ci paraît comporter un double et logique aboutissement : l'assurance obligatoire, et le monopole de l'Etat pour les assurances.

A. — Quant à l'assurance obligatoire, elle serait en effet, le seul moyen de généraliser absolument la réparation des sinistres. Elle seule peut mettre la victime à l'abri de l'insolvabilité du responsable, et le responsable à l'abri du sinistre nouveau que constitue pour lui-même de jeu de sa propre responsabilité. Au surplus, elle aboutit à cette conséquence logique de faire pour ainsi dire disparaître ainsi cet intermédiaire individuel devenu inutile : la personne théoriquement responsable. Celle-ci ayant toujours un assureur solvable, c'est entre cet assureur seul et la victime que se règleront les comptes.

B. — Quant au monopole d'Etat pour les assurances ne semble-t-il pas le terme logique d'un système qui fait déjà, dans la réalité des faits, peser le poids de l'assurance sur la collectivité sociale. Au surplus, ne peut-on y voir le remède naturel d'une grande partie des frais signalés plus haut. L'assureur étant dès lors unique, la multiplicité des agents d'assurance, que la concurrence entre compagnies les oblige à entretenir aux frais des assurés pourrait être considérablement réduite. En même temps, cet assureur unique serait à même de faire disparaître le double emploi résultant de la coexistence entre l'assurance directe du sinistre et l'assurance responsabilité. Enfin, tous les faux frais résultant de la perception d'impôts sur les compagnies d'assurances seraient réduits ou disparaîtraient si l'Etat était l'unique réassureur.

Si l'on y réfléchit, on constate que cette combinaison du monopole d'Etat et de l'assurance obligatoire est déjà en voie de réalisation. Non seulement les assurances sociales, dans la mesure où elles tendent à s'étatiser, en donnent un avant goût ; mais on voit déjà le système fonctionner pour plusieurs branches de responsabilité.

En effet, c'est à lui que se résume le fonds de garantie fonctionnant en matière d'accidents du travail (art. 24 et 26 : 1. 9 avril 1898). Il s'agit là d'une assurance gérée par l'Etat, et obligatoire pour toutes les charges de risques. Grâce à ce système, on couvre l'universalité des risques en évitant tous les imprévus dus à l'insolvabilité du responsable ou à l'insuffisance de l'assurance. Et ce qui prouve bien qu'on répond ainsi à l'orientation actuelle, c'est que le gouvernement vient de déposer un projet copiant ce système au profit des victimes d'accidents d'automobiles.

Il est en effet hors de doute que le terme d'une semblable évolution pourrait, théoriquement du moins, diminuer les deux premiers défauts que nous avons signalés dans le stade actuel. D'une part, le poids supporté par le corps social pourrait être atténué, par la prise en charge directe des assurances par l'Etat, à condition du moins que les exigences des fonctionnaires du nouveau service ne soient pas trop lourdes. D'autre part, les fausses incidences tenant au défaut d'achèvement du système disparaîtraient. Mais en revanche, combien ne serait pas aggravé le dernier inconvénient de la socialisation des assurances, et, croyons-nous, le principal.

La substitution définitive de la responsabilité sociale à la responsabilité de l'individu, la « fonctionnarisation » générale des services concernant cette responsabilité, sont ce là, oui ou non des progrès ? Il est temps de regarder franchement le problème, si l'on veut encore influer sur ses solutions.

R. SAVATIER,
Professeur à la Faculté de droit de Poitiers.

Argumentation

Reprenons points par points et toujours en nous basant au point de vue du médecin praticien, chacun des éléments de la dissertation de Monsieur Savatier.

L'éminent Professeur part de l'idée du risque, étudie les modalités de garantie de ce dernier, et après avoir esquissé la théorie de l'incidence des primes, il aboutit à la conclusion de l'as-

surance obligatoire réalisée par un monopole d'Etat.

1. L'idée du risque en matière de responsabilité civile médicale.

Monsieur Savatier dans sa chronique a bien posé le principe du risque professionnel. La jurisprudence moderne a, malgré le frein de la doctrine, consacré l'idée du risque, l'idée de la responsabilité de tous ses actes même lorsqu'aucune faute n'a été commise.

Le dommage doit être supporté par l'auteur de l'acte, plutôt que par celui qui est complètement étranger au mobile générateur du dommage.

L'article 1382 se voit de plus en plus vidé de son contenu car si elle est impuissante à réformer le code civil et par là même à établir le principe d'une responsabilité sans faute, la jurisprudence en décelant le fardeau de la preuve a fini par aboutir au même résultat.

Pour le médecin, la position prise par les tribunaux est particulièrement grave en ce qui concerne la responsabilité civile découlant de l'automobile. Mais elle est encore sensible par ses tendances. C'est la responsabilité de plein droit du praticien dont l'outil, dont l'instrument a causé le dommage : la table d'opération du chirurgien ou l'appareil du radiologue par exemple.

En matière de responsabilité purement professionnelle, la jurisprudence a aggravé par un autre procédé les charges du médecin, en basant dans plusieurs cas la responsabilité de ce dernier non plus sur la faute qu'il aurait commise, mais sur la responsabilité contractuelle qu'il encourt du fait du contrat passé avec le malade.

La responsabilité voit son champ d'action de plus en plus élargi et Monsieur Ripert a pu écrire dans la préface au « recueil des décisions concernant la responsabilité civile » (Jurisclasseurs) « là où autrefois, on supportait le « dommage causé en s'inclinant devant le hasard « néfaste on tente aujourd'hui de trouver l'au- « teur du dommage. »

Il est indéniable que, de plus en plus cette idée s'ancre dans tous les cerveaux : « Je dois être « indemnisé de tout le malheur qui m'arrive. S'il « y a un responsable, je m'adresserai à lui, en cas « de défaillance de ce dernier ou s'il n'y a pas de « responsable, je m'adresserai à la collectivité. »

C'est le principe qui a prévalu en matière d'accident du travail : un fonds commun a été constitué pour indemniser les ouvriers dont les patrons responsables étaient défaillants ; c'est encore le principe des calamités qui a été admis par le législateur et dont la réalisation effective est encore pendante devant le Parlement.

Il y a donc un double facteur d'indemnisation, le responsable ou le présumé responsable et l'Etat.

***

2. Le responsable et son ayant cause l'assureur.

Contre le fardeau du risque s'assure le médecin.

C'est, en cas de dommage, à l'assurance que l'on réclamera d'abord.

Or, Monsieur Savatier déclare que l'assurance est un organe parasitaire, car elle coûte trop cher, ayant trop de frais généraux, et d'autre part, elle oppose trop souvent des déchéances à l'assuré, enfin, elle fait disparaître, de plus en plus, la responsabilite personnelle élément qui force l'attention de celui qui agit.

A. Monsieur Savatier écrit que l'*assurance est d'un prix trop élevé.* Les frais généraux sont trop importants, vérification du risque, dividendes des actionnaires et jetons de présence des administrateurs des sociétés augmentent le coût de l'assurance. Le commerçant, l'industriel qui font figurer les primes dans leurs frais généraux doivent augmenter le prix de leurs produits, c'est donc en définitive le corps social qui supporte le coût du risque. Il n'y a qu'un remède à ces défauts : l'assurance par l'Etat.

Que devons-nous penser de cette théorie ?

D'abord une grosse exagération du coût de l'assurance. Si celle-ci n'existait pas le particulier qui devrait se constituer lui-même une réserve pour sinistre devrait immobiliser chaque année une somme beaucoup plus importante que celle qui lui est réclamée par les organismes assureurs.

L'incidence de la prime n'est pas exacte dans les termes où Monsieur Savatier les présente. En ce qui concerne les produits fabriqués l'incidence des primes ne jouera dans son intégrité qu'autant qu'un produit de remplacement ne viendra pas les concurrencer.

D'autre part, l'amortissement du risque social qu'il soit réalisé par l'individu restant son propre assureur, par l'assurance ou groupement d'individus ou par l'Etat, sera le même en définitive.

Certes les frais généraux de certaines assurances sont élevés.

Mais, ici encore, quel que soit le mode d'assurance, ils doivent être pris en considération. Si le médecin n'est pas assuré, il devra dans le cas d'action en responsabilité qui lui serait intentée dépenser de grosses sommes pour se défendre, la plupart du temps, ces frais seront plus élevés que ceux qui seraient dans le même cas supportés par une compagnie d'assurance ou une ligue professionnelle spécialisée. Ces charges seront encore moins grandes que celles engagées par l'assurance monopolisée, car il est un fait certain que les entreprises gérées commercialement ont un revenu meilleur que les entreprises dont l'Etat s'est institué le gérant.

B. *L'assurance déclare encore Monsieur Sava-*

tier, peut souvent aboutir à favoriser la négligence.

Que l'éminent Professeur nous permette de le contredire.

Si, pour certains individus, le fait d'être assuré leur ôte sans aucun doute le souci du risque et l'intérêt personnel, il faut se garder de généraliser.

Le renforcement des mesures de répression a suivi dans de nombreux cas, la répartition du préjudice et le développement de l'assurance.

Tout médecin automobiliste sait que les accidents d'auto entraînant blessures corporelles sont correctionnalisés presque d'office et qu'une très forte amende, voir même de la prison en est l'aboutissement certain.

Réparation du préjudice causé et responsabilité personnelle sont deux choses nettement distinctes. Lier l'une à l'autre, c'est régresser. La jurisprudence qui a posé implicitement le principe de la responsabilité sans faute doit aller au bout de ses conclusions en dissociant les deux problèmes.

Enfin, il est des professions qui, dans leur ensemble échappent complètement au reproche que l'éminent jurisconsulte de Poitiers adresse à l'assurance.

Le médecin, le chirurgien, lorsqu'il soigne un patient le fait toujours avec le meilleur de lui-même. A l'inverse de la plupart des autres professions, il n'a pas devant lui un client qui doit lui donner des honoraires déterminés, mais un homme qui souffre, qu'il doit guérir ou dont il doit alléger les souffrances.

Plus qu'un autre, il a besoin d'avoir l'esprit dégagé de la responsabilité pécuniaire possible. Il a suffisamment le sentiment de sa responsabilité morale.

3. Critiques des assurances.

L'assurance est nécessaire. Toutefois, la dissertation de Monsieur Savatier fait ressortir que deux graves critiques doivent être faites aux principaux organismes d'assurance.

Ceux-ci dans leur ensemble sont des commerçants. Leur rôle, le but de leurs fondateurs a été moins de jouer un rôle social que de trouver l'emploi rénumérateur des capitaux qui leur avaient été confiés.

Les dividendes distribués par certaines compagnies (dividendes qui sont parfois supérieurs à 12 0 % du capital initialement engagé) sont trop élevés en égard aux risques que la première mise de fonds a encourus.

De ce côté, l'Etat peut intervenir utilement et peut prélever dans certains cas, un impôt qui rapportera davantage au corps social qu'il représente, que l'économie qu'il peut par une gestion directe des assurances faire réaliser à la collectivité.

Il est hors de doute que certains organismes commerciaux d'assurance en vue d'accroître leurs revenus appliquent un contrat, unilatéral dans la plupart des cas, dans son sens le plus strict et que l'assuré ne se trouve plus garanti lors du sinistre. L'assurance alors ne remplit plus son but social, les primes ont été payées en pure perte.

La Loi sur le contrat d'assurance du 13 juillet 1930 est intervenue utilement pour préciser certaines conditions des contrats, pour plier les modalités de garanties à des règles étroites qui sauvegardent l'assuré.

Enfin, pour que le risque social soit garanti, pour qu'il soit bien réparti, il faut que la victime d'un accident soit indemnisée. Pour l'être, il faut qu'elle se trouve en présence d'une personne solvable. L'assuré peut ne pas l'être et c'est la raison pour laquelle il s'assure, mais il arrive que l'assureur ne le soit pas non plus.

La faillite retentissante des assurances syndicales de la région de Toulouse est encore présente à la mémoire de chacun. Au moment de la liquidation de cet important organisme d'assurance, assureur à bas prix de la plupart des clubs automobiles, les médecins qui avaient des sinistres non réglés ont été les premières victimes de cette faillite et ont dû payer eux-mêmes, les indemnités que l'assureur aurait dû verser pour eux.

Il faut que la victime soit indemnisée. Le rôle de l'Etat doit être justement d'assurer ce règlement. Il peut se faire d'une manière analogue à celle qu'il a employée pour les accidents du travail : par un contrôle très sévère des organismes d'assurance et par la création d'un fonds commun destiné à jouer en cas de carence d'un assureur ou d'un individu non assuré. Ce fonds serait alimenté par des versements de l'assureur et par ceux des personnes non assurées. C'est ce que tend à faire un projet de loi en instance devant le Parlement.

Là doit se borner le rôle de l'Etat.

***

En attendant que ce projet aboutisse, les médecins ont des organismes d'assurance qui leur sont personnels. La Caisse de garantie annexe de la ligue de défense professionnelle : Le « Sou médical » en est le prototype.

Cette caisse n'a pas les frais généraux élevés des Compagnies d'assurances puisqu'elle n'a pas de capital à rémunérer, ni de conseil d'administration à gratifier de bénéfices. Elle est professionnelle, c'est-à-dire que connaissant le risque, elle peut assurer la défense du praticien dans les meilleures et les plus économiques conditions, réduisant ainsi l'incidence des primes dont l'article de Monsieur Savatier faisait tant de cas. Ne faisant aucun bénéfice, elle n'est pas incitée à opposer au médecin de clauses de déchéance.

D'autre part, par son recrutement sévèrement filtré, elle n'accepte que les praticiens de haute moralité, ceux-là qui ont conscience de leur responsabilité morale plus encore que de leur responsabilité civile.

Enfin de par les réserves que le « Sou médical » s'est laborieusement constitué le praticien ne risque pas de le voir en faillite.

Le « Sou médical » est une œuvre essentiellement de médecins. Il échappe aux critiques de Monsieur Savatier, car l'assurance mutuelle est la forme la plus économique et la plus rationnelle de l'assurance.

De nombreuses corporations, para-médicales ou extra-médicales pourraient utilement s'inspirer de l'œuvre que les docteurs Cézilly, Gassot, Jeanne et Maurat son actuel et toujours actif président ont fondée il y a plus de 30 ans.

P. R. Baglin,
Docteur en Droit
Conseiller technique d'assurances.

LA PAGE SANS MÉDECINE

.... *Les disciples intégraux sont toujours médiocres*
(Pierre Lasserre)

CDIL. — Jacques Bainville. — **Les Sept portes de Thèbes**, 1 vol. 17 × 23. Typographie en trois tons. Orné de bois gravés par Pierre Gandon. Tiré à 336 ex. numérotés dont 270 sur vélin d'Arches à la forme. *Editions du Cadran.* Paris, 1931.

On ne saurait reprocher à M. Bainville cet aveuglement des disciples, où le respect prend figure de routine. Il a tempéré son amour de l'Hellade d'une interprétation personnelle et banni de son livre les clichés. Sans adopter le classique enthousiasme de Lacretelle ou la caustique résignation de Duhamel, il a dirigé ses pas vers Thèbes. Il estime que le miracle grec est là plus pur, plus farouche qu'au pied de l'Acropole. Près des ruines de la ville féconde en tragédies, il pense être plus près des sources vives des fables de l'hellénisme. Là, lui semble-t-il avec raison, à toucher les fragments misérables de l'enceinte légendaire on se penche sur l'histoire « *de ce qui aurait pu être* ». La brièveté de son texte s'adapte heureusement à la hautaine austérité de cette malédiction qui pesa sur Thèbes. Mais cette terre de souvenirs est jonchée de tant de reliques, que la méditation du pèlerin est entraînée et se fixe difficilement sur un point. Bainville, parti avec le projet précis de visiter la ville aux sept portes est pris dans cet enroulement. Pour s'en défendre, il use d'arguments subtils et, peut-être par rancune contre ce contraste qu'il accuse discrètement, entre les choses et l'image secrète, qu'il portait d'elles, trouve-t-il nécessaire, en conclusion de son livre, de défendre à Athènes le souvenir de Jean Moréas et celui du passage de Chateaubriand. Et cette dérobade inattendue surprend au terme de cette promenade littéraire où l'ordonnance des pages liminaires avait la claire harmonie chantante des Panathénées.

La typographie, par un adroit artifice de composition, s'harmonise tout spécialement au texte encadré, pour chaque feuillet, de colonnes et fronton. Les bois, de petites dimensions, donnent adroitement une impression de lointain grandiose. Et, pour goûter la joie parfaite d'un beau livre, point besoin n'était d'invoquer les ombres jumelles, gonflées de vent et de vanité du Vicomte et du poète.

CDL. — Edmond Jaloux. — **Sur un air de Scarlatti.** 1 vol. 13 × 21 orné de bois en pleine page. Lettrines carminées de Stols. Tiré à 450 exemplaires numérotés. *Editions Stols*, Bruxelles.

Monsieur Jaloux est le dernier des romantiques ; j'entends sans malice : celui qui, de nos jours, a conservé très pures les traditions suivant lesquelles les héros doivent être consumés jusqu'au bout par la flamme ardente de leurs passions. Le personnage essentiel de son roman, qui est aussi celui qui va nous conter le drame, est conduit à Venise pour y réparer les ravages mentaux d'un *spleen*, qui ressemble d'ailleurs étrangement aux languides désespérances de 1830. Le choix de la villégiature est d'autant moins heureux qu'à l'atmosphère de prenant sortilège du lieu va s'ajouter la rencontre d'une étrange créature, la Renata, très belle et un peu folle. La musique d'un violoneux va accélérer l'éclosion des sentiments et exaspérer les nerfs déjà tendus des amoureux... A trop tirer ils cassent et Renata meurt. De cette banale intrigue qu'égayent un père noble et quelques grotesques, Monsieur Jaloux a su tirer une œuvre douloureusement émouvante, un très beau roman, qui vaut surtout par le souple déroulement du style, où passent d'involontaires pastiches de Monsieur de Régnier et de Boylesve. C'est assez dire la séduisante qualité, la délicate élégance de cet exercice de prose où Monsieur Jaloux a déployé une virtuosité égale à celle de son musicien. Et nous en profitons pour lui donner l'assurance que si les médecins n'ont « *rien compris* » à cette double psychose (qui bat comme un oiseau fou contre les fronts rapprochés de Re-

nata et de son amant), ce n'est pas en vertu d'une disposition congénitale, comme il semble le croire, mais par obéissance à cette indulgence professionnelle, à cette charité volontairement aveugle qu'ils dispensent à leurs patients et accessoirement, quand le besoin s'en fait sentir aux belles fictions littéraires.

CLDI. — Bernard GRASSET. — **Remarques sur le Bonheur**, 1 vol. 14 × 19. Tiré à 1.848 ex. numérotés. *Editions de la Nouvelle Revue Française*, Paris, 1931.

Monsieur Grasset, qui sait le prix des mots, a rédigé mieux qu'un livre de *maximes* et moins qu'un livre indigeste de *pensées*. Sa plaquette, essayant de délimiter les couleurs fugaces du bonheur, me fait penser à ce petit signe formidable, par lequel les mathématiciens ont coutume de désigner l'*infini*, mais qui garde ouverte, comme sur l'insaisissable sa pince minuscule. Monsieur Grasset ne conçoit pas le bonheur immobile et, s'il ne croit pas qu'on puisse l'atteindre par une poursuite échevelée, il le verrait assez proche parent de cette « *action* », mouvement mesuré et coordonné, à laquelle il consacra aussi une plaquette vigoureusement écrite et fermement pensée.

CDLII. — Yvonne SCHULTZ. — **Dans la griffe des Jauniers.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Edition Plon*, Paris 1931.

Ce roman a un arrière-goût de « reportage ». Il évoque avec une telle précision ce que l'auteur appelle poliment les « *erreurs* » de la colonisation asiatique, qu'il ne saurait de pied en cap être sorti de l'imagination. C'est l'envers du tableau, dont nous avons vu chatoyer la splendeur truquée à l'Exposition. Les couleurs de cette autre face sont moins réjouissantes, mais, si cruauté il y a, souhaitons, hélas, qu'elle ne soit que dans le vigoureux exposé de ce livre qui ne recule ni devant l'horreur des situations ni devant l'exactitude des qualificatifs.

CDLIII. — Simone MAY. **Nudité.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1931.

C'est ici un autre aspect, nourri d'idéologie de la vie sauvage, si l'on peut appeler ainsi ce retour collectif de certaines sectes au costume primitif ! Le roman n'est d'ailleurs qu'un prétexte à la glorification *détaillée* de ces coutumes : il se passe, comme il sied, dans la vertueuse Allemagne. Je ne me permettrai de discuter ni les convictions, ni les conclusions de l'auteur, mais je ne *crois* (c'est mon droit) ni à l'innocence, ni à la pureté *réelles* de ces fanatiques. Je reste très profondément sceptique et peu convaincu de l'utilité et de la portée morales de cette civilisation à rebours. Pour ce qui est de son efficacité thérapeutique, je crois aussi que la présence de quelques voiles opportuns n'en diminuerait pas la puissance. Ceci posé, reste un livre d'autant plus amusant, qu'il paraît teinté d'un touchant prosélytisme.

***

Varia **

A partir du 1er octobre le *Mercure de Flandre* devient le *Mercure Universel*.

* *Science et Monde* varie agréablement ses articles de vulgarisation scientifique, accompagnés de nombreuses héliogravures.

* Le *Coup de Patte* est sans pitié pour la déconfiture de la Livre, et les opulents magnats des « partageux ».

Tableau d'Honneur***

Eclairée par un plafond vitré d'où tombait un jour sous-marin, l'arrière-salle du *Petit Monarque* faisait penser à un aquarium. Un aquarium parfumé ! Tout y était imprégné de la substantielle odeur de vieux mégot et d'alcool répandu, qui enrichit si généreusement l'atmosphère des cafés aux heures creuses, lorsque les clients sont encore trop peu nombreux *pour assurer une ventilation convenable au moyen de leurs voies respiratoires.*

(Poker par Bernard GERVAISE.)

***

La Bible, la mythologie, la tragédie grecque, par ses cimes, ont fait à l'inceste la part belle, si l'on peut dire. Tout récemment le freudisme avec le « complexe d'Œdipe » en a fait, à tort selon moi, un des *substrata* silencieux silencieux et latents de la vie mentale et morale. Je connais le sujet pour l'avoir traité du temps de ma jeunesse, dans un roman intitulé... (inceste père-fille), où j'avais joint deux cas que je connaissais. Entre tant, et du côté médical, de nombreux travaux ont été publiés sur les croisements et mariages entre consanguins et les résulats de l'hérédité familiale croisée. Je renvoie à... pour ce côté de la question, qui n'est pas le moins intéressant.

4 octobre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Aux « Folies Wagram »

La Revue du Canard

Revue en 2 actes et 18 tableaux de
MM. André Dahl et Maurice Maréchal
avec la collaboration de MM. Pierre Bénard et Jules Rivet.

Les journalistes du *Canard enchaîné* ont porté leurs talents de critique et de satire à la scène et, disons-le tout de suite, ils ont fort bien réussi : le succès leur sourit. Voici 18 tableaux ou saynètes traités de mains de maîtres, qui font sourire et amusent intelligemment tous ceux qui se tiennent au courant de l'actualité politique, ainsi que des événements importants ou même faits divers qui passionnent les lecteurs des journaux d'information. La grande qualité de cette revue, c'est la mesure : les auteurs y font preuve de beaucoup de finesse, en excluant les gros effets faciles et de beaucoup d'adresse dans la satire en évitant l'acrimonie et la méchanceté.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce spectacle, c'est la tension d'esprit qu'il nous impose et son uniformité qui, sans engendrer le moins du monde l'ennui, en dépit du vers célèbre, fait cependant que les tableaux se ressemblent quant au fond, imprégnés tous du même sens critique, et qu'on regrette presque, pour le repos de l'esprit et le plaisir des yeux, la parcimonie apportée dans les scènes de divertissements purs ou de chorégraphie.

L'interprétation est parfaite, cohérente et homogène, et c'est là grande qualité : tous concourent au mieux dans les scènes communes, par leur entrain, leur excellente tenue et leur bonne camaraderie, à la réussite. Du côté masculin, citons *Tramel*, merveilleux de naturel, de bonne humeur et d'ampleur comique ; *Henri Jullien*, d'une amicale et sympathique bonhomie ; *Pascali*, toujours souple et pimpant, au jeu malicieux et subtil ; *Edmond Roze*, l'aimable directeur même des Folies Wagram, parfait metteur en scène de la revue et qui joue lui-même avec rondeur souriante et modestie aimable quelques personnages d'utilité ; *M. Jean Granier*, qui n'a pas seulement à son actif la renommée de son père, mais possède un charmant entrain et toutes les qualités physiques d'unjeune premier ; *Ben Tyber*, jeune danseur qui nous fait penser à Serge Lifar.

Parmi les artistes femmes : *Mlle Marguerite Moréno*, dont les rôles de composition sont aussi parfaitement étudiés que magistralement rendus ; *Pierrette Madd*, gracieuse et fort agréable dans quelques déshabillés charmants ; *Mlle Betty Spell*, à l'ingénu sourire, piquante et exhubérante et enfin *Mlle Devilder*, au corps souple, que le costume masculin n'embarrasse nullement et pour laquelle la science de la danse n'a plus de secrets.

Tout un essain de gentilles comédiennes et de bons artistes encadrent cette troupe habilement choisie, et M. *Fernand Raphaël*, chef d'orchestre, doit être loué pour la façon parfaite dont il soutient les danses et les chants.

Je ne vous détaillerai pas les scènes, ce qui serait trop long : toutes sont agréables comme de petits chefs-d'œuvre. Parmi elles il faut particulièrement louer au 1[er] acte, la scène de « la Wamp », satire des artifices employés par les stars pour cultiver leur renommée ; la « cuisine internationale » où le maître d'hôtel Français d'un grand restaurant est amené en douce, sur l'intervention d'un Américain et d'un Anglais, à régler l'addition d'un Allemand sans argent et qui a copieusement déjeuné. La scène de « l'Exposition coloniale », charge désopilante sur la façon de visiter les stands et pavillons du bois de Vincennes ; une scène fort au point sur «Charlot », raillant sa doublure « Charlie Chaplin », et enfin celle de Monsieur Oscar Dufrenne, conseiller municipal et directeur de théâtre.

Au 2[e] acte, « l'été à Deauville » où le personnel d'un Palace déploie toutes les ruses possibles pour conserver un couple égaré dans une si piteuse saison ; « L'autre déjeuner de Sousceyrac », où la patronne d'une hostellerie du pays, toquée de Pierre Benoit et de littérature, en arrive à prendre un agent de publicité du Bottin pour un académicien ; « Un truc à la mode » où un poivrot qui n'est pas rentré au domicile conjugal depuis huit jours tente vainement d'invoquer auprès de sa gaillarde épouse le motif d'amnésie ; « La commission d'enquête », où Mandel s'introduit à quelques années de distance dans son ancien ministère, afin de trouver les petits papiers destinés à la commission d'enquête, etc., etc., etc.

Voilà le summum dans la façon intelligente et mesurée de railler ses contemporains, la transposition vécue à la scène d'excellentes pages de nos revuistes ou chansonniers. La Revue du *Canard* est à voir et c'est la meilleure conclusion.

Jean Séjournet,
de la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

Première réunion de 1931, tenue le 10 mai à Landerneau

Le Président commence par donner lecture de la lettre d'excuse du Dr Marchais, qui vient d'être sérieusement malade. La Fédération exprime ses vifs regrets de son absence et lui souhaite prompte et complète guérison.

Le Dr Marchais ne s'est pas borné à s'excuser : il profite de sa lettre pour donner son avis sur les questions que l'on va étudier.

Il débute par un solennel appel à la discipline, car nous allons en avoir besoin, plus que jamais.

Qu'il soit donc bien entendu *par tous* que pour les grandes questions qui nous intéressent *le mot d'ordre ne peut provenir que des Syndicats ou de la FÉDÉRATION.*

Les confrères ne doivent donc tenir pour valables que leurs communications officielles, et *ne faire aucun cas des « on dit ».*

Assurances sociales.

La signature des contrats a été retardée, parce que quelques difficultés étaient survenues.

Ce fut naturellement, tout d'abord, et comme partout, la question des hospitalisations qui accrocha. Il est évident que cette question n'est pas au point et devra être étudiée par nous et surtout par la Confédération.

Cependant, vu l'intérêt qu'il y a à sortir de l'indécision actuelle, la Fédération décide de signer immédiatement notre convention (pour six mois), mais en y annexant l'article *transitoire* suivant :

« Pour permettre l'exercice immédiat du contrôle prévu par la convention, les parties contractantes sont d'accord pour que soit réservée provisoirement la question : hospitalisation, sur laquelle l'entente n'a pu encore être faite, mais l'étude en continuera en vue d'une solution aussi rapide que possible. »

Et puis, certaines Caisses avaient manifesté des velléités de ne pas admettre l'habilitation, ni le tarif syndical minimum. C'eût été d'emblée la porte grande ouverte aux abus que nous voulons éviter.

Mais après un certain nombre de pourparlers entre les Présidents et la Préfecture, les Caisses ont dû céder, leurs prétentions étant contraires à la loi.

Donc, mission est donnée à notre Président de signer au plus tôt la Convention que nous avions décidé d'accepter. (Le Président de la Caisse départementale ayant, de son côté, qualité pour engager toutes les Caisses) (1).

Les Syndicats devront faire savoir, d'urgence, aux médecins non syndiqués de leur ressort les conditions dans lesquelles ils peuvent, légalement, être admis à soigner les assurés sociaux, moyennant leur adhésion écrite et signée à notre Convention.

Aussitôt que possible, sera publiée ou communiquée aux Caisses la liste des médecins qualifiés. Cette liste sera exclusive.

Mais, tout n'étant pas ainsi terminé, la Fédération vote l'ordre du jour suivant :

« La Fédération donne mandat à son Président de faire une démarche près de M. le Préfet pour lui signaler qu'au moment où elle signe la Convention elle se trouve, au point de vue des hospitalisations, devant le fait que les Commissions administratives font obstacle à l'application de la loi, alors que l'entente à ce point de vue, est faite avec les Caisses. »

Il ne faut pas manquer de noter que, depuis le 1er janvier, les Caisses de Brest — et peut-être aussi certaines autres — versent déjà aux hôpitaux l'indemnité de 4 francs par malade et par jour, destinée aux prestations médicales... mais que cet argent reste à l'hôpital !)

Puis, le Dr Daoulas et quelques autres délégués présentent des observations que la Fédération prend en considération :

1° Depuis quelque temps, les Caisses exigeraient des assurés la remise de leur feuille de maladie portant les signatures d'acquit, avant de leur en délivrer une autre permettant la continuation des soins.

Cette obligation draconienne de paiement immédiat peut gêner bien des gens. La médecine traditionnelle, profession libérale, permettait aux médecins de décider eux-mêmes s'il y avait lieu de faire crédit à certains de leurs clients en tenant compte des incidences.

Que la Caisse ne rembourse sa part contributive que contre cette preuve, cela peut se concevoir, et d'ailleurs, c'est tout à notre avantage, mais cela n'implique pas cette procédure-là pour la délivrance de nouvelles feuilles. On décide d'adopter pour ces cas (qui devront rester très exceptionnels), un mode de procéder *qui ne nous ramène pas au tiers payant* : au lieu de la deuxième signature nous inscrirons donc : « Honoraires non perçus ».

2° On aurait signalé que des employés des Caisses auraient fait certaines réflexions déplacées au sujet des médecins, ou de ce qu'ils eussent dû faire — ou ne pas faire — ou encore auraient répondu à des demandes de feuilles de maladie par des remarques telles que : « Encore vous ? », etc.....

(1) Dernière heure : la chose est faite.

Cette attitude, estime la Fédération, est inadmissible. C'est l'affaire du contrôle de s'inquiéter des abus possibles ; quant aux employés chargés de délivrer les feuilles, ils n'ont qu'à les remettre, purement et simplement.

Situation morale des médecins dans les hôpitaux.

Toutes ces discussions ont fait voir que la situation des médecins dans les hôpitaux n'est pas ce qu'elle devrait être.

Les Commissions administratives considèrent les médecins tout simplement comme leurs employés ; or, la logique veut que notre rôle à l'hôpital ait un tout autre caractère, proportionné à notre importance.

Une démarche sera donc faite auprès de M. le Préfet pour obtenir que, dans toute Commission administrative figure un médecin — à titre de délégué du Syndicat médical. (Le droit en a d'ailleurs été reconnu par circulaire ministérielle.)

Il y a bien quelques Commissions qui comptent un médecin, mais ce n'est pas à ce titre, et souvent même ceux-là sont bien loin d'avoir le point de vue syndical !

Conseil de famille départemental.

Les statuts proposés par le Dr Marchais sont adoptés. Les syndicats devront en élire les membres à leur prochaine assemblée, à savoir : deux membres pour les syndicats groupant moins de 25 médecins, trois, s'ils dépassent ce nombre.

Ils devront élire aussi chacun deux contrôleurs.

La visite de contrôle sera payée 50 fr. au médecin contrôleur, indemnité kilométrique en plus ; — quant au médecin contrôlé (qui sera obligatoirement convoqué), il aura droit à 20 fr., plus les kilomètres.

Les médecins qui exercent aux confins de deux départements seront, évidemment régis dans chaque département par la Convention de celui-ci.

Les médecins non syndiqués devant participer aux frais de contrôle devront, en même temps que leur engagement, verser au trésorier du Syndicat de leur région une cotisation annuelle de 150 fr.

Quant à la cotisation syndicale, peut-être faudra-t-il la porter à 160 fr.

Assurés sociaux assistés.

Attention :

Nous croyons utile de rappeler aux confrères que les assurés sociaux assistés n'ont pas droit à la liberté de prescriptions médicamenteuses. Ils sont soumis au même régime, donc aux mêmes restrictions que les simples assistés (spécialités, eaux minérales). Pour les assurés sociaux ordinaires, la liberté complète de prescription est admise, jusqu'à nouvel ordre. (Il est recommandé de rester modérés dans nos prescriptions.)

Statuts syndicaux.

Les statuts syndicaux qui avaient été, l'an dernier, soumis à l'examen du Dr Boudin, sont adoptés par tous les Syndicats.

Assistance médicale.

Le Conseil général venant, dans sa récente session, de décider de porter le tarif à 10 fr. pour la consultation et 12 fr. pour la visite, la Fédération est d'avis d'accepter, provisoirement, ce tarif, — étant bien entendu que les clauses relatives aux visites de nuit sont maintenues ainsi que l'indemnité kilométrique.

Se rendant compte que le principe de l'unification des tarifs de médecine sociale est chose d'ordre général, et non seulement départemental, elle insistera très vivement pour que la Confédération continue et intensifie beaucoup son action pour obtenir cette réforme.

Donc, Confrères, *la grève administrative est terminée.* Vous allez pouvoir établir vos mémoires : à l'ancien tarif pour le premier trimestre de 1931, et au nouveau à partir du 1er avril.

Les spécialistes, s'étonnant de ce qu'il n'ait été question que de la médecine générale, demandent qu'à la prochaine occasion on traite la question dans son ensemble. Entendu.

Mais tous les médecins désireraient que le tarif entier de l'Assistance soit imprimé à nouveau, car on ne sait plus du tout où l'on en est.

Vaccinations antidiphtériques.

Le Dr Damey fait remarquer que la Presse a annoncé l'organisation de vaccinations antidiphtériques gratuites à Landerneau.

Le titulaire étant membre du Syndicat de Brest, il demande si cette organisation a été faite d'accord avec ce Syndicat, ou même si seulement on l'a consulté.

La Fédération, apprenant qu'il n'en a rien été, charge le Syndicat de Brest de prendre immédiatement l'affaire en mains, rappelant qu'aucune organisation de médecine publique ne doit se faire en dehors du Syndicat.

Elections.

Outre les désignations dont nous avons déjà parlé, les Syndicats devront encore élire immédiatement : des délégués pour les contrôles des soins aux Victimes de Guerre.

1° Commission tripartite : nos délégués seront les présidents des Syndicats de Brest, Morlaix et Quimper. Suppléants : Vourch, Damey, Daoulas.

2° Conseil de famille. Nous l'avons dit : 2 membres au-dessous de 25 médecins dans le Syndicat, 3, si ce nombre est dépassé.

3° Commission de contrôle : ce sera le Conseil de famille de chaque Syndicat.

Il faudra, en outre, élire un membre susceptible de faire partie de la Commission de contrôle des Caisses.

Il a été décidé que ce serait le Président de la Fédération.

Comptes rendus.

La publication en commun des comptes rendus des Syndicats et de la Fédération ayant eu quelques inconvénients, et s'étant heurtée à certaines difficultés, il est décidé qu'on revient à leur publication séparée.

Les ressources de la Fédération se montrant insuffisantes avec une cotisation de 8 fr. par syndiqué, cette cotisation est portée à 10 fr.

L'ancien règlement s'étant montré défectueux, il est décidé que les délégués venant par le train seront indemnisés de leur billet.

Venant avec leur voiture, ils continueront à percevoir 1 fr. par kilomètre parcouru ; en cas de location de voiture, ils seront remboursés de leurs frais de location.

Projet de réunion générale annuelle.

Des confrères proposent que, tous les ans, une réunion générale des médecins du département ait lieu, au printemps, dans une localité à choisir (on propose Le Huelgoat).

A cette réunion, agrémentée d'un déjeuner, les médecins pourraient amener leurs femmes ; les réunions d'automne conserveraient leur caractère actuel.

Les syndicats sont appelés à donner leur avis.

Douarnenez, le 12 mai 1931,

Le Secrétaire,
Dr DAMEY.

Quimper, le 12 mai 1931,

Le Président :
Dr CHAUVEL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique médicale des enfants.** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le lundi 2 novembre 1931, à 9 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de thérapeutique, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections respiratoires, par M. Jean HUTINEL, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean HALLÉ, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 14 novembre).

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1932.

— **Clinique de la tuberculose.** (Hôpital Laënnec. Professeur : M. Léon BERNARD.) — M. le Professeur Léon BERNARD, commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons porteront spécialement sur la thérapeutique de la tuberculose.

— **Clinique obstétricale.** (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal.) — M. le Professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques. — Vendredi : Présentation de malades.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie.* — Ce cours aura lieu du 2 au 28 novembre 1931, sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT avec la collaboration de MM. Henri CLAUDE, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; LEMAITRE, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; NICOLAS, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon ; FAVRE, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon ; LEVADITI, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; HUDELO, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; LOUSTE, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; SÉZARY, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; DUVOIR, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; HEITZ-BOYER, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; DUPUY-DUTEMPS, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; J. HUTINEL, agrégé, médecin des hôpitaux ; CHEVASSU, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; LÉVY-VALENSI, agrégé, médecin des hôpitaux ; CHEVALLIER, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; DARRÉ, médecin de l'hôpital de la Charité ; PINARD, médecin de l'hôpital Cochin ; TIXIER, médecin de l'hôpital de la Charité ; TOURAINE, médecin de l'hôpital Broca ; GARCIN, médecin des hôpitaux ; SCHULMANN, médecin des hôpitaux ; HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; BURNIER, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; BLUM, ancien chef de clinique, assistant adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; BARTHÉLEMY, ancien chef de clinique ; Mlle ELIASCHEFF, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Cl. SIMON, médecin de Saint-Lazare, FERNET, médecin de Saint-Lazare.

Ce cours aura lieu du lundi 2 novembre au samedi 28 novembre 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire : recherche du tréponème : examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; Ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire dé-

taillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (57 leçons). — M. GOUGEROT : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — M. LEVADITI : Le tréponème. — Mlle ELIASCHEFF : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, floculation. — M. GOUGEROT : Sérologie de la syphilis. — M. SÉZARY : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — M. LEVADITI : Syphilis expérimentale. — M. MILIAN : Chancres syphilitiques. Chancre mou. — M. HUDELO : Roséole. Syphilis secondaire papuleuse. — M. CHEVALLIER : Plaques muqueuses. Alopécie. Onyxis. Syphilis pigmentaire. — MM. NICOLAS et FAVRE : Ulcère vénérien adénogène. — M. BURNIER : Syphilis maligne précoce. — M. CHEVALLIER : Méningites syphilitiques. — Mlle ELIASCHEFF : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. — M. BURNIER : Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme. — M. MILIAN : Leucoplasie. — M. LOUSTE : Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne. — M. LOUSTE : Syphilis du foie et de la rate. — M. PINARD : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection; super-infection. — M. GOUGEROT : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection. — M. Cl. SIMON : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve — M. DUVOIR : Expertise médico-légale en matière de syphilis. — M. BLUM : Syphilis et diabète. — M. BABONNEIX : Syphilis médullaire. Atrophies musculaires syphilitiques. — M. FERNET : Syphilis et tuberculose viscérale. — M. LOUSTE : Syphilis du tube digestif. — M. HUTINEL : Syphilis du poumon et du médiastin. — M. LOUSTE : Syphilis ostéo-articulaire. — M. LIAN : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — MM. BARTHÉLEMY et SCHULMANN : Syphilis des glandes endocrines. — M. GARCIN : Syphilis cérébrale. Tabes. — M. CLAUDE : Paralysie générale. — M. DUPUY-DUTEMPS : Syphilis oculaire. — M. HAUTANT : Syphilis de l'oreille. — M. LEMAITRE : Syphilis du nez et du larynx. — M. LÉVY-VALENSI : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. LOUSTE : Syphilis et grossesse. Hérédité — M. TIXIER : Hérédo-syphilis précoce. — M. DARRÉ : Hérédo-syphilis tardive. — M. BABONNEIX : Hérédo-syphilis nerveuse. — M. GOUGEROT : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. GOUGEROT : Syphilis et cancer. — M. HEITZ-BOYER : Blennorragie. — M. CHEVASSU : Critérium de la guérison de la blennorragie.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 3 au 31 octobre 1931 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 30 novembre au 19 décembre 1931.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr BURNIER (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M. Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris**. — **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine. Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques* (Insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes). — Ce cours qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves ; MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; H. WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux ; GILBERT-DREYFUS, P. PUECH, ALIBERT, P. MERKLEN, ODINET et RACINE, anciens internes et internes du service ; R. BARRIEU (de Royat) ; M. MARCHAL, assistant d'électroradiologie, chargé de la radiologie du service ; BRÉANT, chef du laboratoire du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi : à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

PROGRAMME. — Lundi 9 novembre, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Examens cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Dyssystolie et hyposystolie. — 16 heures, M. BARRIEU : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : La toux cardiaque.

Mardi, 10 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Asystolie. — 16 heures, M. RACINE : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. ODINET : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 11 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le bruit de galop. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire gauche. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 12 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le pouls alternant. — 11 heures, M. MARCHAL : Examens radiologiques. — 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire droit. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 13 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque. — 16 heures. M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Samedi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. ALIBERT : Accidents gravido-cardiaques. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2 M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 16 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Con-

sidérations générales sur les angines de poitrine. — 11 heures, M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine. — 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. RACINE : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 17 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et angine de poitrine. — 16 heures, M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine. — 16 heures, M. RACINE : Epreuves fonctionnelles cardiaques. — 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 19 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Douleurs précordiales. — 11 heures, M. MARCHAL : Exercices radiologiques. — 15 heures, M. BLONDEL : Les syncopes. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde et aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 8 octobre. — Symptômes et diagnostic de la tuberculose génitale de l'homme. — Zona intercostal. — Ont obtenu : MM. Moulinier, 13 ; Scheid, 20 ; Mathivat, 18 ; Ghozland, 20 1/2 ; Soyer, 22 ; François, 17 ; Boussoulard, 18 ; Weterwald, 24 ; Monnier, 16 ; Seguin, 17 ; Broutmann, 18.

Excusés : MM. Velez-Bournat, Esquirol, Bonner, Nalher, Sambron, Legry, Mlle Gagneux ; MM. Marcombes, Nastorg.

Séance du 12 octobre. — Signes, évolution et traitement des fractures de la jambe à la partie moyenne. — Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur. — Ont obtenu : MM. Pourquié, 17 1/2 ; Baumgartner, 26 ; Caby, 24 ; Mlle Courrier, 15 ; MM. Marre, 17 ; Israël, 21 ; Dezoteux, 17 ; Arviset, 13 ; Hertz, 22.

— **Concours de l'externat.** — Le jury est provisoirement composé de MM. Célice, Ravina, Pichon, Péron, Bernard, Welti, Thalheimer, Leibovici et Hartmann.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr PICOT, chirurgien honoraire de l'hôpital de Cholet ; du Dr François FRANCESCHI ; du Dr GESLIN, de Beaufort-en-Vallée ; du Dr René PAROT, décédé à Nice.

— **Internat en médecine des asiles de la Seine.** — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour sept à dix places d'internes dans les asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Moisselles. L'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (centre de prophylaxie mentale), l'infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre. Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture ; débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc. Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie : copies de pathologie interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 40).

Une préparation est faite à ce concours par MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri Rousselle.

S'adresser, 1, rue Cabanis, Paris XIVe.

— **Université de Sucre (Bolivie).** — Ont été nommés : doyen de la Faculté de médecine de Sucre, le Dr Claudio ROSO ; vice-doyen, le Dr Armando SOLARES ; secrétaire, le Dr Julio FORTUN.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

qui les habillent chaque année je ne sais pas ce que je deviendrais. Sur ma table le gigot ne paraît jamais, et, en 7 ans, j'ai pu me payer 3 complets et un pardessus ! Si le contrôleur n'accepte pas ces explications et qu'il me taxe d'office pour les années allant de 1926 à 1931 je ne pourrai vraiment pas accepter son chiffre. Par voie contentieuse (art. 94 du décret du 15 oct. 1926) il me faudra faire la preuve du chiffre exact de mon revenu. Si mon chiffre n'est pas accepté, je devrai supporter les frais de l'instance et ceux de l'expertise : pouvez-vous me dire : 1° à combien se montent ces frais ? 2° si je suis passible d'une amende pour déclaration soi-disant insuffisante pour les années 1926 à 1931 ? Enfin serai-je obligé de payer cette année la taxe supplémentaire que fixera le contrôleur ?

Dr Z.

Réponse.

Le contrôleur ne saurait provoquer un rehaussement de vos déclarations sans établir d'une façon précise que vos dépenses sont supérieures aux revenus déclarés ; il ne peut se contenter d'une affirmation démentie par les faits exposés dans votre lettre.

Présentez-lui vos observations et s'il ne les accepte pas, il devra soumettre le différend à la Commission départementale qui vous convoquera. Vous n'auriez de frais à supporter qu'en cas de réclamation après l'établissement du rôle ; ceux d'instance sont limités au coût du papier timbré que vous emploierez pour rédiger votre réclamation ; ceux d'expertise peuvent atteindre plusieurs centaines de francs. Les amendes atteignent 4 fois les droits.

Dans vos réclamations, vous pouvez demander à surseoir au paiement de la fraction d'impôt contestée jusqu'à décision du Conseil de Préfecture.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

4752. — Patente sur un second cabinet de consultation

J'exerce à A. depuis deux ans ; un confrère m'ayant cédé la clientèle d'une commune distante de 10 km. où je suis propriétaire de la maison qu'il occupait, j'ai dans cette maison un cabinet de consultation où je vais une heure chaque jour.

L'année dernière le fisc m'a fait payer une patente pour ce cabinet (377 fr.). Cette année on me réclame 623 fr., la différence vient de ce qu'on m'impose en plus de cette patente une contribution mobilière et les taxes vicinales.

Dois-je payer cette somme ou ne dois-je que la patente ?

Je n'habite nullement cette maison, où j'ai du reste un locataire, j'y ai seulement mon cabinet.

Dr S.

Réponse.

Votre imposition à la patente est justifiée ; au contraire vous pouvez contester celle de la contribution mobilière si, comme vous l'indiquez, vous n'avez que votre cabinet de consultation.

Voyez le contrôleur ou adressez une réclamation rédigée sur timbre au directeur des contributions directes.

A. M.

4900. — Cessation d'exercice de la profession. Paiement des impôts

Je viens vous consulter non pour régler un litige, mais pour le prévenir. Octogénaire et subitement atteint d'hémiplégie, je me vois forcé d'abandonner l'exercice de la profession médicale et je vous prie de m'indiquer les formalités à remplir pour me faire dégrever de ma patente et des frais accesssoires.

Je dois faire une déclaration au préfet. Dans quelle forme ? Sur papier libre ou papier timbré ? Je dois la lui adresser par la poste en franchise ou par lettre recommandée avec récépissé ?

Comme je cesserai d'exercer an 1er octobre prochain et que j'ai déjà payé mes impositions pour l'année entière, quelles démarches à faire pour obtenir le remboursement des sommes dues pour les mois d'octobre, novembre et décembre pendant lesquels je n'exercerai plus ?

Dr N.

Réponse.

Il vous suffira d'avertir votre contrôleur des contributions directes que vous cessez l'exercice de votre profession à compter du 10 octobre, Si néanmoins vous receviez votre avertissement de patente pour 1932, vous l'enverriez au contrôleur en lui rappelant votre lettre et le dégrèvement d'office serait proposé par lui.

A. M.

Responsabilité professionnelle

4760. — Injections antitétaniques et responsabilité professionnelle

En raison du fait qu'on rend de plus en plus souvent les médecins responsables, aussi bien en cas de tétanos s'il n'y a pas eu injection de sérum qu'en cas d'accidents consécutifs à l'injection, l'assemblée générale du 2-7-1931 du Syndicat de Cannes a décidé de conseiller aux confrères de faire signer dans tous les cas au blessé une déclaration demandant ou refusant selon le cas l'injection.

Vous trouverez ci-dessous un modèle projeté. Des doutes s'étant élevés dans l'esprit de certains, j'ai été chargé de vous demander si une pareille déclaration présente une valeur juridique.

Connaissant les avantages du sérum antitétanique et ses inconvénients possibles (fièvre, douleurs articulaires, éruptions, etc...) qui m'ont

été exposés par le médecin qui me donne ses soins, je déclare

demander } l'injection de sérum.
refuser }

Cannes, le

Modèle du Syndicat médical de Cannes.
Décision du 2-7-1931

Réponse.

Pour des motifs d'ordre juridique et d'ordre pratique, je ne crois pas possibe que le médecin puisse faire signer par son malade et par avance une décharge des conséquences de l'infection traumatique.

En droit, toute convention, par laquelle on se décharge directement ou indirectement de la responsabilité de sa propre faute, est atteinte de nullité d'ordre public ; de nombreux arrêts de cours d'appel ont été rendus en ce sens.

En fait, la convention proposée, par laquelle le client accepte ou refuse l'injection préventive de sérum antitétanique, ne saurait avoir d'efficacité, pour décharger ultérieurement le médecin de toute responsabilité.

En effet, on peut toujours lui objecter que son malade, ou la famille, l'entourage de ce dernier, ne sont pas capables de discuter scientifiquement le pour et le contre de la sérothérapie préventive. L'avocat de la partie adverse pourra toujours soutenir que le malade, qui se confie à un praticien, demande à ce dernier, non un cours de médecine, mais des soins et un traitement. Au médecin, à prendre ses responsabilités et à instituer la meilleure manière de lutter contre le mal.

On pourraît donc reprocher à faute le fait d'avoir pris l'avis scientifique d'un incompétent (en l'espèce le malade) et, par suite, l'opinion de ce dernier n'a aucune valeur, au regard de la décision professionnelle que doit prendre l'homme de l'art.

Il se pourrait également que l'avocat vienne reprocher au médecin d'avoir inutilement effrayé le blessé et son entourage, en faisant étalage des complications possibes, résultant des accidents d'anaphylaxie.

Ensuite, le tiers payant n'a-t-il pas son mot à dire ? Ne demandera-t-il pas à être consulté en l'occurrence, motifs pris qu'en dernière analyse, c'est lui qui paie les frais ?

Résultat pratique : malgré le papier signé, resté entre ses mains, le médecin n'en sera pas moins contraint de se défendre, s'il est poursuivi parce qu'un de ses malades, non injecté préventivement, est décédé des suites du tétanos.

L'avocat de son adversaire s'efforcera de prouver la non-valeur de la déclaration et reprochera au médecin de ne pas avoir su prendre ses responsabilités, au regard d'un incompétent en

médecine (le malade) et d'avoir ainsi laissé mourir le client.

Pour ma part, je préfère conseiller la méthode suivante : lorsqu'en présence d'un blessé du travail, susceptible cliniquement de faire ultérieurement une infection tétanique, le médecin a des doutes sur l'opportunité d'une injection préventive de sérum, il agira sagement en faisant appeler en consultation un de ses confrères.

Ensemble, les deux praticiens prendront une décision et, s'ils sont d'avis de ne pas injecter, ou si le malade s'y refuse, comme c'est son droit, les deux médecins rédigeront une consultation écrite, dont ils garderont copie, par laquelle ils déclareront qu'étant d'avis de pratiquer une injection préventive, ils se sont abstenus et inclinés devant le refus irréductible de leur malade.

De cette manière, en cas d'accident ultérieur, le médecin traitant sera couvert par la consultation scientifique qu'il aura demandée.

Nous n'avons pas à discuter si pareille manière de faire entraînera des frais supplémentaires, ou non. Aux compagnies d'assurances de se défendre : les tribunaux nous condamnent pour abstention, faisons le nécessaire pour prouver que notre abstention est appuyée sur des considérations d'ordre scientifique, ou de fait, telles que le refus du client de se soumettre à l'avis de deux médecins, réunis en consultation.

Dr Paul Boudin.

Assurances

4689. — Comment assurer un remplaçant ?

Je vous demanderai pour me permettre d'assurer mon remplaçant contre les accidents d'automobile. causés par mon matériel, sur quelle base estimer sa mort ou son invalidité occasionnelle. Doit-on se baser sur le salaire journalier que le remplacé lui alloue, doit-on tenir compte de son avenir qui d'un étudiant en médecine fera un docteur ? Je désirerai que vous m'indiquiez la somme, le capital que je peux avoir à donner en cas de mort pour que je m'assure contre ce risque (qui me semble plus grand que celui de la responsabilité professionnelle).

Dr J.

Réponse.

La législation des accidents du travail ne s'applique pas à la profession médicale, celle-ci n'étant pas considérée comme commerçante. Le médecin remplacé n'est donc pas responsable de plein droit des accidents pouvant survenir à son remplaçant.

La responsabilité encourue vis-à-vis de ce dernier par le remplacé existe néanmoins. C'est la responsabilité du droit commun basée sur la faute personnelle du remplacé (art. 1382 du code civil) soit découlant des instruments (art. 1384).

Cette responsabilité comme toute responsabilité est théoriquement illimitée. Le salaire de la victime n'est qu'un des éléments de l'évaluation de l'indemnité.

Pratiquement une assurance de 100.000 francs est suffisante.

Mais le praticien remplacé peut vouloir assurer, en dehors de toute responsabilité, des indemnités à son remplaçant si celui-ci est victime d'un accident.

Il peut le faire par la police dite « individuelle contre les accidents ». Moyennant des primes spéciales il peut assurer un capital en cas de décès, en cas d'invalidité totale ou temporaire.

Les primes sont élevés (1 fr. pour garantir 1.000 francs en cas de mort, 0.80 pour mille francs en cas de mutilation et 3 francs par franc garanti en cas d'incapacité temporaire).

Cette police offre l'inconvénient, outre son prix, de laisser subsister la responsabilité de droit commun.

Il est préférable d'employer l'assurance dite mixte ; ce contrat est à double effet.

1° Il garantit la responsabilité du médecin remplacé vis-à-vis de son remplaçant jusqu'à concurrence d'une somme déterminée, 100.000 francs en général.

2° Il assure au médecin remplaçant, en l'absence de toute faute du remplacé des indemnités calquées sur celles de la loi de 1898, c'est-à-dire fonction de son salaire.

Le coût de ce contrat est fonction des appointements payés au remplaçant. Pour une durée de un mois, la prime est d'environ 3 % du salaire. Elle diminue pour un remplacement d'une durée plus longue.

P. R. Baglin,
Conseil technique d'assurances,
Docteur en droit.

Baux et Locations

5030. — Prorogation dn bail. Augmentation du prix du loyer

Le « Sou » pourrait-il me donner les renseignements suivants au sujet d'un loyer de local professionnel que je payais par une suite de bail, 1.800 fr. l'an, plus les charges, soit : charges 350 fr., taxes municipales et départementales supplémentaires 150 fr., total 500 fr.

Le bail est fini le 1er octobre 1931 et le propriétaire vient de m'annoncer son intention de porter la location à 3.800 fr. plus une augmentation des charges en rapport d'une nouvelle répartition entre les locataires au prorata des loyers.

1° A combien légalemen tpeut-il porterle loyer ? le loyer d'avant-guerre était, dit-il, de 1.000 fr., mais je le crois de 700 fr. Veuillez me fixer pour ces deux chiffres.

2° A combien peuvent se monter les charges ?

3° La patente s'applique-t-elle au loyer déclaré ou à un loyer fixé par le contrôleur ?

4° Peut-on demander une diminution du loyer si celui-ci dépend du loyer légal ? Quels délais ?

Dr X.

Réponse.

Depuis le 1er octobre, date à laquelle votre bail est venu à expiration, vous bénéficierez de la prorogation légale de la loi du 29 juin 1929 sans que vous ayez à faire aucune démarche pour cela.

Puisque le loyer de 1914 excédait 500 francs sans dépasser 1.000 francs, votre prorogation ne prendra fin que le 1er juillet 1938.

En échange de la prorogation, vous avez à supporter un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 190 % avec une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914, à partir du 1er juillet 1932 et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation.

En outre, vous devez rembourser à votre propriétaire la majoration subie par rapport à 1914 par les prestations en nature fournies par lui et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris.

Ces charges doivent être réparties entre tous les locataires d'un même immeuble, au prorata de leurs loyers.

La loi autorise les parties à convenir d'un forfait pour le remboursement des charges, forfait qui ne peut excéder 30 % du loyer de 1914.

A noter que si le propriétaire peut faire la preuve que le loyer de 1914 ne correspondait pas à la valeur locative réelle à cette date, c'est sur cette valeur locative réelle que doivent être calculées les augmentations légales.

Si on prend pour base dans votre cas, un loyer de 1914, de 700 francs, vous aurez donc à payer un loyer de :

2.030 francs jusqu'au 1er juillet 1932, 2.135 francs du 1er juillet 1932 au 1er juillet 1933 et une augmentation de 105 francs chaque année jusqu'à la fin de la prorogation.

Si l'on prend au contraire pour base un loyer de 1.000 francs, ces chiffres seront respectivement de : 2.900 francs et de 150 francs.

Enfin, si vous adoptez le système du forfait pour le remboursement des charges, le maximum légal sera dans le premier cas de 210 francs, et dans le second cas de 300 francs. Au cas où vous consentiriez à payer un loyer supérieur de plus de 10 % au maximum légal, tel que nous venons de le définir, vous pourriez intenter contre votre propriétaire une action en réduction du loyer au prix licite et en remboursement des sommes indûment versées, dans le délai maximum de six mois à partir de la date de la première quittance de loyer majorée, pré-

sentée par votre propriétaire et payée par vous.

L'exercice de l'action en réduction ne pourrait entraîner pour vous la déchéance du droit à la prorogation.

Enfin, la patente doit être calculée sur le loyer réellement payé ; normalement elle devrait donc s'élever progressivement avec la majoration de votre loyer.

4948. — Domaine d'application de la loi sur les prorogations

Installé à C..., ville de 3.800 habitants depuis 1928, j'ai passé au mois de mai de cette même année un bail de quatre ans, qui expirera le 1er juin 1932. Je voudrais savoir si la loi de 1929 sur les locaux professionnels m'est applicable.

J'ai lu en effet dans le texte que la loi s'appliquait aux communes dont la population est supérieure à 4.000 habitants et pour les autres à celles, dont la population avait augmenté de plus de 5 % entre les deux derniers recensements.

C... se trouvait dans ce cas, puisque le recensement qui précéda la promulgation de la loi, avait accusé une augmentation de 7 %. Il me semblerait donc que je pourrais bénéficier de la loi. Mais au cours du recensement de cette année 1931, l'augmentation de population n'a été que de 3 %. Ce nouveau fait vient-il modifier les choses et me fait-il perdre le bénéfice de la loi ? Il me semblerait que non, mais je voudrais en avoir la certitude.

Au cas où je pourrais bénéficier de la loi, quelles démarches dois-je faire auprès de mon propriétaire et quels sont exactement mes droits ?

Ds S.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 a décidé, dans son article premier, que la législation spéciale des loyers serait applicable dans toutes les communes où le dernier recensement accusait un accroissement de la population municipale, d'au moins 5 % sur le précédent recensement.

La loi n'a envisagé que la situation existante au moment de sa promulgation et elle n'a pas été modifiée sur ce point par la loi du 29 juin 1929.

Par conséquent nous estimons quant à nous, bien que nous ne connaissions aucune décision de jurisprudence sur cette question, que la législation spéciale des loyers est applicable dans votre commune dès lors que le recensement de 1926 y a fait apparaître un accroissement de la population municipale de plus de 5 % sur le précédent recensement, sans qu'il y ait lieu de tenir compte des variations de la population depuis le recensement de 1926.

Vous n'avez aucune démarche à faire pour bénéficier de la prorogation légale ; elle vous sera acquise de plein droit à la fin de votre bail sans

que vous ayez à la demander, sous une forme quelconque, à votre propriétaire.

Pour pouvoir vous fixer sur la durée exacte de votre prorogation, nous aurions besoin de connaître le loyer de votre maison en 1914 ou, à défaut de location à cette époque, la valeur locative qu'elle avait en 1914.

5079. — Pas de prorogation dans les immeubles construits après la guerre

Je vous serais reconnaissant de me donner un conseil juridique concernant une prorogation de bail.

J'habite depuis 1925, une maison construite après guerre, que le propriétaire (non combattant) père de trois enfants désire reprendre pour l'habiter lui-même. Il est commerçant et habite en ce moment dans le local de son commerce.

Ma carte d'ancien combattant me donne-t-elle droit à une prorogation de bail ? Ou bien, en m'adressant au tribunal des référés, la prorogation de mon bail ne serait-elle qu'une faveur demandée au président du tribunal ?

Dr P.

Réponse.

Aucune des dispositions de la législation spéciale des loyers résultant des lois des 1er avril 1926 et 29 juin 1929 n'est applicable aux immeubles construits et affectés à l'habitation postérieurement au 24 octobre 1919.

Si la maison que vous habitez a été construite après le 24 octobre 1919, vos rapports avec votre priopriétaire se trouvent régis uniquement par le droit commun.

Il en résulte que, votre bail terminé, votre propriétaire aura le droit de vous refuser tout renouvellement de location et même de poursuivre votre expulsion, soit pour venir habiter lui-même la maison, soit même pour la louer à un autre locataire.

Bien entendu, dans ces conditions, vous ne pourrez prétendre à aucune prorogation. Si vous demandez à aller en référer sur poursuites en expulsion, vous obtiendrez certainement des délais de grâce du Président, mais ces délais seront de courte durée.

Questions médico-militaires

4870. — Honorariat du grade

J'ai reçu une lettre du Directeur du Service de santé me disant que je pourrais être admis à l'honorariat, à la suite de ma radiation des cadres comme médecin capitaine de réserve.

Puis-je vous demander en quoi consiste l'honorariat, ou bien, de m'indiquer où je pourrais trouver le renseignement désiré ?

Dr B.

Réponse.

L'officier honoraire n'a, bien entendu, plus aucune période d'instruction à accomplir puisqu'il est définitivement dégagé de toutes obligations militaires.

Il est autorisé à porter l'uniforme aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées ou officielles, à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère politique ou électoral.

D'autre part, la loi du 17 juillet 1931, faisant suite à celle du 16 juillet 1927, réserve aux officiers honoraires, sous certaines conditions, un contingent annuel de décorations de la Légion d'honneur.

Toutes les questions ayant trait à l'honorariat du grade, seront exposées en détail dans l'« Agenda-Memento » du *Concours médical*, qui est actuellement sous presse.

4531. — Promotion au 3e galon

Médecin lieutenant depuis 1918, et titulaire du grade six mois avant le 11 novembre 1918, j'ai accompli récemment une période de 15 jours (que j'aurais pu refuser de faire, mais je m'en suis rendu compte trop tard).

Y a-t-il des chances pour que je sois nommé capitaine à la suite de cette période ?

Serai-je convoqué pour une autre période avant la fin de mes obligations militaires (classe 1909) ? Dans le cas où une seconde période me serait prescrite, serai-je autorisé à la refuser, pour le motif de convocation irrégulière pour les 15 jours que j'ai fait tout récemment ?

Sinon, dois-je démissionner de suite ou attendre la convocation pour une seconde période que je ne veux pas faire ?

Je tiens à faire remarquer que je n'ai pas signé ni retourné le papier par lequel je me serais engagé à faire comme « volontaire » cette période effectuée le mois dernier.

Dr X.

Réponse.

Vous ne pourrez être promu au grade de capitaine qu'après inscription au tableau d'avancement par le ministre. Il est probable que si on vous a fait faire cette période, dans vos conditions d'ancienneté de grade, c'est qu'on a l'intention de vous proposer au ministre pour l'inscription au tableau d'avancement de 1932.

Vous pourrez, par la suite, être convoqué pour des périodes, tant que vous n'aurez pas accompli le maximum de quatre mois prévu par la loi.

En cas de nouvelle convocation, mieux vaudrait tâcher d'obtenir un ajournement de période Puis, comme vous appartenez à la deuxième

réserve, vous seriez libre ensuite d'offrir au ministre votre démission d'officier d réserve.

4487. — Demande de pension militaire par un accidenté du travail

Un de mes malades a eu dernièrement un accident du travail au genou gauche. Il persiste de l'hydarthrose de façon chronique et l'assurance offre au blessé une rente basée sur une invalidité de 10 %.

Je dois dire que cette même jambe a déjà souffert précédemment. Blessure de guerre en 1914 par plaie en séton des muscles quadriceps — 6 mois d'hôpital — un peu d'hydarthrose à la suite, atrophie consécutive assez marquée. Le blessé n'a pas la moindre pension militaire. Pensez-vous qu'il pourrait encore demander quelque chose, et le fait d'avoir une pension au titre d'accident du travail ne le gênera-t-il pas au point de vue militaire ? Je considère que l'assurance s'est montrée plutôt généreuse et que l'Etat avait bien sa part dans l'indemnité à donner à ce blessé.

Dr D.

Réponse.

Il est préférable que votre blessé se contente des 10 % donnés par l'assurance.

Au point de vue « *pension d'invalidité militaire* », l'imputabilité au service risquerait d'être évaluée à moins de 10 % (cicatrice de la blessure), l'hydarthrose étant reconnue non imputable au service militaire, en raison de l'accident du travail, qui est survenu ultérieurement sur ce même genou.

4197. — Majoration de pension pour enfants infirmes ou incurables

Une de mes clientes, veuve de guerre et mère de quatre enfants vivants, a, parmi ceux-ci un fils, né en 1915, anormal et infantile, qui n'a jamais ni parlé, ni marché.

Quand cet enfant aura atteint 18 ans, sa mère continuera-t-elle à toucher une majoration de pension pour cet enfant qui sera toute sa vie à sa charge ?

Quelles formalités devra-t-elle remplir ? Quels certificats devra-t-elle fournir pour que cette majoration lui soit maintenue ?

Dr F.

Réponse.

Les orphelins, atteints d'une infirmité incurable les mettant dans l'impossibilité de gagner leur vie, conservent même après l'âge fixé, le droit à majoration de pension.

Rédigez un certificat d'infirmité incurable et que la veuve le joigne à une demande qu'elle adressera à l'Intendant militaire régional des pensions, 139, rue de Bercy, Paris, 12e, afin d'obtenir la permanence de cette majoration d'enfant.

4239. — Allocation du combattant

J'ai la carte du combattant, je suis né le 11 octobre 1876.

J'ai reçu mon carnet pour toucher l'allocation du combattant.

Je voudrais savoir :

1° De combien est cette allocation ;

2° A quel âge on doit commencer à toucher cette allocation et comment augmente-t-elle.

Comme je vous ai mis plus haut ma situation, mon carnet porte que je dois toucher du 19 avril 1930 au 10 octobre 1930 : 238 fr. 88 ; du 10 octobre 1930 au 11 avril 1931, 250 fr., ensuite 250 fr. par semestre.

Est-ce bien cela ? Dr R.

Réponse.

L'article 6 du décret du 7 août 1930, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi de finances du 16 avril 1930 instituant l'allocation du combattant, précise que le point de départ des échéances est déterminé par l'âge de l'intéressé.

Pour ceux ayant atteint l'âge de 50 ans avant le 19 avril 1930, date à laquelle la loi du 16 avril 1930 est devenue exécutoire, le montant du premier coupon correspond à la période écoulée depuis cette date jusqu'à la première échéance réglementaire suivante, déterminée ainsi qu'il est dit ci-dessus.

Les mêmes dispositions sont reproduites dans l'article 8 de l'instruction interministérielle visant l'application de cette loi.

Votre décompte établi à 238 fr. 88 du 18 avril 1930 au 10 octobre 1930 est donc exact.

L'allocation du combattant est de 500 francs par an de 50 à 55 ans et de 1.200 francs par an à partir de 55 ans.

4580. — Maintien dans les cadres. Légion d'Honneur

Je viens de recevoir du Service de santé une lettre me demandant si je veux rester ou non dans les cadres de réserve, car je suis bientôt atteint par la limite d'âge.

Avant de prendre une décision, je viens vous poser une question.

Je suis proposé pour la Légion d'honneur (chevalier) au titre militaire. J'ai fait toute la guerre, ai une citation. Mais malgré cela je compte peu sur le ruban rouge.

Je voudrais savoir :

1° Si vous pensez que je puisse obtenir ce ruban dans un temps plus ou moins reculé ? Il y en a beaucoup d'appelés, mais peu d'élus.

2° Le Service de Santé peut-il exiger que je fasse une ou plusieurs périodes supplémentaires ?

Dr B.

Réponse.

Vous avez été « proposé », dites-vous pour la Légion d'honneur. Il s'agit probablement d'une proposition faite par votre Directeur du Service de Santé, et non d'une inscription par le Ministre au Tableau de concours.

Vous n'avez donc actuellement aucune certitude de recevoir la Légion d'honneur ; et vos chances diminueront considérablement, sans pour cela être éteintes (mais il faudra faire chaque année une demande), du jour où vous serez rayé des cadres, car vous n'accumulerez plus chaque année une annuité de service venant s'ajouter aux autres et augmenter vos titres.

Cependant, maintenu dans les cadres, vous pourrez encore être appelé pour une ou plusieurs périodes d'instruction.

4613. — Annuités pour la Légion d'Honneur. Préparation militaire

Dans le nº 24 du 14 juin 1931, vous répondiez à un confrère : « Il ne peut être question d'annuités spéciales à acquérir pour vos services de médecin conventionné.

Il en serait autrement si vous l'exécutiez au titre de stages sans solde. »

Quelle annuités spéciales peuvent créer ces stages sans solde ?

Dans plusieurs circulaires, il est dit qu'on tiendra le plus grand compte pour l'inscription au tableau de la Légion d'honneur des services rendus par les officiers de réserve pour la préparation militaire. A qui offrir ces services ?

Dr M.

Réponse.

Toute période d'instruction compte double pour l'augmentation (jours, mois, années) des annuités de service.

Il en est tenu compte pour l'avancement et la Légion d'honneur, de même qu'il est tenu compte de l'assiduité aux cours de perfectionnement (voir différentes notes parues dans le *Concours médical.*)

Pour la préparation militaire, offrez vos services à votre Directeur du Service de Santé, lequel les transmettra à l'officier général ou supérieur, chargé de la Préparation militaire pour le Corps d'armée.

Cinquante-troisième année | Nº 44 | 1er Novembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*,)
Bandol : Charmot et Rozet *Maison de cure hélio-marine)* Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino C. Ibert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Carrette L. Dubief, Fournier Leon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Ken - Gazet. Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon - de - Tence (Le : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues. Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lavy. Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S Vivant,
Nice : Bernard, Bernardbeig, Broxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé Laque, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Jotard, Malaussene (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Pietri, E. Porheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël – Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol.*, *derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DAVIAU, de Domont, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 372. — Banl. St-Lazare, 5 min. Paris. Urgent, très bon poste, pavillon tout conf. Rapp. intéress. à doubler par confr. actif. Prix 38.000 compt.

N° 373. — Volet thermique maillechort, état neuf, pour Peugeot 183 A, 450 fr. au lieu 900, Marque Gibert, Lan et Fernier.

N° 374. — A vend. meuble médical fabricat. Dupont, canapé recouvert pégamoïd pouvant se transformer en lit d'examen et table gynécol. S'ad. « La Niçoise », 2, place Grimaldi, à Nice, ou Dr Drapier père, à Rethel (Ardennes).

N° 375. — Femme de méd. recherche emploi secrét. chez docteur, ou infirmière chez dentiste.

N° 376. — Paris. Client. consult. méd. génér., appart. 6 p. Condit. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 377. — Ouest. Méd. pro-pharm., très gros produit, belle maison, facil. paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 378. — Midi. Import. client. médico-chirurg. bien installée. Préc. sur demande. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Vitamys. — Home d'enf. été Morzine (Hte-Sav.) hiver Fréjus (Var). Pas de contag. Bains soleil, abri du vent. 750 par m. tout compr. S'ad. à Fréjus (Var).

L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey, à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil; Drs CHARMOT et ROZET.

Rendre un traitement facile, c'est assurer sa continuité. Ordonner à tous les dyspeptiques de sucer 4 à 6 tablettes de **Mangaïne** c'est guérir les malades facilement, à coup sûr et agréablement.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Emile Thoumas, chevalier de la Légion d'honneur, secrétaire général de l'Association médicale mutuelle, président de la Société des médecins de l'état civil, décédé le 15 octobre 1931, à Paris, à l'âge de 73 ans. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une grande affluence, le 19 octobre, en l'église Saint-Jean-Baptiste de Belleville.

Depuis de nombreuses années, le Dr Emile Thoumas était secrétaire général de l'Association médicale mutuelle (Association Lagoguey), fonction qu'il exerça avec un dévouement inlassable, méritant ainsi la reconnaissance du Corps médical parisien. Nous nous inclinons, avec un douloureux respect, devant la tombe de notre très regretté confrère, dont le nom restera attaché à l'œuvre dont il fut un des animateurs, et adressons à sa famille, à son fils, le Dr Jean Thoumas, et au Conseil de l'Association médicale mutuelle, l'expression de nos plus vives condoléances.

— Le Docteur Tschudnowsky, a la douleur de vous faire part de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de Raymond Tschudnowsky, son fils, docteur en médecine, interne des hôpitaux, diplômé de l'Institut d'hygiène, décédé le 19 août à la suite d'une poussée aiguë de la tuberculose, acquise pendant son service hospitalier à Laënnec et à Berck-sur-Mer.

Nous enregistrons avec un profond regret cette douloureuse nouvelle et nous adressons à notre malheureux confrère nos bien sympathiques condoléances. G. D.

— **T. S. F.** — Le Dr Foveau de Courmelles fera le vendredi 6 novembre 1931, à 18 h. 1/2, une causerie au poste de la Tour-Eiffel sur l'*Abus du Soleil.*

— **Association des villégiatures du travail féminin.** (Fondée le 20 mars 1906, reconnue d'utilité publique le 18 avril 1907.) — Nous recevons la note ci-jointe de l'*Association des Villégiatures du travail féminin,* qui ouvrirait à l'occasion volontiers les portes de ses maisons aux membres des familles médicales. S'adresser à la secrétaire générale, Mlle Korn, siège social, 56, avenue d'Orléans (9, impasse Cœur-de-Vey), Paris, XIVe. Président d'honneur : M. Henry Perreire ; président : M. J. Branet.

Maisons ouvertes (hiver 1931). — *Le Rêve,* à Sèvres (Seine-et-Oise). — Chambres meublées ; seule : 225 fr. par mois ; à deux : 165 fr. par mois. — Dames retraitées : 18 fr. par jour, plus 2 fr. pour le chauffage.

Les Amitiés australiennes, à Montlignon (Seine-et-Oise). — 13 fr. par dortoir de six ; 14 fr., chambre à deux lits ; 15 fr. 50, chambre seule, plus 1 fr. 50 pour le chauffage.

Fondation Edgar Stern, La Neuville-en-Hez (Oise), près Clermont. — Fillettes d'âge scolaire : 180 fr., plus chauffage et blanchissage : 45 fr. — Mères

avec enfants : 11 fr. par jour, plus 1 fr. 50 par jour pour le chauffage.

Maison Schoen, à Montlignon (Seine-et-Oise). — Chambres pour mères avec petits enfants : 12 fr. par jour plus le chauffage. — Cardiaques, convalescentes, pour séjours prolongés : mêmes prix.

— **Station thermale de Saint-Gervais-les-Bains.** — Les 24 et 25 octobre ont eu lieu à Saint-Gervais la Réunion d'études et la Conférence organisées par le Comité consultatif médical de la station thermale et climatique de Saint-Gervais-les-Bains.

On sait que la commune de Saint-Gervais a racheté le domaine des bains de Saint-Gervais et qu'elle l'exploite directement par l'intermédiaire d'une Société fermière sans bénéfices, dans le seul but de relever cet établissement et d'utiliser ces eaux particulièrement actives dans le traitement de l'arthritisme et des malaises qui en découlent, avec et sous le contrôle désintéressé d'un Comité médical parisien et lyonnais, composé de nombreux professeurs des Facultés parisienne et lyonnaise.

Le samedi 24 octobre, quinze professeurs ont visité le nouvel établissement, et le 25 a eu lieu, à la Cortena, l'Assemblée générale publique, suivie d'une réception des congressistes, ainsi que du Préfet de la Haute-Savoie, des parlementaires, de la presse, etc.

C'est la première fois que pareille organisation d'une station thermale est tentée en France.

— **Caisse de secours aux veuves et orphelins du Corps médical.** — Pour compléter le cycle de leur œuvre d'aide confraternelle : Bibliothèques circulantes des étudiants, Bourses de vacances des étudiants, Caisse de prêts d'honneur aux médecins, Prix des médecins coloniaux, les laboratoires du Docteur Debat ont décidé de créer une nouvelle œuvre destinée à apporter une aide pécuniaire aux veuves et orphelins de la famille médicale.

A cet effet, ils s'engagent à verser pendant 10 ans une somme annuelle de 100.000 francs.

Un Comité créé d'accord avec l'Association générale des médecins de France préside à son fonctionnement depuis le 1er octobre 1931.

— **Maison départementale de Nanterre.** *Internat.*— Le concours d'internat de la maison départementale de Nanterre s'ouvrira le 15 décembre 1931. Avantages : indemnité annuelle de 9.200 francs ; indemnité spéciale de 4 fr. 80 pour le repas de midi ; remboursement du prix de la carte d'abonnement entre Paris-Saint-Lazare et La Garenne-Bezons. Inscriptions à la Préfecture de police (sous-direction du personnel) jusqu'au 12 novembre.

— **Académie de médecine.** — M. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine, est proposé pour représenter l'Académie au Conseil supérieur du cinématographe.

— **Les épidémies.** — Un cas de typhus exanthématique a été observé dans le département des Vosges. Une épidémie de variole a été signalée dans le département de l'Aisne.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mlle Yvonne Watelet, fille du Docteur Abel Watelet, avec M. Emmanuel Chateau. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 20 octobre 1931, en l'église Saint-Pierre-du-Gros-Caillou, à Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 Octobre

Service de santé militaire.

Par décision du 10 octobre 1931, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

Méd. sous-lieut. : Delamare, 6e rég. aff. à rég. de Paris ; Perron, 8e reg., aff. à 6e rég. ; Comte, 14e rég. aff. 18e rég. ; L'Huillier, 5e rég. aff. 18e rég.

14 Octobre

Enseignement de la médecine.

M. Lisbonne, professeur (2e classe) de microbiologie à la Faculté de Montpellier (chaire de Faculté) est nommé professeur de microbiologie (chaire d'Etat) à ladite Faculté (emploi nouveau).

M. Leenhardt, professeur (2e classe) de clinique médicale infantile à la Faculté de Montpellier (chaire d'université) est nommé professeur de clinique de maladies des enfants (chaire d'Etat) à ladite Faculté (emploi nouveau).

Substances vénéneuses.

Arrêté du 9 octobre 1931 relatif au commerce des substances vénéneuses.

Ce document sera publié ultérieurement.

Infirmières des hôpitaux militaires.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires en 1932.

Paris, le 1er octobre 1931.

Un concours sera ouvert le mercredi 13 janvier 1932, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent). Traitement de 9.000 fr. à 16.750 fr. auquel s'ajoute une indemnité de résidence variable suivant les garnisons.

Nulle candidate n'est autorisée à y prendre part si elle n'a préalablement justifié qu'elle remplit les conditions suivantes :

1° Etre Française ou naturalisée Française ;

2° Avoir au 1er janvier 1932, vingt ans au moins et trente ans au plus ; toutefois, pour les candidates ayant des services à l'Etat, admissibles pour pension, cette limite est reculée d'autant sans pouvoir dépasser trente-cinq ans ;

3° Etre de bonnes vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français de l'assistance publique ou d'une école d'infirmières laïques publique ou privée agréée par le ministre de la guerre ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie-Tunisie et sur les théâtres d'opérations extérieurs (Maroc et Levant).

L'examen médical destiné à déterminer l'aptitude physique aura lieu au moment des épreuves orales.

L'épreuve d'admissibilité (épreuve écrite) aura lieu le 13 janvier 1932, au chef-lieu de chaque région (au chef-lieu de la division en Algérie-Tunisie) à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte ; au Maroc et au Levant, elle aura lieu à Casablanca et à Beyrouth.

Cette épreuve est éliminatoire. Les candidates qui n'auront pas obtenu une note satisfaisante ne seront pas admises à prendre part aux épreuves définitives.

Epreuves définitives (orale et pratique). Ces épreuves auront lieu, en principe à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Nancy, Rennes, Alger, Casablanca et Beyrouth, à une date qui sera portée en temps opportun à la connaissance des candidates.

Les candidates à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires devront adresser au ministre de la guerre (direction du service de santé) avant le 25 décembre 1931, une demande écrite en vue de participer au concours.

Elles devront indiquer dans cette demande :

a) L'adresse exacte de leur domicile ;

b) Leur profession ;

c) Les centres d'examens écrit et oral qu'elles ont choisis. Elles joindront à leur demande les pièces suivantes :

1° Une copie de leur acte de naissance ;

2° Un certificat du maire de leur domicile constatant que la candidate est Française ou naturalisée Française ;

3° Une autorisation maritale s'il y a lieu, légalisée par le maire de leur commune ou le commissaire de police de leur quartier ;

4° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de leur commune ou le commissaire de police de leur quartier à Paris ;

5° Une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police de leurs diplômes et certificats, ainsi que les références de tous genres relatifs à leur connaissance et aptitudes professionnelles ;

6° Le livret d'infirmière, si la candidate provient des anciennes infirmières temporaires du service de santé ou des infirmières de la Croix-Rouge française ;

7° Le cas échéant, une copie certifiée conforme de leurs diplômes universitaires ;

La liste des candidates admises à concourir sera arrêtée par le ministre de la guerre qui fera parvenir en temps opportun, aux intéressées, l'autorisation nécessaire.

Pour tous renseignements complémentaires les candidates devront s'adresser au directeur du service de santé de la région dont dépend leur résidence.

Service de santé de la marine militaire.

Modification à l'instruction du 24 décembre 1930 portant réorganisation de l'école d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe à Toulon.

Paris, le 9 octobre 1931.

TITRE III

EXAMEN DE SORTIE DES STAGIAIRES

L'alinéa commençant par : « Lorsqu'un membre du jury est parent ou allié, etc.... », est abrogé et remplacé par le suivant :

« Lorsqu'un membre du jury est parent ou allié d'un candidat jusqu'au 4e degré inclusivement ou est indisponible, il est remplacé :

« 1° Par le chef de clinique (professeur agrégé ou chargé de cours) qui lui est adjoint dans son enseignement, s'il est officier supérieur ;

« 2° Sinon, par un ancien professeur ou par un professeur agrégé ou chargé de cours appartenant à la section professionnelle dont fait partie le professeur empêché et du grade d'officier supérieur au moins. »

Service militaire.

Décret du 5 octobre 1931 portant règlement d'administration publique sur les Conseils d'enquête des officiers de réserve.

Ce document sera publié ultérieurement.

17 OCTOBRE

Service de santé de la marine militaire.

Service à la mer et à terre des officiers du corps de santé de la marine.

Arrêté du 9 octobre 1931.

L'article 16 de l'arrêté du 4 juillet 1911, modifié le 3 novembre 1930, est abrogé et remplacé par le suivant :

Article 16.

Durée de l'embarquement

1. La durée réglementaire de l'embarquement et celle du séjour à terre hors de la métropole est fixée à deux ans (aller et retour non compris), à moins que l'officier parte et revienne sur son bâtiment.

2. Cette durée est réduite à dix-huit mois pour

les médecins embarqués sur les bâtiments hydrographiques hors des mers d'Europe et sur ceux des flottilles du Yang-Tsé-Kiang et du Si-Kiang.

3. Ces derniers auront cependant la faculté de prolonger la durée de leur affectation à deux ans, sur l'approbation du commandant de la mission hydrographique ou de la flottille et après visite médicale.

4. La visite prévue ci-dessus sera passée avant le début du quinzième mois d'embarquement et le département (direction centrale du service de santé), devra être informé télégraphiquement de la décision prise.

18 Octobre

Ministère du travail et de la prévoyance sociale.

M. le Dr Forestier, inspecteur départemental d'hygiène, expert auprès de la Société des Nations, a été désigné pour remplir les fonctions de conseiller technique sanitaire adjoint auprès du Ministère du Travail.

20 Octobre

Enseignement de la médecine.

M. Gorse, agrégé de chirurgie, professeur sans chaire à la Faculté de Toulouse, est nommé professeul de médecine opératoire à ladite Faculté (chaire nouvelle).

Les blessés du poumon et la climatothérapie

VENCE

Les blessés du poumon, ce sont, très largement, les bronchitiques, les asthmatiques, les scléreux, les emphysémateux, les pleurétiques, les tuberculeux.

Quelque traitement qu'on leur conseille, celui-ci devra faire une place, et une place importante, à l'aération et à la climatothérapie. Mais convient-il, en outre, de définir le climat qui s'adresse à chacune de ces affections, et aussi, à leurs diverses modalités.

Les phtisiologistes sont d'accord pour admettre que le critère du climat optimum, pour la cure de la tuberculose pulmonaire, est la régularité et la tendance à l'uniformité des éléments météorologiques. Ne nous arrêtons pas aux valeurs absolues des chiffres des moyennes journalières, mensuelles, saisonnières, annuelles, qui concrétisent les éléments climatiques d'un lieu donné. Et ne retenons, du point de vue médical, que la faiblesse et la constance des écarts, d'une part, entre ces moyennes au cours de la saison ou de l'année, et d'autre part, entre les extrêmes, maximum et minimum, qui ont servi à établir les moyennes : seules, elles comptent. Or, les écarts sont d'autant plus néfastes que leur amplitude est plus grande et que les variations sont plus rapprochées dans le temps.

Une station climatique s'impose à l'attention du

Corps médical, comme répondant aux desiderata qui viennent d'être formulés. VENCE, dans les Alpes-Maritimes, admirablement située au flanc du massif montagneux qui forme un écran protecteur de 1.800 mètres de hauteur contre les intempéries septentrionales, exposée en plein midi, à 400 mètres d'altitude, comme un véritable balcon ouvert sur l'admirable panorama que forment, de l'Est à l'Ouest, les derniers contreforts des Alpes dont les mamelons boisés dégringolent leurs pentes, étoffées de pins et d'oliviers, jusqu'à la Riviera, et les Villes de la Côte, jusqu'à Antibes, en passant par Nice, — Vence offre cette faiblesse et cette régularité des écarts. Pression atmosphérique, température moyenne, hygrométrie, s'y mesurent par des chiffres convaincants. La pluie y est rare et de courte durée. L'insolation et la luminosité y dominent, avec 179 heures de soleil en janvier, et 277 jours où le ciel est complètement pur, par exemple.

Le climat de Vence est, pour toutes ces raisons, bien supporté par tous les malades ; il se recommande pourtant plus spécialement aux personnes délicates : anémiés, convalescents, enfants et jeunes gens à croissance difficile. Aux blessés du poumon, c'est un climat d'élection. C'est la serre chaude réclamée par les porteurs d'un pneumothorax artificiel, ou les candidats à ce procédé. Les tuberculeux torpides, fibreux, apyrétiques ou peu fébricitants, les formes de tuberculose incipiens, ulcéro-caséeuses chroniques communes, avec fièvre modérée, y réalisent un bénéfice considérable.

Par contre, les grands fébricitants à lésions rapidement évolutives, éréthiques, congestifs à tendance hémoptoïque, cachectiques avec ou sans lésions intestinales, doivent s'abstenir d'y séjourner : ce sont là des contre-indications formelles.

On notera enfin que Vence n'est pas une station climatique utilisable seulement en hiver. Il ne s'agit là ni de station d'hiver, ni de station d'été, car on y trouve un ensemble de conditions météorologiques stables durant toute l'année, et un milieu immuable nettement caractérisé, dont l'influence salutaire peut et doit être recherchée en tous temps.

Et cet ensemble représente une médication dont l'action lente, sans doute, mais continue, doit être supportée sans interruption, tant qu'on en peut constater les utiles effets.

Le Bruit et les Bruiteurs

Monsieur le Docteur Noir,

Je viens de prendre connaissance du dernier numéro du *Concours Médical* contenant votre article sur la campagne contre le bruit.

Je tiens sans tarder à vous remercier de mettre votre si importante Revue au service de la campagne que, depuis plusieurs mois, je mène contre cet abominable fléau.

Je vous en suis d'autant plus reconnaissant

que, dès le début, il m'est apparu que la bataille ne pourrait jamais être gagnée sans le secours du Corps médical.

Encore merci, et croyez, Monsieur le Docteur, à l'assurance de mes sentiments les plus distingués et les meilleurs.

L. AUSCHER,
Président de l'U.N.A.T.

ASSURANCES SOCIALES

I

Habilitation d'un syndicat de praticiens

Un syndicat de sages-femmes, comprenant deux départements, affilié à la Confédération nationale des sages-femmes, a été habilité pour contracter avec les caisses d'assurances sociales, ladite habilitation ayant paru au *Journal officiel.*

Or, alors que les caisses d'un département ont consenti à signer les conventions avec ledit syndicat, celles du département voisin refusent de contracter, motifs pris que le syndicat ne groupe pas la moitié plus une des sages-femmes du département. Les caisses mettent donc en doute l'habilitation accordée au dit syndicat.

Et cependant, la convention prévoit que, syndiquées ou non syndiquées, toutes les sages-femmes peuvent soigner les assurées sociales, à la condition de déclarer par écrit, soit par l'intermédiaire du syndicat, soit par celui des caisses, qu'elles acceptent la convention syndicat-caisse et qu'elles s'engagent à verser annuellement et d'avance la somme de soixante francs, pour provision de frais de contrôle technique.

La conduite des caisses est-elle légale ?

C'est la loi elle-même, en son article 4 § 4, qui fixe les conditions d'habilitation des syndicats de praticiens, pour signer des conventions collectives avec les caisses.

Lorsque cette habilitation a été, comme l'indique la loi, approuvée par les groupements nationaux syndicaux et par le conseil supérieur des assurances sociales, la caisse n'a qu'à s'incliner.

Exiger un quorum, un pourcentage de praticiens syndiqués, pour que le groupe corporatif soit habile à contracter, ce serait, d'une manière détournée, rendre nécessaire l'obligation à l'adhésion au syndicat.

Or, le législateur de 1884, ainsi que le Livre III du Code du travail, spécifient que chaque travailleur est libre de se syndiquer, ou de rester en dehors du syndicat, de même qu'à tout moment il peut, par démission, sortir du groupe corporatif.

Voir la suite page LV-3375

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

22 NOVEMBRE 1931

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 22 NOVEMBRE 1931***, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant.

I. — *A 3 heures* 1 /2

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

(*Voir page* 3366)

II. — *A quatre heures et quart*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Fonctionnement de l'Œuvre L. Plantier
3° Le secret professionnel et la médecine sociale.

III. — *A cinq heures*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1930 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1930 ;
5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;
6° Modification de la dénomination sociale ;
7° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice-président* ; Boudin, *secrétaire général* ; Chapon, Levassort et Molinéry, membres sortants et rééligibles.

IV. — *A six heures*

SÉANCE RÉCRÉATIVE

Illusionnisme, Prestidigitation, Harmonies, avec le concours précieux de Mme et du Dr DHOTEL.

V. — *A sept heures et demie précises*

DINER. — Souscription 50 fr. (Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.)

A dix heures

BAL. — Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 20 *novembre*, aux bureaux du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

PROPOS DU JOUR

Les contradictions de l'hygiène officielle : le tabac

Comme le sabre de M. Joseph Prud'homme, les mesures sanitaires de nos gouvernements sont destinées à défendre la santé publique et au besoin à la détruire. Un distingué conseiller municipal de Paris le démontre, en posant, non sans ironie, une question sur le tabac à M. le Préfet de la Seine qui sera, sans doute, bien embarrassé pour y répondre.

Voici cette question, telle qu'elle a paru dans le *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* du 1er octobre 1931 :

30 septembre 1931. — La Régie française des tabacs vient d'éditer une plaquette qui fournit d'intéressantes précisions, en particulier celles-ci : « La consommation totale du tabac, en France, qui était de 44 millions de kilogrammes en 1913, a atteint, en 1930, un chiffre de 56 millions de kilogrammes. » Et, plus loin : « Le produit de la vente des tabacs s'élevait, en 1913, à 430 millions de francs ; en 1929, il a atteint le chiffre de 4.318 millions, et, en 1930, celui de 4.536 millions. »

Ces résultats, qualifiés de « brillants » par la Régie, apparaissent désastreux aux yeux de l'hygiéniste à un double point de vue :

1° Une augmentation de 27 % dans la consommation du poison ne peut qu'exercer une influence néfaste sur la santé publique ;

2° Une augmentation de 111 % dans la dépense (compte tenu de la dévaluation du franc) ne peut que diminuer dans la même proportion les disponibilités familiales et réduire les dépenses nécessaires ou indispensables : quand le mari fume pareillement, la femme n'a pas d'argent pour acheter du lait à son enfant.

Ceci posé, M. Roéland a l'honneur de demander à M. le Préfet de la Seine si les moyens d'information qu'il possède dans les comptes rendus des Sociétés savantes (Académie des sciences, Académie de médecine, Société de biologie, Institut Pasteur, etc.) ainsi que les observations faites dans les services hospitaliers, les maternités, les centres de puériculture, etc., lui permettent, dès à présent, de mesurer l'influence néfaste sur la race française de cet accroissement effrayant de la consommation des différents poisons contenus dans le tabac.

Le tabac, comme l'alcool, est une ressource si importante pour le fisc que nous doutons que la moindre mesure soit jamais prise pour en restreindre la consommation. Nous devons avouer que l'usage du tabac est beaucoup moins dangereux que celui de l'alcool, et qu'on ne saurait non plus comparer les dangers qu'il fait courir à ceux imputables aux autres stupéfiants. Il est d'ailleurs un fait établi, c'est que le besoin que crée l'usage du tabac, est une simple habitude dont il est très facile de se débarrasser avec un peu de volonté, car la suppression brusque du tabac chez un habitué ne cause aucun trouble physiologique. Notre expérience personnelle, et celle de plusieurs de nos amis, médecins et fumeurs invétérés, nous permettent de l'affirmer.

Il est curieux de constater comment s'est répandue la mode du tabac qui a résisté aux persécutions les plus violentes.

Christophe Colomb, lors de la découverte de l'Amérique, avait constaté avec étonnement en 1492 que les indigènes de la petite île de Tabago, aspiraient avec délices la fumée de rouleaux de feuilles sèches dont ils avaient enflammé une des extrémités. Les Espagnols et les Portugais apportèrent en Europe le tabac qui, au Brésil, était dénommé pétun par les indigènes. Mais l'usage ne s'en répandit que lorsque Jean Nicot, ambassadeur de France à Lisbonne, eut envoyé, en 1560, une certaine quantité de poudre de tabac à la reine Catherine de Médicis pour qu'en l'aspirant, elle fut soulagée de la migraine à laquelle elle était fort sujette. Jean Nicot, qui fut un fin lettré, à qui l'on doit le premier dictionnaire de la langue française, qui mourut curé de Brie-Comte-Robert et fut enterré en 1600 à l'église Saint-Paul à Paris, dut plus sa renommée à la culture du tabac qu'il préconisa comme plante médicinale et qu'on dénomma durant quelque temps nicotiane, qu'à ses œuvres littéraires. L'usage du tabac se répandit aussitôt. Mais il rencontra de fougueux adversaires, dont les excès contribuèrent sans doute beaucoup à son succès.

Jacques Ier, roi d'Angleterre, écrivit contre lui le Mésocapnos auquel les Jésuites, défenseurs de l'herbe à Nicot, opposèrent l'Antimésocapnos. Le Pape Urbain VIII excommunia les fidèles

qui prisaient de la poudre de tabac durant les offices, mais un de ses successeurs, Clément IX, rapporta quelque quarante ans plus tard la bulle d'excommunication. En Orient, les amateurs de tabac furent cruellement persécutés ; le tsar de Moscou, Michel Romanoff, condamnait les fumeurs à la bastonnade ; le sultan Amurat IV les faisait pendre une pipe à la bouche, tandis que les shahs de Perse, à la même époque, faisaient couper les lèvres aux fumeurs et le nez aux priseurs. Cela n'a pas empêché l'usage du tabac de devenir universel en Orient.

En France, Louis XIII commença par interdire l'usage du tabac ; puis, Richelieu jugea préférable d'opposer à son abus des taxes importantes. En 1674, Colbert créa le monopole qui existe encore aujourd'hui, et en afferma les revenus. Pendant ce temps, les médecins Poirson, Hecquet, Fagon et Barbin discutaient et établissaient, avec grand renfort d'arguments spécieux, les avantages et les inconvénients du tabac.

Au XVII^e^ et au XVIII^e^ siècle, la pipe n'était adoptée en France que dans la marine : nos soldats, durant la guerre de Hollande, sous Louis XIV, apprirent à fumer, tandis qu'il était de bon ton à la cour de couvrir de poudre de tabac à priser les jabots de dentelles. Les guerres de la Révolution et de l'Empire vulgarisèrent la coutume de fumer. Malgré les diatribes de Mérat en 1821 et de Jolly à l'Académie de médecine en 1865, malgré les efforts méritoires de l'Association contre l'abus du tabac, fondée en 1868 par Blatin et Bourrel, et de la Société contre l'abus du tabac, créée en 1877 par le vétérinaire militaire Decroix, la manie de fumer s'est répandue de plus en plus et a gagné les femmes, surtout depuis la dernière guerre.

En vérité, le tabac est infiniment moins dangereux que l'alcool, surtout comme l'on en fait usage de nos jours. Nombre des troubles qu'on lui attribue sont dus aux boissons alcooliques dont tant de fumeurs font aussi un usage immodéré. Certes, la nicotine, son principe actif, est un poison des plus violents, mais il y en a si peu d'absorbé par les fumeurs ! L'usage du tabac à priser et du tabac à chiquer disparaît de plus en plus. L'irritation due à la fumée peut provoquer des pharyngites, des stomatites, faciliter l'évolution du cancer buccal, déterminer des dyspepsies et des troubles gastriques, causer des accidents nerveux (tremblements, amnésie). On a observé l'amblyopie nicotinique, une diminution de la puissance génésique chez certains individus. Il n'est pas douteux que, chez quelques malades, le tabac peut déclencher des crises d'angine de poitrine, mais tous ces accidents ne surviennent que chez des sujets tout particulièrement sensibles. Il est en outre certain que l'homme s'habitue au tabac et, petit à petit, arrive par une sorte de mithridatisme à mieux en tolérer les effets.

L'emploi thérapeutique du tabac a été tenté et peut-être un peu trop facilement abandonné. Il a été administré, à tort ou à raison, dans les paralysies, l'épilepsie, les névralgies, et pour provoquer les mouvements péristaltiques de l'intestin. Il agit sur les vaisseaux, peut stimuler le cœur ; on a arrêté, en prisant du tabac, des épistaxis fréquentes ; il a une indéniable action diurétique ; il a été préconisé dans le traitement de la coqueluche, de l'asthme, dans l'ischurie, dans la goutte. On l'a doté d'un pouvoir anti-infectieux et, durant la dernière guerre, nous avons pu lire des instructions imprimées données aux soldats allemands, où on leur conseillait de fumer pour se mettre à l'abri des contagions. Quoiqu'il en soit, le tabac entre, ou plutôt entrait, dans la composition de remèdes devenus populaires. Le sirop expectorant de Quercetan, l'eau vulnéraire, le baume tranquille, l'emplâtre Opodeldoch, etc., etc., contiennent des feuilles de tabac, ou du suc de cette plante.

Conclusion : On ne peut nier la possibilité d'effets nocifs provoqués par le tabac, mais nous devons reconnaître qu'ils sont faibles et rarement dangereux, et le nombre des médecins qui fument sans en pâtir, donnent la preuve expérimentale de l'innocuité relative de l'usage de cette solanée.

J. Noir.

Les Etudes médicales philosophiques et biologiques

Nous avons déjà attiré à diverses reprises l'attention de nos lecteurs sur l'intéressante initiative de notre distingué confrère lyonnais, le D^r^ René Biot, qui, depuis plusieurs années, réunit dans le *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques* (secrétariat : 16, rue Plat, à Lyon) tous ceux, médecins ou non, que la solution de multiples problèmes psychologiques, moraux, sociaux, religieux que posent la médecine et la biologie, préoccupent. L'étude en commun de ces problèmes, leur discussion contradictoire en toute indépendance, toute

courtoisie et toute cordialité, ne peut qu'être utile à ceux qui y prennent part, les éclairer et dissiper plus d'un malentendu ou d'un préjugé.

En tout cas, ces échanges d'idées qui montrent qu'une question peut être envisagée sous des aspects forts différents, peuvent contribuer à développer l'esprit de tolérance et le respect que les gens cultivés doivent avoir pour les idées de ceux qui ne pensent pas exactement comme ils pensent eux-mêmes.

Cette année 1931-1932, le programme est intitulé : *Forme, vie et pensée.* M. Viret, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lyon, étudiera les *formes cristallines et géologiques.* Le Prof. Coutière, de la Faculté de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, traitera des *formes élémentaires de la vie* ; le Prof. Beauverie, de la Faculté des sciences de Lyon, de la *systématique des formes* ; le Dr Merle, de Montpellier, des rapports *des formes et du mouvement* et le Prof. Max Aron, de la Faculté de Strasbourg, fera l'examen des *formes embryonnaires.* Enfin le Prof. Cuénot, de Nancy, correspondant de l'Institut, abordera la question : *Morphologie et adaptation*, tandis que le Dr Thooris, ancien maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes études, clôturera la session par une conférence sur *la forme humaine.*

L'année prochaine, le Dr René Biot nous fait espérer le complément pratique de cette série de conférences par l'étude des rapports chez l'homme de la morphologie avec le tempérament, la pathologie, l'art, la sociologie (orientation et adaptation sociale professionnelle) et pour conclure, seront tour à tour examinées les formes sociales, esthétiques, religieuses : Forme. vie et pensée.

Nous félicitons les organisateurs de ce haut enseignement qui a fait ses preuves, puisqu'il en est à sa huitième année de succès ininter rompus.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES FAUSSES DISTRACTIONS CHEZ L'ENFANT

(L'obnubilation épileptique ou épileptoïde)

Par le Docteur Gilbert-ROBIN,

Ancien chef de clinique à la Faculté,
Médecin de l'assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

L'observation d'un grand nombre d'enfants présentés aux consultations neuro-psychiatriques pour « paresse », « distraction », « insuffisance », « retard scolaire », retard intellectuel, m'a permis d'isoler une forme spéciale d'obnubilation mentale dont le dépistage chez l'enfant et surtout chez l'écolier est suivi d'heureux effets thérapeutiques. Cette forme d'obnubilation mentale doit rentrer dans le cadre de l'épilepsie ou — par échelons dégradés — de l'épileptoïdie.

Commençons par l'observation d'un enfant de 8 ans, — observation dans laquelle nous relatons aussi des troubles très particuliers de la conduite — mais où j'attire l'attention du lecteur sur l'obnubilation psychique.

Albert vient d'être renvoyé de l'école. Le maître ne parle que d'indiscipline. Jamais il ne met en avant l'hypothèse d'un trouble morbide et cependant....

On appelle Albert. Il ne répond pas, ou il ne le fait que trois ou quatre minutes après la question. « Je l'appelle, me raconte la mère, c'est comme s'il était abruti. Au bout d'un instant, il se réveille comme d'un songe et s'écrie : maman, maman, qu'est-ce que tu m'as dit ?. » Par conséquent, en effet, pas d'absence, pas de perte de connaissance, mais état spécial d'obnubilation.

A ce moment, l'enfant a l'air hébété. Ses yeux sont vagues, hagards, mais le regard sans fixité.

La mère dit encore : « Il est comme pensif... C'est comme s'il sortait de la lune... Il est distrait... ». Telles sont, en effet, les expressions qu'emploient le plus couramment, pour les enfants de ce genre, l'entourage familial et les maîtres.

Parfois, Albert se met à chanter au milieu de la

classe. On veut lui faire réciter sa leçon, il prend son porte-plume. On le rappelle à l'ordre, il semble très étonné. Aucune mémoire. Il perd tout : « Ses porte-plumes, ses crayons, dit sa mère, rien ne rentre à la maison, et il ne sait pas seulement ce qu'il en a fait. »

Ses cahiers sont sales, mal tenus.

En outre, Albert se montre à l'école, non certes méchant, mais taquin, bousculant les autres, spécialiste du croche-pied. Il revient à la maison les vêtements déchirés.

Très turbulent, il ne peut tenir en place. La turbulence, du reste, revient par poussées, par crises environ tous les ans. La durée en est indéterminée. Elle alterne avec des poussées thermiques, 39°, 40°. L'enfant se met à dormir, et au bout d'une heure, il s'éveille en tremblant, parle seul et bredouille. Puis, il reprend son état normal. Parfois, il lui arrive d'aller se coucher sans prendre son dîner, car il se sent mal à l'aise. Le sommeil est d'ailleurs toujours calme : aucune terreur, pas de somnambulisme.

L'appétit est exagéré. Albert est décrit par sa mère comme étant « goulu ».

A la maison, il a des colères, mais sans violences spéciales. L'enfant, de plus, est excessivement lent dans ses mouvements, il a l'air empoté. La mère dit qu'elle est obligée de l'habiller. A l'examen, il donne l'impression d'un enfant un peu endormi. Le regard est comme éteint. Il existe un léger strabisme. L'intelligence est tout à fait normale, mais la scolarité est des plus retardée (au moins deux ans de décalage). L'enfant ne prononce pas les S. Il dit « Toitante tous » pour soixante sous.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Il existe de l'ectopie testiculaire irréductible.

Cet enfant a eu un premier développement normal ; pas de convulsions dans la première enfance. Il avait déjà 5 ans, quand la mère a remarqué que, lorsqu'elle appelait son fils en train de jouer, il ne paraissait rien entendre ; les yeux étaient un peu révulsés ; ces absences d'ailleurs étaient très courtes. Mais chose curieuse, à moins que les faits aient été insuffisamment observés, elles ne se produisaient que lorsque l'enfant était interpellé.

Les absences ont disparu pendant un an, remplacées d'abord par des crises de sommeil, lesquelles ont laissé place aux crises d'hébétude et d'inhibition.

Voici donc un enfant que ses absences classent comme un épileptique et qui — si l'on ignorait l'anamnèse — ne serait peut-être pas considéré comme tel par tous les auteurs. Or, c'est pourquoi, outre les troubles du caractère, l'obnubilation psychique du type de celle d'Albert m'a paru un signe très important. (Communication à l'Académie de médecine, séance du 30 décembre 1930.)

Envisageons donc ces enfants se montrant appliqués à l'étude, faisant des efforts et qui, dès qu'on les interroge, ne peuvent fournir une réponse, donnent l'impression d'être sidérés, incapables de faire l'opération mentale la plus simple, bref, d'avoir l'esprit momentanément vide, sorte de barrage intellectuel. Le problème tourne autour du mutisme chez l'enfant. En dehors des cas d'encéphalopathie et d'aphasie, il est facile d'éliminer l'opposition du pervers, du paranoïaque, du schizoïde boudeur. Jusqu'alors l'obnubilation proprement intellectuelle — c'est-à-dire en dehors de toute présomption de troubles de l'humeur ou du caractère — a été considérée comme d'origine émotive et le mutisme dans ces cas, apparaît comme tout à fait involontaire. L'obnubilation épileptique ou épileptoïde est plus près de l'obtusion que de l'inhibition émotive, elle est une obtusion passagère. On interroge l'enfant, et c'est aussitôt le silence. Le regard est vague, égaré ou au contraire d'une aveuglante fixité. Aucune trace clinique d'émotion. On chercherait en vain les tremblements, les spasmes des émotifs. Sans doute l'émoi de l'interrogatoire a déclenché l'inhibition, sans doute la cause provocatrice est souvent la même que dans l'inhibition émotive, mais on note cette différence que l'enfant épileptoïde reste coi, aussi bien devant son entourage familier que devant le maître à l'école. On dirait que la question que nous posons provoque, chez l'enfant épileptoïde, un silence intellectuel complet, un arrêt des processus. Le vide intégral. *Il ne parle pas, non pas parce qu'il ne peut pas parler, mais parce qu'il n'a rien à exprimer.*

Si, dans la majorité des cas, l'enfant est capable, une fois passée la phase d'inhibition, d'évoquer la question qui lui a été posée, il arrive parfois, — et cette constatation est intéressante au point de vue nosologique, — qu'il l'a oubliée. L'amnésie peut, du reste être, plus ou moins profonde.

Voici une observation où la nature épileptique de la lenteur psychique et de l'obnubilation est prouvée par la constatation de crises comitiales typiques (et on remarquera qu'il ne s'agit pas de déficit psychique). La lenteur et l'obnubilation ne suivent ni la fréquence, ni l'intensité des crises. Elles font partie intégrante de l'état épileptoïde.

Lucien D., âgé de 16 ans, retard scolaire, énurésie jusqu'à 6 ans. Entêtement. Passivité sur un fond de docilité. Inertie. Idéation extrêmement lente. Reste des journées entières sans rien faire. Temps de réaction très prolongé. Associations lentes, pénibles. L'attention est lente, difficile à

soutenir ; on dirait qu'elle se perd en route, non en raison de sa mobilité, mais en raison de sa durée même. L'âge mental est normal, mais si on jugeait l'enfant au point de vue rapidité, le test n'accuserait pas plus de 8 ans 1/2. Crises convulsives dès l'âge de 12 ans. Crises typiques actuellement rares (cri, perte de connaissance, chute, morsure de la langue, énurésie).

Avant les crises, sujet à de courtes fugues d'une heure ou deux.

Oreilles décollées. Crâne aplati dans la région occipitale. Réflexes rotuliens très vifs.

Pas d'antécédents morbides à ma connaissance.

En résumé : caractère épileptique, lenteur psychique caractéristique des états comitiaux.

L'observation suivante donne également la preuve de la nature épileptique de cette forme d'obnubilation intellectuelle sur laquelle, je crois utile d'insister.

La débilité intellectuelle et la lenteur sont ce qui frappe chez Georgette B. Elle a 9 ans, sa scolarité est tout à fait nulle. L'âge intellectuel est de 6 ans. Très douce de caractère, elle est habituellement déprimée.

Sa lenteur désespère tous ceux qui l'approchent. Elle est si « distraite » qu'elle oublie en route les commissions dont elle a été chargée. Quand on interroge l'enfant, on a l'impression d'une obnubilation pour certaines questions. On croit à de la lenteur. En fait, la réponse ne vient pas. C'est une obnubilation à la limite de l'absence. On ne saurait s'étonner. Georgette a des crises comitiales avec chutes, pertes de connaissance, miction, secousses convulsives, amnésie — crises diurnes et nocturnes, depuis plusieurs années, environ tous les 3 ou 4 jours, et de plus, des absences fréquentes.

Le front est bombé ; le thorax étroit, les omoplates saillantes. Il existe sur la paupière une cicatrice qui provient d'une chute. Le Wassermann est négatif.

Père, mère, grand'père et grand'mère paternels, grand'père et grand-mère maternels sont éthyliques.

Le diagnostic d'épilepsie ne fera aucun doute, puisque ces enfants présentent des crises convulsives et des absences. Qu'on ait présents à l'esprit — outre ces paroxysmes — leur obnubilation psychique spéciale et leurs troubles du caractère et nous allons passer en revue des cas où la symptomatologie est analogue, mais se passe d'accidents convulsifs, d'équivalents caractérisés, d'absences et de vertiges.

André B. âgé de 14 ans, paraît avoir été à peu près normal au point de vue intellectuel, jusqu'à 10 ans. A cette époque, après une otite, on note une baisse intellectuelle et il a tellement de mal à suivre dans un collège la 6e et la 7e, qu'on a dû le remettre à l'école communale où il était auparavant. Les tests montrent un niveau mental à peine supérieur à 9 ans 1/2. La physionomie est hébétée. L'inattention totale. On a le sentiment d'un désintérêt absolu, d'une sorte d'indifférence exagérant encore l'impression de lenteur psychique que donne cet enfant. André a toujours été sujet aux colères, brutalisant sa mère, brisant les carreaux, envoyant des coups de poing n'importe où.

L'enfant a des cauchemars. Il eut des crises de terreur nocturnes : on essayait de l'éveiller, il ne répondait pas et n'avait, au réveil, aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Au point de vue physique : aspect un peu chétif, microcéphalie, langue scrotale.

Antécédents personnels : énurésie jusqu'à 6 ans.

Antécédents héréditaires : deux tantes paternelles ayant présenté des accès mélancoliques avec idées de suicide.

L'intérêt de ces cas, c'est que l'énurésie tardive, les colères impulsives, les terreurs nocturnes avec leur caractère amnésique, l'hérédité psychopathique, les signes physiques (microcéphalie, langue scrotale) me firent penser que la lenteur intellectuelle, l'inattention, le fléchissement psychique, pouvaient être d'origine épileptique. La preuve m'en fut donnée en 6 mois. L'enfant mis au gardénal et au stovarsol prouvait un âge mental (selon les tests), de 12 ans, alors que six mois auparavant, l'âge mental était de 9 ans 1/2. Ce brusque changement me montrait que l'obtusion, l'inattention et cette sorte d'égarement psychique que présentait l'enfant, peuvent lorsqu'on les rattache à leur vraie cause et qu'on les soumet à une thérapeutique appropriée, subir une heureuse transformation.

Christian M., âgé de 9 ans 1/2 est dépeint comme un rêveur, un distrait. Aussi, alors que son intelligence est normale, présente-t-il un retard scolaire de plus de deux ans. Mais par intervalles, quand on lui adresse la parole, il ne répond pas. On dit : il n'y est pas, et cependant sa conduite prouve qu'il n'y a pas perte de conscience. Le regard est vague, sans fixité. A ce moment, rien ne retient l'attention. Très lent pour manger, pour s'habiller. Il a été renvoyé de plusieurs établissements, en raison, d'une part de cette lenteur, et d'autre part, de son caractère « agaçant, énervant ». Il fait des niches, se montre « taquin », « assommant » et en même temps très *pleurnicheur*. Très impulsif, il a des colères au cours desquelles il brise ses jouets.

Par moments, il ramasse tout ce qu'il trouve dans la rue et le collectionne.

Signes physiques : faciès un peu vieillot.

Oreilles décollées. Air hébété. Bien qu'il ait subi l'amygdalotomie à quatre reprises, il respire par la bouche et présente un retrait du maxillaire inférieur (glossoptose).

Il a marché à 1 an, parlé à 5 ans.

Il a présenté de l'ictère. Une fois, au milieu d'une colère, il a eu quelques mouvements convulsifs. Le sommeil est agité avec cauchemars.

Antécédents héréditaires : père syphilitique, une tante paternelle internée. Mère nerveuse, crises pithiatiques. Grand père maternel mort à 44 ans d'accidents éthyliques.

Le Wassermann de l'enfant est négatif.

Huguette C., 10 ans, a des colères violentes, impulsives au cours desquelles, elle se roule à terre ou frappe des enfants ; elle présente une tendance à la mythomanie calomniatrice et à l'onanisme qu'elle a pratiqué dès l'âge de deux ans ; elle fait preuve au point de vue intellectuel d'une lenteur si accusée que lorsqu'on lui parle, elle a l'air de ne pas comprendre et ne répond pas ou n'exécute les ordres qu'au bout de plusieurs minutes ; elle présente un énorme retard pour la lecture et on la considère comme paresseuse, distraite.

Antécédents héréditaires : père cyclothymique. Caractère difficile. Phases de dépression au cours desquelles, il lui arrive de rester huit jours sans adresser la parole à personne.

Maurice B., âgé de 13 ans, est dans les derniers de sa classe, en dépit d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Il donne l'impression de travailler, mais on le sent incapable d'effort, il suit mal, « on n'en tire rien, disent ses parents, des lacunes dans presque toutes les matières, toujours distrait, le regard vague, ne prenant pas de notes aux cours et cependant pas dissipé »...... « C'est comme s'il avait des idées vagabondes, ajoute sa mère. » Les professeurs parlent de paresse scandaleuse et déconseillent les études secondaires. En effet, la scolarité est très retardée. C'est un enfant au regard peu franc, il paraît endormi, lent à comprendre. Il a été propre assez tard. Cet état qui avait résisté à toutes le méthodes pédagogiques et éducatives, a été amélioré par le traitement anti-épileptique et le traitement glandulaire. Certains éléments, la pseudo-distraction, la dissipation intellectuelle, paraissent bien ici de nature épileptique.

Emilienne G., âgée de 9 ans 1 /2, ne sait ni lire, ni écrire son nom, bien que l'âge intellectuel soit de 8 ans. Elle ne sait pas dire où elle va à l'école, répond par signes de tête, ou bien il m'a fallu demander 6 fois ce qui faisait sa mère, pour obtenir une réponse : épicière. Elle regarde fixement devant elle dans une attitude figée. Emilienne est sujette aux colères impulsives, au cours desquelles elle jette des objets à la tête des gens. La parole est nasillarde, l'enfant a l'air endormi.

Aucun renseignement au point de vue antécédent et premier développement de l'enfant.

***

Sans doute nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur la lenteur psychique (bradypsychie) et sur l'intérêt du dépistage des absences chez les écoliers. (Philippe et Baul-Boncour, Mme Minkowska, Ducosté, Wallon, etc.). Mais on n'a jamais isolé, à ma connaissance, cette forme spécilale d'inhibition intellectuelle qui, loin de constituer un équivalent psychique, prend sa place exacte entre la bradypsychie et l'absence, et sert en quelque sorte de trait d'union entre ces deux manifestations.

L'obnubilation épileptoïde est très différente de l'absence et ne saurait être confondue avec elle. Si, par exemple, on modifie sa question, l'enfant qui n'avait pas répondu à une chose très simple, fournit une réponse correcte au bout de quelques instants. Une certaine forme de phrase n'avait pas impressionné son cerveau, une autre a été assimilée. Des nuances imperceptibles déclenchent l'inhibition. L'absence en général survient sans provocation. Dans l'absence, il y a perte de conscience, perte de la sensibilité. Dans l'obnubilation épileptoïde, il y a suspension des processus intellectuels. D'autre part, ce n'est pas, à part quelques formes de barrage de la simple lenteur psychique, parce que l'obnubilation dure aussi longtemps que nous maintenons notre question : il y a vide intellectuel.

« On a décrit sous le nom de *pyknolepsie*, écrit « Paul Sollier (*La Médecine internationale illustrée* : Considérations sur certaines crises épi« leptiques de nature indéterminée) chez des en« fants de 4 à 12 ans, des crises caractérisées par « une courte suspension de l'activité psychique, « une sorte d'absence se reproduisent souvent un « très grand nombre de fois dans la journée, et « pouvant s'accompagner quelquefois de fléchis« sements des jambes, de convulsions oculaires, « de clignotements des paupières, de fixité du « regard, de légers spasmes, et même de miction « involontaire. Ces crises persistent pendant des « années sans altérer en rien le développement « physique ni psychique de l'enfant, et peuvent « disparaître sans aucun traitement, tous les « traitements anti-comitiaux restant d'ailleurs « en général inefficaces. »

Et le Dr Paul Sollier cite l'observation d'une jeune fille qui « tout à coup, sans cause apparente, suspend ce qu'elle fait et dit, le regard fixe, ayant l'air de penser à autre chose, avec une très légère pâleur, et parfois de petites contractions de la bouche ». Ces phénomènes de pyknolepsie diffèrent de l'inhibition simple et tradui-

sent, à mon avis, une atteinte plus prononcée de l'affection.

En outre, l'obnubilation épileptique ou épileptoïde ne sera pas prise pour un état de torpeur post-paroxystique : elle peut se produire en dehors de toute manifestation comitiale et c'est là où son diagnostic devient important.

L'inhibition émotive est la plus communément invoquée chez l'écolier. Mais on a l'impression que, en général, c'est moins la pensée qui est arrêtée que le moyen de l'exprimer. Les processus intellectuels sont rarement tout à fait inhibés, mais les mots ne sortent pas de la bouche de l'enfant. Un spasme empêche la parole. Ou bien l'enfant présentera du bégaiement ; il s'embrouillera, son langage deviendra incompréhensible. En un mot, il semble y avoir un essai de parler, et le mutisme quand il est complet, est causé par un trouble dans les moyens d'expression. La preuve est fournie par ce fait que ces enfants répondent correctement dans leur milieu habituel (familial surtout). Dès qu'il ne sont plus émus, ils retrouvent un langage adapté à leur pensée.

Dans des conditions pédagogiques spéciales, en leçons particulières par exemple, ils font des progrès surprenants. Enfin, n'oublions pas que, pendant la phase d'inhibition, on observe des tremblements, des troubles vaso-moteurs et sécrétoires, c'est-à-dire tout le cortège de la constitution émotive.

Si les crises que nous avons passées en revue sont différentes de ce qu'on voit dans l'hyperémotivité, il va sans dire qu'un épileptique peut fort bien être un hyperémotif. Mais l'inhibition est tout à fait différente. Je n'en veux pour exemple que le cas de Roger B... Il a des absences, en général pendant les repas, absences typiques avec inconscience et amnésie. Il est lent dans ses gestes, lent à comprendre. Il a des colères impulsives, violentes. C'est un enfant qui a eu de l'énurésie nocturne jusqu'à 4 ans, a marché à 2 ans 1 /2, parlé à 2 ans. De plus, quand on l'interroge, il se trouble, on ne peut obtenir de réponse. Le test est impossible à établir. Il suffit d'adresser la parole à Roger en public pour qu'il pleure.

Au point de vue physique : dolicocéphalie, acrocéphalie, bosselures occipitales, oreilles décollées, dystrophiques, asymétrie faciale, aucun développement du système pileux, absence d'appendice, typhoïde, exagération des réflexes rotuliens, peau infiltrée, lordose ; type féminin du bassin. Le Wassermann a été une première fois positif, nul une seconde fois. La ponction lombaire est négative.

Il s'agit donc d'un épileptique hyperémotif.

En dehors du fait que la schizophrénie et la démence précoce — voire la démence précocissime — sont des affections assez rares chez l'enfant, l'inhibition de ces maladies n'est pas comparable à l'obnubilation des épileptoïdes. Chez les déments précoces et les schizophrènes, l'inhibition marque souvent une indifférence à la question posée. Chez l'épileptoïde, on assiste à un effort infructueux. La réponse du dément précoce est souvent inadaptée, celle de l'épileptoïde obéit à une fonction logique. Le dément précoce part et s'arrête en route. On appelle *barrages*, ces manifestations de la pensée. Ce n'est pas de la lenteur. C'est une succession de lambeaux de phrases correctement exprimés, quant à la rapidité du débit, et de silences absolus. L'épileptoïde est ou très lent avec régularité ou muet : son regard exprime bien le vide d'une idéation qui n'a pu être menée à bien. Enfin, la démence précoce et la schizophrénie ont des signes qui les font nettement reconnaître (indifférence affective inertie, rires et pleurs sans motifs, impulsions catatonie, excitation hébéphrénique, sitiophobie, etc.). L'inhibition mélancolique, — loin de reposer sur le vide comme celle de l'épileptoïdie est, au contraire la conséquence d'une trop forte concentration. Le malade, absorbé par ses idées délirantes, ne peut exprimer sa pensée : le délire tient une place trop importante. Le ralentissement psychique du mélancolique est, en général fonction d'un encombrement de la pensée. En outre, la dépression, la douleur morale, l'inactivité, sont des traits marquants de la maladie.

Est-il utile d'ajouter que les épithètes de « distraits » et de « rêveurs » dont se servent les parents et parfois les maîtres, ne correspondent pas à l'état de vide mental réalisé par l'obnubilation épileptoïde. Il n'y a pas l'activité mythique qui caractérise le rêve, ni l'activité de jeu, les tendances, les désirs qui accaparent l'attention d'un enfant au détriment de ses études. C'est tout juste si, dans certains cas, on peut parler d'immobilisation, de suspension de la pensée réalisant alors l'état de distraction.

Il existe donc, chez certains enfants et cela se remarque surtout chez les écoliers, une suspension temporaire des facultés intellectuelles, une phase d'obnubilation, pendant laquelle ces enfants sont hermétiques à toute explication ne se montrant pas du tout émus, l'esprit ailleurs, véritablement absents mais d'une absence intéressant l'esprit seul et pas du tout la conscience ou la sensibilité. En dehors de ces phases, ce sont des enfants toujours très lents, et par conséquent la plupart du temps en retard au point de vue scolaire. L'obnubilation épileptique, comme on l'a vu à travers les observations précédentes, revêt diverses formes. Dans certains cas, elle semble se confondre avec la lenteur psychique, l'enfant ne comprend pas, puis répond au bout d'un long moment, alors qu'on avait cru la question oubliée, ou non comprise, ou mal assimilée.

Parfois, il s'agit moins d'obnubilation que d'une sorte de distraction, mais d'une distraction à la limite de l'absence et dont le diagnostic prend tout son relief quand on constate les autres signes d'épileptoïdie. Il y a le type d'enfants qui oublient en chemin les commissions dont on les a chargés, le type d'enfants qui, dans une dictée, dans un devoir, dans une récitation, sautent des mots sans s'en rendre compte, non pas seulement pour rattraper le temps perdu en raison de leur lenteur psychique, mais par oubli même des mots.

L'attention semble faire tout à coup défaut. Le regard lui-même échappe. Ou bien une hébétude se lit sur les traits de l'enfant, et à ce moment : « Il n'y est plus, il est parti ». Les parents trouvent que leur enfant « a une case vide », « est comme songeur », « vit dans la lune », est « distrait », « étourdi », « rêveur », « a des idées vagabondes », « qu'il oublie ».

Le dépistage de cette inhibition apparaîtra de première importance à l'âge scolaire, surtout dans les cas où il n'existe pas d'accidents comitiaux nets, capables d'orienter le diagnostic. Les symptômes plus ou moins groupés de la constitution épileptoïde serviront en général à fixer le diagnostic étiologique.

L'importance de cette forme d'inhibition n'échappera pas au pédagogue qui verra ainsi s'améliorer sous ses yeux un type d'instable, de turbulents, d'étourdis et de *distrait* qu'il confondait jusqu'alors avec les autres distraits de sa classe.

RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DANS LES ÉCOLES (1)

Par le Docteur Marguerite Badonnel,

Médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle.

En 1922, M. le Dr Heuyer attirait l'attention sur la nécessité de pratiquer à l'école le dépistage des enfants anormaux et suggérait la création « dans Paris et sa banlieue, de centres de consultation spéciale où les enfants suspects d'anomalie mentale seraient adressés par l'instituteur et le médecin-inspecteur habituel de l'école (2).

En 1927, sur la demande de M. le Dr Toulouse, MM. Lahy et Heuyer, avec la collaboration de Mlles Weinberg et Serin, réalisèrent à l'école de la rue de Lesseps un essai de dépistage dont les résultats furent rapportés à la IVe Conférence internationale de psychotechnique (3).

En 1929, l'enquête a été poursuivie dans deux écoles primaires du Ve arrondissement ; 345 enfants ont été examinés : 98 garçons et 247 filles.

Les recherches ont été pratiquées par deux méthodes différentes : d'une part, en employant des procédés purement psychotechniques (tests choisis et appliqués par M. Lahy, Mlle Weinberg et leurs collaborateurs), d'autre part, au moyen de procédés cliniques.

Il ne sera question ici que des résultats obtenus par cette dernière méthode.

Chaque enfant a été l'objet d'un interrogatoire et d'un examen physique pratiqués systématiquement et selon un plan préétabli, de façon à pouvoir ensuite confronter aisément les résultats et en tirer quelques conclusions.

En l'absence de renseignements fournis par la famille, l'examen de tous jeunes enfants, ignorant le plus souvent leurs antécédents, analysant mal les troubles de leur caractère, ne possédant pour exprimer certaines idées qu'un vocabulaire restreint, demeure forcément très incomplet. C'est pourquoi nous nous en sommes tenus aux sujets âgés de plus de 10 ans ; mais parmi ceux-ci aucune sélection n'a été faite.

L'interrogatoire doit éviter un certain nombre d'écueils. Au risque de perdre un peu de temps, il faut écouter l'enfant, le laisser s'exprimer spontanément ; s'il est indispensable de l'orienter par quelques questions, il faut se garder de lui suggérer les réponses, de les interpréter ou de se contenter d'un vague acquiescement. Nous voulons dès à présent prévenir le reproche qui ne manquerait pas de nous être fait d'avoir vu des troubles là où ils n'existaient pas.

Pour chaque cas, nous avons recueilli tous les renseignements qui pouvaient nous être donnés sur les points suivants :

Antécédents héréditaires et personnels.

Goûts, occupations préférées, aptitudes particulières soit dans le domaine des études scolaires, soit en dehors d'elles ; comportement dans le milieu familial et dans le milieu scolaire.

Troubles du caractère et tendances psychopathiques, qui peuvent toujours être rangés sous une des rubriques suivantes : instabilité, hyperémotivité, tendance aux obsessions, dépression constitutionnelle, perversions instinctives, schizoïdie, épileptoïdie.

Voici quelques observations qui illustreront ces divers types :

(1) Conférence faite à l'hôpital Henri-Rousselle, le 21 avril 1931.

(2) *Bulletin mensuel de la ligue d'hygiène mentale*, nov.-déc. 1922. Nécessité de médecins inspecteurs spécialisés pour l'examen des enfants anormaux dans les écoles maternelles et primaires, par M. le Dr Heuyer.

(3) Comptes rendus de la IVe Conférence internationale de psychotechnique, p. 546.

P. Andrée, 16 ans, père atteint d'angine de poitrine, mère soignée dans une maison de santé pour troubles nerveux. Très émotive : pleure facilement, « perd la tête » les jours de composition. Tendances aux obsessions ; passe pour maniaque (très minutieuse, aime ranger les choses elle-même pour être sûre qu'elles soient bien rangées ; quand elle sort, passe toujours sur le même trottoir). Courtes périodes de dépression. Colères violentes étant enfant (« je devenais toute bleue », dit-elle, je cassais la vaisselle). Règles mal établies.

B. Jean, 15 ans 1/2, mère internée à plusieurs reprises (intermittente probable). Bien doué, premier de sa classe. Dispositions pour la musique. Aspect un peu bizarre, lointain, discordant, léger imanérisme. Hyperémotivité marquée. Troubles vaso-moteurs intenses, pâleur « jusqu'à devenir verdâtre », état presque syncopal à la vue du sang par exemple.

L. Marguerite, 13 ans 1/2 ; père présentant des troubles du caractère survenus à la suite d'un traumatisme cranien grave (8 jours dans le coma) : jaloux violent, menace de tuer sa femme, légers excès alcooliques.

Troubles du caractère : irritable, tyrannique, susceptible. Tendance aux obsessions : dès qu'elle a touché la moindre chose il faut qu'elle se lave les mains ; si elle utilise une casserole lavée depuis peu de temps, elle l'essuie à nouveau ; si elle met des biscuits à la cuiller dans une boîte où il y a eu des petits beurres il faut qu'elle vide soigneusement les miettes ; ne peut pas supporter que quelqu'un soit à sa gauche, « je n'aime pas, je me sens gênée » ; douteuse, scrupuleuse, a toujours peur d'oublier quelque déché quand elle se confesse. Terreurs nocturnes. Troubles de la menstruation (règles tous les 15 jours). Gros corps thyroïde. Tachycardie, tremblement palpébral, myopie.

B. Jean, 14 ans 1/2. Père divorcé d'un premier mariage ; mère remariée après veuvage ; 4 frères et sœurs d'un autre lit, dont un mort en bas-âge Cyclothymique. Périodes de dépression au cours desquelles, dit-il, « je ne sais pas quoi faire, je m'ennuie partout, je m'en vais dans ma chambre et je pousse des soupirs, ma mère me dit que je suis comme une couleuvre, j'ai de la peine à faire mon travail et j'ai de moins bonnes notes. A d'autres moments un rien me fait rire, tout me paraît facile ». Très intelligent ; bien développé physiquement.

D. Roger — un frère mort en bas-âge — péritonite tuberculeuse dans l'enfance. Dans les premiers élèves de sa classe. Le jour de l'examen présente un léger état d'excitation hypomaniaque qui est, paraît-il, son état habituel, mais il ajoute « ça m'arrive quelquefois d'avoir le spleen ; le travail s'en ressent beaucoup, je ne fiche autant dire rien ; je ne suis pas à mon aise ; j'ai comme un serrement de cœur. »

S. Liliane, 15 ans, mère nerveuse, irritable, ayant des tendances dépressives. Très bien douée, aime la littérature, la morale, « les choses abstraites » ; généralement triste, ne parle pas beaucoup, dégoût de l'existence ; a eu en décembre 1928 une période de « cafard » qui a duré 3 semaines et au cours de laquelle elle avait des idées de suicide — mais quand par hasard elle est gaie « on ne peut plus l'arrêter ». Esprit un peu révolté, supporte mal les observations ; tendances perverses ; mythomanie : « Je mens pour m'amuser, avec maman surtout, parce qu'elle marche bien ». Hâblerie. A volé plusieurs fois de l'argent à sa mère. Indifférence affective reprochée par l'entourage. Elle même nous dit : « J'ai aussi l'impression d'être indifférente, je ne suis attachée à rien. C'est ma petite sœur que j'aime le mieux et encore le temps ne me dure pas d'elle quand je ne la vois pas. Si mes parents mouraient j'aurais du chagrin parce qu'ils m'ont élevé ». Goût de la rêverie « Je m'imagine que je suis grande, que j'ai beaucoup d'argent, que je suis une femme chic, que j'ai des relations. Je voudrais plus tard être dans les affaires, avoir l'esprit très occupé pour m'éviter d'être dans les nuages ». Mentisme, surtout le soir au moment de s'endormir. Bien développée physiquement.

Avec quelle fréquence rencontre-t-on ces anomalies ? Est-il besoin de rappeler qu'entre l'individu indemne de toute tendance psychopathique et celui qui présente des signes certains de fragilité cérébrale tous les intermédiaires existent. Nos chiffres ne prétendent donc qu'à une valeur approximative. Nous avons pu schématiquement établir 4 groupes qui, pour les 98 garçons examinés se sont trouvés constitués de la façon suivante :

1° Sujets bien équilibrés, chez qui nous n'avons pu déceler aucun trait psychopathique : 52 (notons toutefois que, parmi eux, deux présentaient des stigmates à peu près certains d'hérédo-syphilis)

2° Sujets qui paraissent actuellement bien équilibrés, mais dans les antécédents desquels, on trouve des accidents marquant une certaine susceptibilité du système nerveux : 5. (Antécédents de délire fébrile : 1 ; antécédents de somnambulisme et de terreurs nocturnes : 4)

3° Sujets présentant de légers troubles du caractère : 30.

Il s'agit là de troubles que nous rencontrons quotidiennement autour de nous. Sans comporter un pronostic grave, ils rendent l'individu moins adaptable ; il est nécessaire d'en faire état, en particulier au point de vue de l'orientation professionnelle ;

4° Sujets manifestant une fragilité cérébrale, des tendances psychopathiques à peu près certaines ou des troubles graves du caractère : 11.

Ayant pris au hasard un nombre égal d'obser-

vations recueillies dans une école de filles nous avons, en les groupant de la même façon, trouvé des chiffres sensiblement équivalents à ceux que nous venons de citer.

1er groupe : 57 (dont 3 suspectes d'hérédo-syphilis, 5 d'imprégnation tuberculeuse, 2 ayant des troubles endocriniens importants).

2e groupe : 6. (Antécédents de délire fébrile : 2. Antécédents de somnambulisme et de terreurs nocturnes : 3 ; réaction méningée dans l'enfance : 1).

3e groupe : 25.

4e groupe : 10.

Au point de vue de la nature des troubles signalons dans le sexe féminin, la fréquence plus grande du délire fébrile (2 fois 1/2 plus de cas que dans le sexe masculin), des terreurs nocturnes et de la cyclothymie. Ceci n'est pas pour nous surprendre puisqu'à l'Asile et plus encore dans les services d'hospitalisation libres, nous trouvons parmi les femmes une proportion considérable d'intermittentes et, en particulier de déprimées mélancoliques.

Par contre, l'instabilité nous a paru prédominer dans le sexe masculin.

De la statistique que nous avons essayé d'établir, un chiffre surtoutdoit être retenu : en moyenne : 10 % des sujets constituant une population scolaire normale justifient nos examens. Mais si les troubles qu'ils présentent revêtent réellement l'importance que nous leur attribuons, est-il besoin de procéder à leur dépistage avec tant de soin ? Ne doivent-ils point d'eux-mêmes attirer l'attention de l'entourage, si profane soit-il en matière de psychiatrie ? S'ils ne sont pas constamment ignoré, de fait, ils sont presque toujoursméconnus. Ils sont étiquetés paresse, distraction, maniaquerie et combattus comme tels, alors qu'ils devraient être appelés dépression, instabilité, obsessions. Il est bien rare qu'un pervers soit soumis à unexamen médical avant d'avoir été l'objet de deux ou trois tentatives pédagogiques infructueuses. Encore est-il de tous les anormaux, du fait des désagréments qu'il suscite, celui qui éveille le premier l'idée d'une constitution psychopathique. C'est lui qui constitue avec les sujets atteints de troubles graves du caractère une grosse partie de la clientèle des consultations de psychiatrie infantile Au cours de nos examens (rappelons que nous avons laissé de côté les enfants de moins de 10 ans) nous n'en avons rencontré qu'une infime proportion, précisément pour cette raison qu'ils attirent précocement l'attention et sont rapidement éliminés de l'école, soit définitivement, soit pour entrer dans des institutions qui leur sont spécialement destinées. Les troubles que nous avons relevés avec le plus de fréquence sont, au contraire de ceux qui passent plus aisément inaperçus. Ce sont d'abord les troubles constitutionnels légers du caractère : instabilité, (hyperémotivité ; ce sont enfin des traits psychopathiques beaucoup plus graves : idées obsédantes, accès de dépression, accompagnés parfois d'idées de suicide (nous avons même trouvé un cas où il y avait eu débutde réalisation).

Leur diagnostic précoce offre-t-il un intérêt suffisant pour qu'on puisse songer à généraliser des recherches qui n'ont été entreprises jusqu'ici qu'à titre d'expérience ? Il est incontestalble que, du seul point de vue de la documentation scientifique cet intérêt serait considérable s'il était possible (la chose n'est pas irréalisable) de suivre pendant un certain nombre d'années ces sujets qui nous ont semblé particulièrement suspects de fragilité cérébrale. Mais c'est bien davantage du point de vue thérapeutique que se justifie cette enquête. Parmi les sujets que nous avons examinés un grand nombre était justiciable d'un traitement médical — 6 à 8 % étaient des hérédo-syphilitiques à peu près certains — d'autres étaient des enfants chétifs, maigres, pâles, ayant des ganglions cervicaux, des antécédants de tuberculose osseuse, pulmonaire ou péritonéale (8 % environ) — plusieurs étaient des cholémiques — enfin nous avons relevé de gros troubles endocriniens, prédominant nettement dans l'élément féminin (16 % des cas).

Du point de vue de l'orientation professionnelle, certains de ces sujets allaient au-devant d'inévitables déboires en poursuivant l'accès de carrières pour lesquelles, ils étaient inaptes ; d'autres, au contraire, dont les ambitions paraisseient légitimes, auraient eu besoin d'encouragements, voire même d'aide matérielle.

Pratiquement l'examen médico-psychologique des écoliers peut doncaboutir à toute une série de mesures dans l'ordre de la thérapeutique médicale, de la pédagogie et de l'orientation professionnelle. Il n'est pas absurde de penser qu'en améliorant l'état général d'un individu, en facilitant son adaptation à la vie sociale, on puisse arriver à le préserver dans l'avenir d'accidents psychopathiques ou tout au moins à en atténuer la gravité. La prophylaxie mentale ne peut guère trouver de terrain plus favorable pour exercer son action, par les moyens les plus variés et avec le maximum de chances de succès.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ATONIE GASTRO-INTESTINALE

Douleur. Distension abdominale. Aérogastrie et aérocolie. Ptose. Constipation habituelle.

Par le Dr G. FISCHER.

DEUXIÈME PARTIE (1)

Leur traitement

L'interrogatoire du malade, puis son examen clinique, nous ont permis de déceler, sous les *aspects* de l'atonie gastro-intestinale, plusieurs affections caractérisées :

la dyspepsie hyposthénique, flatulente ;
l'occlusion pylorique à une période généralement avancée, avec ses causes (ulcère, cancer) ;
l'aérogastrie et l'aérocolie ;
la ptose gastro-intestinale au début ;
le mégacôlon ;
la constipation par atonie.

Voyons successivement comment il faut traiter ces diverses maladies :

I. — Dyspepsie hyposthénique

Quand l'examen très complet du malade n'a pu faire trouver sur aucun organe, autre que l'estomac, la cause première de la dyspepsie, c'est évidemment sur l'estomac lui-même qu'il faut agir.

Cependant l'influence du système nerveux est tellement prépondérante, que, déjà, un grand nombre de troubles peuvent s'amender ou disparaître par le seul repos, à l'exclusion de toute autre médication. Au *repos physique*, imposé avec plus ou moins de rigueur suivant la gravité des symptômes (alitement au besoin), on ajoutera le *repos intellectuel et moral* aussi complet que possible, et qui pourra aller jusqu'à l'isolement dans les formes graves de la dyspepsie neurasthénique, dans les troubles dyspeptiques graves chez les pithiatiques (ENRIQUEZ et G. DURAND.)

On recourra aussi à l'*hydrothérapie*, sous forme de douches tièdes en jet brisé de courte durée, et sous celle de compresses humides chaudes ou froides, appliquées sur la région épigastrique immédiatement après les repas, pendant la demi-heure ou l'heure de repos imposé au malade après les repas. Il sera bon aussi, le matin, d'éponger le creux épigastrique avec de l'eau froide, pendant quelques secondes, puis de faire ensuite une ablution générale chaude de 45 secondes, suivie d'une aspersion générale froide de 15 secondes environ.

La *massothérapie abdominale* convient bien aux atoniques.

Quant au *régime*, il devra être institué par tâtonnements. Il pourra être laclé d'abord dans les cas sérieux (lait avec eau de chaux, citrate de soude).

Le képhir constitue le meilleur moyen d'exciter la sécrétion glandulaire appauvrie ; on le fait prendre aux repas (250 cc.), et dans leur intervalle. Avant de commencer le régime képhirique, il est indiqué de faire quelques lavages de l'estomac avec de l'eau bouillie (G. LYON).

On prescrira ensuite des aliments nutritifs sous un faible volume : poudre de viande, œufs, crèmes, lait condensé sucré ajouté au lait. On évitera de donner à un même repas plusieurs plats, qui tiennent du volume, par exemple : potage et purée, compote et flan.

Il faut, dès que l'appétit revient un peu, faire manger les malades, en n'interdisant que les aliments notoirement indigestes, sans compromettre par un régime trop strict le réveil physiologique de l'estomac (R. GUTMANN). Tout d'abord, ce seront des petits repas de valeur nutritive élevée sous un petit volume, répétés 3 ou 4 fois par jour. Dans la suite, le repas de midi sera peu copieux celui du soir le sera davantage, et le malade se couchera après dîner (clino-digestion de Carnot).

Dans les formes légères, il suffit souvent de réglementer les repas : éviter les repas trop copieux, trop rapprochés, pris trop rapidement ; restreindre la quantité de boisson absorbée aux repas, sans interdire cependant de boire pendant les repas ; repos en décubitus dorsal après chaque prise d'aliments.

Aliments permis. — La viande est indispensable, puisqu'il s'agit d'un estomac à stimuler et que les albuminoïdes sont les meilleurs stimu-

(1) La première partie de cette Revue a été publiée dans le *Concours médical*, n° 4 bis, 21 octobre 1931.

lants de la sécrétion gastrique. On la donnera cependant avec ménagement : rôtie, bien cuite, hachée même.

Les œufs, les poissons maigres constituent des aliments de choix. Comme aliments végétaux, R. Gaultier permet des féculents azotés, des pâtes alimentaires, des purées de pois, fèves, lentilles, haricots rouges, les pommes de terre en purée, les racines au besoin, mais toujours finement divisées. En raison du tympanisme, si fréquent chez ces malades, on supprimera le pain le plus possible, qui sera très rassis ou grillé ; comme potage, on recommandera le bouillon bien dégraissé et fraîchement préparé, en y ajoutant des purées de légumes, des œufs pochés, ou des pâtes alimentaires ; le bouillon constitue en effet un excellent stimulant des fonctions gastriques. Les condiments sont parfois utiles pour réveiller l'appétit ou stimuler l'estomac ; mais ils doivent être très surveillés. Comme desserts, des fruits cuits, du fromage blanc, du fromage à la crème, des fromages maigres. Comme boissons, des vins blancs très légers, non acides, coupés avec une eau minérale stimulante (Pougues-Soulzmatt). Si le vin n'est pas toléré, de l'eau ordinaire coupée d'une cuillerée à café d'eau-de-vie de bonne qualité. Après les repas, thé et café légers sucrés, ou infusions chaudes de camomille, tilleul, menthe ou fleurs d'oranger.

Médicaments. — Quand les diverses épreuves pharmaco-dynamiques, quand celle du réflexe oculo-cardiaque indiquent une prépondérance incontestable de l'excitation sympathique, on tire de l'emploi de l'ésérine des résultats satisfaisants. Dans les formes neurasthéniques de la dyspepsie, il faut prescrire le cacodylate de soude, la strychnine, les glycéro-phosphates, dont l'action sur le tonus nerveux général et la nutrition déficiente se fait sentir dans tous les domaines de l'organisme.

Lorsque le déficit de la sécrétion gastrique est accentué, prescrire les alcalins, à petites doses : 0,50 cent. à 1 gramme de bicarbonate de soude au plus, en solution prise une demi-heure à une heure avant les repas, à titre de médication excito-sécrétoire.

Les médications acides (acide chlorhydrique, acide phosphorique, képhyr n° 3, suc gastrique de porc ou de chien), administrées *per os*, avant les repas, soit au cours des repas, ont, dans l'hyposécrétion, un effet utile sur l'appétit et l'évolution de la digestion gastrique ou duodénale.

A titre d'excitants de l'appétit, on recommande les amers en solutions ou macérations (quinquina, gentiane, quassia, noix vomique) ; il faudra se méfier de leur usage prolongé à cause de l'excitation et de l'irritation qu'ils produiraient à la longue sur la muqueuse gastrique.

Contre la constipation, ne pas abuser des médicaments ; se contenter autant que possible de laxatifs doux, tels que les mucilages purs et l'huile de vaseline très pure, donnés conjointement à doses fractionnées au moment des repas.

Quant au traitement hydrominéral, Vichy occupe le premier rang chez les hyposthéniques ; l'Hôpital est employé de préférence (1/2 heure avant le repas) ; dans les cas de motricité stomacale très amoindrie, la Grande-Grille est utile ; de bons avantages sont retirés des sources alcalines et ferrugineuses de Lardy dans les cas de chlorose, compliquant l'hyposthénie gastrique. Vals-la-Reine et Pougues sont également très recommandées.

II. — Atonie gastrique, suite de dilatation prolongée consécutive à un facteur pylorique

L'obstacle pylorique résulte ou bien d'un spasme, ou bien d'un obstacle réel : soit cancer, soit vieil ulcère calleux ; en effet, ni l'ulcère aigu en évolution, ni l'ulcère juxta-pylorique ne suffisent, en raison du caractère momentané, passager, de l'obstruction qu'ils causent, pour produire la véritable atonie.

Dans ces conditions, *il est nécessaire que le traitement soit d'abord médical* ; celui-ci devient ainsi une véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel de la sténose spasmodique et de la sténose organique.

Régime :

Il devra mettre l'estomac au repos, afin d'obtenir d'abord la sédation des douleurs et des autres phénomènes gastriques. Suivant les cas, une diète intégrale peut être indiquée pendant quelques jours.

R. Gaultier recommande en ce cas les lavements alimentaires pour remédier à la sensation de faim.

Voici une formule de lavement :

Œufs frais.............	n^{os} 1 à 3
Peptones liquides.......	40 à 50 grammes
Solution de glycose à 20 p. 100..............	100 grammes
Sel marin..............	2 grammes
Pepsine................	50 centigrammes
Laudanum..............	III gouttes
Bouillon frais..........	q. s. pour faire 250 cent. cubes.

Pratiquer le matin une irrigation rectale avec de l'eau bouillie tiède pour bien nettoyer l'intestin, puis administrer le lavement ci-dessus, en le faisant pénétrer aussi loin que possible à l'aide d'une sonde de Nélaton, le malade étant couché sur le côté.

Dans l'intervalle, pour calmer la soif, pres-

crire des lavements désaltérants de 500 grammes d'eau pure.

Suivant les circonstances, on arrive plus ou moins vite au régime lacté absolu. Donner le lait chaud ou froid, cru ou bouilli, complet ou écrémé, suivant les susceptibilités. Il sera parfois nécessaire de l'additionner d'eau de chaux pour le faire tolérer ; on pourra également ajouter à chaque prise de lait une cuillerée à café de la poudre suivante :

Lactose	1 gramme
Magnésie calcinée	1 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth, Carbonate de chaux précipité	ââ 0 gr. 80
Codéine	0 gr. 005 à 0 gr. 01
Bicarbonate de soude	1 gramme

Pour un paquet.

Ce régime institué, le malade demeurera au lit et il devra se peser tous les trois jours.

S'il s'agit d'une sténose spasmodique, après avoir perdu pendant 4 à 5 jours un peu de son poids, le malade le récupérera ; puis l'augmentation de poids sera graduelle et à peu près régulière. On continuera alors le régime jusqu'à ce que le poids du malade ne s'élève plus et reste stationnaire.

A ce moment, on ajoutera à l'une des prises de lait : du tapioca, de la semoule, puis du riz bien cuit. On essaiera ensuite des farines de légumineuses, lentilles, haricots rouges et pois, puis les œufs à la coque avec un peu de pain grillé, et on arrivera ainsi peu à peu à un régime plus large, dit d'extension, consistant seulement à proscrire de l'alimentation tous les mets grossiers et irritants, ou laissant des résidus trop abondants.

En général, il vaut mieux donner des aliments nourrissants sous un volume réduit. Les viandes ne seront pas trop cuites, les œufs seront mollets, les légumes secs ou verts toujours réduits en purée, les fruits cuits ou en compote passée. Eviter les aliments épicés, vinaigrés, les hors-d'œuvre, les sauces grasses, les ragoûts, le beurre en trop grande quantité, les poissons gras, les fritures, les aliments fermentés ; interdire la bière, le vin, le cidre, tous les alcools et spiritueux ; la meilleure boisson est l'eau pure.

Il est bien entendu que si, dans cette progression du régime, un aliment nouveau cause le retour d'accidents quelconques, ou bien est suivi d'une diminution de poids, il faut revenir en arrière pour quelques jours, même au régime lacté.

La *médication adjuvante* sera sédative, sur l'action circulatoire (ergotine) comme sur l'action nerveuse (opium et morphine, coque du Levant et picrotoxine, veratrum et vératrine) ; des stupéfiants utiles seront la belladone et l'atropine.

Voici quelques formules d'Albert Robin :

1° Picrotoxine	0 gr. 05
Alcool	q. s. p. dissoudre
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Bonjean	1 gramme
Eau distillée de laurier-cerise	12 grammes

Prendre V à VI gouttes dans un peu d'eau avant les repas.

2° Ergotine Bonjean	3 grammes
Eau distillée pour dissoudre	4 grammes
Teinture de Menispermum coccutus, Teinture de Veratrum viride, Teinture de belladone, Teinture thébaïque	ââ 5 grammes

V à VI gouttes dans une cuillerée d'eau, 5 à 6 minutes avant les repas.

S'il y a fermentations secondaires, dues à la stase gastrique donner :

Biborate de soude	30 grammes
Codéine	0 gr. 30

Mêler et diviser en 30 paquets. 1 paquet avant le repas (R. GAULTIER).

On conseillera aussi le phosphate tribasique de chaux à la dose de 2 à 4 grammes au milieu du repas.

Pour aider à vaincre le spasme pylorique, diminuer, en outre, l'excitation nerveuse générale par un repos physique, intellectuel et moral complet ; coucher de bonne heure ; 9 heures de sommeil ; repas à heures strictement régulières ; après le repas, repos d'une demi-heure à deux heures, étendu dans un fauteuil, les jambes légèrement élevées ; à ce moment, appliquer sur le creux épigastrique des serviettes chaudes.

L'hydrothérapie sédative, puis tonique, sera également utile : bains tempérés d'une demi-heure à 3/4 d'heure, renouvelés 3 à 4 fois par semaine ; grands lavages, matin et soir, au tub, à l'eau tiède ; affusions tièdes, douches écossaises.

En cas de spasme pylorique, on a recommandé le traitement par le dilatateur pylorique, suivant la méthode d'Einhorn.

Pour le massage, l'électrisation, la gymnastique abdominale (v. ptoses).

Traitement chirurgical.

L'insuccès de ce traitement médical élimine le spasme pylorique passager, qui d'ailleurs ne persiste pas rarement assez longtemps pour amener l'atonie gastrique.

Il s'agit alors d'une contracture permanente, ou d'un obstacle par sténose organique infranchissable (ulcère cicatriciel ou cancer), et il faut recourir à la chirurgie.

La méthode couramment employée, pour permettre l'évacuation intestinale de ce cul-de-sac gastrique devenu sans issue, est la gastro-entérostomie.

Pour éviter ensuite les troubles dyspeptiques secondaires à cette opération, il faudra instituer le traitement médical, adjuvant de l'opération, tel qu'il a été bien réglé par Parmentier ; ceci soit dit simplement à titre de commémoratif. Cependant, dans ce même but, R. Gaultier préfère, à la gastro-entérostomie, la gastro-duodénostomie ; celle-ci est supérieure à la première, car elle laisse à l'estomac et au duodénum leur fonctionnement normal.

III. — Aérophagie

L'aérogastrie ou l'aérocolie, résulte, avons-nous dit, au point de vue qui nous intéresse, de troubles dyspeptiques, compliqués d'aérophagie.

Il faut donc, tout d'abord, combattre la dyspepsie par un régime alimentaire et par une médication appropriée.

Régime. — Sur le régime approprié dans les dyspepsies gastro-intestinales en cause, nous avons déjà exposé précédemment des données suffisantes. Il convient cependant de rappeler les conseils plus spéciaux dictés par l'aérophagie : pas de pain, mais des biscottes, peu de féculents, pas de purées d'aucune sorte ; les pommes de terre en robe de chambre, à l'anglaise sont permises, parce que le malade les mastique.

Médicaments :

Quand la dyspepsie hyposthénique se complique de gaz, dus à des fermentations gastriques consécutives à la stase des aliments dans l'estomac, il peut devenir nécessaire de saturer les acides de fermentation à l'aide des poudres de saturation :

Carbonate de chaux précipité	1 gramme
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 70
Magnésie calcinée	1 gr. 50
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 001 à 0 gr. 003

Pour un paquet à prendre en une seule fois au moment de la douleur.

Contre les éléments figurés, causes des fermentations, donner les médicaments antiseptiques indirects, qui ont pour énorme avantage de ne point modifier les diastases digestives elles-mêmes, tout en annihilant les agents microbiens.

En voici deux formules (R. GAULTIER).

1° Fluorure d'ammonium	0 gr. 50
Eau	300 grammes

Une cuillerée à soupe après les repas.

2° Iodure double de bismuth et de cinchonidine	0 gr. 05
Fluorure de calcium	0 gr. 05
Craie préparée	0 gr. 10

Pour un cachet. Prendre un cachet à la fin de chaque repas.

Contre l'hyperesthésie gastrique consécutive à la distension, l'emploi des calmants est particulièrement indiqué. On peut employer, surtout quand la sialorrhée est à la base du trouble, la belladone, ou la codéine, mais beaucoup plus rarement la morphine et les autres antispasmodiques. D'après Dobrovici, le meilleur médicament contre l'accès est certainement l'eau chloroformée saturée ; on la donne au commencement ou au cours de la crise par cuillerées à soupe étendues de moitié ou de deux tiers d'eau ordinaire, 4 à 6 cuillerées à soupe d'eau chloroformée par jour au besoin. Gutmann recommande l'acide phosphorique aux repas.

Le traitement sédatif général comprendra : l'hydrothérapie tiède, sous forme de lotions tièdes, de douches baveuses, sans frictions ; on y joindra le bromure de sodium, l'extrait de valériane, etc.

Il faut aussi expliquer au dyspeptique le côté purement psychique de son affection, qui fait qu'il avale de l'air, car chaque effort, qu'il fait pour éructer, est précédé d'un mouvement de déglutition. Or, la déglutition d'air ne peut se faire facilement que quand la bouche est fermée ; elle est impossible, quand la bouche est ouverte. Un bon moyen c'est, au moment critique, de placer entre les arcades dentaires un bouchon ou un fume-cigarette, de façon à tenir la bouche mécaniquement ouverte. Les malades comprendront facilement qu'ils doivent non pas chercher à expulser les gaz contenus dans leur estomac, puisque c'est en faisant des efforts d'expulsion qu'ils avalent de l'air, mais au contraire à se retenir le plus possible.

Bref, les patients doivent au cours des repas s'efforcer d'espacer le plus possible les mouvements de déglutition, et après les repas, s'appliquer à résister au désir d'avaler : dans cette résistance, ils peuvent être aidés par le calme, le repos, et même par le décubitus horizontal (pareil résultat serait obtenu difficilement chez les vrais aérophagiques par pithiatisme).

Pitres conseille deux à quinze minutes de gymnastique respiratoire : 12 à 15 respirations par minute, toutes les heures dans la position du garde à vous.

IV. — Mégacôlon

Il s'agit, bien entendu, du mégacôlon acquis, secondaire à des troubles gastro-intestinaux, ou bien à une stase colique par obstacle (fût-ce un spasme invétéré du sphincter anal amené par fissure), ou bien encore à une myotonie par affection nerveuse. (V. traitement de la constipation).

« Tant que le malade n'a pas présenté d'accidents aigus, on peut essayer du *traitement médical* » (ENRIQUEZ et G. DURAND).

Celui-ci ne pourra d'ailleurs être que palliatif, en luttant contre la stase colique par des moyens non irritants. Evitant les purgatifs violents, on emploiera de préférence la vaseline liquide en ingestion quotidienne, l'huile de ricin à petites doses ; enfin, des lavements d'eau mucilagineuse, d'huile, à basse pression, par intermittences, compléteront l'œuvre de laxatifs doux.

L'alimentation ne devra laisser que peu de résidus (éviter les légumes à forte trame cellulosique) ; elle sera hypoazotée, d'une façon générale aussi peu toxique que possible.

Si le spasme est mis en cause, les grands bains et la belladone constitueront la base d'un traitement antispasmodique.

Chez les jeunes enfants, la thérapeutique médicale est susceptible d'enrayer la marche progressive de la dilatation colique, ce qu'il faut vérifier de temps en temps par l'examen radiologique ; dès lors, ceux-ci se développent et atteignent l'âge adulte, où, par suite du développement du bassin, la malformation colique, siégeant dans le bassin peut être désormais bien tolérée. Il faut dire que cette éventualité est exceptionnelle, et que, plus ou moins tôt, il aura déjà fallu faire appel au chirurgien.

Le *traitement chirurgical* est, d'une manière générale, indiqué dès l'apparition d'une crise d'obstruction aiguë, complète ou incomplète.

Il en est de même si l'état général s'altère, et si l'alimentation devient difficile, du fait que les crises douloureuses avec vomissements augmentent de fréquence.

La chirurgie intervient, soit par l'iléo-sigmoïdostomie, opération palliative qui peut suffire à améliorer l'état général, soit par la colectomie, opération curative. La colectomie est un traumatisme toujours grave, surtout quand elle est totale. La mortalité élevée des mégacôlons non opérés est cependant en faveur de l'intervention chirurgicale, qui compterait moitié moins de mortalité que l'abstention (P. DUVAL).

V. — Ptose gastro-intestinale

Deux indications principales à remplir : relever les viscères ptosés et, par un régime diététique et médicamenteux judicieusement employé, faire disparaître les troubles occasionnés par la distension gastro-intestinale.

A) **Relever les viscères ptosés.** — Il n'est pas besoin que les viscères soient tout à fait remontés, il suffit qu'ils soient soutenus. On y arrive soit par une ceinture élastique à pattes de serrage, soit par une ceinture à pelote chez les individus amaigris, à paroi creuse ou mal musclée. La ceinture est mise en place le matin, le malade étant étendu. Il faut prévenir que le port de la ceinture sera extrêmement désagréable pendant une huitaine de jours ; après quoi, les malades y sont habitués, n'y pensent plus et s'en passent même difficilement.

B) **Faire grossir le malade.** — Une paroi abdominale tonique, un coussinet graisseux intra-abdominal, un muscle gastrique bien nourri sont les meilleurs traitements (GUTMANN).

Faire engraisser un ptosique est souvent difficile. La sangle, une alimentation plus abondante, et, dans certains cas, le repos au lit, sont utiles. Le traitement par l'insuline, à petites doses (10 unités par exemple) en injections sous-cutanées, avec les précautions habituelles (lait sucré après l'injection), est d'un secours précieux.

C) **Régime.** — L'alimentation doit être facile à digérer, légèrement excitante et suffisamment nourrissante : potages épais ; viande rôtie ou grillée, sans fibres, ni nerfs, au besoin pulpée ; poudre de viande crue râclée ; poissons bouillis ; œufs à la coque, brouillés, mollets ; pâtes, purées épaisses ; pommes de terre en robe de chambres ; porridge, bouillies, cervelles, riz de veau, gâteaux de riz, de fécule, flans, crèmes, fromage blanc, compotes, etc. Pain grillé, ou biscottes.

Sucrer les aliments avec du lait condensé en guise de sucre.

Les malades feront trois repas par jour, et, si possible, un goûter. Un verre de liquide par repas.

Après chaque repas, une heure de repos étendu.

Traiter la constipation par des moyens doux.

B) **Médicaments.** — Les médicaments stimulants de l'estomac doivent être employés, mais sans chercher à agir trop violemment.

La strychnine, en injections, à doses progressives de 1 à 4 milligrammes, agit admirablement sur l'atonie, à condition que les sujets ne présentent pas des troubles nerveux avec excitation ; en ce cas, on se contentera d'injections de glycérophosphate ou de cacodylate.

Un certain nombre de médicaments sont employés par la voie buccale : la poudre d'ipéca (0 gr. 01 avant le repas) ; la poudre de noix vomique (0 gr. 05) ; la poudre de gentiane (0 gr. 50) ; la poudre d'ergot de seigle (0 gr. 15) ; le chlorhydrate de quinine (0 gr. 10) associés à l'azotate et au sulfate de potasse (āā 0 gr. 05).

Chlorhydrate de quinine.	0 gr. 10
Poudre d'ergot.........	0 gr. 15
Sulfate de potasse..... }	ââ 0 gr. 05
Nitrate de potasse .... }	
Quassine amorphe....	3 centigrammes

Pour un cachet, à prendre avant le repas.

On essaiera plutôt les préparations salines excito-motrices, plus actives, plus physiologiques, et non irritantes :

Chlorure de sodium... }	ââ 2 gr. 50
Chlorure de magnésium }	
Bicarbonate de soude...	2 gr.
Eau..................	1 litre

1 /2 verre, 1 /2 heure avant les repas.

ou bien la solution de Bourget.
ou bien :

Citrate de soude....... }	
Sulfate de soude....... }	ââ
Phosphate de soude.... }	

Prendre, le matin seulement, ou deux fois par jour, au moment du petit déjeuner et du dîner, une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude (G. Lyon).

Pour stimuler l'organisme en général, prescrire la phytine, la lécithine, les phosphores végétaux spécialisés

E) **Hydrothérapie.** — Douche fraîche générale, suivie de frictions sèches ou alcoolisées. Douche en jet plein sur la colonne dorsale ; douche en jet brisé sur la région épigastrique et sur le rebord costal gauche (l'estomac étant vide).

Compresses froides sur l'épigastre pendant la digestion.

F) **Massothérapie.** — Massages généraux et massage profond. R. Gaultier et Richard ont même préconisé un massage pneumatique interne de l'estomac au gastro-tonomètre.

G) **Gymnastique abdominale.** — Ce sont des mouvements de circumduction du tronc ; de circumduction de la cuisse ; de flexion active du tronc sur les jambes, le sujet étant couché ; de flexion de la cuisse sur le bassin, le sujet étant debout ; les mouvements de balancement au trapèze, la barre fixe ; le canotage, la course en flexion (R. Gaultier).

H) **Electrisation.** —Elle sera directe, avec électrode portée directement dans l'estomac, ou indirecte, soit qu'on électrise la paroi stomacale, le grand sympathique ou le pneumogastrique. La galvanisation de l'estomac durant quelques minutes (anode dans le dos, cathode au creux épigastrique) est excellente, à condition qu'elle soit pratiquée à jeun, dans l'heure qui précède le repas.

I) **Cure hydrominérale et climatique.** — La station type pour les atoniques est Pougues. Citons ensuite : Vichy, Vals, Barbazan, Niederbornn.

On recommande, enfin, le séjour en montagne, la mer.

VI. — Constipation dans l'atonie gastro-intestinale

Quelques données ont été déjà fournies à ce sujet au cours des chapitres précédents, qui envisageaient d'autres infirmités résultant de l'atonie gastro-intestinale. Nous n'entreprendrons donc ici que l'étude complémentaire du traitement de ce symptôme.

Quand la constipation est,en effet, sous la dépendance d'une affection chronique d'un autre viscère, du système nerveux central ou végétatif, la thérapeutique doit lutter avant tout contre elle ; mais, il faut alors qu'elle s'inspire de cette notion étiologique pour s'en aider, comme aussi pour éviter de nuire à l'organe primitivement en cause ; il en est ainsi notamment dans la constipation des maladies de l'estomac. Et, bien souvent, « il suffit de diminuer les rigueurs intempestives d'un régime alimentaire insuffisant en quantité, ou composé d'aliments trop dépourvus de cellulose, ou d'augmenter la ration des boissons, pour voir se modifier heureusement un état morbide, qui n'est pas encore trop ancien » (Enriquez et G. Durand).

Le *régime* est donc primordial, ainsi qu'il a été dit précédemment (dyspepsie hyposthénique, ptose). Il sera bon, tout d'abord, de fragmenter les repas, à la fois pour éviter la surcharge gastrique et pour obtenir une répartition régulière du chyme alimentaire et des matières au long de l'intestin.

Puis, on modifiera la composition du régime habituel en rapport avec l'atonie ; on prescrira les végétaux riches en cellulose (très cuits et finement divisés et tamisés), le pain complet ou de seigle, les fruits crus, aqueux, les boissons fraîches prises à jeun ou entre les repas ; on diminuera la ration des farineux, des féculents, et l'on compensera la faible valeur énergétique du régime par le sucre sous toutes ses formes, par le beurre cru ; on stimulera l'appétit par les épices en quantité modérée. Il sera bon de restreindre la ration des albuminoïdes animales ; on permettra seulement les viandes grillées ; les poissons frais de rivière, le jambon maigre. Le lait ne sera permis que sous forme de bouillies, de potages.

Rééducation hygiénique. — Les exercices physiques seront recommandés, en tant qu'ils stimulent les muscles abdominaux, mais sans excès systématique (bicyclette, gymnastique, marche). Les sujets devront se présenter chaque jour à la garde-robe, à une heure régulière, de préférence après un repas. On conseillera la défécation en position accroupie, et l'on insistera sur

la nécessité de poursuivre longtemps, avec persévérance, ces prescriptions.

Physiothérapie. — L'hydrothérapie stimulante consistera en affusions fraîches sur tout le corps, en bains de pieds froids, en applications humides chaudes sur le ventre. Au massage abdominal peu efficace, on préférera la gymnastique, dite suédoise, dont on peut attendre les meilleurs effets, quand la musculature n'est pas complètement atrophiée. L'électrothérapie ne semble pas indiquée dans les formes atoniques de la constipation.

Lavements. — Leur emploi doit être parfaitement réglé, afin de ne pas les rendre nocifs.

Dans la constipation par atonie, on prescrira, au début de *grands* lavements (1 litre environ) d'eau fraîche ou chaude, pris en position couchée, à pression moyenne (50 à 60 cent.) ; par la suite, on ne les permettra que par intermittences, dans les phases éventuelles d'accentuation du trouble intestinal.

Ce ne seront, plus tard, que de petits lavements évacuateurs, 250 grammes d'eau, additionnés ou non de glycérine; en cas de rétention abondante de matières sèches dans l'ampoule rectale, et de manière très intermittente, on donnera de petits lavements de bile (250 gr. d'eau avec 4 à 5 grammes d'extrait, ou de bile de bœuf).

Dans les formes rectales de la constipation atonique, on se trouvera bien de petits lavements d'huile d'olive, ou de vaseline liquide (100 à 200 grammes) pris le soir, lentement, et conservés toute la nuit; ceux-ci ramolliront les selles, les enroberont d'une couche onctueuse, et amèneront le lendemain matin une exonération, souvent spontanée, mais nécessitant parfois un lavement d'eau salée (250 grammes environ).

Médicaments. — Rappelons tout d'abord que s'il y a « dyspepsie hyposthénique et asthénique » des indications assez limitées sont réservées aux poudres alcalino-terreuses (bicarbonate ou citrate de soude, magnésie, craie, phosphate de soude). En cas de déficit accentué de la sécrétion, on recommandera des prises de 0 gr. 50 à 1 gramme de bicarbonate de soude au plus, en solution une demi-heure ou une heure avant les repas, à titre de médication excito-sécrétoire ; ou bien la médication acide (acide chlorhydrique, acide phosphorique, képhyr n° 3, suc gastrique de porc) avant ou au cours des repas.

Dans les formes neurasthéniques, on donnera, de préférence, le cacodylate de soude, la strychnine, les glycéro-phosphates.

Sur les putréfactions intestinales, on peut agir par les képhyrs n^os^ 1 et 2, le yoghourt, en raison de leur acide lactique.

Les laxatifs, moins utiles dans la constipation rectale, sont des moyens auxiliaires précieux dans le traitement de la constipation cæco-colique atonique.

Les laxatifs proprement dits seront : l'huile de ricin, 1 à 2 cuillerées à café, le matin (immédiatement avant le petit déjeuner ou à son milieu) ; la magnésie calcinée ou hydratée, 5 à 10 grammes dans un demi-verre d'eau (le soir au coucher), associée ou non au bicarbonate de soude ; le sulfate de soude, 5 grammes en moyenne, en solution étendue (prise immédiatement avant le petit déjeuner). Ceux-là, seuls, d'une façon *discontinue* ou continue, présentant les moindres inconvénients. Exceptionnellement, on prescrira la bourdaine (4 grammes d'écorce concassée en décoction dans en verre d'eau, le soir au coucher), l'évonymine (2 à 3 centigr. en pilules), indiquée chez les hémorrhoïdaires et chez les hépatiques surtout.

Quant aux laxatifs mucilagineux ou lubrifiants ce seront : les graines de lin, les semences de psyllium, l'agar-agar. L'huile de vaseline très pure présente des avantages, mais elle n'est pas tolérée par tous les constipés ; de bons résultats sont obtenus par son alternance avec les mucilagineux.

Enfin, le traitement hydrominéral de Châtel-Guyon sera favorable aux constipés par atonie gastro-intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

L. PRON. — La pratique des maladies de l'estomac (1 vol., Maloine éd., Paris, 1919.)

René GAULTIER. — Les dilatations de l'estomac. (1 vol., Baillière et fils, 1930.)

F. RAMOND et C. JACQUELIN. — Radiologie de l'estomac et du duodénum (1 vol., Maloine, édit. 1930.)

R. MORICHAU-BEAUCHANT. — L'exploration de l'estomac et du duodénum (1 vol. Doin, 1931.)

ENRIQUEZ et G. DURAND. — Maladies de l'estomac. Maladies de l'intestin (*in* nouveau traité de pathologie interne, t. I, Doin 1920).

L. JACQUET. — Les vertiges en clinique. Ptose, vertiges et aérophagie (*Le Journal médical Français*, novembre 1929.)

René A. GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, t. II (Doin 1930.)

A. DOBROVICI. — L'aérophagie (1vol. *in La Pratique illustrée*, Doin 1930.

P. OURY et R. PARIS. — Les douleurs de la fosse iliaque droite (*Soc. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1929.)

M. BÉCART. — Les diverses variétés de constipation et leur traitement. (*Soc. de méd. de Paris*, 10 oct. 1930.)

L. MOREAU. — L'aérophagie ; étude clinique et radiologique. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, sept.-oct. 1930.)

F. TRÉMOLIÈRES et P. VIRAN. — Les colites et leur traitement. (*C. M.*, 5 octobre 1930.)

F. TRÉMOLIÈRES et P. VIRAN. — Colite muco-membraneuse. (*C. M.*, 12 octobre 1930.)

G. LEVEN. — La « douleur-signal ». — Procédé diagnostique de la dilatation asthénique de l'estomac; erreurs à éviter en l'utilisant. (*Gazette des hôpitaux*, 24 janvier 1931.)

A. BÉCART. — La constipation. Son traitement (1 vol. Doin, éditeur, Paris.)

René GAULTIER. — Consultations sur les maladies des voies digestives. (Baillière et fils, édit., Paris, 1931.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les recto-colites graves non dysentériques.

MM. Bensaude et Massat limitent leur étude aux recto-colites graves, qui se caractérisent anatomiquement par leurs lésions étendues, assez superficielles, presque toujours ulcéreuses, et cliniquement par la gravité de leur évolution, capable d'entraîner la mort en quelques semaines dans les formes aiguës et de traîner indéfiniment dans les formes chroniques.

Cette maladie est d'étiologie sûrement infectieuse, mais non dysentérique (bacillaire ou amibienne), et, de ce fait, elle résiste à un traitement antidysentérique suffisant et suffisamment prolongé.

Ce qui domine dans la symptomatologie de la recto-colite grave, ce sont les modifications des fèces ; dans les selles, on note la présence de glaires, de pus et de sang ; parfois, le pus peut être rendu à l'état de pureté, ou en quantité telle que l'on peut croire à l'ouverture d'un abcès dans l'intestin ; parfois encore, les selles sont constituées par une quantité plus ou moins grande de sang pur, plus souvent dilué dans de la sérosité et comme hémolysé, le pus faisant alors défaut. La fréquence des évacuations rectales varie avec l'atteinte recto-colique, de deux ou trois à trente et plus par jour.

Les douleurs abdominales sont un symptôme inconstant, sauf quand l'atteinte rectale est prédominante. Les phénomènes gastriques sont également fonction de la gravité de la maladie. Enfin l'anémie et l'amaigrissement peuvent être considérables.

Pour le diagnostic, trois examens doivent être surtout faits : l'analyse complète des selles (recherche de l'amibe) ; l'examen aux rayons X (étendue des lésions) ; et l'endoscopie, qui reste la base du diagnostic : les lésions commencent habituellement à quelques centimètres du sphincter ; elles sont ulcéreuses, ou congestives, ou destructives.

A noter que tout devra être tenté pour faire apparaître l'amibe : injections d'émétine à petites doses ; injections de cyanure de mercure ; ingestion de sulfate de soude ou de bile. On recherchera aussi le parasite dans les selles, prélevées directement au rectoscope.

Le pronostic est toujours réservé ; les éléments de gravité sont évidemment la fièvre élevée, l'atteinte profonde de l'état général, les manifestations douloureuses abdominales ; enfin les complications à distance, témoins d'une septico-pyohémie, sont également de fâcheux augure ; mais elles sont assez rares.

Le traitement des recto-colites graves est toujours délicat. Il agit peu sur les formes aiguës ; il modifie parfois l'évolution des formes chroniques, mais ne les guérit vraiment que dans une faible proportion. Il est généralement de règle absolue d'essayer, au moins quelque temps, le traitement antidysentérique, même quand l'enquête clinique et biologique est négative, en variant les médications antidysentériques ; il ne faut cependant pas le prolonger indéfiniment s'il reste sans action.

Il est ensuite formellement indiqué : 1° de mettre l'intestin au repos : repos physique et moral, applications chaudes sur le ventre et régime, avec parfois médication anti-spasmodique ; 2° de lutter contre la stase intestinale par des laxatifs doux, ou de petits lavements huileux ou émollients.

Ces indications générales posées, voyons le traitement médical, puis le traitement chirurgical.

Localement, on fera des lavages, en employant des liquides, aussi peu irritants que possible, et en proportionnant la quantité de liquide à la sensibilité de l'intestin.

Ce sont généralement des décoctions de guimauve, de camomille, de sérum physiologique, des solutions de gélatine, de bicarbonate de soude, d'acide borique, de chlorure de magnésium, d'huile d'olives. La quantité se borne à 100 ou 250 gr. ; le malade peut même garder ces lavements toute une nuit.

Les pansements rectaux sont mieux tolérés que les lavages, et procurent un contact plus prolongé de la substance active avec la muqueuse. Les auteurs emploient habituellement les pansements à la coréine (une cuillerée à soupe de coréine pour 150 cc. d'eau), auxquels ils ajoutent une cuillerée à café d'oxyde de zinc finement pulvérisé et une cuillerée à café de sous-nitrate de bismuth ou de dermatol, avec, lors des trois ou quatre premiers pansements, cinq gouttes de laudanum. La pâte est injectée lentement dans le rectum au moyen d'une sonde de Châtel-Guyon, et d'une seringue de 150 cc. Ce pansement rectal peut servir de véhicule à divers médicaments : iodoforme (1 p. 1000) ; ichtyol (1 p. 100), bleu de méthylène (1 p. 200), etc. On peut aussi employer les dérivés de l'acridine, et le yatrène.

Pour l'emploi des divers traitements locaux,

on changera de temps à autre les substances employées, afin d'éviter une intoxication ; on se laissera guider par les réactions de la muqueuse recto-colique, qui peuvent déterminer des spasmes douloureux, qui vont à l'encontre du résultat recherché.

La vaccinothérapie et la sérothérapie constituent théoriquement la méthode de choix, puisqu'elles s'adressent à la cause. Les stocks vaccins sont à rejeter complètement ; les vaccins polyvalents sont recommandés. La question du bactériophage est à l'étude.

La transfusion sanguine remonte momentanément le malade ; mais elle est sans action sur l'intoxication profonde de l'organisme.

Le traitement chirurgical trouve son indication surtout dans les cas d'intensité moyenne, mais prolongés, et dans ceux où la gravité relève surtout des symptômes locaux (abondance des hémorragies, fièvre septique par rétention purulente). Les opérations se proposent un double but : mettre au repos le côlon malade, irriguer la surface de ce côlon par un courant liquide suivant le sens physiologique. On fait aussi l'anus artificiel de la simple fistule colique. Il y a enfin la résection colique ; mais ses indications sont restreintes, car elle suppose des lésions assez limitées et un malade encore résistant. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 avril 1931.)

Rétrécissement du rectum après curiethérapie pour cancer du col.

Dr G. Jeanneney. — Ces lésions ne sont pas exceptionnelles, mais elles sont encore assez peu connues pour prêter à de graves erreurs de diagnostic, être étiquetées, par exemple, cancers de la cloison recto-vaginale par propagation ou par récidive et entraîner des opérations d'exérèse parfaitement évitables.

On peut en distinguer deux types : des rétrécissements intrinsèques par lésions de rectite sténosante proprement dites ; des rétrécissements extrinsèques, véritables rétrécissements péricoliques pelviens cicatriciels.

Les rétrécissements intrinsèques évoluent en trois périodes : rectite aiguë, rectite chronique, sténosante, période de sténose. Le toucher rectal et la radiographie aident au diagnostic ; la rectoscopie met en évidence les lésions cicatricielles.

Les rétrécissements extrinsèques sont des sténoses péri-rectales ; leur évolution clinique est plus lente ; elle s'accompagne parfois de phénomènes pelviens et de fièvre. Au toucher, la muqueuse a conservé sa souplesse normale ; mais on sent à travers elle un anneau rigide en fer à cheval, parfois inextensible, mais permettant en général au doigt de franchir la zone rétrécie ; à la rectoscopie, la muqueuse est saine. Ces rétrécissements sont assez bien tolérés.

Traitement. — Après la phase de rectite, que calme beaucoup mieux le lavement antipyrine-laudanum que les suppositoires cocaïnés, il faut surveiller l'apparition de la sténose, la dilater précocement, au besoin la traiter par la diathermie. (*Congrès français de chirurgie. Paris* 1930.)

De la phénolisation du cordon spermatique chez les neurasthéniques et impuissants génitaux (Revitalisation par sympathicectomie chimique des glandes sexuelles.)

Dr Le Fur. — L'auteur en rapporte deux observations détaillées, et il conclut, avec Doppler, que les résultats de la sympathicectomie chimique, provoquée par la phénolisation du cordon et des glandes sexuelles chez l'homme et chez la femme, se transmettent à tout l'organisme sous l'influence de deux facteurs : plus grande production d'hormones, due à une suractivité circulatoire, et abaissement général du tonus du sympathique, qui succède à la destruction des fibres du sympathique. Cette opération se trouve donc indiquée dans tous les processus pathologiques dus à l'insuffisance des glandes sexuelles, à l'hypertonie du sympathique, ou à l'association de ces deux facteurs. Cette opération simple et sans gravité entraîne pour l'organisme des conséquences importantes et heureuses ; elle se trouve indiquée dans tous les cas de déficience ou d'impuissance génitales associées à des troubles du sympathique avec état neurasthénique plus ou moins prononcé, à l'exclusion des lésions locales du veru montanum ou de la prostate, qui exigent un traitement spécial. (*Association française d'urologie,* 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La sympathectomie péri-artérielle par action chimique.

(M. Bernard DESPLAS. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1931.)

La sympathectomie périartérielle (opération de Leriche) est une intervention, qui rend des services dans nombre de circonstances. Toutefois, elle n'est possible que sur les artères d'un certain calibre, et elle n'est pas toujours d'exécution simple. Pour obtenir ce qui n'est pas accessible à la chirurgie opératoire, plusieurs chirurgiens austro-allemands, Doppler, Steinach, Guttmann, Forster et d'autres ont étudié l'action de diverses substances chimiques sur les gaînes vasculaires. Doppler, de Vienne, auteur d'importants travaux sur cette question, a reconnu que le meilleur agent était ici le phénol à 5 ou 7 pour 100, répondant aux deux conditions exigées : lésion isolée des éléments sympathiques facilement vulnérables, et innocuité absolue quant aux tissus voisins. On diminue la toxicité de cette solution en remplaçant une partie du phénol par du tricrésol.

Des essais expérimentaux sur l'animal ont montré l'innocuité de la préparation. Doppler a utilisé cette méthode de sympathectomie péri-artérielle par action chimique dans deux groupes de cas : dans les artérites des membres, ulcères trophiques, ulcères variqueux ; dans les affections des glandes à sécrétion interne, rebelles aux traitements habituels.

M. Bernard Desplas a employé depuis deux ans la technique de Doppler, effectuant avec elle des sympathectomies des artères des membres et des sympathectomies des artères viscérales ou glandulaires. Le badigeonnage au tricrésol de la gaîne artérielle détruit les filets sympathiques et provoque la contraction de l'artère, ce qui est le but de l'opération de Leriche. Dans 8 cas, les résultats ont été tangibles et non discutables.

La phénolisation des pédicules testiculaires ou tubo-ovariens, en cas d'atrophie testiculaire, de dysménorrhée, a des effets d'appréciation moins caractérisée. Elle a donné à l'auteur 9 succès sur 15 cas.

— M. LERICHE signale un fait, qui lui a été rapporté par un vétérinaire du Maroc. Ledit vétérinaire s'est procuré la solution d'isophénol de Doppler et il a badigeonné avec elle le testicule d'un baudet frigide. En suite de cette application, le baudet a eu une série de saillies, toutes suivies d'effet.

— M. ROCHER a pratiqué un « Doppler » chez un étudiant asthénique et hypogénital, sans résultat.

— M. DESPLAS ajoute que les auteurs austro-allemands s'occupent beaucoup de la question des troubles endocriniens et leurs travaux comportent des descriptions de « rajeunissement », qui pourraient surprendre le scepticisme des chirurgiens français. Cependant, les résultats obtenus sont incontestables.

Appendicite aiguë et point appendiculaire dans la pneumonie.

(M. R. G. BRUN, de Tunis. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1931.)

M. Brun présente quelques considérations sur le point appendiculaire dans la pneumonie. A son avis, cette notion, invoquée trop souvent pour retarder l'opération, a coûté plus de vies qu'elle n'en a sauvées. Pour sa part, il n'a jamais observé de point appendiculaire dans la pneumonie, mais il a vu l'erreur inverse. Dans le doute, ne pas s'abstenir et opérer ; mieux vaut une opération inutile, qu'une mort pour avoir hésité. M. Brun est d'ailleurs partisan systématique de l'opération dans l'appendicite, aiguë quelle que soit la période à laquelle on observe le malade. Il rappelle les conclusions du professeur Hartmann au Congrès de chirurgie de 1911 : « Si, au lieu de discuter sur les cas, de les suivre matin et soir, prêt à les opérer au premier symptôme alarmant, on considérait l'appendicite aiguë comme une maladie à opérer au même titre qu'une hernie étranglée... on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi importante... » M. Brun admet cependant une éventualité, où il est préférable de refroidir : c'est dans l'appendicite en décroissance avec volumineux plastron. La recherche de l'appendice est alors délicate et, pratiquée à chaud, peut offrir quelques inconvénients.

Pancréatite œdémateuse.

(M. CHIFOLIAU. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1931.)

Comme suite à une communication de M. Okinczyc sur ce sujet, M. Chifoliau rapporte un cas personnel d'œdème aigu du pancréas qui a guéri par simple drainage. Le malade, un homme de 40 ans, fut pris brusquement d'une douleur épigastrique très vive. Facies angoissé. Pouls à 100. Contracture abdominale, à maximum épigastrique. Pensant à un ulcus perforé, on opère et, l'abdomen ouvert, on trouve un œdème de coloration verdâtre du pancréas, surtout de la tête dont les lobules semblent flotter dans une véritable gelée. On porte le diagnostic de pancréatite œdémateuse et l'on draine. Guérison rapide.

Sur la maladie de Stieda.

(M. Pierre FREDET. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1931.)

La maladie de Stieda (ostéomes juxta-condyliens post-traumatiques du fémur) a été peu étudiée en

France. M. Pierre Fredet estime que, si on la recherche, on la trouve avec une certaine fréquence. Il faut pour cela faire intervenir la radiographie, en particulier chez les malades se plaignant de troubles post-traumatiques du genou. L'auteur en rapporte plusieurs observations nouvelles. Cinq fois (sur neuf cas) l'ostéome de Stieda existait à l'insu du sujet et ne provoquait aucune gêne. En lui-même, l'ostéome est bénin et ses conséquences fonctionnelles peu importantes, sauf quand la lésion est très étendue. La persistance de troubles fonctionnels, lorsqu'elle existe, tiendrait plutôt à d'autres reliquats du traumatisme. Au point de vue thérapeutique, pendant la phase d'évolution active de l'ostéome, le mieux est de s'abtstenir. Après épuisement du processus générateur, l'exérèse pourra quelquefois être indiquée.

P. L.

Des contre-indications du traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique.

(M. Guilbert. — *Soc. de Méd. de Paris*, 23-5-1931.)

Il résulte d'une série d'observations que la radiothérapie active par rayons pénétrants de l'hypertrophie prostatique est formellement contre-indiquée dans tous les cas d'infection locale. Si les contre-indications n'ont pas été notées jusqu'à présent, c'est que les doses utilisées dans la méthode palliative de Nogier, par exemple, ne sont pas suffisamment fortes pour exaspérer l'infection. Mais, du moment où l'intervention entre dans le domaine de la radiothérapie profonde, c'est-à-dire dans le cas où l'accumulation de la dose « in situ » est appréciable, il est formellement contre-indiqué d'avoir recours à cette intervention dans tous les cas d'infection locale. Du reste la radiothérapie pénétrante, très active dans l'hypertrophie prostatique, ne peut être considérée comme curative que dans le début de l'hypertrophie, car la sclérose, qui s'installe peu à peu, et les troubles vésicaux rendent, par la suite, les guérisons définitives illusoires. Dans ce dernier cas, la radiothéraphie même pénétrante, est purement palliative.

Cancer du pancréas à forme cachectique pure. Diagnostic radiologique.

(MM. Brûlé et Busy. — *Soc. Méd. des hôp.* ; 5-6-1931.)

Il existe des formes anormales du cancer, où peuvent manquer l'ictère dans le cancer de la tête, et les douleurs à type solaire dans le cancer du corps. Le diagnostic est alors des plus difficiles, mais peut être fait par un examen radiologique, conduit dans un sens assez particulier. Ce diagnostic a été l'objet d'une observation, que rapportent les auteurs.

Cliniquement, c'était un cancer du pancréas à forme cachectique simple, sans ictère, sans syndrome douloureux solaire ; cette forme paraît, d'ailleurs, relativement fréquente. Elle n'est pas propre aux cancers de la queue du pancréas, situés loin du cholédoque et du plexus solaire, et se retrouve dans les cancers du corps, et même de la tête du pancréas. Dans le cas envisagé, la tumeur avait son développement maximum au niveau du tuber omentale ; il s'agissait donc d'un cancer prédominant au niveau du corps du pancréas, et, malgré la proximité du plexus solaire, aucune douleur n'apparut pendant toute l'évolution. Il est rare que la radiographie puisse faciliter le diagnostic du cancer du pancréas en décelant ou des images de compression au niveau de la petite et de la grande courbure de l'estomac, ou une lacune centrale de l'estomac, ou des déformations du duodénum, ou un spasme du côlon transverse. Ici le diagnostic a pu, grâce à elle, être d'emblée confirmé ; on lui a demandé non pas de préciser les signes précédents, mais simplement les rapports de la tumeur avec le duodénum ; encerclé partiellement par le duodénum, le néoplasme ne pouvait être que pancréatique. Cette exploration, d'ailleurs si utile, n'a été rendue possible que par deux circonstances exceptionnelles : d'une part, la présence d'une tumeur perceptible à la palpation, d'autre part l'existence d'une ptose gastrique, accentuée, dégageant le duodénum, qui avait conservé sa position normale, où il était probablement fixé par la tumeur du pancréas.

Gomme ulcéreuse de la joue. Purpura hémorragique et syndrome agranulocytaire au cours du traitement. Eosinophilie de guérison.

(MM. P. Carnot, Delafontaine et P. Véran. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 5-6-1931.)

La fréquence des hémopathies au cours du traitement de la syphilis par les arsenicaux est aussi connue que leur interprétation est difficile. L'observation relatée est instructive à divers titres : difficulté du diagnostic clinique ; aspect nécrotique de la lésion locale annonçant, au cours du traitement, un purpura hémorragique aigu avec syndrome agranulocytaire ; guérison rapide d'une lésion phagédénique sous l'influence de doses minimes de médicament ; augmentation continuelle et progressive du nombre des éosinophiles à la phase de guérison.

L'ulcération primitive, qui s'accompagnait de fièvre, pouvait être prise pour une affection tuberculeuse ; cependant, la forte positivité de la réaction de Wassermann dans le sang fit penser à une gomme syphilitique tertiaire, malgré l'absence de tout autre signe de syphilis héréditaire ou acquise. Une thérapeutique antisyphilitique mixte fut instituée aussitôt ; mais elle fut mal tolérée sous toutes ses formes. Le cyanure de mercure provoqua la diarrhée ; l'iodure de potassium entraîna le gonflement de la gorge et du coryza intense ; une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol, faite le 5e jour du traitement, fut suivie trois jours après d'un érythème scarlatiniforme, qui dura 24 heures. Cependant la cicatrisation de l'ulcère gommeux s'amorçait, la plaie

bourgeonnait, devenait vive, se comblait rapidement et diminuait d'étendue. L'acétylarsan, substitué au novarsenobenzol, provoqua brutalement, après 3 injections de 1, 2 et 3 cc., un sphacèle de la plaie, qui, de magnifiquement vascularisée et vivante, devint brusquement atone et noirâtre. Quelques heures plus tard, apparaissaient des phénomènes sanguins graves : purpuras, hémorragies viscérales multiples, allongement considérable du temps de saignement, leucopénie, hypogranulocytose, thrombopénie, sans anémie marquée, ni troubles de la coagulation. Au bout de peu de jours, ces phénomènes rétrocédaient, en même temps qu'apparaissait une éosinophilie de plus en plus importante. La lésion locale reprenait ensuite son évolution vers la guérison.

Alors que, dans la majorité des accidents arsénobenzoliques, le rôle prédisposant de tares hématiques, rénales ou hépatiques antérieures, héréditaires ou acquises, peut être mis en évidence, rien ne pouvait ici le faire supposer.

On admettrait volontiers une influence connexe du terrain, du toxique médicamenteux, de l'infection tréponémique réactivée par le traitement, et du biotropisme dans l'éclosion de ces accidents sanguins.

Il faut en retenir la nécessité, au cours d'un traitement arsenical, de surveiller préalablement les moindres modifications sanguines. La répétition des examens hématologiques permet de déceler, à leur naissance, les premiers signes d'intolérance médicamenteuse, de modifier ou de suspendre la thérapeutique, et d'éviter ainsi des accidents hémorragiques, ou agranulocytaires, dont le pronostic peut être fatal.

Erythèmes noueux et miliaire épidémiques. Leur apparition fréquente au moment de la primo-infection tuberculeuse.

(M. A. GENDRON, de Nantes. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 5-6-1931.)

On connaît la fréquence de l'érythème noueux sporadique au moment de la primo-infection tuberculeuse. Mais, l'érythème noueux épidémique, malgré son allure de maladie éruptive, autonome et contagieuse, se rencontre fréquemment aussi au moment de la primo-infection tuberculeuse.

L'érythème noueux n'est pas la seule réaction cutanée, qui puisse se manifester au moment de la primo-infection tuberculeuse. L'auteur a observé plusieurs cas de miliaire et un cas d'érythème simple sans nodosités.

La constatation inattendue d'éruptions intriquées d'érythème noueux et de miliaires au cours de deux épidémies familiales autorise à penser que la miliaire fébrile a, dans certaines conditions, la même valeur séméiologique que l'érythème noueux. Il paraît, dès lors, légitime d'accorder la même attention à la miliaire fébrile, et de prendre, chez les enfants qui en sont atteints, les mêmes précautions que chez ceux qui présentent un érythème noueux.

G. F.

Société française de Gynécologie

Séance inaugurale, 15 juin 1931.

M. JAYLE, président, prononce une allocution dans laquelle il retrace l'histoire de la gynécologie, tantôt exercée par les médecins, tantôt par les chirurgiens. Il insiste sur ce fait que la gynécologie s'occupant d'un appareil spécial à la femme est une spécialité bien distincte et affirme la nécessité pour le gynécologue vraiment complet d'être à la fois médecin, chirurgien et physiothérapeute.

Il termine aux applaudissements de l'Assemblée en souhaitant longue vie à la *Société française de gynécologie*, qui réunit déjà les plus illustres gynécologues français. Il espère d'ailleurs qu'elle suivra les traces de son ancêtre, la Société de Chirurgie qui, malgré des débuts difficiles, est maintenant une des premières sociétés scientifiques du monde.

M. XAVIER COLANÉRI, fait une communication sur le *Rôle du Colibacille dans le syndrome entéro-uro-génital.*

Il rappelle d'abord la définition qu'il a donné de ce syndrome : inflammation génitale, état entéritique, et présence de microbes dans l'urine.

Il attire de nouveau l'attention sur l'absence de lésion de l'appareil urinaire, l'urine servant de chasse d'eau aux microbes, devenus avirulents par leur passage dans le sang.

Il donne ensuite le résultat de ses travaux sur une voie d'essaimage microbien peu connue qu'il appelle : la voie directe d'interprétation à travers la cavité péritonéale.

Dans toutes ses opérations abdominales, il a recherché le colibacille dans cette cavité, et il l'a trouvé sur l'épiploon ou sur ses franges, sur le dôme utérin, ou dans le pavillon de la trompe.

Il s'agissait toujours dans ce cas de femmes à passé intestinal très chargé, opérées pour fibrome par exemple.

Enfin, il a montré que le colibacille est l'agent principal des appendicites même gangréneuses et que, de ce réservoir microbien, le colibacille essaime vers la trompe.

M. Marcel SÉNÉCHAL, présente son procédé personnel d'*Hystéropexie*. Celui-ci consiste en une prise du péritoine au niveau de la région isthmique de l'utérus, au point où le feuillet viscéral de la séreuse va se réfléchir pour former le cul-de-sac utéro-vésical. La prise est faite par trois fils de lin, qui embrassent également les ligaments ronds, mais uniquement pour éviter de les laisser flotter dans le ventre, où ils pourraient être une cause d'accidents (étranglement intestinal). Les fils sont passés à travers la séreuse pariétale et les muscles et noués sur ceux-ci assez près du pubis au delà des muscles pyramidaux.

Cent soixante-dix observations ont été rapportées

dans la thèse récente de son interne P. Rouzaud, où les planches présentées sont reproduites. Nombreuses ont été les grossesses consécutives menées à terme et sans récidive de la déviation (jusqu'à quatre grossesses chez la même femme) ; deux cas de récidives seules sont venues à la connaissance de l'auteur (sutures au catgut n° 2), à la suite desquels il a substitué le fil de lin au catgut.

Ce procédé n'est, d'après l'auteur, que l'amélioration du procédé isthmique décrit par son maître Emile Reymond, qui lui-même l'avait tiré du procédé Terrier-Czerny.

Question mise à l'ordre du jour de la prochaine séance : *Les Réactions chimiques normales et pathologiques des sécrétions vaginales.* Rapporteur : M. Ulrich.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite*) (1)

Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds

Le traitement et la prophylaxie de la lèpre aux Colonies.— M. le médecin lieutenant-colonel Stévenel.

1° *Traitement.* — Des très nombreux traitements essayés contre la lèpre, ceux à base de chaulmoogra sont les seuls à avoir donné des résultats indubitables. L'huile de chaulmoogra a une valeur thérapeutique variable parce qu'elle provient de plusieurs espèces de Bixacées. Son action dépendrait aussi de la façon dont elle est assimilée, d'où l'emploi de mélanges, d'émulsions et de dérivés et éthers éthyliques plus assimilables. Le principe actif ne serait pas les acides gras chaulmoogriques pas plus que les éthers éthyliques de ces acides.

L'auteur cite une partie de son travail (*Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, n° 5, 1929) concluant que le principe actif provient exclusivement du tégument dur des graines et que l'huile doit être extraite après broyage des amandes avec le tégument dur. Les léprologues disposeraient alors, dans l'émulsion aqueuse, d'un médicament, dont l'efficacité contre la lèpre serait comparable à l'efficacité du mercure contre la syphilis.

Le traitement hygiénique et tonique de la tuberculose doit être appliqué à la lèpre ; action néfaste des régimes trop acides.

2° *Prophylaxie.* — La lèpre n'est pas inoculable à l'homme dans les conditions habituelles de l'expérimentation, mais cependant contagieuse, parce qu'elle aurait besoin d'un terrain approprié sensibilisé par d'autres affections et des inoculations répétées par un insecte ubiquitaire.

L'hérédité serait exceptionnelle comme dans la tuberculose. Le lépreux est seul réservoir à virus. Un isolement rigoureux mais inhumain de tous les lépreux jusqu'à leur mort, a donné des résultats au Moyen-Age, mais la séquestration moderne non stricte dans des léproseries-prisons a eu des effets peu satisfaisants. Les mesures de prophylaxie contre la lèpre ne doivent pas être plus cruelles que celles préconisées contre la tuberculose plus contagieuse et plus meurtrière et doivent être analogues : dépistage, traitement assuré, dispensaires, préventoriums, sanatoriums, visiteurs de prophylaxie, placement préventif des enfants, etc. Les léproseries-prisons doivent disparaître.

Des établissements d'hygiène et de prophylaxie pourraient assumer aux colonies la prophylaxie contre toutes les maladies transmissibles y compris la lèpre, à l'exemple du préventorium colonial et de l'Institut d'hygiène et de prophylaxie de la Martinique dont le principe est excellent et dont l'idée mérite d'être reprise et poursuivie.

La lèpre et la Société des Nations.— M. E. Burnet (de Tunis). La lèpre est une des maladies dont s'occupe le Comité d'hygiène de la Société des Nations, non comme une Société médicale ou une institution scientifique, mais avec les méthodes qui lui sont propres, dans le but de rapprocher les léprologistes, de les aider à collaborer par des échanges de personnel et de matériel, de faire étudier les questions pratiques par des réunions d'experts et de recommander les conclusions aux Gouvernements et aux administrations d'hygiène publique ; en un mot, dans l'esprit de l'hygiène internationale.

La Commission de la lèpre a d'abord chargé son secrétaire, le docteur Et. Burnet, de faire une enquête personnelle et directe dans la plupart des pays à lèpre du monde entier. Un rapport sur cette enquête a été publié en 1930, après avoir été approuvé par la Commission, dont il détermine le champ d'action et l'opinion sur les questions principales, entre autres la ségrégation et le traitement.

La Commission s'est réunie en conférence en décembre 1930, à Bangkok, en même temps que le VIII[e] Congrès de la Société de Médecine tropicale de l'Extrême-Orient. Cette conférence a préparé la création de deux nouveaux centres internationaux d'étude de la lèpre, l'un au Brésil, l'autre au Japon, sous les auspices de la Société des Nations. Elle a rédigé son premier rapport : « Principes de la prophylaxie

(1) V. *Concours Médical*, n^os^ 41 et 42.

de la lèpre », qui a été adopté par le Comité d'hygiène et publié en octobre 1931.

Les membres de la Conférence de Bangkok ont fait partie de la Conférence de la lèpre, réunie à Manille en janvier 1931 par la Fondation américaine « Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy ». Cette conférence a continué le travail commencé à Bangkok, en étudiant surtout les questions techniques. Son rapport a été publié dans le numéro d'avril 1931 du *Philippine Journal of Science.*

Le programme de la Commission de la lèpre de la Société des Nations comporte maintenant : la publication d'un répertoire-annuaire de la lèpre ; l'unification des documents cliniques et statistiques employés par les léprologistes et les services d'hygiène ; l'essai de standardisation des remèdes tirés de chaulmoogra ; des études scientifiques dans les Centres internationaux d'études, surtout en vue du traitement et de la prophylaxie.

La Conférence de Manille a envoyé un appel aux léprologistes du monde entier pour la fondation d'une Société internationale de la lèpre, qui aura pour organe une Revue internationale de la lèpre. Elle a proposé des statuts et un bureau provisoire.

Après avoir parlé comme représentant de la Société des Nations, le docteur Burnet a parlé en français ; il a exprimé sa confiance en ses compatriotes pour collaborer à l'œuvre internationale entreprise par le Comité d'hygiène pour la prophylaxie de la lèpre ; il a montré la part brillante qu'ont toujours prise à ces études les médecins de notre corps colonial. Noblesse oblige : la France est obligée par sa situation de grande puissance coloniale, et la prophylaxie de la lèpre est l'une des pierres de touche les plus sensibles de l'œuvre d'une nation dans l'hygiène coloniale.

Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine. — M. Raoul Bernard (de Bruxelles).

Lèpre dans l'Inde portugaise. — M. Froilano de Mello (de Goa).

Etude sur le bacille de Hansen. Essais de culture. — MM. Vaudremer, A. Sézary et Mlle C. Brun. — Pendant trois ans, les auteurs ont cherché à savoir si le bacille lépreux, dont on connaît les rapports étroits de forme et de colorabilité avec le bacille de Koch, se comportait comme celui-ci, s'il était soumis à l'action des cultures filtrées d'Aspergillus Fumigatus. L'un des auteurs a montré, en effet, que certaines souches de bacilles tuberculeux immergées dans des extraits filtrés d'A. F. acquéraient la propriété de pousser ensuite sur gélose comme une bactérie banale.

Les auteurs de la présente note, ayant traité le bacille de Hansen de la même façon, ont vu que le sang d'Hanséniens, ensemencé dans le liquide A. F. filtré, donnait naissance à des formes mycéliennes ramifiées et portant sur leurs ramifications des granules acido-résistants. Ces formes repiquées trois fois de suite avec succès n'ont pas poussé dans les ensemencements sur gélose.

Les ensemencements faits dans le même milieu, avec des lépromes de la peau, prélevés purement, ont donné des cultures tardives de germes granulaires non acido-résistants qui, dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, ont acquis l'acido-résistance. Ces formes acido-résistantes ont été agglutinées par le sérum de lépreux et ne l'ont pas été par le sérum d'individus non lépreux.

Les auteurs, avec la prudence qui convient à un sujet aussi difficile, se sont abstenus d'être affirmatifs, mais ils ont fait remarquer que la technique rigoureuse suivie par eux, les contrôles qu'ils ont faits de leurs expériences et le fait de l'agglutination par les sérums de lépreux des germes qu'ils ont décrits, permettraient de penser que ces germes pourraient bien être des formes non acido-résistantes du bacille de Hansen. Ces expériences, commencées depuis trois ans, sont actuellement poursuivies.

Les formes de la syphilis indigène. — M. Lacapère. — La syphilis indigène, qui se ressemble étroitement en Afrique et en Extrême-Orient, évolue d'une façon très différente de la syphilis qu'on observe chez l'Européen.

La *période primaire* présente chez l'indigène trois grands caractères : le chancre est ordinairement méconnu, il est souvent extra-génital et il fait son apparition au cours de la première ou de la seconde enfance.

La *période secondaire* nous permet de suivre la transformation sur place des lésions qui, d'abord maculeuses, deviennent papuleuses et souvent ulcéreuses. Les rémissions, si normales dans la syphilis européenne, manquent complètement dans la syphilis indigène. La transformation *in situ* des lésions nous montre une *phase secondo-tertiaire* qui s'observe régulièrement chez l'indigène, faisant la transition entre la période secondaire et la période tertiaire.

La *période tertiaire* se caractérise surtout par des lésions cutanées, muqueuses ou osseuses. Les lésions viscérales ou nerveuses sont exceptionnelles. Les syphilides cutanées prennent le plus habituellement la forme ulcéreuse ou ulcéro-croûteuse, le voile du palais est souvent perforé, parfois détruit, l'ostéite et l'ostéomyélite gommeuses sont fréquentes.

Il se produit des formes régionales mixtes à évolution tout à fait particulière : telles les gommes médio-frontales et la syphilis ulcéreuse du centre de la face dont l'auteur projette une série de photographies.

Malgré ses tendances mutilantes, la syphilis indigène demeure bénigne, car elle respecte les viscères et arrive souvent à guérir spontanément.

Il ne semble pas que le virus indigène diffère du virus européen et sa tendance, dermotrope ou neurotrope, est beaucoup plus le résultat du traumatisme répété atteignant les téguments, les os ou les centres nerveux, que le fait d'une différence de variété. L'é-

volution des syphilis contractées par les Européens à une source indigène appuie cette conception ; c'est le terrain et non la graine qui règle l'évolution de la syphilis.

Prophylaxie et traitement de la syphilis aux Colonies. — M. Marcel Léger. — Il n'y a pas une syphilis européenne et une syphilis exotique, il y a une seule infection due au même agent pathogène. De même, il y a une prophylaxie rationnelle et un traitement contrôlé, qu'on doit toujours tendre à appliquer, en s'adaptant aux mœurs et aux conditions de vie des indigènes.

Dans l'organisation de la lutte, les moyens accessoires mis en œuvre dans les pays d'Europe ne doivent certes pas être laissés de côté (instruction de la population, propagande, etc.) ; mais les résultats à en attendre sont encore plus incertains. La *prophylaxie par le traitement* demeure la poutre maîtresse de l'édifice à construire. On y parviendra :

1° En multipliant les *dispensaires* ;

2° Par la création, en nombre suffisant, de *laboratoires* confiés à des techniciens avertis ;

3° Par l'application des méthodes scientifiques de diagnostic et de traitement. Le Wassermann, bien manié, a rendu de grands services, mais il est, par essence subordonné à des facteurs biologiques, dont les variations ne peuvent être prévues, surtout aux colonies. Logiquement, il cède le pas à la *réaction de Vernes*, d'ordre purement physique, à l'abri de toute cause d'erreur et qui permet, par un résultat chiffré de 0 à 150, la mesure de l'infection.

Possédant le moyen de connaître le degré d'infection du syphilitique (sang et liquide de ponction lombaire), le médecin peut la traiter jusqu'à guérison, en observant les règles fondamentales de la *syphilimétrie*.

1° *Traitement continu*, sans arrêts. Les cures de « blanchiment » sont très dangereuses et pour l'individu et pour la société.

2° *Traitement contrôlé* sérologiquement de façon précise et serrée. Seuls, les médicaments efficaces seront administrés et pendant le temps qu'il faut (notions de résistance individuelle et d'usure des médicaments).

3° Le traitement ayant été jugé suffisant, faire toujours la preuve que l'infection est réellement éteinte (règle des huit mois de Vernes).

(A suivre)

Les Livres

E. Le François, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr J. Laumonier. — **La thérapeutique des péchés capitaux. Gourmandise. Paresse. Luxure.** (Un vol. in-16, broché 15 fr., 2e édition.)

Cette seconde édition a été considérablement augmentée en rapport avec les progrès de la physiologie et de la psychiatrie. Elle accentue les idées de l'auteur vers une conception organique des déviations de l'instinct et l'attribution aux troubles neuro-végétatifs et endocriniens d'un rôle de plus en plus important dans la genèse de ces déviations. L'état psychique en est ainsi le plus souvent l'effet, et non la cause.

Une telle thèse, appuyée sur les expériences et les observations les plus concluantes, permet le traitement efficace des déviations instinctives ou passions.

Ce livre ne s'adresse pas uniquement aux médecins ; il s'adresse également aux parents, aux précepteurs, aux magistrats, etc., bref à tous ceux qui s'intéressent aux problèmes humains, et qui trouveront dans cet ouvrage richement documenté l'indication, non seulement des soins à prescrire, mais encore des précautions physiques et morales, capables de redresser et d'adapter à la vie sociale les mauvais penchants et les habitudes malsaines. Le passionné, lui-même, y apprendra à connaître, et les dangers que sa passion lui fait courir, et les moyens de la modérer sans en souffrir, et d'en tirer la satisfaction légitime, qu'elle peut offrir.

Editions médicales N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Vital-Lassance (de Bains-les-Bains). — **Hypertension artérielle.** *Préface du Dr Ch. Laubryy.* Un vol. illustré de 310 pages : 35 francs.

C'est en clinicien, ou même en praticien, que l'auteur a envisagé la question encore obscure de l'hypertension artérielle. Quelques pages de physiologie exposent ce qu'est la pression sanguine et font comprendre, sans discussions pathogéniques inutiles, comment et pourquoi survient l'hypertension, ce trouble du fonctionnement de l'arbre artériel.

Puis, sont fouillés les divers problèmes cliniques, que soulèvent les nombreux malades hypertendus, que l'on rencontre : comment mesurer la tension artérielle ? Quelles sont la valeur et la signification des chiffres ? comment interpréter les différents types sphygmomanométriques ?

Après avoir longuement étudié les petits troubles et les grands accidents, qui tourmentent la vie des hypertendus, l'auteur décrit toutes les recherches, qui doivent nous renseigner sur l'état des organes ordinairement menacés comme le cœur, les reins, les artères, etc.

De cet examen complet, des données de l'étiologie et de l'évolution se dégagent quelques types d'hypertendus, pour lesquels il est facile d'établir un pronostic judicieux et un traitement logique.

L'importance du chapitre consacré à la thérapeu-

tique relève du même esprit d'utilité pratique, qui a été suivi jusqu'au bout de cet ouvrage rempli d'idées claires et bien muries et rempli de bon sens comme le dit le Dr LAUBRY.

Il fait une place de choix au traitement thermal de l'hypertension aux différentes stations spécialisées en ce sens et notamment à Bains-les-Bains dont l'auteur a une expérience toute particulière.

Les livres qui viennent de paraître...

et qui seront analysés ultérieurement

chez N. MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— **L'évolution psychiatrique.** CAHIERS DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE. *Seconde série*, n° 2 (mars 1931). Un vol. in-4, 105 pages, 1931. Prix : 16 fr.

— **Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique** (1931). COMPTES RENDUS DES SÉANCES (Un vol. 420 p. avec fig.).

Chez DOIN ET CIE
8, place de l'Odéon.

Dr Léon VANNIER. **La doctrine de l'homéopathie française** (un vol. in-16, 318 pages avec fig. Prix : 28 fr.)

V. DE LAVERGNE, prof. agrégé à la Faculté de Nancy. — **Allergie et anergie en clinique.** In *Collection des actualités de médecine pratique* (Dr Weissenbach, directeur) (un vol. in-16, 312 pages. Prix : 32 fr.)

M. NATHAN, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. — **Les malades dits imaginaires,** in *Collection des Actualités de médecine pratique.* Un vol. in-16, 134 pages. Prix 14 fr.

Georges LAKHOVSKY. — **L'oscillation cellulaire.** Ensemble de recherches expérimentales (Un vol. in-8, 320 pages. Prix : 40 fr.)

Dr Paul VÉRAN, chef de clinique à la Faculté de Paris. — **La cessation du pneumothorax artificiel.** Préface du Dr Rist. (Un vol. in-8°, 160 pages. Prix : 22 fr.)

G. DE PARREL. — **La rééducation de la voix parlée.** *Collection des Manuels de rééducation* (Un vol. in-8, 150 p. 35 fig. Prix : 28 fr.)

THÉRAPEUTIQUE

Vitamines et huile de foie de morue

La découverte des vitamines date seulement d'une vingtaine d'années. Mais, dans ce court laps de temps, plusieurs milliers de travaux ont été publiés par des centaines de savants, travaillant dans toute les parties du monde cette intéressante question. C'est ainsi que fut précisée la cause de certaines maladies dites « par carence », qui étaient considérées jusque-là comme des énigmes de la médecine. De ce fait, notre connaissance des besoins nutritifs de l'organisme s'est également trouvée complétée. On a constaté notamment que certaines des vitamines étaient indispensables à la croissance en général, au développement osseux et à la fixation de la chaux, à l'utilisation des aliments et plus particulièrement des glucides, à la reproduction, à l'intégrité vasculaire, etc...

Il faut bien reconnaître que les notions ainsi acquises n'étaient pas absolument nouvelles, l'expérience ayant appris déjà aux générations antérieures le bon effet des jus frais dans le traitement du scorbut et de l'huile de foie de morue chez les enfants scrofuleux ou rachitiques. Mais, pour la première fois, on comprenait la raison de ces médications et de leur efficacité.

A la suite de longues et minutieuses recherches scientifiques sur les substances, jouissant de pouvoirs réputés pour combattre les maladies par carence, on avait cru pouvoir isoler à l'état chimiquemeut pur certaines vitamines, notament la vitamines Bantinévritique. Mais en voulant purifier ces produits, on remarqua que les substances cristallines obtenues ne jouissaient plus de l'activité initiale.

Plus heureuse, l'action des rayons ultra-violets sur certains stérols a permis d'obtenir des produits irradiés possédant expérimentalement un pouvoir antirachitique analogue à celui de l'huile de foie de morue.

L'engouement, qui a salué l'apparition de l'ergostérine irradiée, s'est aujourd'hui grandement calmé. On s'est aperçu d'abord que cette substance n'était pas complètement dépourvue de danger et qu'en outre, elle était loin de donner des résultats aussi satisfaisants que l'huile de foie de morue.

Le bon sens, comme toujours, a fini par triompher. Cependant, le retour au produit simple et éprouvé comme l'huile de foie de morue, dans tous les troubles de croissance et spécialement dans le rachitisme et la déminéralisation osseuse, n'empêche pas qu'il soit possible de réaliser des progrès dans la forme pharmaceutique, et spécialement dans l'association de ce produit avec d'autres substances, pour créer des « synergies » plus actives ou mieux tolérées.

Le Jémalt du Docteur Wander répond à cette préoccupation. Il offre l'avantage de présenter,

sous la forme agréable de paillettes aromatisées, une huile de foie de morue d'activité supérieure et éprouvée. L'adjonction d'extrait de malt, riche en vitamines B et en hydrates de carbone très assimilables, permet, en effet, l'obtention d'une émulsion parfaite, totalement dissimulée. Il confère, en outre, au produit des avantages thérapeutiques indiscutables car il permet son utilisation pratique *été comme hiver*.

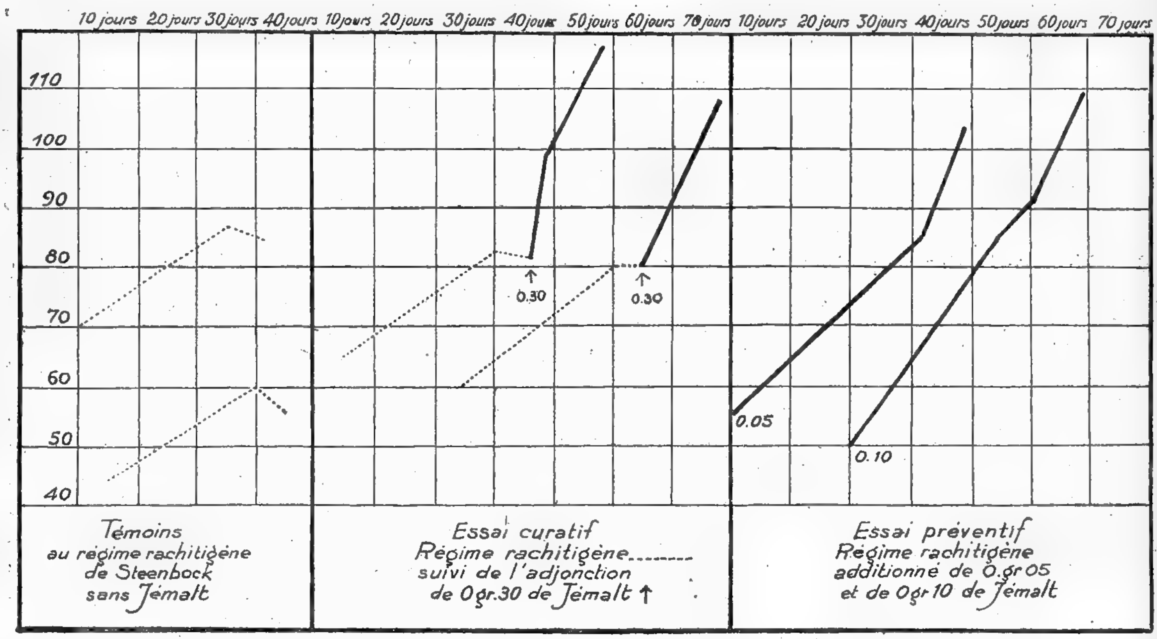
La valeur d'un produit peut aujourd'hui être contrôlée à l'aide des méthodes biologiques adoptées dans les grandes pharmacopées. Le Jémalt soumis à ces essais a permis de rechercher si les éléments actifs de l'huile de foie de morue n'ont pas été altérés au cours de la fabrication. Trois réponses concluantes ont été fournies à ce sujet par trois expérimentateurs, dont on ne saurait discuter la haute compétence. Opérant sur le rat blanc avec des techniques un peu différentes, les uns et les autres ont formulé des conclusions absolument identiques.

Madame Randoin utilisant le régime rachitigène R. L. de Randoin-Lecoq et contrôlant ses résultats par des séries de radiographies, a pu constater que le Jémalt, employé comme source de vitamine antirachitique, agit aussi bien à titre préventif qu'à titre curatif, quand il est donné aux animaux à la dose de 2 à 3 % de la ration (mars 1929.)

Behrendt, de Berlin, a obtenu de même des résultats tout à fait satisfaisants, tant au point de vue de l'action antirachitique que de l'action sur la croissance, en adjoignant de faibles doses de Jémalt au régime rachitigène 3143 de Mc Collum (*Medizinische Welt*, juillet 1929).

Enfin, les récentes expériences de C. Funk sont tout aussi démonstratives. Le régime rachitigène utilisé était celui de Steenbock, avec adjonction de 50 milligrammes de levure sèche par jour et par animal. L'action prophylactique et curative de Jémalt fut déterminée d'après le « line test » de Mc Collum (qui détermine l'intensité du dépôt calcaire sur la ligne d'ossification et chiffre celui-ci de 0 à 4) et d'après la minéralisation des os (préalablement dégraissés). Les chiffres obtenus ont été les suivants :

	Essai prophylactique 0,10 de Jémalt	Essai curatif 0,30 de Jémalt	Contrôle sans Jémalt
Augmentation de poids	81,4 %	64,4 %	50 %
Line test	3-4	3	0
Teneur en cendres des os	54,4 %	51,2 %	36,2 %
	rachitisme négatif	guérison	rachitisme positif



Les courbes de croissance des animaux données ici même complètent ces résultats (voir graphique).

« Je déduis de toute l'expérience, conclut Casimir Funk, que des doses de 100 milligrammes de Jémalt exercent déjà sur les rats une action préventive, alors que des doses de 300 milligrammes ont, en 10 jours, un effet curatif. Les courbes ci-contre montrent aussi que le Jémalt a une grande influence sur la croissance des rats ».

Ces faits peuvent être contrôlés aisément par tous biologistes expérimentés. Ils constituent la meilleure garantie des qualités du Jémalt.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'actualité professionnelle

LA CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE DU 1er OCTOBRE ET LE RÉGIME HOSPITALIER DES HONORAIRES MÉDICAUX DANS L'ASSURANCE-MALADIE

Le 6 septembre dernier, je soulignais le conflit qui s'était élevé entre le ministère du Travail et le ministère de la Santé publique, au sujet du régime hospitalier dans l'assurance sociale. Tandis que, le 26 décembre 1930, le Travail faisait une discrimination entre les quatre premières catégories d'assurés, et la cinquième, celle-ci pouvant donner lieu à une perception d'honoraires par les chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, au delà du tarif de responsabilité des caisses, en régime d'entente directe applicable d'ailleurs partout où les Administrations l'avaient déjà accepté, la Santé publique, le 27 mars, déniait aux hôpitaux le pouvoir d'autoriser cette entente directe.

J'écrivais encore : « La Confédération des Syndicats, justement émue de cette modification inattendue apportée à des accords précédemment acceptés de part et d'autre, fit des démarches auprès du Ministre pour obtenir l'abrogation de cette Circulaire (du 27 mars). »

Ces démarches ont abouti, grâce à la ténacité, à l'habileté et à cette puissance de persuasion, que donne le sentiment de défendre une juste cause, des représentants autorisés du corps médical, et particulièrement de Paul CIBRIE.

Et une nouvelle Circulaire, datée du 1er octobre, vient de paraître au *Journal Officiel*, concernant les conventions à intervenir entre les caisses d'assurances sociales et les établissements hospitaliers, qui essaie de donner satisfaction, dans la mesure du possible, aux aspirations légitimes des chirurgiens et des spécialistes qui soignent les assurés sociaux à l'hôpital.

Elle est signée, tout ensemble, du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé publique, et montre la réalisation, ainsi acquise, d'un accord complet entre ces deux départements. C'est là un résultat dont il convient de féliciter ceux qui ont réussi à l'obtenir, car, pour qui connaît l'épaisseur et l'étanchéité des cloisons qui séparent nos administrations, et la quasi impossibilité des interpénétrations, c'est un véritable tour de force qui a été ainsi exécuté.

Vous en pourrez lire ci-après le texte intégral.

Essayons d'en résumer, aussi clairement que possible, les dispositions essentielles.

Les médecins hospitaliers ont-ils droit à des honoraires payés par les Caisses d'Assurances, en dehors des frais d'hospitalisation proprement dits ? La loi est formellement affirmative à cet égard.

Comment ces honoraires doivent-ils être calculés et payés ?

A) En régime d'*entente directe*. Celle-ci est-elle possible ? Oui, dans les quartiers et pavillons séparés ouverts aux malades payants.

Et c'est parfaitement équitable, puisque ces quartiers et pavillons réalisent exactement la maison de santé payante pour petites bourses.

Oui, encore, en salles communes, à condition qu'elle soit prévue pour tous les malades payants, par le règlement intérieur de l'hôpital, dûment approuvé antérieurement à l'application de la loi.

D'où il résulte qu'un règlement présentement élaboré en ce sens pour les assurés sociaux ne pourrait être ni approuvé ni appliqué.

B) En dehors du régime de l'entente directe, praticable dans les conditions susdites, strictement limitatives, il faut distinguer, en ce qui a trait au calcul des honoraires du personnel médico-chirurgical hospitalier, entre les hôpitaux des villes, centres de faculté, et les autres hôpitaux, d'une part ; et d'autre part, entre les services de médecine et les services de chirurgie.

Dans *tous* les services de médecine de *toutes* les villes, centres ou non de faculté ; et dans *tous* les services de chirurgie des *seules* villes, centres de faculté, les honoraires sont calculés selon un *tarif forfaitaire journalier*.

Ce tarif forfaitaire est fixé à *quatre francs* par jour et par assuré.

C) Dans les services de chirurgie des villes,

qui ne sont pas centres de faculté, les honoraires peuvent être calculés selon le forfait journalier, ou encore à l'acte médical.

Comment calculer les honoraires à l'acte médical ? En multipliant le coefficient, prévu à la nomenclature établie par les spécialistes, par un chiffre-clé, variable selon les catégories auxquelles appartiennent les assurés avec le plafond de huit francs (8 fr.). Toutefois, les frais supportés par les Caisses ne doivent pas dépasser, pour l'ensemble des cinq catégories d'assurés, le montant de l'application générale du chiffre-clé 3.

Pour les quatre premières catégories, les honoraires sont strictement limités au multiple du chiffre-clé du tarif de responsabilité par le coefficient de la nomenclature.

Pour la cinquième catégorie, par contre, *ils peuvent comporter en outre une partie à la charge de l'assuré*, à condition qu'elle ne dépasse pas le multiple des coefficients par le chiffre-clé 4.

Si bien qu'un chirurgien percevra, pour soins donnés à un assuré de cette catégorie, le multiple du coefficient par : 1) le chiffre-clé 8, à la charge de la Caisse ; et 2) le chiffre-clé 4, à la charge de l'assuré, au total, $K \times (8 + 4) = K \times 12$.

Ainsi, l'opération de l'appendicite est prévue, à la catégorie 12, avec le coefficient 40 pour l'acte isolé. A l'hôpital d'une ville qui n'est pas centre de Faculté, le chirurgien aura droit, comme honoraires, à $40 \times 12 = 480$ francs, dont les deux tiers, — 320 francs — remboursés par la Caisse ($40 \times 8 = 320$), et l'autre tiers, payé directement par l'assuré ($40 \times 4 = 160$).

Une restriction cependant : tout assuré social de la 5e catégorie, chargé de famille (descendants ou ascendants), devra bénéficier de remises partielles ou totales de la part lui incombant dans le calcul que je viens d'essayer d'expliquer.

C'est une amélioration évidente d'une situation qui s'avérait scabreuse, et qui constituait un point permanent de friction entre administrations hospitalières, caisses d'assurances et syndicats médicaux. Elle doit permettre l'élaboration et la passation de conventions qui, jusque-là, demeuraient en suspens, en raison de la médiocrité des avantages accordés aux praticiens.

Mais elle ne doit être considérée que comme un début, dans la voie des perfectionnements que la loi doit subir. D'autres viendront sans doute, et l'un de ceux qui s'imposent, dans l'intérêt des assurés pour qui la loi a été faite, c'est le relèvement du tarif de responsabilité des Caisses, d'une manière générale (soins à domicile ou à l'hôpital).

J'ai montré les résultats paradoxaux de l'application du chiffre-clé des spécialistes (8 francs), en obstétrique dystocique, où les remboursements sont comparativement moins élevés quand l'accouchement a été compliqué que quand il a été simple.

Essayons donc de contribuer à obtenir ces perfectionnements, ces améliorations dont personne ne nie l'impérieuse nécessité. Les temps sont passés des récriminations provoquées par une loi que l'on pouvait souhaiter meilleure et mieux construite. Et j'admire ceux qui continuent à perdre leur temps à la vitupérer.

Folle, ont dit les uns ; *mauvaise, exécrable*, ont dit les autres. Telle quelle, elle existe et fonctionne, et prouve sa vitalité en fonctionnant. Elle est, en tout cas, très nettement supérieure, du point de vue médical, aux lois analogues des autres nations européennes. Nous, médecins — si nous conservons le droit de la maudire, comme contribuables et citoyens et d'en rechercher l'abrogation comme électeurs ou élus, puisqu'il y en a tant d'entre nous qui sont pourvus d'un mandat électoral, — nous devons nous préoccuper d'en obtenir l'organisation du service médical dans des conditions qui respectent le plus possible les principes essentiels de notre charte professionnelle.

Ceux qui s'y emploient plus particulièrement, et souvent avec succès, ceux-là ont droit à quelques égards, compensateurs des critiques qui ne leur sont pas ménagées, sans impartialité d'ailleurs. Pour le mal qu'ils se donnent, en toute conscience et bonne foi, les miens leur sont acquis, même quand je n'approuve pas aveuglément toutes leurs conceptions.

G. Duchesne.

Circulaire concernant les conventions à intervenir entre les caisses d'assurances sociales et les établissements hospitaliers.

Paris, le 1er octobre 1931.

Une circulaire du ministre de la Santé publique en date du 27 mars 1931 concernant les conventions à intervenir entre les caisses d'assurances sociales et les établissements hospitaliers, vous faisait connaître que des instructions ultérieures vous seraient données d'accord entre les administrations du travail et de la santé publique. Nous avons l'honneur de vous adresser ci-desssous les instructions annoncées.

Les règles suivant lesquelles les assurés sociaux sont admis dans les hôpitaux publics doivent, en principe, être définies par des conventions passées entre les commissions administratives des hôpitaux et les caisses primaires d'assurances sociales. La principale difficulté rencontrée au cours de l'élaboration de ces conventions concerne la fixation et le mode de payement des honoraires dus aux médecins hospitaliers.

La loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, a, en effet, expressément prévu que les

caisses d'assurances sociales auraient à payer, en sus de leur contribution aux frais d'hospitalisation, des honoraires à ces médecins. Mais elle n'a pas précisé de quelle façon ces honoraires seraient calculés et payés.

I. — Mode de détermination des honoraires

Trois procédés peuvent être employés pour la détermination des honoraires ; l'entente directe, le forfait à la journée d'hospitalisation, le prix à l'acte médical.

L'entente directe entre l'assuré et le médecin traitant, sur le montant des honoraires, ne peut être admise d'une manière générale pour les assurés sociaux que dans l'hypothèse exceptionnelle où elle serait prévue par tous les malades payants, par le règlement intérieur de l'hôpital, dûment approuvé antérieurement à l'application de la loi sur les assurances sociales. En dehors de cette hypothèse, l'entente directe ne doit être envisagée que dans les quartiers ou pavillons séparés, ouverts aux malades payants.

Sous réserve des cas où ils sont fixés par voie d'entente directe, dans les conditions qui viennent d'être définies, les honoraires du corps médical hospitalier sont déterminés dans la convention passée par la commission administrative de l'hôpital et la caisse, le corps médical entendu. Ils sont calculés suivant *un tarif forfaitaire à la journée* pour tous les services des hôpitaux des villes, centres de faculté, et pour les services de médecine générale des hôpitaux des autres villes. Ces honoraires doivent coïncider avec ceux prévus au tarif de responsabilité de la caisse, lequel est établi en considération du tarif limitatif des droits à la réassurance qui fixe à 4 fr. les honoraires par journée d'hospitalisation.

Pour les services de soins médicaux et chirurgicaux des hôpitaux des villes qui ne sont pas centres de faculté, les honoraires peuvent être déterminés, soit d'après un tarif forfaitaire à la journée dans les conditions qui viennent d'être indiquées, soit d'après un tarif à l'acte médical.

Dans ce dernier cas, ce chiffre se détermine en affectant au chiffre-clé, pris pour base, des coefficients prévus par la nomenclature des médecins spécialistes. Le tarif de responsabilité des caisses, établi d'après cette formule, peut adopter un chiffre variant suivant la catégorie de l'intéressé, avec pour maximum le chiffre de 8 fr. et étant entendu, conformément à la circulaire du 26 décembre 1930 du ministère du Travail, que la charge supportée par la caisse pour l'ensemble des assurés des cinq catégories ne peut dépasser le montant résultant de l'application générale du chiffre-clé de 3 fr.

Le tarif des honoraires doit coïncider avec le tarif de responsabilité de la caisse primaire pour les assurés des quatre premières catégories. Il peut être supérieur à ce tarif pour certains assurés de la 5e catégorie sans que l'excédent à la charge de l'assuré puisse jamais dépasser la somme basée sur l'application à la nomenclature du chiffre-clé de 4 fr.

Comme la situation d'un assuré de la 5e catégorie peut être précaire, il importe de n'appliquer qu'avec la plus grande modération les honoraires ainsi fixés. Des remises totales ou partielles doivent être consenties aux assurés dignes d'intérêt, en particulier à ceux qui ont des ascendants et des enfants à leur charge, quant à la part leur incombant dans ces honoraires. Ces remises devront être accordées dans chaque hôpital, d'accord entre un représentant de la commission administrative et un représentant du corps médical hospitalier.

II. — Mode de paiement des honoraires

Sauf disposition contraire du règlement intérieur de l'hôpital, les honoraires sont payés tant par la caisse que, le cas échéant, par l'assuré à l'administration hospitalière. Ils sont ensuite répartis suivant les règles fixées d'après les indications du corps médical de l'hôpital.

Nous vous prions de porter la présente circulaire à la connaissance des établissements hospitaliers et des caisses et d'intervenir personnellement pour qu'ils se conforment aux présentes instructions lors de conclusion des nouvelles conventions.

Le ministre du Travail
et de la Prévoyance sociale
Adolphe Landry.

Le ministre de la Santé publique
Camille Blaisot.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

(Sou Médical)

Rapport du Secrétaire Général.

Lorsque, comme c'est son droit, un adhérent de notre Ligue assiste à une séance du conseil, un mardi, il fait nettement la différence entre les litiges, qui nous sont soumis et ceux qui peuvent être du ressort, soit des syndicats, soit des compagnies d'assurances.

Le syndicat s'occupe des questions d'ordre général, collectif, qui concernent l'ensemble de la profession.

L'assurance bornera sa garantie au seul risque, pour lequel l'assuré paie sa prime : tout le reste lui indiffère.

Notre Ligue médicale de défense individuelle englobe dans son activité tous les litiges, qui intéressent individuellement chaque adhérent ; de plus tout en le garantissant contre la responsabilité professionnelle, elle devient son conseiller juridique, son guide technique, pour l'assister, s'il y a lieu, devant toutes les juridictions, pour toutes les questions qui ont rapport à l'exercice de notre profession.

Qu'il ait à se defendre, qu'il ait à attaquer, le praticien trouve chez nous conseils, directives, aide pécuniaire et garantie contre les actions en dommages-intérêts, qui peuvent lui être intentées.

Jamais nous ne saurions trop insister auprès de nos confrères sur ces distinctions entre l'aide fournie par un syndicat, ou une assurance et l'appui moral et pécuniaire accordé par notre Ligue.

Alors qu'en justice, un syndicat ne peut ester que pour les litiges, qui intéressent la corporation entière, alors que pour faire admettre son intervention, le syndicat doit prouver que l'intérêt du médecin en procès se confond avec celui de la profession, alors que l'assurance ne défend que lorsque la responsabilité du praticien est mise en cause, délaissant tous autres litiges, la Ligue médicale de défense individuelle conseille, guide, soutient, par l'intermédiaire de son contentieux juridique, nettement spécialisé en la matière, puis alloue à son adhérent des subventions, pour, non seulement honorer l'avocat, mais également faire face aux frais de procès pourvu que le litige soit né à l'occasion de l'exercice de la profession.

Cependant, lorsque chaque année, je dois parcourir les registres des procès-verbaux, me remémorer toutes les affaires, qui ont été portées à la connaissance du conseil, faire un rappel des lettres les plus typiques, parmi les quelque six mille reçues dans l'exercice écoulé, il ressort de l'ensemble de cette activité juridique et judiciaire un enseignement général, que je cherche à mettre en lumière.

Or, ce qui me frappe le plus cette année, alors que depuis 22 ans, je suis secrétaire général de notre Ligue, c'est le changement très net de l'adversaire que le médecin trouve devant lui.

En 1910, le praticien demandait l'appui de la Ligue, parce qu'il avait affaire à une individualité, rarement à une collectivité.

En 1931, l'adversaire est très souvent une collectivité : l'évolution sociale s'achemine vers un collectivisme progressif, en ce sens que l'individu est de plus en plus absorbé, embrigadé de gré ou de force dans des organismes publics ou privés qui prennent ses lieu et place, lorsqu'il s'agit de discuter honoraires avec le praticien

Aux syndicats le rôle de réaliser et signer conventions collectives et contrats généraux de travail, d'arracher pied à pied des conditions meilleures et des honoraires moins réduits.

A notre Ligue de défendre, contre ces organisations collectives, les intérêts individuels de chacun de nos membres, pour faire respecter les conventions et les accords collectifs, ou individuels.

C'est cette tendance que je vais mettre en lumière, dans mon rapport, pour que, dûment avertis de cette orientation de la jurisprudence, les consuls puissent veiller et prévoir.

Conflits d'ordre individuel bilatéral pur

Responsabilité professionnelle.

Ce chapitre est toujours un des plus abondants : le client prend l'habitude de chercher à ne pas payer son médecin. Pour arriver à ce résultat, il oppose au praticien toutes sortes de raisons, erreur de diagnostic, traitement défectueux, blessure par imprudence, etc.

Dans l'immense majorité des cas, le client est poussé par un cabinet d'affaires, qui propose de conduire un procès à forfait, espérant que la crainte du bruit, fait autour de l'affaire, conduira le médecin à composition.

Mais, dans ce but intéressé, entre progressivement un autre facteur : l'assurance paiera. L'assurance, ce personnage anonyme qui, pour le paiement, joue le rôle de princesse et qui n'est faite que pour indemniser quiconque croit pouvoir faire un bénéfice, un gain.

« L'assurance est bonne pour payer, dit l'homme d'affaires au client mécontent. Menacez le médecin de poursuites et son assureur préférera transiger ».

« Ne serait-il pas préférable de transiger, écrit le médecin à son assurance : je ne tiens pas à ébruiter cette affaire dans ma clientèle, et mon adversaire ne réclame qu'une somme inférieure à ce que pourrait coûter un procès. »

Ici, le conflit est, semble-t-il, circonscrit entre deux individualités : le plaignant et son médecin. Et cependant, une collectivité privée intervient, parce que c'est elle qui doit faire les frais du litige.

Que de fois notre Ligue n'a-t-elle pas été sollicitée par l'une ou l'autre des parties, pour étouffer dans l'œuf, une action judiciaire ; cependant, à part quelques rares cas, où véritablement la responsabilité était indéniable, le Conseil s'est refusé à toute transaction.

A notre tour de considérer que l'intérêt individuel du praticien masque l'intérêt général de la corporation entière. Reconnaître trop facilement la responsabilité d'un médecin, c'est porter préjudice à l'ensemble des médecins, qui seront ensuite assaillis de demandes de leurs clients.

L'erreur de diagnostic doit être prouvée : qu'il s'agisse de fracture méconnue, ou prise pour une subluxation, qu'il s'agisse de grossesse extra-utérine non diagnostiquée, il convient que l'adversaire apporte la preuve de la négligence du praticien.

En cette matière de diagnose, les tribunaux ont tendance à imputer à faute au praticien, le fait de ne pas avoir fait vérifier son diagnostic clinique par un examen radiologique. Un arrêt de Rouen a alloué 40.000 francs d'indemnité à un blessé, dont la fracture avait été confondue avec une subluxation, sans contrôle des rayons X.

Je n'insiste pas sur les menaces suivies d'effet, lorsqu'à la réception de la note d'honoraires du praticien, le client oppose des menaces, pour malfaçon professionnelle. Alors, notre Ligue conseille à son adhérent de ne pas s'incliner devant ce chantage déguisé : l'appui est accordé pour attaquer, en justice, et demander le paiement des honoraires : on verra bien si le malade mettra sa demande à exécution, en formant une demande reconventionnelle.

Et souvent l'homme d'affaires qui pousse et conseille le client, préfère arrêter les frais, lorsqu'il apprend que, derrière le médecin, qu'il croit isolé, se trouve une ligue de défense professionnelle.

D'autres fois, nous désirons faire trancher des questions de principe : est-il coupable le chirurgien, qui, opérant d'urgence, a laissé une compresse, qu'il faudra retirer plus tard ? Est-il en faute, le praticien, qui hésite à faire une injection préventive de sérum antitétanique, alors que l'indication ne se pose pas d'une manière très nette et que les accidents possibles d'anaphylaxie peuvent faire courir au malade de sérieux dangers ?

A-t-il commis une faute le médecin qu'on accuse d'avoir mal procédé à une délivrance après un accouchement, alors que cependant le délivre paraissait être complet ?

Ce sont ensuite les accidents provenant de l'emploi d'instrument de création, ou d'utilisation de date relativement récente et qui occasionne des accidents ? Ce sont les appareils de radiothérapie, qui peuvent laisser filtrer des rayons aberrants, ou dont l'utilisation provoque, sur certaines peaux, des réactions imprévisibles.

Ce sont encore des accidents consécutifs à l'emploi d'appareils de diathermie, alors que le praticien a suivi méthodiquement les instructions classiques.

Que dire de ces malades, qui se font admettre gratuitement dans un hôpital et qui se retournent ensuite contre l'administration de l'établissement et contre le chirurgien, ou le médecin, sous prétexte qu'ils ont été les victimes de négligences, de soins défectueux, ou que les complications sont dues à un catgut mal stérilisé ?

Qu'il me soit permis, une fois de plus, avant de clore ce chapitre, d'affirmer publiquement l'erreur que commettent beaucoup de confrères, en critiquant un traitement, ou en faisant des sous-entendus. Cette intention de nuire à un concurrent voisin se retourne ensuite contre toute la corporation : le malade apprend qu'il peut obtenir réparation d'un dommage quelconque, si minime soit-il ; il apprécie cette manière commode de ne pas payer son médecin, en lui opposant une malfaçon quelconque.

Malheureusement pour nous, les magistrats, qui ont une mentalité de clients, condamnent malgré parfois des rapports favorables d'experts : le praticien n'est peut-être pas scientifiquement coupable, disent-ils ; mais il y a guérison imparfaite, un dommage qu'il convient d'indemniser.

Je passe rapidement sur l'activité de notre Ligue en ce qui concerne des procès d'ordre individuel :

Diffamation : condamnation d'un pharmacien, qui attaqua de ses brocarts tous les praticiens d'une station thermale, défense contre des journalistes, contre des bruits tendancieux, voire même des injures proférées en public contre un médecin, défense de la réputation d'un chirurgien, accusé d'avoir réclamé des honoraires pour une opération, qu'il serait censé ne pas avoir pratiquée parce qu'on n'en relève aucune trace, arrangement en faveur d'un maître, dont les communications savantes, ont été accaparées, à son insu, par une firme pharmaceutique, dans un but de publicité.

Détournement de clientèle, appui en faveur d'un confrère, qui est critiqué par un agent d'assurances, qui adresse les blessés à un autre praticien ; appui à un adhérent, qui entend forcer un maire à suspendre ses agissements, consistant à ne délivrer de bulletins d'A. M. G. qu'aux indigents qui se rendront chez un autre praticien ; action contre un receveur des postes qui refuse de le mettre la nuit en communication téléphonique avec ses clients.

Lois dérogeant à l'individualisme

1° Les loyers.

Nombreux sont les conflits que nous avons dû soutenir contre des propriétaires ; jadis, avant guerre, le droit commun présidait aux tractations entre locataires et propriétaires. Aujourd'hui un ensemble de lois intervient, réglementant les rapports, les embrouillant souvent ; de sorte que très nombreux sont les litiges que nous avons dû étudier et soutenir.

Questions de reprise des locaux, précision du prix d'avant guerre, taux limite des augmentations, cession du droit au bail, détermination du droit à prorogation, discrimination entre la location bourgeoise et le loyer professionnel, pose d'écriteaux protestant contre les bruits de congé donné par le propriétaire au médecin, qu'il veut faire déguerpir, etc., etc.

Nous avons dû même nous occuper de questions de troubles de jouissance, soit qu'un café entrave, par l'extension de sa terrasse, le libre accès au domicile du médecin, soit parce que radiologue, le praticien est traîné en justice par son voisin, détenteur d'appareils de T. S. F., qui se plaint que des parasites, émanés des appareils médicaux, le gênent pour ses auditions.

Joignons à cela les conflits à propos de garage, la prorogation refusée à un radiologue, qui, par l'utilisation de ses instruments aurait changé la destination des lieux.

Je laisse de côté les affaires courantes en matière d'exercice illégal, d'impôts, de secret professionnel, pour aborder le gros problème posé par le recouvrement des honoraires.

2° Les honoraires médicaux.

Pendant longtemps, le médecin est resté seul vis-à-vis de son malade : liberté de tractations, de fixation d'honoraires. Et ces mêmes conflits, nous les retrouvons chaque année toujours nombreux.

C'est le client, qui trouve exagéré le montant des sommes, qui lui sont réclamées ; c'est l'éternelle question de la contestation du nombre des visites, ou consultations ; c'est le mari, qui excipe de son ignorance des soins qui ont été donnés à sa femme et qui ne veut rien payer, sous le prétexte qu'il n'a pas autorisé que des traitements fussent institués.

Toujours les conflits provenant de la dette alimentaire : enfants ou parents essayant de ne rien payer, en méconnaissant les devoirs naturels d'assistance, réglementés par nos lois.

Ce sont des poursuites à intenter contre des intermédiaires, qui viennent quérir le praticien, tant pour les personnes logées sous leur toit, que pour diminuer les risques de responsabilité en cas d'accident d'automobile, ou pour traiter un domestique malade.

Toujours les mêmes procès, pour faire reconnaître au médecin son privilège en cas de soins donnés dans sa dernière maladie à un failli ou au *de cujus*.

Enfin, pour terminer, ce n'est pas tout de gagner son procès, encore faut-il que l'adversaire puisse payer son dû, notre Ligue a dû payer les frais de procédure, alors que le débiteur insolvable ne pouvait, bien que condamné, indemniser dame Justice.

Mais, si je passe rapidement sur tous ces procès bien connus, c'est parce que je tiens à démontrer la justesse de mon affirmation contenue dans mes prémisses : progressivement, le médecin n'a plus en face de lui un client individuel : entre le malade et le praticien s'interpose une collectivité publique ou privée, qui, parce qu'en fin de compte, c'est elle qui doit régler, ou supporter les honoraires médicaux, entend se subroger au client et s'opposer aux demandes formulées par le médecin.

En matière automobile, ce sont les assurances, qui interviennent pour opposer au médecin toutes sortes de déchéances, pour vouloir ne régler qu'au tarif ministériel des accidents du travail, pour discuter le bien-fondé des interventions.

Veut-il se retourner contre son client, le blessé, ce dernier déclare n'avoir rien à débourser, puisqu'il n'est pas responsable de l'accident. Quant à l'auteur présumé du sinistre, il se retranche derrière son assurance.

S'agit-il d'accidents du travail, nous retrouvons en face de nous les contentieux fort bien organisés et très compétents des diverses sociétés d'assureurs.

Disons cependant que votre Ligue s'est adjoint un conseiller technique, qui, par ses démarches et ses discussions juridiques avec les contentieux des compagnies a pu nous éviter les frais de nombreux procès.

Ce sont les conflits en matière d'A. M. G., principalement en ce qui concerne les inscriptions irrégulières ou tardives.

Ce sont les litiges nés de l'application de la loi des pensions, alors que les commissions départementales se croient autorisées à infliger des pénalités pécuniaires aux praticiens qui ont ordonné des médicaments, qui n'entrent pas

dans le cadre du diagnostic ayant ouvert droit à pension, ou qui ont formulé des médicaments spécialisés alors que leur prix en est mis à la charge du médecin.

Ce sont les interprétations, ou l'application des contrats avec les communes, lesquelles accordent des subventions pour favoriser l'installation de praticiens.

Les revirements politiques, les luttes locales et autres rendent ces situations instables et le confrère dépossédé nous demande aide et assistance.

Ce sont des sociétés mutuelles qui révoquent, ou ne veulent pas payer les honoraires, qui leur sont réclamés. Ce sont des usines, des collectivités publiques ou privées qui révoquent, ou mettent fin, sans préavis, à des salariats plus ou moins déguisés.

Ce sont même les assurances sociales, dont le fonctionnement donne lieu soit à des litiges, soit à des interprétations malaisées de textes encore peu cohérents et quelque peu en désordre.

Mais de ce rapide exposé, tirons la conclusion que progressivement, le médecin n'a plus en face de lui son seul client : l'individu ne s'oppose plus à l'individu : le praticien a désormais affaire à une collectivité organisée, ayant à son service des contentieux spécialisés, opposant au médecin la force des textes de lois ou de règlements.

Et c'est l'orgueil de votre Ligue que de pouvoir elle aussi opposer un contentieux nettement spécialisé et de permettre à chacun de ses adhérents de lutter victorieusement, bien qu'individualité, contre les collectivités, qui voudraient le faire travailler gratis.

J'ajouterai même que cette tendance vers la médecine collective se fait nettement sentir, tant par les demandes nombreuses, qui nous sont adressées, pour établir des contrats d'associations entre médecins, qui exerceront collectivement l'art de guérir, que par les directives des hôpitaux modernes, qui d'établissements publics et gratuits ouverts en principe aux seuls pauvres, se transforment en maisons de santé publiques à bon marché, accessibles à tous clients, quelle que soit leur condition de fortune.

Comme couronnement, une municipalité collectiviste vient d'organiser un dispensaire, où chacun, suivant ses besoins, recevra, pour un même prix, les soins nécessaires à son état.

Conclusion

Nous assistons donc à une évolution économique et sociale, qui nous entraîne progressivement vers un socialisme d'Etat. L'art de guérir sera progressivement dispensé dans des établissements dus à l'initiative privée, ou surtout à la collectivité publique. Le médecin tend à devenir un salarié de ces entreprises : d'ailleurs progressivement il a affaire, pour le débat de ses honoraires, non plus à son client, mais à un tiers interposé.

Que pouvons-nous contre cette évolution ?

Nos syndicats opposent la collectivité médicale à toutes autres collectivités d'employeurs : ils établissent des conventions collectives de travail, conseillent des organismes de contrôle pour le dépistage des abus ; ils règlementent les tarifs selon lesquels les soins seront désormais dispensés ; ils acceptent la création de commissions d'arbitrage, véritables juridictions d'exception du premier degré, pour résoudre plus rapidement les conflits que par la voie judiciaire de droit commun.

Mais notre rôle, au sein de notre Ligue, reste identique, tout en devenant plus difficile. Nous soutenons l'intérêt particulier de chacun de nos adhérents, dans le cadre général des directives professionnelles et de déontologie.

Mais, alors que jadis les procès ne reposaient que sur l'application des textes de droit commun, il nous faut en sus connaître aujourd'hui, de nombreux documents législatifs et réglementaires, qui forment l'ensemble du droit administratif ; il nous faut savoir résoudre ces nombreuses questions juridiques, que des contentieux bien organisés nous opposent, au nom de collectivités adverses.

C'est pourquoi, nos remerciements doivent être adressés à tous ceux qui, avocats, comme chefs de contentieux, se dévouent pour défendre le médecin.

Qu'il me soit simplement permis de formuler un regret pour terminer cet exposé, c'est que mes confrères, qui restent dans leur isolement, ne viennent à nous, ou n'adhèrent à notre Ligue que lorsqu'ils ont un procès sur les bras : l'union fait la force, dit un vieil adage : aujourd'hui l'union est indispensable, pour qui veut exercer tranquillement la profession médicale : ce sont les collectivités qui s'opposent à nous : le client isolé de jadis est lui-même embrigadé ; à la collectivité opposons la collectivité, à moins que le Corps médical ne préfère se laisser emprisonner dans un salariat progressif, qui, moyennant une rémunération mensuelle, lui demandera sa science et son dévouement.

L'individualisme bien connu de notre corporation, notre besoin d'indépendance, nécessaire pour soigner correctement nos malades, devront-ils s'incliner devant la socialisation de la médecine ? A mes confrères de répondre.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblées générales ordinaire et extraordinaire

Les membres de la Mutualité Familiale et professionnelle du Corps médical français sont convoqués en Assemblée générale ordinaire le dimanche 22 novembre 1931, à quinze heures et demie, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle).

Ordre du jour.

1° Allocution du Président ;
2° Inventaire actuariel quinquennal ;
3° Rapport du Secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier sur l'exercice 1930 ;
5° Rapport des Commissaires aux comptes ;
6° Approbation des comptes de l'exercice 1930 ;
7° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Maurat, *Président* ; Noir, *vice-président* ; P. Boudin, *secrétaire des séances* ; Fischer et M. Mignon, *membres* ; sortants et rééligibles ;
8° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Carbonell, Leclerc-Montmoyen et Dupont, sortants et non rééligibles ;
9° Election pour une année d'un commissaire aux compte en remplacement de M. Pétrieux, sortant par âge de la société.
10° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

A la suite de l'Assemblée générale ordinaire se tiendra l'Assemblée générale extraordinaire.

Ordre du jour.

Modification des articles 39, 45, 46, 59 et 69 des statuts.

ART. 39.

La Caisse offre à ses adhérents cinq combinaisons :
1° La combinaison MA, qui donne une indemnité quotidienne de 10 fr. et une indemnité mensuelle de 100 fr. ;
2° La combinaison MA², qui donne 20 fr. par jour et 200 fr. par mois ;
3° La combinaison MA³, qui donne 30 fr. par jour et 300 fr. par mois ;
4° La combinaison MA⁴, qui donne 40 fr. par jour et 400 fr. par mois ;
5° La combinaison MA⁵, qui donne 50 fr. par jour et 500 fr. par mois.
La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans pour MA et à 45 ans pour les autres combinaisons.

ARTICLE 40.

....

Un seul examen est exigé pour les combinaisons assurant 10 fr. ou 20 fr. par jour (MA et MA².
Deux des examens de deux confrères différents sont exigés pour les autres combinaisons.

ARTICLE 45.

Les membres inscrits à la fois aux anciennes combinaisons MA et 1/2MAD et à l'ancienne combinaison MAD sont versés à la combinaison MA².
Les membres inscrits à la fois à MA + MAD sont versés à MA³.
Les membres inscrits à MAD² sont versés à MA⁴.
Les membres inscrits à la fois à MA + MAD² sont versés à MA⁵.

ARTICLE 46.

Tout membre peut passer à une combinaison donnant une indemnité supérieure, s'il a conservé une bonne santé et s'il n'a pas dépassé la limite d'âge de 45 ans.
Il doit subir un nouvel examen médical.
La cotisation annuelle, qu'il aura à payer, est celle de la combinaison nouvelle à son âge actuel, moins la différence existant entre la cotisation dans la combinaison ancienne à son âge actuel et la même cotisation à son âge d'entrée.

ARTICLE 58.

....

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts, qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser 40 parts (4.800 fr. de pension).

ARTICLE 69.

....

sans cependant que ce nombre puisse dépasser 15 parts (1.800 fr. de pension).

AUTOMOBILISME

L'automobile du médecin fait partie de son outillage professionnel, et il est appelé à s'en servir aussi bien de jour que de nuit. La question de l'éclairage ne peut donc pas le laisser indifférent.

Depuis le 1er avril dernier, une nouvelle réglementation soumet l'éclairage à des conditions de mobilité et d'extinction du faisceau lumineux, énoncées dans le Code de la Route, et que doivent réaliser des phares dénommés en effet Phares-Codes.

Or, les différents dispositifs, imaginés par les fabricants de phares, ne nous avaient pas paru répondre pratiquement aux exigences de la réglementation, jusqu'au jour récent, où nous avons eu connaissance de l'ingénieux dispositif découvert par M. le Professeur PECH, *de la Faculté de médecine de Montpellier, réalisé par les Etablissements* GALLOIS, *de Lyon.*

Le phare Anexhip, à notre avis, constitue l'éclairage code donnant une sécurité de marche absolue.

Nous nous empressons donc de reproduire l'article documentaire ci-dessous, que nous empruntons à la Nouvelle Revue Automobile.

Une véritable solution au problème du Phare-Code : L'Anexhip

« Anexhip » est un mot dérivé du grec, qui veut dire « non éblouissant ». M. le Professeur Pech, de la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Gallois, le constructeur lyonnais, ne pouvaient trouver un meilleur nom pour le phare né de leur collaboration.

L'Anexhip, en effet, répond exactement à la définition légale du phare-code qui doit

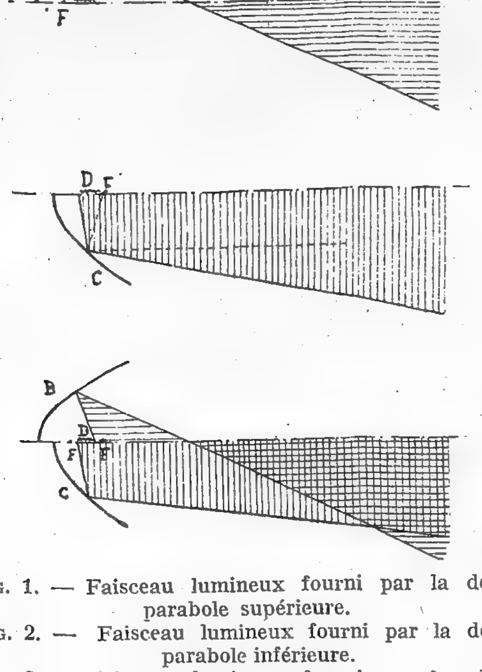


FIG. 1. — Faisceau lumineux fourni par la demi-parabole supérieure.
FIG. 2. — Faisceau lumineux fourni par la demi-parabole inférieure.
FIG. 3, — Faisceau lumineux fourni par les deux réflecteurs décalés.

éclairer suffisamment la route à cent mètres, tout en n'émettant pas de rayons au-dessus d'un plan horizontal à 1 m. 30 environ du sol. Solution parfaite, évidemment, puisqu'elle ne demande au conducteur, lors du croisement d'une autre voiture, ni extinction partielle, ni basculage.

Il n'y a donc aucune diminution de lumière juste au moment où on a le plus besoin d'y voir clair, et cependant aucune gêne, aucun éblouissement, pour le vis-à-vis.

C'est en étudiant scientifiquement la question que les auteurs de l'Anexhip ont réussi à mettre au point leur remarquable appareil, en particulier à supprimer tous les rayons divergeant vers le haut. Voici comment ils y sont parvenus.

Ils sont partis de cette vérité que le filament d'une lampe électrique n'étant pas un point géo-

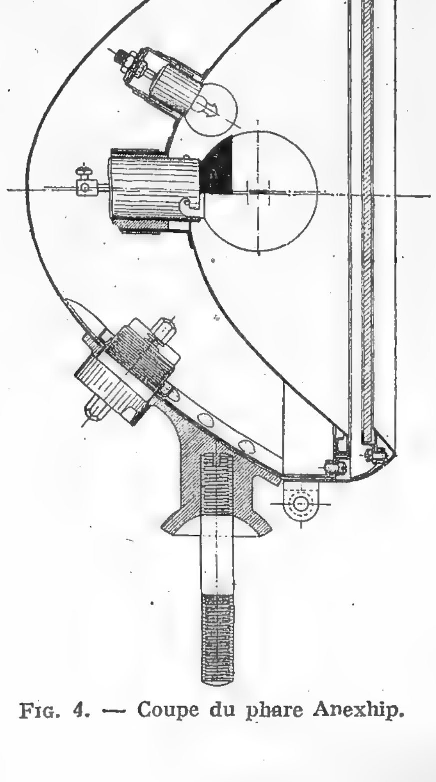


FIG. 4. — Coupe du phare Anexhip.

métrique, mais bien un fragment de ligne droite, il fallait le traiter comme tel. Le filament étant placé dans l'axe du phare, considérons un demi-réflecteur parabolique disposé comme dans la figure 1, avec le foyer en arrière de la source lumineuse : il fournira un faisceau demi-conique d'abord convergent, puis divergent. Maintenant, considérons un second demi-réflecteur placé comme dans la figure 2, avec le foyer en avant de la source lumineuse : il fournira un faisceau demi-conique toujours divergent.

Si alors nous plaçons les deux demi-réflecteurs l'un au-dessus de l'autre, nous obtiendrons le faisceau lumineux résultant représenté par la figure 3 en quadrillé : faisceau demi-conique divergent éclairant fortement le sol, et ne s'élevant pas au-dessus du plan horizontal passant par l'axe du phare.

Fig. 5. — Eclairage d'un sous-bois.

Tel est le principe de l'Anexhip. Son réflecteur se compose de deux demi-paraboles décalées, de manière que le filament lumineux soit compris entre leurs deux foyers. Là, on s'est heurté à une autre difficulté : les foyers, pas plus que le filament de la lampe, ne peuvent être constitués, dans la pratique, par un simple point. Pour la résoudre, on a trouvé qu'il suffisait de remplacer, au voisinage du sommet du réflecteur, les surfaces paraboliques par des surfaces sphériques. En opérant ainsi, on a pu constater qu'entre les deux systèmes de foyers, existe bien une zone obscure d'une douzaine de millimètres, dans laquelle on a toute la place voulue pour disposer le filament.

Ainsi constitué, l'Anexhip donne tout ce qu'on attendait de lui. Nous publions la photographie de l'éclairage d'un sous-bois qui ne laisse aucun doute à ce sujet. Mais l'autre photographie est encore plus curieuse. Elle a été prise la nuit, face à une voiture munie d'un Anexhip et d'un phare ordinaire ; au-dessus de chacun, on avait disposé une petite lampe électrique. On se rend compte facilement de la différence des deux éclairements ; le phare ordinaire donne un halo considérable ; le phare Anexhip laisse distinguer parfaitement ses contours, et sa brillance est exactement la même que celle de la lampe-témoin ; preuve absolue qu'il n'y a pas éblouissement.

L'expérience a révélé d'autres avantages de l'Anexhip. Notamment, on continue de voir parfaitement la route, lorsqu'on croise une voiture munie de phares éblouissants ; mais, ce qui est d'un intérêt encore plus grand, c'est que l'Anexhip, ne donnant pas de halo, perce le brouillard ou la neige tombant serré, et permet de continuer à rouler à bonne allure.

L'Anexhip a connu depuis son apparition

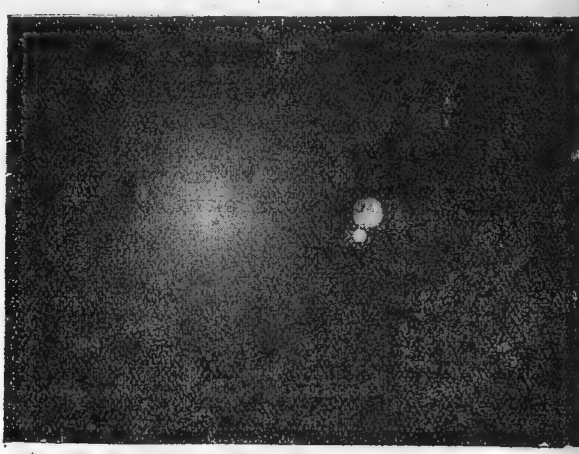


Fig. 6. — Expérience montrant le non-éblouissement de l'Anexhip.

les succès les plus flatteurs, et les récompenses ne lui ont pas manqué. Ses applications semblent devoir dépasser l'industrie automobile : il paraît tout indiqué pour l'aviation, qu'il s'agisse de l'éclairage des avions eux-mêmes et des terrains, ou de la signalisation aérienne.

En tout cas, pour nous autres automobilistes, il assure un éclairage intense, puisqu'il utilise tous les rayons lumineux de la lampe, et en évite la dispersion. Il fournit ainsi, en quelque sorte, une lumière concentrée, bien que non éblouissante. De plus, il « éclaire large », ne laissant sur la route aucun trou d'ombre. Excellente solution du phare-code, et solution complète (1).

E. Maillard.

(1) *Nouvelle revue automobile*, n° 2, du 2 décembre 1929.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Bien entendu je n'ai pas songé à faire œuvre de critique. Je me suis contenté de décrire et de renseigner.
(Valéry LARBAUD).

CDLIV. — Claude FARRÈRE. — **Les Civilisés,** 1 vol. 15,5 × 20,5. — Illustré de bois couleur par Pierre FALKÉ. Tiré à mille exemplaires numérotés. Cinquante-huitième volume de la collection « Les Beaux Livres ». *Editions Mornay*, Paris, 1931.

Cette œuvre est de l'époque, où M. Farrère ne conduisait pas encore tambour battant sa production littéraire. Elle est remarquable aussi par le soin, que les éditeurs ont apporté à sa présentation. La collection, àla quelle elle se rattache et dont j'ai déjà pu, à plusieurs reprises, vous entretenir, est d'ailleurs toute entière composée avec la même consciencieuse régularité dans la perfection. Le papier spécialement filigrané supporte une typographie, où il est impossible de déceler la moindre défaillance de composition. Le repérage des gravures est impeccable, et je vous signale à nouveau le caractère le plus précieux de leur ensemble : leur adaptation toujours très surveillée à l'esprit du livre. Vous vous rappelez la galante souplesse du Boylesve, la douceur papelarde du Balzac, l'aristocratique paillardise du Régnier, etc...

Pour les *Civilisés,* Falké a su nous donner avec naturel une impression d'exotisme et de couleur locale, qu'il a accentuée par un très curieux procédé : plantes, paysages et indigènes sont « tracés » avec une véracité méticuleuse ; les Européens, par contre, ont de ridicules raideurs de polichinelles ; ils apparaissent voués à subir, comme si on tirait sur des ficelles, les caprices du climat et les injonctions de l'Asie perfide. Ils sont perdus, ballottés dans cette luxuriante domination de l'élément « Asie » : l'idée de leur dépaysement découle avec toutes ses conséquences de cette infériorité numérique, que Falké a soulignée d'une déficience physique par le contraste établi entre blancs et jaunes, très nettement au profit de ceux-ci. Cette trouvaille donne déjà au livre une physionomie et une signification en accord profond avec le texte. Les détails d'exécution renforcent cette unité d'inspiration de l'écrivain et du graveur. A la précision du conteur, Falké a superposé une multiplication, une prodigalité de lignes, qui étonne sur des bois, et suppose de sa part une adresse technique bien proche de la virtuosité. Sur ce fond de dessin d'une sûreté magistrale, au lieu de se contenter de la classique opposition xylographique des blancs et des noirs, il a appliqué un ruissellement de couleurs, de teintes d'une chaude richesse, tantôt aveuglantes de clarté et comme brûlées de lumière, tantôt fondues de verts, de bleus, de rouges, de bistres, magiquement issues du noir. Il a d'étonnantes perspectives d'ombre où les plans s'étagent et se creusent : bouges, où ne vit sur l'hébétude de l'opium que le reflet livide d'une lanterne chinoise; route sombre, où sous un ciel d'orage, rampe la voiture où se poursuit l'orgie nocturne de Fierce; avenues, où grouille la foule sous l'éclat blafard des globess électriques. Et tout cela sans une bavure, sans qu'une goutte des innombrables nuances, qui voisinent, ait empiété hors des limites parfois minuscules qu'il lui a assignées. Nous en avons tant et tant vus de ces bariolages à haut prix marchand, où une pluie sournoise semble avoir complété et détrempé le travail de coloriage que ceci repose l'œil de bien douce façon. Ses visages asiatiques ont une paradoxale intensité d'expression, sans âge, avec une pureté de « type », où il a su mettre une variété bien ardue à définir. Ses fleurs, les courbes des palmes; les ondulations de vagues sur ses marines sont justes comme s'il avait fixé leur mouvement secret. Qu'il imagine sur un fond de nuages noirs et tourmentés la gerbe jaune fulgurante de l'explosion d'un cuirassé, qu'il enjolive de lianes et de fleurs les bandeaux où sont enchâssées les lettrines, il transpose avec une sûreté toujours égale le détail qui situe l'action. Et ce livre pourra compter parmi ses belles œuvres de maître-imagier.

CDLV. — Claude CHAUVIÈRE. — **Colette.** 1 vol. 12 × 19. — Collection Visages contemporains, avec un portrait de Colette, un fac-similé d'autographe et un essai de bibliographie par Francis Ambrière. *Editions Firmin-Didot,* Paris, 1931.

Et voici pêle-mêle dans un affectueux désordre, une biographie de Colette, des jugements sur son œuvre, des détails sur sa vie, sur sa fortune littéraire qui méritait mieux que les cruelles injustices qu'elle subit. Dans cet essai, il semble que soient passées toute la turbulente activité, la vivacité spontanée du modèle. Et cela se lit comme une prodigieuse histoire romancée de la grande vagabonde. Les passages les plus savoureux sont les extraits de compliments gras et obséquieux, que reçut Colette, quand les grands hommes de lettres s'aperçurent, avec un retard à combler, qu'elle avait du talent.

CDLVI. — Alexandre ARNOUX. — **Carnet de route du Juif Errant.** 1 vo. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset*, Paris, 1931, 15 fr.

Voici encore un bien beau livre, solidement charpenté, qui ne ressemble à aucun des romans, dont on parle déjà pour le Prix Goncourt, et qui devrait le recevoir, si les juges étaient moins préoccupés de cuisine littéraire que de justice. La langue est d'une vigueur peu commune ; le style a une plénitude chantante, une harmonie, une cadence nourrie d'un jaillissement continu et impétueux de mots sonores et d'images. Les pages consacrées à la construction de la cathédrale du Moyen-Age ont une puissance romantique sans emphase. Les descriptions ont une ampleur d'horizons, où passe le souffle de la poésie de Lucrèce. Les épisodes ont une sagesse rabelaisienne, une joie tout à la fois énorme et délicate, une joviale amertume, une irrévérence inhérente au rôle mythique de ce Juif blasphémateur de la tribu de la fable... A ses chaussures poudroie la poussière des siècles. Le début du livre, avec ses capricieux zigzags chronologiques, a toute la douceur d'un vieux songe. L'humour de la fin n'a plus la même solidité : les splendeurs verbales nous avaient mal préparé à cette prosaïque prise de contact du Réprouvé avec la civilisation. On peut y voir l'aveu de l'imperfection de notre siècle et probablement une satire ingénieuse du clinquant, de la factice vanité de notre époque.

CDLVII. — Paul REBOUX. — **Nouveaux régimes.** 1 vol. 14 × 18. Trois cents recettes conformes aux règles médicales... mais combinées selon la gastronomie. *Editions Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

Je ne peux pas vous reparler de ce livre qui a été annoncé dans nos colonnes. Il est amusant. M. Reboux, qui nous apprit à nous bien tenir *dans le monde* (1), a coiffé notre bonnet pointu pour faire de la thérapeutique gastronomique. Mes bésicles ont buté à la page 203 de son formulaire sur cette phrase, que je recopie textuellement et qui m'a prodigieusement amusé :

« Or, il en est de même pour les conceptions médicales des *Gens du monde*. Un médecin leur a donné quelques éclaircissements sur un point de thérapeutique. Le dépositaire de cet enseignement se fait professeur à son tour. Et il s'ensuit les plus étranges, les plus burlesques, et quelquefois les plus funestes méprises... »

(1) *Le Nouveau Savoir-vivre*. Editions Flammarion.

CDLVIII. — André CORTHIS. — **Soledad.** Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1931, 15 fr.

Cette rivalité d'amour entre une mère et sa fille, Espagnoles ardentes des Baléares, que le destin départage brutalement au profit d'une petite danseuse, est traitée avec vraisemblance et talent. Les sites de l'île se prêtent merveilleusement à la résonnance de cette romanesque tragédie, où le pantin pour une fois triomphe cyniquement de la femme.

CDLIX. — Xavier DE HAUTECLOQUE. — **La Guerre en masque noir.** 1 vol. 12 × 19. Collection « La Vie d'aujourd'hui ». *Editions de la Nouvelle Revue critique*, Paris, 1931.

La curiosité de l'auteur s'est attachée cette fois-ci aux dessous de l'espionnage international. Sa perspicacité, son adresse lui ont permis de recueillir d'effarantes observations sur cette Cour des Miracles, sur cette formidable puissance occulte, qui a ses héros et ses traîtres, et dont les menées, rapportées ici avec un luxe de détails impressionnant, semblent montrer que nous ne sommes pas encore sur le chemin de la Paix et que Rocambole n'est pas mort.

Varia ***

Dans *Le Divan* d'octobre une brochette de maximes de Louis Thomas dénombrant la cocasserie des tuiles quotidiennes ; des vers de Constantin-Weyer ; un appel pour parfaire la souscription du monument P. J. Toulet.

* Dans la *Nouvelle Revue Française* d'octobre : notes sur Jacques Rivière ; un épisode confus de Ramuz ; un très juste article critique de Saurat ; et deux fantaisies très personnelles de Pierre Hamp et de Emmanuel Berl. Et surtout une très fine étude des rapports Montaigne-Daudet, signée du mieux équilibré des grands critiques actuels.

12 octobre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

« DISQUES »

Je m'excuse très humblement, auprès des lecteurs que cette rubrique a pu intéresser, du long silence, en partie involontaire, que j'ai dû garder.

Cette interruption n'a point diminué la valeur du *Concours médical*, mais puisque, très aimablement, notre confrère Duchesne m'offre à nouveau l'hospitalité de cette puissante publication, je serais bien ingrat et encore plus mal avisé de me soustraire à ces communications qui sont d'ailleurs un plaisir pour moi.

Ceci dit entrons aussitôt dans le « vif ».

Pendant mon silence, j'ai lu beaucoup d'articles de discophilie. Les uns m'ont séduit, les autres étonné, mais, au demeurant, il en est peu de pratiques, au moins sous la forme où je les comprends.

Si l'on considère que, suivant le mot de Pierre Scize, « le phonographe a fait sourdre chez beaucoup un goût musical qui s'ignorait... et que le phénomène acoustique a bouleversé leur vie intérieure », on se prend à envisager sérieusement ses fonctions de guide en cette délicate matière, car elle est beaucoup plus complexe qu'on ne le suppose à première vue.

Il ne suffit pas, pour motiver « un bouleversement de vie intérieure » d'indiquer sèchement une série de disques ; mais il faut que cette série soit suffisamment variée pour que chaque lecteur y trouve matière à satisfaire son goût personnel.

Sans tomber dans la réclame, on est appelé à guider les confrères dans le choix d'un phono, et Dieu sait, si en raison du nombre de ces appareils, la question est difficile à résoudre... et voici, à ce sujet une question qui m'est souvent posée :

« J'ai acheté en 1924, ou 1925, un excellent phono X... qui m'a jusqu'à ces derniers jours, donné satisfaction; mais maintenant je constate un inexplicable fléchissement dans le rendement des disques. Tel qui, chez le vendeur, m'a semblé parfait ne me donne (traduit par mon appareil) que des mécomptes : Caruso rugit, détonne ; Thill gargouille ; Ninon Vallin a de la paralysie du voile ; la voix d'or de Mlle Z... n'est plus que du doublé, le violon de Thibaut est un crin-crin ; le piano de Cortot une casserole ; quant aux seigneurs de moindre importance, ils sont tout à fait inacceptables.

A quoi ceci est-il dû ? Qu'en pensez-vous ? etc., etc. ?

L'explication se trouve en ce fait que les disques de 1931 ne sont plus ceux de 1924 ; ils sont plus poussés, plus fouillés ; l'enregistrement actuel donne non seulement les gammes complètes mais presque tous les harmoniques propres à chaque instrument : suivant l'expression technique « la bande de modulation s'est élargie ». De cette manière, les nuances musicales les plus légères sont incluses dans la cire, mais il faut les en faire jaillir, d'où ce fait, qu'un même disque soumis à un appareil ancien ou moderne ne parle pas la même langue.

On y retrouve comme un air de famille, mais c'est tout : la physionomie est floue, la voix moins humaine, les soli impersonnels, etc...

Est-ce donc que les phonos ont aussi leur crise d'âge et se sont sénilisés ? Mon Dieu peut-être...

Le détail très poussé des bons disques actuels a nécessité, pour les obtenir un gros effort des spécialistes ; mais leur « rendu » a également fait énormément travailler les ingénieurs du phono.

Les diaphragmes ont subi d'importantes modifications ; ils ne sont plus comme autrefois, une simple lame de mica plus ou moins homogène entrant synchroniquement en vibration avec un simple dispositif sous l'effort d'une aiguille portant presque sans intermédiaire directement sur son centre.

Il a fallu procéder à des modifications internes complexes, parfois incompatibles avec la texture du mica ; d'où la naissance des diaphragmes métalliques.

Les chercheurs de fin du fin, fidèles au décevant mica se sont obstinés et en ont finalement découvert une qualité particulière qui compense sa fragilité par un rendement d'une finesse exceptionnelle.

Mais il ne suffit pas pour moderniser un phono, de remplacer un diaphragme désuet par un type du dernier modèle : le bras, le pavillon existants ne sont plus en sympathie avec ce nouveau-venu. Ce mariage de raison ne donne que de piètres résultats.

Diaphragme et pavillon doivent être faits l'un pour l'autre et étudiés conjointement, chacun devant compenser les imperfections de l'autre.

Il n'est pas impossible d'obtenir de bons résultats en accouplant un diaphragme ayant des tendances à exagérer les notes graves avec un pavillon de tendances opposées et vice-versa, mais c'est besogne de spécialiste.

Conclusion : Pas de vieux neuf ou de rafistolage, si vous voulez une reproduction digne de vos disques d'art.

Les discophiles avertis, ne se contentant pas d'un à peu près, se trouvent obligés de procéder à l'échange de leurs anciens appareils qui ne sont plus à la page, contre de plus modernes, mais le choix doit être fait *chez le vendeur*, sur une sé-

rie de disques délicats choisis suivant le test que je donnais jadis et que je répète :

Soumettez à la traduction du phono en expérience des disques comprenant un solo d'orgues, de saxophone, de piano Pleyel ; un chant ténor, un chœur de voix d'enfants et enfin un orchestre riche et aussi nuancé que possible.

Si votre futur phono rend sans défaillances les notes graves de l'orgue, du saxophone, du basson, voire les vibrations de la grosse caisse et si les sons aigus et cristallins du Pleyel et des voix d'enfants sortent sans déformations, achetez sans crainte, vous êtes tombés sur un bon instrument dont vous retirerez mainte satisfaction.

Au point de vue du choix des disques, que je conseillerai cette fois-ci, je me laisserai guider par cette considération que l'oreille comme l'œil diffère chez chacun de nous : tel aime les couleurs violentes et les sons heurtés ; tel autre se complait, au contraire, dans le camaïeu et les demi-tons : à chaque désir répond une réalisation possible : à nous d'en découvrir les moyens.

Au premier groupe d'auditeurs j'offrirais :

Columbia 9390, 9391 et 9392 une très belle interprétation orchestrale de « l'Amour Sorcier », de Manuel de Falla. Cette musique, au début, étrange, tourmentée, bénéficie complètement de l'interprétation qu'en donne l'orchestre Moralès où les éléments et le tempérament ibériques dominent. Ces trois disques sont excellents, mais je signale comme particulièrement réussis : la deuxième face du premier disque où se trouve la « danse de la frayeur », le deuxième disque tout entier dont « le Cercle magique », les « Sortilèges » et la « Danse rituelle du feu » resteront parmi les pages de la très grande musique. C'est aussi une très belle édition Columbia nuancée et sonore plus que ne le sont en général les productions de cette firme.

Gramophone : W. 1008, 1009, 1010, 1011 : ces quatre disques reproduisent avec le London Symphony Orchestra le Petrouschka, de Strawinsky, je ne vous le donne pas pour de la musique facile et les accords de dissonnance y sont d'un usage fréquent ; il n'empêche qu'à la trois ou quatrième audition vous prendrez du plaisir à ce qui, au début vous aura fait un peu regimber. Il y a notamment la danse de la Ballerine (première face du W 1010) que l'on finit par trouver délicieuse.

Dans le même ordre d'idée, aux discophiles dont l'éducation musicale est assez poussée et qui ne redoutent pas les musiques un peu hermétiques, je conseillerai en deux disques Columbia D. 14 213 et 14 214 le « Trio pour piano, hautbois et basson », de Francis Poulenc, l'interprétation tout à fait hors de pair de cette œuvre d'avant-garde avec F. Poulenc au piano, Lamorlette, hautbois et Dherin, basson, révèle les richesses insoupçonnées d'une orchestration réalisée avec des moyens limités en apparence.

Docteur REGETT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Hôpital des Enfants-Malades, 147, rue de Sèvres.** — *Cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.* (Fondation de la ville de Paris.) — M. le Professeur OMBRÉDANNE commencera l'enseignement de clinique chirurgicale infantile le lundi 2 novembre 1931, et le continuera d'après le programme suivant :

Lundi, à 9 h. 30 : Examen de malades nouveaux à l'Amphithéâtre, par le professeur. — Jeudi, à 9 h. 30 : Démonstrations opératoires, par le professeur. Opérations spéciales. Opérations nouvelles. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon clinique, par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires de chirurgie infantile, par les chefs de clinique. — Mercredi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires d'orthopédie, par les assistants d'orthopédie.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** (Professeur : M. Charles ACHARD.) — M. le Professeur Charles ACHARD commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le samedi 21 novembre 1931, à 10 h. 1/2 et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, visite dans les salles, examen des malades par MM. MOUSSOIR, POUMAILLOUX, CAHEN et RIVOIRE, chefs de clinique ; à 11 heures, excepté le samedi, leçons et démonstrations avec le concours de MM. LOEPER, VILLARET, CLERC et Léon BINET, professeurs à la Faculté ; JOANNON, Henri BÉNARD et J. VERNE, agrégés ; BENSAUDE, P. ÉMILE-WEIL, LAUBRY, GRENET, Louis RAMOND, TOURAINE, FLANDIN, MARCHAL, M. DEBRAY et HAMBURGER, médecins des hôpitaux ; GRIGAUT et BARIÉTY, chefs de laboratoire ; SAINT GIRONS, THIERS, MOUZON, Sigismond BLOCH et MORLAAS, anciens chefs de clinique.

Le lundi et le vendredi à 10 heures, consultation des maladies rhumatismales par MM. les Docteurs COSTE, médecin des hôpitaux, J. FORESTIER, ancien interne, et CACHERA, interne des hôpitaux.

Le jeudi, à 10 heures, consultation d'endocrinologie par M. le Docteur LÉOPOLD-LÉVI, ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçon à l'amphithéâtre, par le professeur.

— **Cours de bactériologie** (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — M. le Professeur A. LEMIERRE, commencera son cours le vendredi 13 novembre 1931, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 18 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : Les microbes pathogènes. Application des méthodes bactériologiques au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des infections humaines.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique et l'appareil respiratoire* du lundi 7 décembre au samedi 12 décembre 1931 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30) :

Lundi 7 décembre, 9 heures, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 8 décembre, 11 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathie médiastinale et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 9 décembre, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 10 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumoséreuse.

Vendredi 11 décembre, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 15 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire. — 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 12 décembre, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins à 10 heures (examen de malades), et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Docteur COUVREUX.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie** (Fondation de la ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson. — Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le Docteur GARNIER, chef de clinique. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur. (Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.) — Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Docteur LANCE, Docteur HUC, Docteur AUROUSSEAU et Docteur FEVRE). — Mercredi, à 10 h. 1/2 : Conférence d'orthopédie pratique par les assistants d'orthopédie. — Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme BOLTANSKI.

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur : M. LEJARS.) — M. le Professeur LEJARS commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1931, à l'hôpital Saint-Antoine, à 10 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, 10 heures : Conférence de diagnostic chirurgical, par M. le Docteur HUSSENSTEIN, chef de clinique. — Mardi, 10 heures : Présentation de malades, par M. le Docteur CHABRUT, ancien chef de clinique. — Mercredi 10 heures : Leçon clinique, par M. le Docteur BROCQ, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Jeudi, 10 heures : Conférences sur des questions d'actualité médico-chirurgicales. — Vendredi 10 heures : Laboratoire et clinique, par M. le Docteur GIET, chef de laboratoire. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique, par M. LEJARS.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la ville de Paris. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. Professeur : M. Emile SERGENT.) — PROGRAMME GÉNÉRAL DES CONFÉRENCES. — 1° Le mercredi, à 11 heures : Conférence clinique faite par M. SERGENT, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéresssant la clinique générale. — 2° Le vendredi à 11 heures : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service. — 3° Le vendredi à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par M. René MIGNOT, ancien chef de clinique. — 4° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 heures : Conférences élémentaires de technique et de sémiologie. — 5° Le mardi et le jeudi à 9 h. 1/2 : Séances de pneumothorax artificiel, par MM. F. BORDET et René MIGNOT, anciens chefs de clinique. — 6° Le mercredi, à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. MARION.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. PIGNOT, BORDET, MIGNOT, DE MASSARY, OURY, GRELLETY-BOSVIEL, TURPIN, KOURILSKY, BENDA, LONJUMEAU, VIBERT, IMBERT, LAUNAY, et les chefs de laboratoire : MM. Henri DURAND et COUVREUX. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la clinique.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Beaujon.** — *Conférences de radiodiagnostic et d'électrothérapie des affections du tube digestif.* — Le Docteur Pierre PORCHER, électro-radiologiste des hôpitaux, chef adjoint du service de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera tous les samedis, à 10 heures, à partir du 7 novembre, des conférences de radiologie clinique et d'électrothérapie des affections de l'intestin grêle et du gros intestin.

Ces conférences, qui ne comportent aucun droit d'inscription, seront faites dans le service du Docteur Aubourg et seront accompagnées de projection des clichés, de présentation de malades et de démonstrations de technique électrothérapique.

Samedi 7 novembre : Examen radiologique de l'intestin grêle. Morphologie et physiologie normale. L'anse terminale et ses variations topographiques. — Samedi 14 novembre : Sténoses du grêle. Sténoses pré-cæcales ; leur valeur symptomatique. — Samedi 21 novembre : Les signes iléaux dans les syndromes appendiculaires : le cæcum de l'appendicite chronique. — Samedi 28 novembre : La radiologie d'urgence dans les affections du tube digestif : l'ulcère perforé, l'invagination intestinale, l'occlusion aiguë. — Samedi 5 décembre : L'électrothérapie d'urgence dans les affections du tube digestif : lavement électrique (démonstrations pratiques). — Samedi 12 décembre : Technique moderne de l'examen radiologique du côlon : méthode de Fischer, étude des plis (avec démonstrations). — Samedi 19 décembre : Le volvulus cæcal, les ectopies coliques. — Samedi 9 janvier : Les périviscérites du carrefour supérieur et en particulier les péricolites angulaires droites. — Samedi 16 janvier : Eléments du diagnostic différentiel du cancer et de la colite. — Samedi 23 janvier : Le grêle et le côlon après intervention chirurgicale : la gastro-entérostomie, les gastrectomies, les anastomoses de dérivation. Les dilatations compensatrices (après cholectomie). — Samedi 30 janvier : Traitement électrothérapique des colites par l'ionisation (avec démonstrations).

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 12 octobre. — Questions données : « Signes, évolution et traitement des fractures de la jambe à la partie moyenne. — Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur. »

MM. Pourquié, 17 1/2 ; Baumgartner, 26 ; Caby, 24 ; Mlle Courrier, 15 ; MM. Mane, 17 ; Israël, 21 ; Dezoteux, 17 ; Arviset, 13 ; Hertz, 22.

Séance du 13 octobre. — Questions données : « Symptômes, diagnostic et traitement des phlegmons des gaines synoviales de la paume de la main. — Symptômes et diagnostic de la maladie d'Addison. »

MM. Martrou, 13 ; Pannet, 15 ; Auguier, 21 ; Chareire, 23 ; Penet, 17 ; Chevallier (Roger), 24 ; Macrez, 25 ; Mlle Abraham, 18 ; M. Durandy, 14.

Séance du 15 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des calculs du cholédoque. — Etude clinique des complications respiratoires de la rougeole. »

MM. Coussieu, 22 1/2 ; Arvay, 22 ; Voisin, 19 ; Kaplan, 22 ; Vincent Jean et Boyer Isidore, 16 ; Barcat, 17 ; Gahinet, 25.

Séance du 19 octobre. — Questions données : « Hernie crurale étranglée. — Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. »

MM. Delache, 12 ; Boulle, 16 1/2 ; David, 18 ; Offret, 20 ; Cachin, 24 ; Mlle Jammet, 24 ; MM. Carrez, 18 1/2 ; Camus, 19 1/2 ; Benoist, 18 ; Biou, 22.

— **Concours pour deux places de stomatologiste des hôpitaux.** — Jury : MM. Frey, Schaeffer, Lemerle, Robin, Rochard, Brouardel, Mouchet ; lecteur : M. Vilenski ; censeurs : MM. Boissier, Chatellier.

— **Assistants de consultations de médecine et de chirurgie.** — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(Voir *les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr CHABER, de Royan ; du Dr MASSON, de Grandris ; du Dr KEMHADJIAN-MIHRAN, de Paris ; du Dr POITEAU, de Bienvilliers-au-Bois ; du Dr RIVES, de Perpignan.

— **IIe Centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie.** — La cérémonie commémorative du deuxième centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie s'est tenue à l'Académie de médecine, en présence du Président de la République. Des discours ont été prononcés par le professeur de Lapersonne, le professeur J.-L. Faure, au nom de l'Académie, et par le professeur Lenormant, au nom de la Société de chirurgie.

Fondée en 1731, l'Académie royale de chirurgie fut dissoute au cours de la révolution. Mais ses fonctions et prérogatives reviennent plus tard à deux grandes sociétés savantes, à l'Académie de médecine (créée en 1820) et à la société nationale de chirurgie (créée en 1843), ainsi héritières de l'ancienne Académie royale de chirurgie.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Par conséquent, la caisse ne peut, sans motifs valables, se refuser à contracter avec un syndicat motifs pris que celui-ci, bien qu'habilité légalement en matière d'assurances sociales, ne comprend pas la majorité des praticiens du département, du moment où les non-syndiqués ont libre accès aux termes de la convention.

Ce conflit doit, aux termes de l'article 7 dernier paragraphe de la loi, être soumis à la commission départementale tripartite.

II

Accouchement dystocique. Envoi à l'hôpital. Honoraires de la sage-femme

Une sage-femme est appelée auprès d'une parturiente. L'accouchement traîne, devient dystocique. L'accoucheuse prend la détermination d'envoyer sa malade à la maternité de l'hôpital de la ville, où l'accouchement est pratiqué.

Quels sont les honoraires auxquels a droit la sage-femme, qui est restée 46 heures auprès de la parturiente ? La caisse d'assurances sociales prétend ne rien devoir, parce qu'elle a payé les frais d'accouchement à l'économe de la maternité.

Réponse.

La convention-type entre syndicats de sages-femmes et caisses d'assurances sociales, parue au *Journal Officiel* du 8 août 1930, comporte, dans le tableau de nomenclature des actes professionnels des sages-femmes, cette note : « Les honoraires forfaitaires de l'accouchement sont dus à la sage-femme, même si elle a dû recourir à l'intervention d'un médecin (accouchement dystocique). »

En second lieu, l'article 2, paragraphe 5 de ladite convention spécifie que « si l'état de l'intéressée exige les soins d'un médecin, celle-ci se fait délivrer par la caisse, qui peut exiger une attestation de la sage-femme, ou l'intervention préalable du contrôle, la feuille de soins prévue à la convention médicale. »

Or, l'admission d'une parturiente dystocique dans une maternité d'hôpital comporte l'intervention d'un médecin. Par conséquent, la sage-femme doit être payée par l'assurance maternité alors que l'hôpital sera rémunéré par la caisse-maladie.

Il s'agit maintenant de savoir si, dans le cas présent, les démarches nécessaires ont été faites ? La sage-femme a-t-elle délivré un certificat d'admission à l'hôpital, indiquant la dystocie ? Si oui, il importait que, soit le mari, soit l'économat de l'hôpital avertisse la caisse maladie (et non la caisse maternité) de l'hospitalisation pour cause de dystocie. La caisse maladie aurait pris à sa charge les frais d'hospitalisation, alors que

la caisse maternité aurait supporté les honoraires de la sage-femme.

Si nous laissons toute question de sentimentalité de côté, nous pouvons dire que la sage-femme doit être honorée par le mari de la parturiente, quitte à celui-ci à réclamer remboursement partiel par la caisse maternité. Si cette dernière s'y refuse, parce qu'hospitalisation ultérieure, le conflit sera porté par lui devant la commission cantonale instituée par l'article 63 de la loi.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

3850. — Indemnisation des affections tuberculeuses

Un pensionné de guerre 60 % pour mal de Pott dorsal.

A l'origine, une chute pendant la guerre, chute sérieuse suivie d'hospitalisation immédiate. Peu de temps après évolution chronique du mal de Pott, plâtres successifs. Bon résultat par soudure des vertèbres avec décalcification et réduction de volume de 3 vertèbres plus ou moins effritées.

Maintenant après des années de bon état, quelques troubles : douleurs irradiées, céphalées, vertiges, un peu d'exagération des réflexes rotuliens. Quelques difficultés de la miction.

Le mal de Pott étant tuberculeux, toute lésion tuberculeuse ne doit-elle pas être indemnisée par 100 p. 100 ? Cet homme a-t-il droit à ce taux ? Si oui, a-t-il droit aux indemnités spéciales comme les tuberculeux pulmonaires ?

Dr P.

Réponse.

Une affection de nature tuberculeuse étant indemnisée, toute autre complication organique devra l'être également, à la condition que la nature tuberculeuse de cette complication soit dûment établie. Une affection osseuse, de nature tuberculeuse, n'est indemnisée à 100 % que si elle est en évolution. Sinon, elle est indemnisée au taux normal, plus un coefficient de ménagement.

Une tuberculose osseuse à 100 % doit donner droit à l'indemnité de soins, au même titre qu'une tuberculose pulmonaire.

4758. — Promotion ou démission

Classe 1909. Démissionnaire de l'armée active en 1921. J'étais à ce moment médecin capitaine. Il me manque une période pour pouvoir être proposé au

grade supérieur. Cette période, malgré ma demande, on n'est pas pressé de me la faire accomplir et je vois ma proposition au grade supérieur remise aux calendes grecques.

J'envisage donc une deuxième solution, celle de la démission de mon grade d'officier de réserve qui me mettrait dans des conditions d'un homme de troupe.

J'ai trois enfants dont l'aîné a trois ans. Je crois que chaque enfant donne une majoration d'ancienneté de deux ans.

A quel âge serai-je dégagé de toute obligation militaire en tenant compte de la démission que je suis prêt à donner et du nombre d'enfants ?

Dr X.

Réponse.

Depuis le 15 octobre 1930, et sans faire intervenir vos enfants, vous appartenez de par votre classe (1909) à la 2e réserve, et comme tel, vous avez le droit d'offrir au Ministre votre démission d'officier de réserve.

Par ailleurs, la classe 1909 sera dégagée de toutes obligations militaires dans sept ans à compter du 15 octobre dernier.

4707. — Durée du service des sursitaires médecins

Quelle sera la durée du service militaire des sursitaires médecins classe 1924 (au nombre de 200 environ) ?

Dr B.

Réponse.

Les sursitaires classe 1924 restent soumis au régime de la loi du recrutement en date du 1er avril 1923, c'est-à-dire qu'ils doivent effectuer 18 mois de service.

Cependant, si en application de l'article 35 de cette loi, ils sont devenus officiers de réserve ou sous-officiers munis à l'arrivée du brevet de préparation militaire et ayant subi un examen au bout de 6 mois, la durée de leur service sera réduite de six mois.

4701. — Taux de pension

Mis hors cadres le 9 nov. 1921 et proposé pour une pension temporaire de 25 % pour :

1° Troubles gastro-intestinaux et paludisme chronique : 10 % ;

2° Réduction de la vision de l'O. D. à 5/10 par chorio-rétinite imputable au paludisme : 15 %.

Je fus rappelé dans les cadres le 9 juillet 1926, et proposé pour une pension définitive pour :

1° Troubles gastro-intestinaux et congestion hépatique, etc., 25 % ;

2° Réduction de la vision de l'O. D. à 5/10 : 15 %.

Or, la notification ministérielle liquida la pension

sur le taux de 25 % en évaluant à moins de 10 % la 2e infirmité. A ma réclamation il ne fut jamais répondu.

Cette évaluation à moins de 10 % est-elle exacte et correspond-elle aux barèmes actuellement en vigueur ? Dr X.

Réponse.

Le barème de 1919, infirmités d'après guerre, ne prévoit en effet que moins de 10 % pour une vision de 5/10 d'un œil, l'autre étant normal.

Ce taux est confirmé par le nouveau décret du 5 juillet 1930 (yeux) qui évalue à 6 % cette même diminution de l'acuité visuelle.

3685. — Droit aux diverses médailles de la guerre

Fréquentant passablement dans le milieu militaire, je suis un peu effaré du nombre de rubans multicolores qui ornent tant de poitrines. D'autre part, à chaque instant, et particulièrement dans le *Concours*, il est question de médaille interalliée, médaille du Combattant, médaille serbe, etc.

De tout ce parterre, n'ai-je pas droit à quelques fleurs ? J'ai la carte du Combattant, j'ai été à l'A. O. Ma modeste croix de guerre ne pourrait-elle pas s'offrir quelques voisines ? D'un autre côté, il doit falloir un ou des certificats justifiant le port du ruban. A qui le ou les demander ?

Dr H.

Réponse.

Si vous avez la Croix de guerre, vous avez certainement droit à la Médaille interalliée ; il suffit d'en adresser la demande à la Direction du Service de santé.

La carte de combattant vous donne droit par elle-même à la médaille du combattant.

Si vous avez servi en Serbie, vous avez droit aussi à la Médaille Yougo-Slave ; pour cette dernière, vous avez pu lire les formalités à remplir, dans le *Concours Médical.*

4234. — Droit à la carte et à la pension de combattant

Vous avez été si aimable l'autre jour que je me décide à m'adresser de nouveau à vous.

On me dit que j'ai droit à la carte de combattant et à la pension comme ayant fait partie pendant un an d'une ambulance de division. Cela est-il exact ? et dans ce cas à qui dois-je adresser la demande.

Dr R.

Réponse.

Le décret du 1er juillet 1930, tableau 1-7° prévoit parmi les bénéficiaires de la carte du combattant, les ambulances et sections d'hospitalisations divisionnaires, et cela sous condition d'avoir appartenu à ces unités pendant trois

mois au moins — consécutifs ou non (art. 2 A-1°).

Vous avez donc droit à la carte de combattant.

Si vous êtes encore dans les cadres des officiers de réserve, adressez votre demande à votre Directeur régional du Service de santé.

Sinon, c'est au bureau des archives administratives du Ministère de la Guerre, boulevard Saint-Germain, Paris 7e, qu'il faut adresser votre demande, avec signature légalisée et indication exacte de votre recrutement, numéro matricule au recrutement, classe d'âge, différents services de guerre, et domicile actuel exact.

4750. — Libération des pères de six enfants

Je lis dans le *Concours Médical*, dans une réponse à une question d'un médecin père de 5 enfants et bientôt de 6, que vous lui assurez qu'il fait partie de la 2e réserve et que, comme tel, il peut après avoir fait surseoir à une convocation à une période d'instruction, offrir sa démission d'officier de réserve.

Ma situation militaire est encore plus près des conditions qui vont se trouver réalisées chez lui par la naissance de son 6e enfant ; j'en ai 7 dont le dernier a 2 ans. De plus je suis de la classe 13, ai fait toute la campagne, ai été blessé, cité et prisonnier. Je suis médecin lieutenant, et vais accomplir en octobre une période de 21 jours, pour être proposable au grade supérieur.

Je ne puis paraît-il me dérober. Est-ce exact ? et l'article dont vous parlez dans votre réponse ne s'appliquerait-il qu'aux hommes de troupe et non aux officiers ? Si non, pourquoi n'en a-t-on pas fait état pour moi, et pourquoi ne puis-je, moi aussi, non seulement ne pas faire de période mais encore faire recevoir ma démission, si bon me semble, car je n'aspire à aucun autre grade ?

Dans le cas où je serais en droit de faire surseoir à ma convocation pour période, quelle est la marche à suivre, ayant déjà signé un récépissé d'une lettre me signifiant la date de ma convocation ?

Dr N.

Réponse.

L'art. 58 de la loi sur le Recrutement de l'armée du 31 mars 1928 dispose que :

« ..... Les pères de six enfants vivants et d'un nombre plus élevé d'enfants, sont libérés de toute obligation militaire dès la naissance de leur sixième enfant. »

On ignorait probablement vos charges de famille à la Direction du Service de santé, lorsqu'on vous a convoqué.

Ecrivez donc aussitôt une lettre recommandée à votre Directeur pour lui exposer votre situation de famille et lui dire que vous voulez bénéficier de ces dispositions légales, par consé-

quent être libéré définitivement, et à plus forte raison, ne pas répondre à sa convocation.

Pour plus de certitdude, joignez un certificat de vie de vos sept enfants.

5185. — Droit des militaires aux soins gratuits pour les maladies et accidents d'après guerre

Je viens de voir un jeune homme, tout récemment réformé pour tuberculose pulmonaire.

Les médecins militaires lui ont dit qu'il allait recevoir un carnet de soins lui donnant la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques.

Si c'est vrai, je désire savoir si la Confédération a accepté l'extension du bénéfice de la loi d'assistance aux victimes de la guerre, et si elle est applicable aux soldats réformés en temps de paix.

Si le malade me présente un carnet de soins, quelle conduite dois-je tenir ?

Dr H.

Réponse.

La loi du 31 mars 1919 ne s'applique pas qu'aux mutilés et réformés de guerre, mais encore à tous les militaires ou marins atteints, à partir du 2 août 1914, d'infirmités résultant d'événements de guerre, d'accidents de services ou de maladies.

L'article 6, qui accorde la gratuité des soins médicaux, bénéficie donc à tous les militaires réformés pour blessures, accidents ou maladies et auxquels a été attribuée une pension de 10 pour 100 au moins, notamment au tuberculeux réformé, si sa maladie a été reconnue comme contractée en service.

Par suite, si ce malade vous présente un carnet de soins, vous pouvez le soigner aux frais de l'Etat et détacher ses bulletins, comme vous le feriez pour une victime de la guerre.

Exercice de la Médecine

3458. — Consultations de nourrissons. A qui sont-elles ouvertes ? Quel est le praticien qui doit les faire ? Médecin ou sage-femme ?

On a organisé chez nous (la municipalité) une consultation de nourrissons.

Le maire a trouvé nos prix trop élevés et a chargé une sage-femme de ce soin et il est probable qu'il n'économise pas beaucoup de ce fait.

Je viens vous demander si au point de vue légal, une sage-femme a le droit de donner des consultations de nourrissons.

Si par hasard elle n'en a pas le droit, comment pourrions-nous agir pour obliger le maire à rentrer dans la légalité ?

Veuillez nous dire d'autre part en quoi doivent consister légalement les consultations de nourrissons.

1º Age limite des enfants que l'on peut y présenter ;

2º La situation de fortune des parents est-elle envisagée (parents riches) ?

3º Les enfants des assurés sociaux doivent-ils être présentés obligatoirement à ces consultations : ici un directeur de caisse les y oblige sous peine d'exclusion des autres prestations dues par les caisses ?

4º A quoi doit se borner la consultation, soins hygiéno-diététiques seuls, ou bien prescriptions thérapeutiques ?

Dr L.

Réponse.

Une sage-femme est-elle qualifiée légalement pour faire une consultation de nourrissons ?

Si nous nous bornons à considérer les termes stricts de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, il faut répondre que les sages-femmes n'ont que le droit de pratiquer les accouchements normaux, non laborieux, et d'opérer des vaccinations antivarioliques.

Hormis ces cas, elles doivent être considérées comme exerçant illégalement la médecine, si elles sortent des attributions à elles conférées par la loi (loi du 30 novembre 1892, article 16).

Entre la théorie et la pratique, il y a une marge, et, peut-on le dire, toutes les sages-femmes de France font peu ou prou de pédiatrie : sous prétexte de donner des conseils — qu'elles ne peuvent refuser — sur les manières d'élever les poupons, elles dépassent parfois quelque peu les limites que leur a assignées la loi.

Aussi, vais-je faire une analogie, en ce qui concerne l'exercice illégal de la pharmacie, lorsqu'il s'agit de définir ce qu'il faut entendre par « médicament », dont le débit, au poids médicinal, est réservé aux seuls titulaires du diplôme de pharmacien, et par produits de beauté, ou hygiéniques, qui peuvent être fabriqués et vendus par n'importe qui.

De même, en médecine, pourrons-nous dire que, si les sages-femmes peuvent donner tous les conseils d'hygiène, elles n'ont pas le droit de prendre part au diagnostic et au traitement des maladies.

Les avis que peuvent donner les accoucheuses ne doivent avoir pour but que la puériculture, l'élevage du nourrisson, mais jamais la sage-femme ne doit se proposer la guérison d'un état pathologique, ou même la simple prévention de ce dernier, lorsqu'une manifestation morbide peut faire craindre l'éclosion d'une maladie.

Ceci posé, quel est le but de la consultation de nourrissons ?

Il n'existe aucun texte, définissant le but de ces examens périodiques des poupons. D'une manière générale, on peut affirmer que ces consultations sont ouvertes aux seuls nourrissons,

c'est-à-dire pendant la première enfance, pendant les deux premières années de la vie.

Quels conseils y doivent être donnés ?

Tout d'abord, l'enfant est démaillotté, examiné, pesé ; le praticien vérifie la fiche individuelle, interroge la mère ou la nourrice et donne des conseils d'hygiène et d'alimentation.

Tout ceci, une sage-femme peut le faire, aidée ou non par une infirmière diplômée d'une école de puériculture.

Mais si, en outre, le praticien a reçu la mission de déceler les manifestations morbides, pathologiques, acquises ou héréditaires et d'y porter remède efficace, alors seul le docteur en médecine est légalement compétent.

Il faut donc définir le rôle que la municipalité ou l'œuvre privée, fondatrice, a entendu fixer à la consultation de nourrissons qu'elle a instituée.

Cela dépend des intentions des fondateurs : il faut examiner les délibérations du conseil municipal, ou conseil d'administration, qui a procédé à l'organisation de ces consultations.

Ces réunions à but d'hygiène sont-elles uniquement réservées aux personnes nécessiteuses, ou de condition modeste, ou sont-elles largement ouvertes à tous ?

En principe, ces consultations sont obligatoires pour toute mère qui veut bénéficier des lois d'assistance aux mères et aux nourrissons.

Plusieurs arrêtés, ou réponses ministérielles, établissent d'une façon très nette que la mère qui veut obtenir les secours d'allaitement, de bons de lait, etc., doit apporter la preuve qu'elle fait suivre régulièrement à son poupon les consultations de nourrissons.

Mais, en dehors de ces cas, va à la consultation qui veut : les portes en sont largement ouvertes et pas mal de jeunes mères inexpérimentées sont très contentes d'être ainsi guidées pour l'élevage de leur bébé.

D'ailleurs, certaines muncipalités, certaines cliniques d'accouchements engagent vivement les jeunes mères à fréquenter gratuitement la consultation de nourrissons.

Il est compréhensible que, pour faire l'économie d'une visite médicale hebdomadaire, les mamans de condition modeste, ou même de la classe moyenne, préfèrent aller à la consu tation gratuite ; mais il reste bien entendu que si le praticien, qui professe dans les dites consultations, découvre un symptôme quelconque, il doit, non pas donner une véritable ordonnance médicale, mais renvoyer la personne de condition aisée à son médecin habituel en ville.

Ici, c'est surtout une question de déontologie, sur laquelle je n'ai pas à insister.

Les enfants des assurés sociaux doivent-ils obligatoirement fréquenter les consultations de nourrissons ?

Oui : le paragraphe 6 de l'article 9 de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales le spécifie nettement : le payement des allocations diverses de maternité, de grossesse, d'allaitement est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions, qui doivent être faites par la caisse, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Dr Paul BOUDIN.

Baux et Locations

5138. — Majoration du prix du loyer

Installé en janvier 1928 : deux appartements : rez-de-chaussée, locaux professionnels. 1er étage : habitation ; plus un garage dans le même immeuble. Bail verbal enregistré chaque année de 2.200 fr., commune de 1.000 habitants environ. Loyer matriciel servant de base pour l'impôt direct, 30 fr.

Le propriétaire m'informe qu'il a l'intention d'augmenter les 2 appartements de 400 fr. par an et de compter le garage en plus à raison de 1 fr. par jour.

Voulez-vous me dire si cette augmentation est légale et si je dois accepter.

Réponse.

La solution à la question que vous nous posez, dépend du point de savoir si la loi du 29 juillet 1929 sur les loyers, est applicable ou non dans votre commune. Nous vous rappelons que la loi est applicable dans les communes de 4.000 habitants, dans celles distantes de moins de 5 km. d'une ville de 10.000 habitants, ou dans celles dont la population municipale s'est accrue d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si la commune rentre dans l'une quelconque de ces catégories, vous avez droit aux prorogations légales et à la taxation de votre loyer sur les bases fixées par la loi.

Dans ce cas, nous aurions besoin de savoir, pour vous dire si le propriétaire est fondé ou non à vous demander une augmentation, quelle était la valeur locative ou le loyer des locaux dont vous disposez, au mois d'août 1914.

Par contre, si la loi du 29 juin 1929 n'est pas applicable dans votre commune, le propriétaire est en droit de mettre fin à votre location à tout moment, à la seule condition de vous donner congé dans les délais d'usage, et de vous demander des augmentations pour une nouvelle location, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

5110. — Pas de prorogation pour le garage

Je vous saurais gré de bien vouloir m'indiquer ce qu'il est possible de faire dans le cas suivant :

« J'ai loué à Noël 1925, pour 6 années consécutives, un « hangar pour remiser une auto » situé derrière mon domicile actuel pour la somme de 440 fr.

J'ai fait transformer *à mes frais* ce hangar en garage (dallage en ciment, grande porte en bois, eau, électricité, etc.). Aujourd'hui le propriétaire me déclare : « Votre bail va arriver à expiration à Noël prochain. A ce moment ce ne sera plus un hangar mais un « garage » que je vous louerai et comme tel ce sera 1.200 + impôts (soit 3 fois plus). C'est un peu raide !

Que puis-je faire ?

Ai-je droit à prorogation d'office comme local professionnel (sur lequel je paie patente) ? Et sinon, suis-je obligé d'accepter ce nouveau prix excessif étant donné que j'ai dépensé plus de 3.000 fr. pour la transformation du hangar en garage.

P. S. Je suis titulaire de la carte du combattant, et père de famille nombreuse.

Réponse.

Au début de l'application de la loi du 1er avril 1926, nous avons obtenu de la Commission supérieure de Cassation un arrêt décidant que le garage où un médecin abrite sa voiture, doit être considéré comme un local professionnel même lorsqu'il est distinct des locaux où le médecin exerce sa profession.

Mais, par plusieurs arrêts successifs, la Commission supérieure de Cassation est ensuite revenue sur sa première jurisprudence et maintenant, elle estime qu'un garage, distinct des locaux professionnels ou d'habitation, doit être considéré comme échappant à la législation spéciale des loyers et doit être régi par le droit commun.

Il est peu probable que si vous portez en justice votre différend avec votre propriétaire, vous puissiez obtenir un revirement de cette jurisprudence.

En conséquence, nous ne pouvons que vous engager à vous efforcer d'arriver à un accord avec votre propriétaire, sans quoi ce dernier pourrait poursuivre votre expulsion, une fois le bail terminé.

Dans la circonstance, vos qualités de titulaire de la carte du combattant et de père de famille nombreuse ne vous confèrent aucun avantage particulier.

5154. — Charges en cas de changement de domicile

Ayant quitté mon appartement le 29 septembre dernier, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me faire savoir si je dois les charges de mon ancien do-

micile pour l'année entière ou seulement pour les 3 trimestres 1931.

Dr V.

Réponse.

A moins de clause précise dans votre bail, vous obligeant à payer les charges pour toute année commencée, vous n'en devez le remboursement à votre propriétaire que proportionnellement à la durée de location de l'appartement au cours de l'année.

Par conséquent, nous estimons en principe, à moins de clause contraire dans votre bail, que vous ne devez supporter les charges que pour les trois premiers trimestres de 1931, dès lors que vous avez quitté l'appartement le 29 septembre.

5205. — Droit à la prorogation

Locataire d'avant-guerre j'ai obtenu avec majoration équitable pour mon propriétaire un bail de 3-6-9-12 ans renouvelable à chaque période *au gré des 2 parties* (condition imposée par mon propriétaire). La 1re période finit l'année prochaine.

1º Dans le cas où mon propriétaire refuserait le renouvellement de la 2e période de mon bail, puis-je arguer de la législation spéciale des loyers en matière de prorogation ? Mon loyer était avant-guerre de 2.000 fr. plus 500 fr. par an pour amortissement de réparations effectuées par mon propriétaire. J'habite B.

2º Le droit de reprise par le propriétaire pour lui-même ou ses enfants peut-il porter dans le cas présent sur des baux à usage professionnel ?

Dr B.

Réponse.

1º Au cas où votre propriétaire mettrait fin au bail à l'expiration de la première période en vous donnant congé dans les délais fixés au contrat, vous bénéficieriez de plein droit, sans avoir aucune demande à faire, de la prorogation de la loi du 29 juin 1929 et ce jusqu'au 1er juillet 1936 puisque le loyer d'avant-guerre excédait 2.000 francs sans atteindre 4.000, que les locaux sont affectés tant à votre habitation qu'à l'exercice de votre profession, et enfin que votre ville compte plus de 100.000 habitants.

2º Tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra reprendre les locaux pour son usage personnel ou pour l'usage d'un membre de sa famille, car le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire ne peut jamais porter sur un local affecté en tout ou en partie à un usage professionnel.

5316. — Calcul du loyer prorogé

Permettez-moi de faire appel à votre obligeance au sujet de mon loyer :

Mon bail étant terminé je suis sous le régime de la prorogation.

Loyer d'avant-guerre : 2.500 fr.

Je paye le loyer en deux fois : 1er octobre, 1er avril ; 1er avril-1er octobre.

Je viens de payer :

Terme du 1er octobre-1er avril 1932.....	3.437 50
Suppl. 1er juillet-8 octobre..........	93 75
» 1er octobre 1er avril 1932.....	187 50
Total...........	3.718 50

Est-ce exact ?

Dr R.

Réponse.

En vertu de la loi du 29 juin 1929, vous deviez payer jusqu'au 1er juillet 1931, un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 175 %.

Depuis le 1er juillet, vous devez à votre propriétaire une majoration supplémentaire, égale à 15 % du loyer de 1914 : et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, vous aurez à supporter une majoration égale.

En majorant de 175 % un loyer d'avant-guerre de 2.500 fr., on obtient un loyer annuel de 6.875 fr. dont la moitié est bien égale à 3.437 fr. 50.

D'autre part, la majoration de 15 % par an sur un loyer de 2.500 fr. est de 375 fr., soit pour une période de 3 mois (1er juillet-1er octobre) : 93 fr. 75 et pour une période de 6 mois (1er octobre-1er avril 1932), de 187 fr. 50.

La quittance qui vous a été présentée est donc bien établie conformément à la loi et vous n'avez aucune réclamation à adresser à votre propriétaire.

Fiscalité.

5027. — Le prix de la cession d'une clientèle n'est pas déductible du revenu

Je reçois du contrôleur une lettre où il m'est dit que l'indemnité versée à mon prédécesseur pour « reprise de clientèle » (et que j'ai augmentée des frais d'enregistrement, dans ma déclaration), ne peut être portée en déduction du revenu. Ce ne serait pas une dépense professionnelle.

Dr P.

Réponse.

L'Administration prétend à juste titre que lorsque vous céderez votre clientèle aucune imposition ne sera établie sur la somme encaissée par vous, c'est pourquoi elle refuse la déduction faite par vous. Toutefois, sa prétention ne paraît pas fondée pour la fraction du prix qui, le cas échéant, s'appliquerait au mobilier et à l'installation professionnelle.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (*Y. O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DON. — **Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du** *Concours médical,* **de M. le Dr Cudennec, d'Audierne, la somme de dix francs pour bons offices du journal.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** ***Paris*** **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 379. — Ouest. — Ch.-lieu cant, proxim. ville, vieille client. méd. génér., chiff. import. prouvé, facile augment. Maison tout conf. libre de suite. Présentation. Indemn. à débat. Situat. sér. et d'avenir.

No 380. — Normandie. Cause décès, bon poste seul méd. propharm. bien installé. Mais. 12 p. très bon état, grand jard., long bail, prix méd. Condit. intéress. Mme Bousseau à Morteaux-Coulibeuf (Calvados).

No 381. — Demois. doct. en méd. dispos. quelq. heures loisir, désir. remplir fonctions de méd. consult. ou assist. dans clin. sérieuse ou dispensaire (ray. UV, enf., gynécol., etc.)

No 382. — Paris. Jeune fille parente de médecin cherche, rive droite de préfér. dans famille ayant jeune fille, chambre confort. avec pension.

No 383. — Le Dr Guillemin, 16, av. George V, est acheteur actions Lithia jusqu'à 10 fr.

No 384. — Caisse départem. d'assur. Soc. de la Marne à Châlons-sur-Marne demande méd. contrôleur, limite d'âge 25 à 35 ans, 40 ans pour mutilé ou A. C. Adress. candidat. à Président qui fera parvenir liste des pièces à fournir.

No 385. — Gr. banl. Paris. Propharm., client. facile, petite propriété, loyer 2.500. Prix 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 386. — Côte d'Emeraude. Proxim. imméd. ville, client. de 20 ans, très gros produit, sans accouch. Grande maison. Affaire de gros avenir. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 387. — Indre. Bon poste méd. propharm. tenu depuis 30 ans par cédant, belle maison avec jardin. Faible indemn. Très urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 388. — Aisne. Bon poste, seul méd., méd. génér. accouch. propharm. Affaire importante. Faible indemnité.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Après la pose d'un appareil sur une fracture, quel est le devoir d'un chirurgien. Resilicifier le malade au moyen de quelques comprimés de **Prélase** (4 à 6 par jour).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Notre distingué confrère M. le Dr Bobries, du Cannet, nous fait part de la mort de notre vieil ami Oudaille, du Cannet.

Oudaille ! C'est un nom qui sonne clair, et qui appartient à la phalange sacrée des hardis pionniers qui vécurent avec nous les heures héroïques de la naissance et de la croissance difficile du syndicalisme médical.

Il remplit durant de longues années et avec une très grande activité les fonctions de Président du Syndicat médical de Cannes. Il avait dû les résigner depuis six mois en raison de son état de santé.

Il meurt, à 72 ans, après une vie très dignement et très laborieusement remplie.

Nous en éprouvons une affliction profonde et nous déposons sur sa tombe les regrets attristés et la sympathie du *Concours Médical.*

La Direction.

— Nous avons le grand regret d'annoncer le décès de M. le Dr Priolo fils, de Brive, mort à 35 ans des suites d'une piqûre septique. Le Dr Priolo était le fils de notre excellent confrère et ami, chirurgien en chef de l'hôpital de Brive, Président du Syndicat des médecins ; nous lui adressons ainsi qu'à sa famille en cette très cruelle circonstance l'expression de notre vive sympathie. J. N.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr F. F. Gallice, de Langeac (Haute-Loire), fils et petit-fils de médecins estimés de cette ville; il était le père du Dr M. R. Gallice qui exerce aussi à Langeac et auquel nous adressons nos plus vives sympathies. J. N.

— **Académie de médecine.** — Le Professeur Hayem a offert à l'Académie la médaille de Clemenceau dont il est l'auteur. C'est une belle œuvre artistique qui reproduit les traits énergiques du grand Français que l'Académie de médecine a eu l'honneur de compter parmi ses membres libres.

— **Dîner des médecins montpellierains de Paris.** — Les médecins montpellierains de Paris donneront leur prochain dîner le 12 novembre au « Rabelais », rue Pasquier, 23, sous la présidence du professeur Rouvière.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Leçons inaugurales.* — M. Noël Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, fera sa leçon inaugurale le mardi 17 novembre 1931, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

M. le Professeur F. Rathery fera la leçon inaugurale de son cours de clinique thérapeutique le jeudi 19 novembre 1931, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié.

M. le Professeur Laignel-Lavastine fera la leçon inaugurale de son cours d'histoire de la mé-

decine et de la chirurgie le vendredi 25 novembre 1931, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

—Le livre jubilaire du Professeur Pierre Delbet.— Les élèves du Professeur Pierre Delbet se proposent d'éditer un livre jubilaire qui sera offert à l'éminent professeur de clinique chirurgicale au moment où la limite d'âge va l'obliger à abandonner sa chaire de la Faculté et son service hospitalier.

Cet ouvrage formera une synthèse des travaux du Professeur Delbet. Chaque chapitre sera rédigé par un de ses élèves, parmi lesquels nous citerons MM. Basset, Boppe, Bréchot, Brocq, J.-C. Bloch, Cadenat, Capette, Carajanopoulos, Caraven, Cartier, Chevassu, Couvelaire, Douay, Robert Dupont, Fiessinger, Gougerot, Herrenschmidt, Marc Iselin, Lamare, Lascombes, Legrand, Leveuf, Mabille, Madier, G. Meillière, J. Meillière, Menegaux, Mock, Mocquot, Raoul Monod, Mouchet, Oberlin, Oberthier, Palios, Schwartz, Trèves, Veau.

Les souscriptions seront reçues chez M. Georges Masson, trésorier du Comité, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Comptes chèques postaux nº 599.

Un exemplaire du Livre jubilaire sera adressé à tous les souscripteurs d'un minimum de 100 francs.

— **Naissances.** — Nous sommes informés par Christiane et Jean-Claude Mignen de la naissance de leur petite sœur *Françoise* (Montaigu, Vendée, 22 septembre 1931).

— Le docteur et Madame Coulange nous annoncent la naissance de leur fils et quatrième enfant, *René* (Marseille, 128, cours Lieutaud, 22 octobre 1931).

— Le docteur et Madame Texier font part de la naissance de leur fils *Michel* (Château Gaillard, 75, Grande rue, Villecresnes, Seine-et-Oise, 17 octobre 1931.)

—Nous apprenons avec un grand plaisir la naissance de Claude Baglin, petit-fils de notre collègue et ami Paul Boudin, survenue le 3 novembre.

A celui-ci, à ses enfants et à sa famille les bien cordiales félicitations et les vœux très sympathiques de ses amis du *Concours Médical.*

— **Union médicale latine.** — Le prochain conseil d'Administration est fixé au samedi 14 novembre et se tiendra à l'Académia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris, à 21 h. 15, très précises.

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 OCTOBRE

Service de santé militaire.

Par décret du 21 octobre 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

1° Les médec. auxil., titul. brev. prép. milit. supér.: (rang 15 sept. 31) Beille, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Chiapponi, 19e section, aff. 19e C. A. ; Medinger, 19e sect., aff. 19e C. A. ; Gaume, 20e sect., aff. 19e C. A. ; Guedj, 21e sect., aff. 19e C. A.

2° Les médec. auxil. non titul. du brev. P. M. S. : (rang 20 sept. 31) Cabaille, Fresquet, Lafay, Thoizon, 22e sect., aff. rég. Paris ; Colombet, 12e sect., aff. 12e rég. ; Carbonell, Guiot, Lacôte, Klotz, 19e sect., aff. 19e C. A. ; Clares, Dardaillon, 20e sect., aff. 19e C. A.; Michelet, 21e sect., aff. 19e C. A.

Asiles publics d'aliénés.

Avis de vacance d'un poste de médecin directeur d'asile public d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) est vacant par suite du départ de M. le docteur Dubourdieu, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi de médecin inspecteur d'hygiène dans le département de Tarn-et-Garonne.

Il sera ouvert, à Paris, au ministère de la Santé publique, en décembre 1931, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène. En outre des services d'hygiène publique, ce médecin sera chargé de la direction des services d'hygiène sociale et notamment du service des dispensaires.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ou de l'Institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans, au moins et de 40 ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à une pension de retraite.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

Elles seront accompagnées de :

1° L'adresse exacte et l'acte de naissance du candidat ;

2° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine.

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé, aussi complet que possible, des titres du candidat comprenant ses états de services et références, le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses publications ;

5° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public, de rester en fonctions dans le département pendant une durée de trois ans et, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service pendant trois ans au minimum. Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 30 novembre 1931.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixé comme suit :

1re classe	46.000 fr.
2e classe	42.000 fr.
3e classe	38.000 fr.

L'avancement aura lieu d'office à l'ancienneté d'une classe à la classe immédiatement supérieure, après trois années de service dans la classe occupée, ou au choix au bout de deux ans.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auraient pu être rendus dans d'autres départements.

Ce fonctionnaire sera inscrit à la caisse départementale des retraites.

ASSURANCES SOCIALES

Tarif de remboursement des accouchements

Dans une région industrielle, la Caisse départementale accepte de rembourser les accouchements au prix de 240 francs, pour les chefs-lieux du département et de chaque arrondissement, mais n'alloue que 150 francs pour toutes autres localités.

Cependant les praticiens (médecins comme sages-femmes) qui résident dans les localités secondaires, font remarquer que le prix de la vie est souvent plus élevé chez eux qu'au chef-lieu du département, à cause de la difficulté des approvisionnements : vêtements, chaussures, viande de boucherie, légumes même sont plus chers.

Il en résulte que, le prix de l'accouchement étant de 300 francs, au tarif minimum syndical, l'ouvrier de campagne aura à supporter de sa poche la moitié des frais d'accouchement (150 francs remboursés sur 300), plus sa participation aux frais de déplacement, alors que l'ouvrier des villes se verra rembourser 240 francs, sur 300, sans frais de déplacement.

Pourquoi cette inégalité entre assurés sociaux de ville et ceux de campagne ?

De plus, on nous fait remarquer que les confrè-

res de la ville, lorsqu'ils sont réunis en syndicat départemental, se désintéressent de la situation de leurs confrères de campagne, puisque les premiers ont satisfaction.

Cependant, nous est-il demandé, le praticien reste libre de réclamer ses honoraires, surtout s'il n'est pas syndiqué. N'est-il pas dès lors à craindre que le médecin, ou la sage-femme, ayant un accouchement à pratiquer en campagne, se laisse attendrir par cette situation et, que, dans un but (les uns diront philanthropique, les autres le qualifieront de vile concurrence), médecins comme sages-femmes soient tentés de ne se contenter que d'honoraires inférieurs au tarif syndical : se conformant à la décision du Conseil supérieur des assurances sociales, ils tendront à n'accepter que le tarif de remboursement, soit 150 francs.

Que faire contre pareil état de choses ?

Plus que jamais, la cohésion syndicale est indispensable, pour le maintien des prix. Si tous les confrères sont syndiqués, médecins comme sages-femmes peuvent, dans une réunion commune, décider que, pour un accouchement normal, le praticien devra se faire payer 300 francs, par son client.

Il sera décidé que contrevient au pacte syndical celui qui, hormis les cas exceptionnels, réclamera, bien que syndiqué, un prix inférieur au tarif syndical minimum.

Aux malades à faire pression sur les dirigeants de leurs caisses, pour que les tarifs de responsabilité et de remboursement soient relevés et qu'ils soient égaux pour la ville comme pour les campagnes.

Mais, si quelques praticiens ne reconnaissent pas l'obédience syndicale, si dans un esprit de concurrence, pour accaparer les accouchements simples, ils se contentent du tarif de responsabilité, soit 150 francs, j'avoue qu'il n'y a pas grand chose à faire. Au syndicat d'être persuasif et de démontrer que l'intérêt individuel immédiat doit céder le pas à l'intérêt collectif, que les rabais ne conduisent pas à faire de bonne médecine.

Quoi qu'il en soit, je ne crois pas que les syndicats doivent se draper dans leur dignité et déclarer que les assurés sociaux n'ont qu'à se débrouiller avec leurs caisses primaires. Je ne juge pas très habile de décider que les assurés paieront 300 francs de leur poche, pour un accouchement, quitte à eux de se faire rembourser ce qu'ils pourront obtenir.

J'estime, au contraire, que les groupes corporatifs de médecins et de sages-femmes ne doivent pas délaisser les intérêts de leurs clients, intérêts qui d'ailleurs sont les leurs. Les syndicats de praticiens feront remarquer aux dirigeants des caisses que le prix de remboursement doit être identique pour tout le département et que, si la capitale locale, ainsi que les chefs-lieux d'arrondisse-

ments remboursent 240 francs, il doit en être de même pour toutes les localités secondaires.

En agissant ainsi, les syndicats médicaux pourront plus facilement obtenir les 300 francs de leurs parturientes et si les non-syndiqués organisent une campagne de rabais, ce dernier ne descendra pas au moins au-dessous de 240 francs. Je conclus donc en faveur d'une action commune des syndicats de médecins et de sages-femmes, pour obtenir des caisses l'unification du tarif de responsabilité et de remboursement des actes obstétricaux simples.

Dr Paul Boudin.

LE SECRET MÉDICAL

Ordre du jour voté à l'unanimité le 21 octobre 1931 par le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Le secret médical est une obligation de la conscience professionnelle.

Il est antérieur à l'article 378 du Code pénal. Il lui survivrait si cet article venait à disparaître.

Il remonte au serment d'Hippocrate, Il est notre charte et nous l'observerons quoi qu'il advienne.

CORRESPONDANCE

Assurances Sociales

5231. — Durée de l'assurance-maladie

Un assuré social est sujet à des crises d'asthme pour lesquelles je suis rarement appelé. Tous les mois ou tous les deux mois il vient me consulter, je l'examine et lui prescris des médicaments de fond, d'autres pour ses crises. J'ai eu à le soigner aussi pour un épisode grippal lui ayant occasionné un arrêt de travail de quelques jours.

Ce malade a donc été vu peu souvent et n'a interrompu son travail que peu de jours.

Or, la direction des assurances sociales s'appuyant sur le fait non vérifié qu'il est malade depuis 6 mois refuse de continuer à lui payer les 80 % des prestations en nature. Ce malade est donc un chronique qui travaille malgré quelques poussées aiguës que l'on pourrait considérer comme de nouvelles maladies (durée quelques heures à 3 jours). Qu'arriverait-il à un tuberculeux ?

Est-ce vrai que le fait de se faire soigner une fois par mois pour une maladie chronique (cœur), emphysème et asthme, dyspepsie, céphalée, hypertension, traitement de la vérole, douleur saisonnière dite rhumatismale, néphrite chronique, enfin toute la pathologie des maladies qui ne finissent pas dans

les 6 mois sans séquelles, ne vous donne plus droit aux soins au bout de 6 mois ?

Ce malade se demande pourquoi, puisqu'on ne veut pas payer ses prestations, on lui retient encore une partie de son salaire comme par le passé. Cotisant dans la même maison au compte de deux entreprises différentes, la caisse a refusé une fois les prestations pour l'enfant parce que les versements du mari n'étaient pas complets alors que ceux de la femme l'étaient.

Dr J.

Réponse.

L'article 4 paragraphe 10 de la loi sur les assurances sociales dit :

« Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection, est considérée comme la continuation de la maladie primitive ».

Il résulte de cette disposition que, si pendant la période de six mois prévue par le paragraphe 8 du même article, l'assuré social a plusieurs rechutes dont chacune ne soit séparée de la suivante par un intervalle de deux mois, il doit être considéré comme ayant été atteint d'une seule maladie et ne doit plus bénéficier des indemnités de l'assurance-maladie.

5045. — Assurances sociales et cures thermales

J'ai l'honneur de vous demander quelles formalités doivent être remplies pour obtenir de la caisse d'assurances sociales le remboursement pour frais d'une cure dans une station thermale.

Une caisse est-elle en droit de refuser toute indemnité, parce que le malade a fait une cure sans prévenir la caisse à l'avance ?

Dr M.

Réponse.

Il n'y a encore aucun texte officiel, qui règle la question du traitement thermal des assurés sociaux.

Mais, par ententes entre le syndicat général des médecins des stations balnéaires et climatiques, avec certaines caisses, comme également à la suite de démarches individuelles faites localement, certains assurés sociaux ont été soignés, l'été dernier, dans des villes d'eaux.

Ils se présentaient, au médecin de la station, qu'ils avaient choisi, munis d'une feuille de spécialité, que leur avait délivrée leur caisse locale.

Au retour, ils produisaient la note d'honoraires du médecin et le total des frais de leur traitement dans l'établissement thermal et la caisse les remboursait d'une partie de ces frais.

Il n'y a donc rien d'officiel pour le moment ; mais par ententes locales, on a utilisé un *modus faciendi*, qui, probablement, sera réglementé pour l'été prochain, avant l'ouverture des saisons balnéaires.

Fiscalité

4961. — Quand sera applicable la nouvelle loi sur les patentes ?

Abonné au *Concours Médical* et récemment installé je serais désireux de savoir si la patente sera basée à partir de janvier 1932 exclusivement sur le loyer des locaux professionnels, les locaux d'habitation devant être exonérés à cette date.

J'ai lu dans le *Concours Médical* du dimanche 16 août 1931 n° 33 page 2578 dans un projet de pétition intitulé : « La patente sur les locaux d'habitation » que la loi du 17 jullet 1930 modifiant la loi du 16 avril 1930 (article 65), suspendait l'application de l'exonération de la patente pour les locaux d'habitation jusqu'en 1932, et que la loi du 17 juillet 1931 *Officiel* du 19 *prolongeait cette suspension jusqu'à une date indéterminée.*

Or, dans le *Concours Médical* du 27 septembre 1931 n° 39, page 2972, article 3015 sous le titre « Base de la patente » le Conseiller fiscal A. M. dans sa réponse dit : « L'exonération d'habitation a été reportée en 1932 ».

La loi du 17 juillet 1931 serait-elle abrogée ? Je vous serais reconnaissant de me faire savoir, si oui ou non, en 1932, la patente sera basée sur les locaux professionnels seulement ou sur le total des pièces louées. Dr R.

Réponse.

La mise en application des dispositions législatives tendant à exonérer de la patente les locaux d'habitation, est bien reculée jusqu'à la mise en vigueur du nouveau régime fiscal des départements et communes, dont le projet n'est d'ailleurs pas encore en discussion devant les Chambres. La loi du 17 juillet 1931 n'est pas abrogée.

A. MARTINOT,
Conseil Fiscal.

5119. — Impôt sur deux voitures qui ne circulent pas simultanément

Le médecin qui a pour son usage professionnel deux voitures automobiles, dans quelles conditions peut-il et doit-il acquitter les taxes et impositions ? Peut-il n'en déclarer qu'une et la plus forte en C. V. ? Dans l'affirmative sur quel décret s'appuyer ?

Dr M.

Réponse.

Le médecin possédant deux autos ne peut s'exonérer du droit de circulation qu'en déposant le permis de circuler de la deuxième voiture qui ne doit servir que lorsque la première est à réparer.

Si elles marchent toutes les deux journellement elles doivent acquitter la taxe. A. M.

Voir la suite page LXIII-3451

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

22 NOVEMBRE 1931

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 22 NOVEMBRE 1931***, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant.

I. — *A 3 heures* 1 /2

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

(*Voir n° 43, page* 3366)

II. — *A quatre heures et quart*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Fonctionnement de l'Œuvre L. Plantier.
3° Le secret professionnel et la médecine sociale.

III. — *A cinq heures*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1930 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1930 ;
5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;
6° Modification de la dénomination sociale ;
7° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Vimont, *vice-président* ; Boudin, *secrétaire général* ; Chapon, Levassort et Molinéry, membres sortants et rééligibles.

IV. — *A six heures*

SÉANCE RÉCRÉATIVE

Illusionnisme, Prestidigitation, Harmonies, avec le concours précieux de Mme et du Dr DHOTEL.

V. — *A sept heures précises*

DINER. — Souscription 50 fr. (Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.)

A dix heures

BAL. — Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 20 *novembre,* aux bureaux du *Concours médical,* 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

PROPOS DU JOUR

Le Service des Secours sur Route

Les résultats obtenus. — Essai de paiement des honoraires des médecins par les soins de l'U.N.A.T. dans les départements de Seine et Seine-et-Oise.

Nous avons eu l'avantage d'assister à la dernière réunion de la Commission médico-chirurgicale de l'Union Nationale des Associations de Tourisme (U.N.A.T.), Union fondée par l'Automobile Club de France, le Club Alpin français et le Touring Club de France et qui compte actuellement comme adhérents quatorze groupes touristiques. A cette commission, M. le Dr BÉHAGUE a bien voulu nous exposer les résultats obtenus par le *Service des Secours sur route* qu'il organise et dirige avec une rare intelligence, doublée d'un inépuisable dévouement.

Nos lecteurs se souviennent de la méthode appliquée par le Dr Béhague dans la création des postes de secours, que nous avons exposée ici il y a quelques mois (1).

Aujourd'hui, il est possible de se rendre compte des services rendus par l'organisation des secours sur route et nous remercions vivement M. le Dr BÉHAGUE et M. Guy VALLAT d'avoir bien voulu nous documenter à ce sujet. Il est bon que l'effort réalisé soit connu et que chacun, dans la mesure du possible, soit par son influence, soit par sa collaboration directe, contribue à augmenter l'action bienfaisante du *Service des Secours sur route de l'U. N. A. T.*, service qui logiquement devrait incomber aux Pouvoirs publics, mais qu'il est sans doute préférable de laisser entre les mains expertes et désintéressées de l'initiative privée. En toute justice, le rôle des Pouvoirs publics devrait consister à subventionner largement ce service, si évidente est son action bienfaisante, action que l'intérêt public demande à voir considérablement étendue.

En trois ans, le *Service des Secours sur Route* est parvenu à organiser progressivement 1.700 *postes* fonctionnant sur une longueur de route qui atteint plus de 13.000 *kilomètres*, ce qui représente le sixième de la longueur totale de notre riche réseau national actuel.

D'après les déclarations envoyées par les chefs titulaires de ces 1.700 postes, ils sont intervenus pour 1.867 *accidents*. Le nombre des blessés secourus s'élève à 2.695, sans compter 75 *décès*.

(1) Cf *Concours médical*, nº 6 bis, 11 janvier 1931.

Si le programme prévu pour l'année 1931 est achevé, plus de 2.000 postes auront été créés au 31 décembre et une augmentation notable du chiffre des interventions ci-dessus en sera fatalement la conséquence.

Depuis le 1er juin, l'U. N. A. T. assure le règlement des honoraires *impayés* aux médecins ayant été appelés à donner leurs soins à des blessés recueillis par les postes établis dans les départements de Seine et Seine-et-Oise.

Le *Concours médical* et sa filiale la Ligue de Défense individuelle du Corps médical (*Le Sou Médical*) ont, dans une certaine mesure, collaboré à la mise en marche de cette tentative.

Suivant les termes de la Convention établie avec la *Confédération des Syndicats médicaux français*, l'U. N. A. T. se réserve aussi la faculté de recouvrer le montant des honoraires ainsi réglés aux médecins, auprès des blessés ou des personnes responsables de l'accident. L'U. N. A. T. a recours aux bons offices du *Sou médical* pour ce recouvrement et, à défaut du règlement passe l'affaire à son service de contentieux.

Depuis le 1er juin, date de la mise en vigueur de ce système, 1.250 francs ont été payés aux médecins, 300 francs ont été recouvrés par l'intermédiaire du « Sou Médical » et 100 francs par le Contentieux. Enfin, 160 francs ont été versés à la Caisse de l'U. N. A. T. à titre de remboursement forfaitaire du matériel utilisé et des indemnités payées aux chefs de postes.

Les organisateurs du *Service des Secours sur route* ont l'impression que les médecins qui ont eu besoin de faire appel à eux, ont été extrêmement satisfaits de ce mode de paiement et il est à présumer qu'il sera de plus en plus apprécié dans l'avenir, surtout s'il peut être étendu à d'autres départements. Tout dépendra de l'importance du déficit qu'aura à supporter l'U.N.A.T. qui, de toute manière, ne pourra évidemment rentrer intégralement dans ses fonds.

Rappelons que ceci n'est qu'une expérience tentée en Seine et Seine-et-Oise, ou plus exactement en fait dans le seul département de Seine-

et-Oise, car le *Service de Secours sur route* n'a pas de postes dans les agglomérations et de ce fait les postes sont très peu nombreux dans le département de la Seine.

Nous espérons que, d'une façon générale, les médecins auront compris et apprécié l'effort fait par l'U. N. A. T., effort qui aura pour résultat de faire disparaître en grande partie la prévention des médecins contre les blessés de la route, qui tendait à s'accentuer de plus en plus, car trop souvent, le praticien se trouvait dans l'impossibilité d'obtenir le règlement de ses honoraires pour les soins donnés d'urgence en cas d'accident, le blessé renvoyant à l'auteur de l'accident, ce dernier à une assurance, cette dernière demandant qu'on attendît la détermination des responsabilités.

A la réunion de la Commission médico-chirurgicale de l'U. N. A. T., le Dr Béhague a tenu à mentionner le rôle admirable des chefs de postes, auxiliaires précieux du Service qui n'agissent que par dévouement et, on peut le dire, d'une façon absolument désintéressée.

Tout en s'efforçant de faire connaître leur mérite et de les encourager par tous les moyens possibles, M. le Dr Béhague a l'intention de faire attribuer comme récompense aux plus méritants des diplômes et des médailles qui seraient décernés par les organismes de Tourisme officiels (Création d'une médaille des Secours sur route).

Enfin, M. le Dr Béhague a remercié les *Sociétés de la Croix-Rouge française* qui ont bien voulu se charger d'enseigner, aux chefs de poste, les notions élémentaires des premiers secours aux blessés, secours qui ne doivent pas être confondus avec le traitement des lésions provoquées par l'accident, car il est de toute évidence que ce traitement ne saurait être institué dans un poste de secours.

Nous ajouterons qu'il serait désirable que l'Administration des P. T. T. fît le possible pour doter tout au moins les postes les plus actifs d'un appareil téléphonique dont l'utilité en pareil cas, n'est pas à démontrer.

Nous croyons de notre devoir de remercier M. le Dr Béhague et ses collaborateurs des efforts méritoires qu'ils font pour généraliser les prompts Secours en France et pour tâcher d'assurer aux médecins l'équitable indemnisation de leurs services.

Et nous sommes convaincus que M. le Dr Caillaud (d'Orléans) qui, comme représentant de la Confédération des Syndicats médicaux français, assistait à la séance et qui, en outre, a pris une part active à la rédaction du Contrat établi entre l'U. N. A. T. et notre Confédération syndicale, partage à ce sujet les sentiments que nous exprimons ici.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

(HÔPITAL SAINT-LOUIS)

Etude comparée des divers traitements antisyphilitiques (1)

Professeur H. GOUGEROT

médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

L'étude comparée des divers traitements antisyphilitiques est une question difficile, mais il importe de l'envisager, car c'est une question de la plus grande importance pratique, afin de choisir la ou les médications les plus appropriées à chaque malade. Dès le début de cette comparaison des trois médicaments antisyphilitiques, il faut préciser que le mieux est de faire des cures pluri-médicamenteuses, associant ou alternant l'arsenic, le bismuth et le mercure.

Quels sont les différents critères de cette comparaison ?

1° Etudions tout d'abord la dose toxique expérimentale ; elle n'est pas facile à déterminer, car pour être précis il faudrait faire les expériences sur le même animal.

Quelle est la dose toxique expérimentale pour les trois médicaments ?

(1) Leçon du 15 mars 1931.

Arsenic par kgr. de poids	Bismuth	Mercure
Par voie intra-veineuse : chez le lapin.		
606 : 0,10, 914 : 0,15.	Tartrobismuth : 0,0025. Benzobismuth : 0,015. Sigmuth : 0,08.	Cyanure : 0,002. Benzoate de mercure et sublimé : 0,003.
Par voie intra-musculaire :		
D'après Ehrlich pour la poule : 906 : 0,58.	Tartrobismuth insoluble, 0,10 bimétal chez le lapin et sel soluble : 0,05.	Benzoate de mercure et sublimé : 0,020 chez la poule.

En résumé, les investigations expérimentales montrent que les arsenicaux sont les moins toxiques, mais il faut penser chez l'homme à la possibilité de l'intolérance imprévue.

Le bismuth est plus toxique, mais l'intolérance à ce médicament est plus rare ; il faut aussi remarquer que ses sels solubles sont plus toxiques que les insolubles.

Le mercure est plus toxique que le bismuth chez le chien et 5 fois plus toxique chez la poule.

Telles sont les constatations expérimentales, mais en clinique il en est tout autrement.

2° Voyons maintenant le 2e point de notre étude comparative, examinons les doses stérilisantes expérimentales chez le lapin et le singe.

Arsenic.	Bismuth	Mercure
D'après Ehrlich par kgr. de poids : 0,01.	Tartro-bismuth soluble : 0,05 limite de la tolérance. Tartrobismuth insoluble 0,05 de bi-métal par kgr.	Dans la spirillose des poules, la dose stérilisante de mercure soluble, est plus forte que la dose toxique.

En résumé, chez l'homme, la dose stérilisante est inférieure à la dose toxique pour l'arsenic ; pour le 606 elle est de 0,60, chez un homme adulte, donc une dose tolérée.

Au contraire, la dose stérilisante de bismuth ou de mercure pour le lapin ne peut être employée chez l'homme car elle est nettement toxique.

3° Passons à l'étude du pouvoir absorbant de l'organisme vis-à-vis de ces trois médicaments.

L'absorption par voie veineuse est très rapide, celle par voie intra-musculaire et sous-cutanée est plus lente.

Par voie intra-musculaire.

Arsenic	Bismuth	Mercure
606 en solution aqueuse provoque parfois de la nécrose. 606 en suspension huileuse se résorbe assez rapidement.	Les solubles s'absorbent rapidement. Les demi-insolubles et les insolubles s'absorbent lentement.	Les cyanures, sels solubles, demi-insolubles (1), les insolubles, s'absorbent de façons diverses.

Par voie intra-veineuse.

L'absorption est rapide pour les trois médicaments.

Si on emploie plus fréquemment les injections intra-veineuses arsenicales que les intra-musculaires, ce n'est pas parce que les premières sont plus actives, c'est tout simplement, pour éviter la douleur aux malades .

4° Envisageons l'élimination de ces trois médicaments. On étudie surtout leur élimination rénale.

Pour l'arsenic, introduit par voie musculaire, l'élimination débute une heure après l'injection, elle augmente pendant 2 à 5 jours pour atteindre son maximum vers le 2e jour. Elle disparaît vers le 6e jour.

(1) Tel que le sous-oxyde mercuriel de Duret qui n'existe pas dans le commerce.

Pour les sels solubles de bismuth introduits par voie intra-musculaire, on constate leur apparition dans les urines vers la 2e heure après l'injection ; l'élimination atteint son maximum vers la 12 ou 15e heure puis elle décroît lentement.

Les sels insolubles de bismuth apparaissent dans les urines vers la 20e heure. Leur élimination est en général très lente et c'est pourquoi l'emploi de ces sels permet à l'organisme de prendre un bain bismuthé prolongé. C'est pourquoi souvent nous faisons les deux dernières piqûres de la série avec des sels insolubles, de cette façon nous laissons les tissus de l'organisme traité sous l'action de bain bismuthé, dans l'intervalle des séries de traitement.

Par voie veineuse l'élimination des sels arsenicaux débute 20 minutes après l'injection, le maximum est atteint au bout de quelques heures.

L'élimination est massive pendant les 8 premières heures, puis elle décroît jusqu'au 6e jour environ.

L'élimination du benzobismuth atteint son maximum vers la 3e ou 4e heure. Le bismuth colloïdal s'élimine dès la première heure, atteint son maximum vers la 5e heure et se termine vers la 16e heure.

5° La tolérance est le principal facteur pour choisir un antisyphilitique ;

Je ne puis pas vous rapporter ici tous les cas d'intolérance, les accidents et les dangers qu'entraîne le traitement par ces trois médicaments, mais il faut mentionner les plus importants.

Arsenic	Bismuth	Mercure
Accidents généraux relativement fréquents.	Exceptionnels.	Exceptionnels.
Crises nitritoïdes assez fréquentes et dangereuses.	Sans danger.	Sans danger.
Stomatite rare.	Stomatite fréquente, rarement grave.	Fréquente et souvent dangereuse.
Entérite exceptionnelle.	Crises diarrhéiques rares.	Fréquentes, diarrhée dysentériforme du cyanure.
Erythrodermie grave, purpura non exceptionnel.	Exceptionnelle. Purpura rarissime.	Exceptionnels.
Albuminurie rare.	Souvent toxique pour le rein.	Rarement toxique pour le rein

6° Quelle est l'efficacité de ces médicaments sur la syphilis humaine ? L'efficacité est difficile à apprécier, on doit pour le faire se baser sur les tests cliniques suivants :

1) Rapidité d'action ; 2) Puissance de cicatrisation ; 3) Action sur la séro-réaction ; 4) Stabilité des résultats et empêchement des récidives ; 5) Puissance de stérilisation.

Je me contenterai donc de vous donner des chiffres moyens approximatifs.

Cicatrisation ou « guérison » clinique.

Arsenic	Bismuth	Mercure
Chancre érosif, 4 à 8 jours........	7 à 15 jours	15 à 20 jours
Chancre papuleux, 10 à 20 jours.......	15 à 25 jours	15 à 60 jours
Chancre ulcéreux, 20 à 25 jours......	20 à 30 jours	20 à 40 jours
Chancre phagédénique, 20 à 60 jours...	20 à 60 jours	30 à 120 jours
Adénite, de 20 à 60 jours.............	20 à 120 jours	30 à 180 jours
Disparition des tréponèmes, 1 à 4 jours	1 à 8 jours	8 à 15 jours
Roséole, de 5 à 15 jours..............	10 à 20 jours	15 à 30 jours
Plaques muqueuses érosives, de 1 à 5 jours.........................	4 à 6 jours	10 à 25 jours
Plaques ulcéreuses, 5 à 8 jours........	10 à 20 jours	20 à 30 jours
Plaques muqueuses hypertrophiques, 6 à 15 jours....................	10 à 20 jours	20 à 40 jours, récidives fréquentes
Papules, 10 à 20 jours...............	15 à 25 jours	5 à 30 jours
Syphilides secondaires ulcéreuses, 10 à 20 jours.......................	20 à 40 jours	30 à 60 jours.
Syphilides lichénoïdes (hybrides d'après Milian de la tuberculose et de la syphilis), 15 à 30 jours..............	30 à 120 jours	2 à 5 mois
Syphilides gommeuses, 15 à 60 jours...	15 à 80 jours	60 à 80 jours
Syphilides serpigineuses, 10 à 15 jours..	10 à 30 jours	1 à 2 mois
Syphilides malignes précoces, 10 à 30 jours.........................	20 à 40 jours	Inefficace habituellement

En résumé, nous pouvons dire que l'arsenic a une action plus puissante et plus rapide que le bismuth et le mercure.

Le bismuth a une action moins rapide mais plus prolongée.

Le mercure est le moins puissant des trois médicaments.

7° Que pouvons-nous constater par la comparaison des résultats de la séro-réaction ?

C'est un critère excellent, mais étant donné les variations dans le B.-W. chez le même malade et par les mêmes techniques, on ne peut avoir que des impressions et non des certitudes.

Arsenic	Bismuth	Mercure
Incontestablement le plus actif.	Moins actif que l'arsenic.	Peu actif.
Très actif à la période du *chancre*, mais le B.-W. reste positif dans 30 à 50 % des cas après la première cure.	Moins actif, action plus tardive, mais plus efficace.	Peu actif aux doses habituelles, dans 75 % des cas, le B.-W. reste positif. Hg plus actif aux doses intensives.
Le B.-W. devient négatif après 2 ou 3 séries.	Après 3 à 6 séries.	Il faut être patient pour obtenir un B.-W. négatif.
Dans la *syphilis secondaire*, le plus actif.	Action plus lente, mais plus stable.	Lente mais certaine après 6 à 24 mois de cures périodiques.
Dans la *syphilis tertiaire*, le plus actif, mais action variable.	Souvent supérieur aux arsenicaux.	Le moins actif.

Deux critères encore meilleurs sont la stabilité des résultats et la possibilité des récidives.

Le traitement arsenical donne les résultats les plus brillants, mais les récidives sont souvent les plus graves.

Le bismuth et le mercure donnent des résultats plus stables, et les récidives sont moins fréquentes, mais ces défauts dépendent peut-être des fautes dans la poursuite du traitement, ou bien de la résistance à l'un de ces médicaments.

8º La *réinfection* et *la superinfection* sont assez fréquentes avec le traitement arsenical, ce qui prouve la supériorité des arsenicaux.

Les réinfections avec le traitement bismuthé sont moins fréquentes.

Au temps où on employait le traitement mercuriel la réinfection était si rare qu'on en discutait l'existence.

***

En résumé, étant donné que les trois médicaments ont chacun leurs avantages, il faut conclure que pratiquement il vaut mieux les associer. Au début nous étions seuls avec Ravaut et de rares auteurs à préconiser le traitement mixte, actuellement il est admis par tout le monde.

Les arsenicaux sont les meilleurs pour le traitement d'attaque, car ils sont les plus actifs. Le traitement est facile, on fait des injections tous les 3 à 7 jours ; on fait deux cures successives avec intervalle de 3 à 4 semaines entre les deux.

Le bismuth est moins actif ou plutôt moins rapidement actif, mais on risque moins les accidents. On peut combiner le bismuth à l'arsenic en intercalant les injections ou en faisant des cures successives.

Au début, quand il y a urgence, il est préférable d'allier les deux médicaments As et Bi dans la même cure.

On intercale, si possible, entre les injections arsenicales ; du bismuth par exemple, deux fois par semaine, deux cc. de solution huileuse à 4 % de camphrocarbonate de Bi en injection intramusculaire. Puis on arrête le traitement pendant 3 ou 4 semaines. On fait ensuite une 2e cure de 6 semaines.

Entre les injections arsenicales on peut aussi intercaler des injections mercurielles, salicylate, cyanure, calomel.

On arrête 4 semaines. Puis on fait une cure bismuthée de 12 injections tous les deux jours. On arrête 4 semaines. Une nouvelle cure de bismuth de 12 injections, un nouvel arrêt. Puis la 3e cure arsenicale semblable à la première. En somme un traitement d'environ un an.

Dans les syphilis viscérales il est utile d'alterner les cures arsenicales, bismuthées et mercurielles en insistant sur celui des médicaments qui est le mieux toléré et qui paraît le plus actif.

Si on remarque qu'un des médicaments reste inefficace il ne faudra pas s'obstiner à le continuer.

Pour finir cette étude comparative on peut donner le résumé suivant : L'arsenic est le plus actif, mais il comporte des dangers incontestables.

Le bismuth est moins rapidement actif que l'arsenic, il est donc suffisant dans les cas où il n'y a pas urgence, il est le médicament de choix dans les cas d'arséno-résistance. Il est le moins dangereux des trois médicaments.

Le mercure est le moins actif des trois, mais il est excellent dans certaines lésions chroniques surtout de syphilis nerveuse, oculaire, cardio-aortique, rénale et hépatique.

Les cures pluri-médicamenteuses ont le maximum de puissance, car elles allient et additionnent toutes les qualités des trois médicaments. Tant qu'il n'y aura pas le médicament idéal, pour lutter avec la syphilis le praticien devra utiliser tous les antisyphilitiques, soit en les alternant de cure en cure, soit en les combinant dans la même série.

PSYCHOLOGIE D'UNE CAMPAGNE

La suppression des maisons de tolérance

Par M. CHAVIGNY,

Médecin Général de l'Armée.
Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Si la médecine n'était pratiquée que par des médecins, il serait presque totalement superflu de rappeler à ceux-ci l'existence de deux sortes de logique, essentiellement différentes et distinctes l'une de l'autre :

La logique rationnelle d'une part ;

La logique du sentiment d'autre part.

Tous les médecins sont fixés à cet égard, semble-t-il, et par leurs habitudes cliniques, et par leur dressage professionnel à l'esprit d'observation ils savent se garer de l'entraînement à la logique sentimentale.

Tout au contraire, le public, sans nullement s'en apercevoir d'ailleurs, se laisse aller à cette logique du sentiment toutes les fois qu'il s'occupe de médecine ou d'hygiène.

Ce public bien intentionné fausse constamment les données, même fort simples, que la médecine ou l'hygiène lui fournissent comme point de départ. A cela rien de bien surprenant, car rien ne vient en cours de route le maintenir dans les limites de la logique rationnelle, ni du raisonnement médical.

Dans un article tout récent du *Siècle Médical*, le docteur Lacassagne rappelait avec raison que le mouvement abolitionniste a pris naissance en Angleterre en 1875 sous l'impulsion d'une femme, Mme Buttler, femme d'un pasteur protestant. Il disait : « il y a donc là, ne l'oublions pas, une triple origine anglaise, féminine et presbytérienne ».

En logique du sentiment, et en se basant sur ces triples données, les efforts des abolitionnistes ne peuvent guère être endigués.

Ils ont raison parce qu'ils en sont convaincus, et cela leur suffit.

Peu leur importe d'ailleurs, et de ceci ils ne peuvent guère s'en rendre compte, que leurs affirmations comportent une méconnaissance absolue et un mépris tout aussi total des données médicales.

Même, quand on leur fait remarquer que, d'après toutes les tentatives faites dans ce sens jusqu'ici, l'abolitionnisme a toujours abouti à une recrudescence d'immoralité, et à une multiplication des maladies vénériennes, ils se refusent à le croire, ils ne veulent pas en être convaincus.

Presque jamais les abolitionnistes ne sont des gens qui aient quelque documentation d'épidémiologie générale.

A l'heure actuelle, l'épidémiologie répartit les différentes maladies contagieuses en des groupes bien nets, avec des mesures préventives ou thérapeutiques hautement recommandables.

1° Groupe des maladies évitables par *vaccination* préalable. Tout à la gloire de la médecine moderne, le nombre de ces vaccinations préventives va toujours s'accroissant.

La tâche médicale et hygiénique est de conquérir le public à ces diverses vaccinations, lorsque la valeur en est bien démontrée.

2° Un autre groupe est constitué par des maladies, telles que la scarlatine, le typhus, le choléra, etc., évitables par l'*espacement* et les mesures de *propreté*.

3° Il y a enfin ce groupe des maladies contagieuses, dont font partie les *maladies vénériennes*, et dont on peut dans une certaine mesure ralentir ou diminuer la diffusion en traitant aussi bien que possible et de la façon la plus précoce le plus grand nombre des malades atteints.

Assurément, à l'égard de cette dernière sorte de maladies, une vaccination préventive aurait une bien autre valeur que le traitement. Cette vaccination préventive, il faut espérer que l'avenir, et peut-être un avenir assez proche, nous la donnera.

Il serait presque curieux de savoir ce que nos grands moralistes penseraient de l'avènement d'une telle vaccination et du retentissement qu'elle pourrait avoir sur la morale sexuelle.

C'est tout un problème qui n'a encore été nullement dégrossi ni même envisagé.

Restons-en, en ce qui concerne les maladies vénériennes, dans le domaine des réalités.

Ces maladies ne sont guère justiciables encore que de deux sortes de mesures :

Mesures préventives,

Mesures thérapeutiques.

Les mesures préventives, dont l'une est bien ancienne, c'est la chasteté, l'autre beaucoup plus récente, la pommade de Metschnikof et autres procédés analogues, ne paraissent guère avoir jusqu'ici fait diminuer de façon sensible la diffusion des maladies vénériennes.

Ce n'est pas ici le lieu d'ailleurs de dire en détail par quelle interprétation hautement psy-

chologique des faits, les Américains pendant la guerre avaient pu tirer, de ces sortes de prescriptions, un bénéfice appréciable.

La question du traitement est celle qui actuellement est passée nettement au premier plan dans les préoccupations de tous les médecins et de tous les hygiénistes.

Accessoirement même, elle préoccupe les gouvernements qui s'efforcent, à l'envie, de légiférer en ce sens.

D'un pays à l'autre la législation est jusqu'ici bien diverse, peut-être même légèrement incohérente. Il ne semble pas qu'on ait trouvé une formule bien satisfaisante, ni d'un rendement pratique très assuré.

Les hygiénistes, à peu près sans exception, sont tous partisans d'accorder au gouvernement un très large droit de regard et de surveillance dans toutes les professions, qui risquent de mettre en circulation de la marchandise avariée, nuisible aux consommateurs.

Les maladies vénériennes sont, au sens le plus littéral de ce mot, une marchandise avariée, et il est difficile de concevoir pourquoi on en proclamerait le libre commerce, alors que les sociologues de tout bord s'efforcent chaque jour de renforcer les mesures de surveillance, de contrôle, en toutes les professions.

La libre pratique accordée à la prostitution, la suppression de son contrôle médical ont toujours eu jusqu'ici des résultats tellement fâcheux, que les gouvernements en ont toujours été réduits, tôt ou tard, à rétablir les maisons de tolérance lorsque, par vertu, ils s'étaient cru obligés à les fermer.

Ce fut le cas d'un pape,

Ce fut le cas de St Louis,

et de combien d'autres.

Il est, en effet, certaines lacunes de la nature humaine, auxquelles on ne peut remédier qu'en les endiguant et en les surveillant.

C'est l'évidence même, et il en a été ainsi pour le jeu : le Gouvernement vient de rétablir dernièrement le jeu public, en installant les agences du Parti Mutuel.

Et pourtant quelle campagne n'avait-on pas menée contre les loteries nationales et les maisons de jeux du Palais Royal ?

Il faut bien se méfier des entraînements passionnels du public. Ce sont eux, qui font échouer les réformes les plus nécessaires en prenant des mesures draconiennes, et surtout infiniment peu psychologiques.

L'exemple de la campagne prohibitionniste contre l'alcool aux Etats-Unis est là pour le prouver.

Il est heureusement probable que la fermeture des maisons publiques, dans les pays où les abolitionnistes l'obtiendront, n'aura pas une importance considérable sur l'augmentation des maladies vénériennes, étant donné surtout la proportion relativement infime des prostituées claustrées par rapport à l'importance numérique de la prostitution clandestine.

Nul médecin ne sera étonné que la campagne abolitionniste groupe un grand nombre d'adhérents, qui fasse preuve d'un prosélytisme intense, même fructueux pour la cause qu'il défend. Le programme évolue sur deux mots, avec lesquels on a toujours suscité l'enthousiasme public, surtout d'ailleurs quand le public ignore tout des applications qu'on en veut faire :

Ces mots sont *liberté* et *égalité* ; liberté de la femme, égalité des sexes.

Les médecins en général seront, à ce qu'il nous semble, d'avis que le public non médical est complètement inapte à s'immiscer dans des questions d'épidémiologie, que rien ne l'a préparé à comprendre et qui d'ailleurs, pourrait-on dire, peu aimablement, ne le regardent pas.

Il ne s'agit que de médecine.

Il ne semble pas que l'aide d'un public incompétent risque de fournir des données bien transcendentales et bien efficaces en des questions, où des médecins compétents font depuis longtemps les efforts les plus louables pour parvenir à un résultat simplement satisfaisant.

C'est un devoir médical actuel que de disséquer le mécanisme mental de cette campagne.

Lui opposer des arguments serait aussi illogique qu'inutile.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Sur la prostate

Suite et fin (1)

II. De l'opportunité d'une intervention chirurgicale à propos des affections prostatiques

D'après le Dr O. PASTEAU (2)

« Parmi les chirurgiens, il en est qui semblent des opérateurs par principe, ne laissant passer aucune occasion de recourir au bistouri ; il en est d'autres, au contraire, qui paraissent un peu trop timorés, et qui, volontiers, attendent de la nature seule ou de petits moyens une amélioration ou une guérison aléatoire ». Pour choisir une position moyenne entre ces deux extrêmes, il faut diviser les maladies de la prostate en quatre chapitres : *les infections, la lithiase, l'hypertrophie simple et le cancer.*

Prostatites et abcès prostatiques

Qu'il s'agisse d'infections d'origine urétrale (gonococcie surtout), ou générale (staphylococcie, affection intestinale, bacille d'Eberth, bacille de Koch), — la *clinique* nous présente deux modes bien différents :

Ou bien, c'est une *infection peu intense, sans foyers nettement localisés* ;

Ou bien, ce sont *de véritables abcès intra-prostatiques.*

Extrêmement fréquentes sont les lésions inflammatoires de la prostate *sans abcès.* On note alors des troubles de miction : fréquence, ténesme, et difficulté pouvant aller jusqu'à la rétention complète. Il peut y avoir aussi des phénomènes généraux très marqués, et notamment, des douleurs vives, une fièvre élevée.

Mais, à moins d'exceptions, l'inflammation, bien traitée, dès le début, sans excès, tend à se résoudre sans aboutir à des collections suppurées notables. On conseille des petits lavements chauds, fréquemment renouvelés et donnés au moyen d'une petite poire tout en caoutchouc, sans embout dur et *traumatisant, plutôt que des massages sévères, qui ne font qu'aggraver la situation.*

Si, au contraire, on ne s'occupe pas à temps de cette infection sans abcès, si on multiplie les cathétérismes de l'urèthre sous prétexte de désinfections locales, en cherchant à comprimer la glande par un double palper pour en exprimer le liquide infecté, il est habituel de voir les accidents locaux et généraux s'accentuer et une *collection purulente* se former dans la prostate. Les abcès se développent plus ou moins, se multiplient suivant la résistance du malade, la virulence du pus, la répétition ou la gravité des traumatismes.

Faut-il intervenir chirurgicalement dans tous les cas d'abcès prostatiques ? « Certainement non. Tout dépend du volume et de la situation de l'abcès, de la gravité des phénomènes locaux et généraux. »

Un petit abcès, que l'on sent mal dans une prostate très développée, s'il est situé près du canal urétral, peut très bien être évacué par l'urètre et guérir complètement grâce à de petits massages à de petits lavages (gargarismes) de la région prostatique avec une sonde, dont les yeux seront arrêtés au niveau de la zone d'infection. Même s'il existe de la rétention, un cathétérisme doux, avec une sonde molle peut aider à « faire venir » le pus dans l'urètre.

Dans tous les autres cas, on doit évacuer l'abcès sans trop tarder. La voie urétrale est dès lors insuffisante, et la voie rectale, réservée aux abcès très superficiels sous la muqueuse rectale, doit céder le pas à la *voie périnéale.* C'est une prostatotomie périnéale classique, à incision assez large pour bien découvrir toute la face postérieure de la prostate, au niveau de l'espace décollable pré-rectal. Le pronostic est bénin, à moins que l'état général ne soit trop atteint (tuberculose).

Lithiase prostatique

Cliniquement, il s'agit : ou bien de *calculs urinaires* assez fréquents de l'urètre prostatique comme de ses diverticules, qui ne sont souvent que des calculs migrateurs venus des voies urinaires supérieures ;

Ou bien de *calculs vrais de la prostate,* intraglandulaires, dus à l'existence d'une infection atténuée de la glande.

« *Le diagnostic de calculs de la prostate n'entraîne pas fatalement à sa suite la nécessité d'une intervention opératoire.* »

Assez souvent, on peut enlever des calculs prostatiques par des moyens simples : dilatation et calibrage du canal, voire placement d'une sonde à demeure ; la radiographie permet d'apprécier

(1) Voir *Concours Médical,* nº 43.

(2) Dr O. PASTEAU. — Pourquoi, quand, comment convient-il d'intervenir chirurgicalement sur la prostate ? (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 juillet 1931.)

le résultat obtenu et de ne pas laisser en place des débris calculeux.

Quand une intervention est nécessaire, soit à cause des troubles locaux, soit à cause de l'infection, la taille périnéale, comme la prostatectomie périnéale, a cédé le pas à la *prostatectomie sus-pubienne.* Si la prostate n'est pas très développée, il est possible d'intervenir à peu de frais et les suites sont simples. Si, au contraire, la prostate est grosse, ou s'il y a de la rétention, on doit avoir pour but de l'enlever tout entière ; c'est le meilleur moyen d'obtenir une guérison certaine ; opération en un temps, si le cas est simple ; opération en deux temps, si le fonctionnement rénal est défectueux, l'état général mauvais, ou s'il existe une infection notable.

L'intervention périnéale ne reste indiquée, car moins grave, que si les malades sont très infectés et peu résistants.

Hypertrophie simple de la prostate

Trois variétés cliniques qui se distinguent d'après les signes suivants : fréquence et difficulté mictionnelle ; rétention plus ou moins complète ; infection urinaire.

En voici l'évolution :

En dehors de tout calcul, de toute infection, la *fréquence mictionnelle* est d'abord peu marquée : une ou deux mictions par nuit, à heures régulières ; puis, celle-ci peut s'accentuer, et arriver à « l'hésitation », au « bégaiement urinaire », à la « miction en deux ou plusieurs temps », avec rétention plus ou moins complète.

Vient ensuite la *rétention,* plus ou moins complète, passagère et cédant, pour un temps appréciable, à un sondage parfois grâce à l'adjonction de petits lavements froids. Mais cette rétention peut s'installer définitivement, sournoisement car le malade semble uriner normalement, et même plus qu'auparavant. D'où la possibilité d'erreurs de diagnostic graves, si l'on ne pratique pas le toucher rectal ou le cathétérisme.

Enfin, c'est l'*infection* : pour la moindre cause (un cathétérisme fait pourtant avec toutes les précautions possibles, une légère infection intestinale, une constipation habituelle, un furoncle, une angine), les urines peuvent s'infecter, s'il existe de la rétention vésicale, d'une centaine de grammes, parfois moins.

Pour mémoire, on peut citer les différentes complications de cette infection : participation rénale, fièvre, répercussion sur la tension sanguine avec troubles cardiaques.

Voilà pourquoi, certains chirurgiens dès qu'ils sont consultés par un prostatique, conseillent la prostatectomie, déclarant que l'intervention se présente avec des caractères de bénignité d'autant plus grande que la maladie a été arrêtée plus tôt dans son cours.

« En principe, cela est vrai, mais il est vrai aussi que de très nombreux prostatiques peuvent vivre longtemps, très longtemps même, avec de petits troubles de la miction et sans avoir été opérés.

« On peut donc conclure très honnêtement qu'à *moins de troubles de miction importants, de rétention persistante ou d'infection résistant à un traitement bien conduit de lavages, on peut attendre avant de conseiller la prostatectomie.* »

Si, par contre, le tableau clinique change, il ne faut pas trop s'attarder, et il est sage de pousser le malade à accepter l'intervention curatrice. »

La prostatectomie se présente :

Sans caractère d'urgence : préparer son malade, avec tout le temps voulu, par un régime pour améliorer sa tension sanguine, son élimination rénale.

Avec une urgence relative, d'autant plus grande que les symptômes d'infection et de rétention sont plus accentués. Quoique le *volume* de la prostate ne soit pas d'une importance absolue, on doit en tenir compte pour hâter l'opération. Il en est de même de la *consistance* (noyaux indurés, irrégulièrement disséminés) ; on peut avoir affaire à une prostatite, mais aussi à un néoplasme malin encore bien limité.

Avec une urgence absolue, quand, en particulier, il existe de ces grandes hématuries d'origine prostatique, qui menacent la vie.

Quelle opération ? Malgré les essais de ligature des canaux déférents du testicule, il semble que la seule opération radicale contre l'hypertrophie de la prostate soit la *prostatectomie.*

La voie périnéale a été avantageusement remplacée par la *voie sus-pubienne,* dont les résultats, prouvés par des milliers de cas, sont excellents, dont la gravité est minime (3 à 5 %). Cette gravité est d'ailleurs de beaucoup diminuée par l'opération en deux temps ; cependant, l'opération en un seul temps peut fort bien être conseillée, si l'état des reins est suffisant, et la résistance du malade convenable, d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent d'une intervention rapide, avec anesthésie réduite au minimum.

Mais la voie périnéale, ne doit pas être complètement abandonnée pour la réserver aux malades âgés, peu résistants et trop infectés ; il permet d'ailleurs d'assurer un drainage déclive.

Néoplasmes malins de la prostate

Le cancer de la prostate se présente en *clinique* comme une induration localisée, ou comme un épaississement irrégulier, diffus, déjà étendu avec une sorte de corne vers les vésicules sémi-

nales. Tantôt aucun symptôme, tantôt des symptômes d'hypertrophie simple, tantôt quelques saignements irréguliers.

« Mais, *toute hématurie chez un homme qui a dépassé la quarantaine doit faire penser au néoplasme prostatique*, et déterminer un examen spécial. »

Les petits néoplasmes limités sont à opérer ; pour les autres, pas d'opération curatrice à tenter dans l'état actuel de nos connaissances. « *En cas de cancer prostatique dépassant les limites de la glande, pas d'*OPÉRATION CURATRICE *à tenter, sous peine de donner au malade beaucoup plus de chances de mourir plus vite que si on n'avait rien fait.* »

Cependant, on peut diminuer les douleurs et prolonger la vie, en parant aux accidents de rétention et d'infection par la *cystostomie sus-pubienne* ; mais, sous peine de déboires, ne pas tenter autre chose, même par les rayons X, le radium.

***

Conclusion pratique:

Pour les prostatites, l'abcès seul commande l'intervention chirurgicale d'évacuation ;

Pour la lithiase prostatique, l'intervention n'est commandée que par les troubles locaux, ou par l'infection (prostatectomie sus-pubienne) ;

Pour l'hypertrophie simple de la prostate, on doit savoir attendre, et ne conseiller la prostatectomie qu'en cas de troubles importants de la miction, de rétention persistante ou d'infection résistant à un traitement bien conduit de lavages ;

Pour les cas de néoplasmes soupçonnés ou très limités, faire une prostatectomie sus-pubienne rapide ; dans tous les autres cas, abstention opératoire ou cystostomie sus-pubienne, sans aucun autre traitement.

G. F.

ALLOPATHIE ET HOMÉOPATHIE

Thérapeutique clinique de l'iode « Iodium »

Par le Docteur TÉTAU,

Médaillé de l'Académie de médecine.

Si les médecins homéopathes utilisent un grand nombre de médicaments qui ne sont pas employés par les allopathes, il en est un certain nombre cependant qui sont également prescrits dans les deux écoles, et qui donnent dans chacune d'elles des résultats thérapeutiques indéniables, bien que l'idée directrice de la prescription ne soit pas la même.

Nous avons pour cette étude choisi l'iode (Iodium). C'est un médicament dont le point de départ dans les deux écoles est sensiblement le même, et qui donne généralement chez les allopathes les résultats thérapeutiques qu'enseignent les homéopathes, et cela, parce que ordonné fréquemment aux doses que ces derniers préconisent.

La teinture d'iode officielle du Codex est une solution iodurée d'iode à 1 gramme d'iode pour 15 d'alcool à 90°. La teinture mère des homéopathes est une solution d'iode à 1 gr. d'iode pour 20 d'alcool à 90°, et c'est cette solution qui sert pour les dilutions successives.

Il y a bien une différence du quart, mais comme la prescription se fait par gouttes, et en plusieurs prises diluées dans une certaine quantité de liquide, eau, vin ou lait, la différence tend à s'atténuer de plus en plus en raison de la diminution de la dose du médicament.

Remarquons que si nous considérons un sujet d'un poids moyen de 75 kilogr, à qui l'on prescrit 10 gouttes de teinture d'iode pour obtenir une action thérapeutique, cette dose représente environ le 1/450.000ᵉ du poids du sujet, et si on ne lui en prescrit qu'une goutte, c'est seulement le 1/4.500.000ᵉ du poids. On conviendra que ces doses pondérables ne représentent qu'une quantité infime du médicament, et cependant certains sujets très sensibles éprouvent, même à ces doses infinitésimales dans leur dilution, des phénomènes d'intoxication ou d'intolérance, se caractérisant par des troubles physiologiques ou même pathologiques, coryza, larmoiement, rougeur des yeux, goût métallique, etc., obligeant le malade a cesser l'emploi du médicament ou le médecin à atténuer encore la dose.

Ces troubles de sensibilisation, nous les trouvons très complètement décrits dans la pathogénésie de la matière médicale homéopathique, au titre « Iodium » ; et ce type que l'expérimentation de l'iode sur l'homme sain produit artificiellement, nous le trouvons en plus cliniquement dans la nature, et le rencontrons dans notre cabinet comme malade.

Voyons l'un et l'autre de ces types :

« Quand vous verrez entrer dans votre cabi-
« net un individu aux cheveux bruns et aux yeux
« noirs, maigre, et si décharné que chaque mus-
« cle de son visage apparaît nettement dessiné,
« et dont les yeux proéminents, aux pupilles
« dilatées, éclairent une face au teint pâle ou
« plutôt jaunâtre et basané, désespéré de son
« état, constamment agité, et vous exprimant
« fébrilement ses inquiétudes et ses anxiétés,
« vous avez devant vous le type « Iodium ».
Dr Léon Vannier.

Tel est le type clinique.

Voyons maintenant le type que nous décrit la pathogénésie et présentons-le également sous forme d'une observation clinique.

Toujours inquiet, agité, affairé, préoccupé et craignant que quelque chose de fâcheux ne lui arrive, il ne peut prendre aucun repos, et cette activité fébrile amène un état d'épuisement physique et nerveux influençant le caractère, qui devient irritable, impulsif avec crises de mélancolie et de découragement. Cet état nerveux, avec insomnie ou sommeil chargé de rêves angoissants, s'accompagne de vertige avec tendance à tomber en avant, et de céphalée congestive et constrictive avec douleur à la racine du nez, afflux de sang à la tête et battements pulsatils se faisant sentir également au creux épigastrique et dans les extrémités, malaises que la chaleur et le bruit augmentent.

La sensibilité est accrue, les douleurs sont profondes, aggravées la nuit et par le repos, douleurs ostéocopes dans les os du bras avec tremblement des muscles, crampes, spasmes et souvent gonflement inflammatoire du genou avec œdème des pieds, sueurs âcres et corrosives.

La faiblesse musculaire est extrême. La sensibilité de l'ouïe au bruit est augmentée, mais évolue vers la dureté et la sclérose du tympan. Les yeux sont saillants, tendant à l'exophtalmie. d'une sensibilité cuisante sous des paupières œdématiées et tremblantes. La pupille est dilatée et les globes oculaires sont animés de mouvements nystagmiformes.

Malgré une faim canine, jamais rassasiée, rendant le sujet irritable et anxieux, s'il ne mange pas, en raison de l'amélioration de toutes les souffrances en mangeant, il maigrit constamment ; l'organisme s'épuise, aboutit à la consomption, à la cachexie et à l'hecticité fébrile avec sueurs nocturnes.

Cette boulimie n'est pas sans agir sur l'ensemble des voies digestives. La digestion se fait mal, il y a des éructations, des nausées, des vomissements fréquents, des crises crampoïdes avec battements au creux épigastrique. L'haleine est mauvaise, les gencives molles et saignantes, la langue épaisse, la salivation fétide, d'un goût amer ou salé. Le ventre est ballonné avec borborygmes, ténesme, selles argileuses ou pâteuses ; la constipation, avec besoin inefficace cède en buvant du lait froid. La peau est sèche et râpeuse, souvent atteinte d'éruption de petits boutons rouges et secs acnéiformes.

La muqueuse des voies respiratoires dans son ensemble est enflammée et congestionnée. Le coryza est sec dans la maison et fluent dehors, avec éternuements et douleur au niveau des sinus frontaux, parfois des épistaxis et de l'ozène. Il existe de la constriction et des spasmes du larynx, parfois de l'œdème avec enrouement, toux sèche, aboyante, souvent croupale, suivie d'expectoration épaisse, striée de sang ; dans la poitrine des poussées congestives surtout dans la partie supérieure du poumon droit avec sensation de grande faiblesse et hémoptysie.

Le cœur, avec sensation de constriction, est atteint de violentes palpitations au moindre exercice, et le pouls accéléré devient petit et parfois filiforme. Les émissions d'urine sont fréquentes ; celle-ci est foncée, souvent irisée, avec incontinence chez les vieilles femmes.

Le pouvoir sexuel est diminué par sclérose testiculaire. Les règles sont irrégulières ; l'ovaire droit atteint de douleurs pressives, les seins sont mous et flétris avec des noyaux indurés ; la leucorrhée est irritante, corrosive, rongeant le linge.

Mais ce qui frappe surtout dans le type « iodium », c'est un développement de toutes les glandes en général, soit lymphatiques ou endocriniennes avec tendance à l'induration scléreuse ; hypertrophie en chapelet des ganglions lymphatiques du cou, du hile, du médiastin, de l'aisselle, de l'aine, du mésentère, roulants sous le doigt ; hypertrophie et induration des glandes endocrines ; les ovaires souvent douloureux, surtout à droite, gonflés et scléreux ; les testicules gros et durs ; les seins renfermant des noyaux indurés ; le foie et la rate hypertrophiés, la thyroïde développée tendant au goitre.

Si nous envisageons le type « iodium » au point de vue endocrino-sympathique, nous constatons de l'hyperthyroïdie, que caractérisent l'éclat du regard, l'exophtalmie, les palpitations, l'activité, le besoin de mouvement, la faim vorace, l'amaigrissement, le nervosisme, le mouvement nystagmiforme des globes oculaires, l'aggravation par la chaleur, et l'amélioration par le grand air. Mais, à côté de cette hyperthyroïdie, nous constatons une tendance à la dégénérescence hypertrophique et scléreuse de toutes les glandes, d'où hypofonction reconnaissable à la frigidité sexuelle, aux troubles de la menstruation, à la faiblesse musculaire, aux troubles intestinaux et digestifs, etc.

En somme, le type « iodium » est un hyperthyroïdien avec dégénérescence hypertrophique et scléreuse glandulaire.

Suivant le principe homéopathique, l'emploi thérapeutique de l'iode sera donc indiqué dans tous les symptômes que nous trouvons décrits dans l'observation pathogénétique ci-dessus, et tout spécialement : 1° dans l'amaigrissement malgré une faim vorace ; 2° dans la faim canine jamais rassasiée ; 3° dans l'hypertrophie et l'induration des ganglions avec tendance à la scléreuse ; 4° dans le goitre et tous symptômes de l'hyperthyroïdie ; 5° dans la surdité et les bourdonnements d'oreille évoluant vers la sclérose ; 6° dans le nystagmus ; 7° dans les crises psychi-

ques de mélancolie et de découragement par épuisement physique et nerveux ; 8° dans la sensation de cœur serré, avec violentes palpitations au moindre exercice ; 9° dans la sensation de bandeau serré autour de la tête, avec céphalée pire par la chaleur et le bruit, et douleur au niveau des sinus frontaux ; 10° dans la sensation de vide à l'estomac vers 11 heures le matin avec amélioration en mangeant ; 11° dans l'hypertrophie du foie ; 12° dans la cataracte sénile, etc.

En allopathie, nous trouvons l'emploi de l'iode dans un grand nombre de symptômes semblables. Ne nous a-t-on pas appris que si l'iode à haute dose faisait maigrir, à petite dose il stimule la nutrition ; et les prescriptions iodées ne sont-elles pas recommandées dans nombre de cas d'anorexie infantile pour réveiller et activer la nutrition des enfants lymphatiques ? Ne prescrit-on pas l'iode en gouttes dans toutes les adénopathies ganglionnaires, au cou, aux aines, au péritoine, etc. Ne le recommande-t-on pas ? dans l'artério-sclérose et la sénilité vasculaire ? Ne le voit-on pas ordonné dans le cœur serré des angineux par sclérose des coronaires ? Ne le donne-t-on pas dans le goitre, soit sous forme de pommade iodurée en application sur la région malade, soit en inhalation infinitésimale sous forme d'air iodé, en laissant dans la chambre du malade un flacon de teinture d'iode débouché et à large ouverture ? Ne le prescrit-on pas encore dans nombre de cas sous forme d'iodure de sodium, potassium, calcium, etc., et dont l'emploi amène la disparition des symptômes que nous trouvons décrits dans l'observation.

Les médecins allopathes, qui prescrivent ainsi l'iode dans tous ces cas, guérissent suivant les principes de la doctrine homœopathique.

Ainsi nous trouvons dans les deux écoles, un même médicament, qui, employé à dose faible et souvent sensiblement la même, guérit les symptômes mêmes, qu'il a produit à haute dose.

La dose infinitésimale en homéopathie, n'est pas un dogme de pratique ni de doctrine.

La dose du médicament, qui doit être donnée, est celle qu'il est nécessaire d'employer pour faire disparaître chez un sujet malade, le même symptôme pathologique que ce médicament à haute dose aurait produit chez un sujet sain, et dans ce cas c'est le simillimum.

La clinique et l'expérimentation ont montré que cette dose doit être extrêmement atténuée pour obtenir le résultat cherché (tels les vaccins microbiens), être variable suivant les individus (en raison de leur sensibilisation) ; suivant l'intensité des troubles morbides (troubles par carence de la substance médicamenteuse (hypocalcémie), par insuffisance d'absorption, par rétention, par élimination ou désassimilation trop rapide), suivant l'instabilité neuro-endocrino-sympathique (dose régulatrice), etc.

C'est pourquoi, de même qu'en endocrinologie, la dose médicamenteuse sera variable suivant le cas, de la teinture mère ou de la première décimale à la millième centésimale et plus, suivant que l'on recherchera l'action physico-chimique du médicament, ou que, par des dynamisations successives, on poussera son action jusqu'à l'extrême limite des radiations psychodynamiques.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

Dr Jeanneney. — Une angine de poitrine se définit cliniquement : un syndrome caractérisé par une douleur précordiale, une sensation intense d'angoisse et des irradiations douloureuses vers le membre supérieur gauche et le cou. Ce syndrome peut n'être pas complet (formes frustes).

La définition est plus délicate au point de vue anatomique et pathogénique ; car, physiologiquement, l'angine de poitrine est l'aboutissant de lésions diverses : athérome aortique, artérite coronarienne, et de troubles variés (distension aortique, distension cardiaque, hyperexcitabilité cardiaque, etc.) Quoiqu'il en soit, le système nerveux joue dans ce syndrome un rôle important ; c'est par lui qu'on peut expliquer, en partie, le mécanisme de la crise d'angine de poitrine et de la mort au cours des crises. C'est sur lui qu'agit le traitement chirurgical.

L'angine de poitrine est comparable à un réflexe ; si le traitement médical doit s'efforcer d'arrêter l'excitation première, le traitement chirurgical intervient pour sectionner la voie de transmission centripète de cette excitation (section du nerf dépresseur de Cyon, des nerfs sensitifs cardio-aortiques, des rami-communicantes ; résection partielle du sympathique cervical); il intervient encore pour supprimer les centres ganglionnaires sympathiques (sympathique cervical, ganglion étoilé) ou les nerfs cardiaques inférieurs, voies centrifuges du réflexe.

L'auteur fait une intéressante étude critique du choix d'une méthode.

La plupart des chirurgiens estiment que le traitement chirurgical doit être réservé aux angineux qui souffrent continuellement, et chez lesquels le traitement médical s'est montré impuissant.

Il faut cependant que le myocarde ait conservé une valeur fonctionnelle normale. On appréciera cette valeur par de simples examens cliniques. On peut opérer encore tous les états angineux des spasmodiques, des médiastinaux, des abdominaux, dont le point de départ aura été traité sans succès, en un mot les formes névralgiques ou névritiques d'origine péricardio-aortique. Une fois l'indication posée, il ne faut pas perdre de temps et opérer trop tard.

Avant l'intervention, ces malades doivent être étudiés avec le plus grand soin, et le diagnostic exact et complet posé avec précision, ainsi qu'il est indiqué dans ce travail.

D'autre part, quelle que soit l'opération réalisée, on se souviendra que l'opéré est désormais privé d'une partie de ses moyens d'adaptation cardiaque, que tout effort brusque, toute émotion, tout surmenage doivent lui être épargnés, qu'il devra se soumettre à une surveillance médicale, continue et rigoureuse.

Résultats. — La mortalité opératoire est essentiellement variable suivant les cas (10 à 20 %). Les améliorations ne se produisent pas toujours immédiatement ; il faut savoir attendre, avec un traitement médical convenable, la période de réaction et d'aggravation apparente post-opératoire ; les améliorations peuvent n'être que partielles ; il y a près de 30 % d'échecs. Il faut donc être très réservé dans l'exposé des avantages de l'intervention devant le malade. Les guérisons sont cependant assez fréquentes (plus de 60 %, des cas) pour que la méthode chirurgicale soit retenue dans le traitement de l'angine de poitrine. Les progrès viendront sans doute d'une amélioration de la technique, d'une meilleure connaissance des variations anatomiques de la précocité plus grande de l'intervention, et d'indications plus correctement posées. Il faut donc se garder d'enthousiasmes excessifs ou prématurés. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5-12 juillet 1931.)

Rôle des saisons et des pluies dans l'évolution de certaines maladies tsansmissibles.

Dr M. Paquet. — Cette étude tend à apporter quelques précisions sur des faits qui ne paraissent pas avoir été, jusqu'à ce jour, en France tout au moins, observés avec attention et pendant un temps suffisant, et qui, par contre, ont été suivis régulièrement pendant une période de vingt années consécutives dans une agglomération civile, presque essentiellement rurale, de plus de 400.000 habitants, dépendant, d'une façon générale, du climat séquanien. Il s'agit du département de l'Oise, où l'auteur remplit les fonctions d'inspecteur départemental de l'hygiène.

Il semble en ressortir que :

1° L'apparition de la fièvre typhoïde est nettement subordonnée à la saison ; cette maladie est plus fréquente par les années sèches que par les années pluvieuses ; mais surtout elle est très nettement influencée par l'existence de pluies abondantes, succédant à des périodes sèches.

2° La scarlatine présente toujours une période d'acmé au printemps. Ses manifestations épidémiques semblent être favorisées par les périodes pluvieuses, et elles se répètent habituellement tous les huit ans environ.

3° La rougeole est, elle aussi, influencée par les périodes pluvieuses ; elle procède par poussées, se renouvelant tous les deux ou trois ans avec une apogée constante au mois de mai.

4° L'apparition de la diphtérie, avec un maximum habituel en hiver, est très manifestement influencée par des pluies abondantes et persistantes.

5° Il semble que la mortalité par tuberculose, toujours plus élevée vers le mois de mai qu'à toute période de l'année, suit d'une façon assez sensible la courbe des pluies enregistrées ; elle serait plus grande au cours des années pluvieuses que pendant les années sèches. (*Revue d'hygiène*, juin 1931.)

La réduction des luxations antéro-internes de l'épaule par le procédé de Gallois.

M. Flipo. — C'est un procédé employé depuis plus de vingt ans par l'auteur ; il n'a jamais donné de mécomptes, même chez les vieillards. Il dérive des manœuvres de Kocher, mais en les exécutant très lentement et sans aucune force.

Voici la technique à suivre :

Le blessé est assis en face de votre propre chaise, le genou du côté malade engagé entre vos jambes.

Premier temps. Prenez doucement le bras traumatisé, lentement (pour ne pas faire mal inutilement), faites reposer la main du blessé sur votre épaule de nom contraire et prenez dans votre main le coude du blessé : par exemple, en cas de luxation de l'épaule droite, la main droite du blessé est sur votre épaule gauche, le coude droit du blessé tenu dans votre main gauche.

Le bras du blessé est tenu ainsi à demi-étendu.

Pendant ce temps votre main libre prend position sur la tête humérale pour surveiller ses mouvements.

Il est essentiel dans ce premier temps d'aller doucement pour ne pas faire mal et surtout pour ne pas faire peur au malade.

Deuxième temps. Penchez-vous ensuite en

dehors du côté où vous soutenez le bras luxé (se pencher à gauche pour une lésion de l'épaule droite) sans bouger la main qui tient le coude du malade. Vous portez ainsi le bras du blessé en rotation externe légère. A ce moment vous repoussez doucement le coude du malade en haut, en dedans et en avant (désignations prises par rapport au malade), et *vous restez sans bouger* dans cette attitude.

L'attente varie de quelques secondes (chose rare ; jusqu'à huit et dix minutes), mais en général la réduction se produit en deux ou trois minutes : la main placée sur la tête humérale a senti pendant les manœuvres précédentes que la tête se rapprochait de la cavité glénoïde, puis brusquement la tête saute en place. La réduction est faite, et si facilement, qu'une personne, ayant déjà vu réduire des luxations avec grands efforts et grande douleur, pourra se demander si réellement l'épaule était luxée.

Il est donc préférable de faire au préalable une radiographie, qui servira de témoin et qui évitera la méconnaissance d'une fracture associée.

Ainsi que Gallois l'a indiqué, on ne prévient pas le blessé que l'on va réduire sa luxation, on parle seulement d'explorer son articulation ; on supprime ainsi l'appréhension et la contracture qu'elle risque de produire, mais on prévient toujours l'entourage de ce que l'on va faire.

En somme l'essentiel est d'aller lentement et de ne déployer aucune force. (*La Presse médicale*, 19 août 1931.)

Deux cas de névralgie faciale essentielle, traités par les injections neurolysantes d'alcool.

Dr M. Rochette. — Ces deux cas ont été traités avec succès. La simplicité, l'innocuité des injections d'alcool, les excellents résultats obtenus font que cette méthode mérite d'être mieux connue. Elle a pour but de guérir la névralgie essentielle en détruisant, au maximum, les troncs, branches et filets nerveux gemellaires, responsables des algies, à l'aide d'un liquide électif porté dans la profondeur, au contact du tissu nerveux. Ces deux cas de névralgies rebelles ont été traités par les injections périphériques (au trou mentonnier) et tronculaires (à l'épine de Spix). La technique est la même que celle employée journellement pour les anesthésies tronculaires. Dans la pratique stomatologique l'alcool est à 80°, avec ou sans addition de stovaïne et de menthol, mais surtout sans adjonction de chloroforme afin d'éviter une réaction locale douloureuse. La dose injectée est de 1/2 cc. à 1 cc. 1/2 suivant la région. (*Revue de stomatologie*, juin 1931.)

Cystite colibacillaire à forme néoplasique ; guérison par l'électro-coagulation associée à la vaccination locale.

Dr Le Fur. — Les cas d'infection vésicale coli-bacillaire, provoquant des lésions à la fois destructives (ulcérations), proliférantes (saillies tumorales) et leucoplasiques, sont rares. L'auteur en rapporte une intéressante observation.

La thérapeutique doit être double : *a*) supprimer les lésions d'abord, surtout par des applications de haute fréquence (étincelage pour les lésions légères, électro-coagulation pour les lésions plus prononcées), puis favoriser la circulation par des instillations argentiques ou picriquées ; *b*) faire disparaître l'infection coli-bacillaire, qui a créé les lésions et pourrait en provoquer le retour : vaccination locale, sous forme d'applications de bouillons-vaccins anticolibacillaires au niveau de la muqueuse vésicale et aussi du ou des reins, quand ceux-ci sont atteints. (*Association française d'urologie*, 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Septicémie à streptocoques guérie par le sérum de Vincent.

(M. L. Courty, de Lille. — *Académie de médecine* ; 28-7-1931.)

M. Courty rapporte l'observation d'un malade atteint de septicémie à streptocoque, traitée et guérie par le sérum de Vincent.

Le patient, un homme de 42 ans, se prête le 2 mars, comme donneur, à une transfusion de sang. Le 4 mars, le pli du coude apparaît rouge et tuméfié. Le 6 mars, violent frisson, fièvre, gonflement phlegmoneux du médius et du pli du coude gauches. On pratique des débridements locaux. L'hémoculture ayant révélé la présence de streptocoque hémolytique dans le sang, on fait des injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum de Vincent, injections qui sont répétées du 12 au 21 mars. A ce moment, la température oscille entre 37° et 38° et l'état local est amélioré. La médication spécifique est alors interrompue. Guérison.

Sur l'étiologie des méniscites.

(M. F. Dominguez. — *Académie de médecine* ; 28-7-1931.)

Dans l'étiologie des méniscites chroniques du ge-

nou, M. le Professeur Dominguez fait jouer un rôle important à certaines déformations courantes des chaussures, représentées par l'usure du talon de la chaussure à sa partie externe. L'usure en question, en inclinant le pied pendant la marche, modifie l'axe de la jambe et entraîne des tiraillements répétés sur les ménisques. M. Dominguez rapporte l'histoire de malades qui souffraient du genou, parfois vivement, après la marche, chaque fois qu'ils portaient des chaussures à talons usagés, et qui ne souffraient plus lorsqu'ils avaient des chaussures neuves ou des talons réparés. Cette nouvelle conception étiologique de la méniscite chronique aboutit à un traitement orthopédique simple de ces troubles.

— M. MAUCLAIRE admet, comme M. Dominguez, l'existence de la méniscite du genou. L'attribuer au déséquilibre du talon dans une chaussure dont le bord postéro-externe est usé lui paraît logique. La pose d'une talonnette dans la chaussure, peut rétablir l'équilibre du pied, mais, si les douleurs persistent, il faut, soit faire porter un appareil orthopédique solide, soit enlever le ménisque.

Sur le traitement du cancer de l'utérus.

(M. LENORMANT, M. J.-L. FAURE. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1931.)

M. Lenormant présente les statistiques de ses opérations pour cancer de l'utérus, de 1904 à 1931. Elles montrent, depuis 1914 et surtout depuis 1926, une diminution considérable de la mortalité opératoire, qui atteint actuellement 8,8 p. 100. L'auteur explique cette diminution progressive de la mortalité opératoire par plusieurs facteurs. Avant tout, l'expérience de l'opérateur, élément appréciable pour une intervention aussi importante que l'est l'hystérectomie élargie pour cancer. En second lieu, le meilleur choix des cas opérés. Avant 1914, la curiethérapie et la radiothérapie n'étaient pas encore entrées dans la pratique courante et l'exérèse était le seul traitement curatif que l'on pouvait tenter dans le cancer du col utérin. Il en résultait que le chirurgien était conduit à intervenir dans des cas considérés aujourd'hui comme inopérables, ce qui modifiait très défavorablement les statistiques. L'amélioration de la technique est, enfin, un troisième facteur rendant meilleurs les résultats.

— M. J.-L. FAURE étudie la question du traitement du cancer de l'utérus depuis trente-cinq ans. Le nombre de ses interventions s'élève actuellement à un chiffre minimum de 700 à 800. Son expérience sur ce sujet est donc grande.

Tout cancer *mobile*, dit-il, est opérable, à moins de contre-indication tenant à l'état de la patiente. Dans ces conditions, les trois quarts des opérées, quand elles sont bien opérées, guérissent radicalement sans recherche des ganglions. C'est donc que ceux-ci ne sont pas malades, et qu'il est inutile d'en poursuivre l'exérèse au prix de manipulations délicates qui aggravent, dans une mesure très sérieuse, l'acte opératoire. M. J.-L. Faure s'en tient à la règle qu'il suit depuis longtemps : enlever les ganglions que l'on sent ou que l'on voit, en réduisant au minimum l'ouverture des grands espaces celluleux et un délabrement pelvien déjà assez étendu.

M. J.-L. Faure ajoute, enfin, quelques mots sur le drainage au Mikulicz après hystérectomie élargie de Wertheim, procédé dont il est l'ardent défenseur et qu'il a largement vulgarisé.

Un cas de trichobezoar.

(M. G. MÉTIVET. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1931.)

M. Métivet a soigné une fillette de neuf ans, qui présentait, sous le rebord costal gauche une tumeur dure et indolente, du volume de deux poings, sonore à la percussion dans la position couchée, mate dans la position debout.

Le diagnostic de sarcome du rein avait été porté. Pensant à une tumeur pileuse de l'estomac, M. Métivet demanda à la famille si l'enfant ne s'arrachait pas les cheveux, et il apprit que, pendant quelques années, la petite malade mangeait ses cheveux que l'on retrouvait parfois dans les selles. Il s'agissait d'un cas de trichobezoar.

Traitement des tuberculoses articulaires par la méthode de Finikoff.

(M. Pierre DELBET. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1931.)

M. Pierre Delbet présente cinq malades soignés dans son service pour des tuberculoses ostéo-articulaires par M. Finikoff, appliquant lui-même sa méthode, qui consiste, on le sait, en injections de teinture d'iode mélangée d'huile et ingestion de chlorure de calcium.

M. Pierre Delbet confie aujourd'hui à M. Finikoff toutes les tuberculoses ostéo-articulaires hospitalisées à la clinique chirurgicale de Cochin. Il a vu guérir des malades dans des conditions, qui lui étaient inconnues et après cinq années d'observation, il est arrivé à considérer la méthode de Finikoff comme le plus grand progrès réalisé dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

— M. E. SORREL a essayé, il y a quelques années, dans son service de Berck, le traitement de Finikoff. Il n'a pas obtenu de résultats semblables à ceux dont parle M. Delbet, et il a renoncé à continuer l'usage de cette méthode.

— M. Pierre DELBET répond que, dans son service, où toutes les tuberculoses ostéo-articulaires sont soignées par M. Finikoff, il n'a pas eu depuis deux ans à faire une seule amputation, ni une seule résection.

P. L.

Les néphrites anaphylactiques (intolérances rénales)

(M. A. TZANCK. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-6-1931.)

Les lésions rénales sont fréquentes au cours de

l'anaphylaxie, pour peu que l'on ait l'attention attirée sur elles. Mieux vaut la dénomination d'intolérances rénales que celle de néphrites anaphylactiques.

Dans quel cas est-on autorisé à employer le terme de néphrite anaphylactique, plutôt que celui de néphrite toxique ou infectieuse ? On a pu observer les types cliniques les plus divers, traduits par l'anurie, l'azotémie, l'hématurie ou simplement des douleurs rénales. La liste comprendra probablement nombre d'albuminuries alimentaires, et de néphrites, dites *a frigore*.

Cependant, l'évolution des accidents est assez particulière. L'allure est cyclique : l'évolution peut être prolongée, subaiguë même, mais la maladie évolue par poussées. Le plus souvent le pronostic reste relativement bénin, malgré la gravité apparente parfois très grande, et les chiffres d'urée, qui peuvent être élevés. L'absence de séquelles est ici la règle.

Il existe des critériums étiologiques essentiels : 1° tantôt, on note les commémoratifs d'injection de sérum hétérogène dans les délais normaux de l'anaphylaxie expérimentale, et les accidents apparaissent au milieu d'un cortège de faits appartenant à l'anaphylaxie ; 2° tantôt, la nature « intolérance » de l'accident rénal est indiquée par ce fait que le sujet présente des accidents pour des doses infra-toxiques, parfaitement supportées par les autres individus (thérapeutiques arsénobenzoliques, auriques, quiniques, etc.) ; 3° tantôt, les accidents surviennent chez des sujets présentant des troubles organiques divers, que l'on observe communément au cours des manifestations sériques : urticaire, arthralgie, troubles intestinaux divers, œdèmes fugaces, fièvre, etc. Ce sont autant d'intolérances organiques, cutanées, articulaires, intestinales. De pareils sujets peuvent, au même titre, et surtout à l'occasion d'ingestion de substances albuminoïdes comme l'œuf, présenter des accidents rénaux.

La connaissance de ces derniers faits éclaire singulièrement nombre d'observations, où l'on serait tenté de porter le diagnostic de syndrome « entéro-rénal » ; en réalité, ce sont des intolérances à la fois intestinales et rénales.

Sur l'intérêt des prémunitions antimicrobiennes au cours des cardiopathies rhumatismales.

(MM. Ch. Laubry et A. Jaubert. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 5-6-1931.)

L'endocardite infectieuse lente semble résister à la chimiothérapie. Mais ici, l'immunisation passive semble former la réserve de nos véritables ressources ; parmi celles-ci, et en dépit de certains insuccès avec d'autres sérums, la sérothérapie, avec le sérum de chèvre, animal réfractaire à l'infection streptococcique, immunisé à l'aide de souches streptococciques différentes, a pu donner des résultats encourageants.

Le rôle du streptocoque dans la génèse du rhumatisme articulaire aigu étant admis ou démontré, il faut d'abord soumettre les malades au traitement préventif par la destruction des foyers accessibles, qui fournissent un asile habituel au streptocoque : amygdales, végétations pharyngées, dents, etc. ; il est, de plus, indiqué de ne pas négliger la médication antirhumatismale (cures de salicylate et d'iode). Cependant, on doit à la réalité de dire que ce traitement préventif semble avoir une valeur toute relative.

Les auteurs ont, dès lors, préféré une voie préventive plus logique et plus sûre. Toute lésion valvulaire rhumatismale, qu'elle soit silencieuse ou non, qu'elle ait donné lieu ou non à des velléités de reminiscence, leur paraît justiciable d'une vaccination systématique, d'une prémunition antimicrobienne streptococcique.

Ils proposent une vaccination systématique annuelle par une série de quatre injections vaccinales, aux taux progressifs de 1/4, 1/2, 1 et 1 cc. 1/2 d'antigène streptococcique, formé d'un mélange de corps microbiens, de lysats et d'anatoxine.

Les résultats de cette méthode exigent de nombreuses années pour pouvoir apprécier en toute certitude ; mais des raisons existent, qui permettent, dès à présent, de la croire efficace, et inoffensive. C'est la seule façon que nous ayions d'éloigner la menace, qui pèse si lourdement sur les cardiaques porteurs de lésions valvulaires.

A propos du goitre exophtalmique. Résultats cliniques et thérapeutiques d'observations personnelles.

(MM. Victor Pauchet et A. Hirchberg. — *Société de médecine de Paris* ; 12-6-1931.)

Les auteurs signalent que la thérapeutique de la maladie de Basedow est médico-chirurgicale. Le médecin doit préparer le malade par l'iode, les médicaments cardiaques et contrôler l'organisme à l'aide du métabolisme basal. Le chirurgien opérera sous anesthésie locale et proportionnera l'acte opératoire au potentiel vital du sujet. Depuis douze ans, M. Pauchet a opéré 275 malades pour goitre, dont 42 pour maladie de Basedow. Une seule mort est à signaler chez un malade atteint d'asystolie basedowienne, qu'une ligature de la thyroïdienne supérieure n'a pu sauver. Autrefois, l'opérateur procédait par étapes : ligatures des thyroïdiennes supérieures, inférieures, lobectomie : actuellement, après préparation médicale suffisante, il fait d'emblée l'ablation de la plus grande partie de la glande.

La signification des lésions observées dans le goitre exophtalmique n'a pas encore été précisée d'une façon nette. On ignore, en particulier, si ces lésions sont capables de provoquer l'hyperthyroïdie par action directe ou en agissant indirectement sur les éléments thyroïdiens normaux, dont elles exagèrent le fonctionnement.

De même, il sera intéressant de rechercher la genèse des monstruosités nucléaires et des karyokinè-

ses, observées dans le Basedow, et d'en montrer les rapports avec le cancer thyroïdien.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Paralysie des dilatateurs de la glotte chez un malade porteur d'un anévrysme aortique.

MM. DUMAS, PARTHIOT et JANICOT présentent l'observation d'un nègre de 25 ans, entré à l'hôpital pour dyspnée laryngée, ayant débuté six jours auparavant et s'accompagnant depuis quelques jours d'une douleur au niveau de la région para-sternale droite. A l'examen, dyspnée intense, surtout expiratoire, s'accompagnant de tirage sus et sous-sternal ; voix rauque. L'examen laryngoscopique montre l'existence d'une paralysie des dilatateurs, avec intégrité des adducteurs. Examen pulmonaire négatif.

Au cœur, pointe dans le 5e espace, en dessous du mamelon. Bruits sourds, mais normaux. A la partie interne du deuxième espace intercostal droit, existence d'un centre de battements. Pouls radial droit plus faible que le gauche, sans retard. Radioscopie, poche anévrysmale volumineuse appartenant à l'aorte descendante. Réaction de Wassermann positive. Le malade demande à rentrer chez lui où il meurt trois jours après. Il s'est agi là incontestablement d'une paralysie des dilatateurs de la glotte apparue chez un syphilitique certain.

A propos de quelques cas de cancer secondaire du poumon.

MM. DUMAS et JANICOT présentent l'observation d'un sujet de 30 ans, au long passé pulmonaire (bronchites hivernales). En février 1930, il entre dans un service de chirurgie pour une orchi-épididymite droite. On pense à un néoplasme et on intervient (castration). Pièces en main on a plutôt l'impression d'une lésion bacillaire. Dans la suite, le malade devient asthénique, maigrit et perd l'appétit. Puis amélioration passagère, et enfin entrée dans le service de M. Dumas : malade asthénique, amaigri, à sueurs nocturnes et abondantes ; pâleur cireuse, ni toux, ni expectoration. Aux poumons, signes disparates : zones de sonorité séparées par des zones de matité, à l'auscultation, foyers multiples de râles de divers caractères. A la base droite, en arrière, signes discrets d'épanchement : la ponction à ce niveau retire un liquide hémorragique avec nombreux globules rouges, quelques cellules endothéliales, lymphocytes prédominants ; pas de bacilles de Koch. Trois gros ganglions durs dans le creux sous-claviculaire. La radioscopie montre l'image nodulaire caractéristique d'un néoplasme secondaire, à droite ; à gauche, masse compacte homogène à la partie moyenne. Le malade se cachectise rapidement et meurt assez brusquement dans une crise de cyanose et de dyspnée. L'autopsie confirme le diagnostic de cancer secondaire à une tumeur du testicule.

Calcul du rein ; pyélotomie ; nécessité d'une radiographie avant les lavages du bassinet.

M. GIULIANI présente un calcul du rein enlevé à une jeune fille de 22 ans, ayant souffert à diverses reprises de coliques néphrétiques. Une radiographie faite le 11 mars 1930, montrait un volumineux calcul dans le rein gauche et un ou deux calculs dans le rein droit. Depuis deux ans, on faisait à cette malade des lavages urétéraux, qui n'étaient pas indiqués étant donnée l'existence des calculs, d'où nécessité d'une radiographie avant tout lavage de l'uretère.

Diverticulectomie.

MM. GAYET et VERRIÈRE présentent une pièce provenant d'un kabyle de 33 ans, sans antécédents, et ayant depuis huit jours des hématuries. Il s'agit d'un diverticule vésical du volume d'un œuf de dinde. Ces diverticules sont souvent cause de pyuries rebelles.

Hydronéphrose moyenne étudiée avec l'« urosélectan »

MM. GAYET et P. VERRIÈRE présentent une pièce prélevée sur un malade de 23 ans, qui, depuis cinq mois, souffrait de douleurs lombaires, survenant par crises violentes, soulagées par la marche, sans élévation de température. Urines claires, non hématiques. L'examen était totalement négatif. On pratiqua un urosélectan en injections intra-veineuses : trois radiographies sont faites et sur la troisième seulement, on voit à droite des images correspondant, semble-t-il, aux calices. On fait ensuite une pyélographie ascendante au collargol, et on reconnaît aisément un bassinet très dilaté avec uretère coudé : néphrectomie : uretère coudé à 1 cm. au-dessous de son entrée dans le bassinet.

Maladie d'Addison. Calcification et caséification des capsules surrénales.

MM. PALLASSE, GUICHARD et CHAPUIS présentent deux observations de maladie d'Addison :

OBS. I. — H., de 71 ans, représentant de commerce. Syphilis à 23 ans soigné par pilules de protiodure puis par muthanol. Il y a six mois, douleurs violentes dans la région inguino-crurale gauche. A l'entrée, prostration, anorexie considérable ; examen : rien aux appareils pulmonaire et cardio-vasculaire. T. A. 140,70. Le malade se plaint de douleurs violentes dans les deux régions lombaires, qui sont très douloureuses à la palpation ainsi que les deux hypochondres. Réflexes pupillaires normaux, rotuliens et achilléens très affaiblis.

Teinte bronzée de la face dorsale des mains avec cyanose des ongles. Taches brunâtres sur la voûte palatine et à la face interne de la commissure labiale gauche. Radioscopie négative. Wassermann très

positif dans le sang. On commence un traitement arsenical (0,15 de novarsénobenzol intra-veineux). Mais le malade meurt brusquement dans le collapsus, dix jours après son entrée.

Autopsie : Surrénales hypertrophiées avec grosse gangue scléro-lipomateuse circonscrivant une masse caséeuse centrale jaunâtre. Adhérences pleurales à droite et, en arrière, au sommet du poumon gauche, vieux tubercule crétacé. Aortite syphilitique.

Obs. II. — H. de 46 ans, entré à l'hôpital dans un état d'asthénie très marquée, douleurs abdominales violentes, sensation de froid intense.

A l'examen, hyperesthésie cutanée, extrémités froides. Tension artérielle 90/40 ; réflexes normaux ; ventre en bateau, très douloureux à la palpation ; coloration bronzée de la peau. Décès le lendemain de l'entrée. *Autopsie*: péritonite plastique adhésive de tout l'abdomen, périsplénite et périhépatite ; tubercule cru du rein droit ; surrénale droite très hypertrophiée, avec masse caséeuse centrale ; la surrénale gauche présente une masse centrale *complètement calcifiée,* entourée d'une gangue scléreuse épaisse.

Modification à la technique des hystérectomies vaginales difficiles.

M. Violet insiste sur le procédé opératoire qui consiste à sectionner les ligaments utéro-sacrés dès que l'on a fait la laparatomie, ce qui permet d'abaisser l'utérus de un ou deux centimètres, rendant aisées l'ouverture du péritoine antérieur et la bascule du corps utérin.

Radiographies de l'urètre.

M. Louis Philip présente, au nom de M. Gayet, et au sien, l'observation d'un homme de 68 ans, qui, depuis quatre ans, éprouve de la gêne de la miction. A la suite d'une course en auto, crise de rétention, ayant nécessité des sondages. Prostate du volume d'un marron d'Inde, régulière, bien limitée. Résidu : 40 cmc. ; urée sanguine : 0.65. Une prostatectomie n'amène qu'une amélioration passagère et une deuxième intervention doit être faite (Prof. Gayet) dix mois plus tard ; celle-ci permet de se rendre compte qu'il y a deux fausses routes. C'est alors qu'on fait une radiographie de l'urètre, en injectant du collargol dans l'urètre antérieur, puis en le faisant passer par l'urètre postérieur par une pression soutenue ; on constate alors, sur les clichés, l'existence dans l'urètre profond d'une cavité avec prolongement inférieur sur l'épreuve sagittale et deux prolongements latéraux sur l'épreuve frontale, expliquant les difficultés du sondage.

Fibrome du ligament large.

MM. Labry et Douillet présentent l'observation d'une femme de 47 ans, entrée dans le service du Prof. Villaret, pour douleurs pelviennes et troubles menstruels (retards de 15 jours à un mois). A l'examen, à la palpation abdominale, volumineuse tuméfaction remplissant la région sous-ombilicale. Au toucher, gros utérus fibromateux à noyaux sous-péritonéaux multiples.

Intervention : Laparotomie médiane ; la tumeur est énucléée, ce qui laisse une vaste cavité que l'on capitonne par quelques points au catgut, et on termine par un petit Mickulicz. La tumeur pesait 1 kgr. 650. Suites simples, sauf apparition au onzième jour, d'une phlébite bénigne.

Société médicale des hôpitaux

Maladie de Friedreich.

MM. Pomme, Liégeois, Tribault et Rousseau présentent un jeune soldat atteint de maladie de Friedreich : déformation marquée et symétrique des deux pieds qui sont en varus équin, avec rétraction des extenseurs des orteils, obligeant le malade à porter des chaussures orthopédiques. Les troubles de la marche ne sont pas très apparents : légère titubation, hésitation dans la statique quand il veut modifier sa direction de marche ; tremblement intentionnel n'apparaissant qu'à l'occasion de la fatigue ; pas de nystagmus, réflexes tendineux abolis. La mère et les deux frères du patient sont atteints de la même affection.

Insulinothérapie dans les états de dénutrition prolongée du premier âge.

M. Bertoye a traité par l'insuline dix-sept nourrissons hospitalisés à l'hôpital Debrousse de Lyon. La technique comporte l'adjonction d'hydrate de carbone à la ration alimentaire (ingestion de 15 à 20 grammes de solution de glycose ou de saccharose, de suite avant l'injection ou au repas qui suit immédiatement celle-ci). La dose d'insuline est de 1 unité par kilogramme de poids ; les injections sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, par séries de 10 à 15. Les enfants traités étaient tous des hypotrophiques (poids variant entre 4 et 6 kgr., pour un âge de 12 à 18 mois). Sous l'influence du traitement le poids augmente rapidement (3 à 500 gr. par mois). La taille fait de même, et cette amélioration peut se continuer même après la cessation du traitement, si on peut établir un régime alimentaire approprié à l'état de l'enfant.

Valeur du dosage de la cholestérine dans le sang des tuberculeux pulmonaires et résultats du traitement par la choline.

MM. Bonnamour et Pizzéra ont cherché après Chauffard, Lemoine, Grigaut, Gravila, à déterminer si le pronostic de la tuberculose pulmonaire serait fonction du taux de la cholestérine dans le sang, une hypocholestérinémie correspondant à une tuberculose grave, et inversement ; sur ces bases a été

édifié le traitement de la tuberculose par la choline. Or, MM. Bonnamour et Pizzéra croient pouvoir conclure de leurs recherches, que l'on ne peut tirer aucun élément de pronostic de l'étude de la cholestérinémie dans la tuberculose pumonaire et que, d'autre part, il ne paraît pas possible d'affirmer que le traitement par la choline leur ait donné, par lui-même, aucune amélioration notable.

La choline chez les tuberculeux pulmonaires.

MM. Dufour, Despeignes et Mathais ont employé les injections de chlorhydrate de choline chez un certain nombre de tuberculeux à l'Asile Sainte-Eugénie. Comme les auteurs précédents, ils pensent qu'on ne peut établir une relation fixe entre la gravité d'une tuberculose pulmonaire et la teneur du sang en cholestérine. Toutefois la choline leur a paru indiscutablement relever le taux du cholestérol sanguin et, sans avoir l'efficacité des sels d'or, elle semble bien contribuer au relèvement pondéral et à l'amélioration de l'état général.

Désintoxication morphinique. Transfusion.

MM. Leulier, R. Delaye et R. Pomme rapportent l'histoire d'un médecin morphinomane depuis douze ans (quarante centigrammes par jour en quatre fois). La démorphinisation fut commencée par l'oxydimorphine en substitution, mais dut être suspendue en raison de l'opposition du malade. On la remplaça par la belladone. Mais, au quatrième jour de la démorphinisation, le malade fit des accidents graves : coma, cyanose, avec pouls filant. On fit alors une transfusion sanguine qui amena une résurrection. Il fut reconnu par la suite que le malade avait absorbé des doses massives de véronal.

Le cri dans les pneumopathies muettes du nourrisson.

MM. Mouriquand et Savage. — Le cri du nourrisson, en forçant l'enfant à faire de profondes aspirations, permet d'entendre des bruits adventices qui, en son absence, risqueraient de passer inaperçus. En outre, certaines pneumopathies du nourrisson créent de façon constante un retentissement exagéré du cri à l'auscultation, à rapprocher de la bronchophonie de l'adulte ou du grand enfant. Chez le nourrisson normal, le retentissement est plus net au niveau des hiles que partout ailleurs (en arrière, à la partie moyenne du poumon, entre le bord spinal de l'omoplate et le rachis, puis en avant, dans le creux sous-claviculaire). Chez le nourrisson pneumonique, on note du côté malade un retentissement exagéré, un cri éclatant et en quelque sorte déchirant, signe *précoce*, apparaissant avant le souffle et les râles. Ce signe peut exister, en dehors de la pneumonie, dans certains états de congestion ou de splénisation. Tout foyer de condensation s'accompagne d'autre part d'une ombre radiologique.

Lésions du système nerveux central dans le zona.

MM. Favre et J. Dechaume présentent deux observations : l'une est celle d'un homme de 71 ans, entré à l'hôpital pour essoufflement ; à l'entrée, malade subfébrile avec râles de congestion à la base droite ; T. A. 12.5/7 ; pas d'albuminurie. Pas de B. K. dans les crachats. Wassermann négatif. Trois mois environ après l'entrée, éruption de zona, confluente, très douloureuse, dans le territoire des racines cervicales gauches entre C^7 et C^5. Le zona se cicatrise en trois semaines, mais le malade se cachectise rapidement et devient subfébrile. Foyer de râles fins sous la clavicule droite, avec B. de Koch dans les crachats. Mort quatre mois environ après l'entrée.

Autopsie. Sclérose pulmonaire diffuse avec tuberculose ulcéro-caséeuse du lobe supérieur du poumon droit. Pas de lésions syphilitiques viscérales évidentes macroscopiquement. Pas de méningite tuberculeuse ni de lésions hémorragiques, ni foyers de ramollissement visibles macroscopiquement. *Examen histologique.* Altérations indiscutables de la moelle cervicale localisées sur la corne postérieure gauche, qui est fortement congestionnée ; la racine postérieure gauche est également le siège d'un état inflammatoire. Enfin, les noyaux gris présentaient des lésions diffuses.

La seconde observation concerne une femme de 63 ans, célibataire, n'ayant eu ni enfants, ni fausse couche. Depuis trois mois, signes progressifs d'asystolie ; depuis deux jours, éruption intercostale avec vésicules et douleur. Wassermann positif dans le sang. Mort six semaines après l'entrée. Autopsie : au niveau de la moelle dorsale, petites réactions localisées au niveau d'une corne postérieure. Au niveau de la protubérance : état de congestion vasculaire prédominant à la partie postérieure du pied.

Forme pseudo-néoplasique de la syphilis hépatique.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Weill présentent l'observation d'un enfant de 11 ans chez lequel, au point de vue clinique et aussi au point de vue anatomie macroscopique au moment de l'intervention, le diagnostic de néoplasme du foie paraissait évident. Mais l'examen histologique du fragment prélevé par le chirurgien montre qu'il s'agit de syphilis hépatique à forme pseudo-néoplasique.

A. C.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite*) (1)

Syphilis et pian. — M. TOULLEC. — Les rapports entre la syphilis et le pian ont de tout temps préoccupé l'opinion médicale. Les tréponèmes de CASTELLANI et de SCHAUDINN sont morphologiquement identiques ; les épreuves d'immunité croisée, récemment reprises au laboratoire de Manille, sont en faveur d'une immunité de groupe ; les réactions sérologiques dans le pian donnent des résultats parallèles à ceux obtenus dans la syphilis. D'où l'hypothèse d'une source nosologique commune. Cependant, les différences s'établissent dès la période primaire : le chancre pianique présente des caractères nettement opposés à ceux du chancre syphilitique. Les lésions secondaires du pian, par leur aspect frambœsiforme, s'offrent avec un monomorphisme typique qui s'oppose au polymorphisme de la syphilis secondaire. Les lésions tertiaires du pian (gommes, ulcères, ostéites) paraissent devoir être admises ; par contre, le gangosa, les nodosités juxta-articulaires ne sont que des syndromes communs à plusieurs maladies. Le pian quaternaire est douteux ; il n'est signalé comme possible qu'aux îles Fidji, à Samoa, à Haïti... Le pian héréditaire n'est pas démontré. Les conditions climatiques, raciales, géographiques, historiques n'apportent que des interprétations hypothétiques.

En résumé, pian et syphilis doivent, en clinique comme en épidémiologie, être considérés comme deux entités morbides nettement distinctes.

Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminosie. — M. HARVEY S. THATCHER (d'Arkansas). La pellagre a été étudiée avec beaucoup d'attention, au point de vue du régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le Sud des Etats-Unis, époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamine G, avec l'aide de M. le docteur BARNETT-SURE et de Mlle Dorothy WALKER ; 64 animaux furent observés avec ce régime et 32 autres au régime normal furent également observés : 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le docteur SURE observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamine G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitamine G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences de MM. les docteurs JOBLING et ARNOLD, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les salles des pellagriques doivent être reprises.

Maladies communes à l'homme et aux animaux

Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les colonies. — M. le Professeur L. PANISSET (Alfort). La transmission à l'homme des maladies des animaux procède plus souvent de la méconnaissance des règles de l'hygiène que des exigences de la vie pastorale. Le *charbon* est la maladie la plus répandue ; sa prévention repose sur les moyens de la lutte contre l'infection des animaux, exclusivement par la vaccination des troupeaux.

La *rage* est répandue dans toutes nos colonies, même en A. O. F.; des instituts antirabiques pourvoient aux besoins ; la vaccination des chiens est largement pratiquée au Maroc et en Algérie.

Les *tuberculoses* animales sont rares ; sauf exception, elles ne constituent pas un danger pour l'homme.

Le *kyste hydatique*, le ténia solium, le ténia inerme, sont trop communs. Il est difficile de lutter contre l'infection animale, qui est à l'origine de la contamination, mais sa connaissance permet d'instituer des mesures préventives : destruction des viscères parasités dans les lieux d'abatage des animaux de boucherie, réduction du nombre des chiens, protection et destruction des matières excrémentielles ; inspection et cuisson des viandes.

Le rapport note encore le rôle du chien dans la transmission du *kala-azar*, celui des animaux comme réservoirs du virus de la *maladie du sommeil* et signale quelques affections plus rares, capables de passer des animaux à l'homme dans les colonies.

Situation de Madagascar au point de vue de la tuberculose des animaux. — M. KRICK. — C'est la tuberculose bovine qui est la plus importante à Madagascar

(1) Voir, *Concours médical*, n[os] 41, 42 et 44.

les autres espèces animales n'y jouant encore qu'un rôle secondaire.

Causes prédisposantes. — L'élevage du bœuf est resté très primitif, le Malgache paresseux et routinier ne faisant aucun effort pour l'améliorer. L'animal est laissé en liberté presque complète dans la brousse, ou bien il est, dans le Sud surtout, enfermé dans des parcs pendant la nuit et une partie de la journée. Entassé, dans ces parcs mal entretenus, il s'y contamine, les matières virulentes accumulées étant sans cesse renouvelées. La vie errante des troupeaux, les transactions nombreuses, favorisent aussi la contagion. L'alimentation défectueuse (pâturages médiocres des régions sub-désertiques du Sud, disette fourragère pendant la saison sèche) en diminuant la résistance organique facilite l'infection. Fort heureusement, notre zébu, très prolifique et rustique, résiste bien à la généralisation des lésions et localise le plus souvent celles-ci aux ganglions de l'appareil respiratoire.

Historique et caractère de la tuberculose. — L'affection a débuté dans le sud de l'île, probablement importée par des bœufs d'Europe. Reconnue pour la première fois en 1901, à Tuléar, elle a rapidement envahi presque toute la Colonie : seul le Nord, est encore à peu près indemne.

La tuberculose est presque toujours du type chronique et localisée aux ganglions du poumon ; elle atteint une proportion de 50 à 60 p. 100 dans le Sud ; 40 p. 100 dans le Centre ; 17 p. 100 dans l'Ouest. La tuberculose généralisée est rare.

Lutte contre la tuberculose. — Tous les arrêtés pris ont été inopérants, la tuberculination, non plus que la vaccination par le B. C. G., ne sont applicables maintenant. Seules des mesures d'amélioration des conditions de vie de nos bœufs et une inspection sanitaire sérieuse des viandes de boucherie sont réalisables.

Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal

L'alimentation en eaux potables sous les tropiques. — M. Poms.

Infections d'origine hydrique aux colonies. — — M. Brau. — Les eaux potables, source de vie, peuvent, si elles sont négligées quant à leur captation ou plus ou moins bien épurées, être aussi aux colonies les sources de bien des maux.

I. *a.* D'épidémies d'apparence typhique (caisses à eaux des bateaux) ;

b) D'épidémies de dysentéries fébriles (caisses à eaux des bateaux).

II. Maladies plus franchement coloniales : *a.* Entérites à paratyphique, à paracoli, à paradysentérique, à bacille pyocyanique, etc. ;

b Choléra morbus ou choléra asiatique.

III. Affections à protozoaires : *a.* Dysenterie amibienne et abcès du foie ;

b) Entérites à flagellés ;

c) Entérites à Balantidium coli.

IV. Helminthiases.

V. Intoxications chimiques : *a.* Saturnisme ;

b). Nitrites.

VI. Affections indirectement propagées : *a.* Larves de Stegomiya ;

b. Hôtes intermédiaires de la Filaine de Médine et des Dystomes ;

c) Formes de transition des Bilharzies.

Le parasitisme intestinal. — M. Blanchard. La fermeture du circuit : un anus émetteur + de l'eau, un sol conservateur, des hôtes adaptés + une bouche ou des téguments récepteurs, crée le parasitisme intestinal. Sa rupture, en un point quelconque, arrête l'infestation. En milieu colonial indigène, ce circuit est très court ; il est difficile à rompre. C'est la cause de l'*infestation parasitaire intestinale*, dont enquêtes et statistiques montrent l'importance dès les premiers mois de la vie et la généralisation à la moitié ou à la totalité des adultes, suivant les conditions atmosphériques et telluriques, les us et les coutumes des pays de nos possessions d'outre-mer. Le polyparasitisme par helminthes et protozoaires associés en complexes divers, est très fréquent. Pratiquement, tout indigène doit être considéré comme parasité et traité comme tel.

Par contre, seule une minorité d'infestés devient malade et cette *maladie parasitaire intestinale*, conditionnée, semble-t-il, par un déséquilibre entre l'action des parasites et la résistance du terrain se déclenche par un mécanisme mal connu. De plus cette maladie n'a aucune entité propre : la description d'une ankylostomiase, d'une ascaridiose, d'une giardiose, etc., ne correspond pas à une réalité clinique. La maladie se traduit exclusivement par des syndromes anémiques, dysentériques, diarrhéiques, etc., dont l'examen coprologique et l'épreuve thérapeutique peuvent seuls établir l'étiologie parasitaire. Du point de vue de l'évolution, la maladie revêt, soit un caractère surtout social, c'est le cas de l'ankylostomiase qui, de ce fait, intéresse plutôt l'hygiéniste, soit un caractère surtout individuel, c'est le propre de toutes les autres helminthiases et protozooses qui relèvent davantage du médecin. Quant au traitement, il doit être énergiquement entrepris et longtemps poursuivi, car, si nul ne peut affirmer qu'un parasite est pathogène, nul ne peut prouver qu'il est inoffensif.

Le parasitisme des indigènes en France et leur déparasitation. — M. le médecin lieutenant-colonel Stévenel. Les indigènes coloniaux arrivent en France avec les parasites qu'ils hébergent et présentent souvent les symptômes morbides de leurs parasitoses.

La transmission des parasites n'étant pas impossible, une circulaire du sous-secrétaire d'Etat au Service de santé prescrivait déjà, en 1916, le déparasitage des indigènes avant leur envoi dans la métropole.

Une enquête faite par l'auteur, en 1904, a établi

que les proportions, en France, des parasités indigènes militaires, décelables par examen des selles, étaient de 78 p. cent chez les Malgaches, de 63,62 p. 100 chez les Sénégalais, de 86,90 p. 100 chez les Indochinois ; elles n'étaient que de 21,27 p. 100 chez les Européens.

L'auteur donne les proportions de porteurs trouvés pour chaque espèce de parasites chez les Malgaches, les Sénégalais et les Indochinois. Les indigènes sont parasités en proportions variables selon leurs races et leurs résidences habituelles.

Une nouvelle enquête lui a été confiée pour déterminer les meilleurs anthelmintiques et les moyens les plus pratiques de déparasitage.

Les résultats qu'il a obtenus au 1er juin 1931 avec le thymol, l'essence de Chénopodium, le tétrachlorure de carbone et quelques spécialités sont résumés dans un tableau comparatif. Dans les conditions de l'expérimentation, c'est-à-dire une seule cure entraînant moins de quarante-huit heures d'indisponibilité, ce serait l'essence de Chénopodium qui agirait le mieux contre les ascaris (88 à 100 p. 100 de succès) et le tétrachlorure de carbone contre les autres espèces de parasites intestinaux (84,56 de succès contre les uncinaires), même sans diète ni purgation. Une seule cure de déparasitage à l'aide de tétrachlorure de carbone peut diminuer suffisamment les parasites pour que les manifestations morbides des parasitoses deviennent exceptionnelles, mais le déparasitage méthodique avec examens de dépistage, de contrôle et traitement successifs est nécessaire pour faire la prophylaxie rationnelle des parasitoses intestinales.

Traitement de 1.500 cas de schistosomose par le Fouadin. — M. M. Khalil (du Caire). Le Fouadin est une solution à 6,3 p. 100 d'un composé trivalent d'antimoine (antimoine III pyrocatechine disulfonate de soude), que l'auteur a introduit avec ses collaborateurs dans la thérapeutique des schistosomose, en 1929. Il est moins toxique que l'émétique, peut s'injecter dans les muscles et ne produit aucune inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ; enfin la durée du traitement est courte (dix-neuf jours au lieu de vingt-neuf avec l'émétique).

Contribution au diagnostic de la moniliase pulmonaire. — MM. Gino Grossi et Paul Baloq.

Les arséniques dans le traitement de certaines maladies tropicales. — M. Loiselet.

Thérapeutique polyvalente et prophylaxie des affections à protozoaires. — M. Beteau.

Contribution à l'étude des indications thérapeutiques du stovarsol zinc. — M. Beteau.

(*A suivre*).

Les Thèses

P. — Jacqueline Mouneyrat. — **Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le bismuth et l'arsenic ; étude de nouveaux dérivés.**

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a étudié dans sa thèse une série de dérivés bismuthiques nouveaux, ainsi qu'un arséno et un composé arsénobismuthique. Tous ces corps ont été expérimentés cliniquement à l'hôpital Saint-Louis ; leur synthèse chimique a été réalisée par le Dr A. Mouneyrat.

L'auteur expose rapidement les raisons qui lui ont fait préférer les sels solubles aux sels insolubles ; ceux-ci agissent plus rapidement, ils ne s'accumulent pas, et de plus ils sont beaucoup plus facilement injectables.

Le B. S. M. est le sel disodique de l'acide bismuthyltritartrique. C'est un composé aqueux soluble, dont la dose thérapeutique est loin de la dose toxique. Son action thérapeutique est remarquable. Dans les accidents primaires, les tréponèmes disparaissent en 24 heures de la surface du chancre ; la cicatrisation s'opère en 10 à 14 jours. Il agit très énergiquement sur les arsénorésistances. Son élimination est rapide, elle se fait en 6 jours environ. Son seul inconvénient est la légère douleur causée parfois par l'injection.

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a étudié également un autre dérivé aqueux soluble, l'hexabi ; c'est une série de complexes formés par l'iodure de bismuth et successivement les amines, l'hexaméthylènetétramine, pipérazine, pyramidon, antipyrine ; ces corps étaient indolores, mais moins actifs que le B. S. M. ; ils ont été abandonnés.

L'auteur a étudié deux dérivés bismuthiques oléosolubles, un dicamphro-carbonate de bismuth, l'Olbia, et un abiétate de bismuth. Le sel le plus intéressant est l'Olbia. C'est un corps extrêmement peu toxique. Son injection est indolore ; de plus, sa résorption est rapide, car il s'hydrolyse lentement au contact des tissus. Ce produit a été expérimenté à toutes les périodes de la syphilis ; il s'est montré d'une activité comparable à celle du 914 intra-veineux. Une très remarquable observation est citée, c'est celle d'un diabétique traité par l'Olbia, dont la glycosurie est tombée de 205 gr. par 24 heures à 48 gr. par 24 heures, sans modification de régime, uniquement après 12 piqûres d'Olbia. L'Olbia a toujours été bien toléré.

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a ensuite expérimenté un nouvel arséno et un composé arséno-bismuthique. L'arsenic est sous forme trivalente, l'arsenic présentant son maximum d'efficacité sous la

forme arséno. L'auteur développe les considérations chimiques, qui ont permis au Dr A. Mouneyrat de réaliser un arséno peu toxique et actif.

L'arséno est en solution préparée d'avance, et, employé seul, il présente une activité comparable à celle des arsénos intra-veineux. Injecté par voie intra-musculaire, il est complètement indolore, même aux très grosses doses, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici.

Le composé arséno-bismuthique est un composé d'addition, dans lequel l'arséno a été associé au dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia, ces deux médicaments étant réunis dans une même émulsion huileuse. C'est un corps peu toxique, car les toxicités ne s'additionnent pas, l'arsenic et le bismuth n'exerçant pas leur action sur les mêmes organes. Chez les malades arséno-résistants, l'emploi de ce composé permettrait d'éviter une perte de temps précieuse. Il permet de traiter très énergiquement la syphilis sous toutes ses formes. Cliniquement ce médicament s'est montré très actif, son action thérapeutique semble supérieure à celle des arsénos intra-veineux employés jusqu'ici, ceux-ci étant considérés comme étant les plus actifs. Ce produit arséno-bismuthique, en pratique, s'est montré un peu douloureux.

Dans ses conclusions, le Dr Jacqueline Mouneyrat rappelle que l'arséno employé seul est très actif ; il est *indolore* aux grosses doses sans addition d'anesthésique, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici. Les sels bismuthiques sont très actifs ; le dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia, semble réaliser la meilleure forme thérapeutique ; c'est un produit qui présente une grande activité tréponémicide ; il est indolore.

Mt. — Dr A. Rédarès. — **Epilation par l'acétate de thallium dans le traitement des teignes.** (Imprimerie Chastanier frères et Aiméras, 12, rue Pradier, Nîmes.)

Ce travail apporte suffisamment de preuves pour faire admettre l'efficacité de l'acétate de thallium au même titre que celles des autres thérapeutiques. Les dangers, que présentent ce médicament, sont extrêmement réduits par son emploi judicieux ; infiniment plus pratique que ce qui a été employé jusqu'à ce jour, il mérite en face d'un traitement à appliquer d'avoir sa place dans la discussion, car on ne peut admettre le monopole de ce sel dans la thérapeutique des teignes, comme agent épilatoire.

Il a ses indications, il a ses contre-indications ; il existe, enfin, des cas où d'autres traitements peuvent lui être préférés, sans que l'état pathologique du sujet le fasse écarter. Il ne semble pas devoir détrôner jamais les R. X., mais il se placera à leurs côtés comme précieux auxiliaire pour être administré simultanément afin de diminuer chaque dose ; il leur enlèvera seulement les enfants au-dessous de dix ans, ne présentant aucune altération de l'état général, parmi lesquels surtout ceux habitant des villages éloignés de centres ; ceux, enfin, dont les familles réduites par la vie actuelle, ne peuvent faire face au traitement radiothérapique et qui sont effrayées par l'hôpital.

On possède actuellement des pilules dosées à 0 gr. 10 centigr. ; 0 gr. 01 centigr. ; 0 gr. 001 milligramme.

L'emploi en est facile, le dosage rigoureux est fait instantanément.

Voici quelques indications utiles pour le traitement :

Le thallium dépilatoire est exclusivement destiné aux enfants avant la période de la puberté. Il est administré par voie buccale, dissout dans un peu d'eau sucrée. Le dosage doit être très minutieux ; un surdosage peut provoquer des symptômes d'intoxication, tandis qu'un sous-dosage aura comme suite une épilation incomplète. On administre par kilo de poids (la pesée faite à nu), 8 milligr., à un enfant pesant 23 kilos, 184 milligr. On compose la quantité nécessaire en choisissant parmi les comprimés qui sont de 100, 10 et 1 milligrammes. L'épilation commence le septième ou le neuvième jour, et elle est terminée entre le seizième et le vingtième jours. Dès que l'épilation commence, on peut également procéder à l'épilation manuelle ou à l'aide d'une pince. Quand il est nécessaire d'employer un traitement antiparasitaire à l'aide de l'iode et du soufre, il peut coïncider avec la prise de thallium-dépilatoire. La régénération du revêtement pileux recommence environ quatre semaines après l'épilation. On doit éviter une répétition du traitement au thallium pendant au moins trois mois ; on risque sans cela, des phénomènes accessoires désagréables.

Ainsi armé, il semble que l'épilation des teignes est simplifiée d'une façon considérable ; épilation, car il reste bien entendu que c'est la seule action de ce médicament, l'iode gardant ses droits curatifs.

Les rayons X agents physiques, l'acétate de Thallium agent chimique, paraissent donc devoir occuper dans un avenir prochain un rang égal, dans l'épilation des enfants teigneux.

P. — Dr R. Hy. — **L'intra-dermo-réaction à la levurine (étude clinique et biologique).** (Amédée Legrand, éditeur 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1930.)

L'intradermo-réaction à la levurine est une méthode biologique à la fois simple, très sensible, toujours praticable et sans danger, mais dont les résultats doivent être interprétés. La réaction à la levurine est la preuve la plus décisive du rôle pathogène des levures jusqu'alors si souvent contesté. Elle témoigne d'une sensibilisation spéciale de l'organisme par les levures, soit qu'il s'agisse d'une éruption ancienne, ou de l'éruption étendue d'une maladie actuelle. Elle traduit très exactement l'état d'allergie du sujet en cause.

Il y a lieu pour éviter les erreurs d'interprétation

de toujours procéder avec méthode, de rechercher par des cultures appropriées ou des examens sur lame, les agents pathogènes possibles, de pratiquer le cas échéant, des recherches biologiques de contrôle et de toujours faire, règle absolue, une intradermo-réaction témoin avec la trichpophytine, ou l'artivirus à streptocoque. Il faut se rappeler que les syphilitiques ont une façon spéciale de réagir et, ayant mis de côté toutes les causes d'erreurs possibles, rejeter comme douteuses toutes les réactions atypiques, les fausses réactions inflammatoires et les réactions frustes. Les réactions typiques sont caractérisées essentiellement par l'apparition au 3e ou 4e jour d'un placard érythémato-squameux à évolution centrifuge, avec parakératose sèche et prurit sans douleur, dont on doit toujours trouver la trace au 14e ou 15e jour, et souvent beaucoup plus tard encore. Cette méthode présente de nombreux avantages. Elle constitue un puissant moyen de diagnostic pour l'identification et la différenciation des germes. Elle montre le rôle considérable joué par les levures en pathologie cutanée. Elle permet, le même agent pouvant provoquer des aspects morphologiques différents, suivant le terrain, de dépister les formes atypiques et de mettre en évidence les foyers cryptogènes. Elle a permis, en mettant en évidence le phénomène de sensibilisation, de classer certaines éruptions parakératosiques comme manifestations secondaires ou « levurides » et d'éclairer leur pathogénie par la reproduction expérimentale de ces phénomènes.

Du même coup, les maladies à levures, de maladies localisées aux téguments, sont passées dans la pathologie au rang de maladies générales biologiquement décelables ; enfin, nous sommes maintenant orientés vers une thérapeutique rationnelle spécifique qui constitue la « levurinothérapie ».

Les livres qui viennent de paraître...

et qui seront analysés ultérieurement.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris, VIe.

A. GUILLAUMIN, sous-directeur du Laboratoire de culture du Muséum. — **Les Cactées cultivées.** Un vol., 194 pages, 76 photos. Prix : 13 fr.

Paul DECHAMBRE, professeur à l'Ecole d'Alfort. — **Le chien.** *Races, élevage, alimentation.* Un vol. 12 × 19, 312 pages, 90 fig. Prix : 21 fr.

Chez MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr Félix PAOLI. — **La gazothérapie au novozone.** (*Méthode de Tassau*). Un vol., 66 pages, avec fig.

Chez Amédée LEGRAND,
93 boulevard Saint-Germain.

Jacques BARANGER, chirurgien au Mans. — **L'organisation de la chirurgie dans le présent et dans l'avenir.** Préface du Dr TOUPET. Un vol. in-12, 136 pages. Prix : 15 fr.

Chez Gaston DOIN et Cie, éditeurs.

Dr DARTIGUES. — **Faisceau scriptural.** I. *Para-chirurgie ou entretien sur la chirurgie moderne.* Présentation par le Professeur J.-L. FAURE, membre de l'Académie de médecine de Paris. Rappel des préfaces du Dr NOIR et du Dr DUCHESNE, rédacteur en chef et rédacteur en chef-adjoint du *Concours médical.* (Un vol. 472 pages.)

THÉRAPEUTIQUE

L'insomnie pré-dormitionnelle et son traitement

Par le Dr P LONJON
Ex-interne des hôpitaux

Si nous ne possédons que des notions restreintes sur la cause de la périodicité des états de veille et de sommeil, la nature même du sommeil ne nous est plus totalement inconnue, grâce aux acquisitions nouvelles de la clinique et de la pathologie expérimentale. Depuis les travaux de Piéron, dont l'ouvrage réalise une mise au point fondamentale, nos connaissances se sont considérablement accrues. L'étude de l'encéphalite épidémique et des tumeurs cérébrales, en provoquant une connaissance plus approfondie du mésencéphale et du diencéphale, a permis d'admettre l'hypothèse d'un centre régulateur siégeant dans le mésencéphale. Toutes les lésions destructives ou inflammatoires de ce centre détermineront une altération considérable des modalités du sommeil : hypersomnie ou narcolepsie prolongées.

Ces données ont été confirmées par l'anatomie pathologique et par les faits expérimentaux. Demole et Hess, Marinesco et ses élèves ont obtenu chez le chat des périodes de somnolence variables par injection de chlorure de calcium dans la région basilaire. Ces derniers auteurs concluent à l'existence d'un centre régulateur occupant les parois du 3e ventricule et agissant sur le sommeil par l'intermédiaire des centres végétatifs du tuber. La fonction hypnique est égale-

ment sous la dépendance d'un centre cortical, dont le rôle inhibiteur a été mis en lumière par Pawlow au cours de son expérimentation sur le fonctionnement des hémisphères cérébraux. Le sommeil nous apparaît donc aujourd'hui comme un phénomène complexe, nécessitant non seulement l'inhibition passive de l'écorce cérébrale, mais aussi l'intervention active d'une région spécialisée de la substance grise. Les auteurs allemands vont jusqu'à admettre la participation de l'écorce cérébrale tout entière, et même de tout l'axe cérébro-spinal dans la production du sommeil. Il existe d'ailleurs des différences qualitatives considérables entre les diverses espèces de sommeil. Le sommeil provoqué n'a pas les mêmes caractères que celui qui succède spontanément à la fatigue.

Chez un même sujet, le sommeil subit des variations suivant les différents moments de la période nocturne. Lhermitte distingue, au cours du sommeil physiologique, les périodes suivantes : une phase de début qui s'étend sur la première heure et parfois les heures suivantes, pendant laquelle la profondeur du sommeil s'accroît jusqu'à atteindre son acmé, une phase terminale apparaissant vers la troisième heure, caractérisée par une diminution graduelle de l'intensité du sommeil et aboutissant au réveil.

A chacune de ces phases correspond une variété particulière d'insomnie. L'insomnie de la phase initiale, celle que Sommer appelle « la période prœ dormitio » peut prendre des aspects très divers. Tantôt l'endormissement est simplement retardé par suite d'une déficience de la fonction hypnique ; dans d'autres cas, la difficulté que le sujet éprouve à s'endormir est le résultat d'une excitation psychique, ou bien encore, l'endormissement ayant été normal, le sommeil n'atteint pas son acmé en temps voulu, le malade demeurant dans un état demi-conscient au cours duquel les perceptions extérieures lui arrivent confusément. A cette insomnie prédormitionnelle s'oppose l'insomnie post-dormitionnelle, qui se place au moment où le sommeil a cessé d'être profond. Enfin on peut considérer les insomnies dormitionnelles. Elles se manifestent au moment où le sommeil atteint son maximum de profondeur ; elles sont liées à l'éclosion de rêves terrifiants, qui peuvent persister pendant l'état de veille.

L'insomnie pré-dormitionnelle est la plus intéressante pour le médecin praticien parce que, étant la plus fréquente, c'est contre elle qu'il sera appelé à lutter. Elle se rencontre de préférence chez des sujets anxieux, des surmenés présentant un certain degré d'excitation psychique. Il conviendra d'abord de s'assurer du véritable degré de l'insomnie accusée par des malades que leur état préoccupe et qui ont une tendance à l'exagération. Ils ont essayé spontanément et sans succès divers hypnotiques et leur trouble s'accroît de l'angoisse qu'ils éprouvent. Chez ces insomniaques, il est indiqué de faire usage de substances agissant sur le dispositif régulateur, alors qu'on réservera une médication exerçant son action sur le cortex à ceux dont l'irritation corticale se traduit par la multitude des rêves et des images non refoulées.

Dans le grand nombre de substances à action soporifique dont nous disposons, les unes comme le bromure, la paraldéhyde, l'hydrate d'amylène et l'alcool ont une influence sur l'écorce. Au contraire, tous les produits dérivés de l'urée, tous les barbituriques, diéthylmalonylurée, phényléthylmalonylurée agissent sur la région mésencéphalique ; enfin un troisième groupe, la morphine et ses dérivés, agit sur les deux systèmes à la fois. Nous avons vu précédemment que, dans la variété d'insomnie que nous étudions, c'est sur le centre mésencéphalique qu'il fallait agir. C'est donc aux dérivés de l'urée que nous nous adresserons. Parmi eux, nous avons eu l'occasion d'expérimenter, avec succès, un des derniers venus dans le groupe des uréides parmi les dérivés non barbituriques, l'allylisopropylacétylcarbamide, spécialisé sous le nom de sédormid. Il se présente sous forme d'une poudre blanche, cristalline, fondant à 194°. Les différentes expériences ont fait connaître que sa dose toxique est de 8 à 10 fois plus grande que sa dose hypnotique.

Pris à la dose de 0,25 à 0,50, c'est-à-dire de 1 à 2 comprimés le soir au moment du coucher, il amène rapidement le retour au sommeil normal. C'est un hypnotique doux, ne déterminant pas d'accoutumance et que l'on peut administrer sans craindre de phénomènes d'accumulation à cause de son élimination rapide. Il est en général très bien toléré, sa faible toxicité le rend facile à manier. Aussi nous paraît-il appelé à rendre de précieux services au médecin praticien chez les petits insomniaques et les anxieux, si rebelles souvent à la thérapeutique classique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

La médecine préventive doit-elle être nécessairement fonctionnarisée ? — L'organisation de la profession, par elle-même, s'oppose à la fonctionnarisation. — Le recrutement, la formation des médecins. — Réforme des examens. — Adaptation technique, sociale et économique de la profession.

La Médecine préventive, qui a sa place, nous l'avons vu à propos d'une circulaire récente du Ministre du Travail, dans les Assurances sociales, utilisera donc, en attendant la création dans ce cadre des organismes nécessaires (centres de diagnostic, service social), les œuvres existantes et qui constituent l'armement médico-social de la France : dispensaires antituberculeux, antivénériens, centres anticancéreux, consultations prénatales, gouttes de lait, etc.

A l'inverse de la médecine curative, elle s'adresse à l'individu présumé sain, pour l'empêcher de devenir malade, ou pour reconnaître en lui, dépister, diagnostiquer les signes avant-coureurs des maladies à retentissement plus particulièrement social, et arrêter celles-ci dans leur apparition et dans leur évolution. A un stade plus avancé de ces affections, la médecine préventive intervient, à ce titre, pour s'opposer à la diffusion du mal et à sa propagation.

Elle n'attend pas l'appel des malades, pour y répondre ; elle va au-devant d'eux, même et surtout quand ils s'ignorent, et de ceux qui, ne l'étant pas encore, pourraient le devenir s'ils n'étaient pas soustraits opportunément aux menaces pathologiques qui les entourent.

La Déontologie interdit au médecin de soins de se faire connaître par des publications bruyantes ; les médecins des hôpitaux de Paris se font une obligation de ne point apposer de plaque sur l'immeuble qu'ils habitent. La médecine préventive, tout au contraire, a le devoir de faire une active propagande qui la signale, avec tous ses bienfaits, à la Société tout entière.

La médecine préventive a donc un caractère très particulier et doit utiliser, comme armes psychologiques, la persuation tout d'abord, et au besoin la coercition : la vaccination jennérienne est obligatoire, nonobstant sanctions pénales, pour toute la population.

Elle prend chaque jour une extension de plus en plus grande. Elle s'impose. Et comme elle emploie des méthodes qui lui sont propres, on se demande si ceux qui l'exercent ne devront pas se placer dans des conditions tout à fait différentes de celles qui président à la médecine curative dans la pratique privée. Pour tout dire d'un mot, s'ils ne deviendront pas des *fonctionnaires*, à plus ou moins bref délai.

Et par voie de conséquence, on craint que la fonctionnarisation de la profession médicale ne soit le sort réservé aux générations qui entreront dans la carrière dans quelques années, pour l'avilissement de la science et la déchéance de la profession médicale.

Cette crainte n'est pas tout à fait illusoire. Il y a pourtant un moyen de la rendre telle, et d'en estomper la menace : c'est *l'organisation de la profession par elle-même.*

Je l'ai dit et je ne me lasserai pas de le répéter, pour essayer de grouper le plus grand nombre d'adhésions autour de cette notion, que je considère actuellement comme absolument primordiale.

***

Ce n'est pas que je me flatte de convaincre du premier coup, ni même jamais, et le traditionnaliste farouche, dont les symboles sont la cravate blanche, la redingote et le chapeau haut de forme ; et l'individualiste irréductibble qui nie les vertus de l'association et de la coopération ; et même le paradoxal ingénieux qui expose froidement que la pléthore n'est pas un mal, et que pour qu'il y ait assez de médecins à un moment donné, il faut qu'il y en ait toujours trop... Tout de même, il n'est pas défendu d'espérer que des yeux, de plus en plus nombreux, s'ouvriront à la lumière de certaines vérités, ou que nous considérons comme telles, cette prudente réserve, pour me garer du reproche d'outrecuidance qui pourrait m'être adressé.

L'organisation de la profession médicale comprend trois grands chapitres : 1° le recrutement ; 2° la formation ; 3° l'adaptation aux besoins de la société.

Le recrutement des docteurs en médecine destinés à exercer pratiquement leur art, dans la métropole et les colonies, devrait être national. Si certaines considérations, d'ordre diplomatique et sentimental, interviennent pour atténuer quelque peu la rigueur de ce postulat, l'atténuation doit être très discrète, et les exceptions à la règle rarissimes. Et voilà pourquoi nous attendons impatiemment le vote de la loi Armbruster, et l'appelons de tous nos vœux.

Le recrutement se fera parmi les bacheliers de l'enseignement secondaire, titulaires d'un diplôme où lettres et sciences seront sagement dosées, selon les séries fixées dans le décret du 8 octobre dernier.

***

Le P. C. N. doit-il être conservé ? C'est encore un point sur lequel nous nous sommes maintes fois expliqués, les uns et les autres. Noir a raconté comment M. Pierre Vierge avait trouvé un seul médecin pour le défendre ; c'était un jeune externe des hôpitaux : « Supprimer le P. C. N., aurait-il dit ! Mais c'est l'année la plus utile des études médicales. En sortant du lycée, un jeune homme a besoin de repos, de détente ; il faut qu'il ait le temps de jeter sa gourme, de faire son apprentissage d'étudiant sans être absorbé par des études trop sérieuses. L'année du P. C. N. est cette année de loisir bénie ! »

Et Noir ajoute : « Il est difficile de démontrer de façon plus humoristique l'inutilité du P. C. N. »

Nous réclamons la réforme des études, en général ; la prépondérance à donner à l'enseignement pratique, et tout spécialement au stage hospitalier, qui devrait être réglementé et surveillé sérieusement ; l'introduction dans les examens d'une épreuve écrite anonyme ; le caractère éliminatoire de certains d'entre eux, après un nombre d'échecs déterminé ; l'obligation d'un stage d'application analogue au stage que font au Val-de-Grâce les jeunes médecins militaires.

Un de mes amis, que sa fonction désigne pour faire partie des jurys d'examen, me disait ces jours-ci : « Vous avez raison de demander une réforme des examens. Et vous n'insisterez jamais trop sur l'importance qu'il conviendrait d'attacher à leur forme, aussi bien qu'à leur fond.

« Un examen, naguère, c'était une espèce de solennité que le candidat n'abordait pas sans être quelque peu ému. Les séries ne comptaient guère plus de dix candidats. Les examinateurs revêtaient leur toge de professeur et d'agrégé. Tout se passait habituellement dans le calme et la tranquillité.

« Aujourd'hui, les séries comptent trente candidats. Le jury est débordé par cette masse qui envahit l'espace qui devrait lui être réservé. Il a des candidats devant lui, à sa droite, à sa gauche, derrière lui. Tout cela grouille, remue. C'est bruyant. La sérénité fuit cette sorte de foire d'où l'émotion est généralement bannie, et où le prestige du juge est à la hauteur de la considération du candidat.

« Ce n'est plus une solennité, c'est une formalité ennuyeuse, dont on se débarrassera le plus rapidement possible, et avec le minimum de risques.

« Des séries moins nombreuses ; une discipline suffisamment ferme des candidats, et aussi de l'auditoire, retenus à la place qu'ils doivent occuper les uns et les autres. Voilà ce qu'il faudrait d'abord rétablir. »

— Certes, répondis-je, vous êtes bien placé pour protester contre les habitudes et les mœurs actuelles. Mais ne sont-elles pas en grande partie dues au trop grand nombre des étudiants inscrits à votre Faculté ? Et n'est-ce pas là la démonstration frappante, à un point de vue spécial, de ce que je ne cesse de répéter, que les capacités d'enseignement de cette Faculté sont débordées par une sorte de trop-plein qu'il faudrait déverser sur d'autres Facultés, moins favorisées ?

Et puis, s'il est légitime, et nécessaire, et indispensable même, dans l'intérêt de la santé publique, que les examens de doctorat fassent réellement la preuve des connaissances techniques du futur médecin, s'ils doivent être impartiaux et ne pécher ni par excès d'indulgence, ni par excès de sévérité, n'estimez-vous pas que bien des examinateurs auraient à apprendre leur métier, en évitant de tomber dans ce travers qui consiste à apprécier un candidat en fonction de certaines « colles » sans aucune valeur démonstrative ?

« Tout ce que vous dites est vrai, reprit mon ami. Ne craignez pas d'appeler l'attention sur tous ces points dont la méconnaissance joue un rôle dans l'encombrement. Dites aussi que les examens de clinique sont le plus souvent des fantômes d'examens. Vous savez comment ils se subissent ? Le candidat doit passer 24 heures dans le service de son juge, qui l'interrogera dans la mesure où il en aura le temps, au moment de sa visite. Qu'arrive-t-il dans la pratique ? Ce candidat, qu'on le veuille ou non, fait, pendant 24 heures, partie du service. Il y jouit d'une certaine considération. Les externes l'initient charitablement aux marottes du patron, à ses colles préférées, aux réponses qu'il tient pour bonnes. Lui-même a, pour son élève temporaire, une sorte de sympathie latente qui pourra influer sur son jugement.... On dit volontiers que les premiers examens doivent être les plus rigou-

reux. Il ne faut pas cependant que les derniers ne soient que des simulacres.... »

J'ai rapporté à dessein cette conversation. Elle montre que cette question préoccupe, non seulement ceux qui attribuent à la formation du futur médecin une influence considérable sur la façon dont, plus tard, il remplira sa mission, mais encore ceux qui sont chargés précisément de cette formation.

La réforme des examens est donc une des premières mesures qui s'imposent. On me dit qu'une épreuve écrite doit être introduite prochainement à Paris dans l'examen d'anatomie. C'est un début qui doit bien faire augurer des intentions du Doyen et du Conseil de la Faculté de médecine.

***

La formation du futur médecin étant le deuxième chapitre de l'Organisation de la profession par elle-même, son adaptation aux exigences de la santé publique est le troisième. Si les syndicats médicaux ont leur mot à dire dans tout ce qui a trait au recrutement et à la formation des médecins, si leurs avis ont une valeur consultative indiscutable, cette adaptation, par contre, leur appartient en propre. Ils en seront les promoteurs et les réalisateurs, s'ils sont conscients de leur rôle.

Elle doit avoir trois grands objectifs : les nécessités techniques, les besoins sociaux, les exigences économiques.

A cette heure, on dit d'une façon générale que l'Economique dépasse la Politique, que la crise européenne, et même mondiale par laquelle nous passons, est économique. Il en est bien de même, dans des proportions très réduites, de l'exercice de la médecine.

Le médecin moderne subit de très lourdes charges ; il supporte des impôts écrasants. Il faut qu'il puisse gagner sa vie honorablement. Mais il ne peut, cependant, se désintéresser de la répercussion que peuvent avoir sur le budget de ses malades certains traitements longs et coûteux, surtout quand ils utilisent des appareils délicats, eux-mêmes d'un prix élevé.

Et c'est ainsi qu'à l'Economique se joint la Technique et la Sociologie. Les centres de prévention, de dépistage, de cure, de convalescence, qui centralisent méthodes, procédés et appareils, permettent de tenir compte des trois points de vue envisagés. Il appartient au Corps médical organisé de s'inspirer de ces considérations pour provoquer la création de ces Centres, dont ils auraient intérêt à être les propriétaires, ou tout au moins les exploitants.

C'est en prenant toutes ces initiatives, je le répète, que le Corps médical échappera à la fonctionnarisation.

G. Duchesne.

ASSURANCES SOCIALES

Droit pour un malade d'un département de se faire soigner par un praticien d'un département voisin.

Un de nos confrères, qui habite une grande ville, a soigné un assuré social, appartenant à une caisse d'un département voisin.

Voulant se faire rembourser partie du prix des soins reçus, l'assuré a reçu de sa caisse la lettre suivante :

« Prêt à liquider votre dossier, je m'aperçois que vos visites ont été faites par un docteur de X.

« J'ai téléphoné aussitôt au président du syndicat du département, pour lui demander s'il m'était possible d'en tenir compte. M. le président m'a déclaré que le syndicat s'y opposait formellement.

« Avec tous mes regrets, je suis obligé de classer votre dossier dans les pièces en litige. »

Et notre confrère de me demander ce qu'il faut penser de cette réponse du président du syndicat médical et ce qu'il convient de faire, en pareil cas ?

Le problème ainsi posé, doit être généralisé, car il s'applique à de nombreux confrères, qui exercent à la limite de deux ou plusieurs départements.

L'opposition à l'octroi des soins peut provenir de considérations diverses : soit que le praticien visé ne fasse pas partie de son syndicat médical et, de ce fait, soit plus ou moins bien considéré par ses confrères ; soit que le président d'un département s'oppose à ce qu'un confrère d'un département voisin vienne exercer, en matière d'assurances sociales, sur le territoire administratif qui n'est pas celui de son domicile.

Dans le premier cas, nous devons rappeler que le malade a, sans restrictions, le libre choix de son médecin ; mais il convient d'ajouter que, pour que l'assuré puisse se faire rembourser une partie de ses frais ce libre choix est restreint aux seuls praticiens qui acceptent les termes de la convention signée entre le syndicat et les caisses du département.

Qu'il soit ou non syndiqué, du moment où le praticien n'a pas été, par mesure disciplinaire régulière, exclus du bénéfice des soins à donner aux assurés sociaux, il a le droit de donner ses soins à tout malade, qui fait appel à lui ; mais il doit fournir la justification qu'il a consenti à respecter les directives et conditions de la loi sur les assurances sociales et que, notamment, il

accepte le contrôle technique du syndicat médical local.

Cette adhésion à la convention qui lie le syndicat et les caisses d'un même département, est donnée soit par le syndicat, au nom de ceux de ses membres qui acceptent, soit par le médecin isolé, non syndiqué, qui avertit directement soit le syndicat, soit les caisses.

Du point de vue pratique, un malade de Marseille, de passage à Paris, consulte un praticien parisien. Il voudra, ensuite se faire rembourser partie des honoraires versés, en s'adressant à sa caisse de Marseille.

J'estime que le praticien de Paris pourra mettre, sur la feuille de maladie, en observation, qu'il est adhérent d'un des syndicats médicaux de Paris, ou non, mais qu'il a accepté par écrit les conventions signées par les syndicats médicaux de Paris avc les caisses du département de la Seine.

Si la caisse de Marseille, dûment prévenue par l'assuré, veut faire contrôler — comme c'est son droit — en cas de maladie longue, il est fait application de l'article 27 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique :

« Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la caisse, à laquelle il appartient, le contrôle général prévu à l'article 24 ci-dessus est confié à la caisse, qui a pris en charge le service des prestations, sous réserve du droit de regard de la caisse d'origine, qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens, avec lesquels la caisse de rattachement a contracté. »

De la lecture de ce texte réglementaire, il résulte que lorsqu'un assuré social se fait soigner en dehors de la circonscription territoriale de la caisse, à laquelle il est affilié, il doit prévenir ladite caisse, pour que cette dernière puisse prendre les mesures de contrôle, qu'elle juge utile de prendre.

La caisse d'origine s'adressera à la caisse du lieu, où son ressortissant reçoit éventuellement des soins, pour que cette caisse de rattachement puisse faire contrôler, au nom et au profit de la première caisse.

Par suite, pour le praticien, il lui suffit d'avoir acquiescé à la convention syndicat-caisses de son département, pour être qualifié pour donner ses soins aux assurés sociaux, qui viennent le consulter dans son cabinet.

Mais, une seconde hypothèse doit être envisagée : ce n'est pas l'assuré, qui se déplace, pour aller chez le praticien, c'est celui-ci qui va donner ses soins au domicile du malade, qui habite dans un autre département.

S'il ne s'agit que d'un cas fortuit (médecin appelé en consultation) le praticien n'aura qu'à spécifier, en signant la feuille d'assurances sociales, qu'il est qualifié, dans son propre département, pour donner ses soins aux assurés sociaux.

Mais s'agit-il d'une répétition de soins, par exemple, le praticien habitant une localité, d'où il rayonne sur deux ou trois départements, il agira sagement en prévenant le syndicat médical, ou les caisses de ces départements, qu'appelé souvent à soigner des assurés sociaux, il adhère à la convention, qui a été signée entre les dites caisses et le syndicat médical du département, dans lequel il se rend régulièrement.

Veut-il être d'une correction déontologique complète, il priera son propre syndicat de prévenir le syndicat du département voisin qu'il adhère à la convention.

C'est maintenant qu'il convient d'envisager cette sorte de xénophobie confraternelle, qui conduit le président d'un syndicat de s'opposer, au nom de son groupe, à ce qu'un confrère, habitant un département voisin, soit qualifié pour soigner les assurés sociaux, en dehors de son propre territoire administratif.

Ce faisant, le président du syndicat outrepasse ses droits : la loi, ni le règlement d'administration publique n'ont mis de limite à l'exercice de la médecine d'assurances sociales de la part des praticiens, qui, syndiqués, ou non, ont adhéré aux conventions syndicats-caisses.

Le département est une circonscription, aux limites conventionnelles, d'ordre administratif, limites qui n'ont aucune valeur pour l'exercice de la médecine.

Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'A. M. G., le préfet d'un département, chargé d'organiser le service, peut imposer aux médecins des départements voisins d'avoir à observer le règlement départemental qu'il a publié.

En matière d'assurances sociales, un département peut avoir contracté d'une manière différente de celle du département voisin : c'est affaire entre syndicats départementaux et caisses.

Aussi, le praticien doit-il prendre connaissance de ces différentes conventions, pour y souscrire, s'il croit devoir le faire.

Quant au président d'un syndicat, il ne peut pas s'opposer à ce qu'un praticien d'un département voisin vienne exercer son art, du moment où ledit praticien remplira toutes les conditions légales et réglementaires, pour soigner telle ou telle catégorie d'individus.

Dr Paul BOUDIN.

MAISONS D'ACCOUCHEMENT. RELATIONS CONFRATERNELLES

Il m'est demandé de donner mon avis personnel sur la manière de comprendre les relations confraternelles qui doivent s'établir entre deux praticiens, dont l'un est le médecin traitant d'une future accouchée et l'autre, spécialisé en accouchements, dirige une clinique.

Quel peut être notamment le partage des honoraires ?

Situons les personnes en présence : d'abord la malade, qui doit recevoir chez elle, ou dans un établissement *ad hoc*, les soins nécessaires à son état.

Parce qu'elle est logée trop à l'étroit, parce qu'elle n'a pas chez elle le personnel idoine, qui pourra lui donner les soins d'hygiène, après l'accouchement ; parce qu'elle a plusieurs enfants et qu'elle ne veut pas qu'ils soient témoins de l'acte obstétrical, elle demande elle-même à être transportée à la clinique, ou elle se rend aux conseils de son médecin, qui lui démontre que, dans un local spécial, elle aura des couches très facilitées, et sans danger d'infection.

L'intérêt bien compris de la parturiente lui commande donc, dans ces cas, de quitter son médecin habituel, pour se confier aux soins du praticien, directeur de la clinique d'accouchements.

Le médecin traitant est souvent le premier artisan de cette dépossession de cliente : c'est lui-même, qui engage la malade et son entourage, à consentir à ce que les couches soient faites dans un milieu aseptique et plus scientifiquement adapté à la circonstance que le domicile familial.

Le directeur de la clinique d'accouchements doit se tenir en contact avec son confrère, le médecin traitant et, soit par consultation avec lui, soit par téléphone, lettre, etc., il se fera mettre au courant des antécédents de la parturiente.

Fera-t-il appel au médecin traitant, pour participer à l'acte obstétrical lui-même ? Demandera-t-il l'assistance ou la seule présence du praticien de ville ou de campagne, pour l'aider dans l'accouchement ?

Non, sans doute, car, dans la normale, l'acte obstétrical est sans histoire ni complications. Le médecin de la maison d'accouchements y suffira donc avec l'aide de son personnel habituel.

Ce ne serait qu'en cas de complications, que le médecin accoucheur ferait appeler son confrère traitant, en consultation.

Répartition des honoraires

En général, l'accouchée doit payer, d'une part, les frais de séjour dans la clinique, plus les dépenses pharmaceutiques, ou autres ; d'autre part, les honoraires obstétricaux, qui, bien souvent sont prévus à forfait.

Pour un prix convenu d'avance, elle sera accouchée et traitée jusqu'à ses relevailles ; ce n'est qu'au cas de complications obstétricales, ou postérieures à l'accouchement, qu'elle devra verser un complément d'honoraires.

Dans l'esprit de la malade, comme dans son entourage, c'est l'accouchement, tout compris, qui est payé au prix convenu. Le médecin accoucheur peut se faire aider par qui bon lui semble : il a pris une entreprise au forfait (l'accouchement) ; à lui de mener son œuvre à bonne fin, avec les aides qu'il lui plaît de faire appeler, pourvu que tout aille bien.

Dans ces conditions, l'accouchée ne croit pas devoir des honoraires spéciaux à son propre médecin au cas où il assisterait, ou participerait à l'acte obstétrical normal et dystocique, sans que sa présence ait été réclamée par la parturiente. Aux yeux de la parturiente, le médecin traitant devient alors un collaborateur, un aide de l'accoucheur et ses honoraires font partie intégrante du forfait d'accouchement.

A l'accoucheur de rémunérer chacun de ses aides comme bon lui semble, en tenant compte de l'aide effective apportée.

Le médecin habituel ayant pris plus ou moins part activement à l'accouchement, comment s'effectuera la répartition des honoraires ?

C'est affaire entre eux, pourvu que rien ne soit clandestin. Si l'accouchée veut savoir si son médecin traitant a été honoré par l'accoucheur, pour sa présence à l'acte obstétrical, ou pour tout autre travail professionnel accompli à la clinique, elle doit recevoir satisfaction immédiate, sans avoir l'impression que, par derrière, s'est pratiqué un courtage, ou le paiement d'un rabattage.

Cependant j'estime que le syndicat local doit réglementer la situation juridique. Au groupe professionnel de discuter, en assemblée générale, le *quantum* qui, raisonnablement, doit être la part de chacun.

Si l'accoucheur supporte la plus grande partie de l'accouchement, tant professionnellement, qu'en responsabilité, il ne faut pas oublier que, volontairement, le médecin traitant s'est dépossédé d'un gain, au profit de l'accoucheur, en engageant, sa cliente à aller accoucher à la clinique.

Bien entendu, ce tantième est variable, selon que le médecin traitant a répondu à l'appel de l'accoucheur en donnant à ce dernier, soit par téléphone, soit au cours d'une consultation, des renseignements cliniques sur la parturiente, ou selon les circonstances qui ont conduit l'accou-

cheur à réclamer la présence du médecin traitant pendant l'acte obstétrical.

Ici encore, nous devons considérer le cas où c'est l'accouchée elle-même qui a prié son médecin habituel d'assister à l'accouchement. Dans ce cas, les honoraires de cette assistance doivent être à sa charge.

Conclusions.

J'estime donc, pour ma part, qu'il n'y a rien de répréhensible à la coutume, qui s'est établie, sous la poussée de l'opinion publique, à demander un forfait global, pour une intervention, un accouchement.

Le spécialiste, qui a la conduite et la responsabilité, tant de l'opération que des soins, fera appel aux collaborations qui lui semblent utiles, dans l'intérêt du malade. Il est juste qu'il rémunère lui-même ces collaborations.

Le principe une fois admis, le *quantum* de la répartition des honoraires est du ressort du syndicat, à moins que ce dernier ne laisse toute latitude aux praticiens pour s'arranger entre eux.

Mais, au cas où le malade tiendrait à savoir si son médecin traitant a été honoré par le spécialiste, il faut que les deux praticiens puissent répondre franchement et hardiment, pour enlever au client l'impression, que des combinaisons d'affaires ont été traitées derrière son dos, et surtout à son détriment.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le maximum des pensions de retraite porté à 4.800 francs

Lorsque la Mutualité Familiale a ouvert ses combinaisons retraites, nous n'avions envisagé que la pension de 1.200 francs : c'était, en quelque sorte, l'indemnité de vieillesse, elle correspondait à l'indemnité-maladie chronique de cent francs par mois.

Plus tard, nous avons admis la pension de 2.400 francs : elle était encore corrélative à l'indemnité chronique mensuelle donnée par la combinaison MA². C'était déjà une amélioration.

Mais avec les conditions actuelles de la vie, c'était encore insuffisant et nous devions songer à faire un pas en avant dès que la chose nous serait déclarée possible.

Aussi, lorsque nous avons soumis à M. Fleury, notre actuaire aussi dévoué que compétent, les documents nécessaires à l'inventaire quinquennal auquel il allait procéder, nous lui avons posé cette question : pourrions-nous porter le maximum de nos pensions de retraite de 2.400 à 3.600 francs ?

Et voici quelle a été sa réponse :

« La situation du fonds d'assurances retraites est excellente et permet d'envisager sans crainte l'extension des services des combinaisons P et R à des montants de retraites plus élevés, 3.600 fr. et même 4.800 fr. ».

Nous allons donc proposer à l'Assemblée gérale du mois prochain de porter le maximum des pensions de 20 à 40 parts, c'est-à-dire à 4.800 fr. pour l'une comme pour l'autre combinaison.

Si l'on se rappelle que le cumul des deux combinaisons P et R est admis, on verra qu'un sociétaire peut ainsi s'assurer une première pension de 4.800 francs à 60 ans et une seconde égale à 65 ans, ce qui à partir de ce dernier âge fait 9.600 francs.

Et comme la femme du sociétaire est admise à ces combinaisons dans des conditions semblables à celles de son mari, le ménage peut arriver à se faire annuellement 19.200 francs — ce qui est certes appréciable.

L'Assemblée générale ratifiera certainement nos propositions, aussi le Conseil d'Administration a-t-il décidé d'ouvrir dès maintenant l'accès à ces pensions plus élevées de manière à permettre aux confrères qui sont à la limite d'âge de s'y faire inscrire.

Les confrères nés en 1881 peuvent donc adhérer à R et les confrères nés en 1886 à P, mais ils ne le peuvent que jusqu'à la fin de l'année courante.

C'est une faveur que nous leur réservons — à eux d'en profiter.

D'ailleurs, les confrères moins âgés peuvent également s'inscrire dès maintenant. Il leur suffira d'écrire au secrétaire général, Dr Mignon au Vésinet (Seine-et-Oise), ils seront admis immédiatement.

Les confrères inscrits pour 1.200 ou 2.400 fr. peuvent naturellement, s'ils sont dans les conditions d'âge, s'inscrire pour un complément en payant la cotisation correspondante à leur âge actuel.

Rien n'est changé aux barèmes des cotisations, les voici :

COMBINAISON R. *Retraite à 65 ans*

Cotisations annuelles à verser pour une pension de 1.200 francs. Multiplier par 2, 3 ou 4 pour les pensions de 2,400, 3.600 ou 4.800 francs.

Age d'entrée	Cotisations à verser	Cotisations simples	Cotisations contre-assurées
20 ans	45	48 fr.	58 fr.
21 —	44	51 »	62 »
22 —	43	54 »	66 »
23 —	42	57 »	70 »
24 —	41	60 »	74 »
25 —	40	64 »	79 »
26 —	39	68 »	84 »
27 —	38	72 »	89 »
28 —	37	77 »	95 »
29 —	36	82 »	101 »
30 —	35	87 »	108 »
31 —	34	93 »	115 »
32 —	33	99 »	123 »
33 —	32	106 »	131 »
34 —	31	113 »	140 »
35 —	30	121 »	150 »
36 —	29	129 »	161 »
37 —	28	139 »	172 »
38 —	27	149 »	185 »
39 —	26	160 »	199 »
40 —	25	172 »	214 »
41 —	24	186 »	230 »
42 —	23	201 »	249 »
43 —	22	217 »	269 »
44 —	21	236 »	291 »
45 —	20	256 »	316 »
46 —	19	279 »	343 »
47 —	18	305 »	374 »
48 —	17	335 »	409 »
49 —	16	369 »	448 »
50 —	15	408 »	493 »

Combinaison P. *Retraite à 60 ans*

Cotisations annuelles à verser pour une pension de 1.200 francs. Multiplier par 2, 3 ou 4 pour les pensions de 2.400, 3.600 ou 4.300 francs.

Age d'entrée	Cotisations à verser	Cotisations simples	Cotisations contre-assurées
20 ans	40	82 fr.	97 fr.
21 —	39	87 »	103 »
22 —	38	93 »	109 »
23 —	37	99 »	116 »
24 —	36	105 »	123 »
25 —	35	111 »	131 »
26 —	34	119 »	140 »
27 —	33	126 »	149 »
23 —	32	136 »	159 »
29 —	31	144 »	169 »
30 —	30	154 »	181 »
31 —	29	164 »	193 »
32 —	28	176 »	207 »
33 —	27	188 »	222 »
34 —	26	202 »	237 »
35 —	25	217 »	255 »
36 —	24	234 »	274 »
37 —	23	252 »	295 »
38 —	22	272 »	318 »
39 —	21	295 »	344 »
40 —	20	320 »	372 »
41 —	19	347 »	404 »
42 —	18	379 »	439 »
43 —	17	415 »	479 »
44 —	16	445 »	524 »
45 —	15	510 »	575 »

Rappelons que l'âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission, qu'aux chiffres ci-dessus, il faut ajouter 10 % pour frais de gestion, que la cotisation se paie dans son entier l'année de l'admission, mais que par contre, elle ne se paie pas dans l'année où le sociétaire atteint sa 65e ou sa 60e année suivant la combinaison choisie, qu'enfin, il n'y a pour le sociétaire aucune cotisation à verser pour une autre œuvre quelconque, la Mutualité Familiale étant ouverte à tous sans qu'ils soient tenus d'habiter telle ou telle région, de faire partie de tel ou tel groupe, d'être inscrits à telle ou telle autre œuvre.

Rappelons également que la pension se paie en une seule fois, dans son intégralité au 1er janvier de chaque année et que la pension est due quand bien même le sociétaire viendrait à mourir le 2 janvier.

Rappelons enfin que les enfants des sociétaires sont admis aux combinaisons retraites à partir de leur vingtième année et que leur participation est soumise aux mêmes conditions que celles de leurs parents.

Confrères,

Vous apprécierez ce nouvel effort fait par la Mutualité Familiale. Que ceux qui peuvent le faire, prennent la pension maxima ; que ceux qui ne se sentent pas les reins assez forts prennent une pension moins élevée ; mais que nul n'oublie pas que, s'il peut échapper à la maladie, il n'échappera sûrement pas à la vieillesse et à l'usure.

A. Gassot.

LA LEÇON PRÉHISTORIQUE DONNÉE PAR UN RÉCENT ROMAN (1)

A propos de Glozel.

Dr Marcel BAUDOUIN,

Ethnographe,
Secrétaire général d'honneur de la *Soc. préh. de France*,
Président d'honneur des *Congrès préh. de France*.

Dans le journal *Le Temps*, en février 1931, a paru un véritable ROMAN, et non pas une VIE ROMANCÉE, portant le titre de MÉMOIRES VÉRIDIQUES D'UN NAUFRAGÉ ! Ce titre est capable de tromper tout le monde, parce que le récit a l'apparence d'un document tout à fait vraisemblable et sans précipices...

Il débute ainsi : CECI N'EST PAS UN ROMAN ! »

Aussi cette supercherie, qu'on est étonné de voir patronnée par un journal comme *Le Temps* (2), mérite-t-elle d'être soulignée. Mais, comme la valeur littéraire de l'œuvre publiée est absolument indéniable, il est bon qu'on la fasse connaître dans les milieux *scientifiques*.

Aussi, la supposant VRAIE, vais-je la commenter scientifiquement, comme si tout cela était arrivé, pour indiquer comment j'ai pu parvenir à soupçonner l'invention de l'auteur, élève sans doute de Pierre Louys, de Pierre Benoist, et de celui qui imagina le film Caïn.....

***

Mais je dois dire ici tout d'abord ce qui est vrai, réellement vrai, d'après M. Moreux lui-même, l'auteur dudit Roman.

1° Il y a bien eu un *Naufragé Nantais* ; et c'était bien un jeune *pilotin*, comme je l'avais deviné.

Mais il n'échoua pas sur une île déserte du Pacifique ; celle-ci était dans l'Atlantique, aux environs de Rio de Janeiro ! Il y eut bien une ébauche d'idylle avec une jeune indigène, évidemment jolie ; mais elle n'eut aucune suite en quoi que ce soit.

2° Le plus grave, c'est qu'il y a eu un vrai MANUSCRIT, que ce vrai manuscrit était, en réalité, tout à fait insignifiant et qu'actuellement IL A DISPARU ! Cela est tout à fait malheureux et déplorable, car ce document aurait été SCIENTIFIQUEMENT très précieux quand même, quoique dépourvu de toute grâce littéraire.

3° Autre chose plus grave encore, c'est que les détenteurs dudit manuscrit réel, le père et le fils, *sont morts tous les deux* (ils étaient de Vendée, et de l'Ile d'Yeu). Le père, capitaine au long cours, *di primo cartello*, très avantageusement connu sur la place de Nantes, le Ct. Martin, qui avait été à Valparaiso, s'est noyé en Loire, à bord de son trois mâts, le *Jean-Baptiste Demange*. Tous les gens habitués « de la rivière de Nantes », connaissent cette tragédie. Quant au fils, possesseur en 1911 du papier précieux, également capitaine au long cours, il a été tué à la guerre. Ces deux valeureux navigateurs sont très connus des marins de Croix-de-Vie, port que j'habite.

Une enquête à Nevers, rapidement menée, m'a ouvert les yeux ! Une autre, à Brest, m'a fait fortement réfléchir. Enfin, mes recherches, aux Archives de Nantes, m'ont amené, grâce à mon ami Giraud-Mangin, à une certitude absolue, confirmée par une lettre... tardive de l'auteur. Il était temps d'avouer.....

Quand le Roman paraîtra en volume, ce qui ne saurait tarder, il serait bon qu'en tête du livre on rétablisse la réalité des faits, scientifiquement parlant. La vérité l'exige. Je pense que M. Moreux s'y résoudra.

OBSERVATION LITTÉRAIRE (Résumé).

Voici d'abord l'observation brutale, aussi *résumée* que possible.

Notre héros s'appelait, dit-on, le Chevalier Jean d'Artaut et était le fils d'un notaire nantais, qui vivait vers 1772, et avait pignon rue rue !

Après des études assez fortes, ce jeune homme, d'une excellente famille, très riche, poussé par le démon des aventures et des voyages, s'embarqua et navigua dans les mers lointaines, à la recherche d'un Idéal quelconque, probablement celui de la Liberté des Philosophes d'alors...

Il avait 17 ans, à cette époque, et sortait des... Jésuites de Nantes, à l'enseignement célèbre (1772).

Il fit naufrage dans une île absolument DÉSERTE, au milieu du Pacifique, et arriva, NU comme un ver, sur une terre absolument vierge, mais d'étendue fort restreinte, totalement inhabitée (1774).

(1) Dédiée aux Médecins naturalistes et préhistoriens.

(2) Il est vrai que la publication a été faite avec le titre « *Le Radeau de Bambou* » et en *feuilleton*.

Mais *Le Temps* a des feuilletons *scientifiques*, signés Drs X et Y, Prof. Z..., etc. — Ce n'est donc pas là une excuse suffisante.

Là il put faire du feu (1) et vivre à la manière des PRÉHISTORIQUES, fabriquant des outils en PIERRE pour ses besoins journaliers... Son observation précise est des plus utiles aux savants pour comprendre l'usage des silex TAILLÉS et aux expérimentateurs pour en confectionner d'analogues...

Au bout de quelques mois, et plus tard, après une année, il put construire un Radeau de bambou, et s'embarqua sur ce frêle esquif, avec des provisions et ses outils de *pierre taillée* à la découverte des îles voisines : tel Alain Gerbault...

Après diverses péripéties et un voyage de 400 km., il aborda, toujours NU, un îlot sur lequel il trouva, par le plus grand des hasards, un autre Naufragé, le Dr Thibaut (de Brest), médecin de marine, vivant dans cet autre lieu désert, avec sa fille Sylvie, dont la mère était une fille d'un *Roi* indigène, décédée.

Ce hasard était bien un peu extraordinaire ; mais cependant il s'expliquait... Jean vécut, désormais, avec ces deux autres personnes, aussi *régence* que lui, jusqu'à l'époque où tous durent être rapatriés en France par un navire du port de Nantes. Le Dr Thibaut semble, certes, avoir réalisé, en pleine Océanie, quoique simple botaniste, un assez joli tour de force, au point de vue expérimentation végétale.

Ces événements se déroulèrent de 1772 à 1778-1779, probablement, car l'auteur des *Mémoires d'un jeune Naufragé* (*Le Radeau de Bambou* : *Temps*, février 1931), M. A. Moreux, admet que Jean d'Artaut, et son épouse devant le Dieu Soleil, Sylvie Thibaut, étaient de retour à Nantes après 1780, vers 1782. Il semble avoir retrouvé un portrait de ce héros, daté de 1787 et le possède encore. (Il devrait bien le donner au Musée de Saint-Germain-en-Laye). — Il a aussi découvert des traces de sa femme, sous la forme d'un autre portrait, dit « La Belle Sauvage », disparu, mais peut-être non détruit.

Ce qui m'a bouleversé un peu dans cette extraordinaire aventure, ce n'est pas l'effort formidable du jeune Nantais, instruit et fort bon nageur, mais le récit, qu'il est dit avoir rédigé lui-même, de sa vie primitive ! Il y a là-dedans, tout de même, un peu trop de poésie, de style et de littérature... J'ai eu peur d'une « Vie Romancée » (déjà !), forme d'écrit trop à la mode, hélas ! aujourd'hui. — J'avais raison.

On trouve, dans ce récit en effet, écrit d'une main alerte, en ces solitudes du groupe des Basses-Iles, comme disent les grandes cartes allemandes, une telle envolée, une telle sûreté de langue, et des images si justes que longtemps j'ai eu peur d'avoir été pris au piège, par un miroir à alouettes —.... — J'avais raison.

Quoiqu'il en soit, M. Moreux a découvert, à Nantes, l'acte de mariage du père et de la mère du naufragé, daté de 1753 : Chevalier Louis-Jean-Marie d'Artaut et Cécile des Barres, tous deux originaires de la ville.

Le fils doit donc être né vers 1754 ou en 1755 ; il avait environ 17 ans. Il est probable que le ménage Jean d'Artaut et Sylvie Thibaut a eu des enfants et au moins un fils, inconnu, père d'Yves-Marie d'Artaut, riche armateur nantais... vers 1850 (1). C'est dans la famille de ce dernier (2) qu'ont été retrouvés les deux dessins-portraits, cités plus haut et dont un seul est perdu (3).

Le manuscrit original de Jean d'Artaut a été trouvé dans un coffre de marine, enfermé dans un sac de toile à voile, très ancienne (4) ; il a été découvert par un commandant de vaisseau ; et c'est un médecin, le Dr Maupertuis, qui en comprit le premier l'intérêt (1890).

Ecrit à moitié en français et en anglais (Jean d'Artaut avait parfaitement appris l'anglais chez les Jésuites et dans ses premiers voyages de 1772 à 1774), il contient des citations latines et de très jolis vers français. Ce marin aurait été un *poète* (5), et un *savant* avant la lettre, s'il avait existé.....

II. — Détails relatifs à la vie préhistorique des dits Naufragés.

1° DANS L'ILE DÉSERTE : Jean D'ARTAUT, *seul.* (12 mars 1774. — 10 octobre 1775).

Un grand nageur. — Après le naufrage du grand brick anglais de 340 tonneaux, l'*Indolent*, parti de Plymouth le 15 août 1773, sur lequel

---

(1) Il avait retrouvé son *briquet* sur la plage ! !

(1) Yves d'Artaut ne peut être que le petit-fils et non le fils de Jean d'Artaut, le naufragé.

(2) Il est possible que le portrait de Sylvie d'Artaut soit resté à Nantes ; mais il a pu être aussi vendu ailleurs, car l'héritière du possesseur habitait dans la Nièvre en 1906.

En tout cas, on ne pourra le retrouver qu'à Nantes, s'il existe encore. Qu'on le cherche ; il en vaut la peine. Il doit être signé Lagrange et être date de 1787, comme celui de son mari !

(3) On sait que l'île des Naufragés est l'une de celles de l'archipel dit *les Basses-Iles de l'Ouest-Océanie*. Sa longitude est de 142° W et sa latitude 17° S. Ces coordonnées exactes ont été données par le docteur Thibaut, qui savait que son navire l'avait abandonné dans une île habitée voisine, en ce point précis du Pacifique.

Avec un bon Atlas ou des cartes marines détaillées, il doit être possible de retrouver le nom scientifique de cet îlot, à cause de l'*Ile au Piton*, située aux environs, qui possède un repère nautique et a été visitée par les navigateurs dès 1617 (flèche gravée sur une pierre et date sur un arbre).

(4) Ce sac porte la date de 1780, et le mot *Nantes*.

(5) Sylvie Thibaut, métis d'une fille de Reine de l'Ancienne Lémurie effondrée dans le Pacifique et de race royale, était d'une Beauté sculpturale grecque, d'après son père, ainsi que sa mère. A Nantes, on l'appelait *La Belle Sauvage* ou la *Belle Dame*, dans la famille d'Artaut.

naviguait Jean d'Artaut comme capitaine en second dès 18 ans, et où, à un moment donné, il se trouva *seul*, attaché au grand mât, dans l'archipel de Pomotou, à 10° de longitude ouest de Taïti, notre navigateur dut se jeter, NU, dans le Pacifique, pour gagner un îlot de corail, qu'il apercevait du pont du navire échoué à une très grande distance (1).

Ne pouvant rester sur ce récif sauvage et dépourvu de végétation, après avoir deviné au loin la présence d'une île boisée, il se jeta à la nage, avec la perspective d'avoir au moins 4 à 5 mille à faire !

Nudité. — *Nageur de premier ordre*, il les fit, mais arriva exténué sur une plage sablonneuse, *nu* comme un ver, sous un soleil de feu !.

Nourriture. — Après avoir longtemps dormi sur la grève et s'être reposé, il se précipita vers les rochers de la plage, pour trouver des coquillages et les dévorer crus.

Ayant cassé une branche d'arbre pour se défendre contre les animaux malfaisants et recueilli un gros galet, il partit à la découverte d'un ruisseau, pour y boire ! Son bâton avait 5 pieds.

Il ne trouva pas d'eau et devint fort perplexe. L'île n'avait aucun cours-d'eau.

La source (*eau*). — Une touffe de joncs au milieu d'une prairie frappa ses yeux. Il conclut à de l'*eau souterraine*. Creusant la terre végétale avec ses mains, il put faire un trou de 0,50 cm., trouva un peu d'eau, et enfin se désaltéra (2) !

Mais la source était insuffisante, car elle correspondait à un ruisseau sous-dunaire, comme il y en a tant. Mais impossibles à maintenir étaient les sables mouvants. Il dut s'ingénier à construire des boisages à l'aide de branchages et de lianes avant d'agrandir l'orifice et inventer une *pelle* en pierre, sans manche ! Le difficile fut de couper des pieux de soutènement des lianes (3).

Outillage de pierre éclatée. — C'est alors que l'idée lui vint de se fabriquer des *instruments de pierre* ! La réflexion de son manuscrit est typique : « Robinson Crusoé » avait au moins des outils » ! Ce qui prouve qu'avant 1772 il avait lu en anglais cet ouvrage, qui est de 1719, comme il avait parcouru le livre de J. Cook en 1772, à Plymouth.

« Il *songea*, dit-il aussi, *aux premiers âges de l'Humanité* ». J'imagine que c'est ainsi que *naquit l'idée et l'industrie des hommes des premiers temps.* — Rien de plus juste !

Il eut, comme première idée, de fabriquer une HACHE COUPANTE, à manche de bois. Sur le rivage, il trouva de gros *galets de mer en* BASALTE noir et les attaqua au *Percuteur* (galets identiques).

Il obtint un *éclat*, assez tranchant et s'en servit comme *couteau* pour fendre le bout de son bâton ; il introduisit ensuite cette pièce *éclatée* dans la fente et la fixa par des lianes. Il put avec cet outil *couper* de grosses branches d'arbres (Exp. mod. d'H. Muller) (1).

Briquet (*feu*) *et calepin* (*mémoire*). — Se promenant sur la plage, il aperçut à un moment donné un objet inaccoutumé. C'étaient les débris de sa veste de marin, apporté par les flots du large et du récif de corail. Cette épave était en lambeaux ; alors tombèrent de sa poche son *Calepin* et sa *Pipe* ! Pas de *couteau*, hélas ! Il rejeta le tout furieux, sur le sable, mais bientôt se ravisa et retourna chercher la pipe. La curiosité l'emportant, il ouvrit son beau calepin avec fermoir de cuivre et trouva, dans la pochette intérieure, son *briquet de marin*... CHANCE INESPÉRÉE ! Tous les espoirs sont permis : *Pouvoir faire de suite du feu*, pour un navigateur et un Bachelier, c'est la VIE ASSURÉE ! Le hasard le plus imprévu ayant apporté le *Feu* à Jean d'Artaut (C'est le Ciel qui l'envoyait), ce dernier n'eut pas à le réinventer (2). Certainement, il y serait parvenu (3) !

---

(1) On remarquera l'analogie de ce récit avec celui de Robinson Crusoé, fils de bonne famille, également très jeune, qui commandait un navire négrier, quand il fit naufrage dans l'Océan Atlantique, à l'embouchure de l'Orénoque, comme d'ailleurs le *vrai* Pilotin Nantais *inconnu*.

(2) Cette remarque, ou cette façon de trouver de l'eau, n'est peut être pas *préhistorique*, car elle indique un cerveau déjà instruit. Mais ce n'est pas sûr toutefois...

En tout cas, elle est d'un gros intérêt et doit être enseignée aux explorateurs qui ne sont pas toujours des géologues de terrain.

(3) Cette conception et cette manière de creuser un puits à eau dans les sables mouvants sont aussi très intéressantes.

Il y a beaucoup de cours d'eau souterrains sous les dunes ; mais il faut savoir les dépister et les reconnaître, en particulier au niveau des falaises rocheuses et des plages.

Ce n'est pas dans les livres que cela s'apprend. Nous ne le savons que par nos courses de préhistorien !

(1) Tous les Préhistoriens connaissent les recherches expérimentales de mon collègue et ami H. Muller avec des Haches de pierre fabriquées par lui, qui lui servirent à abattre des arbres aux environs de Grenoble !

Moi-même, en Vendée au cours de mes essais expérimentaux de *Taille de Silex*, j'ai fabriqué des haches analogues et m'en suis servi.

L'emploi du *Basalte* s'explique par la nature du sous-sol de l'*Ile déserte*, ancien volcan tertiaire ou quaternaire, et ancien sommet de la *Lémurie*.

(2) On sait qu'en Préhistoire le Feu est connu à l'*Acheuléen*, c'est-à-dire au Paléolithique inférieur. Mais il est probable qu'il a existé auparavant, quoiqu'on ne puisse pas l'affirmer scientifiquement aujourd'hui.

(3) On connaît la façon de le faire des sauvages actuels (*frottement de bois sec contre bois*).

Armes de chasse (arc, flèche). — Dès lors, il songea à se fabriquer des *armes de chasse,* pour tuer des animaux à fourrure, s'en nourrir, après les avoir fait cuire.

Il fit d'abord avec une hache de chasse, un *épieu* ou javelot, à pointe durcie au feu ; puis il songea à un ARC EN BOIS, muni d'une cordelette fine et résistante, faite non pas d'une liane, mais d'une « herbe à tige blanche » inconnue.

Les Roseaux lui donnèrent des FLÈCHES. Très rapidement, il devint très habile dans le maniement de l'arc ; à 40 pas, il ne manquait jamais sont but (1).

Il put ainsi tuer des ramiers, des oiseaux aquatiques, venant à son *puits* dans le sable, des *lièvres* et des *marcassins* sauvages.

La Pierre taillée. — C'est à ce moment qu'il usa des *galets de silex* et les *tailla,* après débitage pour faire divers outils. Les silex lui servirent d'abord à fabriquer des *hameçons,* à l'aide d'un fin éclat (2).

La Pierre polie. — Mais il reconnut vite qu'il était plus facile de *polir* sur une pierre dure une coquille marine des mers chaudes, toujours très *épaisse* et *très* résistante, qu'une lame de silex (3).

Il utilisa surtout pour les hameçons des coquilles d'huîtres, comme son ami Clark, ancien timonier de J. Cook, lui avait dit qu'on pouvait le faire, à l'imitation des sauvages d'Océanie.

La Pêche. — Des fibres de liane constituaient ses longues lignes de fond.

Le Sel marin. — D'abord, il recueillit le *sel,* déposé dans les trous de rochers par l'Océan, à cause de la chaleur intense des pays tropicaux à évaporation rapide ; puis il provoqua une évaporation réfléchie d'eau de mer dans des cuvettes préparées à dessein sur des pierres creuses. D'où salaison des viandes tuées et des poissons pêchés (4).

(1) En préhistoire, la vraie pointe de flèche en silex n'apparaît qu'au Néolithique.

Mais il est cependant très probable qu'elle est *paléolithique,* ainsi que l'*arc.* Ce qui semble le prouver, ce sont les feuilles de laurier et même les pointes à cran du *Solutréen* ! Les pointes de flèches en *os poli* sont connues au Magdalénien. L'arc est paléolithique, comme le *propulseur.*

(2) Les hameçons, en *silex,* sont connus au Paléolithique. C'est une belle invention d'Artaut.

(3) L'emploi des *coquilles* n'a guère été étudié, et cela bien à tort, par les savants spécialisés et les expérimentateurs.

(4) La question du Sel n'a pas été encore étudiée en vraie Préhistoire ! On ne s'en est occupé que pour l'ère des Métaux (*Hallstattien,* etc.) en Bretagne, en Vendée et dans l'Est.

Grotte-habitation. — Dès son arrivée dans l'île déserte, qui n'avait guère que 4.000 pieds de diamètre et six mille de circonférence, il avait recherché une *grotte* sur l'apic des falaises, entre le rivage de haute mer et le sommet des rochers, à la mode préhistorique (1).

Il la découvrit assez vite (1), bien protégée par une entrée *étroite,* qu'il ferma d'une grosse pierre.

Il obtura (2) toutes les fissures avec de la glaise et des pierres, fit une *cheminée* (3), et y creusa des *silos* ou *coffres* à venaison, sel, provisions, etc.

Il disposa un *siège* ; un *lit* de branchages et de goémon ; une *table* (pierre plate sur quatre piquets), pour écrire, etc., etc.

Vêtements. — A l'approche de l'hiver (1774), c'est-à-dire à l'arrivée de la saison des pluies, il eut l'idée de se fabriquer un vêtement avec de l'*écorce de lianes,* par tressage des fils (4). Il se fit ainsi une *pèlerine,* descendant jusqu'aux genoux. Mais, avec le climat merveilleux dont il jouissait, il préféra vivre *nu,* même l'hiver.

***

En janvier 1775, 10 mois après son naufrage, il avait 20 ans et était déjà *très acclimaté.* La *plante* de ses pieds était devenue un cuir à toute épreuve ! Il put supporter alors de longues marches, une mer démontée et une *tempête* de 4 jours et nuits, cela sans inconvénient.

Le message par oiseau de mer. — A ce moment se produisit un phénomène extraordinaire ! Des *mouettes,* inconnues, arrivèrent sur sa plage, dont 4 ou 5 montraient une *croix noire,* peinte sur leur dos ! Il réussit à en tuer *une,* qu'il alla chercher en mer, à la nage... On était fin février. Il constata alors que l'oiseau portait sous une aile, un petit *sachet* de toile, avec un petit papier d'écorce, portant ces mots : « *Naufragés,* 142° longitude ouest, 17° lat. sud (c'est-à-dire sud-est d'Haïti, non loin des îles Pomotou).

Il en conclut que, sur un îlot voisin, se trou-

(1) De la sorte à l'abri des eaux de la mer et des fleuves et du ruissellement de hauts plateaux. C'est d'ailleurs dans ces points que se trouvent les entrées des cavernes. Jean d'Artaut avait deviné cette notion.

(2) Point important quand l'endroit est habité ou peuplé d'animaux féroces.

(3) Les Préhistoriques ne faisaient guère du feu qu'en avant des grottes et dans les *abris sous roches.*

(4) Vêtement *végétal,* qui, en préhistoire, fut d'ordre totémique (arbre sacré).

Il est certain qu'au quaternaire les vêtements en fourrures d'animaux ne furent inventés qu'en période glaciaire et qu'assez tardivement.

Il n'est pas prouvé qu'il a existé un âge du Bois primitif, antérieur aux âges de la Pierre, malgré les idées théoriques de certains savants.

vaient des Français comme lui (1); c'était l'évidence même.....

De suite, il résolut de les rejoindre en *radeau*, mais d'écrire d'abord ses mémoires, sur son calepin, avant de partir. Il commença l'admirable et poétique Rédaction, qu'on connaît désormais, à la mi-avril 1775 (2).

Encre et plumes. — Et, pour cela, il fit de *l'encre* avec des baies *noires*, et des plumes avec des plumes d'oiseau ou un roseau fondu par *polissage*. On notera les *inventions* des naufragés (oiseaux messagers blancs (à croix noire peinte) et celles de Jean d'Artaut).

Navigation. Radeau nº 1. — Il fabriqua alors un premier radeau en bambous, dès la fin de la saison des pluies (mars-avril 1775).

Si bien qu'un an après son arrivée à l'île déserte, il pouvait naviguer.....

Il alla d'abord à 2 milles à *l'îlot de corail*; mais, entraîné au large par un vif courant marin, il prit peur d'aller trop loin, abandonna son frêle esquif à l'Océan, et revint à la grotte à la *nage*, toujours nu comme un ver et gros-jean comme devant !

Cette expérience manquée (perte du radeau et de ses outils et armes de pierre), le découragea un peu ; il dut et put reconstituer son matériel, car, heureusement, il avait laissé son briquet dans sa grotte.

Radeau nº 2 (construction). — Il mûrit davantage son projet de construction de son deuxième radeau, après avoir fait des *plans soignés* dans sa demeure, dont il utilisa les *parois* pour ses dessins.

Il employa des *peaux de lièvres* et des branches souples d'osier, mais ne put éviter le raccornissement des *peaux de marcassins*. La pagaie était faite d'un long bâton, pourvu à ses deux bouts de deux larges *valves*, bombées, de mollusques bivalves.

Le 30 avril 1775, dix chapitres du manuscrit sont rédigés. Le radeau se termine... La quille est en une grosse liane et un coffre est installé en branches tressées.

Absence de céramique. — Comme *vases*, il n'a que des *bambous* creux et des *vessies* de sangliers.

Chose curieuse, d'Artaut NE SONGEA PAS DU TOUT A FAIRE DE LA CÉRAMIQUE (1). Cette constatation est très importante. Elle montre bien que cette invention humaine est POSTÉRIEURE au POLISSAGE de la Pierre ! Ce qu'on n'admet pas encore en Préhistoire..... Et cette observation *négative* est ici d'autant plus intéressante qu'on a affaire à un brillant bachelier, élève des Jésuites, et à un marin déjà accompli, à un poète et un grand écrivain, citant des textes latins de mémoire et même faisant de très bons vers français.....

***

Radeau nº 2 (essai). — Notre jeune homme fit une première sortie d'essai avec son second radeau en juillet 1775. Tout alla bien, et il put atteindre l'*Ile verte* voisine; mais il constata qu'elle était inhabitée. Grimpé sur un arbre, il aperçut, de là, d'autres îles et se crut sûr de retrouver dès lors les naufragés aux Mouettes messagères.

Invention des vêtements (le tailleur). — Désirant arriver près d'eux en civilisé, et non en sauvage, il crut devoir se confectionner des *vêtements*. Il se fabriqua une *culotte* en peaux de lièvres (aiguilles en os ; fil végétal), et une *veste* sans manche. Il confectionna aussi une *outre, en peaux de lièvres* également, pour compléter ses vessies de sanglier à eau potable.

***

Décidé à risquer le tout pour le tout, à abandonner son ILE DÉSERTE pour retrouver des hommes comme lui, à parcourir sur le Pacifique des centaines de lieues, il remplit de vivres son radeau et le chargea de tout son outillage de pierres, emportant son précieux *briquet*; les *coquilles tranchantes* lui servant de couteaux ; son fameux *manuscrit* ; ses hameçons; et tous ses SILEX TAILLÉS (témoignage formel).

Son départ définitif pour ce voyage de vaste envergure et cette grande exploration est indiqué par ces mots latins sur son calepin : « *Sic volucre fata* ! »

Grand voyage en radeau (circumnavigation). — Le sort est jeté ! Il part au debut d'août 1775, un an et demi après son naufrage (1774), âgé de 20 ans et demi.

Il séjourne d'abord à l'ILE VERTE, deux jours,

(1) C'est le Dr Thibaut, qu'on va rencontrer plus loin, qui avait imaginé, grâce à un savant dressage préalable par sa fille, les *dites Mouettes massagères* !

Cette expérience de *Ramiers dressés* et d'*oiseaux apprivoisés* a un très réel intérêt, au point de vue de la Doctrine *totémique* qui, en l'espèce, évidemment, ne pouvait pas jouer.....

(2) Le *manuscrit*, perdu par d'Artault, n'a été retrouvé que vers 1890, dans des conditions un peu mystérieuses, qui ne nous intéressent pas ici. Il a été publié par M. Moreux, comme nous l'avons indiqué plus haut, en 1931.

(1) On sait qu'une certaine Ecole préhistorique prétend que la Céramique est d'invention *paléolithique*, c'est-à-dire de l'âge de la Pierre taillée.

Cela paraît presque impossible à soutenir désormais, après l'observation ci-dessous. Toutefois, nous allons voir bientôt d'Artault à l'œuvre, comme *potier* émérite, mais après suggestion spéciale, due à une femme.

Puis, après une difficile et longue navigation, il atteint l'ILE AU PITON, un vrai paradis terrestre, à bananiers (arbres qu'il n'avait encore jamais vus), à fleurs et plantes admirables. On est en plein été.

Il fait là deux importantes découvertes : un arbre sur lequel a été gravée au couteau la date de 1617 (1); et, au sommet d'un pic boisé, une *pierre plate apportée* avec une longue *flèche*, gravée au fer, allant vers le sud-ouest ! Cela indique que des explorateurs ont jadis passé par là avant Bougainville et Cook et que des îles doivent se trouver dans cette direction.....

Il quitte cette île enchanteresse au *ruisseau* gazouilleur et à baie bien abritée, se promettant d'y revenir, s'il ne découvre personne dans les environs.

Mais, poussé par la hantise de voir des autres hommes, il reprend sa navigation, après avoir trouvé sur la plage une *flèche en roseau*, avec pointe faite d'un *clou* ! Des Indigènes n'étaient donc pas très loin.....

On est à la fin d'août, quand il part de l'Ile au Piton. Il navigue au hasard pendant un mois, et tout le mois de septembre, s'approvisionnant comme il peut dans les îlots rencontrés...

Le 10 octobre 1775, il aborde sur une île nouvelle ! Il tombe à l'eau sur le bord, près d'un banc de corail, où touche son radeau à mer basse. Il gagne l'île à la nage et y jette un coup d'œil. Elle apparaît boisée. Il réussit à mer haute à sauver son radeau. Il monte alors dans un arbre élevé pour s'orienter.

Une branche casse ; il fait une chute de dix pieds et s'évanouit...

2° DANS L'ILE HEUREUSE : Le Dr THIBAUT (1775-1777) (2).

A son réveil, il a la surprise inouïe de voir à ses côtés un vieillard de 61 ans, à longue barbe, qui l'examine sous toutes les coutures... Il parle en français, correct comme un moine, avec une grande clarté et une sûreté d'expression étonnantes, indiquant une haute culture et une éducation parfaite ! « Je suis *Français* et *Médecin*, dit-il. J'habite cette île depuis 10 ans avec ma fille de 17 ans.

« Je suis le Dr Thibaut (de Brest), médecin de la marine royale, *naufragé* comme vous depuis l'année 1754. Vous êtes ici chez vous, M. le Chevalier d'Artaut, ajouta-t-il, quand il sut à qui il avait à affaire ! » — Cet homme avait le plus bel air, une âme sereine, un visage plein de noblesse. On l'aurait cru pérorant dans un salon du meilleur monde en France !

Le docteur Thibaut avait réussi par des moyens trop longs à raconter ici et sans intérêt pour cette étude de Préhistoire expérimentale, à construire une élégante *maison en bois*, grâce à un breton, charpentier, sur le bord d'une *rivière*, non loin de la plage, dans cette île également déserte, mais extrêmement *fertile*, très boisée et assez grande ! Il avait réussi à créer à côté un très important JARDIN BOTANIQUE, car il était un Botaniste *di primo cartello*.

Rentré à la villa, le médecin français présenta dans les formes, avec baiser sur la main et profondes révérences, sa fille Sylvie, une extraordinaire *beauté*, une vraie *statue grecque*, disait son père, fille d'une mère presque aussi belle, fille elle-même du Roi Aonta d'une île voisine très habitée, une représentante de l'antique race de cette LÉMURIE (Gondhava), effondrée sous les eaux, de l'Ile de Pâques à Panama ! Le chevalier Jean d'Artaut fut estomaqué par cette aventure, cette rencontre et ce cérémonial, bien dignes du XVIIIe siècle !

La *Belle Sauvage* avait les pieds nus, une courte tunique de toile sans manche ; elle était divinement belle, avec son teint ambré et sa chevelure à reflet d'or. Ce fut le coup de foudre pour notre pauvre garçon ; et cela aussi est PRÉHISTORIQUE !

Bien entendu, il tomba amoureux fou.

Dès lors les *poésies* pleuvent sur le célèbre manuscrit et le cœur du Chevalier vibre sans cesse à la voix douce de sa belle compagne.

Mais il a promis au père, lui nu jusqu'à la ceinture, vêtu seulement de sa pauvre culotte de peaux de lièvres, d'être aussi Régence qu'à la Cour ! Et, malgré la voix puissante de la nature, sous ce soleil de feu du tropique du Capricorne, il a tenu joliment son serment ! C'est là un fameux mérite, qui fait honneur à la chevalerie française, mais n'a rien à voir avec la Préhistoire.

Les fiançailles des deux jeunes amoureux n'eurent lieu que deux ans après, le 25 juillet 1777 ! Mais, dès le 12 août 1777, le manuscrit est *terminé*, après bien des avatars, des fuites par jalousie et des retours par amour, devant un père inexorable, toujours aussi correct que s'il avait été dans un salon du Brest mondain...

***

Cette île, Jean d'Artaut l'a appelée l'ILE HEUREUSE. Il y vécut deux ans au moins, avec son père adoptif et sa fiancée.

Il continua dans ce séjour enchanté, devenu

(1) Le navigateur espagnol de Quiros, qui était à Taïti (Otaihiti) en 1606, est mort en 1614. — Il ne peut donc pas être question de lui ! Mystère !...

(2) J'ai consacré un assez long article à la biographie du Docteur Thibaut, après quelques recherches demeurées vaines d'ailleurs, faites à Brest par mon vieil ami d'internat, le chirurgien Civel. (Cf. Marcel Baudouin. *Un médecin français en Océanie : Le Dr Thibaut (de Brest)*, 1754-1780. La Fausse « Petite Histoire de la Médecine ». *Progrès méd.*, Par., 1931, 21 mars, n° 12, p. 547-550.

pour lui un paradis terrestre, qu'il ne voulait plus quitter, à inventer des méthodes de civilisation, à la manière des hommes néolithiques !

Invention de la céramique. — C'est ainsi que, sous l'impulsion de Sylvie, il devint CÉRAMISTE par *amour* et un artiste en la matière. Il fit le métier de maçon qu'il ignorait. Il construisit un FOUR A POTS ! Avec Sylvie, qui avait déjà inventé elle-même la *céramique* avec l'aide d'un vieux serviteur sauvage, mais n'avait pas pu réussir le four, il obtint des résultats remarquables.

Mais il est bien certain qu'ici c'est la FEMME qui a commencé ! Cela est très important au point de vue scientifique, mais confirme tout ce qu'enseigne l'Ethnographie comparée. En tout cas, c'est un fait à souligner.

***

L'Ile Heureuse, de 13 lieues de tour, était couverte d'une *forêt*, où abondaient les cocotiers, les palmiers, les mûriers (utilisation de l'*écorce* pour faire des *tuniques* par battage), des figuiers, des bananiers (le Dr Thibaut en a reconnu quinze espèces), et surtout d'*arbres à pain*, dont le fruit gros comme la tête donnait des lamelles de pain, qu'on faisait *griller* comme des toasts !

Dès 1765, le Dr Thibaut avait organisé là un jardin potager, où il avait employé les *greffes* et où il faisait une *sélection intelligente des graines*, invention refaite récemment en Europe !

***

Quand le journal se termine, le Dr Thibaut a 63 ans, sa fille 19 ans, Jean d'Artaut 22 ans.

Il est certain que les trois naufragés furent rapatriés après 1777, vers 1780, et sûrement avant 1787. Mais on ignore si le mariage eut lieu à l'*Ile Heureuse* sans prêtre, ou ailleurs. Ils durent vivre et mourir à Nantes en 1787 et après la Révolution, à laquelle ils assistèrent. Sylvie fut connue, dans les meilleurs salons de Nantes, sous le nom de la « *Belle Sauvage* » ou de la « *Belle Dame* » !

Elle dut avoir une postérité ! Mais on n'en sait rien ! Sa vie civilisée reste un mystère..... C'est bien dommage, pour cette admirable *Lémurienne* !

***

Conclusions apparentes et littéraires.

Comme on le voit, l'EXPÉRIENCE PRÉHISTORIQUE fut à peu près complète en théorie.

1° A l'*Ile d'Artaut*, se déroulèrent, en deux ans, les diverses phases des Inventions de la *Pierre taillée* et de la *Pierre polie* !

Le Chevalier d'Artaut, bon dessinateur, a couvert les parois de sa grotte de *dessins* divers, comme les Magdaléniens ! Mais il n'a inventé ni la *hache polie*, ni la *céramique*, due à l'influence tardive de Sylvie seulement. Il n'avait pas éprouvé ce besoin.

2° A l'*Ile Heureuse*, il est passé sans transition, et sans avoir retrouvé ni le cuivre, ni le bronze, parce que les minéraux natifs correspondants *manquaient* (sans cela, le Dr Thibaut les aurait utilisés sûrement le premier), à l'*âge du fer*; mais il n'avait à sa disposition que le peu d'outils en fer apportés ou donnés par des sauvages au médecin, c'est-à-dire des CLOUS et des pièces trop usagées ! Cependant tout cela fut utilisé pour les canots ou l'habitation en bois.

3° Pendant les deux ans passés en ce point, Jean d'Artaut fit de très grands *voyages d'exploration*, pour essayer de trouver un grand navire européen ; il resta des mois en mer marchant, sans boussole, aux étoiles ! Il était devenu un grand navigateur (1), bien digne des grands armateurs nantais, un véritable Explorateur aussi complet, aussi hardi et aussi compétent qu'Alain Gerbaut !

***

CONCLUSION VRAIE. — Il est vraiment déplorable qu'il n'y ait pas un mot de vrai dans cette aventure, surtout quand on se rappelle le récit du Dr Merland (de Nantes), intitulé *Dix-sept ans chez les sauvages*, récit parfaitement véridique, puisque j'ai connu le naufragé vendéen de Papousie et l'auteur lui-même ; puisque j'ai assisté, à l'âge de 15 ans, au retour triomphal, au pays du Mousse, héros de ce volume, qui mourut garde-phare au Pilier.

J'ai nommé Narcisse Pelletier (de Saint-Gilles-sur-Vie) (2) !

***

Inventer des histoires comme celle de Jean d'Artaut (3), au détriment de CELLES DES VRAIS NAUFRAGÉS (le Pilotin Nantais et le matelot de Saint-Gilles, sans parler des autres), c'est non seulement tromper le grand public; mais c'est surtout lui donner une mauvaise leçon de morale.

Jadis les Œuvres littéraires avaient un autre but. Il faut renoncer à ces «*vies trop romancées*», qui dénaturent trop les produits naturels..... Qu'on nous permette, enfin, en terminant de ne pas apprécier ces nouvelles coutumes (4)..... Le mot, dont nous nous servirions, serait trop dûr !

Marcel BAUDOUIN.

(1) Sylvie Thibault manœuvrait d'ailleurs les bâteaux à la perfection et était encore meilleure *nageuse* que d'Artaut !

(2) Narcisse Pelletier est né le 1er janvier 1844 à Saint-Gilles-sur-Vie. Retrouvé en avril 1875. De retour en Vendée le 2 janvier 1876.

(3) Cf. Marcel BEAUDOIN. — *Un Faux Robin Crusoé Nantais, d'après un roman récent.* — *Nantes Mondain*, 1931, 42e an., n° 24, 14 mars, p. 3-6. — *Int. des Ch. à Cur.*, Par., 1931, XCIV, n° 1744, 15 mars, p. 197-198.

(4) Conférence faite au Cercle littéraire de St-Gilles-sur-Vie (V.), en février 1931.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... Il n'est pas toujours facile de se passionner pour les chefs-d'œuvre.
(Robert KEMP.)

CDLX. — Georges COURTELINE. — **Contes.** Un vol. illustré 13 × 19, tiré à 3.200 exemplaires sur vélin. — Dix-huit illustrations de Jacques Touchet. Préface d'Edmond Pilon. *Editions d'art H. Piazza,* Paris, 1931. 50 fr.

Pour ceux de Courteline, au contraire point besoin d'effort. Il est facile de les goûter et de se laisser aller à la joie robuste qu'ils recèlent. Je me permettrai cependant de revenir sur une opinion, que cette passion (excusable et louable) des chefs-d'œuvre a ancrée dans l'esprit de nombre de nos contemporains, et que l'éminent préfacier a reprise à son compte. Il s'agit de la classique assimilation de Courteline à Molière. Qu'il y ait chez les deux sujets quelques procédés superposables, et parfois cette même indulgente amertume du rire, cela n'est pas niable. Mais je ne crois pas qu'il y ait dans le comique de Courteline les éléments indispensables, tous les éléments qui font la *durée* du comique de Molière. Je ne cherche pas une mauvaise querelle à Monsieur Pilon : je suis heureux qu'il démente avec cette vigueur l'aphorisme cruel de mon épigraphe d'aujourd'hui en montrant que l'enthousiasme et la passion peuvent conduire fort loin leur homme, même quand il s'agit de la platonique passion pour un chef-d'œuvre. Et je crois que ce qui fera malheureusement tomber dans un injuste oubli ces récits, qui approchent de la perfection du genre, c'est qu'ils sont trop étroitement inspirés de l'époque, où ils furent écrits. L'allant de leur action fait corps avec le ridicule précis d'un laps de temps bien déterminé : cette fin de siècle popote, que Paul Morand a criblée d'épingles, où Madame Boubouroche s'appelle Adèle, où les troupiers ont des gants blancs. Ils sont fonction (suivant le vocable définitif des gens de mathématique) d'un temps de bourgeoisie quiète où les farces de Théodore ou les brimades de la caserne et du bureau dilataient avec une patience de « *pilules perpétuelles* », la rate du Français moyen, environ 1900. La férocité de la vie actuelle, l'ampleur de nos destins économiques a ratatiné les mannequins épiques de Croquebol et de la Guillaumette. J'ai bien le droit de les trouver plus touchants de souffrir cet exil, comme les petits rentiers supportent l'amputation de leur bas de laine. Ils se recroquevillent dans la production forcenée de notre époque, comme dans leur grand manteau de cavalerie au sortir de la maison chaude, pleine de chansons, de lumières, de miroirs et de fesses, quand ils retrouvent le vent aigre de la nuit de Bar. J'ai rencontré avec plaisir leur gaieté bon enfant, reconnu avec émotion, les bois toujours neufs de Boubouroche et sans évoquer Monsieur Poquelin, comédien du Roi, j'ai dû rire de bon cœur en regardant danser les marionnettes du bon Courteline, autour du pyrogène symbolique de Théodore.

CDLXI. — Erckmann CHATRIAN. — **Histoire d'un Conscrit de 1813. — Maitre Daniel Rock.** 2 vol. 14,5 × 20,5 illustrés chacun de douze gravures en couleurs par Bourdier et Georges Villa. Tirés à 3.300 ex. numérotés sur velin Aussedat dans la Collection Byblis. *Editions du Sagittaire,* Paris, 1931.

Le Sagittaire, pour se délasser de la laborieuse publication des œuvres de Paul Valéry (en quartz fumé), poursuit pour nous, lecteurs moyens, qui avons besoin d'œuvres limpides, la réédition des romans d'Erckmann-Chatrian. La correction de leur fond, l'émotion simple qu'ils dégagent les recommandent à notre attention. La présentation typographique est particulièrement soignée. Les images du *Conscrit* sont tour à tour martiales et candides, parées de couleurs claires, d'un dessin net ; celles de *Daniel Rock* ont plus de fougue et plus d'étoffe. Elles sont aux précédentes ce que peut être au jardin anglais l'agreste parterre du curé de mon village où les fleurs démodées poussent à la grâce de Dieu. Et cela est très bien ainsi : on ne pouvait pas enluminer comme buffleteries et rudiments « astiqués » de revue d'armes, le tablier de cuir et les piques, avec lesquelles le vieux forgeron et ses fils essayent d'arrêter la première locomotive. Il sort vaincu de ce tournoi inégal, mais son exemple n'a guéri aucun de ceux qui mettent à le lire l'application des naïfs épelant ce nouveau chapitre de la miraculeuse épopée du Quichotte.

CDLXII. — Henri DE RÉGNIER. — **Souvenirs sur Villiers de l'Isle-Adam, Jules Laforgue, Stéphane Mallarmé.** 1 plaquette 13 × 17 tirée à 275 ex. numérotés sur vélin. *Editions La Centaine,* Paris, 1931.

Encore une très bonne présentation typographique, mais je dois vous signaler que je vous ai *déjà* parlé du contenu de cette plaquette, qui se retrouve en édition ordinaire en compagnie d'autres souvenirs, au *Mercure.* Si vous voulez bien faire appel à vos vieux numéros du *Concours*

vous retrouverez le passage, où je vous précisais les nuances des mélancolies évocatrices de Monsieur de Régnier.

CDLXIII. — Pierre La Mazière. — **Lally-Tollendal.** 1 vol. 12 × 19 de la Collection Les Grandes Figures Coloniales, avec huit gravures hors texte et une carte. *Editions Plon*, Paris, 1931, 15 fr.

Il est vrai que, si le successeur de Dupleix eût été autre, nous aurions peut-être gardé l'Empire des Indes. Mais les Anglais pour le quart d'heure en semblent assez embarrassés, et le moment bien choisi pour réhabiliter le malheureux Tollendal, que Voltaire essaya déjà de justifier. Pierre La Mazière qui est un très brillant journaliste n'a pas cependant cédé à cette tentation : il est resté à peu près impartial comme s'il conduisait un reportage dans le temps. Il ne cache aucune des maladresses de son héros et ne se laisse pas attendrir par l'attachante étrangeté de cette figure de capitaine en guerre avec la chance.

CDLXIV. — Karen Bramson. — **Une nuit d'amour.** 1 vol. 12 × 19, Roman. *Editions Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

L'auteur a gardé du « théâtre », qu'elle pratiquait avant de venir au roman, un sens dramatique un peu artificiel, mais bien compensé par son adresse à filer le dialogue. Son tragique a bien cette froide fatalité des aventures nordiques, où la passion semble conduite par de cruelles déterminations logiques et en marge des sentiments.

CDLXV. — Une Actrice de la Comédie Française. — **La Vie Frivole pendant la Guerre.** 1 vol. 12 × 19, 285 pages. *Editions Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

Il paraît que le livre est, en réalité, l'œuvre de Michel Georges-Michel, le fielleux spécialiste de l'écho « rosse », qui l'avait déjà publié, en oubliant une lettre, sous le titre : « *Le Bonnet rose* ». C'était aussi, il est vrai, à l'époque sinistre du *Bonnet rouge*. Voyez quelle cascade d'esprit ! Pour nous, qui n'avions pas le loisir de le lire à l'époque, où il fut rédigé par l'auteur (probablement moins occupé que nous ne l'étions !), ces petits potins de guerre, *très spirituellement* exploités, nous font souhaiter que les concierges barbues, qui gardèrent courageusement leur loge pendant la guerre en tirant du cordon, se décident un jour prochain à nous confier leurs souvenirs de guerre, qui doivent aussi être très drôles.

Varia***

*Chez *Hazan*, vient de sortir un luxueux *Rabelais*, dont on dit le plus grand bien.

* *Le Crapouillot* consacre son numéro d'octobre à l'auto. Articles et images sont de joyeuse qualité. Il y a un petit truquage photographique discrètement réussi.

18 octobre 1931,

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre de la Porte Saint-Martin

Le Général Boulanger

Pièce en 2 actes et 10 tableaux de M. Maurice Rostand avec la collaboration de M. Pierre Mortier

Monsieur Maurice Rostand n'a pas voulu laisser trop longtemps le public sous la fâcheuse impression de sa pièce précédente, et il vient d'opérer un magristral redressement avec « Le Général Boulanger » ; voilà une œuvre bien comprise, pittoresque et variée, qui possède toutes les qualités nécessaires pour plaire à la foule. C'est avant tout une pièce de reconstitution historique il est vrai, mais la grande habileté de l'auteur, admirablement servi par le talent de Monsieur Pierre Mortier, fut de diviser ce moment d'histoire pas très éloigné de nous d'ailleurs, en plusieurs tableaux colorés et animés, certains d'un lyrisme généreux où passe le souffle d'un poète, d.autres purement anecdotiques et conformes à la réalité du moment, d'autres enfin simples et touchants et d'une sensibilité émouvante. Cette page d'histoire, ainsi traitée, devient pour les spectateurs une œuvre fertile en enseignements et en vérités, en même temps qu'elle les divertit, les émeut et les élève. Nous ne pouvions rien espérer de mieux en retournant en arrière et en nous arrêtant quelques instants — dans une salle de spectacle — sur une époque qui passionna la France.

Monsieur Maurice Rostand nous donne bien du Général Boulanger un portrait fidèle. Il nous le montre comme un homme incapable, malgré sa popularité, de dominer les événements parce qu'il fût un tendre et un sentimental, et afin de créer l'atmosphère romanesque et émotive nécessaire, l'auteur fait précéder et suivre l'action d'un prologue et d'un épilogue, qui se passent en 1931, où nous voyons « La Belle Meunière » de Royat,

fidèle au souvenir du bon Général, raconter à un jeune auditeur, épris d'épopée, le roman d'amour dont elle détient toujours douloureusement quelques secrets. A l'épilogue réapparaît le restaurant de la Belle Meunière dont la voix s'affaiblit, terminant l'anecdote merveilleuse devant nos yeux et nos cœurs. C'est simple et charmant et si bien dit !

Le corps de la pièce est composé des tableaux suivants : « Le 14 juillet 86 » aux courses de Longchamps : c'est là que Marguerite de Bonnemain, qui voulut si longtemps ignorer le Général comprend qu'elle est destinée à l'aimer.

« Le Ministère de la Guerre » (deuxième tableau) où les émissaires de différents partis tentent dans les sens les plus divers d'agir sur Boulanger. Mais apparaît Marguerite de Bonnemain, et cette passion a tôt fait d'éliminer les passions politiques ; c'est pour elle qu'il abandonnera postes et devoirs et que nous le retrouverons à Royat, chez la Belle Meunière (3e tableau) où à l'Alcazar d'été (4e tableau) Thérésa chantant les refrains de l'époque (La femme à barbe) et Paulus la fameuse chanson : En revenant d'la Revue, refrains alertes où revient toujours le nom du Général.

Au 2e acte, nous suivons Boulanger à la Chambre des députés (5e tableau), séance historique où mis en accusation par la gauche, il lui répond par des avertissements menaçants, tout en protestant de son loyalisme ; le soir du 14 juillet 88 (6e tableau), à un bal de quartier à Paris où sa voiture passe au milieu des ovations ; au restaurant Durand (7e tableau) où ses amis le pressent de réaliser sur l'heure le fameux coup d'Etat : « Hâtez-vous ! Qui pourrait vous empêcher d'agir ? » Et une femme entre, c'est Marguerite déjà malade... Il laisse passer la minute décisive, n'ayant qu'un seul but : choyer et guérir celle qu'il aime. Enfin la triste page d'Ixelles 14 juillet 89 (8e tableau) où Boulanger réfugié avec Marguerite et la Belle Meunière recueille le dernier soupir de celle à laquelle il ne pourra survivre.

Tous ces tableaux, servis par une mise en scène extrêmement brillante, sont éclairés et animés des personnages les plus en vue de l'époque ou sur le point de le devenir ; les voici sans ordre spécial : Maurice Barrès, Léon Daudet, De Dion, la Duchesse d'Uzès, Paul Déroulède, Clemenceau, Rochefort, Grévy, Capitaine Driant, Floquet, Pelletan, Reinach, Claretie et même... Mademoiselle Cécile Sorel.... tous très bien typés, d'une parfaite componction ou fort divertisssants ; mais, dans cette formidable interprétation, nous retenons particulièrement Francen dans le rôle du Général Boulanger et Mlle Ghyslaine dans celui de Marguerite de Bonnemain. Fidèle interprète de l'auteur qui a cherché spécialement à caractériser le rêveur illuminé au cœur tendre plus que le héros, Francen nous a donné l'image idéale de cet « énergique handicapé » qui se rend compte parfaitement de ce qu'il peut et doit faire, mais sait pertinemment que son sentiment paralysera sa volonté ; quant à Mademoiselle Ghyslaine, elle a donné aussi le maximum de perfection au rôle de Marguerite, pour laquelle seul compte le cœur de l'homme qu'elle chérit et dont elle entrevoit la gloire comme sa principale ennemie.

Marguerite de Bonnemain ! combien êtes-vous, avouées ou silencieuses, qui agissez de même sur la destinée de vos époux, souvent pour leur bonheur ou celui de leurs proches, souvent aussi pour celui de leurs contemporains ou même des générations futures ?

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Dangers des contaminations syphilitiques et autres

(Circulaire de M. le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets).

La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes a attiré mon attention sur les dangers des contaminations syphilitiques et autres (teigne, pyodermites, etc.) provoquées par les ustensiles non désinfectés des restaurateurs, des coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et Instituts de Beauté ; il est donc utile de prendre le maximum de précautions contre les contaminations, d'autant plus que ces désinfections sont faciles, rapides et peu coûteuses.

L'autorité compétente pour assurer l'exécution des mesures nécessaires est l'autorité municipale. En effet, aux termes de l'article 91 de la loi du 5 avril 1884, le Maire est chargé de la police municipale ; l'article 97 de la même loi précise que la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques ; l'article 99 prévoit enfin que dans tous les cas où les mesures relatives au maintien de la salubrité n'auront pas été prises par le Maire, il appartiendra au Préfet de pourvoir en ses lieu et place.

Cependant, comme les pouvoirs de police des Maires ont été précisés, limités ou étendus, par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la Santé publique, elle-même modifiée par plusieurs lois postérieures, il convient de préciser que les mesures nécessaires, dans la limite où elles peuvent être légalement prescrites, doivent faire l'objet d'un règlement sanitaire pris par le Maire, après avis du Conseil municipal et approuvé par le Préfet, après avis également du Comité départemental d'hygiène, restant bien entendu que le Préfet peut, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, prescrire lui-même les mesures pour l'étendue du département.

Dans ces conditions, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir signaler aux Maires des principales communes de votre département, sans leur imposer cette mesure, l'intérêt qui s'attacherait, au point de vue de la santé publique, à ce qu'ils veuillent bien, après avis du Conseil municipal et du Comité départemental d'hygiène, et après approbation de votre part, prendre un arrêté s'inspirant, en vertu des pouvoirs qui leur sont conférés de par les lois du 5 avril 1884 et du 15 février 1902, de l'Arrêté type ci-contre.

ARTICLE 1er. — Les ustensiles utilisés dans tous lieux où il est servi au public, à manger, à boire ou à déguster, à l'un de ces effets, seront, après usage, soumis à un nettoyage en deux temps :

1° Immersion dans l'eau de javel diluée de 50 parties d'eau ;

2° Rinçage à l'eau pure, suivi d'essuyage à sec.

Ce nettoyage peut être également fait par tout autre procédé de nettoyage reconnu efficace par le Bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, ou par le Conseil départemental d'hygiène.

ARTICLE 2. — Les objets employés par les coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et toutes les personnes donnant des soins de beauté, dans les lieux où ils exercent leur profession ou à domicile chez leurs clients, seront, après chaque usage, soumis à un nettoyage en deux temps :

1° Immersion pendant quelques minutes dans l'une des solutions suivantes :

Soit : alcool dénaturé........	1.000
Oxycyanure de mercure..	1
Soit : alcool dénaturé........	1.000
formol à 40 %	20

2° Rinçage à l'eau pure suivi d'essuyage ou de séchage.

Ce nettoyage peut être également fait par tout autre procédé de nettoyage reconnu efficace par le Bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, ou par le Conseil départemental d'hygiène.

ARTICLE 3. — Les linges, cotons et autres objets destinés au même usage, et ayant contact direct avec la peau, ne pourront servir que pour un seul client, après quoi ils seront aussitôt jetés ou mis au lavage.

ARTICLE 4. — Les personnes visées à l'article 2 seront tenues de se nettoyer les mains avant de servir un client, soit au moyen du lavage au savon, soit au moyen de tout procédé reconnu efficace soit par le Bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, soit par le Comité départemental d'hygiène.

ARTICLE 5. — Toute infraction au présent arrêté sera passible des peines prévues à l'article 471, alinéa 15 du Code pénal, sans préjudice des autres dispositions pénales applicables et notamment s'il y a lieu de l'article 29 de la loi du 15 février 1902.

ARTICLE 6. — Le présent arrêté sera apposé dans les lieux ci-dessus visés, à l'exception du domicile particulier des clients, en bonne place, très visible des clients et bien éclairé.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure

Assemblée générale du 28 juin 1931

Assurances sociales.

La Commission départementale des Assurances sociales s'est réunie à la Préfecture sous la présidence du Préfet, le mardi 9 juin. Les Drs Pichard et Vivier représentaient la Fédération.

L'objet de la réunion était la signature des conventions Caisses-Fédération départementale.

Nos conventions ont été intégralement maintenues sauf sur le point suivant :

Les médecins non syndiqués pourront adresser leur adhésion directement aux Caisses, en signant la convention adoptée par la Fédération et les Caisses.

Les conventions hospitalières ont été réservées. Le ministre refuse d'admettre le principe de l'entente directe. La question doit être réglée par la Confédération générale des Syndicats médicaux de France avec les ministres intéressés.

1° CRITIQUES.

A) *De la part des médecins.* — Les médecins se plaignent surtout que la signature d'acquit ne serve à rien, les prestations étant remboursées aux assurés, qu'ils aient ou non payé le médecin. Le président fait remarquer que la loi dit simplement : « Les caisses remboursent ou avancent à l'assuré leur part contributive ». En conséquence, elles ne sont pas tenues de garantir aux médecins le paiement de leurs honoraires. Ce serait d'ailleurs l'établissement d'un tiers-payant que nous avons toujours repoussé. Les médecins doivent se faire payer par les assurés, comme par leurs clients ordinaires.

Cependant, il est de l'intérêt des caisses comme des médecins que les prestations ne soient pas détournées de leur but. Nous avons donc demandé à la Commission départementale que les caisses puissent poursuivre, solidairement avec le médecin, l'assuré qui, ayant touché les prestations, se refuserait à payer le médecin. Il y a là une véritable escroquerie qui doit être enrayée. Le Préfet et la Commission départementale ont admis le principe de cette demande. Une prochaine conférence entre les caisses et les délégués de la Fédération en étudiera l'application.

B) *De la part des caisses.* — Un certain nombre de demandes d'information nous ont été adressées par les caisses. Elles n'ont permis de relever aucun cas d'abus de la part des médecins, relativement aux actes médicaux.

En échange, plusieurs ordonnances ont attiré l'attention par leur prix de revient extrêmement élevé. Il est évident que, si nous devons conserver notre liberté de prescription, nous devons veiller à ce que des frais pharmaceutiques trop élevés ne viennent compromettre l'équilibre financier des caisses et obliger à un modification de la loi.

c) *De la part des malades.* — Une seule critique sérieuse : après six mois de maladie les malades ne touchent plus aucune prestation.

La question a été posée au ministre. A l'heure actuelle, aucune modification ne peut être apportée à cet état de choses. Mais après deux ans de fonctionnement de la loi, ces malades seront couverts par la caisse retraite-invalidité.

2° ASSURÉS ASSISTÉS. Deux catégories :

a) Les *assurés assistés industriels*, qui paient une cotisation maladie et pour lesquels nos honoraires sont intégralement ceux du tarif des accidents du travail ;

b) Les *assurés-assistés agricoles* qui ne paient pas de cotisation maladie. Pour ces malades, la commission départementale nous demande instamment de remplir leurs feuilles d'assurances pour leur permettre de toucher leur indemnité d'invalidité.

Bien que pour ces malades, le tarif soit celui de l'assistance médicale gratuite ordinaire, la Fédération accepte de souscrire à la demande qui lui est faite. Mais elle espère que ce geste sera pris en considération pour le relèvement des honoraires d'assistance médicale gratuite, actuellement pendant devant le Conseil général.

Cette motion est votée à l'unanimité moins une voix.

3° COMMUNICATION DE L'UNION MUTUALISTE DE LA SEINE-INFÉRIEURE ET DE L'EURE.

Cette société nous demande d'accepter en paiement de la part contributive des caisses des bons-chèques d'une valeur de 9 fr. 60, payables aux caisses.

Le président a déjà répondu que ce mode de paiement avait été étudié et repoussé par la Confédération, et qu'en conséquence nous ne pouvions l'accepter.

Cette réponse est approuvée par l'Assemblée à l'uanimité.

4° PLAINTE D'UN CONFRÈRE contre les agissements d'un médecin d'usine, non patenté et non adhérent à la convention Caisses-Fédération.

Après les détails fournies par le confrère lésé, sa plainte est prise en considération. Le bureau de la Fédération fera le nécessaire auprès des caisses. Le confrère sera invité à s'adresser au « Sou Médical » pour chercher la solution du conflit, en ce qui regarde les malades non assurés-sociaux. Le président dit son regret que la Fédération ne puisse défendre elle-même le confrère, mais ses ressources financières ne le lui permettent pas. Le Sou Médical étant organisé pour cela, le président exprime le vœu que tous les confrères en fassent partie.

5° COMPTE RENDU FINANCIER

Rapport du trésorier.

I. — *Recettes.*

136 cotisations à 100 fr., soit :	13.600 fr.

II. — *Dépenses.*

Ouverture d'un compte de chèques, (carnets, mandats, etc.)	11 15	
Registre de comptabilité de chèques postaux	34 25	
Guides d'assurances sociales et envoi aux présidents de Syndicats	64 70	
Imprimés	1.364 »	
Encaissements de chèques	5 10	
Papeterie	22 95	
Timbres	218 35	
Total des dépenses	1.720 50	1.720,50
III. — *Balance* :		11.879,50

IV. — *Répartition des capitaux* :

Caisse d'Epargne	10.100 fr.
Compte de chèques postaux	1.350 60
Espèces en caisse	428 50
Total	11.879 50

Etant donné l'état de la trésorerie, il ne sera pas demandé de cotisation spéciale en 1932, sauf imprévu.

Assistance médicale gratuite.

Nous avons reçu la réponse du conseil général à nos demandes de relèvements de tarifs.

1° La demande d'augmentation d'indemnité kilométrique est rejetée ;

2° A partir du 1er juillet 1931, le prix des accouchements est fixé ainsi qu'il suit :

Accouchement simple : 150 francs.

Accouchement avec forceps : 200 francs.

3° Le tarif des visites et consultations sera fixé à la session de septembre. Dans le cas où nous n'obtiendrions pas satisfaction, la question sera reprise et étudiée dans les syndicats qui devront apporter leurs résolutions à l'assemblée générale de novembre.

Inspection des nourrissons.

Nos demandes d'augmentation ont été rejetées, sauf pour la première visite qui est portée à 10 francs.

Il est décidé que chaque syndicat fera une double demande : *a*) auprès des médecins-inspecteurs pour les inviter à démissionner ; *b*) auprès des autres médecins pour leur demander l'engagement de ne pas remplacer les démissionnaires.

A ce sujet le président porte devant l'assemblée le différend survenu au syndicat d'arrondissement d'Evreux, entre les Drs Garnier et Veslin. Le Dr Garnier s'étant cru visé par une réflexion du Dr Veslin, a demandé à l'inspecteur de l'Assistance publique une attestation de la qualité de ses services et a ensuite transmis copie de la réponse de l'inspecteur à tous les médecins présents à cette assemblée.

Or le Dr Veslin affirme n'avoir jamais visé le Dr Garnier. Les médecins du syndicat d'Evreux présents ne l'ont pas compris davantage.

Ce différend est donc réglé entre les deux confrères. Il reste seulement à regretter que le conflit ait été porté devant l'inspection de l'Assistance publique.

A ce sujet, il est instamment, et une fois de plus, recommandé aux médecins de ne jamais s'adresser directement à l'administration, le bureau du syndicat et le conseil de famille sont faits pour régler les affaires confraternelles, sans qu'il soit besoin d'y mêler des tiers.

Services antivénériens.

L'arrêté préfectoral du 20 février 1931 adressé à tous les médecins fixe définitivement la marche du service et nous donne entière satisfaction. Le secret médical reste inviolé, le contrôle étant éventuellement exercé par deux médecins désignés l'un par le Préfet, l'autre par le syndicat.

Expertises et rapports.

Les tarifs suivants sont adoptés.

	Accidents du travail	Droit commun
1° Demande succincte de renseignements par un médecin autre que le médecin traitant	75	100
2° Assistance à une expertise et rapports, à la demande de la Compagnie d'assurances	150	300
3° Examen et rapport descriptif avec évaluation du taux d'incapacité	250	500

Commission consultative fiscale.

Représentants des médecins : titulaire : Dr Duchesne ; suppléant : Dr Veslin.

Défense de la situation morale du Corps médical.

Cette défense doit être aujourd'hui très active et les médecins sont priés d'informer immédiatement le président de toute attaque dont ils auraient connaissance. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, le président a dû intervenir. Dans la dernière affaire de ce genre (l'attaque du conseiller général Boudehan), la question est prise en mains par le Sou médical qui fera auprès de tous les intéressés la réponse nécessaire.

Adhésion au Sou médical.

La question précédente montre une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait pour nous à être tous affiliés

au « Sou ». Une démarche sera faite par la Fédération auprès des non adhérents pour solliciter leur inscription, ce qui permettrait l'adhésion collective de la Fédération.

Pensionnés de guerre.

Il est rappelé que les prescriptions de sérum hémopoïétique et de plasma musculaire sont limitées à deux unités. Les injections intraveineuses de crisalbine sont autorisées jusqu'à concurrence de 12 injections par trimestre. Un nombre supplémentaire peut être autorisé sur demande justificative adressée à la commission de contrôle.

Les médecins contrôleurs pour l'art. 64 sont maintenus en fonction.

A 18 heures, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

RÉUNION DE CONSEIL DE FAMILLE

Après l'assemblée de la Fédération eut lieu la première réunion du conseil de famille.

Etaient présents : MM. les Docteurs Boutin, Couraud, Dauphin, Gaudichon, Legrand (Verneuil), Le Priol, Veslin.

Les Docteurs Vivier et Pichard représentaient la Fédération.

Nomination du Président. — Le Dr Veslin est désigné à l'unanimité.

Le Dr Veslin rend compte des affaires qui lui ont été soumises et dont aucun n'a nécessité d'autres mesures qu'une demande d'explications auprès des médecins.

Le fonctionnement du conseil de famille est ainsi précisé : une demande d'informations ne doit pas être considérée comme entraînant une suspicion vis-à-vis du médecin. Le président du conseil de famille s'informe auprès du confrère et donne une réponse au président de la Fédération si l'affaire ne comporte pas de suites. S'il estime une enquête nécessaire, il en charge un médecin contrôleur. Si cette enquête laisse soupçonner le délit, le conseil de famille doit se réunir et juger.

Le Président fait voir la nécessité de s'attacher un avocat-conseil. Il est autorisé à faire les démarches utiles en ce sens.

Le Président, Dr VIVIER. *Le secrétaire,* Dr PICHARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi, la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théoriques de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.* — Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver: 1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le Professeur BALTHAZARD, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1931, et par M. PIÉDELIÈVRE, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1932; 2° Législation et jurisprudence médicales par M. le Professeur HUGUENEY, de la Faculté de Droit, tous les samedis ; 3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M. DUVOIR, agrégé, tous les mardis du premier semestre ; 4° Accidents du travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale.)

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 heures à 3 heures : le mercredi, par M. le Professeur BALTHAZARD et par M. DUVOIR, agrégé ; le lundi, par M. le Docteur PIÉDELIÈVRE, agrégé ; le vendredi, par M. le Docteur DERVIEUX, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures. — 2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale) les lundis, de 3 heures à 4 h. 1/2, sous la direction de M. le Docteur DERVIEUX, chef des travaux ; de M. le Docteur PIÉDELIÈVRE, agrégé, et de M. SZUMLANSKI, chef de laboratoire. — 3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. KOHN-ABREST, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au Laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 3 heures à 4 h. 1/2. — 4° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles, sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD, assisté de MM. les Docteurs DUVOIR, PIÉDELIÈVRE et DERVIEUX, le mercredi à 3 heures, à partir du mercredi 2 mars (Laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal.)

PSYCHIATRIE. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 heures, à la Clinique des maladies mentales et le dimanche matin, à la même heure, asile Sainte-Anne. Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le Professeur H. CLAUDE, les samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le Professeur H. CLAUDE, assisté d'agrégés et de médecins des hôpitaux, fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine (12 leçons), à 5 heures.

Examen des malades et rédaction des rapports. — M. le Docteur A. CEILLIER, médecin expert, dirigera ces exercices, assisté de MM. les chefs de clinique, à la Clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis

et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 150 fr., soit 600 fr. ; un droit d'examen, 20 fr.

— Chaire de médecine légale. — *Lois sociales.* (Accidents du travail et maladies professionnelles ; pensions aux mutilés de guerre ; assurances sociales ; assistance médicale gratuite.) — Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD, tous les jeudis, à 18 heures, au Grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions aux mutilés de guerre, les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

12 et 19 novembre. M. BALTHAZARD : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jurisprudence. Barème des incapacités permanentes.

26 novembre. M. LAIGNEL-LAVASTINE : Hémorragies méningées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale. Méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès.

3 décembre. M. LÉVY-VALENSI : Lésions médullaires et vertébrales traumatiques. Compressions ; commotions médullaires. Affections de la moelle ; tabès. Névrites.

10 décembre. M. Henri CLAUDE : Psychoses et névroses traumatiques.

17 décembre. — M. GOUGEROT : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

7 janvier. M. PIÉDELIÈVRE : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

14 janvier. M. PROUST : Lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail.

21 janvier. M. BELOT : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

28 janvier. M. BALTHAZARD : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928) et assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

4 février. M. DUVOIR : La loi du 25 octobre1919 sur les maladies professionnelles. Maladies saturnines et hydrargyriques.

11 et 18 février. M. FRIBOURG-BLANC, professeur au Val-de-Grâce : La loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre. Principes généraux. Barèmes d'invalidité. Blessures multiples. Procédure.

25 février. M. QUIDET : Soins aux mutilés. L'article 64 de la loi des pensions. — M. TERRIEN : Complications oculaires des accidents du travail (ce cours sera fait dans le courant du mois de mai, à la clinique de l'Hôtel-Dieu ; la date sera fixée ultérieurement).

ENSEIGNEMENT PRATIQUE. Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du mercredi 2 mars, sous la direction de M. le Professur BALTHAZARD.

— Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours de psychiatrie élémentaire.* — Un cours de psychiatrie élémentaire, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le dimanche 29 novembre 1931, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), et continuera tous les dimanches, à la même heure.

Ce cours est absolument facultatif et gratuit.

— Cours de médecine légale. — M. le Professeur BALTHAZARD, commencera ce cours le vendredi 13 novembre à 18 heures (Grand amphithéâtre), assisté de MM. DUVOIR et PIÉDELIÈVRE, agrégés, et de M. HUGUENEY, professeur à la Faculté de droit.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le Professeur BALTHAZARD (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements. — M. PIÉDELIÈVRE, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité : anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc. — *Première leçon*, le vendredi 13 novembre : Complications tardives des amputations : étude médico-légale.— M. Duvoir, agrégé (tous les mardis du 1er semestre) : Intoxications aiguës et intoxications professionnelles. La médecine du travail. — M. le Professeur HUGUENEY (tous les samedis du 1er semestre) : Législation et jurisprudence médicales. Accidents de travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale. Tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

COURS PRATIQUES : 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis, à partir du vendredi 13 novembre, de 2 à 3 heures : les mercredis, par M. le Professeur BALTHAZARD ; les lundis, par M. PIÉDELIÈVRE, agrégé ; les vendredis, par M. DERVIEUX, chef des travaux. (Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal). — 2° Travaux pratiques de Médecine légale et de Toxicologie (consulter l'affiche spéciale). — 3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale).

— Cours et travaux pratiques de physique médicale. (Professeur : M. A. STROHL.) — M. le Professeur A. STROHL a commencé son cours le mardi 3 novembre, à 16 heures, à l'Amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

PROGRAMME. 1° Optique ; 2° Electrologie ; 3° Actinologie ; 4° Radiologie ; 5° Radioactivité.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. BRINDEAU). — M. le Professeur BRINDEAU a commencé son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1931, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — Professeur : M. A. BRINDEAU, avec la collaboration de MM. Marcel METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; ECALLE, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon ; VAUDESCAL, agrégé ; CATHALA, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; LANTUÉJOUL, accoucheur des hôpitaux ; Paul CHEVALLIER, agrégé, médecin des hôpitaux ; BIDOIRE, chef de clinique ; DESOUBRY, JACQUET, DE PERETTI DELLA ROCCA, SUZOR, anciens chefs de clinique ; CARTIER et HINGLAIS, chefs de laboratoire. — *Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes donnés à la Clinique Tarnier pendant l'année scolaire* 1931-1932. — Tous les matins, enseignement clinique par le professeur. Lundi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des

accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Présentation des malades à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes : Consultation de syphiligraphie.— Jeudi, 9 h. 1/2 : Opérations obstétricales et gynécologiques ; 10 h. 1/2 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques ; Traitement de la stérilité. — Vendredi, 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon à l'amphithéâtre.

Cours de perfectionnement du jeudi soir. — Ce cours, gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conférenciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux : il commencera le 26 novembre 1931, à 20 h. 3/4, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver. Pour les détails consulter l'affiche spéciale.

Cours de pratique obstétricale. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes : Un cours de pratique obstétricale, février 1932 ; le droit à verser pour ce cours est de 250 francs ; trois cours de vacances, vacances de Pâques (un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances), vacances d'été (deux cours de pratique obstétricale du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre). Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 250 francs. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

Cours de puériculture. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

Première série : Le nouveau-né normal (mars 1932) ; deuxième série : Le nouveau-né pathologique (mai 1932). Des affiches indiqueront le programme des leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Bidoire, chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Chaire de clinique de la tuberculose.** (Fondation du Conseil général de la Seine. Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon Bernard.) — Programme général. — I. *Enseignement élémentaire* : Lundi à 9 heures, Dr Triboulet, chef de clinique : Pneumothorax artificiels compliqués; Dr Renard : Expertises militaires pour la tuberculose ; visite dans les salles par les chefs de clinique. — Lundi à 14 h. 30, au dispensaire : policlinique par les chefs de clinique ; service médico-social de dispensaire, par le Dr Baron, assistant. — Mardi à 10 h. 30 : Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la clinique). — Mercredi à 9 h. 30, Drs Triboulet, Poix et Valtis : Pneumothorax artificiels simples ; Examen radioscopique des malades du service, par le Dr Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec. — Mercredi à 11 heures : Leçon clinique, par le professeur. — Jeudi à 9 h. 30, au dispensaire, : Policlinique avec examens radioscopiques par les chefs de clinique. Service médico-social de dispensaire par le Dr Baron ; à 10 h. 30 : Prophylaxie anténatale de la première enfance, par le professeur.

Vendredi à 10 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique : examens macroscopiques et microscopiques, par le Dr Gauthier-Villars, chef du laboratoire. A la crèche Landouzy : clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le Dr Lamy, chef de clinique.

Samedi à 9 h. 30, au dispensaire : Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les chefs de clinique. Service médico-social de dispensaire, par le Dr Baron. Sélection des malades de préventorium et de sanatorium, par le Dr Georges Guinon.

La première leçon clinique du semestre aura lieu le mercredi 18 novembre, à 11 heures.

II. *Enseignements complémentaires.* — Des séries de leçons sur des sujets relatifs à la tuberculose (anatomie pathologique ou bactériologie ; clinique ou thérapeutique ; prophylaxie sociale), auront lieu à des dates qui seront ultérieurement déterminées, sous la direction de MM. Léon Bernard ou Rist.

Un cours sur les tuberculoses ostéo-articulaires sera donné à l'hôpital franco-américain de Berck, par le Dr Jacques Calvé avec la collaboration de MM. les Drs Galland, Froyez et Louis Lamy, du 1er au 15 juillet. Le programme en sera affiché ultérieurement.

III. *Enseignement spécial de perfectionnement.* — Deux cours de perfectionnement seront donnés : Le premier, dirigé par MM. Léon Bernard et Robert Debré, en vue de la préparation des médecins spécialistes de dispensaires et sanatoriums, sera d'une durée de trois mois, et composé de deux parties : la première, d'une durée de quatre semaines, comprendra 40 leçons accompagnées de travaux pratiques de clinique et de laboratoire ; la seconde, d'une durée de huit semaines sera affectée à des stages au dispensaire Léon-Bourgeois et dans d'autres dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, ainsi que des sanatoriums de cette administration. Ce cours aura lieu de janvier à mars inclusivement. Le programme en sera affiché ultérieurement. Le second, sous la direction de MM. Rist et Ameuille, sera d'une durée de quatre semaines, comportant leçons, examens radiologiques, techniques thérapeutiques, exercices de laboratoire et visites ; il aura lieu en octobre. Pour les cours spéciaux, des bourses seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose. Le certificat d'assiduité au cours de trois mois, comprenant obligatoirement les stages permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

— **Thèses.** — Lundi 19 octobre. Jury : MM. Legueu, Fey, Cadenat, Giroud. — M. Jacques Guigold. Des sutures en général et de celles de la peau en particulier. — M. El. Gammal Abdel Monem : Contribution à l'étude de la vitalité du spermatozoïde chez l'homme.

Mardi 20 octobre. — Jury : MM. Claude, Lereboullet, Alajouanine, Chabrol. — M. Spiros N. Liberatos : Le problème médico-légal de l'épilepsie. — Mlle Véra Ratner : Etude sur le périmètre thoracique, l'amplitude respiratoire et la grande envergure chez les enfants.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 19 octobre. — Questions données : « Hernie crurale étranglée. — Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. »

MM. Delatre, 12 ; Boulie, 16 1/2 ; David, 18 ; Offret, 20 ; Cachin et Mlle Jammet, 24 ; MM. Carroz, 18 1/2 ; Camus, 19 1/2 ; Benoist, 18 ; Bidou, 22.

Séance du 20 octobre. — Questions données : « Accidents immédiats et tardifs de l'anesthésie générale par inhalation. — Symptômes et évolution de la néphrite scarlatineuse. »

M. Dreyfus (André) 18 ; Mlle Poindessault, 14 ; MM. Boissonnet, 17 ; Lachmann et Jouanneau, 18 ; Corcos (André), 12 ; Grossiord, 17 ; Mendelsohn, 14 ; Benassy et Dessigues, 22.

— Concours de l'externat. — Jury : *Anatomie.* MM. les docteurs Ravina, Thalheimer et Bernard. — *Pathologie médicale.* MM. les docteurs Célice, Pichon et Péron. — *Pathologie chirurgicale.* MM. les Docteurs Hartmann, Welti et Leibovici.

— *Epreuves écrites* — Questions données :

Anatomie. — 1. Configuration extérieure et insertions musculaires du grand trochanter. — 2. Insertions du muscle temporal. — 3. Ligament rond de l'articulation coxo-fémorale. — 4. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches de l'artère axillaire. — 5. Enumérer les muscles innervés par le nerf médian.

Pathologie médicale. — 1. Signes physiques d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité à droite (sans examen radiol., ni ponction). — 2. Aspect de la gorge dans une angine diphtérique non traitée à période d'état. — 3. Signes physiques fournis par l'examen du cœur dans l'insuffisance mitrale avant l'asystolie, sans examen radiologique. — 4. L'état des réflexes tendineux et cutanés des membres dans l'hémiplégie organique en dehors de périodes de coma. — 5. Caractères des douleurs spontanées et provoquées dans la colique néphrétique. — 6. Symptômes locaux et généraux d'une perforation intestinale dans la fièvre typhoïde au troisième septenaire.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques des fractures bi-malléolaires dites de Dupuytren sans radio. — 2. Signes physiques du cancer du sein au début. — 3. Signes physiques fournis par l'examen d'un genou atteint d'hydarthrose sans radio ni ponction. — 4. Symptômes de l'étranglement d'une hernie inguinale.

— Concours de l'externat. — Liste des candidats par ordre alphabétique :

Mlle Abraham, MM. Abramovici, Abroissière, Adam (Eugène), Adam (Joseph), Adam (Roger), Mlle Adda, MM. Adnès, Agadjaniantz, Mlle Aghion, MM. Abarfi, Aigueperse, Aillet, Ajuriaguerra, Albarric, Albert, Mlle Aldou, MM. Alepée, Allik, Alquier, Andréota, Anglade, Arager, Ardeber, Argenti, Arnaud, Arnold, Arnoux, Aronowicz, Arradon, Arrighi, Arsitch, Arsonneau, Askenasy, Aslanian, Artisson, Mlle Atcham, M. Attali, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, MM. Audry, Aufrère, Mlle Augée (Suzanne), MM. Auger (Léon), Auslander, Avrane, Ayrignac, Azouz, Azvelos,

Bachellier, Back, Badea, Badinier, Baillargé, Bakhouche, Bancaud, Banse, Mlle Baqué, MM. Barbet, Barbier, (Jacques), Barbier (Jean), Bardavid, Bardel, Baré, Mlle Bareillier-Fouché, M. Bargain, Mlle Barnaud, MM. Baron, Barré (André). Mlle Baret (Suzanne), MM. Barrois, Bassé-Porton, Bastard, Baugé, Baussan, Bayle, Beauchemin, Beaufils, eBeaumel, Beauvais, Beauvalet, Bécuwe, Bedoucha, Bédrine, Bellaiche, Bellin, Mlle Belot, MM. Ben Bahim, Ben Chadli, Beneytout, Ben Noun, Mlle Ben Sidon, MM. Bensimhon, Ben Soltane, Mlle Beral, MM. de Berg, Bergeault, Berger, Bergeron (Louis), Bergeron (Xavier), Beringer, Berl, Bernard, Berthe, Bertin, Bertinot, Bertolini, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Bideau, Billard (Jacques), Billard (Maurice), Bineau, Binet (Claude), Binet (Roger), Biron, Mlles Bittner, Blairon, Blanc, MM. Blanquier, Bleiweiss, Blomme, Blondeau, Mlle Blumm, MM. Bock, Bodin, Boer, Boguet, Boiseau, Boivin, Boncour, Mlle Bongard, M. Bonhomme, Mlle Bonjean, MM. Bonnefous, Bonnet (Jacques), Bonnet (Jean-Baptiste), Mlle Bonnot, MM. BoonhrBornet, Bosvieux, Bouchara, Mme Bouchard, née Izard, M. Bouche, Mlle Boucher, MM. Boudaghian, Bouiliié, Boulègue, Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Boureau, Mlle Bourgeois, MM. Bourier, Boury, Bousquet, Boussofora, Boutboul, Mlle Boutinaud, MM. Boutroy, Boutzolakis, Mlle Bouvet, MM. Bouvier (Jacques), Bouvier (Jean-Baptiste), Boz, Braconier-Leclerc, Brandel, Brandmark, Braunstein, Brea, Brest, Brocard, Brochard, Brossard, Brouilland, Broutin, Bruneau, Brunet, Bugaut, Bugiel, Burstein, Butzbach, Buvat,

Mlle Cabessa, MM. Cacault, Cadinouche, Gaggini, Cahen, Caillié (Jean-Alfred), Caillé (Jean-Marie), Calvet, Calvo, Campagne, Cancès, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Cardi, Carle, Mlle Carlet, MM. Carrasco, Carrière, Caruana, Casacca de Fontobia, Mlle Casalis, MM. Cassiau, Cauchoix, Cauneau, Caye, Cayro, Mlle Céloron de Blainville, MM. Cenac, Ceora, Cerf, Chabanon, Chagnoux, Chalmeau, Mlle Chaminadas, MM. Champagne, Chappé, Chardon, Charpentier, (Georges), Charpentier (Maurice), Chartier, Charton, Chassagne, Chastagnol, Chatain, Chaumeil, Chausselat, Chauveau, Chauvet, Chazeaud, Che, Chédru, Chevallier (Henri), Chevallier (Pierre), Chevallier (Robert), Chevassu, Chevreul, Chiche, Chilot, Chirac (de), Mlles Chotard, Chotiau, MM. Chouraqui, Clarac, Clary-Bousquet, Clément, Mlle Clementi, MM. Clotteau, Coccola (de), Mme Cohen (Jeanne), MM. Cohen (José), Colin, Colletas, Collot, Mlle Comerma, M. Comissioneru, Mlle Commerson, MM. Comte (Joseph), Conte (Robert), Mlle Conty, MM. Coquet, Corbet, Corcelle, Corcuff, Cornaire, Cornescu, Cornet, Corrion, Coste, Couadau, Coullet, Coupin, Courtillié, Mlle Cousin, MM. Cousinet, Coutin, Couturier, Crépin, Crescenci, Culioli,

Daniels, Danmézon, Mlle Danou, MM. Danset, Darbois, Darmendrail, Dascalakis, Mlle Daubis, MM. Dauptain, David, Davidovici, Debailleul, Mlle Debeaune, MM. Debedde, Debelut, Debost, Debray, Décamps, Defougy, Defrance, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delecluse, Delhaye, Mlle Delhomme, M. Delian, Mlle Delmas, MM. Delon, Delort, Demarquet, Demetriadès, Dénès, Denis, Denizet, Denkberg, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deplante, Depouilly, Dequent, Dermer (Lucien), Dermer (Michel), Deroide, Dervaux, Desaux, Deschamps, Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Desclaux (Pierre), Desgeorges, Desjeux, Desmarquest, Desmergers, Desormonts, Després, Destouches, Destreicher, Deuil, Deutsch, Devaux, Di-Chiara, Dietrich, Dimier, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Douyau, Dramez, Drapkine, Mlles Dreulle, Dreux, MM. Dreyfus (Bernard), Dreyfus (Pierre), Droguet, Drouet, Dubois (Louis), Mlle Dubois (Marie-Thérèse), MM. Duchâtel, Duchêne, Mlle Duclaux, MM. Duflos (Maurice), Duflot (Henri), Dufour, Dufour-Lamar-

tinie, Dugast, Dugrenot, Dulac, Dullin, Duméry, Dumitrescu, Dumont (Jules), Dumont (Paul), Dupertout, Dupond (Pierre), Dupond (Robert), Dupont (Paul), Dupuis, Durand (Charles), Durand (Georges), Durandy, Duret, Mlles Durrande, Duss/ MM. Dutter,

El Arnaouti, El-Baffoun, El Baz, Mlle Eliakin, M. Ennuyer, Mlle Esvan, MM. Etienne, Etienny, Eudel, Mlle Eyraud, MM. Eyriès,

Fabiato, Fabignon, Mlle Fabre, MM. Faïer, Fargier, Faraj, Farmachi, Fasquelle, Faucon, Fauré, Faugeroux, Fayel, Fayet, (Jacques), Fayet (Jean), Feinmann, Feinsten, Feld, Fénelon, Fénéon, Ferester, Ferrand, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fischgrund, Flamant, Flandin, Mlle Florimont, M. Fonteix, Mlle Fooks, MM. Forestal, Forestier, Fouassier, Fonilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. Fradin, Frak, Francès, François, Mlle Fransès, MM. du Fresnay, Fretet, Fricou, Friez, Frileux, Friszberg, Frohlichmann, Froissant, Fromaigeat,

Mlle Gabenska, MM. Gacon, Galan, Galbrun, Galimard (P.), Gallant, Gallimard (J.), Gandouet, Gandrille, Gany, Garelly, Garnier (Elie), Garnier (Henri), Gary, Gatté, Gau, Gaudebert, Gaudin, Gaudouin, Gauffre, Mlle Gauget, M. Gaulier, Mlle Cautherot, MM. Gauthier (André), Gauthier (Raymond), Gauthier (Roger), Gautrelot, Gavaudan, Gazel, Geismar, Genthon, Mlle Genthon, M. Géraud, Mlle Gerber, MM. Gerbier, Gharib, Ghelber, Gheorghin, Giafferi, Gibert (Louis), Gibert (Michel), Gibon, Gilli, Gimault, Giovannetti, Girard (Charles), Girard (Louis), Giraud (Lucien), Giraud (Paul), Giraud (René), Girault, Glanger, Gluckberg, Gocalk, Gold, Goldman (Michel), Goldman (Wladzinicerz), Mme Goldstein, Mlle Gomès de Mattos, M. Gomès de Mattos, Mlle Gontcharoff, M. Gordowski, Mlle Gorodetszky, MM. Gorse, Goudot (André), Goudot (Jean), Gouffier, Goulène, Goulesque, Goury-Laffont, Gout, Gouzé, Grain, Grandin, Grange, Granger, Grégoire, Grévin, Grinberg, Mlle Grinblatte, MM. Gros, Guenon des Mesnards, Guesdon, Guibourg, Guichard (Henri), Guichard (Sicaire), Guillaume (Marie-Henri), Guillaume (Roland), Guillemin, Mlle Guimpel-Levitz, MM. Guiot, Guiu, Gulmann, Guyot (Jean), Guyot (Paul)

Habile, Hacker, Hadjidimo, Mlles Hadji-Georges, Hahn, Haloua, MM. Hallu, Hamelin, Ha-Minh, Hanoune, Mme Harburger, MM. Hardu, Hau, Hennet, Hérissé, Herscovici, Hershson, Mlle Hervé, M. Heskia, Mlle Hitier, MM. Hochfels, Hornung, Mlles Houades, Huard, MM. Huber, Huguenin, Huillet, Huriau,

Igner, Mlle Ilbert, MM. Iosipovici.

Jacobson, Jacquet, Jaïna, Jalladéau, Mlles Jamet, Jancovici, MM. Janeau, Jankowsky, Jaupitre, Javelier, Mlle Jolivet, M. Joly, Mlle Jooss, MM. Jorrot, Josef, Jouannard, Joussot, Joux, Jude, Jugnet, Juille, Mlles/ Jullich, Jurain, Juster,

M. Kaëppelin, Mlles Kaplan (Laurence), Kaplan (Raïsa), MM. Kapsambelis, Katz, Kavoussi, Kinberg, Mlle Kinsbrunner, M. Klein, Mlle Klein, MM. Kleinberg, Kokkinopoulos, Konig, Korner, Mlle Koutchuk, MM. Kowalski, Krausé, Kraver, Krenner,

Labiche, Mlle Laborde, MM. du Lac, Lacaze, Lacombe, Lades, Ladjimi, Lafont (Jacques), Lafont (Louis), Mlle Lafontaine, MM. Laik, Lair, Mlles Laisné, Lambert (Alice), MM. Lambert (Raymond), Lamesta, Mlle Lamothe, MM. Landau, Laneuville, Lange, Laquintinie, Larive, Lartigue, Lascaux, Lataix, Latour (Bernard), Latour (Jean), Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Laurent, de La Vega, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Le Balc'h, Le Bars (Henri), Le Bars (Louis), Le Bayon, Lebel, Le Bigot, Leblond, Lebourgeois, Le Bozec, Lebrun (Jean), Lebrun (Michel), Le Camus, Leclerre, Lecrom, Le Cudonnec, Lederer, Lefebvre (Jean), Mlle Lefèvre (Marguerite), Lefèvre (Robert), Le Grand, Legrier, Legros, Leguay, Mlle Lemaire, M. Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Le Merdy, Le Meur, Le Montréor, de Lemos, Lenoir (Georges), Lenoir (Jean), Lenoir (Pierre), Lenormant, Mlle Léopold-Léger, MM. Lépine, Leprat, Leprêtre, Le Quang, Lerouge, Leroux, Lervi, Lesca, Lesieur, Le Sourd/Le Tensorer, Le Texier, Letouzé, Levernieux, Lévy (Edouard), Lévy (Robert), Lichaa, Lieblich, Liermain, Lignon, Lion, Mlle Lititchevski, MM. Livory, Lizet, Mlle Loenberg, MM. Logeard, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Lopez-Ruiz, Loraux, Lorber, Mlle Lormand, MM. Loubière, Louis, Loze, Lucas, Lucquin,

Mador, Magdelénat, Magne-Rouchaud, Mlle Mahieu, MM. Mairesse, Malet, Mallet, Malmed, Mannoni, Manuel, Mlle Marcille, MM. Marcovici, Marcus, Mardrus, Mlle Maréchal, MM. Marlot, Marnet, Maroger, Mlle Marquis, MM. Marre, Marsat, Martin, Mlle Martin de Gimard, MM. Martinet, Martinon, Maschas, Masdefeix, Masias, Massot, Matcovici, Mattei, di Matteo, Maurice, Maurin, Mayaud, Mayersohn, Medzadaurian, Melloull, Mendelovici, Menet, Mercadier, Mercié, Merenfeld, Mermet, Merle, Mestries, Métayer, Mettey, Meyer, Michel (Antoine), Michel (Robert), Mignon, Migozzi, Mihalovici, Milliez, Mirallès, Misserey, Mlle Mollon-Deschamps, MM. Moncongé, Monflier, Monier, Moniez, Monimart, Mlles Monin, Montalant, MM. Montoya, Moreau (Jacques), Moreau (Jean-Paul), Mlle Moreilhon, MM. Morel, Morel-Fatio, Morvan,/ Moscovici (Efrain), Moscovici (Léon), Mostini, Mothonoéos, Motte, Mouchet, Mouchot Mlle Mourlon, M. Moussa, Mousseau, Mlle Mousseau, MM. Mousset, Moutel, Mouthon, Mozis, Mozziconaci, Muller, Münz, Murat, Murez, Musset,

Nadiras, Naftalisohn, Naiman, Nefoussy, Negellen, Nejar, Nempont, Nespoulos, Neuman, Neveu (Jean)s Neveu (Paul), Nevjinsky, Nicolas (Fernand), Nicola, (Michel), Nicolff, Nicoloff, de Nobili, Nonique, Notari Mlles Noury,

Odoul, Œconomos, Oganesoff, O'Horne, MM. Olbinsky, Olive, Mlle Olivier, MM. Ollier, Olry, Mme Orgeolet, née Renault d'Allonnes, MM. Oudot, (Georges), Oudot (Maurice), Mlle Oumikov,

MM. Pagès, Pagnien, Paingault, Palma (de), Papavram, Papazoglou, Pariente, Paris, Parrain, Pacarel, Pasquier, Paulin (André), Mlle Paulin (Arlette) MM. Payer, Pecunia, Pédebidon, Pedraza, Pelaez, Penez, (Charles), Penez (Jean), Mlle Pénicaud, MM. Perdrix, Péristiany, Perraud, Mlle Perrault, MM. Perrier (Jean), Perrier (Yves), Perrossier, Persâtre, Persoz, Pertus, Peschard, Petit (Camille), Petit (Jean), Petit (Norbert), Petit (Pierre), Petraud, Mlle Petresco, M. Peyronnier, Mlle Phiera-Hoon, MM. Pic, Picard, Mlle Pichon, MM. Picot/ Pierre, Pierre-François, Pigé, Pillet, Pinet, Pinot, Pinoteau, Pizon, Plaussu, Mle Pochon, MM. Pocoulé, Poggioli, Poirier (Marcel), Poirier (Michel), Poissonnier, Polikis, Pollak, Pollet, Poncet, Pontet, Postier, Potaschmacher, Poté, Pouget, Poumpouras, Poupon, Pouquet, Pouvreau, Mlle Prain, MM. Prialnik, Prin, Priolet, Preney, Prunel, Pruvost (Marc), Pruvot (Georges),

Rabinovici, Rabinovitcz, Rabourdin, Radu, Radulesco, Raffray, Railland, Rajaofera, Rallu, Ranjard, Ras, Rault, (André), Rault (Jean), Mlle Ravet, MM. Raymondaud, Raynaud, Regnard, Mlle Regnault, MM. Regnié (Marcel), Reignier (Jacques), Reiuert, Rémy, Mlles Renaud, Rendu, MM. Revel, Reznick, Riazi, Mlle Richard (Danièle), M. Richard (Jean), Mlle Rigolage, M. Rinckenbach, Mlles Rintzler, MM. Risler, Rivierez, Robert (Charles), Robert (Jules), Robin (Jacques), Robin (Frédéric), Roche, Rogan, Mlle Rônez, MM. Rostain, Roth (Eugène), Roth (Zoltan), de Rubiana, Rubinstein, Rudmansky, Rouchette, Rougé, Rougean, Rougier, Roulland, Rousseaux, Rousset, Rouveix, Rouzaut, Royer.

Sachs, Mlle Saguez, MM. Saïdi, Saillant, Saimovici, Saint-Cyr, Mlle Saint-Paul, MM. Salion\ Sallé, Salvi (François), Salvy (Pierre), Samuel, Mlles Saulnier, Sautel, MM. Sauze, Sauzier, Sayous, Scarpignato, Schaefer (Georges), Schaffer (Herbert), Schapira, Schechter, Schiller, Schneider (André), Schneider (Lucien), Mlles

Segal (Flora), Segal (Hilda), Ségal (Pina), MM. Seguin, Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sénéchal (Lucien), Mlle Serot, MM. Sevane, Sevileano, Sierra, Sikarov Silberstein, Silvestre, Simon, Sirot, Six, de Sola, Solomon, Sontag, Sorin, Soubiran, Mlles Soudant, Soulé, M. Soumaille, Mlle Sourdillon, MM. Souriac, Spitzer, Staerman, Stahl, Mlle Stalhand, MM. Stavré, Steinberg (Henry), Steinberg (Armand), Stevenin, Stoopen, de tStoppani, Stora, Strass, Strulovici, Stutinsky, Sujet, Szer, Sztrosberg, Szylowicz,

Tabary, Tachdjan, Tagnard, Tannou, Taranto, Tarchiani, Tardieu, Tavernier, Temime, Mlle Teodoresco, MM. Terdiman, Tétreau, Teyssier, Thaler, Thamer, Thaon, Theiler, Mlles Therianos, Thévenot, MM. Thibault, Thibon, Thiéblot, Mlle Thieullen, MM. Timonier, Thomas, Thomas de Closmadeuc, Thoulon, Tissot, Tolstoï, Top, Tortat, Touati, Toulouse, Tou-That, Tran Van (Lüong), Trarieux, Mlle Tulliez, MM. Tulou, Tulpin, Turpin-Rotival, Mme Tsiricas, M. Tsiricas.

Mlles Ulrich, Ungar,

MM. Vaissié, Valet, Vallade, Vallès, Valletta, Mlle Van den Bulck, MM. Van-Kim, Vanquaethem, Vanuxeem, Vassal, Vatner, Veau, Vedhsler, Velaye, Mlle Velentzas, MM. Vercier, Vermenouze, Vernaz, Vernes, Verre, Verstraete, Viader, Vialard, Vialatte, Vidal (Raymond), Mlle Vidal de la Blache, MM. Viers, Vignal, Vigner, Mlle Vigneron, MM. Vignes, Villette, Vioget, Vionnet, Mlle Vishnevsky, MM. Vitanyi, Voiriot,

Wagner, Wallet, Mlle Walther, MM. Walther (Roger), Warzée, Wechsler, Weill (Francis), Weiner, Weiss, Weschsler, Wetterwald, Weydert, Wicart, Wiehn, Willems, Willner, Winierzki, Wintrebert, Mlle Wirz, MM. Wolff, Worré,

Zahier, Zoller (Alphonse), Zoveine, Zuckermann.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Poingt, de Douzy (Nièvre) ; du Dr Armand Chevalier, de Lancouacq ; du Dr Issaline, de Maiche ; du Dr Marcel Nathan, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Le Dr Marcel Nathan venait de publier, chez Doin, un ouvrage dont il avait bien voulu nous adresser l'extrait d'un chapitre, qui paraîtra prochainement dans nos colonnes. C'est peu de jours après avoir corrigé les épreuves de son article que notre regretté confrère est décédé subitement. Nous adressons à sa famille si cruellement frappée nos condoléances profondément attristées.

— **Hôpital Saint-Jacques.** *Conférences homéopathiques.* — Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, ont lieu deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris, 15e (Métro Volontaires), à 18 heures.

Programme des cours. — M. Picard fait ses conférences les 1er et 3e mardis de chaque mois. Sujet : Matière médicale ; pathogénésies et comparaisons ; les polychrestes, sulfur, aconit, les solanées.

Les conférences de M. Le Tellier ont lieu les 1er et 3e vendredis de chaque mois. Sujet : Clinique homéopathique ; maladies des voies respiratoires.

M. Mouézy-Eon commencera ses conférences le mardi 10 novembre à 18 heures et les continuera les 2e et 4e mardis de chaque mois. Sujet : Monographies cliniques et thérapeutiques.

M. Allendy commencera ses conférences le vendredi 13 novembre à 18 heures et les continuera les 2e et 4e vendredis de chaque mois. Sujet : Principes et théorie de la thérapeutique homéopathique ; directions générales.

L'inscription aux conférences de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuite.

— **Congrès de chirurgie.** — Au Congrès de l'Association française de chirurgie, ont été élus présidents d'honneur : MM. Alessandri (Rome), Verhoogen (Bruxelles), Hanssen (Copenhague), Jacobovici (Cluj), Jiano (Bucarest), Mayer (Bruxelles), de Quervain (Berne), Schoemaker (La Haye), Wessel (Copenhague), Daniel (Bucarest), Begouin (Bordeaux), Costantini (Alger), Frœlich (Nancy), Nové-Josserand (Lyon) et Stolz (Strasbourg).

— **Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris.** — Prix Le Gendre (triennal, 3.000 francs). Ce prix sera décerné en 1932. Sujet proposé : *Le livret sanitaire.* Les mémoires des concurrents au prix devront être déposés sur le bureau de la Société avant le 1er novembre 1932.

Prix Gingeot. Le prix triennal, fondé par le Docteur Gingeot et destiné à récompenser un travail original portant sur les affections du foie et des voies biliaires, n'a pas été décerné en 1929, aucun mémoire n'ayant été présenté. Le concours sera reporté à 1932. Le sujet proposé est le suivant : *Des ictères choluriques sans décoloration des matières fécales.* Les manuscrits devront être déposés entre les mains du secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1932. La valeur du prix sera de 6.000 francs.

— **Æsculape.** — Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 40 francs (étranger : 60 francs). — 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe). — *Sommaire du n° 10* : La toilette d'Hermaphrodite (1 ill.). — Le joli médecin de l'Abbaye (6 ill.), par le Dr Edgar Leroy. — Sorcières se préparant au Sabbat (1 *ill.*). — L'Œuvre de Thomas Rowlandson (8 ill.), par le Dr Benjamin Bord et M. Jean Avalon. — L'Esprit des grosses têtes (8 ill.), par Théophraste Renaudot. — Supplément (19 ill.). Prix : 5 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

5171. — Patente en cas de changement de domicile

Exerçant à S.. du 1er janvier au 25 juin 1931 j'ai payé à ce titre une patente régulière (due, je crois, au 1er janvier de l'année en cours d'exercice) et pour toute cette période.

Avant de partir, j'ai, par lettre recommandée, prévenu le receveur de l'enregistrement (qui exerce en même temps, au canton dont je dépendais, le contrôle des contributions directes) de mon départ définitif afin qu'il ne me compte plus parmi ses administrés.

Tous mes autres impôts sont d'ailleurs payés pour l'année en cours (j'en possède les reçus). Installé à nouveau à D., dans un autre département, depuis le 5 août 1931 (ma plaque n'a été posée que passé le 15 août et mon bail signé du 31 juillet et enregistré en août), je reçois ce jour un avis de patente à payer avec mention du 1er juillet 1931. Patente assez élevée quoique avec un loyer sensiblement égal au précédent.

Outre l'erreur de date initiale, puisque le 1er juillet je n'étais pas à D., je trouve extraordinaire d'avoir une nouvelle patente à débourser. Surtout qu'un changement de poste, avec interruption de travail entre, et regroupement de nouvelle clientèle, est loin de constituer une opération directement productive ! Je pensais être tranquille sur ce point, puisque ma première patente acquittée l'est pour toute l'année.

Cette inscription d'office à une seconde patente est-elle légale ?

A qui dois-je m'adresser et comment procéder pour obtenir « selon les règles » et rapidement une défalcation de cette double taxe (*non bis in idem*) dans la même année. Je sais que les fonctionnaires sont parfois coriaces envers les professions dites libérales. Aussi, je ne veux point faire de fausse manœuvre.

Dr D.

Réponse.

Le médecin qui, après avoir payé sa patente pour toute l'année, change de résidence et est de nouveau imposé à la patente à son domicile actuel, doit demander à son nouveau contrôleur l'imputation par dégrèvement d'office des mois de patente faisant double emploi.

Si le contrôleur n'accordait pas le dégrèvement, il y aurait lieu d'adresser une pétition sur timbre au Directeur de la nouvelle résidence dans les trois mois de la mise en recouvrement du second avertissement.

Les avertissements doivent être joints à la pétition.

A. M.

5128. — Un médecin, assistant salarié d'un confrère n'est pas patentable

Mon fils, docteur en médecine, est installé chez moi, dans une maison où il occupe deux chambres,

et il me sert d'assistant (même cabinet de consultation, même laboratoire).

Or, il reçoit du percepteur une feuille d'impôt au titre *des patentes* (au 15e sur une valeur locative de 1.200 fr.) et s'élevant à 460 fr. 71 pour l'année en cours.

Comme il me sert d'assistant, est-il assujetti à la contribution des patentes ? En ce cas, la somme n'est-elle pas trop élevée ? Je vous prie de me donner tous renseignements utiles pour le cas où je devrais faire une réclamation.

A titre d'indication je paie comme patente pour mon compte (au 15e sur une valeur locative de 2.000 fr.), 763 fr. 83 ; mon fils est salarié par moi-même.

Dr X.

Réponse.

Le docteur, simple assistant d'un confrère, est un employé salarié, non patentable, à la condition de ne pas exercer pour son compte et de n'avoir ni plaque ni désignation personnelle.

A. M.

5107. — Appartement d'habitation secondaire non soumis à la patente

Je suis marié depuis peu ; ma femme garde l'appartement qu'elle occupait avant son mariage, pour que son fils, qui n'habite pas ici, puisse en disposer à l'occasion. Dans ces conditions, ce loyer doit-il s'ajouter au loyer de mon appartement pour le calcul de la patente ? Nous sommes sous le régime de la communauté.

Dr X.

Réponse.

L'appartement occupé précédemment par votre femme doit être considéré comme une habitation secondaire et par conséquent ne doit pas être soumis à la patente qui frappe seulement l'habitation principale.

A. M.

4998. — Patente sur une clinique. Frais professionnels

1° Une clinique médico-chirurgicale étant tenue par un unique médecin et la patente étant de 10.000 fr., quelle sera cette patente si deux médecins deviennent directeurs de cette affaire ? Divisera-t-on 10.000 par deux, soit 5.000 pour chacun, ou bien la patente sera-t-elle de 10.000 fr. pour chacun des médecins-directeurs ?

Question annexe : en dehors de cette patente professionnelle, de l'impôt foncier, du chiffre d'affaires, une clinique est-elle soumise à d'autres impôts ?

2°. J'étais précédemment locataire d'un appartement ; dans mes décomptes de frais professionnels je faisais état d'une certaine somme pour loyer et baux professionnels ; mais cette année j'occupe une maison dont je suis propriétaire : sur quelle base

dois-je faire ce décompte (la maison a été achetée aux alentours de 100.000 fr.) ? Cela n'a-t-il pas quelque chose d'arbitraire ?

D'autre part au titre revenu, ne dois-je pas déclarer le revenu théorique de la maison que j'occupe ?

N'y a-t-il pas avantage à ces deux points de vue d'inscrire des chiffres modérés et moyens, se gardant des devis extrêmes ?

Dr Z.

Réponse.

Votre lettre manque de précision : quel est le lien juridique qui unira les deux médecins : association ? contrat de louage de services ?

En tout état de cause le premier médecin payera comme autrefois quand il était seul. Nous estimons que le deuxième médecin doit être entièrement exonéré de patente sur les locaux de la clinique mais, sur son habitation, il ne serait imposable, à notre avis, que s'il exerce la médecine en dehors de sa clinique. Toutefois, tel n'est pas l'avis de l'Administration qui prétendra toujours l'imposer.

La clinique doit payer l'impôt sur les bénéfices commerciaux sur les profits nets provenant des recettes passibles de la taxe sur le chiffre d'affaires.

2° Vous devez toujours comprendre dans vos dépenses professionnelles la valeur locative de vos locaux professionnels.

Pour l'impôt général vous déclarez le revenu net imposé à la contribution foncière.

A. M.

Application du Tarif Fallières

5194. — Contention d'une fracture du bassin

Je vous serais très reconnaissant de me dire s'il existe une tarification spéciale pour la *contention* simple, au moyen d'une gouttière, d'une fracture du bassin, sans déplacement : en l'espèce fracture sans déplacement de la branche droite du pubis. Fracture en étoile de la cavité cotyloïde gauche.

Ne trouvant mentionné nulle part ce cas particulier, j'ai recours à votre extrême obligeance pour un renseignement sur ce point.

Dr C.

Réponse.

Ce n'est pas la *lésion* qui est tarifée, mais l'*intervention* pratiquée par le médecin.

Dans votre cas, vous n'avez eu qu'à ordonner le placement du blessé dans une gouttière, je ne vois donc pas là une « intervention à tarif spécial ». Si vous aviez fait un grand plâtre, vous-même, il y aurait eu une intervention technique que vous auriez pu faire payer. Mais ici, je ne vois pas sur quoi vous pourriez vous baser pour réclamer un prix « spécial ».....

Maintenant, vous pourriez essayer de le réclamer en vous basant, par analogie, sur le Tarif des pensionnés de guerre où il est dit (art. 74 : Intervention sur la face, le crâne et la colonne vertébrale) : « *Réduction et contention* avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et du rachis : 60 à 100 francs ». Mais, il n'y avait pas de déplacement, dites-vous ; donc pas de réduction... Aussi, je vous signale simplement l'article, sans vous conseiller *ferme* de l'invoquer. »

Dr Fernand DECOURT.

5277. — Surveillance prolongée nécessaire

Je vous serais très obligé de me donner deux renseignements :

1° Extraction de corps étranger de la cornée (implanté) tarifée 15 fr. autrefois. N'y a-t-il pas augmentation maintenant que la visite ou consultation est à 15 fr. ?

2° Un blessé pris sous un éboulement. Deux jambes broyées. Etat très grave.

Je l'accompagne à l'hôpital (10 + 10 kil). Réquisitionné par le chirurgien pour chloroforme, j'ai perdu 4 heures, de 19 heures à 23 heures.

Je sais qu'avec le tout compris, il n'y a pas d'honoraires pour assistance du chirurgien à l'hôpital. N'ai-je pas droit au moins aux honoraires de surveillance prolongée ? La compagnie est d'habitude très arrangeante. Je suis certain qu'avec votre avis personnel, nous arriverons très facilement à une fixation d'honoraires amiable.

Je n'ai encore pas envoyé ma note, tenant à vous consulter auparavant.

Dr C.

Réponse.

1° Pas de changement pour les interventions avec le nouveau tarif qui entrera en vigueur le 15 février 1932 ;

2° Vous avez droit à 50 francs, comme médecin anesthésiste (art. 12), plus l'indemnité de déplacement due *au médecin le plus rapproché* du lieu de l'opération (art. 2, alinéa 7).

3° Pour avoir droit aux honoraires pour « surveillance prolongée », vous devez expliquer techniquement qu'il y avait en l'espèce « l'éventualité de complications menaçant la vie » du blessé (art. 6). Et, en l'espèce, avec « deux jambes broyées », j'estime légitime l'application de l'art. 6, alors qu'il y avait possibilité d'hémorragies secondaires, lors du transport du blessé à l'hôpital.

Dr Fernand DECOURT.

5035. — Oculiste spécialisé ou non ?

J'ai un différend avec la compagnie d'assurances sur lequel je desire avoir votre appréciation :

1º La compagnie me refuse le paiement des soins d'oculistique pour les accidents du travail au tarif spécial, sous prétexte que je ne suis pas spécialiste. Vous jugerez d'après l'en-tête de cette feuille si son affirmation est fondée. B. est une petite ville, où une spécialité seule ne suffirait pas pour faire vivre un praticien.

2º Une note récente comportant soins ordinaires, radiographie d'urgence, traitement électrique a été réduite par la compagnie parce que j'avais négligé la déclaration préalable dans les proportions suivantes :

Le paiement de la radiographie a été refusé.

Celui du traitement électrique a été refusé pour cinq séances sur vingt, qu'il comporte.

Vous voudrez bien me faire savoir si la compagnie a le droit d'agir ainsi et sinon ce qu'il y a lieu pour moi de faire.

Dr S.

Réponse.

(*a*) L'article 27 fixe le prix de la consultation à 20 fr. « lorsqu'elle est donnée par les *seuls* médecins *oculistes* spécialisés ». Or, votre en-tête de lettre porte bien l'oculistique ..... mais aussi O. R. L. + rayons X + cryothérapie + *maladies chroniques*, etc..., surtout ce dernier terme que j'ai souligné vous élimine du cadre des « seuls médecins oculistes spécialisés ». Je pense donc qu'en cas de jugement vous n'auriez aucune chance d'être suivi dans votre réclamation.

b) Une radio, sauf certains cas d'extrême urgence, ne peut être exécutée qu'« après *accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » (art. 26-VII).

c) Au-dessus de 5 séances « d'intervention à tarif spécial », vous devez en donner « avis préalable, par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué » (art. 7).

Dans les cas *b*) et *c*), vous ne vous êtes donc pas mis en règle, d'où le refus de la Compagnie et refus qu'elle peut justifier légalement.

Relisez avec soins les articles ci-dessus indiqués et, une autre fois, ne manquez plus de vous mettre en règle.

Dr Fernand Decourt.

Application du Tarif Maginot.

5266. — Interventions spéciales dans une clinique privée

D'après l'article 67, 2º du tarif des réformés, il semble que les visites ordinaires faites par un médecin à un réformé en séjour dans un établissement privé ne sont pas payées par l'Etat, mais que toutes les interventions à tarif spécial sont payées.

Est-ce bien exact ?

Dans l'affirmative, comment établir la demande de paiement pour ces interventions à tarif spécial, le carnet de soins gratuits devant être déposé pendant toute la durée du séjour entre les mains de

l'administrateur de l'établissement, et les bulletins de visite ne pouvant en conséquence être remplis et joints à la demande de paiement ?

Dr H.

Réponse.

a) L'article 67 est formel : « Si le malade est admis dans un établissement *privé*, les frais *dus* par l'Etat comprennent :

1° Tous les frais de séjour, etc. ;

2° Le prix des interventions à tarif spécial, prévu ci-après, pratiqué par le médecin traitant.

b) Dans ce cas, le médecin ne peut naturellement se servir du carnet de soins, puisque celui-ci « est retiré au malade, conformément aux dispositions de l'art. 24 ». Il en résulte que le médecin doit faire une *note spéciale* qui sera *jointe* (avec tous renseignements techniques nécessaires) à la note présentée par la clinique privée.

Dr Fernand DECOURT.

Exercice de la pharmacie.

5199. — Conditions d'exercice de la propharmacie

J'ai recours à votre obligeance pour avoir le plus tôt possible le renseignement suivant : Je viens d'accepter d'ouvrir un cabinet 2 fois par semaine dans une commune assez éloignée privée de médecin; le plus proche pharmacien se trouve à plus de 10 km. Ai-je le droit, tout en n'étant pas ici propharmacien de fournir des médicaments aux malades de cette commune ? Je crois bien que les médecins qui m'ont précédé l'ont fait, mais j'aimerais être sûr d'en avoir le droit.

Dr X.

Réponse.

En vertu de l'article 27 de la loi du 21 Germinal An II, ont seuls le droit de vendre les médicaments à leurs clients, les médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte.

Par conséquent, dès lors qu'il existe un ou plusieurs pharmaciens ayant officine ouverte dans la commune où vous habitez et où vous avez votre principal établissement, il vous est interdit légalement d'exercer la propharmacie, même dans la commune dépourvue de pharmacien où vous vous proposez d'ouvrir un cabinet de consultations quelques jours par semaine, tout en continuant à habiter A.

En effet, vous êtes *établi* à A. et non pas dans la commune dépourvue de médecin et de pharmacien.

Pour pouvoir exercer valablement la propharmacie dans cette commune, il faudrait transférer en fait comme en droit votre domicile.

5246. — Inscription du nom du malade sur l'ordonnance

Existe-t-il un texte de loi qui impose au médecin l'obligation d'inscrire sur son ordonnance les nom et adresse de son client, quand il s'agit de prescription de substances du tableau B ? Ou bien ce devoir incombe-t-il au pharmacien ? ou à personne ? Je ne ne trouve au cours de mes recherches que la nécessité pour le pharmacien de porter ce renseignement sur son livre de contrôle.

Dr F.

Réponse.

Conformément à l'art. 20 du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930 sur les substances vénéneuses, le médecin est tenu de dater sa prescription, de la signer et de mentionner lisiblement son nom et son adresse, d'énoncer en toutes lettres les doses de substance vénéneuse prescrites et d'indiquer le mode d'administration du médicament ; telles sont les seules obligations que le médecin doit remplir ; rien dans la loi ou le décret ne l'oblige à mentionner sur les ordonnances les nom et adresse de son client.

C'est le pharmacien seul, en vertu de l'art. 34 du décret, qui doit inscrire chaque mois sur le registre spécial, le relevé totalisé des quantités de substances du tableau B qui figure pour le mois sur le registre de vente, registre sur lequel il est tenu d'inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles il a délivré ces substances.

Mais ni le médecin ni le pharmacien ne sont dans l'obligation de porter le nom du client sur l'ordonnance.

Questions médico-militaires

4918. — Promotion au grade de médecin lieutenant

J'appartiens à la classe 1918, ai été mobilisé avec elle et ai accompli une grande partie de mon service avec le grade de médecin auxiliaire. J'ai soutenu ma thèse en juin 1924 et, sur ma demande, j'ai été nommé médecin sous-lieutenant de réserve le 14 octobre 1926.

Au début de cette année, ayant été convoqué pour une période en vue de l'avancement. j'ai répondu que, bénéficiant de l'art. 5 du décret du 7 juillet 1929, je devais être promu médecin lieutenant sans être astreint à une période, et qu'au surplus, ayant 2 ans de majoration pour études, j'aurais dû être nommé dès le 16 octobre 1928. J'ai donc demandé l'application de l'art. 5 du décret du 7 juillet 1929.

Après un échange de correspondance, d'abord affirmatif de la part du médecin inspecteur de la Région, ma demande, au bout du compte, s'est vu opposer une fin de non recevoir de la part de la Direction du Service de santé.

Les arguments qu'on me fit valoir me semblent

plutôt spécieux : « Ayant effectué les études sous l'ancien régime et n'ayant pas été interne des hôpitaux, il n'a pu lui être accordé qu'une majoration de deux ans, il est donc tenu d'accomplir une période d'exercices pour pouvoir être l'objet d'une promotion. »

Cette réponse me paraît en contradiction avec le texte de l'article précité quiprévoit quatre ans de grade pour être promu sans période, alors qu'actuellement j'en réunis sept en tenant compte des deux années de majoration.

Je vous serais donc obligé de bien vouloir me dire ce que vous pensez de mon cas et de me préciser, si possible, les conditions dans lesquelles je puis être promu médecin lieutenant de réserve.

Dr N.

Réponse.

Afin d'être promu lieutenant, sans effectuer de période, il vous faudrait quatre années d'ancienneté, acquises soit en service actif comme *officier* de réserve, soit en annuités de majorations d'ancienneté.

Or, vos majorations d'ancienneté se réduisent à deux ans ; elles pourraient être plus élevées, si vous aviez été en service d'interne au delà de la durée légale des études de médecine.

Vous ne pouvez donc être promu qu'à la condition d'effectuer une période : l'article 5 ne s'applique pas à votre cas.

4811. — Obtention de la carte de combattant

Etant abonné au *Concours médical*, et me trouvant dans les conditions requises pour avoir la carte de combattant, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur ce que je dois faire pour l'obtenir.

Dr A.

Réponse.

Pour avoir droit à la carte du combattant, il faut avoir servi, pendant 3 mois au moins, dans une « unité combattante » ou bien, ayant appartenu à cette unité sans délai fixé, avoir été blessé de guerre, évacué pour maladie contractée en service ou avoir été fait prisonnier.

Vous devrez vous adresser à votre Directeur du Service de santé de la Région à laquelle vous appartenez en cas de mobilisation. Tous les détails sont indiqués dans l'Agenda-Mémento du *Concours médical* qui est actuellement sous presse.

4795. — Droit aux médailles de la guerre

Ayant fait toute la guerre sur le front français et en Belgique n'ai-je pas droit au port de la Médaille interalliée ? Quelles démarches dois-je faire pour obtenir le droit au port de la médaille, et quelle est

la couleur du ruban de cette médaille ? N'existe-t-il pas également une médaille de la Victoire différente de la Croix du combattant ? Quelles sont les caractéristiques du ruban de la Croix du combattant ? Le fait d'être titulaire de la carte du combattant n'entraîne-t-il pas *ipso facto* le droit au port de la dite croix ?

Excusez-moi de vous importuner par toutes ces questions dont les réponses ont peut-être paru déjà dans le *Concours médical* mais auxquelles je n'ai pas prêté suffisamment d'attention.

Dr P.

Réponse.

Vous semblez, en effet, avor droit à la médaille interalliée. Adressez une demande au Directeur du Service de santé de la Région à laquelle vous êtes affecté en cas de mobilisation. Le ruban est de couleur de deux arcs-en-ciel juxtaposés. La Médaille interalliée est aussi appelée Médaille de la Victoire.

La croix du combattant est différente, son ruban est de couleur bleu-horizon, coupé dans sa longueur de 7 raies de couleur rouge-garance, d'une largeur uniforme d'un millimètre et demi.

L'attribution de la Carte du Combattant entraîne *ipso facto* le droit au port de la Croix du Combattant.

4889. — Sur le coefficient de Maillard

Je soigne actuellement un malade, qui m'intéresse tout particulièrement et qui est pensionné de guerre pour paludisme chronique. Sur son certificat de réforme, entre autres symptômes, est mentionné celui-ci : coefficient de Maillard très exagéré 15. Je n'ai pu trouver dans mes livres classiques l'explication de ce coefficient. Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir, si cela vous est possible, ce qu'est ce coefficient, à quel organe il s'applique, ainsi que sa valeur diagnostique et pronostique et me faire connaître le livre où je pourrais avoir des explications détaillées à son sujet.

Dr R.

Réponse

Le coefficient de Maillard s'applique au fonctionnement du foie ; il est encore appelé coefficient d'imperfection uréogénique ; il traduit le rapport azote uréique, azote ammoniacal, et tient compte également des acides aminés. Normalement, il est de 5 % ; il augmente avec la déchéance hépatique et peut s'élever à 20 ou même 30 %.

Il indique en somme le rapport entre l'azote qui, n'ayant pas été transformé par le foie en urée, est resté à l'état d'azote ammoniacal, et tout l'azote transformé et non transformé.

4907. — Inscription au tableau de la Légion d'honneur

Proposé pour la Légion d'honneur au titre militaire en 1930, je n'ai pas été inscrit au tableau, cette année.

Il y a quelques jours, j'ai reçu de la Direction du Service de santé de la Région, une nouvelle feuille à remplir, en vue du tableau pour 1932. Ai-je quelque chance d'être promu l'année prochaine ? A quel moment paraîtra le tableau ? A quel moment serait-il bon de me faire appuyer et auprès de qui ?

Dr D.

Réponse.

Vous aurez certainement plus de chances que l'an dernier d'être inscrit au Tableau de la Légion d'honneur, puisque vos titres se seront accrus d'au moins une annuité, sans compter votre assiduité aux cours de perfectionnement, etc...

Le travail est envoyé au Ministre pour le 20 janvier, et le Tableau paraît vers le mois de mai ou juin suivant. Il sera bon de vous faire appuyer auprès du Directeur d'abord, et plus tard auprès du Ministre.

Accidents du Travail

4728. — Accord entre les parties sur le taux de l'I. P. P.

Le taux de l'incapacité permanente d'un accidenté du travail doit-il toujours être fixé obligatoirement par la justice ou si l'assurance peut accepter un taux proposé par le médecin traitant du blessé ?

Dr H.

Réponse.

L'article 16 de la loi du 9 avril 1898 stipule que, dans le cas d'incapacité permanente de travail, le dossier doit être transmis obligatoirement par le juge de paix au président du tribunal civil.

En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la loi de 1898, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui en donne acte, en indiquant, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

En cas de désaccord, les parties sont renvoyées à se pourvoir devant le tribunal.

La Cour de Cassation a jugé, par arrêt du 22 mai 1912 (chambre civile D. P., 1913.5.48) que l'accord des parties ne peut porter que sur le salaire de base et sur la réduction que l'accident a fait subir au salaire : cet accord ne peut avoir lieu que sous le contrôle du président du tribunal civil.

Le même arrêt ajoute que l'indemnité forfaitaire due à la victime, en vertu de cette double base, ne peut être l'objet de conventions entre les parties, car elle est déterminée par la loi et les

précautions, prises par le législateur, dans un but d'ordre public, ont eu précisément pour but d'empêcher que l'accord ne s'établisse sur l'offre d'une somme d'argent trop facilement acceptée.

Deux autres arrêts de la chambre civile de la Cour de Cassation, du 22 mai 1912 et du 28 janvier 1913 (D. P., 1913.5.48) décident que l'article 16 de la loi exigeant que l'accord soit conforme aux prescriptions de la loi, cet accord serait nul, si la rente convenue n'était pas exactement celle que fixe impérativement l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, d'après la double base du salaire et de la réduction de la capacité de travail.

En conséquence, le président du tribunal civil ne peut fixer l'indemnité, en donnant acte aux parties de leur accord, que si cet accord est conforme aux prescriptions de la loi.

De tout ceci résulte, que si les parties sont d'accord, devant le président du tribunal civil, pour accepter le taux d'I. P. P. proposé par le médecin traitant du blessé ou par le médecin de l'assurance, le président pourra enregistrer cet accord ; mais si les parties ne s'entendent pas sur ce quantum, le tribunal civil, saisi du litige, verra s'il doit, ou non, demander l'avis d'un médecin-expert.

Dr Paul BOUDIN.

5294. — Accident survenu dans le trajet entre le domicile de l'ouvrier et le lieu du travail

Je sais, pour l'avoir lu dans le *Concours médical*, qu'un accident survenant à un ouvrier, qui se rend à son travail ou qui revient de son travail, rentre dans le cadre de la loi de 1898. Voudriez-vous avoir l'amabilité de me confirmer cette chose et me dire, en même temps, si ce point est prévu par la loi même de 1898 ou si ce point a été fixé par des jugements rendus par différents tribunaux. Dans ce dernier cas, si cela vous est possible je vous demanderai de me dire les dates de ces différents jugements et les sièges des quelques tribunaux qui ont rendu ces jugements.

Dr F.

Réponse.

Très certainement, votre mémoire doit être infidèle, car, dans les nombreuses réponses que nous avons publiées dans le *Concours médical*, au sujet de l'application de la loi sur les accidents du travail, nous n'avons jamais dit qu'un accident survenu à un employé au cours du trajet pour se rendre ou revenir de son travail, devait être compté comme tombant sous le coup de la loi du 9 avril 1898.

Bien au contraire, les nombreuses décisions de jurisprudence ont admis en principe que la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du

9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef, et a effectivement pris possession de son travail (voir en ce sens Douai, 25 novembre 1902, D. P., 1904.295).

En conséquence, un accident ne doit pas être considéré comme survenu par le fait et à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'employé qui en a été victime soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné (Civ., 3 mars 1903, D. P., 1903.273).

La question semble définitivement tranchée aujourd'hui et il est peu probable qu'on puisse obtenir un revirement de la jurisprudence en portant à nouveau l'affaire devant le Tribunal.

Baux et Locations

5366. — Abrogation locale de la loi sur les prorogations

En principe, je jouis à titre *professionnel* d'une prorogation jusqu'au 1er *juillet* 1931. Mais au cas où après vœu du Conseil municipal de ma localité, vœu ensuite du Conseil général et décision en dernier ressort du Conseil d'Etat stipulant l'abrogation des prorogations avant 1931, mon propriétaire aura-t-il le droit de me refuser une nouvelle location, aura-t-il le droit de me contraindre à laisser l'immeuble que j'occupe de suite ? ou aura-t-il seulement le droit de me fixer un taux de loyer ? que je serai évidemment libre d'accepter ou de refuser et dans ce dernier cas par conséquent tenu de lui laisser l'immeuble libre ? En un mot, peut-il me mettre à la porte avant 1937, ou bien devra-t-il me donner un délai quelconque pour me permettre de me loger ?

Dr L.

Réponse.

Si la législation spéciale des loyers n'est pas abrogée dans votre ville avant le 1er juillet 1937, vous continuerez jusqu'à cette date à avoir droit à la prorogation et à la taxation légale de votre loyer, sans que votre propriétaire puisse à aucun moment, prétendre soit reprendre l'immeuble pour son usage personnel, soit vous imposer un loyer supérieur au taux légal.

Mais, par contre, si conformément au paragr. 2 de l'art. 1er de la loi du 29 juin 1929, après avis du Conseil municipal et du Conseil général, un décret rendu en Conseil d'Etat vient à décider que la législation spéciale des loyers cessera d'être applicable dans votre ville avant le 1er juillet 1937, vous n'aurez plus droit à aucune prorogation à partir de la date fixée par le décret et votre propriétaire sera alors en droit de poursuivre votre expulsion s'il le juge bon, à la seule condition de vous donner congé dans les formes et délais fixés par les usages locaux.

Que le décret ait maintenu ou non la taxation du loyer, votre propriétaire pourra dans ce cas vous refuser toute nouvelle location.

Cinquante-troisième année — N° 46 — 15 Novembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
Bandol : Charmot et Rozet *Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H Bourquet, adinouche, Carnette L.. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet. Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues. Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy. Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P e angenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Bro xe (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Deloique-Fourcaud, Dormoy, Drap er, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry *Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, lotard, Malaussène (*Pn. art*), Nafilyan, Phipps (*derm*), Pietri, E. Poiheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
St Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 389. — Indre. Par suite décès subit, poste pro-pharm. tenu 30 ans à prendre de suite. Condit. avantag.

N° 390. — A repr. après décès contre faible indemn. poste méd. dans l'Indre, pro-pharm. Ecr. Semaine dentaire, 26, rue du 4 Septembre, Paris.

N° 391. — Cause naissance, vends moto gr. sport luxe 5 CV toute équipée, parf. état, ayant coûté 8.700. A vend. 4.500. Fontana, 48, rue Nollet, Paris. Tél. Marc. 16-23.

N° 392. — Provence. Anc. client., ville, bon prod. 2/3 consult. Belle habit. confort. Indemn. 45.000, compt. 20.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 393. — Calvados. A repr. condit. avant, bon poste méd. pro-pharm. Jolie mais. tr. confort. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 394. — Centre. Très anc. cab. de radio., bien installée, mais. particul. Prix 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 395. — Pharmacien visiterait médecin pour laboratoires ou représenterait firme pharmaceutique française ou étrangère.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Eden des enfants à BRANSLES (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil; Drs CHARMOT et ROZET.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est aboutir à la dyspepsie. Sucer des tablettes de **Mangaïne**, c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio. 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — Conformément à un vœu émis, sur la proposition de M. Lous Gardiol, par la Chambre des députés, M. le Ministre de la Santé publique demande à l'Académie de lui faire connaître son avis sur la vérification des décès par une épreuve médico-scientifique nettement affirmative de la certitude de la mort.

Pour répondre à la demande du Ministre, l'Académie nomme une commission composée de MM. Dopter, Balthazard, Camus et Brouardel.

— **Les épidémies.** — Un cas de maladie nº 9 (forme bubonique) a été relevé dans la banlieue de Rouen.

— **Association amicale des anciens médecins des Corps combattants.** — Une cérémonie intime, réunissant les membres de l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants, a eu lieu le 11 novembre (jour anniversaire de l'Armistice) à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine, devant le Monument aux morts.

— **Le douzième salon des médecins.** — Le succès de cette exposition annuelle, douze fois renouvelée, se mesure au chiffre important des œuvres exposées depuis le début (plus de 4.000) par près de 1.300 médecins, et para-médecins. Le Président de la République est venu la visiter incognito, témoignant ainsi une sympathie personnelle pour le Corps médical. Nos confrères, leurs femmes et leurs filles, ont exposé d'excellentes œuvres, tant en peinture, en aquarelle qu'en gravure et en sculpture, en art décoratif.

— **Le IIIe Congrès de l'Ecole des parents** aura lieu les 3, 4 et 5 décembre 1931, à Paris, et tiendra ses séances au Musée social, 5, rue Las Cases. Question à l'ordre du jour : *La jeunesse, de l'adolescence au seuil du mariage.* Nous donnerons, dans un prochain numéro, le programme complet des travaux de ce Congrès.

— **Bourses pour étudiants en médecine, fils de médecins.** — Cent bourses attribuables aux étudiants en médecine, particulièrement dignes d'intérêt, fils de médecins inscrits aux syndicats faisant partie de la Fédération des Syndicats médicaux de France, viennent d'être créées par les laboratoires Lamo.

Chaque bourse donne droit à 500 francs de livres, et chacun des syndicats départementaux s'est vu attribuer un certain nombre de ces bourses selon le nombre de ses adhérents.

C'est aux syndicats qu'il appartiendra de désigner les bénéficiaires.

— **Société française d'hématologie.** — La Société française d'hématologie a tenu sa première séance le mercredi 4 novembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-

Christophe (Service du Prof. Carnot), sous la présidence d'honneur du Professeur Hayem et sous la présidence du Professeur Chauffard.

Le bureau de la Société est composé ainsi : président d'honneur, Hayem ; président, Chauffard ; vice-présidents, Achard, Vaquez, Jolly, Sabrazes (Province), Noltf (Etranger) ; membres du Comité, Aubertin, Clerc, N. Fiessinger, Roskam, P. Emile-Weil, Weinberg ; secrétaire général, Paul Chevallier ; secrétaire général adjoint, Jean Bernard ; trésorier, Weissenbach ; trésorier adjoint, Deren ; bibliothécaire, G. Rosenthal.

Parmi les 300 premiers adhérents, on relève les noms suivants : Abrami, Ambard (Strasbourg), Arillaga (Buenos-Ayres), Ascoli (Palerme), de Boco (Liége), R. Besançon, L. Binet, Bogomoletz (Kiev), Brites (Coimbre), P. Carnot, Castex (Buenos-Ayres), Di Gugliemo (Pavie), Favre (Lyon), Ferrata (Italie), Pirket (Liège), Fontes (Strasbourg), Frank (Breslau), Coormaghtigh (Gand), R. Grégoire, Hallion, P. Harvier, Hirschfeld (Berlin), Hynck (Prague), Korani (Budapest), La Barre, Labbé, Laignel-Lavastine, Landsteiner (New-York), Laubry, Lemaire, Lévy-Solal, Madsen (Copenhague), Masy Magro (Alicante) Merklen (Strasbourg), Micheli (Turin), Minet (Boston), Monier-Vinard, Oberling, Olmer (Marseille), Pagniez, Sv. Petri, Pittoluga (Madrid), Portier, Rathery, Rieux, Rist, R. Rosenthal (New-York), Roussy, Sahli (Berne), Schittenhelm (Kiel), I. Salomon, Soula (Toulouse), Tournade (Alger), Udaondo (Buenos-Ayres), Titu Vasilia (Cluj), Villaret, Zunz (Bruxelles).

En dehors des membres fondateurs toutes les personnes s'intéressant au sang dans le sens le plus large du mot sont invitées à cette première séance qui est publique.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur P. Chevallier, hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (14e).

— **Le certificat prénuptial**. — Sur cette question à l'ordre du jour des débats parlementaires (projet du Dr Pinard) et qui a fait l'objet d'une étude présentée par le Dr Schreiber à la Société française d'eugénique, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a exprimé son opinion par l'ordre du jour suivant :

« Il est d'un intérêt social qu'avant de contracter union, les futurs époux de l'un et l'autre sexe fassent examiner leur état de santé. L'importance de cet intérêt justifie de la part de l'Etat une loi portant obligation.

« Les futurs époux seront tenus d'aller consulter de part et d'autre le médecin de leur choix (le médecin de famille, s'ils comprennent bien leur intérêt).

« La consultation ainsi donnée restera rigoureusement confidentielle et verbale. Le praticien se bornera à certifier qu'elle a eu lieu, à telle date. »

Les médecins ne sont nullement opposés à l'obligation légale d'une consultation prénuptiale, mais à

condition qu'elle comporte un examen rigoureusement secret, sans aucune attestation de l'état de santé ni de l'aptitude au mariage. (*Communiqué du Syndicat des médecins de la Seine.*)

— **Ministère de la Guerre.** — *Service de santé colonial.* — Un concours sera ouvert le 1er décembre 1931, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois, sans limitation de nombre, de médecin sous-lieutenant des Troupes coloniales.

Les docteurs en médecine admis à la suite de ce concours seront nommés médecins lieutenants au 31 décembre 1931, avec une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des Troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 francs à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française ; cinq par Madagascar, cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal Officiel* du 30 avril 1931 (page 4, 716).

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au Ministre de la Guerre (8e direction ; 1er bureau).

— **Hôpital mixte de Vannes.** *Concours de médecin adjoint.* — Un concours pour une place de médecin adjoint de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 7 décembre 1931. Condition d'admission : être docteur en médecine de nationalité française. Le concours comprend une composition écrite de pathologie, deux épreuves cliniques et une appréciation des titres et travaux des candidats. Inscription avant le 23 novembre 1931, au Bureau du secrétaire de la Commission administrative des hospices de Vannes.

— **Le sanatorium des Escaldes**, à 1.400 mètre d'altitude, à 14 heures de Paris, considérablement et définitivement agrandi, vient d'ouvrir son nouveau pavillon Pasteur, tout à fait modernisé, comportant 180 chambres. Le service médical et chirurgical y est assuré par trois médecins phtisiologues. Les Escaldes se recommandent par leur climat ensoleillé. Prix très modérés. Plusieurs villas à louer.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de l'externat.* — Le concours pour la nomination d'externes des hôpitaux, ouvert le 19 octobre 1931, vient de se terminer.

Le jury était composé de MM. les Drs Wertheimer, Polosson, chirurgiens des hôpitaux ; Pauperi-Ravaut, Dechaume, médecins des hôpitaux.

Sont proposés pour être nommés : *externes titulaires* : MM. Cornut, Lecuire, Balleydier, Latarjet, Prist (Henri), Bouyon, Cros, Mathevon, Boirau, Ménéault, Meiffret, Magnin, Mlle Hubert, Lernonon, Yao Bit Chan, Charlat, Mlle de Coloujon, Delvaux, Lugand, Depouilly, Bourret, Démard, Peyran, Flattot, Préault, Mlle Bonnet, Delaye, Grange, Cavailher, Pinet, Carrière, Mlle Chauffin, Burthiaud, Léger, Mlle Boutovich, Jarricot, Laborde, Moindrot, Godinot, Mlle Pézant, Charlin, Baranges, Grolemund, Schapira, Rocher, Verrier (André), Villard, Voron, Alaka, Mlle Pillet, Chavanne, Grumbach, Delbos, Madranges, Boulet, Abry, Lavabre, Martin, Teston, Delignette, Deplanche, Bouzon, Verrier (Marcel), Santoni, Bernard.

Externes provisoires MM. Chaspoul, Daireaux, Lacroux, Godefroy, Desorthes, Grasset, Le Roux, Jurus, Barrut, Gariel, Gerest, Chambon, Garnier, Gauthier, Sicard, Grand-Clément.

— **Hôpitaux de Rennes.** — *Internat et externat.* — Ont été nommés internes et externes des hôpitaux de Rennes ; *Interne titulaire de médecine et de chirurgie,* M. Jacq Fernand ; *Interne titulaire de la Maternité* : M. Dorange.

Externes faisant fonctions d'interne : MM. Perdrix, Toutirais, Joly, Miroux.

Externes de médecine et de chirurgie : MM. Jambon, Delamaire, Le Goff, Fraboulet, Macé, Hamoniaux, Hamon, Mabin, Simon, Baudoin, Lebranchu, Jegourel, Le Hueroux, Bouthelier, Lancien, Riaux, Chauveau, Richard, Dezaunay, Hesry, Joly, Damery, Garvel, Duine, Lorans.

— **Hôpital de Bône** (Algérie). *Internat.* — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital civil de Bône. Condition : 12 inscriptions ancien régime au moins. Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage, plus une indemnité de 500 fr. par mois. S'adresser à la direction.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Un concours pour une place de médecin traitant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le 16 février 1932. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 2 février au secrétariat de l'Administration des hospices, 91, cours d'Albret.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Concours de l'internat.* — Le jury est ainsi composé : *Titulaires* : MM. Bonnin, Dupérié, Boisserie-Lacroix, Fr. Leuret, Charbonnel, Charrier, Villar, Jeanneney, Cabannes, Boursier. *Suppléants* : MM. Micheleau, Dubourg, Piéchaud, Aubertin, Lacouture, Rabère, Blanchot, Massé, Portmann, Beauvieux.

Concours de l'externat. — Le jury est ainsi composé : Prof. Chavannaz, Delmas-Marsalet, Darget, J. Chevannaz, Balard.

— **Dispensaire antituberculeux de Tunis.** *Concours pour la nomination d'un médecin-chef.* — La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours

sur titres pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le Statut du Comité national. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'Administration tunisienne.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard, avant le 30 novembre, à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis.

Le médecin-chef du dispensaire sera engagé par contrat pour une durée de trois années, à l'expiration de laquelle il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, soit au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret le décès du docteur Georges GUAY, de Sillans (Isère), mort subitement le 30 septembre 1931, à l'âge de 65 ans. Nous adressons à Madame Guay, sa veuve, nos plus sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 OCTOBRE

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) est vacant par suite du départ de M. le Dr Dubourdieu, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

29 OCTOBRE

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'Honneur, au titre du Ministère de l'Intérieur, M. le Dr Lavergne, maire de Latourette (Corrèze) depuis 30 ans.

Enseignement de la Médecine.

Concours d'agrégation des facultés de médecine.
Arrêté du 28 *octoobre* 1931.

Les compositions des concours de l'agrégaiton des facultés de médecine 1er degré ci-après:
Section H. — Physique ;

Section I. — Médecine générale,

fixées primitivement aux 6 et 7 novembre 1931, sont reportées aux 12 et 13 novembre 1931 pour la physique et 9 et 10 novembre pour la médecine.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille est vacant par suite du départ de M. le Dr Alombert-Goget, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

30 OCTOBRE

Accidents du travail.

Arrêté du 26 octobre 1931 fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Cet arrêté, qui modifie le tarif Fallières, et qui sera applicable à compter du 15 février 1932, sera publié dans le supplément documentaire de novembre et en complément à l'Agenda-Memento de 1932.

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes.

Par arrêté en date du 29 octobre 1931, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira, le mardi 10 mai 1932, devant la faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

31 OCTOBRE

Enseignement.

Arrêté du 26 octobre 1931 relatif aux titres étrangers admis en équivalence au baccalauréat.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

1er NOVEMBRE

Service de santé militaire.

MM. Barraud et Lièvre, médecins-capitaines de réserve, rayés des cadres, sont admis à l'honorariat de leur grade.

Proposition de loi Milan et Rio

4 novembre 1931.

Très honoré Confrère,

Je lis dans le *Concours médical* du 21 octobre dernier (page 3228), car viel abonné, l'entrefilet ci-dessous au sujet de la proposition de loi Milan et Rio :

Enfin, où doivent être faites les études ?

Les Facultés de médecine doivent-elles enseigner la stomatologie et conférer les grades à la suite d'examens subis à l'Ecole de médecine ? Doit-on, au contraire, respecter l'autonomie des Ecoles dentaires actuelles qui retirent de leur enseignement des ressources profitables à leurs propriétaires et dirigeants ? »

Personnellement, je ne veux pas engager de polémiques ; d'ici peu, des voix plus autorisées que la mienne donneront, je l'espère, à cet entrefilet que je ne veux pas qualifier de peur d'être trop sévère pour l'auteur, la réponse qu'il mérite.

Vous me permettrez toutefois, mon cher confrère, me jugeant touché dans ma dignité de vieux praticien et dans ma conscience professionnelle, de vous faire savoir que, depuis 30 ans, successivement démonstrateur, chef de clinique, professeur, membre du Conseil de direction, (5 années), j'ai assumé cette charge de tout cœur et *sans ressources profitables,* n'y consacrant que mon temps et mon argent.

Comptant sur votre bonne foi, j'espère lire cette réponse dans le prochain *Concours médical,* et avec mes remerciements, veuillez croire à mes sentiments dévoués et confraternels.

Dr Desforges,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

LES THÉRAPEUTIQUES EMPIRIQUES

I

Du gésier des volailles dans les ictères.

Je confie à mes confrères un remède empirique de l'ictère que je tiens d'un vieux curé, quelque peu guérisseur, mais assez discret et prudent pour ne s'être point aventuré dans l'illégalité. Il n'enjambait sur notre domaine que dans les limites d'une sage hygiène et ne pointait plus loin que dans la zone hépatique où il ne comptait plus ses succès avec la « cure de gésiers de coq ». Il faisait là de l'opothérapie avant la lettre.

Je ne crois pas que son traitement ait été employé ailleurs que dans mon pays et voilà pourquoi, sûr de son efficacité maintes fois reconnue dans les ictères, je le livre aux lecteurs du *Concours* avec la manière de s'en servir.

Le remède est des plus simples à préparer. L'estomac du volatile coupé en deux, il s'agit simplement de décoller l'épaisse et rude muqueuse du gésier que l'on trouve pleine de sable et de grain. Il faut surtout ne la point laver, mais gratter doucement et sans presser avec une spatule de bois le contenu pierreux. Laver ou presser entraînerait les sucs précieux des glandes gastriques. Cette muqueuse, desséchée en un quart d'heure au soleil ou exposée à une certaine distance d'un feu qui ne peut juste que la

racornir à point, devient sous cette douce chaleur une sorte de coquillage bivalve qui se brise comme verre sous le cylindrage d'une bouteille qui l'écrase en poussière. La poudre recueillie est mise à tremper dans du vin blanc à raison de cinq gésiers pour un litre. La posologie est de 3 verres à madère de la mixture qu'il faut agiter avant d'absorber.

Le curé spécifiait des GÉSIERS DE COQ. Comme je trouve le sexe indifférent dans le travail de la digestion, j'ai demandé aux gallinacés sans exception le bon effet de leur muqueuse stomacale. J'ajoutais même, à quelqu'un qui me tenait rigueur de m'écarter de la formule sacrée du vieil aruspice, touchant la qualité mâle du viscère digestif, que le gésier d'autruche ne me paraissait pas inférieur à celui du coq. Pline n'a-t-il pas dit quelque part, que les cailloux fondaient comme gelée, dans son estomac fabuleux ? Mais il est difficile même pendant l'exposition coloniale de se procurer ce rare eupeptique.

Je recommande cette recette, pour les nombreuses guérisons d'ictères qu'elle m'a fait obtenir. Je suis persuadé, mais sans l'avoir essayé, que cette opothérapie pourrait s'étendre à diverses dyspepsies. Dans ma région, les hôteliers ramassent et font sécher les gésiers et les distribuent largement aux nombreux malades qui les leur demandent.

Dr G. LOUVEL
(La Ferté-Macé).

II

Un traitement du hoquet. Mordez-vous les coudes.

Dans le numéro du 4 janvier 1931, le Dr Adrien Dartigues indique un traitement simple du hoquet qui serait arrêté en deux à trois minutes par la flexion forcée de l'extrémité céphalique sur la poitrine.

Voici un autre procédé, peut-être déjà connu, mais que j'ai eu l'idée d'appliquer sur moi-même après avoir assisté à je ne sais plus quel vaudeville dans lequel un des personnages, atteint d'un hoquet incoërcible du meilleur comique, s'entend ironiquement conseiller de se mordre les coudes pour se le faire passer.

A la première occasion j'ai essayé... et depuis, cela m'a toujours réussi. Il suffit d'appuyer solidement les poings sur les côtés du thorax et de chercher à rapprocher l'un de l'autre au maximum les coudes en portant la tête en avant, comme si, effectivement, l'on voulait se mordre les coudes. Le geste fait avec une certaine énergie se montre immédiatement efficace.

Dr MOURGEON.
(Paris).

Voir la suite page LXIII-3527

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

22 NOVEMBRE 1931

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 22 NOVEMBRE 1931***, chez Marguery, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant.

I. — *A 3 heures* 1/2

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Ordre du jour :

(*Voir n*° 43, *page* 3366)

II. — *A quatre heures et quart*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ; | 2° Fonctionnement de l'Œuvre L. Plantier.
3° Le secret professionnel et la médecine sociale.

III. — *A cinq heures*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Ordre du jour :

(*Voir n*° 44)

IV. — *A six heures*

SÉANCE RÉCRÉATIVE

Illusionnisme, Prestidigitation, Harmonies, avec le concours précieux de Mme et du Dr Dhotel.

V. — *A sept heures précises*

DINER. — Souscription 50 fr. (Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.)

A dix heures

BAL. — Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses *Filiales* sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 20 *novembre*, aux bureaux du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris-9e.

PROPOS DU JOUR

I

La lutte contre la tuberculose.

Contagion et hérédité. — La critique des moyens mis en œuvre. — L'efficacité du sanatorium.

Depuis que Villemin a communiqué le 5 décembre 1867, à l'Académie de médecine, les résultats toujours positifs de ses expériences d'inoculation des produits caséeux de ganglions tuberculeux, depuis que Robert Koch a fait connaître en 1882 sa découverte du bacille tuberculeux, l'étiologie de la tuberculose parut à tous définitivement établie. Cette maladie, dont beaucoup de médecins niaient la contagion et qu'à peu près tous regardaient comme héréditaire, fut dès lors considérée comme uniquement contagieuse. La prétendue hérédité n'était qu'une apparence qui masquait la contagion de l'enfant nouveau-né. La transmission de la tuberculose par la seule contagion fut donc considérée comme un dogme qu'il n'était plus permis de discuter.

L'influence de l'hérédité, du terrain, des mauvaises conditions d'existence, de l'alcoolisme, etc., ne comptait plus ou pour si peu. On objectait bien que des cliniciens de grand mérite qui avaient quelque peu étudié la tuberculose et qui s'appelaient Laënnec, Audral, Trousseau, Grisolle, avaient fait jouer le premier rôle à l'hérédité et mis en doute la fréquence de la contagion; que d'autres comme Portal, Monneret, Chomel, Bouchardat et Virchow avaient mis sur le même pied l'hérédité et la contagion dans l'étiologie de la phtisie ; le dogme était établi ; toute discussion était close. Le doute scientifique que conseillait Claude Bernard dans son *Introduction à la médecine expérimentale* était hors de saison. On détenait la vérité vraie et ceux qui, comme le Dr A. Jousset, eurent dès 1907 le courage de s'attaquer à la doctrine classique, furent excommuniés et traités d'hérétiques. Cependant, une brèche fut ouverte dans la bastille de la non-hérédité. On démontra d'abord que la maladie pouvait se transmettre de la mère au fœtus par les virus filtrants. Puis en 1929, Brindeau et Pierre Cartier décelèrent le bacille de Koch dans le sang du cordon chez des enfants dont les mères étaient tuberculeuses soit par examen direct, soit par inoculation et ceci 25 fois sur 34. En outre, des bactériologistes, dont notre très distingué collaborateur, le Dr Vaudremer, démontrèrent le polymorphisme du bacille tuberculeux, ce qui infirmait les prétendues preuves de ceux qui, avec une belle assurance, niaient *a priori* l'hérédité.

Un coup encore plus sérieux vient d'être porté aux défenseurs du dogme par un véritable savant dont la valeur ne saurait être contestée, M. Auguste Lumière, de Lyon, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine. Dans un livre très documenté, intitulé TUBERCULOSE : *Contagion, hérédité*, paru en 1930 et dont l'auteur vient de publier une seconde édition revue et augmentée (1), M. Auguste Lumière, fort de ses recherches, menées avec une implacable méthode scientifique, fort d'une documentation très étendue, fort du concours de nombreux praticiens et cliniciens, fort d'observations recueillies minutieusement par centaines, accompagnées de radiographies, détruit la doctrine classique de la contagion indispensable et de la non-hérédité de l'adulte. Sans vouloir établir à son tour un dogme, M. Auguste Lumière établit de façon péremptoire le rôle très important de l'hérédo-tuberculose et combien il convient d'être réservé lorsqu'on affirme la contagion chez un adulte jusque-là en bonne santé ; la recherche soigneuse de l'hérédité dans les cas où la contagion paraît manifeste, restreint singulièrement l'importance de cette dernière.

Deux faits d'observation courante montrent le rôle effacé que tient la contagion dans l'étio-

(1) Joannès Desvignes et Cie, édit., 36-42, passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon 1931.

logie de la tuberculose de l'adulte : d'abord la rareté de la transmission de la maladie à ceux qui soignent les phtisiques, s'ils n'ont pas d'antécédents héréditaires, et, en second lieu, la rareté de la contagion conjugale.

Il nous est impossible d'énumérer ici tous les arguments, les documents, et les observations qu'expose M. Auguste Lumière dans son livre dont la lecture est passionnante ; nous nous contenterons de nous en servir pour démontrer la faillite de la lutte antituberculeuse, basée sur la seule destruction et préservation du bacille, erreur qui a fait dépenser inutilement depuis un demi-siècle des trésors d'argent, d'activité et d'énergie.

Certes, d'éminents philanthropes qui se sont voués aux institutions composant l'armement antituberculeux classique, protestent contre les constatations de M. Auguste Lumière.

« On ne peut admettre, disent-ils, une telle doctrine, parce qu'on serait obligé de convenir que la plupart des efforts dirigés par le passé dans le sens de la chasse aux microbes, ont été vains. On est trop engagé dans la voie préconisée par les traités pour songer à l'abandonner.

« Comment pourrions-nous confesser, ajoutent-ils encore, que tant de propagande, tant d'articles, tant de tracts, tant d'affiches, tant de dépenses, en somme, ont été inutiles ou presque ?

« Comment pourrions-nous déclarer maintenant qu'en réclamant la cruelle séparation de certains bacillaires de leur famille, en les faisant considérer comme des individus dangereux pour leur entourage, nous les avons injustement privés des soins, de l'affection et des dévouements qu'ils ne pouvaient guère rencontrer qu'au milieu de leurs proches ? »

« Nous convenons, réplique M. Auguste Lumière, que cet aveu serait bien pénible, mais peut-on admettre que la recherche et l'expression de la vérité soient subordonnées ainsi à des convenances personnelles et à des intérêts d'organisations sociales particulières, si respectables qu'ils soient ? »

Nous répéterons encore une fois ce que nous avons dit et redit depuis bien des années, c'est que dans la lutte contre la tuberculose, on a fait fausse route. Si, au lieu de s'attaquer au microbe qui est beaucoup moins dangereux qu'on l'a prétendu et contre lequel on ne peut rien, on s'était acharné à détruire les taudis, à combattre l'alcoolisme, à améliorer les conditions générales de l'existence par l'hygiène générale, on aurait obtenu des résultats autrement favorables. La mortalité due à la tuberculose n'a diminué, et dans une faible proportion, que grâce à l'amélioration, insuffisante mais appréciable, des conditions d'existence, dont les tuberculeux ont bénéficié comme tous les autres malades. Les traitements plus efficaces appliqués aux bacillaires donnent aussi, il faut le reconnaître, des résultats qui diminuent encore la mortalité.

Encore convient-il de se défier des statistique, faites nous ne savons comment et par qui et qui peuvent être interprétées selon les besoins de la cause à défendre ?

Les dispensaires antituberculeux sont donc nécessaires, non pas à notre avis pour poursuivre le microbe, mais pour permettre de soigner à temps les malades et améliorer si possible leur hygiène alimentaire et l'hygiène de leur habitation. Les sanatoriums sont encore d'excellents instruments de cure, malheureusement très coûteux, si l'on veut leur faire rendre les services qu'ils doivent donner et leur faire remplir efficacement leur rôle.

Or, il existe à l'heure actuelle une sorte de flottement dans les opinions admises sur l'efficacité du sanatorium et le rendement des Comités antituberculeux qui ont pris en charge de nombreux dispensaires. Nous en retrouvons les échos dans le *Bulletin de la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale d'août* 1931 et dans le *Mouvement sanitaire* du 30 septembre 1931.

La Société des médecins de sanatoriums s'est émue des attaques portées contre ces établissements par un médecin, conseiller général de la Haute-Vienne. Les sanatoriums ont été traités de prisons où beaucoup d'infortunés auraient vu leur maladie s'aggraver. Ces attaques ont été publiées dans le *Siècle médical* (nº du 7 mai 1931) à titre documentaire. Le *Mouvement sanitaire* a consacré une chronique à ces faits et a demandé à la Société quelques précisions sur les résultats de la cure sanatoriale, sur son utilité et la place que doit tenir le sanatorium dans l'armement antituberculeux.

Le Dr André Martin, secrétaire de la Société, a été chargé de répondre au *Mouvement sanitaire*. Ce médecin, phtisiologue distingué, commence par proclamer que la cure sanatoriale n'est pas une panacée et qu'il convient de sélectionner soigneusement les malades qui peuvent en bénéficier. Depuis que les sanatoriums existent, il est admis qu'il ne faut pas y envoyer les phtisiques

qui, en raison de la gravité de leur état, ne peuvent ni être guéris, ni être même améliorés, et qu'il ne faut pas non plus considérer ces établissements comme des lieux de cure de repos où les personnes surmenées, affaiblies ou convalescentes, seraient admises sous le prétexte spécieux qu'elles sont de ce fait prédisposées à la tuberculose.

Le rendement du sanatorium dépend donc de la sélection des malades qu y sont traités. Le Dr U. Guinard, dans sa thèse inaugurale, a fait une très intéressante enquête sur les malades soignés aux sanatoriums de Bligny. Il a constaté que, douze ans après la cure, la mortalité atteignait 81 % pour les malades porteurs de lésions ulcéro-caséeuses, étendues et excavées, tandis qu'elle ne dépassait pas, toujours 12 ans après la cure, 40 % chez des malades dont les lésions tuberculeuses étaient limitées et non excavées.

Quant aux malades soumis aux interventions collapsothérapiques, (pneumothorax, phrénicectomie, thoracotomie), ils relèvent de services spéciaux hospitaliers ou sanatoriaux, et doivent former un groupe à part.

Il ne doit pas y avoir d'opposition entre les hôpitaux-sanatoriums et les sanatoriums, comme semble l'admettre le médecin conseiller général, qui a dénoncé les sanatoriums comme dangereux, les deux sont nécessaires et ont des indications différentes.

Il est admis qu'au minimum, il devrait y avoir à la disposition des tuberculeux un nombre de lits correspondant à la moitié du chiffre de leur mortalité, soit 40.000 lits. Or, on peut admettre que, sur 40.000 tuberculeux, 10.000 relèvent de la cure sanatoriale, un nombre de lits de sanatoriums à peu prés suffisant existe donc en France ; ce qui manque, ce sont les lits d'hôpitaux, mis à la disposition des tuberculeux, qui sont loin d'atteindre les 30.000 indispensables.

Et M. André Martin, dont la réponse nous paraît précise et sincère, regrette, ce que nous regrettons avec lui, le manque de méthode, de réglementation technique, de coordination dans la lutte antituberculeuse ; il y ajoute (et nous tenons à le souligner) *l'incompétence fréquente des personnalités auxquelles est laissée l'initiative de l'organisation antituberculeuse départementale.* C'est là, à notre avis, le véritable défaut, c'est ce qui a pu donner des arguments au médecin, conseiller général de la Haute-Vienne.

Il y a sanatorium et sanatorium. Nous avons pu avoir sur certains de singuliers renseignements par plusieurs de nos malades qui y avaient été placés. Il y arrive parfois que, désireux de comprimer les dépenses et de présenter à l'Assemblée générale de leur Société un budget bien en équilibre et florissant, sans cependant diminuer le rendement de l'établissement, certains administrateurs font porter les économies sur l'alimentation des malades.

Il est arrivé encore que le personnel, même médical, ait été en butte aux caprices, aux tracasseries, aux antipathies de certaines personnes toutes puissantes dans l'administration du sanatorium. Cela n'arriverait pas si le médecin, plus indépendant, tenait dans la gestion du sanatorium la place qui doit lui revenir.

Mais cela nous mène à examiner l'intérêt qu'il y aurait à étudier le rendement des Comités antituberculeux et nous en ferons l'objet d'un autre Propos.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DU DIABÈTE INSIPIDE (1)

Par GILBERT-DREYFUS,

Chef de clinique à la Faculté.

Le diagnostic de diabète insipide une fois posé (2), le médecin s'efforcera, dans la mesure du possible, d'en découvrir l'étiologie.

Sans doute, dans plus de la moitié des cas (36 fois sur 56 d'après la récente statistique de Rowntree), on ne trouve, du vivant du malade, aucun signe d'infection ou de tumeur associées, après sa mort aucune altération glandulaire ou nerveuse susceptible de fournir une indication étiologique quelconque, et l'on en est réduit à parler de polyurie essentielle, de *diabète idiopathique*.

Mais, dans une autre classe de faits, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de déceler la cause déterminante de l'affection. C'est tantôt un traumatisme crânien, tantôt une infection — et, parmi les facteurs infectieux, il faut mettre en vedette la syphilis et l'encéphalite épidémique ; ailleurs, le diabète est d'origine tumorale, témoignant d'une néoplasie bénigne ou maligne, primitive ou secondaire, développée aux dépens de la glande pituitaire, du III^e ventricule ou des formations de voisinage ; enfin, exceptionnellement, on a vu le diabète insipide coexister avec une sclérose en plaque, ou une maladie de Parkinson. Le rôle du choc émotif, dans sa genèse, est plus sujet à caution.

***

En présence de tout diabète insipide, et bien que les formes « isolées » soient les plus fréquentes, s'impose la recherche des *syndromes associés* ; ceux-ci peuvent être groupés sous trois rubriques principales.

1° Syndrome d'hypertension intracrânienne et de compression des voies optiques. — Chaque fois qu'il existe une néoformation tumorale ou inflammatoire de la région hypophyso-tubérienne, on pourra noter des signes d'hypertension intracranienne (céphalée, vomissements, vertiges...), accompagnés d'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Mais, en raison de la topographie du processus, les troubles qu'on observe ici, résultent souvent plus de la compression locale que de l'hypertension. L'*hémianopsie* bitemporale est extrêmement fréquente au cours du diabète insipide ; plus rarement unilatérale, exceptionnellement homonyme ou binasale — fruste ou complète — elle sera appréciée au campimètre. L'atrophie optique primitive, tantôt latente, tantôt facteur d'amblyopie progressive, se manifeste à l'ophtalmoscope par une pâleur de la papille, à laquelle tardivement pourra se surajouter la stase.

2° Syndrome infundibulaire de Claude et Lhermitte. — Il se traduit par des crises de narcolepsie ou d'hypersomnie, de la tachycardie, des troubles vaso-moteurs, un déséquilibre thermique, dont il sied de rapprocher la fièvre consécutive aux interventions chirurgicales sur la base du cerveau (Cl. Vincent).

3° Syndromes dits hypophysaires et syndromes endocriniens à distance. — L'acromégalie et le gigantisme s'accompagnent plus volontiers de glycosurie que de polyurie simple. Au contraire, l'association au diabète insipide d'un syndrome adiposo-génital complet ou incomplet (obésité ou adiposité simple) constitue une éventualité courante. Dans quelques cas, le diabète évolue de pair avec l'infantilisme, le nanisme, la cachexie hypophysaire, ou bien avec des signes de dysfonctionnement endocrinien à distance : thyroïdien (myxœdème, hyperthyroïdisme), cortico-surrénal, pluriglandulaire, hépatique, voire même pancréatique, — encore qu'il soit bien difficile d'affirmer, derrière un diabète sucré, l'existence d'une « note » hypophysaire.

***

Le bilan pathologique ainsi établi, on pourra parfois poser une étiquette *anatomo-étiologique*

(1) Les éléments de cet article sont extraits de l'ouvrage suivant : GILBERT-DREYFUS. — Le diabète insipide. Un volume de 120 pages. Doin, éditeurs, Paris 1931. (Collection Weissenbach).

(2) Voir : Diagnostic différentiel du diabète insipide. (*Concours médical*, n° 18, 3 mai 1931.)

susceptible d'entraîner des indications thérapeutiques très importantes :

Diabète traumatique. — Icila polyurie s'installe immédiatement après le trauma ou avec un retard de quelques jours. Elle peut être transitoire ou durable, isolée ou accompagnée d'un syndrome adiposo-génital, de paralysie des V, VI, VIIes, paires craniennes, — selon la nature et le siège de la blessure (fracture de la base, contusion ou commotion simple, balle ayant sectionné la tige pituitaire ou pénétré dans la selle turcique).

Diabète par tumeur de l'hypophyse. — Les néoplasmes de l'hypophyse, quels qu'en soient le point de départ (lobe antérieur ou postérieur) et la nature histologiques, donnent lieu, avant tout, à des signes oculaires et à des signes radiologiques. Outre l'hémianopsie, les tumeurs à marche extensive sont capables d'engendrer un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux de Foix (ophtalmoplégie unilatérale). Radiologiquement, les altérations de la selle sont, tantôt caractéristiques, tantôt discrètes et délicates alors à différencier de celles, que peut entraîner à la longue toute hypertension intracranienne. Dans les tumeurs à développement suprasellaire, la présence de taches sombres viendra témoigner d'un kyste de la poche de Rathke, infiltré de sels calcaires.

Diabète par tumeur de l'infundibulum. — En même temps qu'une compression chiasmatique (hémianopsie), ces tumeurs entraînent habituellement un syndrome infundibulaire et des signes plus ou moins accusés d'hypertension intracranienne avec hyperalbuminose et hyperpression du liquide céphalo-rachidien.

Diabète syphilitique. — C'est par des processus divers que la syphilis s'avère responsable du diabète insipide. Le plus rarement, il s'agit de gomme ou de syphilôme de la glande pituitaire, que rien ne différencie à première vue d'une tumeur de l'hypophyse proprement dite. Parfois, c'est une méningite gommeuse périchiasmatique susceptible, elle aussi, de déterminer une hémianopsie bitemporale. Actuellement on se trouve en présence d'une encéphalo-méningite de la base, dont Lhermitte, Babonneix, J. Hutinel et Azérad ont rapporté des observations probantes.

Cliniquement on relève, à côté de la polyurie, des altérations pupillaires (signe d'A. Robertson), des signes frustes ou francs de méningite basilaire, dont la P. L. confirme l'authenticité. Le diagnostic étiologique repose, en outre, sur les antécédents (anamnèse de chancre), les stigmates concomitants de syphilis osseuse, cutanée, vasculaire (aortite), nerveuse (tabès), — acquise ou héréditaire —, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce peuvent être, enfin, les effets radicaux du traitement spécifique sur la polyurie, qui apportent la preuve de sa nature (M. Labbé).

Diabète par encéphalite épidémique. — Eventuellement s'y associent l'obésité, et les paralysies oculo-motrices, mais jamais de signes de compression intra-cranienne, ni d'hémianopsie. Le diabète s'installe, soit dès la phase aiguë, soit à la phase chronique de la maladie, dont il peut constituer une séquelle. Le diagnostic d'encéphalite repose sur les symptômes d'accompagnement : léthargie, myoclonies et hoquet, sialorrhée, algies, troubles psychiques, catatonie, rigidité parkinsonnienne, hyperglycorrachie...

Diabète tuberculeux. — Les rares cas de diabète insipide tuberculeux, épars dans la littérature, concernent soit des pie-mérites bacillaires, soit des tubercules caséifiés de l'infundibulum ou de l'hypophyse.

***

Conclusions thérapeutiques. — A côté de la médication *post-hypophysaire*, qui, merveilleusement puissante, n'est que palliative, il est, pour certains diabètes insipides, des traitements véritablement curateurs, qui s'adressent, non plus au symptôme polyurie, mais à son facteur étiologique.

C'est ainsi que le traitement *anti-syphilitique* pourra toujours être tenté, même s'il n'existe aucun signe probant de spécificité, et, *a fortiori*, si celle-ci est avérée ; car en regard de nombreux échecs, la cure arsénio-bismutho-mercurielle compte de beaux succès à son actif : le CyHg notamment, dont on connaît les propriétés habituellement diurétiques, se montre freinateur de la polyurie, quand elle est d'origine syphilitique.

En cas de tumeur hypophysaire ou juxta-hypophysaire, la *radiothérapie pénétrante* (ou la radiumthérapie dans quelques cas particuliers) peut amener une amélioration ou même la disparition du diabète.

Nul doute, enfin, que les progrès de la *neuro-chirurgie* permettront, chaque jour davantage, l'ablation de certains néoplasmes, et, partant, la guérison radicale de certains diabètes insipides, résultat d'autant plus intéressant, qu'on connaît la trop grande fréquence des tumeurs de l'hypophyse radio-résistantes.

TRAITEMENT IMMÉDIAT DES FRACTURES OUVERTES DE LA JAMBE [1]

Par M. le Professeur Patel (de Lyon).

Pendant ces cinq dernières années (août 1926 à août 1931), j'ai observé, dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 22 cas de fractures ouvertes de la jambe. Toutes sont consécutives à des accidents d'automobile ou de motocyclette. C'est dire qu'il s'agit de traumatismes très sérieux ; fractures par contusion directe, presque toujours irrégulières et multifragmentaires, accompagnées de dégâts des parties molles, cutanées et musculaires et aussi d'autres lésions (polyblessés).

Les fractures de jambe, avec plaie cutanée de petites dimensions, communiquant avec le foyer de fracture ou s'accompagnant d'issue peu prononcée des fragments osseux (fractures ouvertes de dedans en dehors), ne figurent pas dans cette statistique, bien qu'elles soient exposées, elles aussi, à de graves complications. Soignées dans de bonnes conditions de précocité et d'asepsie, elles évoluent simplement et ne soulèvent pas les mêmes problèmes de thérapeutique immédiate.

Cette statistique se décompose ainsi :

1° *Amputations de jambe ou de cuisse* :

8 cas : 2 décès, 6 guérisons.

2° *Traitement par l'immobilisation plâtrée ou autre, après désinfection chirurgicale de la plaie* :

6 cas : 1 décès par pneumonie, 5 guérisons.

3° *Traitement par l'approximation osseuse* :

8 cas : 5 ostéosynthèses (plaque de Lane), 5 guérisons ; 2 agrafes de Dujarier, 2 guérisons ; 1 fil métallique, 1 guérison.

Voici pour chacune de ces catégories, les réflexions qui m'ont été suggérées :

I. — Les amputations.

Les indications de l'opération radicale sont très nettes, dans les cas d'écrasement complet du segment de membre ou de lésions du paquet vasculo-nerveux.

L'infection est parfois difficile à conjurer, même avec un nettoyage chirurgical aussi parfait que possible ; souvent, ces blessés ne sont pas vus très rapidement et les dégâts des muscles du mollet sont mal réputés, et avec raison. Il y a lieu de se hâter, surtout chez les sujets tarés ou déjà âgés ; j'ai perdu ainsi deux blessés, l'un de 70 ans, opéré au douzième jour, l'autre de 80 ans, au deuxième jour.

Il est assez rare que l'on puisse faire une amputation de jambe, et elle n'est pas à conseiller dans les dégâts du mollet. L'amputation basse de cuisse (circulaire à fente externe), rapide, sans sutures, est bien préférable et plus sûre.

(1) *Communication au Congrès de Chirurgie*, Paris octobre 1931.

II. — L'appareillage.

Le premier temps du traitement conservateur doit être la désinfection chirurgicale sérieuse, sous rachianesthésie ou sous anesthésie générale. Nos rapporteurs ont insisté, et avec juste raison, sur ce premier temps, dont l'importance est capitale.

Le procédé d'immobilisation varie suivant les cas, et nous avons profité, dans la pratique civile, de l'enseignement des blessés de guerre.

a) *L'appareil plâtré* est le procédé le plus simple ; mais il ne convient qu'aux plaies peu étendues, situées sur la face antérieure ou antéro-interne, d'accès facile pour les pansements.

b) *La gouttière métallique*, du genre de celle qui figure dans le rapport, n'est autre que celle que nous avons utilisée, pendant la guerre, chez un nombre considérable de blessés du centre de fractures. L'appareil est fixe, ou à suspension ; la jambe repose sur des hamacs de toile, que l'on peut enlever pour les pansements ; le genou est toujours fléchi pour relâcher les muscles jumeaux. La traction est exercée de préférence par la semelle de Sinclair, ou par un étrier de toile ; la transfixion du calcanéum est incertaine, douloureuse et susceptible d'infection. Le déplacement antéro-postérieur des fragments est corrigé par de petites brides élastiques, auxquelles est suspendu un poids léger ; c'est principalement le fragment supérieur, qui demande à être abaissé. Dans ces conditions, il est facile, par des corrections presque journalières, d'arriver à un bout à bout presque parfait.

Même en l'absence de toute infection, la consolidation est lente à se produire. Sur 239 fractures de jambe, observées pendant la guerre, nous avions noté une moyenne générale de 70 jours (Compte rendu du Congrès de Chirurgie, 1919, p. 745). Elle est la même dans la pratique civile. Le cal est toujours très volumineux, irrégulier, sujet parfois à quelques poussées ostéomyélitiques. La peau reste toujours cicatricielle, mince, pigmentée, susceptible de s'ulcérer.

III. — L'ostéosynthèse

Il faut bien mettre à part les approximations osseuses, réalisées sans grand dégât osseux, avec un fil métallique non transfixiant ou avec une agrafe de Dujarier. Il s'agit de maintenir, dans des plaies peu graves des parties molles, deux fragments osseux, ayant de la peine à rester juxtaposés. L'intervention osseuse minime peut se faire en même temps que la désinfection chirur-

gicale ; c'est une petite manœuvre complémentaire, qui nous a paru toujours bénigne, lorsqu'elle est employée à bon escient. Les trois cas rentrant dans cette catégorie ont évolué simplement.

Toute autre est l'*ostéosynthèse véritable*, réalisée avec une plaque de dimensions étendues et maintenues avec des vis, au nombre de 5 ou 6, au minimum. Elle exige des délabrements nouveaux ; effectuée dans un terrain, suspect malgré tout, elle expose à des infections graves, ou prolongées. Ayant observé des accidents de cette nature, après quelques essais pendant la guerre, j'ai rapidement renoncé à cette pratique, et j'ai toujours pratiqué, depuis, des *ostéosynthèses retardées*. Il apparaît certain qu'après quelques jours (10 jours à 1 mois) de plaie laissée ouverte et régulièrement pansée, la virulence soit bien atténuée, même s'il persiste de la suppuration. On peut alors, sans danger, réaliser cette approximation osseuse. Elle donnera, sans doute, quelques ennuis ; la plaque devra souvent être enlevée, même avant la consolidation complète, mais elle aura néanmoins joué son rôle.

Vouloir traiter une fracture ouverte grave de jambe comme une fracture simple paraît une utopie dangereuse, très dangereuse. En suivant ces principes directeurs, nous n'avons eu aucun échec, ni aucune pseudarthrose. Le cal reste sans doute mou pendant un certain temps, ce qui exige le port prolongé d'un appareil de marche.

Quant aux *fixateurs externes*, ils nous paraissent, pour les cas graves, passibles des mêmes reproches, s'ils sont employés précocement ; nous n'en avons aucune expérience, ayant toujours pu par le jeu des hamacs et des poids, arriver à une réduction aussi correcte que possible ; en attendant, s'il était utile, l'ostéosynthèse avec la plaque de Lane.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR L'OPOTHÉRAPIE SPLÉNIQUE INTÉGRALE

Indications et contre-indications. — Technique générale et suivant les formes

Par le Dr J. C. BAYLE (de Cannes)

Dans de nombreux travaux (1 à 17) depuis 1907, j'ai étudié le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique et ses bases physiologiques, expérimentales et cliniques. M. le Professeur Robin a, en 1909, communiqué à l'Académie de médecine mes résultats dans une série déjà importante. Récemment l'efficacité de ma méthode a été démontrée par les nombreux essais faits en France et à l'étranger, tous concluants, parmi lesquels ceux de Rémond de Metz (thèse de Ragain (31), d'Armand-Delille (33), de Fliegel de Vienne (34), de Löffler (35) de Ruttgers et Kamsler (36), de Mattausch (40), de Mahlo (41), de Hütter (42), de Leitner (43) de Sabbagha (44).

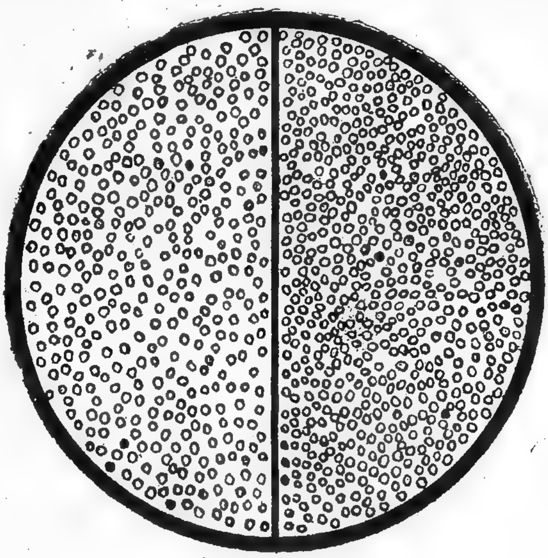


FIG. 1. — Augmentation du nombre des hématies après 48 h. de traitement (2 injections) chez un tuberculeux. Cette augmentation se produit non seulement chez les tuberculeux, mais chez tous les anémique

I. — Indications

1° Indications à titre prophylactique.

L'opothérapie splénique est indiquée dans toutes les affections, où l'on se trouve en réceptivité de tuberculose.

Le traitement met l'organisme en état de défense, en déterminant l'augmentation du nombre des hématies (29) et des globules blancs (19), du taux de l'hémoglobine (20), la modification de la formule leucocytaire dans le sens de la défense (29), la régulation de l'état colloïdal du sang (3 et 8), l'augmentation du pouvoir d'assimilation (32), l'amélioration de la digestion (18 et 21 à 26).

Signalons comme principales indications :

a) Les convalescences de maladies graves ;

b) Les anémies ;

c) Le surmenage ;

d) La grossesse au moindre fléchissement de l'état général ;

e) Les antécédents tuberculeux ;

f) Le fait d'être exposé à la contagion par le contact fréquent ou prolongé avec des tuberculeux ;

g). L'état anémique consécutif aux intoxications (saturnisme, empoisonnement par l'oxyde de carbone, etc...).

2° Indications à titre curatif

La tuberculose est justiciable d'un traitement général, et nombre de ses manifestations demandent de plus un traitement local.

L'opothérapie splénique, d'une innocuité absolue, est le traitement général le plus actif actuellement connu de la tuberculose, et est indiquée dans toutes les formes.

A. Dans la tuberculose pulmonaire. — L'opothérapie splénique est indiquée dans toutes les formes de l'affection, même chez les fébriles, où elle ne provoque jamais de réaction et où elle amène souvent (sauf chez les hectiques) la chute de la température et chez les hémoptoïques.

Inoffensive et active, elle donne un pourcentage impressionnant de succès, sauf chez les cachectiques, les hectiques et les cavitaires très avancés, dont il n'y a rien à attendre.

Elle agit seule, sans adjuvant, augmentant le poids et les forces, diminuant la température résolvant ou calcifiant les lésions et amenant la disparition des bacilles.

Mais on ne peut que gagner à la combiner avec le pneumothorax. C'est alors l'optimum : le traitement général associé au traitement local.

La collapsothérapie ne peut pas remplacer l'opothérapie splénique, qui est encore plus nécessaire chez les collabés que chez les autres, et devient une indication d'urgence, lorsque le pneumothorax supprime une grande partie de a surface respiratoire.

L'opothérapie splénique, augmentant les hématies et l'hémoglobine, compense par des échanges plus actifs la diminution du champ respiratoire : elle permet de réaliser la même hématose avec des mouvements resp'ratoires moindres.

La cure splénique, qui augmente d'ailleurs l'appétit, permet, en favorisant l'assimilation (3, 8, 32), une meilleure utilisation des principes nutritifs ingérés, (18 et de 21 à 26), diminue l'intoxication et soulage le foie et les reins.

Dans la tuberculose de la grossesse (13) elle donne souvent des résultats inespérés, tant du côté de la mère que pour le poids de l'enfant.

En résumé, l'opothérapie splénique est indiquée dans toutes les formes de la tuberculose pu monaire, avec ou sans la cure sanatoriale et le pneumothorax.

B. — Dans la méningite tuberculeuse. — Un cas incontestable de guérison par l'opothérapie splénique de méningite tuberculeuse avec bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien ayant été publié (guérison maintenue) (17), il est légitime d'essayer le traitement dans cette affection en l'appliquant aussi tôt que possible.

C. — Dans les tuberculoses ostéo-articulaires. — Elles n'échappent pas à la règle commune et sont justiciables comme les autres tuberculoses d'un traitement général et d'un traitement local (2, 12, 38).

Le traitement splénique permet de réduire beaucoup le temps de l'immobilisation plâtrée (2, 12).

De plus, on a souvent la conservation de tout ou partie des mouvements sans que la guérison

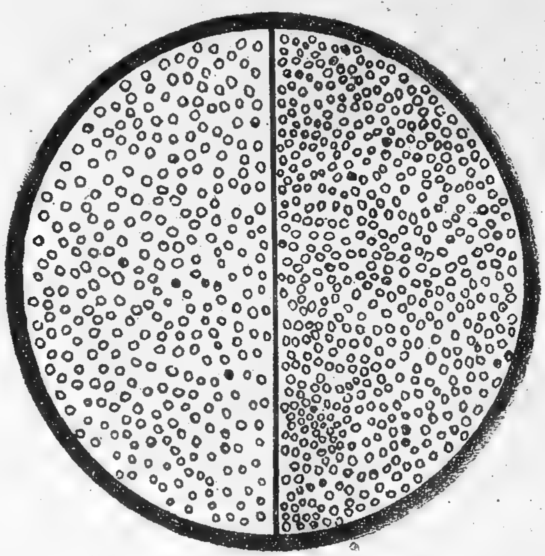


Fig. 2. — Après 10 mois de traitement l'augmentation des hématies s'est maintenue.

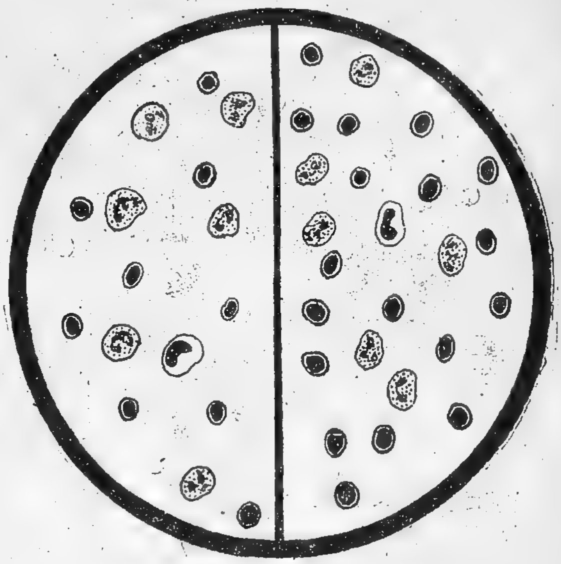


Fig. 3. — La formule de défense (formule de guérison de Bezançon) réalisée par des injections d'extrait de rate chez le cobaye. — A gauche état initial. — A droite lymphocytose avec apparition d'éosinophiles.

en soit pour cela moins solide. Des guérisons rapides de cas considérés comme incurables avec fistules intarissables, ont été publiées (34).

D. — DANS LES TUBERCULOSES GÉNITALES ET LA TUBERCULOSE RÉNALE. — Dans les tuberculoses génitales, l'action est très rapide.

La guérison a été obtenue en quelques mois dans des orchiépididymites inopérables (12, 38).

Dans les cas opérables, on voit rapidement les lésions régresser et des interventions mutilantes peuvent être évitées.

Efficacité également dans la tuberculose rénale, que l'ablation d'un rein soit pratiquée ou non ; le traitement doit y être longtemps prolongé.

E. — DANS LA PLEURÉSIE ET LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — L'opothérapie splénique est très indiquée dans la péritonite tuberculeuse et la pleurésie, où elle hâte la fin de la période fébrile, et prévient les lésions évolutives pulmonaires.

F. — DANS LES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES. — L'opothérapie splénique provoque (2, 12, 38), la diminution des masses ganglionnaires, avec une vitesse incomparablement plus grande que toute autre méthode de traitement.

G. — INDICATIONS COMMUNES A TOUTES LES FORMES. — Dans toutes les formes, elle tire sa principale indication de son action remarquable sur l'état général : disparition de l'anémie par augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine, augmentation rapide de l'appétit, du poids et des forces, régularisation de la température, chute de la fièvre, action stimulante sur la défense de l'organisme amenant la régression des lésions et la disparition des bacilles.

FIG. 4. — Tuberculose pulmonaire étendue (obs. inédite) avant le traitement par l'opothérapie splénique.

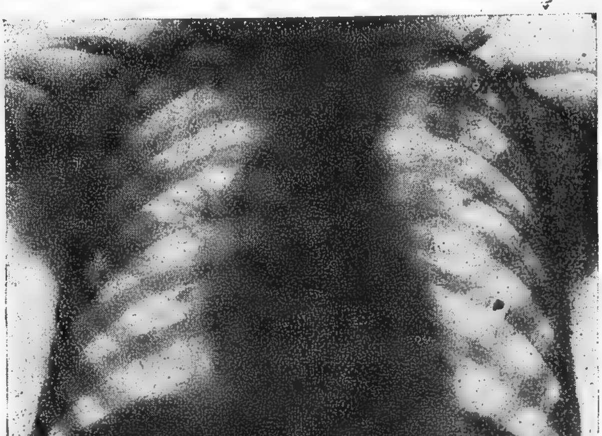


FIG. 5. — La même après 21 mois de traitement par l'opothérapie splénique seule. Résolution des lésions et points de calcification.

II. — Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indications proprement dites, mais il y a des cas dans lesquels on n'a aucune chance, malgré des améliorations éphémères, d'avoir un résultat durable.

Ce sont : les cachectiques, les hectiques, les cavitaires très avancés, la phtisie galopante dès qu'elle s'éloigne de son début, les porteurs de lésions étendues ayant une tachycardie persistante.

III. — Quelques considérations générales sur les extraits spléniques

A. — L'EXTRAIT SPLÉNIQUE DOIT ÊTRE PUR ET TOTAL. — Il ne faut pas employer des mélanges d'extrait splénique avec des extraits d'autres organes (foie, moelle osseuse, ganglions, etc...). Tous ces mélanges sont bien moins actifs que l'extrait splénique pur : ils n'agissent qu'en raison de la quantité d'extrait splénique, qu'ils contiennent, et il arrive souvent que les actions glandulaires se neutralisent et qu'ils deviennent inactifs.

La quantité de pulpe splénique, qui a servi à préparer un extrait, ne donne pas d'indications sur sa valeur thérapeutique, la préparation jouant le principal rôle.

Seule a de la valeur la correspondance entre l'action physiologique et thérapeutique d'un extrait et celle de la rate crue pulpée ingérée, correspondance impossible à déterminer pour les extraits injectables.

IV. — Technique générale

Je rejette entièrement les extraits partiels (lipoïdiques ou lipidiques), les extraits secs, et en général tous ceux, dont une préparation complexe a altéré l'état colloïdal.

J'emploie un extrait pur et total de rate de porc (colloïdogénine) sous forme liquide, aussi bien pour la voie buccale que pour la voie hypodermique.

1° Formes des extraits employés.

A. — VOIE HYPODERMIQUE OU INTRA-MUSCULAIRE. — Mélange dosé à deux parties d'extrait glycériné pour trois de sérum physiologique et préparé en ampoules de 5 cc.

B. — VOIE BUCCALE. — *a*) *Sirop* dont chaque cuiller à soupe a l'activité thérapeutique de 25 gr. de rate crue ingérée. Une concentration supérieure n'en augmente pas l'activité.

b) *Flacons-ampoules buvables* qui, pris en dehors des repas à la dose de 2 ou 4 ou plus par

FIG. 6. — Un mal de Pott avec effondrement des 2 dernières lombaires (obs. inédite du Dr Froment de Dugny). — La radiographie montre la consolidation complète. Le malade est également cliniquement guéri (12 mois d'opothérapie splénique).

jour, remplaceront le sirop chez les dyspeptiques et chez les diabétiques. Ils peuvent aussi s'employer par la voie rectale (grande activité).

2° Le Traitement-type.

On alterne des périodes de traitement de 22 jours avec des repos de 8 jours.

On emploie simultanément la voie buccale et la voie hypodermique.

Chacun des 22 jours de traitement, on prend 3 à 4 cuil ers à soupe de sirop dans autant d'eau (une après chacun des 3 repas ou deux après chacun des deux grands repas, et en même temps on fait une série de 12 injections en 22 jours en les sériant comme suit :

Le 1er jour injection, le 2e jour injection, les 3e et 4e jours pas d'injection, le 5e jour injection, le 6e jour injection, le 7e et le 8e jours, pas d'injection, etc....

Continuer le traitement le temps nécessaire.

Le traitement-type est d'ailleurs applicable à tous les cas.

3° La technique des injections.

Précautions usuelles d'asepsie.

Soit intra-musculaires dans la fesse, soit sous-cutanées à l'abdomen ou dans la région de l'omoplate. A la fesse le lieu d'élection est le tiers supérieur.

L'injection est ainsi à peu près indolore. En présence de malades pusillanimes, on peut rendre l'injection complètement indolore par le procédé suivant :

FIG. 7. — Le même mal de Pott après un traitement de consolidation de 6 mois (repos et opothérapie splénique). Maintien de la guérison. Consolidation maintenue. Reminéralisation accentuée. Le malade (un ouvrier) de 22 ans reprend son travail.

On aspire dans la seringue la colloïdogénine ; on purge d'air avant d'aspirer la solution anesthésiante (pour ne pas s'exposer, en purgeant après à en éliminer une partie). On aspire avec cette même seringue, contenant déjà la colloïdogénine, une ampoule de 1 cc. contenant trois milligrammes et demi de delcaïne Roques. On pousse, sans attendre, doucement l'injection, qui est ainsi absolument indolore.

On peut encore appliquer simplement, une fois l'injection faite, pendant quelques minutes, une compresse imbibée d'eau très chaude.

J'ai rarement dû me servir de ces artifices pour les injections faites par moi-même, mais la delcaïne, agissant instantanément à dose infinitésimale et s'éliminant vite, ne présente aucun inconvénient.

4° Traitement par la voie hypodermique seule.

Même mode et même cadence que pour les injections du traitement-type.

5° Traitement par la voie buccale seule.

Comme pour la voie buccale du traitement-type.

Chez un malade porteur de lésions sérieuses et qui refuse les injections, on donnera six cuillers à soupe de sirop par jour. Si possible, on y adjoindra quelques flacons-ampoules employés par la voie rectale.

6° Doses chez les enfants

a) *Extrait injectable* : jusqu'à 5 ans, 1 cc. par année d'âge ; après 5 ans : 5 cc.

b) *Voie buccale* : une cuiller à café de sirop jusqu'à 3 ans, 2 jusqu'à 5 sans, une cuiller à soupe jusqu'à 7 ans, 2 cuillers à soupe jusqu'à 10 ans, 3 cuillers à soupe jusqu'à 14 ans et ensuite doses d'adultes.

V. — Technique suivant les formes

1° A titre prophylactique.

A. *En l'absence de toutes lésions tuberculeuses évolutives, de température subfébrile et d'amaigrissement marqué.*

Chez les personnes, surtout les jeunes, en contact avec des tuberculeux, dans toutes les anémies, dans la grossesse lorsque l'état général est légèrement déficient, dans l'anémie paludéenne, chez les surmenés, les intoxiqués, dans les fléchissements simples de l'état général, la voie buccale sera suffisante.

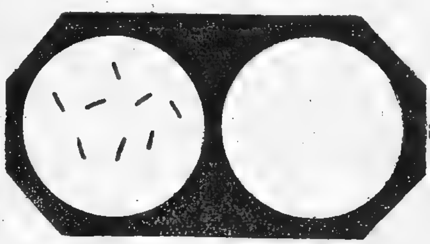


Fig. 8. — Disparition des bacilles sous l'influence de l'opothérapie splénique (au bout de 10 mois dans le cas ci-dessus).

Traitements de trois sema nes alternés avec des repos d'une semaine.

B. — *En l'absence de toutes lésions tuberculeuses évolutives, mais en présence de températures subfébrile ou d'amaigrissement sensible.*

Ajouter au traitement précédent de 2 à 4 injections par semaine.

C. — *En l'absence de tout signe de lésion tuberculeuse évolutive mais en présence de fièvre ou d'amaigrissement rapide,* employer le traitement-type.

2° A titre curatif.

A. — Adénites tuberculeuses et adénopathie trachéobronchique. — La voie buccale, aux doses indiquées ci-dessus, suffit presque toujours à amener une très rapide régression. En ajoutant quelques injections, ou mieux avec le traitement-type, on activera le résultat.

Dans les formes rebelles, traitement-type.

B. — Tuberculoses génitales, tuberculose des ganglions mésentériques, péritonite tuberculeuse, tuberculose rénale. — Traitement-type.

C. — Pleurésies tuberculeuses. — Traitement-type pendant l'affection, et au moins six mois après la guérison : les six mois suivants, même traitement en réduisant de moitié le nombre des injections ; puis traitement buccal seul.

Revenir au traitement, toutes les fois qu'il y a une maladie grave, principalement la grippe, pendant cette maladie et les mois qui suivent et pendant les périodes de surmenage.

B. — Tuberculoses ostéo-articulaires (tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott, etc). — Traitement-type prolongé, en réduisant de moitié le nombre des injections ; ensuite, pendant un an, traitement buccal.

Elles devront être de plus immobilisées jusqu'à la guérison, et l'on constatera que la période d'immobilisation nécessaire sera beaucoup moins longue que sans le traitement splénique. Une tumeur blanche du genou de forme sèche, par exemple, demande rarement plus de six mois d'immobilisation.

F. — Méningite tuberculeuse. — Traitement par les injections seules, à dose double de celles du traitement-type et au même rythme. Ensuite cure de consolidation prolongée (voie buccale et deux injections par semaine).

G. — Tuberculose pulmonaire. — *a*) *Cas très légers* (*par exemple voile d'un sommet avec apyrexie et bon état général*). — On peut essayer la voie buccale seule : si au bout de 3 mois il n'y a pas d'amélioration nette, technique générale.

b) *Tous les cas avec lésions nettes.* — Technique générale, jusques au moins un an après la guérison.

Ensuite, pendant un an, technique générale en réduisant le nombre des injections ou voie buccale seule. Y revenir en présence de toute affection générale grave ou de surmenage.

c) *Formes fébriles,* — Technique générale avec la variante suivante : les injections impaires de la série de 12 seront de 10 cc. (2 ampoules) : les injections paires de 5 cc.

On pourra les faire toutes de 10 cc., si elles

sont bien tolérées : on pourra s'aider de la delcaïne dans les injections de 10 cc. (voir technique générale) : on emploiera alors la delcaïne au double de la dose indiquée.

L'opothérapie splénique intégrale constitue, avec la cure sanatoriale et la collapsothérapie, le trépied du traitement de la tuberculose pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

(1) BAYLE. — L'opothérapie splénique comme moyen curatif de la tuberculose. *Revue internat. de méd. et de chir.*, Paris 1907 vol. XVIII, p. 421.)

(2) BAYLE. — L'opothérapie splénique et les tuberculoses locales (*Ibid.*, 1908, vol. III, p. 241.)

(3) BAYLE. — La fonction colloïdogénique des organes dits hématopoïétiques. Son rôle dans le maintien de la minéralisation de l'organisme (*Ibid.*, 1908, vol. XIX, p. 341.)

(4) BAYLE. — L'opothérapie splénique, traitement spécifique de la tuberculose (*Revue de médecine*, Paris, 1911, vol. XXI, p. 482.)

(5) BAYLE. — Splenic opotherapy in tuberculosis (*Prescriber Edinburgh*, 1913, VII, p. 106.)

(6) BAYLE. — Action thérapeutique des extraits de rate dans la tuberculose. (*Progrès médical*, n° 41, du 11 octobre 1913.)

(7) BAYLE. — Le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique (*Concours médical*, n°s 49 et 50 des 3 et 10 décembre 1922).

(8) BAYLE. — La fonction colloïdogénique de la rate. (*Concours médical*, n° 47 du 23 novembre 1925.)

(9) BAYLE — Influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. (*Archives internat. de médecine expérimentale*, Liège, mars, 1925).

(10) BAYLE. — L'opothérapie splénique, traitement de choix de la tuberculose. (*La Presse Médicale*, n° 76 du 23 sept. 1925.)

(11) BAYLE. — Splenic Organotherapy : A rational and effective treatment of tuberculosis (*Medical World*, Londres, 27 novembre 1925.)

(12) BAYLE. — Le traitement général des tuberculoses locales (*Concours Médical*, 5 décembre 1926.)

(13) BAYLE. — Le traitement médical de la tuberculose dans la grossesse (*Concours médical*, 12 février 1928.)

(14) BAYLE. — L'opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose (*La Presse Médicale*, n° 98 du 8 déc. 1928.)

(15) BAYLE. — Documents à l'appui du traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique (*Revue de la tuberculose*, tome X, n° 3, juin 1929.)

(16) BAYLE. — L'opothérapie splénique ; traitement efficace de la tuberculose ; documents à l'appui. (*Le Concours médical*, n° 32, du 10 août 1930.)

(17) BAYLE. — Splenic Organotherapy in the Treats ment of Tuberculosis. A summary of clinical result- (*Medical World*, 9 mai 1930.)

(18) HERZEN. — Ueber den Einfluss der Milz auf die bildung des trypsins (*Arch. fur die Gesammte phys.*, Bonn 1882-83, Band XXX, p. 295.)

(19) GOLDSCHNEIDER et JACOB. — Ueber die variationen der Leukocytose (*Zeitschrift fur Klin.-méd.*, Ber lin, 1924, Band XXV, p. 373.)

(20) DANILEWSKY et SELENSKY. — Ueber die blutbiltende Eigenschaft der Milz (*Archiv. fur die gesammte Physiologie*, Bonn, 1895, Band LXI, p. 264.)

(21) PACHON et GACHET. — Existence et nature de la sécrétion de la rate à fonction trypsinogène (*C. R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 1898, 10 p. 364.)

(22) PACHON et GACHET. — Nouvelles expériences sur la sécrétion interne de la rate à fonction pancréatogène. (*Arch. de physiologie normale et pathologique*, Paris, 1898, vol. V, p. 363.)

(23) SCHIFF. — *Beitrage zur Physiologie*, 1898, Band IV, p. 143-239.

(24) BELLAMY. — The spleen in the digestion of proteids (*The Lanat*, London, 1900, vol. II, p. 1185.)

(25) BELLAMY. — On the Agents concerned in the production of the trypsic ferment from its Zymogen (*Journal of physiology*, London, 1901,1902, vol. XXVII, p. 323.)

(26) CAMUS et GLEY. — A propos de l'action de la rate sur le pancréas. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 1902, vol. LIV, p. 800.)

(27) SCHRÖDER. — Ueber die Rolle der Milz als Schützorgan gegen Tuberculose Infektion (1 Theil *Beitr. z. Kl. d. Tuberculose*, Wurtzburg, 1909, XII, 323.)

(28) SCHRÖDER, Kaufmann et Kögel. — (*Ibid.* II Theil 1912, XXXIII.

(29) MONIER. — De l'action expérimentale des organes hématopoïétiques sur les éléments figurés du sang (Th. de Montpellier, 1911.)

(30) HARROWER. — Therapeutic action of splenic extract in tuberculosis (*The Lancet*, London, 1913, 1, 524.)

(31) RAGAIN. — L'opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose. (Th. de Toulouse, mars 1922.)

(32) Charles RICHET. — Communication à l'Académie des sciences, 1923.

(33) Armand DELILLE. — Action favorable d'extraits spléniques sur certaines formes évolutives de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (Soc, de la tuberculose, 11 fév. 1928, *in La Presse Médicale*, 10 mars 1928, p. 313.)

(4) FLIEGEL. — Milzdiät bei Gelenktuberkulose (*Gesellsch d. Aertze in Wien.*, 2 novembre 1928, *in Munch-Méd. Woch.*, 23 nov. 1928, p. 2.035.)

(35) LÖFFLER. — Milzverfütterung bei Knochen und Gelenk Eiterungen (*Centrabl. f. Chir.*, 23 nov. 1929, p. 2946.)

(36) RUTTGERS et KAMSLER. — Ueber Milzdiät bei Tuberkulosen (Beitr. zur Klin. der Tuberk. to LXXII fas. 1.

(37) SOULA et TAPIE. — Les bases physiologiques de l'opothérapie splénique (XX° Congrès français de médecine, Montpellierr, 18 oct. 1929, *in La Vie Médicale*, 25 déc. 1929, p. 1.303).

(38) AIMES. — Les nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales.

(39) J. MOUZON. — De quelques travaux récents concernant l'utilisation thérapeutique des extraits de rate et leur action sur les éléments figurés du sang. (*Presse médicale*, 12 février 1930.)

(40) MATTAUSCH. — *Beitr. Klin.*, TbK 72, H. 6.

(41) MAHLO. — *Deutsche méd. Woch.*, 1930, n° 49.

(42) HÜTTER. — *W. Kl. W.*, 1929, 25, 1531, 34.

(43) LEITNER (Bad Reiboldsgrün). — Ueber organothérapie bei Lungentuberkulose (*Deutsche méd. Woch.*, n° 49., 5 déc. 1930, p. 1.082.)

(44) SABBAGHA. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'opothérapie splénique. (*Concours médical*, 3 mai 1931.)

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation du poumon

D'après les travaux du Professeur LUTON (1), du Dr GODLEWSKI (2), du Dr P. COLOMBAN (3) et ceux du Dr P. VÉRAN (4).

Principe

« Puisque le repos est l'élément indispensable de la guérison de la tuberculose, et qu'en somme, compris comme repos général, il donne déjà de surprenants résultats, quelles guérisons plus rapides et plus certaines n'obtiendrait-on pas si l'organe lésé, le poumon tuberculeux, pouvait lui-même, et, réellement, subir une cure de repos prolongé ? » (P. COLOMBAN).

Le *repos de l'organe lésé* est une loi solidement établie, et constamment appliquée en thérapeutique générale : on met au repos un membre fracturé, une articulation tuberculeuse, au repos un estomac ulcéré (par une gastro-entéro-anastomose), un cœur déficient, un rein intoxiqué, un cerveau surmené.

Or, le poumon, en raison même de sa fonction, est soumis, par le jeu continu du diaphragme et des côtes, à une mobilité constante, qui, d'ailleurs, est peu favorable à la cicatrisation spontanée des plaies ou à l'affaissement des cavités suppurantes.

Il fallait donc trouver un moyen de réaliser ce repos fonctionnel du poumon, d'accoler les parois des foyers ulcérés, et de faciliter la sclérose cicatricielle. Depuis Forlanini (1894), les techniques de collapsothérapie se sont multipliées. Si la première en date, le *pneumothorax artificiel*, reste la plus répandue, deux autres, la *phrénicectomie* et la *thoracoplastie* ont été utilisées par de nombreux partisans en France, et plus encore à l'étranger.

***

I

Le pneumothorax artificiel

La plèvre remplit une double fonction : d'une part, grâce à ses deux feuillets, le poumon peut glisser sur les parois de la loge, qui le renferme, et accomplir sans frottement les mouvements nécessaires à sa fonction respiratoire ; d'autre part, le vide pleural, faisant office de ventouse, maintient en continuelle tension la masse pulmonaire formée de tissu élastique ; sans lui, le poumon s'affaisserait et ne pourrait plus respirer.

Le pneumothorax artificiel a pour but précisément de rompre l'état d'équilibre, qui existe entre ces forces opposées : vide pleural et élasticité pulmonaire. Il suffit d'introduire dans la cavité pleurale une certaine quantité de gaz (air ou azote) ; de même alors que la rentrée de l'air dans un verre à ventouse provoque l'affaissement de la peau, de même la suppression du vide pleural permet à l'organe de se rétracter autour du hile ; par suite, le poumon est atteint dans son équilibre statique, sa fonction respiratoire est suspendue, et les cavités suppurantes, affaissées, peuvent alors se cicatriser.

Le pneumothorax est un traitement long : trois ans au minimum ; la dépense qu'il nécessite est insignifiante par rapport au coût des médicaments inutiles, si souvent employés ; mais il impose de vivre à proximité d'un médecin spécialiste. C'est qu'en effet, la compression du poumon n'est pas réalisée une fois pour toutes, puisque le gaz injecté se résorbe peu à peu ; cependant, il arrivera que la séreuse pleurale, constamment irritée, se transformera en un tissu plus résistant ; le gaz, plus facilement toléré, se résorbera de moins en moins vite ; les insufflations, moins fréquentes, deviendront rapidement mensuelles.

Cependant, nul n'ignore que l'entretien d'un pneumothorax n'est pas exempt d'incidents, de complications même ; et il faut prévenir la famille de la possibilité de ces incidents, que l'on ne peut prévoir au début de la cure : épanchements pleuraux séro-fibrineux, si fréquents qu'ils sont presque la règle, apparaissant à n'importe quel moment de la cure, sans en compromettre, le plus souvent, les résultats ; épanchements purulents heureusement plus rares ; symphyse pleu-

(1) Professeur P. LUTON (de Clermont-Ferrand). — Le pneumothorax artificiel en pratique courante. Considérations médicales et sociales. (*Le Journal médical français*, juin 1931.)

(2) Dr H. GODLEWSKI. — Les controverses sur la collapsothérapie. (*Le Journal médical français*, juin 1931.)

(3) P. COLOMBAN. — Conseils aux tuberculeux et à leur entourage. Préface du Dr E. RIST. (Un vol., Masson, éd., Paris 1931.)

(4) P. VÉRAN. — La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades. Préface du Dr E. RIST. (Un vol. Doin, éd., Paris, 1931.)

rale et bilatéralisation surtout observées dans les premiers mois du traitement, mais qui peuvent se déclarer au bout de quelques années.

Au début du traitement, le pneumothorax ne dispense pas de la cure de repos.

Les indications du pneumothorax artificiel.

La méthode de Forlanini a complètement transformé notre perspective pronostique en matière de tuberculose pulmonaire. La maladie, qui passait pour incurable entre toutes, est devenue, dans une proportion de cas qui grandit chaque année, complètement, durablement curable (Rist). Les guérisons, que l'on obtient, ne sont pas de simples adaptations fonctionnelles à un mal définitif, comme peut s'en proposer le cardiologue, par exemple. Ce sont, au plein sens du mot, des guérisons (R.).

Ce traitement nécessite une collaboration étroite du malade et du médecin, qui doit faire comprendre à celui-là tout le bien qu'il peut retirer de cette méthode, qui a fait ses preuves, et qui, tous les jours, permet, de sauver des malades voués à la mort ou à une évolution chronique, rendant impossible la vie normale.

Mais tous les auteurs insistent sur la *nécessité d'une intervention précoce* ; les survivants, parmi les malades, sont, en effet, ceux qui ont été soignés dès le début de la maladie, avant que celle-ci ait pu retentir d'une façon profonde sur l'état général, avant que ne se soient produites la symphyse pleurale, ou la bilatéralisation des lésions, à moins que ce ne soit la tuberculose intestinale.

1° Au premier rang des indications, il faut placer la pneumonie et la broncho-pneumonie caséeuses, ainsi que les tuberculoses hémoptoïques, qui, par la répétition des hémoptysies ou leur abondance, mettent la vie du malade en danger.

Le pneumothorax hémostatique est le type du pneumothorax d'urgence, tel un garrot placé sur le vaisseau, qui saigne. C'est le seul que l'on soit autorisé à faire sans le contrôle de la radiographie, lorsque les circonstances ne le permettent pas, en se basant uniquement sur les données de l'auscultation. Lorsque l'hémorragie est arrêtée, on fait le bilan de l'état pulmonaire du côté opposé, et l'on décide la continuation ou l'abandon du traitement. Voici d'ailleurs la conduite à tenir en présence d'hémoptysies, que rien n'arrête.

Lorsque les malades sont intransportables, soit à cause de leur état, soit en raison de l'éloignement d'un centre hospitalier, il faut tenter prudemment une insufflation ; si l'hémorragie cesse ou diminue, une deuxième insufflation est pratiquée, qui arrête définitivement l'hémorragie, et permet ensuite le transport au centre hospitalier. Si aucun résultat n'est obtenu, il est préférable de ne pas poursuivre plus longtemps les essais infructueux.

En présence d'une forme de *tuberculose pneumonique ou broncho-pneumonique,* l'hésitation n'est pas davantage permise : il faut prendre une décision rapide pour donner au malade le plus de chances possibles : ne pas attendre que le foyer pneumonique soit arrivé à la phase de caséification, car, à ce moment, c'est un bloc incompressible, contre lequel le pneumothorax n'agit le plus souvent que d'une façon passagère, lorsque même il agit. Néanmoins, le malade a tout à gagner, et l'on voit encore de véritables résurrections, malheureusement trop rares. Dès qu'une pneumonie dépassera les limites habituelles, ou qu'une anomalie se produira dans les signes cliniques ou dans l'évolution, penser à la pneumonie caséeuse.

2° L'*indication la plus commune du pneumothorax est la tuberculose ulcéro-caséeuse unilatérale ou à prédominance unilatérale.* C'est le type de la tuberculose que l'on rencontre tous les jours, et il ne faut pas hésiter, quand la tendance destructive et extensive de la lésion est nette. (Il en est ainsi, lorsque le premier examen révèle des lésions de ramollissement *étendu* dans un seul poumon, avec température élevée, amaigrissement considérable, expectoration abondante.) En intervenant dès lors, on raccourcit le temps pendant lequel le malade est contagieux, en supprimant l'expectoration ; pour le sujet lui-même, on diminue les chances d'ensemencement du poumon opposé, ou l'apparition d'autres foyers tuberculeux au cours des longues années nécessaires pour obtenir les guérisons par les moyens ordinaires.

Il en est de même pour une lésion *évolutive,* déjà cavitaire (*moins de chances*) ou sans cavité décelable à la radiographie, quand la température augmente malgré le repos, quand il y a augmentation des crachats, perte de poids, accélération du pouls, extension des signes physiques (*ne pas attendre*).

Si cependant une amélioration se produisait (et non pas l'aggravation mentionnée ci-dessus), on peut espérer une guérison par le traitement hygiéno-diététique et par l'aurothérapie.

3° *Une autre indication du pneumothorax serait constituée par certaines pleurésies,* qui entraînent un état général grave avec amaigrissement profond, quand le liquide n'a aucune tendance à se résorber spontanément, ou quand il se reproduit malgré des ponctions successives, quand la température ne décroît pas. Une insufflation évitera la formation de symphyse pleurale ; elle sera nécessaire, si la radiographie met en évidence des lésions discrètes du parenchyme pulmonaire ; elle s'imposera en cas d'expectoration bacillifère au cours de la pleurésie.

Par contre, le pneumothorax n'est pas indiqué :

Dans les *formes de tuberculose abortive bénigne,*

pour lesquelles, il faut cependant imposer au malade une surveillance médicale prolongée ;

Dans les *formes fibreuses avec sclérose pulmonaire et bronchique*, qui ne mettent pas la vie en danger ;

Dans les *tuberculoses bilatérales*, si les lésions sont étendues à peu près également des deux côtés. Une exception est faite, quand les lésions présentent une prédominance unilatérale, et lorsque celles du côté opposé sont anciennes ou peu actives ; pour apprécier cet état, il est nécessaire de suivre le malade un certain temps et de comparer des clichés radiographiques successifs.

Quand et comment interrompre le pneumothorax unilatéral ?

Le Prof. P. Luton estime qu'il faut poursuivre le pneumothorax le plus longtemps possible, surtout chez les malades, qui doivent reprendre rapidement un travail. Lorsque l'état général est bon, lorsque l'expectoration est tarie complètement depuis plusieurs mois, et que la température est régulière, il est difficile d'empêcher les malades de reprendre leurs occupations ; mais, restant sous une surveillance médicale, ceux-ci ne devraient recommencer le travail que d'*une manière progressive*, sous peine d'observer des incidents ou des bilatéralisations.

La durée nécessaire du pneumothorax artificiel, pour accomplir son œuvre, varie d'un cas à l'autre ; mais il existe un temps minimum d'entretien du collapsus, en deçà duquel l'interruption est pleine de risques. Le temps minimum d'entretien doit compter à partir de la suppression des crachats, ou de la disparition durable et régulièrement contrôlée des bacilles de l'expectoration. Ce minimum est, d'une manière absolue, de deux ans. Pratiquement, les risques de récidives *in situ*, de tuberculoses contro-latérale ou extra-pulmonaires tardives ne sont à peu près sûrement évités, que si le pneumothorax artificiel dure au moins quatre ans, après stérilisation des crachats et disparition des images radiologiques suspectes. Eventuellement la durée sera prolongée, si la tuberculose primitive est une lobite supérieure droite, une tuberculose hilaire, ou une lésion diffuse multicavitaire. Le pneumothorax devra être entretenu durant un temps d'autant plus long, qu'il aura été créé plus loin du début de la maladie ; il sera également plus long en cas d'adhérences importantes juxta-lésionnelles, d'autant plus encore que les images radiologiques anormales et les bacilles de l'expectoration auront disparu plus lentement. Mais six ans seront, malgré tout, un maximum qu'on ne saurait dépasser sans risques après disparition des bacilles de l'expectoration, à condition que la guérison se soit maintenue durant l'espacement des insufflations.

D'autre part, le changement de position sociale, de pays, ou de climat, le mariage et surtout la gestation (dont l'action nocive sur la tuberculose est bien connue) doivent faire prolonger la durée d'entretien du pneumothorax.

Règles a suivre pour l'abandon du collapsus. — Le pneumothorax artificiel peut quelquefois être abandonné d'un seul coup, sans troubles fonctionnels respiratoire et cardiaque. Mais cette façon de faire a l'inconvénient d'exposer aux pleurésies, et ne permet pas de surveiller pendant assez longtemps l'état local et général. En cas de pneumothorax, à tendance précocement adhésive, il est parfois prudent de créer un oléothorax antisymphysaire de sécurité.

Si le médecin est maître de la situation, il n'abandonnera le pneumothorax artificiel que graduellement et par étapes. Pendant cette période, le malade sera soumis autant que possible au repos (sanatorium). La cessation des insufflations se fera de préférence en été, ou en hiver, si le sujet fait une cure sanatoriale d'altitude. On évitera de laisser se résorber le pneumothorax au printemps ou en automne, saisons durant lesquelles, la résistance générale des tuberculeux peut subir des fléchissements.

Le malade sera strictement surveillé ; toute expectoration accidentelle, à l'occasion d'un coryza ou d'une trachéo-bronchite accidentelle, sera bactériologiquement examinée, puis inoculée ; on suivra la courbe de température, surtout après l'épreuve de la marche, avant et pendant les règles. En cas d'alerte, la poche gazeuse de sécurité permettra la reprise des insufflations durant le temps voulu.

Pendant les années qui suivront la terminaison du pneumothorax artificiel, le sujet observera, comme tout tuberculeux guéri, une vie calme et réglée, exempte de surmenage et d'excès de toutes sortes.

Résultats.

Si l'on compare les statistiques des différents auteurs, on se rend compte que le chiffre des décès est encore élevé, et qu'au bout de plusieurs années la moitié environ des malades traités survit. Malgré le chiffre élevé de décès, on ne saurait nier l'action de la collapsothérapie. Il faut insister sur la nécessité d'une intervention précoce ; les survivants, parmi les malades, sont ceux qui ont été soignés dès le début de la maladie, avant qu'elle eut pu rententir d'une façon profonde sur l'état général.

***

II

La phrénicectomie

C'est une intervention chirurgicale bénigne. Elle consiste, sous anesthésie locale, à sectionner le nerf phrénique, puis, enroulant son bout inférieur sur une pince, à obtenir par traction une nouvelle section. On réussit ainsi à réséquer de 5 à 6 centimètres de tronc nerveux.

La conséquence physiologique de cette résection est l'*immobilisation* assez complète du diaphragme, et la diminution respiratoire obtenue met le poumon au repos. On note alors une diminution initiale de la toux, mais, pendant près de trois semaines, l'expectoration augmente. Cette expectoration finit par disparaître quelquefois, de même que la bacilloscopie devient négative, mais dans un quart des cas seulement, à lésions très circonscrites. C'est à ces cas très favorables, que vont les préférences des auteurs.

Dans les tuberculoses à tendance ulcéro-fibreuse et manifestement scléro-rétractiles, il n'y a qu'une amélioration fonctionnelle.

Toutes les tuberculoses fébriles, à lésions évolutives, ulcéro-fibreuses ou ulcéro-caséeuses, ne semblent tirer aucun avantage de l'intervention.

La phrénicectomie n'a donc d'indication que dans un petit nombre de cas de *tuberculoses à lésions bien circonscrites, à tendance scléreuse, sans fièvre si possible*, appelées, en somme, à guérir seules le plus souvent ; ce sont celles qui étaient, avant elle, le grand succès des sanatoria (GODLEWSKI).

***

III

La thoracoplastie

La condition essentielle de la thoracoplastie extra-pleurale, c'est que le tuberculeux soit en état de lutter avantageusement contre la maladie. Cependant la mortalité opératoire est de 22 p. 100 environ.

Son indication principale serait les « lésions cirrhotiques caverneuses » (JESSEN) ; elle doit s'appliquer à des lésions très circonscrites.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est que le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation du poumon est tout à fait rationnel. Les méthodes chirurgicales (phrénicectomie, thoracoplastie) ne doivent être mises en œuvre, que lorsque le pneumothorax artificiel est irréalisable, inefficace ou compliqué ; celui-ci reste donc à la base de la collapsothérapie, et les statistiques mettent en évidence ses heureux résultats, à la condition d'être réalisé d'une manière précoce, et d'être renforcé dans son action par une cure de repos, et par l'aurothérapie. Ultérieurement, s'impose une surveillance médicale du malade qui doit être minutieuse et prolongée.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les infirmes de la hanche, leur traitement chirurgical.

Raphaël MASSART. — L'auteur groupe sous ce titre, toutes les affections chroniques de la hanche, qui modifient l'appui du bassin et gênent la marche, par suite de l'adaptation insuffisante ou imparfaite du fémur à l'os iliaque.

Les vieilles fractures du col fémoral, les luxations invétérées, les subluxations coxo-fémorales, les séquelles d'arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques, la coxalgie en particulier, peuvent être améliorées par des interventions chirurgicales orthopédiques, que l'auteur décrit, et dont il présente des résultats.

Pour corriger l'appui douloureux, l'appui insuffisant, l'appui douloureux et insuffisant, on peut pratiquer : l'arthrodèse, afin d'immobiliser le fémur sur le bassin, si l'appui est bon, et si les phénomènes douloureux empêchent, seuls, l'utilisation du membre ; la butée, quand l'appui est mauvais et que le membre devient inutilisable par suite d'une grande mobilité.

Le Dr Massart a imaginé de combiner une bifurcation, qui n'est pas celle de Lorentz (modification de l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson et Frœlich), et qu'il fait au niveau du petit trochanter — de combiner cette bifurcation avec l'autre opération excellente, qu'est la butée.

La butée est une méthode générale de chirurgie orthopédique C'est la constitution d'une épine osseuse de volume et de force suffisants, pour limiter une excursion articulaire.

A la hanche, la butée sera placée au niveau du sourcil cotyloïdien, pour empêcher les mouvements trop étendus de la tête fémorale.

En pratique, la butée est actuellement constituée pour limiter l'ascension du fémur, elle supplée le cotyle au toit insuffisant, elle forme barrière devant la tête qui essaie de s'échapper.

La butée a permis de supprimer l'ascension du fémur, elle a réalisé parfaitement et complètement ce que les opérations palliatives, comme l'ostéotomie ne faisait qu'incomplètement.

Et cependant, la butée s'avère quelquefois insuffisante, les forces développées au niveau de l'épine osseuse sont si importantes, qu'elles risqueraient de détruire l'appui.

De là sont venues les modifications de nos techniques, qui nous obligent à établir des butées de plus en plus fortes, de plus en plus volumineuses et aussi de répartir l'effort de l'appui en plusieurs points, en combinant la butée avec les ostéotomies.

Les indications opératoires de ces interventions sont chaque jour plus nombreuses ; si on les pratique encore peu, c'est qu'elles trouvent parmi nous tous, des esprits prévenus.

Les opérations sur la hanche évoquent, pour beaucoup de médecins, la chirurgie du temps de guerre, les larges plaies, les délabrements considérables, de grandes sections musculaires, du sang répandu en quantité.

Mais ce n'est pas cette chirurgie là que pratique l'auteur. Les voies d'abord qu'il utilise en sectionnant les muscles au voisinage de leurs tendons, en les désinsérant soigneusement de l'os, permettent de faire une intervention qui ne saigne pas, puisqu'en général, il fait remarquer aux assistants que l'opération a été faite sans poser une seule ligature.

L'intervention n'est pas choquante, l'anesthésie est légère, le protoxyde d'azote utilisé est très suffisant, il n'y a pas de perte sanguine, on ne touche à aucun organe essentiel.

Ces opérations sont faites sans drainage, la plaie opératoire suturée avec soin se répare par première intention ; d'ailleurs un plâtre est appliqué aussitôt et c'est seulement trois mois plus tard qu'on touche pour la première fois à la plaie.

Ces interventions ne sont pas douloureuses, l'immobilisation plâtrée immédiate empêchant tout mouvement ; la région opérée reste indolore et l'opéré quitte habituellement l'hôpital pour rentrer chez lui quinze jours après l'intervention.

Tels sont les traitements chirurgicaux que le Dr Massart pratique d'une façon de plus en plus courante puisque, à l'heure actuelle, il compte vingt-six interventions qui ont rendu à des infirmes de la hanche une vie à peu près normale ; certes, il persiste quelques imperfections difficiles à corriger, comme le raccourcissement, la limitation des mouvements, la gêne pour s'asseoir au fond d'une chaise, mais combien ils sont légers, si on les compare au bénéfice apporté par la chirurgie, alors que l'évolution de ces affections est fatalement et à plus ou moins longue échéance, suivant les soins qu'on leur donne et les cures auxquelles on les soumet, l'impotence complète dans un fauteuil. (*Revue médicale française*, octobre 1931.)

Sur le pouvoir phylactique des eaux minérales. Essais avec la picrotoxine sur le vairon

G. Billard a découvert que la spartéine, le chloroforme, et certaines eaux minérales protègent le cobaye contre une ou plusieurs doses mortelles de neurotoxine, et il a réservé à cet ordre de faits le terme de phylaxie.

MM. Mougeot et Aubertot (de Royat) envisagent la phylaxie exercée par certaines eaux minérales contre une neurotoxine, la picrotoxine.

Les eaux employées ont été les bicarbonatées mixtes de Royat (Saint-Mart), Châtel-Guyon (Gubler), le Mont-Dore (Madeleine), La Bourboule (Choussy), Saint-Nectaire (Parc), la sulfatée calcique de Contrexéville ((Pavillon), la bicarbonatée calcique de Pougues (Saint-Léger), et la bicarbonatée sodique de Vichy (Hôpital.)

Ils ont choisi le vairon, peu sensible aux variations de température, mais, comme celui-ci subit un commencement d'asphyxie dans les eaux carboniques non éventées, ils ont coupé ces eaux minérales de doses variées d'eau de Seine, afin d'obtenir une survie plus longue.

L'examen des résultats permet de dire que si le phénomène de Billard n'est pas aussi net qu'avec le cobaye, il se produit tout de même un phénomène très net de phylaxie, puisque le vairon témoin meurt plus vite que ceux qui sont au contact de l'eau minérale.

Le pouvoir phylactique des eaux minérales semble être un phénomène d'ordre très général qui permet d'entrevoir des applications à la clinique humaine. (*La Presse thermale et climatique*, 1er avril 1931.)

La laparotomie d'urgence.

Un premier conseil, donné par le Dr Cadenat :

ne jamais faire de morphine à ces malades ; on risque de masquer les symptômes derrière une piqûre. Le malade et son entourage se montreront encore plus rebelles à l'intervention d'urgence, salvatrice, si la douleur est calmée. En outre, le consultant, qui verra secondairement le malade, pourra lui-même être troublé dans son impression clinique. La douleur dans son intensité, n'est pas, à elle seule, d'un renseignement précis ; et il en est de même de sa localisation.

Plus important que tous les signes fonctionnels est l'examen de l'abdomen.

Il faut avant tout rechercher, et savoir rechercher un signe capital : la *contracture*. Le malade mis en confiance, doit respirer aussi largement que possible ; si l'abdomen reste plus ou moins immobile, il y a présomption de réaction péritonéale.

Puis, avec la main bien à plat, et s'il s'agit d'un traumatisé, à distance de la région contusionnée pour ne pas provoquer de réactions superficielles, déprimer doucement la paroi pendant que le malade continue à respirer tranquillement. Si le malade est docile, on reconnaît facilement cette sensation de rigidité particulière « ventre de bois », si caractéristique, qu'on ne peut la méconnaître. Mais s'il est craintif et agité, s'il s'agit d'un enfant, il faut s'y prendre à plusieurs fois, et ne pas interpréter comme une vraie contracture, ce qui n'est que défense volontaire de la paroi. Une contracture généralisée, une contracture s'étendant à distance d'un foyer initial connu (pelvi-péritonite, cholécystite, etc.), une contracture même localisée de la région appendiculaire, sont une raison absolue d'opérer sur-le-champ.

Il existe de fausses contractures : une rupture du muscle grand droit de l'abdomen, une hémorragie sous-péritonéale, une contracture chez les contusionnés du thorax et de l'abdomen.

Beaucoup plus dangereuse que la contracture est l'absence de contracture, car, si la contracture est une raison impérieuse d'opérer, la réciproque n'est pas vraie, et certaines affections graves évoluent sans contracture. Ainsi une quantité importante de sang peut s'épancher dans la cavité péritonéale. L'occlusion intestinale produit un météorisme abdominal, mais ne s'accompagne d'aucune contracture.

Après la palpation, viendra la *percussion* de l'abdomen, qui décelera la présence de gaz ou de liquides dans la cavité péritonéale. La disparition totale de la matité hépatique est un signe de perforation aussi caractéristique que la contracture.

Le *toucher rectal*, ramenant chez un enfant des mucosités sanglantes, décèle l'invagination intestinale. Chez l'adulte, il permet aussi, bien avant la percussion, de reconnaître la présence d'un épanchement intra-péritonéal et d'en apprécier la progression.

Les renseignements donnés par l'anamnèse sont beaucoup moins instructifs que ceux de l'examen direct.

Tout le pronostic dépend de la rapidité de l'intervention ; le danger de temporiser est grand ; dans le cancer, la laparotomie exploratrice s'impose. (*L'Hôpital*, avril H. S. 1931.)

G. F.

Les Sociétés Savantes

Paris

La chirurgie il y a 200 ans.

(*Académie de médecine* ; 7-10-1931.)

Dans une séance solennelle, tenue le 7 octobre 1931, l'Académie de médecine a commémoré le deuxième centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie. La Société Nationale de Chirurgie, elle aussi héritière de l'Académie royale, intervenait pour une large part dans cette cérémonie. D'éloquents discours furent prononcés par M. de Lapersonne, Président de l'Académie de médecine, le Professeur Ch. Lenormant et le Professeur Jean-Louis Faure.

A cette occasion, fut évoqué l'état de la chirurgie il y a 200 ans. On pourrait croire qu'à une telle époque, où la médecine elle-même était peu scientifique, obscure et généralement empirique, la chirurgie devait se résumer à quelques pansements aux baumes complexes et à des soins sommaires plus ou moins habiles. Or, le tableau de la chirurgie française, il y a deux cents ans, à la fondation de l'Académie royale de chirurgie, était tout différent. Des chirurgiens habiles opéraient, opéraient bien, pratiquaient des interventions importantes sur le crâne, sur l'abdomen, sur les voies urinaires, les yeux, avec des succès opératoires remarquables. Les mémoires publiés par l'Académie royale de chirurgie contiennent des observations des plus intéressantes et quelquefois des mises au point auxquelles peu de chose pourrait être ajouté aujourd'hui.

M. Lenormant prit pour thème de son discours, l'histoire de l'Académie royale de chirurgie, depuis sa fondation en 1731 jusqu'à sa dissolution en 1793 par la Convention. Notre rédacteur en chef, le Dr Noir, a longuement développé dans un de ses plus récents *Propos du Jour* les étapes de l'organisation chirurgicale en France jusqu'au XVIIIe siècle. Nous n'y reviendrons pas.

Au XVIIe et au XVIIIe siècles, la mode était aux Académies. Les guerres successives des règnes de Louis XIV et de Louis XV avaient, d'autre part, formé des chirurgiens expérimentés, dont la renommée s'était répandue bien au delà de nos frontières. Les plus connus recherchaient les fonctions enviées de premier chirurgien du roi. Ce fut l'un d'eux, Mareschal qui, en 1731, présenta un projet préparé avec son successeur désigné, La Peyronie, à l'agrément de Louis XV. L'Académie royale de chirurgie était fondée ; elle ne tarda pas à grouper 50 à 60 membres titulaires et de nombreux membres associés.

Le président de la nouvelle Académie était par définition le premier chirurgien du roi. C'était l'époque de Mareschal, de La Peyronie, de La Martinière, de Morand, et aussi de J.-L. Petit, de Louis. Les séances de l'Académie étaient actives, vivantes. On y présentait des études, des observations, que l'on discutait, tout comme aujourd'hui dans les plus illustres de nos Sociétés savantes. Cinq volumes de mémoires résument les travaux de l'Académie royale qui, sous l'impulsion d'une pléiade de grands chirurgiens, brillait d'un vif éclat. En 1793, la Convention ayant supprimé toutes les Sociétés, l'Académie royale de chirurgie, suspecte déjà par son titre, fut dissoute, après 62 ans d'existence.

Avec le Prof. Jean-Louis Faure, nous pénétrons dans une partie plus technique, dans l'œuvre chirurgicale même de l'Académie royale de chirurgie. Cette œuvre est résumée dans les cinq volumes de travaux publiés par les soins des secrétaires de l'Académie. La lecture de ces mémoires, dit M. J.-L. Faure, est pleine d'intérêt. Elle nous montre l'étendue des connaissances chirurgicales des hommes du XVIIIe siècle, de leur expérience, de leur hardiesse... Les chirurgiens d'alors trépanaient, savaient s'orienter en chirurgie cérébrale, opéraient la hernie étranglée, pratiquaient des anus contre nature, faisaient des néphrotomies, ouvraient des collections de la vésicule biliaire, enlevaient des cancers du sein, etc. L'un d'eux — le chirurgien Faure — préconisait le traitement des plaies par l'insolation, ce qui fait dire à M. Jean-Louis Faure, parlant des suggestions thérapeutiques de son homonyme : rien de nouveau sous le soleil, pas même l'héliothérapie !

Cette chirurgie donnait de beaux résultats, malgré les conditions de l'époque : par exemple, 10 amputations avec 10 succès, une exérèse bilatérale de cancer du sein avec 8 ans de survie de la malade, etc. Et Voltaire écrivait alors : « on vient à Paris des bouts de l'Europe pour toutes les cures et opérations qui demandent une dextérité peu commune. »

Contraste des résultats brillants obtenus par les chirurgiens français du XVIIIe siècle et des résultats trop souvent pitoyables de la chirurgie du milieu du XIXe siècle, au temps de Dupuytren, époque où les salles d'opérés étaient décimées par l'infection, la suppuration, la gangrène, la pourriture d'hôpital, le tétanos. Non que les chirurgiens fussent moins habiles, mais les opérations se pratiquaient dans des conditions différentes, pour beaucoup à l'hôpital, dans des milieux infectés, l'opérateur lui-même apportant les germes d'aggravation, la salle d'opération avoisinant celle des examens nécroscopiques, septiques et aseptiques étant réunis pour le grand danger de ces derniers, jusqu'au jour où la doctrine pastorienne est venue donner à la chirurgie opératoire la sécurité qu'elle offre aujourd'hui. Retenons, néanmoins , la période brillante et remarquable de la chirurgie française au XVIIIe siècle.

Sympathectomie péri-artérielle par action chimique.

(M. H. Gaudier, de Lille. — *Société de Chirurgie* ; 8-7-1931.)

Comme suite à une communication de M. Desplas sur la sympathectomie par action chimique, M. Gaudier apporte les résultats de sa pratique de la sympathectomie en utilisant l'ammoniaque, solution du commerce.

Depuis 4 ans, l'auteur se sert uniquement de ce produit et de la façon suivante : découverte de l'artère et isolement de celle-ci sur la longueur que l'on doit ammoniaquer. Pendant cet isolement, qui doit être pratiqué avec prudence, éviter de sectionner les fines artérioles (les lier au fil de soie fin). Un petit tampon de gaze, gros comme un noyau de cerise, monté sur une pince, trempé dans l'ammoniaque, sert de pinceau pour badigeonner l'artère. Quand les parois du vaisseau sont bien humectées, le tampon ramène en longs débris les fragments de la paroi œdématiée par le liquide du badigeonnage. De temps en temps, on trempe le tampon dans l'ammoniaque. Une fois le résultat obtenu (dilatation de l'artère), on neutralise l'action chimique par un lavage au sérum salin tiède. Cette pratique, rapide et sûre, a donné à M. Gaudier de bons résultats et il a renoncé à la sympathectomie au bistouri.

P. L.

Intoxication médicamenteuse aiguë accidentelle par le sulfate de zinc. Séquelles gastro-entérologiques.

(MM. Ch. Guilbert et A. Tardieu.—*Soc. de médecine de Paris* ; 12-6-1931.)

Un homme de 53 ans, atteint d'aortite avec myocardite, ayant absorbé par erreur une solution de sulfate de zinc pur, au lieu d'une solution de sulfate de soude, ressentit aussitôt de très violentes brûlures, échelonnées sur tout le tube digestif. Le tableau clinique comportait la salivation abondante, les nausées, les douleurs abdominales, les vomissements, et surtout les hématémèses répétées, les manifestations cholériformes avec selles hémorragiques, et enfin les sueurs profuses et les troubles cardiaques graves, voisins du collapsus. Au bout de douze heures, apparut un syndrome urinaire (pollakiurie douloureuse, sans hématurie), qui évolua favorablement en quatre jours.

Dans les semaines et mois consécutifs, le tableau

clinique est celui de l'ulcus classique avec une douleur nettement localisée à la région pyloro-duodénale. Radiologiquement, le pylore est étiré et dévié à droite ; une tache opaque, surmontée d'une bulle gazeuse, image diverticulaire, est située au centre de l'anneau duodénal, au contact de l'estomac avec lequel elle communique, au cours des contractions de l'antre prépylorique par un trajet filiforme nettement injecté. L'évolution se caractérise par l'apparition, à deux reprises, d'accès fébriles à 40°, avec exacerbation de la douleur pyloro-duodénale, sous la dépendance de l'infection épisodique du diverticule.

Cette lésion diverticulaire a été le point de départ d'une péripyloro-duodénite chronique, responsable de l'extension lente, mais progressive, de la périviscérite à toute la région du carrefour sous-hépatique.

Seule l'intervention chirurgicale, impraticable chez ce cardiaque, pourrait amener une guérison définitive de ces séquelles digestives de l'empoisonnement par le sulfate de zinc.

De quelques erreurs de diagnostic évitables en gynécologie.

(M. Jean DALSACE. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 12-6-1931).

L'utilisation plus fréquente de l'hystéro-salpingographie permettrait d'éviter un certain nombre d'erreurs, presque fatales avec les procédés trop imparfaits d'examen gynécologique.

Ainsi pourra-t-on éviter : 1° d'irradier par erreur un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome de l'utérus ; 2° de faire un curettage aveugle et imparfait pour rechercher l'origine de métrorragies ; 3° de n'enlever qu'un appendice alors que la trompe est malade ; 4° de ne faire qu'une fixation utérine dans les cas de rétroversion et de stérilité, alors que les trompes sont oblitérées ; 5° de méconnaître un hydrosalpinx en présence d'une hydrorrhée.

Sur les complications de la gastro-entérostomie.

(M. Victor PAUCHET. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-5-1931).

A propos d'une précédente communication de M. Gutmann, l'auteur relève quelques faits intéressants, en les illustrant de figures très expressives. Contrairement à nombre de chirurgiens, il a toujours pratiqué la gastrectomie systématique pour tous les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux saignants ou térébrants, après avoir fait tout d'abord l'amputation systématique du duodénum, dans le but de faciliter l'intervention.

Réaction de Vernes à la résorcine.

(Rapport de M. BÉCART. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 23-5-1931.)

C'est un rapport sur un travail du Dr CHAUCHARD, qui expose la technique de Vernes-résorcine et les résultats qu'on peut en attendre. Cette réaction est basée sur la floculation que donnent, avec la résorcine, les sérums des tuberculeux. Le résultat est donné en densité optique, calculée à l'échelle photométrique, qui va de 0 à 150 du photomètre Vernes, Bricq et Yvon. De 0 à 15, sérum normal ; de 15 à 30, zone d'incertitude ; tout chiffre supérieur à 30 doit être interprété comme prouvant l'existence d'une tuberculose en activité.

Le radio-diagnostic de la tuberculose, vu à la lumière de la séro-floculation (résorcine) de Vernes.

(M. LEULLIER. — *Soc. de méd. de Paris* ; 23-5-1931.)

Les radiologues, comme les phtisiologues, sont d'accord sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec la syphilis et même le cancer du poumon. Ici, la réaction de Vernes est d'importance. Une série de films radiographiques sont mis en parallèle avec des courbes sériques, et l'on peut ainsi suivre, prévoir même, l'évolution ou la régression d'une tuberculose, alors que les signes cliniques ou radiologiques, seuls, seraient, sinon muets, au moins insuffisants.

La séro-floculation de Vernes doit donc entrer non seulement dans le domaine clinique, mais aussi dans le domaine radiologique, pour permettre une interprétation plus exacte de la symptomatologie et des images observées.

Constance de l'élément « catarrhe » en pathologie stomacale. Les catarrhes gastriques.

(M. L. PRON. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 25-5-1931.)

L'auteur apporte le résultat de près de 2.000 analyses de contenu gastrique de jeûne, après constatation du bruit de clapotage dans la plupart des cas. Il montre que, tout au moins dans la clientèle de ville, le clapotage le matin à jeun ou loin du repas, n'est presque jamais dû à la rétention alimentaire. Il est dû à la présence de liquide catarrhal de nature variable ; tout estomac malade depuis longtemps, est, pour lui, atteint de sécrétion ou d'exosmose continue.

G. F.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Séance du 5 juin 1931.

Méningite à streptocoques chez un nourrisson.

MM. E. LEENHARDT, J. CHAPTAL et P. MAS présentent l'observation d'un nourrisson qui, à l'âge de 15 jours, entra dans un état infectieux grave avec diarrhée. Quatre jours après, l'enfant fut atteint de crises convulsives et de paralysies oculaires (alors

que jusque-là aucun signe méningé n'avait été observé.)

La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien purulent : 1.500 éléments cellulaires par millimètre cube, et présence de streptocoques.

Malgré des injections sous-cutanées et intra-rachidiennes de sérum antistreptococcique polyvalent, la mort survint avec rapidité.

Les auteurs croient pouvoir rattacher étiologiquement cette méningite à une suppuration de l'ombilic, qui eut lieu dans les premiers jours après la naissance.

Séance du 12 juin 1931

Voie d'accès pour l'ablation du semi-lunaire luxé.

E. Etienne conseille d'aborder le semi-lunaire par une incision faite en dehors du tendon du grand palmaire, et en soulevant tout le paquet tendineux synovial et nerveux (médian).

Aucun organe n'est lésé. Suture au catgut de l'aponévrose. Agrafes sur la peau.

Dans trois cas de luxations irréductibles l'auteur a pu pratiquer ainsi, sans difficulté, l'ablation du semi-lunaire.

Hyperalbuminose considérable du liquide céphalo-rachidien dans un cas de compression médullaire.

MM. A. Puech, J. Vidal et Chaptal rapportent l'observation d'une malade atteinte de parésie des membres inférieurs. Le diagnostic de compression médullaire fut confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien et le radio-lipiodol situa la lésion au niveau de D XII. Le liquide retiré par rachicentèse était xanthochromique et se coagulait très rapidement. L'albumine rachidienne s'élevait à 74 gr. par litre. Les auteurs, après avoir souligné l'intérêt d'une telle constatation, insistent sur le contraste qui existe entre la bénignité relative des signes cliniques et l'intensité du syndrome humoral.

Tétanos généralisé. Sérothérapie intraveineuse. Guérison.

MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et P. Mas présentent l'observation d'une enfant de 6 ans qu'ils ont commencé à traiter au 4e jour d'un tétanos généralisé. Ils ont pratiqué des injections de sérum antitétanique purifié par voie intraveineuse et par voie sous-cutanée. Ils ont injecté au total 890 cc. de sérum la moitié par chacune de ces voies d'introduction. C'est le 6e cas de tétanos guéri par la sérothérapie, que présentent les auteurs. Ils déclarent avoir été très satisfaits de la sérothérapie intra-veineuse qu'ils jugent préférable aux autres méthodes de traitement.

Anémie grave traitée par la méthode de Whipple.

M. Ducamp, Mme Lonjon et M. Caderas rapportent l'observation d'une jeune femme présentant une anémie grave avec fièvre élevée et continue, une splénomégalie moyenne, une hyperleucocytose modérée (10.500 globules blancs) avec polynucléose sans myélocytes. La malade a été rapidement améliorée par la méthode de Whipple et est actuellement guérie.

Séance du 3 juillet 1931.

Deux cas de plaie articulaire du genou. Suture primitive. Guérison. (Présentation des malades).

MM. Augé et P. Rimbaud présentent deux soldats, qui ont été atteints de plaies ouvertes du genou par accident de motocyclette.

Le premier présente une fracture ouverte de la rotule particulière avec trait de la fracture verticale. La radiographie montre la réparation intégrale ; de plus il a une fracture de Dupuytren classique.

Le second a présenté une plaie ouverte avec une ouverture de la synoviale sur une largeur de 7 cmt. environ le long du bord interne de la rotule, cette ouverture étant plus longue que la plaie cutanée.

Le résultat fonctionnel des deux blessés est excellent, puisque le premier fléchit la jambe sur la cuisse à 120° et le deuxième presque complètement, amenant le talon à quatre travers de doigt de la fesse.

Fracture de l'humérus, dite « des lanceurs de grenade ». (Présentation des malades).

M. Augé présente un sujet qui, au cours du lancement de la grenade, s'est fait une fracture hélicoïdale de l'humérus.

Il rappelle que ces fractures de lancement de grenades ont été observées fréquemment pendant la guerre ; on en voit d'ailleurs encore dans l'armée.

Le mécanisme est celui de la torsion (d'où la forme du trait de fracture). La radiographie le montre indiscutablement.

Résultat anatomique et fonctionnel excellent.

Hémisyndrome parkinsonien encéphalitique. — Amélioration très considérable persistant depuis 6 ans après fièvre typhoïde. (Présentation de malade).

MM. J. Euzière, P. Pagès, H. Viallefont et R. Lafon ont observé une malade présentant peu de temps après l'épisode initial un hémisyndrome parkinsonien très net. Une fièvre typhoïde survenant amena une amélioration très considérable qui persiste depuis plus de 6 ans malgré l'absence de traitement.

Séance du 10 juillet 1931

Tumeur de la surrénale. (Présentation des pièces).

MM. E. Leenhardt, J. Chaptal, H. Guibert et P. Mas montrent les pièces anatomiques prélevées sur une enfant de 11 ans, qu'ils avaient présentée deux mois auparavant avec le diagnostic de tumeur

de la surrénale se traduisant par une tumeur de l'hypocondre gauche avec métastases pulmonaires et hépatiques et accompagnée d'hirsutisme et de pseudo-hermaphrodisme féminin externe.

La tumeur surrénale, dont le centre est en dégénérescence, pèse 3.100 gr. Elle est entourée d'une gaine fibreuse, qui la fixe au rein gauche. Le foie est parsemé de tumeurs métastatiques du volume moyen d'un marron. Enfin la surface des poumons est recouverte de tumeurs nodulaires, qui lui donnent l'aspect d'une grappe de raisins.

L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un sympathome sympathoblastique. Les foyers métastatiques pulmonaires, ganglionnaires et hépatiques reproduisent assez fidèlement l'architecture de la tumeur surrénale primitive.

Troubles mentaux et accidents sériques.

MM. J. Euzière, H. Viallefont et R. Lafon rapportent l'observation d'un malade, qui a présenté, 5 jours après une injection sous-cutanée de sérum antitétanique et 2 jours après l'apparition d'une température élevée et d'un érythème généralisé, des troubles psychiques caractérisés par de la confusion mentale et du délire onirique (dans le L. C. R. Albumine 0,48 ; Nageotte 8,5 leucocytes). Ces troubles paraissent engendrés par le sérum agissant comme un toxique sur un terrain psychique prédisposé.

Maladie de Basedow héréditaire et familiale.

MM. J. Euzière, H. Viallefont, Castagne et R. Lafon rapportent le tableau généalogique d'une famille de thyroïdiens : 4 maladies de Basedow, 4 goitres simples et 2 hyperthyroïdiens. Ce sont presque uniquement les femmes qui présentent ces manifestations, et seules elles les transmettent.

A propos de l'apppendice à gauche. Absence totale de torsion de l'anse intestinale primitive.

M. Lapeyrie. — Au cours d'une laparotomie pour appendicite à petites crises, dont la symptomatologie était très nette, l'auteur a constaté une absence totale de torsion de l'anse intestinale primitive. La branche duodénale n'existait pas et l'appendice était nettement placé dans le bassin à gauche. Le gros intestin situé entièrement dans la moitié gauche de l'abdomen. Le grand mésocolique permettait de grands déplacements au segment iléo-cæcal.

Cette malade, âgée de 28 ans, présente une luxation congénitale de la hanche.

Sur la mise en évidence du blépharoblaste des spermatozoïdes.

M. Motte préconise pour l'étude du blépharoblaste, la fixation des spermatozoïdes aux vapeurs de formol, et leur coloration ultérieure par la fuchsine acide combinée au vert de méthyle. Ce procédé technique révèle, chez Chala vulgaris, un blépharoblaste punctiforme. Cet élément a, au contraire, l'aspect d'un bâtonnet court chez Fegatella conica, long chez Mnium affine. Le même procédé met en évidence, avec la même coloration, les corpuscules basaux, issus des centrioles, présents dans le spermatozoïde du cobaye.

Séance du 17 juillet 1931.

Un cas d'hydrocéphalie aiguë par pachyméningite hémorragique probable du nourrisson.

MM. Leenhardt, J. Chaptal et M. Dufoix rapportent l'observation d'un enfant de 5 mois, atteint de pachyméningite hémorragique du nourrisson.

Le diagnostic avait été fait par ponction à l'angle externe de la fontanelle antérieure.

Ils attribuent l'évolution fatale, après une courte période de rémission, à des phénomènes de réactivation, après interruption d'un traitement antispécifique, institué sur la foi d'une réaction de B. W. faiblement positive.

Abcès intra-appendiculo-cæcal.

M. Lapeyrie. — L'intérêt de ce cas réside dans le prolongement intra-cæcal d'un abcès développé dans un appendice en forme de corne. Ce prolongement long de 1 cm. et large de 2 cm. a pu être extrait sans ouverture de l'abcès par décortication sous-séreuse de la base de l'appendice et clivage de la muqueuse cœcale.

Séance du 24 juillet 1931.

Deux cas de néphrose lipoïdique chez l'enfant.

MM. E. Leenhardt, J. Chaptal, P. Monnier et M. Dufoix publient les observations de 2 enfants de 2 ans, suivis pendant 10 et 11 mois, qui présentèrent des œdèmes et de l'albuminurie, ainsi que les modifications sanguines qui caractérisent les néphroses : hypo-protéinémie, inversion du rapport sérine-globuline, hypercholestérolémie, lactescence du sérum, chlorémie et azotémie normales. Le deuxième enfant avait une protéinémie normale, mais le rapport sérine-globuline était inversé.

Le régime déchloruré a été l'un des éléments thérapeutiques les plus actifs pour les deux enfants. L'adjonction de viande au régime a produit un résultat décisif pour l'un d'eux, qui a obtenu une guérison parfaite et définitive. L'autre enfant, très amélioré, guéri de ses œdèmes, a toujours une albuminurie légère. Pour les deux enfants l'étiologie paraît nettement due à des infections rhino-pharyngées fréquentes.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite*) (1)

Pharmacologie

Considérations sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises, et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina — M. le professeur PERROT.

L'exercice de la pharmacie dans les colonies françaises et les pays d'outre-mer soumis à l'influence française. — M. BLOCH. En ce qui concerne la législation pharmaceutique les pays soumis à l'influence française peuvent être répartis en 3 groupes : 1° l'Algérie ; 2° territoires relevant plus ou moins du ministère des Affaires étrangères, possédant un souverain nominal ou dotés d'une administration propre ; 3° colonies, pays de protectorat, territoires sous mandat rattachés au ministère des Colonies.

En Algérie la législation est celle de la métropole ; dans le second groupe l'exercice de la pharmacie est autorisé aux pharmaciens de toutes nationalités munis du diplôme délivré par l'Etat, dont ils sont originaires ; parfois un examen supplémentaire local est exigé (Syrie).

Dans les pays dépendant du ministère des Colonies, seuls les pharmaciens, munis du diplôme de pharmacien de l'Etat français ont, *en principe*, le droit d'exercer la pharmacie.

Toutefois, il existait dans certaines de nos vieilles colonies (Antilles Guyane, Réunion) des pharmaciens locaux, reçus sur place, et qui continuent à y pratiquer.

Enfin, en raison du nombre restreint de pharmaciens, de l'éloignement des centres, des difficultés de communication, l'on a dû, dans l'intérêt de la santé publique et des populations, autoriser l'ouverture de dépôts de médicaments tenus par des non-pharmaciens.

Rôle du pharmacien colonial aux colonies. — M. CHEYSSIAL.

Procédés de purification des eaux d'alimentation.— M. COLIN. La purification des eaux d'alimentation comprend ; 1° l'épuration physique ; 2e l'épuration chimique.

1° ÉPURATION PHYSIQUE. — Elle est réalisée par : *a.* des filtres en porcelaine dégourdie, en charbon, en toile d'amiante, en pierre poreuse, en papier comprimé, en éponge, pour les petites agglomérations ou les usages domestiques.

b. Les filtres lents ou les filtres rapides, utilisant tous deux le sable comme couche filtrante, mais se différenciant par leur mode de construction et leur débit.

c. Les filtres à charbon actif destinés à retenir, non plus spécialement la matière organique, mais les colorants ou les odeurs, que l'eau peut présenter, ainsi que l'excès de chlore que l'on a déversé dans l'eau pour la stériliser.

d) Les filtres chimiques destinés à retenir, avec l'aide de certains sels de la chimie minérale, les sels calcaires et magnésiens, qui, par leur abondance dans certaines eaux, constituent une impureté les rendant impropres à la consommation.

2° ÉPURATION CHIMIQUE. — Elle est réalisée par : *a.* des *moyens chimiques* qui utilisent l'action oxydante du *chlore*.

1° Du chlore sous forme de chlore gazeux ou d'hypochlorites de chaux ou de soude, ou bien de chloramine, ou bien de peroxyde de chlore.

2° De l'iode soit à l'état métalloïdique sous forme de teinture et de comprimés d'iode ; soit à l'état naissant sous forme de novoïde ou de comprimés tricolores Vailland et Georges.

3° Du permanganate : sous forme de poudres : Lapeyrère, Georges Lambert, Gabriel Lambert, Laurent, sous forme de comprimés : Froment-Lambert ; sous forme de liquide : Octave Lecomte.

b Des *moyens physico-chimiques* : ozonisation, rayons ultra-violets, électrolyse.

c. Des moyens *physiques* : chaleur, métaux sous forme de lames ou bien dans un grand état de division.

L'étude de la matière médicale d'Annam et de ses enseignements.— M. SALLET. En Annam, les produits qui intéressent l'art de guérir appartiennent à deux groupes selon leurs provenances : les uns sont chinois, les autres sont annamites. L'étude de la matière médicale utilisée par l'Annam, pour être complète, doit envisager les éléments des deux provenances chinoise et annamite ; cependant son but pourra envisager plus expressément ce qui est de nature locale. Cette étude devra procéder par enquête plus encore que par recherches bibliographiques tout en ayant le souci de ces dernières. Dans les diverses régions on prendra les noms des espèces présentées et, on les rectifiera par les correspondances précises de nos classements scientifiques.

Les renseignements recueillis sur les valeurs thérapeutiques pourront orienter vers les recherches de laboratoire et des contrôles des cliniques, et ceci pourrait être la source de gros intérêts scientifiques, éco-

(1) V. *Concours Médical*, nos 41, 42, 44 et 45.

nomiques et humains. L'herbier d'Annam fournit de nombreuses espèces à la matière médicale de la Chine; il est bon que l'Annamite connaisse les richesses de son sol.

La pharmacie industrielle au service de la colonie. — M. GARAT.

Protection sanitaire et démographique des populations autochtones

La protection démographique et les grands emprunts coloniaux. — M. LASNET. Les emprunts pour la mise en valeur des colonies, devant se traduire par l'ouverture de grands chantiers qui nécessiteront un appel important de main-d'œuvre, il est indispensable que toutes les précautions soient prises pour que l'état sanitaire des travailleurs reste satisfaisant, et pour que les foyers d'origine n'aient pas à souffrir dans leur développement démographique du prélèvement d'une partie des adultes.

Sur la proposition de M. Daladier, le Parlement a donc mis à son autorisation les conditions suivantes :

1° La part consacrée *par priorité* à la protection sanitaire et démographique des races indigènes doit représenter 10 p. 100 des fonds d'emprunt ;

2° Aucun chantier ne doit être ouvert avant l'approbation, par le ministère des Colonies, d'un plan de protection sanitaire des travailleurs et de protection démographique des populations ;

3° Il doit être organisé à l'Inspection générale du Service de santé des Colonies un contrôle sanitaire et démographique relevant du ministre.

Les crédits sanitaires représentant un total d'environ 500 millions, donneront lieu à l'application :

1° De mesures d'ordre général, intéressant l'ensemble des Colonies et dont l'application sera faite par l'administration centrale ;

2° De mesures d'ordre locale appliquées sur place par les Gouverneurs.

I. Les mesures d'ordre général comportant un total de 35 millions ont pour principaux objets :

La création à Marseille d'un hôpital colonial, destiné à devenir le grand centre d'enseignement pratique de la pathologie exotique où viendront s'entraîner médecins coloniaux, militaires et civils ;

La création dans une ville de faculté d'une école de médecine pour les médecins de l'assistance civile ;

La création à l'Institut Pasteur de Paris d'un laboratoire colonial destiné aux chercheurs coloniaux ;

Des subventions à l'Institut d'hygiène de la Faculté de Paris ; à l'Institut de médecine coloniale de Marseille, à l'Ecole d'application de Santé coloniale de Marseille, à l'Ecole des infirmières visiteuses de Vanves, pour développer les moyens d'enseignement colonial de ces divers établissements.

II. Les mesures d'ordre local ont pour objet :

1° Le développement de tous les services de médecine préventive ou d'hygiène ;

2° Le renforcement des moyens techniques des directions ; services de recherches scientifiques, établissements d'enseignement ;

3° La protection sanitaire de la main-d'œuvre ;

4° L'amélioration des services d'assistance médicale.

Les Instituts Pasteur et le développement des populations indigènes aux colonies. — M. P.-Noël BERNARD. A l'heure actuelle, si on excepte les Instituts Pasteur de Tunis, d'Alger et du Maroc, si proches de la métropole, les Instituts Pasteur coloniaux proprement dits comprennent : les Instituts Pasteur d'Indochine avec les 3 grands établissements de Saïgon, Nhatrang et Hanoï ; l'Institut Pasteur de Brazzaville, en A. E. F.; les Instituts Pasteur de Dakar et de Kindia en A. O. F. ; l'Institut Pasteur de Tananarive, à Madagascar. Tous sont des filiales de l'Institut Pasteur de Paris. En outre, des laboratoires et des Instituts d'hygiène existent dans les principaux autres centres de la colonie.

M. Noël Bernard expose quelles sont les maladies endémiques spéciales à chacune de nos principales colonies. En prenant pour exemple les Instituts Pasteur d'Indochine et l'Institut Pasteur de Brazzaville, il montre comment les Instituts Pasteur coloniaux interviennent dans la défense de la santé publique, pour étudier les questions les plus diverses, qui leur sont soumises, préparer les solutions les mieux adaptées aux conditions locales, et contrôler, sur le terrain, en liaison avec les hygiénistes de tous ordres, l'exactitude de leurs observations et l'efficacité des mesures prises sur leurs suggestions. Leur collaboration au développement des populations indigènes s'amplifiera encore au moment où va être mis à exécution un programme élargi de mise en valeur de nos colonies.

Protection sanitaire de la population indigène au Maroc. — M. COLOMBANI décrit :

1° Le vieux Maroc et son histoire sanitaire liée à son anarchie politique (les grandes épidémies historiques : choléra, peste, typhus, paludisme), puis :

2° Le Maroc à notre arrivée. Alors est établi le programme urgent de protection de la collectivité indigène et, en conséquence, de nos troupes et des premiers occupants européens.

L'auteur montre le rôle des médecins missionnaires des Affaires étrangères et celui des médecins du corps d'occupation agissant en collaboration.

Organisation de l'Assistance d'Etat :

a. *Dans les villes.* — L'auteur insiste sur le rôle du médecin directeur du bureau d'hygiène comme conseiller des Pachas et agent d'exécution, en ce qui concerne toute l'hygiène urbaine et sur les commissions municipales d'hygiène.

b. *Dans les campagnes* (bled) interviennent des groupes sanitaires mobiles (Lyautey).

c. *Les soins directs*, consultations et hospitalisations, sont donnés :

Dans les infirmeries indigènes ;

Dans les hôpitaux indigènes des villes, la maternité de Marrakech ;

Dans les dispensaires généraux et spéciaux des villes.

M. Colombani étudie ensuite :

a. Les premières organisations de défense sanitaire dans le bled ;

b) Les moyens matériels actuels (sections de prophylaxie régionales, centres de désinfection et d'épouillage des villes, lazarets maritimes et terrestres), l'action de propagande (prophylaxies du typhus, de la peste, de la variole, du paludisme) ;

c) La prophylaxie des maladies sociales (ville et bled) :

1° Le rôle des formations sanitaires indigènes (groupes mobiles, salles de visite, infirmeries, hôpitaux) ;

2° Les dispensaires d'Etat (maladies vénériennes, des yeux, de la peau) ;

3° La règlementation de la prostitution (le quartier réservé de Casablanca. Programme d'avenir) ;

4° Les œuvres privées contrôlées par la direction de la santé et de l'hygiène publiques (maternités, crèches, garderies, orphelinats, gouttes de lait, dispensaires infantiles, dispensaires antituberculeux).

Les forces morales assurent l'efficacité d'une action protectrice rationnelle et prolongée ; aussi faut-il assurer la liaison toujours étroite, dans un même esprit, du médecin avec les représentants de l'autorité résidentielle.

L'étude de l'esprit du médecin, de son recrutement, de sa formation morale, termine ce remarquable exposé de M. Colombani.

Programme de protection démographique en Afrique-Occidentale Française.— M. Sorel. L'auteur étudie successivement :

1° Les mesures de protection démographique individuelle et collective, particulièrement aux foyers d'origine des travailleurs (création d'un corps de sages-femmes indigènes, consultations prénatales, consultations de nourrissons et d'enfants en bas-âge avec le concours d'infirmières visiteuses françaises, vaccination par le B. C. G., vaccination antivarioleuse, antipesteuse, antityphique, antipneumococcique, etc.), lutte contre la maladie du sommeil, la lèpre, le paludisme, l'alcoolisme et les maladies vénériennes, mesures de protection alimentaire, adductions d'eau et forages de puits ;

2° Les mesures de protection démographique ayant trait aux modalités de recrutement des travailleurs ;

3° Les mesures de protection démographique des travailleurs au cours de leurs exodes. Ces mesures, définies avec précision dans l'instruction du Gouverneur général du 1er août 1930, devront être complétées par la création de *camps d'accoutumance*, où les indigènes non habitués à un travail intensif seront progressivement entraînés, et l'institution d'un livre sanitaire individuel.

(A suivre.)

Les Livres

O. Doin, éditeurs.

— M. Loeper, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et L. Bory, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — **Le soufre en biologie et en thérapeutique.**

> « Le soufre constitutif est, peut-être l'âme de la micelle ».
> Loeper et Bory.

Depuis une vingtaine d'années les études sur le soufre vont se multipliant : chimistes, physico-chimistes, biologistes, cytologistes, thérapeutes et, parmi ceux-ci, maîtres et praticiens, médecins consultants auprès des Eaux minérales sulfurées, dermatologistes, médecins de médecine générale, oto-rhino-laryngologistes veulent savoir, veulent connaître les raisons de l'action, si puissante, du soufre.

En une seule phrase, MM. Loeper et Bory ont résumé tout ce qui semble — dans l'état actuel de nos connaissances — conditionner la valeur du soufre :

« *Le soufre constitutif est, peut-être, l'âme de la micelle* ».

MM. Loeper et Bory « utilisant tout d'abord les notions, que nous donne la chimie des éléments sur les propriétés générales de l'élément S ; utilisant ensuite celles, plus complexes malheureusement, que nous donne la chimie biologique sur les combinaisons actuellement connues du S dans tous les tissus, sur les groupements surtout qui le contiennent et lui doivent, vraisemblablement, la majeure partie de leurs propriétés », vont « éplucher », suivant leur propre expression, toutes nos connaissances sur le soufre.

Les savants auteurs, après avoir passé en revue la constitution soufrée des tissus et organes, le renouvellement de cette constitution du fait de la vie elle-même, l'équilibre soufré normal, s'étendent sur les notions nouvelles, que nous donnent et la pharmacologie et la médecine expérimentale.

Le fait nouveau à signaler, et nous n'avons pas à dire sa haute importance, c'est *le pouvoir catalytique* du soufre que MM. Moureu, Dufraisse et, plus tard, Flurin, ont démontré.

Oliviero compare le soufre à un pont transbordeur : il se charge sur une rive d'une molécule d'oxygène et la transporte sur l'autre rive où elle opère une réduction. Le pont revient ensuite à son point de départ, non pas à vide, mais chargé d'une molécule d'eau. Il continue, sans arrêt, ce va-et-vient de travail, sans défaillance, sans altération : il a donc bien la caractéristique d'un véritable ferment..... »

Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler ici que

Dufrénoy et nous-même, dans notre communication à l'Académie de médecine en 1919, avons trouvé que la Barégine agissait — *par son pouvoir diastasique comme un véritable ferment*... et que le soufre bousculait les énergies cellulaires en sommeil...

Nous permettra-t-on d'appeler tout particulièrement l'attention sur le chapitre consacré par les auteurs à *la thiopexie* et à l'influence du soufre *sur le métabolisme basal*, sur le soufre *en médecine homéopathique* ; les beaux chapitres consacrés aux sulfures et aux sulfites révèlent bien des choses nouvelles.

Nous n'étonnerons pas le lecteur en disant que MM. Loeper et Bory ont voulu faire une large part aux Eaux minérales sulfurées. Chaîne des Pyrénées si riche, si variée, en sources sulfurées ; Chaîne des Alpes... Ax, Barèges, Cauterêts, Saint-Sauveur, Luchon, avec son radio-vaporarium sulfuré et sa technique, si curieuse, d'insufflation de vapeurs sulfurées radio-actives, *spontanément émises*, Amélie, Enghien, Challes, etc., etc.

Et c'est encore le soufre en biologie végétale que MM. Loeper et Bory veulent nous faire connaître. Il appartenait au Professeur de thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, au dermatologue, formé à Saint-Louis, la grande Ecole mondiale du traitement des maladies de la peau, de donner le plus récent formulaire de l'utilisation du soufre en usage interne et en usage externe. Notons encore dans cet ouvrage où tout sollicite l'attention, l'usage interne des Barégines soit *en cachets de poudre barégineuse*, soit en *injection sous-cutanée* d'extrait frais de Barégine.....

Nos auteurs ont vraiment cherché à être complets : ne donnent-ils pas, *in fine*, un index technique pour la recherche de la cystine, du glutathion, du dosage du soufre dans l'urine, dans le sang, dans les produits organiques ? ...

Très élégamment présenté par MM. Doin, éditeurs, illustré de 41 figures dans le texte, le « Soufre en biologie et thérapeutique » de MM. Loeper et Bory va connaître une belle carrière.

MOLINÉRY.

Fiches de Pratique médicale. Directeur : Dr DESFOUR. 17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier, (7e série, 1931, franco, 17 fr. 50.)

Cette nouvelle série comprend :

201. Abcès de fixation (indication. Mécanisme d'action. Inconvénients. Technique). — 202. Abcès de la marge de l'anus (Etiologie, Variétés cliniques. Examen. Traitement). — 203, 204. L'anaphylaxie. — 205 et 206. Angines aiguës (Symptômes, Traitement). — 207. Angine de Ludwig. — 208. L'angine de poitrine. — 209. Aphorismes otologiques. — 210. Bartholinites. — 211. Bouillie maltée au lait sec. — 212. Les bradycardies. — 213. Broncho-pneumonie de l'adulte. — 214, 215, 216. Champignons comestibles. — 217, 218. Comas (Diagnostic. Traitement). — 219. Les coryzas anaphylactiques. — 220. Diabète. — 221. Furoncles. — 222. Incontinence nocturne des urines. — 223. Mélitococcie. — 224. Sérum antigangréneux. — 225. Typhoïdes.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Charles GUILBERT, chef des services radiologiques de l'hôpital Boucicaut. — **Radiothérapie.** TECHNIQUE DU DOSAGE EN PROFONDEUR. (Un vol. 437 pages, avec fig.).

FAITS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Deux cas d'hépatisme direct et indirect

Les deux observations, qui suivent, ont été recueillies dans le service de M. le Professeur JORGE J. BOSCO, à l'Hôpital du Centenaire de Buenos-Aires.

Elles se suffisent à elles-mêmes et se passent de commentaires.

I

Cholécystite

Amalia, 28 ans, Italienne, mariée sans profession, 1er juin 1930-2 juillet 1930.

Antécédents héréditaires : père vivant et sain ; mère a souffert d'une affection au cœur et est décédée des conséquences de celle-ci. Trois sœurs, une d'elles souffre du foie, les autres sont en bonne santé.

Antécédents personnels : née à terme, allaitement maternel, scarlatine et rubéole à 3 ans. Ensuite à 7 ans légère infection intestinale, qui guérit en 15 jours avec régime et thérapeutique symptomatique. Formation régulière à 14 ans, règles périodiques régulières jusqu'à son mariage à 23 ans avec époux sain. Elle a eu 8 fils, tous sains. Va régulièrement à la selle.

Maladie actuelle : il y a environ deux mois, elle est prise d'une douleur intense dans la région de l'hypocondre droit au niveau du point vésiculaire ; elle souffre en même temps de céphalée intense. La peau a une coloration jaunâtre. Elle prend le lit et consulte un médecin, qui prescrit glace et repos.

Quelques jours après la crise se renouvelle, et elle réussit à la calmer de la même manière.

Comme ces malaises continuent d'une façon insidieuse, elle décide de se présenter à ce service.

Etat actuel : femme bien conformée, articulations libres et movibles. Son état de nutrition un peu en déficit. On observe une légère teinte jaunâtre sur la peau et muqueuses conjonctivales, voile du palais ; comme aussi sur la peau des mains et la plante des pieds.

Appareil digestif : se plaint de brûlures fréquentes, nausées, peu d'appétit, répulsion pour les aliments gras et les viandes, douleur insidieuse dans la zone cholédocienne de Chauffard, nausées qui vont jusqu'au vomissement d'un liquide jaunâtre foncé de saveur aigre, de consistance liquide et en certaine quantité.

Elle souffre en plus de périodes alternées de diarrhée et de constipation. Le foie est sensible au toucher et augmenté de volume à un travers en dessous du bord costal, bords lisses, consistance normale.

Appareil circulatoire : pouls accéléré : 120.

Région cardio-vasculaire : rien de particulier.

Appareil respiratoire : rien de particulier, commé également le reste de l'examen.

Cette malade rentre dans le service. On la traite avec la thérapeutique habituelle : repos, glace, urotropine et dès le premier jour de son admission des cachets de « Jécol », un le matin et un le soir.

Après un traitement de trois semaines, la malade décide d'abandonner le service, car ses malaises ont cessé et elle a l'impression d'être complètement rétablie.

J'ai revu plusieurs fois cette malade qui, depuis, prend systématiquement la médication indiquée, et elle me dit son entière satisfaction.

Elle se porte bien, sa gaieté est revenue et surtout c'est avec goût qu'elle vaque à ses menus travaux qu'elle fait sans aucune gêne.

II

Constipation chronique

Maria, 37 ans, Argentine, mariée, sans profession, 20 juin 1930-30 juillet 1930.

Antécédents héréditaires : Mère décédée des suites d'affection hépatique. Père décédé, ignore la cause. Trois sœurs vivantes et en bonne santé.

Antécédents personnels : née à terme, allaitement maternel, ne se rappelle pas de maladies de la première enfance. Rougeole à 6 ans. Formation à 15 ans. Règles régulières jusqu'à 22 ans, où elle se plaint alors d'irrégularités dans les périodes. A 23 ans, elle se marie. Epoux sain. Elle a 3 fils, vivants et sains, et une fausse-couche.

Maladie actuelle ; depuis 5 mois, se plaint de fortes douleurs abdominales, peu d'appétit et légers malaises fébriles, somnolences et adynamie.

Allait peu à la selle et souvent employait des laxatifs de magnésie et sulfate de soude, qui la soulageaient passagèrement. Comme ses malaises se répètent souvent et longuement, elle décide de se présenter à ce service.

Etat actuel : malade de taille moyenne, bon état de nutrition avec un léger teint sub-ictérique. Appareil locomoteur : normal.

Appareil respiratoire : examen sémiologique du thorax antérieur et postérieur, rien de particulier.

Appareil circulatoire : pouls, tension à l'appareil de Pachon : 13 1/2 ; cardio-vasculaire : rien de particulier.

Appareil digestif : langue en léger état saburral. Dentition : laisse beaucoup à désirer. Se plaint de mauvaise haleine et nausées qui, parfois, provoquent des vomissements ; selles tous les 4 jours et très pénibles.

Rien d'autre à signaler.

Cette malade fut traitée dans ce service avec seulement un traitement des cachets « Jécol ». Après avoir pris pendant dix jours, 2 cachets le matin et 2 cachets le soir, son état s'est amélioré notablement, au point qu'elle sort de ce service suffisamment rétablie.

J'ai insisté spécialement auprès de cette malade pour qu'elle me communique ce qu'il y aurait de nouveau dans son état, et je lui ai conseillé de ne pas prendre continuellement le médicament indiqué « Jécol ».

Peu de temps après sa sortie du service, j'ai eu des nouvelles dans lesquelles, elle me communiquait qu'elle se trouvait dans le meilleur état, mais qu'elle devait continuer constamment l'emploi du « Jécol », car elle avait essayé de suspendre pendant un certain temps son emploi et qu'elle avait ressenti à nouveau la même symptomatologie antérieure.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

MAGISTRATS ET EXPERTS

Décisions de justice inadmissibles.— Protestations indignées de J.-L. Faure. Le bon Juge de Paix et son jugement magistral

Nous vivons, en vérité, des temps étranges. Quelque effort sincère et soutenu que nous fassions pour suivre l'évolution accélérée qui transforme les mœurs, les habitudes, les usages, et modifie et bouleverse les lois, qui en sont le reflet, nous n'arrivons pas, nous que de nombreux lustres ont blanchis et ridés, à admettre des conceptions qui nous semblent en opposition avec le sens commun, et nous nous insurgeons.

Le moulin tourne trop vite ; le moulin tourne trop fort. Des rouages se faussent à cette cadence désordonnée, et le désaccord apparaît, entre la notion que nous avons de l'équité et de la justice et la justice en action, dans les prétoires où elle s'exerce.

La responsabilité individuelle qui, à nos yeux, a un sens bien défini, a pris une extension qui déborde les limites que nous lui connaissions, et, de la justice dont nous acceptions les rigueurs éventuelles, mais admirions la sérénité et l'impartialité, nous donne une déformation, et pour tout dire, une parodie.

Envisagée du point de vue de la technique médico-chirurgicale, cette responsabilité prend, en effet, des proportions stupéfiantes, et suit étroitement chacun de nos actes, qui deviennent autant de risques courus par notre réputation, notre renommée, notre honorabilité, notre situation sociale, notre existence même.

Et Jean-Louis Faure a pu intituler un magistral article, publié dans l'*Echo de Paris* du 20 août dernier : La Justice injuste.

Rappelons les faits ; ils en valent la peine, encore qu'ils ne soient pas inédits et que de semblables espèces aient déjà défrayé la chronique des tribunaux.

Un chirurgien de Saint-Quentin, le Dr Ibos, opère d'*urgence*, à 10 heures du soir, et donc aux lanternes, une femme qui présente des accidents abdominaux graves et menaçants. Opération complexe, prolongée, décortications pénibles d'un fibrome, d'un kyste ovarien et d'une salpingite suppurée, suintement sanguin qui prend les allures d'une hémorragie... Il faut tamponner sans relâche et aussi, en terminer. Des compresses de gaze sont entassées dans la brèche abdominale ; elles étancheront le sang, en même temps qu'elles draineront la plaie... Suites normales ; huit jours après, les compresses sont enlevées et la malade rentre chez elle. Pourtant, une suppuration abondante persiste, que rien ne tarit jusqu'à ce que, un mois plus tard, apparaisse une mèche qui s'enlève sans difficulté, après quoi la guérison est complète et définitive.

Que fait cette femme, qu'une intervention pratiquée dans des conditions aussi défavorables, a sans doute arrachée à la mort, en tout cas à de graves complications d'issue problématique ? Elle attaque Ibos en justice, et trouve un procureur qui requiert, non seulement la réparation civile d'un dommage éprouvé, mais encore la sanction pénale d'un délit.

Le Tribunal n'ose pas aller jusque-là et se borne à accorder à cette femme, *sans grand cœur*, mais au ventre ingrat..... 3.500 francs de dommages-intérêts.

Le chirurgien ne se soumet pas à ce jugement, qu'il trouve inique. Il en appelle devant la Cour d'Amiens dont il attend une plus saine et équitable appréciation de ses gestes. Mal lui en a pris. Renchérissant sur les premiers juges, la Cour ne se contente pas d'élever à 6.000 francs le taux des dommages-intérêts ; elle retient le délit de coups et blessures involontaires, et frappe le délinquant d'une amende de 100 francs...

Que voilà donc de jolie besogne, et qu'ils doivent être fiers d'eux-mêmes, les magistrats qui ont rendu un pareil arrêt ! ! !

Mais ce que nous pouvons penser d'eux, Jean-Louis Faure ne le leur a pas envoyé dire, et avec

un beau courage, et une audace méritoire, il les a stigmatisés d'importance :

« Les juges de Saint-Quentin ont, sans aucun doute, été sincères dans cette triste affaire, a-t-il clamé. Ils ont mal jugé. Ceux d'Amiens ont jugé plus mal encore. Il leur en coûte peu de faire souffrir un honnête homme, de l'atteindre dans ses intérêts matériels, de lui nuire dans l'esprit des malades ignorants, de venir d'un cœur léger augmenter les difficultés de sa vie ! La déformation professionnelle explique tout — et Fouquier-Tinville a fait des petits. Certains magistrats d'aujourd'hui trouvent tout naturel, après avoir délibéré froidement, de dire à un chirurgien qui vient de sauver la vie à une jeune femme et de lui donner peut-être encore quarante ou cinquante années d'existence : elle a mis un mois de trop à guérir ; vous lui devez réparation...

« Voilà où nous en sommes ! Pour ces messieurs, c'est affaire entre eux et leur conscience. Et chacun sent à sa façon battre son cœur dans sa poitrine ! Mais nous, chirurgiens français, nous avons le droit de trouver, et le devoir de dire hautement et publiquement que ces poursuites, la plupart du temps engagées par des malades, qui se font de la reconnaissance une idée particulière, à l'instigation des requins qui rôdent autour des prétoires, se renouvellent un peu trop souvent, et d'en appeler à l'esprit public mieux éclairé, et aussi à la conscience des magistrats dignes de ce nom, pour qu'on en finisse avec elles. »

Bravo, Monsieur le Professeur ! Et bravo aussi au journal qui n'a pas hésité à accueillir votre réquisitoire et à le livrer au verdict de l'opinion publique. C'est là, en effet, qu'il faut porter ce procès ; c'est devant ce tribunal qu'il faut l'instruire. Nous autres, journalistes médicaux qui disposons de nos périodiques professionnels, nous ne pouvons exhaler nos plaintes que devant nos lecteurs, qui sont nos pairs ; nous prêchons des convertis. Et notre but est surtout de les mettre en garde contre de tels risques, de les inciter à la prudence, de les engager à la précaution.

Mais le grand public a besoin d'être éclairé. Et aussi les magistrats, qui ne savent pas faire le départ entre l'accident, entre l'imprévisible, d'où sortira peut-être un petit mal, mais qui naquit d'un geste aux allures de réflexe et qui fut bénéfique, — et la faute imputable à l'ignorance, à l'impéritie, à la négligence.

Il faut donc souhaiter que la grande presse ouvre ses colonnes à tous les Jean-Louis Faure qui, forts de leur situation, de leurs titres, de leur valeur expérimentée, ne reculeront pas devant l'initiative, prise par le chirurgien de Broca, et parleront haut et ferme, criant la vérité scientifique dont ils sont à la fois les détenteurs et les enseigneurs.

Quelque chose me chiffonne pourtant, et un doute me vient sur l'entière responsabilité des magistrats dans cette condamnation, — que rien, dans l'article enflammé de Jean-Louis Faure, ne vient lever.

Il me paraît impossible d'admettre que juges et conseillers se soient prononcés *proprio motu* sans s'être entourés de certaines garanties, sans avoir recouru à une expertise.

Une expertise a dû avoir lieu, dont Jean-Louis Faure ne dit pas un mot. A qui fut-elle confiée ? Quels techniciens en furent chargés ? Comment ont-ils accompli leur tâche délicate ? Que contient leur rapport ? Comment ont-ils conclu ?

Car enfin, si des chirurgiens sont venus proclamer la faute de leur confrère, et reconnaître sa responsabilité juridique, je suis forcé de convenir que les magistrats, s'en rapportant à de telles conclusions, ont quelque excuse à faire valoir...

Et ce seraient alors les experts qui mériteraient d'être mis sur la sellette.

Une fois de plus, se seraient vérifiées les appréhensions que je laissais paraître dans mon article du 20 septembre dernier, intitulé Magistrats et Experts.

Sur ce point particulier, je serais heureux d'avoir quelques éclaircissements.

***

En attendant, opposons au jugement de Saint-Quentin, à l'arrêt d'Amiens, la décision d'un juge de paix qui, n'adoptant qu'une partie des conclusions de l'expert qu'il avait commis, a rendu pleine et entière justice au chirurgien en cause.

L'affaire s'est passée à Nice, et le jugement est du mois d'août dernier.

Une dame A..., atteinte de troubles mal définis, requiert les soins du Dr B... d'une façon expresse et réitérée. Celui-ci se trouve devant un tableau clinique qui lui paraît justiciable d'une transfusion du sang. Il appelle un chirurgien, le Dr C... qui procède à cette opération pour laquelle il réclame 2.000 francs d'honoraires.

Ultérieurement, les troubles se sont caractérisés, le diagnostic de paralysie générale a pu être porté, et l'internement de la malade est devenu nécessaire.

M. A... refusa alors de régler les honoraires du chirurgien, sous prétexte que la transfusion du sang que ce dernier avait pratiquée était inutile et même dangereuse, qu'elle avait aggravé l'état de sa femme et nécessité son internement, qu'elle avait été faite en son absence et sans son autorisation. Mieux encore : il se porta demandeur reconventionnel, réclamant deux mille francs de dommages-intérêts.

Un expert fut commis : il conclut que la transfusion avait été sans action sur l'évolution de la maladie, mais qu'elle ne l'avait pas aggravée. Il conclut en outre à la réduction des honoraires du chirurgien dont l'intervention avait été inefficace.

Des attendus de ce juge de paix, dont il faut retenir et honorer le nom : M. MAINTIEN, j'extrairai ce qui suit comme particulièrement significatif :

« ....

« .... Attendu que M. A. n'ignorait pas l'état de sa femme, sur lequel un diagnostic non encore précisé n'avait pu être porté ; qu'il est évident que son absence de Nice ne pouvait être un obstacle au droit absolu de son épouse de se faire soigner, que M. A. restait donc responsable des honoraires médicaux et soins donnés à sa femme, pendant son absence ; que parmi les soins et traitements que la situation et le rang social de la dame A. autorisaient, le Dr B. médecin de médecine générale, traitant la malade ... a décidé, avec le concours de son confrère le Dr C., chirurgien, un acte médico-chirurgical de transfusion du sang ; que, ce faisant, il n'a pas été outrepassé par les médecins à la mission de ramener à un meilleur état de santé, mission confiée au médecin traitant à la connaissance du mari ; que c'est donc légitimement que le Dr C. a donné ses soins à Mme A. sans avoir à demander à A. une autorisation expresse...

« Attendu que la probité professionnelle des docteurs B. et C. permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu abus en faisant cette opération que l'asthénie de Mme A. indiquait comme opportune ;

« Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter non plus à l'inefficacité de l'acte de transfusion du sang : que si, en effet, *on suivait dans cette voie le demandeur qui refuse tous honoraires au Dr C. on en arriverait à priver un médecin qui ne réussit pas à sauver ou à améliorer un malade, de tous honoraires, ce qui serait contraire à l'intérêt général bien entendu* ;

« Attendu qu'il résulte des déclarations de l'expert que la transfusion, au moment où elle a été faite et où le diagnostic définitif de P. G. ne pouvait pas encore être précisé, était opportune, que si elle n'était pas d'une urgence absolue, elle était logique à ce moment-là ; que son inutilité n'est que relative, puisque résultant des faits postérieurs et rétrospectivement induits ;

« Attendu que, scientifiquement, personne ne peut dans l'art médical affirmer qu'elle était inutile absolument, ne serait-ce que comme satisfaction morale pour la malade qui la réclamait instamment ;

« ... Attendu que l'acte de transfusion du sang est de ceux pour lesquels des honoraires de deux mille francs ne sont pas exagérés, lorsqu'il est fait par un chirurgien probe et adroit comme le Dr C. et suivant toutes les règles de l'art, ce qui n'est pas contesté par M. A. :

« Que cette somme n'est pas en disproportion avec la situation et le rang social de M. A., qu'il y a lieu de fixer les honoraires du Dr C. à la somme de deux mille francs...... »

Et le juge de débouter le demandeur ; d'entériner le rapport de l'expert ; de refuser pourtant de le suivre dans sa proposition de réduction d'honoraires ; d'accorder au Dr C., les deux mille francs réclamés par lui, et de condamner M. A. à tous les frais et dépens, y compris les frais d'expertise.

Voilà donc un jugement qu'on n'osera pas dire insuffisamment motivé. Tous les aspects de la cause sont évoqués par le juge, qui les apprécie dans leurs rapports les uns avec les autres, et aussi en fonction des diverses personnalités en présence.

On comprend, en lisant son jugement, qu'il s'agit d'une femme dans une belle situation sociale, qui présente un syndrome assez mal défini, où figurent l'asthénie, la faiblesse, l'anémie. Son âge et ses fonctions utéro-ovariennes permettent-elles d'attribuer à des ménorragies, voire à des métrorragies cet état d'anémie, compliqué logiquement de nervosisme ? On ne nous le dit pas ; c'est possible. En tout cas, après avoir lutté par les moyens ordinaires contre cette faiblesse, cette anémie, le Dr B. pense à effectuer une transfusion du sang, et sa cliente accepte avec enthousiasme cette proposition. L'opération est pratiquée par un chirurgien expérimenté et estimé ; elle ne donne pas les résultats attendus, et l'évolution des accidents, d'autre part, permet de préciser le diagnostic de paralysie générale, et impose l'internement.

On comprend après coup que cette transfusion était thérapeutiquement inutile. Au moment où elle a été faite, elle avait ses raisons et se défendait : le juge le dit assez explicitement pour qu'aucun doute ne nous effleure à ce propos.

Valait-elle 2.000 francs d'honoraires ? C'est affaire d'appréciation locale, compte tenu des tarifs régionaux qui sont, à Nice, d'un niveau spécial, dû à la qualité de la population hivernante. Ce que nous savons, c'est que la malade est riche, et le chirurigien titré. Pourquoi l'expert a-t-il proposé une réduction de cette somme ? Je ne saurais le dire. S'est-il laissé influencer après coup par l'inutilité de cette transfusion, résultant *rétrospectivement* des lumières acquises sur la véritable nature de l'affection dont est atteinte cette femme ? Peut-être ! C'est alors incompréhensible. Et il a failli à cette obligation de stricte objectivité, dans le temps et l'espace, que je réclame des experts.

Le juge en a fait justice et ne s'y est arrêté que pour la rejeter.

Ce n'est pas parce que, pour une fois, un magistrat donne *entièrement* raison à un médecin que je proclame son jugement parfait. Je n'aurai ni cette puérilité, ni cette étroitesse d'esprit.

C'est parce que, les faits étant connus, il apparaît que le bon sens appuyé sur des données indiscutables, a triomphé, et que cette fois, *le droit a été dit*, la justice rendue...

Le juge aurait pu, cédant à un penchant commun à ses semblables, donner mêmement raison au médecin, tout en réduisant sa note d'honoraires.

Félicitons-le de n'en avoir rien fait. Félicitons-nous de posséder une jurisprudence, assez fragile sans doute, puisqu'elle émane du tribunal le plus humble et du magistrat le plus modeste de notre armature judiciaire. Nous ne manquerons nonobstant pas de nous en servir à l'occasion, dans l'espoir que, comme on dit familièrement, *elle fera des petits*.....

G. DUCHESNE.

CERTIFICATS AUX AGENTS DES P.T.T. ET SECRET PROFESSIONNEL

A maintes reprises, nous avons été consultés sur le point de savoir comment un médecin traitant pouvait délivrer des certificats aux agents des diverses administrations publiques, sans trop violer le secret professionnel.

Nous recevons aujourd'hui communication de la réponse de l'administration, qui s'appuie sur un avis donné par le Conseil d'Etat.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—

POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

—

Direction de la Meuse.

—

Service du Personnel.

—

Bar-le-Duc, le 3 octobre 1931.

Le Directeur des Postes et des Télégraphes de la Meuse,

à M. le Docteur X.

Docteur,

Comme suite à votre lettre du 17 août dernier relative à la déclaration de la nature de la maladie sur les certificats médicaux fournis à l'appui des demandes de congé pour maladie présentées par les agents des P. T. T., j'ai l'honneur de vous signaler que mon Administration a consulté le Conseil d'Etat sur ce point. Vous trouverez ci-joint, copie de la réponse de la Haute Assemblée.

Par ailleurs, je crois devoir vous signaler que conformément aux instructions administratives, je me trouverai dans l'obligation de refuser tout congé de maladie pour lequel la demande ne sera pas appuyée d'un certificat médical établi dans les conditions réglementaires.

Veuillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Directeur,

X.

***

MINISTÈRE DES P. T. T.

—

Direction du personnel.

Paris, le 17 août 1931.

A la suite de difficultés soulevées par divers praticiens n'appartenant pas au corps médical des P. T. T. l'Administration a consulté le Conseil d'État sur la question de savoir si les certificats médicaux qui accompagnent les demandes de congé pour maladie présentées par les agents des P. T. T. peuvent indiquer la nature de la maladie dont est atteint le fonctionnaire intéressé.

La réponse de la Haute Assemblée est la suivante :

« Vu l'article 378 du Code pénal,

la loi du 9 juin 1853 et le décret du 9 novembre 1853,

le décret du 23 avril 1883,

la loi du 14 avril 1883,

la loi du 14 avril 1924 et le décret du 2 septembre 1924 ;

Considérant qu'aux termes de l'article 16 du décret portant règlement d'administration publique en date du 9 novembre 1853 « en cas de maladie dûment constatée, le fonctionnaire ou l'employé peut être autorisé à conserver l'intégralité de son traitement pendant un temps qui ne peut excéder 3 mois ; pendant les 3 mois suivants, il peut obtenir un congé avec la retenue de la moitié au moins et des deux tiers au plus du traitement », et qu'en vertu de l'article 25 du décret du 23 avril 1883 relatif à l'organisation des services intérieurs du Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones : « les congés sont accordés par le Ministre sur le vu d'une demande présentée dans la forme prévue par les règlements. La concession en est facultative, elle est accordée ou refusée suivant les exigences du service et d'après l'appréciation des titres et de la situation des postulants. »

Considérant qu'il résulte de ces textes et notamment des dispositions réglementaires prises pour l'exécution de la loi de 1853, lesquelles ont été, sur le point en litige, appliquées pour ainsi dire sans contestations, depuis près de trois quarts de siècle, que l'Administration est fondée à demander que les

agents des P. T. T. qui se mettent en instance de congé pour maladie, fournissent à l'appui de leur demande toutes justifications utiles de leur état de santé sous forme de certificats délivrés par des médecins de leur choix, à moins qu'ils ne sollicitent la visite des médecins de l'Administration.

Considérant qu'en délivrant directement aux fonctionnaires en instance de congé de maladie, pour tel usage que de droit un certificat constatant la nature ou la durée probable de la maladie, les médecins ne sauraient être considérés à aucun degré comme tombant sous le coup de l'article 378 du Code pénal, ni même comme allant à l'encontre de la récente jurisprudence du Conseil d'Etat intervenue dans une espèce tout autre que celle qui fait l'objet de la demande d'avis ;

Considérant, d'ailleurs, que dans tous les cas où les justifications produites ne paraissent pas suffisantes, l'Administration reste libre de commettre un médecin de son choix afin de faire examiner les fonctionnaires qui sollicitent un congé en invoquant le mauvais état de leur santé ; que, d'autre part les agents de l'administration qui par leurs fonctions sont appelés à avoir connaissance de certificats faisant état de la nature et la durée probable de la maladie sont tenus en vertu des dispositions de l'article 378 du Code pénal, d'en respecter le secret ;

La Section des Travaux publics de l'Agriculture, du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, du Travail et de la Prévoyance sociale, consultée par M. le Ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones,

Est d'avis :

Qu'il y a lieu de répondre au Ministre dans le sens des observations qui précèdent.

Commentaires.

Comme le fait très bien remarquer l'avis du Conseil d'Etat, depuis trois quarts de siècle, un *modus vivendi* s'est établi, sans trop de heurts, en ce qui concerne la délivrance des certificats de maladie, aux employés des diverses administrations. Mais cela ne veut pas dire que la situation fût bien légale et qu'un conflit juridique ne puisse pas éclater.

Ajoutons que, jusqu'à ces dernières années, la médecine administrative n'entrait que pour une très faible part dans l'activité professionnelle du médecin. Rarement, le praticien était sollicité pour délivrer un certificat, pour que son client puisse le joindre à l'appui d'une demande de congé.

Par contre, très souvent, le médecin croyait esquiver la difficulté du secret professionnel,en inscrivant un diagnostic volontairement erroné, tronqué, ou atténué. Ne connaissant rien aux termes scientifiques de la médecine, les chefs de l'employé accordaient le congé sollicité, sur le vu d'un diagnostic médical, dont les termes scientifiques leur en imposaient d'autant plus qu'ils étaient incompréhensibles.

Cependant, l'extension progressive de la médecine sociale, c'est-à-dire d'une médecine, qui interpose un tiers entre médecin et client, nécessite la généralisation de l'emploi du certificat.

D'autre part, la vulgarisation scientifique, la pénétration dans le grand public de la signification des termes médicaux, l'extension de la science microbiologique permettant de classer de nombreuses affections dans les rangs des lésions syphilitiques ou tuberculeuses, ont provoqué, dans le Corps médical une réaction de défense. Nombreux sont les médecins, qui se demandent jusqu'à quel point ils sont liés par le secret professionnel, lorsqu'ils sont sollicités de délivrer un certificat destiné à un tiers.

Cette question de la certification demande donc d'être attentivement étudiée, car, à mon avis, elle rentre complètement dans le cadre des préoccupations des syndicats médicaux et de leur Confédération.

Je vais énoncer un certain nombre de postulats, qui permettront de bien préciser la situation juridique du problème.

I. — Le malade est toujours en droit de demander lui-même un certificat à son médecin.

Voici le grand argument de l'administration : pour qu'un agent puisse faire valoir ses droits à la retraite, ou à un congé de maladie, il faut qu'il fournisse la preuve de sa maladie invoquée.

Nous sommes tout à fait d'accord en principe : toutes les fois qu'un malade excipe de son état de santé pour obtenir quoi que ce soit, il doit apporter la preuve de la déficience et il ne peut le faire que de deux manières : soit en se soumettant à l'examen médical du médecin commis par l'administration à laquelle il appartient, soit en produisant un certificat du praticien qui lui donne ses soins.

Ici, le secret professionnel ne joue pas : muni de son certificat, le client doit savoir ce qu'il doit faire et s'il ne veut pas qu'on sache la nature de la maladie, pour laquelle il reçoit des soins et dont le nom est mentionné au certificat, il n'a qu'à ne pas fournir cette pièce, mais il devra renoncer à l'obtention de son congé.

Théoriquement, le médecin ne viole pas le secret professionnel, en délivrant au malade lui-même le certificat que celui-ci lui réclame : théoriquement toujours, le malade est censé savoir exactement ce qu'il a et pour quelle maladie il est soigné.

Pratiquement, il en est souvent ainsi ; cependant combien de fois le médecin hésite à dire la vérité vraie et crue à son malade, justement parce que cette vérité peut devenir cruelle.

Par la remise d'un certificat, le client ne va-t-il pas apprendre, quelquefois très brutalement,

qu'il est syphilitique, tuberculeux ou cancéreux ?

En pratique, le médecin doit même garder le secret par rapport à son malade lui-même.

II. — Le médecin est en droit de refuser de délivrer un certificat à son malade.

Il est des cas où la loi ordonne au médecin de produire un certificat médical, décrivant la maladie du client : ainsi est-il ordonné en matière d'accidents du travail, ou de soins aux pensionnés de guerre.

Mais en droit commun, le médecin peut parfaitement refuser un certificat à son client, s'il ne juge pas opportun de dévoiler à ce dernier lui-même la vérité vraie.

Je sais bien que certains préconisent l'altération volontaire du certificat : ce sont des procédés que, juridiquement, je dois condamner, car le praticien peut être poursuivi pour faux certificat, ou certificat de complaisance, quelle que soit sa bonne foi.

Mais, le médecin accepte de délivrer cette pièce à son client : il doit cependant avertir ce dernier que la divulgation de certains diagnostics peut lui être préjudiciable. Lorsque les chefs sauront de quelle maladie il est atteint, non seulement on lui accordera son congé, mais on lui donnera peut être un congédiement définitif.

III. — Le médecin n'a pas le droit de délivrer un certificat à un tiers.

Ainsi est coupable de violation du secret professionnel le praticien, qui, par-dessus la tête de son client, adressera à l'administration, à laquelle appartient ce dernier, un certificat détaillé donnant la nature exacte des maladies relevées chez lui. Maintes fois, la jurisprudence a condamné cette manière de faire en décidant que le médecin doit remettre le certificat au seul malade.

Je considère comme juridiquement répréhensible la conduite professionnelle de certains médecins, qui, dits assermentés ou contrôleurs, adressent directement à la collectivité, qui les a nommés, des certificats, ou attestations, concernant des malades auxquels ils donnent leurs soins, comme médecins traitants.

En droit, on ne peut pas être à la fois le représentant d'un tiers et le défenseur du malade.

Comme représentant d'un tiers, il convient de dire à ce tiers tout ce qu'on a pu apprendre, connaître, deviner, surprendre même, dans l'exercice de la mission de contrôle.

Comme médecin traitant, on devient le confident nécessaire du client, qui, pour être bien soigné, se confie entièrement à son médecin et lui expose toutes ses tares.

Il est juridiquement inadmissible que le même praticien puisse recevoir des confidences, comme médecin traitant, puis aller violer le secret de ces confidences, en les dévoilant à une administration, dont il est le médecin assermenté, ou le salarié.

IV. — L'administration doit être renseignée.

Non seulement, l'employeur doit savoir si la demande de son employé est justifiée, du point de vue médical, mais même, dans un souci de discipline, il a le devoir de contrôler les dires de ses agents.

Mais, notre organisation administrative est loin d'être d'essence républicaine : elle s'inspire toujours des errements de l'Empire, voire même de la monarchie absolue. Le principe d'autorité centralisée est toujours à la base et, parce qu'il est chef d'un service, un représentant de l'administration se croit qualifié pour connaître des diagnostics des maladies qu'invoquent les agents placés sous ses ordres, pour obtenir un congé.

Que peut savoir celui qui n'a fait aucune des études médicales, pour apprécier le bien-fondé d'une demande de congé ? Comment même apprécier les termes scientifiques, qui constituent la description d'un diagnostic, écrit dans un certificat ?

Il faudrait qu'une bonne fois pour toutes, l'administration place chacun à sa place, au lieu de toujours faire revivre la boutade de Beaumarchais : « Il fallait un calculateur ... ».

Oui certes l'administration doit être renseignée sur la véracité des motifs invoqués par un agent, pour obtenir un congé. Mais, à mon avis, voici comment raisonnablement devrait fonctionner un service se disant républicain.

L'agent joint à l'appui de sa demande de congé un certificat de son médecin, attestant le bien-fondé de cette sollicitation, sans qu'aucun diagnostic ne soit inscrit sur ledit certificat.

Si, pour un motif quelconque, l'administration croit ne pas accorder pleine confiance dans la déclaration du médecin, elle fait contre-visiter le malade par un praticien, qu'elle choisit librement, mais qui ne peut pas être le médecin qui a donné ses soins audit fonctionnaire.

S'il y a désaccord de diagnostic entre les deux praticiens, un troisième peut être désigné par le juge de paix, par exemple.

Si un praticien est surpris en faute, parce qu'il a délivré un certificat volontairement erroné, dans le but de favoriser, pour son client, l'obtention d'un congé immérité, des sanctions seront requises, soit devant le tribunal correctionnel, pour certificat de complaisance, soit devant la juridiction syndicale (conseil de famille).

Un ou deux exemples qui seraient publiés et connus de tous empêcheraient certains de sortir de la route droite.

Conclusions.

J'approuve l'avis du Conseil d'Etat, en ce qu'il reconnaît au malade le droit et l'obligation

de demander lui-même au médecin de son choix, une attestation, pour joindre à l'appui de sa demande de congé.

Mais, pour que soit respecté le secret professionnel, pour que le praticien puisse conformer ses actes avec les devoirs que lui impose l'article 378 du code pénal, aucun diagnostic ne sera indiqué le médecin se bornera à mentionner que le fonctionnaire est malade et que sa demande de congé est justifiée.

Ah ! le bon billet qu'on nous donne, lorsqu'on soutient, ainsi que l'indique l'avis précité, que les fonctionnaires sont eux aussi liés par le secret professionnel. A force de passer de mains en mains, ce pauvre secret devient celui de Polichinelle.

De plus, le malade doit parfois être le premier à ignorer la gravité entière de son affection. Il est cruel, inhumain même de dévoiler la vérité complète à celui qui peut en être terriblement frappé et affecté.

Enfin, pourquoi soumettre des diagnostics à des chefs, qui, idoines dans leurs fonctions, n'en sont pas moins incompétents en médecine ? Pourquoi également leur révéler une affection qui peut servir du point de départ au renvoi de l'intéressé ?

Selon les errements actuels, l'avis du Conseil d'Etat est justifié ; mais en droit professionnel pur, je ne puis y souscrire.

Aux syndicats médicaux et à leur Confédération de mettre à l'étude le *modus faciendi* que je viens d'esquisser, à savoir le contrôle des certificats délivrés sans diagnostic par le médecin traitant. Aux syndicats de donner aux administrations les garanties de probité professionnelle qu'on est en droit d'attendre d'un médecin traitant certificateur.

Aux syndicats médicaux d'obtenir des médecins assermentés une nuit du 4 août, en sacrifiant ces prérogatives sur l'autel de la collectivité médicale, le syndicat se chargeant, au besoin, du contrôle, ainsi qu'il le fait en matière d'assurances sociales.

Les errements, admissibles lors de la loi du 9 juin 1853, ne sont plus de mise en 1931, alors qu'il ne peut exister de confusion des fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur ou assermenté et que, progressivement, entre le médecin et son malade s'interpose une collectivité. Qu'on donne à cette dernière toutes les garanties nécessaires, mais que le secret professionnel soit conservé : il est indispensable au bon traitement de nos malades.

Qu'il me soit permis, en terminant, de regretter que l'administration, aussi bien que le Conseil d'Etat ne soient pas mieux renseignés sur les questions d'ordre médico-juridique.

Déjà, dans ma thèse de Doctorat en Droit, j'avais émis l'idée de la création d'une section nouvelle au Conseil d'Etat, section professionnelle comprenant des représentants élus par les grandes associations professionnelles diverses.

Cette section serait consultée du point de vue du droit professionnel.

Si dans le cas présent, le Conseil d'Etat avait pu discuter juridiquement avec les représentants de la profession médicale, peut-être aurait-on pu donner aux Ministres intéressés des conseils de pratique.

Mais le principe d'autocratie s'oppose à cette innovation décentralisatrice. Regrettons-le.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE

Les moustiques chez soi

Le vulgaire « cousin », le moustique trop connu, se contentait jusqu'ici d'habiter à proximité de l'homme, de déposer sa ponte dans une eau stagnante de la cour, du jardin ou de la rue. Il y vivait incognito à l'état de larve aquatique, il ne pénétrait dans la maison qu'après avoir pris des ailes, pour y proclamer à nos oreilles son état civil de moustique avide de sang.

Mais il suivait attentivement les progrès de l'urbanisme, dont il avait déjà apprécié les bienfaits pour son espèce. La dernière génération de la saison, celle qui perpétue l'espèce, avait tout de suite pris l'habitude de chercher refuge pendant l'hiver dans la cave, près de la chaudière du chauffage central ; c'est plus confortable qu'une cave froide. A cette saison, même à la température favorable de la cave, cet insecte éprouve rarement le besoin de se gorger de sang, il ne demande alors à l'homme que le gîte, pas la nourriture, pour des raisons connues de lui seul, il jeûne. Mais, quand avril a mis fin à l'engourdissement hivernal, que l'époque de la multiplication de l'espèce est revenue, les femelles ovigères se mettent en quête d'une eau, où déposer leur ponte. Certaines ont trouvé qu'il n'était pas nécessaire de s'aventurer au dehors, puisque l'homme a pourvu à leur confort. Il y a des immeubles, en effet, qui leur offrent une eau souterraine, soit une cave inondée, soit une citerne où s'est collectée l'eau de pluie, soit même une fosse septique. D'où le nom de cavernicole, que j'ai donné à cette race du Culex pipiens, parce qu'elle

passe sa vie aquatique dans les cavités du sous-sol. Culex pipiens n'a pas toujours eu à sa disposition la fosse septique ; celle-ci ne s'est généralisée que depuis un quart de siècle. Tant que les « cabinets » de l'appartement ont été à peu près privés d'eau, le cousin ne pouvait leur confier sa progéniture, qui est aquatique. Maintenant que l'hygiène en a fait des « water », que l'eau y coule à profusion, le milieu idéal pour les larves de ce moustique se trouve réalisé dans cette cavité souterraine, la fosse devient chambre de ponte pour les femelles ovigères, et chambre d'élevage pour les larves jusqu'à leur métamorphose en insectes ailés. L'essaim des femelles, qui en sortira, comme un essaim d'abeilles de la ruche, auront à peine accompli le vol nuptial, qu'elles se jetteront sur l'homme pour lui sucer du sang au lieu de lui sécréter du miel.

Cette race de moustiques vit ainsi en contact de plus en plus intime avec l'espèce humaine. Bien que ces insectes, nés dans une fosse septique, ne doivent pas avoir la trompe aseptique, il est exceptionnel que leur piqûre provoque des accidents inflammatoires. Ils ne sont pas non plus pathogènes, ils se contentent d'être souverainement désagréables.

Dans l'obscurité, où elle a passé les deux ou trois semaines de sa vie larvaire, cette race cavernicole du Culex a pris un corselet clair, blond, qui contraste avec celui châtain foncé de la race de la même espèce, qui vit dans les eaux de surface exposées au soleil.

C'est aussi bien dans les habitations privées, que dans les bâtiments à l'usage public, gares, hôtels, etc., que ces moustiques trouveront dans la fosse les conditions propices à leur progéniture.

Avant de grillager ses portes et fenêtres contre les moustiques supposés de l'extérieur, on fera bien de s'assurer qu'on n'en élève pas chez soi ; le grillage les retiendrait et transformerait la maison en cage à moustiques, ce dont les voisins ne se plaindraient pas.

C'est dans l'eau qu'il faut attaquer les moustiques. Pour cela, il est indispensable de situer le *foyer d'insection*, c'est-à-dire de savoir où sont les larves en en pêchant quelques spécimens dans la cave, la citerne ou même la fosse d'aisances.

La présence des moustiques dans les citernes, et surtout dans les fosses, pose un problème nouveau, qui sera résolu par la collaboration de l'hygiéniste avec l'architecte et le constructeur d'appareils sanitaires. Comme l'égout est le paradis des rats, la fosse d'aisances est devenue le paradis de Culex pipiens, qui sait utiliser les installations sanitaires pour la multiplication de son espèce. C'est ainsi que dans *les villes et bourgs les moustiques deviennent plus nombreux à mesure que l'urbanisme fait des progrès.*

Il ne suffit pas de cacher l'eau dans le sous-sol pour la soustraire à certains moustiques, Culex pipiens le prouve en ce qui concerne la France. Quant aux Colonies où sévit le Stégomya fasciata auteur de la fièvre jaune et de la fièvre rouge ou dengue, j'ai vu ce moustique pondre dans les gargoulettes et dans la boîte, où s'égoutte le pinceau des latrines, il a déjà pris possession des égouts que nous y avons construits ; il sera, je le crains, prêt à adopter la fosse d'aisances à chasse d'eau, quand nos villes coloniales en seront pourvues. Ce serait pour la santé publique un grand danger, qu'il faudrait éviter.

J. Legendre.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Les Liaisons, les Transmissions, la Hiérarchie. Les Appellations, la Tenue militaire.

Médecin-Colonel Schickelé.

Première Conférence de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve.

(19 octobre 1931.)

Les démonstrations de l'Ecole d'Instruction du Service de Santé de la Région de Paris (Union fédérative des médecins de réserve), pour l'année scolaire 1931-1932, ont débuté le 22 octobre par une conférence du médecin colonel Schickelé, sur différentes questions qu'il a présentées et développées, avec son habituel brio de conférencier et son humour souriant, comme étant peut-être d'un intérêt terre à terre, mais pourtant d'une pratique indiscutable.

Les Liaisons et les Transmissions, dans la guerre moderne, ont une importance considérable. Autrefois, avec des armées relativement peu nombreuses, des champs de bataille limités, le chef pouvait, du haut d'un piton, surveiller les phases successives du combat, et donner ses ordres par l'entremise de quelques estafettes promptes à les transmettre aux divers échelons intéressés.

La bataille moderne, sur des fronts infiniment étendus, avec l'intensité infernale du feu, qui

fait le vide sur le terrain, crée des difficultés énormes à l'établissement et au maintien des liaisons entre les divers échelons. Aussi, dans la dernière guerre, a-t-on eu recours à tous les moyens possibles pour en triompher : hommes, chiens, etc... Actuellement, des troupes spéciales, disposant d'un matériel perfectionné selon les enseignements les plus récents de la science, assurent les Liaisons et les Transmissions.

Le Service de santé doit bénéficier aussi de bonnes Liaisons et de Transmissions irréprochables.

La Liaison est indispensable pour coordonner tous les efforts, en apportant de l'ordre et de la méthode dans la conduite des opérations, à tous les degrés.

Les Liaisons sont intérieures ou extérieures, celles-ci devant être rayonnantes, et s'exercer vers l'avant, vers l'arrière et latéralement. Il est nécessaire qu'elles mettent en relation un organe déterminé avec l'organe immédiatement inférieur ou supérieur : c'est la voie hiérarchique. L'inconvénient de la voie hiérarchique est sa lenteur relative. Il est compensé par les procédés modernes de reproduction des documents à plusieurs exemplaires.

Les Liaisons dans le Service de santé sont plus compliquées encore, parce qu'elles doivent s'établir entre deux hiérarchies distinctes : la hiérarchie proprement militaire, le commandement, — et la hiérarchie technique.

Les Liaisons sont directes, verbales ; leur prototype est le grand rapport qui réunit autour du chef tous ses subordonnés immédiats. Elles sont indirectes, et représentées alors par les états, les situations, les rapports, les comptes rendus, les demandes. Les pièces périodiques et les pièces temporaires appartiennent au fonctionnement des Liaisons. Tout cet ensemble constitue la correspondance militaire, qui doit être concise, complète et précise, chaque pièce ayant trait à une seule affaire, désignée brièvement, à gauche et en haut, sous la rubrique A. S. (au sujet de...). L'origine de la pièce, le lieu d'où elle émane, sa date sont mentionnés avec exactitude. Les formules de politesse en sont bannies. Elle est signée nominalement de celui qui l'établit. Elle s'adresse *anonymement* à celui à qui elle est destinée, désigné par sa fonction.

Le message téléphoné, le télégramme, la conversation téléphonique sont d'un usage courant, pour établir les Liaisons. Le Bulletin de correspondance, comportant, à gauche, la demande, et à droite, la colonne de la réponse, est très pratique.

Dans l'emploi de tous ces divers procédés, on apportera la plus grande discrétion.

Les transmissions groupent tous les moyens d'exécuter les liaisons indirectes. Ce sont : le porteur, le planton, l'estafette, le cycliste, le motocycliste. L'automobile, transportant un officier pris comme intermédiaire, permet de rétablir le contact direct. Dans le Service de santé, les brancardiers et les conducteurs des voitures sanitaires sont utilisables comme agents de transmission.

La poste est un intermédiaire pratique. Les transmissions électriques : télégraphe, téléphone, télégraphie et téléphonie sans fil, doivent être employées avec modération. Elles se prêtent aux fuites.

Aux armées, il existe des centraux téléphoniques généraux, et des centraux locaux. Les abonnements sont accordés par le chef d'Etat-Major.

La hiérarchie est l'échelle des grades. Elle est générale, et s'échelonne depuis le soldat de 2e classe jusqu'au maréchal de France. Elle est spéciale, pour certains services. La loi des cadres du 28 mars 1928 a ramené le Service de santé dans la hiérarchie générale.

L'Intendance, le Contrôle, les Chasseurs forestiers, la Trésorerie aux Armées, la Poste aux Armées, possèdent des hiérarchies spéciales. De même les Chemins de fer de campagne.

Dans la Marine, la hiérarchie spéciale persiste et descend du médecin général de 1re classe au médecin de 2e classe.

Les dentistes militaires n'existent encore que dans la réserve. Un décret est en préparation, qui en dotera l'armée active où ils s'échelonneront, depuis le sous-lieutenant, jusqu'au capitaine.

Dans l'armée de terre, on appelle un officier par son grade précédé du mot Mon, qui n'est pas un possessif, mais une altération du vieux mot Mons. Dans la marine, on appelle l'officier par son grade, sans aucune adjonction : Amiral, Commandant. Quel que soit son grade, d'ailleurs, tout officier de marine qui commande un bâtiment, s'appelle Commandant.

Les médecins de l'armée de terre sont désignés par leur grade : Lieutenant, Capitaine... Dans la marine, on les appelle Monsieur le Docteur...

M. Schickelé a terminé sa conférence par quelques renseignements sur les différentes tenues ; grande tenue, tenue de ville, tenue de travail, tenue de campagne. La couleur de la tenue de campagne est le kaki.

Et il a été salué sympathiquement par une salve d'applaudissements, par un nombreux auditoire, qui lui prouva ainsi à quel point il avait su rendre intéressant un sujet dénué de passion.

Le même auditoire avait ovationné chaleureusement le Général Niessel qui, au début de la séance, avait tenu à faire ses adieux à une école auprès de laquelle il a toujours trouvé

l'accueil le plus respectueusement affectueux (le mot a été dit). Atteint par la limite d'âge, il abandonne l'Inspection des Ecoles d'Instruction, dont le plus grand nombre actuel groupe des Officiers de réserve, mais qui comptent un nombre de plus en plus élevé de centres d'enseignement pour les sous-officiers de réserve. Le Général a fait appel aux médecins, qui pénètrent dans tous les milieux et y exercent une influence indéniable, pour qu'ils fassent une propagande soutenue en faveur de ces Ecoles qui, à côté de leur rôle militaire, sont appelées à jouer un rôle social très bienfaisant.

Lorsque le Président Walter, remerciant à son tour le Général Niessel, lui a très cordialement serré la main, l'amphithéâtre, debout, a applaudi à outrance.

G. DUCHESNE.

IDÉES MÉDICALES NOUVELLES

Cliniques modernes (1)

Dr FRUMUSAN

Au moment où les Assurances sociales, offrant à leurs affiliés les avantages de la Médecine préventive, vont être amenées à faire appel aux Centres de diagnostic, il nous a paru intéressant de publier ce chapitre d'un récent ouvrage du Dr Frumusan, qui traite précisément la question de ces Centres, leur utilité, ce qu'on peut leur demander, comment enfin ils doivent être compris et fonctionner pour répondre à leur objet.

N. D. L. R.

A mesure que la science médicale s'élève et embrasse un horizon plus vaste, elle s'épure, se débarrasse de la gangue d'erreurs, dont les siècles d'empirisme l'ont alourdie et obscurcie. Elle devient de plus en plus simple, de plus en plus claire. La multiplicité actuelle des théories, des médications, des recherches, n'est qu'une apparence de chaos : mince pellicule d'écume produite par l'effort de clarification, qui, une fois enlevée, laissera resplendissante sa belle limpidité. Quelques groupes à peine d'énergies agissantes et spécifiques, correspondant aux modifications pathologiques essentielles, sources de nos déséquilibres multiples et compliqués, resteront debout. Le reste, l'innombrable marée de médications et de théories, sombrera dans l'oubli, rejoignant les vagues antérieures qui ont fait tant de bruit, et qui ont disparu en laissant si peu de traces.

Mais ces groupes d'énergies, réellement agissantes et spécifiques, devront être manipulés avec une grande précision, dirigés vers les organes défaillants dans un faisceau mûrement combiné, appliqués dans un ordre, et avec un dosage rationnellement établis. Pourrons-nous concevoir une pareille médication, manipulée au hasard, n'ayant pas pour évoluer, un champ de bataille exactement repéré et minutieusement étudié ?

En face de cette thérapeutique simple, composée d'agents réellement spécifiques : *chirurgie simple* ou *greffe*, *myothérapie*, *opothérapie*, *bactério-thérapie*, *agents physiques*, *désintoxication*, etc., il faut donc dresser un diagnostic précis. A l'heure où la clinique, déjà si riche en méthodes d'investigation, voit venir à son secours le laboratoire et l'introspection de l'organisme par les rayons X, il n'est plus permis de s'arrêter en chemin, de se contenter de l'aide incertaine et faillible des sens. L'heure de la petite consultation rapide et superficielle est passée. On exige, pour formuler un diagnostic motivé, une telle série d'investigations biométriques, que le cabinet de consultation doit s'annexer un certain nombre de compartiments, où jadis le médecin pénétrait rarement.

C'est cette nouvelle conception d'analyse biométrique du malade, qui commence à créer partout le nouvel organe d'examen, ces centres de diagnostic et de cure, déjà en plein développement aux Etats-Unis et dans certains pays d'Europe. Celui des frères Mayo, les célèbres chirurgiens de Rochester, a été déjà maintes fois décrit et admiré dans les revues scientifiques françaises. Le professeur Gosset en a parlé, comme seul il sait le faire, dans son discours inaugural au Congrès de chirurgie de 1928, et son centre de diagnostic chirurgical de la Salpêtrière peut servir de modèle du genre. Les centres de diagnostic médical sont moins connus, mais ils méritent, comme les autres, une étude attentive.

***

Le malade se présente en général devant son médecin avec un mince faisceau de sensations subjectives, que celui-ci recueille et tâche de

(1) Idées médicales nouvelles, Dr Jean FRUMUSAN. (Editions de la *Revue mondiale*, 45, rue Jacob, Paris.)

compléter par un examen sommaire des viscères et des réflexes. Quelquefois, une analyse d'urine s'y ajoute, et c'est tout. Combien d'erreurs de diagnostic, combien de traitements décevants sont dus uniquement à cette pauvreté de tests biométriques, à mailles trop larges pour capter la vérité ! Ce malade, que nombre de médecins ont traité comme un nerveux, est tout simplement infesté de parasites intestinaux, que personne n'a recherché dans les selles ! Cet autre, qui se plaignait constamment de ses digestions, et qui a été traité pendant des années comme dyspeptique est, en réalité, un aortique ignoré, parce que même les médecins, qui ont eu l'idée de lui faire examiner le tube digestif aux rayons X, n'ont jamais pensé à étudier le cœur et l'aorte.

Voici l'hydrémique qu'on s'acharne à soigner comme un obèse, parce que personne n'a étudié son sang, parce que personne ne s'est rendu compte que son excédent de poids est dû aux masses hydriques retenues dans les tissus, et non à la graisse.

Voici un autre nerveux, surexcité, à palpitations et angoisses, soigné depuis des années par les calmants, qui n'est qu'un hyperthyroïdien méconnu !

Combien j'ai vu d'hydrémiques gonflés d'eau, qu'on s'acharne à faire perdre du poids par des remèdes et des régimes ! Combien d'obèses vrais, à reins délicats, suant de force dans des bains de lumière ou de chaleur, rendant par jour un litre d'eau liquide si précieux pour leur circulation ! On vient même de créer en Allemagne et on répand partout un ingénieux appareil à projeter de la paraffine chaude à 60 degrés, pour déterminer une transpiration intense. L'emploi de cet appareil, qui peut rendre des services dans le *traitement local des névralgies, des arthrites*, etc., est criminel quand il s'agit d'obèses, dont la plupart ont une viscosité sanguine trop élevée, et des reins qui fonctionnent mal ! Et cependant, faute d'études biométriques sérieuses, avec une légèreté surprenante, on a fait de cet instrument une panacée contre l'obésité ! On l'introduit dans tous les pays à grand renfort de réclame, pour le traitement du seul déséquilibre organique, où il soit contre-indiqué !

Depuis le progrès des études endocrinologiques, depuis les travaux d'Iscovesco, d'Henri de Rothschild et de Léopold-Lévy, de Voronoff et de Dartigues, on fait partout, au petit bonheur, un peu à tort et à travers, de l'opothérapie et de la greffe. Combien le font après étude biométrique sérieuse du sujet ? Combien se livrent à l'heure actuelle aux opérations délicates, mais indispensables, de la recherche du métabolisme basal ?

***

Evidemment, objecteront nombre de médecins, tous ces tests biométriques sont nécessaires, mais représentent des opérations longues et coûteuses, que le client n'accepte pas ou n'accepte qu'avec méfiance et difficilement. Eh bien, c'est au médecin de faire l'éducation de son malade, de lui faire comprendre que c'est dans son intérêt de subir cette espèce d'anthropométrie clinique, sans laquelle tout diagnostic sérieux est impossible.

Tout déséquilibre organique, quel qu'il soit, doit passer par une filière d'épreuves nécessaires pour la connaissance de la déviation fonctionnelle, pour l'appréciation du degré de cette déviation, pour la prévision de la possibilité du redressement. Il est indispensable de connaître le *sang* avec sa valeur physico-chimique et chimique, son histologie, ses formules globulaires et leucocytaires, ses séro-réactions, ses rapports avec l'urine ; les *urines* avec leurs rapports urologiques, leurs éléments anormaux, leur bactériologie ; les *fèces* résultat de l'assimilation, avec leurs réactions diverses et leur flore, si importante dans le diagnostic et le traitement des troubles de l'assimilation ; les *sécrétions gastriques* ainsi que les sécrétions anormales des divers organes.

Enfin, il est de première importance d'étudier *le métabolisme basal*, qui nous renseigne sur l'équilibre glandulaire et nous donne souvent la clef de tant de troubles inexplicables, en apparence. C'est une nécessité tout aussi impérieuse de suivre aux rayons X les fonctions digestives, le travail du cœur, l'aspect de celui-ci et de l'aorte, les poumons, ainsi que tout organe qu'on suspecte.

La question se pose évidemment, si le cabinet médical peut normalement comporter ce développement des recherches biométriques, qu'exigent une place considérable, beaucoup de temps, des études spéciales longues et coûteuses, des techniques multiples et délicates qu'un seul homme ne peut cumuler.

La réponse se formule d'elle-même : il faut spécialiser le diagnostic. Il faut créer de grands centres de biométrie, où le médecin, après l'examen fait en son cabinet, dirigera son malade avec des indications sur l'orientation spéciale des recherches. Le centre de diagnostic étudiera le malade sur toutes les coutures, en insistant spécialement sur les directives données par le médecin traitant. Il établira une fiche biométrique complète, avec laquelle le malade retournera à son médecin, lui permettant, grâce à elle, de baser sa thérapeutique sur un solide échafaudage de tests, sur des données tangibles. Un diagnostic sûr, c'est plus de la moitié du chemin fait sur la route de la guérison. Quelle joie pour le médecin traitant de pouvoir partir sur une route bien tracée, sans tâtonnements ni hésitations ! N'est-ce pas la peine de faire, sur ce point,

l'éducation du public, de lui faire toucher du doigt les avantages obtenus moyennant un petit sacrifice de temps et d'argent ?

***

Comment concevoir ces centres de diagnostic ? Touchons d'abord une corde délicate et veillons, par dessus tout, à ce que les règles de déontologie soient strictement observées. Il est indispensable que le médecin traitant soit assuré avant tout de l'absolue honnêteté de ces centres. Il faut qu'il ait la certitude qu'on ne cherche pas à détourner de lui son malade. Il doit être entendu qu'on se tient strictement aux directives du médecin traitant, et qu'on lui renvoie le malade nanti de son dossier biométrique. Le médecin doit avoir la certitude que l'institut biométrique fonctionne pour lui et par lui.

Est-ce à dire qu'en aucun cas, aucun traitement ne puisse être appliqué ? Telle n'est pas notre pensée. Mais, c'est le médecin traitant seul, qui est qualifié pour faire appel, en vue d'un traitement déterminé, à un centre de diagnostic. Un grand appareillage physiothérapique est nécessaire en biométrie : générateurs de rayons X, courants électriques pour l'électro-diagnostic, ultra-violets pour les diagnostics dermatologiques, etc. Les médecins peuvent donc confier leurs malades aux centres pour tous les traitements physiothérapiques, depuis la radiothérapie jusqu'à l'ionisation électrique, depuis la douche ultra-violette jusqu'aux applications de haute fréquence. Mais il faut qu'ils soient sûrs d'y trouver des collaborateurs sincères et travaillant de tout cœur avec eux au résultat final : la guérison du malade.

Les centres de diagnostic doivent donc être en même temps des centres de cure exécutant, sur prescription du médecin traitant ou en collaboration avec lui, des cures suivies et surveillées, cures d'agents physiques, cures diététiques, tout ce qui demande, en un mot, un appareillage délicat, une continuité et une durée dépassant les possibilités d'un cabinet médical, une surveillance constante, qui ne peut s'exercer que dans une maison spécialement créée pour cela.

Ces desiderata nous indiquent sur quelles bases doivent être organisées ces cliniques modernes, mises à la disposition du corps médical et répondant aux nécessités impérieuses des conceptions actuelles. Une maison de régimes d'abord, avec cuisines spécialement adaptées pour permettre les repas d'épreuve les plus délicats, les régimes les plus minutieux, les combinaisons culinaires les plus hardies. Donc, un chef intelligent, comprenant l'importance de sa mission et rompant courageusement avec la routine. Une section de radiologie permettant toutes les utilisations des rayons X. Une section d'agents physiques comportant toute la gamme des énergies naturelles, depuis l'hydrothérapie jusqu'aux plus délicates applications de la diathermie, de l'électrothérapie, de la photothérapie. La culture physique et la kinésithérapie à la place d'honneur, confiées à des mains compétentes. Enfin, un directeur rompu aux méthodes biométriques, qui sache demander aux laboratoires les analyses et les recherches nécessaires, qui soit capable de les grouper, de les interpréter, de souligner pour le médecin traitant les points délicats, les déviations fonctionnelles menaçantes, les prévisions pour l'avenir de l'organisme menacé, de tracer le programme même d'une restauration, si le médecin traitant demande sa collaboration à ce sujet.

Une quantité de maisons de ce genre ont été organisées en Allemagne, en Autriche, en Suisse. Les médecins de ces pays y ont recours chaque fois qu'il faut étudier à fond un malade, qu'il faut le suivre au jour le jour en dosant la nourriture, en mesurant son utilisation par l'organisme, bref, dans tous ces cas de déséquilibre profond, où des applications quotidiennes d'énergies naturelles sont indispensables pour la bonne réfection de l'organisme délabré.

En France, les maisons similaires sont inexistantes, parce que leur installation, très coûteuse, demande des capitaux importants impossibles à trouver. Et aussi, parce que le praticien n'est pas habitué à cette manière d'envisager la pratique médicale, et ne sait pas l'imposer au malade. Il se heurte à la vieille routine de la consultation rapide, de la prescription médicale immédiate, de la répugnance du malade à consacrer, à une cure sérieuse du temps et de l'argent.

C'est cependant au médecin praticien de changer tout cela, de faire comprendre au malade l'intérêt de l'examen sévère et de la cure réellement efficace, sous peine de se voir bientôt déborder par les exemples et les faits eux-mêmes, qui commencent à porter des fruits éclatants. Il ne faut pas que, par inertie, ils se voient supplantés par des groupements médicaux, qui veulent réunir les traitements et les centres de diagnostic, de façon à supprimer le bon médecin de famille, nécessaire cependant à mon avis. C'est lui, qui doit rester le conseiller et le notaire de la santé des familles. C'est lui, qui doit devenir le trait d'union entre le malade et les maisons de cure, le conseiller et le contrôleur des examens et des traitements, l'éducateur et le guide du malade.

Avec sa collaboration et sous son égide, quand il en comprendra toute l'importance pour lui et son malade, la maison de diagnostic et de cure remplira le grand vide, qui menace l'édifice thérapeutique actuel. Elle sera, en même temps que la meilleure collaboratrice du médecin, le meilleur soutien du malade, le conduisant par des voies certaines et rapides vers la guérison.

VISITE AU SALON DE L'AUTO

Pour le médecin et surtout celui de province, le mois d'octobre représente deux grandes dates : celle des congrès et celle du salon de l'Auto.

Les premiers satisfont son désir de science, ils montrent le développement de la technique médicale ou chirurgicale, le second correspond à une nécessité de sa vie professionnelle : l'Automobile.

En venant au salon le praticien se demande : « la firme à laquelle je suis fidèle, lance-t-elle « un nouveau modèle ? A-t-elle introduit des « perfectionnements dans sa fabrication ? Ma « voiture commence à se fatiguer : vais-je la « remplacer par une auto de même marque, ou « vais-je essayer la X dont on dit grand bien ? »

Aussi à peine sorti des séances des congrès scientifiques, le praticien se rend-il au Salon. Suivons-le.

Nos constructeurs d'auto auraient-ils adopté la méthode américaine, consistant à multiplier la publicité en période de crise pour attirer la clientèle ? En effet la première remarque qui vous frappe est une foule dense entourant les modèles exposés. Si, peut-être, les carnets des vendeurs se remplissent moins vite que les années précédentes, le nombre des véhicules exposés n'est pas réduit ; les abords du salon de l'Auto (sa succursale en plein air) présentent toujours le même embouteillage de véhicules d'essais et le sol a toujours le même tapis de prospectus.

Après une visite des stands quelle idée peut-on se faire du XXV[e] salon de l'Automobile ?

Avant son ouverture, les bruits les plus divers couraient : la révélation du salon devait être la traction avant. Ne parlait-on pas d'un constructeur de voitures moyennes, qui, ayant racheté un brevet connu, devait lancer en grande série, des véhicules munis de ce perfectionnnement ? La roue libre par son apparition sur de nombreux types de luxe est l'enfant chéri des chroniqueurs. Ce n'est pas une nouveauté, et son application n'est pas encore tombée, comme on ne craint pas de l'affirmer dans certains périodiques, dans le grand domaine public.

La boîte de vitesse synchronisée gagne par contre beaucoup de terrain : la plupart des voitures au-dessus de 10 CV sont équipées de boîtes à deux vitesses silencieuses. Cependant les quatre vitesses silencieuses sont encore l'apanage des voitures de luxe, alors que Mathis, avec son modèle 17 CV se place à l'avant de la démocratisation de ce perfectionnement.

La boîte de vitesse automatique à relai magnétique est encore le monopole de Voisin, dont les véhicules ne sont pas à la portée du grand public.

Il n'en est pas moins vrai que tel perfectionnement, jusqu'ici réservé aux automobiles de grande classe, se voit amélioré, industrialisé en grande série, pour, progressivement faire son apparition sur les voitures utilitaires.

La caractéristique de ce salon est justement le souci de la finition du châssis, de l'amélioration des accessoires, qui ne sont plus l'apanage des types de luxe. En ce vingt-cinquième salon, les constructeurs d'automobiles semblent s'être mis d'accord pour stabiliser le coût d'achat, mais en même temps séduire l'acheteur par les perfectionnements apportés.

Le centre de gravité a été abaissé, supprimant ainsi le dandinement que les voitures légères, aux moteurs poussés, avaient souvent tendance à prendre sur la route. Les carrosseries ont été élargies, rendues ainsi plus confortables ; leurs accessoires exposés à la rouille sont chromés au lieu d'être traditionnellement nickelés. Le carburateur à starter de Solex vient éviter au médecin la difficulté des départs par les temps les plus froids.

Indiquons en même temps pour la femme du médecin qui veut, coquette, une carrosserie spéciale, que la mode est aux teintes claires et qu'une bande de nickel coupant la caisse en son milieu est du dernier chic.

Après ce coup d'œil d'ensemble, arrêtons-nous un moment aux principaux stands.

Amilcar. — Comme la plupart des marques, cette maison a répondu au désir de la clientèle : plus de perfectionnements pour un prix égal. Les freins et la suspension de sa 7 CV, appréciée des amateurs de vitesse, ont été particulièrement soignés. Carrosserie plus large, au centre de gravité abaissé, tableau de bord plus luxueux et complet, direction améliorée, telles sont les caractéristiques du modèle 7 CV exposé.

Par sa souplesse et le fini de ses carrosseries la 8 cylindres 13 C. V. de cette marque, fait l'objet de bien des convoitises.

Berliet. — Présente sa 9 CV qui est livrée soit avec soupapes latérales, soit à culbuteurs. Son modèle de cabriolet décapotable 4 places est très admiré. Cette carrosserie est une des rares qu'on rencontre encore en série sur des voitures de force moyenne.

L'amateur de randonnée en voiture découverte trouvera grande satisfaction dans ce modèle.

Berliet continue sans changements notables sa série des 11 et 19 CV, 4 cylindres et ses 6 cylindres de 11, 16 et 22 CV.

Chaigneau - Brasier. — En dehors d'un très beau châssis avec traction avant, modèle de grand luxe, cette marque présente un modèle de 4 cylindres 7 CV dont la réalisation est intéressante.

Chenard. — A modifié considérablement son châssis 9 CV; l'alésage a été réduit et le nouveau modèle 8/10 n'est plus imposable que pour 8CV. Le remplacement de la pipe d'admission supprime les vibrations que le moteur était tenté de prendre aux allures hautes. Chenard a adopté le carburateur à Starter, auquel il a été fait allusion plus haut. Enfin sa carrosserie est plus spacieuse, plus basse, plus finie.

En résumé, résistante, économique, et rapide, voiture de grande classe dont le médecin peut attendre satisfaction. Elle est livrée au prix de l'ancien modèle.

La marque de Gennevilliers présente encore une 12 CV 4 cylindres avec embrayage à accouplement élastique. Son modèle 14 CV 6 cylindres se fait en type Montléry, dont le moteur en acier spécial permet les grandes vitesses. Sur demande, Chenard, créateur de la roue libre en 1920, l'adapte sur ses modèles 12 et 14 CV.

Citroën. — Présente au salon la C. 4 et la C. 6 G dont le moteur a vu son alésage accru en même temps que sa puissance fiscale 10 et 15 CV. au lieu de 9 et 14. Les chemises d'eau plus longues assurent un meilleur refroidissement. Ses modèles de série sont devenus plus luxueux, et tout en restant au même prix, la C. 6 normale a été dotée des accessoires et de la finition réservés l'an passé à la C. G. L. de luxe. Ce modèle peut rivaliser avec les plus belles voitures du salon.

Citroën lance également un modèle de 9 CV. correspondant à l'ancienne C. 4 F., dont le prix est incontestablement une révélation, puisque la conduite intérieure est livrée pour 21.500 francs.

Delage. — N'a pas modifié la présentation de ses modèles soignés D. S. 6 cylindres, 14 CV. ; D 6 17 CV. et sa voiture de grand luxe, rapide, souple et silencieuse la D 8 23 CV.

Delahaye. — Le traité qui liait cette firme à Chenard a été dénoncé. Chacune de ces marques a maintenant ses châssis personnels.

La caractéristique des modèles Delahaye est leur carrosserie particulièrement soignée, un châssis 9 CV qui est la réplique de l'ancien, un modèle 14 et un modèle 16 CV. Enfin le stand Delahaye expose des voitures rapides avec moteur à culbuteur, carburateur Down craff, facilitant la carburation et les reprises, et 2 vitesses silencieuses.

Modèle conduite intérieure 12 CV. 39.000 francs.

Delaunay-Belleville. — Voici encore une voiture de grande classe et de grand luxe, qui peut avantageusement concurrencer les meilleurs modèles américains : type 13 CV. 4 cylindres, 17 CV. et 21 6 cylindres, 23 et 28 CV8 cylindres. Delaunay livre encore deux modèles sport avec soupapes en tête 17 CV et 21 6 cylindres.

Le modèle 13 CV est présenté luxueusement. Les autres types exposés montrent le même soin, la même finition et le luxe auxquels les précédents salons nous avaient habitués de la part de cette marque.

Fiat. — Nous avons regretté que l'affabilité française ne soit pas en honneur au stand de la marque italienne, et nous n'avons pu nous procurer auprès des agents de cette firme les renseignements techniques demandés. Signalons l'apparition de modèles nouveaux, simples adaptations de châssis ayant fait leurs preuves. La carrosserie a été perfectionnée et les anciens modèles de luxe sont maintenant livrés aux prix des véhicules de série.

Ford. — Par sa ligne à la française, la carrosserie de ces voitures est maintenant digne des qualités mécaniques et de robustesse, qui furent toujours l'apanage de ces voitures. Ford s'en tient toujours à la 4 cylindres de forte cylindrée qui fut longtemps le credo de la voiture américaine. Elle est livrée à la demande de l'acheteur soit avec un moteur de 14 soit de 19 CV.

Hotchkiss.—A conservé les types présentés aux derniers salons. La gamme des châssis de cette firme ont les qualités de vitesse et de robustesse, qui peuvent satisfaire le médecin le plus exigeant.

La Licorne. — Présente cette année un modèle 6/8 CV. dont le succès égale celui de l'ancien châssis toujours fabriqué : le 5 CV. La carrosserie a été particulièrement soignée. Elle reste une voiture rapide (Bol d'Or) robuste (ses succès aux routes pavées), économique, (lauréate du bidon de cinq litres). Elle peut rendre au praticien de campagne les plus grands services (conduite intérieure à partir de 21.500 francs).

Mathis. — Présente un modèle 5 CV. la T. Y. digne de son aîné le châssis P. Y. 7 CV. aux reprises foudroyantes, grimpeuse infatigable.

Ce modèle a vu son prix abaissé de 1.000 francs. Le poids, voilà l'ennemi : telle est la caractéristique de cette marque. Grâce à cette formule elle a créé des voitures qui, sur la route font preuve d'étonnantes qualités.

La firme strasbourgeoise présente encore un nouveau modèle sport 10 CV. 6 cylindres.

Signalons que la foule se presse autour d'un modèle de grand luxe au prix réduit : l'hémy huit 8 cylindres 17 CV. doté des derniers perfectionnements : boîte de vitesse silencieuse, dispositif de réglage des amortisseurs en marche, et de l'enfant chéri du salon : la roue libre. Ce modèle peut être livré à partir de 45.000 francs.

Panhard. — Expose ses modèles de grand luxe. Moteur sans soupapes avec chemises d'acier nitruré, graissage perfectionné, dispositif de décalaminage, 4 vitesses silencieuses. C'est une voiture qui fait honneur à la construction française.

Peugeot. — Grosse affluence au stand Peugeot qui voit de jour en jour s'affirmer le succès de sa 201. Il lance cette année le type « Confort » dont la caractéristique fondamentale est la suspension par roue indépendante. C'est la première fois que ce perfectionnement figure sur un modèle de série.

Enfin les carrosseries ont été élargies.

Peugeot continue par ailleurs son chassis 12 CV. 6 cylindres doté comme la petite 201 de carrosserie de grand luxe.

Renault. — « Renault a-t-il encore changé son capot ? » Telle est la grande question que les fidèles de l'usine de Billancourt se posent chaque année avant le salon. Le nouveau modèle présenté cette année fait ressembler les châssis aux modèles Chrysler.

Continuant sa gamme de force, Renault lance cette année la monaquatre, 7 CV 4 cylindres remplaçant l'ancienne 6 CV dont le facteur vitesse a été considérablement amélioré. Sa primaquatre de l'an passé, voiture confirmée par le succès a vu sa carrosserie rendue plus confortable.

Signalons sa vivaquatre à la carrosserie large et spacieuse, véritable voiture de famille, et son modèle médical dont les sièges amovibles peuvent être remplacés par un brancard.

Rosengart. — La 5CV., voiture de ville par excellence ; cette voiture, qui, pour sa plus grande publicité a excité la verve des chansonniers et des créateurs de « bonnes histoires », a maintenant une grande sœur : la 6 CV. 6 cylindres.

Dans ces types, le châssis est un châssis entier. Partout où c'était possible, les graisseurs ont été remplacés par des silent blocs ou des bagues graphitées d'un entretien facile.

Dotée d'un servo frein, la 6 cylindres Rosengart atteint facilement le 90 à l'heure et dans les côtes elle fait merveille.

La conduite intérieure est livrée carrossée à partir de 22.800 francs.

Salmson. — Cette maison, grande spécialiste du moteur d'avion léger, présente cette année un châssis S. 4 7 CV. réplique du modèle 1930, mais perfectionné. Salmson s'est attaché à la carrosserie, qui a été abaissée et élargie. Tous ses accessoires sont chromés, les glaces sont en Sécurit. Enfin la S. 4 a été dotée d'une boîte de 4 vitesses, dont deux silencieuses.

Scima Standart. — Cette maison est spécialiste de la petite voiture. Elle présente des modèles inspirés directement de la 5 CV Citroën ; les pièces de ses deux modèles sont interchangeables avec celles de la réputée petite voiture, dont le constructeur de Javel a abandonné la fabrication. Le modèle 5 CV est livré carrossé en conduite intérieure à 18.900 et le 7 CV. à 19.400.

Talbot. — Encore une voiture de grande classe. Talbot continue sans changement notable, la présentation de ses modèles 11, 14 et 16 CV 6 cylindres et son modèle de grand luxe 8 cylindres 22 CV.

Unic. — Sans grands changements mécaniques les modèles de cette firme ont vu leur carroserie plus soignée et les accessoires complétés. Unic livre maintenant ses voitures équipées d'un gonfleur automatique de pneus.

***

Parcourons rapidement les stands de voitures de grand luxe, avant de nous rendre au premier étage, où les accessoires retiennent notre attention ; nous voyons au passage les perfectionnements réservés aux voitures : Voisin, changement de vitesse automatique ; Bucciali et son modèle superbe de traction avant ; Hispano et son moteur 12 cylindres en V ; Auburn et sa roue libre ; Cord et sa traction avant ; Graham et sa roue libre.....

Délaissant ces voitures aux prix astronomiques le rayon des accessoires sollicite maintenant notre attention.

La carrosserie Silentbloc articulée augmente et le silence et la vie de la carrosserie.

Les phares sont, dans la voiture l'un des points sur lequel le médecin porte particulièrement son attention. Roulant à toutes heures de la nuit, par des chemins souvent étroits, tortueux, défoncés, le praticien de campagne veut voir clair. Marchal présente le Strilux, dont la qualité optique ne le cède pas à l'élégance.

L'Annexip possède deux systèmes optiques, solution élégante du code de la route et de l'éclairage intensif que nous désirons (1). Le Pilot Ray est un phare pivotant qui permet d'éclairer les virages. C'est également à cet objet que répond le Pivolux de la maison Repusseau ; dans ce

(1) Nous avons publié dans le n° 44 du 1er novembre 1931 une petite étude au sujet de ce phare code absolument remarquable.

N. D. L. R.

modèle l'orientation des phares est solidaire des roues avant.

Prévenir le véhicule qui vous suit que l'on va changer de direction imposait jusqu'alors de sortir le bras hors de la voiture, mais comment indiquer que l'on va virer à droite, lorsque la conduite est à gauche et réciproquement ? L'indicateur de direction le Luxor pare à cet inconvénient. Il se compose d'une tige lumineuse qui vient prendre la place d'un bras.

De plus en plus les autos marchent avec un allumage par batterie. Si les accumulateurs lâchent il est impossible de repartir. Le Reserwath prévient cet accident et pour l'allumage tient le rôle du bidon de secours pour le carburant.

Une autre panne à laquelle le médecin de campagne est souvent assujetti, c'est la crevaison de pneus. Changer un pneu sur la route est souvent malaisé. Glisser le cric sous l'essieu est difficile à réaliser, outre le danger de glissement du cric. Le cric Desber est un appareil fixé à demeure. En appuyant sur un bouton la voiture se soulève d'elle-même. Moins onéreux que ce dernier, est l'adaptation d'un guide sous les quatre essieux. Il n'y a qu'à glisser le cric dans les gorges prévues sans tâtonnements possibles.

Gergovia lance un cric à « pince de homard » qui rend le glissement de l'appareil impossible. Enfin le Lift des établissements Crico est un petit appareil de levage hydraulique pouvant aisément se glisser dans le coffre à outils.

Pour nettoyer les carrosseries, signalons le Carpol qui nettoie les vernis sans qu'il soit besoin d'un lavage préalable, difficile parfois à réaliser. Pour les draps de carrosserie, la maison Als Thom vient de créer l'aspirateur portatif rêvé.

Enfin, parmi la masse des appareils qui attirent notre attention, signalons la présentation d'un nouveau pneu de Dunlop le « Track Grip », qui, par son profil transforme la voiture en « chenille ». Ce pneu mord le sol et il fait merveille sur les terrains sablonneux ou les chemins glaiseux. Le médecin qui l'adopte n'aura plus à craindre le patinage, voire l'enlisement où il lui arrive de s'immobiliser. Ce pneu par son profil, permettrait également la suppression de la chaîne dans les pays montagneux souvent couverts de neige.

En quittant le salon de l'auto, le médecin se réjouit de voir les perfectionnements apportés à la voiture de force moyenne, à sa voiture de travail.

P. R. BAGLIN.

LA PAGE SANS MÉDECINE

....Vous parleriez comme je parle, si vous sentiez comme je sens.....

(Henri de MONTHERLANT.)

CDLXVI. — STENDHAL. — **Théâtre.** Trois volumes 10 × 16 formant un ensemble de 1270 pages. Etablissement du texte et Préfaces par Henri MARTINEAU. Edition tirée à 1825 exemplaires numérotés sur vergé Lafuma. *Le Divan*, Paris, 1931.

Notre érudit confrère, M. Martineau, qui s'est voué avec une intelligence critique fort avertie au dépouillement des manuscrits stendhaliens de la Bibliothèque de Grenoble, publie dans ces trois copieux volumes une masse considérable de documents, qui révèlent quelle part l'art dramatique tint dans les préoccupations de Stendhal. La sortie de cette édition, *très clairement* établie, doit être spécialement signalée, car, à ce jour, aucune publication d'ensemble, de cet ordre, n'avait été tentée. Une introduction générale substantielle ouvre le premier volume et, pour chaque essai, une notice détaillée expose les particularités de composition de la comédie, de la saynète ou de la tragédie, qui va être transcrite. Stendhal n'en mena aucune jusqu'à la rampe. Parmi ce foisonnement prodigieux d'idées, toutes ne pouvaient pas arriver à maturité, et quelques scénarios sont restés à l'état de projet. La plupart avaient reçu un développement scénique assez poussé. Et rien n'est plus précieux pour nous permettre de saisir sur le vif la mécanique intellectuelle de Stendhal, pour l'étude de ses idées (puisqu'ici encore il utilise largement les documents autobiographiques transposés), pour celle de son esprit et pour celle encore de sa méthode de travail : car M. Martineau n'a pas borné ses recherches aux textes dialogués, mais a aussi rapproché et groupé, autour de chacun d'eux, les observations et les remarques connexes de Stendhal. On parle avec ostentation et déférence dans certains cénacles littéraires, à propos de centenaires en général, d'éditions « *monumentales* ». Ces trois petits volumes, fruits discrets d'une sagace et merveilleuse patience, me semblent bien davantage mériter cette appellation, qui n'est pas toujours, ni forcément, fonction du kilogramme-papier.

CDLXVII. — Benjamin CRÉMIEUX. — **Inquiétude et Reconstruction.** 1 vol. 12 × 19. — Essai sur la littérature d'après guerre : Inventaires. *Editions Corrêa,* Paris, 1931, 15 fr.

Il est curieux, extrêmement curieux, de voir un critique littéraire, de l'envergure de M. Crémieux, tomber au cours d'un livre, juste, profond et bien ordonné, dans de singulières erreurs d'évaluation. Son panorama n'a-t-il pas pendant la composition été revu avec un recul suffisant ; son inventaire a-t-il été établi sur des valeurs d'inflation ? Il y a là dans la texture une énigme, dont nous n'avons pas à nous préoccuper outre mesure : peut-être tout simplement, abusé par le vacarme considérable que font ces jeunes gens, M. Crémieux a-t-il hâtivement conclu qu'ils étaient occupés à la propagande et à l'édification de quelque grand'œuvre. Nous verrons qu'il n'en est rien. Parmi les idées les plus vraies de M. Crémieux, nous retiendrons surtout son thème des *faillites* successives : son exposé de cet effondrement. Mais il me semble abusif de faire les parts aussi tranchées entre les générations d'*inquiétude* et celles de *bâtisseurs.* Au retour du carnage sans nom, nous avions le droit d'être *inquiets* et désemparés. Et il nous était loisible de distinguer entre cette inquiétude, cette hébétude physiologique comme au sortir d'un cauchemar et ce désarroi veule, ce narcissisme pommadé et faisandé, ce nietzschéisme d'invertis et de jeunes gloires, auxquelles vous pensez peut-être qu'est réservé le devoir de reconstruire. Il y a eu après-guerre *une inquiétude motivée et* FORMULÉE : celle de nos générations. Nous n'avons pas tous courbé le front à la rencontre de l'adversité ni lâché la truelle. Vous avez noté ce que peut le ressaut de ces énergies, que celle de Montherlant symbolise avec leurs défaillances « *alternées* » (1) passagères et excusables. Il nous eût été agréable aussi de vous voir parler de cette tentative de réaction à l'inquiétude, de réaction ratée et minable de Salavin, où s'exerce la redoutable ironie de Duhamel. Mais vous vous étendez à loisir sur cette *inquiétude* INFORMULÉE à forme de psychose collective, d'incohérente logorrhée, où quelques efféminés ont épanché leurs cris et leurs soupirs de petites folles. Je crains, M. Crémieux, que ces gens-là ne soient pas capables de *reconstruire* grand-chose. Planter : à peine, M. Crémieux ; mais bâtir, je ne crois pas !

CDLXVIII. — Marcel HAMON. — **Le Pérot**. Roman. 1 vol. 12 × 19. *Editions Littéraires et Techniques,* Paris, 1931, 12 fr.

(1)... Le monde mérite qu'on l'aime, qu'on le rie et qu'on pleure. Et c'est sans doute pourquoi, sans le vouloir expressément, je le traite de toutes façons tour à tour.... (*Henri de Montherlant* : lettre inédite).

L'œuvre du Docteur Hamon, et en particulier ce nouveau roman, démontre bien, au sortir du livre précédent, la réalité de cette inquiétude, que dépeint M. Crémieux, et qui, même hors du domaine littéraire, ravage, par-delà les héros de Hamon, les consciences, les intelligences, les sentiments. Vertiges, troubles attirances, où sombrent bonnes résolutions et actes velléitaires et qui font de cet avocat célèbre un ermite (1). Mobiles tortueux, où la noblesse de nature saura retrouver plus tard quelque aliment à son remords. Et, autour de cette donnée centrale, s'agite cette humanité larvaire, misérable, falote, où Hamon recrute l'émouvante figuration de ses livres, et où voisinent des figures de gibet, de révolution et de carême, dans une pénombre où s'ébattent à loisir leurs vices et tout ce qu'ils cachent de monstrueux, avec des fluorescences discrètes de pourriture dans la nuit.

CDLXIX. — M. YOURCENAR. — **La Nouvelle Eurydice.** Récit. 1 vol. 12 × 19. *Editions Grasset,* Paris, 1931, 15 fr.

Encore un roman d'ombres, mais où l'influence de François Mauriac jette comme un voile de précise désespérance ; angoissante incertitude du cœur, tâtonnements de l'espoir autour d'un amour mort. Seule semble survivre l'amertume des regrets, dans un jour gris d'élyséenne et calme solitude.

CDLXX. — Antoine DE SAINT-EXUPÉRY. — **Vol de Nuit.** Roman avec préface d'André Gide. 1 vol. 12 × 19. *Editions de la Nouvelle Revue Française,* Paris, 1931.

Voilà un livre, dont l'auteur a du sang dans les veines, et qui se serait fort correctement taillé sa place dans la bataille, même si André Gide ne l'avait pas présenté au public. Il a de robustes envolées de poème en prose, un équilibre de proportions harmonieux. Il glisse comme ces appareils de vol de nuit, dont on entend au cours des pages monter « *le chant d'orgue* », et qui entraînent dans leur sillage, comme happés par leur essor, des dévouements, des sacrifices, des renoncements de héros placides. L'histoire romancée de cette compagnie d'aviation sud-américaine est écrite *très* simplement, avec une évocation très précise et très attachante de réalités parallèles, telles qu'elles existent certainement là-bas au sol et en vol, et elle atteint une poignante grandeur quand elle nous montre, sous le couvert des précautions scientifiques, l'homme sacrifié pour que vive l'œuvre et la cruauté sans défaillance de Rivière, le chef fanatique que

(1) Le titre du roman ne vient pas d'ailleurs de cette transformation monacale. On appelle « *pérot* » dans les Alpes un sapin, qui domine les autres.

ne peuvent attendrir ni la frayeur, ni les destins écartelés.

CDLXXI. — Victor GIRAUD. — **La Vie romanesque de Chateaubriand.** 1 vol. 14 × 19 illustré de cinq hors-texte. Collection Hier. *Editions Les Œuvres Représentatives,* Paris, 1931, 9 fr.

M. Giraud corrige sans pédanterie l'opinion solennelle, que nous pouvions avoir du grand romantique. Mais, plus que le grand homme, il nous montre l'homme, sa belle vie, sa riche et haute personnalité ; suivant pas à pas son héros, il nous dévoile avec une discrétion (rare chez les spécialistes du « *romançage* » (1) ! !) sa vie sentimentale, ses passions politiques, la genèse de son œuvre littéraire. Il y a dans le livre, de l'enfance malheureuse à la morose vieillesse de Chateaubriand, un prodigieux amoncellement de détails biographiques si bien ordonnés, qu'ils tiennent sans peine en 200 pages et donnent au récit une vivacité soutenue.

CDLXXII. — Camille MAUCLAIR. — **Florence.** L'histoire ; les Arts ; les Lettres ; les Sanctuaires ; l'Ame de la Cité. 1 vol. 12 × 19. *Editions de Boccard,* Paris, 1931.

Ici encore, j'ai intentionnellement rapproché ce livre du précédent, car l'auteur (qui aime à peu près toutes les créatures du Bon Dieu, hormis les médecins) a réussi à nous faire partager ses enthousiasmes, et à tasser, dans un volume extrêmement dense, une foule de renseignements historiques et artistiques sur le radieux rayonnement du passé de cette cité. Les pages les plus fermes, les plus compréhensives, sont celles consacrées aux peintres et aux sculpteurs. Le lyrisme des autres est justifié par l'évocation des grands noms, qui donnèrent à Florence sa splendeur et contribuèrent à sa célébrité. M. Mauclair conduit son exposé avec impartialité : il n'a oublié ni Savonarole, ni Machiavel.

Varia***

Dans la *Revue de l'Agenais* (1) (nº 1 : 58e année), page 50, et signée de Monsieur Bonnat, archiviste départemental, une longue étude, dépourvue de périphrases et consacrée à un gros in-8º, illustré, de 900 pages, curieusement intitulé : *La Faulx du Ministre.*

24 octobre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

(1) Le mot *romançage* appartient en toute propriété à un membre de l'Académie Française (voir *Gringoire* et catalogue 1931 des Editions Firmin-Didot.)

(1) Bulletin de la Société Académique d'Agen. Rédaction : Archives départementales, Agen.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat des Chirurgiens français

Assemblée générale

L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 8 octobre sous la présidence du Professeur J.-L. Faure.

250 chirurgiens y assistaient.

Après l'allocution du président, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour s'est poursuivi dans un ordre parfait.

Les rapports étaient présentés par le Dr Guillaume (de Tours) pour les statuts, le Dr Picard (de Douai) pour les Assurances sociales, le Dr Marquis (de Rennes) secrétaire général pour le tarif chirurgical.

Au cours de la discussion sur les Assurances sociales, le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération a exposé le rôle de la Confédération dans l'élaboration de certaines modalités de la loi et du règlement en ce qui concerne la chirurgie.

Les importantes résolutions suivantes ont été votées :

1º *Adjonction aux statuts actuels d'un règlement intérieur.*

2º *Tarif chirurgical.*

L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français considérant que le tarif chirurgical minimum national, invariable depuis cinq ans, n'a pas à subir de réduction actuelle, décide :

1º De rappeler à tous ses adhérents l'obligation de ne le diminuer en aucun cas, suivant les régions.

2º Toutes les fois que ce tarif sera exprimé par la multiplication d'un chiffre-clé et d'un coefficient, le chiffre-clé minimum 25 devra être partout adopté, tant pour l'acte global que pour le prix de l'acte isolé.

3º *Assurances sociales.*

L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français dans son désir d'une application équitable de la loi, demande :

1º Pour les soins dans les maisons de santé :

a) Couverture équivalente du risque chirurgical et du risque médical ;

b) Remboursement aux assurés sociaux soignés en clinique, des frais d'hospitalisation.

Désirant que, dans le plus bref délai, soient ainsi, d'une part diminuées les charges des assurés sociaux pour les gros risques chirurgicaux pour lesquels l'abus n'est pas à redouter, et que d'autre part le libre choix puisse être respecté.

2° Pour les soins dans les hôpitaux :

a) L'entente directe, partout où elle est réalisable ;

b) Le relèvement du chiffre K, dont la fixation abusivement faible a été arbitrairement fixée au début du fonctionnement de la loi ;

c) Le relèvement du tarif forfaitaire journalier ;

d) Unification pour toute la France du tarif de remboursement.

ADDENDUM. — En dehors de toute responsabilité de la caisse, le corps médical se réserve de faire la preuve qu'un assuré social est, de par ses ressources complémentaires, placé au-dessus de la situation pécuniaire normale des bénéficiaires de l'assurance-maladie, et, dans ce cas, de lui réclamer des honoraires complémentaires.

Syndicat professionnel des Médecins du Médoc

Assemblée générale du 6 *août* 1931 *à Soulac.*

1° Les conventions Caisses d'A. S., Fédération des S. M. et hospitalières ont été conclues le 30 juillet pour la période du 1er août au 31 décembre 1931.

L'article 4 du règlement spécial est maintenu et deux paragraphes sont ajoutés à l'article 5 de la convention.

La discrimination de la 5e catégorie d'assurés est écartée pendant cette durée. Chaque médecin adhérent recevra un exemplaire des conventions.

2° Le Dr Barsoum, de Lesparre, est élu membre actif du Syndicat.

L'assemblée décide de surseoir à l'admission du Dr Robin, de Blanquefort, des renseignemnts complémentaires semblant nécessaires.

3° Le cinquantième anniversaire de la création du Syndicat du Médoc sera solennisé à Pauillac, le dimanche, 29 novembre prochain. Une Commission composée des Drs Granval, Laylavoix, Fouchou, Lapeyrade, Honton est chargé de l'organisation de cette fête à laquelle tous les membres du Syndicat devront assister.

4° La Fédération recommande la Maison du médecin, maison de retraite pour les vieux confrères sans famille, installée à Valenton (S.-et-O.). Il faut adhérer à cette œuvre (51, rue de Clichy, Paris).

5° N'envoyer aux consultations et pour les soins externes des hôpitaux que les malades indigents, la gratuité étant réservée à eux seuls.

Le secrétaire, Dr GRANVAL.

Syndicat des médecins de Toulouse

Mon Cher Confrère,

En juillet dernier le Docteur Delon, président du Syndicat des médecins de Toulouse, adressait à tous les confrères, par l'intermédiaire de la Fédération médicale du Sud-Ouest une note ainsi conçue :

« La loi du 17 juillet 1930, avait décidé que l'article 65 de la loi du 16 avril 1930, relatif à l'impôt sur les patentes si lourd pour les professions libérales entrerait en vigueur le 1er janvier 1932 et qu'à partir de cette date la patente serait uniquement calculée sur le loyer des locaux professionnels.

« Cette réforme vient d'être reportée à une date indéterminée, par le Parlement sur la proposition du gouvernement, le jour de sa séparation.

« Une mesure aussi équitable adoptée d'abord pour le 1er janvier 1931, reportée ensuite au 1er janvier 1932 paraît, dans les conditions actuelles, ajournée à une date certainement lointaine. La patente en 1932 calculée sur la totalité de vos locaux d'habitation (familial, professionnel, garage,...) sera à Toulouse :

pour un loyer de 6.000 fr. de 9.321 fr.
pour un loyer de 8.000 fr. de 12.507 fr.
pour un loyer de 10.000 fr. de 15.694 fr.
pour un loyer de 12.000 fr. de 18.881 fr.
pour un loyer de 15.000 fr. de 23.661 fr.

« si le centime le franc reste le même qu'en 1931 (19 fr. 12) ».

Le même appel adressé à tous les groupements de professions libérales ne resta pas sans réponse et, l'unanimité de ces groupements reconnut la nécessité d'une action commune.

Nos revendications furent à ce moment adressées à tous les parlementaires de la Haute Garonne, et les diverses réponses reçues nous permirent de nous convaincre de la légitimité de notre protestation.

Dès la rentrée de vacances nous provoquâmes une réunion de tous les groupements de professions libérales, dans le but d'organiser une Commission d'étude et de défense des intérêts des professions libérales.

Le 23 octobre, autour du Docteur Delon, président du Syndicat, étaient réunis les avoués d'Instance et d'Appel, les pharmaciens, les huissiers, les stomatologistes et les dentistes, les architectes, les notaires, les hommes d'affaires de Toulouse.

Après un exposé de la question, par notre président, et un échange de vue entre les délégués, l'assemblée décida la création d'une Commission composée d'un représentant par groupement et chargée d'étudier les moyens de faire aboutir nos revendications.

Composition de cette commission :

	représentant :
M. le Docteur Delon, président	les médecins.
M. Debat, secrétaire	les dentistes.
M. Mas,	les avoués de 1re Instance
M. Lahondes	les avoués d'Appel.
M. Higounenc,	les huissiers.
M. Vetirac,	les hommes d'affaires.
M. Thuries,	les architectes.
M. Triniac,	les notaires.
M. Courtis.	les stomatologistes.
M. Jolivet,	les pharmaciens.
M. Laporte,	les avocats.

Un projet d'action commune, étudié d'urgence, a été soumis à l'assemblée tenue le lundi 9 novembre, à 20 h. 30, salle de la Fédération des Syndicats, 3, place du Capitole, Toulouse.

Le Président : Dr DELON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis.) — M. le Professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé ses cliniques le mercredi 4 novembre 1931, à 21 h. 30 à la consultation de la Porte et les continuera les vendredis matins, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique, et les mercredis soirs, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie (avec présentation de malades et de moulages, projections).

Mercredi 18 novembre. — Arsénothérapie : accidents précoces, apoplexie séreuse, érythèmes biotropiques, prophylaxie et traitements.

Vendredi 20 novembre. — Arsénothérapie : accidents tardifs ; viscérorécidives et érythrodermie, anaphylaxies arsenicales, nouvelles données thérapeutiques et prophylactiques.

Mercredi 25 novembre. — Etat actuel de la bismuthothérapie : indications et contre-indications, accidents et anaphylaxie bismuthique.

Vendredi 27 novembre. — Conduite des traitements bismuthiques : produits, doses, techniques, etc.

Mercredi 2 décembre. — Etat actuel des traitements mercuriels : indications et contre-indications : accidents et anaphylaxie.

Vendredi 4 décembre. — Etat actuel du traitement des syphilis nerveuses.

Mercredi 9 décembre. — Techniques actuelles des traitements mercuriels : produits, doses, etc.

Vendredi 11 décembre. — Propagande antisyphilitique (avec projection de films).

Mercredi 16 décembre. — Médicaments antisyphilitiques adjuvants : iodure, soufre, et les nouveaux antisyphilitiques : zinc, cadmium, etc.

Vendredi 18 décembre. — Traitement d'attaque de la syphilis, les six techniques actuelles.

Vendredi 8 janvier. — Traitements prophylactiques. avant le chancre. Echecs et syphilis primaires retardées.

Mercredi 13 janvier. — Notions nouvelles sur le chancre syphilitique : périodes pré- et post-humorales ; syphilis sans chancre, notions nouvelles et conséquences pratiques, traitements.

Vendredi 15 janvier. — Polyintolérants, arsénorésistants et arsénorécidivants ; pathogénie et traitements.

Mercredi 20 janvier. — Notions nouvelles sur la syphilis secondaire : syphilis secondaires retardées. Traitements.

Vendredi 22 janvier. — Syphilis latentes récentes : surveillance et traitement.

Mercredi 27 janvier. — Notions nouvelles sur les syphilis tertiaires : traitements. Syphilis et cancer.

Vendredi 29 janvier. — Syphilis latentes anciennes : surveillance et traitement. La syphilis guérit-elle ? Discussion des critères. Protéino-pronostic et protéinothérapie.

Mercredi 3 février. — Notions nouvelles sur les syphilis viscérales : éveils post-traumatiques et post-infectieux.

Vendredi 5 février. — Syphilis ostéo-articulaires ; notions nouvelles ; les hybrides de syphilis ; gonococcie ; tuberculose, goutte.

Mercredi 10 février. — Syphilis nerveuses : traitements prophylactiques, la ponction lombaire, les techniques et interprétation des résultats.

Vendredi 12 février. — Hérédo-syphilis : notions nouvelles ; éveils, etc.

Mercredi 17 février. — Traitement des hérédo-syphilitiques, pronostic, etc.

Vendredi 19 février. — Allaitement des hérédo-syphilitiques : nourrices et syphilis.

Mercredi 24 février. — Mariage des syphilitiques acquis et héréditaires : discussion des conditions ; certificat médical prématrimonial.

Vendredi 26 février. — Syphilis et secret professionnel.

Mercredi 2 mars. — Séroréaction de B. W. : discussion des meilleures techniques.

Vendredi 4 mars. — Séroréaction de B. W. : interprétation des résultats, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du B. W.

Mercredi 9 mars. — Comparaison des antisyphilitiques : cures plurimédicamenteuses. Règles générales du traitement.

Vendredi 11 mars. — Chancre mou : formes nouvelles, traitements, chancres mixtes, vaccins, etc.

Mercredi 16 mars. — Adénites chancrelleuses : formes nouvelles, diagnostic et traitements.

Horaire de la Clinique. — Les mardis : Policlinique par le professeur, au dispensaire du pavillon Bazin, à 10 heures (à partir du 6 octobre). — Les mercredis (matins) : Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, à la policlinique et salle Lugol. — Les mercredis (soirs) : A la consultation de la Porte, policlinique, à 20 h. 30 (à partir du 7 octobre) et leçon de pratique, à 21 h. 30 (à partir du 3 novembre). — Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis du mois : Etudes de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre de la clinique à 10 heures (à partir du 19 novembre). — Les vendredis : Visite dans les salles du pavillon Bazin, à 9 heures : leçon clinique, à 10 heures, à l'Amphithéâtre (à partir du 10 octobre). — Les samedis : Consultation de la Porte, à 9 heures ; présentation des malades, à 9 h. 30 (à partir du 9 octobre). — Tous les matins (à partir du 4 novembre) de 9 heures à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, enseignement élémentaire par les chefs de clinique.

Les jeudis de la Clinique de Saint-Louis (fondés sous le patronage de L. Brocq) : les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis de chaque mois, à l'amphithéâtre de la Clinique, à 10 heures. M. R. Sabouraud, les inaugurera le 19 novembre avec la question : *Vue d'ensemble sur les sycosis.*

Ils continueront avec la collaboration de : 25 novembre, M. Raoul Bernard (de Bruxelles) : Immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corolaires thérapeutiques ; 3 et 5 décembre 1931, M. M. Gastinel, agrégé : Herpès expérimentaux et applications cliniques ; 17 décembre 1931, M. le Professeur Bruno Bloch (de Zürich) : Les microbides cutanées ; 7 janvier 1932, M. Clément Simon : Ulcérations rares de la vulve et du vagin ; 21 janvier 1932, M. Jules Coste (de Lyon) : Radiothérapie massive à feu nu des cancers cutanés ; 28 janvier 1932, M. le Professeur G. Roussy : Hérédité et terrain humoral des cancers ; 4 février 1932, M. le Professeur Petges (de Bordeaux) : Notions nouvelles sur la poikilodermato-myosite et dermatoses voisines ; 18 février 1932, M. le Professeur Ramel (de Lausanne) : Nouvelles méthodes de démonstration des tuberculoses cutanées ; 25 février 1932, M. le Professeur O. Sciarra : La réaction de Sciarra dans la syphilis ; 17 mars 1932, M. R. Giraudeau : Traitement des cicatrices ; 21 avril 1932, M. le Professeur Joyeux (de Marseille) et M. Duché : Notions nouvelles de mycologie médicale ; 2 juin 1932, M. Babonneix : Notions nouvelles sur les hérédo-syphilis cardio-aortiques ; 16 juin 1932, M. Civatte : Notions nouvelles sur la maladie (cutanée) de Paget ; 23 juin 1932, M. Paul Blum : Le foie dans le traitement de la syphilis.

— **Clinique des maladies nerveuses.** — M. le Professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique, le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

— **Cours libre sur l'assistance médico-sociale.** — M. le Docteur P.-F. Armand-Delille a commencé le mercredi 4 novembre 1931, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

Programme du cours. — L'assistance médico-sociale. Son origine, son but. Nécessité de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines et d'une préparation spécialisée de ceux qui veulent s'y consacrer. — Les grands probèmes médico-sociaux. — Manière de procéder aux enquêtes. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, le cancer. — Service social dans les hôpitaux — Les foyers familiaux. — Assistance aux familles nombreuses ; amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance ouvrière : les surintendants d'usine. — Les centres sociaux. — Orientation professionnelle. — Rôle des ingénieurs spécialisés pour le service social. — Rôle de l'assistance médico-sociale dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Les écoles du service social. — Enseignement et préparation des assistantes sociales : les qualités requises. — Les résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. Clerc.) — *Première série* (novembre-décembre). — M. Clerc, professeur : Maladies du cœur (Insuffisance cardiaque, péricardites, endocardites, lésions valvulaires). — M. Paul Chevallier, agrégé : Pathologie du globule rouge, maladies hémorragipares, maladies de la rate.

Deuxième série (janvier-février). — M. Pasteur Vallery-Radot, agrégé : Maladies infectieuses. — M. Donzelot, agrégé : Affections du myocarde. Arythmies.

M. Clerc a commencé son cours le vendredi 13 novembre 1931, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Chevallier a commencé ses leçons le jeudi 12 novembre, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. A. Clerc.) — M. A. Clerc, professeur, a commencé son cours le vendredi 13 novembre, à 18 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Pathologie du cœur (insuffisance du cœur, péricardites, endocardites, lésions valvulaires).

I) *Cours pratique complémentaire* (Pathologie du cœur et des vaisseaux). — M. A. Clerc et ses assistants feront, à partir du 15 novembre et durant le mois de décembre, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais), un cours pratique complémentaire et gratuit selon le programme ci-dessous : le lundi à 10 heures : visite des malades dans les salles ; le mardi à 10 heures : consultation externe, polyclinique ; le mercredi à 10 heures : visite des malades dans les salles ; le jeudi à 10 heures : visite des malades, à 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants ; le vendredi à 10 heures : radioscopie, électrocardiographie ; le samedi à 10 heures : visite des malades ; à 11 heures, leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

II) *Un cours de perfectionnement* **sur les maladies du**

cœur et des vaisseaux commencera au début de janvier 1932, et sera ultérieurement annoncé par une affiche spéciale.

— **Hôpital Cochin.** — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. Pierre DELBET.) — M. le Professeur Pierre DELBET a commencé son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 12 novembre 1931, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Hôpital de la Pitié.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE acommencé ses leçons de clinique annexe, avec présentation de malades le mercredi 4 novembre, à 10 heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

OBJET DU COURS : *Neurologie.* — Horaire du service : tous les matins à 9 heures, visite.

Lundi à 10 heures, M. LARGEAU : Examens endocrino-sympathologiques. — Lundi à 11 heures : Conférence clinique. — Mardi à 10 heures. M. LAIGNELLAVASTINE : Consultation de neurologie. — Mercredi à 10 heures. M. LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique. — Jeudi à 10 heures, M. FAY : Consultation de neuro-psychiatrie infantile. — Vendredi à 10 heures. M. VINCHON : Consultation neuro-psychiatrique. — Vendredi à 11 heures. M. Pierre KAHN : Clinique psychiatrique. — Samedi à 10 heures. M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation de neurologie (anciens malades).

— **Chaire d'hygiène et médecine préventive** (Professeur : M. TANON). — M. le Professeur TANON a commencé son cours le jeudi 12 novembre 1931, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

SUJET DU COURS : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. JOANNON, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques.** (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — M. le Professeur Maurice VILLARET commencera le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 18 novembre 1931, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours au Petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie pratiques au lit du malade, au Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker, salle Delpech), le matin à 11 h. 30 et l'après-midi à 14 heures, à partir du mois de février 1931.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de cet enseignement.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Asile clinique, 1, rue Cabanis, XIVe, Professeur : M. Henri CLAUDE.) — M. le Professeur Henri CLAUDE commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 10 heures, et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure. Le samedi à 10 heures : Leçon policlinique avec présentation de malades.

— **Hôpital Necker.** — *Clinique urologique* (clinique Guyon. Professeur : M. LEGUEU.) — M. B. FEY, agrégé, commencera un cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire le lundi 7 décembre 1931, à 11 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

— **Cours de radiologie clinique.** — M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera son cours le lundi 23 novembre 1931, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière (clinique chirurgicale du Professeur Gosset, pavillon Osiris) et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Radio-diagnostic clinique des affections de l'appareil locomoteur.

— **Thèses.** — Lundi 26 octobre. — Jury : MM. Gosset, Lemaître, D'Allaines, Leveuf. — M. LEBOURG : La dysarthrose cranio-faciale (mobilité anormale entre la face et le crâne). Etude clinique, anatomique, embriologique et étiologique. Rôle dans la pathogénie des dysmorphoses de la face.

Mardi 27 octobre. — Jury : MM. Carnot, Brindeau, Cunéo, L. Lavastine. — M. GEROLAMI René : La crise bilieuse. — M. MARTIN Pierre : Etude de la thyroséine synthétique et de son emploi thérapeutique. — M. MIRAILLÉ : Les ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. Leur traitement.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital de la Charité.** — *Pédiatrie.* — Un cours de perfectionnement sur les nouveau-nés et les débiles, sera fait dans le service de M. H. Vignes, tous les mardis, à 11 heures, à partir du 18 novembre, après la consultation des nourrissons.

DÉTAIL DES LEÇONS. — 18 novembre. M. H. VIGNES, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur de la Charité : Croissance intra-utérine et physiologie du prématuré. — 25 novembre. M. BLECHMANN, ancien chef de clinique à la Faculté : Etude clinique du prématuré et du débile. — 2 décembre. M. BLECHMANN : Etude clinique du prématuré et du débile (*suite*). — 9 décembre : M. BLECHMANN : Hygiène et thérapeutique du débile. — 16 décembre. M. BLECHMANN : Leçon clinique.

6 janvier. M. LAEMMER : Système endocrinien sympathique chez l'enfant. — 13 janvier. M. LAEMMER : Diagnostic et traitement des troubles endocriniens de la croissance. — 20 janvier. M. DESAUX, ancien interne des hôpitaux : Mode d'action des médicaments employés dans la thérapeutique dermatologique du nouveau-né. — 27 janvier. M. Max LÉVY, ancien interne des hôpitaux : Des nouveaux aspects de la question de l'acidose, de sa détermination pratique et de son traitement.

3 février. M. Max LÉVY : Des insuffisances fonction-

nelles des reins chez le nourrisson et leur traitement. — 10 février. M. LESAGE, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux : Etude sur les hérédités. — 17 février. M. LESAGE : Etude sur les hérédités (*suite*). — 24 février. M. LESAGE : Etude sur les hérédités (*suite*).

2 mars. M. LESAGE : Les chocs physiques sur les nourrissons. — 9 mars : M. LESAGE : Les chocs physiques sur les nourrissons (*suite*). — 16 mars : M. LESAGE : Etude critique sur la mortalité infantile.

— **Hôpital de la Charité.** — M. le Professeur agrégé ABRAMI a repris ses leçons avec présentations de malades (salles Vulpian et Beau, tous les jours, à 11 heures).

— **Concours pour deux places de stomatologiste des hôpitaux.** — Le jury est provisoirement composé de MM. Raison, Lemerle, Nespoulos, L'Hirondel, Harvier et Mouchet, qui acceptent ; Maurel, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

Lecteur : M. Vilenski, qui accepte.

Censeurs : MM. Boissier, Chatellier, qui acceptent.

Candidats : MM. Béal, Cabrol, Dufieux, Fassina, Fleury, Gancel, Houzeau.

Composition écrite : Fractures du maxillaire inférieur.

— **Concours de chef de laboratoire de bactériologie.** — Le jury est composé de MM. Brulé, Harvier, de Massary, Tixier et Okinczyc.

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 23 octobre. — Questions : Anthrax. — Diagnostic des paraplégies spasmodiques.

MM. Werner, 18 ; Bonhomme, 17 ; Thomann, 15 ; Mlle Halin, 22 ; MM. Genty (Philippe), 23 ; Iliovici, 18 ; Bureau, 15 ; Beaufils (Roger), 22.

Séance du 27 octobre. — Questions : Fracture du col du fémur. — Diagnostic des hépatomégalies.

MM. Damon, 23 ; Debidour, 21 ; Arnous, 15 ; Jouffroy, 17 ; Groulier, 22 1/2 ; Boursat, 21 ; Varangot, 19 ; Vial, 22 1/2 ; Rodier, 16 ; Abaza, 17 ; Sauvain, 21 1/2 ; Mlle Legou, 24 ; MM. Legry, 18 1/2 ; Ichard, 16 ; Yaich, 19 ; Ullmann, 16 ; Coldefy, 19 ; Dubost, 23 ; Amante, 17.

Séance du 29 octobre. — Questions : Arthrites blennorragiques du genou. — Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques.

MM. Laude, 15 ; Maspetiol, 19 ; Aliker, 15 ; Soubrane, 24 ; Flori, 14 ; Chatain, 21 ; Tribalet, 17 ; Suchmann, 23 ; Billard, 18.

Séance du 30 octobre. — Questions : Plaies du poumon. — Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état.

Mlles Salembiez, 16 1/2 ; Verlière, 15 ; MM. Bréhant, 24 ; Baratoux, 17 ; Dutray, et Mlle Huguet, 19 ; MM. Pyt, 21 ; Seringe, 20 ; Brouet, 20 1/2.

— **Concours de la médaille d'or.** — *Médecine.* — Jury : M. Ravina, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Loeper, Debré et Tzanck.

Censeurs : MM. Levesque et Paraf.

Chirurgie et accouchements. — Jury : MM. Legueu, Cadenat, Bourdier, Bergeret et Portes.

Censeurs : MM. Métivet et Huet.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr PLAISANT, de Nevers (Nièvre) ; du Dr GUILBERT, de Bellegarde (Loiret) ; du Dr Henri ROZIÈS, d'Aups (Var) ; du Dr FEITU, de Lyon ; du Dr Léon SALVAN, de Villemonble ; du Dr Georges ALDEBERT, médecin principal honoraire de la marine, décédé à Montpellier ; du Professeur Constantin VON ECONOMO (de Vienne) qui décrivit en 1917 l'encéphalite léthargique.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le samedi 27 octobre, au buffet de la gare de Lyon, a eu lieu la réunion de rentrée des médecins de Toulouse à Paris. Comme d'habitude, la soirée a été pleinement réussie : grand nombre de convives, heureux de se retrouver après la séparation des vacances, gaieté et entrain non démentis un seul instant et enfin menu particulièrement bien composé et réussi ; tous les plaisirs du cœur, de l'esprit et de la table ! ! ! Etaient présents, les Drs Dijeon, Faulong, de Parrel, Dartigues, Reygasse, Privat, Perrin, Bory, Groc, Lévy-Lebhar, Andreu, Montagne, Milhaut, Clavel, Queriaud, Soula, Lassance, Foures, Esclavissat, Roule, Caujole, Félix, Bourguet, Armengaud, Babou, Constantin, Montrefet, Terson, Mazet, Doazan, Lalbie, Delater, Cauquil. S'étaient excusés, les Drs Delherm, d'Ayrenx, Loze, Molinéry. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Dr Groc, secrétaire-général ; le Professeur Roule qui voulut bien entretenir ses camarades de ses travaux scientifiques en cours et notamment de l'ouvrage qu'il prépare sur Lacépède ; cela lui fournit l'occasion de donner quelques précisions du plus haut intérêt, sur les idées politiques de cet illustre naturaliste, que les événements de la fin du siècle dernier et du début de celui-ci ont nettement confirmés. Lacépède ne fut pas qu'un grand savant, il fut aussi un politique à vues singulièrement aiguës et avisées ; le bref aperçu que donna le Professeur Roule sur le rôle politique de Lacépède nous est un gage de l'intérêt que présentera le volume qu'il est en train de lui consacrer ; le Dr Terson qui, très finement et avec une spirituelle bonhomie, nous relata quelques-uns de ses souvenirs de vacances en Normandie au pays de Mme Bovary et de M. Homais ; le Dr Caujole, député du département de la Seine, à l'éloquence si fine et si joliment teintée d'émotion ; le Dr Dartigues à la flamme toujours aussi généreuse et vivante, et enfin, le Professeur Soula, qui apporta le salut de nos camarades toulousains sous une forme spirituelle et originale. La prochaine réunion aura lieu vers le 15 décembre prochain.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire** (156 *bis* avenue de Suffren, XVe arrond. métro Sèvres-Lecourbe, — Assistants titulaires : Drs BOULANGER, GRANDJEAN-

BRÛLÉ, QUENAY et PERRET ; assistant chirurgical : D[r] G. YVON ; assistant médical : D[r] SIGURET ; chefs des laboratoires : D[rs] BEAUVY et BOUCHACOURT ; chef de service : M. le D[r] F. CATHELIN). — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes* (semestre d'hiver à partir du jeudi 5 novembre 1931.) — PROGRAMME : Consultations : Les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : Les vendredis à 9 heures au Pavillon-Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : Les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Radiographies : Les mardis à 9 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : Les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : Les mercredis à 9 h. 1/2. — Urétrites et examen des gouttes : Les lundis à 10 heures. — Traitements : Tous les jours, le matin, de 10 heures à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le surveillant, 156 *bis*, avenue de Suffren.

— XVI[e] Croisière de « Bruxelles-médical » aux Iles de Soleil. — La croisière annuelle de Grandes vacances organisée par *Bruxelles Médical* s'effectuera, en 1932, en Atlantique et en Méditerranée occidentale suivant l'itinéraire ci-après : Bordeaux, Porto, Lisbonne, Punta Delgada et Horta (îles Açores), Funchal (Madère)- Ténériffe (Canaries), Casablanca (Rabat, Larache), Tanger, Ceuta (Tetouan, Maroc espagnol), Palma de Majorque (Baléares), Cagliari (Sardaigne), Cotes Est de la Sardaigne et de la Corse, Livourne (Pise et Florence), Marseille.

Le départ aura lieu de Bordeaux le 27 juillet et le retour à Marseille, le 21 août. Le navire à bord duquel aura lieu le voyage est le paquebot de luxe *Brazza* (15.000 tonnes). Ce navire, bien connu des médecins, sera, comme pour les croisières médicales antérieures, *spécialement affrété* par notre confrère. Le voyage sera également, comme les précédents, organisé « à bureaux fermés », pour bien garder à nos croisières leur caractère d'œuvre, indispensable à leur renom, et justifier leur raison d'être.

Le *Brazza* sera commandé par le Commandant Cariou.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 4.975 francs français en 1[re] classe, et de 2.325 francs français en 2[e] classe. Deux tarifs par classe ont été établis : un pour les docteurs et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires) et un autre pour les personnes ne faisant pas partie du corps médical, *mais recommandées par leur médecin de famille*. Jusqu'au 1[er] février 1932, seront *seules* acceptées les inscriptions de médecins et familles de médecins. Une liste d'attente sera dressée pour les autres.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans les ports et aux environs. Le prix en sera modéré.

Pour tous renseignements complémentaires et les incriptions, prière de s'adresser *de notre part* à la Section des Voyages de *Bruxelles Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande, outre la photographie du navire, le plan du paquebot, la carte de la croisière et le barème des prix, toutes indications utiles sur le voyage. Une brochure complète paraîtra sous peu.

En raison de l'affluence habituelle des demandes, il sera, comme toujours, tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions. Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de le signaler dès maintenant, sans engagement de leur part, bien entendu.

— Association française de chirurgie. — Au cours de l'assemblée générale de l'Association française de chirurgie, il a été procédé aux élections pour 1932. Ont été élus : vice-président : M. le Professeur Leriche (de Strasbourg) ; membre du Comité : M. le Professeur Charles Lenormant.

Le prochain Congrès sera présidé par le Professeur Pierre Duval, vice-président pour 1931.

Questions mises à l'ordre du jour pour 1932 :

Chirurgie du cœur (traumatismes exceptés). — Rapporteurs : MM. LENORMANT (de Paris) et LERICHE (de Strasbourg).

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — Rapporteurs : MM. CUNÉO (de Paris) et ROCHER (de Bordeaux).

Traitement chirurgical des maladies du sang. — Rapporteurs : MM. Jean QUÉNU (de Paris) et SANTY (de Lyon).

— Chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord, d'Orléans et du P. L. M. — *Trains spéciaux et trains de pélérinage*. — Désirez-vous, pour assurer le déplacement d'une Société, d'un groupement important ou pour toute autre cause disposer d'un train spécial ? Il vous suffit d'en faire la demande.

Le train est mis en marche au départ de la gare que vous indiquez, pour le parcours et par l'itinéraire de votre choix.

Votre demande doit, toutefois, être faite 30 jours à l'avance s'il s'agit d'un train de pélérinage.

Pour obtenir tous renseignements complémentaires, adressez-vous aux bureaux de renseignements, bureaux de ville des grands réseaux de chemins de fer français, aux Agences de voyages, etc.

Le Directeur-Gérant : D[r] A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

ASSURANCES SOCIALES

1° Secret professionnel ; 2° visite de contrôle

I. — Secret professionnel.

La caisse d'assurances sociales a-t-elle le droit de demander au médecin traitant un certificat indiquant le genre des soins donnés au malade pour pouvoir rembourser ce dernier ? Est-ce que le coefficient indiqué sur la feuille de maladie n'est pas suffisant ?

Réponse.

La loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales n'a en aucune manière abrogé, ni diminué la portée absolue de l'article 378 du Code pénal, imposant le secret professionnel.

Il en résulte que l'assuré social est, à ce point de vue, placé sur le même pied qu'un client de droit commun et jouit de la garantie entière du respect du secret professionnel. Pas plus en assurances sociales que pour les mutualités, ou autres collectivités publiques ou privées, le médecin ne doit renseigner ladite collectivité sur la nature des soins donnés, puisque aucune loi ne l'y oblige.

Cela est si vrai que le modèle type de convention, paru au *Journal officiel* du 8 août 1930, comporte, en son article 3 paragraphe 4 : « La feuille de maladie ne doit porter aucune indication diagnostic. »

La caisse est sans droit pour demander au médecin, soit directement, soit par le canal du malade, la nature des soins qui ont été donnés : ce serait violer le principe du secret professionnel. A la caisse de faire contrôler, soit pas ses agents, soit par ses médecins, la nature des soins qui ont été fournis.

II. — Visite de contrôle.

La caisse a-t-elle le droit de désigner un médecin pour contre-visiter les malades ? Et cette contre-visite doit-elle comporter la présence du médecin traitant, qui seul peut donner des renseignements utiles, en ce qui concerne la maladie, dont il est au courant, l'ayant suivie dès le début ? Quel est le rôle du médecin contre-visiteur ?

Réponse.

Il faut, dès l'abord, faire la distinction entre le contrôle administratif, fait par la caisse et le contrôle technique, confié au syndicat.

Par contrôle administratif, j'entends la vérification des déclarations matérielles faites par l'assuré : est-il véritablement malade ? ou se prétend-il tel, pour avoir deux ou trois jours pendant lesquels il se livrera à des travaux personnels ? Ne fait-il pas durer outre mesure son incapacité de travail ? Se soigne-t-il réellement

ou entretient-il sa maladie, pour ne pas travailler, etc., etc. ?

Le contrôle technique, confié au syndicat, porte sur la véracité des certificats médicaux, la nature des soins, le diagnostic de la maladie.

La caisse peut prendre tels contrôleurs que bon lui semble ; mais, si elle désigne un médecin, ce praticien ne doit pas donner ses soins aux malades de ladite caisse.

Différemment de ce qui se passe en matière d'accidents du travail, le médecin traitant ne doit assister à la visite de contrôle que si son malade le lui demande, et aux frais de celui-ci alors que pour un blessé du travail, c'est le chef d'entreprise, ou son assureur, qui doit prévenir de la visite de contrôle le medecin traitant, par lettre recommandée, envoyée 48 heures à l'avance.

Si l'assuré social prie son médecin d'assister à ce contrôle, le praticien est lié par le secret professionnel, au regard de son confrère, à moins que le médecin contrôleur envoyé soit par la caisse d'assurances sociales, soit par le syndicat, garde pour lui tout ce qu'il a appris et se borne à déclarer à son mandant : « le malade est bien, ou mal soigné ; il est de bonne foi, ou il simule la maladie, etc. » sans dévoiler en quoi que ce soit le diagnostic de son confrère, ni ce que ce dernier a pu lui confier.

Le rôle du contrôleur est celui d'un homme de l'art, qui représente un tiers : soit la caisse d'assurances, pour vérifier la matérialité des faits soit le syndicat, pour s'assurer des actes professionnels du médecin traitant. Il doit rendre compte de sa mission à son mandant et par conséquent n'est pas lié par le secret professionnel vis-à-vis de celui qui l'a commis, au regard du malade examiné.

Mais le contrôleur n'est pas un sur-médecin ; scientifiquement et professionnellement, il est l'égal du médecin traitant : il donne son opinion, qui peut parfaitement être erronée.

S'il y a désaccord entre les deux praticiens, le législateur a prévu la nomination d'un troisième médecin, pour départager les deux premiers.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents.

5233. — Accident du travail causé par un tiers

Un dimanche, en novembre dernier, je soigne trois victimes d'un accident d'auto : deux patrons et leur chauffeur. Le chauffeur est aussi ouvrier d'usine de ces patrons.

Les patrons me paient directement leurs honoraires ; mais le chauffeur ne me les a pas encore payés. Ces jours-ci, il me dit de m'adresser à la compagnie d'assurance de ses patrons, car pour lui c'est un accident du travail.

Or, la compagnie responsable de l'auto qui avait tamponné celle de mes clients, a reconnu les torts de son client. Elle a indemnisé assez fortement les deux patrons (qui m'ont payé). Pour le chauffeur, il n'a pas voulu accepter l'indemnité que lui offrait cette compagnie, 8 ou 9.000 fr. je crois. Il m'a demandé un tas de certificats, je ne sais pour quelle cause, ne me les payant pas, me disant seulement qu'on les lui réclamait.

Il paraît qu'il a réussi à faire reconnaître cet accident comme accident du travail, mais il paraît qu'il va toucher cependant sa journée entière, il va à présent se retourner contre la compagnie de l'auto tamponneuse et réclamer une indemnité.

Je ne comprends pas clairement toutes ces procédures. Mais ce que je comprends c'est que d'après ce que m'a dit le chauffeur, je devrais envoyer ma note à la compagnie de ses propres patrons et sans doute au tarif ouvrier, au lieu du tarif ordinaire, ce qui fait une sensible différence.

Or, comme ce chauffeur va toucher sa journée entière pendant son incapacité, comme sûrement, il obtiendra une force indemnité d'incapacité permanente partielle, je ne vois pas pourquoi je le soignerais au tarif ouvrier. Et tous les certificats d'incapacité permanente partielle avec taux que je lui ai délivrés, par qui doivent-ils être payés ?

Dr S.

Réponse.

Dès lors que l'accident est survenu au moment où le blessé était au service de ses patrons, il constitue à n'en pas douter, un accident du travail tombant sous le coup de la loi du 9 avril 1898, bien que la responsabilité en incombe à un tiers.

Par conséquent, le patron du blessé (ou son assurance) est tenu envers vous au paiement de vos honoraires, calculés d'après le tarif fixé par l'arrêté ministériel.

Mais la loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires du médecin traitant librement choisi par le blessé ; ce qu'elle a taxé et limité, c'est seulement la part de ses honoraires qui doit être supportée par le patron responsable.

Vous pouvez donc demander au patron ou à l'assurance, le paiement de vos honoraires au tarif des accidents du travail, en faisant toutes réserves pour la différence entre ce tarif et votre tarif syndical, pour pouvoir ensuite réclamer cette différence au blessé lui-même, conformément au droit commun.

Lorsqu'il vous aura payé ce complément d'honoraires, le blessé sera en droit de le comprendre

dans la demande d'indemnité supplémentaire qu'il sera fondé à présenter au tiers responsable de l'accident, en application de l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898.

Médecine légale

5301. — Témoignage d'un médecin expert

Je reçois une citation à paraître devant la Cour d'assises (soit 100 km. de mon domicile) pour servir de témoin dans une affaire d'attentat aux mœurs. J'avais été requis il y a 4 mois par la gendarmerie de procéder à l'examen d'une fillette de 10 ans : examen à peu près négatif, j'ai fait un certificat bref. Je ne suis pas médecin-expert. Suis-je obligé de me rendre à la convocation ? pour moi c'est une journée de perdue.

Comment dois-je compter mon indemnité ? Une journée perdue se chiffre par un déficit.

Je n'ai d'ailleurs qu'à maintenir les termes de mon certificat et depuis le temps, je ne me souviens que vaguement de l'affaire.

Dr X.

Réponse.

Puisque vous avez été commis par la gendarmerie pour procéder à l'examen de la fillette victime de l'attentat, vous avez agi alors en qualité d'expert, et c'est seulement en cette qualité que vous pouvez être appelé à déposer devant la Cour d'Assises.

Il est nécessaire que vous vous rendiez à la convocation que vous avez reçue, sans quoi vous vous exposeriez à être condamné à une amende. Vous n'avez d'ailleurs aucune raison pour refuser de comparaître, puisque vous n'êtes nullement lié par le secret professionnel, ayant agi non comme médecin traitant, mais comme médecin expert.

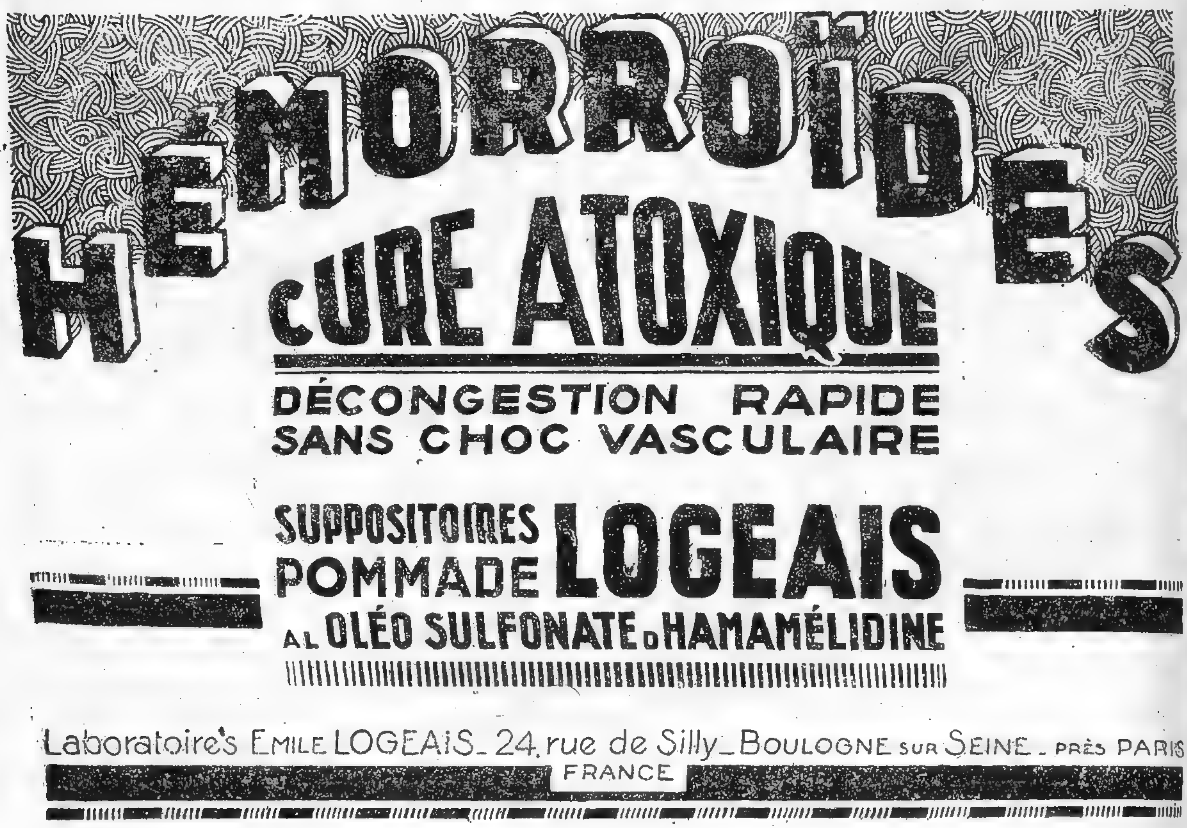
Conformément aux dispositions du Décret sur les frais de Justice en matière criminelle, il devra vous être alloué pour votre déposition une indemnité de 20 fr. (art. 21) à laquelle il y a lieu d'ajouter vos frais de déplacement au prix d'un billet d'aller et retour en première classe, si le voyage peut s'effectuer par chemin de fer, ou à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, s'il vous est impossible d'employer ce mode de transport.

En outre, en vertu de l'art. 20, le lieu de votre transport étant situé à plus de 20 kil. de la commune de votre résidence, vous aurez droit à une indemnité spéciale de 30 fr.

Baux et Locations

5415. — Durée de la prorogation, montant du loyer prorogé

Ayant en juillet 1914 un loyer de 3.000 fr. toutes



charges comprises, même le chauffage, voulez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître :

1° Quel devrait être légalement mon loyer au 1er juillet 1930 ;

2° Et en juillet 1931 ;

3° Jusqu'à quelle époque je puis bénéficier de la prorogation. Dr D.

Réponse.

Si votre loyer en 1914 n'excédait pas 3.000 fr., vous avez droit à la prorogation jusqu'au 1er juillet 1937 en raison du caractère professionnel de votre occupation.

Jusqu'au 1er juillet 1931, vous deviez payer à votre propriétaire, un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 175 %, soit donc sur un loyer de 3.000 francs, une majoration de 5.250 fr., au total 8.250 fr.

Vous deviez, en outre, rembourser à votre propriétaire, au prorata de votre loyer, les majorations subies par rapport à 1914 par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris, et par les prestations en nature qui, en 1914, étaient comprises dans le prix du loyer.

Depuis, le 1er juillet 1931, vous avez à supporter une augmentation supplémentaire égale à 15 % du loyer de 1914, soit en l'espèce 450 fr. Vous aurez nue augmentation semblable à supporter chaque année jusqu'à la fin de la prorogation.

5215. — Renonciation à la prorogation

Jouissant du bénéfice de la prorogation pour mon habitation, combien de temps dois-je prévenir à l'avance pour rendre ma maison à son propriétaire ? Mon bail passé avec le propriétaire décédé portait un délai de six mois. Le propriétaire actuel a acheté la maison alors que j'étais déjà en prorogation.

Dr M.

Réponse.

Vous avez le droit de renoncer à la prorogation et de rendre libres les locaux que vous occupez, en vertu de celle-ci, mais pour cela il est nécessaire que vous donniez congé à votre propriétaire dans les formes et délais fixés soit dans le bail primitif, soit par les usages locaux.

Si le bail originaire portait un délai-congé de 6 mois, il nous semble que vous devez respecter ce délai pour renoncer à la prorogation.

5503. — Droit à la prorogation

Installé en janvier 1929, j'ai loué une maison pour une durée de 3, 6, ou 9 avec faculté à chacune des parties de rompre ce bail en prévenant 3 mois à l'avance. Ma propriétaire qui a profité déjà de ma situation, parce que je trouvais difficilement un local, en me louant une maison très sommaire 2.500 francs, veut cette fois, me louer 4.000 fr. et seule-

ment pour un an. A-t-elle le droit d'agir ainsi ? Je vous serais obligé de me répondre à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

Votre propriétaire ne peut prétendre vous imposer une augmentation que si elle a mis fin au bail à l'expiration de la troisième année dans les formes et délais prévus au contrat.

Dans le cas contraire, le bail doit continuer pour une nouvelle période de 3 ans sans aucune modification.

En admettant que congé vous ait été régulièrement donné pour janvier 1932, vous ne pourrez prétendre à partir de cette date, à la prorogation légale et à la taxation de votre loyer, que si la loi du 29 juin 1929 est applicable dans votre commune, c'est-à-dire si celle-ci compte 4.000 habitants au moins, si elle est distante de moins de 5 km. d'une ville de 10.000 habitants, ou si sa population municipale s'est accrue d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre commune rentre dans l'une des catégories ci-dessus énoncées, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation à partir du 1er janvier 1932, et, à partir de cette date, vous aurez à payer un loyer égal au loyer ou à la valeur locative de 1914, majoré de 190 %, plus les charges qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 30 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Vous devrez subir en outre, à partir du 1er juillet 1932 et chaque année par la suite jusqu'à la fin de la prorogation, une majoration supplémentaire égale à 15 % du loyer ou de la valeur locative de 1914.

Par contre, si la loi du 29 juin 1929 n'est pas applicable dans votre commune, vous ne pouvez prétendre à aucune prorogation ni à aucune taxation et votre propriétaire pourra à son choix, soit vous expulser au 1er janvier prochain, soit vous consentir une nouvelle location moyennant le loyer qu'il lui plaira de fixer.

Application du Tarif Fallières.

5173. — Anesthésie régionale pratiquée par l'opérateur lui-même

Ayant énucléé un accidenté du travail, j'ai porté sur ma note d'honoraires la somme de 50 fr. pour rémunération de l'anesthésie régionale que naturellement j'ai pratiquée moi-même. Cela comme d'habitude, car jusqu'à présent il n'y avait jamais eu de contestation.

Or, la Compagnie d'assurances en jeu refuse le règlement de cette somme pour la raison que, suivant l'article 12, paraît-il, « l'anesthésie fût-elle générale ou régionale, les honoraires ne sont dus que dans le cas où cette anesthésie est pratiquée par un second médecin. »

Est-ce là vraiment l'esprit de la loi ou ne s'agit-il que d'une interprétation ? Car par ailleurs je lis ce commentaire de l'article 12 : « En pratique nous faisons nous-mêmes cette anesthésie régionale. Nous avons donc le droit de demander cette rémunération de l'anesthésiste. Il n'est pas dit que cette anesthésie doit être obligatoirement faite par un autre médecin. Nous ajouterons donc 50 francs au prix de notre intervention pour rémunération de l'anesthésie régionale ou générale pratiquée par nous » (Dr Caillaud, *Guide du médecin oculiste*, 2e édition, p. 53).

Voudriez-vous avoir l'extrême amabilité de m'indiquer les droits que me donne réellement l'article 12 ? Je vous en serais infiniment reconnaissant.

Dr G.

Réponse.

« L'interprétation de mon ami Caillaud dans son « Guide du médecin oculiste », ne me paraît pas justifiée par les textes mêmes du tarif. Ce n'est pas « l'anesthésie » qui est tarifée 50 fr., mais l' « anesthésiste » et cela par trois fois (art. 11)... et à 50 fr. pour *l'anesthésiste* (art. 12)... des honoraires sont prévus pour *un médecin anesthésiste*. La rémunération de *l'anesthésiste* est fixée à 50 fr. plus l'indemnité kilométrique, s'il y a lieu ».

Il y aurait intérêt de faire fixer sur ce point la jurisprudence... et je serais très heureux si celle-ci donnait raison à la thèse de Caillaud.

Dr Fernand Decourt.

5202. — Il faut pratiquer une hémostase « spécialement » pour la tarifer en plus de la suture.

J'ai eu à panser une blessée par suite d'accident du travail. La blessure consistait en une plaie insignifiante du front mais ayant intéressé une artériole qui a été sectionnée. L'hémorragie était assez abondante. J'ai suturé la petite plaie avec deux agrafes de Michel et ai ainsi pratiqué l'hémostase.

Quel tarif dois-je appliquer ? La suture simple est cotée 15 fr. Mais je pense qu'il y a plus qu'une suture.

La ligature de l'artère temporale est fixée à 75 fr. Mais je n'ai pas fait de ligature, l'exiguité de la plaie ne la permettant pas. L'artère n'était pas la temporale. Je pense demander 40 fr. par analogie avec : hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie.

Quelle est votre opinion ?

Dr D.

Réponse.

Comme dans la plupart des plaies *superficielles* du cuir chevelu ou de la face, la suture même supprime l'écoulement sanguin.

Vous n'avez donc pas eu à pratiquer une *hémostase spéciale*. Dans ce cas, je ne vois pas sur quelle base vous pourriez fonder une réclamation à ce sujet.

Dr Fernand Decourt.

5007. — Légalisation ou certification des signatures

M. le commissaire du commissariat où ma signature est déposée est-il dans son droit en refusant la légalisation de ma signature sur certains papiers (par exemple, certificat délivré sur papier libre, signature apposée sur papier d'affaire financière, etc.) ?

Y a-t-il une nomenclature limitative des papiers à signatures légalisables ou non ?

Je croyais que la légalisation d'une signature par le commissaire ne certifiait que la matérialité de cette signature.

Dans ce cas le commissaire est-il bien fondé de s'occuper au préalable du contenu du papier à légaliser ?

Ne puis-je faire légaliser ma signature sur un papier blanc ?

Ne puis-je faire légaliser ma signature après l'avoir fait précéder des pires injures et des pires grossièretés ou du contraire ?

Dr R.

Réponse.

En 1911, saisi par un de ses adhérents de Paris, qui, pour la certification d'une signature était renvoyé de la mairie au commissariat de police et réciproquement, le « Sou médical » posa la question suivante au Garde des Sceaux :

« Quelle est l'autorité compétente qui ne peut pas se refuser à légaliser la signature d'un médecin, apposée au bas d'un certificat, lorsque cette signature est connue d'elle ? »

Le 21 janvier 1911 (*Concours médical*, 1911, p. 261) le Ministre de la Justice nous répondait, en établissant tout d'abord la distinction entre légalisation et certification.

La légalisation attribue force légale à l'acte qui est revêtu d'une signature : les seuls agents légalisateurs sont, d'après la législation et la jurisprudence, le président du tribunal civil et le maire.

La certification n'a pour seul but que d'authentifier une signature et d'en attester la sincérité.

Seule, cette certification doit actuellement nous occuper.

Les agents certificateurs sont les maires et les commissaires de police, investis, dans ce cas, d'une portion du pouvoir municipal. Jusqu'au décret du 5 novembre 1926, le maire, ou le commissaire de police pouvait se refuser à certifier une signature. A Paris, interprétant restrictivement une circulaire de 1900 du Préfet de la Seine, les commissaires de police se refusaient à certifier les actes, qui n'étaient pas destinés à être produits en justice.

Le décret du 5 novembre 1926, en son article 61, est ainsi conçu :

« Le maire, ou celui qui le remplace, est tenu de légaliser toute signature apposée en sa pré-

sence par un de ses administrés connu de lui, ou accompagné de deux témoins connus. Les signatures manuscrites, données par les magistrats municipaux dans l'exercice de leurs fonctions administratives, vaudront désormais dans toutes circonstances, sans être légalisées par le préfet, ou le sous-préfet, si elles sont accompagnées du sceau de la mairie. »

Par conséquent, depuis ce décret, le maire ou son représentant n'a plus à examiner si l'acte présente un caractère d'utilité publique. Tout acte doit être légalisé.

Le commissaire de police doit-il, dans la circonstance, être considéré comme « remplaçant le maire » ?

En principe, et d'après le code d'instruction criminelle, le commissaire de police est chargé de la police et non pas des affaires administratives.

Par suite, dans l'immense majorité des cas, la certification des signatures, pour certificats médicaux, doit être demandée à la mairie, certification qui ne peut être refusée, si le praticien est connu du maire ou si sa signature a été déposée à la mairie.

Dans certaines grandes villes, le commissaire de police peut partiellement détenir les pouvoirs administratifs municipaux.

Pour la ville de Paris, le maire de la commune est en deux personnes : le Préfet de la Seine, pour les questions administratives municipales, le Préfet de police, pour la sécurité intérieure.

La légalisation d'un acte doit être réclamée à la Préfecture de la Seine ; la certification d'une signature doit être demandée au commissaire de police. Par suite, représentant, pour cette question, le maire de Paris, le commissaire de police ne peut plus se refuser à la certification d'une signature, émanant d'un administré connu de lui, qui signe en sa présence, ou qui est accompagné de deux témoins connus, ou qui a déposé sa signature avec les dites formalités.

Si le commissaire de police refuse de certifier une signature, il le fait dans l'exercice de ses fonctions ; par suite le conflit doit être soumis au préfet de police, son chef direct, en employant la voie contentieuse administrative. Le recours sera, s'il y a lieu, porté jusqu'au ministre.

Quant à la certification des signatures au bas d'une page blanche, ou sous un écrit plus ou moins subversif, on rencontrera rarement un commissaire de police, ou un maire, qui acceptera la certification.

La question n'a jamais été soulevée et pourrait faire l'objet d'une question écrite au Ministre de l'Intérieur, par le canal du *Journal officiel*.

Il semble cependant que, dans une mesure de sécurité publique, du maintien de la paix publique, les agents certificateurs (maires ou commissaires de police) peuvent prendre con-

naissance de l'écrit, au bas duquel est apposée une signature et se refuser à certifier.

Le conflit doit alors être soumis au préfet, puis au ministre, ou être déféré au Conseil d'Etat, pour abus de pouvoir.

Dr Paul BOUDIN.

Questions médico-militaires

4937. — Aptitude au service. Acuité visuelle

« Les inscrits et capitaines de la marine marchande doivent posséder une acuité de 2/5 pour un œil, et de 3/5 pour l'autre », disent les règlements.

Or, il se peut qu'un candidat, placé à la distance réglementaire de 5 mètres d'un tableau d'Armaignac, perçoive distinctement six lignes avec un œil et quatre lignes avec l'autre œil, mais qu'il ne puisse déchiffrer ce même nombre de lignes avec un tableau de Monoyer, et qu'il obtienne un résultat encore différent au Parniaud ?

Quel tableau faut-il donc présenter à ce candidat pour savoir s'il est apte ou non, au service ?

De même, quel tableau est-il usuel d'employer :

Pour évaluer les aptitudes d'un candidat à la marine de guerre, à l'armée de terre, aux chemins de fer ?

Ou bien pour apprécier une diminution d'acuité en matière d'accidents du travail ?

D'autre part qu'entend-on exactement par acuité de 1/20, 1/30, 1/40 et 1/50e ?

Enfin, au bout de combien de temps de grade, la moyenne des actuels médecins lieutenants de réserve passe-t-elle au troisième galon ?

Dr H.

Réponse.

L'échelle employée pour déterminer l'acuité visuelle en vue de l'aptitude au service de l'armée de terre, est celle de Monoyer, échelle décimale. On sait cependant que un dixième 1/2 de Monoyer correspond à peu près à 1/7 de l'échelle Parniaud ; 2 dixièmes 1/2 de Monoyer correspondent à 1/4 de Parniaud ; ces données permettent de passer d'une échelle à l'autre.

En tout état de cause, on peut toujours indiquer, en même temps que le degré d'acuité visuelle trouvé, l'échelle utilisée. Si un candidat ne voit pas à 5 m. les plus grosses lettres, on le rapproche chaque fois de 1 mètre de l'échelle jusqu'à ce qu'il arrive à les lire, et on établit ainsi aux fractions de 1/30, 1/40, etc., en utilisant la formule indiquée dans l'ouvrage de Monoyer sur l'acuité visuelle.

Les chemins de fer utilisent l'échelle de Monoyer ; pour les accidents du travail, on se sert de Parinaud ou de Monoyer.

2° Le minimum de grade exigé est de 6 ans pour passer capitaine ; mais ce minimum est ordinairement largement dépassé, parfois plus que doublé.

4851. — Fin des obligations militaires Légion d'Honneur.

Médecin lieutenant de réserve, né en 1885, mais de la classe 1902 par engagement, trois périodes avant la guerre comme soldat et médecin auxiliaire ayant fait toute la guerre, serai-je dégagé de toute obligation militaire avec la classe 1902 au 15 octobre 1931 ?

Si je désire rester dans les cadres, que dois-je faire et dans ce cas serai-je encore astreint à des périodes d'instruction ?

D'autre part j'ai vu mon nom dans le numéro du *Concours* du 6 septembre au tableau de concours pour la Légion d'honneur, année 1931, loi du 27 juillet 1931.

Quand se feront ces nominations et au cas où je serais rayé des cadres avant, avec la classe 1902, quelle serait ma situation ? Que me conseillez-vous ?

Blessé de guerre, citation à l'ordre de la division, la Légion d'honneur comporterait-elle le traitement le cas échéant ? Dr B.

Réponse.

1° Vos services militaires comptent avec la classe 1902 ; vous serez donc dégagé de toutes obligations militaires le 15 octobre 1931.

Pour être maintenu dans les cadres au-delà de cette limite, vous devrez donc en faire aussitôt la demande au Ministre, par la voie hiérarchique de votre directeur du Service de santé. Vous pourrez être encore astreint à des périodes de réserve, tant que vous n'aurez pas atteint la limite maximum de quatre mois, fixée par la loi. Vos périodes faites en qualité de soldat ou de médecin auxiliaire ne comptent pas dans ce total de 4 mois.

2° Vous pourrez évidemment bénéficier des dispositions de la loi du 17 juillet 1931, même rayé des cadres, si vous réunissez les annuités réglementaires (30 pour chevalier, chaque année de campagne de guerre, chaque blessure, chaque citation à l'ordre de l'*armée* comptant pour une annuité supplémentaire en plus des années de service.)

Mais, alors, il faut généralement, en plus des annuités réglementaires, compter 3 citations *ou* blessures de guerre. En restant dans les cadres, vous continuerez à augmenter le nombre de vos annuités et, par suite, vos chances de succès. Vos annuités décomptées s'arrêteront par contre, au jour de votre radiation des cadres.

3° Votre Légion d'honneur serait conférée avec traitement, en raison de vos citations et de votre blessure de guerre.

4025. — Obtention de la carte et de l'allocation du combattant

1° Je n'ai pas ma carte de combattant. Comment l'obtenir ?

2° Je suis dégagé de toutes obligations militaires.

3° Quand j'aurai la carte, comment et où adresser une demande pour l'allocation du combattant ?

Dr F.

Réponse.

Pour obtenir la carte de combattant, il faut justifier avoir appartenu, pendant trois mois consécutifs ou non, à une unité dite combattante, ou bien, sous réserve d'avoirappartenu à une de ces unités, mais sans condition de séjour à cette unité, justifier avoir été évacué des armées pour blessure reçue ou maladie contractée en service à ce moment, ou encore d'avoir été fait prisonnier.

Puisque vous êtes dégagé de toutes obligations militaires, adressez une demande de carte du combattant au bureau des archives administratives du Ministère de la guerre, boulevard Saint-Germain, Paris. Indiquez vos nom, prénoms, grade, classe, numéro matricule au recrutement et votre adresse actuelle, vos affectations successives pendant la guerre, vos blessures (dates et lieux), vos évacuations, etc.

Cette demande sera faite sur papier libre, avec signature légalisée par le maire ou le commissaire de police.

Puis il faudra vous armer de quelques mois de patience.

4872. — Décoration au titre « volontaire ». Pension de la veuve d'un médecin capitaine

1° Je trouve dans un journal de combattants « Formulaire à remplir pour la demande d'une décoration au titre « volontaire ». Pouvez-vous me donner quelques détails, la marche à suivre et l'utilité éventuelle d'une telle démarche pour un sujet qui n'a pas été proposé durant la guerre ?

2° Pouvez-vous d'autre part m'indiquer les droits à pension d'une veuve de médecin trois galons, échelon inférieur, réformé à 100 % ?

Dr P.

Réponse.

1° L'intéressé est-il ou non dégagé de toutes obligations militaires ?

S'il est encore militaire dans les réserves, il doit adresser sa demande à l'autorité militaire dont il dépend de par son fascicule de mobilisation. (Régiment, centre mobilisateur, bure au de recrutement). S'il est combattant volontaire, il doit en faire la preuve.

Vous trouverez tous les détails à ce sujet dans l'édition de l' « Agenda-memento du *Concours médical* », actuellement sous presse.

2° La pension de veuve d'un médecin capitaine est de 3.550 fr. par an. S'adresser pour la demander à l'Intendant départemental des pensions.

Cinquante-troisième année — N° 47 — 22 Novembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES et OFFRES

Nº 396. — Paris. Jeune fille parente de médecin cherche, rive droite de préfér. dans famille ayant jeune fille, chambre confort. avec pension.

Nº 397. — Lampe Gallois U. V., état et brûleur neufs, fonctionn. irréproch., à vend. 3.000 fr. Acheter. appar. diathermie électro-coaguation 4 milli.

Nº 398. — Import. Société dem. méd. ou pharmac. jeune et actif, de nation. française, connaiss. néerlandais, pour propagande scientif. en Hollande et éventuellem. dans les colonies hollandaises.

Nº 399. — Dame, sér. réf. cherche place secrét. dans clinique ou chez spécialiste. A déjà occupé emploi similaire et parle espagnol et portugais.

Nº 400. — Lab. sér. désirer. donner à groupem. français licence de fabricat, et formules d'un ou plus. produits ayant fait leurs preuves à l'étranger après une période d'essais prolongée, et pour lesquels il procurerait tous produits nécessaires. Envisager. achat licence ou pourcentage au gré du preneur.

Nº 401. — A vend. voiture enf. mod. de Berck (coxalgie ou mal de Pott) état de neuf. S'ad. Dr Debidour, 25 rue Pierre-Nicole (5e).

Nº 402. — 1º Ville d'eau du Centre. Prod. intéress. villa meublée 5 p., loyer 5.000, bail 8 ans. Indemn. 30.000.
2º Paris-Passy, méd. génér., aff. anc., appartem. 4 p. dépend., loyer 4.000. Prix 12.000 ;
3º Paris. Quart. central méd. génér. très gros prod., existe depuis 10 ans, appartem. prof. et person. Cond. à débatt.
4º Gr. banl. Paris, jolie contrée, pêche, poste pro-pharm. Prix avantag. Belle maison.
S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales.** (A. D. R. M.). *Séance du Conseil d'Administration.* — Malgré la publicité faite en Amérique pour les onze cours en anglais organisés au début des vacances le nombre des élèves a été très minime, ce qui n'a rien devant étonner ; il faut toujours semer au début pour récolter ensuite. De plus, la crise actuelle a empêché de nombreux médecins de faire la traversée de l'Atlantique.

Comme tous les ans l'A. D. R. M. a organisé en juillet le séjour à Paris des membres de l'Inter-States Post-Graduate Association of North America. Cette année le nombre des participants à ce voyage, n'a été que le quart de ce qu'il était les années précédentes.

Des suggestions sont transmises à M. le Doyen au point de vue du séjour à Paris de professeurs étrangers.

L'A. D. R. M. vient de faire un nouvel effort pour faciliter le séjour à Paris des médecins étrangers. Elle publie chaque soir la liste des opérations qu'on doit faire le lendemain dans les principaux hôpitaux. Cet essai a donné des résultats satisfaisants ; plusieurs étrangers sont déjà venus demander qu'on leur envoie quotidiennement par pneumatique ces listes d'opérations.

Election de nouveaux membres : MM. Ardoin, Madier et Tournade,

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — MM. Fernand LEMAÎTRE, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, fera sa leçon inaugurale le mardi 24 novembre 1931, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Conférences de l'Hôtel Chambon.** — M. le docteur Constant MATHIS, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, correspondant national de l'Académie de médecine, a fait le vendredi 13 novembre, dans la grande salle des séances de l'Hôtel Chambon, une conférence sur : *Les progrès réalisés en hygiène et en prophylaxie dans les pays tropicaux.*

— **Grand diner d'automne de l'Union médicale latine (Umfia) en l'honneur de la médecine et des médecins belges.** — Le mardi 8 décembre, à 19 h. 30 précises, se tiendra au Palais d'Orsay, le grand dîner d'automne de l'Union médicale latine, sous la haute présidence de Son Excellence, le Baron Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique en France, et sous la présidence du professeur Forgue, de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de l'Institut.

Les médecins du monde médical latin présents à Paris tiendront à fêter leurs collègues belges, et à leur témoigner toute la sympathie que nous leur devons.

Prière de s'inscrire dès à présent au Siège social : 81, rue de la Pompe, Paris-16e (la liste des inscriptions sera rigoureusement close le jeudi 3 décembre).

— **Prix Nobel de médecine.** — Le prix Nobel de médecine et de physiologie a été décerné au professeur Otto Warburg, de Berlin, pour ses travaux sur la nature et l'action des enzymes.

— **Université de Paris.** — Le diplôme de docteur *honoris causa*, a été remis, lors de la séance solennelle de rentrée de l'Université de Paris, à M. Walter B. Cannon, professeur de physiologie à l'Université américaine d'Harward. On connaît les études du professeur Cannon relatives à l'influence de l'émotion sur les fonctions digestives.

— **LXVe Congrès des Sociétés Savantes.** — Le 65e Congrès des Sociétés Savantes aura lieu à Besançon le 29 mars 1932.

— **Amicale des Anciens internes provisoires.** — Le dîner de l'Association des Anciens internes provisoires des hôpitaux de Paris a eu lieu le 16 novembre, à l'Ecu de France, 6, rue de Strasbourg.

— **Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés.** — Le Conseil d'administration du Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, réuni à Paris le 24 octobre 1931, a adopté les

vœux suivants présentés par le Syndicat des ophtalmologistes :

1° Les candidats, professeurs, agrégés ou suppléants, aux chaires d'enseignement de l'ophtalmologie dans les Facultés et Ecoles de médecine, devront justifier soit de l'accomplissement d'un stage minimum de deux années dans des cliniques ophtalmologiques après la fin de leurs études médicales, soit de l'exercice notoirement reconnu, de la pratique de la spécialité ophtalmologique pendant au moins cinq ans.

2° Messieurs les professeurs de chirurgie ophtalmologique des Facultés et Ecoles de médecine seront appelés par M. le Ministre de l'Instruction Publique, à donner leur avis sur les conditions de compétence à exiger des candidats à l'enseignement de l'ophtalmologie dans les dites Facultés et Ecoles.

— **Comité national de défense contre les stupéfiants** (52, rue Saint-Georges, Paris 9e. — Secrétaire général : Dr Georges Dequidt). — Un Comité national de défense contre les stupéfiants vient de se constituer en France à l'effet d'organiser, conformément aux termes de l'art. 1 de ses statuts, la lutte contre le danger que fait courir aux individus, à la société et à la collectivité elle-même l'usage des stupéfiants, en dehors des besoins purement médicaux et scientifiques.

Le Comité entend poursuivre son action avec le seul souci de la santé et de la moralité publiques et en étroite coordination avec le Centre International privé qui a été créé à Genève avec les mêmes préoccupations.

Les adhésions sont reçues au siège du Comité.

— **Internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.** — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier 1932 à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache, à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées), au Sanatorium de la Ville de Paris, à Champrosay (Seine-et-Oise), sera ouvert le 10 décembre 1931, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) jusqu'au mercredi 26 novembre 1931 inclusivement, de 14 à 17 heures.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 NOVEMBRE

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Sont attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique les récompenses ci-après :

Médaille d'or : MM. les Docteurs Desbouis, directeur de l'école de médecine de Caen ; Lecornu, professeur à la même école ; Devillard, de Brantôme ; Tollin, de Cheppes-la-Prairie ; Marie, médecin chef honoraire des Asiles publics de la Seine ; Noir, médecin de l'assistance médicale à domicile au bureau de bienfaisance du 5e arrondissement de Paris ; Toulouse, médecin chef honoraire des Asiles publics d'aliénés de la Seine ; Rinuy, délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France, membre sortant du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Bridoux, de Mézières ; James, Lebailly, de Caen ; Tourmente, de Courseulles ; Le Goff, de Lorient ; Schutzenberger, de la Charité-sur-Loire ; Choiseau, de Londinières ; Hamel, de Sotteville-lès-Rouen.

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Orsatelli, de Corte ; Faure , de Périgueux ; Barin, de Sommières ; Ducos, de Bordeaux ; Chaix, de Bourgoin ; Tregouët, de Malestroit ; Gerst, de Sundhouse ; Lompré, de Champlitte ; Laverrière, de Cuisery ; Méténier, de Villejuif ; Bellicaud, Caussade, Leconte, de Rouen ; Duvaldestin, de Bray-sur-Seine ; Le Faucheur, de Beja ; Wiehn, de Gafour (Tunisie).

5 NOVEMBRE

Service de Santé militaire.

Par décret du 31 octobre 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au gr. méd. s.-lieut. (Rang 15 sept. 1931) : le méd. aux. tit. brev. P. M. S. Flouqet, 16e sect. inf. mil., aff. 16e rég.

7 NOVEMBRE

Décret du 31 octobre 1931, allouant une indemnité spéciale de première mise d'équipement aux officiers de réserve nommés avant ou pendant la guerre et convoqués en 1931.

Art. 1er. — Une indemnité spéciale de première mise d'équipement est allouée sur leur demande aux officiers de réserve qui, nommés au grade de sous-lieutenant ou assimilé de réserve avant le 24 octobre 1919, ou pour prendre rang à compter d'une date antérieure au 24 octobre 1919, sont convoqués en 1931 pour l'accomplissement d'une période d'instruction et prennent l'engagement de rester dans les cadres pendant une période de cinq années à compter du 1er avril 1931.

Le taux de l'indemnité est fixé uniformément à 350 francs.

Art. 2. — L'indemnité spéciale de première mise d'équipement n'est pas due aux officiers de réserve ayant perçu antérieurement une indemnité de même nature, soit comme officier de réserve, soit à tout autre titre.

Art. 3. — L'officier de réserve qui démissionne avant l'expiration du délai de cinq ans prévu à l'article 1er, est astreint au reversement de l'indemnité spéciale de première mise perçue en vertu de cet article.

8 NOVEMBRE

Légion d'Honneur.

Par décret du 5 novembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent (*décorations sans traitement*, les bénéficiaires n'ayant été ni blessés, ni cités postérieurement à leur décoration précédente), ne remplissant pas les conditions fixées par l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 :

Au grade de chevalier :

De La Couture, médec. lieut. hon., 13e rég. ; Barrillon, méd. capit. hon., 19e C. A. ; Battle, méd. capit. honor., 16e région.

Par décret du 5 novembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931 (*décorations sans traitement*, les bénéficiaires n'ayant été ni blessés, ni cités, postérieurement à leur décoration précédente) ne remplissant pas les conditions fixées par l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 :

Au grade d'officier :

Rougier, méd. capit., 17e rég. ; Miallaret, méd. lieut. col., 2e rég. ; Collet, méd. lieut.-col., 6e rég. ; Lemeignen, méd. lieut.-col., 11e rég. ; Buy, méd. lieut.-col., 13e rég. ; Bardier, méd. lieut.-col., 17e rég. ; Hoche, méd. col., 20e rég.

Au grade de chevalier :

Honorat, méd. comm., 19e C. A. ; Chabaneix, méd. capit., 18e rég. ; Moret, méd. capit., 20e rég. ; Ferras, méd. comm., 17e rég. ; Garnier, méd. comm., tr. Tunisie ; Bellissen, méd. capit., 14e rég. ; Baudouin, méd. comm., rég. Paris ; Vignaud, méd. comm., rég, Paris ; Bernay, méd. capit., 14e rég. ; Vieille, méd, capit., 14e rég. ; Gil, méd. comm., 16e rég. ; Pauzier, méd. capit., 16e rég. ; Vidal, méd. capit., 16e rég. ; Blasart, méd. comm., rég. Paris ; Pothiez, méd. capit., rég. Paris ; Cahen, méd. capit., 20e rég. ; Dorche, méd. capit., 14e rég. ; Brunschwig, méd. capit., 15e rég. ; Bonamy, méd. comm., 11e rég. ; Loiselet, méd. capit., rég. Paris ; Lafite-Dupont, méd. capit., 18e rég. ; Gascheau, méd. lieut., rég. Paris ; Trolley,

méd. capit., 3e rég. ; Gaudin, méd. capit., 18e rég. ; Bouriot, méd. capit., 18e rég. ; Broquin-Lacombe, méd. comm., 8e rég. ; Dirksen, méd. capit., rég. Paris ; Laval, méd. comm., 17e rég. ; Ebstein, méd. comm., rég. Paris ; Doche, méd. comm., 18e rég. ; David, méd. comm., 1re rég. ; Grimoud, méd. comm., 17e rég. ; Lecointre, méd. capit., 9e rég. ; Jousset, méd. capit., 11e rég. ; Blanc, méd. comm., 8e rég. ; Gaillardot, méd. lieut., 7e rég. ; Dorlencourt, méd. capit., rég. Paris ; Michel, méd. lieut., 20e rég.

Par décret du 5 novembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 17 juillet 1931, susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 (*avec traitement*).

Au grade d'officier :

Lemarchand, méd. lieut.-col., 3e rég. ; Gault, méd. lieut.-col., 8e rég. ; Cousergue, méd. col., Maroc ; Verdeau, méd. lieut.-col., 13e rég. ; Sédillot, méd. comm., 4e rég. ; Desoil, méd. lieut.-col., 1re rég.

Au grade de chevalier :

Dreyfus, méd. comm., 20e rég. ; Villeneuve, méd. comm., 17e rég. ; Douriez, méd. capit., 3e rég. ; Gourdon, méd. capit., 16e rég. ; Garnier de Falletans, méd. capit., 6e rég. ; Carrez, méd. capit., 14e rég. ; Gonot, méd. comm., 7e rég. ; Forquin, méd. capit., 20e rég. ; Gamet, méd. capit., 8e rég. ; Proust méd. capit., 9e rég. ; Prepin, méd. capit., 9e rég. ; Platey, méd. capit., 7e rég. ; Maringer, méd. capit., rég. Paris, Arzac, méd. capit., 18e rég. ; Rouyer, méd. capit. ; 18e rég. ; Huct de Saint-Ambin, méd. lieut., 20e rég. ; Badin, méd. lieut., 10e rég. ; Seive, méd. capit., 8e rég. ; Dechenne, méd. capit., 19e C. A., ; Pareau, méd. capit., 18e rég. ; Lagardère, méd. capit., rég. Paris.

Guerbe, méd. capit., 2e rég. ; Rivoire, méd. capit., 15e rég. ; Lerat, méd., capit., 1re rég. ; Lair, méd. capit., 6e rég. ; Veyrune, méd. capit., 16e rég. ; Didierjean, méd. lieut., 20e rég. ; Pinet, méd. capit., 14e rég. ; Gratier, méd. capit., 9e rég. ; Mourgues, méd. capit., 17e rég. ; Grosmarie, méd. capit., 20e rég. ; Mayoud, méd. capit., 14e rég. ; Verdier, méd. capit., 11e rég. ; Veillon, méd. capit., 13e rég. ; Alaux, méd. comm., 17e rég. ; Cottard, méd. capit., rég. Paris ; Franco, méd. comm., 11e rég. ; Maroiteau, méd. capit., 11e rég. ; Simon, méd. capit., 6e rég. ; Cartron méd. capit., 12e rég. ; Chabanon, méd. capit., 14e rég.

Casalis, méd. comm., 6e rég. ; *Dubus*, méd. capit., 2e rég. ; Ducceurjoly, méd. capit., rég. Paris ; Pirault, méd. capit., 10e rég. ; Thumin, méd. comm., 15e rég. ; Mezie, méd. capit., 5e rég. ; Richou, méd cap , 20e rég. ; Warot, méd. capit., 19e C. A. ; *Kahn*, méd. cap., rég. Paris ; Deschamps, méd. comm., 1re rég. ; Coalhat, méd. capit., 10e rég. ; Vigneront, méd. capit., 6e rég., Paynel, méd. capit., rég. Paris ; Meriot, méd. comm., 14e rég.

David, méd. cap., 10e rég. ; Pilleboue, méd. capit., 16e rég. ; Cauchois, méd. comm., 3e région ; Bourzac, méd. capit., 15e rég. ; Minot, méd. capit., 11e rég. ; Jund méd. capit., 12e rég. ; Perrier, méd. capit., 6e rég. ; Cornet, méd. capit., 9e rég. ; Alléaume, méd. comm., rég. Paris ; Dichamp, méd. capit., 17e rég. , Jean, méd. capit., rég. Paris ; Journée, méd. capit., 8e rég. ; Habert, méd. lieut., 7e rég. ; Luquet, méd. capit., 8e rég.

Vanel, méd. comm., 11e rég. , Delsoux, méd. lieut., 15e rég. ; Sanson, méd. capit., 10e rég. ; Guichard, méd. comm., 3e rég. ; Chalier, méd. comm., 14e rég. ; Viel, méd. capit., 3e rég. ; Badolle, méd. capit., 13e région ; Pillot, méd., lieut., 20e rég. ; Guiraud, méd. capit., 16e rég. ; Borel, méd. capit., 15e rég. ; Babin, méd. lieut., 18e rég. ; Leporcq, méd. capit., 1re rég. ; Lefebvre, méd. capit., 2e rég. ; Tourneux, méd. comm. 17e rég. ; Vilte, méd. capit., 2e rég. ; Mercier, méd. capit., rég. Paris.

Service de santé des troupes coloniales.

Par décret du 5 novembre 1931, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi du 16 avril 1930 : *avec traitement.*

Au grade d'officier :

Navarre, méd., command. 18e rég. ; Thibault, méd. lieut.-col., 15e rég. ; Rapin, méd. lieut.-col. 11e rég. ; de Fayard, méd. command. Madagascar.

Au grade de chevalier :

Cluzan, méd. cap., 18e région.

10 NOVEMBRE

Assurances sociales.

Décret du 28 *octobre* 1931 *relatif aux demandes formées par les Syndicats professionnels de praticiens en vue de l'habilitation prévue à l'article* 4, *paragraphe* 4, *de la loi sur les assurances sociales.*

Art. 1er. — Tout syndicat professionnel de praticiens qui demande à passer une convention avec une caisse d'assurances sociales doit, conformément à l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, demander l'habilitation à son groupement national par lettre recommandée.

Le groupement national doit statuer et notifier sa décision au secrétaire général du conseil supérieur et au groupement intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les trois mois de l'envoi de la demande d'habilitation.

Art. 2. — Dans le cas où le groupement national n'aurait pas répondu dans un délai de trois mois ou aurait émis un avis défavorable à l'habilitation, le syndicat professionnel peut en appeler à la sous-section médico-pharmaceutique du conseil supérieur des assurances sociales.

Art. 3. — Cette dernière demande doit parvenir par lettre recommandée dans un délai d'un mois à partir de la notification de l'avis défavorable ou de l'expiration du délai de trois mois prévu ci-dessus, avec demande d'avis de réception, au secrétariat du conseil supérieur des assurances sociales (sous-section médico-pharmaceutique).

La demande est communiquée au groupement national et aux ministres intéressés.

La sous-section médico-pharmaceutique doit statuer dans le délai d'un mois.

Art. 4. — Dans le cas où la sous-section donne un avis favorable à la demande d'habilitation, il est prononcé sur l'habilitation par le conseil supérieur dans sa prochaine session.

Art. 5. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Mentions au « Bulletin officiel »

Le ministre de la guerre, en date du 26 septembre 1931, accorde une mention au *Bulletin Officiel* aux officiers de réserve dont les noms suivent :

YARDIN, méd. lieut. col., service de santé 1re région, « Dirige depuis plusieurs années l'école annexe de Calais avec la plus grande compétence. Collaborateur précieux pour le directeur des écoles de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé de la 1re région. »

MARTIN, méd, capit. serv. santé 14e rég. : « Très zélé et assidu. »

HENRY, méd. lieut. serv. de santé de la 15e rég. « Médecin de réserve remarquable par son allant et ses qualités militaires. A pris une part active à l'enseignement des officiers de réserve. A fait plusieurs conférences et exécuté des travaux à domicile méritant les notes les plus élogieuses. »

JEANNENEY, méd. capit. serv. santé 18e rég. : « S'est fait remarquer par les travaux fournis et par le dévouement dont il a fait preuve comme conférencier et instructeur. Délégué de l'Union fédérative des médecins de réserve pour la 18e région, apporte à ce titre toute l'aide possible aux écoles de perfectionnement. »

Caisse de secours immédiat au décès aux veuves et orphelins du Corps médical momentanément gênés

Fondation de M le Dr Debat

I. Une caisse de secours immédiat au décès est créée au siège de l'Association générale des médecins de France en faveur des femmes et enfants de médecins momentanément dans la gêne.

II. Cette création est due à la générosité de M. le Dr Debat qui, pendant une période de dix années, versera, chaque année, une somme de 100.000 fr. pour son fonctionnement.

III. Elle a pour but, au lendemain du décès d'un confrère, de mettre à la disposition de sa veuve ou de ses enfants une somme de 3.000 à 5.000 fr. (maximum) pour lui permettre de faire face aux frais qu'entraîne la mort du chef de famille. Le secours accordé ne pourra être renouvelé.

IV. La caisse est gérée par le trésorier de l'Association générale des médecins de France, sous le contrôle d'une Commission composée de Mme et M. le Dr Debat, présidents d'honneur et de cinq membres : MM. les président, secrétaire général et trésorier de l'Association générale des médecins de France et trois délégués de la Société de femmes et enfants de médecins.

V. Pour obtenir ce secours, la veuve du confrère ou les enfants (le tuteur s'ils sont mineurs) devront adresser une demande motivée au président de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Cette demande pourra également être adressée à l'Association générale par un président de Société ou un confrère au courant d'une situation malheureuse.

VI. Dès la réception de la demande, un questionnaire sera adressé à l'intéressé dans le plus bref délai possible.

VII. Le questionnaire dûment rempli sera soumis dès sa réception à la Commission d'attribution qui statuera et fixera le montant du secours à attribuer en tenant compte de la situation de la postulante.

VIII. Avant la réunion de la Commission une enquête discrète sera faite.

IX. Toute femme ou enfant de médecin civil de nationalité française pourra adresser une demande au siège de l'Association.

X. Dès que la Commission aura statué, la somme votée sera versée entre les mains de l'intéressé le plus rapidement possible.

XI. Le secours ne pourra être accordé que dans les trois mois qui suivront le décès du confrère.

CORRESPONDANCE

Assurances Sociales

5532. — Age minimum d'affiliation aux assurances sociales

1° Y a-t-il une limite d'âge, *en bas*, pour les assurances sociales ? Personnellement dois-je faire adhérer ma bonne qui a 14 ans, cette petite bénéficiant des assurances sociales du chef de son père, assuré.

Voir la suite page LXIII-3603

PROPOS DU JOUR

La lutte contre la tuberculose

II

Le rendement des Comités antituberculeux

L'Etude du rendement des Comités antituberculeux est une question de première importance que M. le Dr Triollet, inspecteur départemental d'hygiène et médecin de Dispensaires antituberculeux dont l'activité organisatrice bienfaisante s'est manifestée dans le département des Vosges, a traité dans le *Médecin sanitaire.*

« La lutte antituberculeuse, dit M. le Dr Triollet au cours de son article, n'est pas un thé de cinq heures, car elle se déroule aux frais de l'Etat et les souffrances de milliers d'individus en sont l'enjeu ». Il conviendrait à l'Etat d'établir un contrôle sérieux du fonctionnement et du rendement des Comités antituberculeux, « *abstraction faite des manifestations oratoires et publicitaires à l'usage de personnalités intéressées.* »

Certains de ces comités (*nous disons certains, car il serait injuste de généraliser*), à qui l'Etat délègue une partie de la puissance publique, ne vivant que des subventions qui leur sont accordées, administrent les dispensaires au gré de leur fantaisie.

Pour se rendre compte du rendement d'un comité antituberculeux, il conviendrait, d'après le Dr Triollet, de faire une enquête où les questions suivantes seraient posées :

1° Le médecin du dispensaire est-il le directeur technique exclusif de son service ?

2° La visiteuse est-elle sous l'autorité du médecin ou subit-elle l'influence de personnalités ignorantes des problèmes sanitaires ?

3° Le Comité antituberculeux fait-il un effort sérieux dans son rôle de propagande et de recherches des ressources ?

M. le Dr Triollet, à qui la compétence et l'expérience donnent une autorité toute particulière, examine les conditions de fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux.

La liaison du dispensaire avec le Corps médical, indispensable, est, *si on la veut sincèrement*, bien facile à obtenir, puisque dans les Vosges, 80 % des consultants des dispensaires y étaient adressés par leurs médecins traitants.

La prise en charge des tuberculeux d'une circonscription exige absolument une bonne installation du dispensaire, un service de radiologie, la possibilité d'examens bacilloscopiques rapides. Or, tout ceci, qui est la raison d'être même des dispensaires, y manque fréquemment et ces institutions sont parfois installées dans des conditions d'hygiène déplorables.

M. Triollet affirme qu'un dispensaire antituberculeux important a avoué *quatre examens bacilloscopiques de crachats en un semestre.* Il met en garde contre la tendance que certains dispensaires ont à gonfler leurs statistiques par l'inscription d'un nombre appréciable de faux tuberculeux.

La diffusion de l'action du dispensaire dans sa circonscription doit aussi faire l'objet d'une enquête. Il conviendrait de se rendre compte de l'attraction qu'a le dispensaire en dehors du centre urbain où il est établi. Il faudrait encore établir le rapport entre le nombre total des tuberculeux et celui des bacillaires pris en charge par le dispensaire d'une part, et le chiffre de la population d'autre part, d'où l'on pourrait conclure l'effort insignifiant que font certains dispensaires.

Les *placements* devraient attirer l'attention. Il faudrait se défier des placements en masse d'enfants dans des préventoriums qui sont parfois un trompe-l'œil. On devrait noter le nombre des placements effectués dans des sanatoriums pulmonaires, la rapidité de ces placements, le rapport entre les tuberculeux dépistés et les tuberculeux placés, la durée des placements. Cet examen fait sérieusement permettrait de découvrir de singuliers abus.

Il conviendrait d'apprécier le *fonctionnement technique* des dispensaires, l'agilité des visiteuses dans leur travail, la rédaction de leurs renseignements, la valeur professionnelle et sociale, l'esprit de décision, l'autorité du médecin, l'atmosphère morale qui règne dans le service, l'absence ou la présence, au cours des consultations, de personnes du Comité étrangères au service technique, la liaison avec le Corps médical de la circonscription.

Le *rendement financier* du Comité devrait te-

nir une place importante dans l'enquête. Un Comité à qui est déléguée une partie de la puissance publique, qui reçoit d'importantes subventions de l'Etat, du département et des communes, est tenu de faire un véritable effort. Dans beaucoup de cas, l'effort consiste uniquement en démarches pour obtenir une augmentation des subventions et en l'abandon au dévouement des enfants des écoles de la vente des timbres antituberculeux. Les subventions devraient être conditionnées par le rendement technique du dispensaire et l'effort financier du Comité, proportionnel au chiffre de la population. Certains comités recueillent des sommes qui se chiffrent par *quatre centimes* par tête d'habitant. Il faudrait encore calculer le *prix de revient* d'un tuberculeux.

M. Triollet affirme qu'en 1930, dans le département X, 600 tuberculeux ont été dépistés avec une dépense de 250.000 francs, soit 416 francs environ par tête, tandis que dans le département Z, 282 tuberculeux ont exigé pour être dépistés une dépense de 275.000 francs, soit 968 francs par unité. D'où provient pareille différence ? Il est abusif d'autre part d'attribuer des subventions (ce qui se voit, paraît-il) à des dispensaires qui ne disposent d'aucun appareil radiologique, ni de visiteuses, qui n'ont aucune liaison avec le Corps médical, c'est-à-dire qui n'ont d'un dispensaire antituberculeux que le nom.

Le Dr Triollet, en demandant pareille enquête, vient de jeter un lourd pavé dans les mares stagnantes de nombreux comités antituberculeux. Nous craignons bien que, la politique et les intérêts personnels aidant, sa manifestation méritoire et courageuse reste lettre morte, car le souci du bien public, la propagande en faveur de l'hygiène et la réalisation de la prophylaxie des maladies évitables serviront encore souvent en France de tréteaux aux bateleurs de la fausse philantropie, dans un but d'intérêt personnel, ou simplement de vanité et de snobisme, et ces gens ne craignent pas de venir dans des manifestations oratoires grandiloquentes débiter, à un public crédule, leurs cyniques et mirifiques boniments.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES CÉNESTOPATHIES

Dr M. Nathan,

Ancien chef de clinique à la Faculté,
Ancien interne des hôpitaux.

Le terme de cénestopathie a été introduit dans le langage médical en 1907 par le Prof. Dupré et par Camus, pour désigner « certains troubles de la sensibilité commune, qui, par leur spécificité clinique, leur intensté, leur persistance et leur évolution, souvent dégagée de tout autre symptôme, apparaissent dans la pathologie de la sensibilité subjective comme un syndrome spécial, digne d'être proposé dans une description particulière à l'attention du clinicien ».

On sait que le mot cénesthésie exprime une impression générale de bien-être ou de malaise résultant de l'harmonie des fonctions viscérales de notre organisme ; chaque organe peut y créer une dissonnance plus ou moins vague, susceptible de réagir sur notre humeur. De là à étendre le sens de cénesthésie à l'humeur en général, il n'y a qu'un pas, que bien des auteurs ne se sont pas fait faute de franchir. Toutefois Dupré et ses élèves, tout en reconnaissant les rapports étroits entre ces troubles purement sensitifs et les troubles de l'affectivité, prennent le terme de cénestopathie dans son acception purement affective.

La question des cénestopathies avait été quelque peu négligé, dans ces dernières années ; malgré son importance primordiale ; les études récentes sur la sensibilité sympathique lui ont donné un renouveau d'actualité, car on ne peut pas ne pas être impressionné par la ressemblance clinique entre certain cas décrits par Dupré et Camus et les douleurs sympathiques si complexes, si étranges, si variées, si paradoxales dans leur formule clinique.

Laissons tout d'abord la parole à Dupré et Camus :

« Les altérations locales de la sensibilité commune, les cénestopathies ont donc pour principaux caractères d'être simples, essentielles, irréductibles à un autre processus morbide ; d'être localisées, circonscrites à un certain territoire, et diffèrent par conséquent, des troubles des éléments supérieurs de la conscience organique, qui constituent les maladies du sentiment de la personnalité. Tandis que ces maladies de la personnalité semblent dues à des perturbations de l'activité psychique intéressant les zones d'association de l'écorce, les cénestopathies sont des perturbations de la sensibilité centrale des organes, semblant intéresser les territoires cérébraux de projection. Enfin, les cénestopathies ne représentent pas un trouble de l'activité instinctive, émotionnelle ou morale ; elles ne constituent pas une maladie de l'affectivité, mais seulement une altération de la tonalité normale de la sensibilité physique de certains territoires organiques.

« Les autres attributs fondamentaux des cénestopathies sont : leur caractère fonctionnel, anorganique, indépendant de toute lésion locale pathogène saisissable, et enfin leur existence autonome, exempte, dans les cas purs et typiques, de toute réaction psychopathique associées. Dans beaucoup de cas, on pourra trouver, à l'examen local, une lésion qui semblera déterminer les réactions cénestopathiques ; mais l'ablation de la persistance du trouble cénesthésique local démontrera tout au moins la nature secondaire et le rôle accessoire de la lésion dans la pathogénie de l'affection sensitive. »

On comprend que ces sujets passent aisément pour des malades imaginaires (1), même en l'absence de tout syndrome surajouté d'ordre délirant, dépressif ou hypocondriaque. Jusqu'aux comparaisons pittoresques ou bizarres par lesquelles les malades dérivent leurs souffrances, tout est susceptible d'égarer le clinicien insuffisamment averti. « Certains points du corps semblent rattachés les uns aux autres par des liens trop courts, des « nerfs », dont les tractions s'entre-croisent à travers la boîte cranienne. Les parties sont rétrécies, élargies, aplaties, gonflées, desséchées, recroquevillées, déplacées dans leurs formes, modifiées dans leur température, leur poids, leur sécrétion, leur mobilité ou leur fixité, etc... ». Parfois les malades suppriment le « comme » et au lieu d'énoncer une comparaison ils disent : « J'ai un corps étranger insinué entre tel ou tel groupe musculaire, j'ai telle partie de mon corps décrochée, etc... ». Il ne faut pas trop se hâter de les prendre pour des délirants et avoir soin de corriger l'impression fâcheuse donnée par cette ellipse

Le travail primitif de Dupré et Camus date de 1907 et remarquons que déjà, à cette époque, ces auteurs ne traitent pas ces sujets de malades imaginaires ; ils ne les considèrent nullement comme des délirants ; telle fut également l'attitude de Maillard dans son remarquable rapport au Congrès de 1911, malgré le titre qui lui avait été imposé : « *Les différentes espèces de douleurs psychopathiques* ».

L'avenir s'est chargé de confirmer la prudence de leurs conclusions. Dide et Guiraud ont vérifié, à l'autopsie de certains de ces malades, des scléroses médullaires discrètes, des lésions discrètes du sympathique ; ils parlent même de certaines « cénestopathies légitimes, se justifiant par des infections localisées interminables, des auto-intoxications chroniques, et l'involution artério-scléreuse des divers organes, et quelquefois la sclérose primitive de tout le système végétatif périphérique ou central ». Dans un cas, Laignel-Lavastine signale un spondylisthésis. Nous avons de notre côté, noté de pareilles cénestopathies chez les lacunaires, elles résultent probablement des lacunes des couches optiques ; avec Félix Ramond et Jacquelin, nous avons pu expliquer des « cénestopathies à séméiologie gastrique » par un mal de Pott fruste, révélé par la radiographie. Laignel-Lavastine, dans ses études de sympathologie et d'endocrinologie, nous apprend en outre qu'il est des sujets dont le seuil de sensibilité est notoirement abaissé par rapport à la normale, comme il est des gens qui sentent les odeurs, qui perçoivent des sons, des couleurs, qui échappent à tout autre individu.

Comparant les cénestopathes aux hypocondriaques, Dupré s'exprime en ces termes :

« Les réactions secondaires les plus fréquentes chez les cénestopathes sont la dépression psychique, l'anxiété, et les préoccupations hypocoondriaques. Mais, si presque tous les hypocondriaques ont des troubles cénestopathiques, les vrais cénestopathes ne sont nullement hypocondriaques. L'hypocondrie en effet, qu'elle soit mineure ou majeure, est définie par des craintes exagérées, ou des conceptions délirantes relatives à la santé ; or, si les cénestopathes se préoccupent beaucoup de leurs malaises, ils sont dans leurs droits. Le supplice qu'ils endurent légitime leurs soucis et leurs doléances. »

Nous ne parlerons pas, non plus, des cénestopathies accompagnées d'idées de possession de zoopathies internes (présence d'animaux à l'intérieur du corps). Les douleurs cénestopathiques sont une matière que modèlent les tendances et les préoccupations de chacun d'autant plus complaisamment qu'une légère confusion mentale a estompé sa perception du monde et de la vie extérieure. Nous voudrions cepen-

(1) M. Nathan. — Les malades dits imaginaires Un vol., Doin, 1931.

dant revenir sur certains caractères de la cénestopathie pure. La cénestopathie pure comme nous l'avons montré, est encore grosse de toute notre ignorance grosse de toutes les affections organiques qui ne rentrent pas dans les cadres actuels de la pathologie. Toute la pathologie du sympathique lui appartenait encore au moment où Dupré et ses élèves publièrent leurs premières observations. La tendance actuelle consiste à attribuer presque toujours à cette cénestopathie à une lésion réelle aussi insignifiante soit-elle ; l'importance des réactions provoquées par cette lésion peut tenir en partie à l'abaissement du seuil de la sensibilité, ainsi que l'a fort bien montré Laignel-Lavastine. Mais à ces raisons s'ajoute une concentration sur soi-même, justifiée par des déceptions multiples sans espoir de retour. C'est une retraite honorable qui ménage l'amour-propre du sujet et lui permet de dominer son entourage en l'apitoyant.

Ce jardin secret, nous l'avons retrouvé chez deux malades, dont nous rapportons l'observation complète dans notre ouvrage des malades dits imaginaires. Toutes deux avaient atteint l'âge du retour ; l'une d'elles venait, en raison d'indélicatesses multiples, d'être abandonnée par son amant, l'autre avait eu une intrigue malheureuse avec son chef de bureau. Voici comment cette dernière décrit certains de ses troubles :

« Après massage violent au ventre, impression d'organes descendant brusquement et relâchement dans les chairs depuis les omoplates jusqu'aux reins (sensations douloureuses de piqûres d'aiguilles, coup de canif), et particulièrement sous les omoplates, impression de bourrelets de chair qui se déroulent. Faiblesse. Organes paraissant ne plus faire corps avec le dos... On dirait que je ne tiens que par des fils... ».

Fort érotique, comme l'autre malade, elle sent que sa vie sentimentale est terminée ; c'est ainsi que l'une et l'autre malades sont entrées dans la dévotion de soi-même, dans une sorte de narcissisme douloureux, dans lequel elles trouvent une fiche de consolation, un droit à la compassion de la part de l'entourage. Cette attention exagérée à elles-mêmes leur donne une véritable hyperesthésie que nous possédons tous plus ou moins lorsque nous sommes tristes, désemparés et surtout inoccupés. Certains s'écoutent respirer comme d'autres s'écoutent penser ; nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans l'étude de l'hypocondrie. De la cénestopathie à l'hypocondrie, il n'y a qu'un pas, que bien des sujets franchissent insensiblement. Il n'est donc pas étonnant de trouver ici quelques-uns des mécanismes appliqués à l'hypocondrie ; c'est ce que Dupré, Laignel-Lavastine et les autres auteurs, dont nous avons cité les éminents travaux, ont fort bien saisi. Nous avons fait remarquer la phrase de Dupré qui disait que même l'épine organique enlevée, la cénestopathie persistait ou reparaissait, lorsque l'intervention l'avait fait temporairement disparaître ; de même après avoir révélé par le cliché la malformation vertébrale, Laignel-Lavastine se demande si celle-ci représente la cause unique, et si après sa réduction, les cénestopathies disparaîtraient. D'autre part, lorsque les cénestopathes ne sont pas affligés de maladies graves, leurs maux sont difficiles, sinon impossibles, à définir, à guérir complètement. Leur étude a toutefois gagné en précision depuis ces dernières années, grâce au perfectionnement des techniques cliniques ; seul l'avenir pourra établir jusqu'à quel point ils sont de faux ou de vrais malades imaginaires. Du reste, ces observations devront être complétées du point de vue psychique aussi bien que du point de vue physique, car jusqu'à présent l'étude psychique se borne à celle des symptômes actuels, sans chercher pourquoi et dans quelles conditions, ils se sont produits. Le chapitre des constipations est peut-être un chapitre d'attente, destiné à disparaître lorsque la physiologie et la pathologie du système nerveux végétatif auront livré tous leurs secrets.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

Obésité simple des filles à la période pubertaire (1)

Professeur NOBÉCOURT.

... Dans ces derniers temps, nous avons eu à soigner quatre filles obèses :

Voici Thérèse. Elle est née le 17 mai 1919, à terme. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

A 10 ans, elle a la rougeole. Jusqu'à cet âge, elle est plutôt maigre.

En juin 1930, elle fait une chute sur le coude droit ; à la suite de cet accident, se développe une suppuration osseuse, probablement une ostéomyélite de l'humérus ; on voit encore des cicatrices vers l'extrémité inférieure du bras. Elle reste alitée pendant plusieurs mois.

D'autre part, depuis trois ans environ, elle ressent, de temps en temps, dans la hanche droite des douleurs qui, d'après l'examen actuel, ne paraissent pas attribuables à des lésions appréciables ; la radiographie ne révèle rien de particulier.

Elle a toujours eu un bon appétit, surtout depuis sa chute.

C'est vers cette époque qu'elle commence à grossir ; son poids aurait augmenté de 6 kilogrammes en six mois.

Elle n'est pas réglée.

Elle entre à la salle Parrot, le 23 février, pour son obésité.

Elle est âgée de 11 ans et 9 mois.

Sa taille, de 135 cm. 5, est inférieure de 4 cm. 5 à la taille moyenne de son âge ; elle a la taille d'une fille de 11 ans et un mois.

Son poids, de 39 kgr. est supérieur de 6 kgr. à la moyenne de son âge et de 9 kgr. à celui des filles de sa taille, âgées de 11 ans et un mois.

Le rapport du poids à la taille (P /T), de 287, est supérieur de 52 à celui des filles de son âge, qui est de 235, de 65 à celui des filles dont elle a la taille, qui est de 222.

Elle est bien éveillée. Son aspect est floride, son teint coloré.

Son adipose n'a pas de prédominances locales ; elle est totale.

Ses seins commencent à grossir ; leur aréole est discrète.

Elle n'a pas de poils pubiens, pas de poils axillaires.

L'examen des viscères ne montre rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni sels biliaires ; l'urobiline est normale. La pression prise au Vaquez est de 12 pour la maxima et de 8 pour la minima.

Le système nerveux, le fond de l'œil sont normaux.

La cuti-réaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (Hs) sont négatifs.

Nous avons précisé les caractères anthropométriques ; ils sont résumés dans ce tableau :

Thérèse	*Moyennes : pour l'âge*	*pour la taille*
B = 71 cm. 5	»	»
S = 64 cm.	»	»
S/B = 0.895	0,92	0,92
Pt. xiphoïdien = 67 cm. 5	64 cm. 5	64 cm.
Pt /T = 0,498	0,460	0,470
Coefficient de Pignet = 29	42,6	41,3

Somme toute, Thérèse, sans présenter de l'hypotrophie staturale, est un peu petite pour son âge ; elle est mésoskèle. Pour son âge et surtout pour sa taille, le poids et le rapport du poids à la taille sont très forts ; le périmètre thoracique et le rapport du périmètre thoracique à la taille sont moyens, quoiqu'un peu forts ; le coefficient de Pignet est très faible (il est inférieur de 13,6 à la moyenne pour l'âge, de 12,3 à la moyenne pour la taille) ; cette réduction est due surtout à l'exagération du poids.

La radiographie du crâne révèle une selle turcique plus petite que normalement et aplatie d'avant en arrière ; d'accord avec M. Duhem, nous ne la considérons pas comme pathologique.

Sur les radiographies des mains et des poignets, des genoux, des chevilles, l'ossification est normale pour l'âge.

Les selles ont été examinées par M. Bidot. Leur aspect est normal, on y trouve, avec le régime de l'hôpital des graisses et des grains d'amidon en abondance.

MM. Du Pasquier et Damhier ont trouvé une capacité vitale de 2 litres environ, un peu faible.

M. Lebée a étudié le métabolisme basal à deux reprises. Le 19 février, il est de 51,7, soit de 3 % supérieur à la normale. Le 5 mars, il est de 37, soit de 26 % inférieur à la normale.

Le 19 février, le quotient respiratoire Q. R. est de 0,92, donc élevé.

J'ajoute que, depuis l'entrée de Thérèse à l'hôpital, son poids a diminué, sans qu'elle ait

(1) Leçon du 14 mars 1931.

suivi de traitement spécial : de 39 kgr. le 24 février, il est tombé à 37 kgr. 650, le 10 et le 14 mars.

Je ne puis pas vous montrer notre deuxième malade, car elle a quitté le service le 10 mars. Voici son observation.

Marie-Louise est née le 22 juin 1918. Ses parents sont bien portants. Elle a un frère âgé de 8 ans qui est un peu gros ; il pèserait 24 kgr., alors que le poids des garçons est de 20 kgr. 400 à 8 ans, de 22 kgr. 800 à 9 ans.

En 1922, elle a une bronchite et une coqueluche ; en 1929, une rougeole sans complications. En 1925, on lui enlève les amygdales et les végétations adénoïdes. Elle vient à Paris en 1928. C'est à ce moment qu'elle commence à grossir.

D'autre part, elle est sujette à des éruptions cutanées, à des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, qui l'obligent à garder le lit, à des céphalées frontales. Elle n'est pas encore réglée.

On nous l'amène, le 17 février, pour son obésité.

Elle est âgée de 12 ans et 8 mois.

Sa taille, de 151 cm. 5, est supérieure de 6 cm. 5 à la taille moyenne des filles de son âge ; c'est celle d'une fille de 14 ans 9 mois.

Son poids, de 61 kgr. 500, est supérieur de 25 kgr. 300 à celui des filles de son âge, de 18 kgr. 500 à celui des filles de sa taille.

Le rapport du poids à la taille, de 405, est supérieur de 157 à celui des filles de son âge, de 122 à celui des filles de sa taille.

L'adiposité est généralisée.

Les seins commencent à grossir ; l'aréole gauche a un diamètre de 2 cm., la droite, un diamètre de 5 cm. ; elles sont peu pigmentées. On ne note pas de poils pubiens, ni axillaires.

Sur les jambes, on remarque de l'érythrocyanose. Les extrémités sont froides.

La peau du thorax et celle de l'abdomen sont le siège d'une éruption papuleuse, prurigineuse.

Il existe une tendance à la constipation.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Le pouls bat à 80 par minute. La pression artérielle, prise au Vaquez, est de 12 pour la maxima et de 9 pour la minima.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni d'acides biliaires ; l'urobiline est en assez grande quantité.

Le système nerveux le fond de l'œil sont normaux.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8), sont négatifs.

Les caractères anthropométriques, sont les suivants ;

Marie-Louise	Moyenne : pour l'âge	pour la taille.
S = 79 cm.		
B = 72 cm. 5		
S/B = 0,917..........	0,92	0,92
Pt. xiphoïdien = 80 cm.	66 cm.	76 cm. 5
Pt/T = 0,528..........	0,455	0,504
Pignet = 10..........	43	32
Pér. cranien = 55 cm.	53 cm.	54 cm.

Somme toute, Marie-Louise présente une hypertrophie staturale légère et est mésoskèle. Pour son âge et par sa taille, le poids et le rapport P/T sont très forts. Le périmètre thoracique et le rapport Pt/T sont trop forts pour l'âge, moyens pour la taille. Le Pignet est très faible pour l'âge et pour la taille ; il l'est surtout à cause du poids.

Sur la radiographie du crâne, la selle turcique paraît normale.

Sur les radiographies des membres, l'ossification est normale pour l'âge et pour la taille.

Nous avons poursuivi quelques recherches complémentaires.

La glycosurie alimentaire est étudiée : après absorption à jeun, le matin, à 9 heures, de 240 gr. glucose (4 gr. environ par kilogramme de poids) dissous dans un demi-litre d'infusion de tilleul, les urines contiennent des traces de glucose de 10 h. 30 à 15 h. 30 et le lendemain à 6 h. 30.

L'examen des selles, avec le régime de l'hôpital, révèle seulement la présence de grains d'amidon et de fibres musculaires non digérées, en assez grand nombre.

La capacité vitale, étudiée par MM. Du Pasquier et Danhier, est de 2 litres 100.

Le métabolisme basal, étudié par M. Lebée le 19 février est de 53,5, supérieur de 15 % à la moyenne, qui est de 46,5 ; le 5 mars, de 41, inférieur de 12,8 % à la moyenne. Au total, on peut le considérer comme normal.

Au premier examen le le Q. R. est de 1 ; il est fort.

Le réflexe oculo-cardiaque est exagéré ; le nombre des pulsations baisse de 80 à 48, de 100 ou 90 à 72 ou 64.

Le poids de Marie-Louise au cours de son séjour à l'hôpital, sans aucun régime spécial, a diminué. Le 18 février, elle pesait 62 kgr., le 10 mars 57 kgr. 750. Il faut mentionner qu'elle a eu de la fièvre, due à une rhino-pharyngite et à une amygdalite subaiguë.

Je ne puis pas non plus vous montrer la troisième malade, car elle a quitté le service le 1er mars. Voici son histoire.

Andrée est née le 14 mars 1917.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

A 4 ans, elle a une coqueluche, à 5 ans les oreil-

lons, à 12 ans une otite droite ; on fait l'ablation des végétations adénoïdes. En juillet 1930, elle a une congestion pulmonaire ; la fièvre aurait duré pendant un mois.

Depuis l'âge de 5 ans, elle aurait assez souvent, le matin, des malaises, des étourdissements, des nausées et, dans l'après-midi, une céphalée frontale.

Tous ces troubles ont diminué depuis l'apparition des règles, en août 1930, à l'âge de 13 ans et 5 mois.

Ses menstruations sont souvent retardées d'une semaine ; elles durent six ou sept jours ; elles sont généralement précédées de malaises et d'un état fébrile. L'opothérapie ovarienne, qui a été conseillée, est mal supportée ; elle provoquerait des étouffements et des malaises.

Andrée entre à la salle Parrot, le 9 février, pour de la céphalée, des étourdissements et des malaises. C'est surtout une obèse.

Elle est âgée de 13 ans et 11 mois.

Sa taille de 156 cm. 5 est supérieure de 7 cm. à la moyenne de son âge ; c'est celle d'une femme adulte.

Son poids de 68 kgr. 500 est supérieur de 27 kgr. 850 à la moyenne de son âge, de 11 kgr. 300 au poids d'une adulte de sa taille.

Le rapport du poids à la taille, de 437, est supérieur de 166 à la moyenne pour son âge, de 84 à la moyenne pour sa taille.

Son aspect est floride, son teint assez coloré. Ses yeux sont vifs.

Elle présente une obésité totale, généralisée à la face, au tronc, aux membres. Sa peau est ferme, élastique, nullement infiltrée.

Ses seins sont gros, pendants ; leur volume est dû au tissu graisseux et non au développement de la glande mammaire.

Les aréoles sont assez pigmentées, la droite a un diamètre de 5 cm., la gauche un diamètre de 4 cm. Les mamelons sont petits.

Les poils pubiens et axillaires sont fournis.

Les pieds et les mains sont assez fins.

On remarque une légère scoliose dorsale à convexité droite.

L'appétit est bon. Les digestions sont régulières.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Il existe une tachycardie permanente de 100 à 120, au lit. La pression artérielle, prise au Vaquez, est de 13 pour la maxima de 8 pour la minima.

La frilosité, qui était marquée avant l'apparition des règles, n'existe plus.

Le développement intellectuel paraît normal. Le caractère ne présente rien de particulier, sauf une légère émotivité.

Le système nerveux et le fond de l'œil sont normaux.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H8) est négatif.

Voici quels sont les caractères anthropologiques.

Andrée	Moyenne : pour l'âge	pour la taille
B = 82 cm. 5		
S = 74 cm.		
S/B = 0,896	0,90	0,90
Pt. xiphoïdien = 81 cm.	72 cm.	80 cm.
Pt/T = 0,517	0,481	0,511
Pignet = 7	37	21
Périm. cran. 56 cm.	54 cm.	55 cm.

Donc, Andrée présente une hypertrophie staturale légère et est mésoskèle. Son poids et le rapport P/T sont très forts pour l'âge et pour la taille ; le périmètre thoracique et le rapport Pt/T sont moyens pour la taille. Le Pignet est très faible pour l'âge et pour la taille, ce qui dépend de l'exagération du poids.

Sur la radiographie du crâne, la selle turcique est normale.

Sur les radiographies des mains et des poignets, des genoux, des chevilles, les cartilages de conjugaison ont disparu ou sont peu visibles ; l'ossification est avancée pour l'âge ; c'est celle d'une fille de 18 à 20 ans.

Nous avons pratiqué quelques recherches supplémentaires.

MM. Du Pasquier et Danhier ont étudié la capacité vitale, qui est de 2 litres 400, la moyenne pour l'âge étant de 2 l. 700.

Le métabolisme basal et le quotient respiratoire ont été étudiés à deux reprises par M. Lebée :

	Andrée	Normal	Ecart %	Q.R.
12 février	57	45	+ 26,5	0,82
26 février	41	45	— 8,9	1

Le métabolisme basal peut être considéré comme moyen ; le quotient respiratoire est fort.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, réalisée par l'ingestion de 240 gr. de glucose (3 gr. 5 par kgr.) est négative.

Le réflexe oculo-cardiaque est nul.

Le poids d'Andrée pendant son séjour à l'hôpital a diminué. Le 10 février, à son entrée, elle pesait 68 kgr. 500, et, le 28 février, à sa sortie, 66 kgr. 800. Notez qu'elle a eu de la fièvre due à de la rhino-pharyngite.

Du 14 au 20 février, elle a eu ses règles qui se sont poursuivies normalement.

Voici maintenant notre quatrième malade.

Marie-Louise est née à terme le 19 mars 1917.

Il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ; ses parents, trois frères

et sœurs, de 28, 24 et 7 ans, sont bien portants et ne sont pas obèses.

A 2 ans et demi, elle a une rougeole, sans complications.

A 6 ans, elle fait une chute de bicyclette sur son genou gauche, elle boite pendant quelques jours, puis elle marche bien.

En 1925, à l'âge de 9 ans, apparaît lentement une ostéite tuberculeuse suppurée du plateau interne du tibia, diagnostiquée par le Prof. Ombrédanne, le 21 avril 1927.

Depuis le début de cette affection, elle est plus ou moins complètement immobilisée.

Elle a ses premières règles le 30 septembre 1930, à 13 ans et 6 mois ; elles durent quatre jours et sont abondantes. Ses menstruations sont régulières, indolentes ; elles durent cinq jours.

Pendant ce temps, elle grossit beaucoup.

Le 12 février, elle entre à la salle Parrot.

Elle est âgée de 13 ans et 11 mois.

Sa taille de 154 cm. 5 est supérieure de 4 cm. 5 à la moyenne ; c'est celle d'une fille de 17 ans.

Son poids de 72 kgr. 300 est supérieur de 31 kgr. 650 à la moyenne pour son âge, de 24 kgr. 300 à la moyenne pour sa taille.

Le rapport du poids à la taille, de 467, est supérieur de 196 à la moyenne pour son âge, de 156 à la moyenne pour sa taille.

L'obésité est totale ; elle occupe le tronc, le ventre, les fesses, les membres ; le visage est gros, le teint pâle.

Les seins sont très gros, pendants ; leurs aréoles sont très larges ; leur diamètre mesure à gauche 9 cm., à droite 8 cm. Les mamelons sont petits.

Les poils pubiens sont fournis, les axillaires suffisamment développés.

Les mains et les pieds sont normaux. On remarque des vergetures sur la hanche, à droite et sur les faces externes des cuisses.

L'appétit est fort, les digestions paraissent bonnes. L'haleine est mauvaise, la langue saburrale.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni sels biliaires ; l'urobiline est en quantité normale.

Le pouls bat à 120; la pression artérielle, prise au Vaquez, est de 14 pour la maxima, de 7 pour la minima.

Le système nerveux, le fond de l'œil sont normaux.

Le caractère est un peu apathique.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H[e]), négatif.

Les caractères anthropométriques sont les suivants :

	Marie-Louise	*Moyennes : pour l'âge*	*pour la taille*
B.	81 cm.	»	»
S.	70 cm,5	»	»
S/B	0,839	0,90	0,90
Pt. xiphoïdien.	88 cm.	72 cm.	79 cm.
PL/T	0,571	0,452	0,512
Pignet	—6	32,8	27

Donc, Marie-Louise a une taille un peu élevée, mais moyenne ; elle a une brachyskélie légère (l'écart avec la moyenne est de — 0,069).

Le poids et le rapport P/T, le périmètre thoracique et le rapport Pt/T sont très forts pour sa taille. Le Pignet est très faible (respectivement 38,8 et 33 au-dessous des moyennes pour l'âge et pour la taille) à cause du poids et du périmètre thoracique très forts.

Sur la radiographie du crâne, la selle turcique est normale.

Sur les radiographies des membres, on remarque une ossification dia-épiphysaire avancée pour l'âge ; on note une disparition précoce des cartilages de conjugaison.

La capacité vitale est de 3 litres.

M. Lebée a recherché à trois reprises le métabolisme basal et le quotient respiratoire :

	Marie-Louise	*Normal*	*Ecart* %	Q. R.
5 février	53	46	+ 15	1
19 février	42,6	46	— 7,4	0,99
5 mars	49	45	+ 9	

Le métabolisme basal est donc normal, le quotient respiratoire élevé.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est légèrement positive le 3 mars ; après ingestion de 285 gr. de glucose à 9 heures, l'urine de 18 heures seule a contenu 4 gr. 50 de glucose par litre, soit 0 gr. 18 pour le volume émis.

Pendant le séjour à l'hôpital, le poids est tombé de 72 kgr. 360, le 14 février, à 69 kgr. 650, le 14 mars.

Du 16 au 21 février, pendant cinq jours, Marie-Louise a eu ses règles.

***

Ces quatre filles sont atteintes d'OBÉSITÉ.

L'obésité est la surcharge graisseuse des tissus. Obèse veut dire trop gras : *Obésus* signifie gras.

L'obésité est fréquente chez les enfants de tous âges. Elle peut atteindre des degrés divers, être forte, moyenne faible.

Il n'y a pas de limites tranchées entre l'obésité faible et un embonpoint fort, une adiposité légère, physiologique, commune chez les enfants bien nourris et bien soignés.

L'obésité relève de causes diverses et de processus pathogéniques variés.

Il y a quelques années, en 1924-1925, j'ai étudié dans des leçons publiées dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Troubles de la nutrition* et de la *croissance*, les *obésités endocriniennes chez les enfants*, les *obésités non endocriniennes chez les enfants*, et, à propos d'*un garçon obèse et idiot*, l'*obésité dans les affections de l'encéphale*.

D'autre part, avec MM. Henri Janet et Lebée nous avons étudié, dans *Paris médical* du 6 novembre 1926, *Le métabolisme basal dans les obésités infantiles d'origine nerveuse*.

Aujourd'hui, je vous parlerai des OBÉSITÉS SIMPLES.

Avec M. Janet et M. Lebée « nous groupons sous cette appellation des obésités pour lesquelles l'examen clinique ne décèle aucun signe clinique d'une altération endocrinienne, ni d'une affection nerveuse », j'ajouterai d'une altération endocrine ou d'une affection nerveuse susceptible de jouer un rôle dans l'étiologie ou la pathogénie de l'obésité, car il peut y avoir coexistence sans relation de cause à effet.

Les obésités simples se rencontrent à toutes les périodes de l'enfance, aussi bien chez les filles que chez les garçons.

A cause des malades dont je vous ai relaté les observations, je parlerai de l'OBÉSITÉ SIMPLE DES FILLES A LA PÉRIODE PUBERTAIRE.

En général, la période pubertaire des filles commence à 12 ans, âge où apparaissent les poils pubiens, et se termine à 15 ans, les premières règles, qui traduisent l'éclosion de la puberté, surviennent vers 13 ans.

***

L'obésité peut débuter avant la période pubertaire ou s'installer après son début. Elle augmente plus ou moins vite. Elle est plus ou moins forte.

L'obésité est totale ; elle envahit le visage, le cou, le tronc, les membres.

Ces filles ont le visage plein, les joues rebondies, un double menton ; mais assez souvent leur visage reste fin. Leur teint est souvent coloré, leur aspect floride ; mais certaines sont pâles, d'apparence anémique. Leurs yeux sont éveillés.

Le cou est large, sans être toujours très épais. Les creux sus-claviculaires sont plus ou moins effacés ou même remplacés par des saillies. Les épaules, les régions pectorales sont grosses ; souvent, à la région cervico-dorsale existe une accumulation de tissu adipeux qui entraîne une voussure simulant la cyphose.

Les bras, les avant-bras, les cuisses, les jambes sont volumineux. Toutefois, les extrémités restent fines. Le thorax, le ventre, les hanches sont gros avec des bourrelets graisseux.

Les chairs sont fermes, la peau est élastique, non infiltrée. Assez souvent, on remarque de l'érythrocyanose, et du livedo-annularis sur les membres inférieurs, des vergetures sur les hanches, les fesses, les cuisses.

L'aspect général diffère d'une part suivant le degré de l'obésité, d'autre part, suivant l'âge et le degré de développement des caractères sexuels secondaires.

On note souvent la formation précoce des seins. Leur volume est généralement exagéré ; ils peuvent être déjà gros, chez des filles de 11 à 12 ans ; mais leur volume devient surtout considérable à partir de 13 ou 14 ans ; alors, ils pendent comme des seins de nourrice ; l'aréole du mamelon est large, pigmentée. Le volume des seins est dû à la surcharge graisseuse, bien qu'il soit difficile de préciser la part de la glande mammaire elle-même.

Les poils pubiens et les axillaires apparaissent à l'âge habituel ; de bonne heure, ils peuvent être très fournis.

Cet aspect général de la forte obésité est fréquent. Armandine, dont la photographie est reproduite dans le livre de *Clinique*, que je citais tout à l'heure, en est un bel exemple.

A 14 ans et 10 mois, sa taille est de 156 cm. supérieure de 5 cm. 5 à la normale ; son poids est de 71 kgr. supérieur de 27 kgr. 700 à la moyenne, le rapport P/T est de 455, supérieur de 172 à la moyenne.

Il faut, chez ces filles obèses, préciser les *caractères anthropométriques*.

Leur taille est moyenne, ou présente soit de l'hypotrophie, soit de l'hypertrophie staturales. Elles sont mésoskèles, parfois légèrement brachyskèles ou macroskèles.

Leur poids et le rapport P/T sont beaucoup plus forts que ceux des filles de même âge et de même taille ; leur coefficient de Pignet est inférieur aux moyennes.

L'écart entre le rapport P/T et le Pignet de la malade, d'une part, le rapport P/T et le Pignet des filles de même taille, d'autre part, permet de préciser l'importance de l'obésité.

Voici ce qu'on observe, à cet égard chez nos malades :

Noms	*Excès de P/T* sur P/T moyen de la taille	*Réduction du Pignet.* sur le Pignet moyen de la taille
Thérèse.......	65	12
Marie-Louise..	122	22
Andrée.......	84	14
Marie-Louise .	156	33

Le coefficient de Pignet n'est pas un coefficient de robusticité ; il traduit la corpulence. A égalité de taille, sa réduction peut être due, soit à un poids exagéré, soit à un périmètre thoracique exagéré, soit aux deux à la fois.

Chez trois de nos malades, Thérèse, la première, Marie-Louise, Andrée, le périmètre thoracique et le rapport Pt /T sont moyens pour la taille, la réduction du Pignet est due au poids élevé.

Chez la seconde Marie-Louise, le périmètre thoracique et le rapport Pt /T sont supérieurs à la moyenne pour sa taille. La réduction du Pignet est due aux exagérations du poids et du périmètre thoracique.

Chez les filles obèses, l'activité physique est souvent réduite ; leur obésité est une cause de gêne ; elles marchent peu et ne jouent pas.

L'activité intellectuelle est normale, ; elle présente les mêmes inégalités que chez les filles de même âge, non obèses.

Souvent l'appétit est fort ; il diffère d'ailleurs d'un sujet à l'autre. Il existe ou non des troubles digestifs.

L'examen des viscères ne montre rien de particulier.

Généralement la première menstruation survient à l'âge habituel, dans le courant de la quatorzième année. Les menstruations tantôt sont normales, tantôt sont irrégulières, avec des retards ou des avances ; elles sont plus ou moins abondantes. On peut rencontrer soit un retard de la première menstruation ou l'installation d'une aménorrhée, soit de la dysménorrhée, des ménorragies ou des métrorragies.

Ces troubles sont communs en dehors de l'obésité pendant la période pubertaire.

Quelques *recherches complémentaires* doivent être poursuivies.

Il faut examiner sur les radiographies l'état de l'ossification. Généralement, celle-ci est normale pour l'âge des malades. Quelquefois, elle est avancée, quand la puberté est achevée.

La selle turcique apparaît normale. Chez Thérèse, notre première malade, elle semble petite mais le fait n'a pas de signification.

Le métabolisme basal est, comme l'écrivaient, en 1925, MM. Marcel Labbé et Stévenin dans leur livre sur *Le métabolisme basal*, normal chez la plupart des obèses ; chez les autres, il est soit abaissé, soit exagéré.

Chez nos malades, les résultats ont été différents dans les examens successifs ; mais dans l'ensemble le métabolisme est sensiblement normal. Il en était de même chez Armandine qui avait un M. B. inférieur de 5,5 à la moyenne.

Suivant MM. Marcel Labbé et Stévenin, à l'état normal, le quotient respiratoire, est, douze à quatorze heures après le repas, de 0,80 à 0,90, avec une moyenne de 0,85. Les causes d'erreurs sont d'ailleurs nombreuses et l'interprétation des quotients anormaux difficile.

On admet généralement qu'un quotient élevé peut résulter d'une consommation trop forte de graisse, parce qu'une partie de l'oxygène se combine avec l'hydrogène de la graisse et ne reparaît pas dans l'air de la respiration sous forme de CO^2.

Nos malades ont des quotients respiratoires forts et des métabolismes normaux.

D'après l'interprétation donnée par MM. Robert Faillie et Paul Mathieu, dans un mémoire sur les *Echanges respiratoires chez les obèses* paru dans *La Presse médicale* du 21 septembre 1927, cette combinaison indique une lipodiérèse défectueuse.

Pour MM. Marcel Labbé et Stévenin, un métabolisme basal normal traduit une obésité due à la suralimentation et à la sédentarité.

Tels sont les caractères cliniques et biologiques des obésités simples.

***

Il nous faut maintenant élucider leur ÉTIOLOGIE et leur PATHOGÉNIE.

Pour MM. Marcel Labbé et Stévenin, « l'obésité est le résultat d'une rupture de l'équilibre de la nutrition, d'une économie de l'énergie qui s'accumule à l'état latent sous forme de graisse ».

Deux facteurs peuvent rompre l'équilibre : l'*excès des apports* et *l'insuffisance des dépenses énergétiques.*

Ce sont des FACTEURS EXOGÈNES.

L'*excès des apports* joue un rôle important. M. Marcel Labbé dans un article sur la *pathogénie de l'obésité*, publié dans *La Pratique médicale* de 1929, écrit : « Cette catégorie comprend le plus grand nombre des obèses. Elle correspond à presque tous les obèses bien portants, aux obèses jeunes, aux obèses dits héréditaires ».

A chaque âge, il existe une ration alimentaire qui couvre les besoins de l'organisme ; c'est la *ration moyenne.* Mais l'organisme peut utiliser une ration supplémentaire, une *ration de luxe.* Elle est évaluée à 300 calories pour un homme de 65 kgr., soit à 4 cal. 6 par kgr.

La ration de luxe est nécessaire chez l'enfant.

Lorsque cette ration est dépassée, l'organisme économise ; pour les 100 calories économisées, il y a fixation de 10 gr. 75 de graisse.

Or, pour fournir ces 100 calories, il suffit de 140 à 150 gr. de lait de vache, de 12 à 15 gr. de beurre, de 52 à 55 gr. d'œuf (un œuf sans la coquille pèse 50 gr.), de 40 à 50 gr. de pain, etc.

L'excès des apports est facile à réaliser ; suivant les cas, la suralimentation est globale ou qualitative ; cette dernière existe, quand l'enfant mange relativement trop de beurre, de sucreries, de pain.

Beaucoup d'enfants mangent trop ou ont une alimentation trop riche, soit par gourmandise,

soit du fait des habitudes familiales ou du désir des parents d'avoir de gros enfants.

L'*insuffisance des dépenses énergétiques* dépend d'une vie sédentaire, de la vie scolaire ; les enfants vivent dans des appartements ou des classes surchauffées, ne prennent pas l'air, ne font pas de gymnastique, ne se livrent pas à des jeux actifs.

Souvent interviennent à la fois l'*excès des apports* et l'*insuffisance des dépenses*. C'est ce qu'on note dans les circonstances précédentes ou encore quand les enfants immobilisés par des affections du squelette,une tuberculose osseuse notamment.

Notre quatrième malade en est un exemple.

La preuve du rôle joué par l'excès alimentaire est faite par les effets de la réduction.

Souvent les filles trop grosses suscitent des risées de leurs camarades ; elles cessent de manger et maigrissent ; bientôt elles ont de l'anorexie mentale et deviennent d'une maigreur effrayante.

Les facteurs exogènes peuvent suffire à entraîner l'obésité ; mais ils ne sont pas les seuls.

Tout le monde admet que certains enfants présentent une grande résistance à l'engraissement, malgré une forte alimentation et la sédentarité, que d'autres engraissent en mangeant peu et menant une vie active.

M. Marcel Labbé écrit : « Une étude attentive des obèses ne permet pas de nier l'existence des sujets qui engraissent avec une extrême facilité, malgré une alimentation modérée et une activité convenable ».....

Des FACTEURS ENDOGÈNES, c'est-à-dire une modalité particulière de la nutrition, interviennent alors.

L'*hérédité* est notée assez souvent. L'enfant a des ascendants obèses ou neuro-arthritiques, présentant telle ou telle des affections, que Charles Bouchard a groupées dans les maladies par ralentissement de la nutrition.

Les *modalités de la nutrition* qui conduisent à l'obésité sont difficiles à préciser.

M. Marcel Labbé fait intervenir la diminution de la dépense de chaleur, qui est admissible chez des enfants à peau sèche, froide, «impropres à la déperdition calorique par rayonnement et par évaporation » ; une diminution ou une suppression de la consommation de luxe, un trouble du métabolisme des graisses.

Ce dernier est à retenir. Il semble que certains enfants possèdent une « appétence particulière des tissus pour les graisses ».

De fait, d'après J. Renaut, de Lyon, le tissu conjonctif est une véritable glande diffuse, la cellule adipeuse, une véritable cellule glanduleuse.

D'autre part, les transformations des graisses, pendant leur traversée de l'organisme peuvent être anormales, du fait de troubles hépatiques, pancréatiques, pulmonaires, d'une insuffisance, des ferments, d'altérations des glandes lymphatiques et des tissus lymphoïdes.

Notez que les enfants à tempérament lymphatique engraissent facilement.

En outre, il faut envisager les troubles du système nerveux central, car il existe un centre régulateur du métabolisme des graisses dans la région infundibulo-tubérienne, et des troubles du système neuro-végétatif.

Il faut envisager également les troubles des glandes endocrines.

Certains auteurs attribuent un grand rôle dans la production de l'obésité à la dyshypothyroïdie, au dyshypopituitarisme, à l'insuffisance des glandes sexuelles, à des troubles pluriglandulaires.

J'ai étudié le problème des obésités endocriniennes dans la leçon que j'ai citée tout à l'heure et, en 1927, dans mon livre sur *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse.*

Même quand il existe des altérations manifestes de telle ou telle de ces glandes, de grandes réserves s'imposent quand il s'agit de leur attribuer l'obésité.

A plus forte raison, en est-il ainsi lorsqu'il n'y a pas de symptômes indiquant une altération de ces glandes.

Chez les filles que j'étudie, je n'ai trouvé aucun symptôme d'altération des glandes endocrines. Elles ne présentent notamment aucun signe indiquant une lésion du lobe postérieur de l'hypophyse ou du corps thyroïde.

Etant donné leur âge, il faut discuter le rôle possible d'une *insuffisance ovarienne.*

Beaucoup de médecins admettent l'existence d'une *obésité sexuelle* par insuffisance des sécrétions internes de l'ovaire. M. Le Gendre, par exemple, dans son rapport au Congrès de 1913 de l'*Association française de pédiatrie*, écrit : « La suppression des sécrétions testiculaires et ovariennes est une cause d'engraissement, puisque la castration dans les deux sexes favorise l'accumulation de la graisse. Le rôle des glandes sexuelles dans certaines obésités de l'enfance paraît incontestable ; si on objecte qu'avant la puberté, leur fonctionnement est inexistant, Apert répond judicieusement qu'elles ne sont certainement pas inactives, puisque c'est sous leur influence que les petits garçons et les petites filles ont, dès la première enfance, des manières d'être différentes. »

Voici les *arguments en faveur d'une obésité sexuelle.*

C'est la fréquence des troubles menstruels chez les filles obèses : retard de la première menstruation, aménorrhée persistante, retard des menstruations, petitesse de la perte sanguine, ou, au contraire, ménorragies ou métrorragies.

C'est l'apparition de l'obésité, soit au début de la période pubertaire, soit pendant cette pé-

riode, et sa coexistence avec la constitution d'une aménorrhée.

C'est l'apparition de l'obésité après la castration ovarienne, opération rare chez les enfants, assez fréquente chez les adultes.

C'est l'apparition de l'obésité à la ménopause naturelle ou à la ménopause artificielle provoquée par la radiothérapie ou la radiumthérapie.

Mais les *objections* sont faciles à trouver.

La puberté et les menstruations sont souvent normales chez les filles obèses. Elles le sont chez Andrée et Marie-Louise, réglées à 13 ans 5 mois et 13 ans 6 mois, ainsi que chez beaucoup d'autres filles obèses que j'ai eu l'occasion de soigner.

Inversement, beaucoup de filles nullement obèses présentent un retard de la puberté ou des troubles menstruels et certaines, ayant atteint l'âge de la jeunesse, sont infantiles.

Après la castration ovarienne, M. Henri Vignes en 1929, dans *Physiologie gynécologique* et *Médecine des femmes*, écrit « dans l'ensemble l'embonpoint est habituel ». Mais embonpoint ne veut pas dire obésité. D'ailleurs, l'apparition de l'adiposité ne démontre pas l'intervention de l'insuffisance ovarienne. Le Professeur Pierre Delbet explique cette obésité par la suppression de la douleur et d'un foyer infectieux; elle survient également chez des femmes hystérectomisées pour un fibrome utérin, sans ovariotomie.

Après la ménopause spontanée ou artificielle, l'augmentation de l'embonpoint est presque constante, l'obésité est rare, d'après H. Vignes. D'ailleurs beaucoup de femmes restent maigres.

Dans toutes ces manifestations, il faut faire intervenir l'alimentation plus abondante et la diminution de l'activité.

Du reste, après la castration ou la ménopause spontanée, le métabolisme basal reste normal ou baisse légèrement.

Nous pouvons donc conclure que le rôle de l'insuffisance ovarienne dans la production de l'obésité n'est guère admissible. Il peut certes exister simultanément de l'insuffisance ovarienne et de l'obésité ; mais elles sont intriquées et la seconde ne dépend pas de la première.

Pour d'autres auteurs, l'*obésité serait la cause des troubles ovariens* au lieu d'en être la conséquence.

Voici quelques opinions émises à l'*Association française de pédiatrie* en 1913.

M. Mouriquand écrit : « La plupart des filles obèses sont tardivement réglées, et, parfois, seulement lorsque diminue leur obésité. Un simple traitement diététique du trouble de la nutrition a pu, dans certains cas, leur rendre la menstruation. »

Pour M. Apert, « c'est l'obésité qui entraîne l'atrophie génitale et non l'inverse, car les eunuques sont le plus souvent maigres et les ovariotomisées ne deviennent pas habituellement obèses ».

D'après M. Léopold Lévi, « l'engraissement exerce une influence fâcheuse sur le fonctionnement et le développement des glandes endocrines, en particulier génitales. »

Donc la *pathogénie de l'obésité des filles pendant la puberté* rentre dans le cadre des obésités simples de l'enfance et de l'âge adulte.

Elle relève soit de facteurs exogènes, la suralimentation et la sédentarité, plus souvent peut-être de facteurs endogènes, de troubles complexes de la nutrition, encore mal connus, et ces facteurs peuvent être isolés ou intriqués.

C'est l'opinion émise par le Professeur Hutinel en 1924, dans *Les dystrophies de l'adolescence* : « sans doute, écrit-il, le rôle de la suralimentation ou d'une vie sédentaire et paresseuse n'est pas négligeable ; mais si l'obésité semble souvent accrue ou entretenue par des excès alimentaires et une mauvaise hygiène, il est plus fréquent, chez les jeunes sujets, qu'elle soit la conséquence d'une nutrition vicieuse. »

***

Il serait intéressant d'envisager l'AVENIR des filles présentant de l'obésité simple pendant la période pubertaire. Je ne puis m'arrêter sur cette question.

Le *pronostic actuel* ne présente pas de gravité. L'obésité peut être une cause de gêne dans l'activité physique, d'infériorité vis-à-vis des autres, susciter les moqueries de l'entourage. Elle peut toutefois diminuer la résistance vis-à-vis des infections et, d'autre part, d'après les chirurgiens, augmenter les risques des interventions opératoires.

Le *pronostic éloigné* est difficile à préciser.

Assez souvent, l'obésité disparaît pendant la jeunesse ou au mariage, du fait du changement de milieu et des modifications dans le genre de vie.

Toutefois la tendance à l'obésité demeure souvent. D'après M. Le Gendre : « l'enfant modérément obèse a de grandes chances pour devenir un adulte très obèse ». Mais il ne faudrait pas généraliser cette opinion ; bien des filles obèses cessent de l'être et ne le deviennent pas de nouveau.

On a aussi dit que les filles obèses étaient peu fécondes. En tout cas, si elles maigrissent avant ou après le mariage, elles peuvent devenir mères comme les autres.

Le TRAITEMENT des filles obèses à la période pubertaire a pour base l'étiologie et la pathogénie.

Le *régime alimentaire* en est un élément important.

Si on le calcule d'après le poids, il faut tenir

compte non du poids réel, mais du poids moyen des filles de même taille.

Ainsi que je l'ai exposé dans un mémoire sur l'*alimentation dans la moyenne et la grande enfance*, publié par *La Presse médicale* du 5 novembre 1919, les rations moyennes doivent fournir :

aux enfants pesant 30 à 39 kgr. : 60 cal. par kgr. jour ;
40 kgr. et plus : 53 cal. par kgr. jour.

Ces calories sont données par des régimes contenant respectivement :

Albumine...	2 gr. par kgr., soit	8 calories	
Graisse.....	2 gr. ou 1 gr.50, soit	18 ou	13,5
HC.........	8 gr. 50 ou 8 gr. soit	34 ou	32
		60 cal. ou	53,5

Pratiquement, pour les obèses que nous envisageons, ces rations sont trop fortes, et il convient de rester en dessous.

On doit avoir recours à une cure de réduction, qui ne doit pas être trop sévère, on prescrit tout d'abord un régime mixte.

Il faut aussi tenir compte en outre des troubles dyspeptiques, hépatiques ou autres, qui demandent une alimentation particulière.

L'*exercice* doit être convenablement réglé, pour éviter la fatigue. On recommande la marche, les jeux, la gymnastique, les exercices respiratoires, le travail manuel.

L'*hydrothérapie* fraîche, les frictions sont particulièrement utiles.

On prescrit les *médications* indiquées par les troubles divers et les facteurs endogènes, troubles hépatiques, troubles de la menstruation, etc.

L'*opothérapie thyroïdienne*, qu'on conseille souvent, est sans effet, quand il n'existe pas de phénomènes d'hypothyroïdie et notamment un métabolisme basal abaissé.

M. Léopold-Lévi, à l'*Association française de pédiatrie*, s'exprime ainsi, à son sujet : « Les doses thérapeutiques de corps thyroïde (de 0 gr. 001 à 0 gr. 20 de poudre) produisent un effet excellent sur les troubles d'instabilité thyroïdienne qui coexistent avec l'obésité. Elles favorisent, en outre, le développement génital. Mais elles ne font pas maigrir, du moins d'une façon durable. »

La *crénothérapie* a souvent une efficacité manifeste. On prescrit la cure indiquée par les troubles prédominants associés à l'obésité. Quand celle-ci constitue l'indication principale, on envoie l'enfant à Brides-les-Bains, en Savoie, dont les eaux chaudes (35°), sulfatées et chlorurées sodiques faibles, sont laxatives, cholalogues, diurétiques, et où est organisé le traitement méthodique de l'obésité.

***

Pour conclure, les quatre filles, que nous avons étudiées aujourd'hui, présentent des *obésités simples*. L'obésité paraît dépendre principalement d'une alimentation trop forte et d'une existence trop sédentaire. Il n'existe aucun trouble endocrinien et, en particulier, aucun trouble ovarien. Il est bien difficile de dire si des modalités particulières de la nutrition interviennent à titre de facteurs endogènes. En tout cas, il faut commencer le traitement en conseillant un régime alimentaire et une hygiène générale bien réglés.

LA SCLÉRECTOMIE PÉRICORNÉENNE NON PERFORANTE

par le Dr Bettremieux (de Roubaix).

La sclérectomie péricornéenne non perforante sur laquelle j'ai déjà à plusieurs reprises attiré l'attention consiste à disséquer la conjonctive et le tissu sous-conjonctival à partir du limbe sur le tiers environ de la périphérie cornéenne, bien à ras de la sclérotique, à saisir avec une pince à sclérectomie un certain nombre de copeaux de sclérotique et à les exciser avec un étroit couteau de Græfe. On ouvre ainsi les veines profondes de la région péricornéenne et on les anastomose avec les veines superficielles en ramenant largement et soigneusement par des sutures latérales la conjonctive et le tissu sous-conjonctival au devant de la surface sclérale avivée.

Cette sclérectomie a son entité bien définie ; elle est indiquée dans tous les cas où la circulation de retour de l'œil est déficiente, dans un certain nombre de glaucomes chroniques, dans beaucoup de décollements rétiniens et d'autant mieux dans cette affection qu'elle est pratiquée plus près du début des lésions. Toujours complètement inoffensive, permettant l'usage simultané d'autres moyens thérapeutiques si on désirait les mettre en œuvre concurremment, elle présente de nombreuses indications.

Dans la chorio-rétinite la nutrition des membranes profondes de l'œil laisse à désirer, il est normal qu'une issue plus facile du sang veineux amène un apport plus abondant de sang artériel ; la succession, des faits est souvent la suivante : la sclérectomie étant faite d'abord à l'un des yeux, d'ordinaire le plus atteint, après quelque temps le patient accepte très facilement ou sollicite lui-même que son autre œil soit opéré.

Dans le décollement myopique il y a habituellement de la choroïdite périphérique ; la sclérec-

tomie péricornéenne non perforante améliore la chorio-rétinite et guérit ou améliore le décollement : c'est normal.

Prétendre que dans le décollement rétinien tout se résume dans une déchirure rétinienne et qu'en dehors de l'obturation de cette déchirure il n'y a pas de salut n'est pas admissible ; il est possible que les opérations ayant pour but d'obturer la déchirure rétinienne favorisent la nutrition de la rétine, mais il n'est pas douteux que la sclérectomie péricornéenne non perforante ait pour résultat à moins de frais, moins brutalement, d'améliorer la circulation de l'œil.

Dans le décollement rétinien, le premier devoir est d'agir sur la circulation de retour de l'œil par une sclérectomie péricornéenne non perforante ; nous sommes certains par ce moyen de ne pas nuire au malade et j'ai la conviction que nous faisons ce qui lui est le plus utile.

J'ai constaté des résultats heureux dans quelques cas de myopie progressive et d'hémorragies intra-oculaires.

Plusieurs confrères ont eu dans ces dernières années leur attention plus attirée que précédemment par la sclérectomie péricornéenne non perforante.

Le Dr de Gandt, de Roubaix, la pratique avec des résultats satisfaisants dans les différentes affections où elle est indiquée. Notre confrère n'a certainement pas oublié ce cas que nous avons publié ensemble il y a quelques années d'un blessé qui, après une contusion violente de l'œil, eut des hémorragies récidivantes avec douleurs telles que l'énucléation paraissait s'imposer. Une sclérectomie non perforante permit la conservation de l'œil.

Le Dr Pollet, de Tourcoing, pratique aussi couramment la sclérectomie non perforante. Il y a quelque temps, invité par un groupement d'oculistes de Roubaix et Tourcoing à préparer un projet de tarif d'opérations d'oculistique destiné à être proposé à un consortium patronal, il affirma sa foi dans la sclérectomie non perforante en la classant dans une des catégories d'opérations qu'il prévoyait.

Le Dr Vernier, oculiste à Cambrai, a depuis quelques années en observation plusieurs cas de décollement rétinien qui ont été soignés par la sclérectomie non perforante ; il sait que cette opération est d'une exécution facile, qu'elle est inoffensive et que ses résultats sont indubitablement heureux même dans les cas où elle n'a pas pu donner tout ce dont elle est capable parce qu'elle n'a pas été pratiquée dans les conditions d'efficacité maximum, je veux dire très près, le *plus près possible* du début du décollement ou préventivement, à la période des symptômes prémonitoires.

Dans l'évolution d'un décollement tout est possible, mais habituellement les résultats acquis par la sclérectomie se maintiennent.

Pour prévenir les rechutes, on ne saurait trop, à mon avis, recommander le traitement de soutien par la médication mercurielle en dehors de toute idée de syphilis, traitement sur l'importance duquel plusieurs confrères ont insisté récemment.

Il y a d'autres médications de soutien dont il ne faut pas assurément exagérer l'importance mais qui jouent probablement un certain rôle. Je vois de temps en temps depuis des années un sujet arthritique ayant perdu depuis longtemps un œil par décollement, qui a perdu le second et a guéri par sclérectomie péricornéenne non perforante et qui a la plus grande confiance dans la médication de soutien consistant à absorber tous les jours une petite dose d'un médicament iodé, à instiller tous les jours quelques gouttes d'un collyre ioduré et à se faire insuffler de loin en loin dans l'œil une petite dose de dionine en poudre.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Comment reconnaître et traiter l'occlusion intestinale aiguë au cours de la grossesse utérine

D'après le Dr P. MOIROUD (1).

Les différents signes de l'occlusion, douleurs, vomissements, troubles dans l'évacuation intestinale peuvent s'observer dans la grossesse normale ; mais ils sont plus estompés ; de là, les difficultés du problème clinique, ainsi que l'a précisé Lepage : « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien. »

I

Les occlusions de la puerpéralité peuvent être provoquées directement, ou seulement influencées par la grossesse.

A) *Les occlusions purement gravidiques sont provoquées* par l'utérus, dont la situation, le volume, les déplacements amènent des modifications de la lumière intestinale et des accidents de nature mécanique. Contrairement à ce qui se passe pour la grossesse ectopique, dans la grossesse utérine elles se produisent surtout au début du quatrième mois, alors que l'utérus devient organe de l'abdomen, et y trouve une place considérable ; la situation se prolonge durant le 5e et surtout le 6e mois, où l'engagement se prononce dans la cavité pelvienne. A cette époque l'occlusion semble avoir sa plus grande fréquence ; l'utérus (rétrofléchi surtout) comprime directement une anse, ou favorise les vices de position, en modifiant par sa présence les rapports normaux du paquet intestinal.

Pendant le dernier mois, la même génèse mécanique peut intervenir. Durant le travail aussi, la contraction utérine vient déterminer les accidents ; ou inversement, les tiraillements incessants des brides sur l'utérus ou le paquet intestinal finissent par mettre en jeu la contractilité de la fibre musculaire de l'utérus, provoquant tout d'abord un accouchement prématuré, puis les symptômes d'occlusion.

Après l'accouchement enfin, des occlusions s'observent à la suite des brusques modifications apportées à la statique intestinale, ou par voie réflexe après un forceps, une version podalique.

B) *Des occlusions influencées par la grossesse* se produisent chez les femmes ayant un passé abdominal, à tous les stades de la puerpéralité, par le réveil de vieux foyers inflammatoires dû aux tiraillements provoqués sur les adhérences et les brides anciennes. Ce sont les plus fréquentes parmi les occlusions de la grossesse.

Pour mémoire, il faut citer les occlusions, qui viennent compliquer la grossesse, sans que l'on puisse incriminer l'état de gestation.

II

Le diagnostic

Le tableau clinique diffère suivant la portion intestinale intéressée, suivant le siège de compression (obturation, striction), suivant l'altération plus ou moins rapide de la paroi et l'association de lésions mésentériques. Mais il importe de faire, non seulement le diagnostic positif d'occlusion au cours de la puerpéralité, mais aussi de préciser le diagnostic étiologique, et de savoir, si possible, sur quelle partie du tractus intestinal siège l'obstacle.

Les symptômes cardinaux peuvent s'observer en dehors de toute occlusion, au cours de l'évolution d'une grossesse ou du travail. Vouloir attendre les vomissements fécaloïdes, le ballonnement de l'abdomen, bref le tableau complet de l'occlusion abdominale, est une faute à ne pas commettre, car l'heure d'une chirurgie efficace est alors dépassée.

PENDANT LA GROSSESSE, la prédominance de l'un des principaux symptômes de l'occlusion peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

L'*arrêt des matières et des gaz* est l'un des symptômes les plus caractéristiques ; c'est celui qu'on doit rechercher ; mais, chez des femmes ayant présenté de la constipation depuis le début de leur gestation, sa valeur est moins absolue ; cependant, chez celles-ci, tout rentre dans l'or-

(1) Dr Pierre MOIROUD. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Le Progrès médical,* 29 août 1931.)

dre, quand on évacue l'intestin par des purgatifs et des lavements. Chez les femmes atteintes d'occlusion, au contraire, l'échec du traitement est constant, et il ne faut pas prolonger outre mesure cette thérapeutique empirique.

Quant aux *douleurs*, symptôme important de par leur violence et leur fixité, elles pourraient, chez une femme à une période avancée de la grossesse, faire croire à un commencement de travail ; mais ces douleurs, par leurs caractères, ne sont pas celles de la contraction de l'utérus ; et d'ailleurs, l'absence de modifications du col constatée par le toucher vaginal permettra d'éliminer cette cause ; toutefois, si la femme est près du terme, si le col est en voie d'effacement, le diagnostic est rempli de difficultés ; mais bientôt l'apparition de nausées, de vomissements, de ballonnement dénote la terrible complication.

La valeur diagnostique des *vomissements* est moins absolue, car ils ne deviennent fécaloïdes qu'assez tardivement, à une période, où, de toute nécessité, l'occlusion doit avoir été reconnue et traitée.

Quant aux *phénomènes généraux*, il est exceptionnel que dans l'occlusion gravidique vraie ils prennent d'emblée la première place. Si, cependant, apparaissait un syndrome abdominal avec hyperthermie, il faudrait envisager tout d'abord la possibilité d'une crise appendiculaire, affection relativement fréquente pendant la grossesse ; les commémoratifs, la notion de crises antérieures faciliteraient ce diagnostic plein de difficultés.

Les *signes locaux* compléteront le tableau clinique, par les procédés ordinaires d'exploration de l'abdomen, les touchers rectal et vaginal. Cependant l'utérus gravide gêne considérablement leur recherche. De même, les résultats de l'*examen radiographique* de l'abdomen sont faussés.

Pendant le travail, le diagnostic devient presque impossible. La douleur et les vomissements peuvent s'observer dans les deux états. Deux affections deviennent des causes d'erreur : la rupture utérine (douleur vive et continue localisée en un point fixe), et la perforation intestinale. Souvent ces questions ne peuvent être résolues qu'après l'expulsion du fœtus, ou même plus tard au moment de l'intervention.

A noter que, pendant le travail, les contractions utérines rendent difficile la recherche des signes physiques, et que, fait à retenir, elles peuvent marquer le début de l'occlusion.

Pendant les suites de couches, on a surtout affaire à des phénomènes d'occlusion paralytique d'origine réflexe, ou sous la dépendance d'une infection péritonéale légère.

En présence de symptômes abdominaux douloureux, on éliminera la péritonite et les tranchées (bien localisées à l'utérus et accompagnées d'une sensation de boule, ainsi que d'irradiations vers la région sacro-coccygienne, vers les lombes, l'aîne, les cuisses).

Si les vomissements sont abondants, on pensera à un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac, consécutif à un traumatisme léger, à une intervention obstétricale ; celui-ci s'accompagne d'un tympanisme épigastrique évident.

En tout cas, il sera difficile de préciser la nature de l'occlusion, sauf renseignements donnés par le *toucher rectal ou vaginal* sur la rétroversion utérine (trois premiers mois), sur les annexes (torsion de kystes ovariens), sur le volume utérin (hydramnios, gemellité, fibrome).

III

Le traitement

Un traitement précoce importe pour améliorer le pronostic, grave pour l'enfant et surtout pour la mère, quoique, malgré tout, la grossesse subisse un arrêt dans un tiers des cas.

Le traitement de l'occlusion pendant la puerpéralité ne diffère en rien de celui des occlusions en dehors de cet état. La grossesse reste comme une complication, et non comme une contre-indication de l'acte opératoire. D'ailleurs, contrairement à ce que l'on pensait, les opérations pratiquées pendant la grossesse réussissent aussi bien que dans l'état de vacuité.

Dans les occlusions à symptômes peu bruyants, on essaiera d'abord les moyens médicaux, sans toutefois en prolonger l'emploi s'ils ne donnent pas satisfaction à brève échéance. Si les grandes irrigations de l'intestin font évacuer une certaine quantité de matières, seule l'émission abondante de gaz par l'anus est un signe de valeur pour la réussite. Le lavement électrique peut être dangereux, car il a l'inconvénient de mettre en jeu les fibres utérines et d'interrompre la grossesse.

L'extrait sec de bile, à la dose de 5 à 6 grammes dilués dans un verre d'eau chaude, puis mélangés à 400 grammes d'eau tiède, constitue un lavement à donner sous-pression.

L'hypophysine (un cent. cube en injection intra-veineuse) donne souvent un effet presque immédiat, puisque des premiers gaz sont expulsés souvent avant la fin de l'injection ; il peut y avoir quelques accidents de collapsus, mais

ceux-ci sont passagers ; l'injection doit être poussée lentement.

Quant à la médication chlorurée, en solution hypertonique, elle est ici, comme en dehors de la puerpéralité, d'un secours précieux.

L'opportunité d'une intervention chirurgicale doit être posée à temps. Mieux vaut intervenir au risque de se tromper, que de laisser une occlusion évoluer, et conduire fatalement la malade à la mort.

A noter que l'évacuation de l'utérus ne réalise que très exceptionnellement la fin des accidents. Il faut donc y renoncer, sauf exceptionnellement, s'il ne s'agit que d'accélérer l'accouchement, mais à la condition de veiller pour recourir, si nécessaire, à l'intervention chirurgicale.

Deux méthodes : l'anus contre nature, la laparotomie. L'entérostomie ne sera employée que rarement en cas d'occlusions avancées, avec ballonnement considérable.

L'anus cæcal paraît être le traitement de choix pour l'occlusion par coudure du côlon gauche, au niveau du *ligament infundibulo-pelvien*, à la condition absolue *que le diagnostic* étiologique soit bien établi.

La laparotomie permet seule la recherche de l'obstacle : elle sera sous-ombilicale et se pratiquera sous anesthésie à l'éther. La morphine, donnée avant et après l'opération, diminuera les contractions utérines consécutives. L'obstacle sera traité suivant sa nature.

Les suites post-opératoires comporteront l'emploi systématique des solutions hypertoniques de chlorure de sodium, afin d'améliorer un pronostic bien sombre.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

A propos de l'azotémie par manque de sel.

MM. Van CAULAERT, P. S. PÉTREQUIN et MANGUIO ont décrit un symptôme azotémique grave par manque de sel. Il s'agissait de malades, qui s'étaient déchlorurés à la suite d'une acidose prolongée et intense, de vomissements et de diarrhées, et leurs observations ont prouvé que cette déchloruration s'accompagnait toujours d'une azotémie pouvant atteindre des taux très élevés de 5 et 6 grammes. Ces malades peuvent être confondus avec des urémiques. Pour faire disparaître cette azotémie, il suffit d'administrer du sel aux malades.

Depuis lors, ces travaux ont été confirmés par de nombreux auteurs ; mais le mécanisme du trouble a été très discuté au point de vue théorique seulement, car il semble qu'aucun auteur n'ait répété les recherches initiales.

Mais, après discussion, et jusqu'à ce qu'on leur ait prouvé que leurs expériences étaient fausses ou qu'elles pourraient être interprétées de façon différente, MM. C. P. et M. maintiennent leur théorie, à savoir que l'azotémie par manque de sel est due à une modification humorale primitive, consistant en une diminution de la concentration moléculaire et produisant secondairement un trouble rénal fonctionnel. (*Gazette des hôpitaux*, 22 avril 1931.)

Sur l'évolution et le pronostic des polyglobulies.

MM. P. EMILE-WEIL et R. CAHEN attirent l'attention sur la gravité réelle de la plupart des polyglobulies primitives (maladie de Vaquez, ou érythrémie) et secondaires à une série d'affections organiques du cœur, du poumon, à maintes intoxications, qui, toutes, agissent en déterminant une entrave à l'hémostase. Il y a une nécessité absolue de réserver leur pronostic d'avenir, lié à la gravité même de la cause provocatrice ; le plus grand intérêt doit consister à suivre par des examens de sang périodiques les sujets atteints de cette maladie.

Un grand nombre de cas échappent aux cliniciens ; parce que leur évolution hématologique n'est pas poursuivie pendant assez longtemps, en rapport avec une surveillance clinique attentive. Il ne faut pas se hâter de parler de guérison devant la rémission de la polyglobulie. Le chiffre des hématies retombe à la normale ; mais les lésions sanguines restent les mêmes qu'à la phase initiale. La suractivité hématopoïétique de la moelle n'est pas éteinte, l'apparition bientôt de myélocytes en abondance dans le sang ne vient que trop justifier la réserve prudente du pronostic. (*Le Bulletin médical*, 11 avril 1931.)

L'état actuel de la question des hydronéphroses.

La dilatation du bassinet, des calices, et quelquefois de l'uretère est le point essentiel, puisque c'est elle qui détermine l'altération progressive du parenchyme rénal, et conditionne aussi les indications thérapeutiques.

M. LUZUY résume les causes des hydronéphroses : traumatismes de l'uretère, du bassinet, des reins ; plaies et sutures de l'uretère ; compressions par une tumeur ou un cancer pel-

vien ; lithiase ; tuberculose ; tumeurs du rein, du bassinet, de l'uretère ; déplacements de l'uretère.

En clinique, les hydronéphroses se présentent sous trois aspects : les hydronéphroses avec tumeur rénale, faciles à reconnaître par les signes physiques, par une cystoscopie, et un cathétérisme des uretères ; les hydronéphroses à manifestations douloureuses, intermittentes, pour lesquelles la pyélographie est indispensable ; les hydronéphroses à symptômes frustes, laissant le diagnostic imprécis jusqu'au jour où un accident plus net fait pratiquer une pyélographie.

Traitement : Les grandes hydronéphroses relèvent sans discussion de la néphrectomie. Les moyennes et les petites commandent une intervention, en raison de crises douloureuses, répétées et violentes, de pyélonéphrites rebelles, la rétention et la dilatation ; il en est de même quand on a pu déterminer la cause exacte (calcul, rein mobile).

L'intervention doit alors comporter deux parties : l'une exploratrice (bassinet, uretère, pédicule) ; l'autre curatrice, qui dépend des lésions rencontrées (calcul, ptose, coudure, artère anormale). Si l'on ne trouve pas de cause nette, on a le choix entre une série d'opérations, dont les moins discutées sont celles qui engagent le moins l'avenir : décapsulation, avec néphropexie ou innervation. (*Le Bulletin médical*, 18 avril 1931.)

De l'angine de poitrine, compliquant les névralgies thoraco-brachiales gauches.

L'existence d'un syndrome d'angine de poitrine, compliquant les névralgies du plexus brachial ou les névralgies intercostales gauches, est connue depuis longtemps ; mais elle avait été à peu près oubliée. En fait, ces accidents sont loin d'être rares. Le Dr C. LIAN en a vu de nombreux exemples, et la ressemblance de ces faits avec l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle (ancienne vraie angine de poitrine) ne fait pas de doute.

Cependant, il ne peut être question de baser l'appellation d'angine de poitrine sur la présence ou l'absence de telle ou telle lésion aortique, de telle ou telle perturbation fonctionnelle cardiaque (distension, épuisement, etc.). En effet, c'est préjuger du mécanisme exact que personne ne connaît ; c'est donc construire un échafaudage sur du sable mouvant. Par conséquent, il faut se résigner à chercher dans la clinique seule la délimitation de l'angine de poitrine.

L'auteur estime que l'angine de poitrine est un syndrome, dans lequel la sensation pénible a les cinq caractères suivants :

1° Elle a un siège sternal ou précordial ;

2° Elle atteint diverses régions voisines, en particulier le bras gauche ;

3° Elle est accompagnée d'angoisse, c'est-à-dire d'une sensation double : l'une psychique, sensation de crainte, de mort imminente ; l'autre thoracique, sensation de poids, de constriction, de gonflement ;

4° Elle se manifeste sous forme de crises ;

3° Elle est l'expression d'une lésion ou d'une perturbation fonctionnelle du cœur ou des gros vaisseaux.

Toute sensation pénible, ayant les cinq caractères précités est une angine de poitrine. Or, les crises angoissantes et douloureuses de certains porteurs d'une névralgie intercostale ou thoraco-brachiale gauche ont bien les cinq caractères précités. Ainsi, chez certains sujets, ayant seulement une névralgie intercostale, on voit survenir des crises angoissantes avec irradiation brachiale.

Enfin, la sensation d'angoisse, survenant par crises et accompagnant les paroxysmes névralgiques, est bien en harmonie avec l'existence d'une perturbation du plexus cardiaque. Dans ces cas, il n'y a donc pas seulement apparence d'angine de poitrine. Il s'agit d'un angor réflexe, dans lequel la perturbation du plexus cardiaque est d'ordre fonctionnel, et ces faits se placent à côté des angors réflexes de l'aérogastrocolie et de la lithiase biliaire.

Ces faits méritent d'être connus en raison de leur fréquence et de leur quasi-similitude avec les cas d'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle.

Traitement. — Pendant les crises, la trinitrine est susceptible de faire cesser rapidement toutes les sensations pénibles ; cependant, l'aspirine, la phénacétine, le pyramidon peuvent donner également de bons résultats. Le traitement de fond sera constitué par le salicylate de soude, le soufre colloïdal.

C'est cependant la thérapeutique locale qui tient la première place : injections hypodermiques de novocaïne, de salicylate, d'iodure de sodium ; injection para-vertébrale de novocaïne ; diathermie et radiothérapie des racines du plexus brachial, ou, le cas échéant, du plexus cardiaque. (*Revue belge des Sc. médicales*, avril 1931.)

Le sous-nitrate de bismuth dans le traitement des troubles nerveux et circulatoires para-digestifs.

MM. R. BENSAUDE et J. COTTET ont en vue, dans leur étude, les extra-systoles, douleurs précordiales et migraines ; ils ont vu certains troubles nerveux et circulatoires s'amender, d'une façon parfois étonnante, sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, en même temps que les troubles digestifs, auxquels ils étaient associés.

D'une façon générale, les troubles circulatoires para-digestifs affectent, soit le cœur lui-même, soit le système artériel ; d'où deux ordres de manifestations, les unes cardiaques, les autres vasculaires ou vaso-motrices, susceptibles, bien entendu, de s'associer selon les modalités infiniment variées qu'offre l'observation clinique.

Les manifestations cardiaques vont depuis les palpitations, les troubles divers du rythme cardiaque, les extrasystoles, les impressions lipothymiques, les algies thoraciques ou précordiales plus ou moins définies, jusqu'aux douleurs angoissantes de l'angine de poitrine et à la syncope. On peut en rapprocher certains troubles respiratoires, tels que ces inspirations profondes, traduisant une sorte de soif d'air, que présentent par moment les dyspeptiques anxieux, ces dyspnées paroxystiques d'allure plus ou moins asthmatiforme, qui, pour peu qu'elle se combinent avec des palpitations ou des extrasystoles, évoquent l'asthme cardiaque.

On ne tiendra ces manifestations, si bénignes qu'elles paraissent, alors même qu'il existe des troubles digestifs suffisants pour les expliquer, pour purement fonctionnelles qu'autant qu'un examen clinique, complété au besoin par la radioscopie et l'électrocardiographie, aura mis hors de cause le cœur et l'aorte.

A cet égard, le sous-nitrate de bismuth joue souvent le rôle d'une pierre de touche pour préciser le diagnostic.

Les accidents artériels ou vaso-moteurs d'origine digestive sont, suivant les territoires affectés, des céphalées, des éblouissements, des troubles cérébraux, des vertiges. C'est dans cet ordre de faits que paraissent devoir être rangées les migraines simples et les migraines ophtalmiques. Les heureux résultats, obtenus par le sous-nitrate de bismuth, attestent souvent l'origine gastro-intestinale de ces troubles neuro-circulatoires.

De même, chez des hypertendus dyspeptiques traités par le sous-nitrate de bismuth, les auteurs ont obtenu des abaissements de la tension artérielle dans des conditions telles qu'on était amené à penser que l'hypertension était, au moins pour une part, conditionnée par l'état gastro-intestinal.

On doit noter la disproportion qui existe souvent entre la légèreté du point de départ gastro-intestinal et l'importance de la répercussion neuro-circulatoire. D'autre part, les réflexes à point de départ gastro-intestinal se déclenchent avec d'autant plus de facilité et de force que le système neuro-végétatif est plus excitable. Or, cette hyperexcitabilité est la résultante de causes multiples : hérédité, émotions, troubles endocriniens, toxi-infections diverses et parmi elles surtout toxi-infections d'origine entéro-hépatique.

Le sous-nitrate de bismuth agit par son action locale topique, et aussi par une action vaso-dilatatrice. (*La Presse Médicale*, 9 mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le Kaolin bismuthé dans le traitement des gastro-entéropathies.

(M. Georges HAYEM. — *Académie de médecine* ; 20-10-1931.)

Dans le traitement des gastro-entéropathies, M. Hayem associe volontiers le kaolin et le bismuth, suivant la formule suivante :

Kaolin lavé et séché	150 grammes
Sous-nitrate de bismuth	50 grammes
Essence d'anis	III grouttes

diviser, selon les indications, en 10, 20 ou 30 paquets.

La poudre est délayée dans une quantité convenable d'eau et le mélange est ingéré quinze minutes au moins avant les repas.

Le Kaolin bismuthé répond à de nombreuses indications, et il présente le grand avantage de pouvoir être prescrit dans les cas pathologiques les plus divers, en dehors même des diagnostics précis où il y a eu examen chimique du contenu gastrique. La préparation s'adapte à toutes les formes de gastro-entéropathies, où elle donne d'ailleurs d'excellents résultats. Elle se prescrit, à la dose journalière de 20 grammes :

En une fois, un paquet de 20 gr., le matin à jeun, lorsque les troubles intestinaux avec constipation prédominent ; en 2 fois (par paquets de 10 gr.) avant les principaux repas, dans les formes de gastro-entérite douloureuse ou accompagnée de forts réflexes, soit sécréteurs (sialophagie, hypersécrétion gastrique), soit de phénomènes attribuables aux spasmes pyloriques ou coliques ; en 3 fois (par paquets de 6 gr.66) dans les formes entéritiques avec selles plus ou moins diarrhéiques ou prandiales.

Les déchets azotés du sang dans la néphrose lipoïdique.

(MM. ACHARD et CODOUNIS.— *Académie de médecine* ; 6-10-1931.)

Les nombreux travaux faits depuis quelques années sur la néphrose lipoïdique ont montré que cet

état morbide est l'un de ceux, où les troubles de la composition du sang sont les plus considérables et les plus variés. Ces troubles portent principalement sur les protéides et les lipides, mais il peuvent intéresser aussi les autres composants du plasma. En ce qui concerne l'urée sanguine, si, dans les formes dites pures, elle reste normale, elle peut néanmoins être en excès ainsi que les autres déchets azotés.

MM. Achard et Codounis ont fait des recherches à ce sujet dans 19 cas de néphrose lipoïdique, tous offrant de la lipoïdurie. L'urée a été assez fréquemment au-dessus de la normale (dix fois un gramme et plus). L'azote total non protéique a dépassé également le plus souvent la moyenne habituelle.

Cette élévation du taux sanguin des différents déchets azotés vient à l'appui de l'opinion, qui rattache à des lésions de néphrite la plupart des cas où s'observe le signe fondamental des dépôts lipoïdiques du rein, c'est-à-dire la lipoïdurie.

L'accumulation des déchets azotés est une gêne pour le traitement par le régime hyperazoté, qui conviendrait pour combattre l'hyperprotéinémie et elle impose au praticien une surveillance attentive de ce régime.

Magnésium et épithélioma thyroïdien des salmonidés.

(MM. L. Thomas et Kreitmann. — *Académie de médecine* ; 6-10-1931.)

M. Pierre Delbet présente un travail de MM. L Thomas et Kreitmann concernant le traitement magnésien des tumeurs thyroïdiennes, qui sévissent dans certains élevages de truites et les déciment (goitre endémique ou épidémique des salmonidés). Les tumeurs en question sont des épithéliomas vrais.

Les auteurs ont recherché l'action du traitement par les sels halogénés de magnésium sur ces productions pathologiques. Expérimentant sur deux groupes de salmonidés (l'un de 15, l'autre de 33) atteints d'épithéliomas thyroïdiens visibles, ils ont ajouté à l'alimentation de ces animaux 2 p. 100 de sels halogénés de magnésium. Dans presque tous les cas, ils ont observé une guérison clinique complète des tumeurs. Pendant le même temps, des poissons de contrôle, non soumis à l'alimentation magnésienne, ont présenté des tumeurs thyroïdiennes graves, à évolution accélérée.

La contracture abdominale et sa signification clinique.

(M. R. Proust. — *Société de chirurgie* ; 8-7-1931).

M. Proust rapporte, au nom de M. Yves Bourde, de Marseille, une intéressante observation de grave contusion rénale ayant donné lieu à une hémorragie rétro-péritonéale abondante avec forte contracture de l'abdomen, véritable demi-ventre de bois, du côté de la lésion rénale. Cette observation, outre son intérêt particulier, soulève à nouveau le problème de la signification clinique de la contracture abdominale.

Le malade de M. Bourde avait reçu, au cours d'un match de foot-ball, un violent coup de pied sur le ventre. Il fut admis à l'hôpital en état de shock, le faciès pâle, souffrant beaucoup. Pouls à 120. Toute la moitié gauche du ventre est douloureuse et l'on note à ce niveau une contracture intense des muscles de la paroi. A l'opération, on trouve un hématome, dans lequel baigne le rein gauche, dont la partie supérieure est presque entièrement détachée. La tranche de déchirure saigne abondamment et toute conservation paraît impossible. M. Bourde pratique une néphrectomie. Guérison.

M. Proust rappelle que dans une série de rapports concernant les ruptures de la rate, il a déjà signalé que l'hémorragie intra-péritonéale n'entraîne pas automatiquement la contracture abdominale, comme le fait la rupture d'un viscère creux. Ici, un gros hématome rétro-péritonéal a déterminé ce symptôme.

— M. Cunéo a opéré un homme, qui était tombé du troisième étage dans la cage d'un escalier. Le malade présentait un ventre de bois, mais n'avait rien dans son péritoine, ni derrière. La contracture abdominale, même prolongée, peut donc exister en dehors de toute lésion.

— M. Alglave a vu une jeune femme, qui s'était tiré une balle de revolver dans la région épigastrique. On notait de la paraplégie, indiquant une lésion de la moelle. La laparotomie permit de constater qu'il n'y avait ni sang épanché, ni atteinte de l'estomac et de la rate. Peut être la contracture dépendait-elle de la lésion médullaire.

P. L.

Un cas d'angine de poitrine très grave, traitée par la méthode de la suppression du réflexe presseur.

(M. D. Danielopolu. — *Soc. Méd. des hôp. de Paris* ; 5-6-1931).

Le réflexe presseur est un ensemble de phénomènes caractérisés par l'élévation de la pression sanguine, l'exagération des propriétés fondamentales du myocarde, la vaso-constriction coronarienne. Ce réflexe se produit à travers le névraxe. Une opération décrite par l'auteur, consiste en la suppression des filets centripètes, à travers lesquels se produit le réflexe presseur, nécessaire selon son hypothèse à la production de l'accès angineux. On aura d'autant plus de chances d'intercepter les filets centripètes, qui conduisent le réflexe presseur, qu'on sectionnera plus de nerfs végétatifs de la région cervicale. Il faut donc que la méthode soit, ainsi, « complète ». Si on la pratique « incomplète », on ne peut obtenir les heureux résultats signalés par l'auteur, même dans des cas les plus graves, que rapporte la communication actuelle. Ici les accès ont disparu rapidement après l'opération, et il ne s'agit pas là d'une simple suppression de la douleur.

Il faut donc extirper le sympathique cervical, sans le ganglion cervical inférieur ; il faut y associer la section du nerf vertébral, celle des rameaux communi-

cants, qui unissent le ganglion cervical inférieur et premier thoracique aux dernières cervicales et à la première dorsale, et des filets nerveux qui, sortant du vague, vont verticalement dans le thorax. Cette opération est d'abord réalisée à gauche, puis, en cas d'insuccès, à droite. C'est là ce que l'on appelle la méthode complète. Celle-ci dépasse de beaucoup celle de l'extirpation du ganglion étoilé.

Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte.

(MM. Pasteur Vallery-Radot et G. Mauric. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-6-1931).

Les crises d'asthme de l'adulte peuvent disparaître au cours d'une fièvre. Cette notion se dégage de l'étude de nombreux asthmatiques. Les auteurs ont systématiquement recherché cette action de la fièvre chez les asthmatiques, en ne tenant compte que des malades présentant des crises d'asthme très fréquentes ; la plupart avaient des crises tous les jours, et même plusieurs fois par jour.

Un nombre important de ces malades ont vu leurs crises disparaître complètement au cours d'hyperthermies (affections pleuro- ou broncho-pulmonaires, furonculose fébrile, phlegmon périnéphrétique, érysipèle, grippe, etc.).

Chez un certain nombre de ces asthmatiques, l'influence de l'hyperthermie sur les crises est variable, tantôt empêchante, tantôt nulle. Enfin, il existe des asthmatiques, chez lesquels la fièvre est sans action sur les crises. Chez l'adulte, les crises d'asthme sont presque toujours apyrétiques, contrairement à ce qu'on observe chez l'enfant ; il existe cependant des cas où l'asthme chez l'adulte s'accompagne d'hyperthermie.

A remarquer que la fièvre n'agit pas toujours sur les équivalents de l'asthme ; cependant, le plus souvent, coryza et toux spasmodique suivent le sort des crises d'asthme au cours des hyperthermies.

Il est impossible de préciser pourquoi certains accès d'asthme ne sont pas influencés par l'hyperthermie. Ce sont, en effet, les mêmes types de malades, qui peuvent voir leurs accès cesser ou persister au cours de la fièvre, et, ni le degré thermique, ni la durée de la température, ni sa cause n'expliquent ces divergences d'actions. On ne peut, en présence d'un asthmatique, savoir par l'examen clinique si la fièvre fera, ou non, disparaître les accès.

Les auteurs ont enfin étudié l'influence des hyperthermies provoquées (huiles soufrées variées, nucléinate de soude, propidon). La préparation, la plus constante comme la plus maniable, était une préparation d'huile soufrée à 1 p. 100 par voie intramusculaire. Chez les malades ne réagissant pas à l'hyperthermie naturelle, la fièvre produite artificiellement restait aussi sans effet. Elle avait, par contre, une action favorable chez les malades qui voient leurs crises disparaître avec l'hyperthermie naturelle. Cependant, les faits cliniques et expérimentaux montrent que les modifications, qui s'effectuent dans l'organisme au cours d'une hyperthermie suffisamment élevée ne peuvent avoir d'effet durable sur l'asthme que si cette hyperthermie est produite et entretenue par une cause naturelle ; l'hyperthermie provoquée artificiellement n'a qu'un effet passager.

Urticaire par effort. L'acidose intervient-elle ?

(MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, M. Dérot, et M. Laudat. — *So. méd. des hôp. de Paris* ; 12-6-1931).

A l'occasion de trois cas observés, il ne semble pas aux auteurs qu'une pathogénie unique puisse être invoquée pour l'urticaire par effort. Comme certains cas d'urticaire au froid, certains cas d'urticaire à l'effort peuvent être dus à de simples troubles vasomoteurs, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir un processus humoral. La crise hémoclasique ne peut être considérée comme le facteur déterminant de l'urticaire à l'effort, quand elle accompagne les manifestations cliniques sans les précéder. Quant à l'acidose, qui s'observe au cours de l'effort musculaire, aussi bien chez les sujets normaux que chez les sujets urticariens à l'effort, elle ne semble, dans aucun des trois cas observés jusqu'à présent par les auteurs, pouvoir être incriminée.

Deux observations de potomanes.

(MM. Marcel Labbé, R. Boulin, Krebs, L. Justin-Besançon et Uhry. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-6-1931).

Il semble que le diagnostic de diabète insipide soit parfois porté un peu à la légère, et que la facilité, avec laquelle on étiquette actuellement, polyurie « hypophysaire », toute polyurie d'apparence essentielle peut conduire à des erreurs, dont on trouve peut-être le reflet dans certaines publications discutables de diabète insipide transitoire, ou trop aisément curable. Or, il existe bien des polyuries d'origine purement mentale ; ainsi en témoignent deux observations rapportées, qui démontrent la nécessité d'une surveillance très sévère et rigoureuse pour dépister ces perversions du besoin de boire.

Comme toute mythomanie, la potomanie est facilement acquise par des sujets ayant des tendances pithiatiques.

G. F.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite*) (1)

Alimentation. Hygiène du travail.

Protection sanitaire de la main-d'œuvre dans les colonies françaises. — HECKENROTH fait un remarquable exposé de la protection sanitaire des ouvriers indigènes sur les chantiers coloniaux, qui représente une face nouvelle et peu connue de notre œuvre générale d'assistance médicale outre-mer. Cette organisation répond à la redoutable crise de la main-d'œuvre, dont souffrent nos colonies depuis la dernière guerre. Elle est basée sur une règlementation propre à chacune de nos possessions, mais dont les éléments constitutifs sont réunis dans deux circulaires ministérielles des 22 juillet et 4 octobre 1924.

Ces textes, actuellement en vigueur sur toute l'étendue de notre domaine tropical, ont permis sur les chantiers la réalisation d'une œuvre d'assistance déjà féconde, dont la mise au point définitive et le résultat final dépendent, non pas des seuls Pouvoirs publics, mais de la collaboration largement consentie, bien qu'incomplète encore, qu'ils attendent des colons et des industriels intéressés comme eux à la conservation du capital humain indigène.

Le régime alimentaire des populations autochtones dans les colonies françaises. Moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation. — M. TOURNIER. Quand on jette un coup d'œil sur les divers régimes alimentaires des autochtones qui peuplent les colonies françaises, on constate que des pays très divers peuvent se ranger, si on les envisage sous cet aspect en trois groupes :

1° Les colonies, où le régime alimentaire est mal équilibré sans qu'on puisse parler à vrai dire de sous-alimentation : l'Indochine est, à cet effet, la plus représentative de ce type ;

2° Les colonies, telle l'A. E. F., où la sous-alimentation est de règle, l'équilibre étant à peu près respecté ;

3° Certaines contrées de nos colonies enfin, où les facteurs sous-alimentation et déséquilibre peuvent se retrouver.

Deux méthodes permettent de remédier au fâcheux effet de la sous-alimentation : l'une, d'ordre administratif, utilisera suivant les cas le développement rationnel des cultures et de l'élevage, le développement des pêcheries, etc. ; l'autre, biochimique, aurait surtout pour effet de corriger le déséquilibre de la ration en recommandant l'adjonction aux aliments de certains produits tels que vitamines, acides animés, pâte azotée, etc.

(1) Voir *Concours médical*, Nos 41, 42, 44, 45 et 46.

Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminose. — M. HARVEY S. THATCHER (d'Arkansas, U. S. A.). La pellagre a été étudiée, avec beaucoup d'attention au point de vue de régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le Sud des Etats-Unis époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamines G avec l'aide du docteur BARNETT-BURE et Mlle Dorothy WALKER. 64 animaux furent observés. 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le docteur Sure observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamine G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitamine G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences des docteurs Jobling et Arnold, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les selles des pellagriques doivent être reprises.

Le béribéri cardiaque du nourrisson. — M. José ALBERT (Manille, Philippines), attire l'attention sur le béribéri infantile qui, aux îles Philippines, est responsable de 28 p. 100 des morts d'enfants au-dessous d'un an.

Des trois formes cliniques, la forme aphonique, pseudo-méningitique et cardiaque du béribéri infantile, c'est cette dernière qui est la plus intéressante et la plus grave.

Le tableau clinique est caractérisé par une défaillance aiguë, voire suraiguë, du cœur, qui se manifeste par gémissements, dyspnée, cyanose et pâleur, survenant chez un gros enfant d'allure jusque-là normale. L'enfant pousse des cris incessants, rappelant ceux que Genaro-Sixto a décrit, dans la syphilis héréditaire. La défaillance du cœur se traduit par un bruit de galop, par l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, par la petitesse du pouls et enfin

par une ombre cardiaque extrêmement volumineuse, visible à l'écran radioscopique.

Dans la plupart des cas, le début est brusque, il n'y a pas de prodrome, sauf quelques vomissements inconstants et la mère croit que son enfant est en excellente santé ; puis l'enfant commence à crier et tous les symptômes apparents s'aggravent vite, l'enfant s'affaiblit promptement, la défaillance cardiaque est rapide et l'enfant succombe en vingt-quatre à trente-six heures. Une accalmie survient dans chaque cas, puis la maladie reprend jusqu'à son issue fatale.

La maladie s'observe toujours chez l'enfant entre un et trois mois nourri par une mère atteinte de béribéri fruste ou inapparent, pour employer l'expression de Ch. Nicolle. L'enfant est généralement bien développé, souvent gros et pâteux, état favorable, on le sait, à la mort subite et inopinée.

L'enfant est toujours issu des milieux pauvres de la population, où l'alimentation est défectueuse et pauvre en substances minérales et en vitamines A et B (M. Carrison).

Il arrive souvent que la mère, qui souffre d'un béribéri inapparent, tombe réellement malade après la mort de son enfant; ce fait a déjà été signalé par le professeur Hirota, qui a le premier, en 1888, décrit cette maladie.

L'examen anatomique, à l'autopsie, montre comme lésions superficielles une hypertrophie avec dilatation du cœur, souvent seulement du cœur droit, une congestion viscérale diffuse, de l'anasarque et dans les cas des plus longues durées une névrite dégénérative du nerf vague.

Il faut sans doute faire jouer un rôle à des phénomènes physicochimiques, comme la rétention d'eau, (Wenckebach) pour comprendre que les extraits (likitiki) de riz, contenant la vitamine B, puissent en quelques heures ressusciter (le mot n'est pas trop fort) un malade mourant de son cœur, alors que la digitale, le strophantus, la caféine et les autres toni-cardiaques sont impuissants. Il n'est pas de meilleure preuve de l'origine de ce syndrome : maladie par carence de vitamine B dans le lait maternel. Et il faut retenir que, si l'enfant frappé par ce mal reçoit le médicament spécifique pendant douze à quinze heures, il est sauvé.

L'hygiène solaire aux colonies. — M. M. Fougerat de Las Tours. L'hygiène solaire consiste dans l'exposition quotidienne au soleil du corps entier, intégralement nu, pendant une heure au moins.

Cette méthode a fait maintenant ses preuves et ses remarquables résultats sont parfaitement étudiés et connus.

Les bienfaits, qui en découlent, sont tels qu'ils posent l'indication formelle et toute spéciale de l'*héliose*, comme pratique systématique de vie aux colonies à inculquer aux blancs qui y vont, à respecter ou à remettre en honneur chez l'autochtone.

L'ensoleillement permet aux Européens de mieux supporter la chaleur, de mener une vie active, de supprimer le besoin d'alcool, d'alcaloïdes, de toniques excitants artificiels ; le moral se transforme, l'asthénie fait place à l'euphorie. Pour l'indigène, c'est le seul moyen d'éviter la tuberculose. Aussi l'auteur conclut-il qu'il est criminel d'imposer systématiquement le vêtement constant à des hommes nus depuis des siècles.

Importance de la qualité du terrain pour la résistance aux parasites. — M. Chauvois (de Paris). 1° Etant donné les circonstances aggravantes que les colonies apportent sur la baisse des tonus sécrétoires digestifs, et par suite sur la pullulation intradigestive des espèces microbiennes ou parasitaires, il est de la plus grande importance de ne pas ignorer et négliger l'aide que les processus digestifs retirent d'un contenant vigoureux.

2° Il est donc capital de réfléchir qu'aux colonies, plus encore que partout ailleurs, l'attention donnée à la solidité du ventre musculaire doit s'ajouter à celle si justement donnée aux apports alimentaires.

3° Par ventre musculaire, nous entendons, tout à la fois : le muscle lisse digestif et le muscle strié de la paroi abdominale, leur double tonicité représentant un double élément fondamental de bonne qualité pour les processus digestifs.

4° Au point de vue prophylactique, celui donc désireux de se rendre aux colonies et d'y tenir, aura le plus grand intérêt à se « préparer » et ensuite à « se conserver » cette double vigueur abdominale, grâce à l'emploi des moyens suivants :

a. Une *hygiène alimentaire* bien surveillée ;

b) Des *disciplines physiques* quotidiennes.

— La protection et la solidité du ventre assurées pour la journée par quelques tours de crêpe Velpeau, d'une bande de flanelle ou même d'une petite sangle élastique appuyant énergiquement le bas-ventre.

— Bien entendu, enfin, la pratique (au plein air et en tenue légère) chaque fois que l'occasion s'en présentera, d'exercices et sports modérés susceptibles d'assouplir et de fortifier le corps sans l'épuiser.

Tous moyens capables de favoriser la défense organique générale et d'accroître la résistance du terrain.

Assistance médicale aux colonies

Fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc. — M. Colombani. On sait que cette organisation a été créée et développée par le maréchal Lyautey (1912-1925) ; son évolution et son perfectionnement ont été poursuivis par MM. les résidents généraux Steeg et Saint. Son budget ordinaire de 1930 se monte à 30.524.581 francs, c'est dire l'importance de cette organisation.

L'*Hygiène publique au Maroc* est concentrée en une seule main. Le directeur est assisté d'un directeur-adjoint, de plusieurs conseillers techniques.

La direction reste en liaison constante avec la direction du Service de santé militaire sur les terrains de l'Assistance indigène et de la prophylaxie des épi-

démies. Elle dirige l'action prophylactique générale et spéciale pour la protection sanitaire des collectivités indigène et européenne contrôlée et secondée *par l'Institut d'hygiène*, Rabat).

a. *Dans le bled, par les groupes sanitaires mobiles* (15), organes de prospection et d'action sanitaire et de pénétration pacifique (Lyautey) par les *Sections de prophylaxie régionales* (5).

b. *Dans les centres, les villes et les ports* :

— Par les *dispensaires d'Etat* (16). Antivénériens (ou prophylactiques), ophtalmologiques (trachome), dermatologiques (teigne).

— Par les *Bureaux municipaux d'hygiène* (17). Lazarets, centres de désinfection et d'épouillage, visite des filles soumises, centres d'hébergement, asiles de nuit (le médecin chef du Bureau d'hygiène est un agent d'Etat qui dépend de la direction de la S. H. P.)

Par les *Agences sanitaires maritimes* (7). Surveillance prophylactique de la navigation et des sports. (Le médecin sanitaire maritime est un agent d'Etat qui dépend de la direction de la S. H. P.)

Par les *œuvres privées d'assistance* (créées et organisées par Mme la maréchale Lyautey, suivies et augmentées par Mmes Steeg et Saint). Subventionnées par le protectorat et contrôlées au point de vue technique par la direction, ces œuvres comprennent : maternités, gouttes de lait, crèches, garderies, orphelinats, dispensaires infantiles et antituberculeux. (Elles s'adressent autant à l'autochtone qu'à l'Européen.)

L'assistance médicale hospitalière (européenne et indigène) (Lyautey) est assurée par :

a. 11 formations européennes. Salles civiles des hôpitaux militaires. Hôpitaux mixtes européens avec sections militaire et indigène. Hôpitaux civils européens avec salles militaires. Hôpital civil autonome de Casablanca. Hôpital neuropsychiatrique de Ber-Réchid.

b. 6 hôpitaux régionaux indigènes (1.506 lits extensibles à 2.000).

c. 27 infirmeries indigènes des grands centres (dont plusieurs comportent des chambres isolées pour Européens).

d. 21 Salles de visite indigènes.

e. Les formations françaises de la zône de Tanger, subventionnées par la direction (Institut Pasteur, hôpital et dispensaire).

Le recrutement du personnel médical est assuré par le système contractuel de début ou *contrat d'essai*. L'effectif du personnel technique de la S. H. P. au 31 décembre 1939 est de 838 unités, dont :

135 médecins, plus 41 médecins militaires assurant un service d'assistance médicale (fixe ou mobile en territoire militaire) ;

2 pharmaciens (dont le directeur de la Pharmacie centrale de la Santé et de l'hygiène publiques) ;

10 officiers de santé maritime, agents sanitaires maritimes ;

56 infirmiers spécialistes (nommés au concours), dont 7 infirmières ;

221 infirmiers ordinaires, dont 36 Européens (16 femmes) et 185 indigènes (6 femmes) ;

414 auxiliaires (62 Européens) et 382 indigènes.

Personnel administratif. — Direction : 22 agents. Services extérieurs : 17 agents. Administrateurs économes des hôpitaux : 12.

La base de ravitaillement est constituée par la *Pharmacie centrale de la S. H. P.* (Casablanca). Réserve de matériel et usine de conditionnement des produits nécessaires à tous les organismes sanitaires du Protectorat, de fabrication de matériel et en particulier de fabrication de la *Quinine d'Etat* (dragées, comprimés, ampoules).

Assistance médicale indigène à Madagascar. — M. Roger Dumas. L'assistance médicale indigène a été créée pour la première fois dans les colonies françaises à Madagascar par Galliéni. Le médecin inspecteur général Lasnet, comme adjoint au Directeur du Service de Santé, fut chargé de l'étude de la question.

Jusqu'en 1927, chacune des 21 provinces ou districts autonomes, étaient pourvus d'un hôpital fonctionnant sous la direction d'un médecin européen.

La nouvelle répartition administrative du territoire prévue par l'arrêté du 15 novembre 1927, comprend 5 régions divisées en 41 provinces.

Les soins aux indigènes sont assurés :

1. Dans chaque chef-lieu de région, dans un hôpital mixte, avec quartier européen et quartier indigène, dirigé par un médecin européen ;

2. Dans chaque chef-lieu de province, dans un hôpital indigène dirigé par un médecin européen ;

3. A l'intérieur des provinces, dans des postes médicaux dirigés par un médecin indigène ;

4. A Tananarive, dans un hôpital d'instruction de 600 lits inauguré en 1928 par le gouverneur général Olivier.

Pour une superficie de 627.337 kilomètres carrés et une population de 3.645.856 habitants.

Madagascar possède : 1.677 lits d'hôpitaux ; 710 lits de postes médicaux ; 563 lits de maternités ; 1.100 lits de postes d'accouchements.

1 hôpital de tuberculeux ; 1 asile d'aliénés ; 17 léproseries, abritant 2.540 lépreux ; 165 dispensaires anti-vénériens, dont 5 fonctionnant d'après les méthodes Vernes.

Le personnel indigène est fourni par l'école de médecine de Tananarive, il comprend actuellement 335 médecins indigènes et 367 sages-femmes.

Le budget annexe de l'A. M. I. comptait en 1929 pour 18.546.000 francs en recettes et en dépenses.

Parmi les sociétés s'occupant de la protection de l'enfance, la Croix-Rouge Malgache, grâce à la volonté de réussir de la présidente, Mme Marcel Olivier, est la plus active. Elle a fondé de nombreux dispensaires. Celui de Tamatave enregistrait 22.210 consultations en 1928. A Tananarive, les consultations sont passées de 12.500 en 1922 à 150.000 en 1929.

L'Assistance médicale indigène en Afrique-Occidentale française. — M. Fulconis.

Fonctionnement de l'Assistance médicale en Indo-Chine. — M. LALUNG-BONNAIRE. Le corps de l'Assistance médicale, créé en Indo-Chine par l'arrêté du 30 juin 1905, comprenait au début des médecins des troupes coloniales démissionnaires et des médecins civils, auxquels venaient s'adjoindre des médecins militaires pour les postes pourvus de garnisons et du personnel auxiliaire composé des infirmiers et sages-femmes indigènes. Pour coordonner ces éléments si divers, la Direction du nouvel organisme fut confiée au Directeur général du Service de santé, qui devenait ainsi l'autorité unique des différents groupements concourant à la protection sanitaire du pays.

Au 31 décembre 1906, 96 médecins assuraient le service de l'Assistance, dont 38 au Tonkin, 13 en Annam, 26 en Cochinchine, 6 au Cambodge et 5 au Laos.

Au cours des années qui suivirent, et malgré le ralentissement occasionné par la Grande Guerre, l'essor de l'assistance se manifeste par l'accroissement progressif du nombre des médecins, par l'adjonction des médecins indochinois provenant de l'école de Hanoï, par la création des écoles d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes et surtout une efflorescence rapide d'établissements hospitaliers, scientifiques et de postes médicaux ruraux. C'est ainsi qu'au 31 décembre 1929, le personnel concourant aux différents services de l'Assistance comprenait :

a) Personnel européen : 169 médecins (44 militaires H. C. 22. civils contractuels ou libres, 103 médecins de l'assistance), 8 pharmaciens, 6 sages-femmes, 19 infirmiers, 30 infirmières, et 33 agents divers.

b) Personnel indigène : 213 médecins et 35 pharmaciens indochinois provenant de l'Ecole de Hanoï, 422 sages-femmes, 1.345 infirmiers, 199 infirmières et 1.506 agents divers. Enfin le chiffre des formations sanitaires de l'Assistance passait de 129 en 1906 à 600, dont 593 pour l'Indo-Chine et 7 pour les postes consulaires.

(*A suivre.*)

Les Livres

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Raul ULRICH. — **Le chimisme du vagin et sa signification physiologique.** (Une brochure, 12 pages, 1931.)

Le vagin est, comme l'estomac, un organe qui sécrète des acides. L'acide lactique est ici l'analogue de l'acide chlorhydrique. L'acidité moyenne du vagin est d'environ 5 % d'acide lactique, taux qui est sous la dépendance de l'âge, de l'état de santé des femmes, et aussi du cycle menstruel. Conclusion pratique : la femme saine n'a pas besoin d'injections vaginales additionnées d'acides plus ou moins forts, et, si ces injections sont nécessaires pour une raison quelconque, celles-ci devraient se conformer aux données physiologiques établies, et répondre à un degré de 5 % environ d'acide lactique.

D'autre part, le degré et l'intensité de l'acidité vaginale sont en relation directe avec la pureté de sa flore ; l'acide lactique joue un rôle prépondérant pour maintenir le vagin libre de la présence des pathogènes (staphylocoques, streptocoques) ; le gonocoque fait exception à cette règle ; le coli-bacille occupe un rôle spécial parmi les microbes pathogènes.

Le niveau standard de l'acidité vaginale passe par les phases suivantes : très faible à la naissance, il atteint un certain degré dès la première enfance et semble être particulièrement intense au cours de la virginité et de la grossesse. Soumises à de fortes oscillations pendant la période génitale active, les sécrétions vaginales, grâce aux rapprochements sexuels, aux règles, à l'activité des glandes utéro-cervicales, peuvent être troublées jusqu'à l'alcalinité passagère, en l'absence de tout état pathologique. Le retour d'âge leur imprime une sécrétion alcaline prédominante, car le flux acide faiblit avec la sénescence de la muqueuse. L'acidité augmente avant et pendant les règles.

Exceptionnellement, il peut y avoir une hyperacidité constitutionnelle, temporaire ou définitive du vagin, qui devient cause de stérilité, car les spermatozoïdes meurent en milieu acide.

L. MAUVAIS, imprimeur,
148, boulevard Voltaire, Paris.

Ch. MARTIN (Angers). — **Indications des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse.** (Une brochure, 24 pages, 1931).

La question des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique, non tuberculeuse, résume à vrai dire toute la thérapeutique opératoire des infections des trompes ; en effet, les interventions à chaud, au stade aigu de l'infection, sont de plus en plus rares. L'expérience acquise fait qu'on adopte de plus en plus le principe de la temporisation presque de parti pris ; aujourd'hui, on n'opère les salpingo-ovarites, même suppurées et fébriles, qu'après atténuation de leur virulence, chute de la fièvre et relèvement de l'état général de la malade.

Les lésions qui constituent d'autre part les salpingites chroniques, et qui peuvent demander l'intervention du chirurgien sont :

A) Un simple état inflammatoire chronique avec plus ou moins d'épaississement des parois tubaires, mais persistance de la perméabilité de la trompe.

B) Une tumeur, due parfois à la simple augmentation de volume des parois du conduit, le plus sou-

vent à une collection liquide : pus ou sérosité, rarement du sang.

C) Des adhérences, avec trompe en situation normale ou non.

D) Des oblitérations du canal tubaire.

Ces diverses lésions peuvent s'associer, se compliquer, être isolées ou accompagnées de lésions utérines, ovariennes, péritonéales, intestinales.

Cliniquement, l'indication opératoire est basée sur: la fièvre et l'état général ; la présence d'une tumeur annexielle ; la persistance et l'intensité des phénomènes douloureux ; la stérilité.

Toutes ces indications sont d'ailleurs dominées par deux circonstances : l'âge de la malade et sa situation sociale.

L'auteur continue cette intéressante étude par les indications des divers modes opératoires :

A) Ou bien les lésions sont telles que la conservation des annexes est impossible, ou ne donnerait que des résultats imparfaits ; à ce premier groupe de lésions conviennent les interventions à but radical, cherchant la guérison par l'exérèse des organes malades.

B) Ou bien l'infection tubaire n'a laissé que des séquelles, telles que la douleur, la stérilité, des oblitérations, des adhérences, des lésions légères ; il y a tout avantage à ne pas sacrifier les annexes et l'on a recours à toute la gamme des opérations conservatrices.

Editions de l'Office de Vulgarisation pharmaceutique,
107, rue La Fayette, Paris (X^e^).

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis Vidal.

La XIII^e^ édition (1932) vient de paraître.

C'est le plus ancien des ouvrages de ce genre. Entièrement remanié, complété par les nouveaux produits, mis à jour d'une façon parfaite, cet ouvrage de près de 1.500 pages offre aux praticiens une documentation complète sur les spécialités pharmaceutiques, leur composition, présentation, prix et mode d'emploi. C'est le pendant du formulaire magistral sur le bureau du praticien.

18.000 exemplaires ont été adressés au Corps médical français, dans le courant d'octobre. Les quelques confrères qui auraient été oubliés et qui désireraient le recevoir peuvent adresser leurs demandes à l'Office de Vulgarisation pharmaceutique ; celles-ci seront satisfaites jusqu'à concurrence de l'épuisement du tirage, qui est proche.

Les livres qui viennent de paraître....

et qui seront analysés ultérieurement

Librairie J.-B. Baillière et fils.
19, rue Hautefeuille.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de P. Carnot et P. Lereboullet. XXVI. — **Maladies du sang** par H. Bénard, Rivet, Léchelle, Jean Hutinel, Noël Fiessinger, Ch. Aubertin, Tzanck et Mlle Tissier. (Un vol. grand in-8° de 771 pages avec 97 fig. et 1 planche coloriée. Prix : 150 fr.)

F. Cathelin, chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie. — **Autour de la chirurgie.** (Un vol. 396 pages).

Librairie Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Docteur A. Leprince. — **Les radiations humaines.** Préface de M. Auguste Lumière. (Un vol. 208 p. 14 fig. Prix : 18 fr.).

Librairie agricole de la Maison Rustique,
26, rue Jacob, Paris VI^e^.

Henry de France. — **Le sourcier moderne.** *Eaux minerais, biologie.* 3^e^ Edition. (Un vol. 12 × 19 180 pages, 12 grav. 4 placards. Prix : 10 fr.).

Chez Doin et Cie,
8, Place de l'Odéon,

Jean Saidman et Roger Cahen.— **Les ondes hertziennes courtes en thérapeutique** (Un vol. 135 pages, 41 fig. Prix : 35 fr.).

Chez Cortial,
15, boulevard Pasteur, Paris,

Deux comédies inédites, — **Cœur de Bronze** par Tristan Bernard, et **Une leçon de Monsieur Fleurant** par le D^r^ Paul Rabier-Labiche. Illustrations de Henri de Renaucourt (Un vol. 54 pages).

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain,

Robert Monod chirurgien des hôpitaux de Paris. — **L'anesthésie en pratique chirurgicale** (Un vol. 154 pages, 23 fig. Prix : 22 fr.).

R. Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, et N. Kisthinios. — **Les extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique.** Préface du Professeur H. Vaquez. (Un vol. 126 pages. Prix : 16 fr.)

Ouvrages de la *Collection médecine et chirurgie pratiques.*

Editions médicales
7, rue de Valois.

D^r^ Sicard de Plauzoles. **Pour le salut de la race. Education sexuelle. Génération consciente.** (Un vol. 96 pages. Prix : 7 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

L'amyosthénie diffuse des convalescents

Sous ce nom, PITRES et VAILLARD ont décrit une séquelle des maladies, caractérisée par un état de déchéance musculaire, hors de proportion avec les phénomènes de dénutrition générale, qui se produisent toujours, à un certain degré, dans le cours des maladies de ce genre. Il n'y a pas de paralysie véritable : aucun muscle n'est frappé d'impotence complète, mais tous sont mous, flasques, incapables de contractions volontaires énergiques. Souvent ils sont douloureux à la pression ; les réflexes tendineux sont abolis. LOURBIE rappelle (*Prat. méd.*, mai 1929) que, au cours de la convalescence, une quinzaine de jours après la disparition de la fièvre, le malade se plaint avec insistance d'une asthénie plus ou moins intense, diffuse dans tous les muscles, mais prédominant aux membres inférieurs ; elle oblige le patient à diminuer ses efforts et à les entrecouper de périodes de repos.

A l'examen, on remarque chez l'amyosthénique un amaigrissement, plus intense que celui qu'entraîne normalement une maladie infectieuse prolongée, avec hypotonie maxima aux membres inférieurs. Elle s'accompagne d'une diminution de la force de contraction des muscles fléchisseurs, plus que des extenseurs, et le plus souvent limitée aux muscles de la racine des membres. On constate généralement une augmentation des réflexes tendineux, avec phénomènes de clonus et présence des réflexes périostés, tous éléments qui militent en faveur d'une origine médullaire du syndrome ; quelquefois, des troubles génitaux et sphinctériens et des phénomènes d'hyperesthésie musculaire, tendineux et nerveux. Aucun trouble digestif (pas d'anorexie), ni pulmonaire, ni cardiovasculaire, ni cérébral (pas de céphalée, absence de dépression psychique).

Cet état dure de deux à huit semaines et régresse complètement.

On doit le considérer comme dû à l'existence de lésions toxi-infectieuses, minimes, puisque transitoires, du neurone périphérique, comparables à l'imprégnation toxique des centres bulbo-médullaires au cours des paralysies.

Nous avons eu l'occasion de vérifier cette symptomatologie dans plusieurs cas, mais nous avons constaté que, presque toujours, cette amyosthénie s'accompagnait d'une hypotension très marquée.

Nous avons été amenés ainsi à employer la médication strychno-arséniée, dont BAISSETTE a montré les excellents résultats dans l'hypotension des convalescents. En effet, le néo-rhomnol (nucléinate de strychnine et cacodylate de soude) est une combinaison stable, indolore et non toxique qui, injectée sous la peau à la dose de 1 à 2 ampoules par 24 heures, relève progressivement la tension artérielle à la normale, tout en luttant contre l'amyosthénie. Au bout de 2 à 3 semaines de traitement, l'impotence musculaire s'amende, les contractions volontaires se font de plus en plus énergiques, les réflexes réapparaissent.

Il y a, là encore, une nouvelle et très nette indication de la médication strychno-arséniée, dont BAISSETTE a signalé les remarquables effets dans les hypotensions artérielles permanentes d'allure endopathique ou d'origine endocrinienne. Nos propres observations nous amènent à ranger, dans les hypotensions d'origine endocrinienne, l'hypotension de l'amyosthénie diffuse des convalescents. Il n'est donc pas surprenant que la même médication (néo-rhomnol), employée par BAISSETTE et par nous, ait eu les mêmes effets bienfaisants.

Docteur MORA.

(*Le Médecin chez lui*, septembre 1931.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

LA PLÉTHORE MÉDICALE. LES ÉTRANGERS ET LES SITUATIONS ACQUISES. LA MÉDECINE COLONIALE. — REMÈDES A LA PLÉTHORE ??

La pléthore demeure à l'ordre du jour des préoccupations médicales. En attendant le vote de la loi Armbruster, que réclament énergiquement nos groupements professionnels, les arrêtés du Ministre de l'Instruction publique semblent devoir opposer une barrière efficace à l'envahissement étranger.

C'est un premier pas vers une atténuation de la crise qui n'est pas d'hier d'ailleurs, puisqu'il y a seulement trente ans, les médecins se plaignaient déjà d'être trop nombreux.

Premier pas, petit pas — si j'en crois le Dr R. qui vient de m'écrire ce qui suit :

Encore un mot au sujet de la pléthore médicale.

Qu'on m'excuse de ne pas accepter sans discussion la phrase « *lapidaire* » de Monsieur le Doyen Balthazard : « Sans les étrangers, il n'y aurait pas de pléthore médicale, en France. »

Veuillez vous reporter au « *Médecin de France* » du 15 avril 1930, page 303.

(Chiffres donnés sous la signature du Dr P. Cibrie).

Nombre de médecins exerçant en France en 1901 : 16.485.

Nombre de médecins exerçant en France en 1928 : 28.380.

Nombre de médecins étrangers exerçant en France (dont 530 dans la Seine) : 750.

Il y avait donc, en 1928, 11.145 médecins *français* de plus qu'en 1901 (en négligeant les étrangers peu nombreux, alors).

L'augmentation de la population (départements recouvrés), le développement des services sociaux, (hygiène, etc), la complication des techniques professionnelles, etc., etc., justifient-ils cet accroissement, sans qu'il y ait pléthore ?

J'ai peut-être mal compris ? Eclairez-moi !

Dr R.

J'ai déjà donné mon sentiment à ce sujet, en essayant de démontrer qu'il y avait davantage crise de répartition que crise numérique. Je ne veux pas revenir fastidieusement là-dessus. Je me bornerai à contester la véracité du nombre officiel de médecins exerçant en France en 1928 et qui se serait élevé à 28.380. « L'Annuaire Rosenwald » de 1931 indique que ce nombre s'élève à 27.443, y compris Algérie et Tunisie.

Je m'en tiens personnellement à celui de 25.000, et j'ai l'impression d'être ainsi dans la vérité. D'ailleurs, j'ajoute que les spécialistes y figurent pour un cinquième. Ce sont surtout les spécialistes, dont le nombre s'est considérablement développé depuis une quinzaine d'années, qui ont fait faire à la statistique ce bond prodigieux.

Et cela répond bien à la question posée par le Dr R. : La complication des techniques professionnelles... justifie-t-elle cet accroissement ? Elle l'explique tout au moins en grande partie.

Il y a d'ailleurs des médecins qui nient que la pléthore existe, et je lisais ce matin même, sous la signature de l'un d'eux, que *pour qu'il y ait assez de médecins, il faut qu'il y en ait trop.* Façon élégante de manier le paradoxe... Mais preuve également que, de même que tous les goûts sont dans la nature, toutes les conceptions se trouvent dans les cerveaux médicaux.

Un autre de nos correspondants, jeune confrère exerçant depuis six ans, se plaint de l'accaparement des situations fixes par les confrères plus anciens de sa région. Voici d'ailleurs sa lettre :

Permettez-moi de faire quelques réflexions au sujet de la campagne menée uniquement par des confrères d'âge mûr au sujet de l'encombrement de la profession médicale.

Je ne crois pas que cette campagne puisse servir à quelque chose : toutes les professions sont encombrées. Les pharmaciens que l'on croyait privilégiés sont immédiatement intervenus pour crier très fort qu'ils étaient trois fois de trop.

Les journaux médicaux, inspirés par des confrères déjà anciens, les confrères depuis longtemps installés,

accusent souvent les nouveaux arrivants en surnombre de vouloir accaparer les fixes et de consentir facilement à travailler à prix réduits.

Or, tout ce qui devrait disparaître, tout ce qui est travail à prix réduits est fait trop souvent par des médecins en pleine force de l'âge, par ce qu'on appelle de vieux praticiens.

Ils ont toutes les situations à forfait, les considèrent comme leur propriété, et les passent à leur successeur.

Nous avons vu, dans notre région par exemple, un membre du bureau du syndicat, (*horresco referens* !), installé depuis huit ans s'emparer, grâce à une protection politique, de la majorité des fonctions municipales, contre l'avis du syndicat qui demandait la répartition entre les postulants.

Au même endroit, le bureau du syndicat, composé uniquement d'anciens, a accepté qu'un médecin installé depuis vingt cinq ans, jouissant d'une très honnête clientèle, soit le médecin exclusif d'une usine.

Dans un an, les assurances sociales seront appliquées aux employés de chemins de fer..

En ayant parlé au médecin des chemins de fer de ma localité, celui-ci m'a répondu que, comme par le passé, il espérait *bien* (ce que je trouve naturel) continuer à les contrôler, mais aussi (ce que je réprouve) à donner ses soins au plus grand nombre d'entre eux.

Je n'ai pu me retenir de lui dire qu'il serait alors un véritable médecin de caisse, médecin de la caisse des chemins de fer, soignant sans libre choix et à tarif réduit.

Voilà où nous en sommes avec les fameuses situations acquises à respecter.

Je ne veux pas parler des médecins assermentés : c'est une véritable humiliation pour la majorité du corps médical.

On a expulsé, du syndicat local, un jeune confrère qui avait réussi, par ruse, à s'emparer d'une place dont on l'avait chargé par interim. Avait-il plus tort que les autres confrères que j'ai cités ?

Si les anciens nous ont rendu service en fondant les syndicats, ils en ont aussi tiré de légitimes avantages.

Qu'ils jouissent donc d'un tour de faveur, soit ! Mais qu'ils n'en abusent pas.

Que, s'ils veulent donner le bon exemple aux jeunes, ils aillent jusqu'au bout du sacrifice et ne nous remettent pas en mémoire le proverbe de la paille et de la poutre.

Dr H.

Il est bien évident que cette question des situations acquises reste l'un des points de friction dans les rapports des médecins entre eux, même au sein du Syndicat, et qui nuit de plus au développement en puissance du syndicalisme.

La nuit du 4 août, de révolutionnaire mémoire, n'a pas encore eu son pendant parmi nous, et l'on rencontre, dans nos rangs, à côté de médecins privilégiés, d'autres qui le sont moins, et d'autres qui ne le sont pas du tout.

Il faut croire que le problème est d'une solution peu aisée, puisque, cinquante ans après la naissance du syndicalisme médical, la situation est demeurée à peu près inchangée. Les jeunes s'en étonnent et s'en plaignent... Ils ne seront pas toujours jeunes, et passeront un jour de l'autre côté de la barricade. Il n'empêche que cela fait du tort, dans une certaine mesure, à la cohésion syndicale, pourtant si nécessaire présentement, et qui le deviendra de plus en plus, dans l'avenir. Sinon, le grand privilège, ce sera la fonction.....

Les médecins ne sont pas des surhommes ! ! !

Le Dr H. n'en exprime pas moins une pensée qui n'est qu'un truisme, à savoir que ce sont les anciens qui se plaignent toujours de l'encombrement. Les jeunes n'en ont cure ; sans quoi, ils n'entreraient pas dans une carrière où ils sauraient les débouchés si limités.

Aussi, a-t-on cherché à en mettre de nouveaux à leur portée. Et voici par quelles raison M. le Dr Mordagne, dans le *Télégramme* du 28 août dernier, ayant rendu compte des Journées médicales coloniales, propose de combattre la pléthore métropolitaine en attirant les jeunes médecins dans nos colonies.

De l'exposé que j'ai essayé de présenter sur l'ensemble des Journées médicales coloniales, il ressort que le rôle du médecin de colonisation et de l'assistance indigène doit prendre une très grande extension. Or, s'il existe en France 28.000 médecins pour 40 millions d'habitants, 800 docteurs en médecine civils assurent à peine le service médical des 60 millions d'habitants de nos colonies. Le Gouvernement vient de relever les soldes de tous les médecins de l'Assistance médicale indigène, qui sont fonctionnarisés, mais ont le droit d'avoir une clientèle privée ; de plus, ceux-ci ont un logement digne de leurs hautes fonctions et un hôpital à leur disposition. Ils vivent largement et continuent à travailler au progrès scientifique. Quand ils reviendront prendre leur retraite en France, ils auront pu se constituer un capital qui permettra à leur famille de vivre honorablement.

Lorsqu'on constate la pléthore médicale qui sévit en France, et quand on pense à la vie agréable que peut mener le médecin à la colonie, les jeunes confrères ne doivent pas hésiter. Entre la vie étriquée de la vieille Europe et la vie facile des pays neufs, le choix est simple pour le jeune homme qui n'est pas « empoisonné » par le communisme anticolonial. Car le rayon d'action d'un médecin est en moyenne de 100 kilomètres dans beaucoup de contrées éloignées de la côte, tandis qu'il est à peine chez nous de 15 kilomètres ! L'influence du médecin se fait donc sentir sur une vaste étendue et des populations entières lui sont soumises. *Quelle importante situation !*

Ces différentes considérations doivent permettre aux Pouvoirs publics d'augmenter dans de notables proportions les effectifs des médecins civils de nos colonies avec l'excès des médecins qui vivent misérablement en France, malgré leur valeur intellectuelle : la santé de nos frères de couleur dépend pour une bonne part du nombre de médecins mis à leur disposition. Et la France coloniale doit avant tout sauvegarder les races indigènes dont elle a la charge.

Puissent les Journées médicales coloniales de Vincennes aider le ministère des Colonies dans son œuvre civilisatrice !

Maurice MORDAGNE,
de l'Association des Journalistes Médicaux de France, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Je crains que le plaidoyer de M. Mordagne lui vaille quelques critiques. Et d'abord, n'est-il pas imprudent de mettre en parallèle la densité comparée de la population et celle des médecins dans la métropole, et dans les colonies ? D'après la statistique publiée par le *Jeune médecin*, en avril dernier, on compterait, pour 45.000.000 d'indigènes, 786 médecins, dont 336 militaires et 450 civils, soit un médecin pour 57.000 habitants. Et, comme je le lisais dans *La Médecine pratique* du 20 juin dernier : « S'il fallait à tout prix qualifier une telle proportion, c'est une lamentable pénurie médicale qui exprimerait la situation.

« Mais ces chiffres ne sont-ils pas sujets à caution ? Comment le Ministère des Colonies est-il parvenu à établir le recensement de notre population indigène ? Et puis, s'il existe des centres plus ou moins importants où la vie s'est européanisée, et qui sont exceptionnels, ne reste-t-il pas de vastes régions inexplorées, ou mal explorées, et où il est difficile à l'action médicale de s'exercer autrement que dans des conditions particulières ? »

Quant au tableau enchanteur que M. Mordagne peint de la vie aux colonies, qu'il me permette de lui dire que les nombreuses conversations que j'ai eu l'occasion d'avoir avec des confrères coloniaux d'Afrique occidentale française et d'Indo-Chine, et les correspondances que nous recevons régulièrement de la Nouvelle-Calédonie, projettent sur lui une ombre sérieuse.

A vrai dire, il est exact qu'il y a un débouché intéressant pour les médecins dans nos colonies. Mais il faut savoir que c'est surtout dans les cadres de l'Assistance médicale indigène.

Et à ce point de vue, j'ai reçu la lettre suivante que je m'empresse de publier, parce qu'elle met les choses au point, concernant les soldes en Indo-Chine.

Le tableau que me fournit notre correspondant diffère de celui que nous avons publié le 26 juillet. Mais je tiens à faire remarquer que nous avions indiqué que ces soldes étaient en instance d'augmentation. Cette augmentation ayant été réalisée, la différence signalée s'explique.

Voici quelques renseignements sur les soldes des médecins de l'Assistance en Indo-Chine, pour rectifier ceux que vous avez donnés dans votre n° du 26 juillet, p. 2361. Un concours aura lieu pour 12 places en décembre 1931.

	en francs (solde de congé)	en piastres à la colonie
Stagiaire	20.000	5.602,83
5e classe	23.000	5.984,32
4e classe	26.000	6.299,22
3e classe	29.000	6.532,83
2e classe	32.000	6.924,48
1re classe avant 3 ans	39.000	7.628,32
1re classe après 3 ans	42.000	7.919,53
1re classe après 6 ans	45.000	8.210,74
principal avant 3 ans	51.200	8.647,56
après 3 ans	56.000	9.084,37
après 6 ans	62.000	10.168.

Ces chiffres sont les vrais. La note communiquée à la presse fin mai donnait des chiffres *faux*.

Les indemnités de zone et de charges de famille vont être prochainement réduites pour tous les fonctionnaires.

Il faut se garder de croire, comme l'a montré M. Lasnet (*Presse Médicale*, 13 juin 1931), que le départ de quelques dizaines de médecins aux colonies peut être un remède à la pléthore. Et les trouvera-t-on, ces dizaines de médecins civils ? Ce n'est pas sûr. C'est par un faux raisonnement qu'on compare les proportions des médecins en France et aux colonies, souvent peuplées de populations ignorantes, retardataires. Il ne faut pas exagérer les avantages des situations coloniales.

En Indo-Chine, les docteurs annamites, venant de nos facultés, seront de plus en plus nombreux.

Nos soldes sont loin d'être très grosses, et notre plafond est inférieur à celui des administrateurs.

Pour en terminer enfin avec la médecine coloniale envisagée comme un remède à la pléthore métropolitaine, je citerai une interview de M. Henry, Directeur de l'Ecole coloniale, publiée dans *Excelsior* du 11 septembre.

M. Henry met le public en garde contre ce qu'il appelle la mystique coloniale, telle que l'Exposition pourrait tendre à la créer dans les esprits.

Ce que les Colonies réclament, dit-il encore, ce n'est pas la quantité, mais la qualité.

Un concours pour 12 places de médecin de l'Assistance médicale indigène en Indo-chine, aura lieu en décembre prochain. Comme le dit notre correspondant : « Ce ne sont pas quelques

dizaines de médecins partant pour les colonies qui remédieront à la pléthore ? »

Pour susciter les engagements dans l'armée coloniale, le Ministère des Colonies répand à profusion de superbes affiches où l'on voit un élégant sous-officier, sanglé dans sa tunique kaki aux galons dorés, faire admirer au néophyte un merveilleux panorama, où apparaissent des paysages de féérie.

Sans méconnaître la puissance, l'attrait réel qu'exerce sur les imaginations le mystère des pays tropicaux, avec leur végétation si luxuriante, leur faune si riche, leur couleur et leur lumière, sans souffler sur les enthousiasmes le vent stérile du scepticisme, gardons-nous raisonnablement du phénomène décevant qui s'y montre si fréquemment : le mirage.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

Comment un médecin et sa femme peuvent-ils devenir assurés facultatifs ?

J'ai lu ces jours-ci, en retard, dans le *Concours du* 2 août, p. 2450, la lettre du confrère B. et votre réponse au sujet de la possibilité pour le médecin d'adhérer aux assurances sociales (*Retraite*).

J'ai relu, à cette occasion, votre communication à l'Assemblée générale de l'A. G.

Si cela est possible, je serais disposé à adhérer de suite à la branche-retraite.

J'ai 53 ans 1/2. Mon revenu professionnel *net* déclaré au fisc et, jusqu'à présent, accepté par lui, a été en 1931 (revenu de 1930) de 10.515 fr. L'année précédente : de 10.819. J'ai deux enfants : 23 et 10 ans.

Puis-je adhérer ?

Dans l'affirmative :

1° Quelle cotisation annuelle aurais-je à verser pour avoir une retraite à 60 ans ?

2° Quel serait le montant de cette retraite ?

3° Les cotisations peuvent-elles être contre-assurées ? Quel supplément ?

4° Comment dois-je m'y prendre pour adhérer ? Quelles pièces fournir ? à qui écrire ? Caisse départementale ? ou autre ?

5° Si je deviens assuré facultatif, ma femme peut-elle le devenir également ? Si oui :

6° Cotisations et retraites des femmes d'assurés sont-elles les mêmes que celles du mari ?

7° A quel âge la retraite des femmes ?

Dr R.

Réponse

Voici schématiquement le tableau concernant l'assurance facultative.

Bénéficiaires éventuels.

Les médecins exerçant une profession libérale non salariée et qui vivent principalement du produit de leur travail.

Conditions d'admission.

1° Il faut être Français ;

2° Il faut avoir moins de 60 ans et verser dix années au moins de cotisations.

Revenu annuel

1° *Maximum du revenu annuel :*

Le produit annuel du travail ne doit pas dépasser 15.000 francs, dans les villes de moins de 200.000 hab. (18.000 dans les villes de plus de 200.000 hab. ou les circonscriptions industrielles fixées par décret).

2° *Charges de famille.*

Ce chiffre-limite de 15.000 (ou 18.000) est augmenté de 2.000 fr. s'ils ont un enfant à leur charge, de 4.000 s'ils ont deux enfants à leur charge il est porté à 25.000 dans tous les cas, s'ils ont trois enfants ou plus à leur charge ;

3° *Détermination du revenu annuel.*

Le revenu est déterminé par les évaluations, qui servent de base à l'impôt sur le revenu. D'ailleurs, à la demande, il faut joindre un extrait du rôle d'imposition sur le revenu, délivré par le percepteur.

Risques couverts.

On peut se garantir contre tous les risques (maladie, décès, invalidité, vieillesse) ou simplement pour l'un ou plusieurs d'entre eux. Néanmoins, le risque invalidité n'est garanti que si l'on contracte en même temps l'assurance contre la vieillesse.

Procédure d'admission.

Le candidat à l'assurance doit réclamer à une caisse locale, ou au service départemental, une feuille de demande pour l'assurance facultative, de couleur verte.

Cette demande sera adressée au service départemental ou interdépartemental du département de la résidence de l'intéressé, soit directement par celui-ci, soit par l'intermédiaire de l'une des caisses dont il a fait choix.

Pièces à joindre.

1° Extrait de naissance sur papier libre.

2° Une attestation médicale, déclarant que l'assuré n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou par-

tielle, susceptible d'élever notablement sa morbidité.

Cette attestation médicale doit comporter l'acceptation de la caisse d'assurance maladie, ou d'assurance invalidité à laquelle l'intéressé désire s'affilier ;

3° Un extrait du rôle de l'impôt général sur le revenu.

Changements survenant dans la situation de l'assuré

Les assurés facultatifs sont tenus de faire connaître au service départemental, en fournissant toutes les justifications utiles, les changements survenus dans leur situation, après leur immatriculation et qui sont de nature à les exclure du droit à l'assurance facultative.

Si leur revenu vient à dépasser le maximum prévu, ils cesseront, dans un délai de six mois, à compter de la notification par la caisse, de bénéficier de l'assurance maladie ; mais ils pourront continuer à cotiser pour les assurances décès, invalidité et vieillesse.

Cotisations à verser.

L'assuré fixe librement sa cotisation, selon qu'il entend se garantir contre un, plusieurs, ou tous les risques.

Cette cotisation ne peut dépasser 10 % du revenu annuel, ni être inférieure à 240 francs par an (120 fr. seulement si l'on ne cotise que pour la vieillesse).

Donc, pour un médecin, dont l'impôt sur le revenu est, par exemple, établi sur 10.000 francs de revenu net, sa cotisation ne pourra pas dépasser 1.000 francs par an.

Cette cotisation est payable par trimestre et d'avance. En cas de non versement dans les dix jours qui suivent la date à laquelle la cotisation est exigible, la caisse en poursuit le recouvrement aux frais de l'assuré.

On peut demander que tout ou partie des versements pour l'assurance vieillesse soit opéré à *capital réservé*. En cas de décès, le montant des sommes payées, aux héritiers est égal au montant des versements personnels qui ont été inscrits au compte individuel de l'assuré, après les prélèvements prévus par la loi.

Avantages retirés. Prestations.

Les prestations de la caisse d'assurance sont fixées d'après un tarif approuvé par le ministre du Travail, donnant, par âge d'entrée dans l'assurance, le montant des cotisations à payer pour avoir droit à des prestations de base. Aucune dérogation ne peut être apportée à ce tarif.

Pour avoir droit aux prestations, il faut avoir versé les cotisations correspondant :

Pour l'assurance-maladie, à un trimestre ;

Pour l'assurance invalidité, à deux années ;

Pour l'assurance décès, à une année ;

Pour l'assurance vieillesse, à dix années.

Les assurés facultatifs ont droit aux *majorations pour charges de famille* tout comme les assurés obligatoires (loi, article 20).

A cet effet est prélevé sur la cotisation 10 % qui alimente les fonds de majoration et de solidarité.

Valeur de réduction et de rachat.

En ce qui concerne les assurances décès, invalidité et vieillesse, l'assuré ne peut être entièrement déchu de ses droits, en cas de non versement ultérieur des cotisations. Le contrat doit conserver une valeur de réduction en rapport avec sa réserve mathématique.

Cette valeur de réduction est déterminée selon l'âge des intéressés, au moment de la résiliation de leur contrat, d'après un barème arrêté par le ministre du Travail. Ce barème est fixé par l'arrêté du 30 juin 1930.

Assurances en faveur des femmes des assurés facultatifs.

Les femmes non salariées des assurés facultatifs sont admises, à leur choix, au bénéfice de l'assurance facultative ci-dessus ou à celui de l'assurance spéciale des femmes, à la condition dans ce dernier cas de réclamer leur inscription dans le délai de six mois à partir de la mise en application de la loi, ou de la célébration de leur mariage, si elles sont âgées de moins de 35 ans.

Autrement dit, les femmes de médecin ont plus grand intérêt à s'assurer à l'assurance facultative et à délaisser l'assurance spéciale aux femmes. Pour la plupart, elles ne sont pas dans les délais prévus (six mois de la mise en pratique de la loi ou de la célébration de leur mariage) ; d'autre part, cette assurance facultative, basée sur un salaire fictif annuel de 1.200 fr. ne donne pas des avantages suffisants pour une femme de médecin. Pour l'assurance facultative, les demandes à faire et les pièces à fournir sont les mêmes que celles exigées du médecin assuré facultatif. Les cotisations, comme les prestations sont également identiques.

Conclusions.

Une fois de plus, j'estime que la loi des assurances sociales peut avoir une grosse influence, pour inciter le Corps médical à avoir enfin l'esprit de prévoyance.

Il n'y a nullement double emploi avec les avantages conférés par la Mutualité familiale du Corps médical français, l'Association générale des médecins de France et autres sociétés médicales mutuelles qui allouent des pensions de retraite, ou des secours.

Je n'ai pas sous les yeux le barème des coti-

sations exigées par la Caisse nationale des retraites, pour vérifier si le 10 % prélevé sur les cotisations des assurés facultatifs, en vue du fonds de majoration, diminue, d'une manière sensible, les avantages pour la retraite.

Mais je crois que le praticien prudent et bien avisé agit sagement en s'adressant tant aux mutuelles médicales qu'à l'assurance sociale pour se garantir, lui et les siens, non seulement contre la maladie, mais surtout contre l'invalidité prématurée, le décès et la vieillesse.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Etats généraux de la Mutualité

Quel titre ambitieux pour la réunion du Congrès de la Mutualité des 26, 27, 28 juin 1931 dans la Maison de la Mutualité de Paris !

La Mutualité, qui depuis déjà longtemps, sapait en dessous la loi des assurances sociales, sous le fallacieux prétexte de lui prêter son appui, a voulu frapper un grand coup pour essayer de sauver de la mort le grand organisme social, sanctifié par la loi de 1898.

Dans un article « Le devoir mutualiste et social » publié dans le journal *La Mutualité*, et dû à la plume alerte de M. Eugène André, nous trouvons les directives, qui devaient présider à ces Etats généraux. Nous y lisons :

« La lutte à mon sens est donc engagée entre « le gouvernement et la Mutualité. Les belles « phrases n'y changeront rien que de masquer « les procédés employés pour nous mater.

« Toute une refonte de nos œuvres doit sortir « de ces Etats généraux, dont le titre un peu pompeux n'est cependant pas sans analogie avec « un acte historique, d'où sortirent de viriles « résolutions qui changèrent la face du monde. »

Et plus loin :

« Que les Etats généraux aboutissent à un « Cahier formel de revendications, que nous ne « nous séparions pas sans proférer le serment qui « montrera à tous que nous sommes décidés à « agir, et, que nous traiter plus longtemps en « quantité négligeable n'est pas sans danger. Si « nous voulons, nous pourrons faire payer cher « en 1932 la trahison commise à notre égard.

« Que les Pygmées serviles ou les tartuffes « astucieux y prennent garde. Le colosse débonnaire de la Mutualité pourrait bien, d'une « chiquenaude vengeresse et malicieuse, les « précipiter dans la poussière du chemin, et « passer. »

Du reste, l'article porte en manchette le serment des mutualistes : « Je m'engage sur l'honneur, aux élections de 1932, à ne voter que pour le ou les candidats sortants qui auront voté et fait aboutir les justes revendications de la Mutualité, formulées en conclusion des Etats généraux. »

J'avais toujours dit et écrit, qu'en fin de compte, la Mutualité n'était qu'une vaste organisation politique; les Etats généraux ne seront pas pour me donner un démenti.

Cependant, les méthodes changent; au lieu de placer à sa tête un politicien de marque, comme M. Raoul Péret, pour lequel la Cour a rendu un non-lieu, avec les attendus que nous avons tous présents à la mémoire (« Les loups ne se mangent pas entre eux », si nous en croyons les adages relevés dans *La Mutualité* du 1er au 16 juillet 1931). « la Fédération nationale a changé son pilote, et celui qu'elle a choisi paraît être votre homme ?

« Les parlementaires, que l'on voulait nous « imposer se sont évanouis !

« Rendez-vous est pris pour les élections de 1932 ! »

La déclaration préliminaire des Etats généraux se termine ainsi :

La Fédération nationale de la Mutualité déclare : « Que si les satisfactions, qui répondent « d'ailleurs aux sentiments maintes fois exprimés par le Parlement, ne sont pas donnés, le « comité exécutif de la Fédération nationale « devra convoquer d'urgence une nouvelle réunion des Etats généraux, en vue d'examiner « l'opportunité de décisions plus énergiques « allant éventuellement jusqu'à la suppression « de la collaboration de la Mutualité à l'application de la loi sur les assurances sociales. »

C'est donc un ultimatum : La Paix ou la Guerre, que réclame en résumé la Mutualité.

Elle proteste contre l'organisation étatique des assurances sociales, constate le rôle effacé que joue la Mutualité dans cette organisation, et trouve qu'elle n'a pas la place, qui devrait lui être assignée en raison du nombre de ses adhérents, de son ancienneté et des services qu'elle affirme avoir rendus dans le passé. Elle veut la suppression du monopole d'Etat ; mais en retour, elle réclame en réalité le même monopole pour elle-même. Elle prétend qu'elle seule est capable de gérer les fonds versés, d'administrer économiquement des caisses, de supprimer toutes les tracasseries administratives. Elle réclame que les assurances sociales ne soient qu'une Mutualité élargie.

Lutte de deux monopoles ! Lutte de chaque

côté pour la galette ! L'Etat veut la garder dans ses caisses et en faire la répartition ; la Mutualité désire de même palper, thésauriser et payer les prestations.

La chère Mutualité oublie trop facilement son passé, sa carence, ses défectuosités. Si elle avait été dans le siècle précédent la panacée réelle à tous les maux, on n'eût jamais songé à créer les assurances sociales.

Pour nous, médecins, nous sommes placés entre les deux, et nous marquons les points.

Avons-nous plus d'avantages à être sous la coupe de l'Etat après l'établissement d'une loi, pour le vote de laquelle nos syndicats ont été consultés, et qui nous assure une certaine indépendance ? Aurions-nous plus de sécurité, si l'avenir devait faire de nous des fonctionnaires, à être nommés par l'Etat avec statut défini, avancement et retraite, ou bien à être à la merci d'une Mutualité, qui n'a vécu jusqu'ici que de l'exploitation du Corps médical, à être ses employés traitables et corvéables à merci, sans garantie, soumis à son bon vouloirr, renvoyés quand on a cessé de plaire, et pour le reste, mal payés, puisque nous savons tous que le choix d'un praticien n'est pas basé sur sa valeur professionnelle, mais sur les rabais qu'il consent ?

Dans les vœux émis par les commissions des Etats généraux, un certain nombre ont trait au service médical ; nous les livrons à vos méditations, nous réservant d'y revenir à l'occasion.

Première commission : Etude des modifications à proposer à la loi des assurances sociales.

Dans le premier vœu : La Mutualité demande que, pour l'application des assurances sociales, l'autonomie soit accordée aux groupements mutualistes, notamment en ce qui concerne leur organisation administrative, médicale, pharmaceutique et hospitalière.

Plus loin : L'Assemblée émet le vœu que les maladies mentales et tares sociales soient prises en charge par l'Assistance ;

Que la caisse nationale de garantie prenne en charge les soins donnés aux malades atteints de tuberculose, de syphilis ou de cancer, lorsque ces soins doivent être continués pendant plus de 6 mois.

Dans les travaux de la 2e commission : Etude des modifications à proposer aux décrets, arrêtés, circulaires ne nécessitant pas de modification à la loi, nous relevons les vœux suivants :

Les mères, qui ne peuvent allaiter leur enfant soit complètement, soit partiellement, auront droit aux bons de lait sans restriction aucune, sous réserve du contrôle efficace opéré par les services de consultations des mères et des nourrissons.

Autre vœu : Que le traitement, « cures thermales », dont l'indemnité forfaitaire accordée est dérisoire, soit envisagé par les pouvoirs publics au même titre que les soins spécialisés ou soins préventifs prévus par la loi.

Autre vœu : Qu'il soit ajouté à l'article 43 du règlement général d'administration publique intérieur (chapitre 5, règlement des malades) après la phrase : « Les frais payés par les malades pour se rendre au domicile du praticien soient exclusivement à sa charge » l'alinéa ci-après :

Exception faite, lorsque le médecin prétend ordonner un traitement spécial obligeant l'assuré à un déplacement. Ces frais de voyage seront remboursés à raison de 0 fr. 75 du kilomètre après avis de la caisse.

Plus loin : Considérant que la nomenclature des soins, établie par l'administration, est insuffisante et est cause, dans la plupart des cas, de l'élévation des frais médicaux, émet le vœu :

Que cette nomenclature soit remaniée et complétée le plus rapidement possible pour permettre, tant au praticien qu'aux assurés, de se rendre compte « *ipso facto* » de l'importance de l'acte médical ;

Considérant que la convention type est une négation au libre choix du praticien, émet le vœu :

Que soient supprimées les conventions types, et que les caisses aient la faculté d'organiser librement leur service médical, pharmaceutique et hospitalier au mieux de leurs intérêts et de ceux de leurs assurés sociaux. Notamment l'assuré social, n'étant pas un bénéficiaire de l'Assistance médicale gratuite, ne saurait payer un prix sensiblement supérieur à ce tarif ;

Considérant qu'il y a un abus exagéré dans l'ordonnance des spécialités pharmaceutiques, abus qu'il est nécessaire de réprimer, la 2e commission félicitant l'Union de Saône-et-Loire pour l'établissement d'accord avec le Corps médical et pharmaceutique d'une liste de 250 spécialités environ,

Emet le vœu :

Qu'une liste limitative des spécialités reconnues indispensables soit définitivement établie, sans toutefois porter atteinte aux droits de création de spécialités nouvelles, susceptibles d'améliorer celles déjà existantes.

Que toutes les spécialités soient pourvues d'une date fixant la durée limite de leur valeur thérapeutique.

Dans la 3e *commission*, étudiant l'organisation de la Mutualité, nous notons le vœu suivant :

L'assemblée considère comme souhaitable que se généralise la méthode, qui consiste à faire aux assurés sociaux une avance en cas de besoin sous forme de bons de caisse, de façon à permettre aux assurés sociaux de recourir aux soins du médecin ou de se procurer des médicaments, sans débourser l'argent nécessaire, ces bons dé-

livrés par la caisse étant directement payés par elle aux médecins et pharmaciens.

L'assemblée générale émet le vœu que, dans toutes les villes de France, un service médical et pharmaceutique de nuit soit établi.

Je ne fais pas mention des demandes de subventions, de versement d'indemnité pour les administrateurs dans leurs déplacements, des tarifs de faveur dans les chemins de fer pour les sociétaires lors des réunions ou des congrès, etc.

Les Sociétés mutuelles, ces vieilles sociétés mendiantes, ne pouvaient faire une manifestation, sans tendre la main et réclamer de nouveaux avantages pécuniaires ; elles eussent dérogé à leurs vieilles habitudes.

Dr M. VIMONT.

LE 24e VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DU SUD-OUEST

Il n'est personne, dans le Corps médical de France ou même de l'étranger, qui ne connaisse les V. E. M. instaurés par LANDOUZY, rénovés par le Prof. CARNOT, après la guerre et confiés maintenant à M. VILLARET, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Paris. L'empressement de nos confrères a été très vif, cette année encore, pour s'inscrire à cette sorte de Congrès ambulant ; mais, il n'était pas possible de dépasser le chiffre de 125 participants. Dans ce groupe se trouvaient un certain nombre de dames, appartenant à la famille médicale, et une quarantaine d'étrangers, parmi lesquels une majorité de Belges et de Danois.

En dépit de leur réputation d'ancienne date et de leur solide organisation, les V. E. M. traversent actuellement une crise. Leur succès même a provoqué toute une floraison de voyages plus ou moins médicaux, plus ou moins scientifiques, qui, sous des rubriques diverses, parcourent la France et sollicitent le concours des stations thermales. La situation du grand V. E. M. risque de s'en trouver amoindrie. Ces difficultés étaient connues ; mais les fronts ne s'en rembrunirent pas moins, lorsqu'au déjeuner d'adieu, le Prof. CARNOT fit connaître la décision grave qu'il avait prise d'accord avec son collègue VILLARET et la plupart des dirigeants de l'hydrologie française : « Qu'il y avait lieu de mettre les V. E. M. en sommeil et d'attendre, pour les rétablir, des circonstances plus favorables ». Nous osons croire que cette léthargie ne sera pas de longue durée, que les stations thermales et climatiques de France auront à cœur de sauvegarder leurs véritables intérêts.

Le 24e V. E. M., s'il devait être le dernier, terminerait d'ailleurs la série, en une sorte d'apothéose. Il avait, en effet, comme objectif, l'une des plus pittoresques régions de France, l'une des plus riches aussi en eaux minérales et en établissements de cure : la région du Sud-Ouest. La concentration avait lieu à Capvern, dans les contreforts de ce vaste plateau de Lannemezan, qui déploie ses digitations en éventail ; la dislocation s'opérait à Royan, à l'extrémité septentrionale de l'estuaire de la Gironde. Le trajet dessinait sur la carte une équerre, dont la branche horizontale était constituée par la chaîne des Pyrénées-Occidentales, la branche verticale par la côte atlantique. La haute montagne, les vallons verdoyants, les grèves ourlées d'argent, les forêts de pins déroulaient successivement sous les yeux des congressistes, leurs charmes si divers et leurs avantages respectifs. Des conférences données dans chacune des stations précisaient de la plus heureuse manière, les caractéristiques hydroclimatiques et les indications thérapeutiques.

Le voyage était placé sous la haute direction scientifique du Prof. CARNOT et du Prof. VILLARET, qui s'étaient adjoint la collaboration du Prof. SERR, de la Faculté de Toulouse, pour la région pyrénéenne, du Prof. SELLIER, de la Faculté de Bordeaux pour la bordure atlantique. Cet ensemble d'hydrologues distingués assurait la haute tenue des leçons. De jeunes dévouements présidaient d'autre part à l'organisation matérielle : M. AVERSENQ, interne des hôpitaux de Toulouse, M. LAPORTE, interne des hôpitaux de Bordeaux et Mlle MACHURÉ, l'incomparable secrétaire du V. E. M. Cette active personne a des droits tout particuliers à notre gratitude : atteinte d'un double panaris, elle n'hésitait pas à compromettre sa santé, pour travailler sans relâche au bien commun ; il fallut toute l'affectueuse insistance de son entourage, légitimement alarmé, pour l'obliger à se soigner efficacement ; encore, ce ne fut qu'à l'avant dernière étape du voyage qu'elle consentit à résilier ses fonctions et à réintégrer Paris. Nous manquerions au plus élémentaire devoir si nous ne lui redisions toute notre admiration pour l'énergie, dont elle a fait preuve, et si nous ne lui exprimions tous nos meilleurs vœux pour son complet rétablissement. Nous associons, par ailleurs, dans une même pensée de remerciements, ses collaborateurs si parfaitement dévoués, si cordialement obligeants.

***

Il pleut, lorsque, le 8 septembre, nous arrivons à *Capvern*. Mais l'optimisme des voyageurs ne

faiblit pas pour si peu : c'est avec entrain qu'ils visitent les aménagements de la station, où l'on traite, surtout par la cure de boisson, les affections du rein (pyélonéphrites, colibacilluries, lithiase) et certains hépato-biliaires. Capvern est le Vittel du Midi ; l'action de ses eaux sulfurées calciques mériterait d'être plus connue.

Le ciel s'est rasséréné, lorsque nous reprenons les auto-cars, et, c'est par une belle soirée, que nous arrivons à *Bagnères-de-Bigorre*. Nous parcourons la ville, avenante et gaie, nous voyons les établissements thermaux, nous admirons le paisible vallon de Salut, dont une municipalité intelligente a fait l'acquisition. Le Prof. VILLARET expose les avantages de Bagnères pour les malades du système nerveux végétatif ; et le soir, au Casino, à l'issue d'un excellent banquet, on fait justice des calomnies décochées à la station, pour un soi-disant manque d'hygiène.

Les Pyrénées Centrales, vues du Col de Sencours

Au petit matin, les autocars remontent la jolie vallée de l'Adour, grimpent au Tourmalet et, par une route vertigineuse, nous mènent jusqu'au col de Sencours au pied du Pic du Midi. Il reste à gravir 500 mètres : ce n'est pas pour embarrasser nos compagnons, qui, de la plate-forme de l'Observatoire contempleront, par un soleil radieux, un magnifique panorama.

Barèges nous attend, pour la *journée de la Barégine*, et pour nous montrer ses établissements, si favorables aux articulaires et aux osseux. Le lendemain nous gagnons *Saint-Sauveur*, dont les eaux sulfureuses fortes sont paradoxalement sédatives pour les gynécologiques ; puis, nous montons à Gavarnie, dont l'inclémence du ciel ne nous permet pas d'admirer, comme il conviendrait, le cirque universellement réputé. Le soir, nous sommes à *Cauterets*, où l'on inaugure une plaque à la mémoire de BOUCHARD et de TROOST, qui, les premiers décélèrent dans une eau minérale, la présence de gaz rares. La station, on le sait, convient aux respiratoires, qui bénéficient du soufre des sources et du calme de l'atmosphère. Les environs sont délicieux, animés par le murmure des torrents et le babil des cascades ; mais.... nos minutes sont comptées, il ne nous est pas possible d'aller voir ces merveilles narurelles.

Nous redescendons le lendemain sur Pierrefitte, où règne en souveraine, l'industrie hydro-électrique, et nous entrons dans la jolie vallée d'Argelès. Sur le versant oriental se trouve *Beaucens*, la station trop peu connue des sciatiques ; en face, Saint-Savin, qui nous séduit par son église romane et par son panorama splendide ; plus loin, Argelès à la fois thermale et climatique, propice aux pulmonaires et aux surmenés. Un crochet nous mène à Lourdes, aux imposantes manifestations religieuses ; puis la route périlleuse du col d'Aubisque nous conduit aux Eaux-Bonnes. De la corniche ou de la ligne de faîte, les points de vue doivent être splendides ; mais la pluie, qui tombe à flots, tend un impénétrable rideau, perce insidieusement les vêtements et refroidit les enthousiasmes. Par bonheur, le ciel, demain sera nettoyé et le soleil ne nous quittera plus, jusqu'à la fin de notre randonnée.

A Salies-de-Béarn
Vieilles maisons sur le Saleys

Les *Eaux-Bonnes* et les *Eaux-Chaudes*, à quelques kilomètres, sont sœurs jumelles, dont les eaux sulfureuses conviennent aux respiratoires. Nous admirons la vallée d'Ossau, et le charmant costume des Ossaloises. Puis nous gagnons *Saint-Christau*, dont les fontaines, uniques au monde, guérissent la leucoplasie par le cuivre qu'elles renferment.

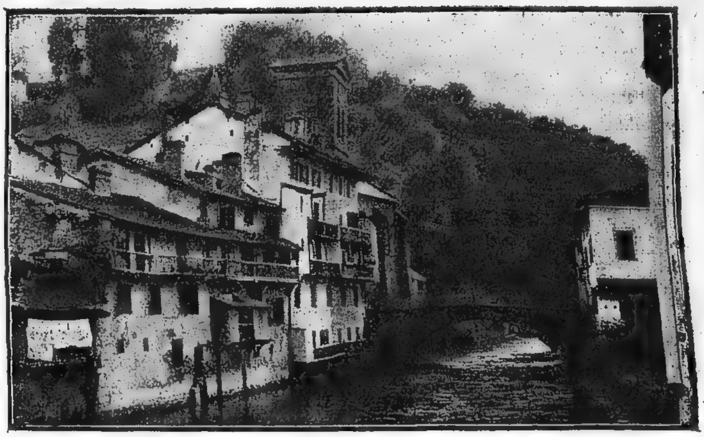
Depuis plus d'un siècle, les vertus sédatives du

climat de *Pau* ont été mises à profit pour le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires. Pourquoi faut-il qu'une municipalité, peu soucieuse de ses véritables intérêts, refuse de nous recevoir officiellement parce que nous ne voulons pas ignorer les sanatoriums, qu'elle prétende rayer les bacillaires de ses préoccupations et faire de sa ville un centre exclusif de tourisme. Le Prof. VILLARET fait justice de cet ostracisme dans la conférence, qu'il donne au château de Pau, après que, sous l'intelligente direction de M. RITTER, nous avons admiré les merveilles de cette magnifique demeure seigneuriale.

Le vieux pont d'Orthez

La haute teneur en chlorure de sodium des eaux de *Salies* les rend précieuses aux gynécologiques, et l'établissement thermal leur offre toutes les ressources de la balnéothérapie sous les formes les plus variées. Les environs sont délicieux : Sauveterre-de-Béarn, Saint-Jean-Pied-de-Port et, plus loin, la ville sanatoriale de *Cambo*, dont les villas nichées dans la verdure reçoivent les brises vivifiantes de l'Océan, tamisées et attiédies par 30 kilomètres de forêts.

Nous sommes, dès lors, en ce pays basque, dont le charme prenant a été chanté par Loti, et, dont la sereine douceur a séduit nombre d'artistes ou de littérateurs. « Le mystère de ses montagnes égale celui de son Océan... ses forêts ont des gravités de temple et ses torrents, guillerets, sautillent comme des fandangos... Et les grâces des choses s'accroissent de la grâce des hommes. Si loin que remontent les siècles, entre sa mer et ses montagnes, est demeurée cramponnée au sol, la même race étrange, jalouse de sa langue, jalouse de son âme » (1).



La Nive à Saint-Jean Pied-de-Port

La Rhune, qui s'enlève tout d'un jet, à 900 m., au bord même de l'Océan, constitue le plus magnifique belvédère, que l'on puisse rêver pour prendre une idée d'ensemble de toute cette région. Un chemin de fer à crémaillère nous y conduit sans fatigue : de là haut, les Pyrénées françaises et les Pyrénées espagnoles profilent à l'infini leurs croupes rases ; sur les pentes, qui dévalent verdoyantes, les villages aux noms sonores dressent leurs blanches maisonnettes ; vers la mer ourlée d'argent, pas un détail n'échappe des navires, qui sillonnent le golfe ou des stations balnéaires qui bordent la côte.

Le Prof. CARNOT donne avec sa clarté coutumière les caractéristiques des plages basques :

Hendaye, au climat régulier, stimulant et tonique tout à la fois, convient aux osseux et aux rachitiques. *Saint-Jean-de-Luz*, qui s'enorgueillit encore du mariage de Louis XIV, se développe autour d'une baie gracieuse et douce, favorable aux enfants. *Guéthary* et *Bidart* sont en pleine croissance. *Biarritz*, dont la réputation a été consacrée par l'Impératrice Eugénie, offre le spectacle splendide de ses rochers, de ses tamaris aux feuillages délicats, de ses trois plages pittoresques, couronnées d'édifices somptueux. Les eaux chlorurées sodiques de *Briscous* sont amenées aux Thermes Salins et permettent aux gynécologiques une cure intensive.

A quelques kilomètres de Biarritz, dans les terres, se trouve le préventorium d'*Arbonne*, dont on inaugure, précisément lors de notre passage, les nouveaux locaux, clairs, bien disposés et bien aménagés. La tenacité de Mademoiselle JAVAL trouve sa récompense : son œuvre se développe magnifiquement et donne les résultats les plus brillants.

(1) André LICHTENBERGER. — *Guide du pays basque.*

Au Nord de l'Adour, ce beau fleuve inconstant, les plages et les établissements de cure se multiplient, associant les avantages de la mer à ceux des pinèdes aux senteurs balsamiques : *Labenne-Océan*, *Cap-Breton*, *Hossegor*..., et bien d'autres, riches de possibilités.

Un crochet vers l'hinterland nous montre *Préchacq* et *Dax*, les capitales de la fangothérapie. Il ne nous est pas possible d'étudier en détail la formation si curieuse de ces boues hydro-minérales : bornons-nous à noter la perfection des installations et l'excellence des résultats chez les rhumatisants.

Arcachon, au bord d'une sorte de mer intérieure, comprend deux cités juxtaposées : la ville d'hiver, dans les pins, créée par des bacillaires, et qui convient en effet à certaines formes de tuberculose pulmonaire ; — la ville d'été, station sportive pour bien portants, cure marine pour enfants anémiés ou lymphatiques. De cette dualité, surgissent comme à Pau, certains conflits dont l'actuelle acuité nous paraît excessive. Le dédain de la municipalité, à notre égard, fut sévèrement jugé par les congressistes.

La Conférence du Pr Carnot à Saint-Jean-de-Luz

Arcachon possède une source artésienne, celle des *Abatilles*, dont l'eau peu minéralisée convient aux arthritiques, aux hypertendus, aux rénaux et peut être utilisée pour les besoins de la table.

Dans le parc de Saujon

A Bordeaux, le Professeur SIGALAS, doyen de la Faculté de médecine est rentré de vacances tout exprès pour nous recevoir. Après quelques mots empreints de la plus chaude cordialité, il nous fait les honneurs de sa maison. La Chambre de Commerce nous accueille ensuite dans ses somptueux salons.

Le lendemain, journée vinicole. Le Prof. SELLIER nous guide intrépidement à travers les châteaux du Médoc ; il voudrait nous faire goûter de tous les crus. Même, il nous a ménagé, à Pauillac, un plantureux déjeuner, au cours duquel paraîtront vingt sortes de vins, aux noms illustres : Château-Margaux, Château-Laffitte, Château-Latour, Cols d'Estournel, Mouton d'Armailhac... *e tutti quanti*. Emoi du Prof. CARNOT, qui ne fut calmé qu'en constatant l'excellente tenue de ses administrés ; justification du Prof. SELLIER, qui, dans une éloquente conférence, nous avait vanté les vertus thérapeutiques des vins de Bordeaux. Sans les qualifier d'austères, avec FONSSAGRIVES, constatons que s'ils mettent « la belle humeur au cœur », ils ne sont nullement toxiques.

A la Pointe de Grave, des vedettes nous attendent pour nous porter à *Royan*, de l'autre côté de l'estuaire de la Gironde. Dans une lumineuse causerie, le Prof. VILLARET précise l'action de la thalassothérapie, ses indications et ses contre-indications. Puis, nous visitons les cinq « conches » de Royan, toutes plus jolies les unes que les autres, les plages des alentours et la maison de cure pour nerveux, du Dr DUBOIS, à *Saujon*, où a lieu le déjeuner d'adieux.

Les plus charmants souvenirs nous restent de ce merveilleux voyage. Félicitons sans réserve les dirigeants, les Prof. CARNOT et VILLARET, les Prof. SERR et SELLIER : nous avons plaisir à leur redire notre gratitude pour leur affabilité, à leur traduire l'admiration de tous les congressistes pour leurs enseignements si clairs et si profondément avertis. Ils ont fait honneur à la science française ; ils ont contribué à faire mieux connaître et à faire mieux aimer notre douce patrie.

Dr A. DAVID,

Professeur à la Faculté Libre de Médecine de Lille.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

6 *octobre* 1931.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, H. MIGNON, A. GASSOT, PAMART, DUCHESNE, LEVASSORT, MAZEROUX, HENNE, FISCHER et M. MIGNON.

Excusé : M. NOIR.

En l'absence de M. Boudin, M. Henne remplit les fonctions de secrétaire.

Indemnités-maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaison MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Montant
3	GASSOT	Loiret	10 jours	100 fr.
162	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
193	COLIN	Var	3 mois	300 »
211	CAMUS	Finistère	3 mois	300 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
313	BERTIER	Loire	57 jours	570 »
370	DUBOIS	Seine-Inférieure	60 jours + 8 jours chr.	626 65
374	TRABY	Pyrénées-Orientales	6 mois	600 »
375	PIERRHUGUES	Var	19 jours	190 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
505	LEVRAUD	Bouches-du-Rhône	60 jours + 16 jours chr.	646 60
523	FERRAND	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
535	CANNAC	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
545	LECOCONIER	Loir-et-Cher	42 jours	420 »
547	CLISSON	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
569	CADILHAC	Yonne	3 mois	300 »
577	COLLANGETTES	Puy-de-Dôme	60 jours + 14 jours chr.	646 60
631	DE COQUET	Gironde	60 jours + 9 jours chr.	630 »
653	DUHAMEL	Lot-et-Garonne	3 mois	300 »
662	PAYRE	Isère	60 jours + un mois et 15 jours chr.	750 »
677	BONNET	Loiret	37 jours	370 »
697	POITEVIN	Haute-Vienne	10 jours	100 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
702	AURAND	Rhône	11 jours	110 »
724	ROURE	Drôme	3 mois	300 »
760	JAUBERT	Var	11 jours	110 »
771	GIRES	Paris	36 jours	360 »
827	TISON	Paris	3 mois	300 »
829	REY	Tarn	42 jours	420 »
848	GALAND	Nord	6 mois	600 »
869	TOUSSAINT	Aisne	60 jours	600 »
908	GARDETTE	Seine-et-Oise	43 jours	430 »
946	BÉZY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
947	COUSIN	Haute-Garonne	3 mois	300 »
990	BOUDET	Gers	5 jours + 5 mois et 25 jours chr.	633 25
992	CHATENIER	Constantine	24 jours	240 »
1102	MONRIBOT	Tarn-et-Garonne	18 jours + cure thermale	280 »
1110	ODINET	Paris	34 jours	340 »
1149	MALLET	Paris	60 jours + 18 jours chr.	660 »
1208	MASSOL	Gard	37 jours	370 »
1232	LERT	Var	42 jours	420 »
1259	RILHAC	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1281	KERRIEN	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1305	FERRY	Loir-et-Cher	12 jours	120 »
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1453	BIGEON	Manche	3 jours + 2 mois et 13 jours chr.	273 30
1515	PECKER	Seine-et-Oise	28 jours	280 »
1534	GAYET	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1573	LECOUILLARD	Paris	3 mois	300 »
1587	LACOMME	Saône-et-Loire	26 jours + 2 mois et 4 jours chr.	473 30
1796	MARMARIAN	Allier	3 mois	300 »
1799	CASTAGNONI	Constantine	3 mois	300 »
1891	ROURE	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1976	THOMASSIAN	Haute-Marne	3 jours + 6 jours chr.	50 »
1990	KRAUT	Vendée	13 jours	130 »
			Total	20.049 70

Combinaison MA²

13 Duron	Basses-Pyrénées	44 jours	880 fr.
17 Marchand	Paris	32 jours	640 »
129 Bretheau	Indre-et-Loire	Cure thermale	200 »
212 Pierson	Meuse	5 jours	100 »
562 Mlle Aizière	Seine	Cure thermale	200 »
647 Bellan	Isère	3 mois	600 »
717 Reynier	Isère	3 mois	600 »
719 Benoit-Jannin	Jura	10 jours	200 »
763 Rault	Ille-et-Vilaine	46 jours	920 »
842 Sage	Isère	un mois et 15 jours chr	300 »
880 Guéret	Hérault	60 jours + un mois et 3 jours chr	1.420 »
1046 Channac	Ardèche	28 jours	560 »
1081 Lacombe	Aveyron	60 jours + un mois et 16 jours chr	1.306 50
1400 Kent Gazet	Savoie	24 jours + un mois et 20 jours chr	813 30
1472 Fileux	Nièvre	3 mois	600 »
1482 Chapoy	Doubs	14 jours	280 »
1501 Brihmat	Alger	53 jours	1.060 »
1703 Mons	Constantine	60 jours + un mois chr	1.400 »
1986 Roullet-Audy	Corrèze	8 jours	160 »
		Total	12.229 80

Combinaison MA³

93 Prentout	Calvados	18 jours	540 »
247 Breteille	Paris	60 jours + 8 jours chr	1.879 90
249 Deflinne	Nord	16 jours	480 »
368 Emonin	Côte-d'Or	41 jours	1.230 »
1812 Armand (R.)	Savoie	9 jours	270 »
		Total	4.399 90

Combinaison MA⁴

611 Molimard	Puy-de-Dôme	57 jours	2.280 »
725 Blanc	Aude	36 jours + cure thermale	1.840 »
887 Hardy	Loire-Inférieure	Cure thermale	400 »
		Total	4.520 »

Combinaison MA⁵

31 Soulagne	Aude	13 jours	650 »
53 Bouchet	Basses-Pyrénées	32 jours	3.616 55
276 Molin de Teyssieu	Gironde	60 jours, + un mois et 7 jours chr	3.616 55
575 Liotard	Alpes-Maritimes	8 jours	400 »
578 Brabant	Nord	Cure thermale	500 »
620 Milhaud	Aude	46 jours	2.300 »
642 Duballen	Saône-et-Loire	3 mois	1.500 »
722 Duhamel	Lot-et-Garonne	60 jours + 29 jours chr	3.482 85
857 Manouvrier	Loire-Inférieure	60 jours + 20 jours chr	3.333 25
900 Allotte de la Fuye	Ille-et-Vilaine	3 jours	150 »
911 Lortsch	Isère	60 jours + 14 jours chr	3.233 10
921 Ducret	Haute-Savoie	13 jours	650 »
		Total	21.415 75

Le Conseil inflige une amende de 40 francs aux sociétaires 374 et 990 pour retards dans leurs déclarations.

M. Gassot fait don à la Caisse auxiliaire de son indemnité. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du troisième trimestre 1931 les sommes suivantes à :

4 Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
13 Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	50 »
27 Mme Vve Gallois, Côte-d'Or	150 »
38 Mme Vve Gillette, Calvados	150 »
43 Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45 Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51 Mme Vve Rousselot, Haute-Marne	150 »
Total	860 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre.

Remboursement de cotisations contre-assurées

Le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 5.028 fr. 60 aux héritiers du Dr Poitevin et de la somme de 2.444 fr. aux héritiers du Dr Sage.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA² :

M. le Dr Timmsit.

Combinaison MA³ :

M. le Dr Guigan.

Combinaison MA⁵ :

MM. les Drs Barenton, Galley, Marquez, Wacogne, Gallin, Boëhm, Pitre, Chaffardon et Sevellec.

Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire les admissions suivantes :

Combinaison MA⁵ :

MM. les docteurs :
GRENIER, de Maisons-Laffite (Seine-et Oise).
DESPINS, de Bordeaux.
BONNET, du Puy (Haute-Loire).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin décembre.

Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P

MM. les docteurs :
DELABARRE, d'Oisemont (Somme).
BANCILHON, de Nîmes.
BAZELIS, d'Orchies (Nord).
M. GODECHOUX fils, d'Amiens.

Combinaison R.

M. le docteur :
BAZELIS, d'Orchies (Nord).
M. GODECHOUX, fils, d'Amiens.

Combinaison V

MM. les docteurs :
BAZELIS, d'Orchies (Nord).
GELAIN, de Saint-Pol-sur-Mer (Nord).

Inventaire quinquennal

M. le Dr Mignon, secrétaire général a reçu le rapport de notre actuaire, M. Fleury, sur l'inventaire quinquennal, auquel il vient de procéder. Il donne lecture de ce rapport dont voici la conclusion :

« En résumé, les constatations, faites par l'in-
« ventaire fin 1930, sont des plus satisfaisantes
« partout. La combinaison B, elle-même, a
« maintenu ses réserves bien pleines, et toutes
« les autres combinaisons ont des excédents
« importants. De plus, tandis que l'ensemble
« des valeurs de la Mutualité familiale se pré-
« sentait, fin 1925, avec une petite moins-value,
« il existe maintenant une plus value dont le
« total atteint 746.496 francs. La situation de
« la Mutualité familiale au 31 décembre 1930
« peut être qualifiée de brillante. »

Modifications statutaires

En conséquence de ce rapport et conformément à l'avis de M. Fleury, le Conseil décide qu'il proposera à l'Assemblée générale la modification des articles 59 et 69 des statuts, de manière à porter le maximum des pensions de retraite à 4.800 francs et le maximum des pensions aux veuves à 1.800 francs.

M. Gassot, trésorier, en conséquence de cette décision, propose au Conseil d'autoriser le bureau à prononcer dès maintenant l'admission des membres, qui s'inscriraient aux combinaisons P et R pour des pensions de 3.600 francs ou de 4.800 francs ; le Conseil ratifierait ces admissions dans sa séance de fin décembre.

Adopté.

Assemblées générales

Le Conseil fixe l'assemblée générale ordinaire au dimanche 22 novembre, à quinze heures et demie, dans les salons Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et en arrête l'ordre du jour.

L'Assemblée générale extraordinaire pour les modifications statutaires suivra immédiatement.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, H. HENNE. *Le Président,* A. MAURAT.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... « — *Vous travaillez* » ?
L'homme au cul par terre répondit :
« — *Un peu* .....
(Pierre HAMP).

CDLXXIII. — Roger MARTIN DU GARD. — **Confidence africaine.** 1 volume 12,5 × 16,5 tiré à cinq mille neuf cent soixante et onze exemplaires numérotés sur alfa Lafuma-Navarre. *Editions de la Nouvelle Revue française*, Paris, 1931.

Roger Martin du Gard, qui réserve à la généalogie des *Thibaut* presque toute son activité littéraire, avait ici matière à un solide et poignant roman. Par un très ingénieux artifice de composition (en utilisant la confession brusquée du héros), il l'a ramené aux proportions d'une longue nouvelle, dramatique, tragique comme l'inéluctable. Son livre « coule » au fil des phrases et des épisodes, tranquille et terrible, posément cataclysmique, et roule : fleuve de feu ou de lave, charriant la mort sous le bouillonnement torpide de ses scories apparemment refroidies ; passion maléfique qui enchaîne dans le secret les « *sang-réservés* », et qui, avec la logique écœurante de vies réelles, laisse ensuite face à face, en expiation, après l'orage des sens, sous le même toit, ceux qui commirent ensemble le crime maudit. Il y a dans ce livre de très belles pages : celles où les contacts déclenchent l'irréparable, celles de la joie bestiale des amants, celles où le remords du frère s'établit et s'éteint sur un dégoût physique, celles de l'oubli de la sœur physiologiquement obtenu par l'obésité, celles enfin du monstrueux amour paternel qui laisse dans notre esprit une trouble impression d'horreur et de pitié. La concision de cette œuvre renforce son aspect de brutalité, de choc biologique, sous lequel chancellent des criminels, qui ne sont peut-être que des malheureux.

CDLXXIV. — Charles DU BOS. — **Approximations.** Quatrième série. — 1 volume 14 × 19 tiré à deux mille cinq cents exemplaires numérotés sur alfa impondérable. *Editions Roberto Corrêa*, Paris, 1930.

Mon épigraphe, aujourd'hui encore, va m'être d'une utilité directe. Après l'avoir relue, M. Du Bos ne sera pas surpris de me voir ranger ses belles études sur le rayon des livres, que je manipule avec le plus de respect, parce qu'ils relèvent de ce que j'ai appelé ailleurs la « *critique transcendantale* » et qui a la sereine majesté de la mathématique, de la physique de même nom où l'on n'accède que par une patiente initiation et avec le consentement des Dieux. Ceux-ci ne m'ont jamais, au grand jamais, permis de comprendre un seul vers de M. Claudel et, comme je sens bien que M. Du Bos le met au sommet de l'acrobatique pyramide des virtuoses de la poésie pure, j'éprouve quelque embarras (une consciente dysarthrie de bègue) à vous confier ce que je pense de ces *Approximations*, dont le titre m'avait séduit par la modestie et le flou de ses promesses. Les « valeurs » intellectuelles de romanciers, de poètes étrangers, d'un peintre français y sont classées sur un mode neuf. L'extrême finesse de ces analyses surprend notre attention, car elle s'aventure à chaque pas dans cet « *espace psychique* », où s'élaborent mystérieusement les œuvres d'art, et je m'excuse d'avouer qu'il ne m'apparaît pas très clairement parfois, sous l'élégance de la phrase et de la pensée, à quel moment on entre dans le champ, le *noman's land* de l'hypothèse, dans cette zône de brouillards, où cette musique littéraire prend une captivante résonance, si lointaine qu'il apparaît difficile d'y délimiter la part de l'homme, qui la commente, et celle, bienfaisante, de son illusion.

CDLXXV. — Pierre FRAYSSINET. — **Poèmes.** 1 vol. 14 × 20 avec une préface de Jean Giraudoux et un portrait gravé par Marc Saint-Saëns, tiré à 760 exemplaires numérotés dont 160 réimposés sur pur fil d'Arches. — *Editions Le Divan*, Paris, 1931.

J'aurais encore préféré ce touchant recueil, allégé des premiers poèmes, où F. cherchait sa voie et, composé seulement de ceux plus graves, plus amples, où alternent si douloureusement cette tristesse d'une maturité hâtive pressentant la mort et cette griserie euphorique, avec cette ardente obsession des couleurs, du soleil, cette soif fiévreuse de la fraîcheur, de la lumière, ces sourdes méditations sur les friselis et les murmures du silence. Les verbes au passé : « *j'étais* », « *j'avais* » tombent comme des sanglots et Giraudoux déplore avec raison la disparition prématurée de ce jeune talent.

CDLXXVI. — Théodore CANOT. — **Les aventures d'un Négrier.** — Histoire véridique de la vie et des aventures du capitaine T.C., trafiquant en or, en ivoire, et en esclaves sur la côte de Guinée, telle qu'il la raconta en l'année 1854 à Brantz Mayer. 1 vol. 12 × 19 avec une gravure hors texte, traduit de l'anglais par Marthe Nouguier, pour la collection « Choses vues ». — *Editions Plon*, Paris, 1931, 15 fr.

Ce vieux loup de mer, qui mit quelque philanthropie dans l'exercice de cette branche spéciale de la flibuste, fut mêlé au cours de son aventureuse existence à tous les périls, aux risques et aux cocasseries de ce curieux métier, à ses atrocités et à ses dangers. La traduction française a épousé avec souplesse le ton flegmatique de ce marin, qui semble bien en avoir vu de toutes les couleurs, nonobstant la teinte fondamentale accusée de son négoce.

CDLXXVII. — Marc STÉPHANE. — **Sirènes de Cambrouse et Margots des Bois.** Roman. 1 vol. 12 × 19. — *Editions de la Nouvelle Revue critique,* Paris, 1931, 12 fr.

L'auteur de *Ceux du Trimard* exploite sa veine. Deux cent cinquante pages d'argot, qu'il est tout de même exagéré de rapporter à la manière de Rabelais, ou de mettre en balance avec le total des romans de feu M. Bergeret : il y a de la pétulance, des grossièretés à la pelle, des éclairs de poésie, un bric-à-prac hétéroclite de marché aux puces, de la vie ; mais je reproche précisément à ce conteur verbeux et pittoresque de *se rapprocher* peu à peu, insidieusement de... la littérature. Je m'empresse de le rassurer cependant : il n'est pas « mûr » pour le prochain volume de M. Du Bos.

CDLXXVIII. — BRANTÔME. — **Les Dames galantes.** Edition publiée avec des notes et éclaircissements de Raoul Vèze. Illustrations originales, lettrines et culs-de-lampe en couleurs de Joseph Hémard. Deux volumes 17 × 22 tirés à 32 exemp. numérotés sur japon impérial, 310 sur velin d'Arches à la forme ; 1.500 sur velin ; ensemble 681 pages. *Éditions Georges Briffaut,* Paris, 1931.

L'édition est bonne ; le dessin d'Hémard sans autre fard que les couleurs. On a gardé pour le texte tournure et orthographe de l'époque. J'ai relu avec plaisir cette encyclopédie mineure, où Brantôme, avec une conscience pointilleuse de tabellion, dénombre la *grandeur,* l'*honnesteté,* la *beauté,* qui restent assez souvent les seules parures de ses modèles « dames » friandes, comme lui-même d'ailleurs, de superlatif. A la page 168 du tome 1er le vers de Juvénal, estropié classiquement par Brantôme, est repris dans les Notes et traduit (sur texte exact cette fois-ci) avec plus d'imagination que de bravoure dans les mots, comme il l'eût fallu cependant. Il intervient dans la traduction une *Medulla* promue au rang de personnage qui m'a rempli d'un doux étonnement.

CDLXXIX. — Valentin BRESLE. — **Charles Lemant.** Un paysagiste de lumière froide. Essai critique accompagnant douze hors-texte en pleine page. 1 plaquette sur papier couché. *Editions du Mercure de Flandre,* Lille, 1930.

Le texte de l'essai témoigne d'un sens artistique très averti et les idées générales, qui l'émaillent ont une originalité d'autant plus neuve qu'elles bouillonnent dans cet ordre spécial, que l'on dit être un effet de l'art. Ceci pour compenser sans doute la rigidité de la technique du paysagiste, spécialiste de l'arbre, dont il est parlé. Ses paysages ont une transparente immobilité, et on craint que le vent n'ait jamais glissé dans branchages et feuillages, dont il s'inspira. M. Bresle loue de toute son amitié cette sagesse de bois.

Varia*** Le no 4 des *Cahiers de la Douce France* a été rédigé par Monsieur François Bidet. Ses digressions de philosophie historique contemporaine sont conduites avec beaucoup de fermeté, mais leur tendance politique nous impose, à regret, l'impossibilité de nous étendre à leur sujet.

26 octobre 1931.

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Casino de Paris

« Paris qui brille »

Revue en deux actes de MM. Henri VARNA, Léo LELIÈVRE et Earl LESLIE.

Etant donné que le Music-Hall, lui aussi, est obligé de jouer la difficulté, s'il veut vivre et résister victorieusement à la concurrence du cinéma parlant, « La Revue », comme l'entend la plus parisienne de nos salles, j'ai nommé le Casino de Paris, s'identifie à un déploiement de luxe inouï, une orgie de lumières et une mise en scène stupéfiantes ; quant à la valeur des attractions, des artistes, qui collaborent à ce fantastique spectacle, elle est de tout premier ordre et, s'il faut parler de la façon, dont tout ce monde est mené, dont se succèdent les multiples tableaux, et avec laquelle les infinis détails sont étudiés et surveillés, nous pouvons dire que cela tient du prodige.

Mais, car il y a un mais, toutes ces dépenses

inimaginables nécessitées par une telle prodigalité de plaisirs doivent être récupérées, et au delà naturellement ; il faut donc pouvoir assurer à la production de nombreuses représentations ; pour cela, forcer la publicité sur le nom d'une vedette de tout premier ordre. J'ai déjà dit, à propos d'un spectacle identique l'été dernier, qu'il y avait peu d'artistes de grand renom capables, comme Mistinguett ou Joséphine Baker, d'accepter ce dur labeur et cet enchaînement pendant 365 jours au moins ; voilà donc notre Mistinguett encore une fois à la tête de ce bataillon si bien dressé, si plein d'entrain, de girls et de boys.

On reconnaît son influence à toute les scènes : cela seul justifierait toute l'admiration que l'on peut, que l'on doit avoir pour elle ; véritablement, cette femme est prodigieuse, étonnante d'endurance et elle possède un goût, une élégance, une recherche de la qualité, que l'on ne trouve nulle part ailleurs ; mais pourquoi faut-il qu'elle nous redonne toujours dans ses propres scènes le même genre de spectacle ? La scène de la gosse du peuple, celle de la danseuse du bouge, celle de la grande coquette, tout cela, c'est du déjà vu ; et les escaliers ! Nous avons été obligés de les avaler, on dirait même qu'elle y a mis un certain entêtement d'après l'annonce de la scène, qui les amène. Vraiment on reproche assez amèrement aux autres artistes de grande classe de trop peu se renouveler. Et Mistinguett, donc ! Pour ses scènes toujours identiques, il n'y a guère que le cadre qui change, la musique et la réplique. Nous avons déjà vu cela plusieurs fois au Moulin-Rouge et même au Casino de Paris : c'est vraiment dommage.

Je ne m'appliquerai nullement à vous conter toutes les splendeurs, que les mots seraient impuissants à traduire ; je vous signalerai seulement, en dehors des apparitions de Mistinguett, deux sketchs joués par Dandy, cet excellent comique, dont j'ai déjà dit tout le bien que je pense de lui, avec Margaret Jade et le consciencieux Géo Thibert, qui nous vient du concert Mayol ; il y a Georgia Graves, étoile des Folies-Bergères il n'y a pas longtemps, toujours admirable dans ses danses si gracieuses et si raffinées, il y a le petit Jimmy, qui imite très bien Maurice Chevalier et, comme tableaux les plus parfaits d'ensemble, d'animation et d'expression : *les Impressions de cirque* avec les poneys de Honcke ; surtout *La ferme en Jazz* avec les animaux de basse-cour les plus divers ; *Le temps des cerises* que le plateau tournant nous présente sous divers aspects ravissants, etc., etc., etc. Je n'ai pas beaucoup goûté les 7 harpistes de Raymonde Riou, peut-être parce que du poulailler où j'étais, les sons m'arrivaient pianomécanisés ; pas beaucoup plus, d'ailleurs, les The Carlton Bros, dont les excentricités trop répétées ne révèlent pas suffisamment leur véritable talent. Il y a, par contre, d'autres collaborateurs que je ne passerai pas sous silence, ce sont les humbles, les obscurs et les sans gloire, je veux parler des machinistes, accessoiristes, costumiers et décorateurs ; bravo pour eux ainsi que pour l'orchestre : le symphonic-jazz de Mahieux, l'ex- et excellent collaborateur de Fred-Mélé, que je suis heureux de voir une fois de plus au pupitre du Casino de Paris.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Au Syndicat médical de Cannes

Discussions diverses.

Accidents du travail. Certificat terminal. — Il a été décidé de ne jamais indiquer sur le certificat terminal, en cas d'incapacité permanente, le pourcentage de l'incapacité. On indiquera simplement l'existence de cette incapacité.

Il n'y aurait lieu d'indiquer le pourcentage de l'incapacité, ce qui constituerait une expertise, que sur demande précise et écrite de la Compagnie indiquant en termes exprès qu'elle demande au médecin traitant de fixer l'incapacité permanente (le médecin traitant n'est du reste jamais obligé d'accéder à cette demande de la Compagnie).

En effet, faute d'une demande précise de la Compagnie, celle-ci est fondée à ne considérer le certificat terminal, même si celui-ci comporte l'indication du pourcentage de l'invalidité, que comme un certificat final descriptif dont le prix, prévu au tarif, n'est que de 10 francs.

Au contraire, le prix de l'expertise n'est pas prévu au tarif et doit être fixé de gré à gré entre la Compagnie qui la demande et le médecin qui l'exécute. Le prix minimum fixé par le Syndicat de Cannes pour les accidents du travail est de 100 francs.

Il faut faire, si l'expertise est formellement demandée et si l'on accepte de la faire, un rapport détaillé, qui ne se bornera pas à évaluer le pourcentage de l'incapacité permanente, mais indiquera l'état de la blessure après consolidation, proposera une date pour cette consolidation et énoncera les éléments sur lesquels on se base pour fixer le pourcentage. Il

sera prudent de s'appuyer, pour évaluer le pourcentage, sur des barèmes faisant autorité.

Il sera bon de n'envoyer ce rapport à l'assurance qu'après l'avoir communiqué à l'accidenté et avoir obtenu son acquiescement.

Joindre au rapport la note d'honoraires.

Accidents de droit commun. Certificats. — 1° Les certificats initiaux pour coups et blessures et accidents de droit commun (c'est-à-dire tous les accidents autres que les accidents du travail, y compris ceux pouvant être couverts par une assurance, individuelle ou autre) doivent toujours être établis obligatoirement sur papier timbré, conformément à la loi, en dépit des allégations contraires fréquentes des assurances.

Ils doivent toujours être remis à l'accidenté ; celui-ci les transmettra à l'assurance intéressée, s'il y en a une, le médecin n'ayant pas à connaître celle-ci.

Leur prix minimum est celui d'une consultation (variable lui-même suivant la catégorie de l'intéressé), en plus du prix de la visite ou de consultation (décision obligatoire).

Ces certificats ne devront être délivrés que contre paiement comptant (22 août 1929).

2° Les certificats complémentaires détaillés en cours de traitement ne doivent être délivrés que dans les mêmes conditions d'établissement et de paiement que les certificats initiaux.

3° Les simples attestations de non guérison sont considérées par tolérance comme un simple renseignement et peuvent par suite être établies sur papier libre, à condition de ne pas écrire : « Je soussigné certifie » mais simplement : « M. X n'est pas guéri ». Ces attestations de non guérison peuvent être délivrées gratuitement mais ne doivent être délivrées qu'au blessé qui les demande personnellement au cours d'une visite qu'il devra payer comptant.

4° Le simples attestations de guérison qu'on délivre quand il ne subsiste aucune incapacité permanente peuvent être délivrées dans les mêmes conditions que les simples attestations de non guérison.

5° Les certificats de consolidation de blessure, qu'on délivre quand la blessure ne paraît plus susceptible de s'améliorer, ni par le traitement, ni par le repos, et qu'il subsiste une incapacité permanente, ne doivent être délivrés que dans les mêmes conditions d'établissement et de paiement que les certificats initiaux.

On ne devra jamais indiquer sur ces certificats le pourcentage de l'incapacité ; on indiquera simplement l'existence de cette incapacité.

Il n'y aurait lieu d'indiquer le pourcentage de l'incapacité, ce qui constituerait une expertise, que soit sur demande expresse du blessé qui devra dans ce cas payer comptant l'expertise et à qui on remettra le certificat, soit sur demande précise et écrite d'une assurance éventuelle, indiquant en termes exprès qu'elle demande au médecin traitant de fixer l'incapacité permanente. (Le médecin traitant n'est du reste jamais obligé d'accéder à cette demande de la Compagnie.)

En effet, faute d'une demande absolument précise de l'assurance, celle-ci est fondée à ne considérer le certificat terminal, même si celui-ci comporte l'indication du pourcentage de l'invalidité, que comme un certificat ordinaire et à faire des difficultés pour payer au médecin traitant le prix de l'expertise, quoiqu'elle la lui ait demandée. Or le prix minimum d'un certificat ordinaire a été fixé par le Syndicat de Cannes au prix d'une consultation ; au contraire, le prix minimum de l'expertise a été fixé par le Syndicat de Cannes pour les accidents de droit commun à 150 francs.

Il faut faire, si l'expertise est formellement demandée et si on accepte de la faire, un rapport détaillé, qui ne se bornera pas à évaluer le pourcentage de l'incapacité permanente, mais indiquera l'état de la blessure après consolidation, proposera une date pour cette consolidation, et énoncera les éléments sur lesquels on se base pour fixer le pourcentage. Il sera prudent de s'appuyer pour évaluer le pourcentage sur des barèmes faisant autorité.

Il sera bon de n'envoyer ce rapport à l'assurance qu'après l'avoir communiqué à l'intéressé et avoir obtenu son acquiescement.

Joindre au rapport la note d'honoraires.

Accidents de droit commun. Certificats de décès et secret professionnel. — Contrairement à la règle générale de ne jamais mettre sur les certificats de décès aucune indication sur la nature de la maladie ou de la cause du décès, le médecin traitant peut être amené à indiquer sur le certificat que l'intéressé est décédé des suites de l'accident, quand il existe un tiers responsable de l'accident ou quand l'intéressé est assuré. Mais le médecin traitant ne devra donner aucune autre indication.

Contre-visites d'employés d'administration et secret professionnel. — Il est recommandé aux médecins acceptant de contre-visiter des employés d'administration (banques, etc...), de s'entendre avec l'administration pour que celle-ci ne leur demande aucune indication sur la nature de la maladie, mais seulement si l'intéressé est réellement malade et incapable de travailler.

En effet, quoique le médecin contre-visiteur, n'étant pas médecin traitant, ne soit pas tenu au secret professionnel par l'article 378 du code pénal vis-à-vis de l'administration qui le délègue, il est désirable que toute discrétion soit observée.

Exception serait faite dans les cas où un intérêt supérieur d'hygiène sociale entre au jeu (par exemple tuberculose contagieuse) ; dans ce cas le médecin contre-visiteur donnera le diagnostic à l'administration.

Assurances sociales. Examen simultané de deux malades et frais de déplacement. — Au cas où le domicile

du malade est situé dans un quartier éloigné, il y a lieu de demander un prix de visite plus élevé que dans les quartiers peu éloignés ; le tarif syndical minimum de visite est alors de trente francs au lieu de vingt-cinq.

Quand le malade est assuré social, il y a lieu d'inscrire dans ce cas sur la feuille de maladie le mot « oui » dans la colonne « frais de déplacement », pour indiquer qu'il a été perçu à titre de frais de déplacement un supplément en plus du prix de la visite ordinaire : il est prévu en effet que la Caisse rembourse une partie de ces frais de déplacement.

Mais, bien entendu, si le médecin examine simultanément deux malades de la même famille et remplit en conséquence deux feuilles de maladie (voir recueil de décisions syndicales page 31) ; il ne doit porter de frais de déplacement que sur une des deux feuilles seulement.

Assurances sociales. Contrôle technique du Syndicat médical. — L'assemblée étudie le système adopté en Meurthe-et-Moselle et s'élève vivement contre certaines dispositions qu'il contient ; notamment il paraît inacceptable :

1° Que le médecin traitant ait à remplir et à envoyer au contrôle une carte-lettre rouge toutes les fois qu'une maladie nécessite plus de huit visites ; si l'on veut que la Caisse soit avisée, il n'y a qu'à établir des feuilles de maladie ne comportant que 8 lignes ; la Caisse pourra, lors du renouvellement de la feuille, avertir le contrôle ;

2° Que le médecin ait à remplir et à envoyer au contrôle une carte-lettre jaune en cas de nécessité d'opération. Il doit suffire que le médecin délivre à l'assuré une ordonnance portant : nécessité d'opération, que l'assuré devra faire parvenir à la Caisse ;

3° Que le médecin ait à remplir et à envoyer au contrôle une carte-lettre jaune en cas d'actes répétés de spécialistes, et même d'une simple série de piqûres. Il doit suffire de délivrer à l'assuré une simple ordonnance portant : nécessité d'actes répétés, de spécialistes, quand c'est le cas ; en cas d'une simple série de piqûres cela paraît même inutile.

4° Que le médecin ait à remplir et à envoyer au contrôle une carte-lettre jaune en cas de prescription de bandages, etc... L'ordonnance du médecin prescrivant le bandage doit suffire, la Caisse pouvant de son côté faire contrôler si elle le veut avant de rembourser l'assuré.

5° Que le médecin ait à remplir et à envoyer au contrôle une carte-lettre mauve en cas de prescription de cure thermale à la campagne ou dans un Etablissement de soins. Là encore l'ordonnance du médecin doit suffire, la Caisse gardant son droit de contrôle.

Le Syndicat de Cannes voit mal les médecins allant visiter leurs malades, les poches garnies de cartes-lettres multicolores à envoyer à la Caisse à chaque instant.

6° Que le médecin traitant doive obligatoirement indiquer le diagnostic sur ces cartes-lettres bien qu'elles doivent rester entre les mains des médecins contrôleurs et ne pas être communiquées à la Caisse.

7° Que, par toutes ces cartes-lettres, le médecin demande l'avis du contrôle, qui seul a le droit de décider, s'il y a lieu, de procéder à l'opération, au traitement prescrit par le médecin, etc...

Le Syndicat médical de Cannes estime que c'est au médecin traitant de décider. La Caisse ne doit avoir que le droit de contrôler quand elle le juge bon, pour voir si elle doit rembourser ; mais il est inadmissible que le médecin doive demander dans tous les cas une autorisation.

Assurés sociaux assistés. — Un système établi par le Syndicat de Cannes d'accord avec les Caisses a commencé à fonctionner, avec les feuilles de maladie spéciales qu'il comporte. Voir pour tous renseignements, le recueil de décisions syndicales pages 41 à 45.

Patente. — La suppression de la patente sur la partie habitation des locaux occupés, la patente n'étant maintenue que sur la partie professionnelle, avait été ordonnée par la loi du 16 avril 1930 ; mais l'application avait été suspendue. Elle vient d'être renvoyée jusqu'après le futur remaniement des impôts départementaux et communaux.

Le *Concours médical* conseille de faire signer par les patentés des pétitions, demandant la mise en application de la réforme de la patente.

Pléthore médicale. — Le vote par le Sénat du projet de loi Armbruster a été renvoyé à l'automne.

On sait que ce projet exige pour l'obtention du diplôme d'Etat, qui seul permet d'exercer en France, exactement les mêmes conditions pour les étrangers que pour les Français, en supprimant les équivalences étrangères des titres initiaux français exigés (baccalauréat, etc...).

Mais le Ministre de l'Instruction publique a pris deux arrêtés qui donnent provisoirement satisfaction au Corps médical dans une large mesure.

Il ne pourra plus être délivré de nouvelles inscriptions en vue de l'obtention du diplôme d'Etat aux Roumains et Mauriciens s'ils n'ont pas les titres initiaux français. Les équivalences ne permettront plus que l'inscription pour le diplôme d'Université, qui ne permet pas d'exercer en France.

Toutefois chaque année un nombre maximum de dix Roumains ou Mauriciens inscrits en vue du diplôme d'Université et ayant terminé leurs études et examens pourront se voir accorder le diplôme d'Etat.

Naturellement ceux qui sont déjà inscrits en vertu d'équivalences en vue du diplôme d'Etat pourront terminer leurs études et obtenir ce diplôme d'Etat.

Refus de paiement d'honoraires et demande reconventionnelle en dommages-intérêts du client. — A signaler un très intéressant jugement d'un tribunal de paix de Nice accordant sans réduction à un

chirurgien, les honoraires demandés par lui pour une transfusion, et déboutant le client, en l'absence de toute faute du chirurgien, bien que l'intervention ait été inefficace et bien que l'expert ait conclu à une réduction des honoraires demandés.

Assurances sociales et mutualité. — La mutualité développe en ce moment, une forte offensive tendant à accaparer et à déformer les assurances sociales. Les Etats généraux de la Mutualité ont demandé le 28 juin que les sociétés de secours mutuels aient le droit d'appliquer les assurances sociales, suivant les systèmes en usage pour leurs membres mutualistes.

Or, on sait que la loi sur les sociétés de secours mutuels laisse celles-ci libres d'organiser comme elles l'entendent les soins médicaux ; on sait aussi que très souvent les systèmes en usage comportent des médecins imposés et des tarifs réduits, quand il n'y a pas rémunération par un fixe.

Le Corps médical verrait donc disparaître les avantages de l'entente directe obtenus pour les assurances sociales ; libre choix du médecin par le malade, rémunération du médecin à l'acte médical, fixation des honoraires de gré à gré entre médecin et malade ; paiement direct du médecin par le malade.

L'ordre du jour des Etats généraux de la Mutualité menace même le Gouvernement et le Parlement, si satisfaction n'est pas obtenue, d'intervenir énergiquement dans le suffrage universel et de cesser toute collaboration aux assurances sociales.

Le *Journal de la Prévoyance et des Assurances sociales* ajoute que les pouvoirs publics, impressionnés, se sont déclarés prêts à traduire dans des textes législatifs, les volontés de la Mutualité.

Le danger est donc sérieux.

Mais une réaction paraît se dessiner du côté des Caisses départementales (non mutualistes) qui ont décidé la création d'une Fédération nationale.

Il est juste d'ajouter que dans certaines villes, comme à Cannes, la Mutualité vit en bons termes avec le Corps médical, ayant accepté pour les soins médicaux le système de l'entente directe.

Conventions médico-mutualistes. — L'assemblée examine d'une part le système convenu entre le Syndicat médical et la Caisse mutualiste de Béziers, d'autre part, le projet de convention du Gard, parus tous les deux dans le *Concours médical* du 9 août.

Dans les deux cas il y a tiers entièrement supportant. Le malade n'a rien à sa charge. Pour les assurés sociaux, la Caisse de Béziers supporte même les 15 ou 20 % que la loi laisse à leur charge sur le tarif de responsabilité des Caisses.

Dans les deux cas, il y a tiers réglant. C'est la Caisse qui règle au médecin la totalité des honoraires, sur présentation des bulletins de visite détachés d'une feuille de maladie analogue au carnet de soins gratuits des réformés.

Ces systèmes respectent le secret professionnel et le libre choix mais présentent de graves inconvénients.

D'abord, ils admettent le tiers-réglant dont le Corps médical dans son ensemble ne veut pas, et dont ici en particulier les médecins s'accommodent assez mal en ce qui concerne les réformés et les accidentés du travail.

Puis, comme toujours en pareil cas, ils comportent le grave inconvénient d'un tarif limitatif qui est bien entendu un tarif réduit.

Ensuite ces systèmes présentent le gros danger de déshabituer les clients de régler le médecin.

Comment se faire régler ensuite par des malades habitués à ne plus jamais payer, quand ces malades cessent d'être couverts par la Caisse (cotisations non payées, maladies dépassant six mois, etc...) ?

D'autre part, des adhérents aisés peuvent ainsi se faire soigner à prix réduits. Il y a bien à Béziers une clause permettant de demander un supplément à ces clients, mais il est assez probable que cette clause doit être en pratique à peu près impossible à appliquer.

Autre inconvénient très grave : il n'y a plus aucun frein à la demande excessive de soins, le malade ne supportant plus rien, et n'ayant même pas pour le retenir le fait de régler le médecin, fait que l'expérience de l'assistance médicale gratuite montre ici être un frein même quand le malade est remboursé ensuite de la totalité.

L'avantage mis en avant par nos confrères de Béziers et du Gard est qu'ils sont sûrs de toucher dans tous les cas, le tarif réduit convenu, avantage qui paraît très apprécié sans doute parce que, dans ces régions, les médecins n'ont pas donné aux malades l'habitude de payer régulièrement.

Un autre avantage est que le système constitue un obstacle à la création d'établissements mutualistes ou de Caisse sans libre choix.

Le Syndicat de Cannes estime néanmoins que les inconvénients du système sont beaucoup plus grands que ses avantages.

Tous ces inconvénients disparaîtraient et les avantages seraient à peu près les mêmes avec l'entente directe (tarif fixé de gré à gré entre médecin et malade et paiement direct du médecin par le malade), et un tarif de remboursement du malade par la Caisse identique à ceux des systèmes exposés.

L'argument, que la catégorie de clientèle la moins aisée est en général incapable de payer plus que les tarifs alloués par les Caisses, ne paraît pas empêcher l'entente directe. Un tarif syndical minimum devant être par principe un tarif que l'on peut demander de façon habituelle à la catégorie de clientèle la moins aisée, il appartient à chaque syndicat de le fixer en conséquence. Rien n'empêcherait à Béziers et dans le Gard de le fixer à un niveau voisin du tarif alloué par les Caisses, si réellement les malades ne peuvent à peu près rien payer de leur poche.

En conséquence, le Syndicat de Cannes ne peut que déplorer que d'autres syndicats adoptent des systèmes contraires aux revendications du Corps médical, et qui rendent plus difficile la défense de celui-ci.

(A suivre)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de physique médicale** (Professeur : M. André STROHL) et **Institut du radium** (Directeurs : Mme P. CURIE et Dr Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — PREMIÈRE PARTIE. — *Cours* : Radiodiagnostic. Mercredi 25 novembre. M. LEDOUX-LEBARD : Le radiodiagnostic (Généralités. Principes. Rapports avec la clinique. Examen des malades). — Jeudi 26 novembre. M. HARET : Technique de la radioscopie. — Vendredi 27 novembre. M. HARET : Technique de la radiographie. — Samedi 28 novembre. M. DIOCLÈS : La stéréoradiographie. — Lundi 30 novembre. M. ZIMMERN : Corps étrangers et localisation.

Mardi 1er décembre. M. LEDOUX-LEBARD : Système osseux. Os et articulations. — Mercredi 2 décembre. M. LEDOUX-LEBARD : Système osseux. Os et articulations. — Jeudi 3 décembre. M. LEDOUX-LEBARD : Système osseux. Os et articulations. — Vendredi 4 décembre. M. MAINGOT : Crâne. Face. Œsophage. — Lundi 7 décembre. M. BÉLOT : Dents. — Mardi 8 décembre. M. BORDET : Cœur. Aorte. Vaisseaux. — Mercredi 9 décembre. M. BORDET : Cœur. Aorte. Vaisseaux. — Jeudi 10 décembre. M. DELHERM : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Vendredi 11 décembre. M. DELHERM : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Samedi 12 décembre. M. DELHERM : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Lundi 14 décembre. M. MAINGOT : Estomac normal. — Mardi 15 décembre. M. MAINGOT : Estomac pathologique. — Mercredi 16 décembre. M. MAINGOT : Estomac pathologique. — Jeudi 17 décembre. M. H. BÉCLÈRE : Duodénum. — Vendredi 18 décembre. M. H. BÉCLÈRE : Foie. Rate. Pancréas. — Samedi 19 décembre. M. H. BÉCLÈRE : Pneumopéritoine. — Lundi 21 décembre. M. AUBOURG : Intestin grêle. Côlon. — Mardi 22 décembre. M. AUBOURG : Intestin grêle. Côlon. — Mercredi 23 décembre. M. BELOT : Appareil urinaire.

Lundi 4 janvier. M. BELOT : Appareil urinaire. — Mardi 5 janvier. M. BELOT : Appareil génital. Grossesse. — Mercredi 6 janvier. M. LEDOUX-LEBARD : Interprétation et causes d'erreur.

Stage. — Pendant la première partie du cours, les élèves accompliront un stage de radiodiagnostic dans l'un des services suivants : M. AUBOURG, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie ; M. BEAUJARD, hôpital Bichat, service de radiologie ; M. BÉCLÈRE (Henri), hôpital de Vaugirard, laboratoire de radiologie du Professeur Pierre Duval ; M. BELOT (J.), hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie ; M. DARBOIS, hôpital Tenon, service de radiologie ; M. DELHERM, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; M. DUHEM, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie ; M. HARET, hôpital Lariboisière, service d'électroradiologie ; M. LAGARENNE et DIOCLÈS, Hôtel-Dieu, clinique médicale du Professeur Carnot ; M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du Professeur Gosset ; M. MAINGOT, hôpital Laënnec, service d'électroradiologie ; M. RONNEAUX, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie. — M. SOLOMON, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie. — M. ZIMMERN, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

— **Clinique des maladies mentales** (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours du dimanche. Psychiatrie élémentaire* (Année 1931-32). — 29 novembre, M. le Prof. CLAUDE : Examen. Classification. — 6 décembre. M. le Dr BARUK : Obsessions. Phobies. Impulsions. — 13 décembre. M. le Dr CEILLIER : Epilepsie. — 20 décembre. M. le Dr BARUK : Confusion mentale.

10 janvier 1932. M. le Dr TARGOWLA : Paralysie générale. — 17 janvier. M. le Prof. CLAUDE : Schizophrénie (1re leçon). — 24 janvier. M. le Prof. CLAUDE : Schizophrénie (2e leçon). — 31 janvier. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Psychoses périodiques (1re leçon).

7 février. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Psychoses périodiques (2e leçon). — 14 février. M. le Prof. CLAUDE : Hystérie. Neurasthénie. — 21 février. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Psychoses alcooliques. — 28 février. M. le Dr TARGOWLA : Délire d'interprétation de revendication, d'imagination.

6 mars. M. le Dr CODET : Psychoses hallucinatoires et psychoses d'influence. — 13 mars. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Toxicomanie.

10 avril. M. le Dr BARUK : Démences organiques. — 17 avril. M. le Dr BARUK : Psychiatrie infantile. Idiotie. Imbécillité. Arriération. — 24 avril. M. le Dr CEILLIER : Législation des aliénés. Responsabilité pénale. Exercice des droits civils.

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage. Ce cours aura lieu tous les dimanches à 10 h. 1/2, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis, XIVe), à partir du dimanche 29 novembre 1931.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Clinique Parrot.) — M. le Professeur P. LEREBOULLET a repris ses leçons cliniques, le mercredi 18 novembre, 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mardi 3 novembre.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Le lundi, à 11 heures : Conférences d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service. — Le mardi, à 10 h. 45 : Policlinique au pavillon Pasteur. — Le mercredi, à 10 h. 45 : Leçon clinique par le professeur. — Le jeudi, à 10 heures : Conférences d'hgyiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires ; à 11 heures : Consultation de nourrissons et policlinique. — Le vendredi, à 10 h. 45 : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades). — Le samedi, à 10 h. 45 : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

En outre, pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : Enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du Département de la Seine). — S'inscrire pour cet enseignement spécial au laboratoire.

Des cours de révision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1932.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE fait ses leçons, les vendredis à 15 heures, au Petit amphithéâtre.

PROGRAMME DU COURS : Histoire de la syphilis (avec projections).

HORAIRE DES LEÇONS. — 27 novembre à 3 heures : Introduction à l'histoire de la médecine. — 4 décembre :

Histoire des maladies infectieuses ; la syphilis. — 11 décembre : La syphilis existait-elle dans le vieux monde avant Christophe Colomb ? — 18 décembre : Découverte de l'Amérique et syphilis. — 15 janvier 1932 : Syphilis et Renaissance. — 22 janvier : Fracastor et Rabelais. — 29 janvier : Clinique et traitement de la syphilis du XVI[e] au XVIII[e] siècle. — 5 février : La syphilis au XIX[e] siècle avant Rollet. — 12 février : Fournier. — 19 février : Schaudinn, Wassermann et Ehrlich. — 26 février : La neuro-syphilis. — 4 mars : L'hérédo-syphilis. — 11 mars : La prophylaxie de la syphilis. — 18 mars : Wagner-Jauregg et l'impaludation ; inductions générales.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Cours de Clinique thérapeutique médicale* (Fondation du Duc de Loubat. Professeur : M. F. RATHERY.) — M. le Professeur F. RATHERY fait ses leçons à l'amphithéâtre de l'hôpital les jeudis à 11 heures.

Leçon de policlinique thérapeutique par le professeur tous les lundis, à 11 heures, dans la salle de cours de la Clinique.

Tous les autres jours, à 11 heures, leçon de clinique thérapeutique avec le concours de M. BOLTANSKI, Mlle DREYFUS-SÉE, de MM. KOURILSKY, LARGEAU, JULIEN MARIE, MAXIMIN, MOLLARET, RUDOLF, THOYER.

Tous les lundis, mercredis, vendredis, de 9 heures à 9 h. 1/2, conférences élémentaires de sémiologie et de thérapeutique par les chefs de clinique et les internes.

Tous les jours, visite dans les salles, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Consultations externes : assistant, Docteur FROMENT, le mardi et le vendredi, à 9 heures, maladies de la nutrition ; le mercredi, à 9 heures, maladies des reins.

Examens radiologiques : le mercredi et le samedi, sous la direction du Docteur PIFFAULT, assistant de radiologie.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. DE GAUDART D'ALLAINES, agrégé, a commencé son cours le jeudi 5 novembre 1931, à 17 heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

PROGRAMME. — Affections chirurgicales de la tête, du cou et des organes génitaux de l'homme.

— **Hôtel-Dieu.** — *Cours de clinique chirurgicale.* (Professeur : M. Bernard CUNÉO.) — M. le Professeur Bernard CUNÉO a commencé son cours de Clinique chirurgicale, le mardi 10 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades à l'Amphithéâtre, par le professeur. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'Amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 1/2, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. CUNÉO ; mardi et jeudi (côté est), par M. BLOCH ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. SÉNÈQUE.

Du lundi 10 novembre au samedi 20 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. BLOCH et SÉNÈQUE, chirurgiens des hôpitaux ; MEILLÈRE et BANZET, chefs de clinique, par M. RACHET, ancien chef de clinique à la Faculté et par M. NICOLAS, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, lundi, à 15 heures. — *Opérations*, jeudi matin, à 9 h. 1/2 (côté ouest), par M. le Professeur HARTMANN.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Clinique oto-rhino-laryngologique.* (Professeur : M. Fernand LEMAITRE.) — M. le Professeur Fernand LEMAITRE a commencé ses leçons le jeudi 19 novembre 1931, à l'Amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 heures, et continuera son enseignement tous les jours.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. E. OLIVIER, agrégé, a commencé ces conférences, le jeudi 5 novembre 1931, à 16 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours d'hygiène mentale élémentaire.* — M. le Professeur Henri CLAUDE, commencera ce cours le jeudi 3 décembre, à 16 heures, salle de thèses, n° 2, et le continuera les jeudis suivants à la même heure, avec le concours de MM. LÉVY-VALENSI, agrégé ; GENIL-PERRIN, médecin des Asiles de la Seine ; BARUK, BOREL, CÉNAC, CEILLIER, CODET, GILBERT-ROBIN, MONTASSUT, MORLAAS, SCHIFF et TARGOWLA, anciens chefs de clinique.

PROGRAMME DU COURS : Importance de l'hygiène mentale ; hygiène pré-natale ; enfant et adolescent normaux ; étiologie générale des anomalies ; épileptiques ; arriérés ; émotifs ; cyclothymiques ; imaginatifs ; schizoïdes ; paranoïaques ; pervers et pervertis ; hygiène des psychopathes.

— **Cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte.** — M. le Professeur MAUCLAIRE, chargé de cours, a fait sa première leçon le lundi 9 novembre 1931, à 16 heures (Amphithéâtre Vulpian), et continuera le cours les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Trente leçons théoriques, faites à la Faculté sur les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles, pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. — Présentation de nombreux dessins et radiographies. Au milieu de janvier, présentation de mutilés appareillés.

Cours de révision en juin en douze leçons.

— **Cours élémentaire de neuro-psychiatrie, appliquée à l'enseignement des enfants anormaux.** — Le Professeur Henri CLAUDE, assisté de MM. les Docteurs ROUBINOVITCH, PAUL-BONCOUR, Gilbert ROBIN, LE GUILLAN, FAY, et Mlle le Docteur SERIN, a commencé ce cours le mardi 10 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur, et le continuera les mardi à la même heure.

OBJET DU COURS : Les maladies nerveuses de l'enfant. — Etude du premier développement neuropsychique et sensoriel de l'enfant. — L'enfant à l'âge scolaire, troubles du développement intellectuel. — Troubles du caractère, de la moralité. — Les types synthétiques de petits anormaux. — Etiologie des troubles du caractère. — Le dépistage des anormaux.

— **Thèses.** — Vendredi 6 novembre. Jury : MM. Balthazard, Grégoire, Duvoir, Quénu. — M. JUNGINE Pierre : Contribution à l'étude de la loi des assurances sociales. L'assurance-maladie, l'assurance-maternité, leur fonctionneent. Les premiers résultats. — M. HENRY BORDIER : Contribution à l'étude du retentissement urétéral possible de certaines interventions, principalement gynécologiques. (Les blessures de l'urètre exceptées).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis** (Ecole Lailler. Service du Docteur LOUSTE.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu.* (Janvier-février 1932.) — 18 janvier. M. LOUSTE : Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge. — 20 janvier. M. RIVALIER : Les teignes tondantes scolaires (microsporie et trichophytie). — 22 janvier. M. RIVALIER : Les teignes tondantes d'origine animale. (Teignes sèches, sycosis, kérion, onychoses). — 25 janvier. M. RIVALIER : Taxonomie des teignes. — 27 janvier. M. JUSTER : Traitement des teignes. — 29 janvier. M. THIBAUT : Favus humain et favus animaux.

1er février. M. SABOURAUD : Impétigo streptococcique et ses dérivés. — 3 février. M. RABUT : Folliculite staphylococcique (Formes morbides dérivées). — 5 février. M. LÉVY-FRANCKEL : La pelade. — 8 février. M. PIGNOT Pityriasis sec et stéatoïde. — 10 février. M. RABUT : La séborrhée chez l'homme et chez la femme. — 12 février. M. LOUSTE : Diagnostic des alopécies diffuses. — 15 février. M. LÉVY-FRANCKEL : Diagnostic des alopécies en aires. — 17 février. M. RABUT : Varia : Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale. Verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillomes, nævi plans, nævi verruqueux, papillomateux. — 19 février. M. SABOURAUD : Les teintures. — 22 février. M. PIGNOT : Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine de 11 heures à midi à partir du 18 janvier 1932, salle des cours, Ecole Lailier (Hôpital Saint-Louis) avec présentation de malades, de moulages, de photographies, d'examens microscopiques directs et de cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 francs. S'adresser pour inscription et renseignements à M. le Docteur RIVALIER (Ecole Lallier).

— **Hôpital Saint-Louis** (Service de M. le Docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la Peau,* du 4 janvier au 24 février 1932, par M. le Docteur MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le Docteur GASTOU, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur LAFOURCADE, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur L. PÉRIN, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur E. RIVALIER, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le lundi 4 janvier 1932, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS (31 leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. — Technique : Fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. — Vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. RIVALIER). — 4e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. PÉRIN). — 5e leçon : Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 7e leçon : Papules, papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices, Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. PÉRIN). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës ; Erysipèle (M. MILIAN). — 10e leçon, 11e leçon et 12e leçon : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplastie (M. MILIAN). — 13e leçon et 14e leçon : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 15e leçon : Le chancre mou (M. MILIAN). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. LAFOURCADE). — 17e leçon : Le psoriasis (M. LAFOURCADE). — 18e leçon : Le lichen plan (M. PÉRIN). — 19e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. RIVALIER). — 20e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. RIVALIER). — 21e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. RIVALIER). — 22e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. RIVALIER). — 23e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. GASTOU). — 24e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. RILVALIER). — 25e leçon et 26e leçon : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire, Myxomes, Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïque. Lymphadénomes (M. MILIAN). — 27e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. PÉRIN). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales malignes. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. PÉRIN). — 29e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. PÉRIN). — 30e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. RIVALIER). — 31e leçon : La lèpre (M. MILIAN.)

Le droit à verser est de 500 francs. S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur PÉRIN.

— **Hôpital Broca.** *Dermato-vénéréologie.* — Dans les services de MM. TOURAINE et WEISSENBACH, des leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie seront faites du 23 novembre au 21 décembre 1931.

Programme des leçons. — 23 novembre, M. BASCH : Erythèmes, érythrodermies. — 24 novembre, M. WEISSENBACH : Urticaire, œdème de Quincke. — 25 novembre, M. TOURAINE : Eczéma, eczématisation, dysidrose. — 26 novembre, M. TOURAINE : Séborrhée, acné rosacée, eczématides, pityriasis. — 27 novembre, M. RENAULT : Psoriasis. — 28 novembre, M. RIMÉ : Prurits, prurigo, lichen, lichénification. — 30 novembre, M. TOURAINE : Kératoses, leucoplasie, sclérodermie, vitiligo, dyschromies.

1er décembre, M. BASCH : Herpès, zona, pemphigus, dermatoses bulleuses. — 2 décembre, M. RENAULT : Pyodermites, phagédénisme, ulcère. — 3 décembre, M. BASCH : Parasites (gale, phtiriase), mycoses cutanées. — 4 décembre, M. RENAULT : Maladies du cuir chevelu, sycosis, maladies des ongles. — 5 décembre, M. RIMÉ : Tuberculose cutanée, lupus, tuberculides. — 7 décembre,

M. MARTINEAU : Tumeurs épithéliales (cancer) et conjonctives (sarcoïdes). — 8 décembre, M. LÉPAGNOLE : Blennorragie aiguë. — 9 décembre, M. LÉPAGNOLE : Blennorragie chronique. — 10 décembre, M. BASCH : Chancre mou, poradénolymphite. — 11 décembre, WEISSENBACH : Syphilis (généralités), syphilis primaire. — 12 décembre, M. RIMÉ : Syphilis secondaire précoce. — 14 décembre, M. RENAULT : Syphilis secondaire tardive. — 15 décembre, M. RIMÉ : Syphilis tertiaire. — 16 décembre, M. RENAULT : Syphilis viscérale tardive. — 17 décembre, M. TOURAINE : Syphilis héréditaire. — 18 décembre, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 19 décembre, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 21 décembre, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoires.

Chaque leçon a lieu le matin à 11 heures et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès de M. RENAULT, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris, XIIIe.

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

— **Concours d'ophtalmologiste.** — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux aura lieu le mardi 19 janvier 1932.

Inscriptions : du 21 au 29 décembre 1931 inclus.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste.** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux aura lieu le vendredi 29 janvier 1932.

— **Assistants d'électro-radiologie des Hôpitaux** (Année 1931.) — 1° *Réunion de la commission* chargée d'établir la liste des candidats admis à accomplir la deuxième année de stage.

La commission se réunira le lundi 23 novembre 1931, à 16 h. 1/2, à l'Administration centrale (3, avenue Victoria). Le nombre des candidats admis est fixé à sept au maximum.

2° *Epreuve pratique* à laquelle sont seuls admis à prendre part les candidats ayant accompli la deuxième année de stage.

Cette épreuve aura lieu le jeudi 26 novembre 1931. (Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu et de l'heure de l'épreuve.)

Le nombre des candidats admis est fixé à six au maximum.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Un vœu du Congrès international du rat.** — Le 2e Congrès international du rat et de la peste, qui s'est tenu à Paris du 7 au 12 octobre dernier, a émis le vœu suivant, que l'Académie de médecine vient, sur la proposition de M. Gabriel Petit, d'appuyer de son autorité :

« Le Congrès international du Rat et de la Peste,

« Sur la proposition de son Secrétaire général,

« Considérant que la période de crise actuelle est peu propice à la réalisation, selon le vœu de la Conférence de 1928, d'une véritable *Ligue internationale* contre le Rat et tout en approuvant son idée, que justifie l'exceptionnelle gravité du fléau social à nouveau dénoncé ;

« Considérant, d'autre part, qu'une Croisade universelle contre le Rat ne saurait se déclencher d'elle-même et par le seul fait qu'une Ligue serait fondée ; qu'elle implique une longue et laborieuse préparation ;

« Attire l'attention des Pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité de créer, en accord avec les différentes Nations, un *Bureau officiel d'Information et de Propagande*, chargé de réunir toute la documentation et d'intensifier la lutte contre le Rat ;

« Charge son Comité de porter ce vœu à la connaissance des Gouvernements et de le faire aboutir dans le plus bref délai possible. »

— **Congrès international de la lithiase biliaire.** — Le Congrès international de la lithiase biliaire se tiendra à Vichy du 19 au 22 septembre 1932, sous la présidence de M. le Professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine.

Il comprendra quatre sections : 1° Médecine ; 2° Chirurgie ; 3° Thérapeutique et hydrologie ; 4° Electroradiologie et physiothérapie.

Le titre des communications devra être annoncé par écrit avant le 1er juin 1932, au secrétariat général. Le texte des communications dactylographié et corrigé *ne varietur*, sera remis au secrétaire général à la suite de leur présentation au Congrès.

Il ne devra pas avoir plus de cinq pages de quarante lignes, lignes de soixante-huit lettres.

Etant donné le nombre déjà important de communications annoncées chaque congressiste ne pourra avoir droit qu'à une seule communication d'une durée de dix minutes au maximum.

Le droit d'inscription au Congrès, comprenant l'envoi du volume des rapports, est fixé à la somme de cinquante francs français pour les membres titulaires.

Les congressistes accompagnés de personnes de leur famille, désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, devront annoncer, en s'inscrivant, le nombre de ces personnes qui recevront le titre de membre associé et pour chacune desquelles il sera versé une cotisation de vingt-cinq francs français.

Des indications complémentaires seront adressées ultérieurement aux congressistes.

Les médecins désireux de prendre part au Congrès sont priés de bien vouloir adresser leur adhésion et toute correspondance au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris.

— **IIIe Congrès de l'Ecole des Parents,** au Musée social, 5, rue Las Cases. 3-4 et 5 décembre 1931. — Question à l'ordre du jour : La jeunesse, de l'adolescence au seuil du mariage.

PROGRAMME DES SÉANCES : Jeudi 3 décembre. A 14 h. 15 très précises : La jeunesse devant le devoir social. Présidence et rapport de M. RISLER de l'Institut, président du Musée social. — Allocution de Mme VÉRINE. Les conditions d'un rapprochement social, par M. Robert GARRIC, président fondateur des Equipes sociales. La femme et l'amour du bien, par Mlle DE ROSTU.

— A 20 h. 15 très précises : La jeunesse devant la profession. Présidence et rapport de M. le Professeur OKINCZYC, chirurgien des hôpitaux ; De la vocation : Peut-on la déterminer scientifiquement ? par Mlle M. LATZARUS, docteur ès lettres ; Les professions féminines et le foyer, par Mme Paulette BERNEGE, docteur ès lettres.

Vendredi 4 décembre. — A 14 h. 15 très précises : La jeunesse devant les arts et les plaisirs. Présidence et rapport de M. Georges DESVALLIÈRES, de l'Institut ; La musique et la famille, par M. C. GEOFFROY-DECHAUME ; Les plaisirs, par M. Robert LAFFITTE, directeur de *L'Oasis*. — A 20 h. 15 très précises : La jeunesse devant la famille et l'amitié. Présidence et rapport de M. Georges PERNOT, député du Doubs, ancien ministre ; 20 h. 15 : Des incompréhensions familiales, par M. André BERGÉ, homme de lettres ; Amitiés et sympathies, par Mme Jean CAMUS.

Samedi 5 décembre. — A 15 h. 15 très précises : La jeunesse devant le devoir national et le devoir international. Présidence et rapport de M. A. BOISSARD, ancien député, secrétaire général de l'Association internationale du Progrès social ; Le devoir envers la Patrie, par le Général BORIE, directeur de l'Alliance nationale ; La jeunesse devant l'étranger, par M. Paul HAURY, professeur agrégé de l'Université. — A 20 h. 15 très précises : La jeunesse devant l'amour. Présidence et rapport de M. Antoine REDIER, directeur de la *Revue française* ; Faut-il que jeunesse se passe ? par le Docteur MONSAINGEON, président de la Ligue des familles nombreuses ; Pour vivre une belle vie, par Mme VÉRINE.

— **L'Ecole des Parents** pour l'éducation mutuelle des éducateurs (26, rue du Quatre-Septembre, Paris). — I. *Le cercle d'études* : Ce que nous, les mères, devons connaître, aura lieu le deuxième mardi de chaque mois, de janvier à juillet, à 16 heures, au Musée social.

Sujet mis à l'étude : Les grandes méthodes d'éducation européennes.

Note : Seules seront admises, à ces cercles, les mères qui rédigeront un travail personnel sur les sujets mis à l'étude. Ces observations seront classées dans le fichier éducatif de l'Ecole.

II. *La Famille* : Six causeries mensuelles pour les cités jardins, cités ouvrières, résidences sociales, centres populaires (de janvier à juin).

1° Pour que la famille soit heureuse et unie : De l'autorité ; Comment l'exercer ; La puissance entraînante de l'exemple ; La confiance, l'amour et l'entr'aide mutuels.

2° et 3° Pour préserver la famille de la maladie (deux causeries) : *a*) Hygiène et alimentation des tout-petits ; *b*) Hygiène et alimentation des adultes (La santé par l'air, le soleil, la culture physique et l'alimentation rationnelle).

4° Pour préserver la famille des vices et de l'immoralité : Les dangers de la rue et des mauvaises fréquentations pour les jeunes. Le péril vénérien.

5° Pour la prospérité et la sécurité de la famille : *a*) Les grandes œuvres de solidarité et d'entr'aide sociales ; *b*) Importance et nécessité de l'influence de l'épouse et de la mère dans la vie sociale.

III. *Conférences* : A) *Ce que nos fils ne doivent pas ignorer.* — L'atavisme et les responsabilités du chef de famille, par le Docteur LEREBOULLET, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux : samedi 9 janvier, 20 h. 30. — Les maladies qui détruisent les races : Syphilis, blennorragie, par le Docteur DUVAL-ARNOULD, médecin assistant de l'hôpital Saint-Joseph : samedi 6 février, 20 h. 30. — Les moyens d'avoir un bon équilibre nerveux : Le rôle de l'air, du soleil et de la culture physique, par le Docteur Armand DELILLE, médecin des hôpitaux : samedi 5 mars, 20 h. 30. — Les moyens d'être maître de son corps : Les inégalités morales, la connaissance des tempéraments et leurs moyens de défense contre les passions mauvaises. La nécessité d'une alimentation rationnelle, par le Docteur Paul FAREZ, médecin-inspecteur des asiles, vice-président de la Société de psychothérapie : samedi 16 avril, 20 h. 30. — Les grandeurs de l'amour conjugal : Ses joies, ses dévouements, ses enthousiasmes, ses sacrifices, par le Docteur MONSAINGEON, président de la Ligue des familles nombreuses : samedi 7 mai, 20 h. 30. — Les puissances morales protectrices : Le devoir, l'idéal religieux, moral, social, le respect de la femme, l'amour du vrai, la passion du bien, par le Docteur FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine : samedi 4 juin, 20 h. 30.

B) *Ce que nous devons apprendre à nos filles.* — Comment on prépare la jeune fille au mariage, par Mme GERNEZ : mardi 12 janvier, à 14 h. 15. — L'art de la joie au foyer, par Mme TRILBY : mardi 16 février, à 14 h. 15. — L'importance de la science alimentaire, par Mme Henri LABBÉ : mardi 15 mars, à 14 h. 15. — Les grands principes d'hygiène ménagère, par Mlle HARDOUIN, : mardi 12 avril, à 14 h. 15. — La science et l'application pratique de la puériculture, par Mme Léon LINDET : mardi 10 mai, à 14 h. 15. — Un peu de psychologie conjugale, par Mme VÉRINE : mardi 14 juin, à 14 h. 15.

— **Association française de pédiatrie.** — *Congrès de* 1932. — Président : Professeur Ombrédanne ; secrétaire général : Docteur Jean Hutinel ; trésorier: Docteur Marcel Fèvre.

Les sujets des rapports sont les suivants : 1° La pathologie du diverticule de Meckel. Rapporteurs : MM. FÈVRE et SEMELAIGNE.

2° Les répercussions médicales liées aux variations. — Météorologiques. Rapporteur : M. MOURIQUAND. — Saisonnières. Rapporteur : M. P. WORINGER. — Climatiques. Rapporteur : M. ARMAND DELILLE.

3° Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile : M. G. PAISSEAU.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2° Si oui, quelle somme mensuelle dois-je payer, pour un salaire de 150 fr. par mois ?

3° Quel est le chiffre de salaire le plus bas, pour la dernière catégorie.

J'habite un pays de 1.500 habitants environ.

Dr M.

Réponse.

1° Ne sont pas considérés comme salariés, aux termes de l'article 1er, paragraphe 2 alinéa 4, de la loi sur les assurances sociales les enfants soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le Livre II (art. 1er) du Code du travail.

Il résulte de cette disposition que tous les enfants qui ne sont plus soumis à l'obligation scolaire doivent être affiliés aux assurances sociales dès lors qu'ils reçoivent un salaire. L'obligation scolaire finissant à 13 ans, votre domestique de 14 ans doit donc obligatoirement être affiliée aux assurances sociales, bien que bénéficiant de l'assurance maladie, du chef de son père, qui est lui-même assuré social.

2° Au salaire de 150 fr. par mois en espèces, il y a lieu d'ajouter les avantages en nature (logement, nourriture, etc.) qui, dans les communes de moins de 5.000 habitants, doivent être évalués à 90 fr. par mois.

Votre domestique est donc considérée comme gagnant 240 fr. par mois, ou 2.880 fr. par an et fait partie par suite de la 2e catégorie qui comprend les salariés gagnant de 2.400 à 4.499 fr. par an.

La cotisation est de 12 fr. par mois pour l'assuré et de somme égale pour l'employeur.

3° La première catégorie de salariés pour l'affiliation aux assurances sociales comprend ceux qui gagnent de 1 fr. à 2.399 fr. par an.

5621. — Au sujet des soins préventifs

Je suis très intéressé par la citation faite page 3286 du *Concours* concernant le § 9 de l'art. 4 de la loi au sujet des soins préventifs.

Soignant de nombreux malades chroniques, j'ai l'habitude, chez certains spécifiques de faire une à deux séries de 10 piqûres d'acétylarsan, une à deux fois par an.

Fréquemment les A. S. n'ont remboursé que *huit francs* par semaine à ces malades. Le traitement, 10 injections s'étendant sur 4 semaines ; les malades n'ont touché que 32 + 12 francs pour la première consultation, soit 44 fr.

Aucun examen n'ayant été fait à ma connaissance par le médecin contrôleur de la caisse, j'en conclus que c'est uniquement sur le vu de l'ordonnance spécifiant Acétylarsan que s'est faite l'application de l'art. du règlement concernant les soins préventifs.

Si cela est régulier, je suis tout prêt à m'incliner tout en déplorant que la lutte anti-syphilitique se

borne pour les A. S. à donner une à deux fois par an, 44 francs aux trop rares spécifiques qui songent à se soigner.

Si cela ne l'était pas, je vous serais obligé de m'indiquer la marche à suivre pour obtenir qu'un malade spécifique puisse recevoir une participation convenable de sa caisse aux soins que nécessite son état et ceci avec le maximum de discrétion. J'insiste sur ce dernier point car, dans deux cas observés dans ma clientèle, les contestations d'honoraires ont failli amener de fâcheuses explications entre époux.

Dr B.

Réponse.

Le § 9 de l'article 4 de la loi s'applique aux soins préventifs aussi bien qu'à ceux qui sont donnés aux malades n'interrompant pas leur travail, ce qui semble être le cas de vos clients.

Il renvoie au règlement intérieur des Caisses, dont l'article 30 est ainsi libellé :

« Lorsque l'état d'un assuré nécessite des soins préventifs ou lorsque l'assuré est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail, il lui est délivré une feuille ordinaire de maladie ou de soins spéciaux..... Il aura droit au remboursement des frais médicaux spéciaux et pharmaceutiques dans les limites du tarif de responsabilité en ce qui concerne le premier acte médical et les frais pharmaceutiques correspondants. En ce qui concerne le traitement ultérieur, la caisse pourra, dans chaque cas, soit appliquer son tarif de responsabilité, soit attribuer à l'assuré une indemnité forfaitaire de soins sur la proposition du médecin contrôleur. »

Donc, les Caisses sont parfaitement en droit de n'accorder qu'une indemnité forfaitaire à ceux de vos malades qui sont dans le cas envisagé par les textes précités.

Mais vos malades ont eux-mêmes le droit de réclamer s'ils trouvent l'indemnité insuffisante. A cet effet, ils peuvent faire jouer le § 3 de l'article 7 ainsi conçu : « Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la caisse, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix ... ».

Ils peuvent encore saisir la commission cantonale d'une réclamation portant sur l'insuffisance de l'indemnité forfaitaire qui leur est allouée.

Rien n'établit en principe comment les Caisses calculent cette indemnité forfaitaire. Il me semble que cela devrait l'être dans les conditions envisagées par le § 7 de l'article 4 de la loi, d'après lequel l'indemnité forfaitaire journalière prévue, quand il n'y a pas de convention entre les Syndicats médicaux et les Caisses, est égale *au moins* à 20 % de la moyenne générale des salaires de bases de l'année précédente.

Un salaire de base de 20 francs par jour don-

nerait donc droit à une indemnité forfaitaire journalière de 4 francs (soins médico-pharmaceutiques), soit 28 francs par semaine.

Or, ce même § prévoit que « des indemnités supplémentaires devront être versées à l'assuré lorsque.... le médecin traitant et la caisse estimeront d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la commission technique prévue à l'article 7 § 3, rappelé ci-dessus. »

De toutes façons, il vous est possible de donner une attestation à vos clients, sans préciser aucun diagnostic (mais il ressort de vos prescriptions, n'est-il pas vrai ?) d'après laquelle leur maladie exige un traitement spécial...

Ils saisiront la Caisse de leur demande d'indemnités supplémentaires. En cas de refus, ils réclameront l'avis de la commission technique. Finalement, ils s'adresseront d'abord à la Commission cantonale, puis au tribunal civil, en deuxième ressort (appel).

G. Duchesne.

5753. — Règlement des honoraires dans les hôpitaux

A propos de la circulaire relative au règlement des honoraires chirurgicaux dans les hôpitaux, si j'ai bien compris, il ne nous est pas possible de demander pour les A. S. des 4 premières catégories, un chiffre-clé supérieur à 3.

D'autre part, il existe ici depuis de longues années un tarif dont le chiffre-clé correspond environ à 5, peut-on le garder ? Serait-ce contraire à l'esprit de la circulaire ?

Dr P.

Réponse.

La circulaire du 1er octobre s'exprime ainsi : « Pour les services... des hôpitaux de ville qui ne sont pas centres de faculté, les honoraires peuvent être déterminés, soit d'après un tarif forfaitaire à la journée (4 fr. par jour), soit d'après un tarif à l'acte médical. Dans ce dernier cas, ce chiffre se détermine en affectant au chiffre-clé, pris pour base, des coefficients prévus par la nomenclature des médecins spécialistes. Le tarif de responsabilité des caisses, établi d'après cette formule, *peut adopter un chiffre variant suivant la catégorie de l'intéressé, avec pour maximum le chiffre de 8 francs...* »

Rien ne s'oppose donc à ce que le chiffre-clé pratiqué à l'hôpital corresponde à environ 5 fr., pour certaines catégories d'assurés, celles dont les salaires sont les plus élevés et par conséquent les cotisations les plus fortes.

Le chiffre-clé de 3 francs, semble indiqué par la circulaire comme une moyenne générale, des-

tinée à éviter l'effondrement des ressources des Caisses.

Je crois que c'est sous cet angle qu'il convient d'envisager la question. Si vous êtes depuis longtemps à ce régime de 5 francs, sans avoir provoqué de réactions de la part des Caisses, rien ne s'oppose à ce que cela continue. Sans doute, la moyenne envisagée n'est-elle pas dépassée...

S'il fallait serrer la question de plus près pourtant, il me semble que le chiffre-clé devrait être très bas pour la première catégorie, et s'élever progressivement jusqu'à la cinquième, pour laquelle vous avez le droit de demander, directement à l'assuré, en plus de la participation de la Caisse calculée sur les bases du chiffre-clé 8, un supplément calculé sur les bases du chiffre-clé 4, soit au total, à votre profit K × 12.

G. DUCHESNE.

4946. — Droit de prescription des sages-femmes

A propos de votre article du *Concours* du 20 septembre 1931, page 2906, sur le droit de prescription des sages-femmes, estimez-vous qu'une sage-femme dépasse les limites acceptables de tolérance quand elle prescrit de l'hémostyl et du Paverniol : 1° pendant la grossesse ; 2° pendant les suites de couches.

Il me semble que oui.

Le cas vient de se produire ici pour une assurée sociale, et la caisse se demande si elle doit rembourser ces médicaments prescrits par une sage-femme.

Dr H.

Réponse.

Les articles 4 et 16 de la loi sur l'exercice de la médecine font défense aux sages-femmes de prescrire des médicamenst autres que ceux dont la liste est fixée par décret, après avis de l'Académie de médecine.

Or, cette liste est extrêmement limitative ; elle ne répond même plus aux nécessités scientifiques de l'art moderne des accouchements.

Stricto sensu, si nous appliquions à la lettre la loi de 1892, la caisse d'assurances sociales est parfaitement en droit de refuser, à sa ressortissante, le remboursement d'un médicament, indûment ordonné par une sage-femme.

Mais, si nous nous reportons plutôt à l'esprit de la loi qui date de quarante années et n'a pas encore été adaptée aux progrès de la science actuelle, nous pouvons dire, en nous appuyant par analogie, aux distinctions admises par la jurisprudence, en matière d'exercice illégal de la pharmacie, qu'il faut faire une distinction entre le médicament, destiné à la guérison d'un état pathologique et le médicament simple, produit hygiénique, ordonné dans un but tout autre que la destination thérapeutique.

L'hémostyl est-il ordonné pour guérir une anémie intense, consécutive à une forte hémorrhagie ? la sage-femme est coupable, car elle sort des limites à elle fixées par la loi de 1892. Une telle anémie est du ressort du docteur en médecine, qui en recherche les causes et ordonne les moyens curateurs.

L'hémostyl est-il prescrit à titre de simple reconstituant, ou comme galactogène, sans que l'accouchée soit véritablement une malade ? il me semble que cette prescription puisse être tolérée.

Si je raisonne en juriste pur, je dois vous répondre : *dura lex, sed lex* : les sages-femmes doivent se soumettre à la législation en vigueur, tant que leurs syndicats, d'accord avec les syndicats de médecins n'auront pas obtenu de l'Académie de médecine d'abord, puis du gouvernement une autorisation nouvelle, étendant les limites de prescription pharmaceutique des sages-femmes. Pour cela, un décret est nécessaire.

Si je raisonne avec mon simple bon sens, je pense qu'on puisse tolérer une certaine liberté de prescription aux sages-femmes, dans la gamme des médicaments très usuels d'urgence et des produits hygiéniques.

Mais, pour dresser pareille liste, pourquoi la Confédération des syndicats de sages-femmes ne s'entendrait-elle pas avec la Confédération des syndicats médicaux, pour arrêter un *modus vivendi*, jusqu'au jour de la parution d'un décret ?

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif des accidents du travail

5430. — Intervention effectuée le dimanche

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me répondre sans tarder pour me fixer sur l'application de l'article 3 du tarif ministériel sur les accidents du travail.

« Le prix de la *visite* est augmenté de 50 % lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés. »

Mais, lorsque sur la note d'honoraires, au lieu de porter une visite, on doit porter une intervention plus importante (sérum, sutures, etc.), n'y a-t-il plus d'augmentation spéciale pour travail fait le dimanche ou s'il y en a encore, sur quoi porter cette augmentation ?

Je me reproche à présent d'avoir négligé de faire attention aux nombreuses réponses à ce sujet, qui ont dû paraître dans le *Concours médical*.

Dr D.

Réponse.

Seule la visite est l'objet d'une majoration dominicale. Nous n'avons même pu obtenir que la

consultation soit également majorée, et a *fortiori*, toute autre intervention.

Dr F. DECOURT.

5474. — Série d'applications de rayons U.V.

Ayant fait dernièrement une série de dix séances de rayons U. V. à un blessé du travail, après assentiment de la Compagnie d'assurances, je vous serais très obligé de me dire à quel taux je dois facturer au patron chacune de ces séances.

Dr P.

Réponse.

a) Vous deviez tout d'abord (art. 7) en donner « avis préalable » puisqu'il y a « plus de cinq interventions à tarif spécial. »

b) Le prix d'une séance de rayons U. V. se trouve art. 26-VI « ..... Traitement par air chaud, lumière, ionisation, 15 fr. », auquel il convient d'ajouter la majoration de 50 % (V. *Ibidem*), soit en tout : 22 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

Questions médico-militaires

4931. — Promotion dans la Légion d'Honneur des militaires rayés des cadres

Le *Journal officiel* a publié le 30 août dernier une circulaire relative à l'application de la loi du 17 juillet 1931, portant création d'un contingent de croix de la Légion d'honneur en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active.

Les dispositions de cette circulaire complètent celles des lois antérieures de façon à permettre à tous les anciens militaires ayant pris part à la guerre 1914-18 de concourir pour la Croix de la Légion d'honneur.

Les dispositions nouvelles ne se rapportent donc qu'aux militaires qui ne *bénéficient* pas des lois précédentes, entre autres officiers rayés des cadres pour toute autre cause que celle résultant de blessures de guerre, en particulier ceux ayant de beaux services de guerre.

Je pense pouvoir être rangé dans cette catégorie, et concourir pour être nommé officier de la Légion d'honneur, ayant été rayé des cadres sur ma requête, en 1921, et ayant eu au cours de la guerre trois citations et ayant été fait chevalier de la Légion d'honneur avec une cinquième citation.

Si, avec moi vous estimez que je puisse faire ma demande je vous serais très obligé de me faire savoir à qui je dois l'adresser, et à quelle date.

Dr X.

Réponse.

Pour bénéficier des dispositions de la loi du 17 juillet 1931, au titre des officiers rayés des cadres, vous devez tout d'abord remplir les conditions habituellement exigées : c'est-à-dire

réunir les 50 annuités exigées, dont 8 annuités de chevalier de la Légion d'honneur (vous en comptez 16 puisque décoré le 4 août 1915).

Si vous réunissez ainsi ces 50 annuités totales, y compris une annuité spéciale pour campagne de guerre, vous devrez en plus avoir trois citations ou blessures de guerre, ce qui est votre cas.

Adressez aussitôt votre demande au directeur du Service de santé dont vous dépendiez avant votre radiation des cadres.

4776. — Promotion dans la Légion d'Honneur

Après l'inscription au tableau de concours pour la Légion d'honneur, combien de temps attend-on en général la promotion ? A quoi sert cette sorte de stage ? L'inscription au tableau est-elle toujours suivie de promotion ? dans le même ordre ? Le même nombre à la fois ?

Un changement de ministre entre inscription et promotion peut-il apporter un changement à la liste de promotion ?

Dr P.

Réponse.

Le tableau de concours pour la Légion d'honneur est établi *chaque année* en prévision des vacances probables ; il est en principe épuisé au cours de l'année, en deux ou trois fois.

Chaque fois, sont promus, dans l'ordre d'inscription au tableau, les inscrits dans la limite des vacances, qui se sont produites et qui sont signalées par la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur.

Le tableau de concours une fois établi, ne peut être changé sous l'influence d'un changement de ministre.

4990. — Obtention de la carte du combattant

Où faut-il m'adresser pour avoir ma carte du combattant ? J'ai été de juillet 1917 à décembre 1918, médecin auxiliaire au G. B. D. de la ne D. I. au front d'Orient. Il me semble que j'y ai droit. On ne m'a jamais rien répondu.

Dr R.

Réponse.

Si vous êtes officier de réserve, adressez-vous à votre Directeur du Service de Santé ; et si vous êtes médecin auxiliaire, à la Section d'infirmiers militaires, à laquelle vous êtes affecté en cas de mobilisation.

Vous avez certainement droit à la carte de combattant.

5195. — Droit au traitement de la Légion d'honneur

Je serais heureux de connaître les termes de l'art. 79 de la loi des Finances du 16 avril 1930, concer-

nant l'attribution pécuniaire aux décorés de la Légion d'honneur.

Le fait d'avoir été décoré pendant un stage militaire de deux années ne confère-t-il pas le droit à l'attribution pécuniaire ?

Dr D.

Réponse.

Pour avoir droit au traitement de la Légion d'honneur, dans les réserves, il fau t avoir été décoré postérieurement *à une blessure de guerre, ou une citation donnant le droit au port de la Croix de guerre.*

La décoration au cours d'un stage militaire de 2 ans ne confère aucun droit de ce genre.

5055. — Radiation des cadres. Légion d'honneur

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître quelles démarches je dois faire pour que la proposition dont j'ai été l'objet l'an dernier pour la Légion d'honneur ait des chances d'aboutir. Comment savoir pourquoi elle n'a pas abouti ?

D'autre part, ma situation s'est modifiée puisque le 23 juillet, la Commission de réforme m'a proposé pour une pension d'invalidité de 65 % avec radiation des cadres alors que précédemment mon taux de pension n'était que de 35 %.

Je n'ai pas encore reçu avis de ma radiation ; mais au point de vue tableau de concours, ma situation sera sans doute modifiée.

Dr D.

Réponse.

Quand le Ministre aura prononcé votre radiation des cadres, vous ne pourrez plus être proposé pour la Légion d'honneur au titre des médecins de réserve, mais au titre des officiers dégagés de toutes obligations militaires.

Vos titres actuels ne diminueront pas de valeur, mais ils ne s'accroîtront plus chaque année d'une annuité supplémentaire.

N'ayant pas encore été rayé à la date du 1er octobre 1931, vous pouvez encore une fois être compris dans le prochain travail des médecins de réserve, et il faudra donc encore une fois exercer toute votre activité « complémentaire ». Il est difficile de savoir ce que vous demandez ; voyez cependant votre Directeur.

Fiscalité

5267. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Dans le *Concours médical* du 11 octobre 1931, à la page 3110 , au numéro 4110, je lis au sujet de l'amortissement du prix d'achat d'une automobile :

« Tenez compte uniquement de la différence entre le prix de revente des vieilles voitures et le prix d'acquisition de la nouvelle. »

Cela ne me paraît pas toujours juste et pour moi personnellement, qui, plusieurs fois ai acheté 25.000 fr. revendu 10.000 fr. au bout de 3 ans à peu près.

Mon amortissement était porté à 5.000 fr. par an.

En vendant ma voiture avec 3 ans d'amortissement et 10.000 fr. de vente je *rentrais* dans mon argent dépensé.

Je repartais donc avec un nouveau débours de 25 ou 26.000 fr. et un amortissement de 5.000 fr.

Si je n'avais tenu compte que de la différence, soit 25.000 — 10.000 = 15.000 fr., mon amortissement au bout de 3 ans de 5.000 fr. absorbait mon capital différence.

Je prétends qu'en ne tenant compte que de la différence, je perds les 10.000 fr. qui ne font plus partie du capital à récupérer et pourtant je les ai déboursés puisque je repars comme si je n'avais pas eu de voiture.

Qu'en pensez-vous ? Dr G.

Réponse.

La loi et la jurisprudence permettent d'effectuer l'amortissement de deux façons, pour les professions libérales :

Première façon : la dépense est amortie en entier l'année où elle a lieu. Par conséquent la déduction est complète et si l'objet est revendu 10.000 fr. au bout d'un certain temps, ces 10.000 fr. constituent une recette qui doit venir en déduction du prix de la nouvelle acquisition.

Deuxième façon : le prix de 25.000 fr. est amorti en cinq ans par exemple.

Au bout de trois, l'amortissement effectué s'élève à 5.000 fr. × 3 = 15.000 fr.

Il reste donc à amortir 10. 000 fr. Si l'objet est revendu 10.000 fr. le prix d'acquisition est équilibré.

S'il était revendu seulement 5.000 fr., il y aurait perte de 5.000 fr. à déduire des recettes de l'année de la vente.

S'il était revendu 15.000 fr. il y aurait bénéfice de 5.000 fr. à ajouter aux recettes de l'année.

Quant à la nouvelle acquisition, elle doit faire l'objet d'un amortissement en 5 ans c'est-à-dire que si elle coûte 30.000 fr., on amortit par an 6.000 fr.

A. MARTINOT,
Conseil Fiscal

5214. — Justification des déclarations

Le fisc conteste ma déclaration de revenu professionnel.

Après m'avoir demandé le détail des recettes professionnelles des cinq dernières années 1925, 1926, 1927, 1928, 1929 (recettes 1° des consultations de cabinet, 2° des visites en ville, 3° des opérations obstétricales faites seul ; 4° des opérations faites avec aide, 5° des sommes touchées des collectivités), il m'a majoré les recettes nettes de 10 à 15.000 fr.

par an. J'ai contesté la majoration et demandé à passer devant la Commission.

Après 3 ou 4 mois de répit, sans avoir été appelé devant ladite Commission, le contrôleur me demande à nouveau les renseignements suivants, *à fournir dans un délai de 20 jours* :

I. Des honoraires restant dus au 31 décembre 1928 s'élevant à 14.650 fr., donner la décomposition de la somme suivant son origine :

1° Montant des consultations au cabinet ;

2° Montant des visites à domicile ;

3° Montant des accouchements ou opérations obstétricales.

II. Faire connaître la répartition des accouchements faits en 1929 (44) pour un prix global de 35.200 fr. suivant les catégories de prix.

Nombre de prix inférieurs à 400 fr.
Nombre de prix entre 400 et 600.
— — 601 et 700.
— — 701 et 800.
— — 801 et 900.
— — 901 et 1.000.
— — 1.001 et 1.200.
— — 1.201 et 1.400.
— — 1.400 et au-dessus.

Devons-nous tenir une comptabilité ? Et devons-nous obligatoirement répondre aux demandes ci-dessus?

J'ai toujours dit au contrôleur que je n'avais pas de comptabilité médicale, me contentant de *marquer la somme totale encaissée journellement* et de *noter seulement les notes impayées.* Il m'est donc difficile de lui donner les détails demandés sauf à lui faire une réponse au petit bonheur.

Pour les honoraires restant dus en 1928, je puis donner une réponse puisque j'ai une comptabilité de dettes ?

Quels sont en somme, mes droits et mes devoirs envers le fisc.

Dr J.

Réponse.

Vous n'êtes pas tenu d'avoir une comptabilité et vous pouvez vous borner à donner le total des recettes, les dépenses par nature et la différence nette.

Cependant, si vous étiez appelé devant la Commission et que vos déclarations lui paraissent inexactes, ce serait à vous de fournir la preuve de leur exactitude. Il est donc de l'intérêt du contribuable d'avoir l'air de fournir le plus de renseignements possibles.

A. M.

4908. — Exonération d'impôts fonciers sur les constructions neuves

1° L'exonération d'impôt foncier pendant quinze ans pour les immeubles dont la construction a été achevée pendant la guerre, existe-t-elle aussi bien lorsque le propriétaire habite lui-même son immeuble que lorsqu'il loue cet immeuble ?

2° Le fisc peut-il lever cette exonération et rétablir l'impôt foncier sur l'immeuble, si cet immeuble a été transformé *partiellement* en clinique ? Dans quelle proportion doit-il avoir été transformé en clinique pour que le fisc puisse légitimement décider la levée de l'exonération ? (Il s'agit en l'espèce de l'immeuble que j'habite en location et dont j'ai transformé une partie en clinique personnelle).

3° La levée d'exonération est-elle légale lorsque la clinique ainsi installée est une clinique absolument privée, personnelle au chirurgien locataire de l'immeuble et constituant le simple prolongement de sa profession ? Dr C.

Réponse.

1° Réponse affirmative, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'une habitation de plaisance, d'agrément ou de villégiature.

2° et 3° Réponse affirmative, dès lors que les malades sont logés et nourris, l'impôt foncier frappant toute la partie transformée en clinique, mais uniquement celle-là, quelle que soit d'ailleurs son importance.

A. M.

5067. — Demande de dégrèvement de patente

Je désirerais savoir si je puis obtenir le dégrèvement partiel de ma patente que je payais à C. où j'exerçais antérieurement.

Depuis le 30 juin 1931, j'ai définitivement quitté — sans laisser de successeur — cette localité.

Je n'ai gardé aucun local dans ce pays, étant désormais fixé à E. où je suis également imposé depuis le 1er janvier.

Je me suis informé auprès du contrôleur des contributions, car il me paraissait équitable d'être dégrevé pour les six derniers mois de l'année.

Il me fut répondu que le dégrèvement était accordé dans les seuls cas suivants : décès ! ou liquidation judiciaire, mais qu'ayant quitté C. volontairement je devais payer l'année entière.

Je fus même dissuadé de soumettre mon cas devant un Conseil de préfecture.

Je serais très désireux d'avoir vos conseils à ce sujet et vous en remercie à l'avance.

Dr P.

Réponse.

La réponse du contrôleur est fondée.

Vous ne pouvez prétendre à aucune réduction.

A. M.

5263. — Déclaration du revenu d'un immeuble

Je suis propriétaire, entre autres, d'un immeuble qui par suite d'augmentations successives de loyers me rapporte dans les 20.000 fr. La contribution foncière de cet immeuble est basée sur un revenu net de 2.080 fr. et depuis toujours j'ai établi ma dé-

claration d'impôt en choisissant ce revenu net, ainsi que m'y autorise le libellé des imprimés.

Je déclare donc : propriétés bâties, revenu net servant de base à la contribution foncière, 5.212,85 ; chiffre que j'obtiens en additionnant les revenus nets servant de base des différents immeubles que je possède, et qui comprend les 2.080 fr. de l'immeuble objet du litige.

Le contrôleur m'écrit :

« Quel est par an depuis 1925 le montant brut de la location ?

« Pour chaque année, à combien se montent les charges dont vous pouvez justifier ?

La différence donnera le revenu net que vous retirez » (!!)

Evidemment, il n'est pas besoin d'être contrôleur pour trouver cela.

Je désirerais savoir si en rédigeant ma déclaration comme je vous l'expose, je suis en règle avec le fisc.

Dr A.

Réponse.

En principe le propriétaire est autorisé à porter dans sa déclaration de revenu global le revenu net servant au calcul de l'impôt foncier, et par conséquent, en ce faisant il ne commet aucune omission donnant lieu à une amende.

Mais, comme il a été reconnu que ledit revenu net était souvent par ces temps aux grandes fluctuations, trop éloigné du revenu net réel, l'article 92 de la loi du 15 octobre 1926 autorise le contrôleur à demander la justification des recettes et des dépenses lorsque les prix de location lui font supposer une trop grande différence entre le revenu net déclaré et le revenu net réel.

A. M.

5342. — Réduction de la contribution personnelle-mobilière

J'ai cinq enfants.

J'ai ouï dire que, aux termes d'une loi votée le 25 décembre 1930, il existe dans ce cas une diminution de la valeur locative de la maison d'habitation.

La direction des contributions directes, consultée à ce sujet, me fait connaître qu'il n'existe pas de réduction pour charges de famille en ce qui concerne la contribution mobilière. Voici qui me paraît à côté de la question.

Un autre fonctionnaire me renvoie ma demande avec la note suivante : « Concerne la Ville de Paris. »

Qui trompe-t-on ici ?

J'en appelle à notre conseil fiscal et le remercie d'avance de ses éclaircissements.

Dr P.

Réponse.

La loi du 25 décembre 1930, relative à la réduction de la contribution personnelle mobilière, est spéciale à la Ville de Paris.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*)
Bandol : Charmot et Rozet *Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dublef, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S Vivant,
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nalilyan, Phipps (*derm.*), Pietri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
St Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset.
St-Raphaël — Valescure : Caldaguès. Léon Clement, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson,
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES et OFFRES

Nº 403. — Stomatol. ex-chef de clin. demande place. dentiste dans clin. médc. Fournirait matér. si nécessaire.

Nº 404. — Accompagnant sœur anémiée villa St-Paul à Font-Romeu, jeune fille de doct. toute conf., sérieuse, gaie, famille nombr., s'occuper. enfant, soins matériels

Nº 405. — Somme. Cause maladie, je cèderais ma client. à jeune confr. actif. Ch.-lieu cant., 19 comm. à desservir.

Nº 406. — Doct. banl. Paris dem. pour sa famille dame ou demois. de compagnie. Excell. réf. exigées.

Nº 407. — Ouest. Urgent. Après décès, bon poste méd. beau site près gr. ville, bail à céder, faible indemn. Conviendr. à jeune doct. actif.

Nº 408. — Dame 40 a. dem. place chez méd. pour service consult. réception. Ecr. Mme Gallet, 23 rue Ernest Renan à St.-Ouen (Seine).

Nº 409. — Etudiante en méd., 16 inscript., parlant français, allem., et roumain, cherche place secrét. chez doct. ou dans clinique.

Nº 410. — Visible banl. Paris, léger et bon coupé à un cheval. Excell. état, marque Paris.

Nº 411. — Jne femme posséd. à fond français, allem., angl., italien, sténo-dactylo, bonne administratrice, excell., réf., cherche place de respons., dans mais. santé ou auprès médecin, préfér. psychiatre.

Nº 412. — On dés. louer villa meublée 18 p., tout conf. près gare à 27 km. Paris, pouvant convenir à maison de repos, régime, cure d'air, etc. Prix intéress.

Nº 413. — 1º Maine-et-Loire. A repr. contre pet. indemn., bon poste campagne, très belle maison tout conf. Urgent ;

2º Paris. Pet. client. méd. génér. avec appartem. 7 p. salle bains, loyer 9.000, Indemn. 25.000.

3º Nord Paris, Pro-pharm. bon rendem., maison avec jardin. Pet. indemn. ;

4º Paris. Cab. consult. méd. génér. de quart., appartem., 4 p. Indemn. 60.000. Présentat.

S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Nº 414. — Personne sérieuse ayant bonnes référ. dem. place secrét. assist. chez doct. ou dentiste. Mlle Feine, 1 *ter*, av. du Mal-Joffre à Chantilly.

Renseignements

Le **laboratoire** du **Lactéol** rappelle qu'il prépare, à côté des **comprimés**, le **Lactéol-liquide**, en ampoules de 5 cc. pour ingestion. C'est seulement avec l'ampoule qu'on peut faire un remplissage maintenu à l'abri des souillures au moyen d'un bouchage hermétique.

L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey, à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Eden des enfants à Bransles (S.-et-M.). Tél. 1. 100 k. Paris. Cure d'air p. enf. tte l'année, pas de contag.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

On ne saurait refuser à la muqueuse linguale le pouvoir d'absorption si libéralement accordé à la muqueuse de l'autre côté. Morhardt a démontré que la muqueuse de la langue jouit d'une puissance d'absorption remarquable. Sucez des tablettes de **Mangaïne** dans les dyspepsies et anémies par auto-intoxication.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio., 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Mariage.** — Mercredi 9 décembre à midi précis, en l'Eglise Saint-Etienne-Du-Mont, place du Panthéon, aura lieu la célébration du mariage de Mademoiselle Cécile NOIR avec Monsieur Pierre CONVERS.

Le Dr Julien Noir prie ceux de ses nombreux amis qui, par erreur, n'auraient pas reçu une lettre de faire part, de considérer le présent avis comme en tenant lieu.

— **Académie de médecine.** — A la séance du 10 novembre, M. de Lapersonne a annoncé que le doyen de l'Académie, le Dr Guéniot, ancien Président de l'Académie, était entré depuis l'avant-veille, 8 novembre, dans sa centième année. Il lui a exprimé, à cette occasion, ses félicitations et ses souhaits pour la continuation de sa belle santé.

— **Cours pratique sur les progrès de l'actinologie.** — Ce cours aura lieu à l'Institut d'actinologie (Œuvre reconnue d'utilité publique), 6, passage Dombasle (Métro : Convention), à 18 heures, les lundis, mercredis et vendredis du 7 au 18 décembre 1931, avec le programme suivant :

7 décembre. M. SAIDMAN : Les progrès de l'appareillage ultra-violet et infra-rouge. — 9 décembre. M. SAIDMAN : Les nouvelles techniques d'irradiation ; leurs indications et contre-indications ; mesure pratique de la sensibilité ; interprétation des tests. — 11 décembre. M. J. MEYER : Où en sont les indications de l'actinothérapie en dermatologie. — 14 décembre. MM. LAUTMAN et SAIDMAN: Les U. V. en pédiatrie. Etat actuel des indications médicales et chirurgicales de l'actinothérapie. — 16 décembre. MM. AUZIMOUR, DUSOUGERE et Mlle PALISSE : L'actinothérapie en oto-rhino-laryngologie, stomatologie et gynécologie. — 18 décembre. M. J. MEYER : Associations de l'actinothérapie avec la radiothérapie, la diathermie, les ondes courtes et la petite chirurgie.

Ce cours sera accompagné des travaux pratiques suivants : application d'un test sensitométrique, lecture de la sensibilité cutanée et choix des doses ; application d'actinocautère, prescription de la révulsion actinique.

Les travaux auront lieu sous la direction de MM. SAIDMAN, MEYER, NICOLLE, DELFRAISSY, de 5 à 6 heures.

Le droit d'inscription est de 180 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

— **Don à l'Association générale des médecins de France.** — Le Dr Plantier, d'Annonay (Ardèche), propriétaire de la « Panbiline », a adressé à l'Association une somme de 10.000 fr. en faveur de ses différentes Caisses. Les malheureux auxquels l'Association a pour mission de venir en aide ne manqueront pas, une fois de plus, d'apprécier la délicatesse de ce nouveau et généreux geste de notre confrère.

— **Société amicale des médecins alsaciens**, 9, rue d'Astorg, Paris-VIII^e. — La réunion de cette Société a eu lieu le samedi 28 novembre chez Caillon, restaurant des Artistes, 11, rue Lepic, (Métro : Blanche) à 17 h. 30.

— **Hospice national des Quinze-Vingts**. — Un concours pour 4 places de chefs de clinique adjoints à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts aura lieu le lundi 7 décembre, 13, rue Moreau. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, jusqu'au 6 décembre inclus.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye**. *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie*. — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de cinq internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 17 décembre 1931, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée égale à la mobilisation.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, les pièces suivantes :

1° Acte de naissance ; 2° Certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° Certificat d'une Faculté de médecine de l'Etat attestant qu'ils sont régulièrement pourvus de douze inscriptions validées ou un certificat de l'Assistance publique attestant qu'ils sont ou ont été externes des hôpitaux près une Faculté ou Ecole pendant un an ; 4° Certificat délivré par leur chef actuel de service ou s'ils ne sont attachés à aucun service hospitalier, par leur dernier chef de service, et contresigné par le directeur de l'établissement dans lequel ils ont fait leur service et attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec zèle, exactitude et subordination.

L'hôpital comporte deux services de chirurgie générale ; deux services de médecine générale ; un service de maternité. Plus de 4.000 malades y sont traités.

La durée des fonctions d'Interne titulaire est de deux ans. Les Internes provisoires sont nommés pour un an, mais ils peuvent se représenter à un nouveau concours s'ils n'ont pas atteint la limite d'âge.

Sous le rapport du stage hospitalier, les Internes de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye sont assimilés par la Faculté aux Internes des Hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages.

Les Internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les Internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Le traitement alloué aux Internes est de 4.000 francs par an. Ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés.

L'Entrée en fonctions est fixée au 1^{er} janvier 1932.

— **Département de Seine-et-Oise.** *Services d'hygiène.* — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture à Versailles le 21 décembre 1931, pour la nomination de deux médecins d'hygiène, qui seront chargés chacun du service d'inspection d'hygiène dans une circonscription du département.

Les candidats à ces postes devront être Français, âgés de moins de cinquante ans à la date du concours, avoir satisfait à la loi militaire, être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et du diplôme d'hygiène délivré par une Université française.

Leur demande rédigée sur timbre devra être adressée à la Préfecture de Seine-et-Oise (Services d'hygiène), avant le 15 décembre prochain, et accompagnée des pièces suivantes : bulletin de naissance ; extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date, copie certifiée conforme du diplôme d'hygiène ; copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; pièce délivrée par l'autorité militaire établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; exposé des titres, travaux et services ; un exemplaire de ses principales publications ; l'engagement d'entrer en fonctions le 1er janvier 1932, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer entièrement à ses fonctions, et de ne pas s'installer dans le département de Seine-et-Oise pendant une période de cinq ans à dater de la cessation de ses fonctions.

Le traitement est de 30.000 francs, par an, avec augmentation de 2.000 francs, tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 40.000 francs ; en outre chaque médecin des Services d'hygiène reçoit une indemnité forfaitaire annuelle de 15.000 francs, sous condition de la possession d'une automobile en ordre de marche ; une indemnité de résidence de 2.000 francs, et une gratification de fin d'année égale au douzième du traitement.

Les charges de famille comportent une indemnité de 660 francs, pour le premier enfant, 960 pour le deuxième enfant, 1.560 francs, pour le troisième enfant, 1.920 francs, pour chaque enfant à partir du quatrième.

— Rappelons que le IIIe Congrès de l'*Ecole des Parents* se tiendra les 3, 4 et 5 décembre 1931 au Musée social, 5, rue Las-Cases et aura pour objet principal : *La jeunesse, de l'adolescence au seuil du mariage.*

Renseignements : 26, rue du 4-septembre. Tél. Littré : 17-11.

— **Grand dîner d'automne de l'Union médicale latine (UMFIA) en l'honneur de la médecine et des médecins belges.** — Le mardi 8 décembre, à 19 h. 30 précises, se tiendra au Palais d'Orsay, le Grand Dîner d'automne de l'Union Médicale Latine, sous la haute présidence de Son Excellence, le Baron Gaiffier d'Hestroy, Ambassadeur de Belgique en France, et sous la présidence du Professeur Forgue de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de l'Institut.

Les médecins du Monde médical latin présents à Paris tiendront à fêter leurs collègues belges, et à leur témoigner toute la sympathie que nous leur devons.

Prière de s'inscrire dès à présent au Siège Social : 81, rue de la Pompe, Paris 16e. (La liste des inscriptions sera rigoureusement close le jeudi 3 décembre).

— **Une conférence du Dr de Parrel sur le chant.** — Le 21 novembre dernier, sous les auspices de l'*Art pour tous*, le Dr de Parrel a fait une conférence, à la Sorbonne, sur le *rôle du laryngologiste dans la formation technique du chanteur*. Il a démontré clairement : 1º La nécessité de l'examen médical de tout candidat chanteur, afin de préciser s'il est apte ou non à l'entraînement vocal ;

2º L'utilité d'un contrôle laryngologique régulier au cours de cet entraînement, afin d'éviter tout malmenage et toute fausse manœuvre. En somme, la coopération confiante et suivie du professeur de chant et du laryngologiste devrait être la règle absolue dans tout enseignement du chant.

Après une spirituelle causerie de Mme Louise Matha sur le *trac*, cette cantatrice et les chanteurs de son studio ont interprété, dans un style impeccable, le *Requiem* du Maître Désiré Pâque. Et ce fut la meilleure démonstration de ce que peut réaliser un enseignement vocal vraiment scientifique et soumis à un contrôle laryngologique, tel qu'en ont défini la technique Mme Matha et le Dr de Parrel, dans leur *Manuel d'éducation et de rééducation de la Voix chantée* qui vient de paraître.

L'ensemble de la séance a été radiodiffusé par le poste de la Tour-Eiffel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 NOVEMBRE

Enseignement de la médecine.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 10 novembre 1931, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le jeudi 12 mai 1932, devant la faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

12 NOVEMBRE

Service de santé militaire.

Par décision du 7 novembre 1931, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés, reçoivent les affectations suivantes :

A rég. de Paris (p. o.) : Laquerrière, méd. comm. 10e rég. ; Weber, méd. comm. 19e C. A.

A rég. Paris : Lemaistre, méd. comm. 12e rég. ; Monteil, méd. capit. 5e rég. ; Levant, médecin capit., 6e rég. ; Ort, méd. capit. 6e rég. ; Lotte, méd. lieut. 7e rég. ; Girard, méd. lieut., 9e rég.

A la 3e rég. : Demailly, méd. lieut., région Paris ; Lecharpentier, méd. lieut., rég. Paris.

A la 4e rég. : Morisot, méd. comm., 19e C. A. ; Torlay, méd. lieut., 11e rég. ; Bremont, méd. sous-lieut., 13e rég.

A la 5e rég. : Mahé, méd. lieut., rég. Paris.

A la 6e rég. : Chalot, méd. lieut., rég. Paris ; Frantz, méd. lieut., rég. Paris ; Maret, méd. lieut., 20e rég. ; Moraux, méd. lieut., 2e rég.

A la 8e rég. : Bardin, méd. lieut., rég. Paris.

A 9e rég. : Goulley, méd. lieut., tr. Tunisie ; Quivy, méd. sous-lieut., rég. Paris ; Jossinet, méd. sous-lieut., 2e rég. ;

A 10e rég. : Niewengloski, méd. comm., tr. Tunisie; Massot, méd. lieut., rég. Paris.

A la 11e rég. : Merand, méd. sous-lieut., rég. Paris.

A 12e rég. : Barcat, méd. capit., 18e rég.

A 13e rég. : Nauwelaerts, méd. sous-lieut., 1re rég. ; Besquedt, pharm. lieut., rég. Paris.

A la 15e rég. : Pastour, méd. capit., 4e rég. ; Auclair, méd. lieut., rég. Paris ; Blanc, méd. lieut., rég. Paris ; Bonnet, méd. lieut., 16e rég. ; Duponnois, méd. lieut., 16e rég. ; André, méd. sous-lieut., rég. Paris ; Wermeille, méd. sous-lieut., rég. Paris.

A la 16e rég. : Scherb, méd. capit., 7e rég. ; Roque, méd. lieut., 18e rég. ; Bonnahon, méd. sous-lieut., 18e rég.

A la 17e rég. : Dargein, méd. comm., Maroc.

A la 18e rég. : Sibille, méd. comm. rég. de Paris ; Domec, méd. capit. tr. Indochine ; Casteran, méd. lieut., 6e rég. ; Berger, médecin lieut., 17e rég.

A la 20e rég. : Jacquot, méd. capit., 6e rég. ; Waitz, méd. lieut., rég. Paris.

Aux tr. Tunisie : Burckle, méd. lieut., 20e rég.

Aux tr. du Maroc : Pizon, méd. lieut., 12e rég. ; Cousergue, méd. lieut., 14e rég. ; Dauvergne, méd. sous-lieut., 19e C. A.

Aux tr. gr. Indochine : Ayzac, méd. lieut., 17e région.

Aux tr. gr. A. O. F. : Martin, méd. sous-lieut., 17e rég.

14 NOVEMBRE

Décret du 4 novembre 1931, portant modifications au règlement sur le service de santé de l'armée.

Ce décret sera publié ultérieurement.

17 NOVEMBRE

Enseignement de la médecine.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 16 novembre 1931, le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon

qui devait s'ouvrir le lundi 28 décembre 1931 devant la faculté de Nancy est reporté au lundi 11 janvier 1932.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

L'arrêté du 24 juin 1931 fixant ce concours au 28 décembre 1931, est rapporté.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Durée des prestations de l'assurance-maladie.

I

1014. — M. Anatole MANCEAU, sénateur, demande à M. le ministre du travail si, en suite de la circulaire ministérielle du 17 avril 1931 supprimant les prestations maladie à tous les assurés au bout de six mois sans distinguer si ces assurés ont, en même temps que les prestations en nature, eu besoin ou non d'allocations journalières en argent, il n'y a pas injustice à traiter de la même façon l'ouvrier ayant eu besoin de soins tout en continuant à travailler, et l'ouvrier malade qui ne travaille plus, la loi prévoyant au surplus qu'au bout de six mois l'ouvrier malade passait à l'invalidité et avait droit pendant cinq ans aux prestations médicales, et s'il n'y a pas danger à priver brutalement de tous subsides médicaux et pharmaceutiques des ouvriers qui, avant la loi des assurances sociales, recevaient ceux-ci de leurs sociétés de secours mutuels, et pouvaient ainsi continuer à travailler. (*Question du 2 juin* 1931.)

Réponse. — Les termes du paragraphe 8 de l'article 4 de la loi du 30 avril 1930 ne permettent pas de tenir compte de la suggestion de l'honorable sénateur. Les dispositions prévues à ce paragraphe, notamment en ce qui concerne la période durant laquelle peuvent être dispensées les prestations en nature, s'appliquent incontestablement aux indemnités prévues par le paragraphe 9 du même article.

(*J. O.*, 13 novembre 1931).

II

1071. — M. Henri BOURDEAUX, sénateur, demande à M. le ministre du travail si la disposition de l'article 4, paragraphe 8 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930 sur les assurances sociales, limitant à une période de six mois la durée des prestations-maladie, s'applique au cas d'un assujetti obligatoire qui subit un traitement de longue haleine, par piqûres à intervalles éloignés, alors que continuant à travailler pendant le traitement, cet assujetti ne bénéficie de l'assurance-maladie que pour le remboursement du prix des piqûres. (*Question du 15 juillet* 1931.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.* 13 novembre 1931).

III

1093. — M. Henry Bourdeaux, sénateur, demande à M. le ministre du travail si sa réponse affirmative à la question n° 1071 (relative au cas de l'assujetti obligatoire qui subit un traitement de longue haleine par piqûres à intervalles éloignés et qui, continuant à travailler, en bénéficie de l'assurance-maladie que pour le remboursement du prix des piqûres), doit être entendue en ce sens que l'article 4, paragraphe 8, de la loi du 5 avril 1928-1930, avril 1930, limite à une période de six mois la durée des prestations-maladie ou bien si l'application de la disposition précitée ne doit pas, dans le cas envisagé, s'appliquer à l'intéressé au delà de la période de six mois, à raison de cette circonstance particulière que l'assuré n'a pas interrompu son travail et que ses prestations se limitent au remboursement des piqûres. (*Question du* 26 *août* 1931.)

Réponse. — La réponse affirmative à la question n° 1071, posée par l'honorable sénateur doit être entendue en ce sens que, conformément à l'article 4 paragraphe 8, de la loi du 30 avril 1930, sur les assurances sociales, les prestations de l'assurance maladie ne peuvent être servies pour une même maladie que pendant six mois, à partir de la date de début de cette maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, quelle que soit d'ailleurs l'importance ou la fréquence des prestations fournies, et sans qu'il y ait lieu de distinguer si l'assuré a interrompu ou non son travail. (*J. O.*, 13 novembre 1931.)

Examen des candidats par les médecins phtisiologues

11712. — M. Perreau-Pradier rappelle à M. le ministre du budget que l'article 51 de la loi de crédits du 30 mars 1929, promulguée au *Journal officiel* du 31 mars 1929, prévoit que les candidats à un emploi administratif de l'Etat doivent être examinés en vue de leur admission définitive dans les cadres administratifs par un médecin phtisiologue, désigné par l'administration, qui établit un certificat mentionnant si l'intéressé est indemne ou atteint de tuberculose ; et lui demande si l'examen a lieu aux frais des intéressés ou bien si les honoraires dus aux médecins phtisiologues doivent être acquittés par l'administration pour laquelle le candidat postule. (*Question du* 9 *février* 1931.)

Réponse. — Par application du décret du 10 décembre 1929 (art. 18), sont à la charge de l'administration les honoraires des médecins phtisiologues par elle désignés pour examiner les candidats admis à un emploi administratif de l'Etat.

(*J. O.*, 13 novembre 1931.)

Fourniture des appareils de prothèse aux assurés sociaux indigents.

13367. — M. Ales expose à M. le ministre du travail : *a*) que l'article 59 de la loi du 5 avril 1928 modifiée prévoit que les dépenses résultant des soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents

seront tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ; *b*) que les tarifs publiés par application de la loi sur les accidents du travail ne comprennent pas les appareils orthopédiques et de prothèse ; et lui demande sur quelles bases devront donc être tarifés les mémoires afférents à la fourniture de ces appareils aux assurés sociaux notoirement indigents. (*Question du 23 juin* 1931.)

Réponse. — Lorsque les tarifs applicables aux accidents du travail ne comprennent pas les appareils d'orthopédie et de prothèse, les prestations prévues à l'article 59 de la loi sur les assurances sociales pour les assurés notoirement indigents doivent être calculées ainsi qu'il suit : si le tarif de l'assistance médicale gratuite comprend les appareils d'orthopédie et de prothèse, ou certains de ces appareils, il y a lieu, en principe, de se baser sur le tarif de l'assistance médicale gratuite. Toutefois, ce tarif peut être majoré après accord entre les collectivités d'assistance, les caisses et les fournisseurs, sans que cette majoration puisse dépasser le rapport moyen existant, pour des prestations analogues, entre le tarif de l'assistance médicale et le tarif des accidents du travail. Si le tarif de l'assistance médicale gratuite ne comprend pas les appareils d'orthopédie et de prothèse et si, en conséquence, le prix de ces appareils est débattu par la collectivité d'assistance avec les fournisseurs, la même procédure doit être appliquée lorsqu'il s'agit d'assurés notoirement indigents, donnant lieu à application de l'article 59 de la loi ; toutefois, les prix à débattre doivent l'être avec l'accord des caisses intéressées.

(*J O.*, 13 novembre 1931.)

SERVICE DE SANTÉ

Feuille de renseignements n° 9999 2/1 du 16 octobre 1931 relatifs à la désignation pour l'Afrique du Nord, des médecins, pharmaciens, dentistes, étudiants en médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure spéciale.

Aux termes de l'article 18 de l'instruction du 26 août 1931 sur la répartition des contingents, les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, étudiants en médecine, pharmacie ou chirurgie dentaire, sont affectés nominativement par les soins de l'administration centrale (direction du service de santé). D'autre part, le nota figurant sur l'état modèle n° 5 annexé à l'instruction précitée précise, pour l'édification des commandants de bureaux de recrutement, que ceux des jeunes gens visés ci-dessus qui sont titulaires du brevet de préparation militaire supérieure spéciale, au titre du service de santé, peuvent, contraire-

Voir la suite page LV-3671

PROPOS DU JOUR

La Journée du « Concours Médical »

Allocution du Docteur Duchesne

Les heures trop brèves que nous vivons ensemble, chaque année, groupent autour de ces tables symboliques, pour la plus substantielle des collaborations, une centaine de confrères parmi lesquels figurent, d'une part, des représentants infiniment distingués de notre enseignement universitaire et hospitalier ; et de l'autre, les tenants les plus actifs et les plus qualifiés de la défense de tous nos intérêts corporatifs.

C'est l'image même de notre Journal, qui fait, aux sujets d'ordre scientifique, la place à laquelle ils ont droit dans un organe qui cherche à diffuser, parmi ses lecteurs, ce qu'il y a de plus particulièrement pratique dans les leçons de nos maîtres, tout en accordant au mouvement professionnel l'importance qu'il mérite.

C'est l'image également de la double discipline à laquelle, praticiens, nous sommes tenus de nous soumettre : demeurer, toute notre vie, des étudiants qui s'efforcent de conserver leurs connaissances techniques, de les perfectionner, d'en agrandir le cercle, de les enrichir de tout ce que le progrès biologique leur apporte de nouveau dans l'art de guérir, dont nous sommes les dispensateurs, sans négliger le rôle que nous devons jouer, tant individuellement, dans notre pratique privée, que comme membres d'un grand corps social, sur lequel repose, dans une très large mesure, je ne crains pas de l'affirmer, la sécurité et l'équilibre des Nations. N'est-ce pas en effet, Disraeli qui a proclamé que : « *La santé publique est la fondation sur laquelle reposent le bonheur des peuples et le bien de l'Etat. Toute réforme dirigée vers l'amélioration de la santé publique doit avoir le pas sur toute autre considération.* »

Et qui donc, sinon le médecin, est le gardien le plus fidèle, le protecteur le plus expert de la santé publique ?

La santé publique ? Mais elle est tout d'abord fonction de la génération et de la parturition pourvoyeuses des berceaux en petits êtres qui portent en eux tout l'avenir de la race. Et voilà pourquoi l'obstétrique, dont la Puériculture et l'Eugénique sont inséparables, est bien accueillie au *Concours Médical* notamment en la personne de MM. les Professeurs DELMAS et Henri VIGNES, ses amis de longue date.

Ces berceaux, que peupleront excellemment les accoucheurs, qui en écartera mieux les nombreux périls qui les menacent, si ce ne sont les Pédiatres dont MM. les Professeurs NOBÉCOURT et LEREBOULLET, et nos amis Germain BLECHMANN et TURQUETY, forment ici un quatuor sympathique et spécifiquement qualifié ?

Viennent plus tard les accidents qui requièrent l'intervention chirurgicale. Qui mieux que les bistouris fameux que nous possédons ce soir saura s'y employer ? MM. les Professeurs HARTMANN, PATEL, venu de Lyon nous apporter le réconfort de sa présence. Et CADENAT, et DARTIGUES, et DUPUY DE FRENELLE, et Raphaël MASSART..... ?

La nutrition représente l'une des fonctions les plus nécessaires de notre organisme. Merci à ceux qui veillent sur elle d'un œil attentif et jaloux : les FAROY, les TRÉMOLIÈRES, les WEISSENBACH. Et GUTTMANN, que nous retrouvons aux confins de la médecine, sous un pseudonyme à peine déguisé qui nous le révéla comme un maître du roman psychologique. Et Gilbert DREYFUS, aux raffinées cogitations.....

La Psychologie, cette science des cerveaux qu'il importe de conserver sains dans des corps sains, n'a jamais été plus nécessaire à connaître dans ses défaillances qu'à notre époque où se multiplient les réactions antisociales de tant de

déficiences mentales. M. le Professeur H. CLAUDE, M. le Professeur CHAVIGNY, dont la présence épand en cette salle, une parcelle de l'âme alsacienne, et notre vieil ami Paul SOLLIER, et Gilbert ROBIN, qu'attendent de nouveaux trophées littéraires, s'ébattent tout à leur aise dans ce vaste domaine de la Neuro-Psychiatrie où ils se rencontrent, sous le signe du Caducée, avec le Professeur FRIBOURG-BLANC, du Val-de-Grâce, en qui je salue en même temps, avec MM. les Médecins Généraux CHAVIGNY, déjà nommé, ODILE et RIEUX, le Service de Santé militaire, dont nous sommes ou fûmes tous tributaires. Voisine de la Psychiatrie, la Médecine légale aide, dans une société bien organisée, à séparer le bon grain de l'ivraie, pourvu que les expertises qu'elle déclenche mettent leur coquetterie à objectiver leurs missions, avec une impartialité, avertie des multiples difficultés que nous rencontrons dans la pratique de notre art.

La Nature nous inonde généreusement d'agents thérapeutiques d'une efficacité prodigieuse et d'un charme, précieux par leur ambiance : je veux parler des eaux minérales, habiles à retremper une santé quelque peu chancelante, quand elles sont maniées par les DEBIDOUR, les FOUCAUD, les MAZERAN, les MONSSEAUX, les MOUGEOT, les SÉGARD, les SIGURET, les TRUELLE..... qui comptent tant de sympathies dans notre maison.

Dans l'évocation rapide que je fais de cette garde d'honneur de la santé publique, je n'aurai garde d'oublier M. le Professeur DAVID, de Lille, qui a su faire triompher en sa personne le droit que nous revendiquons de critiquer, scientifiquement et d'une façon désintéressée, toutes les médications qui s'offrent à nous et à nos malades, quand elles n'ont pas fait leurs preuves ; Léon GIROUX qui, au bridge de la vie, choisit toujours pour atout Cœur ; Louis BORY, infatigable pourchasseur des humeurs peccantes dont la peau est si souvent le miroir terni ; FOVEAU DE COURMELLES, dont la plume prolifique lance les étincelles de sa spécialisation ; et toute la pléiade de jeunes médecins des hôpitaux, chefs de clinique, etc., qui tiennent à leur tour avec tant de distinction le flambeau que leur léguèrent leurs prédécesseurs, MM. COSTE, PICHON, POUMAILLOUX, THIERS, etc...

Tous accordent au *Concours Médical* leur sympathie et leur collaboration : il en est fier et les en remercie par ma bouche.

L'évolution que subit le journalisme médical, les sujets divers qu'il est amené à traiter, nous ont conduit peu à peu à explorer des rayons para-médicaux, et aussi extra-médicaux. La critique littéraire est assurée chez nous par l'Homme dont les Bésicles fureteuses pénètrent, avec une saisissante acuité, l'abondante production de notre époque, qu'il nous présente en quelques mots incisifs, marqués au coin du bon sens et de la culture les plus éprouvés ; j'en félicite Jean SEVAL que je regrette de ne pas compter au nombre de nos commensaux. Et je félicite de même M. SÉJOURNET, de la Société des Auteurs, et G. POLÈME, dont le pseudonyme phonétiquement abécédaire masque un ami très dévoué, de l'art consommé avec lequel ils tiennent la rubrique de la critique théâtrale.

Albert GARRIGUES, prospecteur acharné des temps révolus, nous apporte les trouvailles qu'il fait dans de vieux bouquins où sa patience opiniâtre de chercheur et d'érudit sait mettre à jour des filons originaux et curieux, cependant qu'il s'ingénie à défendre la cause de ses collègues ès journalisme médical.

Messieurs,

Parmi les questions qui ont sollicité notre attention, dans l'ordre corporatif, il en est deux sur lesquelles nous nous sommes particulièrement étendus : la Pléthore médicale et les Assurances sociales. Loin de moi l'intention de vous en rebattre les oreilles ce soir. Je voudrais pourtant profiter de l'aubaine qui groupe autour de nous CIBRIE et HILAIRE, de la Confédération des Syndicats ; FANTON D'ANDON, de la Fédération des Syndicats de la Seine ; BOYER, du S. M. S., pour leur exprimer notre reconnaissance du travail qu'ils fournissent et des efforts qu'ils font pour assurer à notre profession le maximum de liberté et d'indépendance, de bien-être aussi, dans le cadre d'une législation touffue et envahissante qui pourrait tourner facilement à l'asservissement, si nous n'y prenions garde ; ce n'est plus en gardiens techniques de la santé publique que je les congratule, mais en gardiens de nos traditions professionnelles dans ce qu'elles doivent conserver d'immuable. Sur leurs pas, les encourageant et les appuyant de toute notre sympathie lucide, nous essayons de courir à l'aménagement de la médecine française selon la formule qui m'est chère et que je m'excuse de vous redire, en chevaucheur impénitent d'un dada favori : adaptation aux nécessités économiques, techniques et sociales du présent, précédée d'un recrutement national et d'une formation irréprocha-

ble du médecin français. Si nous savons nous garder aussi bien des abandons irréfléchis que des mystiques qui sublimisent, et quasi-divinisent leurs objets, mais en les écartant du plan humain auquel la vie sait nous ramener proprement, de gré ou de force, conscients des relativités inéluctables des Sociétés organisées, nous pourrons envisager la construction de la Cité médicale moderne, sur un dessin qui tiendra compte du rôle prépondérant qu'assignent au médecin le progrès scientifique, ses applications à la médecine préventive et curative, et aussi son souci du bien public.

Il m'est infiniment agréable de trouver un écho de ces pensées dans la lettre qu'a bien voulu m'écrire, en s'excusant d'être empêché de répondre à notre invitation, notre grand ami, Monsieur MIRMAN, qui fut en son temps directeur de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur :

« Je suis très honoré que le *Concours Médical* me considère comme apparenté à sa grande famille corporative. Depuis de longues années, j'ai suivi et je continue à suivre avec le plus sympathique intérêt la campagne qu'il mène pour organiser la profession médicale, non pas dans des cadres étatiques, ce qui porterait un coup funeste aux progrès de la Science et par suite aux intérêts des malades, mais dans le cadre d'une corporation « moderne ». Il ne peut s'agit de restituer les vieilles corporations, mais d'adapter leurs principes aux justes exigences de nos mœurs du XX^e siècle. La Révolution avait détruit : c'est évidemment là une œuvre fort simple, à la hauteur de l'incompétence tumultueuse d'un Parlement. Il faut reconstruire, édifier un ordre nouveau. C'est à quoi, dans le domaine médical, vous travaillez avec persévérance, et c'est pourquoi toute ma fidèle sympathie vous demeure acquise. »

Une pareille approbation, venant d'un profane éminent que les hautes fonctions qu'il a remplies ont, sans doute, familiarisé avec les obligations de notre profession envers la Société, où elle est intégrée, mais aussi avec une notion très claire des droits qu'elle doit légitimement faire valoir, nous est infiniment précieuse.

Continuons donc à collaborer étroitement et amicalement pour l'édification de cette Cité médicale où nous respirerons librement, à l'abri de la tutelle ennoblissante des disciplines librement consenties.

« La Médecine ne prétend pas au triomphe, a écrit Pierre MAURIAC ; il lui suffit de gagner des victoires..... » Sachons d'abord nous vaincre nous-mêmes. Et sachons surtout rester unis : à cette double condition, nous sortirons vainqueurs des luttes que nous soutenons, pour la perdurable suprématie des idéals de générosité éclairée et de libéralisme agissant dont nous nous enorgueillissons de demeurer les irréductibles champions.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Les conditions biopsychologiques de la vie sociale.

Des instincts à la Personnalité morale

Expliquer les conditions biopsychologiques de la vie sociale en partant des phénomènes physico-chimiques qu'on observe à l'origine même de la vie, étudier dans ce but la nature de nos instincts qui, répondant à des besoins, signalent les crises qui menacent notre existence et nous mettent en mesure de la défendre, tout en nous assurant les avantages d'une vie sociale permanente et régulièrement ordonnée, aboutir par un enchaînement rigoureux de démonstrations et d'observations sur les instincts à la constitution de notre Personnalité morale, c'est une tâche originale et ardue qu'a su remplir M. le Dr Papillault, Directeur du Laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes. Ce savant a su condenser en quelque deux cents pages (1) le fruit de ses méditations, exposées en un enseignement de la sociologie durant vingt-cinq ans à l'Ecole d'Anthropologie de Paris.

M. Papillault s'efforce d'établir ses opinions sur des bases autant que possible uniquement scientifiques. Il a préféré avouer son ignorance sur l'explication complète des origines de la vie que d'émettre de vaines hypothèses et d'apporter à cet insondable problème des solutions *a priori*, laissant aux déterministes les plus absolus et aux finalistes les plus mystiques la satisfaction ingénue de remporter à tour de rôle des victoires faciles par des affirmations, mais cela, sans profit pour la science.

***

M. Papillault fait tout d'abord remarquer que l'atmosphère terrestre dans laquelle sont plongés les êtres vivants qui apparaissent, se développent et meurent, est surtout composée de deux corps : l'oxygène et l'azote. Ces deux corps imposent à la vie ses caractères fondamentaux et sont comme le motif de sa formation. Les êtres vivants ont faim d'oxygène et faim d'azote. Or, ces deux gaz manquent absolument d'affinité l'un pour l'autre. Leur combinaison directe est très difficile et rare, quant à leurs combinaisons indirectes, elles sont lentes et leur type le plus important se réalise dans la vie. Pour assurer cette combinaison indirecte dans le phénomène de la vie, l'intervention de corps « unisseurs », analogue aux corps catalyseurs de la chimie, est nécessaire. Ces corps sont l'hydrogène, le carbone, le calcium, puis le phosphore, le soufre, le chlore, le sodium, le fer, l'arsenic, le magnésium, le manganèse, etc. Ces corps remplissent un rôle analogue aux crampons de fer et au ciment qui, en reliant les pierres d'un monument, permettent de l'élever très haut et de braver les forces terrestres et atmosphériques. La vie est donc dans son essence un oxydase d'azote et de l'antagonisme des deux gaz, unis pour ainsi dire malgré eux, résulte l'état perpétuel de crise où elle s'agite. C'est de là que découlent toutes les manifestations de la vie, y compris peut-être la conscience. Dans les êtres vivants, comme dans l'atmosphère, les molécules gazeuses d'oxygène et d'azote cherchent constamment à se libérer. Cette libération, c'est la mort.

L'action des corps unisseurs ou catalyseurs est complexe. Pour déterminer l'oxydase d'azote qui crée la vie, il faut une certaine température, il importe en outre que la quantité et la qualité des corps unisseurs soient exactement déterminées. Les circonstances très complexes nécessaires à la vie, l'antagonisme que ses éléments rencontrent dans le milieu terrestre, les propriétés fondamentales d'assimilation et de défense dont la vie a besoin exigent un travail, un effort qui sont réalisés par des valeurs extérieures, lesquelles impliquent des besoins internes. Ce besoin d'assimilation d'origine chimique dont la diversité de complications et de déviations est étrange, peut devenir un phénomène conscient.

(1) Dr G. Papillault. — *Des instincts à la personnalité morale.* Les conditions biopsychologiques de la vie sociale. Maloine, édit., 1931.

Les êtres vivants assimilent le plus souvent l'oxygène et l'azote dont ils ont besoin indirectement, en l'empruntant à un autre être vivant. C'est un *parasitisme* général qui s'est établi. Ce parasitisme se manifeste avec une infinie complexité, comme du reste la *symbiose* que l'on constate aussi un peu partout dans la vie. Héraclite, observant la lutte perpétuelle, résultant du parasitisme, proclamait que la guerre et la discorde conduisaient le monde. Anaxagore qui était frappé par l'harmonie que la symbiose faisait régner dans la nature, affirmait que l'amour seul orientait l'activité des êtres. Ces deux philosophes exprimaient une vérité ; le parasitisme et la symbiose se combinent chez les êtres supérieurs et partant chez l'homme.

En résumé, paradoxale est la situation de l'être vivant, plongé dans les éléments qui le constituent et pauvre au milieu de cette richesse. Il a faim d'oxygène, d'azote et d'une foule d'autres corps ; il doit s'efforcer de les combiner, de les fixer, de les arracher à ceux qui déjà les possèdent, car la vie de l'un dépend très souvent de la mort des autres. Tous ces besoins primordiaux qui s'imposent pour la vie, s'amplifient considérablement dans les organismes supérieurs.

La cellule est d'une extrême complexité avec ses éléments, micelles, chromosomes, chondrosomes, etc., elle est dans un état colloïdal constant. Composés de ces cellules, nous sommes des individus collectifs, soumis à la précarité même encore accentuée pour nous, précarité qui caractérise la vie. Notre organisme est un outillage protecteur, défensif. Véritable aquarium ambulant, il maintient clos le milieu intérieur colloïdal où vit la cellule qui ne prend aucune part aux fonctions de relation. La vie organique est constituée par deux ordres essentiels de phénomènes, l'*anabolisme* ou assimilation vitale et le *catabolisme* ou destruction fonctionnelle (Claude Bernard). La machine organique défensive est le parasite de la cellule dont le bioplaste assimile d'abord pour vivre mais aussi pour créer et faire vivre cette machine organique. Plus l'organisme est complexe, plus il a besoin de matériaux élaborés qu'il emprunte aux autres êtes vivants. La vie humaine exerce sur la nature ses déprédations et M. Papillault la compare à un feu grisou qui, s'étendant sur toute la terre, brûlerait tout dans un incendie vital et inextinguible.

Homo, homini lupus, a dit Th. Hobbes, après Plaute. L'homme joue alternativement le rôle de proie et de bête fauve.

Ces tendances, qui tiennent aux conditions mêmes de la vie, sont à l'origine des phénomènes inconscients. Cependant la conscience est un fait, elle existe comme la vie et il convient de dégager les conditions dans lesquelles elle apparaît.

Les phénomènes nutritifs sont parfaitement inconscients ; la conscience n'apparaît qu'à l'état de crise, et seulement à la période catabolique, lorsque le fonctionnement de la machine organique est troublé. La crise biologique est semblable à la crise économique qui ne devient consciente que lorsque la foule commence à en souffrir. Le processus anabolique ou d'assimilation est toujours inconscient. Inconscients sont encore les troubles de mauvaise nutrition, préludes des maladies dont on ne prend conscience qu'une fois qu'elles sont déclarées. Aussi grande est l'erreur de ces philosophes qui prétendent étudier la vie par la seule introspection.

Nous ignorons ce qu'est la conscience. Il est des réflexes inconscients qui, tout à coup, deviennent conscients. Les mouvements péristaltiques de l'intestin, par exemple, provoqués par l'action des nerfs sympathiques et parasympathiques, sont inconscients. Qu'une gêne mécanique survienne dans le cheminement du bol alimentaire, immédiatement cette gêne devient consciente et des douleurs se manifestent. Il en est de même des autres organes, foie, reins, cœur, etc.

Cette conscience est un cri d'alarme de l'organisme qui souffre. Les organes des sens sont aussi des avertisseurs qui peuvent protéger l'organisme avant que des lésions soient produites.

Tandis que les cellules superficielles de protection ont une grande résistance, d'autres cellules, comme les cellules nerveuses, sont d'une grande instabilité ; la plus faible excitation détermine chez elles une crise qui amène la décomposition de leurs éléments et qui se transmet aux centres nerveux. Ces crises sont à l'origine de toutes nos connaissances, de toutes nos réactions, tendant à satisfaire nos besoins instinctifs. Tout phénomène de conscience a pour condition primordiale une instabilité critique qui est un acte de défense. Donc toute crise détermine la conscience ; mais, pour que ce phénomène se produise, il faut que la crise ait une intensité et une généralisation suffisantes pour provoquer un mode de réaction qui n'est possible qu'à l'état conscient.

Cette réaction consciente de défense constitue l'*émotion*. Elle se manifeste parfois par un choc émotif, dû par exemple à la douleur, comparable aux chocs humoraux, qui trouble ou inhibe le

fonctionnement des organes. D'autrefois, l'émotion normale est un acte de défense amenant une tendance impulsive. Il existe encore des émotions d'origine centrale qui jouent le rôle d'avertisseurs à distance et utilisent l'expérience préalable.

Une excitation peut provoquer des émotions qui stimulent dans les centres cérébraux de multiples foyers que M. Papillault appelle des *épiorganes émotifs* et cette excitation peut donner lieu à des réactions très variées. Ainsi la vue d'une flamme peut également provoquer l'idée pénible de la crainte d'une brûlure ou l'idée agréable d'une chaleur bienfaisante.

Il peut en résulter des actes volontaires de défense variés, par exemple la fuite, la tentative d'éteindre la flamme, d'en éloigner les objets précieux, d'appeler au secours, etc., etc. Il y a alors mis en jeu des *épiorganes volontaires* que M. Papillault préfère qualifier d'*ergastiques*.

Mais avant que le choix de l'épiorgane idéomoteur soit déterminé, il y a une période d'hésitation qui permet de trouver l'acte nécessaire à exécuter. Il est vrai aussi que l'avertisseur sensoriel peut envoyer aux centres nerveux un stimulus qui reste sans effet et qu'au lieu de l'acte utile, nécessaire, il peut s'en produire un autre, car le fonctionnement des organes est loin d'être toujours parfait.

Tous les phénomènes que nous venons d'analyser se retrouvent dans les INSTINCTS dont la qualité primordiale est d'être *conscients* au cours de leur fonctionnement normal sous la forme d'un *besoin*. On peut définir l'instinct un mode compliqué d'adaptation organique au milieu et le besoin instinctif, le cri de notre conscience devant l'antagonisme irréductible, l'appel de détresse vitale devant une crise plus ou moins périodique que subit notre personnalité dans sa lutte pour la persistance de son être, de sa lignée, de son groupe social.

Le besoin offre pour chaque instinct un caractère particulier et la conscience joue toujours ici le rôle principal.

L'impression de satisfaction est variable pour la satisfaction du besoin de chaque instinct et il résulte une euphorie générale, un sentiment de bien-être complet si les actes nécessaires à cette satisfaction se sont accomplis avec facilité. Il est rare que l'attrait du plaisir se substitue au besoin et suffise à déclencher la réaction de l'instinct. Le gourmet, par exemple, n'appréciera la saveur d'un mets que s'il a de l'appétit, manifestation du besoin de l'instinct nutritif. Notons que le plaisir, comme la douleur, est un signal, adressé par notre organisme à notre conscience pour l'avertir de la réussite ou de l'échec de son fonctionnement.

Concluons que la compréhension de la nature d'un instinct exige qu'on tienne compte des phénomènes de conscience, liés à d'autres phénomènes d'ordre physiologique et biochimique très complexes et il nous est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer l'origine de ces derniers qui s'expriment par le besoin.

Le développement d'un instinct, l'intensité de ses besoins présentent de nombreuses variations individuelles, conditionnées par l'âge, l'hérédité, l'état des organes, la qualité des humeurs et des sucs endocriniens, les réactions du système nerveux, etc., etc. Chaque instinct se cérébralise de façon variable selon les échecs ou les réussites des expériences passées dont les épiorganes conscients ou inconscients ont conservé la trace. L'ensemble des instincts d'un individu constitue son *caractère*, forme la base de sa *personnalité* qu'influence l'hérédité. L'harmonie parfaite est loin de régner toujours entre ces instincts qui ont souvent beaucoup de peine à s'accorder entre eux.

Nous allons, maintenant que nous savons ce qu'est un instinct, passer en revue les principaux.

L'*instinct nutritif* est le plus important. La faim et la soif constituent un double besoin, qui obéit à un rythme journalier, imposé à la fois par les exigences de notre organisme et par l'habitude acquise. Ces sensations, créées par ce besoin, sont localisées dans l'estomac et la partie supérieure du tube digestif où le tact de la région buccale, les sens du goût et de l'odorat constituent des gardiens éducateurs qui inspirent le désir ou le dégoût de chaque aliment.

Le souvenir d'expériences passées, l'habitude, la mode mettent en jeu un nombre considérable d'épiorganes, fixés dans notre cerveau, épiorganes, conscients ou inconscients.

Pour satisfaire la faim, il est nécessaire de réaliser un certain nombre d'actes instinctifs, appelés volontaires, que l'on pourrait qualifier plus exactement d'*actes d'activité ergastique*, car ils remplissent une tâche donnée, la recherche de l'aliment. Cette recherche s'étend indéfiniment et presque sur tout le champ de l'activité humaine. Ce sont la chasse, la pêche, l'état pastoral,

l'agriculture, presque toutes les manifestations de la civilisation qui ont comme origine primordiale cette faim de l'azote, essence même de la vie.

La satisfaction du besoin nutritif amène la recherche de moyens raffinés dont l'exagération fatigue les organes. La *recherche du plaisir* ajouté, à la *satisfaction du besoin*, est sans doute un utile stimulant, mais poussée trop loin, et devenant exclusive, elle tombe dans l'*hédonisme*, qui accapare toute l'activité et a un résultat nocif.

Le besoin de l'expulsion des déchets, défécation, miction, résulte encore de l'instinct nutritif. L'innervation des organes qui y président, étant commune aux organes génitaux ou en étant voisine, a sur eux un retentissement fréquent et explique certaines perversions sexuelles.

Les conséquences intellectuelles de l'instinct nutritif sont des plus étendues. Elles vont jusqu'aux conséquences économiques extrêmes (commerce, monnaie, etc.). Il faut aussi noter ses conséquences mystiques, le jeûne religieux, la purification, le transfert de l'intérêt que nous portons à un acte important sur des processus éloignés qui crée des symboles. Le bâillement, spasme provoqué par l'attente de la nourriture, devient le symbole de l'ennui. Le dégoût alimentaire se manifeste comme le dégoût moral par une moue expressive ou l'aspect boudeur. La contraction des mâchoires est l'expression de l'effort volontaire. Enfin, une corrélation s'établit entre l'aliment physiologique et celui de l'esprit qui explique les rites de l'anthropophagie et de la théophagie.

L'*instinct du confort* complète en quelque sorte l'instinct nutritif. Il répond au besoin d'assistance quand les aisances coutumières viennent à manquer ; il déclenche des émotions parfois aussi intenses que le besoin nutritif. L'habitation, le vêtement, etc., répondent à l'instinct de confort. Un excès d'hédonisme dans la recherche du confort provoque l'amollissement des individus.

L'*instinct de conservation* détermine la lutte contre les êtres dangereux et les forces extérieures de la nature que nous avons tendance à personnifier. Le besoin de conservation est un veilleur toujours en alerte. Souvent c'est l'expérience acquise et même l'hérédité qui mettent l'instinct de conservation en jeu, par le fait d'une intuition qui n'est souvent qu'apparente et qui ordinairement succède à la réflexion. Parmi les réactions émotives qui lui sont consécutives, signalons la peur et la panique, la colère et la fureur qui déterminent des actes que réglemente le cerveau. Ces moyens ergastiques sont la lutte ou la fuite, qui peuvent se transformer en angoisse vigilante, en prudence, en haine, en ressentiment, en vengeance, en envie et même simplement en indignation morale. La guerre, avec les progrès techniques qu'exigent les nécessités de l'attaque et de la défense, dépend de l'instinct de conservation dont la satisfaction est souvent limitée mais qui, si elle est intense, crée l'impérialisme.

Cet instinct, suscitant la défense et la lutte, éveille l'effort volontaire et nous donne la conscience de notre valeur et de notre puissance.

L'instinct de conservation est en rapports étroits avec les instincts nutritifs et de confort.

L'*instinct sexuel* veille à la conservation de l'espèce. Jusque-là nous voyons l'individu borner ses instincts à un égoïsme absolu, ou à un *solipsisme* sentimental ; mais il ne trouve pas autour de lui que des adversaires, il a besoin de coopérateurs, d'auxiliaires ; pour les trouver, il lui faut d'autres instincts.

L'instinct sexuel ou de reproduction est de ce nombre. Il paraît intimement lié au fonctionnement des glandes génitales, mais il a, en réalité, une influence profonde sur notre organisation somatique et mentale, sur notre comportement individuel et social.

Le besoin sexuel joue un rôle considérable.

Le désir plus précis met en jeu les sens, l'odorat chez certains animaux, le tact (zones érogènes de Freud) ; il est souvent moins impérieux chez la femme que chez l'homme.

Les émotions sexuelles se compliquent d'un tel mélange de sentiments qu'elle sont difficiles à analyser. Les émotions tendres relient l'instinct sexuel à l'instinct grégaire. Toutes ces émotions ne conduisent pas uniquement à la fécondation ; elles provoquent une foule de conséquences ergastiques. La recherche des femmes par le mâle suscite des violences antisociales auxquelles on oppose des lois strictes, des initiations rituelles, même des mutilations (circoncision).

Cet instinct amène la création du groupe familial. L'interdiction de l'inceste, des mariages entre cousins, est destinée à maintenir la paix dans le groupe familial. La faiblesse de la femme qui, pour élever les enfants, a besoin de l'aide et de la protection de l'homme, resserre encore les

liens de la famille. Le développement précoce des organes sexuels, avant l'épanouissement complet de l'organisme, est un danger pour les mœurs. Il y a un fond de vérité dans la théorie excessive de Freud qui fait de l'enfant un polypervers. Elle pose des questions de morale difficiles à résoudre. Doit-on instruire de bonne heure les enfants sur les fonctions sexuelles ? Sur ce sujet délicat, il faut agir avec prudence et progressivement selon l'âge. Doit-on réaliser la coéducation des sexes ? Dans notre état de civilisation actuelle,la coéducation paraît prématurée et dangereuse.

Le Dr Papillault réfute la théorie de la *libido* de Freud. L'évocation innée de la jouissance sexuelle n'est pas à la base de l'amour des parents pour leurs enfants : cet amour provient de l'activité d'un autre instinct, l'instinct grégaire.

Les déviations de l'instinct sexuel sont nombreuses et fréquentes. Il en résulte un fâcheux dérèglement des mœurs, qui en dit long sur les désordres et la déchéance de notre civilisation.

Nous ne pouvons même pas aborder l'énorme influence de l'instinct sexuel sur la situation morale et sociale des groupes humains, sur les arts, la littérature, les croyances religieuses, les tendances psychiques.

Le sentiment de besoin de protection, de défense, manifeste déjà dans la famille, a développé chez l'homme, au fur et à mesure qu'il s'est civilisé, l'*instinct grégaire.*

Francis Galton a observé cet instinct chez les bœufs à demi-sauvages des Damaras, dans le Sud-Africain. Ces animaux, qui ne se témoignent entre eux dans leur troupeau aucun sentiment affectif, désorientés s'ils en sont séparés, manifestent une joie très vive quand on les ramène dans un groupe de leurs congénères. Il semble que cet instinct est chez eux accru par l'instinct de conservation (défense contre les fauves).

Cet instinct grégaire domine et pénètre les autres instincts. L'homme est un animal sociable, a dit Platon. *Væ soli* ! a proclamé l'Ecriture sainte. Galton parle à ce propos de l'agonie de la solitude. Les mystiques, qui cherchent dans la solitude des satisfactions d'ordre religieux, sont convaincus qu'ils se rapprochent des puissances spirituelles et cèdent à un instinct voisin que nous examinerons dans la suite, l'instinct hypergrégaire. Le besoin grégaire devient un désir. Il y a antithèse entre la symbiose qu'est la famille et le grégarisme. De cette antithèse naît la sympathie. Le grégaire recherche en effet des individus semblables à lui, qui sont ses égaux.

Cette fraternité égalitaire est poussée très loin dans le peuple qui considère toujours un peu comme un parasite qui vit à ses dépens, le chef, le directeur, le patron, qui lui est supérieur. L'instinct grégaire favorise l'individu et aussi la race.

La fuite d'un seul individu dans un troupeau entraîne le troupeau tout entier. Sans se confondre avec l'imitation, l'instinct grégaire la favorise et, de la même façon, il stimule la recherche et l'invention. Les individus de tendances communes se groupent ; plus ces tendances communes sont nombreuses, plus il y a de ressemblance et de confiance entre ceux qui les possèdent et plus sera puissant l'instinct grégaire. C'est là la caractéristique de la vie sociale.

La psychosociologie doit avoir une base biologique solide. La vie est une assimilation de substances intérieures qui deviennent des valeurs désirables du fait même de la difficulté de leur assimilation.

Les instincts de nutrition, de confort, de conservation sont des moyens qui assurent cette assimilation. L'instinct grégaire manifeste un nouveau besoin pour constituer une nouvelle forme d'assimilation, une nouvelle forme vitale d'adaptation, de nature surtout spirituelle, qui crée la vie sociale. La *suggestion* joue un rôle constant et important dans cette vie. La manipulation de l'opinion publique, selon l'expression de Edwars L. Bernays, la réclame pour laquelle la technique interdit d'avoir recours à la raison, la mode, les manières, les théories relèvent toutes de la suggestion et sont des tendances grégaires. Il y a une véritable contagion des manifestations émotives que crée un besoin intérieur de similitude.

Les meneurs et les menés réagissent les uns sur les autres. L'homme politique qui croit diriger l'opinion, est le plus souvent influencé par elle.

La mimique, la parole, l'écriture sont des actes psychiques extériorisés de l'instinct grégaire. Ces gestes qui, tout à leur origine, étaient des réflexes spontanés, sont devenus intentionnels en se compliquant. Les muscles de la mimique, de l'attention sont d'autant plus développés chez l'individu que sa sociabilité est plus grande.

Le Dr Papillault fait de cet ensemble d'actions et de réactions grégaires, d'une grande importnance psychosociale, un instinct secondaire qu'il appelle *instinct sématique* (de *sema*, signe).

Ainsi il existe d'une part des actions telles que la parole, l'écriture, la mimique, qui sont les ma-

nifestations de l'instinct sématique grégaire ; de l'autre les émotions produites sur ceux qui écoutant, lisant, regardant, subissent de ce fait des suggestions et satisfont ainsi leur besoin grégaire d'assimilation, par une sorte de contagion entre les consciences.

La mimique est surtout l'expression des émotions, elle est le prologue de l'action ; la parole vient ensuite, variée à l'infinie. Selon l'expression des Gnostiques, *Logos*, le verbe, est fils d'*Ennoia*, la pensée. Mais souvent les deux se confondent ou s'interposent. L'Eloquence, a dit Voltaire, est parfois « un déluge de mots dans un désert d'idées ».

Une pensée exprimée peut faire naître la contradiction. Celui qui écoute est contraint de faire un choix, de porter un jugement et, de ce fait, il a le sentiment (illusoire ou réel) de la liberté.

Il peut donc y avoir entre l'orateur et son auditoire de multiples causes de désaccord, mais le plus souvent le langage est un moyen puissant de l'instinct grégaire. L'auditoire résiste mal au plaisir de se mettre à l'unisson des émotions de celui qui parle ; lui résister exigerait un effort pénible qu'il préfère généralement éluder.

L'expression mimique et verbale, qui éveille les épiorganes des centres cérébraux, agit par un réflexe organique sur les muscles volontaires, mais aussi sur toutes les autres fonctions organiques et psychiques, même sécrétoires et nutritives. Elle excite ou inhibe les actes volontaires et peut ainsi devenir un guérisseur merveilleux. Tels sont le rôle et la nature de la suggestion qui tend, pour satisfaire le besoin grégaire d'établir entre les individus une *syndoxie*, c'est-à-dire un accord des consciences.

L'écriture, multipliée par l'imprimerie, étend indéfiniment et perpétue le rôle de la voix en faisant connaître la pensée des Anciens.

Tous les instincts qui satisfont des besoins organiques, sont pénétrés par l'instinct grégaire. L'instinct nutritif, l'instinct de confort sont fortement influencés par la suggestion. L'instinct de conservation dépend encore plus de l'instinct grégaire.

L'émotion grégaire atténue le jeu des contradictions, en déterminant la syndoxie, l'accord des consciences. Sans doute cet accord peut tenir à la paresse de l'esprit, mais il est surtout le résultat de la sympathie grégaire.

L'instinct combatif qui détermine la lutte est rarement individuel ; le chef qui commande, le dictateur qui ordonne, sent qu'il est soutenu, approuvé par ceux qui lui obéissent.

Intervenant dans l'instinct sexuel, l'instinct grégaire consolide les unions. Il a le défaut de créer aussi le régime des castes. En se généralisant cet instinct développe l'esprit critique, assimile les sexes, dissocie les liens de la famille et provoque la diminution de la natalité.

Constatons donc que, malgré leur autonomie, les instincts sont tous solidaires, que l'instinct grégaire, par ses actes sématiques, agit surtout sur les autres et que seul il peut rendre viable toute agglomération sociale.

L'instinct grégaire se heurte à des forces antagonistes puissantes.

La diversité des constitutions, des âges, des caractères sexuels, surtout les races, opposent à l'assimilation grégaire généralisée des obstacles, parfois infranchissables. Les villages, les tribus, les cités, les nations conservent un esprit particulariste qui s'oppose à une assimilation grégaire plus générale ; il en est de même des groupements professionnels où règne l'esprit de corps.

Ajoutons encore à ces forces en antagonisme permanent avec l'assimilation grégaire, d'autres de nature sociale, tenant à l'organisation même de la société, fondée cependant sur l'instinct grégaire, telles que la division du travail, les aptitudes différentes, le choix des chefs, les droits de l'ancienneté les examens, les concours, tout cela crée une hiérarchie de puissance et de responsabilité, peu compatible avec l'égalitarisme des grégaires dont le communisme répond aux aspirations profondes, sans pouvoir donner naissance à une société viable.

A côté, et complétant, si l'on peut dire, l'instinct grégaire, est ce que M. Papillault appelle l'*instinct hypergrégaire* ; il groupe sous ce nom des manifestations psychosociales tels que les phénomènes religieux, magiques, animistes, totémistes, spiritistes, etc., qui se rencontrent chez tous les peuples, phénomènes dont la science est impuissante à apprécier ce qu'ils contiennent de vérité objective.

Cet instinct hypergrégaire tire son origine de ce que l'instinct grégaire et les avantages immenses de la vie sociale ne mettent pas absolument l'individu à l'abri de certains dangers, tels que les accidents, les maladies, les bêtes fauves et nombre de catastrophes de toute origine.

La *magie* est une manifestation hypergrégaire qui se rapproche des croyances religieuses et qui prétend agir sur les forces naturelles.

Le sorcier ou le chaman en impose par le rituel

dont il se sert, par son costume et les instruments qu'il utilise. Il devient souvent le chef d'un groupement ou le conseiller écouté du chef.

Sa situation sociale est néanmoins instable, car ses échecs sont fréquents et faciles à contrôler. Le développement des sciences physiques a détruit l'influence de la magie chez les civilisés, il n'en persiste que des bribes. Cependant tout n'est pas absolument imposture dans la magie ; le baquet de Mesmer a permis la découverte de la suggestion hypnotique.

M. Papillault prétend que c'est à tort que certans considèrent la magie comme une altération ou une dégénérescence de croyances religieuses.

Les *religions* sont des manifestations hypergrégaires d'ordre plus relevé mais basées comme la magie sur des croyances qui n'ont rien à faire avec la science. La lutte contre les grandes crises de la vie individuelle et collective a provoqué l'apparition de l'animisme religieux. Les religions prescrivent toutes des cérémonies aux périodes critiques de la vie et tout particulièrement lors de la mort. La croyance à une âme immortelle, aux relations entre les âmes des morts et des vivants, constituent pour les adeptes d'une religion une société très élargie. Le culte des ancêtres, et parfois d'un ancêtre commun dans certaines religions, satisfait l'instinct grégaire et par le souvenir des expériences passées, fortifie la vie sociale. Le culte des héros peu à peu s'est confondu et s'est substitué, au culte des ancêtres. Ces héros ont été divinisés, sont devenus les grands Dieux dont le culte dans son essence même ne diffère guère du culte des ancêtres. Toutes ces croyances se sont modifiées, se sont épurées et ont donné naissance aux grandes religions actuelles.

Ces dernières donnent pleine satisfaction à l'instinct hypergrégaire, créant une société spirituelle parfaite avec un idéal de justice, de confiance en la Divinité qui commande à la Destinée. A l'extase des grands mystiques convaincus par la grâce de la présence effective de la Divinité, s'opposent la tristesse, l'angoisse de ceux qui sont persuadés que cette présence divine est pour eux moins sensible. Cette angoisse se rapproche de l'agonie de la solitude dans l'instinct grégaire de la Société. Chez les grands mystiques comme chez les grands savants s'observe la sensibilité exquise d'une élite capable certes d'atteindre les plus hauts sommets, mais aussi sujette au vertige.

L'instinct hypergrégaire religieux a d'importantes répercussions sociales ; il resserre les liens grégaires, exige la soumission des fidèles dont profiteront le plus souvent les hiérarchies pour se consolider, mais, au fond, il favorise la tendance grégaire vers le communisme égalitaire.

Au point de vue moral, les croyances religieuses tendent à faire calquer la conduite des individus sur un idéal divin, à pousser la personnalité morale du croyant à prendre comme modèle celle du héros. Elle suscite l'idée de culpabilité chez celui qui ne s'est pas conformé aux règles morales, donne le sentiment de responsabilité qui se poursuit même après la mort.

Généralement les religions procèdent à l'initiation de leurs membres à l'époque de la puberté, donnant à l'adepte, par une sorte de résurrection, une personnalité nouvelle. Peu à peu, les cérémonies de cette initiation dans la plupart des religions se sont rapprochées de la naissance.

***

Par cet exposé, qui pourrait donner lieu à des développements infinis, on a pu se rendre compte que les *instincts* n'ont rien de commun avec les *facultés* de l'ancienne philosophie. Ils se révèlent à la conscience par un besoin qui signale une crise survenant souvent dans les conditions les plus élémentaires de la vie.

Ils provoquent les impulsions émotives, suivies de réactions du cerveau, causées par les perceptions internes et les avertissements des sens et, d'autre part, au moyen des expériences antérieures enregistrées dans les épiorganes cérébraux sensitivo-moteurs.

La satisfaction du besoin qui en résulte provoque un sentiment de bien-être qui marque la fin de la crise et le retour à l'équilibre organique nécessaire à la vie.

D'autres facteurs interviennent qui concourent à former la *personnalité morale*. Ce sont les besoins instinctifs, variables selon les individus qui, peuvent entrer en conflit et il incombe au cerveau la tâche difficile de les mettre d'accord.

L'émotion stimule l'action réalisatrice et cette réalisation ergastique amène la satisfaction. Beaucoup de ces actions motrices sont inconscientes, beaucoup d'autres du fait de l'hérédité et de l'habitude le sont presque. Mais il faut compter avec les forces antagonistes ; alors apparaît le phénomène bien conscient qui exige un travail cérébral plus intense, un choix dans les moyens, des tâtonnements qui répondent au be-

soin de penser ou d'agir ; ce phénomène constitue l'*effort* qui permet de maîtriser les crises ; c'est le « véritable fait primitif du sens intime » a dit Maine de Biran ; c'est pour nous, le phénomène le plus important pour réaliser nos instincts. Mais si l'effort est utile, il est aussi pénible et nombre d'individus lui préfèrent la recherche immédiate du plaisir, l'*hédonisme*, qui, amenant la déviation vicieuse des instincts, aura plus tard pour eux les plus cruelles conséquences. Il y a donc un antagonisme fondamental entre l'effort et l'hédonisme et c'est la tension vers l'effort, juste adaptation aux nécessités inéluctables de la vie, qui constitue le fondement de la *Personnalité morale.*

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. Service du Professeur Achard

La pression veineuse périphérique (1)

M. F. Saint-Girons

Ancien chef de Clinique de la Faculté, Chef de Laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades

L'étude de la pression veineuse, tant à l'état physiologique que pathologique, est de date relativement récente.

On connaît fort bien tout ce qui touche la pression artérielle, on possède de nombreux moyens facilitant son étude.

Pour la pression veineuse il en va tout autrement ; il y a de cela quelques années on n'en savait que fort peu de chose, les moyens d'examen étant compliqués et les résultats obtenus imprécis et variables.

Depuis 1920, avec mon maître et ami le Professeur M. Villaret et différents collaborateurs : Grellety-Bosviel, Salax, Justin-Bezançon, nous avons essayé de combler cette lacune. Nos travaux ont été vérifiés par de nombreux auteurs autant en France qu'à l'étranger, à peu près tous ont été d'accord sur l'exactitude de nos recherches, de nos résultats.

Comment faut-il déterminer la pression veineuse ?

Le plus grand nombre de méthodes employées pour la mesuration de la pression veineuse sont des méthodes indirectes, elles donnent des résultats imprécis, c'est pour cette raison que nous employons la méthode directe, qui consiste à introduire une aiguille dans la veine, et à la mettre en communication avec un manomètre spécial.

Cette méthode directe a été appliquée par Moritz et Tabora en Allemagne, par Henri Claude, Porak et Rouillard en France, en 1914.

Voici la technique que nous employons : le sujet chez qui on désire étudier la pression veineuse doit être couché en position horizontale, le bras droit doit être placé dans le plan du cœur, le bras ne doit subir aucun compression du côté des vêtements, il doit être à l'état de flaccidité absolue, ainsi du reste que le sujet lui-même. Lorsque la veine est saillante on peut se passer de garrot, mais le plus souvent on est obligé d'appliquer celui-ci pour faire saillir les veines du pli du coude ce qui facilite leur ponction, puis on enlève le garrot.

Pour mesurer la pression veineuse on se sert d'un appareil composé essentiellement de trois pièces : 1° le manomètre à eau de Claude, celui qui sert à la mensuration de la tension du liquide céphalo-rachidien ; 2° un tube de caoutchouc qu'on trempe dans de l'huile d'olive stérilisée ce qui permet d'éviter la coagulation, ce tube a environ 5 à 6 cm. de long et sur lui on monte d'un côté un embout de seringue et de l'autre un tube de verre qui le joint avec le tube du manomètre ; 3° une aiguille à ponction veineuse assez grosse stérilisée. Si l'appareil fonctionne bien on voit l'aiguille du manomètre se déplacer, elle peut manifester des oscillations allant de 10 à 40, le chiffre maximum où elle s'arrête indique la pression veineuse.

On peut se servir de n'importe quel manomètre, mais il est préférable d'utiliser l'appareil qu'a fait construire, sous le nom de phlébopiézomètre, M. Villaret et qui est gradué en cm. d'eau et non de mercure comme le sont en général les manomètres. (L'eau est 13 fois et demie plus légère que le mercure). Cet appareil n'est pas indispensable, le manomètre de Claude peut suffire.

Cette méthode de mensuration est d'une extrême simplicité. Tout médecin sachant faire une injection intraveineuse peut l'appliquer aisément.

Pour pouvoir apprécier la pression veineuse, sa valeur, il faut savoir de quoi elle dépend, à l'état normal, physiologique.

En voici les facteurs : 1° la vis à tergo, consé-

(1) Leçon du 5 mai 1931, recueillie par Mme la Doctoresse Trifonoff.

quence et résidu de la systole ventriculaire, 2° la contraction des muscles périveineux ; 3° l'aspiration thoracique ; 4° l'aspiration systolique et diastolique dans le cœur droit, et surtout 5° le débit du ventricule droit. Les facteurs dont dépend la pression veineuse sont très complexes et pourtant les chiffres que nous obtenons sont très constants.

Il est certain que la pression veineuse peut, de ce fait, donner des résultats fort intéressants.

La pression veineuse, à l'état physiologique, est variable selon l'endroit où on la prend. Le chiffre normal de la pression veineuse au pli du coude pour l'homme est de 13 cm. d'eau, pour la femme de 12 cm. d'eau.

Ce chiffre paraît être constant, les variations à l'état physiologique ne dépassent pas un cm., ce chiffre a été confirmé par la plupart des observateurs, mais d'autres auteurs ont trouvé des chiffres plus bas.

La pression veineuse, prise à la veine jugulaire externe, si la tête du sujet est verticale, est de zéro ; si le sujet est en décubitus dorsal, elle est sensiblement égale à celle des veines du pli du coude.

Si vous prenez la pression veineuse au membre inférieur, le sujet étant couché horizontalement, elle est légèrement plus faible qu'au membre supérieur dans les mêmes conditions ; le sujet étant debout elle devient bien plus forte, elle atteint facilement 55 ou même 112 cm., la moyenne dans ces conditions étant de 80 cm.

Le sujet étant couché dans la position horizontale, si vous lui faites modifier légèrement sa position, la pression veineuse au niveau des veines du pli du coude augmente rapidement ; de même les contractions musculaires la font augmenter.

Chez l'homme normal, une saignée de 300 cc. ne modifie pas la pression veineuse. Si la perte de sang est plus importante par suite d'une forte hémorragie la pression veineuse tombe, mais elle remonte rapidement dès que l'hémorragie est arrêtée.

Pour G. Rosenthal, la chute de la pression veineuse à zéro est une indication précise de la transfusion sanguine.

L'expiration bloquée augmente considérablement la pression veineuse, mais la respiration normale ne la modifie guère.

La pression veineuse augmente au moment de la gestation ; ce fait dépend de troubles endocriniens.

On peut dire que chez le sujet normal il y a une relation certaine entre les pressions artérielle et veineuse : la première est de 13 cm. de mercure et la seconde de 13 cm. d'eau. Mais cette relation étroite n'existe pas à l'état pathologique, où bien des facteurs font varier en sens inverse la tension artérielle et la pression veineuse.

Peut-on tirer quelques notions pratiques, utiles, de ce que je vous ai indiqué ?

A l'état pathologique, tout obstacle qui siège entre l'endroit où l'on mesure la pression veineuse et le cœur droit augmente cette pression. Lorsque l'évacuation du cœur droit est insuffisante (myocardite, obstacle pulmonaire), la pression veineuse augmente dans toute l'étendue de la circulation veineuse.

Ainsi la pression veineuse peut donner des indications précieuses sur l'état des cavités droites du cœur.

L'étude de la pression veineuse a surtout une grande valeur dans les *cardiopathies*.

Elle donne des indications pronostiques et thérapeutiques. Le chiffre de la pression veineuse ne dépend pas de la nature de la cardiopathie, il dépend de la compensation, ou non, de cette cardiopathie. Des lésions graves du cœur ou de l'aorte, si elles sont bien compensées, ne modifient pas la pression veineuse.

Il n'en est pas de même de l'asystolie ; là l'étude de la pression veineuse donne des indications précieuses et précoces.

Je me rappelle une malade âgée de 55 ans, éthylique et syphilitique ayant un foie légèrement augmenté mais non douloureux, dont la pression artérielle était de 13 pour la maxima et de 6 pour la minima et dont la pression veineuse était de 25. Cette malade ne semblait pas dans un état alarmant le jour de l'examen, mais le lendemain on observa chez elle du purpura, des œdèmes, de la dyspnée, de la tachycardie, elle commençait une asystolie irréductible, et au bout de trois jours elle mourut.

Chez une autre malade atteinte d'insuffisance mitrale, dont la tension artérielle était de 17-8 et la pression veineuse de 24, j'ai vu apparaître 4 mois plus tard de l'asystolie.

Ces deux observations montrent combien la pression veineuse peut être utile pour apprécier l'approche de la décompensation de la lésion, de l'asystolie.

Quand l'asystolie est confirmée, la pression veineuse vous donne la possibilité de *mesurer* le degré de cette asystolie, elle montre de façon précise le degré de stase qui règne dans la circulation de retour. Vous savez que, avec le Prof. Vaquez, on distingue l'insuffisance ventriculaire droite et l'insuffisance ventriculaire gauche.

L'insuffisance strictement localisée au cœur gauche ne s'accompagne pas d'augmentation de la pression veineuse. Au contraire celle-ci s'élève dans l'insuffisance ventriculaire droite, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'insuffisance ventriculaire gauche. Dans l'asystolie confirmée lorsqu'on est hésitant sur l'issue de l'affection, la

persistance d'une pression veineuse élevée malgré un traitement énergique est d'un pronostic fatal.

Si la pression veineuse revient à la normale, on peut au contraire en conclure que le sujet pourra avoir des phases de guérison apparente.

Quel est l'effet des médications cardiaques sur la pression veineuse ? La saignée abondante de 400 à 500 cc. généralement diminue la pression veineuse très rapidement, d'autant plus rapidement qu'elle est plus élevée avant l'intervention.

Dans l'asystolie irréductible, les deux ventricules étant touchés, la saignée ne peut modifier que momentanément la pression veineuse.

La digitaline agit en diminuant la pression veineuse dans tous les cas de subasystolie.

Si la digitaline n'a aucun effet sur l'hypertension veineuse, ou si son action n'est que passagère, on devra avoir recours à l'ouabaïne qui diminue la pression veineuse sauf dans les cas d'asystolie irréductible.

Vous voyez tout l'intérêt que présente l'étude de la pression veineuse dans l'asystolie, elle n'est pas supérieure à celle de la pression artérielle mais elle a son utilité propre ; il faut donc les déterminer toutes deux.

La pression veineuse vous donne un renseignement de plus que la tension artérielle : elle précise si la cardiopathie est bien compensée (dans ce cas la pression veineuse est normale) ou, s'il y a insuffisance gauche, la pression normale vous montre que l'insuffisance n'a pas retenti sur le cœur droit ; si elle est élevée, elle indique la stase dans les cavités droites du cœur qui peut entraîner l'insuffisance cardiaque totale.

En somme, on peut dire que la pression veineuse et la pression artérielle se complètent, la pression veineuse précisant l'état de la circulation du cœur droit et la pression artérielle celle du cœur gauche.

La pression veineuse peut être modifiée dans d'autres circonstances pathologiques, telles les *compressions veineuses localisées.*

Dans les cas de compression de la veine cave supérieure, il faut, pour étudier la pression veineuse, la prendre aux deux bras, car si la compression siège au niveau du tronc même de la veine alors les deux branches s'en ressentent et la pression veineuse est élevée aux deux membres supérieurs et au cou et rester normale au membre inférieur.

Lorsqu'on pense à la compression de la veine cave inférieure, on ponctionne ou la saphène interne ou la saphène externe (le sujet étant en décubitus horizontal). Cette ponction est difficile, ces veines étant petites et dures ; souvent l'œdème vient encore compliquer la ponction. Il faut toujours prendre la pression veineuse en même temps au membre supérieur pour être certain du fait que l'hypertension est réellement localisée au territoire de la veine cave inférieure.

La pression veineuse périphérique n'est modifiée qu'indirectement au cours des compressions de la veine porte ; le syndrome de l'hypertension portale (tel qu'on le voit dans les cirrhoses du foie) a pour conséquence l'hypotension sus-hépatique ; il en résulte que dans le domaine cave supérieur, la pression veineuse est basse, tandis que, par suite de l'ascite, elle est élevée dans le territoire de la veine cave inférieure. Mais dans les cas où la cirrhose s'accompagne d'insuffisance cardiaque, la pression veineuse s'élève dans le territoire cave supérieur. Cette hypertension veineuse est irréductible dans le cas de cirrhose cardiaque.

Dans les cas de *médiastinite* la pression veineuse est augmentée ; de même dans l'anévrisme de la crosse de l'aorte. Dans la péricardite avec épanchement la pression veineuse ne subit pas de modifications, par contre, dans la péricardite sèche elle est augmentée à cause de la médiastinite concomitante.

Dans les *épanchements pleuraux* la pression veineuse est élevée, principalement dans les cas d'épanchement siégeant à droite, et une hypertension veineuse importante constitue une indication d'u gence de la thoracentèse. Cordier a montré que l'étude de la pression veineuse était intéressante chez les sujets auxquels on faisait un pneumothorax artificiel : la pression veineuse augmente ; mais il faut craindre une élévation importante qui indique un retentissement médiastinal excessif du pneumothorax, ce qui risquerait d'amener des accidents cardiaques.

Nous avons étudié la pression veineuse au cours des *varices.* Il faut distinguer les varices dites essentielles ou primitives et les varices secondaires, dues à une compression.

Dans le premier cas la pression veineuse est plus basse qu'à l'état normal, dans le second cas la pression veineuse est très élevée.

Nous avons étudié 120 cas d'*hypertension artérielle,* la pression veineuse reste normale tant que le cœur droit est suffisant.

Dans les néphrites aiguë, son peut voir une pression veineuse basse, ce qui s'explique du fait d'un spasme capillaire.

La pression veineuse élevée chez un hypertendu artériel est la preuve de la stase dans les cavités droites.

La pression veineuse est-elle modifiée chez les *hémiplégiques* ?

La pression veineuse est augmentée du côté paralysé dans l'hémiplégie flasque et elle est diminuée dans la spasmodique.

Dans les *traumatismes cranio-cérébraux* la pression veineuse est augmentée ou bien diminuée mais elle n'est pas pareille des deux côtés, et cette recherche constitue un test objectif qui permet de dépister la simulation.

Quelle est la pression veineuse dans les pneumopathies ?

Dans la *tuberculose pulmonaire* aiguë la pression veineuse subit des modifications variées suivant l'évolution ou la forme anatomo-clinique : élevée dans la granulie, basse dans les pneumonies et broncho-pneumonies caséeuses ; dans la tuberculose chronique elle est normale ou basse, le plus souvent elle est élevée dans trois éventualités ; dans les formes fibreuses, à la période qui précède l'hémoptysie et en cas d'épanchement pleural ou d'adénopathie trancher-bronchique ou médiastinite.

La pression veineuse au cours des *cyanoses* présente un réel intérêt car elle permet jusqu'à un certain point de discriminer les différentes variétés de cyanose.

Dans la cyanose congénitale, la pression veineuse varie suivant l'état fonctionnel du cœur. La cyanose par asystolie s'accompagne d'une pression veineuse élevée.

Dans la cyanose par troubles endocriniens (syndrome d'hypertension veineuse avec acrocyanose et insuffisance ovarienne) la pression veineuse est toujours élevée, et s'abaisse quand le traitement ovarien améliore les autres éléments du syndrome.

Enfin les cyanoses d'origine artérielle ou artériolaire, comme celles du syndrome de Raynaud comportent une pression veineuse normale ou abaissée.

Telles sont, très rapidement exposées, les notions fournies par l'étude de la pression veineuse ; elles présentent un réel intérêt, autant pour le diagnostic que pour le pronostic et le traitement en donnant sur le fonctionnement des cavités droites des renseignements précis, que ne peut fournir l'étude de la tension artérielle.

LA CLINIQUE OTOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Quand peut-on employer la seringue dans les affections de l'oreille ?

D'après L. BECO (1)

QUE FAUT-IL DEMANDER EN PRINCIPE AU SERINGAGE DE L'OREILLE ?

D'abord, et presque toujours uniquement, un *nettoyage mécanique* du conduit auditif, et de la caisse également, en cas de perforation large du tympan.

Ensuite, mais secondairement, une action antiseptique ou modificatrice quelconque. Toutefois, ce second but est bien mieux atteint par des bains d'oreille, précédés d'un lavage détersif.

***

Les Indications du seringage

Les bouchons et les corps étrangers.

Une remarque préalable s'impose : avant d'employer la seringue, il faut, pour éviter des erreurs de pratique, savoir s'il y a quelque chose à enlever. On n'utilisera pas, en effet, la seringue parce que le patient se plaint d'avoir l'oreille bouchée (ce qui est fréquent par suite de l'obstruction de la trompe d'Eustache, au cours d'un rhume, par exemple), ou parce qu'il a des bourdonnements.

Le *bouchon* reste l'indication la plus formelle du seringage ; mais on doit s'assurer, au préalable, de sa nature. A côté du simple bouchon de *cérumen*, qui peut être très dur et très fixé, on trouve parfois des masses *épidermiques* extrêmement adhérentes au conduit, voire au tympan ; les coups de seringue les ébranlent difficilement, ou, s'ils finissent par les détacher, ils le font avec effraction et au prix de vives douleurs.

Il est prudent dans tous les cas, il est indispensable en cas de bouchon épidermique, de faire au préalable des bains d'oreille répétés et prolongés, dans le but de ramollir, de dissocier, de décoller la masse avant de l'extraire. On recommande pour cela la paraffine liquide, ou mieux, une solution tiède de carbonate de soude, à 1 ou 2 %, ou simplement de l'eau bouillie pendant plusieurs jours. Pour les bouchons épidermiques, l'eau oxygénée est préférable ; encore convient-il de faire des bains nombreux.

Les corps étrangers peuvent, par contre, s'enlever assez facilement à la seringue, à la condition, lorsqu'ils sont durs, de ne pas être enclavés après avoir été enfoncés par une main maladroite, ou par le gonflement des téguments. Un bain d'oreille à la paraffine peut en faciliter l'expulsion, l'oreille en ayant été remplie le soir avant de se coucher. S'il s'agit de corps étrangers *végétaux*, susceptibles de s'hydrater et de gonfler, pas de bains aqueux, mais des bains d'alcool, ou de glycérine. S'ils sont gon-

(1) L. BECO. — Le seringage de l'oreille. (*Liège médical*, 13 septembre 1931.)

flés et ramollis, on peut tenter prudemment de les dissocier à la curette ou au stylet avant de seringuer. S'il s'agit d'*insectes vivants*, les asphyxier d'abord par un bain de paraffine ou d'alcool.

Les suppurations de l'oreille.

Ici, le seringage — et mieux vaut dire « le *nettoyage de l'oreille à la seringue* » afin de ne pas dépasser la portée utile du procédé — est recommandé, lorsqu'on trouve le conduit plein de pus, soit lors du premier examen, soit au cours de l'évolution de certaines otites. Le traitement des suppurations auriculaires par le seringage fréquent se révèle, en effet, comme inférieur au traitement par les pansements secs, que ceux-ci soient composés de gaze aseptique ou de cigarettes d'ouate boriquée.

Mais, dans les *otites suppurantes chroniques*, il n'existe pas d'autres moyens pratiques d'évacuer du pus épais, plus ou moins concrété et fétide, des débris épidermiques, ou des lamelles de choléstéatome, derrière lesquelles s'installent sournoisement les plus dangereuses lésions. Le pus ainsi évacué, il devient possible de faire pénétrer des instillations médicamenteuses dans la cavité du tympan à travers l'ouverture de la membrane, grâce à quelques pressions sur le tragus.

Dans l'*otite aiguë* ouverte, par contre, le traitement *idéal* consiste à introduire une mèche de gaze aseptique, à la renouveler une, deux ou trois fois par jour, suivant l'abondance des sécrétions, à recouvrir l'oreille de gaze, d'ouate et d'une bande, bref, à faire un pansement aseptique avec toutes les précautions désirables. C'est là le traitement des malades qu'on a « sous la main ». Mais, en clientèle, après le ou les premiers pansements classiques faits par le médecin ou l'auriste, force sera souvent de confier les pansements suivants aux personnes de l'entourage du malade.

A ce moment surgissent les difficultés, pour apprendre à ces aides improvisés les règles indispensables à la pratique de l'asepsie.

Si l'écoulement est abondant, on peut conseiller de l'étancher fréquemment, afin qu'il ne vienne pas souiller le pavillon de l'oreille et s'y infecter, et d'employer ainsi de l'ouate ou des mèches de gaze ; cependant ces conseils ne sont d'utilité que si leur exécution peut être faite proprement, sans risque d'infection.

C'est dans ces conditions que Beco considère à nouveau la *seringue* « *comme l'instrument avec lequel un maladroit, ou un inexpérimenté, peut faire le plus sûrement une bonne besogne de nettoyage* ».

Dans tous les cas, dit-il, c'est, entre toutes les mains, l'instrument le moins douloureux, et parfois le seul possible : malade par trop indocile, conduit ulcéré et gonflé, etc.

« Au début, tant que l'écoulement est surtout séreux et très fluide, faites étancher le méat et recouvrir l'oreille de gaze, quitte, s'il le faut, à donner, le matin de préférence, un ou deux coups de seringue pour enlever les flocons, qui remplissent le conduit. Plus tard, lorsque les sécrétions sont muco-purulentes et abondantes, on peut être obligé de seringuer deux fois par jour pour expulser les grumeaux, susceptibles de former des corps étrangers et, en se putréfiant, de provoquer la fétidité, malgré l'usage de produits tels que l'eau oxygénée.

« La fréquence et l'abondance des lavages sont commandées par l'abondance, la consistance, et éventuellement la fétidité de l'écoulement ; il convient, en tout cas, d'en être ménager, de ne les prolonger, ni de les multiplier plus que ce n'est indispensable. »

Lorsque les sécrétions auriculaires sont devenues rares et muqueuses, ce serait les entretenir bénévolement que de s'obstiner à seringuer l'organe, ou à le baigner d'eau oxygénée. A ce moment, l'acétate de plomb et le sulfate de zinc, à 1, 2 %, rendent de grands services sous la forme de 2 à 3 bains par jour ; ils tarissent souvent très vite un écoulement, qui paraissait vouloir s'éterniser.

***

Comment faut-il laver une oreille ?

Le liquide sera employé tiède ; il ne sera pas irritant sous prétexte d'être antiseptique ; la force, avec laquelle il sera projeté, devra être utile, mais non traumatisante.

Il est nécessaire, en effet, que la puissance du jet soit assez forte, pour que celui-ci ressorte par le méat en entraînant les sécrétions ou les sédiments, qui restent dans le cul-de-sac prétympanique ; elle ne doit pas être assez brusque pour traumatiser le tympan ou la caisse, et *causer de la douleur* au malade. Il faut surtout que le jet ne remplisse pas le conduit, qu'il soit assez mince pour que, dirigé tangentiellement à l'une de ses parois, il permette le « double courant ». Avec un embout d'un diamètre trop large, ou agissant au centre de la lumière du conduit, il se produit un mur d'eau au niveau du tympan, et le lavage profond devient impossible ; on n'obtient pas le jet de retour. C'est ce qui se passe avec la seringue terminée par une sphère, percée d'un trou à son centre, la seringue dite « à boule », qu'il faut entièrement condamner. Ne pas

oublier, après le lavage, de sécher le conduit à la gaze ou à l'ouate ; la chose est d'importance pour l'instillation médicamenteuse consécutive, comme pour le pansement ultérieur à la gaze ou à la cigarette d'ouate.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le syndrome bradykinétique ou bradyparkinsonien post-encéphalitique.

Tel est le sujet, que développa le Prof. CRUCHET au *Congrès de la Santé publique à Francfort-sur-le-Mein* (19-24 mai 1931) ; il fut très écouté, surtout qu'il pouvait s'exprimer en langue allemande apprise par lui au cours d'un séjour à la clinique du Professeur Erb en 1900, surtout aussi que, le premier, en avril 1917, il avait décrit l'encéphalomyélite subaiguë dans ses diverses modalités.

L'auteur étudie d'abord les phénomènes cliniques, dont l'état figé ou de cire, et insiste plus spécialement sur ce qu'il appelle la « bradykinésie », c'est-à-dire la lenteur des mouvements. Tous les actes, qu'ils soient physiologiques ou professionnels, demandent de un quart à trois quarts plus de temps et même davantage qu'auparavant. Il y a le retard dans le « démarrage », lenteur dans l'action elle-même, avec des arrêts ou « stoppages » au cours de l'exécution de l'acte, qui peuvent laisser le sujet dans les attitudes fixes les plus curieuses et incommodes : corps à demi-penché, cuillère ou fourchette arrêtées dans la bouche mi-ouverte, etc.

Et cependant, à certains moments, le malade peut courir, jouer à la balle, danser, aller à bicyclette, conduire une motocyclette, jouer du violon, du piano ou d'instruments à vent.

Le Prof. C. étudie ensuite les signes accessoires : le *tremblement*, qu'il sépare du tremblement parkinsonnien proprement dit ; puis les *spasmes de torsion*, dont il projette divers types sur l'écran, et qu'il a nettement étudiés en 1906 sous le nom caractéristique de bradykinésie spasmodique ; enfin, la *contracture pyramidale*, phénomène surtout associé.

Dans la deuxième partie de son exposé, l'auteur passe à l'étude du tonus bradykinétique, dont on doit la connaissance à l'Ecole bordelaise ; il définit les caractères particuliers de cette hypertonie bradykinétique, si différente de l'hypertonie pyramidale, et il en décrit les modalités en fonction de la position du sujet et de la statique, comme il l'a déjà établi en 1906.

Enfin, il fait connaître la notion toute récente apportée dans la science par un de ses élèves, Delmas-Marsalet, et découverte dans son service en 1927 : l'*allongement du réflexe de posture*, allongement surtout marqué dans le temps de détente. C'est là un fait original, entièrement nouveau, qui sépare, par la méthode expérimentale de la façon la plus évidente, le tonus bradykinétique du tonus pyramidal.

Ce phénomène, cependant, n'explique pas à lui seul l'état bradykinétique. Car si, par le test de la scopolamine, dû à Delmas-Marsalet, on supprime le réflexe de posture, il reste encore un certain degré de bradykinésie, causé, pour Cruchet, par des troubles supérieurs d'ordre volontaire et plus spécialement, pour H. Verger, par une modification profonde de la fonction automatique d'habitude.

L'auteur termine sa conférence par des considérations pratiques concernant le traitement du parkinsonisme post-encéphalique.

Les exercices physiques à dose modérée sont utiles, ainsi que le prouve l'étude du réflexe de posture. Les solanées (belladone, datura, jusquiame, ou leurs principes actifs : atropine, hyoscyamine, hyoscine, duboisine, etc.) ont une action bienfaisante indiscutable.

On peut y associer les arsenicaux et même les sels de mercure. L'autosérothérapie intrarachidienne a donné à Cruchet des résultats souvent favorables.

Seule l'association du syndrome pyramidal au syndrome parkinsonien contre-indique, dans une certaine mesure, le traitement par la scopolamine et ses dérivés. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 août 1931.)

Diagnostic de l'insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de l'insuffisance pancréatique externe est un problème, qui se pose assez fréquemment en clinique, et qui reste toujours très délicat, malgré les méthodes nombreuses d'examen, indiquées en ces dernières années.

Cependant, MM. Marcel LABBÉ et P. NEPVEUX démontrent, par l'étude critique des principaux moyens d'exploration fonctionnelle du pancréas, que nous ne sommes pas absolument dépourvus. L'établissement du bilan coprologique, l'épreuve de la digestion des noyaux, le dosage des ferments pancréatiques dans le liquide duodénal nous donnent le plus souvent,

par leur emploi simultané qui permet de les contrôler l'un par l'autre, une réponse décisive.

D'autres méthodes, souvent défectueuses, ont encore été préconisées ; mais on peut actuellement se borner à l'emploi de ces trois méthodes précédentes, à condition de les employer simultanément. (*La Presse Médicale*, 6 mai 1931.)

L'allergie cutanée.

M. Desaux. — L'auteur étudie l'allergie cutanée en temps qu'état de sursensibilité élective spécifique des cellules de la peau. La dermatose due à l'allergie cutanée doit être distinguée des manifestations tégumentaires, liées aux perturbations sanguines du choc hémoclasique ; elle fait suite au choc cytoclasique intracellulaire des cellules épidermiques et dermiques sursensibilisées. C'est là une notion fondamentale, dont on doit se souvenir aussi bien dans la recherche de l'allergie cutanée que dans son traitement. (*Bulletin médical*, 25 juillet 1931.)

Documents iconographiques, concernant l'évolution de six abcès gangréneux aigus, traités médicalement.

MM. L. Langeron et H. d'Hour pensent que souvent, dans les abcès du poumon, le traitement médical simple suffit pour obtenir la guérison. Dans les abcès aigus à pyogènes, la guérison spontanée est fréquente, mais les abcès gangréneux ont peu de tendance à la résolution spontanée, et l'on connaît leur gravité habituelle. Les six cas d'abcès gangréneux diagnostiqués par les auteurs, et traités à la période aiguë, se sont cependant terminés par la guérison. Tout en insistant sur la valeur du traitement médical, ils n'auraient pas hésité à recourir au traitement chirurgical si l'indication en avait été fournie, en particulier par la persistance d'un foyer suppurant étendu et chronique.

Dans la même période, trois autres cas d'abcès gangréneux aigus se sont terminés par la mort (hémorragie foudroyante, insuffisance cardiaque, cachexie), le traitement chirurgical n'étant pas indiqué ou ne pouvant être pratiqué. Une seule fois, parmi les 10 abcès gangréneux observés, il y eut indication nette du traitement chirurgical.

Dans les six observations rapportées, les auteurs ont eu toujours recours au traitement arsenical intensif par injections intraveineuses de novarsénobenzol ; à ce traitement arsenical fut associée, dans le cas paraissant particulièrement grave, la sérothérapie antigangréneuse.

Le novarsénobenzol fut injecté aux doses de 0 gr. 15 et 0 gr. 30 seulement, mais ces doses étaient répétées fréquemment, le plus souvent, tous les deux ou trois jours ; les auteurs préfèrent la répétition des doses minimes à des doses plus importantes, mais espacées. Il ne faut d'ailleurs pas hésiter à pratiquer ultérieurement quelques séries d'injections en raison de la possibilité de rechutes, d'ailleurs fréquentes. Au moment des rechutes, 2 ou 3 injections de 0 gr. 15 pourraient, dans la majorité des cas, faire disparaître la fétidité de l'haleine et des expectorations. Le sérum antigangréneux fut employé en injections de 40 cc. répétées fréquemment, mais seulement pendant la période aiguë. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, n° 6, 1930.)

Quel est le produit de choix à employer dans la méthode de Sicard pour le traitement des varices ?

L. Gaugier après avoir fait l'historique de la méthode, et énuméré le carbonate de soude, les sels de mercure, le citrate de soude, déclare que la méthode de choix consiste dans l'emploi du salicylate de soude, avec ses gammes de dosage. Douce dans son action, la solution salicylée sodique permet d'obtenir la guérison des varices, dans tous les cas où le traitement sclérosant est indiqué. De plus, il présente l'avantage d'être immédiatement très douloureux dans le cas où l'injection n'est pas strictement intraveineuse ; son emploi évite ainsi les escarres consécutives. L'auteur l'emploie depuis 1922, en sel chimiquement pur.

Les solutions sont à 20, 40 ou même 50 p. 100 ; elles sont et demeurent incolores ; elles sont conservées dans des ampoules en verre dur, verre spécial que le salicylate n'attaque pas. On commence par injecter deux centimètres cubes de la solution à 20 p. 100 ; ne dépassant pas cette dose à la première injection, on évite les phénomènes réactionnels de certains sujets ; deux ou trois jours après, le sujet revient, et, suivant l'effet obtenu lors de la première piqûre (car il faut tâter sa susceptibilité), on augmente ou non le titre de la solution ; on ajoute 2 ou 3 cmc. de la solution à 30 ou 40 p. 100, en profitant chaque fois de l'expérience acquise. Il convient toutefois de ne pas dépasser 6 ou 8 cmc. de la solution à 40 p. 100. Dans les cas heureux, dès la première injection, 8 à 10 cent. de longueur de veines s'oblitèrent. Après 4 ou 5 injections, on peut observer une sclérose complète des dilatations variqueuses de moyenne importance. Il convient toutefois d'augmenter assez rapidement les doses de salicylate pour brusquer l'irritation de l'endothélium veineux. Les petites doses, trop souvent répétées, finissent par durcir les parois de la veine, sans oblitérer celle-ci.

On peut aussi employer la quinine-uréthane, qu'il faut préférer à la quinine-urée (préférable pour les hémorrhoïdes).

Le morrhuate de soude, produit nouveau, est également à préconiser comme les deux autres

(5 à 10 p. 100) ; il est dépourvu de toxicité, et il a donné de bons effets sclérosants (*La Presse Médicale*, 2 mai 1931.)

Le rôle du terrain en dermatologie. Conditions favorisant l'apparition de la réaction cutanée inflammatoire.

M. A. DESAUX. — Laissant de côté l'allergie cutanée (ou état de sursensibilité spécifique élective des cellules épidermiques et dermiques), A. D. cherche à préciser les causes de l'état de sursensibilité cellulaire non spécifique et, dans deux derniers chapitres, essaie de démontrer que certains cas de prédisposition à la réaction inflammatoire sont expliqués soit par l'insuffisance, soit par l'excès de fonctionnement du système assurant les échanges cutanés, c'est-à-dire le ravitaillement des cellules épidermiques ou dermiques engagées dans la réaction et l'évacuation de leurs déchets. (*Progrès médical*, 21 mars 1931.)

Le rôle du terrain en dermatologie. La réceptivité morbide.

M. A. DESAUX. — L'auteur envisage successivement les conditions favorisant : 1° la pénétration des agents pathogènes à travers les assises superficielles cornées et précornées normalement protectrices ; 2° la pénétration des agents pathogènes issus du milieu intestinal à travers l'organisme jusqu'au tégument ; 3° la fixation des agents pathogènes au niveau de la peau. En particulier, il insiste sur la nécessité imposée au microorganisme de trouver, pour cultiver sur le tégument, un milieu de composition chimique et de réaction ionique convenable. (*Progrès médical*, n° 7 du 14 février 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Médecine coloniale.

(*Académie de médecine* ; 13-10-31).

A l'occasion de l'Exposition coloniale de Paris, l'Académie de médecine a consacré, le 13 octobre 1931, une séance spéciale aux questions relevant de l'hygiène et de la médecine coloniales. A cette occasion, des communications ont été faites par M. Mathis sur les spirochétoses récurrentes en Afrique occidentale française, par M. Marchoux sur le paludisme, par M. Mesnil sur la maladie du sommeil et par M. Dinguizli sur l'hygiène sociale en Tunisie.

— M. MATHIS montre les progrès considérables qui ont été réalisés en médecine coloniale depuis cinquante ans.

Vingt cinq ans seulement avant la fin du siècle dernier, dit-il, le clinicien ne pouvait guère se reconnaître dans le chaos des fièvres des pays chauds. C'était l'époque où Mahé, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, pouvait dire aux jeunes médecins de la marine partant pour les colonies : « Là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicieux Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du *vomito negro*. Défiez-vous : de la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné ... »

Aujourd'hui, ajoute M. Mathis, à nos jeunes camarades allant servir outre-mer, nous disons : « Partez sans crainte, mais continuez à combattre les anophèles, redoutables propagateurs de l'hématozoaire du paludisme, luttez sans merci contre les stégomyia qui transmettent le virus amaril, détruisez les poux responsables de la transmission du virus de la fièvre exanthématique et du spirochète d'Obermeier, exterminez les puces qui hébergent et véhiculent le bacille de la peste, méfiez-vous des tsétsés qui inoculent à l'homme le trypanosome de la maladie du sommeil... »

— M. MARCHOUX expose quelques considérations sur la biologie du germe du paludisme. Le paludisme est causé par l'évolution dans les globules rouges d'un protozoaire parasite, découvert en 1880 par Laveran. Introduit dans un vaisseau par la piqûre d'un moustique anophèle, sous la forme de *sporozoïte*, le parasite pénètre dans une hématie, s'y développe, arrive à l'état adulte en 48 ou 72 heures et se divise en segments, dont chacun, après éclatement du globule qui les contient, va se fixer sur un autre et recommence le même cycle. L'accès de fièvre, réaction de l'organisme, se montre au moment où s'opère la division des hématozoaires.

Outre ce type évolutif (type asexué : *schizonte*) de l'hématozoaire, il en existe un autre, également intra-globulaire, qui aboutit à la formation de corps arrondis ou semi-lunaires, éléments sexués (*gamètes*), les uns mâles, les autres femelles. Dans l'estomac du moustique, ces éléments sexués se fécondent l'un par l'autre. Une fois fécondé, le corps se mobilise, traverse l'estomac du moustique, arrive dans le sang de l'insecte où il se rompt, libérant la multitude de sporozoïtes qu'il renferme, sporozoïtes qui vont s'accumuler dans les glandes salivaires pour s'échapper au moment de la piqûre.

Vorke et Macfie ont établi que la quinine agissait sur les schizontes, mais que les gamètes et les sporozoïtes résistaient à son pouvoir toxique. Les gamètes sont, par contre, sensibles à l'action d'un produit

connu sous le nom de plasmoquine, et à celle de la préparation n° 710 de M. Fourneau. Notre arsenal thérapeutique nous permet donc aujourd'hui de lutter contre le paludisme, par des médicaments, plus efficacement qu'il y a quelques années. Nous ne possédons pas encore cependant le remède agissant contre les diverses formes du parasite avec assez de puissance, pour juguler définitivement l'infection palustre.

M. Marchoux rappelle, enfin, la valeur en prophylaxie antipaludéenne de la lutte contre les anophèles, et le rôle de protection des animaux domestiques en milieu rural; l'anophèle recherchant l'animal de préférence à l'homme pour sa nourriture.

Splénectomie pour anémie avec splénomégalie.

(MM. Courty et A. Bernard, de Lille. — *Société de chirurgie* ; 8-7-31).

MM. Courty et Bernard rapportent un cas de splénectomie pour anémie avec splénomégalie. Il concerne une jeune fille de 25 ans opérée en 1929. Le résultat immédiat fut très satisfaisant, le chiffre des globules rouges étant passé, peu de temps après l'intervention, de 2.600.000 à 4.300.000. Actuellement, deux ans après l'opération, la malade est toujours en bonne santé.

L'intérêt de ce cas réside, d'une part, dans la constatation du résultat éloigné de la splénectomie. Il réside, en outre, dans un point particulier de symptomatologie. Chez cette malade, en effet, on avait noté l'existence d'hématémèses, qui d'ailleurs ont cessé consécutivement à l'opération. Des troubles digestifs de ce genre ont été signalés par Brocq et Cain, par Grégoire et P. E. Weill dans les splénomégalies chroniques. Quel que soit leur mécanisme, encore discuté (altération du système porte ou altération du sang), il est évident que, dans le cas où ce symptôme est au premier plan, il peut égarer le diagnostic et faire penser à une lésion gastro-duodénale. M. Courty conclut qu'il sera toujours utile d'explorer la rate dans un syndrome digestif avec anémie et hématémèses, comme le conseille Grégoire, pour pouvoir pratiquer de bonne heure, s'il y a lieu, une splénectomie.

P. L.

Diabète tubérien avec polyurie, Œdèmes et rétention chlorurée.

(MM. Etienne May, I. Lhermitte et Kaplan. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-6-1931.)

Le problème du diabète nerveux n'a guère dépassé jusqu'ici le stade expérimental. Il n'existe aucune observation, où la clinique et l'anatomie pathologique s'accordent pour assigner comme cause du diabète une lésion nerveuse centrale. Les auteurs rapportent l'histoire d'un malade, chez lequel le diagnostic de diabète tubérien leur semble pouvoir être légitimement porté.

C'est un homme entré à l'hôpital, sans la moindre glycosurie, pour un syndrome cérébelleux gauche, dû à un foyer de ramollissement par artérite syphilitique. C'est au cours de l'hospitalisation que le diabète est apparu, malgré le traitement spécifique d'ailleurs. Il était donc naturel de penser qu'on assistait au développement d'une histoire pathologique unique, à l'extension d'une artérite cérébrale syphilitique, qui, après avoir touché le cervelet dans son lobe gauche, se localisait maintenant dans la région infundibulaire. La succession des événements suggérait ainsi fatalement l'hypothèse d'un diabète nerveux. L'examen histologique confirma cette impression clinique ; en plus d'une artérite cérébrale syphilitique diffuse, il y avait une altération très marquée des noyaux tubériens, où l'on place aujourd'hui le centre régulateur du métabolisme des sucres.

Il pourrait cependant y avoir coïncidence d'un diabète pancréatique par sclérose syphilitique de la glande, survenant chez un ancien spécifique, présentant par ailleurs des accidents d'artérite cérébrale. Contre cette hypothèse plaident les principaux traits cliniques de l'observation, et notamment l'association au diabète de trois facteurs assez anormaux : la polyurie, les œdèmes et la rétention chlorurée. En l'absence d'obstacle rénal, l'accumulation du NaCl dans le sang ne pouvait s'expliquer que par un trouble profond du métabolisme chloré. D'autre part, l'association paradoxale des œdèmes et de la polyurie, au moins, pour une part, indépendantes l'une de l'autre, faisait accepter, chez ce malade, l'existence d'un trouble régulateur complexe portant à la fois sur le métabolisme des sucres, sur celui de l'eau, et sur celui des sels. Ce sont là des faits d'attente, qu'il y aurait intérêt à étudier de plus près.

Inefficacité des arsénobenzènes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis parenchymateuse.

(M. A. Sézary. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* 12-6-1931.)

Le meilleur moyen de prévenir la neuro-syphilis parenchymateuse consiste sans aucun doute dans le traitement précoce et intensif arsénobenzénique ou mieux arséno-bismuthique conjugué. Pratiqué à la période première ou dans les premiers mois de la période secondaire, il paraît, en moins d'un an, mettre les malades à l'abri des complications nerveuses tardives. Mais, en cas de traitement tardif, il n'en est pas de même ; les altérations du liquide céphalo-rachidien persistent, et même certains signes objectifs, tels que le signe d'Argyll-Robertson ou une aréflexie achilléenne indépendante de toute névrite. Malgré son intensité et sa durée, le traitement tardif est souvent insuffisant, quand il comporte le 914 et le bismuth.

L'auteur ne croit pas que cependant de tels malades soient voués fatalement à la neuro-syphilis ; il est persuadé que, même tardif, un traitement par l'arsenic pentavalent (stovarsol) ou par la malaria est capable de prévenir ces redoutables complica

tions. Cependant, il faut ne se servir que des préparations les moins nocives pour le nerf optique, à des doses dont à la fois l'efficacité et l'innocuité ont été reconnues et chez des malades n'ayant aucune contre-indication à leur emploi.

L'action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques.

(M. Paul Chevallier. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 12-6-1931.)

Il paraît exister une catégorie de malades Hodgkiniens, chez qui des séances de Rayons X peuvent être évitées, au moins pendant une très longue période ; ils sont susceptibles d'être maintenus et améliorés par un traitement facile à faire. Les malades, qui peuvent se contenter de l'émétique sont ceux d'ailleurs précisément, qui donnent au radiothérapeute les moindres déboires. L'auteur a employé le stibyal, produit antimonié qui, chez certains malades, est injectable seulement dans les veines. Il l'injecte tous les deux jours, par séries de douze piqûres environ, aux plus fortes doses possibles, de 0 gr. 01 à 0 gr. 04 ; au delà de ces doses, on observe des nausées et des vomissements. On note, comme pour tous les médicaments, une dose optima, au-dessous de laquelle les résultats sont nuls ou médiocres.

Les accidents hypoglycémiques provoqués par l'insuline.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 19-6-1931.)

Il ressort des observations, faites par l'auteur, qu'il n'y a pas de relation constante entre l'abaissement de la glycémie et l'apparition des réactions symptomatiques ; les symptômes dits d'hypoglycémie ne sont pas la conséquence de l'hypoglycémie ; mais plutôt, la symptomatologie, aussi bien que l'hypoglycémie, qui sont souvent associées, sont toutes deux les conséquences de l'hyperinsulinisme ; les deux phénomènes se produisent simultanément sans être conditionnés l'un par l'autre.

Le traitement préventif consiste, pour s'efforcer d'éviter les accidents d'hypoglycémie chez les diabétiques, à assurer un bon équilibre entre le taux de l'insuline et la dose des aliments, à choisir judicieusement l'heure des injections et des repas. Le régime alimentaire doit être réduit au minimum ; les injections d'insuline ne doivent pas dépasser la dose de 20 unités, et elles doivent être réparties avec des intervalles à peu près égaux dans les 24 heures. Il faut, enfin, après les injections, éviter les exercices violents et la fatigue.

Le traitement curatif consiste, dans les formes bénignes, à faire absorber, dès le début des accidents, soit un fruit, soit deux à 3 morceaux de sucre. Dans les formes graves, où, cette ingestion est impossible, il faut injecter le glucose dans les veines ou sous la peau. Les injections d'adrénaline peuvent aider au relèvement de la glycémie, mais à la condition que le foie contienne suffisamment de glycogène, ce qui n'est pas toujours le fait chez les diabétiques.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des Sciences médicales.

Endocardite infectieuse subaiguë des sigmoïdes aortiques.

MM. Ch. Roubier, R. Froment et M. Plauchu présentent l'observation d'un homme de 39 ans, sans antécédents syphilitiques avoués. Deux crises de rhumatisme articulaire aigu depuis cinq ou six ans. Il y a cinq semaines, apparition soudaine d'une hémiparésie droite qui cède en quatre à cinq jours. Depuis état fébrile continu (37° à 38°5). A l'entrée, il n'y a plus de trace de l'hémiparésie. Au cœur, frémissement systolique de la base et gros souffle systolique râpeux se propageant dans les vaisseaux du cou ; en outre, souffle diastolique léger dans la région sternale. On doit donc admettre l'existence d'un rétrécissement et d'une insuffisance aortique, le premier étant prédominant. Ni gros foie, *ni grosse rate*, légère albuminurie, état fébrile (38°5 le soir), sans grands frissons ; ongles hippocratiques. Deux hémocultures sont négatives. Dans les derniers jours, apparition soudaine de signes de rétrécissement mitral. Mort subite.

Autopsie : endocardite ulcéro-végétante des sigmoïdes aortiques, avec dilatation anévrysmale d'un sinus de Valsalva et abcès du myocarde. Intégrité de la valvule mitrale. Viscères cardiaques.

Le diagnostic pouvait hésiter au début entre rhumatisme cardiaque évolutif et endocardite infectieuse, greffée sur une endocardite rhumatismale ancienne. L'absence de grosse rate et les deux hémocultures négatives plaidaient contre la seconde hypothèse. Mais celle-ci fut néanmoins formellement admise, à cause de l'hippocratisme digital et surtout de l'existence d'une hémiplégie transitoire.

Vaste cavité purulente intra-pulmonaire chez un diabétique.

MM. Ch. Roubier, R. Froment et M. Plauchu présentent l'observation d'un homme de 67 ans, diabétique, atteint d'une affection pulmonaire dont le début ne peut être précisé ; dyspnée modérée, expectoration sanguinolente, température aux environs de 38°5. A l'auscultation, foyer de râles fins au sommet gauche ; radioscopie : ombre vaguement triangulaire à base axillaire ; on pense à une pneumonie bâtarde ou à un foyer tuberculeux. Deux examens bactériologiques des crachats sont négatifs ; quelques jours plus tard, les râles deviennent plus nombreux, un nouvel examen radioscopique montre une belle image hydroaérique à la partie supérieure du poumon gauche.

Une ponction exploratrice à la partie supérieure de l'aisselle est négative. On pense néanmoins à une suppuration pleurale ou pulmonaire. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une vaste cavité intrapulmonaire renfermant une assez grande quantité de pus non fétide ; on avait un aspect intermédiaire entre la « pneumonie dissiquante nécrotique » de Letulle et Besançon et le véritable abcès du poumon franchement collecté. Du point de vue radiologique, l'image observée pouvait faire penser à une pleurésie interlobaire. Mais des travaux récents tendent à démontrer que la pleurésie purulente interlobaire doit être considérée comme une rareté, l'abcès pulmonaire au contraire comme très fréquent.

Images radiologiques d'épanchements hydroaériques intéressant la cavité péritonéale.

M. Langeron (de Lille) rappelle une observation antérieurement présentée à la Société par M. Pallasse et concernant une cirrhose du foie avec ascite accompagnée, après plusieurs ponctions évacuatrices, d'une image radiologique d'épanchement hydro-aérique intéressant tout l'abdomen. Il rappelle également, à cette occasion, une observation présentée par lui, à la Société médicale et anatomo-clinique de Lille, et concernant une femme entrée mourante à l'hôpital avec une ascite purulente à streptocoques ; la radio avait montré un niveau horizontal avec clarté supérieure et visibilité parfaite du diaphragme. A l'autopsie : cancer gastrique et ovarien avec perforation au niveau de la petite courbure. L'auteur souligne la rareté d'une telle constatation au niveau du péritoine, comparée à sa fréquence au niveau de la plèvre.

Fracture du maxillaire inférieur. Fistule salivaire.

MM. Clavel et Freidel présentent un homme de 49 ans, victime d'un accident qui provoqua une fracture du maxillaire inférieur, et une plaie de la région massétérine droite croisant perpendiculairement le trajet du canal de Sténon. Une fistule salivaire s'établit par cette plaie dès le lendemain de l'accident, et persista après la cicatrisation de la plaie. Traitement opératoire de la fistule ; réduction de la fracture. Actuellement, moins de trois mois après l'intervention, le résultat opératoire paraît à première vue très bon : la salive s'écoule par le nouvel orifice créé artificiellement. Néanmoins quelques réserves s'imposent : l'écoulement de salive est moins abondant que du côté sain, la parotide droite est aplatie, et il est possible qu'elle soit vouée à l'atrophie. En somme, bon résultat en ce sens que l'opéré a été débarrassé d'une fistule, qui l'obligeait au port continuel d'un pansement ; mais résultat médiocre au point de vue fonctionnel.

Pneumothorax tuberculeux spontané à étages.

MM. Bonnamour et A. Chapuy présentent l'observation d'un jeune homme de 23 ans entré à l'hôpital pour toux, expectoration, amaigrissement, anorexie. A l'entrée, infiltration du sommet droit avec râles gargouillants ; à gauche, signes d'hydropneumothorax avec quelques râles secs à l'extrême sommet. Nombreux B. de Koch dans les crachats. Radioscopie : à gauche hydro-pneumothorax avec niveau liquide remontant jusqu'au milieu de la plage pulmonaire ; un second pneumothorax enkysté se montre dans la région intercléidohilaire.

Il s'agit donc d'un pneumothorax tuberculeux spontané à étages. Dans la suite apparurent des signes de grand épanchement gauche. Une ponction retire 1 litre 1/2 de pus fourmillant de B. de Koch. Le malade meurt le même jour. A l'autopsie, tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale ; à droite, plèvre extrêmement épaissie, présentant deux poches distinctes.

Désarticulation de l'épaule droite et amputation intra-deltoïdienne gauche chez le même sujet.

M. Colson présente, au nom de M. Patel et au sien, un jeune homme de 19 ans qui, à l'âge de 10 ans, à la suite d'une brûlure par électrocution des membres supérieurs, dut subir une désarticulation de l'épaule droite et une amputation intra-deltoïdienne gauche.

L'auteur insiste sur les multiples avantages que présente cette dernière opération sur la désarticulation : conservation du moignon qui garde une assez grande mobilité, permettant au sujet de s'en servir, en l'appliquant contre le thorax, comme d'une pince avec laquelle il peut porter des paquets, des journaux ; en outre le moignon se prête bien à l'appareillage.

Eruption à la suite de l'application d'un emplâtre d'encens mâle.

MM. Bonnamour, Chapuy et Mlle Thorens présentent l'observation d'un homme de 65 ans, bronchiteux et emphysémateux, qui, à la suite de l'application d'un emplâtre d'encens mâle présenta, au niveau du point d'application, une brûlure assez étendue et, en outre, sur l'abdomen, le cou et les cuisses, une éruption rappelant d'anciennes bulles pemphigoïdes. Or, le malade nie avoir jamais eu de pemphigus, mais est sujet au psoriasis. Une cuti-réaction à l'encens mâle, fut positive. A noter que ce malade ne présente rien d'anormal en dehors de sa bronchite et qu'il n'avait pris aucun médicament à l'intérieur.

Coliques néphrétiques ; cathétérisme urétéral ; syndrome intestinal associé.

M. Giuliani présente l'observation d'un malade de 40 ans qui eut, à la fin de 1930, plusieurs crises de coliques néphrétiques. Ces crises furent calmées instantanément par le cathétérisme urétéral. Le calcul fut finalement expulsé.

Entre temps, le malade avait présenté des phénomènes intestinaux (gargouillements, constipation opiniâtre, énorme dilatation du gros intestin à la radiographie).

Société Médicale des Hôpitaux

Emploi de la choline chez les tuberculeux

M. CORDIER, après une expérimentation prolongée de cette substance, conclut qu'elle ne lui a donné aucun résultat thérapeutique. Ces conclusions sont corroborées par M. Bonnamour.

Pneumonie infantile prolongée.

MM. MOURIQUAND, SÉDALLIAN et SAVOYE présentent l'observation d'un enfant de deux ans et demi, qui a fait une pneumonie anormalement prolongée (vingt jours). Il s'agissait d'une pneumonie de *foyer unique*. Le diagnostic se posait entre pneumonie prolongée et pneumonie tuberculeuse. Une cutiréaction fut nettement positive. Cependant l'enfant fit une défervescence franche, et il quitta l'hôpital avec un excellent état général et sans conserver aucun signe sthéthoscopique, ni radiologique. De sorte qu'il semble bien qu'on doive admettre qu'il s'agissait d'une pneumonie franche chez un enfant en état de tuberculisation latente, donc à surveiller.

Hydropneumothorax spontané à étages.

MM. PAVIOT, DESPEIGNES et NAUSSAC présentent l'observation d'un malade chez lequel, lors d'un premier examen, on constata, à l'écran, l'existence d'un pneumothorax gauche, dont la poche, cloisonnée par une adhérence, contenait une exsudation à deux niveaux liquidiens.

Méningite cérébro-spinale guérie par la gonacrine.

M. PÉHU et Mlle LAMBERT relatent l'histoire d'un enfant de deux ans et demi, entré à l'hôpital Debrousse avec des signes méningés et une température de 39°4. La ponction lombaire donne un liquide « eau de riz », dans lequel l'examen microscopique montre des méningocoques, de nombreux polynucléaires, de l'hypoglycorachie et une hyperalbuminose de 2 grammes. On institue immédiatement la sérothérapie anti-méningococcique, qui est continuée pendant huit jours (20 cmc. intra-musculaires, 20 cmc. intra-rachidiens). Cette thérapeutique n'ayant donné aucun résultat, on tente un traitement à la gonacrine au 1/50000 (1 cmc 1/2). Au bout de huit jours de cette thérapeutique, une amélioration se manifeste nettement et, dix-sept jours après, l'enfant quitte le service en voie de complète guérison.

Sérothérapie et chloroformisation combinées dans un cas de tétanos grave.

M. HENRY et Mlle LAMBERT présentent l'observation d'un enfant de 7 ans, envoyé à l'hôpital pour tétanos grave. Cet enfant était sujet depuis l'âge de 2 ans et demi à des crises convulsives avec chute et perte de connaissance, et était en outre très arriéré. Au cours d'une crise épileptiforme, il se blessa à la tête, et, quinze jours après, apparut un trismus, suivi bientôt de tous les signes classiques du tétanos. La sérothérapie pratiquée pendant quatre jours (2 injections intra-musculaires de 50 cmc. puis 2 de 30) ne donne aucun résultat. On fait alors pendant cinq jours de suite une anesthésie générale au chloroforme (1/2 heure), et pendant cette anesthésie, on injecte 50 cmc de sérum intra-musculaire. Une amélioration très nette se manifesta, suivie bientôt de guérison complète. Il semble que, conformément à l'opinion de Leclerc, la chloroformisation libère les toxines tétaniques, qui seraient ensuite immédiatement neutralisées par le sérum injecté.

Maladie de Bouillaud sans rhumatisme antécédent.

M. MARTINE présente l'observation d'un malade de 43 ans qui, entré à l'hôpital pour de l'oppression, fit par la suite de la fièvre à 39°5, puis présenta ultérieurement un frottement péricardique (sans albuminurie ni hypertension), puis des râles et des frottements pleuraux aux deux bases. Le traitement salicylé fit disparaître tous ces signes. Il n'y eut jamais de phénomènes articulaires.

Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie d'Addison.

MM. A. DUMAS, DECHAUME et FEUILLADE présentent l'observation d'un homme de 34 ans, entré à l'hôpital avec de l'obnubilation intellectuelle touchant à la confusion mentale, de l'asthénie, de l'hypotension artérielle (11,5/8). Malgré l'absence de pigmentation, on pense à une atteinte possible des sur rénales. Dans un deuxième séjour, le diagnostic s'est précisé : accentuation de l'asthénie, légère pigmentation surtout au niveau des mains, et de la muqueuse buccale, tension, 10/6. Lésions discrètes du sommet gauche. Mort en état d'asthénie progressive. A l'autopsie, lésions fibro-caséeuses du sommet gauche, tubercules caséeux très nets des deux capsules surrénales, granulations tuberculeuses disséminées dans les deux organes. Ganglions cœliaques caséeux.

Emphysème sous-cutané dans la pneumonie ; pathogénie.

MM. CORDIER et M. PLAUCHU rapportent trois cas d'emphysème sous-cutané, survenu au cours de la pneumonie, et rappellent les théories invoquées pour expliquer ce phénomène :

1° l'emphysème serait dû à la rupture d'une caverne ou d'une simple vésicule pulmonaire ;

2° l'emphysème serait dû à la rupture ou de la trachée, ou des grosses bronches ou des bronches intrapulmonaires de première division.

Un cas de kala-azar.

MM. PÉHU et BERTOYE présentent l'observation d'un enfant de 5 ans, amené par ses parents pour de la faiblesse générale et de la fièvre. Celle-ci est irrégulière (entre 36°5 et 39° ou 40°) ; l'enfant présente une

pâleur blafarde ; grosse rate, gros foie. Séro-diagnostics (typhique, paratyphique, fièvre de Malte) négatifs.

L'examen du sang montre une diminution des polynucléaires, augmentation des mononucléaires avec leucopénie générale, myélocytes en abondance ; état lactescent du sérum. Sur des frottis de pulpe splénique on constata la présence de corps de Leishmann typiques. Le diagnostic de kala-azar, de leishmaniose était indiscutable. Traitement par injections intraveineuses de tartrate double d'antimoine et de sodium (stibyal) puis par des injections intra-musculaires de néo-stibosenne et enfin de stibional. Le malade est actuellement en bonne voie de guérison. Le kala-azar, maladie d'abord localisée à l'Inde, a été signalée ensuite en Tunisie (Nicolle) puis en Algérie, en Espagne, en Italie, enfin en France sur le littoral méditerranéen. Le malade de MM. Péhu et Bertoye, originaire de Remiremont, n'avait quitté cette ville que pour venir à Lyon. A noter qu'il avait joué avec les chiens d'un cirque installé dans le voisinage de la maison de ses parents.

Les auteurs insistent sur la valeur du traitement antimonial : la maladie laissée à elle-même est toujours mortelle.

A. C.

FAITS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Sédation rapide, durable et souvent guérison de névrites, sciatiques et lumbalgies par injections de Cibalgine

Par le Dr Henri Guillon (du Cannet.)

Il nous a été donné de traiter depuis quelques mois plusieurs cas de sciatiques, de névrites et de lumbalgies au moyen d'injections locales de Cibalgine. Ce médicament, considéré habituellement dans ses effets analgésiques généraux, nous a donné, administré de cette façon, en injections *locodolenti*, des résultats si brillants, que leur publication nous a semblé utile, en vue de signaler cette nouvelle ressource thérapeutique à ceux de nos confrères, qui se trouvent en face de cas de clientèle, souvent fort embarrassants, où la médication habituelle ne donne que des résultats insuffisants et incomplets.

Voici les observations résumées de quatre de nos malades ; une cinquième nous a été communiquée par notre excellent confrère, le Dr Furet, qui nous l'a envoyée l'été dernier de Brides.

Premier cas. — M. G., ancien adjudant de gendarmerie. Est pris d'une violente douleur le dimanche matin, 1er juin. Me fait appeler, ce même jour, à 3 h. après-midi. Je constate une douleur paroxystique, localisée par le malade à la région lombaire et fessière et s'étendant jusqu'au creux poplité et une douleur provoquée à la pression dans la région lombaire, à l'émergence du sciatique. Signe de Lasègue très nettement positif. Abduction combinée à la flexion : mouvement indolore.

Je diagnostique une sciatique rhumatismale au premier jour de crise. Le malade a d'ailleurs été autrefois évacué et hospitalisé pendant la guerre pour crise de sciatique. Comme il souffre vivement, j'hésite entre l'emploi de la morphine et de la cibalgine. Trouvant de la cibalgine dans ma trousse d'urgence, j'en injecte le contenu d'une ampoule dans la région fessière en poussant l'injection profondément, le plus près possible de l'émergence du sciatique.

Une demi-heure après le malade se lève et marche. Je le revois le lendemain pour instituer un traitement général mais il ne souffre plus et je m'abstiens de toute prescription.

Légère alerte, cinq jours après. Une deuxième injection de cibalgine, dans les mêmes conditions, procure une sédation immédiate, et, depuis, le malade n'a plus souffert.

Deuxième cas. — M. P., voisin du précédent. Sciatique droite d'étiologie incertaine. Grand blessé de guerre, jambe et cuisse gauches. Souffre horriblement depuis 15 jours, insomnie complète. On avait appliqué, sans succès, vésicatoires et emplâtres, frictoins, etc.

J'injecte, comme précédemment, une ampoule de cibalgine. Une demi-heure après le malade était au dehors à 250 mètres de sa demeure. Deux jours après, il a repris le travail des champs. Une seule injection a donc suffi à mettre fin à la douleur, et à permettre, en deux jours, la reprise de l'activité professionnelle.

Troisième cas. — Mme B., présente, depuis huit jours, les douleurs lombaires violentes d'un lumbago rhumatismal. Une injection de cibalgine *locodolenti* deux jours consécutifs.

Sédation complète et définitive de la douleur.

Quatrième cas. — M. C., électricien. Le 26 juin se plaint de douleurs lombaires aiguës, ayant le caractère d'un lumbago traumatique. Dit avoir fait un effort en travaillant et a demandé à être mis à l'assurance. Le 28, état stationnaire. Je lui injecte à mon cabinet, une ampoule de cibalgine dans la masse musculaire douloureuse. Une demi-heure

après, la douleur avait disparu et n'a pas reparu depuis.

Cinquième cas (Dr Furet). — Soignant depuis cinq jours une vieille rhumatisante (âgée de 78 ans), souffrant d'une sciatique, sans obtenir de sédation par les moyens habituels, je tentais une injection d'une ampoule de cibalgine faite profondément au niveau de l'émergence du nerf, siège du point le plus douloureux. Une demi-heure après l'injection, la malade, considérablement soulagée, put s'endormir pour toute la nuit, ce qu'elle n'avait pu faire depuis cinq nuits. Les jours suivants, la douleur fut fortement atténuée, ce qui lui permit de reprendre son petit train-train habituel. J'ajoute que je n'ai constaté, malgré le grand âge de la malade, aucune réaction fâcheuse à la suite de l'injection.

Dans nos sciatiques, nous pratiquons habituellement l'injection para-nerveuse, avec une aiguille de 10 cm. enfoncée profondément de 5 à 9 cm. suivant l'adiposité du sujet, à un pouce en dehors de l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la ligne unissant l'articulation sacro-coccygienne au bord postéro-externe du grand trochanter (technique de Lévy et Beaudoin).

Les injections de Cibalgine, depuis que nous les utilisons ainsi, en injections profondes, se sont montrées bien plus efficaces que l'injection de morphine, à laquelle le praticien hésite à recourir, et dont l'action est toujours fugace. Eminemment bénigne, la Cibalgine, qui ne comporte aucune substance du tableau B, n'a aucun des dangers des stupéfiants, et n'expose pas le praticien aux mêmes ennuis professionnels.

Sans doute, trouvera-t-on des cas, qui lui seront rebelles, et où il sera indiqué de recourir aux moyens héroïques, comme les injections rachidiennes ou épidurales, voire aux moyens chirurgicaux, comme l'élongation et le hersage du nerf, la libération des adhérences, les résections osseuses ou tumorales. Mais ce sont là des cas plutôt exceptionnels, et, dans la pratique, nous pensons que nombre de sciatiques, de névrites ou de lumbalgies peuvent être traitées avec de beaux succès par les injections locales de Cibalgine, qui ont si bien réussi chez plusieurs de nos malades.

CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE A VITTEL

24-25 *mai* 1931.

Il fut ouvert, dans la grande salle des Fêtes du Casino, par le Docteur Jean Bouloumié, administrateur délégué, maire de Vittel, en présence de plus de trois cents congressistes : médecins, chirurgiens, hydropathes, urologues pour la plupart, réunis à Vittel qui est la capitale du Rein.

Un voile de tristesse, dont l'ombre ne s'est pas dissipée les jours suivants, planait sur l'assemblée : Pierre Bouloumié n'était plus là.

« Quelle que puisse être la distance qui sépare les « idées qui vont s'affronter, nous espérons du moins « que vous serez tous d'accord sur un point, c'est que, « dans de très nombreux cas, la cure à la Grande-« Source constitue un bienfaisant recours pour les in-« fortunés lithiasiques », a dit Jean Bouloumié, aux côtés des Professeurs Legueu et Marcel Labbé.

Le Professeur Spillmann, Doyen de la Faculté de Nancy, avec les Professeurs Santenoise et Perrin, avec la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est et l'aide de Monsieur le Professeur Merklen ont réuni leurs efforts en vue du succès de ce congrès, si bien organisé par Monsieur le Docteur Boigey.

Après l'allocution du sympathique Président de la Société de Médecine de Vittel, le Dr Lhuillier, aussi aimable et actif dans les Vosges qu'à Cannes, a chaleureusement remercié la docte assemblée ; il lui a souhaité la plus cordiale bienvenue à cet original et utile Congrès.

« Original, dit-il, parce que c'est une des premières « fois en France, que médecins et chirurgiens s'as-« semblent « pour mettre au point un sujet qui inté-« resse à la fois la médecine et la chirurgie ».

Aussi n'a-t-il pas ménagé ses remerciements à Messieurs les Professeurs Legueu et Marcel Labbé, qui ont de si nombreux titres à l'estime universelle, à Messieurs les Professeurs et Maîtres réputés venus de partout prendre part à ces travaux remarquables.

Depuis le Congrès de l'Arthritisme, en 1927, la mort impitoyable nous a ravi André Léri, Feuillié, et enfin Pierre Bouloumié qu'elle trouva debout.

Les rapports attendus commencent alors. C'est une bonne fortune que d'entendre Monsieur le Professeur Loeper rapporter, avec Messieurs Soulie et Tonnet, des travaux importants sur la *Formation de l'Acide oxalique et sa précipitation rénale.*

Il s'agit d'une oxalémie qui, à petit feu, devient la goutte hydrocarbonée oxalique, maladie précipitante, précipitée par les alcalins, à l'inverse de la goutte urique.

Ensuite, M. le Professeur agrégé Heitz-Boyer met en lumière l'*Action lithogène du syndrome entéro-rénal*, où l'on retrouve souvent le colibacille et l'entérocoque à l'origine méconnue des infections urinaires, qui en définitive sont secondaires : c'est très utile pour éviter des récidives.

En dehors de ces infections, le même processus est suivi de lithiase oxalique aseptique.

Le métabolisme calcique est dominé par certaines glandes internes.

M. le Professeur agrégé Pasteur-Vallery-Radot, avec M. Maurice Derot, étudie les *Troubles fonctionnels des reins, dans la lithiase rénale.* Ils nécessitent la recherche albuminurique, le dosage de l'urée dans le sang, la constante de la sécrétion de celle-ci et l'élimination de la phénolsulfophtaléine pour décider de l'intervention.

M. le Professeur agrégé Guy Laroche fixeles relations entre la *Lithiase urinaire et les maladies de la nutrition,* établies et mises au point par les recherches récentes, l'étude du terrain modifié, les faits cliniques anciennement observés, la biochimie, l'influence héréditaire et les tares acquises.

Passant en revue les *Indications* du *traitement chirurgical de la lithiase rénale,* M. le Professeur Legueu les classe suivant leur localisation dans le rein ou dans l'uretère, et leur pronostic diffère suivant leur volume, l'inflammation etc. Il conseille le plus souvent le traitement médical et hydro-minéral, s'il s'agit d'un rein unique.

Ce traitement médical de la lithiase rénale est développé par M. le Professeur Marcel Labbé, qui insiste d'abord sur le régime, suivant l'origine :

formation de l'acide urique à combattre ;

oxydation de celui-ci à faciliter ;

élimination enfin à favoriser.

La question de diététique est de première importance.

Les Professeurs Marion et Abrami mettent au point, avec la minutie et la précision qu'ils apportent à toutes leurs recherches, les indications médicales et chirurgicales, relatives à l'*Infection dans la lithiase urinaire,* en se basant sur l'état des reins et la résistance du malade.

Les renseignements fournis par le *Radio-diagnostic de la lithiase urinaire,* la collaboration nécessaire des deux spécialités sont, au point de vue technique, magistralement passés en revue par M. le Docteur Belot, électro-radiologiste de l'Hôpital Saint-Louis.

Monsieur le Professeur Jeanbrau a été écouté avec le plus vif intérêt, quand il a exposé si lumineusement tout se qui se rapporte à l'*Anurie calculeuse et à son traitement.*

M. le Professeur agrégé Maurice Chevassu s'étend, en grand maître, sur l'*Utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux.*

Ses projections, ses instruments ingénieux, ses collections patientes et remarquables, tout contribue à faire de son œuvre un chef-d'œuvre.

La conscience et le prodigieux labeur, qui attiraient déjà l'attention sur le Docteur O. Pasteau, alors qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu, n'ont fait que s'accroître avec sa maîtrise. Il le prouve en passant en revue Les *causes de récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein,* il le prouve par toute sa carrière.

La lithiase urinaire chez l'enfant, lithiase urique, oxalique, phosphatique, plus fréquente chez les garçons, plus difficile à diagnostiquer, est étudiée à fond par M. le Professeur P. Merklen, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Si l'infection est plus rare que chez l'adulte, les récidives sont très fréquentes et les difficultés sont singulièrement accrues.

De très nombreuses communications ont été rapidement présentées. Elles ont un intérêt pratique de grande valeur.

Par exemple, celle du *Self contrôle hebdomadaire de l'état de prélithiase,* et aussi *les directives du traitement préventif de l'état de prélithiase,* la conduite, la surveillance et l'hygiène de l'arthritique, candidat à la lithiase. tout cela méritait mieux qu'une brève communication, faite par le Docteur Jacques Sédillot

Par exemple encore, l'*anhématose et la lithiase urinaire* étudiée par le Docteur J. Pescher, qui a consacré sa vie à lutter contre l'auto-intoxication de l'organisme, par le manque d'exercice, le manque d'air et de capacité respiratoire, en perfectionnant la *spiroscopie,* pratiquement réalisable : c'est encore une leçon d'hygiène primordiale, une leçon d'entraînement à fournir la dose minima d'oxygène utile aux oxydations dans l'organisme.

Et toutes les communications des médecins ou chirurgiens venus de la France et de l'Etranger, qu'il faudrait relater !

Bien plus, il faudrait consacrer un compte rendu spécial des communications faites par les spécialistes des stations hydrominérales, dont un chapitre, très important, serait consacré aux travaux des médecins de Vittel : du Dr Violle sur la *Lithiase phosphatique, complication diététique de la lithiase urique* ; du Dr Monsseaux, sur les Indications du *Traitement hydrominéral de la lithiase réno-urétérale par les eaux diurétiques* ; sur *les modifications apportées aux conditions de la circulation, au cours du traitement de la lithiase rénale, par la cure diurétique* due au Docteur Amblard etc.

Grâce à l'action diurétique de la Grande Source, et hépatique de la Source Hépar, le Docteur Lhuillier établit le *Traitement de la lithiase oxalique* à Vittel.

Pour le traitement des complications septiques de la lithiase par la cure diurétique, le Docteur Guyonneau combat l'infection, tantôt cause, tantôt conséquence de la lithiase : dans ce but, il met en œuvre toutes les ressources de Vittel et, s'il y a hydronéphrose lithiasique infectée, il ajoute les antiseptiques urinaires à doses réfractées et la vaccinothérapie buccale.

L'élimination des calculs urinaires pendant et après la cure de Vittel, la lithiase phosphatique sont exposées par le Docteur H. Paillard avec la maîtrise, que lui donne sa grande expérience. Sa grande éloquence et son grand cœur sont admirables et plus manifestes encore, pendant la cérémonie qui exalte la mémoire de Pierre Bouloumié, digne continuateur de l'œuvre de son père Louis Bouloumié et de son frère Ambroise, Jean tient maintenant haut et ferme le flambeau, transmis par ses aïeux.

Il faudrait aussi parler des discours prononcés à la fin du magnifique Banquet, offert au Grand-Hôtel par la Société de Vittel. Mais on ne doit pas oublier la splendide excursion à Gérardmer et à la Schlucht dans ce paradis terrestre que les Vosges symbolisent, duquel on ne peut s'arracher sans éprouver le profond regret d'un séjour trop écourté.

Docteur Henri HENNE.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(Suite) (1)

Personnel médical

L'Ecole de médecine de l'Afrique Occidentale Française. Formation morale et technique. — M. COUVY. L'Ecole de médecine de l'Afrique Occidentale Française, ouverte en novembre 1918, forme des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières visiteuses.

Ses élèves se recrutent dans les colonies du Groupe, et sont destinés à servir d'auxiliaires médicaux à tous les organes d'Assistance médicale et sociale d'A. O.F.

Le mode de formation morale et technique devait tenir compte des conditions particulières, intellectuelles, psychologiques, sociales, ethnographiques, physiologiques même, tant des élèves que du milieu dans lequel ils seront appelés à exercer.

Aussi s'est-on bien gardé à Dakar de transposer simplement les programmes et les méthodes de France ; et s'est-on attaché à donner à l'enseignement une orientation délibérément pratique, en mêlant intimement les élèves à la vie de l'hôpital et de toutes les organisations médicales, d'hygiène et de prophylaxie sociale, dont ils sont les bons ouvriers.

La formation morale a été l'objet d'une attention toute particulière, et tient une place prépondérante dans les préoccupations de la direction de l'école.

L'expérience a démontré que les efforts n'ont pas été stériles et que les élèves ainsi formés constituent de bons petits praticiens moyens, possédant un bagage solide, suffisant pour leur permettre de tenir fort convenablement un poste médical, et de rendre en outre de grands services au point de vue de l'épidémiologie et de la médecine sociale. L'empreinte morale reçue à l'école persiste et les médecins auxiliaires de l'Afrique Occidentale Française font honneur au corps médical.

Formation et rôle des sages-femmes et infirmières visiteuses indigènes. — M. CROZAT, dans un intéressant exposé, montre que les sages-femmes indigènes peuvent suivre une grossesse ; elles sont averties des méfaits de la syphilis et de l'albuminurie ; elles font dans de bonnes conditions et avec propreté un accouchement et une délivrance simples, savent combattre certaines hémorragies, ranimer un enfant et lui éviter le tétanos ombilical ; elles possèdent des règles élémentaires de puériculture pour conseiller et surveiller même un allaitement artificiel.

Il ne faut pas leur demander de thérapeutique ; elles ne sont capables que de prophylaxie.

Leurs possibilités sont suffisantes pour diminuer les méfaits de la mortalité (18 p. 100) et de la mortalité infantile (25 à 30 p. 100). Leur mise en service encore récente, la lutte qu'elles ont à soutenir contre les sorciers et les matrones font que les résultats réels, qu'elles obtiennent, sont encore modestes.

Les infirmières visiteuses recherchent les malades, surtout les tuberculeux, font des soins à domicile (à Dakar, elles pratiquent également les vaccinations au B. C. G. des enfants nés en ville), essaient d'inculquer des éléments d'hygiène, renseignent sur la topographie sanitaire. C'est la liaison réalisée entre l'indigène et le dispensaire. C'est aussi la liaison entre les femmes indigènes et la sage-femme ; et ce service, qui donne d'excellents résultats, à Dakar, pour la protection de l'enfance, permet d'escompter les mêmes succès dans les postes médicaux.

La vaccination antivariolique aux colonies, son importance, son organisation, ses résultats. — M. RIGOLLET fait l'historique de la vaccination aux Colonies.

Les essais du début, par la méthode de bras à bras, n'ont eu d'action prophylactique que dans un rayon restreint autour des centres. Pour répandre la vaccine dans la masse de la population, de multiples problèmes se sont posés, dont la solution n'a pas été trouvée sans difficultés ni tâtonnements.

Nous avons dû d'abord assurer l'approvisionnement en quantité suffisante d'un vaccin de bonne qualité. Ce résultat n'a été obtenu que par la création d'Instituts vaccinogènes dans nos possessions. Le premier en date est celui de Saïgon organisé par Calmette, en 1891 ; Tananarive en 1899, Saint-Louis en 1902 ; puis, toutes nos Colonies ont suivi le mouvement. A l'heure actuelle, nous comptons, outre-mer, 32 parcs vaccinogènes, produisant chaque année douze millions de doses de lymphe.

Le vaccin obtenu, il a fallu lui conserver son activité jusqu'aux lieux de son emploi, pendant son transport souvent prolongé sous des conditions de température très défavorables ; il a fallu aussi former des vaccinateurs, faire accepter la vaccine par des indigènes, lutter contre l'*influence des variolisateurs*...

(1) V. *Concours Médical*, nos 41, 42 44, 45, 46 et 47.

Ces exigences ont été progressivement à peu près satisfaites, et 8 à 10 millions d'inoculations sont maintenant effectuées chaque année dans nos possessions d'outre-mer. Cependant quelques péripéties épidémiques s'observent encore. Elles rappellent que les mesures ne sauraient être relâchées sans imprudence et soulignent le danger des opérations exécutées selon des méthodes insuffisantes ou incorrectes.

Les résultats n'en sont pas moins remarquables, puisque les grandes pandémies du siècle dernier ont disparu et que, dans toutes nos Colonies, le croît de la population est dû, pour une très grande part, on peut l'affirmer, à notre organisation antivariolique.

Chirurgie coloniale

Le traitement de l'éléphantiasis. — M. Botreau-Roussel. — L'auteur réserve le traitement chirurgical, traitement symptomatique et palliatif, à la période ultime de l'affection, aux lésions fixées ou gênantes par leur volume. Se basant sur des arguments géographiques, cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques, il rejette l'hypothèse classique de Patrick Manson, attribuant l'éléphantiasis à la filariose.

Cette affection serait due à un germe voisin du streptocoque, et la pachydermie progressive qui la caractérise se développerait après plusieurs poussées aiguës, comparables à l'érysipèle. La thérapeutique doit donc s'orienter vers la recherche d'une vaccinothérapie spécifique. En l'absence de celle-ci, on attachera la plus grande importance aux soins locaux.

Le traitement chirurgical est indiqué dans l'éléphantiasis du scrotum. L'auteur accorde sa préférence au procédé de Guyamarc'h.

Indications chirurgicales au cours des maladies coloniales en France. — M. G. Léo. Les indications opératoires en France, en ce qui concerne les maladies coloniales, peuvent être considérées à deux points de vue.

1° Celui des indigènes, qui viennent vivre dans notre pays, avec leurs hérédités et leur terrain biologique particulier ;

2° Celui des Européens, qui ont conservé leurs hérédités et leur terrain biologique différent de celui des indigènes des colonies, mais qui, au cours de leur expatriation, ont contracté des maladies dont ils continuent à être atteints en France.

Les Européens sont exposés à des opérations en France, à l'occasion des complications de la dysenterie amibienne, ou à l'occasion de leur infestation par la filariose ou par la bilharziose. Les indigènes de nos colonies peuvent être exposés aux mêmes maladies, mais, de plus, leur organisme ne leur permet pas une défense contre la tuberculose, en général, et contre la tuberculose dite chirurgicale, en particulier, égale à celle de la race blanche d'où la nécessité d'une acclimatation progressive (médecin principal H.-L. Coureaud).

L'abcès du foie après dysenterie amibienne constitue la maladie la plus utile à connaître. En France, le parasite trouve des conditions moins favorables pour lui. La tendance à la guérison est beaucoup plus accentuée qu'elle ne l'est dans les pays, où l'amibe se développe plus favorablement. L'emploi de l'émétine préconisé aux Indes, en 1911, par Rogers, constitue un progrès éclatant qui permet à la fois d'éviter, l'opération et d'arrêter dans son évolution l'infection hépatique à son début.

Les conseils donnés par le regretté Professeur Lecène dans son article de la *Thérapeutique chirurgicale* de P. Lecène et R. Leriche sont le meilleur guide. Incision de l'abcès en choisissant la voie d'accès la plus favorable, comme pour tout abcès du foie, amibien ou non-amibien, marsupialisation, drainage, pour éviter l'écoulement du pus dans la grande cavité péritonéale. Quelques auteurs cependant ont pu, dans des circonstances favorables, refermer sans drainage une fois l'abcès évacué. Pronostic favorable quand l'abcès est unique avec une mortalité de 20 p. 100 (Stevens) ou 10 p. 100 (Ludlow). Pour les abcès multiples, la mortalité s'élève jusqu'à 80 p. 100. L'ouverture de l'abcès dans les bronches aggrave le pronostic. On intervient dans ce cas sur la poche hépatico-bronchique, on la draine. La fistule hépato-bronchique se fermera spontanément. 30 p. 100 de mortalité dans ces cas.

Le traitement de la filariose a été très amélioré par l'emploi de procédés modernes, particulièrement par la novocaïne seule, ou associée au sublimé, pour tuer le ver, long parfois de 30 centimètres. On l'extrait en une seule séance, généralement d'une seule venue, au lieu de l'extraire en une dizaine de jours, par une petite traction quotidienne, selon les procédés anciens des indigènes.

La bilharziose s'observe surtout à Toulon et à Marseille, chez les sujets qui l'ont contractée aux colonies. Le Schistosomum Haematobium, ou bilharziose d'Egypte, vit dans le système veineux, émet des œufs qui s'enkystent dans la vessie surtout, plus rarement dans les organes génitaux, ou ailleurs. La cystostomie sus-pubienne est la seule opération mentionnée dans les ouvrages classiques contre la bilharziose vésicale. Le Schistosomum Mansoni, dont la répartition géographique est plus étendue que la précédente, localise des œufs dans le rectum du sujet atteint. Le traitement chirurgical par résection des polypes rectaux, n'est possible qu'au début de la maladie ; même en ce cas, les parasites, qui pondent les œufs, subsistent dans le système veineux. Le Schistosomum japonicum ne donne lieu à aucune considération d'ordre chirurgical.

Comme conclusion, on peut remarquer que les parasites, ceux des colonies comme ceux de France, altèrent l'état général, quand leurs lésions atteignent le tube digestif et ses annexes, et le respectent presque toujours, lorsque leurs lésions ne sont pas viscérales.

(A suivre.)

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain.

René GIROUX et N. KISTHINIOS. — **Les extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique.** Préface du Professeur Vaquez (Un vol. 128 pages, de la Collection *Médecine et chirurgie pratiques.* Prix : 16 fr.)

M. René Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, et M. Kisthinios, ancien chef de laboratoire à la Faculté d'Athènes, tous deux assistants à la clinique cardiologique de l'hôpital de la Pitié, sont les auteurs de très intéressants travaux, physiologiques et cliniques, sur les extraits pancréatiques désinsulinés et leurs applications thérapeutiques. Ce sont ces travaux, poursuivis dans le service du Professeur Vaquez, que M. René Giroux et M. Kisthinios nous exposent aujourd'hui, en insistant sur leur côté pratique, dans un ouvrage dont la lecture rendra de précieux services aux praticiens.

On sait que l'extrait pancréatique connu sous le nom d'insuline, outre son action hypoglycémiante bien connue, possède aussi, dans une mesure variable, des propriétés d'un tout autre ordre, hypotensives, trophiques, etc. Ces propriétés n'appartiennent pas à l'insuline elle-même, mais à des substances, « accrochées » à l'insuline et que l'on peut séparer de cette dernière. Il résulte des recherches physiologiques de MM. Gley et Kisthinios, que les substances en question sont d'origine pancréatique également et non des composés organiques des types histamine, choline, peptone, etc.

Pratiquement, il y a un intérêt majeur à préparer des extraits pancréatiques désinsulinés, extraits que l'on pourra utiliser en thérapeutique sans avoir à tenir compte de l'action hypoglycémiante, gênante en l'espèce, de l'insuline elle-même.

Les extraits pancréatiques désinsulinés, nettement hypotenseurs et trophiques, ont donné à MM. René Giroux et Kisthinios des résultats très remarquables dans le traitement d'affections importantes, vasculaires en général, à savoir l'angine de poitrine, l'hypertension artérielle, les artérites sténosantes des membres, la maladie de Raynaud, l'ictus hémiplégique, les ulcères gastro-duodénaux et variqueux, etc. La médication par les extraits pancréatiques désinsulinés, dans ces états morbides généralement de date ancienne, doit évidemment être poursuivie assez longtemps. Les auteurs recommandent des doses plutôt fortes, une, deux, trois ampoules par jour, soit 20 à 60 unités hypotensives, et cela pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, ce qui est possible étant donné qu'il s'agit d'une médication parfaitement inoffensive, sans influence sur la glycémie.

En résumé, les travaux de MM. René Giroux et Kisthinios ont doté la thérapeutique d'un agent curatif très intéressant, d'emploi facile, indiqué dans un groupe important de maladies, vasculaires principalement, suivant des indications et une technique minutieusement précisées par les auteurs dans l'ouvrage qu'ils viennent de publier.

P. LACROIX.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris.

Emile SERGENT, professeur à la Faculté de médecine. — **Les bases fondamentales de l'auscultation.** (In « La Pratique médicale illustrée ». In vol. in-8° de 80 pages, avec figures dans le texte et 2 planches hors texte. 16 francs.)

Il est bon de se remémorer les principes de l'auscultation , afin de bien interpréter les bruits perçus par l'oreille placée sur un thorax, les deux bruits respiratoires : le bruit laryngo-trachéal, et le bruit pulmonaire ou murmure vésiculaire.

On parle de souffles pneumoniques, de souffles de condensation, de souffles pleuraux, de souffles tubaires, de souffles cavitaires, de souffles amphoriques ; mais, on oublie de dire que ces souffles ne naissent pas dans le poumon, ni dans la plèvre, et qu'ils ne sont que le souffle laryngo-trachéal normal, transmis et modifié par l'interprétation d'une cause pathologique, substituant à l'étouffoir normalement constitué par la masse des lobules pulmonaires, une modification de la densité du parenchyme, de type solide, liquide ou gazeux.

On comprendr a mieux, après la lecture de cet ouvrage, comment l'interprétation des bruits respiratoires normaux et pathologiques est claire et simple, lorsqu'elle s'appuie sur les données physiques, anatomo-pathologiques et expérimentales, qui en constituent des fondements solides et nécessaires.

Les livres qui viennent de paraître...

Norbert MALOINE, éditeur.
27, rue de l'Ecole de médecine.

Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique. Comptes rendus des séances, 1931, publié par les soins du Dr Ch. Claoué, secrétaire général (Un vol. 421 pages avec fig.).

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL, par P. BOUDIN. — *a)* Commissions d'arbitres. *Concours médical*, n° 19, 10 mai 1931 ; *b)* Liberté de prescrire. *Ibidem*, n° 28, 12 juillet 1931.
ACIDOSE et AZOTÉMIE (Régime alimentaire), par G. Duchesne, *Ibidem*, n° 27, 4 juillet 1931.
ALIÉNÉS (RÉFORME DE LA LOI), par G. DUCHESNE. *Ibid.* n° 19, 10 mai 1931.
ALIMENTATION, par FOVEAU DE COURMELLES : *a)* Dangers alimentaires. *Courrier médical*, n° 14, 5 avril 1931 ; *b)* Poissons et fruits. *Ibidem*, n° 20, 17 mai 1931.
ALUMINIUM (PEUT-IL DONNER LE CANCER ?), par MAIRE-AMERO. *Ibidem*, n° 23, 7 juin 1931.
AMIBIASE, par J. SABRAZES. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 16, 19 avril 1931.
ANGOR AIGU CORONARIEN FÉBRILE, par L. MONER. *Médecin français*, n° 14, 20 juillet 1931.
AORTITES AIGUS, par J. SABRAZES. *Clinique et Laboratoire*, n° 6, 20 juin 1931.
ARTÉRITE CHRONIQUE, GANGRÈNE, NÉVRECTOMIES, par E. DUHOT. *Nord médical*, n° 754, 15 juillet 1931.
ARTÉRITE OBLITÉRANTE ET CURE DE VITTEL, par L.-A. AMBLARD. *Annales médicales de Vittel*, n° 2, juillet 1931.
ASCARIDIOSE ET TRICOCÉPHALOSE, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 47, 13 juillet 1931.
ASSURANCE MALADIE : *a)* Contrôle syndical, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 27, 5 juillet 1931 ; *b)* Contrôle des caisses, par G. DUCHESNE. *Ibidem*, n° 20, 17 mai 1931) ; *c)* Assurance médicale gratuite, par P. BOUDIN. *Ibidem*, n° 20, 17 mai 1931 ; *d)* Mutualités, par G. DUCHESNE. *Ibidem*, n° 22, 31 mai 1931 ; *e)* Application à l'agriculture, par P. BOUDIN, *Ibidem*, n° 22, 31 mai 1931 ; *f)* Refus de paiement par les Caisses, par P. BOUDIN. *Ibidem*, n° 22, 31 mai 1931.
ASSURANCES SOCIALES ET MÉDECINE, par Albert GARRIGUES. *Vie médicale*, n° 9, 10 mai 1931.

BARDIER, par DARTIGUES. *Umfia*, n° 55, mars 1931.
BEAUSOLEIL (LE BARON DE), par Albert GARRIGUES *Art médical*, n° 116, 30 avril 1931.
BEETHOVEN (UN SOURD DE GÉNIE), par P. VOIVENEL. *Art et médecine*, n° 9, juin 1931.
BERTEREAU (MARTINE DE), par Albert GARRIGUES. *Art médical*, n° 116, 30 avril 1931.
BUGLE (AJUGA REPTANS), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 35, 2 mai 1931.

CAMP THERMAL, par MOLINÉRY. *Umfia*, n° 56, avril 1931.
CANCER DU RECTUM, par M. LEBLANC. *Le Jeune Médecin* n° 49, juin 1931.
CERTIFICATS : *a)* Dans les assurances sociales, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 31, 2 août 1931 ; *b)* Secret professionnel, par P. BOUDIN. *Ibidem*, n° 23, 7 juin 1931 ; *c)* Prénuptiaux, par MOLINÉRY. *Médecine internationale illustrée*, n°s 6 et 7, juin et juillet 1931.
CELLULES DES CAVITÉS VASCULAIRES ET CARDIAQUES POST-MORTEM, par J. SABRAZES. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 15, 12 avril 1931.
CHAMBORD (LA MALADIE DU COMTE DE), par H. LECLERC. *Revue d'histoire de la Pharmacie*, n° 72, février 1931.
CHOLESTÉRINE (SON ACTION SUR LA NUTRITION DES TUBERCULEUX), par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 3, mars 1931.
CHRONAXIE DANS L'HYPERPARATHYROÏDIE, par SAINTON. Soc. de Biologie, 25 avril 1931.
CICATRICES (ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE), par R. LERICHE. *Presse médicale*, n° 53, 4 juillet 1931.
CLERMONT-FERRAND (L'ECOLE DE MÉDECINE ET LE PROFESSEUR BOUSQUET), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 28, 12 juillet 1931.
CONDAMNATION PRONONCÉE, CONSEIL DE FAMILLE, par P. BOUDIN. *Ibidem*, n° 17, 26 avril 1931.
CONSERVES (LA MALADIE DES), par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 792, 15 juin 1931.
CORNÉE (TACHES BLANCHES DE LA), par J. BOURGUET. *Revue de chirurgie plastique*, n° 2, juillet 1931.
CURES THERMALES, par H. BOUQUET. *Savoir*, n° 7, 1er juillet 1931.
CYCLOTHYMIE DE LACORDAIRE, par MOLINÉRY. *Paris médical*, n° 23, 6 juin 1931.
DÉSINFECTION DES LIVRES, par R. MARTIAL. *Vie médicale*, n° 8, 25 avril 1931.
DIABLE BOITEUX ET MÉDECINS, par Albert GARRIGUES. *Vie médicale*, n° 13, 10 juillet 1931.
EAUX MINÉRALES FRANÇAISES (HISTOIRE), par Albert GARRIGUES. *Art médical*, n° 116, 30 avril 1931.
ENFANCE (PROTECTION DE L'), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 18, 3 mai 1931.

FAUX MÉDICO-LITTÉRAIRE (UN), par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 17, 26 avril 1931.
FLEURY (MAURICE DE), — *a)* par BROCHIN et F. LE SOURD. *Gazette des hôpitaux*, n° 31, 18 avril 1931 ; *b)* par R. MAINOT. *Vie médicale*, n° 9, 10 mai 1931.
FORÊT ET SANTÉ, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 23, 7 juin 1931.

GANGLIONS (LEURS MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES SOUS L'ACTION DU VIRUS FILTRANT TUBERCULEUX), par SABRAZES. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 18, 3 mai 1931.
GOLDAST DE HEIMINSFELD, par Albert GARRIGUES. *Nord médical*, n° 748, 15 avril 1931.

HONORAIRES MÉDICAUX, par P. BOUDIN. In *Concours médical*. — *a)* Dans un accident survenu à un sapeur-pompier en service commandé, n° 16, 19 avril 1931 ; *b)* Après des soins infructueux, n° 24, 14 juin 1931.
HOPITAUX. — *a)* L'équipement départemental selon l'Administration, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 21, 24 juin 1931 ; *b)* Sont-ils juridiquement réservés aux indigents ? par G. DUCHESNE. *Ibidem*, n° 21, 24 juin 1931 ; *c)* Réforme de la Loi, par P. BOUDIN. *Ibidem*, n° 25, 31 juin 1931.
HYGIÈNE ET REBOISEMENT, par FOVEAU DE COURMELLES. *Univers médical*, n° 6, juin 1931.
HYPERTENSION ET PRÉSCLÉROSE, par AMBLARD. *Bulletin médical*, n° 24, 13 juin 1931.
HYPERTROPHIE MAMMAIRE UNILATÉRALE, par DARTIGUES. Société de chirurgie esthétique, 15 mai 1931.

IMMIGRATION ENVISAGÉE SOUS L'ANGLE DE LA PSYCHOLOGIE, par R. MARTIAL. *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée*, n° 7, juillet 1931.
IMPERMÉABILITÉ GAZEUSE PULMONAIRE, par A. RAYBAUX. *Marseille médical*, n° 4, 5 février 1931.
INTERNES DES HOPITAUX ET ASSURANCES SOCIALES, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n°s 18, 26, 3 mai et 28 juin 1931.
IODE A HAUTE DOSE INTUS, par J. CAMESCASSE. *Médecine pratique*, n° 6, 20 juin 1931.

(A suivre)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ACTUALITÉ BIBLIOGRAPHIQUE

Le travail des malades et des infirmes

Dr G. ICHOK

Toute l'économie des Sociétés organisées repose sur le travail. Le travail, c'est la loi même de la vie et la condition de la prospérité des peuples. L'oisif est un inutile, quand il ne devient pas une charge pour ses semblables. Des oisivetés s'imposent : celles que réclame la maladie ou l'infirmité. Pas d'une manière absolue pourtant. Il en est, en effet, de ces maladies et de ces infirmités, qui s'améliorent par une activité sagement employée, et quelle plus saine et plus humaine activité que celle qui s'applique à un travail approprié ! « Il arrive, plus souvent qu'on ne veut le croire, que l'oisiveté... non seulement ne se justifie pas par des raisons strictement médicales, mais se trouve même en opposition avec les principes fondamentaux d'un traitement rationnel. Dans ces cas, un grave danger menace à la fois l'individu atteint et la société qui lui vient en aide, car la paresse, imposée, sinon réclamée, compromet la guérison ou l'équilibre recherchés et crée des déclassés qui constituent, pour le budget des œuvres privées ou publiques, une charge écrasante. » Ainsi s'exprime le Dr ICHOK, dans l'introduction de l'ouvrage qu'il vient de consacrer, avec sa compétence et l'expérience que lui donnent la situation de professeur à l'Ecole des Hautes études sociales, et de Directeur des dispensaires et services municipaux d'hygiène et d'assistance sociale, à Clichy, à l'étude du travail des malades et des infirmes (1).

Quels sont les malades, quels sont les infirmes qui peuvent, qui, dans une certaine mesure, doivent travailler ? Quel travail seront-ils aptes à accomplir ? Comment les y préparera-t-on ? Qu'en obtiendra-t-on ?

C'est à toutes ces questions et telles autres qui se posent conjointement que l'auteur s'efforce de répondre, suivant un plan qui prend successivement chaque catégorie de malades ou d'infirmes justiciables de certaines tâches déterminées, et en exposant, chapitre par chapitre, toutes les conditions qui doivent être remplies, en accord avec le but poursuivi.

Les TUBERCULEUX ont généralement un mauvais moral, des idées noires, du découragement ...et leur état physique en subit le contre-coup. Les distractions leur sont nécessaires. Il n'en est pas de plus salutaires que des occupations ayant un certain caractère utilitaire. « *A priori*, nous considérons chaque tuberculeux, à moins qu'il ne soit en pleine évolution, ou qu'il présente des signes d'une gravité extrême, comme un candidat au travail, travail qui sera gradué et adapté à l'état de la lésion constituée. » Quelle est l'influence du travail sur la courbe thermique? Comment se gradue le travail, depuis le repos complet au lit, jusqu'aux huit heures d'exercice (travail et autres exercices, y compris la promenade) ? Quel métier choisir ? Le placement dans l'industrie, la vie agricole du tuberculeux, tout cela est envisagé à la lueur d'une expérience acquise, tant en France qu'à l'étranger, et particulièrement aux Etats-Unis. Et c'est ainsi que nous apprenons, par exemple, que les travaux auxquels peut se livrer un tuberculeux, se divisent en quatre grandes catégories:

1° Métiers : travail du laiton et du cuivre, travail sur celluloïd, sur cuir, moulage et poterie, cannelage, tissage.

2° Etudes académiques et commerciales : comptabilité ; langues étrangères ; géographie ; histoire ; mathématiques ; sténographie, dactylographie, etc...

3° Art industriel : menuiserie et sculpture sur bois.

4° Petite agriculture : apiculture ; fleurs ; jardinage facile ; élevage des volailles.

Le travail, dans ces conditions, a, à la fois une valeur thérapeutique et une portée économique.

(1) Librairie des Sciences politiques et sociales, 31, rue Jacob, Paris. (40 fr.)

Les PSYCHOPATHES sont tout particulièrement aptes à travailler. « ... Le travail des aliénés, dans un but de guérison ou d'entretien, s'impose comme une mesure sociale de la plus haute portée économique. »

Indications et contre-indications du travail des aliénés. Réparation des accidents qui peuvent leur advenir au cours de leur travail. Recrutement et éducation du personnel auxiliaire. Observation du malade. Choix du métier. Création des habitudes et plan de la journée de travail. Travail des neurasthéniques, des impulsifs, des déprimés et des faibles d'esprit. Les mendiants, les vagabonds et les criminels... Tels sont les sujets traités dans ce chapitre.

A propos des IMPOTENTS ET DES MUTILÉS, M. Ichok, en faisant une place de choix aux victimes de la guerre, montre excellemment comment il faut envisager pour eux le placement, l'organisation de l'aide, la rééducation, le choix d'un métier. Il consacre des pages très instructives à exposer quelles sont les méthodes de traitement les plus efficaces pour redonner aux impotents et aux mutilés leurs aptitudes fonctionnelles : traitement orthopédique ; thérapie mécanique ; mécanothérapie ; travail agricole ; massage ; électro-radio-radium-thérapie.

Même exposé, plus bref, pour les MALADIES DES ARTICULATIONS. L'objectif étant toujours, de réparer autant que faire se peut, les insuffisances fonctionnelles et les compenser.

Les ACCIDENTÉS DU TRAVAIL ont besoin d'une période de réadaptation après la guérison et avant la reprise du travail.

En suivant toujours le même plan, l'auteur met en lumière les rapports des MALADIES PROFESSIONNELLES avec le Travail ; les ménagements qu'exigent les FEMMES MALADES OU ENCEINTES, LES ENFANTS, occupés dans le commerce, l'industrie, l'agriculture...

LES CARDIAQUES ont retenu aussi son attention, et leur classification, l'influence du jeu sur leur état, leur placement.

Les AVEUGLES, les SOURDS et les SOURDS-MUETS, sont des infirmes qui peuvent néanmoins tirer parti de leurs fonctions intactes, si on sait les utiliser opportunément.

Il n'est pas jusqu'à certains MALADES CHRONIQUES, ceux qui, par exemple, sont hospitalisés pour un temps en quelque sorte indéfini, qu'une thérapeutique par le travail améliore, par la stimulation qu'elle apporte à leurs organes; par la distraction qu'elle leur donne ; par l'entraînement pré-professionnel réadaptateur auquel elle les soumet ; par le rendement économique qui en découle.

Le dernier chapitre de l'ouvrage de M. Ichok, aussi intéressant qu'important, est consacré à l'étude des problèmes généraux de l'organisation du travail des malades et des infirmes. C'est d'ailleurs une étude d'ordre très général, qui ne se limite pas à ceux-ci, mais qui cherche, dans les organisations existantes, dans les méthodes qui ont fait leurs preuves, pour l'organisation du travail, le parti qu'on en pourrait tirer au bénéfice des malades et des infirmes.

Cette étude passe successivement en revue l'organisation nationale ; la législation ; les établissements spéciaux ; la documentation de technique professionnelle et administrative ; l'industrie ; l'agriculture ; la salubrité de l'atelier ; l'hygiène du travailleur ; le service social ; l'enseignement ; la propagande ; l'orientation et la sélection professionnelles, l'effort, la fatigue et le surmenage.

Et l'auteur rejoint ainsi le Dr René SAND, auteur du SERVICE SOCIAL A TRAVERS LE MONDE que j'ai analysé le 26 juin dernier, et le Dr Paul SOLLIER, dont nous avons mis en évidence les travaux sur l'Ergologie, considérée comme la Science du Travail.

Comment conclut-il ? Le travail est la condition primordiale de la vie rationnelle en commun ... Tout travailleur doit jouir de la plus grande sécurité, dans le domaine qui lui est assigné.... Tout effort, surtout s'il est fourni par un malade ou un infirme, doit porter en lui la certitude, à moins de choquer nos sentiments humanitaires, que la tâche accomplie ne sera pas discréditée par un destin injuste, que tous les méfaits, accidentels ou autres, seront éliminés, grâce aux mesures appropriées, afin d'éviter les conséquences fâcheuses de la fatigue et du surmenage. »

Dans la Préface qu'il a écrite pour ce Livre, le Professeur CALMETTE s'est exprimé ainsi : « En feuilletant ce livre, on éprouve deux sentiments opposés : l'un de satisfaction à constater qu'il a été tout de même fait beaucoup pour sauvegarder l'utilisation ou les capacités de travail d'un grand nombre de malades, convalescents ou infirmes ; l'autre d'inquiétude et d'effroi en songeant à ce qu'il reste à faire surtout pour les tuberculeux et pour les psychopathes ».

Chez moi, la satisfaction l'a emporté. Parce que l'abondante documentation du Dr Ichok, ses suggestions heureuses, son expérience, contribueront fortement à montrer la voie dans laquelle il convient de s'engager résolument, pour réaliser un progrès social dont la portée est immense. Et il me plaît que ce soit un médecin qui ait pris cette initiative, et réalisé cet effort méritoire.

La Physiologie et la Psychologie tiennent une place trop importante dans l'adaptation raisonnée de l'organisme au travail, — que cet organisme soit sain, ou, *a fortiori*, taré, — pour que le médecin ne se trouve pas tout naturelle-

ment orienté vers de telles recherches. Et, par surcroît, il est trop habitué à se pencher sur les misères sociales pour n'être pas excellemment qualifié pour participer, avec une mentalité dirigeante, aux progrès qui visent à perfectionner le sort et la condition des travailleurs.

Cette spécialisation médico-sociale se révèle donc avec des protagonistes de qualité : le Dr Ichok fait, au milieu d'eux, excellente figure.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE SYNDICALE

Les décisions des conseils de famille et les tribunaux de droit commun

La loi sur les assurances sociales vient de donner un renouveau à la déontologie. Nombreux sont les syndicats décidés à faire respecter leurs décisions par leurs adhérents, comme à faire régner la concorde, grâce à la discipline professionnelle.

Mais, chose curieuse, presque en même temps nous sommes consulté : d'une part, un président de syndicat désire savoir si les sanctions, prononcées par le conseil de famille, sont susceptibles d'être portées devant les tribunaux de droit commun et quel sera le sort de ces sanctions votées par le groupe corporatif.

D'autre part, un syndiqué veut se soustraire aux obligations décidées en assemblée générale, mais ne veut pas démissionner du syndicat. Frappé d'un blâme, il voudrait faire annuler celui-ci par les tribunaux.

Je dois donc répondre sur le point suivant : lorsqu'un syndicat médical prononce une sanction (blâme, amende ou exclusion) le confrère ainsi frappé peut-il demander l'annulation de la décision, se faire réintégrer et même obtenir des dommages-intérêts ?

Lorsqu'une sanction de Conseil de famille est soumise à un tribunal, celui-ci doit avant tout examiner les questions de forme, pour savoir si la sentence syndicale a été régulièrement rendue.

Par l'adhésion à un syndicat, il se forme entre les deux parties (médecin-syndicat) un contrat synallagmatique, bilatéral.

D'une part, le candidat s'engage à respecter les statuts et à se conformer aux décisions prises en assemblées générales ; d'autre part le syndicat s'engage à faire respecter les intérêts corporatifs collectifs, à maintenir l'ordre et la discipline professionnelles, ainsi qu'à faire respecter par tous les syndiqués les engagements contractuels,

Le tribunal recherche donc, d'après la lecture des statuts, quelle a été l'intention commune des deux parties contractantes : le candidat, le syndicat.

En second lieu, en quels termes le candidat s'interdit-il tout acte de réclame, de concurrence déloyale, d'actes anti déontologiques ? Cette déontologie est-elle le résultat d'un droit coutumier, non écrit, ou au contraire est-il codifié dans un texte, qui a été approuvé par le syndicat, lors d'une assemblée générale ?

Ceci a son importance, pour que les juges puissent apprécier le fond même du conflit, qui leur est soumis.

Ensuite, il faut vérifier si les membres du conseil de famille ont été régulièrement élus, si le quorum était atteint, lors de sa convocation, si le confrère inculpé a été régulièrement convoqué, s'il a été admis à présenter sa défense, si les détails d'appel ont été observés, après notification de la sentence, etc.

Ces questions de forme ont une importance capitale, parce que si elles ont été observées, le rôle du tribunal appelé à connaître de l'affaire se bornera à entériner la décision du conseil de famille, dans le fond, si cette décision est régulière dans la forme.

Le condamné peut alors se pourvoir devant la cour d'appel, qui connaîtra et de la forme et du fond.

Aussi, la jurisprudence est-elle principalement composée de décisions, cassant les jugements de conseils de famille, parce que mal prises dans la forme.

Vous pourriez vous reporter aux commentaires que j'ai donnés à propos d'affaires précédentes : *Concours médical*, 1926, p. 557 et 1927, 2470. Je laisse de côté ce que j'ai écrit, concernant la mise à l'index, qui ne peut frapper qu'un non-syndiqué.

Depuis mon dernier article, je puis citer la jurisprudence qui est intervenue.

Cour d'appel de Lyon, 1re chambre : 5 mai 1927 (*Mon. Lyon*, 27 décembre 1927) : « La radiation d'un membre d'un syndicat, qui a été faite en conformité des statuts, et alors que ce membre aurait pu présenter sa défense devant l'assemblée générale, est régulière dans la forme.

« Le membre d'un syndicat, qui a violé les engagements syndicaux, peut être tenu de dommages-intérêts envers le syndicat ; mais il peut aussi réclamer la réparation du préjudice qui lui a été causé, s'il fait la preuve d'actes malveillants du syndicat à son égard. »

Tribunal civil de Bourg, 1er décembre 1927 (*La Loi*, 20 juin 1928) : « Le tribunal n'a pas à s'immiscer dans les actes concernant la discipline intérieure d'une société et rechercher si la mesure prise contre des membres de la société (vote d'un blâme) pour inobservation des règlements, est ou non fondée.

« La publicité donnée au vote du blâme ne saurait entraîner la responsabilité des membres du bureau de ladite société, si elle a été faite sans malveillance et sans intention de nuire. »

Tribunal civil de Nevers, 11 juin 1928 (*Gaz. Pal.*, 13 octobre 1928) : « En matière disciplinaire, comme en matière répressive, les droits de la défense exigent que celui, contre lequel une mesure est proposée, en soit averti pour qu'il puisse préparer sa défense et justifier sa conduite.

« Cette règle doit être appliquée au cas même où les statuts de la société, ou du syndicat seraient muets à cet égard et si les sociétés, ou les syndicats ont le droit d'exclure, ou de radier ceux de leurs membres, qu'ils jugent indignes, ils ne peuvent le faire qu'en respectant les principes de droit commun, qui règlent la matière, et les tribunaux ont, à cet égard, un pouvoir de contrôle et peuvent annuler la décision, si ces principes ont été violés.

« Doit donc être annulée la radiation d'un membre d'un syndicat de bûcherons, alors que l'ordre du jour des réunions ne comportait pas semblable délibération. »

Sous cette décision, la *Gazette du Palais* donne la note suivante :

« Les statuts des syndicats professionnels forment la loi de ces associations et constituent un véritable contrat qui détermine les droits et obligations réciproques (tribunal de paix de Paris, 25 octobre 1907 ; *Gaz. Pal.* 1907.2.627 ; — cour d'appel de Douai, 25 avril 1910 ; *Gaz. Pal.*, 1910.2.62).

« L'exclusion d'un syndicat, qui est la mesure la plus grave qui puisse être prise contre un membre ne peut être prononcée qu'après l'observation rigoureuse des règles usitées en pareille matière : il est spécialement indispensable que l'intéressé puisse présenter sa défense et ait été mis au courant des reproches dirigés contre lui (tribunal civil de Mâcon, 18 juin 1911 ; *Gaz. Trib.*, 24 septembre 1911 ; — tribunal civil Seine, 29 juin 1917 ; *Gaz. Pal.*, 1916 et 1917.764).

« Et le syndicat est passible de dommages-intérêts à raison du préjudice matériel et moral causé à l'intéressé, dont la réintégration est ordonnée (tribunal civil Seine, 29 juin 1917 précité. Adde cour de Douai, 17 juin 1925 ; *Gaz. Pal.*, 1925.2.343 ; — tribunal civil Seine, 16 février 1926 ; *Gaz. Pal.*, 1926.2. 193. Voir aussi tribunal civil Seine, 7 décembre 1927 ; *Gaz. Pal.*, 1928.1.110) ».

Tribunal civil de la Seine, 1re chambre, 2 juillet 1929 (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1928) :

« La réclame interdite par les statuts d'un syndicat de médecins (qu'il ne faut pas confondre avec la renommée légitimement acquise à la suite de traitements chirurgicaux, de travaux ou découvertes scientifiques et celle vaine et tapageuse, ne reposant sur aucun fondement sérieux) prête, au médecin qui l'inspire, des talents qu'il n'a point et cherche à lui gagner, au détriment des autres praticiens la confiance des malades.

Tribunal civil de Bordeaux, 1re chambre, 4 mars 1929 (*Gaz.. Pal.*, 13 mai 1929) :

« L'exclusion d'un syndicat professionnel n'est possible que dans les cas expressément prévus par les statuts, qui constituent le contrat déterminant, d'une façon stricte et absolue, les droits et les obligations réciproques du syndicat et de ses membres.

« Spécialement, bien que les statuts d'un syndicat dentaire prévoient l'exclusion contre tout membre qui, par ses paroles, ou par ses actes, porterait préjudice ou atteinte à la considération, ou aux intérêts du syndicat, le fait de refuser de démissionner des fonctions de démonstrateur à l'école dentaire d'une Faculté de médecine ne porte pas atteinte à l'autorité morale du syndicat, ne rentre pas dans les prévisions des statuts et ne permet pas de prononcer l'exclusion. »

Et la *Gazette du Palais* de faire suivre ce jugement de la note suivante :

« Il est certain que les syndicats ont le droit, en se conformant aux prescriptions de la loi, d'exclure, conformément aux prévisions des statuts, les membres de leur association, qui se sont montrés indignes ; mais un syndicat ne peut, sans violer un contrat et se soustraire aux obligations, qu'il a assumées, prononcer l'exclusion en dehors des cas prévus aux statuts (Tribunal civil Nice, 4 décembre 1912 ; *Gaz. Pal.*, T. 1912.1. 1920, voir syndicats professionnels, n° 130 ; tribunal civil de Perpignan, 27 février 1923 ; *Gaz. Trib.*, 5 août 1923). »

Conclusions.

De ce qui précède, il faut déduire que les statuts d'un syndicat forment la charte des parties en présence : d'une part la collectivité corporative, d'autre part les syndiqués individuellement. Il est donc indispensable que ces statuts soient juridiquement bien rédigés, pour qu'en cas de conflit, on puisse les appliquer.

Les tribunaux ont la mission de rechercher la commune intention des contractants et, pour cela, ils doivent se reporter aux textes écrits, pour savoir à quoi un adhérent s'est engagé, ce qu'il accepte qu'il lui soit interdit de faire, ou de ne pas faire, etc.

Si le pacte syndical est rédigé en termes suffisamment précis, pour qu'il n'y ait pas de doutes sur les engagements contractés de part et d'autre, la mission des tribunaux sera de ne vérifier si les formes ont été respectées et surtout si les droits de la défense ont été respectés.

Autrement dit, le tribunal de première instance ne fera que donner l'exequatur à la décision syndicale.

Le plaignant devra se pouvoir en appel, devant la cour, pour que l'affaire soit de nouveau évoquée dans le fond.

Les droits des syndicats sont de plus en plus étendus : les juges d'aujourd'hui ont évolué et ne considèrent plus les syndicats comme des organismes de révolution. Le droit disciplinaire syndical tend à s'imposer aux individualités, car, qu'on le veuille ou non, nous sommes en marche vers une organisation collective, dans toutes les formes de l'activité humaine.

L'individualité, qui exerce une profession, doit s'agréger à d'autres individualités de la même profession, pour qu'ensemble, il soit possible de faire respecter des droits communs.

L'honorabilité professionnelle est au premier rang des préoccupations syndicales et par suite, le syndiqué, qui porte préjudice à l'honorabilité collective doit en rendre compte devant ses pairs.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCE SOCIALE MATERNITÉ

Conditions d'attribution des prestations

Un de nos confrères nous demande quels conseils il peut donner à une de ses clientes, qu'il a accouchée (accouchement dystocique) et qui se voit refuser toute allocation, au compte des assurances sociales, parce que son inscription et ses journées de cotisation étaient postérieures aux dates fixées par la loi.

Il nous demande quelles sont ces conditions ?

L'article 9, paragraphe 1, de la loi du 30 avril 1930 spécifie que l'assurée, pour avoir droit aux prestations de maternité, doit avoir cotisé soixante jours, pendant les trois mois, ou 240 jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

Il est donc ordonné, par le législateur, que seules auront droit aux avantages des assurances sociales, les femmes, qui, avant leur état de grossesse, auront été inscrites au moins trois mois avant ledit état de grossesse et auront cotisé au moins pendant soixante jours, pendant ces trois mois.

Voilà donc une première obligation légale, à laquelle il ne saurait être dérogé. Le législateur a entendu refuser les allocations à toute personne qui ne se ferait inscrire aux assurances sociales qu'au moment où elle penserait en avoir besoin et en tirer bénéfice.

D'ailleurs, on ne s'assure pas contre l'incendie au moment où le feu est à la maison, ou lorsque celle-ci est fortement menacée par un incendie voisin.

Mais que faut-il entendre par état de grossesse ?

Nous trouvons la réponse dans une circulaire ministérielle du 21 mars 1931 : « L'assurance maternité ne saurait jouer qu'à partir du moment où l'état de grossesse, s'étant affirmé par un certain nombre de signes de probabilité, peut-être médicalement présumé, par conséquent au plus tôt après la 14e semaine..... L'assurance maternité ne saurait avoir un point de départ antérieur à la date où l'état de grossesse a pu être médicalement présumé, c'est-à-dire antérieur à la quinzième semaine. »

Plus loin, au chapitre des conditions d'attribution des prestations de l'assurance maternité, notamment les conditions de versement des cotisations, la circulaire ministérielle s'exprime en ces termes :

« Pour avoir droit à ces prestations, l'assurée, ou le mari de l'assurée doit avoir cotisé soixante jours, durant les trois mois antérieurs à la première constatation médicale de la grossesse, ou 240 jours durant les 12 mois précédents.

« L'assurée, ou la femme de l'assuré, n'étant pas tenue aux termes de la loi, de faire connaître à la caisse d'assurance son état de grossesse, dans un délai déterminé, les intéressées ont donc droit aux prestations dès l'instant que le minimum des cotisations légales a été acquitté pendant la période trimestrielle, ou annuelle qui précède le mois où a lieu la première constatation médicale, présumant, ou certifiant leur état dont il est fait état vis-à-vis de la caisse.

« Dès l'instant que cette condition aura été remplie, l'intéressée bénéficiera des prestations en nature de l'assurance maternité jusqu'au septième mois suivant l'accouchement, quelles que soient les cotisations versées postérieurement par elle ou son mari. »

La circulaire du 15 avril 1931 précise que les assurées doivent être immatriculées antérieurement au début présumé de la grossesse, pour avoir droit aux prestations en argent et en nature de maternité. Cette immatriculation est indispensable, car, décide la circulaire ministérielle, les assurées n'ont aucun droit, même si, au moment de la première constatation médicale de la grossesse, elles ont cependant rempli les conditions de versement requises par la loi, c'est-à-dire soixante jours de versements dans les trois mois qui précèdent, car ces trois mois sont ceux qui sont antérieurs à l'état de grossesse et non ceux qui précèdent l'accouchement, ou l'acte obstétrical.

Dura lex, sed lex.

Dr Paul BOUDIN.

L'ŒUVRE DE CLAUDE BERNARD

Le nom de Claude Bernard mérite bien d'être glorifié, ainsi que vient de le faire avec un réel talent le Professeur H. VINCENT, dans un discours célèbre prononcé le 18 juin 1931, à propos de la célébration du IV[e] centenaire du Collège de France.

Claude Bernard, est, en effet, le fondateur de la physiologie. Son œuvre est grandiose ; elle a accompli « une révolution, dont les générations nouvelles ne se doutent pas, parce que les résultats en sont si bien acquis qu'ils font, en quelque sorte, partie de notre mentalité » ; elle inspire, aujourd'hui encore, tous ceux qui se consacrent aux études biologiques.

Et, c'est au Collège de France, où il a professé pendant plus de vingt ans, à partir de 1855, que s'est surtout écoulée son existence de laboratoire et qu'il a fait la plupart de ses découvertes.

Mais, longtemps avant son élection à la chaire de médecine du Collège de France, il s'était déjà fait connaître par un ensemble de publications retentissantes. Chacune d'elles annonçait la découverte d'un fait neuf et important. L'étude des agents toxiques, celle du mécanisme de la mort par l'intoxication oxycarbonée, par la strychnine, par le curare, etc. ; celle des phénomènes, qui conditionnent la circulation du sang ; les fonctionnements glandulaires ; le rôle du système nerveux sur les sécrétions sous-maxillaires, gastrique, hépatique ; l'étude de l'hyperthermie expérimentale; la glycogénie hépatique; le rôle des nerfs vaso-moteurs, etc.; tous ces problèmes fondamentaux, dont la solution était jusqu'alors tout à fait ignorée, étaient exposés, analysés, déchiffrés avec une sûreté admirable.

Lorsque Claude Bernard débuta dans la médecine expérimentale, il lui fallut instituer des méthodes et des techniques nouvelles. Seul, le laboratoire était capable de donner l'interprétation des phénomènes biologiques, tels que la circulation du sang découverte par Harvey, la combustion respiratoire décrite par Lavoisier. Le grand physiologiste ne cessait de répéter, dans chacun de ses ouvrages, que les phénomènes de la vie, pour inconnus qu'ils fussent, étaient cependant réductibles à des actes physico-chimiques. Déjà, il formulait cet axiome, plutôt audacieux à son époque : « la physiologie est une science exacte ». Ses travaux ont donné à cette opinion une confirmation éclatante.

On avait constaté avant Claude Bernard l'existence du sucre dans le sang. D'où venait ce sucre ? Jusqu'alors on considérait qu'il était d'origine alimentaire. Là, se résumait tout ce que l'on savait de cette question, qui tient pourtant une place considérable en biologie.

Le grand physiologiste injecte du saccharose dans la veine du chien; ce sucre n'est pas assimilé, puisqu'on le retrouve en totalité dans l'urine de l'animal, et qu'il est ainsi rejeté comme un corps étranger. Cependant le même sucre ingéré ne passe pas dans l'urine. Pourquoi cette différence ? C'est peut-être parce que les sucs digestifs l'ont modifié avant sans absorption ? Comment et sous quelle forme ?

Cl. Bernard dissout du sucre dans le suc gastrique, le laisse en contact avec celui-ci, puis injecte le mélange dans la veine du chien ; l'urine de celui-ci ne montre dès lors plus aucune trace de sucre. On pouvait croire que le suc gastrique avait transformé le sucre en un autre élément assimilable. Mais la question est plus complexe ; le grand savant constate, en effet, que l'action exercée par le suc gastrique est d'ordre chimique, qu'elle est due à l'acide chlorhydrique, et que nombre d'autres corps sont capables de réaliser la transformation du sucre en glucose.

Il fallait donc reprendre l'étude du métabolisme du saccharose ingéré, en suivre les modifications et la répartition, et, tout d'abord, vérifier les relations, qui existent entre le mode d'alimentation et la présence du sucre dans le sang.

A cet effet, Cl. Bernard prend deux lots de chiens, auxquels il donne la même alimentation carnée de base ; mais à l'un des groupes, il adjoint du sucre aux aliments. On sacrifie l'un des chiens soumis au régime sucré : son intestin et son sang contiennent du sucre, ainsi qu'il était prévu. Mais, chez les chiens exclusivement nourris de viande, le sang analysé montre également du sucre en abondance, bien qu'il n'en existe aucun vestige dans l'intestin. L'expérience réitérée donnait toujours une réponse identique. On était donc conduit à conclure que la présence du sucre dans le sang est indécelui pendante du mode d'alimentation, sucrée ou non sucrée.

De plus, on découvre que les animaux, soumis à la diète absolue, n'en fabriquent pas moins du glucose. Ce fait révélait que le sucre se produit, ou bien est sécrété spontanément dans l'organisme, comme chez l'animal à jeun, chez celui qui avait reçu une alimentation mixte ou exclusivement azotée.

Dans quelle région de l'organisme se produisait donc cette sécrétion ? L'analyse du sang dans les divers segments du système vasculaire (veine porte, veines sus-hépatiques, sus-diaphragmatiques, cœur droit) montre que, pendant la

digestion d'un repas contenant des aliments sucrés, il y a moins de sucre dans le sang, qui va pénétrer dans le foie, que dans celui, qui en sort ; même observation en cas de jeûne.

Claude Bernard en conclut que le foie est l'organe formateur du sucre ; le sang s'en charge à son passage à travers cette glande. Les animaux, aussi bien que les végétaux, fabriquaient du glucose.

Il s'agissait de préciser maintenant le mode d'origine du sucre, et de rechercher si son mécanisme de formation et son rôle biologique n'étaient pas les mêmes dans les deux règnes.

Après deux ans de nouvelles recherches, le grand physiologiste parvint à démontrer l'existence, dans le foie, d'un élément nouveau, qui remplissait un rôle fondamental dans la formation du sucre. C'était le glycogène, facile à isoler, dont il établissait la formule chimique. La transformation du glycogène en glucose s'effectuait par hydrolyse, grâce à l'action chimique d'un ferment normal du foie, ferment fragile que détruisait l'ébullition. Puis, fut révélée la diffusion ou plutôt la généralisation de la fonction glycogénique, non seulement chez les mammifères, et dans leurs annexes tels que le placenta et l'amnios, mais encore chez les oiseaux, les vertébrés à sang froid, les invertébrés, les larves de mouches vivant sur la viande, etc.

Ainsi était établie la fonction universelle, que le sucre remplit dans la nutrition des animaux et des végétaux ; puis, fut démontrée l'influence du système nerveux (piqûre du quatrième ventricule) sur la sécrétion du sucre par le foie.

Enfin, si le sujet normal ne manifeste pas de glycosurie, même après absorption en excès d'aliments amylacés ou sucrés, c'est que le foie est un véritable régulateur de la fonction glycogénique.

Par ces expériences, le rôle de sécrétion interne d'un organe était aussi établi pour la première fois.

De nouvelles études, faites sur la production du sucre au cours de la gestation, Cl. Bernard conclut à « l'universalité de la fonction glycogène et à sa nécessité dans la nutrition générale, aussi bien pour les animaux que pour les plantes ».

Il est actuellement démontré que les glycoprotéides, les nucléoprotéides, les acides aminés et les graisses participent, avec les aliments hydrocarbonés à la formation des sucres. Mais, depuis longtemps, la preuve en avait été apportée par Cl. Bernard lui-même, par la constatation de la glycémie physiologique chez les animaux soumis au régime carné exclusif ou à la diète, ce qui établissait par conséquent la transformation des matières azotées en glycogène.

L'ensemble de ces travaux, qui eussent suffi à remplir l'existence tout entière d'un savant, ne constitue cependant qu'une faible part de ceux qu'on doit à Cl. Bernard. Son activité scientifique était extraordinaire.

A l'Académie des Sciences, à l'Académie de Médecine, à la Société de Biologie, ses notes ou ses publications denses, substantielles, se suivaient régulièrement, qui, toutes, annonçaient des faits inédits, des découvertes importantes.

Dix-huit volumes sont remplis de faits expérimentaux, d'idées originales, de suggestions fécondes, d'aperçus philosophiques, et condensent un enseignement au Collège de France, à la Sorbonne, au Muséum d'Histoire Naturelle.

Chacune des recherches de Cl. Bernard appelait une technique nouvelle, que lui inspirait son ingéniosité, econdée par une remarquable habileté expérimentale. S'agit-il de préciser l'action de la sécrétion gastro-intestinale, il institue des digestions *in vitro*. Se propose-t-il d'étudier individuellement les propriétés des muscles vivants, des glandes, il les isole par un poison, ou bien, ayant sectionné leurs nerfs, il les place par la circulation artificielle dans des conditions, qui permettent plus aisément cette observation délicate. Sur la grenouille curarisée, il sépare un membre par la ligature préalable de ses vaisseaux nourriciers, ce qui permet d'étudier avec précision la motricité musculaire et les réflexes. Il transforme les animaux à sang chaud en animaux à sang froid, pour mieux définir les propriétés de leurs tissus. Il empoisonne séparément une glande, ou la fait fonctionner en stimulant ses nerfs, séparés en dehors de l'organisme, mettant la glande à l'état alternatif de repos ou de fonctionnement exagéré, et démontrant ainsi qu'une fonction purement sécrétoire et chimique peut être actionnée et réglée par le système nerveux.

Par des analyses réitérées, pratiquées sur le sang, dans des conditions variées, et qui se contrôlaient mutuellement, Cl. Bernard fut conduit à montrer que l'oxyde de carbone déplace l'oxygène des globules sanguins, se substitue à ce gaz, et n'en peut plus être déplacé lui-même, en raison de son affinité énergique pour l'hémoglobine et de la combinaison plus stable, qu'il forme avec cette dernière. La mort dans l'intoxication oxycarbonée était donc expliquée par l'arrêt des fonctions physiologiques des globules sanguins, fonctions essentielles à la vie. Le savant put même déduire de cette constatation importante une méthode nouvelle et originale de titrage de l'oxygène du sang.

***

Pour juger exactement de l'importance des belles découvertes de Cl. Bernard, il faut se placer, par l'imagination, non à notre époque présente, mais à la période où elles furent faites, alors que la Biologie ne s'était pas encore déga-

gée des ténèbres, dans lesquels elle était enveloppée. On comprend mieux, alors, l'émotion que suscitaient partout ces travaux.

Pour lui, même à l'apogée de sa célébrité scientifique, il demeurait indifférent au retentissement que soulevaient ses découvertes : la simplicité est la plus belle parure du génie. Toujours circonspect cependant, il conseillait aux expérimentateurs de n'avancer qu'avec une extrême réserve dans les sciences biologiques. Il savait qu'une découverte n'est jamais qu'un degré de plus vers la vérité, mais qu'elle n'est pas le dernier.

Cependant, la continuité de tant de labeur surhumain avait fini par entamer gravement les forces physiques de Claude Bernard. Presque jusqu'à sa dernière heure, l'illustre savant, tout entier à la physiologie, ne cessait de songer à des projets d'expérimentation. Vivant dans la sérénité de ses méditations, en tête à tête avec l'inconnu, il ne s'apercevait pas que sa fragile enveloppe cédait aux atteintes de la maladie. A l'automne de 1877, il était fort affaibli. Lorsqu'il sentit sa fin imminente, il exprima le regret, non de quitter cette vie, qui l'avait fait immortel, mais de ne pouvoir achever ses dernières recherches : «C'est dommage, dit-il, c'eut été bien finir. »

« Claude Bernard a fondé la Science de la Vie. Son œuvre scientifique est immense. »

G. F.

LA PAGE SANS MÉDECINE

On dit que c'est bien pis d'être sourd .....
(D. H. LAWRENCE)

CDLXXX. — Robert CHAUVELOT. **En Indochine,** Un vol. 25 × 33 illustré de 218 héliogravures et 14 aquarelles ; tiré à 120 ex. sur Japon nacré et 2900 ex. sur velin teinté. *Editions Arthaud*, Grenoble. 1931.

En vous parlant, il y a quelques semaines à peine de l'*expression* des bois de Falké (1), de sa compréhension des caractères ethniques et de la couleur locale, qu'il avait su donner à son illustration, je ne pensais pas revenir aussitôt à cette vie d'Asie. En voici un nouvel aspect, bien différent sans doute, mais présenté avec une sûreté de moyens mécaniques bien séduisante aussi : dans cette série d'encyclopédie par l'image, que les Editions Arthaud ont adaptée, avec un succès mérité, au besoin de notre époque accoutumée à demander au cinéma une traduction graphique, une transcription visuelle, multipliée, kaléidoscopique, rapidement changeante des aspects divers du monde. Ce n'est pas ici le lieu de mettre en balance la fugace impression du film absorbé au commandement, en série par des fournées de spectateurs et la stabilité du livre illustré : avec celui-ci nous pouvons savourer, prolonger à loisir notre contemplation. Nous restons maîtres de la durée de notre halte devant une impression et libérés de cet enchaînement vertigineux au rythme de la vitesse qui vient gâter progressivement, toujours plus vite, et parquer et mesurer juqu'à la calme ordonnance et la personnalité de nos joies. La mélancolie de ces réflexions m'est peut-être venue à la vue des ruines grandioses refixées dans une nouvelle immobilité dans le livre de Chauvelot. Quelques-unes de ces patientes merveilles, vestiges de civilisations englouties par le rythme du renouvellement humain, mutilées par les barbares ou enfouies par la jungle ont été saisies par la photographie-aérienne. Et ici encore il y aurait sujet à réflexions. Mais revenons à la précise perfection de cette abondante collection de clichés consacrés de bien attachante manière à reformer une vision d'ensemble et d'actualité de l'Indochine. Par régions défilent, en fines héliogravures, les indigènes parés de leurs costumes, occupés à leurs besognes étranges ou laborieuses ; les paysages, les monuments, les productions artistiques marquées de cette minutie atavique des Jaunes, toute cette magie fantastique et mystérieuse de l'Asie que le texte de Chauvelot commente et éclaire d'une paraphrase littéraire agréablement instructive.

1) Dans la magistrale édition des *Civilisés* (Mornay. Edit.

CDLXXXI. — Léo LARGUIER. **Le Père Corot.** Un vol. 14 × 19, avec une gravure hors-texte. Collection Vies. *Editions Firmin-Didot*, Paris, 1931.

De cette vaporeuse lumière, de ces paysages imprégnés de bonheur calme et de douceur, voici une bien séduisante explication par l'exposé (plein d'une agréable familiarité) de la vie du peintre. Corot fut gâté par le sort et cela baigna de paix la fine harmonie, les lignes, les couleurs de ses horizons : ceux de ses jours et ceux de ses tableaux. Le livre de Monsieur Larguier nous rapporte avec une précision émue les péripéties de la paisible existence du grand peintre, grand cœur sincère. Il le rapporte avec une telle vie qu'on pense par pages à un *journal* quotidien fixant l'exubérance toute fraîche de la vie en marche.

CDLXXXII. — RÉTIF DE LA BRETONNE. **Le Paysan et la Paysanne Pervertis.** Un vol. 14 × 19. Florilège précédé d'une étude de Maurice Talmeyr. Dessins de Jean Hée. *Editions Les Œuvres Représentatives*, Paris, 1931, 15 fr.

Les extraits empruntés aux *huit* gros volumes qui constituent le texte original donnent une idée d'ensemble juste et heureusement tempérée du curieux roman par lettres de Rétif. Le préfacier souligne avec raison le caractère de minutie morbide qui rapproche l'écrivain de nos romanciers modernes. Les bois de Jean Hée sont d'inégale venue : il y en a de fort saisissants.

CDLXXXIII. — Maurice MAGRE. **Le sang de Toulouse.** Roman. Histoire albigeoise du XIII[e] siècle. Un vol. 12 × 19. *Editions Fasquelle*, Paris, 1931, 12 fr.

Le roman est bien bâti, sans atteindre à la perfection de *Saint-Cendre* par exemple. Il vaut surtout par l'inspiration torrentielle de Magre qui, servi par son imagination poétique compose une chronique héroïque bien animée, où l'Histoire est accommodée agréablement selon le droit absolu des écrivains méridionaux.

CDLXXXIV. — M. E. RAVAGE. **Grandeur et décadence de la Maison Rothschild.** Un vol. 12 × 19, traduit de l'anglais par André Naijon. *Editions A. Michel*, Paris, 1931, 15 fr.

C'est bien une véritable dynastie qu'avec un souci pointilleux d'exactitude, nous montre Ravage. Ces figures étranges de draineurs d'or n'ont pas échappé au destin commun des familles régnantes. Leur puissance n'a plus la cohésion qu'elle atteignit vers la fin du siècle dernier. Le narrateur est regrettablement discret sur l'actuelle survivance de ces rois sans couronne, mais son livre éclaire bien curieusement certains événements des derniers lustres du 19[e] siècle.

CDLXXXV. — Guy DE LA BATUT. **Henri III.** Un vol. 12 × 19 de la Collection « Les amours des Rois de France ». La vie et faits notables de Henri de Valois. Description de l'île des Hermaphrodites. Henri III et les Femmes. Les mignons du Roi. *Editions Montaigne*, Paris, 1931, 15 fr.

Monsieur Labatut a glané avec adresse dans les documents du temps. Il n'y manque que des extraits du magnifique pamphlet d'Agrippa d'Aubigné. La mémoire du roi n'en sort pas grandie encore que le biographe collecteur se soit attaché en toute impartialité à signaler accessoirement les brillantes qualités du souverain, desservi par sa cour spéciale et les exigences byzantines de son tempérament.

CDLXXXVI. — G. ARLAUD. **Marseille et ses environs.** Un vol. 17 × 22. Texte et légendes de Chagny. Clichés Arlaud, reproduits en 60 héliogravures. *Editions Arlaud*, Lyon, 1931.

Les gravures sont parfaites, et cette pittoresque région est traduite avec son mélange national de grandiose et de bonhomie. Il y a les fjords en miniature et la Cannebière, et évoquée avec une concision très juste l'histoire de la grande cité phocéenne.

Varia *** *Le Divan* d'octobre donne une première version des Iles Borromées ; des vers de Fagus ; d'amusantes maximes de René Silvy : *Poursuite du vent* ; et les chroniques habituelles qui sous un petit volume groupent avec perspicacité les jugements d'adroits critiques.

* Le *Mercure de France* poursuit la publication d'un roman de Dumur sur l'avènement du bolchevisme ; une démolition impressionnante d'idées admises sur Pascal ; un bon article sur l'évolution technique du journal ; une chronique souple et judicieuse de Gabriel Brunet sur les nouveautés parues au rayon des Essais littéraires, et où j'ai noté une phrase qui va froncer le sourcil olympien de notre poètesse nationale.

8 novembre 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES, CINÉMAS, CIRQUES ET MUSIC HALLS

Cinémas, Cirques et Music-Halls ont été à juste titre compris dans la même rubrique puisque, peu à peu, l'ensemble, à de rares exceptions près, se dirige à une cadence accélérée vers l'universalité du cinéma. Je ne m'inquiète pas, du reste, de cette évolution parce qu'aux deux grands cirques qui maintiennent les traditions, le Cirque Médrano et le Cirque d'hiver, on fait un immense effort afin de conserver le genre.

Le principal obstacle rencontré par les cirques est une raréfaction de l'élément cheval, depuis que l'armée a réduit le nombre de ses dépôts et de ses régiments de cavalerie. Le cirque souffre évidemment de la généralisation de la traction mécanique. C'est une formule de « Mystère et discrétion », dont s'inspire également la répartition des spectacles au Cinéma, au Cirque et au Music-Hall.

Il semble que les numéros soient en quelque sorte interchangeables, et que le nom de « Variétés » sous lequel l'ensemble de ces spectacles est annoncé dans certains pays étrangers, corresponde à quelque idée réelle. Il est vrai que les cirques n'ont pas souvent encore recours au cinéma. Mais il semble à de certains indices que cela ne doive pas beaucoup tarder. Il y a bien la

difficulté provenant de la forme circulaire de la salle, mais il est question de la résoudre par une projection centrale tournante, produite à l'intérieur d'un écran cylindrique. Les spectateurs y verront ce qu'ils devraient voir sur la piste et ce, sans qu'il y ait une place meilleure qu'une autre, puisque successivement, les mêmes images défileront devant l'ensemble des spectateurs. On conçoit le décor central et son raccord avec le sol augmentant l'illusion avec, au besoin, et sans l'oublier, la collaboration des artistes dans le pourtour.

De même les cinémas, pour varier leur programme, ont parfois imaginé de couper le spectacle par un numéro de Cirque ou de Music-Hall ; et je vois fort bien toute une soirée au Music-Hall dans laquelle les numéros seraient, pour une proportion déterminée, tantôt réels et tantôt cinéparlants.

Le PALACE, avec « Parade de Femmes », le CASINO DE PARIS, avec *Mistinguett* dans « Paris qui brille », le CONCERT MAYOL, avec « Vive le Nu », réalisent de fort beaux spectacles.

Les *Fratellini* sont au CIRQNE D'HIVER où défile la Cavalerie de *Truzzi* ; le Fakir de la Jungle est à MÉDRANO avec les lions, les crocodiles et les serpents de *Blacaman*.

Les cinéastes ont déclaré la guerre aux présentations matinales dont l'inconvénient premier est d'être plus gravement préjudiciables aux yeux que celles du soir, et le second de rendre tout travail impossible dans l'après-midi à qui en est sorti à l'heure du déjeuner.

Cette raison d'hygiène inciterait, dit-on, un assez grand nombre de salles de Théâtre, et non des moindres, à mettre au cours des après-midi disponibles leurs salles à la disposition des firmes qui ont des films à présenter. Les installations de cinéma nécessitées par la publicité dans les entr'actes n'auraient à subir que des modifications relativement légères pour la sonorisation : la critique cinématographique, à laquelle s'intéressent peu à peu et de plus en plus un grand nombre des critiques dramatiques, y trouvera une facilité de plus pour remplir simultanément des obligations de service, qui obligent à veiller le soir et d'autres qui n'ont qu'à gagner à ne pas être du matin.

Nouveau rapprochement du théâtre et du cinéma, rapprochement inévitable dont, pendant un certain temps encore, le théâtre aura à souffrir mais qui ne tardera pas, avec le progrès, à déterminer pour chaque chose sa place, quel que soit dans chaque cas le nombre des points de friction.

Docteur G. POLÈME.

***

— « Confrères de Paris et de province, vous connaissez tous le Professeur ROGER, l'ex-doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; vous savez qu'il a une haute culture littéraire et qu'il a écrit une pièce dramatique.

N'oubliez pas qu'en février, le Grand Guignol donnera une série de représentations de cette pièce « *L'Enquête* ».

Le Corps médical doit venir l'applaudir ; elle est fort curieuse, émouvante et sera interprétée magistralement ».

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Au Syndicat médical de Cannes

Discussions diverses

(*Suite et fin*) (1)

Assurances sociales et consultations pré-natales.— L'Assemblée décide de demander à la Confédération d'agir pour que, contrairement à la circulaire ministérielle du 21 mars 1931, les consultations prénatales, demandées à un médecin choisi par l'intéressé, soient remboursées par les Caisses dans la limite de leur tarif de responsabilité, n'étant pas comprises par les médecins dans le prix forfaitaire de l'accouchement.

La présidente du Syndicat des sages-femmes de Cannes, consultée, a déclaré qu'il en était de même pour les sages-femmes.

(1) V. *Concours médical*, n° 47.

Assurances sociales et indication sur la feuille de soins spéciaux des actes médicaux de spécialistes. — Il est décidé, conformément à la demande des Caisses, d'inscrire sur la feuille de soins spéciaux, quand il s'agit d'un acte médical figurant dans le tarif syndical minimum des Syndicats généraux de spécialistes, non le numéro de la catégorie dans laquelle figure l'acte médical, mais la lettre K suivie du coefficient de l'acte médical indiqué dans ce tarif et des lettres ai ou pg suivant le cas.

En effet, dans le tarif des spécialistes figurent pour chaque catégorie deux coefficients, dont on indiquera l'un ou l'autre sur la feuille de soins spéciaux suivant le cas. L'un donne le prix de l'acte mé-

dical isolé (ai) ; dans ce cas, il y a lieu de porter à part, s'il s'agit d'une opération, la rémunération des aides éventuels et les visites consécutives. L'autre donne le prix global (pg) comprenant, outre l'acte opératoire, la rémunération des aides et les soins consécutifs normaux d'une durée maxima de vingt jours ; dans ce cas, il n'y a lieu de porter à part que les visites supplémentaires qui seraient nécessitées, pendant ou après ces vingt jours, par une complication. C'est pour que la Caisse puisse contrôler que ces conditions sont bien observées, que l'on doit inscrire la lettre K suivie du coefficient et des lettres ai ou pg, suivant le cas (exemple : K 12 ai — K24 pg).

Assurances sociales et indications sur les feuilles de maladie des prescriptions générales. — 1) Il est décidé, conformément à la demande des Caisses, d'inscrire le numéro de la prescription générale à chaque examen, même si la prescription ne change pas, le malade pouvant, si le médecin ne met rien, inscrire lui-même un numéro.

2) Les Caisses se plaignent que le n° 3 actuel : nécessité d'interrompre le travail (sans limitation des heures de sortie), a le double inconvénient de rendre difficile le contrôle des visiteurs de la Caisse, et de permettre à certains malades de travailler, après avoir réussi en trompant le médecin à obtenir indûment de celui-ci une incapacité de travail.

Ce double argument est juste, mais il n'appartient pas au médecin de limiter les sorties du malade, quand le traitement n'exige pas cette limitation.

Il est décidé de proposer aux Caisses, les nouveaux types suivants de prescriptions générales, qui permettraient aux Caisses de décider que les malades, pour lesquels la non-limitation des heures de sortie ne présente pas d'inconvénient, mais n'est pas nécessaire pour le traitement, devront être présents à leur domicile à des heures données, de façon à permettre le contrôle et à empêcher un travail clandestin :

1° Repos au lit ;

2° Repos à la chambre ;

4° Nécessité d'interrompre le travail avec sorties autorisées seulement de .. à ... heures dans un but thérapeutique. Mettre le chiffre des heures entre parenthèses après le chiffre 4. Exemple : 4 (11-14).

6° Nécessité d'interrompre le travail avec sorties autorisées sans limitation dans un but thérapeutique.

3° Nécessité d'interrompre le travail avec sorties illimitées ne présentant pas d'inconvénient, mais non nécessaires au point de vue thérapeutique. (Dans ce cas, le règlement de la Caisse exige que le malade soit présent à son domicile de .... à .... heures).

5° Pas de nécessité d'interrompre le travail.

Consultation italienne. — Une demande du vice-consulat tendant à faire autoriser par le Syndicat, certains confrères à faire une consultation au foyer italien est rejetée pour les *motifs suivants* :

Les Italiens sont traités ici comme les Français et sont admis comme eux à l'assistance médicale gratuite, quand il y a lieu à l'hôpital et aux divers dispensaires et consultations d'hygiène sociale : dispensaire antituberculeux, dispensaire antivénérien, consultation prénatale, consultations de nourrissons.

Il n'y a donc aucune raison d'autoriser une consultation italienne, pas plus qu'on n'a autorisé antérieurement une consultation russe.

Le principe des dispensaires et consultations est mauvais. Il vaut beaucoup mieux laisser les malades choisir librement leur médecin et faire aider par la collectivité ceux, qui ne peuvent supporter les frais nécessités par leur état qu'instituer des consultations gratuites, où le malade ne peut choisir son médecin.

Le Syndicat de Cannes n'admet d'autre part aucune consultation à prix réduit. Quant aux consultations au tarif syndical minimum, qui seules peuvent parfois être acceptées, elles n'offrent aucun avantage pour le malade.

Le Syndicat estime que le vice-consulat pourra consacrer à aider les malades qui en auraient besoin, les sommes qui étaient prévues pour la rémunération des médecins faisant la consultation.

En conclusion, l'assemblée décide que la consultation projetée n'aura pas lieu.

Société de Secours mutuels de la Caisse chirurgicale. — L'Assemblée étudie avec intérêt l'organisation de cette Société.

Le malade choisit librement son médecin, les honoraires sont fixés de gré à gré entre médecin et malade et réglés directement par le malade au médecin.

L'intervention peut se faire à l'hôpital, dans un établissement de soins privés, ou au domicile du malade.

La Société rembourse aux malades :

1) Sur les frais d'hospitalisation, 25 francs par journée de séjour, à l'établissement de soins ;

2) Sur les frais médicaux, K = 11 pour les neuf premières catégories, K = 13 au delà (sur K = 25 du tarif syndical minimum des spécialistes, soit à peu près la moitié de ce tarif).

Les radiographies, se rapportant à l'opération, et les interventions obstétricales sont remboursées sur les mêmes bases.

Les assurances sociales remboursant à l'assuré à peu près le quart du tarif syndical minimum des spécialistes, le sociétaire, qui sera en même temps assuré social, sera remboursé au total des trois quarts.

L'assemblée juge cette organisation excellente et se montre par suite très favorable au développement de la Société.

Assurances sociales. Contrôle médical de la Caisse. — Le Syndicat vient d'être avisé officieusement que la Caisse primaire mutualiste de Cannes accepte le projet de convention qui lui a été soumis par le Syndicat avec rémunération du médecin contrôleur à

raison de 30 francs par dossier examiné, et 75 francs par contre-visite.

Tarif des certificats d'aptitude physique pour admission des enfants de moins de treize ans dans les établissements industriels. — Le prix est fixé à quarante francs, comme pour l'admission dans une administration, ou pour l'obtention du permis de conduire les automobiles affectées aux transports en commun.

Patente. — L'Assemblée étudie le projet gouvernemental de modification de la patente exposé dans le *Bulletin* du Syndicat des médecins de la Seine de septembre.

La patente comprendrait deux parties :

1° Un droit fixe allant de 400 à 4.000 francs suivant l'importance de la commune (par exemple 3.000 francs de 50 à 100.000 habitants), plus une majoration de 5 % par employé professionnel pour les cinq premiers, 3 % du sixième au dixième, 1 % à partir du onzième.

Ce droit est réduit de moitié pour les trois premières années d'installation et au delà de 65 ans ;

2° Un droit proportionnel sur la valeur locative de la seule partie professionnelle des locaux (la partie habitation étant exonérée) du dixième pour les chirurgiens et du quinzième pour les médecins.

L'exemption de la partie habitation est bonne, ainsi que l'exonération de moitié pour les nouveaux installés et les confrères âgés.

La division de la patente en droit fixe et droit proportionnel est plus discutable.

En tout cas, le premier est beaucoup trop important par rapport au second ; dans ces conditions, le médecin occupant des locaux très chers ne paierait presque pas plus que celui occupant des locaux modestes.

D'autre part, le projet, tel qu'il est, amènerait presque toujours une augmentation du prix payé actuellement par les médecins.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. Paul CARNOT, tous les matins, de 9 h. 30 à midi.) — PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — I. *Leçons cliniques* (les mardi et samedi, à 10 h. 30 Amphithéâtre Trousseau) : Samedi : Leçon clinique par le Prof. CARNOT (première leçon, le samedi 21 novembre).

1er et 3e samedis : leçon de clinique générale ; 2e et 4e samedis : leçon de gastro-entéro-hépatologie.

Mardi : Présentations de malades du service et de la policlinique.

II. *Enseignement de médecine générale* (Stagiaires de 1re, 2e et 3e années) : *a*) Leçons de séméiologie par les chefs de clinique et les internes : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (Amphithéâtre Trousseau) ; *b*) Examen des malades ; lecture des observations : 1re année, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne (Drs CAROLI et DELALANDE) ; 2e et 3e années : salles petit Saint-Christophe et petit Saint-Charles (Dr COURY et LIBERT).

III. *Enseignement de gastro-entéro-hépatologie* : *a*) Examen des malades et explorations digestives, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine (Drs DELAFONTAINE et LAMBLING) ; *b*) Policlinique digestive (salle de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours, à 9 heures : estomac et intestin (Dr BOUTTIER), lundi, mercredi, vendredi, rectum et anus (Dr FRIEDEL), mardi, jeudi, samedi. — *c*) Examens de radioscopie digestive : Drs LAGARENNE et DIOCLÈS, chefs du laboratoire de radiologie, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures.

IV. *Enseignement de physiothérapie* (policlinique Gilbert) : *a*) Consultations physiothérapiques et applications de traitements, tous les jours, de 9 h. à midi : Dr DAUSSET, chef du laboratoire, Drs DEJUST et CHENILLEAU, chefs adjoints. — b) Mesures physiques et physiologiques : Dr DOGNON, agrégé de physique.

V. *Leçons du dimanche* (à 10 h. 30, Amphithéâtre Trousseau) : Du Jour de l'An à Pâques, mise au point de problèmes d'actualité (affiche spéciale).

VI. *Cours de perfectionnement* (pour les docteurs français et étrangers) sous la direction du Prof. CARNOT, des Drs CHABROL et BÉNARD, agrégés. Vacances de Pâques : Cours pratique de physiothérapie (un mois. Début : Lundi de Quasimodo), affiches spéciales ; Grandes vacances : Maladies du foie et de la nutrition (septembre), Gastro-entérologie (septembre-octobre).

VII. *Laboratoires de la clinique* (Laboratoires Dieulafoy) : Ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction du Prof. CARNOT et du Dr H. BÉNARD, agrégé.

Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, M. DEVAL ; Physique, Dr DOGNON, agrégé ; Chimie, M. COQUOIN ; Bactériologie, Dr J. DUMONT ; Anatomie pathologique, Dr Marguerite TISSIER ; Physiologie, M. SIMONIN, agrégé des Ecoles vétérinaires.

— Hôpital Cochin. — *Clinique chirurgicale de la Faculté.* (Professeur : M. Pierre DELBET ; Assistant : Jacques LEVEUF, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; avec le concours de MM. CHEVASSU et P. MATHIEU, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; Charles GIRODE, chirurgien des hôpitaux ; MABILLE et ROUQUES, chefs de clinique ; HERRENSCHMIDT et BEAUVY, chefs de laboratoire.) — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Enseignement magistral : mardi et vendredi, à 10 heures : Opérations par le professeur ; jeudi et samedi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades par le professeur.

Enseignement complémentaire : Lundi, à 11 heures : Conférence clinique à l'Amphithéâtre par M. MATHIEU. — Mardi, à 9 heures : Leçon de séméiologie à l'Amphithéâtre ; à 10 heures : Examens cliniques et interrogations ; à 11 heures : Leçons et exercices d'urologie, par M. CHEVASSU. —Mercredi, à 9 heures : Leçon de petite chirurgie, par M. GIRODE. — Vendredi, à 9 heures : Exercices de la boratoire, dirigés par MM. HERRENSCHMIDT et BEAUVY.

— Chaire de physiologie (Professeur : M. Léon BINET). — I. *Cours* : M. le Professeur Léon BINET a commencé son cours le vendredi 6 novembre, à 16 heures, au

Grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Les Fonctions de nutrition et de reproduction.

II. *Conférences pratiques* : Une série de conférences pratiques commencera le lundi 16 novembre au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 14 heures. Ces conférences, qui auront lieu tous les lundis, seront réservées aux étudiants de deuxième année et porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Fernand Lemaitre, professeur. — Cet enseignement se fera : 1° pour la partie orale (leçons) à l'Amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ; 2° pour la partie technique (examens de malades et opérations) dans le service de la Clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.

Il comprendra : 1° l'Enseignement magistral (clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprendra : *a*) Une leçon clinique le jeudi, à 10 heures (première leçon, le jeudi 19 novembre 1931) ; *b*) Des séances opératoires, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 10 heures (première séance : vendredi 20 novembre, service de la Clinique) ; *c*) Une consultation avec présentation des malades, le mardi, à 10 heures (premières éance : mardi 24 novembre. Service de la clinique).

2° L'Enseignement aux stagiaires par le professeur et les chefs de clinique. Cet enseignement est gratuit. Il est réservé aux étudiants en cours d'études et inscrits à la Faculté. Il sera fait pendant toute l'année trois fois par semaine, à 10 heures (Première séance : jeudi 19 novem-1931).

3° L'Enseignement d'initiation pour les futurs spécialistes.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine. Droits d'inscription : 250 francs ;

4° L'Enseignement clinique complémentaire sous la direction du professeur par MM. les Docteurs Maduro et Rémy-Néris, chefs de clinique, réservé aux praticiens et étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Cet enseignement, qui aura lieu le matin, concordera comme jours et comme dates avec l'enseignement de chirurgie opératoire.

Pour tous renseignements sur horaire et programme s'adresser au chef de clinique. Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits à verser : 250 francs.

5° Un enseignement de perfectionnement chirurgical qui comprendra : deux cours de chirurgie opératoire spéciale, par le professeur et MM. les Docteurs Aubin, laryngologiste des hôpitaux, Maduro et Remy-Néris, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire, à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, tous les jours, à 2 heures.

Pour tous renseignements sur ces deux cours, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière.

Note : Les médecins français ou étrangers, les étudiants, non inscrits à la Faculté de médecine de Paris, désireux de faire un stage d'études prolongé, demanderont au professeur une autorisation spéciale pour suivre les travaux de la clinique.

— **Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (Professeur : M. Henri Claude.) — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades, constituera un exposé succinct des diverses maladies mentales. Il aura lieu à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (Amphithéâtre de la Clinique). La première leçon sera faite le dimanche 29 novembre, à 10 h. 1/2.

L'Enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les mercredis, à 10 heures, et une consultation policlinique, le samedi, à 10 heures. La première leçon a eu lieu le mercredi 18 novembre.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la sémiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 heures.

Travaux de laboratoire. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le Professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie, appliquée et expérimentale.

— **Hôpital Broca** (111, rue Broca). — *Cours de Clinique gynécologique.* (Fondation de la Ville de Paris Professeur : M. J.-L. Faure.) — M. le Professeur J.-L Faure a commencé son enseignement clinique le vendredi 6 novembre 1931, à 10 heures du matin.

Programme de l'enseignement. — Lundi, à 10 heures : Opérations, par M. le Dr E. Douay, chef des travaux gynécologiques. — Mardi, à 10 heures : Opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur. — Mercredi, à 10 heures : Visite dans les salles et consultation, par le professeur ; Opérations, par M. le Dr Roy, chef de clinique ; à 11 heures : Injections de lipiodol, par M. le Dr Douay. — Jeudi, à 10 heures : Consultations, par M. le Dr Douay ; Opérations, par M. le Dr Peytavin, chef de clinique. — Vendredi, à 10 heures : Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur ; à 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires), par M. le Dr Douay. — Samedi, à 10 heures : Grandes opérations, par le professeur.

Consultations. : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2, et sous la direction de M. le Docteur Peytavin, chef de clinique (Service de la consultation externe).

— **Clinique médicale** (Hôpital Saint-Antoine.) — Le Professeur F. Bezançon, a commencé ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des leçons cliniques du premier semestre : Rhumatisme articulaire aigu et chronique.

— **Thèses.** — Lundi 9 novembre. Jury : MM. Baudouin, Couvelaire, Cathala, Portes. — M. Archambaud : Traitement chirurgical de la syringomyélie. — Luxereau : De quelques croyances populaires sur la grossesse et l'accouchement.

Mardi 10 novembre. — Jury : MM. Lereboullet, Tanon, Joannon, Sézary. — Mme Maldan-Massot : Enquête sur 92 enfants vaccinés par le B. C. G. — M. Barbin : Contribution à l'étude de l'énurésie et de ses traitements, essais de cupressus sempervirens. — M. Judde : Contribution à l'étude des accidents observés à la suite de l'injection intra-veineuse du vaccin anti-chancrelleux de Nicolle.

Jeudi 12 novembre. — Jury : MM. Bezançon, Pierre Duval, Gatellier, Velter. — M. Landais : De l'influence des altérations de la vue sur l'œuvre des artistes. — M. Candon : Contribution à l'étude du cholépéritoine hydatique.

Lundi 9 novembre. — Thèse vétérinaire. Jury : MM. Legueu, Bresson, Coquet. — M. Lamy : Des affections de la prostate chez le chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Lariboisière.** *Conférences de pathologie générale chirurgicale.* — Le Dr SAUVÉ, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a commencé, à l'amphithéâtre des cours de cet hôpital, une série de conférences de pathologie chirurgicale générale, sur *les réactions de défense du milieu humoral* (équilibre physico-chimique. Défense antimicrobienne) Elles ont lieu tous les samedis à 11 h. 15.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Admissibilité : MM. Béal, Cabrol, Houzeau et Fleury.

Epreuve orale. — Question : Anatomie pathologique et symptômes des pulpites. MM. Béal, 17 ; Houzeau et Fleury, 19 ; Cabrol, 15.

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 3 novembre. — Questions : Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. — Infarctus pulmonaire.

MM. Vildé, 13 ; Rouvillois, 19 ; Strée, 23 ; Bloch, 24 1/2 ; Pergola, 17 ; Mirbeau, 16 ; Judet, 25 1/2 ; Vélez, 21 ; Marcy, 16 1/2.

Séance du 4 novembre. — Questions : Diagnostic du cancer du rectum. — Accidents cardiaques du rhumatisme articulaire aigu (séquelles non comprises).

MM. Natier, 15 ; Scemana, 15 1/2 ; Livierados, 21 ; Mme Longuet, 23 ; MM. d'Escrivan, 21 1/2 ; Bernard (Jacques), 15 ; Hanaut, 23 1/2 ; Boisseau, 17 1/2 ; Sacquépée, 15.

Séance du 7 novembre. — Questions : Gangrène sénile. — Diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques.

MM. Douay, 19 1/2 ; Roux (Marcel), 20 ; Bonnet (Georges), 17 ; Guillaumat, 23 1/2 ; Boutron, 13 ; de Botton, 17 ; Kipfer 21 ; Chevallier (André), 12 ; Castany, 14 ; Netter, 19.

Séance du 9 novembre. — Questions : Diagnostic positif et différentiel des fibromyomes de l'utérus. — Diagnostic des vomiques.

MM. Moreno, 17 ; Lichtenberg, 20; Steirn, 21, ; Bonnet (René), 24 ; Gaulthier, 20 1/2 ; Moreau, 15 ; Levaditi, 25 ; Fresnais, 21 ; Forestier, 17; Bastien, 23 1/2.

Séance du 10 novembre. — Questions : Infiltration d'urine. — Diagnostic des comas.

MM. Dormay, 21 1/2 ; Ferrou, 21 ; Allilaire, 16 1/2 ; Goyer, 18 ; Duperrat, 17 ; Bouchacourt, 16 ; Yovanovitch, 20 ; Cottin, 14 ; Robert, 24 ; Bouteau, 13.

Séance du 12 novembre. — Questions : Symptômes et évolution de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. Formes cliniques de l'anévrisme de l'aorte.

MM. Pellier, 15 ; Morin, 17 ; Perrot (Raoul), 19 1/2) ; Sabourin, 21 ; (Fuidjaudjan, 20 ; Martin (Marcel), 15 ; Landrieu, 25 ; Vendryes, 19 1/2 ; Bouvens van du Boyen, 18 ; Ortholan, 16.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Maurice VALLAS, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon ; du Dr Jean-Robert CAUTRU, décédé accidentellement, fils du Dr Fernand Cautru, de Paris ; du Dr Edmond GUERTIN, de Tours ; du Dr Edmond BENECH, de Montpellier ; du Dr Henri STEINHAUSLIN, de Locle ; du Dr FILLION, de Vertou (Loire-Inférieure) ; du Dr Maurice BLOCH, de Paris ; de Madame JOLTRAIN, mère du Dr Edmond Joltrain.

— **La XVIe croisière de « Bruxelles-médical. »** — Nous avons le plaisir de pouvoir annoncer dès maintenant à nos lecteurs l'itinéraire de cette prochaine croisière *aux îles de Soleil.* Ainsi qu'on le verra, chemin faisant, elle donnera aussi aux voyageurs des visions d'Orient et des régals artistiques : le Portugal, les Maroc français et espagnol, Pise et Florence viendront admirablement soutenir la vaste guirlande de ces perles d'Océan que sont les Açores, Madère, les Canaries, les Baléares et la Sardaigne.

Tenant compte des desideratas universitaires, le départ aura lieu le 27 juillet et le retour le 21 août. Le voyage se fera à bord du paquebot *Brazza*, replacé sous les ordres du commandant Cariou.

	Milles	Durée trajet				
Bordeaux					27 juillet	6 h.
Leixoes (Porto)	567	49 h.	29 juillet	7 h.	29	15
Lisbonne	177	16	30	7	30	20
Ponta Delgada	773	73	2 août	21	3 août	17
Horta (Açores)	150	14	4	7	4	16
Funchal	687	63	7	17	7	13
Teneriffe	255	23	8	12	8	20
Casablanca	541	49	10	21	11	18
Tanger	161	14	12	8	12	12
Ceuta (Tétouan)	29	3	12	15	12	23
Palma (Baléares)	444	40	14	14	14	24
Cagliari	335	30	16	6	16	22
Livourne (Florence)	297	27	18	6	19	24
Marseille	256	23	21	8		

Soit au total 25 jours, avec un parcours maritime de 4.672 milles marins, soit (le mille valant 1.852 mètres) 8.651 kilomètres, c'est-à-dire seulement 500 kilomètres en moins que la distance Anvers-Congo.

Des excursions seront organisées dans chaque ville d'escale et de plus des programmes facultatifs seront dressés : *A*) trajet terrestre Porto-Lisbonne ; *B*) Casablanca, Rabat, Larache, Tanger, Ceuta, Tétouan (Maroc espagnol, Riff) ; *C*) Livourne, Pise, Montecatini (station thermale), Florence, ou bien deux journées de séjour à Florence. De plus, le navire longera de près les côtes de Sardaigne et de Corse, depuis le sud de la première jusqu'à la pointe nord du Cap Corse.

Prix des billets maritimes depuis (prix médical) 4.975 fr. français en 1re classe, et 2.325 fr. français en 2e classe.

Conformément au désir exprimé par de nombreux confrères, aucune inscription extramédicale ne sera, sous aucun prétexte, acceptée jusque février, mais une liste d'attente, dans l'ordre d'arrivée, sera dressée pour celles-ci. Prière aux médecins (femmes et enfants mineurs) de prévenir dès maintenant, sans engagement de leur part, bien entendu.

Pour les confrères qui préféreraient voyager à Pâques, la même compagnie accordera les réductions médicales habituelles pour une croisière d'une quinzaine de jours, à prix réduits, se rendant notamment à Madère et aux Canaries (paquebot *Désirade* : 14.000 tonnes).

— **Infirmerie spéciale des aliénés.** *Conférences cliniques.* — Tous les vendredis à 15 heures, des conférences cliniques avec présentation de malades, seront faites à l'infirmerie spéciale des aliénés, par MM. de Clérambault, Logre et Heuyer.

S'inscrire, 3, quai de l'Horloge.

— **Association internationale de prophylaxie de la cécité** (2, avenue Vélasquez, Paris). — L'assemblée générale de cette Association s'est tenue le samedi 14 novembre 1931, avec l'ordre du jour suivant :

1° Création de comités nationaux. Propositions des membres du Comité exécutif au sujet des projets pour l'année 1931-1932.

2° La prophylaxie de la cécité dans l'industrie.

Rapport du Docteur Coutela, secrétaire général du Comité français de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité, sur « Quelques modifications à apporter à la loi de 1898 sur les accidents du travail ».

3° Rapport du Docteur Cridland, membre du Comité exécutif, sur « L'importance d'une recherche approfondie des causes de la cécité au point de vue de la prophylaxie ».

Conférence (avec projections) de M. le Docteur Park Lewis, vice-président de l'Association, sur « Quelques formes rares de cataracte d'origine parasitaire observées chez les poissons ».

— **La question de l'abolitionnisme.** — Une Commission composée de médecins spécialistes et d'historiens vient de publier, aux éditions de la « Vie moderne », à Paris (58, rue Saint-Lazare), un ouvrage intitulé « *Vénus et Mercure* » où le problème de la prostitution est longuement étudié. Partisans et ennemis de « l'abolitionnisme » y trouveront une documentation complète.

— **Lyon.** — *Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques.* — **Les réunions du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, 16, rue du Plat, à Lyon (Secrétaire général Dr René Biot), sont ouvertes aux médecins, aux étudiants, aux philosophes, aux sociologues, aux théologiens.** Voici le programme de la 8e année (1931-1932) : M. Viret : Formes cristallines et géologiques. — Professeur Coutière : Formes élémentaires de la vie. — Professeur Beauverie : Systématique des formes. — Dr Merle : Formes et mouvement. — Professeur Max Aron : Formes embryonnaires. — Professeur Cuénot : Morphologie et adaptation. — Dr Thooris : La forme humaine.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Le train de luxe Rome-Express a des wagons-lits de 2e classe.* — Depuis le 2 novembre, le train de luxe quotidien Rome-Express reliant Boulogne (Londres) et Paris à Rome via Turin, Gênes, Pise, comporte des wagons-lits de 2e classe.

Départ de Londres 9 heures, Boulogne 13 heures, Paris P. L. M. 17 h. 20 ; arrivée à Turin 7 h. 45, Gênes 10 h. 42, Rome 19 h. 45.

En sens inverse : départ de Rome 15 h. 05, Gênes 23 h. 57, Turin 2 h. 55 ; arrivée à Paris 14 h. 35, Boulogne 18 h. 56, Londres 22 h. 50.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

ment aux règles admises pour les titulaires des brevets de préparation militaire supérieure obtenus au titre des armes ou autres services, être incorporés en Afrique du Nord, si les nécessités du service l'exigent.

Malgré cet avis, certains commandants de bureaux de recrutement signalent à l'administration centrale, comme devant être affectés dans la métropole, parce que titulaires du brevet de préparation militaire spéciale des jeunes gens que le sort désigne normalement pour l'envoi en Afrique du Nord.

Les généraux commandant les régions voudront bien rappeler aux commandants de bureaux de recrutement que la possession de ce dernier brevet ne dispense pas le titulaire de servir, le cas échéant, en Afrique du Nord, que, sur l'état modèle n° 5, dont il est question plus haut, les jeunes gens titulaires du brevet de préparation militaire supérieure spéciale désignés par le sort pour servir en Afrique du Nord doivent figurer dans la catégorie II « à affecter en Afrique du Nord » et qu'il appartient à l'administration centrale, seule, de déterminer l'affectation à donner à ces jeunes gens.

COMMUNIQUÉS
de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Nous sommes informés que certaines Mutualités par l'intermédiaire de leurs infirmières visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles ne se développent et n'aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris.

***

Ligne de conduite à suivre par les médecins vis-à-vis des Caisses qui refusent de signer la Convention.

Ignorer ces caisses comme elles nous ignorent.

Ne *rien* inscrire sur la feuille de maladie (toute signature sur cette feuille marque adhésion à la convention).

Ne délivrer aucune attestation de durée probable ni de terminaison de la maladie.

Donner simplement au malade quand il le réclame un reçu *global* d'honoraires sur notre papier et dans notre forme habituelle (par conséquent avec un timbre de quittance. Par exemple : « Reçu de M. Bernard la somme de 25 francs ou de 280 francs pour honoraires »).

Dans la Seine, les caisses qui ont refusé de signer sont jusqu'à présent : Caisse primaire Michelin ; Union des travailleurs de France ; Damoysienne (maison Damoy) ; La Couture ; les Chauffeurs d'automobiles ; la Prévoyance.

Les deux premières nous ont opposé un refus formel. Les autres ont préféré comme tactique laisser systématiquement trois lettres sans réponse. Nous les ignorerons comme elles nous ignorent, en attendant d'autres décisions à l'étude.

***

Conseils aux médecins

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, dans un désir de bonne collaboration à la loi des Assurances sociales, pense rendre service à tous les médecins du département de la Seine en leur donnant sur l'exercice de la médecine en cette matière, un ensemble de conseils suggérés par les remarques faites au cours des mois précédents.

Ces conseils, inspirés par l'intérêt des malades, la saine gestion des caisses, et la confiance réciproque des assurés, de la direction des caisses et du Corps médical, ont pour but d'éclairer les médecins sur les conséquences regrettables qu'aurait la persistance ou la multiplication de certaines erreurs concernant l'esprit dans lequel la loi des Assurances sociales doit être appliquée.

C'est un devoir et une satisfaction pour la Fédération des syndicats médicaux de la Seine de constater, d'après ses premiers contacts avec le contrôle des caisses, que, dans l'immense majorité des cas, les médecins concilient avec conscience et mesure l'importance de leurs soins et de leurs prescriptions avec l'importance de la maladie.

Il y a pourtant quelques exceptions.

Le service de contrôle de la caisse interdépartementale a attiré l'attention du service de contrôle syndical de la Fédération sur quelques abus manifestes. C'est notre devoir de rappeler aux médecins syndiqués ou non, auteurs de ces abus, qu'ils s'exposent après enquête du contrôle syndical, à des sanctions prévues par la loi et pouvant aller jusqu'à la suppression définitive du droit de soigner les assurés sociaux

ès-qualité sans préjudice de poursuites de droit commun. Ces cas sont rares, mais par contre, on a relevé parfois une exagération des prescriptions soit dans leur nombre, soit dans leur prix (dont le médecin ne doit pas totalement négliger l'importance), soit enfin dans la mise en œuvre de traitements physiothérapiques coûteux. De même l'attribution de convalescences de longue durée, pas toujours très justifiées, grève lourdement par les prestations demi-salaire le budget des caisses.

Soucieux avant tout de laisser aux médecins toute leur liberté d'action, nous n'entendons pas édicter ici des règles impératives, mais nous borner à leur suggérer quelques conseils utiles et que nous pouvons condenser dans cette formule unique : agir avec le malade assuré social comme ils l'ont toujours fait avec leurs propres malades dans leur clientèle ordinaire. Chaque fois qu'un traitement ou une prescription particulièrement coûteuse n'aura pas sur un autre traitement beaucoup moins onéreux une supériorité d'efficacité manifeste, il n'y aura pas lieu de lui donner la préférence.

Afin d'éviter bien des complications administratives, pouvant nuire aussi bien au malade qu'à son médecin, il est recommandé une fois de plus de remplir avec soin et en temps utile les feuilles de maladie et d'indiquer notamment avec précision la date du dernier jour de la maladie.

Si les conseils que nous donnons ici sont compris et suivis par les médecins, le contrôle syndical n'aura pas à intervenir souvent, tandis qu'il se déclenchera fréquemment dans le cas contraire, et c'est ce que nous voudrions éviter.

La Fédération des syndicats médicaux de la Seine, assumant entièrement la charge financière du contrôle syndical, il est juste que tout médecin qui y est assujetti, contribue pour la même part aux frais qu'il nécessite. Les médecins syndiqués versant annuellement à la Fédération une contribution, il nous paraît équitable que les médecins non syndiqués versent la même contribution.

La contribution spéciale pour le contrôle et pour les syndiqués étant fixée annuellement à 30 francs, les non syndiqués sont donc priés de vouloir bien l'adresser le plus tôt possible au trésorier de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (6e), par mandat ou par chèque.

CORRESPONDANCE

Accidents

5616. – Patron responsable d'un accident de battage

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire savoir à qui incombe la responsabilité de l'accident dans l'affaire suivante :

M. M., cultivateur m'envoie le blessé L., avec une déclaration d'accident. L'accident est occasionné par la batteuse de M. C. qui travaillait pour M. M. M. L. travaillait autour de la batteuse, mais pour le compte de M. M.

La Compagnie d'assurance de M. M. refuse de régler le sinistre et prétend que ce règlement incombe à M. C., entrepreneur de battage.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner votre avis sur ce cas particulier ?

Dr M.

Réponse.

Aux termes de l'article unique de la loi du 30 juin 1899, les accidents occasionnés par l'emploi de machines agricoles mues par des moteurs inanimés et dont sont victimes, par le fait ou à l'occasion du travail, les personnes *quelles qu'elles soient* occupées à la conduite ou au service des moteurs ou machines, sont à la charge de l'exploitant dudit moteur.

La loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles, la législation sur les accidents du travail, n'a pas modifié la loi du 30 juin 1899 lorsque les moteurs inanimés visés par elle, appartiennent à d'autres personnes qu'aux agriculteurs eux-mêmes.

Par conséquent, dès lors que la batteuse qui a causé l'accident, appartenait non pas à l'agriculteur pour le compte duquel le travail était opéré, mais à un entrepreneur de battage, c'est ce dernier qui doit être considéré comme responsable de l'accident, à condition qu'il soit prouvé que l'accident est bien dû à l'emploi de la machine à battre, qu'il soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail, et enfin que la victime ait été occupée à la conduite ou au service du moteur ou de la machine.

Au cas où ces trois conditions ne se trouveraient pas réunies, c'est le patron du blessé qui serait responsable de l'accident en vertu de la loi du 15 décembre 1922.

S'il est impossible au blessé de se faire indemniser soit par l'entrepreneur de battage, soit par son patron ou par les assurances qui les couvrent, la seule chose qu'il ait à faire est de citer son patron et l'entrepreneur de battage devant le Juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, en vertu de la procédure spéciale des accidents du travail.

Le Juge de Paix dira à qui incombe la respon-

sabilité de l'accident et lorsqu'il aura rendu sa décision, vous aurez une action directe en paiement de vos honoraires contre celui des deux patrons qui aura été déclaré responsable.

5497. — Brûlure par la chaux

Je vous remercie de m'avoir indiqué, dans votre réponse du 17 octobre, le jugement du juge de paix d'Orgon (Bouches-du-Rhône) du 22 mars 1924, confirmé par le tribunal civil de Tarascon, le 12 décembre 1924, admettant l'application de la législation sur les accidents du travail dans un cas de brûlures par contact prolongé de sacs de chaux sur l'épiderme.

Devant mon insistance, la compagnie d'assurances pour refuser le paiement du demi salaire et des soins médicaux, invoque, en plus du jugement du tribunal de Valenciennes, du 15 juillet 1925, les jugements suivants :

Tribunal de la Seine, 22 mars 1907 ; Cour de Grenoble, 25 janvier 1907 ; justice de paix du 14e arr. de Paris, 10 octobre 1907 ; tribunal de Charleville, 23 juin 1910 ; tribunal de la Flèche, 5 juillet 1910 ; Cour de Cassation, requêtes, 25 mars 1911 ; justice de paix de Pantin, 15 avril 1924 ; justice de paix de Saint-Denis, 1er juillet 1927 ; tribunal de Pontoise, 27 juillet 1927 ; Cour de Paris, 7 juin 1929.

Est-ce que toute cette jurisprudence s'applique bien à des cas nets comme celui qui m'intéresse, c'est-à-dire : brûlures des mains et de la face, par projection de poudre de ciment, en déchargeant et manipulant des sacs de ciment ?

Il s'agit pour moi d'une note d'honoraires de 110 francs pour soins qu'il me sera bien difficile de faire payer par l'ouvrier.

Dr G.

Réponse.

Il est une règle bien établie, dans toute discussion d'ordre juridique ou judiciaire, de ne tenir pour valables que les décisions de jurisprudence, accompagnées de l'indication bibliographique permettant de se reporter au journal qui a publié les décisions invoquées.

Il serait trop facile, sans cela, de faire servir à l'appui de sa cause, des quantités de jugements et d'arrêts, qui n'auraient que peu ou point de rapports, avec le problème juridique, objet du débat.

Par conséquent, veuillez dire à l'assurance, que nous ne considérons pas comme valables les jugements par elle indiqués, alors que l'indication bibliographique n'accompagne pas les décisions invoquées.

D'autant que si l'assurance vous oppose certains jugements, elle se garde bien de mentionner les décisions rendues en sens contraire. Et à notre tour, nous pouvons indiquer les suivantes, en sus du jugement de J. P. d'Orgon, confirmé par tribunal civil de Tarascon (*Concours médical*, 1925. 1264).

Tribunal de paix de Montbrison, 24 décembre 1927 (Déc. J. P., octobre 1928.)

Tribunal de paix de Lambesc (B.-du-Rh) 29 novembre 1927 (*Le Droit Ouvrier*, février 1928.)

Tribunal civil d'Amiens, 16 novembre 1921 (*La Loi*, 8 février 1922).

Tribunal de paix de Saint-Ouen, 4 janvier 1928 (*Le Droit Ouvrier*, juin 1928).

Tribunal civil Le Havre, 5 février 1926 (*Le Droit Ouvrier*, 1926.206.)

Tribunal de paix de Bougie, 25 novembre 1926, confirmé par tribunal civil de Bougie, 12 avril 1927 (l'*Assurance pratique*, 1931.54 ; Rec. spéc. acc. trav., mai 1931.158).

Just. de paix de Brest (1er canton), 24 juillet 1930 (*La Voix du Peuple*, sept. 1930.718).

Just. de paix de Bougie, 24 sept. 1930 (*L'Assurance pratique*, 1931.56).

Voici donc une série de décisions qui peuvent être opposées à celles invoquées par l'assurance. De tout ceci, nous devons conclure que lorsqu'il y a action lente, insidieuse, progressive d'un agent pathogène, il faut décider qu'il s'agit, non d'un accident du travail, mais d'une maladie professionnelle non garantie.

Mais, lorsque les lésions se produisent rapidement en quelques minutes, en quelques heures, dans la même journée, par suite de petits traumatismes répétés, provoqués par le travail, à l'occasion de la manipulation de substances irritantes, on peut conclure à l'accident du travail.

Pour ne pas payer et faire des bénéfices commerciaux les assureurs opposent les décisions favorables à leur thèse, que les brûlures occasionnées par le déchargement de sacs de chaux ne constituent pas un accident du travail, parce qu'il n'y a pas traumatisme.

Mais, si dans un cas particulier, l'ouvrier a pris son travail, le matin, sans aucune brûlure et qu'à la suite de son travail de déchargement, il se plaint, dans la journée, d'excoriations multiples, qui s'enflamment progressivement, il faut décider que ces lésions sont bien le fait de petits traumatismes répétés et par suite, sont garanties par les dispositions de la législation des accidents du travail.

Dans votre cas particulier, il serait utile que votre blessé puisse attaquer son patron, devant le juge de paix, pour faire décider s'il y a ou non accident du travail. Y a-t-il eu déclaration d'accident à la mairie ? Y a-t-il moins d'un an de date ? (sans cela gare à la prescription). Quels sont les anamnestiques de l'accident prétendu, ses causes ?

Si votre ouvrier actionne son patron, il aura de droit l'assistance judiciaire. Cela ne lui coûtera donc rien. Son patron appellera son assureur en garantie, pour qu'il prenne ses lieu et place au procès.

Vous pourriez également nous indiquer le nom

du blessé, la date de l'accident et le nom de l'assurance. Nous pourrons alors faire faire une démarche par notre conseiller technique d'assurances, qui compulsera le dossier que possède la compagnie, sur ce cas particulier et tâchera d'obtenir le paiement de vos honoraires.

Dr Paul Boudin.

5580. — Accident survenu à un ouvrier travaillant aux pièces

J'ai énucléé l'œil d'un casseur de pierres, qui avait été gravement blessé par un éclat ; cet homme travaillait aux pièces, c'est-à-dire à tant le mètre cube de pierres cassées et il accomplissait ce travail, non pas sur le bord d'une route, mais dans le chantier d'un patron. Or celui-ci — qui n'est pas assuré — prétend que l'accident ne tombe pas sous le coup de la loi du 9 avril 1898 et dit ne pas vouloir payer.

C'est là un cas qui doit s'être fréquemment présenté et la jurisprudecne doit être faite. Je vous serais reconnaissant de me fixer sur mon droit.

Dr L.

Réponse

Pour que la loi sur les accidents du travail soit applicable, il faut qu'il existe entre le chef de l'entreprise et la victime de l'accident, un contrat de louage de services en vertu duquel l'ouvrier se trouve dans la dépendance du patron, et travaille sous sa direction en exécutant les ordres reçus (Cassation Req., 16 juillet 1914, D. P, 1917-1-1.)

Il importe peu que l'ouvrier soit rémunéré à la journée ou à la tâche ; la seule condition nécessaire est le lien de subordination entre la victime et le chef d'entreprise.

Par conséquent, si le casseur de pierres, bien que payé au mètre cube, était au service de l'entrepreneur, celui-ci doit être déclaré responsable de l'accident, et condamné au paiement de l'indemnité légale.

Au cas où le patron persisterait dans son refus de considérer l'accident comme un accident du travail, il faudrait que le blessé fasse trancher la question en citant son patron en paiement de son demi-salaire, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent en vertu de la loi du 9 avril 1898.

Si l'ouvrier obtient gain de cause, vous aurez à votre tour, une action directe contre le patron, en paiement de vos honoraires, calculés conformément à l'arrêté ministériel.

Fiscalité.

5273. — Base de la patente quand le patenté est propriétaire de sa maison

J'ai acheté un petit appartement de quatre petites pièces, où je n'habiterai pas mais où je voudrais installer un cabinet secondaire.

Le contrôleur m'a dit qu'il établirait ma patente sur une valeur locative de 3.000 fr. Il paraît se baser pour cela sur le prix d'achat de cet appartement qui a été de 92.500 fr. acte en mains. Mais, frais déduits, ce chiffre se trouve ramené à 80.000 fr. et même à 70.000 fr. environ si l'on tient compte du fait que le vendeur s'est engagé à y faire toutes les réparations (plomberie, menuiserie, maçonnerie, peinture, etc.).

D'un autre côté, je croyais cependant que la valeur locative actuelle devait être calculée d'après celle de 1914. J'ai vérifié au bureau d'enregistrement; et le loyer en 1914 y était de 490 fr. Je calcule d'après cela que la valeur locative actuelle serait de 1.446 fr.

Une partie des locaux (le quart environ) sera occupée par une domestique. Il me semble donc que ce chiffre de 1.446 fr. pourrait, pour l'établissement de la patente être plutôt diminué que majoré.

Ai-je raison ? et je vous demanderais tous conseils nécessaires et la marche à suivre. Dr D.

Réponse.

La valeur locative servant de base au calcul du droit de patente est celle que le locataire devrait acquitter si l'immeuble était loué ; par conséquent, vous avez raison, s'il s'agit d'un immeuble d'avant-guerre, de prendre pour base la valeur de 1914.

Le fait qu'un domestique exige une partie du local n'a pas d'influence sur le calcul de la patente. A. MARTINOT,
Conseil Fiscal.

5256. — Paiement de la taxe sur les automobiles

J'ai deux voitures, jamais le contrôleur des contributions indirectes ne m'a permis même au cas d'accident à une voiture de me servir de la deuxième sans acquitter la taxe trimestrielle entière. Qu'il n'y mette aucune tolérance, je ne puis que l'accepter.

Mais il m'arrive une autre aventure :

J'avais acquitté le 12 juillet mon imposition pour une voiture Renault 8HP 6 cylindres, dénommée Monasix, j'avais donc droit de circulation jusqu'au 12 octobre. Le 8 août 1931, j'ai rendu au constructeur ma Monasix et ai pris une Primaquatre, voiture Renault de 11 HP. J'ai payé le surplus de taxe, pour finir le trimestre avec ma primaquatre, c'est-à-dire 90 fr. 85.

Tout ceci me paraît normal.

Aujourd'hui, je vais pour solder un nouveau trimestre de mise en circulation de la primaquatre 11HP, à dater du 12 octobre me donnant droit de m'en servir jusqu'au 12 janvier 1932.

Le receveur me fait solder 288 fr. 50 plus le timbre et fait partir ma déclaration du 1er octobre me frustrant donc de 12 jours.

Veuillez, je vous prie me dire s'il est dans son droit et le cas échéant à qui je dois m'adresser pour me faire rendre justice et sous quelle forme.

Dr R.

Réponse.

Votre trimestre court évidemment du 12 octo-

bre et il vous suffit de signaler les faits au Directeur des Indirectes pour qu'il vous donne satisfaction. En effet, l'article 48 de la loi du 16 avril 1930 porte :

« Les droits sont exigibles d'avance et par trimestre à partir du jour de la mise en circulation du véhicule. »

A. M.

5233. — Déduction des primes d'assurance vie

Les primes d'assurances vie-mixtes ou versements en vue d'une retraite comme ancien combattant peuvent-ils être déduits du chiffre de bénéfices professionnels ?

Réponse.

Les assurances-vie mixtess peuvent être déduites lorsqu'elles n'ont pas le caractère d'un placement mais d'une retraite ;elles ne doivent pas dépasser 6 % du revenu professionnel.

A. M.

5350. — Evaluation arbitraire des recettes d'un médecin

A titre documentaire, je vous signale que le fisc a une manière de compter notre chiffre d'affaires d'une façon bien personnelle ; un médecin propharmacien qui touche 20.000 fr. des œuvres d'assistance et des accidents de travail fait un chiffre d'affaires quatre fois supérieur. Soit : 80.000 fr.

Il ne songe pas que le fixe est toujours touché et que la pharmacie qui ne donne que 25 % de bénéfice légal y est comprise.

Je proteste contre cette façon de compter notre chiffre d'affaires. Le fisc est décidément féroce !

Je ne sais si beaucoup de confrères se trouvent aussi injustement imposés, mais je ne puis m'empêcher de vous rendre compte de cette nouvelle comptabilité simplifiée.

Je m'excuse de vous faire part de ce point de vue fiscal, mais je serais curieux de savoir si beaucoup de confrères subissent le même sort.

Dr B.

Réponse.

Rien n'autorise le contrôleur à évaluer les recettes dun médecin propharmacien à quatre fois la somme qu'il touche des œuvres d'assistance. Une réclamation serait justifiée et nous nous en chargerions si nous pouvions étudier le dossier.

A. M.

5501. — Evaluation de la valeur locative. Base de la patente

Pouvez-vous me donner quelques indications afin de m'aider à me défendre contre le contrôleur des contributions directes au sujet de l'évaluation de la valeur locative d'une maison *neuve*.

Voilà le cas :

Je viens de faire construire une maison où je me suis installé depuis le 1er mai 1931.

D'après une conversation avec le contrôleur, ce dernier est dans l'intention d'évaluer à 18.000 fr. la valeur locative des locaux que j'occupe.

Je trouve ce chiffre un peu élevé, surtout qu'un autre médecin occupant une villa à côté de moi (mur mitoyen) depuis 2 ans (villa construite depuis 2 ans) a une valeur locative de 15.000 fr.

A noter que la maison que j'occupe n'est pas une villa indépendante comme celle de mon voisin ; ma maison est une partie d'un gros bloc de construction où il y a des appartements à vendre ; mon coin est complètement isolé avec entrée personnelle.

Je désirerais surtout savoir si j'ai intérêt à subir les 18.000 fr. du contrôleur ou bien à suivre une autre procédure.

Pour 1932, la patente est-elle toujours due sur tous les locaux d'habitation ?

Dr C.

Réponse.

1° Il est impossible d'évaluer la valeur locative d'une villa ou d'un appartement sans connaître le nombre de pièces, leur grandeur et tous les éléments qui peuvent avoir une influence sur le prix du bail s'il y avait location.

Pour comparer votre habitation à celle de votre confrère, il faudrait donc que vous nous fournissiez tous les éléments d'appréciation.

Vous pouvez toujours réclamer auprès de votre contrôleur et ensuite de la direction.

2° La patente sur les locaux d'habitation existe toujours.

A. M.

5380. — La patente est due dès l'installation

Etant installé depuis le 1er octobre 1930, je reçois une feuille d'impôts dits de contribution des patentes partant du 1er janvier 1931 alors que je croyais n'avoir pas d'impôt à payer pour ma première année d'installation.

Dr L.

Réponse.

Aucune loi en vigueur n'exempte de la patente les docteurs qui viennent de s'installer.

A. M.

5832. — A propos de l'amortissement du prix d'achat des automobiles

Confrères ruraux ! si vous avez deux autos pour votre profession n'ayez pas le malheur d'en compter l'amortissement dans le relevé annuel de vos frais professionnels, car vous n'avez droit qu'à une auto pour votre profession, que vous fassiez 10 km. ou 100 km. par jour.

Sa majesté « le Fisc » vous supprimera d'un geste

bref et sans réplique une auto et, naturellement, la plus forte en chevaux.

Oyez cette petite histoire vécue : J'ai déclaré dans le relevé de mes frais professionnels avec *le détail* chapitre par chapitre réclamé par M. le Contrôleur des contributions directes, l'amortissement de mes deux autos à usage professionnel.

Je fais une moyenne kilométrique de 70 km. par jour ; comme tous les confrères ruraux, je fais du « taxi ». Or, M. le Contrôleur « estime », que mon rayon n'est pas suffisant pour avoir deux autos et d'un trait de plume, en supprime une, c'est-à-dire, direz vous, 5.000 fr. de moins par an pour les frais professionnels ? Pas du tout. J'avais déclaré :

1° Une C4 achetée en 1929. Amortissement 5.000 fr.

2° Une Licorne 5 chevaux achetée en 1928. Amortissement 4.000 fr.

C'est précisément 5.000 fr. qui me sont supprimés et non 4.000 fr., c'est-à-dire la voiture qui me sert le plus, puisque la plus puissante.

Quels moyens avons-nous pour nous défendre contre de telles prétentions du fisc ?

Je crois qu'il y aurait lieu de mener une campagne énergique dans la presse et de pressentir même MM. les Parlementaires, afin d'obtenir qu'un médecin de campagne puisse avoir le droit, quand il a deux voitures, de les amortir toutes deux.

J'ai connu une époque où les médecins payaient demi-taxe sur leurs autos. Où est ce temps heureux ?

L'industrie et le commerce ne rendant plus, ces Messieurs du fisc tapent à tour de bras sur les professions libérales et les médecins sont, particulièrement surveillés et pressurés actuellement.

Dr H.

5388 — Dépenses professionnelles à déduire des recettes

1° Je viens de recevoir de mon contrôleur des contributions directes, une lettre dans laquelle il prétend que des frais professionnels de chauffage s'élevant à 1.000 francs lui paraissent exagérés et qu'il les réduit à 500 fr.

Qu'en pensez-vous ?

2° D'autre part le contrôleur prétend que le salaire professionnel déclaré pour mon père et ma mère : 6.000 fr., car je n'ai ni bonne ni chauffeur, ne constitue pas pour moi une dépense professionnelle ; d'où suppression. Qu'en pensez-vous ?

J'ai d'ailleurs l'intention de déclarer comme salaire de mon père et de ma mère, l'année prochaine 10.000 au lieu de 6.000 fr. Le contrôleur pourra-t-il prétendre qu'il y a exagération ?

3° En cas de désaccord avec le contrôleur, j'ai l'intention de porter le différend devant la Commission consultative, par observations écrites. La procédure devant la Commission consultative comporte-t-elle des frais ?

Dr D.

Réponse.

Les frais de chauffage sont proportionnés à l'importance des pièces professionnelles chauffées. Pour les estimer, il suffirait de déterminer, par une règle de trois, la partie du total de vos factures de combustible afférente au chauffage des locaux professionnels.

Rien ne s'oppose à ce que les parents d'un docteur soient appointés par lui s'ils lui rendent des services pour sa profession, mais le contrôleur est en droit de demander des renseignements sur leurs occupations afin de constater qu'elles sont effectives et qu'elles ne concernent pas la vie privée de la maison.

La procédure devant la commission ne comporte aucun frais, mais il est bon d'y aller avec d'autres arguments que des affirmations.

A. M.

Questions médico-militaires

5314. — Annuités nécessaires pour la Légion d'Honneur

Je serais curieux de savoir :

1º Si je suis proposable pour la Légion d'honneur.

2º Combien je compte d'*annuités* (je sais qu'il en faut 30). Je reçois aujourd'hui du Service de santé du *n*e Corps un état modèle E à vérifier et je m'y perds ! !

Né en 1885 (46 ans). Réformé 1905. Service comptant comme récupéré du 11 mars 1915. Médecin auxiliaire le 13 mars 1915. Médecin aide-major 2e classe T. T., 20 octobre 1916. Médecin aide-major 2e classe TT., 1er décembre 1918. Médecin aide-major T. D., 20 mai 1923.

L'Etat modèle E porte sous l'année 1931, 46 ans.

Durée des services :

Par suite mobilisation :		4 ans 2 mois 8 jours
Pour mémoire	Campagnes	7 ans 4 mois 7 jours
	Temps de présence aux armées :	3 ans 1 mois 17 jours

Je n'y comprends rien.

Je suis cette année, pour la première fois, convoqué pour une période de 15 jours en décembre.

Une citation.

Vous y reconnaîtrez-vous mieux ?

Dr X.

Réponse.

Vous comptez de mars 1915 à décembre 1931 :

	16 ans 9 mois
plus	4 ans 2 mois.
soit	21 ans environ.

plus une annuité, si votre citation est à l'ordre *de l'armée*.

Vous ne semblez donc pas proposable pour la Légion d'honneur, mais pour le troisième galon.

Cinquante-troisième année — N° 49 — 6 Décembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

Demi-colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 **fr.**) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

III

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs Semenon, d'Excideuil et Dubroca, de Lacanau, la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 415. — Jne femme posséd. à fond français, allem., angl., italien, sténo-dactylo, bonne administratrice, excell. réf. cherche place de respons. dans mais. santé ou auprès médecin, préfér. psychiatre.

No 416. — A vend. : 2 sièges auto super-confort neufs 2 bout. Magondeaux ; 2 phares état neuf ; batterie TSF 120 v. fer-nickel neuve et 4 volts.

No 417. — Dr cinquantaine, cessant d'exercer, dem.; occup. méd. ou paraméd. matinée ou après-midi, région Paris.

No 418. — Jeune confr. habitué aux remplacem. dem. à rempl. confr. courant Décembre, condit. modérées.

No 419. — Dr recomm. partic. pers. connaiss. anglais et comptabil. qui s'adapter. facilem. à tous genres de situat., en toutes régions.

No 420. — Infirmière U. F. F., très instr. parlant anglais et espagnol cherche situat. auprès méd., dans mais. santé, pouponnière, centre d'élevage, etc.

No 421. — Le Dr Théas, de Saint-Palais-sur-Mer (Char. Inf.,) reçoit à toute époque de l'année, enfants non

contag., ayant besoin climat marin. Soins médicaux et maternels assurés.

N° 422. — Porte de Paris. Méd. génér. excell. rapp. sans auto, très bel appartem., très confort., Indemn. 50.000 avec install. profess. S'ad. Cab. Breitel et Goret 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 423. — Proche banlieue Ouest. Client. de consultat avec fixes. Présentation. Indemn. 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 424. — Orne. Seul méd., grand rayon, maison avec jardin. Indemn. 20.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Hôtel du Mont-Besset, à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Le professeur Robin a écrit : « Il faut rendre aux tissus sous forme assimilable les éléments minéraux qu'ils ont perdus en excès. Le tuberculeux a perdu 41 % de sa silice. Donnez-lui 4 à 6 comprimés par jour de **Prélase** (silice organique).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio. 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les 90 ans du professeur Hayem.** — On a fêté, le 24 novembre, à la fois à l'hôpital Saint-Antoine et à l'Académie de médecine, les quatre-vingt-dix ans du professeur Hayem. On sait que le savant maître a enseigné pendant de nombreuses années la clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine, où il a poursuivi ses travaux d'hématologie et de gastrologie. Les deux cérémonies, du pavillon Moïana de l'hôpital Saint-Antoine et de l'Académie, ont été un touchant hommage d'affection au maître respecté qu'est le professeur Hayem.

— **Centenaire de Félix Guyon.** — Le centenaire de Félix Guyon sera célébré les 8 et 9 décembre 1931, à l'Académie de médecine et à la Clinique de Necker.

Le 8 décembre, au cours de la séance solennelle annuelle de l'Académie de médecine, le Professeur Legueu prononcera l'éloge de Félix Guyon.

Le lendemain, 9 décembre, la Faculté de médecine rendra hommage au premier titulaire de la chaire d'urologie à Paris, au cours d'une cérémonie qui aura lieu à 10 h. 45, sous la présidence du doyen Balthazard, à la clinique de l'hôpital Necker que Guyon illustra et dans l'amphithéâtre même où il donna son enseignement clinique.

— **Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris.** — *Programme* des exercices pratiques communs aux qua-

tre Ecoles qui auront lieu au Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 17 janvier 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de Guerre : Exercice pratique sur les évacuations secondaires par avions dans la zone d'une armée en opérations. — Dimanche 14 février 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER : Exercice sur un cas concret d'évacuations sanitaires de l'avant, par voie ferrée, dans une armée en opérations. Les points d'embarquement en chemins de fer. — Dimanche 20 mars 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin colonel SCHICKELÉ, chef de la Section technique du Service de santé : Exercice sur le fonctionnement de la gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations. — Dimanche 17 avril 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin colonel SCHICKELÉ : Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire.

Conformément aux instructions ministérielles en vigueur, ces exercices pratiques sont réservés aux officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris.

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris.** — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin) ; 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet) ; 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet). Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Dr Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe), avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

— **Section de médecine de l'A. G. des étudiants.**— Un grand bal de nuit, a eu lieu le 5 décembre, à 22 heures à l'Hôtel Colbert, 15, rue de la Bûcherie. Intermèdes artistiques avec le concours de Mlle Parisys, MM. Georges Pomies et Raymond Souplex.

— **Institut Pasteur d'Athènes.**— Le Dr Pierre Lépine est nommé directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes. Le Dr Pierre Lépine est le fils du Dr Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinicat.* — M. Philippe Barral est nommé chef de clinique médicale (professeur Paviot).

M. Monnier-Kuhn est nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — *Clinicat.* — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Docteur Guibal, chef de clinique chirurgicale (Professeur Massabuau).

Docteur Lonjon, chef de clinique chirurgicale (Professeur Vincent Riche).

Docteur Battle, chef de clinique obstétricale (Professeur Paul Delmas).

Docteur Vidal, chef de clinique des maladies nerveuses et mentales (Professeur Euzière).

Docteur Jacques Temple, chef de clinique ophtalmologique (Professeur Henri Villard).

Docteur Pierre Rimbaud, chef de clinique médicale (Professeur Vires).

— **Dispensaires antituberculeux de la Sarthe.** — Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires d'hygiène sociale de la Sarthe, sera ouvert du 1er décembre au 10 janvier 1932.

Le traitement de début attaché à cette fonction est fixé à 45.000 francs. Le titulaire du poste bénéficiera, en outre, d'indemnités de déplacements, ainsi que des indémnités attribuées aux fonctionnaires départementaux.

Les dossiers des candidats devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), avant le 10 janvier 1932.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétariat de l'Association départementale d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse à la Préfecture du Mans.

— **Préfecture de la Haute-Garonne.** — *Inspection d'hygiène.* — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, le 21 décembre 1931, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne et de deux médecins inspecteurs d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes des deux sexes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques auxquelles sont assimilées les fonctions de médecin militaire, et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français ; avoir satisfait à la loi militaire s'ils sont du sexe masculin et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au Préfet de la Haute-Garonne, avec le dossier, avant le 15 décembre.

Les candidats devront se rendre au ministère de la Santé publique au jour et à l'heure fixés pour le concours afin que le jury puisse, le cas échéant, les inviter à venir en personne présenter leurs titres.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène entrera en fonction au 1er janvier et sera immédiatement titularisé.

Les candidats désignés pour remplir les fonctions de médecins inspecteurs d'hygiène seront astreints à un stage préliminaire d'un an, à l'expiration duquel ils pourront être titularisés dans leurs fonctions.

Par contre, si dans leur service, les médecins stagiaires ne donnent pas satisfaction, ils seront licenciés sans formalité ni indemnité.

L'échelle des traitements de l'inspecteur départe-

mental d'hygiène, chef de service, est fixée ainsi qu'il suit :

4e classe, 45.000 francs ; 3e classe, 50.000 francs ; 2e classe, 55.000 francs ; 1re classe, 60.000 francs.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixée ainsi qu'il suit :

4e classe, 36.000 francs ; 3e classe, 39.000 francs ; 2e classe, 42.000 francs ; 1re classe, 45.000 francs.

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auront pu être rendus dans différentes administrations publiques.

L'Inspecteur départemental d'hygiène et les médecins-inspecteurs sont inscrits à la caisse départementale des retraites et bénéficient des différents avantages consentis aux fonctionnaires du département (indemnités de résidence et de charges de famille).

Ls devront avoir une automobile en ordre de marche et toucheront une indemnité annuelle de frais de déplacement de 15.000 francs.

— **Distinction honorifique.** — Nous sommes heureux d'annoncer qu'une médaille d'or de la Mutualité a été décernée au Dr G. Raymond, d'Axille (Aude), abonné du *Concours médical* depuis de nombreuses années.

— **Les épidémies.** — Un cas de peste a été signalé dans le département de la Gironde.

— **Association générale de l'Internat de Lyon.** — Le 7e bal annuel de l'Association générale de l'internat des hôpitaux civils de Lyon a eu lieu le 28 novembre, au Lugdunum - Palace, au profit du sanatorium des étudiants et des bibliothèques de l'Association.

— **Union des médecins mutilés de guerre.** — L'Union des médecins mutilés de guerre tiendra son Assemblée générale, le lundi 7 décembre 1931, à 18 h. 15, à son siège social, Hôtel des ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, à Paris (9e).

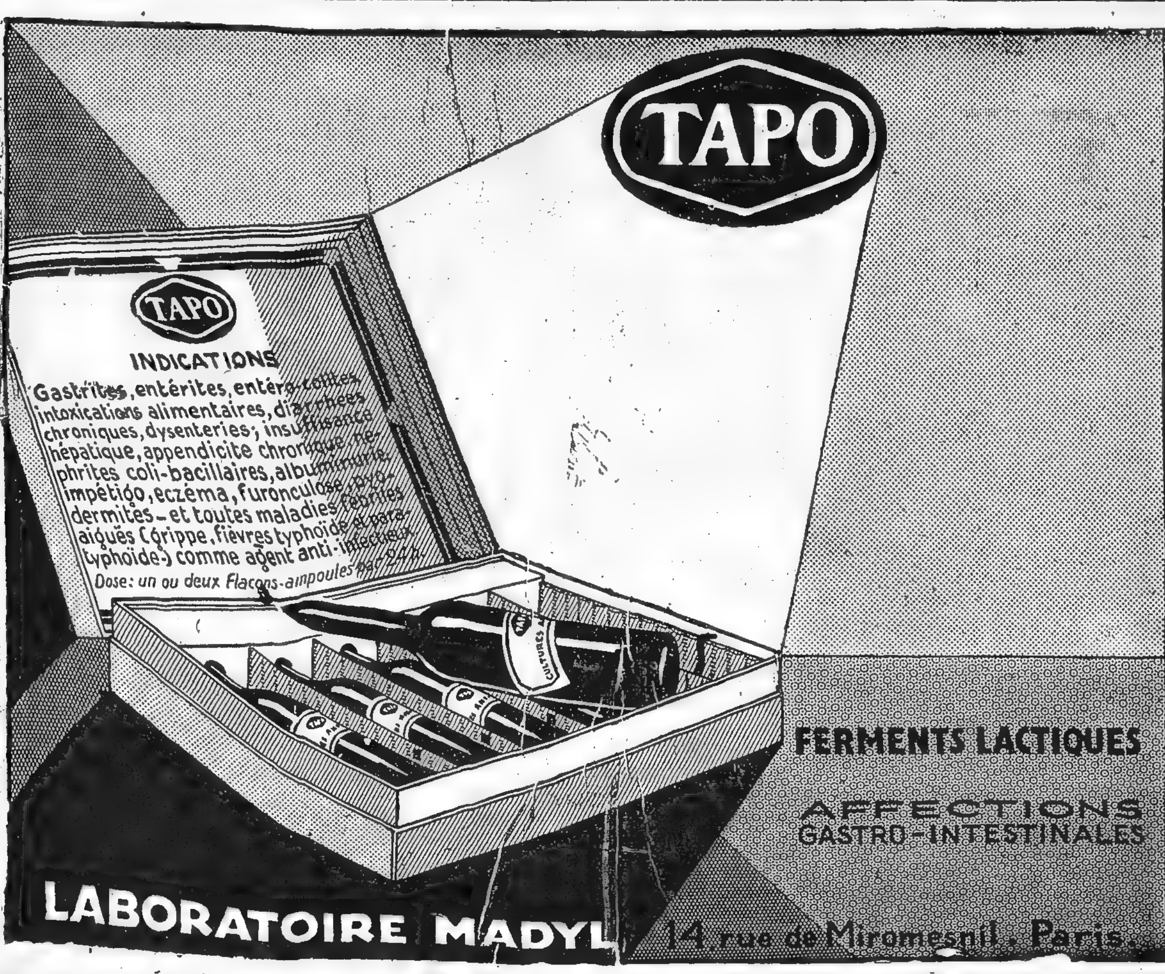
Ordre du jour :

Renouvellement du Bureau.

Allocations aux médecins dans le besoin, aux veuves et aux orphelins.

— **Société de Pathologie comparée** (7, rue Gustave-Nadaud, Paris, XVIe). — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 8 décembre 1931, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les Ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture, de la Santé publique, M. le Professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences.

Le banquet, où sera fêté le trentenaire de la Société, et que les dames sont invitées à honorer de leur présence, aura lieu dans les Salons de l'Hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, à 19 h. 1/2 sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.



Nouveau Tarif des Accidents du Travail

Nous rappelons que le nouveau tarif des Accidents du Travail, qui remplacera le Tarif Fallières, ne sera applicable que le 15 FÉVRIER 1932 et non rétroactivement le 15 *février* 1931, ainsi qu'il a été indiqué par erreur dans d'autres publications.

Ce tarif a été publié dans notre supplément documentaire de novembre et figurera en complément dans l'Agenda-Memento de 1932, actuellement sous presse.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 NOVEMBRE

Service de santé militaire.

Par décret du 16 novembre 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au gr. méd. s.- lieut. (rang 15 sept. 1931) : Levet, méd. aux., tit. brev. P. M. S., 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég., ; (rang 20 sept. 1931) : Viala, méd. aux. non tit. brev. P. M. S., 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris.

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 13 novembre 1931 *relatif aux indemnités des chefs de service des soins gratuits, médecins secrétaires et membres des commissions de contrôle.*

Art. 1er. — Les articles ci-après du décret du 25 octobre 1922 sont modifiés comme suit :

Art. 41. — Il est alloué aux membres de la commission et des sous-commissions, à l'exclusion des membres fonctionnaires de l'administration, une somme fixe de 10 fr. par heure de présence effective aux séances de la commission et des sous-commissions.

Art. 42. — Il est alloué au secrétaire une indemnité mensuelle dont le taux est arrêté par département, par le ministre des pensions, d'après l'importance du service, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances et sans pouvoir dépasser la somme de 1.500 fr. par mois.

Art. 52. — ....

L'indemnité du secrétaire est fixée par le ministre des pensions dans la limite d'un maximum de 2.000 fr. par mois.

Art. 2. — Le titre V du décret du 25 octobre 1922 est complété ainsi qu'il suit :

Art. 94 *bis.* — Dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances et d'un maximum de 600 fr. pour la Seine, de 400 fr. pour les autres départements, il est alloué aux fonctionnaires des préfectures chargés de la direction du service des soins gra-

tuits une indemnité mensuelle de fonctions dont le taux est arrêté par département, d'après l'importance du service, par le ministre des pensions.

Art. 3. — Le présent décret est applicable à partir du 1er avril 1931.

Art. 4. — Le ministre des pensions et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

19 NOVEMBRE

Service de santé militaire.

Avis d'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires en 1932.

Un concours s'ouvrira en 1932 pour l'obtention du titre d'« assistant des hôpitaux militaires ».

Le nombre et la nature des emplois mis au concours en 1932 sont fixés comme suit :

Médecine : 3.

2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

1 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Chirurgie : 6.

2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

1 à l'hôpital militaire de Talence.

1 à l'hôpital militaire Maillot à Alger.

2 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Bactériologie : 2.

1 au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce Paris.

1 au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon.

Electroradiologie : 3.

2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

1 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux militaires de ces différentes catégories nommés à ce concours, est fixée à trois ans. Elle commencera à dater du 2 novembre 1932.

En exécution de l'article 1er du décret du 24 novembre 1924, sont seuls admis à prendre part à ce concours, les médecins capitaines compris dans la deuxième moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier 1932.

Le nom du médecin capitaine commençant la deuxième moitié de cette liste sera publié ultérieurement.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux militaires que dans une seule des catégories qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. — Épreuves anonymes d'admissibilité

Les épreuves auront lieu au chef-lieu de région (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte) et à Paris et à Lyon, aux hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Desgenettes, à huit heures, aux dates fixées ci-après :

Sections	1re épreuve	2e épreuve
Médecine..........	4 avril 1932	5 avril 1932
Chirurgie..........	6 avril 1932	7 avril 1932
Bactériologie......	8 avril 1932	9 avril 1932
Electro-radiologie..	11 avril 1932	12 avril 1932

B. — Épreuves définitives

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à partir du 1er juin 1932.

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la guerre, direction du service de santé (1er bureau. — Personnel), avant le 1er février 1932 au plus tard, en indiquant la ou les deux sections choisies, et en donnant la liste, par ordre de préférences, des emplois auxquels ces médecins capitaines désireraient être affectés en cas de succès.

Les avis hiérarchiques devront non pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références.

22 Novembre

Enseignement de la médecine.

Avis de vacances de deux emplois d'agrégé des facultés de médecine.

Les emplois d'agrégé de la faculté de médecine de l'université de Paris, ci-dessous désignés sont déclarés vacants :

Oto-rhino-laryngologie.................... 1
Pathologie expérimentale................... 1

Un délai de 20 jours, à dater de l'insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Denis.

Le traitement alloué est fixé à 21.728 fr. par an, avec avancement biennal, en six classes, jusqu'à 28.712 fr., avec droit de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à com-

ter de la présente publication, pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Assistance. Domicile de secours.

13911. — M. Herriot expose à M. le Ministre de la Santé publique : *a*) que « l'assistance est due en principe là où l'homme a, par son travail, coopéré à la richesse publique » (Campagnole, commentaire de la loi du 14 juillet 1905, p. 107) ; *b*) que « pour l'application de la loi du 14 juillet 1905, l'administration considère le séjour dans un établissement privé, aussi bien que dans un hospice public, comme n'entraînant ni l'acquisition, ni la perte du domicile de secours » (déclaration de M. Mirman, Chambre des députés, deuxième séance du 29 novembre 1906) ; *c*) que « les personnes qui, sans remonter au delà du 1er janvier 1902, n'avaient pas 5 ans de résidence dans une commune ou un département, sont dépourvues du domicile de secours » (circ. int. 6 mars 1910) ; et lui demande quel sera le domicile de secours d'incurables et d'infirmes âgés de plus de 13 ans (âge d'admission à l'assistance obligatoire) au 31 décembre 1906 et qui sont hospitalisés dans un hospice privé d'incurables depuis de nombreuses années, cet hospice étant reconnu par le conseil général pour admettre les assistés de la loi du 14 juillet 1905, et demandant, de ce fait, l'admission de ses hospitalisés. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

Réponse. — Les incurables ou infirmes qui, avant d'avoir atteint leur majorité, ont été placés, par application de la loi du 14 juillet 1905, dans un hospice privé agréé par le conseil général dans les conditions de l'article 24 de la loi, et y sont demeurés sans interruption depuis leur majorité, doivent être considérés comme dépourvus de domicile de secours au regard tant de la loi du 14 juillet 1905 que de la loi du 15 juillet 1893. Ce principe comporte, toutefois, une exception : en effet, aux termes de l'article 3, paragraphe 2 de la loi du 14 juillet 1905 et de l'article 9 de la loi du 15 juillet 1893, les enfants assistés, c'est-à-dire les pupilles de l'assistance publique, parvenus à la majorité, ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartenaient, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours. (*J. O.* 18 *novembre* 1931.)

Soins aux pensionnés de guerre. Visite de contrôle.

13858. — M. Auguste Bergerot demande à M. le Ministre des pensions : 1° si un jeune soldat réformé, bénéficiaire des soins gratuits a le droit de refuser la visite du médecin contrôleur quand elle ne lui a pas été annoncée et qu'elle est faite hors de la présence

du médecin traitant ; 2° dans le cas d'une visite au bénéficiaire d'un carnet gratuit, si le médecin traitant (du carnet) ne doit pas être informé en même temps que le bénéficiaire du carnet ; 3° si le médecin contrôleur ne doit pas être choisi obligatoirement parmi les contrôleurs agréés par les syndicats, après autorisation du préfet. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

Réponse. — 1re et 2e questions. — Aux termes de l'article 57 du décret du 25 octobre 1922, le contrôle médical permanent et direct consiste dans l'examen du malade par le médecin contrôleur. Cet examen est ordonné exclusivement par la commission de contrôle ou par son secrétaire agissant au nom de la commission. Le médecin traitant pourra toujours assister à l'examen du médecin contrôleur et devra être prévenu vingt-quatre heures à l'avance. Il n'aura droit de ce fait ni à des frais de déplacement, ni au remboursement d'une visite. Le médecin traitant, ayant été dûment avisé de la visite de contrôle, est libre d'y assister ou de ne pas y assister. Si, dans ces conditions, le malade refuse l'examen de contrôle, le contrôleur rendra compte et la commission tripartite appréciera. 3e question. — Conformément à l'article 56 du décret du 25 octobre 1922, un contrôle médical permanent et direct est assuré par des médecins contrôleurs dont le nombre est arrêté par le ministre des pensions. Ces médecins sont désignés annuellement par le préfet sur une liste établie par les soins de la commission de contrôle, par arrondissement et par spécialité.
(*J. O.* 21 *novembre* 1931).

Prix applicables aux assurés sociaux dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

13943. — M. de Gramont-Lesparre demande à M. le Ministre du Travail : 1° quels sont les chiffres auxquels a abouti l'entente réalisée entre les services des hôpitaux de l'assistance à Paris et les caisses primaires des assurances sociales, en ce qui concerne les tarifs pour consultations, soins, opérations, etc., et notamment de faire ressortir les différences entre les tarifs appliqués, d'une part, aux assurés, d'autre part, aux non-assurés ; 2° s'il lui paraît régulier et conforme aux intentions du législateur de demander aux assurés des prix supérieurs à ceux demandés aux malades ordinaires en considération du fait que les premiers peuvent être partiellement remboursés par leur caisse, et de tirer ainsi bénéfice de la loi sur les assurances sociales destinée à venir en aide aux salariés. (*Question du* 12 *novembre* 1931).

Réponse. — La fraction de prix de journée correspondant aux frais matériels d'hospitalisation est exactement la même pour tous les malades soignés dans les hôpitaux de l'assistance publique à Paris, assurés sociaux ou non assurés ; il est fait application, aux assurés, du tarif d'assistance médicale gratuite qui est, à Paris, le tarif le plus bas des malades payants. Mais, conformément à l'article 6 paragraphe 2 de la loi du 30 avril 1930, les soins médicaux et spéciaux donnent lieu, en ce qui concerne les assurés

Voir la suite page LXIII-3747

PROPOS DU JOUR

La surveillance du développement normal des enfants : leur croissance en taille et en poids.

Au début de l'année scolaire, les jeunes enfants, soit dans leur famille, soit à l'Ecole, parfois dans les deux, doivent être examinés, et il est intéressant, tant pour l'hygiéniste que pour le médecin de famille, de se rendre compte de la régularité de leur développement.

Deux facteurs, la taille et le poids, tiennent le premier rang dans cette appréciation. D'abord parce que ces facteurs peuvent être déterminés avec plus de facilité et d'exactitude, ensuite parce que leur observation est plus objective que toute autre et peut échapper à d'involontaires erreurs. La mensuration du périmètre thoracique, par exemple, peut varier notablement selon les procédés de celui qui l'opère ; il peut la pratiquer un peu trop haut ou un peu trop bas ; il peut appliquer plus ou moins horizontalement le mètre ruban, et cette variation est encore souvent accrue par la timidité de l'enfant dont les mouvements d'inspiration et d'expiration sont variables selon l'émotion que l'examen provoque chez lui, selon la bonne volonté plus ou moins grande qu'il met à faciliter l'examen. Ces causes d'erreur inévitables empêchent d'obtenir des moyennes vraiment exactes, basées sur des chiffres précis et comparables. D'ailleurs, si l'on voulait établir des moyennes de ce genre par des mensurations pour lesquelles on appliquerait les méthodes précises de l'anthropométrie, on serait obligé de leur consacrer au moins une heure par sujet, ce qui en pratique rendrait ces examens à peu près impossibles dans les écoles. Nous devons donc ne compter que sur la taille et le poids pour apprécier correctement le développement plus ou moins normal d'un enfant. Quételet à Bruxelles, Morgan, Rotch en Amérique du Nord, Rouma à Sucre en Bolivie, Variot et Chaumet à Paris ont fait des statistiques et établi des moyennes. Mais leurs mensurations portent sur des enfants quelconques de même âge et ils n'ont pas suivi dans leur croissance les mêmes enfants pendant plusieurs années. Notre Maître, Bourneville, faisait prendre régulièrement, deux fois par an et sous sa surveillance directe, la taille et le poids des enfants, et cela, depuis leur entrée dans son service de Bicêtre, jusqu'à leur mort ou à leur sortie qui souvent n'avait lieu qu'à leur majorité. Il serait facile de trouver ces documents dans les *Comptes rendus de Bicêtre* où Bourneville publiait tous les ans, en un volume, les observations les plus intéressantes complètes. Mais les mensurations et les pesées de Bourneville s'opéraient sur des enfants anormaux, souvent idiots ; elles ne peuvent donc servir à établir des moyennes pour des enfants sains et normaux.

Or, Mademoiselle Madeleine Friant, docteur en médecine et licenciée ès sciences, a, comme médecin inspecteur des écoles dans la Moselle, suivi le développement, pendant trois années consécutives, de cinquante jeunes garçons de 7 à 10 ans, fréquentant les écoles primaires de Rombas et de Rosselange en Moselle ; puis, elle a suivi cinquante autres enfants de 10 à 13 ans dans les écoles communales des arrondissements de Metz et de Thionville. Elle a donné récemment le résultat de ses observations dans de très intéressantes communications à la *Société d'Anthropologie de Paris* (notamment à la séance du 5 novembre 1931).

Ces observations complètent celles qu'avait faites Paul Godin, dans les mêmes conditions en 1903, sur des garçons de 13 à 18 ans, à l'Ecole des Enfants de troupe de Saint-Hippolyte-du-Fort. Mlle Friant a constaté que :

De 7 à 8 ans, la taille augmente de	6 cm.	le poids	de 1 kgr. 4
De 8 à 9 ans, —	4 cm. 6	—	de 4 kgr. 1
De 9 à 10 ans, —	5 cm. 9	—	de 1 kgr. 8
De 10 à 11 ans, —	4 cm. 6	—	de 2 kgr. 8
De 11 à 12 ans, —	4 cm. 6	—	de 2 kgr. 9
De 12 à 13 ans, —	4 cm. 8	—	de 2 kgr. 9

Ce tableau peut être complété par les résultats de Godin qui donnent environ :

De 13 à 14 ans, *même taille*, le poids augmente de			1 kgr. 09
De 14 à 15 ans, la taille s'accroît de	1 cm. 1	le poids	de 1 kgr. 80
De 15 à 16 ans, —	6 cm. 7	—	de 4 kgr. 306
De 16 à 17 ans, —	4 cm. 8	—	de 6 kgr. 158
De 17 à 18 ans, —	5 cm. 5	—	de 6 kgr. 204

Il est à noter que ces écoliers ont surtout grandi entre 7 et 8 ans et augmenté davantage de poids entre 8 et 9 ans, que la croissance du poids est à peu près régulière à partir de la dixième année et que la taille augmente un peu plus de 12 à 13 ans à l'époque prépubère.

Et en complétant avec les résultats de Godin (de 13 à 18 ans), Mlle Friant constate que la croissance de la taille est surtout importante de 7 à 10 ans (16 cm. 5), tandis que de 10 à 13 ans, elle n'est que de 14 cm. et, de 14 à 17 ans de 15 cm. Qu'inversement le poids augmente peu de 7 à 10 ans (7 k. 3); un peu plus de 10 à 13 ans (8 kgr. 6) et qu'il s'accroît considérablement de 14 à 17 ans (13 kgr. 7).

Il serait sans doute facile de vérifier et de compléter ces données dans les écoles parisiennes, où le nombre des enfants mensurés est considérable, mais il ne faudrait pas donner aux moyennes obtenues une rigueur scientifique, car, à Paris, les enfants des écoles sont d'origines les plus variées, leur hérédité est très souvent dissemblable, leurs conditions d'existence (alimentation, habitation, etc.), sont disparates. L'enfant d'un manœuvre, de famille nombreuse logée dans un taudis et dont la mère, travaillant, ne peut lui donner des soins, dont l'alimentation est mal surveillée et souvent absolument sans surveillance, ne se développe certainement pas comme son petit camarade, fils d'une famille peu nombreuse de petits commerçants ou de fonctionnaires, bien logé, bien vêtu, bien alimenté et qui est l'objet des soins continuels de sa mère qui, ne travaillant pas, reste à son foyer et peut consacrer tout son temps à ses enfants.

C'est pour cela que nous attachons plus de prix aux résultats de Godin et de Mlle Friant qui ont choisi autant que possible des enfants de même origine, vivant dans les mêmes conditions, c'est-à-dire des unités de même espèce qui peuvent être additionnées pour donner une moyenne se rapprochant, autant que faire se peut, de la moyenne normale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ectopie du testicule

M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien-chef des hôpitaux de Toulouse.

J'ai l'intention d'intervenir la semaine prochaine chez les deux malades, qui occupent actuellement les nos 9 et 10 de notre salle Saint-Pierre. Il s'agit de deux jeunes gens âgés de 16 et 17 ans, atteints tous les deux d'ectopie testiculaire gauche, car leur glande génitale, au lieu d'être disposée à sa place normale, dans les bourses, se trouve située dans le canal inguinal, comme il vous a été aisé de vous en rendre compte.

Pour quelles raisons, le testicule peut-il être ainsi en position anormale, cette situation est-elle susceptible d'entraîner des complications, et nécessite-t-elle une intervention chirurgicale ? C'est ce que je me propose d'examiner aujourd'hui avec vous.

L'ectopie testiculaire, qui constitue la plus fréquente des anomalies de cet organe, est une lésion qu'il convient de traiter de bonne heure, non seulement au point de vue de l'esthétique future, mais surtout par suite de la dégénérescence cellulaire, qui frappe ultérieurement cet organe, lorsqu'il demeure en position ectopique. Il s'agit là d'une affection que vous rencontrerez assez fréquemment, 4 fois environ sur 5.000 sujets d'après Terrillon : elle est généralement unilatérale (*monorchidie*), mais elle peut également être bilatérale (*cryptorchidie*), et se note alors beaucoup plus rarement, 1 cas sur 10.000 sujets. J'ajouterai encore qu'il s'agit là d'une lésion parfois héréditaire, et je me souviens être intervenu le même jour, en 1913 lorsque j'étais chef de clinique, chez le père âgé de 28 ans, et le fils âgé de 6 ans, qui étaient atteints tous les deux d'ectopie testiculaire du même côté.

Si vous examinez des enfants atteints de cette malformation, vous serez tout de suite frappés des différences profondes existant dans l'allure extérieure, dans l'état général, qui séparent le monorchide du cryptorchide.

L'enfant présentant une ectopie unilatérale n'offre pas de caractères particuliers le différenciant des autres enfants : c'est, et ce sera un mâle dans toute l'acceptation du terme, et, comme l'a dit finement Pierre Sébileau, on se tromperait bien en voulant lui appliquer le vieil adage latin : « *Testis unus, testis nullus.* »

Le cryptorchide présente au contraire une allure toute différente : enfant, il est et reste petit, malingre, chétif, parfois mais plus rarement il est grassouillet. Au moment de l'adolescence, il garde le type infantile, ses formes sont mal accusées, il est lent, apathique, de caractère doux et timide, la poussée des poils est retardée, la verge est petite, et l'indifférence sexuelle complète. Enfin, à l'âge de la puberté, il n'y a pas de changements, pas de modification de l'organisme ou plutôt, il y a une évolution du type vers le féminisme, évolution qui sera d'autant plus précoce que l'atrophie de la glande génitale aura eu lieu de bonne heure. Cependant, si, au cours de l'adolescence, le testicule jusqu'alors en ectopie reprend sa place normale, vous observerez un changement brusque dans l'allure du cryptorchide, qui évoluera, à partir de ce moment, vers le type nettement masculin.

A quoi donc peut tenir l'absence du testicule dans sa cavité naturelle ? A des anomalies de migration de cet organe, car j'estime que l'on ne doit pas comprendre sous le nom d'ectopie, les absences de la glande génitale résultant de traumatismes ; à mon avis, il s'agit dans ces cas non d'ectopie, mais de luxations.

Vous savez que le testicule prend naissance dans la cavité abdominale, en arrière du péritoine, au voisinage du corps de Wolff, et qu'ultérieurement, par suite des tractions causées sur la glande génitale par le ligament inguinal ou gubernaculum testis, le futur testicule est amené dans la cavité qui lui est destinée au niveau des bourses. Il y a quelques années encore, on pensait que des causes pathologiques, telles que des adhérences dues à certains phénomènes inflammatoires, pouvaient arrêter la descente normale du testicule ; on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien,

et que l'ectopie relève uniquement d'arrêts ou d'anomalies de migration, dont nous verrons les causes dans un moment.

Ce testicule ainsi absent des bourses peut se trouver en différentes situations. Il peut d'abord occuper un des points du parcours abdomino-scrotal : on dit alors qu'il s'agit d'une *migration arrêtée*, et la glande se trouvera en position abdominale, iliaque ou inguinale.

Mais, après un temps d'arrêt dans une des régions qu'il traverse, le testicule peut glisser vers une des zones voisines et s'y fixer : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *migration aberrante*. De la région iliaque, la glande génitale peut, en effet, passer en position rétro-vésicale ou crurale profonde ; de la région inguinale, elle peut évoluer, soit du côté crural (position crurale superficielle ou cruro-scrotale), soit du côté du pénis (position pubo-pénienne ou pénienne), soit du côté du périnée (position scroto-fémorale ou périnéale vraie), soit encore sous les téguments de l'abdomen (position sous-abdominale).

Il ne faut pas oublier en outre, que, dans quelques cas, le testicule, retenu un certain temps au niveau du canal inguinal, peut venir prendre à un moment donné sa place, soit spontanément, soit à la suite d'un effort, réalisant la *migration retardée*, ou bien présente une série d'émigrations et d'immigrations péritonéales alternatives dues à une perméabilité complète du canal péritonéo-vaginal, qui constitue la *migration intermittente*.

Il est assez intéressant de se rappeler que presque toutes ces positions anormales du testicule se retrouvent normalement chez un certain nombre de mammifères : la position abdominale s'observe chez les monotrèmes, les édentés et les cétacés, la variété inguinale chez la loutre et chez le chameau, et la variété périnéale chez certains pachydermes. De même, les migrations retardées se rencontrent chez le cheval, et les migrations intermittentes chez les marsupiaux, les rongeurs et les chéiroptères. Tous ces faits tendent bien à nous montrer une fois de plus les liens directs et étroits qui rattachent l'homme au règne animal, dont il ne constitue qu'un simple chaînon ; l'anomalie n'est point un jeu de la nature, mais elle se manifeste, au contraire, tout à la fois comme la reproduction d'une disposition ancestrale phylogénique, et comme l'image d'une disposition présentée au cours du développement individuel ontogénique.

Il nous est facile de nous rendre compte de la cause de ces diverses positions ectopiques, dont les variétés inguinale et iliaque sont de beaucoup les plus fréquentes.

Normalement, pour venir occuper sa place au niveau du scrotum, le testicule doit abandonner le méso-péritonéal, qui le contient, suivre son agent conducteur le gubernaculum testis, traverser la paroi abdominale en allongeant son appareil vasculaire au cours de la descente, et enfin tomber dans un scrotum disposé pour le recevoir.

Chaque fois qu'une de ces diverses conditions ne sera pas remplie, la glande génitale s'arrêtera en chemin et se trouvera en situation ectopique. L'absence du gubernaculum explique la variété abdominale, la résistance causée par la barrière musculaire du petit oblique et du transverse nous donne la variété iliaque, et l'atrésie de l'anneau inguinal externe la variété inguinale.

Ce sont là les situations primitives, les migrations arrêtées ; quant à l'explication des migrations aberrantes, qui ne sont que des dérivées des précédentes, elle est fournie par des vices d'insertion, de développement et de direction du gubernaculum testis. Il est bien évident que la brièveté du cordon spermatique et que ses adhérences au canal vagino-péritonéal peuvent également, dans une certaine mesure, apporter un obstacle à la migration testiculaire : j'ajouterai encore que, pour certains auteurs, le développement rudimentaire du scrotum constituerait un des facteurs les plus importants.

Examinons maintenant l'état du testicule et de ses enveloppes. La glande génitale peut être mobile ou fixée : elle demeure fixée par le méso, qui la contient primitivement dans les positions abdominale et iliaque ; elle est mobile dans les autres variétés. Toutefois cette mobilité n'existe qu'au début de l'ectopie, car bientôt, du fait de l'irritation déterminée par la présence de ce véritable corps étranger sur les tissus ambiants, il ne tarde pas à se développer un certain nombre d'adhérences, qui entraînent une fixation secondaire.

Généralement, l'épididyme et le canal déférent accompagnent la glande génitale et s'arrêtent au point où elle se trouve située ; ce n'est que, dans des cas assez rares que l'on peut observer d'autres dispositions. Parfois, et alors que le testicule se trouve en position inguinale, le canal déférent descend jusque dans la cavité vaginale décrivant une véritable courbe ; plus rarement, il y a une dissociation épididymo-testiculaire, la glande génitale étant en position ectopique quelconque, et l'épididyme à sa place normale, c'est-à-dire, dans les bourses.

Le testicule, dans ses situations abdominale et iliaque, n'est pas revêtu d'une vaginale, vous en comprenez aisément la raison ; dans les autres variétés, il est entouré par sa séreuse, qui le suit et s'arrête avec lui. Ce n'est que dans des cas assez rares, qu'un testicule en position inguinale peut posséder une vaginale descendant jusque dans les bourses : car il faut alors, pour permettre une pareille disposition, l'existence de conditions spéciales, telles que coexistence d'une hydrocèle

congénitale d'une hernie inguinale, ou encore dissociation épididymo-testiculaire.

Le cordon ne fait jamais défaut, il est souvent peu développé, réduit à son minimum et s'oppose par cela même en quelque sorte à la descente du testicule. Il adhère parfois assez intimement au feuillet séreux constituant le canal péritonéo-vaginal, ce qui est encore un obstacle à la migration. Il en existe enfin un autre, qui est fourni par les fibres émanées des muscles petit oblique et transverse, entraînées par le gubernaculum pour constituer le crémaster, et qui ont gardé leurs connexions musculaires.

Quant au scrotum, en dehors des cas de hernie ou d'hydrocèle congénitales, il est petit, asymétrique et ne présente qu'un état de développement tout à fait rudimentaire, du côté où il n'y a pas de testicule; il est complètement atrophié dans les cas de cryptorchidie.

Il y a presque toujours coexistence d'une hernie inguinale dans les cas d'ectopie, hernie qui peut affecter des rapports très variables avec la glande génitale. Généralement, elle reste en arrière du testicule, mais elle peut aussi se mettre en contact avec lui, le dépasser ou encore se dévier par suite de sa résistance, et donner alors lieu à une variété spéciale de hernies, propéritonéale, interstitielle ou pré-inguinale.

En ce qui concerne le testicule lui-même, il n'est pas sans présenter, lui aussi, un certain nombre de lésions, qui varient essentiellement suivant l'âge de l'ectopie. Chez les enfants, on note une atrophie primitive respectant les canalicules séminifères et portant exclusivement sur le tissu conjonctif, qui les entoure. Au contraire, chez l'adulte, l'atrophie porte sur les canalicules séminifères eux-mêmes, et particulièrement sur les cellules séminales, qui deviennent granuleuses et finissent par subir la dégénérescence graisseuse : l'épithélium arrive ainsi à disparaître, l'évolution conjonctive s'accentue, et les tubes sont finalement remplacés par des productions fibreuses. Vous pouvez vous rendre immédiatement compte de l'importance et de la valeur inégale de ces différents phénomènes de régression.

L'atrophie primitive, celle de l'enfant, laisse intact l'appareil reproducteur, et ne porte que sur les éléments contenus dans le tissu conjonctif et constituant ce que l'on a désigné sous le nom de glande génitale à sécrétion interne. Cette atrophie se traduira extérieurement chez le cryptorchide par un véritable arrêt de développement du caractère mâle. Mais cette atrophie peut n'être que transitoire, car si l'on parvient à libérer le testicule et à le fixer à sa place normale, les différents éléments cellulaires reprendront bien vite leur vie active, et ne tarderont pas à manifester le réveil de leur vitalité par les changements profonds que vous noterez dans l'allure du sujet.

Au contraire, l'atrophie secondaire de l'adulte est définitive : elle s'est attaquée à l'élément noble, à la cellule séminale et toutes les orchidopexies seront incapables de rendre la vie à une glande qui est frappée de mort, et qui prouve bien sa déchéance par l'impossibilité, où elle se trouve de donner naissance à un seul spermatozoïde.

Lorsqu'on est amené à examiner un sujet présentant de l'ectopie testiculaire, il est assez facile de reconnaître l'absence de la glande génitale : la seule inspection suffit généralement.

S'il s'agit d'une monorchidie, on voit au premier abord un scrotum asymétrique, atrophié, dont le raphé médian est dévié latéralement. Dans le cas de cryptorchidie, il n'y a pas pour ainsi dire de scrotum, on ne voit qu'un état d'ébauche constitué par une peau épaisse et ridée. Au toucher, on se rend compte de l'absence de tout organe.

Mais, il ne faudra pas vous borner à cette seule constatation, vous devez essayer de découvrir la région, où le testicule est arrêté. Cette recherche est assez facile pour les glandes génitales extériorisées : on sent alors, dans une des régions que je vous ai indiquées, il n'y a qu'un instant, la présence d'une tumeur ovoïde, ferme, rénitente, un peu molasse, spécialement douloureuse. On peut encore noter l'existence d'une tumeur dans les ectopies inguinales et périnéales, mais les sensations perçues sont alors beaucoup plus imprécises, les variétés rétro-pariétales ne donneront qu'un seul signe, un peu de douleur à la pression, et vous ne découvrirez absolument rien lorsque le testicule sera en position abdominale ou iliaque.

Vous devrez ensuite vous rendre compte de l'état de mobilité de la glande, voir s'il n'y a pas coexistence d'une hernie ou d'une hydrocèle, et surtout apprécier les chances d'une migration ultérieure. Sur 102 fœtus à terme, il y en a 12 qui, au moment de la naissance présentent de l'ectopie testiculaire : mais la glande arrive à un moment donné à se dégager et à descendre, soit quelques semaines après la naissance, soit 5 à 6 ans après, soit encore au moment de la puberté. Il y a donc tout intérêt à bien examiner les malades, et vous devez chercher à vous rendre compte si une intervention sera nécessaire, ou bien si vous pouvez vous borner à attendre que le testicule vienne de lui-même prendre la place, qui lui est destinée.

Il convient, en effet, d'intervenir sur les testicules en ectopie, qui n'offrent aucune tendance à la réduction spontanée et cela non seulement à cause des lésions qui évoluent sur ces glandes et en déterminent l'atrophie, mais encore par suite des complications, qui peuvent se manifester.

Je vous ai déjà signalé les modifications de l'état général des cryptorchides, qui peuvent également présenter des changements de caractère :

ils sont souvent fantasques, très impressionnables, et ultérieurement, dans certains cas pourront aller jusqu'à vous donner de véritables troubles nerveux relevant de l'hystérie, de l'épilepsie ou de la débilité mentale.

Au moment de la puberté, époque où la glande génitale augmente de volume, les ectopiques présentent souvent dans la région où le testicule s'est fixé une gêne, une pesanteur douloureuse, s'accompagnant de tension et se transformant parfois en véritables crises accompagnées d'irradiations et pouvant aller jusqu'à la syncope.

Dans d'autres cas, on a signalé une véritable torsion du cordon spermatique survenant à la suite d'un traumatisme, d'un effort ou d'une contraction de la paroi abdominale. La rotation du testicule avec sa vaginale (*bistournage accidentel de* LAPOINTE) est exceptionnel, ordinairement, la torsion de la glande s'effectue dans la vaginale. A la suite de ce véritable *volvulus*, dont le degré varie entre 180 et 360°, le testicule et l'épididyme présentent des hémorragies interstitielles avec lésions dégénératives des épithéliums, qui peuvent entraîner la nécrose complète de l'organe, si la torsion persiste pendant un certain temps.

Le testicule ectopique peut encore présenter d'autres lésions : s'il est très rarement frappé de tuberculose, il est par contre, très sensible aux autres infections et particulièrement à la blennorrhagie. Cette orchiépididymite peut parfois, par suite de la position du testicule, ou de la persistance du canal péritonéo-vaginal, avoir des conséquences extrêmement graves, en se compliquant de péritonite.

On a noté également un grand nombre de dégénérescences néoplasiques, bien plus souvent que chez les sujets normaux, puisque sur les 128 cas de cancer du testicule recueillis par Chevassu, 15 se rapportaient à des glandes ectopiques. Si vous vous souvenez qu'il y a un cryptorchide uni ou bilatéral sur 1.000 adultes, vous vous rendez immédiatement compte que la proportion du cancer est sensiblement beaucoup plus forte.

Enfin, il convient encore de ne pas oublier que la présence du testicule au niveau du canal inguinal a, dans un certain nombre de cas, entraîné l'étranglement d'une hernie coexistente.

Pour toutes ces différentes raisons, il est donc formellement indiqué d'intervenir chez tous les sujets, atteints d'ectopie testiculaire, dont l'arrêt de migration est définitif.

Chez les enfants et les adolescents, il faudra donc s'efforcer de libérer le testicule de ses attaches et de bien dégager le pédicule en ayant bien soin toutefois de respecter les différents éléments qui le constituent. Bien que certains auteurs aient cru pouvoir soutenir que l'on pouvait, sans courir de risques de nécrose testiculaire, sectionner les veines et l'artère spermatique, à la condition de respecter l'artère déférentielle, les mauvais résultats obtenus par nombre de chirurgiens me font penser qu'il s'agit là d'une méthode plutôt dangereuse, et qu'il vaut mieux laisser complètement de côté.

Le testicule une fois bien dégagé, et pouvant s'abaisser sans trop de tension au niveau des bourses, il conviendra de le fixer au niveau du scrotum, afin de l'empêcher de remonter vers le canal inguinal : bien entendu, vous ne devrez pas négliger au cours de l'intervention de traiter la hernie inguinale, qui, comme je vous l'ai dit, existe presque toujours.

Il est bien évident, que dans un certain nombre de migrations arrêtées, où le testicule se trouvait en position abdominale ou iliaque, et ne pouvait même pas être senti à l'examen clinique, l'intervention se heurte souvent à de très grandes difficultés ; s'il est, en effet des cas où l'orchidopexie a pu être menée à bien, il en est d'autres, où la glande génitale est fixée très profondément, parfois même elle est inaccessible, et toutes les tentatives de libération restent complètement inutiles.

Chez l'adulte, on peut, si le malade le demande, libérer le testicule et le fixer au scrotum ; mais il est bien certain que ce traitement est tout à fait illusoire ; les lésions glandulaires sont, en effet, définitives, et le testicule ne récupérera jamais ses fonctions. Il restera petit, mou, atrophié, et dans la plupart de ces cas, il vaudra bien mieux se résoudre à une castration que pratiquer une orchidopexie.

En ce qui concerne le procédé opératoire, on sait que la simple libération du testicule ectopié, placé ensuite dans une cavité scrotale, que l'on a dû créer de toute pièce en effrondrant avec le doigt les plans cellulaires, ne donne pas de résultats bien satisfaisants, car la nouvelle cavité tend à disparaître par accolement de ses faces, et le testicule tend également à remonter de lui-même vers l'orifice externe du canal inguinal.

La fixation au catgut du testicule à la paroi du scrotum ne donne pas de meilleurs résultats, car elle est toujours suivie de l'ascension de la glande génitale, qui, en entraînant les téguments cutanés auxquels elle est fixée, détermine une sorte d'ombilication fort disgracieuse.

Le procédé décrit par Walther présente de très sérieux avantages sur les précédents, car la cloison des bourses s'oppose à toute tentative de réascension ; mais, en faisant passer le testicule ectopié dans la cavité scrotale du côté opposé, on place les deux glandes génitales au-dessus l'une de l'autre, ce qui laisse persister l'atrophie scrotale primitive. Le repli médian est donc fortement dévié, ce qui donne un résultat très peu esthétique.

Dans le procédé que j'emploie d'une manière

habituelle, et qui n'est, en somme, que celui d'Ombrédanne pour l'ectopie double, je commence par ouvrir le canal inguinal, ce qui me permet de bien dégager le testicule de toutes ses connexions et de lui donner un degré d'abaissement suffisant : puis, en dissociant le tissu cellulaire, je crée une véritable loge scrotale. Ceci fait, j'incise le scrotum du côté normal et je libère le testicule ; je fends ensuite au bistouri la cloison des bourses, et en me servant d'une pince de Kocher, je fais passer le testicule ectopié dans la cavité scrotale normale et le testicule sain dans la cavité que je viens de créer.

De cette manière, le testicule primitivement en ectopie n'a aucune tendance à remonter étant donné qu'il se trouve placé dans une véritable cavité habituée à contenir la glande génitale, et qu'il est, d'autre part, retenu par la cloison des bourses. De même, la cavité scrotale façonnée à coups de doigts garde les dispositions qui lui ont été données, par suite de la présence d'un gros testicule, qui vient peser sur le fonds de la paroi scrotale.

J'ai employé pour la première fois le procédé, que je viens de vous décrire très rapidement, en octobre 1912 ; depuis lors, j'ai eu l'occasion de l'utiliser dans de nombreux cas, et j'en ai obtenu chaque fois de très bons résultats. Les opérés ont leurs testicules bien en place, à la même hauteur, le repli scrotal n'est pas dévié et seul l'examen des régions inguinales permet de reconnaître de quel côté se trouvait l'ectopie.

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE (1)

Dr Charles GUILBERT,

Radiologiste des hôpitaux de Paris.

Le traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique est parfois difficile du fait des complications urinaires qui l'accompagnent. Cependant, dans les cas choisis, il donne des résultats certains et même rapides. Pour que le domaine de ses indications puisse être étendu, le traitement par les rayons X nécessiterait une collaboration plus étroite des spécialistes, et l'on peut regretter de ne trouver sur ce sujet aucune étude commune à un radiologiste et à un urinaire.

L'idée d'appliquer les rayons X à l'hypertrophie prostatique date des débuts mêmes de la radiothérapie. Dès 1903, Heber Robarts en avait signalé les bons résultats. En 1905, Williams, Moskowicz, Carabelli, Luraschi, les confirment. En 1907, Schlagintweit apporte 53 observations très complètes. En 1920, Tansard et Fleig publièrent 70 observations. En 1922, Nogier proposa l'irradiation par le périnée étalé dans la position à cheval. En 1924, nous avons proposé l'irradiation par la méthode des feux croisés que permettait la radiothérapie profonde, alors toute récente. Tous ces auteurs ont publié des résultats intéressants, des observations très complètes qui ont eu l'avantage de préciser les indications thérapeutiques, mais qui n'ont même pas obtenu les lettres patentes abandonnées, puis reprises de la radiothérapie des fibromes.

Indications et contre-indications du traitement radiothérapique

Toutes les prostates ne sont pas à traiter. Au point de vue anatomique, les plus radio-sensibles sont les adénomes du début, avant la transformation scléreuse. Cliniquement, c'est la prostate molle, lisse. Ces prostatiques n'en sont pas encore à l'indication opératoire. Le traitement médical est palliatif et n'empêche pas l'évolution. La radiothérapie, nous ne pouvons trop le répéter, est souveraine ; elle arrête le développement de l'hypertrophie et fait cesser tous les symptômes subjectifs à coup sûr et d'une façon définitive.

Nous ferons pourtant une exception à ce tableau trop séduisant. Les hypertendus, les pléthoriques, les gros hémorroïdaires, véritables hypertendus du système porte, donnent des déceptions thérapeutiques qu'il faut savoir prévoir.

Les autres prostatiques qui peuvent tirer quelque résultat de l'application des rayons X sont les laissés pour compte de la chirurgie, malades trop âgés, ou trop faibles pour supporter le choc opératoire. Mais ceux-ci sont des infectés urinaires, trop souvent en tout cas des sclérosés à vessie déficiente et le traitement radiothérapique ne donne pas souvent les résultats brillants des précédent. C'est pour ces malades que la plus grande circonspection doit être de rigueur. Il faut mettre en principe que toute vessie ou toute prostate infectée peut réagir par une cystite parfois très douloureuse, mais sans danger, la prostatite suppurée peut entraîner après une irradiation intempestive le drainage vésical d'urgence.

Avant toute intervention thérapeutique, il faut donc réclamer une recherche scrupuleuse du pus dans l'urine et une analyse bactériologique ; la moindre trace d'infection prescrit une désinfection soignée avant toute irradiation

(1) Extrait du *Traité de radiothérapie* publié par le Dr Ch. Guilbert. (Maloine, éditeur.)

Enfin, les calculs vésicaux, par l'irritation locale qu'ils entretiennent, sont une cause de cystite qu'il faut connaître. Ils sont la troisième contre-indication des rayons X.

Il est nécessaire d'indiquer au début de ce chapitre, les mécomptes que peut entraîner la méconnaissance des contre-indications de notre thérapeutique. La prudence est ici d'autant plus indispensable que le traitement radiothérapique n'est guère généralisé et que les insuccès seront plus certainement enregistrés que les succès pour en discuter la valeur.

Il faut savoir aussi qu'un vieux prostatique a souvent une vessie déficiente et que le traitement, même heureux, ne donne chez lui qu'une amélioration et non la guérison que l'on peut promettre au prostatique de la première période.

Résultats de l'irradiation

I. — Histologiques.

Nous n'avons trouvé trace de recherches expérimentales que dans Wetterer, nous les résumons :

1° Irradiation expérimentale de la prostate chez le chien, faite par Freund et Sachs, en 1908. Dans les deux premières expériences, 14 et 19 jours après l'irradiation, on notait des modifications d'ordre inflammatoire autour des tubes, une infiltration polynucléaire et de faibles traces de dégénérescence de l'épithélium. Dans la troisième expérience, quatre mois après, ils notèrent un « haut degré d'altération de l'épithélium avec néoformation conjonctive et atrophie » ;

2° Dans une étude histologique d'un adénome énucléé six semaines après la dernière irradiation, Wetterer note une dégénérescence certaine de l'épithélium avec réaction inflammatoire analogue à celle décrite par Freund et Sachs.

Les examens histologiques précédents ne peuvent être démonstratifs ; ils ont été faits trop peu de temps après l'irradiation. L'involution de la prostate demande, d'après ce que nous avons observé, entre six mois et un an.

II. — Cliniques.

L'hypertrophie prostatique, à l'heure actuelle, est moins considérée comme un adénome endoprostatique que comme une hypertrophie générale de tous les éléments du col vésical (glandulaire, muqueux, conjonctif, musculaire). On ne peut en obtenir la disparition complète, surtout dans l'hypertrophie ancienne. Cependant, on note une rétraction assez lente de cette tumeur dans tous les cas, elle n'est sensible que vers le troisième mois et ne doit être considérée comme terminée que le dix-huitième mois.

Il y a, dans tous les cas, une amélioration des signes subjectifs qui n'est pas en rapport avec le peu de diminution de la tumeur. Quinze jours ou un mois après le traitement, les mictions nocturnes diminuent et se trouvent réduites à une ou deux, la portée du jet augmente, le résidu urinaire baisse.

On ne saurait dire qu'il s'agit d'une amélioration purement suggestive, car les nombreux confrères que nous avons eus à traiter nous l'ont signalé spontanément. Cette amélioration subjective se maintient dans 60 % des cas, et après deux ans, elle paraît définitive, l'hypertrophie peut alors être considérée comme jugulée, car une reprise offensive est toujours plus précoce. Il faut donc admettre une action immédiate de l'irradiation sur le phénomène spasmodique qui rend la vie du prostatique si pénible.

En résumé, dès le début de l'hypertrophie, avant même que l'énucléation soit indiquée, l'irradiation l'arrête définitivement dans la plupart des cas : 60 % pour les différents auteurs. Dans les autres cas, elle est presque toujours un palliatif précieux.

Ce traitement doit être refusé aux infectés vésicaux ou prostatiques, car il favoriserait une sclérose qui pourrait gêner une intervention si elle devenait nécessaire.

Il ne faut donc pas opposer la radiothérapie prostatique à l'énucléation de Freyer qui conserve toutes ses indications.

Techniques d'irradiation

Les techniques d'application sont multiples, mais elles peuvent se résumer à quatre :

A) Rayonnement moyennement pénétrant.

1° Doses fractionnées. — Haret fait une irradiation de 6.000 R au total, par séance hebdomadaire de 600 R, avec un rayonnement moyennement pénétrant de 25 centimètres d'étincelle équivalente, une filtration de 5 millimètres d'aluminium et une porte d'entrée circulaire de 10 centimètres de diamètre. Il ne faut jamais dépasser cette dose en une série, mais on peut la renouveler si le résultat est insuffisant.

2° Nogier prend la voie d'accès périnéale, mais avec la précaution d'étaler et de déprimer le périnée par la position à cheval. Ses constantes sont 30 centimètres d'étincelle, 2 milli, filtrés sous 5 millimètres d'aluminium. Les séances sont de 25 minutes. Il les fait par série de trois séances consécutives, espacées par un mois de repos. Trois à quatre séries suffisent à obtenir la guérison.

B) Rayonnement pénétrant.

1° Ledoux-Lebard emploie la voie périnéale et sus-pubienne, technique déjà proposée par

Albert-Weil, mais il utilise un rayonnement pénétrant, 200.000 volts filtrés sur 0,5 de cuivre. Il donne une dose totale de 2.500 R sur la prostate répartie sur un mois.

2° Méthode des six champs. — Au Congrès de l'Avancement des Sciences, en 1924, nous avons décrit la méthode des six champs qui nous permettent d'obtenir, sans passer par le périnée, une dose suffisante et rapide pour agir sur l'hypertrophie prostatique. Comme nous, et à la même époque, Ledoux-Lebard estimait qu'il était nécessaire de donner 2.500 R sur la prostate. Nous avons évité systématiquement la voie périnéale qui ne donne pas une sécurité suffisante à cause de la radiosensibilité plus grande de cette région souvent macérée, et nous avons repris la méthode des six champs en feux croisés que Wintz a décrite pour le cancer utérin. Nous arrivons ainsi à donner 103 % de la dose incidents par champ, soit 2.800 R environ sur la prostate. La distribution de cette dose qui, au début, était rapide, deux à trois jours, est maintenant répartie sur huit jours. A partir de la quatrième séance, il se manifeste quelquefois un léger ténesme vésical ou rectal ; un jour ou deux de repos suffisent à le calmer. Pendant les dernières séances, il est nécessaire de se laisser guider par les sensations subjectives du malade ; on évite ainsi le ténesme qui était fréquent quand nous avons utilisé les doses massives. En étalant la dose, la cystite n'est à redouter que dans le cas d'infection vésicale et elle est assez tardive (trois semaines environ).

Résultats de notre méthode personnelle

Les résultats sont beaucoup plus rapides qu'avec les techniques précédemment décrites. Huit jours après le dernier champ, quand la congestion vésicale et prostatique, consécutive à l'irradiation a cédé, les symptômes subjectifs s'amendent progressivement pendant plusieurs mois. Nous considérons la guérison comme définitivement acquise s'il n'y a pas eu de récidive pendant deux ans.

Nous avons soigné de cette façon 67 malades, dont 53 ont été traités en une seule série de champs et 14 avec deux séries :

Guéris après 3 ans	39
Morts de maladie intercurrente	7
Opérés	5
Sans nouvelles	16

Dans ce dernier groupe, il y a certainement quelques guérisons que nous n'avons pu enregistrer par suite de la négligence des malades ; nous les portons comme non guéris.

Médication annexe

Nous avons depuis quelques années adjoint, au traitement radiothérapique de la prostate, la diathermie intra-rectale avec l'électrode de Doumer dans tous les cas où les infections antérieures, ou une susceptibilité particulière pouvait nous faire redouter une réaction vésicale trop intense, et nous attribuons à cette thérapeutique annexe autant qu'à l'espacement relatif des séances, la disparition de la complication vésicale douloureuse qui nous a gêné parfois dans nos premiers traitements.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

L'injection préventive de sérum antitétanique

D'après les travaux du Dr Louis Bazy (1), du Dr Godlewski (2) et du Dr Tissier-Guy (3)

En l'état actuel de nos connaissances, les moyens préventifs utilisés contre les effets morbides du bacille de Nicolaïer sont d'abord chirurgicaux ; le sérum est un moyen de prévention d'efficacité transitoire ; le vaccin crée une immunisation à distance.

Un seul d'entre eux prête à discussion ; c'est le sérum. A ce propos, les débats anciens ont été ravivés récemment à l'occasion de deux faits de justice : tandis qu'un médecin était menacé de poursuites pour avoir injecté du sérum à un blessé, injection ayant donné lieu à une paralysie sérique, un autre médecin était condamné à soixante-quinze mille francs de dommages-intérêts pour n'avoir pas injecté de sérum. Le blessé, dans ce dernier cas, mourut du tétanos, et le tribunal, fort des conclusions des experts, imputa la responsabilité de la mort à l'abstention du médecin. Ce procès fut donc un procès de tendance sur l'efficacité d'un moyen thérapeutique. Or, il n'est pas, avec les lois actuelles, de réunions de savants, — et les juges doivent s'appuyer sur leur avis formulé — qui aient le droit de prononcer une sanc-

(1) Dr Louis Bazy. — La prévention actuelle du tétanos. (*Le Journal médical français*, juillet 1931.)

(2) Dr Henri Godlewski. — Les controverses sur la prévention du tétanos —*Ibid*)

(3) Dr Tissier-Guy. — Conférence de praticiens sur la sérothérapie préventive. (*Ibid*.).

tion d'efficacité ou d'inefficacité sur un produit thérapeutique.

Ainsi, l'Académie de Médecine, saisie le 3 février 1931, par le Professeur Hartmann, à la demande du *Concours médical* (1), de cette importante controverse de la sérothérapie antitétanique préventive, répond-elle, par la voie de son rapporteur, le Professeur Gosset à cette question posée, « *Dans quels cas, un médecin est-il tenu de faire une injection antitétanique* ? » :

« Nous ne savons pas tout sur la tolérance de l'organisme devant les médications antitoxiques ; on ne peut nier les inconvénients, ni les dangers de la thérapeutique par les sérums. *La liberté du médecin, dans le domaine thérapeutique, doit rester entière ; dans ce domaine, le médecin ne relève que de sa conscience.* »

Par la suite, le sujet a été porté devant diverses Réunions médicales, auxquelles étaient conviés spécialement les auteurs de travaux récents, les plus qualifiés. Citons, notamment, la Société médicale du XVIIe arrondissement de Paris (30 juin 1931), présidée par le distingué Dr Sénéchal, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, et le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris (8 juin 1931), présidé par le Dr Tissier-Guy.

***

En présence de l'émoi causé par tous ces faits parmi les praticiens, il convient d'établir, par une mise au point faite à la suite des récentes discussions, si la conduite à suivre par le médecin, vis-à-vis d'un blessé, doit être, toujours et forcément, de lui injecter du sérum antitétanique.

Et, pour commencer, quelles sont les raisons les plus importantes de l'abstention des médecins en sérothérapie préventive ?

Il faut, tout d'abord, citer *la crainte des paralysies sériques* (celles-ci, comme l'anaphylaxie peuvent être également observées à la suite de l'injection des sérums antitoxiques ou anti-infectieux).

Les observations, qui les concernent, sont de date récente, car il était de règle, jusqu'en ces derniers temps, de dire que les accidents sériques (urticaire, arthralgies, érythèmes toxiques), ne pouvaient entrer en ligne de compte, à cause de leur bénignité et de leur rareté, en face des immenses avantages d'une sérothérapie protectrice. Les cas de mort par choc sérique — ou par idiosyncrasie — sont, en effet, signalés comme des éventualités si exceptionnelles, qu'ils sont relatés comme négligeables. Cependant, les paralysies sériques sont graves, parce qu'elles laissent une impotence fonctionnelle très longue, peut-être définitive, pouvant survenir à la suite d'une seule injection de sérum antitétanique, faite par exemple pour une simple blessure au pied par un clou.

Notons aussitôt que certaines précautions, que nous indiquerons plus loin, sont capables d'empêcher tout accident toxique, même à localisation rénale. qui soit dû à l'emploi du sérum.

L'*anaphylaxie* serait également à redouter : l'anaphylaxie familiale, en premier lieu, car elle est capable de favoriser l'apparition des paralysies précitées, qu'il s'agisse de sérum ordinaire, ou de sérum désalbuminé ; or, il est facile de se montrer réservé sur l'emploi des sérums préventifs, quand, dans une famille, il y a déjà eu des accidents sériques.

En second lieu, c'est l'anaphylaxie acquise par la sensibilisation de l'organisme aux albumines étrangères, en particulier à celle du sérum de cheval, (dont il est fait grand usage à diverses destinations : hémorragies, anémie, etc.,) qui met le sujet en état d'infériorité, pour le jour, où il aura besoin d'une sérothérapie préventive.

Puis, le *sérum lui-même* est mis en cause, en raison, soit de son *inefficacité* possible, soit de ses *dangers*.

Inefficace, il l'est parfois, parce que l'injection est trop tardive.

Inefficace, il l'est encore chez des sujets devenus anaphylactiques par l'injection antérieure d'autres sérums. En effet, l'introduction dans l'organisme d'albumines étrangères provoque, dès la première fois, la production d'une fonction antisérum capable, lors d'injections nouvelles, de diminuer et même de détruire l'action protectrice du sérum.

Inefficace, il peut le sembler, car la spore tétanique se développe souvent au bout d'un temps assez long, alors que déjà a disparu l'efficacité du sérum injecté, pour la raison que cette efficacité est d'une durée limitée. D'où la nécessité d'une deuxième injection vers le dixième jour. Pour les mêmes raisons de latence sporique, une nouvelle injection sera pratiquée lors d'une intervention chirurgicale retardée (le choc opératoire étant susceptible de réveiller la vitalité du germe), comme lors d'infections surajoutées survenues un certain délai après l'accident tétanigène, en raison du rôle symbiotique des autres germes pathogènes

Dangereux par lui-même, le sérum antitétanique a pu, jadis, occasionner des cas de tétanos, alors que les animaux producteurs de sérum étaient préparés avec la toxine iodée, et que leur sérum prélevé était susceptible de véhiculer cette toxine. Aujourd'hui, ce risque a disparu, car on emploie comme antigène l'ana-

(1) *Le Concours médical* (22 février 1931, page 624).

toxine de Ramon, qui est une toxine atténuée par le formol et la chaleur.

Enfin *la rareté du tétanos* peut inciter les médecins à l'abstention ; mais il ne faut pas oublier les *régions tétanigènes*. Devenu rare depuis la découverte du sérum antitétanique, le tétanos s'était réveillé avec une fréquence effrayante, pendant la dernière guerre, parce que les champs de bataille étaient tous devenus tétanigènes, en raison des longs séjours, en de mêmes points, d'énormes masses confondues d'hommes et animaux. Mais, en temps de paix, bien que l'origine du tétanos ne soit pas exclusivement tellurique, il existe des régions tétanigènes, qui sont principalement celles où l'on se sert des gadoues comme engrais ; celles-ci sont formées, en effet, d'une bonne part de corps vulnérants, qui favorisent les blessures et l'entrée des germes. Ces régions sont connues ; c'est, aux environs de Paris, Nanterre, Colombes, Bois-Colombes, La Garenne-Bezons, Sartrouville.

Cependant, il ne faut pas oublier que la prévention des tétanos reste avant tout d'ordre chirurgical ; ce sera la prévention *initiale*, comme l'a dit le Professeur Gosset, car celle-ci est la plus importante, et assurément la plus efficace.

Les plaies anfractueuses doivent être nettoyées, désinfectées, débarrassées de tous corps étrangers, et cela *aussi précocement que possible*. Quand leur désinfection est facilement assurée, elle met à l'abri du développement ultérieur du bacille de Nicolaïer, car leur nettoyage précoce a pu les débarrasser de tout germe du sol.

Dans le cas contraire, surtout pour les plaies souillées de terre, et *pour d'autres* même minimes, mais siégeant *à la plante du pied, ou sous-unguéales* (surtout au membre inférieur), la *sérothérapie préventive antitétanique est indiquée.*

Ces cas de régions somatiques mis à part, il est bien certain qu'on ne peut pas injecter du sérum antitétanique, a dit Lesné, pour chaque chute d'enfants sur les genoux ; ces plaies sont fréquentes, renouvelées chez le même enfant, et, injecter du sérum, si la plaie n'est ni profonde, ni anfractueuse, serait même nocif à cause de la sensibilisation, et diminuerait la valeur du bénéfice éventuel d'une injection de sérum, plus urgente une autre fois. M. Flandin ne croit pas non plus que, dans toute cette petite population des lycées et des collèges, il faille faire à tout propos des injections de sérum, car il y a plaie et plaie ; c'est une question d'espèce. « Je fais appel, dit le Dr Castaigne, à tous les médecins, même et surtout à ceux qui sont le plus partisans (comme moi-même) de l'efficacité du sérum antitétanique à titre préventif ; qu'ils me disent, s'ils ont des enfants, combien de fois ils leur ont injecté de ce sérum pour les très nombreuses plaies, qu'ils ont eues, même souillées de terre : personnellement, j'ai eu six enfants, ce qui représente bien plusieurs centaines de plaies (petites ou grandes) de ce genre, et je n'ai jamais jugé nécessaire de leur faire une seule injection de sérum antitétanique ».

Toutefois, il est des conditions, qui dictent une conduite différente, c'est lorsqu'on se trouve dans une *région* connue comme *tétanifère*, comme « champs maudits » du charbon symptomatique (Louis Bazy).

Quant *au vaccin*, il doit compléter l'action passagère et immédiate du sérum, lorsqu'il s'agit de risques lointains, durables, toutes les fois que les conditions de la blessure paraîtront rappeler les conditions de guerre. Cette vaccination paraît d'ailleurs inoffensive, elle confère une immunité durable, mais tardive.

***

Conclusions

Tout blessé doit, en ce qui concerne l'injection préventive de sérum antitétanique, être considéré à deux points de vue : celui de la chirurgie, et celui de la région géographique.

En région tétanigène, toujours injecter, quelle que soit la nature de la plaie.

En cas de plaie anfractueuse, difficile à désinfecter, et même après désinfection, en cas de plaie sous-unguéale, de plaie de la plante du pied, *toujours injecter.*

Cependant, on portera la plus grande attention propre à éviter les accidents sériques et l'anaphylaxie (familiale en particulier).

Technique.

Pour être efficace, le sérum sera précoce, en quantité suffisamment abondante suivant la nature de la plaie (10-20 ou 30 cc.) ; il sera renouvelé au moins une fois, huit ou dix jours après la première injection, toutes les fois que le commandera la gravité de la plaie.

On utilisera la méthode des injections fractionnées de Besredka.

On donnera la préférence au sérum purifié.

Enfin, on suivra les conseils du Dr Sénéchal en ce qui concerne l'emploi simultané du chlorure de calcium. Ce chirurgien, opérant en région tétanigène, emploie systématiquement l'injection préventive chez tous ses blessés. Après de longues années de cette pratique, il n'a jamais observé ainsi d'accidents sériques : le chlorure de calcium sera administré à la dose quotidienne de 4 grammes, *per os*, et cela pendant une période de dix jours à la suite de l'absorption de sérum sous la peau ; si on laissait écouler 24 heures avant de prescrire ce médicament, il serait trop tard. Parfois, il serait nécessaire d'aller jusqu'à 12 grammes.

G. F.

FAITS CLINIQUES

Diphtérie nasale primitive du nouveau-né

Obs. I. — C... Marie, née le 5 octobre 1929, à terme, de parents bien portants, à la Maternité de C... Accouchement normal ; poids de l'enfant à la naissance, 3 kgr. 600. Le 14 octobre, début de coryza avec mucosités, pus, et au bout de quelques jours, quelques filets de sang. Le traitement habituel par la solution de protargol, ou par l'huile goménolée, n'amène pas d'amélioration. Il y a de la gêne de l'alimentation, mais l'enfant prend régulièrement un poids, à la vérité, assez faible. Rien n'inquiète dans son état, ni local, ni général. Il n'y a pas d'élévation de température ; le 17e jour, retour dans le milieu familial ; le coryza persiste, et l'alimentation est toujours très difficile. Pendant tout le mois de novembre l'écoulement nasal est très abondant, formé de pus épais, jaunâtre, avec des parties dures ou semi-dures, et quelquefois des filets de sang. Il n'y a pas d'érosion à la lèvre supérieure. Il n'y a pas d'adénopathie, et il n'y a jamais rien eu au pharynx, qui a été vu à plusieurs reprises. Enfin la syphilis ne pouvait pas être mise en cause. Les divers traitements employés n'ont eu aucun effet.

Le 30 novembre, le frère aîné de l'enfant, Louis C.., âgé de 4 ans, tombe malade. Fièvre à 38°3. La gorge examinée, on trouve quelques fausses membranes sur une amygdale. L'enfant a reçu l'été précédent trois injections d'anatoxine diphtérique ; mais, par mesure de prudence, étant donné qu'il y a une petite épidémie de diphtérie dans la localité, je fais pratiquer un examen de laboratoire. L'analyse est positive, c'est du Lœffler. Je signale en passant que je me suis contenté de surveiller la gorge de Louis sans faire de sérum, et que la guérison a été rapide et spontanée.

Mais l'idée vient, enfin, que le coryza de Marie pourrait bien être diphtérique, je fais le 2 décembre, un prélèvement du pus nasal. Le laboratoire répond : cultures positives, bacilles moyens. On fait immédiatement une injection de 5 cmc. de sérum antidiphtérique et trente-six heures après une injection de 3 cc. La guérison est très rapide. Au moment de la seconde injection, l'écoulement nasal avait déjà fortement diminué ; il a été complètement tari le lendemain. L'enfant a été longue à retrouver de l'appétit. Elle pesait 4 kilogr. à 2 mois et 4 kgr. 700 à 3 mois.

Obs. 2. — Ans. Lina, née le 2 juin 1931, à la maternité de C..., de père inconnu, mère 45 ans, bien portante. L'enfant est placée en nourrice le 26 juin ; elle pèse ce jour-là 2 kgr. 070. Elle est dans un état de maigreur lamentable, avec tous les symptômes de l'athrepsie ; on note surtout un fort coryza avec écoulement blanc jaunâtre avec quelquefois une strie sanglante. Le coryza a débuté le 6e jour après la naissance. Il n'y a pas de fièvre. Il n'y a pas eu, et il n'y aura jamais de rougeurs ou de points blancs ou de fausses membranes dans le pharynx. En raison des antécédents douteux, on fait d'emblée des frictions mercurielles qui n'amènent aucune amélioration. Le 9 juillet le nez semble œdématié et rouge. Le 10 juillet on constate qu'il y a un peu de conjonctivite, surtout à droite. Un prélèvement de pus nasal est fait ce même jour. La culture est positive : quelques colonies de bacilles de Lœffler moyens typiques. On fait le 11 et le 12 juillet une injection de 10 cmc. de sérum antidiphtérique, sous-cutanée. L'état de l'enfant s'améliore, mais lentement. Il persiste un gonflement du côté du nez. Je l'adresse au spécialiste oto-rhinologiste, qui me répond qu'il ne trouve pas de fausses membranes, que le coryza des nouveau-nés est généralement syphilitique, et que cette diphtérie nasale lui paraît étrange. Il fait à tout hasard un prélèvement, mais conseille, en attendant le résultat, de commencer des frictions mercurielles. La réponse du laboratoire, le 20 juillet, est encore : cultures positives pour le bacille de Lœffler ; nombreuses colonies. Deux nouvelles injections de 10 cmc. de sérum ont enfin raison du coryza ; l'enfant prend du poids, elle pèse 2 kgr. 780 le 2 septembre, et 3 kgr. 210 le 3 octobre.

Conclusions. — La diphtérie du nouveau-né est rare. J.-B. Rolleston, sur 7.285 cas, en a vu 66 chez des enfants de moins d'un an, dont 4 au-dessous de 2 mois et un à six semaines. Il note que la localisation nasale est fréquente — sans dire s'il s'agit de localisation primitive ou secondaire — et que la mortalité était forte chez ces enfants de moins d'un an.

L'intérêt des observations, que nous présentons, réside d'abord dans la précocité de l'apparition de la maladie. Ce sont deux cas, qui ont débuté avant le dixième jour. L'évolution de la maladie a été très particulière : aucune élévation thermique n'a été constatée — il n'y a pas eu d'engorgement ganglionnaire — la maladie est restée parfaitement localisée aux fosses nasales, sans aucune tendance à l'envahissement du pharynx. Il n'y a eu de ce fait, aucune complication, sauf l'hypothèse habituelle de tous les coryzas et

dans le premier cas, il a fallu l'éclosion d'une angine diphtérique chez le frère de la petite malade pour faire penser à la diphtérie nasale. Enfin, il s'agissait bien de diphtérie nasale, et non d'un coryza quelconque avec bacilles diphtériques non virulents ; les divers traitements habituels du coryza n'ont donné aucune amélioration, tandis que l'injection de sérum a produit une guérison rapide et complète. Enfin chacun de ces deux enfants a été le point de départ d'une petite épidémie familiale.

La règle, qui veut que le coryza purulent précoce et chronique du nouveau-né soit d'origine spécifique, n'est donc pas absolue. Il faut penser à la diphtérie, surtout quand on se trouve en présence d'un écoulement de pus jaune verdâtre mêlé parfois de parties semi-dures, même en l'absence de filets sanguinolents, même en l'absence d'érosions du bord des narines. La recherche des fausses membranes paraît le plus souvent illusoire. Le laboratoire seul permet le diagnostic.

Le seul traitement à employer est évidemment le sérum antidiphtérique. La petite dose employée chez le premier enfant a suffi à amener la guérison. Le second cas est un des *très rares* cas de diphtérie, où j'ai dû employer plus de vingt centimètres cubes de sérum. Dans la très grande majorité des cas que j'ai eu à soigner depuis douze ans, je pratique d'abord une injection intramusculaire de 10 cmc., et j'attends douze ou dix-huit heures. Si j'observe alors une tendance nette à l'amélioration, si les fausses membranes, devenues un peu plus blanches, se détachent aisément, si la température paraît devoir baisser, je ne fais pas d'autre injection, le malade restant très surveillé. Il en est ainsi dans 75 pour cent environ des cas. Si l'amélioration tarde un peu à se produire, une seconde injection de 10 cmc. a généralement raison de la maladie.

Dr Jacques CLERC.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La sérothérapie antiscarlatineuse.

Le Dr XAMBEU rappelle que la sérothérapie antistreptococcique a été de plus en plus utilisée dans certains pays. Cette thérapeutique, pour être généralisée, doit s'appuyer sur des faits bien établis, concernant le rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine, et sur des résultats favorables et incontestés dans le traitement de cette maladie.

Or, la constance du streptocoque hémolytique dans l'angine scarlatineuse semble aujourd'hui un fait acquis. Celui-ci existe en culture presque pure tout au début de la maladie, et il semble décelable dans près de 100 % des cas par la culture. La présence de ce germe est donc un fait primitif immédiat, peu en faveur d'une infection secondaire. Ce germe persiste d'ailleurs dans le pharynx pendant trois à quatre semaines, souvent plus longtemps.

Ce streptocoque paraît réellement jouer par sa toxine un rôle important dès le début de la maladie ; dès lors, un traitement précoce dirigé contre cette toxine paraît donc être indiqué.

Le sérum antiscarlatineux, utilisé actuellement en France, est préparé par l'Institut Pasteur ; c'est un sérum antitoxique, qui semble avoir une action bienfaisante sur le syndrome hypertoxique de la scarlatine, quel que soit le mode de début de cette maladie.

Mais il n'a plus d'influence sur les complications apparues quinze jours après la première injection (rhumatisme, néphrite, endocardite), car, purement antitoxique, il ne peut agir sur des complications dues aux germes microbiens.

Pour être efficace, la sérothérapie doit être faite dans les quatre premiers jours ; il faut aussi injecter de fortes doses : 100 à 150 cmc. suivant l'intensité des manifestations toxiques, doses à répéter le lendemain et le surlendemain, si besoin.

L'injection intra-musculaire paraît être la voie préférable ; elle exposerait cependant assez souvent à des abcès ; aussi certains auteurs préfèrent-ils la voie sous-cutanée. En cas d'urgence, on pourra injecter une partie du sérum par voie intra-veineuse, après dilution dans du sérum glucosé, et une partie dans les muscles par exemple, 50 cmc., par voie intra-veineuse, et 75 cmc. par voie intra-musculaire.

Les indications de la sérothérapie se posent pour les scarlatines sévères d'emblée, les scarlatines chez les débilités ; en cas d'association (diphtérie, pneumonie, albuminurie ancienne) ; pour les scarlatines de gravité moyenne, quand les symptômes hypertoxiques surviennent au 3e ou 4e jour.

La sérothérapie n'est, en effet, pas le traitement habituel de la scarlatine, en raison notamment de la possibilité d'accidents post-sériques.

Mêmes règles pour le sérum de convalescents (20 à 25 cc. aux enfants au-dessous de 5 ans ; 30 à

40 cmc. au-dessous de 12 ans ; 40 à 60 cmc. au-dessus de cet âge) ; il doit être injecté, dans les formes graves ou hypertoxiques avant le 4e jour ; on doit l'utiliser dans les trois mois qui suivent sa préparation.

Dans les formes qui aboutissent si souvent à la mort, les résultats de la sérothérapie, quelle que soit sa forme, sont souvent très favorables.

La séroprophylaxie est à conseiller pour les enfants du premier âge et dans les collectivités : à tout sujet, présentant une réaction de Dick positive, 2 cc. 5 pour un enfant de 5 ans ; 5 à 10 cmc. entre 5 et 15 ans ; 20 cc. au-dessus de 15 ans. Le sérum de convalescents peut être également utilisé à la dose de 50 cmc. environ. (*Toulouse médical*, 1er mai 1931.)

Indications crénothérapiques dans les affections cardio-vasculaires.

Les eaux hyperthermales hydrominéralisées type Bourbon-Lancy, (et accessoirement celles de Bagnoles-de-Lozère et Bains-les-Bains), ont pour indication principale, les conséquences cardiaques du rhumatisme aigu, et, dit le Dr Mougeot (de Royat), la cure doit être instituée précocement, peu de semaines après la défervescence. Par extension, ces stations exercent une action antialgique chez les névralgiques, cardialgiques, comme sédatives du système sympathique. N'étant pas cardiotoniques ; leur intervention n'est plus justifiée, lorsque le malade est entré dans la période d'insuffisance fonctionnelle du cœur.

Les eaux méso-thermales carboniques, type Royat, grâce à leur action cardio-tonique excitante due à l'absorption de l'acide carbonique par la peau, sont indiquées dans les hypertensions artérielles, les insuffisances minor du cœur, et les claudications intermittentes. Par leur action régulatrice sur le rythme cardiaque, les cures carbo-gazeuses sont encore efficaces dans l'arythmie complète, les extra-systoles, les tachycardies paroxystiques ; les tachycardies permanentes ; les insuffisances cardiaques minor, dues à l'obésité, aux bronchites chroniques, à l'asthme, à l'emphysème pulmonaire, aux lésions mitrales et aortiques ; mais le grand asystolique, l'urémique, les sujets atteints d'infarctus myocardique, de Cheyne-Stokes, doivent y renoncer, car ils ne sont plus capables de réagir utilement.

Quant à l'usage interne des eaux froides hypominéralisées (Evian, Contrexéville, Capvern), plus sont caractérisés les troubles cardio-vasculaires, plus réduite doit être l'ingestion d'eau minérale. (*Le Bulletin médical*, 25 avril 1931.)

Traitement des retards de consolidation de fractures.

On ne peut fixer par des chiffres le retard dans la consolidation ; celui-ci est du domaine de la clinique et sujet à sa relativité. Plus important est le diagnostic entre retard de consolidation et pseudarthrose, car la conduite à tenir diffère dans l'un et dans l'autre cas.

Voici, d'après le Dr P. Moulonguet, les signes cliniques, qui permettent de savoir si le travail de réparation continue :

1° L'existence d'un cal, renflement fusiforme de l'os au niveau de la fracture ; on le voit diminuer de volume et disparaître, en effet, si la pseudarthrose est constituée ;

2° La douleur provoquée par la mobilisation de la fracture. Elle cesse avec la pseudarthrose ;

3° L'impotence fonctionnelle, signe du même ordre que le précédent, puisque l'impotence est due aux phénomènes douloureux que tout mouvement réveille dans le foyer de fracture ;

4° Enfin, et surtout, le progrès continu dans la réparation ; on constate de semaine en semaine une diminution de la mobilité provoquée, tandis que l'établissement de la pseudarthrose coïncide avec une laxité plus grande du foyer de fracture, une exagération des mouvements de translation entre fragments, une augmentation de l'angle que l'on peut faire en les coudant l'un sur l'autre.

La radiographie peut apporter également son appoint au diagnostic entre retard de consolidation et pseudarthrose ; son rôle est cependant plus modeste qu'on ne le supposerait *a priori* ; le cal en formation est, en effet, presque complètement transparent aux rayons X. Cependant, on peut reconnaître le degré de mobilité des fragments (scospie) et le travail de périostose réactionnelle (graphie).

Le traitement à mettre en œuvre est essentiellement différent, quand le travail continue (si lent soit-il), et quand il est arrêté.

Tant que le travail continue, il n'est pas nécessaire de changer de méthode de traitement, et, si l'on a jugé que la fracture pouvait se réparer par des moyens orthopédiques, il faut persévérer dans ces moyens, en y ajoutant certains procédés thérapeutiques.

Au contraire, lorsque le travail de réparation est arrêté, il faut absolument recourir à des moyens d'ordre chirurgical pour ressusciter une ostéogenèse morte.

1° *Fractures fermées.*

Il faut tout d'abord établir si la réduction est aussi parfaite que possible ; les fragments doivent être placés, sinon bout à bout, du moins en contact, non pas insignifiant, mais suffisant. Corriger une réduction au bout de quelques semaines, n'est pas commode ; il faut cependant tenter la chose, sous anesthésie générale ou rachi-anesthésie.

On vérifiera aussi l'appareil : plâtre trop serré, ayant amené une ischémie des tissus. En ce cas, on appliquera un Scultet, qui permettra de donner des bains, des bains de soleil, de faire du massage.

Si on ne trouve aucun défaut au traitement local institué, on examinera soigneusement l'état général : syphilis héréditaire, ou acquise (cause fréquente) ; myxœdème (qui commande une prudente opothérapie thyroïdienne) ; diabète (donner de l'insuline) ; grandes pyrexies, tuberculose ; paludisme.

Quand il y a une déficience de l'état général, l'adrénaline *per os* est d'un emploi classique ; il faut aussi veiller au régime alimentaire (chaux, vitamines).

Après essais infructueux de ces médications internes, on aura recours à une action mécanique directe par des appareils de marche, qui transmettent réellement le poids du corps par l'intermédiaire du foyer de fracture ; il semble que, le foyer étant gardé de tout déplacement latéral et de toute angulation par un plâtre judicieusement appliqué, la formation d'un cal osseux soit favorisée par cette transmission de poids et des pressions.

On peut aussi essayer de rajeunir le foyer de fracture, par exemple, par l'injection en plein foyer d'une forte seringue de sang, prélevé au sujet lui-même ; de même, on créera localement un foyer d'hyperémie et de stase circulatoire, par la méthode de Bier.

Une sympathectomie sera susceptible de modifier le régime circulatoire du membre fracturé ; de même pour les rayons X, dont le réglage des doses reste cependant un point délicat.

Enfin, on donnera du phosphore, du calcium ; on pourra faire des injections focales silico-calciques, qui sont ossifiantes, et constituent une méthode nouvelle.

2°) *Fractures exposées.*

En plus des facteurs locaux et généraux précédemment envisagés, il faut tenir compte de trois facteurs nouveaux : le rôle de l'opération ; le rôle de l'appareillage interne d'ostéosynthèse ; le rôle de l'infection.

L'opération, faite d'urgence pour parer aux accidents infectieux, même si elle remplit son but, entraîne toujours un retard de consolidation. Dans un cas de ce genre l'auteur a obtenu un succès rapide avec des injections silico-calciques intra-focales.

Le rôle du matériel d'ostéosynthèse dans les retards de consolidation a fait l'objet de nombreuses discussions ; il y a lieu, semble-t-il, de préférer les agrafes de Dujarrier.

L'infection d'un foyer de fracture, et l'ostéite qui en résulte, nécessitent le plus souvent le traitement chirurgical, car c'est là un facteur fréquent de retard de consolidation et même de pseudarthrose.

Enfin, dans la lutte pour obtenir la consolidation paresseuse d'une fracture, on ne devra jamais perdre de vue le rôle fonctionnel, que le membre aura à jouer. Il ne faut pas que le souci trop exclusif de la fracture à consolider fasse négliger l'état des articulations voisines. Trop souvent, après la guérison longtemps attendue, on les trouve enraidies et parfois inutilisables ; on a manqué alors d'obtenir un bon résultat, malgré que la fracture soit bien solide. C'est une mésaventure, qu'il faut éviter à tout prix. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Action des pyréthrines sur la musculature des helminthes.

(MM. O. GAUDIN et B. CARRON. — *Académie de médecine* ; 20-10-1931.)

On a employé, expérimentalement, pour apprécier l'action des antihelminthiques, diverses méthodes. Le standard de Straub, relatif à l'extrait de fougère mâle, consiste à immerger des vers de terre dans une solution aqueuse de cet extrait. Le professeur Wasicky, de Vienne, a recommandé l'essai sur certains poissons. Toscano Rico préconise une technique différente, basée sur les modifications apportées à la musculature de l'ascaris par le produit expérimenté.

MM. Gaudin et Carron préfèrent de beaucoup ce dernier procédé, et ils y ont eu recours pour apprécier les propriétés antihelminthiques des pyréthrines. Ayant immergé dans une solution de Ringer à 38° des ascaris dont le segment céphalique était relié à un appareil enregistreur, ils ont vu que les contractions de ce segment, qui sans autre addition se prolongeaient plus de trente heures, cessaient rapidement quand une dose convenable de pyréthrines était ajoutée à la solution de Ringer.

Ils concluent que les pyréthrines exercent sur la musculature des helminthes une action paralysante très énergique et très rapide. Ils estiment qu'un dosage des diverses préparations de pyrèthre, basé sur cette propriété, sera désormais possible.

La lutte contre le trachôme dans le Sud-Tunisien.

(M. TALBOT. — *Académie de médecine* ; 27-10, 1931.)

La lutte contre le trachôme dans le sud-tunisien s'effectue à l'école, pour les enfants, et dans les dispensaires pour les adutes. Les instituteurs et les institutrices sont des aides précieux pour l'ophtalmologiste, la plupart d'entre eux se chargeant de

pratiquer les instillations et traitements médicaux simples, complémentaires de l'intervention opératoire, celle-ci étant faite par le spécialiste lorsqu'il y a indication. Dans les dispensaires, l'ophtalmologiste est assisté d'infirmières, qui sont également visiteuses dans les familles, l'après-midi. Les femmes indigènes, malgré leur claustration habituelle, viennent nombreuses aux consultations des dispensaires.

Arthrite gonococcique grave de la hanche.

(MM. Fruchaud, Lecuit et Roy, d'Angers. — *Société de chirurgie*, 8-7-1931.)

M. Mondor rapporte, au nom de MM. Fruchaud, Lecuit et Roy, d'Angers, une observation de coxite gonococcique grave de la hanche. Le malade, jeune homme de 20 ans, présenta, au cours d'une uréthrite blennorrhagique aiguë, des douleurs paroxystiques dans la hanche droite, avec fièvre élevée (39°-40°), état général mauvais. La vaccinothérapie n'ayant été suivie d'aucun résultat, M. Fruchaud pratiqua une résection de la tête fémorale avec drainage. Les douleurs disparurent immédiatement. La température baissa et, après deux mois de plâtre, le patient put commencer à se lever. L'auteur estime avoir eu affaire à l'une des formes décrites par M. Mondor et son élève, Mlle Lamy, sous le nom de formes graves de la coxite blennorrhagique.

M. Mondor ajoute que l'intervention pratiquée par M. Fruchaud n'est pas habituelle, en pareil cas. Les exemples de résection de la tête faite aussitôt contre une arthrite blennorrhagique aiguë de la hanche, ne sont pas très nombreux. Ce n'est pas un traitement très fréquent de l'arthrite coxo-fémorale aiguë dans ses premières semaines. Il s'explique néanmoins, quand on considère la gravité de cette localisation du gonocoque, les souffrances atroces qu'elle cause au malade, les risques de septicémie et de destruction articulaire, qu'elle fait courir.

En pareille circonstance, le diagnostic précoce offre de grands avantages. M. Mondor en donne quelques exemples. Une jeune femme de 30 ans présente, à la suite d'un viol, une polyarthrite sévère. A l'hôpital où elle rentre, on porte le diagnostic, routinier, de rhumatisme articulaire aigu. Pendant vingt-sept mois, on la soigne au salicylate sans grand résultat. L'arthrite de la hanche ne cesse de se développer et de faire « hurler » la malade, selon l'expression de celle-ci. Au cours d'autres séjours hospitaliers, on la traite pour coxalgie, sciatique, etc. Quinze ans après le début de la maladie, elle souffrait toujours. Il y avait ankylose douloureuse. Un examen bactériologique ayant révélé du gonocoque, un traitement plus rationnel put donc être entrepris.

Une malade de M. Ramond fut opérée pour psoïtis et c'est au quatrième mois que le diagnostic fut fait.

Une malade de Mlle Lamy resta trois mois dans un service avant de voir ses douleurs s'amender.

Il y a donc des formes sévères d'arthrites gonococciques. Elles peuvent donner lieu à des erreurs diverses et prolongées. Il importe d'y penser, car, malgré leur gravité, on les atténuera d'autant plus vite qu'un diagnostic précis aura été posé. La recherche du gonocoque dans le liquide retiré par ponction, la gono-réaction, l'histoire passée et présente du malade y aideront.

La grippe et les affections chirurgicales.

(M. Rouhier. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931.)

Les méfaits de la grippe, remarque M. Rouhier, sont innombrables et elle intervient même dans les affections chirurgicales et dans la chirurgie opératoire. M. J.-L. Faure, a constaté une plus grande fréquence de la phlébite post-opératoire au cours des épidémies de grippe. Les chirurgiens, d'une façon générale, hésitent en temps de grippe à faire les opérations sérieuses, qui ne sont pas urgentes. Ils préfèrent les remettre à plus tard, lorsque l'état sanitaire est redevenu normal.

Lors de l'épidémie de grippe qui a sévi l'hiver dernier, M. Rouhier a assisté à trois faits particuliers que, seul, l'état grippal semble expliquer. Dans deux cas, des fibromes utérins, jusque-là discrets et très bien tolérés, et sans qu'il y ait eu torsion, ont subi une dégénérescence spéciale, une mortification brutale avec accidents péritonéaux, à l'occasion d'une atteinte de grippe épidémique. Dans un autre cas, un petit fibrome, n'ayant donné jusque-là aucun trouble notable, a été la source d'hémorragies abondantes, graves, à l'occasion également d'une grippe aiguë.

Sans ajouter de commentaires à ces trois observations, M. Rouhier inclinerait à attribuer les accidents en question à l'intervention de toxines microbiennes d'origine grippale.

P. L.

L'athérome expérimental.

(MM. Léon Binet, Jean Verne et A. Lafitte. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 3-7-1931.)

Les auteurs sont parvenus à réaliser l'athérome expérimental par une méthode de choix, qui consiste à administrer *per os* au lapin de l'ergostérol irradié ; accessoirement ces recherches ont le mérite d'attirer l'attention des praticiens sur la nécessité de précautions dans la posologie de l'ergostérol irradié. C'est pourtant un médicament merveilleux. M. Apert rappelle, en effet, qu'en très peu de temps, les jeunes enfants, profondément atteints dans leur santé générale par le rachitisme, reprennent une physionomie animée, de bonnes couleurs, de l'appétit ; ils recouvrent la force de leurs mouvements ; ils cessent d'avoir des sueurs profuses, et, dans la mesure du possible, ils arrivent à corriger leurs déformations osseuses. Mais il est inutile d'employer, pour cela, des doses quotidiennes dépassant II à X gouttes selon le poids de l'enfant, et il importe, au bout d'une quin-

zaine de jours, de ne plus continuer l'administration du produit qu'à intervalles périodiques.

Au contraire, des enfants, rachitiques ou non, à qui des doses énormes sont administrées « pour les fortifier », déclinent, plus on augmente et on prolonge les doses, malgré une période préalable d'euphorie, qui avait engagé à persister.

Perfectionnement apporté à la méthode d'immunisation par l'anatoxine diphtérique.

(MM. Robert Debré, J. Ramon, M. et G. Mozer et Mlle J. Prieur. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3-7-1931).

On sait que l'anatoxine actuellement délivrée par l'Institut Pasteur, présente une activité moyenne puisqu'elle contient 10 unités anatoxiques au centimètre cube, et que d'autre part la technique courante de vaccination contre la diphtérie comporte l'injection de trois doses : 1/2 cc., 1 cc., 1 cc. 1/2, les trois injections étant séparées par un intervalle de trois semaines. Ainsi qu'il est démontré actuellement, l'épreuve de Schick, réalisée une quinzaine de jours après la dernière injection, se montre, dès lors, négative chez 94 à 96 p. 100 des sujets,.

Il est cependant nécessaire d'améliorer la méthode : car, si la diphtérie garde le caractère de malignité qu'elle présente actuellement, et si l'on persiste comme on doit le faire, à répandre la vaccination préventive parmi les enfants des villes, le nombre des diphtéries chez les vaccinés risque d'augmenter puisqu'il se trouvera un plus grand nombre d'enfants vaccinés, mais insuffisamment ou nullement immunisés, incapables, par conséquent, d'une résistance suffisante à l'agression de bacilles diphtériques, doués d'un pouvoir pathogène élevé. On doit donc chercher à protéger ces enfants, non seulement dans leur intérêt, mais aussi dans l'intérêt général.

Pour faire œuvre utile, il importe de chercher à réduire, à supprimer si possible, ce reliquat de sujets insuffisamment immunisés ; il faut aussi, chez chaque individu, augmenter la teneur en antitoxine circulante. Une réaction de Schick négative correspond réellement à un état d'immunité vis-à-vis de l'intoxication diphtérique, mais il est hors de doute qu'un certain nombre de sujets, ayant une réaction de Schick négative, peuvent être infectés par le bacille diphtérique, et une solide protection n'est certaine que lorsque l'individu possède plus de 1/30 d'unité antitoxique dans son sérum, ou même plus de 1/10 d'unité, voire davantage encore.

Plusieurs moyens ont été expérimentés pour augmenter chez chaque sujet la teneur en antitoxine après vaccination : l'injection supplémentaire d'anatoxine, l'augmentation de l'intervalle de temps entre les injections, l'accroissement des doses injectées en unités anatoxiques.

Il résulte de ces recherches que l'augmentation des doses d'unités anatoxiques, injectées lors de la vaccination antidiphtérique peut permettre tout d'abord d'obtenir chez tous les sujets vaccinés (265 fois sur 265 essais) une réaction de Schick négative, et qu'en outre celle-ci donne à chaque individu un degré d'immunité, mesuré par la teneur en antitoxine de son sérum, bien plus élevé que lorsqu'on emploie la méthode usuelle. Enfin, cette amélioration à la technique habituelle ne provoque pas plus de réaction, n'offre pas plus de danger, même chez les grands enfants, même chez ceux qui souffrent d'une tuberculose évolutive, que le procédé de vaccination employé jusqu'à présent.

Les bons résultats que, pour l'appréciation de l'immunité, donnent les épreuves biologiques, sont confirmés par ceux d'ordre épidémiologique. En se servant de l'anatoxine délivrée actuellement, il y a lieu de conseiller aujourd'hui les doses suivantes : 1 cc. 2 cc., et 2 cc. On peut espérer, grâce à ce perfectionnement, réaliser avec la vaccination par l'anatoxine, dans les limites compatibles avec les exigences pratiques et avec les meilleures chances de succès, la prophylaxie générale de la diphtérie.

— M. Lereboullet croit tout à fait logique et efficace cette technique proposée, et il lui semble désirable que soit augmentée à l'avenir la dose d'anatoxine injectée à chaque piqûre, surtout pour les deux dernières injections. Il convient, avec M. Debré, d'appuyer sur la nécessité d'un délai de trois semaines entre les injections, notamment entre la première simplement préparante et les deux autres ; grâce à cette dernière mesure, l'auteur a pu obtenir 98 p. 100 de succès. Ces succès ont été durables, car, dans nombre de collectivités vaccinés par lui, aucune diphtérie n'est survenue chez les vaccinées, car aussi la vérification de la réaction de Schick, après plusieurs années, a montré qu'elle était restée négative.

G. F.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique.

Séance du mardi 16 juin 1931.

Actinomycose du maxillaire inférieur.

M. Reverchon. — Un ouvrier peintre est traité à la consultation d'O. R. L. de la Faculté libre de médecine pour une fistule dentaire, dont le point de départ paraît être la deuxième molaire inférieure droite.

Ablation de la dent, curetage de l'alvéole par voie buccale. Fistulisation de la peau, au niveau de la partie moyenne du maxillaire inférieur droit. On décide un curetage par voie externe, et le malade est hospitalisé. Mais, l'examen radiographique ne montre aucune lésion osseuse. Le pus paraissant grumeleux, un examen montre les éléments de l'actinomycose. Traitement à l'iodure, dont le résultat sera donné ultérieurement.

L'actinomycose est rare dans le Nord ; plusieurs observations ont été publiées, notamment par M. Guermonprez.

Dermatite pustuleuse végétante chronique, en foyers à progression excentrique (maladie de Hallopeau), avec présentation de photographies et de coupes.

M. Danel. — Homme de 45 ans, cultivateur, suivi de 1926 à 1930, époque à laquelle sa maladie s'est terminée par la mort (urémie comateuse), ce qui est exceptionnel dans la maladie de Hallopeau.

L'affection a évolué classiquement, débutant par les localisations habituelles, périgénitales et péribuccales. Divers traitements, en particulier la radiothérapie et l'alcool iodé à 1 %, sont restés inefficaces. Il n'y a jamais eu de bulles.

Histologiquement : présence de micro-abcès intra-épidermiques, très riches en éosinophiles, en correspondance avec des staphylopustules orificielles.

La visibilité radiologique de certaines pachy-pleurites pariétales au cours du pneumothorax.

M. D'Hour. — Après avoir rapporté l'observation de Roubier et Langénieux et celle de Cardis, l'auteur présente deux observations personnelles, dans lesquelles l'on trouve ces images, si curieuses et souvent si difficiles à interpréter, de pachypleurites pariétales. Sur les films radiographiques, l'on trouve la clarté du pneumothorax remplacée à sa périphérie par une ombre homogène à bords nets, dont l'opacité est plus accentuée que celle du poumon collabé. Dans l'une de ces observations, la preuve anatomique a été fournie à l'occasion d'une pleurotomie qui a montré un feuillet pariétal pleural très épais.

Séance du mardi 7 juillet 1931.

Imperforation de l'urèthre chez un nouveau-né.

M. Billet. — Un nouveau-né, de sexe masculin, n'a pas émis une goutte d'urine, trente-six heures après sa naissance. L'examen de la verge, normalement conformée, révèle l'absence de méat urinaire : aucun indice ne permet de soupçonner s'il existe un urèthre. Par ailleurs, le toucher rectal ramène du méconium normal, nullement mélangé à de l'urine.

L'intervention consiste à rechercher l'urèthre, au long de la verge, en partant du méat. On le trouve à la partie moyenne de la verge ; il se termine en cul-de-sac. Incision, abouchement à la peau ; suites opératoires normales.

L'hypospadias sera opéré ultérieurement.

L'imperforation de l'urèthre est assez rare et à peine mentionnée dans les traités classiques.

Une variété rare d'épithélioma baso-cellulaire. (tumeur de Billroth-Malassez avec présentation de coupes).

M. Danel. — Homme de 51 ans, présentant, au niveau de la région temporale, une saillie lenticulaire, d'un centimètre de diamètre, sans adénopathie satellite. Ablation par l'aiguille diathermique. Guérison.

L'examen histologique de la petite tumeur a montré qu'il s'agissait d'un cylindrome, sorte d'épithélioma bénin, décrit par Billroth, étudié par Malassez, et dont la nature même est encore discutée. L'A. insiste sur l'unicité (en général ces tumeurs sont multiples), sur la localisation temporale (elles affectent habituellement le cuir chevelu), et sur le traitement : il préfère la destruction diathermique à l'emploi du radium, qui risque de transformer la tumeur, de baso-cellulaire en spino-cellulaire, c'est-à-dire de bénigne en maligne.

Tumeur à myéloplaxes d'un tendon extenseur du doigt, avec présentation de coupes.

M. Delattre. — La tumeur, développée sur le bord du tendon extenseur d'un doigt, avait le volume d'un noyau de datte. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes, dont le substratum fibreux, infiltré de très nombreuses cellules conjonctives jeunes, était parsemé de plasmodes multinucléés, à type myéloplaxe.

L'intérêt de cette observation réside dans la présence constatée, grâce à des coupes sériées, d'un petit fragment d'épithélium cutané, inclus en pleine tumeur. L'auteur considère ce fragment comme une véritable greffe épidermique, et suggère l'hypothèse d'une relation pathogénique entre cette inclusion épidermique et la réaction conjonctive à myéloplaxes. Celle-ci aurait ainsi la valeur d'une réaction giganto-cellulaire autour de corps étrangers vivants.

Remarques sur un cas d'anévrysme de l'aorte descendante, avec présentation de radiographies.

MM. Bernard, Belle et de Tayrac. — Homme de 61 ans, ayant souffert de douleurs extrêmement violentes dans l'hémithorax gauche. Rien à l'examen somatique ; mais la radiographie révèle un anévrysme de l'aorte descendante, au niveau de la V^{e} dorsale, qui provoquait les douleurs intercostales névritiques. Ces douleurs ont disparu sous l'influence du traitement spécifique.

A propos de ce cas, les A. exposent les symptômes de l'aortite postérieure sus-diaphragmatique, insistent sur la valeur diagnostique des rayons X, soulignent, enfin, la fréquence de l'étiologie syphilitique et l'intérêt du traitement spécifique.

Ulcus, haut situé, de la petite courbure de l'estomac, avec présentation de radiographies.

M. Chérigié. — Homme de 62 ans, souffrant depuis quinze ans de douleurs gastriques, à type d'ulcus, ayant eu une hématémèse. Crise plus violente, qui le décide à consulter.

L'examen radiographique montre un énorme diverticule, siégeant au tiers supérieur de la petite courbure et relié à l'estomac par un large pédicule. Après évacuation de la poche gastrique, il persiste une niche opacifiée.

Il s'agit bien d'un ulcus ; mais il est exceptionnel d'observer, avec cette netteté, la niche caractéristique, exceptionnel aussi, de la voir siéger si haut.

Les Congrès

Journées médicales coloniales

(*Suite et fin*) (1)

Pathologie chirurgicale coloniale

Les myosites infectieuses en milieu colonial. — M. P. HUARD. L'auteur met en évidence les points communs, qui existent entre les myosites d'Europe et celles des pays chauds ; il montre l'intérêt qu'il y a, au point de vue pathogénique et thérapeutique, à ne pas les différencier outre mesure, mais au contraire à les rapprocher conformément aux données de la pathologie générale, qui est une. Au passage, il signale l'aspect « vieille chirurgie », qu'ont certaines de ces myosites septicémiques. La recherche de la fluctuation, à la façon des maîtres du XIX[e] siècle, a une importance clinique capitale. Le traitement, qui doit toujours être adéquat aux lésions, demande beaucoup de bon sens. Il s'agit d'une maladie mixte, médico-chirurgicale, qui demande à la fois un traitement médical et un traitement opératoire, dans la mise en œuvre duquel il faut savoir jouer de la ponction, du séton, de l'irrigation discontinue, de l'incision large et de la suture précoce. L'auteur souligne, enfin, le point faible de nos connaissances sur les myosites : l'anatomie pathologique.

Le cancer chez l'Annamite. — M. J. BABLET, directeur de l'Institut Pasteur de Hanoï.

L'Annamite, en Cochinchine, comme au Tonkin, apparaît aussi sensible au cancer que les habitants des pays tempérés.

Certaines localisations offrent en Indochine une fréquence anormale : cancers de la verge, néoplasmes cervicaux, tumeurs développées aux dépens de la muqueuse buccale, alors que les cancers des organes digestifs sont rarement observés chez l'Annamite. Au point de vue histologique, le seul point intéressant est la proportion élevée des tumeurs conjonctives par rapport aux cancers épithéliaux (1 sarcome pour 6 épithéliomas au lieu de 1 pour 20 dans les pays tempérés).

La sensibilité des deux sexes ne paraît pas très différente. L'âge du cancer est notablement abaissé chez l'Annamite.

Les complications infectieuses autogènes des suites de couches en Indo-Chine. — M. Pierre DALMAS, ancien chef de clinique d'accouchement, médecin de l'Assistance.

Le « Goundou ». — M. GAUTRON. On désigne par ce terme d'un dialecte de la Côte d'Ivoire les tumeurs osseuses paranasales, dont Maclaud, médecin de la marine française, a donné en 1895 la description d'après sept cas, qu'il avait observés chez des indigènes pendant un séjour dans cette colonie.

Avant lui, des auteurs anglais, Mac-Alister et Lampery, avaient signalé cette affection observée par eux chez des indigènes de la Gold Coast britannique vers 1880.

L'affection fut constatée par différents auteurs français et étrangers dans divers pays de la zone intertropicale, tant en Afrique qu'en Asie, en Amérique et en Océanie : au Togo, au Cameroun, en Afrique Orientale allemande, en Sierra-Léone, en Angola, dans la péninsule malaise, à Sumatra, dans la Chine du Sud, au Mexique, au Brésil, aux Antilles, en Nouvelle Guinée, aux Iles Samoa, etc. Le travail français, le plus important sur la question, est celui de Botreau-Roussel, médecin colonel des troupes coloniales, paru en 1925 et faisant suite à des communications données en 1917 à la Société de pathologie exotique.

La description varie peu suivant les auteurs, et les anatomo-pathologistes, qui ont eu à étudier ces tumeurs enlevées chirurgicalement ont fait des constatations superposables sur leur nature. Tumeurs de consistance osseuse, la plupart du temps symétriques, sans modifications de la peau, se développant assez lentement, sans réaction inflammatoire accusée, pouvant acquérir un volume assez considérable, une noix, une mandarine.

C'est en général aux dépens de la branche montante du maxillaire supérieur que l'hyperostose se produit ; l'os propre du nez, l'unguis peuvent participer au processus d'ostéite. Celui-ci peut même s'étendre au maxillaire supérieur tout entier, à l'os malaire, au maxillaire inférieur. Ces formations tumorales sont des hyperplasies ostéogéniques de caractère inflammatoire, et non des ostéomes. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie, la pathogénie du goundou ; des premiers auteurs ont pensé à une infection des fosses nasales par des larves de diptères, d'autres à la syphilis acquise ou héréditaire. Botreau-Roussel, dans son important mémoire, rattache le goundou au pian. Pour lui le goundou, la tumeur paranasale, n'est qu'une localisation particulière au squelette de la face de l'infection pianique. Cette tumeur peut se présenter en même temps que d'autres manifestations hyperplasiques du squelette, qu'il considère comme des ostéites pianiques. Cette opinion n'est pas admise par d'autres auteurs.

On a rapporté un certain nombre de cas de tumeurs paranasales chez les singes, tumeurs dont la nature reste indéterminée jusqu'ici. Il est d'ailleurs possible que cette affection du singe n'ait aucun rapport étiologique avec le goundou humain.

Spécialités

Le trachôme en Afrique. — M. CUENOD (Tunis). Il

(1) V. *Concours médical*, n[os] 41, 42, 44, 45, 46, 47 et 48.

existe, en Afrique, trois foyers principaux de trachome. Ce sont par ordre d'importance : 1° l'*Egypte*, 2° l'*Afrique Mineure*, c'est-à-dire l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ; 3° l'*Afrique Australe*.

De ces trois foyers, celui de l'Egypte est le plus connu à cause : 1° de son intensité (90 p. 100 de la population indigène) ; 2° de son rayonnement maléfique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours ; 3° enfin, de l'admirable campagne antitrachômateuse, inaugurée au commencement du siècle par Mac-Callan.

Le foyer Sud-Africain est peu connu, les statistiques manquent, et son éloignement relatif fait qu'il n'a pour nous qu'un intérêt restreint.

Le foyer Algéro-Tunisino-Marocain, en revanche, nous intéresse au plus haut degré. On y constate un pourcentage d'environ 10 p. 100 de la population, dans les régions les plus septentrionales ; cet index atteint fréquemment 95 et même 100 p. 100 dans les Oasis et dans les agglomérations purement autochtones de l'Extrême-Sud. De là, le trachôme s'infiltre par le moyen des trafiquants musulmans jusqu'à nos postes de l'Afrique Equatoriale.

Partout la lutte est engagée. L'initiative privée, la Ligue contre le trachôme et les Pouvoirs publics rivalisent de zèle.

Il reste encore beaucoup à faire, mais dès maintenant on a l'impression très nette que l'on gagne du terrain sur l'ennemi.

Il faut intensifier l'offensive et ne point regarder à la dépense.

Trachôme en Indochine. — M. Fledry. Le trachôme est très répandu en Indochine, et l'on estime que le pourcentage des trachômateux en Cochinchine est de 20 à 25 p. 100, au Tonkin et en Annam de 50 à 60 p. 100. Moins répandu au Cambodge et au Laos, il semble qu'il soit importé dans ces pays par les Chinois et les Annamites.

Pour se rendre un compte exact de la diffusion du trachôme, il ne faut pas se contenter de le rechercher dans les formations hospitalières, mais il faut le dépister dans la famille, dans les écoles, dans les campagnes.

La prophylaxie du trachôme comprend la prophylaxie rurale, la prophylaxie dans les écoles, chez les adultes et dans l'armée. La première est difficile en raison de l'éparpillement de la population, des communications précaires entre les villes et les villages. Quelques essais ont été faits en Annam.

Stations thermales et climatiques

Les stations thermales et climatiques de la France d'outre-mer. — M. Abbatucci. La classification, suivie par l'auteur, est celle qu'il a déjà donnée dans le *Bréviaire thermal des coloniaux* (1).

Groupe de l'Afrique du Nord : Algérie, Maroc.

Groupe de l'Atlantique : Antilles, Guyane, Afrique-Occidentale française, Cameroun et Togo.

Groupe de l'Océan Indien : Madagascar, Réunion, Côte française des Somalis.

Groupe du Pacifique : Indochine, Nouvelle-Calédonie, Etablissements français de l'Océanie.

Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la métropole. — M. Bonnier. L'indication d'une cure hydro-minérale, plus chez un colonial que chez une métropolitain, nécessite un examen complet du sujet.

A *l'indication thermale*, doit faire suite l'appréciation de *l'heure thermale.*

Les stations soignant les coloniaux doivent aussi être armées d'un personnel médical et de laboratoires, aptes à relever les renseignements, nécessaires à l'instauration, la direction et la surveillance de la cure.

Aux *paludéens*, *Encausse-les-Thermes* offre ainsi un outillage, des techniques et surtout des médecins spécialisés dans le traitement de la malaria.

Dyspeptiques et *hépatiques* sont, comme chacun sait, régénérés par *Vichy*, Mecque du foie dit colonial. L'hiver, Le Boulou leur sera ouvert. Les hyposthéniques pourront aller à Pougues ; les hépatiques amibiens préféreront *Châtel-Guyon*, quitte à faire une cure complémentaire à *Vichy*. Les obèses au gros foie, mais à intestin sain, se débarrasseront à *Brides* ou à *Barbazan* de leur « œuf colonial ».

Les *intestinaux* dûment déparasités vont à Châtel-Guyon, à moins que, spasmés ou dolents, ils ne fassent une cure qui pourrait n'être que préparatoire à *Plombières* ou à *Bagnères-de-Bigorre.*

Les *anémiques* ont, plus que tous autres, besoin de l'examen complet, qui conduit à un traitement de la cause parasitaire plus que du syndrome anémie. Chez certains, présentant anémie et foie tropicaux, c'est souvent *Vichy* qui fera merveille. Dans les états anémiques apparemment idiopathiques, en particulier chez les enfants, les cures arsénicales (La Bourboule), ou ferrugineuses (*Siradan*, *Bussang*, *Orezza*), ou climatiques (altitude : Superbagnères) aideront à la régénération hématique.

L'été, *Bagnères-de-Bigorre* ; l'hiver, la côte d'Azur, Arcachon ville d'hiver, Vernet, Amélie-les-Bains, referont les déprimés.

La multiplicité des atteintes organiques peut entraîner à des cures successives ; certaines régions, en France, sont propices à ces cures combinées, telle l'*Auvergne*, telle aussi le *Comminges* qui groupent, autour d'*Encausse*, douées de conditions climatiques favorables à ceux qui viennent des régions intertropicales, une variété de stations suffisant à toutes les indications de la médecine banale et tropicale.

Le paludisme à la Bourboule. — M. H. Jumon (de la Bourboule). Les eaux arsénicales fortes (0,007 milligr. d'arsenic métalloïdique) de la Bourboule agissent de la façon suivante :

1. Par son rôle parasiticide, l'arsenic thermal achevant une stérilisation du paludisme et s'opposant aux rechutes après la cure ;

(1) Editeur : Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

2. Par son rôle hémopoïétique, l'arsenic thermal intervenant puissamment sur la régénération sanguine des anémies paludéennes ;

3. Par ses effets toniques sur le métabolisme général, l'arsenic thermal agissant rapidement sur l'asthénie, l'amaigrissement et le déséquilibre organique.

Une hépatomégalie et une splénomégalie palustres ne sont pas des contre-indications.

Les coloniaux aux eaux minérales de Contrexéville. — M. Bichelon. La cure de Contrexéville s'adresse spécialement à trois groupes de maladies : groupe des maladies des reins et des voies urinaires, groupe des maladies du foie et des voies biliaires, groupe des auto-intoxications, englobées sous le nom d'arthritisme et qui se rattachent étroitement, pour la plupart, aux insuffisances rénale et hépatique.

Les effets physiologiques de l'eau de Contrexéville trouvent leurs preuves dans les résultats de la cure (effets cholalogue et laxatif, effets de drainage tissulaire et de lavage humoral ; effet diurétique, baisse de l'hypertension artérielle, fléchissement de poids à la balance, etc.) et des examens de laboratoire (pour le sang : diminution de la cholestérinémie, de l'oxalémie, de l'uricémie ; pour l'urine : décharges d'urée, d'acide urique, de chlorures, etc., relèvement de l'acidité urinaire).

Les recherches physico-chimiques contemporaines laissent entrevoir l'explication des raisons intimes, qui président aux diverses actions thérapeutiques, actions, soit d'ordre chimique (action des ions, Ca, Mg, des ions sulfates, etc.), soit d'ordre physique (radio-activité, indice de nutrition, acidité ionique), soit d'ordre biologique (pouvoir agocytique ou son inverse, pouvoir anagotoxique, action antianaphylactique, etc.).

Les coloniaux, chez qui sont fréquentes les affections du foie, de l'intestin, d'origine parasitaire, les affections rénales, les arthritiques coloniaux affaiblis ou anémiés ne peuvent que bénéficier largement d'une cure à Contrexéville.

Vals, station des coloniaux. — M. Maurice Uzan. Pour la cure alcaline, Vals met à notre disposition des eaux bicarbonatées de toutes minéralisations. A l'inverse de Vichy, elle substitue « la gamme de la minéralisation à celle de la thermalisation » (Carnot), nous permettant d'utiliser, pour une thermalité quasi-constante (13°-16°) des eaux contenant de 0 gr.50 à 10 grammes de bi-carbonates alcalins.

Les sources faibles, type Saint-Jean, seront prescrites aux dyspeptiques, aux colitiques, aux diarrhéiques chroniques et, en particulier, aux séquelles des dysenteries parasitaires. Elles permettent, en outre, la cure de diurèse.

Les sources fortes auront leurs indications surtout dans les affections hépato-biliaires (Précieuse) ou dans le diabète (Constantine).

Des sources intermédiaires (Béatrix, Souveraine, etc.) permettront de s'adapter aux tolérances individuelles.

Quelques-unes de ces eaux (Souveraine, Constantine, Béatrix), par leur teneur en silice et en lithine, rendent maniable la cure alcaline chez les scléreux et hypertendus.

Toutes ces eaux renferment plus ou moins de fer à l'état de bicarbonate ferreux, mais Vals possède surtout dans la source Dominique, une eau ferro-arsénicale particulièrement active, comportant environ 2 milligrammes et demi par litre d'un complexe ferro-arsenical (en arseniate ferreux : 0,00235 par litre), ce qui classe Vals comme l'une des plus importantes stations arsénicales de France. Cette eau a été démontrée comme étant fortement radioactive (Chaspoul et Jaubert de Beaujeu).

Les diabétiques, les paludéens, les amibiens, les anémiques, les convalescents, les déprimés bénéficieront de cette cure de Dominique. Les enfants surtout en retireront des avantages précieux.

Vittel considéré comme station thermale propre aux coloniaux. — M. Boigey (de Vittel). Les eaux de Vittel sont des eaux sulfatées calciques et magnésiennes. En tant qu'eaux calciques elles sont diurétiques, en tant que magnésiennes elles sont cholagogues.

Deux sources principales fournissent l'eau de cure : la Grande Source et la Source Hépar.

L'action de la Grande-Source se fait sentir sur les reins, qui sont en quelque sorte lavés et déblayés des sables, graviers et calculs qui ont pu s'y former.

L'action de la Source Hépar se manifeste sur le foie et, notamment, sur les voies biliaires.

La lithiase biliaire se présente au premier plan de ses indications. L'amélioration consiste, en pareil cas, dans un bon drainage intestinal des voies biliaires, dans une sédation des phénomènes inflammatoires subaigus, qui coexistent souvent avec la lithiase, souvent même l'évacuation des calculs obtenue avec des coliques beaucoup moins douloureuses et plus efficaces que celles des malades non traités. De plus, l'eau de Vittel exerce une action nette de désinfection sur les voies biliaires, ainsi que le prouvent la diminution ou la disparition des accidents fébriles, qui accompagnent souvent la lithiase.

L'eau de Vittel agit encore par son action tonique.

D'une manière générale, on peut dire que les maladies des reins et du foie sont celles qui sont le plus améliorées dans cette station. La double action, désintoxicante d'une part, et tonique d'autre part, justifie l'excellence des résultats obtenus avec les eaux de Vittel dans le traitement de nombreuses maladies coloniales.

La cure de boisson est la forme fondamentale du traitement, mais elle est complétée par des moyens variés empruntés à l'hydrothérapie et à la cure d'exercice.

Communications diverses

Un nouveau procédé de préparation des viandes. — M. A. Gauducheau. Aux procédés déjà connus, l'auteur en ajoute un nouveau dont il est l'inventeur.

On trouve habituellement aux colonies des viandes qui n'ont pas la qualité de celles que nous avons en Europe ; les animaux y sont souvent maigres, et le fumet de leur chair y est parfois médiocre. M. Gauducheau a trouvé un procédé, dit des intrasauces, qui permet de remédier, dans une certaine mesure, à ces défauts ; il consiste à mettre dans les viandes, à la place du sang évacué au moment de la saignée, une graisse alimentaire convenablement assaisonnée, pour engraisser instantanément les bêtes maigres et pour améliorer la saveur de leurs viandes.

Les extraits de foie dans le traitement des anémies tropicales. — M. RIOU. Les difficultés, qui se présentent aux colonies pour se procurer du foie et pour le conserver frais, ont amené l'auteur à étudier, comparativement à l'efficacité de l'ingestion de foie cru, celle des extraits hépatiques purifiés dont la conservation est parfaite. Ayant précisé les modalités du traitement et ses indications particulières, il conclut que les résultats obtenus sont aussi bons avec les deux méthodes. L'emploi des extraits permet de plus l'absorption de doses élevées de foie sans provoquer d'intolérance.

Les journées d'aviation sanitaire coloniale

En même temps que les Journées médicales, et en parfait accord avec elles, se sont tenues des Journées d'aviation sanitaire coloniale. Grâce à l'entente des deux comités d'organisation et en ce qui concerne particulièrement l'aviation, grâce à l'initiative de M. A. Nemirowsky, commissaire général, et de M. le médecin commandant Mouchard, commissaire scientifique, plusieurs séances communes ont eu lieu.

Le manque de place nous force à signaler très brièvement les remarquables rapports des Journées de l'aviation sanitaire coloniale.

Ce fut d'abord l'historique de l'aviation sanitaire par notre confrère FOVEAU DE COURMELLES, qui rappela très heureusement le rôle joué par les précurseurs de l'aviation sanitaire, par notre regretté confrère le sénateur Emile Reymond, mort depuis pour la France, par notre confrère le sénateur Chassaing par l'ingénieur Nemirowsky, par le docteur Tilmant.

L'utilisation de l'aviation sanitaire dans l'assistance médicale aux colonies fut exposée par le médecin commandant QUERMEMER et le capitaine MICHEL, des troupes coloniales.

Après avoir rappelé les services rendus par l'aviation qui a pu faire en A. O. F. des évacuations de grands malades en parcourant plus de 2.000 kilomètres dans une journée, les rapporteurs exposent les bases de la règlementation adoptée : l'aviation militaire coloniale est chargée, sur réquisition de l'autorité civile ou militaire, d'assurer les transports sanitaires aériens demandés par le Service de santé ou les intéressés eux-mêmes, qu'ils soient fonctionnaires, auxiliaires ou simples particuliers.

L'Etat prend à sa charge la presque totalité des frais de transport.

On voit combien est généreuse et imbue d'une saine compréhension des choses coloniales cette règlementation du ministère des Colonies.

Le rôle des avions sanitaires pour le fonctionnement de l'assistance médicale aux colonies. — M. le médecin capitaine MARTINET, des troupes métropolitaines, montre les grands services, que l'assistance médicale par avion a pu rendre en Syrie et notamment dans le cercle du Palmyre.

L'aviation sanitaire au Maroc. — MM. le colonel CHEUTIN, commandant de l'aviation au Maroc, et le médecin colonel EPAULARD, sous-directeur du Service de santé du Maroc, démontrent les services extraordinaires rendus par l'aviation au Maroc.

Des chiffres : en 1921, 84 évacués ; en 1925, 987 évacués ; de 1921 à 1930, 3.306 évacués.

Les rapporteurs insistent sur la nécessité de développer l'aviation sanitaire au Maroc avec deux types d'appareils : un petit avion pouvant atterrir en tous terrains et un avion moyen pour 2 ou 3 blessés à un grand rayon d'action. Il y a intérêt à ce que les appareils volent de façon régulière, en les utilisant au besoin pour des transports non sanitaires.

Le fonctionnement de l'aviation sanitaire au Levant est étudié ensuite par le colonel ORTHLIEB.

La chirurgie et l'aviation sanitaire au Maroc par le médecin colonel BOTREAU-ROUSSEL.

La chirurgie et l'aviation sanitaire en Afrique du Nord par M. le Professeur agrégé LACAZE (du Val-de-Grâce).

L'aviation sanitaire en A.O.F. par le médecin colonel PASSA et le capitaine GAILLARD.

L'étude d'un projet d'organisation d'un service de santé de l'air pour le Congo belge a fait ensuite l'objet d'un rapport du docteur A. TILMANT.

L'aviation sanitaire en Indochine est étudiée par le médecin colonel PASSA et le capitaine MICHEL.

L'avion colonial est défini par M. l'Ingénieur en chef Suffrin HEBERT, qui démontre son utilisation possible comme avion sanitaire.

Le matériel aéronautique est étudié dans deux rapports par le capitaine MICHEL et par M. P.-L. RICHARD (de l'aéropostale).

Enfin M. Carl PETERSEN montre les progrès de **l'aviation sanitaire en Suède.**

Des démonstrations pratiques ont obtenu un grand succès au Bourget et à Orly. Le ministre de

l'Air, qui avait assisté à plusieurs séances du Congrès, a assisté également à ces démonstrations.

Enfin des visites d'usines ont complété utilement le programme de ces belles journées.

Les réceptions des journées médicales coloniales

A côté des séances de travail le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales avait prévu un certain nombre de promenades et de réceptions, qui ont obtenu un très grand succès.

Le comité des dames avait à son programme une visite détaillée de l'Exposition très admirablement organisée par le Comte Félix de Vogüé, secrétaire général du Comité d'accueil du Commissariat général. M. de Vogüé fut d'ailleurs tout le temps sur la brèche et fit l'impossible pour faciliter la tâche du Comité d'organisation.

Les dames assistèrent à un thé offert par Mme la maréchale Lyautey dans ses beaux salons de la rue Bonaparte, à une réception chez Mme la marquise de Ganay dans le magnifique château de Courance, à un thé offert par Mme la vicomtesse Benoits d'Azy, née Vogüé, dans son hôtel de la rue Fabert, enfin à de nombreuses promenades à Paris et aux environs.

Les congressistes ne furent pas oubliés et ils purent, de leur côté, prendre part aux fêtes de jour et de nuit organisées à l'Exposition coloniale, à la très belle fête militaire coloniale du vélodrome de Vincennes, à la fête de nuit du commissariat général, véritable féerie qui marqua la fin du Congrès. Le banquet de clôture, dans la magnifique salle du Musée permanent, fut une véritable apothéose. Les acclamations qui accueillirent le discours de M. le ministre des Colonies, l'ovation sans fin que les convives, debout, firent à M. le maréchal Lyautey, resteront comme un des grands souvenirs de ces assises coloniales, dont M. l'inspecteur général Lasnet, le professeur Tanon, le Dr S. Boys et ses collègues furent les prestigieux animateurs.

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr G. COTTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — **Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique.** Deuxième édition, revue et augmentée. (Un vol. grand in-8° de 780 pages, avec 199 figures, broché : 100 francs.)

Dès 1928, l'auteur a réalisé l'idée originale de réunir dans un même ouvrage tout ce qui concerne les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, en superposant constamment les faits anatomo-cliniques aux données physiologiques ; celles-ci expliquant le mécanisme de ces désordres de la vie génitale de la femme, il devenait possible d'étayer sur ces bases une thérapeutique médicale ou chirurgicale efficace.

Aujourd'hui, l'auteur a remis au point toutes les questions, avec une augmentation de 250 pages de texte et de 80 figures.

Le chapitre I est consacré au cycle sexuel des mammifères : données physiologiques concernant le rut et les modifications de l'appareil génital au cours de ce cycle. Les hormones ovariennes.

L'ovulation et ses troubles (chap. II) comprend : les conditions de l'activité folliculaire ; le déterminisme de la puberté (rôle du lobe antérieur de l'hypophyse) ; absence d'ovulation ; ovulations irrégulières ; ovulations douloureuses ; crise intermenstruelle.

Au chapitre III sont étudiées les modifications du tractus génital de la femme au cours du cycle menstruel : trompes de Fallope, vagin, glandes mammaires.

C'est ensuite la menstruation et ses troubles : mécanisme, molimen cataménial et écoulement menstruel ; hygiène de la menstruation ; insuffisances menstruelles et aménorrhée ; hyperménorrhées, polyménorrhées et métrorragies (chapitre IV).

La copulation, le sens génital, et leurs troubles font l'objet du chapitre V : dyspareunie, vaginisme, hyperexcitation et impuissance génitales féminines. Laissant de côté les perversions sexuelles, l'auteur envisage surtout les troubles justiciables d'un traitement gynécologique.

La fécondation de l'ovule, la nidation de l'œuf et leurs troubles, la stérilité de la femme sont exposées (chap. VI) avec leurs causes multiples.

L'auteur fait ressortir les avantages des méthodes (insufflation d'air et radiographie tubo-utérine après injection de lipiodol), utilisées depuis quelques années pour dépister les oblitérations tubaires. Puis, dans une étude thérapeutique très complète, il envisage ce qu'il y a lieu de faire pour traiter les stérilités d'origine utérine, tubaire ou ovarienne, et donne enfin les indications de la fécondation artificielle.

Au chapitre (VII) sur les sécrétions de l'appareil génital et leurs troubles (hydrorrhées, leucorrhées) sont précisés les traitements des écoulements d'origine tubaire, utérine, vaginale ou vestibulaire.

Plus intéressant et plus original est la partie consacrée à l'innervation de l'appareil génital et à ses troubles (chap. IX). A propos de la dysménorrhée et de plexalgies hypogastriques, se justifient les innervations sur le sympathique.

Pour terminer, un chapitre (X) est consacré aux insuffisances ovariennes et aux troubles consécutifs à la castration : effets de la castration ovarienne ; mécanisme des troubles consécutifs à la castration ; opothérapie et greffes ovariennes.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr Ad. SELTER. — **Manuel de séméiologie oculaire.** Préface du Professeur TERRIEN. (Un vol. in-8 de 226 pages avec 6 tableaux et une planche schéma coloriée, 36 francs.)

L'auteur se borne uniquement à la valeur clinique des symptômes ; évitant de longues descriptions, il se borne à rappeler les signes capitaux des affections de l'œil et de ses annexes, avec les différents éléments caractéristiques des grands syndromes oculaires, tels l'hypertonie, l'hypotonie, les troubles de la pupille et de l'accommodation, les altérations du champ visuel et les amblyopies, l'exophtalmie, le blépharospasme, les diplopies, etc., passant en revue les diverses maladies dans lesquelles on peut les rencontrer et les symptômes, qui leur sont propres.

Les diverses affections sont groupées par ordre alphabétique, souvent sous forme de tableaux suggestifs et bien disposés pour frapper l'attention ; elles se retrouveront ainsi facilement et le lecteur connaîtra leurs signes cardinaux.

Le diagnostic en sera facilité, et, par là même, l'institution d'une thérapeutique rationnelle.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

G. BILLARD. — **La phylaxie.** (In vol. in-8° de 96 pages, 16 francs.)

La phylaxie, c'est la protection qu'oppose l'organisme, et plus exactement le système nerveux, à l'action fatale du poison et des toxines.

Cette phylaxie peut être créée : ainsi une injection de spartéine protège contre le venin de vipère, contre les intoxications diphtérique et tétanique. La spartéine, elle-même, poison violent, peut être inactivée par des injections d'eaux minérales. Les eaux minérales donnent encore ce pouvoir de protection à l'organisme contre les venins, les toxines tétanique et diphtérique, la phalline. Ce pouvoir phylactique existe également grâce au chloroforme ou au gardénal ; enfin certaines neuro-toxines peuvent le créer contre d'autres neurotoxines.

L'auteur explique cette phylaxie, non par l'immunité, mais à la manière d'une imprégnation tinctoriale des cellules nerveuses.

En résumé, il s'agit d'un phénomène biologique nouveau, dont la portée, dans le domaine de la prophylaxie, à peine entrevue aujourd'hui, nous ménage d'admirables conquêtes futures dans la lutte contre les maladies.

Editions médicales N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr G. CATTIER. — **La procréation humaine.** (Un fort volume in-8 de 490 pages, illustré de 70 figures, 1931, 60 francs.)

C'est un livre de vulgarisation tout à fait moderne sur tous les grands problèmes de la génitalité. D'abord le problème de la transmission de la vie, étayé des documents scientifiques les plus récents (ovulation, etc.). Puis, c'est l'anatomie des procréations (illustrée de dessins), la physiologie de la fonction. C'est enfin la fonction malade avec ses tares et ses défaillances.

Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie J. VROMANS,
45, rue Sans-Souci, Ixelles-Bruxelles.

Cent ans de médecine en Belgique (1830-1930). Edité par le journal *Le Scalpel*, journal belge des sciences médicales. Numéro spécial publié à l'occasion du Centenaire de l'Indépendance belge (un vol. 350 pages avec fig.)

THÉRAPEUTIQUE

Pourquoi et comment il faut traiter l'hyperexcitabilité du système nerveux

Par le Dr H. FAVIER

L'hyperexcitabilité du système nerveux constitue fréquemment, non seulement en psychiatrie, mais même en médecine générale et en pratique courante, un obstacle très sérieux au traitement des maladies. Ses manifestations habituelles, l'agitation, la loquacité, la suractivité musculaire et surtout l'insomnie, sont préjudiciables au succès de toute thérapeutique.

On néglige trop facilement, en présence de n'importe quel malade, ce rôle primordial du système nerveux, et cette considération suffit bien souvent à donner la raison de certains échecs, inexplicables par ailleurs.

La conclusion thérapeutique de cette constatation, c'est qu'il faut, avant tout, placer tous nos malades dans les meilleures conditions de repos complet, physique, intellectuel et moral. C'est alors seulement que chaque indication particulière sera remplie par la médication appropriée, si l'on veut obtenir le maximum d'efficacité.

Dans cette lutte préalable contre l'hyperexcitabilité du système nerveux, et contre l'élément spasmodique, qui en découle et l'accompagne si fréquemment, il était naturel de penser à utiliser les propriétés sédatives des hypno-

tiques, et notamment des dérivés de l'acide barbiturique.

Parmi ces médicaments, le somnifène occupe une place de choix. On sait que le somnifène est le diéthyl-allylisopropylbarbiturate de diéthylamine. Nous n'avons pas à revenir ici sur les travaux multiples, qu'a suscités ce produit : ils se comptent aujourd'hui par centaines. Le somnifène est donc classique, qu'on l'utilise sous forme de gouttes (XXX à XC gouttes en moyenne), ou en injections (ampoules de 2 cc. intramusculaires et ampoules de 5 cc. endoveineuses). Le somnifène est aujourd'hui indispensable au médecin praticien, soit qu'il veuille juguler une crise de delirium, d'éclampsie, de tétanos, soit qu'il désire lutter contre l'hyperexcitabilité liée aux maladies graves, soit qu'il souhaite simplement redonner le sommeil à un agrypnique ou à un surmené.

Effectivement le somnifène nous permet d'obtenir ou de renouveler en quelques minutes un sommeil calme et régulier, paisible et réparateur, s'accompagnant d'un délassement musculaire et cérébral complet, chez nos malades les plus agités, dont nous pouvons alors assurer le traitement, vérifier les pansements, ou immobiliser les membres fracturés avec la plus grande facilité.

En psychiatrie, ses résultats sont particulièrement intéressants, on le sait, dans l'état de mal épileptique, le tétanos, le délirium tremens, et chez tous les délirants aigus, dont il améliore de façon sensible et durable les crises d'agitation maniaque. Mais il agit aussi très heureusement sur les chroniques, dont il atténue l'excitation et facilite le maintien. Il améliore l'état général en mettant ces malades au repos, et en permettant au besoin leur alimentation à la sonde, et l'état mental, en « faisant passer sous silence les périodes d'excitation ».

Chez les parkinsonniens post-encéphalitiques, qui sont de « grands blessés du système nerveux », il permet, à la dose de trente à soixante gouttes *pro die*, de combattre victorieusement l'insomnie et d'améliorer ainsi ses conséquences directes : la somnolence diurne et les syndromes dépressifs, l'agitation nocturne et les troubles de caractère, l'irritabilité et l'impulsivité, voire même les perversions sexuelles et morales.

Enfin, dans toutes les affections où l'élément spasmodique joue un rôle important, le somnifène rend de grands services, en se montrant un calmant excellent et un antispasmodique de premier ordre.

Ainsi utilisé aux doses fractionnées de deux ou trois gouttes toutes les deux heures dans la coqueluche, dont on sait que la violence des quintes fait la gravité, il calme les vomissements et réduit la durée totale de la maladie à dix ou quinze jours, pendant lesquels il devient très facile, à la faveur de la somnolence de l'enfant, de le surveiller et de le maintenir dans son lit (Guesné).

En définitive, le somnifène nous apparaît comme un hypnotique particulièrement puissant ; mais il est des cas où l'on ne veut pas agir d'une manière si intense ; on peut alors préférer le sédormid, qui n'est pas un barbiturique et qui s'administre uniquement sous forme de comprimés (1 à 4 par jour). Le sédormid, particulièrement bien étudié par le Prof. Pouchet, par les Drs Dillard, Godard, Tibi, Perget et par nous-même, est un calmant et un hypnotique doux et progressif. Il agit parfaitement bien dans la mélancolie, dans l'anxiété moyenne, chez les petits insomniaques, et il est toujours admirablement supporté. Il existe, enfin, d'autres cas où l'élément douleur domine le tableau clinique. Certes, le somnifène agit ; mais il faut donner des doses trop fortes. Le sédormid aurait également une certaine action, mais moins sûre que celle de l'allonal. On connaît ce dernier médicament : c'est l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine. Il totalise toutes les propriétés hypnotiques de l'acide allylisopropylbarbiturique et toutes les qualités antalgiques de la diméthyl-amino-antipyrine. On a pu dire justement que c'est un analgésique renforcé, c'est-à-dire un analgésique progressivement hypnogène et sédatif, qui rend les plus grands services, à la dose de 1 à 4 comprimés par jour, dans tous les cas d'algies, de quelque origine ou de quelque nature qu'ils soient.

Ainsi donc, nous possédons, contre l'excitabilité du système nerveux, sous toutes ses formes, une gamme de médicaments bien étudiés, et leur activité thérapeutique permet leur utilisation rationnelle dans les circonstances les plus variées de la pratique journalière.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Les injures des pharmaciens aux médecins appellent une protestation qui n'a rien à voir avec la crise de la pharmacie. — Comment envisager cette crise et ses remèdes ? — L'adaptation.

J'ai reçu la lettre suivante, illisiblement signée, et sans aucune autre indication d'origine que le cachet de la poste : NANTES (Loire-Inférieure). Je m'explique mal pourquoi son auteur n'a pas cru devoir se faire mieux connaître ; je lui aurais adressé directement ma réponse, au lieu de la lui faire parvenir par l'intermédiaire du *Concours médical,* auquel il est abonné.

A Monsieur le Dr Duchesne,
Mon Cher Confrère,

Abonné au *Concours médical,* j'ai lu votre article : Deux cas de Misiatrie : les diatribes du Potard.

Vous me permettrez, étant des deux professions, tout à fait impartial, connaissant les ennuis de chacune, de vous éclairer au sujet de la pharmacie et de la crise qu'elle traverse et que sans doute vous ignorez ; je le vois, en lisant le commentaire que vous faites au discours de Petit, un peu exagéré, mais traduisant un malaise aigu.

Vous admetttrez que le pharmacien faisant 5 ans d'études assez dures a le droit de vivre de son diplôme.

Eh bien ! Beaucoup ayant des pharmacies d'importance moyenne ne peuvent plus vivre à cause de la spécialité médicale.

1° La spécialité médicale donne en général 25 % de remise au pharmacien (40 à 50 % au propharmacien 1re injustice).

2° La spécialité couvre à peine les frais généraux ; il est reconnu de tous que la moyenne de ces frais pour un pharmacien est de 20 à 22 %.

3° La spécialité médicale, si le médecin ordonne toujours les toutes dernières, est une source d'ennuis continuels pour le pharmacien qui est obligé aux dépêches, coups de téléphone, etc... et qui n'est pas à l'abri des reproches du client, si ça ne vient pas assez vite.

Supposez qu'un pharmacien fasse 100.000 fr. d'affaires en spécialité médicale, il lui restera environ 5.000 fr. de bénéfice net par an. Alors jugez !...

La plupart des pharmacies, en France ne font que 150 à 200.000 fr. par an ; or, si ces pharmaciens n'ont pour ordonnances que des spécialités médicales, vous comprendrez vous-même qu'ils soient obligés de vendre des lunettes, etc., et «de refiler des spécialités à 80 %», pour augmenter leurs bénéfices et pouvoir vivre.

Je suis sûr, mon cher Confrère, que vous ignoriez la question et il serait bon que les médecins soient plus éclairés sur ces causes de chicane et de haine entre les deux professions.

Daignez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Signé : Illisible.

Réponse.

Vous êtes à côté de la question, mon cher confrère. Je me suis élevé contre des injures adressées par M. PETIT au Corps médical, dont *nous faisons partie,* vous et moi. Les injures n'ont jamais constitué des arguments. Et juger la situation professionnelle des pharmaciens du point de vue mesquin qu'il a envisagé, c'est rapetisser la question, au lieu de lui donner l'ampleur qu'elle mérite.

L'injure serait-elle un procédé de discussion cher aux pharmaciens ? Je serais tenté de le croire, en lisant les propos tenus, par un certain M. Brienz, vice-président du Syndicat des Grandes Pharmacies de France, qui s'est exprimé ainsi, sur une observation qu'on lui faisait, relativement à la suppression des petites pharmacies, propre à favoriser les propharmaciens :

« Cette *catégorie d'individus* (les propharmaciens) est à supprimer immédiatement. Je m'étonne que nos confrères députés n'aient pas posé cette question devant la Chambre. C'est un défi à la pharmacie tout entière et au bon sens. Médecins et pharmaciens savent ce que vaut l'une de leurs raisons officielles d'exister. Ces *parasites* de la profession ont obtenu

cette tolérance à une époque où les moyens de communication étaient difficiles. En attendant leur suppression, on pourrait exiger qu'ils ne fournissent à leurs malades que les médicaments d'urgence, en nombre très restreint. Ces médicaments devraient, obligatoirement, être préparés par un pharmacien du canton où ils exercent. »

Je n'ai nullement le dessein de reprendre aujourd'hui la défense des propharmaciens, et de leur raison d'être. Cette raison est tellement puissante que, dans le projet de loi sur la Pharmacie qui fut déposé au Parlement en 1920 par M. VINCENT, leurs possibilités d'action étaient envisagées et réglementées. L'article 13 de ce projet créait une zone de protection autour des pharmacies, en n'autorisant l'exercice de la pharmacie qu'auprès des malades du propharmacien habitant à plus de 8 kilomètres de toute pharmacie.

Une autre proposition de loi, rédigée par une commission composée de médecins et de pharmaciens, publiée dans le n° 42 du *Concours médical* du 17 octobre 1920, renferme un article 5 ainsi conçu :

« Toutefois et sans contrevenir à la présente loi, les médecins..... peuvent délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent à plus de 4 kilomètres d'une officine. Ils peuvent encore délivrer les médicaments dans leur cabinet s'ils habitent eux-mêmes à plus de 4 kilomètres d'une officine..... »

Mais laissons ce côté de la discussion. Les propharmaciens ne sont pas en cause dans mon argumentation.

Vous me reprochez d'ignorer la question et particulièrement la crise qui sévit sur la pharmacie. Permettez-moi de vous répondre que l'esprit et les termes de mon atricle prouvent, au contraire, que je la connais suffisamment pour en parler avec quelque compétence. Je la connais, parce que j'ai eu un beau-frère pharmacien, et aussi des amis pharmaciens auprès de qui j'ai pu me documenter. Je la connais parce qu'elle ne réclame pas de lumières particulières, de la part de qui sait observer.

Ce M. Brienz dont j'ai, à mon tour, relevé les propos dans *Le Propharmacien* du 15 octobre, et qui s'intéresse aux *Grrrrrandes Pharmacies*, en met en évidence l'un des points névralgiques, en demandant la suppression des petites pharmacies. Les grands bazars doivent absorber les petites boutiques : c'est la loi biologique selon laquelle il est logique que les petits soient mangés par les gros.

La création, le développement, la multiplication de ces grands bazars est elle-même une conséquence de l'évolution des mœurs. Le public veut de plus en plus trouver, centralisés dans un même local, les rayons de toutes les marchandises dont il a besoin. C'est la loi du moindre effort : elle a fait le succès des grands magasins. Elle fait pareillement le succès des grands bazars pharmaceutiques. D'autre part, je trouve tout naturel que l'activité des pharmaciens se soit étendue et je ne suis nullement choqué de voir, dans une Officine, un rayon de parfumerie, un rayon de lunetterie, un rayon de photographie. On me citait récemment ce fait, que l'une des pharmacies commerciales les plus vastes de Paris faisait au comptoir de la parfumerie, des recettes plus de huit fois plus fortes qu'à celui des ordonnances.

Qu'il y ait là une source légitime de surcroît de ressources, à une époque où les affaires deviennent plus difficiles, du fait de l'accroissement de la concurrence, d'une part, des frais généraux de l'autre ; qu'elle compense, par ailleurs, la diminution de bénéfices qui résulte de la suprématie actuelle de la spécialité sur la prescription magistrale, je n'y trouve rien à redire. Rien, sans doute si ce n'est peut-être ceci. Si la spécialité laisse au pharmacien un honnête bénéfice de 25 à 30 %, *jugé insuffisant*, le bénéfice réalisé sur la préparation magistrale ou officinale ne serait-il pas excessif ?

Je sais bien ce qu'on peut répondre à cela : ce que le client paie, dans la potion qui lui est délivrée par le pharmacien, ce n'est pas seulement la valeur intrinsèque des ingrédients qui entrent dans sa composition ; c'est encore, c'est surtout la technicité du préparateur, qui a fait de longues études, acquis des titres scientifiques sérieux, et donne ainsi toutes garanties de sécurité à sa clientèle. L'argument, à tout prendre, ne vaut qu'au regard du pharmacien diplômé *qui exécute lui-même les ordonnances ou en surveille au moins lui-même l'exécution*. Ce qui n'est pas toujours le cas. On m'a même affirmé que c'était, à cette heure, l'exception.

Convenons néanmoins que le geste qui consiste à prendre, dans une vitrine, la spécialité réclamée par l'acheteur, et à la lui remettre, est infiniment moins compliqué, comporte moins de risques, entraîne moins de frais que l'exécution minutieuse d'une formule de pommade ou de pilules s. l. f.

Mais que la spécialité ait modifié l'économie pharmaceutique ; qu'elle ait diminué certaines recettes ; qu'elle se soit tellement amplifiée qu'elle peut devenir gênante et encombrante pour qui, chargé légalement de la débiter au détail, veut en être approvisionné largement ; qu'elle comporte des abus, des exagérations. Tout cela n'empêche pas qu'elle existe pour des raisons qu'il est inutile de reprendre, et qu'elle n'est pas près de disparaître.

Que MM. les pharmaciens, demeurés fidèles à de vieilles traditions qui ont leur part de respectabilité, en prennent leur parti : les officines,

du type de celles dont j'évoquais le souvenir, ont vécu ; elles ne reparaîtront vraisemblablement jamais.

L'évolution est rapide d'ailleurs, mais inéluctable. Elle nous entraîne dans un mouvement accéléré vers des transformations qui peuvent heurter les sentiments de ceux qui naquirent, il y a cinquante et soixante ans. Les bazars pharmaceutiques en sont une conséquence.

Aussi, ai-je pu lire récemment une étude très fouillée, sur l'avenir de la pharmacie, où l'auteur envisageait trois orientations possibles pour l'aspirant pharmacien : recherches de laboratoire ; exploitation de la pharmacie de détail ; pharmacie spécialisée et industrialisée.

Qu'au cours de cette évolution, il y ait des intérêts lésés ; que des pharmaciens y laissent quelques plumes de leurs ailes : cela est inévitable. Les avisés sont ceux qui la suivent, et mieux encore, la précèdent, toujours ceux qui savent s'adapter.

Au *Concours médical*, il y a longtemps déjà que nous avons soutenu pour la première fois que la pharmacie est une des branches de l'art de guérir, qui devrait appartenir au médecin. Nous n'avons pas changé d'avis depuis le premier jour où nous sommes élevés contre ce non sens que nous appelâmes le dualisme médico-pharmaceutique : deux professions si étroitement apparentes, et auxquelles il est interdit de s'interpénétrer, entre lesquelles s'élève une cloison étanche infranchissable, et qui le deviendrait plus encore, si les projets de loi, auxquels j'ai fait allusion plus haut, devenaient réalité. Car le projet Vincent interdit le cumul de ces deux professions, que vous exercez, mon cher Confrère, même à ceux qui, comme vous, sont pourvus des deux diplômes.

La pharmacologie est une science biologique que le médecin doit posséder. La pharmacie en est l'application pratique, qui lui est interdite. Etrange, n'est-il pas vrai ?

Tous les pharmaciens détaillants font de la médecine dans leur officine, c'est un fait. Et il est défendu aux médecins, en dehors des pharmaciens, de délivrer à leurs malades certains des remèdes qu'ils leur prescrivent, et les spécialités au premier chef. Est-ce logique ?

Donc, nous sommes, non seulement pour le droit, que vous avez personnellement, d'être médecin et pharmacien à la fois et d'exercer les deux professions, mais encore pour la fusion des deux professions en une seule. L'argument de moralité, souvent invoqué par les adversaires de cette conception, qui prend de plus en plus de valeur, précisément avec l'évolution à laquelle nous assistons, est inconsistant. Vous qui réalisez pratiquement cette fusion en votre personne et dans votre pratique, prescrivez-vous abusivement à vos malades afin d'achalander plus fructueusement votre pharmacie ?

Sur la superfloraison de spécialités pharmaceutiques dont vous vous plaignez, une question : qui prépare et exploite, commercialement, ces spécialités ? Qui les détaille ?

Le Pharmacien.... De sorte que ce que vous considérez comme un mal, c'est vous, où vos confrères, qui le causez..... Entendez-vous entre vous, Messieurs les Pharmaciens, pour réprimer les abus qui peuvent naître de la production et de la consommation. Mais laissez nous, à nous médecins, le droit d'ordonner des médicaments dont la spécialisation nous donne toute quiétude, et tout apaisement.

S'il en est parmi nous qui commettent quelques excès, à ce propos, que voulez-vous que nous y fassions ? Nous déplorons évidemment les irrégularités ; nous attendons, d'un contrôle bien organisé, leur répression et leur limitation. Cela d'ailleurs ne retire rien de sa conscience et de sa probité professionnelle à la masse des praticiens, de même que les insultes des Petit et des Brienz envers le Corps médical ne suffisent pas à rendre solidaire de leur excès de langage la masse des pharmaciens parmi lesquels nous comptons d'excellents amis, et qui honorent leur profession.

Une hirondelle ne fait pas le printemps.....

G. DUCHESNE.

CERTIFICATS POST-MORTEM POUR ASSURANCES-VIE ET SECRET PROFESSIONNEL

Au sujet d'assurance-vie, un de nos membres fait remarquer un passage des conditions générales de la police qu'on lui soumet. Comme il semble qu'il n'y ait là rien de particulier à la compagnie en cause et que toutes les compagnies doivent être à la même enseigne en la matière, je vous soumets à mon tour la question, en vous priant de calmer les scrupules du confrère..... ou d'éveiller les miens.

Les conditions générales de la police stipulent qu'au décès de l'assuré, l'ayant droit doit produire à la Société d'assurance « un rapport détaillé émanant du médecin qui a soigné le défunt en dernier lieu et fournissant les indications nécessaires quant à la cause, au début et à la marche de la maladie ».

Le confrère fait remarquer que cette stipulation est en contradiction formelle avec l'obligation au secret professionnel et que, dans sa région tout au moins, on trouvera difficilement un médecin qui consente à donner à l'ayant droit un pareil rapport.

La compagnie réplique que l'assurance est un contrat passé entre le titulaire de la police et la compagnie, qu'*ipso facto*, l'assuré accepte les conditions de la police et qu'il a donc à l'avance autorisé son médecin traitant à fournir le rapport envisagé aux dites conditions écrites de la police ; on pourrait même dire plus et préciser que l'assuré a implicitement invité son médecin traitant à le faire !

La compagnie a-t-elle raison ? Si elle a tort, toutes les escroqueries à l'assurance sont singulièrement favorisées !

Si elle a raison, supposons que le médecin traitant se retranche derrière sa conscience pour refuser à l'ayant droit le susdit rapport. L'ayant droit peut-il se retourner contre le médecin traitant en dommages-intérêts avec quelque chance de succès ?

Je livre ce problème à vos méditations et, comme il est bel et bien pratique et d'application immédiate, je vous serais reconnaissant d'une réponse pas trop lente que j'attends de votre haute compétence.

D^r B.

Réponse.

Un assuré sur la vie vient à mourir : sa veuve ou ses héritiers réclament du médecin traitant un certificat, destiné à la compagnie d'assurances aux fins de hâter les formalités du versement du capital assuré et ayant pour but de déceler les tromperies diverses, escroqueries, ou autres délits.

Quels sont les intérêts en présence ?

Les héritiers entendent liquider le plus rapidement possible cette succession ; mais l'intérêt majeur est, non pas celui des héritiers, mais bien celui de l'assurance.

Cette dernière est une société commerciale, n'ayant pour but que la réalisation de bénéfices. Le certificat médical post-mortem la renseignera sur le point de savoir si elle doit, ou non, payer la prime assurée. Si, dans les déclarations du médecin, elle peut trouver une clause de déchéance, un point sujet à chicane, elle n'hésitera pas à s'en servir, pour ne pas payer.

Par suite, le praticien, qui accepte de certifier la cause exacte du décès, agit plus dans l'intérêt de la compagnie d'assurances que dans celui du *de cujus* et de ses héritiers.

Allant plus loin, si, par son certificat, le médecin révèle un diagnostic, derrière lequel l'assurance se retranchera pour ne pas payer, la famille du défunt se retournera contre le praticien, le fera citer devant le tribunal correctionnel, pour violation du secret professionnel et réclamera en outre des dommages-intérêts, au moins égaux à la somme assurée, que, par sa certification intempestive il a empêché les ayants droit de toucher.

N'étant pas l'employé de l'assurance, n'ayant aucun lien de droit avec cette dernière, le médecin n'a nullement à prendre les intérêts de cette firme : à elle de se défendre, par les moyens que la loi met à sa disposition, contre les fraudeurs.

Le praticien doit rester le soignant, lié à son client par le secret professionnel.

Si même, pour faire plaisir à tout le monde, le médecin se laisse aller à rédiger un certificat édulcoré, atténuant la vérité et ne donnant pas des indications tout à fait exactes et précises, il se peut qu'une des parties en présence — assurance ou héritiers — lésée par un tel certificat, se retourne contre le praticien et le poursuive pour certificat inexact, ou certificat de complaisance.

Qu'il néglige un détail, qu'il atténue la vérité, qu'il dissimule un fait matériel, qu'il ne soit pas très précis dans ses réponses au questionnaire posé par l'assurance, et cette dernière a une action contre lui pour certificat erroné.

Il est donc plus simple de savoir se taire et d'obéir aux injonctions précises de l'article 378 du code pénal.

Je laisse volontairement de côté la situation juridique du médecin contrôleur, ou expert, ou examinateur, qui n'a pas été appelé à soigner le malade : je ne considère que les obligations du médecin traitant : ce dernier doit le silence pour tout ce qui concerne son client, sauf dans les cas où la loi oblige le praticien à faire des déclarations à la collectivité (déclarations des maladies transmissibles, déclaration des naissances).

Hormis ces cas, le silence est de rigueur : la jurisprudence de la cour de Cassation est bien fixée dans ce sens.

En cette matière de certification post mortem, en vue du règlement d'une assurance-vie, que dit la jurisprudence ?

Tribunal civil du Havre, 1re chambre, 30 juillet 1886 (*Concours médical*, 1886.418) : « les principes de la liberté individuelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client, qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une compagnie d'assurances sur la vie, préalablement à tout versement de capital assuré.

« La police, qui renferme pareille clause, n'est pas opposable au médecin, qui est un tiers au regard du contrat d'assurances de son client.

« Le secret étant personnel au client décédé, personne — et principalement le tuteur des héritiers mineurs — n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit put appartenir au client lui-même, qui peut très bien en ignorer la portée et l'étendue, le médecin étant souvent obligé de dissimuler la vérité à son client. »

Tribunal civil de Besançon, 17 février 1887 (S. 18-87.2.94) : « Est insuffisante l'autorisation donnée à l'avance et d'une manière générale par un client, sans en savoir la portée, notamment l'autorisation donnée par avance, dans sa police d'assurances, par une personne, contractant une assurance sur la vie, au médecin quelconque, qu'elle ne connaît peut-être pas même, qui la traitera dans sa dernière maladie, de remettre à l'assureur un certificat relatant la cause de son décès. »

Cour de Cassation chambre civile, premier mai 1899 (*D.* 1899.1.585) : « Il est interdit à un médecin de relever, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait secret de sa nature, qui n'a pu être connu de lui qu'à raison des soins donnés à son client.

« Sa déclaration sur ce point ayant un caractère délictueux ne saurait servir de fondement à une décision judiciaire, pour annuler le contrat d'assurance, sous prétexte d'une réticence commise par l'assuré. »

Décision semblable rendue par la cour d'appel d'Amiens, 5 avril 1900 (*Concours médical*, 1900. 275).

Cour d'appel d'Aix, 15 janvier 1900 (*Concours médical*, 1900.204) : « Le certificat délivré par le médecin traitant, après la mort de son client, constitue une violation du secret professionnel, car le médecin n'a connu la maladie qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession et, pour ce motif, il lui est interdit de la révéler.

« En conséquence, la délivrance de ce certificat constitue un manquement aux devoirs de discrétion, qui sont imposés au docteur par la loi et ledit certificat doit être écarté du débat. »

Cour de Cassation, chambre civile, 29 mars 1927 (*Gaz. Pal.*, 16 juin 1927) : « Le juge peut refuser de faire état de certificats, où le médecin a précisé la nature de la maladie, dont sa cliente décédée était atteinte : il s'agit là d'un fait secret par nature, qu'il lui était interdit de révéler. »

Dans le *Dalloz hebdomadaire*, 1927, page 287, qui publie également cet arrêt, nous trouvons une note de M. Léon Mazaud : « Aussi a-t-il toujours été jugé que le médecin, qui, cédant aux sollicitations des héritiers, leur remet un certificat constatant la maladie du *de cujus*, viole le secret professionnel et se rend coupable du délit prévu par l'article 378 du Code pénal.

« En pareille hypothèse, le médecin n'a même pas l'excuse de l'un de ces angoissants cas de conscience, où la santé, la vie, l'honneur même de toute une famille peuvent dépendre de son silence. Sa révélation délictueuse n'est faite que pour trancher un simple intérêt pécuniaire.

« Le certificat, ainsi frauduleusement délivré par le médecin, ne saurait produire aucun effet juridique ; il doit être considéré comme inexistant, puisque l'article 378 interdit sa rédaction. Le retenir comme un élément de preuve serait reconnaître effet à un acte délictueux et nul ; ce serait, de la part du tribunal favoriser une révélation, pourtant frappée par la loi de peines correctionnelles.

« Et la solution serait la même, si le certificat, délivré au malade était, après sa mort, utilisé par les héritiers, qu'il n'y aurait pas autorisés. Certes, le médecin n'aurait commis alors aucun délit : le certificat n'en devrait pas moins être écarté, parce que les révélations, qu'il contient, propriété personnelle du *de cujus*, restent en dehors de la succession et ne peuvent être utilisées par les héritiers. »

Cour de Montpellier, 7 mars 1928 (*Gaz. Pal.*, 21 juin 1928) : « Il est de principe, par application de l'article 378 du code pénal, que le médecin, qui a soigné une personne, doit conserver le secret de tout ce qui lui a été donné de connaître, dans l'exercice de sa profession et c'est là une règle d'ordre public, qui s'applique même après la mort du malade, les héritiers n'ayant pas, quoique continuateurs de sa personne, le pouvoir de délier le médecin de son obligation de garder le secret, ce droit étant, par essence même, exclusivement personnel au malade. »

De toute cette jurisprudence ressort clairement que le médecin traitant doit toujours se taire et ne jamais certifier post mortem, même si, dans son contrat d'assurances, l'assuré avait par avance délié le médecin du secret profession-

nel et autorisé que le diagnostic de sa maladie soit communiqué à l'assurance.

D'ailleurs, même pendant sa vie, le malade ne saurait nous délier du secret professionnel : malgré les théories séduisantes de certains, qui soutiennent que les rapports entre malade et médecin ne sont qu'un contrat et que, par ce contrat même, le malade peut autoriser son praticien à lui dire toute la vérité, je n'en persiste pas moins à soutenir que le client ne sait pas quel est le secret que possède son médecin. Que de fois ce dernier n'est-il pas obligé de mentir à son client, ou de ne pas lui dévoiler la vérité entière ?

Par conséquent, et par avance, le patient ne peut savoir à quoi il s'engage, lorsque, par sa police d'assurances, il autorise un médecin, qu'il ne connaît peut-être pas, à dévoiler à l'assureur le diagnostic précis de la cause future de la mort. D'ailleurs, en ce sens, ont conclu le tribunal civil du Havre et le tribunal civil de Besançon précités.

On peut m'objecter que, lorsqu'un malade réclame de son médecin traitant la délivrance d'un certificat, le praticien doit déférer à ce désir, dans tous les cas. Non ! il est des circonstances où le médecin a le droit et surtout le devoir de cacher au malade sa véritable situation, dans l'intérêt de ce dernier (Professeur Planiol, note sous Cassation du premier mai 1899 précité et Professeur Esmein, note sous le même arrêt, dans le *Sirey* 1901.1.164.

Un jugement du tribunal civil de Rennes du 12 juin 1903 (*D.*, 1905.2.323) s'exprime ainsi : « Les cas sont fréquents où le médecin par prudence, par humanité cache à son malade les constatations qu'il a faites ; le malade, qui relève le médecin du secret professionnel, ne connaît pas le secret dont il délie et ne peut, en conséquence, connaître la portée de l'autorisation qu'il donne » Voir également Brouardel, le secret médical, p. 68 et suivantes.

Je conclus : le médecin reste toujours lié par le secret professionnel. Ne peut pas lui être opposable la clause, inscrite dans une police d'assurances, aux termes de laquelle le *de cujus l'a*, par avance, délié du secret professionnel.

En effet, l'assuré ne peut pas délier le médecin de la loi du silence et ne connaît pas l'étendue des conséquences de son autorisation à certifier post mortem.

Au reste, le véritable bénéficiaire de cette divulgation de la cause de la mort d'un assuré est l'assureur lui-même et lui seul. Dans le certificat médical, relatant les causes exactes de la mort, l'assureur peut trouver le motif de son refus à payer l'indemnité souscrite, soit parce que le décès est dû à une cause exclue de la police, soit parce que le défunt a fait des réticences, ou donné des déclarations inexactes.

A l'assurance, société commerciale, de se défendre par les moyens légaux. Qu'elle fasse examiner le défunt par son médecin contrôleur, qui ne saurait être le médecin traitant. Qu'elle fasse faire toutes enquêtes qu'il lui plaira de faire, à la mairie, ou ailleurs, pour se renseigner. Elle défend sa gestion financière et c'est son droit.

Mais, pour ce faire, qu'elle n'utilise pas le médecin traitant, qui, lié par le secret professionnel, doit rester entièrement étranger à toutes ces questions d'argent.

Et, pour terminer, disons que les héritiers, qui ne peuvent pas fournir à l'assurance le certificat détaillé que celle-ci leur réclame, ne sont pas néanmoins déchus de leurs droits. Ainsi en a décidé la cour d'appel, de Paris, 4 février 1891 (*Concours médical*, 1891, 108) :« Est réputée avoir rempli son obligation la veuve qui réclame au médecin traitant un certificat de décès, en vertu de la stipulation contenue dans la police d'assurances, par laquelle le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de sa demande en paiement, un certificat de médecin, constatant le genre de mort, qui aurait donné ouverture à cette assurance. Ladite obligation est remplie par la veuve, alors que le médecin traitant oppose un refus absolu, motivé sur le secret professionnel. »

Dr Paul BOUDIN.

LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

(22 *novembre* 1931)

Les Assemblées générales du *Concours médical* et de ses filiales se sont tenues dans les formes habituelles, à partir de 15 h. 30. Les comptes rendus en seront publiés prochainement.

Bornons-nous à en évoquer brièvement les points saillants.

A la MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS, des modifications ont été apportées aux Statuts, qui premettront notamment de servir des pensions de retraite à 60 et à 65 ans, jusqu'à concurrence de 4.800 francs, moyennant le versement de primes correspondantes. Si bien qu'un médecin, qui le désirera, pourra, en souscrivant, pour sa femme et pour lui-même, 12 parts de 400 francs à 60 et à 65 ans, se constituer ainsi une retraite de 19.200 francs.

A la SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU « CONCOURS MÉDICAL », Boudin a fait une intéressante communication sur le secret professionnel en médecine sociale, et montré combien il serait facile d'accorder les exigences administratives avec le souci que nous conservons d'être discrets, selon nos prescriptions déontologiques, et les textes législatifs.

Duchesne a fait voter des félicitations émues et des remerciements chaleureux au Docteur PLANTIER, d'Annonay, — dont les laboratoires exploitent la Panbiline et ses succédanés, — pour le nouveau don de dix mille francs qu'il vient de faire aux œuvres d'assistance du *Concours médical.* Il a, par contre, à propos de la Caisse de prêts d'honneur, stigmatisé les agissements des Drs H. (Saône-et-Loire) et S. (Paris) qui, ayant bénéficié d'un prêt qu'ils s'étaient engagés sur l'honneur à rembourser dans les délais fixés par eux-mêmes, n'ont pas tenu leur parole et ont ainsi failli à l'honneur qu'ils devaient à leur signature.

Au SOU MÉDICAL, on a adopté comme dénomination complémentaire de notre Ligue : LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE.

Pour faire une heureuse transition entre les séances de travail et le dîner traditionnel, le Dr DHOTEL, accompagné de Madame DHOTEL, a, durant trois quarts d'heure, charmé l'assistance par des prestidigitations, des illusions, des tours de passe-passe, exécutés avec autant d'habileté que d'esprit. Ses boniments en vers ont fait une agréable impression et l'on a applaudi la mëstria avec laquelle le geste a toujours marché synchroniquement avec le verbe cadencé qui l'annonçait. Comme joueur de « Scie », il a répandu dans la salle de suaves flots d'harmonie, et plus d'un, stupéfait de la qualité des sons qu'il sait tirer de cet instrument improvisé, s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une nouvelle illusion. Mais il n'en est rien, et c'est bien la vibration du métal, sous les coups d'un archet habile qui se traduit par un timbre d'une douceur inouïe, et qui rappelle celui de la flûte. Qu'il soit de nouveau remercié ici, ainsi que Madame Dhotel, du concours si distingué qu'il a apporté à notre journée.

Au dîner qui suivit, 150 convives se sont retrouvés dans une atmosphère de cordialité et de familiarité de bon goût qui ajouta son parfum chaleureux à la saveur des mets et au fumet des vins.

Je cède la place à mon ami JANOT, qui a bien voulu nous faire part de ses impressions comme suit. G. DUCHESNE.

***

L'un des charmes de cette fête, qui satisfait tour à tour le cœur, le goût et les yeux, est qu'on s'y assure, tous les douze mois, qu'on est encore bien vivant . . . et un bon vivant.

Sans doute, dans la joie de se revoir, y a-t-il toujours un petit instant d'anxiété : le temps d'apprécier des ans l'irréparable outrage. C'est qu'on a davantage l'impression de vieillir dans les rides du confrère ou de l'ami retrouvé l'an révolu que dans l'image que, chaque matin, le miroir nous renvoie.

Heureux ceux qui ont le cheveu couleur de neige ! N'ayant plus à blanchir, ils semblent ne pas changer. Mais les grisonnants n'ont-ils pas accentué leur penchant pour le sel ? Et bruns et blonds se sont-ils défendus contre quelques fils d'argent soyeux et sournois ?

Jeté ce rapide coup d'œil et sa brève mélancolie, tout est au plaisir.

Une autre merveille de ce banquet, c'est qu'on y est exact. Indiqué pour 19 heures 30, dès 20 heures, on a déjà la cuiller au bec. Ça, c'est du prodige. Il est vrai qu'aucun cérémonial n'alourdit ni retarde la mise en plats.

Sur le seuil, la trinité sympathique : Noir, Duchesne, Boulanger. . ., le père, le fils et l'esprit sain, une intelligence en trois sourires : le sourire accueillant, le sourire dévorant, le sourire insi-

nuant. Trois poignées de main, trois saluts cordiaux... « Ces messieurs du *Concours médical* sont servis ».

Le menu est imprimé sur un élégant carton crème rehaussé d'or. L'eau en vient aux yeux et la larme à la bouche. Réconfortant à palper, par ce temps de crise, ce carton qui semble sortir des caves de la rue Lavrillière ! Le *Concours* est fidèle à l'étalon d'or. Rue de Bellefonds, on écrit d'or ; tout à l'heure, ici, on parlera d'or ; pour l'instant, on mange de même. Marguery s'est distingué. Il a même convié Lucullus, sous la forme d'une farce qui n'a pas du tout l'air d'une mauvaise farce. A la table de la Presse, la critique est à l'ut majeur.

La table d'honneur est impressionnante. Noir préside. A ses côtés, le Prof. Hartmann au masque de fouilleur, le Prof. Lereboullet avec lequel un artiste inspiré réaliserait aisément la figure d'Hippocrate, mais éclairée de bonté ; le Prof. Roule au front comme rayé de traits lumineux, le sillage des pensées ; Cibrie puissant et attentif. A l'autre bout, une sorte de lion prêt à fondre sur tout ce qui est beau, noble, grand comme sur une proie, c'est Dartigues. D'autres encore, dont la célébrité est faite de science, de hauteur d'âme, de dévouement : les Prof. Nobécourt, Henri Claude, de Paris, Patel, de Lyon ; Chavigny, de Strasbourg ; Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce ; les Drs Bellencontre, président de l'Association générale, Fanton d'Andon, président de la Fédération des Syndicats de la région parisienne, Boyer, président du S. M. S. ; les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux Drs Cadenat, Faroy, Weissenbach, Gutmann, Coste, Pichon ; les Drs Paul Sollier, Henri Bouquet, Darras, Levassort, Bongrand, Lenglet, etc., etc.

Le champagne a pétillé. C'est l'instant fatidique où les bouches se ferment et les oreilles se tendent. Oreille charmée n'a point de bouche. Celle-ci d'ailleurs a son affaire.

Noir remercie les présents :

Vous nous fîtes, Seigneurs, mangeant nos mets, beaucoup d'honneur. Puis il excuse les absents. M. Mirman à qui la famille du *Concours* et la famille médicale tout entière a donné ses lettres d'adoption ; les Prof. Balthazard, Loeper, Couvelaire, Euzière, Delmas, Vignes et Trémolières, et les nobles amis belges Bernard Meyer et Beckers dont nul n'a oublié l'hymne vibrant au *Concours* et à la France, prononcé au banquet de 1930.

Noir salue ensuite, dans leurs animateurs, les grandes œuvres qui apportent à la Médecine et au Corps médical, un rayonnement, une amitié, une solidarité, une aide. C'est le Prof. Hartmann, président de l'A. D. R. M. qui, après une vie laborieuse, dédaigne la retraite et s'adonne à une belle mission de propagande.

C'est Dartigues, assisté de Molinéry, qui a sonné et de quel souffle, au cor magnifique de l'Umfia le ralliement de toutes les intelligences médicales latines. C'est Decourt, toujours sur la brèche de la bienfaisance et qui a réalisé, habilement, un heureux rapprochement médical international. Et Bellencontre, appuyé sur Bongrand, Fanton d'Andon, et Cibrie et Hilaire qui, à force d'habileté, d'énergie et de dévouement, ont mené à bien la tâche immense des Assurances sociales. C'est Behague qui préside à cette œuvre palpitante des secours sur route ; Dupuy de Frenelle, âme de la Maison du médecin, asile admirable, et Crouzat dont le jeune cœur se dépensa au Sanatorium des étudiants.

Et le médecin général Odile qui tient la balance de ce tribunal professionnel qu'est la commission consultative médicale.

Cédant enfin au penchant favori, Noir évoque les pionniers du syndicalisme : Jeanne, Gayral, Lafontaine, Lenglet, et célèbre cette activité magnifique qui, en quinze années, a porté le nombre des cotisants de 8.000 à 19.000.

Les applaudissements taris, Duchesne a la parole.

Son rapport fut un enchantement. Il nous a fait prier de modérer notre louange. Toute louange est, en effet, superflue. Ceux qui l'ont entendu pensent le bien que nous en pourrions dire, les autres l'ont lu et l'apprécient de même.

C'est la *guirlande* aux collaborateurs du *Concours*, mais si délicatement tressée et d'une telle variété de couleurs et d'une harmonie de tons si juste, si nuancée, qu'on est contraint d'admirer là un art sans pareil. Entre les bouquets de la guirlande, comme des nœuds de ruban argent et or, resplendissent les grands motifs dont Duchesne est l'ardent héraut ou le censeur obstiné : Les traditions professionnelles, le rôle du praticien, la pléthore médicale, tous les sujets de foi, d'honneur, d'inquiétude qui se dressent en traits de lumière ou d'ombre devant la profession qu'il aime, qu'il vénère, qu'il défend, qu'il honore et pour laquelle il craint.

On l'a applaudi avec un mélange d'émotion et de plaisir.

Après lui, le Professeur Hartmann dit toute la satisfaction qu'il éprouve à se trouver au milieu des amis du *Concours* et en contact avec les animateurs du mouvement syndicaliste, qu'il n'a guère eu le temps de fréquenter au cours d'une carrière qu'absorbaient l'hôpital et l'enseignement. Plus libre aujourd'hui, il se prend d'intérêt pour ces questions captivantes et d'une utilité si haute et il demande au Dr Noir de lui servir de parrain auprès du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Dr Cibrie félicite à son tour le *Concours Médical*, récidiviste obstiné des manifestations

professionnelles. Cette partie de son activité, la défense des intérêts moraux et matériels du médecin, à côté de l'estime de tous pour la tâche scientifique accomplie, lui assure une gratitude unanime. Sans l'aide du *Concours*, combien de ceux qui se dévouent à la cause syndicale auraient cédé au découragement ! On se retrempe au milieu de la phalange d'as qui le dirige, au premier rang de laquelle NOIR, qui, en célébrant les pionniers du Syndicalisme, n'a oublié que lui-même. Quinze ans secrétaire de l'Union, c'est pourtant lui qui l'a conduite au chiffre de 8.500 cotisants. Le Dr Cibrie proteste aussi de son admiration pour Duchesne, « celui qui se bat le plus », pour Boudin, pour tous et il lève son verre à la grande idée qui les inspire : la défense énergique du médecin français.

Le Dr DUPUY DE FRENELLE se borne à conter avec émotion une simple histoire. La Maison du médecin n'est pas riche. Il lui manque une infirmerie et le vieux confrère malade n'a d'autre asile que l'hôpital. Pour cette infirmerie, trois cent mille francs sont nécessaires. Le Pari mutuel en offre 150.000. Mais l'autre moitié ? Alors le *Concours médical* a fait appel à ses lecteurs et plus de 110.000 francs sont tombés à cet appel dans l'aumonière tendue de la Maison du médecin. Comme on le voit, c'est tout simple. Mais il fallait le faire... et pouvoir le faire. Le Dr Dupuy de Frenelle remercie le Corps médical et le *Concours* qui a su parler à son cœur cet qui est lui-même le cœur du Corps médical.

Et c'en serait fini si Dartigues n'était là. Mais une acclamation oblige le Président de l'Umfia à parler. Son masque d'imperator s'illumine : « Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, » s'écrie-t-il. On sourit, on pense que ce visionnaire va évoquer quelque Olympe où les déesses servent Hippocrate. Mais non ! l'élégante loggia qui domine le salon Renaissance s'est animée de chairs roses. Il semble que Rubens soit passé subrepticement. Cet essaim joli qui dégage de capiteux effluves et qui applaudit gentiment, tout en semblant presser les orateurs de céder la place à l'harmonie des rythmes, permet à Dartigues de jeter à pleines mains les roses de la poésie ..... Mais lisez le plutôt dans la substance intégrale de son improvisation..

Plus rien ne reste à dire, tout étant dit et bien dit. Place aux danseurs ! Ce fut une admirable fête d'une élégance raffinée, d'un entrain de jeunesse insouciante d'être belle et de voir lui sourire toutes les promesses de la destinée. On dit à mi-voix que le bal du *Concours Médical* joue un peu le rôle jadis dévolu à l'Opéra-Comique. Il s'y ménage de tendres entrevues et la Famille du *Concours* en sort chaque année un peu agrandie. Il y a tant de cœur dans le *Concours Médical*, qu'il est naturel que les cœurs s'y dévoilent. Souhaitons, qu'à travers soies, crêpes et dentelles de tendres cœurs aient frémi pour cet avenir de miracle, l'amour.

Dr Paul JANOT.

***

Discours du docteur Dartigues

Monsieur le Président,
Mesdames,
Mesdemoiselles — car je sais qu'il y en a ici parmi nous,
Messieurs,

Je suis désolé d'avoir à vous infliger une allocution après les très beaux discours que vous venez d'entendre. Mais je m'y vois obligé par votre trop indulgente insistance. Je ferai pourtant de mon mieux.

En écoutant les beaux discours de notre président Noir et du Dr Duchesne, un souvenir classique remontait à ma mémoire : celui d'une fête chez Néron. A un moment où elle battait son plein et où, sous la lumière des torches et des lampadaires, les couples rapprochés buvaient dans la joie et le désir, des roses commencèrent à tomber sur les convives étonnés et ravis : les pétales de roses neigeaient, neigeaient toujours et tous furent ensevelis sous un linceul de roses embaumées !

Mais Noir et Duchesne n'ont pas l'esprit néronien ni suppliciaire ; ils se sont arrêtés avec mesure en nous couvrant de fleurs, et ils ont permis, en tout cas, à ma tête d'émerger pour respirer et pour pouvoir leur répondre ! (*Applaudissements.*)

Messieurs, je rends grâce au *Concours Médical* et à ses dirigeants qui m'ont assisté d'une aide confraternelle et amicale en m'offrant une hospitalité généreuse.

Le triumvirat de Noir, Duchesne et Boudin, et d'autres amis auprès d'eux au Conseil d'administration, ont droit à ma particulière gratitude.

M. le Président, mon cher Noir, vous êtes l'honorabilité professionnelle et l'intégrité personnifiées : je ne puis vous voir sans penser que vous êtes, par vos bons conseils que nous sollicitons avec déférence, le Nestor des Nestors, le Mentor des Mentors ; et je ne puis penser à vous sans évoquer le vers de Victor Hugo, de la belle poésie de Ruth et Booz, dans la Légende des Siècles, Booz qui s'avançait :

Vêtu de probité candide et de lin blanc.

Vous êtes un homme charmant, fin, délicat et ser-

viable. Merci de tout le bien que vous venez de dire de l'œuvre de l'Umfia ou Union Médicale Latine à laquelle vous contribuez tant, en la faisant davantage connaître dans le milieu des praticiens et en aidant à son rayonnement.

J'ai appris, nous avons appris récemment par notre vieil ami commun, le Dr Molinéry, secrétaire général de l'Umfia, que vous alliez marier sous peu votre fille. Nous espérons que dans les délais fatidiques, physiologiques et légaux, vous serez grand-père et que les petites menottes d'un charmant enfant, en vous la tirant, feront de délicieuses taches de tendre chair rose dans votre blanche barbe de neige immaculée ! (*Rires et applaudissements.*)

Et vous, mon cher Duchesne, combien admirable êtes-vous ! Organisateur merveilleux, vous êtes, de plus, un écrivain remarquable, le styliste clair et pur que nous venons d'applaudir, un cœur enthousiaste qui semble toujours vous précéder, et, aussi, le brillant et logique jouteur qui ne se laisse jamais démonter ni prendre en défaut, en vérité une lame souple et qui ne rompt jamais dans votre poignet habile et solide, en somme un jouteur incomparable : l'adversaire ne vous a jamais, et vous avez tous les amis ! (*Applaudissements*).

Combien, ô mon cher Boudin, je suis heureux de vous dire mon admiration. J'aime entendre votre parole scandée et percutante. (*Rires.*) Sur l'enclume de votre pensée le marteau de votre verbe faits jaillir des étincelles qui mettent parfoi le feu aux poudres, mais qui sont ainsi directrices et fécondes par leur lumière. N'êtes-vous pas pour nous, dans nos conflits avec les obscures lois, la justice débrouillée et réelle ? Car vous tenez sa balance avec, dans un des plateaux, votre doctorat en médecine et, dans l'autre, votre doctorat en droit : et c'est votre équitable pensée basée à la fois sur la science et le droit qui incline le fléau vers ce qui est juste et vrai. (*Applaudissements.*)

Messieurs, je vous ai dit que je dois beaucoup au *Concours Médical* ; je m'honore d'être en quelque sorte une de ses créatures intellectuelles puisque j'y ai eu bien souvent l'occasion de m'y produire et, par conséquent, de me développer et de me grandir en entrant en contact d'esprit avec les nombreux lecteurs qu'il touche et qui sont une immense famille fraternelle par l'esprit et le cœur : avec tout ce que j'ai pu vous écrire dans le *Concours Médical*, de plus ou moins bien, on pourrait faire un volume de plus de 600 pages ! Et le *Concours Médical* a eu parfois du mérite à m'offrir son hospitalité. Je suis, permettez-moi de vous le dire familièrement, redoutable « à encaisser » par mon indépendance qui va droit devant elle sans se préoccuper jamais des subtiles diplomaties calculatrices ! J'ai parfois profité de monter, dans la haute tour féodale du *Concours Médical* pour décrocher, d'un coin de créneau, des flèches sûres, qui en frappant ceux qui avaient pêché par orgueil ou qui avaient voulu nous diminuer et nous écraser dans notre droit, atteignaient en même temps une cible de vérité et de justice. Et le *Concours Médical*, fidèle à l'humaine loi de l'hospitalité, m'a protégé de son bouclier de chevalier ! Il est vrai que ces flèches étaient loyales et jamais empoisonnées !

Le *Concours Médical* a fait plus encore pour moi. En admettant parfois ma prose que je confesse *in petto*, et même en public, d'être d'une certaine copiosité surabondante, que l'on a la délicatesse amie de ne pas me reprocher, il a montré une magnanimité, une largeur d'esprit, et une tolérance peu communes, ainsi qu'en consentant à me voir exalter dans quelques articles des personnalités qui, dans le feu un peu brûlant des polémiques, lui avaient été cependant hostiles par opinion non partagée et combattues sous le couvert de la courtoisie. Cette confiance et cette indulgence du *Concours Médical*, en m'honorant, l'honorent. (*Applaudissements.*)

Mesdames, Messieurs,

Le journalisme médical contemporain, par son intense développement et sa force, comporte un grand enseignement. Un journal de médecine, par son foyer de pensée en continuelle flamme, par sa participation à l'élaboration de tout ce qui est en genèse d'actualité dans la science médicale et le monde des médecins, représente une puissance incomparable, car elle participe de tous et s'étend à tous, des plus grands aux plus petits. Je m'explique : en faisant vibrer et en atteignant le nombre, quand ce nombre représente, non la brute ignorante, mais une élite comme celle du milieu médical dans le grand milieu social, le journal parlant à tous et ouvert à tous, fait penser et parler une haute collectivité cérébrale, et c'est là une merveilleuse chose que de créer sans cesse et toujours en augmentant, une aristocratie réelle de savoir et de multiple et variée pensée avec la foule des médecins qui ne peuvent pas tous être dans la haute officialité canalisée et parquée, dont je suis le premier à reconnaître les hauts mérites (j'y compte d'ailleurs tant d'excellents amis), mais qui, à elle seule, ne représenterait qu'une petite partie de la multitude des cerveaux qui réfléchissent, pensent et même créent de la découverte et agissent pour l'avancement de la science et du progrès de notre profession dans tous les sens de la manifestation sociale ; officialité qui ne peut prétendre à réaliser et représenter tout le savoir, pas plus qu'à être l'expression de toute l'intelligence, de toute l'honorabilité et toutes les vertus ..... ces dernières, j'oserai le dire, et je le dis en vérité avec une sincère foi, trouvent les exemples les plus hauts, les plus purs, par les difficultés rencontrées et l'humilité des conditions où elles s'exercent, au contact des réalités les moins engageantes et les moins séduisantes, dans beaucoup de nos praticiens de la campagne et de la ville, malgré la dureté des temps, incitatrice cruelle des fléchissements spirituels et moraux. Pour ma part, je ne connais pas de plus grandes et de plus lumineuses figures, vraiment apostoliques, que celles de modestes praticiens œuvrant dans une obs-

curité où on n'ira jamais les chercher, où ils ne trouveront aucun pavois, et où ils brillent cependant d'un particulier et pur éclat, le plus pur, celui de leur conscience isolée où personne n'est là pour leur prodiguer l'encens des encouragements. Et c'est là ce qu'il y a d'admirable dans la pensée et l'action de nos vrais journaux de médecine : c'est d'établir une communion d'esprit et de cœur. A ce titre, le *Concours Médical* nous offre un pain spirituel complet, de science, d'information, de soutien confraternel et d'efforts en commun pour nos légitimes revendications. Il est, certes, d'innombrables journaux où surgissent chaque jour des choses si instructives, si fortement intéressantes, que j'ai, pour ma part, l'immense regret quotidien de ne pouvoir toutes les lire.

Quand je suis arrivé à Paris, il y a presque un demi-siècle, il n'y avait que quelques rares journaux de médecins : je me souviens de la *Semaine Médicale* depuis longtemps décédée, du *Progrès Médical* du congestif Bourneville, et de quelques rares feuilles médicales. Aujourd'hui, c'est une marée en rumeur qui nous apporte tous les bruits du monde, et l'on y a le vertige et la crainte d'y sombrer. C'est pour cela qu'un journal bien conçu et bien fait peut presque suffire à celui qui est péniblement absorbé dans sa profession.

Je n'irai pas jusqu'à dire ce que me confia un jour le Prof. Henri Roger, un jour que j'avais l'honneur de recevoir ce doyen que nous n'avons pas encore oublié, à un banquet de la Société de Médecine de Paris dont j'étais le président : « Mon cher ami — car il me gratifia de ce titre si doux à l'oreille, quand il est sincère — pour moi, je ne lis que l'*Informateur Médical* ! » Mon ami Crinon, puissant escrimeur des justes causes, bon pour les amis, redoutable aux ennemis, s'il l'avait su, aurait jubilé d'aise et de satisfaction, car son journal, sous une forme agréable et rapide et par la plume utilement indépendante qu'il y tient avec crânerie, est d'une originalité incontestable. Mais qu'eût dit le doyen, s'il avait fait aussi la lecture du *Concours Médical* ? Il aurait su d'immenses choses concernant les petits, lui qui vivait surtout au milieu des grands. Il est vrai, je le dis volontiers, qu'un doyen est l'esclave absorbé d'une haute fonction aux occupations débordantes à qui il faut des lectures condensatrices, et puis, à mesure que l'on avance en âge, on aime, comme les enfants, les images, parce qu'elles nous instruisent vite en nous amusant ! (*Rires et applaudissements.*)

Le journal de médecine contemporain, accessible à tous, quand il n'est pas l'organe d'une camarilla, remplit donc un rôle de premier ordre en nous permettant de participer, même les plus minimes, au grand mouvement de la pensée, de la création de la science contemporaines. Il offre une *chaire*, où tous peuvent accéder et se faire entendre.

Avant-hier, j'ai été à la Faculté, entendre la très belle leçon inaugurale du Professeur Noël Fiessinger. Noël, qu'on a eu l'esprit de nommer aux approches de la fin d'année où se fête le Rédempteur (*rires*), débuta par une très jolie image, une délicieuse et juste évocation : « celle d'Ulysse rentrant enfin au port », après de longues traversées pleines d'attente et d'angoisse ! Eh bien, il ne croyait pas si justement dire : rentrer au port, c'est dire qu'il n'y a de sécurité possible que dans cet abri, et qu'au dehors du port de la Faculté où ne peuvent se ranger que quelques puissantes unités de guerre et de combat, au dehors, dis-je, c'est la haute mer et sa houle et ses lames, et c'est l'abîme où la multitude immense est suspendue dans le péril et dans l'insécurité. Il y faut donc des soutiens pour le courage dans une vie éternellement menacée par le balancement des flots et la secousse des vents contraires, il y faut des bouées de sauvetage même et des radeaux afin d'éviter les définitifs naufrages pour ceux qui n'auront jamais l'espérance de rentrer dans un port d'attache ou de protection ! Et c'est ce rôle que remplit le journalisme médical, et c'est cette tâche qu'accomplit, pour sa part, le *Concours médical.* (*Applaudissements.*)

Grâce au journal, nous les modestes, sans les terrestres et fugitifs honneurs et sans les attributs utiles pour la représentation qui doit frapper la simplicité du profane, nous pouvons aussi rayonner et être utiles, en produisant quelque lumière : nous sommes, grâce aux journaux de médecine, comme les humbles vers luisants épars et cachés dans l'immense prairie des hommes, mais leur douce et non aveuglante lueur totale remplit l'office de phares directeurs et conducteurs rassurants sur la mer agitée de la perpétuelle tempête dont je parlais tout à l'heure. Le journal médical est donc *une chaire de compensation*, pour ceux qui n'entreront jamais dans aucun port, pour ceux qui sembleraient condamnés au mutisme alors que leur cerveau — car ce sont des cerveaux aussi, ne l'oublions pas, qui ont leur pensée valable, porteuse d'une semence aux graines innombrables et fécondes — alors que leur cerveau et leur cœur bouillonnent. Tout le monde ne peut être professeur, comme mes amis que je vois à cette éminente table d'honneur, comme le Professeur Hartmann, dont j'aperçois la belle face me regarder avec des yeux hypnotisants (*rires*), comme les Professeurs Nobécourt, Lereboullet, Patel.

Alors, Messieurs, je me réjouis en pensant du profond de mon cœur, en disant et en affirmant que le *Concours médical* est pour nous tous, grands et petits, une haute chaire de spiritualité que nous pouvons tour à tour gravir, afin d'y faire entendre notre parole amplifiée qui, de voûte en voûte de l'immense nef où se trouve réunie notre famille médicale, va trouver le plus humble fidèle agenouillé derrière le plus lointain pilastre ! (*Applaudissements.*)

Mesdames, M. le Président Noir à qui je souhaite une nombreuse postérité, Messieurs et chers amis, je bois à votre santé et devant tous, une fois de plus, en chevalier, je prête serment de fidélité au *Concours Médical.* (*Applaudissements répétés.*)

JURISPRUDENCE

Diffamation

TRIBUNAL CIVIL DE BEAUVAIS (29 octobre 1929)

(Archives du Sou Médical)

En vertu de la loi du 29 juillet 1881 sur la presse, doit être condamné pour injures publiques et diffamation le gérant d'un journal, qui publie, sur le compte d'un médecin, des propos nettement destinés à porter préjudice à sa considération et à son honorabilité professionnelle.

Attendu que le Docteur Rimetz a, par exploit de Duponchel huissier à Songeons en date du 9 octobre 1929, enregistré, assigné C. S., en sa qualité de gérant du journal *Germinal*, en diffamation devant le tribunal correctionnel de ce siège à l'effet de le voir condamner aux peines prévues par les articles 29, alinéas un et deux et 32 et 33, alinéa deux de la loi du 29 juillet 1881, sur la presse : de faire ordonner l'insertion du jugement à intervenir dans le journal *Germinal* à peine d'une astreinte de cent francs par numéro publié sans contenir ledit jugement et de le voir condamner en outre à mille francs de dommages intérêts et aux dépens.

Attendu que, dans le numéro du samedi 27 juillet au vendredi deux août 1929, du journal *Germinal*, édition de l'Oise, qui est mis en vente dans le ressort du Tribunal de l'Oise, section de Beauvais, et notamment à Clermont, il a été publié sous la rubrique « Arrondissement de Clermont (Oise) », un entrefilet commençant par ces mots « Quand vint l'élection, ce médecin dégueulasse arriva en queue de liste ».

Attendu que, dans le numéro de samedi 31 août au vendredi six septembre 1929, deuxième journal, il a été publié sous la même rubrique un entrefilet commençant par ces mots « les habitants du Pont-de-Pierre » et finissant par les mots « les économies des prolétaires, tout lui est bon ».

Attendu enfin, que dans le numéro du samedi sept septembre au vendredi treize septembre 1929, du même journal, il a été publié sous la même rubrique un entrefilet commençant par les mots « curiosités. — Le Docteur Paul Rimetz exploiteur patenté... » et finissant par les mots « n'a-t-il pas été reconnu absolument sain ».

Attendu que les diffamations relevées consistent notamment dans les allégations suivantes :

1° Numéro du 27 juillet au deux août : « on sait comment il a agi à l'égard de son collègue Obry l'adjoint...

Le pognoniste Rimetz voulait toucher la forte commission.

Ce personnage peu scrupuleux écrivit au chirurgien pour lui dire que la famille Obry était fortunée et pouvait payer largement l'opération sur laquelle il attendait un bon pourboire ».

2° Numéro du 31 août au six septembre : « Les habitants du Pont-de-Pierre demandent au toubib Rimetz quel intérêt il avait à envoyer le père Hennon dans une clinique pour le faire opérer, alors qu'il était à toute extrémité. Le pauvre vieux est mort en cours d'opération. Mais l'intègre toubib clermontois a touché sa prime ».

3° Numéro du sept au 13 septembre :« Le Docteur Paul Rimetz exploiteur patenté de la gent humaine peut-il dire comment il est sorti d'une maison de la rue de la République ? N'est-ce pas à coup de pied dans le cul qu'il a été mis à la rue ?

N'avait-il pas prescrit une série de piqûres qu'il devait faire lui-même à des prix très salés ?

Le malade qu'il voulait piquer n'a-t-il pas été reconnu absolument sain ? »

Attendu que les injures relevées sont notamment les suivantes :

1° Numéro du 27 juillet au deux août : « Morticole pognoniste, personnage peu scrupuleux, médecin dégueulasse. »

2° Numéro du sept au treize septembre « Exploiteur patenté de la gent humaine ».

Attendu que les délits de diffamations et injures ci-dessus établis constituent les faits prévus et réprimés par les articles 29, alinéa un et deux ; trente-deux et trente-trois alinéa deux de la loi du 29 juillet 1881, le condamne en deux mois d'emprisonnement et en cent francs d'amende.

Et statuant sur les conclusions de la partie civile.

Condamne C. à payer à Rimetz, la somme de cinq cents francs à titre de dommages et intérêts.

Ordonne l'insertion du présent jugement à la même place et en mêmes caractères que les articles visés, aux frais de C., dans le plus prochain numéro du journal *Germinal* à peine d'une astreinte de cent francs par numéro dudit journal *Germinal* qui paraîtrait sans contenir copie du présent jugement, laquelle astreinte sera acquise à Rimetz en cas de non insertion dans le mois de la signification du jugement.

Condamne C. en tous les dépens.

Fixe au minimum légal la durée de la contrainte par corps.

VARIÉTÉS

Art, littérature et philosophie

Les Esprits Géminés

Le Dr Pierre MAURIAC

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Par le Dr Dartigues,

Président-fondateur de l'Umfia ou Union Médicale Latine.

La célébrité est entrée dans la vielile famille landaise des Mauriac, née au pays des pinèdes. Le père des Mauriac vivants eut quatre enfants qu'une mère admirable éleva, éduqua, instruisit ; et l'on comprend par leur destinée tressée dans le labeur, la droiture, le talent, que cette maison, créée dans la forêt de la Gascogne résineuse qui est un temple aux milliers et milliers de colonnes rectilignes qui laissent bien loin derrière les piliers de la Mosquée cordouane, était bâtie sur les pilotis solides de la tradition, de la race, de la famille, implantés dans la grande nature française, par la force d'un idéal toujours entretenu.

L'ascension filiale des Mauriac est spirituelle et intellectuelle : un prêtre, un romancier psychologue, un médecin à la fois scientifique, écrivain et philosophe. Il y a entre eux une union de cœur et d'esprit qui leur donne une similitude imprimée par la tendresse et la direction maternelles et aussi le cadre initial où ils vécurent : il semble, en effet, que la forêt landaise oblige tour à tour ses enfants à lever les regards vers le bleu du ciel entrevu dans la hauteur serrée des frondaisons et à regarder en bas l'agrippement des racines dans un sol dont elles fixèrent l'originelle mouvance.

Tout le monde connaît les livres, d'une implacable dissection psychologique, d'une âpre force mélancolique, du grand romancier François Mauriac, tels que le *Baiser au Lépreux*, *Thérèse Desqueyroux*, *Génitrix*, le *Désert de l'Amour* : ces études de caractères et de tempéraments, de cas heureusement un peu particuliers, viennent ajouter aux collections de l'immense musée de psychologie pathologique comparée que les plus grands romanciers ont édifié et qui aident à comprendre et fixer une époque, un pays, dans leurs mœurs ; mais je ne crois pas, comme certains le disent naïvement, que les écrivains inspirent la science, alors qu'ils sont bien plutôt inspirés par elle chez qui ils cherchent et trouvent des sujets, et qu'ils obéissent en tout cas à un principe capital de cette dernière, qui est celui de l'*observation*. Observer est une fonction identique dans tous les cerveaux, il n'y a que les choses auxquelles on l'applique qui diffèrent. L'héroïne antipathique, inintellectuelle et inesthétique de Génitrix pourrait être ajoutée au groupe des *Belles-mères tragiques* du Dr de Voivenel, mais celles-ci nous séduisent par l'atmosphère d'art et l'ambiance de belle vision où elles évoluent et vivent palpitantes.

Le Professeur Pierre Mauriac est un des plus brillants représentants de l'Ecole bordelaise actuelle. Il appartient à cette phalange remarquable par la science technique, la pensée et le style, des médecins et chirurgiens écrivains qui font de la France, avec ses pays de langue d'oïl et de langue d'oc, de l'Ile-de-France et ses rives tournées vers les immensités marines de l'Atlantique, des mers du Nord et de la Méditerranée, une des plus riches personnalités dans la puissance de réaliser, créer de la découverte, de réfléchir, de penser et en même temps de s'exprimer par le verbe le plus varié. La médecine par son savoir, sa puissance psychique et verbale, ses œuvres à la fois de science et d'écriture, contribue au trésor de la littérature française plus que n'importe quelle autre profession, mettent à part, bien entendu, ceux qui sont consacrés exclusivement aux lettres par leurs occupations et leur carrière. Il faut qu'on sache, car les journaux et leur retentissement en grande partie industriel quant à la montre des œuvres dites littéraires, que la culture médicale est une des plus belles qui soient parce qu'elle est à la fois scientifique, philosophique et littéraire : elle produit de la vraie substance souvent élaborée en œuvre d'art. Je ne veux pas parler ici seulement des hommes de lettres que l'on appelle des évadés de la médecine mais de la personnalité desquels la médecine ne s'est pas évadée, car elle a marqué d'une empreinte particulièrement ineffaçable leurs dons d'observation, de pensée, de description et même d'émotion, et parmi des grands noms du mouvement littéraire contemporain, il suffit, entre tant, de citer ceux des Docteurs Georges Duhamel, Pierre Dominique, Henri Ghéon, Martineau, Michel Corday, André Couvreur, Delattre, Burnot, Voivenel, Léon Daudet, etc., etc. Faut-il rappeler un de leurs ancêtres le Dr Clemenceau ? Mais qui connaît, dans la foule, à l'étiage médiocre, les noms de ces grands écrivains qui ont nom le Prof. Forgue, le grand chirurgien de Montpellier qui a écrit *Le Moral en chirurgie*, le Prof. J.-L. Faure, le grand chirurgien de Paris, qui a écrit l'*Ame du chirurgien*, le Prof. Roule, docteur en médecine, le grand naturaliste du Muséum, qui a écrit *Le Monde Vivant des Eaux*, et le Prof. Fiolle, de Marseille, le Dr Maurice de Fleury, le Dr Charles

FIESSINGER et les Drs VOIVENEL, RUFFIER, sans comper la pléiade extraordinaire des journalistes médicaux, en particulier les Drs NOIR, DESFOSSES, DUCHESNE et cent autres, dont Théophraste RENAUDOT, médecin, fondateur du journalisme, est le grand ancêtre.

Le Prof. Pierre Mauriac appartient donc à cette catégorie de médecins et chirurgiens qui, tout en accomplissant leur carrière professionnelle où ils édifient une œuvre scientifique dont la valeur s'impose et ne le cède souvent à aucune autre, réalisent en même temps une œuvre parallèle, philosophique et littéraire, qui les montre comme des penseurs de leur science, des généralisateurs synthétiques et même des écrivains de grande lignée qui, à cause de cela même, feront durer davantage leur pensée et leur savoir. Car si le contenu, c'est-à-dire la science et l'expérience technique substantielles, la *moelle* comme aurait dit Rabelais, importent avant tout, c'est le contenant, c'est-à-dire l'écrit et le verbe ou ciselé ou ferme, clair et harmonieux, et par-dessus tout vivant, qui le fait valoir et durer comme le vase aux lignes pures fait valoir une gerbe florale de glaïeuls aux riches et délicates nuances charnelles, un flacon au galbe inédit, un parfum nouveau baptisé d'un nom d'évocation, une tasse de porcelaine fine un café noir plein d'arôme, une terrine grossière, un plat succulent de Gascogne, une coupe fragile et transparente, un Champagne qui y brille d'une mobile et cristalline dorure. Il en est de la pensée immatérielle comme des choses matérielles de la vision, de l'odorat et du goût, un rehaussement, ou plus durable ou plus exalté, leur vient de la présentation, et le style est comme une draperie harmonieuse aux statues immortelles.

Il y a des bigames qui se glissent dans l'ordre social ; il y a aussi dans l'ordre de l'intellectualité, j'oserai dire des bi-andres de la pensée et, en quelque sorte des *esprits géminés*. Pierre Mauriac est un de ces cerveaux à double puissance égale dont les manifestations vont de pair en un parfait équilibre, comme dans une arène l'athlète aux belles formes héroïques guide de ses rênes tendues, droit et un pied sur chacune de leurs souples échines, deux coursiers pleins de fougue, mais qui s'avancent, splendides, dans un galop tout d'harmonie. Eh bien ! ce sont les humanités, intelligemment comprises et profondément assimilées dès les origines de l'instruction, qui permettent cette beauté intellectuelle complète avec ce double pouvoir indissoluble allié de penser juste, d'imaginer sérieusement, de réfléchir profondément et de faire surgir la pensée générale hors de la gangue d'or pour en faire une expression universellement comprise et qui restera pour l'enseignement de tous.

Mais, que je fasse, hors de ces généralités, surgir la personnalité du Prof. Mauriac dans son évolution et sa vie qui l'ont amené au point culminant où il est dans la chaîne des sommets qui se détachent profilés, *dans le ciel de la médecine contemporaine*.

Le Prof. Pierre Mauriac, landais d'origine, est né à Bordeaux. Son père, mort très jeune, était un rêveur, un grand liseur qui ne put se transmettre dans l'esprit de ses fils que par hérédité, alors que la maman dirigea, éduqua fortement. Goût du savoir et goût littéraire alliés à une certaine combativité d'esprit, car Pierre Mauriac tient à une attitude intellectuelle, c'est-à-dire à une position et disposition de pensée qu'il est prêt à transformer en attitude de combat, de défense et d'attaque. Il y a là, sur le plan psychique, comme une fière allure de tempérament de la Gascogne.

Pierre Mauriac, comme ses frères, a fait ses humanités au Collège Sainte-Marie, à Bordeaux, dirigé par les Frères de Marie qui, autrefois, dirigeaient le collège Stanislas : ils doivent beaucoup, intellectuellement parlant, à un humble religieux, l'abbé Dequignot, qui leur fit la rhétorique et leur donna le goût des idées générales par ses leçons admirables.

C'est à la Faculté de Bordeaux qu'il fit ses études et gravit un à un tous les échelons qui l'ont fait accéder au Professorat : internat, clinicat, agrégation. C'est en 1931, qu'il a été nommé Professeur de clinique médicale. Il est bien un grand médecin bordelais, dans toute l'acception du terme.

C'est certainement le célèbre professeur ARNOZAN qui eut sur sa formation scientifique le plus d'influence. Le Prof. Mauriac a fait, dans l'enseignement, tout d'abord un *cours de pathologie générale*, puis il a été *chef du laboratoire des services hospitaliers* de Bordeaux ; *chef des travaux de bactériologie*, il a fait un cours de *bactériologie* et de *médecine expérimentale* ; il a fini, ou plutôt, continué dans la chaire de *clinique médicale* de la Faculté de Bordeaux. Comme on le voit, instruction scientifique médicale complète : l'*homme de laboratoire*, issu d'abord de la scolarité première de la clinique, s'adonne à la bactériologie, à la médecine expérimentale, pour s'achever en *grand clinicien* ; il s'est appliqué à ces diverses étapes qui aboutissent à cette excellence, caractéristique française, qui vaut auprès du malade, ce qui est bien le vrai but de la Médecine.

La guerre est venue, et Pierre Mauriac a fait plus de 4 ans de présence aux armées sur le front français : parti médecin de bataillon, il a fini médecin consultant d'armée. Croix de guerre avec deux citations, et chevalier de la Légion d'honneur, à la Victoire, en 1919. J'ai demandé au Prof. Mauriac son impression, qui pouvait être instructive, sur la guerre au point de vue médical. Il considère « qu'on réalisa en 1918, une organisation touchant à la perfection et que jamais les malades ne retrouvèrent depuis, les garanties scientifiques qui existaient au moment de l'armistice. Je parle du front, dit-il, ignorant ce qui se passait à l'arrière..... la Monarchie de la guerre ! » J'ajouterai qu'on peut en dire autant, je crois, de la chirurgie, c'est du moins mon sentiment. Il est délicat de pousser quelqu'un à l'audace d'une prophétie, mais il est si attrayant de demander ce qu'il pense *apercevoir sur la mer lointaine de l'avenir*

avec ses yeux peut-être meilleurs que d'autres, comme le capitaine sur son navire qui va vers une direction, certes, mais qui ne saurait pas où l'on atterrira. Mais ici, c'est davantage, c'est l'infini absolu dans l'horizon. J'ai encore demandé ce que deviendra plus tard la médecine, non pas au point de vue scientifique ; qui peut le prévoir au milieu des inattendus subits qui surgiront, mais socialement. Mauriac pense franchement que « si l'étatisation continue, ce sera l'asservissement ». Et en effet, beaucoup d'entre nous le pensons, le médecin va vers l'esclavage. Sa pensée libre et son libre exercice sombreront comme sa situation sociale industrialisée, standardisée, taylorisée, où tout ce qui est don de soi dans un dévouement personnel et altruiste hautement moral où l'esprit de charité est un guide d'indépassable vertu, où tout ce qui est don d'intelligence personnelle, talent en somme d'artiste allié aux possibilités du génie scientifique appliqué, disparaîtront !

La vie scientifique du Prof. Pierre Mauriac est jalonnée par plus de 150 travaux qui ont porté surtout sur : *La néphrite expérimentale par les sels d'urane chez le lapin et le chien* ; la *glycolyse et la glyco-régulation sanguine*, sur la *syphilis et la réaction de Wassermann* ; *les épanchements thoraciques* ; le *pouvoir hémolysant du sérum sanguin dans les divers états pathologiques* ; sur la *pathologie de l'estomac* ; sur le *diabète et l'insuline* ; les *états pathologiques de la grossesse* ; sur le *béribéri*, le *sodoku*, la *distomatose* et l'*insuline en chirurgie*. Agrégé, Professeur, Pierre Mauriac a inspiré et guidé plus de 30 thèses. Il faut lire sa magnifique leçon inaugurale du 4 mars 1931. C'est dans ces leçons inaugurales, comme je l'ai écrit maintes fois, que l'homme devant un grand public qui assiste à cette arrivée après une longue et palpitante course, reprend le souffle et, dans la sérénité du succès, livre vraiment sa pensée concrétée, donne pour ainsi dire sa synthèse et se révèle en entier. Pour cet acte, en effet, il a dû faire retour en arrière, se replier en esprit, revoir sa route poursuivie et les jalons dressés ; il a dû regarder le visage acquis dans le miroir de sa vie où dans le fond, estompée, se faisait la mouvance réapparue des ancêtres et de la famille. Et c'est pour cela que j'aime, pour les connaître mieux encore, entendre les hommes aux prises avec cette circonstance solennelle !

Mais, à côté du maître scientifique il y a le penseur et le maître écrivain : et cela compte grandement ; car renfermé dans son laboratoire, debout au lit de ses malades d'hôpital, et malgré la valeur de ses travaux de médecine, le Prof. Mauriac, ne serait connu que des initiés, de ses pairs, de ses élèves, du milieu médical ; mais ce qui lui a valu le surplus de sa personnalité, c'est le surplus de ses aptitudes et de son grand talent ailleurs ou, si j'osais dire, para-médicalement et para-scientifiquement, c'est-à-dire en dehors de toute technique proprement dire. C'est que l'homme n'apparaît plus comme un grand ouvrier certes, de la science, mais aussi comme un penseur, un philosophe, un artiste. Mais, en médecine et par la force des choses qu'elle traite, des intérêts supérieurs en jeu, des puissances d'observation et de méditation, qu'elle met en activité, est-il possible de ne pas être peu ou prou, en même temps qu'un observateur scientifique et humain, un penseur, un philosophe, et même un artiste ? Seul le talent des privilégiés exalte et fait valoir ces qualités spirituelles.

Pierre Mauriac est donc surtout, entre tant déjà de beaux et nombreux écrits, l'auteur des *Confins de la Médecine* et de leur suite, *Nouvelles rencontres*.

Dans ces *Confins de la Médecine*, il y a des chapitres excellents et parfaits : d'abord celui, naturellement, des *Confins de la Médecine et ceux qui les fréquentent*, celui de la *Défense et illustration des langues mortes pour la formation des médecins* ; sur les *limites de la vie* ; le *rajeunissement*, la *vieillesse*, les *maladies mécatrices* ; les *ténèbres de la sexualité*, où il fait une juste mise au point des exagérations de Freud qui ont réussi à créer un snobisme parmi la foule des gens, à instruction médiocre, nulle ou incomplète, qui y ont vu surtout l'autorisation de se donner libre carrière dans leur attirance hypnotisée sur tout ce qui est sexuel et autour de quoi leur pauvre esprit gravite, et à créer chez les littérateurs avides de nouveautés le souci d'y trouver de nouveaux filons inspirateurs. Il faut lire encore la *Pitié inhumaine*, pour la défense de ce grand et génial physiologiste, le Prof. Richet, et pour la défense des travaux de laboratoire, article vengeur contre les ignares et les faux-sentimentaux, capables d'ailleurs de toutes les vilenies à l'occasion et qui poussent les hauts cris devant le soi-disant holocauste des animaux, préférant que se réalise l'immense holocauste humain, car pour quelques bestioles soumises à l'expérience et que nous nous efforçons d'ailleurs de ne pas faire souffrir, il y a des millions d'êtres humains qui auront pu être sauvés ; ce sont ces mêmes hypersensibles illogiques qui ne tueraient pas une mouche, mais qui laisseraient claquer de faim un pauvre hère ou refuseraient sans pitié une aumône au mendiant qui souffre et désespère, qui ont attaqué Pasteur lui-même, dont ils sont cependant, ignorants et ingrats, les bénéficiaires ! Je rappelle, à ce sujet, la belle étude de mon ami le Docteur Cathelin sur la vivisection, reparue dans son livre : *Autour de la chirurgie*, et ce chapitre sur la pitié inhumaine de Pierre Mauriac peut faire un juste pendant aux belles études de mon éminent ami le Pof. Forgue, de Montpellier, et de mon ancien maître le Prof. Pierre Delbet, sur l'*euthanasie* ou passage en douceur, au-dessus de la douleur et de l'angoisse, de la vie à la mort. J'aimerais d'ailleurs savoir ce qu'en pense le Prof. Pierre Mauriac.

Sur ces confins de la médecine, le Prof. Mauriac fait ce qu'il appelle des « *rencontres* » dans les Champs-Elyséens de la science avec ces suresprits et ces surintelligences qui ont nom : Descartes, Montaigne, Pascal, Ambroise Paré, Laënnec, Pasteur, Berthelot, Claude Bernard dont il a bien décrit et précisé l'angoisse spirituelle, comme Pascal eut la sienne ; Gras-

set, le grand naturaliste allemand, Hæckel, l'auteur des Enigmes de l'Univers et du Monisme, et sans aller les chercher dans la postérité où ils n'ont pas encore pénétré : Bergson, Marcel Proust, Gide, Léon Daudet si vivant et si polymorphe en sa puissance à la fois spirituelle et d'action et qui en fait l'être encyclopédique peut-être le plus étonnant de notre temps.

Les confins de la médecine sont les confins d'un immense domaine où vivent par leur pensée recueillie de grands fantômes qui représentent généralement chacun un peu du grand cerveau de l'humanité en agrandissement continu et beaucoup de vivants éminents qui attendent dans la célébrité ou la notoriété leur tour de gloire. Ce domaine n'est pas le centre où la médecine proprement dite est parquée, mais sa périphérie la plus éloignée où elle prend contact avec l'ambiance du monde et de sa pensée. Pierre Mauriac s'y promène avec aisance et y glane pour nous les méditations que lui suggérèrent ses lectures, ses rêves ou ses réflexions.

Il y a lieu de signaler encore deux belles études de Pierre Mauriac sur deux grands médecins de sa région. La première sur le bordelais *Pierre Desault* (1675-1737), qui étudia la goutte, la lithiase rénale, la rage, les maladies vénériennes, la tuberculose. Ce Pierre Desault fut un précurseur qui dégagea les formes diverses de la tuberculose et *affirma sa contagiosité* et eut la claire vision de l'origine microbienne de certaines maladies. Le Prof. Mauriac ne craint pas dans l'histoire de la médecine, de placer au XVIIIe siècle, ce très grand médecin français entre ces deux génies du XVIIe siècle : Sydenham, et du XIXe : Laënnec, Desault, « ce Béarnais qui devint Bordelais » fut un indépendant, n'appartint à aucune école, ne fut asservi à aucun pontife, ne dépendit d'aucune chapelle scientifique et marcha droit devant lui, en désintéressé et honnête homme, drapé dans sa pensée et son génie. Mais il faut souvent des siècles ayant effacé la dalle de votre tombeau ou dispersé votre poussière de mort, pour arriver à cette reconnaissance ou à cet aveu de la postérité, qui trouve parfois des archéologues et des historiens comme Mauriac qui cherche encore le souffle d'une vie et une étincelle de feu sous des cendres oubliées. Seule la postérité s'oppose par sa gratitude tardive aux ingratitudes contemporaines rencontrées par les hommes supérieurs.

La deuxième étude traite du médecin agenais « *Jacques Ferrand* : le médecin de l'amour au temps de Montaigne ». J. Ferrand avait écrit il y a 300 ans un traité de « *l'essence et de la guérison de l'amour ou de la mélancolie érotique* ». Mauriac met son étude sous l'exergue de mon ancien ami Maurice de Fleury, cet esprit si fin, ce puriste de style merveilleux : « L'amour sentimental doit être rangé au nombre des intoxications passionnelles, au même titre que l'alcoolisme, l'éthéromanie, la morphinomanie et la cocaïnomanie ». Je crois, pourtant, que le véritable amour, celui que symbolisent Tristan et Yseult, Roméo et Juliette, a une autre essence, peut-être divine, en tout cas sublime.

Ferrand fut Docteur en droit et en médecine de la Faculté de Toulouse : il existait, comme on le voit déjà à cette époque, des médecins qui avaient ces deux diplômes ce qui n'est pas rare aujourd'hui : plusieurs de mes amis les possèdent.

C'est dans le livre de Ferrand qu'on trouve cette juste phrase : « Le jeûne, pour la guérison de l'amour, est souvent nécessaire, car l'amour ne loge jamais dans un vendre vide ». Cela est certainement exact, car dans la nature, la Faim universelle domine tout, même l'amour, et celui-ci dans sa matérialité comme dans sa spiritualité, n'apparaît que dans les organismes dont il est le luxe d'exubérance et d'épanouissement. Les grands religieux et les cloîtrés domptent l'amour aussi, du moins son exaltation et son trouble tracas physiologique par l'abstinence, l'élection alimentaire et la castigation corporelle.

Le style de Ferrand, est, paraît-il, savoureux et le sauvera du total oubli, obéissant en quelque sorte à la loi qui fait que si les idées et les œuvres survivent, elles le doivent en grande partie à la forme dont on les habille : c'est elle, quand elle est parfaite ou vraiment originale et neuve, qui leur assure la pérennité : la pensée est toujours sur un océan moblie : elle évite le naufrage suivant la barque qui la porte en la stabilisant.

Le Prof. Pierre Mauriac a été chargé d'une Mission scientifique en Espagne, en 1922. Nous avons, à l'UMFIA ou Union Médicale Latine, le plaisir de le compter parmi nos membres d'honneur qui représentent la Faculté de Bordeaux, au milieu de toutes les autres Facultés du monde latin.

Le Prof. Mauriac, à qui je demande ce qu'il aime le plus dans l'enseignement, me répond « la Clinique naturellement ; mais j'ai trop fait de laboratoire pour ne pas regretter la trahison dont je suis coupable envers lui depuis ma nominaton à la chaire de clinique. Problème insoluble : mener de front les recherches personnelles et l'enseignement clinique, si du moins on ne se contente pas de signer les travaux de ses élèves ! »

Insatiable, j'ai traqué le Prof. Mauriac dans les derniers retranchements de sa pensée intime et lui ai demandé enfin « ce à quoi il tient le plus ! ! » ; c'était audacieux. Mais il m'a répondu avec franchise qui le conduit forcément au combat dans certaines circonstances : « Malgré mes chaînes officielles, professorales, familiales (je suis père de sept enfants), *j'ai la prétention de conserver une indépendance intellectuelle absolue* ! » Je dirai tout de suite que ses chaînes sont des chaînes fleuries et que le Prof. Mauriac serait désolé de ne pas en être chargé. C'est peut-être même à cause de cela que cet « homme enchaîné » n'en est réellement pas un, si ce n'est par sa haute conscience et l'idéal qu'il s'est tracé.

Il a *le courage de ses idées*, ce qui est plus rare qu'on ne le croit, et si parfois il trouve des adversaires, et, en nous, des pensées parfois d'apparence différentes,

mais qui tendent au même bien et à la même supériorité, on lui rend hommage comme à un sincère combattant.....

C'est ainsi que pour une des questions les plus délicates de la déontologie médicale, pour laquelle on a inventé un mot grec que je n'aime pas, parce qu'il est devenu bien péjoratif comme consonnance auriculaire, il s'est jeté dans la discussion. Il nous y est apparu dans une sincérité profonde à laquelle se mêlait beaucoup de talent ; mais, peut-être, une des faces du problème, à ce sujet, lui a échappé ; il ne s'est pas toujours douté que d'autres, qui ne pensaient pas tout à fait de même, avaient un idéal aussi haut placé que le sien, si haut placé même qu'il n'y avait même pas lieu de le formuler. Sans doute, tous ceux qui ont « le cœur bien accroché » et qui se sont engagés dans la médecine, comme moi, bien avant lui, mettent le malade et sa vie et sa santé et son intérêt *au-desus de tout*, mais ils ne croient guère en la justice collective des hommes, ni en celle qui prétend être organisée, et pensent qu'il leur appartient, dans une certaine mesure, de *réaliser* individuellement. personnellement une justice, qu'il ne faut attendre de personne, surtout des profanes et principalement des clients en l'espèce, car il y a des choses qui resteront longtemps incomprises totalement avant de recevoir une solution équitable. Je vais jusqu'à préférer une justice qui s'exerce dans l'ombre et qui a un mobile fraternel envers de plus déshérités qui seront toujours méconnus, qu'une *soi-disant* justice au grand jour, et qui n'en a pas moins une empreinte humiliante d'y mêler l'avis, l'opinion, l'appréciation de ceux que cela ne regarde pas. Ce n'est pas le Prof. Mauriac qui me déniera mon droit à la charité, pris dans son acception la plus intelligente, la plus haute et la plus humaine, dans son sens latin et, si on le veut, chrétien, aide fraternelle venue de celui qui peut le plus, qui n'est faite au détriment de personne, *état transitoire*, je le sais, que nous sommes obligés de subir en attendant une justice régulière, certaine, et un code qui supprimera tout négoce, toute surenchère possibles, et qui consacrera *matériellement le talent* en l'honorant convenablement ; car nous ne sommes pas de ceux qui faisons fi de la valeur particulère et des différences de cerveau, d'aptitudes et de *travail* ! Je ne suis pas pour le nivellement bestial par en bas, je suis pour l'ascension de tous vers les sommets s'ils peuvent les gravir, par des sentiers même différents. La chaîne des montagnes est majestueuse dans son ensemble et la pureté des cimes y est égale, mais leurs altitudes cependant diffèrent. Je parlerai de cela plus longuement un jour : en attendant nous pouvons, nous avons le devoir d'aider nos malades, en toute liberté de science et de conscience, et de nous *entr'aider* entre confrères, les plus heureux pour les malheureux, en attendant la justice intégrale qui viendra bien un jour, mais que nous voulons évidemment *intègre* en éliminant les voraces qui, sans idéal, ne voient dans ceux qui souffrent (pas tous intéressants certes, mais intéressants sur le plan, égalitaire celui-là, de l'angoisse et de la douleur), qu'une matière digne de la seule industrialisation et exploitation. Jusqu'à plus d'évolution, nous considérerons que, bien qu'on puisse avec sourire ironique penser que c'est là un cliché bien usé, *que la médecine est ou doit être un sacerdoce*, un sacerdoce dont les rites scientifiques varient suivant les époques du savoir et de l'expérience, mais dont les principes demeurent éternels.

Le Prof. Pierre Mauriac est un écrivain de race au style élégant et distingué dans une précision qui ne laisse rien d'obscur à l'intelligence qui veut s'assimiler sa pensée. Il n'y a pas chez lui de « bavures » excédentes et non plus, par contre, de sécheresse. Grand admirateur de Montaigne et de Pascal, il est tout imprégné de ces auteurs qui sont pour lui des livres de chevet et qu'il cite d'ailleurs avec fréquence et abondance. Comme mon ami Elie Faure qui a écrit cet admirable ouvrage : *Montaigne et ses trois premiers nés* (Shakespeare, Cervantès et Pascal), il dialogue souvent avec ce grand génie un peu maladif de Pascal ; mais nous inclinons à croire, qu'il nous soit permis de le dire, que depuis la pensée pascalienne, nous trouvons dans des auteurs plus modernes une matière à penser aussi haute et plus en accord avec notre temps : la postérité à venir consacrera d'autres grands hommes qui porteront très haut la pensée humaine basée sur des données scientifiques, biologiques et astronomiques en particulier, dont on n'avait pas la moindre idée il y a 300 ans.

Le Prof. Mauriac avoue qu'il n'est ni artiste, ni peintre, ni musicien ; c'est qu'il n'a pas eu le temps certainement et on ne peut tout embrasser quand on veut bien posséder et monter haut. Mais être écrivain, c'est être artiste aussi.

Ce qu'il est surtout, je crois, c'est un philosophe doublé d'un scientifique avec une âme aux doux reflets de mysticisme. Quand on examine le profil de sa face et de son crâne légèrement dolichocéphalique, on est frappé de sa finesse aristocratique et distinguée. Ce que je remarque volontiers avec faveur dans un profil, c'est la ligne qui va du front au menton en passant par la base du nez au niveau de la lèvre supérieure : directe et verticale, elle ne fait pas ressortir et porter en avant le massif facial inférieur dont la trop grande proéminence imposant un trait sagittal brisé, traduit généralement un caractère plus animal que supérieurement humain, et elle imprime à la face de la noblesse et l'aspect de l'intelligence. C'est donc une figure d'intellectuel que le Prof. Mauriac, par l'aspect et la pensée. Mais cet intellectuel est sportif cependant : l'équitation et les obstacles le passionnent ; cela symbolise bien le fond de ce caractère qui « tient à bien préciser son attitude intellectuelle », comme, en boxe, les grands champions ont ce qu'on appelle « leur garde » de combat.

Le Prof. Mauriac ne s'est pas cantonné exclusivement dans un compartiment scientifique d'où on n'a-

percevrait aucun des paysages qui roulent cependant sous les yeux dans la vitesse de l'existence. « Laissons-nous porter, dit-il, sur les ailes et la tradition de la race, de la famille. L'air devient vite irrespirable à qui s'enferme, toutes fenêtres closes, dans son laboratoire. »

Comment ne serai-je pas avec lui sympathiquement dans une communion de pensée semblable, moi qui écrivais dans un article paru en mars 1922, dans l'*Evolution médico-chirurgicale*, ces lignes intitulées : *Médecine et philosophie* : « Le médecin, praticien ou technicien, même savant, qui ne s'intéresse pas ou ne s'élève pas, dans la mesure de ses « moyens et à certaines heures de loisir ou de répit, « au-dessus des connaissances précises qu'exige l'exercice de sa profession, pour en tirer la synthèse, en « voir les relations avec l'évolution du monde, en « chercher à comprendre en définitive, la portée philosophique, n'est qu'un esprit de médiocre culture « et ne possède, en somme, qu'un cerveau à aptitudes « réduites. Je peux admirer un technicien pour le « fini qu'il peut apporter à son art ou à la branche « scientifique que son occupation intellectuelle a « choisis ; mais s'il a des œillères qui l'empêchent de « regarder tous les horizons, je ne le tiens pas pour « un homme supérieur comme cérébralité. Sous le « prétexte, qu'à un moment, la science encore insuffisamment avancée, perd pied et que l'on s'expose « à faire des chutes profondes dans les abîmes de l'hypothèse, il n'est pas défendu à l'esprit de mettre « des ailes et de chercher à planer pour apercevoir « des ensembles, fussent-ils indistincts et même nuageux. L'hypothèse est mère du progrès, et l'imagination, première qualité des grands savants, est « mère de la création et de la trouvaille. Sans imagination, il n'y a point de science ; l'imagination est « plus nécessaire et plus puissante chez le chercheur « scientifique que chez le romancier le plus exalté ; « mais la différence, c'est que cette imagination lui « sert surtout à faire des sondages dans l'océan noir « des possibilités, qu'il la réfrène par l'exactitude « de son savoir et la passe au crible de la critique la « plus aiguisée.

« Il ne me déplaît donc pas que le médecin s'évade, « d'ailleurs pour la plus grande distraction de son pénible et douloureux métier, de la médecine et qu'il « fasse des promenades un peu hasardeuses dans « d'autres domaines que le sien.

« Le médecin, par sa profession même, est un philosophe. L'examen quotidien des infirmités humaines lui suggère des réflexions philosophiques « sur les tares physiques et morales qu'il est appelé « à juger ; ces déductions le conduisent de temps à « autre à l'examen des grands problèmes de l'existence. »

Et voilà donc en Pierre Mauriac, le savant, c'est-à-dire l'homme de laboratoire, l'homme des animaux à rendre malades pour y trouver le secret d'une guérison humaine ; le médecin, c'est-à-dire le clinicien, l'homme de l'hôpital et des dolents à soigner et à secourir aussi bien moralement que physiquement ; l'écrivain, c'est-à-dire sa forme et son verbe ; le philosophe, c'est-à-dire sa pensée sociale, déontologique, politique, religieuse même. Par les sujets au milieu desquels un esprit se plaît ou qu'il traite, par les « rencontres » spirituelles qu'il recherche, par ses lectures assidues, il est facile de le jauger, sinon de le juger. Dis-moi, pourrai-je dire, presque à coup sûr, quel est le contenu et la qualité de ta bibliothèque et je te dirai qui tu es !

L'intelligence, l'esprit, l'âme et le cœur de Pierre Mauriac, par leur expression multiple, évoquent un peu les pins de son pays natal dont la résine sortie du cœur chaud des arbres, est une substance précieuse et quintessenciée, comme de nobles larmes venues d'une source secrète et pure, et dont les fûts rectilignes cherchent le vertige du ciel et fournissent les mâts qui portent les voiles de l'espérance.

Le grand risque pour des *cerveaux géminés* de cette nature, ainsi que je les appelle, et comme celui de Pierre Mauriac, c'est que, une des parties de leur œuvre, ne nuise à l'autre et réciproquement, non pas *intrinsèquement* (car, *bilatéralement*, on peut réaliser des chefs-d'œuvre : Gœthe, grand poète, et aussi grand savant anatomiste et biologiste en est une preuve, et J.-L. Faure, par exemple, pour avoir écrit magnifiquement et en poète sur l'*Ame du chirurgien*, n'en est pas moins un grand chirurgien, et c'est peut-être parce qu'il est un grand chirurgien qu'il a pu laisser épancher de son être les reflets d'une âme si haute). Mais pour la réussite dans l'esprit public qui est simpliste, étiqueteur, aime les rayons du bazar et qui vous range d'office, sans plus d'informé, dans telle ou telle catégorie qui lui facilite sa tâche mnémotechnique, votre réelle personnalité peut en paraître altérée et l'écrivain risque de porter ombrage ou préjudice à l'homme de science en l'effaçant et vice-versa. Mais, sans doute, la figure du Prof. Pierre Mauriac échappera-t-elle à une telle éventualité et il me sourit de rappeler une image symbolique que j'ai évoquée plus haut : celle du bel athlète qui conduit avec une maîtrise égale et dans une étroite voie parallèle, cette rebelle cavale et ce coursier ailé : la *Science* et l'*Art*.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... C'était justement l'heure de la récréation ...
(Henri de RÉGNIER).

CDLXXXVII. — Charles MAURRAS. **Nouveaux Méandres.** Trois stations au théâtre d'Orange. Jeux pour la Patrie provençale. — Le Berceau balancé. — Un volume 19 × 28 de 175 pages, orné d'un burin de Decaris ;tiré à 424 exemplaires constituant l'édition originale, savoir 3 exemplaires sur Japon impérial, 6 exemplaires sur velin de Hollande van Gelder, 90 exemplaires sur papier d'Auvergne à la main, 325 exemplaires sur velin d'Arches à la forme. *Editions du Cadran*, Paris, 1931.

A l'opposé de tant de productions échevelées, des clameurs barbares de rhéteurs tourmentés par l'esprit «européen » . . . ou même «national » et proférées avec véhémence dans un fumeux esperanto littéraire, les sinueuses rêveries de Monsieur Maurras s attardent avec une sobre majesté aux charmes précis de sa Provence. Si je ne craignais de paraître me déjuger à l'instant, je dirais qu'il a, comme le poète chantant la « *douceur angevine* », chanté dans le poème de sa prose l'envoûtement de sa province. Mais je raviverais cette amicale querelle qui l'opposait déjà à Monsieur Thibaudet, car j'estime, comme celui-ci, que souligner dans une comparaison les *ressemblances* de deux écrivains conduit fatalement à diminuer la personnalité du second, à le blottir dans l'ombre du premier. Et je n'ai pas la moindre envie de sous-estimer *Nouveaux Méandres.* C'est une œuvre puissante, écrite dans une langue très pure, aux phrases cadencées, d'un rythme sonore et plein, enrichie d'images que nous avons tout loisir de suivre dans l'enchaînement mesuré de leur succession. Ses pages *inédites*, de la première à la dernière ligne, continuent si l'on peut dire celles de l'*Etang de Berre*. Le panorama est plus vaste, Partis de la «muraille aveugle » d'Orange, nous descendons vers Avignon, Arles, Martigues, les Sables de la Camargue, les Saintes-Maries de la Mer, Cassis où passèrent (avant les gardians à trident et les félibres) Marthe, les légions romaines, Nostradamus, Paul Arène, Mistral enfin avec Mireille et Calendal. De ce cortège d'ombres que Monsieur Maurras évoque pour mieux nous faire partager les raisons de son profond attachement à son pays natal, se lève une curieuse impression de diversité, bien passagère, bien vite atténuée, amalgamée par la cohésion du texte. Mais était-il besoin de plaider si avant ? Nous sommes si vite convertis ! Et les raisons les plus fortes, les plus simples : l'amour de notre clocher, cette tendresse filiale que Monsieur Maurras a vouée à sa première patrie, ont-elles besoin de prestigieux souvenirs historiques ? Elles ne réclament ni justification ni poésie d'épopée : elles portent en elles-mêmes le sens et la puissance de leur allégresse. Leurs lettres de roture valent les parchemins dont il veut pieusement les ennoblir. Pour Mistral lui aussi, est-il indispensable de rechercher avec cette vraisemblance les influences que l'on s'obstine à vouloir mettre à la base de son œuvre, d'Homère à Lamartine en passant par la Pléiade et le Dante ? Il serait si provençal de ne voir en lui que le génie mystérieux de la race et l'expression prosodique, la concrétisation verbale du *Miracle provençal* épanoui dans un éclaboussement de clarté et de chansons, et rayonnant à son tour cette joie de vivre qu'il puise dans son sol. Les cigales stridentes de Maillane n'ont cure de leurs sœurs mortes de l'Anthologie !

En tête de ce beau livre, parfaitement exécuté en dorique corps 12, comme un portique monumental, un burin magnifique, traité avec la sûreté coutumière et l'élégance stricte de Decaris, et représentant le Château des Papes, avec ses ogives pleines semblables à des fenêtres murées sur du silence et du secret, in-pace grandiose de splendeurs défuntes.

CDLXXXVIII. — Gonzague TRUC. **Introduction à la lecture de René Boylesve.** Un vol. 12,5 × 18 de la Collection Le Souvenir de René Boylesve ; avec un portrait. Tiré à 750 exemplaires numérotés sur pur fil Lafuma. *Editions Le Divan*, Paris, 1931.

Mieux encore qu'une ferme étude littéraire, qu'un essai, voici une analyse fort adroite de psychologie où la technique des lettres est examinée en fonction du cœur et de l'intelligence. Gonzague Truc s'aventure avec aisance jusqu'au paradoxe en refusant chemin faisant de classer Boylesve dans les romantiques. On ne saurait évidemment le ranger sous la bannière du *romantisme flamboyant*, mais à moins de jouer sur les mots, on ne saurait lui refuser non plus une connaissance des sentiments, de leurs roueries qui font de lui un souriant romantique, masquant de grisaille pastel, d'ironie, de septicisme, ses élans, et ses audaces de timide. Dans l'ensemble, le livre est juste, bien rempli d'idées bien ordonnées et témoignant d'une profonde originalité de jugement.

CDLXXXIX. — Francis Carco. **Le destin de François Villon.** Un volume 14 × 19 tiré à 1075 exemplaires, savoir : 10 sur Japon impérial, 40 sur Hollande, 1025 sur vergé d'Arches. *Editions A la Cité des Livres,* Paris, 1931.

Voici venir le cinquième centenaire de la naissance du premier poète des gueux. Carco était tout désigné pour lui consacrer à cette occasion une érudite guirlande d'hommages. Il a su louer avec équilibre le poète et le truand, le compère et le génial écrivain, qui frôla le gibet et sut trouver dans sa misérable destinée une robuste inspiration. Il connaît admirablement l'œuvre qu'il commente, la comprend et nous conduit fort agréablement à en goûter avec lui la saveur indiscutablement coruscante. Je doute que le joyeux parallèle entre l'irresponsabilité mentale des poètes et des malandrins, incite les honorables versificateurs contemporains à s'associer de très près aux prochaines cérémonies commémoratives.

CDLXXXX. — R.-A. Dumontpallier. **Nuits fantastiques.** Un vol. 12 × 19. *Editions Paris-Genève,* Paris, 1931.

Le petit-fils de notre célèbre confrère a groupé sous ce titre cinq récits étranges, hallucinants où il dose comme dans les *Contes cruels* l'épouvante et l'horrible invraisemblance de cauchemars réels. C'est une étrange ronde de sabbat où il mène fort adroitement la danse sinistre et macabre

XDI. — Bruno Adler. **On tire sur la paix.** Un vol. 12 × 19 illustré de 12 photogravures et une carte. Traduction de A. Benzion. Préface d'Albert Mousset. *Editions Jonquières,* Paris, 1931.

Le titre pourrait peut-être être de toute actualité. Il concerne en réalité un exposé des tenants et des aboutissants de l'attentat de Sarajevo. La documentation de B. A. est impressionnante ; ses déductions sont bien étayées, et le compte rendu de l'agonie de Princip dans les casemates fait penser davantage à une féroce vengeance qu'à la justice.

Le courage stoïque de ces jeunes gens transportés par une foi patriotique honteusement exploitée, et dont le geste allait ébranler le monde, semble hors de cause. Ils furent les jouets d'intrigues lointaines et broyés, eux aussi, par l'atroce machine infernale dont on les poussa à déclencher le déclic.

XDII. — Costis Palamas. **Les douze paroles du Tzigane.** Un vol. 12 × 19 traduit du néo-grec par Eugène Clément. Préface de Henry Bidou. Collection Le Cabinet Cosmopolite. *Editions Stock,* Paris, 1931.

Ce poème en douze chants, fougueux, mystique, dont la genèse est longuement expliquée dans un avant-propos de l'auteur, s'apparente par son ampleur aux vieux rêves poétiques ethniques, par son lyrisme aux mythes panthéiques, symboliques. La présentation typographique par strophes, sans rejet à la ligne pour chaque vers et sans césure, modifie un peu trop sensiblement la conventionnelle apparence que nous attendons de tout texte poétique et enchaîne artificiellement le rythme en le privant de son coutumier balancement.

XDIII. — Ilya Ehrenbourg. — **Europe, Société anonyme.** Roman. Un vol. 14 × 22 de 416 pages, sous couverture illustrée en phototypie. *Editions du Tambourin,* Paris, 1931. 15 fr.

De la grosse caboche pensive d'Ehrenbourg est sorti cette fois-ci, (faisant suite à cette étrange vie de Gracchus Babeuf que donna la N. R.F.) un roman qui mérite de retenir l'attention. J'ai été navré d'y rencontrer quelques pages du plus pur roman-feuilleton, déparant le livre et témoignant, non pas d'une faiblesse de composition, mais d'une hâte, d'une confiance trop grande de l'écrivain en sa facilité. Son œuvre peut être considérée comme le prototype de cette littérature internationale qui se vend à la fois en éditions de plusieurs langues et qui est inspirée des grands problèmes qui alimentent la fièvre de l'Europe. Ici plus particulièrement, est mise en effigie cette prédominance de l'économie sur la politique, du trust et du dumping sur la révolution ou les déjeuners locarniens, de la cuisine d'argent sur les sentiments nationaux. L'adresse du romancier est d'avoir montré tout cela en suivant la vie privée de quelques personnages seulement : un industriel suédois, un chimiste allemand, un député français, un diplomate boche, des communistes russes, des banquiers, des grues faméliques, emportés dans un tourbillon avec une passivité de feuilles mortes. Nous voici forcés de nous demander à quoi vise cette monstrueuse agitation, à quoi elle sert puisque *tous* ceux qui la créent et devraient en jouir sont farouchement malheureux. Il monte ainsi du livre comme un brouillard, une solennelle et glaciale tristesse. La joie de commande où se plongent pour s'étourdir les puissants d'Europe sonne faux comme la musique frelatée, déchirante du jazz. Avec un dégoût tranquille, assaisonné de brutalité verbale et d'ironie, le romancier nous montre la doublure des grands destins rehaussée d'hypocrisie persévérante et grouillante de sordides appétits. Et voici, bien illustré, le récent

axiome de Bernanos qui fait de l'homme moderne un « *animal solitaire* » même et *surtout*, peut-être, s'il appartient à ces nouvelles dynasties qui régentent les convulsions de l'Europe.

Varia***

Chez *Crès*, dans la Collection *Aventures*, deux romans mouvementés traduits de l'anglais : *Un nouveau scandale* et le *Trésor d'Estéban*.

* Au *Mercure de Flandre*, deux bons livres : un roman cru de Fornairon, *Félicie*, et une amusante satire de milieux littéraires : *Ariste*, de Jacquin qui porte en sous-titre ce candide aveu : Conte immoral et où l'auteur s'est amusé à baptiser ses personnages de noms sonores de bourgs méridionaux.

* Le numéro d'octobre des *Livrets du Mandarin* est rédigé comme de coutume avec un brio déconcertant de pétulance. Le style a une élégance et une pureté de langue classique. Outre les caustiques notations coutumières, deux *très* bons articles : l'un sur Bolitho, l'autre contenant des renseignements *inédits* sur René Boylesve.

* Le *Crapouillot* d'octobre, reportage sensationnel copieusement illustré, sur l'Angleterre, a été saisi à la sortie des presses. Vous ne perdrez ni votre temps, ni votre argent, à essayer d'avoir un de ces *sévères* pamphlets qui peuvent avoir filé à travers les mailles du réseau de surveillance. Si vous réussissez, vous aurez le double plaisir du fruit défendu.

* La querelle du *Prix Goncourt*, déclenchée par un article de Bernard Grasset aux Nouvelles littéraires (nº du 7 novembre) s'envenime. Monsieur Jean Ajalbert se fâche comme si Monsieur Grasset avait frappé très juste ! Pratiquement, les académiciens, et leur porte-parole montreraient plus de sagesse en abandonnant l'argument *ad hominem* qui alourdit leur véhémente riposte, et redonneraient du prestige à leur couronne en la décernant cette année à une œuvre de mérite. Ils n'ont que l'embarras du choix : la *Laine* de Pierre Hamp, *Claire* de Chardonne, le *Juif Errant* d'Arnoux, *Vol de Nuit* de Saint Exupéry, *Saint-Saturnin* de Schlumberger... etc ...

14 novembre 1931.

L'Homme aux Bésicles.

« DISQUES »

Rien n'est plus désagréable que de constater l'irrégularité de valeur d'un enregistrement en plusieurs disques. C'est une sensation pénible que de passer d'une face excellente à une médiocre ; et rien n'agit plus défavorablement sur l'état d'âme du discophile.

Il n'est cependant pas toujours juste d'attribuer la responsabilité de cet état de choses à des fautes incombant, soit aux artistes, soit aux ingénieurs du studio d'enregistrement.

L'exécution musicale peut être très bonne, les conditions de reproduction excellentes au point de vue technique, et le résultat-disque déplorable. Les impondérables jouent encore ici de manière imprévue et modifient souvent du tout au tout le rendement. On sait (vaguement d'ailleurs) qu'ils sont fonction de certaines conditions matérielles, que l'on s'efforce de respecter, mais le perfectionnement du studio ni des appareils d'enregistrement ne donneront pas — obligatoirement — un bon disque. Pourquoi ces conditions, en apparence, parfaites ne donnent-elles pas un résultat identiquement bon ?

Les raisons en sont complexes : d'abord cette série de passages (si je puis dire) du positif au négatif et vice-versa à plusieurs reprises, que nécessite l'enregistrement atténue certains effets, en exagère d'autres, au point que le résultat considéré au point de vue phonographique n'a qu'une parenté éloignée avec l'audition originale.

Il se dégage de ces constatations une loi générale démontrant que la difficulté d'une reproduction croît en raison directe du nombre et de la variété des éléments acoustiques à enregistrer, mais ce n'est pas tout.

S'il est relativement facile d'obtenir un bon disque de soliste, la difficulté croit selon une progression terrifiante en fonction, non seulement de la richesse du faisceau acoustique à enregistrer, mais encore, et surtout, du « genre » particulier de la musique à fixer.

Le microphone réagit comme une oreille et il semble ressentir une sympathie particulière pour les œuvres de certains compositeurs. Ne croyez point à un paradoxe, si j'ajoute, preuves en main, que les classiques sont mieux enregistrés que les fauves, et l'ancienne que la nouvelle école.

N'oublions pas, en effet, que l'on utilise pour l'enregistrement des sons un appareillage auquel on demande d'être assez souple por enregistrer avec la même facilité 50 ou 7.000 vibrations-seconde. Il faut donc une perfection du microphone, mais la transmission (bien qu'obtenue avec tout ce qui se fait de mieux comme amplificateur à lampe) agit avec un retard infinitésimal (mais audible) qui entraîne comme une surimpression des sons sur le disque de cire. Il résulte que ces sons ne sont pas enregistrés, et encore moins rendus dans leur ordre chronologique.

Lorsque l'enregistrement porte sur une page de Beethoven ou de Mozart, la surimpression est inappréciable ; le bel équilibre qui régit la succession des périodes n'entraîne aucun heurt pénible pour notre oreille habituée ; mais s'il s'agit de certains modernes, il n'en n'est pas de même : les accords de dissonance qui en constituent la matière subissent de véritables bouleversements et l'oreille n'en retire qu'une impression désagréable.

Cela explique combien sont rares les bons enregistrements de Stravinsky, de Poulenc, d'Eric Satie, de Florent Schmitt, de Darius Milhaud, voire de Ravel, sans parler d'Arthur Honegger.

Remarquez que je n'ai aucune antipathie pour les œuvres de ces compositeurs, (encore que je les considère en général comme de compréhension difficile), mais je ne crois pas cette musique phonogénique, au moins dans les conditions actuelles d'enregistrement.

Ces musiciens ont poussé très loin la science de la composition, trop loin, peut-être, puisqu'il faut demander aux auditeurs, même instruits, une éducation harmonique assez poussée pour leur permettre d'en découvrir toutes les raretés.

Cette école possède en effet une curiosité des sonorités exceptionnelles. Les instrumentistes d'aujourd'hui connaissent cette particulière avidité des compositeurs qui viennent, en grand mystère, leur demander des recettes inédites pour tirer de la corde, du métal, ou du bois, des accents insoupçonnés.

Les traités d'orchestration nous signalaient, jadis, les « mauvaises notes » de chaque instrument et leurs registres défavorables, désirant éviter aux novices les fausses manœuvres.

C'était bien mal connaître les aspirations des générations présentes. Saturés d'effets contenus et catalogués, les musiciens contemporains, soucieux de découvrir à tout prix du nouveau, cherchent à tirer parti des zones, jadis stériles, où le cor s'étrangle ; la clarinette nasonne ; où les cordes sifflent et où le trombonne se fêle : c'est ce qu'on appelle en terme de métier un effet « amusant ».

Les effets de cet amusement sont limités et rapidement cessent d'être récréatifs pour l'auditeur..... Etonnez-vous ensuite que le microphone renâcle !

Cela explique que, par exemple, il n'existe pas encore un enregistrement acceptable de la célèbre « Valse » de Ravel et que seul, Polydor ait donné en 566 030 et 566 031 une reproduction assez savoureuse de son « Bolero ». La cire a été accueillante à cette œuvre extraordinaire, qu'il était de bon ton au début de ne pas prendre au sérieux et qui, ces derniers temps, figurait simultanément à l'affiche de la Société des Concerts de Conservatoire, à celle des Concerts Lamoureux et à celle des Concerts Colonne. Je reviendrai d'ailleurs sur ce sujet lorsque j'étudierai, à notre point de vue spécial, les reproductions de la jeune musique française. Comme, pour le moment, je considère la valeur d'un disque en fonction des satisfactions immédiates que l'on en retire, je donnerai le choix aux enregistrements de musique de chambre ; ils me paraissent en harmonie avec l'atmosphère douillette, les pièces feutrées organisées pour lutter contre l'hiver menaçant.

La musique de chambre privée, par son essence même, du dynamisme de la musique symphonique et, de son côté, un peu théâtral, demande à l'auditoire un effort d'attention plus facile à fournir, dans les conditions particulières où se déroule un disque.

Dominique Sordet dit très bien : « Grâce au disque, on devient l'héritier direct des princes du 18e siècle, qui n'avaient qu'un signe à faire pour que leurs appartements se remplissent de musique. Il suffit d'appuyer sur un bouton, pour faire surgir, à quelques mètres de soi, un piano, un violoncelle et un violon grandeur nature. Par ce procédé, la musique de chambre a retrouvé tout à coup son climat naturel, car elle n'est pas à sa place dans les salles de concerts anonymes et froides. »

Parmi les meilleures éditions de ce genre, je citerai, chez Gramophone, de Beethoven, le « Trio à l'Archiduc » (DB 1223 à 1227) ; le « Trio en sol majeur » de Haydn (DA 895 et 896) puis le « Trio en ré majeur » de Mendelssohn (DB 1072 à 75).

Ces disques, enregistrés par Cortot, Thibaut et Casals, sont remarquables non seulement par la valeur des artistes, mais encore par la perfection régulière des disques.

Chez Columbia : de Schubert, le quator N° 6 en ré mineur connu sous le titre : « La jeune fille et la Mort » par Capet et sa Compagnie (D 15 053 à 056). Je ne reprocherai à cet enregistrement qu'un défaut de mordant, caractéristique d'ailleurs des enregistrements Capet ; et pourtant, pour être juste, le 1er et le 2e disques détaillent l'allegro avec une finesse et une pureté véritablement exquises, en parfait accord avec le fond mélancolique qui se dégage de ces lignes en apparence gaies.

Je préfère en général les enregistrements du Quatuor Lener : le violon y est plus vivant et l'ensemble plus nourri.

Columbia a édité, de ce quartet, la série presque complète des quatuors de Beethoven.

Les mieux venus de cette édition sont :

Le quator en fa majeur op. 18 N° 1 (L. 1842, 43 et 44) ; celui en ut mineur, op. 18 N° 4 (L. 1845, 46 et 47) et celui moins connu où se révèle cependant toute la puissance du Beethoven des symphonies : le quatuor en fa mineur op. 95 (L. 1926, 27 et 28). Comme bons disques de piano, je conseille en général les éditions Polydor ; les instruments y sont remarquables de sonorité et d'ampleur, et les pianistes d'excellents virtuoses.

Les discophiles dont le goût n'a pas été altéré par les tours de force et les arpèges à sept octaves, trouveront un grand charme dans le disque 95 141, avec première face, la « Pastorale » de Scarlatti, et deuxième, le « Mouvement perpétuel » de Weber. Dans ces deux pièces Brail-

lowsky se montre remarquable bien qu'elles soient d'un caractère et d'un mécanisme bien différents. Lucie Caffarel, dans Pol. 90 013 joue avec une personnalité remarquable les classiques « Maillotins » de Couperin et l' « Alla turca » de Mozart. Enfin, pour finir à titre de curiosité proche de la perfection, je signalerai chez Columbia 11 018 deux pièces de Rameau excellemment rendues par le Trio Trillat ; ce sont : « La Timide » et le « Tambourin » écrites « pour clavecin en concerto » dont le charme vieillot est conservé avec une pureté respectueuse.

A. Regett.

AUTOUR DES THÉATRES

Un Taciturne

La nouvelle pièce « Un Taciturne », trois actes de M. Martin du Gard, que M. Louis Jouvet vient de monter à la *Comédie des Champs-Elysées,* ne peut manquer, pour des raisons variées, d'avoir un grand retentissement en raison des diversités d'opinion qu'elle soulève.

Quelque osé et quasi-pathologique que soit le sujet, le public, conduit progressivement par des états d'âme savamment gradués à une conclusion qu'il n'est pas possible de prévoir, avant le temps où l'a voulu l'auteur, se trouve dans l'impossibilité de crier à l'immoralité et de quitter brusquement sa place, au nom de la morale, et ceci est d'autant plus amusant que l'évocation du prologue de Lysistrata pourrait certainement être faite :

« Je vois que personne ne sort.
Je vais dire que l'on commence. »

La mode est, depuis assez longtemps déjà, de chercher du nouveau dans les à-côtés de l'amour, puisque sans l'amour, il est presque impossible de faire une pièce de théâtre qui intéresse et ait du succès. Autrefois, tout au début, c'était l'amour tout simple, celui des Bergers, qui avait cours. Il fut remplacé par l'étude de sentiments amoureux plus compliqués, avec des débats de conscience et d'instincts allant jusqu'à l'amour qui finit d'un côté ou de l'autre, puis des deux : ce fut l'amour coupable, mais normal, les pièces à divorce avec la préoccupation du sort des enfants ; jusqu'à ce qu'un beau jour, sans que, probablement, le sujet ait été épuisé, pour satisfaire un public et une critique, qui réclamaient du nouveau, des auteurs allèrent, bon gré mal gré, continuant l'évolution, chercher dans les à-côtés j'allais dire les bas côtés de l'amour.

C'est que, depuis l'Antiquité, un souffle de pudeur plus ou moins sincère était passé : les progrès de la médecine avaient fait considérer comme relevant de son domaine des pensées, des actes, ou des manières, qui ne relevaient auparavant que du domaine physique et qui, de ce fait, entrèrent dans le cadre de l'intellectualité et du snobisme. Des littérateurs, et non des moindres, des musiciens pris parmi les plus sensibles, créèrent de toutes pièces, évoquèrent et même firent naître de toutes pièces des types de détraqués qui furent copiés, par « soif de chic », par des snobs en mal de passer leur temps et de se donner une originalité. Le théâtre suivit le mouvement, ou le devança; je ne sais s'il eut une influence sur la diffusion des anomalies qu'il représenta ni si ce fût en plus ou en moins. (Le fait est tout de même, qu'on parle plus aisément et plus simplement de vices ou de tares dont, auparavant, on ne parlait que dans des cénacles fermés). Mais il n'est pas possible de dire si le résultat fut de généraliser des modes caractéristiques absolus des époques de décadence.

M. Martin du Gard, s'est tenu avec une discrétion parfaite très loin de tout ce qui n'est pas à la fois psychique et instinctif. Il pose, sans le poser, un problème d'hérédité, et c'est le sens dans lequel il le résoud qui me séduit le moins, parce qu'il a adopté la solution de faiblesse, celle de l'homme veule et sans caractère vis-à-vis de ses anomalies sentimentales, alors que par ailleurs, dans la vie ordinaire, il a une véritable valeur.

Je ne voudrais pas déflorer le sujet de la pièce ; et cependant, il me faut indiquer que Thierry, le taciturne, est un bon industriel dont le père s'est suicidé ; qu'avec lui, vit sa sœur Isabelle qui fut placée toute petite dans une maison de correction pour avoir voulu poignarder son amie Wanda le jour où elle s'était aperçue, à la pension, que celle-ci aimait trop une sous-maîtresse.

Wanda, d'ailleurs, est venue vivre sous le toit d'Isabelle et de Thierry. Survient Joë qui, sans connaître Thierry, se fait agréer par lui comme secrétaire, grâce à la manière persuasive dont il s'est présenté. Il apporte dans la maison triste la gaieté et l'entrain, à tel point qu'Isabelle s'y laisse prendre et consent à l'épouser. De cette idylle, Thierry très utilement aveuglé (mais pas d'une manière invraisemblable) n'a rien vu, et cependant, à l'annonce du projet de mariage, il ressent un coup brutal. Et c'est

alors qu'Armand le confessant, lui fait dire que ce n'est pas le fait d'un amour incestueux, pour sa sœur Isabelle, puisqu'il la verrait sans déplaisir épouser quelqu'un d'autre et lui démontre que c'est vers Joë qu'un instinct le porte... Et Thierry se tue ! Je n'aime pas que Thierry se tue, je pense que si tous ceux qui sont dans la vie courante, en tout ou en partie, dans le cas de Thierry, se tuaient dès que leur conscience est aux prises avec leurs instincts ou leurs sens, cela ferait trop de suicides.... On a toujours le droit... et le devoir de lutter contre de vilains instincts.

La langue de M. Martin du Gard, son dialogue sont de tout premier ordre. M. Louis JOUVET, qui a monté et mis en scène cette pièce n'a pas failli à sa maîtrise habituelle dans le rôle d'Armand ; M. P. RENOIR est réellement le taciturne qu'il faut dans le rôle de Thierry. Mmes V. TESSIER dans Isabelle, L. BOGAERT dans Wanda font que la pensée de l'auteur est mise en pleine valeur sans défaillances ni trahisons et c'est déjà là, en attendant celle du nombre des représentations, une première et très grande satisfaction pour un auteur.

Maintenant, ces types de détraqués, ces anormaux de la sexualité méritent-ils d'être portés à la scène ? Est-ce, pour de telles mœurs, le châtiment rêvé par le poète ? Il est permis d'en douter... Dr G. POLÈME.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Hôpital Claude-Bernard** (Porte d'Aubervilliers). *Clinique des maladies infectieuses.* (Professeur : M. Pierre TEISSIER.) — ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service* : Visite sous les matins : de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2 les jours de leçons ; de 9 h. 1/4 à 11 h. 1/2 les autres jours. L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement : Le mardi et le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'Amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade, par le Docteur TEISSIER.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'Amphithéâtre ou au Laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Docteurs GASTINEL, CAMBASSEDÈS, CATHALA, RIVALIER, COCHEZ, JOANNON, COSTE, MARCERON, CHAVANY, LE CLERC et GEORGE, anciens chefs de clinique ; REILLY, chef de laboratoire ; BOURGEOIS, GARNIER, LAYANI, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le Docteur CHATELLIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la Clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes : 1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de sémiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement.

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences avec interrogations déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique avec le concours dévoué de M. le Professeur d'hygiène TANON ; de M. le Docteur GASTINEL, agrégé de bactériologie ; de M. le Docteur REILLY, chef de laboratoire ; de M. le Docteur CATHALA, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène ; de M. le Docteur COSTE, médecin des hôpitaux, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies infectieuses, créé durant la guerre, et dont l'organisation matérielle est encore provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 4e et 5e années et aux docteurs en médecine.

Moyens de transport desservant l'hôpital Claude-Bernard. — Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la porte d'Aubervilliers : Tramway 49 (Gare du Nord-Aubervilliers), Arrêt en face de l'hôpital. — Métropolitain ancien Nord-Sud, ligne A, station Porte de La Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital ; Ligne 7 *bis* (La Villette-Opéra), station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 9 (Jardin des Plantes-Porte de La Chapelle), terminus à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 47 (Kremlin-Bicêtre-Porte de La Chapelle), terminus à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 48 (Saint-Denis-Opéra), station Porte de La Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 50 (Place de la République-Aubervilliers), station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 52 (Opéra-Le Bourget), station Crimée. — Autobus B E (Palais-Royal-Porte de La Chapelle). — Autobus A O (Place d'Italie-Porte de La Chapelle). — Chemin de fer de ceinture, station Est-ceinture sortie sur rue d'Aubervilliers, à 3 minutes de l'hôpital.

Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la Porte du Canal Saint-Denis : Métropolitain, ligne 7 *bis*, (Opéra-La Villette), station Pont-de-Flandre, à 7 minutes de l'hôpital. — Tramway 52 (Opéra-Le Bourget), station Porte de la Villette. — Tramway 50 (Place de la République-Aubervilliers), station Porte de La Villette, à 7 minutes de l'hôpital. — Autobus A J (Porte de la Villette-Opéra), station Porte de La Villette.

— **Chaire de thérapeutique.** Professeur : M. Maurice LOEPER.— 1° *Cours de thérapeutique* : M. le Professeur Maurice LOEPER, a commencé son cours le jeudi 12 novembre 1931, à 17 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même Amphithéâtre.

SUJET : Le traitement des maladies du poumon, du cœur, des vaisseaux et des reins.

2° *Conférences de thérapeutique* : M. le Docteur P. HARVIER, agrégé, a commencé ses conférences vendredi 13 novembre 1931, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

SUJET : Le traitement des maladies infectieuses, du tube digestif et du système nerveux.

Des cours complémentaires de thérapeutique cardiologique, de diététique et de physiothérapie auront lieu les vendredis et samedis en décembre, janvier et février. Dès affiches ultérieures en indiqueront le programme détaillé.

— **Cours de pathologie expérimentale et comparée** (Professeur : M. Noël FIESSINGER). — I. *Cours du Professeur* : M. FIESSINGER, professeur de pathologie expérimentale et comparée, fait son cours les mardis, jeudis, samedis, à 18 heures au Petit amphithéâtre.

OBJET DU COURS : Foie, pancréas, reins.

II. *Conférences de pathologie comparée* : Le samedi, à 18 heures, au Petit amphithéâtre, MM. L. PANISSET et V. ROBIN, professeurs à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le Professeur V. ROBIN, a fait sa première conférence le samedi 21 novembre.

Professeur L. PANISSET : 1. Tuberculoses animales. — 2. Rage. — 3. Charbon. — 4. Morve. Melioïdose. Rouget. — 5. Fièvre aphteuse. Diphtérie. Psittacose. — 6. Fièvre typhoïde du cheval. Anémie infectieuse. Dourine. Spirochètes et spirochétoses animales. Tularémie.

Professeur V. ROBIN : Quelques particularités de la pathologie interne des animaux domestiques. — 1. Appareil digestif. — 2. Sytème nerveux. — 3. Les maladies par carence. — 4. Le cancer.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours, gratuit, est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours a commencé le jeudi 26 novembre 1931 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 10 décembre. M. KEIFFER : Nouvelles recherches sur le système nerveux utérin. — Jeudi 17 décembre. M. NATTAN-LARRIER : L'hérédité des infections déterminées par les protozoaires. — Jeudi 7 janvier. M. LANTUÉJOUL : Dystocie par rigidité cicatricielle du col. — Jeudi 14 janvier. M. P. CHEVALLIER : Traitement de la syphilis chez la femme enceinte. — Jeudi 21 janvier. M. VAUDESCAL : Traitement des annexites par la diathermie. — Jeudi 28 janvier. M. DESOUBRY : Considérations sur la grossesse chez les tuberculeuses pulmonaires. — Jeudi 4 février. M. J.-L. FAURE : Traitement opératoire du prolapsus génital. — Jeudi 11 février. M. Lucien BROUHA : Considérations sur la physiologie de la glande mammaire. — Jeudi 18 février. M. HINGLAIS : Considérations sur la biologie de l'œuf. — Jeudi 25 février. M. BUÉ : Des déformations de la tête fœtale après l'accouchement chez les femmes atteintes de viciation pelvienne.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

— **Hôpital de la Pitié.** *Clinique médicale* (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — M. Marcel LABBÉ a commencé ses leçons de clinique médicale le mardi 17 novembre 1931, à 10 h. 30 du matin, à l'Amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Visite des salles et présentation de malades par le Professeur M. LABBÉ, tous les jours, de 10 h. 30 à 11 h. 30.

Visite dans les salles par M. BOULIN, médecin des hôpitaux, tous les jours, de 9 h. 30 à 10 h. 30.

Leçons de sémiologie appliquée par MM. AZERAD, Justin BESANÇON et Gilbert DREYFUS, chefs de clinique, par MM. NEPVEUX et ESCALIER, chefs de laboratoire, tous les jours, de 9 h. 30 à 10 h. 30.

Consultations spéciales pour les maladies de la digestion et de la nutrition, pour le rhumatisme et pour les maladies des glandes endocrines, par le Professeur M, LABBÉ, par MM. CARRIÉ, médecin des hôpitaux, BITH, ancien chef de clinique à la Faculté, et par les chefs de clinique, les lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à 10 heures.

— **Cours complémentaire d'obtétrique.** — M. VAUDESCAL, agrégé, a commencé le Cours complémentaire d'obstétrique, le vendredi 13 novembre 1931, à 15 heures (Amphithéâtre Vulpian), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, au même Amphithéâtre, à la même heure.

OBJET DES CONFÉRENCES : Gestation, accouchement et post-partum normaux Pathologie de la grossesse.

— **Cours libre sur les maladies du cœur.** — M. le Docteur R. LUTEMBACHER a commencé le jeudi 26 novembre 1931, le soir, à 21 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les jeudis suivants, à la même heure, une série de conférences sur : Lésions organiques du cœur (Documents anatomiques et radioscopiques)

Lésions valvulaires ; Formes rares de lésions mitrales ; Les formes de l'insuffisance cardiaque ; Péricardites ; Endocardites. Thrombose cardiaque ; Myocardites ; Infarctus du cœur.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Jean GATELLIER, agrégé, a commencé son cours le lundi 16 novembre 1931, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Affections chirurgicales de l'abdomen.

— **Thèses.** — Mardi 17 novembre. — Jury : MM. Léon Bernard, Gougerot, Aubertin, Richet. — M. TANGUY : Contribution à l'étude des anticorps dans le sérum des tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel. — M. CADARS : Contribution à l'étude des rapports entre l'érythème annulaire centrifuge et la maladie de Duhring-Brocq. — M. MASSOT : Contribution à l'étude de l'érythroplasie des organes génitaux.

Jeudi 19 novembre. — Jury : MM. Carnot, Laignel-Lavastine, Terrien, Vigne. — M. BÉCAM : L'anatoxine tétanique et la vaccination de l'homme contre le tétanos. — M. DEFFAY : Essai médico-historique, sur un point de pratique obstétricale des hémorragies tardives suite de couches. — M. DELOBEL : Le pronostic visuel de la chirurgie hypophysaire.

Vendredi 20 novembre (thèse vétérinaire). — Jury : *MM. Loeper, Donzelot, Giroud, Harvier.* — M. NICOLAI :

L'étude expérimentale des tumeurs spontanées chez les oiseaux.

Mercredi 25 novembre. — Jury : MM. Legueu, Guy Laroche, Quénu, Vallery-Radot. — M. CANELA (Miguel-F.) : Sur une forme anormale de la tuberculose rénale. Tuberculose rénale à marque de colibacillose.

Jeudi 26 novembre. — Jury : MM. Bezançon, Carnot, Claude, Rathery. — M. ARLOMG : La vaccination régionale par la porte d'entrée dans l'infection colibacillaire. — M. LAUPRÊTRE : Contribution à l'étude de l'aérophagie. — M. BOREL : Méconnaissances systématiques chez l'aliéné.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— Hôpital de la Pitié. — *Electro-radiologie.* — Dirigé par M DELHERM, le service d'électroradiologie est réglé comme suit :

1° *Radiodiagnostic.* — MM. THOYER-BOZAT, CODET, FISCHGOLD et SALAUN : 1° tous les jours, à partir de 9 h. 30, au pavillon Bergonié. Radioscopies : cœur et poumons, poste n° 2 ; radiographies : tube digestif, poste n° 1 ; autres radiographies, postes nos 1 et 2 ; radiographies des membres, poste n° 3. — 2° A partir de 10 heures, salle Duchenne de Boulogne, M. DELHERM : Interprétation des clichés.

2° *Electro-radiothérapie.* — MM. DELHERM, MOREL-KAHN, DEVOIS et STROUZER : 1° tous les jours à partir de 8 heures dans les salles : Curie, Oudin, Apostoli et Tripier. Applications thérapeutiques : électrothérapie sous toutes ses formes ; radiations : lumière, ultra-violets ; infra-rouges ; radiothérapie moyenne et profonde. — 2° A partir de 9 h. 30 dans les salles Huet et Duchenne de Boulogne, examen et mise en traitement des malades nouveaux. — 3° Electro-radiodiagnostic classique et chronaxie (sur rendez-vous). Salle Huet : MM. Morel-Kahn, Devois, Salaun.

3° *Consultations du chef de service.* — Salle Duchenne de Boulogne, le lundi à 10 heures, MM. DELHERM et MOREL-KAHN ; le mardi, à 10 heures. MM. DELHERM et DEVOIS ; le mercredi, à 9 h. 30 , M. SAVIGNAC (Af. Anorectales).

Les lundis, mercredis et vendredis, M. MARQUES (Emanothérapie).

— Concours de Sotmatologiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique de prothèse.* — Séance du 10 novembre. — Les diverses techniques usitées pour la confection des plaques bases en or utilisées en prothèse amovible au niveau du maxillaire supérieur.

MM. Cabrol, 19 ; Fleury, 16 ; Houzeaux, 18 ; Béal, 15.

Séance du 16 novembre. — MM. Houzeau, 28 ; Cabrol, 25 ; Fleury, 28 ; Béal, 26.

Classement des candidats : MM. Houzeau, 123 points ; Béal, Cabrol et Fleury, 118.

M. Houzeau est nommé stomatologiste des hôpitaux.

MM. Béal, Cabrol et Fleury, *ex æquo*, seront soumis à une épreuve supplémentaire, pour l'attribution de la seconde place.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 novembre. — Questions : Diagnostic positif et différentiel de l'épithélioma de la glande mammaire. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique, sans les complications.

MM. Camelot, 20 1/2 ; Trombert, 13 ; Willot, 26 ; Bourdial, 21 ; Catonne, 20 1/2 ; Fack, 12 ; Le Picard, 16 ; Lauret, 21 ; Bequignon, 17 1/2 ; Gaignerot, 18

Séance du 17 novembre. — Questions : Diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale. — Symptômes et diagnostic du myxœdème.

MM. Tran-Quang-Dé, 19 ; Pescarolo, 23 ; Gillot, 18; Thorel, 15 ; Mlle Abadi, 22 ; MM. Chapireau, 18 ; Souliguac, 20 ; Aboulker-Kamoun, 20 1/2 ; Mlle Spire, 22 ; M. Arnal, 25.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr DE BRUN DU BOIS-NOIR, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Beyrouth ; du Dr Eugène REVILLIOD, de Genève ; du Dr COURBET, de Sainte-Adresse, médecin honoraire des hôpitaux du Havre ; du Dr Emile LEULLIER, chef du laboratoire de radiologie de l'Institut de prophylaxie et de l'hôpital Bellan ; du Dr CASTEX, de Toulouse.

— Croisière de la « Revue générale des sciences ». — La *Revue générale des Sciences*, qui la première a organisé des Croisières scientifiques et dont l'exemple a été suivi en France et à l'étranger, désirant étendre dans le monde médical le bénéfice et les avantages de ces voyages, a obtenu le patronage de l'Association de la Presse médicale française et elle rappelle que les renseignements concernant ces croisières sont donnés, et les inscriptions reçues, à la fois : aux bureaux de la *Revue générale des Sciences* (MM. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon).

A l'association de la Presse médicale française (secrétariat général 23, rue du Cherche-Midi. Téléph. : Littré : 14-61).

Chez M. Olivier, directeur des croisières de la *Revue générale des Sciences*, 28, quai de Passy. (Téléphone : Jasmin 31-42).

Le programme des croisières de 1932 paraîtra sous peu.

— **Croisières médicales françaises** (Pâques, 1932). — *La Gazette Médicale de France* organise une croisière de vacances qui, sur le paquebot *Mexique*, de la Compagnie transatlantique, conduira jusqu'aux Canaries les nombreux confrères et leurs amis désireux de se déplacer pendant les vacances de Pâques. Partis le dimanche 20 mars, ils seront de retour le lundi 4 avril, ayant parcouru les côtes de l'Espagne, du Maroc et des Iles Canaries. Voici l'itinéraire et les escales : Saint-Nazaire, le port de Vigo, la visite de Saint-Jacques de Compostelle, Cadix, excursion à Séville, Madère, les Iles Canaries et Ténériffe, Las Palmas, les ports du Maroc : Casablanca, Rabat, Salé. Enfin, dernière escale : Lisbonne avant le retour à Saint-Nazaire.

Renseignements : 9, rue Soufflot, Paris.

— **Diplômes d'Université de Doctorat en médecine.** — Depuis la création, qui remonte à 33 ans, du doctorat universitaire français en médecine, il a été délivré 2.270 diplômes universitaires de docteur en médecine, dont 132 pendant l'année scolaire 1930-1931. Les titulaires, pour ces derniers, ont été : 36 Polonais, 15 Russes, 13 Grecs, 12 Egyptiens, 6 Bulgares, 6 Hongrois, 6 Roumains, 6 Perses, et 32 étrangers d'autres nationalités.

Sur ces 2.270 titulaires du doctorat universitaire, 136 ont transformé ultérieurement leur diplôme en doctorat d'Etat, soit une proportion de 6 %.

— **Prix de l'Académie des sciences.** — *Prix décernés* (1931) :

Prix Monthyon. — Médaille d'or à M. Edouardo Perroncito pour l'ensemble de son œuvre scientifique.

Prix de 2.500 fr. à M. Maurice Auvray, pour son ouvrage : Maladies du crâne et de l'encéphale ; prix de 2.500 fr. à MM. Henri Chabanier et Carlos Lobo-Onell, pour leur ouvrage ; *Exploration fonctionnelle des reins.* — Prix de 2.500 fr. à MM. Maurice Villaret, François Saint Girons et Louis-Justin Besançon, pour leur ouvrage : *La pression veineuse périphérique. Etude physiologique, clinique et thérapeutique.* — Mention honorable de 1.500 fr. à M. Emile Cesari pour ses recherches sur la fonction antigénique des lipoïdes ; Mention honorable de 1.500 fr. à M. Paul Genaud, pour sa thèse : *Recherches sur les échanges d'ions entre cellules de levures et solutions salines* ; mention honorable de 1.500 fr. à Mme Mélina Lipinska, pour son ouvrage : *Les femmes et le progrès des sciences médicales.*

Prix Bréant. — Prix de 2.500 fr. à M. Maurice Langeron, pour ses études sur les champignons pathogènes ; prix de 2.500 fr. à MM. Pierre Teissier et Florent Coste, pour leur ouvrage : *Physiopathologie de la scarlatine.*

Prix Godard. — Prix de 500 fr. à M. Louis Berger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec, pour son mémoire : *Recherches sur les cellules à sécrétion interne dans les glandes sexuelles de l'homme et de la femme* ; prix de 500 fr. à M. Fritz Busser, pour son ouvrage : *Les tumeurs épithéliales du rein chez l'adulte. Etude anatomique.*

Prix Chaussier (10.000 fr). décerné à M. Victor Morax, pour ses travaux de pathologie oculaire et visuelle.

Prix Mège (1.000 fr), décerné à M. Jean Gautrelet, pour ses travaux sur l'influence de l'Adrénaline sur les variations immédiates de la réserve alcaline.

Prix Bellion (1.400 fr.), décerné à M. Raoul Lecoq pour son ouvrage : *Les aliments et la vie.*

Prix du Baron Larrey (1.000 fr.), décerné à M. le lieutenant -colonel -médecin, Maurice Pilod, pour son ouvrage : *Etudes sur la tuberculose dans l'armée.* — Mention honorable à MM. L. Izard et J. des Cilleuls, pour leur ouvrage : *Précis d'hygiène militaire.*

Prix Argut (1.200 fr.), décerné à M. Pierre-Ernest Roucayrol, pour son ouvrage : *La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.*

Fonds Charles-Bouchard (5.000 fr.). L'annuité de ce fonds est attribuée à M Serge Métalnikov, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour son Mémoire : *Rôle des réflexes conditionnels et du système nerveux dans l'immunité.*

— **Sur le titre de Docteur.** — Nous lisons dans le *Bruxelles Médical* : « Notre excellent confrère *Le Soir* nous apprend que le monde médical belge est quelque peu agité en ce moment. Le motif : un jeune docteur en sciences naturelles ferait précéder son nom de son grade universitaire, et certains de nos confrères lui contesteraient ce droit, prétendant que seuls les médecins peuvent se faire appeler « docteur ».

Disons tout d'abord que nous ignorions tout de l'agitation qui tient notre corporation. Pour n'être pas d'une importance capitale, l'incident n'en soulève pas moins une importante question de droit, et nous ne sommes pas loin de croire qu'un juge (il est des exceptions à la règle) nous donnerait raison.

Comme le fait très justement remarquer *Le Soir*, en Belgique, qui dit « Monsieur le docteur » sous-entend « en médecine ».

A l'étranger, continue notre confrère, tous les docteurs en droit, ès-sciences, ès lettres sont appelés par leur grade. Et il cite l'exemple de l'Allemagne. Il y a d'autres pays, dirons-nous à notre tour, où l'appellation par le grade se fait comme chez nos voisins de l'Est, dès qu'il s'agit d'un diplômé d'une institution d'enseignement supérieur. Mais il y en a beaucoup d'autres, et non des moindres, comme la France, l'Angleterre, les Etats-Unis, où, comme chez nous le titre de « docteur » est donné aux seuls médecins. Et ce n'est donc pas une erreur propre à notre pays. Ce n'est même pas une erreur du tout. C'est une habitude, un fait établi. Et c'est pourquoi nous croyons que nous devons maintenir et défendre cette appellation, ne fut-ce que pour nous défendre contre le charlatanisme et protéger, en même temps, les intérêts du public. »

Nous partageons entièrement l'avis de nos amis du *Bruxelles Médical*. En France, dans le langage courant, « docteur » équivaut à « Docteur en médecine ».

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

sociaux, à un payement d'honoraires calculés à part. Ces honoraires sont de 4 fr. par journée de médecine ou de chirurgie, alors que dans le prix global de journée applicable aux malades non assurés il n'entre que pour 1 fr. 05 (chirurgie) et 1 fr. 03 (médecine). Il s'ensuit une différence de 2 fr. 95 (chirurgie) et de 2 fr. 97 (médecine) qui est payée directement par les caisses à l'administration hospitalière pour être répartie entre le personnel médical sous réserve d'une participation de l'assuré de 15 ou 20 p. 100 suivant la catégorie. Dans ces conditions la comparaison s'établit comme suit entre les assurés sociaux et les malades payants pour les frais qu'ils ont à supporter eux-mêmes ;

Désignation	Malades Assurés sociaux — 1re et 2e catégories francs	Malades Assurés sociaux — 3e, 4e et 5e catégories francs	Malades non assurés francs
1° Prix de journée d'hospitalisation :			
a) Médecine	18 84	19 04	39 27
b) Chirurgie	16 68	16 88	41 13
2° Consultations et soins externes :			
a) Consultations, pansements légers, extraction simple d'une dent	0 60	0 80	6 »
b) Piqûres ordinaires	»	»	4 »
c) Pansements étendus ou profonds, incisions, injections	0 60	0 80	15 »
d) Interventions de petite chirurgie (générale ou spéciale)	0 60	0 80	40 »
e) Electrothérapie	0 60	0 80	12 »
f) Radiothérapie	0 60	0 80	25 » et 50 »

(*Journal officiel*, 21 *novembre* 1931.)

Droit aux prestations de l'assurance-maternité.

1109. — M. Bouvart, sénateur, expose à M. le ministre du travail qu'une assurée immatriculée aux assurances sociales le 1er décembre 1930, date où elle commença à être salariée, et reconnue enceinte par son médecin en mars 1931, avec accouchement probable en août, s'est vue après avoir prévenu sa caisse le 1er juillet qu'elle devait cesser tout travail à cette date, refuser par ladite caisse toutes prestations de l'assurance-maternité auxquelles elle croyait avoir droit, l'immatriculation étant postérieure au début présumé de la grossesse, et demande si, pour bénéficier desdites prestations : 1° l'assurée ainsi que semble l'indiquer la circulaire ministérielle du 15 avril 1931, doit avoir été immatriculée avant le début présumé de l'état de grossesse, ou : 2° s'il suffit que l'assurée ait versé 60 jours de cotisations pendant les trois mois précédant la première constatation médicale de l'état de grossesse, ou : 3° si ces deux conditions doivent se trouver réunies. (*Question du 28 septembre* 1931.)

Réponse. — Pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée doit : 1° avoir été immatriculée avant le début présumé de la grossesse ; 2° avoir effectué, à la fin du mois précédant soit la première constatation médicale de l'état de grossesse, soit le début présumé de la grossesse, le minimum de versements légaux (60 cotisations journalières pendant les trois derniers mois ou 240 cotisations journalières pendant les douze derniers mois).

Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'il a été admis, au début de l'application de la loi du 30 avril 1930, que les grossesses en cours au 1er octobre 1930 donneraient lieu à l'attribution des prestations, dès l'instant que les intéressés justifieraient des conditions de versement à la date du 30 septembre 1930.

(*J. O.*, 13 novembre 1931.)

CORRESPONDANCE

Expertises

5700. — Expertises civiles et chirurgiens-dentistes

Un chirurgien-dentiste peut-il, légalement, être désigné comme expert par un tribunal de justice de paix ou un tribunal civil, dans un litige entre un chirurgien-dentiste et un client, etc.... ?

Et, comme conséquence, une des parties, chirurgien-dentiste ou stomatologiste ou client peut-elle récuser tout expert non docteur en médecine, et exiger la désignation d'un docteur en médecine spécialiste ? En se plaçant sur le seul terrain de la légalité...

Je crois avoir lu que, pour être expert dans les questions médicales (et l'art dentaire, c'est tout de

même de la médecine, il me semble...) il fallait être docteur en médecine et que le diplôme de chirurgien-dentiste ne suffit pas, mais je n'ai aucune compétence en droit.

Sans doute, un stomatologiste peut, sinon légalement, au moins logiquement récuser un chirurgien-dentiste comme expert et exiger d'être apprécié par un confrère médecin et non de culture inférieure à la sienne ; mais un chirurgien-dentiste, qui ne peut invoquer cet argument, peut-il, *de par la loi*, exiger que l'expert désigné soit : 1° docteur en médecine, 2° spécialiste ?

J'entends tous les litiges, pas seulement ceux où une question médicale pure peut se poser, mais ceux où il y a à résoudre, par exemple, une question purement technique, de prothèse, par exemple.

Dr C.

Réponse.

Il convient dès l'abord de faire une distinction entre les expertises, ordonnées en matière correctionnelle ou criminelle et celles décidées en matière civile.

Pour les premières, la loi du 30 novembre 1892, en son article 12 et les décrets des 21 novembre 1893, 12 août 1904, 10 avril 1906 décident que seuls peuvent être désignés comme experts des docteurs en médecine, français et ayant au moins cinq années de médecine, ou munis du diplôme de médecine légale et psychiatrie.

Par conséquent, en matière de crime ou de délit, seul un docteur en médecine peut être désigné par le juge, pour faire une expertise.

Il n'en est plus de même en matière civile : la qualité de docteur en médecine n'est plus nécessaire ; un arrêt du 15 novembre 1914 (S. 1915. p. 17) de la Cour de Cassation décide qu'en matière civile les juges peuvent non seulement désigner, comme experts ceux inscrits sur la liste annuelle dressée par les cours d'appel, pour les expertises criminelles, mais également tous les praticiens qui ne sont pas inscrits sur cette liste.

Ce n'est plus la loi du 30 novembre 1892, qui est alors applicable, mais bien les articles 303 et 305 du code de procédure civile.

Par conséquent, lorsqu'un tribunal civil a besoin d'être éclairé sur l'état de santé d'un plaideur, ou d'un malade, d'un blessé, apprécier le degré de blessures par imprudence ou par accident de droit commun, accidents du travail, demandes quelconques en dommages-intérêts, etc., il peut désigner un ou trois experts, que les parties ont le droit d'accepter, ou de récuser.

Une seule restriction en matière d'accident du travail ; l'expert ne peut pas être le praticien qui a donné ses soins à la victime, ou qui est attaché à une compagnie d'assuraneces, à une entreprise, en cause dans le procès.

Abordons plus spécialement la spécialité médicale dentaire. Cette spécialité est exercée à des

degrés différents par des diplômés ayant des grades différents.

Alors que le docteur en médecine a acquis les connaissances générales lui donnant par son diplôme le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir, le chirurgien dentiste, ayant un diplôme restreint, ne peut soigner que les maladies de la bouche et des dents : il n'est pas qualifié pour traiter toutes autres affections d'ordre médical, ou chirurgical.

Il en résulte que le médecin stomatologiste, c'est-à-dire le praticien qui, docteur en médecine, s'est astreint à des études complémentaires, pour se spécialiser pour les maladies de la bouche et des dents, possède, sur les chirurgiens dentistes, la supériorité de poser tous diagnostics spéciaux ou généraux et d'instituer tous les traitements médicaux, chirurgicaux, tant pour la spécialisation, que pour l'état général total.

C'est cette différence de grade qui a fait décider par la cour d'appel de Paris (chambre des référés), par son arrêt du 9 février 1928 (*Concours médical*, 1928-2287) qu'un chirurgien-dentiste peut être désigné comme expert, lorsqu'il s'agit de l'examen de travaux de prothèse dentaire exécutés par un docteur stomatologiste, et non de soins médicaux donnés par ce dernier.

Rappelons que, par jugement en date du 15 avril 1913, le juge de paix du 6e arrondissement de Paris avait désigné un chirurgien-dentiste, pour expertiser les soins médicaux donnés par un docteur stomatologiste.

Par arrêt du 17 novembre 1913 (*Concours médical*, 1927.3326), la Cour d'appel avait réformé ce jugement ; mais les motifs d'annulation s'appuyaient sur ce que la loi du 30 novembre 1892 spécifiait que seuls, les docteurs en médecine peuvent être désignés comme experts. Sur ce point juridique seul, la cour d'appel s'était trompée.

Je puis donc conclure en disant qu'un chirurgien-dentiste peut, en matière civile, être désigné pour expertiser les soins donnés par un autre chirurgien-dentiste, mais non les soins donnés par un docteur en médecine.

S'agirait-il de coups et blessures, ou autres expertises, se rapportant à des délits, ou des crimes, le chirurgien-dentiste ne remplit pas les conditions requises par la loi du 30 novembre 1892, puisqu'il n'est pas titulaire du grade de docteur en médecine.

En matière de prothèse, l'arrêt précité de la cour de Paris accorde aux chirurgiens-dentistes la possibilité d'être désignés comme experts, même s'il s'agit d'une prothèse effectuée par un docteur.

Personnellement, je crois que, dans le litige soumis à la cour, si, par des conclusions bien précisées, le problème de droit avait été énoncé, il eût été possible de déférer la question à la cour de

Cassation. Il eût fallu que, par des conclusions nettement explicites, la question eût été posée aux juges de savoir si, titulaire d'un grade restreint, le chirurgien-dentiste était compétent pour discuter les indications médicales d'un travail de prothèse. Quoi qu'on en dise, cette dernière n'est pas seulement un simple acte de mécanique ; les connaissances médicales sont indispensables et c'est pour cette raison que les mécaniciens ne sont pas habilités pour poser des appareillages.

Par suite, le chirurgien-dentiste n'est pas qualifié pour apprécier et expertiser le travail de prothèse, ordonné par un docteur en médecine stomatologiste.

Dr Paul BOUDIN.

Assurance automobile

Changement de voiture

Le Dr J. a remplacé la voiture assurée dans un contrat auto par une voiture de même force. La Compagnie est-elle fondée à demander une augmentation ?

Réponse.

En principe, l'assurance d'une automobile est faite pour un véhicule déterminé. Il est difficile de savoir, sans avoir examiné le contrat, si la Compagnie garde le droit ou non d'augmenter la prime en cas de changement du véhicule, si la force du second n'est pas supérieure à celle de la voiture garantie.

En général, une clause est insérée dans le contrat, précisant qu'en cas de vente de la voiture assurée, la police est transférée à l'acquéreur.

Si cette formule existe, la police est faite pour la voiture spécialement décrite et la Compagnie garde le droit de demander pour le nouveau véhicule la prime en vigueur au jour de la mise en circulation de celui-ci. De son côté, le praticien a le droit de refuser l'augmentation et de résilier le contrat sans indemnité, s'il a été souscrit avec clause de résiliation annuelle, avec paiement d'une année de prime à titre de dommages et intérêts, si la clause de résiliation n'a pas été insérée.

Si la clause précisant que l'assurance suit le sort du véhicule assuré n'est pas prévue au contrat, l'assuré peut soutenir devant le juge de paix que la Compagnie a couvert un risque déterminé pour une prime déterminée et que le risque n'est pas modifié, seule sa désignation étant changée.

Il doit alors envoyer une carte-lettre recommandée à l'assureur en l'informant que le risque garanti porte maintenant la désignation suivante.....

Dans ce cas, il est à craindre que la compagnie use elle-même du droit de résiliation annuelle, si ce dernier est prévu au contrat. Le doc-

teur J. aurait alors à payer pour s'assurer près d'un autre groupement le tarif en vigueur au jour de la souscription de la nouvelle police, soit pour une 9C V. avec 300.000 francs aux tiers la somme approximative de 850 à 900 francs.

P. R. Baglin,
Conseil technique d'assurance,
docteur en droit,

Application du Tarif des Accidents du travail

5610. — Séances d'air chaud effectuées par un omnipraticien

Un ouvrier a été, pendant son travail, atteint d'une entorse tibio-tarsienne. Contre-visité avec le médecin de la Compagnie, nous avons, d'accord, décidé de faire des séances d'air chaud.

Après guérison, j'ai envoyé ma note à l'assurance au tarif de 22 fr. 50 par séance. Celle-ci m'a répondu en m'adressant une quittance établie d'après le tarif de 15 fr. par séance d'air chaud sous le prétexte que je ne suis pas spécialiste kinésithérapeute. J'ai récrit en citant les art. de l'arrêté ministériel, majorant de 50 % les tarifs de 15 fr. autrefois appliqués. Ci-inclus la dernière réponse de la Compagnie.

Que dois-je faire ? Je ne suis pas, en effet, kinésithérapeute mais il m'a semblé voir dans le *Concours médical*, une réponse du Dr Decourt à un cas semblable, tranchant le différend dans le sens que j'indique soit au tarif de 22 fr. 50. Dans le cas d'obstination de la Compagnie, quelle sera ma ligne de conduite ?

Dr P.

Réponse.

Il n'est pas indiqué art. 26-VI que les séances d'air chaud, lumière, ionisation, doivent être effectuées par un kinésithérapeute.

D'autre part, l'art. 15, alinéa 2 dit que « les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de *spécialités*, s'ils sont donnés par les médecins praticiens, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques ».

Enfin, lesdites séances « à tarif spécial » ont été exécutées en accord avec le médecin de l'assurance ; on ne peut donc vous en refuser le paiement en invoquant l'art. 7.

Conclusion. — Vous êtes en droit de demander 22 fr. 50 par séance (soit 15 + majoration de 50 %), ainsi qu'il est dit à l'art. 26-VI.

Dr F. Decourt.

5677. — Appareil plâtré pour fracture du rachis

Au tarif A. T. combien dois-je compter la mise en place sous extension continue d'un corset plâtré et la répétition de cet appareil au bout d'un mois pour une fracture du rachis ?

Dr G.

Réponse.

a) Voir art. 28 : « Réduction et contention de fracture du bassin ou de la colonne vertébrale... avec corset plâtré : 150 fr. ».

b) Pour la répétition, je compterais 75 fr. Mais il n'y a rien à ce sujet dans le tarif, on n'y trouve que (art. 18 *in fine*) « Répétition d'appareil plâtré des grands segments de membre : 50 fr. » Ce qui me semble insuffisant, en l'espèce.

Dr F. Decourt.

5641. — Certificat au cours du traitement

J'ai eu à fournir à deux reprises à une compagnie d'assurances, sur la demande par lettre de son agent général, des renseignements sur l'état d'un accidenté du travail (fracture compliquée des deux os de la jambe droite) dont la blessure n'est pas encore consolidée, accident du 25 février 1931.

Cet agent m'a demandé au mois de juin « à être « renseigné sur l'état actuel du blessé et si, suivant « mes prévisions, il restera atteint d'incapacité « partielle permanente et dans ce cas dans quelle « proportion. »

Une deuxième demande en septembre me prie de fournir « à défaut du certificat de guérison ou de « consolidation, un rapport détaillé sur l'état actuel « du blessé et la durée probable de l'incapacité ».

J'ai fourni ces deux pièces, avec détails techniques, mentionnant le résultat des radiographies qui ont été faites à plusieurs reprises et concluant à une incapacité permanente partielle ultérieure, sans en fixer le taux, car c'est une conclusion prématurée, la blessure n'étant pas encore consolidée.

Quels honoraires puis-je demander pour chacune des deux pièces fournies à la demande de la compagnie ? les tarifs locaux syndicaux ne font pas mention de ce genre de rapports pour lesquels il est préférable d'appliquer un barème uniforme.

Dr G.

Réponse.

Voir l'art. 29 : « Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé à 10 fr.

« Ne sont pas considérées comme de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri. »

Dr F. Decourt.

5663. — Cumul ou non

J'ai vu à ma consultation un blessé qui avait des plaies de 2 doigts de la même main.

J'ai fait le 1er jour une injection de sérum.

Suis-je en droit de compter pour la 1re consultation :

Plaies à 2 doigts : 15 fr.
Sérum : 20 fr.

Dr A.

Réponse

Vous pouvez compter 15+20 si les plaies ne sont pas superficielles (art. 17) car il y a là 2 *interventions* « *à tarif spécial* » qui peuvent s'additionner (art. 14). Mais si les plaies sont superficielles, leur pansement est compris dans le prix de la consultation (art. 16) et vous ne pourriez les additionner sans pratiquer le *Cumul* du prix de la consultation et de celui d'une intervention, ce qui est interdit par l'art. 13.

Dr F. DECOURT.

Questions médico-militaires

5193. — Maintien dans les cadres

Médecin lieutenant de réserve, né en 1885, engagé volontaire marchant avec la classe de mobilisation 1902, vous m'avez déclaré que je serai dégagé de toutes obligations militaires le 15 octobre 1931.

Sur votre conseil, j'écris pour demander à être maintenu dans les cadres.

Le directeur du Service de santé de ma région me répond que je n'ai pas à être maintenu puisque je ne serai rayé qu'avec les militaires nés en 1885.

Je serais très heureux d'avoir confirmation ou infirmation de votre réponse antérieure.

Dr B.

Réponse.

La réponse de votre Directeur est une erreur. Vous avez parfaitement le droit d'être maintenu dans les cadres, *après* la libération de votre classe.

Renouvelez votre demande de maintien, en invoquant les dispositions de l'art. 10 de la loi du 8 janvier 1925.

4231. — Droit à la carte du combattant

Mobilisé toute la guerre, j'ai fait 2 ans dans une ambulance divisionnaire et le reste dans la 20e région, ai-je droit à la carte d'ancien combattant ?

Dr B.

Réponse.

Le fait d'avoir été affecté pendant deux ans à une ambulance divisionnaire vous donne droit à l'obtention de la carte de combattant.

5308. — Pension d'invalidité ou réforme temporaire

Un de mes malades, réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire, positif encore au mois d'avril 1930, est appelé devant une Commission de réforme le 6 mai 1931 qui le diminue au 80 %, avec effet rétroactif du 29 décembre 1930.

Mon malade a donc touché sa pension de 100 %

pendant un an seulement. Je croyais que les pensions étaient accordées pour une période de 2 ans et que, pensionné du 29 décembre 1929, il avait droit au 100 % jusqu'en décembre 1931.

J'ai fait parvenir une réclamation au ministre avant de recevoir la notification pour qu'il examine à nouveau ce cas avant de statuer.

J'indique que mon malade est amélioré et non guéri, qu'il ne peut reprendre son travail sans craindre une rechute.

Mais ce que je voudrais savoir, ce sont les raisons qui ont fait attribuer à mon malade une pension d'un an seulement, savoir si c'est régulier, et s'il n'y a pas lieu de protester contre le passage devant la Commission de réforme et contre le motif de la pension à 80 % « Pas de tuberculose pulmonaire, séquelles de pleurésie et de bronchite chronique. »

En contradiction avec le motif précédent :

Décembre 1929.

« Tuberculose pulmonaire. Lésions bilatérales évolutives. Signes nets de ramollissement des deux sommets avec râles humides constants, matité, souffle respiratoire. Bacilloscopie positive à Andral. »

Nous attendons d'abord la réponse du ministre qui a été saisi par un parlementaire et si nous n'obtenons pas satisfaction, le malade ira au tribunal des pensions.

Soyez assez aimable pour me fixer sur ce cas de pension d'un an.

Dr P.

Réponse.

Toute pension d'invalidité est, en principe, accordée pour deux ans, à moins qu'il ne s'agisse d'une réforme temporaire, auquel cas la pension est pour un an.

Cette Commission de 1931 n'est-elle pas le résultat d'une enquête de la part du Ministre des Pensions, ou correspond-elle à une visite régulière pour le renouvellement de la pension ?

La marche que vous vous êtes tracée est très logique ; nous vous conseillons de la suivre.

5329. — Légion d'honneur pour soins aux gendarmes. Présomption légale d'origine de maladie

1° J'ai plus de 30 ans de soins gratuits à la brigade de gendarmerie à B. L'autre semaine le maréchal de logis est venu me demander différents renseignements pour rédiger son rapport. J'ai été mobilisé pendant la guerre, 3 ans, du 2 août 1914 au 1er août 1917. Actuellement rayé des cadres à cause de mon âge. Quelles sont mes chances d'être porté sur le tableau des propositions pour la Légion d'honneur ? Y a-t-il une démarche à faire ?

2° Un de mes clients a été incorporé au mois d'octobre 1930 aux cuirassiers. Au mois de mai 1931 lors d'une permission régulière de 48 heures dans sa famille il tombe gravement malade atteint d'une

pleurésie sérofibrineuse. Il est encore en congé de convalescence aujourd'hui et il vient de recevoir un avis du contre de réforme : « J'ai l'honneur de vous faire connaître que les propositions faites à votre égard sont les suivantes, réformé temporaire n° 2 sans pension. »

Il nous semble qu'incorporé depuis plus de 6 mois il a droit à la pension. Quelles sont les démarches à remplir ? Dr N.

Réponse.

1° Si vous avez déjà obtenu toute la série des récompenses pour soins gratuits à la gendarmerie, y compris la Médaille de vermeil, vous pouvez être proposé pour la Légion d'honneur. Vous faire appuyer, vers le mois d'avril prochain, au cabinet du Ministre de la guerre, car il n'y a, pour cette destination, que 5 à 6 croix par an.

2° Que votre protégé se présente à la Commission de réforme, il a droit à la présomption légale, puisqu'il a plus de trois mois de service et par conséquent à la R. T. I. avec pension. En cas de refus, il faudra réclamer au Ministre des Pensions.

Médecine légale

5651. — Honoraires d'une autopsie

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me faire savoir quels honoraires je dois demander pour une autopsie pratiquée à 40 kilomètres de ma résidence après réquisition, en temps que médecin légiste, faite régulièrement par le Parquet du Tribunal.

Cette autopsie était nécessitée par un meurtre ; elle m'a pris une soirée entière, soit pour le transport, soit pour l'opération elle-même.

Le rapport fait le lendemain a nécessité un travail attentif et minutieux.

Dr L.

Réponse.

Conformément à l'art. 26 du décret du 5 octobre 1920, modifié par les décrets des 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927 sur les frais de justice en matière criminelle, il vous est dû pour votre autopsie, la rédaction et le dépôt de votre rapport, la somme de 120 fr. si elle a eu lieu avant inhumation et celle de 220 fr. si elle a eu lieu après exhumation sur un cadavre en état de décomposition avancée.

Il vous est dû, en outre, vos frais de déplacement à raison de 1 fr. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité fixe de 30 fr. (art. 20) du fait que le lieu de votre transport était situé à plus de 20 kilomètres de la commune de votre résidence.

ANTHOLOGIE

A un jeune viveur

Faciesne quod olim Mutatus Polemon ?
HOR. Sat. II, 3.

Les rupins, les gens du monde
Titubent sur leurs jarrets
Du Rat Mort à la Rotonde,
De tripots en cabarets,

Nez au vent, toujours en quête,
Flairant l'ordure et suivant
Smoking, maillot ou casquette
Du fêtard qui va devant.

Plaignez le riche. Il a peine
A varier ses plaisirs,
Tant son existence est pleine
De sempiternels loisirs.

Que faire après la belote ?
Gémit l'oisif en baillant.
— Essaie, enfant, la ribote
Que l'on goûte en travaillant,

Celle qui de la veillée
Sort sans gosier altéré,
Sans la face barbouillée
D'un vieux timbre oblitéré,

Qui rend le citoyen libre
Dans le geste et dans l'écrit,
En assurant l'équilibre
De la jambe et de l'esprit.

L'effort est tout dans la vie.
Essaie un peu. Fais effort.
La bravoure nous convie
A morigéner le sort.

***

Cesse d'être l'inutile,
Ravageur de ta santé.
Il n'est rien de difficile
A l'homme de volonté.

A l'usine la sirène
Te convoque à l'apéro.
Quitte le bras qui t'entraîne,
Bon ouvrier, au bistro.

Les amours, le jeu, l'étude
A la foire du plaisir,
Simple affaire d'habitude,
Libre à chacun de choisir.

Ton ennui déjà me prouve
Que sans t'en apercevoir
Une répugnance couve
Dans ton absinthe le soir.

Laboureurs, savants, poètes,
Vous seuls révélez la loi,
L'œuvre qu'en un jour vous faites
Est le grand acte de foi.

A ton tour défriche, sème.
Agite plume ou rabot.
Devant le métier qu'il aime,
L'artisan fait toujours beau.

Tout ouvrage est un poème
Qu'il suffit de commencer.
La suite vient d'elle-même
A l'esprit sans y penser.

***

Ivre d'une nuit de fête,
Au sortir du cabaret,
La couronne sur la tête,
Polémon le riche entrait.

Dans la salle où le silence
Attentif accompagnait
La leçon de tempérance
Que Hénocrate enseignait.

En ricanant il écoute
Le penseur divertissant
Qui parle, suivant sa route,
Sans prendre garde au passant.

Devant le tableau fidèle
Qui de l'éloquence naît,
Le pittoresque modèle
Brusquement se reconnaît.

Son ivresse s'évapore
Des brumes de son cerveau
Une éblouissante aurore
Lui transfuse un sang nouveau.

Ilabjure sa jeunesse,
Ses vices, son faux bonheur,
Il constate sa détresse
Et le vide de son cœur.

Lors, pressé de vivre, il jette
Aux pieds du Maître divin
L'orgiaque bandelette.
Rouge des baves du vin.

Et cent ans après Socrate,
L'ancien viveur Polémon
Succédait à Hénocrate
Dans la chaire de Platon.

Dr Paul GROSSIER.
Mai 1931.

Cinquante-troisième année — N° 50 — 13 Décembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*,)
Bandol : Charmot et Rozet *Maison de cure hélio-marine)* Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dublef, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S Vivant,
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Iotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
St Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset.
St-Raphaël – Valescure : Caldaguès. Léon Clement, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon,
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O. R. L.*, Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Nous informons les souscripteurs que notre Edition 1932 est actuellement à la reliure et leur sera adressée sous peu.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Speich, de Carquefou, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** ***Paris*** **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 425. — Ville agréable intérieur départ. d'Oran, clientèle très importante, fixes plus de 12.000, méd. chem. de fer. A céder 80.000, compt. à débatt.

No 426. — Dr 46 ans, sér. énerg. rentrant colonies recher. situat. médic. ou paraméd. France ou étranger.

No 427. — A vend. disques grandes marques, état neuf, 30 % remise. Dr Cathala à Maraussan (Hérault).

No 428. — Bords Loire. Près gr. ville, client. facile, peu de frais, maison particul. Indemn. 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 429. — Paris. Import. client. méd. génér. avec appartem. 7 p., dans quart. d'avenir, Indemn. 65.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

No 430. — Sud-Ouest. Banl. gr. ville, client. gros prod., belle villa, loyer 4.000 Prix à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

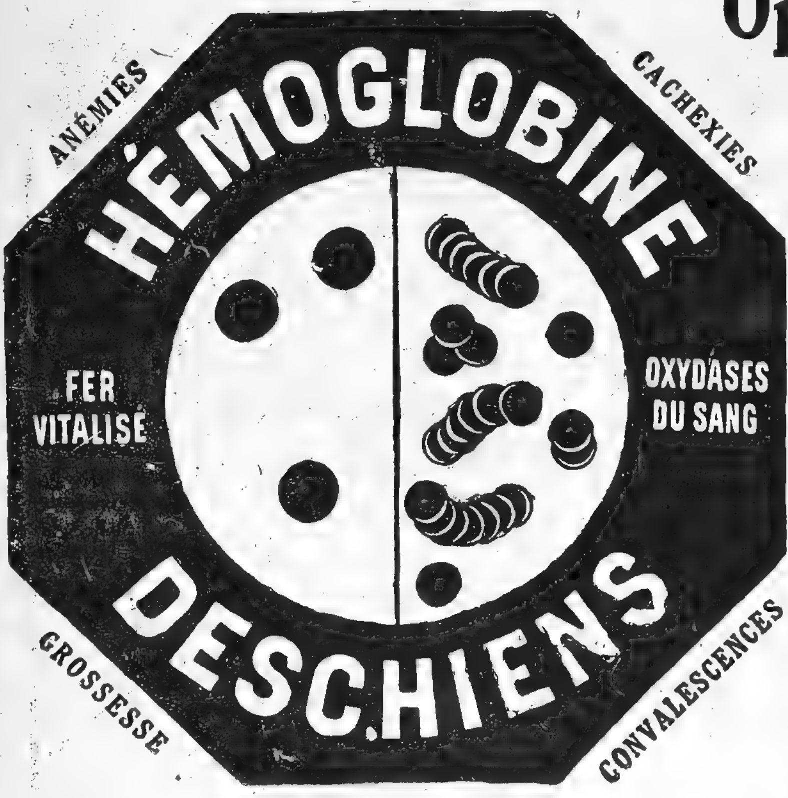
Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio. 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs Charmot et Rozet.

Essayez de remplacer les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes chez vos dyspepsiques. Remplacez le tout par quelques tablettes de **Mangaïne**. Dans quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Prix Fémina à M. Antoine de Saint-Exupéry.** — Le prix Fémina, un des deux grands prix littéraires de l'année, vient d'être décerné à M. Antoine de Saint-Exupéry, pour son livre *Vol de Nuit*.

M. Antoine de Saint-Exupéry, pilote de ligne, assurant actuellement le service aérien entre Toulouse et Casablanca, est le fils de Mme la vicomtesse de Saint-Exupéry, infirmière major de la Société de Secours aux blessés militaires, qui fut pendant la guerre directrice de l'infirmerie de gare d'Ambérieu. C'est à Ambérieu, tout jeune encore — il avait à peine quinze ans — en voyant voler au-dessus de l'infirmerie militaire de gare de cette ville les pilotes de l'école d'aviation d'Ambérieu, que M. Antoine de Saint-Exupéry prit goût à l'aviation. Il est, depuis, devenu un de nos meilleurs pilotes de l'air et ses ailes viennent de le porter à la gloire littéraire.

Qu'il permette à l'ancien médecin-chef de l'infirmerie de gare, que dirigea avec tant de dévouement sa mère et où lui-même puisa, à si bonne école, l'amour du dévouement à son pays, de lui adresser ses plus sincères félicitations.

Dr P. LACROIX.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — M. B. WEILL-HALLÉ fera le 20 décembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (entrée : 49, rue des Saints-Pères) une conférence sur : *Les nourrissons vomisseurs et leur traitement.*

— **Le dîner annuel de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants** (74, rue du Rocher, Paris, VIIIe) a eu lieu le samedi 5 décembre à l'Hôtel Claridge, 57 *bis*, rue de Ponthieu, à Paris.

Il était présidé par le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la guerre, membre de l'Académie de médecine.

— **Ligue internationale d'hygiène.** — La Ligue internationale d'hygiène demande, pour des conférences publiques ou radiophoniques sur toutes questions d'hygiène individuelle, le concours bénévole de médecins et de doctoresses. S'adresser au siège de la Ligue ; 5, rue Las-Cases, Paris, VIIe.

— **La médaille du Dr Albert Mouchet.** — A l'heure où le Docteur Albert Mouchet va quitter son service hospitalier, ses élèves et ses amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille souvenir dont ils ont confié l'exécution à M. Charles Pillet, grand prix de Rome, médaille d'honneur du Salon des Artistes français.

Le comité est composé de M. Albert Peyronnet, sénateur, ancien ministre, président ; MM. les Professeurs Ch. Lenormant, Pl. Mauclaire ; MM. les

Docteurs Bensaude, Chifoliau, Courcoux, Fredet, Gastou, Gouverneur, Pilatte, Rouèche, Rouget, Terrien, Villechaise, Villière ; MM. Allard, Guibé, Hébert, Mégnin, internes des hôpitaux.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris, 6e. Compte chèques-postaux, Paris 599.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** *Clinicat.* — A la suite du concours qui a eu lieu le 26 octobre, MM. Fil et Jourdy ont été nommés chefs de clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

— **Ministère de la guerre.** *Direction des troupes coloniales.* — A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle N° 430 1/8 du 10 février 1931, a obtenu le titre de professeur agrégé de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Pour la Section chimie, pharmacie, toxicologie, le pharmacien commandant Cousin, Ernest-François, du Dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

— **Hôpitaux de Nice.** — Le concours pour la nomination de médecins et chirurgiens assistants s'est terminé par les nominations suivantes :

Médecins assistants : Mlle la Doctoresse Gayraud; MM. les docteurs Liotard et Faraut.

Médecin neurologue assistant : M. le Docteur Cossa.

Chirurgien assistant : M. le Docteur Gasiglia.

Chirurgiens urologues assistants : MM. les Docteurs Gaillard et Tourtou.

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste assistant : M. le Docteur Lapouge.

Médecin radiologue assistant : M. le Docteur Paschetta.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Besson, Provence, Couderc, Sauvy, Oriol, Bassac, Pugnaire, Ibanez, Simon, Bernedes.

Internes provisoires : MM. Gourdiat, Ribollet, Nicolas, Garipuy, De Alberti, Lepeyre.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.* — Sont nommés :

Externes titulaires : MM. Cornut, Lecuire, Balleydier, Latarjet, Prist (Henri), Bouyon, Cros, Mathevon, Boiron, Ménéault, Meiffret, Magnin, Mlle Hubert, MM. Lernonon, Yao Bit Chin, Charlat, Mlle de Coloujon, MM. Delvaux, Lugand, Depouilly, Bourret, Démard, Peyran, Flattot, Préault, Mlle Bonnet, MM. Delaye, Grange, Cavailher, Pinet, Carrière, Mlle Chauffin, MM. Burthiaud, Léger, Mlle Boutovich, MM. Jarricot, Laborde, Moindrot, Godinot, Mlle Pézant, MM. Charlin, Baranges, Grolemund, Schapira, Rocher, Verrier (André), Villard, Voron,

Alaka, Mlle Pillet, MM. Chavanne, Grumbach, Delbos, Madranges, Boudet, Abry, Lavabre, Martin, Teston, Delignette, Déplanche, Bouzon, Verrier (Marcel), Santoni, Bernard.

Externes provisoires : MM. Chaspoul, Daireaux, Lacroux, Godefroy, Désorthes, Grasset, Le Roux, Jurus, Barrut, Gariel, Gerest, Chambon, Garnier, Gauthier, Sicard, Grand-Clément.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Internat.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Caderas, Bourguet, Bert, Mlle Fosse, M. Balmès-Sauvy ; internes provisoires : M. Cazal, Mlle Boule, MM. Michel-Marguerit, Diacono.

— **Hôpitaux de Lille.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Malatray, Minet, Lherminé, Debeyre, Willems, Demaret, Lagrenée et Verhaeghe.

Internes provisoires : MM. Patoir, Marchandise, Vanneuville et Buyck.

Sont nommés externes : MM. Sence, Spriet, Bastien, Détrez, Gérard, Lecat, Paumier, Roose, Crawford, Caron, Israël, Mlle Aufort, MM. Garet, Letourmy, Gosselin, Mlle Merlin, MM. Husson, Fréalle, Isabel, C. Pannequin, Vannière, Dentier, Belbenoit, Ducloux, Dauchy, Bianay, Degrave, Guillon, Gambey, Doumortier, Colpaert, Roidot.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 NOVEMBRE

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique :

Officiers : M. le Dr Carle, de Lyon ; M. Chaleix, chef de bureau au ministère de la Santé publique.

Chevaliers : MM. les Drs Bertrand, de Lignières ; Fleurot, de Précy-sur-Thyl.

Service de santé militaire.

Par décision du 21 novembre 1931, les officiers de réserve du service de santé ci-après désignés, sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de méd. col. : Fasquelle, à Paris ; Garret, à Granville.

Avec le grade de méd. lieut.-col. : Auvray, à Paris ; Charlier, à Paris ; Lefort, à Paris ; Montalti, à La Garenne-Colombes ; Yardin, à Calais ; Marie, à Montgeron (Seine-et-Oise) ; Musin, à Amiens ; Alliot, à Paris ; Halle, à Paris ; Thiéry, à Saint-Mihiel ; Ragnaud, à Birac (Charente) ; Imbert, à Marseille ; Camichel, à Agen ; Rouquette, à Bordeaux ; Piquet, à Constantine.

Avec le grade de méd. comm. : Fredet, à Paris ; Jolly, à Paris ; Wiart, à Paris ; Hennecart, à Sedan ; Kahn, à Paris ; Morillon, à Craon (Mayenne) ; Coville, à Orléans ; de Larroude de Lecussan, à Nice ; Mari, à Puget-Ville (Var) ; Sorel, à Toulouse ; Oraison, à Bordeaux ; Raoust, à Alger ; Thiry, à Nancy.

Avec le grade de méd. capit. : Blum, à Paris ; Bourgeau, à Bray-et-Lû (Seine-et-Oise) ; Bouvet, à Paris ; Breton, à Paris ; Brisard, à Paris ; Cottu, à Paris ; Deschamps, à Coudray-Montceaux (Seine-et-Oise) ; Français, à Paris ; Gires, à Paris ; Guibert, à Paris ; Lecœur, à Paris ; Marchand, à Paris ; Perrossier, à Versailles ; Pissot, à Versailles ; Rieu, à Paris ; Dorvaux, à Saint-Denis ; Duquennoy, à Tourcoing ; Cache, à Sacy-le-Grand (Oise).

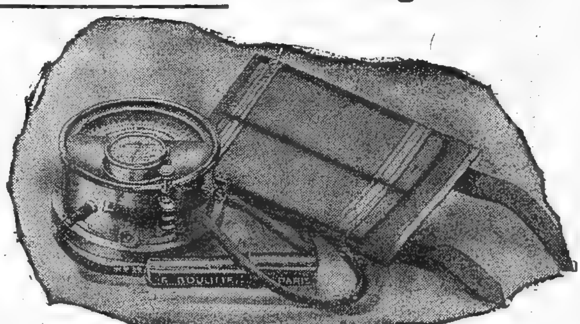
Baize, à Coutances ; Cailloue, à Falaise ; Deslandes, à Cherbourg ; Grellet, à Elbeuf ; Quentin, à Rouen ; Marais, à Caen ; Routier, à Astaffort (Lot-et-Garonne) ; Cousin, à Paris ; Launay, à Châteauneuf-en-Thimerais (Eure-et-Loir) ; Poussin, à Ecommoy (Sarthe) ; Capgras, à Paris ; Coudert, à Paris ; Meunier, à Paris.

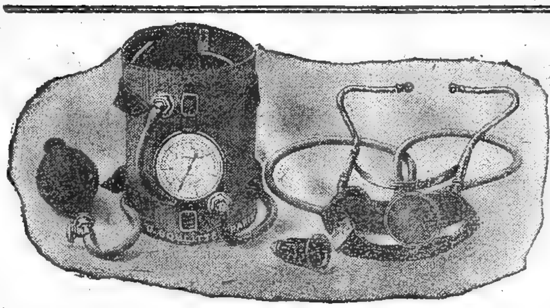
Pignot, à Paris ; Aerts, à Pont-à-Mousson ; Viller, à Metz ; Weill, à Paris ; Henriot, à Orchamps-Vennes (Doubs) ; Madru, à Grandvillars (territ. Belfort) ; Bardon, à Lhuir (Aube) ; Milanof Stoiko, à Champignelles (Yonne) ; Amouroux, à Poitiers ; Blotin, à Paris ; Mathe, à Paris ; Monjauze, à Paris ; Pineau, à La Callière (Vendée) ; Prudhomme, à Saint-Léonard (Haute-Vienne).

Bertucat, à Saint-Bonnet-le-Château (Loire) ; Petit, à Nice ; Reboul, à Cannes ; Clavel, à la Côte-Saint-André (Isère) ; Cuzin, à Lyon ; Dorche, à Gap ; Horand, à Lyon ; Desanti, à Marseille ; Fornari, à Menton ; Atger, à Sainte-Croix-Vallée-Française (Lozère) ; Crouzet, à Paulhan (Hérault) ; Fabre, à Monestiers-sur-Céron (Tarn) ; Gourdon, à Soual (Tarn) ; Herber, à Sète ; Vidal, à Castres ; Fabre, à Toulouse ; Fournier, à Capdenac (Aveyron) ; Lafon, à Toulouse ; Boymier, à Bordeaux ; Cayre, à Labarthe-de-Neste (Basses-Pyrénées) ; Cloupet, à Libourne ; Dupuy, à Villandraut (Gironde).

Labat, à Grignols (Gironde) ; Barbe, à Médéa (Algérie) ; Jarsaillon, à Oran ; Moggi, à Alger ; Cahen à Epiral ; Brau, à Larache (Maroc).

Avec grade méd. lieut : Georges, à Paris ; Godeau, à Nantes ; Gozzi, à Paris ; Pergola, à Paris ; Sarazin, à Paris ; Renouard, à Jouarre (Seine-et-Marne) ; Berte, à Raucourt (Ardennes) ; Rascalou, à Charleville ; Angéli, à Canteleu (Seine-Inférieure) ; Trouvé, à Ecouis (Eure) ; Coupe de Lahongrais, à Fay-aux-Loges (Loiret) ; Cohen, à Mourmelon-le-Grand ; Comte, à Reims ; Mainot, à Paris ; Fouilhoux, à Toulon-sur-Mer ; Marion, à Fontvieille (Bouches-du-Rhône) ; Bompeix, à La Jonchère (Haute-Vienne) ; Marty, à Brousses, par Cuxac-Cabardes (Aude) ; Iribarne, à Bayonne ; Lenourichel, à Begadan (Gironde) ; François, à Delme (Moselle) ; Klein, à Strasbourg ; Henry, à Tunis ; Laurent, à Casablanca ; Tabar, à Alger.





26 NOVEMBRE

Médecine coloniale.

M. le Dr Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la Commission consultative d'assistance et d'hygiène mentale au Ministère des Colonies.

29 NOVEMBRE

Assurances sociales.

Arrêté du 23 *novembre* 1931 *relatif à l'application du décret du* 27 *août* 1931 *concernant les modes particuliers de libération des contributions d'assurances sociales.*

Art. 1er. — L'employeur, qui utilise le mode de libération prévu par le décret du 27 août 1931 susvisé remet à chaque salarié assuré, à la fin de la période de validité du feuillet trimestriel ou de la carte annuelle de cotisations, les récépissés attenant à ces feuillets et cartes, après y avoir porté les mentions suivantes :

1° Le nom et le numéro matricule de l'assuré ;

2° La période de validité du feuillet ou de la carte ;

3° Le numéro d'ordre du compte spécial qui a été ouvert à l'employeur par le service des assurances sociales ;

4° Le montant des contributions correspondant à la période de validité du feuillet ou de la carte ;

5° La date de la délivrance du récépissé.

Le récépissé est revêtu de la signature de l'employeur ou de son préposé.

Art. 2. — L'employeur qui utilise le mode de libération ci-dessus prévu doit remettre la carte annuelle de cotisations, munie de ses feuillets, aux salariés qui quittent leur emploi avant la fin de la période de validité de ces carte et feuillets.

Préalablement à cette remise, l'employeur établit, au moyen des formules qui lui sont délivrées par le service départemental des assurances sociales, un duplicata de ladite carte et desdits feuillets. Les duplicata, sur lesquels l'employeur porte d'une façon apparente la mention « carte *bis* » ou « feuillet *bis* », sont conservés par lui jusqu'à l'expiration de leur période respective de validité, pour être transmis à ce moment au service départemental par bordereau, dans les conditions prévues à l'article 2 du décret du 27 août 1931 susvisé.

L'employeur remet aux salariés susvisés, en même temps que leurs carte et feuillets, le récépissé attenant aux duplicata de ces carte et feuillets établis par lui, après y avoir porté les mentions prévues à l'article 1er du présent arrêté.

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté auront effet à partir du 1er janvier 1932.

Art. 4. — Le directeur général des assurances sociales, de la prévoyance et de la mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Hygiène publique.

Avis de concours pour un emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne et de deux emplois de medecin inspecteur d'hygiène.

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la santé publique, le 21 décembre 1931, à dix heures, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne et de deux médecins inspecteurs d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes des deux sexes, exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques, auxquelles sont assimilées les fonctions de médecin militaire, et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français ; avoir satisfait à la loi militaire s'ils sont du sexe masculin, et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande rédigée sur timbre, devra être adressée au préfet de la Haute-Garonne, avec le dossier réglementairement composé, ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 15 décembre, dernier délai :

1º Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2º Acte de naissance ;

3º Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4º Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5º Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6º Exposé des titres, travaux, états de service et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ;

7º Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions ; de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ;

8º Principales publications ;

9º Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département, pendant une durée minimum de trois ans ;

10º Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de la Haute-Garonne pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le préfet, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Les candidats devront se rendre au ministère de la santé publique au jour et à l'heure fixés pour le concours afin que le jury puisse, le cas échéant, les inviter à venir en personne présenter leurs titres.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène entrera en

fonction au 1er janvier et sera immédiatement titularisé.

Les candidats désignés pour remplir les fonctions de médecins inspecteurs d'hygiène seront astreints à un stage préliminaire d'un an, à l'expiration duquel ils pourront être titularisés dans leurs fonctions.

Par contre, si, dans leur service les médecins stagiaires ne donnent pas satisfaction, ils seront licenciés sans formalité ni indemnité.

L'inspecteur départemental d'hygiène et les médecins inspecteurs seront tenus d'assurer, sous l'autorité du préfet, le fonctionnement de tous les services de protection de la santé publique qui leur seront confiés.

L'échelle des traitements de l'inspecteur départemental d'hygiène, chef de service, est fixé ainsi qu'il suit :

4e classe	45.000 fr.
3e classe	50.000 »
2e classe	55.000 »
1re classe	60.000 »

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixée ainsi qu'il suit :

4e classe	36.000 fr.
3e classe	39.000 »
2e classe	42.000 »
1re classe	45.000 »

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auront pu être rendus dans différentes administrations publiques.

L'inspecteur départemental d'hygiène et les médecins inspecteurs sont inscrits à la caisse départementale des retraites et bénéficient des différents avantages consentis aux employés du département (indemnités de résidence et de charges de famille).

Ils devront avoir une automobile en ordre de marche et toucheront une indemnité annuelle de frais de déplacement de 15.000 fr.

1er DÉCEMBRE

Enseignement de la médecine.

M. Rochaix, agrégé près la Faculté de Lyon, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Courmont).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Cumul des prestations de l'assurance sociale et des allocations d'assistance.

13966. — M. Taittinger, expose à M. le Ministre du Travail qu'une femme, mère de huit jeunes enfants (douze ans à deux mois), a quitté l'assistance médicale gratuite pour faire partie des assurances sociales ; et lui demande si elle peut continuer à tou-

cher la prime d'allaitement et le secours accordé par la loi Strauss, en plus du secours aux familles nombreuses. (*Question* du 12 novembre 1931.)

Réponse. — Aux termes de l'article 150 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, les femmes assurées qui ont droit, en cas de maternité, aux prestations en nature et en argent, sont, de ce fait, et par application de l'article 59, paragraphe 2, de la loi, exclues du bénéfice de la législation sur l'assistance aux femmes en couches et ne peuvent non plus prétendre aux primes d'allaitement prévues par la loi du 24 octobre 1919. Mais les femmes d'assurés, non assurées elles-mêmes, qui ont droit aux prestations en nature peuvent, si elles remplissent par ailleurs les conditions requises pour être admises au bénéfice des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches, obtenir les prestations en argent prévues par lesdites lois. D'autre part, l'assurée conserve dans tous les cas, conformément à l'article 58 de la loi sur les assurances sociales, le bénéfice des lois sur l'assistance ou l'encouragement national aux familles nombreuses. (*J. O.*, 27 novembre 1931.)

Nomination des directeurs de Bureaux d'hygiène.

14040. — M. Camille Bénassy, demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si, en l'état actuel de la législation sanitaire, la nomination d'un directeur de bureau d'hygiène est soumise par des textes invariables à des règles précises ; 2° comment est dressée la liste des candidats jugés aptes, en raison de leurs titres, à la direction d'un bureau d'hygiène avant d'être proposée au choix du maire ; 3° si, pratiquement, cette liste d'aptitude est dressée par une commission restreinte, ou commission spéciale, du conseil supérieur d'hygiène publique de France, la loi autorisant que ce conseil n'en ait jamais connaissance en séance plénière ; 4° s'il est dans la lettre ou l'esprit de la loi que cette garantie de régularité de procédure ne soit pas assurée aux candidats ; 3° si par les mots « liste des candidats reconnus aptes en raison de leurs titres à la direction d'un bureau d'hygiène » la loi entend les seuls titres de compétence technique sanitaire nécessaires à l'accomplissement d'une fonction sanitaire ; ou si d'autres éléments d'appréciation pour le classement ou l'éviction peuvent intervenir administrativement sans qu'ils aient été mentionnés dans la loi de protection de la santé publique du 15 février 1902 ; 6° si les candidats qui n'ont pas été inscrits sur la liste d'aptitude présentée au maire, qui choisit son directeur de bureau d'hygiène, peuvent faire appel d'une décision d'exclusive qui les atteint ; 7° dans quelles conditions ce recours peut s'exercer et quelle en est la procédure légale ; 8° si une nomination à la direction d'un bureau d'hygiène, qui aurait été faite au mépris de ces conditions pro-

Voir la suite page LXIII-3823

PROPOS DU JOUR

L'Alimentation du Premier Age au Comité national d'Etudes sociales et Politiques

Le Comité national d'Etudes sociales et politiques a repris la série de séances d'études relatives à l'organisation de la vie individuelle et collective. L'ordre du jour de la dernière réunion, tenue à la Cour de Cassation, portait : *Un problème vital pour l'avenir de la race française : L'alimentation du premier âge.*

Malgré les noms de savants et de cliniciens distingués qui devaient aborder cette question nous nous demandions avec quelque anxiété ce qui pourrait sortir d'intéressant d'un sujet aussi banal. Est-ce que tout n'a pas été dit, écrit et répété sur l'alimentation du premier âge depuis plus de cinquante ans que médecins et autres s'occupent de la protection de l'enfance ?

Eh bien ! nous devons avouer que malgré nos prévisions, la séance a été fort intéressante. Ah ! nous n'y avons pas appris beaucoup de choses que nous ne connaissions déjà. Mais tout ce que nous savons sur ce sujet a été groupé, méthodiquement classé, mis en valeur selon son importance médicale ou sociale et cela a suffi à modifier notablement nos idées sur l'allaitement maternel ou artificiel sans ajouter beaucoup à nos connaissances.

***

M. le Prof. Marchoux, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine, présidait. Après avoir exposé le programme de la série des séances qui s'ouvrait, il donna la parole à M. le Professeur Mouriquand, de la Faculté de médecine de Lyon.

M. le Prof. Mouriquand fit un remarquable exposé d'ensemble de la question qu'il traita complètement avec toute la compétence et la clarté désirables et cela au point que la tâche des orateurs qui prirent la parole après lui, se trouva singulièrement réduite.

Le premier âge, dit-il, est exposé à trois périls : le péril *héréditaire*, le péril *alimentaire* et le péril *infectieux*. Les périls héréditaire et infectieux sont partiellement évitables et peuvent dans une certaine mesure être victorieusement combattus, mais le péril alimentaire est totalement évitable. En réduisant ce péril à ce qu'il devrait être, et cela est possible, la mortalité infantile serait diminuée du tiers. Les maladies d'origine alimentaire, telles que le rachitisme, le scorbut infantile, etc., ne devraient plus exister, en tous cas doivent disparaître. Mais pour arriver à supprimer le péril alimentaire et digestif, il faut à la fois connaître et bien comprendre les principes qui doivent nous guider dans la lutte et être au courant des progrès très sérieux que le laboratoire a fait faire depuis dix ans à la question de l'alimentation de la première enfance.

Beaucoup de maladies digestives du nouveau-né relèvent de l'infection, de l'intoxication, mais ce qui domine tout et de beaucoup dans l'étiologie et la pathogénie de ces maladies, c'est l'équilibre alimentaire. Pour que le nourrisson se développe normalement, il faut lui fournir des aliments caloriques (sucre, hydrates de carbone, graisse), des aliments plastiques pour permettre à ses cellules de se multiplier (albuminoïdes) et en outre des substances *minimales* dont le rôle, encore mystérieux dans son essence, est très important, substances que l'expérience fait considérer comme indispensables.

Deux problèmes se posent alors : le problème quantitatif et le problème qualitatif. Il faut que la quantité des aliments permette de produire le nombre de calories nécessaires à la vie et à la santé de l'enfant ; il convient en outre que la qualité des aliments permette à un équilibre de la nutrition de s'établir.

En pratique les deux problèmes quantitatif et qualitatif se confondent.

Nous sommes ainsi amenés à étudier la suralimentation, la sous-alimentation et la carence des substances minimales.

La *suralimentation* se divise en suralimentation équilibrée et suralimentation déséquilibrée.

Dans la *suralimentation équilibrée* l'enfant est soumis à un bon régime mais à un régime excessif ; on n'observe ce genre de suralimentation

que dans un seul cas, celui de l'enfant nourri au sein. Il peut déterminer des troubles digestifs, le plus souvent peu graves, des diarrhées, un embonpoint excessif, mais les enfants au sein suralimentés sont de beaux bébés aux tissus fermes, au visage coloré, dont les troubles digestifs cessent le plus souvent facilement. Socialement la suralimentation équilibrée est inexistante.

Autrement dangereuse est la *suralimentation déséquilibrée*. Elle s'observe chez l'enfant soumis à une alimentation artificielle. Elle prédispose aux gastro-entérites infectieuses mais en outre toute une série de troubles généraux et digestifs graves peuvent en être la conséquence. La stérilisation du lait a fait faire un grand progrès dans la lutte contre les gastro-entérites et les diarrhées, mais elle ne donne pas des résultats absolus. Dans des enquêtes faites à Lyon, au Maroc, au Canada, on a pu constater que la mortalité des enfants au sein est excessivement faible si on la compare à celle des enfants qui reçoivent une autre alimentation. M. Mouriquand s'élève contre le préjugé qui dans le peuple fait souvent confondre le poids et la santé. Il ne faut pas considérer comme de beaux enfants sains, ces nourrissons rachitiques, très gros, aux tissus mous, au teint blafard, à rate volumineuse, ce sont des suralimentés déséquilibrés.

Les méfaits de la suralimentation existent mais ils ont été exagérés et leur crainte a fait tomber dans l'excès contraire, la *sous-alimentation* qui fait encore beaucoup de victimes. M. Mouriquand a observé qu'un tiers des nourrissons, conduits à sa clinique, étaient sous-alimentés.

Là encore il faut distinguer la sous-alimentation équilibrée des enfants au sein de la sous-alimentation déséquilibrée des enfants soumis à un autre régime.

Dans la *sous-alimentation équilibrée* on constate quelques troubles digestifs, généralement peu graves, l'enfant maigrit mais ne tombe jamais dans la cachexie. Il suffit de peser le bébé avant et après les tétées pour se rendre compte de l'insuffisance de son alimentation, y suppléer et le guérir.

La *sous-alimentation déséquilibrée* est le plus souvent causée par le coupage du lait en de mauvaises proportions, par l'alimentation exclusive au babeurre, aux féculents, au bouillon de légumes, tous ces procédés qui peuvent être excellents et très utiles à un moment donné, ne doivent être appliqués que momentanément. La sous-alimentation déséquilibrée provoque les gastro-entérites, les diarrhées, les vomissements Poussée loin, elle provoque après l'amaigrissement la cachexie et se termine par l'athrepsie décrite par Parrot. Il se produit alors des altérations cellulaires contre lesquelles on ne remédie qu'avec de grandes difficultés.

M. Mouriquand met en garde contre les dangers des régimes trop restreints instaurés souvent contre des affections bénignes comme l'eczéma. On doit surveiller les coupages de lait, ne pas se laisser obséder par l'idée de l'hérédo-syphilis et songer à la sous-alimentation déséquilibrée.

Après la suralimentation et la sous-alimentation, le Prof. Mouriquand aborde le chapitre des *maladies par carence alimentaire*. Le déséquilibre porte alors sur les *substances minimales* indispensables au développement et à la vie. Il ne faut pas médire de l'industrie qui a permis d'améliorer l'alimentation en général, elle a rendu d'inappréciables services, mais aussi nous devons signaler parfois ses méfaits qui consistent dans la suppression des substances minimales, qui agissent comme des ferments nécessaires.

Parmi ces substances minimales nombreuses dont un certain nombre sont connues et dont beaucoup sont encore à découvrir, citons les vitamines qui ont été plus particulièrement étudiées.

La *vitamine C* qui abonde dans les jus de fruits frais, dans les légumes verts, détermine par son absence le scorbut. Si sa carence est relative, on constate de petits signes : pâleur, amaigrissement, douleurs dans les membres, etc., etc.

Nous avons eu longtemps le tort de ne pas nous rendre compte des deux qualités que présentent les aliments. Il y a les aliments bases qui sont les aliments naturels ou s'en rapprochent et les aliments médicaments dont on ne doit faire usage que momentanément. La confusion de ces deux aliments est dangereuse et il faut s'efforcer de se rapprocher de la nature et d'utiliser surtout l'élément base pourvu de vitamines.

La *vitamine A* se trouve dans le beurre, elle est absolument indispensable au nourrisson. Sa carence détermine l'arrêt du développement et une maladie très grave, la xérophtalmie qui peut amener la mort et dont on a observé une véritable épidémie pendant la guerre au Danemark et dans les empires centraux. Ces maladies de carence peuvent survenir chez les enfants au sein et il importe de surveiller l'alimentation de la nourrice dont les glandes mammaires ne

fabriquent pas ces vitamines et qu'il convient de lui faire ingérer. Cette carence du lait de la nourrice s'observe aussi avec la *vitamine B* qui se trouve dans le cuticule des graines de céréales. On sait que l'alimentation exclusive avec le riz décortiqué donne le béribéri ; or, les nourrices qui s'alimentent ainsi, donnent le béribéri à leurs enfants.

Enfin il y a la *vitamine D* qui n'existe pas dans les aliments mais qui se développe dans la peau sous l'influence des rayons solaires et agit énergiquement sur la nutrition.

Et M. Mouriquand termine en signalant les déséquilibres latents qui se manifestent par une résistance beaucoup moins grande aux infections. Dans une épidémie de grippe, observée en Amérique, la mortalité se manifesta excessive dans une salle peuplée d'enfants nourris artificiellement tandis qu'elle était presque nulle dans une salle voisine dont les enfants étaient au sein.

***

Après le Prof. Mouriquand, M. le Dr Rohmer, professeur de clinique pédiatrique à Strasbourg, expose quelques conclusions pratiques qui complètent l'exposé magistral du Maître lyonnais. Il ne suffit pas, dit-il, de donner au nourrisson au cours d'une alimentation artificielle ce qu'il est convenu d'appeler du bon lait, il faut rapprocher le plus possible cette alimentation de l'alimentation au sein et sur ce sujet il est extrêmement difficile d'arriver à appliquer une méthode pratique idéale. A ce sujet des points sont acquis, c'est la nécessité d'établir l'équilibre entre les substances caloriques et plastiques et aussi les substances minimales. Le déséquilibre entre les graisses et les substances hydrocarbonées provoque des dystrophies ; il faut que ces deux genres de substances soient absorbées dans une proportion définie : 3 de matières grasses pour 6 d'hydrates de carbone, rapport qui se rapproche de la composition du lait maternel. Les hydrates de carbone permettent une meilleure utilisation des substances azotées que les graisses. Il ne faut pas se borner aux sucres ; les hydrates de carbone, les farineux sont nécessaires et donnent de meilleurs résultats que les sucres. C'est un fait d'observation indiscutable. Il est très utile d'ajouter aux aliments dans les premiers mois une petite quantité de farine 1 à 2 pour 100, et on doit revenir du préjugé qui interdit les farines pendant les premiers mois de la vie.

Les matières grasses sont indispensables à la croissance, mais il ne faut pas que la quantité de graisse, pas plus que celle de farine, soit en excès sous peine d'amener des troubles dystrophiques.

Les substances minimales sont encore absolument nécessaires. Selon M. Rohmer, on ne se préoccupe pas assez de l'alimentation des nourrices, ni de celle des vaches qui doivent absorber des aliments frais pour que leurs laits soient chargés de substances vitaminées.

Pour faire absorber la vitamine D, il ne faut pas se contenter de l'irradiation de la peau. On prépare actuellement des laits irradiés sous forme de poudre et les résultats des études faites à ce sujet doivent être suivis de près. Il convient, conclut M. Rohmer, de travailler à mettre toutes ces questions au point pour arriver à formuler des conseils simples et pratiques.

M. le Dr Max Forest, médecin-chef de l'Institut de Puériculture de Strasbourg, insiste sur la diminution considérable de la mortalité chez les enfants nourris avec du lait humain. Rares sont les cas, en dehors de la tuberculose et des maladies graves en évolution, où l'allaitement maternel ne peut s'effectuer. Si la mère manque, si l'on ne peut trouver de nourrice, ce qui est très fréquent actuellement, il faut utiliser le lait que produisent en surabondance la plupart des mères qui allaitent, soit directement, soit en faisant des conserves de lait humain. L'essentiel est de donner du lait humain pendant les premiers mois ; à partir de six mois le lait est insuffisant et on doit lui adjoindre des farineux.

Le Prof. Lereboullet, de la clinique des Enfants-Assistés de Paris, constate que tout le monde est d'accord sur l'importance du péril alimentaire. Il est des erreurs qu'il faut combattre telles que la trop grande importance donnée à la suralimentation et l'exclusivité de certains aliments. Il faut signaler les dangers de la transposition des idées exposées par les maîtres dans le public et même dans le public médical. Jules Lemaître avait insisté sur la nécessité d'écrire un petit livre intitulé : « Opinions à répandre », pareil livre serait fort utile en ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né.

L'alimentation au sein n'a pas besoin d'être fort longtemps exclusive ; elle peut être promptement remplacée par l'allaitement mixte. Le Prof. Lereboullet évoque l'histoire de la nourricerie Parrot aux Enfants-Assistés où la mortalité s'accrut formidablement quand on y supprima

les nourrices, pour diminuer dans une très forte proportion quand le Prof. Marfan y rétablit l'allaitement au sein. M. Lereboullet est persuadé qu'on pourrait augmenter considérablement l'emploi du lait humain et approuve les tentatives de M. Max Forest qui devraient être imitées. En tout cas il conviendrait qu'un contrôle très sérieux du lait de vache fût organisé. Enfin il faut lutter contre des erreurs, telles que le danger excessif de la suralimentation, erreurs qui ont pour conséquence de faire tomber dans l'excès contraire.

M. LESNÉ proclame que l'allaitement maternel est indispensable pendant les trois premiers mois. On est pratiquement obligé d'avoir recours au biberon et de faire usage d'un lait néfaste. Il insiste sur les dangers que cause la mauvaise alimentation des vaches avec les drèches fermentées et les tourteaux Il montre combien les germes pathogènes pullulent dans les laits livrés à la consommation. Ces germes proviennent des maladies de la vache, du manque de soins de propreté lors de la traite, de la pollution des bidons lors du transfert. La coopération des médecins, des vétérinaires, des hygiénistes, des techniciens du lait serait indispensable à la surveillance du commerce de cet aliment et il conviendrait qu'un bactériologiste examinât le lait avant d'autoriser sa vente.

M. MARCHOUX a vu fonctionner au Brésil la surveillance et le contrôle du lait qui s'y opèrent d'une façon très sérieuse.

M. le Dr BOIGEY a fait une statistique, peu nombreuse mais très complète, qui montre l'influence énorme et indiscutable de l'allaitement maternel sur la mortalité infantile. Les enfants nourris par leur mère sont immunisés contre les infections ou leur résistent infiniment plus.

M. le Dr DEBRÉ insiste sur l'importance du péril infectieux. Il montre l'impossibilité de préserver le lait des souillures dans le milieu populaire et de donner à l'enfant en dehors du sein maternel une alimentation saine et bien équilibrée. La lutte contre le taudis, l'effort éducatif, l'effort d'organisation sont les préoccupations qui doivent tenir le premier rang. Le péril alimentaire est surtout précoce ; c'est pendant les trois premiers mois que l'allaitement maternel est indispensable.

M. Marcel MARTIN, directeur adjoint de la caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, indique rapidement les efforts que font et comptent faire les Assurances sociales pour favoriser sérieusement l'allaitement maternel et assurer la surveillance du développement des nourrissons.

Pour lui le plus important est l'éducation des mères et cette éducation doit se faire à la consultation de nourrissons. *La consultation de nourrissons ne doit jamais être une consultation médicale,* l'enfant malade doit être soigné par le médecin de sa famille ; la consultation de nourrissons doit être une consultation d'éducation de la mère qui y apprendra à alimenter et à soigner son enfant bien portant pour l'empêcher de tomber malade.

M. M. Martin montre les tracts, le livret de la jeune maman que répandent les caisses. A son avis, il faudrait une modification de la législation, permettant de donner moins longtemps les primes d'allaitement maternel, mais de les donner plus nombreuses et beaucoup plus importantes pendant les premiers mois où le lait maternel est indispensable.

Il regrette en terminant la sorte de discrédit et d'indifférence que l'on constate dans la région parisienne à l'égard des Gouttes de lait, ces institutions si utiles qu'il conviendrait de faire revivre et de développer.

M. le Dr NETTER, de l'Académie de médecine, clôt la séance en insistant sur la nécessité de rédiger un tract donnant des conseils simples et pratiques sur l'alimentation des nouveau-nés. Il serait utile d'y faire remarquer que l'usage exclusif du lait de femme n'est pas indispensable pendant fort longtemps, seulement pendant les quatre premiers mois environ. Il y a encore un autre point secondaire qui a son importance au point de vue de la prévention des avitaminoses, c'est de s'assurer que le lait qu'on fait prendre à un enfant, lait que la mère stérilise, n'a pas déjà subi avant sa livraison une première stérilisation. Il a pu constater des cas de scorbut infantile et des troubles dystrophiques moins graves dus à cet excès de stérilisation.

***

Par ce court et incomplet exposé de la séance du *Comité national d'études sociales et politiques*, le lecteur peut se rendre compte de l'intérêt que présente, aujourd'hui plus que jamais, la question de *l'Alimentation du premier âge*, c'est *un problème vital pour l'avenir de la race française* et si, comme il est probable, le Comité obtient la rédaction très claire et très simple d'un tract, mettant en garde contre quelques erreurs qui sont encore admises à cette heure, indiquant d'une

façon nette et précise les directives qui doivent guider dans l'alimentation de l'enfant, tract qui sera édité et répandu largement par la caisse interdépartementale des Assurances sociales, nous sommes convaincus qu'il aura rendu une fois de plus un service signalé à la cause de l'humanité et à celle de la Patrie qui ne sauraient ici être séparées.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DES FRACTURES OUVERTES DE JAMBES

Par M. le Dr Pierre MABILLE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté.

Chirurgie. — Sérothérapie. — Vaccinothérapie.

Le dernier congrès de chirurgie a mis au premier plan de l'actualité le traitement des fractures ouvertes de jambes.

J'ai eu la joie de constater que, depuis la dernière discussion sur le même sujet à la Société de chirurgie, la note générale du débat s'était trouvée modifiée dans le sens que j'estime conforme à la prudence chirurgicale.

En 1928, j'écrivais comme conclusions de ma thèse :

« I. — La gravité des fractures ouvertes est restée considérable ; il persiste un danger vital, résultant de l'infection, et en particulier de la gangrène gazeuse. Le pronostic fonctionnel est encore souvent très réservé, l'infection subaiguë tenace amenant l'ostéite chronique ; les retards de consolidation, les pseudarthroses, les gros cals douloureux compromettent la guérison de ces blessures et exigent de multiples interventions chirurgicales.

« II. — Les méthodes actuelles de désinfection chirurgicale : nettoyage mécanique, excision des tissus contus avec résection des extrémités osseuses, s'il y a lieu, ne mettent pas d'une façon certaine à l'abri des accidents infectieux. Ce fait explique les échecs de la suture primitive dans de nombreux cas et les difficultés de poser les indications d'une fermeture complète de la plaie, à plus forte raison d'une synthèse osseuse immédiate.

« III. — L'infiltration du foyer de fracture et des tissus voisins avec des doses importantes de sérum antigangréneux polyvalent, antistreptococcique, antitétanique, empêche l'infection plus certainement que toute autre méthode actuelle. En particulier, cette sérothérapie locale semble plus active que la sérothérapie générale jusqu'à présent employée.

« IV. — Les réactions sériques variables d'intensité et de modalité, malgré la gêne qu'elles comportent pour les blessés (éruption, fièvre, prurit), pour le chirurgien (difficultés de diagnostic entre des réactions sériques et des incidents infectieux) ne doivent pas faire abandonner la méthode ; les avantages paraissant plus importants que les inconvénients observés.

« V. — La sérothérapie systématique locale par infiltration du foyer des fractures ouvertes, en réduisant les risques d'infection facilite le choix des méthodes de réduction et de contention de la fracture. Elle permet la suture primitive, qu'elle rend moins aléatoire, permet des sacrifices de tissus moins étendus, simplifie le problème orthopédique que posent ces fractures. La durée du traitement est diminuée ainsi que l'immobilisation des blessés, et dans une certaine mesure la réparation osseuse semble activée. »

Ces conclusions étaient le fruit de l'observation de dix-huit cas de fractures ouvertes traitées par moi. Depuis trois ans, j'ai eu l'occasion d'opérer, dans le service de mon maître le Professeur Delbet, une vingtaine de fractures ouvertes de jambes. J'ai pu ainsi préciser dans mon esprit différents points de technique.

Dans l'ensemble, je reste fidèle aux précédentes conclusions. J'estime que les fractures ouver-

tes doivent être opérées dans le plus bref délai, et qu'un large épluchage est nécessaire ; mais, quel que soit le soin qu'on apporte à réaliser celui-ci, il est toujours insuffisant pour assurer une stérilisation complète de la blessure. C'est ce qui explique les mécomptes et les accidents graves des ostéosynthèses primitives faites par certains.

La technique, que j'ai le premier préconisée : à savoir l'infiltration systématique de la plaie et des régions voisines avec le sérum polyvalent antigangréneux, ne s'est pas répandue. Cependant, un confrère au dernier Congrès de chirurgie en a dit tout l'intérêt.

Mes résultats personnels me permettent de dire qu'il y a là une assurance considérable contre l'infection, et j'attire de nouveau l'attention des praticiens sur l'intérêt qu'il y aurait à vulgariser cette technique. Elle permet, en effet, d'avoir une liberté plus grande dans le second temps de l'opération, qui est la contention des fragments.

Je rappelle la technique, que j'avais indiquée et que j'emploie. Dans une cupule stérilisée on mélange 30 à 50 cmc. de sérum antigangréneux polyvalent, 20 cmc. de sérum antistreptococcique, 20 cmc. de sérum antitétanique. Une fois l'épluchage et le nettoyage de la plaie pratiqués, on infiltre à la seringue comme pour une anesthésie locale toutes les régions voisines de la blessure ; l'aiguille est successivement enfoncée dans les espaces cellulaires, dans les muscles, dans le périoste de façon à bloquer toute la région.

Vers la fin de cette infiltration on voit le sérum refluer dans le foyer de fracture ; j'évite alors d'éponger et je referme ainsi la plaie.

Les incidents auxquels donne lieu cette sérothérapie sont :

Une poussée de fièvre vers le huitième ou dixième jour avec un peu d'urticaire quelquefois de l'adénopathie ; il faut se rappeler l'existence de ces phénomènes, dus à la récation sérique pour ne pas les confondre avec une infection débutante.

Cette méthode permet de réaliser biologiquement une stérilisation du foyer de fracture.

Le deuxième temps de l'opération consiste à la réduction et à la contention des fragments. L'emploi systématique de la sérothérapie locale, en favorisant la fermeture des plaies importantes et qui semblaient gravement souillées, augmente le choix des moyens de contention et rendrait l'ostéo-synthèse primitive moins aléatoire.

Il faut se rappeler cependant que celle-ci doit rester un procédé d'exception car, en admettant qu'elle n'acquiert aucune gravité supplémentaire du fait de l'ouverture de la fracture, elle conserve les inconvénients, qu'elle présente faite dans de bonnes conditions pour les fractures fermées, c'est à-dire outre les risques de suppuration, ceux très réels de pseudarthrose, de cals exubérants ou douloureux.

Pour les fractures ouvertes de jambes, la réduction est dans la règle possible, et il suffit d'appliquer un appareil de Delbet correctement pour obtenir une contention excellente.

Que l'on emploie cet appareil ou d'autres, un plâtre ou un mode de synthèse externe peu importe au fond, pourvu qu'on se rappelle ce qui est dans mon esprit une loi absolue : *Une fracture ouverte opérée doit sortir de la salle d'opérations rigoureusement immobilisée.*

Tous les accidents ou incidents secondaires, que j'ai observés, n'avaient comme origine qu'une immobilisation insuffisante des fragments ; l'ostéosynthèse n'aurait qu'une excuse : l'impossibilité de fixer suffisamment la fracture. Les indications ne sont pas tellement fréquentes puisque, en deux ans, sur 20 cas, je n'en ai pas fait une seule.

Depuis deux années, j'ai ajouté à la sérothérapie la vaccinothérapie. A l'infection instantanée que réalise la plaie souillée par l'accident de la rue, le sérum seul est capable d'apporter la défense immédiatement nécessaire. Mais une fois le danger grave de l'infection suraiguë gangréneuse éloigné, il reste celui de l'infection légère, ostéite, tendant à la chronicité. A celle-là le sérum n'est plus l'agent efficace. C'est la vaccination qu'il faut employer.

En utilisant les méthodes habituelles de vaccination post-opératoire, on augmente la défense de l'organisme, et on évite dans une plus grande mesure les ostéo-myélites secondaires. Ainsi la période du choc opératoire étant franchie, je fais injecter 3 cmc. de propidon à trois jours d'intervalle. Si la plaie n'a pas pu être fermée dès les premiers pansements, je l'arrose de vaccin, faisant ainsi la vaccinothérapie locale.

En terminant ce bref exposé, je voudrais insister sur la nécessité d'être extrêmement conservateur en ce qui concerne les délabrements graves des membres. A deux reprises, une fois pour un coude entièrement broyé, une seconde fois pour une jambe dont même l'irrigation semblait compromise, j'ai pu sauvegarder l'intégrité des membres. Lorsqu'il s'agit d'un blessé jeune, qui peut faire les frais d'une convalescence longue d'opérations renouvelées comme greffes, etc., un tel résultat devient tout à fait remarquable. Naturellement, il serait inutile de demander un effort aussi prolongé à un organisme vieux et fatigué.

Comme on le voit, la sérothérapie et la vaccinothérapie sont susceptibles de modifier profondément les techniques chirurgicales. Il y a là plus qu'un fait isolé, mais bien une orientation nouvelle de la conception de la chirurgie. On arrive, hélas, bien difficilement à la répandre.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker.

Rapports pathologiques de l'appendice et de l'appareil urinaire (1)

Professeur LEGUEU.

Nous allons parler aujourd'hui des rapports pathologiques existant entre l'appendice et les voies urinaires.

Le voisinage anatomique de l'appendice et de l'uretère conduit, dans la pratique, facilement à certaine confusion, et présente quelques difficultés pour ce qui est du diagnostic.

On doit distinguer, dans l'étude de cette question, trois grands groupes de cas cliniques :

1° Les affections urinaires, qui coexistent avec l'appendicite.

2° Les affections urinaires, qui ressemblent à l'appendicite.

3° Les appendicites, qui ressemblent à des affections urinaires.

Voici un exemple pour les cas, où l'affection urinaire coexiste avec l'appendicite. Il s'agit d'un enfant que j'ai opéré en 1911 aux environs de Paris pour appendicite aiguë, s'étant manifestée par de violentes douleurs siégeant à la fosse iliaque droite, de la fièvre très élevée, par la présence d'un pouls extrêmement rapide.

Il s'agissait d'une appendicite suppurée.

L'enfant se remit rapidement, bien que sa plaie opératoire restât encore pendant quelque temps ouverte. L'appendicectomie a été faite le 10 avril. Le 16 mai, l'enfant se plaint de son ventre, surtout du flanc droit son aspect reste bon, sa température ne monte pas à l'occasion de ces crises douloureuses. Ces accidents déroutent le médecin traitant. On me rappelle, à nouveau. Je pense à la possibilité d'une collection purulente dans le petit bassin, mais le toucher rectal montre l'inexactitude de cette supposition. La palpation de l'abdomen ne découvre rien d'anormal.

Je posais le diagnostic de colique néphrétique. Le lendemain, on me rappelle auprès du petit malade, doutant de mon diagnostic. Je maintins mon opinion. Je conseillais l'emploi de la morphine.

Quatre jours plus tard, j'appris que l'enfant rendait du sable dans ses urines, cette décharge dura environ 20 jours consécutifs.

Cet enfant avait donc réellement eu une colique néphrétique, une colique sableuse survenue à la suite de son appendicite.

Si j'avais été si ferme à maintenir mon diagnostic dans ce cas , c'est que quelques années auparavant il m'avait été donné d'observer un sujet de dix ans qui, 7 ou 8 jours après une appendicectomie, s'était plaint toute une nuit de douleurs intenses abdominales, et qui urinait du sang. Je posais le diagnostic de colique néphrétique. Les douleurs se renouvelèrent pendant plusieurs jours, puis le malade rendit un calcul.

Ces faits semblent assez rares, car, à ce moment j'en avais parlé à Jalaguier, connaisseur de l'appendicite, et il me confirma n'avoir jamais vu de colique néphrétique au cours de l'appendicite.

Il y a une trentaine d'années, j'ai déjà vu un cas fort intéressant présentant un autre phénomène, celui de l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie.

Tout récemment, à la Clinique, nous avons observé une petite malade ayant des urines troubles, avec colibacilles très nombreux et de nombreuses cellules anormales ; on pensa à la possibilité d'une communication entre la vessie et l'intestin. On a fait une cystoradio, qui montra réellement l'exactitude du diagnostic : la communication vésico-intestinale est réalisée par l'intermédiaire de l'appendice accollé à la vessie.

Tels sont les cas peu nombreux, où j'ai vu coexister les troubles du côté de l'appendice et les troubles du côté de l'appareil urinaire.

Voyons maintenant les affections urinaires, présentant des signes appendiculaires. Ici, les erreurs sont fréquentes.

Les affections, évoluant par crises, sont nombreuses en urologie ; le calcul, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite, etc...

Lorsque les symptômes urinaires sont discrets, il y a forte chance que le malade vienne consulter dans un service de chirurgie générale, où l'on le considère comme étant atteint d'une appendicite.

Nous ne voyons que rarement, ici à notre clinique, des malades porteurs d'un calcul urétéral, qui n'aient été opérés antérieurement pour l'appendicite. Quels sont les moyens qui nous permettent de porter un diagnostic plus précis ? Tout d'abord, il faut attentivement étudier la douleur. Dans les affections des voies urinaires, on observe une douleur de colique néphrétique caractéristique par l'irradiation vers la vessie, les testicules ou les grandes lèvres. Le rein est dans nom-

(1) Leçon du 15 avril 1931.

bre de cas perceptible, douloureux. Le long du trajet de l'uretère, la pression provoque de la douleur. On distingue plusieurs points douloureux urétéraux constants.

Ces points sont : le point urétéral moyen (localisé à l'intersection de la ligne horizontale venant de l'épine iliaque avec la ligne montant de l'épine du pubis), le point urétéral supérieur (à l'intersection de la ligne horizontale passant par l'ombilic et de la ligne verticale passant au milieu de l'arcade de Fallope).

Il faut encore mentionner les points urétéraux sous-costaux et costo-vertébraux, ainsi que le point urétéral inférieur (constaté par le toucher rectal). Il faut aussi recourir à la radiographie qui facilitera le diagnostic.

Si on faisait radiographier toutes les appendicites, qui sont opérées chaque jour, on en éliminerait un certain nombre, comme causées par la présence d'un calcul urétéral.

On doit aussi avoir recours à la pyélographie et à la pyéloscopie ; cette dernière montre s'il y a des troubles de la motricité du bassinet, s'il y a de l'hyperkinésie.

J'en arrive maintenant à la plus importante catégorie. Ces cas sont assez nombreux, ils sont surtout intéressants pour le spécialiste : ce sont les cas, où l'appendicite se manifeste par des signes urinaires.

On voit, dans cette catégorie de faits, des malades qui viennent consulter pour une hématurie spontanée, sans cause visible. Il faut chez eux, penser à l'appendicite rétro-cæcale.

Voilà par exemple, l'histoire d'une jeune femme que j'ai suivie en ville, il y a quelque temps de cela.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, mariée depuis 7 ou 8 ans, sans enfants, très active, mais arrêtée dans son activité depuis des mois déjà par des crises douloureuses intermittentes du côté droit, qui l'obligent par moment à s'étendre.

Que sont ces crises ?

Les douleurs dans le flanc droit — on est embarrassé pour le diagnostic. La malade précise la localisation de la douleur, en mettant une main en avant et l'autre en arrière dans la région rénale.

Plusieurs médecins traitèrent cette malade, les uns pour un ulcus de l'estomac, les autres pour de la colibacillose ..... Personne ne l'a soulagée jusqu'ici. Les urines sont troubles, fait qui attire l'attention. On trouve du colibacille en grande quantité dans les urines. Je dis à la malade, qu'elle a probablement une pyélonéphrite avec colibacilles et rétention.

Je me mets en devoir de pratiquer tous les examens nécessaires pour préciser le diagnostic.

La cystoscopie, le cathétérisme des uretères ne montrent rien d'anormal. La contractilité du bassinet est parfaite. Il n'y a donc rien du côté rénal ; alors, je pense à l'appendicite.

On pratique la radioscopie de l'intestin après ingestion de bismuth , on trouve avec précision la localisation de la douleur ; il s'agit dans ce cas d'une appendicite rétro-cæcale, sans hématurie.

J'opère la malade et mon diagnostic se trouve confirmé, elle a réellement un appendice remontant jusqu'au rein en arrière du côlon.

Une huitaine de jours après l'appendicectomie, la malade accuse une douleur dans la région traumatisée par l'intervention. Je lui dis que ce n'est rien qu'une douleur post-opératoire. Elle est actuellement complètement guérie.

Le fait de l'appendicite latente, accompagnée d'hématurie, est connu déjà depuis longtemps.

Une dizaine d'observations de ce type sont mentionnées dans la thèse de notre élève, M. R. Diaz : « Contribution à l'étude des formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale ». (Paris 1929.)

Je désire vous rapporter quelques-unes de ces observations. Voyons la première : il s'agit d'un homme jeune, âgé de 32 ans, qui vient en avril 1929, nous consulter pour une hématurie. L'hématurie est apparue en janvier, brusquement, sans cause, sans douleurs, sans troubles vésicaux ni rénaux. Le malade urine du sang pendant une dizaine de jours. L'examen des urines ne montre rien de particulier, la cystoscopie permet de constater une vessie saine, le cathétérisme est négatif.

Le rein n'est pas gros, on ne trouve pas de douleur sur le trajet de l'uretère, mais il y a un point douloureux net dans la fosse iliaque droite.

Au point de vue fonctionnel, on constate une légère inégalité des deux reins, qui ne peut être prise en considération. L'évacuation est normale. L'histoire de ce malade est intéressante.

Le sujet est un spécifique traité. En 1919 et 1927, il dit avoir souffert de crises douloureuses épigastriques. Ces crises débutaient brusquement, sans horaire fixe. Pas de vomissements, de nausées. Elles sont calmées par l'ingestion des aliments.

Elles durent 8 à 10 jours. On a radiographié le malade et on a trouvé à ce moment, un ulcus duodénal. Le malade fut traité et au bout de quelques mois, une nouvelle radio montre un estomac et un intestin normaux.

Puis, ce sujet vient nous voir pour hématurie ; nous constatons un seul symptôme : un point douloureux dans la fosse iliaque droite.

Nous pensons à l'appendicite rétro-cæcale, nous faisons faire un examen radiologique du gros intestin. Cet examen confirme le diagnostic. Le malade est opéré, on lui enlève l'appendice rétro-cæcal.

Une autre observation du même type suit : c'est celle d'une jeune femme de 30 ans. Dans ses antécédents, on note une pleurésie gauche, il y a 4 ans. Elle a eu une hématurie, se plaint de douleurs lombaires vagues, prédominant du côté droit. Les urines contiennent du pus et des colibacilles, elles sont troubles. L'examen radiologique de l'intestin localise le point douloureux. On opère la malade pour appendicite rétro-cæcale, l'appendice est adhérent. Cette femme a une appendicite tuberculeuse. Depuis l'appendicectomie elle est tout à fait remise de toutes ses douleurs.

Vous me demanderez comment se fait l'hématurie ? Je veux être franc, je n'en sais rien !

Mais, il est certain que deux moyens d'examen sont à notre disposition, qui nous permettront d'établir le diagnostic : 1° le cathétérisme des uretères et 2° la radiographie.

Le cathétérisme nous montre l'intégrité de l'appareil urinaire. La radiographie montre aussi l'intégrité de l'appareil urinaire, et elle permet de préciser le siège de la douleur.

Cette étude rapide m'a permis de vous exposer un point de pratique important, et d'attirer votre attention sur des faits, pouvant facilement mettre en conflit deux spécialités.

L'ÉLECTRO-DIAGNOSTIC AU GOUT DU JOUR

Une notion nouvelle : la chronaxie, ses applications en thérapeutique

D'après les travaux de MM. G. Bourguignon, R. Humbert, A. Radovici, H. Baruk, D. Bennati (1).

Il ne s'agit plus désormais de déterminer si le courant électrique, appliqué sur certains points musculaires, sur les trajets nerveux, est susceptible de provoquer, à la fermeture ou à la rupture, une réaction ; à ces mesures illusoires de l'électro-diagnostic classique est substituée désormais une *mesure réelle de l'excitabilité, grâce à la chronaxie.*

Jusqu'à ces temps derniers, on ne considérait guère que l'*intensité* du courant excitateur ; aujourd'hui, pour une intensité déterminée, on sait mesurer le *temps de passage* du courant qui se révèle utile pour provoquer l'excitation. La relation de ces deux facteurs exprime l'excitabilité.

Précisément, *la chronaxie est le temps de passage du courant, nécessaire pour obtenir, avec une intensité choisie* (double de la rhéobase ou seuil fondamental), la *réaction minimum du muscle ou du nerf.* A noter que si la rhéobase varie avec les conditions expérimentales (surface des électrodes, distance des électrodes, etc.), la chronaxie en est indépendante et caractérise l'excitabilité

La difficulté, on le conçoit, résidait dans la mesure, délicate en pratique, du temps de passage de courant continu, variant de 1/100.000e jusqu'à plusieurs 1 /100e, ou même 1 /10e de seconde. C'est là un des grands mérites du Dr Bourguignon d'avoir résolu ce problème. Mais, si la mesure de la chronaxie est devenue possible en pratique, celle-ci nécessite cependant encore des électrothérapeutes experts et habiles, qui possèdent des connaissances très précises en anatomie et en physiologie des mouvements, pour se mettre à l'abri des causes d'erreur. La qualité des résultats dépend donc essentiellement de la qualité de la technique et du technicien.

L'introduction de la chronaxie en physiologie et pathologie humaines allait ouvrir des horizons insoupçonnés, et éclairer les relations des différentes parties du système nerveux entre elles. Des symptômes incompréhensibles deviennent faciles à comprendre, et, grâce à la chronaxie, nous commençons à entrer dans une voie vraiment scientifique en neurologie. Le diagnostic n'en acquiert que plus de précision, et l'association de la clinique et de l'électro-physiologie constitue une véritable méthode de recoupement, qui transforme les probabilités en certitudes.

Voici quelques résultats intéressants obtenus par cette mesure réelle de l'excitabilité électrique, grâce à la chronaxie :

Un muscle et son nerf ont la même chronaxie!

(1) Dr G. Bourguignon. — La chronaxie. Définition et notions générales. — Dr G. Bourguignon. La chronaxie chez l'homme. Technique. — Dr G. Bourguignon. Introduction à l'étude de la chronaxie en physiologie normale et pathologique, et en neurologie. — Drs Bourguignon et R. Humbert. La chronaxie et les fonctions musculaires. Physiologie normale. — Drs Bourguignon et A. Radoviti. Les chronaxies sensitives et les lois des réflexes. — Dr Bourguignon. La chronaxie du faisceau pyramidal à l'état normal et dans l'hémiplégie. — Drs Bourguignon et H. Baruk. Les chronaxies sensorielles. Le système optique et le nerf vestibulaire. — Drs Bourguignon et Bennati. Les chronaxies motrices et sensitives en pathologie. Les syndromes chronaxiques. (*Le Journal médical français*, septembre 1931.)

Certains muscles ont la même chronaxie, les uns comme les autres. Et, si on cherche à grouper entre eux ces muscles isochrones, on s'aperçoit que ces *groupes* ne sont pas conformes à la source de leur innervation ; ils ne sont pas radiculaires ni périphériques, ils sont *fonctionnels.* Ainsi donc : tous les muscles synergiques d'un même mouvement forment un groupe homogène, caractérisé par la même chronaxie.

La chronaxie classe les muscles squelettiques en groupes fonctionnels par région ; mais, dans chaque région, elle les classe aussi en deux groupes antagonistes, les muscles antérieurs et les muscles postérieurs ; le rapport des chronaxies de ces deux groupes est d'ailleurs constant, et toujours compris entre 1/2 et 1/3 ; les muscles postérieurs ont donc une chronaxie plus forte que les muscles antérieurs.

La chronaxie révèle, d'autre part, que si les muscles antérieurs sont des muscles simples, les muscles postérieurs sont, en réalité, des muscles doubles, formés de deux muscles dans la même gaine, ayant chacun une fonction différente. En effet, dans tous les groupes musculaires postérieurs, on trouve toujours soit des faisceaux bien isolés, comme le vaste interne du triceps ou le soléaire du triceps sural, soit des faisceaux de fibres contenus dans la même gaine que les autres, et qui ont une chronaxie égale à celle des muscles antérieurs, au lieu d'avoir une chronaxie double.

Tous les muscles ou faisceaux de fibres musculaires postérieurs, ayant une chronaxie double de celle des muscles antérieurs, sont de véritables antagonistes, produisant le mouvement inverse de celui que donnent les muscles antérieurs.

Tous les muscles ou faisceaux de fibres musculaires postérieurs, de même chronaxie que les muscles antérieurs, sont synergiques, et non antagonistes de ces muscles : leur fonction est, non pas de produire le mouvement inverse, mais de se contracter en même temps qu'eux, pour en modérer l'action, la régler, en être véritablement le frein. Dès qu'il y a rupture de l'égalité de la chronaxie de ces faisceaux postérieurs et des muscles antérieurs, on voit apparaître les dysmétries ou les contractures. La flexion n'est possible que parce que l'extenseur ne se contracte que partiellement pendant la flexion ; la portion de l'extenseur, qui se contracte, est celle qui a la même chronaxie que les fléchisseurs, c'est-à-dire la plus petite chronaxie.

Ces faits permettent donc une pénétration, inconnue jusqu'ici, des fonctions musculaires. Il en résulte qu'il n'y a pas d'entité physiologique correspondant à ce que, en anatomie descriptive, on décrit sous le nom de nerfs et de muscles. Il n'y a que des fibres nerveuses et des fibres musculaires, réunies en faisceaux indépendants les uns des autres. Ainsi, dans le nerf radial, on trouve des paquets de fibres de chronaxies différentes ; les filets destinés au long supinateur ont la chronaxie des fléchisseurs, celles destinées à certaines parties des extenseurs-supinateurs (points moteurs supérieurs) ont la chronaxie des extenseurs.

La *chronaxie n'a donc qu'une signification purement fonctionnelle,* sans aucun autre rapport, qu'un rapport très lâche de coïncidence, avec des distributions radiculaires ou périphériques de l'innervation.

Dans cet ordre de choses, l'harmonie des traits et de la mimique étant en rapport avec l'harmonie des chronaxies, G. Bourguignon et d'Heucqueville ont expliqué la mimique paradoxale d'une démente précoce par l'altération des chronaxies des points moteurs supérieurs des releveurs des traits, les points moteurs inférieurs de ces muscles et les abaisseurs ayant conservé leurs chronaxies normales. Voilà donc, dans une affection mentale, un trouble de la mimique, qui, au premier abord, paraît d'ordre exclusivement psychique, et qui s'explique d'une manière purement physiologique.

Quant aux *réflexes,* dans chaque région, la chronaxie des nerfs sensitifs, qui innervent la peau, est la même que celle des muscles sous-jacents ; on trouve, ici encore, une véritable distribution régionale. Les réflexes sont conditionnés par l'isochronisme sensitivo-moteur régional, et celui-ci rend compte de la localisation des réflexes. Dans les réflexes normaux, on voit que toujours les muscles, qui répondent, ont la même chronaxie que les nerfs sensitifs excités. Cet isochronisme sensitivo-moteur explique aussi les réflexes pathologiques ; un réflexe pathologique n'a donc toute sa signification que quand on connaît les chronaxies motrices et sensitives des neurones en jeu dans le réflexe normal, qui manque, et dans le réflexe pathologique, qui apparaît.

De plus, la chronaxie révèle un lien mathématique très étroit entre les systèmes centraux et périphériques. Lorsque le *faisceau pyramidal* est lésé, la chronaxie pyramidale augmente, et la pathologie substitue l'hétérochronisme à l'isochronisme des voies motrices centrales et périphériques. Bourguignon, par ses recherches sur les hémiplégiques au moyen de la voie orbito-occipitale, établit que la chronaxie pyramidale de ces malades est de 5 ou 6 fois à 20 fois la normale. Récemment, il a pu démontrer qu'une hémiplégie gauche avec aphasie était due, non comme il arrive souvent, à une lésion située à droite, mais à une lésion située à gauche par absence de croisement des faisceaux pyramidaux. En effet,

les contractions se produisaient du côté de l'œil excité et la chronaxie était normale pour le faisceau pyramidal droit, et augmentée pour le faisceau pyramidal gauche, c'est-à-dire du même côté que la paralysie.

Au point de vue pratique, la chronaxie permet donc de préciser, en cas d'échec thérapeutique, quel est l'hémisphère lésé et de rectifier l'application électrothérapeutique.

La *chronaxie optique* localise, par la production des *phosphènes locaux ou à distance*, les lésions, soit dans les cônes et les bâtonnets, soit dans les neurones bipolaires ou multipolaires, soit dans les deux à la fois.

La *chronaxie du nerf vestibulaire paraît devoir revêtir une grande importance en psychiatrie* ; elle varie parallèlement à l'émotivité ou à l'activité psychique, les sujets à petite chronaxie vestibulaire étant toujours des sujets très émotifs, les autres des sujets plus calmes. La personnalité résiderait en partie dans le système sympathique, auquel le nerf vestibulaire est nettement apparenté, par ses fonctions d'une part, par sa chronaxie de l'autre.

MM. Bourguignon et Bennati en sont arrivés à décrire des *syndromes chronaxiques*. On sait, par exemple, qu'il existe des dégénérescences musculaires, où la lésion siège dans le muscle (maladie de Thomson, myopathie primitive), et que d'autres ont pour origine une dégénérescence du nerf (wallerienne). Or *la chronaxie sépare nettement la dégénérescence wallérienne des maladies musculaires primitives*, et élimine toute idée de lésion centrale dans ces dernières maladies.

La *chronaxie a démontré aussi l'existence d'une répercussion de la lésion* (nerf blessé) *du côté opposé* (syndrome chronaxique réflexe) ; et cette répercussion n'existe, fait intéressant à noter, que durant que la lésion première reste en activité. Ces répercussions ont donc un intérêt pratique de premier ordre, puisque leur existence ou leur absence permet de supposer que le nerf malade est en état stationnaire, ou qu'il est le siège d'un processus, soit de dégénérescence, soit de régénération en activité, alors que rien, dans l'étude directe du nerf malade et de son domaine ne permet de reconnaître ces états.

En ce qui concerne les lésions centrales, le signe de Babinski relève d'un mécanisme différent, suivant qu'il y a syndrome thalamique ou lésion pyramidale pure. Purement moteur dans ce dernier cas, il est sensitivo-moteur dans les syndromes thalamiques. La signification et la valeur d'un signe de Babinski observé en clinique ne peuvent être jugées que par l'étude de la chronaxie.

Dans les *lésions médullaires non systématisées* (syndrome de Brown-Séquard pur), on trouve toujours des modifications de la chronaxie sensitive d'un côté, et motrice de l'autre ; dans ces cas, la chronaxie peut révéler l'existence de réflexes plantaires pathologiques, alors que ceux-ci sont normaux cliniquement ; *ainsi peut-on affirmer, dans les cas douteux, la participation de la moelle.*

***

Ces études montrent toute la place que la chronaxie doit prendre dans l'étude physiologique du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique. La signification de symptômes, tels que le signe de Babinski, l'adiadocinésie, les troubles de l'équilibre devient claire; chacun d'eux relève des modifications particulières de la chronaxie.

Comme, d'autre part, dans une même affection, c'est toujours le même mécanisme qui réalise le même symptôme, l'analyse de ce symptôme au moyen de la chronaxie prend une importance diagnostique et thérapeutique de premier ordre.

L'étude de la chronaxie doit encourager les chercheurs, car bien des terrains sont encore inexplorés.

G. F.

RÈGLES GÉNÉRALES DES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES (1)

La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années

Par M. le Prof. GOUGEROT,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il est difficile de résumer les règles du traitement de la syphilis, parce que les modalités du traitement de la syphilis varient presque à l'infini.

Cependant, il se dégage de plus en plus des tendances générales et si l'on veut éliminer les détails, on s'aperçoit qu'il y a, à l'heure actuelle, deux grandes doctrines principales :

L'une est celle qui vous sera exposée avec son talent habituel par mon collègue d'internat, Arthur Vernes. C'est celle qui croit pouvoir établir des lois basées sur des critères qui permettent d'affirmer la guérison d'un syphilitique et, par conséquent, de raccourcir la période de surveillance et surtout le traitement.

L'autre doctrine est celle qui est issue de l'enseignement de Fournier, elle ne croit pas à l'existence de ces critères de guérison et, par conséquent, faute de critères, craignant des récidives inattendues, elle continue de surveiller les malades et de les traiter.

C'est à cette deuxième doctrine, classique, que j'appartiens avec la plupart des syphilitigraphes français. C'est donc elle que je vais brièvement vous exposer.

On peut diviser le traitement de la syphilis en trois grandes périodes : première période : traitement dit d'assaut et de guérison des accidents cliniques et humoraux ; — deuxième période : traitement de consolidation ; — troisième période : traitement dont le nom varie suivant les auteurs et que nous appelons « traitement d'assurance contre la maladie ».

***

Première période : Traitement d'assaut ou de guérison des accidents cliniques et humoraux.

Il n'y a pas de discussion sur le principe. Quelles sont les règles principales ?

Première règle : Précocité du traitement. — Il semblerait presque inutile d'insister sur ce point, car il est logique de faire le traitement dès que le diagnostic est posé ; et cependant il y a des discussions. Elles n'ont pas porté sur le traitement du syphilitique dont le chancre ne date que de quelques jours, avant le quinzième jour du chancre, date capitale qui marque la généralisation pratique de la syphilis. Il faut alors que le traitement contre la syphilis soit commencé le jour même, il est aussi urgent que certaines opérations chirurgicales.

Mais il y a des divergences sur l'opportunité du traitement d'un syphilitique quand son chancre date de plus de quinze jours et je vous rappellerai à ce propos les travaux très intéressants et très curieux d'autrefois, de l'école de Vienne, repris par l'école belge et en particulier par notre collègue et ami Raoul Bernard, travaux qui tendent à prouver qu'il vaut mieux attendre l'apparition de la roséole et des accidents secondaires pour commencer le premier traitement des malades atteints de chancre avec Wassermann positif, car l'explosion des syphilides secondaires favoriserait les processus d'immunité spontanée, mais on peut craindre, pendant cette attente, des contagions !

Deuxième règle. — Il faut faire à chaque malade le *traitement maximum*, quelles que soient sa syphilis, sa période et sa forme, et nous insistons pour que l'on traite avec la même énergie une syphilis récente, une syphilis ancienne, un syphilitique ayant seulement le Wassermann positif et un syphilitique dans sa pleine activité éruptive

Troisième règle. — Il faut donc, *dans la limite de la tolérance du malade, donner les doses maxima* : dose qu'il peut supporter à chaque injection et dose totale. A l'heure actuelle, on cherche à calculer ces doses, non pas d'après l'âge du malade, mais *d'après son poids*. C'est ainsi que pour les arsénobenzènes courants, le 914, le sulfarsénol, on peut compter par kilo du malade, un centigramme et demi à chaque injection et, comme dose totale, 0,10 centigrammes. Je vous fais part de la tendance nouvelle de M. Milian d'augmenter encore cette dose de 1 cgr. 1/2 et de la porter à 2 cgr. Si ces faits se confirment, un adulte de 75 kgr. devrait recevoir 1 gr. 50 à chaque injection. En attendant, nous pouvons rester à la dose de 1 cgr. 5 par kilo du malade.

(1) Cet article émane de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale (Ministère de la Santé publique.)

Quatrième règle. — Il faut traiter avec la même énergie une syphilis bénigne et une syphilis maligne.

En effet, rappelons-nous les travaux si intéressants de Levaditi et Auguste Marie sur les virus dermotropes et neurotropes ; la syphilis neurotrope, la plus grave pour l'avenir, paraît la plus bénigne à la période secondaire, car elle n'aime pas « la peau », elle se cache dans les viscères. Si ces travaux se confirment, on pourra dire qu'il faudra traiter d'autant plus la syphilis commençante qu'elle paraît plus bénigne à la période secondaire.

Cinquième règle. — La surveillance doit être attentive et faite par le médecin si l'on veut donner le traitement maximum dans les limites de la tolérance et il est impossible de donner des règles s'appliquant à tous les malades. On ne peut traiter de la même façon un syphilitique tuberculeux ou rénal et un sujet indemne de lésions viscérales. On ne peut traiter de la même façon un jeune homme sans tare et un homme âgé dont le foie et les reins sont déjà altérés.

Sixième règle. — Il faut nous efforcer d'accumuler les médications et de réaliser le plus possible les *cures plurimédicamenteuses*, c'est-à-dire d'associer à l'arsenic le bismuth et de ne pas oublier l'ancien mercure, l'iodure, etc. Leur oubli est peut-être une raison qui explique la fréquence croissante des arséno-résistants.

Septième règle. — Les cures doivent être prolongées. Rappelez-vous l'époque du début de l'arsénothérapie : on se contentait de faire trois ou quatre piqûres à l'arsenic. Il faut prolonger le traitement jusqu'à une dose totale suffisante et répéter les cures.

Huitième règle. — Elles est capitale. J'y insiste de toutes mes forces parce que je vois encore des fautes graves être commises. C'est la nécessité au début de la syphilis de faire des arrêts courts. Vous vous rappelez de la fréquence, autrefois, des neuro-récidives, des sourds et des aveugles du 606. J'ai vu dans cet amphithéâtre des files impressionnantes de 20, 30, 40 sourds ou aveugles du 606 à la fois. C'était la faute plus du thérapeute que du médicament. On laissait la syphilis recommencer et attaquer le nerf optique ou le nerf acoustique.

Pour éviter ces récidives, il suffit de faire des arrêts courts, de 21 à 28 jours, pas davantage, dans la première année du traitement.

Il existe même une tendance plus sévère : supprimer les arrêts entre les cures. N'allez pas jusque-là. J'ai vu des lésions du foie et surtout des reins dues à la suppression des arrêts entre les cures ; au contraire, avec les arrêts de trois ou quatre semaines, nous avons toute sécurité ; nous n'avons pas de viscéro-récidives et nous permettons au malade de continuer le traitement sans troubles des émonctoires.

Neuvième règle. — C'est de contrôler la clinique par le *laboratoire*. Il n'y a plus de discussion sur l'utilité de la *séro-réaction*, on la fera et refera tous les trois à six mois, mais vous savez les nombreuses controverses sur les techniques. Je n'ai pas le temps de vous développer mes arguments, je vous dirai simplement que j'exige une triade : *Wassermann classique, Wassermann-Hecht, Wassermann-Desmoulière*, dont je suis un fervent partisan : faites-le systématiquement, il vous rendra les plus grands services, étant souvent seul positif, alors que les autres réactions sont déjà négatives.

L'opportunité et la date de la *ponction lombaire* sont encore discutées. Pratiquement, il serait utile de la faire comme la séro-réaction, mais ce n'est pas possible en raison de la répugnance des malades à refaire une rachicentèse. Il ne faut pas la « galvauder ». Si vous pouvez l'obtenir à la fin de la première année, cela vaut mieux, mais si le malade résiste, il vaut mieux la garder pour plus tard, c'est-à-dire pour un meilleur moment.

Dixième règle. — Recherchez les *repaires viscéraux* cachés. On est encore trop dominé par la doctrine ancienne que la syphilis secondaire est une infection cutanée et muqueuse. C'est une erreur : la syphilis secondaire est plus encore viscérale que cutanéo-muqueuse : je n'ai pas besoin de vous citer les travaux d'avant-guerre de Ravaut avec Widal, de Sicard et de tant d'autres, qui ont démontré la grande fréquence, 40 à 90 %, de l'atteinte méningée en période secondaire et les statistiques de Nicolau qui ont prouvé l'atteinte précoce des méninges dès le chancre, avant la roséole.

Nous devons donc nous efforcer de n'être pas seulement des dermatologistes, mais des médecins, et de rechercher les repaires viscéraux cachés. Vous connaissez la doctrine soutenue par Nageotte, Clovis Vincent, etc. ; c'est dans la syphilis secondaire que commencent les localisations viscérales qui vont plus tard se transformer en syphilis tertiaires graves.

Onzième règle. — *Il faut continuer le traitement d'attaque jusqu'à disparition complète des symptômes*, non pas seulement cliniques, mais humoraux. Ce peut sembler de la superfétation, mais les médecins n'ont pas compris que le Wassermann positif est un symptôme de syphilis et qu'on doit chercher à le supprimer ; certains ont même autorisé le mariage à des malades ayant un Wassermann positif.

Douzième règle. — La pyréthothérapie ou la malariathérapie doivent être employées en cas de syphilis irréductible. Des discussions très vives ont eu lieu, surtout en pays étranger, à Vienne. Quand Wagner von Jaureg nous a fait l'honneur de nous exposer sa doctrine dans cet amphithéâtre, nous avons eu la satisfaction de constater que nous étions d'accord avec lui : alors que certains, avec Kyrle, voulaient que tout syphilitique, dès son début même, n'ayant aucune lésion nerveuse, fût impaludé, Wagner von Jaureg ne fait l'impaludation qu'au cas où il y a syphilis nerveuse clinique ou latente révélée par la rachicentèse et nous ajoutons lorsqu'il y a Bordet-Wassermann irréductible. La malariathérapie n'est donc plus une méthode générale, mais une méthode d'exception à réserver aux cas qui résistent aux autres thérapeutiques.

Telles sont les règles du traitement de la première période, période de guérison des accidents cliniques et humoraux ; elle dure environ un an.

Comment l'appliquer ? Je ne vous citerai que deux schèmes pris entre beaucoup :

Le premier accumule cinq cures : première cure d'arsenic avec ou sans bismuth, deuxième cure d'arsenic avec ou sans mercure, troisième cure de bismuth, quatrième cure de bismuth et cinquième cure d'arsénobenzène.

Le deuxième schème réunit six cures : première cure d'arsenic, seconde de bismuth, troisième de mercure, et on recommence ; quatrième cure d'arsenic, cinquième cure de bismuth, sixième cure de mercure.

***

Deuxième période du traitement de la syphilis ou traitement de consolidation.

Nous l'appelons traitement de consolidation parce que son but est de consolider les résultats acquis par la première thérapeutique et vous voyez tout de suite la différence qui va nous séparer de ceux qui croient pouvoir, dès maintenant, s'arrêter lorsqu'ils ont réuni certains critères.

Je ne saurai trop y insister : j'estime qu'à l'heure actuelle — et je le redirai encore dans un instant à propos de la troisième période de traitement — nous n'avons pas de critérium absolu de guérison de la syphilis.

Je vais très brièvement justifier cette nécessité du traitement de consolidation :

Le premier argument en sa faveur est qu'il n'y a pas de critérium absolu de guérison.

Le second, c'est l'observation de récidives chez les malades non « consolidés ».

Le troisième, c'est la gravité fréquente de ces récidives. En effet, nous les voyons souvent se faire sous forme de récidives méningées, de récidives oculaires.

Un quatrième argument est la résistance de ces récidives au traitement et qu'il est souvent très difficile de les réduire quand nous avons eu l'imprudence de les laisser s'installer.

Un cinquième argument, c'est au contraire l'innocuité des cures que nous demandons de faire.

Enfin, comme conclusion, c'est qu'au moins d'après notre pratique personnelle qui, malheureusement, commence déjà à s'allonger, nous n'avons jamais vu de récidives avec ces traitements de consolidation, alors que beaucoup d'entre nous en avons vu si nous cessons trop tôt le traitement, au bout d'une seule année.

Je vous demande donc de toutes mes forces d'être les propagandistes de ce traitement de consolidation.

Quelles sont ses règles ?

Première règle. — Il faut de toute nécessité faire l'éducation du malade, car si vous ne lui faites pas comprendre la nécessité de ce traitement de consolidation, ce lui semblera paradoxal de vouloir le traiter alors qu'il n'a plus rien. Après l'effort persuasif du médecin, faites donc intervenir l'assistante d'hygiène sociale.

Deuxième règle. — Il faut s'assurer que le traitement premier a été suffisant et, sinon, le compléter.

Troisième règle. — Il faut faire ce traitement de consolidation, même si le Wassermann le mieux fait, avec les méthodes les plus fines (Desmoulière) est négatif, même si la ponction lombaire donne un liquide normal.

Quatrième règle. — Il faut continuer ce traitement pendant plusieurs années, deux à quatre ans au moins : deux ans si vous avez eu la chance de commencer le traitement d'assaut avant le quinzième jour du chancre ; quatre ans si le Wassermann était déjà positif quand le traitement a commencé.

Cinquième règle. — Il faut une surveillance clinique et sérologique (Bordet-Wassermann-Desmoulière) pendant ce traitement.

Comment réaliser pratiquement ces règles ?

Il y a de multiples schèmes. L'un des plus faciles à appliquer est celui de la cure trimestrielle : au printemps (mars ou avril) et en automne (septembre ou octobre) : une cure de bismuth ; — en hiver (janvier) et en été (juillet) : une cure de mercure. Je n'insiste pas sur les détails.

A la fin de cette cure, n'oublions pas de faire un contrôle humoral. Le Wassermann a déjà été fait tous les 3 à 6 mois, mais je crois qu'il est utile de faire plus que le Wassermann ordinaire

et, avec beaucoup de mes collègues, je suis un partisan convaincu de la réactivation de Milian : on attend cinq ou six mois sans traitement, et, après avoir fait trois injections d'arsénobenzène, on refait 15 à 20 jours plus tard une nouvelle réaction de Wassermann avec le Desmoulière.

Je vous ai dit que je ne demandais pas mieux que de faire la ponction lombaire à la fin de la première période, donc à la fin de la première année, mais il ne fallait pas insister si le malade ne l'acceptait pas. Au contraire, je vous demande instamment, à la fin de ce traitement de consolidation, de réclamer la ponction lombaire, parce que c'est alors que vous aller ralentir vraiment l'effort thérapeutique et il est capital de savoir s'il n'y a pas un repaire méningé caché, source de tabes et de P. G. P. futurs.

***

Troisième période : traitement d'assurance contre la maladie.

Les divergences deviennent ici plus nombreuses. Certains de mes collègues ne font pas ce traitement d'assurance contre la maladie. Ils se contentent de faire le traitement de consolidation et cependant, je crois qu'il est plus prudent de faire un traitement d'assurance contre la maladie.

Pourquoi ? Voici mes arguments :

1° Tout d'abord, l'éternel argument de l'absence de critérium de guérison.

2° Le deuxième argument est que l'on peut encore, malgré les traitements de deux à quatre ans de consolidation, voir des observations de récidives. Les deux dernières que j'ai observées étaient les suivantes :

Un officier que j'ai connu pendant la guerre a une syphilis qui paraît banale, qu'il traite bien parce que c'est un phobique. Il a six ans de syphilis. Il arrête son traitement. Il fait un grand voyage et à la fin il a des troubles de la vision. Un ophtalmologiste découvre une syphilis oculaire.

Le second cas est une malade ayant fait quatre ans de traitement, elle accumule tous les critères, absence de symptômes cliniques : Wassermann toujours négatif, ponction lombaire négative. Cependant, elle commence une syphilis osseuse. J'espère que le traitement la réduira, mais il aurait été préférable de l'empêcher.

3° Le troisième argument, ce sont les fameuses statistiques de Fournier. Je vous rappelle simplement ce chiffre effrayant : 87 % des paralysies générales apparaissent entre la sixième et la quinzième année de la syphilis. Je trouve tout à fait illogique de suspendre notre surveillance et de ne pas faire le traitement à cette période que Fournier appelait la période dangereuse de la syphilis.

4° Le quatrième argument, c'est la gravité très fréquente de ces récidives, surtout sous forme méningée.

5° Le cinquième argument, c'est leur trop fréquente résistance au traitement leur incurabilité. Nous avons eu un exemple malheureux dans notre service, celui de la malade 292. Elle avait cessé son traitement, elle a commencé à faire une syphilis méningée et malgré tous nos efforts, malgré même l'impaludation, on n'a pu l'arrêter, et, actuellement, elle est en train d'en mourir.

On ne peut donc vraiment pas arrêter le traitement et dire : il sera toujours temps de voir et d'attendre. Certes, le plus souvent, le traitement guérira la récidive, mais il ne l'enraye pas toujours et l'on pourra alors se reprocher d'avoir attendu et laissé apparaître la récidive.

6° Un sixième argument est l'innocuité du traitement d'assurance contre la maladie.

7° Enfin, c'est la garantie donnée par ces traitements prolongés, l'absence d'accidents, de contagion du conjoint, de procréation d'enfants hérédo-syphilitiques ; vraiment, si j'avais la malchance d'être syphilitique, je ferais ce traitement d'assurance contre la maladie.

Pour le réaliser, vous pouvez continuer le schème de consolidation : les cures trimestrielles, mais on peut les alléger.

De la troisième ou cinquième année à la dixième année : au printemps et à l'automne, faites une cure de bismuth, et en janvier et en juillet 6 injections de mercure (au total, 36 piqûres par an) ; certains malades préfèrent absorber le mercure par la bouche ou par la voie rectale.

De la onzième à la vingtième année, faire 4 cures par an, mais les 2 cures de mercure seront sans injection. De la vingt et unième à la vingt-cinquième année, 2 cures par an, injection de bismuth au printemps et une de mercure (avec ou sans injection) à l'automne.

Lorsque vous aurez cessé de traiter votre malade avec cette extrême prudence, je vous demanderai de le surveiller toute la vie ; examen clinique et sérologique annuel et nous retomberons dans une autre doctrine, celle de la médecine préventive dont je suis de plus en plus partisan ; c'est la thèse de ceux qui veulent que tous les individus bien portants — à plus forte raison les syphilitiques — aillent une fois par an voir leur médecin.

***

Vous voyez qu'il reste encore de grands progrès à accomplir.

Le premier serait d'avoir de véritables critères de la guérison. En effet, le jour où nous aurons un

critère absolu de guérison de la syphilis, nous ne traiterons que ceux qui auront besoin d'être traités et nous n'aurons même plus besoin de surveiller ceux qui sont réellement guéris. Mais en attendant, puisque nous n'avons pas ce critère, il faut continuer le traitement et la surveillance.

Le deuxième, serait la prévision des accidents syphilitiques : si nous avions des symptômes avertisseurs certains, on pourrait cesser le traitement et se contenter de la surveillance.

Le troisième progrès serait de posséder un traitement abortif : *la therapia sterilisans magna*, agissant en quelques jours.

Le quatrième progrès serait d'avoir des médications sans intolérance.

Le cinquième progrès serait de pouvoir dépister les futurs intolérants ou d'avoir des signes avertisseurs certains.

Le sixième progrès serait de guérir à coup sûr les accidents médicamenteux, car nous avons de temps en temps des désastres thérapeutiques, des accidents graves, surtout par les arséno-benzènes.

***

Je m'excuse d'avoir été si long et en même temps si bref, si bref puisque j'ai été obligé de laisser tant de points dans l'ombre.

Comme conclusion et jusqu'à réalisation des six progrès énumérés ci-dessus et surtout jusqu'à la découverte d'un critère absolu de guérison, je reste partisan des traitements de consolidation, puis du traitement d'assurance contre la maladie et enfin de la surveillance indéfinie du malade. Je vous demande de suivre la doctrine de Fournier et de bien réfléchir avant de l'abandonner, car si plus tard, vous aviez des désastres, vous auriez à vous les reprocher.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diététique et hématopoïèse.

L'idée d'une influence possible de l'alimentation sur le sang est très ancienne. Elle semble évidente à première vue, et la pâleur est souvent attribuée à la mauvaise nourriture, et surtout à son insuffisance. M. G. Mouriquand et Mlle L. Weill essaient par une étude analytique, basée sur de nombreux travaux et sur des recherches personnelles, de montrer quelle est la valeur relative (quantitativement et qualitativement) des différents éléments, qui composent l'alimentation, tout au moins de ceux que la biochimie permet d'entrevoir actuellement.

Chez l'adulte, les syndromes cliniques sont souvent complexes, car sa diététique est variée. Chez l'enfant, dont l'alimentation est composée d'un seul aliment, les syndromes sont beaucoup plus purs, et ils se rapprochent chez le nourrisson, de ceux qui sont obtenus par l'expérimentation.

Les faits, exposés par les auteurs, démontrent l'importance très grande de la diététique, et son influence sur l'hématopoïèse. Pour que celle-ci se fasse correctement, il faut un régime varié sans aucune carence ; il faut même plus : un équilibre parfait de ce régime est nécessaire et indispensable. Ceci étant, si l'on désire exciter l'activité des organes hématopoïétiques, à ce régime, qui contient naturellement de la viande chez l'adulte, on ajoutera du fer et de la vitamine C sous forme de jus de citron bien mûr. Dans des cas plus graves d'anémie intense ou de type pernicieux, le foie, par son principe actif aura une action importante.

On commence à entrevoir l'action de l'alimentation sur l'hématopoïèse, mais il reste encore des faits inexpliqués et mystérieux qui demandent à être élucidés. (*Paris médical*, 2 mai 1931.)

Les symphyses vésiculo-duodénales.

Les dyspepsies des biliaires sont, en majeure partie, provoquées par des symphyses vésiculo-pyloriques et vésiculo-duodénales, elles-mêmes consécutives à une infection d'origine biliaire ou d'origine digestive. Leur histoire, bien connue en clinique, ne s'est nettement précisée que depuis les progrès récents des interventions chirurgicales et de la radiologie.

Le Professeur P. Carnot a fixé les principaux points à propos de trois cas, où les constatations clinique et radiologique ont été vérifiées par l'opération.

Le plus souvent, il s'agit d'une symphyse vésiculo-duodénale à point de départ vésiculaire, ou d'une symphyse duodéno-vésiculaire à point de départ duodénal.

Le syndrome clinique des dyspepsies biliaires est très protéiforme non seulement d'un sujet à l'autre, mais chez le même sujet. La variabilité des signes digestifs est, en effet, un des aspects les plus caractéristiques de la dyspepsie biliaire.

Parfois c'est le tableau de la dyspepsie flatulente ou de la dyspepsie acide ; d'autres fois,

les troubles du transit sont en vedette. On note aussi le syndrome douloureux, le syndrome hémorragique, le syndrome lithiasique. Mais, toujours, il faut rechercher une participation simultanée de la vésicule d'une part, du duodénum de l'autre, faisant ainsi la preuve d'un double syndrome vésiculo-duodénal, lié à la symphyse de ces deux cavités.

La participation vésiculaire sera prouvée par les antécédents biliaires, la teinte cholémique accentuée, la teinte jaune des conjonctives, le xanthélasma des paupières, les hémorragies nasales, gingivales, anales, la frilosité, l'état psychique mélancolique. Puis la sensibilité douloureuse sera systématiquement topographiée par rapport aux voies biliaires. Au besoin, on recherchera chimiquement la cholémie et la cholestérinémie.

La participation duodénale sera établie le plus souvent par la gastralgie tardive, liée aux difficultés de l'évacuation pylorique. On notera aussi le syndrome moteur (distension gastrique, etc.) et le syndrome sécrétoire (hyperchlorhydrie avec hyposécrétion).

Les fonctions intestinales seront fréquemment paresseuses.

La variabilité des signes digestifs doit toujours faire rechercher, hors de l'estomac, la cause initiale des troubles dyspeptiques.

Mais la radiologie sera seule concluante en l'espèce, principalement par l'examen du duodénum ; il y aura, d'une part, déplacement du pylore et du duodénum (surtout vers le haut, en arrière et à gauche) ; et, d'autre part, déformation des différents segments pyloro-duodénaux. En ce qui concerne la vésicule, les signes sont moins nets, mais le manque de mobilité et d'élasticité simultanées du duodénum et de la la vésicule est pathognomonique de la symphyse.

Le traitement est, en général, d'ordre chirurgical : libération des adhérences ; ablation de la vésicule et des calculs ; péritonisation parfaite de la plaie opératoire ; drainage minutieux de la cavité opératoire contre l'infection.

En cas d'insuccès chirurgical, on aura recours au traitement médical ; mieux que la diathermie, les rayons ultra-violets et la gymnastique (que l'on réservera à une lésion aseptique), les vaccinations locales pourront améliorer la situation. Bref, l'affection est difficile à traiter. (*Paris médical*, 16 mai 1931.)

Les néphrites azotémiques grippales.

On sait que l'augmentation du taux de l'urée sanguine est constante au cours des maladies infectieuses. A partir de quel moment ce taux peut-il être considéré comme l'indice d'une lésion rénale ? A partir de 0 cent. 50, répond le Dr Rimbaud.

Au cours des épidémies de grippe, l'ascension de l'urée sanguine au-dessus du taux normal fut extrêmement variable.

En présence d'une congestion pulmonaire grippale, il faut toujours penser à une atteinte rénale possible. Cette atteinte peut être fruste, et seul l'examen sanguin la révèle. Même avec une diurèse en apparence suffisante et de légères traces d'albumine, il peut exister des lésions importantes, qui diminuent le pouvoir de concentration, sans provoquer l'anurie. Ce signe constant dans les néphrites toxiques est dû au blocage massif des tubes urinifères.

Dans les néphrites grippales, la lésion touche simultanément glomérules et tubes ; mais ces derniers demeurent perméables. La lésion rénale doit donc être envisagée dans toute grippe, même avec complication pulmonaire légère et elle devient un élément important du pronostic. Pronostic immédiat, puisque la mort par azotémie peut survenir. Pronostic tardif aussi. En effet, si la régénération d'un tube épithélial est possible, la cicatrice d'un glomérule, organe particulièrement sensible, s'accompagne presque toujours d'un processus de sclérose.

A ce titre, il semble donc que la grippe doive prendre une place importante dans l'étiologie des néphrites, aux côtés de la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde. (*La Presse médicale française*, mai 1931 B.)

Les hémoptysies tuberculeuses larvées.

MM. A. Jacquelin et Turiaf évoquent ici les hémoptysies survenues à la suite de diverses agressions infectieuses ou traumatiques, portant sur l'appareil respiratoire et paraissant, de prime abord, suffisantes pour expliquer le rejet de crachats sanguins.

Quand cet accident se produit à la faveur d'une cause occasionnelle minime, ou même sans cause apparente, chez un individu qui présentait depuis quelque temps des signes généraux de fatigue et d'amaigrissement, le diagnostic de tuberculose vient immédiatement à l'esprit. Mais, quand il apparaît au cours d'une infection pumonaire aiguë, relevant de façon patente du pneumocoque, du streptocoque, en milieu épidémique grippal notamment, on pourrait penser que l'hémorragie, surtout si elle est de faible abondance, soit provoquée par des lésions congestives, voire même infarctoïdes, souvent reconnues aux autopsies des grippes. A plus forte raison, les soldats qui, au moment d'une intoxication par les gaz de combat, crachèrent du sang n'éveillèrent aucunement en général dans l'esprit des médecins, qui les examinèrent, l'idée de tuberculose ; le type pseudo-tuberculeux, hémoptoïque, des anciens gazés de guerre, est bien connu à l'heure actuelle.

Même remarque pour les traumatismes, les

contusions du thorax ; suffisamment violents, ils peuvent être à l'origine d'hémoptysies.

Enfin, on connaît la fréquence relative des suintements hémorragiques, ayant pour siège le rhino-pharynx, voire même le larynx ou la trachée, la fréquence aussi de la pharyngite hémorragique, de la rupture de varices glosso-épiglottiques, de diverses tumeurs, d'érosions, qui ont causé des hémoptysies et fait croire à une tuberculose inexistante. Aussi faut-il faire examiner le rhino-pharynx et le larynx de tout hémoptoïque, afin d'éliminer ces diverses causes d'erreurs.

Il n'est pas non plus jusqu'à des troubles généraux d'origine circulaire (hypertension artérielle considérable), ou d'ordre humoral (hémophilo-hémogénie), qui ne semblent pouvoir endosser le même rôle pathogénique.

Et cependant, quand on poursuit l'étude des malades qui, sous l'une ou l'autre de ces influences, ont présenté une hémoptysie d'une certaine importance, on est frappé de la fréquence avec laquelle ces malades sont devenus, plus ou moins tardivement, des tuberculeux pulmonaires confirmés.

Certes, des hémoptysies de ce genre existent « non tuberculeuses » ; mais il faut aussi attirer l'attention sur les cas graves, où des causes banales peuvent détourner le diagnostic de sa vraie cause : la tuberculose. Le cas est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. On doit toujours, en présence de toute hémoptysie paraissant banale, faire par les méthodes les plus précoces l'examen radiologique du thorax, et l'examen bactériologique des crachats ; ces examens seront appuyés par celui, si important aussi, des antécédents familiaux. Ne pas conclure hâtivement, si ces recherches sont négatives, mais surveiller le malade, recommencer à plusieurs reprises, tous les trois mois. Conseiller aux sujets une grande prudence et certains ménagements ; éviter pour eux les excès de travail, les veilles prolongées ; surveiller leur alimentation ; utiliser les thérapeutiques reminéralisantes. (*Le Bulletin médical*, 27 juin 1931.)

La palpation du cœur d'après les travaux du professeur Bard.

M. A. HANNS rappelle que B. attache une importance particulière à la palpation d'ensemble du cœur ou palpation large, car elle donne une image vivante du fonctionnement cardiaque (contractions énergiques et soutenues des rénaux, contractions brusques et vives des cœurs nerveux). Elle permet aussi de dissocier les deux éléments du choc cardiaque : la vibration valvulaire, qui détermine une vibration de la peau, et le choc musculaire perçu par la main comme une contraction.

Le choc musculaire peut présenter deux aspects spéciaux : le « choc en dôme » de la pointe du cœur dans l'insuffisance aortique, et « le choc globuleux de la pointe », ou choc de dilatation d'ensemble, qui présente son maximum à la région moyenne du cœur et non à la pointe ; ce dernier est un signe d'hypertrophie diffuse du ventricule gauche (insuffisance aortique).

Le choc globuleux est calme et lent dans les cœurs rénaux ; il est brusque dans les cœurs hyperkinétiques.

L'existence du choc en dôme permit à Bard de faire le diagnostic d'insuffisance aortique sans souffle.

Quant à la vibration valvulaire, la vibration de fermeture des valvules auriculo-ventriculaires peut être considérée comme un signe important du rétrécissement mitral.

B. signale encore le soulèvement localisé épigastrique (hypertrophie du cœur droit) ; le choc globuleux d'ensemble (myocardites, asystolies). (*Strasbourg Médical*, 15 mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La récurrentothérapie dans la paralysie générale.

(M. A. MARIE. — *Académie de médecine* ; 27-10-31.)

M. A. Marie a appliqué la récurrentothérapie dans le traitement de la paralysie générale. Sans opposer ce nouveau mode de pyrétothérapie à la malarisation, il pense qu'il peut offrir quelque intérêt.

L'inoculation de la fièvre récurrente donne, chez les paralytiques généraux, des résultats dans la règle moins nets que l'inoculation de la malaria. Mais, il est des cas où l'on ne peut pas malariser. Par exemple, chez des sujets offrant une immunité d'ancienne date ou de date récente à la fièvre malarienne.

Sur un total de 51 malades traités par la récurrentothérapie, l'auteur a relevé 18 sujets sortis en rémission plus ou moins complète et 16 stabilisés au physique.

M. Marie conclut que la récurrentothérapie donne des résultats intéressants dans le traitement de la paralysie générale, et qu'elle peut quelquefois être indiquée. Elle est toutefois moins sûre et moins facile à manier que la malarisation. On sait que le professeur Claude la rejette, après l'avoir comparée au plasmodium. Il est, cependant, des auteurs, comme Hoche, de Fribourg, qui ont obtenu une proportion de rémissions plus grande avec les spirilloses qu'avec le plasmodium.

Conservation de l'activité du virus poliomyélitique incorporé au beurre.

(MM. C. Kling, Levaditi, Lépine et Ekblom. — *Académie de médecine* ; 27-10-1931.)

MM. C. Kling, Levaditi et Lépine pensent que la poliomyélite aiguë est susceptible de se propager par voie digestive, et ils ont fait sur cette question un certain nombre de recherches, expérimentales en particulier.

Des observations épidémiologiques récentes, recueillies par C. Kling et Ekblom, ayant semblé montrer que le beurre pouvait jouer le rôle de vecteur du germe poliomyélitique, les auteurs ont estimé intéressant d'étudier la conservation du virus de la paralysie infantile dans le beurre. Ils ont vu que ledit virus, incorporé à cette substance (beurre du commerce ou beurre préparé par eux-mêmes et acidifié par adjonction d'acide lactique) maintenue à de basses températures (—2°), conserve son activité pathogène pendant quatre-vingt-onze jours au moins. Cette conservation a lieu malgré l'acidité assez prononcée du beurre contaminé.

Sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode de Finikoff.

(M. Et. Sorrel. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931.)

M. Sorrel revient sur la question, soulevée par M. Pierre Delbet, de la valeur du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode de Finikoff. Sur 8 cas, suivis pendant une période de temps assez longue, les résultats ont été pratiquement nuls. Les injections d'huile iodée, conclut l'auteur, tout en n'offrant pas d'inconvénient sérieux, ne constituent donc pas une panacée dans la thérapeutique des tuberculoses ostéo-articulaires.

Un accident abdominal aigu grave : l'infarctus de l'intestin.

(M. D. Petit-Dutaillis. — *Société de chirurgie* ; 8-7-1931.)

Les accidents abdominaux aigus graves sont de divers ordres : perforation d'un organe creux (ulcus gastrique), péritonite appendiculaire, pancréatite aiguë, occlusion intestinale, etc. Leur histoire anatomo-clinique a été largement éclairée par les interventions chirurgicales aujourd'hui de règle, en pareil cas.

L'infarctus segmentaire de l'intestin grêle rentre dans cet important groupe morbide des accidents abdominaux aigus graves. C'est une affection relativement rare, dont M. Petit-Dutaillis relate un cas, qui fait l'objet d'un rapport de M. Gosset.

L'observation de M. Petit-Dutaillis concerne un homme de 39 ans, qui, dans un état de bonne santé apparente, ne s'étant plaint de rien jusque-là, est pris d'une douleur subite et atroce au creux épigastrique et autour de l'ombilic. En même temps, se montrent un hoquet incoercible et des vomissements. Il entre à la clinique de la rue Antoine-Chantin. On hésite entre deux diagnostics, celui d'appendicite avec perforation et celui de pancréatite hémorragique. On intervient douze heures environ après le début des accidents. L'ouverture du péritoine donne issue à un liquide rouge vif, et l'on découvre un paquet d'anses intestinales dilatées et noirâtres. L'infarctus s'étend sur une longueur de 80 centimètres environ d'intestin et se continue sur le mésentère suivant un champ triangulaire à base intestinale. M. Petit-Dutaillis pratique une résection large de la zone malade (intestin et mésentère), et fait une suture termino-terminale à la soie. Suites opératoires simples et guérison.

L'infarctus semble bien avoir été dû à une embolie portant sur le tronc de l'artère mésentérique ou une de ses branches. Aucune cardiopathie n'a été révélée par l'examen du malade. Celui-ci a été atteint de fièvre typhoïde en 1930. La cause de l'infarctus reste ici très difficile à établir et l'on aurait tendance à le ranger, avec les auteurs, dans la catégorie des infarctus intestinaux d'origine indéterminée. On peut cependant éliminer la thrombose veineuse, et admettre l'embolie de l'artère mésentérique, peut-être par endartérite chronique infectieuse (fièvre typhoïde).

Gosset a publié, en 1903, un premier cas français de guérison de l'infarctus de l'intestin par entérectomie. D'autres cas heureux ont été rapportés par Autefage, Desplas, Lapointe. Le nouveau succès de M. Petit-Dutaillis vient montrer, une fois de plus, qu'il ne faut pas toujours désespérer en présence de lésions aussi graves, et que l'on a le devoir d'être audacieux. Les succès dus à l'entérectomie se font de jour en jour plus nombreux. Ceci tient à ce que l'on voit les malades plus tôt, et que l'on est de plus en plus interventionniste en présence de tout syndrome abdominal aigu. Certains chirurgiens n'ont pas hésité à faire des entérectomies très étendues, portant sur plusieurs mètres de grêle. La mortalité de ces opérations a diminué dans ces dernières années, mais elle reste encore élevée (50 %). L'intervention, évidemment, est, et continuera à être, malgré tout, sérieuse. Même pour les cas guéris, on ne saurait dire si l'avenir ne réserve pas de surprise. Cependant la malade opérée en 1903 par M. Gosset est aujourd'hui, près de trente ans après, en parfaite santé.

P. L.

Quelques cas de cancer cutané traités par la radiothérapie.

(G. Durand. — *Réunion dermatologique de Lyon* ; juillet 1930.)

La méthode employée a été celle du Dr Coste : séance unique ; rayonnement moyennement pénétrant (15 à 16 cm. d'étincelle) ; absence de filtre ; dose absorbée correspondant à 5.000 unités R. Elle paraît très efficace, en même temps que simple d'application.

Sur 190 cas traités, il n'y eut que 5 insuccès ; tous

les autres malades ont guéri, quelle que soit leur forme, le plus ancien datant de plus de deux ans déjà. Notamment, tous les cancers des lèvres, traités alors que cliniquement il n'existait aucun ganglion, ont donné des résultats constants et parfaits, avec une cicatrice souple, simplement légèrement pigmentée ; il n'y a pas eu de récidives, et certains malades sont suivis depuis sept ans.

Guérison des ulcères variqueux, grâce aux pansements par occlusion.

(M. Smester. — *Société de Médecine de Paris* ; 27-6-1931.)

On prétend souvent que les ulcères variqueux sont incurables, à peine peuvent-ils être améliorés par le repos absolu. Or, depuis 1916, l'auteur a traité un nombre considérable d'ulcères variqueux, en engageant les patients à continuer leurs occupations ; et, presque toujours, les ulcères ont guéri. Il emploie le pansement par occlusion après l'antisepsie des plaies, avec des bandes et une pâte, qui absorbent les sécrétions, mettent les plaies à l'abri de l'air et de toute contamination.

La dose thérapeutique du bismuth (note préliminaire)

(A. Galliot. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 27-6-31.).

M. A. G. a recherché quelles étaient les doses optima de bismuth métal à utiliser dans le traitement de la syphilis. Les premières études se sont portées sur les petites doses, en employant comme test des malades en période secondaire, où l'évolution des accidents est facilement contrôlable. Or, les doses de 2 milligrammes et de un centigramme de bismuth métal n'ont absolument donné aucun résultat, tant par voie intra-musculaire que par voie intra-veineuse.

Iléus biliaire.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. de Méd. de Paris* ; 27-6-1931.)

Tout malade soupçonné de calcul biliaire doit subir l'examen du sang (cholestérinémie), une radiographie après injection de tétraiode, et un tubage duodénal. Tout calcul confirmé doit subir l'intervention chirurgicale, sauf si le malade est lourdement taré par l'obésité, l'insuffisance cardiaque, l'azotémie. (Dans ces conditions, il peut souvent être ramené par le médecin à l'état opératoire).

Tout sujet opéré de calculose biliaire doit être soumis ensuite à la cure thermale et au régime, car la calculose biliaire est une échéance et non un accident; régime et cure thermale sont plus utiles après l'extirpation qu'avant ; ils devront être poursuivis pendant plusieurs années.

En cas d'iléus biliaire, le chirurgien doit opérer d'urgence, supprimer le calcul oblitérant, restaurer la paroi intestinale. Si l'opération a été faite de façon précoce, il suffit de fermer simplement l'abdomen sans drainage. S'il y a une phase durable de rétention stercorale, il faut pratiquer, après l'extirpation, l'entérostomie avec une sonde de Nélaton pour drainer l'intestin pendant quelques jours. Pour que l'entérostomie se ferme spontanément, faire traverser au tube une lame d'épiploon, qui sert de soupape, et fait que la fistule s'oblitère spontanément.

Sur une forme spéciale de pseudo-distraction chez l'enfant.

(M. Gilbert-Robin. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 27-6-1931.)

L'auteur a observé chez des enfants, — considérés comme les paresseux, des distraits, des étourdis, des inattentifs, — une obnubilation intellectuelle différente de l'inhibition émotive, et rattachable à l'épileptoïde. Cette obnubilation se situe entre la lenteur et l'absence épileptiques. Le diagnostic de constitution épileptoïde peut être fait en dehors de toutes manifestations convulsives, strictement comitiales. Il se base, selon les cas, sur les constatations suivantes : bradypsychie, obnubilation intellectuelle par intervalles, colères, turbulence, instabilité, entêtement, opposition, versatilité de l'humeur (type grognon, cramponnant), terreurs nocturnes, somnambulisme, énurésie nocturne persistante, hérédité épileptique ou psychopathique.

Le dépistage de l'épileptoïde est important pour le pédagogue, qui verra s'améliorer sous ses yeux un type d'enfants instables, turbulents et distraits, qu'il confondait jusqu'alors avec les autres distraits de sa classe.

Quelques remarques à propos de la rachianesthésie avec un dérivé de la quinoléine (percaine) pour les opérations sur l'estomac et les voies biliaires.

(M. A. Hirschberg. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 27-6-1931.)

La « rachi », utilisée pour les opérations intéressant l'étage supérieur de l'abdomen, est un procédé de choix, nettement supérieur aux différents modes d'anesthésie, employés jusqu'ici.

Les essais, faits avec la percaïne, ont été pleinement satisfaisants, et cette substance est appelée à jouer un rôle important dans l'anesthésie rachidienne.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 13 octobre 1931

Traitement orthopédique par l'appareillage extra-buccal, d'une fracture para-médiane du maxillaire inférieur chez un enfant de sept ans.

M. Dufourmentel fait un rapport sur cette observation de M. Darcissac (de Paris). Un des fragments du maxillaire inférieur fracturé ne portait aucune dent susceptible de fournir un point d'appui

solide. La réduction fut obtenue sans ostéosynthèse par une gouttière appliquée sur le fragment, portant des dents, et reliée par un tracteur élastique à un point d'appui extra-buccal, fixé lui-même sur un casque plâtré. Résultat esthétique et fonctionnel parfait.

Fracture du bassin, luxation de la hanche et disjonction pubienne sans lésions urinaires.

M. BRESSOT (de Constantine) communique l'observation et les radiographies d'un blessé par chute de cheval, qui présentait : une disjonction de la symphyse pubienne avec écartement de cinq centimètres ; une fracture de la branche ischio-pubienne droite ; une fracture de la branche horizontale du pubis droit; une luxation iliaque de la tête fémorale droite. Après réduction de la luxation et immobilisation plâtrée, le blessé a guéri avec un bon résultat fonctionnel.

Deux cas de luxation récidivante de l'épaule.

M. PERARD (de Casablanca) communique les observations de deux malades auxquels il a fait une butée osseuse en plaçant dans la coracoïde fendue un greffon tibial. La luxation ne s'est plus reproduite.

Coxa-vara avec fracture vicieusement consolidée. Ostéotomie cunéiforme sur le cal. Résultat éloigné.

M. R. MASSART présente un adolescent qui, porteur d'une coxa-vara méconnue, se fractura spontanément le col du fémur. Cette fracture avait abouti à une consolidation vicieuse avec ankylose coxo-fémorale. Ce malade, adiposo-génital, fut soumis pendant trois mois à un régime amaigrissant. Une ostéotomie cunéiforme sur le cal fut alors pratiquée dans de bonnes conditions. Actuellement, trois ans après l'opération, le résultat se conserve bon : si les mouvements de la hanche sont limités, la marche est facile, l'appui n'est plus douloureux. La radiographie montre une très bonne reconstitution anatomique de l'extrémité supérieure du fémur. C'est là un résultat que, d'après l'auteur, ne donnent ni la réinfraction, ni l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Fibrome du muscle grand droit.

M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une malade de 21 ans à laquelle il a enlevé un fibrome plus gros que les deux poings situé à la partie inférieure du muscle grand droit du côté gauche, et qui évoluait depuis deux ans. Guérison.

Toulouse

Société de Médecine, de chirurgie et de pharmacie.

De l'emploi du sérum hypertonique dans les cas d'iléus post-opératoires.

M. P. FABRE communique les faits, qui lui ont apparu les plus nets et les plus importants, au cours de ses observations. C'est dans la forme d'iléus paralytique grave, où il existe peut-être une dissociation entre l'état humoral, qui semble être resté normal, et l'évolution clinique en voie d'aggravation, que se constatent les remarquables effets de l'injection intra-veineuse de sérum hypertonique, qui amène des modifications immédiates de la muqueuse linguale, détermine la reprise du péristaltisme abdominal, procure au malade une sensation de bien être en même temps qu'une amélioration objective de l'état général, et entraîne l'augmentation de la diurèse.

Dans toute cette action, assurément des plus complexes, deux faits paraissent particulièrement importants ; c'est d'abord la rapidité avec laquelle agit le sérum hypertonique, car l'amélioration, souvent constatée dès le début de l'injection, s'avère manifeste dans les heures qui la suivent, et en second lieu le peu de chlorure de sodium qu'il convient d'employer, une ou deux ampoules de 10 cmc. de solution à 12 % étant largement suffisantes pour arriver au résultat que l'on veut obtenir.

Les infections typho-paratyphiques chez les vaccinés.

M. J. GADRAT, à propos d'un sujet de 22 ans, atteint de dothiénentérie survenue 13 mois après la vaccination antityphique, étudie l'importance des divers facteurs, milieu, âge de la vaccination, et mode de vaccination, qui peuvent intervenir pour modifier la proportion des infections typho-paratyphiques observées chez les vaccinés.

Il envisage ensuite les divers types cliniques sous lesquels l'affection peut évoluer, forme non modifiée, forme ataxo-adynamique abortive, et forme à symptômes atténués ; c'est cette dernière qui est la plus fréquente et aussi la moins grave, ne présentant qu'exceptionnellement des complications. Le diagnostic est particulièrement délicat, et ce n'est guère que par des examens de laboratoire, hémo-culture et séro-diagnostic que ces infections peuvent être affirmées.

Quant à leur cause, il semble qu'elle doive être recherchée dans la non installation d'un état de sensibilisation, d'un état allergique, que des injections ultérieures pourraient d'ailleurs faire apparaître et non dans une défection de la vaccine préventive ; aussi conviendrait-il, dans les semaines suivant la vaccination, de rechercher par l'intra-dermo-réaction de typhoïdine, l'allergie typhoïdique, et de réinjecter les sujets qui ne paraîtraient pas encore sensibilisés.

La vaccinothérapie.

MM. L. BOUNHOURE et L. MOREL, après une courte revue historique, envisagent le mécanisme de l'immunité dans la vaccinothérapie curatrice, qui se ramène pour eux à un choc humoral immédiat, créé par les nucléoprotéines étrangères ou à une action spécifique tardive par la présence d'antigènes spécifiques. Pour obtenir cette action, il faut que le corps soit en état d'allergie, et de sensibilisation, ce qui explique

les insuccès de certaines injections trop précoces : lors du début du traitement, il est nécessaire qu'il existe une certaine quantité d'anticorps préformés.

C'est le sens de la cuti-réaction, qui, en contrôlant l'état d'allergie, indiquera l'utilité et les possibilités d'emploi de la thérapie, au cours de laquelle on devra toujours user de doses progressivement croissantes, ce qui permet d'éliminer les doses insignifiantes et les réactions brutales.

Hydro-appendicitose.

MM. J.-P. Tourneux et P. Fabre. — L'oblitération partielle de l'appendice au niveau de sa base, ne s'accompagnant pas de l'extension du processus scléreux, peut déterminer des phénomènes de dilatation du diverticule, à laquelle Jaboulay a donné le nom d'hydro-appendicitose. Cette lésion peut se manifester cliniquement sous différentes variétés d'évolution : c'est ainsi que l'on a pu distinguer une forme latente (trouvaille opératoire ou nécropsique), une forme avec crises appendiculaires, une forme avec tumeur.

Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un cas chez une jeune fille de 22 ans : l'appendice atteint de dilatation générale et régulière mesurait 13 centimètres de long sur un centimètre de diamètre. Au point de vue histologique, la muqueuse et la sous-muqueuse atrophiées étaient comme refoulées contre la tunique musculaire : tous les éléments étaient nettement reconnaissables, mais la muqueuse avait perdu ses plis et les glandes inclinées étaient presque couchées parallèlement à la surface.

De la centrothérapie endo-nasale de l'asthme et de l'asthme infantile en particulier.

M. Escat conclut de l'observation de nombreux asthmatiques, dont plusieurs ont été suivis depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, que :

1) La galvano-cautérisation des deux cornets inférieurs pratiquée selon une technique déterminée, sans constituer un traitement fondamental de l'asthme, est susceptible dans les formes les plus diverses du syndrome, de diminuer, d'espacer et même de suspendre les crises pour un temps plus ou moins long.

2) Cette méthode est particulièrement indiquée, même en l'absence de toute altération endo-nasale manifeste, contre l'asthme bronchique classique, contre la rhinite spasmodique périodique ou apériodique et surtout contre l'asthme infantile ;

3) La centrothérapie naso-bulbaire, mise en lumière il y a plus de 40 ans par Pierre Bonnier, semble s'expliquer par une action inhibitrice partie du trijumeau nasal et agissant sur les centres détenteurs de l'hypervagotonie, substratum vraisemblable de l'accès d'asthme.

Tumeur cervicale juxta-médullaire.

MM. Riser et Valatz rapportent l'observation d'un malade âgé de 41 ans, qui, en 1927, présenta une main d'Aran-Duchenne, caractéristique à gauche, sans troubles de la sensibilité, sans aucun signe d'accompagnement, avec liquide céphalo-rachidien normal. Un traitement spécifique d'épreuve intense coïncide avec une amélioration considérable de l'atrophie et de la paralysie.

Quelques mois plus tard, du côté droit apparaissent des troubles de la sensibilité, caractérisés par une dissociation thermo-analgésique dans le domaine de C_8D_1 et une perte complète du sens stéréognostique, du sens de corporalité et baresthésie : diapason non perçu. Environ six mois plus tard, malgré un traitement radiothérapique important sur la région cervico-dorsale, apparaissent une exagération des réflexes des membres inférieurs et un double signe de Babinski. A ce moment, la ponction lombaire n'apporte aucune espèce de renseignement, en particulier les épreuves manométriques montrent l'absence de blocage. Jusqu'en janvier 1930, cet état demeure stationnaire, sans douleur ; à ce moment apparaît un signe de la plus grande importance, une contracture très marquée, permanente, avec paroxysmes, intéressant les quatre membres avec sensation de resserrement intense des épaules et légère rigidité du cou. Le diagnostic de compression médullaire paraît évident malgré l'absence de dissociation albumino-cytologique et de blocage certain.

Clovis Vincent extirpa une tumeur extra-durale antéro-latérale, grosse comme une datte, très fibreuse, située au-dessus du renflement cervical au niveau de $C_3C_4C_5$. Deux mois après l'amélioration était considérable, la rigidité avait complètement disparu : à l'heure actuelle le malade est presque entièrement guéri. Seule persiste une certaine spasticité des membres inférieurs sans signe de Babinski.

Cette observation montre une fois de plus l'importance extrême de la contracture, de la rigidité des épaules et du cou avec leurs paroxysmes dans les compressions de la moelle cervicale.

Epilepsie et hyperthermie.

MM. Riser, Valatz et Sol. — L'influence heureuse de la fièvre sur les crises comitiales est signalée depuis bien longtemps ; cependant relativement rares sont les observations précises, dont voici deux exemples.

1) Enfant de 8 ans qui a présenté à l'âge de 6 mois, sans cause apparente, des crises jacksoniennes brachiales gauches ; à partir de 2 ans, apparaissent des crises comitiales complètes avec chute brutale et perte de connaissance, obnubilation consécutive très nombreuses (10 à 12 par jour), sans aucun autre signe d'accompagnement.

En juin 1929, la malade présente chaque jour 4 à 5 crises complètes ; elle contracte la diphtérie : tant que la température se maintient autour de 38°, les crises disparaissent pour réapparaître le 9e jour, avec la convalescence. Trois semaines, plus tard, se déclare une rougeole : pendant toute la période fébrile

(38-40), les crises disparaissent encore complètement, sans absence, ni équivalent. Avec la période de convalescence reviennent les phénomènes comitiaux, qui ne sont influencés par aucune thérapeutique.

2) Malade âgé à l'heure actuelle de 11 ans, présente depuis l'âge de 5 ans des crises comitiales absolument caractéristiques, au nombre de 3 à 4 par jour. Leur nombre et leur intensité ne sont en rien modifiés par les bromures, gardénal, etc., à hautes doses. Au cours d'une bronchite fébrile en 1924, les crises disparaissent complètement. L'année suivante, on pratique des injections hyperthermiques de lait, de peptone, de vaccins sous-cutanés sans résultat. En 1925, alors que les crises étaient devenues plus fréquentes (5 à 6 par jour), le malade fut impaludé par Fribourg-Blanc. La période d'invasion dura 8 jours sans influence sur les crises : celles-ci disparaissent avec les premiers accès et pendant deux mois et demi.

Il ne faudrait pas croire que l'hyperthermie agisse d'une manière aussi favorable dans tous les cas, car l'aggravation de l'épilepsie au cours de certaines maladies infectieuses est connue. Tous ces faits montrent combien complexe est la pathogénie des paroxysmes comitiaux et combien les théories hémoclasiques appellent de nouvelles recherches.

Aspergillose splénique expérimentale à forme entérorragique.

MM. A. Nanta et M. Sendrail ont cherché à reproduire expérimentalement chez le chien une splénite aspergillaire, rappelant la description faite par l'un d'eux en pathologie humaine.

Leurs premiers résultats permettent de développer les données apportées déjà par Oberling et Leblanc, en ce qui concerne le pouvoir pathogène de certains aspergillus. Ils ont utilisé A. Fumigatus et A. Niger.

La technique d'inoculation a son importance : elle comporte l'implantation directe dans la pulpe splénique après laparotomie d'une culture totale très ancienne. Après une incubation de 1 mois 1/2 à 2 mois, les animaux ont présenté une cachexie rapide avec déglobulisation et hémorragies gastro-intestinales, ensemble réalisant une sorte de syndrome de Banti expérimental.

Les lésions observées appartiennent à un type de mycétome splénique circonscrit, à celui d'une splénite diffuse congestive et scléreuse. Dans tous les cas, la sidérose est très marquée, caractérisée par un dépôt de pigment à granulations fines ou par la formation de concrétions volumineuses autour d'éléments mycosiques (spores ou fragments mycéliens). La rétro-culture a été positive, un passage en série a été obtenu, d'autres sont en cours.

Il semble donc que l'on puisse déterminer avec une certaine régularité chez le chien une anémie splénique aspergillaire, comportant parfois un syndrome hémorragique, comparable à celui que l'on observe chez l'homme.

Lèpre cutanée œdémateuse à évolution rapide.

MM. Tamalet, Abadie et Valatz présentent un Malgache de 23 ans, en France depuis 2 ans, chez qui apparurent en mars 1931 quelques nodules cutanés, qui se généralisèrent en très peu de temps à presque tout le tégument.

Parallèlement, la face et les quatre membres devinrent progressivement le siège d'un œdème dur et non douloureux. Evolution apyrétique des accidents, aucun trouble nerveux, ni trophique, absence de lésions viscérales. Urines sans albumine, ni sucre, azotémie et chlorurémie normales, légère anémie globulaire, formule leucocytaire normale. Le L. C. R. présentait une légère lymphocytose, les éléments par millimètre cube : albumine 0 gr. 40, glycorachie 0 gr. 60, chlorures 7 gr. 30. Réactions de B. W. et de Hecht négatives dans le sang et dans le L. C. R. Absence de rhinite, fosses nasales en bon état.

L'examen bactériologique de la sérosité obtenue par scarification d'un nodule montre quelques bacilles acido-résistants. La biopsie d'un nodule fit constater la présence de bacilles de Hansen en paquets nombreux.

Le malade fut mis au traitement par l'huile de Chaulmoogra à doses progressives en commençant par X gouttes par jour et en augmentant de IV gouttes quotidiennement. Actuellement le malade qui est à CXXX gouttes présente une très notable amélioration : les œdèmes ont totalement disparu et la dissémination des lépromes cutanés s'est arrêtée ; il semble même qu'ils soient en régression manifeste au niveau de la face.

A propos de la vaccinothérapie.

MM. J.-P. Tourneux et J. Gadrat rapportent l'observation d'un malade, chez lequel l'action de la vaccinothérapie a été tout à fait démonstrative.

Il s'agissait d'un homme de 55 ans, qui, à la suite d'une intervention sur le pied, avait présenté des complications infectieuses graves, contre lesquelles un large débridement était resté inefficace.

Les lésions inflammatoires avaient gagné une grande partie de la jambe, faisant redouter la nécessité d'une amputation, lorsque l'on résolut de recourir à la vaccinothérapie. Trois injections de propidon de 2, 3 et 4 cmc. faites à deux jours d'intervalle, s'accompagnant de réactions locales et générales intenses, amenèrent la chute immédiate de la température. Puis, tandis que la rougeur et l'œdème de la jambe disparaissaient rapidement, la suppuration diminua progressivement jusqu'à se tarir complètement. La guérison définitive fut effectuée 16 jours après la dernière injection.

Lipome préherniaire étranglé.

M. A. Rescanières rapporte l'observation d'un homme de 69 ans, présentant tous les signes classiques des hernies étranglées, et chez lequel l'interven-

tion chirurgicale montra qu'il s'agissait uniquement d'un lipome préherniaire atteint d'étranglement.

L'auteur profite de ce cas pour faire une description très complète de ces tumeurs relativement assez rares ; il étudie plus particulièrement la pathogénie des accidents, qu'elles peuvent présenter, et qui sont dus non à une anse intestinale ou à un fragment d'épiploon ayant fui au moment de l'intervention, mais uniquement à la striction exercée sur le lipome par l'anneau herniaire. Quant au diagnostic, toujours délicat, il pourrait être posé par suite de la mobilité relative que présente toujours le lipome.

Stomatites nécrosantes à fuso-spirilles.

M. A. Sol, se basant sur trois observations personnelles, étudie sous ce titre un processus nécrosant gingivo-dentaire, véritable gingivite expulsive aiguë, dans lequel l'association fuso-spirillaire paraît jouer un rôle étiologique de premier ordre.

Après avoir passé en revue les différentes données étiologiques de ces lésions et insisté sur la flore microbienne où domine l'association fuso-spirillaire, il indique les caractères essentiels de l'affection dont les lésions, analogues à celles de la pyorrhée alvéo-dentaire commune, s'en différencient cependant par leur intensité et par une évolution beaucoup plus rapides, le processus semblant en quelque sorte brûler les étapes.

L'auteur décrit ensuite l'évolution de ces stomatites, leurs diverses formes cliniques, ainsi que leurs principales complications locales (phlegmons, nécrose du maxillaire), et générales (septicémie chronique).

Puis, après avoir envisagé le diagnostic et insisté sur l'importance de l'examen radiologique aux diverses phases de l'affection, permettant de voir de bonne heure des décalcifications précoces, et ultérieurement des résorptions alvéolaires, il aborde la question du traitement à la fois d'ordre chirurgical (avulsion, obturation dentaires), et d'ordre médical (bleu de méthylène et novarséno-benzol).

Syphilis cranio-méningée avec névrite optique.

MM. Riser et Valatx. — Il s'agit d'un malade qui avait été soigné en 1920 pour un chancre syphilitique. En mai 1929, il souffre de céphalée extrêmement violente, qui est apparue brusquement et en quelques jours. Les douleurs sont constantes, particulièrement vives, lorsque le malade se baisse ou travaille au soleil ; elles sont diffuses, empêchent le sommeil, sans localisation frontale ou occipitale, non augmentées par la pression ou le choc de l'os, ne s'accompagnant ni de vomissements, ni de troubles de la vue, ni de troubles mentaux.

L'examen clinique est négatif, seul l'examen oculaire montre un rétrécissement homonyme supérieur des trois champs visuels ; l'acuité visuelle est normale, T. A. R. = 30,70, le fond d'œil est normal. Une ponction lombaire montre un liquide xantho-chromique avec 3 gr. d'albumine, 75 cellules, une réaction de B. W. positive, mais dans le sang, la réaction de B. W. était négative. La radiographie montre très nettement dans les régions frontale et fronto-pariétale, des taches de décalcification de formes variées, un véritable plombage, un aspect pommelé de l'os ; en outre une vascularisation très développée.

Le traitement antisyphilitique, après avoir exacerbé la céphalée, amena au bout de trois mois une amélioration fonctionnelle considérable. Depuis un an, la névrite optique a complètement disparu, le L. C. R. est normal et les lésions osseuses elles-mêmes sont en régression.

L'intérêt réside dans cet ensemble de signes qui pouvait faire penser à une tumeur cérébrale ou à une tumeur du diploé et dans l'efficacité du traitement antisyphilitique.

Un cas de paralysie des nerfs craniens au cours d'une polynévrite alcoolique.

MM. Riser, Valatx et Sol. — Il s'agit d'une malade de 24 ans, qui, éthylique depuis 2 ans, commença à présenter dès octobre 1930, les signes d'une polynévrite : fourmillements aux extrémités, gêne de la marche, troubles de la mémoire. En janvier 1931, les troubles s'étant accentués, elle présentait une polynévrite alcoolique avec un syndrome de Korsakoff typique : démarche ataxique et stoppante, atrophie très marquée des membres inférieurs, abolition des réflexes, hallucinations visuelles, onirisme, amnésie de fixation très profonde qu'elle cherche à compenser par une fabulation désordonnée et d'ordre purement imaginatif. Par ailleurs le foie est gros, douloureux, il y a du subictère et dans le sang, la réaction de Nicloux est fortement positive.

En outre, les deux VI^es^ paires sont complètement paralysées avec strabisme caractéristique ; il y a nystagmus oscillatoire vertical. Le fond d'œil est normal, l'acuité visuelle O. G. 1/10, O. D. 1/15, T. A. R., 73, limites périphériques normales, ébauche de scotome central pour le bleu.

A cause de ces signes, on rechercha une syphilis concomitante, mais tous les examens cliniques, et humoraux dans le sang et le liquide céphalo-rachidien furent négatifs. Un traitement d'épreuve fut institué.

Ce n'est qu'au début de mai 1931 que les troubles s'amendèrent. A l'heure actuelle, seule la VI^e^ paire est paralysée, les troubles confusionnels et l'amnésie de fixation ont complètement disparu.

L'intérêt de cette observation réside dans l'atteinte indiscutable des nerfs craniens d'origine toxique, alcoolique pure, fait qui, signalé dans la littérature médicale, est cependant assez rare pour mériter d'être rapporté.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XVIe Congrès de médecine légale de langue française

(Paris, 4, 5 et 6 mai 1931)

Présidence de M. le Dr PAUL (de Paris).

La responsabilité médicale

Rapporteurs : M. DONNEDIEU DE VABRES, M. DUVOIR et Henri DESOILLE (de Paris).

PREMIÈRE PARTIE. — Les fondements de la responsabilité

Responsabilité civile. — La responsabilité médicale est une responsabilité contractuelle. Etant donné l'objet particulier du contrat, qui intéresse la vie et la santé de l'individu, il doit être soustrait aux règles strictes du Code civil et soumis à celles du droit naturel, ce qui explique qu'en ce qui concerne la capacité de consentir à une opération, il ne soit pas tenu compte pour les mineurs de l'âge, et que la femme ne soit pas dans l'obligation sur ce point d'obéir à son mari.

Le médecin est responsable de ses aides et des choses qu'il a sous sa garde.

De toute façon, il faut qu'il y ait faute, qu'il y ait dommage et qu'il existe une relation de cause à effet entre la faute et le dommage. Il est important de remarquer que, nulle part, le Code ne précise qu'il doit s'agir de faute *lourde*. Pratiquement, elles sont seules admises, parce que ce sont les plus faciles à caractériser ; mais si une faute légère était précisée et définie et qu'elle ait entraîné un dommage, la responsabilité du médecin serait vraisemblablement admise par les tribunaux.

Responsabilité pénale. — Elle peut conduire le médecin en correctionnelle pour coups et blessures ou pour homicide par maladresse ou négligence.

Valeur du consentement du sujet. — Il ne suffit pas pour légitimer l'action du médecin, lorsque cette dernière est illicite ou intempestive. Sauf certaines exceptions (coma, aliéné, sujet anesthésié lorsqu'au cours d'une opération on s'aperçoit devoir modifier l'intervention prévue), le consentement du sujet est indispensable. La preuve du consentement est à la charge du médecin.

Personnes qualifiées pour donner le consentement. — Si la famille d'un blessé dans le coma ou d'un aliéné est présente, c'est à elle que le consentement sera demandé. Mais, dans le cas où l'avis de la famille paraîtrait contraire aux véritables intérêts du malade et semblerait dicté par un désir d'héritage, le médecin pourra agir selon les véritables intérêts du malade. Il est alors prudent de prendre l'avis de confrères.

Femme mariée. — La femme doit être consentante, et le mari ne peut imposer sa volonté. D'autre part, le consentement du mari n'est pas nécessaire lorsque la femme consciente est consentante à une opération nécessaire. Lorsque la femme est inconsciente et l'opération indispensable, le médecin peut passer outre à l'avis du mari ; il est là encore prudent de provoquer une consultation.

Mineurs. — En principe, l'autorisation des parents est nécessaire. Mais si le mineur est capable de discernement, sa volonté doit dominer celle de ses parents. Ce n'est pas l'âge de l'enfant qui compte, c'est son degré de discernement.

En dehors de l'hôpital, lorsque le médecin constate chez des parents un refus obstiné à faire soigner convenablement leur enfant, que faut-il faire ? Les rapporteurs admettent que, dans les cas très graves, le médecin puisse prévenir les autorités et faire intenter une action pour sévices, parce que le secret professionnel le lie au malade, c'est-à-dire à l'enfant, et non à ceux qui attentent à sa vie.

Attitude du médecin devant le suicide. — Les rapporteurs condamnent formellement l'euthanasie. Mais, devant des souffrances intolérables, le médecin peut prescrire un médicament susceptible d'atténuer les douleurs , même si la vie de son client court le risque de s'en trouver réduite : il ne faut jamais désarmer devant la maladie, même au cas de mort imminente, et tout mettre en œuvre soit pour relever les forces, soit pour apaiser les souffrances.

Un individu *n'ayant pas son libre arbitre* doit être protégé contre lui-même, au besoin par la force.

Lorsqu'il s'agit d'un individu ayant son libre arbitre, par exemple un prévenu pratiquant la grève de la faim, deux thèses irréductibles s'opposent, que ne vient départager aucune jurisprudence.

L'une considère que la vie humaine appartient, non pas à l'individu, mais à la société et que le suicide est un acte antisocial. Elle admet donc qu'il faut alimenter de force.

L'autre admet bien que l'on puisse forcer à s'alimenter un *condamné* parce que l'administration pénitentiaire l'a en tutelle, mais qu'il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un *prévenu*, parce qu'on n'a le droit

de s'opposer à aucun de ses moyens de défense et qu'il n'y a aucune raison de ne pas suivre pour ce cas particulier les règles admises pour les individus qui refusent les opérations nécessaires. La femme enceinte qui refuse une césarienne commet également un acte antisocial ; or, il n'est pas question de la contraindre à se laisser opérer.

Procédure. — Une action peut être intentée contre le médecin : 1° *Par le client ou ses ayants droit.* Il peut s'agir : *a*) de poursuites correctionnelles pour blessures ou homicide par imprudence. Une demande de dommages-intérêts est généralement liée à cette poursuite ; *b*) d'action civile ; 2° *Directement par le Parquet*, la sécurité des personnes étant d'ordre public.

A noter que les héritiers du médecin peuvent être poursuivis lorsqu'il s'agit d'une dette civile.

Deuxième partie. — Les limites de la médecine

Le médecin ne jouit pas d'un privilège. L'exercice de la médecine a des limites hors desquelles la responsabilité est lourdement engagée.

Les actes criminels. — L'avortement criminel, la propagande anticonceptionnelle sont visés par des lois spéciales.

Les expériences criminelles, qui poursuivent un but purement scientifique sans utilité thérapeutique vis-à-vis du sujet sur lequel a lieu l'expérience entraînent la responsabilité du médecin, lorsque même le sujet était consentant.

L'embryotomie et l'avortement thérapeutique. — L'état de nécessité les rend licites dans les cas où la mort de la femme est certaine, entraînant à coup sûr celle de l'enfant, puisqu'en provoquant, d'une façon anticipée un événement fatal, la mort de l'enfant, on peut espérer sauver la mère.

Lié par le secret professionnel, le médecin ne doit prévenir aucun magistrat : les magistrats n'ont aucune qualité pour recevoir une pareille déclaration, non plus que pour donner aucune autorisation. Il est bon d'appeler un confrère en consultation.

Quant à la déclaration à l'état civil, elle doit être faite comme s'il s'agissait d'un avortement spontané (ordonnance de 1888).

Traitements esthétiques. — Juridiquement, lorsqu'un traitement est illicite, le consentement du client n'est pas valable, aucune cause de non garantie ne peut jouer. Pour qu'un traitement soit licite, il faut que le risque provenant du traitement soit plus faible que le dommage à réparer, sinon le médecin commet une imprudence et l'on peut soutenir que les règles de l'art médical n'ont pas été appliquées.

Mais on ne doit pas limiter les affections auxquelles a droit de remédier la médecine. Soutenir *a priori* que les opérations purement esthétiques sont illicites entraînerait à admettre une *présomption de faute* à l'égard des chirurgiens, qui les pratiquent. *Cette présomption de faute ne saurait être admise, parce qu'elle est contraire à la loi* (Cour d'appel de Paris, 12 mars 1931),

Les rapporteurs concluent que toute affection, toute difformité peut être traitée, à condition de proportionner le risque à faire courir au mal que l'on veut corriger. Il n'y a là rien de spécial aux traitements esthétiques, c'est le principe fondamental de tout l'art médical. C'est aux spécialistes qu'il appartient d'apprécier chaque cas et de perfectionner leurs techniques. Malheureusement, la technique, si perfectionnée soit-elle, ne met pas à l'abri des risques et des insuccès. On est ainsi conduit à chercher le moyen de couvrir ces risques et d'éviter les procès.

Ce moyen réside dans l'*assurance des malades*, contractée automatiquement par la maison de santé aux frais de ceux-ci. L'objection que la prime serait chère ne joue pas dans le cas de chirurgie esthétique, puisqu'il s'agit d'opération de luxe. Cette assurance du malade ne saurait être considérée comme une clause de non-garantie. Elle ne supprime pas une action pénale en cas de faute lourde éventuelle, mais elle supprimerait pratiquement les procès en dommages-intérêts en cas d'insuccès ou de complications. Ce sont ces procès les plus importants.

L'*homogreffe*, la *transfusion sanguine*, la *fécondation artificielle* sont juridiquement étudiées.

(*A suivre.*)

Les Livres

EDITIONS MÉDICALES N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Ch. PFEIFFER.— **La néoplasmogénèse.** *Etudes cliniques, biologiques et expérimentales sur la cancérisation.* (Un vol. in-8, 170 pages, 25 fr.).

L'auteur fait de la néoplasmogénèse un phénomène biologique très général, dû essentiellement à l'action des formes ultra-microscopiques de certaines bactéries et de certains spirochètes.

Dans toute cancérisation, il y a une attaque du noyau cellulaire par une chromatine étrangère. Mais il faut pour cela: 1° la lésion des membranes d'une ou de plusieurs cellules d'un tissu quelconque ; 2° la présence d'un virus ultra-microscopique, capable d'amener une hyperfécondation des noyaux.

Chez l'homme, c'est le virus tréponémique, c'est-à-dire une forme filtrante du tréponema pallidum, qui préside aux cancérisations (carcinomes, sarcomes, épithéliomes, adénomes). Le virus filtrant de la tuberculose peut aussi donner chez l'homme des espèces de tumeurs qu'on appelle sarcoïdes tuberculeux.

La cancérisation est une lignée syphilitique. Si tous les syphilitiques ne font pas du cancer, ou n'ont pas le temps d'en faire, par contre toutes les lignées syphilitiques en font, ce qui est exactement la même chose étiologiquement.

La lutte contre le cancer se ramène à la lutte contre l'infection par le tréponème, et c'est là une conséquence d'une grande importance médicale et sociale. Individuellement, si nous ne voulons pas devenir cancéreux, nous devons éviter la syphilis.

EDITIONS MÉDICALES N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr MICHEL TAILLANDIER. — **Les méthodes optiques d'analyses. Photométrie et spectrophotométrie appliquées à l'analyse biologique.** (Un vol. in-8° de 255 pages, avec figures et schémas, 1931. 40 francs.)

Dans les laboratoires cliniques et biologiques, on utilise de plus en plus, les néphélémètres, photomètres, spectro-photomètres et divers appareils, qui, par des dispositifs appropriés, permettent de déterminer, sans balance et rapidement, la quantité de matière contenue dans un milieu, d'après la quantité de lumière absorbée par ce milieu.

Dans cet ouvrage, l'auteur a mis en lumière les lois, étudie les conditions et les techniques de précipitation et de mise en suspension des corps à doser, capables de renseigner et d'être utiles aux cliniciens biologistes, et à tous ceux qui font des dosages opacimétriques. Il indique ensuite les appareils qu'il faut préférer, et leur maniement.

Le point intéressant et délicat est surtout l'étude de la technique de précipitation des corps à doser par opacimétrie ; celle-ci est exposée longuement, avec les causes d'erreur qu'il faut éviter.

Ce travail est fait pour des corps précipités à l'état amorphe, tels les chlorures, l'acide urique, les phosphates, acétone, les sucres réducteurs, le cholestérol ; et à l'état cristallisé : tels l'urée et le calcium.

L'auteur démontre que l'on peut opérer vite ; ainsi l'acétone, contenue dans un liquide convenablement épuré, ou extraite par distillation, est précipitée par le réactif de Nessler ; le précipité, fait de petits nodules microscopiques, est centrifugé, lavé, et remis en suspension dans un liquide de densité et de viscosité connues, et chimiquement défini ; la suspension ainsi obtenue est alors passée à l'appareil optique, et une courbe donne la concentration en acétone.

Les livres qui viennent de paraître....

et qui seront analysés ultérieurement,

Chez JAONNÈS-DESVIGNE et Cie, éditeurs,
36-42, Passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon.

Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine. — **Tuberculose, contagion, hérédité.** Deuxième édition, revue et augmentée, 1931. (Un vol. 424 pages, 50 fig. Prix 35 fr.).

Chez DOIN et Cie,
8, Place de l'Odéon.

Ch. ROCAZ, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants, de Bordeaux. — **L'acrodynie infantile.** (Un vol. in-8°, 96 pages, 20 fig. Prix : 25 fr.).

Edmond PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. — **Diagnostic de la tuberculose rénale.** (Un vol. in-8°, 80 pages, 4 planches. Prix : 22 fr.).

J. RIEUX, Professeur à la Faculté libre de Lille. — **Paludisme, Pseudo-paludisme.** (Un vol. in-8°, 50 p., 2 planches en couleur. Prix : 16 fr.).

Ouvrages de la collection : *La Pratique médicale illustrée* (Directeurs : E. Sergent, R. Mignot, R. Turpin.)

Chez MASSON ET Cie,
120, Boulevard Saint-Germain.

H. VIGNERON. — **Manuel des calculs de laboratoire.** PRÉCISION. DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX. Préface de P. Pascal, Professeur à la Sorbonne. (Un vol. 184 pages, 45 fig. Prix : 40 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

Cœur et circulation chez le vieillard

Ch. Laubry et R. Casteran étudient depuis un certain temps les problèmes physiopathologiques de la circulation chez les vieillards, et ce dernier vient d'en résumer les principaux résultats dans une thèse fort intéressante qu'il intitule : « Le cœur sénile », et dont il fait en quelque sorte une entité morbide.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions du cœur sénile se caractérisent par la seule sclérose ; mais, par contre, la symptomatologie est multiple, ressemblant à toutes les affections cardiaques, avec cette particularité pourtant d'être plus physique que fonctionnelle.

Si la sclérose est à prédominance endocarditique, la cardiopathie du vieillard revêtira la forme valvulaire avec souffle ; ce dernier variable avec la localisation de l'athérome : mitral, mitro-aortique, aortique.

Les arythmies sont banales chez le vieillard, et présentent pour le praticien une signification importante pour le pronostic : les extrasystoles traduisent une excitabilité anormale de certaines régions myocardiques, souvent annonciatrices d'une déficience myocardique ; les tachycardies sinusales fatiguent rapidement le cœur du vieillard, qui résiste moins bien qu'un cœur jeune aux instabilités du rythme ; la tachycardie paroxystique survenant brusquement est d'origine myocardique, et indique une altération grave insulaire ou coronaire dont le pronostic doit être réservé ; l'arythmie complète est souvent à début latent, et peut se prolonger longtemps si les signes ventriculaires sont absents, dans le cas contraire, l'asystolie est menaçante.

La tension artérielle dans les cardiopathies séniles se présente généralement sous le type d'hypertension artérielle déséquilibrée, à prédominance maximale systolique ; la tension systolique étant souvent normale, ou presque, l'écart différentiel souvent assez élevé traduisant une artérite plus ou moins étendue.

L'âge n'a d'ordinaire qu'une influence toute relative, et les écarts tensionnels dépendent surtout des lésions qui font la sénilité. L'hypertension est d'ailleurs souvent une adaptation à la sclérose et une certaine tension est nécessaire pour assurer une circulation suffisante.

Laubry et Casteran indiquent que la thérapeutique dans ces cardiopathies doit viser, tout d'abord, à n'apporter aucune perturbation brusque dans la vie du vieillard qui s'accommode mal, en particulier, d'un régime restreint ou trop longtemps restreint ; il suffira de prescrire une bonne hygiène alimentaire, avec restriction plus ou moins importante des aliments azotés suivant l'état des reins.

Une médication active, n'est pas indiquée, sauf dans le cas où les phénomènes de défaillance se manifestent ; il suffit, le plus souvent, de leur assurer une médication d'entretien à la fois tonicardiaque et diurétique.

Le gui répond entièrement à ces indications, et le Prof. Seiler, dans la thèse de son élève J. Tobler, fournit sur ce point des résultats intéressants. Comme l'ont montré Huchard et Lagrange, et plus récemment encore Ebster et Jarisch, le gui est un tonicardiaque à action digitalique, qui améliore le travail du cœur et agit comme hypotenseur, surtout par l'intermédiaire du système nerveux central et du sympathique ; il n'est donc nullement contre-indiqué comme les vaso-dilatateurs actifs du groupe des nitrites. De plus, il est diurétique, azoturique et chlorurique et son action se fait sentir sur la nutrition générale.

La Guipsine, dans ces cas, est toujours bien tolérée et, à la dose de 4 à 6 pilules par jour, elle fait disparaître tous les phénomènes subjectifs si désagréables de l'hypertension et en, particulier, les spasmes vasculaires périphériques en diminuant l'hyperexcitabilité du sympathique. En outre, fait intéressant, le sommeil chez les vieillards est amélioré.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Les centres de diagnostic dans l'assurance sociale. — L'opinion d'un médecin spécialiste. — Accord nécessaire

Depuis la publication de la Circulaire Ministérielle relative à la médecine préventive, dans l'Assurance sociale, les Centres de diagnostic, envisagés comme l'un des organismes essentiels de cette médecine, font parler d'eux. On craint, à juste titre, qu'ils soient créés un jour par les Caisses, en dehors du Corps médical, et ne deviennent ainsi l'occasion de la floraison d'une médecine de Caisse contre laquelle nous sommes disposés à nous dresser. Et j'ai souvent insisté sur la nécessité, pour les Syndicats médicaux, de ne pas se désintéresser de la question, mais bien au contraire, de se familiariser avec cette idée que de tels organismes devraient provenir de l'initiative médicale, ou tout au moins, ne se créer qu'avec le concours du Corps médical organisé, et ne fonctionner que sous son contrôle.

Je ne m'arrête pas à l'opinion selon laquelle ils sont inutiles, et que l'on peut s'en passer. Et en donner comme preuve, comme je l'ai lu récemment, qu'on a pu réduire une fracture du fémur et la consolider avec un raccourcissement de trois centimètres, sans recourir à aucune collaboration spécialisée, c'est prouver d'abord que l'on peut avoir de la chance, et surtout celle d'avoir eu affaire à un fracturé qui n'a pas eu la mauvaise pensée de demander compte à son médecin de ce raccourcissement.

Je m'arrête davantage aux réclamations de ceux qui ont ouvert un cabinet spécialisé avec tout l'outillage que comporte chaque spécialisation . Et j'ai sous les yeux la lettre que m'écrivit un de nos plus sympathiques correspondants et d'où j'extrais ce qui suit :

« Que veut-on dire exactement quand « on » parle de créer des centres de diagnostic ? ? ? Y a-t-il un chef-lieu d'arrondissement où n'existent pas ces médecins spécialisés nécessaires au diagnostic complet ? Aujourd'hui, pratiquement, que se passe-t-il quand un médecin praticien a besoin de connaître l'avis d'un confrère spécialisé ? Il envoie tout simplement son malade à ce confrère... Il ne semble pas, jusqu'à présent, que malades et médecins aient eu à se plaindre de cette manière de faire... Mais a-t-on réfléchi que chaque médecin s'est installé à ses frais et à grands frais. Va-t-on lui dire : « Laissez chez vous votre installation et venez faire vos consultations et vos examens au « centre » que nous avons construit et installé ? ? ? ».

A quoi j'avais répondu que ces réflexions étaient parfaitement judicieuses, mais que la question des centres de diagnostic étant posée devant l'opinion, il fallait, bon gré mal gré, l'étudier avec toutes ses incidences. Les médecins n'ont pas intérêt à les laisser germer et pousser en dehors d'eux. Il faut au contraire qu'ils en soient les semeurs et les moissonneurs. Seule, une organisation syndicale est capable de concilier les intérêts en présence, de procéder à l'aménagement et surtout à l'exploitation déontologique des centres réclamés par la médecine sociale, d'en limiter l'accès aux seuls ayants droit, et de faire respecter les droits de ceux qui, précédemment, ont mis leur science et leur outillage à la disposition et à la portée des malades.

Cette étude de la question, mon correspondant l'a ensuite poursuivie aussi complètement que possible et avec une conscience irréprochable. Il m'a communiqué le fruit de ses méditations et je ne saurais mieux faire que de les reproduire ici.

« La médecine sociale étant inévitable, m'a-t-il écrit en substance, que cela nous plaise ou non, les médecins doivent participer à l'œuvre constructive et y jouer le rôle essentiel. Ce qui se ferait sans eux serait fait contre eux.

« La médecine sociale doit être préventive et se proposer : 1) d'essayer de supprimer les causes et les occasions des maladies ; 2) de dépister les maladies à leur début:

« Ceci étant, la prévention visera : 1) la suppression de l'alcoolisme et des taudis ; 2) l'hygiène du

travail ; 3) la création des centres de diagnostic ; 4) l'isolement des contagieux.

«Tout cela forme un ensemble inattaquable. On ne pourrait, sans hypocrisie de la part des pouvoirs publics et des organismes sanitaires publics, tolérer l'existence de taudis infects où se tuberculisent des familles entières ; tolérer l'alcoolisme, source de misère, de déchéance physiologique, et aussi de tuberculose, et édifier en même temps des palais grandioses dénommés pompeusement *Instituts d'hygiène*, prétexte vraisemblable à une floraison de nouveaux fonctionnaires et d'une bureaucratie paperassière inutile.

«A quoi bon, en outre, diagnostiquer officiellement et inscrire sur une fiche un cas de tuberculose, si on ne peut traiter ce cas dans les établissements nécessaires, en préservant les proches de ce tuberculeux qui cohabitent avec lui ?

«Les centres de diagnostic étant donc utiles, il importe au plus haut point qu'ils ne soient accessibles qu'aux assurés sociaux obligatoires et ne puissent être ouverts à la clientèle aisée. Ils fonctionneront sous la seule autorité technique et la direction du Corps médical organisé. Les médecins d'un centre seront ceux de la localité, dans la mesure où ils y existeront naturellement. Il sera bon de leur imposer toutefois certaines conditions : un minimum d'ancienneté dans l'exercice de la médecine en général et de la spécialisation en particulier. Ils seront rémunérés à l'acte médical.

«Enfin, les Centres seront réservés exclusivement au diagnostic, au dépistage, et l'on n'y traitera pas les malades. Il faut éviter par-dessus tout la main mise des Caisses sur la médecine qu'elles sont chargées d'assurer financièrement. (Le danger, c'est qu'elles disposeront sous peu de ressources importantes..... Et mon correspondant me cite le cas d'une Caisse d'un département du N. O. qui avoue 600.000 francs de bénéfices au cours de l'exercice 1930-1931...)

«Il faut enfin prendre garde à ces mutualités qui étendent leur activité et englobent, pour une cotisation relativement minime, des artisans, et aussi des commerçants ; des contre-maîtres, et aussi des directeurs d'usines, etc..... »

***

Toutes ces remarques sont parfaitement logiques, et il est incontestable qu'elles expriment fort bien le régime sous lequel de telles créations devraient fonctionner. Et d'abord, il convient de proclamer que les centres de diagnostic ne sont qu'un élément dans l'armement sanitaire du pays. Ils ne devraient être envisagés que dans le cadre d'une politique sanitaire présentement à peu près inexistante, puisque l'alcoolisme et l'insalubrité de l'habitation, pour ne parler que de ces deux fléaux sociaux, ne sont l'objet d'aucune mesure restrictive efficace. La politique sanitaire réclame un plan d'ensemble qui présuppose l'accomplissement de la réforme intelligente de la loi de 1902.

Cette réserve faite, il ne faut pas dire, je le répète : « Ces centres sont inutiles ; on peut fort bien s'en passer et faire néanmoins de bonne médecine ». C'est raisonner à la façon de tous ceux qui, il y a une quinzaine de lustres, se déclaraient les adversaires résolus des chemins de fer et du télégraphe, sous prétexte qu'ils avaient bien vécu jusqu'alors sans ces nouveautés, bouleverseuses des habitudes et des mœurs.

Ils existent d'ailleurs, ces Centres, et il n'est pas un service hospitalier un peu complet qui ne renferme le sien. Sans m'étendre là-dessus, les services des professeurs Gosset et Sergent, à la Salpêtrière et à la Charité, en sont des exemples frappants. Ils existent encore sous une forme particulièrement respectable, et je fais ici allusion au Centre de la rue Andrieux, dont j'ai déjà eu l'occasion de parler. Ils existent encore, mais livrés à eux-mêmes et exempts de tout contrôle déontologique, sous la forme de ces entreprises privées, qui se décorent souvent du nom pompeux d'Instituts, et se donnent surtout, il faut le dire, pour faire de la médecine de soins, après savoir édifié des diagnostics...

Les Pouvoirs publics proclament que les Centres de diagnostic répondent à un besoin, à une nécessité, pour permettre à la loi de fonctionner pleinement dans le domaine de la prévention, comme dans celui du traitement, pour les Assurés sociaux. Le Ministre proclame qu'il est à souhaiter que les Caisses en créent, complétés par un service social adéquat, mais qu'en attendant, les Caisses auront recours à l'armement sanitaire existant : dispensaires d'hygiène sociale, centres anti-cancéreux, consultations prénatales, gouttes de lait, centres d'élevage, etc.....

Or, il apparaît qu'un jour viendra, plus proche peut-être qu'on le croit, où les Caisses disposeront de ressources assez importantes pour répondre au vœu du Ministre. Déjà, on me signale cette Caisse dont j'ai parlé plus haut, et qui aurait réalisé plusieurs centaines de mille francs de bénéfices.

Faut-il que le corps médical organisé s'en désintéresse complètement, comme d'aucuns le préconisent ? Faut-il au contraire que, profitant des pouvoirs que lui donne la loi, il surveille leur création, et assure leur fonctionnement technique ? Peut-on croire, de bonne foi, que dans la première alternative, des centres fondés en dehors du Corps médical organisé ne trouveraient pas le personnel technique qui leur serait nécessaire ? Peut-on croire de même que la clientèle leur ferait défaut ? Poser la question sous cette forme, c'est tenir compte des réalités, vivre et raisonner sur le plan humain, et il ne peut y avoir

d'hésitation dans la réponse qu'elle appelle : à notre avis, c'est donc avec l'assentiment du Corps médical organisé, et son concours que les Centres de diagnostic doivent être créés et fonctionner.

Comment peut-on envisager les modalités de ce fonctionnement ? Là, je m'arrête. C'est au Corps médical organisé, c'est au Syndicalisme médical représenté par sa Confédération, qu'il appartient de prendre des décisions à cet égard.

Il y a des projets qui seront discutés aussi amplement que le sujet l'exige. De la discussion sortiront, je n'en doute pas, des indications positives et un plan qui exprimeront l'opinion de la masse, et qui dicteront son attitude.

Ne perdons surtout pas de vue les projets de la Mutualité, ses desseins avoués, ses espérances. Nous devons rester sur nos gardes et veiller avec attention aux événements. Rien ne dit que des luttes ne sont pas prochaines où nous n'aurons pas trop de toute notre énergie, de notre cohésion, de notre discipline pour faire triompher notre charte.

Mais qui, en de telles conjonctures, oserait prendre l'initiative de rompre l'unité médicale, si difficilement reconquise ? Qui verrait sans effroi renaître parmi nous une ère de discorde et de combats, faisant ainsi le jeu de ceux qui songent toujours à une organisation dans laquelle nous serions réduits au rang d'employés maigrement appointés ?

Un torrent nous emporte vers une modification des grands services publics. Déjà, de nouvelles formations sociales sont apparues, qui ne peuvent nous laisser indifférents. L'ordre sur lequel nous vécûmes si longtemps et jusqu'il y a une dizaine d'années, est ébranlé, et des indices indéniables nous annoncent un ordre nouveau.

Il nous appartient de scruter soigneusement les événements et leur marche, pour y conformer notre attitude corporative en maintenant intangibles certains principes fondamentaux dont le respect est indispensable à la sauvegarde de la santé publique et à l'exercice normal de notre profession.

G. Duchesne.

QUELQUES PUBLICATIONS RÉCENTES

Au bord du Nil

Dr O. Béliard.

Il y a quelque temps déjà que j'ai sur ma table ce récent ouvrage d'Octave Béliard, dont je ne voulais vous parler qu'après l'avoir lu consciencieusement. C'est le récit d'un voyage fait, en Egypte, par l'auteur, dont la haute culture classique a voulu aller se retremper aux lieux mêmes qui furent, parmi tant d'autres, des centres de vie intense et de civilisation achevée, en des temps que leur ancienneté met au rang des époques fabuleuses. Avec quelle ferveur il a entrepris cette exploration dans un passé multi-millénaire, jalonnée de tous les sites, tous les monuments, toutes les ruines qui perdurent pour en attester la grandeur ! Il suffit de noter son dédain de l'inconfort du transport qui l'amènera au but, sa joie de la solitude qui l'isole des badauds et des snobs, dont le voisinage importun troublerait son observation et sa méditation. Il suffit aussi de prendre acte de toutes les réflexions que lui inspirèrent l'une et l'autre. « Epargnez-moi l'humiliation de voir avec les yeux de tout le monde », dit-il dès ses premiers pas sur le bateau qui l'emmène.

Voulez-vous que nous l'accompagnions rapidement dans son voyage ? Je passe sur ses impressions de passager traversant, lui descendant de douze générations de marins, la mer pour la première fois. Ses facultés de pénétrante et fine prospection s'exercent d'abord sur ses compagnons de voyage... « industriels et traficants, ... femmes sans beauté, ... ingénieurs et officiers, ... vieux couples touchants, ...population de plage de famille » ; sur les terres en vue, au fur et à mesure que la traversée se poursuit, le long des rives italiennes, de la Sicile, des archipels... Et voici que s'évoquent les souvenirs virgiliens, grâce auxquels il se plait à « peupler de visions ces flots tyrrhéniens derrière lesquels il y a le Latium et la Campanie ».

Mais il arrive à Alexandrie, vaste caravansérail d'un cosmopolitisme sans attrait où il ne s'arrêtera point. « Je viens pour sentir, mais aussi pour savoir et comprendre. L'Egypte doit parler à mon intelligence autant qu'à ma sensibilité... Il faut que tout son passé me parle et ressuscite... » En route donc pour le Caire, à travers une immense plaine qui, tout d'abord, ressemble à d'autres plaines déjà vues, avec ses luzernes, ses canaux, ses voiles pointues. L'exotisme ne s'en révélera que peu à peu, et aussi l'étrangeté. Le buffle, animal de travail ; les palmiers, les figuiers de Barbarie ; les datiers ; les villes rencontrées, blanches ou fauves, avec leurs terrasses, leurs minarets.., la couleur, la lumière, — voici du nouveau.

Au Caire, la cité vivante, européanisée, s'est

élevée près de la cité relique qui tient si peu de place, dont les habitants «prisent moins le passé qui les a faits glorieux que le présent qu'ils sont glorieux de faire ». Et cela n'est pas pour lui déplaire, car « l'immortalité des œuvres me serait haïssable si elle n'était qu'une mort indéfiniment prolongée et faisant obstacle à la vie... » A la découverte, la foule bruyante, les souks animés, l'odeur, « mélange essentiel et spécifique d'encens, de bouc et de graisse frite », les mosquées, seuils de prière où vient s'éteindre la vie, les cimetières au silence « énorme et solennel », des architectures stylisées se révèlent et révèlent le terroir et tous ses accents.

Du Caire, O. Béliard se dirige vers les Pyramides qui, de loin, l'avaient ému et, proches, ne lui ont pas parlé, « tas de pierres qui ne se rappellent rien ». Par contre, le Sphynx lui fait battre le cœur ; il frissonne devant « cette chose énorme au nez cassé qui, suivant l'angle sous lequel on le regarde, à l'air de prier, de rêver, de rire ou de souffrir ». Quelle peut bien être la signification de cet Homme-Lion impassible et figé ? Est-il l'un des « gardiens des sols sacrés » ? Se hausse-t-il jusqu'à l'évocation métaphysiques des compromis de la Bête et de l'Ange, de l'Esprit et de la Matière ?

Memphis, petits tas de pierres informes, fantôme plus émouvant qu'une relique... Ce que fut Memphis, les tombeaux tout proches l'enseigneront : Pyramides multiples qui ont contenu les cadavres de rois vieux de quatre à cinq mille ans. Mastabas plus vieilles encore, vertigineusement vieilles, maisons funéraires des riches de dynasties remontant à vingt-sept siècles avant J.-C.

Cheminant le long du Nil, vers ses origines mystérieuses, O. Béliard visitera Abotou, où se révélera, comme en une initiation, le sacrement d'Osiris. Louksor, quartier de Thèbes, aux cent portes, et son Temple aux ruines éloquentes. Karnak, ville des Dieux. « On est dans un lieu saint ; on a aboli des milliers d'années pour rejoindre le tumulte figé d'un énorme passé. On a envie de rêver, d'adorer, de frémir. On a subitement compris la brièveté de l'aventure humaine en la revivant à rebrousse courant, et la longueur de l'éternité. » La Vallée des Rois, avec ses compositions hiératiques, ses énigmes sacrées, ses fresques. Puis, toujours plus au sud, Edfou, Ombos, Philæ, près d'Assouan, Philæ, la belle Noyée dont il fait le tour en barque... Point culminant, si l'on peut dire, de cette randonnée si féconde en sensations, impressions, rétrospections, d'où eut lieu le retour au Caire, puis en France, par Port-Saïd.

Toute l'histoire de l'Egypte a été passée en revue par le voyageur, et celle de l'époque des Thinites et des Memphites, et celle des Ptolémées, et celle des Grecs.... La naissance et le développement du christianisme. Plus tard, l'invasion arabe et le triomphe de l'Islamisme, la domination turque, et l'emprise anglaise, sans négliger la part bellement constructive de la France, O. Béliard l'a pu passer en revue, ressuscité par toutes les pierres dont il s'est évertué de pénétrer le mystère. J'ai goûté, surtout, je l'avoue, toute son exégèse, relative au culte d'Osiris dont il a pénétré les arcanes, démontrant que « l'idolatrie égyptienne n'était que la déformation, par l'image, d'un monothéisme foncier ». Et si l'Egypte a été chrétienne précocement, si elle a dès la première heure accueilli la doctrine nouvelle, c'est qu'elle était préparée au dogme du Dieu unique en trois hypostases, par le culte d'Osiris, « l'Homme-Dieu qui a été mort », Principe générateur conçu comme ternaire. « Tout ce qui s'est passé avant le Chrit l'a préfiguré ».

Les aperçus infiniment ingénieux d'O. Béliard m'ont très puissamment intéressé, et il y a là un chapitre passionnant de l'Histoire des Religions, d'une haute portée philosophique, et d'un ésotérisme troublant.

A qui, tenté de connaître l'Egypte, se proposerait, à son tour, de remonter le cours du Nil, je ne saurais assez recommander le livre de Béliard. Mais le voyageur en chambre qui le lira de même n'aura pas perdu son temps. Et pour peu qu'il soit un imaginatif, il connaîtra, sous une forme particulièrement saisissante, le Sphynx et les Pyramides, et les Siècles plus que quarantenaires qui, de leur sommet, contemplent notre humanité moderne : elle peut, sans déchoir, leur emprunter encore des leçons et des exemples (1).

G. DUCHESNE,

Education sexuelle. — Génération consciente

Dr SICARD DE PLAUZOLES.

Disciple du Professeur PINARD et apôtre, après lui, de l'Eugénique, Sicard de Plauzoles, dont on connaît la compétence et les travaux en hygiène sociale, a réuni dans cette élégante plaquette deux des leçons d'ouverture du cours qu'il professe à la Sorbonne, deux articles publiés par lui dans *La France Nouvelle* et les *Cahiers des Droits de l'homme*, et une intervention dans une discussion soulevée au Comité d'Etudes sociales et politiques.

Les sujets traités sont les suivants : Les causes

(1) De Peyronnet et Cie, 7, rue de Valois, Paris (12 fr.)

de dégénérescence de l'homme. — L'éducation sexuelle de la jeunesse. — Prophylaxie de la dégénérescence par l'éducation sexuelle. — Une thèse interdite. — La stérilisation humaine et la prophylaxie anticonceptionnelle.

S'il existe un paradoxe en vérité déconcertant, c'est bien celui-ci : la procréation d'un cheval, d'un bovin, d'un mouton, est entourée de soins et de précautions. Celle d'un homme est laissée au hasard. Il y a, dans cette constatation, cent prétextes à plaisanteries faciles, et il est exceptionnel, en effet, que les enfants se fassent sur commande, si j'ose dire.

Entre cette façon de comprendre la génération consciente et celle qui laisse, au seul hasard, la direction des événements, il y a place pour l'intervention d'une conscience avertie et soucieuse de l'avenir de la race, dans l'étude et la solution des questions qui s'y rapportent.

Ce sont ces questions auxquelles Sicard de Plauzolles s'intéresse passionnément et qu'il a traitées partiellement (1).

Deux comédies inédites.

Cœur de bronze, comédie de Tristan Bernard, met en scène une candidate à l'emploi de femme de chambre dans une riche famille bourgeoise en villégiature, au bord de la mer. Or, cette femme de chambre, se donnant elle-même comme une déclassée, parce qu'elle était au Conservatoire, s'y est fait un cœur de bronze qui ne s'émeut de rien, en se familiarisant avec tous les drames du répertoire.

Une leçon de Monsieur Fleurant, de notre distingué confrère et ami Paul Rabier-Labiche, nous introduit dans l'arrière-officine du maître apothicaire en train d'apprendre à son futur successeur et gendre, à bien donner un clystère, en s'exerçant sur une sorte de mannequin qui représente un large postérieur en carton, en position.

Je vous laisse à penser qu.ls effets comiques notre auteur, dont l'érudition et la plume sont bien connues, a su tirer de cette situation et avec quelle verve il l'a exploitée. L'édition est somptueuse, imprimée richement sur papier de haut choix et bellement illustrée de dessins en couleur de H. de Renaucourt (2).

G. Duchesne.

ASSURANCES SOCIALES

I. — Le libre choix du médecin et les agents des grands réseaux de chemins de fer

Nous avons reçu, du Dr Houssiaux, secrétaire du syndicat médical de Cannes, la lettre suivante :

Mon cher confrère,

J'ai lu avec intérêt l'article 4249 (*Concours* 4-10-31 page 3041) sur les assurances sociales en ce qui concerne les salariés de l'Etat, etc...

L'article 49 de la loi dit que les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer, etc... demeurent soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.

1° En ce qui concerne les salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance, l'article 3 du 2e décret du 30 juin 1931 dit que les règlements particuliers ou statuts qui les concernent devront accorder aux bénéficiaires, des prestations équivalentes pour chaque risque à celles prévues par la loi du 30-4-1930.

Le décret n'est donc pas contraire à la loi.

Mais est-il bien certain que l'article 3 du décret oblige à introduire le libre choix du médecin là où il n'existe pas ?

Le libre choix est au nombre des prestations en nature dites-vous.

Ne pourra-t-on soutenir que ces prestations comprennent simplement le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques dans les limites fixées par la loi et que, si ce remboursement est effectué conformément à la loi, les prestations accordées aux bénéficiaires sont équivalentes à celles prévues par la loi, que le bénéficiaire ait le libre choix du médecin ou non ?

Il semble bien qu'en pareil cas la lettre de la loi serait respectée, si non son esprit, qui comporte le libre choix.

On ne voit donc pas comment le décret pourrait être annulé par le Conseil d'Etat. Il ne semble y avoir d'autre ressource qu'une action de la Confédération tendant à étendre au cas particulier le libre choix prévu de façon générale par la loi.

2° En ce qui concerne les salariés des chemins de fer, cas envisagé par le Dr D..., l'article I du 1er décret du 30 juin 1931 dit que les agents.......... demeurent, en ce qui concerne le risque maladie ..... soumis aux dispositions de la réglementation particulière qui les régit.

Ce décret n'est donc pas non plus contraire à la loi.

Mais le décret énumère plus haut les avantages assurés aux agents :

Prestations en nature prévues par l'instruction

(1) Editions médicales, 7 rue de Valois, Paris.
(2) Chez Cortial, 15, boulevard Pasteur, Paris.

concernant les agents malades ou blessés et les femmes en couches ; gratuité des médicaments....... prescrits par le médecin du réseau.

Or, les agents des chemins de fer n'ont pas actuellement le libre choix du médecin ; ils n'ont droit aux soins gratuits que quand ceux-ci sont donnés par le médecin du réseau ; s'ils consultent un autre médecin, ils ne sont remboursés de rien, de même ils n'ont la gratuité des médicaments que si ceux-ci sont prescrits par le médecin du réseau.

Il y a donc ici violation habituelle du libre choix prévu de façon générale par la loi. Mais il n'y a nullement violation de la loi, qui admet, ici, un cas particulier.

Il ne semble donc pas y avoir d'autre ressource pour obtenir le libre choix qu'une action de la Confédération.

Dr HOUSSIAUX.

Réponse.

Plusieurs décrets ont paru le 30 juin 1931, pour opérer le réajustement, prévu par l'article 49 de la loi du 30 avril 1930, en ce qui concerne le régime des employés de l'Etat, des communes, des chemins de fer, etc.

Or, seuls, les agents des grands réseaux de chemins de fer continuent à rester soumis au régime, qui leur est propre, alors que les autres décrets, du même jour, spécifient que pour les autres salariés de l'Etat, etc., les règlements particuliers doivent se conformer aux dispositions générales de la législation sur les assurances sociales.

Les réseaux de l'Est et du Midi ont organisé des caisses de prévoyance, pour leurs agents ; les employés des autres grands réseaux ont une réglementation particulière.

En fait, le libre choix du médecin n'existe pas. Certains praticiens sont nommés directement par les administrations, selon le bon vouloir de ces dernières. Une rémunération pécuniaire très modique leur est allouée ; mais les médecins peuvent obtenir, pour eux et pour leur famille, des facilités de transport et de voyage. Ce sont ces derniers avantages qui sont le plus prisés, qui empêchent les titulaires de se démettre de leurs fonctions, certains qu'ils sont que leurs places seraient immédiatement sollicitées et prises par leurs confrères les plus voisins.

Si la femme de l'agent se fait soigner par le médecin de la compagnie, elle a droit à la gratuité de ces soins, dans certains réseaux et non dans d'autres.

De sorte qu'en considérant le décret du 30 juin 1931, concernant les employés de chemins de fer des grands réseaux, on peut se demander si ce texte réglementaire ne viole pas la loi sur certains points.

1° Libre choix du médecin.

L'article 4, paragraphe 2 de la loi précise que tout assuré social a le libre choix de son médecin. Par conséquent, étant un assuré social, l'employé de chemin de fer doit pouvoir librement choisir son médecin. Un décret du Président de la République, rendu au nom du pouvoir exécutif, ne peut pas modifier une loi votée par le pouvoir législatif.

Cependant, pourra-t-on soutenir, le libre choix n'est pas violé : l'agent peut toujours faire appeler le médecin de son choix ; mais alors, il n'aura droit qu'aux prestations prévues par la législation des assurances sociales : il paiera une partie des frais médicaux et des dépenses pharmaceutiques ; de plus, il ne touchera que son demi-salaire.

Au contraire, s'il se conforme à son règlement et qu'il fasse appeler le médecin de la compagnie, il a la gratuité des soins et des médicaments ; il touche son salaire plein.

Nous nous trouvons ici dans la même situation qu'en matière d'accidents du travail : lorsqu'il est victime d'un accident, l'agent de la compagnie a virtuellement le libre choix ; mais s'il se fait soigner par un praticien, autre que celui imposé par le réseau, il ne touche que son demi-salaire, au lieu du traitement plein, qu'il obtient dans le cas contraire.

L'agent a donc un droit au libre choix : à lui de s'en servir, ou non, selon qu'il considère son intérêt immédiat et pécuniaire.

2° Avantages familiaux.

La loi n'est pas absolument respectée par le décret du 30 juin 1931, lorsque nous considérons la situation de la femme et des enfants de l'agent. D'après les règlements habituels de la plupart des réseaux, la femme n'a pas droit aux soins médicaux, ni aux médicaments. Je sais bien qu'une certaine tolérance s'établit et que le médecin de la compagnie ne réclame pas ses honoraires ; de plus, il prescrit souvent gratuitement les médicaments, comme si c'était le mari qui doive les consommer.

Mais, régulièrement, dans les règlements de certains réseaux, la femme de l'agent n'a droit qu'à des allocations de maternité.

Il en résulte que le décret a surtout omis de prescrire le réajustement de règlements de santé avec les prescriptions de la loi : droit pour la famille immédiate de l'assuré social-cheminot à certaines prestations prévues par la loi.

On ne peut donc pas dire que le décret du 30 juin 1931 viole la loi sur ce point, mais il a omis de prescrire aux réseaux les modifications des règlements intérieurs, toutes les fois que ces dits règlements accordent aux agents et à leur famille

immédiate moins que ne leur confère la loi du 30 avril 1930.

Que faire ?

Un recours en Conseil d'Etat aurait dû être introduit dans les deux mois de la promulgation du décret. Seule, à mon avis, la Confédération des syndicats médicaux aurait pu le faire, au nom du libre choix du médecin, du paiement à la visite et de l'entente directe.

La Confédération se serait jointe, ou non aux syndicats des cheminots pour marcher de pair pour ce pourvoi.

Mais, si théoriquement, par ce pourvoi, on aurait pu soutenir, sans grandes chances de succès, que le libre choix est violé et que les familles des agents de chemins de fer n'ont pas toutes les satisfactions voulues, en pratique, je crois que pareil recours eût été illusoire.

En droit, les agents ont toujours le libre choix de leur médecin, mais à la condition de renoncer à certains avantages supérieurs à ceux conférés par la loi de 1930 et que ne leur accorde pas leur règlement.

Reste alors seule la question des soins aux femmes et aux enfants. Ici encore, certains réseaux donnent cette gratuité, en fait.

Je crois donc que les médecins qui veulent faire respecter l'entente directe et renverser tous les monopoles et situations fixes peuvent agir de la manière suivante.

D'abord, ils doivent se préoccuper de savoir quel est le règlement de santé du réseau de chemin de fer de leur région.

Avant de ne rien entreprendre, il faut être bien certain que la famille de l'agent n'a pas droit à la gratuité du médecin et des médicaments.

Dans ce dernier cas, la Confédération des syndicats médicaux doit être saisie par le syndicat local.

Mais, si au contraire, le règlement décide des avantages supérieurs à ceux accordés par la loi des assurances sociales, que convient-il de faire ? Par exemple, l'agent malade a droit à la gratuité complète des frais médicaux et pharmaceutiques, au lieu d'en supporter la charge du 15 à 20 % (en supposant que la différence entre le tarif syndical et le tarif de remboursement des caisses, n'ait pas un trop grand écart). Si, en plus, l'agent a droit à son salaire plein, pourra-t-on obtenir des syndcats de cheminots qu'ils se joignent aux syndicats médicaux, pour réclamer le libre choix et le paiement à l'acte médical, par entente directe ?

Ne nous sera-t-il pas répondu que les médecins des réseaux sont tous dignes d'être choisis par chaque agent en particulier, et que ce choix confère des avantages pécuniaires appréciables ?

Peut-on obtenir de nos confrères une nuit du 4 août et le sacrifice des prébendes, monopoles et autres avantages sur l'autel du syndicat ? Je suis trop vieilli dans la lutte corporative, pour me faire illusion un seul instant.

Je ne crois donc qu'à l'action lente, persuasive et méthodique des dirigeants de certains syndicats locaux, qui, au décès d'un titulaire d'une prébende quelconque, obtiennent de l'unanimité des confrères locaux que personne ne sollicitera, ni n'acceptera la succession. Et ces succès locaux pourront petit à petit trouver des imitateurs.

Je partage donc l'avis du docteur Houssiaux : comme le conseille ce syndicaliste convaincu, qui fait si bien travailler le groupe corporatif, dont il est le secrétaire zélé et écouté, je crois qu'il ne faut pas s'arrêter à la question de violation de la loi par le décret.

Agissons corporativement ; qu'une assemblée générale de la Confédération étudie, si elle le juge à propos, la solution à apporter à cette question. Qu'il y ait consultation des syndicats de cheminots sur ce point, pour savoir s'il convient de demander au Ministre du Travail mieux informé, qu'il propose à la signature du Président de la République un addendum au décret du 30 juin 1931 : ce nouveau décret préciserait que le règlement de santé, particulier à chaque réseau, doit comporter le libre choix du médecin et doit accorder à la famille de l'agent tous les avantages conférés par la loi du 30 avril 1930.

Mais, c'est une question d'ordre syndical pur plus qu'une difficulté contentieuse, d'autant que depuis longtemps les délais sont expirés, en vue d'un recours en Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

II. — Tarif des accouchements pratiqués par des sages-femmes chez les assurées notoirement indigentes

Nous avons reçu, de Mademoiselle Prat, présidente de la Confédération nationale des syndicats de sages-femmes, une demande de consultation médico-juridique sur le quantum d'honoraires, que peuvent toucher les sages-femmes, lorsqu'elles sont appelées à pratiquer un accouchement chez une assurée sociale ou femme d'assuré, notoirement indigente.

Le Préfet du Nord se refuse à appliquer le tarif ministériel des accidents du travail, prévu par l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 et voici son argumentation ;

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DU NORD
2e DIVISION
Assistance médicale
gratuite.

Lille, le 14 janvier 1931.

Le Préfet du Nord
à M. le Président du Conseil d'administration
de la Caisse Primaire d'assurances sociales
des Employés du Crédit du Nord
rue Jean-Roisin, Lille.

Monsieur le Président.

D'après l'art. 59 de la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales, les dépenses de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, *grossesse* et invalidité des assurés *notoirement indigents*, de leur conjoint et de leurs enfants *sont tarifées conformément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.*

M. le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale vient de me faire connaître, à la suite d'une demande que je lui avais faite, que le tarif des accidents du travail n'envisage pas le cas de l'accouchement effectué par la sage-femme et que dans ces conditions les caisses doivent discuter avec le Syndicat des sages-femmes un prix forfaitaire comprenant les 9 visites, applicable au cas particulier des « notoirement indigents ». Ce prix, dit M. le Ministre, doit être dans un rapport raisonnable, d'une part avec celui de l'assistance médicale gratuite, d'autre part avec celui du tarif de réassurance, il ne doit pas en tout cas dépasser ce dernier.

Je vous prie de vouloir bien, si la convention avec le Syndicat des sages-femmes pour les soins à donner en général aux assurées ou aux femmes d'assurés n'est pas encore intervenue définitivement, introduire dans ce document un article spécial relatif au prix forfaitaire, comprenant les 9 visites post-natales, à payer pour les assurées ou femmes d'assurés « *notoirement indigents* ».

Dans le cas où cette convention serait déjà conclue, il conviendrait de la compléter à ce sujet par un article supplémentaire.

Je vous indique, à toutes fins utiles, que le Conseil général du Nord avait, dans sa séance du 9 mai 1930, fixé à 110 fr. et 150 fr. le taux des accouchements simples et gémellaires effectués par les sages-femmes pour le compte du service départemental de l'A. M. G. et à 5 fr. les visites.

Veuillez agréer, etc.

Le préfet du Nord,
LANGERON.

Réponse

Il est très regrettable que les ministres ne soient pas mieux informés, par leurs bureaux, des questions de droit médico-juridique : ce dernier devient une véritable spécialité, dans le Droit en général et même le Droit administratif.

L'avis, donné par le Ministre du Travail au Préfet du Nord et sur lequel celui-ci s'appuie, pour refuser aux sages-femmes un tarif prévu par la loi de 1930, repose sur une interprétation erronée des textes législatifs en présence.

Il est bien entendu que la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne met à la charge du chef d'entreprise que les soins donnés par un médecin. Par conséquent, ne peuvent pas soigner les accidentés du travail les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Stricto sensu, il doit en être ainsi décidé ; mais *lato sensu*, on peut soutenir que le législateur de 1898 a eu en vue les praticiens, qui tiennent leur diplôme et leur droit d'exercer l'art de guérir, à des degrés divers, des termes mêmes de la législation du 30 novembre 1892.

A l'heure actuelle, il est bien rare qu'un conflit soit soulevé à l'occasion de soins dentaires donnés à un blessé du travail, par un chirurgien-dentiste, ou lors d'un accouchement traumatique (mais non dystocique, ou laborieux), par une sage-femme.

Ceci posé, il faut également convenir que la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, comme la loi du 30 avril 1930, sur les assurances sociales n'excluent pas les sages-femmes des soins à donner, tant aux indigents qu'aux assurés sociaux, dans les limites fixées par l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892.

Abordons maintenant le fond même du sujet : une assurée sociale, ou femme d'assuré, bénéficiaire des dispositions de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, peut-elle se faire accoucher, si bon lui semble, par une sage-femme ? Celle-ci aura-t-elle le droit de réclamer ses honoraires à la mairie du domicile de secours, selon les prix fixés par arrêté ministériel, en matière d'accidents du travail ?

L'article 59 de la loi du 30 avril 1930 est très net et ses termes ne peuvent pas prêter à discussion.

L'assuré social n'est pas un indigent parce qu'il est assuré ; mais, dans certains cas très exceptionnels, il peut être complètement démuni de ressources : il est notoirement dans l'indigence.

Une liste spéciale est dressée, nettement indépendante des indigents de droit commun, qui ne sont pas bénéficiaires de la législation sur les assurances sociales.

Cette liste est arrêtée conformément aux règles établies par la loi du 15 juillet 1893 : la forme seule est suivie, avec voie de recours devant la commission cantonale, etc. ; mais l'observation de cette formalité ne place pas les assurés sociaux notoirement indigents, sous la dépendance de la loi du 15 juillet 1893.

La preuve en est que la loi de 1930 décide que les honoraires seront déterminés, non par le tarif

départemental de l'assistance médicale gratuite, mais par le tarif ministériel des accidents du travail.

En outre, les dépenses ne sont pas supportées entièrement par le budget départemental, mais 80 % par la caisse d'assurances sociales, 20 % par la commune du domicile de secours.

Le législateur a bien marqué sa volonté de considérer l'assuré social, comme indépendant de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite. Seules, les modalités d'inscription et le protocole de réclamation sont calqués sur ceux de la loi de 1893.

Il en résulte que le préfet du Nord est dans l'erreur, lorsqu'il refuse aux sages-femmes le tarif des accidents du travail, motifs pris que les sages-femmes n'ont pas le droit de soigner des victimes du travail.

Le bénéficiaire de la loi du 30 avril 1930 tient de cette législation le droit de choisir librement son praticien, médecin, comme sage-femme, qu'il soit ou non notoirement indigent.

Etablir deux tarifications : l'une pour les médecins et l'autre pour les sages-femmes, alors qu'ils pratiquent le même acte professionnel, serait mettre une certaine entrave à ce libre choix, du fait qu'il s'agit de gens notoirement indigents, dans l'impossibilité de supporter eux-mêmes un complément de dépenses médicales.

L'article 59 de la loi n'apporte aucune restriction à ce libre choix du praticien, ni en faveur des médecins, ni contre les sages-femmes.

Au surplus, il ne s'agit pas ici d'accidents du travail, mais d'un tarif pris comme base : ce n'est pas parce que le tarif ministériel est imposé par la loi du 30 avril 1930, que le malade, ou blessé, qui fait l'objet de cette tarification, doit être assujetti, par ce fait même, à la législation sur les accidents du travail.

Je conclus en disant que le Préfet du Nord a peut-être mal compris les instructions ministérielles. Quoi qu'il en soit, sa lettre du 14 janvier dernier est erronée. S'il persiste dans son attitude, le conflit peut être soumis au Ministre du Travail mieux informé et, s'il y a lieu ultérieurement, déféré au Conseil d'Etat, pour violation de la loi.

Une autre voie de recours peut être envisagée : une sage-femme, soutenue par son syndicat, peut suivre la voie contentieuse, indiquée par l'article 63 de la loi du 30 avril 1930 ; la commission cantonale, instituée par l'article 63 de la loi, sera saisie du conflit, avec appel possible devant le tribunal civil.

Il ne s'agit pas ici d'une interprétation de convention passée entre caisse et syndicat de praticien, auquel cas serait compétente la commission départementale, instituée par l'article 7, paragraphe 5 de la loi ; c'est un conflit d'honoraires, entre un praticien et une caisse, ou plus exactement avec la commune du domicile de secours d'un assuré social notoirement indigent.

Le praticien a le droit d'être payé selon les prix fixés au tarif des accidents du travail et non d'après un tarif inférieur, qu'il soit docteur en médecine, ou sage-femme.

Personnellement, je reste à la disposition du syndicat de sages-femmes pour faire triompher la thèse que je viens de soutenir.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Réflexions sur les états généraux de la Mutualité

La Mutualité, au cours de ces solennelles journées, a émis un certain nombre de vœux, que nous avons reproduits dans un précédent article, et qui touchent, ou plutôt menacent, sérieusement le Corps médical.

Elle dit en autres choses, « considérant que la Convention-type est une négation du libre choix du praticien, émet le vœu : que soient supprimées les conventions-types et que les caisses aient la faculté d'organiser librement leur service médical pharmaceutique et hospitalier, au mieux de ses intérêts et de ceux de leurs assurés sociaux. Notamment l'assuré social, n'étant pas un bénéficiaire de l'assistance médicale gratuite, ne saurait payer un prix sensiblement supérieur à ce tarif. »

La Convention-type est faite pour assurer l'indépendance du médecin, éviter les rabais surtout préjudiciables à l'intérêt des malades, leur permettre par suite de profiter du libre choix du médecin ; elle les assure de la bonne qualité des soins reçus, puisque les médecins sont suffisamment honorés et que la Convention-type n'exclut aucun praticien, syndiqué ou non, à la condition seule qu'il accepte les tarifs fixés et les contrôles, destinés à éviter les abus et à garantir l'honorabilité professionnelle.

C'est ainsi que je comprends, avec la majorité de nos confrères, la convention-type, assurance à la fois du médecin et du malade.

La Mutualité n'accepte qu'à son corps défendant la convention-type, parce qu'elle base son service médical, non sur la qualité des soins, mais sur les rabais consentis.

C'est en réalité une adjudication au moins offrant. Elle veut surtout avoir des médecins à

elle, des employés attachés à elle sans aucun contrat et qu'elle peut remercier, selon son bon vouloir, sans recours aucun.

Elle veut utiliser, pour les assurances sociales, son service médical actuel des sociétés mutuelles et pouvoir l'imposer à ses sociétaires.

Elle veut ainsi continuer ses errements anciens, faire une médecine de façade, incomplète, véritable médecine de mutualistes.

Est-ce là ce que réclament les assurés sociaux? Je ne le crois pas.

Avec ce système d'organisation de son service médical, c'est la suppression du libre choix du médecin, ou du moins, c'est un libre choix très limité. C'est ainsi que, comme par le passé, le malade devra souvent se rendre au loin pour consulter un médecin, sans être libre de choisir celui qui est à sa porte.

Nous avons tous connu ces abus au temps jadis.

Elle exige surtout de ses médecins agréés des rabais, soit en limitant le montant de leurs honoraires au tarif de l'assistance médicale gratuite, soit en portant ceux-ci au chiffre limite de responsabilité des caisses, de façon que le malade n'ait rien à payer de sa poche.

Il semble abusif de fixer, comme tarif d'honoraires, le tarif de l'assistance médicale gratuite. Celle-ci est une œuvre d'assistance, de bienfaisance, pour les déshérités de la fortune, disons le mot, pour les indigents et les nécessiteux. L'assurance sociale, comme le nom l'indique, est une assurance pour laquelle le bénéficiaire paie une prime annuelle élevée, qui lui donne des droits acquis, qu'il a payés, et ne l'oblige pas à réclamer une aumône.

On ne saurait assimiler l'assuré social, qui outre ses ressources personnelles, celles de sa femme qui est souvent assurée elle-même, jouit d'un salaire allant de 15.000 à 25.000 fr., à un indigent dénué de ressources.

Suivre les directives de la Mutualité, c'est en réalité transformer une œuvre sociale de prévoyance en une œuvre d'assistance. Cela n'a pas été le but poursuivi par le législateur.

Cette façon d'envisager le chiffre des honoraires est contraire à l'esprit de la loi. Elle a voulu pour empêcher les abus, faire contribuer dans une proportion définie le malade au paiement des prestations-maladie. La loi est de nouveau faussée, si l'on supprime, d'une façon ou d'une autre, la participation de l'intéressé aux frais qu'il a occasionnés.

Les Mutualités rabaisiennes croient-elles avoir toujours l'assentiment de leurs sociétaires ? Je ne parle pas des dirigeants qui, eux, s'en désintéressent. Ce sont pour la plupart des gens riches, qui se croiraient déshonorés d'avoir recours aux médecins de leurs mutualités. Combien souvent voit-on les sociétaires s'adresser à d'autres médecins que ceux qu'on leur offre, au moins dans les cas sérieux ; ils n'ont pas confiance dans ceux des cadres de leur société; ils craignent d'en avoir pour leur argent ; j'en parle en connaissance de cause.

La Mutualité cherche à créer des bons ou des carnets de chèques mutualistes pour les mettre à la disposition de leurs sociétaires, obligés de faire l'avance des honoraires dus aux médecins. Il ne faut pas oublier du reste que, dans les caisses de l'Etat, les frais médicaux ne sont pas seulement remboursés aux malades, qui en ont fait l'avance ; ils peuvent obtenir des sommes pour avances leur permettant d'honorer leurs médecins.

Il y a, pour ces bons et ces chèques, des combinaisons intéressantes à étudier. Mais, à l'heure actuelle, l'encaissement devrait être fait par le médecin à la Caisse de la Société, ces signes monétaires n'ayant pas cours auprès des commerçants du pays ou du quartier.

Or, à tort ou à raison, le Corps médical, qui veut son indépendance, tient à l'entente directe, reconnue par la loi, et refuse le tiers payant.

C'est encore une entorse, que la Mutualité veut donner à la loi, avec beaucoup d'autres.

La Mutualité fait une véritable campagne contre l'abus des prescriptions. Il y a certainement des abus, mais moins fréquents qu'elle veut bien l'affirmer.

Elle s'insurge surtout contre les spécialités.

Il serait trop long de s'étendre sur les causes, qui ont créé le développement de la spécialité; mais il faut retenir surtout qu'il y a maintenant une thérapeutique basée sur l'emploi de sérums ou vaccins ou de produits opothérapiques, qu'il est impossible de préparer dans une officine ouverte au public. On parle de limiter les spécialités à 250 spécimens, comme le proposent les sociétés de Saône-et-Loire ; pourquoi ce chiffre ? Peut-être trop élevé ou trop restreint ? Sur quoi se baser pour cette limitation ? Quel sera le critérium adopté ?

Je n'en sais rien, mais je sais bien que la Mutualité s'hypnotisera surtout sur la question de prix. Est-ce notre faute, si l'insuline est un produit coûteux, dont l'usage doit être continué longtemps ? Nous autres praticiens, nous n'avons qu'à envisager l'intérêt de notre malade, sans nous occuper des contingences extérieures ; nous avons devant nous une maladie, un malade dont nous avons à poursuivre, en dehors de toutes considérations, la guérison.

Du reste, il n'y a rien de plus ridicule que les moyens employés par les Mutualités pour limiter les frais pharmaceutiques.

Je me souviens qu'au temps où j'exerçais, l'emploi des eaux minérales était interdit. On ne pouvait donner d'eaux sulfureuses, on devait prescrire des sirops sulfureux plus coûteux et moins actifs. De même, on ne pouvait prescrire

qu'un quart d'huile de foie de morue à la fois, ce qui était peu pour les malades, qui devaient en prendre à forte dose. Le malade devait faire renouveler son ordonnance en venant à la consultation. Au prix de l'huile s'ajoutaient quatre consultations, plus le temps perdu et les déplacements du malade. Voilà quelques exemples de limitation de prescriptions.

Les Etats généraux ont envisagé la question des cures thermales, reconnaissant que l'indemnité forfaitaire était dérisoire. Il y a sûrement une mise au point à faire à ce sujet ; mais le taux du traitement thermal n'est que l'accessoire dans une saison d'eau, comparé aux frais de déplacement et aux dépenses d'hôtel.

Il est vrai qu'on pourrait réclamer les tarifs réduits de chemin de fer pour tous les assurés sociaux désirant aller aux eaux; ce serait un excellent moyen de combler le déficit ferroviaire; c'est, du reste, ces avantages que la Mutualité réclame pour tous ses adhérents se rendant à une réunion ou à un Congrès.

Parmi les desiderata formulés par la Mutualité se trouve le paragraphe suivant :

L'assemblée émet le vœu que les maladies mentales et tares sociales soient prises en charge par l'assistance ;

Que la Caisse nationale de garantie prenne en charge les soins donnés aux malades atteints de tuberculose, de syphilis ou cancer, lorsque ces soins doivent être continués pendant plus de six mois.

L'Union générale du Rhône est plus explicite, elle dit bien : « Mise à la charge de la Nation des maladies mentales, etc. ».

Dans l'énumération des maladies sociales, on a omis l'alcoolisme, pour ne pas mécontenter les bistros, membres honoraires.

Voyez-vous bien, confrères, comme dit cet autre, la conséquence d'un vœu ainsi formulé ? C'est une nouvelle étape vers la médecine publique, vers la médecine gratuite, qui doit être octroyée à tous les citoyens dans un avenir plus ou moins proche, alors que nous tous, ou plutôt vous tous les jeunes, serez fonctionnaires de la santé publique.

Ces quelques maladies énumérées, c'est la moitié ou les trois quarts de notre pratique journalière, car 80 % de nos malades sont dinguos, syphilitiques, tuberculeux ou cancéreux au moins héréditairement. Il est vrai que nous aurons encore à traiter les coryzas et les cors aux pieds, s'il n'y a pas de spécialistes pour ce genre d'affection.

Vous voyez donc que la Mutualité n'y va pas de main morte ! ! !

Dans un vœu, la Mutualité réclame que les frais payés par les malades pour se rendre chez le praticien, et qui sont de par la loi à la charge de ceux-ci, puissent être payés en raison de 0 fr. 75 du kilomètre lorsque le médecin prétend ordonner un traitement spécial obligeant l'assuré à un déplacement. Remercions la Mutualité de prendre si bien en mains les intérêts du praticien ; mais demandons-nous, si cette bienveillance à notre égard ne cherche pas à pallier le moyen d'attirer les malades à leurs cliniques, dispensaires, consultations, etc., en leur fournissant les indemnités de déplacement.

Nous voyons qu'il était utile de passer en revue les modifications, que la Mutualité réclame dans le fonctionnement des prestations maladies. Ouvrez l'œil et le bon, cela vous permettra de déjouer toutes les machinations préparées dans le but avoué de donner satisfaction aux malades et, en réalité, pour continuer à tondre les pauvres médecins au grand avantage des dirigeants de nos grandes sociétés mutuelles.

Dr M. VIMONT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'avis d'un jeune

Je recevais, il y a quelques semaines, d'un jeune confrère une lettre, que les exigences administratives — car la Mutualité Familiale a les siennes aussi — ne m'ont pas permis de publier plus tôt.

C'est, me dit mon correspondant, l'avis d'un seul, mais j'ai tout lieu de croire qu'il y a nombre de *seuls* qui pensent comme lui.

Voici cette lettre :

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt votre article « un autre son de cloche » dans le n° 36 du *Concours*.

Entré récemment à la Mutualité Familiale et appartenant aux jeunes, je me permets de vous exprimer ma façon de penser. C'est celle d'un seul, je le sais, je vous la donne pour ce qu'elle vaut.

L'indemnité maladie retient certainement l'attention des jeunes médecins, à mon avis, plus que ne le pense notre confrère Azer.

Pour ma part, je dois à la vérité de dire que c'est l'indemnité-maladie qui m'a fait entrer à la Mutualité Familiale. Voici pourquoi :

L'hiver dernier, bien que de constitution robuste, j'ai attrapé une grosse congestion pulmonaire, qui a nécessité un certain nombre de jours de repos et

j'ai dû me refaire sous le climat hospitalier de la mer pendant quinze jours encore. J'ai alors compris tout le danger qu'il y a à faire cavalier seul, en négligeant toute entr'aide.

Je connais pas mal de camarades qui, jeunes, ont tout de même, peu ou prou, eu maille à débattre avec le mal.

Je ne conteste pas que pour certains, l'intérêt de la retraite paraisse être plus grand que celui de l'indemnité maladie, mais je crois qu'ils sont cependant nombreux les jeunes médecins, qui ont, dans l'ordre de leurs préférences, placé en tête l'indemnité-maladie.

La retraite, oui ! mais elle apparaît combien lointaine ! — Tant pis si vous devez sourire — ce qui est sûr, c'est que certains d'entre nous n'arriveront pas aux 60 ou 65 ans requis, mais que le plus grand nombre auront très probablement été touchés par le mal, et plus d'une fois sans doute.

Il me paraît donc raisonnable de conclure que votre propagande ne doit pas être une. Il y a le plus gros intérêt à ne pas séparer indemnité-maladie et retraite ; c'est ainsi, me semble-t-il, que vous toucherez le plus de gens : chacun pourra choisir selon ses tendances.

. . . .

Veuillez me croire bien confraternellement vôtre.

Dr C.

Si, comme le souhaiterait mon correspondant les nouveaux admis voulaient bien nous dire les raisons, qui les ont amenés à la Mutualité Familiale, il serait intéressant de voir quelles sont celles qui l'emportent, et cela, dans tous les cas, donnerait un peu de vie à notre propagande.

Quant à moi personnellement, j'ai toujours pensé qu'il ne fallait pas séparer la retraite et l'indemnité-maladie dans nos conseils de prévoyance, et, je l'ai dit bien des fois, j'ai toujours regretté que nous n'eussions pu conserver cette vieille combinaison C de l'Association Amicale qui donnait l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et, à 65 ans, la pension de retraite : je l'avais appelée la *Combinaison idéale*.

Le danger le plus imminent, c'est la maladie, et c'est pour cela que nous mettons en première ligne les combinaisons de la Mutualité Familiale, qui ont pour but non pas de réparer le mal qu'elle peut occasionner, mais de le diminuer ; d'un autre côté, nous n'oublions pas qu'un jour vient fatalement où l'activité commence à diminuer, où la résistance n'est plus la même, en un mot, où l'usure commence à se faire sentir, et, ce jour-là, il faut que la pension de retraite prenne la place de l'indemnité-maladie dont le rôle est terminé.

Si une même combinaison ne peut plus assurer, et l'indemnité maladie et la pension de retraite, il est toujours loisible de s'adresser à l'une des combinaisons MA, qui donnent une indemnité allant de dix à cinquante francs par jour et de cent à cinq cents francs par mois, en cas de chronicité, et à l'une des combinaisons P ou R, qui assurent une pension de retraite allant de 1.200 francs à 4.800 francs par an, puisque nous venons de porter le maximum à ce dernier chiffre.

Qu'on veuille bien réfléchir aux variantes, que donnent les associations diverses de ces combinaisons, et l'on verra que chacun peut y trouver celle qui convient à ses désirs, à ses besoins comme à ses possibilités.

Mais, pour cela, il faut prendre la peine de demander les statuts de la Mutualité Familiale, de les lire, d'écrire au docteur Mignon, et c'est ce que beaucoup ne consentent pas à faire — car, s'ils le faisaient, ils seraient vite convaincus — de sorte qu'ils restent à l'écart par indifférence, par apathie plus que par mauvaise volonté.

Il n'y a pas si longtemps qu'un jeune confrère nous disait au *Concours* : « Mais vos œuvres, on ne les connaît pas ; la Mutualité Familiale, on ne sait pas ce que c'est. Il faut que le médecin ait été personnellement touché, pour qu'il n'ignore plus qu'elles existent : l'expérience des autres ne compte pas. »

Voilà le mal contre lequel un jeune devrait bien nous indiquer le remède.

Agir sur l'étudiant, il n'y faut pas compter, les questions de prévoyance lui sont tout à fait étrangères.

Agir près du jeune médecin, nouvellement installé, c'est à peu près aussi inefficace : il croit que l'univers a été fait pour lui, il a toutes les illusions ; il ne peut admettre que, comme tout le monde, il risque la maladie, l'accident ; il ne peut croire que la vieillesse un jour viendra.

Il faut qu'il ait déjà été aux prises avec les difficultés, il faut qu'il ait été touché par quelque maladie, qu'il ait eu une congestion pulmonaire comme le Dr C..., qu'il ait été pris sous son automobile renversée comme naguère le Dr M....., Alors, oui, il consentira à réfléchir et à nous écouter, nous les vieux ; il se dira que peut-être la prévoyance a sa raison d'être ; il écrira à Mignon et, quelques semaines après, il sera des nôtres.

Quoi qu'il en soit, je tiens à remercier le Dr C. de sa lettre dans laquelle je vois, comme il le dit lui-même, « la preuve de son attachement à notre œuvre ». Je tiens à lui dire que je suis absolument d'accord avec lui et que, pour que la propagande produise son maximum d'effet, il ne faut pas qu'elle soit une : elle doit s'adresser à toutes les aspirations.

Je suis convaincu que je serai aussi d'accord avec lui pour dire aux jeunes, qui se sont laissés convaincre, qu'ils doivent nous aider dans cette propagande près de leurs amis, de leurs voisins et que leurs arguments seront d'autant plus décisifs que, bien souvent, ils pourront conclure par l'adage :

Experto crede Roberto. A. GASSOT.

CHRONIQUE FISCALE

Les médecins, les assurances et le fisc

Quelles sont les primes d'assurances que les docteurs sont en droit de comprendre dans leurs dépenses professionnelles pour le calcul des impôts cédulaires et généraux sur le revenu ?

Toutes celles qui sont nécessitées par la profession. Dans ce nombre figurent notamment les assurances relatives à l'automobile, les assurances sur les accidents, sur la vie, lorsqu'elles ne constituent pas un placement, c'est-à-dire que les primes ne dépassent pas les sommes, qui pourraient, eu égard aux bénéfices et à l'âge, être normalement versées pour la constitution d'une pension de retraite.

Ces principes ont été consacrés par deux réponses écrites du Ministre du Budget. La première du 5 mai 1931 concernant spécialement les médecins :

« Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dû par les médecins, les primes d'assurances sur la vie peuvent être considérées comme tenant lieu de versements pour la constitution d'une retraite, et admises en déduction des recettes brutes de ces praticiens, à la double condition : 1° que le montant des primes annuelles n'excède pas la somme que les intéressés verseraient normalement, eu égard au chiffre de leurs bénéfices, pour s'assurer une retraite ; 2° qu'à la déduction de ces primes ne vienne pas se superposer une seconde déduction de sommes destinées à la constitution d'une retraite ou d'une pension.

Aucune disposition, légale ou règlementaire, ne fixe le maximum des sommes susceptibles d'être déduites à ce titre ; il convient seulement que les versements conservent le caractère de dépenses de prévoyance, proportionnées à l'importance des revenus professionnels et à l'âge des intéressés. Quant aux primes d'assurances contre les accidents, elles sont également déductibles des recettes brutes, dans la mesure où leur versement peut être considéré comme une dépense nécessitée par l'exercice de la profession. »

La deuxième, du 19 septembre dernier, est d'une portée plus générale :

« 1° et 2° Pour l'établissement de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu, dont ils sont redevables, les contribuables exerçant une profession commerciale, industrielle ou libérale, ainsi que les salariés, peuvent déduire de leur revenu brut professionnel le montant des primes d'assurances versées pour couvrir leur responsabilité civile à l'égard des tiers, en cas d'accident d'automobile, dans la mesure où les dépenses générales qu'entraîne l'emploi de l'automobile peuvent être considérées comme nécessitées par l'exercice de la profession ; 3° les assurances individuelles contre les accidents ou la maladie, étant destinées à couvrir éventuellement des frais qui ont un caractère purement personnel, les primes versées au titre de ces assurances ne sont pas, en principe, déductibles. »

Un arrêt du 26 juin 1931 a décidé que le montant d'une prime d'assurance sur la vie, tendant à la constitution d'un capital, n'entre pas dans une des catégories de dépenses déductibles.

Il s'agit d'un cas d'espèce, où l'importance du capital assuré faisait de l'assurance un véritable placement, et non une mesure de prévoyance, car le ministre du budget a, depuis cet arrêt, répondu le 13 novembre 1931 :

« Les contribuables, passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, peuvent, pour la détermination de leur bénéfice imposable, déduire de leurs recettes professionnelles les sommes qu'ils versent à titre de primes d'assurances sur la vie, dans la mesure où, comparées aux gains nets des intéressés, ces versements n'atteignent pas une importance leur donnant le caractère d'un emploi de revenu en vue d'un véritable placement.

Les assurances contre les maladies sont admises pour les médecins en raison de leur profession.

Nous rappelons à nos lecteurs, qu'ils ont intérêt à établir l'état de leurs dépenses professionnelles par catégorie, de façon à ce que le contrôleur ait l'impression qu'il se trouve devant une déclaration exacte. Ils éviteront ainsi toute discussion.

A. MARTINOT,
Conseil Fiscal
Directeur du « *Contribuable Français* »

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Organisation du Service de santé à la gare régulatrice

Professeur agrégé LARDENOIS.

Deuxième Conférence de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve

(16 novembre 1931).

C'est à la faveur de l'expérience qu'il a acquise durant un an à la Gare régulatrice de Creil, pendant la grande guerre, que M. LARDENOIS a fait un intéressant exposé du fonctionnement du Service de santé tel qu'il y a eu lieu, en 1916.

A cette époque, respectée par l'aviation ennemie, la Gare régulatrice de Creil contrôlait le trafic ferroviaire de trois armées et possédait une énorme accumulation de matériel.

Le Service de santé y disposait d'un H. O. E., renforcé d'un Centre hospitalier ; d'une réserve de personnel et de matériel ; et de trains sanitaires, les uns circulant, les autres garés. Le Centre hospitalier groupait des hôpitaux de chirurgie, répartis dans une vaste Ecole et le petit hôpital civil de la ville. Dans le voisinage, deux formations auxiliaires, et un vaste château permettaient de porter la capacité de fonctionnement à son maximum.

En dehors des formations chirurgicales, il y avait un Centre médical, avec une consultation de neurologie, un centre de psychiatrie, un laboratoire de bactériologie, deux hôpitaux de contagieux, un centre de vénéréologie ; des centres de laryngologie, d'ophtalmologie, de stomatologie, de podologie. Et enfin, un dépôt très vaste d'éclopés.

Le Service de santé de la Gare régulatrice a deux rôles principaux à jouer : 1° Il inspecte les hommes amenés de l'intérieur en renfort pour le front. Il détermine ceux qu'il convient de renvoyer en arrière, ceux qui peuvent être traités sur place, ceux enfin qu'il faut *encourager à rejoindre sans tarder leur unité.*

2° Il contrôle, en sens inverse, la sortie des évacués qu'il soumet à un *triage de sécurité.*

A cet effet, il est prévenu téléphoniquement chaque jour du nombre des évacuations, par catégorie, de tous les H. O. E. primaires qu'il dessert.

En période de calme, un train de ramassage suffit à la tâche. En période d'activité, c'est dix, vingt trains qui seront mis en circulation. Les trains sanitaires sont, les uns permanents, les autres semi-permanents, les autres enfin improvisés. Ils se divisent encore, selon leur contenu, en trains pour blessés couchés, pour blessés assis, pour l'une et l'autre de ces espèces (mixtes).

Le triage de sécurité se proposera d'abord d'arrêter tous les éclopés, tous les petits blessés non examinés à l'avant.

En second lieu, il arrêtera et soignera les aggravés en cours de route. A cet effet, les médecins de l'H. O. E. aidés au besoin par les pharmaciens, procèdent à une révision sérieuse : elle aura lieu dans un local spécial pour ceux qui, transportés assis, peuvent marcher ; dans le train, pour ceux qui en sont incapable. L'attention de ces trieurs sera appelée par le personnel du train sanitaire qui aura préalablement suivi la façon dont les évacués se seront comportés depuis leur embarquement ; et notamment sur ceux que leur pâleur, leur agitation, le pincement des narines, l'oppression, signaleront comme gravement touchés.

Parallèlement à cette opération de triage de sécurité, on procédera au ravitaillement du train.

Quelle est la proportion des blessés aggravés prélevés sur les trains sanitaires, par la Gare régulatrice ? En temps calme, environ vingt par jour. Dans les périodes d'activité, et notamment durant les attaques, cette proportion s'élève dans la mesure où les trains se multiplient eux-mêmes.

En 1918, les modes nouveaux de la bataille entraînèrent des modifications dans la tactique sanitaire. C'est ainsi que le déplacement plus accentué des fronts commanda l'embarquement, dans les trains sanitaires, de blessés et gazés non encore traités dans les formations de la zone des armées, et reconnus capables de voyager. Et alors apparurent les catégories d'urgence (1re, 2e, 3e), entraînant un redoublement de surveillance de la Gare régulatrice.

Cette étude rétrospective permet d'envisager le fonctionnement de la Gare régulatrice en accord avec les règlements actuels et les prévisions. L'échelonnement en profondeur des formations comprend, de l'avant à l'arrière, les Postes de Secours divisionnaires, les Groupes d'ambulances de Corps d'Armée, les H. O. E. primaires, ceux-ci distants d'environ 30 kilomètres du front. Viennent ensuite la Gare régulatrice et ses annexes ; puis les H. O. E. secondaires, distants de 150 à 200 kilomètres ; et finalement, les hôpitaux des régions de l'intérieur, desservis

par les stations de répartition et de révision prévues à l'entrée de celles-ci.

Le contrôle du médecin chef du Service de santé de la Gare régulatrice doit s'exercer depuis l'embarquement à l'H. O. E. primaire jusqu'au débarquement des évacués, tout en prévoyant l'éventualité d'embarquements improvisés ... C'est donc un rôle très complexe qu'il est appelé à jouer, d'autant plus qu'à côté des nécessités strictement militaires, il y aurait lieu de songer dans l'avenir, à l'évacuation réglée des habitants, en utilisant les routes, les cours d'eau, l'aviation...

Pour soulager précisément le Service de santé de la G. R., on pourrait concevoir des Stations de révision sanitaire situées avant ou après celle-ci. Elles réclameraient un personnel nombreux, faute de quoi elles ne seraient d'aucune utilité. Pourrait-on les en doter ? ? ?

A cette interrogation, le médecin colonel SCHICKELÉ, présent dans l'hémicycle, répondit que le personnel était en effet prévu pour assurer le fonctionnement de ces Stations intermédiaires, et qu'au cours d'un exercice pratique qu'il dirigerait prochainement, on pourrait, dans l'étude d'un cas concret, les voir en action.

G. DUCHESNE.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Mais le paysage intellectuel français est tout différent...
(André MAUROIS.)

CDXCIV. — André MAUROIS. — **L'Amérique inattendue.** 1 vol. 13 × 19 orné d'un portrait de l'auteur par BERTHOLD MAHN. — Vingt-quatrième livre de la « Collection originale » tiré à 1.841 ex. numérotés sur les presses de Coulouma. *Editions Mornay*, Paris, 1931.

Il est bien possible que, sollicité par la vivacité de ses amitiés américaines, M. Maurois ait songé à réfuter les redoutables *Scènes de la vie future*. Son préambule le laisse entendre explicitement. Mais son étude de l'*Homo-Americanus* ne porte pas tout à fait sur le même sujet. Duhamel était parti avec des fiches blanches d'observation, où il a consigné, avec une sévérité enjouée et narquoise, les exploits de l'*homo faber*. M. Maurois avait passé dans ses bagages, à la barbe de la douane, son trébuchet délicat de peseur d'âmes. Ce fragile instrument ne pouvait avoir son utilité que dans ses rapports avec l'*homo sapiens*. Aussi est-ce de celui-ci surtout que M. Maurois s'est occupé. Mais cette élite francophile, à laquelle il appartient, n'est-elle pas une *minorité*, une colonie intellectuelle, un îlot chez les barbares ? Ce vacarme monstrueux, dont furent remplies les oreilles de Duhamel, meurt aux lisières des pages de M. Maurois confortablement installé dans le *campus* (1) où il disserte de littérature française ou de psychologie avec la fleur de la jeunesse d'outre-Atlantique. Il n'y a pas cependant dans le livre, rapportés, que ces jugements exotiques sur *Candide* ou la *Princesse de Clèves*, ces aphorismes émis par de jeunes vieillards précocement tourmentés par le sens pratique avant d'avoir perdu toute leur candeur congénitale, il y a aussi la très ferme dialectique de l'auteur, qui regarde de très haut cette chorée d'un peuple et jette sur ses tares avec une affectueuse discrétion le manteau. Il y a encore sur la psychologie des foules en général, sur la vie des nations de profondes considérations, des réflexions, qui dépassent les limites de l'Amérique, à laquelle évidemment elles peuvent aussi convenir éventuellement. Le dernier chapitre du livre montre à quel point M. Maurois s'est gardé de dévoiler toute sa pensée, A mots couverts, en raccourci, il signale les surprises que peut réserver la vie américaine aux yeux neufs et aux cœurs simples.

La présentation de l'édition a la très aristocratique élégance, qui convenait à un docte sujet traité par un écrivain qui comprend... même les silences anglo-saxons,

(1) *Campus*, est un mot de « latin américain » qui désigne la plaine gazonnée qui entoure certains collèges.

CDXCV. — Docteur VANNIER. — **La doctrine de l'Homéopathie (1) française.** 1 vol. in-16 de 328 pages, avec figures dans le texte. *Editions Gaston Doin*, Paris, 1931, 28 fr.

Je peux bien glisser ce livre dans ma chronique, puisque son thème est en marge de la médecine officielle. Il est écrit avec une foi et une ardeur de convictions qui ne craint pas de s'aventurer sur le terrain des hypothèses. C'est le reproche que ne manqueront pas de lui adresser les détracteurs de cette curieuse thérapeutique qui a à son actif (outre les *faits* consignés par Vannier au cours de son exposé) des *résultats*, qu'il est plus difficile de négliger ou de nier en échafaudant de subtils raisonnements *a priori*.

(1) Le titre porte : *Homœopathie*. M. Abel Hermant et M. le Professeur Mauriac écrivent *Homéopathie*. Ni l'un, ni l'autre n'ont non plus coutume de panacher de fantaisie leur orthographe.

CDXCVI. — Pierre Bost. — **Le scandale.** 1 vol. 12 × 19 de 415 pages. Roman. *Editions de la Nouvelle Revue française*, Paris, 1931, 21 fr.

Il y a un moyen pratique et commode de juger un roman : c'est de voir ce que donneraient les personnages transposés en bloc dans la vie réelle. Or, ceux de Pierre Bost pleurent de vraies larmes, souffrent dans leur chair. Nous pourrions les reconnaître à la rigueur parmi ces visages inquiets d'après-guerre, portés dans la foule en rumeur que nous coudoyons chaque jour. Leurs réactions mentales, la complexité de leurs sentiments ont un son tragiquement humain. Je n'ai pas lu ailleurs de peinture aussi saisissante de ce *scandale*, qui commande à la vie de broyer les espoirs et les êtres, de ronger les joies. Et, à la fin de ce livre volontairement grêle et frêle par endroits, se détachent quarante pages magnifiques qui ont une amère puissance de révolte, de sanglots, de symphonie brutale : comme un brusque déchaînement des cordes et des cuivres, clamant au final d'un drame wagnérien la splendeur déchirante d'une agonie. Ces quarante pages classent le livre. Et je ne peux, ni vous parler de cette ondoyante aboulie de l'étudiant en médecine, ni de la perverse séduction du meneur d'hommes qui fascine et trouble leur jeunesse, ni de la précision aiguë de description des milieux où évoluent leurs tentations, leurs faiblesses, leur agitation factice, illusion de travail, autour de cette *imprimerie* où s'élabore le journal qui est au centre du livre, et dont Bost avec un talent de très bon écrivain évoque l'anonyme personnalité : forteresse fixe au milieu de ce tourbillon et de ces remous de vies, et d'où monte, grasse comme un fumet de robuste nourriture terrestre cette odeur épaisse d'encre fraîche et d'huile chaude.

CDXCVII. — François Gebelin. — **Les châteaux de la Loire.** 1 vol. 160 pages 17 × 24, illustré de 200 héliogravures dont 30 en pleine page et de 7 reproductions en couleurs d'aquarelles de Marius Hubert-Robert. *Editions Alpina*, Paris 1931. Broché : 39 fr. Relié : 84 fr.

Au sortir de cette tourmente, où Bost a si subtilement orchestré ces orages de passions, ces reflets sur l'eau calme du fleuve (où les clichés ont saisi jusqu'aux plus fines rides) ont une bien reposante douceur. L'harmonie de ces demeures princières, royales ou seigneuriales, a été très ingénieusement traduite par un large choix de reproductions très soignées. L'érudition de M. Gebelin les commente largement : son texte abondant montre l'unité de cette école architecturale du Val de la Loire, et ne laisse dans l'ombre aucun des détails historiques touchant chacune de ces fastueuses constructions. De cette vague dénomination de « Châteaux de la Loire » très poétiquement imprécise au fond de nos esprits, il tire les éléments d'une agréable excursion aux rives du temps et du Jardin de France.

CDXCVIII. — Pierre de Luz. — **Henri-V.** 1 vol. in-8° carré de 468 pages, avec une gravure hors texte en frontispice ; un arbre généalogique et une bibliographie. *Editions Plon*, Paris, 1931, 36 fr.

Quelle que soit la nuance politique du lecteur, il ne pourra manquer de s'intéresser vivement à ce drame de l'histoire de notre pays, où M. Pierre de Luz campe l'attachante figure d'un grand proscrit. Son livre éclaire une période de notre proche passé national marquée de vifs débats et d'ardentes polémiques. Il ne nous appartient pas de le suivre dans toutes ses conclusions mais nous devons noter la clarté de son exposition et son attachement à rétablir la vérité historique touchant le comte de Chambord.

CDXCIX. — Docteur Binet-Sanglé. — **Les Ancêtres de l'homme.** 1 vol. illustré 13 × 21 avec table bibliographique. *Editions Albin Michel*, Paris, 1931, 25 fr.

Ici encore je ne saurais prendre parti. D'autant plus que ces cousinages que notre confrère tâche, d'établir avec un luxe d'arguments considérable, mortifient profondément mon orgueil de « deux-pattes ». Les données d'embryologie et de tératologie comparée patiemment colligées par l'auteur prouvent chez lui une différenciation cérébrale très poussée et une souplesse de raisonnement, qui me rassure beaucoup plus qu'elle ne m'inquiète.

D. — Rosamond Lehmann. — **Une note de musique.** Roman. 1 vol. 12 × 19 traduit de l'anglais par Jean Talva, pour la collection Feux Croisés. *Editions Plon*, Paris, 1931, 15 fr.

Il y a de touchantes et délicates naïvetés dans ce livre, jointes à de paradoxales finesses, un romantisme murmurant, attendri, douloureux comme le chuchotement d'irréelles et timides créatures craignant d'effaroucher le bonheur qu'elles attendent en vain.

Varia*** Chez Albin Michel vient de sortir un nouvel ouvrage posthume de Cabanès : *Les Evadés de la Médecine* (Renaudot, Cl. Ferraut, Denis Papin, Sainte-Beuve, Véron, Lacaze...). Je vous le signale sommairement puisqu'il fera l'objet d'une chronique spéciale du Docteur Noir.

*Notre sympathique confrère, le Docteur Moliněry, consacre une plaquette, écrite avec son allant coutumier, à la *Lithiase du Cardinal de Rohan*. L'auguste malade acheva sa cure à Barèges, qui semble avoir oublié cette vertu lithonthriptique de ses eaux.

*Le Docteur Victor Trenga, d'Alger, un de nos plus caustiques et spirituels chroniqueurs médicaux prend la rédaction du *Praticien du Nord de l'Afrique.* Nos vœux amicaux l'accompagnent.

Tableau d'honneur*** Rarement un écrivain a aussi pleinement exprimé son génie dans ses lettres que Diderot. Elles dépassent le cadre d'une correspondance sans rien sacrifier de leur spontanéité première, et rejoignent la grande œuvre posthume de Diderot où il mit le meilleur de lui-même.

22 novembre 1931.

L'Homme aux Bésicles.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre de la Gaîté-Lyrique

Le Scarabée Bleu

A peine avais-je dit, dans un précédent article (29 novembre) que les formules du cinéma et celles du théâtre tendaient à se fondre, dans de certaines lois, pour ensuite reprendre leurs allures spécifiques, qu'il m'est très vite donné de trouver la vérification de ma pensée dans la nouvelle soirée de la Gaîté-Lyrique.

Tout d'abord, je veux affirmer une impression générale de rire, de clarté, de couleurs vives, une cadence rapide de la pièce, une durée convenable des entr'actes, qui déterminent une fort agréable soirée.

Evidemment, avec la nouvelle direction de la Gaîté-Lyrique, (autrefois si accueillante aux critiques professionnels titulaires de la carte noire, en dehors de la carte rouge des indirectes) le passage au contrôle est assez terrible pour le critique non averti, qui n'a pas à l'avance réclamé ses cartes de Générale mais, malgré la sévérité, la plus grande courtoisie règne et tout s'apaise... (Peut-être bien, ô Paul Ginesty, prince des Présidents des critiques, n'avez-vous pas songé à la démarche d'usage auprès d'un nouveau directeur !)

Mais tout ceci n'est rien, puisque la soirée est belle ; certes, mon amitié pour M. Jean Nouguès lui dira tout de même que j'ai passé, en écoutant d'autres musiques de lui, des soirées plus profondément impressionnantes ; mais il a voulu faire gai, léger et il est parvenu à s'adapter, notamment lors du passage de la caravane, à une tonalité générale bien assise et dans le mouvement et dans le pittoresque.

Le livret de M. André Barde mérite une mention particulière ; il est extrêmement soigné et la mise en scène, très heureuse, due au nouveau directeur M. Maurice Cattriens, répond bien au très grand effort, qui avait pu être constaté au cours de son passage au Trianon-Lyrique, et qui avait si totalement remis au point le niveau de cette scène un peu trop négligée depuis quelques années. On sent que les résultats de grand art, qu'avait obtenus et réalisés M. Georges Bravard après des années de luttes et d'effort, sont en bonnes mains, et que le « Royaume de la Gaîté n'est pas près de tomber en quenouille. »

Voici d'ailleurs le sujet de la pièce :

Aux grands magasins Selfridge, à Londres, le rayon de gants, en la personne de Winnie (Mlle Mortimer), flirte de manière « avancée » avec le rayon de chaussures, en la personne de Freddy (M. Robert Brunier). Le chasseur Binkie (M. Darnois), sans négliger ses propres petites affaires avec les girls de l'ascenseur, protège ces amours, et signale aux intéressés les allées et venues de l'inspecteur (M. Montagne), qu'on croirait fraîchement sorti d'un véritable grand magasin, tant il est « nature » (!) (Il ressemble à s'y méprendre au prince oriental du Rêve de Sémiramis au 2e acte).

Survient une grosse cliente grincheuse, dont le mari est le directeur du Covent Garten de Londres, et qui se plaint d'être mal servie par Freddy, pendant que son mari cherche au rayon de gants à faire la cour à Winnie.

Lord Warington (M. Duvaleix), gros Anglais pittoresque et immensément riche, a pris l'habitude de venir chaque jour commander des gants par douzaines au grand scandale de son ami et camarade de Cercle, aux yeux duquel Winnie petite vendeuse, manque de relief. Or, il se trouve que Winnie a une voix merveilleuse, que le directeur de Covent Garten oublie son portefeuille, et que, l'ayant trouvé, elle le lui rapporte et obtient en échange une audition et un engagement ; voici Winnie devenue une artiste..... les snobs seront contents.

Freddy, qui a servi en Mésopotamie pendant la guerre et y a découvert les ruines de Babylone aux temples garnis de statues d'or massif, a trouvé un commanditaire (fondateur de sociétés) pour aller effectuer des fouilles nécessaires ; c'est donc, au grand ahurissement de l'inspecteur, par des éclats de rire que sa menace de mise à pied et de renvoi est accueillie !... Winnie jure à Freddy de l'attendre avec un cœur fidèle..., autant qu'il le faudra.

Les fouilles sont difficiles et décevantes, mai enfin la première statue d'or est sortie ; Freddy

l'apprend alors que, dans une revue, il vient de voir des photographies de Winnie dans les diverses circonstances de sa vie d'artiste ; il va lui-même rapporter à Londres la première statue d'or...

Mais ce ne sera pas sans emporter un talisman: il a fait grâce au fils de Kadidja qui avait frappé Binkie (alors que celui-ci s'était introduit auprès de sa sœur) ; il devait être exécuté pour avoir frappé un Anglais ! Kadidja, reconnaissante offre à Freddy le Scarabée bleu, bagué d'or massif, que se sont transmis depuis Sémiramis les femmes de sa tribu, et dont la pierre bleue taillée en forme de Scarabée a contenu autrefois un poison mortel. C'est ce talisman que Freddy offrira à Winnie, devenue presque indifférente à tout ce qui n'est pas son luxe, et, dont le mariage avec Lord Warington est chose décidée. La tristesse de Freddy, le rappel des serments échangés entraînent Winnie dans un rêve, qui est le prétexte à de jolis décors, changés à vue avec une merveilleuse et rapide habileté. Winnie devenue Sémiramis évoque la légende du Scarabée bleu et voit celui qui l'aimait se pencher sur le chaton de sa bague, et rouler mort, après avoir absorbé le poison qu'elle contenait. Elle s'éveille toute troublée et songe que Freddy pourrait en venir à une pareille extrémité... elle y songe d'autant plus que, sur les conseils d'Hilda (Mme Nina Myral), Freddy a résolu de rendre Winnie jalouse avec la complicité d'Hilda, dont la préoccupation constante est de vouloir s'attacher ceux qui font la cour à Winnie, même au prix de certaines petites perfidies qui, d'ailleurs, se retournent toujours contre elle.

C'est jour de régates : Freddy avec Hilda à la barre est proclamé vainqueur, et Winnie reconquise cherche à se rapprocher de lui... (élégante et gracieuse mise en scène de Pyjamas fort amusants); elle demande à Lord Warington de prendre part à la joute prochaine en qualité de rameur, avec Hilda comme barreur. Le pauvre Lord, qui est gros à souhait, se résigne à la tentative, mais ne réussit qu'à se jeter à l'eau et apparaît en scène tout ruisselant, dans un peignoir de femme, qui ajoute encore au ridicule de son arrivée, et, c'est dans cette attitude misérable que Winnie lui annonce ses fiançailles avec Freddy, cependant qu'Hilda, tout doucettement se rapproche...

Les artistes du corps de ballet font un effort louable, et M. Albert E. Jacobs conduit l'orchestre avec un brio qui ne se ralentit pas.

Les costumes sont fort bien réussis et la phase Mésopotamienne de la pièce avec les chameaux, et le défilé de la caravane, forment une note exotique en totale harmonie avec la pensée de l'Exposition coloniale finissante, ainsi qu'avec la musique agréablement scandée de M. Jean Nouguès.

Dr G. Poleme.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

ACCIDENTS DU TRAVAIL CONTESTÉS OU REFUSÉS

Conduite du médecin

A propos de l'article 4242 (*Concours* du 4 octobre 1931, p. 3040), je vous communique ci-joint les décisions prises par notre syndicat pour éviter des faits semblables.

Aucune assurance n'a encore été signalée comme ne s'étant pas conformée aux demandes du Syndicat.

Le Secrétaire :

Dr Houssiaux.

Syndicat médical de Cannes

(15 *mars* 1931)

Accidents du travail contestés par l'employeur ou son assureur. — Certaines Assurances refusent de régler certains accidents, répondant à l'envoi de la note d'honoraires que l'intéressé n'a pas été admis au bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

D'autre part, il arrive, pour certains accidents du travail non contestés, que l'assurance demande à la Justice de déclarer la blessure consolidée et même qu'un jugement prononce cette consolidation, sans que le médecin traitant en soit avisé, de sorte qu'il continue à donner des soins dont l'assurance lui refuse ensuite le paiement.

Le Syndicat a demandé à chaque assurance de prévenir le médecin traitant :

1° Quand elle conteste la réalité d'un accident du travail, les frais médicaux restant à sa charge jusqu'au moment où le médecin est prévenu.

2° Quand elle demande à la juridiction compétente de déclarer la blessure consolidée.

Pour les assurances, qui n'agiront pas confor-

mément à la demande ci-dessus, la marche à suivre ci-dessous a été décidée, ce dont les assurances ont été prévenues.

Pour ces assurances, le médecin traitant ne délivrera jamais le certificat initial à l'accidenté au cours de la première visite (même si l'accidenté est porteur du bulletin de déclaration de l'employeur au médecin). Mais le médecin traitant remettra à l'accidenté une lettre pour l'employeur, demandant à celui-ci un engagement écrit de payer en cas de défaillance de l'assurance, tant qu'il n'aura pas été donné avis contraire au médecin par lettre recommandée.

La lettre du médecin à l'employeur spécifiera qu'en l'absence de cet engagement écrit l'accidenté ne continuera à être soigné que contre paiement direct et comptant.

Des lettres imprimées seront fournies par le Syndicat aux médecins sur demande.

Au cours de la deuxième visite, s'il est en possession de cet engagement (et naturellement du bulletin de déclaration de l'employeur au médecin), le médecin traitant pourra remettre gratuitement à l'accidenté le certificat initial (en un ou deux exemplaires suivant que l'assurance intéressée en paie un ou deux).

En l'absence d'engagement écrit de l'employeur, le médecin traitant ne remettra à l'accidenté le certificat initial et ne continuera ses soins que contre paiement direct et comptant (19 juin 1930).

En vue de l'application de cette mesure, les confrères sont priés de signaler au secrétaire les assurances ayant refusé de payer.

Aucune assurance n'a été signalée depuis la démarche du Syndicat auprès des Compagnies.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur les questions actuelles de thérapeutique cardiovasculaire* (Grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.) — Samedi 19 décembre, M. le Professeur agrégé PASTEUR-VALLÉRY RADOT : Les principes directeurs du régime des néphrites. — Vendredi 8 janvier, M. le Docteur COTTET, ancien interne des hôpitaux : Les cures de diurèse. — Samedi 9 janvier, M. le Professeur agrégé ZIMMERN : Electro-radiothérapie des artérites. — Vendredi 15 janvier, M. le Docteur BOIGEY, directeur de l'Institut médical d'éducation physique de Vittel : L'hygiène physique du cardiaque. — Samedi 16 janvier, M. le Docteur A. LEMAIRE, chef de laboratoire à la Faculté : Les médicaments de l'hypertension artérielle. — Vendredi 22 janvier, M. le Professeur agrégé DONZELOT : Le traitement raisonné des bradycardies. — Samedi 23 janvier, M. le Docteur A. LEMAIRE : Les médicaments de l'hypertension artérielle. — Vendredi 29 janvier, M. le Professeur agrégé Ch. AUBERTIN : Les médicaments d'arrêt dans les tachycardies. — Samedi 30 janvier, M. le Professeur M. VILLARET : La crénothérapie des affections vasculaires. — Vendredi 5 février, M. le Professeur A. CLERC : Les sels de quinine dans l'arythmie. — Samedi 6 février, M. le Docteur A. LEMAIRE : Les médicaments de la tension rachidienne. — Vendredi 12 février, M. le Docteur G. MARCHAL, médecin des hôpitaux : Cœur douloureux. Intermittences et palpitations. — Samedi 13 février, M. le Docteur A. LEMAIRE : La réanimation du cœur. — Vendredi 19 février, M. le Docteur A. LEMAIRE : L'excitation du centre respiratoire.

— **Hôpital Necker.** — *Clinique urologique* (Clinique Guyon. Professeur : M. LEGUEU.) — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — A. Leçons cliniques à l'Amphithéâtre, par M. LEGUEU, le mercredi, à 11 heures. — B. Policlinique à l'amphithéâtre, par M. LEGUEU, le vendredi, à 11 heures. — C. Opérations, par M. LEGUEU, le lundi, de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique ; le mardi, jeudi, samedi, par M. FEY, agrégé de la clinique, à 10 heures. — D. Visites et consultations, par M. LEGUEU, les mardis et samedis, à 10 heures. — E. Opérations cystoscopiques, par M. LEGUEU, le jeudi, à 10 heures. — F. Examen des malades dans les salles, par MM. LIEUTAUD et MAXIMIN, chefs de clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30. — G. Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. GARCIN, tous les jours, à la Terrasse, de 9 h. 30 à 11 heures, et par M. BAC, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30. — H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. CHABANIER, chef de laboratoire de chimie, le samedi, à 11 heures. — I. Présentations de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. VERLIAC, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le mardi, à 11 heures. — J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. GAUME, les mardis, jeudis et samedis, à 10 heures. — K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. NYER, assistant, le jeudi, à 11 heures. — L. Démonstrations de radiologie, par M. TRUCHOT, radiologiste de la clinique, le mardi et le samedi, à 10 heures. — M. Service d'actinothérapie, par le D[r] SNEIER-AVRAM, assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30. — N. Cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire par le D[r] FEY, agrégé, le lundi, à 11 heures, à l'Amphithéâtre.

Enseignement complémentaire. — O. Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année, à 17 heures, par les assistants.

Cours de perfectionnement. — P. Ces cours auront lieu à chaque trimestre. Des affiches ultérieures préciseront leur date et les sujets traités.

RÉPARTITION DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, à 9 h. 1/2 : F. Salle Velpeau, (MM. LIEUTAUD et MAXIMIN) ; à 9 h. 1/2 : C. Salle d'opérations (M. LEGUEU) ; à 10 heures : M. Actinothérapie (M. SNEIER-AVRAM) ; à 11 heures : N. Séméiologie élémentaire (M. FEY).

Mardi, à 9 h. 1/2 : G. Terrasse (M. GARCIN et DURAND) ; à 9 h. 1/2 : J. Cystoscopie et urétroscopie (MM. GAUM et MOTZ) ; à 10 heures : L. Urographies intraveineuses (M. TRUCHOT) ; à 11 heures : I. Laboratoire (M. VERLIAC).

Mercredi, à 9 h. 1/2 : F. Salle Velpeau (MM. LIEUTAUD et MAXIMIN) ; à 9 h. 1/2 : C. Salle d'opérations (M.

LEGUEU) ; à 10 heures : M. Actinothérapie (M. SNEIER-AVRAME; à 11 heures: A. Amphithéâtre (M. LEGUEU).

Jeudi, à 9 h. 1/2 : G. Terrasse (M. GARCIN et DURAND) ; à 9 h. 1/2 : J. Cystoscopie et urétroscopie (MM. GAUME et MOTZ) ; à 10 heures : E. Cystoscopie : Opérations endoscopiques (M. LEGUEU) ; à 11 heures : K. Electrothérapie (M. NYER).

Vendredi, à 9 h. 1/2 : F. Salle Velpeau (MM. LIEUTAUD et MAXIMIN) ; à 9 h. 1/2 : C. Salle d'opérations (M. LEGUEU) ; à 10 heures : M. Actinothérapie (M. SNEIER-AVRAM) ; à 11 heures : B. Amphithéâtre. Policlinique (M. LEGUEU).

Samedi, à 9 h. 1/2 : G. Terrasse (M. GARCIN et DURAND) ; à 9 h. 1/2 : J. Cystoscopie et urétroscopie (MM. GAUME et MOTZ) ; à 10 heures : D. Urographies intraveineuses (M. TRUCHOT) ; à 11 heures : H. Laboratoire. (M. CHABANIER).

— **Institut d'hygiène.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène.* (Cours de perfectionnement, sous la direction de M. le Dr L. TANON, professeur d'hygiène, et de M. P. JOANNON, agrégé. Directeur technique des travaux : M. le Dr Henry THIERRY, inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris. Chef des travaux : M. le Dr Ph. NAVARRE.) — Ce cours est destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés. Il est ouvert aux médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants munis de seize inscriptions. Il comprendra : 1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° Une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° Des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Il commencera le 5 janvier, à 14 h. 1/2, au laboratoire d'hygiène (ou au laboratoire de bactériologie pour les élèves qui le désireront), et le 7 mars, à 14 h. 1/2, au laboratoire d'hygiène pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il sera terminé le 4 juin, et sera suivi d'un examen portant sur les matières traitées aux cours et donnant droit au diplôme.

Les séances de travaux pratiques de parasitologie auront lieu au laboratoire de parasitologie, à 14 heures, les lundis, mercredis et vendredis, à partir du 15 février.

Seront dispensés des travaux pratiques de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront : soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine ; soit celui de l'Institut Pasteur de Paris ; soit celui du Val-de-Grâce ; soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE (sous la direction de M. le Professeur TANON et de M. MACAIGNE, agrégé). — *Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène* : Généralités. Le microscope. Examen à l'état frais. Colorations. Stérilisation. Milieux de culture. Séparation des germes. Inoculation aux animaux. Agglutinations, séro-diagnostic. Pus : staphylocoques, streptocoques. Crachats : pneumocoques, tuberculose. Gangrènes. Exsudats bucco-pharyngés : diphtérie. Syphilis : réaction de Bordet-Wassermann. Gonocoques. Méningocoques. Charbon. Tétanos. Lèpre. Peste. Choléra. Colibacille. Bacilles typhiques et para-typhiques. Dysenterie. Eaux. Selles. Urines. Lait. Vaccins. Sérums.

Nota : Les élèves qui le désirent peuvent suivre cet enseignement pratique également au laboratoire de M. le Professeur LEMIERRE.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PARASITOLOGIE (Sous la direction de M. le Professeur BRUMPT). — Les mycoses. Le paludisme. Les leishmanioses. La dysenterie amibienne. Les trypanosomiases. Coprologie (recherche des parasites intestinaux). Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL D'HYGIÈNE. — *Hygiène et prophylaxie générales.* MM. TEISSIER, TANON, LEGROS, LEMAITRE, CLERC, CAMBESSÉDÈS, Henri THIERRY, Jules RENAULT, MARTIAL, POUILLOT, DANTIER, LECLAINCHE, CRUVEILHIER, DEBRÉ, NEVEU, JOANNON, RAMON, CAMUS, NATTAN-LARRIER : Organisation générale de l'hygiène en France. Législation et administration générales. Commentaires de la loi de 1902. Hospitalisation et isolement. Désinfection. Police sanitaire maritime. Les conférences sanitaires internationales. L'hygiène des navires. Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. Emigration, réglementation. Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. Porteurs de germes diphtériques et prophylaxie. Anatoxines. La rougeole. La scarlatine. La méningite cérébro-spinale. La rage. Prophylaxie du typhus exanthématique. Prophylaxie de la fièvre typhoïde. Mélitococcie. Charbon. Dysenterie. Variole. Varicelle. Choléra. Peste. Fièvre jaune. — *Hygiène urbaine.* MM. DIÉNERT, GUILLERD, Henri THIERRY, MARTIN, CLERC, NAVARRE, NEVEU : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. Captage des sources. Stérilisation des eaux de boisson. Contrôle des eaux. Eléments d'hydro-géologie. Evacuation des eaux usées. Stérilisation des eaux d'égouts. Hygiène de l'habitation. Fonctionnement des services d'hygiène. Hygiène rurale. Méthodes de statistique. — *Hygiène industrielle.* MM. BORDAS, DUVOIR, MARTIN, KOHN-ABREST, Henry THIERRY : Salubrité de l'atelier en général. Réglementation du travail dans les usines. Les fumées dans les grandes villes. Les poussières dans les villes. Dermatoses professionnelles. Intoxications professionnelles. Eléments de toxicologie. Etude des atmosphères confinées. — *Hygiène alimentaire.* MM. BORDAS, SACQUÉPÉE, Henri LABBÉ, MARTEL, GIROUX, NAVARRE, TOUBEAU, FILAUDEAU : Pains et farines. Alimentation normale. Rations alimentaires. Le lait. Boissons fermentées. Fraudes alimentaires. Contrôle des fraudes. Infections d'origine alimentaire. Les viandes, leur contrôle. — *Prophylaxie des maladies sociales.* MM. GOUGEROT, TANON, NAVARRE, BIZARD, NEVEU, JOANNON, Marcel LÉGER : Prophylaxie sociale de la syphilis. Surveillance de la prostitution. Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. Organisation antituberculeuse. Le cancer. L'alcoolisme. Le service social, relations avec les services d'hygiène. Rôle social des visiteuses d'hygiène. Surveillance des maladies épidémiques. — *Hygiène infantile.* MM. COUVELAIRE, LESNÉ, MARENGO, WEILL-HALLÉ, VITRY, ROUBINOVITCH, Jules RENAULT, Mme JOUART : Mortalité et mortinatalité infantiles. Hygiène de la gestation. Hygiène du nouveau-né. Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. Alimentation du nourrisson. La protection des enfants placés en nourrice. Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. Hygiène mentale de l'enfant.

VISITES. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique et dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° aux personnes autorisées par le professeur à suivre ces cours, en dehors des catégories précédentes ; 5° Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions et les internes en médecine reçus au concours, pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

DIPLÔME. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : 1° le certificat de scolarité ; 2° le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut.

Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français et étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte : 1° des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête (les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales) ; 3° des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; pour les travaux pratiques de parasitologie, de 150 francs. Total : 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs ; total : 650 francs.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime (décret du 15 mars 1930) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la Police sanitaire maritime. Cette interrogation a lieu au laboratoire d'hygiène au cours de l'examen.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

— Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, a commencé le lundi 23 novembre 1931, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière (Clinique chirurgicale du Professeur Gosset, pavillon Osiris) son cours de radiologie clinique consacré à l'étude de l'appareil locomoteur normal et pathologique.

Programe des leçons. — Lundi 14 décembre : Lésions traumatiques. Fractures. — Vendredi 18 décembre : Bras, épaule. — Lundi 21 décembre : Ostéomyélites. — Lundi 11 janvier Tuberculose. — Vendredi 15 janvier : Pied. — Lundi 18 janvier : Syphilis et lésions parasyphilitiques. Mycoses. Affections parasitaires. — Vendredi 22 janvier : Tibio-tarsienne, jambe. — Lundi 25 janvier : Tumeurs bénignes et malignes. — Vendredi 29 janvier : Genou. — Lundi 1er février : Tumeurs malignes (*suite*). — Vendredi 5 février : Cuisse, hanche, bassin. — Lundi 8 février : Arthrites, affections dites « rhumatismales ». — Vendredi 12 février : Rachis, sternum, côtes. — Lundi 15 février : Affections infantiles.

Chacune de ces leçons sera accompagnée de projections et de présentation de clichés et terminée par des exercices d'interprétation au cours desquels les élèves seront initiés individuellement à la lecture des clichés.

— Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. Fernand Bezançon.) — M. le Professeur F. Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Organisation de l'enseignement avec le concours de MM. de Gennes, Etienne Bernard, André Jacquelin, Weissmann-Netter et Jean Célice, médecins des hôpitaux ; Delarue, Duruy, Oumansky, Mlle Pau, Wahl, chefs de clinique, et anciens chefs de clinique :

Le vendredi à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'Amphithéâtre de la clinique ; les lundis et samedis, à 10 h. 1/2, visite dans les salles et présentation de malades ; le mercredi, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la clinique, présentation des malades atteints de tuberculose ; le jeudi, à 10 h. 1/2, consultation du rhumatisme (salle des consultations).

La matinée du mardi sera consacrée à l'enseignement élémentaire aux stagiaires par le professeur et ses assistants.

Les médecins suivant le service pourront, pendant cette matinée, assister à la consultation du rhumatisme faite par les docteurs M.-P. Weil et Weissmann-Netter.

Enseignement aux stagiaires : le mardi, enseignement élémentaire et interrogatoire fait par le professeur et ses assistants ; les mercredis et jeudis, enseignement clinique par les assistants et les chefs de clinique.

Service des laboratoires : M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; M. Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; M. le Docteur Etchegoin, M. le Docteur Chevalley, M. le Docteur Duchon.

Service radiologique : M. le Docteur Tribout.

Service des agents physiques : M. le Docteur H. Biancani.

Service des tuberculeux (Centre de triage et service du pneumothorax artificiel) : M. le Docteur Braun, assisté de M. le Docteur Destouches, Mme le Docteur Frey-Ragu et Mlle le Docteur Scherrer. Insufflations, mardis et vendredis ; le mercredi : visite de M. Bezançon et présentation de malades, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la clinique.

Un cours complémentaire sur la tuberculose, aura lieu pendant le deuxième semestre, en mai et juin.

Des affiches ultérieures indiqueront le programme de ce cours. A la fin de ce cours, un certificat sera délivré à ceux des auditeurs qui en feront la demande.

Consultations spéciales. — Les consultations spéciales suivantes, avec enseignement clinique, auront lieu :

Les mardis et jeudis, à 10 heures : Rhumatisme et maladies de la nutrition, par M. le Professeur F. Bezançon, M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux, et M. Weismann-Netter, médecin des hôpitaux. — Le jeudi, à 10 heures : Lipiodolo-dignostic, par M. le Docteur Azoulay, ancien chef de clinique. — Le samedi, à 10 heures : Pneumopathies chroniques, asthme, emphysème, par M. le Professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin, médecin des hôpitaux, et M. Jean Célice, médecin des hôpitaux. — Le jeudi, à 10 heures : au centre de triage : Tuberculose pulmonaire, par M. le Docteur Braun, Mme le Docteur Frey-Ragu et M. le Docteur Destouches.

— Thèses. — Mardi 1er décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, Guillain, Nobécourt, Vaudescal. — M. Delom Pierre : De la sympathectomie péri-artérielle par agent chimique. — M. Saint-Pierre Louis : Contribution à l'étude de la ligamentopexie (procédé de Doloris-Beck-Richelot). — M. Faugère Pierre : A propos de quelques cas de séquelles neurologiques tardives, chez des traumatisés cranio-cérébraux. — M. Grégoire Jules-J.-D. : Etude des arthropathies des hémiplégiques. Rôle des troubles sympathiques dans leur pathogénie. — Mme Challe-Champdemerle : Contribution à l'étude des facteurs de la croissance.

Mercredi 2 décembre. — Jury : MM. Baudouin, Léon Bernard, Gosset, Debré. — M. Grosperrin René : Les manifestations hypertoniques consécutives à l'asphyxie oxycarbonée aiguë. — M. Moïse Policzanski : Tuberculose pulmonaire, grossesse et cure sanatoriale. — M. Bevalot Jean : La transfusion sanguine dans les hémorragies du tube digestif.

Mardi 1er décembre (thèses vétérinaires). — Jury : MM. MM. Champy, Rathery, Lesbouyries, Maignon, Panisset, Vergé. — M. Renoult : Hyperpituitarisme expérimental chez la poule. — M. Desplanques. : L'anaphylaxie sérique et de l'anaphylaxie tissulaire.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Saint-Louis.** — *Clinique médicale.* — Service de M. DUVOIR (Médecine générale), assisté de M. PICHON, médecin des hôpitaux.

Le lundi : Consultation externe : malades nouveaux (affections du cœur et des reins). Visite des salles.

Le mardi : Consultation externe : malades nouveaux (affections des os et des articulations). Visite des salles.

Le mercredi : Consultation externe : présentation des malades atteints d'affections des os et des articulations (M. LAVANI). Visite des salles.

Le jeudi : Visite des salles. Examen radioscopique des malades du service. Examens de laboratoire.

Le vendredi : Consultation externe : présentation des malades atteints d'affections du cœur et des reins. (M. PICHON). Visite des salles.

Le samedi : Visite des salles : à 11 h. leçon clinique avec présentation de malades.

— **Hôpital Bretonneau.** — *Clinique infantile.* — M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (Salle de l'ancienne consultation de médecine).

Première conférence, le vendredi 8 janvier 1932. (La première conférence portera sur un sujet de déontologie).

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Séance du 23 novembre. Epreuve supplémentaire : consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire.

MM. Béal, 29 ; Fleury, 29 ; Cabrol, 28. En conséquence, M. Fleury est nommé stomatologiste des hôpitaux.

Le concours est donc terminé par la nomination de MM. Rouzeau et Fleury.

— **Concours d'assistant d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Réunion de la commission de classement.* — Séance du 23 novembre. — Classement des candidats : MM. Venturini, 9 ; Clérigié, 8 ; Mlle Cauvet, 7.

Ces trois candidats sont admis à accomplir une 2e année de stage.

— **Concours de radiologiste des hôpitaux.** — Séance du 26 novembre. — Installer un dispositif pratique d'ionothérapie par le KI (prêt à être appliqué sur le malade). MM. Damond, 10 ; Duval, 10 ; Deliencourt, 10 ; Bernard, 12 ; Corbier, 6 ; Falcoz 9.

Séance du 28 novembre. — Technique radioscopique de l'examen du cœur et des gros vaisseaux de la base. Faire un orthodiagramme (face au profil) en marquant les points principaux.

MM. Falcoz, 11 ; Bernard, 15 ; Corbier, 14 ; Duval 14 ; Deliencourt, 14 ; Damond, 12.

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — A la suite de ce concours, les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Bernard, 27 ; Duval, 24 ; Deliencourt, 24 ; Corbier, 23 ; Dupont, 22 ; Falcoz, 20.

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve orale.* — Séance du 23 novembre. — Questions : Diagnostic des anuries. — Formes cliniques de l'insuffisance aortique.

MM. Porge, 17 1/2 ; Pierra, 19 ; Lafon, 18 ; Mlle Gagneur, 18 ; MM. Pécher, 20 ; Terver, 22 ; Bensaude, 24 1/2 ; Brocard, 19 ; Delorme, 24 ; Vidart, 17.

Séance du 25 novembre. — Questions : Diagnostic clinique des tumeurs des bourses (hernies exceptées). — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques.

MM. Marcombes, 18 1/2 ; Mouchotte, 18 1/2 ; Crépinet, 20 ; Vauclin, 24 ; Guison, 17 ; Roy André, 21.

Séance du 29 novembre. — Questions : Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage. — Formes cliniques de l'asystolie.

Mlle Œmichen, 17 ; MM. Zha, 23 ; Gelbert, 18 ; Bigey, 17 ; Genty, 19 ; Perreau, 23 ; Mallarmé, 24 ; Brinon, 19 ; Mayer (Jean), 14 ; Le Cœur Pol, 17.

Séance du 30 novembre. — Questions : Complications des varices des membres inférieurs. Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale.

MM Dechaume-Macharuront, 17 ; Sidi, 24 ; Lauthier, 21 ; Momblot, 21 ; Girard, 18 ; Prunet, 18 ; Mastorg, 18 ; Fuchs, 15 ; Leroy, 18 ; Guichard, 8 ; Catinat, 20.

— **Concours de l'internat de Brévannes, Chardon-Lagache, Sainte-Périne, Hendaye, Champrosay.** — Jury : MM. Tzanck, Nicaud, Leibovici.

— **Répartition dans les services hospitaliers des internes et externes en médecine pour l'année 1932.** — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, nº 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1932, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier 1932) : internes entrant effectivement dans leur 2e, 3e et 4e année d'exercice, le samedi 19 décembre 1931, à 14 h. 30 ; internes, de 1re année, savoir : internes des promotions 1929 et 1930 dont le congé pour service militaire expire le 5 janvier 1932 ; internes de la promotion 1931 et externes en premier, le lundi 21 décembre 1931, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier 1932) ; ceux de 6e et 5e année (externes ayant concouru en 1926 et 1927), le lundi 4 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1928), le mardi 3 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1929), le mercredi 6 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1930), le vendredi 8 janvier 1932, à 14 h. 15 ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1931) ; le lundi 11 janvier 1932, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Œuvre d'approvisionnement médical des prisons.** *Appel à nos confrères.* — Sous la présidence d'honneur de M. Georges Duhamel, un groupe de médecins a constitué l'Œuvre d'approvisionnement médical des prisons (A. M. P.). Les infirmeries des prisons se trouvant souvent fort dépourvues, et le corps médical étant, par contre, inondé d'échantillons médicaux, l'A. M. P. se propose de centraliser ce superflu au profit de malheureux, qui, eux aussi, quel que soit leur passé, ont droit aux soins médicaux.

L'A. M. P. estime que les criminels peuvent être des malades qu'il faudrait essayer de guérir comme tous les autres malades, qu'en outre, les leçons d'humanité sont les plus aptes à refaire, de ces égarés, des hommes. Le médecin, du reste, étant appelé, non à juger, mais à soulager, n'a pas à s'occuper de la valeur d'une vie.

Le Comité de l'A. M. P. demande de bien vouloir mobiliser en sa faveur les échantillons médicaux inemployés. Les envois devront être adressés à la direction de l'Administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès, Paris. Pour faciliter à l'Administration, le classement des médicaments, nous prions nos confrères de bien vouloir marquer les échantillons, si possible, de numéros correspondant aux groupes suivants :

1 Cœur et circulation ;
2 Appareil respiratoire ;
3 Appareil digestif ;
4 Appareil génito-urinaire ;
5 Rhumatisme, goutte, diabète ;
6 Femmes ;
7 Nerfs, douleurs ;
8 Hémorrhagies ;
9 Fièvres, infections ;
10 Vaccins ;
11 Peau, plaies ;
12 Yeux ;
13 Bouche ;
14 Fortifiants ;
15 Désinfectants ;
T. : Tuberculose.

L'Administration serait particulièrement reconnaissante de recevoir des médicaments pour la lutte contre la tuberculose dans les maisons d'éducation surveillée.

Confrères, faites la révision de vos armoires ! Il y a, chez chacun de nous, des médicaments inemployés, alors qu'ils pourraient soulager et guérir. Et si l'un ou l'autre — si l'une ou l'autre compagne de confrère — pouvait accepter de centraliser en sa ville des échantillons médicaux, pour en faire l'expédition à Paris, qu'ils veuillent communiquer leur nom à la présidente de l'A. M. P. Nous accepterons avec gratitude leur précieux concours. Confrères qui le pouvez, au moins une fois par an, répondez-nous !

Le Comité de l'A. M. P. : Président d'honneur, M. Georges Duhamel ; présidente : Docteur Noémi Stricker-Rouvé, Victoria Parc, Menton ; membres : les Docteurs Olga de Bergmann, Casablanca ; Léon Bizard, médecin-chef de la prison Saint-Lazare ; Darrican-Vittel, Luc-Durtain, Alice Hartmann-Coche, présidente de l'Association française des femmes-médecins ; G. Montreuil-Strauss, Perrin, Hamelin, Royat, Rieu Villeneuve, rédacteur du *Temps médical* ; Gilbert Robin, A. D. Ronchèse-Nice, Pierre Vachet ; secrétaire général : M. Christian Dorcy, président de la Lecture en prison et de la Lecture à l'hôpital.

P. S. — L'œuvre de la Lecture en prison (président : M. Christian Dorcy ; vice-présidente : Doteur Noémi Stricker-Rouvé), serait reconnaissante de recevoir livres et brochures sans caractère politique ou religieux. Adresser les envois à l'Administration pénitentiaire, Service de la lecture en prison, ministère de l'Intérieur, rue des Saussaies, Paris. Le livre, lui, aussi, est un important facteur de guérison. (*Communiqué.*)

— **Association de la presse médicale française.** *Croisière de la « Revue générale des sciences » dans le monde polaire.* (Norvège, Spitzberg et Banquise). Expédition touristique se rapprochant le plus du pôle, du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-yacht « Prince Olav ».

CONDITIONS DU VOYAGE. — Le prix de la croisière est établi en livres, soit au cours actuel à partir de 5.670 francs (prix applicable jusqu'au 1er janvier 1932 dans la mesure des places disponibles). Le prix de la croisière comprend tous les frais de l'embarquement au débarquement : transports maritimes et terrestres, nourriture, excursions, frais de batellerie, fauteuils de pont, pourboires à bord et à terre et les billets de chemin de fer et de bateau en première classe de Paris à Edimbourg et de Boulogne à Paris, par les trains mentionnés ainsi que les repas au wagon-restaurant.

Les cabines sont toutes à une ou deux couchettes, non superposées, extérieures et munies du confort le plus moderne. Le « Prince Olav » ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, nous ne saurions trop conseiller aux personnes désireuses de choisir leurs places de s'inscrire dès maintenant.

Le prix de base spécial de 5.670 francs sera consenti aux lecteurs de ce journal qui s'inscriront avant le 1er janvier 1932.

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-61.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

tectrices, serait régulière et si elle ne constituerait pas un abus de pouvoir et ne serait, de ce fait, illégale ; 9° si l'établissement de la liste des candidats aptes à la direction du bureau d'hygiène d'Antibes (Alpes-Maritimes) et de la nomination à ce poste qui en est résultée ont donné lieu à une procédure irréprochable et un examen équitable des titres garantissant les droits les plus élémentaires des candidats ; 10° dans le cas de la négative, quelles sanctions ou mesures seront prises pour : *a*) punir l'acte d'arbitraire qui a entouré l'élaboration de la liste d'aptitude des candidats à la direction du bureau d'hygiène d'Antibes et précipité une nomination à ce poste, faite illégalement, avant que le candidat évincé ait été entendu par le conseil supérieur d'hygiène publique de France ; *b*) réparer le préjudice matériel et moral causé au candidat éliminé irrégulièrement ; *c*) empêcher le retour de tels faits. (*Question* du 12 novembre 1931.)

Réponse. — 1° réponse affirmative ; 2° il résulte de la réglementation du 23 mars 1906 que, dès qu'est intervenu l'arrêté du maire portant organisation du bureau municipal d'hygiène, un avis faisant connaître la vacance ouverte et le traitement attribué est publié au *Journal officiel.* A l'expiration d'un délai de vingt jours fixé par cet avis, les dossiers des candidats sont soumis à l'examen d'une commission spéciale, dont les membres sont choisis dans le sein du conseil supérieur d'hygiène publique de France et désignés par celui-ci, chaque année, en assemblée générale. Celle-ci dresse, par ordre alphabétique, une liste des candidats qu'elle a reconnus aptes à exercer le poste de directeur du bureau d'hygiène pour lequel les demandes lui ont été soumises. Cette liste est immédiatement notifiée au maire par l'entremise du préfet et portée à la connaissance des intéressés ; 3° et 4° aucun texte ne décide que la liste d'aptitude ainsi dressée doive être portée à la connaissance du conseil supérieur d'hygiène publique de France en séance plénière ; 5° aux termes de la réglementation précitée, les demandes des candidats sont accompagnées des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services ou des fonctions antérieures ; 6° un recours devant l'assemblée générale du conseil supérieur d'hygiène est ouvert aux candidats qui n'auraient pas été inscrits sur la liste d'aptitude ; 7° il n'existe pas de procédure légale pour l'exercice de ce recours. L'arrêté ministériel du 7 janvier 1908 précise, seulement, qu'il doit être formé dans un délai de dix jours pleins, à dater du jour de la notification individuelle de l'avis de la commission ; 8° l'administration se bornant à notifier au maire, par l'intermédiaire du préfet, la liste d'aptitude dressée, et n'ayant aucun pouvoir d'appréciation, il ne lui appartient, ni de juger les actes d'une commission technique qui ne sont pas de sa compétence, ni d'intervenir dans la nomination du titulaire du poste, uniquement laissée au choix du maire ; 9° les indications

qui précèdent s'appliquent à la nomination du directeur du bureau municipal d'hygiène d'Antibes (Alpes-Maritimes), L'administration s'est bornée à suivre, en l'espèce, la procédure fixée par les textes susvisés ; 10° *a*) il n'apparaît pas que l'établissement de la liste des candidats aptes à la direction du bureau d'hygiène d'Antibes ait donné lieu à un acte quelconque d'arbitraire. La liste d'aptitude dressée a été notifiée immédiatement au maire par l'intermédiaire du préfet, ainsi que le prescrit formellement la réglementation du 23 mars 1906 qui, en effet, ne fait aucune obligation d'attendre la décision du conseil supérieur d'hygiène sur les recours formés ; *b*) l'observation stricte des instructions en vigueur ne saurait donner lieu à des mesures de sanction ou de réparation ; *c*) dans le but de donner, à l'avenir, aux candidats non inscrits, le moyen d'exercer utilement le droit de recours qu'ils tiennent de la réglementation du 23 mars 1906 et conformément au vœu exprimé à ce sujet par le conseil supérieur d'hygiène dans sa séance du 9 novembre 1931, la liste d'aptitude aux fonctions de directeur du bureau municipal d'hygiène ne sera, désormais, notifiée au maire intéressé qu'après examen des recours éventuels par l'assemblée générale du conseil supérieur.

(*J. O.*, 1er décembre 1931.)

VACANCES DE NOEL ET DU JOUR DE L'AN SUR LA COTE D'AZUR

Pour répondre au vœu exprimé par ses correspondants, la Société médicale du littoral méditerranéen offre, aux médecins qui ne disposent que de courtes vacances, une participation réduite à son grand voyage annuel de Noël.

Le programme entier comprend deux parties :

1° Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Agay, Cannes, le Cannet, Grasse, le Golfe Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, du 26 décembre au 4 janvier ;

2° Nice, Cimiez, la Grande Corniche, Roquebrune, le cap Martin, Menton, Grimaldi, Bordighera, San-Remo, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, le cap Ferrat, le Mont-Boron, Nice, du 1er au 9 janvier.

Pour la première fois, cette année, des participations à quelques journées seulement seront admises, au gré de l'adhérent, sans que l'adhésion au programme entier, ou à l'une de ses parties, soit nécessaire. Ainsi, la Société espère pouvoir répondre au désir de ses correspondants et leur rendre possible l'accès de la Côte d'Azur, pendant le peu de temps dont ils disposent. Elle les prie seulement, pour faciliter sa tâche, de lui adresser leur demande un assez long temps à l'avance, afin qu'elle puisse leur réserver les

journées choisies par eux, sans gêner la marche générale du voyage.

La Société médicale espère que ce nouvel effort sera apprécié. Comme pour les voyages précédents, les facilités accordées s'étendront aux membres de la famille qui accompagneront le médecin, ainsi qu'aux étudiants en médecine. En outre, des permis de parcours à demi-tarif, sur les chemins de fer français et italiens, à l'aller et au retour, seront mis à la disposition des adhérents qui les demanderont en temps utile.

Pour les adhésions et tous autres renseignements, écrire au secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

Métabolisme basal et tension artérielle dans les rhumatismes

Des recherches faites par le Docteur Delacroix, de Bourbonne-les-Bains, sur le métabolisme basal et la tension artérielle dans les rhumatismes, spécialement thyroïdiens et ovariens, il résulte que :

1° Le métabolisme basal et la tension artérielle sont au-dessous de la normale dans les états de dysfonctionnement et d'hypothyroïdie, d'hypo-ovarie. Il est au-dessus de la normale, de même que la tension, dans les rhumatismes hyperthyroïdiens d'ailleurs beaucoup plus rares que les précédents.

2° Sous l'influence du traitement par les extraits de glande thyroïdienne et ovarienne, et du traitement crénothérapique par les eaux hautement radioactives de Bourbonne-les-Bains, secondées par les divers moyens physiothérapiques, le métabolisme basal et la tension artérielle subissent des variations dont les courbes sont parallèles et tendent à revenir à la normale. Les hypotendus voient leur tension se relever, l'hypertension est diminuée ; parallèlement le métabolisme se relève ou diminue.

CORRESPONDANCE

Soins aux Pensionnés de guerre

5811. — Un médecin, pensionné de guerre, peut-il se faire payer les soins qu'il s'est donnés ?

Membre de la Commission de contrôle de l'article 64, je vous serais très obligé de me donner votre avis sur le cas suivant qui va être soumis à notre prochaine réunion :

Un médecin, pensionné de guerre et par conséquent possesseur d'un carnet de soins, peut-il remplir et

signer lui-même les feuilles d'ordonnances et donner avis à la Commission d'examens de laboratoire nécessités par l'affection pour laquelle il a été réformé ? Cette question est posée au secrétaire de la Commission par l'intéressé.

Vous pourriez me répondre par la voie du journal, cette question pouvant intéresser quelques confrères.

Dr P.

Réponse.

La question n'a jamais été jugée par les tribunaux ; aucune décision de jurisprudence n'est intervenue. Aussi, devons-nous discuter le problème, en nous reportant aux textes législatifs et règlementaires.

Rien dans l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, ni dans le règlement d'administration publique du 26 septembre 1919, ni dans les arrêtés successifs ne restreint le libre choix du médecin par le pensionné de guerre, ni ne comporte interdiction pour un médecin de se soigner lui-même.

Seul le contrôle exercé par la commission départementale peut prévenir, ou réprimer les abus d'où qu'ils peuvent se produire.

En droit commun, aucun texte n'empêche le médecin de se soigner lui-même. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter à la jurisprudence en matière de délivrance de toxiques.

Par jugement du 7 juin 1920 (D. 1921. 2-94) le tribunal correctionnel de la Seine a décidé qu'un médecin, régulièrement diplômé peut se soigner lui-même, qu'il est, dans ce cas, dans l'exercice de sa profession, comme s'il s'agissait de donner des soins à un tiers. Il peut, en conséquence, se faire délivrer de la morphine, pour son usage personnel, dans les conditions de l'article 40 du décret de 1916.

Par son arrêt du 14 décembre 1920, (*Gaz. Pal.* 13 janv. 1921) la cour d'appel de Paris décide qu'un médecin peut se faire délivrer de la morphine, à lui-même, pour soins personnels, sans avoir besoin d'ordonnances délivrées par d'autres praticiens.

De tout ceci résulte qu'on ne saurait refuser à un médecin, pensionné de guerre, le droit de se soigner lui-même, bien entendu dans les limites de la loi de 1919.

Cependant, la question a déjà fait l'objet d'une controverse. Un médecin avait soumis la difficulté à la commission de contrôle de son département. Il lui fut répondu qu'il ne pouvait pas, en se soignant lui-même, réclamer des honoraires médicaux à l'Etat, ni faire supporter à ce dernier les frais de médicaments, qu'il se serait ordonnés.

On ajoutait qu'en droit, nul ne peut se créer à soi-même un titre quelconque contre autrui. « Or dans l'application de l'article 64 de la loi des pensions, l'intervention du médecin traitant est indispensable. Faisant sa prescription, celui-ci

ne doit pas oublier, ni perdre de vue qu'il exerce un premier contrôle sur le malade pensionné, obligation rappelée par les formules inscrites sur les bulletins du carnet, qu'il doit signer. Il agit au nom de l'Etat, dont il engage les finances. »

Le Ministre des Pensions ne fut pas de cet avis et par réponse parue au *Journal Officiel* du 20 décembre 1926, il déclara que « l'intéressé peut formuler à son profit des ordonnances médicales, étant entendu que seules les fournitures pharmaceutiques peuvent être mises au compte de l'article 64, ce qui veut dire que le médecin intéressé ne saurait prétendre à une rémunération pour l'acte médical le concernant

« Il appartiendra à la commission départementale, lors de la vérification des mémoires pharmaceutiques, d'examiner si les fournitures délivrées à l'intéressé se rapportent bien à l'infirmité qui a motivé la pension et l'inscription sur les listes spéciales

« En cas d'abus, il y aurait lieu de prescrire le contrôle technique direct. »

Personnellement, je ne partage pas tout-à-fait l'avis du ministre : si, au nom du simple bon sens, il peut être admis que le médecin, qui réclame à l'Etat des honoraires, pour soins donnés à lui-même par lui-même, n'accomplit pas, ce faisant, un geste d'une parfaite élégance, on peut néanmoins soutenir qu'en droit pur, le praticien serait fondé à réclamer honoraires pour les soins, qu'il s'est donnés à lui-même Rien ne l'en empêche

Mais, c'est ici que doit intervenir la commission départementale

Dans certains cas, le médecin peut se panser lui-même, se faire tel ou tel traitement, alors que le diagnostic est parfaitement posé. Mais, dans bien d'autres circonstances, il est impossible de se donner des soins à soi-même : on ne peut que difficilement s'examiner, s'ausculter, ou même interpréter les signes pathologiques constatés.

La commission tripartite est donc fondée à déclarer audit praticien que les soins, qu'il se donne à lui-même, ne seront pas efficaces et qu'à cause de cela, les soins et médicaments coûteront plus cher à l'Etat que si un confrère était appelé à traiter le réformé.

Conclusion : en droit pur, le médecin pourrait se soigner lui-même et réclamer à l'Etat tant ses propres honoraires que les frais pharmaceutiques. Mais, en fait, avertie par l'envoi de l'avis de soins, la commission départementale fera au praticien l'observation d'avoir à se confier à un confrère, lorsque le contrôle démontrera que les soins, que le médecin veut se donner à lui même, ne seront que d'une efficacité douteuse et risquent d'entraîner soit l'aggravation, soit une durée prolongée de ces soins.

Si, comme c'est son droit, le médecin persiste

dans sa volonté de se soigner lui-même, le contrôle pourra s'exercer d'une façon rigoureuse, pour éviter les abus, tant en vue des honoraires, pour les actes médicaux, que pour les fournitures pharmaceutiques

Dr Paul BOUDIN.

6038. — Appel téléphonique d'urgence par des médecins

Vous vous rappelez que la Receveuse des Postes de B. avait refusé de me donner la communication entre midi et 14 heures, pour appel urgent du chirurgien, sous le prétexte fallacieux, qu'elle avait un correspondant relié, et qu'elle même n'avait pas à répondre à ma sonnerie aux heures de fermeture du bureau.

J'ai le plaisir de vous communiquer copie de la réponse que vient de me faire parvenir le Directeur de la Manche.

Aussi bien, cela pourra servir à d'autres confrères, et le *Concours Médical* pourrait publier cette réponse dans son prochain numéro.

Je suis certain, pour en avoir parlé à différents confrères, ces temps derniers, qu'ils ignorent absolument leur droit strict, et sont bien persuadés qu'ils ne peuvent téléphoner au chirurgien aux heures de fermeture, à toute heure du jour ou de la nuit.

P. T. T.
Direction de la Manche
No 1483 Saint-Lô, le 17 novembre 1931

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 14 novembre, j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'enquête ouverte sur les faits que vous avez bien voulu me signaler à permis d'établir que votre réclamation était entièrement fondée. Je vous exprime à ce sujet les vifs regrets de l'Administration et vous donne l'assurance qu'une sanction disciplinaire a été prise contre l'agent fautif.

Aux termes de la règlementation en vigueur, le service des appels urgents n'est suspendu que le dimanche de 11 h. à 21 h. dans les bureaux non dotés d'une prolongation et qui ne sont pas situés au chef-lieu de canton.

D'autre part, l'existence d'un abonné relié assurant le service public pendant les heures de fermeture du bureau ne dispense nullement le receveur d'assurer le service des appels urgents qui constitue pour lui une charge d'emploi.

Des ordres stricts sont donnés au bureau de B. pour une exécution correcte du service.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur
Illisible.

Vous le voyez, c'est intéressant pour les confrères, extrêmement intéressant.

Je vous remercie de m'avoir épaulé en la circonstance, car j'avais joint votre 2e réponse à ma réclamation. Dr R.

Fiscalité

5472. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Rehaussement

Étant actuellement en difficulté avec le fisc, qui refuse d'admettre ma déclaration de chiffre d'affaires pour 1929 et 1930, et soumet à mon approbation des propositions de rehaussement, je vous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants :

1° Quel est le barème normal d'imposition sur les bénéfices des professions non commerciales ?

2° Le fait d'accepter le rehaussement calculé par l'inspecteur, entrainerait-il seulement une augmentation à l'imposition selon ledit barème, ou bien une majoration spéciale pour amende et laquelle ?

3° De même, si, refusant le calcul de l'inspecteur, et allant devant la Commission arbitrale, la sentence rendue *contre* moi entrainerait-elle une simple augmentation d'imposition au prorata du barème normal, ou une amende supplémentaire et laquelle ?

4° Quelle est la procédure à suivre pour aller devant la Commission arbitrale ?

Dr X.

Réponse.

Les professions libérales sont taxées à 12 % Les premiers 10.000 fr. ne sont pas imposables ; entre 10.000 et 20.000 fr. le bénéfice est compté pour moitié ; de 20.000 à 40.000 fr. pour 3/4 (loi du 3 décembre 1928, article 2)

Un bénéfice net de 40.000 fr. est donc imposé sur :

de 10.000 à 20.000 fr.	5.000 fr.
de 20.000 à 40.000 fr. sur $\frac{20.000 \times 3}{4}$ = ...	15.000 fr.
Total	20.000 fr.
à 12 % = ...	2.400 fr.

Si vous acceptez en disant que c'est pour éviter toute contestation, mais ne croyez être imposable que sur les chiffres de votre déclaration, la bonne foi sera admise et il n'y aura pas de majoration.

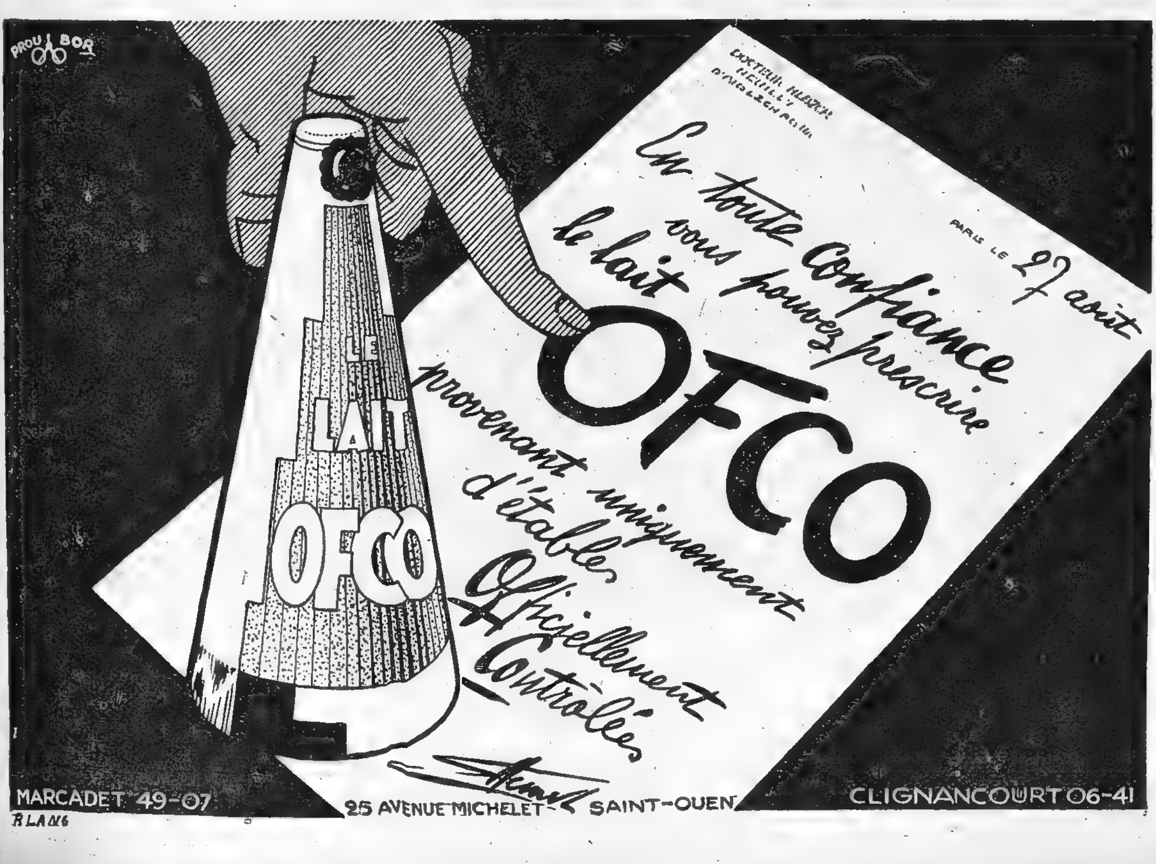
Celle-ci n'est pas due lorsque l'insuffisance ne dépasse pas le dixième du bénéfice total ou 20.000 fr. si le dixième est inférieur à cette somme.

En cas de mauvaise foi, la majoration est de 400 % pour l'impôt cédulaire.

Pour l'impôt général, la majoration est de 25 % et elle est portée à 400 % en cas de mauvaise foi, dans les mêmes conditions que pour l'impôt cédulaire (arrêt du Conseil d'Etat du 30 juin 1926).

Il vous suffit de ne pas accepter le rehaussement pour aller devant la Commission.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.



5652. — Base de la patente. Centimes additionnels.

En 1910, ma patente était basée sur 700 fr., prix de mon bail, qui correspondait à la valeur exacte de l'immeuble.

En 1924, habitant toujours le même immeuble, j'ai subi un rehaussement de la base de mon imposition à la patente, qui est calculée maintenant sur un loyer de 1200 fr.

Les centimes additionnels s'étant élevés en même temps et progressivement, ma patente est actuellement au coefficient 9 de ce qu'elle était avant-guerre, et ce coefficient s'élève chaque année.

Y a-t-il là matière certaine à réclamation ?

Dr B.

Réponse.

Vous ne pouvez contester l'augmentation progressive des centimes additionnels, mais la valeur locative servant de base à votre imposition est fournie par le loyer porté à votre contrat de location, en y appliquant les augmentations légales jusqu'en 1937.

Si votre patente est calculée sur une valeur locative supérieure, il faut réclamer.

A. M.

Impôt sur les terrains incultes

Communiqué

Bien des confrères sont obligés de payer des contributions pour des terrains incultes où incultivables. Malgré toutes leurs réclamations au percepteur chaque année, ils ne seront pas oubliés. La Direction des contributions directes leur répondra : « Aucune disposition législative ne vous permet d'obtenir de dégrèvement pour le motif que vos propriétés sont en friches et improductives de revenu. »

Alors vous invoquez :

l'article 66 de la loi du 3 frimaire an VII, que le directeur des contributions ne connait pas, mais que vous lui apprendrez :

« Les particuliers ne pourront s'affranchir de la contribution à laquelle les fonds désignés en l'article précédent (terres vaines et vagues, landes, bruyères) devraient être soumis qu'en renonçant à ces propriétés au profit de la commune dans laquelle elles sont situées. »

Donc, pour ne pas payer l'impôt :

INVOQUER CET ARTICLE, c'est le point IMPORTANT, et le citer, prévenir le directeur des contributions, offrir vos terrains au maire de la commune et vous en êtes quitte pour ne plus payer.

Dr D.

Accidents du travail

5871. — Accident survenu au cours d'une rixe

Etant au vestiaire de l'Etablissement industriel important où il travaille, un de mes clients, homme

marié et de sens rassis, reçoit au visage un soulier violemment lancé, croit-il, par un camarade.

Coupable exact, inconnu.

Plaie contuse de la paupière, pansement d'urgence à l'infirmerie et le blessé vient me trouver à mon cabinet.

Je constate, outre les lésions palpébrales, des lésions beaucoup plus graves du fond de l'œil (traumatisme rétinien, hémorragies de la rétine, etc ...). Soins divers, sérum antitétanique, crise anaphylactique au 8e jour malgré le Besredka, etc ... Incapacité permanente partielle très probable.

Vers le 10e jour, l'agent d'assurance me téléphone qu'il a avisé sa compagnie, qu'il fait dès à présent toutes réserves, et qu'il se peut qu'en définitive, il rejette l'accident parce que les ouvriers ont l'habitude de se livrer au vestiaire à ces jeux de collégiens et qu'il ne saurait dès lors se considérer comme responsable, etc ...

Mon blessé, au contraire, affirme, et j'ai tout lieu de le croire, qu'il était fort tranquille au moment où le projectile inattendu l'a frappé à l'œil. L'enquête faite par l'agent d'assurance n'a d'ailleurs apporté aucune précision, celui-ci se contente de dire :

« Habituellement ou tout au moins, il y a souvent des « batailles » dans ce vestiaire, donc je ne paie pas. »

Que doit faire le blessé ?

Que doit faire le pharmacien ?

Que dois-je faire pour être payé ?

Dr C.

Réponse.

Autrefois, la jurisprudence se montrait très hésitante pour admettre qu'une blessure survenue au cours d'une rixe entre ouvriers, même à l'occasion du travail et sur le lieu du travail, pût être considérée comme un accident du travail relevant de la loi du 9 avril 1898.

Mais depuis quelques années, la jurisprudence a évolué et maintenant, elle tend à considérer comme accident du travail d'une façon générale tout accident survenu sur le lieu et pendant la durée du travail, sans qu'il soit besoin qu'il se rattache par un lien direct aux occupations mêmes de l'ouvrier qui en a été victime.

C'est ainsi qu'un Arrêt de la Cour de Cassation, toutes Chambres réunies, du 8 juin 1928 (D. H. 1928-381) a reconnu le caractère d'accident du travail à des coups portés par un préposé du patron à un ouvrier à l'occasion du règlement des salaires.

De même, un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 29 octobre 1930 (D. H. 1930-606) a décidé qu'un ouvrier atteint de blessures provenant de coups ayant été portés dans le temps et sur le lieu de travail, doit être considéré comme victime d'un accident du travail. Cet arrêt ajoute qu'il en est ainsi, alors même que l'auteur des coups est demeuré inconnu.

Il nous semble que votre client peut se préva-

loir de cette nouvelle jurisprudence pour se faire indemniser au titre des accidents du travail.

Puisque l'assurance du patron refuse de reconnaître le sinistre, il faut tout d'abord que le blessé cite son patron en paiement du demi-salaire devant le Juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, et qu'il dépose au Greffe de la Justice de Paix un certificat attestant l'incapacité permanente partielle dont il se trouve atteint, pour déclencher la procédure d'enquête et en attribution de rente. Lorsque l'accident aura été reconnu par décision du Juge de Paix, le pharmacien et vous-même pourrez vous faire payer par le patron responsable ou par son assurance.

6083. — Revision d'un accident du travail

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet du cas suivant. Un ouvrier a eu un accident du travail il y a 5 ans :« hernie inguinale » qui a été reconnue comme accident du travail, puisque la Compagnie d'Assurances lui a fourni un bandage immédiatement après l'accident.

Ces jours-ci l'ouvrier, dont la hernie devient de plus en plus volumineuse me demande s'il lui serait possible de se faire opérer aux frais de la Compagnie d'Assurances.

Dr M.

Réponse.

L'action en indemnité prévue par la loi sur les accidents du travail n'est ouverte que pendant un an à compter du jour de l'accident, de la clôture de l'enquête du Juge de Paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

D'autre part, l'action en révision fondée sur une aggravation de l'infirmité n'est ouverte que pendant 3 ans à compter de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, l'accident initial remonte à 5 ans et, d'après les renseignements que vous nous donnez, il n'apparaît pas qu'il y ait jamais eu attribution de rente.

Par conséquent et si, comme il est probable, l'incapacité temporaire a été de courte durée, il est actuellement impossible d'agir même par la voie de la révision. Il est d'ailleurs à remarquer que la procédure de révision ne peut avoir pour effet que l'attribution d'une rente ou la majoration d'une rente préexistante et ne peut jamais donner le droit à nouveau aux frais médicaux et pharmaceutiques qui ne constituent qu'un accessoire de l'indemnité temporaire.

Pour toutes ces raisons, votre client nous paraît complètement désarmé vis-à-vis du patron responsable et de l'assurance.

Il ne peut exiger d'eux qu'ils supportent les frais de l'opération devenue nécessaire. Cependant, rien n'empêche qu'il leur demande à l'amiable de bien vouloir supporter les frais de l'intervention.

5885. — Droits de la veuve d'un accidenté du travail

Je vous serais obligé de me donner les renseignements suivants.

Il s'agit d'un nommé V. mort à son travail dans un égout de L.

Sa veuve, est une de mes anciennes bonnes, que j'ai repris à mon service pour l'aider dans son malheur.

Je désirerais savoir quels sont ses droits de veuve.

Le mari, 24 ans, employé des P. T. T. gagnait 33,50 par jour.

Quelle est la somme qui lui sera allouée de droit ? (en rente probablement).

Touchera-t-elle toujours ladite rente, même si elle se remarie ?

Dr M.

Réponse.

En matière d'accident du travail suivi de mort, la veuve a droit à une rente viagère égale à 20 % du salaire *annuel* de la victime. On doit entendre par « salaire annuel » le salaire effectivement gagné par la victime au cours de l'année qui a précédé l'accident.

Si l'on admet, dans le cas que vous nous soumettez, que l'ouvrier ait travaillé pendant 300 jours au cours de l'année qui a précédé l'accident, moyennant un salaire quotidien de 33 fr.,50, le salaire annuel est donc au total de 10.050 fr.

Conformément à l'art. 2 de la loi, il ne doit entrer en ligne de compte pour sa totalité qu'à concurrence de 8.000 fr. Pour le surplus, il ne doit être retenu que pour le quart. Le salaire de base se trouve donc ainsi ramené à 8.512,50. La rente devra donc être de :

$$\frac{8.512,50 \times 20}{100} = 1.702,50.$$

Au cas de nouveau mariage, la veuve cesserait d'avoir droit à la rente et il lui serait alloué alors, à titre d'indemnité totale, le triple de cette rente.

Propharmacie

6031. — Condition d'exercice de la propharmacie.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir le plus tôt possible dans quelles conditions un docteur installé dans une localité non pourvue de pharmacien peut exercer la propharmacie : distances kilométriques, etc. Quelles sont les démarches à accomplir pour obtenir l'autorisation d'exercer la propharmacie et qui doit les faire : médecin ? maire ?

Dr G.

Réponse.

L'exercice légal de la pharmacie par les médecins est régi par la loi du 21 Germinal, an II

dans son article 27, ainsi conçu : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront , nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, et sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. » Tel est le seul texte qui règlemente l'exercice de la propharmacie.

Pour pouvoir vendre des médicaments à vos clients, il suffit donc qu'aucun pharmacien ne soit installé dans la commune où vous êtes établi sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la distance effective entre votre domicile et la plus proche officine.

D'autre part, cette situation de fait vous autorise à exercer la propharmacie sans que vous ayez aucune autorisation à solliciter de qui que ce soit ni aucune déclaration à faire.

Assurances

Assurance contre le vol ou la perte du radium

Possédant un peu de radium, pouvez-vous me fournir un contrat-type d'assurance contre le vol ou la perte ? J'ai fréquemment l'occasion de prêter des tubes de radium à des confrères.

Dr F.

Réponse.

L'assurance qui nous est demandée est encore une garantie relativement peu pratiquée par des Compagnies d'assurances et il n'existe pas de contrats-types de ce genre.

En effet, l'assurance contre le vol et la perte du radium varie essentiellement suivant les médecins.

A notre avis, un type de contrat peut répondre complètement aux desiderata du praticien : l'assurance tous risques. L'organisme appelé « Lloyd de Londres » qui est le grand marché de l'assurance, « la bourse de l'assurance », pourrait sans aucun doute accepter la garantie du risque proposé.

Les conditions de l'assurance, son taux de prime peuvent varier suivant le stock de radium possédé par le docteur — l'importance des tubes de radium prêtés — la fréquence de ces prêts, etc.

La création d'un contrat-type serait éminemment souhaitable et pourrait rendre service à de nombreux praticiens.

Nous allons nous mettre en rapport avec différents organismes assureurs pour étudier les possibilités d'obtenir une police-type intéressante.

P.-R. Baglin,
Docteur en droit.
Conseil technique d'assurances

Cinquante-troisième année — N° 51 — 20 Décembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement aux comptes de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DON. — **Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr DE COSTE, de Toulouse, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.**

DEMANDES et OFFRES

No 431. — Dr 46 ans, sér. énerg. rentrant colonies recher. situat. médic. ou paraméd. France ou étranger.

No 432. — Poste méd. d'avenir dans pet. ville . Faible indemn. S'adr. Dr Plaisant, clinique au Mans (Sarthe.)

No 433. — Ouest. Client. pro-pharm. rapp. très import., belle maison à vend. ou à louer. Indemn. à débatt. Facil. de paiement.

No 434 . — Veuve de méd., jeune, cherche direct. sana ou préventor. ou sécrét. auprès méd.

No 435. — Jne doct. anc. int. province, ferait remplac. méd. génér. Paris, banl. Nord-Est ou aider. confr. surchargé.

No 436. — Méd.-major retraité, très actif, visiter. méd. ou pharmac. province pour labor. ou spécialités.

No 437. — Est. Poste de méd. d'usine à prendre de suite. situat. annuelle 60.000 env. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 438. — Banl. proche, reprise imméd. anc. client., appartem. 6 p., bains. Facil. paiement. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

No 439. — Seine. Méd. génér., prod. intéress, auto pas nécess., pavillon, jardin. Indemn. 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio. 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.

Hôtel du Mont-Besset à **La Louvesc** (Ardèche), station de villégiat., cure air et altitude (1.050 m.), ni malades, ni contagieux. Ouvert toute l'année. Tout confort.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27.)
Ne pas confondre **Silicyl, gouttes, comprim., ampoules 5cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Le professeur Robin a écrit : « J'attache la plus grande valeur à l'emploi de la silice dans la reminéralisation du terrain tuberculeux ou tuberculisable ». Donnez donc 4 comprimés de **Prélase** par jour 20 jours par mois.

Pour les étrennes de vos fils, un beau et bon livre : **Ame d'alpiniste**, de J. Coste, chez B. Arthaud, libraire, éditeur, 23, Grande-Rue, à Grenoble.

AVIS

I

Réabonnements pour 1932

France et Colonies : ***50 fr.***

Les frais de recouvrement devenant de plus en plus onéreux, nous prions instamment nos abonnés de nous adresser leur abonnement au moyen du *Service des chèques postaux*, soit par VERSEMENT à notre compte-courant (*Concours Médical*, Paris 167-95), soit par VIREMENT postal (pour les abonnés ayant eux-mêmes un compte de chèques-postaux.)

C'est le moyen le plus économique.

A partir du 5 de chaque mois, nous mettons en recouvrement les quittances des lecteurs dont l'abonnement est échu à la fin du mois précédent, avec une majoration de *trois francs* qui peut être évitée en suivant les conseils ci-dessus.

Nous adresser le renouvellement de manière à ce qu'il nous parvienne avant le 5.

II

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'Edition 1932 vient de paraître et l'expédition qui a lieu par poste recommandée sera terminée dans quelques jours. Nous prions donc les souscripteurs de prendre encore un peu de patience et nous les en remercions à l'avance.

Le mariage de Mademoiselle C. NOIR

(9 DÉCEMBRE 1931)

C'est par une belle journée d'automne, tiède et ensoleillée, que, la semaine dernière, a été célébré en l'église Saint-Etienne-du-Mont, le mariage de Mademoiselle Cécile NOIR avec Monsieur Pierre CONVERS.

La vieille basilique, au jubé si délicieusement ouvragé, et qui parle éloquemment le langage sacré des pierres moyenageuses, était remplie d'une très nombreuse assistance quand, à midi précis (rendons justice à cette exactitude méritoire), le cortège fit son entrée dans le chœur.

Au bras de son père, la mariée vêtue d'une ravissante toilette de crêpe romain, merveille de simplicité, de goût et de facture, ses soyeux cheveux blonds engainés dans un charmant béguin de dentelle cerclé de perles, portant en ses bras une splendide gerbe liliale, marchait en vérité suavement hiératique et sculpturale.

Le service d'honneur était assuré par Mlles Thérèse Noir, Gougeon, Nangun, Tencé, Roule et Colette Boulanger, respectivement accompagnées de MM. Bernard Convers, Matignon, Robert Spiral, P. Valès, G. Boudin et Guy Maréchal.

Quatre couples enfantins faisaient office de pages tout autour de la longue traîne blanche ; Mlles Fanny Vincent, F. et M. Vallat, G. Boulanger, accompagnées de MM. R. Dominé, M. Roy, Boulanger et D. Renardet.

La bénédiction nuptiale fut donnée aux jeunes époux par l'abbé Harel, chevalier de la Légion d'honneur et décoré d'une croix de guerre fulgurante de palmes et d'étoiles, qui prononça une délicate allocution, où il sut magnifier l'ascendance de chacun d'eux, exalter les mérites de Julien Noir, et évoquer le souvenir émouvant de Madame Noir, à la noble et chevaleresque hérédité polonaise.

Après que, durant près de deux heures, les amis des deux familles eurent défilé, déposant aux pieds de Monsieur et Madame Pierre Convers, comme des bouquets parfumés, des souhaits chaleureux qui étaient tout autant dans les cœurs que sur les lèvres, le cortège se reforma, le Dr Noir accompagnant Madame Convers, et le Dr Renardet, Madame Mallet, que notre vieil ami Mallet, oncle de la mariée, n'avait pu suivre, et sortit, aux accents de la Toccata de Boellmann...

Un déjeuner, plein de cordialité, réunit ensuite les proches des deux familles, à l'issue duquel M. Vallat, cousin de la mariée, souhaita à son nouveau cousin par alliance une bienvenue que prose et vers alternés exprimèrent, tout ensemble, familièrement, spirituellement, et amicalement. Puis, notre ami Noir, dont l'émotion

léigtime égalait le bonheur, sut, en termes choisis, porter la santé de M. Convers, retenu au loin, sous des cieux plus cléments, par une convalescence qui s'avère excellente ; il rappela le souvenir des disparus dont la pensée ne doit pas cesser d'être présente à nos cœurs, en cette solennité ; « de ta mère, ma chère Cécile, qui eût été si heureuse de te contempler, rayonnante de joie et d'allégresse... »

Une brillante réception suivit, qui fut propice aux congratulations et aux vœux que suscite un mariage de cette qualité quand il se contracte sous d'aussi heureux auspices.

Le *Concours Médical* n'a pas été le dernier à exprimer, à la charmante fille de son Rédacteur en chef, ses félicitations les plus affectueuses, et ses vœux de bonheur. Il les lui renouvelle présentement, et à son mari, attestant une fois de plus ainsi l'esprit de famille dont il est animé et qui le caractérise. G. D.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* M. Gabriel BERTRAND est élu membre titulaire dans la VIe section (*Pharmacie*).

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Docteur Pedro BELOU, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, a fait une conférence en français le jeudi 17 décembre 1931, au Petit amphithéâtre de la Faculté, sur le sujet suivant : Les nouveaux procédés d'interprétation graphique en anatomie.

— **Service médical de nuit dans la banlieue de Paris.** — Le Conseil général de la Seine étudie une proposition tendant à la création d'un service médical de nuit dans le département de la Seine et à l'attribution immédiate à la commune de Puteaux du service de nuit de la préfecture de police de Paris.

— Nous rappelons que le **VIIIe Voyage medical International de Noël sur la Côte d'Azur,** avec excursions dans les Alpes et en Italie, aura lieu du 26 décembre au 9 janvier. Il visitera Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Agay, Cannes, Grasse, Antibes, Juan-les-Pins, Nice, Les Alpes, Roquebrune, Cap-Martin, Menton, Bordighera, San Remo, Ospedaletti, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu.

Les adhésions partielles pour un nombre limité de jours sont admises. Des renseignements seront donnés à la *Société du Littoral Méditerranéen*, 24, rue Verdi, Nice.

— **Comité du monument du docteur Duvernay.** — Sur l'initiative des malades reconnaissants et sous la présidence de M. le Professeur R. Leriche s'est constitué un comité qui se propose d'élever à Aix-les-Bains un monument au regretté Docteur Louis Du-

vernay. Il sera en outre, si la souscription le permet, créé une fondation de lits pour malades indigents à l'hôpital d'Aix-les-Bains où le Docteur Duvernay a assuré le service de chirurgie pendant 25 ans et qui portera son nom.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Domenget, adjoint au maire, trésorier, 3, place Carnot, Aix-les-Bains (Savoie), compte courant chèque postal Lyon, 520-68.

— **Hôpital Paul-Brousse.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse et éventuellement la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au centre anticancéreux, s'ouvrira le lundi 1er février 1932.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars de l'année 1932. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes : Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre.

Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance départementale, annexe Lobau, escalier A, du lundi 4 janvier au mardi 19 janvier inclus.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul-Brousse sont, dès à présent, fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale.

— **Dispensaire départemental d'hygiène des Pyrénées-Orientales.** — Un concours sur titres pour l'emploi de médecin spécialisé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 5 décembre 1931 au 12 janvier 1932.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un Institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires.

Les candidats devront établir leur demande sur

papier timbré et l'adresser avant le 12 janvier 1932 à M. le Président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale à Perpignan, 2, rue Petite-la-Monnaie, avec le dossier réglementaire.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions ci-dessus, prendra son service à partir du 1er février 1932 et sera immédiatement titularisé.

En outre du service antituberculeux du dispensaire, ce médecin sera chargé des services d'hygiène publique à la Préfecture.

Le traitement est fixé à 50.000 francs par an, avec augmentation de 3.000 francs tous les trois ans, jusqu'à concurrence de 62.000 francs ; une indemnité annuelle de 20.000 francs est en outre prévue pour les frais de déplacement.

— **Préfecture de la Seine.** *Concours de médecin inspecteur d'hygiène.* — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-inspecteur à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Ce médecin-inspecteur ne peut exercer en clientèle privée.

Pourront seuls prendre part à ce concours les candidats du sexe masculin français ou naturalisés français, âgés de moins de 40 ans et munis depuis cinq ans au moins du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

La limite d'âge de 40 ans est prorogée d'une durée égale aux services accomplis effectivement dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les candidats devront être en outre titulaires du diplôme d'hygiène délivré par une Faculté de médecine et avoir exercé pendant deux années au moins des fonctions dans un service public sanitaire ou d'hygiène sociale.

Les inscriptions seront reçues (demande et dossier réglementaire) jusqu'au 24 décembre 1931 inclusivement à l'Office public d'hgyiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats ne seront admis à concourir qu'après avoir été reconnus, après examen radiographique, aptes à remplir les fonctions par M. le médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

Les traitements du médecin inspecteur de l'Office sont les suivants : 1re classe, 60.000 francs ; 2e classe, 55.000 francs ; 3e classe, 50.000 francs ; 4e classe, 45.000 francs.

Retenue de 6 % effectuée pour versements à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Indemnité de résidence de 2.240 francs. Indemnité de fonctions de 2.000 francs. Le cas échéant, allocations pour charges de famille. Frais de déplacement.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du Dr Jacques LOUVEL, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne, avec Mademoiselle Suzanne MENUS.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 DÉCEMBRE.

Service de santé militaire.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeur agrégé de médecine, un emploi de professeur agrégé de chirurgie.

Un concours s'ouvrira le 16 mai 1932, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeur agrégé de médecine, un emploi de professeur agrégé de chirurgie.

En exécution de l'article 10 du décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925, 12 avril 1926, 2 mai 1930 et 27 août 1931, sont seuls admis à ce concours les médecins commandants et les médecins capitaines ayant accompli depuis leur sortie de l'Ecole d'application du service de santé militaire, au moins deux ans de service dans un corps de troupe.

Les épreuves seront subies d'après le programme et dans les conditions déterminées par l'instruction du 13 janvier 1921, modifiée le 4 juin 1923.

Les demandes formulées par les médecins en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er avril 1932.

Enseignement de la médecine.

La chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois, partant du jour de la publication au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour adresser à l'administration du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

3 DÉCEMBRE.

Service de Santé de la Marine militaire.

Ecole principale du service de santé de la marine.

Décret du 25 novembre 1931.

Art. 1er. — Est fixé à 7.000 fr. pour l'année scolaire 1931-1932, le montant de la somme à rembourser en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'école principale du service de santé de la marine qui, pour une cause quelconque, autre que pour inaptitude physique reconnue, quittent l'école en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raisons de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'école, dans l'un des deux corps

de santé (marine ou troupes coloniales) dans lequel ils seront admis à servir d'après leur rang de classement de sortie de Bordeaux.

Ces élèves auront également à rembourser :

1° La valeur du trousseau qui leur sera délivré, d'après le taux fixé annuellement pour chaque année scolaire passée à l'école ;

2° Le montant des frais de scolarité payés par la marine pendant leur présence à l'école de Bordeaux, d'après les tarifs fixés par les décrets relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien.

Art. 2. — Le ministre de la marine militaire est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Pharmacie.

Décret du 25 novembre 1931 réglementant l'exercice de la pharmacie à la Guadeloupe.

Ce document sera publié ultérieurement.

4 DÉCEMBRE.

Assurances sociales.

Décret du 28 novembre 1931 fixant pour l'année 1931 la quotité de la contribution patronale prévue par l'article 2 de la loi sur les assurances sociales.

Art. 1er. — Pour l'année 1931, la contribution patronale due pour chaque salarié visé par l'article 2, paragraphe 6, de la loi sur les assurances sociales, est égale à la moitié de la contribution qui serait due pour ce salarié s'il était assuré de la cinquième catégorie. Cette dernière contribution est déterminée conformément aux dispositions des articles 74 et 75 de la loi si le salarié appartient aux professions visées par le titre VI.

Art. 2. — Sur le bordereau annuel visé par l'article 16, paragraphe 1er, du décret du 25 juillet 1930 susvisé, la contribution patronale à porter, pour chaque salarié, sera ainsi égale à la moitié de la contribution qui serait due si le salarié était un assuré de la cinquième catégorie. Les calculs seront effectués en négligeant toute fraction de demi-décime.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord) est vacant par suite du départ de M. le Dr Godard, nommé à un autre poste.

6 DÉCEMBRE.

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi de médecin inspecteur d'hygiène dans le département de Tarn-et-Garonne.

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la santé publique, en janvier 1932, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène. En outre des services d'hygiène publique, ce médecin sera chargé de la direc-

tion des services d'hygiène scolaire et, notamment, du service des dispensaires.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ou de l'Institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à une pension de retraite.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

Elles seront accompagnées de :

1° L'adresse exacte et l'acte de naissance du candidat ;

2° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé, aussi complet que possible, des titres du candidat comprenant ses états de services et références, le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses publications ;

5° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public, de rester en fonctions dans le département pendant une durée de trois ans et, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service pendant trois ans au minimum. Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 31 décembre 1931.

Le traitement des médecins inspecteurs d'hygiène est fixé à 45.000 fr. et sera porté, par échelons successifs, jusqu'à 55.000 fr.

L'avancement aura lieu d'office à l'ancienneté d'une classe à la classe immédiatement supérieure, après trois années de service dans la classe occupée, ou au choix au bout de deux ans.

Il sera tenu compte pour le classement, des services qui auraient pu être rendus dans d'autres départements.

Ce fonctionnaire sera inscrit à la caisse départementale des retraites.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle conception de la médication hypnotique

Depuis le travaux de GASKELL d'une part, de GARRELON et SANTENOISE, d'autre part, on sait que la susceptibilité individuelle aux substances médicamenteuses dépend en grande partie de l'état du système sympathique. Ces derniers, à titre expérimental ont successivement sensibilisé, puis désensibilisé le système sympathique de certains sujets et ont rendu ceux-ci plus ou moins sensibles à certains médicaments. C'est ainsi qu'ils ont pu mettre en relief la propriété sensibilisatrice de l'ésérine. Si celle-ci a déjà été largement utilisée et avec gros avantages dans divers services chirurgicaux où elle a permis chez des opérables particulièrement sensibles ou résistants de régulariser la narcose avec des doses très faibles d'anesthésiques, elle a trouvé également une application très précieuse dans la thérapeutique de l'insomnie.

Nous possédons actuellement un hypnotique sensibilisateur de ce genre, le Somnothyril dont chaque pilule ne contient que 0 gr. 20 de diéthylmalonylurée, plus quelques traces d'ésérine. Grâce à cette combinaison; 0 gr. 20 de diéthylmalonylurée sont plus actifs que 0 gr. 60 de diéthylmalonylurée non associé. Il convient d'ajouter que la même pilule contient encore une quantité infime de thyroïdine et d'analgésine destinées à régulariser les fonctions du sympathique et entraîner une rapide élimination du médicament.

Nous pouvons retenir que cet hypnotique procède d'une conception absolument nouvelle de l'action thérapeutique. Ce n'est plus d'une action chimique donc toxique qu'il s'agit avec le Somnothyril, mais d'une action clinique, biologique sur les centres du sommeil et sur l'écorce. Action toujours inoffensive, non toxique. Action de catalyse sur le sommeil normal. L'accoutumance est nulle. La prescription régulière assure la rééducation progressive du sujet.

Toutes les insomnies sont rapidement et réellement amendées, qu'il s'agisse de simple surmenage ou de grands psychopathes. L'ésérine contenue dans le Somnothyril permet d'éviter au malade les deux tiers de la dose ordinaire d'hypnotique.

Dr F.-L. DESTOUCHES.

Voir la suite page LXIII-3899

PROPOS DU JOUR

La Psychologie et l'Ethique du Chirurgien

Il y aurait un beau livre à écrire sur la psychologie et l'éthique du chirurgien. Le sujet a été, il est vrai, plus d'une fois abordé par les plus distingués de nos maîtres. Le Prof. Jean-Louis Faure dans son *Ame du chirurgien*, le Prof. Lejars, dans son *Traité de chirurgie d'urgence*, le Prof. Forgue, de Montpellier, en écrivant *Au seuil de la chirurgie*, le Prof. Mériel, de Toulouse, dans sa leçon inaugurale, pour ne parler que des plus récents, ont abordé ces délicats sujets avec un talent inimitable. Mais ces brillantes manifestations d'éloquence sont fragmentaires, ne traitant pas le sujet dans son ensemble et il serait intéressant de voir synthétiser ces belles études en un seul ouvrage.

Le chirurgien n'est-il pas l'homme qui accepte de nos jours les plus redoutables responsabilités ? Ne tient-il pas chaque fois qu'il opère une vie humaine entre ses mains ? Quelle que soit la puissance de son énergie, la promptitude de ses décisions, il ne peut pas déterminer sans angoisse certains de ses actes et un sang froid vraiment surhumain lui est parfois nécessaire. Mais aussi avec quelle satisfaction intime, quelle fierté, quel orgueil légitime, il peut le plus souvent, dans la certitude absolue de dire la vérité, affirmer: J'ai arraché ce patient à une mort certaine.

Le médecin peut avoir les mêmes angoisses, être moralement accablé des mêmes responsabilités, il n'a jamais la satisfaction de pouvoir dire avec certitude qu'il a guéri. Le mot d'Ambroise Paré : « Je le pansay, Dieu le guarit », est aujourd'hui devenu plus exactement la devise du médecin que celle du chirurgien.

Parmi les plus grands chirurgiens, il en est qui poussent la conscience jusqu'à proclamer parfois leur impuissance, même jusqu'à reconnaître leurs erreurs, erreurs certes involontaires, impossibles à éviter, mais qui ne leur ont pas permis de remplir toute leur tâche et ce n'est pas sans émotion que nous nous souvenons d'avoir lu, il y a trente ans environ, la dernière leçon d'un professeur canadien qui traita courageusement devant ses élèves, pour prendre congé d'eux, le sujet de ses échecs au cours de sa longue carrière chirurgicale. La leçon était intitulée : *A travers les tombes* et ce maître de haute conscience professionnelle, le Dr Coyteux-Prévost, promena ses auditeurs dans le cimetière où son imagination avait inhumé côte à côte toutes ses victimes et, s'arrêtant devant chaque tombe, il exposait rapidement l'histoire clinique de celui qui y reposait, montrant pourquoi l'issue de l'opération ou de la non-intervention avait été fatale. Il aurait pu, disait-il, les sauver, s'il avait connu tel ou tel procédé nouveau, s'il avait eu la prévoyance de mieux s'outiller, etc., etc. Et il terminait : « Je suis un grand coupable, cause de la mort de tous ces gens. Je le reconnais, je mérite d'être lapidé, mais que le chirurgien qui n'en a fait autant, me jette la première pierre. »

Certes il faut avoir une belle âme et une conscience professionnelle peu commune, pour couronner ainsi par une confession publique une longue carrière; seul un vrai chirurgien, un grand chirugien est capable de faire preuve d'un tel courage. Mais si tous nos maîtres, tous nos amis chirurgiens ne sont point capables d'imiter l'admirable franchise de leur confrère canadien, presque tous, pour ne pas dire tous, sont d'un niveau moral supérieur et c'est pour le démontrer que nous serions désireux de voir un de nos maîtres en littérature médicale aborder le sujet de la psychologie et de l'éthique du chirurgien moderne. Il trouverait tous les éléments de ce travail qu'il n'aurait qu'à classer et à coordonner dans deux recueils qui viennent de paraître, recueils qui réunissent de nombreux articles, discours ou leçons écrites par deux chirurgiens éminents. Bien que ne remplissant aucune fonction officielle, ces deux maîtres en chirurgie jouissent d'une réputation universelle et méritée, ce sont le Dr F. Cathelin, l'urologiste bien connu, et notre ami, le Dr Dartigues. Tous deux ont fait de solides études chirurgicales ; tous deux ont, avant d'exercer, acquis une grande expérience comme chefs de clinique et assistants des chirurgiens les plus réputés; puis rebutés par la préparation, parfois stérilisante, des concours, ils ont préféré devoir leur réputation plutôt à leurs seules œuvres qu'aux titres dont ils auraient pu se parer. Leur brillante carrière ne doit leur laisser

aucun regret. Mais comment n'auraient-ils pas réussi, quand, en les lisant, on constate qu'ils aiment leur art avec passion et qu'ils mettent un véritable enthousiasme dans la lutte qu'ils engagent pour sauver leurs malades ? Il faut lire les belles pages que le Dr Cathelin consacre à la conscience du chirurgien dans le livre : *Autour de la chirurgie* (1) qu'il vient de publier; il faut savourer les éloquents passages de l'ouvrage de Dartigues intitulé *Parachirurgie* (2) où avec un verbe enflammé, notre ami traite des qualités du chirurgien, de la douleur qu'il redoute d'autant plus pour ses opérés qu'il a eu le cruel avantage de la ressentir, lui-même, des directions chirurgicales, des destinées de la chirurgie.

A la lecture de ces recueils on constate que ces deux chirurgiens qui pratiquent tous les jours avec le plus grand sang-froid et sous un masque d'impassibilité absolue les opérations les plus délicates, les plus dangereuses, sont des âmes d'élite, d'une exquise sensibilité et montrent la pitié la plus émue pour la souffrance humaine.

***

L'introduction du livre du Dr Cathelin est une étude analytique de la conscience du chirugien.

« Plus la chirurgie devient puissante, a dit le Professeur Ollier, plus elle doit devenir morale » et on peut ajouter : plus la conscience chirurgicale devient complexe, car elle ne doit pas se borner à la simple bonne foi professionnelle. Cette conscience est faite de sentiments multiples dont nous allons énumérer les principaux.

D'abord le *sentiment du devoir* envers les malades qui exige le dévouement, qui permet de braver les risques professionnels, de surmonter toutes les répugnances, de faire sans hésitation de pénibles sacrifices, de considérer les patients comme tous égaux. « Dispensateur de la vie, écrit le Dr Cathelin, le chirurgien écourte souvent la sienne pour prolonger celle des autres. »

Au sentiment du devoir vient s'adjoindre le *sentiment des responsabilités*. Ces dernières sont lourdes, car c'est de l'opérateur que dépendent souvent non seulement l'avenir d'un individu mais celui de toute une famille. Si instruit, si habile qu'il soit, le bon chirurgien doit toujours avoir peur, car se dresse toujours devant lui la part de l'inconnu qui est grande.

(1) M. Cathelin. — Autour de la chirurgie. Paris J.-B. Baillière et fils, 1931.

(2) Dartigues. — Faisceau scriptural. Parachirurgie, Paris, G. Doin et Cie, édit., 1931.

Le sentiment de la bonté doit venir ensuite, mais d'une bonté qui doit être sans réserve. « Heureux qui peut faire des ingrats », disait Percy. Et Napoléon affirmait que Larrey, à cause même de sa grande bonté, était l'homme le plus vertueux de l'Empire. Le chirurgien ne doit jamais désespérer, ne jamais prétendre qu'il n'y a rien à faire. « C'est un crime chirurgical, proclamait Lawson Tait, de laisser un malade descendre dans la tombe sans opération quand celle-ci présente une chance de soulagement. » Il ne doit pas dans ce cas ne songer qu'à sa réputation.

A la bonté du chirurgien doit en outre s'ajouter le *sentiment de son habileté manuelle* qui lui donne l'audace mais aussi la prudence, la circonspection dans ses actes. « Attention disait Boerhaave, il s'agit ici de peau humaine ». Et le Dr Rivière soutient, non sans raison, qu'« opérer n'est pas une victoire, c'est une défaite thérapeutique ».

Le *sentiment de la beauté* doit encore entrer dans la conscience de l'opérateur ; il doit songer qu'il est avant tout un artiste et qu'il doit avoir le souci de remplir habilement sa tâche.

Le dernier sentiment de la conscience chirurgicale est celui de *son rôle social*; la première qualité du chirurgien n'est ni l'intelligence, ni le sang-froid, pas même l'habileté, c'est la moralité et à ce propos le Dr Cathelin ne cache pas son admiration pour le petit chirurgien de campagne qui va de village en village porter sinon toujours la guérison, du moins toujours l'espérance.

L'auteur termine ces belles pages sur la conscience du chirurgien par les vers du poète Eugène Manuel :

Et dans l'œuvre de Dieu que l'homme calomnie,
Ceux-là sont les plus grands qui font par leur génie
Reculer la mort devant eux.

Après l'étude de la conscience, M. Cathelin recherche les raisons du succès du chirurgien. Elles sont nombreuses. D'abord la grande honnêteté et la moralité, qualités innées, car on est honnête, on ne le devient guère ; puis la clarté, la franchise, la spontanéité qui éclatent dans le regard et expliquent l'emprise qu'il peut avoir sur le malade. A cela s'ajoutent la bonté et la charité. Les relations mondaines sont parfois des facteurs de succès mais souvent beaucoup moins importants que certains ne le pensent ; elles peuvent même être nuisibles. En tout cas elles n'égalent pas les témoignages de reconnaissance des malades guéris. La situation officielle et les titres ont certes leur valeur mais cette dernière

diminue depuis que les spécialisations et la centralisation se développent dans le domaine de la chirurgie. Enfin il est une qualité primordiale, nécessaire au succès, le bon sens, qui empêchera toujours le vrai chrurgien de tenter ce qu'il n'est pas capable de faire.

Très diverses sont les mentalités des chirurgiens et M. Cathelin se plaît à les énumérer. Il y a l'anatomiste ; le chirurgien doit connaître à fond l'anatomie, mais depuis la révolution pastorienne, il ne doit plus, il ne peut plus être un véritable anatomiste. Il est devenu physiologiste, souvent expérimentateur. L'anatomo-pathologiste, le bactériologiste sont des hommes de laboratoire, rarement de véritables chirurgiens. L'opérateur pathologiste est vieux jeu, c'est un doctrinaire qui doit disparaître. Il y a le chirurgien ingénieux, inventeur d'instruments, celui qui cherche des procédés nouveaux, l'amélioration d'une technique. Les chirurgiens militaires, coloniaux, ruraux doivent tout savoir, le chirurgien rural habile et averti est le Dieu des campagnes.

Le chirurgien spécialiste est le roi du jour ; il peut acquérir une habileté, une maîtrise de soi qui en font un véritable virtuose.

Il est des chirurgiens journalistes dont le type fut Lucas-Championnière. Nous n'insisterons pas sur les chirurgiens professeurs dont les qualités ne doivent pas se borner à celles d'un habile opérateur.

Si toutes ces mentalités, tous ces modèles pouvaient se rencontrer dans un même homme, il constituerait le chirurgien parfait.

***

Le Dr Dartigues, dans sa *Parachirurgie* a traité souvent les mêmes sujets que M. Cathelin, mais d'une toute autre manière. Le Dr Cathelin est un analyste, un psychologue, Dartigues est un enthousiaste, un poète. Le Dr Cathelin affirme qu'on pourrait écrire un poème sur la main du chirurgien ; Dartigues a déjà composé ce poème.

« La main, dit-il, a fait la supériorité de l'homme dans la série zoologique, c'est elle qui a pétri et modelé son cerveau. La main a cessé d'être une patte pour devenir l'organe de suprême intelligence réalisatrice. » Et Dartigues développe cette conception originale, et au fond biologiquement vraisemblable, qui subordonne le développement du cerveau et de l'intelligence au perfectionnement des fonctions d'un organe.

La chirurgie pour laquelle Dartigues a une véritable passion, est à la fois une science, un art, un sport. Nous ne pouvons pas analyser les belles pages que nous avons déjà publiées ici sur l'esthétique chirurgicale, sur cette chirurgie plastique et esthétique dont certains magistrats ont si fâcheusement discuté la légitimité et l'utilité, qui est cependant la correction des aberrations de la nature, des conséquences des accidents, des déchéances, de l'usure vitale et qui poursuit un but noble entre tous, l'abolition de la laideur.

Dartigues ne combat pas seulement la laideur, l'excellence de son cœur, lui fait prendre en profonde commisération ceux qui souffrent. Il faut lire et relire les belles pages d'autobiographie, publiée dans le *Concours Médical*, et qu'il reproduit dans la *Parachirurgie*, sur les impressions et les réflexions d'un « opérateur opéré ». Il n'y a que ceux qui ont réellement souffert qui ont subi les angoisses de la douleur et ont frôlé la mort au cours d'une opération grave, qui soient capables d'une véritable compréhension de ceux qui souffrent et qui puisse avoir pour eux une véritable sympathie.

Après avoir examiné la chirurgie et les chirurgiens sous toutes leurs faces, avoir montré les bénéfices que laisse entrevoir l'endocrinothérapie chirurgicale, avoir esquissé l'avenir d'une chirurgie constructive et montré qu'en perfectionnant l'outillage, le chirurgien parviendrait un jour à restreindre de plus en plus le rôle de ses aides et parfois à les supprimer, Dartigues termine en proclamant le caractère universel de la chirurgie. Comme toutes les sciences, elle ne connaît pas de frontières. Mais le chirurgien a subi l'influence de sa race, de son milieu, de son éducation, et si de plus en plus il n'y aura qu'*une* chirurgie, il y aura toujours *des* chirurgiens.

C'est un grand honneur pour notre pays d'avoir eu de tous temps des chirurgiens dont la valeur morale et la haute conscience ont complété la science étendue et l'habileté professionnelle, c'est encore un honneur pour la chirurgie française de compter des hommes passionnés pour leur art et capables de faire partager aux autres leur enthousiasme comme les Docteurs Cathelin et Dartigues (1).

J. Noir.

(1) Dans *le Courrier Médical* du 6 décembre, notre distingué confrère le Dr Foveau de Courmelles,, a consacré un très intéressant Bulletin au *Chirurgien*, inspiré par les livres des Docteurs Cathelin et Dartigues. Notre Propos du jour était composé quand nous avons eu communication de cet article dont nous recommandons la lecture à nos confrères.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA PISCICULTURE DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES A MOUSTIQUES

Dr J. LEGENDRE

Au Congrès international de pêche et d'aquiculture réuni lors de l'Exposition coloniale de Vincennes, la pisciculture dans la lutte contre les maladies à moustiques a fait l'objet d'un rapport qui m'a été confié. Cette question intéresse à la fois l'hygiéniste, l'agronome et les pouvoirs publics.

L'emploi des poissons pour détruire les larves de moustiques, dit *pisciculture antilarvaire ou mieux anticulicidienne*, procède du même principe que l'emploi du chat contre les souris, du chien contre les rats, des oiseaux contre les chenilles, l'utilisation de leurs ennemis naturels contre les animaux prédateurs ou pathogènes.

Malgré que la pisciculture anticulicidienne ou *ichtyoprophylaxie*, soit une application nouvelle du principe incontesté que je viens d'énoncer, il a fallu quinze ans pour la faire admettre parmi les procédés reconnus de prévention des maladies transmises par les culicides : fièvre paludéenne, fièvre jaune, fièvre rouge ou dengue, filariose sanguine. C'est que cette pisciculture visait surtout la fièvre paludéenne, la plus répandue de ces endémies, et qu'il y avait loin de la conception exclusivement chimique de sa prophylaxie par la quinine à la conception nouvelle d'ordre agronomique. Après ses débuts contre les anophélines ruraux, la pisciculture antilarvaire obtint droit de cité et s'emploie aussi aujourd'hui contre les culicines urbains ayant achevé le stage prolongé qu'il est d'usage d'imposer aux idées fécondes.

Toutes les races de chats ne sont pas également bonnes contre les souris ; l'épagneul n'est pas un chien ratier ; tous les oiseaux ne sont pas insectivores. De même, toutes les espèces ichtyologiques ne sont pas culicivores ; il convient de rechercher dans chaque pays celles qui sont les plus aptes à ce rôle sanitaire. Cela revient à dire que dans les colonies, où les indigènes ignorent tout de la biologie de la faune pisciaire, il faudra, pour la détermination des espèces les mieux adaptées à la destruction des moustiques, établir pour chacune d'elles, d'abord le régime alimentaire à la saison chaude qui est celle où les culicides se multiplient, ensuite les particularités de la ponte et de l'éclosion des œufs et l'indice de croissance des alevins.

On apprécie la capacité larvivore des poissons par la recherche des larves dans les eaux qui ont reçu des poissons et par l'examen du contenu stomacal de ces poissons.

Dans les rizières, marais et autres pièces d'eau où on a déposé des poissons, la diminution du nombre des larves, la rareté des grosses larves, l'absence de pupes indiquent une action efficace des poissons. Au laboratoire, l'examen macroscopique ou microscopique du contenu stomacal des poissons avant que les aliments soient transformés en bouillie indiagnosticable, indiquera le genre de nourriture des espèces étudiées. Outre des débris de larves et de pupes de moustiques, le tractus intestinal des espèces insectivores renferme des larves de chironomes, de libellules, d'éphémères, de dytiques, des crustacés et des entomostracés, parfois des vers de terre. Chez les espèces ichtyophages en même temps qu'insectivores (Paratilapie de Pollen) ou chez celles qui sont aussi cannibales (telle l'Eléotris Legendrei) on trouve aussi dans leur estomac, la chair ou les écailles d'autres espèces ou de leur propre espèce.

Ces observations dans la nature et au laboratoire se complètent, mais ce sont les premières qui ont le plus de valeur. Par contre, l'expérimentation *in vitro* qui consiste à mettre en présence dans une cuve au laboratoire, un poisson et des larves de culicides n'a pas plus de valeur pour juger de la capacité larvivore que le lancement de bateaux d'enfants dans la pièce d'eau d'un jardin pour apprendre la navigation.

Jusqu'à présent la pisciculture anticulicidienne a été, à ma connaissance, pratiquée en Italie, à Madagascar, en Palestine, aux Indes britanniques et néerlandaises, en Amérique, en Haute Volta, en Corse, au Maroc et en Istrie. Les espèces utilisées ont été le plus souvent empruntées à la faune locale. Cependant, on a acclimaté à Madagascar, dans un but à la fois alimentaire et sanitaire, la Carpe-miroir d'Europe et introduit des Gambusies d'Amérique dans le Sud de l'Europe. Les familles des Cyprinidés, des

Cyprinodontidés, des Cichlidés, des Siluridés et d'autres comptent de nombreuses espèces insectivores parmi lesquelles on choisira comme il a été dit.

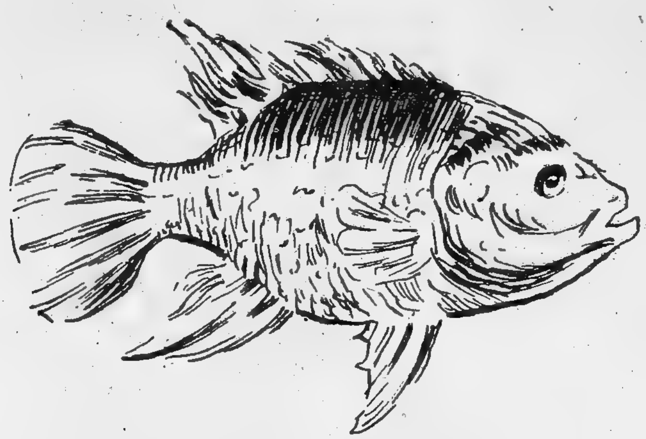
Suivant la nature et l'étendue des pièces d'eau : puits, citernes, mares temporaires, marais permanents, rizières, étangs, cours d'eau, il y aura intérêt à employer de petites ou de grandes espèces. Dans les gîtes restreints habités par le moustique domestique qu'est le Stégomya de la fièvre jaune, il n'y a place, par exemple, que pour des poissons de petite taille, alevins ou adultes. Dans les mares de deux à trois ares, profondes de 20 cm. ou plus, dans les marais, dans les rizières, il y aura avantage à déverser des espèces de moyenne ou de grande taille.

Les poissons destinés à la destruction des larves de moustiques seront pris au filet ou à la nasse pour leur éviter des blessures qui les feraient périr. Pour cela, on peut être amené à importer dans les pays où ils sont inconnus des engins de pêche comme l'épervier et la senne. C'est ainsi qu'en 1926, en Haute Volta, j'ai muni les gardes sanitaires d'un épervier pour la capture rapide de poissons en bonne condition.

Si les poissons doivent être transportés à longue distance, on atténuera, à l'aide d'un amortisseur placé sous le bac de transport, les trépidations du train ou de l'auto qui risqueraient de les tuer. On s'abstiendra de les alimenter pendant le trajet car les aliments et les déjections souillent l'eau ; les poissons supportent facilement un jeûne de plusieurs jours. Egalement, il est inutile de renouveler l'eau des bidons ou des bacs, cette opérations occasionne des chocs qui peuvent être nuisibles ; s'il est des espèces, comme beaucoup de cyprinidés, qui sont à l'épreuve des manipulations brutales, il en est d'autres, tels les Cichlidés, qui n'y résistent pas. Or, il est déplaisant de recevoir des poissons agonisants ou de les voir le lendemain le ventre en l'air dans la pièce d'eau où on les a déposés. Pour éviter cela, outre les soins ci-dessus, il est recommandable de pêcher et de placer les poissons dans les bidons de transport l'après-midi du jour qui précède l'expédition, on éliminera le matin du départ ceux qui n'ont pas résisté à l'épreuve de la nuit et dont l'attitude indique la souffrance. Les poissons ne doivent jamais être manipulés directement à la main, mais avec une épuisette.

Les poissons à utiliser à proximité du lieu de pêche seront transportés directement au point de déversement et mis à l'eau avec précaution pour leur éviter tout choc. On trempe le bidon dans la pièce d'eau jusqu'à ce que la tempéra-

Specimen d'adulte, réduit au tiers.



Perche malgache. *Paratilapia Polleni Bleeker.* Cichlidé des eaux douces de Madagascar.

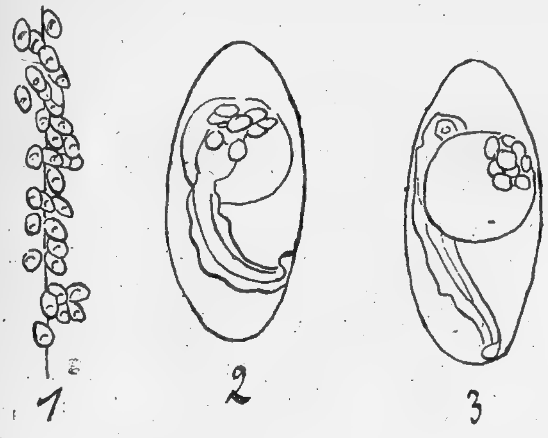
Eléotris Legendrei Pellegrin habitant les eaux douces de Madagascar.

Grandeur nature, adulte.

ture de l'eau du bidon et de celle de la pièce d'eau s'égalisent, on incline doucement le bidon et on attend que les poissons en sortent d'eux-mêmes.

Pour satisfaire immédiatement aux demandes de particuliers ou pour empoissonner sans délai des eaux du domaine public qui hébergent des larves de moustiques, il est bon de posséder un lot de poissons qu'on conservera dans un trou d'eau d'un à deux mètres cubes, un bac cimenté ou simplement une baignoire dont la valve de vidange rend aisé le nettoiement du fond. Pendant ce stage, qui pourra être de plusieurs semaines en attendant leur emploi, ils seront nourris avec des larves de moustiques et d'autres insectes aquatiques.

Dans quelles eaux doit-on pratiquer la pisciculture anticulicidienne ? Dans toutes celles qui ne sont pas trop souillées pour que les poissons puissent y vivre. Sauf les puits destinés à l'alimentation humaine et qui doivent être infran



1. — Œufs d'Eléotris Legendrei Pellegrin sur une tige de riz grosseur nature.
2 et 3. — Œufs embryonnés du même poisson, considérablement grossis.

chissables aux moustiques, les autres puits, les mares, trous d'eau pour abreuver le bétail et arroser les cultures maraîchères et pour les usages domestiques, tous les récipients fixes qu'on ne peut retourner pour les vider, devront recevoir un nombre de poissons largement calculé pour y assurer la destruction des larves. Ce nombre est facile à apprécier pour de petites collections d'eau.

Pour de grandes étendues, d'un seul tenant comme un marais, ou de multiples petites pièces comme des rizières, on pourra prendre comme base le poids de 200 gr. de poissons à l'are ou 20 kgr. à l'hectare. Le moyen le plus simple d'empoissonner les vastes superficies de petits étangs temporaires que sont les rizières est d'y déverser quelques reproducteurs sur le point de frayer, la multitude de leurs alevins joueront le rôle de larvivores. On pourra y ajouter des spécimens d'un an ou de deux ans afin qu'ils acquièrent la taille exigée pour la table.

Si des zones marécageuses, couvertes d'une mince couche d'eau suffisante pour les larves de moustiques et insuffisante pour des poissons, ne peuvent être asséchées, on pourra les assainir de façon élégante en y haussant la couche d'eau, en les transformant en étangs qu'on peuplera de poissons.

Dans les cours d'eau à régime de torrent, comme les oueds de l'Afrique du Nord et de l'Asie du Nord, cours d'eau de montagne ou de plaine, qui perdent leur continuité en été et se fragmentent en un chapelet de mares plus ou moins étendues et profondes, il y a des poissons parmi lesquels on trouvera habituellement des espèces culicivores. A mesure que baissent les eaux, ces poissons se concentrent dans ces mares où on les voit par bandes. Ils sont de prise facile et les indigènes ne manquent pas de s'en emparer pour s'en nourrir. Il y faut interdire la pêche pendant toute la saison chaude, laisser les poissons dans les mares où il y en a, en peupler celles qui n'en auraient pas afin d'y empêcher le développement des pontes de moustiques qui y seraient déposées.

Par la pisciculture anticulicidienne, on recherchera la destruction des moustiques non seulement dans les régions où ils sont pathogènes, mais aussi dans celles, plus nombreuses, où sans conférer à l'homme aucune maladie, ils ont conservé l'habitude de faire sur lui leur repas de sang. Ces espèces ou races anthropophiles sont souvent, par leur nombre, une cause de tourment pour l'espèce humaine ; il n'y a aucune raison de les épargner.

Le poisson larvivore a, sur les larvicides chimiques, la supériorité d'une action permanente tandis que les larvicides doivent être appliqués deux ou trois fois par mois, soit une dizaine de fois pendant la saison, ce qui est onéreux. Il est vrai que, dans les eaux où la végétation est touffue, les poissons laissent échapper des larves, mais les larvicides aussi.

Pour la pisciculture anticulicidienne, on n'emploiera que des espèces sédentaires à l'exclusion des espèces nomades.

Dans les eaux où il entre spontanément quelques poissons, mais en quantité insuffisante, on complétera le stock par des poissons larvivores sans craindre d'en trop mettre.

La pisciculture anticulicidienne a d'autres avantages que l'assainissement, elle présente un côté alimentaire intéressant dans les rizières et les marais d'une certaine étendue. Cependant, la plupart des riziculteurs, dans les colonies françaises et à l'étranger, qui pourraient obtenir simultanément riz et poisson dans leurs rizières, presque sans frais, se contentent d'y récolter du

Au premier plan petit étang de l'ancienne station aquicole de Tananarive, où j'ai étudié la biologie de la perche malgache et découvert pour la première fois le nid de ce poisson.
Les étangs du second plan hébergeaient les Carpes-miroir, que j'ai introduites à Madagascar.

Cliché J. LEGENDRE.

riz. Ils ne pensent pas ou ne savent pas que le champ où ils font du riz aquatique est le meilleur des étangs, labouré et fumé chaque année, où les touffes de riz mettent les poissons à l'abri d'une insolation excessive, véritables forceries à poissons où il y a un plankton abondant et où certaines espèces sédentaires trouvent leur habitat de prédilection pour se nourrir et se reproduire.

Quand une mare atteint un are et a une profondeur moyenne de 8 à 10 cm.; on y peut faire du poisson rouge (Carassius auratus L.,) un des meilleurs agents de la police sanitaire des eaux calmes. Dans les pays rizicoles où des dizaines ou centaines de milliers d'hectares sont enrizés chaque année, tout en y poursuivant la destruction des moustiques, il ne faut pas négliger le côté alimentaire de la *pisciculture qui, dans nos colonies* corrigera la déficience carnée de la ration des indigènes.

A ce double objet, sanitaire et alimentaire, on emploiera de préférence des espèces comestibles, de moyenne ou de grande taille, à croissance rapide, frayant à la saison où les moustiques reprennent leur activité. On pourra faire cohabiter dans les mêmes eaux un cyprinidé insectivore et un cichlidé à la fois insectivore et ichtyophage, le second dévorera quelques alevins du premier sans qu'il y paraisse. On pourra réaliser des symbioses diverses, par exemple, d'un Cyprinidé avec un Gambusie ou un Fundulé, telles qu'il s'en fait spontanément dans les eaux libres. Après quelques années d'essais l'aquiculteur connaîtra l'association la plus profitable au double but d'assainissement et de rapport.

La rizipisciculture a de nombreux avantages.

Un hectare de rizière rapporte facilement 200 kilos de poisson, le plus souvent davantage, par exemple, 200 kgr. d'un cyprinidé et 30 à 40 kgr. d'un percoïde.

La récolte de riz est plus forte dans les rizières à poissons que dans les autres, sans doute parce que les déjections des milliers de poissons qui y stabulent quatre à cinq mois fument la rizière comme un troupeau fume son enclos.

En Indo-Chine et à Madagascar, le poisson de rizière est très goûté des indigènes. S'il ne l'était pas au titre d'aliment il pourrait servir d'engrais vert animal qu'on enfouirait après la récolte de la céréale au moment de la mise à sec de la rizière. Le rendement en poisson pour sa consommation ou pour la vente sera pour l'agriculteur un stimulant à la rizipisciculture.

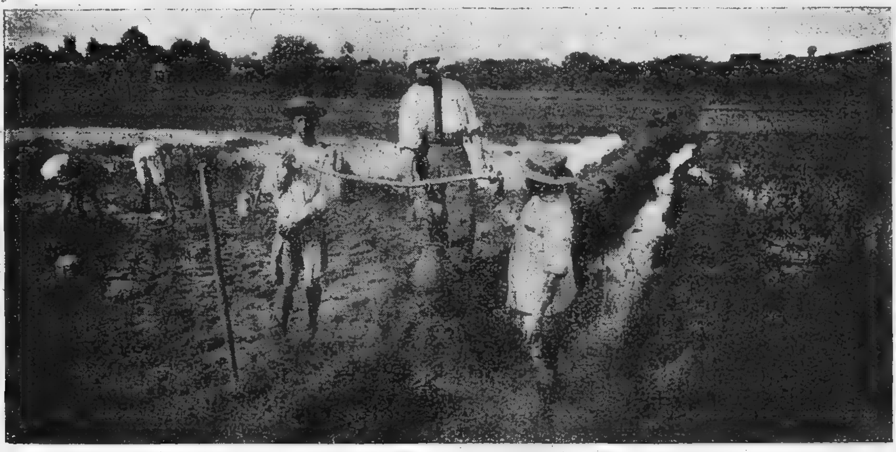
L'efficacité du rôle des poissons destructeurs de moustiques est, naturellement fonction de leur nombre, de l'espèce ou des espèces utilisées, de leur voracité. Au point de vue sanitaire mieux vaut en mettre plus que moins.

L'ichtyoprophylaxie, pour donner de bons résultats contre les maladies à moustiques, devra être pratiquée non dans le dixième ou le centième *mais dans la totalité des surfaces d'eau susceptibles d'héberger des larves de moustiques.* C'est une notion évidente, mais qu'il est utile de rappeler afin que les partisans de la quinoprophylaxie inefficiente et onéreuse ne déclarent pas que la pisciculture anticulicidienne est inefficace parce qu'il naît beaucoup de moustiques dans les eaux qui n'ont pas été empoissonnées.

Pour réaliser l'ensemencement annuel en poissons de toutes les eaux dans les pays de rizières et dans ceux où les pluies forment de nombreuses mares ou petits étangs temporaires persistant en été, il sera nécessaire d'aménager dans chaque canton paludéen ou rizicole des *étangs-viviers* publics ou privés pour la fourniture des reproducteurs et autres poissons destinés à cet usage.

La raison sanitaire s'ajoute donc à l'argument économique pour justifier la création, dans chaque colonie ou pays assez riche en eaux douces de surface, de *Stations d'hydrobiologie et d'aquiculture* pour l'étude scientifique et technique de la faune, des eaux douces, la réglementation rationnelle de la pêche fluviale, le perfectionnement du matériel et des méthodes de pêche, l'enseignement de la pisciculture, en un mot pour une meilleure exploitation des eaux dans un but de santé et de mieux-être.

Même quand la pisciculture anticulicidienne a pour objet principal ou unique l'assainissement des eaux, il semble logique de la confier dans nos colonies à l'Administration des Eaux et Forêts parce que l'enseignement de la pisciculture se donne dans les Ecoles forestières et non à la Faculté de médecine. De fait, les autorités médicales de nos colonies n'y ont prêté aucun intérêt. Dans la lutte contre les maladies à moustiques, il s'agit de peupler des eaux avec des poissons, ce qui est de la compétence du service forestier, à titre d'exécutant pour les eaux du domaine public et de conseil pour les eaux du domaine privé. A son défaut, cette mission incombe aux Services agricoles.



Contre les maladies à moustiques, la pisciculture n'est qu'une des formes de l'*agroprophylaxie* qui comprend aussi l'assèchement ou le drainage des eaux insalubres, procédé idéal quand il est réalisable, la substitution de cultures sèches à des cultures irriguées insalubres, la protection par les animaux de ferme ou de basse-cour qui attirent vers eux, les moustiques et les détournent de l'homme. En ce qui concerne spécialement le paludisme, la prophylaxie par assainissement du milieu, la seule efficace, est tout entière du domaine agronomique.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL COCHIN

Dr THIERS,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté.

Paralysies diphtériques (1)

(*Troubles de l'appareil nerveux du cœur, extra-cardiaque*)

Dans la semaine qui vient de s'écouler, nous avons vu à la consultation de Furtado-Heine, deux enfants que leurs mères amenaient pour des troubles de la *déglutition*, des troubles de la *phonation* et des troubles visuels.

Ces enfants étaient gênés pour avaler, en particulier pour avaler les liquides qui refluaient par les fosses nasales, comme lorsqu'on avale de travers.

Leur voix, assourdie, presque indistincte, par suite de la non-prononciation de certaines consonnes, et voyelles gutturales, était de plus, nasonnée.

Enfin, ils se plaignaient de ne pas voir aussi bien que d'ordinaire ; l'un d'eux réclamait pour lire les lunettes de sa grand'mère.

L'examen montrait chez chacun de ces deux enfants une paralysie totale et bilatérale du voile du palais ; quand on le faisait émettre le son « a » ou le son « é », le voile du palais qui normalement doit s'élever en se contractant, restait inerte ; la sensibilité de ce voile, explorée par l'attouchement se révélait troublée, et le réflexe pharyngé ne se produisait pas.

Les troubles visuels traduisaient chez les deux enfants un défaut de l'accommodation à la distance, tandis que le éflexe lumineux était conservé : c'est la dissociation inverse de celle qui s'observe dans la syphilis nerveuse, et, qui représente en quelque sorte un signe d'Argyll-Robertson inversé. Il y avait de plus chez l'un d'eux à l'œil gauche une parésie légère du droit externe, ébauchant un strabisme interne.

Ces enfants venaient d'avoir une angine diphtérique reconnue et traitée, l'un trois semaines et l'autre un mois auparavant ; aucun doute n'était donc possible sur la nature de ces paralysies ; il s'agissait de paralysies diphtériques.

On a distingué, on distingue encore des paralysies diphtériques précoces et des paralysies diphtériques tardives. Les unes presque contemporaines de l'infection pharyngée, les autres survenant dans la convalescence.

Les premières présenteraient une malignité plus grande que les dernières : en réalité la date habituelle d'apparition est de 3 à 4 semaines.

La plus fréquente de ces paralysies et la première en date est en règle générale la paralysie du voile du palais. Il faut voir ici l'effet d'une relation qui existe entre le lieu de l'inoculation et l'imprégnation toxique de l'appareil nerveux ; comme l'ont montré les recherches expérimentales de Babonneix, dans sa thèse, la toxine remonte le long des troncs nerveux, comme la toxine tétanique, et, suivant sa virulence, détermine soit des paralysies locales, soit des paralysies progressives, soit des toxémies généralisées et diffuses. Si la paralysie du voile du palais est la plus commune c'est que le pharynx est le lieu d'élection de la diphtérie. L'infection a-t-elle lieu ailleurs ? La paralysie apparaît ailleurs ; on l'a vue frapper les muscles abdominaux à la suite d'une diphtérie de l'ombilic (Küssmaul), le bras à la suite d'une diphtérie de l'index.

La paralysie peut rester localisée au voile du palais, elle peut même parfois n'en intéresser qu'une moitié : dans cette paralysie unilatérale la voûte est asymétrique, la luette est déviée du côté sain, une moitié du voile pend flasque. Des troubles laryngés peuvent s'y associer d'après Renault.

Souvent la paralysie du voile du palais n'est qu'une forme de début, on voit d'autres paralysies survenir successivement, dans un ordre assez fixe.

Après les muscles du voile du palais c'est la musculature oculaire qui est le plus souvent atteinte : il s'agit surtout de paralysies de l'accommodation, gênant la vision de près, avec conservation du réflexe lumineux, comme dans l'observation citée plus haut.

Les paralysies de la musculature interne sont plus rares et toujours parcellaires.

Il est à noter que chez le deuxième enfant, contrairement à la règle, les troubles visuels ont précédé les troubles vélo-palatins.

Quand la paralysie se généralise, elle atteint les membres, et d'ordinaire les membres inférieurs sont pris d'abord.

(1) Leçon du 9 mars 1931.

Avant l'apparition de troubles subjectifs, fourmillements, engourdissements, il est un symptôme précoce qui peut faire prévoir la paralysie, c'est l'abolition des réflexes rotuliens, les réflexes achilléens disparaissent aussi assez rapidement.

Puis survient la gêne des mouvements, enfin une impotence fonctionnelle plus ou moins complète.

Les extenseurs, les péroniers surtout sont atteints et la pointe du pied tombe, mais les fléchisseu s sont touchés également et le malade ne peut plus ramener la jambe.

Il y a quelques troubles de la sensibilité objective, hyperesthésie au tact et à la chaleur, anesthésie plus accentuée à l'extrémité du membre qu'à sa racine; une hémiatrophie globale légère, un certain degré d'hypoexcitabilité complètent le tableau.

Dans certaines formes, la sensibilité profonde est particulièrement touchée, et détermine de l'ataxie : ces symptômes associés à la perte des réflexes tendineux, à des troubles pupillaires rappellent l'aspect du tabès. Mais ce n'est qu'un pseudo tabès, un *pseudo-tabès diphtérique.*

Aux membres supérieurs on voit les mêmes symptômes, parésie des extenseurs des doigts et des fléchisseurs, abolition des réflexes radiaux, d'hypoesthésie légère.

Il arrive que les muscles du tronc, du cou, de la nuque participent à la paralysie et alors la tête est ballante ; la paralysie faciale, la paralysie des nerfs bulbaires, peuvent s'observer cette dernière donnant l'aspect de la paralysie labio-glosso-laryngée. La paralysie des intercostaux, du diaphragme provoque des troubles respiratoires.

Les sphincters sont habituellement intacts.

L'existence d'une *réaction méningée* passagère (hyperalbuminose et lymphocytose) a été signalée pour la première fois par Chauffard et retrouvée depuis par tous les auteurs ; elle est sans grand intérêt.

Formes cliniques.

D'après la marche et les localisations des paralysies on a distingué plusieurs formes cliniques : je ne citerai que les principales. Il y a des formes *localisées* au voile du palais, il y en d'autres qui s'étendent successivement aux yeux, aux membres inférieurs puis aux supérieurs, ce sont les formes *généralisées à extension progressive.*

Parfois la paralysie prend l'allure d'une *paralysie ascendante aiguë* ou syndrome de Landry.

Exceptionnellement la maladie affecte les caractères de la paralysie bulbaire chronique avec atrophie linguale et paralysie laryngée.

Troubles cardiaques.

A côté de ces troubles qui affectent le système nerveux périphérique et qu'on a tendance à faire entrer dans le cadre des polynévrites toxiques, il peut survenir dans la diphtérie des troubles cardio-respiratoires, dont l'interprétation est malaisée et, qui ont été décrits sous des dénominations diverses : forme cardio-pulmonaire de la diphtérie, forme pneumopathique, etc. Marfan les a groupés sous le nom de *syndrome secondaire de la dipthérie maligne.*

On note dans la convalescence de la diphtérie les symptômes suivants : la pâleur, une asthénie croissante qui amène à la prostration, enfin des modifications du pouls qui devient petit et rapide.

Dans les jours qui suivent, le foie augmente de volume puis s'annonce la défaillance cardiaque, la dilatation du cœur s'accuse, le pouls devient filiforme, irrégulier et l'enfant succombe dans le collapsus après une syncope, souvent après un vomissement, ou plusieurs vomissements qui constituent dans ces cas un signe d'issue fatale à brève échéance.

Ces accidents toujours très graves sinon toujours mortels doivent être distingués d'autres troubles cardio-pulmonaires qui peuvent aussi compliquer la diphtérie par un autre mécanisme, celui de la myocardite avec ou sans thrombose cardiaque.

L'imprégnation toxique peut aussi heureusement se traduire par des troubles beaucoup moins importants ; Avirагnet, Lutembacher ont étudié les arythmies qui seraient liées d'après ces auteurs : les unes, à l'hyperexcitabilité du faisceau, de His les autres à un trouble de la conductibilité se caractérisant par le blocage simple, le blocage incomplet avec dissociation auriculo-ventriculaire, ou le blocage complet.

Appareil nerveux extra-cardiaque.

L'appareil nerveux extra-cardiaque peut aussi être touché plus ou moins profondément.

En dehors de toute irrégularité décelable à l'auscultation du cœur, on observe parfois de la tachycardie, parfois de la bradycardie.

L'exploration du réflexe oculo-cardiaque et l'épreuve de l'atropine donnent ici des résultats intéressants comme nous l'avons montré avec M. le Professeur Achard.

Vous savez que l'injection d'atropine a une action paralysante sur le pneumogastrique. Chez un sujet normal, elle a pour effet de rendre le pouls plus rapide par la libération du sympathique déterminant l'accélération du cœur que ne freine plus le vague, son antagoniste.

Chez le sujet normal, d'autre part, la compression des globes oculaires en excitant le vague provoque le ralentissement plus ou moins marqué du pouls.

C'est une notion classique que l'atteinte toxique du pneumogastrique dans la diphtérie et

cette notion est vérifiée dans la plupart des cas même les plus bénins par l'existence de tachycardie et d'un réflexe oculo-cardiaque à peu près nul.

Le sympathique toutefois peut être touché également.

Chez deux sujets que nous avons observés après une paralysie diphtérique prolongée, au lieu de tachycardie, il y avait une bradycardie légère, l'épreuve de l'atropine chez eux ne déterminait aucune accélération du pouls ; ce qui prouvait que le sympathique était privé de son pouvoir accélérateur donc inhibé.

Quant au réflexe oculo-cardiaque, chez l'un le ralentissement du pouls ainsi produit était très marqué, chez l'autre, il arrêtait les battements du cœur qui cessait de se contracter et s'immobilisait en diastole. Ce phénomène parfaitement visible à l'écran radioscopique put être cinématographié grâce à MM. Lomon et Comandon et le film fut projeté sur l'écran à l'Académie de médecine dans la séance du 29 juillet 1924.

Inutile d'ajouter qu'au moment où l'arrêt du cœur se produisait le malade tombait en syncope.

On peut donc mettre en évidence à l'aide de l'épreuve de l'atropine et de la compression oculaire l'inhibition toxique du sympathique dans certain cas.

L'intérêt de ces faits réside dans les sanctions thérapeutiques qui en découlent. Dans les cas de bradycardie, s'il y a inhibition du sympathique, démontrée par l'épreuve de l'atropine et l'épreuve de la compression oculaire, il convient d'instituer sans attendre la médication adrénalinée et strychnique, dans les cas de tachycardie par inhibition du pneumogastrique il convient par contre d'administrer la pilocarpine.

Diagnostic

Le diagnostic des paralysies diphtériques est facile quand la diphtérie est avérée ; quand la diphtérie est passée inaperçue la notion du début par le voile du palais est capitale.

On pratique alors l'examen du mucus pharyngé et nasal puis la coloration sur lames ou mieux encore on fait des cultures sur *sérum coagulé*.

La réaction de Schick n'offre pas grand intérêt à cet égard, elle est en effet toujours négative à cette période.

Traitement

Le traitement des paralysies diphtériques consiste essentiellement dans la sérothérapie.

Il faut savoir que la sérothérapie pratiquée au cours de l'angine diphtérique même si cette sérothérapie a été suffisante ne met pas à l'abri de la paralysie.

La paralysie n'apparaît pas toujours en effet à la suite de diphtéries méconnues. Chez nos deux enfants le diagnostic de la diphtérie a été fait dès le premier jour et le traitement spécifique a été institué sans retard.

Les troubles paralytiques sont survenus malgré cela.

Le fait que la paralysie se montre deux, trois ou quatre semaines après une diphtérie traitée, crée une petite difficulté que nous devons connaître et commande certaines précautions. Chez un sujet qui, depuis 10 ou 12 jours déjà, n'a plus reçu de sérum, il faut craindre à la reprise de la sérothérapie des accidents d'anaphylaxie. L'injection thérapeutique doit donc être précédée d'une injection à dose minime de sérum destinée à rompre l'état d'anaphylaxie.

La question se posait chez les deux enfants dont je vous parlais au début de cette leçon.

Nous avons fait une première injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube de sérum et deux heures plus tard une injection de 20 cc.

La sérothérapie suffira s'il n'y a plus de germes diphtériques dans le rhino-pharynx, s'il y reste des germes, il sera bon de faire sucer au malade des pastilles de sérum desséché anti-infectieux, 6 à 8 par jour, ou à défaut des pastilles de sérum polyvalent.

La durée du traitement sérothérapique doit être proportionnée à la durée de la paralysie et peut être très longue. Dans certains cas on a injecté ainsi plusieurs centaines de centimètres cubes de sérum.

Le massage, l'électrisation galvanique, les frictions, la strychnine, à l'intérieur sont des adjuvants à ne pas négliger.

RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE DANS L'EXAMEN DU CŒUR

Par A. LAQUERRIÈRE,

Electroradiologiste de l'Hôpital Herold.

Dans le numéro du 4 octobre du *Concours médical*, le Dr PERRIN soulève une question « radioscopie *ou* radiographie dans l'examen du cœur ? » qui mérite d'être examinée de près.

Notre confrère se place d'abord au point de vue corporatif ; j'estime qu'il a tort : nous devons tous, omni-praticiens ou spécialistes, n'avoir en vue que la préoccupation de servir nos malades ; critiquer une opinion scientifique en déclarant qu'elle est inspirée par l'intérêt ne démontre pas que cette opinion soit fausse et l'on risque de se voir répondre que si on soutient l'opinion contraire, c'est qu'on a à défendre un intérêt contraire.

Je me contenterai, à ce sujet, de constater des faits historiques : au début les spécialistes se contentaient pour les viscères de la radioscopie, parce que les viscères, étant des organes en mouvement, ne pouvaient, avec les appareils alors en usage, fournir de bonnes radiographies. Mais au fur et à mesure que l'appareillage s'est perfectionné, ils ont obtenu des clichés de meilleurs en meilleurs et ils y ont découvert quantité de détails insoupçonnés jusque-là par la seule radioscopie. Aussi se sont-ils mis à prôner la radiographie ; mais ils ont commencé bien avant qu'il n'existât un matériel à l'usage des praticiens. Je n en citerai qu'une preuve — étant en voyage et loin de ma bibliothèque — : quand en 1914 nous avons, JOSUÉ, DELHERM et moi, mis au point une installation pour la téléradiographie du cœur, nous n'avions pas l'âme assez noire pour chercher ainsi à enlever des clients aux omni-praticiens qui, à cette époque, se souciaient fort peu de manier les rayons X. D'ailleurs il ne semble pas qu'on puisse discuter une question scientifique en se plaçant sur un tel terrain : quand les chirurgiens modernes réclament une localisation radiologique avant d'enlever un corps étranger, les accuse-t-on d'agir ainsi pour détourner la clientèle de ceux qui n'ont pas à leur disposition le nécessaire pour faire cette localisation ; quand on demande une analyse complète des urines doit-on être suspecté de vouloir créer une rivalité entre le praticien muni de son tube à essais et le biologiste possédant un laboratoire. Je n'insiste pas et je me contente d'affirmer que si les spécialistes réclament une place beaucoup plus importante pour la radiographie, tout en continuant à utiliser largement la radioscopie, c'est parce que l'amélioration constante du matériel a permis de voir en graphie des choses que la scopie ne montre pas. Ce que j'affirme aussi c'est qu'ils sont entrés dans cette voie bien avant qu'il fût question de la radioscopie du praticien.

Passons au côté scientifique et voyons comment il faut entendre les examens radiologiques dont parle l'article auquel je réponds : examens concernant la gastro-entérologie, la pneumologie, la cardiologie.

Pour *l'entérologie*, j'ai beau être loin de Paris et n'avoir pas une documentation complète, je ne crois pas faire erreur en affirmant que GUTMANN (dont, d'après M. Perrin, le propos « éclaire le but de cette campagne ») n'est pas du tout spécialisé en radiologie, il est, si je ne me trompe, *médecin des hôpitaux* : il fait largement de la radioscopie, il fait faire non moins largement des radiographies au laboratoire central de la Salpêtrière ; mais sa spécialité est la gastro-entérologie. Vraiment l'exemple a été choisi de façon parfaite pour me dispenser d'autres arguments ! Si quelqu'un peut fournir une opinion impartiale, si quelqu'un n'a aucun intérêt personnel à ce que la graphie ou la scopie soit utilisée de préférence, c'est bien ce médecin qu'on accuse de «faire campagne». S'il proclame l'utilité de la prise de clichés c'est qu'il s'est rendu compte, et sans y avoir aucun avantage personnel, de cette utilité. Au surplus je puis affirmer qu'il n'est pas le seul parmi les gastro-entérologues à être de cet avis ; il m'est en effet arrivé maintes fois que des confrères, appartenant à cette spécialité et possédant une installation radioscopique, m'aient demandé de radiographier des malades examinés par eux : ils avaient besoin, étant insuffisamment renseignés par la scopie, d'un complément d'informations fourni par des clichés rapides pris avec un matériel puissant. Dois-je m'imaginer que, eux aussi, ils agissaient ainsi pour participer à une campagne ?

En ce qui concerne la *pneumologie*, je ne citerai qu'un auteur mais qui, lui aussi, bien qu'ayant une grosse expérience radiologique, ne peut être ni classé dans les radiologistes de carrière ni soupçonné d'avoir un intérêt à ce que telle ou telle méthode soit employée. Je trouve à l'hôpital Notre-Dame, de Montréal, le superbe, le magnifique ouvrage du Professeur SERGENT : « Exploration radiologique de l'appareil respiratoire » et j'y lis les lignes suivantes : « Pour que cette arme nouvelle (l'exploration radiologique) donne de bons résultats, il est nécessaire

qu'elle soit maniée rationnellement.... Pour être complète elle exige *dans tous les cas* (1) la mise en œuvre de la radioscopie et de la radiographie... La *radioscopie* donne des images en mouvement, elle permet de constater l'état de la *cinématique* respiratoire ; en outre par *les changements de position du sujet et de l'ampoule*, elle donne en un seul examen une série d'images et une vision d'ensemble des *diverses parties du thorax* ; mais elle a une *limite de sensibilité* qui laisse échapper des images finement tracées. La *radiographie* a une *limite de sensibilité moins basse* et décèle des images qui échappent à la simple radioscopie..... D'autre part un *film est un témoin fidèle et impartial* dont la valeur dépasse largement celle du compte rendu d'un examen radioscopique ; comparé avec un autre film tiré à une autre période de la maladie il permet d'apprécier avec plus de précision et de certitude les modifications évolutives survenues ..... Un examen radiologique ne permet une conclusion valable que s'il est complet, c'est-à-dire s'il comporte l'existence d'une bonne *radiographie*... et *la vision radioscopique* ». S'il n'est pas outrecuidant d'ajouter quelque chose à un avis si autorisé j'insisterai sur le fait que nombre d'auteurs ont publié des observations dans lesquelles les lésions étaient, même pour un observateur prévenu à l'avance, absolument invisibles sur l'écran alors qu'elles étaient tout à fait démonstratives sur le cliché. Parmi mes cas personnels je rappellerai seulement celui d'une granulie généralisée chez un enfant et celui d'une grande caverne chez un adulte.

Arrivons à l'examen *cardioaortique*. Ici encore la radioscopie est indispensable et je pourrai transposer le texte de Sergent que je viens de citer au sujet du poumon ; mais la graphie ne l'est pas moins. D'abord il est des cas où des ombres surajoutées viennent rendre incompréhensibles la silhouette cardiaque et où ce n'est pas trop d'un très beau cliché soigneusement étudié avec un bon éclairage (il m'est advenu d'être obligé de faire plusieurs téléradiographies en variant la pénétration des rayons) pour arriver à faire le départ de ce qui revient au cœur et de ce qui appartient à ces masses. Ensuite ici encore le cliché est un document qui se conserve et qu'on peut comparer avec d'autres clichés faits ultérieurement si, ce qui est facile en se servant des installations modernes, on se replace dans des conditions identiques... Puis l'appréciation de certaines nuances délicates, comme les exagérations d'opacité dues à des plaques athéromateuses de l'aorte ne sont visibles et surtout ne sont indiscutables que grâce au cliché. On pourrait allonger de beaucoup ces exemples de l'utilité de la graphie. Mais on objectera que la radiographie donne une image agrandie et ne permet pas l'appréciaton exacte de la taille du cœur. C'est seulement, quand les radiologistes ont été capables de réaliser des clichés à grande distance, c'est-à-dire peu déformés, qu'ils en ont préconisé l'emploi pour l'appréciation de cette taille. Quel est alors le coefficient d'erreur. Dans mon travail avec Josué et Delherm, en 1914, nous avions établi qu'un carré de plomb de 100 millimètres de côté, radiographié à 3 mètres de distance, donnait quand il était placé à 8 centimètres de la plaque une image de 103 millimètres et placé à 15 centimètres une image de 105 millimètres. La radioscopie donne-t-elle mieux ? Si l'on veut bien songer que l'image radioscopique est toujours légèrement floue, ce qui ne permet pas de voir parfaitement le bord, que — quelque précaution que l'on prenne — on n'est jamais sûr qu'il n'y a pas une minuscule erreur de position de l'ampoule au cours des déplacements multiples qu'on lui fait subir durant un orthodiagramme, qu'on ne fait pas le tracé directement sur l'image qu'on voit c'est-à-dire sur l'écran, mais bien sur le verre au plomb, qui, pour être protecteur véritablement, a souvent 1 centimètre d'épaisseur, qu'enfin on se sert d'un crayon gras qui donne des traits d'une certaine largeur, traits qui sur le calque seront réduits à un mince tracé à la plume, on constate que l'orthodiagramme a de multiples causes d'erreurs. Seulement tandis que la radiographie présente une erreur systématique *a*) dans tous les diamètres, *b*) toujours de même sens (agrandissement) *c*) et se reproduisant toujours identique à chaque examen, l'erreur de l'orthodiagramme peut *a*) différer dans les différents diamètres, *b*) elle peut consister soit en élargissement, soit en rétrécissement ; *c*) elle peut enfin n'être pas la même lors de différents examens.

De plus le cliché est impersonnel ; l'orthodiagramme comporte un coefficient individuel dû à l'opérateur. Que mon vieil ami Bordet, qui depuis de longues années fait chaque jour quantité d'orthodiagramme, puisse par ce procédé apporter des résultats indiscutables, je suis le premier à le proclamer ; mais qui ne voit qu'il y a là une spécialisation qu'il n'est pas donné à tout le monde d'acquérir ? Puisqu'on peut opposer omni-praticien et spécialiste, croit-on que le médecin qui fait de temps à autre un examen radiologique du cœur puisse jamais atteindre à la précision obtenu par Bordet ? Avec les appareils modernes il est certainement plus facile de faire un bon cliché à 3 mètres qu'un bon orthodiagramme.

Reste une dernière cause de litige : la détermination des points permettant d'établir les diamètres. L'auteur reconnaît que LAUBRY trouve

(1) C'est moi qui souligne « dans tous les cas », les autres mots mis en *italique* l'ont été par l'auteur. (Dr A. L.).

la mensuration de ces diamètres sans intérêt et cela pourrait nous suffire, car ce n'est pas au radiologiste de prendre parti entre les opinions des cardiologues et de soutenir une méthode uniquement parce qu'elle exige un matériel moins coûteux. Mais examinons la question d'un peu près : en réalité la détermination de ces points est souvent difficile et l'on pourrait ici encore opposer la maëstria d'un Bordet au défaut d'expérience de ceux qui ne font pas exclusivement — qu'il soit radiologistes ou omnipraticiens — de la radiologie cardiologique. Durant une période assez longue, j'ai fait beaucoup d'orthodiagrammes, plus j'en ai fait plus je me suis rendu compte que surtout dans les cas pathologiques, c'est-à-dire là où la précision serait le plus utile, il est souvent bien difficile de reconnaître ces points (c'est précisément pour cela qu'en 1914 j'ai été très heureux d'étudier une autre méthode qui, sans fournir leur emplacement, donne avec bien plus d'exactitude, à mon avis, quand il s'agit de la majorité des opérateurs, la forme et la taille du cœur). Je sais bien qu'à lire le texte de M. Perrin il peut sembler, si l'on n'est pas au courant, facile de repérer ces points ; mais au nom d'une longue pratique je suis obligé de faire les réserves suivantes, valables surtout quand on est en présence d'un état pathologique du cœur, des poumons, ou en présence d'un obèse. Le point G, encore qu'il soit parfois masqué par le hile, et qu'il lui arrive quelquefois d'être remplacé par une petite surface rectiligne (dont on prend arbitrairement le milieu), est en général facilement trouvé. Par contre le point D est souvent caché par le hile ou par des traînées de sclérose juxta-cardiaque, ou bien les mouvements du cœur ont à droite trop peu d'amplitude pour qu'on le distingue ; le point D' correspond au croisement du diaphragme et du bord du cœur, mais rien ne prouve qu'il ne soit pas en réalité enfoncé dans le diaphragme ; enfin pour le point G' on est souvent obligé pour le déterminer de recourir à un graphique, fort simple d'ailleurs, ce qui prouve que si l'on avait les bases pour établir ce graphique, on le déterminerait aussi bien sur un cliché. Il est donc équitable quand on établit une comparaison entre la graphie et la scopie de prévenir que l'orthodiagramme est parmi les procédés radioscopiques un des plus délicats, des plus minutieux et qui exige le plus de pratique.

Pour résumer ce qui concerne l'examen cardio-aortique, j'exprimerais mon opinion par les deux propositions suivantes :

1° La radioscopie et la radiographie sont également indispensables ; l'orthodiagramme ne peut être bien exécuté que par un médecin très entraîné à sa pratique ; la radiographie ne peut être bien exécutée que grâce à une installation puissante. Ni l'orthodiagramme ni la radiographie ne sont donc dans les possibilités de l'omnipraticien qui n'examine un cœur que de temps à autre.

2° Si j'avais une maladie de cœur, je ferais, au début, faire un orthodiagramme par la méthode ancienne et une téléradiographie ; par la suite la seule chose qui m'intéresserait serait la comparaison de nouvelles téléradiographies avec la première.

J'aurais volontiers répondu à notre confrère au sujet du « coup d'écran » (estime-t-il qu'on puisse admettre « un coup d'oreille » opposé à l'auscultation ?), au sujet de Duchenne, de Boulogne, et sur quelques autres points. Mais je pense avoir déjà été trop long, aussi je termine par la conclusion suivante :

Pour le cœur comme pour les autres viscères, il faut utiliser la scopie et la graphie. Se priver de l'une ou de l'autre est une erreur analogue à celle qui consisterait à n'employer que la percussion ou que l'auscultation.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

La glycérine phéniquée est particulièrement efficace contre l'otodynie, à la condition que sa préparation soit bien faite, et qu'elle soit bien appliquée (1)

La glycérine phéniquée est d'un secours précieux contre l'otodynie, c'est-à-dire contre la douleur causée par une lésion inflammatoire de l'oreille moyenne, et non simplement contre l'otalgie, douleur par lésion, le plus souvent propagée, d'un filet nerveux auriculaire.

Cependant, sous peine de devenir inefficace ou nuisible, ce médicament doit présenter certaines qualités physico-chimiques : il doit être absolument anhydre, exempt de substances insolubles, et avoir été chauffé avant son instillation. Il n'est efficace que s'il peut, par action osmotique, enlever une certaine quantité d'eau à la caisse du tympan, tandis que les corps qu'il contient passent dans celle-ci. Or, si les conditions énumé-

(1) Dr L. Béco. — L'emploi de la glycérine phéniqué contre le mal d'oreille. (*Liège médical*, 18 mai 1931).

rées ne sont pas remplies, l'osmose n'est pas possible.

Il faut donc savoir, dit le Dr Béco, que, dans l'immense majorité des cas d'intolérance de la glycérine phéniquée, c'est la dilution de la glycérine, ou l'utilisation du phénol rendu liquide par l'addition d'un dixième d'eau (procédé répandu, parce que commode), qui sont les causes des accidents de brûlure, observés parfois sur l'une ou l'autre partie de l'oreille.

La *glycérine phéniquée*, généralement prescrite à 10 %, *doit être composée de glycérine concentrée et pure* (30e ou 31e), *et d'acide phénique cristallisé ou neigeux, sans la moindre addition d'eau.* Il ne faut donc, sous aucun prétexte, négliger aucun de ces détails dans la rédaction de l'ordonnance.

La solution doit, en outre être instillée, tiédie au bain-marie, *aussi chaude* que le malade peut la supporter ; tenir le flacon bien bouché pendant le bain marie ; on en verse ensuite un bon nombre de gouttes dans l'oreille du malade, qui est couché sur l'oreille opposée, et on maintient le contact *pendant dix minutes.* Après ce temps, on verse le liquide hors de l'oreille ; on sèche minutieusement le pavillon, le méat, et autant que possible le conduit ; puis on bouche l'oreille avec de l'ouate sèche, et l'on applique un bandeau.

Il ne faut pas placer le tampon d'ouate, avant d'avoir vidé et séché l'oreille ; sinon ce tampon s'imbibe de glycérine phéniquée, qui s'hydrate à l'humidité de l'air, chez l'enfant surtout, et arrive à corroder le méat.

Les instillations de glycérine phéniquée sont répétées suivant l'intensité et la persistance de la douleur, au bout d'une heure, et plus souvent, puis au bout de deux heures, etc., si le mal cède ; mais, il est prudent de les continuer trois, ou quatre fois par jour, pendant plusieurs jours encore après la dernière douleur accusée par le sujet.

La glycérine phéniquée exercera ses *effets calmants, et même abortifs*, à la condition d'être appliquée dès l'apparition des douleurs, sans perdre un temps précieux à instiller des préparations cocaïnées, morphinées, boriquées ou huileuses, totalement illusoires ou malfaisantes. On ne devra pas l'employer en cas d'une *infection, suraiguë* (scarlatine, rougeole, grippe) ; l'examen du tympan, celui de la région mastoïdienne et de l'état général du sujet révèleront cette forme clinique sévère. Dans un très grand nombre de cas, ce traitement, combiné à celui du rhino-pharynx et aux précautions hygiéniques, suffira à enrayer et à guérir une otite moyenne aiguë, d'allure grave à son apparition. Même dans les formes très virulentes des otites de la grippe ou de la scarlatine, quand, par conséquent, elle ne peut éviter la perforation spontanée précoce du tympan (au bout de 2 ou 3 jours) — la glycérine phéniquée soulage passagèrement la douleur ; elle aseptise le conduit, et réduit ainsi la durée, la gravité de l'affection, ainsi que ses complications.

Autres précautions à prendre.

Eviter d'alterner la glycérine phéniquée et l'eau oxygénée à court intervalle, sans avoir asséché parfaitement le conduit.

Supprimer le remède, si l'écoulement se déclare spontanément au cours du traitement, ou alors ne plus employer qu'une solution à 1 ou 2 % de phénol, au plus.

Le médicament sera nuisible, parce que très irritant en raison de son hydratation spontanée, si la peau du conduit est atteinte d'eczéma suintant.

Si des érosions de la peau se produisaient, on les guérirait avec des applications de pommade à l'oxyde de zinc avant l'instillation.

Enfin, la glycérine phéniquée à 10 % est insuffisante et inefficace contre la douleur, due à la furonculose du conduit.

II

Déductions thérapeutiques, que l'on peut tirer des connaissances récentes sur l'ictère catarrhal bénin (1)

M. Noël Fiessinger a précisé que l'ictère catarrhal n'était pas, comme on l'a cru longtemps une maladie des voies biliaires. La lésion de cet ictère réside, au contraire, dans *une hépatite dégénérative.*

Ictère bénin et ictère grave sont bien la même maladie, mais à des degrés différents ; il existe entre eux toutes les transitions.

La lésion hépatique est nettement démontrée par les signes fonctionnels d'insuffisance hépatique. Et à ce titre, la notion de l'effraction est nécessaire pour expliquer l'ictère catarrhal. Toutes ces notions sont maintenant admises par tous.

L'*ictère catarrhal n'est plus une maladie biliaire, c'est une maladie hépatique.*

Et cependant, si le traitement institué n'a pas changé, c'est que le traitement n'a qu'une efficacité minime. L'ictère catarrhal guérit tout seul.

Toutefois les connaissances modernes imposent certaines conclusions thérapeutiques.

(1) Noël Fiessinger. — Les caractères de l'hépatite dans l'ictère catarrhal bénin (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 avril 1931).

A) *Ce qu'il ne faut pas faire. Eviter les purgations violentes* ; elles ne servent à rien qu'à fatiguer inutilement le malade. *Eviter surtout les purgations au calomel* ; ce médicament est souvent mal toléré au cours de l'ictère catarrhal. L'auteur n'est pas non plus partisan, ni des cholalogues forts (huile d'olive), ni des vaccins de coli-bacille.

B) *Ce que l'on fait.* On administre des *cholalogues faibles* : un gramme par jour de sulfate de magnésie, à titre simplement de léger accélérateur de traversée ; les pilules de bile ; les infusions de Boldo.

La thérapeutique cholalogue est d'autant plus utile qu'elle est plus faible. On ne doit pas chercher à déboucher les voies biliaires, mais à lutter contre la constipation.

Les *antiseptiques biliaires,* urotropine, salicylate de soude, benzoate de soude, ne sont employés utilement qu'à titre de légers diurétiques ; inutile de chercher à désinfecter des voies biliaires, qui n'ont jamais été infectées.

C) *Ce qu'il faut faire.*

On prescrira, non des extraits peptonés liquides, mais des *extraits hépatiques secs,* à la dose de 1 gramme environ par jour. On recommandera deux ou trois fois par jour, la prise d'un demi-verre d'eau de *Vichy-Hôpital* tiède.

Comme *régime,* le régime lacté est trop sévère ; l'auteur conseille du Yoghourt, du kéfir, du lait, des potages maigres, des légumes verts sauf les choux, des purées, des pâtes, riz, tapioca, semoule, fruits cuits et crus, de l'eau, du pain grillé, et du beurre frais.

Pas de viande, ni de poissons maigres, ni de fromage, tant que les matières ne sont pas colorées. On alimentera rapidement ensuite, — mais toujours en proscrivant les graisses, les fritures et les œufs durant deux mois.

Pendant toute la période de décoloration des selles, les malades devront être gardés à la chambre. *Ce repos est indispensable, c'est la base du traitement.* Un ictérique qui marche est un ictérique qui dure.

L'ictère nécessite une longue convalescence ; le malade a souvent maigri de 5 kgr., et il est anergique à l'égard de la tuberculose; des accidents ultérieurs sont possibles (pleurésie, bacillose pulmonaire) ; il faut exiger un long repos, et surveiller avec soin la reprise de poids.

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Fièvre typhoïde et tuberculose.

Le Dr G. ORGAZ fait remarquer que, lorsqu'on cherche à distinguer chez certains malades la fièvre typhoïde et la tuberculose, les épreuves de laboratoire peuvent favoriser la confusion. Il existe, en effet, des observations où la réaction de Widal à l'Eberth est positive, sans fièvre typhoïde, sans vaccin antityphique, ni maladie antérieure, sans transport de germes. Quelques-unes de ces observations sont des cas de tuberculose. Or, la formule leucocytaire a une valeur diagnostique importante, dans les tuberculoses confirmées avec Widal positif, qui peut éliminer la fièvre typhoïde : la leucocytose avec polynucléose neutrophile est la formule hématologique des tuberculoses caséeuses. (*Journ. de méd. et de chirurgie,* 25 mai 1931.)

Comment traiter actuellement une méningite cérébro-spinale.

MM. G. BLECHMANN et A. BOHN déclarent, tout d'abord, qu'aucune règle absolue ne saurait présider au traitement d'une méningite cérébro-spinale ; et ensuite qu'il y a une nécessité absolue de porter le médicament, quel qu'il soit, au contact même des lésions ; dès que le moindre indice permet de penser à une perturbation dans le transit du liquide spinal, il faut pratiquer des ponctions étagées et des injections étagées.

Les trois méthodes thérapeutiques principales sont : la sérothérapie, la protéinothérapie, la chimiothérapie.

Le sérum antiméningococcique s'emploie, en général, à la dose de 20 cmc. par voie rachidienne, répétée deux fois par jour les premiers jours, puis aux doses de 15 et 10 cmc. La dose totale peut varier de 150 cm. (formes bénignes), à 3 ou 400 cmc. dans les formes graves. A la voie intra-rachidienne doit toujours être associée la voie intra-musculaire ; on injecte chaque jour 50 à 60 cmc. de sérum, quelquefois davantage, jusqu'à ce qu'une amélioration nette ait été observée.

La protéinothérapie utilise ou bien un produit non spécifique, le lait par exemple (voie sous-cutanée ou intra-musculaire à la dose de 2 à 4 cmc par jour ou tous les deux jours), ou bien une protéine spécifique, extraite de méningo-

coques (il faut alors cesser le sérum deux ou trois jours avant l'injection d'endoprotéine) ; mais ce produit est difficile à se procurer dans le commerce.

La chimiothérapie antiméningococcique consiste à employer certaines matières colorantes dérivées du jaune d'aniline, dont le pouvoir antiseptique est considérable, par voie veineuse associée à la voie rachidienne.

Chacune des thérapeutiques a donné des résultats favorables, en particulier la sérothérapie qui, malgré tout, conserve une certaine valeur, diminuée certes, mais non négligeable. On peut associer deux ou ces trois méthodes.

Il est impossible de fixer à l'avance une règle immuable du traitement de la méningite cérébrospinale, chaque cas appelle un traitement conduit de façon particulière et tenant compte des réactions propres du malade. (*L'Hôpital*, mai 1931, A.)

Le diagnostic de la grossesse dans les premiers mois.

Vomissements, ptyalisme, modifications du côté des seins, ballotement fœtal, ramolissement du col sont des signes souvent trompeurs, qui n'ont qu'une valeur toute relative, puisqu'on peut les rencontrer en dehors de la grossesse.

Les deux signes indiscutables de la vie fœtale, dit le Dr V. Le Lorier, sont les mouvements actifs et les bruits du cœur. Encore faut-il souligner que les mouvements actifs n'ont de valeur que s'ils sont perçus par l'accoucheur ; la femme peut, en effet, percevoir des mouvements, sans pour cela être enceinte ; l'accoucheur seul peut les reconnaître, par le palper, l'auscultation et le toucher. Quant aux bruits du cœur il est inutile de les rechercher si l'utérus n'atteint pas 15 cm. au-dessus de la symphyse pubienne.

Mais ces signes sont tardifs (3 mois 1/2 au plus tôt). Auparavant, il ne s'agit plus d'un diagnostic de certitude, mais d'un diagnostic de probabilité.

Et ce diagnostic repose sur le développement, ou le non développement, du corps utérin lui-même. L'utérus gravide, au lieu d'avoir (par le palper combiné au toucher) une forme triangulaire, est rond, sphéroïdal. Les cornes s'effacent, le fond s'arrondit, et lorsqu'on déprime les culs-de-sac latéraux, on butte contre le corps élargi ; le col n'est pas modifié dans sa consistance. Le ramollissement commence parfois à l'union du corps et du col, au niveau de l'isthme, et il en résulte une espèce de vide entre le col non modifié et le corps (signe d'Hégar). Cependant, parfois, l'utérus se développe d'une façon irrégulière, et non comme un ballonnet ; on peut avoir l'impression d'un utérus petit, à côté d'une grosse masse séparée par un sillon. (On pense à une grossesse extra-utérine en raison de la modification concomitante des règles ?). Il existe aussi des cas où l'utérus n'est pas à sa place normale, rétro-version, rétro-flexion, d'où erreurs possibles.

La radiographie ne peut être utile que vers 3 mois 1/2, en nous montrant le squelette du fœtus.

Cependant, grâce à la biologie, nous avons aujourd'hui un test fidèle, qui nous permet dès le 15e jour, presqu'à coup sûr, d'accepter ou de rejeter le diagnostic de gestation. Il ne s'agit pas de la réaction d'Abderhalden (recherche dans le sérum des ferments protéolytiques anti-placentaires), mais d'une réaction portant sur les urines de la femme enceinte. Celle-ci est basée sur la constatation, dès le début de la gestation, dans les urines de la femme enceinte, des hormones, qui semblent être au nombre de trois : la folliculine, l'hormone du corps jaune, et surtout l'anté-hypophysine. Les deux premières sont fournies par l'ovaire.

L'anté-hypophysine est une hormone sexuelle émanée du lobe antérieur de l'hypophyse. Elle agit sur l'ovaire, en excite le fonctionnement, détermine une hypersécrétion de folliculine, qui provoque secondairement la congestion utéro-vaginale. En dehors de la gestation, la folliculine et l'hormone du corps jaune peuvent exister dans l'urine en quantité appréciable. Tandis que l'anté-hypophysine n'existe qu'à l'état de traces difficilement décelables, mais suffisant néanmoins à assurer la production des phénomènes sexuels périodiques.

Pendant la gestation, les quantités respectives augmentent. Dès le 8e jour de la grossesse la concentration de l'anté-hypophysine surtout, *qui seule est spécifique*, est telle qu'elle devient facilement décelable, et cela par un procédé basé sur les réactions que produisent ces hormones sur les organes génitaux femelles, et sur les organes génitaux mâles. Quand on injecte de l'urine de femme enceinte à des petites souris femelles impubères, on constate chez ces animaux un développement extraordinaire de tous les phénomènes de la puberté. Le vagin jusque-là fermé, s'ouvre. L'utérus augmente de volume. Les ovaires sont apparemment intacts ; mais au microscope les follicules de de Graaf sont en pleine activité, en pleine transformation, les amenant au stade de corps jaunes.

Mais le diagnostic macroscopique ne peut suffire ici, car, si l'utérus est augmenté de volume, il ne faut pas oublier que l'urine d'une femme non gravide contient de la folliculine, qui peut fausser les résultats.

Avec des souris femelles pubères, seule la réaction ovarienne, constatée au microscope, est spécifique. Afin d'éviter les erreurs, l'auteur eut l'idée d'injecter l'urine des femmes enceintes à

des souris mâles ; l'effet fut surprenant ; en quelques jours, leurs glandes vésiculaires, normalement à peine visibles, deviennent énormes, décuplent de poids. Ici pas d'erreur, la réaction ne peut être due qu'à l'hormone anté-hypophysaire qui, excitant la fonction testiculaire, agit lecondairement sur les glandes vésiculaires, dont se développement intense peut être constaté macroscopiquement. Cette réaction semble bien spécifique de la grossesse, puisque sur 100 grossesses certaines, on a 100 réponses positives, et sur 30 absences de grossesse on a 30 réponses négatives. Les erreurs signalées paraissent dues à des fautes de technique. (*Revue franç. de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1931.)

Kyste de l'ovaire à évolution anormale.

Le Dr Foucault (de Poitiers) rapporte l'observation d'une femme de 38 ans, soignée depuis un mois pour douleurs abdominales et tumeur pelvienne. Elle avait eu un retard de règles depuis 2 mois 1 /2, et, depuis une quinzaine de jours, elle présentait un écoulement leucorrhéique extrêmement abondant, dont on ne trouvait pas l'explication. Le diagnostic de kyste de l'ovaire est posé ; l'intervention chirurgicale le vérifie. A l'examen de la pièce, on constate qu'il existe une communication directe du kyste dans la trompe gauche, à laquelle il adhère intimement. Ce fait explique alors clairement l'écoulement hydrorrhéique, qui n'était autre que le contenu du kyste, s'écoulant par la trompe gauche et l'utérus ; cette dernière circonstance explique pourquoi aussi la tumeur avait précédemment diminué de volume en 48 heures. Ces deux symptômes sont capitaux pour faire penser à la rupture du kyste ovarien dans une trompe, ce qui constitue une évolution assez rare.

L'injection intra-utérine de lipiodol paraît particulièrement indiquée en pareil cas, puisqu'elle permettrait de distinguer les cas où le kyste est rompu dans l'utérus, et ceux où il est rompu dans la trompe. (*Revue médicale du Centre-Ouest*, mai 1931.)

La réalisation des transfusions immunisantes.

Il faut que toute transfusion puisse être effectuée en quelque milieu que ce soit, en quelque lieu que soit le malade, de quelque dose jugée utile, de quelque indication posée par le médecin, qu'il s'agisse d'anémies de toutes sortes, d'hémorragies de toute nature, d'action anti-infectieuse générale ou locale. Mais, au sujet de l'immuno-transfusion, le Dr G. Rosenthal montre combien il est nécessaire de créer des organisations modernes, non en dédaignant les nobles traditions de l'individualisme du passé, mais en les adaptant aux progrès des techniques modernes.

Avant tout, il est bien entendu que, sauf cas spéciaux de sérum antistreptococcique humain ou animal de valeur considérable, l'hémothérapie sous-cutanée ne saurait se substituer à l'immuno-transfusion. D'autre part, il faut savoir que le donneur ne peut être préparé en quelques heures. Le donneur doit, au contraire, recevoir une longue et double préparation : d'une part, ce sont des injections de toxines solubles spécifiques, qui exigent plusieurs mois ; d'autre part, des injections microbiennes, qui augmentent presque immédiatement, et pour un délai court, le pouvoir phagocytaire des leucocytes.

Une conclusion s'impose : la création dans toute agglomération importante de centres de donneurs et d'immuno-donneurs. Il est indispensable qu'à toute heure dans une grande ville et dans son rayon d'action, le praticien puisse, sur un appel, sauver son malade perdu, grâce à l'immunotransfusion. (*Le Journal médical Français*, mai 1931.)

Les injections de sang maternel contre les vomissements graves du nourrisson.

Le terme de « vomissements graves » élimine les vomissements, qui ne relèvent que d'un spasme, qui réagissent au traitement médical.

Dans les vomissements graves, au contraire, on aboutit fréquemment à une intervention chirurgicale, laquelle montre le plus souvent un anneau pylorique hypertrophié, dont la simple incision guérit presque instantanément le malade. Mais, dit le Dr Robert, on pourrait penser que cette hypertrophie, qui entraîne le rétrécissement du pylore, n'est peut-être que le dernier degré, la terminaison d'une maladie émétisante, dans laquelle il y a tous les stades de contracture aboutissant finalement, dans les cas les plus graves, à des lésions gastriques et à un état athrepsique. Dans l'ensemble des cas recueillis par l'auteur, aucun n'a nécessité l'intervention chirurgicale pour amener la guérison.

Pourtant certains enfants étaient de véritables athrepsiques : ils ont guéri avec l'hémothérapie aussi vite et aussi bien que les vomisseurs, dont l'état général n'avait encore rien de bien inquiétant.

Ayant obtenu un grand succès chez un enfant moribond par l'injection de 20 cent. cubes de sang maternel deux fois par semaine, l'auteur a, dès lors, traité ainsi tous les grands vomisseurs, sans s'occuper de faire un diagnostic différentiel, qu'ils aient, ou non, résisté antérieurement au traitement classique. Les injections étaient faites sans aucun traitement diététique ou médicamenteux. Le sang, pris tout d'abord à la

mère, fut par la suite prélevé indifféremment au père, aux frères ou sœurs, aux tantes ; jamais il ne fut citraté.

La dose de début ne doit pas être inférieure à 20 cc., même à l'âge de quatre semaines. Il faut toujours répéter l'injection deux fois par semaine, sauf lorsqu'à la suite de la première, les vomissements ont cessé complètement, avec reprise du poids immédiate et considérable.

Le sang agirait là de la même façon que dans les maladies anaphylactiques. (*Le Journal médical français*, mai 1931.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le moustique stercoraire.

(M. J. Legendre. — *Académie de médecine* ; 3-11-1931).

Il n'est pas toujours facile de dépister les gîtes de moustiques, et certaines maisons sont envahies par ces indésirables insectes, alors que l'on ne découvre pas dans le voisinage d'eaux stagnantes susceptibles de donner asile aux larves.

M. Legendre, dont on connaît les intéressants travaux de parasitologie, appliquée à la médecine coloniale en particulier, a étudié avec un soin spécial la vie et les habitats des moustiques. Il signale aujourd'hui une variété intéressante en pratique de *culex pipiens*, dont les larves se rencontrent dans leau des caves inondées, des citernes et des fosses d'aisances à chasse d'eau, variété qu'il appelle pour ce motif *moustique stercoraire*. Les femelles de culex pipiens en question viennent pondre dans les cuvettes des w.-c., ou les rigoles des urinoirs, et les œufs, refoulés par la chasse-d'eau jusque dans les fosses, s'y développent pour donner des larves, puis des insectes adultes, qui s'échappent au dehors par les tuyaux d'aération ou par toute autre voie. Les moustiques stercoraires sont d'ailleurs d'énergiques piqueurs.

Le remède à la pullulation de ces insectes consistera à empêcher les moustiques d'entrer dans les fosses d'aisances, ou mieux, d'en sortir. Les orifices, où les fosses prennent jour, devront être soigneusement obturés ou fermés par des toiles métalliques fines, dont l'état sera régulièrement vérifié. Malgré leur habitat spécial, ces moustiques ne paraissent pas provoquer d'accidents morbides plus importants que les autres, comme on pourrait le craindre.

Perforations utérines suite de manœuvres abortives et de curetage. Hernie utérine de l'intestin.

(M. Bergouignan. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1931).

M. Proust relate, au nom de M. Bergouignan, l'observation d'une jeune femme soignée à l'hôpital Beaujon, dans les conditions suivantes. Son médecin, le Dr Spindler, est appelé un soir auprès d'elle pour d'abondantes hémorragies utérines, consécutives à une fausse couche de trois mois. Pratiquant le toucher vaginal, le Dr Spindler ramène, à sa grande stupéfaction, une anse intestinale à la vulve. Ayant diagnostiqué une perforation de l'utérus avec issue d'une anse grêle par la perforation, il adresse la malade à l'hôpital, où elle est opérée par M. Bergouignan. Hystérectomie, guérison. La femme, interrogée, raconte qu'elle avait essayé d'abord de se faire avorter avec une sonde en gomme. N'ayant pas obtenu de résultat, elle avait renforcé la sonde par un mandrin en fil de fer. Au cours des manœuvres, elle sentit brusquement la résistance utérine céder, et la sonde s'enfoncer très profondément ; elle fut, ajouta-t-elle, difficile à ramener. Il est vraisemblable que le mandrin s'étant recourbé, la sonde a agi à la manière d'un crochet qui a crocheté et ramené l'intestin jusque dans le vagin.

— M. Mocquot a opéré, en 1913, dans le service de M. Quénu, une malade qui avait subi en ville un curetage pour avortement. Le curetage avait été poursuivi jusqu'au moment, où était apparue à la vulve une anse intestinale grêle. La patiente était dans un état grave. Le ventre ouvert, on aperçut l'anse grêle pénétrant dans la perforation de l'utérus, qui siégeait près du fond. L'anse fut dégagée, réséquée. La plaie utérine fut suturée. La femme guérit.

— M. Basset a eu l'occasion d'opérer d'urgence cinq cas de perforation utérine. Il a pratiqué, soit la suture, soit l'hystérectomie, quand l'état de la perforation ou du tissu utérin ne lui permettait pas de faire confiance à la méthode conservatrice.

— M. Sauvé estime également que dans le traitement de ces perforations utérines il ne faut pas être systématique. La perforation après curetage guérit parfois sans intervention. Par conséquent, dans le cas d'une perforation récente et à bords nets, on pourra tenter la suture, réservant l'hystérectomie aux cas où les lésions sont plus anciennes ou plus irrégulières.

— M. P. Moure, étant interne de Morestin, à Tenon, et faisant en son absence un curetage pour fausse couche provoquée, constata que la bougie d'Hegar s'enfonçait anormalement. Une pince plate introduite dans le col ramena une anse grêle. Sur les conseils de M. Souligoux, il fit une laparotomie immédiate et une hystérectomie.

La malade mourut quelques jours après de septicémie. M. Moure se rappelle Morestin lui disant, à propos de cette femme : « Si vous aviez fait ici une simple colpotomie, la malade aurait guéri ». Il a suivi ce

conseil depuis et, dans 2 cas de perforation utérine constatée à l'occasion d'un curetage, une simple colpotomie a été suivie de guérison. En présence d'une perforation utérine, observée ou faite au cours d'un curetage, s'il n'existe pas d'indication spéciale tenant à l'infection, à l'hémorragie ou à une complication intestinale, il n'est pas nécessaire de pratiquer systématiquement l'hystérectomie.

— M. Brocq fait part de 4 cas de perforation utérine par la curette. Trois fois, la suture a été suffisante. Une fois il a dû pratiquer une hystérectomie. Il faut régler sa conduite suivant les circonstances.

Rupture du rein.

(M. Grimault, d'Algrange (Moselle). — *Société de chirurgie* ; 21-10-1931.)

M. Grimault relate une observation analogue à celle rapportée dans une précédente séance par M. Proust, au nom de M. Bourde. Elle concerne un homme de 25 ans, qui, à la suite d'un trauma sur le flanc droit, présenta un état de choc, de la *contracture de la paroi abdominale* et de vives douleurs dans le ventre. L'opération montra une rupture totale du rein droit avec volumineux hématome rétro-péritonéal.

P.-L.

La phlébite hémorroïdaire externe. Sa guérison accélérée par l'incision de la paroi et l'extraction du caillot.

(M. Raymond Tournay. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-6-1931.)

La phlébite hémorroïdaire externe est cause de souffrances très vives, contre lesquelles les moyens palliatifs habituellement employés sont de très peu d'efficacité. Elle est, d'autre part, très souvent suivie de complications, telles que : rupture, ulcération de la paroi, infection, cette dernière aboutissant à un abcès de la marge de l'anus, lui-même cause fréquente de fistule anale.

Or, les douleurs peuvent être immédiatement calmées, et les complications évitées, si l'on traite chirurgicalement, dès le début, la phlébite hémorroïdaire externe. Intervention très simple, à la portée de tous les praticiens. Elle consiste, après anesthésie locale, à inciser la paroi cutanée qui recouvre le caillot et à extraire ce dernier. Cicatrisation en quelques jours par granulation.

Azotémie et saignée.

(M. Etienne Bernard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 26-6-1931.)

Une saignée, même très copieuse, ne peut abaisser le taux de l'urée sanguine. La diffusion de l'urée dans les humeurs est telle qu'une émission sanguine ne peut soustraire à l'organisme plus de 2 à 3 p. 100 de l'urée totale retenue.

La saignée agit souvent d'une façon héroïque contre l'urémie convulsive. Dans la règle l'éclampsie relève, non de l'azotémie, mais de la chlorurémie ou de l'hypertension.

L'action désintoxicante de la saignée a été longtemps soutenue ; cette notion se heurte aux réalités cliniques, et aux conceptions modernes de l'urémie.

Néphrite atrophique de l'enfance avec arrêt de croissance et déformations osseuses (nanisme rénal).

(MM. E. Apert et P. Baillet. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 26-6-1931.)

Deux nouveaux cas viennent d'être observés par les auteurs. Il résulte de leurs observations que les lésions atrophiques du rein n'ont pas seulement les conséquences, qui se révèlent chez l'adulte par la polyurie et les multiples symptômes, groupés sous le nom d'urémie. Il existe, en outre, une grave modification de nutrition des tissus, qui, à l'âge où ceux-ci ne sont pas encore fixés dans leur morphologie par la soudure des épiphyses osseuses, se traduit par un arrêt soudain de la croissance en taille et en poids, avec modification du processus de multiplication cellulaire dans les épiphyses osseuses, de telle sorte que celles-ci ont tendance à se déformer, spécialement aux régions qui portent le poids du corps, aux genoux. Rien de pareil ne se voit dans les néphrites parenchymateuses, beaucoup plus fréquentes à cet âge, à la suite de scarlatine, de diphtérie, d'angines. Cette opposition est à noter.

Ces faits de nanisme, en rapport avec des processus d'atrophie rénale, sont en outre très importants à connaître pour éviter des erreurs de diagnostic, qui peuvent avoir des conséquences graves. Ces jeunes sujets supportent facilement leur insuffisance rénale ; ils ont l'apparence d'enfants bien portants ; on peut donc chercher l'origine de ce nanisme ailleurs que dans sa véritable cause, et croire d'abord, soit à du nanisme hypophysaire, soit à du nanisme myxœdémateux.

Le pronostic est sérieux en raison de la grave altération rénale, dont il semble difficile d'enrayer la marche progressive. Le plus souvent, la durée est restreinte à 5 ou 6 ans. Au bout de ce temps, le fonctionnement rénal est assez précaire pour que le moindre incident : écart de régime, émotion, léger traumatisme, petite intervention orthopédique, risque de devenir fatal.

Le régime lacto-végétarien, plus végétarien même que lacté, est celui qui convient le mieux à ces malades. En raison de la similitude des lésions des épiphyses avec celles du rachitisme, on serait tenté de traiter ces sujets comme les rachitiques, par les préparations phosphorées, par les rayons ultra-violets, par l'ergostérine irradiée ; mais l'hyperphosphatémie contre-indique l'emploi des rayons ultra-violets et de l'ergostérine irradiée. On est donc réduit à une thérapeutique comportant uniquement le repos et l'alimentation, surtout végétarienne.

Études sur l'amylose rénale.

(M. P. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichwitz et Laudat. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-7-1931.)

Les auteurs démontrent que les aspects cliniques, sous lesquels se présente l'amylose rénale, sont loin de se réduire à la forme classique, avec grosse albuminurie, et grands œdèmes. Si celle-ci reste la plus fréquente et la plus typique, l'albuminurie simple, les formes avec cylindrurie et azotémie terminales, les formes azotémiques pures, et même des formes curables peuvent s'observer. En somme, la plupart des types, que nous sommes habitués à constater au cours des néphropathies chroniques, peuvent se retrouver ici.

D'autre part, il est nettement établi ;

1° Que les altérations des protides et des lipides sanguins, constatées au cours de l'amylose rénale, sont absolument indépendantes des symptômes observés chez ces malades, puisqu'ils se retrouvent identiques, quelle que soit la forme clinique revêtue par l'atteinte des reins.

2° Que ces altérations sont également indépendantes du développement du processus amyloïde lui-même, puisqu'elles se retrouvent avec une fréquence égale chez des sujets, qui ne sont pas et ne seront jamais atteints d'amylose rénale.

Rien ne subsiste des tentatives savamment échafaudées à propos des néphroses, pour expliquer les phénomènes cliniques observés par des facteurs extra-rénaux.

L'étude de l'amylose rénale permet, une fois de plus, de se convaincre de la fragilité des barrières, qu'au nom de l'anatomie pathologique on prétend établir entre les différentes variétés de néphrites et de l'importance primordiale, qu'il faut accorder à la conception physiologique ; elle seule est capable de rétablir l'unité, affirmée par la clinique, entre les formes variables des néphropathies.

Essai de traitement de la paralysie générale par le soufre liposoluble.

(MM. C. Levaditi, M. Pinard et R. Even. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 19-6-1931.)

De leurs observations, les auteurs concluent :

1° Que les injections de soufre sont toujours bien supportées par le malade.

2° Qu'elles déterminent parfois des accès fébriles, rappelant les accès fébriles secondaires à l'impaludation, mais que ces accès sont très inconstants.

3° Que, dans tous les cas, avec ou sans accès fébrile, on n'a jamais obtenu la moindre amélioration, ni clinique, ni humorale. Cependant, chez des syphilitiques à la période secondaire ou à la période tertiaire (en dehors de la paralysie générale) des améliorations incontestables ont été observées grâce au soufre, alors que les thérapeutiques spécifiques habituelles, mercure, bismuth, arsenic, avaient échoué.

Sur un cas d'hypertension artérielle paroxystique, puis permanente, suivi pendant trois ans.

(M. L. de Gennes. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 3-7-1931).

L'observation rapportée est celle d'une grande hypertension, survenue chez un sujet jeune, et ayant réalisé en trois années le pronostic inexorable, qui s'attache habituellement à de tels cas. Elle met en lumière l'évolution paroxystique de la phase initiale, puis l'extraordinaire intensité des troubles vaso-spasmodiques (doigt mort, main morte, amblyopie, crises d'amaurose, crises de pâleur), qui ont précédé ou accompagné chaque paroxysme. Les troubles d'insuffisance cardiaque sont apparus à leur date et ont évolué de façon progressive, mais l'image radiologique du cœur est restée normale, ce qui diffère du gros cœur classique des hypertendus.

Enfin, en ce qui concerne les rapports entre les paroxysmes d'hypertension et les signes apparents d'insuffisance rénale, on peut conclure de cette observation que ces troubles apparents d'insuffisance rénale peuvent être liés, dans certains cas, non à une lésion anatomique et permanente du rein, mais à un trouble fonctionnel de la circulation de cet organe.

Il n'est pas impossible de supposer que, dans de tels cas, l'hypertension constitue le fait initial, et que les lésions rénales n'apparaissent que secondairement aux troubles vasculaires fonctionnels, de même que des lésions locales de la maladie de Raynaud n'apparaissent qu'après de longues crises de troubles vago-spasmodiques.

G.-F.

Société des chirurgiens de Paris.

Séance du 6 novembre 1931.

Sur une forme rare de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

M. Dupuy de Frenelle fait un rapport sur une observation de M. Montant (de Paris), qui montre le rôle joué par le carpe dans le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Lorsque la chute se fait en demi-flexion, le radius frappé obliquement par le carpe se fracture. Lorsque la chute se fait en hyperextension appuyée, c'est le carpe qui cède. Dans le cas de l'auteur, la chute se fit sur la main en demi-extension et produisit trois traits de fracture longitudinaux sur l'extrémité inférieure du radius. Ces trois traits délimitent deux fragments arrachés : un fragment médian, situé au-dessus du semi-lunaire, semble bien avoir été fracturé par la poussée de cet os ; le fragment latéral et postéro-externe, comprenant tout le bloc styloïdien du radius, semble bien avoir été fracturé par la poussée de l'extrémité supérieure du scaphoïde. Ce travail vient à l'appui du mécanisme indiqué par Destot qui a écrit «L'étude des radiographies des fractures de l'extrémité inférieure du radius démontre le rôle prépon

dérant de l'enclume carpienne et principalement du scaphoïde et du semi-lunaire dans la production de ces fractures ».

Anesthésie péridurale segmentaire.

M. Victor PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. GIORDANENGO (de Turin). L'auteur donne, dans ses détails, la technique de ce mode d'anesthésie. Celui-ci diffère : 1° de la rachianesthésie habituelle, parce que la solution n'est pas injectée dans l'espace sous-arachnoïdien, mais dans l'espace péridural compris entre la face externe de la dure-mère et le canal ostéo-ligamenteux du rachis ; 2° de la paravertébrale, parce que l'action anesthésique se produit sur les racines rachidiennes avant leur sortie des trous de conjugaison. Cette anesthésie épidurale présente les avantages de la rachi et de la para-vertébrale, sans aucun de leurs inconvénients.

A propos d'un nouveau cas de calcification du nucleus pulposus.

M. ROEDERER rappelle la rareté des calcifications nucléaires vertébrales, dont il a déjà observé sept cas sur les vingt-cinq à trente actuellement décrits. La radiographie, surtout de profil, est la plupart du temps très formelle : lentille, dense, à mi-distance des faces vertébrales, au niveau du 1/3 postérieur de l'espace, dans la région lombaire ou dorsale inférieure de préférence. Mais les symptômes cliniques sont presque nuls. Il est possible même, qu'il y ait eu de simples coïncidences entre la découverte du nucleus et les symptômes douloureux qu'il faut rapporter à d'autres causes. Au contraire, dans les cas de hernie nucléaire dans le canal médullaire, la clinique est tout à fait nette et la radiographie négative. Rien, enfin, de commun, avec les hernies intra-vertébrales de Schmorl et Harrenstein.

Calculs biliaires de l'ampoule de Vater.

M. Victor PAUCHET décrit la technique opératoire, qui doit être employée dans ces cas. Si le calcul est mobile, on doit chercher à le repousser dans le cholédoque : extraction par cholédocotomie. Si le calcul est fixé, — c'est la règle, — extraction par duodénotomie postérieure et suture du duodénum.

Traitement des déformations rachitiques des membres inférieurs.

M. A. TRÈVES expose sa pratique dans les diverses variétés de déformations. Dans le rachitisme des jeunes enfants à son début, le traitement actino-médicamenteux doit toujours être associé au décubitus, jusqu'à la guérison du rachitisme. Lors que les déformations sont constituées, leur correction orthopédique ou chirurgicale doit précéder le traitement actino-médical, sous peine de fixer les déformations et d'en rendre le redressement plus difficile. Les déformations à crosse antéro-externe de l'extrémité inférieure du fémur nécessitent l'ostéotomie cunéiforme. Le genu valgum de l'enfant guérit très simplement avec les plâtres à chambre libre de R. Ducroquet dont l'auteur a quelque peu modifié la technique. Chez l'adolescent et chez l'adulte, l'auteur fait l'ostéotomie linéaire supra-condylienne externe, beaucoup plus facile et efficace que l'ostéotomie interne classique. Les déformations à concavité interne du tibia guérissent facilement après redressement forcé ou ostéoclasie manuelle.

Cette technique, sans aucun danger, donne une guérison beaucoup plus rapide et aussi complète que les redressements successifs jusqu'à trois ans. Les déformations à convexité entéro-externe du quart inférieur du tibia nécessitent l'ostéotomie cunéiforme. On a beaucoup compliqué les procédés opératoires dans ces cas. En réalité, avec un peu d'habitude, le ciseau et le maillet donnent des résultats parfaits. Lorsque des interventions sont nécessaires pour déformations multiples, elles peuvent être exécutées en une seule séance sur les tibias seulement ; chaque intervention sur les fémurs au contraire doit être faite isolément après consolidation de l'os précédemment opéré.

Fibrome du muscle grand droit.

M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une malade de 21 ans, à laquelle il a enlevé un fibrome plus gros que les deux poings, situé à la partie inférieure du muscle grand droit du côté gauche, et qui évoluait depuis deux ans. Guérison.

Nouveau fixateur externe (fixateur-réducteur) pour les fractures de jambe.

M. BARBARIN présente cet appareil qui, à toutes périodes du traitement, permet de contrôler et de corriger la réduction. Formé d'une armature en duralumin, il est perméable aux rayons X. Un système de vis de pression et d'appel meut en tous sens l'extrémité des fragments par l'action de deux solides fiches de transfixion. C'est donc un fixateur réducteur. Cet appareil, de conception nouvelle, qui peut s'appliquer à toutes les fractures de jambe, paraît particulièrement indiqué dans les fractures obliques si difficiles à maintenir, dans les retards de consolidation ou les pseudarthroses, après échec du traitement non sanglant, dans les fractures compliquées avec perte de substance.

Les Congrès

XVe Congrès de médecine légale de langue française

(*Suite*) (1)

La Responsabilité Médicale

TROISIÈME PARTIE. — **Les erreurs et les fautes médicales**

Les *erreurs de plume*, les *prescriptions insuffisantes*, les *erreurs grossières de diagnostic ou de traitement* engagent la responsabilité du médecin.

Les accidents thérapeutiques. — La thérapeutique actuelle tend à employer des méthodes actives, qui donnent parfois lieu à des accidents. Il n'est plus alors question d'ignorance du médecin : l'accident est directement lié à la thérapeutique instituée. *Quelles sont donc les précautions à prendre actuellement sous peine de faute ?*

Prenant d'abord en exemple, et discutant les accidents des anesthésies, des arsénobenzols, des sérums, les rapporteurs arrivent à dégager des principes fondamentaux, quelle que soit l'opinion scientifique adoptée : l'examen général du malade, préalable à tout traitement, doit être d'autant plus minutieux que le traitement est plus actif ; on peut préférer le chloroforme à l'éther ou inversement, on peut continuer l'arsénobenzol malgré une légère intolérance, etc. ; mais il ne faut pas que les traitements soient prescrits, ou que les anesthésies soient données d'une manière automatique. Chaque cas doit être discuté. C'est à ce prix que le médecin, en cas d'accident, peut revendiquer sa liberté thérapeutique et établir qu'il n'a pas commis de faute. Faute de quoi les magistrats, sans entrer dans la discussion de doctrines scientifiques, considéreraient qu'il y a eu négligence, puisque le malade n'a pas été observé.

Distinction entre la faute et la liberté scientifique. — Un médecin est parfaitement en droit de ne pas suivre les enseignements officiels. Sans doute, une thérapeutique non classique risquera d'être considérée comme une faute, mais, et c'est là le point rassurant, il ne suffit pas pour engager la responsabilité de considérer qu'il y a faute, il faut démontrer d'une façon nette que cette faute a entraîné un dommage. Les rapporteurs précisent à quel point l'expert doit savoir s'élever au-dessus des querelles d'école.

On a réclamé des *jurys de médecins*. Il semble qu'au contraire les magistrats et les experts professionnels soient mieux capables de s'abstraire des doctrines du moment qu'une assemblée de médecins praticiens. D'ailleurs, ces jurys ne sauraient être constitués uniquement par des médecins, et les représentants des clients y seraient probablement adjoints.

Maladies transmises involontairement. — Plusieurs médecins ont été condamnés de ce fait.

QUATRIÈME PARTIE. — **Responsabilité du fait des aides et des choses**

Le médecin est responsable de ses aides, même s'il ne les a pas choisis, à condition qu'il puisse leur donner des ordres. Il n'est pas responsable de son remplaçant — à condition qu'il ait les inscriptions réglementaires — parce que le remplaçant garde son entière liberté.

L'article 1384, relatif à la responsabilité du fait des choses, serait applicable aux médecins.

CINQUIÈME PARTIE. — **Responsabilité du fait d'obligations sociales**

Réquisitions. — Le médecin n'a pas le droit de se refuser à une réquisition, soit de l'autorité administrative, soit de l'autorité judiciaire.

Etat-civil. — *Naissance.* — Le médecin doit la déclarer s'il sait que la déclaration ne sera pas faite par la famille, ou en cas d'accouchement clandestin (en ce cas, il ne donne ni le nom ni l'adresse). — *Décès.* Le médecin n'a pas à déclarer le décès, mais il peut être amené à le faire lorsque ayant pratiqué l'accouchement, il s'agit d'un mort-né. En outre, dans le département de la Seine, on doit déclarer les embryons : ceux-ci sont déposés dans un local désigné par le maire.

Maladies contagieuses. — Leur non-déclaration entraîne une amende.

Refus de se rendre à l'appel d'un malade. — Un médecin est libre d'accorder ou de refuser ses soins aux particuliers, qui les réclament (s'il n'en est requis), mais sa responsabilité est engagée : *a*) s'il avait promis des soins et qu'il ne vient pas, sauf en cas de force majeure ; *b*) lorsque les soins étaient commencés ; *c*) lorsqu'il refuse d'appeler un consultant s'il est ultérieurement prouvé que cette abstention a nui au malade.

Le médecin peut refuser de continuer ses soins, s'il ne reçoit pas un accueil conforme à sa dignité, si ses prescriptions ne sont pas exécutées, si un confrère est appelé à son insu.

La coalition de médecins contre un mauvais payeur a été condamnée par la cour de Bourges en 1909. Les rapporteurs ne trouvent pas ce jugement admissible au point de vue juridique.

SIXIÈME PARTIE. — **Défense contre les attaques en responsabilité**

Il faut préconiser les assurances. D'autre part, en

(1) V. *Concours médical* n° 50.

cas d'attaque injustifiée de la part d'un client, le médecin doit demander des dommages-intérêts, mais à la condition formelle qu'il puisse démontrer la mauvaise foi du client ou son désir de nuire. Si c'est *le client qui a pris l'initiative* d'assigner le médecin en justice, ce dernier, défendeur du procès, formulera une demande reconventionnelle. *Lorsqu'au contraire, c'est le médecin qui, à l'occasion d'une demande en justice pour se faire payer ses honoraires, se voit contraint de défendre à une demande reconventionnelle pour prétendue faute professionnelle,* il ne peut pas à son tour formuler une demande reconventionnelle contre son client : « Reconvention sur reconvention ne vaut ». Mais il pourra ultérieurement engager une demande de dommages-intérêts : la compétence du juge de paix est de 600 francs pour le dernier ressort et de 1.500 francs pour le premier ressort. Si la demande est motivée par des diffamations ou injures commises autrement que par voix de presse, la justice de paix est compétente quel que soit le chiffre. *La juridiction répressive peut être saisie* au reçu d'une lettre constituant manifestement un chantage : le médecin n'a qu'à la déposer entre les mains du procureur de la République.

Attaque de presse. — Les journalistes ont plusieurs fois été condamnés pour diffamation. Il est alors bon de demander l'affichage et l'insertion dans les journaux de la condamnation prononcée.

Conclusions

Le médecin ne possède pas en privilège le droit de faire tout ce qu'il lui plaît. La médecine a des limites qu'elle ne saurait franchir. A l'intérieur de ces limites, le médecin est responsable des fautes qu'il commet, s elles entraînent un dommage, mais il faut établir la faute d'une manière indiscutable, qu'elle soit lourde ou légère. En pratique, ce sont avant tout les fautes lourdes qui se révèlent indiscutables.

L'exercice du mandat médical, qui suivant l'expression du code civil « soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille », est une tâche à la fois très noble et très lourde, puisqu'il faut parfois prendre en mains l'intérêt d'un malade inconscient, au besoin contre ses proches, décider pour lui, tout en acceptant la charge redoutable d'inévitables ressentiments.

Le médecin doit accepter que ses droits soient limités. Du moins, la hauteur à laquelle il peut élever la conscience de ses devoirs et de sa mission ne relève que de lui : ce doit être sa suprême satisfaction.

Discussion.

M. Mazel (de Lyon) souligne l'intérêt de ce rapport, qui associe heureusement et complète les unes par les autres, les données du Droit et les précisions de la médecine.

Il attire l'attention sur quelques données générales essentielles en pratique.

La distinction entre « faute lourde » et « faute légère » n'a pas de valeur légale ; la seule affirmation qu'aucune faute lourde n'a été commise par le médecin ne suffit pas à l'exonérer de toute condamnation. Dans un cas où l'expert avait conclu que le médecin n'avait pas commis une faute lourde, le tribunal paraît avoir traduit qu'il avait donc commis une faute légère et a accordé des dommages-intérêts, légers eux aussi.

Plutôt que la distinction, d'ailleurs souvent délicate à établir entre « faute lourde » et « faute légère », il vaut mieux séparer nettement l'*erreur* toujours possible dans la pratique médicale, et très souvent excusable, et la *faute*, c'est-à-dire l'erreur évitable, l'erreur qui n'aurait pas été commise si le médecin avait apporté l'application et les connaissances que l'on est en droit d'attendre de tout praticien. Il s'agit là, non, comme on pourrait le croire, d'une question de mots, mais d'une distinction importante, car susceptible d'influer sur la décision de justice.

Une expertise médicale est presque toujours nécessaire pour faire le point de départ entre l'erreur et la faute ; en raison des difficultés très spéciales qu'elle comporte, il est préférable qu'elle soit confiée à trois experts.

Mais l'existence de la faute doit être recherchée, non pas *in abstracto*, mais *in concreto* : telle erreur, excusable en certaines circonstances et pour certains médecins, l'est beaucoup moins ou ne l'est plus du tout pour d'autres. La faute ne saurait être la même pour un praticien de campagne, tentant une intervention chirurgicale dans un cas d'extrême urgence avec des moyens matériels limités, et pour un chirurgien spécialisé, opérant, pour ainsi dire à tête reposée dans une clinique.

Il faut aussi retenir qu'un élément d'appréciation sera tiré par le tribunal de la proportion (ou de la disproportion) existant entre la gravité propre de l'affection (ou de l'état qui a nécessité l'intervention) et les dangers inhérents à cette intervention elle-même. C'est là l'une des raisons, non la seule, qui explique la sévérité extrême des tribunaux dans le domaine de la chirurgie esthétique.

Pour ce qui est de la défense du corps médical vis-à-vis des actions en responsabilité, toujours plus nombreuses, l'assurance professionnelle du médecin doit être préconisée. Mais il faut aussi que soient favorablement accueillies les demandes reconventionnelles formées par les praticiens, dans tous les cas où le demandeur est de mauvaise foi, dans ceux par exemple où l'instance engagée par lui a pour but le non-paiement des honoraires. Ces faits ne sont pas rares.

Il faut aussi se rappeler que, trop souvent, une telle action trouve son point de départ dans une parole ou même dans une attestation imprudente d'un médecin, vis-à-vis de la ligne de conduite antérieurement adoptée par un confrère.

M. Costedoat (de Paris) ne pense pas que les simulateurs militaires doivent être récupérés de force, c'est-à-dire qu'on puisse leur appliquer un traitement

contre leur consentement. Cette question se pose et surtout s'est posée pendant la guerre, en présence de militaires qui arguent de leur état de santé pour se soustraire au danger ; la seule conduite possible est de les signaler au commandement, qui prendra à leur égard les sanctions appropriées.

La responsabilité serait de même engagée, si, chez un soldat atteint de troubles fonctionnels hystériques, le médecin employait, dans un but curatif, le traitement de son choix contre la volonté de l'intéressé ; bien qu'atteint d'un trouble de l'imagination, l'hystérique a un discernement suffisant pour guérir par la simple persuasion et ne peut être considéré comme un aliéné, dont on serait autorisé à négliger l'avis.

D'une manière générale, il semble douteux que, hors les cas prévus par la loi, on soit en droit d'imposer comme un ordre à un soldat tel traitement qu'il refuse en pleine connaissance de cause ; à plus forte raison de le lui appliquer contre son consentement.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) envisage l'attitude à adopter par le médecin militaire devant la réaction suicide, fréquente dans l'armée. Elle doit être combattue par tous les moyens. Il convient, en effet, de fixer des limites à la liberté individuelle.

La tentative de suicide et, en particulier la grève de la faim est, chez le détenu, lorsqu'il ne s'agit pas d'un psychopathe, un procédé d'intimidation qu'on peut assimiler à une tentative d'évasion. Or, dans les services de détenus des hôpitaux militaires, le médecin est rendu strictement responsable de toutes évasions des sujets, qui lui sont confiés soit pour observation, soit pour traitement. De sévères sanctions peuvent être prises contre lui. La discipline militaire a, dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, des exigences formelles auxquelles les médecins ne peuvent que se soumettre.

M. Mazel. — Les problèmes envisagés par M. Costedoat et par M. Fribourg-Blanc ont trait aux questions de responsabilité dans la pratique de la médecine militaire. De telles questions, déjà délicates dans la pratique de la médecine civile, sont d'une solution plus difficile encore pour nos confrères militaires, en raison de la situation assez spéciale dans laquelle ils sont placés. Ils assument en effet successivement, parfois simultanément, le rôle d'un médecin-traitant et celui d'un médecin-conseil ou d'un médecin-contrôleur. En tant que médecin-traitant, ils sont astreints au secret professionnel ; ils en sont libérés en tant que médecin-conseil ou contrôleur. Ils peuvent donc se trouver dans des situations très embarrassantes, et il paraît très difficile, sinon impossible, que l'on puisse fixer à l'avance des règles valables pour chaque cas particulier.

M. de Rechter (de Bruxelles) prétend que les incohérences des jugements prononcés par les tribunaux contre les médecins ne peuvent aboutir qu'à paralyser toute activité médicale. Bientôt on n'osera plus pratiquer la médecine. On est puni si on omet de faire une injection antitétanique, on est puni si on en fait une qui soit suivie d'accidents sériques. L'auteur condamne la tendance des magistrats à s'attribuer une compétence en matière de médecine. Une juridiction particulière, avec un collège médical ou bien des experts, serait l'organisme le plus approprié pour juger les affaires de responsabilité médicale.

M. Balthazard (de Paris) se refuse à admettre une pareille juridiction particulière qui serait très mal vue par le grand public. La désignation d'experts réguliers, avec la possibilité d'une contre-expertise, convient mieux qu'un collège médical permanent propre à éveiller la méfiance des parties plaignantes.

Me Maurice Garçon (de Paris) parle de la chirurgie esthétique et déclare que la chirurgie cesse d'être de la chirurgie en face d'un sujet bien portant. Le chirurgien n'agit plus en qualité de médecin, son diplôme ne l'autorise pas à porter le scalpel partout où il lui plaît. Les risques qu'il assume sont les mêmes risques qu'assumerait quiconque causerait des coups et blessures à une personne par consentement mutuel.

M. Duvoir oppose à la chirurgie esthétique proprement dite, la chirurgie réparatrice, dans les cas de plaies de la face par exemple, qu'il s'agisse de blessures de guerre ou d'accidents du travail ou de la circulation. On ne peut pas empêcher les tentatives de réparation des dommages produits.

M. Médakovitch (de Paris) insiste sur quelques problèmes concernant la responsabilité du médecin ou du chirurgien d'un asile d'aliénés. A défaut du consentement de ces malades, qui, dans bien des cas ne peut pas être considéré comme valable, la tradition veut que l'on demande celui de la famille. Il semble que, dans certains cas de refus injustifiés, le médecin devrait pouvoir passer outre, dans l'intérêt même du malade. Il en est ainsi, par exemple, quand la famille d'un paralytique général s'oppose au traitement de celui-ci par l'inoculation de la malaria.

M. Donnedieu de Vabres insiste sur l'importance des circonstances dans chaque cas particulier, ce qui réduit beaucoup l'intérêt de la distinction entre la notion abstraite de faute lourde et celle de faute légère.

Puis, revenant à la chirurgie esthétique, il fait intervenir une comparaison entre le risque que fait courir l'opération et le but poursuivi. Une opération esthétique présente parfois un intérêt considérable, notamment au point de vue professionnel.

M. Marcel Héger (de Bruxelles) attire l'attention sur diverses interprétations possibles de l'article du Code civil relatif à la déclaration des naissances.

M. Michel (de Paris) précise l'importance de la conscience professionnelle. Le médecin de campagne peut ignorer certaines choses, mais il sait bien où s'arrête sa science et doit appeler, si c'est nécessaire, un plus compétent que lui. Mais, en cas d'urgence, quand ce praticien aura fait tout ce qu'il pouvait, selon sa conscience, dans les mauvaises conditions où il se trouve, il semble que sa responsabilité juridique ne devrait pas être engagée. *(A suivre)*

Les Thèses

P.-Dr KRAMARZ, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Contribution à l'étude du traitement de la ménopause et des troubles endocriniens chez la femme** (Paris, 1931.) — La thérapeutique des accidents de la ménopause s'est longtemps limitée à l'opothérapie ovarienne. Son peu d'efficacité et les récentes études sur les relations du sympathique et des glandes endocrines a orienté cette thérapeutique dans une voie nouvelle.

Dans son travail, inspiré par le Professeur agrégé Mocquot, Kramarz étudie les différents accidents survenant à l'occasion de l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire, qu'il soit naturel (ménopause) ou brusqué, (castration chirurgicale ou radiothérapique).

Il insiste particulièrement sur les troubles relevant du sympathique : troubles vasomoteurs, bouffées de chaleur, parfois crises de froid (Dalché), phénomènes congestifs se traduisant par des hémorragies. Il faut encore citer l'hypertension de la ménopause, les angoisses précordiales, les troubles de sécrétion de la muqueuse stomacale ou intestinale.

Ces accidents sont en rapport avec une notable diminution de la calcémie et un trouble constant du métabolisme du phosphore et du calcium (Dalsace, Guillaumin).

Dans un important chapitre, Kramarz étudie l'influence du système neuro-végétatif sur les troubles endocriniens. Ils sont aujourd'hui démontrés. C'est ce que Guillaume appelle la « concatenation endocrino-sympathique ». C'est sur ce déséquilibre endocrino-végétatif que devra agir la thérapeutique des troubles de la ménopause. « La sécrétion interne de l'ovaire, dit Crainicianu, de concert avec les autres glandes endocrines, entretient le tonus végétatif, car, lorsque la sécrétion disparaît, le tonus s'abaisse. »

Kramarz a expérimenté contre les troubles de la ménopause, une médication qui répond à ces desiderata. C'est une association de chimiothérapie et d'opothérapie : la chimiothérapie agit sur le tonus vago-sympathique par le lactate de calcium, sur le métabolisme par le manganèse et le phosphore ; l'opothérapie comprend de l'extrait d'ovaire et surtout de l'extrait orchitique. Gley, puis Jouve et Pierra ont montré l'efficacité des hormones mâles chez la femme.

Ce complexe chimio-opothérapique est connu sous le nom de gynocalcion M.

« Cette thérapeutique, dit Kramarz, s'est montrée « rapidement active ; les règles irrégulières et intermittentes se régularisent ; la dysménorrhée s'atténue ou disparaît ; deux ou trois séries de dix jours « par mois, suffisent généralement dans les cas ordinaires pour rétablir le rythme menstruel normal et « guérir la dysménorrhée.

« Chez les ménopausées, les troubles sympathiques « et vasomoteurs sont plus rebelles, et exigent un « traitement intensif et parfois prolongé. »

Il conseille de donner dix jours par mois, trois fois par jour, quatre dragées de gynocalcion M.

Il a constaté que la ménopause chirurgicale est plus rebelle que la ménopause naturelle et exige un traitement plus long et souvent plus intense.

Les livres qui viennent de paraître...

et qui seront analysés ultérieurement.

Editions « Au bon Plaisir ».
2, rue Romignières, Toulouse.

RAYMOND GROC. — **Impertinences ou vérités premières.** *Poèmes.* Couverture de Henry Montassier. (Un vol. 123 p.).

Chez Bernard GRASSET,
61, rue des Saints-Pères.

Gaston BAISSETTE. — **Hippocrate** (Un vol. 274 p.).

Imprimerie GUILLEMOT et DE LAMOTHE,
11, rue Cail, Paris, Xe.

Dr H. HERSCOVICI. — **Héliothérapie. Rayons ultra-violets, infra-rouges.** APPLICATIONS PRATIQUES. (Un vol. 80 p. Prix : 10 fr.).

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

Pathologie de la bouche et des dents par les Drs FREY et RUPPE. I. **Pathologie de la bouche**, par le Dr Charles RUPPE, stomatologiste des hôpitaux de Paris. *Bibliothèque du chirurgien-dentiste* (Un vol. in-18, 583 pages, 37 fig. Prix : 30 fr.).

LES COLIBACILLOSES

« Y a-t-il une mode en médecine ? » demandait-on récemment quelque part, dans ce journal. Ce que l'on peut répondre, c'est que lorsque l'on a découvert la cause de certaines affections dont on s'expliquait mal jusqu'alors l'origine, les cas se multiplient, parce qu'ils sont mieux connus, et qu'ainsi, ces affections paraissent prendre une importance nosographique considérable.

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années qu'est apparu le rôle prédominant du colibacille dans les infections de l'arbre urinaire, et il est bien évident que le colibacille est considéré comme le bouc émissaire d'états qui ne font pas leur preuve du premier coup. Mais il faut convenir que les griefs qui lui sont adressés sont la plupart du temps mérités.

Les travaux d'Heitz Boyer ont mis en lumière ce que cet auteur à décrit sous le nom de syndrome entéro-rénal. Certes, d'autres germes que le colibacille peuvent être incriminés. Mais le plus souvent, il est seul en cause.

On sait, qu'hôte indifférent de l'intestin, saprophyte même, il peut acquérir, dans certaines conditions, des propriétés virulentes et devenir offensif pour certains organes. Reins et bassinets, vessie, sont les organes généralement touchés. Mais on a pu observer des cas d'orchi-épididymites colibacillaires, d'urétrites, et même de métrites.

Le Dr Chaudron, dans un mémoire inaugural très intéressant de 1930 intitulé : les colibacillurics et leurs traitements, en cite des cas typiques. Et cela nous permet de distinguer trois voies par lesquelles le colibacille peut contaminer les organes des divers étages de l'arbre urinaire : la voie sanguine, la voie lymphatique, et la voie directe, ou encore uréthrale.

La recherche et la découverte du colibacille dans les urines, par exemple, est facile. Elles doivent être faites immédiatement après que le prélèvement a été effectué, sous peine de trouver une abondance de germes due à une pullulation postérieure.

Il était fatal que le traitement des colibacilloses, affections microbiennes, s'orientât nettement vers la vaccinothérapie et la sérothérapie. La mise en œuvre de ces médications ne dispense pas de recourir à certaines prescriptions commandées par la symptomatologie même de l'affection en cause. Au malade qui souffre, il faudra nécessairement administrer le calmant qui s'impose, en évitant de recourir le plus possible à la morphine.

Chez celui, dont la vessie est infectée, une antisepsie urinaire sera recherchée d'abord avec l'uroformine. L'antisepsie intestinale se réalisera à l'aide du salol et du benzonaphtol.

L'état général sera par ailleurs surveillé, et le repos au lit, avec une alimentation simple et non irritante surtout, s'imposera.

Les diurétiques seront maniés avec précaution et dans la mesure où ils seront bien tolérés.

Le pH urinaire sera surveillé attentivement ; s'il est oscillant, d'une façon générale, il semble prouvé pourtant qu'il demeure assez fixe chez le même individu, durant le cours d'une colibacillurie différenciée. Or, on a constaté la nécessité de modifier ce pH, en augmentant l'acidité des urines où il se montre trop proche de l'alcalose, en alcalinisant au contraire les urines qui présentent le caractère opposé. Nous y reviendrons.

Fera-t-on des lavages vésicaux ? Certes, dans les formes chroniques des cystites, et l'oxycyanure de mercure à 0,25 p. 1000 paraît le meilleur agent de ceux-ci. Les formes aiguës des cystites ne tolèrent que des instillations bien faites.

La vaccinothérapie colibacillaire est en grande partie l'œuvre de Mauté, inventeur d'un vaccin à la soude qui s'injecte hypodermiquement, et aussi endoveineusement.

Le Professeur H. Vincent, de son côté, a préparé un sérum dont les bons effets sont hors de doute.

Enfin, on a essayé aussi la thérapeutique par le bactériophage de d'Hérelle. Cette méthode s'avère grosse des plus belles espérances.

Pour acidifier un pH trop alcalin, on aura recours à l'acide camphorique ou à l'acide phosphorique.

Pour alcaliniser, par contre, un pH urinaire trop acide, on utilisera avec profit les eaux minérales naturelles, parmi lesquelles il convient de mettre en évidence l'eau de Vals, la Reine.

Parmi les différentes sources de Vals, la Reine s'est créé une place particulièrement honorable, qu'elle doit à sa limpidité, à sa minéralisation moyenne, aux alentours de 3 grammes, à sa sapidité, et à sa teneur en acide carbonique libre.

Il est étrange que, dans une communication sur Vals faite aux Journées médicales coloniales, le Dr M. Uzan se soit borné à énumérer un certain nombre de sources de Vals, en négligeant d'en citer qui ont fait leurs preuves : la Reine de Vals est dans ce cas, et elle méritait mieux que ce silence inexplicable.

Quoiqu'il en soit, cette rectification faite, quand l'indication d'une eau alcaline se posera au cours d'une colibacillurie, on ne manquera pas de s'adresser à la Reine de Vals, pour laquelle les malades ont une prédilection marquée, dès qu'ils ont eu l'occasion d'en user. Et, indication spéciale mise à part, on n'oubliera pas qu'elle constitue une excellente boisson, rafraîchissante et eupeptique, pour tous les fébricitants, qu'altère le foyer de chaleur anormal dont ils sont le siège.

E. D. Gaston.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ASSURANCE SOCIALE

I

La nouvelle nomenclature générale de chirurgie et spécialités

Attendue depuis de longs mois, la nouvelle Nomenclature des Actes de chirurgie et de Spécialités à l'usage des Caisses d'assurances sociales a paru au *Journal Officiel* du 29 novembre 1931.

Elle se divise en neuf chapitres : *Chirurgie* ; *Urologie* ; *Ophtalmologie* ; *Oto-rhino-laryngologie* ; *Stomatologie* ; *Electro-radiologie* ; *Dermatologie et Syphiligraphie* ; *Phtisiologie* ; *Hydrologie*.

Chaque chapitre étant subdivisé selon son objet et son importance.

De cette Nomenclature, la Confédération des Syndicats a fait une édition dans le format in-16, qui la rend très portative et très maniable. Elle comprend une première partie intitulée : Instruction pour l'utilisation de la nomenclature. Dans une seconde partie les actes de Chirurgie et de Spécialités sont classés par *Coefficients*, de 2 à 120. La troisième partie est la reproduction de la publication faite au *Journal Officiel*. La quatrième, enfin prend successivement chacun des actes envisagés, suivant l'ordre alphabétique, en précisant leur indication et leur coefficient, dans deux colonnes juxtaposées.

Ainsi, par exemple, la fracture fermée de jambe est un acte de chirurgie (CHI) justiciable du coefficient K 20. L'infiltration d'urine est un acte d'Urologie (URO) justiciable du coefficient K 60.

Dans la première Nomenclature, le calcul des honoraires médico-chirurgicaux, par catégorie, pouvait se faire indifféremment à l'acte isolé ou globalement, c'est-à-dire aides et soins consécutifs durant 20 jours compris.

Dans la nouvelle, cette distinction n'est plus possible. Tout acte chirurgical ou de spécialité, nécessitant des soins consécutifs, ne peut être calculé que *globalement*. Il va sans dire que cette règle ne s'applique pas aux techniques d'exploration et de recherche, telles les Radiographies, l'Examen général urologique... qui ne comportent pas de soins consécutifs inhérents à eux-mêmes.

Dans l'ancienne Nomenclature, la plupart des opérations obstétricales figuraient dans diverses catégories, affectées de coefficients différents selon leur gravité.

On a considéré avec raison que les plus courantes d'entre elles sont pratiquées par le médecin de médecine générale, et ne méritent pas d'être considérées comme des actes chirurgicaux ou spécialisés. Il en est ainsi de l'application de forceps aux différents étages de la filière génitale; de la délivrance artificielle ; de la périnéoraphie à la suite de l'accouchement ; de la dilatation du col, de son incision, etc.

Ce sont des actes qui font partie de la pratique courante, que tout médecin doit être à même d'effectuer, et qui doivent en conséquence y figurer. N'ont été conservées dans la nouvelle Nomenclature que les grandes interventions qui représentent de véritables opérations chirurgicales : Les Césariennes, les Embryotomies, et le Traitement chirurgical des phlébites puerpérales.

Le *Journal Officiel* s'exprime d'ailleurs ainsi à ce propos : *Les actes accomplis habituellement par le médecin, tels que l'application de forceps, sont considérés comme relevant de la nomenclature de la pratique médicale courante.*

Chaque Syndicat départemental devra donc intégrer ces interventions dans le Tarif annexé aux conventions qu'il a signées avec les Caisses.

Le chiffre-clé varie en effet par régions, et c'est une question qui doit être réglée régionalement. Quant aux coefficients, on s'inspirera de ceux qui figurent à la première Nomenclature pour les fixer.

Il doit être entendu que les notations portées sur la feuille maternité doivent permettre à l'accouchée d'être remboursée de la part de responsabilité obstétricale de la Caisse à laquelle elle est affiliée (soit personnellement, soit comme femme d'assuré). Que le médecin soit appelé par une sage-femme pour terminer un accouchement par une application de forceps, ou que ce soit

lui-même qui accomplisse la totalité de l'accouchement, l'application de forceps *acte isolé*, s'ajoutera donc à l'accouchement *prix global*.

Dans la première éventualité, la sage-femme porte sur la feuille maternité l'indication de l'accouchement simple. De son côté, le médecin porte sur la feuille maladie, réclamée dès que son intervention devient nécessaire, l'indication convenue, qui pourrait être ACC. ou bien OBS. avec le coefficient adopté.

Si le médecin fait tout lui-même, — assistance complète et exclusive, et intervention — je présume qu'il agira de même, remplissant cette fois chacune des deux feuilles (maternité et maladie).

Le praticien (médecin ou sage-femme), en régime d'entente directe, se fait honorer par l'accouchée selon le tarif syndical de son département. Mais il est évident que l'accouchée devra, de son côté, recevoir de la Caisse le remboursement correspondant aux divers actes techniques effectués.

La nouvelle Nomenclature, éditée par la Confédération des Syndicats médicaux, se trouve à son siège social, 95, rue du Cherche-Midi (1).

G. DUCHESNE.

II

Les rechutes, au cours des six mois durant lesquelles sont dues les prestations

Comment faut-il comprendre la période de six mois pendant laquelle les prestations sont dues pour la même maladie, la rechute survenant moins de deux mois après ?

Voici la réponse qu'a bien voulu faire à cette question ; notre distingué confrère le Dr HILAIRE, de la Confédération des Syndicats médicaux :

Première rechute :

Pour qu'il y ait rechute, au sens de la loi, il faut :

1° qu'il s'agisse, médicalement parlant, de la même maladie ;

2° que la période écoulée depuis la première guérison ne dépasse pas 2 mois.

Le malade en état de rechute a droit aux prestations pendant la période qui reste à couvrir sur les 6 mois.

Si, pendant les 2 mois qui suivent la première guérison, l'assuré est atteint d'une autre maladie, cette maladie nouvelle lui ouvre droit à nouveau à 6 mois de prestations.

Si la reprise de la maladie primitive a lieu plus de 2 mois après la première guérison, elle est considérée comme maladie nouvelle et elle ouvre droit également à 6 mois de prestations.

Dans tous les cas, l'assuré est en règle de ses cotisations, quel que soit le temps écoulé entre la guérison et la rechute ou la maladie nouvelle, car les journées de maladie indemnisées comptent comme journées de cotisations.

Rechutes ultérieures :

Trois cas sont à considérer :

a) La deuxième rechute survient plus de 2 mois après la deuxième guérison : alors, c'est, légalement, une nouvelle maladie et non une rechute.

Exemple : Maladie primitive du 1er janvier au 31 mars. Droit aux prestations : 3 mois.

Etat de guérison du 1er avril au 15 avril.

Première rechute du 15 avril au 15 juin. Droit aux prestations : 2 mois.

Etat de guérison du 15 juin au 31 août.

Deuxième rechute du 1er septembre au 18 février. Droit aux prestations : 6 mois.

b) La deuxième rechute survient moins de 2 mois après la deuxième guérison : peut-on dire qu'elle est la continuation d'une maladie primitive, la première rechute étant considérée comme maladie primitive par rapport à la deuxième rechute ? Non, car d'abord ce serait torturer le texte. Et ensuite, ce serait ouvrir la porte à des prestations indéfinies, tandis que le paragraphe 8 a voulu évidemment instituer une limitation.

En effet, il serait facile à un chronique de reprendre son travail chaque fois pendant un temps très court, quelques jours, et de faire durer ainsi la maladie indéfiniment.

Le même reproche ne peut pas être adressé à l'exemple pris sous le § a) : car ici, le travail doit être repris pendant plus de 2 mois, ce qui suppose une guérison au moins temporaire.

c) La deuxième rechute peut survenir moins de 2 mois après la *première guérison* en cas de première rechute très courte, et de deuxième rechute survenant très rapidement.

Exemple : Maladie primitive du 1er janvier au 31 mars.

Droit aux prestations : 3 mois.

Etat de guérison du 1er au 15 avril.

Première rechute du 15 au 30 avril.

Droit aux prestations : 15 jours.

Etat de guérison du 1er au 15 mai.

Deuxième rechute le 16 mai.

Droit aux prestations : ?...

On peut soutenir que le droit aux prestations n'est pas épuisé : s'il n'y avait pas eu la première rechute, et si la guérison avait duré du 1er avril

(1) Prix : 3 fr. sur place. Franco par poste : 3 fr. 50.

au 15 mai, à cette date du 15 mai, l'assuré pouvait entrer en rechute avec droit aux prestations.

C'est ici que les grammairiens épiloguent. Pour moi, je m'en tiendrais au texte, qui dit : « toute rechute » — c'est-à-dire la rechute quelle qu'elle soit — et non pas « toutes rechutes », et je refuserais le droit aux prestations pour la deuxième rechute, même dans ce cas.

Dr HILAIRE.

Cette consultation est à rapprocher des Réponses ministérielles publiées dans le *Concours Médical*, p. 3624 et 3625.

Je dois dire que je ne suis pas absolument convaincu que ces diverses interprétations de l'art. 4 (§ 8) soient conformes aux intentions du législateur. Et je persiste à croire en effet, qu'il y a encore place pour quelque épilogue des grammairiens.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

I

Hospitalisation — Entente directe

Depuis quelques années, un hôpital de petite ville n'a pas de médecin attitré : tous les praticiens de la localité et les chirurgiens ou spécialistes des villes voisines peuvent venir soigner, opérer, suivre leurs malades.

S'agit-il de clients indigents, le médecin ne réclame aucun honoraire, ou se fait payer par le service départemental d'assistance médicale, comme si le client était soigné à domicile.

S'agit-il de malade non-indigent, le praticien s'entend directement avec lui, débat librement le quantum d'honoraires, qu'il recouvre directement, à ses risques et périls, sans que l'administration hospitalière intervienne, en quoi que ce soit.

Cette situation paraît donc être à l'avant-garde du progrès : au lieu de transformer l'hôpital en une entreprise publique de soins, la Commission administrative de l'établissement se contente d'assurer l'hospitalisation proprement dite, c'est-à-dire qu'elle gère un établissement qui reçoit des malades, comme le ferait un hôtel spécialisé, ou une maison de santé privée.

Pour elle, aucune responsabilité en ce qui concerne le service médical ; le personnel infirmier est mis à la disposition des médecins, lesquels soignent, opèrent, sous leur entière garantie et se font honorer, comme ils le peuvent et par qui peut payer.

Certes, pareille innovation paraîtra révolutionnaire aux yeux de ceux qui restent attachés aux errements du passé, surtout lorsqu'on envisage la loi d'Empire du 7 août 1851, loi d'autorité, qui subordonne entièrement le corps médical à la commission administrative.

Mais, en vertu de l'autonomie de chaque hôpital, la situation pourrait rester intacte, donnant satisfaction à tous : malheureusement, intervient l'application de la législation des assurances sociales, qui force ledit hôpital à soumettre, pour approbation, une convention avec les caisses.

Il nous est, dès lors, posé un certain nombre de questions, auxquelles nous allons répondre tour à tour.

Tout d'abord, quelle est la situation juridique exacte de ce *modus faciendi* ? Le règlement de l'hôpital est muet, en ce qui concerne le service médical, ou plutôt n'autorise pas explicitement les médecins à percevoir directement leurs honoraires : cette pratique dérive de l'habitude et d'une tolérance tacite.

Cette situation n'a rien d'illicite : Si nous nous rapportons à la loi du 7 août 1851, nous voyons que l'article 8 fait une obligation à la commission administrative de soumettre à l'approbation préfectorale son règlement de santé.

A l'article 14, nous voyons proclamer pour la commission, le droit de nommer elle-même ses médecins.

Mais constatons que nulle part, la loi n'oblige la commission administrative à avoir un corps médical particulier : elle peut très bien laisser tous les praticiens locaux libres de soigner leurs clients à l'hôpital, pourvu que la discipline intérieure soit respectée.

Le règlement modèle, actuellement en vigueur, publié par la circulaire du Ministre du Travail, en date du 31 mars 1926, spécifie encore, en son article 11, que les médecins sont nommés directement par la commission administrative. Les articles 12, 13 et 14 déterminent quelques obligations, qui d'ailleurs, comme la déclaration des maladies contagieuses, s'imposent à tous les praticiens sans exception.

Mais, des termes de ces textes législatifs et réglementaires, nous ne voyons nulle part, pour la commission administrative, l'obligation d'avoir un service médical spécial : le concours de tous les praticiens peut donc être autorisé, ou sollicité. La loi laisse la liberté, pourvu que les malades soient bien soignés.

Malheureusement, dans le cas qui nous occupe le règlement hospitalier ne mentionne pas l'au

torisation donnée à tous les médecins de se faire honorer librement et directement par qui peut payer. Un écrit eut mieux valu qu'une habitude établie, reconnue et respectée de part et d'autre.

Or, l'hôpital en question a traité avec les caisses d'assurances sociales : la convention est soumise à l'approbation de la commission départementale, instituée par le paragraphe 5 de l'article 7 de la loi du 30 avril 1930. L'approbation peut-elle être refusée, motifs pris que ce règlement d'hôpital diffère de l'ensemble des autres règlements et parce que certains médecins n'ont pas été choisis, au détriment d'autres, pour soigner exclusivement les malades hospitalisés ?

N'y aurait-il pas contradiction avec les termes de la circulaire des ministres du Travail et de la Santé publique, en date du 1er octobre 1931 ?

Personnellement, je ne le crois pas. Les ministres reconnaissent l'entente directe comme parfaitement valable, dans le cas où, par le règlement l'hôpital, elle serait prévue pour tous les malades payants, tant en salle commune qu'en salles et chambres particulières.

Je sais bien que cette entente directe est vue d'un très mauvais œil, tant au ministère qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique : nos milieux administratifs ne se sont pas encore suffisamment adaptés à l'esprit de liberté et de libéralisme modernes ; la décentralisation est souvent une image, pas autre chose.

Malgré nous, nous restons imprégnés de cet esprit d'autoritarisme centralisé, le besoin de tenir en tutelle les organismes publics.

On a tendance à vouloir établir un système uniforme, en ce qui concerne le service médical de tous les hôpitaux de France et, sous des prétextes divers, on accepte difficilement de reconnaître, pour collaborateurs, placés sur un pied d'égalité, ces mêmes médecins que, jusqu'ici, la commission administrative de l'établissement considère comme des employés supérieurs.

Quoi qu'il en soit, en raison des termes mêmes de ladite circulaire du premier octobre 1931, l'entente directe est admise, lorsque le règlement intérieur de l'hôpital la reconnaît et alors que ce règlement a dûment été autorisé par le préfet.

Malheureusement, dans le cas qui nous est soumis, il ne semble pas que le règlement de l'hôpital comporte pareille latitude de tractations entre médecins et malades. Par suite, le préfet n'a pas été appelé à donner son approbation.

On peut invoquer les usages, en vigueur depuis de nombreuses années, d'autant que si ces usages sont considérés comme une innovation plus ou moins dangereuse, aux yeux de l'administration, ils donnent cependant toute satisfaction aux parties intéressées : la commission administrative de l'hôpital, qui est déchargée de tout souci pécuniaire, vis-à-vis des médecins ; ces derniers, qui sont honorés à leurs risques et périls, et surtout les malades qui se font soigner par qui ils veulent et qui peuvent librement débattre les frais occasionnés par leur maladie.

J'estime donc que la situation de fait, qui nous est soumise, est parfaitement respectable et qu'elle doit être admise par la commission départementale des assurances sociales. Seul, le préfet aurait le droit de faire savoir à la commission administrative que cette dernière a oublié de mentionner cette situation médicale de liberté, dans son règlement et que celui-ci n'a pas été, en son temps, approuvé sur cet unique point.

Il est vrai qu'on peut également reprocher a l'administration préfectorale d'avoir approuvé un règlement hospitalier, sans s'être aperçue de la lacune, qui existait concernant le service médical.

Une autre modalité pourrait être envisagée : personnellement, je suis d'avis de transformer la désignation des médecins d'hôpitaux ; au lieu et place d'une nomination unilatérale, d'un contrat d'accession, aux termes duquel les médecins doivent adhérer entièrement, je donne la préférence à une convention bilatérale, conclue entre l'hôpital et les médecins du lieu, représentés, si possible, par leur syndicat.

Ces praticiens de la localité prennent la charge et la responsabilité du service médical de l'hôpital ; ils s'arrangent entre eux, pour que le service soit toujours assuré ; c'est en quelque sorte un contrat d'entreprise : l'hôpital fournit aux malades l'hospitalisation proprement dite, l'hôtel pour malades ; il procure un personnel infirmier, entretient la salle d'opérations, etc.

De leur côté, les médecins donnent leurs soins gratuits pour les indigents (ou se contentent d'une faible rémunération annuelle), mais restent libres de se faire payer par qui peut payer.

J'ai, personnellement, rompu souvent des lances, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour faire peu à peu admettre la non-illégalité et la supériorité de ce système. Mais la résistance est dure, tellement est ancré l'esprit d'autoritarisme et de concentration.

Pourquoi, dans le cas présent, les médecins de la localité, représentés par l'un d'eux, ou par un délégué du syndicat, dûment mandaté, ne contracteraient-ils pas avec la commission administrative de l'hôpital, sur les bases que je viens d'ébaucher ?

Cette convention collective serait ensuite opposée à tous ceux qui entendraient obliger l'hôpital à avoir des médecins nommés par lui, ayant seuls le monopole des soins, dans l'établissement, aux riches comme aux pauvres ?

Cette convention aurait surtout, pour un de ses buts, de préciser la responsabilité de l'hôpital, au point de vue des honoraires.

Lorsque l'établissement ne dispense que l'hospitalisation proprement dite, laissant entièrement en dehors les soins médicaux, chirurgicaux et de spécialité, le praticien n'a comme responsable de ses honoraires que son seul malade, absolument comme en matière de droit commun.

A lui de prendre toutes garanties de paiement, comme cela se passe, lorsqu'un malade de ville se fait opérer dans une maison de santé.

Mais, lorsque la commission administrative accepte, moyennant un prix de journée forfaitaire, de dispenser l'hospitalisation, plus les soins médicaux, elle reste responsable de ces derniers, par rapport aux médecins de l'établissement, qui, pour se faire honorer, doivent passer par le canal de l'économat de l'établissement.

Aussi, la convention collective, qui interviendrait entre les médecins de la localité et la commission administrative de l'hôpital, devrait-elle prévoir si, restant libres du choix de leur médecin, les malades hospitalisés sont responsables (sauf dans le cas d'A. M. G., d'accidents du travail, et de pensionnés de guerre) des honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités, ou si ces honoraires sont réclamés par l'économat de l'hôpital, soit parce qu'ils sont compris dans le prix forfaitaire de journée d'hospitalisation, soit parce qu'ils sont fixés par l'hôpital, en sus du prix de journée et en conformité des chiffres arrêtés d'un commun accord entre l'administration hospitalière et le corps médical hospitalier.

Je suis bien certain que de nombreuses difficultés seraient évitées, si l'administration ne voulait pas mettre dans le même cadre tous les règlements et toutes les tractations.

Si une plus grande liberté était laissée aux parties en présence, comme en droit commun, l'administration bornerait son rôle à celui d'arbitre, toutes les fois qu'une difficulté de rédaction surgirait.

La convention établie, les difficultés relèveraient des tribunaux de droit commun, ou de commissions arbitrales, instituées à cet effet.

Malheureusement, le mot « Liberté » est bien gravé sur nos monuments publics, mais bien peu sont en France susceptibles d'en comprendre la portée, ni d'en appliquer l'esprit et les principes.

Dr Paul BOUDIN.

II

Révocation d'une sage-femme d'hôpital

Une sage-femme exerçant dans une maternité d'hôpital et faisant de la clientèle en ville, mais n'ayant aucun contrat avec l'administration de l'hôpital, peut-elle être renvoyée, pour un motif quelconque, sans faute grave de sa part ?

Dans les archives du « Sou médical », nous trouvons un arrêt du Conseil d'Etat, du 15 décembre 1922 (*Concours médical* 1924, 2691) précisant les droits des sages-femmes des hôpitaux.

« Considérant, dit cet arrêt, que l'article 14 de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, dispose que la commission administrative nomme les médecins et chirurgiens, mais ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet ;

« Que les sages-femmes, dont la profession est réglementée par la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, doivent bénéficier des garanties assurées aux médecins et chirurgiens par l'article 14 précité ;

« Qu'il résulte de l'instruction que la délibération attaquée, portant révocation de la dame C. de ses fonctions de sage-femme de la maternité d'Autun, n'a pas été prise, ainsi que l'exige ledit article 14, avec l'approbation du préfet ;

« Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, tous les fonctionnaires civils et militaires ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents, composant leur dossier, avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ;

« Qu'il résulte de son propre rapport que la commission d'enquête désignée par la commission administrative a refusé de communiquer à la requérante les pièces concernant son honorabilité et qui devaient nécessairement figurer à son dossier ;

« Qu'il suit de là que la dame C. est fondée à soutenir que la délibération de la commission administrative des hospices d'Autun a été prise en violation des dispositions de lois ci-dessus rappelées et à demander l'annulation pour excès de pouvoir ;

« Décide : la délibération susvisée est annulée ».

Or, qu'il y ait contrat écrit ou non, le fait, pour un praticien, médecin comme sage-femme, d'exercer son art dans un hôpital, depuis des années, comporte une nomination par la commission administrative de l'établissement, nomination qui doit figurer en son temps au procès-verbal d'une réunion de la commission administrative.

Il en résulte qu'il s'agit maintenant de connaître les termes de cette nomination, ou ceux du règlement de santé de l'établissement. Pour combien de temps la sage-femme est-elle nommée ? Si le règlement de santé est muet sur ce point, il ne doit pas l'être pour les autres prati-

ciens de la loi de 1892, les médecins, en particulier. Ceux-ci sont-ils nommés pour un temps fixé par le règlement ? Y a-t-il une limite d'âge, qui détermine la cessation de leurs fonctions ?

En second lieu, quels sont les motifs invoqués pour prier la sage-femme de cesser ses fonctions à l'hôpital ?

Sont-ce des motifs de service intérieur ? réorganisation, suppression, rattachement de la maternité à un autre service de chirurgie, de gynécologie, dirigé par un chirurgien ?

Sont-ce des motifs de discipline intérieure, des fautes dans le service, ou des questions d'ordre scientifique et professionnel ?

Quoi qu'il en soit, il y a contrat entre la sage-femme et la commission administrative de l'hôpital, du fait que celle-ci accepte le service de ladite sage-femme et même doit lui allouer une indemnité annuelle, ou mensuelle pour ledit service.

Ce contrat ne peut être interrompu que pour des motifs graves, qui sont soumis à l'appréciation du préfet, à la suite de la communication du dossier à la sage-femme.

De plus, avant d'approuver, ou non la révocation, le préfet doit soumettre le dossier au Ministre, ainsi que le lui enjoint la circulaire ministérielle (Intérieur) du 3 décembre 1970, rappelée dans la circulaire du 31 mars 1926, article 11 (commentaires du Ministre du Travail).

Cependant, dans les commentaires de l'article 17 du règlement modèle des hospices et hôpitaux (circulaire ministérielle du 31 mars 1926) le ministre rappelle que le conseil supérieur de l'Assistance publique n'a pas cru devoir soumettre la révocation des sages-femmes des hôpitaux à l'agrément du préfet, comme cela existe pour les médecins. Seul l'avis du médecin accoucheur, chef du service, est requise.

Il y a donc contradiction entre les termes de ce règlement modèle et ceux de l'arrêt précité du Conseil d'Etat. Nul doute qu'en cas de révocation d'une sage-femme, sans approbation préalable du préfet et sans communication du dossier à l'intéressée, si celle-ci et son syndicat formaient un recours en Conseil d'Etat, contre la délibération de révocation, la haute assemblée n'hésiterait pas à confirmer sa jurisprudence antérieure.

Voici ce que je puis répondre en droit à la question posée ; mais les situations de fait peuvent avoir grande importance, formant les motifs de révocation.

Dr Paul BOUDIN.

LES ABUS DES HOSPITALISATIONS

Lettre ouverte aux Confrères chirurgiens et Spécialistes de Province

LE MAL.

Les centres provinciaux en dehors des villes de Faculté comptent en général plusieurs spécialistes qui peuvent aisément y travailler : l'entente se fait le plus souvent entre eux et tout serait pour le mieux s'il n'y avait pas de *fuites*.

Nous entendons par là les malades allant se faire opérer dans les grands centres : nous ne parlons pas de ceux qui, par leur fortune, ont recours aux bistouris renommés de la capitale, et même de ceux qui nous préfèrent des collègues de Paris, ou d'un autre centre ; ceci est absolument normal, on ne peut pas contenter tout le monde et ... son père !

Mais ce qui est plus fréquent, plus dangereux et absolument injuste, c'est l'exode vers les hôpitaux des villes, de malades pouvant payer leur intervention et opérés dans ces hôpitaux presque gratuitement.

L'un de nous a recueilli en un mois 16 cas, de malades riches, qui ont été opérés à Paris *en payant simplement un petit prix de journée*, et rien, pour l'intervention. Nous pouvons ajouter un nombre considérable de malades qui vont aux consultations des yeux à Rothschild ou aux Quinze-Vingts : aux consultations d'oto-rhino à Lariboisière. Passerait encore pour une consultation, mais souvent, les malades sont en traitement suivi dans un de ces hôpitaux nous trouvons cela inadmissible.

LA CAUSE.

Cette poussée vers Paris se fait dans les hôpitaux de l'Assistance : il est facile de trouver l'amie d'une amie qui connaît quelqu'un à Lariboisière, ou le cousin d'une voisine qui s'offre à vous donner le tuyau. Pour quelques jours, on se dit habitant Paris, on donne un certificat fourni par un concierge après un bon pourboire.

L'enquête qui devrait être faite est absolument inexistante.

Des gens très fortunés se font ainsi opérer en payant moins de 500 fr. pour une très grosse opération. Certains hôpitaux privés agissent encore mieux avec des rabatteurs de choix : gros industriels, barons et comtesses authentiques. Ceux-ci, sous le masque de la philanthropie, envoient dans ces hôpitaux des malades ayant une situation de fortune qui leur permettrait de payer l'intervention ; là encore, comme toujours, la philanthropie se fait sur le dos des médecins.

Les malades reviennent de Paris et font de la réclame pour l'établissement hospitalier où ils ont été

opérés pour un prix minime. En même temps, nous spécialistes, qui avons demandé un prix plus élevé et cependant raisonnable, c'est tout juste si on ne nous traite pas de voleurs, d'exploiteurs de la « misère humaine ».

Depuis un an, ces pratiques se font de plus en plus couramment, et surtout pour des *gens riches.*

Les moins fortunés échappent par un autre procédé ; celui de l'admission temporaire à l'A. M. G. Le Maire inscrit le malade à opérer à l'A. M. G., souvent même après l'entrée à l'hôpital payant (le malade ayant fait un versement). Le malade sorti, rembourse la dépense de l'A. M. G., la commune ne perd rien ; il n'y a qu'une personne lésée, le médecin comme par hasard.

Nous sommes certains que bon nombre de confrères, chirurgiens ou spécialistes, ont à pâtir de cet état de choses. Qu'ils veuillent bien nous écrire, nous *centraliserons* leurs doléances, et ensemble, nous prendrons les mesures nécessaires, faciles pour les hôpitaux de l'Assistance où l'on nous entendra, car même les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont besoin de gagner leur vie, et ils trouveraient préférable d'opérer certains de ces malades dans les cliniques, plutôt qu'à l'hôpital. Pour les hôpitaux particuliers, ce sera plus difficile. Nous compterons sur la loyauté de nos collègues et confrères qui comprendront facilement que leur intérêt sera en jeu également plus tard.

A l'allure où cette coutume marche, elle tendra à se généraliser, et alors, nous n'aurons plus qu'à accepter l'uniforme avec une casquette sur laquelle nous broderons des initiales variables entre deux caducées.

Chirurgien départemental
(C. D.)

Oculiste de l'hôpital du baron R.
(O. H. B. R.)

Pédiatre de Madame la Comtesse de P.
(P. C. P.)

Petit à petit, nous perdrons la plus belle qualité de notre profession, l'indépendance, pour devenir des fonctionnaires, et même des domestiques de pseudo-philanthropes.

Il faut agir vite : chercher ensemble une solution à ce problème. *Confrères donnez votre avis.*

Toutes les lettres pourront être adressées au Dr Baranger, oto-rhino-laryngologiste, Beauvais (Oise)

Remèdes.

Voici les remèdes que nous préconisons :

1) Faire accepter par les commissions administratives des hôpitaux le texte suivant :

Tout malade n'étant pas inscrit à l'A. M. G. doit payer, outre les frais de séjour, une somme variable suivant l'intervention à subir et établie d'accord avec les spécialistes de l'établissement.

La presque totalité de ces malades sont aujourd'hui des assurés sociaux, ce qui facilite le problème. (un nouveau barème va être mis instamment en vigueur.)

2) Ne pas accepter à l'hôpital des gens pouvant payer l'intervention en clinique, et aucune intervention à l'hôpital ne doit dépasser 2.500 fr. (exception faite pour les lits de cliniques annexées à l'hôpital). Si, par erreur, un malade de cette catégorie entre à l'hôpital, lui appliquer le tarif de clientèle, tant pour le prix de séjour que pour le prix de l'intervention.

3) Les *assurés sociaux*

Paieront, outre le prix de journée de l'hôpital, le montant de l'opération suivant la nomenclature de la Confédération des syndicats français.

4) Pour les consultations, même règlement.

Médecine générale tarif syndical : C-15 fr.
Chirurgie et spécialités : K-25 fr.

5) Pour les renseignements sur la situation des malades non indigents, on pourra :

1° Demander des renseignements confidentiels au Maire de la commune ou au commissaire de police dans les villes.

2° Exiger un extrait du rôle d'impôts payés par le malade.

En cas de réclamation justifiée du malade, le Conseil d'administration de l'hôpital, d'accord avec les médecins, pourra faire remise de la totalité ou d'une partie du prix de l'intervention.

Ainsi, le libre choix du malade sera respecté, les nécessiteux seront toujours soignés gratuitement pour l'honneur de notre profession, mais ceux qui peuvent payer paieront suivant leurs moyens et les pseudo-philanthropes se feront moins de popularité sur le dos des éternels sacrifiés : Les médecins.

Dr M. Le Paumier
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien,
Beauvais

Dr Baranger.
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Oto-rhino-laryngologiste,
Beauvais.

***

Cet appel est parfaitement justifié. Il est, en vérité, déplorable que l'hôpital public destiné originairement aux pauvres, se soit transformé en maison de santé payante ouverte à tous les malades *sans distinction* de classe sociale et de fortune.

C'est, en outre, une sorte d'iniquité, en ce que l'hôpital, absolument public, bénéficiant d'une situation privilégiée au point de vue fiscal et économique, fait ainsi la concurrence, et une concurrence déloyale, aux cabinets médicaux privés et aux maisons de santé médicales particulières.

Cela ne devrait pas être possible. Cela ne le serait pas si le personnel médical des hôpitaux, notamment à Paris, s'affranchissait, sur ce point spécial de la tutelle administrative, et s'accordait pour refuser de soigner dans ses divers services tout malade dont la situation est supé-

rieure à l'échelon le plus élevé légitimement bénéficiaire de l'hospitalisation.

Il serait à souhaiter que l'initiative de nos confrères fût couronnée de succès et qu'ils réussissent à grouper autour d'eux un nombre imposant de chirurgiens et de spécialistes qui puisse appuyer efficacement leur effort.

Une seule réserve : le relèvement du chiffre-clé pour les honoraires à l'hôpital des soins donnés aux assurés sociaux, actuellement fixé à la moyenne de *trois francs*, doit évidemment être recherché. Mais c'est chimère, à mon sens, que d'espérer qu'il pourra atteindre un jour le taux des soins à domicile.

Ce point particulier mis à part, en avant pour la limitation de l'hospitalisation à ses seuls ayants droit. *Sursum corda !*

G. Duchesne.

LA LOI GARANTIT-ELLE LE LIBRE CHOIX, DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE-MATERNITÉ OBLIGATOIRE ? (1)

Dr Ch. Dévé

Concernant les conditions de l'attribution des prestations maternité, la Caisse primaire de la Fédération mutualiste de la Seine a donné à ses membres des « instructions générales », en application du paragr. 6 de l'art. 9 de la loi du 30 avril 1930.

Ces instructions méritent de retenir tout particulièrement notre attention, d'autant plus même que leur examen nous oblige à envisager la question qu'elle pose, *celle du Libre choix*, dans le fonctionnement de l'*assurance-maternité obligatoire, en général.*

En même temps que tous les médecins, syndiqués ou non, ces instructions intéressent aussi, et de façon toute spéciale, d'une part la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, parce que quelques-unes de ces instructions ne s'accordent en aucune façon avec la loi, une autre, même, tombant nettement sous le coup de la loi; d'autre part, la Confédération des Syndicats médicaux français se trouve directement intéressée en cette affaire, parce que le paragr. 6 de l'art. 9, invoqué par la caisse, me paraît susceptible de remettre en question la collaboration du Corps médical au fonctionnement de la loi des Assurances sociales.

Dans ses instructions, la Fédération mutualiste de la Seine fait manifestement litière du Libre choix, auquel nous tenons formellement, non par égoïsme — il ne faut pas cesser de le répéter — mais parce qu'il importe grandement aux malades.

Si la Caisse n'impose pas encore *ses médecins* aux assurés sociaux, — et nous savons que tel est le but qu'elle veut atteindre — elle cherche à leur imposer — en attendant mieux — des organisations médicales *qui aient son agrément* : c'est ainsi qu'elle a dressé une liste de « consultations prénatales » et c'*est sur cette liste*, pas ailleurs, que les assurés sociaux de cette Caisse sont habilement incités à choisir la consultation *où la Caisse veut* que leur grossesse soit surveillée. La Caisse veut bien condescendre, cependant, à ce que les assurés sociaux « consultent auprès de *spécialistes qualifiés* » : encore subordonne-t-elle, dans ce cas, l'attribution des indemnités journalières « *à la décision de sa commission médicale* ».

Je souligne le terme de « spécialistes » *qui élimine en bloc*, semble-t-il, *la masse des médecins non spécialisés.* Alors que nous ne savons pas encore sur quelles données établir la qualité de spécialiste, la Caisse est bien plus avancée que nous : elle est même très avancée, puisque, parmi ceux qu'elle considère pourtant comme « spécialistes », elle distingue encore entre ceux qu'elle estime « *qualifiés* » et ceux qu'*elle ne juge pas tels.*

Donc, Libre choix restreint, *caricature de Libre choix*, pour les consultations prénatales ; pour l'accouchement, en cas d'hospitalisation, tentatives de pression sur les assurés pour les amener à renoncer au libre choix (v. note au bas de la colonne 3.)

Même caricature de libre choix, après la naissance : les primes d'allaitement et les bons de lait *ne peuvent être accordés que si* l'enfant est surveillé dans « *une bonne consultation de nourrissons* » *agréée par la Caisse* : et il ne peut y avoir de « *bonnes consultations de nourrissons* » que celles-là. Il n'est même plus fait d'exception en faveur des « spécialistes qualifiés » pour donner des conseils dans ces « bonnes consultations » : ils redeviennent inaptes à donner de bons conseils, du moment qu'ils les donneraient en ville, dans leur cabinet (1).

Quelle justification la Fédération Mutualiste

(1) Communication faite le 4 décembre 1931 au Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne.

(1) Il n'est peut-être pas inutile de noter ici que loin de prêcher pour mon saint, je ne m'occupe plus des mères ou des nourrissons, après les relevailles.

peut-elle invoquer à l'appui de pareilles instructions ?

1° La loi du 30 avril 1930 (art. 9) ;

2° Le règlement d'administration publique qui la commente (*J. O.* du 20 juillet 1930).

3° Le règlement-type d'administration intérieure pour Caisses primaires d'Assurances sociales (*J. O.*, 20, 21 et 23 août 1930, et *Médecin de France*, 1er octobre 1930, p. 775).

4° La Circulaire du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale du 21 mars 1931 (*J. O.*, mars 1931 et *Médecin de France*, 15 avril 1931, p. 286).

1° La loi du 30 avril 1930 (art. 9).

Dans son paragr. 1, cet article dit :

Art. 9, paragr. 1. — « Au cours de la grossesse et « des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et « la femme de l'assuré bénéficient des prestations « médicales et pharmaceutiques *dans les conditions* « et limites fixées par les art. 4 et 5 » (1). (Ce sont ceux qui régissent l'assurance-maladie).

Cherchons-y ce qui est dit concernant le libre choix. L'art. 4, paragr. 2 porte : « *L'assuré choisit librement son praticien* ».

Sur le sens et la portée de ces six mots (le paragr. 2 n'en comporte pas d'autres) pas d'équivoque possible. La cause serait donc entendue si, dans son paragr. 6, l'art. 9 ne portait ceci :

« Art. 9., paragr. 6.— « Le payement des allocations « ci-dessus visées est *subordonné à l'observation*, par « la bénéficiaire, des *prescriptions* qui doivent être « *faites par la Caisse*, *notamment* en ce qui concerne « les visites périodiques à domicile et la fréquentation « régulière des *consultations maternelles* et des *con-* « *sultations de nourrissons*. »

La Caisse pense trouver dans l'expression « *consultations maternelles* » la justification des trois examens que, sous le nom de « *consultations prénatales* », elle prétend imposer, de la façon très particulière que vous savez : une telle interprétation du paragr. 6 me paraît très discutable, pour le moins.

La loi ne mentionne, en effet, les « consultations maternelles » au paragr. 6 (pour la première fois) que comme une des conditions du payement des primes d'allaitement (visées au paragr. 4) et les bons de lait (visés au paragr. 5) et n'en fait nulle mention pour ce qui précède la naissance.

Je sais bien que cette interprétation n'est pas celle du Sénateur Strauss, pour lequel il y a synonymie complète entre les deux expressions : consultations maternelles et consultations prénatales. Dans une revue adressée à tous les médecins, le Sénateur Strauss, parle en effet de « 309 consultations maternelles ou *prénatales* » qui existeraient en France (*Art et Médecine*, 1931, n° 8 p. 12) (il faut avouer que ce serait bien insuffisant pour surveiller la grossesse de toutes les assurées de France !) Je sais bien aussi que de bons esprits médicaux pourraient n'être pas éloignés de penser que la Caisse mutualiste interprète bien le paragr. 6 de l'art. 9 quand elle estime que ce paragraphe englobe aussi les consultations prénatales. Si une telle interprétation était exacte, l'atteinte au Libre choix serait encore plus étendue que je ne le pense, car *c'est pour toute la grossesse non pathologique* — accouchement y compris probablement — que *le Libre choix serait légalement retiré aux assujetties.*

Jusqu'à preuve du contraire, je considère que c'est à tort — parce qu'illégalement — que la Caisse attente au Libre choix des accouchées, *en ce qui concerne les « Consultations prénatales* (l'art. 35 du Règlement d'administration publique, cité plus bas, semble corroborer mon opinion). Par contre, *le paragr. 6 porte une* ATTEINTE INDISCUTABLE *au Libre choix*, puisqu'il oblige les accouchées à se faire surveiller, non au cabinet de leur médecin *mais dans une consultation de nourrissons*, sous peine de perdre leur droit aux avantages prévus au paragr. 4 et 5 de l'art. 9 (1).

2° Le règlement d'administration publique.

Ce règlement est muet sur le Libre choix, en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, ce qui ne peut surprendre, l'art. 4, paragr. 2 de la loi étant formel. Sur les allocations après l'accouchement, voici ce qu'il porte dans son art. 35 :

« Art. 35. — « *Les justifications à produire*, pour « avoir droit aux *primes d'allaitement et aux bons de* « *lait*, par les assurées qui allaitent complètement « leur enfant, et par celles qui ne peuvent l'allaiter « que partiellement, *sont déterminées par le règle-* « *ment de chaque caisse*, conformément aux dispositions du règlement-type, arrêté par le ministre du « Travail. »

(1) Par cette énumération nettement limitative, le législateur a donc voulu affranchir l'assurance-maternité des dispositions de l'art. 6 de la loi. Mais cela n'empêche pas la Fédération mutualiste de la Seine d'établir, dans ses « Instructions générales » une distinction entre les « consultations prénatales *agréées par la Caisse primaire* »..... et les autres. Dans les premières, « une prime d'assiduité » (*sic*) de « dix francs » est accordée « à chacune des visites ». Mais « les consultations données *en dehors* « *des dispensaires agréés* ne donnent pas droit à la prime d'*assiduité* de dix francs ». Même disposition d'esprit, en ce qui concerne l'hospitalisation : « 1° Hôpital ou Maison de maternité *non agréés* « *par la Caisse primaire : pas d'indemnité d'hospitali-* « *sation* ; 2° Hôpital ou Maternité *agréés par la Caisse* « *primaire* ; indemnité d'hospitalisation. »

(1) Il ne faudrait pas croire que l'expression « consultation *de* nourrissons » englobe les consultations couramment données par les praticiens *aux* nourrissons. La dénomination de « consultations de nourrissons » appartient en propre, et *exclusivement*, à l'organisme imaginé par le Prof. Budin : elles sont au nombre de 3.715 pour toute la France (Strauss, *loc. cit.*).

En ce qui concerne les primes d'allaitement et les bons de lait — mais à l'exclusion, semble-t-il, des consultations prénatales, — l'art. 35 laisse donc toute liberté aux caisses, pour autant qu'elles se conforment aux dispositions du règlement-type.

3° Le règlement-type.

L'art. 49 porte : « ..... *La caisse* lui délivre alors » (à la femme enceinte dès qu'elle a informé la caisse de son état) « une feuille de maternité et *lui remet* « *les instructions générales auxquelles elle est tenue de* « *se soumettre* avant et après l'accouchement pour « sauvegarder son droit aux prestations (*consulta-* « *tions maternelles*, visites périodiques à domicile, « *consultations* ou visites *du médecin contrôleur de la* « *caisse, consultations de nourrissons*, repos durant « les couches, etc.). »

Je signale simplement la confusion que peut semer dans l'esprit l'expression « consultations maternelles » retrouvée ici.

D'autre part, les « *consultations du médecin contrôleur de la Caisse* » ne sont mentionnées — encore moins autorisées *ni dans la loi, ni dans le règlement d'administration publique* ; on ne peut que protester une fois de plus contre l'incompatibilité proclamée par nous entre les fonctions du médecin contrôleur et celles du médecin traitant. Qu'une pareille erreur puisse figurer dans le règlement-type, c'est un fait inconcevable et qui autorise à se demander quelle valeur il faut attacher au reste d'une pièce de l'importance, pourtant, d'un règlement-type.

Art. 53..... « L'obtention de ces primes » (d'allaitement) « est subordonnée à la *stricte observation des instructions données par la caisse.*

Art. 54. — « Les assurées et les femmes d'assu- « rés *doivent, pendant la période de leurs cou-* « *ches, se conformer* au règlement des malades « de la caisse et à l'instruction spéciale aux « femmes en couches contenues dans les *instruc-* « *tions générales relatives à la maternité.* »

Les instructions de la Caisse sont conformes, pour partie, aux dispositions de ces trois articles.

4° La circulaire du ministre du Travail (1).

« *a*) ..... (il désigne les bénéficiaires de l'Assurance-maternité).....

« *b*) CONSULTATIONS PRÉNATALES. — *Les caisses* « *ont la faculté d'organiser des consultations pré-* « *natales, soit par leurs propres moyens en faisant* « *appel à un ou plusieurs médecins*, soit en s'entendant avec des hôpitaux, des dispensaires ou des « œuvres, *qui s'en chargeront à peu de frais*, dans des « conditions comparables à celles qui sont prévues « pour les consultations externes hospitalières.

(1) Cette circulaire a déjà fait l'objet, ici, d'une critique rapide (V. compte rendu du 1er mai 1931, p. 42).

« Les caisses peuvent également, *dans leurs ins-* « *tructions générales* relatives à la maternité, *prévoir* « *l'obligation* pour les bénéficiaires de l'assurance, *de* « *fréquenter ces consultations*, ou, à défaut » (c'est-à- « dire quand les consultations de caisse n'existent « pas) « de faire suivre leur état par un praticien de « *leur* choix. » (LEUR *s'applique aux caisses*, non aux « bénéficiaires) (1).

Cet alinéa *b*) est proprement inadmissible. Mis en présence de ce texte, le secrétaire général de la Confédération, avec sa clairvoyance et sa fermeté habituelles, a rédigé séance tenante la note suivante : « Je puis annoncer dès maintenant que *cette circulaire* qui, spécialement dans le chapitre relatif aux *consultations prénatales*, *paraît ignorer l'existence des syndicats médicaux*, quant à l'organisation de ces consultations, et *aller à l'encontre du principe du libre choix*, fera l'objet, de notre part, de *protestations vives* et d'une critique extrêmement serrée ». (*Médecin de France*, 1er mai 1931, p. 336) : je ne sais quelle suite a été donnée aux protestations qu'a dû faire la Confédération.

CONCLUSIONS

De ce fatras de textes, que faut-il retenir, et quelles conclusions faut-il tirer, en définitive ?

Nous pouvons éliminer tout ce qui n'a pas force légale : restent donc la loi et le règlement d'administration publique.

De l'étude de ces derniers textes, il me paraît résulter les conclusions suivantes :

a) EN CE QUI CONCERNE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Pas de doute possible : légalement l'*assurée a le libre choix de « son praticien* ». Nous ne pouvons donc admettre les instructions de la Fédération mutualiste de la Seine *qui se réserve de refuser l'attribution* des indemnités journalières aux assurées sociales *qui ne se confieraient pas à l'une des consultations prénatales* CHOISIES PAR ELLE ; nous ne pouvons admettre davantage les instructions qui visent le cas d'hospitalisation, et qui tendent implicitement à appliquer à l'accouchement lui aussi, la restriction du Libre choix des assurées.

Cette *pression exercée* sur les assurées (elle est constituée par la possibilité du refus des indemnités) *pour les faire renoncer au Libre choix que leur donne* la Loi est absolument intolérable : *elle doit cesser.*

Intolérable, inadmissible aussi pour le Corps médical d'un pays libre, l'espèce de *consécration* que, sous couvert d'une commission médicale, (qui se couvrirait, d'ailleurs, de ridicule), la Fé-

(1) Cet alinéa *b*, aurait mérité d'être signé, non du Ministre mais de la Caisse primaire de la Fédération mutualiste de la Seine.

dération mutualiste de la Seine accorderait *à certains*, parmi les « spécialistes qualifiés », auxquels les assurés auraient tenu à se confier, malgré les sanctions éventuelles de la Caisse.

Si la Fédération mutualiste de la Seine a des raisons vraies ou prétendues de chercher à éliminer certains médecins des soins aux assurés, elle a un moyen, et elle n'en a qu'un : c'est celui que la loi indique. C'est le contrôle des médecins par le Syndicat départemental, qui légalement a seul qualité (n'en déplaise à la Caisse) pour écarter un médecin indésirable. Sur le point visé, des observations très catégoriques doivent être faites à la Caisse : nous pouvons compter, pour cela, sur la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine (seule qualifiée par la loi, pour surveiller la profession médicale en matière d'Assurances sociales).

b) Pour l'attribution des primes d'allaitement et bons de lait.

Il n'est pas douteux que la loi et le règlement d'administration publique donnent pour partie raison à la thèse mutualiste.

Mais, en fait, et en raison même de la nature de la garantie offerte aux caisses par la loi — il en était pourtant d'autres — c'est la direction et la surveillance de la diététique des nouveau-nés, que ceux-là même, souvent, qui les ont mis au monde se verront retirer, comme leur seront retirés fatalement [et pendant les neuf premiers mois au moins (1)], la prophylaxie, le diagnostic et le traitement de la majeure partie de la pathologie du premier âge, qu'elle soit digestive ou non ; seront également retirés aux médecins de ville, la prophylaxie, le diagnostic et le traitement de certains états pathologiques de la mère, consécutifs à la maternité ou révélés par elle [affections mammaires, retentissement de la grossesse ou de l'allaitement sur l'état général ou local (pulmonaire, par exemple), la syphilis chez la mère (comme chez l'enfant), etc., etc.]. Telles sont les conséquences de fait, imprévisibles pour le législateur, qu'entraîne parfois un texte en apparence anodin, mais bien présenté et qu'on adopte dès lors quasi sans débat.

Le législateur semble donc avoir lui-même consenti — *sans en avoir certainement eu la pensée* — à un véritable et *vaste détournement de fait de la clientèle*, au détriment d'une catégorie de citoyens dont la promulgation d'une loi ne peut avoir pour effet de diminuer en un instant l'honorabilité, la compétence et le dévouement professionnels.

Mais, pouvons-nous admettre que soient foulés aux pieds des droits chèrement acquis, et dont il est fait un usage tel que le médecin français, nourri de la science et des traditions médicales françaises, est un sujet d'envie pour le monde entier ?

(1) Période pendant laquelle les primes d'allaitement et bons de lait peuvent être accordés (art. 9, par. 4 de la loi).

Quels qu'aient été le dévouement et la vigilance des représentants du syndicalisme médical français, au cours de la gestation et de la discussion de la loi — et Dieu sait ce qu'ils ont fait — il apparaît que leur bonne foi a été surprise (comme a été surprise la bonne foi du législateur), bien mal récompensée aussi la confiance en la parole donnée au paragr. 1 de l'art. 9, autrement, il est probable — pour ne pas dire plus — qu'ils n'auraient jamais consenti — sur un point de notre Charte déclaré intangible, le Libre choix — à abandonner une défense qu'ils avaient le mandat ferme de défendre *à tout prix* ; plutôt que de céder, ils en auraient certainement appelé à une Assemblée générale de la Confédération, qui n'eût pas manqué dans ces conditions, de voter le refus de collaboration à la loi.

Par delà le point particulier des allocations des suites de couches, en effet, *il y a une* question de principe, sur laquelle le syndicalisme médical français ne peut pas transiger, car *une voie d'eau qu'on n'aveugle pas envoie, tôt ou tard, mais* fatalemnt, *le vaisseau par le fond*. Au surplus, il ne nous est pas possible de laisser sacrifier les droits inaliénables et intangibles d'assujettis, d'autant plus intéressants qu'ils sont peu fortunés (1), et que, sur eux, c'est l'*obligation de l'assurance* que le législateur a fait peser ; sur ce point, législateurs et médecins seront d'accord sans nul doute, une fois de plus.

Ce qu'une loi a mal fait, une autre peut le mieux faire : et cela est facile au législateur qui ne peut oublier notre engagement solennel d'apporter notre collaboration *loyale et totale* au fonctionnement d'une loi d'Assurances sociales conçue « *à la Française* », avec cette seule contre-partie : le respect d'une Charte, qui est également « *de chez nous* ». Si, par impossible, sur un point *qui viole partiellement — mais incontestablement* — le Libre choix, la révision de la loi nous était

(1) Ce n'est pas le cas, cependant, de tous les assurés obligatoires. Pour accroître des revenus *qui peuvent être très importants*, ou même pour ne pas vivre désœuvrés, des gens entrent dans une administration, dans une banque, par exemple. Si le « salaire » de début qui leur est alloué n'atteint pas un certain chiffre, *ils rentrent automatiquement dans l'assurance obligatoire.*

Ce sont des faits dont on est surpris de constater la fréquence, et dans des millieux fortunés où on ne serait jamais attendu à les rencontrer : il a là quelque chose de choquant. Ces « bénéficiaires malgré eux » protestent souvent eux-mêmes entre une situation de fait qu'ils jugent inacceptable. En particulier, ils ne peuvent tolérer d'être exposés, eux et les leurs, à des examens de contrôle, à l'intrusion chez eux d'infirmières-visiteuses, et aux exigences de la « mise en carte » suivant la comparaison de l'un d'eux. Certes, ils peuvent renoncer aux « avantages » de l'assurance obligatoire : il n'en resterait pas moins qu'ils auraient été frustrés des prélèvements opérés sur leur « salaire » : Le législateur n'a probablement pas imaginé ces éventualités.

refusée, la Confédération devrait — à moins que le syndicalisme médical français se déclare lui-même en faillite — *constater que les conditions de notre engagement de collaboration ne sont pas remplies* : cette constatation entraînerait NÉCESSAIREMENT la cessation de la collaboration, sans qu'on en puissse en imputer la responsabilité au Corps médical.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée générale du 22 novembre 1931

La Réunion est ouverte à 4 heures et demie, sous la présidence de M. le Docteur Gassot, président assisté des membres du Conseil de Direction,

Caisse des Prêts d'honneur (Œuvre Plantier).

M. Duchesne rend compte verbalement à l'Assemblée du fonctionnement de la Caisse des Prêts d'honneur depuis sa création.

Il rappelle que cette œuvre doit sa fondation à un don généreux fait au *Concours Médical* » par M. le Dr Plantier, d'Annonay, créateur de la Panbiline qu'exploitent ses laboratoires, don qui a été renouvelé depuis et encore tout récemment.

Il propose à l'Assemblée de voter encore une fois des remerciements et des félicitations au généreux donateur (*Assentiment*).

Un certain nombre de prêts ont été consentis à des confrères dont la situation a été jugée digne d'intérêt par le Comité de Direction.

La plupart de ceux dont les emprunts sont déjà devenus remboursables en ont effectué ou tout au moins commencé le remboursement.

Mais deux d'entre eux n'ont pas, malgré les demandes qui leur ont été adressées à plusieurs reprises, fait honneur à leurs engagements.

Ce sont les Dr H. (Saône-et-Loire) et S. (Paris)

Le Comité se propose d'insister auprès de ces emprunteurs pour obtenir satisfaction et même de les poursuivre judiciairement s'ils ne remboursent pas les sommes qui leur ont été prêtées.

L'Assemblée générale approuve cette proposition.

Le secret professionnel et les lois sociales.

Le Dr Paul Boudin expose rapidement les conflits qui surgissent à propos de l'application des diverses lois sociales, application qui rencontre des obstacles du fait de la stricte observance, par les médecins, du secret professionnel.

Sans s'arrêter sur le point de savoir si juridiquement, le secret professionnel dérive, ou non, d'un contrat passé entre malade et médecin, ou s'il est plutôt d'ordre public, l'orateur démontre que, même lorsque le client demande en personne un certificat à son médecin, ce dernier est parfois dans l'obligation de masquer la vérité à l'intéressé lui-même, par humanité, ou tout autre motif.

Cependant, les collectivités publiques et privées ont intérêt à savoir. Et Paul Boudin de démontrer rapidement que, sans déclaration précise de la cause des décès, il ne saurait exister de défense effective de la santé publique, surtout pour rechercher les foyers d'infection.

Cependant, dans l'état actuel de la jurisprudence et de la législation, le médecin traitant est dans l'obligation très stricte de ne pas révéler son diagnostic, même à un autre docteur en médecine, chargé des services publics d'hygiène, dans le département ou dans la commune.

L'obligation de l'article 378 s'impose au médecin traitant alors que, parce que fonctionnaire, le médecin inspecteur d'hygiène a le devoir, aux termes de l'article 29 du code d'instruction criminelle, de dénoncer au Procureur de la République les crimes et délits, dont la connaissance lui est parvenue, dans l'exercice de ses fonctions.

Comment lutter contre la syphilis, la tuberculose, le cancer si la déclaration n'en est pas faite ? disent les hygiénistes. Comment soigner nos malades avec discrétion, répondent les praticiens si le malade n'est pas certain que son secret ne sera pas divulgué ?

Sommes-nous appelés, en justice, comme témoins, nous devons taire ce que nous avons appris, en soignant un avortement et cependant les hommes graves et d'âge respectable, qui se préoccupent de pourchasser les faiseuses d'anges, voudraient contraindre le corps médical à la déclaration des embryons et fœtus et même à la dénonciation des avortements.

Ce sont les agents du fisc, qui seraient bien contents de pouvoir mettre le nez dans les livres du praticien, sans se voir opposer le secret dû aux clients.

Ce sont encore les collectivités publiques, ou privées, qui attendent du praticien un diagnostic précis, leur permettant d'exercer un contrôle, tant sur les actes eux-mêmes, que sur les demandes, ou agissements des malades. A. M. G., assurances sociales, mutualités, compagnies d'assurances contre les accidents : c'est un concert de jérémiades contre ce pauvre secret professionnel.

Critiquer est facile ; construire est plus malaisé. Cependant, il appartient à la Société d'études du *Concours Médical* d'envisager ce problème social. Le problème étant situé, nous espérons que nos lecteurs et amis ne manqueront pas de nous faire part de leurs suggestions pratiques.

A l'heure actuelle, il y a conflit aigu entre l'intérêt collectif et celui de chaque individu. Pour se faire soigner au mieux de sa prompte guérison, le malade doit pouvoir se confier entièrement, sans arrière-pensée à celui qu'il a choisi pour lui do nner des soins.

Mais entre le client et le praticien s'interpose souvent un tiers, qui pour des raisons d'ordre divers, doit payer la note des frais médicaux et pharmaceutiques. C'est pour cela qu'il veut savoir, qu'il veut connaître le diagnostic exact, pour pouvoir défendre ses intérêts.

Envoyer un médecin contrôleur ne donne pas entière satisfaction, parce que le médecin traitant doit garder le silence sur les secrets de son malade, alors que le contrôleur doit rendre à son mandant un compte exact et précis de sa mission.

La solution, que propose le Dr Paul Boudin serait de revêtir ces médecins contrôleurs d'une confiance complète de la part de leurs mandants. Point n'est besoin, pour ces derniers, qui n'entendent rien aux choses de la médecine, de connaître le diagnostic, pourvu que le médecin qui est revêtu de leur confiance, leur dise (après discussion sous le sceau du secret, avec le médecin traitant) : « Oui, le congé doit être accordé, ou doit être refusé. Oui la note d'honoraires est exacte, ou exagérée. »

S'il y a désaccord entre les deux médecins, le juge de paix en désignerait un troisième, qui, lui aussi lié par le secret professionnel, départagerait les deux confrères, mais sans divulguer les diagnostics précis.

Le Code pénal prévoit la punition des certificats de complaisance, voire même le délit d'escroquerie. Tant pis pour le médecin traitant surpris en faute : il paierait cher son imprudence, ou sa mauvaise foi. Mais, *a priori*, le praticien ne doit pas, comme aujourd'hui, être soupçonné de partialité, parce qu'il défend son malade et se retranche derrière le secret professionnel, au moment d'un contrôle.

L'orateur insiste d'une manière particulière sur la déclaration des causes des décès. A son avis seule une loi peut délier le médecin traitant de son obligation au silence.

Par conséquent, si les pouvoirs publics sont persuadés qu'en connaissant les causes de la mortalité humaine, il serait possible de circonscrire, de localiser, de déterminer les foyers cancéreux, ou de toute autre infection, le Parlement aurait à voter une loi, obligeant les docteurs en médecine à déclarer les causes des décès, comme ils doivent faire connaître certaines maladies transmissibles.

Ces déclarations se feraient avec la plus grande discrétion à un docteur en médecine, chargé des services départementaux ou municipaux d'hygiène. Mais ce fonctionnaire serait, par la même loi, déchargé des obligations, tirées de l'article 29 du code d'instruction criminelle ; désormais, bien que fonctionnaire, il ne devrait plus au procureur de la République la dénonciation des crimes et délits, parvenus à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Quant à la justice repressive, elle a ses experts, pour la recherche du crime ou des délits. Qu'elle pourchasse le malfaiteur, l'avorteur, ou autre, par les moyens que la loi met à sa disposition, mais qu'elle ne considère pas le médecin comme étant l'auxiliaire de la justice. Nous sommes faits pour soigner et non pour dénoncer les crimes et délits.

En terminant, Paul Boudin demande à ses auditeurs de réfléchir sur cette question d'actualité, que d'ailleurs, il précisera plus tard dans un article qui paraîtra dans le *Concours*.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures.

VOYAGE MÉDICAL DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE DES PYRÉNÉES

Des Cévennes aux Pyrénées

Cinq projets de voyages dans le Sud, s'offrant au choix des familles médicales, désireuses de s'amuser en s'instruisant, nous suivîmes celui qui nous conduit de Montpellier jusqu'à Luchon, Gavarnie et Lourdes.

En arrivant le matin à Montpellier, il est très agréable de visiter aussitôt le Musée, d'une richesse incomparable. A lui seul il exige plusieurs visites aussi intéressantes qu'instructives ; une description détaillée et la promenade dans la ville offrent un attrait que la fatigue ne saurait diminuer. Naturellement nous sommes avec plaisir attirés vers la Faculté de médecine. S'attarder à en faire l'éloge serait vain et superflu : elle est au-dessus de tout le bien qu'on en pourrait dire ; elle est elle-même un musée splendide, à côté du Musée. C'est une grande faveur que d'en admirer les beautés, sous la conduite de M. le Professeur Delmas, guide savant, disert et aimable, infatigable pendant tout ce long voyage.

C'est un grand honneur que de retrouver ici M. le Professeur Jeanbrau. M. le Professeur Giraud sait charmer son auditoire et l'instruire en le promenant dans une région, riche entre toutes, dont la géographie climatique et hydrominérale ne garde avec lui aucune aridité.

Ses professeurs agrégés, dont la science est profonde, savent s'inspirer du talent de leur maître.

On emporte de la Faculté de Montpellier l'impression que ses savants, de générations en généra-

tions, ne laisseront point s'éteindre le flambeau, qui depuis plus de six cents ans a rayonné sur notre pays et sur le monde entier.

Onze kilomètres d'un trajet agréable pendant lequel on peut admirer une clinique héliomarine de premier ordre, dirigée par des médecins remarquables, paraissent bien courts et déjà on admire avec surprise la très belle plage de Palavas. Vers l'Ouest à trois kilomètres s'élevait la cité phocéenne de Maguelone (Mégalé Nésos pour les Grecs). L'ancienne cathédrale Saint-Pierre fortifiée a été restaurée habilement par M. Fabrege. Toute l'élite intellectuelle peut s'y attarder et y revenir. De son toit en pierres plates, par un beau soleil couchant, on découvre sur la mer, le port de Sète, les étangs, la plaine et la montagne, Aigues-Mortes, un panorama dont la nuit seule à peine vous décide au départ.

Aigues-Mortes, enfermée dans son enceinte depuis le XIII[e] siècle, a conservé ses remparts et ses quinze tours, avec son majestueux donjon qui s'appelle la Tour de Constance. Saint Louis, François I[er] et Charles-Quint y ont laissé des souvenirs historiques mémorables.

La source Perrier, chargée d'acide carbonique, est captée au centre d'un établissement outillé de façon toute moderne ; rien n'y laisse à désirer. La réception y est à la fois princière et familiale.

L'empire romain nous a laissé une merveille au Pont du Gard. Chacun croit la connaître : pour ne plus l'ignorer il faut l'avoir admirée en détail sous la conduite d'un savant modeste et sincère, comme M. Espérandieu. C'est lui qui vous fait découvrir la belle cité romaine de Nîmes, tableau vivant de la vieille cité antique.

La réception à Nîmes est digne de satisfaire les artistes les plus délicats. Le temple de Diane, la Tour Magne, vieux trophée de gloire militaire, la Maison carrée, les Bains romains, les Arènes sont justement célèbres. L'activité commerciale et industrielle de Nîmes la tient éveillée au milieu des ruines du passé.

Le petit massif de l'Aigoual (Marcha Algoalid) et son pic à 1.565 mètres, avec l'observatoire météorologique, limite de la France du Nord et de celle du Midi, est assiégé par les vents déchaînés et terribles.

La visite de l'Aven Armand et de Sainte-Enimie est classique. En descendant, à partir de la Malène, sur les barques légères le cours du Tarn, jusqu'au Cirque des Baumes, on a des Gorges du Tarn un durable souvenir.

Le jour baissant nous invite à passer la nuit à Millau. De là, en traversant le plateau du Larzac, après avoir visité les Caves de Roquefort, Belmant et son église, Lacaune aux eaux bicarbonatées, on descend à La Malou. C'est la station de la sédation, de la rééducation et de l'amélioration durables.

Les chroniques patients mais résolus et tenaces y obtiendront le bénéfice de leur obstination sous la direction habile de médecins avertis et dévoués qu'il s'agisse de rhumatisme, de dermatoses, de syphilis ancienne, d'affections du système nerveux.

C'est le calme, la beauté des sites environnants, la lutte contre le bruit sous la surveillance du maire bienveillant, le Docteur Cauvy, du Docteur Ménard de la lignée du P[r] Grasset ; du Docteur Ferret et du Docteur Maurice Faure. La clinique du Docteur Maurice Faure est instructive et attrayante : on y peut suivre les progrès de malades reconnaissants et fidèles, sous la direction d'un praticien de haute classe. Son fils Jean-Paul Faure l'aide, avec toute sa bonne grâce dans la direction et l'organisation des Voyages médicaux qui appellent et rappellent nos familles médicales.

Un trop court passage à Mazamet ne nous permet pas d'apprécier, comme il le mérite, le charme de la cordiale réception prévue à notre intention, sur la foi du programme.

Mais Carcassonne, sa cité, sa basilique de Saint-Nazaire, méritent une mention toute spéciale à tous les points de vue : scientifique, archéologique, artistique et touristique. On voudrait rester, voir, écouter encore, mais il faut partir à regret, en admirant les paysages majestueux des Gorges de l'Aude, en passant trop vite par la station d'Alet, Usson-les-Bains et sa belle et féconde nature.

Après le Plateau du Caprir on traverse, à 1.745 mètres, le col de la Quillane et on arrive dans le massif du Carlitte à Mont-Louis qui, grâce à Vauban, barrait le col de la Perche et domine sur son rocher, la Têt descendue du puig de Prigue. Puis la belle route qui monte à 1.350 mètres jusqu'à Font-Romeu célèbre par sa situation magnifique et favorable aux sports d'hiver.

Tuberculoses pleuro-péritonéale et annexielle, ganglionnaire, osseuse, états anémiques et convalescences sont traités avec maîtrise par le Docteur Cappelle, médecin-directeur du sanatorium des Pupilles.

La cure d'air et de soleil, dans la vieille station sulfureuse si bien abritée des Escaldes, est dirigée par le Docteur Hervé avec une maîtrise et une énergie inlassables, à l'aide de collaborateurs vigilants.

L'accueil du Docteur Hervé est toujours cordial et chaleureux ; à tous il communique l'entrain et le courage. Ce fut une fête pour chacun. Un de nos camarades de Hollande communiqua à notre confrère de Belgrade ses impressions, dans la vieille langue latine : c'est un régal littéraire dont la cuisine est de haut goût.

La station sulfureuse d'Ax-les-Thermes est très ancienne : vieux arthritiques et rhumatisants dont les voies respiratoires sont encombrées, dont le système vasculaire est mal compensé y reviennent volontiers. Les dermatoses, les formes secondaires et tertiaires de la syphilis sont améliorées à Ax-les-Thermes. Les Docteurs Gomma, Bousquet, Boyer, Girard sont à la tête de cette belle station, supérieure encore à sa réputation. Nous avons eu le grand honneur d'y rencontrer M. le Professeur Jeanbrau, de Montpellier. La visite tardive de Saint-Bertrand-de-Comminges et du Musée romain est séduisante au point de nous faire arriver dans la nuit à Luchon. Les Docteurs Au-

dubert et de Beauchamp nous ont cordialement accueillis et permis l'accès de l'Etablissement thermal avec son vaporarium radio-sulfure avant l'ascension à Superbagnères. Mais il faut s'arracher à Luchon et se séparer à regret d'amis délicieux.

Nous venons des Cévennes aux Pyrénées :

Ce serait un voyage idéal que feraient nos confrères de tous les pays avec leur famille, si leur goût artistique les poussait, si les municipalités, les établissements médicaux et surtout les hôteliers voulaient bien comprendre qu'ils ont le plus grand intérêt à persévérer dans le progrès, et à laisser leurs hôtes de passage, sous le charme d'un accueil irréprochable.

Voulez-vous convenir que certains persistent dans l'amélioration de leur tâche et réussissent, où d'autre échoueraient par défaut d'enthousiasme ?

Dr Henri HENNE.

DIEU EST-IL LATIN ?

Oui, répond avec véhémence le Dr CHIFFRE, dans l'article suivant que notre impartialité nous fait un devoir de publier.

Le Concours Médical qui a toujours manifesté un esprit libéral très distingué a publié dernièrement (1) une thèse sur la question ainsi posée « Dieu est-il latin »?

Cette thèse traduit-elle la vérité sur la tradition latine!

— Nous ne le croyons pas.

Dieu a-t-il été latin et Dieu a-t-il été Français ? Pour l'incroyant et le simple philosophe, la question veut dire :

Un esprit animé de bon sens et créateur du bien s'est-il manifesté dans la civilisation antique latine et s'est-il perpétué dans la civilisation française jusqu'à nos jours ?

Nous répondrons : cela est certain. Donc, Dieu a été latin et Français, même s'il tend à ne plus l'être aujourd'hui.

Nous préciserons que cet esprit fut d'abord l'esprit attribué par les Hellènes à la déesse « Pallas-Athénée », qui se rapproche beaucoup plus de l'esprit français que l'esprit romain, qui la lui a transmis par sa personnification dans la déesse « Minerve ».

Dans la thèse exposée, on reproche à l'esprit romain d'avoir été brutal, et on accuse un dictateur moderne, en évitant de le nommer, de vouloir ramener cet esprit.

Il est peut-être regrettable que la tradition latine, dans notre siècle, ait été reprise d'abord par les descendants des Romains, mais tout s'équilibrera quand la France aura repris elle-même cette tradition, surtout hellénique, à laquelle la thèse exposée reconnaît d'ailleurs plus de qualité qu'à la romaine.

Cette thèse reproche à César d'avoir conquis la Gaule et d'avoir enlevé la liberté aux Français. Ceci est une erreur historique, dont on se sert pour confirmer la thèse antilatine.

César n'a pas enlevé la liberté aux Français, mais aux Gaulois. L'histoire entre César et Vercingétorix est, pour les Romains, la revanche d'une époque où les Gaulois barbares ont envahi l'Italie, pris Rome et se sont permis, en soudards irrespectueux, de tirer la barbe des sénateurs romains impassibles, et dont le chef, en voleur qu'il était, faussa la balance du poids de son épée dans le règlement de l'indemnité qu'il avait imposée.

Vercingétorix ne représente pas la France.

Nous avons en nous, certes, du sang des Gaulois qui étaient des barbares, comme nous avons aussi du sang des Burgondes et des Goths, venus de Germanie et d'Asie du Nord.

Ce sang là, nous ne le revendiquons pas, nous Français, et en tout cas ce n'est pas de lui qu'est sorti l'esprit des Français.

Vercingétorix ne représente qu'un esprit barbare, sa défense a été inutile. Son esprit de révolte n'est pas passé dans l'esprit des Français qui sont nés plus tard.

Ces Français sont nés d'abord de Gaulois, qui au lieu de se révolter, se sont adaptés à la civilisation latine et je dirais, surtout à ce moment, à la civilisation chrétienne qui continua la civilisation latine décadente.

Le Français est né, non du Gaulois barbare, mais de l'union de ces Gaulois adaptés à la civilisation latine et chrétienne avec ceux, qui ont donné leur nom aux Français, les Francs.

Les Francs vivaient sur la rive gauche de Rhin, preuve fournie par le passé, que cette région est naturellement française, les Rhénans encore aujourd'hui n'ont pas l'esprit du Prussien.

Ces Francs ont participé à la création des Français parce que leur roi Clovis, lui aussi a adoré, à Saint-Rémy ce qu'il avait brûlé et brûlé ce qu'il avait adoré jusqu'alors, c'est-à-dire la barbarie germanique.

Voilà comment se sont faits les Français.

L'esprit de Vercingétorix, en France, on le verra réapparaître à la fin du XVIIIe siècle.

Quant à l'union des soldats de César avec les femmes gauloises la création de la race française qui en résultera prouve qu'elle avait sa raison d'être. L'union de Françaises aux soldats allemands, si elle ne nous paraît pas obligatoirement infamante, nous paraît absurde, parce qu'elle ne peut que germaniser la France, et nous verrons plus loin que c'est cela précisément que nous ne voulons pas. Pourquoi d'ailleurs ne seraient-ce pas les Français qui iraient en Alle-

(1) V. *Concours Médical*, n° 42, p. 3175.

magne féconder les femmes de ce pays, et imposer à l'Allemagne l'esprit latin ?

De cela nous ne voulons pas davantage, parce que cela suppose la guerre et c'est malheureusement le contraire, qui peut se réaliser prochainement par une nouvelle invasion germanique toujours possible avec l'esprit du mal de ces gens-là.

Si nous poursuivons l'étude de la thèse en question, nous voyons apparaître une critique de l'esprit français du Moyen-Age de la Renaissance, d'une férocité extraordinaire, malgré son esprit badin.

Pour ma part, quand je vois les cathédrales du Moyen-Age et que je rêve à la vie religieuse des gens de cette époque, bien que n'ayant pas la foi, j'ai envie de m'agenouiller et d'élever les mains vers le ciel.

Ce qui passe l'entendement, c'est de ne pas comprendre à quelle hauteur d'esprit se sont élevés les moines de cette époque, qui, dans un monde malheureusement toujours plus matériel, se sont spiritualisés et rapprochés du Dieu latin d'une façon magnifique.

Ce qui est incompréhensible c'est de ne pas sentir ses entrailles remuer en face d'une Vierge à l'enfant de Raphaël, et d'un Christ de Michel-Ange.

Pascal, qui n'avait pas été touché par la grâce, approuvait ces croyances et recommandait de les mettre en pratique ; j'aime mieux cette référence que celle qui prend ces saintes gens pour des cuistres.

Ce qui est extraordinaire, c'est de ne pas admirer l'esprit de sagesse, inspiré certainement par celle de Minerve, chez un Richelieu, ce qui vient d'être exposé d'une façon splendide par un de nos plus fins diplomates dans une revue nouvelle ; de ne pas admirer l'œuvre qui a été faite à l'Escurial, l'œuvre qui a été faite à Versailles, comme vient de nous le montrer un historien de grande classe, Louis Bertrand.

Il faut savoir qu'il existe actuellement une jeune élite intellectuelle, enthousiasmée encore par ce passé latin et français.

Comment se fait-il pourtant que de nombreux esprits aujourd'hui le détestent ? Ils s'appuient d'abord sur une thèse, qui méprise et calomnie l'esprit latin. Mais s'ils détruisent ces Dieux, c'est qu'ils en adorent d'autres ! et c'est là que la question devient intéressants !

Dans la vie, il y a qu'une solution humaine ; qui n'adore pas Dieu, et le trouve tyrannique, adore le diable, ainsi si vous voulez compléter la thèse exposée dernièrement dans le *Concours Médical*, dénigrement du Dieu latin, il vous faudra faire l'apologie du Dieu germanique, représentant l'esprit du mal et de destruction qui a toujours animé cette race.

La thèse antilatine se moque des civilisations antiques, toutes se ressemblent dit-elle et se sont copiées. En effet, entre quatre mille et deux mille ans avant notre époque, ces civilisations ont pu se créer, mais elles n'ont jamais dépassé un certain degré de latitude nord.

Elles ont diffusé sur une latitude sud à partir du foyer Indo-Européen, vers l'Asie sud et l'Europe sud.

Ces civilisations ont toutes été animées d'un esprit créateur basé en effet sur les mêmes principes : religion, cité ou patrie propriété, inégalité des hommes.

L'expression créatrice de tous ces peuples est venue, au sortir de la barbarie primitive à l'homme, de l'exaltation de ces divers principes.

Ces peuples se sont en outre civilisés sur l'idée commune exprimée différemment par chacun d'eux, de l'existence dans l'humanité d'un esprit du Bien et créateur (Dieu) et d'un esprit du mal et destructeur (Satan) pour les chrétiens.

C'est l'histoire délicieuse avec son charme si romantique de l'« Osiris » des Egyptiens, c'est l'histoire de « Jupiter et Prométhée ».

A ces époques-là, les pays du Nord ont continué d'être barbares, parce qu'ils n'ont pas été exaltés par ces principes.

Attirés vers ces pays riches et civilisés, leur esprit du mal ne leur a fait chercher que l'invasion et la destruction, l'Himalaya n'a pas toujours suffi à défendre la civilisation Hindoue contre les invasions nordiques, et la civilisation chinoise a dressé sa fantastique Muraille vers le Nord ; le Rhin et les Alpes n'ont pas toujours suffi à arrêter les invasions germaniques, aussi bien il y a mille ans que de nos jours, et à protéger la civilisation helléno-latine puis catholique française.

Ceci explique l'histoire des civilisations antiques.

L'esprit égyptien, par sa légende d'Osiris et l'esprit hellène par sa Pallas, sont peut-être plus que le romain à la base de l'esprit, qui deviendra l'esprit français. Surtout l'esprit français a bénéficié du christianisme.

Cet esprit donc devenu vieille France, Charlemagne en des temps héroïques a essayé de l'adapter aux esprits germaniques, et c'est pourquoi les Allemands le considèrent encore comme un de leurs empereurs.

Mais les Germains n'ont pas su *s'assimiler*.

Depuis mille ans ils n'ont *jamais pu*.

Le succès a failli être obtenu aux XVII^e et XVIII^e siècles, l'Europe était française à ce magnifique moment, soit helléno-latine tout entière.

C'était alors la belle internationale.

L'esprit germanique à Rosbach, à Sadowa, à Sedan, à Charleroi, a remis tout en question. Malheur à cet esprit du mal !

Qu'est-ce qui a amené l'esprit français à changer ? Le retour précisément de l'esprit de Vercingétorix et l'admiration des peuples nordiques, qui n'ont jamais pu s'assimiler à la civilisation latine et au Dieu latin, parce qu'ils ont toujours adoré un Dieu barbare.

C'est l'éternelle lutte entre Dieu et Satan, Caïn et Abel, l'esprit du bien et l'esprit du mal, qui sont la base de la condition humaine sur la terre.

C'est le réveil de l'esprit du mal, qui fait que l'esprit latin en France a perdu pied à partir de la fin du XVIII^e siècle.

Car on ne peut pas admettre que, dans l'esprit des peuples nordiques, pour tant qu'ils aient l'esprit

scientifique et qu'ils paraissent civilisés, la sagesse de Minerve ait été infusée.

Ces peuples là se sont toujours révoltés contre la sagesse de Minerve (le chrétien dira de Dieu). Ils n'ont utilisé la Science que pour la destruction et la mort. Des peuples asiatiques du nord et germaniques en Europe sont toujours issues les œuvres de destruction. Tanks et gaz asphyxiants, n'ont pu être que l'œuvre germanique.

Nous voyons ce qui se passe chez les asiatiques nordiques d'Europe, et on pourrait dire un peu la même chose du monde américain du Nord, qu'on a tant admiré.

A l'heure où des travaux, comme ceux de Lenotre dans la revue des Deux Mondes, viennent de mettre au jour la cruauté de cet esprit du mal, qui vient de renaître et de triompher du vieil esprit latin et français, esprit de bon sens et créateur du bien, il est temps de jeter l'alarme.

Lenôtre vient de montrer, dans son étude sur le martyrologue de la Maison des Carmes, la différence fondamentale qui existe entre ces deux esprits.

Craignons que ceux, qui ont considéré ces saints ecclésiastiques et saintes religieuses comme des cuistres, ne se croient obligés de ce fait de les égorger ignominieusement, comme cela s'est passé à la Maisons des Carmes.

On parle de plus en plus d'internationale — c'est bon ! à condition que s'impose universellement l'internationale latine, en tantqu'elle est l'internationale du bie .

Ceci n'est pas une thèse personnelle. L'esprit, qui l'anime vient de renaître dans un quartier de Paris que beaucoup de confrères actuels ont sans doute connu, je veux dire du quartier latin, qui vient de reprendre vraiment son nom.

S'il est vrai que ce sont les intellectuels, qui ont influé sur le changement de mentalité des peuples, il est un signe des temps de la plus grande importance de voir la majorité des jeunes esprits au quartier latin, revenir à cet esprit latin perdu depuis le XVIII^e siècle.

Docteur CHIFFRE,
électro-radiologiste à Perpignan.

***

Nous avons soumis cette critique au Dr LAVALÉE, *qui nous remet les observations suivantes*:

Le Dr CHIFFRE m'a fait l'honneur de me lire : je l'en remercie.

Il me porte assez d'intérêt pour avoir voulu répondre à ce qu'il appelle « ma thèse » et qui est plutôt un croquis rapidement crayonné à l'Exposition coloniale. Me voici doublement son obligé.

Il prélude par une leçon d'histoire : écoutons la leçon. César était tout à fait fondé à envahir la Gaule et à tirer vengeance des Gaulois qui, soudards irrespectueux, étaient allés faire le sac de Rome et tirer la barbe aux sénateurs romains impassibles. En effet ! Je reconnais les termes mêmes des manuels scolaires. Mon Dieu ! pourquoi ce trait émeut-il à ce point le Dr Chiffre ? Le pillage d'une ville prise d'assaut n'a-t-il pas été, de tous temps, et jusqu'aux époques les plus récentes, le délassement préféré des assaillants ? D'autre part, lors de la dernière guerre, nos journaux traitaient quotidiennement François-Joseph de «vieille fripouille» et Guillaume II de « sinistre dégénéré». Les Gaulois barbares se montrèrent, en somme, plus mesurés ; et je vois, pour ma part, dans leur geste, une sorte de préfigure de la « blague », trait saillant de l'esprit français, mais pas de l'esprit latin.

Brennus, avec son *«Væ Victis»*, était un voleur ? Et Caton, avec son *«Delenda Carthago»* qu'était-il sinon une brute ?

Vercingétorix est un révolté ? Certes, aux yeux des Romains. Pour les Gaulois et pour les Français, héritiers des Gaulois, c'est un héros de l'indépendance. Il n'a pas le cou pelé à l'endroit du collier ; et c'est bien quelque titre de gloire dans un paysoù le mot « liberté » a conservé son sens.

Il est vrai que le Dr Chiffre a une formule bien personnelle pour obtenir le Français-type : un élément gallo-romain, un élément franc ; c'est tout. Le Français était né. Et les Anglais qui ont vécu des centaines d'années sur notre sol ? et les Normands qui s'y sont installés ? et les Espagnols qui en ont longtemps possédé des provinces ? et les Burgondes qui en ont fondé une ? Non, tout cela ne vaut pas l'honneur d'être nommé, et le Dr Chiffre ne les revendique pas parmi ses ancêtres.

A son aise ! Pour moi, je ne renie personne, et tous ceux-là qui m'ont établi où je suis, je leur tends la main.

Enfin mon contradicteur me cherche une assez bizarre querelle. Il est si spécifiquement latin qu'il ne conçoit pas qu'on puisse être et tenir à être tout uniment Français. A quine pense pas comme lui, il jette l'anathème et colle l'étiquette : germanophile. A quoi cela rime-t-il ? On peut se le demander. En tout cas, je ne suivrai pas le Dr Chiffre dans ses variations sur l'esprit du bien et l'esprit du mal. Ce sont là locutions de.... philosophe, dont je n'ai pas l'usage. Mais puis-je cependant faire remarquer à la « jeune élite intellectuelle » que les hommes de ma génération ne sont pas si caducs qu'ils aient échappé à une occasion véritablement unique de faire connaissance avec les Allemands, leurs défauts et leurs qualités ? Ils n'ont pas attendu les classifications catégoriques du Dr Chiffre pour se faire une opinion sur ceux-ci.

Elle devrait, cette jeune élite, être moins sévère, moins enragée envers ceux qui la précé-

dent, qui ont semé par les plaines rouges tant de camarades, tant d'illusions, tant de juvéniles années pour que les petits enfants de leur pays ignorent à jamais (du moins ce fut leur espoir), les horreurs de la guerre.

Mais je me demande, en vérité, si cette élite qui, au nord de je ne sais quelle ligne de démarcation assez dogmatiquement tracée par elle, ne trouve plus, dans les deux mondes, que sauvagerie et obscurité, ne va pas tout droit à la guerre, elle aussi ? « Parler », en effet, « de plus en plus d'internationale, mais à condition que s'impose universellement l'internationale latine en tant qu'elle est l'internationale du bien », c'est probablement se contenter d'un mot et ne pas bien concevoir l'idée.

Enfin, le Dr Chiffre me lance dans les jambes les références de quelques historiens : Louis Bertrand, Lenôtre. Ce sont, évidemment, projectiles de gros calibre. Me permettra-t-il de lui rendre sa politesse en invoquant Jullian qui, du temps qu'il était professeur au Collège de France, fit paraître une Histoire de la Gaule ? Il accusait formellement l'invasion romaine d'avoir été néfaste pour notre pays en étouffant son génie national.

Mais sans doute était-il animé par l'esprit du mal ! Que les penseurs du quartier dit latin se rassurent : l'esprit du bien peut-être l'a fait mourir il y a quelques mois.

G. Lavalée.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Les jouvenceaux qui avalent à la même allure des livres et des demis resteront des primaires, deviendront des hommes pressés.... et le monde sera triste.... triste et tourneboulé.....

(Lucien Farnoux-Raynaud).

DI. — Voltaire. **Romans et Contes.** Le Monde comme il va. Memnon. Voyages de Scarmentado, Zadig, Micromégas, Candide. Le Blanc et le Noir. Jeannot et Colin. L'Homme aux 40 écus. L'Ingénu. La Princesse de Babylone. Le Taureau Blanc. — Deux volumes 15 × 20 illustrés de 120 aquarelles et vignettes de Daniel-Girard. Tirés à 850 exemplaires, numérotés sur les presses de Coulouma savoir : 20 Madagascar à 600 fr., 30 Annam à 500 fr., 800 Rives à 300fr. (1) *Editions Henri Cyral*, Paris, 1931.

Il serait malséant en effet de conseiller cette attrayante lecture aux jouvenceaux trop « pressés ». Je dis attrayante, sans vouloir préjuger du fond, en en me plaçant uniquement sous l'angle d'où j'aperçois un subtil enchaînement de *mots* présentés dans une fort belle édition. Il y a d'autres raisons pour que les jouvenceaux ne glissent par leur œil entre ces feuillets. Tenons-nous en aux raisons graphiques pures. Ils n'ont pas le loisir de dénombrer les mérites de cette présentation divertissante par les qualités techniques de bon aloi qui la parent. Que leur importe la finesse de l'impression, la noblesse du papier, l'originalité du dessin de D-G. Eclairer à coup d'images un texte comme celui de Voltaire demande en effet des ressources imaginatives et une souplesse d'interprétation très vive. Essayez de prendre entre vos doigts du vif-argent ! Il ne fallait donc pas songer à extérioriser en lignes et en couleurs toute la sarcastique malice du conteur. Mais l'artiste a parfaitement saisi sa roublardise ingénue, cette fausse naïveté, toutes les hypocrisies, la candeur madrée des héros ... et des héroïnes. Et je puis dire ainsi que sur un plan où n'atteignent pas toujours les commentateurs par l'image ses dessins ont de l'esprit. Ils ont une fougue ordonnée, un très juste équilibre de composition, des couleurs tour à tour discrètes et rutilantes, un souci constant de garder à la vivacité du comique sa mesure et son bon goût. Les détails ne sont pas laissés à l'abandon et ceci sans que les ensembles aient jamais l'air rembourrés d'inutilités ou surchargés de minable figuration. Les anatomies sont de l'époque où l'on avait aussi loisir de suivre la ligne courbe au lieu de la ligne plate, de cette époque où l'on musardait gaillardement, où l'histoire croustillante avait cours et droit de cité. Le caractère le plus séduisant de ces gravures tient à l'adresse et à l'exactitude avec lesquelles elles transcrivent les sentiments des personnages : muette éloquence du trait dont je pourrais vous donner tant d'exemples. J'en prends au hasard deux seulement : la belle Saint-Yves, désemparée demande aide et conseil à son confesseur. Le meuble à confidences, énorme et lourd centre la page. Dans l'avéole de droite n'ont pu s'insérer les paniers de la belle : ils débordent dans un bouillonnement de soies roses sur les dalles frigides. Dans la vaste alvéole de gauche sur le siège de bois ouvré, tendu vers le chuchotement, nous voyons les deux-tiers du prélat dont les mains reposent au sortir de manchettes de dentelle mauve sur une bedaine

(1) Ces prix s'entendent pour les deux tomes ensemble, imprimés sur papier filigrané au nom d'Henri Cyral.

replète. Le second exemple est d'une concision plus subtile encore : il faut y voir je crois une des meilleures réussites de l'artiste : au centre d'un essaim de robes grises, comme une flamme droite hors du brasier des vêtements rouges tombés à ses pieds le vigoureux jaillissement d'un corps flambant de jeunesse. Un rose de pudeur anime les joues. Les épaules frileusement remontées, les mains timidement jointes, le regard au sol sous la fente presque close des paupières . . . Et sur les robes grises une collection de visages où montent, en quelques traits, la curiosité, la réprobation, d'austères mépris et de redoutables concupiscences . . . Un fond de murs unis, au sol l'amas vaporeux des parures légères et Voltaire n'eut pas mieux trouvé pour médire insidieusement des vertus apparentes, des vices, de l'innocence, de toute la complexité sentimentale que daube son acide commisération.

DII. — Baron DE LAHONTAN. **Dialogues curieux** entre l'auteur et un sauvage de bon sens qui a voyagé, et Mémoires de l'Amérique septentrionale, publiés par Gilbert Chinard, professeur à l'Université Johns Hopkins avec sept figures hors-texte tirées de l'édition originale, reproduites par les procédés Léon Marotte. Tirage à 1.000 ex. numérotés sur pur fir Lafuma. Impression de Couloma. Un fort volume in-8° raisin. *Editions A. Margraff*, Paris, 1931. 100 fr.

Il est heureux que les libéralités d'une université américaine aient eu pour conséquence indirecte la réédition de cette œuvre, qui n'avait pas été reproduite depuis le XVIII^e^ siècle. La chose en valait la peine car en admettant que le baron ait songé au chapitre des Cannibales de Montaigne, il a indiscutablement *inspiré* et parfois très largement Rousseau, Diderot, Voltaire ; son réquisitoire est pour l'époque le plus violent et le plus osé qui soit dressé contre la civilisation. Avant les classiques que nous venons de nommer, il adopte la forme du dialogue et l'entremise du Huron pour glorifier le bon sauvage, l'homme de la nature dont la figure va dominer toute la littérature du siècle qui s'ouvrait. La première édition de ses récits de voyages est de 1703.

La relation des mœurs et de la vie des Américains autochtones est émaillée déjà de traits contre les mœurs sociales et politiques de l'Europe. Mais c'est surtout au cours de ces « Dialogues » avec le Huron que La Hontan va condenser ses thèmes philosophiques avec son acerbe prosaïsme et son fatras d'utopies. L'édition de 1705 retouchée à la Haye par un fielleux défroqué était plus incisive. Celle de Monsieur Chinard, établie avec un sens critique soutenu par une précise érudition, est précédée d'une copieuse introduction marquant la valeur de ces documents discutable au titre littéraire mais fondée surtout sur l'importance qu'ils prennent au regard des textes retentissants qui en découlent. Ce *précurseur* eut son heure de célébrité ; sa narration de voyage mérite d'être retenue, mais ses entretiens philosophiques ont une autre portée générale qui explique le scandale que déchaîna leur parution et l'influence qu'ils allaient avoir sur l'évolution des doctrines. Quatre cents des mille exemplaires du livre ont été déjà souscrits par l'Amérique.

DIII. — Docteur ROUBION. **La Cadeno de Moustiers.** Un volume 19 × 24 avec préface de Charles Maurras. 23 aquarelles de Louis Suire. 7 dessins de faïences anciennes de Paulette Quinson. Tiré à 25 exemplaires contenant une aquarelle originale et 100 exemplaires sur velin d'Arches. *Editions « A La Rose des Vents* (1) La Rochelle 1931, 200 fr.

Notre érudit confrère consacre à Moustiers, capitale religieuse de la haute Provence du Moyen-Age un volume où il ne se préoccupe pas seulement de retracer l'histoire détaillée des célèbres faïenciers, mais où il essaye (en faisant avec beaucoup de sagesse et de mesure la part de la légende et de la poésie) d'élucider l'énigme de cette chaîde (*cadeno*) qui relie en plein ciel au-dessus du village deux collines abruptes et porte en son milieu une étoile de fer que l'on dit tirée du blason des Blacas, seigneurs du lieu. Mistral a consacré un poème (que reproduit le Docteur Roubion) à la chaîne. A défaut d'explication formelle notre confrère nous donne l'agréable exposé d'une parfaite connaissance du passé de la petite ville. Sa monographie témoigne de la richesse trop souvent inexploitée de ces fonds émouvants d'histoire locale. La typographie est établie avec beaucoup de soin et les aquarelles de Louis Suire traitent avec simplicité les paysages rehaussés de vives couleurs. Les reproductions de faïence sont méticuleusement parfaites.

DIV. — Maurice BEDEL. **L'Amour camarade.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1931.

Ce recueil de petites histoires drôles vise à donner du sentiment une définition actuelle par l'exemple. L'auteur, rassemblant les ménages qui lui ont paru les plus « démonstratifs » nous les présente en liberté. Cela tient de la ménagerie de luxe et confirme l'évolution du monde en train de « tournebouler » ! L'ensemble ne vaut certes pas *Jérôme* mais se lit sans fatigue et l'observation de la plupart des types est joyeusement tracée, avec une correction et une aisance qui nous font regretter plus amèrement que Monsieur Bedel perde son temps à nous distraire avec des amusettes de qualité. Cette dispersion de l'ef-

(1) Aux mêmes éditions avec dix-huit aquarelles de Louis Suire un volume de poèmes : *Méditerranée*, par Philippe Chabaneix.

fort littéraire répond peut-être au louable souci de ménager le comprenoir du lecteur moyen : on dit que les explications les plus simples sont quelquefois les plus justes.

DV. — Docteur Maurice PARTURIER. **Lettres de Mérimée à la famille Delessert.** Un volume 12 × 19 avec deux portraits inédits de Prosper Mérimée. Introduction et notes de M. P. — Préface d'Emile Henriot. *Editions Plon*, Paris, 1931, 15 fr.

Cette publication, conduite avec délicatesse, ne salit pas la mémoire de Mérimée (comme si elle eut été entreprise par un spécialiste des reliefs biographiques) mais nous le montre bien différent de la coutumière effigie qui l'afflige d'un cœur d'airain. Vingt ans durant Mme D. nourrit pour l'écrivain une passion payée de retour. Les lettres publiées par Monsieur P. respectent le secret de cette longue idylle mais nous permettent de découvrir un aspect *neuf* du talent de M. apportant à la variété des sujets le tour spontané, personnel, si impétueux d'un merveilleux épistolier. Il subit à Montpellier, nous apprend-il, des « bains d'air comprimé », et qualifie, avec une ironie amusée, d'« étrange » cette méthode du Dr Bertin (pour le traitement de l'asthme), dont il décrit sommairement la technique et qui l'aurait soulagé ?

DVI. — Maurice LARROUY. **Eaux brûlantes.** Journal de voyage. Un volume 12 × 19. *Editions Fayard*, Paris, 1931, 15 fr.

Monsieur Larrouy qui écrit d'agréables romans maritimes a entrepris pour son délassement le tour du monde. Il nous livre sous forme d'un très attachant récit la relation du premier tiers de son périple (1) (de Marseille aux portes de la Chine). Ecrit avec une probité de bon écrivain son journal réussit à fixer de bout en bout notre attention tant est vif le rythme de ses pittoresques évocations.

(1) Et no us anonnce deux atres volumes: *Le Cargo tragique* (Chine) et *Eaux glacées* (Mandchourie, Japon, Etats-Unis, Canada).

DVII. — Jacques DEVAL. **Marie Galante. Roman.** Un volume 12 × 19. *Editions Albin Michel*, Paris, 1931, 15 fr.

Et pour la fin de ma Page voici encore un *très* beau livre, émouvant, consacré à la lutte d'une enfant abandonnée que le malheur traque dès son jeune âge. Elle échoue à Panama, prostituée et espionne, résolue à tout pour gagner l'argent de son rapatriement. Brutal, douloureux, brûlant de passions enfiévrées, assombri de trafics interlopes, de louches intrigues, le récit d'un réalisme puissant tourne autour du canal sur lequel veillent les Américains. La bande du prix Goncourt ne serait pas déplacée sur cette histoire ardente.

Varia ***

La Nouvelle Revue Française de novembre donne des lettres d'étudiants allemands tués à la guerre ; le début d'un roman : *Elise* où la psychanalyse est joyeusement caricaturée sur des souvenirs d'enfant ; une chronique alerte de Denis Saurat sur l'*Esprit moderne* ; une étude glaciale (de l'organisation du travail suivant le mode bolchevik au Pamir) et d'où monte un souffle froid de sépulcre.

* L'*Archer* consacre une pénétrante étude dans son numéro de novembre, à Charles Géniaux, et avec un éclectisme spécifiquement toulousain glane agréablement des souvenirs inédits sur Beaudelaire, Toulouse-Lautrec, Burnat-Provins ; le procès Scapin. Notre sympathique confrère Campagnou raconte avec sa verve coutumière le pantagruélique repas de Saint-Céré où fut célébrée l'union mystique de Pierre Benoît et de la vénérable Académie française, qui avait oublié, semble-t-il, de se faire représenter à ces plantureuses agapes. Chère vieille dame distraite ! ! !

* *Le Coup de patte* est très digne comme de coutume. Ses potins et ses chroniques sont acérés comme les griffes de l'enseigne.

* Le *Mercure Universel* (nº de novembre) est plein d'une douce indulgence pour les poètes persévérants :

« Et je te donnerai ma brune
Des baisers froids... comme la lune
Et des caresses de serpent
Autour d'une fosse rampant ».

et contient une bonne chronique de Camille Pitollet sur Pierre Louys et l'Espagne. Il y a aussi un « formidable » coup d'encensoir sur le crâne du père du Populisme.

28 novembre 1931.

(L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Palais Royal

« Mes Femmes »

Comédie-Vaudeville en trois actes,

de MM. Pierre et J.-P. VEBER et Alfred DUTHIL.

Il y a plusieurs façons de faire rire au théâtre et particulièrement deux, la bonne, la vraie, et, pour ne pas dire la mauvaise (ce qui ne serait pas tout à fait exact) : une façon de seconde zône, factice, frelatée, c'est le succédané du rire, quelque chose comme la saccharine vis-à-vis du sucre. Je m'explique.

Molière, Regnard et, plus près de nous, Labiche, Louis Verneuil, Tristan-Bernard, pour n'en citer que quelques-uns, savent nous faire rire, de ce rire fin qui satisfait l'intelligence, en présentant des types de caractères exceptionnels ou courants qui, par leur faconde ou leur ruse, leur nullité ou leurs travers, nous mettent en gaîté et arrivent à créer des situations, des complications franchement réjouissantes. Mais, quand les auteurs s'ingénient tout d'abord à embrouiller l'action, à inventer d'invraisemblables événements, si comiques soient-ils, dont leurs personnages tireront tout le parti possible pour devenir risibles, ils déterminent une fausse hilarité, et en assistant à la pièce du Palais-Royal : « Mes femmes », on a l'impression pénible de rire de quelque chose qui ferait bien rire s'il était possible que cela soit ; c'est tout différent.

MM. Pierre et J.-P. Veber et Alfred Duthil ont en effet imaginé une bien curieuse maladie dont ils ont chargé le personnage principal : le dédoublement de la personnalité ; nous pouvons bien dire entre nous : « imaginé » bien que le programme mentionne que ce malaise curieux ait été ainsi appelé par les psychiatres. Je vous laisse à penser tout ce que les auteurs ont pu tirer de cette trouvaille, admirable corde dont ils jouent pendant trois actes.

C'est ainsi que Raymond Préfontaine, jeune avocat fortuné, a brusquement disparu bien que fiancé à Germaine Ladoucette sans donner de ses nouvelles ; ayant changé de personnalité, il épouse Suzanne Boizard mais, au bout de trois mois, rentré dans son existence antérieure, il tombe chez les Ladoucette justement le jour même où Germaine, lasse d'attendre celui qui devait être son mari, s'est fiancée à un autre : Ernest Piépelu, petit fonctionnaire timide et pusillanime. Renvoyé comme indésirable, Raymond se demande ce qu'il a bien pu faire pendant trois mois et, comme on lui apprend qu'il s'est marié, part à la recherche de son domicile et de sa femme, aidé du jeune médecin-lieutenant Blutel, son ami intime (1er acte).

Ayant enfin retrouvé son chez lui, il croit que toutes les femmes qui se présentent sont Mme Raymond Préfontaine ; il embrasse la femme de chambre, habillée pour son jour de sortie, séduit « complètement » l'amie de sa femme Mme Fremine et, finalement, se trouve en présence de sa légitime qu'il reçoit froidement... et pour cause (2e acte).

Au troisième acte, les Ladoucette se retrouvent chez les Boizard ainsi que Piépelu : méli-mélo, embrouillages, explications et, comme il faut une honnête fin à ces genres d'imbroglios, Piépelu aura Mme Fremine en partage (terme qu'en l'occurrence on peut mettre au péjoratif), Raymond gardera sa femme et la mignonne Germaine, ballottée dans tout ceci, pleine de résignation dans sa candeur plus ou moins naïve, épousera le jeune et séduisant docteur.

Si le genre invraisemblable et irréel appliqué au vaudeville me laisse — c'est le cas de le dire — un peu rêveur, reconnaissons volontiers le parfait talent des auteurs de « Mes femmes », rompus à toutes les ficelles, maniant habilement leurs personnages, leur intrigue ; leur style est excellent ; mais que dire de la qualité des interprètes pour rendre plausibles et sympathiques même, situations et caractères si fantasques !

MM. Jacques Louvigny, dans le rôle de Raymond Préfontaine, Duvallès dans celui de Piépelu, Mme Christiane Deligne dans le rôle de Suzanne Boizard, Mireille dans celui de Germaine Ladoucette, pour ne citer que les principaux, sont de parfaits artistes, d'une qualité d'ailleurs indispensable pour assurer à la pièce une longue carrière.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Chaire de pathologie interne** (Professeur M. A. Clerc.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux.* — Sous la direction des Professeurs H. Vaquez et A. Clerc, assistés de MM. Ch. Aubertin et Donzelot, agrégés, médecins des hôpitaux ; Mouquin, médecin des hôpitaux ; Soupault, chirurgien des hôpitaux ; E. Bordet et E. Géraudel, anciens chefs de laboratoire à la Faculté ; E. Surmont, assistant de radiologie des hôpitaux ; M. Bascourret P. Noel-Deschamps, Grellety-Bosviel, Robert Lévy, S. Vialard, anciens chefs de clinique ou anciens internes des hôpitaux ; Frain, assistant de radiologie du service ; Morin et Barry, assistants canadiens, un cours de perfectionnement commencera le lundi 11 janvier 1932, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais).

Programme du cours. — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement radioscopie et électrocardiographie théorique avec exercices pratiques. Prise et lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc. Lundi 11 janvier, M. E. Bordet : Technique générale radioscopique. — Mardi 12 janvier, M. A. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 13 janvier, à 10 heures, M. Bordet : L'ombre du cœur à l'état normal ; à 11 heures, M. Surmont : Télécardiographie. — Jeudi 14 janvier, M. Géraudel : Principes et technique électrocardiographiques. — Vendredi 15 janvier, M. Géraudel : Notions anatomiques et physiologiques. — Samed 16 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 18 janvier, M. Géraudel : Troubles de fonctionnement du sinus.— Mardi 19 janvier, M. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 20 janvier, M. Bordet : Affections valvulaires. — Jeudi 21 janvier, M. Géraudel : Extrasystoles. — Vendredi 22 janvier, M. Géraudel : Blocage sino- et atrio-ventriculaire.— Samedi 23 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Péricardite, symphyse, malformations congénitales ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 25 janvier, M. Bordet : Pédicule cardiaque normal, Aortites. — Mardi 26 janvier, M. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 27 janvier, M. Bordet : Anévrysme aortique. — Jeudi 28 janvier, M. Géraudel : Rythme nodal. — Vendredi 29 janvier, M. Géraudel : Fibrillation et flutter auriculaires. — Samedi 30 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Artérites pulmonaires, Veines caves ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 1er février, M. Géraudel : Déformations de l'électro-cardiogramme ventriculaire. — Mardi 2 février, M. Clerc : Polyclinique.

2° L'après-midi, *a*) de 15 h. 30 à 16 h. 30 : Démonstrations pratiques (examen des malades, radioscopie et orthobiographie, électrocardiographie), sous la direction des assistants et des internes du service (les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations); *b*) à 16 h. 30: Conférence clinique (des explications pourront être données en anglais).

Lundi 11 janvier, M. Clerc : Insuffisance cardiaque. — Mardi 12 janvier, M. Grellety-Bosviel : Péricardites et adhérences du péricarde. — Mercredi 13 janvier, M. Vialard : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu. — Jeudi 14 janvier, M. Noel-Deschamps : Endocardites infectieuses. — Vendredi 15 janvier, M. Mouquin : Lésions congénitales du cœur. — Samedi 16 janvier, M. Vialard : Généralités sur les lésions valvulaires.— Lundi 18 janvier, M. Donzelot : Infarctus du myocarde.— Mardi 19 janvier, M. R. Lévy : Irrégularités du rythme cardiaque. — Mercredi 20 janvier, M. P. Noel-Deschamps : Bradycardies.— Jeudi 21 janvier, M. R. Lévy : Tachycardies. — Vendredi 22 janvier. M. Bascourret : Exploration des artères, Sphygmomanométrie. — Samedi 23 janvier, M. Aubertin : Hypertension artérielle. — Lundi 25 janvier, M. Bascourret : Artérites oblitérantes des membres. — Mardi 26 janvier, M. Aubertin : Aortites et anévrysmes aortiques. — Mercredi 27 janvier, M. Mouquin : L'angine de poitrine et son traitement. — Jeudi 28 janvier, M. Clerc : Artérites pulmonaires. — Vendredi 29 janvier, M. P. Noel-Deschamps : Hygiène et médication générale des maladies du cœur. — Samedi 30 janvier, M. Grellety-Bosviel : Digitaline et ouabaïne. — Lundi 1er février, M. Bascourret : Médications vasculaires. — Mardi 2 février, M. Soupault : Chirurgie des affections cardiaques.

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Prix du cours complet : 300 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le registre sera clos huit jours avant l'ouverture du cours.

— **Laboratoire de bactériologie** (Professeur : M. A. Lemierre). — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel agrégé, avec le concours de MM. Adida, Gallerand et Névot, assistants, auront lieu pendant l'année scolaire 1931-1932, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 5 janvier 1932, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — *Première série* : Technique de microbiologie clinique (15 leçons). — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Examen du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation de germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Technique de la filtration. — Examen des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen des matières fécales. — Examen des urines.

Deuxième série : Etude pratique des microbes pathogènes. — 1re leçon : Classification microbienne. — 2e leçon : Staphylocoque. Préparation des vaccins. — 3e leçon : Streptocoque, Pneumocoque.— 4e leçon : Gonocoque. Méningocoque. — 5e leçon : Peste. Pasteurelloses. — 6e leçon : Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7e leçon : Groupe colibacille-

Eberth. — 8e leçon : Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis. — 9e leçon : Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10e leçon : Examen bactériologique des eaux potables — 11e leçon : Bactéridie charbonneuse. — 12e leçon : Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13e leçon : Bacilles du tétanos et du botulisme. — 14e leçon : Bacille diphtérique. — 15e leçon : Bacille tuberculeux. — 16e leçon : Lèpre et morve. — 17e leçon : Les spirochètes. — 18e leçon : Le tréponème de la syphilis. — 19e leçon : Les virus invisibles. — 20e leçon : Le bactériophage de d'Herelle.

Les droits à verser sont de 200 francs pour la première série, 200 francs pour la deuxième série. Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris). Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. Professeur : M. Emile SERGENT). — M. Emile SERGENT a commencé ses conférences cliniques le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures à l'hôpital de la Charité.

I. PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 h. 1/2 : Visite dans les salles. — Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique. — Le mardi et le jeudi, à 9 h. 1/2, séance de pneumothorax artificiel, sous la direction des Docteurs F. BORDET et René MIGNOT, anciens chefs de clinique. — Mercredi à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par le Docteur MARION. — Vendredi, à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins. (Exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la policlinique, par le Docteur René MIGNOT, ancien chef de clinique). — Samedi à 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires. — Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures. Leçons de technique et de séméiologie élémentaires, par le Professeur, les chefs et anciens chefs de clinique, MM. PIGNOT, BORDET, MIGNOT, DE MASSARY, OURY, GRELLETY-BOSVIEL, TURPIN, KOURILSKY, BENDA, LONJUMEAU, VIBERT, IMBERT, LAUNAY et les chefs de laboratoire, MM. H. DURAND et COUVREUX. — Mercredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'Amphithéâtre, par le Professeur. — Vendredi à 11 heures : Conférence clinique, par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service.

II. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DES STAGIAIRES — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE PERFECTIONNEMENT. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera trois sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours :

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet ;

2° Un cours de revivion et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin cotobre) avec la co-direction du Docteur LIAN, agrégé.

3° Des cours pratiques de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. COUVREUX, chef du laboratoire de radiologie de la clinique (1° cours en avril ; 2° cours en décembre).

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au Secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chefs de laboratoire de cliniques* (1931-1932.)

CLINIQUE MÉDICALE. — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Dioclès, Dumont, Dognon, Simonnet, Mlle Tissier.

Saint-Antoine : MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon,
Pitié : MM. Nepveux, Escalier.
Cochin : MM. Busy, Verne, Bariéty.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Hôtel-Dieu : M. Nicolas.
Salpêtrière : MM. Magrou, Rouché.
Saint-Antoine : M. Giet.
Cochin : MM. Bauvy, Herrenschmidt.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Vaugirard : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Pitié : Mlle Dubois, M. Doubrow.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — Hôtel-Dieu : MM. Hudelo, Goulfier.

CLINIQUE UROLOGIQUE. — Necker : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE. — Enfants-Malades : M. Bidot.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE. — Salpêtrière : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard, Mathieu.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Saint-Louis : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre.

HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — Enfants-Assistés : M. Détroi.

CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES. — Claude-Bernard : M. Reilly.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Lariboisière : MM. Ardoin, Lévy-Bruhl.

STOMATOLOGIE. — M. CHOMPRET.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — MM. Wolfromm, Ménégaux.

DIPHTÉRIE : MM. Lafaille.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — Sainte-Anne : MM. Cuel, Dubar, Lehman, Dumas, Lecourt, Mlle Bonnard, MM. Piot, Nacht.

CLINIQUES OBSTÉTRICALES. — Tarnier : MM. Cartier, Hinglais.
Beaudelocque : MM. Girand, Lacomme.
Pitié : M. Minvielle.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — Broca : MM. Bulliard, Douay.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. — Enfants-Malades : M. Saint Girons.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. — Laënnec : MM. Bonnet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars.

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE. — Charité : MM. Durand (H), Couvreux.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Services d'électro-radiologie des hôpitaux.** — *Hôpital Lariboisière.* — Le service central d'électro-radiologie, sous la direction de M. HARET, électro-radiologiste de l'hôpital Lariboisière, est réglé comme suit, pour l'année 1931-1932 :

Radiodiagnostic. — Tous les matins à 10 heures, radioscopie et radiographie (malades des services et consultants). Interprétation de clichés.

Radiothérapie. — Tous les matins à 9 h. 30, consultation : visite des malades anciens, présentation au Chef de service des malades nouveaux ; application de traitement. — Examen de sang : lundi et jeudi.

Electrologie. — Tous les matins à 10 heures, consultation et application de traitement ; électro-diagnostic classique et chronaxie. Une fois par semaine, le mercredi, un exposé sera fait concernant l'électrologie, le radiodiagnostic, les examens de laboratoire.

— **Mutations dans les services hospitaliers.** — M. Baudouin passe à l'Hôtel-Dieu, Paisseau à Trousseau, Ameuille à Cochin, Chiray à Bichat, Pasteur Vallery-Radot à Bichat, Milhit à Hérold, Troisier à Beaujon, Tinel à la Rochefoucauld, Touraine à Saint-Louis, M.-P. Weil à Saint-Antoine, R. Bénard à Laënnec, Flandin à Bichat, Rouillard à Tenon, Moreau à Bicêtre, Jacquet à Sainte-Périne, L. Kindberg à la Salpêtrière, Cathala à Debrousse, Alajouanine à Bicêtre, H. Bénard à la Charité, De Gennes à Bicêtre, Tzanck à Broca, Marchal à Broussais, Jacob à Ivry, Etienne Bernard à Bicêtre.

— **Concours de l'Internat.** *Oral.* — Séance du 1er décembre. Questions : Diagnostic et pronostic des fractures malléolaires. — Formes cliniques de cirrhoses alcooliques du foie.

MM. Esquirol, 18 ; Brincourt, 22 1/2 ; Bour, 20 ; Adrianopoulos, 20 1/2 ; Debray, 21 ; Giard, 18 ; Rambert, 17 ; Bouley, 21 ; Grèze, 13 ; Fontaine, 17 ; Trotot, 18.

Séance du 2 décembre. — Questions : Causes et signes de l'occlusion intestinale aiguë. — Hémoptysies tuberculeuses.

MM. Gibert, 21 ; Sambron, 23 ; Fasquelle, 21 ; Brunhes, 19.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr GANTOIS, de Watten (Nord) ; du Dr GUAY, de Sillans (Isère) ; du Dr HERVÉ, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine) ; du Dr GOY, de Nangis (Seine-et-Marne) ; du Dr BOUSSEAU, de Morteaux-Coulibœuf (Calvados) ; du Dr VINCENT , d'Alger ; du Dr MAYOR, de Genève, correspondant étranger de l'Académie de médecine.

— **Ecoles des Hautes Etudes.** *Psycho-biologie.* — M. H. WALLON, professeur à la Sorbonne et à l'Institut de psychologie, fait un cours au laboratoire de psychobiologie de l'école des Hautes études, 85, boulevard Jean-Jaurès, à Boulogne-sur-Seine, tous les jeudis à 9 h. 1/2.

A 8 h. 30, conférences et démonstrations pratiques par MM. R. JEUDON, maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes, et W. FALGUIÈRE, chef des travaux

— **Légion d'honneur.** — Dans la dernière promotion de la Légion d'honneur, nous avons été heureux de relever le nom du Docteur André CAUCHOIS, à qui cette distinction vient d'être décernée à titre militaire.

Mobilisé pendant cinq ans et demi, du 2 août 1914 au 25 janvier 1920, le Docteur Cauchois est demeuré aux armées pendant trois ans et demi, de juin 1915 à décembre 1918, et prit part aux campagnes d'Argonne, de Champagne, de Verdun et de la Somme, malgré ses droits à la relève pour charges de famille, puisqu'il avait déjà six enfants en 1917. Titulaire de la croix de guerre, le nouveau légionnaire est actuellement médecin commandant de réserve.

Tous ceux qui le connaissent se réjouiront de cette distinction, qu'il aurait d'ailleurs aussi justement méritée pour son dévouement aux œuvres sociales et familiales, qui lui a valu l'honneur d'être nommé membre du conseil supérieur de la natalité et d'être appelé à la vice-présidence de la Fédération nationale des Associations de familles nombreuses. (*Journal de Rouen*, 19 novembre 1931.)

— **Conférence internationale contre la tuberculose.** — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui vient de se réunir à Paris, a arrêté, d'accord avec l'Association néerlandaise contre la tuberculose, les dernières précisions concernant la prochaine conférence internationale, la huitième organisée par l'Union.

Cette conférence aura lieu du 6 au 9 septembre 1932, à La Haye et Amsterdam, sous la présidence du Professeur Nolen.

Les questions suivantes y seront discutées :

1° *Relations entre l'allergie et l'immunité.* Rapporteur principal : Prof. Jules BORDET (Belgique), co-rapporteurs : Professeur ALDERSHOFF (Pays-Bas) ; Prof. S. Lyle CUMMINS (Grande-Bretagne) ; Prof. J. DE DARANYI (Hongrie) ; Prof. DEBRÉ (France) ; Docteur K. A. JENSEN (Danemark) ; Prof. B. LANGE (Allemagne) ; Prof. OTTOLENGHI (Italie) ; Dr A. WALLGREN (Suède), Dr W. C. WHITE (Etats-Unis).

2° *La chrysothérapie.* Rapporteur principal : Professeur SAYÉ (Espagne). Co-rapporteurs : Dr J. B. AMBERSON (Etats-Unis) ; Dr AMEUILLE (France) ; Prof. BOCCHETTI (Italie) ; Dr L. S. T. BURRELL (Grande-Bretagne) Prof. KNUD FABER (Danemark) ; Dr JAQUEROD (Suisse) ;

Prof. W. Neumann (Autriche) ; Prof. R. Rencki (Pologne) ; Dr G. Schröder (Allemagne) ; Prof. J. Valtis (Grèce).

3° *L'assistance post-sanatoriale.* Rapporteur principal : Dr Vos (Pays-Bas). Co-rapporteurs : Dr J. Blanco (Espagne) ; Dr E. Bresky (Tchécoslovaquie) ; Dr Brieger (Allemagne) ; Drs R. Courtois et E. Olbrechts, en collaboration (Belgique) ; Dr Guinard (France) ; Dr N. Heitmann (Norvège) ; Prof. E. Morelli (Italie) ; Dr H. A. Pattison (Etats-Unis) ; Dr D. A. Stewart (Canada) ; Dr Harley Williams (Grande-Bretagne).

Après lecture des rapports présentés par des orateurs élus à l'avance sur une longue liste de candidatures, s'ouvrira une discussion libre à laquelle pourront s'inscrire les membres de l'Union internationale, ainsi que les « membres de la Conférence » présentés officiellement par les Associations nationales affiliées à l'Union.

Un voyage d'études organisé par l'Association néerlandaise de lutte antituberculeuse, réunira les participants qui se seront inscrits à l'avance.

— **Grandes conférences internationales latines organisées sous les auspices de l'Umfia.** — Le président-fondateur de l'Umfia, le Docteur Dartigues, a eu l'idée de créer des conférences internationales faites par de grandes personnalités scientifiques du monde latin et sous les auspices de l'Umfia. Ces conférences qui porteront principalement sur les diverses nations qui font partie de l'Umfia et envisagées dans leur activité scientifique et médicale contribueront à faire mieux connaître et affirmer le mouvement de spiritualité qui unit les divers pays de la latinité. Le Docteur Dartigues a créé une caisse pour subvenir aux dépenses nécessitées pour la location de grandes salles où seront invités les Membres de l'Umfia, pour les frais de correspondance, etc.

Voici, à l'heure actuelle, ceux qui ont souscrit. C'est avec plaisir que nous signalons le Dr Chaillous, membre de l'Umfia dès l'origine, ophtalmologiste de l'hôpital des Quinze-Vingts et qui a donné le premier l'exemple :

Dr Chaillous (de Paris)	500 fr.
Dr Dartigues (de Paris)	500 »
Dr Rivière (de Paris)	300 »
Me Rey (de Paris)	50 »
Dr Leydier (de Paris)	200 »
Dresse Prost (de Paris)	100 »
M. Bonamico (de Londres)	100 »
Union médicale latine ou Umfia..	500 »
Revue de l'Umfia	100 »
Prof. Montané (de la Havane)	200 »
Art et médecine (Dr Debat)	500 »
Dr Bandelac de Pariente (de Paris)	500 »
Dr Claoué (de Bordeaux)	1.000 »

Les premiers conférenciers inscrits sont, dans l'ordre : le Professeur Forgue (de Montpellier), membre correspondant de l'Institut, conférence sur l'Espagne ; le Professeur Sergent, membre de la Faculté de Paris et membre de l'Académie de médecine, sur le Canada ; le Professeur Jean-Louis Faure, membre de la Faculté de Paris et membre de l'Académie de médecine, sur le Brésil.

Ces conférences seront faites sous la haute présidence d'un Ambassadeur du pays qui fera l'objet de la conférence.

Les souscriptions sont reçues au siège social de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris 16e. Les noms des donateurs seront publiés ultérieurement.

— **Æsculape.** — Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement : 40 francs (étranger : 60 francs), 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe).

Sommaire du numéro 11: L'Homme des temps Moustériens (2 ill.), statue de Paul Dardé. — Le vieil amphithéâtre d'anatomie de Bologne (6 ill.), par Louis Masson. — La stupeur des contemporains lorsqu'apparut la syphilis à la fin du quinzième siècle (8 ill.), par le Prof. Jeanselme. — La naissance de l'Antechrist (1 ill.). — Le joli médecin de l'Abbaye (6 ill.), par le Dr Edgar Leroy. — Un « Memento Mori » d'Hans Rist (1 ill.). — Supplément (19 ill.). Prix : 5 francs.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Côte d'Azur Pullman-Express.* — Le confortable train de luxe « Côte d'Azur Pullman-Express » circulera pour la première fois, cette année, à partir du 18 décembre. Il aura lieu tous les jours pendant l'hiver et permettra d'aller de Paris vers la Côte d'Azur avec le maximum de rapidité et le minimum de fatigue dans d'excellentes voitures Pullman de la Compagnie internationale des wagons-lits.

Départ de Paris : 9 heures, de Lyon-Perrache, 15 h. 13. — Arrivée à Marseille Saint-Charles : 19 h. 39 ; Toulon : 20 h. 44 ; Saint-Raphaël : 21 h. 58 ; Cannes : 22 h. 29 ; Nice : 23 heures ; Menton : 23 h. 45.

— **Chemins de fer P. L. M.** *Sur la route d'hiver des Alpes en autocar P. L. M.* — Les services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Aix-les-Bains, Mont-Revard et Nice.

Jusqu'en fin janvier, deux départs par semaine ont lieu dans chaque sens : les lundi et jeudi au départ d'Aix ; les lundi et vendredi au départ de Nice.

Le parcours d'Aix-les-Bains à Nice s'effectue en trois jours :

Première étape : Aix, Grenoble, par Chambéry, Les Echelles, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Pierre-de-Chartreuse (déjeuner), col de Porte.

Deuxième étape : Grenoble, Digne, par Monestier-de-Clermont, le col de la Croix-Haute, Lus (déjeuner), Aspres, Sisteron.

Troisième étape : Digne, Nice, par Saint-André-les-Alpes, Annot (déjeuner), Pont-de-Gueydan, Entrevaux, Puget-Théniers, Touet-de-Beuil.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux gares, bureaux de renseignements, bureaux de ville du réseau P. L. M. et aux agences de voyages.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

Application du Tarif des accidents du travail

5734. — Visites dites de contrôle de plusieurs blessés le même jour

Je vous serais reconnaissant de me dire s'il est exact que lorsque deux blessés d'une même compagnie d'assurance, sont contre-visités en même temps chez le médecin traitant, ce dernier peut majorer de 50 % les deux consultations, ou seulement une seule.

Dr P.

Réponse.

La Commission du tarif des A. T. en sa séance du 3 juillet 1928 a décidé que la majoration de 50 % pour la visite visée en l'art. 3-a), s'applique non seulement en cas de contre-visite unique mais aussi au cas où il y a contre-visite de plusieurs malades.

Donc, s'il y a trois examens, par exemple, c'est autant de fois le prix de la consultation simple majoré de 50 %.

Dr F. Decourt.

5818. — La majoration de 50 % prévue à l'article 26

Je suis allé dernièrement faire une radiographie à domicile pour la Compagnie d'Assurance « L'A. ». Entre autres, je compte :

75 fr. comme indemnité de déplacement, c'est-à-dire : 5 0 fr. + 50 %.

La Compagnie répond que l'alinéa 7 de l'article 26 est formel au sujet des frais de déplacement.

L'alinéa 7 ? L'article 26 ? ?

Je voudrais tout simplement savoir qui a raison :

De la Compagnie qui offre 50 fr. ; de moi qui ne démords pas de 75 fr.

Dr D.

Réponse.

La majoration de 50 % n'est applicable qu'aux « honoraires prévus au paragraphe I à VI ci-dessus et aux alinéas 1 et 2 du parag. VII ci-après » (art. 26-VI, *in fine*).

Elle n'est donc pas applicable aux frais de déplacement prévus au paragraphe VII, 6e alinéa.

Dr F. Decourt.

5643. — Visite avec le médecin de l'assurance

Je vous serais très reconnaissant de me dire à quel tarif je dois compter les visites ou consultations d'accidents du travail, faites à un blessé *sur convocation du médecin de l'assurance patronale.*

Au tarif ministériel, une « visite avec confrère » est comptée au prix de trois visites ; est-ce le prix que le médecin traitant doit compter également quand il se rencontre avec le médecin de l'assurance ; sinon, quel tarif ?

Dr L.

Réponse.

Voir art. 3-a) = majoration de 50 %, soit 15 + 7,50 = 22 fr. 50 plus (si c'est à domicile) déplacement forfaitaire de 2 fr. à Paris, soit 24 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Maginot

5890. — Transfusion du sang Visite de contrôle

La Commission de contrôle des soins gratuits aux mutilés (N.), a désigné dernièrement un de mes confrères de N. pour examiner six de mes clients, et m'a prié de m'entendre avec lui pour ces visites et examens. La mission de mon confrère était de voir si l'état de mes six malades exigeait bien la quantité et la qualité des médicaments prescrits.

Mon confrère est venu, nous sommes allés voir les six intéressés individuellement. D'après les règlements, suis-je en droit :

De détacher un ticket du carnet médical pour chacune des visites faites ?

Si oui, suis-je en droit de marquer, sur chacun de ces tickets, le prix des consultations avec confrère, c'est-à-dire le double (ou le triple) d'une visite simple et d'y ajouter le prix de l'indemnité kilométrique, aller et retour ?

2° Pour un pensionné, gravement atteint d'anémie profonde, des transfusions successives de 180 à 200 gr. ont été décidées après consultation avec trois confrères.

Puis-je me faire honorer, par un ticket du carnet médical, pour chacune des transfusions faites ? (mes confrères consultants n'usant pas du carnet et se faisant honorer directement par le pensionné).

Si oui, quel prix puis-je demander, sur le ticket détaché, pour chacune des transfusions faites par moi ?

Dr L.

Réponse.

1° Voir l'art. 57, alinéa 2 : « Le médecin traitant pourra toujours assister à l'examen du médecin-contrôleur et devra être prévenu 24 heures à l'avance. Il n'aura droit de ce fait, ni à des frais de déplacement, ni au remboursement d'une visite. »

2° Voir décret du 5 mars 1927 modifiant celui de 1923 « art. 1er : Modification de l'art. 74 : .....Transfusion du sang (quelle que soit la technique employée et y compris l'épreuve de la compatibilité sanguine quand elle est effectuée) = 300 fr.

(Par transfusion du sang, on doit entendre le

recueil et la transfusion d'au moins 150 cc. de sang humain).

Voir également l'art. 62 du tarif qui majore de 50 % le prix de la visite en cas de consultation entre médecins, mais dans les conditions indiquées à l'art. 18, à savoir qu'il doit en être « donné avis dans les 24 heures à la Commission de contrôle ».

Tels sont les *textes*. Voyez ce qu'il convient d'en tirer suivant le rôle que personnellement vous avez eu à remplir dans ces interventions.

Dr F. DECOURT.

Honoraires

Maison de santé. — Opération chirurgicale. — A qui incombe la rémunération des aides du chirurgien ?

Un chirurgien vient opérer avec ses aides à lui dans une maison de santé. Suivant l'usage, la direction de la maison de santé remet aux aides du chirurgien au sortir de la salle d'opérations 200 fr. à chaque aide, soit 400 fr. Cette petite note est présentée au client opéré. Il a honoré le chirurgien, mais il ne veut absolument pas payer ces 400 francs d'aides et il refuse ce remboursement à la maison de santé.

La maison de santé doit-elle se tourner contre le chirurgien ? Celui-ci, en effet a amené ses aides et c'est à lui, en somme que la maison de santé a fait cette avance pécuniaire pour payer ses aides, est-ce lui qu est responsable vis-à-vis de la maison de santé ?

Dr X.

Réponse.

A première vue, il semble qu'il soit très facile de répondre que les aides font partie du personnel chirurgical, amené par l'opérateur et que les honoraires desdits aides doivent être compris dans le forfait convenu pour l'opération.

Lorsqu'avant l'intervention, le malade a demandé au chirurgien quels seraient ses honoraires, il pensait établir un prix forfaitaire, librement débattu, comprenant tous les frais qu'entraîne l'opération.

A ce chiffre, il ajoute le prix de journée de la clinique, qu'il multiplie par le nombre probable de journées qu'il aura à passer dans la maison de santé.

Mais, tout ne se passe pas d'une manière aussi simple : il faut, en sus, régler les frais de salle d'opérations, des frais de pharmacie, occasionnés par ladite intervention, puis d'autres dépenses de toutes sortes.

Aussi, bien des malades regimbent, prétendent parfois être exploités et ont tendance à se diriger, une autre fois, ou à diriger leurs proches, leurs amis, vers l'hôpital, ou vers les maisons de santé, ou ils ne sont pas sujets à pareil retour de bâton.

Or, pourquoi la clinique se mêle-t-elle de rémunérer les aides du chirurgien ? Pour éviter à ce dernier cette dépense, qui sera réclamée au malade. Si celui-ci s'exécute, la clinique se fait ainsi une bonne réclame personnelle auprès des chirurgiens, qui n'ont pas à débourser les quelques centaines de francs d'aides.

Mais si le client refuse, la clinique peut-elle se retourner contre le chirurgien et lui demander le remboursement des honoraires versés aux aides ?

Le chirurgien peut répondre que la direction de la maison de santé s'est mêlée de ce qui ne la regardait pas ; que c'est à lui à rémunérer ses aides, comme il croit devoir le faire et qu'il n'a pas prié la maison de santé de se substituer à lui, pour ce faire.

Peut-être même les aides ont-ils touché, de leur patron, une rémunération directe, ou globale, comportant plusieurs interventions, faites le même jour.

Donc, j'estime que les usages ne peuvent être invoqués que si la maison de santé peut prouver que c'est après entente avec le chirurgien qu'elle honore directement les aides et qu'elle récupère ces honoraires sur le malade.

Dans ces conditions, elle aura agi au nom du chirurgien, qui aura commis la négligence de ne pas avertir le futur opéré qu'en sus de ses propres honoraires chirurgicaux, il aura à honorer les aides.

Si la maison de santé ne peut pas prouver qu'elle a agi au nom du chirurgien et avec l'assentiment de ce dernier, elle devra supporter la dépense d'une réclame, qu'elle se fait ainsi auprès du chirurgien et de ses aides, en payant au nom du malade des honoraires, que ce dernier est en droit de croire compris dans le prix de l'intervention.

Dr Paul Boudin.

6136. — Privilège du médecin en cas de faillite

N'ayant aucune précision sur mes droits en matière de faillite, je me permets de vous demander, 1° quels sont les privilèges des médecins dans une faillite ; 2° le privilège accordé, les médecins peuvent-ils toucher le reste de leur note au prorata du montant de la liquidation ?

Dr K.

Réponse.

En principe, les honoraires médicaux ne font l'objet d'aucun privilège et doivent suivre le sort de toutes les créances chirographaires en matière de faillite.

Il n'y a d'exception à cette règle que dans deux cas :

1° Lorsqu'il s'agit d'honoraires relatifs à des soins donnés au failli lui-même (et non pas aux membres de sa famille) pour la dernière maladie dont il a été atteint avant la déclaration en faillite, quelle qu'en ait été la terminaison (art. 2101 du Code civil et 12 de la loi du 30 novembre 1892).

2° Lorsqu'il s'agit d'honoraires relatifs à des soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail (art. 2101 du Code civil et 23 de la loi du 9 avril 1898).

Lorsque vous vous trouvez dans un de ces deux cas, vous devez adresser votre note au Syndic de la faillite en demandant expressément d'être admis au passif privilégié en vertu de ces textes.

L'effet du privilège est de vous faire payer sur l'actif liquide de la faillite par préférence à tous les autres créanciers n'ayant pas de privilèges préférables au vôtre et sans avoir à subir avec eux la loi du concours.

Questions médico-militaires

5363. — Droit à la carte de combattant

Je vous serais extrêmement obligé de me dire si j'ai droit à la carte de combattant. Mobilisé dès les premiers jours de la guerre, classe 1902, j'ai été en 1915, affecté à l'ambulance coloniale qui faisait équipe à l'H. O. E. de C.

En avril 1916, étant à ce moment atteint de bronchite, toussant, crachant et maigrissant, je fus dirigé sur un groupe de brancardiers divisionnaires, de la n^e^ division et au bout de dix jours, nommé médecin de bataillon d'un régiment d'infanterie alors dans les tranchées en Champagne.

A aucun moment, je ne voulus paraître malade, mais mon médecin-chef s'aperçut de mon état et me fit évacuer d'urgence d'accord avec le médecin divisionnaire (ne voulant pas revenir à l'arrière, j'avais demandé à être maintenu dans une des ambulances de C.).

Dirigé sur C., je fus aussitôt évacué sur B., mon bulletin d'évacuation porte : bronchite diffuse, emphysème à évolution traînante.

A B., je fus soigné à la maison du Maire, mon billet de sortie porte : bronchorrhée avec vomiques et bronchite diffuse, très légèrement amélioré, affection aggravée par les fatigues de la campagne.

Après convalescence, je fus classé inapte, mais demandai à repartir.

Dirigé vers A., je fus repris en novembre 1917 par une atteinte sévère et fus évacué en janvier 1918 et mis hors cadre pour raison de santé. (J'avais refusé de passer devant la commission de réforme pour être pensionné).

L'année dernière, je me suis présenté devant la commission de B. et suis pensionné à 50 %.

Je vous serais très obligé de me dire si j'ai droit à

la carte de combattant, et ce qu'il conviendrait de faire pour l'obtenir.

Dr X.

Réponse.

Il semble d'après votre « curriculum vitæ » que vous ne comptiez pas, *au total*, trois mois de présence dans une unité, dite combattante, car l'ambulance coloniale 9/22 accolée à l'H.O.E. de C. ne paraît pas *a priori*, être une ambulance divisionnaire.

Dans ces conditions, il faudrait qu'il fût établi que votre bronchite a été *contractée* au front (et non pas aggravée), pour que vous puissiez avoir droit à la carte de combattant.

5525.— Pension d'ascendants d'un militaire

Une de mes clientes, a perdu il y a quelques mois, un fils tuberculeux titulaire d'une pension militaire (d'après guerre) ; elle a obtenu une pension d'ascendant de 960 fr. par an ; mais étant elle-même malade chronique (cardiaque emphysémateuse) et ne pouvant rien faire, désirerait savoir si cette pension ne peut être augmentée et quelles formalités à faire pour cela ? et quel chiffre espérer ?

Dr M.

Réponse.

Vous devez faire erreur sur la quotité du montant de la pension d'*ascendante.*

Il est de 960 fr. par an pour le père seul, mais de 1.920 *francs* pour la mère seule.

Ceci dit, ce taux ne peut varier suivant les cas personnels ; il n'est modifiable que par une loi, et pour l'ensemble des ascendants. Donc, aucune démarche *individuelle* possible.

5406. — Fin des obligations militaires

Je suis médecin lieutenant de la classe 1902. Comme cette classe devait être libérée de tout service militaire au 15 octobre dernier, le directeur du Service de santé du ne Corps m'a fait parvenir, il y a deux mois environ une note me demandant si je désirais rester dans les cadres. J'ai répondu que je désirais suivre le sort de ma classe et être rayé des cadres : depuis ce moment, je n'ai entendu parler de rien. Ma classe a été libérée le 15 et je suis toujours en possession de mon titre de mobilisation, c'est-à-dire qu'à mon avis, en temps de guerre je dois toujours répondre à l'appel et partir puisque j'ai toujours mon ordre entre les mains.

Comme je veux être débarrassé de tout souci de ce côté, que dois-je faire pour me débarrasser de mon ordre de mobilisation ?

Veuillez avoir l'amabilité de me donner la marche à suivre.

Réponse.

Etant donné votre réponse au Directeur, vous

pouvez vous considérer comme dégagé de toutes obligations militaires depuis le 15 octobre 1931.

Renvoyez donc votre ordre de mobilisation à la Direction, sous pli recommandé, avec accusé de réception, et vous serez tout à fait tranquille.

5446. — Citations diverses

Voulez-vous me permettre une observation au sujet de la réponse que vous avez faite, dans le *Concours* du 11 octobre à la question n° 4283 posée par le confrère Dr C. ?

Pour vous, il y aurait des citations donnant droit au port de la Croix de guerre et des citations n'y donnant pas droit. N'y a-t-il pas là une erreur de votre part ? La Croix de guerre, en effet, a été instituée, en 1915, pour commémorer les « citations individuelles » à l'ordre de l'armée, du C. A., de la division, etc., d'où il découle que toute citation confère le droit au port de la Croix de guerre. D'ailleurs, l'art. 79 de la loi des Finances du 17 avril 1930 est ainsi conçu : « Toutes les décorations de l'ordre de la Légion d'honneur et toutes les médailles militaires attribuées au titre militaire actif et pour faits de guerre (blessure ou citation), au titre militaire des réserves donnent doit aux traitements suivants..... ». Il n'est pas du tout question de Croix deguerre.

De plus, lorsque vous affirmez que tout officier de réserve qui a eu la Croix de guerre, c'est-à-dire une citation pendant la guerre et qui a été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1931, a droit à un traitement annuel de 500 fr., croyez-vous que vous interprétez bien l'article ci-dessus des Finances ?

Si, dans l'exposé des motifs qui font décerner la Légion d'honneur en 1931, à un officier de réserve, il est bien spécifié qu'on ne lui accorde cette distinction qu'à cause de *sa blessure ou de sa citation*, il a droit à un traitement, mais si ces motifs de distinction sont simplement : 39 ans de services, 2 ans de front, x campagnes, une *citation*, il n'y a pas lieu à un traitement. Ne croyez-vous pas que j'ai raison ?

Dr P.

Réponse.

Il y a bien les citations de guerre avec droit au port de la Croix de guerre (celles dont vous parlez), *mais* il y a aussi des citations de *paix* qui ne donnent pas droit au port de la Croix de guerre. Exemple : les citations au *Bulletin officiel* pour travaux scientifiques, les citations pour actes de courage, pour assiduité aux cours de perfectionnement.

Tout officier de réserve décoré après une citation (Croix de Guerre) a droit au traitement, et cela dans les deux exemples que vous avez choisis.

5611. — Préparation militaire

Mon fils a fait cette année sa première année de préparation militaire et va faire sa 3e année de médecine à Paris.

Est-il obligé de faire de suite à Paris sa seconde année de préparation militaire ? Ou peut-il avoir un sursis d'un an ? c'est-à-dire reporter cette année de préparation militaire en 1933 ? Si oui quelles formalités y a-t-il à remplir ?

Dr P.

Réponse.

Il ne semble pas qu'il doive y avoir, de par la loi, une succession ininterrompue entre la première et la deuxième année de P. M. S.

Le secrétaire de la Faculté de Paris donnera tous renseignements utiles à votre fils, lorsqu'il prendra ses inscriptions.

5488. — Annuités nécessaires pour la Légion d'Honneur

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me donner par la voie de votre journal, auquel je suis abonné, quelques renseignements au sujet de ma proposition éventuelle au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Voici mes états de service.

Classe 1912, mobilisé en août 1914 après un sursis d'appel. Aux armées de juillet 1915 à juillet 1919. Trente mois médecin de bataillon comme médecin auxiliaire puis sous-aide-major. Trois citations dont une à la division. Une blessure de guerre. Médaillé militaire en 1921 (Promotion Fayolle). Nommé au grade de médecin sous-lieutenant de réserve en juillet dernier seulement, ayant négligé de faire ma demande dès ma soutenance de thèse en février 1923.

Etant donné ces états, suis-je proposable pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur ? D'autre part, pour la date de nomination au grade de médecin sous-lieutenant de réserve, n'est-il pas tenu compte des cinq années de guerre qui ont retardé d'autant la fin des études ?

Dr M.

Réponse.

Au 31 décembre 1931, vous comptez :

	17	annuités et 5 mois
plus	5	annuités de guerre
plus	1	blessure de guerre.
soit	23	annuités 1 /12.

(Les citations à l'armée seules sont décomptées.)

Or, il faut 30 annuités au minimum pour la Légion d'Honneur. Peut-être auriez-vous été proposé quand même, en raison de votre blessure de guerre et de vos 3 citations ; mais, déjà, vous avez reçu la récompense de la Médaille Militaire. Il est donc possible que vous soyez obligé

d'attendre le temps normal des 30 annuités. La seule bonification de grade à laquelle vous avez droit est de 3 ans (études nouveau régime) ; les obstacles de guerre aux études ne sont pas envisagés. Et encore faudra-t-il effectuer une période d'instruction avant d'être promu au grade de lieutenant.

Assurances Sociales

6328. — Refus d'adhésion par une domestique. Maladie intercurrente. Responsabilité de l'employeur

Nous avons une femme mariée comme domestique ; tous les soirs elle rejoint son mari, chez eux, à C. Elle vient de manquer trois jours pour maladie (nous ne pouvons vérifier), et comme elle n'est pas une « perle », que si nous lui payons ces trois jours, cela lui donnera envie de recommencer, nous sommes embarrassés.

Que faire ? Est-ce légal de ne pas payer ?

Les assurances sociales (qu'elle ne veut pas payer ; car antérieurement à nous, déjà malade, dit-elle, elle n'a rien pu toucher), les assurances sociales, dis-je, doivent-elles la payer ? (je vais les payer pour les deux, elle et moi).

Bien des médecins peuvent se trouver dans ce cas. Dr F.

Réponse.

En général, une domestique payée au mois ne se voit retenir tout ou partie de ses gages que si l'interruption de son travail est due à sa propre faute, mauvaise volonté, absence injustifiée, etc.

Mais si la domestique invoque une excuse valable, surtout si elle se dit malade pour une courte période, il est assez difficile de lui retenir quoi que ce soit.

Ce ne serait que dans le cas d'une interruption d'une certaine durée que les maîtres pourraient prévenir leur domestique qu'obligés de la faire remplacer, ils lui suppriment ses gages.

C'est pour pallier à ces interruptions de travail, que la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail et celle du 30 avril 1920 sur les assurances sociales ont, en tant qu'institutions de prévoyance, mis à l'abri les travailleurs contre toutes les conséquences d'une interruption du travail, supprimant leurs salaires ou gages, pour raisons d'accident, ou de maladie.

Dans le cas où, par ignorance, la domestique a refusé d'adhérer aux assurances sociales, son employeur n'est pas, de ce chef, déchargé des obligations que lui impose la loi. Il a déjà été jugé que l'employeur qui ne déclare pas employés ou domestiques dans les 8 jours de leur embauchage et ne verse pas le précompte par l'apposition de timbres spéciaux, doit être condamné à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le demi salaire, lorsque l'employé

tombe malade et est, par la faute de son employeur, privé du bénéfice des assurances sociales.

Vainement, le patron chercherait-il à acquitter d'un seul coup les cotisations arriérées : il n'en serait pas moins condamné.

Dans ce sens ont décidé : Justice de paix du 2e canton d'Angoulême, 6 mars 1931 ; commission cantonale des assurances sociales de Toulouse (canton ouest), 20 mars 1931 ; tribunal de simple police de Thouars (Deux-Sèvres) 29 septembre 1931 et enfin, jugeant en appel, tribunal civil de première instance de Toulouse, 3 juin 1931.

Lorsqu'une domestique manque, par suite de maladie, alors qu'elle n'habite pas dans l'immeuble de son patron, elle n'a qu'à apporter un certificat de médecin, ou produire sa feuille d'assurances sociales, constatant qu'elle a interrompu son service, pour cause de maladie.

Dr Paul BOUDIN.

Assurances

Police contre assurance automobile. Augmentation de prime. Possibilité de résiliation

Le Docteur C. a souscrit pour la durée de 10 ans une police de « contre-assurance automobile » La Compagnie lui demande une augmentation de prime. D'autre part le praticien a acquis une secon de voiture et a changé le véhicule assuré au contrat. Comment peut-il résilier ?

Réponse.

En principe la résiliation du contrat ne peut avoir lieu sans motif au cours de la période pour laquelle il a été souscrit.

Un article de la police précise toutefois qu'en cas de modification du risque et demande par la compagnie d'une augmentation de prime, la résiliation devient possible sous la condition de payer, outre les primes échues, une indemnité égale à une année de cotisation.

Il en résulte que le contrat ne peut pas être rompu par la volonté de l'une des parties et que même s'il y a modification du risque, il faut qu'il y ait demande d'augmentation de cotisation pour qu'une résiliation puisse être obtenue.

Si celle-ci résulte du fait de la Compagnie, aucune indemnité n'est due par l'assuré alors que celui-ci est tenu d'en acquitter une si le risque a été modifié par son fait.

Le Docteur C. a reçu, avant toute déclaration de modification de risque une demande de majoration de prime. Il doit déclarer à l'assureur qu'il n'accepte pas cette dernière. Par la même lettre il lui offrira la résiliation sans indemnité. La Compagnie ou bien acceptera cette résiliation et c'est ce que le médecin désire, ou elle renoncera à l'augmentation demandée.

Il est probable que c'est cette dernière éventualité qui se présentera. Le Docteur C. pourra alors prévenir l'assureur de la modification de son risque. Immanquablement une augmentation s'en suivra, augmentation justifiant la résiliation. Mais alors l'indemnité d'une année de cotisation sera due par le médecin.

P. R. BAGLIN.
Conseil technique d'assurance
Docteur en droit

Fiscalité.

5548. — Formalités en cas de changement de domicile

1° Quittant L. avant le 1er janvier 1932, ne me conseillez-vous pas d'avertir de suite le contrôleur des contributions directes pour qu'il me raye ici du rôle des patentes pour 1932 (je n'exercerai à M. qu'après le 1er janvier prochain, donc là pas de difficulté puisque l'année commencera) ?

2° J'ai loué un appartement 6.000 francs. Quelle sera à peu près la somme que j'aurai annuellement à payer au titre de la patente ?

3° Comme j'ai quatre enfants, n'aurai-je pas une réduction de ces frais de patente pour charges de famille ? Il me semble avoir lu dernièrement dans un journal régional qu'une déduction pour charges de famille interviendrait dans l'établissement des patentes des médecins ?

4° Quelle sera à peu près la somme que j'aurai à payer au titre de la contribution mobilière ?

Dr D.

Réponse.

1° Il faut prévenir le contrôleur actuel que vous cessez d'exercer à L. ;

2° Pour connaître la somme à payer, il faudrait que nous ayons le chiffre des centimes à M. car ils varient d'une commune à une autre ;

3° La réduction pour charges de famille n'est pas encore votée en matière de patente ;

4° La contribution personnelle mobilière varie aussi d'une commune à une autre.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

5726. — Base de la patente

1° Mon cabinet est en ville : je paie patente, c'est normal.

2° J'habite une villa dans la banlieue : ma patente est établie également dessus : je crois que c'est encore normal ;

3° Je possède une propriété avec grand château (26 pièces). J'ai l'intention d'y passer, à partir de cette année, quatre mois de l'été. Peut-on établir ma patente également dessus ?

Dr X.

Réponse.

1° et 2° Oui la patente est due sur le cabinet et l'habitation ordinaire ;

3° Elle n'est pas due sur l'habitation de villégiature.

5829. — Déduction des primes pour constitution d'une retraite

J'ai contracté des assurances mixtes sur la vie. Ces assurances constituent non seulement une garantie pour les miens si je venais à mourir, mais aussi un capital que je me constitue pour avoir, en vieillissant, des rentes qui seront ma retraite.

Suis-je en droit de défalquer de mon revenu imposable le montant de mes primes assurances-vie?

Jusqu'à concurrence de quel pourcentage de mon revenu net ou de mon revenu brut ? Dr P.

Réponse.

On admet la déduction des primes d'assurances qui sont nécessitées par la profession ; celles qui sont versées pour la constitution d'une retraite sont déduites jusqu'à concurrence de 6 % du revenu professionnel net.

A. M.

5731. — Amortissement du prix de deux automobiles

Le contrôleur des contributions directes de T. n'admet pas l'amortissement de deux autos par le médecin et prétend « qu'une seule voiture est nécessaire à l'exercice de la profession médicale. L'amortissement de la seconde voiture devant être écarté. »

Cependant, il me semble que pour un médecin de campagne qui roule toute la journée, deux voitures sont nécessaires car lorsqu'une des deux est en panne ou en réparation, le médecin est obligé d'en louer une à des prix onéreux et tout le monde sait que les voitures de location ne marchent pas toujours très bien. En tout cas, je suis habitué à deux voitures et roule tantôt avec l'une, tantôt avec l'autre.

Veuillez donc me dire si vraiment le contrôleur est en droit de me supprimer l'amortissement des frais d'une seconde voiture ?

En ce moment, comme les industriels et commerçants ont vu baisser leur chiffre d'affaires, on tape sur les professions libérales, et en particulier sur les médecins qui sont considérés comme gagnant beaucoup d'argent. Il y en a certainement, mais ce n'est la majorité ! Dr H.

Réponse.

Le contrôleur ne saurait décider si l'exercice de votre profession nécessite une ou deux voitures, mais il peut trouver que les recettes ne correspondent pas à une telle activité si les dites recettes sont faibles. Si vous désirez suivre l'affaire, nous sommes à votre disposition, mais il faudrait nous fournir un dossier complet (recettes, dépenses) avec le plus de détails possible.

A. M.

Cinquante-troisième année — N° 52 — 27 Décembre 1931

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'expédition de l'édition 1932 qui a eu lieu par poste recommandée est actuellement terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

II

Table des matières de l'année 1931

Nous informons nos lecteurs que la table des matières de l'année 1931 fera l'objet d'un numéro spécial, hors série, qui paraîtra le 20 janvier 1932.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Balaruc-les-Bains (Hérault) : F. Cocheret (*rhum.*,)
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Hallot, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, A. H. Bourquet, Cadinouche, Caruette, L. Dubief, Fournier Léon Huet (*Derm.*), F. Houssiaux, P. Houssiaux, Joublot, Kent-Gazet, Makereel, P. Roques (Y. *O. R. L.*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C Fisher.
Font-Romeu-Odeillo : Yves Eynaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet, A. Couderc.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Savoie) : Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Le Geard (*mal. nerv.*), Lelongt Max, Liotard, Malaussène (*Pn. art.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
St Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset.
St-Raphaël - Valescure : Caldaguès. Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux, Vadon.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Toulon : Jamin (*chir.*), P. Kagi (*O.R.L.* , Pignet (*urol.*, *derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DON.— Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du ***Concours médical,*** **de M. le Dr FABRE, de Verneuil-sur-Avre, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)***
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL,** ***Paris*** **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 440. — Dr 46 ans, sér. énerg. rentrant colonies recher. situat. médic. ou paraméd. France ou étranger.

N° 441. — Dame recomm. par doct. et ayant dirigé mais. santé et clin. chirurg. accept. poste simil. ou secrét., assist., surveill. garde, etc...

N° 442. — A vend. prix déris. Château de Rombosc, à Mont-Cauvaire, 18 km. Rouen. Conviendr. pour œuvre privée, mais. santé, préventor. Dr Vanbremeersch 23, place Longueville, Amiens.

N° 443. — Jeune fille, 18 ans, diplômée puéricult. (fondation Blum-Ribes) désire s'occuper bébé dans famille ou œuvre de l'enfance. Ecr. Rameau à Lafathalte (Creuse.)

N° 444. — Seine-et-Marne. Gros centre riche, belle client. à reprend. de suite bonnes condit. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.

N° 445. — Provence-Ville, poste méd. génér., prod. intéress. 2/3 consultat. Grande et confort. habitat. bourgeoise. Prix 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 446. — Seine. Jolie banl., pavill. confort. avec jardin, client. facile, beaucoup consult. Petite indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Odéon 36-46.

N° 447. — A céder de suite pour cause maladie, bonne client. méd. à Paris. Prix avantageux. Actuellem. appartem. libre, sauf location. S'ad. de midi à 14 h. à Mme Corroyer, 7, rue de la Manutention (16e).

Renseignements

Remplacez l'huile de foie de morue dégoûtante, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus par quelques tablettes de **Mangaïne,** selon la méthode utilisée par CAMESCASSE à Forges. Vous obtiendrez la guérison de l'enfant et la reconnaissance de la maman.

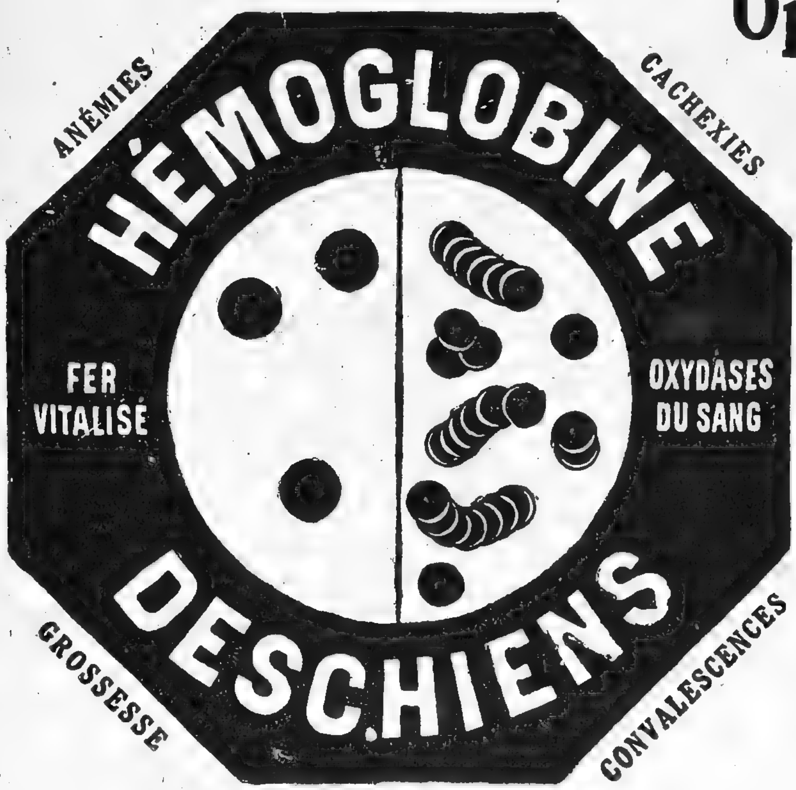
L'Huile d'Olives est la meilleure de toutes les Huiles à manger. Mesdemoiselles Bissey, à Salon (Bouches-du-Rhône) vous adresseront de l'Huile d'Olives garantie pure, exquise, au meilleur prix. Leur demander tarif.

Château des Fleurs à Vence-Aspras (Alp.-Mar.) alt. 400 m. Hôtel-Médical pour traitement affect. pulmon. Aurothérapie. Pneumothorax art., Téléradio. 70 appart. avec gal. de cure indiv. et Cab. de toil. ou salle bains. **Prix de pension : 60 à 100 frs par jour.**

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var) Côte d'Azur. Repos, Régime, Bains de soleil ; Drs CHARMOT et ROZET.

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.



Opothérapie Hématique

Totale

SIROP de

DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques

et des

Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Notre ami Paul DELMAS, professeur à la Faculté de Montpellier, vient d'avoir la douleur de perdre son père, le docteur Delmas.

A lui et à sa famille, le *Concours médical* adresse l'hommage de ses sympathiques condoléances.

— **Académie des Sciences.** — M. le Professeur Charles Richet a été élu vice-président de l'Académie des Sciences, dont il sera ainsi président en 1933.

— **Bal de la médecine française.** — Le 6e Bal de la médecine française aura lieu le Lundi-gras, 8 février 1932, à la Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor, 5e, (rue Monge) au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes et la *Revue des Actualités médicales* composée et interprétée par les étudiants en médecine de Paris.

A minuit, souper par petites tables servi sous la direction du docteur de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 francs ; bal, 50 francs ; jeunes gens, jeunes filles, étudiants, (bal seulement), 25 francs ; souper, 40 francs.

S'inscrire d'avance chez Me Henri Labbé, 52, avenue de Saxe, (15e). Ségur 89-16 (de 9 heures à midi).

S'adresser pour les cartes : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e), Littré 48-12 ; Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, (5e) ; chez les Dames du Comité.

— **Séance solennelle de la Société de pathologie comparée.** — Le 8 décembre 1931, la Société de pathologie comparée de Paris a tenu sa Séance solennelle annuelle à l'Hôtel des Sociétés Savantes. Elle fêtait en même temps le trentenaire de sa fondation.

La Séance était présidée par le Professeur Leclainche, membre de l'Institut, assisté des représentants du ministre de la Marine, du ministre de l'Instruction publique, du Directeur du Service de Santé au ministère de la Marine, du Directeur du Service de Santé de la Région de Paris, du Directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

D'intéressantes communications ont été faites : par le Dr Olivier, sur la chimie et la pharmacologie du phosphore ; par M. Labrousse, sur les Caractères biochimiques des microorganismes suivant la composition du milieu ; par M. Simonnet, agrégé des Ecoles vétérinaires, sur les acquisitions récentes sur la régulation endocrinienne du développement du tractus génital.

— **Le Médaillon du Dr Pissavy.** — Le médaillon érigé à la mémoire du Dr Alexis Pissavy, au dispensaire de l'hôpital Cochin, a été inauguré le 20 décembre, à 10 h. 1/2.

— **Société amicale des Médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg, Paris.) — Cette société s'est réunie le 28 novembre au restaurant Caillon, sous la présidence d'honneur de M. le Prof. Hartmann, assisté de M. Munch, président annuel.

Le secrétaire général présenta les excuses des absents, MM. les Drs Pfleger, sénateur de Ribeauvillé ; Baldenweck, Bauer, Blind, Burcker, Bleck-Wormser, Claude, Cornélius, Engée, de Paris ; de M. le Prof. Froelich, de Nancy ; des Drs Hazemann, Heiser, Keim, Laemmer, de Paris ; du Dr de Langenhagen, de Luxeuil ; de M. le Prof. Lereboullet ; de M. le Profs. Mercklen, de Strasbourg ; du Dr Mercklen, d'Aix-les Bains ; de M. le Prof. Anselme Schwartz ; des Drs Spindler, père et fils, Troller, de Paris ; Wennagel, de Strasbourg.

Il donna ensuite la liste des nouveaux adhérents : MM. Georges Burcker, Jean Richard Hickel, de Paris ; Ivan Scheurer, de Bagnoles de l'Orne ; René Weill, de Paris, qui furent admis à l'unanimité.

M. le Dr Georges Kuss prit ensuite la parole. Il remercia M. le Prof. Hartmann d'avoir bien voulu honorer la réunion de sa présence et souhaita la bienvenue à M. Jaeger, journaliste alsacien. Celui-ci fit un chaleureux appel en faveur d'une œuvre destinée à faire connaître la France aux jeunes alsaciens, en particulier à leur permettre de passer leurs vacances en Provence. Une fructueuse collecte répondit à son éloquent discours.

La prochaine réunion aura lieu en février 1932. Elle sera suivie d'un concert, assuré des plus intéressants et des plus gracieux concours.

Etaient présents : MM. les Drs Blum, Brucker et Mme, Bruder, Fuchs, Guebel et Mme, Hahn, Hartmann, Hickel et Mme, Hochstetter et Mme, Kuss et Mme, Lanzenberg, Levy-Coblentz et Mme, Munch et Mme, Oberling, Quirin et Mme, Schmittt et Mme, Schwabb et Mme, Senéchal et Mme, Trèves, Dresse Suzanne Weill.

— **Union des médecins mutilés de guerre.** — L'Assemblée générale de l'Union des médecins mutilés de guerre, a eu lieu le 7 décembre 1931, au siège social, Hôtel des Ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris.

Ont été élus : président : Docteur Schneider ; vice-présidents : Docteurs Leroux, Villetard de Laguerie ; trésorier : Docteur Ménétrel ; secrétaire : Docteur Dr O'Followell ; Conseil d'administration : Docteurs Beau, Lesire, Luizy, Masmonteil, Roch de Peretti, Somen.

Le président sortant Docteur Landolt est nommé président honoraire.

Nous rappelons que l'Union des médecins mutilés de guerre a pour but de venir en aide aux médecins blessés et mutilés de guerre, ainsi qu'à leurs veuves et orphelins. Cotisation annuelle : 20 fr.

Pour toutes communications, s'adresser au Docteur O'Followell, 10, rue d'Alger, Paris.

— **Hôpital d'Argenteuil.** *Internat.* — A la suite d'un récent concours ont été nommés : *Internes titulaires* : MM. Forestier, Gros, Bataille, Barrère, Cossaynet, Bousquet, Montarnal.

Internes provisoires : MM. Pruvost, Robine, Sallé

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination du Docteur Pierre Delore.

Le concours pour une place de chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Giraud.

— **Hôpitaux de Lille.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Lille s'est terminé par la nomination de M. A. Patoir.

— **Comité de vente du timbre antituberculeux du IX^e arrondissement.** (Sous le patronage des élus : député et conseillers municipaux et de la Municipalité. Secrétaire général : M. G. Fabius de Champville ; siège à la Mairie ; bureau spécial de vente : 41, rue Blanche, Paris, IX^e.) — Toutes les commandes et les envois de fonds doivent être adressés à M. G. Fabius de Champville, 41, rue Blanche, Paris (IX^e).

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 DÉCEMBRE

Enseignement de la médecine.

La chaire de thérapeutique et de matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine d'Angers s'ouvrira le mercredi 15 juin 1932, devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Service de santé militaire.

Par décision du 30 novembre 1931, sont placés dans la position « hors cadres » (article 18 de la loi du 8 janvier 1925) affectation spéciale, au titre des régions et des tableaux ci-après indiqués, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent :

Au titre rég. de Paris. — Tabl. 2 : Barthélémy, méd. capit. rég. Paris.

Au titre 15e ré.g — Tabl. 5 : Cousyn, méd. commandant, 15e rég. ; Espitallier, méd. capit. 15e rég. ; Poisson, méd. capit. 15e rég. ; Duthu, méd. lieut. 17e rég. ; Neirac, méd. lieut., 16e rég. ; Sigot, méd. lieut. 13e rég. ; Verdier, méd. lieut., 16e rég.

Au titre 20e rég. — Tabl. 2 : Gouriou, méd. capit. 13e rég. ; Hamel, méd. capit. 20e rég.

11 DÉCEMBRE

Hygiène.

Création d'un Comité de Propagande en faveur du vin.

Par décret du 8 décembre, il a été constitué au Ministère de l'Agriculture un Comité de propagande en faveur du vin.

Le Comité comprend plusieurs Commissions, dont l'une, la Commission scientifique et de propagande médicale est composée comme suit :

MM. Balthazard, doyen de la faculté de médecine de Paris ou son délégué ; le docteur Portmann, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux ; le docteur Doléris, membre de l'Académie de médecine de Paris ; le docteur Eylaud, secrétaire général de la société des médecins amis du vin à Bordeaux ; le docteur Léon Bernard, professeur à la faculté de médecine de Paris ; le docteur Loeper, professeur à la faculté de médecine de Paris ; le docteur Vires, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; le docteur Gaujoux, professeur à la faculté de médecine de Marseille ; Alquier, secrétaire général de la société scientifique d'hygiène alimentaire ; Filandeau, directeur du laboratoire central des recherches et d'analyses du ministère de l'agriculture ; Moreau, directeur de la station œnologique d'Angers ; Dubaquié, directeur de la station œnologique de Bordeaux ; Ferré, directeur de la station œnologique de Beaune ; Sémichon, directeur de la station régionale des recherches œnologiques de Narbonne ; Fortuné, pharmacien chimiste conseil de la confédération générale des vignerons.

12 DÉCEMBRE

Médecin attaché à l'Administration des Monnaies et Médailles.

Par décret du 3 décembre 1931, l'indemnité allouée à M. le Prof. Thiéry, médecin attaché à l'administration des monnaies et médailles, pour les soins et consultations donnés, à la Monnaie, au personnel ouvrier, est fixée à la somme de 6.000 francs.

Service de santé militaire

Par décret du 9 décembre 1931, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au gr. méd. s.-lieut. — (Rang 28 oct. 1931), Martin, méd. aux. 8e sect. inf. mil. aff. 8e rég. ; (rang 10 nov. 1931, Luxereau, méd. aux. 22e sect. inf. mil., aff. rég. Paris.

13 DÉCEMBRE

Par décret du 9 décembre 1931, sont promus dans les cadres des officiers de réserve du service de santé, et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant.

Les médecins sous-lieut. : (rang 18 août 30) Liacre, rég. Paris ; (1er mars 31) Crantin rég. Paris ; (30 avril 31) Boulanger, Ménard et Soleil, 1re rég. ; (3 mai 31) Armandon, 15e rég. ; (11 mai 31) Pérez, tr. Tunisie ; (15 mai 31) Samama et Zérah, tr. Tunisie ; (17 mai 31) Josset, rég. Paris ; (27 mai 31) Imbert et Roman, 15e rég. ; (29 mai 31) Denis-le-Sève, 5e rég. ; (30 mai 31) Forget, 9e rég. ; (1er juin 31) Abed-el-Nour, rég. Paris ; Briau, 5e rég. ; (4 juin 31) Goubert, rég. Paris ; (9 juin 31) Quercy, rég. Paris.

(10 juin 31) Menuau, 5e rég. ; Tranchant, 15e rég. ; (13 juin 31) Lamoot, Louvrier, 1re rég. ; (16 juin 31) Delalande, Guillou, Marchain, Picard, rég. Paris ; Patte, 17e rég. ; (17 juin 31) Duquesne, Gernez, Stoclet, Vielle 1re rég. ; Drouart, 2e rég. ; (20 juin 31) Menut, 13e rég. ; (22 juin 31) Salmon, 5e rég. Bisch, 14e rég. ; (24 juin 31) Auclair, rég. Paris ; Le Hénaff, 10e rég. ; Pontier, 15e rég. ; (25 juin 31) Loo, 17e rég. ; (26 juin 31) Hernu, 2e rég. ; Cassar, Marzouk, tr. Tunisie ; (27 juin 31) Morin, 10e rég. ; (30 juin 31) Jourdan, Rouchon, rég. Paris ; (1er juil. 31) Bardonnant, Gaucher, rég. Paris ; (5 juil. 31) Muller, 2e rég. ; (6 juill. 31) Gay, Houzeau, Pillière de Tanouarn, rég. Paris ; Declercq, Gaudin, Loth, 1re rég. ; Bellier, 14e rég. ; Goffin, 17e rég. ; Poignant, tr. Tunisie (7 juillet 31) Le Cun, 10e rég. ; (8 juil. 31) Peyre, 15e rég. (10 juil. 31) Delfraissy, rég. Paris ; Denarié, 11e rég. ; Renon, 13e rég. ; Ruas, 15e rég. ; Sanguy, tr. Maroc.

(11 juil. 31) Darris, 10e rég. ; (13 juil. 31) Roussel 3e rég. ; Paradis, Vialle, 15e rég. ; (16 juil. 31) Besançon, Cauchy, Chebat, Corman, Guilleminot, Jarrin, Meysenc, rég. de Paris ; Savouré, 10e rég. ; Créange, 20e rég. ; (17 juil. 31) David, 10e rég. ; Michelon, 13e rég. ; (22 juill. 31) Demangeat, 18e rég. ; (23 juil. 31) Durand, 17e rég. ; (24 juil. 31) Maret, 6e rég. ; (26 juil. 31) Vandevelde, 1re rég. ; Buisson, 6e rég. ; Gueutal, 7e rég. ; (28 juil. 31) Giry, 20e rég. ; (30 juil. 31) Derome, Dubos, Lefèvre, rég. Paris ; (1er août 31) Blanc-Champagnac, rég. Paris ; Deléage, 13e rég. ; (6 août 31) Delescluse, 1re rég. ; Taïeb, 19e, C. A. ; L'Huillier, 20e rég. ; (9 août 31) Chabaud, 6e rég. ; (10 août 31) Capliez, Chatellain, Delabarre, Renier, Savaëte, Vasseur, 1re rég. ; Aulagnier, Burlet, Guichard, Rougier, 14e rég.

(11 août 31) Dorbes, Liprandi, 18e rég. ; (12 août 31) Deschamps, 4e rég. ; Davès, Dor, Mathieu, 15e

rég. ; (14 août 31) Virely, 7e rég. ; Bouchereau, 13e rég. ; Fages, 17e rég. ; (15 août 31) Cadilhac, 2e rég. ; Nègre, 17e rég. ; (16 août 31) Alaroze, Differdange, Montant, rég. Paris ; (18 août 31) Couvelaire, Troyaux, rég. Paris ; Marchal, 20e rég. ; Biécheler, tr. Tunisie ; (20 août 31) Ballaire, rég. Paris (21 août 31) Bernardini, Bouxin, Cord, Devaux, Fournié, Fraenkel, Hamelin, Humbert, Palmer, Rothhahn, Séroux, Thouvenel, rég. de Paris ; (22 août 31) Lecorne, 3e rég. ; (25 août 31) Voulland, 3e rég. ; Revel, Vare, Vuillaume, Wolf, 20e rég. ; (26 août 31) Gilbrin, Graffin, Robin, Vala, Wermeille, 15e rég. ; Bouchère, Grimaud, 16e rég. ; Stora, 19e C. A. ; (28 août 31) Caudde, 1re rég. ; (2 sept. 31) Davigo, Girod, 11e rég.

(4 sept. 1931) Zagdoun, rég. Paris ; (7 sept. 31) Maynadié, 19e C. A. ; (9 sept. 31) Etienne, 20e rég. ; (10 sept. 31) Antonelli, Cottet, Delay, Lapine, Pichon, Ribadeau-Dumas, Vandenbossche, rég. Paris ; Dunan, 15e rég. ; (11 sept. 31) Boyer, Chaffardon, Guilleret, Dubois, Partensky, Puthod, Weigert, 14e région ; Cavalié, Couronne, Jani, Magoux, Mary, Roque, Roucaute, 16e rég. ; (12 sep. 31) Belin, Beyt, 11e rég.

(15 sept. 31) Perrin, rég. Paris ; Liévin, 1re rég. ; (16 sept. 31) Albot, Lebedinsky, rég. de Paris ; Cadore, 20e rég. ; (22 sept. 31) Piganaud, 18e rég. ; (25 sept. 31) Saint-Pierre, 9e rég. ; Coste, Lebel, 15e rég. ; (26 sept. 31) Hirsch, 7e rég. ; (29 sept. 31) Garat, 18e rég. ; Bauer, Clerc, Kofstein, Kaufmann, Pabst, Pierrot, Rose, 2e rég. ; (30 sept. 31) Levassor, Tardieu, rég. Paris ; (1er oct. 31) Gorodiche, Hepp, Préaut, Salathe, rég. Paris ; Hennion, 9e rég.

(2 oct. 31) Vaissier, 7e rég. ; (6 oct. 31) Perin, rég. Paris ; (9 oct. 31) Bolgert, Delattre, Moinet, Monod, Ronceray, Roquejofffre, Trocmé, Stérin, rég. Paris ; (10 oct. 31) Lellouch, rég. Paris ; (16 oct. 31) Bouyer, rég. Paris ; Dameuve, rég. Paris ; Deliencourt, Kimpel, Löb, Michel, Moreau, Péchin, rég. Paris ; Dinge, 10e rég. ; (18 oct. 31) Papon, 15e rég. ; (20 oct. 31) Nonry, rég. Paris ; Bufnoir, 15e rég. ; (25 oct. 31) Preux, rég. Paris ; (27 oct. 31) Le Goff, 18e rég.

(30 oct. 31) Barthélémy, 14e rég. ; (1er nov. 31) Athane, 18e rég. ; (1er déc. 31) Lafont, 18e région.

15 DÉCEMBRE.

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de médecin suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers s'ouvrira le jeudi 16 juin 1932, devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Service de santé militaire.

Instruction pour l'application du décret du 31 octobre 1931, portant attribution d'une indemnite spéciale de première mise d'équipement aux officiers de réserve nommés avant ou pendant la guerre et convoqués en 1931.

Paris, le 9 décembre 1931.

Art. 1er. — L'indemnité spéciale de première mise d'équipement de 350 fr., prévue par le décret du 31 octobre 1931, est allouée, sur leur demande, aux officiers de réserve nommés au grade de sous-lieutenant et assimilés avant le 24 octobre 1919, ou pour prendre rang d'une date antérieure au 24 octobre 1919, convoqués en 1931, pour l'accomplissement d'une période d'instruction et qui prennent l'engagement de rester dans les cadres des réserves pendant une période de cinq années au moins, à compter du 1er avril 1931.

Elle n'est pas allouée aux officiers de réserve ayant perçu antérieurement une indemnité de même nature, soit comme officier de réserve, soit à tout autre titre, et quel que soit le taux de l'indemnité précédemment perçue.

L'officier de réserve ayant reçu l'indemnité spéciale de première mise d'équipement de 350 fr. et qui démissionne avant l'expiration du délai de cinq ans prévu au premier alinéa du présent article, est astreint au reversement du montant de ladite indemnité.

Il en est de même dans le cas où, par suite de fausse déclaration, l'indemnité a été indûment perçue, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui peuvent être prises, le cas échéant, contre l'officier.

Art. 2. — Le paiement de l'indemnité spéciale de première mise d'équipement a lieu dans les conditions prévues par le renvoi 2 de l'article 22 de l'instruction du 10 janvier 1912, modifié le 16 octobre 1930 (*B. O.*, p. 4191,) sur production d'une déclaration du modèle annexé à la présente instruction, revêtue de la mention de justification du droit certifiée par le commandant du centre de mobilisation ou le chef de corps ou de service.

Les officiers de réserve ayant accompli leur période antérieurement à la publication de la présente instruction peuvent obtenir le payement de l'indemnité en cause dans les mêmes conditions, sur production de la déclaration requise.

Une copie de la déclaration sera annexée à la revue de liquidation régularisant le payement.

Il est rappelé que, conformément aux dispositions de la circulaire du 10 août 1912, (*J. O.*, p. 1417), le payement de l'indemnité de première mise d'équipement doit être mentionné sur le livret matricule.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Durée des prestations de l'assurance-maladie

13915. — M. Etienne ANTONELLI rappelle à M. le ministre du travail qu'en réponse à une question écrite, il déclarait (*Journal officiel* du 4 juillet 1931): « Le bénéfice de l'assurance maladie ne peut plus être invoqué pour une maladie qui se prolonge au-delà de six mois, quelle que soit sa durée, à moins que le malade, considéré comme guéri, ne fasse, après deux mois, une rechute. Dans ce cas, il pourrait bé-

néficier comme s'il s'agissait d'une maladie nouvelle d'une nouvelle période de six mois de prestations à condition d'avoir durant les trois mois précédant celui de la rechute, cotisé soixante jours, les journées de maladie indemnisées étant comptées comme journées de cotisations » ; et lui demande si une assurée soignée pour tuberculose mais qui a repris son travail et a cotisé à nouveau pendant trois mois, doit être considérée comme faisant une nouvelle maladie, quand son état de santé l'oblige à cesser à nouveau le travail. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

Réponse. — Cette assurée peut bénéficier à nouveau des prestations de l'assurance-maladie, si elle avait été considérée comme guérie après avoir reçu les soins pendant six mois. Si, au contraire, elle n'a pas cessé d'être malade, elle ne peut recevoir lesdites prestations pendant une nouvelle période de six mois, bien qu'elle ait repris son travail et qu'elle ait cotisé pendant trois mois.

(*J. O.*, 12 décembre 1931)

Droit aux soins médicaux de la femme d'un assuré social.

13938. — M. Louis Dumat demande à M. le ministre du travail si la femme d'un assuré social obligatoire, salariée, non assurée parce que son salaire dépasse 18.000 fr. par an, a droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, en cas de grossesse, par la caisse de son mari. (*Question du* 12 *novembre* 1931.)

Réponse. — Les salariés percevant une rétribution supérieure au salaire-limite, se trouvent en dehors du champ d'application de la loi du 30 avril 1930, et ne peuvent à aucun titre bénéficier des prestations des assurances sociales. Une femme d'assuré, dont le salaire dépasse 18.000 fr., ne saurait donc prétendre aux prestations en nature, en qualité de conjoint d'assuré (*J. O.* 12 décembre 1931.)

Tarif d'affranchissement des cartes prospectus des pharmaciens.

13892. — M. Paul Caujole demande à M. le ministre des postes, télégraphes et téléphones si les pharmaciens, qui vendent des spécialités médicales sans faire de publicité auprès du public, et qui, de ce fait, ne sont pas assujettis à l'impôt des spécialités, peuvent envoyer à découvert aux médecins des cartes prospectus illustrées. (*Question du* 12 *novembre* 1931).

Réponse. — Réponse affirmative. Pour bénéficier du tarif des imprimés (15 centimes), ces cartes prospectus ne doivent pas porter le titre « carte postale ».

(*J. O.*, 2 décembre 1931.)

Voir la suite page LIX-3971

PROPOS DU JOUR

A la Confédération des Syndicats médicaux français. La Célébration du Cinquantenaire du Syndicalisme médical.

Sous la présidence effective de M. Doumer, Président de la République française, assisté de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, et de M. Landry, ministre du Travail, a eu lieu samedi 19 décembre à la Maison des Syndicats médicaux (Hôtel Cxhambon, 95, rue du Cherche-Midi), à cinq heures du soir, la célébration du Cinquantième Anniversaire de la fondation des premiers syndicats médicaux en France. En même temps fut procédé à l'inauguration officielle de l'Hôtel Chambon, dont l'organisation est actuellement complète.

La cérémonie eut lieu dans la grande salle des Séances de l'Hôtel. Sur l'estrade avaient pris place, à côté du Président de la République et des deux ministres, à droite, M. le Doyen Balthazard, ancien Président de la Confédération, le représentant de M. Cathala, sous-secrétaire d'Etat, le Prof. Vanverts, de Lille, vice-président de la Confédération ; à gauche, le Dr Dibos, président de la Confédération, le général Braconnier, de la Maison militaire de la Présidence, le Dr Jayle, fondateur et administrateur de l'Hôtel Chambon ; en arrière, ou dans l'assistance nous avons reconnu le Prof. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine, le Dr Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, M. Serge Gas, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au ministère de la Santé publique, le Dr Valentino, directeur au ministère des Pensions, MM. les Sénateurs Chauveau, Armbruster, Cadot, Daraignez, le Dr Grinda, député, ancien ministre, les Prof. J.-L. Faure, H. Roger, Hartmann, président de l'A. D. R. M., Sergent, Roussy, Marcel Labbé, Cruchet, de Bordeaux, Gaussel, de Montpellier, le Dr Comby, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux de France, les Drs Bellencontre, président, Darras, vice-président, Thiéry, secrétaire général, Bongrand, trésorier général de l'Association générale des médecins de France, Dartigues, président, Molinéry, secrétaire général de l'Union *médicale latine*, Noir, *Duchesne*, Boudin, du *Concours médical*, berceau du Syndicalisme, Mignen, de Montaigu en Vendée, dont le père fonda le premier Syndicat médical de France. Citons encore le Médecin général Boyé, représentant le ministre de la Guerre, le Médecin général Odile, président, et le Dr Lenglet, secrétaire général de la Commission supérieure de surveillance et de Contrôle des soins gratuits, le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, directeur du *Mouvement Sanitaire*, les représentants des divers organes de la Presse médicale, tous ceux qui prirent une part active au développement et à l'action du syndicalisme médical, les Drs Legras, Decourt, Lafontaine, François, Lefèvre, Dorel, etc., etc., et les secrétaires généraux, Drs Cibrie et Hilaire qui assument une si lourde tâche à l'heure actuelle. Nous renonçons à énumérer tous les confrères et amis que nous avons reconnus, qu'il nous suffise de dire qu'à cette cérémonie, clôturant brillamment l'Assemblée générale des délégués des Syndicats médicaux à la Confédération, assistaient les représentants du Corps médical de la France entière.

***

M. le Président de la République dont l'entrée avait été saluée par une ovation enthousiaste, donna la parole à M. le Prof. Balthazard.

L'ancien président de la Confédération remercia M. Doumer et les Ministres, les Sénateurs, les Députés, le Président de l'Académie de médecine, les représentants de la Faculté de médecine, de l'Institut Pasteur et toutes les personnalités officielles d'avoir bien voulu répondre à l'invitation de la Confédération. Il rappela son rôle quand pour établir l'union dans le Corps médical à une époque critique, il accepta la présidence qu'il abandonna une fois le péril passé et quand

la confiance de ses collègues de la Faculté de médecine de Paris l'appela au Décanat, mais il reste dévoué au syndicalisme médical et continuera à seconder ses efforts, car il sait les sentiments d'équité et de générosité qui l'animent.

Le Dr JAYLE, administrateur-fondateur de la Maison des Syndicats médicaux (Hôtel Chambon), dans un discours plein de verve et de finesse fit alors l'historique de la création de l'Etablissement dont on célèbre, avec le Cinquantenaire du syndicalisme, l'inauguration officielle.

Faisant allusion aux origines auvergnates de M. le Président Doumer et aussi à ses propres origines, il évoqua en de belles phrases où l'éloquence s'alliait étroitement à la poésie, les charmes de la Petite Patrie, de cette Arvernie, que ses habitants quittent pour aller servir ailleurs de grandes et de nobles causes mais qu'ils n'oublient jamais. Il énuméra les fortes qualités de ces Arvernes qui, bien avant la conquête romaine, surent se manifester et se manifestent encore de nos jours.

Puis il exposa comment il parvint, quand la Confédération des Syndicats médicaux français lui en donna mission, à réunir les trois millions nécessaires à la création de leur maison. Cet hôtel est non seulement la Maison du Syndicalisme médical, mais celle du Corps médical tout entier, car elle abrite, outre la Confédération, outre plusieurs syndicats de spécialistes, nos grandes associations médicales de Prévoyance et de Bienfaisance, des Associations médicales internationales comme l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.), et l'Union médicale latine (U. M. F. I. A.).

Des Congrès internationaux, tel que le Congrès international de chirurgie esthétique, s'y sont tenus, des Sociétés savantes s'y sont formées, des Conférences dont le succès est grand, y sont faites sous le patronage des plus grands noms de la Science française et même de l'Académie française.

Et le Dr Jayle peut avec une légitime fierté revendiquer la gloire d'avoir doté le syndicalisme médical et le Corps médical français d'un pareil Centre professionnel et intellectuel dont l'avenir, la prospérité sont désormais assurés.

***

Le Président de la Confédération, le Dr Dibos, a la parole à son tour. Sa belle physionomie dont la bonhomie bienveillante n'exclut pas une expression marquée de volonté et d'énergie, donna au discours qu'il prononça un relief qui provoqua à plusieurs reprises les applaudissements de l'Assemblée.

Il remercia avec une courtoise déférence les hauts personnages présents à la cérémonie, fit un rapide historique du syndicalisme médical français sans oublier son berceau : *Le Concours Médical* et la figure légendaire de son fondateur Auguste Cézilly, sans lesquels le mouvement professionnel n'aurait pu s'effectuer dans le monde des praticiens isolés et désemparés. Il montra les difficultés du début, les adversaires que les syndicats médicaux rencontrèrent partout, auprès des pouvoirs publics, dans les collectivités qui voyaient avec inquiétude naître une force avec laquelle elles devraient un jour compter, dans le Corps médical même , où le nom de Syndicat et les tendances qu'affirmait son esprit nouveau, effrayaient les Maitres qui, cloîtrés dans leur tour d'ivoire, ne pouvaient se rendre compte des besoins des médecins praticiens, et encore plus certains confrères timorés, imbus d'habitudes routinières, de traditions surannées qui ne voulaient ou ne pouvaient pas comprendre.

Le syndicalisme médical s'est développé quand même et a triomphé puisqu'à l'heure actuelle il comprend 19.000 médecins, c'est-à-dire la totalité de ceux qui exercent dignement, sainement et effectivement leur profession.

Avec mesure, finesse et courtoisie, mais avec netteté et énergie, le Dr Dibos exposa les buts de la Confédération qu'il préside. Prête à donner son concours et son appui à toutes les innovations que l'évolution sociale rend nécessaires, elle entend avec énergie sauvegarder l'indépendance du Corps médical, défendre sa dignité, maintenir son honneur et sa probité pour le plus grand bien des malades et des médecins qui resteront dévoués à leur noble mission.

Le Dr Dibos, en prononçant son discours, n'oublia pas de rendre hommage aux pionniers du syndicalisme médical, évitant de citer la longue liste de leurs noms qui eût été fatalement incomplète.

Est-il besoin de dire que chaque discours fut frénétiquement applaudi ? Nous avons été frappé de l'intérêt marqué que manifesta M. Doumer à les entendre et nous eûmes le plaisir de voir son visage s'épanouir et le sourire naître sur ses lèvres, quand le Dr Jayle évoqua en des termes vraiment touchants le souvenir de cette Auvergne dont nous sommes fier d'être nous-même un des enfants.

LE BANQUET. — Comme toute fête qui se respecte, la cérémonie se termina par un banquet présidé par M. Blaisot, ministre de la Santé publique, et auquel prirent part nombre de sénateurs, de députés et de directeurs de grandes administrations.

Ce banquet fort cordial, eut lieu dans les salon de l'Hôtel Lutetia.

Au champagne, le président Dibos, dans une athmosphère de plus grande intimité, avec la mesure et la courtoisie pasfois malicieuse qui caractérisent son talent oratoire, put faire allusion aux desiderata de la Confédération et montrer les tares de notre organisation (si l'on peut dire) sanitaire actuelle. Le nom de M. le Sénateur Armbruster, présent au banquet, et que le Dr Dibos remercia de la lo qu'il vient de faire voter au Sénat, fut vigoureusement acclamé ; il en fut de même de M. Blaisot qui, avant d'être ministre, avait montré sa sollicitude pour le Corps médical en le défendant à la Chambre des Députés lors de la discussion de la loi sur les Assurances sociales.

M. le Ministre Blaisot assura le Corps médical de toute sa sympathie. Il compte sur lui, sur sa bonne volonté, son dévouement, sa probité pour assurer le bon fonctionnement des lois sociales. Il s'efforcera, autant qu'il sera en son pouvoir, de le défendre au Parlement et dans les Conseils du Gouvernement. Il fit l'éloge des dirigeants de la Confédération et notamment des secrétaires généraux, les Drs Cibrie et Hilaire et, pour démontrer son désir de collaborer en confiance avec la Confédération, il a fait entrer dans le Conseil supérieur de l'Assistance le Dr Cibrie, non comme délégué de la Confédération, c'est le Président Dibos qui assume actuellement cette tâche, mais comme un des membres laissés au choix du ministre.

En terminant le Ministre donne un conseil aux syndicats médicaux, conseil qui, venant d'un avocat-ministre, mérite d'être sérieusement médité. On a parlé au cours des discours de la création d'un Ordre des médecins. Il est difficile de prévoir quand et comment cet Ordre pourra avoir une existence légale, mais à l'heure actuelle, il est du devoir et dans la possibilité des syndicats médicaux d'organiser et de faire fonctionner dans leur sein des Conseils de discipline, des Conseils de famille, peu importe le nom, qui maintiennent jalousement la vieille réputation d'honneur de dévouement et de probité du Corps médical français.

***

En somme belle et bonne journée appelée à un grand retentissement dans nos milieux professionnels et qui marque une glorieuse étape dans l'Histoire de la profession médicale française.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SUR LES FACTEURS MÉCANIQUES DU RHUMATISME CHRONIQUE

Par F. Coste

Médecin des hôpitaux de Paris

I

Exemples d'arthroses microtraumatiques

Déjà fortement soulignée par les auteurs anglais (Llewellyn Jones et Bassett Jones, Thomson et Gordon, etc.), et allemands (Schede, etc.), l'importance des facteurs mécaniques dans la genèse de certains rhumatismes chroniques est aujourd'hui reconnue en France. La récente réunion de la Ligue contre le rhumatisme a été consacrée à la question des arthropathies traumatiques, terme générique qui s'entend non seulement des traumatismes grossiers et fortuits des jointures, mais aussi et surtout des *microtraumatismes*, capables d'édifier à bas bruit des lésions chroniques. Les rapporteurs ont dressé la liste, longue et variée, de ces arthropathies d'origine statique, posturale, professionnelle, et indiqué le mécanisme probable de leur production.

A vrai dire, l'importance étiologique du traumatisme ainsi défini varie du tout au tout selon les formes de « rhumatismes chroniques » : il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter à la division que nous avons proposée en Arthrites et Arthroses.

Dans les *Arthrites*, c'est-à-dire ces arthropathies inflammatoires, habituellement infectieuses, qui groupent environ la moitié des cas de « rhumatisme chronique », le traumatisme est tout à fait au second plan. Qu'il puisse dans certains cas contribuer à fixer sur telle articulation le processus infectieux, on en rencontre parfois des exemples ; encore demandent-ils à être contrôlés de près : le trauma a pu révéler une lésion qui préexistait. Plus important serait dans ce groupe le rôle aggravant du traumatisme sur les lésions constituées — et nous entendons ici surtout le léger traumatisme journalier que constitue pour une jointure enflammée la simple mobilisation : il est d'ailleurs difficile de démêler alors ce qui revient au microtraumatisme proprement dit, aux tiraillements et aux frottements intempestifs de tissus ou de surfaces articulaires malades, et ce qui provient de la fatigue et de l'intoxication résultant du travail des jointures pathologiques et des muscles. Nous y reviendrons dans une autre étude.

Dans le groupe des *Arthroses*, le traumatisme joue un rôle étiologique beaucoup plus important, mais il faut distinguer entre les cas où il est tout ou presque tout (certaines arthrites professionnelles : par exemple, les lésions du coude observées par Moulonguet chez les ouvriers soumis aux chocs vibratoires des perforatrices) et ceux où, au contraire, il s'associe à d'autres causes de fragilisation ostéoarticulaire, sans lesquelles il ne suffirait pas à détériorer les jointures.

Cette deuxième éventualité est de beaucoup la plus fréquente : parmi d'innombrables sujets en butte aux mêmes conditions défavorables, une fraction assez minime présentera des lésions articulaires. Il nous est très difficile de définir avec précision en quoi consiste ce terrain « arthrosique ». Il s'agit, en général de femmes, aux alentours de la ménopause, parfois longtemps après elle. L'ostéoporose habituelle dans le sexe féminin et à cet âge met à coup sûr les jointures en état de moindre résistance. Les troubles circulatoires qui surviennent alors (varices aux membres inférieurs — tendance au refroidissement périphérique, acrocyanose), entraînent une stase et une acidose locale qui favorisent peut-être le déplacement du calcaire au niveau du tissu spongieux des épiphyses. Ces troubles ovariens, circulatoires, cette tendance à la décalcification sont néanmoins des conditions trop banales pour qu'en elles se résume le terrain arthrosique. Il y a autre chose sans doute : peut-être l'athérome de certains vaisseaux articulaires, élément très variable d'un sujet à un autre — ou surtout un élément dyscrasique qui nous échappe et qui n'est très probablement pas un trouble du métabolisme des purines comme le voudrait la théorie du rhumatisme goutteux (les uricémies des malades de cette catégorie, que

nous avons fait doser en série par Grigaut, sont habituellement normales ou à peine augmentées). On pourrait se demander si un agent d'infection très atténué ne vient pas déclencher les lésions articulaires sur ce terrain préparé, expliquant ainsi que, sur tant de sujets apparemment aussi exposés les uns que les autres, quelques-uns seulement souffrent d'arthroses. Mais sur la foi d'un grand nombre d'examens cliniques et biologiques (sédimentation globulaire, etc.), nous ne le croyons pas. Provisoirement, il faut continuer, pour désigner ces facteurs additionnels encore mystérieux, à se contenter du terme imprécis de sénescence ; sénescence articulaire, dystrophie progressive portant sur les extrémités osseuses et le surfond musculo-tendineux des jointures.

Survenant sur terrain arthrosique, les traumatismes patents ou occultes, accidentels ou permanents des articulations engendreront des arthropathies. Comme, parmi ces causes mécaniques, les facteurs statiques prédominent, c'est aux membres inférieurs et à la colonne vertébrale que se verront la plupart des arthroses.

Nous voudrions dans cet article préciser la description de quelques formes d'arthroses particulièrement typiques au point de vue de l'intervention des facteurs mécaniques. Elles siègent aux extrémités, pieds et mains. Les articulations distales sont tout spécialement exposées aux altérations traumatiques en raison de leur fonctionnement intense dans des conditions très variées et souvent défectueuses.

Le pied supporte une charge statique plus forte que tous les autres segments corporels : on conçoit les lésions que ce surmenage physiologique de tous les instants peut amener dès que, par l'effet de l'engraissement, de l'ostéoporose, du terrain arthrosique, la capacité de résistance de ses articulations diminue.

La main fournit des efforts constants de préhension, de traction, dont l'effet nocif se manifestera à la faveur des mêmes causes de fragilisation articulaire.

Au pied, la pression du corps se répartit sur trois points : le *talon*, charpenté par un os puissant, est peu vulnérable — la *voûte plantaire*, résistante quand le pied repose normalement sur son bord externe peut s'effondrer chez une femme obèse, à genu valgum plus ou moins accentué, la pression du corps portant alors trop en dedans, sur le creux du pied — enfin, le *talon antérieur*, représenté surtout par l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, recueille le poids du corps dans la marche sur pied fléchi. Mécaniquement exposées, ces régions peuvent servir de point d'appel à une infection circulante ou à une maladie fluxionnaire (pied plat blennorragique, accès de goutte aiguë). Mais, même en l'absence de ces causes surajoutées, elles pourront devenir le siège d'arthropathies du type arthrosique.

Au poignet et à la main, une zone particulièrement exposée est celle des articulations métacarpiennes du pouce : matelassé par les muscles volumineux de l'éminence thénar, et recevant de l'avant-bras, le système du long abducteur et du court extenseur, organe essentiel de la préhension et de l'opposition, le pouce peut être soumis à un surmenage physiologique : c'est sur sa racine, reportée en réalité à l'articulation carpo-métacarpienne (en raison de la mobilité du premier métacarpien, assimilable à une phalange) que l'effort porte surtout. On peut le vérifier sur soi-même en maintenant pendant un certain temps une préhension énergique exercée par le pouce : la base de l'éminence thénar, l'articulation métacarpo-phalangienne deviennent souvent douloureuses.

A la main comme au pied, le doigt menacé est donc le premier, en vertu d'actions ici dynamiques et là statiques.

L'arthrose de la racine de ce doigt s'observera donc en clinique avec une certaine fréquence, et c'est sur elle que nous désirons attirer l'attention.

Il faut pour la produire un *surmenage fonctionnel* de l'article.

A la main seront surtout nocifs les mouvements de préhension énergiques et plus spécialement ceux qui s'accompagnent en même temps de torsion du poignet. Un exemple bien connu est celui des pharmaciens maniant chaque jour pendant des heures le pilon à broyer ; un autre est celui des relieurs ou des imprimeurs tournant la presse à papier. Tous ces sujets viendront consulter pour une douleur vive, localisée à la partie externe du poignet, la pression la réveille au niveau de la tabatière anatomique et, en avant et en arrière, sur la partie externe du massif carpien ; parfois la styloïde radiale est, elle aussi, douloureuse à la pression. Les mouvements imprimés au pouce font percevoir à sa base des craquements.

Le cliché montre au niveau du premier métacarpien, du trapèze, du scaphoïde, des irrégularités de contours, de petits ostéophytes, des interlignes articulaires sinueux, pincés.

On peut rapprocher de ces faits l'irritation plus superficielle, péritendineuse, décrite par de Quervain sous le nom de *tendosynovite chronique sténosante* et bien étudiée récemment par Weissenbache et Françon : la pathogénie est sans doute la même, le surmenage fonctionnel imposé au pouce l'explique également. Mais, dans les cas que nous analysons, la lésion est osseuse, profonde, on ne peut la guérir, comme la tendosynovite, par une petite opération libératrice. Elle est installée à demeure.

Au pied, il faut également des conditions dé-

fectueuses et anormales pour déterminer sur terrain arthrosique l'atteinte de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

La plus banale parmi ces conditions est la compression du pied par le bout du soulier : agissant sur une articulation fragilisée celle-ci mérite sans doute d'être avec la disjonction et l'élargissement progressif du métatarse mise au premier rang des causes de l'hallux valgus arthrosique (distinct de l'hallux valgus des polyarthrites : la signification de ce dernier est tout autre ; il fait partie des désaxations phalangiennes si particulières qu'on observe dans beaucoup de polyarthrites).

Il existe un autre type d'arthrose frappant la racine du gros orteil. Peu connu et relativement rare, il est aussi beaucoup plus douloureux et plus pénible que le banal hallux valgus. Il se caractérise par un épaississement douloureux et *osseux*, parfois considérable, des deux extrémités articulaires, métacarpienne et phalangienne. La mobilisation, très pénible, provoque des craquements. Les mouvements de l'article sont limités et l'on peut observer jusqu'à une ankylose presque complète en rectitude. La radiographie montre les lésions typiques de l'arthrose : pincement progressif de l'interligne articulaire, bavures ostéophytiques latérales : dans certains cas, ces dernières atteignent un volume inusité, une véritable tumeur osseuse para-articulaire se développe à l'extrémité antérieure du premier espace inter-métatarsien.

L'affection est très douloureuse, elle empêche la marche, et cette minime lésion mal située suffit à faire de véritables impotents.

L'arthrose de l'articulation basale du gros orteil a fait l'objet d'une étude de Waterman (*Ztsch. F. Orthopädische Chirurgie*, 2 sept. 1927, p. 346). Cet auteur a bien vu qu'il s'agissait d'une infection autonome s'observant parfois chez des sujets jeunes et même dès l'adolescence, pouvant aboutir à l'ankylose. L'étiologie lui en paraît obscure : il invoque surtout le rôle des professions qui imposent une station debout prolongée. Nous avons, dans ces derniers mois observé 5 cas de cette arthrose assez particulière. Il s'agissait de 5 femmes, portant des talons hauts : nous serions tenté de croire que là se trouve le véritable facteur déterminant.

Dues à des actions mécaniques, les arthroses de la racine du pouce et du gros orteil réclament tout d'abord un traitement dirigé contre celles-ci. Nous n'insisterons pas sur la réduction de l'hallux valgus, ni sur sa cure chirurgicale sinon pour signaler le bon résultat, obtenu par Cotte, de l'ostéotomie cunéiforme du premier métatarsien respectant la mobilité du gros orteil.

L'arthrose des talons hauts constitue nous l'avons dit une pénible infirmité, de conséquences fonctionnelles sévères. Elle réclame un traitement radical, qui ne saurait être médical : les injections calmantes *loco dolenti* ont échoué dans tous nos cas. Le port de souliers plats ou de sandales n'aurait qu'une utilité prophylactique, il n'améliore pas la lésion une fois constituée. Seule la cure chirurgicale est de mise. Elle consistera en une résection de l'article qu'on ankylosera dans la position la plus favorable pour la marche et selon le genre de chaussure habituellement portée par la malade.

Nous sommes malheureusement beaucoup moins armés contre l'arthrose de la racine du pouce : toute opération ankylosante devant être exclue, seuls restent les traitements médicaux et physiothérapiques de l'arthrose en général et surtout la mise au repos aussi complète que possible de l'articulation malade. On obtiendra ainsi des améliorations relatives, une sédation plus ou moins prononcée de la douleur mais il est rare qu'on puisse parler de guérison.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL COCHIN

Quelques méthodes d'examen d'un malade atteint d'une affection gastrique (1)

Professeur DELBET

Je vous ai montré l'autre jour un malade atteint d'une affection gastrique chez qui le diagnostic offrait une difficulté : il fallait préciser s'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac ou bien d'un épithélioma.

Je voudrais aujourd'hui poursuivre l'étude des méthodes d'examen que nous devons appliquer dans ces cas.

La palpation, de tous les moyens d'examen, est le plus infidèle. On ne peut se fier à la douleur provoquée par la palpation. Il y a encore quelques années de cela, on attribuait une grosse valeur à cette douleur provoquée, on avait même institué des règles spéciales pour apprécier la douleur. On distinguait la douleur survenant

(1) Leçon du 7 mai 1931, recueillie par Mme le Dr Trifonoff.

sous l'influence d'une pression de moins de trois kilos exercée sur la paroi abdominale et celle survenant sous l'influence d'une pression dépassant trois kilos.

Mais ces règles ne sont nullement applicables en clinique, car il faut toujours penser à la tonicité des muscles grands droits abdominaux. Cette tonicité joue un grand rôle : lorsque le muscle est très tendu, fortement contracté, la pression exercée de l'extérieur ne se transmet pas à la profondeur.

Si, à la palpation abdominale, on ne sent rien d'anormal, on ne peut de ce fait conclure à l'absence de toute lésion, car le muscle droit étant contracté une grosse tumeur peut parfaitement passer inaperçue.

On connaît bien les tumeurs de l'estomac se développant sans donner de symptômes cliniques appréciables et qui ne peuvent être constatées par la palpation.

En général, les tumeurs de la région pylorique sont peu volumineuses. Lorsqu'à la palpation on trouve une tumeur, on peut préciser si elle est mobile ou non. Peut-on en conclure quelque chose pour ce qui est de sa localisation ?

En général la tumeur pyloroduodénale n'est pas mobile, mais dans certains cas tout le paquet gastro-intestinal étant mobile la tumeur de ce fait le devient aussi, tout en ayant des adhérences.

Une tumeur paraissant mobile à la palpation peut avoir des adhérences. Ces adhérences sont alors postérieures, avec le pancréas. De telles adhérences sont les plus mauvaises ; elles laissent à la tumeur une certaine mobilité, car le pancréas par lui-même est assez mobile, dans certains cas.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur duodénale, peut-on conclure à un cancer ?

Girode, dans sa thèse, a bien étudié les tumeurs de la région gastro-duodénale, les périgastrites dans les cas d'ulcères perforés, périgastrites qui peuvent donner une tumeur très volumineuse ; voici certains détails qui permettent de discerner la réalité : les tumeurs dues à la périgastrite sont sensibles à la pression, leurs limites ne sont pas précises. Les tumeurs cancéreuses ne sont pas sensibles à la palpation et leurs limites sont plus ou moins nettes.

La présence d'une tumeur ne signifie pas obligatoirement cancer.

Y a-t-il d'autres moyens d'exploration ?

Il faut, en présence d'une volumineuse tumeur périgastrique, penser à la possibilité du syphilome gastrique.

La syphilis peut produire des tumeurs énormes.

Il y a une trentaine d'années, je fus appelé auprès d'un Égyptien soigné par un de mes distingués collègues. Cet homme était dans un état de cachexie extrême, il avait une énorme tumeur à la région gastrique, tumeur sensible à la palpation. Son chimisme gastrique était normal. On avait posé le diagnostic de cancer et m'avait fait appeler pour opérer le malade ; je ne voulais pas intervenir étant donné l'état du malade, mais un ami dévoué du patient insista, me dit qu'il fallait risquer l'opération même s'il y avait que peu de chances de guérison.

Je ne voulais pas opérer, car d'après moi il n'y avait qu'une chance sur 100 de sauver le malade. Enfin je me suis décidé à l'intervention. A l'ouverture de l'abdomen j'ai trouvé une énorme tumeur, j'ai pratiqué une gastro-entérostomie, le malade a bien guéri ; mais au bout de quelques mois il présenta au front une large gomme syphilitique. On ne lui a jamais fait de traitement spécifique et malgré cela il a bien guéri. On peut chez ce malade penser à la nature syphilitique de sa tumeur gastrique, celle-ci n'ayant été autre chose qu'un énorme syphilome.

Il y a 40 ans de cela, on a fait de nombreux travaux sur la guérison de certains sarcomes simplement par la laparotomie. Il faut croire que ces supposés sarcomes n'étaient que des syphilomes.

***

Revenons aux autres procédés d'examen. Quelles autres recherches doit-on faire ?

Il existe un grand nombre de réactions qui sont dirigées vers le diagnostic des tumeurs. Je ne suis pas sûr de ne pas en oublier, je vous dis le chiffre approximatif de 20.

Il y en a une qui est très simple. On ajoute au sérum du malade du rouge neutre, si le sujet est atteint d'un cancer, son sérum se colore d'une façon particulière.

En général on se sert peu de toutes ces réactions, car pour qu'une réaction ait de la valeur, elle doit être fidèle, ne pas se réaliser chez des sujets qui ne sont pas atteints du cancer. Ces réactions ne peuvent pas servir de base au diagnostic.

Une autre recherche plus délicate a été proposée par Wasserman. Il avait trouvé chez les sujets atteints du cancer le pH sanguin plus élevé, c'est-à-dire qu'il tournait vers l'alcalinité. Cette réaction permet de poser un pronostic. Ce qui est plus intéressant c'est que l'alcalinité précède la cancérisation. On pourrait donc chez des sujets à alcalinité élevée prévenir le cancer.

Dans le service nous recherchons le pH urinaire des cancéreux, et, dans 87 à 88 % des cas, nous le trouvons augmenté.

Chez l'individu normal l'urine est acide ; chez le cancéreux l'acidité urinaire est diminuée. Comme je viens de vous l'indiquer l'urine est alcaline chez 88 % des cancéreux, leur pH varie entre les chiffres 7-8. Chez les individus ayant des lésions précancéreuses, telles que les mammites chroniques par exemple, qui sont encore assez fréquentes chez les femmes, on trouve le

pH inférieur à 7 ; ces femmes font facilement des cancérisations de leurs lésions.

Mais toutes ces réactions ne sont pas constantes ; il faut l'avouer, nous sommes actuellement à une période de tâtonnement dans l'étude des cancers.

Il y a un fait extraordinaire, c'est que pour le cancer cutané on ne fasse pas de distinctions, on ne l'étudie pas par classes suivant la qualité de ses cellules (fuso-cellulaire, spinocellulaire).

On distingue bien les cancers lymphophiles et les lymphophobes, ainsi que les hématophiles et les hématophobes. Les cancers ayant de l'affinité pour les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont des formes malignes, les cancers muco-sécrétant sont par contre des cancers plus bénins.

Les cancers à cellules indépendantes sont particulièrement graves.

Il faut compléter cette brève étude. Il n'y a pas un cancer, il y a une infinité de cancers, il faudrait faire la révision complète de la question.

J'en reviens à l'alcalinité des urines. Elle pourrait donner une orientation intéressante. L'alcalinité des urines peut être modifiée, on peut rappeler les urines à l'acidité. Pour cela il faut donner du chlorure de magnésium, dont la dose est variable suivant les cas. Plus il est difficile de ramener les urines à l'acidité, plus le sujet ayant des urines alcalines est exposé au cancer.

Toutes ces diverses réactions ne peuvent fournir que des présomptions et non des certitudes.

Avons-nous encore d'autres moyens de diagnostic ?

C'est la recherche du melæna occulte. Elle permet de réaliser un grand progrès. Comment faut-il procéder ? On utilise les diverses réactions colorantes qui permettent de déceler la moindre trace de sang dans les matières.

Pour cela il faudra mettre le malade au régime blanc, en lui supprimant de son alimentation autant la viande que le poisson, car le régime doit être complètement privé d'hémoglobine, la moindre trace d'hémoglobine alimentaire pourrait induire en erreur, donner une réaction positive.

Puis, vous faites examiner les selles du sujet préalablement mis au régime blanc. Pour que cette recherche ait de la valeur, il faut pratiquer l'examen des selles en série, au moins pendant trois jours consécutifs. Quels sont les renseignements fournis par cette recherche ?

Ils peuvent être différents ; tantôt le laboratoire vous répondra qu'il n'y a pas de sang dans les échantillons donnés. Que pouvez-vous en conclure ? Il y a des lésions qui saignent de façon intermittente, un ulcère peut ne pas saigner à tout instant.

Seconde réponse du laboratoire : dans les trois échantillons il y a du sang, donc il s'agit d'une lésion qui saigne ; est-ce en faveur du néo ? En général, les néos saignant constamment, mais peu abondamment, vous penchez donc vers le cancer.

Troisième réponse possible du laboratoire : sang inconstant dans les selles. Ce fait élimine l'hypothèse du cancer.

Quand on est arrivé au diagnostic du cancer, il faut faire l'étude de sa généralisation. Comment se propage le cancer de l'estomac ? Est-ce par voie lymphatique ?

Le long de la petite courbure de l'estomac il y a une chaîne lymphatique. C'est là que se fait surtout la généralisation. Une autre chaîne lymphatique longe la grande courbure de l'estomac ; c'est par cette voie que se fait l'envahissement de l'épiploon. Il y a aussi des ganglions rétro-gastriques qui sont en relation avec le pancréas ; leur rôle peut être important.

Cliniquement on ne peut pas reconnaître l'envahissement des ganglions. Que faut-il encore déterminer ? C'est la généralisation de la tumeur.

Il y a deux endroits sujets tout particulièrement à la généralisation du cancer de l'estomac : le foie et l'épiploon. L'envahissement du foie se fait par voie sanguine ou par les capillaires ou par les veines du système porte, lorsqu'il s'agit du cancer hémophile. Il se produit alors des noyaux cancéreux ; le cancer secondaire du foie est en règle un cancer à noyaux multiples. Dans les grosses tumeurs, l'épiploon est pris et le cancer arrive au péritoine par propagation directe.

L'extension au péritoine peut avoir deux modalités : l'envahissement par la lymphangite rétrograde. Alors le péritoine est farci de cellules cancéreuses, il se produit de l'ascite, le cas est inopérable.

On trouve constamment chez ces sujets des ganglions palpables au pli de l'aine. J'ai fait examiner ces ganglions histologiqueement, ils ne sont pas cancéreux.

Il y a encore un autre mode d'envahissement qui donne lieu à des erreurs fréquentes de diagnostic.

La tumeur de l'estomac envahit l'épaisseur de l'estomac, elle détruit le péritoine qui le recouvre. Lorsque le cancer a envahi le péritoine, la tumeur est rejetée hors de l'estomac, il y a alors des cellules cancéreuses qui tombent dans la cavité péritonéale, elles vont jusqu'à la partie la plus déclive et là, peuvent former une tumeur de colonisation. Ainsi, souvent, chez la femme, on porte le diagnostic de tumeur de l'ovaire, et, en réalité, il s'agit d'une tumeur de l'ovaire secondaire à celle de l'estomac. Dans quelques cas, en présence d'une tumeur gastrique, on trouve des ganglions engorgés jugulo-sous-claviers. Comment ces ganglions sont-ils envahis ? Par le canal thoracique ; on a même observé l'envahissement des ganglions axillaires dans certains cas.

Le diagnostic complet doit toujours conduire

aux indications opératoires. S'agira-t-il d'une opération palliative ou radicale : souvent ce sera un problème délicat à résoudre.

Lorsque le malade offre des signes nets de déshydratation, vous ferez un pli cutané pour apprécier cette déshydratation. Si le pli cutané se maintient 10 à 20 secondes, c'est un signe de déshydratation intense ; ce signe est important à rechercher, ainsi que la contraction idiomusculaire.

Le problème capital qui se pose est de savoir si cet état de déchéance est dû à la dénutrition ou bien s'il est le résultat de la cachexie cancéreuse. Conduite à tenir ?

D'abord une règle : chez tout individu se trouvant depuis 8 ou 10 jours en état de rétention gastrique, l'intervention entraîne toujours la mort. Que faut-il faire ? Il faut réalimenter ces sujets, c'est une condition fondamentale.

La question se pose alors si on peut nourrir le malade par voie autre que le tube digestif.

On introduit dans le système veineux, ou dans le tissu sous-cutané, ou encore dans le rectum, diverses substances alimentaires. On utilise pour les voies intra-veineuse et sous-cutanée des solutions isotoniques (salées ou sucrées) ; on peut introduire, en dehors du tube digestif, dans l'organisme, des sels, des hydrocarbures, des graisses végétales sans produire d'accidents. Peut-on entretenir la vie de l'individu de cette façon ?

Il faudrait encore des albumines, mais peuvent-elles être assimilées sans passer par le tube digestif ?

L'albumine étrangère à l'organisme produit un choc. On a cru pouvoir trouver des acides aminés assimilables.

Les sucs digestifs agissent en dégradant la molécule, l'organisme reconstruit ses propres albumines avec les déchets de la cellule albumineuse étrangère.

Nous avons fait des expériences dans cette direction ; nous ne savons pas faire assimiler par l'organisme les albumines étrangères en dehors de leur passage par la filière digestive.

Nous pouvons réhydrater les malades, nous pouvons leur fournir les sels, les sucres, mais pas les albumines.

Nous pouvons les remonter et alors essayer de pratiquer l'intervention. Les interventions palliatives (gastro-entérostomie), permettent au malade de se réalimenter. Le résultat peut paraître merveilleux chez les sujets en déshydratation ; on a l'impression de guérison.

Dans les opérations radicales, telles la gastro-pylorectomie, l'extension du côté de l'épiploon donne souvent des complications, il y a de l'envahissement des ganglions postérieurs, ce qui rend l'opération encore plus difficile.

Quelle est la proportion des cas où l'on doit se résigner à l'opération palliative et non curative ?

Les cas où l'on fait la résection sont très rares, car les malades nous arrivent généralement trop tard.

Il y a relativement des bons et des mauvais cancers. En général, les épithéliomas radio-résistants n'ont pas de tendance à la généralisation.

Les cancers à cellules cylindriques ne sont pas extrêmement malins. Je dois encore vous parler des cancers appelés linite plastique. Ce nom leur a été donné au moment où on les considérait comme étant une réaction fibreuse de la paroi. En réalité, ce sont des cancers qui envahissent la paroi gastrique ; ils sont diffus, ils épaississent la paroi ; la cavité gastrique diminue, mais il n'y a pas d'occlusion pylorique, on peut même voir de l'incontinence ; histologiquement, c'est un épithélioma muco-sécrétant. On les a considérés comme étant une réaction inflammatoire ; le tissu conjonctif prédomine sur l'épithélial, mais dans les mailles de tissu conjonctif on trouve quelques cellules qui précisent le diagnostic.

Lorsque les préparations sont bien faites, on trouve les cellules muco-sécrétantes très facilement. On ne peut pas faire dans ces cas la gastro-entérostomie, car la paroi gastrique en entier est détruite ou modifiée.

L'ÉVOLUTION DE L'OPOTHÉRAPIE RÉNALE

I

Extraits rénaux — Action sur la diurèse

S. Dejust-Defiol et M. Clavel

L'opothérapie rénale scientifique remonte à 1892, aux travaux de Brown-Séquard et d'Arsonval sur la sécrétion interne du rein.

Ces auteurs injectant à des lapins préalablement soumis à la néphrectomie double le suc dilué de rognons de lapins constataient une survie bien plus longue que celle d'animaux n'ayant pas reçu d'injections.

En outre, l'injection de suc rénal dilué retardait considérablement, chez les animaux ayant ainsi survécu, l'apparition des phénomènes urémiques.

Cette donnée physiologique reçut immédiatement une application clinique.

En 1892, en effet, Dieulafoy provoquait chez un anurique, rebelle à toute médication, une débâcle urinaire en lui injectant un extrait glycériné de rein préparé par Rénon, la néphrine.

Nous n'insisterons pas ici sur les nombreuses publications parues entre 1892 et 1907 environ, à propos de l'opothérapie rénale.

La méthode connut une singulière fortune. Les uns, Chiperowitz, Donovan, Tubure, de Cerenville, Taruella, Blanc, Long, Michel, Arquembourg préconisèrent son excellence et son efficacité presque universelle dans toutes les affections du rein.

Les autres, Bra, Teissier et Frenkel, Carles et Michel, etc., relevèrent véhémentement des insuccès.

On s'apercevait d'autre part que cette médication présentait des inconvénients parfois graves (Achard, Castaigne, Rathery, etc.). Elle cessa d'intéresser les cliniciens.

***

Nous avons voulu étudier les causes de la défaveur temporaire dont semblait frappée l'opothérapie rénale.

Nous avons soigneusement repris les mémoires publiés à son sujet, mémoires physiologiques, mémoires cliniques, et la lecture de cette copieuse littérature nous a amenés à incriminer deux facteurs responsables de l'oubli d'une thérapeutique ayant cependant fait ses preuves :

1° La nocivité des extraits rénaux employés.

2° L'imprécision des indications de l'opothérapie rénale.

Nous reconnaissons d'ailleurs dès ici que nous n'avons pas la prétention d'avoir éclairé particulièrement cette seconde question.

Le rein, organe complexe, pose une série de problèmes encore irrésolus et le traité d'Ambard « *Physiologie normale et pathologique du rein* » est le premier ouvrage *mémorable*, selon le mot du Professeur Legueu, dans l'histoire de la pathologie rénale.

Nous n'avons plus l'illusion des praticiens de jadis « saisir le secret des reins dans le seul examen des urines ». Nous nous sommes efforcés d'interpréter les résultats obtenus en utilisant l'opothérapie d'accord avec une connaissance du fonctionnement rénal et de la physiologie interne du rein plus précise ou mieux consciente de son ignorance que celle du temps de Dieulafoy.

Les extraits rénaux

L'extrait glycériné, la néphrine, utilisée par Dieulafoy, Jacquet, Caubet, Capitan, etc., était ainsi préparée par Rénon : la substance corticale d'un rein de beuf était triturée, hachée dans un mortier, additionnée de 300 gr. de glycérine neutre et 200 gr. d'eau stérilisée contenant 5 pour 100 de sel marin.

Après macération de 5 heures à la glacière, on procédait à une double filtration et recueillait 50 à 55 gr. d'un liquide jaunâtre, transparent, stérile.

On pratiquait de 8 à 12 injections par jour, chaque seringue contenant 50 cgr. de néphrine.

L'extrait sec (Donavan) administré par voie buccale s'obtenait en coupant le rein en menus morceaux et en le mélangeant à parties égales de sucre de lait. On broyait le produit au mortier et le mettait à sécher à l'étuve, entre 40° et 50°.

La macération de Raphaël Dubois (méthode de Dubois-Renaut) utilisait également la voie gastrique.

On hachait un, deux ou trois rognons de porc frais, puis on les broyait, les pulpait au pilon dans un mortier avec 450 cc. d'eau salée à 7 pour 1.000. On laissait reposer. Au bout de 4 heures on décantait le liquide sorte de lavure de chair que le malade absorbait en quatre doses toutes les 24 heures.

Or, toutes ces préparations si elles s'avérèrent efficaces dans le traitement des affections rénales, présentaient un inconvénient grave à l'usage,

assez sérieux pour nuire au succès de l'opothérapie rénale, comme nous l'avons signalé plus haut.

A la longue, les extraits rénaux provoquaient des phénomènes d'intolérance, intolérance susceptible de revêtir diverses formes : troubles gastriques, anorexie, troubles nerveux, crampes, convulsions.

Les cliniciens renoncèrent à utiliser les hautes doses de macération, conseillèrent de ne pas poursuivre le traitement au delà d'une dizaine de jours.

La plupart des phénomènes toxiques semblant provoqués par l'excès d'albumines étrangères introduites par les macérations et extraits totaux dans un organisme déjà troublé par la déficience rénale, on tenta de modifier la préparation.

Castaigne et Rathery proposèrent, par exemple, une digestion artificielle préalable de la pulpe rénale.

La méthode devenait suspecte.

Carles et Michel, Teissier et Frenkel démontraient d'ailleurs sur l'animal la nocivité de ces produits. L'injection de 2 gr. de rein chez un lapin de 2 kilogr. provoquait des convulsions mortelles.

La dose médicamenteuse active étant trop voisine de la dose nocive, la pratique médicale courante écarta cette thérapeutique.

Or, la technique mise au point par Cohn, Alles, Salter, Minot (*Journ. Bioch. Chem.*, 1927) pour extraire le principe actif d'une pulpe hépatique en la débarrassant des graisses et des albumines inutiles ou nocives, s'applique également à la pulpe rénale.

On obtient ainsi des extraits maniables sans toxicité, dénués d'éléments lipidiques et protidiques, concentrés, lesquels, injectés à l'animal s'affirment totalement dénués de la toxicité redoutable.

Honorato (*Effets diurétiques des extraits alcooliques rénaux*, Soc. Biol., octobre 1931) a pu injecter à des lapins un extrait alcoolique de rein sans constater aucune intolérance.

P. Casalis et S. Dejust (*Origine protidique probable de la toxicité des extraits rénaux aqueux*, Soc. Biol., octobre 1931) ont étudié la résistance du lapin aux injections répétées d'un extrait rénal hydro-alcoolique.

Les animaux reçurent par voie sous-cutanée et intra-veineuse des doses d'extraits correspondant en organe frais à plus de la moitié de leur poids : 1 kgr. 250 de rein pour un lapin de 2 kgr. 200.

Aucun incident imputable à la nature du produit ne se manifesta.

Ces conclusions physiologiques nous ont donc engagés à utiliser un extrait hydro-alcoolique préparé de telle sorte que 100 cc. correspondent à 125 gr. de rognon frais de porc.

Nous signalons déjà que sur plus de 200 malades soumis à ce traitement par nous et par d'autres expérimentateurs aucune intolérance grave de l'ordre de celles relatées voici vingt ans ne se produisit.

Les malades reçurent au moins 10 cc. par jour d'extraits. Ces doses furent parfois doublées.

Nous avons maintenu le traitement pendant 15 et 20 jours consécutifs sans noter aucun accident toxique.

Les intolérances, 4 à 5 diarrhées séreuses cessant immédiatement avec la suppression du traitement, se manifestèrent toujours entre le premier et le quatrième jours de la médication.

Dans ces cas, sauf dans un seul, il fut d'ailleurs possible de continuer la médication, en redescendant à 2 cc. pour remonter lentement à 10 cc.

Avant de commencer l'expérimentation, nous avons chaque fois que nous l'avons pu, placé le malade en équilibre de régime.

Chaque fois que nous l'avons pu également, nous avons conseillé le régime lacto-végétarien pendant la durée de la cure.

***

Nous rapportant aux publications antérieures, nous avons voulu comparer les effets produits par l'ingestion de l'extrait rénal à ceux obtenus en faisant agir les extraits glycérinés, les extraits secs, la macération de Renaut.

Les observations ont porté sur la diurèse, les variations de l'urée sanguine, l'albumine, l'acide urique, les œdèmes.

Dans ce premier article, nous exposons les résultats de nos recherches sur l'action de l'extrait rénal sur la diurèse et quelles conclusions nous pouvons en tirer.

Action de l'extrait rénal hydro-alcoolique sur la diurèse

Honorato (*loc. cit.*) opérant sur deux lots de lapins auxquels il injecta de l'extrait alcoolique de rein constata : chez les lapins normaux, une augmentation de la diurèse de 23 à 119 %, chez des lapins atteints de néphrite provoquée par des injections de lait caillé, une augmentation de 37 à 133 %.

L'auteur ajoute que des extraits aqueux injectés comparativement demeurèrent sans action sur la diurèse.

Nous n'avons pour notre part pas constaté cette régularité d'action de l'extrait.

De nos observations personnelles et de celles qui nous furent communiquées, nous sommes en droit de conclure que dans deux tiers des cas considérés, l'action favorable s'exerça sur la diurèse.

Mais à côté de résultats intéressants, nous avons rencontré et on nous a signalé des échecs.

Des malades cliniquement semblables à ceux ayant brillamment répondu au traitement (cardio-rénaux, oliguriques par sclérose rénale, hypertendus avec œdèmes), ont présenté soit des modifications peu importantes, soit une absence totale de modification de la diurèse.

Bra, Picchini, Mairet avaient jadis rencontré les mêmes échecs et mis en garde contre l'efficacité que d'aucuns proclamaient universelle de l'opothérapie rénale. Or, il n'existe guère de thérapeutique assurant 100 pour 100 de succès.

D'autre part, dès 1905, Pi y Suner insistait sur ce fait que l'extrait rénal agira toujours plus favorablement « dans le traitement des affections aiguës du rein ou les poussées aiguës greffées sur un état chronique que dans les maladies avec lésions progressives incurables ». Les effets seront d'autant plus brillants, ajoutait-il, « que le pouvoir de réaction de l'organe est mieux conservé. Ils seront nuls dans les cas où le tissu noble du rein est définitivement atteint de dégénérescence. »

Nous ne pouvons pas déterminer la valeur réelle du parenchyme et cette donnée serait cependant aussi importante à connaître que la valeur fonctionnelle du rein pour établir un pronostic.

Cette ignorance peut expliquer en partie l'incohérence de certains échecs... et de certains succès aussi.

Il semble cependant que chez les cardio-rénaux, dans les néphroses lipoïdiques, chez certains hypertendus rhumatisants avec grosses déformations articulaires, l'effet de la médication soit beaucoup plus constant qu'au cours des scléroses rénales anciennes et des néphrites hypertensives.

***

Nous pouvons déjà remarquer que, en général, l'effet diurétique de l'extrait de rein ne se produit pas immédiatement. On observe un temps de *latence* dans la plupart des cas, comme si la diurèse n'était qu'un phénomène secondaire, conséquence d'une action primitivement exercée sur le rein.

Cette *latence* peut être plus ou moins longue (24 à 48 heures, souvent plus). Nous avons à plusieurs reprises noté que 3 à 4 jours se sont écoulés avant que le traitement modifie le volume des urines.

Et cette action diurétique retardée nous engage dès à présent à insister sur une cause de la défaveur qui atteignit l'opothérapie rénale.

On l'a trop souvent confondue avec un diurétique chimique d'action brutale, presque immédiate, déçu par le temps de latence, le clinicien l'a abandonnée.

Nous reviendrons sur ce point important, car, constatait Blanc dans sa thèse en 1906, « une notion erronée de l'opothérapie rénale est aujourd'hui une des causes qui fait que souvent on l'emploie mal et qu'on discute ses effets. »

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Diagnostic et traitement de la bronchite des hypertendus

D'après MM. Dumas et Amic (1)

I

Le diagnostic

Un patient se présente à notre consultation; c'est un « tousseur » habituel, et nous constatons qu'il est en même temps « hypertendu » : nous devons penser à la bronchite des hypertendus, pour en rechercher les signes particuliers, car il y aura lieu peut-être d'instituer un traitement spécial.

Si la bronchite est parfois une complication précoce de l'hypertension artérielle, c'est plutôt à la deuxième phase, ou phase organique de l'hypertension, que la bronchite proprement dite acquiert toute son intensité. Elle n'est pas l'apanage des hypertensions très élevées ; elle s'observe surtout au cours des *hypertensions moyennes* ; elle est plus particulièrement marquée, quand l'albuminurie a fait son apparition, les deux symptômes pouvant évoluer parallèlement. Enfin, à une phase avancée, quand l'hypertension a commencé à décliner, elle devient surtout l'apanage des « *hypertendus bleus* », que l'on oppose généralement aux « hypertendus pâles », dont l'hypertension est plus élevée.

(1) MM. Dumas et Amic. — La bronchite des hypertendus. (*Lyon médical*, 13 septembre 1931.)

Les formes cliniques

Parfois, il s'agit simplement de *toux sèche*, sans expectoration, à type de toux laryngée, le malade ayant, chaque fois, la sensation d'une légère constriction dans la partie thoracique supérieure ; il y a congestion laryngée avec irritation des plexus nerveux péri-aortiques. Cette toux peut devenir parfois une véritable obsession pour le malade, et *elle peut être la seule ou la principale traduction de la maladie hypertensive.*

Plus souvent, cette toux assez particulière, qui apparaît soit au cours de la journée, parfois après les repas, soit pendant la nuit ou seulement le matin au réveil, — s'accompagne d'une *bronchite séreuse* chez des hypertendus moyens. Il peut s'agir de véritables quintes, qui provoquent momentanément une congestion de la face, avec légère cyanose, et se compliquent parfois de dyspnée très pénible. Si ces manifestations se prolongent, on pourrait croire à de véritables crises d'œdème pulmonaire plus ou moins caractérisé ; mais l'observation de ces accidents, en l'absence de tout symptôme d'insuffisance ventriculaire gauche, oblige à écarter ce diagnostic. L'expectoration est claire, séreuse, légèrement spumeuse, assez abondante ; sa quantité est variable ; quelquefois très minime, ou, au contraire, elle peut remplir, en 24 heures, la moitié d'un crachoir.

L'auscultation révèle l'existence de râles assez gros, surtout inspiratoires, mais parfois aussi perceptibles à l'expiration. Ils se localisent à une base, parfois à un sommet, susceptibles de faire croire à un début de tuberculose ; ce sont de petits foyers d'œdème pulmonaire, assez fixes, tenaces, qui témoignent que la toux et l'expectoration procèdent ici, sous la forme chronique, de la même pathogénie que la dilatation des bronches, qui peut la commander.

Bref, ce qui caractérise l'évolution de cette bronchite, c'est qu'elle est persistante et tenace, et ensuite (v. plus loin) qu'elle cède à la médication vasculaire bien plus qu'à la médication expectorante.

Au cours d'une expectoration, par ailleurs banale, il advient parfois des crachats hémoptoïques, ou de véritables petites hémoptysies : c'est la *bronchite sanglante*, qui n'est pas rare. Ces accidents hémoptoïques peuvent s'accompagner d'une légère élévation de la température, et même d'un point de côté. Ce n'est pas un infarctus proprement dit, mais un foyer congestif, dont l'épine irritative est constituée par un foyer de sclérose ou de dilatation des bronches.

Le *plus fréquemment*, l'expectoration devient muco-purulente (*bronchite muco-purulente*). Cette forme peut être rapportée à l'hypertension par ses stades positifs : séreux ou sanglant. Si elle est d'emblée muco-purulente, l'hypertension, dont elle relève risque fort de passer inaperçue.

L'intérêt de cette bronchite, c'est que, sans modification de la tension, du cœur, du pouls, elle peut être un des premiers signes de l'insuffisance cardiaque.

Mais, à cette phase bronchitique, l'hypertension a généralement décliné sérieusement ; le cœur fléchit, plus souvent le cœur droit que le cœur gauche ; à mesure des progrès de cette défaillance cardiaque droite, le malade se cyanose, la toux s'aggrave, et la mort survient soit par congestion massive des poumons, soit par infection des voies bronchiques sous forme de broncho-pneumonie ou de bronchite capillaire.

Quand il y a *broncho-pleurite*, la toux est particulièrement opiniâtre, souvent sans expectoration ; la processus gagne la plèvre, surtout la plèvre médiastine, et il est possible de percevoir quelques frottements ; le diagnostic est difficile. Les accidents pleuraux n'ont aucune tendance à la résorption, et ils progressent jusqu'à la terminaison fatale.

Il arrive souvent que de *l'œdème pulmonaire larve* s'observe au cours de l'hypertension artérielle, s'accompagnant parfois d'état subfébrile, et cela en dehors de tout symptôme évident d'insuffisance cardiaque. Ce sont alors des tousseurs chroniques, présentant une expectoration quotidienne assez abondante, qui brusquement sont pris d'oppression et d'expectoration plus abondante, à mesure que la température s'élève. L'auscultation des poumons, une fois même l'accident terminé, laisse entendre des râles congestifs abondants, répartis non seulement aux bases, mais souvent aussi dans la partie moyenne des deux poumons, et quelquefois aux sommets ; il peut se faire qu'un seul poumon soit intéressé.

Les autopsies pratiquées montrent, en même temps que de l'œdème localisé, un état de dilatation chronique des bronches avec quelques foyers de condensation centrale à type scléreux ; le cœur est gros, sans lésions apparentes.

II

Le traitement

Le traitement symptomatique de la bronchite des hypertendus est, sous une forme mitigée, celui de l'œdème pulmonaire. Il faut décongestionner la petite circulation par des *saignées judicieuses*, activer le cœur par des *prescriptions digitaliques* appropriées ; cette dernière prescription améliore notablement, même la toux incessante, chez de nombreux hypertendus arrivés

à la phase cardiaque de leur hypertension. La toux, l'expectoration matinale, la localisation à une base de râles d'œdème pulmonaire sont autant de symptômes, qui suffisent à eux seuls à montrer que l'hypertendu a franchi l'étape pulmonaire, et que, dès lors, il relève du traitement toni-cardiaque en particulier.

Les *diurétiques* peuvent aussi donner les meilleurs résultats.

Quand la bronchite des hypertendus est commandée par la dilatation des bronches ou par la sclérose de l'artère pulmonaire, elle relève parfois d'une médication spécifique (puisque souvent la syphilis est en cause) ; mais si elle ne cède pas à ce traitement, il faudra renforcer celui-ci par les cardiotoniques, généralement peu efficaces cependant.

Les hémoptysies commandent le repos, la médication hémostatique, sans oublier que l'insuffisance hépatique est souvent en partie responsable. Cependant ces accidents sont souvent peu importants, et parfois ne se reproduisent pas. « En d'autres termes, il faudra savoir discerner les cas comportant un léger degré d'insuffisance cardiaque et nécessitant la médication digitalique, de ceux qui relèvent simplement d'une cause locale, et appellent la médication iodurée ou spécifique. »

G. F.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'Insuffisance ventriculaire droite.

Elle s'observe très rarement à l'état de pureté. Elle débute par de petits accidents.

Le Dr R. Lutembacher spécifie que si l'on ausculte avec soin le foyer de l'artère pulmonaire chez des sujets à lésions scléro-emphysémateuses du poumon, tuberculeux ou non, il n'est pas rare de reconnaître au deuxième bruit pulmonaire un éclat particulier, qui traduit l'hypertension de la petite circulation. Le même fait s'observe chez des sujets, qui présentent des déformations thoraciques graves, portant obstacle à la circulation pulmonaire. L'examen radioscopique décèle parfois dès ce moment une configuration caractéristique du ventricule droit, dont l'hypertrophie relève légèrement la pointe du cœur. Les premières manifestations de l'insuffisance ventriculaire droite sont difficiles à reconnaître. Les lésions pulmonaires par elles-mêmes déterminent de la dyspnée, des crises de suffocation et de la cyanose. Cependant un traitement par l'ouabaïne ou la digitale amende la dyspnée, lorsque l'insuffisance du cœur intervient. Sinon, ces médicaments restent sans action. Dans la suite se développe un œdème cyanique des membres inférieurs ; la tension veineuse s'élève, alors que la pression artérielle ne subit pas de modification. L'auscultation permet quelquefois de reconnaître des extra-systoles.

Parfois ces petits accidents font défaut, et, d'emblée, on observe les grands accidents auxquels aboutissent peu à peu les premiers phénomènes de stase intense dans le domaine des veines caves, avec cyanose intense et violente dyspnée. L'intensité de l'insuffisance ventriculaire droite s'oppose, en effet, à la fonction suffisante du ventricule gauche et des oreillettes. Le déséquilibre circulatoire est souvent provoqué par une recrudescence des symptômes pulmonaires. Puis les phénomènes de stase prennent un développement intense : cyanose comparable à celle des grands états asphyxiques, à la face, aux membres : il s'y joint des œdèmes. Les veines, surtout les jugulaires, sont distendues ; enfin la dyspnée est intense, continuelle. Malgré cet aspect d'asystolie grave, le pouls est régulier, bien frappé ; l'auscultation du cœur permet de percevoir des extrasystoles ou du bruit de galop ; l'absence d'arythmie complète caractérise ces insuffisances cardiaques à début ventriculaire. L'énergie de la contraction auriculaire explique la production du bruit de galop, que l'on entend assez souvent à cette étape de l'insuffisance ventriculaire.

Plus tard, le cœur droit se dilate, et l'on perçoit un souffle systolique à maximum xyphoïdien, souvent très bas situé. L'insuffisance fonctionnelle, étudiée ici, se produit dans un cœur régulier, qui ne présente aucun souffle aux autres orifices. D'ailleurs, les caractères particuliers de ces accidents d'insuffisance cardiaque permettent déjà de supposer qu'il ne s'agit point d'une cardiopathie banale, et l'attention est encore attirée par l'importance et l'évolution des signes pulmonaires. L'examen radioscopique et les méthodes graphiques complètent le diagnostic.

Aux premières étapes de l'insuffisance ventriculaire droite, les symptômes régressent sous l'influence du repos et du traitement. Si les grands accidents sont survenus, ils sont irréductibles.

Parmi les formes étiologiques, on distingue :

1° Les lésions scléreuses du poumon avec sclérose de l'artère pulmonaire ; 2° les lésions et compressions de l'artère pulmonaire ; 3° les déformations thoraciques. (*Le Bulletin médical*, 23 mai 1931.)

Le traitement des cancers cutanés.

La localisation du cancer au revêtement cutané doit attirer l'attention du médecin et celle du malade. C'est, en effet, un mal purement local, qui peut être enlevé ou détruit par des moyens appropriés, sans qu'il ait une raison quelconque de se développer ailleurs. D'autre part, le malade sera prévenu de l'importance extrême de toujours signaler les moindres modifications apparentes du tégument externe.

Le Dr E. SCHULMANN distingue à cet égard les états pré-cancéreux et les états cancéreux.

Etats précancéreux. — Parmi les lésions congénitales, il faut citer :

Les nævi, surtout les nævi bleus et le lentigo malin, peuvent se transformer rapidement en cancers. On ne les soumettra pas à des irritations répétées ou à des cautérisations malencontreuses, qui font le lit du nævi-carcinome. Mieux vaut à la cryothérapie préférer l'électro-coagulation et l'électrolyse, agir comme si les lésions étaient profondes. La radiothérapie et la curiethérapie sont peu actives et plutôt dangereuses ; l'excision chirurgicale doit être formellement proscrite.

Le xéroderma pigmentosum, d'ordinaire familial, doit faire éviter le soleil, dont on se protégera avec le secours du tanin et des sels de quinine. Une fois les lésions organisées, la plupart des méthodes sont conseillées, selon le degré des accidents : curette avec galvano-cautère, neige carbonique, électrolyse, radiothérapie et radiumthérapie, excision chirurgicale même dans les cas avancés.

La maladie de Paget. Dans le cas de doute, et pour peu que la lésion soit étendue, l'ablation du sein avec curage de l'aisselle sera conseillée.

La maladie de Bowen — dyskératose en taches lenticulaires, plus ou moins infiltrées, saillantes, prurigineuses, commande l'ablation chirurgicale.

Les lésions pré-cancéreuses peuvent être acquises :

Kératoses séniles et préséniles ; au début galvano-cautère, neige carbonique, râclage à la curette ; si la transformation est affirmée, on usera de la radiothérapie et de la curiethérapie.

Maladie du brai. Cancer des ramoneurs ; la chirurgie est habituellement insuffisante ; on lui substituera l'électro-coagulation et la curiethérapie.

Radiodermites. Avant tout, il faut faire une thérapeutique prophylactique, puis, dès qu'apparaissent des éléments suspects, excision des verrucosités au bistouri, cryothérapie ou électro-coagulation (pour action profonde).

Leucoplasie. Extirpation chirurgicale avec souvent curage ganglionnaire ; le radium et la radiothérapie seront utilement associés.

Erythroplasie : excision, cautérisation, neige carbonique.

Etats cancéreux. — Epithélioma spino-cellulaire ; c'est le redoutable cancroïde, le plus commun des cancers muqueux : radiothérapie ou curiethérapie, avec association chirurgicale au besoin. Il faut une technique impeccable pour donner les doses précises dans un temps déterminé : toute irradiation doit être stérilisante, sous peine de diminuer la sensibilité des cellules néoplasiques (radiovaccination), et, du même coup, la vitalité des tissus sains, ce qui rend incurable le néoplasme. La curiethérapie par appareils moulés est, dans bien des cas, la méthode de choix préférable à la radiumpuncture et la rœntgenthérapie. Il ne faut pas, surtout ici, temporiser ou tenter des essais thérapeutiques ; il y a lieu d'aller vite et de ne pas manquer la tumeur.

Epithélioma baso-cellulaire ; c'est le cancer des gens âgés, de pronostic bien moins grave.

Autrefois, on obtenait de bons résultats avec les caustiques, pour peu que l'intervention fut assez précoce. Le galvano-cautère et l'excision chirurgicale peuvent parfois être propices ; mais souvent la tumeur essaime au voisinage, et il faut pour cette raison s'adresser à la radiothérapie ou à la curiethérapie. Il importe d'ailleurs que celles-ci soient appliquées utilement, car l'épithélioma baso-cellulaire est très radio-sensible, et, si il fond vite, il repousse de même s'il n'a pas été parfaitement stérilisé.

Sarcomes : Ils sont exceptionnels. L'ablation chirurgicale large et précoce a été conseillée.

La radiothérapie et la curiethérapie peuvent donner parfois des guérisons ; il faut alors procéder par doses massives sur l'ensemble de la tumeur, en ménageant la vitalité des tissus sains, par une qualité de rayons strictement sélectionnés par un bon filtrage. On a parfois associé aux méthodes précédentes la radiopuncture.

Pour les tumeurs leucémiques, la radiothérapie est le meilleur remède palliatif.

Suivent des indications très détaillées sur la mise en œuvre des différentes méthodes thérapeutiques : bistouri ; destruction chimique ; thermo-cautère et galvano-cautère ; cryothérapie ; électrolyse ; diathermo-électro-coagulation ; radiothérapie ; curiethérapie.

Bref, le traitement du cancer de la peau, si brillant quand on n'arrive pas trop tard, demande cependant du doigté ; il ne faut rien laisser au hasard ; il n'est pas permis de tâtonner, de voir venir les événements. Au moindre soup-

çon, demander un avis compétent. En quelques mois, parfois en quelques semaines, devient incurable telle lésion qui, reconnue à temps, aurait guéri à coup sûr. (*Le Progrès medical*, 4 avril 1931.)

Les fractures spontanées du nourrisson.

Les nourrissons normaux ont des os relativement solides. Les fractures spontanées relèvent de l'état général ; elles se produisent à la suite d'un traumatisme insignifiant au cours du rachitisme, de la syphilis, de la fragilité osseuse.

Le Professeur Lereboullet étudie le rachitisme, qui en est cause principale, puis la fragilité osseuse. Dans tous les faits de rachitisme, les fractures s'expliquentpar la pauvrete des os en calcium. Il n'en est plus de même dans la fragilité osseuse congénitale, dénommée « ostéopsathyrose » ; ici, s'associent la teinte bleue des sclérotiques, la surdité, l'existence de saillies crâniennes en rebord au frontal et à l'occiput, la transparence anormale des dents, et surtout le caractère familial. Contrairement à l'hémophilie, ce syndrome ne se transmet que si le géniteur est lui-même atteint d'ostéopsathyrose. Cette fragilité congénitale des os peut ne s'accompagner d'aucun signe radiologique de décalcification osseuse, ni d'hypocalcémie, et ces sujets peuvent avoir des enfants aux os non fragiles.

Le traitement exige la prescription de calcium en nature, sous forme de chlorure de calcium, et concurremment l'huile de foie de morue, ou l'ergostérine, ou les rayons ultra-violets ; il faut recourir à chacun de ces trois agents pour être plus sûr de tomber juste.

L'opothérapie constitue une arme accessoire : extrait thyroïdien, extrait surrénal total ou adrénaliné, extrait de thymus ; on complète ainsi heureusement les traitements précédents. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 mai 1931.)

Technique générale des opérations sur les voies biliaires.

Pour avoir de réels succès, précise le Professeur H. Hartmann, il faut : 1° éviter l'infection du péritoine, de manière à avoir des guérisons opératoires ; 2° faire une opération complète, de manière à avoir des succès thérapeutiques. Un grand nombre d'insuccès sont dus à ce que le chirurgien n'a pas enlevé la totalité des concrétions calculeuses. On y arrive, si l'on opère dans un champ opératoire bien limité et si, en même temps, on met à découvert l'ensemble des voies biliaires, de manière à pouvoir les explorer en totalité. Les voies biliaires se trouvent heureusement dans les conditions le splus favorables, pour que les infections opératoires, dont elles peuvent être le point de départ au cours de l'intervention, soient sinon évitées, tout au moins localisées, et n'entraînent pas d'accidents immédiats. L'auteur expose ensuite de précieux points de technique opératoire, qu'il estime indispensables au succès.

Les soins préopératoires ne présentent rien de particulier. Après l'opération, on aura soin de prescrire quotidiennement 1 gr. 50 d'uroformine, puisque les voies biliaires sont presque toujours infectées ; de même, pendant quelques jours, on instille, dans le rectum ou sous la peau, du sérum glucosé.

La guérison obtenue, un régime est indiqué pendant quelque temps, et même une cure à Vichy, parce que souvent la lithiase se complique d'hépatite. (*Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1931.)

Le cœur des vieillards dans l'actualité cardiologique.

M. le Dr Jean Reyt expose que le cœur des vieillards, en dehors des affections remontan aux âges antérieurs, peut être le siège de divers processus pathologiques.

On se trouve parfois en présence d'un cœur rénal, avec hypertension moyenne ou élevée, d'un gros cœur primitif ayant évolué lentement, d'une insuffisance aortique ou mitrale, plus rarement d'un rétrécissement mitral, enfin de toute la série des souffles systoliques fonctionnels. Mais, à côté de ces cardiopathies chroniques à évolution lente, peuvent apparaître des cardiopathies secondaires à évolution sévère, mettant le praticien en présence d'un état asystolique ou de phénomène angineux.

Les cardiotoniques sont indiqués dans toutes ces manifestations cardiopathiques : le strophantus dans les formes silencieuses déterminant simplement un peu d'oppression, la Coramine toutes les fois que se manifestent des signes marqués d'insuffisance. La Coramine, qui a le gros avantage de ne pas exposer le cœur du vieillard aux désordres rythmiques, trouve aussi sa place dans l'intervalle des cures digitaliques, qu'il faut toujours surveiller de près chez les vieillards. Leur action est très avantageusement soutenue et prolongée par un traitement intercalaire comprenant X à XX gouttes de coramine par par jour.

Dans les cas d'urgence, tel que l'infarctus du myocarde, l'injection sous-cutanée de 5 ou 6 ampoules de coramine par jour est le meilleur moyen de soutenir le cœur, et l'état général, que la médication calmante, instituée pour réduire douleur et spasme, aura encore contribué à déprimer. (*Le Progrès Médical*, n° 52 du 20 décembre 1930.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Cancer et sels magnésiens

(M. Brumpt. — *Académie de médecine* ; 10-11-1931).

M. Brumpt conteste à nouveau la valeur des statistiques de M. Schrumpf-Pierron sur la rareté du cancer en Egypte. Il expose, d'autre part, une série d'expériences où le rôle prophylactique des sels de magnésium dans les cancers spontanés des souris blanches s'est montré nul.

Peintures antiseptiques.

(MM. Paul Portier et André Kling. — *Académie de médecine* ; 10-11-1931.)

En dehors de leur intérêt décoratif, les peintures ont un autre rôle, celui de protéger les objets sur lesquels elles sont appliquées. Pourrait-on leur demander plus encore, par exemple une action d'assainissement, de désinfection de l'atmosphère des chambres où elles seraient employées ?

Une peinture récemment appliquée, par les essences et les sels métalliques qui la composent, offre déjà un pouvoir de destruction notable sur les micro-organismes qui arrivent à son contact. Toutefois, cette action est de durée courte, et, au bout de peu de temps, négligeable. Mais, si l'on ajoute à la peinture, des substances à déterminer, peut-on obtenir un produit qui, une fois séché, conserve un pouvoir microbicide pratiquement appréciable ?

Il y a quelque temps, MM. Hilpert et Vamoscher, de Berlin, ont proposé d'incorporer à l'excipient des peintures des composés phénoliques chlorés qui d'après eux, leur procureraient un pouvoir antiseptique *durable*. Ce sont ces travaux que MM. Portier et André Kling ont repris, dans le but d'en établir la vérification.

Ayant en mains des objets (plaquettes de bois ou de métal) recouverts de peinture spéciale, objets qui leur avaient été adressés par le Professeur Hilpert, ils ont pu déceler, tout d'abord, à l'aide de réactifs chimiques, la présence des phénols chlorés dans ces peintures. Ils ont ensuite vérifié le rôle antiseptique des peintures en question de la manière suivante. Des gouttes de cultures de *bactérium coli* et de *micrococcus pyogenes aureus* sont déposées sur une plaquette enduite de peinture au phénol chloré. On laisse sécher 24 heures, on ajoute une goutte d'eau stérilisée et, après 15 minutes de contact, on essuie avec un tampon stérile, que l'on introduit dans un tube renfermant du bouillon de culture. Ce bouillon mis à l'étuve ne donne pas de culture. Même après plusieurs mois et plusieurs lavages, la peinture conserve son pouvoir microbicide.

En pratique, on peut concevoir de multiples emplois de ces peintures antiseptiques : dans les salles d'opération, les hôpitaux, les salles de réunions publiques, les écoles, les casernes, etc. On aurait là un moyen de stériliser les poussières de l'atmosphère, plus ou moins chargées de microbes, lesquels, au contact des murs recouverts de peintures appropriées, perdraient leur activité.

Les influences morales dans la cancérose.

(MM. Auguste Lumière et Paul Vigne. — *Académie de médecine* ; 3-11-1931.)

Dans une communication faite à l'Académie de médecine en 1929, s'appuyant sur des statistiques parisiennes, MM. Moinson et Stéphanopoli se montraient enclins à admettre une influence des émotions sur la genèse du cancer. Dans les statistiques qu'ils présentaient, on voyait effectivement la mortalité cancéreuse s'élever nettement chaque fois que s'était produit un événement public déprimant pour le moral (scandale de Panama, guerre avec l'Allemagne, chute du franc, etc.). Les événements heureux coïncidaient par contre, comme dates, avec des chutes de la mortalité par cancer.

MM. Auguste Lumière et Paul Vigne ont repris la même étude en prenant pour base les tracés statistiques établis pour la ville de Lyon de 1901 à 1930. Or, comparant les courbes parisienne et lyonnaise ils ont vu qu'elles étaient entièrement différentes, les maxima de l'une correspondant aux minima de l'autre, et réciproquement. Ceci montre d'abord l'incertitude des déductions que l'on peut tirer de certaines statistiques. Sans nier l'influence de l'état moral dans la cancérose, MM. Lumière et Vigne montrent que tout au moins le rôle des calamités publiques dans la production du cancer n'est pas, à ce jour, établi.

Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses.

(MM. H. Claude et F. Coste. — *Académie de médecine* ; 3-11-1931).

M. Claude revient sur la communication de M. A. Marie relative à la récurrentothérapie dans la paralysie générale. On sait que M. Marie, sans mettre en parallèle la récurrente et le plasmodium, recommandait néanmoins la récurrentothérapie comme méthode adjuvante destinée à suppléer la malarisation, quand cette dernière est difficile ou impossible.

M. Claude professe une opinion beaucoup moins favorable vis-à-vis de la récurrentothérapie. C'est, d'abord, une méthode d'application plus difficile, le virus à manier étant souvent très pathogène et de souches plus complexes. On ne peut agir, d'autre part,

sur la fièvre récurrente ainsi provoquée avec la même efficacité que sur la malaria, lorsque l'on désire refréner les accidents déclenchés. Enfin et surtout, la récurrentothérapie se montre absolument inactive dans les états neuro-psychiques (démence précoce, parkinsonnisme post-encéphalitique, etc.), où elle a été préconisée, par les auteurs sud-américains en particulier. Pour ce qui concerne la paralysie générale, MM. Claude et Coste pensent que si l'inoculation de la récurrente peut donner parfois des améliorations du même ordre que la malariathérapie, elle doit demeurer un traitement d'exception.

P. L.

De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite.

(MM. C. Lian et J. Odinet. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; 10-7-1931.)

La percussion, combinée à l'auscultation, fait entendre un seul bruit dans un abdomen normal, et un double bruit dans un ventre ascitique ; c'est le signe du bruit de flot ascitique, ou du double bruit ascitique.

La constatation de ce symptôme est plus nette que celle de la recherche du signe du flot par la percussion combinée à la palpation ; de plus, elle est plus facile, car elle ne nécessite pas l'interposition d'une main sur la ligne médiane.

Le double bruit ascitique augmente beaucoup d'intensité dans la station debout. En outre, la percussion dans cette attitude fait percevoir le signe de la matité horizontale, même dans des ascites très minimes, qu'il est impossible de diagnostiquer par l'examen dans les décubitus dorsal et latéraux.

Par conséquent, l'examen dans la station debout est susceptible de rendre de grands services dans le diagnostic des ascites peu abondantes, grâce à la recherche du signe du bruit de flot ascitique, et du signe de la matité horizontale, tous deux très nets, même dans les ascites minimes.

Coma insulinique et grossesse.

(MM. F. Rathery, I. Sigwald et Derot. — *Soc. méd. des hôp. de Paris* ; 10-7-1931).

Depuis longtemps, il était admis que le diabète et la grossesse avaient l'un sur l'autre une influence fâcheuse : une diabétique menant difficilement à terme une grossesse, la fécondité étant du reste exceptionnelle dans les formes graves, inversement la grossesse étant un facteur aggravant du diabète. Or, le traitement par l'insuline a modifié totalement cette conception, et nombreuses sont les diabétiques qui accouchent normalement.

L'observation, communiquée par les auteurs, se rapporte à une jeune femme, diabétique ancienne, traitée par l'insuline depuis deux ans et demi, dont le diabète s'améliore au cours d'une grossesse. Cette amélioration est tellement considérable que, malgré une diminution des doses d'insuline, elle fait un coma hypoglycémique grave après une injection de 20 unités d'insuline, et qu'elle peut rester dans la suite sans insuline pendant un mois et demi, alors qu'avant sa grossesse elle ne pouvait s'en passer, même 24 heures.

A retenir que la folliculine, qui augmente pendant la grossesse, exerce une action hypoglycémiante. Du point de vue pratique, la grossesse peut ainsi améliorer le diabète, et il faut surveiller plus attentivement que jamais les diabétiques enceintes, traitées par l'insuline. On est amené à diminuer les doses, et, en prévenant les malades du danger qu'elles courent, on les incite à signaler les moindres signes d'intolérance. Il ne faut pas ignorer qu'il s'agit *d'amélioration passagère*, et, qu'après l'accouchement, il sera nécessaire de revenir au même traitement qu'avant la grossesse, peut-être même en l'augmentant.

La conception était exceptionnelle dans le diabète consomptif avant l'insuline ; actuellement, au contraire, une femme atteinte de diabète consomptif peut devenir enceinte à la suite d'un traitement insulinique prolongé. De plus, la diabétique enceinte mènera parfaitement à terme sa grossesse, grâce à un traitement insulinique bien compris.

L'incision latéro-postérieure pour l'appendicectomie.

(M. Sorési, de New-York. — *Soc. de médecine de Paris* ; 9-10-1931.)

M. Victor-Pauchet fait la lecture d'un travail de M. Sorési, au sujet d'une incision latéro-postérieure pour l'appendicectomie. Celle-ci présente les avantages suivants : pas de hernie consécutive, pas d'adhérences post-opératoires et moins de complications graves.

Abduction d'air pur dans les villes.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 9-10-1931.)

Les grandes agglomérations humaines ont deux nécessités de même ordre et de même valeur : il leur faut de l'eau potable et de l'air respirable. Or, si la première est résolue, la deuxième n'est pas envisagée.

Il faudrait détruire les fumées des usines, les gaz mal comburés des automobiles, et amener de l'air pur, après captation sur place dans les couches élevées, ou à distance dans les régions d'air pur ...

Sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique à base d'iode, de cadmium et d'or.

(MM. E. Maigre et P. Reynier. Rapport de M. G. Rosenthal. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 9-10-1931.)

C'est un complexe aurique, dont le soufre a été exclu en raison de l'intolérance générale du tuberculeux pour le soufre. L'iode est utilisé en raison de son affinité pour les tissus enflammés, et de la possibilité de

lui faire entraîner dans l'ambiance des bacilles un métal antituberculeux énergique, tel que l'or.

L'hexaméthylènetétramine libère dans l'organisme de l'aldéhyde formique ; le cadmium a été utilisé pour favoriser la catalyse.

Une série d'observations intéressantes accompagne ce travail approfondi. Cependant, il semble encore impossible de se prononcer définitivement sur la valeur du produit, qui appelle de nombreuses vérifications expérimentales et cliniques.

Cannibalisme et avitaminose.
Avitaminoses et mutilations.

(MM. A. Marie et G. Zaborowki. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 9-10-1931, et *Soc. de Thérapeutique de Paris* ; 14-10-1931.)

Les auteurs présentent une note sur les avitaminoses en rapport avec certains syndromes neuropsychiques (onichophagie, trichophagie, pica, malacia). Ces mêmes syndromes, observés sur les animaux d'élevage, se développent à l'occasion de déficience alimentaire et se corrigent par les vitamines totales. Il n'est pas jusqu'à certains cas pathologiques de mutilations et de cannibalisme morbides, qu'on ne puisse rapprocher chez l'homme et chez les animaux. Les animaux, qui se mutilent ou dévorent leur progéniture, le font par avitaminose ; les processus similaires chez l'homme sont de même origine.

G. F.

Société française de Gynécologie

Séance annuelle

(Paris, 5 octobre 1931)

La séance annuelle de la Société française de Gynécologie a eu lieu le 5 octobre, à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence de M. Jayle.

Dans son discours d'ouverture, M. Jayle félicita la Société de sa croissance rapide, la montra largement ouverte non seulement à tous les gynécologues, mais, par la création de membres associés, à tous médecins qui s'intéressent à la gynécologie et exprima le vœu que la séance annuelle se transforme en un Congrès international annuel qui, aux côtés du grand Congrès de chirurgie, serait le digne pendant du Congrès d'urologie.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1re question : *Le chimisme du vagin et sa signification physiologique.* — M. Ulrich (Paris).

Le rapporteur montre que le vagin est normalement acide. Cette acidité normale du vagin est due à l'acide lactique, qui ne se rencontre à l'état normal dans aucun autre organe, puisque l'estomac ne contient de l'acide lactique qu'à l'état pathologique et comme produit de fermentation.

Dans le vagin, l'acide lactique est sécrétion.

Qu'il s'agisse d'acide lactique, on ne le sait que depuis une trentaine d'années, car avant, on pensait que l'acidité du contenu vaginal était due à un gaz carbonique à l'état libre.

Ce n'est cependant que depuis 1926, avec les travaux de Zwozinski et Truszowski, qu'on a eu des précisions dosimétriques sur le contenu de l'acidité vaginale. Délaissant la coutume du papier tournesol, ces auteurs sont parvenus à filtrer les ions du contenu vaginal aux indicateurs colorés. Ils ont trouvé que l'acidité variait de 4 à 6,5 %, et qu'elle était notablement diminuée dans les états infectieux, dans la menstruation et après le coït.

Quant à l'acidité vaginale aux différentes périodes de la vie de la femme, on trouve qu'elle est très faible à la naissance, atteint son degré normal dès la première enfance, et semble être particulièrement intense au cours de la virginité et de la grossesse.

Soumise à de fortes oscillations pendant la période génitale active où les sécrétions peuvent être troublées jusqu'à l'alcalinité passagère en l'absence de tout état pathologique, le retour d'âge imprime aux sécrétions du vagin une alcalinité prédominante, car le flux acide faiblit avec la sénescence de la muqueuse.

Quant à la genèse de l'acidité vaginale, la théorie actuellement accréditée, est que l'élément le plus important dans la fabrication de l'acide lactique est le glycogène, qui s'élabore dans la couche fonctionnelle de l'épithélium vaginal.

Ce serait donc le glycogène qui, suivant le processus démontré par Claude Bernard pour le foie, se transformerait en glucose sous l'influence d'un ferment spécial.

Il serait donc logique d'admettre que les ferments microbiens ou glycolitiques interviennent pour décomposer le glycose qui évoluerait vers la production de l'acide lactique.

Un élément essentiel dans la formation de l'acidité vaginale est représenté par la flore microbienne normale du vagin et particulièrement par le bacille de Dœderlein, qui présente des analogies très grandes, s'il ne lui est pas identique, avec le bacille de l'acide lactique trouvé dans l'estomac.

M. Ch.-O. Guillaumin (Paris) montre l'influence des divers facteurs locaux favorisants ou non le développement bactérien, et en particulier, celle de l'acidité des sécrétions vaginales, empêchant le développement du gonocoque, tandis que bacilles coli, staphylocoques et surtout streptocoques nécessitent la modification de la réaction locale sur une zone plus alcaline.

M. Pierra, expose la difficulté qu'on éprouve dans la recherche des réactions de la sécrétion vaginale. Les essais qu'il a faits avec l'appareil de Lévy-Darras et Ch.-O. Guillaumin, lui ont paru de technique trop compliquée. Il confirme cependant l'opinion du rapporteur.

M. Violet (Lyon) suggère que l'acide lactique du vagin provient peut-être d'une fermentation, due au bacille lactique aux dépens du glycogène, qui s'y trouve normalement, et l'auteur se demande si le bacille lactique et le bacille de Dœderlein ne sont pas les mêmes

avec des variations morphologiques comme en présentent souvent les bactéries.

M. Xavier Colanéri (Paris) n'admet pas les conclusions du rapport. Il prétend que la réaction des sécrétions vaginales est normalement alcaline à l'origine, et qu'elle ne devient acide qu'après le séjour de ces sécrétions dans la cavité vaginale, et sous l'influence des microbes aérobies ou anaérobies. Les recherches de M. Xavier Colanéri n'ont été pratiquées que chez les femmes mariées.

M. Jayle confirme l'opinion de M. Ulrich; son expérience personnelle lui a montré que les sécrétions vaginales normales étaient toujours acides. Il demande cependant qu'une méthode plus précise que le papier de tournesol soit établie.

2e question. — *Indications des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse.* Rapporteur : M. Martin (Angers).

C'est presque toujours, dit l'auteur, après la phase aiguë, au cours de leur évolution, que les lésions salpingiennes d'origine inflammatoire sont opérées. Les travaux récents traitent surtout des moyens de remédier à l'obstruction tubaire, à sa conséquence la stérilité et aussi aux douleurs d'origine salpingienne.

On intervient pour des trompes enflammées, augmentées de volume, formant même tumeurs adhérentes ou oblitérées.

Cliniquement, ces interventions sont motivées par :

1° La fièvre et le mauvais état général ;

2° La persistance et l'intensité des phénomènes douloureux ;

3° La stérilité.

4° La présence d'une tumeur annexielle.

Selon les lésions :

A. — La conservation des annexes est impossible.

A ce groupe de lésions conviennent les interventions radicales, cherchant la guérison par l'exérèse des organes malades, dont le type est l'une des modalités de l'hystérectomie abdominale sub-totale avec ablation des annexes. La voie vaginale a des indications précises mais rares.

B. Ou bien l'infection tubaire n'a laissé que des séquelles, telles que la douleur, la stérilité, des adhérences, des oblitérations. Il y a tout avantage à ne pas sacrifier les annexes, et à recourir à toute la gamme des opérations conservatrices.

Eviter toute mutilation inutile, sans reculer devant les sacrifices nécessaires pour obtenir la guérison, telle est la directive de cette chirurgie.

M. Raymond Petit (Paris) oppose la conduite à tenir dans l'appendicite à celle que réclame la salpingite. Autant il est opposé à la temporisation pour l'appendicite, autant il pense qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans la salpingite. Il pense que la chirurgie conservatrice est tout particulièrement recommandable en gynécologie, à la condition toutefois de ne pas passer d'un extrême dans l'autre. Il signale que la vaccinothérapie employée largement permet d'intervenir avec un minimum de risques. La voie abdominale lui semble toujours préférable à la voie vaginale pour l'ablation des trompes.

En ce qui concerne la transposition de l'ovaire dans l'utérus, M. Raymond Petit a obtenu dans quatre cas un résultat remarquable.

M. X. Bender (Paris) est partisan d'appliquer un traitement médical et physiothérapique prolongé, avant de soumettre la malade à l'intervention. Malheureusement la condition sociale de celle-ci ne permet pas dans certains cas de poursuivre un tel traitement aussi longtemps qu'il serait désirable.

M. Violet (Lyon) pense que, dans l'étude des indications chirurgicales de la salpingite, le gynécologue est obligé de tenir compte de plusieurs facteurs : âge de la malade, condition sociale, nature de l'infection, formes anatomo-cliniques. Il est également conservateur, mais dans tous les cas où l'ablation de l'utérus s'impose, il pratique presque toujours des totales, et n'intervient jamais par la voie vaginale. M. Violet a fait un certain nombre d'interventions pour dysménorrhées graves, mais il se méfie des psychoses et se garde d'intervenir chez les malades, où les douleurs ne semblent répondre à rien d'organique.

M. Marcel Sénéchal (Paris) expose que, dès 1908, il a été conservateur quant aux organes pelviens de la femme, qu'il s'est toujours efforcé de faire de la conservation, et que, même lorsqu'il était amené à faire une hystérectomie chez une femme âgée de moins de 45 ans, il conservait au moins un ovaire.

Il estime que les avantages qu'en ont retirés les malades, qu'il suit régulièrement depuis cette époque, et qui n'ont jamais présenté aucun trouble général, ni local, valent l'effort et l'art fournis par le chirurgien.

Ce qui, dans le rapport de M. Martin, retient surtout son attention, c'est la question de la stérilité et des moyens d'investigation de la perméabilité des trompes fournies par les insufflations et injections de lipiodol, suivies de radiographies.

De sa pratique personnelle, l'auteur conclut :

1° Que les insufflations, même faites par un praticien expérimenté peuvent être fallacieuses ;

2° Que même les injections de lipiodol peuvent amener à des conclusions erronées ;

5° Qu'à son sens, ce n'est que lorsque l'opérateur a les pièces entre les mains et sous les yeux, qu'il peut juger de la possibilité d'entreprendre l'opération utile pour favoriser une grossesse.

M. Jayle (Paris) est un partisan convaincu de la chirurgie conservatrice, il insiste sur ce fait qu'il ne faut pas confondre succès opératoire et succès thérapeutique.

Le but à viser est avant tout pour lui de conserver, autant que possible, les fonctions physiologiques.

La seconde remarque qu'il fait concerne la technique. Il pose en principe qu'il y a lieu de réduire les interventions au strict minimum ; c'est ainsi qu'il n'enlève guère les utérus, même en cas de salpingite double, l'hystérectomie augmentant toujours le risque opératoire.

Les Congrès

XVIe Congrès de médecine légale de langue française

(*Suite*) (1)

La médecine légale et la médecine sociale des accidents d'automobile (2)

Rapporteur : M. SIMONIN,
Professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

L'automobilisme modifie profondément nos mœurs. Or, nous sommes encore à la période d'adaptation de nos habitudes à ce nouveau moyen de locomotion, dont l'usage raisonnable exige une discipline, qui s'acquiert seulement au prix d'une expérience douloureuse et onéreuse. A l'origine des chemins de fer, les mêmes phénomènes ont été observés.

Il y a donc un problème social important à étudier pour faciliter l'adaptation des individus à l'automobilisme et hâter l'agencement approprié des lois et des règlements. Les accidents d'automobile soulèvent également des problèmes juridiques complexes à propos desquels les médecins experts sont fréquemment sollicités.

I. **Fréquence et gravité des accidents d'automobile.** — Il y a lieu de distinguer les chiffres absolus et les valeurs relatives.

Les chiffres absolus sont impressionnants, puisqu'ils croissent rapidement d'année en année, dans tous les pays. En France, en 1930, plus de 3.000 personnes ont été tuées en circulant, et les blessés ont été quarante fois plus nombreux. Il arrive actuellement que le nombre des accidents mortels d'automobile dépasse celui des morts dues à la fièvre typhoïde ou à la diphtérie ou à la rougeole. Ainsi l'automobile est un agent homicide plus dangereux que le bacille d'Eberth, le bacille de Löffler : les agents physiques tendent donc à prendre la place des agents microbiens parmi les causes de mortalité.

Toutefois, pour avoir une idée exacte du péril automobile, il faut rechercher les *valeurs relatives*, qui tiennent compte de deux facteurs : du nombre des véhicules en circulation et de la population. L'auteur établit ainsi ce qu'il appelle le *coefficient d'adaptation sociale à la locomotion automobile* qui est représenté par la formule :

$$\frac{(\text{Nombre de véhicules automobiles})^2}{\text{Nombre d'accidents mortels} \times \text{nombre d'habitants}}$$

Voici les principaux chiffres obtenus :

		Pourcentage des accidents mortels par 100.000 véhicules automobiles	Coefficient d'adaptation à la locomotion automobile
France	1924....	225	7,7
	1926....	222	10,7
	1928....	207	16,7
	1929....	218	19,1
Allemagne	1926....	471	1,9
	1928....	561	1,6

L'examen comparatif des diverses statistiques indique que la France est le pays le moins atteint par le péril de la locomotion automobile à laquelle nous paraissons nous adapter plus rapidement que les autres peuples.

Les bases légales des poursuites judiciaires. — Le rapporteur examine rapidement les deux sortes de responsabilités mises en jeu par l'accident d'automobile. Il indique le revirement qui s'est produit dans la jurisprudence, consacrée par un arrêt solennel des Chambres réunies de la Cour de cassation, du 13 février 1930 ; puis il étudie plus spécialement le cas complexe de l'écrasement successif d'un piéton par deux automobiles, cas où l'expertise médico-légale prend une importance capitale.

III. — **Les formes médico-légales des écrasements par automobile.** — Si les *écrasements accidentels* sont les plus fréquents, il faut savoir que, dans certains cas, l'automobile peut servir au *suicide*, à l'homicide, ou bien l'accident peut être simulé pour masquer un homicide ; ou bien encore l'écrasement est dissimulé par son auteur, qui cherche à échapper aux conséquences judiciaires d'un homicide involontaire. Plusieurs exemples illustrent chacun de ces types.

IV. — **L'origine et les causes des accidents.** — Les statistiques donnent des indications beaucoup plus sur les *causes apparentes* que sur les conditions véritables des accidents. Elles nous enseignent qu'en moyenne, 48 p. 100 des accidents proviennent de la faute des conducteurs et 49 p. 100 des victimes. Elles indiquent aussi qu'ils résultent parfois des défauts de la route ou des défectuosités du véhicule.

Les ACCIDENTS IMPUTABLES AUX CONDUCTEURS peuvent se rattacher à l'une des quatre catégories suivantes : imprudence, inexpérience, infirmités psychiques ou physiques, intempérance. Le rapporteur insiste surtout sur l'une des formes de l'imprudence :

(1) V. *Concours Médical*, nos 50 et 51.
(2) Ce rapport est édité chez Baillière.

l'*excès de vitesse*. Il démontre que les réactions psycho-motrices ne permettent pas au chauffeur d'arrêter instantanément son véhicule. Il n'est donc pas absolument « maître de sa vitesse ». Les distances minima d'arrêt sont proportionnelles à la vitesse de l'automobile. La distraction, l'émotivité, la nervosité, la témérité, l'inattention sont encore des facteurs d'accidents. L'auteur rapporte de nombreux exemples d'accidents dus à des états pathologiques ou à l'intempérance.

Les *piétons* portent, dans un certain nombre de cas, la responsabilité de l'accident. Ceux qui s'exposent le plus aux dangers de la circulation se signalent par l'inattention, l'insouciance, ou l'affolement, l'hésitation en traversant une rue ou l'ignorance des règles de la circulation. Ce sont toujours les mêmes qui se font écraser : vieillards, infirmes, enfants, campagnards, savants, ivrognes.

V. — **Le mécanisme des accidents.** — Les accidents d'automobile présentent une très grande variété.

La collision d'une automobile avec un autre véhicule ou contre un obstacle provoque des blessures occasionnées surtout par l'arrêt brusque de la voiture, qui projette le chauffeur contre le volant et les voyageurs contre les vitres.

L'écrasement d'un piéton s'opère généralement en trois temps, car le sujet est le plus souvent surpris debout : il y a d'abord tamponnement, puis chute ou projection, enfin franchissement et quelquefois aussi traînage.

VI. — **Caractères anatomo-pathologiques des lésions.** — Par leur fréquence et par leurs particularités étiologiques en rapport avec telle ou telle phase de l'accident, les lésions observées dans les accidents de la route présentent un grand intérêt médico-légal.

1° Les LÉSIONS DE TAMPONNEMENT siègent au point d'application du choc, sur les jambes, les cuisses, les hanches, les lombes, et consistent en ecchymoses, plaies contuses, fractures directes : lésions dont l'aspect et l'importance sont en rapport avec la forme de l'agent percutant (phare, pare-choc, pare-boue, marchepied, radiateur), et avec la violence du traumatisme.

2° Les LÉSIONS DE CHUTE OU DE PROJECTION se groupent en lésions superficielles, généralement bénignes, et en lésions crâniennes, souvent mortelles, qui font de la chute un des temps les plus redoutables de l'accident. Les lésions superficielles se rencontrent aux parties saillantes du corps sur lesquelles se produit la chute sur le sol : épaule, coude, genou, mains, etc., et se présentent sous l'aspect d'ecchymoses, d'érosions et d'excoriations rugueuses produites par le gravier. Dans les projections brutales du corps à terre, la tête vient frapper le sol avec violence. Il en résulte une contusion ecchymotique du cuir chevelu, une suffusion épicrânienne et souvent une ou plusieurs fissures du crâne irradiées à la base avec hémorragie méningée et foyers de contusion cérébrale de cause directe ou par contre-coup.

3° Les LÉSIONS DE FRANCHISSEMENT dues au passage du véhicule sur le corps sont essentiellement caractérisées par la disproportion entre les lésions externes, presque toujours insignifiantes, et les dégâts internes, considérables : broiements osseux, déchirures, ruptures, et éclatements viscéraux. Une des lésions tégumentaires des plus typiques est la *plaque parcheminée* striée, qui présente des caractères histologiques bien différenciés. Très particuliers aussi sont les décollements sous-cutanés, avec poches sanguines ou séro-sanguinolentes. On note aussi parfois l'arrachement des fibres musculaires des fessiers. Les lésions profondes diffèrent suivant la région du corps franchie par le véhicule, c'est-à-dire suivant que le franchissement est céphalique, thoracique, dorsal, ventral, oblique ou longitudinal.

4° Le TRAINAGE peut produire aussi des lésions par usure des téguments et des surfaces osseuses par frottement sur le sol.

Sont décrites aussi les blessures particulières aux collisions d'automobiles : blessures dues surtout aux éclats de vitre.

VII. — **L'expertise médico-légale dans les accidents d'automobile.** — La contribution médico-légale peut apporter aux tribunaux un concours précieux.

Dans les cas d'*accidents mortels* simples, les éléments d'appréciation fournis par l'expertise contribuent : 1° à déterminer si la mort, qu'elle soit immédiate ou tardive, est la conséquence de l'accident ; 2° à reconstituer les circonstances et les phases de l'accident ; 3° à alléger ou à aggraver la responsabilité du conducteur ou de la victime (infirmités exposant aux dangers de l'écrasement, état pathologique modifiant l'évolution des plaies, affection mortelle préexistante, état d'ivresse, etc.). Certaines causes de mort (hémorragies cérébrales, complications pulmonaires des traumatismes du crâne, embolie graisseuse, méningo-encéphalite traumatique, état pathologique antérieur à l'accident, etc.), doivent être recherchées et interprétées judicieusement. De même, l'interprétation des lésions de tamponnement, de chute, de franchissement, de traînage de la victime, permet dans nombre de cas de reconstituer les circonstances et les phases d'un accident.

Dans le cas d'écrasement compliqué de délit de fuite, l'expertise est encore plus ardue, mais la mise en œuvre de toute une série de recherches et d'épreuves (empreintes laissées sur la route, débris abandonnés par la voiture, traces qu'elle a arrachées à la victime ou qu'elle a prises à la route) aboutit fréquemment à l'identification du véhicule homicide et à l'arrestation du coupable.

VIII. — **La prévention des accidents.** — Les mesures préventives doivent s'adresser aux individus plus qu'aux choses. Les unes présentent un caractère médical, car elles ont pour objectif d'interdire la pratique de l'automobile aux personnes qui y sont physiquement ou psychiquement inaptes. Les autres

visent à faciliter l'adaptation des individus à la circulation routière.

Le rapporteur étudie longuement les bases de la *sélection médicale* des chauffeurs et envisage successivement les conditions visuelles et auditives, les incapacités pour infirmités locomotrices, les causes psychiques et nerveuses d'inaptitude, les exclusions dues à certains états pathologiques, et enfin les qualités psycho-motrices requises pour diriger une automobile avec sécurité. En ce qui concerne l'acuité visuelle ou auditive minimum pour conduire une auto, M. Simonin relève le caractère arbitraire de son évolution, et place sur le terrain expérimental le problème, qui se pose ainsi : Quelle est l'acuité visuelle ou auditive nécessaire à un conducteur pour lui permettre de voir un obstacle ou d'entendre un signal suffisamment à temps pour arrêter sa voiture si besoin est, sans accident ? Or, la distance minimum d'arrêt d'un véhicule est proportionnelle à la vitesse de celui-ci : à 80 kilomètres à l'heure, elle est de 35 mètres. Telle devrait donc être la distance minimum de vision ou d'audition d'un chauffeur, mais il faut tenir compte encore d'une « marge de sécurité » pour parer au cas où l'obstacle est également mobile et se dirige en sens contraire du véhicule.

Comment organiser maintenant la sélection médicale des chauffeurs ? Trois systèmes se trouvent en présence : *a*) L'*examen préventif obligatoire*, très sévère en Allemagne, n'y a pas fait ses preuves. D'autres considérations (organisation médicale spéciale, périodicité indispensable, dépenses élevées, etc.), le rendent impraticable ; *b*) Le *système de l'incapacité légale et de la responsabilité pénale du conducteur inapte*, qui consiste à interdire par une loi la pratique de l'automobile aux individus porteurs de certaines tares physiques ou de maladies expressément dénoncées comme dangereuses pour la sécurité publique en raison des accidents qu'elles peuvent occasionner, comporte aussi des inconvénients, dont le principal est la difficulté de faire la preuve de la relation directe et certaine de cause à effet entre l'infirmité et l'accident ; *c*) C'est le troisième système qui paraît le plus acceptable : *le retrait médical du permis de conduire.* Il repose sur deux principes : 1° Sévérité de la sélection médicale proportionnelle à la responsabilité professionnelle du chauffeur : les conducteurs professionnels étant soumis à un examen médical préventif et périodique. 2° L'élimination naturelle par le retrait du permis de conduire, sanctionnée par un examen médical, subi après un accident, des conducteurs qui font ainsi la preuve expérimentale de leur inaptitude physique et psychique. Exclusion aussi des nombreux récidivistes de l'accident. Ce mode de sélection n'agit pas trop tard, car les accidents matériels sont quarante fois plus fréquents que les accidents de personnes.

Enfin, lorsqu'un chauffeur est suspect d'intoxication alcoolique, l'état d'ivresse doit être systématiquement recherché et établi médicalement.

La menace de retrait du permis, soit pour cause d'inaptitude physique, soit pour récidive d'accidents, soit pour ivresse, planerait sur tous les automobilistes et serait capable d'assagir les plus téméraires.

Les *mesures administratives de sécurité* ont pour but d'exiger des automobilistes la compétence (permis de conduire), la discipline (organisation de la police routière), la prudence (limitation de la vitesse) et de former l'éducation des piétons (éducation morale et psychologique de tous les usagers).

Le rapporteur termine son exposé par l'énumération rapide des diverses mesures de sécurité qui sont préconisées.

Et il conclut en disant que de longs et patients efforts sont encore nécessaires pour faciliter l'adaptation de la collectivité à l'automobilisme, facteur de progrès et de richesse, dont on ne saurait amoindrir l'essor sans porter atteinte aux intérêts vitaux du pays.

Discussion.

M. Coutela (de Paris) estime que la règlementation médicale, indispensable pour les conducteurs professionnels (transports en commun et par camions), devrait être généralisée. Mais il fait remarquer, d'une part, que les statistiques signalées montrent la fréquence aussi grande des accidents dans tous les pays (réglementés ou non) et, d'autre part, qu'un grand nombre d'amétropes à vision très faible, insoucieux, volontairement ou non, de toute correction, conduisent des automobiles sans avoir le moindre accident. Il y a donc surtout lieu de tenir compte de facteurs psychologiques divers, de ce qu'on a appelé « le sens de la route », etc.

Il signale l'erreur à laquelle donne lieu « l'acuité visuelle totalisée », addition des fractions d'acuité visuelle, manifestement fausse en clinique : une telle expression gagnerait à être supprimée.

Prendre comme base les conditions exigées des mécaniciens de locomotives doit être abandonné.

La notion du champ visuel est plus importante encore que celle de l'acuité visuelle centrale. Celle-ci, quoiqu'on ait pu dire, ne se modifie nullement avec l'extrême vitesse du véhicule. Le sens lumineux est d'extrême importance, mais pratiquement combien difficile à évaluer à l'heure crépusculaire. L'expérience démontre que les examens périodiques sont de première nécessité.

En ce qui concerne les borgnes, il y a lieu de considérer le champ visuel, qui est largement suffisant pour percevoir en temps voulu la largeur de la route et ses à-côtés, le degré de vision centrale, toujours un peu moindre avec un seul œil qu'avec les deux (notion classique journellement confirmée), l'appréciation des distances qui, affaire d'éducation et d'expérience, peut se trouver plus ou moins vite réalisée à la longue chez beaucoup de sujets, fait bien connu depuis longtemps, et la perte du contrôle donné par la double visée ; enfin la possibilité, pour le borgne de recevoir un corps étranger (moustiques), dans l'œil.

Ces trois derniers points de vue étant discutés, le

borgne pourrait être admis à conduire, mais réhabiliter le borgne en admettant son aptitude à la conduite automobile ne saurait diminuer en rien l'incapacité professionnelle, évidente qui résulte d'une telle infirmité : c'est là un problème complètement différent.

MM. Leclercq et Muller (de Lille) rapportent un certain nombre d'observations d'accidents d'automobiles. Ils insistent sur le diagnostic de l'ivresse des victimes et souhaitent qu'on puisse aussi le pratiquer sur les conducteurs par le dosage de l'alcool dans les urines. Puis ils signalent les difficultés du diagnostic des lésions par choc direct et par chute, d'après leurs caractères anatomo-pathologiques, tant externes qu'internes.

Ils insistent aussi sur la possibilité des manifestations nerveuses et psychiques post-traumatiques. Ils étudient enfin les mesures à prendre pour éviter les accidents d'autocars, à cause de leur gravité, et terminent par quelques mots sur la sélection médicale des chauffeurs.

M. Duvoir attire l'attention sur les avortements, qui se produisent à la suite d'un accident, et qui peuvent être attribués soit à la contusion, soit à l'émotion même. Il en rapporte un certain nombre de cas, et étudie l'évaluation des diverses invalidités et incapacités temporaires. Il signale aussi le danger de rencontrer des familles, qui cherchent à tirer tous les avantages possibles d'un tel accident.

M. Balthazard indique les règles précises qui permettent de rattacher l'avortement à l'accident et signale la tendance actuelle à admettre les avortements consécutifs à une émotion.

M. Etienne Martin (de Lyon) étudie plus particulièrement les lésions du crâne, à la suite des accidents d'automobile. Il obtient ainsi de grandes précisions sur le mécanisme même de l'accident.

M. Patry insiste plus particulièrement au point de vue ophtalmologique sur la sélection médicale des conducteurs, tout au moins professionnels. Mais il fait remarquer que ce sont les gens les moins sûrs d'eux-mêmes qui conduisent avec le plus de prudence.

M. de Clérambault (de Paris) expose les conditions dans lesquelles se fait le retrait médical du permis de conduire chez les différentes catégories de psychopathes, qu'il s'agisse d'épileptiques, de toxicomanes, d'hallucinés ou d'individus anormalement émotifs.

M. Dervieux (de Paris) insiste sur le rôle passif joué par l'automobile, dans le cas où la victime de l'accident, en général un motocycliste, vient se jeter contre la voiture. L'autopsie fournit souvent alors de précieux renseignements, en permettant, d'après le siège des lésions traumatiques, de dégager complètement la responsabilité de l'automobiliste au détriment de celle de la victime.

MM. P. Schiff et Trelles (de Paris) rapportent l'observation d'un malade chez lequel s'est progressivement développé, après un traumatisme crânien par accident d'automobile, un syndrome d'hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel) avec image radiologique caractéristique, hypercalcémie, obésité, troubles psychiques. Les auteurs discutent la pathogénie, probablement infundibulo-tubérienne, des troubles et leurs conséquences médico-légales.

M. Fortin (de Niort) signale le danger des fausses accusations, portées par les témoins d'un accident contre l'automobiliste, qui s'arrête pour porter secours aux victimes, alors que l'auteur de l'accident a pris la fuite.

Enfin, sur la proposition de MM. Dufour (de Marseille) et Piétri (de Nice), le Congrès émet à l'unanimité le vœu que, dans tous les cas d'accidents mortels d'automobile, l'autopsie soit obligatoirement pratiquée. L'autopsie précoce est, en effet, indispensable pour établir la condition corporelle antérieure de la victime (ivresse, tares physiques diminuant sa valeur sociale), mais aussi le mécanisme même de l'accident. Elle permet ainsi de déterminer les responsabilités réciproques du chauffeur et de la victime.

(A suivre)

Les Livres

Raymond Groc. — **Impertinences ou vérités premières.** — Couverture en couleurs de Henry Montassier. — Au Bon Plaisir, Toulouse.

La description, l'évocation, la chanson du poète est un tableau. Le tableau du peintre, par son harmonie, sa couleur, sa composition, est un poème. Répliques alternées ! ! ! La couverture de Henry Montassier condense, en quelques traits bien conçus et équilibrés, toute la substance du nouveau recueil de poésies de R. Groc. Un miroir qui reflète un aimable visage de femme, une gerbe de roses ardentes, dont pourtant les épines sont visibles, un fouet, aux multiples lanières cinglantes ... Que donc, la Femme, éternelle tentatrice, subtile allumeuse du Désir, — et du Plaisir, dispensatrice jamais lasse, — se mire avec toute la splendeur de sa chair nue, aux reflets de fleur provocante, dans ces Pages inspirées ! Si elle ne s'y égratigne pas aux épines qu'elle dissimule en elle, elle n'en sera pas moins fustigée par les Impertinences de l'auteur, qui ne sont sans doute que des Vérités premières.

Ne confondons pas l'Amour avec le Plaisir, ne cesse de nous clamer ce chantre des joies charnelles. Ne prenons pas pour l'Elan sublimisé du Cœur épris, l'Appel passager d'une hanche frisonnante sous la robe, d'une cuisse dévoilée par un indiscret coup de vent, de deux jambes brusquement et largement ou-

vertes, d'un sein vibrant, libre et fier, d'une aisselle ombreuse. Non, tout cela, si tentant soit-il, ne mérite pas « le don total d'une âme », et que des jours entiers soient le prix des nuits de la séductrice ...

Je t'étais hier indifférente... Pourquoi me veux-tu aujourd'hui ?

> C'est que tu me sembles, ce soir
> Mystérieuse et inconnue ;
> Oui, car en toi, que je connais
> Depuis pourtant bien des années,
> Cessant de m'être ce qu'elle est,
> Une femme nouvelle est née ...
> Est née ... au fait, tiens, mais hier
> Jour de grand vent ; une rafale ...
> Ta robe trahie ... et l'éclair
> D'une cuisse, pourtant banale ! »

La chair entrevue, fleur excitante et alliciante, sans doute ... Mais pourtant si banale ! ! ! Impertinence.

Si les poésies de Groc ont l'aspect licencieux, elles sont alertement troussées ; croustillantes sans doute, mais inspirées et sonores, et lyriques même ;

> Un baiser qu'on refuse, un baiser qu'on oublie
> Se pourrait payer d'un cercueil ?

Prenons les comme elles sont et sachons en dégager l'ésotérisme. Des caresses ardentes, de fougueuses étreintes ... Des gestes qui ne sont pas l'Amour et ne le valent pas. C'est le dessin de Fragonard qu'il aurait fallu à ce résurrecteur des libertinages gracieux et des batailles d'alcove du XVIII^e siècle, derrière lesquels se dissimule pourtant le fouet aigu de la satire.

G. DUCHESNE.

Cent ans de médecine en Belgique 1830-1930. — Numéro spécial du *Scalpel*, publié à l'occasion du Centenaire de l'Indépendance

Pour participer à la glorification du Centenaire de l'indépendance belge, le *Scalpel* a publié un numéro spécial destiné à étudier l'évolution des sciences médicales depuis la naissance de la Belgique. Chacun donne ce qu'il peut. Un journal ne peut guère offrir que sa prose. La façon dont l'offre est faite en multiplie la valeur. Et ce sont en effet des personnalités marquantes de la médecine belge qui ont pris à tâche de traiter les différents chapitres relatifs à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie interne, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la psychiatrie, à la neurologie, à l'ophtalmologie, à l'oto-rhino-laryngologie, à la dermatologie, à la radiologie, à l'hygiène, etc.

Et nous y relevons les noms bien connus des professeurs Frédéricq, de Béco, Brouha, Laruelle, etc., etc.

C'est une excellente idée qu'à eue là notre confrère belge. Sa réalisation, sur le terrain scientifique, est aussi complète qu'elle le pouvait. Elle montre la contribution importante que la médecine belge a apportée aux progrès biologiques.

N'oublions pas en effet que Bordet et Gengou ont été les premiers à voir, dans une préparation microscopique, le tréponème pâle, et qu'ils ont attaché leur nom à la réaction humorale qui, bien interprétée, est d'un si grand secours dans le diagnostic de la syphilis.

G. D.

Les livres qui viennent de paraître....

et qui seront analysés ultérieurement.

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A. BÉCART. — **La gastro-photographie.** *Préface de Victor-Pauchet* (Un vol. in-8°, 106 pages, 99 fig. Prix : 30 fr.)

Chez Armand COLIN,
103, boulevard Saint-Germain.

L. GALLY, radiologiste des hôpitaux de Paris, et P. ROUSSEAU, chef de laboratoire à la Faculté de Paris. — **Electricité et radiologie médicales.** (Un vol. in-16, 220 pages, avec fig. Prix : 12 fr.)

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux, et H. MONTLAUR, ancien chef de laboratoire à la Faculté. — **Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire.** (Un vol. 146 pages. Prix : 20 fr.) ouvrage de la collection : *Médecine et chirurgie pratiques.*

Librairie de l'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche Midi.

Professeur TAILLENS, de Lausanne. — **Les enfants tuberculeux** (Un vol. in-8°, 208 p. Prix : 25 fr.)

Professeur RATHERY. — **Le traitement du diabète sucré** (Un vol. in-8° couronne, 216 pages. Prix : 30 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

La constipation droite

Actuellement, il est démontré qu'il convient de savoir reconnaître le siège des troubles, dont la constipation est le symptôme, afin de mieux la pouvoir combattre en agissant sur le foyer morbide.

On sait que la constipation a pour cause une atonie musculaire ; tout d'abord : atonie des muscles de l'intestin eux-mêmes, et surtout des muscles du gros intestin, et atonie des muscles de la paroi abdominale elle-même.

Cette atonie musculaire peut être conditionnée par une atteinte médullaire, entraînant la parésie des nerfs innervateurs de la musculeuse intestinale.

Cette insuffisance musculaire produit la dyschésie, ou difficulté de l'expulsion des matières fécales.

Mais l'insuffisance des sécrétions glandulaires contribue pour beaucoup à la non digestion des aliments et au ralentissement de leur progression.

La nature de l'alimentation, insuffisante en quantité, insuffisante en matériaux excitants comme la cellulose, est souvent à incriminer.

Parfois, c'est une surdigestion colique, c'est-à-dire une digestion opérée dans le côlon qui amène la constipation.

Enfin, les obstacles mécaniques : coudures, brides rétrécissements, compressions, adhérences, torsions, — sont des agents de constipation.

La CONSTIPATION DROITE est celle qui se produit dans le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse.

C'est la plus grave, car elle s'accompagne de phénomènes généraux.

1° SYMPTÔMES. — Les signes sont les suivants :

Selles rares, espacées de plusieurs jours ;

Débâcles formidables, éclaboussantes et tonitruantes, formées de cybales enrobées de bile jaune, simulant une fausse diarrhée ;

Douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiées en haut vers la onzième côte et vers la jambe droite, exagérées par la marche et surtout par la descente des escaliers ;

Tumeur dure ou pâteuse, douloureuse à la pression du côlon droit ;

Ballonnement du reste du ventre ;

Ptose de divers organes abdominaux ;

Peau sèche rappelant l'aspect de la crasse des vieillards ;

Sueurs fétides ; chute des cheveux ; développement paradoxal chez la femme du système pileux sur la face.

Refroidissement des extrémités ; cyanose des doigts ; anorexie ; dépression mentale avec inquiétudes rappelant la neurasthénie ;

Parfois même température subfébrile ;

Complications fréquentes ; colites et occlusion intestinale ;

Radioscopie montrant des déformations cæcales ou coliques ascendantes.

2° TRAITEMENT. — La symptomatologie et l'étiologie en donnent les indications.

Il s'agit, d'une part, de rendre à la tunique intestinale sa contractibilité et, d'autre part, de remédier à la déficience des sécrétions biliaires et gastro-intestinales.

L'hydrothérapie tiède, les frictions générales, la culture physique, avec exercices des muscles abdominaux, agiront ici efficacement pour tonifier les muscles et relever l'état général.

Les lavements sont impuissants, car ils ne parviennent pas au cæcum.

Ici, l'antisepsie intestinale est un leurre, car le problème n'est ni physique ni chimique ; il est physiologique comme nous l'avons vu.

On évitera aussi d'irriter la muqueuse par des drastiques.

Parmi les agents thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, la Cascarine est la préparation de cascara, dont les effets ont été toujours constants. Cette action s'explique, quand on se rappelle que Botkin a prouvé qu'elle agissait en excitant la sécrétion gastrique ainsi que les sécrétions biliaires et pancréatiques. Laffont a précisé et a localisé le mécanisme de l'efficacité de la Cascarine dans le foie, et dans les glandes digestives, en mettant en lumière que ses effets se continuent longtemps et sans inconvénients. Quant à son action sur la tunique musculaire de l'intestin, elle a lieu indirectement, par réflexe, ce qui explique sa douceur et sa puissance dynamique : en effet, elle agit comme excitant de la tunique intestinale à la faveur du flux biliaire, provoqué déjà antérieurement. Son action cholagogue détermine donc secondairement les contractions intestinales. Ainsi, se trouvent démontrés physiologiquement les résultats cliniques d'un médicament, qui ne cause pas, et ne peut causer d'accoutumance.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'Actualité Professionnelle

Comment remédier aux conséquences de la violation de la loi sur l'assurance maladie par les caisses qui remboursent les prestations médicales aux assurés qui n'ont pas encore honoré leur médecin ?

L'assuré social qui, malade, fait appel à son médecin, doit lui présenter une feuille de maladie dont le verso est divisé en neuf colonnes. La troisième est destinée à recevoir la signature du médecin attestant que la prestation de l'acte médical nécessaire a été fournie. La cinquième est destinée à recevoir, en outre, une deuxième fois sa signature, attestant qu'il a été payé par son client de ses honoraires, pour l'acte médical accompli.

Théoriquement, la caisse *rembourse* à son assuré, tous les huit jours, ou en fin de maladie, sa part contributive dans le montant des honoraires médicaux qu'il a *déboursés.* Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle fait l'*avance* de cette part contributive, mais seulement pour une seule prestation, une avance ultérieure ne pouvant être consentie que si le médecin atteste qu'il a été réglé de ses honoraires de la prestation précédente.

Voilà la règle. Il semble donc qu'une caisse ne doive, sous aucun prétexte, rembourser à un assuré le montant de sa part contributive dans les honoraires de prestations médicales, effectivement fournies par le médecin, mais dont celui-ci n'a pas été déjà réglé.

Et voici la pratique, qui est une violation flagrante de cette règle.

Un de nos correspondants, le Dr S. (Seine-et-Oise) ayant présenté des observations relatives à un remboursement anticipé, à des assurés qui ne l'avaient pas honoré lui-même, a reçu du directeur d'une caisse primaire la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre par laquelle vous nous signalez le fait que des assurés sociaux ont obtenu le remboursement des prestations médicales qu'ils n'avaient pas acquittées.

« *J'ai le regret de vous faire savoir que les Caisses sont impuissantes à réprimer cet état de chose qui résulte de l'application du principe de l'entente directe qui a fait l'objet d'une revendication particulière du corps médical.* »

Cette réponse est inadmissible, semble-t-il. Elle contient cependant une part de vérité, qu'il faut essayer de dégager pour en tirer les conséquences qui s'imposent.

Que dit la loi ?

Art. 4. — § 4. — La part contributive garantie par les caisses ..... dans le prix de l'acte médical, est établie par les caisses, compte tenu des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région..... *Cette part contributive est* AVANCÉE *ou* REMBOURSÉE *par la caisse à l'assuré...*

Il n'y a pas d'équivoque possible : c'est à l'assuré, et *à lui seul,* que la caisse doit verser sa part de responsabilité. La loi n'admet pas d'autre modalité de règlement ; elle reconnaît ainsi implicitement le principe de l'entente directe que le corps médical a en effet exigée comme l'une des conditions de sa participation à son fonctionnement.

Le voudrait-elle donc, que la caisse serait *impuissante* à effectuer, pour le compte d'un assuré, un versement à son médecin. C'est en effet à dessein que le corps médical a voulu qu'il soit interdit à ses membres d'avoir le moindre rapport de ce genre avec le tiers payant.

Voilà un premier fait. Et le Directeur de la caisse aurait pu faire une réponse de cette nature à notre correspondant, disant en substance : « Vous avez voulu nous ignorer comme responsables envers vous, médecin, de vos honoraires, dans les limites fixées par la législation. Nous n'avons pas à entrer dans les difficultés qui

peuvent surgir entre vos clients et vous à ce propos. NOUS N'EN AVONS PAS LE DROIT. »

Mais où il ...... plaisante, c'est quand il proclame *l'impuissance des caisses* à s'opposer au remboursement des honoraires d'actes médicaux effectivement accomplis, mais non réglés.

Ou les caisses *remboursent*. Et elles ne peuvent le faire que sur l'attestation du médecin qu'il a été lui-même honoré. Ou elles *avancent*. Et elles ne peuvent le faire que pour une seule prestation à la fois, l'avance nécessaire pour la seconde ne pouvant être faite que lorsque le médecin attestera qu'il a reçu ses honoraires de la première.

J'ai conscience de me répéter. Mais cela me semble nécessaire pour la clarté de la discussion.

Je me suis laissé dire qu'à Paris et en Seine-et-Oise, les caisses ne pouvaient, *pratiquement*, faire la discrimination entre les prestations préalablement réglées au praticien, et celles qui ne l'ont pas été.

Complications d'écritures. Pertes de temps infligées aux assurés et provoquant leur mécontentement. Personnel insuffisant. Encombrement des bureaux....

Tout cela est bel et bon. N'empêche que sur ce point, et en admettant que nous n'ayions rien à dire nous-même, la loi est parfaitement violée par les caisses, et que, par contre-coup, nos intérêts sont menacés et lésés...

Que pouvons-nous donc faire pour les défendre ? Ce que j'écrivais à un autre correspondant, le 23 août dernier (N° 34), qui formulait une plainte analogue : « *Faites-vous honorer au comptant.* A l'extrême rigueur, faites crédit pour la première prestation. Ne fournissez pas la seconde, tant que celle-là ne vous aura pas été réglée... »

Je précise que ce correspondant habite le Midi, — ce qui prouve qu'il n'y a pas que dans la région parisienne que de tels errements se passent. Et sans doute, les excuses invoquées pour la Seine et la Seine-et-Oise, ne sont-elles pas valables en Avignon ! ! ! !

Je l'ai dit et je le répète : « Faites-vous payer comptant. Et je me hâte d'ajouter : « *Voilà la théorie* ! »

Et voici la pratique : Un de mes meilleurs amis, un de ceux qui honorent le plus la médecine française, et dont toute la carrière est un long modèle de conscience, de probité, d'honorabilité professionnelles, me dit : « Je suis, depuis vingt ans, le médecin d'une famille qui a l'habitude de me payer tous les ans, à la fin de l'année. Jamais elle n'y a manqué, et je la compte comme l'un des meilleurs éléments de ma clientèle. Or, la loi sur l'assurance-maladie intervenant, il arrive que l'un des membres de cette famille en bénéficie et se présente à moi avec sa feuille d'assuré social. Puis-je, je vous le demande, exiger, de lui, *et de lui seul, parmi les siens*, d'être réglé au comptant, consultation par consultation ? Puis-je d'autre part, mettre obstacle au règlement qu'il plaira à sa Caisse de lui faire de sa part contributive, même si je n'ai pas donné la seconde signature attestatrice du paiement de mes honoraires ? »

Ailleurs, c'est un excès de confiance qui rendra le médecin accommodant et prêt à consentir des délais de paiement plus ou moins longs, parce qu'il sait, en effet, que ce client, à qui il fait ainsi crédit, est présentement gêné et dépourvu de pécune.

Ailleurs encore, le médecin craindra, en se montrant trop intransigeant, quelque bonne raison qu'il puisse en donner, de voir déserter son cabinet par cette clientèle qui trouvera peut-être chez le voisin plus de complaisance...

Ce sont là trois aspects des centaines de circonstances qui, dans la vie, nous empêchent d'accorder toujours nos actes avec nos principes.

N'empêche que la conséquence qui en découle est celle-ci : Alors que l'on croyait que tout avait été prévu pour assurer le jeu de l'entente directe, voulu en effet par la majorité du corps médical, et réserver les droits des praticiens, en leur donnant les moyens, présumés les meilleurs, pour les défendre, on s'aperçoit, à l'user, que des fissures se creusent dans l'édifice législatif, qui pourraient bien tourner à la lézarde, et que les déceptions s'ajoutent aux déceptions, en un domaine où le médecin se heurte à des difficultés inévitables toutes les fois qu'il s'agit d'une entreprise humaine, et donc imparfaite...

Et la question se pose alors : « Que pourrait-on faire pour remédier à ces défectuosités, et pour sauvegarder, comme il le désire et le mérite, les intérêts du médecin ? »

Dans le numéro 18 du *Médecin de France* (1er octobre 1931) Paul CIBRIE s'exprime ainsi tout d'abord : « *Serons-nous attaqués prochainement et violemment* ? C'EST POSSIBLE, PROBABLE MÊME. »

Cela n'est pas pour me surprendre, et ne doit pas surprendre davantage tous ceux qui ont eu connaissance de l'ordre du jour de combat voté, le 28 juin dernier, par la Mutualité au cours de ses Etats-généraux (Voir *Concours médical*, n° 32, p. 2495).

Cibrie brode brièvement sur ce thème pour lancer un nouvel appel à la vigilance, et il termine ainsi :

« Si nous conservons l'union intime, telle qu'elle existe aujourd'hui, de tout le corps médical français, la bataille sera peut-être longue, l'issue n'en est pas douteuse. Une fois de plus, qu'on le sache bien :

« Nous ne laisserons toucher à aucune des conditions posées par nous, inscrites dans la loi ou dans les règlements :

« *Libre choix du médecin par le malade ; Respect du secret professionnel ; entente directe du malade et du médecin ; liberté thérapeutique ; Contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats médicaux.*

« Dans la recherche des modalités d'application, nous continuerons à apporter la plus grande *souplesse* et le *meilleur esprit de franche collaboration*... Mais sur les principes mêmes que nous avons établis, qui constituent notre charte, *nous ne transigerons pas.* »

Eh bien ! Comment pourrait-on assouplir les rouages de la législation pour que le médecin ne courre pas le risque d'être dupe de sa confiance, de son aménité, de sa bienveillance envers des assurés sociaux qui s'en montrent ultérieurement indignes, puisqu'ils ont reçu de leur caisse des sommes parfaitement définies dans leur destination : le règlement des prestations médicales, pour la part qui incombe à celle-ci ?

En d'autres termes, comment pourrait-on opérer pour que, dans tous les cas où un assuré social est remboursé *par anticipation* de sommes à affectation précisée, IL LUI SOIT IMPOSSIBLE D'AFFECTER CET ARGENT A D'AUTRES OBJETS ?

C'est un problème que je vous pose, mes chers lecteurs et amis. Je commence par vous déclarer que j'ai ma solution. Elle n'a d'ailleurs rien d'original, de neuf ni de personnel.

Mais je m'en tiens là pour aujourd'hui.

Plus tard, j'oserai peut-être vous livrer toute ma pensée... Elle ne s'inspire que du souci que je prends de vos intérêts, bien compris.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES

I

Réglement d'hôpital. — Entente directe

De très nombreux hôpitaux de province avaient depuis beaucoup d'années, adopté un *modus vivendi*, selon lequel les médecins avaient la latitude de pratiquer « l'entente directe » avec les malades payants.

La commission administrative de l'établissement se désintéressait complètement des tractations, passées entre médecins et malades, au sujet des honoraires versés par les seconds aux premiers.

Or, l'application des lois sur les assurances sociales met les commissions administratives dans la nécessité de régulariser ces habitudes : dans le règlement intérieur et de santé, il convient de spécifier, par écrit, que, vis-à-vis des malades payants de toutes catégories, le Corps médical hospitalier est laissé libre de ses tractations directes avec les malades, en ce qui concerne le quantum des honoraires.

L'habitude prise doit être consacrée par un écrit.

En nous adressant la délibération adoptée par la commission administrative de son hôpital, un de nos confrères nous demande s'il est vrai qu'il y ait une date requise, avant laquelle lesdites délibérations auraient dû être prises, pour être valables, au regard des assurés sociaux.

Autrement dit, une commission administrative d'hôpital peut-elle changer son règlement de santé, à toutes époques et en toute autonomie (sous réserve bien entendu de l'approbation préfectorale) ou se trouve-t-elle, par rapport aux caisses d'assurances sociales, liée par son règlement, qui doit avoir été adopté avant une date fixée par les lois et règlements ?

En second lieu, lorsqu'un règlement d'hôpital a été régulièrement délibéré par la commission administrative, puis a été approuvé par l'administration préfectorale, peut-il être annulé par une juridiction quelconque, le Conseil d'Etat par exemple ? En particulier, une caisse d'assurances sociales serait-elle en droit de demander l'annulation de la délibération hospitalière, instituant ou modifiant son règlement intérieur ?

Comme on le remarquera dans la copie de la délibération ci-dessous, la commission administrative a simplement consacré un *modus faciendi* qui existait, par tolérance, depuis de nombreuses années.

Extrait du Registre des délibérations du Conseil d'Administration de l'hôpital civil de V.

L'an 1930, le 4 novembre, la Commission administrative s'est réunie, etc...

Après lecture de la lettre du Dr F., la Commission administrative à l'unanimité décide de régulariser l'entente qui existait tacitement depuis 1919 entre l'hôpital et le chirurgien et est d'avis d'en fixer les conditions comme suit :

Art. 1er. — Un chirurgien est attaché à l'hôpital de V., dont il reçoit un traitement d'un franc par an pour les soins qu'il donne aux A. M. G. et aux A. T.

Art. 2. — Le chirurgien est autorisé à prodiguer ses soins à l'intérieur de l'hôpital à tous les malades admis dans cet établissement dans les salles communes ou autres.

Art. 3. — L'hôpital n'interviendra pas dans les honoraires chirurgicaux qui lui seraient dus, lui accor-

dant le droit de traiter de gré à gré avec tous les malades autres que les A. M. G. et les A. T.

Fait et délibéré ce jour, etc...

Le Président de la Commission.

X.

Vu et approuvé le 8 novembre 1930.

Le Préfet

Pour le Préfet.

Le secrétaire général.

X.

I. — A quelle date devaient être prises les délibérations des commissions administratives des hôpitaux, pour que l'entente directe puisse être respectée par les caisses d'assurances sociales ?

Il est très curieux de constater comment des légendes s'établissent. On affirme telle ou telle condition : on la donne comme étant absolument certaine. Puis, lorsqu'on fouille les archives, pour vérifier le texte exact et sa date, on est surpris de ne rien trouver.

C'est le cas, dans la question dont s'agit : nulle part, ni la loi du 30 avril 1930, ni le règlement d'administration publique ne comportent une restriction, ou une date d'antériorité imposée, pour les conventions que doivent passer les caisses avec les commissions administratives des hôpitaux.

La première réserve que nous voyions formulée, se trouve dans la circulaire ministérielle du 26 décembre 1930. Le Ministre (Dr Grinda) écrit :

« Mon prédécesseur a déjà accepté l'entente directe dans les hôpitaux, où elle préexistait, en vertu du règlement intérieur de l'établissement, à l'accord intervenu sur les conventions-types (rapport du 30 juillet 1930, conventions-types hospitalières).

Reportons-nous maintenant à ce rapport du 30 juillet 1930, publié dans le *Journal officiel* du 8 août 1930 et nous sommes surpris de ne rien trouver sur ce point : nulle part, le ministre ne subordonne l'entente directe, pour les assurés sociaux hospitalisés, à un règlement hospitalier antérieur au fonctionnement de la loi et dûment autorisé par le préfet.

Juridiquement, il ne saurait en être autrement : la loi du 7 août 1851 accorde aux commissions des hospices et hôpitaux le droit de réglementer elles-mêmes leur service hospitalier, à la condition, toutefois, qu'un certain nombre de dispositions soient soumises à l'approbation préfectorale.

Or, la loi du 30 avril 1930, sur les assurances sociales n'a nulle part diminué les prérogatives que les commissions hospitalières tiennent de la législation du 7 août 1851.

Il s'en suit qu'au moment de la signature des conventions entre un hôpital et une ou plusieurs caisses, c'est le règlement de l'hôpital, au jour de la signature, qui sera communiqué aux caisses, sans qu'il y ait lieu de se préoccuper d'autre chose que de l'acceptation préfectorale.

Nul besoin de vérifier si ledit règlement intérieur a été ou non modifié depuis l'application de la législation des assurances sociales.

Je conclus sur la première question, qui m'est posée : la commission administrative d'un hôpital reste souveraine maîtresse (sous le bénéfice de l'approbation préfectorale) de son règlement intérieur. Elle est en droit d'autoriser, à toute époque, son Corps médical à pratiquer l'entente directe, sans qu'un délai préfixé lui ait été imposé par un texte de loi, ou de décret, en ce qui concerne l'application de la loi des assurances sociales.

II. — La deuxième question qui m'est posée, est la suivante : par qui, ou par quelle autorité administrative peut être annulée une délibération d'une commission administrative d'un hôpital, lorsque ladite délibération a été approuvée par le préfet ?

La loi du 7 août 1851, modifiée par celle du 9 février 1927, dispose en son article 8 que la commission administrative arrête, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service tant intérieur qu'extérieur et de santé.

Donc lorsque le préfet a régulièrement donné son approbation, la délibération de la commission est exécutoire. Un recours en Conseil d'Etat ne pourrait être formé que pour vice de forme, abus de pouvoir, ou si, en matière de marché, un des adjudicataires se trouverait être en même temps membre de la commission administrative de l'hôpital (ce qui n'est pas le cas pour un règlement de santé).

Par conséquent, une délibération dûment autorisée par le préfet doit être de ce fait exécutoire.

Cependant, peut-on m'objecter, nous sommes dans le cas présent en matière d'assurances sociales : n'y aurait-il pas, dès lors, une voie de recours en ce qui concerne une délibération d'hôpital, acceptant l'entente directe entre malades assurés sociaux et médecins ?

La législation des assurances sociales a institué une juridiction d'exception, en ce qui concerne notamment l'interprétation et l'application des conventions. En vertu de l'article 7, paragraphe 5 de la loi du 30 avril 1930, la commission départementale est compétente pour connaître de ces conflits.

Cependant, il faut une fois de plus observer que la législation de 1930 n'a, en aucune manière, diminué les prérogatives et les attributions conférées aux commissions administratives des hospices et hôpitaux, par les termes de la loi du 7 août 1851.

Il en résulte que si une commission a pris une

délibération régulière, soumise à l'approbation préfectorale et revêtue de la dite approbation, concernant le règlement de santé, la commission départemntale des assurances sociales n'a pas compétence pour décider de la régularité de ladite délibération.

Conclusion : dans le cas qui m'est soumis, j'estime que le règlement de santé, approuvé par le préfet et autorisant les médecins de l'établissement à pratiquer l'entente directe pour tous malades payants hospitalisés, doit être respecté et observé par les caisses d'assurances sociales, qui ont contracté avec ledit hôpital et qui ont eu connaissance du règlement de cet établissement.

Dr Paul Boudin.

II

Ouvriers mineurs et libre choix

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner une réponse à la question ci-dessous :

Le décret concernant l'application de la loi sur les assurances sociales aux ouvriers MINEURS est paru.

Les caisses de secours ont été invitées à modifier leurs statuts en vue d'accorder à leurs adhérents des « *avantages équivalents* » à ceux qui sont prescrits par la loi.

Les nouveaux statuts ont été rédigés mais AUCUN NE MENTIONNE LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN.

Oui ou non ce libre choix doit-il exister dans les mines ?

Le ministère et la Confédération veilleront-ils à ce qu'il soit appliqué ?

Beaucoup de confrères attendent une réponse à cette question. En finira-t-on une bonne fois pour toutes avec cette médecine de mine ?

Veuillez je vous prie me faire connaître ce que vous en pensez. Dr M.

Réponse.

Théoriquement, les assurés sociaux doivent avoir le libre choix du médecin, comme cela se passe en matière d'accidents du travail.

Mais pratiquement, lorsque le bénéficiaire de la loi use de ce droit de faire appel au médecin qu'il a librement choisi, il a des avantages pécuniaires, ou en nature, inférieurs à ceux qu'il pourrait obtenir, s'il choisissait le médecin de l'entreprise, de la compagnie de chemin de fer, de la mine, etc., etc.

Use-t-il de son libre choix, il ne touchera que son demi-salaire; il supportera une partie des honoraires du médecin et des frais pharmaceutiques.

Prend-il le médecin de la Mutuelle de sa mine, ou de la compagnie de chemin de fer, il a son salaire plein, il ne paie rien, ni sur les honoraires du médecin, ni sur les frais pharmaceutiques.

Aussi, lorsqu'il choisit cette dernière solution, il est censé avoir usé librement de son droit de désigner son médecin..... et il prend le praticien, dont les soins lui donnent le plus d'avantages.

Jusques à quand cette mesure va-t-elle continuer, demandez-vous ? Avez-vous vu des praticiens faire une nuit du 4 août et déposer sur l'autel du syndicalisme toutes leurs situations fixes, leurs prébendes, leurs monopoles ? Viendraient-ils à démissionner, qu'il y aurait un, deux, dix médecins, pour solliciter leur place et leur succession.

Mais, me direz-vous, la loi du 30 avril 1930 est violée : ne spécifie-t-elle pas, en son article 4, paragraphe 2 : l'assuré social a le libre choix de son praticien. Pourquoi laisse-t-on dès lors subsister des errements anciens, imposant un médecin, au détriment des autres praticiens, pour donner des soins à une catégorie déterminée de travailleurs ?

La loi et les décrets imposent un minimum d'avantages, dont doivent jouir les assurés sociaux. Mais il n'est pas défendu aux employeurs, aux entreprises de donner plus que n'accorde la loi. Et ces derniers de conférer des avantages en argent, ou en nature, pour tout ouvrier, ou employé qui choisit « librement » le médecin de l'entreprise.

Vous me direz : « pourquoi ne pas appliquer les sanctions prévues par l'article 67 de la loi du 30 avril 1930 » ? Parce que ledit article ne punit que ceux qui, par menace, ou abus d'autorité, ou par des offres, promesses d'argent, ristournes sur les honoraires médicaux auront attiré ou tenté d'attirer des assurés sociaux dans des cliniques, ou cabinet médical.

Toute loi pénale est de sens étroit ; les termes doivent être interprétés *stricto sensu.*

Il en résulte que si ce texte de loi est dirigé contre des médecins, qui tenteraient d'attirer, dans leurs cliniques, les assurés sociaux, par des ristournes sur leurs honoraires médicaux, il ne s'applique pas à des chefs d'entreprise, ou à des mutualités qui, sans menaces, ni abus d'autorité, accordent aux assurés sociaux, sous leurs ordres, plus que n'impose la loi, lorsque ces employés seront censés choisir librement comme médecin, le praticien attaché à l'entreprise ou à la mutuelle.

Comme vous le dites fort bien, il appartient aux syndicats et à leur Confédération d'étudier corporativement la suppression de tous les salariats médicaux, appelés *situations acquises*, ou fixes. Juridiquement et légalement, il n'y a pas grand chose à faire.

Dr Paul Boudin.

LA LOI ARMBRUSTER EST MODIFIÉE SELON LES VŒUX DES MÉDECINS ET LES VUES DU GOUVERNEMENT

Le texte de la proposition de loi Armbruster vient d'être modifié selon les vœux du corps médical exposés ici même par nous au nom de l'Association corporative des étudiants en médecine et de la Confédération nationale des syndicats médicaux. Des rectifications importantes ont été faites à la suite du complément d'enquête demandé par M. Mario Roustan lors des débats du 12 juin au Sénat, dont nous avons entretenu les lecteurs de l'*Information Universitaire.* La Commission de l'Enseignement et les ministres de l'Instruction publique et des Affaires étrangères se sont mis d'accord entièrement et un nouveau rapport vient d'être rédigé par l'honorable sénateur Dentu. En voici les principales dispositions :

L'ARTICLE I stipule que désormais pour exercer la médecine en France il faudra être *citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays de protectorat* : en conséquence seront éliminés le indigènes originaires des pays placés sous mandat et notamment les diplômés de la Faculté de Beyrouth. Cet article institue en outre un *numerus clausus* pour les exceptions prévues pour la non-naturalisation des médecins issus de l'Irak, de la Palestine et de l'Egypte, pays où exercent des médecins français qui conservent leur nationalité.

L'ARTICLE II précise, en ce qui concerne la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat, que la dispense de scolarité ne pourra jamais dépasser 4 ans et que le candidat devra subir à nouveau les examens d'anatomie, de physiologie et les trois examens de clinique.

L'ARTICLE III stipule quant aux Roumains et aux Mauriciens que seuls dix d'entre eux, au lieu de vingt, comme nous ne cessons de le réclamer depuis longtemps, pourront être autorisés annuellement à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat. Mais cette faveur ne sera accordée qu'une fois les derniers examens subis avec succès. Enfin le même article indique que tous les étrangers postulant le diplôme d'Etat seront tenus de passer le baccalauréat français et le certificat du P. C. N.

Enfin l'ARTICLE VII impose le baccalauréat *latin-grec* pour l'inscription dans les Facultés de médecine cinq ans après le vote de la loi ; de la sorte les lycéens qui commencent cette année leur 4e ont le loisir d'opter pour l'étude du grec s'ils se destinent aux études médicales et aucun d'entre eux ne pourra être lésé.

Depuis 1902 en effet le corps médical n'a cessé de protester contre l'invasion de la profession par une série de médecins inaptes à comprendre la multiplicité, la variété et la finesse des termes médicaux. N'oublions pas que chaque mois qui s'écoule enregistre le création de plus de 100 vocables médicaux d'origine grecque ; aussi celui qui ignore la langue d'Hippocrate est actuellement incapable de lire un journal médical. Que signifient en effet pour ce dernier l'allergie, l'idiosyncrasie, l'érythrose, la sympathicotonie, le tonus, l'ictus, l'hémoclasie, et même la simple céphalée ? Tout récemment j'entendais demander le sens du mot « pathologie » à un « sciences-langues » qui fut incapable de répondre... et ceci n'est pas une galéjade. Permettons au moins aux médecins de comprendre la langue qu'ils parlent si l'on veut qu'ils ne confondent pas troubles cardiaques avec troubles du cadria.

Il paraît que la bataille sur cet amendement pourra être sévère, surtout à la Chambre des députés où beaucoup de représentants du peuple se préoccupent beaucoup plus de l'Agora que des travaux de la clinique et du laboratoire. Néanmoins faisons confiance au Parlement français qui s'honore de la présence d'intellectuels d'élite tout à fait capables de dominer la voix parfois tumultueuse des assemblées.

En attendant il faut féliciter chaleureusement le ministre, M. Mario Roustan, les membres de la Commission de l'Enseignement et l'humaniste complet qu'est le rapporteur, M. le Docteur Dentu, pour l'effort qui vient d'être fait au Sénat.

La loi Armbruster a été discutée et votée au Sénat le 8 décembre 1931.

Maurice MORDAGNE.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

***

Une étape est franchie : c'est bien !

Ce n'est rien si la Chambre ne corrobore pas le vote du Sénat avant la fin de la législature. Je sais que notre ami Mordagne multiplie ses efforts et ne recule devant aucune démarche pour que la discussion de cette loi soit inscrite sans retard à l'ordre du jour du Palais-Bourbon.

Faisons des vœux pour que le succès, un succès définitif, couronne ce labeur.

G. D.

LES GRANDES PREMIÈRES MÉDICALES

La leçon inaugurale du Professeur Noël Fiessinger

Professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris

Par le Dr DARTIGUES,

Président-fondateur de l'Union Médicale Latine ou Umfia.

Une cascade de professeurs inauguraux, c'est-à-dire des fontaines lumineuses de science, de savoir et d'expérience ! Aujourd'hui FIESSINGER, demain LAIGNEL-LAVASTINE, après demain Fernand LEMAITRE ! Un triumvirat dont je connais suffisamment les trois hommes pour être autorisé à en parler avec ma liberté d'appréciation, car si je n'avais pas cette liberté, autant vaudrait me taire, et je ne serais nullement intéressant.

Ces trois professeurs augures peuvent se regarder sans rire, car ils sont tout ce qu'il y a de sérieux ; mais ils ont le sourire et nous l'avons aussi. Dans la Faculté, c'est comme dans la gendarmerie : quand un gendarme rit, tous les gendarmes rient : mais, en Faculté, on est un peu plus discret et tous sourient quand les choix ont été bien faits. Nous traversons donc des jours fériés dans les calendes, ides et nones de l'Université.

Ces grandes premières médicales sont fort recherchées. Il faut arriver bien à l'avance si on veut trouver place. J'en ai l'expérience : comme le plus souvent un cours précède presque immédiatement la réception inaugurale, le professeur qui précède le récipiendaire bénéficie d'un public considérable qui vient pour le suivant. C'est une joie un peu amère pour ce professeur de voir tant de monde qui n'est pas pour lui et qui voit une hausse subite d'un millier d'auditeurs pour cinquante à soixante qu'il a habituellement et qui lui rappelle le jour de sa propre réception où un enthousiasme populaire l'accueillit. Aujourd'hui, c'est mon ami le Prof. Loeper, professeur de thérapeutique, qui parle avant la venue de Fiessinger. Il ne se dissimule pas ce succès qui s'ébauche pour le suivant et il a même l'intelligence de le dire, ce qui est charmant. Je suis donc obligé, pendant près de trois quarts d'heure, que Loeper me pardonne ce mot, « d'encaisser » son exposé sur l'ouabaïne et ses dérivés que sa parole élégante et facile ne fait pas arriver à mon cœur impatient pas plus qu'ancrer dans la mémoire des assistants : que restera-t-il de cette leçon dans le cerveau de ces étudiants seulement effleurés et caressés, plutôt que labourés par la parole magistrale, et, d'ailleurs, en attente d'autre chose où il y aura du plaisir et une satisfaction d'intense curiosité ?

L'ouabaïne, dont j'aurai peut-être un jour besoin, me laissant froid, je jette un regard circulaire et attardé sur la fameuse fresque, au-dessous du dôme et au-dessus du grand tableau noir, contemplée par moi tant de fois, depuis près d'un demi-siècle, sur les inscriptions pompeuses, aux formules monarchiques de jadis, et sur cette foule de médecins et d'étudiants toujours renouvelée par la succession des générations. Ce public a tout de même changé depuis l'époque du début de nos études, changé d'aspect : rasé, plus propre, moins agité et plus hétéroclite, plus international, car il y a là des jeunes hommes de toutes les parties du monde..... et aussi des femmes en nombre appréciable, qu'on ne voyait pas de notre temps : un jour viendra où ce sera peut-être une *assemblée des femmes* comme au temps d'Aristophane et où l'ovaire dominera le testicule, mais peu importe, si le cerveau total conserve sa valeur ! On distingue également dans ce public quelques éléments bleu-horizon militaires qui viennent du Val, par la Grâce de Dieu. Des jeunes filles fument, naturellement, et des conversations serrées sont engagées par couples masculino-féminins ; on se croirait presque au cinéma pour la soirée d'un beau film.

Et alors, c'est l'entrée successive des spectateurs privilégiés dans l'hémicycle : et quand ce sont des dames, on applaudit avec amusement. Au hasard de ma lorgnette, je note les têtes professorales et agrégées : mais d'abord le père du récipiendaire, Charles Fiessinger, membre correspondant de l'Académie et directeur du *Journal des Praticiens*, les Prof. Chauffard, Achard, absorbé, qui à l'œil fixé à terre comme Archimède au milieu de ses cercles quand la brute-soldat le tua, Hartmann, Rathery, Degrez, Léon Bernard, Lemierre, Clerc, Guillain, Roussy, dont la figure me rappelle étrangement le don Salluste de Ruy Blas réalisé autrefois supérieurement par Paul Mounet à la Comédie-Française, Lereboullet, Baudouin, Binet, Proust, Leroux, Basset, Schwartz, Abrami, Lian, qui semble bercé, le regard perdu, dans l'orchestration des rythmes cardiaques, Donzelot, Chevassu, Guéniot, Busquet, Lévi-Valensi, Darier, Baumgartner, Pasteur-Valléry-Radot, Cadenat, Chiray, Mondor, à la tête fine et intelligente de petit abbé du XVIIIe les Prof. Auguste Petit, Levaditi, de l'Institut Pasteur, et bien d'autres que je ne puis citer : têtes intelligentes et posées ; de temps en temps,

cependant, quelque faciès peu esthétique de savantasse : mais cette espèce antédiluvienne guerrière tend à disparaître !

Les derniers promus : les Professeurs Laignel-Lavastine et Lemaître, en même temps qu'assister leur collègue, sont venus savourer une joie préalable et faire une suprême répétition générale, *in petto*, et en imagination, de ce qu'ils seront sous peu quand ils occuperont à leur tour la scène. J'imagine aisément ce que doit être cette joie sans mélange, car les applaudissements les accueillent déjà.

A mes côtés se trouvent Laurence, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, beau-frère du Prof. Fiessinger, mon vieux camarade d'internat Constensoux, et enfin mon délicieux ami Raymond Bonneau, qui se réjouit avec exaltation parce qu'il me voit prendre des notes et qu'il me revoit ainsi et se revoit, étudiant chevelu, comme au temps de la jeunesse. Il m'apprend, avant le commencement du spectacle, que Fiessinger est hauboïste : devant mon étonnement qu'il souligne d'un mépris tout amical, il me donne quelques explications et je sais maintenant qu'il existe un petit orchestre d'initiés où il y a l'hauboïste sus-nommé, des flûtistes, violonistes, violoncellistes, harpistes, bref des médico-musico-artistes tels que Fiessinger, Auguste Pettit, Levaditi, etc. Comme mon ami Bonneau est flûtiste, son visage m'évoque le dieu Pan et sa flûte qui fait vibrer bois et forêts et frissonner l'émotion nymphéale des vierges divines au fond des halliers.

Tout à coup, une irruption de robes rouges de professeurs et d'agrégés. Dans le flot d'étoffes sanglantes se dégage la toute fraîche robe de Fiessinger. On a envie de chanter par analogie : *Noël, Noël, voici le Rédempteur* ! La foule n'y songe pas, car la foule impulsive et immédiatement captivée, toute à la brutalité de l'impression première, n'analyse guère et ne fait pas facilement des associations d'idées. Mais, moi vieux Toulousain, dont tous les chants originels remontent à la mémoire, j'ai peine à me retenir pour ne pas entonner ce Noël adapté à cette mise au monde professorale, de cet enfant de l'esprit et du travail.

Cette vision de tous ces professeurs en robe écarlate, n'est pas pour me déplaire : on dirait un conclave des Eminences cardinalices de la science médicale : il est bon de sacrifier un peu l'apparât. La multitude a besoin d'être conquise par la vision et la rutilance des images. Ce qu'il y a de moins bien, c'est d'avoir ressuscité le massier : massif, comme il sied à un massier, le teint rubicond, figure réjouie et rabelaisienne, vêtu en somme de la toge noire des docteurs, quand ils soutiennent leur thèse, ce qui est beaucoup d'honneur pour son intellectualité et son savoir, il traduit un effet par trop archaïque avec sa massue symbolique autant qu'ophidienne et hippocratique. Il a l'air de quelqu'un qui va réchauffer le serpent dans son sein où, pour l'attirer, il lui présente une coupe ; précédant tout le cortège soyeux et rouge, et portant sa masse herculéenne, on dirait qu'il porte la clef de la porte du toril qui donne sur l'amphithéâtre ou, si vous préférez, une autre comparaison, la clef du ciel qui vient de s'ouvrir pour le nouveau professeur. Il s'assied, heureusement, car il m'empêchait de voir les hommes de droite qui, eux-mêmes n'y voyaient goutte derrière la houle de sa robe gonflée aux épaules. Dans la perspective de ma vue arrêtée par cette face épanouie, je voyais, au-dessus, le blanc visage doux et intellectuel de mon ami le Prof. J.-L. Faure qui donnait un crâne de pensée à celui qu'il surmontait : effet d'image, effet d'association de pensée.

Le nouveau-né professoral est là devant nous, assuré d'une bonne naissance et de viabilité, mais il est sans ostentation, à son aise seulement avec simplicité. Ce n'est pas un blond enfant du Nord, ni un enfant noiraud du Midi. L'Est le réclame en ses origines, mais il n'a pas la haute taille ni la corpulence des hommes de la frontière nord-orientale de la France : on sent cependant en lui une force de santé qui lui a permis de longs labeurs pâlissants sans désemparer. Fiessinger ! Vous croyez à un nom alsacien, en réalité, il y a là allitération : c'est probablement Fissingiero qu'il faut entendre, à l'origine italienne de ce mot, comme par exemple Ruggiero, Il Pensieroso de Michel-Ange : Fissingero ou Fissingiero descend tout droit de légionnaires romains établis dans les camps des marches de l'Est : son aspect trapu et sa face volontaire le démontrent nettement à mon esprit de Latin et mon âme me dit le reconnaître avec certitude.

Le Professeur Balthazard, doyen majestueux et imposant, a l'air d'un grand prêtre de Baal projeté sur le mur du tableau noir, qui est derrière lui et où, par hasard, est restée une formule à la craie écrite par le Prof. Loeper : ces signes mystérieux rappellent en blanc le *Mané Thécel Pharès* de l'antique destin du Roi babylonien ; ils n'en ont pas la flamboyance. D'ailleurs Farez (qui veut dire *royaume partagé*) est réellement dans la salle, mon ami le Dr Farez, l'éminent praticien, qui fait aux *Débats* la chronique médicale.

En quelques mots, d'une voix claire qui porte et n'a pas d'extinction, le doyen présente d'une manière très simple et démonstrative le nouveau promu : il dénonce ainsi, ce qui est très bien, afin que nul n'en ignore, les raisons de la présence ici du Maître accepté en haut lieu.

Le Prof. Noël Fiessinger commence : il n'a pas d'émotion apparente, il sourit, il rit même au cours de sa leçon. Il fait sa révérence au Doyen et lui rend grâces pour la consécration de sa nomination et pour l'avoir guidé jusqu'à cette

place de quelques pouces carrés pour laquelle tant ont tremblé d'émotion et d'angoisse.

Il a une très jolie image de début rappelant « *Ulysse rentrant au port* ». L'analogie est bonne, et il a raison d'évoquer Ulysse qui était un patient, un courageux intelligent et un homme subtil, car il faut beaucoup de prévoyance et de subtilité pour entrer en amiral à la Faculté, après le temps où l'on est parti petit mousse sur la mer aventureuse des études médicales. Mais la Faclté est-elle véritablement un port, qui n'abrite que quelques énormes et redoutables cuirassés derrière son môle, alors qu'attend au dehors, la flottille immense ballottée au gré du vent et de la tempête éternelle de la vie ?

Ensuite, il annonce qu'il va « *obéir au rite habituel des remerciements nécessaires, mais qui est, en réalité un acte spontané de reconnaissance* ». Il évoque d'abord sa maman, qui reste toujours pour un homme le grand souvenir, puis sa lignée médicale et ses aïeux, dont l'un fut à Waterloo, son grand-père médecin de campagne, en Alsace, de son père Charles Fiessinger, qui exerça 20 ans dans le Jura et qu'il accompagnait souvent dans ses randonnée professionnelles, médecin distingué, philosophe profond, écrivain éminent, styliste pur. « *Si je suis ici*, dit-il justement et avec modestie *c'est comme la résultante d'une longue série d'efforts pendant plusieurs générations. Je suis fier de ne pas avoir démérité de cette longue lignée médicale* ». Il rappelle qu'il a été d'abord élève de l'Ecole de Lyon : « *j'ai gardé beaucoup de cette formation lyonnaise ; mais je suis lentement ensuite devenu parisien, et j'ai participé maintenant de cet esprit de l'Ecole parisienne où la valeur réelle des résultats se cache parfois avec élégance sous la superficialité brillante.* »

Il remercie le Professeur Castaigne, venu de Clermont-Ferrand exprès, et qui, dans ses conférences de préparation à l'internat , « *savait donner du charme aux sujets les plus rébarbatifs* ». Il cite ses maîtres, le Prof. Raymond, Gaillard-Lacombe, Huchard « *esprit bouillonnant, le découvreur de l'hypertension artérielle cause de sclérose* ». Quand il arrive à son Maître, le Prof. Sergent, qui est là présent comme un magnifique sénateur romain à face maigre de la première Rome, un tonnerre d'applaudissements roule de gradins en gradins, surtout quand il nous le montre « *secouant sans remords l'inertie incorrigible de l'administration* ». Il passe ensuite à son passage au Muséum d'Histoire naturelle, où il fit des recherches sur la technique expérimentale de la Zoologie comparée, auprès du Pof. Auguste Pettit qui « lui accorda son amitié à cause de la musique » ! J'ai parlé plus haut de l'orchestre musical que m'avait signalé l'ami Raymond Bonneau, où l'harmonie règne toujours, après des ans et des ans et où Noël Fiessinger est *hauboïste.* C'est au Muséum que Fiessinger fit son étude sur « *la cellule hépatique des vertébrés.* »

Il s'adresse ensuite au Prof. Chauffard qui, très applaudi, semble, en face du conférencier, présider toute l'assemblée de sa verte vieillesse. « *Chez mon maître la clinique et le laboratoire étaient fondus dans une même pensée.* » Il retrace l'importance des travaux de Chauffard sur les affections du foie : « *Vous êtes un grand clinicien, dont la France s'honore, et vous avez contribué à étendre le patrimoine de la France* ». Il rappelle d'une façon émouvante la dernière leçon de Chauffard, et lui dit ce mot charmant : « *Vous partiez trop tôt pour qu'on vous dise adieu* ». Il s'adresse au Prof. Guillain, dont il prône « *l'analyse précise et soigneuse, et aussi le grand et noble caractère* », et au Prof. Roussy, auprès de qui il a trouvé une sympathie agissante.

Avec discrétion, il parle de son temps de guerre, « *la guerre dont nous sommes si loin que j'allais l'oublier* », où il a joué un rôle scientifique important, en orientant les chirurgiens par sa très belle étude sur : « *la biologie de la plaie de guerre* ».

A ce sujet, il évoque le souvenir du Prof. Pierre Delbet et il dit finement : « *en biologie, il y a des sympathies profondes que nous n'expliquons pas.* » Tout le monde rit, car tout le monde se comprend !

Aux élèves, il leur « souhaite des maîtres comme ceux que j'ai eus ». Cela, c'est un souhait appréciable, car c'est le maître qui peut vous mener à tout ; c'est très joli, évidemment, mais tout le monde ne peut avoir de maîtres réels. Que de jeunes gens en méritent vraiment, mais qui vont solitaires, sans avoir eu le regard attendri et arrêté par une neuve intelligence et un cœur frais prêts au dévouement comme à l'étude assidue et sans fléchissement ! C'est que bien des maîtres ne sont pas toujours de véritables cliniciens de la jeunesse et n'y savent pas distinguer en faisant de bons diagnostics sur des élèves qu'ils méconnaissent, obnubilés par des influences para-médicales parfois intéressées ; il est vrai que bien des élèves naissants ne savent pas faire non plus de diagnostic sur les maîtres à choisir ou font des erreurs de pronostic sur des professeurs enrobés qui se dérobent. En tout cas, amis jouvenceaux, retenez ceci : malheur à l'homme seul, a-t-on souvent dit ; moi je vous dis, parce que j'en ai su quelque chose : malheur à l'étudiant seul et qui n'est pas barbouillé d'un peu de népotisme ! Malheur à lui pour le soutien, la canalisation, la direction vers des sommets : il sera comme celui qui entreprendrait l'ascension du Mont-Blanc sans guide : les précipices le guettent. Mais peut-être que ceux qui grimpent seuls la roche, en s'aggrippant et saignant des doigts, et qui parviennent tout de même à voir un coin bleu de l'horizon céleste dans la hauteur entrevue, ont-ils plus

de joie intérieure et prouvent-ils un myocarde plus fibrillaire et plus indéfectible. Sur quelques faces de grands arrivés officiellement, j'ai noté parfois, la trace et le reflet de l'essoufflement et du « cœur forcé » (et du cerveau forcé pourrai-je dire) que décrivait Beau, jadis.

Enfin, le professeur Noël Fiessinger aborde une esquisse de leçon médico-philosophique, qui est le schéma de la façon dont doit être comprise la science médicale et son enseignement.

La voix de Fiessinger ne défaille pas ; elle est nette et il est tout ce qu'il y a de plus facile à suivre, ce qui lui donne de la sympathie. Son accent est rigoureux et entier : il prononce les *gn* d'une façon appuyée, ainsi il dit souvent *enseigneument* ; il parle des grands physiologistes : Flourens, Magendie, Claude Bernard, et cite la parole et l'image célèbres de ce dernier : « *des pygmées qui montent sur les épaules des géants et voient plus grand et plus loin qu'eux* ». Il retient l'assistance suspendue, attentive, à l'évocation de « *l'élaboration d'une découverte* », en citant l'observation des lapins aux urines acides ou alcalines. « *Pour Claude Bernard rien n'est banal* », le fait d'apparence insignifiante qui ne dit rien aux autres, est pour lui, dirai-je moi aussi, l'éclat de silex rencontré sur la route et repoussé indifféremment du pied, mais d'où jaillit une étincelle qui ferait partir la pensée sur une trajectoire d'immense portée.

Il parle ensuite des découvertes de l'*ictère hémorragique et de la spirochétose* des auteurs japonais, de l'*insuline*, entrevue tout d'abord par les auteurs français en particulier par Achard, à qui la découverte réelle échappa faute d'outillage, et dont le bénéfice revient aux Américains, de l'*anaphylaxie* du Prof. Richet, du *traitement des anémies par le foie*, par la méthode de Whipple. Il insiste sur ce fait que « *pour être utile, l'expérience moderne doit utiliser toutes les sciences d'observation* », que « *la médecine expérimentale et physiologique doivent se compléter* », que « *ce ne sont pas toujours les mêmes maladies que vous obtenez par l'expérience animale, et qu'il faut recourir, quand cela est possible, à l'expérimentation humaine.* » Mais « *attention aux aventures !* » comme disait Claude Bernard. Il rappelle les découvertes remarquables du Prof. Rathery et ajoute : « *je reprends le même instrument des travaux du Prof. Rathery* ». Il affirme la force de l'« *éducation de l'esprit dans le laboratoire et l'utilité de l'affrontement des méthodes* ». Il rappelle encore l'importance de la clinique et que « *le travail est, peut-être, l'arme la plus puissante de la paix moderne* ».

Il termine en évoquant l'immortelle figure de Pasteur qui distinguait « les esprit brillants et les esprits chercheurs ». Mais il peut arriver, à mon humble avis, que ces deux espèces parfois se concilient en un seul homme : il y en a eu, il y en a, il y en aura toujours. Il est vrai de dire que celui qui cherche, vit dans une concentration intérieure qui ne s'extériorise pas, comme quelqu'un qui avance dans un long souterrain à l'issue inconnue et dans la ténèbre duquel on ne parle pas, mais où l'on cherche le reflet d'une paroi pour se guider vers la lumière.

Et, dans une péroraison magnifique, non par la grandiloquence de la parole, mais par l'image synthétique évoquée, s'adressant aux jeunes gens, il leur indique fermement la voie de la sagesse scientifique, leur exprime ce qu'a de bienfaisant à l'âme supérieure qui frissonne dans le brouillard indistinct de l'espérance « le feu de la recherche », leur affirme « *que ce qu'il y a de plus beau, c'est de consacrer sa vie à tracer dans la forêt vierge un petit sentier* » qui conduit à la vérité utile aux hommes. « *Chercher est une joie* ».

Et voilà tout un beau programme, tout un merveilleux exemple et toute une superbe et réconfortante exhortation. Jeunes gens, je me suis donné la peine, de redevenir un petit étudiant comme vous, prenant pour vous des notes, le crayon à la main, comme à vingt ans, et pour vous dire que cette splendide leçon substantielle de Fiessinger est, comme son prénom l'indique, une cloche de Noël qui a sonné pour vous les appels de l'esprit et les promesses de la joie.

En sortant de l'amphithéâtre, la dense foule amie se précipite dans la salle des Professeurs pour féliciter le récipiendaire : le défilé se prolonge comme devant la nouvelle et chaste mariée ; mais celle-ci est un homme porteur de robe ; cette robe n'a pas la blancheur de celle de la pudique vierge ; elle est écarlate comme la couleur du sang généreux, et sous elle, bat un cœur filial : celui de Noël Fiessinger qui vient d'épouser la Faculté !

VARIÉTÉS

Un habile guérisseur

J'ai rencontré Monsieur Gogo-Lapoire.

« Vous avez devant vous, m'a-t-il dit, un homme « heureux mais qui vient de traverser de bien vilains « jours ... Depuis un an, la santé de Madame Gogo- « Lapoire me donnait des inquiétudes. Elle n'était « pas positivement malade, mais elle changeait de « jour en jour. Elle engraissait, elle engraissait ! C'est « comme qui dirait qu'on l'aurait soufflée. Et rien à « faire pour dissoudre cette maudite graisse qui, sauf « votre respect, l'envahissait de toutes parts. Tous les « soirs, je la retrouvais à pleurer devant notre armoire « à glace, ou bien qui se mesurait la taille, ou bien qui « revenait de se peser chez le pharmacien. On a même « fini par louer une bascule. Ah ! j'en ai vu défiler sur « notre table de ces régiments de fioles qui devaient « soi-disant la faire maigrir ! Elle, que vous avez con- « nue si gaie, elle avait gagné comme un fond de cha- « grin. Elle avait une idée fixe. Chaque soir, j'étais « à peine rentré, qu'elle me criait : 99,48 - 99,107 ... . « C'était son poids, Monsieur, son poids exprimé en « grammes, et elle avait beau suivre tous les régimes « possibles, il augmentait chaque jour. Une semaine, « elle n'a mangé que des melons. Une autre semaine, « je l'ai vue boire des infusions de têtards. Nous avons « consulté tous les médecins. L'un, son médecin de fa- « mille, a dit qu'il n'y avait rien à faire, que tous les « Lapoire qu'il connaissait devenaient gros comme « cela à leur maturité. Un autre a parlé de glandes « qui ne fonctionnaient plus. Un troisième a ordonné « de longues marches, suivies de douches. Et Madame « Gogo-Lapoire engraissait toujours ! !

« Quand je reverrai ces incapables, rien ne m'em- « pêchera de leur dire ma façon de penser. Un mois « de plus, Monsieur, et c'est moi qui rentrais à Saint- « Jacques (1).

« Mais un beau jour, nous vîmes arriver notre vieil « ami, Monsieur de San-Cervo. Il brandissait un jour- « nal en criant : « Nous sommes sauvés » et nous mon- « trait l'annonce suivante : « Un Monsieur offre aux « personnes obèses le moyen radical de maigrir de 3 « kilos chaque mois. Envoyer 10 francs en timbres- « poste. A la fin de chaque mois, et le résultat étant « obtenu, envoyer une attestation ».

« J'écrivis, et 2 jours après, nous recevions 2 pilu- « les : l'une que ma femme devait avaler tout de suite, « l'autre qu'elle devait prendre 15 jours plus tard. Il « y a de cela 2 mois, Monsieur. Eh bien ! ma femme a « maigri de 7 kilos, vous m'entendez, de sept ki... « los et ce n'est pas fini, car depuis qu'elle a pris son « remède, cela la travaille à l'intérieur d'une manière « incroyable ..... Et maintenant, le bonheur est re- « venu à la maison. »

....

Peu après, je voyageais avec un médecin suisse de mes amis : « A Lausanne, m'a-t-il dit, les guérisseurs exagèrent. On vient d'en arrêter un qui offrait à de braves gens un moyen radical de maigrir. Il leur envoyait des pilules. Or, savez-vous ce que le laboratoire de notre ville vient de trouver dans une de ces pilules que lui apporta un malade méfiant ? ? Vous ne devinerez pas... Un embryon de ver solitaire... oui, un embryon de tœnia ... »

Je suis perplexe .... Dois-je prévenir Monsieur Gogo-Lapoire ? ... Non, car je le connais ... il partirait en Suisse défendre son guérisseur.

C. Moi.

(1) Asile d'aliénés de la Loire-Inférieure.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE

(Sou Médical)

Assemblée générale du 22 novembre 1931.

La séance est ouverte à 5 heures sous la présidence de M. Maurat, président, assisté des membres du Conseil et de MMes Auger et Crochard, avocats.

M. le Président constate que la convocation a été publiée dans le numéro 44 du *Concours Médical* du 1er novembre 1931 et que, par suite, l'Assemblée est régulièrement constituée.

Rapport du Secrétaire général.

M. Boudin, secrétaire général, rappelle que son rapport sur l'exercice écoulé a été publié dans le n° 44 du *Concours médical*, précité.

Il le commente brièvement, en insistant surtout sur l'augmentation croissante des différends survenus entre les médecins et les collectivités et des affaires de responsabilité professionnelle.

Rapport du Trésorier sur les Comptes de l'exercice 1930.

M. Gassot, trésorier, rappelle que son rapport sur les comptes de l'exercice écoulé a paru dans le n° 39 du 27 septembre 1931. Il donne lecture des chiffres de ce rapport, et fait remarquer que l'augmentation de la cotisation, de 60 à 100

francs, qui a été votée l'année dernière, était devenue nécessaire, les recettes de 1930 ayant été légèrement inférieures aux dépenses.

M. VILPELLE, l'un des contrôleurs, donne lecture du rapport ci-après :

Nous nous sommes réunis le jeudi 22 octobre à 1 heure, pour nous acquitter de la mission que vous nous aviez confiée et vérifier les comptes de l'exercice 1930 (caisse générale et caisse de garantie). Nous les avons trouvés parfaitement exacts et s'ils sont en concordance directe avec les livres que notre trésorier nous a présentés, ils ne le sont pas toujours avec les chiffres imprimés dans le rapport du trésorier paru dans le numéro 39 du *Concours*, où le prote a fait quelques erreurs dans la distribution des chiffres.

Nous avons vérifié les portefeuilles des deux caisses et avons trouvé la liste des valeurs conforme à celle qui figure dans le rapport imprimé.

En terminant, nous vous demandons de remercier notre vénéré trésorier du dévouement tout paternel avec lequel il gère nos finances et de souhaiter, pour lui et pour nous, qu'il continue pendant de nombreuses années à nous apporter le fruit de sa longue expérience de trésorier de toutes nos œuvres de solidarité professionnelle.

Dr VILPELLE. Dr HERVOUET.

Personne ne demandant la parole, l'approbation des comptes de l'exercice 1930 est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie pour 1932.

Sur la proposition du Conseil et personne ne demandant la parole, l'Assemblée générale, à l'unanimité, fixe :

A CENT FRANCS, la cotisation pour l'année 1932, somme sur laquelle quarante francs sont affectés à la garantie de la responsabilité professionnelle.

A CENT MILLE FRANCS, la somme à concurrence de laquelle la Ligue garantit la responsabilité professionnelle de ses membres, les frais judiciaires étant garantis en sus de cette somme par la Caisse générale.

Il est rappelé que, comme antérieurement, le journal *Le Concours médical* garantit la responsabilité professionnelle des membres de la Ligue, qui sont en même temps ses abonnés, pour CINQUANTE MILLE FRANCS, en complément de la garantie donnée par la Ligue elle-même.

Par suite, les membres de la Ligue Médicale de Défense individuelle, qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, sont garantis pour CENT CINQUANTE MILLE FRANCS, outre les frais du procès.

Election de cinq membres du Conseil.

M. le Président explique que le Conseil d'administration de la Ligue est renouvelable par tiers tous les deux ans. La série sortante de cette année est composée de MM. VIMONT, *vice-président*, BOUDIN, *secrétaire général*, CHAPON, LEVASSORT et MOLINÉRY, syndics.

Tous sont rééligibles.

MM. Vimont, Boudin, Chapon, Levassort et Molinéry sont réélus, à l'unanimité, membres du Conseil pour deux ans.

Election de deux commissaires contrôleurs.

Les Commissaires sortants, MM. Vilpelle et Hervouet, étant rééligibles, sont réélus, à l'unanimité, Commissaires contrôleurs pour l'exercice 1931.

Modification de la dénomination sociale.

M. le Président expose que la dénomination sous laquelle est connue la Ligue depuis sa fondation paraît à un grand nombre de personnes désuète et sans signification. Le titre de « Sou Médical », qui, avait été choisi lors de la création de la Ligue parce que la cotisation, qui était alors de 18 francs par an, représentait un sou par jour, ne répond plus maintenant à aucune réalité et déconcerte soit les médecins qui seraient disposés à y adhérer, soit même les collectivités, telles que les Compagnies d'assurances, par exemple, avec lesquelles la Ligue a à entrer en rapports.

Le Conseil s'est donc préoccupé de chercher un nouveau titre. Il a choisi celui de « Ligue Médicale de défense individuelle », et demande à l'Assemblée de voter la modification des statuts et règlements rendue nécessaire par cette substitution.

M. HERVOUET est d'avis que cette modification d'appellation n'est nullement utile. Depuis plus de 30 ans, en effet, notre Ligue est connue dans le monde médical et même en dehors de lui, sous le titre de « Sou Médical ». C'est une habitude prise, et peu importe que cette dénomination n'ait plus de signification réelle. Ce qui est important, c'est qu'elle soit connue et respectée à cause de sa force, sous le titre, que l'on a l'habitude de lui donner.

M. Paul BOUDIN, au contraire, pense qu'il est nécessaire de donner à la Ligue un titre plus en rapport avec son véritable rôle et ce, moins pour donner satisfaction à ses membres actuels ou même futurs que pour permettre à ses représentants, lorsqu'ils ont à invoquer son autorité ou même seulement à faire connaître son existence dans des milieux qui l'ignorent, de ne pas avoir à expliquer son caractère et son rôle. Le titre de « Ligue Médicale de Défense Individuelle » répondra bien à cette préoccupation, car il n'a pas

besoin d'être expliqué ; son objet apparaît de lui-même et ne peut demander qu'à être précisé.

Pour lui conserver le bénéfice de la notoriété qu'il a acquise, sous son ancienne dénomination, il serait possible de maintenir celle-ci comme sous titre.

L'Assemblée, paraissant se rallier à cette proposition, M. le Président met aux voix la résolution suivante :

« L'Assemblée générale décide d'ajouter, en tête de l'article 3 des statuts, le paragraphe suivant :

« La Ligue prend le nom de *Ligue Médicale de défense individuelle* (Sou Médical).

« Les mots : « Ligue Médicale » sont substitués à ceux du « Sou Médical » dans tous les autres articles des statuts, du règlement intérieur et du règlement de la Caisse de garantie où cette dénomination était employée. »

Cette résolution est adoptée à l'unanimité.

A propos de la responsabilité professionnelle.

Me Bernard AUGER, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, signale aux membres de l'Assemblée le danger de plus en plus considérable des procès en responsabilité professionnelle. Il semble que les juges auxquels ils sont soumis et même les experts, quelquefois, malgré leur qualité de médecins, aient une tendance à considérer la médecine comme une science exacte ou un métier mécanique.

Etant donné un corps malade ou blessé, le médecin qui ne l'aura pas restitué *in integrum* sera fautif, donc responsable , comme le serait le mécanicien qui n'aurait pas rendu en parfait état de réparation, une automobile usagée ou accidentée.

C'est une conception fausse de la médecine, qui est un art et non une science exacte. Le médecin ne peut tailler et rogner un corps vivant, comme cela est possible à un artisan qui travaille sur une machine, dont les divers rouages peuvent être modifiés et remplacés impunément.

Il serait donc d'une grande utilité que cette distinction élémentaire soit rappelée aux tribunaux et même aux experts, de manière à éviter des condamnations excessives et injustes, comme il en existe malheureusement des exemples.

M. Paul BOUDIN fait observer que le Conseil de la Ligue n'a pas perdu de vue la situation que Me Auger a fait ressortir avec raison. Il s'efforce au contraire d'y remédier, en faisant assister ses adhérents à l'expertise, toutes les fois que cela est possible, par son Secrétaire général, qui discute devant les experts à la fois le côté médical et le côté juridique de l'affaire qui leur est soumise.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures trois quarts.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Il y a des cœurs sensibles qui aiment les hommes sans pouvoir les supporter.....

(Henri Pourrat).

DVIII. — Henri DE RÉGNIER. — **L'Escapade.** Roman. Un volume 15 × 20 avec illustrations de Georges Barbier. Tiré pour la Collection « *Les Beaux Livres* » à mille exemplaires, soit : trois sur vieux Japon à la forme, cinquante sur Japon ; quarante-cinq sur Hollande ; vingt-cinq sur Montval ; huit cent soixante-dix-sept sur Rives. *Editions Mornay*, Paris, 1931.

Le cœur de Monsieur de Régnier semble soumis à ce double courant, puisqu'il le pousse à couver d'un tendre amour la vivante humanité de ses œuvres, et à cribler ailleurs de sarcasmes les plus illustres de ses collègues ou ceux morts d'hier. Logique avec soi-même, il suit ici avec une touchante sollicitude ses personnages de l'*Escapade,* échappés de cette galerie du XVIIIe siècle, où il a rencontré ses héros les plus sympathiques et ses héroïnes les plus posément perverses. Anne-Claude de Fréval ne dépare point la prestigieuse lignée de la *Pécheresse,* ni celle satyrisante et endiablée de *Monsieur de Bréot.* Si son aventure est plus vive, il n'en faut accuser à ce coup que son impétueuse adolescence. Je ne vous la conterai pas par le menu pour que vous en puissiez découvrir toute la verdeur si vous ne l'avez déjà lue. Et si vous l'aviez parcourue (comme il m'advint sous un caducée d'édition), vous la retrouveriez ici brillant d'un charme neuf par la luxueuse netteté de la typographie et par les enjolivures de Georges Barbier.

Ses lettrines sont largement établies sur carré rebordé où vient affleurer comme à une lucarne dans la page le visage d'un des comparses du chapitre. Dans l'angle est accotée la majuscule teintée d'un de ces *bleu Barbier* dont l'artiste a le secret (1), et se détachant sur les rouleaux blancs de perruques.

Barbier qui est un ingénieux illustrateur a d'autres trouvailles : c'est ainsi qu'il a eu

(1) Et dont je vous ai signalé autrefois presque toutes la gamme rassemblée sur une page du *Bréot* (Mornay) ; on en retrouve quelques nuances éparpillées dans l'*Escapade.*

l'adresse d'enclore en deux épisodes (couverture et frontispice), le double caractère de l'héroïne et la morale du livre. Dans la première, Anne-Claude, protégée par une vaste capeline (prolongée d'un symbolique «suivez-moi jeune homme»), assise au pied d'un dieu-terme sur le gazon d'un jardin calme à la française, a détourné son attention du livre, que retient à peine sa main distraite. Son regard absent, paupières baissées, joues rosées en émoi, elle prélude par le tourment clos du rêve à la folle équipée, dont l'évasion par-delà la muraille du couvent ne fut qu'une anodine prémisse. La face camuse de la borne céphale ricane comme penchée sous le poids de la pesante spirale des cornes. Par-delà les portiques protecteurs du jardin, immobiles des nuages indolents paressant sur l'après-midi brûlant de l'enfant et du faune.

Sur la seconde, la femme encore gainée dans son travesti vert à guêtres grises de cavalier est adossée au tronc creux d'un vieil arbre. Les bras en croix, mains ballantes, sur la fourche basse et large des premières branches. Mais la ramure est nue, les feuilles envolées. Au ciel plus gris, ensanglanté du nuées rouges, tournoient de funèbres oiseaux. Les racines tourmentées s'agrippent sur le sol pauvre. C'est la halte du retour, la rêverie douloureuse de l'amoureuse deux fois meurtrie. L'ovale du visage paraît cependant plus pur, ombré sous le tricorne, d'où s'échappent en rebelle désordre quelques mèches blondes : autour des yeux plus durs un cerne d'effroi, de tristesse et de joie morte. Au premier plan, le chien, qui dormait autrefois, pendant les heures de lumière, approche sa tête de bête fidèle sans pouvoir distraire de son chagrin, fixe sa maîtresse à qui il offre, au delà des hommes, son intelligente et muette compassion.

Je voudrais pouvoir, pour chaque gravure, faire ainsi ressortir la richesse de leur sentiment. Je ne peux que me borner à vous signaler en bloc la rondeur joviale des figures, et le potelé des volumes, la souplesse du trait, sa légèreté, sa galante précision en telle autre circonstance, sa fermeté sans floriture, la haute qualité de l'inspiration de Barbier veillant au souci du détail, son respect de *tous* les costumes, et son sens de la couleur, le soin particulier des coloris amortis, l'équivoque douceur des silhouettes androgynes...

Et comme Barbier a, par surcroît beaucoup d'esprit, dans la lettrine qui ouvre l'épilogue, il a campé le profil austère de Monsieur de Régnier, aggravant son menton et nous laissant mélancoliquement regretter que le verre de montre inamovible serti dans son orbite gauche ne jette à la fin de l'escapade qu'un terne éclat comparatif, toutes jeunesses éteintes.

DIX. — Pierre HAMP. — **La Laine**. Roman. Un volume 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1931, 12 fr.

Pour être moins surpris et mieux adaptés à cette sévérité du roman de Hamp, il ne nous sera pas inutile de nous reporter à l'étude si clairement ordonnée de Denis Saurat (1). Hamp ne pouvait souhaiter plus compréhensive introduction au fronton de ses œuvres : son nouveau roman complète l'émouvante série de la *Peine des Hommes* (2), et traite électivement des problèmes économiques et sociaux que doit actuellement vaincre l'industrie lainière. Il connaît et critique avec une vivacité caustique Messieurs de Roubaix, seigneurs de la Laine. Mais dans sa critique du patronat, on sent surtout qu'il se préoccupe encore comme dans les tomes précédents de l'ouvrier, qui est ici la passive contre-partie de ce patronat, et de la machine qui fait corps avec l'ouvrier. L'intéressent bien davantage le mécanisme des servitudes, les disciplines de l'artisanat, le rythme des métiers, : s'il peint la chasse à courre des barons de la laine, de la « noblesse de cheminées », s'il nous intéresse à l'amour violent, de René Blanseau, héritier présomptif, c'est toujours pour nous montrer très adroitement le raccord de ces épisodes, les lointaines interférences de l'usine, qui aspire et commande toutes ces activités : du troupeau marocain autour duquel se nouent les premières intrigues commerciales au music-hall, où la concurrence de la chimie et de la soie étale des tissus de flamme. Et ce bilan romantique étagé sur des générations, des castes et des continents, (où l'équilibre est menacé par l'évolution des goûts de chacun, des doctrines syndicalistes, par ces tressaillements du monde qui s'amplifient chaque jour) a la rigoureuse éloquence d'une balance où Hamp, à nouveau, reprend l'inventaire chiffré de la détresse humaine.

DX. — Jacques CHARDONNE. — **Claire**. Roman précédé d'une lettre familière à l'auteur par Bernard Grasset. Un vol. 12 × 19. *Editions Grasset*, Paris, 1931, 15 fr.

Ce livre de si simple apparence, écrit d'un jet, et d'une si pure homogénéité, cette œuvre où tout semble établi pour concourir à une simplification de la forme et du fond (sous la consonnance fluide du prénom de l'héroïne), entre la concise élégance des phrases et la sobriété du thème ouvre en réalité une controverse sans limites, sans réponse ferme, (peut-être sans réponse possible), et ses échos se prolongent jusqu'aux régions obscures de l'âme où les sentiments n'ont probablement plus à leur disposition de mots pour traduire l'énigmatique malaise de leur croissance. Claire, l'enfant réprouvée qui a honte de sa naissance et se cache à Char-

(1) Voir *Nouvelle Revue française*, octobre 1931.

(2) Comprenant déjà : Le Rail, Marée fraîche, la Victoire mécanicienne ... etc ...

mont, se reploiera craintive encore et fascinée quand la joie vient s'offrir à elle. Pendant des années, elle fera aux côtés de son mari un candide effort pour conquérir avec lui patiemment le calme du bonheur et sa problématique récompense.

Durant des pages, nous suivons la chaste confidence de cet amour, les phénomènes sensibles de son épanouissement. Puis en quelques heures, comme sous un coup de hache, tout s'effondre: une rupture tubaire emporte Claire et le mâle égoïsme sentimental de son compagnon profère la plus terrible parole du livre : « *Sans souffrir précisément, j'étais atteint dans mes liens avec le réel, dans mes habitudes d'être...* ». Et sa vie continue alimentée par la consciente énergie de la brute organique. Mais de quel poids dans notre mémoire va peser le fantôme de cette héroïne effacée, résignée, presque immatérielle qui paraissait toujours plus mystérieuse à mesure que Chardonne dénudait sa timide réserve ? Claire morte, c'est sans doute la grande leçon de la funeste destinée de nos espoirs, de leur éphémère douceur, du leurre atroce de leur appel.

DXI. — ERCKMANN-CHATRIAN. — **Madame Thérèse.** Un vol. 15 × 20 de la Collection Byblis, illustré de douze gravures en couleurs de Bourdier. Tiré à 3.300 ex. numérotés sur velin Aussedat. *Editions du Sagittaire*, Paris, 1931.

Le fougueux patriotisme de Madame Thérèse, cantinière des armées de la République révolutionne d'autre manière la flegmatique petite cité où exerce le bon vieux docteur Jacob. Que d'aimable naïveté dans la fraîcheur et la sincérité des sentiments de tous ces braves gens. Les images de Bourdier ont cette même quiète droiture, une charmante évidence d'inspiration d'imagerie populaire. Leur exécution est soignée, le dessin consciencieux, les couleurs vives comme les sentiments. La typographie est de chez Coulouma, donc sans défaut.

DXII. — **Classiques Garnier**. Martial : Epigrammes. — Horace : Œuvres complètes. — Lucrèce : De la Nature. Cinq volumes 12 × 19. *Editions Garnier*, Paris, 1931. Le volume broché 18 francs.

Cette édition, établie avec une très claire typographie et une abondante moisson de notes, comporte sur chaque double page en regard du texte latin une traduction « repérée », très fidèle et très souple cependant. La lecture en est ainsi très attrayante : en suivant l'original, si quelque obstacle se révèle à notre version, si quelque obscurité vient en troubler la limpidité, Messieurs Clouard et Richard nous offrent l'aide immédiate et bienveillante de leur secours constant. J'avoue sans fausse honte que j'y eus recours et mon latin somnolent s'en trouve agréablement ragaillardi ; je n'irai pas cependant jusqu'à user désormais de la précision de Martial donnant à un dyschésique des directives thérapeutiques : « *Utere lactucis et mollibus utere malvis, nam faciem durum, Phaebe, cacantis habes.* »

DXIII. — Jérome TROUD. — **Charles Ier, Empereur d'Autriche**, Roi de Hongrie. Un vol. 12 × 19 avec 8 gravures hors-texte. *Editions Plon*, Paris. 1931 12 fr.

Monsieur Troud, très informé, apporte une documentation inédite et copieuse sur ce prince malheureux doué d'un grand bon sens et de solides qualités. On a parlé de « calvaire » à propos de son exil et des tentatives avortées de restauration. Sur tout cela, l'auteur apporte de curieuses révélations ainsi que sur sa proposition, mal accueillie aussi, de paix séparée offerte aux Alliés en 1917. Il semble cependant que l'attachement des Hongrois à ses descendants, soit autre chose qu'une platonique affaire nationale, et qu'un simple hommage de loyalisme de Danube bleu.

DXIV. — A. AUGUSTIN-THIERRY. — **Mémoires de Robert Challes**, écrivain du Roi. Un vol. in-8°, écu. *Editions Plon*, Paris. 1931, 18 fr,

Ces Mémoires (que qualifie froidement d'inédites, une revue où l'écriture est, en général mieux expurgée) apportent en effet sur le siècle de Louis XIV des renseignements fort curieux : ils sont rédigés d'ailleurs avec une vivacité fort agréable, et le manuscrit sommeillait dans les tiroirs de Monsieur Gabriel Hanotaux. La faulx du temps l'avait épargné. Nous y voyons mourir, contrairement à toutes les données historiques acceptées ; Monsieur Fouquet. Colbert, les grands personnages ne sont pas seuls sur le gril. Ce spirituel chroniqueur rapporte une foule de piquantes anecdotes : entre autres celle du traitement de la stérilité (par un médecin anglais), qui nous valut l'édification, sur les ordres de la reine reconnaissante, de l'Eglise du Val-de-Grâce. Le pèlerinage traditionnel de Chartres n'avait pas réussi. Les jugements de Challes sur son époque sont d'un esprit fort clairvoyant et leur rédaction très alertement menée.

Varia ***Robert Lacroix de l'Isle publie, aux Editions de *La Caravelle*, la suite des Caresses au Clair de Lune sous le titre : L'Amour au Cœur.

* Armand Somès aux *Editions Figuière* donne une vie d'Appolonius de Tyane, faiseur de miracles. Je suppose qu'il s'agit bien d'une vie romancée.

* Par suite d'un lapsus dont je m'excuse, je n'ai pu signaler en temps utile le livre de Delage sur la *Tragédie des Dardanelles* (Ed. Grasset), qui est très remarquablement composé et documenté.

5 décembre 1931,

L'HOMME AUX BÉSICLES.

AUTOUR DES THÉATRES

A la Michodière

« La Banque Nemo »

Comédie en 3 actes et 9 tableaux de M. Louis VERNEUIL.

Il est bien plus embarrassant et difficile, pour un critique dramatique, de chanter les louanges d'une pièce que d'en souligner les imperfections ; aussi, je ne suis nullement à l'aise pour vous dire tout le bien que je pense de la comédie de M. Louis Verneuil. J'ai passé, à écouter la Banque Nemo, une de mes meilleures soirées de théâtre et j'y retournerais avec plaisir si, comme les abeilles, nous ne devions nous poser sur chaque fleur composant le parterre de la saison théâtrale, ce qui occupe pas mal de soirées.

Par ailleurs, il ne faut pas, coûte que coûte, chercher la petite bête ; il nous a été donné, à la lecture de différents articles sur cette pièce qui est parfaite, de nous apercevoir que certains journaux n'admettent pas de louanges sans réserves. Est-ce par principe, habitude ou tactique ? laissons-là cette façon de faire qui n'est pas celle du *Concours Médical* ; si c'est bien, nous le dirons hautement, nous n'en serons que plus libres et plus qualifiés pour émettre l'opinion contraire quand l'occasion s'en présentera.

Je ne connais pas M. Louis Verneuil, mais j'estime qu'un auteur qui sait allier, en dépit des difficultés de réalisation, une intrigue charmante à une satire aussi fidèle des mœurs de la finance, qui sait intercaler dans cet habile mélange des scènes d'un comique subtil et intelligent, dénotant une finesse d'observation aussi nette, aussi burinée, cet auteur, disons-le, est exceptionnel et complet.

Gustave Lebrèche (M. Victor Boucher), après de nombreux avatars, est tombé bien bas : il vend des journaux, mais il n'a pas perdu confiance en son étoile, il était précédemment caissier dans une banque qui a fait de mauvaises affaires. Il retrouve au restaurant un ancien camarade de régiment : Larnois (M. R. Bergeron) qui y déjeune accompagné de sa petite amie Charlotte (Mme Blanche Montel). Larnois, grincheux, toujours mécontent, est lui-même caissier à une banque prospère : la Banque Nemo ; le garçon de bureau de cette banque est parti le matin et Charlotte qui s'intéresse au gai, et sympathique Lebrèche, décide Larnois à solliciter pour lui la place vacante.

Nous assistons par la suite à l'ascension rapide de Gustave Lebrèche, qui sait capter la confiance de ses supérieurs, capter aussi la petite amie de Larnois qui a commis plus qu'une indélicatesse : il a emprunté à la caisse dix mille francs pensant les remettre quelques jours après. Le banquier Mr Nemo (Saturnin Fabre) s'en est aperçu et Larnois est coffré.

M. Louis Verneuil manie jusqu'à la fin, avec une adresse consommée, les pantins qu'il a su si bien animer de sa profonde psychologie. C'est ainsi que Nemo s'éprend de Charlotte qui a l'honnêteté et la ruse à la fois de lui résister ; elle sait si bien promettre sans jamais tenir ! C'est ainsi que Lebrèche, arriviste souriant qui ne sacrifierait cependant pas Charlotte qu'il aime, préfère se dévouer auprès de Madame Nemo (Mme Charlotte Lysès) et tenter par l'épouse, infidèle, d'un âge mûr et un peu ridicule de son directeur, d'obtenir l'avancement qu'il ambitionne. Ce moyen ayant échoué, car Madame Nemo est éprise de Lebrèche au point de quitter son mari pour le suivre (et c'est là une des meilleurs scènes de la pièce) Lebrèche retombera sur ses pattes, montera, montera toujours jusqu'au point où, après avoir racheté pour une bouchée de pain à Nemo sa banque dont il a feint d'avilir le crédit par tactique, il deviendra un des princes de la finance et tiendra le haut du pavé avec Charlotte, devenue sa femme.

C'est alors que Larnois, qui a purgé sa peine, mais demeuré plein de rancune, tentera de faire chanceler le colosse : il a trouvé des documents suffisamment compromettants contre Lebrèche pour le faire condamner sur sa façon de tromper l'épargne ; mais l'affaire est étouffée, grâce aux relations puissantes de Lebrèche et de Madame ; et que pourrait donc faire contre lui, même ayant raison, un pauvre hère qui vient de sortir de prison ?

M. Victor Boucher est l'optimisme même ; il a trouvé dans le rôle de Lebrèche de quoi exercer son immense talent et, par son éternel sourire, fait rayonner autour de lui une sympathie confiante. M. Saturnin Fabre joue le rôle de Nemo avec habileté ; il n'était pas facile pour lui de paraître sur la défensive tout en étant jusqu'au dernier acte maître du jeu. Madame Charlotte Lysès a donné de Mme Nemo une caricature d'une frappante vérité : femme sur le déclin, passionnée, crampon, amorale et honnête à la fois ; et combien exquise est Madame Blanche Montel dans son rôle de midinette tout d'abord, et de bourgeoise arrivée, sans race, ensuite gentille, candide, niaise plus en façade qu'en fait.

Les autres interprètes de cette excellente comédie, servent admirablement leur texte et baignent les principaux rôles dans une parfaite atmosphère de vérité : parmi eux principalement M. R. Bergeron, qui me paraît inimitable et s'est profondément assimilé le rôle du sournois et comique Larnois.

Jean SÉJOURNET,
De la Société des Auteurs

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure

Assemblée générale du 29 novembre 1931

Le président prononce l'éloge du Docteur Dimey (Jules-Paul), décédé le 20 juillet 1931 aux Andelys, et exprime à sa veuve et à son fils toute la sympathie de la Fédération.

Assistance médicale gratuite.

Le président fait l'historique de la question. A l'Assemblée du 14 décembre 1930, la Fédération suivant les directions de la Confédération avait décidé de demander pour l'A. M. G. le tarif des accidents du travail. Cette demande fut transmise à la Préfecture.

A sa session, le conseil général refusait l'augmentation à 1 fr. 50 de l'indemnité kilométrique et réservait la question des honoraires (consultations et visites), s'engageant cependant à nous donner à la session de septembre une augmentation avec effet rétroactif.

Le 1er octobre, la Confédération nous adressait une circulaire précisant « la nécessité impérieuse de faire relever dans le plus court délai tous les tarifs d'A. M. G. », ajoutant : « Il n'est pas douteux que là où les tarifs ridiculement bas ne pourraient être relevés, une grève administrative devrait être envisagée. L'administration elle-même (Travail et Santé publique), admet parfaitement que ce relèvement est absolument légitime et qu'il devient urgent, du fait de la proposition gouvernementale modifiant l'article 59 ». Cette modification n'est autre que le retour pur et simple de tous les assurés-assistés dans le cadre de l'A. M. G.

Persuadé que le Conseil général nous accorderait l'augmentation *promise*, et, en considération de la crise économique actuelle, le président répond au Dr Cibrie que tout doit être fait pour éviter cette grève administrative.

Fin octobre, le Conseil général se réunit et le Dr Vivier est convoqué devant la 3e commission (Commission d'assistance) composée de MM. le Dr Oursel (président), Join-Lambert, de Mare, Desclos, Rousseau, Bréard, Lemoine, Sergent. — M. Archambault de Vençay, assistait comme observateur. Après une discussion longue et très serrée, la commission reconnaît qu'une augmentation de tarifs est juste et rédige son rapport en conséquence. Mais, sur intervention de la commission des Finances, toute augmentation est rejetée par l'assemblée du Conseil général.

La question se pose donc pour nous de savoir si nous devons accepter la situation suivante :

	Avant	Après
	le département de l'Eure	
Pour le prix de la consultation	45	13
» » visite......	64	2
Pour l'indemnité kilométrique..	54	11

Le département de l'Eure étant parmi les départements les plus riches de France, est, en réalité, à leur queue pour les tarifs d'assistance médicale gratuite.

Le président conclut en disant qu'il faut prendre les moyens nécessaires, afin d'obtenir une augmentation pour les raisons suivantes :

a) Cette augmentation est absolument juste ;

b) La dignité du corps médical est engagée ;

c) Notre retard gêne l'action des autres départements ;

d) Le nivellement des assistés simples et des assurés-assistés su le plan de l'A. M. G. est prochain.

Le président donne alors connaissance des lettres suivantes :

Le syndicat de Bernay a voté le principe de la grève administrative par 11 voix pour, 2 contre et 1 abstention ; celui des Andelys à l'unanimité ; celui de Pont-Audemer repousse la grève par 11 voix contre 3. Le syndicat d'Évreux l'a décidée, en principe, si nous n'obtenons pas le tarif minimum de 12 et 12.

Un referendum écrit, opéré dans le syndicat d'Évreux, a fourni les réponses suivantes : 19 affirmatives 6 affirmatives avec réserves et 2 négatives.

La discussion s'engage alors. De nombreux confrères prennent la parole pour soumettre leurs suggestions à l'assemblée : les Drs Oursel, Boutin, Lahaye font ressortir les difficultés à prévoir. Les Drs Couraud, Dardel père, Mazoux, Serrigny, Blain, Welcker insistent sur la nécessité de continuer la tradition constante du corps médical de soigner loyalement les malades dénués de ressources, exactement comme les malades payants. Cette déclaration rallie de suite les suffrages de l'assemblée.

La grève administrative se présenterait donc sous cette forme.

a) Soigner tous les malades assistés, gratuitement ;

b) N'utiliser et ne signer aucun papier administratif. Rédiger les ordonnances sur notre papier à en-tête habituel, sans inscrire le nom du malade.

c) Prescrire tous les médicaments utiles, sans aucune restriction de spécialités ou autres ;

d) Envoyer à l'hôpital tous les assistés, dont la situation présente pourrait gêner le traitement.

Le président met alors aux voix les questions suivantes :

1° *Maintien du statu quo* : repoussé à l'unanimité ;

2° *Décidons-nous le principe de la grève administrative ?*

Un double vote a lieu pour éviter toute ambiguïté.

	Pour	Contre
Par délégation des syndicats	3	1
Par présents	47	5

Le principe de la grève est adopté.

3° *Ferons-nous payer certains malades ?* Non, à l'unanimité.

4° *Ferons-nous publier dans les journaux une déclaration de principe ?* Oui, à titre de réponse, si une attaque est lancée contre nous.

5° *Si des pourparlers nouveaux sont engagés, sur quels chiffres minima pourrons-nous transiger ?*

Réponse : Tarif des accidents du travail diminué de 20 %.

6° *A quelle date fixer le point de départ de la grève administrative ?* Au 1er février 1932.

Ces décisions seront dès maintenant notifiées à l'administration.

Comme en 1928, chaque syndicat devra recueillir, dès maintenant, les adhésions individuelles des médecins.

N. B. — La grève administrative s'étendra à tous les assistés simples, assistés assurés agricoles et pupilles de l'Assistance publique.

MÉMOIRES D'A. M. G. — Les médecins se sont émus de la circulaire préfectorale concernant la rédaction des mémoires d'Assistance. Ils demandent la simplification de ces mémoires et leurs production une fois par an comme par le passé.

Centres de dépistage et de diagnostic.

Le président résume et commence l'exposé du Dr Cibrie, paru dans le numéro 21 du *Médecin de France* de novembre 1931. Il fait voir le danger que présenterait la création de ces centres pour certains spécialistes, surtout pour les radiologues. Ce serait là, de plus, la porte ouverte par laquelle, peu à peu, s'infiltrerait une sorte de taylorisme médical. Nous devons veiller à ne sacrifier aucun de nos confrères et à conserver toujours à notre profession un caractère de liberté et d'indépendance.

L'assemblée proteste unanimement contre ce projet, et donne mandat impératif à ses délégués à l'assemblée générale de la Confédération de voter contre.

Assurances sociales.

Le président rend compte de la situation au point de vue des conventions hospitalières. Elles ont été signées par les caisses et les conventions administratives. Les médecins des hôpitaux ont accepté en fait la situation. Mais le corps médical n'a pas signé et garde donc toute sa liberté.

Le président donne connaissance des chiffres suivants :

Au 31 juillet 1931, 62.368 assurés étaient inscrits aux diverses caisses du département, dont 3.794 à la Caisse agricole. De plus, la proportion des divers assurés est la suivante : 1re catégorie, 6,50 % ; 2e catégorie, 16,25 % ; 3e catégorie, 14,80 % ; 4e catégorie, 38,60 % ; 5e catégorie, 29,85 %.

Une nouvelle édition de la nomenclature des tarifs spéciaux va être adressée ces jours-ci par le *Médecin de France* à tous les médecins syndiqués. *Nos confrères sont instamment priés d'accorder à cette brochure toute l'importance qu'elle mérite.*

CONTRÔLE ET CONSEIL DE FAMILLE. — Le Dr Veslin, président du conseil de famille, fait connaître que quelques dossiers lui ont été soumis. Après explications écrites des médecins traitants, aucun abus n'a pu être relevé.

Le président donne lecture d'une correspondance échangée avec le président de l'Union mutualiste. Celui-ci demande qu'un médecin contrôleur soit créé dans chaque canton, et accepte de faire des visites de contrôle au tarif de 12 francs avec indemnité kilométrique de 0 fr. 75. *Les médecins, se retranchant derrière la convention signée, ne peuvent donner suite à cette demande.*

Représentants au Tribunal des pensions.

Sont maintenus : *Titulaire* : Dr Servent ; *Suppléant* : Dr Vassal.

Article 64 de la loi des pensions.

1° RAPPORT ANNUEL DU Dr COURAUD, SECRÉTAIRE.

a) Au mois d'octobre 1930, la commission de contrôle a été saisie de faits délictueux à la charge d'un bénéficiaire de l'article 64, d'un pharmacien et d'un médecin. Le jugement n'ayant pas été frappé d'appel est rendu définitif ; le bénéficiaire de l'article 64, considéré comme inconscient, a été mis à la retraite d'office, le pharmacien condamné à 500 fr. et le médecin à 300 fr. d'amende.

b) A la suite d'une circulaire ministérielle du 15 janvier 1931, la prescription des sérums hémopoïétiques, du plasma musculaire, et des sels d'or est ainsi réglée :

Il est interdit, sauf autorisation spéciale de la commission de contrôle, de délivrer trimestriellement plus de :

2 boîtes d'ampoules de sérum hémopoïétique, à 6 ampoules par boîte,

2 flacons de 500 gr. de plasma musculaire,

12 ampoules de sel d'or pour injections,

c) Le secrétaire fait remarquer que, d'après les statistiques officielles, le département de l'Eure vient en tête des autres départements :

Pour le nombre de bénéficiaires soignés.
Pour la modicité des dépenses par malade soigné.

Le président insiste sur l'importance de ces deux constatations. Elles sont dues à la discrétion de notre corps médical et à la surveillance attentive de notre secrétaire, auquel l'assemblée exprime ses félicitations, et ses remerciements chaleureux.

Certains confrères font remarquer qu'il y aurait intérêt à mettre en parallèle le prix de revient des soins de chaque pensionné de guerre avec celui de chaque malade, examiné dans les dispensaires d'hygiène sociale.

2° Renouvellement de la commission tripartite de contrôle.

Le Dr Legrand demandant son remplacement l'assemblée lui exprime ses remerciements et ses regrets. Sont alors élus :

Membres titulaires : Drs Couraud, Duchesne.
Membres suppléants : Drs Moisson, Vassal.
Contrôleurs : Drs Gillet, Raoult, Servent, Wagner, Boutin.

Le Président : Dr Vivier.

Le Secrétaire : Dr Pichard.

Evreux, le 2 décembre 1931.

Monsieur le Préfet,

Lorsque, à la dernière session du conseil général, je me présentai devant la 3e commission, je fis en substance cette déclaration préalable : « Nous avons demandé une augmentation des honoraires d'A. M. G. Cette demande a été décidée il y a un an. Depuis une crise économique a surgi, qui modifie nos intentions. Nous ne maintenons pas notre demande dans son intégralité. Un relèvement de tarifs est juste, étant donné la situation de l'Eure par rapport aux autres départements de France. Faites donc un geste, qui sera surtout un geste de principe ; quel qu'il soit, je m'engage à le faire accepter de mes confrères. »

La 3e commission, éclairée par la discussion qui suivit, fit le geste qui lui était demandé. Si sa proposition avait été acceptée, il n'y aurait pas eu de conflit. Le conseil général ne l'a pas voulu ; il n'a pas ratifié les propositions de sa 3e commission. Il est évident qu'il n'a pas été amené à cette décision par une raison budgétaire, car le retentissement sur le budget d'assistance de la modification proposée eut été insignifiant. Non, le conseil général, impressionné par certaines attaques, aussi injustes qu'injurieuses — et qui d'ailleurs ne visaient pas que nous — a voulu lui aussi faire son geste. Il a tenu à nous manifester une hostilité, une méfiance, à nous faire croire que nous n'avions pas à discuter des conditions de nos services.

Et cela, nous ne pouvons l'admettre. Nous avons toujours compris notre rôle comme une collaboration libre, où les intérêts moraux et matériels des trois parties intéressées, malades, corps médiacl et administration, devaient être également respectés. Nous incliner devant l'état d'esprit manifesté par le conseil général, nous ne le pouvons pas.

Il y a d'abord à la base de cet état d'esprit une injustice profonde. Le corps médical de l'Eure a toujours su remplir dignement et honnêtement sa mission. Qu'il s'agisse d'assistance médicale gratuite, d'assurances sociales ou de tous autres services, jamais on n'a pu nous mettre en présence d'un abus caractérisé, d'un acte véritablement délictueux. Dans l'application de la loi du 31 mars 1919, relative aux réformés de guerre, si l'Eure vient en tête des départements pour la proportion des bénéficiaires faisant appel au concours médical, notre département tient également la tête pour la modicité du prix de revient de chaque malade soigné. Ces faits sont notre meilleure réponsé aux attaques intéressées et toujours abstraites lancées contre nous.

Pour les service de l'Assistance médicale gratuite, nous voyons d'année en année notre situation, par rapport aux autres départements français, devenir de plus en plus désavantageuse. Nous nous trouvons aujourd'hui relégués au dernier rang, alors que l'Eure département riche, tient la deuxième place pour le nombre d'automobiles par tête d'habitants. On ne peut donc vraiment, en élémentaire justice, nous faire grief de vouloir améliorer notre situation. Et cela est si vrai que, dès la session de printemps, la commission d'assistance du conseil général le reconnaissait, et prenait devant nous l'engagement verbal d'un relèvement de tarifs, devant avoir effet rétroactif dès 1931.

Et ici je tiens à rendre hommage à l'esprit de compréhension, à la courtoisie, avec lesquels la 3e commission a toujours étudié avec nous les meilleures conditions de fonctionnement des services d'assistance. Le conseil général n'a pas cru devoir partager cet état d'esprit de sa commission compétente. Nous le regrettons et nous déclarons, nous médecins, ne pouvoir participer à un service sur la base d'un tel état d'esprit Nous préférons soigner gratuitement les déshérités de la fortune, comme nos anciens le faisaient avant la loi de 1893, comme nous le faisons tous encore aujourd'hui pour ceux dont la pauvreté n'est pas offiicielle.

Et mes collègues m'ont délégué, Monsieur le Préfet, pour vous transmettre leur décision, régulièrement prise à leur assemblée générale du 29 novembre, de se désintéresser du service d'assistance médicale à la date du 1er février 1932.

Dr Vivier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** (Professeur : M. A. GOSSET.) — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT fait avec la collaboration de MM. Robert MONOD, D. PETIT-DUTAILLIS, J. CHARRIER, LEIBOVICI, THALHEIMER et Raymond BERNARD, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. GUTMANN, médecin des hôpitaux ; Georges LŒWY, A. RAIGA, G. SEILLE et R. SAUVAGE, anciens chefs de clinique, et FUNCK-BRENTANO, LECŒUR et AUDOIN, chefs de clinique.

a) Destiné aux docteurs en médecine français et étrangers : Opérations, par le professeur : mercredi, à 10 heures. — Leçon clinique et de thérapeutique chirurgicales, par le professeur : jeudi à 11 h. 30. — Présentation de malades : jeudi, à 11 heures. — Radio-diagnostic, par M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours : mardi, à 11 heures. — Visite des salles, par le professeur : mercredi, à 9 heures. — Opérations, par les assistants : mardi et jeudi, à 9 h. 30. — Présentation de pièces, par M. Ivan BERTRAND, directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes : samedi à 10 heures.

b) Destiné aux étudiants en médecine, stagiaires dans le service : tous les jours, à 9 h. 30, conférence de séméiologie chirurgicale. — Lundi : Opérations. — Mardi : Radio-diagnostic. — Mercredi : Présentation de malades. — Jeudi : Leçon clinique par le professeur. — Vendredi : Opérations. — Samedi : Leçon d'Anatomie pathologique ou de Bactériologie.

CONSULTATIONS. — *Chirurgie générale* : Consultation tous les jours, à 9 heures, MM. les Docteurs P. BARRAGUE et Marcel BLONDIN, anciens chefs de clinique. — Voies urinaires : mardi et vendredi, à 9 h. 1/2, MM. les Docteurs Jean CHARRIER et PETETIN ; jeudi à 9 h. 1/2, Cystoscopies. — Gynécologie : mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, Mme le Docteur FRANCILLON-LOBRE. — Tumeurs : vendredi, à 10 heures, M. le Docteur Robert MONOD. — Radiothérapie : mardi, à 9 heures, M. le Docteur LEDOUX-LEBARD. — Curiethérapie : vendredi, à 10 heures, M. le Docteur WALLON. — Electrothérapie : lundi et vendredi, à 10 heures, Mme le Docteur GEISMAR. — Gastro-entérologie (présentation de malades) : lundi, mardi et vendredi, à 10 heures, M. le Docteur René-A. GUTMANN et M. le Docteur JAHIEL. — Gastro-entérologie : mercredi et jeudi, à 9 heures, Mme le Docteur HARMELIN-LINES. — Tuberculoses chirurgicales : lundi et vendredi, à 9 heures, M. le Docteur VAUDREMER. — Oto-rhino-laryngologie : lundi, à 9 heures, M. le Docteur MUNCH. — Ophtalmologie : 1er et 3e mardis, à 11 heures, M. le Docteur Paul-J. PETIT. — Rectoscopie : samedi, à 9 heures, M. le Docteur SAVIGNAC.

Consultations pour les anciens opérés du service. — Gastro-entérologie : samedi, à 10 heures. MM. les Docteurs René-A. GUTMANN et JAHIEL. — Chirurgie générale : lundi, à 10 heures, M. le Docteur Georges LŒVY. Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service le mercredi, à 10 heures, par M. le Docteur LENOIR, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu à partir du 11 juin 1932.

Il comprendra : 1° Des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le Professeur GOSSET ; 2° Des démonstrations à l'Amphithéâtre ; 3° Des séances de chirurgie expérimentale ; 4° Des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ; 5° Des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations à l'Amphithéâtre et au Laboratoire de chirurgie expérimentale. Les droits d'inscription pour ce cours seront fixés ultérieurement. Un cours complémentaire en langue anglaise d'une durée d'une semaine, réservé aux docteurs en médecine de langue anglaise, aura lieu en juillet 1932. Pour tous renseignements s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

— **Clinique des maladies du système nerveux.** — M. le Professeur Georges GUILLAIN a commencé son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 10 h. 1/2, à l'hospice de la Salpêtrière (Amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures, (Policlinique à la salle de Consultations externes de l'hôpital), et les vendredis à 10 h. 1/2 (Amphithéâtre de la Clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 1/4, conférence de séméiologie, par M. Th. ALAJOUANINE, agrégé ; MM. BIZE, MICHAUX, ROUQUÈS, THUREL, chefs de clinique ; MM. DARQUIER, MATHIEU, MOLLARET, PÉRISSON, SCHMITE, THÉVENARD, anciens chefs de clinique. A 10 h. 1/2, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. PÉRON, les mercredis et samedis, à 10 heures. — Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. GARCIN médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de biologie, le jeudi à 10 heures. — Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan BERTRAND, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures. — Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. BOURGUIGNON, chef du Service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures. — Examens de neurologie oculaire, par M. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux, le samedi à 10 heures. — Examens otologiques, par M. AUBRY, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mars et octobre 1932. — Un cours de séméiologie du système nerveux sera fait par M. Th. ALAJOUANINE en mai 1932. — Un cours sur la séméiologie et la pathologie des nerfs craniens sera fait en février 1932 par M. GARCIN, médecin des hôpitaux. — Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan BERTRAND en juin 1932.

— **Vacances de Noël et du jour de l'An.** — La Faculté (Bibliothèque, cours et travaux pratiques et examens) sera fermée du jeudi 24 décembre 1931 au 3 janvier 1932 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les : mercredi 30 décembre, jeudi 31 décembre, vendredi 1er janvier 1932 et samedi 2 janvier.

— **Programme du cours pratique de thérapeutique dermatologique.** (Hôpital Saint-Louis, service de M. SÉZARY, agrégé. Du 18 au 30 janvier 1932). — I. CONFÉRENCES : Les conférences auront lieu tous les jours à la salle des conférences du Musée, à 9 heures, 13 h. 30 et 14 h. 45.

1) *Méthodes thérapeutiques.* — 1. Les directives de la thérapeutique en dermatologie (M. SÉZARY). — 2. Mé-

thodes de désensibilisation. Allassothérapie (M. Sézary). — —3. Vaccinothérapie. Protéinothérapie locale (M. Sézary). — 4. Les Régimes. Les cures thermales (M. Gallerand). — 5. Pharmacologie dermatologique (M. G. Lévy). — 6. Médications réductrices (M. Schulmann) — 7. Les décapants, exfoliants. Les caustiques (M. G. Lévy). — 8. Médications antiseptiques (M. E. Combe). — 9. Médications antiparasitaires (M. E. Combe). — 10. Petite chirurgie. Scarifications, Curettage, etc (M. Paul Lefèvre). — 11. Cryothérapie (M. N.....). — 12. Les agents physiques. Généralités (M. Belot). — 13. Rayons X (M. Belot). — 13. Radium (M. Belot). — 15. — Electrothérapie (basse tension). Electrolyse. Ionisation (M. Belot). — 16. Electrothérapie (haute tension). Haute fréquence. Diathermie. Electro-coagulation (M. Belot). — 17. Radiations diverses. Rayons ultra-violets, infra-rouges. Air chaud. Galvano-cautère (M. Belot).

2) *Traitement des Dermatoses*. — 1. Impétigo. Ecthyma. Trichophytie cutanée. Epidermomycoses. Streptococcides (M. E. Combe). 2. Phtiriase. Gale (M. E. Combe). — 3. Prurits. Prurigos. Strophulus. Urticaire (M. Schulmann). — 4. Eczéma. Dysidrose (M. Gallerand). — 5. Lichen plan. Pityriasis rosé. Ichtyose. Kératodermies (M. Lévy-Coblentz). — 6. Herpès. Zona. Maladie de Duhring. Pemphigus (M. Schulmann). — 7. Dermites artificielles. Erythème polymorphe. Purpuras (M. G. Lévy). — 8. Psoriasis et parapsoriasis (M. Sézary). — 9. Tuberculose cutanée (M. P. Lefèvre). — 10. Tuberculides. Lupus érythémateux (M. P. Lefèvre). — Gommes cutanées. Ulcères de jambe (M. Schulmann). — 11. Chancre mou. Lymphogranulomatose inguinale (M. Paul Lefèvre). — 13. Séborrhée. Acné (M. Sabouraud). — 14. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Anthrax. (M. Sabouraud). — 15. Teignes (M. Sabouraud). — 16. Alopécies (M. Sabouraud). — 17. Tumeurs bénignes (M. Gallerand). — 18. Tumeurs malignes (M. Gallerand). — 19. Leucémides. Maladie de Hogdkin. Mycosis fongoïde (M. Lévy-Coblentz). — 20. Sclérodermie. Dyschromies. Vitiligo. (M. Lévy-Coblentz).

II. Travaux pratiques. — 1° Discussion sur les indications thérapeutiques chez les malades de la policlinique et des salles, les lundis et vendredis, à 10 heures (Sézary) ; 2° Exercices pratiques de petite chirurgie et manipulations des agents physiques (Belot, Ducourtioux, Mme Blass), les mardis, mercredis, jeudis et samedis, à 10 heures.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin à l'hôpital Saint-Louis, service du Docteur Sézary, pavillon Louis Brocq. S'inscrire soit au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit au B. R. M. E. à la Faculté (salle Béclard), de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

Droit d'inscription : 400 francs. L'horaire du cours sera remis à chacun des élèves inscrits. Un certificat d'assiduité sera délivré sur demande justifiée.

— **Thèses**. — Lundi 7 décembre. — Jury : MM. Clerc, Donzelot, Hutinel, Lévy-Valensi. — M. Zadoc-Kahn, Bertrand : Les anomalies électro-cardiaques, au cours de la diphtérie.

Jeudi 10 décembre. — Jury : MM. Tanon, Terrien, Philibert, Velter. — M. Baret : L'assistance médicale publique à la Réunion (1924-1929).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Médaille d'or de l'Internat**. — *Chirurgie et accouchements*. — *Jugement des mémoires*. — Séance du 1er décembre. — MM. Mayer, 16 ; Merger, 18 ; Padovani, 17 ; Sicard, 20.

Composition écrite anonyme. — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Nerf phrénique. — Luxations récidivantes de l'épaule. »

MM. Sicard, 28 ; Padovani, 26.

Consultation écrite anonyme. — Séance du 4 décembre. — MM. Padovani, 18 ; Sicard, 17.

Classement des candidats :

MM. Sicard, 65 ; Padovani, 61.

La Médaille d'or est décernée à M. Sicard.

La Médaille d'argent à M. Padovani.

— **Concours de l'Internat**. — *Oral*. — Séance du 2 décembre. — Diagnostic et pronostic des fractures malléolaires. — Formes cliniques des cirrhoses alcooliques du foie.

Ont obtenu : MM. Esquirol, 18 ; Brincourt, 22 1/2 ; Bour, 20 ; Adrianopoulos, 20 1/2 ; Debray, 21 ; Giard, 18 ; Rambert, 17 ; Bouley, 21 ; Grèze, 13 ; Fontaine, 17 ; Trotot, 18.

Séance du 2 décembre. — Causes et signes de l'occlusion intestinale aiguë. — Hémoptysies tuberculeuses,

Ont obtenu : MM. Gibert, 21 ; Sambron, 23 ; Fasquelle, 21 ; Brunhes, 19.

— **Concours de l'Internat**. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Boulet, Bréhant, Fresnais, Gahinet, Schumann, Strée, Varengot, Debray, Willot, Soubrane, Israel, Gibert Sambron, Dulot, Robert, Sabourin, Bensaude, Wetterwald, Stewart, Ferroir, Cachin Livieratos, Esquirol, Bourdial, Mlle Jammet, MM. Stérin, Arnal, Lichtenberg, Bastine, Delorme, Escrivan (d'), Camelot, Zha, Genty (Philippe), Perreau (Pierre), Olivier, Lauret, Vauclin, Baumgartner, Grollier, Aboulker, Macrez, Fourestier, Ghozland, Chevallier (Roger), Dreyfus, Brouet, Bloch (Henri), Tran-Quang Dé, Yovanovith, Boisseau, David, Soyer, Mlle Gagneur, MM. Brincourt, Guillaumat, Caby, Soulignac, Klotz, Lachmann, Pergola, Abaza, Hanaut, Judet, Roux, Pourquié, Pescarolo, Mlle Spire, MM. Maspétiol, Bidou, Desvignes, Mallarmé, Chapireau, ; Landrieu, Fontaine, Boulle, Morax, Bonnet (Pierre) ; *Mme* Longuet ; *MM.* Voisin, Vial, Coussieu, Brocard, Rodier, Gaultier.

Externes en premier : MM. Moulinier, Bour, Marre, Camus (Jean), Boussoulade, Douay, Allilaire, Lanthier, Grossiord ; Mlles Huguet, Abadi ; MM. Pécher, Roy (André), Aliker, Levaditi, Bonnet (Georges), Seguin ; Mlle Lyon ; MM. Benassy, Hertz ; Adrianopoulos, Sauvain, Dormay, Porge, François, Demartial, Chareire, de Botton, Dechaume-Moncharmont, Catinet, Kaplan, Lafon, Dubois, Beau-fils, Findjanjian, Debidour, Bigey, Simon, Terver, Boisonnet, Dutray ; Mlle Abraham ; MM. Pointud, Brunhes, Genty, Bonhomme, Taich, Carrez ; Mlle Hahn ; MM. Arvay, Leroy (Louis), Delort, Benoist, Perrot, Duperrat, Coldefy, Legry, Amante, Béquignon, Fasquelle, Nastorg, Moreno, Velez, Offret, Scheid, Trombert, Kipfer, Chatain, Goyer, Vendryes, Perret, Delaître ; Mlle Courier ; MM. Pierra, Seringe, Boursat, Huguier, Vildé, Gilbert, Rambert, Pellier.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr FRANÇOIS, de Nancy ; du Dr BERTHOU, de Querrien (Finistère) ; du Dr PAULESCO, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest ; du Dr David BRUCE, de Londres, correspondant étranger de l'Académie de médecine, auteur des premiers travaux sur la mélitococcie ; du Dr Louis DELMAS, de Rieux-Minervois (Aude), père des Professeurs Paul et Jean Delmas, de Montpellier.

— **Faculté de droit de Paris.** *Cours de psychiatrie médico-légale.* — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours de psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le jeudi 10 décembre, à 11 heures, amphithéâtre III, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — 14 janvier 1932 : Réactions antisociales des délirants. — 21 janvier : Réactions antisociales des déments. — 28 janvier : Réactions antisociales des périodiques.

4 février : L'homicide pathologique. — 11 février: Les limites du vol morbide. — 18 février : Les limites morbides des attentats aux mœurs. — 25 février : Anthropologie criminelle et sciences pénales.

— **Le Cinquantenaire de la découverte du bacille de la tuberculose.** — Le cinquantenaire de la découverte par Koch du bacille de la tuberculose sera fêté à Berlin, le 24 mars 1932. En mai 1932, auront lieu des journées scientifiques auxquelles seront conviés de nombreux savants allemands et étrangers.

— **IXe Congrès international de chirurgie** — Le IXe Congrès international de chirurgie se tiendra à Madrid du 15 au 18 mars 1932, sous la présidence du Professeur Quervain.

Plusieurs rapports seront présentés sur chacune des questions suivantes :

1° *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes* : rapports par MM. ELSBERG, (New-York), YIRASEK (Prague), OLIVARES (Madrid), BERIEL (Lyon), DE MARTEL et ROBINEAU (Paris), DOMINICI (Pérouse), GOLDSTEIN (Varsovie).

2° *Suppurations pulmonaires tuberculeuses* : MM. LILIENTHAL (New-York), LOPEZ SANCHO (Valence), BAUMGARTNER (Paris), COQUELET (Bruxelles), M. ASCOLI (Rome), SAUERBRUCH (Berlin).

3° *Chirurgie de l'œsophage* : MM. HENSCHEN (Bâle), ZAAISER (Leyde), CARDENAL (Madrid), GRÉGOIRE (Paris), JIANO (Bucarest), LUSENA (Gênes).

4° *Progrès récents de l'anesthésie en chirurgie* : MM. ISCHIKAWA (Kasanawa), JURASZ (Posnan), GORZANES (Madrid), TRIAS-PUSOL (Barcelone), MERIEL (Toulouse), MONOD (Paris), FREDET (Paris), UFFREDUZZI (Turin), LORENZINI (Milan), ANSCHUTZ (Kiel).

Des voyages collectifs auront lieu, avant le Congrès les 13 et 14 mars, à Burgos et l'Escurial, et après la clôture des travaux avec l'itinéraire suivant : le 19 mars, Tolède; le 20, Madrid ; le 21, Séville ; les 22 et 23, Séville-Cordoue ; les 24 et 25, Grenade ; les 26 et 27, Valence ; les 28 et 29, Barcelone (avec excursion à Monserrat) ; le 30, retour à Barcelone et de là à la frontière française à Port-Bou.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

— **Hôpital Henri-Rousselle.** — Sont titularisés : MM. Teisseire, comme médecin chargé de la médecine générale ; Dupouy, comme médecin du dispensaire de prophylaxie mentale, chargé de la consultation de psychiatrie générale.

— **IIe Congrès international de la Lumière** — Du 15 au 19 août 1932, se tiendra, à Copenhague, sous le haut patronage de S. M. le roi du Danemark, sous la présidence d'honneur de M. Bertel Dalgaard, ministre de l'Intérieur, et sous la présidence effective de M. Axel Reyn, médecin-chef de l'Institut Finsen, le IIe Congrès international de la Lumière (biologie, biophysique et thérapeutique).

Vingt-six nations seront officiellement représentées à ce Congrès dont l'ordre du jour comportera l'étude des quatre questions suivantes qui seront l'objet de rapports et de discussions : 1° Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer ? 2° Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière. 3° Bases et organisation des recherches hélio-climatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique. 4° Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets.

Des facilités de voyage sont prévues en faveur des membres du Congrès qui devront adresser leur demande d'inscription au Secrétariat général : *Finseninstitutet, Strandboulevard, Copenhague*, avant le 1er juillet 1932.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Le service des trains de voyageurs est maintenu pendant l'hiver entre Chamonix, Argentières et Montroc le Planet.* — Les trains de voyageurs de la ligne électrique de Saint-Gervais à Chamonix et Vallorcine qui, pendant l'hiver, ne circulaient pas, avant l'an dernier, entre les Tines et Vallorcine, ont pu être maintenus jusqu'à Montroc Le Planet grâce aux importants travaux de protection de la ligne, contre les avalanches, qui ont été exécutés par la Compagnie P. L. M.

Les hivernants peuvent donc atteindre en chemin de fer, pendant la saison des neiges, Argentière où un hôtel de premier ordre vient d'être ouvert, et les hauts champs de ski du Planet.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Droit aux prestations de l'assurance-maladie.

13340. — M. Julien Durand demande à M. le ministre du travail si l'assuré obligatoire, inscrit depuis près d'un an, a droit aux prestations lorsqu'il a cotisé soixante jours durant les trois mois ayant précédé la maladie, sans avoir cotisé deux cent quarante jours au cours de l'année ayant précédé la maladie, ou si, au contraire, les prestations ne sont dues que si les cotisations ont été versées pendant le minimum de deux cent quarante jours (*Question du 12 novembre* 1931.)

Réponse. — Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maladie, il suffit que l'assuré remplisse l'une des deux conditions de versement prévues à l'article 5 paragraphe 2 de la loi du 30 avril 1930. Dans le cas dont il s'agit, l'assuré doit recevoir les prestations s'il a cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs à sa maladie. (*J. O.*, 12 décembre 1931.)

Durée des prestations de l'assurance-maladie.

13956. — M. le docteur L. J. Régis expose à M. le ministre du travail que le manuel pratique des assurances sociales, édité par le comité central des assurances sociales, 31, rue Guyot, à Paris, s'exprime ainsi, à la page 70, à propos de la durée des prestations : « A notre avis, l'article 4 doit être interprété comme interdisant à la caisse de soigner une maladie plus de six mois. Passé ce délai, les droits de l'assuré se trouvent irrévocablement épuisés pour la maladie qui a donné lieu aux prestations. Ils restent au contraire entiers pour une maladie distincte de la première » ; et lui demande si l'on doit admettre cette interprétation du traité, qui nécessiterait une fiche médicale par malade. (*Question du 12 novembre* 1931.)

Réponse. — Le bénéfice de l'assurance-maladie ne peut plus être, en effet, invoqué pour une maladie qui se prolonge au-delà de six mois, quelle que soit sa durée, à moins que considéré comme guéri, le malade ne fasse après deux mois une rechute. Dans ce cas, il pourrait bénéficier, comme s'il s'agissait d'une maladie nouvelle, d'une nouvelle période de six mois de prestations, à condition de remplir à ce moment les conditions légales de versement, les journées de maladie indemnisées étant décomptées comme journées de cotisations. Il appartient à la caisse primaire de rechercher, au moyen du contrôle médical prévu par l'article 7, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 et l'article 25, paragraphe 1er du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, si l'assuré est soigné pour la même maladie ou s'il est atteint d'une maladie nouvelle. (*J. O.*, 12 décembre 1931.)

LE DINER DU CENTRE DE DIAGNOSTIC
de la rue Andrieux

Le Centre de diagnostic de la rue Andrieux a fêté son XI[e] anniversaire le samedi 12 décembre dernier, en un dîner fastueux qui fut servi dans les salons du Royal Monceau : de succulentes truites froides, des poulardes dodues à souhait, flanquées de petits pois cuits sous la cendre, un foie gras onctueux autant que parfumé, composaient une symphonie admirablement orchestrée, de mets choisis, que rehaussaient des crus fameux, jusques et y compris un Montebello pétillant dont les débordements mousseux sonnèrent, selon la tradition, l'heure des toasts.

Ce dîner devait être présidé par le Professeur Lambret, de Lille. Indisposé à la dernière minute, il avait dû s'excuser, et s'était fait représenter par son gendre, le D[r] Coliez, radiologiste. Il fut remplacé, à la présidence du dîner, par notre grand ami, M. le Professeur Nobécourt. Mais l'on entendit quand même sa voix, car il avait remis au D[r] Colliez, un message dont celui-ci donna lecture, et où il faisait finement remarquer que la dénomination Centre de diagnostic, inaugurée en 1920, était devenue officielle depuis que le ministre du Travail s'en était emparé......

Maurice Delort, prenant texte de la Circulaire ministérielle relative à l'organisation de la médecine préventive, fit spirituellement remarquer que ses collaborateurs et lui se présentaient cette année avec un titre nouveau, puisqu'ils prenaient ainsi figures d'ancêtres. Il rappela que le Centre de la rue Andrieux était né de la collaboration, désintéressée et spontanée, de quelques camarades désireux de faciliter à leurs confrères, en des conditions bien définies, l'établissement d'un diagnostic qui réclame des recherches spéciales, des examens particuliers, un outillage compliqué.

Orgueilleux de leur indépendance, les médecins de ce Centre entendent continuer à obéir à leur conscience éclairée par une science avide de se prodiguer pour le bien commun.

M. le Professeur Nobécourt, familièrement, fit l'apologie du médecin qui exerce une carrière libérale et entend, par cela même, demeurer libre. Il repoussa la perspective d'une médecine fonctionnarisée comme indésirable, et but à l'indépendance de notre profession.

Le message du professeur Lambret et les allocutions de MM. Nobécourt et Delort furent chaleureusement applaudis. Et l'on passa dans le salon voisin, où, tout en dégustant un café fumant, on écouta avec délice les œuvres de quelques chansonniers montmartrois, parmi lesquels Dorin, fameux entre tous, se tailla un succès qui dut lui être d'autant plus sensible qu'il eut, par hasard, pour auditeur attentif et amusé, Le Bargy, de la Comédie Française, qui, se trouvant dans le voisinage, avait été prié de se mêler à notre gent médicale, pour

ouïr les amusantes satires dont ces spirituels auteurs sont en même temps les propagateurs.

Nous étions une centaine à prendre part à cette jolie fête. J'ai remarqué, parmi mes commensaux, les distingués confrères Fanton d'Andon, Jayle, Clovis Vincent, Le Sourd, Groc, Cibrie, Jausion (du Val-de-Grâce), Béliard, Joly, Hilaire, Dequidt, Buizard, etc. parmi lesquels je compte tant d'amis.

Excellente soirée ; triomphe de l'idée du Centre de diagnostic, dont elle consacre la vitalité, et qui, rue Andrieux, fut une anticipation aujourd'hui en vedette......

Je remercie tout particulièrement mes excellents confrères et amis DELORT et RENAUDEAUX des égards dont ils m'ont tout particulièrement entouré, et dont je conserverai un durable souvenir.

G. DUCHESNE.

Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine

L'Assemblée générale du 2e semestre a eu lieu le dimanche 6 décembre, dans la grande salle de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Elle était présidée par le Dr L. Boyer, président du syndicat, qui, dans une allocution fort applaudie, a fait ressortir combien les soins donnés dans les établissements de médecine sociale ne valaient pas les soins individuels du médecin de famille ; bien des malades hospitalisés, la moitié peut-être, pourraient être avantageusement soignés à domicile.

Après les rapports annuels du secrétaire général et du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, le premier montrant l'importance du travail effectué par les commissions syndicales, le second affirmant son énergique volonté de poursuivre tous ceux qui font de la médecine sans diplôme et qui, par suite, sont dangereux pour les malades, l'assemblée générale a eu à se prononcer sur les diverses questions d'actualité touchant tant à la défense professionnelle qu'à l'exercice de la médecine.

C'est, d'abord, la stomatologie, branche de l'art médical, dont on réclame l'enseignement spécial dans les facultés de médecine, avec obligation d'études et obtention du diplôme de docteur en médecine.

Puis, cette une protestation contre les projets fiscaux, concernant la patente médicale, pour laquelle on veut établir un droit fixe de base trop élevé (4.000 francs pour Paris); ensuite c'est l'affirmation de voir votée la loi Armbruster restreignant l'accession des étrangers au diplôme d'Etat donnant le droit d'exercer la médecine en France.

Une longue discussion a lieu ensuite, à propos du projet de création de centres de diagnostic réservés aux assurés sociaux.

Le Syndicat des médecins de la Seine demande : que le médecin praticien conserve le libre choix du spécialiste auquel il fait appel pour l'aider dans son diagnostic, que les caisses, si elles créent ces centres, y respectent pleinement les principes de la charte médicale adoptée par la Confédération et enfin que les assurés sociaux puissent continuer à être envoyés aux laboratoires privés patentés existant dans les grands centres et notamment à Paris.

L'assemblée générale adopte ensuite les dispositions statutaires qui permettront aux spécialistes d'être représentés à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, puis nomme vingt membres de son Conseil d'administration pour 1932; parmi les nouveaux élus, figurent les Drs Deniker et Brodin, du corps médical hospitalier ce qui réalise le désir, maintes fois exprimé, d'union de tout le corps médical du département de la Seine.

LE CONGRÈS DES CONTRIBUABLES

Le IIIe Congrès national des Contribuables organisé par la Fédération nationale des syndicats et groupements de Contribuables, 24, rue de Clichy, à Paris, s'est tenu en cette ville les 10, 11 et 11 décembre courant.

Le succès obtenu dépassa toutes les espérances des organisateurs. Plus de cinq millions de contribuables firent l'union autour du programme de la Fédération et des résolutions d'une extrême importance furent votées.

De celles-ci, deux idées maîtresses se dégagent qui doivent faire l'union de tous les gens d'ordre, de bon sens et de raison :

Les contribuables déclarent que les charges fiscales actuelles de l'Etat, de la plupart des départements et des municipalités sont insupportables, car elles tuent la production par l'augmentation des frais généraux, donc des prix de revient, et menaçent de ruiner l'économie générale du pays, entraînant dans la catastrophe tous les producteurs, les travailleurs et les commerçants, ainsi que les consommateurs et les épargnants.

En conséquence, les contribuables sont formellement opposés à toute augmentation des charges budgétaires, celles-ci entrainant automatiquement la création d'impôts nouveaux visibles et invisibles, ou l'aggravation des charges existantes. Si des dépenses

nouvelles et urgentes sont inévitables, elles doivent être compensées par des économies correspondantes réalisées préalablement par ailleurs.

Les contribuables ne sont pas des agitateurs. Au contraire, ils sont unanimement décidés à aider les Pouvoirs publics pour le service de l'intérêt général, mais ils ne veulent pas être dupés et bernés sans cesse. Ils constatent que, de l'aveu même du Parlement et des Pouvoirs publics, ceux-ci sont impuissants, parce que, sous la pression d'éléments qui les entraînent dans une politique budgétaire désastreuse pour l'intérêt national.

Dans ces conditions, les contribuables sont décidés à assurer eux-mêmes la protection et la défense de leurs intérêts et, si les moyens jusqu'ici patiemment employés continuent à s'avérer d'une efficacité insuffisante, ils se déclarent fortement résolus à recourir, à leur grand regret, aux moyens extrêmes, c'est-à-dire à organiser la grève de l'impôt (municipal, départemental, national) afin de mettre un terme définitif à un mal qui peut être catastrophique pour toute la Nation comme ruineux irrémédiablement pour tous les Français sans exception.

Les Contribuables réunis viennent de prendre ainsi la seule résolution raisonnable : se défendre eux-mêmes puisqu'ils sont obligés malheureusement d'enregistrer la carence de leurs véritables défenseurs.

Dans un prochain numéro, nous reparlerons en détail de cette imposante manifestation, qui marquera une date historique pour notre pays.

CORRESPONDANCE

Baux et Locations

5712. — Prorogation Droit de reprise du propriétaire

Dans quelles conditions un propriétaire peut-il renvoyer un de ses locataires médecin ? Le médecin possède la carte de combattant et le propriétaire ne l'a pas.

A-t-il, malgré ce fait, un droit de reprise ? Si oui, doit-il une indemnité ?

La location remonte à avant la guerre et a été renouvelée par baux successifs dont le dernier en 1921.

Dr P.

Réponse.

La loi du 29 juin 1929 sur les loyers est applicable dans votre ville qui compte plus de 4.000 habitants, à moins qu'un décret en Conseil d'Etat rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général, n'y ait abrogé la législation spéciale de loyers et édicté le retour au droit commun en cette matière.

Si la loi du 29 juin 1929 est toujours applicable dans votre ville, il est impossible à un propriétaire de reprendre un immeuble occupé par un locataire médecin, que ce dernier soit titulaire

ou non de la carte du combattant, car le droit de reprise reconnu au propriétaire par l'art. 5 de la loi ne peut porter que sur des locaux servant *exclusivement à l'habitation.*

Accidents du Travail

5957. — Point de départ du demi-salaire

1° Est-il vrai qu'un accidendé du travail n'a pas droit au demi-salaire à partir du 1er jour s'il n'a pas douze jours d'incapacité de travail ?

2° Quelle est la législation en l'espèce ? De quel jour doit partir le demi-salaire ? Quel que soit le nombre de jours d'incapacité ?

Dr E.

Réponse.

En vertu de l'art. 3 de la loi du 9 avil 1898 sur les accidents du travail, l'indemnité journalière est due au blessé à partir du cinquième jour qui suit l'accident.

Toutefois elle est due à partir du premier jour si l'incapacité de travail dure plus de 10 jours

Il faut donc une incapacité d'au moins 11 jours pour que le blesse ait droit à son demi-salaire à compter du lendemain de l'accident.

6241. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Je vous serai très obligé de me dire comment il faut calculer l'indemnité que touchera un accidenté du travail qui a une incapacité permanente et partielle de 6 % et dont le salaire s'élevait à 13.824 fr. par an.

Dr J.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, la rente due au blessé atteint d'incapacité permanente partielle est égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire.

D'autre part, pour le calcul de la rente, le salaire n'est retenu dans son intégralité que jusqu'à 8.000 fr. Pour la partie du salaire excédant 8.000 fr., seul le 1/4 est retenu.

Dans le cas que vous nous soumettez, le montant de la rente due à votre client sera donc obtenu au moyen de la formule suivante :

$$\frac{8000 + (5824/4) \times 6}{100 \times 2} = 283,68$$

6300. — Droits de la veuve d'un pilote d'avion

Je vous serais très obligé si vous pouviez me fixer sur le montant de la rente que pourra toucher une

veuve dont le mari est mort en service comme pilote de la Cie X.

Le salaire de l'année fut 84.917 fr. y compris les primes de déplacement (séjour à la colonie) se décomposant ainsi :

Fixe, 1.400 fr. par mois.
Prime de navigateur, 350 fr. par mois ;
Allocation familiale, X par mois
Heures de vol, X ;
Indemnité coloniale, X.

Dr D.

Réponse.

Conformément à l'art. 10 de la loi sur les accidents du travail, le salaire qui doit servir de base à la fixation de la rente due à la veuve, doit s'entendre de la rémunération effectivement touchée par la victime, soit en argent, soit en nature, pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident.

Pour le calcul de la rente, doivent entrer en ligne de compte, non seulement le salaire proprement dit, mais les indemnités de toutes sortes qui pouvaient être allouées à des titres divers à la victime, sauf celles qui pouvaient avoir le caractère de remboursement de dépenses exceptionnelles.

Il est assez difficile, étant donné les renseignements fournis par votre lettre, de déterminer si la somme de 84.917 fr. touchée par la victime au cours de l'année qui a précédé l'accident, doit être retenue dans son intégralité, mais il ne semble pas qu'en tout état de cause, elle ait à subir une forte réduction.

D'autre part, l'art. 2 de la loi décide que les victimes d'accidents du travail dont le salaire annuel dépasse 8.000 fr. ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus et jusqu'à 18.500 fr. ils n'ont droit qu'au 1/4 des rentes stipulées à l'art. 3 ; au-delà de 18.500 fr., ils n'ont droit qu'au 1/8, à moins de convention contraire élevant le chiffre de la quotité.

Enfin, l'art. 3 accorde à la veuve non divorcée ni séparée de corps, une rente viagère égale à 20 % du salaire annuel de la victime, ainsi déterminé.

Par conséquent, en admettant que le salaire de 84.917 fr. doive être intégralement retenu, il n'entrera en ligne de compte pour sa totalité que jusqu'à concurrence de ...... 8.000 fr.
pour le 1/4 de 8.000 à 18.500 fr. soit 2.625 fr.
et enfin pour le 1/8 seulement de 18.500 fr. à 84.917............ 8.552 fr.

le salaire de base se trouvera ainsi ramené à .... 19.177 fr.

La rente de la veuve sera : $\frac{19.177 \times 20}{100} = 3.836,40$

Mais nous devons vous signaler que la veuve

est également en mesure de bénéficier de la loi du 30 mars 1928 relative aux statuts du personnel naviguant de l'Aéronautique. En effet, l'art. 5 de cette loi en étend le bénéfice au personnel français de l'Aéronautique civile. Or, en vertu de l'art. 2 du décret du 26 janvier 1929 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'art. 5 de la loi du 30 mars 1928, lorsqu'au cours d'un service aérien nécessité par l'accomplissement de ses fonctions, un membre du personnel naviguant d'une entreprise commerciale est atteint d'une blessure entraînant la mort, ses ayants droit ont droit à une allocation une fois donnée, qui peut se cumuler avec les indemnités attibuées au titre de la législation sur les accidents du travail. Cette allocation, aux termes de l'art. 6 est de 100.0000 fr. si la rémunération annuelle de la victime était au moins égale à 25.000 fr. comme c'est le cas.

La demande d'allocation doit être adressée par la veuve au Directeur Général de la Caisse des Dépôts et Consignations, et porter les indications suivantes : nom, prénoms, état civil et domicile de la demanderesse ; nationalité de la victime, date de l'accident, désignation de l'entreprise au service de laquelle est survenu l'accident.

A l'appui de la demande, il doit être produit une expédition du procès-verbal d'enquête dressée par le juge de paix, en vertu de l'art. 12 de la loi du 9 avril 1898 ; une expédition de la décision qui aura alloué à la veuve une rente d'accident du travail. En outre, la demande devra être accompagnée d'un extrait de l'acte de mariage et d'un certificat de non séparation de corps ni de divorce.

L'allocation sera liquidée par la Caisse des Dépôts et Consignations qui fera procéder immédiatement au paiement de l'indemnité. A noter que l'art. 8 permet à la Caisse des Dépôts de faire des avances aux ayants-droit de la victime, qualifiés pour recevoir une allocation, sur la production d'une déclaration du chef d'entreprise, relatant les circonstances de l'accident et attestant :

1° Que celui-ci est survenu en service aérien,

2° Que la victime faisait partie normalement ou occasionnellement du personnel naviguant.

6008. — Accident survenu à l'ouvrier qui se rend à son travail

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire quelle est la jurisprudence en ce qui concerne l'ouvrier blessé en se rendant à son travail (loi 1898).

Il s'agit dans le cas qui m'intéresse d'un ouvrier agricole qui fit une chute de bicyclette le matin en allant de chez lui au jardin où il devait travailler. L'assurance ne veut pas reconnaître l'accident ainsi survenu à l'occasion du travail.

Réponse.

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéé comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été victime soit parvenu sur le lieu du travail, ou après qu'il s'en soit éloigné (voir dans ce sens : Civ. 3 mars 1903-D. P. 1903, 1-273).

Conformément à cette jurisprudence, si votre blessé a été victime d'un accident en se rendant de son domicile au lieu de son travail, il n'y a pas eu accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, et la Cie d'assurances est fondée à rejeter le sinistre.

Application du Tarif des Accidents du travail

6012. — Aide à une opération

Un homme se présente à moi le 9 octobre disant avoir une hernie survenue 2 jours avant en soulevant un lourd fardeau.

Je lui fais un certificat d'accident pour une Cie d'assurance. Cet homme désirant se faire opérer, 3 jours après, le 12 octobre, on l'opère d'une cure radicale de hernie.

Il a payé le chirurgien et les frais de clinique.

Je suis allé assister le chirurgien à l'opération à M, 24 kilom. = 48 kilomètres parcourus.

Comment dois-je libeller ma note pour l'assurance ?

9 octobre, visite au cabinet.........	15 fr.
Certificat initial......................	5 fr.
11 octobre, visite au cabinet,	
L'opération est décidée..............	15 fr.
20 jours d'incapacité prévus.	
12 octobre opération	?
Déplacement	?
29 octobre, visite au cabinet,	
Prolongation de 15 jours.............	15 fr.
13 novembre, visite au cabinet,	
Prolongation de 15 jours	15 fr.

Dr C.

Réponse.

Les consultations sont de 15fr. c'est entendu. Quant à l'opération, vous avez à toucher 50 fr. comme aide (art. 11), plus le déplacement qui serait dû *au médecin le plus rapproché* (art.2). L'opération ayant eu lieu, je pense, dans une ville où il est probable qu'il y a des médecins, vous n'auriez, dans ce cas, droit à aucun déplacement.

Dr F. DECOURT.

6.026 — Fracture du nez.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire le tarif des accidents du travail pour l'opération suivante :

Fracture des os propres du nez.

Redressement compliqué sous anesthésie générale.

Dr B.

Réponse.

Il n'y a rien à ce sujet dans le Tarif Fallières, mais dans le Nouveau Tarif (qui sera mis en vigueur au 15 février 1932) on lit : « Réduction d'une fracture récente du nez, 150 fr. »

Vous pourriez vous baser sur cela mais en l'expliquant comme ci-dessus en envoyant votre note.

Dr F. Decourt.

6290. — Pansements de doigts.

Ayant une divergence dans le règlement d'une note d'honoraires accident du travail avec la Cie d'assurance la F. au sujet d'un blessé qui, le 12 septembre dernier alors qu'il traînait une voiture à bras, fut accroché par une voiture automobile à un tournant de rue et projeté contre la roue d'une voiture du P. L. M. se fit au médium de la main droite (côté latéral interne) une large plaie anfractueuse intéressant les muscles de 4 cent. 1/2 de long avec fragment de peau décollé de toute la longueur, une autre plaie sur le dos de ce doigt, et une 3e plaie sur la face dorsale de l'index droit au niveau de la phalangine. J'envoyai ma note à la F., l'accidenté guéri : note qui portait :

Visite au cabinet :

1 pansement humide antiseptique pour plaie du médius.................................. 15 fr.

1 pansement humide antiseptique pour plaie de l'index.................................. 15 fr.

L'assurance me renvoya ma note en m'en faisant sauter la moitié prétendant que ces réductions étaient effectuées en conformité de l'article 17 du tarif officiel dans lequel il est dit que les pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine donnent droit à une indemnité de 15 fr. : or, le membre supérieur comprend trois segments le bras, l'avant-bras, la main. Par conséquent, bien que dans le cas de plaies à plusieurs doigts de la même main un pansement séparé doive être fait pour chaque doigt, il y a lieu d'appliquer la tarification prévue à l'article 17.

D'autre part, l'arrêté ministériel du 10 avril 1930 n'ayant prévu une augmentation qu'en ce qui concerne le prix de la visite ou de la consultation qui a été porté de 12 à 15 fr., à partir du 1er juillet 1930 : il en résulte que les honoraires sont les mêmes, qu'il s'agisse de pansements simples ou de pansements multiples sur un même segment de membre.

Enfin la F. prétend que cette question a été nettement tranchée dans le *Concours médical* par le

Dr Decourt représentant les médecins de la commission du tarif médical.

Or, je crois fort que l'assurance La F. non ennemie de ses intérêts me raconte des histoires, car il est inadmissible que la commission ait considéré les pansements que l'on est obligé de faire séparément sur chacun des doigts, semblables à un pansement unique plus rapidement et aisément fait pour plusieurs plaies sur un même segment de membre : bras, avant-bras, jambe ou cuisse, car tout médecin sait fort bien qu'il est plus aisé et rapide de faire un pansement englobant plusieurs plaies sur un de ces segments de membres précités que de faire un pansement séparé pour des plaies sur chaque doigt de la main.

D'ailleurs la prétention de la Cie la F. affirmant que vous aviez nettement tranché cette question dans le *Concours médical* doit faire erreur car l'article 17 de la loi tarif chirurgical précité indique justement à sa fin... faisant exception pour les doigts et orteils en tant que pansement.

Pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils en cas de plaies superficielles.)

Ce qui indique justement à l'appui de ma thèse que ne sont comptés pour pansements valables que les pansements sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine exception faite pour les pansements des doigts et des orteils qui doivent être comptés séparément 15 fr.

Ces pansements séparés des doigts correspondent à un pansement ; je crois que c'est une faute des médecins. En attendant le plaisir de vous lire je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Dr R.

Réponse.

Lorsque les plaies de plusieurs doigts sont *superficielles*, le prix du pansement est celui de la consolidation simple, soit 15 fr. Lorsque les plaies sont plus graves, et qu'il y a lieu à « pansements multiples », l'art. 17 entre en jeu et comme tel le prix est... de 15 fr. C'est-à-dire le *même* dans les deux cas depuis juillet 31 que le prix de la consultation a été porté à 15 fr. Mais cette anomalie ne durera que jusqu'au 15 février 1932. *A partir de ce moment* jouera le nouveau tarif qui porte le prix des « pansements multiples sur le même membre » à 25 fr. (art. 16 de ce nouveau tarif, *ce qui rétablira la différence* des deux prix, en cas de pansements simples et de pansements multiples.

Dr F. Decourt.

6174. — Application d'air chaud par un non spécialiste

J'ai encore recours à votre extrême obligeance pour me conseiller dans le différend avec la M. au sujet de la tarification des séances d'air chaud.

Le 10 nov. vous m'avez réjà répondu que l'art. 26 par. VI était applicable bien que je ne fusse pas électro-thérapeute. J'ai adressé votre réponse à la Cie qui m'adresse cette nouvelle lettre que je vous communique. Elle argue de ce fait que « non muni d'appareils spéciaux », je n'ai pas droit à l'application de l'art. 26. Or, les applications d'air chaud que je pratique, ne sont jamais que locales (suites de fractures, ou d'arthrites), et je me sers de l'appareil à air chaud du modèle courant de 120 volts, utilisé encore comme séchoir électrique par les coiffeurs ; je fais des séances de quinze à vingt minutes, il me semble que je doive être rémunéré ne fût-ce que pour la dépense de courant !.. A votre avis cette instrumentation ne peut-elle être considérée comme suffisante pour justifier les honoraires que je demande ?

Au cas où vous estimeriez que je suis dans mon droit, quelle procédure devrais-je suivre pour soumettre le différend à la commission mixte d'arbitrage ? C'est la première fois, Dieu merci, que j'ai une difficulté avec une compagnie d'assurances et j'ignore tout en la matière.

Dr P.

Réponse.

C'est une question *d'espèce* et non de Tarif. Etes-vous « outillé » pour faire les applications d'air chaud ? Si oui, l'art. 15 vous donne le droit de vous faire payer comme un spécialiste... mais vous devez, pour cela, demander auparavant *l'avis conforme* du médecin du chef de l'entreprise ou de son assureur substitué (voir note 1 de l'art. 26-V.)

Dr F. Decourt.

Questions médico-militaires

5606. — Avantages et obtention de la carte de combattant

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me faire connaître quels sont les avantages de la carte du combattant et les démarches nécessaires pour se la procurer.

J'ai quatre ans de front en première ligne et suis par conséquent certain de pouvoir me la procurer si c'est intéressant.

Dr M.

Réponse

Il faut adresser votre demande de « carte de combattant » au Directeur régional du Service de santé, dont vous dépendez actuellement. Si vos droits sont reconnus, un certificat provisoire vous sera envoyé, puis, d'ici 3 ou 4 mois votre carte, par l'intermédiaire de l'Office national du combattant de votre mairie.

La carte de combattant offre le principal avantage d'une allocation annuelle du combattant, dont le montant est de 500 francs à l'âge de 50 ans, et de 1.200 fr. à l'âge de 55 ans.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1931

Les travaux originaux sont indiqués en italiques.

Ce numéro hors série contient la Table des Matières de 1931 dont l'abondance exige, au profit de nos abonnés, un répertoire facile à consulter, selon les rubriques envisagées.

Nous avons été encouragés à renouveler cette publication, — que nous continuerons désormais, — par nos lecteurs dont cette innovation a satisfait les désirs.

Nous nous efforcerons d'améliorer encore ce répertoriage, en même temps que, pour faciliter les recherches, nous reprendrons la publication d'une table semestrielle à la fin du mois de juin.

Quelques indications sur la Ligue Médicale de défense individuelle (Sou Médical), l'Office de Renseignements du *Concours Médical* et la Mutualité Familiale, contribueront à maintenir et à fortifier, entre notre clientèle et nos divers services, cette atmosphère familiale et confiante que nous sommes heureux de voir régner dans notre maison.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE INDIVIDUELLE
(Sou Médical)

Le Secrétariat général est ouvert tous les jours de 9 h. 30 à midi et de 14 h. à 18 h. (le samedi, le matin seulement), 37, rue de Bellefond, où le chef du contentieux et le Secrétaire administratif assurent la permanence.

***

Le Secrétaire général y est personnellement visible le vendredi matin, de 10 h. à midi et le mardi après-midi de 14 h. 30 à 17 h.

***

Les réunions du Conseil d'Administration ont lieu en principe le premier et le troisième mardi à 15 h.

***

Cotisation annuelle : 100 francs. *Compte de chèques postaux* : Paris, (182-31).

MUTUALITÉ FAMILIALE & PROFESSIONNELLE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Objet :

1° Indemnités maladie-accident : de 10 fr. par jour à 50 fr. ;

2° Pensions de retraite de 120 à 4.800 francs : à 60 ou a 65 ans ;

3° Pensions annuelles aux veuves de 120 à 4.800 fr. au décès du mari.

Adresser toute demande de renseignements au Secrétaire général, M. le Dr Mignon, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Compte de chèques postaux : Paris : 182-32.

OFFICE DE RENSEIGNEMENTS
DU
CONCOURS MÉDICAL

Ouvert tous les jours de 9 h. à midi et de 14 h. à 18 h. (le samedi, le matin seulement).

***

Renseignements sur tous les chapitres de la vie professionnelle.

***

Remplacements, clientèles, lois et règlements, instruments et appareils, bibliographie, maisons de cure, œuvres de prévoyance et d'assistance etc...

***

Prix de l'abonnement au *Concours Médical* : 50 francs par an.

***

Comptes de chèques postaux : Paris : 167-95.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1931

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle et Jurisprudence médicale. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques.*

A

B

C

D

E

G

H

I

K

L

M

N

O

P

◆◆◆

Q

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

◆◆◆◆

C

D

E

F

H

I

P

R

S

T

U

V

Supplément Documentaire

A

T

III
NOMS DES AUTEURS

A

B

E

F

G

H

J

L

M

IV

Bibliographie

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

P

R

S

T

U

V

Z

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Hygiène Coloniale

Santé et hygiène publiques au Maroc (1).

Dans toutes nos colonies et pays de protectorat, on a organisé des services de santé et d'hygiène ; on a fait avec plus ou moins de succès, de l'assistance médicale, on a monté des campagnes prophylactiques, essayé des méthodes adaptées au milieu et aux circonstances ; au Maroc, on a eu l'avantage de pouvoir bénéficier de tous les essais antérieurs, heureux ou malheureux, et de tous les progrès déjà réalisés ; de là découlent les caractéristiques qu'y présente l'organisation sanitaire.

La première de ces caractéristiques, c'est l'*unité de doctrine*, qui a inspiré à la fois le service de santé civil et le service de santé militaire. En territoire militaire, marchant avec une colonne mobile, un médecin militaire doit savoir devenir au besoin un pacifique chef d'infirmerie indigène, de même qu'en territoire civil, un médecin civil joint souvent à ses attributions professionnelles celles d'un médecin militaire de garnison. De même, les magasins et pharmacies de réserve militaires ont cédé du matériel et des médicaments à l'organisation civile, tant que cette dernière n'a pas eu son magasin central d'approvisionnement, aujourd'hui réalisé, et réciproquement, au cours de la campagne de 1925, la pharmacie centrale de la santé et de l'hygiène publiques a contribué à l'approvisionnement en médicaments et matériel des hôpitaux militaires. On retrouve encore ce caractère mixte de l'organisation dans les laboratoires, les stations de désinfection et les lazarets.

Mais où la formule de l'interchangeabilité des moyens et du personnel entraîne des conséquences fécondes et très importantes, surtout pour l'avenir, c'est en matière d'hospitalisation. L'assistance médicale indigène précède, en effet, partout la venue des colons et la formation des centres de colonisation ; à côté des organismes de cette assistance (hôpitaux et infirmeries indigènes) coexiste dès le début une organisation sanitaire militaire (infirmerie de poste, infirmerie-ambulance, hôpital de campagne) où le colon trouve asile et conseil en cas de maladie ; lorsque le centre militaire est supprimé, son infirmerie reste et, de mixte qu'elle était elle devient purement civile par une simple cession du département de la guerre au protectorat ; si cet organisme militaire, ou ce qui en subsiste, ne mérite pas d'être conservé ou restauré, le service de la santé et de l'hygiène publiques installe un pavillon sommaire pour Européens à portée de l'infirmerie indigène et pouvant bénéficier de tous les services généraux de cette dernière ; le principe de l'hospitalisation séparée est ainsi sauvegardé et le principe de la communauté des moyens d'action reste acquis en même temps.

Dans les villes où l'hôpital militaire préexiste, à mesure que la pacification et le développement économique se réalisent, la population civile augmente et la population militaire diminue ; il en résulte que les hôpitaux militaires se vident et que les hôpitaux civils se remplissent ; la prévision de ce fait a permis d'éviter, à l'origine, la conception d'hôpitaux militaires définitifs pour des effectifs appelés à s'affaisser et de ne pas réaliser, comme dans d'autres colonies, des établissements dispendieux ne répondant bientôt plus à leur objet, presque déserts, et ne pouvant être utilisés pour l'hospitalisation civile, parce que trop éloignés du centre de l'agglomération ou faisant double emploi avec d'autres établissements. De là, la conception des hôpitaux jumelés, le trop plein de l'un utilisant progressivement et automatiquement la réduction d'effectifs de l'autre.

De même, la médecine et surtout la chirurgie modernes exigeant un outillage industriel d'importance croissante et très dispendieux, beaucoup de ces organismes (laboratoires, buanderies mécaniques, etc.) n'ont pas été spécialisés ; il y a, en effet, économie appréciable de frais généraux à en établir de communs dans chaque localité, ce qui permet d'y consacrer des crédits et d'y apporter une perfection qui ne pourrait se réaliser dans des établissements dispersés.

Une autre caractéristique de l'assistance médicale au Maroc, c'est qu'à côté des postes fixes d'assistance (dispensaire, infirmerie ou hôpital) fonctionnent les groupes sanitaires mobiles constitués par un médecin, des infirmiers, des conducteurs, des mulets, un guide ; quand le développement du système de routes le permet, les animaux de bât sont remplacés par une auto sanitaire permettant à la rigueur le transport d'un malade couché. Le groupe ainsi constitué, a un double caractère ; celui d'un véritable dispensaire de consultation en marche, et surtout celui d'un organe de dépistage, de reconnaissance médicale dont on peut, si une circonstance épidémique l'exige, décupler les moyens pour en faire un organisme de défense prophylactique. Il peut encore se fixer, momentanément, dans une zone de territoire menacé, étendre plus ou moins son champ d'action, devenir à volonté,

(1) Extrait du Rapport de M. Bouilloux-Lafont, député, sur le projet de budget du protectorat du Maroc (*Ch. des députés, Annexe* 3440, *S. O. séance du* 13 *juin* 1930, *J. O.*, 18 novembre 1930.)

suivant l'occasion et les besoins, groupe prophylactique, antityphique, antipesteux, antipaludique, antivarioleux, etc. Il est toujours d'ailleurs largement muni de sérums, de vaccins et de quinine.

Les groupes sanitaires mobiles sont mis, par la direction de la santé et de l'hygiène publiques, à la disposition du chef de région ou de territoire, d'après un programme de tournées établi entre ce dernier et son conseiller technique, le médecin de région véritable inspecteur provincial d'hygiène qui, dans chaque région, surveille l'assistance, organise les campagnes prophylactiques, et s'entoure, si besoin est, d'un conseil régional d'hygiène pour prendre des décisions graves ; c'est le représentant local de la direction de l'hygiène et de la santé publiques, tantôt civil, tantôt militaire à attributions mixtes, civiles et militaires.

Un autre aspect original de l'assistance médicale au Maroc, c'est qu'elle est sortie de bonne heure des sentiers battus de la consultation générale pour se spécialiser. L'entrée des spécialistes dans l'assistance a été favorisée par la guerre ; c'est elle qui lui a permis de bénéficier du concours d'éminents spécialistes métropolitains, qui ont fait souche, de sorte qu'aujourd'hui, dans les principales villes du Maroc, fonctionnent des cliniques antisyphilitiques, de radiologie, d'ophtalmologie, des dispensaires antituberculeux, etc.

En ce qui concerne la prophylaxie des maladies infectieuses, la réalisation d'une hygiène prophylactique est une œuvre particulièrement difficile au Maroc ; les gens et les choses y sont, en effet, cristallisés dans leurs formes depuis des siècles et il est impossible de songer à modifier l'habitat de l'homme du bled, la tente où grouillent et vivent bêtes et gens, dans un groupement patriarcal tout à fait antiaseptique ; il n'est pas moins difficile de réaliser, par une neutralisation des milieux, l'hygiène de souks tels que ceux de Marrakech ou de certains coins de la Médina de Fez ; le genre de vie, le vêtement, les mœurs, les habitudes séculaires, les superstitions, le fatalisme de la race constituant, pour l'hygiéniste, des obstacles qui semblent au premier abord insurmontables.

Le protectorat, cependant, n'a pas renoncé à la lutte ; on s'est efforcé tout d'abord d'empêcher des faméliques d'être une proie toujours désignée aux épidémies, d'assainir certains quartiers interlopes, certains milieux où se renouvellent les collectivités, tels que les prisons et les fondouks, de veiller à la propreté des rues et à la corvée exacte des immondices. Mais on a agi aussi par une prophylaxie active : circonscription des foyers et éloignement des fractions indemnes en cas d'épidémies à marche rapide, déplacement des douars loin des milieux palustres, drainage des eaux stagnantes, quininisation préventive méthodique et à grande échelle, vaccinations jennériennes nombreuses, traitement énergique des syphilis jeunes. Ces mesures, très efficaces dans les milieux ruraux, sont applicables aussi, à part les déplacements des douars, aux milieux urbains où l'on peut les intensifier à volonté. Elles protègent non seulement l'individu, mais encore favorisent l'accroissement de la population.

Le Maroc a eu et a encore, toutefois, à se défendre contre de redoutables endémies dont les réveils exigent une mobilisation rapide de personnel et de moyens que le directeur de l'hygiène peut déclencher à volonté ; son action et son autorité peuvent d'ailleurs être déléguées à ses représentants, les médecins de région ; le médecin de région est, en effet, avant tout, le chef de la défense sanitaire ; c'est à lui que vont tous les renseignements des formations sanitaires fixes et des formations mobiles ; c'est de lui que partent toutes les directives. Aidé par le chef administratif de la région, il prend toutes les mesures utiles et s'il se sent débordé, il fait appel au directeur de l'hygiène et de la santé publiques. Il est consulté obligatoirement par le chef de région sur toutes les questions intéressant la vie des centres et l'avenir de la région et provoque, s'il le juge nécessaire, la réunion des commissions régionales d'hygiène, dont les débats éclairent le chef administratif et lui permettent de saisir l'autorité centrale de propositions mûrement étudiées. Au besoin, quand les décisions à prendre sont d'une importance toute spéciale, il en appelle, d'accord avec le chef de la région, au conseil central d'hygiène et de salubrité publiques qui décide en dernier ressort. Cette conception de la médecine de région est particulière au Maroc.

Sur les frontières de mer, la surveillance prophylactique est assurée par une organisation spéciale, le service sanitaire maritime dépendant de la direction du service de santé et de l'hygiène publiques. Dans chaque port est organisée, sous la direction d'un médecin sanitaire maritime, une équipe sanitaire munie du matériel prophylactique nécessaire. Les médecins de la défense sanitaire maritime ne sont d'ailleurs pas des médecins spéciaux, ce qui facilite leur action hygiénique et prophylactique ; à part de très grandes villes, comme Casablanca, où les fonctions de médecin sanitaire maritime sont bien spécialisées, à cause de l'importance de ses attributions, c'est, en effet, le même médecin que l'on retrouve dirigeant et exerçant en même temps les fonctions de médecin sanitaire maritime et la direction de l'hygiène urbaine, il peut donc intensifier à volonté ses moyens d'action, puisqu'il a à la fois à sa disposition le personnel et le matériel du bureau d'hygiène et

ceux de la station maritime et que, sur un simple télégramme à la direction du service de santé, ces moyens peuvent être encore augmentés.

Enfin, le directeur du service de santé peut toujours détacher, dans les régions ou dans les villes à surveiller ou à protéger, ses conseillers techniques, ce sont des médecins civils ou militaires, plus qualifiés par leurs études spéciales et leur expérience, pour aller prendre contact avec les autorités régionales et organiser les campagnes prophylactiques en prévoyant les organismes, le personnel et les ressources nécessaires.

Par ailleurs, les services d'hygiène sont venus de bonne heure préparer et renforcer l'action prophylactique : dans la campagne, les chefs de l'hygiène sont les médecins des centres d'assistance et les médecins des groupes mobiles ; dans les villes, de bonne heure des commissions municipales d'hygiène se sont organisées et les bureaux d'hygiène, étayés sur ces commissions municipales, prennent peu à peu l'importance qu'ils doivent avoir dans un pays où tout est à créer en matière d'hygiène, en tenant compte des possibilités financières, politiques et sociales. C'est un travail que facilitent les plans soigneusement étudiés des villes nouvelles, toujours indépendantes, au Maroc, des agglomérations indigènes.

Mais si les médecins chefs des bureaux d'hygiène sont aussi les médecins sanitaires maritimes et parfois même cumulent cette double fonction avec celle de médecin d'assistance médicale dans les centres secondaires, en revanche, dans les grandes villes, l'importance de la tâche exige un médecin spécialisé et déchargé de toutes autres attributions.

L'hygiène et la santé publiques constituent ainsi, au Maroc, un service d'Etat dont les agents, quels qu'ils soient et quelles que soient leurs attributions, médecins d'assistance, médecins de prophylaxie générale ou spéciale, médecins d'hygiène, médecins sanitaires maritimes, médecins de régions, sont des agents non pas des autorités locales, mais de l'organisme central de Rabat. Un médecin chef de bureau municipal d'hygiène, par exemple, est nommé en dehors de toute autre considération que celle de sa compétence, par le directeur de la santé et de l'hygiène publiques et envoyé par lui à la municipalité. Les médecins d'hygiène, de prophylaxie, de surveillance sanitaire ne sont pas non plus les hommes du maire ou du préfet ; ils doivent rester les hommes du directeur de l'hygiène et garder leur indépendance.

Ces agents d'Etat ne sont ainsi plus de simples agents d'exécution de l'autorité administrative locale : ce sont surtout des conseillers techniques de cette autorité, agissant avec les ressources locales qui leur sont confiées et pouvant en appeler directement à leur directeur ; ces ressources ne sont pas suffisantes.

La plupart du temps, c'est d'ailleurs en complet accord avec son chef administratif que le chef local de l'hygiène fait appel aux réserves de la direction du service de santé et de l'hygiène publiques dès que les disponibilités locales sont dépassées ; en cas de conflit, ce qui est rare, l'arbitrage du directeur du service de santé suffit en général à aplanir toute difficulté.

Il est toutefois, des moments où, quels que soient l'esprit d'initiative, l'expérience et le savoir d'un chef sanitaire, l'autorité morale du médecin doit être étayée par celle qui émane d'une décision collective. C'est dans cet esprit qu'a été créé un conseil central d'hygiène et de salubrité publiques. Le délégué à la résidence générale ainsi que le secrétaire général du protectorat assistent à toutes les séances de ce conseil central ; en font partie obligatoirement, du côté médical : le directeur de la santé et de l'hygiène publiques et l'inspecteur du service, le directeur du service de santé militaire, les médecins des régions de Casablanca et de Rabat, le directeur de l'institut Pasteur, les médecins chargés de la prophylaxie du paludisme et de la tuberculose ; en dehors du service médical : le chef de service de l'élevage, le commandant supérieur du génie, le chef d'état-major, le directeur du service des renseignements et des affaires indigènes ; parmi les directeurs de l'ordre administratif et technique : le directeur général des travaux publics, le directeur général de l'agriculture et le directeur du service des contrôles civils et des municipalités. Les autres directeurs, ainsi que d'autres médecins ou d'autres agents des divers services, peuvent y être appelés toutes les fois qu'il s'agit de questions de leur ressort et de leur compétence.

Cette assemblée joue un rôle considérable pour traiter ou résoudre pratiquement toutes les grandes questions qui intéressent la vie des régions ou des cités : hygiène du sol, de l'eau, des villes nouvelles, formules hospitalières, évolution de l'assistance médicale, prophylaxie des grandes endémies marocaines : typhus, variole, paludisme, peste, prophylaxie spéciale (syphilis, tuberculose, teigne, lèpre), hygiène des collectivités (prisons, écoles, asiles, fondouks) défense de la frontière maritime, compte rendus des agents en mission, rôle du médecin hygiéniste dans les commissions chargées de déterminer les centres de colonisation, pathologie animale dans ses rapports avec la prophylaxie humaine, etc.

Ajoutons que le Maroc a pris rang, pour la première fois en 1920, parmi les puissances qui envoient leurs délégués au conseil supérieur international d'hygiène, véritables états généraux de l'hygiène internationale.

Le personnel médical du service de la santé et de l'hygiène publiques est mixte, c'est-à-dire civil et militaire : militaire dans la zone de l'avant, civil dans les villes et les territoires de contrôle civil depuis longtemps pacifiés. Les médecins militaires qui, à un titre quelconque, sont mis à contribution par le service de la santé et de l'hygiène publiques touchent une indemnité mensuelle qui vient s'ajouter à leur solde ; les médecins civils sont soit des médecins fonctionnaires, soit des médecins recrutés par contrat.

Le personnel infirmier européen et indigène, a un statut spécial ; en créant une catégorie supérieure d'infirmiers spécialisés, recrutés par examen, dont le salaire de début est de 8.000 fr. la direction de l'hygiène publique a marqué sa volonté de faire de la profession d'infirmier au Maroc une profession honorable et enviée et, en même temps, de sélectionner une élite qui rend déjà des services appréciables.

La création, à Casablanca, d'une pharmacie centrale et d'un magasin de réserve du matériel a nécessité un effort complexe et pénible. Organisée en période de guerre, cette base de ravitaillement a fonctionné, dès le début de juin 1917, dans des locaux provisoires, grâce aux ressources du service de santé militaire, qui a constitué ses premiers stocks dans la proportion de 60 p. 100 des besoins, ce qui lui a permis de s'organiser peu à peu et de n'être plus tributaire des services de la guerre. Au commencement de 1922, cette base, desservant 210 formations sanitaires, est devenue un véritable centre industriel installé dans de nouveaux et vastes locaux. Elle comprend :

Un service commercial chargé des achats dans le commerce et l'industrie ; le montant de ces achats se monte actuellement à 2 millions 500.000 francs par an ;

Des services techniques : laboratoire de pharmacie, laboratoires de comprimés, laboratoire de dragéification, laboratoire d'ampoules et de stérilisation, laboratoires d'essais de médicaments, laboratoires de pansements ;

Des magasins pour le service médico-chirurgical et des ateliers pour la menuiserie et l'emballage, une buanderie, une lingerie.

Depuis 1922, la pharmacie centrale de la santé et de l'hygiène publiques est en mesure de fournir la quinine d'Etat nécessaire à la prophylaxie générale du paludisme. Cette quinine, livrée sous forme de dragées en tubes et boîtes métalliques, est entièrement conditionnée sur place. Elle est vendue au public par l'intermédiaire du monopole des tabacs et des pharmacies, à des prix permettant son acquisition par toutes les classes sociales.

Comme on le voit, les caractéristiques de l'organisme d'assistance, de prophylaxie et d'hygiène au Maroc sont :

L'unité de doctrine, qui n'empêche pas une souple adaptation aux grandes circonscriptions administratives, le schéma de l'assistance au Maroc s'appliquant exactement au schéma administratif :

La liaison étroite entre le service de santé civil et le service de santé militaire ;

Une large extension donnée à la prophylaxie dans tous ses domaines, en particulier en matière d'épidémiologie, par l'organisation des groupes sanitaires mobiles ;

La conception du médecin agent d'Etat pour la prophylaxie et l'hygiène régionale et urbaine ;

Le recrutement du personnel médical par le système mixte ;

La création d'une base de ravitaillement, véritable usine de conditionnement des produits et de fabrication du matériel sanitaire.

Actuellement, le domaine de l'assistance médicale comprend :

Dix hôpitaux ou grandes infirmeries correspondant à des chefs-lieux de région ou de territoire, parmi lesquels se détachent les formations à grand rayonnement et à statistiques impressionnantes, telles que les hôpitaux indigènes Cocard et Murat, à Fez ; l'hôpital indigène Mauchamp, à Marrakech ; l'hôpital indigène de Casablanca, l'hôpital indigène Eugène-Etienne de Mogador ; les grandes infirmeries indigènes de Safi et d'Oudjda ;

Une douzaine d'infirmeries indigènes de moindre importance installées dans de petites villes indigènes ou dans des centres de colonisation en voie d'accroissement ;

Puis viennent les infirmeries indigènes amorcées dans des bourgades ou des postes dont le maintien est assuré et susceptibles de se développer ;

Enfin, les infirmeries rudimentaires des postes d'ordre purement stratégique, où rien n'est fait de définitif.

A ce domaine s'ajoutent les dispensaires de consultation générale des grandes villes, ceux de Tanger et de Larache, et, enfin, les cliniques de prophylaxie spéciale (syphilis et dermatologie, tuberculose).

Seize sections sanitaires mobiles viennent compléter l'œuvre de surveillance sanitaire et d'assistance aux tribus. Ces sections se multiplient, d'ailleurs, selon les besoins et l'importance des zones non desservies.

Les Européens bénéficient de toutes les ressources et du personnel fixe ou mobile de l'assistance médicale indigène ; ils ont, en outre, leurs centres de consultations propres dans les villes, et leur hospitalisation est assurée, comme nous l'avons vu, soit dans les ambulances soit dans les hôpitaux de campagne. Dans la campagne, des pavillons européens annexés à l'infirmerie indigène, ou à défaut, des chambres

réservées aux Européens dans les infirmeries indigènes, permettent de recueillir et de traiter les colons ou les artisans dépourvus de ressources.

Indépendamment de l'assistance médicale, fonctionnent d'ailleurs au Maroc des institutions d'assistance sociale parmi lesquelles nous citerons :

1° L'assistance aux vieillards et incurables : il n'existe pas encore sur le territoire de la zone française de l'empire chérifien, d'hospices pour vieillards, incurables et aliénés, où pourraient être admis les Européens ; mais, après entente avec le ministre du travail et de l'hygiène, le protectorat a fait placer dans des établissements de la métropole un certain nombre d'incurables. Ces malades, hospitalisés aux frais du protectorat, sont actuellement répartis surtout dans les trois asiles de Marseille, de Bordeaux, de Toulouse. Les vieillards indigents sont répartis dans les hospices du Midi de la France (Toulouse, Bordeaux, Albi) ou d'Algérie (Mustapha, Saint-Denis-du-Sig) ;

2° Les secours aux familles nombreuses : bien que la loi du 22 juillet 1923 relative à l'encouragement national aux familles nombreuses n'ait pas été rendue applicable à la zone française de l'empire chérifien, le gouvernement du protectorat accorde, depuis 1923, des secours aux familles nombreuses de cette zone qui ne disposent que de ressources modestes ;

3° Les primes à la natalité : le protectorat alloue, depuis 1923, des primes à la natalité à tout chef de famille qui en fait la demande et qui ne dispose que de ressources modestes. Ces primes sont versées à l'expiration du troisième mois après la naissance de l'enfant ;

4° Enfin, une trentaine d'associations privées de bienfaisance sont actuellement subventionnées par le gouvernement chérifien et par les municipalités.

A côté des soins donnés aux adultes, le protectorat s'attache en effet à protéger la santé des jeunes enfants européens et indigènes : des gouttes de lait prospères, fréquentées par de nombreux enfants, existent à Rabat, Casablanca, Fez, Meknès, Oudjda, Marrakech, Kénitral; le centre de puériculture de Rabat (maternité, crèche, pouponnière, garderie et goutte de lait) a été considéré par les grands spécialistes de France qui l'ont visité comme un modèle du genre ; à Rabat, encore, le dispensaire d'enfants Marie-Feuillet, placé sous l'égide de la Croix Rouge, est très apprécié de la population indigène et européenne ; à Marrakech, le dispensaire d'enfants de la doctoresse Legey donne de remarquables résultats : 5.000 consultations par mois. Ce dispensaire comporte également une consultation pour femmes enceintes, et le nombre des clientes est devenu si important que le protectorat a décidé de créer une maternité indigène à personnel médical et infirmier uniquement féminin, où les traditions marocaines, religieuses et sociales seront entièrement respectées. Des œuvres de protection de la santé de l'enfant sont également organisées : colonies de vacances et jardins de soleil qui rendent déjà de grands services à la population européenne.

Toutes ces œuvres tirent leurs ressources des cotisations ou des générosités de leurs membres, mais surtout des subventions que le protectorat leur alloue chaque année sur le produit du droit des pauvres.

Un conseil supérieur de l'assistance privée et de la bienfaisance présidé par le résident général et composé d'une part de hauts fonctionnaires, et, d'autre part, de représentants des œuvres d'assistance et de bienfaisance a pour mission de coordonner les efforts des œuvres privées de bienfaisance, de prophylaxie et de protection de l'enfance. Il est obligatoirement consulté sur les demandes de subvention présentées par ces œuvres.

Maladies professionnelles

Loi du 1er janvier 1931 modifiant et complétant la loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Art. 1er. — Les articles 2, alinéa 2 ; 5, alinéas 2 et 3, et 10 de la loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les tableaux y annexés sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 2, *alinéa* 2. — La nomenclature des maladies professionnelles, ainsi que les tableaux annexés à la présente loi pourront être revisés et complétés par des règlements d'administration publique, pris après avis de la commission d'hygiène industrielle et de la commission supérieure des maladies professionnelles instituées à l'article 10 ci-après. »

« *Art.* 5. *alinéas* 2 *et* 3. — Un certificat de médecin, rédigé en double exemplaire, indiquant la nature de la maladie et ses suites probables, doit compléter cette déclaration, dont la forme sera déterminée par décret.

« Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par le maire au chef de l'entreprise qui oc-

cupait l'ouvrier malade et à l'inspecteur départemental du travail, ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise. »

« *Art.* 210. — La commission supérieure des maladies professionnelles est spécialement chargée de donner son avis sur les modifications à apporter aux tableaux prévus à l'article 2, sur les extensions à donner à la présente loi et sur toutes les questions d'ordre médical et technique qui lui sont renvoyées par le ministre du travail.

« Elle est composée :

« 1° De deux sénateurs et de trois députés élus par leurs collègues ;

« 2° De six fonctionnaires qui sont :

« Le directeur du contrôle des assurances privées.

« Le directeur du travail.

« Le directeur des affaires commerciales et administratives au ministère du commerce.

« Un inspecteur divisionnaire du travail.

« Un médecin-conseil de l'inspection du travail.

« Un commissaire contrôleur des sociétés d'assurances ;

« 3° De six médecins, dont un désigné par l'académie de médecine et un par la faculté de médecine ;

« 4° De six chefs d'entreprise et de six ouvriers désignés respectivement par les organisations patronale et ouvrière les plus représentatives.

« Le ministre du travail peut appeler à prendre part à une séance de la commission supérieure, avec voix consultative, les personnes, que leurs connaissances spéciales mettraient en mesure d'éclairer la discussion.

« Les membres de la commission supérieure peuvent, avec l'agrément du président, se faire remplacer à la séance à laquelle ils ne peuvent assister.

« Un décret détermine le mode de nomination et de renouvellement des membres, ainsi que la désignation du président et du secrétaire. »

Art. 2. — Dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les tableaux annexés à la présente loi remplaceront ceux du décret du 30 novembre 1926 étendant les dispositions du code des assurances sociales aux maladies d'origine professionnelle.

Art. 3. — Les modifications et additions apportées par la présente loi aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919 entreront en vigueur six mois après sa promulgation.

TABLEAUX ANNEXÉS

1° Saturnisme professionnel.

(*Maladies causées par le plomb et ses composés*).

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION SATURNINE.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine des ouvriers.
Coliques de plomb. Rhumatisme saturnin. Paralysie des extenseurs et autres paralysies saturnines. Néphrite. Accidents cardio-vasculaires saturnins. Goutte saturnine. Anémie saturnine. Méningo-encéphalite saturnines. Amaurose saturnine.	Métallurgie et raffinage du plomb. Fonte, laminage du plomb et de ses alliages. Fonte de zinc plombifère. Traitement des minerais contenant du plomb, y compris les cendres plombeuses d'usines à zinc. Trempe et revenu au plomb. Fonte de caractère d'imprimerie en alliage de plomb. Fabrication et polissage de poteries dites d'étain en alliage de plomb. Soudure à l'aide d'alliage de plomb. Travaux de soudure de pièces métalliques en plomb ou plombifères. Conduite de machines à composer utilisant un alliage de plomb. Etamage à l'aide d'un alliage contenant du plomb. Fabrication de jouets en alliage de plomb. Fabrication de capsules et couvercles métalliques renfermant du plomb. Dessoudure des vieilles boîtes de conserves et autres objets soudés à l'aide d'alliage de plomb.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION SATURNINE	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine des ouvriers.
Coliques de plomb Rhumatisme saturnin Paralysie des extenseurs et autres paralysies saturnines Néphrite Accidents cardio-vasculaires saturnins Goutte saturnine Anémie saturnine Méningo-encéphalite saturnine Amaurose saturnine	Manipulation des caractères d'imprimerie en alliage de plomb. Manipulation ou emploi des encres d'imprimerie plombifère. Fabrication des composés du plomb. Cristalleries (préparation et manutention de composés plombifères dans les). Fabricat. et broyage des couleurs à base de plomb. Travaux de peinture de toute nature comportant l'emploi de substances plombifères ou s'appliquant à des substances plombifères. Travail au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères. Fabrication et réparation des accumulateurs au plomb. Fabrication d'huiles siccatives et vernis plombifères. Fabricat. des émaux plombeux et leur application. Fabrication de la poterie et de la faïence avec émaux plombifères. Décoration de la porcelaine à l'aide d'émaux plombifères. Emaillage des métaux à l'aide de plombifères. Vernissage et laquage à l'aide de produits plombifères. Emploi de couleurs ou de substances plombifères en teinture. Fabricat. de fleurs artific. aux couleurs de plomb. Polissage au moyen de limaille de plomb ou de potée plombifère.

2° Hydrargyrisme professionnel.

(*Maladies causées par le mercure et ses composés*). Délai de responsabilité : un an.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION MERCURIELLE	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication mercurielle des ouvriers.
Stomatite mercurielle Tremblements mercuriels Paralysies mercurielles Anémie mercurielle Néphrite mercurielle	1° Distillation du mercure. 2° Fabrication des lampes à incandescence et des ampoules radiographiques à l'aide de trompes à mercure. 3° Fabrication des baromètres, manomètres et thermomètres à mercure. 4° Dorure, argenture, étamage au mercure 5° Fabrication des composés du mercure (azotate, chlorures, cyanure, etc). 6° Secrétage des peaux par le nitrate acide de mercure et feutrage des poils secrétés. 7° Travail des fourrures et pelleteries à l'aide de sels de mercure. 8° Bronzage et damasquinage à l'aide de sels de mercure. 9° Empaillage d'animaux à l'aide de sels de mercure. 10° Fabrication des amorces au fulminate de mercure. 10° Fabrication et réparation des accumulateurs au mercure.

3° Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane.

(*Maladies causées par le tétrachloréthane.*)

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION PAR LE TÉTRACHLORÉTHANE.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication des ouvriers par le tétrachloréthane.
Ictère, cirrhose, polynévrites causés par le tétrachloréthane	1° Fabrication des perles artificielles. 2° Travaux divers utilisant comme solvant le tétrachloréthane.

4° Benzinisme professionnel.

(*Maladies causées par la benzine brute ou rectifiée.*) (C^6H^6 et homologues).

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION BENZINIQUE.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication benzinique des ouvriers.
Troubles gastro-intestinaux benziniques accompagnés de vomissements à répétition........ Polynévrites benziniques des membres inférieurs. Troubles oculaires benziniques (névrite optique) Purpura hémorragique .... Anémie progressive avec leucopénie et mononucléose... Accidents aigus benziniques (coma, convulsions).	Production du benzol par distillation du charbon et du goudron et son utilisation. Rectification de la benzine (C^6H^6). Extraction des corps gras, dégraissage des os, des peaux d'oies, fabrication des matières colorantes, teinturerie-dégraissage, préparation des plumes, fabrication et réparation des pneumatiques, fabrication de tissus, vêtements, chaussures, chapeaux caoutchoutés, à l'aide de la benzine. Dans tous ces travaux sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos de sorte qu'aucune odeur de benzine ne soit perceptible.

5° Intoxications causées par l'action des rayons X ou des substances radioactives nocives ci-après : uranium et ses sels, uranium X, ionium, radium et sels, radon, polonium, thorium, mésothorium, radiothorium, thorium X, thoron, actinium.

MALADIES ENGENDRÉES PAR LES RAYONS X et les substances radioactives	TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES.
1° Radiodermites et radiumdermites aiguës et chroniques.................................. Délai de responsabilité : 1 an. 2° Cancer des radiologistes.................... Délai de responsabilité : 5 ans. 3° Anémie simple avec leucopénie provoquée par les rayonnements.............................. Délai de responsabilité : 1 an. 4° Anémie pernicieuse provoquée par les rayonnements... Délai de responsabilité : 1 an. 5° Leucémie provoquée par les rayonnements... Délai de responsabilité : 1 an. 6° Radionécrose osseuse provoquée par les rayonnements... Délai de responsabilité : 1 an.	Extraction des corps radioactifs à partir des minerais. Fabrication des substances radioactives dérivées. Fabrication d'appareils médicaux pour radiumthérapie et d'appareils à rayons X. Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires. Fabrication de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs. Fabrication et application de produits luminescents radifères. Travaux dans les cliniques, cabinets médicaux, dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et centres anticancéreux, dans lesquels le travailleurs sont exposés au rayonnement. Vente et location de radium et des substances radioactives. Travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X et les substances radioactives.

6e **Phosphorisme professionnel.**

(*Maladies causées par le phosphore blanc*).

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES ENGENDRÉES PAR L'INTOXICATION PHOSPHORIQUE.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication phosphorique
Nécrose phosphorique	Fabrication des bandes à pâte de phosphore blanc, pour le rallumage des lampes de mineurs. Fabrication de jouets à détonation avec emploi du phosphore blanc.

Vu pour être annexé à la présente loi.

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,
ÉDOUARD GRINDA.
(*J. O.* 4 *janvier* 1931).

Automobilisme

Convention internationale relative à la circulation automobile.

Les soussignés, plénipotentiaires des gouvernements des Etats ci-après désignés, réunis en conférence à Paris, du 20 au 24 avril 1926, en vue d'examiner les modifications à apporter à la convention internationale relative à la circulation des automobiles du 11 octobre 1909, ont convenu des stipulations suivantes :

Dispositions générales

Art. 1er. — La convention s'applique à la circulation routière automobile en général, quels que soient l'objet et la nature du transport, sous réserve, cependant, des dispositions spéciales nationales relatives aux services publics de transport en commun des personnes et aux services publics de transport de marchandises.

Art. 2. — Sont réputés automobiles, au sens des prescriptions de la présente convention, tous véhicules pourvus d'un dispositif de propulsion mécanique, circulant sur la voie publique, sans être liés à une voie ferrée et servant au transport des personnes ou des marchandises.

Conditions à remplir par les automobiles pour être admis internationalement à circuler sur la voie publique.

Art. 3. — Tout automobile, pour être admis internationalement à circuler sur la voie publique doit, ou bien avoir été reconnu apte à être mis en circulation après examen devant l'autorité compétente ou devant une association habilitée par celle-ci, ou bien être conforme à un type agréé de la même manière. Il doit, dans tous les cas, remplir les conditions fixées ci-après :

I. L'automobile doit être pourvu des dispositifs suivants :

a) Un robuste appareil de direction qui permette d'effectuer facilement et sûrement les virages ;

b) Soit deux systèmes de freinage indépendants l'un de l'autre, soit un système actionné par deux commandes indépendantes l'une de l'autre et dont l'une des parties peut agir même si l'autre vient à être en défaut, en tous cas l'un et l'autre systèmes suffisamment efficaces et à action rapide ;

c) Lorsque le poids de l'automobile à vide excède 350 kilos, un dispositif tel que l'on puisse, du siège du conducteur, lui imprimer un mouvement de recul au moyen du moteur ;

d) Lorsque le poids total de l'automobile, formé du poids à vide et de la charge maxima déclarée admissible lors de la réception, excède 3.500 kilos, un dispositif spécial qui puisse empêcher, en toutes circonstances, la dérive en arrière, ainsi qu'un miroir rétroviseur.

Les organes de manœuvre doivent être groupés de façon que le conducteur puisse les actionner d'une manière sûre sans cesser de surveiller la route.

Les appareils doivent être d'un fonctionnement sûr et disposés de façon à écarter, dans la mesure du possible, tout danger d'incendie ou d'explosion, à ne constituer aucune autre sorte de danger pour la circulation et à n'effrayer ni sérieusement incommoder par le bruit, la fumée, ni l'odeur. L'automobile doit être muni d'un dispositif d'échappement silencieux.

Les roues des véhicules automobiles et de leurs

remorques doivent être munies de bandages en caoutchouc ou de tous autres systèmes équivalents au point de vue de l'élasticité.

L'extrémité des fusées ne doit pas faire saillie sur le reste du contour extérieur du véhicule.

II. L'automobile doit porter :

1° A l'avant et à l'arrière, inscrit sur des plaques ou sur le véhicule lui-même, le signe d'immatriculation qui aura été attribué par l'autorité compétente. Le signe d'immatriculation placé à l'arrière, ainsi que le signe distinctif visé à l'article 5 doivent être éclairés dès qu'ils ont cessé d'être visibles à la lumière du jour.

Dans le cas d'un véhicule suivi d'une remorque, le signe d'immatriculation et le signe distinctif visé à l'article 5 sont répétés à l'arrière de la remorque et la prescription relative à l'éclairage de ces signes s'applique à la remorque.

2° Dans un endroit pratiquement accessible, et en caractères facilement lisibles, les indications suivantes :

Désignation du constructeur du châssis ;
Numéro de fabrication du châssis ;
Numéro de fabrication du moteur.

III. Tout automobile doit être muni d'un appareil avertisseur sonore d'une puissance suffisante.

IV. Tout automobile circulant isolément doit, pendant la nuit et dès la tombée du jour, être muni à l'avant d'au moins deux feux blancs, placés l'un à droite, l'autre à gauche, et à l'arrière d'un feu rouge.

Toutefois, pour les motocycles à deux roues, non accompagnés d'un side-car, le nombre de feux à l'avant peut-être réduit à un.

V. Tout automobile doit également être pourvu d'un ou plusieurs dispositifs permettant d'éclairer efficacement la route à l'avant sur une distance suffisante, à moins que les feux blancs ci-dessus prescrits ne remplissent cette condition.

Si le véhicule est susceptible de marcher à une vitesse supérieure à 30 kilomètres à l'heure, ladite distance ne doit pas être inférieure à 100 mètres.

VI. Les appareils d'éclairage susceptibles de produire un éblouissement doivent être établis de manière à permettre la suppression de l'éblouissement à la rencontre des autres usagers de la route ou dans toute circonstance où cette suppression serait utile. La suppression de l'éblouissement doit toutefois laisser subsister une puissance lumineuse suffisante pour éclairer efficacement la chaussée jusqu'à une distance d'au moins 25 mètres.

VII. Les automobiles suivis d'une remorque sont assujettis aux mêmes règles que les automobiles isolés en ce qui touche l'éclairage vers l'avant ; le feu rouge d'arrière est reporté à l'arrière de la remorque.

VIII. En ce qui touche les limitations relatives au poids et au gabarit, les automobiles et remorques doivent satisfaire aux règlements généraux des pays où ils circulent.

Délivrance et reconnaissance des certificats internationaux pour automobiles.

Art. 4. — En vue de certifier, pour chaque automobile admis internationalement à circuler sur la voie publique, que les conditions prévues dans l'article 3 sont remplies ou sont susceptibles d'être observées, des certificats internationaux sont délivrés d'après le modèle et les indications figurant aux annexes A et B de la présente convention.

Ces certificats sont valables pendant un an à partir de la date de leur délivrance. Les indications manuscrites qu'ils contiennent doivent toujours être écrites en caractères latins ou en cursive dite anglaise.

Les certificats internationaux, délivrés par les autorités d'un des Etats contractants ou par une association habilitée par celles-ci avec le contreseing de l'autorité, donnent libre accès à la circulation dans tous les autres Etats contractants et y sont reconnus comme valables sans nouvel examen. Toutefois, le droit de faire usage du certificat international peut être refusé, s'il est évident que les conditions prévues à l'article 3 ne sont plus remplies.

Signe distinctif.

Art. 5. — Tout automobile, pour être admis internationalement à circuler sur la voie publique, doit porter en évidence, à l'arrière, inscrit sur une plaque ou sur le véhicule lui-même, un signe distinctif composé de une à trois lettres.

Pour l'application de la présente convention, le signe distinctif correspond soit à un Etat, soit à un territoire constituant, au point de vue de l'immatriculation des automobiles, une unité distincte.

Les dimensions et la couleur de ce signe, les lettres ainsi que leurs dimensions et leur couleur, sont fixées dans le tableau figurant à l'annexe C de la présente convention.

Conditions à remplir par les conducteurs d'automobiles pour être admis internationalement à conduire un automobile sur la voie publique.

Art. 6. — Le conducteur d'un automobile doit avoir les qualités qui donnent une garantie suffisante pour la sécurité publique.

En ce qui concerne la circulation internationale, nul ne peut conduire un automobile sans avoir reçu, à cet effet, une autorisation délivrée par une autorité compétente ou par une association habilitée par celle-ci après qu'il aura fait preuve de son aptitude.

L'autorisation ne peut être accordée à des personnes âgées de moins de dix-huit ans.

Délivrance et reconnaissance des permis internationaux de conduire.

Art. 7. — En vue de certifier, pour la circulation internationale, que les conditions prévues à l'article précédent sont remplies, des permis internationaux de conduire sont délivrés d'après le modèle et les indications figurant aux annexes D et E de la présente convention.

Ces permis sont valables pendant un an à partir de la date de leur délivrance et pour les catégories d'automobiles pour lesquelles ils ont été délivrés.

En vue de la circulation internationale, les catégories suivantes ont été établies :

A. Automobiles dont le poids total, formé du poids à vide et de la charge maxima déclarée admissible lors de la réception, n'excède pas 3.500 kilogrammes.

B. Automobiles dont le poids total, constitué comme ci-dessus, excède 3.500 kilogrammes.

C. Motocycles avec ou sans side-car.

Les indications manuscrites que contiennent les permis internationaux sont toujours écrites en caractères latins ou en cursive dite anglaise.

Les permis internationaux de conduire, délivrés par les autorités d'un Etat contractant ou par une association habilitée par celles-ci avec le contreseing de l'autorité, permettent, dans tous les autres Etats contractants, la conduite des automobiles rentrant dans les catégories pour lesquelles ils ont été délivrés et sont reconnus valables sans nouvel examen dans tous les Etats contractants. Toutefois, le droit de faire usage du permis international de conduire peut être refusé, s'il est évident que les conditions prescrites par l'article précédent ne sont pas remplies.

Observations des lois et règlementations nationales.

Art. 8. — Le conducteur d'un automobile circulant dans un pays est tenu de se conformer aux lois et règlements en vigueur dans ce pays pour ce qui touche à la circulation.

Un extrait de ces lois et règlements pourra être remis à l'automobiliste à l'entrée dans un pays par le bureau où sont accomplies les formalités douanières.

Signalisation des dangers.

Art. 9. — Chacun des Etats contractants s'engage à veiller, dans la mesure de son autorité, à ce que, le long des routes, il ne soit posé, pour signaler les passages dangereux, que les signaux figurant à l'annexe F de la présente convention.

Ces signaux sont inscrits sur des plaques en forme de triangle, chaque Etat s'engageant autant que possible, à réserver exclusivement la forme triangulaire à ladite signalisation et à interdire l'emploi de cette forme dans tous les cas où il pourrait en résulter une confusion avec la signalisation dont il s'agit. Le triangle est, en principe, équilatéral, et a, au minimum, 70 centimètres de côté.

Lorsque les conditions atmosphériques s'opposent à l'emploi des plaques pleines, la plaque triangulaire peut être évidée.

Dans ce cas, elle pourra ne pas porter le signal indicatif de la nature d'obstacle et ses dimensions peuvent être réduites au minimum de 46 centimètres de côté.

Les signaux sont posés perpendiculairement à la route et à une distance de l'obstacle qui ne doit pas être inférieure à 150 mètres ni supérieure à 250 mètres, à moins que la disposition des lieux ne s'y oppose.

Lorsque la distance du signal à l'obstacle est notablement inférieure à 150 mètres, des dispositions spéciales doivent être prises.

Chacun des Etats contractants s'opposera, dans la mesure de ses pouvoirs, à ce que soient placés, aux abords des voies publiques, des signaux ou panneaux quelconques qui pourraient prêter à confusion avec les plaques indicatrices règlementaires ou rendre leur lecture plus difficile.

La mise en service du système de plaques triangulaires sera effectuée, dans chaque Etat, au fur et à mesure de la mise en place des signaux nouveaux ou du renouvellement de ceux actuellement existants.

Communication de renseignements.

Art. 10. — Les Etats contractants s'engagent à se communiquer les renseignements propres à établir l'identification des personnes titulaires de certificats internationaux ou de permis de conduire internationaux, lorsque leur automobile a été l'occasion d'un accident grave ou qu'elles ont été reconnues passibles d'une contravention aux règlements concernant la circulation.

Ils s'engagent, d'autre part, à faire connaître aux Etats qui ont délivré les certificats ou permis internationaux, les noms, prénoms et adresse des personnes auxquelles ils ont retiré le droit de faire usage desdits certificats ou permis.

Dispositions finales.

Art. 11. — La présence convention sera ratifiée.

A. Chaque Gouvernement, dès qu'il sera prêt au dépôt des ratifications, en informera le Gouvernement français. Dès que vingt Etats, actuellement liés par la convention du 11 octobre 1909, se seront déclarés prêts à effectuer ce dépôt, il

sera procédé à ce dépôt au cours du mois qui suivra la réception de la dernière déclaration par le Gouvernement français et au jour fixé par ledit Gouvernement.

Les Etats, non parties à la convention du 11 octobre 1909, qui, avant la date ainsi fixée pour le dépôt des ratifications, se seront déclarés prêts à déposer l'instrument de ratification de la présente convention, participeront au dépôt ci-dessus visé.

B. Les ratifications seront déposées dans les archives du Gouvernement français.

C. Le dépôt des ratifications sera constaté par un procès-verbal signé par les représentants des Etats qui y prennent part et par le ministre des Affaires Etrangères de la République française.

D. Les Gouvernements qui n'auront pas été en mesure de déposer l'instrument de leur ratification dans les conditions prescrites par le paragraphe *A* du présent article, pourront le faire au moyen d'une notification écrite adressée au Gouvernement de la République française et accompagnée de l'instrument de ratification.

E. Copie certifiée conforme du procès-verbal relatif au premier dépôt de ratifications, des notifications mentionnées à l'alinéa précédent, ainsi que des instruments de ratification qui les accompagnent, sera immédiatement, par les soins du Gouvernement français et par la voie diplomatique, remise aux Gouvernements qui ont signé la présente convention. Dans les cas visés par l'alinéa précédent, le dit Gouvernement français leur fera connaître, en même temps, la date à laquelle il aura reçu la notification.

Art. 12. — *A.* La présente convention ne s'applique de plein droit qu'aux pays métropolitains des Etats contractants.

B. Si un Etat contractant en désire la mise en vigueur dans ses colonies, possessions, protectorats, territoires d'outre-mer ou territoires sous mandat, son intention sera mentionnée dans l'instrument même de ratification ou sera l'objet d'une notification spéciale adressée par écrit au Gouvernement français, laquelle sera déposée dans les archives de ce gouvernement. Si l'Etat déclarant choisit ce dernier procédé, le dit gouvernement transmettra immédiatement à tous les autres Etats contractants copie certifiée conforme de la notification, en indiquant la date à laquelle il l'a reçue.

Art. 13. — *A.* Tout Etat, non signataire de la présente convention, pourra y adhérer au moment du dépôt des ratifications visé à l'article 11, alinéa *A*, ou postérieurement à cette date.

B. L'adhésion sera donnée en transmettant au Gouvernement français par la voie diplomatique, l'acte d'adhésion qui sera déposé dans les archives du dit gouvernement.

C. Ce gouvernement transmettra immédiatement à tous les Etats contractants copie certifiée conforme de la notification ainsi que de l'acte d'adhésion, en indiquant la date à laquelle il a reçu la notification.

Art. 14. — La présente convention produira effet, pour les Etats contractants qui auront participé au premier dépôt des ratifications, un an après la date du dit dépôt, et pour les Etats qui la ratifieront ultérieurement ou qui y adhéreront, ainsi qu'à l'égard des colonies, possessions, protectorats, territoires d'outre-mer et territoires sous-mandat, non mentionnés dans les instruments de ratification, un an après la date à laquelle les notifications prévues dans l'article 11, alinéa *D*, l'article 12, alinéa *B*, et l'article 13, alinéa *B*, auront été reçues par le Gouvernement français.

Art. 15. — Chaque Etat contractant, partie à la convention du 11 octobre 1909, s'engage à dénoncer ladite convention au moment du dépôt de l'instrument de sa ratification ou de la notification de son adhésion à la présente convention.

La même procédure sera suivie en ce qui concerne les déclarations visées à l'article 12, alinéa *B*.

Art. 16. — S'il arrive qu'un des Etats contractants dénonce la présente convention, la dénonciation sera notifiée par écrit au Gouvernement français qui communiquera immédiatement la copie certifiée conforme de la notification à tous les autres Etats, en leur faisant savoir la date à laquelle il l'a reçue.

La dénonciation ne produira ses effets qu'à l'égard de l'Etat qui l'aura notifiée et un an après que la notification en sera parvenue au Gouvernement français.

Les mêmes dispositions s'appliquent en ce qui concerne la dénonciation de la présente convention pour les colonies, possessions, protectorats, territoires d'outre-mer et territoires sous mandat.

Art. 17. — Les Etats représentés à la conférence, réunie à Paris, du 20 au 24 avril 1926, sont admis à signer la présente convention jusqu'au 30 juin 1926.

Fait à Paris, le 24 avril 1926, en un seul exemplaire, dont une copie conforme sera délivrée à chacun des gouvernements signataires.

Pays ayant adhéré à la convention : Allemagne, Autriche, Belgique, Brésil, Grande-Bretagne, Irlande du Nord, Bulgarie, Cuba, Danemark, Dantzig, Egypte, Espagne, Esthonie, Finlande, France, Guatemala, Grèce, Hongrie, Etat libre d'Irlande, Italie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Maroc, Mexique, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie.

(*J. O.* 16 mars 1930).

Service de santé de la Marine Militaire

Organisation du service de santé de la marine.

Décret du 21 *décembre* 1930.

Art. 1er. — Le service médical dans les hôpitaux et laboratoires du service de santé de la marine est confié à des officiers du corps de santé qui sont nommés par le ministre de la marine aux emplois :

I. — D'assistants des hôpitaux maritimes.

II. — De médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux maritimes,

dans les conditions déterminées par les articles suivants.

TITRE Ier

ASSISTANTS DES HÔPITAUX MARITIMES

Art. 2. — Il est institué des emplois d'assistants des hôpitaux maritimes qui sont nommés par le ministre de la marine et choisis sur une liste de présentation dressée par le directeur ou chef de service de santé du port, après avis formulé par l'inspecteur général du service de santé sur leur valeur professionnelle, leurs titres scientifiques respectifs et leur aptitude au service hospitalier.

Les candidats doivent être du grade de médecin de 1re classe et réunir les conditions de services à la mer ou de services assimilés en totalité ou en partie au service à la mer, conformément aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929.

Art. 3. — Dans chaque établissement hospitalier, les assistants des hôpitaux maritimes sont, en principe, par décision ministérielle et suivant les nécessités, adjoints aux chefs de services. Toutefois, ils peuvent être appelés à suppléer les titulaires dans la direction de certains services.

Ils conservent leurs fonctions pendant un an renouvelable une fois, sur proposition du directeur en chef du service de santé et après avis conforme de l'inspecteur général du service de santé.

Toutefois, quand ils sont promus médecins principaux, ils doivent figurer sur la liste de désignation, dès qu'ils ont été remplacés dans leurs fonctions.

TITRE II

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES DES HÔPITAUX MARITIMES

Art. 4. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux maritimes, chirurgiens des hôpitaux maritimes, spécialistes des hôpitaux maritimes.

Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la marine :

1o Les médecins principaux remplissant les conditions de service à la mer ou de services assimilés, en totalité ou en partie, au service à la mer, conformément aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 ;

2o Les médecins de 1re classe, qui, réunissant ces mêmes conditions, sont compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours ;

3o Les chargés de cours, quelle que soit leur ancienneté dans les conditions fixées par arrêté ministériel.

Les candidats doivent avoir au moins deux ans de présence dans un service de médecine, de chirurgie ou d'une même spécialité depuis leur sortie de l'école d'application.

De plus, ils doivent être, au moment du concours, dans un service à terre en France ou en Algérie-Tunisie ou embarqués sur les côtes de France ou d'Algérie-Tunisie.

Les dates des concours et le nombre des emplois à pourvoir sont fixés par le ministre suivant les besoins du service.

Le titre obtenu au concours reste définitivement acquis.

Art. 5. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes sont affectés, en principe, aux services hospitaliers ou aux laboratoires.

Toutefois, quand les circonstances du service l'exigent, ils peuvent être désignés pour tout autre service à terre.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes, du grade de médecin de 1re classe, promus au grade supérieur, doivent figurer sur la liste d'embarquement et, s'il y a lieu, sur la liste de départ en campagne lointaine, dès qu'il ont été remplacés dans leurs fonctions dans les hôpitaux.

Quand ils ont satisfait aux conditions de services à la mer définies à l'article 4, ils peuvent de nouveau être affectés à un service hospitalier. Toutefois, ils ne sont pas distraits de la liste de départ en campagne lointaine.

Art. 6. — Les professeurs de l'école d'application et les professeurs agrégés des écoles de médecine navale, libres ou en exercice, sont nommés par le ministre, sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé, médecins, chirurgiens

ou spécialistes des hôpitaux maritimes suivant la ligne de leur enseignement.

Les chargés de cours demeurent affectés à un service hospitalier ou à un laboratoire, pendant toute la durée de leurs fonctions, soit en qualité d'assistants, soit comme médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux maritimes.

Art. 7. — Une instruction ministérielle déterminera :

1º Les conditions et le programme des épreuves des divers concours pour médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes ;

2º Les diverses spécialités qui donneront droit au titre de spécialistes titulaires et assistants des hôpitaux maritimes ;

3º Les modalités pour le choix, dans chaque catégorie, d'un jury spécial qui devra être composé, en principe, de l'inspecteur général du service de santé ou par délégation, d'un médecin général, président et de deux officiers supérieurs du corps de santé ;

4º Les mesures transitoires à prendre pour constituer un premier cadre de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes.

Art. 8. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 9. — Le ministre de la marine militaire est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. (*J. O.* 24 *décembre* 1930).

Concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes.

Arrêté du 23 *décembre* 1930.

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. — Les concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes sont ouverts à des époques fixées par le ministre, au fur et à mesure des vacances ou suivant les besoins, sur les propositions des directeurs ou chefs du service de santé et après avis de l'inspecteur général.

L'annonce de ces concours a lieu trois mois avant la date d'ouverture des épreuves.

Art. 2. — Les candidats doivent adresser leur demande, quinze jours avant l'ouverture du concours, soit au directeur ou chef du service de santé du port dans lequel ils servent, soit, s'ils sont embarqués, au commandant en chef de la force navale dont ils dépendent.

Les demandes sont ensuite transmises au ministre sous le timbre de la direction centrale du service de santé.

Art. 3. — Les catégories qui donnent droit au titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes sont groupées de la façon suivante :

A. — *Concours de médecine.*

1º Médecine générale ;
2º Bactériologie et anatomo-pathologie ;
3º Médecine légale et neuro-psychiatrie ;
4º Dermato-vénéréologie ;
5º Electroradiologie et physiothérapie.

B. — *Concours de chirurgie.*

6º Chirurgie générale ;
7º Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie ;
8º Stomatologie.

Art. 4. — Les concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes ont lieu dans les hôpitaux des ports désignés par le ministre sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé.

Le jury pour chaque concours, défini par l'article 7 du décret du 21 décembre 1930, est nommé par le ministre sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé.

Les deux officiers supérieurs, membres du jury, sont choisis parmi les professeurs agrégés, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, plus anciens de grade que le candidat, et doivent, en principe, appartenir à la catégorie pour laquelle le concours est ouvert. Toutefois, l'un d'eux doit être, en principe, médecin des hôpitaux pour les concours de bactériologie et anatomopathologie, de médecine légale et neuropsychiatrie, de dermato-vénéréologie et d'électroradiologie et physiothérapie et un chirurgien des hôpitaux pour les concours d'ophtalmologie et oto-rhinolaryngologie et de stomatologie.

Art. 5. — Un membre suppléant sera désigné par le ministre et sera choisi parmi les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux appartenant à la catégorie pour laquelle le concours est ouvert, et, autant que possible, en service au port.

Art. 6. — Dans chaque jury, aucun juge ou juge suppléant ne peut être désigné s'il est parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, soit d'un autre juge, soit d'un des candidats.

Art. 7. — Les opérations des concours se feront suivant les modalités définies aux articles 7 à 17 de l'arrêté du 22 décembre 1930.

L'accès de l'hôpital maritime où doivent avoir lieu les épreuves du concours est rigoureusement

interdit aux candidats pendant la période de quinze jours précédant la date d'ouverture du concours.

L'usage des livres et de notes est rigoureusement interdit.

TITRE II.

CONDITIONS ET PROGRAMMES DES CONCOURS

Art. 8. — Chaque concours pour le titre de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux maritimes comporte une épreuve d'admissibilité et des épreuves définitives.

L'épreuve d'admissibilité, qui est éliminatoire, est identique pour toutes les catégories ressortissant, d'une part, au groupe de médecine et d'autre part, au groupe de chirurgie tels qu'ils sont définis à l'article 3.

L'admissibilité est prononcée si la note obtenue est au moins de 15 sur 20 et reste éventuellement acquise aux candidats pour les concours ultérieurs.

Les chargés de cours sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité.

Les notes obtenues aux épreuves définitives, multipliées par les coefficients correspondants, sont seules totalisées pour l'établissement du classement définitif.

Les programmes de concours seront publiés au Bulletin officiel *de la marine.*

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 9. — Pour constituer un premier cadre de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes, les mesures transitoires suivantes seront prises dès la publication du présent arrêté :

1° Les chefs ou anciens chefs des services médicaux, chirurgicaux et de spécialités, du grade de médecin en chef de 2e classe et au-dessus, qui ont été désignés au choix sans concours, seront nommés par le ministre, après avis de l'inspecteur général du service de santé, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, s'ils ont exercé leurs fonctions pendant cinq années au moins ;

2° Les professeurs de l'école principale du service de santé de la marine et des écoles annexes, ainsi que les chefs de clinique et le médecin adjoint au professeur de bactériologie de l'école d'application deviennent assistants des hôpitaux maritimes pour la durée de leurs fonctions actuelles et sont considérés comme ayant acquis le bénéfice de l'admissibilité pour les concours de médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux ;

3° Les anciens professeurs de l'école principale du service de santé et des écoles annexes, ainsi que les anciens chefs de clinique et les anciens médecins adjoints au professeur de bactériologie de l'école d'application peuvent être nommés par le ministre, après avis de l'inspecteur général du service de santé, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux maritimes, s'ils ont accompli au moins cinq ans de présence dans les services hospitaliers d'une même catégorie (médecine, chirurgie ou spécialité).

S'ils ne remplissent pas ces conditions, et s'ils sont autorisés à se présenter au concours, conformément aux dispositions de l'article 4 du décret du 21 décembre 1930, ils sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité ;

4° Les chefs de cliniques médicales, chirurgicales et spéciales, les chefs des laboratoires de bactériologie et les chefs des services de dermato-vénéréologie, de neuro-psychiatrie, de stomatologie et d'électro-radiologie actuellement en service, qui ont été nommés au choix, sans concours, deviennent assistants des hôpitaux maritimes.

Art. 10. — Sont et demeurent abrogées :

La circulaire du 23 décembre 1909 relative à l'organisation de services de psychiatrie dans la marine, la circulaire du 31 mars 1910, modifiée le 3 février 1921, concernant la réorganisation des services hospitaliers de la marine et toutes autres dispositions contraires au présent arrêté.

(*J. O.* 24 *décembre* 1930).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Substances vénéneuses

Décret du 17 janvier étendant au commerce de la codéine le régime des certificats d'importation.

Art. 1er. — Les prescriptions du décret du 12 décembre 1928, modifié et complété par le décret du 10 septembre 1930, prévues pour l'importation, la mise en entrepôt de douane ou en dépôt en douane, la sortie d'entrepôt ou de dépôt pour la consommation intérieure, les importations faites par colis-postaux ou sous la forme de « boîtes avec valeur déclarée », sont applicables aux produits énumérés ci-après :

1° Codéine et ses sels ;
2° Codéine brute et ses sels bruts ;
3° Ethylmorphine et d'une manière générale les éthers-oxydes de la morphine et leurs sels ;
4° Tous résidus provenant du traitement de l'opium en vue de l'extraction de la morphine.

Art. 2. — Le ministre du budget, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'agriculture, sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.* 18 *janvier* 1931.)

Service de Santé de la Marine

Organisation et fonctionnement des écoles du service de santé de la marine.

Décret du 20 *décembre* 1930.

Art. 1er. — L'enseignement dans les écoles du service de santé de la marine est confié à des officiers du corps de santé qui sont nommés, suivant le cas, professeurs, professeurs agrégés, chargés de cours et prosecteurs, dans les conditions déterminées par les articles suivants :

TITRE Ier

PROFESSEURS

Art. 2. — Les professeurs sont chargés de l'enseignement à l'école d'application des médecins et pharmaciens chimistes stagiaires ; ils sont secondés par des chefs de cliniques ou de travaux pratiques, possédant le titre de professeurs agrégés, ou de chargés de cours.

Art. 3. — Les professeurs sont nommés par le ministre de la marine et choisis, en principe, parmi les médecins en chef de 1re ou de 2e classe ou principaux, de préférence professeurs agrégés, sur la proposition motivée de l'inspecteur général du service de santé, basée sur les etats de service des candidats, leurs titres et travaux scientifiques et sur leur aptitude au service hospitalier et à l'enseignement.

Le nombre des professeurs en exercice et la durée de leurs fonctions sont fixés par arrêté ministériel.

Art. 4. — Le titre de professeur reste définitivement acquis.

TITRE II

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Art. 5. — Le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale est obtenu au concours devant un jury qui est présidé par l'inspecteur général du service de santé ou, par délégation, pour la ligne médicale, par un médecin général et, pour la ligne pharmaceutique, par le pharmacien chimiste général et comprenant : un professeur des facultés de médecine ou de pharmacie, désigné par le ministre de l'instruction publique, sur la demande du ministre de la marine, et deux professeurs ou anciens professeurs de l'école d'application ou, à défaut, professeurs agrégés en exercice ou libres de la marine, ayant enseigné au moins pendant trois ans et appartenant, par leurs titres et leurs travaux, à la section pour laquelle le concours est ouvert.

Les diverses catégories d'agrégation, les conditions des concours, les modalités pour le choix des jurys et les programmes des épreuves sont fixés par arrêté ministériel, après avis du conseil de perfectionnement des écoles de médecine navale.

Art. 6. — Peuvent seuls être autorisés à concourir :

A. — *Ligne médicale.*

1° Les médecins principaux remplissant les conditions de service à la mer ou de services

assimilés au service à la mer, telles qu'elles sont définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 ;

2° Les médecins de 1re classe qui, réunissant les mêmes conditions, sont compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Les chargés de cours ayant accompli trois années d'enseignement, sans conditions d'ancienneté de grade.

B. *Ligne pharmaceutique.*

1° Les pharmaciens chimistes principaux ;

2° Les pharmaciens chimistes de 1re classe compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Les chargés de cours ayant accompli trois années d'enseignement, sans conditions d'ancienneté de grade.

Art. 7. — Les concours auront lieu chaque année dans une session unique dont l'époque fixé est déterminée par arrêté ministériel.

Le nombre des emplois à pourvoir est fixé, suivant les besoins, par le ministre.

Ne peuvent concourir que les candidats présents, au moment de la session annuelle du concours, dans un service à terre en France ou en Algérie-Tunisie ou embarqués sur les côtes de France ou d'Algérie-Tunisie.

Art. 8. — En principe, les professeurs agrégés, quand ils ne sont pas appelés à servir à la mer, assurent un enseignement correspondant à leur spécialité dans les écoles-annexes, à l'école principale du service de santé ou à l'école d'application et dirigent un service hospitalier ou un laboratoire.

A défaut de professeur agrégé disponible pour remplir une fonction d'enseignement, celle-ci peut être confiée par le ministre à un chargé de cours, nommé dans les conditions déterminées au titre III du présent décret.

Art. 9. — Les professeurs agrégés du grade de médecin ou de pharmacien chimiste de 1re classe, chargés d'un enseignement, ne peuvent, sauf le cas de maladie dûment constatée ou de sanction disciplinaire, être désignés pour occuper un poste en dehors des hôpitaux ou laboratoires que s'ils réunissent au moins cinq années d'enseignement.

Les professeurs agrégés du grade de médecin de 1re classe cessent leurs fonctions à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils auront été promus au grade supérieur. Ils doivent alors figurer sur la liste de désignation et, s'il y a lieu, sur la liste de départ en campagne lointaine.

Quand ces professeurs agrégés ont satisfait dans le grade de médecin principal aux conditions de service à la mer, prévues à l'article 6, ils sont, dans la limite des besoins, affectés à un service hospitalier ou à un laboratoire correspondant à leur spécialité et peuvent être chargés à nouveau d'un enseignement.

Les professeurs agrégés du grade de médecin ou de pharmacien chimiste principal cessent leurs fonctions à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils auront achevé la période d'enseignement prévue par arrêté ministériel, ou à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils auront été promus au grade supérieur.

Les professeurs agrégés du grade de pharmacien chimiste principal peuvent être autorisés à recevoir une destination à la mer ou hors de France après avis du pharmacien chimiste général.

Art. 10. — Le titre de professeur agrégé obtenu au concours reste définitivement acquis.

TITRE III

CHARGÉS DE COURS ET PROSECTEURS

Art. 11. — Les chargés de cours et prosecteurs sont nommés par le ministre de la marine à la suite d'un concours qui est passé devant un jury présidé par l'inspecteur général du service de santé, ou par délégation, par un médecin général pour la ligne médicale, et par le pharmacien chimiste général pour la ligne pharmaceutique, et composé de deux officiers du corps de santé titulaires ou anciens titulaires d'un emploi d'enseignement.

Art. 12. — Sont admis à concourir :

a) Pour les emplois de chargés de cours, les médecins de 1re classe remplissant les conditions de service à la mer ou de services assimilés au service à la mer requises pour l'avancement, telles qu'elles sont définies aux articles 10 et 70 de la loi du 4 mars 1929 et les pharmaciens chimistes de 1re classe, quelle que soit leur ancienneté ;

b) Pour les emplois de prosecteurs, les médecins de 2e classe ayant accompli une année d'embarquement dans leur grade.

Les médecins de 1re classe peuvent être autorisés à concourir s'ils remplissent les conditions fixées par arrêté ministériel.

Les chargés de cours et prosecteurs sont nommés pour une période fixée par arrêté ministériel.

Art. 13. — En cas d'indisponibilité du titulaire de l'emploi ou pour toute autre cause, les fonctions de chargés de cours et de prosecteurs peuvent être temporairement confiées à un officier du corps de santé particulièrement qualifié, sur la proposition du directeur de l'école et après avis motivé de l'inspecteur général.

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 14. — Les anciens professeurs et les pro-

fesseurs de l'école d'application actuellement en fonctions, qui ont été nommés sur titres dans les mêmes conditions que celles qui sont fixées par le premier paragraphe de l'article 3, prennent et conservent définitivement le titre de professeur.

Les professeurs de l'école principale du service de santé de la marine et des écoles-annexes, ainsi que les chefs de clinique, le médecin adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie de l'école d'application, actuellement en fonctions, sont maintenus dans leur emploi et conservent leur titre jusqu'à l'expiration de la période d'enseignement pour laquelle ils ont été nommés.

Art. 15. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret.

Art. 16. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. (*J. O.* 23 *décembre* 1930).

Arrêté du 22 décembre 1930

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUS LES CONCOURS

Art. 1er. — Les concours pour les emplois de professeurs agrégés, de chargés de cours et de prosecteurs sont ouverts au fur et à mesure des vacances.

Les concours de professeurs agrégés ont lieu en une session annuelle fixée au mois de juin.

Les concours de chargés de cours et de prosecteurs ont lieu à des époques fixées par le ministre.

L'annonce de ces concours a lieu cinq mois avant la date d'ouverture des épreuves pour les concours d'agrégations et trois mois à l'avance pour les concours de chargés de cours et de prosecteurs.

Art. 2. — Les candidats doivent adresser leur demande, deux mois au moins avant l'ouverture des concours pour l'agrégation et quinze jours avant l'ouverture des concours pour chargés de cours et prosecteurs, soit au directeur du service de santé du port dans lequel ils servent, soit, s'ils sont embarqués, au commandant en chef de la force navale dont ils dépendent. Les demandent sont ensuite transmises au ministre sous le timbre de la direction centrale du service de santé.

Art. 3. — Les concours pour les emplois de professeurs agrégés, de chargés de cours et de prosecteurs ont lieu dans les hôpitaux maritimes des ports désignés par le ministre sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé.

Les jurys de ces concours sont nommés conformément aux dispositions des articles 5 et 9 du décret du 20 décembre 1930.

Art. 4. — Un membre suppléant est désigné par le ministre de la marine pour chacun des jurys et sera choisi parmi les professeurs agrégés et, à titre transitoire, pour les premiers concours, parmi les professeurs ou anciens professeurs de l'école d'application, des écoles annexes et de l'école principale du service de santé en service au port.

Art. 5. — Dans chaque jury aucun juge ou juge suppléant ne peut être désigné s'il est parent ou allié jusqu'au quatrième degré inclusivement soit d'un autre juge, soit d'un des candidats.

TITRE II

MODE DE PROCÉDER POUR LES CONCOURS

Art. 6. — Des dispositions sont prises par le médecin chef de l'hôpital maritime pour que les malades pouvant être l'objet des examens cliniques ne soient connus d'aucun des candidats. On aura recours à des malades récemment hospitalisés ou provenant d'un autre hôpital ou choisis en dehors des hôpitaux.

L'accès du ou des hôpitaux maritimes du port où ont lieu les épreuves du concours est rigoureusement interdit aux candidats pendant la période de trente jours précédant la date de l'ouverture du concours.

Art. 7. — Les concours sont publics. L'ordre dans lequel les concurrents doivent être entendus dans chaque examen est tiré au sort au début et pour toutes les épreuves du concours.

A cet effet, les noms des candidats, déposés dans une urne, sont retirés un à un par une personne que désigne le président du jury.

Art. 8. — Les candidats qui ont subi l'épreuve en cours peuvent rester dans la salle ; les autres doivent en être éloignés et isolés.

Art. 9. — Toute observation, tout signe d'improbation ou d'approbation sont interdits aux membres du jury pendant la durée des épreuves ; néanmoins, le candidat peut être rappelé à la question par le président.

Art. 10. — Pendant le temps qui leur est accordé pour la préparation de la question à traiter, les candidats restent sous la surveillance d'un délégué du jury.

Il leur est interdit, sous peine d'exclusion du concours, de faire usage de livres ou de notes quelconques, en dehors de ceux qui sont autorisés dans les conditions fixées par l'article 20 du présent arrêté. Mais ils ont la faculté d'établir des plans ou des notes susceptibles de les guider.

Art. 11. — L'intervalle de temps entre deux épreuves successives est fixé par le jury.

Art. 12. — Les sujets des questions et le choix des malades sont arrêtés en séance plénière du jury après une délibération précédant immédiatement l'épreuve.

Il est mis dans l'urne trois sujets de questions ou trois numéros de malades à examiner.

Pour chaque épreuve le candidat le moins élevé en grade, ou le moins ancien dans le grade le moins élevé de chaque série, tire de l'urne une enveloppe qui contient le sujet à traiter par la série ou le numéro du ou des malades à examiner par la série. Toutefois, si l'état des malades ou les circonstances ne permettent pas de désigner le même malade ou les mêmes questions pour une série, chaque candidat tirera de l'urne une enveloppe contenant le numéro du malade à examiner ou de la question à traiter par lui. Dans ce cas, le nombre des sujets à traiter ou des malades à examiner sera au moins égal au nombre des candidats.

Art. 13. — Les notes sont données de 0 à 20. Lorsque tous les candidats d'une même série ont terminé une épreuve, le jury se réunit immédiatement en séance plénière. Chaque juge donne successivement, pour chaque candidat, son avis motivé sur la valeur de l'épreuve, sans indiquer de note numérique. Lorsque cet exposé et la discussion qui peut s'ensuivre sont terminés, chaque juge donne sa note par écrit, au scrutin secret. La moyenne de ces notes totalisées est attribuée au candidat et affichée immédiatement.

Art. 14. — A la fin des épreuves, le jury établit le classement d'après le total des moyennes des notes obtenues à toutes les épreuves multipliées, s'il y a lieu, par les cœfficients correspondants.

Art. 15. — Lorsque deux ou plusieurs candidats auront obtenu le même nombre de points, il y aura lieu de procéder pour les candidats *ex æquo* à une épreuve supplémentaire à fixer par le jury.

Art. 16. — Les candidats doivent, pour pouvoir être proposés pour les emplois de chargés de cours et de prosecteurs, réunir une moyenne minimum générale de 15 sur 20.

Art. 17. — Les opérations seront closes par l'expédition au ministre, sous le timbre de la direction centrale du service de santé :

1° De la liste de présentation des candidats, dressée dans l'ordre de classement déterminé par les points obtenus et accompagnée, s'il y a lieu, de proposition de nomination ;

2° Des procès-verbaux des séances dans lesquelles devront figurer pour chaque épreuve le détail des notes, ainsi que la moyenne des notes attribuées aux candidats ;

3° D'un rapport du président du jury sur la marche des opérations et la valeur du concours.

Le président du jury fera transcrire cette liste, les procès-verbaux, et son rapport sur un registre spécial déposé et conservé à la direction du service de santé du port.

TITRE III

PROGRAMME DES CONCOURS

Sera publié au *Bulletin officiel* de la marine.

TITRE IV

DURÉE DES FONCTIONS D'ENSEIGNEMENT

Art. 22. — Les professeurs de l'école d'application sont nommés pour cinq ans.

Un médecin en chef de 2e classe, promu médecin en chef de 1re classe, sera maintenu à son poste, dans tous les cas, si sa promotion est intervenue au cours de l'année scolaire. Son maintien après l'année scolaire et jusqu'à l'expiration de sa période quinquennale demeure en principe réglementaire. Toutefois, si des circonstances impérieuses de service l'exigent, le ministre peut décider de son déplacement.

Les pharmaciens-chimistes en chef de 2e classe, promus au grade supérieur, cessent leurs fonctions à la fin de l'année scolaire en cours.

D'autre part, la durée des fonctions professorales pourra, sur la proposition motivée de l'inspecteur général du service de santé, être prorogée d'année en année, au delà du terme réglementaire, sans que la durée totale puisse cependant excéder le double de la période quinquennale normale.

Art. 23. — Les professeurs agrégés accomplissent une période maximnm de sept ans d'enseignement, consécutivement ou par fractions successives dans les grades soit de médecin ou de pharmacien-chimiste de 1re classe, soit de médecin ou pharmacien-chimiste principal, dans les conditions et sous les réserves mentionnées à l'article 9 du décret du 20 décembre 1930.

Art. 24. — Les chargés de cours sont nommés pour une période de quatre ans. Toutefois, en cas de promotion au grade supérieur, ils ne sont maintenus dans leurs fonctions que jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Art. 25. — Les prosecteurs sont nommés pour une période de deux ans.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 26. — Les professeurs des écoles annexes et de l'école principale du service de santé, les chefs de clinique et le médecin adjoint au professeur de bactériologie de l'école d'application, actuellement en fonctions, pourront être autorisés à concourir pour l'agrégation dans les conditions fixées pour les chargés de cours par l'article 6 du décret du 20 décembre 1930.

Art. 27. — Sont et demeurent abrogés l'arrêté du 29 juin 1908, modifié les 29 janvier 1910, 10 octobre 1911, 17 juillet 1926 et 17 janvier 1927 et toutes autres dispositions contraires au présent arrêté.

(*J. O.* 23 *décembre* 1930).

Instruction portant réorganisation de l'école d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe, à Toulon.

Paris, le 24 décembre 1930.

I. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'école d'application du service de santé de la marine a pour but d'assurer aux médecins et aux pharmaciens-chimistes de 2e classe, à leur sortie de l'école de Bordeaux, la formation professionnelle pratique nécessaire pour remplir les obligations spéciales qui incombent au corps de santé de la marine.

La période scolaire s'étend en principe du 1er janvier au 15 octobre, avec interruption de deux mois du 1er juillet au 1er septembre. Au cours de cette période, les médecins stagiaires seront appelés à embarquer à tour de rôle, en sous-ordre, en escadre, pour se familiariser, au cours d'un stage d'au moins quinze jours sous la direction du médecin-major, avec la vie de bord et le service médical d'un bâtiment. A cet effet, le directeur de l'école se mettra, en temps utile, en rapport avec le commandant en chef de l'escadre pour régler les conditions, les dates et la durée de ces embarquements.

L'examen de sortie fait suite immédiatement à la période scolaire.

Dans la semaine qui précède l'ouverture de l'école d'application, le directeur, le sous-directeur, le chef des services pharmaceutiques et chimiques, les cinq médecins et les deux pharmaciens chimistes, professeurs titulaires, se réunissent pour arrêter le programme horaire des cours, conférences, travaux pratiques et consultations qui figurent au programme d'enseignement.

II. — FONCTIONNEMENT DE L'ÉCOLE

A. *Médecins.*

a) Programme d'enseignement.

L'enseignement donné aux médecins stagiaires comprend :

1. Un stage dans les services suivants :
Clinique chirurgicale.
Clinique médicale.
Clinique ophtalmo et oto-rhino-laryngologique.
Laboratoire de bactériologie.

Les enseignements au lit du malade comportent l'application de l'électro-radiologie au diagnostic (radioscopie et radiographie, électricité médicale), l'utilisation des méthodes thérapeutiques (rayons ultra-violets, pénétrants, radium, physiothérapie, etc), l'élaboration des rapports d'expertise à propos des cas observés.

2. Des cours de :
Chirurgie d'armée.
Pathologie exotique.
Epidémiologie.
Hygiène navale, militaire et coloniale, avec visite des services d'hygiène du port et des principaux types de bâtiments de la flotte. Instruction médicale Z.

3. Des conférences :
Administration générale et législation. Un cours écrit remis à chaque élève, commenté dans huit conférences.
Application de la psychotechnique au recrutement et à la sélection du personnel dans la marine (deux conférences).
Prophylaxie des maladies vénériennes dans la marine (une ou deux conférences).

4. Travaux pratiques :
Médecine opératoire, chaque démonstration opératoire étant précédée d'un exposé d'anatomie topographique.
Appareils :
Pharmacie pratique : préparation magistrale et dosages susceptibles d'être effectués dans les infirmeries à bord et à terre, incompatibilité de certains médicaments, précautions à observer pour éviter les erreurs et les accidents dans les infirmeries, contre-poisons usuels, stérilisation de certaines préparations pharmaceutiques. Indications pratiques sur la composition des coffres à médicaments et à pansements (six séances pour chaque stagiaire).

5. Des consultations de :
Neuro-psychiatrie (douze consultations pour chacun des stagiaires).
Dermato-vénéréologie et syphiligraphie (douze consultations pour chacun des stagiaires).
Stomatologie : pansements et obturation provisoire des dents ; avulsion (huit séances par stagiaire).

b) Personnel enseignant.

Les chaires suivantes :
Clinique externe et chirurgie d'armée ;
Clinique interne et pathologie exotique ;
Clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique ;

Hygiène navale, militaire et coloniale ;
Bactériologie et épidémiologie,
sont confiés à des officiers supérieurs du corps de santé, professeurs, nommés dans les conditions déterminées par l'article 3 du décret du 20 décembre 1930, pour une période fixée par l'article 22 de l'arrêté ministériel du 22 décembre 1930.

Un professeur agrégé ou, à défaut, un chargé de cours remplissant les fonctions de chef de clinique, seconde chacun des trois professeurs de clinique. Un professeur agrégé ou, à défaut, un chargé de cours seconde le professeur de bactériologie et d'épidémiologie, en qualité de chef de travaux pratiques.

Le chef de clinique chirurgicale enseigne la médecine opératoire et l'application des appareils chirurgicaux de toutes sortes, celui de clinique médicale, le maniement des appareils de clinique et les examens et recherches biologiques appliquées à la médecine. L'un et l'autre, ainsi que le chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, entraînent les stagiaires, chacun dans sa spécialité, à la pratique de la médecine légale (établissement des divers certificats médicaux en usage dans la marine et autopsies).

L'enseignement du contrôle pratique des denrées alimentaires, des viandes sur pied et des viandes abattues est confié au professeur d'hygiène navale, avec le concours après entente avec les services compétents, selon le cas, soit d'un officier du commissariat spécialement qualifié, soit d'un vétérinaire municipal ou militaire.

L'administration générale et la législation sont enseignées par le médecin en chef, sous-directeur de l'école, avec les concours du médecin-chef du centre de réforme.

Les deux conférences de psychotechnique sont professées par un médecin spécialisé, désigné par le directeur de l'école ou par le psychotechnicien civil, collaborateur scientifique du centre des recherches au cours de visites effectuées au centre des recherches ou au centre d'application du dépôt.

La conférence de prophylaxie des maladies vénériennes est faite par le chef du service de dermato-vénéréologie. La pharmacie pratique est enseignée par le pharmacien chimiste chargé de la pharmacie de détail de l'hôpital maritime. L'enseignement au cours des consultations est assuré par les chefs de services de neuro-psychiatrie, de dermato-vénéréologie et de stomatologie.

c) Notes de stage

Des notes allant de 0 à 20 sont données à la fin du stage par les professeurs, par les chefs de clinique et chefs de travaux, et par les chefs de services.

Elles sont établies, pour chaque stagiaire, sans interrogations spéciales, d'après sa manière de servir, son assiduité, la rédaction de ses observations, son habileté manuelle et les connaissances dont il aura fait preuve.

A chacune de ces notes de stage est attribué le cœfficient suivant :

Directeur de l'école	2
Sous-directeur	2
Professeurs de clinique chirurgicale	5
Professeur de clinique médicale	5
Professeur de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique	5
Professeur d'hygiène navale, militaire et coloniale	5
Professeur de bactériologie et épidemiologie	5
Chef de clinique chirurgicale	2
Chef de clinique médicale	2
Chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique	2
Chef de travaux de bactériologie	2
Médecin chargé de la vénéréologie	1
Médecin chargé du cabinet dentaire	1
Médecin chargé de la neuro-psychiatrie	1
Pharmacien chimiste chargé des travaux pratiques de pharmacie	1

B. — *Pharmaciens-chimistes*

....

III. — EXAMEN DE SORTIE DES STAGIAIRES

A. — *Jurys d'examen*

Les jurys d'examen de sortie sont composés de la façon suivante :

Ligne médicale

L'inspecteur général du service de santé, président.

Le professeur de clinique chirurgicale, membre.

Le professeur de clinique médicale, membre.

Le professeur de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, membre.

Le professeur d'hygiène navale, militaire et coloniale, membre.

Le professeur de bactériologie et d'épidémiologie, membre.

Ligne pharmaceutique

....

En cas d'empêchement, l'inspecteur général du service de santé est remplacé dans la présidence par le directeur du service de santé du port de Toulon, directeur de l'école d'application et le pharmacien chimiste général par le chef des services pharmaceutiques et chimiques.

Lorsqu'un membre du jury est parent ou allié d'un candidat jusqu'au 4e degré inclusivement ou est indisponible pour une raison quel-

conque, il est remplacé par le professeur agrégé ou le chargé de cours qui lui est adjoint dans son enseignement ou, à défaut, par un ancien professeur ou par un professeur agrégé ou chargés de cours appartenant à la section professionnelle dont fait partie le professeur empêché.

Le médecin secrétaire de l'inspecteur général remplit les fonctions de secrétaire de ces deux jurys, mais n'exprime pas de vote. En cas d'empêchement, il serait remplacé par un des professeurs désigné par le président.

Les jurys, réunis sur la convocation de leur président, arrêtent l'ordre des épreuves et fixent les sujets des compositions écrites.

Au moment de l'ouverture du concours, le tirage au sort détermine l'ordre dans lequel les candidats, médecins et pharmaciens chimistes, devront subir les épreuves.

Les épreuves écrites sont surveillées par un des membres du jury qui recueille les compositions et les enferme sous un pli cacheté à remettre au président du jury. Chaque candidat, dans une séance ultérieure, donne lecture de sa composition.

Tout candidat convaincu de fraude reçoit la note 0 pour l'épreuve en cause, sans préjudice des sanctions qui pourraient être prises par le ministre, sur la proposition du président du jury.

B. — *Programme des examens.*

Les épreuves de sortie de l'école d'application sont essentiellement pratiques.

Il y est procédé de la façon suivante :

a) Médecins.

1. Epreuve de clinique chirurgicale et application d'un appareil (comportant une note distincte de la clinique), durée totale : 1 heure.

Le temps accordé pour l'épreuve clinique (examen du malade, réflexion et exposition) est de 45 minutes. Quinze minutes sont imparties au candidat pour l'application de l'appareil.

L'application d'appareil peut être effectuée dans la salle de clinique, si le jury le juge sans inconvénients, pendant le même temps qu'un autre candidat s'emploie à l'examen du malade.

2. Epreuve de clinique médicale et pathologie exotique et rédaction d'un certificat médico-légal sur un cas soit de chirurgie, soit de médecine, soit d'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie, cette rédaction comportant une note distincte de celle de clinique.

Durée totale : 1 heure (45 minutes pour la clinique et 15 minutes pour la rédaction du certificat et sa lecture).

L'établissement du certificat peut s'effectuer dans les mêmes conditions que l'application de l'appareil dans l'épreuve de chirurgie.

3. Epreuve clinique portant sur un malade atteint d'une affection des yeux, des oreilles, du nez et du larynx, durée totale (examen, réflexion et exposition) 45 minutes

a) Epreuve écrite sur un sujet d'hygiène navale ;

b) Epreuve écrite d'épidémiologie et de pathologie exotique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces deux épreuves *a* et *b*, la seconde pouvant comporter un sujet mixte.

5. Epreuve pratique de bactériologie et de parasitologie avec interrogation sur les préparations. Le choix et la durée de l'épreuve sont fixées par le jury.

6. Epreuve de médecine opératoire. Chaque candidat pratique deux opérations dont une ligature, en exposant succinctement l'anatomie de la région sur laquelle il devra opérer. Cette épreuve sera suivie d'interrogations sur un sujet connexe de chirurgie d'armée. Durée totale : 45 minutes.

Pour les épreuves cliniques et pratiques, la question est tirée au sort par le candidat d'après une liste établie à l'avance par le jury.

b) Pharmaciens chimistes

. . . .

C. — *Appréciation des épreuves.*

Après chaque épreuve, le jury exprime un jugement d'après une échelle de 0 à 20 graduée comme suit :

0	Nul.
1 à 4	Très mal.
5 à 7	Mal.
8 à 10	Médiocre.
11 à 12	Passable.
13 à 14	Assez bien.
15 à 16	Bien.
17 à 18	Très bien.
19 à 20	Parfait.

Pour l'établissement de cette note, le président recueille successivement les suffrages des membres du jury et vote le dernier.

Le secrétaire du jury inscrit chaque suffrage individuel : la moyenne de ces suffrages donne la note définitive de l'épreuve pour chaque candidat.

A la fin des épreuves, le secrétaire multiplie la note ainsi obtenue pour chacune d'elles par le coefficient indiqué ci-dessous :

Coefficient des notes des examens de sortie

a) Ligne médicale.

Clinique chirurgicale	15
Clinique médicale	15
Clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique	12

Médecine opératoire et chirurgie d'armée	12
Bactériologie	10
Hygiène	15
Epidémiologie et pathologie exotique	12
Appareils	6
Certificat médico-légal	6

b) Ligne pharmaceutique.

....

VI. — CLASSEMENT DE SORTIE DES STAGIAIRES

Les résultats des calculs de points, application faite des coefficients respectifs, concernant le stage et les épreuves de sortie, sont additionnés et le total des points ainsi obtenu pour chaque stagiaire détermine le rang de celui-ci dans le classement de sortie de l'école.

Ne sera pas classé tout candidat qui ne réunira pas la note moyenne minimum de 12, ou qui aura obtenu à deux épreuves des examens de sortie une note inférieure à 8.

Le nombre total minimum de points à obtenir après multiplication par les coefficients est donc:

Pour les médecins, 1.728.

Pour les pharmaciens-chimistes, 1.128.

Les stagiaires qui ne réuniront pas ce total minimum de points renouvelleront leur période d'application et concourront pour le classement avec la promotion suivante. En cas d'échec, le ministre statue sur la mise éventuelle en non-activité par retrait d'emploi.

V. — RAPPORT ANNUEL

Chaque année, à la fin de la période de stage, le directeur du service de santé du port de Toulon, directeur de l'école d'application, rend compte au ministre du fonctionnement de cette école. Il formule à cette occasion toutes les propositions qu'il croit nécessaires de présenter dans l'intérêt des études.

Deux exemplaires de ce rapport sont adressés au ministre de la marine (direction centrale du service de santé), dont un est transmis à l'inspection générale, pour examen et avis, et conservé dans les archives.

VI. — INSPECTION GÉNÉRALE

L'école est inspectée une fois par an par l'inspecteur général du service de santé.

VII. — DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les chefs de cliniques et le médecin adjoint au professeur de bactériologie, actuellement en exercice, sont maintenus dans leurs fonctions dans les conditions fixées par l'article 14 du décret du 20 décembre 1930, le médecin adjoint au professeur de bactériologie prenant le titre de chef de travaux de bactériologie.

Le chef du laboratoire de chimie biologique, actuellement en fonctions, est chargé de l'enseignement de la chimie biologique et de la toxicologie jusqu'à la fin de la période pour laquelle il a été désigné. Dans le cas où il serait nommé professeur agrégé, il serait maintenu dans ses fonctions pour la durée fixée par l'article 23 de l'arrêté du 22 décembre 1930, compte tenu du temps effectué dans ses fonctions actuelles.

VIII. TEXTES ABROGÉS

La présente instruction abroge celle du 14 avril 1910 et les modifications apportées postérieurement. (*J. O.* 25 *décembre* 1930.)

Hygiène Publique

Arrêtés du 20 janvier 1931 instituant une Commission supérieure d'examen des questions concernant la salubrité des coquillages et nommant les membres de cette Commission.

I

Art. 1er. — Il est institué une commission supérieure chargée :

1° D'examiner les propositions formulées par l'office scientifique et technique des pêches maritimes pour le classement, comme insalubres ou suspects, des gisements naturels coquilliers de toute nature et des établissements où sont pêchés ou cultivés les coquillages autres que les huîtres ;

2° Les mesures d'assainissement général pouvant être envisagées pour remédier aux causes d'insalubrité susceptibles d'affecter les lieux de production des coquillages destinés à la consommation.

Art. 2. — Cette commission comprend :

Quatre délégués du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Quatre délégués de l'office scientifique et technique des pêches maritimes.

Un représentant du ministère de la santé publique ayant voix consultative.

Un représentant du ministère de la marine marchande ayant voix consultative.

Le secrétaire administratif de l'office remplit les fonctions de secrétaire de la commission, avec voix consultative.

La présidence de la commission est exercée par une personnalité désignée d'accord par le ministre de la marine marchande et par le ministre de la santé publique.

La commission se réunit au ministère de la marine marchande.

Art. 3. — Lorsque les études qu'il aura faites sur place amèneront l'office scientifique et technique des pêches maritimes à proposer le classement comme suspect ou insalubre d'un gisement coquillier ou d'une zone littorale, cet établissement notifiera ses conclusions au ministre de la marine marchande.

Au cas où ce dernier ne croit pas pouvoir immédiatement ratifier ces propositions ou si des mesures d'assainissement général peuvent être envisagées, il en saisit la commission supérieure en la personne de son président.

La commission se réunit sur convocation de son président, dans le mois qui suit la transmission du dossier.

Elle peut statuer sur pièces.

Dans le cas où elle estime qu'une enquête complémentaire sur place est nécessaire, elle en avise le ministre de la marine marchande et le ministre de la santé publique. Ceux-ci se mettent d'accord au préalable, sur l'opportunité d'effectuer l'enquête demandée par la commission supérieure.

Les frais de déplacement des délégués sont supportés par l'office scientifique et technique des pêches maritimes, en ce qui concerne le ou les représentants dudit office par le ministère de la santé publique en ce qui concerne le ou les représentants du conseil d'hygiène publique de France.

La date à laquelle l'enquête devra avoir lieu est notifiée aux deux administrations par les soins du président de la commission supérieure au moins un mois à l'avance.

Le ministre de la marine marchande en avise le chef du quartier d'inscription maritime, qui aura lui-même à porter cette date à la connaissance des intéressés.

Le ministre de la santé publique prévient, de son côté, le préfet du département, pour que celui-ci convoque les délégués du conseil départemental d'hygiène et les représentants des municipalités dans lesquelles sont domiciliés les pêcheurs ou parqueurs susceptibles d'être touchés par la décision envisagée.

La commission supérieure doit remettre ses conclusions dans le délai maximum de trois mois à compter du jour où a été décidée l'enquête. Ses conclusions sont adressées, pour décision, au ministre de la marine marchande.

Si des mesures d'assainissement général sont prévues, elle en saisit en même temps le ministre de la santé publique.

Art. 4. — Le ministre de la marine marchande et le ministre de la santé publique peuvent, chacun en ce qui le concerne, saisir la commission supérieure de toutes questions intéressant la salubrité des coquillages et des zones où ils sont récoltés.

Art 5. — Le ministre de la marine marchande et le ministre de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin officiel* de la marine marchande.

II

Art. 1er. — Est nommé président de la commission supérieure instituée par l'arrêté interministériel susvisé du 20 janvier 1931, M. le professeur Joubin, docteur en médecine, membre de l'Institut.

Sont nommés membres de ladite commission :

1° *Représentants du conseil supérieur d'hygiène publique de France*

MM. Dienert, chef du service de surveillance des eaux d'alimentation de Paris.

M. le docteur Lucien Dreyfus.

M. le docteur Henri Labbé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Henry Thierry, inspecteur général honoraire des services d'hygiène de la ville de Paris.

2° *Représentants de l'office scientifique et technique des pêches maritimes*

M. le Danois, directeur.

M. Hinard, inspecteur général du contrôle sanitaire.

M. Lambert, inspecteur principal du contrôle sanitaire.

M. Teyssonnière, délégué régional pour la région méditerranéenne.

3° *Représentant du ministère de la santé publique*, avec voix consultative

M. Rouveure, sous-chef de bureau.

4° *Représentant du ministère de la marine marchande*, avec voix consultative

M. Alloy, sous-chef de bureau.

5° *Secrétaire* avec voix consultative

M. Rémy, secrétaire administratif de l'office scientifique et technique des pêches maritimes.

Art. 2. — Le ministre de la marine marchande et le ministre de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel*.
(*J. O.* 22 *janvier* 1931.)

Enseignement

Liste des titres étrangers admis en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu l'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires faites par des français d'origine ayant accompli leurs études à l'étranger ;

Vu l'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires faites par des étrangers ayant accompli leurs études à l'étranger ;

Vu le décret du 18 janvier 1916 concédant la gratuité des équivalence accordées en vue des études universitaires aux étrangers pourvus de titres étrangers ;

Vu l'article 6 du décret du 27 mai 1924 concernant l'admission des étrangers dans les universités françaises ;

Vu le décret du 14 janvier 1930 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires faites, après obtention de la nationalité française, par des candidats d'origine étrangère ayant accompli leurs études à l'étranger,

Arrête :

Art. 1er. — La liste des titres étrangers visés par l'article 1er de chacun des deux arrêtés susvisés du 16 novemmbre 1915 est établie comme suit pour l'année scolaire 1930-1931 :

ALBANIE

Diplôme de fin d'études secondaires du lycée national de Korça.

ALLEMAGNE

1° Certificat de maturité (*Reifezeugnis* ou *Zeugnis der Reife*) délivré soit par une école secondaire, soit par une *Aufbauschule* à six classes ;

2° Autorisation de suivre les cours universitaires ,sans certificat de maturité, délivrée soit en Prusse (par application des décrets prussiens des 19 septembre 1919 et 11 juin 1924), soit dans les autres Etats du Reich (décrets similaires bavarois, hessois, saxons, thuringiens, etc).

AMÉRIQUE (Etats-Unis d')

Diplôme de « B. A. » (Bachelor of Arts) ou de « B. Sc. » (Bachelor of Science), délivré par un des établissements d'enseignement désignés dans la liste annexée à l'arrêté français du 25 août 1928, relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire modifiée et complétée par les arrêtés des 15 et 28 décembre 1928.

ARGENTINE

Certificat d'études secondaires complètes, délivré par un collège national.

AUTRICHE

Certificat de maturité (Reifezeugnis), délivré par un établissement de l'un des quatre types suivants : » gymnasium, realgymnasium, realschule, hauptschule ».

BELGIQUE

1° Certificat homologué par le ministère belge des sciences et des arts, constatant un cours complet d'humanités ou d'études professionnelles, fait dans un ou plusieurs établissements d'enseignement moyen ;

2° Diplôme de candidat en philosophie et lettres, ou de candidat en droit, ou de candidat en sciences physiques et mathématiques, ou de candidat en médecine, chirurgie et accouchements, ou de candidat notaire, ou de candidat ingénieur.

BOLIVIE

Certificat d'entrée (certificado de ingreso) à une faculté d'université bolivienne.

BRÉSIL

Certificat de quatre années d'études faites dans un des établissements d'enseignement secondaire désigné dans la liste annexée à l'arrêté français du 20 août 1929, relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

BRITANNIQUE (Empire)

1° Certificat de « matriculation », délivré par une des universités de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'Etat libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de l'Afrique du Sud, de Malte , de Hong-Kong ;

2° Tout diplôme obtenu dans l'empire britannique, accompagné d'une attestation du « Universities bureau of the Bristish Empire, 50 Russel Square, London », constatant que ce diplôme confère à son titulaire le droit d'être admis comme étudiant régulier en vue d'obtenir un grade universitaire dans une des universités de la Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord, de l'Etat libre d'Irlande, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande de l'Afrique du Sud, de de Malte, de Hong-Kong ;

3° Tout certificat accompagné d'une attestation du « Universities bureau of the Bristish Empire », constatant que son titutalire a subi avec succès, dans une université de l'Inde, l'« Intermediate examination for the degrees of B. A. (Bachelor of arts), B. Sc. (Bachelor of Science), LL. B. (Bachelor of Laws), M. B. (Bachelor of Medicine), B. E. (Bachelor of Engineering), B. Com. (Bachelor in Commerce), B. Ag. (Bachelor in Agriculture), B. O. L. (Bachelor in Oriental Learning), B. C. L. (Bachelor of Civil Law).

BULGARIE

1° Diplôme de fin d'études secondaires des collèges français Saint-Augustin et Saint-Joseph, à Plovdiv (Philippopoli) ;

2° Certificat de maturité, délivré par un gymnase national ou par une école pédagogique bulgare.

CHILI

1° Diplôme de licence secondaire (licencia secundaria) ;

2° Diplôme de bachelier.

CHINE

1° Certificat d'études secondaires, délivré par l'université « L'Aurore », à Changhaï (cours préparatoire) ;

2° Certificat de fin d'études de l'école russe de Kharbine (Mandchourie).

COLOMBIE

Diplôme de bachelier, délivré par les établissements d'enseignement secondaire, délégués par le ministère colombien de l'instruction publique.

COSTA-RICA

Diplôme de bachelier en humanités, délivré par un établissement d'enseignement secondaire.

CUBA

Diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences, délivré par un établissement d'enseignement secondaire.

DANEMARK

Certificat d'examen d'étudiant (étudenterksémen), d'une des trois séries :

1° Langues classiques ;

2° Langues modernes ;

3° Mathématiques. — Sciences naturelles.

DANTZIG (Ville libre de)

Certificat de maturité (Reifezeugnis) délivré par les gymnases, realgymnases et écoles réales supérieures.

DOMINICAINE (République)

Diplôme de bachelier.

EGYPTE

Certificat d'études secondaires délivré par le gouvernement égyptien.

ÉQUATEUR

Diplôme de baccalauréat délivré par les collèges nationaux.

ESPAGNE

Diplôme de bachelier délivré par le recteur d'une université.

ESTONIE

1° Certificat de maturité des gymnases publics ;

2° Certificat de maturité de l'un des gymnases privés ci-après : Dôme, Kubu, Lender, Saint-Charles, Treffner, Westhelm à Tallinn (Reval), de la minorité russe, de la société pour l'éducation de la jeunesse à Tartu, de la minorité lettone à Valk, de la société pour la propagation de l'instruction à Viljandi, de garçons et de jeunes filles à Voru ;

3° Certificat de maturité délivré par tout établissement libre revêtu de l'approbation du ministère estonien de l'instruction publique.

FINLANDE

Diplôme d'étudiant obtenu à la suite de l'examen de sortie d'un établissement d'enseignement secondaire.

GRÈCE

Certificat de fin d'études (Apolytirion) délivré

par un gymnase hellénique, accompagné d'un certificat d'admission à l'examen d'entrée à l'université d'Athènes ou à l'université de Salonique.

GUATEMALA

Diplôme de baccalauréat ès sciences et ès lettres.

HAÏTI

Certificat d'études secondaires du deuxième degré (mention « lettres » ou mention « lettres-sciences »).

HOLLANDE

1º Certificat d'études prévu par l'article 57 de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1928) ;
2º Certificat d'études prévu par l'article 55, second alinéa, de la loi hollandaise du 2 mai 1863 sur l'enseignement secondaire (article modifié par la loi hollandaise du 1er mars 1920) ;
3º Certificat d'études prévu par l'article 11 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur ;
4º Certificat d'études prévu par l'article 12 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 (article modifié par la loi hollandaise du 22 mai 1905) ;
5º Certificat d'études prévu par l'article 157 de la loi hollandaise du 28 avril 1876 sur l'enseignement supérieur.

HONDURAS

Diplôme de bachelier de l'université de Tegucigalpa.

HONGRIE

Certificat de maturité ou de baccalauréat délivré par les lycées, gymnases, réalgymnases et écoles réales.

ISLANDE

Certificat d'examen d'étudiants (Students prof.) d'une des deux sections : 1º langues ; 2º sciences.

ITALIE

Diplôme de maturité classique ou de maturité scientifique.

JAPON

Diplôme de fin d'études des lycées et écoles secondaires dépendant du ministère de l'instruction publique, de l'Athénée français à Tokyo, de l'école de l'étoile du matin à Tokyo, des écoles des langues étrangères de Tokyo et Osaka.

LETTONIE

Certificat de maturité (Gatavibas apliecibа) délivré par les gymnases lettons et les gymnases des minorités nationales ou religieuses (allemande, israélite, polonaise, russe, etc).

LIBAN

Baccalauréat libanais de l'enseignement secondaire délivré par le président de la République libanaise à Beyrouth.

LITHUANIE

1º Certificat de maturité, délivré par les gymnases de l'Etat ;
2º Certificat de maturité, délivré par les gymnases privés jouissant des droits des gymnases de l'Etat et portant la signature du ministère lithuanien de l'instruction publique.

LUXEMBOURG

1º Certificat de maturité d'un gymnase ou lycée ;
2º Certificat de capacité (section industrielle) d'une école industrielle ou commerciale.

MEXIQUE

Certificat d'études préparatoires à l'enseignement universitaire, délivré par une école nationale préparatoire.

NICARAGUA

Diplôme de bachelier ès sciences et lettres. délivré par le président de la république.

NORVÈGE

Diplôme de bachelier (« Artium » ou Studenterksamen »).

PANAMA

1º Diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences, délivré par l'institut national panaméen.
2º Diplôme de bachelier ès sciences et lettres du collège de la Salle, à Panama.

PARAGUAY

Diplôme de bachelier, délivré par le conseil secondaire et supérieur.

PÉROU

1° Diplôme de baccalauréat ès lettres ou ès sciences ;
2° Certificat de fin d'études, délivré après cinq années d'enseignement secondaire.

PERSE

Diplôme de fin d'études secondaires, délivré par le ministère persan de l'instruction publique.

POLOGNE

1° Certificat de maturité (swiadectwo dojrzalosci) obtenu dans un gymnase de l'État ;
2° Certificat de maturité (swiadectwo dojrzalosci) obtenu dans un gymnase privé après examen devant un jury désigné par le curateur d'un arrondissement scolaire.

PORTUGAL

Diplôme de cours complémentaire de lettres ou de sciences des lycées nationaux.

ROUMANIE

Diplôme de baccalauréat (diploma de bacalaureat) délivré par le ministère roumain de l'instruction.

SALVADOR

Diplôme de baccalauréat exigé pour entrer dans les facultés de l'université.

SUÈDE

Certificat de baccalauréat délivré par un établissement public d'enseignement secondaire (latingymnasium ou realgymnasium).

SUISSE

1° Certificat de maturité fédérale de l'un des types A. B. C. délivré par la commission fédérale de maturité ou par une autorité scolaire cantonale ;
2° Diplôme de baccalauréat ou certificat de maturité délivré par un des établissements désignés dans la liste annexée à l'arrêté français du 25 août 1928 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

SYRIE

Diplôme de baccalauréat de l'enseignement secondaire délivré par le ministère de l'instruction publique de Syrie à Damas.

TCHÉCOSLOVAQUIE

1° Certificat de maturité d'un gymnase, gymnase real ou réformé ;
2° Certificat de maturité d'une école réale joint au certificat d'examen complémentaire prévu par l'arrêté autrichien du ä9 mars 1909.

TURQUIE

Diplôme de fin d'étude des lycées turcs.

URUGUAY

Diplôme de bachelier ès sciences et ès lettres de l'université de Montevideo.

VENEZUELA

1° Diplôme de bachelier en philosophie ;
2° Certificat de capacité (certificado de suficiencia) délivré par le ministère de l'instruction publique.

YOUGOSLAVIE

Certificat de baccalauréat ou de maturité délivré par un établissement public de l'enseignement secondaire (gymnase ou école réale).

Art. 2. — Les recteurs d'académie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté. (*J. O.* 16 *décembre* 1930.)

Assistance Publique

Décret du 27 décembre 1930 modifiant le décret du 4 janvier 1922 relatif au recrutement et à la nomination du personnel des asiles publics autonomes d'aliénés.

Article unique. — Le décret du 4 janvier 1922 est modifié comme suit :

« Directeur administratif. — Les postes de directeurs administratifs des asiles publics autonomes d'aliénés sont à la nomination directe du ministre. Toutefois, une vacance sur trois est obligatoirement réservée aux receveurs économes, receveurs, économes et secrétaires de direction des asiles publics autonomes d'aliénés inscrits sur la liste spéciale d'aptitude prévue à l'art. 4.

« Art. 2. — Receveurs économes, receveurs, économes et secrétaires de direction. — Les postes de receveurs économes, de receveurs, d'économes et de secrétaires de direction des asiles publics autonomes d'aliénés sont réservés, dans la proportion de deux vacances sur trois, aux commis aux écritures de ces établissements inscrits sur la liste spéciale d'aptitude et comptant au moins six ans de services publics ou dans les établissements d'assistance.

« Le troisième poste est à la nomination du ministre.

« Art. 3. — Une commission composée du directeur de l'assistance et de l'hygiène, président, d'un inspecteur général ou général adjoint des services administratifs, du chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène, du directeur comptant le plus d'années de services dans les asiles publics autonomes d'aliénés dresse chaque année, sur la proposition des directeurs des asiles autonomes, la liste des receveurs économes, receveurs, économes et secrétaires de direction de ces établissements aptes à remplir les fonctions de directeur.

« Nul ne pourra être inscrit sur cette liste s'il ne compte quatre ans de présence effective dans les asiles d'aliénés et dans les emplois précités.

« La même commission dresse chaque année, sur les mêmes propositions, la liste des commis aux écritures aptes à remplir les fonctions de receveurs économes, de receveurs, d'économes et de secrétaires de direction des asiles publics autonomes d'aliénés. Le receveur économe, le receveur, l'économe, le secrétaire de direction des asiles autonomes d'aliénés comptant le plus d'années de services dans son emploi est alors adjoint à la commission.

« Art. 5. — Si, au moment où s'ouvre la vacance d'un des postes prévus aux articles 2, 3, et 4, du présent décret et qui devrait être réservé aux fonctionnaires des asiles publics autonomes d'aliénés, aucun de ceux-ci ne figure sur la liste d'aptitude, le titulaire peut être choisi en dehors de ces fonctionnaires.

« Art. 6. — Les fonctionnaires du personnel supérieur administratif des asiles publics autonomes d'aliénés seront admis à faire valoir leurs droits à la retraite à partir de soixante ans.

« Art. 7. — Les fonctionnaires du personnel supérieur administratif des asiles publics autonomes d'aliénés pourront faire entrer en ligne de compte, pour le calcul de leurs pensions de retraites, leurs années de services militaires et les années de services civils accomplis par eux dans d'autres administrations soumises aux dispositions de la loi du 9 juin 1853.

« Art. 8. — Les fonctionnaires retraités ou en état de bénéficier d'une retraite d'ancienneté en raison de leurs fonctions ne pourront être admis dans les cadres des asiles publics autonomes d'aliénés.

« Art. 9. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret. »

(*J. O.* 31 *décembre* 1930.)

Décret du 29 décembre 1930 modifiant les conditions de recrutement et de nomination du personnel des établissements nationaux de bienfaisance.

Art. 1er. — Les postes de directeur, de receveur, d'économe et de secrétaire de direction des établissements nationaux de bienfaisance sont à la nomination directe du ministre. Toutefois :

Un poste de directeur sur quatre est obligatoirement réservé aux fonctionnaires de l'administration centrale du ministère de la santé publique appartenant au moins au grade de sous-chef de bureau, inscrit sur la liste d'aptitude spécialement prévue à l'article 5 après avoir formulé préalablement une demande par voie hiérarchique et deux postes sur quatre aux receveurs économes, receveurs, économes, d'établissements nationaux de bienfaisance, inscrits sur ladite liste d'aptitude.

Art. 2. — Les postes de receveur économe, de receveur et d'économe des établissements nationaux de bienfaisance sont réservés dans la proportion d'une vacance sur quatre aux rédacteurs principaux, rédacteurs, et aux commis d'ordre

principaux du ministère de la santé publique inscrits sur la liste spéciale d'aptitude prévue à l'article 5, et de deux vacances sur quatre aux secrétaires de direction ou commis aux écritures de ces établissements inscrits sur ladite liste d'aptitude.

Pour l'exécution du présent article et de l'article précédent, le roulement s'opérera comme suit : 1er tour, choix du ministre ; 2e tour, fonctionnaires des établissements ; 3e tour, personnel de l'administration centrale ; 4e tour, fonctionnaires des établissements nationaux.

Art. 3. — Les postes de secrétaires de direction sont réservés dans la proportion d'un poste sur deux aux commis aux écritures des établissements nationaux inscrits sur la liste d'aptitude.

Art. 4. — Une commission composée du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, président, du chef de cabinet, du directeur du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché, d'un inspecteur général ou adjoint des services administratifs, du chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, dresse chaque année, sur la proposition des directeurs des établissements nationaux, la liste des receveurs économes, des receveurs et économes, aptes à remplir les fonctions de directeur et, sur la proposition des directeurs de l'administration centrale, la liste des fonctionnaires de l'administration centrale aptes à remplir lesdites fonctions de directeur et ayant adressé une demande à cet effet.

La même commission dresse chaque année, dans les mêmes conditions et sur les mêmes propositions, la liste des fonctionnaires de l'administration centrale et des fonctionnaires des établissements nationaux de bienfaisance aptes à remplir les fonctions de receveurs économes, de receveurs et d'économes ou de secrétaires de direction, le receveur économe, le receveur ou l'économe, le secrétaire de direction comptant le plus d'années de services dans les établissements nationaux de bienfaisance situés dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise est alors adjoint à la commission.

Art. 5. — Si, au moment où s'ouvre la vacance d'un des postes prévus aux articles 1er, 2 et 3 du présent décret et qui devait être réservé aux fonctionnaires des établissements nationaux de bienfaisance ou de l'administration centrale du ministère de la santé publique, aucun de ceux-ci ne figure sur la liste d'aptitude, le titulaire peut être choisi en dehors de ces fonctionnaires.

Art. 6. — Les peines disciplinaires applicables au personnel des établissements nationaux de bienfaisance sont les suivantes :

La réprimande.
La rétrogadation.
La radiation des cadres.
La révocation.

Art. 7. — Il est constitué, pour l'ensemble des établissements nationaux de bienfaisance, un conseil de discipline siégeant à Paris, au ministère de la santé publique.

Ce conseil est ainsi composé :

Président

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques :

Membres.

Le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance ;

Le directeur de l'établissement auquel appartient le fonctionnaire incriminé.

Le plus ancien économe ou receveur économe des établissements de Paris ou de la banlieue.

Quand le fonctionnaire incriminé appartient à un établissement de Paris ou de la banlieue, le président ou, à défaut, un membre désigné par le ministre, de la commission consultative de cet établissement, pour un fonctionnaire de province le préfet ou un membre de l'administration préfectorale désigné par lui.

Le Conseil de discipline sera appelé à donner son avis en ce qui concerne les faits susceptibles d'entraîner la rétrogadation, la radiation des cadres et la révocation.

Il sera convoqué par le ministre, sur la proposition qui lui en sera faite par le directeur de l'assistance et de l'hygiène et sur le vu d'un rapport détaillé à communiquer préalablement au fonctionnaire incriminé.

Lorsqu'un des membres du conseil sera appelé à comparaître devant lui, le président appellera à siéger à sa place le fonctionnaire de même catégorie le plus ancien.

En cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Les dispositions de l'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905 sont applicables au personnel des établissements nationaux de bienfaisance.

Art. 8. — Les fonctionnaires retraités ou en état de bénéficier d'une retraite d'ancienneté, en raison de leurs fonctions, ne pourront être admis dans le cadre des établissements nationaux de bienfaisance.

Art. 2. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.* 31 *décembre* 1930.)

Le Directeur-Gérant : **Dr A. GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Assurances sociales

Liste des syndicats professionnels de praticiens de l'art dentaire, de sages-femmes et d'herboristes, habilités à passer des conventions avec les caisses primaires d'assurances sociales.

Le conseil supérieur des assurances sociales, dans sa séance du 23 février 1931, a donné son approbation à l'habilitation, par leurs groupements nationaux, des syndicats professionnels ci-dessous désignés :

1° *Syndicats de praticiens de l'art dentaire.*

Syndicat dentaire des Hautes-Alpes. — M. de Stebenthal, 23, rue Carnot, à Gap, président.

Syndicat dentaire du Gers. — M. Duchamp, chirurgien-dentiste à Auch, président.

Syndicat dentaire du Lot. — M. Maury, 8, rue Mercier, à Cahors, président.

Syndicats départementaux de sages-femmes.

Territoire de Belfort. — Syndicat des sages-femmes du territoire de Belfort, 23, rue Denfert-Rochereau, à Belfort.

Cantal. — Syndicat des sages-femmes du Cantal, 2, rue de Noailles, à Aurillac.

Corse. — Syndicat des sages-femmes de Corse, 2, place de l'Hôtel-de-Ville, à Bastia.

Pyrénées (Basses-). — Syndicat des sages-femmes des Basses-Pyrénées (Mlle Simonin, présidente, à Nay).

Vienne. — Syndicat des sages-femmes de la Vienne, 3 *bis*, route de Maillochon, à Poitiers.

3° *Syndicats des herboristes.*

Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire, Jura, Doubs, Aube, Haute-Saône (syndicat des herboristes de Bourgogne). — M. Bonnin, 34, rue Jean-Jacques Rousseau, Dijon (Côte-d'Or), président.

Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Tarn-et-Garonne, Tarn, Aude, Pyrénées-Orientales, Lot, Aveyron (syndicat des herboristes du Languedoc). — M. Fauchier, 24, rue Pharaon, à Toulouse (Haute-Garonne), président.

Manche, Calvados, Eure, Seine-Inférieure, Orne (syndicat des herboristes de Normandie). — M. Henry, 2, rue Raspail, le Havre (Seine-Inférieure), président.

Puy-de-Dôme, Loire, Allier, Cantal, Haute-Loire, Lozère (syndicat des herboristes du Plateau Central). — M. Ferrier, 32, boulevard de Courtais, Montluçon (Allier), président.

(*J. O.* 8 mars 1931).

Hygiène Publique

Circulaire aux agents de la répression des fraudes et aux préfets (panification).

Paris, le 7 mars 1931.

La circulaire du 6 novembre 1930 vous a signalé que l'addition de tous produits chimiques, en panification, demeurait formellement prohibée et constituait une infraction aux textes en vigueur (loi du 1er août 1905, décret du 15 avril 1912, arrêté interministériel du 28 juin 1912), tant que cette addition n'aurait pas été autorisée par un arrêté pris sur le double avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine.

Or, le conseil supérieur, dans sa séance du 9 février 1931, s'est prononcé à l'unanimité contre cet emploi. L'Académie de médecine incline dans le même sens puisque la commission chargée auprès d'elle de l'étude de cette question, vient d'émettre un avis nettement défavorable à l'usage des produits chimiques en meunerie et en boulangerie.

Dans ces conditions je vous rappelle que l'addition de tous produits chimiques en panification constitue une contravention au décret du 15 avril 1912 et à la loi du 1er août 1905.

Je vous rappelle en même temps qu'il n'y a jamais eu de tolérance à cet égard de la part de l'administration. C'est non de son fait, mais à la suite d'un jugement de relaxe rendu par le tribunal correctionnel de Strasbourg, le 20 juillet 1928, en faveur de boulangers inculpés d'avoir employé des produits chimiques dans la fabrication du pain, que l'usage de ces produits se répandit et donna faussement l'impression qu'une tolérance existait.

Depuis ce jugement, le service continua à effectuer des prélèvements sur de nombreux points de notre territoire, de nouvelles poursuites furent engagées et des expertises ordonnées par les tribunaux.

En conséquence, je vous invite à veiller de très près à l'application des dispositions en vigueur. Tout « améliorant », quel qu'il soit, est et demeure interdit, sans distinction aucune, et vous devez, à toute constatation contraire, répondre en engageant l'action répressive.

Le ministre de l'agriculture,
André Tardieu.

(*J. O.*, 10 mars 1931.)

Assistance Publique

Services hospitaliers pour 1931

Hôpital Andral, boulevard Mac-Donald.

Médecin : M. Gautier. — *Interne* : M. Fauvert — *Externes* : MM. Champsaur, Journe, Copelovici, Boucher (Marcel).

Médecin : M. R. Bénard. — *Interne* : M. David (Jean). — *Externes* : MM. Drain, Burel, Grossiord (A.), Tissandié, Cadet de Gassicourt.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Gutmann. — *Assistant* : M. G. Beaugeard. — *Interne* : M. Boullé (ext. pr.). — *Externes* : MM. Morange, Epelbaum.

RADIOLOGIE. — *Médecin* : M. Pierre Charpy.

Hôpital du Bastion 29, boulevard Marc-Donald.

Médecin : M. Hutinel. — *Internes* : Mlle Fayot, M. Challiol (ext. pr.). — *Externes* : Mlle Herr, MM. Mazingarbe, Gouget, Mlle Finkelsteine, MM. Aschkenassy, Desvignes, Mme Duhamel, M. Maillard.

Clinique d'accouchement Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.

Accoucheur : M. le Prof. Couvelaire. — *Chefs de clinique* : M. Digonnet. — *Chefs de clinique adjoints* : Mlle Bach, M. François. — *Chefs de laboratoire* : M. Giraud (1re sem.), M. Lacournie (2e sem.). — *Interne* : M. N. Mayer. — *Externes* : Mme Legoff, MM. Gouzonnet, Boutron, Fabre (A.), Mlle Huet, MM. Giami, Pimpaneau.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Grunspan de Brancas. — *Assistant* : M. Lévy-Lebhar. — *Pharmacien* : M. Picon.

Hôpital Beaujon, 208, faubourg Saint-Honoré.

Médecin : M. Faroy. — *Assistant* : M. Deron. — *Interne* : M. Goldberg. — *Externes* : MM. Nardi, Temerson, Mlle Challiot, MM. Cazette, Deséglise, Barré (Paul) (en surnombre).

Médecin : M. de Massary. — *Interne* : M. Arondel. — *Externes* : MM. Regard, Molartic, Amante, Bonnet (R.), Leroy (F.), Gilet (B.).

Médecin : M. Harvier. — *Assistant* : M. de Brun du Bois Noir. — *Interne* : M. Lafitte. — *Externes* : MM. Pannet, Jacquot (A.), Mme Perlis, MM. Lebel, de Lavedan de Casaubon, Lesobre.

CENTRE DE TRIAGE DES TUBERCULEUX. — *Médecin* : M. Debré (Robert). — *Assistants* : MM. Renard, Cros-Decam, Mlle Prieur. — *Internes* : MM. Ragu (1re sem.), Uhry (2e sem.). — *Externes* : MM. Winter, Ovary, Mlle Epstein, M. Botreau-Roussel, Mlle Caubet.

Chirurgiens : M. Okinczyc. — *Assistant* : M. Boppe. — *Internes* : MM. Guichard, Milluet. — *Externes* : MM. Fleury, Boyer (Et.), Pergola, Tempier, Bour (B.), Cante (R.), Jamain.

CHIRURGIES CHRONIQUES. — *Chirurgien* : M. Okinczyc. — *Interne* : M. R. Pichon. — *Externe* : Mlle Bonnenfant.

Chirurgien : M. Basset. — *Internes* : MM. A. Carteret, Gorse, Mlle Delahaye. — *Externes* : MM. Senéchal, Faulong, Grupper, Fron, Dreyfus (J.), Azema, Mlle Laurens.

Chirurgien : M. Alglave. — *Internes* : MM. H. Benoit, Kapandji. — *Externes* : MM. Michaut (R.), Zivy, Rabinovici, Gout, Bembaron, D. Segall.

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Coutela. — *Assistant* : Mme Weissmann-Netter. — *Assistante adjointe* : Mme Deslandres. — *Interne* : M. Hamburger. — *Externes* : MM. Landolt, Masson (Roger).

Accoucheur : M. Levant. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Laplane, J. Dubois. — *Externes* : MM. Karcher, Cometet, Dufour (J.), Giard.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. J. Decourt. — *Assistant* : M. Bloch. — *Suppléant* : M. N... — *Interne* : M. Kaplan (ext. pro.). — *Externes* MM. Bouchacourt, H. Netter, Parrot.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Médecin* : M. Guimbellot. — *Assistant* M. Jacques Martin. — *Externes* MM. Archaimbault, Payet, Margout.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Baldenweck. — *Assistant* : M. Lévy-Decker. — *Assistant adjoint* : M. Magnien. — *Assistant de consultation* : M. Granet. — *Internes* : MM. A. Gaston (1re sem.), Guillon (2e sem.). — *Externes* : MM. Tu Chan Canh, Bagot, Gallois (P.), Joly (Max).

RADIOLOGIE. — *Chef de laboratoire* : M. Aubourg. — *Chefs adjoints* : MM. Joly, Vignal. — *Assistants* : MM. Mignon, Gaulliart, Barreau, Surmont, Mad. Delaplace. — *Pharmacien* : M. Crut.

Berck-sur-Mer.

Chirurgien : M. Richard. — *Assistant* : M. N... — *Chef de laboratoire d'électro-radiologie* : M. Parin. — *Chef de laboratoire de bactériologie* : M. Mozer. — *Internes* : MM. Malgras, Elbuin, Martin, Jenis. — *Externes* : MM. Barneville, Gasne (Pierre), Martin (Charles), Rosenstein (Simon).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Médecin* : M. Parin. — *Pharmacien assistant* : M. Durand.

Annexe de Bouville.

Directeur-comptable : M. Guillemain. — *Interne* : M. Janvier. — *Externe* : M. Pupko.

Hospice de Bicêtre, 78, rue du Kremlin.

Médecin : M. Pasteur-Vallery-Radot. — *Internes* : Mlle Heimann, M. Mauric. — *Externes* : MM. Fildermann (Marcel), Bonhomme, Brunhes, Mlle Fauvert.

SANATORIUM CLEMENCEAU. — *Médecin* : M. Feuillié. — *Interne* : M. Loisel. — *Externes* : MM. Monte (Martin), Mekdjan, Robert (J.), Bibas, Devoncoux.

Chirurgien : M. Toupet. — *Internes* : MM. Ganuy, Pierre Pelet, Zagdoux. — *Externes* : MM. Gringoire, Coustenoble, Bourel, Szejdel (A.), Basset (André), Campesco, Budisch.

ALIÉNÉS. — *Médecin* : M. Camus. — *Interne* : M. Sourice.

Médecin : M. Riche (A.).

Médecin : M. Maillard. — *Interne* : M. Macé de Lépinay.

FONDATION VALLÉE. — *Médecin* : M. Roubinovitch.

SERVICE TEMPORAIRE DES CHRONIQUES. — *Médecin* : M. Pasteur-Vallery-Radot. — *Internes*: MM. Gilbrin, Soubrane, Dreyfus (ext. pr.). — *Externes* : MM. Belletoille, Collart, Domart.

SERVICE TEMPORAIRE (Malades de Broussais). — *Médecin* : M. Pasteur-Vallery-Radot. — *Interne* : M. Lafont (ext. pr.). — *Externes* : MM. Israël, Wolmetz, Mlle Ternois, M. Feuillet.

NOUVEAU SERVICE DE CHRONIQUES. — *Médecin* : M. Pasteur-Vallery-Radot. — *Interne* : M. Bourdial (ext. pro).

SERVICE D'ENFANTS PLATRÉS : assuré par l'I. P. du service des malades de Broussais. — *Interne* : M. Bourdial (ext. pro.).

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Hartmann.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef de service central* : M. Dariaux. — *Chef adjoint* : M. Guénaux.

Stomatologiste : M. Richard. — *Pharmacien* : M. Poirot.

Hôpital Bichat, boulevard Ney.

Médecin : M. Lemierre. — *Assistant* : M. Léon Kindberg. — *Interne* : M. Pierre Augier. — *Externes* : MM. Malinsky, Rodier, Vendryes, Dubarry, Tantin, Moreno, Mlles Weissberg et Sabetay.

Médecin : M. Troisier. — *Assistant* : M. Roger Cestan. — *Externes* : MM. Hallé, Naud (Hubert), Olivier (Marcel), Mlle Courrier.

SERVICE DE DÉSENCOMBREMENT. — *Médecin* : M. Troisier. — *Internes* : MM. Lortat-Jacob (ext. pr.). — *Externes* : MM. Chapireau, Duflo (Jacques), Castany, Kohen (Joseph).

Médecin : M. Boidin. — *Interne* : M. Reyt. — *Externes* : MM. Laroche, Gérard (P.), Delort, Morel (A.), Hanaut, L'Huilier, Demange, Simon (G.).

Chirurgien : M. Mocquot. — *Assistant* : M. Monod (Raoul). — *Internes* : MM. Baumann, Billet, Gasne. — *Externes* : MM. Corrèze, Kramartz, Mlle Lévy (Hélène), MM. Wolfromm, Dubos (Pierre), Gross (A.), Tiffeneau, Daudier.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Garcin. — *Assistant* : M. Laporte. — *Interne* : M. Ch. Cachin (ext. pr.). — *Externes* : MM. Girard (E.), Lachèze.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Assistant* : M. N.... — *Suppléant* : M. N.... — *Externes* : M. Macé, Mlle Malan.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Beaujard. — *Assistant* : M. Le Goff. — *Pharmacien* : M. David.

Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention.

Médecin : M. Courcoux. — *Interne* : M. Bucquoy — *Externes* : MM. Puybaret, Lamouche, Blot, Rabaté.

CENTRE DE TRIAGE. — *Médecin* : M. Courcoux. — *Externes* : MM. Genevrier, Amigues.

Assistants : MM. Bidermann, Trémolières. — *Interne* : M. Lançon. — *Externes* : M. Meyer (Jean), Mlle Solente, MM. Brochard (Ch.), Coste.

Chirurgien : M. Dujarier. — *Assistant* : M. Rouhier. — *Internes* : MM. Bufnoir, Masson, Rudler. — *Externes* : MM. Piton (J.), Magder, Montagne, Logeais, Mlles Sachnine, Despax, MM. S. Hoffmann, Forestier.

Accoucheur : M. Le Lorier. — *Internes* : MM. Picard, Durieux (ext. pr.). — *Externes* : MM. Bourget, Kogan, Brincourt, Mme Maury.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Carrié. — *Assistant* : M. N.... — *Interne* : M. Sauvain (ext. pro.). — *Externes*: MM. Tournafond, Goyer.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Assistant* : M. Rouhier. — *Suppléant* : M. N.... — *Externes* : MM. Grossiord (Gilbert), Lefkovitsch, Mignon (Jean), Breton (R.).

CONSULTATION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Moulonguet. — *Externes* : MM. Magnin, Jusseaume.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Fargin-Fayolle.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Guilbert. — *Adjoint* : M. Gilson. — *Assistant* : M. Blanche.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — *Chef de secteur* : M. Bergeron.

CONSULTATION DU SOIR. — *Médecin* : M. Pinard. — *Assistant* : M. Rabut. — *Chef de laboratoire* : M. Giraud.

Stomatologiste : M. Dechaume. — *Pharmacien* : M. Cheramy.

Hôpital Bretonneau, 2, rue Carpeaux.

Médecin : M. Grenet. — *Assistant* : M. Isaac-Georges (Pierre). — *Interne* : M. Mézard. — *Externes* : MM. Bernardeau, Tissot, Coussieu, Mlle Debay, MM. Salleron, Arviset.

Médecin : M. Guillemot. — *Assistant* : M. Prieur. — *Interne* : Mlle Papaioannou. — *Externes* : M. Canet, Mlles Wix, Ruais, MM. Attal (M.), Cormélié, Mlle Pétroff.

Chirurgien : M. Picot. — *Internes* : MM. Guiheneux, Lieffring, Joly (Henry), Mlle Jammet (ext. pr.). — *Externes* : MM. Blondeau, Petresco, Mlle Margueron, MM. Buisson (Guy), Truelle, Soullard, Leclercq (J.).

Accoucheur : M. Metzger. — *Internes* : MM. Valensi, Augereau. — *Externes* : MM. Streicher, Djian, Chambon, Germon, Lubas, Divet.

Consultation de médecine. — *Médecin* : M. Marquezy. — *Assistante* : Mlle Hébert. — *Interne* : M. Fontaine (ext. pr.). — *Externes* : Mme H. Heubert, MM. Bousquet, Giraud, Hébert (Pierre), Pasqualini.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — *Assistant* : M. Bloch. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Jamet, Meillon, Brun (Maurice), Tiburce, Rosenberg.

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Lobligeois. — *Assistants* : MM. Torchaussé, Lifschitz.

Stomatologiste : M. Izard. — *Pharmacien* : M. Chaymol.

Hospice de Brévannes, Limeil-Brévannes (Seine-et-Oise).

Médecin : M. Marie (René). — *Assistant* : M. N.... — *Internes* : MM. Iliovici, Tellier.

Médecin : M. Lévy-Valensi. — *Internes* : MM. Suchmann (ext. pr.), Blau, Lepart, Rymer, Darras, Nomblot.

Médecin : M. Renaud. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Pourquié, Yovanovitch, Tilitchef.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — *Médecin* : M. Chatellier.

Poste de radiologie. — *Assistant* : M. Thielle.

Stomatologiste : M. Nespoulous. — *Assistant* : M. J. Chatellier. — *Pharmacien* : M. Valette.

Hôpital Broca, 111, rue Broca.

Médecin : M. Weissenbach. — *Chef de laboratoire* : M. N... — *Interne* : M. Brisset. — *Externes* : MM. Brocard (H.), Crapinet, Seguin (A.), Longuet, Ulmann, David (L.), Bobard.

Médecin : M. Touraine. — *Assistant* : M. N... — *Chef de laboratoire* : M. N.... — *Interne* : M. Maison. — *Externes* : MM. Gailhard, Dechaume-Montcharmont, Lautier, Oudin (J.), Mme Berthoud, MM. François (René), Dangauthier.

Consultation de blennorrhagie. — *Médecin* : M. Touraine. — *Assistant* : M. N.... — *Externes* : MM. Bruno, Agilignac.

Chirurgien : M. le Prof. J.-L. Faure. — *Chefs de clinique* : MM. Grinda, Béclère, Mlle Laurent, (adjointe). — *Chef des travaux gynécologiques* : M. E. Douay. — *Chef de laboratoire* : M. Bulliard. — *Internes* : Mme Stuhl, Mlle Bizou, M. Fayot (R.). — *Externes* : Mlles Roule, Dumaus, Roussy, Lavit, MM. Meyer, Velez, Lemaire (R.).

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Lehmann. — *Chef du service central adjoint* : M. Dimier.

Hôpital Broussais, 90, rue Didot.

Médecin : M. Laubry. — *Assistant* : M. Walter. — *Interne* : M. Lenègre-Theurin. — *Externes* : MM. Gillot, Mouchotte, Huguier, Brandenburg, Bousoulade.

Service des tuberculeux. — *Médecin* : M. Laubry. — *Interne* : M. Bernal. — *Externes* : Mlle Moyen, M. Gaume.

Médecin : M. Dufour. — *Assistant* : M. N.... — *Interne* : M. Aubert. — *Externes* : Mlle Millant, MM. Perrot (R.), Roy (A.-H.), Loiseau, Roux-Naud.

Médecin : M. Dufour. — *Interne* : M. Haick. — *Externes* : MM. Davidovici, Rachstein.

Nouveau service de tuberculeux. — *Médecin* : M. Flandin. — *Internes* : MM. Poumeau-Delille, Chadourne. — *Externes* : MM. Cahuet, Maurage, Bouvrain, Gelas, Jarriault, Braunberger, Rabant, Meidinger.

Chirurgien : M. Bréchot. — *Internes* : MM. Mariau, Relier. — *Externes* : MM. Roy (Guy), Garfunkel, Bessel, Gireaux (L.), Fortin (R.), Mande (R.).

Consultation de médecine. — *Médecin* : M. Marchal. — *Assistant* : M. N.... — *Interne* : M. Gibert (ext. pr.). — *Externes* : MM. Thévenin, Defossez.

Consultation de chirurgie. — *Chirurgien* : M. Reinhold. — *Assistant* : M. Gasne. — *Externes* : MM. Draillard, Boursaus.

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Cottenot. — *Assistants* : MM. Biot, Fidon.

Stomatologie. — *Médecin* : M. Raison. — *Pharmacien* : M. Guillot.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.

Médecin : M. le Prof. Sergent. — *Chefs de clinique* : MM. Benda, Vibert, Lonjumeau, Imbert. — *Chefs de laboratoire de la Faculté* : MM. Durand, Couvreux. — *Interne* : M. Etienne Bompard. — *Externes* : MM. Raphaël, Vannereau, Terver, Abaza, Mattern, Couve.

Médecin : M. Tixier. — *Interne* : M. Perin. — *Externes* : MM. Martini, Ferrien, Chevallier, Lavergne, Bour.

Médecin : M. Abrami. — *Assistant* : M. Lichtnitz. — *Interne* : M. Fouquet. — *Externes* : MM. Vidart, Raulot-Lepointe, Trouvé (J.), Méroger (F.), Feldstein.

Médecin : M. Tinel. — *Interne* : M. Bolgert. — *Externes* : MM. Lecœur, Echegut, Boussard, Ungas.

Médecin : M. Fiessinger. — *Assistant* : M. H. Olivier. — *Interne* : M. Thiébaut. — *Externes* : Mlle Levy (G.), MM. Marcombes, Martinie, Demartial, Gaultier (ext. non rétribué).

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Assistant* : M. J. Bollack. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Puybarrèt, Gaillard (René).

Chirurgien : M. Baumgartner. — *Assistant* : M. Gouverneur. — *Internes* : MM. Lefroy, Rachelsberg, Lardennois. — *Externes* : MM. Audouard, Rossier, Cler (René), Dauphin, Monsaingeon, Hector (Joseph), Krug.

Chirurgien : M. Kuss. — *Internes* : MM. Simon (Noël), Saint-Pierre. — *Externes* : MM. Glénard, Turquin, Orinstein, Creusot, Maynadier, Lambert.

Accoucheur : M. Vignes. — *Interne* : M. Perreau ext. pr. (1re sem.). — *Externes* : MM. Boquet, Thouret, Laval, Joulain.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : Mme B. Fontaine. — *Interne* : M. Soyer (ext. pr.). — *Externes* : MM. Maulinier, Béquignon, Mlle Boulle.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. Girode. — *Assistant* : M. Hussenstein. — *Externes* : MM. Chanaleilles, Chevert.

CONSULTATION DU SOIR. — *Médecin* : M. Sézary. — *Assistant* : M. Pernet. — *Chef de laboratoire* : M. Pomaret.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Ronneaux. — *Adjoint* : M. Desgrez. — *Assistants* : M. Gadreau, Quivy, Piffault, Couvreux (clin. méd. propéd.).

Stomatologiste : M. Gérard-Maurel. — *Pharmacien* : M. Bougault.

Hôpital Claude-Bernard. Porte d'Aubervilliers.

Médecin : M. le Prof. Teissier. — *Assistant* : M. Le Clerc. — *Chefs de clinique* : MM. Garnier, Bourgeois. — *Chef de clinique adjoint* : M. Layani — *Chef de laboratoire* : M. Reilly. — *Internes* : MM. Patté, Maisler, Mme Loth, née Guéry. — *Externes* : Mlle Lipschutz, MM. G. Potier, Guérin (J.), Gelbart, Lambey, Traut, Hubermann, Laboureix, Fonteneau, Israël Salvator, Anglade.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — *Chef de secteur* : M. Reilly. — *Pharmacien* : M. David.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques.

Médecins : M. le Prof. Achard. — *Chefs de clinique* : MM. Bariety, Moussoir, Morlaas, Poumailloux. — *Chefs de laboratoire* : MM. Feuillé, Grigaut, Boutroux, Bury. — *Internes* : MM. Bonnard, Rivoire, Mlle Wilm. — *Externes* : M. Duperrat, Mlle Ladet, MM. Chagon, Canale, Mme Bourgeois, MM. Lamiraud, Frouhin, Pinchasovicz, Lebeau, Foret, Mlle Brenot, M. Hinard.

Médecin : M. N... — *Assistant* : M. N... — *Interne* : M. Alpern. — *Externes* : MM. Delie, Jan (Robert), Gillet, Vialle, Mathieu, Vancostenoble.

SERVICE DU DISPENSAIRE. — *Médecin* : M. N... — *Interne* : M. Frumusan. — *Externes* : M. M. Bouillé, Monin, Porret, Bardon.

SERVICE TEMPORAIRE (tuberculose). — *Médecin* : M. N... — *Interne* : M. Vaudoure (ext. pr.). — *Externes* : MM. Reynaud, Rizoff, Mlle Lods.

Médecin : M. Chevallier. — *Interne* : M. Moricard. — *Externes* : MM. Danard, Derieux, Nabert, Viala, Pauchard, Florence.

Médecin : M. Pinard. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Robert, Péney. — *Externes* : MM. R. Mouchotte, Limasset, Mme de Pierredon, MM. Mathey (P.), Bernard (Ph.), Vincent (G.).

Chirurgien : M. le Prof. Delbet. — *Assistant* : M. Leveuf. — *Chefs de clinique* : MM. Mabille, Pascal, Pellé. — *Chef de laboratoire* : M. N... — *Internes* : MM. Netter, Carlotti, Laquerrière. — *Externes* : MM. Gourand, Chaudré, Landès, Antomarchi, Lazarevici, Orsoni, Goëz (Yann), Herluison.

ANNEXE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE. — *Chirurgien* : M. Leveuf. — *Internes* : MM. Lachter-Pachter, Barthélemy. — *Externes* : M. Bussière, Mlle Perier, MM. Dutheil, Plas, Thomas (F.).

Chirurgien : M. Mathieu. — *Assistant* : M. Huet. — *Internes* : MM. Poilleux, Benaerts. — *Externes* : M. Gaillard, Mme Derot, MM. Gratier, Lefer, Mlle Cotton, M. Dillanger.

Chirurgien : M. Chevassu. — *Assistant* : M. Bayle. — *Internes* : MM. Bocquentin, Contiadès. — *Externes* : MM. Brami, Allouche, Costet, Calvet, Kanner, Boulard, Rouvet, Ameur.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Debray. — *Assistant* : M. Cahen. — *Interne* : M. Arnel (ext. pr.). — *Externes* : MM. Rotenstein, Debray, Housset.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Assistant* : M. Monod. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Giordan, Dufour (E.), Schneyder, Mlle de Peretti.

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Assistant* : J. Bollack. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Dufour (Jean), Luteraan.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Lebedinsky. — *Adjoint* : M. N... — *Externes* : MM. Charenton, Schultz.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef de service central* : M. Barret. — *Chef de laboratoire adjoint* : M. Foubert. — *Assistants* : MM. Kauffmann,

Prévost, Mme Kauffmann, MM. Moret, Busy, Goubert. — *Externe* : M. Delbes.

SERVICE TEMPORAIRE DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Lévesque (1er serv.). — *Interne* : M. Pyt (ext. pr.). — *Externes* : MM. Sambron, Debroise, Laude, Delom.

Médecin : M. Lévesque (2e service). — *Interne* : M. Damon (ext. pr.). — *Externes* : MM. Calvet Gessen, Morin, Périgaud.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — *Chef de service* : M. Schwartz. — *Pharmacien* : M. Cousin.

Hospice Alquier-Debrousse, 148-150, rue de Bagnolet.

Médecin : M. Rouillard. — *Interne* : M. Louvet. — *Externes* : MM. Baulande, Delaroche, Picart (R.).

Pharmacien : M. Sommelet.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.

Médecin : M. le Prof. Lereboullet. — *Chefs de clinique* : MM. Bohn, Benoist, Chabrun. — *Assistant* : M. Lelong. — *Chefs de laboratoire* : MM. Detrois et Gournay. — *Internes*: MM. Garnier, Merklen. — *Externes* : M. Pochon, Mlle Sainton, MM. Kuypers, Le Cœur, Bonnet, Laguzet.

Chirurgien : M. Veau. — *Assistant* : M. Plessier. — *Internes* : Mlle Delon, M. Querneau. — *Externes* : Mlle Philippe, Mme Cochard née La Flem, MM. Angelici, Guès, Mignot.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Gérard.

Stomatologiste : M. Mahé. — *Pharmacien* : M. Picon.

Groupe hospitalier Enfants-Malades, Necker, 149, rue de Sèvres.

Médecin : M. le Prof. Nobécourt. — *Chefs de clinique* : MM. Kaplan, Martin. — *Chef de clinique adjoint* : M. Liège. — *Chef de laboratoire* : M. Bidot. — *Interne* : M. Ducas. — *Externes* : M. Ortholan, Mlle Ferzieu, MM. Rozée, Belle-Isle, Werner, Blumenfeld, Soria.

Médecin : M. Hallé. — *Interne* : M. Rudaux. — *Externes* : MM. Abrand, Cucheroussct, Dutray, Piroux, Trepsat, Morax.

Médecin : M. Darré. — *Interne* : Mlle Landowski. — *Externes* : MM. Poulun, Bellière, Audoux, Bourgin, Rossignol, Mlle Abrahem.

Médecin : M. Apert. — *Assistant* : M. Cambessédès. — *Interne* : M. Baillet. — *Externes* : M. Barrière, Mlle Legagneux, MM. Martin (Marcel), Blanc, Mlle Riche, M. Boyer.

Médecin : M. Weill-Hallé. — *Assistante* : Mlle Cl. Vogt. — *Interne* : M. Koang. — *Externes* : Mlle Palez, MM. Gaignerot, Klein, David (J.), Talon.

CRÈCHE. — *Médecin* : M. Aviragnet. — *Interne* : M. Catonné (ext. pr.).

SÉLECTION. — *Médecin* M. Apert. — *Internes* : M. Legry (ext. pr.), Mlle Colin (ext. pr.).

Chirurgien : M. Ombrédanne. — *Chefs de clinique* : MM. Garnier, Armingeat. — *Assistants* : MM. Lance, Huc, Aurousseau, Fèvre. — *Internes* : MM. Maës, Bertrand (P.). — *Externes* : Mlle Seguin, M. Lacheny, Mlle Metin, MM. Filhoulaud, Chevé, Fay, Mlle Levaillant, M. Chevallier.

SERVICE ANNEXE DE BICÊTRE (salle Archambault). — *Chirurgien* : M. Ombrédanne. — *Assistant* : M. Huc. — *Interne* : M. Judet (ex. pr.). — *Externes* : Mlle Simon (Marie), Mme Yeu.

Chirurgien : M. Berger. — *Internes* : MM. Mutrieg, Vautrin (ext. pr.). — *Externes* : MM. Statlender, Schneider, Lutrot, Rouzaud, Martin (Marx).

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Monthus. — *Assistant* : M. N.... — *Interne* : Mlle Baguetti. — *Externes* : MM. Petrignani, Levaditi, Durandy, Delbes.

CONSULTATION OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Le Mée. — *Internes* : MM. Richier, Sergent. — MM. Borgeda, Waysmann, Geminet, Nahon, Cadars, Bouteille.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Gornouec. — *Assistant* : M. Dufleux.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chefs de service central* : MM. Duhem, Guibert. — *Chefs adjoints* : MM. C. Petit, Gally (cancer), Truchot (clin. urol.). — *Assistants* : MM. Goubert, Brunet, Mme Baude. — *Externe* : M. Huant.

LABORATOIRE GÉNÉRAL DE BACTÉRIOLOGIE (Secteur rive gauche). — *Médecin* : M. Girard.

SERVICE TEMPORAIRE (pavillon Guersant). — *Médecin* : M. N... — *Interne* : M. Lachmann. — *Externes* : M. Gorrichon, Mlle Falguière.

Pharmacien : M. Fabre.

Sanatorium d'Hendaye.

Médecin : M. Morancé. — *Internes* : MM. Bellières, Landeau.

Pharmacien assistant : M. Lagarde.

Hôpital Hérold, place du Danube.

Médecin : M. Armand-Delille. — *Assistant* : M. Lestoquoy. — *Interne* : Mlle Odru. — *Externes* : MM. Helco, Magrin, Hechter, Scemama, Manceau, Mlle Lorsignol.

Médecin : M. Paisseau. — *Interne* : M. Weill (Jean). — *Externes* : MM. Ichard, Turbé, Goujard, Wattez, Mlle Oemichen, Mme Gibert.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Turpin. — *Assistant* : M. Pichon. — *Interne* : M. Bastien (extr. pr.). — *Externes* : MM. Caratzalis, Antoniou.

CONSULTATION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Bouchet. — *Suppléant* : M. Vial. — *Externes* : MM. Wilbert, Combes.

Electro-radiologie. — *Chef de service central* : M. Laquerrière.

Laboratoire de bactériologie. — *Chef de secteur* : M. Marie (P.-L.).

Stomatologiste : M. Ruppe. — *Pharmacien* : M. Sommelet.

Hôtel-Dieu, place du Parvis Notre-Dame.

Médecin : M. le Prof. Carnot. — *Chefs de clinique* : MM. Delafontaine, Boltansky, Delalande, Salmon. — *Chefs de laboratoire* : MM. Deval, Coquoin, Gayet, Dioclès, Dumont, Dognon, Mlle Tissier. — *Internes* : MM. Arnaudet, Veran. — *Externes* : MM. Leconte (A.), Catinat, Thorel, Gruner, Marchak, Rambert, de Graciensky, Rendu, Nègre, Greze, Offret, Picquart (A..)

Médecin : M. Rathery. — *Assistant* : M. Froment. — *Interne* : M. Derot. — *Externes* : Mlle Jomier, MM. Trotot, Tauret, Fournet, Parfes, Brumpt.

Médecin : M. Stévenin. — *Assistant* : M. Azoulay. — *Interne* : M. Courtial. — *Externes* : MM. Bricage, Lesauvage, Mirebeau, Corcos, Michard Gautier.

Médecin : M. Sainton. — *Interne* : MM. Hesse, Didier. — *Externes* : Mlles Buttner, Thierry, Paley, M. Drizard.

Médecin : M. Halbron. — *Interne* : M. de Sezé. — *Externes* : MM. Klotz, Vieuchange, Lesay, Banardi (Jacques), Poirier, Touzé.

Chirurgien : M. le Prof. Cunéo. — *Assistants* : MM. Bloch, Serèque. — *Chefs de clinique* : MM. Meillère, Banzet. — *Chef de laboratoire* : M. Nicolas. — *Internes* : MM. Sicard, Mirallié, Hervy, Longuet, Darfeuille. — *Externes* : MM. Sicard (Pierre), Tribalet, Auclair, Chenebault, Guillemin, Mme Gaston, MM. Bret, Falin, Franchel, Desmonts, Mlle Simon (A.), Camus (P.), Maury, Laigle, Sérane, Robin (J.).

Ophtalmologiste : M. le Prof. Terrien. — *Assistant* : M. N.... — *Suppléant* : M. N.... — *Chefs de clinique* : MM. Veil, Casteran, Renard. — *Chefs de clinique adjoints* : MM. Dolfus, Sourdille, Mlle Braun. — *Chefs de laboratoire* : MM. Hudelo, Goulfier. — *Internes* : MM. Chenevière, Paul. — *Externes* : MM. Hermann, Rocher, Mlles Bogoraze, Dutilleul, MM. Tzannetis, Barouch.

Accoucheur : M. Chirié. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Devaux, Moline. — *Externes* : Mlle Kuntz, MM. Maynardier, Duriez, Pointud, Allos (P.), Boudou.

Consultation de médecine. — *Assistant* : M. Bénard (Henri). — *Suppléant* : M. N... — *Interne* : M. Baumgartner (ex. pr.). — *Externes* : MM. Tellier, Gahinet, Lauriat, Aboulker.

Consultation de chirurgie. — *Chirurgien* : M. Boppe. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Lauriat, Dubois, Grembach.

Consultation dentaire. — M. Beliard. — *Adjoint* : M. N... — *Assistant* : M. N... — *Externes* : MM. Laurian, Prunet.

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Dausset. — *Assistants* : MM. Lagarenne, Colombier, Dioclès, Chenilleau.

Pharmacien : M. Tiffeneau.

Hospice d'Ivry, avenue de la République, à Ivry (Seine).

Médecin : M. Moreau. — *Internes* : MM. Delamarre, Albeaux. — *Externes* : MM. Desseigne, Viault, Milliau, Zwillinger, Claudo, David (E.).

Chroniques. Admissions. — *Médecin* : M. Cain. — *Internes* : Mlle Pichon (1er s.), M. Meyer (A.) (2e s.). — *Externes* : M. Bridgman, Mlle Iakovlev, MM. Ingrand, Krakowski, Hertz, Mlle Hannes.

Chirurgien : M. Martin. — *Assistant* : M. Deniker. — *Internes* : MM. Reboul, Barraya. — *Externes* : Mme Kiriloff, MM. Roveanu, Giraud.

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Pestel. — *Chef adjoint* : M. Delapchier.

Stomatologiste : M. Réal. — *Pharmacien* : M. Charonnat.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres.

Médecin : M. le Prof. Léon Bernard. — *Chefs de clinique* : MM. Mayer, Marie, Triboulet, Pellissier, Lamy. — *Interne* : Mlle Blanchy. — *Externes* : Mme Mercier, MM. Boissonnet, Lemmet, Kern, Caudron, David, Simon, Dastugue.

Service de la Crèche. — *Médecin* : M. le Prof. Léon Bernard. — *Externes* : MM. Buttin, Leschi.

Médecin : M. Rist. — *Interne* : M. Arnaud. — *Externes* : Mlles Dupont, Maire, Ronié, Trocmé Mme Pellé, MM. Jacobesco, Lavergne, Martrou.

Service des femmes tuberculeuses (3 baraquements). — *Médecin* : M. Rist. — *Interne* : M. Bernard-Griffiths. — *Externes* : MM. Austerweil, Sobieski, Pietroni, Blanchard, Torrel, Weill (Jacques).

Dispensaire Léon-Bourgeois. — *Médecin* : M. le Prof. Léon Bernard. — *Assistant* : M. Baron — *Externes* : Mlle Demschenko, M. Turchini.

Médecin : M. Rist. — *Externes* : MM. Chapoy, Sztejn, Lepintre.

Médecin : M. A. Jousset, — *Assistant* : M. Paul Guérin. — *Interne* : M. Veslot. — *Externes* : MM. Boisramé, Grégoire, Ganière, Hascoët.

Médecin : M. L. Ramond. — *Assistant* : M. Vialard. — *Interne* : M. Gaugin. — *Externes* : MM. Prat, Lafourcade, Collot, Galup, Vignalou (u. rétr.).

Médecin : M. Beaudoin. — *Assistant* : M. N. *Internes* : MM. Even Waitz. — *Externes* : MM. Baudouin, Longuet, Bidou, Mlle Rohlfs.

Chirurgien : M. Proust. — *Assistants* : MM. Houdard, Maurer. — *Internes* : MM. Dreyfus (Pierre), Lejeune (Pierre), Mégnin. — *Externes* :

Mlle Bataille, de Loeschnigg, MM. Fleys, Genestoux, Gireaux, Lajouanine, Henri Monier, de Montis, Morin, Negréanu, Rosenfeld (Bernard) Sifflet.

SERVICE TEMPORAIRE DE MÉD. GÉNÉRALE. — *Médecin* : M. Cathala. — *Interne* : M. Strée (ex. pr.). — *Externes* : MM. Sicard, Meurin, Fuchs, Fournet.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. H. Bourgeois. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Bérard, Vandenbossche. — *Externes* : MM. Pelleral, Quentin, Departout Martin (Paul).

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Cantonnet. — *Assistant* : MM. Besnard et Barny de Romanet. — *Interne* : M. Scheid (ext. en pr.). — *Externes* : MM. Cochemé, Oger de Spéville, Fekète.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Jacob. — *Assistant* : M. Marceron. — *Interne* : M. Camelot (ext. en pr.). — *Externes* : MM. Falk, Gireaux.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Assistant* : M. N... — *Suppléant* : M. N.... — *Externe* : Mlle de Lœschnigg.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Maingot. — *Adjoint* : M. Portret. — *Assistant* : MM. Helie, Jouveau-Dubreuil. — *Externes* : MM. Lachaud, Coumetou.

Stomatologiste : M. Darcissac. — *Pharmacien* : M. Couroux.

Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré.

Médecin : M. Rivet. — *Interne* : Mlle Gautheron. — *Externes* : MM. Achard, Carrez, Henry (Ch.), Forget, Pouliguen (Yves), J. Vincent, de la Lande de Vallière.

Médecin : M. Gandy. — *Interne* : M. Couder. — *Externes* : MM. Delaitre, Cailleux, Mlle Mahieu, MM. Martin (Noël), Galimard, Chancerel, Kasatzker.

Médecin : M. Garnier. — *Assistant* : M. Nicaud. — *Interne* : M. Jean Guyot. — *Externes* : MM. Laporte, Nuridsani, Flori, Mlles Harispe, Ledan (J.), Rouard.

SERVICE DES TUBERCULEUX. — *Médecin* : M. Garnier. — *Externes* : M. Zeller (Maurice), Mlle Griboval.

Médecin : M. Clerc. — *Assistant* : M. P.-N. Deschamps. — *Interne* : M. Schwob. — *Externes*: MM. Rouyer (François), Vannier (L.), Marçais, Mainguy (P.), Rogé (Raymond), Le Foll (Maurice), Rosanoff.

Médecin : M. Herscher. — *Assistant* : Mlle Vasseur (Nelly). — *Internes* : M. Racine (1er sem.), Mlle Valentin (2e sem.). — *Externes* : MM. Gastaud, Lion (René), Lebouchard, Dehouve, Salamon, Hudaux, Mlles Petitet, Paillé.

Chirurgien : M. Marion. — *Assistant* : M. Pérard. — *Internes* : MM. Naggiar, Falaize. — *Externes* : MM. Borde, Benveniste, de Mestier du Bourg, Bail, Prat (Pierre-Paul), Cottin (P.), Guérin (J.), Parrique, Bouley, Levy-Klotz (en surn.).

Chirurgien : M. Wiart. — *Assistant* : M. Capette. — *Internes* : MM. Barthes, Graffin, Jehiel, — *Externes* : MM. Katz (Lazare), Ducros, Clenet (E.), Vincent (P.), Tardiveau, Mlle Haguenauer.

SERVICE DES CHRONIQUES. — *Médecin* : M. Wiart. — *Externe* : M. Glasermann.

Médecin : M. Sauvé. — *Internes* : MM. Bergouignan, H. Bompart, Vialle. — *Externes* : MM. Delattre, Solomon, Mendel, Jouon, Salvanet. Mlle Seiffert, Thomeret, Duval (Alain).

Médecin : M. Labey. — *Assistant* : M. Soupault. — *Internes* : MM. Van der Elst, Richard, Adrien Weill. — *Externes* : M. Dumery, Mlle Valet, MM. Claude, Vassor, Lefebvre (René), Samain, Huchet.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. le Prof. Sebileau. — *Assistant* M. Rossert. — *Chefs de clinique* : MM. Elbaz, George. — *Chef de laboratoire* : M. Cléret. — *Internes* : MM. Thomas (tit.), Varangot (prov.). — *Externes* : Mlle Petit (Paule), MM. Grunberg, Guttières, Marie (René), Vautier (J.), Kalmanovitch.

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Poulard. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Lucas, Levannier. — *Externes* : MM. Voisin (Jean), Bézer, Rossano, Schwartzenberg, Gros (Bernard).

Accoucheur : M. Devraigne. — *Internes* : MM. Cohen, Delord, Villechaize. — *Externes* : MM. Fasquelle, Valet-Bellot, Allclaire, Touzard, Stueurmann, Nicaisse.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Hamburger. — *Interne* : M. Marre (ext. pr.). — *Externes* : MM. Vauclin, Doukan, Mlle Marion, M. Bornet.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. Ameline. — *Assistant* : M. Petit. — *Externes* : MM. Adrianopoulos, Bellard, Findjanjian.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Haret. — *Adjoints* : MM. Moutard, Piot. — *Assistant* : M. Rebuffel.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Rousseau-Decelle. — *Adjoint* : M. N... — *Assistant* : M. N... — *Externes* : MM. Lepoivre, Calmanas.

Pharmacien : M. Bridel.

Maison de retraite de La Rochefoucauld, 15, avenue d'Orléans.

Médecin : M. Chiray. — *Interne* : M. Ribadeau-Dumas. — *Externe* : M. Bamas.

SERVICE DES TUBERCULEUX. — *Medecin* : M. Chiray. — *Interne* : M. Hesse (Jean). — *Externes* : MM. Roux (Maurice), Bernaud, Mme Mollaret, M. Meyer (Louis).

POSTE DE RADIOSCOPIE. — *Assistant* : M. Lhomond.

Stomatologiste : M. Lebedinsky. — *Pharmacien* : M. Cousin.

Institution Sainte-Périne, 69, rue du Point-du-Jour.

Médecin : M. Binet. — *Interne* : M. Raymond.

Maison de retraite Chardon-Lagache, 69, rue du Point-du-Jour.

Médecin : M. Binet. — *Interne* : M. Boisseau.

Maison Municipale de santé, 200, faubourg Saint-Denis.

Médecin : M. Weill. — *Interne* : M. Langlois. — *Externes* : Mlle Delage, M. Gelbert (Jean), Mlle Lecour, MM. Dragomiresco, Vincent (Jean), Paris.

Médecin : M. Donzelot. — *Interne* : M. Fau (R.) — *Externes* : MM. Benguigné, Graby, Lichtenberg, Trombert.

Chirurgien : M. Moure. — *Interne* : M. Goroviche, Martin (René). — *Externes* : MM. Philippe (Léon), Lespinat, Bauer, Lapierre, Besson (Jean), Avenier (Philippe), Rohozinski (Michel).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Aimé. — *Adjoint* : M. Ordioni.

Pharmacien : M. Mascré.

Hôpital de la Maternité, 123, boulevard de Port-Royal.

Accoucheur : M. Rudaux.— *Aide de clinique* : M. Laennec. — *Internes* : MM. Robin (Maurice). Hutin. — *Externes* : Mme Legoux (Marguerite), Mlles Delaroche, Valette (Aliette).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — M. Lévy dit Lebhar.

Stomatologiste : M. Lebedinsky. — *Pharmacien* : M. Picon.

Maternité Nouvelle.

Médecin : M. Lemeland. — *Interne* : M. Bissery. — *Externes* : Mlles Montrozier, Guignard.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef de laboratoire* : M. N...

Hospice des Ménages (Issy).

Médecin : M. Brodin. — *Interne* : M. Aubin (André). — *Externes*: M. Faugeroa, Brochard (Raymond), Bauvais, Douay.

Chirurgien : M. Lardennois. — *Assistant* : M. Madier. — *Internes* : M. Laffaille, Mme Grand, Luzuy. — *Externes* : M. Bureau (P.), Mme Luzuy, MM. Gossart (P.), Le Duc (J.), Casalis (Gérard), Le Brun.

POSTE DE RADIOSCOPIE. — Mme Tedesco.

Pharmacien : M. Fabre.

Groupe hospitalier Necker, Enfants-Malades, 151, rue de Sèvres.

Médecin : M. Brouardel. — *Assistant* : M. Renard. — *Interne* : M. Gole. — *Externes* : M. Browski, Mlle Huguet, MM. Courchinoux, Lemonnier (Robert), Beauph (Roger).

Médecin : M. le Prof. Maurice Villaret. — *Assistant* : M. Bith. — *Internes* : MM. Wallech (interne médaille d'or), Guillain (int.). — *Externes* MM. François-Dainville, de Chabert, Lesguillous, Marcland (J.), Porges.

Médecin : M. Lœderich. — *Interne* : Mme Aroger. — *Externes* : MM. Grosbois, Léonard, Gaquière, Inbona.

Médecin : M. Heuyer. — *Interne* : M. Cottet. — *Externes* : Mlle Mignon, MM. Fallourd, Levecq, Legroux.

Chirurgien : M. le Prof. Legueu. — *Assistant* : M. Fey. — *Chefs de clinique* : MM. Dossot, Lieutaud. — *Internes* : MM. Chauveau, Palmer. — *Externes* : MM. Lerolle, Raisonnier, Rouyer (René), Duflos (Léon), Bronstein (E.), Sabatier, Fenichel, Flourens, Soudée, Opin.

Chefs de laboratoire : MM. Verliac, Chabannier, Fisch, Lumière, Truchot.

Chirurgien : M. Robineau. — *Internes* : MM. Baron (François), Asselin, Fournié. — *Externes* : Mlle Lorain, MM. Rosemberg (Mosès), Taveau (P.), Laurent (J.), Gresse (Richard), Suire (P.), Bain.

Chirurgien : M. Schwartz. — *Assistant* : M. N.... — *Internes* : MM. Dermaldent, Rousset. — *Externes* : MM. Steinberg, Maunstein, Sachs, Guéret, Delord (Pierre).

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Haguenéau. — *Assistant* : M. Thomas. — *Interne* : M. Lichtenberg (ext. pr.). — *Externes* : MM. Masse (A.), Boissonnat (P.),

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. Mondor. — *Assistant* : M. Lapeyre (J.). — *Externes* : MM. Binet, Bonamy.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Gornouec. — *Adjoint* : M. Dufieux.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. L. Guibert. — *Chef de service adjoint* : M. Petit. — *Assistant* : M. Baude. — *Externe* : M. Irailovici.

Pharmacien : M. Fabre.

Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

Médecins : M. le Prof. Vaquez. — *Chefs de clinique* : MM. Durand (Paul), Fatou. — *Chefs de laboratoire* : MM. Bordet, Géraudel. — *Assistant de radiologie* : M. Bordet. — *Internes* : MM. Rault, Macrez. — *Externes* : MM. Nguyen, Van Peretz, Nitti, Sglésias, Mme Mowszoniez, Mlle Abadie.

Médecin : M. Aubertin. — *Assistant* : M. Lévy (Robert). — *Interne* : M. Vannier (Ed.). — *Externes* : MM. Berg (Ch.), Laboureau, Martin (Pierre), Morin (Marcel), Perrot (R.), Vannier (H.).

Médecin : M. Vincent. — *Assistant* : M. Chavany (J.). — *Interne* : M. Berdet. — *Externes* :

MM. Genty (Pierre), Baudart, Pineau, Grosperrin, Lagaillarde, Escarré.

Médecin : M. Loeper. — *Assistant* : M. Lemaire (A.). — *Interne* : M. Soulié. — *Externes* : Mlle Cazamian, MM. Beurdelay, Duchemin, André (Maurice), Rouchy, Brault (A.), Le Picard (J.), Bareat (suppl. non rétr.).

Médecin : M. le Prof. Marcel Labbé. — *Chefs de clinique* : MM. Besançon (J.), Azerad, Dreyfus (Gilbert). — *Chefs de laboratoire* : MM. Nepveu, Escalier, Stuhl. — *Interne* : M. Uhry. — *Externes* : M. Sarradin, Mlle Coste, MM. Wimphen, Albert (Léon), Mlle Salambiez, MM. Mirbeau (G.), Picquard (A.).

Médecin : M. Laignel-Lavastine. — *Assistant* : M. Paul (Georges). — *Internes* : MM. Boquien, Puymartin. — *Externes* : MM. Bocquet (P.), Gérard (A.), Liber, Szware, Martin (A.-Ed.), Oger, Audebert, Lejeune, Gisselbrecht.

Chirurgien : M. le Prof. Lenormant. — *Assistant* : M. Wilmoth. — *Internes* : MM. Cordier, Lebel, Jullien. — *Externes* : MM. Mouchotte (Maurice), Catz, Bouleau (P.), Varay, Mourgues, Mlle Cauchy, MM. Fauvet, Poncet, Pierra.

Chirurgien : M. Chevrier. — *Assistant* : M. Desplas. — *Internes* : MM. Lacoste, Franco, Postel. — *Externes* : MM. Schmitd (G.), Boquet (H.), Daverne, Buffard, Bondoux, Guittard, Turlotte, Martin (Pierre).

Chirurgien : M. Fredet. — *Assistant* : M. Oberlin. — *Internes* : MM. Marx, David (Pierre), Beuzard. — *Externes* : MM. Bourée (Jacques), Chauvillon, Barry, Siraga, Lebreton, Mlle Piévet (R.), MM. Lobel, Deloge (Gaston).

Accoucheur : M. le Prof. Jeannin. — *Chefs de clinique* : Mlles Boegner, Desfrousses. — *Chef de laboratoire* : M. Minvielle. — *Interne* : M. Merger. — *Externes* : Mlles Bouillard, Duran.

Consultation de médecine. — *Médecin* : M. Boulin. — *Assistant* : M. Weill-Spire. — *Interne* : M. Ferroir (ext. pr.). — *Externes* : Mlle Jesinski, Bogoraze, Saie.

Consultation de chirurgie. — *Chirurgien* : M. Métivet. — *Assistant* : M. Canonne (M.). — *Externes* : M. Molard, Jacquet (Louis), Bernière.

Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — *Médecin* : M. Halphen. — *Externes* : MM. David (René), Maspetiol, Angyal.

Consultation d'ophtalmologie. — *Médecin* : M. Cerise. — *Externes* : Mlle Kaz, M. Lardennois (Louis).

Electro-radiologie. — *Chef du service central* : M. Delherm. — *Adjoints* : MM. Thoyer-Rozat, Morel, Kahn. — *Assistants* : MM. Beau, Boileau, Chenot, Codet, Stuhl. — *Externes* : MM. Valençon, Salaun.

Consultation dentaire : M. Bozo. — *Adjoint* : M. N.... — *Assistant* : M. N... — *Externes* : MM. Crépon, Vrasse.

Pharmacien : M. Mascré.

Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine.

Médecin : M. le Prof. Bezançon. — *Chefs de clinique* : MM. Wahl, Duruy, Delarue, Oumansky, Mlle Scherrer. — *Chefs de laboratoire* : MM. Duchon, Weil (M.-P.), Guillaumin, Tribout. — *Internes* : MM. Gaucher, Tournant. — *Externes* : M. Morelle, Mlles Laporte, MM. Debidour, Julia, Mlle Desallais.

Service des tuberculeux. — *Externes* : M. Herrenschmidt, Mlle Poitevin.

Centre de triage. — *Assistant* : M. Braun. — *Externes* : MM. Ampugnani, Michaelidès, Vincent (Ph.).

Médecin : M. Chabrol. — *Assistant* : M. Maximin. — *Interne* : M. Busson. — *Externes* : MM. Mathivot, Lecomte (M.), Doreau, Petit (Pierre), Mlles Gotlieb, Ramadier.

Médecin : M. Félix Ramon. — *Assistant* : M. Chêne. — *Internes* : MM. Vannin (Jean), Fresnais. — *Externes* : MM. Asenat, Nocton, Moulle, Kunovsy, Benassy.

Médecin : M. Bensaude. — *Assistant* : M. Hillémand. — *Interne* : M. Massot. — *Externes* : MM. Labarre, Esquirol, Yaich, Blumen, Bouwsen.

Médecin : M. Faure-Beaulieu. — *Assistant* : M. R. Weismann. — *Interne* : M. Cord. — *Externes* : M. De Botton, Mlles Lyon, Azoulay, Guison.

Médecin : M. Comte. — *Interne* : Mme Laquerrière. — *Externes* : MM. Chazel, Pouyol, Alaurent, Moreau, Gilbert.

Médecin : M. Pagniez. — *Assistant* : M. Plichet. — *Interne* : M. Decourt. — *Externes* : MM. Nigaud, Moro, Gillet (Ed.), Martel (Jean), Pasquereau.

Service d'oto-rhino-laryngologie. — *Médecin* : M. Grivot. — *Assistant* : M. N... — *Assistant de la consultation* : M. N... — *Internes* : MM. Hamelin, Illaire. — *Externes* : MM. Baratoux, Lestienne, Hecht, David (Ernest), Ludmer.

Chirurgien : M. le Prof. Lejars. — *Assistant* : M. Brocq. — *Chef de clinique* : M. Chabrut. — *Chef de laboratoire* : M. Giet. — *Internes* : MM. Lellouch, Roquejeoffre, Pham Hu Chi, Ortega (en surn.). — *Externes* : MM. Michel (Roger), Coulombeix, Michel (Jean), Mlle Lauriot, MM. Meyer (Moïse), Petit (Maurice), Maugenest.

Chirurgien : M. Lapointe. — *Internes* : MM. Priollet, Audemar, Jonard. — *Externes* : MM. Goica, Bonnel (J.), Comte, Viennot (Marcel), Lecointre, Makache, Le Pavec.

Accoucheur : M. Lévy-Solal. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : Mlle Versini, M. Lepage. — *Externes* : MM. Savelli, Pulvénis, Langlade, Gesta, Mlle Tanzy.

Consultation de médecine. — *Médecin* : M. Tzanck. — *Interne* : M. Groulier (ext. pr.). — *Externes* : MM. Oster, Fardet, Goudot, Cohen (Ignace).

SERVICE TEMPORAIRE DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. de Gennes. — *Interne* : M. Sidi (ext. en pr.). — *Externes* : MM. Thieffey, Gerbeaux, Martin (Jules), Rouvillois.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. Braine. — *Assistant* : M. Maximin (René). — *Externes* : MM. Martin (Jean-Ernest), Veysset, Casalis, Ripard.

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Velter. — *Externes* : MM. Sexe, Metzquer du Buit.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Solomon. — *Chef adjoint* : M. Gibert. — *Assistant* : MM. Tribout, Marchand, Proust, Devois. — *Externe* : M. Guidicelli.

Stomatologiste : M. Coustaing. — *Pharmacien* : M. Hérissy.

Hôpital Saint-Louis, 40 et 42, rue Bichat.

Médecin : M. le Prof. Gougerot. — *Assistant* : M. Burnier. — *Chefs de clinique* : MM. Cohen, Lotte, Carteaud. — *Chefs de laboratoire* : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez (Ch.), Duché, Peyre. — *Internes* : M. Stéhélin. Mme Poulain. — *Externes*: MM. Claisse, Ganot, Bonan, Lurie, Guermann, Soulignac, Mlles Verlière, Salmona.

Médecin M. Milian. — *Assistant* : M. Périn. — *Internes* : Mlle Riom, M. Degos. — *Externes* : MM. Lefebvre (Jacques), Leboury, Habrekorn, Vincent (P.), Fargelle, Jalk, Molinery, Grange.

Médecin : M. Ravaut. — *Assistant* : M. Ferrand. — *Internes* : MM. Cachera (R.), Dany. — *Externes* : MM. Massoulier, Gaube, Mlle Saint-Cène, MM. Hubert (Raymond), Zzigetti, Haguier (Paul), Mathiot-Beaugendre, Vial.

Médecin : M. Sézary. — *Assistants* : MM. Schulmann, Lefebvre, Ducourtiaux. — *Chef de laboratoire* : M. Lévy. — *Internes* : M. Horevitz, Mme Roudinesco. — *Externes* : MM. Lamasson, Amphoux, Marmasse, Mlle Bugeaud, M. Gilbert, Mme Vincent, MM. Arloing, Dassencourt, Feuillastre, (en surnombre).

Médecin : M. Lortat-Jacob. — *Assistant* : M. Solente. — *Internes* : MM. Jame, Le Baron. — *Externes* : MM. Fulconis, Jouanneau, Pottier (M.), Charousset, Doussinet, Renaud, Mlle Merel.

Médecin : M. Louste. — *Assistant* : M. Thibaut. — *Internes* : MM. Delaporte, Gadaud. — *Externes* : MM. Aboulker (Gilbert), Mortier, Germain, Mlle Aghion, MM. Zeiler (H.), Theurkauff, Giraudoux, Lecat.

MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Médecin* : M. Duvoir. — *Assistant* : M. Pichon. — *Internes* : MM. Pautrat (1er sem.), Chadourne (2e s.). — *Externes* : MM. Beauchef, Coldefy, Bardery, Rabourdin, Martinet.

Chirurgien : M. Chifoliau. — *Internes* : MM. Folliasson, Quivy, Mencière. — *Externes* : MM. Gourcon, Danon, Astor, Raison, Tissier, Brégeat, Desrosiers, Vialard.

Chirurgien : M. Cadenat. — *Internes* : MM. Baudelot, Dufour, Amid. — *Externes* : MM. Schatz, Mendelsohn, Petroff, Marcy, Deuguet, Neveu, Mine, Opolon, Gras.

Chirurgien : M. Bazy. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. De Pariente, Durrbach, Avril. — *Externes* : MM. Kerambrun, Tran-Tan-Phát, Beranger, Richard (Ch.), Vivien, Mlle Wetzel, MM. Monier (J.-Cl.), Mathey.

Chirurgien : M. Heitz-Boyer. — *Internes* : MM. Dupuy, Sterin. — *Externes* : MM. Pages, Lardat, Klein, Herzfeld.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Lemaitre. — *Assistant* : M. N... — *Assistant de consultation* : M. N... — *Internes* : MM. Hemon, Zha. — *Externes* : MM. Roger (Jacques), Chaillouet, Fabre (Ch.), Puistienne, Cauhépé, Gallot (Jean).

Accoucheur : M. Cathala. — *Internes* : MM. Gavois, Allard. — *Externes* : MM. Helluin, Cohen-Solal, Parent, Kun, Lauprète.

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. René Bloch. — *Assistant* : M. Iselin. — *Suppléant* : M. N... — *Externes* : MM. Dongar, Dupuy (Raymond), Pouliquen (E.).

ANNEXE GRANCHER. — *Médecin* : M. Babonneix. — *Assistant* : M. Cayla. — *Internes* : M. Miget, Mlle Lévy. — *Externes* : MM. Grenet, Dulot, Horeau, Simonin (L.-R.), Mlle Thueux, MM. Sacquépée, Pertus, Gross (Georges).

Chirurgien : M. Mouchet. — *Assistant d'orthopédie* : M. N... — *Internes* : MM. Ardouin Guibé, Hebert. — *Externes* : MM. Canvy, Ngo-Quoc-Nguyen, Mlle Giret (Rose), MM. Streusand, Mitrani, Zarachovitch, Fréret.

SERVICE DES MALADIES BLENNORRAGIQUES. — *Médecin* : M. Heitz-Boyer. — *Assistant* : M. N... — *Externes* : MM. Thésée, Dijon, Nico, Avenard, Claudeville.

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Dupuy-Dutemps. — *Assistant* : M. N... — *Interne* : M. Genty (ext. en pr.). — *Externes* : MM. Sobel, Maillefer, Chaussidien, Bruno (Jean).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Belot. — *Chefs adjoints* : MM. Lepennetier, Serrand. — *Assistants* : MM. Nahan, Pellizza, Hickel, Surrel, Nadal, Juster, Kimpel, Buhler, Gireaudeau, Nebout. — *Externes* : MM. Vige, Pasquier, Deramond.

CONSULTATION DENTAIRE. — M. Chompret. — *Adjoint* : M. N... — *Assistant* : M. N... — *Externes* : Mlle Léage, Normand.

Pharmacien : M. Leroux.

Hospice de la Salpêtrière.

Médecin : M. le Prof. Guillain. — *Chefs de clinique*: MM. Mollaret, Schmite, Michaux, Thurel. — *Internes*: MM. Sigwald, Lereboullet, Desoille, Rouquès. — *Externes* : MM. Lambling, Villaret, Raybaud, Mougin, Hanoun, Millot, Chatain.

Chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard.

Médecin : M. Crouzon. — *Assistant* : M. Christophe (Jean). — *Internes* : MM. Wester Sée, (Georges). — *Externes* : MM. Paisson, Schmid (René-Claude), Ellenberger, Mlle Burdin, MM. Greif, Boutakoff, Cordeban, Got, Conso.

INFIRMERIE DE PERSONNEL ET CHALETS. — *Médecin* : M. Crouzon. — *Interne* : M. Terrenoire.

Médecin : M. Huber.

Médecin : M. Nageotte. — *Interne* : M. Delay.

Médecin : M. Vurpas. — *Interne* : M. Corman.

SERVICE TEMPORAIRE. — *Médecin* : M. Mouquin. — *Interne* : Mlle Armelin (ext. en premier) — *Externes* : MM. Calvet (H.), Leveiller, Goby.

Médecin : M. Alajouanine. — *Interne* : M. Livieratos (ext. en premier). — *Externes* : MM. Maire (G.), Hornus, Mlle Melon, MM. Vallancien, Janlerry, Polak.

SERVICE DE NOURRISSONS MALADES. — *Médecin* : M. Ribadeau-Dumas. — *Assistant* : M. Mathieu. — *Interne* : M. Guedé. — *Externes* : M. Arnous, Mlle Luneau, MM. Renier, Ferval Baudonnet.

Chirurgien : M. le Prof. Gosset. — *Assistants* : MM. Charrier, Petit-Dutailly. — *Assistant médical* : M. Gutmann. — *Chefs de clinique* : MM Seillé, Sauvage, Blondin (Marcel). — *Chefs de laboratoire* : MM. Magrou, Rouché. — *Assistants de radiologie* : M. Patel (médaille d'or), M. Ledoux, Lebard. — *Internes* : MM. Padovani, Bernard (Etienne), Heppe. — *Externes* : MM. Batail, Pinto, Cernéa, Adle, Laurence (Gabriel), Mlle Picard (Suzanne), MM. Nouailles, L'Hirondel, Martini (Philippe), Mlle Rotté.

CENTRE DE PROTHÈSE. — *Médecin* : M. Guilly. — *Assistant* : M. Thibault.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Bourguignon. — *Chef adjoint* : M. Thibonneau. — *Assistants* : MM. Mathieu, Humbert, Dubost. — *Externe* : M. Legrand.

Chargé de cours de radiologie : M. Ledoux-Lebard.

Pharmacien : M. André.

Clinique d'accouchement et de gynécologie Tarnier 89, rue d'Assas.

Accoucheur : M. le Prof. Brindeau. — *Chefs de clinique* : MM. Vaudescal (agrégé), Bidoire, Fleury, Suzor. — *Chefs de laboratoire* : MM. Cartier, Hinglais. — *Interne* : M. Hubert (ext. en pr.). — *Externes* : Mlle Douville, MM. Tricault, Kiszelnick, Alfonsi, Reboul.

Stomatologiste : M. Lebedinsky. — *Pharmacien* : M. Picon.

Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine.

Médecin : M. Lian. — *Assistant* : M. Blondel. — *Internes* : MM. Odinet (1er sem.), Racine (2e sem.). — *Externes* : MM. Bertheau, Bourdeau, Guebel, Brawermann.

SERVICE DE CHRONIQUES. — *Médecin* : M. Lian. — *Externe* : M. Bacquelin.

Médecin : M. P.-E. Weill. — *Assistant* : M. Isch-Wall. — *Interne* : M. Trocmé. — *Externes* : MM. Evrard, Martel (J.-L.), Bercovici, Menetrier

Médecin : M. Brulé. — *Interne* : M. Lièvre. — *Externes* : MM. Derobert, Vildé, Mallarmé, Michaut, Tallet, Jacquet (Maurice).

Médecin : M. Ameuille. — *Interne* : M. Antonelli. — *Externes* : MM. Ambrosini, de Maulmont Joseoh, Fischmann, Hébert (P.), Carniol, Placa.

Médecin : M. Milhit. — *Internes* : Mlle Valentin, M. Willot (ext. en prem.). — *Externes* : MM. Ribert, Dalangie, Rosenbach, Mlle Feydet, Mlle Barré, MM. Chanel, Baudet, Vaissière.

Médecin : M. May. — *Internes* : Mlle Barnaud, M. Rudaux (2e s.). — *Externes* : MM. Krivine, Pécher, Delzant, Bigey.

SERVICE DES TUBERCULEUX. — *Médecin* : M. May. — *Externes* : MM. Tran-Van-Bon, Ledoux-Lebard.

Médecin : M. Laroche. — *Assistant* : M. Servel — *Interne* : M. Raymond (Joseph). — *Externes* : MM. Nastorg, Benoist, Georget, Guillaumat.

Médecin : M. Léchelle. — *Interne* : M. Douady. — *Externes* : MM. Richard (Eug.), Copréaux, Gordet, Boelli, Simart.

Chirurgien : M. Roux-Berger. — *Assistant* : M. de Gaudart d'Allaines. — *Internes* : MM. Davioud, Moyse (P.), Rouques. — *Externes* : MM. Elkaim, Beauchef, Marquis, Bakulin, Bayle, Le Roy (André).

Chirurgien : M. Gernez. — *Assistant* : M. Moulonguet. — *Internes* : MM. Blanquine, Bloch (Léon), Loustch. — *Externes* : MM. Paillas, Halpern, Naphtali, Mlle Gasni, M. Goutner, Mlle Walon (Jannette), M. Eeklé (Pierre).

Chirurgien : M. Grégoire. — *Assistant* : M. Michon. — *Internes* : MM. Couvelaire, Gaulier. Vuillième. — *Externes* : MM. Tissot (Jacques), Desfrançois, Milovanovitch, Grenet, Léger, Maruelle, Kolpénitzki, Darmon.

Accoucheur : M. Ecalle. — *Internes* : Mlle Faguière, M. Landrieu. — *Externes* : MM. Peyaud, Gossart, Faugère, Tholose, Cabrit.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Hautant. — *Assistant* : M. Lanos. — *Assistant de consultation* : M. Labarraque. — *Internes* : MM. Lemoyne (J.), Lapiné. — *Externes* : MM. Swartmann, Ripert, Bécam, Camard, Marcus, Mlle Cuvier.

OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Magitot. — *Assistant* : M. Lagrange. — *Interne* : M. Halbron. — *Externes* : MM. Joccolton, Guénin, Mlle Haas.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Coste. — *Assistant* : M. Mouzon. — *Interne* : M. Seringe (ext. en pr.). — *Externes* : MM. Bourderon, Dumas, Boyé (Joseph-Pierre).

CONSULTATION DE CHIRURGIE. — *Chirurgien* : M. Bernard. — *Assistant* : M. Coudert. — *Externes* : MM. Dumont (Maurice), Cuzin, Bevalot.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Darbois. — *Assistants* : MM. Descoust, Mallet et Colliez (cancer). — *Adjoint* : MM. Devoigneau, Huet, Marchal. — *Externe* : M. Vintzel.

CONSULTATION DU SOIR. — *Médecin* : M. Touraine. — *Assistant* : M. Fouet. — *Chef de laboratoire* : M. X....

Stomatologiste : M. Lacronique. — *Pharmacien*: M. Bach.

Hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot.

Médecin : M. Lesné. — *Assistante* : Mlle Dreyfus-Sée. — *Interne* : Mlle Ronget. — *Externes* : MM. Gillon, Caby, Mlles Comby, Dauban, Cahen, Spire, Mme Julia.

Médecin : M. Papillon. — *Interne* : M. Alibert — *Externes* : Mlle Jeannercopoulo, MM. Masson, (Georges), Laplagne, Personnaz, Mlles Desbois, Danzig.

SERVICE DE LA DIPHTÉRIE. — *Médecin* : M. Lesné. — *Interne* : M. Zadoc-Kahn.

SERVICE DES CONTAGIEUX. — *Médecin* : M. Papillon. — *Interne* : M. Mourrut.

Chirurgien : M. Sorrel. — *Assistant* : M. Oberthür. — *Internes* : MM. Mérigot, De Langre, Mme Fleury-Le Diouron. — *Externes* : MM. Minet, Bismut, Mlle Kapp, MM. Depaillat, Debouvry, Fourault, Lewy (Jean), Mlle Cottineau Chalochet.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — *Médecin* : M. Janet. — *Assistant* : M. Vallery-Radot. — *Interne* : Mlle Hahn (ext. en premier). — *Externes* : MM. Mennecier, Charlot, Stewart, Maroger (Guy).

CONSULTATION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Assistant* : M. Rouget. — *Suppléant* : M. N... — *Internes* : MM. Guillon (1er sem.), Van den Bossche (2e sem.). — *Externes* : Mme Leneman, MM. Bosc, Sachnine (Lazare), Perrot (Robert), Mlle Balossini.

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Assistant* : M. Piélat. — *Suppléant* : M. N.. — *Externe* : M. Simon (René).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Mahar.

Stomatologiste : M. Lemerle. — *Assistant* : M. Ménard. — *Pharmacien* : M. Hazard.

Hôpital de Vaugirard. (Fondation franco-brésilienne. Clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de Médecine), 389, rue de Vaugirard.

Chirurgien : M. le Prof. P. Duval. — *Assistants* : MM. Gatellier, Gueulette. — *Chefs de clinique* : MM. Merle d'Aubigné, Redon. — *Chefs de laboratoire* : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère. — *Internes* : MM. Jean Gosset, Mouchet, Monod-Olivier. — *Externes* : MM. Curéveaux, Aussanaire, Giaume, de Lignières, Mlles Ghinsberg, Affitéboul, MM. Fornari, Sautter (Yves), de Rocca Serra, Ghozland (Lucien).

Chirurgien : M. Gibault, attaché médical.

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. H. Béclère. — *Chef de laboratoire adjoint*: M. Porcher. — *Assistant* : M. Dupouyt.

Stomatologiste : M. L'Hirondel. — *Pharmacien surveillant* : M. Tiffeneau.

Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris, 16 *bis*, avenue des Ecoles, Villejuif.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef de service* : M. le Prof. agr. Leroux. — *Préparateur* : M. Vermes.

LABORATOIRE CHIMIE ET CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Chef de service* : M. le Prof. agr. Sannié. — *Préparateur* : Mlle Abragam.

LABORATOIRE CYTO-BIOLOGIQUE. — *Chef de service* : M. le Prof. agr. Verne. — *Préparateur* : M. Odiette.

LABORATOIRE BACTÉRIOLOGIQUE.— *Chef de service* : M. Guy. — *Chef de laboratoire* : M. Lesbre.

LABORATOIRE MÉDECINE EX. — *Chef de service* : M. le Prof. agr. Oberling. — *Préparateur* : M. Guérin.

Infirmerie spéciale des Aliénés près la Préfecture de Police, 3, quai de l'Horloge.

Médecin chef : M. de Clérambault. — *Médecin chef adjoint* : M. Logre. — *Médecin adjoint* : M. Heuver.

Asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ. — M. le Prof. Claude. — *Chefs de clinique* : MM. Meignant, Morlass. — *Chefs de clinique adjoints* : MM. Leguillaut, Garand. — *Chefs de laboratoire* : MM. Baruk, Nigault.

ASILE. — M. Capgras (1re section femmes). — M. N... (2e section femmes). — M. Leroy (1re section hommes). — M. Truelle (2e section hommes).

SERVICE DE L'ADMISSION. — M. Simon.

Chirurgien des asiles : M. Mauclaire. — *Assistant* : M. Bloch.

RADIOLOGIE. — M. Lehmann.

Stomatologiste : M. Pietkiewicz.— *Pharmacien* : M. Lévêque.

Hôpital Henri-Rousselle. (Serv. libre de prophyl. mentale).

Médecins : MM. Dupouy, Teisseire. — *Résident* : M. Courtois. — *Assistants* : Mlle Badonnel, MM. Eichard, Schiff, Montasut. — *Serv. sp.* : M. Male.

CONSULTATION DE MÉDECINE. — Mme Schiff née Wertheimer, M. Maurice Vincent.

Chefs de laboratoire : MM. Laugier, Delaville.

Clinique Neuro-psychiatrique infantile. 379, rue de Vaugirard.

Médecin : M. Heuyer. — *Chef de clinique* : Mlle Vogt.

Laboratoires départementaux d'électroradiologie. 153, rue Lamarck et 189, rue Vercingétorix.

Médecin : M. Desmoulins, chef de service. — *Chefs de service adjoints* : MM. Chemin, Legoff. *Médecins adjoints* : MM. Stoianoff, Ordioni.

Dispensaire anti-vénérien de Saint-Lazare. (Dispensaire Tousaint-Barthélemy), 107 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Denis.

Médecins : MM. Fernet, Duroeux, Bizard, Marcel Sée, Lacapère, Lévy-Bing, Georges Lévy, Clément Simon, Emery, Belgodère. — *Assistants* : MM. R. Girard, Bralez, P. Boyer, Galliot Morin, A. Chalet, Demerliac. — *Chefs de laboratoire* : MM. Lévy, Rabreau. — *Secrétaire* : M. Jules Geoffret.

Ecole d'application du Service de santé militaire, Val-de-Grace. 277 *bis*, rue Saint-Jacques, Paris (Ve).

Chirurgiens : 1re division de blessés : M. le médecin commandant Lacaze, prof. agr. — 2e division de blessés : M. le médecin lieutenant-colonel Paitre, prof. ; M. le médecin capitaine Bonnet, prof. agrégé. — 3e division de blessés (OPHTALMOLOGIE ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE): M. le médecin lieutenant-colonel Worms, professeur.

DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE.— M. le médecin commandant James, prof. agr.

Médecins : 1re division de fiévreux : M. le médecin comm. Costedoat, prof. agr. — 2e division de fiévreux : M. le médecin lieut.-colon. Pilod, prof. — 3e division de fiévreux : M. le médecin comm. Codvelle, prof. agr. — Contagieux : M. le médecin commandant Zœller, professeur.

NEURO-PSYCHIATRIE. — M. le médecin comm. Fribourg-Blanc, professeur ; M. le médecin commandant Gauthier, prof. agrégé.

5e division de blessé. — UROLOGIE : M. le médecin lieutenant-colonel Maisonnet, professeur ; M. le médecin capitaine Talbot, prof. agr. ; M. le médecin capitaine Germain, prof. agrégé.

STOMATOLOGIE : M. le médecin leutenant-colonel Bercher.

RADIOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE. — M. le médecin commandant Chaumet, prof. agrégé ; M. le médecin capitaine Didiée, prof. agrégé ; M. le médecin lieutenant-colonel Pasteur.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le médecin commandant Zœller.

Sanatorium d'Angicourt.

Médecin : M. Buc. — *Assistants provisoires* : MM. Fourrez, Andrieux. — *Assistant de pharmacie* : M. Picat.

Galignani et Belœil., 89, boulevard Bineau, à Neuily-sur-Seine.

Médecin : M. Maréchal. — *Assistant* : M. Cauchenez.

La Reconnaissance, Fondation Brézin.

Médecin : M. N...

Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran., 10 avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé.

Médecin : M. Lafosse.

Sanatorium San Salvadour.

Médecin : M. Fohanno.

Hôpital Ambroise-Paré., 82, rue de Saint-Cloud, à Boulogne-sur-Seine.

Médecin : M. Monier-Vinard. — *Assistant* : M. Chavanier. — *Interne* : M. Perrault. — *Externes* : Mlle Helman, MM. Kipfer, Zaepffel, Bréhant, Ottal (André).

Médecin : M. Richet. — *Interne* : M. François Joly. — *Externes* : M. Boivin, Mlle Olivier, MM. Reveillaud, Neyraud, Weill (Jacques).

Médecin : M. Huber. — *Interne* : Mlle Abricossoff. — *Externes* : MM. Mallet (Robert), Renet (M.), Marcelot, Seguier.

Chirurgien : M. Desmarest. — *Assistant* : M. N... — *Internes* : MM. Judet, Lemasset. — *Externes* : MM. Leibovici (David), Vettier, Eleazar Mandel, Clerc (P.), Lepeytre, Broche, Maurice (Henri).

CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Médecin* : M. Jacquelin. — *Assistant* : M. N... — *Interne* : M. Turial (ext. pr.). — *Externes* : MM. Daniel, Davous.

CONSULTATION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Assistants* : MM. Thalheimer, Diamantberger. — *Externes* : MM. Manil, Roche, Normand (Pierre).

ELECTRO-RADIOLOGIE. — *Chef du service central* : M. Détré. — *Assistant* : M. Brennan.

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Monbrun. — *Assistant* : M. N... — *Externes* : MM. Lapeyre, Maillet.

CONSULTATION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecin* : M. Ramadier. — *Externes* : M. Natier, Mme Davous.

Pharmacien : M. Régnier.

Hospice départemental Paul-Brousse et Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne. , 14, avenue des Ecoles, à Villejuif.

Médecin-chef : M. Roussy. — *Internes* : Mlle Liberson, M. Dupont, M. Amante.

Médecins : MM. Lhermitte, Méténier. — *Internes* : Mlle Parturier, M. Albessar.

Chirurgien : M. Chastenet de Gery. — *Interne* : Mme Pichon.

RADIOLOGIE. — *Médecin* : Mme Laborde. — *Chef de laboratoire de curiethrapie* : M. Y.-L. Wickham. — *Assistant de radiologie* : M. Aman-Jean. — *Chef du laboratoire de radiologie* : M. Nemours (Auguste).

Médecin-adjoint : Mlle Gabrielle Levy, MM. R. Huguenin, de Massary. — *Assistant* : M. Foulon.

LABORATOIRE. — *Chef de laboratoire* : M. Peyre.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecins* : MM. Chabert, Huet, Marion.

OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Bollack.

GASTRO-ENTÉROLOGIE. — *Médecin* : M. Gutmann.

Stomatologiste : M. Pélissier. — *Pharmacien* : M. Brunel.

Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Médecin : M. Courbon (division femmes).

Médecin : M. Genil-Perrin (division hommes)

COLONIE DE VAUCLUSE. — *Médecin* : M. N...

Stomatologiste : M. Pélissier. — *Pharmacien* : M. Gautier.

Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Médecin : M. Rodiet (division hommes).

Médecin : M. Mignot (division femmes).

Médecin : M. Petit.

Stomatologiste : M. Leclercq. — *Pharmacien*, M. Malmy.

Maison spéciale de Santé de Neuilly-sur-Marne, (Seine-et-Oise).

Médecin : M. Petit.

Asile de Villejuif (Seine).

Médecins : M. Guiraud (1re section hommes). — M. Ducosté (2e section hommes). — M. Abely (3e section hommes). — M. Rogues de Fursac (1re section femmes). — M. Marchand (2e section femmes).

Stomatologiste : M. Charon. — *Pharmacien* : M. Fleury.

Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne, (Seine-et-Oise).

Médecins : Mlle Pascal (1re section). — M. Baudouin (2e section). — M. Gauriou (3e section). — M. Demay (4e section).

Stomatologiste : M. Pigot. — *Pharmacien* : M. Souèges.

Asile de Moisselles, à Moisselles (Seine-et-Oise).

Directeur-médecin : M. Sengès.

Stomatologiste : M. Hellion.

Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Médecin-assistant : M. Chanes. — *Assistant* : M. N...

Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier).

Médecin-assistant : M. Nicolaewsky.

Asile agricole de Chezal-Benoit (Cher).

Médecin : M. Briau. — *Médecin-assistant* : M. Ordowski.

Maison départementale de Nanterre. Avenue de la République, à Nanterre.

Médecin : M. François-Dainville. — *Internes* : MM. Vernotte, André, Luthereau, Cernéa, Fabré.

Médecin : M. Français (Henri). — *Internes* : MM. Sauné, Barbin, Martin.

Médecin : M. Michaux.

Médecin : M. Lasnier. — *Suppléant* : M. Bith.

Chirurgiens : MM. Français (Jean), Sénéchal. — *Internes* : MM. Rouzaud, Reynaud, Bourollec, Bailey.

MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Médecin* : M. Fouquet.

OPHTALMOLOGIE. — *Médecin* : M. Descola,

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Médecins* : MM. Engel, Munch.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — *Médecin* : M. Pelletier.

RADIOGRAPHIE. — *Médecin* : M. Bosquain.

Pharmacien : M. Cahen. — *Internes* : MM. Faure, Leherpeur, Lecoq.

Stomatologiste : M. Pellissier.

Maison de retraite de Villers-Cotterets (Chateau de Villers-Cotterets).

Médecin : M. Mouflier. — *Suppléant* : M. Assemat.

Pharmacien : M. Laille. — *Aide-pharmacien* : M. Le Nud.

Maison de retraite Favier, à Bry-sur-Marne.

Médecin : M. Aubert.

Maison de retraite F.-V. Raspail, à Cachan.

Médecin : M. Bouvy.

Institut départemental des Aveugles. 7, rue Mongenot à Saint-Mandé.

Médecin : M. Raynaud. — *Adjoint* : M. Maufrais.

Ophtalmologiste : M. Morax. — *Assistant* : M. E. Hartmann.

Stomatologiste : M. Lempert.

Oto-rhino-laryngologiste : M. Saint-Hilaire.

Institut départemental des Sourds-Muets. , 26, rue de Nanterre, à Asnières (Seine).

Médecin : M. Rivalier.

PSYCHIATRIE. — *Médecin* : M. Roubinovitch.

Ophtalmologiste : M. Lenoble.

Oto-rhino-laryngologiste : M. Saint-Hilaire.

Stomatologiste : M. Heinique.

Asile national des Convalescents. (Ex-asile de Vincennes), 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine).

Médecins : MM. Berthoumeau, Lévy (Edmond.

Radiologiste : M. Thévenin.

Stomatologiste : M. Nidergang.

Pharmacien : M.Dumesnil.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.— R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements

Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Enseignement de la médecine.

Arrêté du 27 février 1931 modifiant l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des Facultés de Médecine .... p. 822

Code du travail.

Loi du 4 mars 1931 portant modification de la section 1re du chapitre II du titre III du livre 1er du Code du Travail (du paiement des salaires)........................ p. 948

Lutte antituberculeuse.

Décret du 6 mars 1931 rendant applicables aux fonctionnaires coloniaux les dispositions de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929 relatif aux congés de longue durée pour tuberculose p. 1014

Service de santé militaire

Instruction provisoire relative à la création et à l'organisation de cours pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire.

Paris, le 26 février 1931.

En vue d'assurer au Service de santé militaire un recrutement de jeunes gens préparés avant leur incorporation aux fonctions d'infirmiers, il sera créé, *dans les grandes villes de garnison, où il existe une société de préparation militaire*, des écoles préliminaires spéciales où seront organisés des cours préparatoires destinés à la formation des futurs infirmiers militaires. L'instruction théorique et pratique des candidats qui auront suivi régulièrement ces cours sera sanctionnée par un certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire.

Organisation et fonctionnement des écoles

Les écoles d'infirmiers militaires seront placées sous l'autorité des généraux commandant les régions et fonctionneront avec le concours des sociétés de préparation militaire.

Dans chaque région, l'organisation des écoles d'infirmiers militaires sera assurée par le colonel

directeur de la préparation militaire, de concert avec le directeur du Service de santé, lequel sera chargé tout spécialement de la *direction technique* des cours qui seront suivis dans ces écoles. Le service régional de la préparation militaire sera plus particulièrement chargé de la diffusion de l'existence de cette nouvelle institution, du recrutement des élèves et des rapports avec les différentes sociétés de préparation militaire.

En principe, ces cours seront professés par des officiers du Service de santé appartenant soit à l'armée active, soit au cadre de réserve ; ces instructeurs pourront être secondés par des sous-officiers des sections d'infirmiers choisis parmi les plus qualifiés.

Toutefois, comme il existe, dans certaines régions, des *sociétés reconnues d'utilité publique* qui, sous des appellations diverses (secouristes, brancardiers, ambulanciers, nageurs et sauveteurs, etc.), donnent à leurs adhérents une instruction technique se rapprochant sensiblement de celle donnée aux infirmiers militaires, il y aura lieu, pour celles qui se proposeront de grouper des jeunes gens désireux de servir dans des sections d'infirmiers militaires, de laisser à ces sociétés la plus large initiative en ce qui concerne les détails de l'organisation dont il s'agit.

Il suffira d'obtenir, dans chacune d'elles, la création d'une section spéciale qui serait réservée aux candidats désireux d'obtenir le certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire. Ces jeunes gens recevraient une instruction technique d'après le programme général commun à tous les candidats.

L'instruction dont il s'agit serait surveillée par un officier du corps de santé de l'armée active désigné à cet effet comme conseiller technique de la société. Les instructeurs pourraient, selon les circonstances, être ceux de la société elle-même ou ceux qui seraient fournis par le Service de santé.

Le choix des locaux où auront lieu les séances d'instruction est laissé à l'initiative des autorités militaires locales ou régionales.

Le matériel technique destiné aux démonstrations et exercices pratiques sera prêté par un hôpital militaire ou par une infirmerie régimentaire de la place.

Dates d'ouverture et de fermeture des cours

Les cours d'instruction auront lieu chaque année du 1er octobre au 1er avril à raison d'une séance de 1 h. 30 par semaine ; les jours et heures seront fixés par le directeur du Service de santé.

Exceptionnellement, les premiers cours à organiser en 1931 auront lieu du 1er avril au 30 septembre.

Recrutement

Le recrutement des candidats pourra être obtenu au moyen d'une propagande faite par des articles dans les journaux ou exercée auprès des sociétés de préparation et de perfectionnement militaires. Ces cours spéciaux devront également être signalés dans les écoles où la préparation militaire supérieure n'est pas obligatoire.

Conditions a remplir

1° Faire partie d'une société de préparation militaire ;

2° Etre âgé d'au moins 19 ans ;

3° Posséder un degré d'instruction au moins égal au certificat d'études primaires ;

4° Présenter les garanties de moralité requises pour l'incorporation dans les sections d'infirmiers militaires.

Les demandes d'inscription devront être adressées au plus tard 15 jours avant la date d'ouverture des cours au colonel, directeur de la préparation militaire qui en dressera une liste et la fera parvenir au directeur du Service de santé de la région chargé de l'organisation technique des centres d'instruction.

Les cours ne seront organisés que dans les centres où pourront être réunis au moins 10 élèves.

PROGRAMME

L'instruction à donner aux candidats correspondra à celle qui est actuellement exigée des infirmiers militaires pour l'obtention du caducée ; elle sera à la fois théorique et pratique, mais le programme sera allégé de tout ce qui concerne le service de santé en campagne ; toutefois, ce programme sera complété par des données élémentaires sur l'organisation de l'armée dans le cadre où doit évoluer plus tard l'infirmier militaire, c'est-à-dire le régiment avec son infirmerie régimentaire, la section d'infirmiers, l'hôpital militaire, le camp d'instruction.

EXAMEN

A la fin de chaque cours, les candidats subiront un examen théorique et pratique devant une commission composée, en principe et chaque fois que les ressources de la garnison le permettront, ainsi qu'il suit :

Un médecin commandant, président.

Un médecin capitaine, membre.

Un capitaine d'administration du Service de santé ou lieutenant d'administration, membres.

Les examinateurs seront désignés par le général commandant la région sur proposition du directeur du Service de santé.

Les commissions d'examen prendront comme base de notation l'échelle de 0 à 20.

Les notes obtenues seront multipliées par des coefficients fixés comme suit :

1° Epreuve de scolarité (assiduité et notes pendant la durée des cours)	2
2° Question sur l'organisation générale du service de santé à l'intérieur	1
3° Deux questions d'ordre technique	3
4° Epreuves pratiques	4
Total	10

Les questions et les épreuves pratiques seront tirées au sort parmi un certain nombre embrassant tout le programme.

Le minimum des points à réaliser pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire, est fixé à 110. Toute note inférieure à 5 attribuée à une épreuve est éliminatoire.

Dès l'examen terminé, la commission établit le procès-verbal de la séance et l'adresse au directeur du service de Santé de la région, lequel en fera établir une copie pour être transmise au ministre (direction du Service de santé).

Ce procès-verbal doit récapituler les notes obtenues pour chaque épreuve et les exercices pratiques pour chaque candidat et indiquer le total des points obtenus.

Délivrance du certificat d'aptitude

Les candidats qui auront obtenu à l'examen une moyenne égale ou supérieure à 11 recevront le certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier militaire.

Le certificat dont il s'agit est distinct du brevet de préparation militaire élémentaire et n'est pas assimilé à un certificat de spécialité complémentaire de ce brevet.

Avantages résultant de l'obtention du certificat d'aptitude

En vue de l'affectation susceptible d'être donnée ultérieurement aux candidats ayant obtenu, dans les conditions ci-dessus spécifiées, le certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier, il sera établi, par les soins du directeur régional du service de Santé, une liste de classement dans l'ordre de mérite résultant des épreuves subies. Des extraits de cette liste dressés par le bureau de recrutement d'origine, seront adressés par le général commandant la région (service de la P. M.) aux bureaux de recrutement intéressés.

Les jeunes gens détenteurs de ce certificat seront incorporés *dans la limite des besoins*, et compte tenu d'une part de leur classement sur la liste d'aptitude à l'emploi, et, d'autre part, de leur classement sur la liste de répartition du contingent, dans les sections d'infirmiers militaires ou dans les corps de troupe où ils seront utilisés, leurs classes terminées, comme infirmiers régimentaires.

Pour cette affectation, les bureaux de recrutement procéderont vis-à-vis de ces jeunes gens dans des conditions analogues à celles prévues pour les appelés pourvus du B. P. M. E. *non classés* dans le premier dixième des détenteurs de ce brevet.

En tout état de cause, les titulaires de ce certificat seront affectés, *par priorité sur les autres appelés*, dans les sections d'infirmiers. Dans le cas d'incorporation dans un corps de troupe, ils seront signalés à ce corps qui sera tenu de leur réserver les places d'infirmiers disponibles au départ du demi-contingent précédemment incorporé.

Si, les disponibilités étant ainsi comblées, il existait dans un corps de troupe un excédent d'appelés titulaires du certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmier, il en serait rendu compte par les corps intéressés au général commandant la région qui procéderait aux nivellements nécessaires par voie de changement de corps, et, au besoin, de changement d'arme.

Opérations et comptes rendus en fin d'examen

Aussitôt après la clôture des examens, les autorités militaires chargées de la direction technique des cours d'instruction adresseront, par l'intermédiaire du général commandant la région au ministre de la guerre (direction du service de santé) leur appréciation sur les résultats obtenus ainsi que toutes propositions qu'elles croiront devoir faire sur le fonctionnement de ces écoles.

(*J. O.*, 7 mars 1931).

Préfecture de la Seine

Traitements et salaires du personnel extérieur à partir du 1er octobre 1930.

Personnel extérieur	Classes	Traitements
Médecin en chef	1re	72.000
	2e	66.000
	3e	60.000
Médecin en chef adjoint	1re	42.000
	2e	39.000
	3e	36.000
	4e	33.000
Médecins suppléants	1re	22.500
	2e	19.500
	3e	16.500
Médecins contrôleurs	»	10.000
	»	+ 8.000
Médecins titulaires de circonscription :		
Indemnité fixe	»	10.000
Visites à domicile :		
Paris (par visite)	»	8 »
Banlieue (par visite)	»	12.50
Indemnité kilométrique	»	1 70
Médecins adjoints et suppléants de circonscription : Consultations (prélèvement sur l'indemnité du médecin titulaire)	»	23 50

Visites à domicile : Même tarif que les médecins titulaires.

Médecins des services spéciaux (services hors Seine) : Rémunération d'après les tarifs fixés par le décret du 25 ocobre 1922 et textes subséquents.

	Classes	Traitements
Infirmières, garçons infirmiers	princ. 1re	15.800
	— 2e	14.900
	1re	14.000
	2e	12.200
	3e	12.200
	4e	11.300

Service de l'état civil.

	Classes	Traitements
Médecins de l'état civil :		
Par constatation effectuée dans l'arrondissement :		
Naissance	»	16 »
Décès	»	20 »
Par constatation effectuée à Paris, mais en dehors de l'arrondissement d'affectation	»	2.350
Par constatation effectuée hors Paris et dans les limites du département de la Seine (frais de voyage compris)	»	34 »
Médecins inspecteurs de la vérification des décès (cadre en voie d'extinction)	»	20.[illegible]00
Indemnité de constatation de décès en vue d'incinération ou d'embaumement	»	36 »

Médecins :

	Classes	Traitements
Ledru-Rollin	ind.	8.700
Pauline-Roland, Léo-Delibes, Ledru-Rollin	»	8.100
George-Sand, Michelet, Nicolas Flamel et Benoit-Malon	—	6.300
Orphelinats Dubreuil et Sainte-Jeanne	—	3.600

Institut municipal d'électro-radiologie.

	Classes	Traitements
Médecin-directeur	ind.	13.800
Médecins-adjoints	—	8.700
Médecins-assistants	—	2.500
Chef de laboratoire	—	4.100

Office public d'hygiène sociale.

	Classes	Traitements
Médecin inspecteur	1re	60.000
	2e	55.000
	3e	50.000
	4e	45.000
Médecin inspecteur adjoint	1re	45.000
	2e	40.000
	3e	35.500
	4e	31.000
	5e	26.500
Médecins directeurs d'établissements	1re	51.000
	2e	47.500
	3e	44.000
	4e	40.500
	5e	37.000
Médecins assistants d'établissements	1re	35.000
	2e	31.500
	3e	28.500
	4e	25.500
	5e	25.500
	6e	22.500
Inspecteur des Laboratoires	unique	16.700

	Classes	Traitements
Médecins chefs des dispensaires :		
Indemnité fixe mensuelle....	»	560
Honoraires par séance effective de consultation	»	65
Médecins assistants des dispensaires et spécialistes :		
Honoraires (par séance effective de consultation)	»	65
Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie.		
Médecin-chef directeur	»	40.000
Médecins chefs de service....	»	16.000
Médecins adjoints..........	»	13.000
Hospice Paul Brousse.		
Médecin en chef	»	11.300
Médecins	»	9.100
Chirurgien	»	11.300
Assistant de chirurgie	»	4.700
Médecin adjoint	—	5.300
Assistant oculiste	—	4.600
Assistant oto-rhino-laryngologiste	—	4.600
Dentiste	»	
Chef du laboratoire du médecin chef	unique	
Chef du laboratoire de radiologie	unique	8.500
Chef du service de radiumlogie		
Tarif transitoire :		
	1re	53.000
	2e	49.400
	3e	45.800
	4e	42.200
	5e	38.600
	6e	35.000
Internes en médecine, en pharmacie, en chirurgie :		
1re année	»	9.500
2e —	»	9.900
3e —	»	10.300
4e —	»	10.700
Centre anticancéreux de la région parisienne.		
Médecin assistant..........	ind.	5.200
Assistant de radiologie......	—	4.600
	»	4.600
Médecin	»	4.200
	»	3.800
	»	3.600
	»	3.100
Dentiste	»	2.700
	»	2.300
Oculiste oto-rhino-laryngologiste	»	2.200

	Classes	Traitements
Ecole Théophile Roussel à Montesson.		
Médecin	—	5.100
Ateliers départementaux pour les ouvriers mutilés ou infirmes.		
Médecin (par ouvrier et par an).................	»	14
Hospice Favier, à Bry-sur-Marne.		
Médecin	»	4.500
Hospice Raspail, à Cachan.		
Médecin	»	1.900
Hôpital Henri-Rousselle.		
	1re	60.000
	2e	55.000
Médecin chef directeur......	3e	50.000
	4e	45.000
Médecin chargé de la consultation de psychiatrie générale	»	21.200
Médecins assistants	»	17.000
Chefs de laboratoire........	»	
Médecin de médecine générale	»	12.600
Dentiste	»	5.700
Assistant de physiothérapie .	»	5.300
Médecin consultant chargé de travaux (par séance)	—	54
Internes en pharmacie et en médecine :		
1re année	»	9.500
2e —	»	9.900
3e —	»	10.300
4e —	»	10.700
5e —	»	(1) 11.100
Préparateurs	»	13.800
Asiles et colonies d'aliénés.		
Directeurs administratifs ...	1re	60.000
Directeur médecin de l'asile de Moisselles	2e	55.000
Médecins chefs de service (cadre spécial des asiles de la Seine)	3e	50.000
Directeurs médecins de l'asile de Chezal-Benoit et des colonies d'aliénés	4e	45.000
Chirurgien des asiles........	»	22.500
Chirurgien adjoint des asiles.	»	10.600

(1) Tarif de la 5e année applicable seulement aux internes en médecine.

	Classes	Traitements
Assistante de chirurgie des asiles	»	4.200
Professeur de la clinique des maladies mentales	»	7.700
Chefs de clinique titulaires	»	5.600
Dentiste de l'Asile clinique	»	5.600
Dentiste de l'asile de Vaucluse	»	3.700
Dentiste de l'asile de Ville-Evrard	»	3.300
Dentiste de l'asile de Maison-Blanche	—	3.300
Dentiste de l'asile de Moisselles	—	3.300
Dentiste de l'asile de Villejuif	—	2.600
Internes en médecine et en pharmacie :		
1re année	»	9.500
2e —	»	9.900
3e —	»	10.300
4e —	»	10.700
5e —	»	(1) 11.100
Médecin assistant de l'asile de Chezal-Benoit et des colonies d'aliénés	1re	18.000
	2e	16.700
	3e	15.400
	4e	14.200
	5e	13.000
Tribunal de Commerce.		
Médecin	ind.	13.900
Premier médecin adjoint	—	5.900
Deuxième médecin adjoint	—	4.100

(*Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris*, 6 et 8 *novembre* 1930).

Assurances sociales

Matériel obstétrical pour Assurée sociale. (1)

Office social des sages-femmes françaises.

Voici le modèle d'ordonnance adopté par le contrôle pharmaceutique de la caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise :

1 kilo de coton hydrophile ;
125 grammes d'alcool à 90° ;
Tube de vaseline n° 1 ;
Compresses gaze stérilisée *moyennes* 2 boîtes ;
Collyre nitrate d'argent 1/100e ;
Teinture iode : 30 grammes ;
Un laxatif au choix de la cliente compris dans la nomenclature du Codex ;
250 grammes de talc de Venise ;
1 antiseptique au choix soit :
1 litre liqueur de Labarraque ou 500 grammes d'eau oxygénée ou 20 paquets, 1 gramme permanganate de potasse,
2 ampoules ergotine de 1 centimètre cube.

(1) *La Puériculture.*

Circulaire relative à l'assurance-maternité

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les Préfets.

Paris, le 21 mars 1931,

Mon attention a été appelée sur les difficultés que rencontreraient les caisses primaires de répartition en ce qui concerne l'application des dispositions relatives à l'assurance-maternité.

Aux termes de l'article 9 de la loi du 30 avril 1930, l'assurance-maternité s'étend du début de la grossesse jusqu'à la fin du sixième mois qui suit l'accouchement. Toutefois, en cas de grossesse pathologique, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

Il résulte de ces dispositions que l'assurance-maternité et l'assurance-maladie sont susceptibles d'intervenir successivement ou alternativement pendant la grossesse et les six mois suivant l'accouchement. Il convient, en conséquence, de délimiter le domaine respectif de l'assurance-maternité et de l'assurance-maladie au cours de cette période.

La présente circulaire a pour but, notamment, d'indiquer les conditions dans lesquelles, il y a lieu à application de chacune de ces assurances au cours de la période considérée et de préciser, d'autre part, un certain nombre de points relatifs

(1) Tarif de la 5e année applicable seulement aux internes en médecine.

à l'attribution des prestations de l'assurance-maternité.

I. — Domaine respectif de l'assurance-maternité et de l'assurance-maladie au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement.

L'assurance-maternité ne saurait jouer qu'à partir du moment où l'état de grossesse, s'étant affirmé par un certain nombre de signes de probabilité, peut être médicalement présumé, par conséquent au plus tôt après la quatorzième semaine.

Avant cette époque, l'assurée et la femme de l'assuré relèvent de l'assurance-maladie. Elles ont droit, bien entendu, aux prestations en nature dans les conditions de cette assurance.

L'assurée a droit, d'autre part, si elle ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, à l'indemnité journalière prévue à l'article 5 de la loi.

A partir du moment où l'état de grossesse peut être médicalement présumé, c'est-à-dire, au plus tôt, à partir de la quinzième semaine, l'assurée ou la femme de l'assuré relève de l'assurance-maternité, sous les réserves ci-après :

a) Si l'état de l'assurée ou de la femme de l'assuré nécessite, d'après attestation médicale, un repos en vue de la consolidation de la grossesse, sans qu'une interruption de la grossesse s'ensuive, il y a lieu à attribution des prestations de l'assurance-maladie. Si, au contraire, il y a interruption de la grossesse, les prestations à attribuer sont celles de l'assurance-maternité. Suivant le cas, elles sont à la charge de l'une ou de l'autre de ces assurances. L'assurée pourra ainsi prétendre, en cas d'incapacité de travail, sans interruption consécutive de la grossesse, à l'indemnité journalière de maladie ;

b) Il y a lieu, en principe, à application de l'assurance-maladie lorsque la grossesse devient pathologique, que le caractère pathologique ait une origine maternelle, paternelle ou fœtale. D'autre part, l'assurée ayant droit, au titre de l'assurance-maternité, à l'indemnité journalière de repos pendant les six semaines qui suivent l'accouchement, c'est seulement à partir de la septième semaine que devront être attribuées, dans ce cas, les prestations de l'assurance-maladie. Les prestations en nature et en argent dues après la sixième semaine seront à la charge de l'assurance-maladie jusqu'au septième mois suivant l'accouchement.

II. — L'assurance-maternité proprement dite.

Il résulte de la distinction ci-dessus établie que l'assurance-maternité ne saurait avoir un point de départ antérieur à la date où l'état de grossesse a pu être médicalement présumé, c'est-à-dire antérieur à la quinzième semaine. Sauf dans les cas ci-dessus prévus, rentrant dans l'assurance-maladie, l'état de grossesse donnera lieu, à partir de ce moment et jusqu'à la fin du sixième mois suivant sa disparition, aux prestations de l'assurance-maternité, et cela aussi bien en cas d'accouchement prématuré ou d'accouchement à terme.

L'interruption de la grossesse et l'accouchement prématuré donneront droit au profit des assurées, comme l'accouchement à terme, pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent, à l'indemnité journalière de repos. Mais cette indemnité ne sera attribuée, pour l'une où l'autre période, que pour le nombre de jours pendant lesquels le repos aura été effectivement observé.

En cas de fausse grossesse (communément appelée grossesse nerveuse), il ne saurait, d'autre part, être question de faire une application intégrale du paragraphe 2 de l'article 9 de la loi concernant l'indemnité de repos. Encore qu'il serait normal de réclamer à l'assurée le remboursement de l'indemnité de repos attribuée, puisque non motivée, on peut admettre que si l'assurée, de bonne foi, s'est reposée au cours des six semaines, devant précéder l'accouchement, l'indemnité journalière correspondant à cette période de six semaines peut lui être maintenue. Mais, on ne saurait lui accorder l'indemnité journalière pour une période plus étendue puisque, aucun accouchement ne s'étant produit, aucune indemnité ne peut être due pour la période postérieure.

Prestations en nature de l'assurance-maternité

a) *Bénéficiaires*. — Peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance-maternité :

1° Les assurés obligatoires, mariées ou non ;

2° Les femmes légitimes des assurés obligatoires.

b) *Consultations prénatales*. — Les caisses ont la faculté d'organiser des consultations prénatales, soit par leurs propres moyens, en faisant appel à un ou plusieurs médecins, soit en s'entendant avec des hôpitaux, des dispensaires ou des œuvres, qui s'en chargeraient à peu de frais, dans des conditions comparables à celles qui sont prévues pour les consultations externes hospitalières.

Les caisses peuvent également, dans leurs instructions générales relatives à la maternité, prévoir l'obligation pour les bénéficiaires de l'assurance de fréquenter ces consultations ou, à défaut, de faire suivre leur état par un médecin de leur choix. Lorsque la fréquentation des consultations organisées par la caisse sera obligatoire,

elle devra être entièrement gratuite pour les intéressées. Les consultations prénatales qui seraient demandées par les bénéficiaires de l'assurance à un praticien de leur choix ne sauraient en principe, motiver un remboursement, ces consultations étant comprises, d'après la pratique médicale courante, dans le forfait auquel donnent lieu les frais médicaux d'accouchement.

c) *Tarif de responsabilité.* — Rien n'empêche les caisses de prévoir des tarifs de responsabilité différents pour les accouchements faits par une sage-femme et ceux faits par un médecin, bien que le tarif limitatif des droits à la réassurance ne comporte aucune distinction suivant le praticien.

Rien n'empêche également les caisses de fixer, pour le cas d'interruption de la grossesse, un tarif de responsabilité inférieur à celui prévu pour l'accouchement à terme ou prématuré et de limiter aux prestations en nature leur intervention si l'interruption de la grossesse peut être assimilée aux cas visés à l'article 8, paragraphe 2, de la loi.

En cas d'hospitalisation dans un établissement ayant contracté avec la caisse, il ne doit pas être fait application des tarifs forfaitaires prévus pour les accouchements. Les frais d'hospitalisation seront payés au prix de journée fixé pour la médecine. Toutefois, ces frais peuvent être l'objet d'un prix de journée différent de celui adopté pour la médecine, mais inférieur à celui de chirurgie, si la convention avec l'administration hospitalière prévoit, d'après l'usage local, un prix de journée spécial pour la maternité.

Aux frais d'hospitalisation ainsi payés, s'ajoutera la part contributive de la caisse dans le montant des honoraires médicaux. Ces honoraires seront payés par journee d'hospitalisation, un tarif spécial pouvant d'ailleurs être adopté pour la maternité, comme en ce qui concerne les frais d'hospitalisation et dans les mêmes conditions. Il pourra également être fait application, dans les hôpitaux publics des villes autres que celles où il existe une *faculté*, du chiffre-clé de 3 fr. (ou correspondant en moyenne à 3 fr. pour l'ensemble des catégories) dans les conditions de la circulaire du 26 décembre 1930, à la nomenclature de la pratique médicale courante ou à celle des spécialistes, suivant le cas.

Le tarif de responsabilité peut comporter une majoration de 20 à 50 p. 100 lorsqu'il ne s'agit pas d'un accoucheement normal, notamment lorsque la sage-femme doit faire appel à l'intervention d'un médecin.

Lorsque l'assurée ou la femme de l'assuré est hospitalisée dans un établissement n'ayant pas contracté avec la caisse, elle doit être considérée comme soignée chez elle. On appliquera, dans ce cas, pour les soins médicaux, le tarif spécial à l'accouchement, aucune indemnité n'étant attribuée pour les frais d'hospitalisation ; les frais pharmaceutiques seront payés dans les conditions ordinaires.

d) *Frais pharmaceutiques et d'appareils.* — Les prestations en nature de l'assurance-maternité comportent, outre la contribution aux frais afférents aux soins médicaux, le payement des frais pharmaceutiques et d'appareils ou d'accessoires, sous réserve de la participation légale de l'assurée prévue à l'article 4, paragraphe 5, de la loi et des dispositions particulières du règlement intérieur des caisses.

Ces prestations s'ajoutent, par conséquent, à la part contributive fixée par le tarif de responsabilité pour l'accouchement.

c) *Assurées ou femmes d'assurés notoirement indigents.* — En ce qui concerne les assurées, inscrits sur la liste spéciale des assurés notoirement indigents prévue à l'article 59 de la loi, et les femmes d'assurés inscrits sur ladite liste, on doit faire application, pour les frais d'accouchement, du tarif prévu par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail en cas d'accouchement à la suite de traumatisme, ainsi que de toutes les règles résultant de l'article 59.

Prestations en argent de l'assurance-maternité.

a) *Bénéficiaires.* — Peuvent bénéficier des prestations en argent de l'assurance-maternité les assurées mariées ou non ;

b) *Indemnité journalière de repos.* — L'indemnité journalière de repos pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement est, aux termes de l'article 9, paragraphe 2, de la loi, celle accordée en cas de maladie ; elle n'est due, en conséquence, que pour les jours ouvrables, conformément à l'article 5, paragraphe 1er. Le nombre maximum des journées à indemniser est, par suite, de 72.

Le paragraphe 2 de l'article 9 de la loi précisant que l'assurée ne peut prétendre à l'indemnité journalière susvisée qu'à la condition de cesser tout travail durant la période pour laquelle l'indemnité est prévue, il en résulte que l'assurée qui n'observerait pas le repos complet (sauf les soins du ménage) pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement se trouve déchue de son droit à l'indemnité. Le législateur a entendu ainsi obtenir des assurées le repos nécessaire à leur état. Cette règle doit donc être appliquée strictement. Toutefois, en ce qui concerne la période antérieure à l'accouchement, il semble qu'il soit difficile d'exiger dans tous les cas, le repos pendant les six semaines qui ont précédé, étant donné l'impossibilité de prévoir une date certaine pour l'accouchement. Il suffira d'exiger que l'assurée se soit reposée à partir du moment où le médecin ou la

sage-femme l'aura prescrit. Si elle a observé le repos à partir de cette date, elle aura droit à l'indemnité journalière, mais, bien entendu, si la période pendant laquelle elle se sera reposée avant l'accouchement est inférieure à six semaines, elle ne pourra prétendre à l'indemnité que pour la durée du repos effectif avant l'accouchement.

Naturellement, l'indemnité journalière de repos est accordée sans aucun délai de carence.

La période de repos antérieure à l'accouchement ne peut, en aucun cas, être indemnisée pour plus de six semaines.

L'indemnité de repos n'étant autre que l'indemnité journalière de maladie, il en résulte également les conséquences suivantes :

1° Elle est réductible en cas d'hospitalisation de l'assurée, dans les conditions prévues à l'article 6, paragraphe 2, de la loi ;

2° Elle donne droit à majoration de 1 fr. par jour pour charges de famille, dans les conditions de l'article 20 de la loi ;

3° Elle motive le versement à partir du seizième jour de son attribution pour chaque jour ouvrable, au compte de l'assurée, de la moitié de la fraction de cotisation affectée au risque vieillesse, conformément à l'article 5, paragraphe 3, de la loi. L'assurée devra remettre, à cet effet, à la caisse, sa carte annuelle d'assurance-vieillesse, en la réclamant à l'employeur qui ne peut se refuser à la lui restituer momentanément (art. 2 du décret du 27 octobre 1930). Si l'assurée gagne plus de 15.000 fr. (ou plus de 18.000 fr. dans les villes de plus de 200.000 habitants et dans les circonscriptions industrielles assimilées) et appartient aux professions non agricoles ou forestières, la caisse devra demander à la préfecture la délivrance d'une carte d'assurance-vieillesse établie au nom de l'assurée, les assurées de cette catégorie n'étant pas pourvues de carte annuelle d'assurance-vieillesse, la préfecture portera, à l'encre rouge, sur la carte à délivrer, la mention : « assurée gagnant plus de 15.000 ou de 18.000 fr. application de l'article 5, paragraphe 3, de la loi. »

En application du principe ci-dessus rappelé, les journées de repos, indemnisées pendant les six semaines précédant ou les six semaines suivant l'accouchement, seront décomptées comme journées de cotisations au regard de la détermination ultérieure des droits de l'assurée aux prestations :

c) *Primes d'allaitement.* — Seule l'assurée, à l'exclusion de la femme de l'assuré, peut bénéficier des primes d'allaitement.

Les primes d'allaitement n'étant dues que si l'assurée allaite complètement son enfant, cette allocation doit être supprimée à partir du moment où l'assurée cesse d'allaiter complètement. Elle peut être remplacée à ce moment par des bons de lait dans les conditions indiquées au paragraphe suivant.

L'assurée conserve son droit aux primes d'allaitement — si elle allaite complètement — tant qu'elle reste immatriculée sous le régime des assurances sociales. Une interruption de travail après la période de six semaines suivant l'accouchement ne saurait motiver sa radiation de l'assurance obligatoire.

d) *Bons de lait.* — La présente circulaire abroge celle du 10 janvier 1931 (publiée au *Journal officiel* du 11 janvier). — Les dispositions prévues à l'article 9, paragraphe 5, de la loi, concernant l'attribution des bons de lait, ont été envisagées par le législateur en vue de favoriser l'allaitement partiel au cas où la mère se trouve dans l'impossibilité, constatée par le médecin, d'allaiter complètement son enfant.

Bien que l'attribution de bons de lait rentre en principe dans la catégorie des prestations en nature, en fait et juridiquement, elle est assimilable aux prestations en argent en tant qu'elle se substitue à la prime d'allaitement. Par suite, les femmes des assurés sont exclues du bénéfice des bons de lait comme de celui des primes d'allaitement.

Les caisses ont la faculté de s'entendre avec des œuvres (goutte de lait, etc.), ou avec des commerçants en vue du service du lait aux assurées contre la remise des bons délivrés par la caisse. Elles peuvent également, à défaut de possibilité d'ententes, remettre directement aux assurées, sur le vu du certificat médical, les sommes correspondant à la valeur des bons de lait.

Il est bien entendu, d'une part, que les bons de lait ne peuvent se cumuler avec la prime d'allaitement, d'autre part, que, conformément à l'article 32, paragraphe 2, du décret du 25 juillet 1930, les primes d'allaitement, comme les bons de lait, doivent être attribuées, en cas de naissances multiples, proportionnellement au nombre des enfants.

Il y a lieu de recommander aux œuvres qui accordent des bons de lait ou des avantages équivalents de maintenir aux assurés sociaux, ces avantages chaque fois qu'ils n'ont pas droit aux primes d'allaitement ou aux bons de lait au titre des assurances sociales, ou dans la mesure où ils n'y ont pas droit.

Conditions d'attribution des prestations de l'assurance-maternité.

a) *Conditions de versement pour les prestations en nature.* — Aux termes de l'article 9, paragraphe 1er, de la loi, les prestations en nature de l'assurance-maternité sont attribuées dans les conditions prévues par les articles 4 et 5. Il en résulte

que, pour avoir droit à ces prestations, l'assurée ou le mari de l'assurée doit avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs à la *première constatation médicale de la grossesse,* ou 240 jours durant les douze mois précédents.

L'assurée ou la femme de l'assuré n'étant pas tenue, aux termes de la loi, de faire connaître à la caisse d'assurance son état de grossesse dans un délai déterminé, les intéressées ont donc droit aux prestations dès l'instant que le minimum des cotisations légales a été acquitté pendant la période trimestrielle ou annuelle qui précède le mois où a lieu la première constatation médicale présumant ou certifiant leur état dont il est fait état vis-à-vis de la caisse.

Dès l'instant que cette condition aura été remplie, l'intéressée bénéficiera des prestations en nature de l'assurance-maternité jusqu'au septième mois suivant l'accouchement, quelles que soient les cotisations versées postérieurement par elle ou son mari :

b) *Conditions de versement pour les prestations en argent.* — 1. Indemnité journalière. — Aux termes du paragraphe 2 de l'article 9 de la loi, l'assurée doit, pour bénéficier de l'indemnité de repos au moment de l'accouchement, avoir cotisé 60 jours pendant les trois mois ou 240 jours pendant les douze mois qui ont précédé l'*état* de grossesse.

Il y a donc lieu de se reporter, pour déterminer les droits et la catégorie de l'intéressée, à la période trimestrielle ou annuelle qui a précédé le mois de la première constatation médicale de la grossesse, quelle que soit l'époque où est intervenue cette constatation, dès l'instant qu'elle a lieu dans le délai fixé par le règlement de la caisse. Mais, bien entendu, si cette constatation a été tardive, et si l'assurée a appartenu à une catégorie d'assurance plus élevée au cours de la période trimestrielle ou annuelle qui a précédé le mois du début présumé de la grossesse, il conviendra de lui attribuer l'indemnité journalière correspondant à cette catégorie, dès l'instant que le minimum de cotisations requis aura été acquitté.

Si l'assurée a changé de catégorie au cours de la période trimestrielle ou annuelle qui aura été retenue pour la détermination de son droit à l'indemnité journalière de repos, on devra lui accorder l'indemnité correspondant à la catégorie dans laquelle la classera la majorité des cotisations versées au cours de cette période.

2. Primes d'allaitement et bons de lait. — Seules peuvent prétendre aux primes d'allaitement ou aux bons de lait les femmes qui ont bénéficié de l'indemnité journalière prévue par l'article 9, paragraphe 2, ou tout au moins remplissaient les conditions exigées pour bénéficier de cette indemnité, telles qu'elles ont été définies au paragraphe précédent ;

c) *Observation des prescriptions réglementaires de la caisse pour les prestations en argent.* — La caisse peut, en principe, subordonner l'attribution des prestations en argent à l'observation, par l'assurée ou la femme de l'assurée, de ses instructions générales relatives à la maternité.

Il appartient aux caisses d'arrêter ces instructions, compte tenu de leurs possibilités d'action et de contrôle et des facilités qu'elles peuvent trouver auprès d'autres organisations locales pour leur service de maternité.

Le règlement qui sera établi par chaque caisse à cet effet dépendra donc dans une grande mesure des conditions particulières dans lesquelles elle fonctionne et des concours qu'elle trouvera dans chaque commune ou chaque centre de soins.

Les caisses devront, autant que possible, indiquer dans le règlement dont il s'agit, les prescriptions correspondant aux trois périodes mêmes de la maternité : période prénatale, période des couches, période de l'allaitement.

Les dispositions concernant chacune de ces périodes pourront se rapporter aux objets suivants :

1° *Période prénatale.* — Obligation pour l'assurée ou la femme de l'assuré de déclarer son état dès qu'elle en a connaissance, et, au plus tard, trois mois avant la date présumée de l'accouchement.

Obligation de se présenter à des consultations maternelles chaque fois que la caisse pourra les organiser elle-même ou s'entendre avec des hôpitaux ou dispensaires ou chez les médecins ou sages-femmes avec lesquels une entente serait intervenue pour ce service de consultations dans une circonscription déterminée.

Obligation pour l'assurée d'adresser à la caisse, six semaines avant la date présumée de l'accouchement un certificat médical indiquant cette date et un engagement de cesser tout travail.

Obligation pour l'assurée et la femme de l'assuré de recevoir à domicile les visites du médecin contrôleur ou d'une dame visiteuse.

Obligation générale de se conformer aux prescriptions nécessaires d'hygiène, de contrôle et de repos ;

2° *Période des couches.* — Obligation de fournir le certificat d'accouchement dans les quarante-huit heures.

Obligation d'observer le repos nécessaire pendant les six semaines suivant l'accouchement.

Obligation de suivre les règles d'hygiène prescrites pour la santé de la mère et celle de l'enfant.

3° *Période d'allaitement.* — Obligation de fournir, en vue de l'attribution des primes d'allaitement ou des bons de lait, les attestations prévues par le règlement intérieur de la caisse.

Obligation de fréquenter les consultations de nourrissons organisées par la caisse (vaccination, pesée mensuelle, etc.).

Obligation de subir des visites périodiques à domicile en vue du contrôle de l'allaitement maternel ou de la surveillance tant de la consommation du lait que de sa consommation exclusivement par l'enfant dans le cas de l'allaitement mixte.

III. — L'assurance-maladie pendant la période de la grossesse et les six mois qui suivent l'accouchement.

Conformément aux principes ci-dessus posés, il y a lieu à application de l'assurance-maladie :

1° Tant que l'état de grossesse n'a pu être présumé médicalement, c'est-à-dire au moins jusqu'à la quinzième semaine ;

2° Après cette période, en cas de nécessité de repos non suivie d'une interruption de la grossesse ;

3° Six semaines après l'accouchement, en cas de grossesse pathologique, jusqu'au septième mois suivant l'accouchement.

Les prestations de l'assurance-maladie sont dues également pour les maladies survenant pendant la grossesse, que ces maladies aient un rapport avec la grossesse ou qu'elles en soient indépendantes, dans les conditions applicables à l'assurance-maladie, sauf si elles ont causé la cessation de la grossesse, après la quinzième semaine, auquel cas il y a lieu à application de l'assurance-maternité.

Les prestations de l'assurance-maladie comportent les prestations en nature pour les assurées et les femmes d'assurés et les prestations en argent pour les assurées. Ces dernières prestations ne pourront se cumuler avec les indemnités de repos. Mais conformément à l'article 33, paragraphe 2, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, si l'assurée cesse d'avoir droit à l'indemnité de maladie avant l'expiration de la période pendant laquelle elle peut prétendre à l'indemnité de repos, cette dernière indemnité doit lui être servie pour la fraction de cette période restant à courir.

Les assurées ou femmes d'assurés ont droit aux prestations de l'assurance-maladie dans les cas ci-dessus spécifiés, si elles justifient des conditions générales applicables à l'assurance-maladie.

Il suffira ainsi que l'assurée ou le mari de l'assurée ait acquitté, pendant les trois mois précédant la première constatation médicale de l'*état de maladie*, ci-dessus défini, 60 cotisations journalières, ou 250 cotisations durant les douze mois précédents.

Si l'état de maladie résulte de l'état de grossesse, il va de soi que l'assurée ou la femme de l'assuré qui aura droit aux prestations de l'assurance-maternité du fait des versements effectués pendant la période trimestrielle ou annuelle antérieure *à la première constatation médicale de son état*, devra bénéficier *ipso facto* des prestations de l'assurance-maladie.

On ne saurait, en effet, établir de distinction à ce point de vue entre les prestations de l'assurance-maternité et celles de l'assurance-maladie.

Toute assurée ou toute femme d'assuré qui remplira les conditions prévues pour l'attribution des prestations de l'assurance-maternité devra donc recevoir, dans le cas envisagé, les prestations de l'assurance-maladie, quelle que soit l'époque à laquelle se produira l'état morbide au cours de la grossesse ou des six mois qui suivent.

Il importe, d'autre part, que les prestations de l'assurance-maladie puissent faire suite à celles de l'assurance-maternité, *sans interruption* des prestations, si l'état de maladie se prolonge au-delà de la sixième semaine qui suit l'accouchement ou se déclare ou se révèle à l'expiration de cette période. Les prestations en argent dues immédiatement après ladite période devront ainsi être attribuées *sans délai de carence*.

Si l'état de maladie ne résulte pas de l'état de grossesse, l'assurée ou la femme de l'assuré ne pourra prétendre aux prestations de l'assurance-maladie que si les cotisations prévues pour le bénéfice de l'assurance-maladie ont été acquittées au cours de la période trimestrielle ou annuelle antérieure à l'*état de maladie*, les journées de maladie ou de repos indemnisées pendant cette période étant décomptées comme journées de cotisations.

Dans ce cas, il y aura lieu à application du délai de carence.

Les dispositions de la présente circulaire concernent non seulement les assurées obligatoires, mais les femmes non salariées des assurés obligatoires ou facultatifs qui ont demandé à bénéficier de l'assurance spéciale prévue à l'article 43, paragraphe 4 *a*.

Toutefois, ces assurées n'ayant pas droit de leur propre chef aux prestations en nature aux termes de l'article 130, paragraphe 1er, du règlement d'administration publique du 25 juillet 193, ne peuvent bénéficier des dites prestations qu'autant que leur mari remplit les conditions de versements auxquelles est subordonnée l'attribution des prestations des assurances maladie et maternité.

Si une femme d'assuré inscrite à l'assurance spéciale n'a pas adhéré à la même caisse que son mari, la charge des prestations en nature auxquelles elle a droit incombe de ce fait à la caisse à laquelle le mari appartient.

Dans ce cas, la caisse à laquelle la femme a adhéré devra lui assurer le service des presta-

tions en nature pour le compte de la caisse à laquelle le mari est affilié, à charge de remboursement par celle-ci desdites prestations.

Il appartiendra aux deux caisses de s'entendre à cet effet. Les règlements prévus par l'arrêté du 12 janvier 1931 au sujet de la réglementation de la mise en subsistance, seront applicables dans le cas dont il s'agit, à défaut d'entente entre les caisses.

En ce qui concerne les femmes qui bénéficient de l'assurance facultative proprement dite, les caisses disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour la détermination des conditions auxquelles les différentes prestations sont accordées. Il y a intérêt néanmoins à ce que les caisses s'inspirent à cet égard des principes posés dans la présente circulaire.

Je vous serai obligé de porter les présentes instructions à la connaissance des caisses primaires de répartition qui ont leur siège dans votre département ainsi que des mutualités maternelles de votre département recevant de ces caisses la fraction de cotisation afférente à l'assurance maternité.

Vous voudrez bien les inviter à se conformer pour l'avenir à ces instructions. Bien entendu, les attributions des prestations qui auraient été faites précédemment sur d'autres bases ou conformément à d'autres interprétations que celles ci-dessus indiquées ne seront l'objet d'aucun redressement.

Adolphe LANDRY.

(*J. O.*, 22 mars 1931.)

Jurisprudence

Responsabilité professionnelle

Décès par gangrène gazeuse. Inculpation des médecins d'un hôpital et de leurs aides,

TRIBUNAL CIVIL DE NANTES.

10 juillet 1929.

Mettant en cause la responsabilité professionnelle de médecins, le demandeur doit d'abord fournir la preuve qu'une faute a été commise, par un médecin, ou ses aides; puis que cette faute a un lien de causalité avec le décès du blessé.

Le Tribunal,

Attendu que les époux L..... ont assigné les docteurs L....., M..... et les Hospices civils de N., en tant que responsables de leurs préposés, dans l'exercice de leurs fonctions, pour s'entendre déclarer responsables de la mort du jeune Georges L....., leur fils et condamner conjointement et solidairement à leur payer à titre de dommages-intérêts la somme de 60.000 francs.

Attendu qu'ils exposent, à l'appui de leur demande, que le 18 septembre 1927, leurs fils Georges fut victime à N., à la ménagerie Amar, d'un accident, au cours duquel il fut atteint à la jambe de morsures et de griffures de lion ; que transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, il fut admis d'urgence dans le service du docteur L....., chirurgien de garde ce jour-là ; que ce praticien, contrairement à toute règle de prudence élémentaire, s'agissant de plaies souillées et sales, nécessitant une surveillance attentive, crut devoir les suturer aussitôt sans excision ni drainage, que le résultat d'une telle pratique ne devait pas tarder à se manifester, puisque transporté dans le service du docteur M....., le blessé marqua, dès le lundi matin 19 septembre, des signes évidents d'infection caractérisée notamment par une fièvre intense ; que cependant le docteur M....., lors de sa visite le lundi matin, ne jugea pas utile de lever le pansement, ni même d'examiner le malade et quitta l'Hôtel-Dieu, sans autrement s'en occuper ; que dans l'après-midi du même jour, la température du blessé s'éleva de près d'un degré et atteint, à la contre-visite, 39°4, sans que l'externe, en l'absence de tout interne, ni la Sœur manifestassent le moindre intérêt et prissent le soin élémentaire de prévenir le chirurgien.

Que c'est seulement le mardi matin, 20 septembre, qu'en faisant sa visite habituelle, le docteur M....., en présence de l'état déjà grave du malade, fit défaire le pansement et constata que les plaies imprudemment suturées l'avant-veille par le Dr L...., étaient infectées et que L.... était atteint de gangrène gazeuse ; qu'en dépit de cette constatation, qui nécessitait une excision très large, voire une

amputation immédiate de la jambe, le docteur M... se contenta de faire sauter les points de suture établis par son confrère et de débrider insuffisamment la plaie ; que l'insuffisance de cette thérapeutique apparut le soir même jusqu'à la contre-visite pratiquée par l'externe, le mardi soir, il fut constaté une élévation de température atteignant 40°, que pas plus que la veille, ni la Sœur, ni l'externe, qui connaissait cependant, par les constatations faites le matin même, l'existence de la gangrène gazeuse, ne s'en inquiétèrent et qu'aucun médecin ne fut appelé à prendre les mesures opératoires immédiates qui s'imposaient ; que, dans la nuit, l'agonie de leur fils commença, sans que nul ne parut s'en douter ; qu'ils furent appelés dans la nuit, mais que ce ne fut le mercredi matin, vers 10 h., que le Dr M.... arrivé à l'hôpital, se décida à une opération d'amputation, de son propre aveu tardive, et à la suite de laquelle le blessé décéda vers 13 h.

Attendu qu'il est constant que le 18 septembre 1927, Georges L....., alors qu'à N., dans la ménagerie Amar, il faisait des exercices de trapèze au-dessus d'une cage renfermant des lions et dont la partie supérieure était ouverte, fut griffé et mordu à la jambe par un de ces lions, que transporté sur-le-champ à l'Hôtel-Dieu de N., il y reçut successivement les soins du Dr L..... et du Dr M....., qu'il décéda le mercredi 21 septembre à 13 heures,

Attendu qu'une information contre X. a été ouverte à la suite de ce décès ; qu'après s'être constitués partie civile, les demandeurs se sont destitués de cette constitution.

Qu'à la suite d'un rapport du docteur Perrin, de Nantes, chargé de pratiquer l'autopsie de L..... et d'un rapport des docteurs Dervieux et Des plats de Paris, commis en qualité d'experts, par le magistrat instructeur, cette information a été close par une ordonnance de non-lieu, conformément à un réquisitoire du Procureur de la République, motivé par la circonstance que la mort de L..... n'avait pas eu pour cause directe, ou indirecte, une faute commise par l'une des personnes appelées à lui donner ses soins.

Attendu qu'il incombe aux époux L....., en leur qualité de demandeurs, d'établir : d'une part, que les fautes ont été commises, tant par les docteurs L..... et M..... que par les préposés des Hospices, d'autre part, qu'il existe un lien de causalité entre ces fautes et le décès de leur fils.

Attendu qu'il est inadmissible, contraire aux règles les plus certaines du droit de poser en principe, comme le font les demandeurs, dans leurs conclusions, que la faute d'un médecin étant prouvée, la mort de ce celui qui a été l'objet de cette faute, en doit être présumée la conséquence, sauf preuve contraire.

Attendu que tout ce qu'il est permis de dire, c'est que la relation de cause à effet entre la faute et mort, relation nécessaire pour autoriser l'application de l'article 1.382 du code civil, peut s'établir par prétomptions et qu'en matière médicale, dans un cersain nombre de cas qui demeurent toujours des cas d'espèce, le fait que la faute a été suivie de mort peut, à la lumière des circonstances concomitantes, être considéré comme une présomption suffisante qu'elle a été la cause de celle-ci.

Attendu que les époux L..... prétendent trouver la démonstration des fautes qu'ils imputent aux défendeurs dans le rapport des docteurs D..... et D.....

Attendu que le seul reproche formel qu'adressent ceux-ci au Dr L....., est de s'être borné à désinfecter les plaies, à débrider seulement les plus importantes et contrairement à la théorie, de n'en avoir excisé aucune, alors qu'elles devaient être considérées comme infectieuses.

Mais attendu qu'ils ont soin de spécifier qu'il n'a pas fait de suture primitive, c'est-à-dire de suture complète, fermant les plaies et n'a placé qu'un point de suture sur chacune d'elles, sans, du reste, formuler une critique à ce sujet, non plus que sur l'absence de drainage qu'ils se bornent à constater.

Attendu que selon eux, quelque négligence pourrait être reprochée au Dr M..... qui, sachant que les blessures étaient peu profondes, que les plaies avaient été suturées, sans avoir été excisées, n'a pas, apprenant, lors de sa première visite le lundi matin, que la température de L..... était à 38°6, cherché la cause de cette montée thermique et par conséquent défait le pansement pour examiner l'état des lésions.

Attendu qu'ils s'étonnent que le même, après avoir le mardi matin constaté de la gangrène gazeuse et de la crépitation gazeuse, n'a pas pratiqué une large excision, qui s'imposait plus que jamais, qu'il n'ait pas donné des ordres lors de chacune de ses visites pour que lui soient communiqués des renseignements sur l'état du blessé.

Attendu qu'ils expriment enfin l'avis que le lundi, la sœur M....., infirmière et l'externe B....., le mardi l'externe J....., avaient en tous cas, après la contre-visite du soir, le primordial devoir de prévenir le chef de service en présence de la montée de température.

Attendu que l'opportunité non seulement en théorie, mais surtout eu égard au cas spécial de L..... d'excisions plus larges que celles qu'a pratiquées le Dr M..... e n enlevant les parties gangrénées, a été contestée de façon très motivée par le docteurF..... président de l'Association des chirurgiens de France, dans le mémoire où il a, à la demande des défendeurs, consigné ses observations sur le rapport des experts.

Attendu qu'il n'appartient pas au Tribunal de trancher le désaccord ainsi manifesté entre des médecins et chirurgiens, aussi éminents les uns que les autres, sur des questions d'ordre scientifique et de

pratique médicale, en reconnaissant malgré l'opinion de l'un d'eux une faute à la charge des docteurs L..... et M.....

Attendu que la même réserve s'impose en ce qui concerne le jugement qu'il convient de porter sur l'interprétation donnée par le Dr M..... à la montée thermique du lundi matin, par l'externe B..... à celle du soir et sur leur attitude passive devant ces montées, alors que le Dr F....., considère qu'en l'absence de tous autres symptômes, dont l'existence n'est pas établie, ils étaient légitimement fondés à ne voir dans ces phénomènes thermiques, que des manifestations consécutives, soit au traumatisme opératoire, soit à la fatigue de la journée et ne pas enlever le pansement tout récent.

Attendu qu'il n'apparaît pas que le docteur M..... ait manqué à la prévoyance, en ne prescrivant pas à l'externe de garde de le tenir au courant de l'état du blessé ; qu'il savait en effet, qu'aux termes de l'article 66 du règlement de l'Hospice, celui-ci avait, en cas d'accident imprévu, l'obligation de faire prévenir le médecin, ou le chirurgien de garde.

Attendu au surplus qu'il a affirmé au cours de l'instruction devant l'externe J..... sans recevoir de démenti de sa part, qu'après l'opération du mardi matin, il lui avait dit : « c'est un grand malade, surveillez-le. »

Attendu que celui-ci seul, à l'exclusion de la Sœur, dont la fonction ne comportait aucun appel aux médecins, paraît avoir manqué à son devoir, alors qu'après avoir au cours de sa contre-visite du mardi constaté que L..... avait 40° de fièvre et considéré selon son propre aveu, que l'état du blessé devenait inquiétant, il s'est abstenu de faire lui-même et sur le champ prévenir le chirurgien de garde, conformément aux prescriptions de l'article 66 du règlement aux recommandations spéciales qu'il avait reçues le matin et s'est contenté de signaler L.... à la sœur, en lui disant de faire intervenir le service de garde si la température continuait à monter.

Mais attendu qu'il n'est pas établi qu'une relation de cause à effet existe entre cette faute et le décès de L....., qu'il ne l'est du reste pas davantage que ce décès ait été la conséquence soit du mode de traitement, soit des abstentions reprochées par les experts aux autres défendeurs et que le tribunal n'a pas cru pouvoir considérer comme fautifs.

Attendu qu'une telle relation est au contraire infirmée par les constatations et conclusions tant du rapport du docteur P....., que de celui des docteurs D..... et D.....

Attendu que le premier conclut que les blessures ont été capables d'occasionner la mort, non par elles-mêmes, mais par l'infection à laquelle elles ont servi de porte d'entrée ; que, sans vouloir juger un traitement qui ne peut l'être que par un chirurgien expérimenté, les constatations cliniques et anatomiques montrent qu'il s'est agi d'une infection à effet rapidement généralisé et d'une haute virulence ; qu'on ne peut affirmer n'avoir pas été dès le début au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Attendu que selon les experts D..... et D....., pour être en droit de conclure que la mort de L..... a été causée ou même seulement hâtée par les imprudences et négligences dont ils font grief, tant aux médecins qu'au personnel hospitalier, il faudrait que les faits soient enchaînés de la façon suivante : les plaies initiales étaient septiques, une infection s'est développée à leur niveau à la faveur d'une faute opératoire, des inattentions ont retardé les interventions chirurgicales secondaires, l'infection s'est généralisée et a entraîné la mort.

Attendu qu'ils déclarent aussitôt que les constatations d'autopsie ont donné la preuve certaine que l'infection n'a pas eu une telle marche, que l'infection locale était légère, qu'il ne peut pas être question d'une infection généralisée ayant eu son point de départ au niveau des plaies. Que tout s'est passé comme dans une inoculation septique dont le type est bien connu des médecins sous le nom de piqûres anatomiques, inoculations redoutables à évolution quelquefois foudroyante, déterminant des accidents suraigus de septicémie-toxémie annihilant la défense organique, touchant tout de suite le foie, les reins comme les constatations autopsiques l'ont révélé dans l'espèce.

Attendu qu'après avoir, reprenant la formule du docteur P....., émis l'aveu qu'il est impossible d'affirmer que d'emblée l'intoxication n'était pas au-dessus des ressources chirurgicales, que L..... n'aurait pas succombé à l'inoculation septique initiale, même s'il avait reçu d'autres soins ; ils concluent sans formuler la moindre réserve, sans émettre le moindre doute et de façon parfaitement concordante du reste avec leurs constatations et leurs affirmations précédentes, que le décès de L..... a été causé par une septicémie-toxémie suraiguë ; que la mort n'a pas eu pour cause directe, ni indirecte une faute commise par l'une des personnes qui ont été appelées à donner des soins au blessé.

Attendu que les demandeurs n'ayant pas rapporté la preuve qui était à leur charge, il y a lieu de les débouter de leurs conclusions tant principales que subsidiaires.

Vu l'article 130, code procédure civile.

Par ces motifs,

Le Tribunal statuant publiquement, contradictoirement en matière ordinaire, 1er ressort,. Ouï le Ministère public en ses conclusions conformes.

Dit les époux L..... mal fondés en leurs conclusions contre le docteur L....., le docteur M..... et les Hospices de N..., les en déboute,

Les condamne aux dépens.

COMMENTAIRES

Le jugement ci-dessus est intéressant à plus d'un point de vue.

Relevons tout d'abord cette affirmation du tribunal : c'est qu'en matière de responsabilité professionnelle, le demandeur doit apporter la preuve de la faute qu'il reproche au praticien ; puis, si cette faute est établie, il faut démontrer qu'il y a relation de cause à effet entre la faute et le décès du malade.

En l'espèce, le blessé, atteint de gangrène gazeuse, ne pouvait pas guérir et, y aurait-il eu faute de la part des médecins qui l'ont soigné, négligence, ou erreur de diagnostic, de traitement, ce n'est pas cette faute, cette erreur qui aurait provoqué le décès, rendu inévitable par la nature même de l'infection.

Les médecins de l'hôpital pouvaient-ils tenter quelque chose contre cette terrible infection, qui toujours enlève le blessé ?

Tous les praticiens se joindront au Professeur J.-L. F..., qui, au procès, témoigne en faveur des médecins de l'hôpital.

Au contraire, les experts semblent retenir à faute de ne pas avoir, dès le début, excisé les plaies, alors qu'elles devaient être considérées comme infectieuses.

Une fois de plus, nous constatons le vice actuel des expertises. Les tribunaux, les cours d'appel ont leurs experts attitrés qui, souvent, n'exercent pas, ou plus, la médecine, gagnant suffisamment leur existence en ne pratiquant que des expertises.

Et ces hommes de l'art, reconstituant les événements, ne se demandent pas comment ils auraient procédé eux-mêmes, s'ils s'étaient trouvés dans les circonstances de fait, de lieu, ou autres, comme leur confrère praticien ; mais ils ont tendance à s'ériger en maitres, en chefs d'école, décidant que telle méthode est la bonne, alors que les autres sont mauvaises.

C'est un danger pour notre profession, que d'avoir affaire à des experts de métier, qui ne font que des expertises, au lieu de pratiquer notre art, comme praticiens. Ils sont certes pleins de bonne volonté ; mais ils sont sujets à l'erreur, du point de vue même de la pratique journalière.

C'est ce que relève le jugement ci-dessus, en confrontant l'opinion des experts avec celle du professeur J.-L. F.....

Combien il serait plus simple et surtout plus juste de confier les expertises à des praticiens, qui, pour chaque affaire, seraient désignés par le syndicat professionnel, conformément aux dispositions de l'article 17 du Livre III du Code du Travail.

Disons enfin que si une faute, génératrice de dommage, avait été retenue contre un externe de l'hôpital, il eût fallu, pour le tribunal, faire une distinction entre la faute de service et la faute technique.

Nommé par la commission administrative de l'établissement, l'interne, ou l'externe relève de l'administration, en ce qui concerne la régularité de son service et les violations du règlement.

Au contraire, il relève de son chef de service, pour tout ce qui concerne la partie médicale de ses fonctions.

Ceci a son importance, au cas de condamnation à des dommages intérêts, pour savoir qui sera civilement responsable des conséquences de l'acte dommageable, commis par l'interne ou l'externe.

Nous ne croyons pas que le jugement ci-dessus ait été frappé d'appel, par les demandeurs ; mais il faut en tirer la morale suivante : c'est que, par ces temps de mise en cause fréquente de la responsabilité professionnelle, les chefs de service, comme les commissions administratives des hôpitaux, ont le devoir de s'assurer que le personnel médical et infirmier accomplit correctement sa tâche.

L'art médical devient de plus en plus difficile à exercer, parce que les clients, souvent poussés par des hommes d'affaires, ou avouons le, par de mal intentionnés ou maladroits, prennent la mauvaise habitude de vouloir gagner de l'argent, en réclamant des dommages-intérêts, toutes les fois que le malade n'a pas pu guérir, ou n'est pas entièrement rétabli.

On ne peut se défendre de cette menace perpétuelle de la responsabilité professionnelle, qu'en se montrant d'une prudence excessive, tant du point de vue scientifique que du fait de l'accomplissement des fonctions dont on est chargé.

Dr Paul BOUDIN.

Le Risque professionnel médical et sa garantie

Par P.-R. Baglin
Docteur en Droit

EXTRAITS

Clauses de déchéance du contrat de responsabilité civile.

§ 1 — Généralités.

Avant d'étudier les clauses de déchéances contenues dans les contrats d'assurances responsabilité civile, il faut avant tout définir ce qu'on entend par déchéance.

Il sied en effet de mentionner la différence juridique qui existe entre la déchéance et la non assurance. L'une contient un élément personnel à l'assuré ; elle résulte d'un fait qui dégage la compagnie d'assurance d'une obligation, d'une prestation qu'elle était tenue de fournir en vertu d'un contrat. La non assurance dérive d'une ou plusieurs clauses insérées dans le dit contrat pour en restreindre l'étendue ; c'est ainsi que la clause spécifiant que l'assuré est déchu du bénéfice de son contrat s'il reconnaît sa culpabilité, est une clause de déchéance ; celle excluant de la garantie les aides du souscripteur de la police est une clause de non assurance.

Il est souvent difficile, d'ailleurs de différencier ces deux caractères. Nous verrons plus loin (titre III : Assurance individuelle) que les conséquences des rixes sont exclues de la garantie des contrats. Il est difficile de déterminer si, dans ce cas, il y a clause de déchéance ou d'exclusion.

Cette distinction fondamentale est celle admise par la Cour de Cassation (Ch. civile, 18 nov. 1908. *Rec.Per. Ass.*, 1909, p. 267). Elle n'est pas une pure spéculation dans l'esprit, mais correspond à une certaine réalité pratique : lorsqu'il y déchéance, l'assureur se réserve fréquemment le droit de résilier la police ; parfois même, de récupérer le montant des sinistres précédemment réglés. Il ne peut pas en matière de non assurance. Dans la première hypothèse, il existe en général un élément intentionnel, une fraude ou un manquement à une obligation qui entraîne l'annulation du contrat. Dans le deuxième cas, il n'y a pas assurance, le contrat subsiste, mais il ne donne pas ouverture à indemnité.

En pratique , ces clauses aboutissent au même résultat : le médecin a signé un contrat et se croit couvert, alors que certains éléments de son activité professionnelle ne rentrent pas dans le cadre de la police souscrite ou annulent cette dernière.

Les clauses de déchéance ou de non assurance sont nombreuses.

La police d'assurance, en tant que contrat, est soumise aux règles générales qui régissent ces derniers : elle doit avoir une cause ; les parties contractantes doivent avoir une volonté de contracter non viciée ; enfin, étant un contrat synallagmatique, les obligations de chacune des parties doivent être strictement remplies.

Les contrats d'assurance doivent avoir une cause non immorale et non contraire aux lois. La volonté des parties doit être entière, aucune réticence ni fausse déclaration de l'assuré ne doivent venir fausser la volonté de l'assureur (1). Les obligations de chacune des parties doivent être remplies ; en particulier, l'assuré doit payer les primes correspondant à la prise en charge du risque par l'assureur.

Il faut remarquer, toutefois, que la plupart des cas de nullité ou d'annulation légaux sont reproduits dans le contrat lui-même. Celui-ci va donc plus loin que le droit commun et fait de ces obligations légales, de ces obligations préexistantes, des obligations conventionnelles, sanctionnées par des clauses pénales, qui s'imposent au juge encore plus fortement que les obligations légales. Si un assuré n'est pas indemnisé d'un sinistre, il pourra demander au Tribunal l'annulation de son contrat, mais ne pourra lui-même le considérer comme nul. Tant que les juges ne se seront pas prononcés, il sera tenu au paiement des primes, car il ne s'appuie que sur une nullité de droit commun. Si c'est l'assuré qui ne remplit pas ses obligations et ne paie pas ses cotisations, la compagnie, *ipso facto* et après simple mise en demeure par lettre recommandée, lui appliquera la déchéance prévue au contrat. Souvent, même, elle lui imposera le paiement d'une année de prime à titre d'indemnité, ce qui constitue une clause pénale et s'impose au juge.

Dans ce chapitre, nous avons voulu étudier sous le titre générique de « Clauses de déchéance » les principaux cas de déchéance ou de limitation de garantie, propres au contrat d'assurances responsabilité civile, celles dont le médecin est souvent victime parce qu'il les ignore.

---

(1) Article 15 de la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance.

« L'assuré est obligé :

Paragraphe 2 : de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge ;

Paragraphe 3 : de déclarer à l'assureur les circonstances spécifiées dans la police qui ont pour conséquences d'aggraver les risques. »

Nous en rencontrerons qui ont leur source dans des faits antérieurs ou concomitants à l'accident, et d'autres basées sur des obligations de l'assuré postérieures au dit accident.

§ 2 — PREMIER GROUPE : CLAUSES D'EXCLUSION INSÉRÉES DANS LES CONTRATS RESPONSABILITÉ CIVILE.

A) *Exclusion des actes accomplis en cas de démence.*

La plupart des polices des compagnies d'assurances contiennent un article ainsi conçu : « La « compagnie ne répond pas des accidents causés « intentionnellement, ou dans un état de trouble « mental, ni de ceux qui atteignent les membres « de la famille de l'assuré, ses domestiques, ou « ses salariés, ses aides, ses élèves ou sage-femme. »

Si le contrat garantissait les accidents causés volontairement, il serait nul, parce que de cause immorale. L'assurance peut garantir la faute, mais l'accident intentionnel n'est plus un accident, c'est un vol, un délit ou un crime.

S'il y a un élément intentionnel, il n'y a plus d'élément accidentel — l'accident est un événement par nature imprévu et involontaire — et la compagnie, par le contrat Responsabilité civile, ne garantit que les accidents.

Le deuxième alinéa de l'article précité déclare que la compagnie ne couvre pas les accidents ayant leur source dans le trouble mental de l'assuré. Ici, nous nous trouvons en présence d'un problème juridique qui a été très débattu et qui a fait l'objet de nombreuses discussions doctrinales.

Planiol, résumant la question, écrit dans son *Cours de Droit civil* :

« Dans la traduction française qui se rattache « aux doctrines de la philosophie spiritualiste, la « possibilité de condamner une personne à raison « d'une faute, suppose que cette personne est mo- « ralement responsable de ses actes. Par consé- « quent, celui qui est dépourvu de l'intelligence « nécessaire pour comprendre ce qu'il a fait « comme un enfant en bas âge, ne peut se trouver « obligé en vertu d'une faute. Il est irresponsable « de ses actes aussi bien au point de vue civil pour « l'indemnité pécuniaire due à la victime, qu'au « point de vue pénal ou moral pour le châtiment « ou la réprobation qui frappe les coupables.

« C'est sur l'usage de la raison qu'est basée la « responsabilité. »

Cette théorie peut choquer l'équité. Peut-être y aurait-il lieu de distinguer entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile. C'est ce que voudraient faire admettre nombre de représentants de la doctrine moderne, appliquant ainsi l'idée du risque. Planiol lui-même (*op. cit.*) est un partisan de cette théorie. (Voir aussi : Saleille, *Théorie générale de l'obligation*, 2e éd., p. 376, note 1. — Corbesq, *Devoirs moraux et obligations morales*, Paris, 1903. — Teissière, *Essai d'une Méthode générale sur le Fondement de la Responsabilité*, Aix, 1901. — Lecointe, *Fondement de la Responsabilité civile*, thèse, Paris, 1912. — Orsat, *De l'Imputabilité en matière de Responsabilité civile*, thèse, Paris, 1912).

L'Allemagne admet le principe de l'irresponsabilité pécuniaire du dément, mais apporte à cette théorie des correctifs : l'article 829 de son Code prescrit en effet l'indemnisation de la victime d'un dément, lorsque l'équité le demande.

La Commission belge pour l'étude du Code, par contre, se montre hostile à l'idée de l'indemnité pécuniaire.

Quelle a été la position de la jurisprudence française dans ce problème ?

Appliquant les idées de Demolombe et de Sourdat, elle a admis des correctifs au principe de l'irresponsabilité du dément :

« Le juge doit d'abord, comme pour l'enfant, « rechercher quel a été effectivement le degré et le « rôle de démence dans l'accomplissement de « l'acte. Il ne suffit « pas de constater un état gé- « néral de démence, même susceptible de faire « prononcer l'interdiction. (Nancy, 7-2 1867, *D. P.*, 1867-2-73. — Bourg, 1-5-6 1920, *La Loi*, 15-7 1920.)

« C'est pourquoi, si le juge relève que l'auteur « de l'acte dommageable, interdit ou non, avait, » au moment de l'acte, une conscience suffisante « de ses actes, s'il était dans un intervalle lucide « ou mi-lucide, il doit le déclarer en faute et le re- « connaître responsable. » (Liège, 13-1 1835, *D. rép.* Responsabilité, 139. — Paris, 167, 1844 *D. rép.* V. Resp., 5° — Montpellier, 31-5 1866, *D.P.*, 1867 2-3. — Montpellier, 23-12 1904, *Mon. Jud. Midi*, 26-2 1905.)

D'autre part, remontant à la source même de la démence, la jurisprudence déclare encore que la responsabilité demeure « lorsque la démence est le « résultat d'une faute caractérisée telle que la dé- « bauche ou des habitudes d'intempérance ». C'est alors au demandeur à apporter la preuve de ce dernier fait. (Rouen, 17-3 1874, *D. P.*, 1874-2-190 — Caen, 3 nov. 1880, *D. P.*, 82-2-23. — Trib. civ. Seine, 27 nov. 1906, *Gaz. Trib.*, 9 janvier. 1907. — Bourges, 15 juin 1920, *La Loi*, 15 juil. 1920.),

Cependant, à côté de ces situations de fait elle conserve dans son essence le principe de l'irresponsabilité. (Citons pour mémoire : Lyon, 31 déc. 1904. — Sous Cass., Req., 30 juil. 1906, *D. P.*, 1907-1-315. — Trib. civ. Toulouse, 3 nov. 1920, *Gaz. Trib. Midi*, 30 janv. 1921. — Trib. civ. Lyon, 16-1-1926, *Gaz. Jud. Lyon*, 20-3-1926).

De l'étude de ces différents arrêts, nous pouvons conclure que l'exclusion de la garantie d'un accident consécutif à la démence de l'assuré est une clause qui, en elle-même, n'a aucune portée. Ou le médecin a commis une faute, en état de démence caractérisée, et sa responsabilité ne joue-

ra pas, ou le Tribunal le déclarera sain d'esprit, en totalité ou en partie, et l'application de la déchéance par la compagnie sera forcée de suivre la décision du Tribunal.

B) *Exclusion des accidents résultant de violation de lois ou de règlements.*

On rencontre encore fréquemment, dans certains contrats, une clause excluant de la garantie de la police les accidents ayant leur source dans l'inobservation des lois et des règlements ou en garantissant pas l'assuré s'il est poursuivi devant les tribunaux répressifs.

Cette clause est différente de celle excluant de la garantie la faute lourde, clause qui ne se rencontre plus guère et dont le rôle était de forcer le plus possible la prudence et la vigilance de l'assuré.

L'assuré qui, « dans une police contre les accidents, laisse insérer une clause de déchéance « pour infractions ou contraventions aux lois et « règlements, conclut un véritable marché de dupe », déclare Paul Gent (thèse citée).

En effet, lorsqu'un médecin est poursuivi, c'est très fréquemment en vertu des articles 319 et 320 du Code pénal.

Bien que la Cour de Cassation (12 févr. 1896, *Rec. Per. Ass.*, 1896, p. 198) ait reconnu la validité de cette clause, la plupart des tribunaux se sont élevés contre elle.

« On ne saurait admettre qu'une infraction « quelconque à un texte législatif envisagé, soit « au point de vue correctionnel, soit au point de « vue civil, constitue légalement une faute de nature à dispenser l'assureur de l'exécution de son « contrat »(Paris, 5 mai 1896, *Rec. Per. Ass.*, 1896 p. 290. — Voir également dans le même sens : Paris, 9 mars 1907, *Rec. Per. Ass.*, 1908, 529.

Plus récemment, la Cour de Douai (17 juin 1929, *D. P.*, 24-12-29) déclarait que la clause de déchéance pour inobservation des lois et règlements n'était valable que si l'assuré avait intentionnellement violé les lois et règlements.

La loi du 13 juillet 1930 a tranché la question dans son article 24 en déclarant « que sont nulles «les clauses générales frappant de déchéance l'as- « suré en cas de violation des lois ou des règlements « à moins que cette violation ne constitue un « crime ou un délit intentionnel ».

C) *Exclusion des accidents survenus aux membres de la famille, domestiques ou salariés, aides, élèves ou sages-femmes.*

Les accidents survenus aux membres de la famille de l'assuré ne rentrent pas dans la garantie de la police.

Ce principe est facile à justifier :

L'assurance responsabilité civile, nous l'avons vu, a pour but la garantie d'une action en justice dirigée contre l'assuré lui-même. Tout paiement de la compagnie d'assurance est subordonné à l'exercice ou la possibilité d'exercice de cette action.

On peut dire que, dans la majorité des cas, un membre de la famille du médecin assuré ne lui intenterait pas une action en justice s'il ne visait derrière ce dernier la compagnie d'assurance le garantissant.

Ce principe ne suffirait pas, à lui seul, pour justifier l'exclusion prévue au contrat, mais il faut remarquer que le praticien qui est assigné par un client quelconque, a un intérêt personnel très grand à se défendre le mieux possible. Si le demandeur est une personne de sa proche famille, la situation n'est plus la même et, très humainement, le praticien assigné fera passer souvent les intérêts du plaignant avant ceux de l'assureur. Parfois, il sera amené à reconnaître sa faute et la compagnie pourra lui imposer une autre déchéance : celle découlant de la reconnaissance de responsabilité que nous étudierons tout à l'heure.

Rendre plus fréquents les procès en responsabilité aboutirait à des résultats choquants.

Aussi, dans toutes les polices de responsabilité, la même clause se retrouve. Cependant, il peut y avoir une faute certaine et le médecin, l'assuré voudront pouvoir indemniser la victime. C'est la raison pour laquelle les compagnies d'assurances ont créé, pour certaines espèces de responsabilité, celle découlant des accidents d'automobile par exemple, des polices spéciales dites « polices individuelles, à personnes innommées », dans lesquelles elles s'engagent à payer à la victime d'un accident des indemnités forfaitaires sans qu'il y ait lieu de rechercher la faute ou la responsabilité de l'assuré. Ces polices évitent ainsi des procès pénibles.

Il n'existe pas encore des polices de ce type pour compléter l'assurance de responsabilité médicale, et leur besoin ne se fait pas sentir.

Est-ce pour les mêmes raisons que les compagnies ne garantissent pas les accidents survenus aux élèves, aux aides ? Nous ne le pensons pas. Cette clause, insérée dans les conditions générales des polices, souffre souvent des dérogations dans les dispositions particulières des contrats.

D'où vient donc qu'elle figure dans les clauses imprimées ?

Cette exclusion ne peut se comprendre que par l'étude du fonctionnement des organismes assureurs. Ces groupement n'ont étendu que peu à peu le cadre de leurs opérations. L'assurance de responsabilité est une assurance relativement moderne et les contrats émis ne sont pas encore au point. Les compagnies d'assurances ont commencé par créer un type de police et elles ont voulu l'adapter successivement à tous les risques. Malheureusement, le contrat créé à l'origine n'avait pas la souplesse nécessaire et des clauses normales lorsqu'il s'agissait d'assurer un

risque déterminé, se sont retrouvées dans d'autres contrats où elles n'avaient plus de raison d'être.

L'exclusion des salariés se justifie dans certaines polices, par exemple celles couvrant la responsabilité des automobilistes. Les salariés sont exclus parce qu'ils bénéficient par ailleurs d'indemnités forfaitaires prévues par la loi sur les accidents du travail. Il n'y a pas lieu de conserver cette exclusion dans les polices de responsabilité médicale.

De même, faisant souvent une erreur juridique, les compagnies d'assurances ont considéré dans la police responsabilité civile médicale, les aides et les collaborateurs du médecin, comme des salariés. Ce n'est pas exact pour une grande partie d'entre eux.

D'autre part, lorsque le salarié, le collaborateur, reçoivent les soins de « leur patron » médecin, ils doivent être considérés comme des tiers quelconques et la garantie de la police doit jouer à leur égard.

La clause d'exclusion des salariés, insérée par les compagnies d'assurances, devrait être ainsi complétée : « en tant que ledit salarié serait assujetti lors de l'accident du travail » (1).

Le praticien serait ainsi certain d'être couvert, sans que le risque supporté par les compagnies en soit beaucoup aggravé. La libéralité du contrat viendrait ainsi tranquilliser l'assuré.

§ 3 — DEUXIÈME GROUPE : CLAUSE DE DÉCHÉANCE.

A) *Déclaration de l'accident.*

La plupart des contrats émis par les compagnies d'assurances contiennent un article ainsi conçu :

« Sauf justification d'un cas fortuit ou de force « majeure, l'assuré, sous peine de déchéance, doit « transmettre à la compagnie toute réclamation « d'indemnité relative à la présente garantie dans « les deux jours à partir de celui où il en a con- « naissance, soit par plainte, soit par une mise en « demeure, et fournir, en outre, conformément à « la vérité, tous renseignements se rattachant à « l'accident qui lui seraient demandés par la com- « pagnie ou ses délégués. » (*Art. 6 de la police des Assurances générales.*)

Cet article, dans le contrat d'une compagnie d'assurance belge spécialisée dans l'assurance responsabilité civile des médecins, a été aggravé ainsi :

« En cas d'accident certain, ou présumé tel par « le souscripteur, celui-ci est tenu d'en avertir la « compagnie dans les quarante-huit heures. »

Les compagnies ont souvent opposé cet article au praticien : en effet, tout acte médical peut être la source d'un accident. Le médecin, au moment où il présente sa note d'honoraires, alors que le traitement n'a pas réussi, essuie souvent des reproches ; parfois même, on le menace de demander des dommages-intérêts. La plupart du temps ces menaces restent platoniques, et souvent, elles ne sont pas assez sérieuses pour être prises en considération.

Il arrive parfois que le praticien reçoive des lettres d'individus plus ou moins exaltés, auxquelles il n'attache pas d'importance ; il les met au panier sans les transmettre à son assureur. Lorsqu'il fera une déclaration à ce dernier, ce sera la plupart du temps, lorsque l'affaire menace d'être sérieuse et en transmettant les citations ou assignations en justice. La compagnie d'assurances lui opposera ou pourra lui opposer la déchéance pour retard dans la déclaration de sinistre.

En principe, il est évident que cette clause n'a rien d'abusif. Il est juste que l'assureur, qui doit payer, puisse présenter en temps utile la défense de son client, et pour le faire, il doit être en possession, suffisamment à temps, de tous les éléments nécessaires à cette défense.

Il faut, en particulier, qu'il puisse prendre toute mesure pour s'assurer du bien-fondé de la demande, qu'il puisse surveiller les dommages dont on réclame l'indemnisation.

En fait, la pénalité, l'exclusion est motivée et trouve une justification, et sous une réserve que nous retrouvons plus loin, si le médecin omet de transmettre dès leur réception les pièces officielles, les assignations en justice.

Mais il faut tenir compte que tout acte médical quelqu'il soit, peut donner lieu à une réclamation, que tout traitement non réussi peut être qualifié par la victime d'« accident ».

Si l'on poussait jusque dans ses extrêmes limites les formalités imposées par les compagnies d'assurances, le praticien devrait déclarer à cette dernière tous les pansements qu'il effectue, tout acte médical en général qu'il est amené à pratiquer. Aussi, les tribunaux qui consacrent la validité de cette clause (Cass., 15-1-1900. *Simonin*, 1.227. — Cass., 5-11 1906, *G. d. P.*, 16-11 1906) en ont néanmoins tempéré la rigueur.

Il a été jugé, entre autres, que si un cas de force majeure met l'assuré hors d'état de faire la déclaration, il ne peut y avoir déchéance (Cass., 12-21900, *G. d. P.*, 13 et 14 mai 1900).

Il a été également admis que si l'assuré, à raison de son ignorance de l'accident, se trouvait dans l'impossibilité de faire sa déclaration, il n'y avait pas déchéance. Certains arrêts (Toulouse, 30-3 1892, *G. d. P.*, 8-10 1892, et Paris 28-3 1895,

---

(1) Cela permet encore de couvrir la faute vis-à-vis des employés et les conséquences d'arrêts analogues à celui de Douai, 13 octobre 1913, plus haut.

G. d. P., 11-5 1895) ont décidé que le point de départ du délai pour faire la déclaration doit s'entendre du moment exact où il a été possible de reconnaître la nature de l'accident ou sa gravité.

Toutefois, la Cour de Cassation (15-1 1900, *Rec. Per. Ass.*, août 1900. Cass., 17-1 1925, *D. H.*, 1925, 181), n'a pas consacré complètement cette façon de voir.

La législation allemande a supprimé les difficultés en déclarant que le délai imposé à l'assuré pour faire la déclaration de l'accident court à partir du jour où l'assuré a reçu une réclamation du plaignant.

De même, la déchéance prévue pour retard dans les transmissions de pièces devrait avoir une application restreinte et basée sur une question de fait. Seul le tribunal devrait avoir compétence pour juger de la faute commise par l'assuré en ne transmettant pas les pièces et du préjudice causé à la Compagnie par ce retard. Si la non transmission des pièces entraine une condamnation définitive, la déchéance doit pouvoir être appliquée. Si l'oubli dans cette transmission ne cause aucun préjudice à la compagnie, celle-ci ne devrait pas être fondée à s'exonérer de payer.

Il faut remarquer qu'il a été jugé que « l'assuré « n'a couru aucune déchéance pour retard dans la « transmission de l'avis de sinistre ou de citations « ou de pièces de procédure, si, de l'aveu de la « compagnie, elle a été informée de l'accident dès « le lendemain, a procédé elle-même à une enquête et a été ou s'est mise au courant de toutes les « phases de la poursuite correctionnelle et civile « consécutives à cet accident. » (Req., 5 août 1812 *D.*, 1913-1-85, *contra!* Civ. 26-10 1926, *D. H.*,1926 547.)

Il faut remarquer que la compagnie devra se prévaloir de cette déchéance avant tout acte de procédure ou tout acte de prise en charge. Ce sera une opposition *ab limine litis.*

Il a été jugé que lorsque l'assuré a encouru certaines déchéances stipulées dans la police, à raison de l'inobservation de certaines formalités, l'assureur ne peut lui opposer ces déchéances, dès lors qu'il a manifestement renoncé au droit de s'en prévaloir, et que doit être considéré comme une renonciation à ce droit le fait, par l'assureur de faire des propositions de transaction par l'un de ses inspecteurs, etc (Toulouse, 11-12 1888, *G. d. P.*, 89-1-120.)

Les compagnies d'assurances n'ont pas consenti généralement à modifier d'elles-mêmes leurs conditions générales en prévoyant que la déchéance ne sera pas opposable à l'assuré si le procès n'est pas encore en état d'être jugé ou si une voie de recours ordinaire peut encore être exercée, à charge seulement par l'assuré de supporter les frais supplémentaires nécessités par sa négligence. Aussi le projet de loi de 1904 déclara :

« L'assuré est obligé :

5° De donner avis à l'assureur, dans les trois « jours qui suivent celui où il en a eu connaissance « de tout sinistre de nature à entraîner la responsabilité de l'assureur ».

L'exposé des motifs de ce projet portait également que l'assureur avait droit à des dommages-intérêts pour le préjudice qui lui a été causé lorsque l'assuré ne lui a pas donné connaissance du sinistre dans les délais prescrits. La loi du 8 juillet 1930 a tranché en fait les difficultés, déclarant que :

« L'assuré est obligé de donner avis à l'assureur « dès qu'il a eu connaissance et au plus tard dans « les cinq jours, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur (art. 15, § 4) « (sauf, bien entendu, cas fortuit ou force majeure).

« Sont nulles toutes clauses frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard ap« porté par lui à la déclaration du sinistre aux « autorités ou à des productions de pièces, sans « préjudice du droit pour l'assureur de réclamer « une indemnité proportionnée au dommage que « ce retard lui cause » (art. 2, § 2).

B) *La reconnaissance de responsabilité.*

Dans tous les contrats d'assurance responsabilité, est inséré un article généralement ainsi conçu :

« La compagnie, sous le nom de l'assuré, aura « seule le droit de transiger avec la partie lésée « ou ses ayants-droits et de suivre les procès qu'ils « pourront intenter.

« A cet effet, l'assuré s'engage à remettre à la « compagnie tous pouvoirs nécessaires et à lui « faire parvenir dans les quarante-huit heures de « leur réception, tous les actes judiciaires qui lui « auront été signifiés, ainsi que tous avis, convo« cations ou lettres ou autres documents relatifs « à l'accident.

« L'assuré ne pourra mettre la compagnie en « cause ni l'appeler en garantie. Si la compagnie « refuse de se charger de l'accident, l'assuré aura « contre elle une action principale devant le tri« bunal compétent. En cas d'action correction« nelle dirigée contre l'assuré, la compagnie se ré« serve d'intervenir et de diriger la défense, mais « qu'elle sans puisse y être contrainte. »

Le premier alinéa de la clause se justifie aisément : la compagnie, étant le payeur, doit avoir seule le droit de transiger.

Doit-elle l'avoir complètement, a-t-elle le droit de transiger alors que les intérêts du praticien seraient qu'il n'y ait pas transaction, mais que l'affaire soit suivie en justice ?

Nous ne pensons pas que l'assureur, en transigeant, put avoir quelque responsabilité. Le seul cas où la transaction qu'il aurait faite pourrait lui être reprochée, serait si le montant de cette tran-

saction représentait une somme supérieure à la garantie qu'il assure. Il serait également mal fondé, après avoir amorcé une transaction officielle, à opposer aux médecins une déchéance quelconque pour fait antérieur à cette transaction.

Cependant, en transigeant, la compagnie fait, au nom de son assuré, une reconnaissance de responsabilité, et celui-ci peut se trouver forclos lorsqu'il veut revendiquer le droit d'intenter une demande reconventionnelle.

C'est pourquoi il ressort *a contrario* d'un jugement du Tribunal de Commerce de Saint-Etienne (15 févr. 1929, *Gaz. Trib.*, 27-28-29 oct. 1929), que l'assuré peut faire défense à son assureur de transiger.

Quoiqu'il en soit, la compagnie a un droit acquis à faire une transaction. Ce droit ne tombe que sur opposition formelle de l'assuré, opposition formée en temps utile.

Examinant le problème sous un autre angle, étudions jusqu'à quel point un médecin ayant transigé lui-même, dans un cas très urgent, risquerait se voir opposer la déchéance prévue à son contrat.

Supposons que, moyennant le paiement immédiat d'une somme assez modique, le médecin ait obtenu le désistement complet d'un plaignant dont la plainte était fortement motivée. Nous pensons que si la compagnie n'acceptait pas amiablement de payer le remboursement de ces frais, le tribunal serait fondé à déclarer que le médecin, dans ce cas d'espèce, a agi non en temps qu'assuré, mais en temps que gérant d'affaire de la compagnie d'assurance.

En vertu de l'article 1375 C. C., la compagnie devra indemniser son assuré de toutes les dépenses utiles ou nécessaires qu'il a faites.

La loi allemande déclare à ce sujet que « l'assu-« reur ne peut invoquer la clause d'une conven-« tion aux termes de laquelle il sera libéré de l'en-« gagement de fournir la prestation pour le cas où « le preneur d'assurance indemnise le tiers ou « reconnait le droit de ce dernier sans le consen-« tement de l'assureur, mais uniquement si le « preneur d'assurance ne pouvait refuser l'in-« demnité ou la reconnaissance du droit sans « méconnaître évidemment l'équité ». Art. 154 de la loi du 30-5-1908.)

Dans toutes les polices responsabilité, les compagnies ont inséré une clause dans laquelle il est déclaré que « l'assuré ou ses préposés quelconques « ne peuvent se reconnaître responsables . . . » (Article 6, police « Lloyd Continental Français ».)

Certaines compagnies ont soutenu qu'il y avait déchéance lorsque leur assuré avait reconnu les circonstances entourant l'accident . Les tribunaux ont dû intervenir pour déclarer que les compagnies d'assurances ne pouvaient pas interdire à leur assuré de reconnaître la matérialité d'un fait ; que ce serait, au contraire, les inciter à commettre des mensonges, et que l'effet absolu de la clause envisagée serait contraire à l'ordre public. (A citer parmi les arrêts les plus récents sur la question : Paris, 8-11-1929, *G. T.* , 1-1-30. — Lyon, 24-1-1929, *Mon. Lyon*, 20 août 1929. — Amiens, 22-11-1929, *R. H.* , 20-2-1930.)

C) De l'appel en garantie de l'assuré.

Nous avons constaté que les contrats d'assurances de responsabilité civile mentionnaient généralement que l'assuré ne doit pas, sous peine de déchéance, appeler sa compagnie d'assurances en garantie. Quelles sont les motifs de cette prohibition ?

En faveur du maintien de cette clause, les organismes assureurs font valoir deux séries d'arguments : l'un est un argument d'ordre juridique, l'autre serait une justification d'ordre pratique.

Les compagnies d'assurances invoquent souvent le fait que l'action en responsabilité subie par l'assuré et l'action en garantie intentée par ce dernier ne sont pas des actions connexes : elles sont nettement distinctes, des problèmes de compétence et de procédure peuvent s'élever qui ne sont pas les mêmes dans l'une et l'autre action.

La Cour de Cassation adopta longtemps cette théorie 25-1-1892, *Rec. Per. Ass.*, 1992-202 ; 7-8 1893 ; *La Loi*, 22-10-1893).

Le deuxième argument est un argument de fait. Les assureurs craignent, lorsqu'ils paraissent au procès, que le montant de la condamnation soit plus élevé et la clause de l'interdiction de l'appel en garantie est une clause analogue à celle longtemps insérée qui défendait à l'assuré de révéler qu'il était couvert par une société d'assurances et de dire le montant de la garantie accordée. Cet argument est en effet basé sur un phénomène psychologique reconnu. Les juges, lorsque le défendeur est assuré, accordent souvent des dommages-intérêts plus élevés : en effet, « l'assurance peut payer ». De plus, lorsque la garantie de l'assurance est faible et voisine du chiffre de la demande, l'assuré garde à sa charge une partie de l'indemnité à payer. C'est une sorte de pénalité.

L'argument juridique invoqué pour justifier la prohibition de l'appel en garantie est faible. Paul Gent (thèse, Paris, 1911), déclare que « l'in-« terprétation de la Cour de Cassation est fausse, « qu'aucun principe d'ordre public ne se trouve « dans le Code de procédure civile pouvant en-« joindre aux juges de rejeter tout appel en ga-« rantie qui ne serait pas instamment lié à la de-» mande principale dont ils auraient été saisis ».

La Cour de Cassation a d'ailleurs tempéré sa doctrine en admettant qu'il n'y avait pas déchéance si l'appel n'avait pas pour but une garantie, mais une demande pour forcer la compagnie à

remplir ses obligations (Cass., 5-12-1899, *D.*, 1901-1-457.)

Il faut remarquer que les tribunaux, depuis la loi du 2 janvier 1902, admettent que les juges compétents en matière de contestations relatives au contrat d'assurance sur les accidents soient ceux de l'accident (Grenoble, 12-8-1902, *S.*, 1904-2-206). Aussi, la clause étudiée a perdu beaucoup de sa valeur.

Pour la validité : Besançon, 14-11-1925, *D. H* 1926-13.

Le deuxième point a, certes, beaucoup plus de portée. La clause autrefois insérée dans les contrats de responsabilité civile qui défendait à l'assuré de faire connaître l'existence de l'assurance de responsabilité par lui souscrite, a souvent été reconnue valable par les tribunaux, et le contractant qui n'en avait pas tenu compte, frappé de déchéance. (Paris, 28 juin 1887, *D.*, 89-2-38).

Quoi qu'il en soit, et sous la réserve signalée de l'arrêt de 1899, la clause des polices prohibant l'appel en garantie a été reconnue valable d'une façon générale. (Rouen, 30-11-1883, *Gaz. Pal.* 84-1-357. — Cass., 10 mai 1909, *Rec. Per. Ass.*, 1909, p. 536.)

Le praticien a cependant à sa disposition un moyen de forcer les compagnies à tenir les engagements de leurs contrats : il lui est, en effet, toujours permis d'actionner sa compagnie d'assurance par voie d'action principale.

Conclusion

Nous n'avons pas eu, dans ces quelques pages, la prétention d'énumérer tous les cas d'exclusions contenus dans une police responsabilité civile.

En conclusion, nous devons faire observer que toutes les clauses de déchéance présentant, nous l'avons vu, de nombreux points de contact avec les clauses pénales, sont de droit commun.

Des tribunaux, cependant, ont refusé de reconnaître comme valables les clauses pénales contenues dans le contrat d'assurance. Celles-ci, en général, sont insérées dans les conditions générales des polices, écrites en petits caractères, et dont pratiquement l'assuré ne tient pas compte.

La Cour de Paris (19-12-1849, *S.*, 1850-2-43) s'était basée sur ce fait pour en refuser l'application :

« Attendu que la clause n'est pas écrite, qu'elle « n'a pas été stipulée d'une manière formelle, « qu'elle se trouve dans l'imprimé des polices et a « pu facilement échapper à l'attention de l'assuré.»

La Cour de Cassation (1er févr. 1853. *S.*, 1856-1-891) a marqué le revirement de cette jurisprudence.

Il est de jurisprudence constante que les clauses douteuses s'appliquent contre l'assureur. Les déchéances sont de droit étroit, et pour qu'elles puissent être encourues, il faut qu'elles aient été nettement stipulées.

Si l'une de celles-ci n'a pas été formellement insérée dans le contrat, l'assureur ne pourra pas rompre ce dernier en la prenant pour prétexte ; il ne pourra demander l'annulation de la police que conformément au Droit commun de l'article 1382 du Code civil. (Toulouse, 30 mars 1891, *G. d. P.*, 7-8-1892. — Lyon, 13 juil. 19013, *Rec. Per. Ass.*, 1905-437.)

Assurance de la responsabilité civile du médecin, du fait de ses aides.

§ 1 — Généralités

La plupart des contrats responsabilité civile des compagnies d'assurance contiennent un article ainsi conçu :

« La garantie de la compagnie ne s'exerce qu'à « l'égard du souscripteur de la présente police. Tou- « tefois, à la demande de ce dernier et moyennant « une surprime, cette garantie peut être étendue par « clause insérée aux conditions particulières aux aides « élèves et garde-malades dont il pourrait être civile- « ment responsable. » (Article 2 des conditions générales du contrat des Assurances Générales).

Nous avons montré qu'une majoration de tarif était prévue pour la garantie des actes occasionnés par ce personnel, et nous avons constaté que la surprime est décomptée d'après le nombre d'aides.

La clause insérée par les compagnies est très nette. La garantie ne s'exerce vis-à-vis des personnes dont le praticien peut être responsable que sous la condition que cette garantie soit exclusivement prévue aux conditions particulières.

La dérogation est consentie sous la forme générale suivante : « La garantie de la compagnie s'étendra au « cas où la responsabilité du médecin serait engagée « du fait de l'aide ou des (ici le nombre) aides qu'il « emploie. »

Cette clause ne comporte donc pas la désignation nominative du personnel employé, pas plus que l'assurance des accidents du travail n'impose cette désignation.

Plusieurs remarques doivent être faites.

La compagnie dont nous étudions le contrat mentionne les aides, les élèves et les garde-malades. Elle ne parle pas des assistants. Un assistant diffère d'un aide, en ce sens qu'il est, dans la majorité des cas, un docteur en médecine venu se perfectionner. Il n'est pas un élève tel que l'entendent les milieux médicaux.

Un assistant, un médecin collaborateur de son confrère doit-il et peut-il être compris dans les catégories visées par l'article 2 du contrat étudié ?

Cette question n'est pas sans intérêt. Les compagnies d'assurances considérant que l'assistant docteur en médecine encourt une responsabilité propre, ont tendance à vouloir garantir celle-ci par une police spéciale.

Nous avons vu, cependant, en étudiant la responsabilité, qu'un accident pouvait donner lieu à une responsabilité partagée et que, parfois, un praticien pouvait être considéré comme maître de l'ouvrage et pouvait encourir une responsabilité certaine (art. 1384) du fait de ses aides quels qu'ils soient, docteurs en médecine ou non.

D'autre part, nous avons vu, dans un précédent chapitre, que l'assurance devait avoir pour but non seulement d'éviter les conséquences pécuniaires des condamnations résultant d'actions engagées à juste titre contre le praticien assuré, mais qu'un contrat bien fait devait le garantir de toutes les conséquences des actions même engagées à tort et non sanctionnées par une condamnation.

Un médecin peut avoir à se défendre dans un procès qu'on lui intenterait et où le demandeur s'appuierait sur l'article 1384 pour un acte commis par un collaborateur lui-même docteur en médecine.

Si l'organisme assureur s'en tient au texte limitatif de l'article 2 précité, il est fondé juridiquement à opposer à son assuré « ab limine litis », qu'il ne le garantit en aucune manière des actes commis par son assistant. Le médecin aurait, dans ce cas, non seulement à supporter lui-même les frais de sa défense, sauf à s'en faire rembourser une partie si l'action qui lui est intentée échoue, mais encore à assumer lui-même tous les ennuis de sa défense.

Pour éviter cette solution rigoureuse, l'assuré n'a qu'à faire spécifier, dans les conditions générales du contrat qui sera soumis à sa signature, «la garantie des assistants docteurs en médecine ».

Sous cette réserve, le contrat responsabilité civile du fait des aides, simple extension du contrat personnel du praticien, ne soulève pas de difficultés spéciales en ce qui touche le médecin opérant à son domicile ou dans une clinique privée au personnel réduit.

Par contre, l'assurance de la responsabilité des médecins, chirurgiens et stomatologistes des hôpitaux est plus délicate.

C'est à tort que ceux-ci ne se croient pas responsables des élèves et, d'une façon générale, de tout le personnel hospitalier qu'ils ont sous leurs ordres et qu'ils dirigent « professionnellement ». Nous avons étudié cette responsabilité et nous avons vu que l'hôpital peut ne pas être responsable des erreurs professionnelles commises par ses employés, dont il n'a que la surveillance administrative et que la responsabilité de l'établissement de soins ne dégage pas complètement, mais se superpose parfois à celle du médecin.

Nous avons vu que, dans certains cas, la responsabilité du praticien d'hôpital restait entière et s'étendait pratiquement à tout le personnel qui est sous ses ordres techniques.

Or, le contrat d'assurance responsabilité exige d'une façon générale que le nombre des aides soit précisé dans les conditions particulières du contrat, les cotisations étant fonction du nombre de ces employés.

En matière de médecins d'hôpitaux, cette prétention ne peut subsister. Les aides et assistants, docteurs en médecine ou non, qui entourent le chef dans son service, constituent un corps interchangeable et leur nombre varie sans cesse. Il faut que les organismes assureurs renoncent, dans ce cas, à l'énumération des aides, et qu'ils établissent un forfait avec une clause analogue à celle que nous avons fait insérer dans différents contrats :

« La garantie de la compagnie couvre la responsa-
« bilité que le médecin encourt tant dans l'exerceice
« de sa profession en clientèle privée que dans son ser-
« vice d'hôpital, et elle le garantit contre les consé-
« quences de toutes les actions basées sur son fait per-
« sonnel et sur celui des différentes personnes qu'il di-
« rige ou emploie.

§ 2 — Nature de l'assurance des fautes d'autrui

L'aide ou l'assistant d'un médecin dans un établissement de soins quelconques (hôpital ou clinique) peut avoir commis une faute personnelle qui peut entraîner la responsabilité du maître de l'ouvrage.

Mais le tribunal peut condamner personnellement l'auteur de la faute ou prononcer une condamnation conjointe et solidaire.

Le contrat d'assurance souscrit par le praticien et qui le garantit contre les conséquences des fautes d'autrui couvre-t-il le paiement des condamnations frappant personnellement l'aide du praticien ?

Nous appuyant uniquement sur le caractère du contrat responsabilité civile et sur la rédaction de ces polices, nous ne le pensons pas.

L'assurance garantit la responsabilité d'une seule personne : l'assuré. Mais la police ne contient pas stipulation pour autrui.

L'interne, le collaborateur du médecin, de quelque nature qu'il soit, devra bien se pénétrer de cette idée : dans la majorité des cas, l'assurance qu'aura souscrite le praticien ne lui est pas personnellement applicable, la responsabilité personnelle de l'aide n'est pas garantie (2 juin 1886, *D.*, 87-1-30).

Nous retrouverons cette idée en matière de responsabilité civile des automobilistes.

Un médecin remplacé a fait insérer dans un contrat couvrant ce risque, une clause généralement rédigée de la façon suivante : « L'assuré se réserve la faculté « de faire conduire sa voiture automobile par toute « personne munie d'un permis de conduire ». Le remplaçant croit pouvoir circuler sans crainte, s'estimant garanti par la police du médecin remplacé. Telle n'est cependant pas la réalité. Le contrat a pour but de couvrir la responsabilité civile de l'assuré, responsabilité qui est essentiellement personnelle. Or, nombreux sont les arrêts et jugements qui ont fait une discrimination entre la responsabilité du propriétaire de la voiture et celle du conducteur. (Cass., 22 nov. 1924, *Gaz. Trib.*, 1925-1-93. — Cass., 15 juin 1926, *Gaz. Trib.*, 17 août 1926. — Trib. Civ. Seine, 23 juil. 1928, *Gaz. Pal.*, 2 oct. 1928.)

Aussi, pour que l'assurance responsabilité auto contienne une stipulation pour autrui et garantisse la responsabilité personnelle du remplaçant conducteur de la voiture, quelques compagnies consentent à insérer dans les dispositions de leurs polices la formule suivante : « La garantie du présent contrat est acquise à tout conducteur de la voiture. Cependant, « dans le cas où une autre compagnie garantirait per- « sonnellement le dit conducteur, la garantie du pré- « sent contrat ne jouera qu'après épuisement des som- « mes prévues par ailleurs. »

L'assuré qui fait insérer dans sa police une telle clause, conclut en faveur du conducteur une véritable stipulation pour autrui. Celle-ci est pleinement valable, en vertu de l'article 1121 du Code civil, puisqu'elle est condition de la stipulation que l'assuré fait à son propre bénéfice.

Dans sa police responsabilité médicale, le praticien devra prendre soin de faire insérer une clause analogue. Elle précisera que « la responsabilité person- « nelle des assistants, aides, internes, externes, etc., « sera garantie au même titre que celle du médecin « titulaire du contrat ».

Cette clause doit être particulièrement exigée par les médecins employés dans des cliniques, sanatoria ou hôpitaux privés. Ces établissements sont généralement assurés et leurs collaborateurs croient qu'« ipso facto » la responsabilité qu'ils encourent personnellement est garantie.

Dans la grande pratique courante, il n'en est rien en l'absence de cette clause. La responsabilité civile de l'établissement sera prise en charge par l'organisme assureur ; celle du médecin, du collaborateur, ne sera pas couverte.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Budget de l'exercice 1931-1932

Dispositions diverses................ p. 1318

Service médical de la Marine

Décret du 27 mars 1931 concernant l'organisation des emplois de l'enseignement dans les écoles de médecine navale. .... p. 1395

Arrêté du 27 mars 1931 concernant les concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes..... p. 1396

Assurances sociales

Circulaire relative aux spécialités pharmaceutiques

Le Ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les Préfets.

Paris, le 24 mars 1930

Aux termes de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales (art. 7, § 4) ;

« Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté d'ordonner des médicaments conformes aux lois existantes.

« Une commission spéciale sera prévue au règlement d'administration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste de médicaments spécialisés autorisés. »

L'article 19 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930 a constitué comme suit la commission prévue par l'alinéa précédent :

« Le doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris, ou un professeur de ladite faculté, désigné par lui ;

« Le doyen de la faculté de pharmacie de l'université de Paris, ou un professeur de ladite faculté, désigné par lui ;

« Un membre de l'Académie de médecine n'ayant qualité ni de docteur en médecine, ni de docteur en pharmacie, désigné par ladite Académie ;

« Un représentant de la Confédération des syndicats médicaux français, désigné par ladite Confédération ;

« Un représentant du Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux, désigné par ce comité ;

« Un représentant des caisses d'assurances

sociales ou de leurs organismes fondateurs, nommé par le ministre du travail ;

« Un représentant du ministre du travail. »

Sans attendre l'établissement par cette commission de la liste prévue par la loi, un certain nombre de caisses primaires, soucieuses de se défendre contre l'emploi abusif des spécialités, ont pris de leur propre autorité les mesures restrictives qui leur paraissaient les plus opportunes. Certaines d'entre elles ont refusé complètement de payer les spécialités. D'autres ne les payent qu'à concurrence de 50 %. Il s'est établi ainsi une diversité de régimes à laquelle il convient de mettre fin le plus tôt possible.

A la suite des avis formulés sur cette question par la commission des spécialités et par le conseil supérieur des assurances sociales, qui a été consulté à son tour, j'ai décidé de prendre les dispositions suivantes, que je vous prie de porter à la connaissance des caisses et des syndicats de médecins et de pharmaciens autorisés :

1° La liste des spécialités autorisées prévue par la loi sera arrêtée le plus tôt qu'il se pourra. Dès qu'elle aura été publiée, les caisses devront rembourser le prix de toutes les spécialités figurant sur la liste, mais celles-là seules ;

2° Jusqu'à nouvel ordre, les caisses devront rembourser, à concurrence de 85 %, toutes les spécialités dont la vente est légale en France et pour lesquelles des décisions individuelles d'exclusion ne leur auront pas été notifiées.

A. — *Sont seules de vente légale en France* les spécialités rentrant dans l'une des quatre catégories suivantes :

1° Médicaments dont les formules ont été achetées aux inventeurs et rendues publiques dans les conditions prévues par le décret du 18 août 1910 concernant les remèdes secrets ;

2° Médicaments dont les formules ont été publiées dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, conformément au décret du 3 mai 1850, sur les remèdes nouveaux dont la recette n'a pas encore été insérée au codex pharmaceutique ;

(Ces deux premières catégories sont extrêmement peu nombreuses et ne sont citées que pour respecter les droits éventuels des intéressés) ;

3° Médicaments autorisés par le Gouvernement dans les conditions prévues par la loi du 25 avril 1895 sur la vente et la distribution des sérums thérapeutiques, vaccins et produits analogues ;

4° Médicaments ne rentrant pas dans les catégories précédentes, mais dont la composition active et l'origine de la fabrication sont mentionnées sur les flacons, boîtes, paquets et emballages qui contiennent ou enveloppent les produits, dans les conditions prévues au décret du 13 juillet 1926 pour que ces médicaments ne soient pas considérés comme remèdes secrets de vente prohibée ou dans les conditions prévues par la loi du 19 avril 1923 sur l'introduction en France des médicaments spécialisés d'origine étrangère.

Par suite des tolérances qui se sont établies, il est possible de se procurer des médicaments dont la vente n'est pas légale en France. Mais les caisses devront refuser absolument de rembourser le prix de tels médicaments.

Comment appréciera-t-on si un médicament est de vente légale en France ?

Provisoirement, c'est aux médecins et aux pharmaciens qu'il incombera de le déterminer. Les pharmaciens en particulier sont en mesure de savoir si une spécialité prescrite rentre ou non dans les quatre catégories énumérées ci-dessus : lorsqu'il apparaîtra qu'un médicament prescrit à un assuré social n'est pas de vente légale en France, ils devront le signaler comme tel à l'assuré lui-même, au médecin traitant et à la caisse, qui n'en effectuera pas le remboursement. Il va de soi cependant que la caisse, si elle considère qu'un médicament ordonné par le médecin et livré par le pharmacien n'est pas de vente légale, pourra refuser de le rembourser, sauf aux intéressés à se pourvoir devant la commission cantonale ; elle pourra, en même temps, signaler ce médicament à l'attention de la commission des spécialités qui provoquera, le cas échéant, une décision d'exclusion.

Le procédé de discrimination qui vient d'être indiqué n'est point le meilleur qui se puisse imaginer. Il est à souhaiter que les médicaments de vente légale se fassent reconnaître par une marque certaine. A cet effet, la procédure suivante sera instituée :

Tout fabricant de spécialités pharmaceutiques qui voudra faire constater qu'un médicament fabriqué par lui est de vente légale en France adressera une demande au *Laboratoire national de contrôle des médicaments, 4, avenue de l'Observatoire, à Paris,* avec la justification de sa qualité de pharmacien exerçant s'il ne l'a précédemment fournie au laboratoire, un échantillon du produit permettant d'en faire l'analyse, et deux exemplaires de l'étiquette à apposer sur le produit. Le laboratoire lui délivrera s'il y a lieu un certificat comportant un numéro d'inscription, dont mention devra figurer sur l'enveloppe du produit, en sus de celles prescrites par le décret du 13 juillet 1926.

Il est instamment recommandé aux fabricants qui seront désireux de voir figurer leur produit sur la première liste établie en exécution des dispositions du paragraphe 1er *ci-dessous, d'adresser leur demande au laboratoire avant le* 31 *mai* 1931.

B. — On ne saurait, même pour quelques mois se borner à l'exclusion des médicaments dont

la vente n'est pas légale. Il faut également exclure les médicaments mis en vente dans des conditions contraires aux règles de la déontologie médicale et pharmaceutique (médicaments charlatanesques, de compérage, etc.), et ceux dont le prix est nettement abusif. Pour tous ces produits, *des décisions individuelles d'exclusion* devront être prises après examen par la commission des spécialités. Mais cette commission, pour se livrer à un travail utile, doit disposer d'éléments d'appréciation qui ne peuvent lui être fournis que par les caisses.

Vous inviterez donc les caisses d'assurances sociales à faire parvenir d'urgence au ministère du travail (commission des spécialités pharmaceutiques) un relevé des spécialités dont elles ont eu jusqu'à présent à assurer le payement. Elles indiqueront le prix de chaque spécialité, tel qu'il résulte du mémoire du pharmacien. Elles mentionneront avec tout le soin possible les observations qu'elles ont à faire sur celles de ces spécialités qui leur auront paru suspectes, soit à raison de la fréquence anormale de prescription, soit à raison du prix élevé, soit à raison d'autres circonstances quelconques. La commission des spécialités s'est dès à présent organisée pour examiner ces comptes rendus des caisses et me proposer très rapidement des décisions d'exclusion individuelles pour celles de ces spécialités qui comporteront à son avis de telles décisions. Vous recommanderez aux caisses d'apporter à ce travail d'information le plus grand soin, de le produire dans le plus bref délai possible, et de continuer à adresser à la commission, toutes les fois qu'il y aura lieu, de nouveaux renseignements. Je porterai à votre connaissance et à la connaissance des caisses les décisions d'exclusion que j'aurai prises conformément à la procédure ci-dessus.

Les mesures provisoires qui viennent d'être indiquées permettront de combattre efficacement les abus, en attendant l'établissement de la liste prévue par la loi ; elles aideront, en même temps, à l'élaboration de cette liste. Je vous prie d'insister auprès des caisses pour qu'elles s'emploient à en faciliter l'application.

Adolphe LANDRY.

(*J. O.* 29 avril 1931.)

Accidents du Travail

Tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu l'article 4, alinéas 1er et 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 2 février 1927 ;

Vu l'arrêté du 31 octobre 1930 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Art. 1er. — Les tableaux annexés à l'arrêté du 31 octobre 1930 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail sont remplacés par les tableaux ci-après :

I. — PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES

HONORAIRE de responsabilité francs	NOMENCLATURE DES PRODUITS CHIMIQUES et pharmaceutiques.	NUMÉRO de la référence au barème.
»	Acide acétylsalicylique	47
»	Acide borique officinal	28
»	Acide picrique en solution à 1 p. 100. Prix minimum : 1 fr. 50	17
»	Alcool à 95°	41
»	*Alcool à 90°	40
»	*Alcool camphré fort	40
»	Alcool camphré faible	38
»	Alcoolat de Fioravanti	42
»	Analgésine	56
»	Antipyrine	56
»	Aspirine	47
»	Baume du Commandeur	43
»	Baume de Fioravanti	42
»	Baume opodeldoch. Le flacon contient 90 grammes : 7 fr. 25 s.v. * Le demi-flacon contient 45 grammes : 4 fr.10 s. v.	41
»	Baume tranquille	36
1.50	Chlorhydrate de cocaïne	84
1 »	*Chloroforme	42
1 »	Chloroforme anesthésique. L'ampoule de 30 gr. : 9 fr. net. L'ampoule de 60 grammes : 13 fr. net.	49
1 »	Chlorure (Bi-) de mercure	51
1 »	Chlorure (Bi-) de mercure (mélange de) et d'acide tartrique uniquement formule Codex, à 2 gr.50 pour 10	46

HONORAIRE de responsabilité francs	NOMENCLATURE DES PRODUITS CHIMIQUES et pharmaceutiques	NUMÉRO de la référence au barème.
»	Chlorure de soude liquide. Prix minimum 0 fr. 75	12
»	*Eau blanche du Codex. Prix minimum : 0 fr. 75	8
»	Eau blanche de Goulard. Prix minimum : 1 fr. 50	18
»	Eau boriquée. Prix minimum : 0 fr. 75	10
»	Eau de Goulard. Prix minimum : 1 fr. 50	18
0.50	Eau oxygénée Codex. Prix minimum : 1 fr.	16
»	Eau phéniquée à 1 pour 100. Prix minimum : 0 fr 75	11
»	*Eau phéniquée à 2 pour 100. Prix minimum : 0 fr. 75	12
»	Eau phéniquée à 5 pour 100. Prix minimum : 0 fr. 75	14
»	Eau végéto-minérale. Prix minimum : 1 fr. 50	18
»	Eau-de-vie camphrée	38
»	Essence de térébenthine officinale	34
»	Essence de Wintergreen artificielle.	43
»	*Ether sulfurique rectifié	34
»	Ether sulfurique anesthésique	39
	L'ampoule de 50 grammes : 13 fr. net.	
	L'ampoule de 100 grammes : 18 fr. net.	
»	Graisse de laine anhydre	34
»	*Graisse de laine hydratée	33
»	Huile de camomille camphrée	39
»	Huile camphrée	39
»	Huile chloroformée du Codex	38
»	Huile de jusquiame	36
»	Huile de jusquiame composée	36
»	Hypochlorite de soude liquide. Prix minimum : 0 fr. 75	12
»	Iodoforme pulvérisé	62
»	Lanoline anhydre	34
»	*Lanoline hydratée	33
1.50	Laudanum de Sydenham	54
»	Liniment chloroformé	38
»	Liniment oléocalcaire	34
»	Liniment de Rosen	49
»	Liqueur de Dakin titrée, Prix minimum : 1 fr.	28
»	Liqueur de Labarraque. Prix minimum : 0 fr. 75	12
0.50	Liqueur de Van Swiéten. Prix minimum : 1 fr.	12
»	Permanganate de potasse	37
»	Plâtre chirurgical en boite. La boite : 1 kilogr.	20
»	Pommade boriquée à 1 pour 100. Prix minimum : 0 fr. 75	34
»	Pommade iodoformée à 1 pour 10. Prix minimum : 2 fr. 50	45
»	Pommade phéniquée à 1 pour 100 Prix minimum : 2 fr	35
»	Pommade de Reclus. Prix minimum : 2 fr. 50	45
1 »	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, uniquement formule de Codex, à 2 gr. 50 pour 10	46
»	Salicylate de méthyle	43
»	Salicylate de phénol	50
»	Salol	50
»	Sérum antitétanique, prix marqué net.	
»	Sérum physiologique :	
	L'ampoule de 60 centimètres cubes : 6 fr.	
	L'ampoule de 125 centimètres cubes : 8 fr.	
	L'ampoule de 250 centimètres cubes : 11 fr.	
	L'ampoule de 500 centimètres cubes : 14 fr.	
»	Solution d'acide picrique à 1 pour 100. Prix minimum : 1 fr. 50	17
0.50	Solution de sublimé à 1 pour 1.000. Prix minimum : 1 fr	12
»	*Sparadrap diachylon	215
»	Sparadrap des hôpitaux	215
	Le rouleau de sparadrap est de 1 mètre de long sur 20 centimètres de large.	
1 »	Sublimé corrosif	51
1 »	Sublimé (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 pour 10	46
1 »	Sulfate d'atropine	80
»	Teinture d'arnica	41
»	Teinture balsamique	43
»	Teinture d'iode officinale	45
»	Vaseline pure	33
»	Vaseline boriquée. Prix minimum : 0 fr. 75	34
»	Vaseline iodoformée. Prix minimum : 2 fr. 50.	45
»	Vaseline phéniquée. Prix minimum 2 fr	35

II. — Objets de pansements

Nomenclature des objets de pansements	Prix. francs
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	2 75
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3 75

NOMENCLATURE DES OBJETS DE PANSEMENTS	PRIX francs
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	5 25
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	7 25
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	10 »
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	12 50
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	14 50
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	3 50
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	4 50
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centim.	6 »
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres largeur 13 à 15 centimè-	8 25
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	10 75
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètes	13 »
Bande de crépon de laine et coton, longueur, 5 mètres, largeur 30 centimètres	15 50
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	8 »
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	10 80
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	14 50
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	1 15
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 50
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 25
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	3 »
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 18 centimètres, avec 1 gaze	7 70
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 18 centimètres, avec 2 gazes	94 60
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 9 centimètres, avec 1 gaze	4 80
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 9 centimètres, avec 2 gazes	7 60
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 5 centimètres, avec 1 gaze	3 40
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 5 centimètres, avec 2 gazes	3 70
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	4 »
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 40
Bande plâtrée longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	6 25

NOMENCLATURE DES OBJETS DE PANSEMENTS	PRIX francs
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	2 »
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	2 75
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	3 50
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	1 30
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 90
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 50
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	3 50
Bande de toile, longueur 5 mètres, *largeur 4 à 6 centimètres	3 80
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 50
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	7 60
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n°00.	7 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n° 0.	7 50
Catgut stérilisé ,la bobine de 1 mètre, n° 1.	8 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n° 2.	9 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n° 3.	10 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n° 4.	11 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, n° 5.	12 »
Catgut stérilisé , la bobine de 1 mètre, n° 6.	13 »
Compresses de gaze purifiée, grandes (40 × 50), la boîte de 10	7 50
Compresses de gaze purifiée, moyennes (30 × 30), la boîte de 10	5 25
Compresses de gaze purifiée, *petites (15 × 15), la boîte de 10	3 »
Compresses de gaze stérilisées, grandes (40 × 50), la boîte métallique de 10	15 »
Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30 × 30), la boîte métallique de 10	10 50
Compresses de gaze stérilisées, *petites (15 × 15), la boîte métallique de 10	7 50
Coton hydrophile Codex, 25 grammes mes (poids net)	1 »
Coton hydrophile Codex, *50 grammes (poids net)	1 75
Coton hydrophile Codex, 100 grammes (poids net)	3 25
Coton hydrophile Codex, 125 grammes (poids net)	4 »
Coton hydrophile Codex, 250 grammes (poids net)	7 65
Coton hydrophile Codex, 500 grammes (poids net)	14 75
Coton hydrophile Codex, 1.000 grammes (poids net)	28 50
Coton cardé, 25 grammes (poids net)	0 95
Coton cardé, *50 grammes (poids net)	1 65
Coton cardé, 100 grammes (poids net)	3 10

Nomenclature des objets de Pansements	Prix francs
Coton cardé, 125 grammes (poids net)......	3 75
Coton cardé, 250 grammes (poids net).....	7 25
Coton cardé, 500 grammes (poids net).....	14 »
Coton cardé, 1.000 grammes (poids net)...	27 »
Crins de Florence stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, *le tube de 1..........	1 60
Crins de Florence stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, le tube de 6...........	5 50
Crins de Florence stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, le tube de 12..........	6 80
Crins de Florence stérilisés, fins, petits ou moyens ou gros, le tube de 25..........	10 »
Doigtier de caoutchouc, la pièce.........	1 50
Doigtier *de cuir, la pièce................	2 »
Doigtier de peau, la pièce................	2 »
Gaze hydrophile purifiée, * le paquet de 1 mètre × 0 m. 65....................	2 25
Gaze hydrophile purifiée, à la pièce, par 5 mètres ou plus, le mètre..............	2 10
Gaze hydrophile stérilisée, *la boîte métallique ou le flacon de 1 mètre.........	5 25
Gaze hydrophile stérilisée, la boîte métallique ou le flacon de 5 mètres.........	17 50
Gaze iodoformée, le flacon de 1 mètre.....	7 »
Gaze au péroxyde de zinc, non stérilisée, le flacon de 1 mètre.................	6 »
Gaze salolée, le flacon de 1 mètre.........	6 25
Taffetas chiffon, largeur 80 centimètres, numéro de barème 211.	
Mousseline à cataplasme, le mètre......	2 25
Taffetas gommé, largeur 80 centimètres, numéro de barème 209.	
A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.	
Tarlatane, le mètre.....................	2 25
Ouate de cellulose, 125 grammes (poids net)...........................	2 20
Ouate de cellulose, 250 grammes (poids net)...........................	4 40
Ouate de cellulose, 500 grammes (poids net)...........................	8 80
Ouate de cellulose, 1.000 grammes (poids net)...........................	17 60

Art. 2. — En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront convenir de la constitution de commissions d'arbitrage.

Art. 3. — Le présent arrêté aura une durée de trois mois au moins, à partir du 1er avril 1931.

Fait à Paris, le 1er avril 1931.

Adolphe Landry.

(*J. O.* 12 avril 1931.)

Assistance Publique

Réorganisation du conseil supérieur de l'Assistance publique.

Décret du 3 avril 1931.

Le décret du 28 février 1919 fixant la composition, les attributions et le fonctionnement du conseil supérieur de l'Assistance publique est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Le conseil supérieur de l'Assistance publique est chargé de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, soit en application de la loi, soit de sa propre initiative, et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement de l'assistance.

Il étudie les questions du même ordre qui lui sont soumises par son bureau sur la proposition de ses membres. Il peut émettre des vœux.

Lorsque la section permanente du conseil supérieur de l'Assistance publique ou l'une de ses sections spéciales est appelée à statuer ou à donner son avis en vertu d'une disposition particulière d'une loi ou d'un règlement d'administration publique, le nombre des membres présents doit être de cinq au minimum pour la validité de la délibération.

La section permanente ne peut délibérer valablement en matière contentieuse que si dix de ses membres au minimum sont présents.

Art. 2. — Le conseil se compose de membres de droit, de membres choisis par le ministre, de représentants élus des établissements publics d'assistance et des corps ou services s'intéressant aux questions d'assistance, de protection de l'enfance et d'hygiène sociale, et de représentants élus des œuvres de bienfaisance privée.

Sont membres de droit du conseil supérieur :

Le vice-président du conseil d'Etat.

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance.

Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

Le directeur du Service de santé au ministère de la guerre.

Le directeur des assurances sociales et de la mutualité au ministère du Travail.
Le préfet de la Seine.
Le directeur général de l'administration de l'Assistance publique de Paris.
Le président du conseil général d'administration des hospices civils de Lyon.
Le président du conseil général de la Seine.
Le président du conseil municipal de Paris.
Les maires des six plus grandes villes de France.
Le président de la Fédération des unions hospitalières de France.
Le président de l'Union des bureaux de bienfaisance de France.
Le président du Comité national des congrès d'assistance.
Le président de la Commission centrale d'assistance.
Le président du conseil d'administration de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre.
Le président de la Croix-Rouge française.
Le président de la section permanente de l'Office national des pupilles de la nation.
Le président de l'Association générale des médecins de France.
Le président de l'Union des syndicats médicaux de France.
Le président de l'Association générale des pharmaciens de France.
Le président de l'Office central des œuvres de bienfaisance à Paris.
Le président du Groupement des unions d'œuvres et organismes d'aide sociale.
Le président du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
Le secrétaire général du Conseil supérieur de la natalité.
Le secrétaire général du Comité national de l'enfance.

Sont délégués par arrêtés du ministre de la Santé publique :

Douze sénateurs.
Douze députés.
Deux préfets en exercice.
Vingt-cinq personnes de l'un ou de l'autre sexe qualifiées par leurs travaux ou leur compétence spéciale en matière d'assistance.
Deux membres du corps médical des hôpitaux.
Deux médecins des asiles publics d'aliénés.

Sont élus par les corps ou conseils dont ils font partie ou dans les conditions ci-après déterminées :

Deux membres du conseil d'Etat.
Quatre inspecteurs généraux des services administratifs.
Un représentant du conseil supérieur d'hygiène publique de France.
Un représentant du conseil supérieur des habitations à bon marché.
Un représentant du conseil supérieur de la mutualité.
Deux représentants du conseil supérieur du travail (un délégué patron et un délégué ouvrier)
Un représentant de l'Académie des sciences morales et politiques.
Un représentant de l'Académie de médecine.
Un représentant français de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.
Seize représentants des établissements publics d'assistance.
Seize représentants des œuvres de bienfaisance privée.

Les directeurs des différents ministères qui ne sont pas membres de droit du conseil y auront accès, avec voix délibérative, pour les affaires concernant leurs services.

Art. 3. — La représentation des établissements publics d'assistance est composée de : onze représentants des hôpitaux et hospices et de cinq représentants des bureaux de bienfaisance choisis parmi les membres des commissions administratives.

En même temps que leurs représentants, les établissements publics d'assistance désignent des membres suppléants à raison de deux pour les hôpitaux et hospices et de un pour les bureaux de bienfaisance.

En cas de cessation de fonctions des titulaires, par suite de leur démission, décès, etc., les suppléants les remplacent suivant leur rang de nomination.

L'élection des représentants des établissements publics d'assistance est faite par les délégués désignés par les commissions administratives de ceux de ces établissements dont les recettes ordinaires dans les trois dernières années excèdent 30.000 francs pour les hôpitaux et hospices et 10.000 fr. pour les bureaux de bienfaisance à raison d'un délégué par commission.

Art. 4. — La représentation des œuvres privées est formée comme il suit :

Cinq de ses membres sont élus au scrutin de liste par les présidents des œuvres de bienfaisance reconnues comme établissements d'utilité publique, ayant leur siège dans le département de la Seine.

Onze de ses membres sont élus par les présidents des œuvres de bienfaisance reconnues comme établissements d'utilité publique qui ont leur siège dans les autres départements et des œuvres enregistrées dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les œuvres privées élisent, en outre, des délégués suppléants à raison d'un pour les établissements ayant leur siège dans la Seine et de deux

pour ceux visés au paragraphe 3 du présent article.

En cas de cessation de fonctions des titulaires par suite de démission, décès, etc., les suppléants les remplacent suivant le rang de leur nomination.

Art. 5. — Les pouvoirs des membres du conseil supérieur ont une durée de quatre années. Ils peuvent être renouvelés. Tout membre du conseil cesse d'en faire partie en perdant la qualité à raison de laquelle il y a été appelé.

Art. 6. — Le conseil tient, chaque année, au minimum, deux sessions ordinaires dont la date est fixée par décision ministérielle au moins un mois à l'avance. Des sessions extraordinaires peuvent avoir lieu sur convocation du ministre.

Art. 7. — Le conseil désigne, au commencement de sa première session annuelle, un président, deux vice-présidents et un secrétaire général qui doivent être pris parmi ses membres.

Art. 8. — Le conseil est divisé en quatre sections, savoir :

1° Enfance, services et institutions d'assistance ;

2° Indigents ou nécessiteux valides ou malades ;

3° Indigents âgés ou incurables ; hospices ;

4° Aliénés ; bureaux de bienfaisance et d'assistance ; dépôts de mendicité et autres établissements ou services d'assistance.

La répartition des membres du conseil entre les sections se fait par décision de la section permanente du conseil supérieur.

Les sections nomment leur bureau composé d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire.

Art. 9. — La section permanente du conseil supérieur de l'assistance publique, en dehors des attributions qui lui sont dévolues par la loi, a pour mission de donner son avis sur toutes les questions présentant un caractère d'urgence qui lui sont renvoyées par le ministre ou par le conseil.

Cette section comprend :

Le président, les vice-présidents, le secrétaire général, les présidents de section du conseil supérieur et un commissaire du Gouvernement désigné par le ministre ;

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance ;

Le directeur des assurances sociales et de la mutualité au ministère du travail ;

Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ;

Quatre membres désignés par le ministre, dont deux parmi les inspecteurs généraux des services administratifs ;

Douze membres élus par le conseil supérieur, dont quatre choisis parmi les représentants des œuvres de bienfaisance privée et quatre parmi les représentants des établissements publics d'assistance ;

Un commissaire désigné par le Gouvernement.

Le mandat des membres de la section permanente se renouvelle chaque année au cours de la première session du conseil. Lors du renouvellement général du conseil supérieur, le mandat de ces membres est prolongé jusqu'à la nomination de leurs successeurs, laquelle a lieu au cours de la première session qui suit le renouvellement.

Art. 10. — Le ministre a entrée au conseil supérieur siégeant en assemblée générale.

Le ministre désigne un commissaire du Gouvernement et un commissaire adjoint chargés l'un ou l'autre de donner leurs conclusions sur les affaires contentieuses en exécution de l'article 22 du décret du 26 avril 1926. Il peut également, soit à l'occasion d'une affaire déterminée, soit pour toutes les affaires se rattachant à une même question, nommer un commissaire du Gouvernement ou appeler à prendre part, avec voix consultative aux séances de l'assemblée générale, des sections ou de la section permanente, les personnes que leurs connaissances spéciales mettraient en mesure d'éclairer la discussion.

Art. 11. — Le ministre peut nommer des secrétaires rapporteurs. Ceux-ci sont pris, après avis du bureau, parmi les fonctionnaires du ministère, les auditeurs au conseil d'Etat et les personnes ayant une compétence spéciale en matière d'assistance.

Les secrétaires rapporteurs sont placés sous la direction du secrétaire général. Ils ont voix délibérative dans les questions qu'ils sont chargés de rapporter.

L'un d'entre eux remplit les fonctions d'archiviste.

Art. 12. — Le secrétaire général avec le concours de l'archiviste, dirige la rédaction des procès-verbaux, l'impression des rapports et documents divers ; il prépare les réunions, donne suite aux procès-verbaux et prend soin de la conservation des archives et de la bibliothèque.

Art. 13. — Il est constitué dans chaque département (à l'exception de la Seine) une commission départementale de l'assistance publique et de la bienfaisance privée.

Cette commission est chargée d'examiner toutes les questions qui lui sont soumises pour avis par le préfet.

Il sera fait appel à son concours pour faciliter la coordination des efforts de l'action publique et des œuvres privées.

Elle peut émettre des vœux qui seront soumis au ministre et, par son intermédiaire, au conseil supérieur.

Art. 14. — La commission départementale d'assistance est composée de quinze membres de l'un ou de l'autre sexe, savoir :

Le préfet, président de droit ;

Le maire du chef-lieu, l'inspecteur départemental de l'Assistance publique, membres de droit ;

Trois membres désignés par le conseil général ;

Trois membres désignés par le préfet ;

Trois membres élus par les commissions administratives des établissements publics d'assistance des chefs-lieux d'arrondissement ;

Trois membres élus par les présidents des œuvres du département reconnues comme établissements d'utilité publique. Dans les départements où il n'existe pas au moins trois œuvres de bienfaisance reconnues comme établissements d'utilité publique, le nombre des membres choisis par le préfet est porté à six ; trois d'entre eux seront choisis parmi les administrateurs des œuvres privées du département.

Il peut être dérogé aux dispositions du présent article par arrêté ministériel pris sur la demande du préfet, après avis conforme de la section permanente du conseil supérieur.

Art. 15. — Les pouvoirs des commissions départementales d'assistance ont une durée de quatre ans.

Elles se réunissent deux fois par an, dans le mois qui précède les séances du conseil supérieur, et toutes les fois qu'il plaît au préfet de les convoquer.

Elles élisent annuellement leur bureau composé, avec le préfet, président de droit, de deux vice-présidents et d'un secrétaire.

Art. 16. — Des arrêtés ministériels détermineront les mesures nécessaires à l'exécution du présent décret, notamment en ce qui concerne la date des élections.

Sont abrogées toutes les dispositions qui y sont contraires. (*J. O.* 5 avril 1931.)

Pensions militaires

Modification du barème des invalidités.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 23 avril 1931.

Monsieur le Président,

L'article 9 de la loi du 31 mars 1919 dispose que le taux des pensions d'infirmités est fixé par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'au 100 p. 100 et qu'un décret déterminera les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité.

En exécution de cet article est intervenu le décret du 29 mai 1919.

Or, il est nécessaire de maintenir constamment ce décret en harmonie avec les données de la science. Dans ce but, ont été constituées des commissions comprenant de hautes autorités médicales, des représentants des mutilés et des représentants de l'administration. Chacune de ces commissions est chargée d'élaborer dans sa spécialité les modifications utiles, en tenant compte des plus récentes acquisitions scientifiques.

Le présent texte a pour objet de modifier le barème de 1919 concernant les amputations. Ces modifications sont rendues nécessaires pour les raisons suivantes :

L'indemnisation des ouvriers victimes d'accidents du travail repose uniquement sur la diminution d'aptitude pour le travail, que traduit le taux d'incapacité permanente et partielle de travail.

Le terme d'invalidité, employé pour les mutilés de guerre, est plus général et englobe, à côté de l'incapacité de travail, l'inaptitude physique et, d'une façon plus générale, toutes les conséquences matérielles de l'infirmité.

Les amputés semblent donc en droit de revendiquer en sus de l'indemnisation de leur diminution d'aptitude physique, que traduisent les taux insérés aux barèmes, une compensation pour les troubles divers qu'entraîne leur mutilation. C'est ainsi que les blessés de la face bénéficient, à très juste titre, d'un coefficient de défiguration (1), indépendamment de l'inaptitude physique que cause leur blessure.

Il est équitable de reconnaître aux amputés un taux supérieur à celui qui est alloué pour la perte de la fonction sans perte matérielle du membre, à la suite de paralysies, d'ankyloses, etc. Il convient d'envisager un coefficient de perte de substance.

Le principe a déjà été reconnu pour le globe oculaire puisque la perte de la vision d'un œil est évaluée à 25 p. 100, alors que l'on accorde 30 p. 100 pour la même infirmité quand elle s'accompagne de l'énucléation du globe oculaire ; on vise ainsi la perte matérielle de substance et le dommage esthétique, qui en résulte toujours, comme chez les amputés.

On est ainsi amené à proposer de majorer les

(1) Le décret du 19 mai 1925 a prescrit d'ajouter au barème l'indication suivante : « Défiguration selon le degré d'importance : 10 à 60 p. cent ».

pourcentages normaux des divers barèmes en ajoutant les coefficients 5, 10 et 15, suivant l'importance de la perte de substance corporelle, par un procédé identique à celui qui a permis d'améliorer les évaluations des lésions de tuberculose osseuse ou articulaire consolidées (1). Mais ici il est inutile de laisser à l'expert le soin d'apprécier la valeur du coefficient à ajouter, cette valeur dépendant uniquement du niveau de l'amputation.

Si le présent texte a votre approbation, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Nous vous prions, monsieur le Président, etc. (*Suivent les signatures des ministres*).

Décret du 23 *avril* 1931.

Art. 1er. — Les chapitres : Membres supérieurs et membres inférieurs, de l'annexe au décret du 29 mai 1919 (guide-barème des invalidités pour l'application de la loi du 31 mars 1919), sont, en ce qui concerne les amputations, supprimés et remplacés par les dispositions ci-annexées, qui auront effet à compter du 1er avril 1931.

Art. 2. — Les ministres du budget, des pensions de la guerre, de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel.*

TAUX D'INVALIDITÉ

A ATTRIBUER AUX AMPUTÉS BÉNÉFICIAIRES DE L'ARTICLE 65 DE LA LOI DU 31 MARS 1919

Membres supérieurs.

Désarticulation du poignet ou amputation de l'avant-bras, 85 p. 100.

Désarticulation du coude ou amputation du bras, 90 p. 100.

Amputation sous-tubérositaire ou désarticulation de l'épaule, 95 p. 100.

Membres inférieurs.

Désarticulation tibio-tarsienne ou amputation de la jambe, 85 p. 100.

Désarticulation du genou ou amputation de la cuisse, 90 p. 100.

Amputation sous-trochantérienne ou désarticulation de la hanche, 95 p. 100.

TAUX D'INVALIDITÉ

A ATTRIBUER AUX AMPUTÉS NON BÉNÉFICIAIRES DE L'ARTICLE 65 DE LA LOI DU 31 MARS 1919

Membres supérieurs.

Désarticulation du poignet ou amputation de l'avant-bras : droit, 70 p. 100 ; gauche, 60 p. 100.

Désarticulation du coude droit, 80 p. 100 ; gauche, 70 p. 100.

Amputation du bras : droit, 85 p. 100, gauche, 75 p. 100.

Amputation sous-tubérositaire ou désarticulation de l'épaule : droit, 95 p. 100 ; gauche, 85 p. 100.

Membres inférieurs

Désarticulation tibio-tarsienne, 55 p. 100.
Amputation de la jambe, 65 p. 100.
Désarticulation du genou, 70 p. 100.
Amputation de la cuisse, 75 p. 100.
Amputation sous-trochantérienne ou désarticulation de la hanche, 95 p. 100.

En cas de mutilation non appareillable ou d'appareillage mal toléré, une majoration de 5 p. 100 continuera d'être attribuée quel que soit le niveau de l'amputation. (*J. O.* 26 avril 1931.)

(1) Déret du 25 juin 1925 : « ...2° lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire sont consolidées il convient de déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle ; et, pour tenir compte de la nature particulière de l'affection, ce pourcentage est majoré de 10, 15 ou 20 p. 100 suivant que l'intéressé paraîtra tenu à plus ou moins de ménagements ».

Etudes dentaires

Droits à percevoir en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 22 avril 1931.

Monsieur le Président,

Les tarifs des droits d'études perçus au profit des universités ont été modifiés et relevés par la loi du 13 juillet 1925 et le décret du 22 novembre1925. Toutefois, les droits perçus en vue du diplôme de chirurgien-dentiste sont toujours fixés par le décret du 4 novembre 1909. Sans attendre la réforme des études dentaires actuellement à l'examen, il convient de procéder immédiatement à une revision des tarifs susceptibles de donner satisfaction aux doléances légitimes des universités.

L'achat et l'entretien du matériel spécial indispensable aux cliniques dentaires, le renchérissement des matières premières, la hausse constante de la verrerie et des produits chimiques entraînent des frais élevés que la faiblesse des quotités versées par les étudiants est loin de compenser. Ceux-ci continuent à payer, en effet, des droits trimestriels de travaux très réduits (15 et 52.50) en disproportion absolue avec les dépenses que nécessite le fonctionnement des laboratoires, dépenses auxquelles les ressources universitaires ne pourraient longtemps faire face.

Il est donc équitable de permettre aux universités de rentrer dans leurs débours, d'assurer la bonne marche des études et de maintenir constante la qualité de l'enseignement en relevant, dans une proportion appréciable, les droits de travaux pratiques.

C'est donc dans l'intérêt des laboratoires et des étudiants que nous proposons de fixer le tarif des droits trimestriels de travaux pratiques de 150 fr. à 200 fr., conformément aux dispositions de l'article 108 de la loi de finances du 13 juillet 1925, aux termes duquel il y a lieu « d'établir un minimum et un maximum pour les droits de travaux pratiques et de laboratoires ; le droit à percevoir fixé dans ces limites pour chaque ordre de travaux par le conseil de la faculté ».

En ce qui concerne les droits d'inscription et de bibliothèque, le tarif fixé par le droit du 22 novembre 1925 a été simplement reproduit.

Tel est le projet de décret ci-joint que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation.

Veuillez agréer, monsieur le Président, etc.
(*Suivent les signatures des ministres.*)

Décret du 26 *avril* 1931.

Art. 1er. — Les droits à percevoir, pour études des aspirants au titre de chirurgien-dentiste, tel qu'il est organisé par les décrets des 11 janvier 1909, 20 juillet 1912, 13 février 1920 et 22 février 1929, sont fixés ainsi qu'il suit :

12 droits trimestriels d'inscription à 60 fr. .... 720 fr.

12 droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr. .... 120 fr.

12 droits trimestriels de travaux pratiques, de 150 à 200 fr.

(Suivant décision du conseil de la faculté).

Art. 2. — Les inscriptions de stage, réglementées par le décret du 11 janvier 1909 (art. 3 et 4) et par le décret du 22 février 1929 (art. 1er) sont gratuites.

Toutefois, les élèves qui accompliront, près les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, le stage de deux ans prévu à l'article 1er du décret susvisé, seront soumis chaque année à l'immatriculation.

Ils seront, en outre, astreints au payement d'un droit trimestriel de travaux pratiques obligatoires de 200 fr. ; dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ce droit sera perçu par les universités dans les conditions et sous les réserves prévues par l'article 13 du décret du 21 juillet 1897 ; dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, il sera perçu au profit des villes.

Art. 3. — Le présent décret sera applicable à partir du 1er mars 1931.

Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires à celles édictées ci-dessus.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

(*J. O.* 30 avril 1931.)

Lutte antivénérienne

Dispensaires antivénériens.

Décret du 24 avril 1931.

Art. 1er. — La liste des localités siège d'un port maritime ou fluvial dont l'importance justifie l'organisation et le fonctionnement d'un dispensaire antivénérien est arrêtée par le ministre de la Santé publique sur avis de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes.

Art. 2. — La gestion des dispensaires antivénériens des ports maritimes ou fluviaux peut être confiée soit aux services départementaux, soit aux services municipaux, soit aux services hospitaliers, soit aux bureaux de bienfaisance, soit enfin aux œuvres privées agréées (associations spécialisées sous le bénéfice de la loi de 1901), pourvu que soient respectées les conditions d'organisation et de fonctionnement indiquées dans les articles suivants.

Art. 3. — Le ministre de la Santé publique veille à ce que chaque service dispose (dans des conditions proportionnées dans chaque port au mouvement de la navigation) du personnel et de l'organisation matérielle nécessaire.

Art. 4. — Les locaux doivent comprendre au minimum : une salle d'attente, un déshabilloir, une salle d'examen et de traitement, des lits de repos, un fichier. De préférence des salles d'attente séparées hommes et femmes, des déshabilloirs séparés hommes et femmes, une salle d'examen, une salle de traitement, une salle pour lits de repos, un cabinet pour ultra-microscopie, un fichier. Dans les villes d'importance toute particulière : deux salles d'attente hommes et femmes, des déshabilloirs, une salle d'examen, une salle de piqûres, une salle de traitement avec aménagement pour le traitement antiblennorragique, une salle pour lits de repos, une salle pour l'infirmerie avec archives, fichiers, un laboratoire avec ultramicroscope.

Les locaux peuvent être installés suivant le cas dans un hôpital, dans un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse constitué en dispensaire mixte, dans les locaux d'un bureau de bienfaisance, dans un local spécial, dans un polydispensaire réalisant le type dit à deux degrés.

Art. 5. — Le choix du médecin doit être fait par l'organisation qui gère le dispensaire et agréé par le ministre, mais l'agrément n'est donné que dans l'un des cas suivants :

1° S'il s'agit d'un spécialiste à compétence reconnue (professeur d'école ou de faculté, chef de clinique) ou d'un spécialiste nommé par le concours normal de médecin du service de dermato-syphiligraphie de l'hôpital qui gère ce service ou d'un médecin pour lequel l'agrément du ministre est demandé par le professeur de dermato-syphiligraphie de la faculté ou de l'école de médecine du ressort ;

2° Sur résultat d'un concours sur titres ou épreuves, dans le jury duquel auront été compris, si possible, le professeur de dermato-syphiligraphie de la faculté ou de l'école de médecine dans le ressort duquel se trouve le dispensaire, un représentant des syndicats médicaux et, de toute façon, un représentant du ministère ;

3° Après agrément de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, jugeant sur le vu du rapport présenté par le service de prophylaxie des maladies vénériennes.

Le service du dispensaire ne peut être fait par roulement entre les médecins praticiens locaux.

Art. 6. — Une liste dressée par le ministre de la Santé publique, sur avis de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, détermine pour chaque ville la fréquence des séances de consultation. Les jours et heures de celles-ci sont fixés par les organisations gestionnaires des dispensaires.

Art. 7. — Les médicaments spécifiques nécessaires au fonctionnement des dispensaires leur sont remis gratuitement en nature par le ministère de la Santé publique après examen et avis du laboratoire de contrôle de ces médicaments de l'académie de médecine.

Art. 8. — Les examens de laboratoires courants, tels que les recherches à l'ultra-microscope et les recherches microbiologiques courantes, sont effectués de préférence au dispensaire même. A défaut ils sont exécutées dans les laboratoires hospitaliers communaux ou départementaux avec lesquels l'entente nécessaire doit être au préalable établie.

Art. 9. — Les examens sérologiques ne doivent être effectués que par des laboratoires réunissant les conditions reconnues nécessaires par la commission de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de la Santé publique et préalablement agréés par lui.

Art. 10. — Les dispensaires délivrent à chaque malade un carnet médical personnel, sur lequel le malade ne pourra être désigné que par un numéro, et où les médecins des divers services visités par lui inscriront :

a) Le diagnostic, avec l'indication sommaire des particularités cliniques relevées au moment de l'examen ;

b) Les opérations faites au service ;

c) Les prescriptions à suivre en cours de route ;

d) Les résultats des examens de laboratoire pratiqués.

Le ministère de la Santé publique assure la fourniture gratuite de ces carnets.

Les dispensaires doivent, d'autre part, tenir et conserver une fiche individuelle permettant la reconstitution éventuelle du carnet en cas de perte par l'intéressé.

Les soins médicaux sont gratuits et les produits nécessaires au traitement en cours de route jusqu'à la prochaine escale sont également fournis à titre gratuit.

Art. 11. — Afin de connaître aux capitaines des navires et aux patrons de bateaux, pour qu'eux-mêmes le fassent connaître à leur personnel, l'existence des services visés par le présent décret, le ministre de la Santé publique délivre, par l'intermédiaire des directeurs de circonscriptions sanitaires maritimes pour les ports maritimes, par l'intermédiaire des services départementaux ou municipaux dans les ports fluviaux, et également par les soins d'associations antivénériennes spécialisées, les notices indiquant les lieux et heures de consultations et donnant tous conseils utiles de santé.

Les notices établies par le ministère de la Santé publique ou les associations antivénériennes spécialisées sont distribuées gratuitement.

Le ministère de la Santé publique veille également à l'apposition, dans les ports, d'affiches destinées au même but.

Art. 12. — Les marins ou mariniers vénériens, qu'il y a lieu de mettre en traitement dans un hôpital, ne peuvent être hospitalisés que sur proposition d'un des dispensaires antivénériens prévus par le présent décret.

Les établissements hospitaliers pouvant recevoir ces malades sont désignés par le ministère de la Santé publique, sur propositions des départements.

Les frais d'hospitalisation des malades ainsi admis sont à la charge du ministère de la Santé publique dans le cas et pour la proportion nécessaire où les frais d'hospitalisation ne peuvent être couverts ni au titre de la loi du 15 juillet 1893, ni au titre de la loi sur les assurances sociales.

Art. 13. — A cet effet, les dispositions nécessaires sont prises par les préfets pour que dans chaque localité, siège de port maritime ou fluvial, un nombre suffisant de lits d'hôpital soit réservé aux marins et mariniers vénériens.

Art. 14. — Les dispensaires antivénériens rendent compte au ministère de la Santé publique par des statistiques, dont le modèle est conforme à celui en vigueur pour l'ensemble des services antivénériens, de l'activité de leurs services.

Art. 15. — Les organismes gestionnaires des dispensaires antivénériens prévoient un budget annuel de fonctionnement comportant :

1° Une participation propre :

2° Les subventions demandées en particulier aux départements et aux communes ;

3° La subvention de l'Etat, celle-ci prélevée sur les crédits inscrits spécialement à ce titre sur le budget du ministère de la Santé publique.

(*J. O.*, 30 avril 1931.)

Hospice national des Quinze-Vingts.

Allocations au service antisyphilitique.

Décret du 19 avril 1931.

Art. 1er. — Les indemnités à allouer aux agents de l'hospice national des Quinze-Vingts chargés du fonctionnement du service des piqûres antisyphilitiques à la clinique ophtalmologique de l'établissement sont fixées aux taux ci-après :

25 fr. par vacation pour l'aide de clinique.

10 fr. par vacation pour l'infirmière.

600 fr. par an pour l'agent chargé de la surveillance des malades.

Art. 2. — Ces indemnités seront payées aux intéressés à partir du jour où ils auront pris effectivement possession de leurs fonctions.

Art. 3.— Le ministre du Budget et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

Fait à Paris, le 19 avril 1931.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre du Budget,
François PIÉTRI.

Le ministre de la Santé publique,
Camille BLAISOT.

(*J. O.*, 30 avril 1931.)

Brevet de tourisme aérien

Examen médical préalable.

Arrêté du 29 *avril* 1931.

Art. 1er. — Le troisième alinéa de l'instruction relative à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile, annexée à l'arrêté du 10 février 1926, ainsi conçu :

« L'examen médical initial prévu pour la délivrance du brevet de pilote de tourisme est passé devant une commission médicale spécialement désignée à cet effet par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens », est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« L'examen médical initial prévu pour la délivrance du brevet de pilote de tourisme est passé devant les médecins d'un des centres du service médical d'examen et d'étude, organisé par le décret du 25 août 1922, ou devant les médecins experts des centres spéciaux de réforme du ministère des pensions.

« Pour les membres du personnel navigant de l'aéronautique d'active ou de réserve, cette visite pourra être passée par le médecin chef de la formation à laquelle ils accomplissent leur entraînement aérien. »

Art. 2. — Cet examen médical portera sur les points précisés par le texte annexé au présent arrêté.

Art. 3. — Les frais de visite et d'expertise médicale passées devant les médecins des centres spéciaux de réforme du ministère des Pensions sont à la charge des candidats au brevet de tourisme.

ANNEXE

A L'ARRÊTÉ DU 29 AVRIL 1931

Le candidat, convoqué à la diligence du médecin chef, se présentera porteur d'un titre de recettes délivré par le ministère de l'Air, en même temps que l'ordre de visite (1). Il sera soumis à l'examen de trois experts, savoir :

1° Un expert spécialiste en ophtalmologie ;

2° Un expert spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;

3° Un expert de médecine générale.

Le candidat sera soumis en premier lieu aux examens spéciaux (yeux et oreilles) ; à l'issue de ces examens, chaque expert rédigera une note relatant ses constatations et son avis sur l'aptitude ou l'inaptitude du candidat.

Les examens spéciaux terminés, le candidat sera examiné par l'expert de médecine générale qui établira un certificat de visite du modèle figurant à la présente annexe, en se basant sur ses propres constatations et sur celles relatées par les deux experts spécialistes qui seront jointes au dossier.

(1) Cette pièce servira à justifier administrativement l'encaissement et l'inscription de la somme en recettes au registre-journal des recettes et dépenses.

Examen des yeux : le candidat devra présenter, au besoin avec verres correcteurs, une acuité visuelle égale à au moins 80 p. 100 de l'acuité visuelle normale pour chaque œil pris isolément ou 90 p. 100 pour un œil et 70 p. 100 pour l'autre, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen de caractères d'imprimerie standardisés puissamment éclairés, mais de façon telle que la lumière n'éblouisse pas les yeux du sujet examiné. La vision binoculaire, la motilité oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

Examen du nez, de la gorge, de la bouche et des oreilles : le candidat doit avoir une perméabilité tubaire totale des deux côtés.

L'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception de la voix chuchotée à un mètre. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable. Il doit y avoir égalité des deux côtés.

Examien médical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection capable de le rendre soudainement impropre à la conduite d'un avion. Il doit posséder un cœur, des poumons et un système nerveux normaux. Il doit être exempt d'affections rénales. Il ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis.

Le candidat ne doit souffrir d'aucune blessure ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puisse être un obstacle à la sécurité de la manœuvre d'un avion dans les conditions ordinaires.

La palpation de l'abdomen et en particulier des régions pylorique, vésiculaire, duodénale et appendiculaire, ne devra rien revéler d'anormal. Au moindre doute, notamment en cas de tuméfaction ou de douleur, il sera procédé à un examen radioscopique et radiographique.

Toute intervention chirurgicale sur les voies biliaires ou le tube digestif, sauf l'appendice, comportant une ablation totale ou partielle ou d'une dérivation d'un de ces organes, toute lésion anatomique d'une partie quelconque du tube digestif dans ses parois, tout rétrécissement dans son calibre, tout calcul et corps étranger, toute lésion péritonéale, constatés par les examens cliniques ou de laboratoire seront éliminatoires. Exception pourra être faite pour les rétrécissements spasmodiques non accompagnés d'autres troubles ainsi que pour les ptoses si la musculature abdominale est bonne.

Les affections du foie (y compris celles des

voies biliaires) et du pancréas seront, dans les cas où on le jugera nécessaire, vérifiées par les examens de laboratoires, en particulier par la radiographie, ainsi que par un examen particulier du sang des urines et elles ne seront éliminatoires que si elles correspondent à l'existence d'un calcul, d'une tumeur ou d'une lésion entraînant un mauvais fonctionnement persistant de l'un ou l'autre de ces organes.

Les antécédents héréditaires et personnels et notamment l'équilibre du système nerveux feront l'objet d'une déclaration du candidat signée de lui et reconnue suffisante par le médecin examinateur à moins de cas spécial que ce dernier signalera.

Le candidat ayant satisfait aux conditions ci-dessus énoncées recevra un certificat médical qui sera obligatoirement produit pour obtenir la licence.

Le certificat médical sera conforme au modèle ci-après :

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné, docteur......................., certifie que M...........(1)..............., né à.............., le..................., domicilié à......................., a subi les épreuves de l'examen d'aptitude physique et qu'il a été reconnu (2)................... à remplir les fonctions de pilote d'avions de tourisme.

A..................., le...............

(Signature.)

(1) Nom, prénoms et sexe.

(2) Apte, inapte ou provisoirement inapte.

Les frais de l'expertise simple (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, médecine générale) sont fixés à 40 fr. par examen, soit **120 fr.** ; en cas d'examens spéciaux (urines, radioscopie, radiographie, sang) il y aura lieu d'appliquer les tarifs de l'article 64 prévus au décret du 25 octobre 1922. Le montant en sera versé préalablement aux examens par le candidat, entre les mains du gestionnaire du centre de réforme, qui lui délivrera une quittance à souche (1).

(*J.O.*, 30 avril 1931.)

Ministère de la Santé Publique

Proposition de résolution relative à l'extension du ministère de la Santé publique, présentée par M. Georges Faugère, sénateur

(Renvoyée à la Commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales.)
(Sénat. Sess. extr. — Séance du 2 décembre 1930)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, au premier rang des devoirs impérieux dont le Gouvernement et le Parlement ont la charge se trouve la surveillance et l'amélioration de la Santé publique.

C'est pour souscrire à ce devoir qu'un Gouvernement a récemment, dans un très louable but, créé un ministère de la Santé publique. Il y a lieu aujourd'hui de poursuivre dans toutes ses conséquences et ses effets une aussi excellente réforme.

Les services qui doivent assurer l'administration de la santé publique sont, en effet, actuellement, disséminés, sans liaison aucune, dans plusieurs ministères et manquent, pour cette raison, au regard du Parlement et des pouvoirs locaux — administration préfectorale et administration communale — de l'autorité dont ils méritent d'être investis.

Une unité absolue de direction s'impose. Ainsi serait, par une conclusion logique, consacrée la réforme qui a eu pour objet de créer le ministère de la Santé publique.

Au ministère de la Santé publique devraient donc être, à notre avis, groupés non seulement les services de l'assistance, de l'hygiène et des habitations à bon marché, qui en font actuellement partie, mais encore :

1° Les services d'adduction d'eau potable, du captage et de l'utilisation des sources, de la pollution des cours d'eau non navigables et des nappes souterraines, d'assainissement des terres et de dessèchement des marais, les services sanitaires et scientifiques et de la répression des fraudes — rattachés aujourd'hui les uns et les autres, au ministère de l'Agriculture ;

2° Les services d'inspection des établissements insalubres, dangereux ou incommodes et des autorisations aux agences de placement — appar-

(1) Les experts seront réglés directement par le gestionnaire, sur production d'un mémoire établi mensuellement et soumis à la formalité du timbre.

Les sommes versées par les candidats feront l'objet d'un reversement au Trésor au titre des « reversements de fonds sur les dépenses des ministères ». Le rétablissement du crédit au titre du chapitre ayant supporté la dépense sera effectué par les soins de l'administration centrale du ministère des Pensions.

tenant au ministère du Commerce et de l'Industrie ;

3° Le service de l'inspection médicale des écoles — dépendant du ministère de l'Instruction publique ;

4° Le service de la pollution des cours d'eau navigables — rentrant dans les attributions du ministère des Travaux publics ;

et enfin, 5°, le service de l'éducation physique — relevant du ministère de l'Instruction publique.

Le Gouvernement aurait subsidiairement à examiner si les services de santé qui comptent actuellement au ministère de la Guerre, au ministère de la Marine et au ministère des Colonies ne devraient pas être rattachés au ministère de la Santé publique.

Certains hygiénistes, à cette occasion, soutiendront peut-être aussi que le très important service des assurances sociales devrait être rattaché au ministère de la Santé publique, étant donné que la réforme des assurances sociales contribuera puissamment à l'amélioration de la santé publique. A l'encontre de cette thèse, il pourra du reste être évidemment soutenu que le ministère du Travail doit conserver ce service pour la raison que la loi nouvelle se base sur une étroite liaison entre les employeurs et les employés.

Le ministère de la Santé publique, du fait que ses attributions en matière de santé seraient complètes et étendues, pourrait, mieux que tout autre, assurer, dans les départements et les communes, la bonne marche d'une administration à laquelle les préfets et les maires sont appelés, aux termes des règlements de l'hygiène et de l'assistance publiques, à prendre une part si active.

Ainsi conçue et ainsi réalisée, cette réforme, logique dans son principe, ne pourrait manquer d'être féconde en résultats. Et voici, à titre d'exemple, certaines des réalisations qu'elle aurait pour effet certain de consacrer.

Des lois importantes d'hygiène et d'assistance auxquelles le ministre des Finances devrait, par priorité sur les autres réformes moins urgentes, accorder les crédits nécessaires, pourraient être votées.

Les usagers des lois nouvelles bénéficieraient immédiatement des réformes, alors que récemment — pour ne citer qu'un cas — la loi relative aux lotissements des villes, bien qu'immédiatement promulguée, a si longtemps attendu sa réglementation dont l'élaboration dépendait de plusieurs ministères.

Les lois relatives à la protection de la santé publique — telle que la loi du 15 février 1902, si souvent méconnue, si souvent violée et dont la réforme est en gestation depuis plusieurs législatures — seraient enfin appliquées.

Les projets législatifs intéressant les grands fléaux sociaux ne resteraient pas à l'étude plusieurs années, comme celui, par exemple, qui a pour but d'étendre aux préventoriums les dispositions de la loi des sanatoriums.

En cas d'épidémie généralisée, un ministre ne pourrait plus répondre comme l'a fait jadis l'un d'eux lors d'une interpellation sur la grippe, que les pouvoirs gouvernementaux sont, en l'espèce, répartis entre les services de plusieurs départements ministériels.

Sans qu'il faille, comme plusieurs fois jadis, recourir à la procédure parlementaire de l'interpellation, la caisse des dépôts et consignations assurerait, sans renouveler sa traditionnelle résistance, les prêts nécessaires au développement des institutions de prévoyance sociale.

Les dons et legs offerts aux œuvres de l'assistance par des philanthropes étrangers ne seraient plus refusés, ainsi qu'il en a été fait il y a quelques années, lorsque la commission Rockefeller a proposé de doter les dispensaires antituberculeux.

Pour ces raisons, nous vous demandons de voter la proposition de résolution suivante :

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Article unique. — Le Sénat invite le Gouvernement à poursuivre le rattachement, sous l'autorité du ministre de la Santé publique, des services actuellement dispersés aux ministères de l'Agriculture, du Commerce, de l'Instruction publique, des Travaux publics, de la Guerre, de la Marine et des Colonies.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Pensions militaires

Troisième modificatif à l'instruction n° 0220, Ad. du 18 mai 1926 portant application du décret du 25 août 1925 relatif à l'attribution d'une indemnité aux pensionnés de la loi du 31 mars 1919 à 100 p. 100, pour tuberculose.

Paris, le 6 juin 1931.

L'instruction interministérielle du 18 mai 1926 est modifiée comme suit :

A. — Article 2.

I. — § 2°. — Remplacer le dernier alinéa par les trois suivants :

« Si, au cours de la période de validité du livret d'indemnité de soins, un bénéficiaire de l'indemnité est hospitalisé, le préfet qui prononce l'hospitalisation provoque une décision du ministre de la santé publique suspendant le payement de l'indemnité ou prend lui-même cette décision au nom du ministre, s'il a reçu à cet effet délégation régulière de celui-ci. Dès la décision prise,

il en informe le trésorier-payeur général qui cesse tout payement de l'indemnité. Le préfet notifie la décision à l'intéressé, afin de lui permettre, s'il s'estime lésé, de se pourvoir devant le tribunal des pensions dans les conditions prévues au livre IV de la loi du 31 mars 1919. Il en avise également l'intendant militaire du chef-lieu du département où se trouve le domicile de l'intéressé.

« Le préfet signale dans les mêmes conditions au trésorier-payeur général et à l'intendant militaire la sortie de l'intéressé de l'établissement hospitalier en indiquant la date à partir de laquelle l'indemnité pourra être remise en payement, toutes autres conditions étant remplies, et sous la réserve que l'intéressé ait passé la visite prévue à l'avant-dernier alinéa du pragraphe 4e. — *c* du présent article.

« En vue de faciliter le contrôle du préfet, les intendants départementaux des pensions doivent l'aviser sans délai, sous timbre du service des soins gratuits, de toute délivrance d'un livret d'indemnité de soins. Le préfet annote, en conséquence, la liste des bénéficiaires de soins gratuits. »

H. — § 3o. — Supprimer l'avant-dernier alinéa et remplacer l'antépénultième par le suivant :

« Au vu des résultats de l'enquête et lorsqu'il est établi que l'intéressé travaille ou se livre à des occupations interdites, le préfet provoque une décision du ministre de la santé publique suspendant le payement de l'indemnité ou prend lui-même cette décision au nom du ministre, s'il a reçu à cet effet délégation régulière de celui-ci. Dès la décision prise, il en informe le trésorier-payeur général, qui cesse tout payement de l'indemnité. Le préfet notifie la décision à l'intéressé afin de lui permettre, s'il s'estime lésé, de se pourvoir devant le tribunal des pensions dans les conditions prévues par le titre IV de la loi du 31 mars 1919. Il en avise également l'intendant militaire du chef-lieu du département où se trouve le domicile de l'intéressé. »

III. — § 4o. — *c*) Supprimer le cinquième alinéa et remplacer le quatrième par le suivant :

« Dès qu'un préfet est informé qu'un bénéficiaire de l'indemnité est guéri ou ne se soigne plus sous la surveillance des organismes antituberculeux, il provoque les explications de l'intéressé. Si ces explications ne sont pas fournies dans un délai de huit jours ou si elles ne sont pas reconnues valables, il provoque une décision du ministre de la santé publique suspendant le payement de l'indemnité ou prend lui-même cette décision au nom du ministre, s'il a reçu à cet effet délégation régulière de celui-ci. Dès la décision prise, il en informe le trésorier-payeur général, qui cesse tout payement de l'indemnité. Le préfet notifie la décision à l'intéressé, afin de lui permettre, s'il s'estime lésé, de se pourvoir devant le tribunal des pensions dans les conditions prévues par le titre IV de la loi du 31 mars 1919. Il en avise également l'intendant militaire du chef-lieu du département où se trouve le domicile de l'intéressé.

B. — Article 5.

Les 9e, 10e, 11e, 12e, 13e et 14e alinéas sont supprimés et remplacés par les suivants :

« Si le postulant ne remplit pas l'une quelconque des conditions exigées pour pouvoir prétendre à l'indemnité, il est procédé ainsi qu'il suit :

« 1o Le rejet de la demande est dû au fait que l'intéressé n'est pas pensionné ou proposé pour une pension de 100 pour 100 pour tuberculose.

« L'intendant des pensions propose au ministre des pensions (direction de la liquidation des pensions, bureau liquidateur qualifié 1er ou 3e bureau) une décision rejetant la demande de l'intéressé. Il joint à sa proposition tous documents utiles et fournit tous renseignements permettant de retrouver le dossier du pensionné ou du postulant (l'intéressé est-il pensionné définitif, pensionné temporaire ou simplement titulaire d'un titre d'allocation provisoire d'attente, no d'envoi à la commission consultative médicale du dossier au titre duquel l'intéressé a formulé sa demande d'indemnité de soins).

« La décision du ministre des pensions est prise, le cas échéant, après avoir pris l'avis de la commission consultative médicale. Si cette décision est favorable à l'intéressé et si les autres conditions sont remplies, l'intendant établit le livret d'indemnité de soins.

« Si la décision du ministre des pensions est défavorable à l'intéressé, elle lui est notifiée dans les mêmes conditions que les décisions de rejet de demandes de pension. Il peut se pourvoir devant le tribunal des pensions suivant les règles fixées par le titre IV de la loi du 31 mars 1919 ;

« 2o Le rejet de l'indemnité de soins **est** dû au fait que le postulant ne remplit pas l'une ou plusieurs des trois autres conditions édictées par le décret du 25 août 1925 (ne pas être hospitalisé, ne pas travailler, avoir besoin de soins et se soumettre à la surveillance de l'organisme antituberculeux. »

« Dans ce cas, au lieu de la déclaration visée au paragraphe *b* du présent article, le préfet adresse en double exemplaire, à l'intendant des pensions, la décision motivée du ministre de la

santé publique rejetant la demande de l'intéressé (1).

« L'intendant des pensions notifie cette décision à l'intéressé afin de lui permettre, s'il s'estime lésé, de se pourvoir devant le tribunal des pensions dans les conditions prévues au titre IV de la loi du 31 mars 1919.

C.— Ajouter au chapitre II un article 6 *bis*, ainsi libellé :

« Art. 6 *bis*. — *Pourvois devant les tribunaux de pension.* — *a*) Etude des pourvois. — Comme en matière de pension, l'intendant commissaire du Gouvernement près le tribunal ou la cour régionale des pensions adresse au ministre des pensions (direction du contentieux, bureau des tribunaux de pension) copie de la requête de l'intéressé, de la décision objet du pourvoi et des pièces mises par le requérant à l'appui de celui-ci.

« S'il s'agit d'un pourvoi introduit contre une décision du ministre des Pensions, l'étude du pourvoi, l'envoi au tribunal du dossier et des conclusions sont effectués dans les mêmes conditions qu'en matière de pension.

« S'il s'agit d'un pourvoi introduit contre une décision du ministre de la santé publique, le ministre des pensions (direction du contentieux, bureau des tribunaux de pension) communique le dossier de pourvoi au ministre de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance publique, 4e bureau).

« Celui-ci arrête ses conclusions et les adresse dans le moindre délai avec le dossier de l'affaire au ministère des pensions (direction du contentieux, bureau des tribunaux de pension) qui en saisit le commissaire du Gouvernement ;

« *b*) Exécution des jugements. — S'il s'agit de jugements concernant une décision du ministre des pensions, il est procédé à leur notification et à leur exécution dans les conditions prévues par les instructions du ministre des pensions.

« S'il s'agit de jugements concernant une décision du ministre de la santé publique, l'intendant commissaire du Gouvernement près le tribunal ou la cour adresse copie du jugement au préfet et à l'intendant des pensions du chef-lieu du département où se trouve le domicile du requérant. Il appartient au préfet, au vu dudit jugement, de réclamer selon le cas, à l'intendant des pensions, un livret d'indemnité de soins ou au trésorier-payeur général la remise en payement de l'indemnité de soins et les rappels qui seraient dus.

« Le commissaire du gouvernement doit faire toute diligence pour l'envoi du dossier de l'affaire et du jugement ou de la décision au ministre des pensions (direction du contentieux, bureau des tribunaux de pension), qui, le cas échéant, les transmet sans délai au ministre de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance publique, 4e bureau) pour l'appel à faire en temps utile, s'il y a lieu. »

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Léon BÉRARD.

Le ministre des finances,
P.-R. FLANDIN.

Le ministre de la santé publique
Camille BLAISOT.

Le ministre des pensions.
A. CHAMPETIER DE RIBES

(*J. O.*, 9 juin 1931.)

(1) Cette décision pourra être prise par le préfet lui-même, au nom du ministre, s'il a reçu délégation régulière de celui-ci.

La médecine aux colonies

Règlementation de l'exercice de l'art dentaire indigène à Madagascar.
Décret du 4 avril 1931.

Art. 1er. — Le décret du 13 juin 1907 autorisant les dentistes indigènes de Madagascar non pourvus de diplôme français à régulariser leur situation est abrogée.

Art. 2. — La profession de dentiste indigène est autorisée dans la colonie de Madagascar et dépendances.

Art. 3. — Il est créé, à cet effet, à Madagascar, un service de médecins-dentistes spécialement destinés aux populations indigènes. Seuls peuvent prendre le titre de médecin-dentistes indigènes ceux qui ont reçu, de l'école de médecine de Tananarive, un certificat d'aptitude provisoire.

Art. 4. — Les médecins dentistes indigènes sortant de l'école ne pourront s'installer comme dentistes libres qu'après être restés au service de l'assistance médicale indigène, pendant 10 ans.

Art. 5. — Les médecins-dentistes indigènes ne pourront être autorisés à faire de la clientèle

payante au cours de leurs temps de service à l'assistance médicale indigène qu'après l'obtention d'un certificat d'aptitude définitif qui leur sera délivré après quatre années de fonctions comme médecins-dentistes de l'assistance médicale indigène, par décision du gouverneur général, rendue sur le rapport favorable du directeur du Service de santé, le médecin inspecteur de l'assistance médicale indigène de la circonscription consultée.

Dans certains cas exceptionnels, en raison des exigences du service ou des conditions particulières dans lesquelles ils se trouvent par dérogation aux dispositions précédentes, les médecins-dentistes pourront recevoir une autorisation spéciale de faire de la clientèle payante avant d'avoir obtenu le certificat d'aptitude définitif.

Cette autorisation sera accordée par le gouverneur général dans la même forme que le certificat d'aptitude définitif.

Art. 6. — Le gouverneur général détermine les circonscriptions dans lesquelles le service des médecins-dentistes libres sera établi.

Ces praticiens, munis du certificat d'aptitude définitif et libérés de tout service vis-à-vis de l'administration, ne peuvent exercer leur art que dans une localité qui fera partie de ces circonscriptions. Ils doivent, avant de se fixer dans une localité, ou de changer de résidence, obtenir de l'administration l'autorisation nécessaire. Cette autorisation est révocable.

Art. 7. — Les médecins-dentistes peuvent être autorisés à avoir, au lieu de leur résidence, un approvisionnement des médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dont la nomenclature est fixée par le comité supérieur d'hygiène de la colonie et en faire la délivrance à leurs malades, pourvu qu'ils résident dans une localité dépourvue de pharmacien diplômé et distante d'un myriamètre de toute officine.

Art. 8. — Un arrêté du gouverneur général détermine les obligations professionnelles imposées aux médecins-dentistes indigènes et en général toutes les prescriptions relatives au bon fonctionnement du service. Il fixe les conditions dans lesquelles s'exercent le contrôle et la surveillance de ces praticiens et en général les prescriptions relatives à l'exercice de la profession de dentiste indigène.

Art. 9. — Sont passibles des peines édictées par les articles 16, 18, 19, 20, 26, et 27 de la loi du 30 novembre 1892 :

1° Les indigènes qui usurperaient le titre des médecins-dentistes indigènes tel qu'il résulte des dispositions du présent décret ;

2° Les praticiens indigènes, même porteurs d'un certificat d'aptitude, qui exerceraient sans autorisation administrative personnelle, en dehors de la localité pour lequelle ils ont l'autorisation ;

3° Les praticiens indigènes qui contreviendraient aux dispositions de la règlementation en vigueur concernant l'exercice de leur art.

Art. 10. — La suspension temporaire ou l'interdiction absolue de l'exercice de l'art dentaire en ce qui concerne les praticiens indigènes, peut être prononcée par le gouverneur général :

1° Sur la proposition du directeur du Service de santé, pour manquements professionnels ;

2° Après avis du conseil d'administration de la colonie, pour toute autre cause.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET TRANSITOIRES

Art. 11. — Les indigènes qui exercent l'art dentaire à Madagascar et dépendances sans être pourvus du diplôme de chirurgien-dentistes français prévu par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ou du diplôme de médecine ou du diplôme de médecin indigène délivré par l'école de médecine de Tananarive doivent régulariser leur situation et subir, à cet effet, un examen probatoire devant l'école ci-dessus indiquée.

Art. 12. — Un arrêté du gouverneur général pris sur la proposition du directeur du Service de santé et de l'A. M. I. fixe la composition du jury d'examen ainsi que le programme des épreuves.

Art. 13. — Un délai d'un an, à compter de la promulgation du présent décret dans la colonie, est accordé aux intéressés pour régulariser leur situation. Passé ce délai, ils seront considérés comme exerçant illégalement l'art dentaire et poursuivis conformément à la loi.

Art. 14. — En aucun cas, les dentistes indigènes, non pourvus du diplôme français et non médecins diplômés indigènes de l'école de médecine de Tananarive, ne peuvent faire usage d'anesthésiques.

Art. 15. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de la colonie de Madagascar et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

(*J. O.*, 14 avril 1931.)

Service de Santé militaire

Décret du 3 mai 1931 modifiant le décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'École du Service de santé militaire.

Décret du 3 mai 1931.

Article 1er. — Le cinquième alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les candidats admis sont nommés élèves de l'école du service de santé militaire. Ils rejoignent cette école et y sont immatriculés et incorporés après vérification de leur aptitude physique, telle que celle-ci est définie par les instructions en vigueur. Ils contractent l'engagement prescrit par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée de servir pendant une durée égale au temps qui doit s'écouler jusqu'à leur sortie de l'école augmenté de six ans.

« Les élèves qui ne paraîtraient pas réunir les conditions d'aptitude physique voulues pour être incorporés sont présentés, pour décision, devant un conseil médical, constitué à l'école, et dont la composition est déterminée par une instruction ministérielle.

« Qu'il se prononce d'emblée d'après les résultats des premiers examens médicaux effectués, ou qu'il ait à formuler son avis après une mise en observation complémentaire qui, en aucun cas, ne pourra excéder un délai de trois mois, à dater du jour fixé pour la rentrée générale des élèves nouvellement admis, le conseil médical classe les élèves soumis à son examen dans l'une des trois catégories suivantes :

1° *Elèves reconnus physiquement aptes.*

« Ces élèves sont immédiatement immatriculés et admis à signer l'engagement prescrit par la loi du 31 mars 1928 ;

2° *Elèves considérés comme inaptes définitifs, en raison d'affections ou d'infirmités les rendant impropres au service et non susceptibles de s'améliorer ultérieurement.*

« Ces élèves sont proposés au ministre en vue de leur non-incorporation.

3° *Elèves présentant un état de santé déficient les rendant impropres au service, mais paraissant susceptibles de s'améliorer suffisamment dans le délai d'une année.*

« Ces élèves sont proposés au ministre en vue de l'ajournement de leur incorporation au mois d'octobre de l'année suivante.

« A l'expiration de cette période d'ajournement, les élèves sont présentés de nouveau devant le conseil médical de l'école, qui doit proposer au ministre, à leur égard, une mesure de caractère définitif. Si leur incorporation est décidée, ces élèves sont immatriculés à la faculté au stade de scolarité auquel ils se trouvaient quand ils ont été admis à l'école l'année précédente. En aucun cas l'ajournement ne pourra être renouvelé.

« En tout temps, le directeur de l'école a le devoir de proposer pour l'élimination définitive tout élève incorporé qui, après observation ou traitement médical d'une durée suffisante, est reconnu atteint d'une affection le rendant définitivement inapte à servir comme élève de l'école et à être nommé ultérieurement officier du corps de santé militaire. Le ministre statue sur avis d'une commission de réforme. »

Art. 2. — L'article 41 du décret du 19 septembre 1919 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Un conseil de dicipline est spécialement institué pour examiner le cas des élèves qui lui sont signalés pour fautes graves ou insuffisance aux examens, et composé de cinq membres :

« Le sous-directeur, président.

« Le major de l'école.

« Un médecin professeur agrégé du cadre de l'école, désigné chaque année par le directeur.

« Un médecin commandant ou, à défaut, un médecin capitaine ayant au moins quatre ans d'ancienneté dans son grade, de la garnison de Lyon.

« Un médecin capitaine, médecin adjoint du cadre de l'école.

« Les fonctions de rapporteur sont remplies par un médecin du cadre de l'école, désigné chaque année par le directeur.

« Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur le compte d'un élève de la section pharmacie, le conseil comprend, indépendamment du sous-directeur, président, du major de l'école, un pharmacien professeur agrégé du cadre de l'école,

désigné chaque année par le directeur, un pharmacien commandant (ou, à défaut, pharmacien capitaine ayant au moins 4 ans d'ancienneté dans son grade) de la garnison de Lyon, ou, s'il y a lieu, de la 14e région, et un pharmacien adjoint du cadre de l'école.

Les membres n'appartenant pas à l'école sont renouvelables tous les ans et désignés par le gouverneur militaire de Lyon, sur la demande du directeur de l'école.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 9 mai 1931.)

Concours pour l'admission en 1931 à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.

Le ministre de la guerre,

Vu l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié les 26 octobre, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925, 12 avril 1926 et 2 mai 1930, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire.

Vu la loi du 6 janvier 1923, modifiée par la loi du 24 décembre 1925, déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militaire, ainsi que la situation particulière de ceux qui ont été mobilisés ;

Vu la loi du 31 mars 1928, sur le recrutement de l'armée ;

Vu la loi du 28 mars 1928, relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée ;

Vu la loi du 4 janvier 1929, portant modification à la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée ;

Vu le décret et l'instruction du 19 août 1929, relatifs aux concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants de l'armée active des troupes métropolitaines.

Arrête :

Un concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1931, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire de Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées ;

1o Etre Français ou naturalisés Français ;

2o Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;

3o Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1931, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1902 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ;

4o Avoir satisfait au 31 décembre 1931 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

5o Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront :

1o Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2o Un examen clinique de deux malades, atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3o Une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4o Une interrogation sur l'hygiène.

NOTA. — Tous les candidats seront, en outre, soumis à un examen médical, en vue de la constatation de leur aptitude physique, dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929.

MAJORATION DE POINTS

Une majoration de 30 points est accordée aux candidats docteurs ès sciences.

Une majoration de 20 points est accordée :

1o Aux candidats licenciés ès sciences, dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2o A ceux qui ont été nommés, au concours, internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine et de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1o Aux candidats licenciés ès sciences, dont

le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ;

3° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

4° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande, ou remettront au président du jury, une pièce officielle constatant leurs titres.

Pièces a produire

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, Personnel) avant le 1er novembre 1931 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° *a*) Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine, indiquant le régime d'études terminales. (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ; *b*) le cas échéant, certificats dûment légalisés, permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves.

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de la nomination au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

7° L'indication, par ordre de préférence, des villes-sièges de faculté où le candidat désirerait être affecté à partir du 31 décembre 1931, jusqu'au 3 novembre 1932, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'école d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

Nota. — Les candidats admis seront nommés médecins sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1931 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études de l'enseignement supérieur près des facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1931. Ils seront pourvus, à dater du 31 décembre 1931, d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville siège de faculté de médecine ou de pharmacie ; leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1931 et d'après l'ordre de classement des candidats dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Toute fraude ou tentative de fraude dans l'une quelconque des épreuves entraîne l'exclusion du concours.

Fait à Paris, le 15 mai 1931.

André Maginot.

(*J. O.*, 3 juin 1931.)

Modèle de l'acte d'engagement spécial des jeunes gens nommés élèves de l'Ecole du Service de santé militaire

NOTIFICATION

Par décision ministérielle du 1er mai 1931, le modèle d'acte d'engagement à souscrire par les jeunes gens nommés élèves de l'école du service de santé militaire est fixé ainsi qu'il suit :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ACTE D'ENGAGEMENT SPÉCIAL DES JEUNES GENS nommés élèves de l'Ecole du service de Santé militaire

(Médecine ou pharmacie)

L'an mil neuf cent........, le..............................
à....... heures, s'est présenté devant nous (1)..................
M. (2) ...., âgé de..............................
domicilié à..............., canton d.............................
département d................., résidant à ....
fils de........................ et de.............................
domicilié à..................., canton d.........................
département d......................

Visage	Renseignements physionomiques complémentaires ....
Cheveux	Taille :..................
Yeux	Taille rectifiée :..................
Front	Marques particulières :..........
Nez	

Lequel a déclaré vouloir souscrire au titre de l'école du service de santé militaire l'engagement prévu par l'article 30 de la loi du 31 mars 1928.

A cet effet, il nous a déclaré n'être pas marié et nous a présenté :

1° Un certificat délivré sous la date du........................
par le médecin.................., directeur de l'école du service de santé militaire, attestant que M. (2).......... a été reçu le.... .... à ladite école ;

2° Son acte ou extrait d'acte de naissance, constatant qu'il est né le (3) ...., à ...., canton d................, département d..................

3° Un certificat délivré sous la date du........................
par (4) .... et constatant que M. (2) .... remplit les conditions d'aptitude physique définies par les décrets des 10 juin 1916, 11 avril 1928 et 15 juillet 1929 et l'instruction du 15 juillet 1929 ;

4° L'extrait de son casier judiciaire (bulletin n° 2) ;

5° (5) ....

Nous (1) ....
après avoir reconnu la régularité des pièces produites par M. (2) ....
lui avons donné lecture :

1° De l'article 30 de la loi du 31 mars 1928 ;

2° Du 1er alinéa et des paragraphes numérotés 2, 3, 4 et 5 de l'article 61 de ladite loi ;

3° De l'article 1er (1er et 3e alinéas) et de l'article 2 du décret du 27 décembre 1930.

Après quoi, nous avons reçu l'engagement de M. (2) ....
lequel a promis de servir avec fidélité et honneur pendant une durée égale au temps qui doit s'écouler jusqu'à la sortie de l'école, augmentée de six ans.

Lecture faite à M (2)......... du présent acte, il a signé avec nous :

L'engagé, *L'intendant militaire ou l'officier suppléant.*

(1) Nom et grade de l'intendant militaire ou de l'officier le suppléant et indication du lieu où il est en fonctions.

(2) Nom et prénoms.

(3) Indication en toutes lettres du jour, du mois et de l'année de la naissance.

(4) Nom, grade et qualité de l'officier signataire du certificat.

(5) Si l'engagé a moins de vingt ans, on indiquera sous ce numéro le consentement qu'il est tenu de produire conformément à la loi.

(*J. O.*, 9 mai 1931.)

Enfants du Premier Age

Rapport fait au nom de la commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales, chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par le Sénat, adoptée avec modifications par la Chambre des députés, relative à la protection des enfants du premier âge et aux consultations de nourrissons, par M. Paul Strauss, sénateur (1) — (*Urgence déclarée*).

(Renvoi, pour avis, à la commission des finances).

(Ses. extr. — Séance du 18 décembre 1930.)

Messieurs, depuis de longues années, la revision de l'excellente, de l'utile loi Roussel est à l'ordre du jour ; elle est d'autant plus impatiemment attendue que la démographie française nécessite un surcroît de vigilance et de méthode, à l'effet de sauver le plus grand nombre possible d'existences infantiles.

Notre proposition de loi du 27 décembre 1918 sur la protection des enfants du premier âge et celle de notre regretté collègue, Gustave Dron, du 27 juillet 1920, tendent à ce but.

Notre rapport du 9 juin 1921 et l'avis formulé au nom de la commission des finances, le 27 juin 1922, par notre collègue M. Debierre, ont fait l'objet d'une délibération unanimement favorable du Sénat à la date du 23 novembre 1922.

Malgré les efforts incessants des deux rapporteurs à la Chambre des députés, M. le docteur Dezarnaulds et M. le docteur Fié, un résultat définitif n'a pu être obtenu que récemment. Enfin, grâce à la ténacité de M. le docteur Fié et au précieux concours de M. Adolphe Landry, rapporteur pour avis de la commission des finances, la Chambre a adopté le texte qui lui était présenté par sa commission de l'hygiène.

Il n'est pas superflu de noter que si, en 1922, le vote du Sénat est intervenu sous les auspices du ministre de l'hygiène, le vote de la Chambre, sans débat, a été obtenu avec l'adhésion du ministre de la santé publique.

Aussi bien, l'académie de médecine qui, dès 1891, avait envisagé une revision et une extension de la loi Roussel, n'avait cessé de manifester la plus légitime impatience et le rapporteur de la Chambre, M. Fié, avait écrit dans son rapport du 9 juillet 1929, la phrase suivante: « Sans aucun optimisme exagéré, les mesures indiquées dans le projet de loi sauveront annuellement, nous en sommes certains, plus de 40.000 enfants.

« Ce serait donc un crime de temporiser. »

Quel que puisse être le profit direct et immédiat des nouvelles mesures législatives, adoptées d'une manière conforme par le Sénat et la Chambre des députés ; la réforme est de haute importance, puisqu'elle tend à accroître les garanties de sécurité et de chances de survie de 350.000 enfants, qui seront désormais protégés, en plus des 65.000 bénéficiaires actuels.

En outre, par une innovation que la Chambre et le Sénat ont été unanimes à admettre, la proposition édicte le carnet obligatoire de croissance pour tous les enfants de toute condition sociale. Cette disposition a une portée éducative; elle vaudra par elle-même dans une mesure assez restreinte, mais surtout elle fera apparaître et vulgarisera la notion essentielle du contrôle sanitaire des enfants du second comme du premier âge ; elle contribuera sans doute à démontrer l'utilité, à tous les âges, des examens préventifs de santé.

« Les lois valent par leur application, écrivais-je dans mon rapport au Sénat du 2 juin 1921. En faisant entrer dans le cadre de la loi sur la protection des enfants du premier âge la consultation de nourrissons, en instituant le carnet d'élevage, nous entendons élever la puériculture après la naissance, comme avant l'accouchement, à la hauteur d'un devoir national. »

Un hommage solennel a été rendu, le 22 juin 1930, à la mémoire de Pierre Budin, qui fut le promoteur illustre des consultations de nourrissons. A la séance du 7 décembre 1903, le Sénat adoptait, sur notre proposition comme rapporteur de la commission de protection et d'assistance des nourrissons, le projet de résolution suivant :

« M. le ministre de l'intérieur est invité à porter à la connaissance des conseils généraux le rapport de M. Pierre Budin, renvoyé par l'académie de médecine au ministère de l'intérieur, sur la mortalité infantile, à recommander aux inspecteurs et médecins du service des enfants assistés et du service de la protection du premier âge de se faire les propagateurs des consultations de nourrissons, des gouttes de lait et de toutes les œuvres similaires de l'assistance maternelle et de protection des nouveaux-nés. »

Il appartenait au Sénat de faire entrer, le 25 novembre 1922, grâce à Gustave Dron, les consultations de nourrissons dans le cadre de la loi du 23 décembre 1874, à laquelle la reconnaissance publique a donné le nom glorieux de

(1) Voir les nos : Sénat, 542, année 1918 ; 393, année 1921 ; 428 et in-8° 250, année 1922 et 571, année 1930 ; Chambre des députés (12e législ.), 5145-6276 ; (13e législ. 50-4739 ; (14e législ.), 248-1936-2567-2820-3622, et n-8° 640.

Théophile Roussel, notre illustre et vénéré ancien collègue.

Aucun organisme, quel qu'il soit, ne suffit à combattre à lui seul la mortalité du premier âge et l'armement de protection maternelle et infantile s'enrichit chaque jour d'engins nouveaux. A la manifestation de la Sorbonne du 22 juin 1930, en l'honneur de Pierre Budin, M. Serge Gas, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, spécialement désigné par M. Désiré Ferry, ministre de la santé publique, s'est efforcé de mesurer cet outillage en constatant le fonctionnement de 309 consultations prénatales ou maternelles, de 3.715 consultations de nourrissons, de 194 crèches et chambres d'allaitement, de 131 pouponnières, de 108 centres de placement de nourrissons. L'académie de médecine a signalé récemment, sur le rapport de M. le docteur Lesage (1), l'importance des pouponnières dépositaires et des centres d'élevage pour les enfants assistés. Les centres d'élevage n'ont pas une moindre utilité pour les enfants placés en nourrice.

L'utilité essentielle des consultations de nourrissons, reliées tant à la protection des enfants placés en nourrice qu'à celle des enfants assistés, n'en ressort pas moins avec force d'une étude récente de M. le docteur Cruveilhier et de M. Marcel Moine (1).

En rapprochant les décès des enfants de moins d'un an, avant la création des consultations de nourrissons, de ceux des années postérieures à 1892, la statistique établit qu'en 1881 on enregistrait par mille naissances vivantes 166 décès d'enfants de moins d'un an (soit un sixième). « Après la création des consultations de nourrissons, nous constatons une diminution nette du nombre des décès de moins d'un an en France. C'est ainsi que, dans la période qui s'étend de 1896 à 1900, la mortalité des nourrissons est tombée à 158 pour mille naissances vivantes et à 137 pour le laps de temps compris entre 1901 et 1905.

« En 1910, nous ne perdons plus que 114 enfants ; en 1920 : 97 ; en 1922 : 85 ; en 1927 : 83 ; en 1928 : 91,3 et en 1929 : 95. »

Il est vrai, pour être équitable, que la loi du 17 juin 1913, sur l'assistance aux femmes en couches, était intervenue et que, grâce à son application, de nombreux sauvetages de nourrissons, dans la période si périlleuse des quatre premières semaines, se sont produits.

MM. le docteur Cruveilhier et Marcel Moine se félicitent, à bon droit, par la comparaison des années 1886 et 1929, d'un sauvetage de 57.000 nourrissons. D'autres causes que celle du merveilleux instrument qu'est la consultation de nourrissons y ont contribué et ce profit démographique est à l'actif et à l'honneur de toute la puériculture française, publique et privée, dans ses divers éléments.

Mais l'heure n'est pas venue de triompher, si tant est qu'elle puisse sonner quelque jour dans une civilisation encore supérieure à la nôtre. J'ai pu établir, dans une communication à l'académie de médecine des 10 et 26 janvier 1928, que, sur mille enfants de zéro à un an, nous en perdons 89 en France (exactement 89,2), alors que l'Angleterre en perd 75.

L'académie de médecine a bien voulu, sur le rapport de M. le docteur Marchoux, donner son adhésion magistrale à la série de vœux que j'avais formulés, notamment en ce qui concerne la revision et l'extension de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge : utilisation des consultations de nourrissons, carnet de croissance obligatoire, etc.

Il est donc urgent d'aboutir et de consacrer définitivement, par l'accord des deux Chambres, une réforme d'un intérêt national.

EXAMEN DES ARTICLES

La Chambre a bien voulu adopter, grâce à MM. Fié et Landry, presque intégralement la proposition de loi, telle qu'elle a été votée par le Sénat le 23 novembre 1922.

Les seules différences de texte sont les suivantes :

La commission d'hygiène de la Chambre et la Chambre ont complété, à l'article premier, l'application de la loi à de nouvelles catégories d'enfants placés hors du domicile du père, de la mère ou du tuteur légal, dont la mère s'est placée comme nourrice ou a chez elle un nourrisson, d'enfants secourus temporairement et d'enfants dont les mères ont l'assistance aux femmes en couches ou les secours d'allaitement, d'enfants dont les parents sont inscrits à l'assistance médicale gratuite ou reçoivent des secours publics, par celle-ci; aux enfants dont les parents touchent des pensions militaires de la loi du 31 mars 1919 ou des pensions d'accidentés du travail de la loi du 9 avril 1898. En outre, l'alinéa 7, prévoyant des inscriptions facultatives, a été supprimé sans qu'aucun motif ait été invoqué.

A l'article 2, le texte de la Chambre substitue l'obligation à la faculté pour l'institution des commissions locales prévues par la loi Roussel. La Chambre a supprimé la clause relative à la gratuité des fonctions de membres des commissions locales. Nous ne pouvons que nous incliner en souhaitant que cette disposition ne reste pas lettre morte et que la faculté d'accorder des jetons de présence ou des indemnités de

(1) Mortalité infantile et consultation de nourrissons « *La Revue Philanthropique* », 15 novembre 1930.

déplacement n'accroisse pas indûment les dépenses du service.

De plus, la Chambre a été d'avis, sur le rapport de M. Fié, qu'une sage-femme ferait nécessairement partie de la commission locale.

A la faveur de cette disposition, qui marque l'importance du rôle de la sage-femme, la Chambre a supprimé, à l'article 4, l'adjonction aux médecins-inspecteurs des sages-femmes, agréées à cet effet par le comité départemental. Nous eussions préféré le maintien de cette utilisation éventuelle et facultative des sages-femmes. Quels que soient nos regrets de cette modifications, compensée par le rôle attribué aux sages-femmes dans les commissions locales, nous ne pouvons que nous incliner devant la décision de la Chambre en vue de l'accord urgent à réaliser entre les deux Assemblées.

A l'article 3, en ce qui concerne le carnet de croissance, le texte de la Chambre modifie légèrement le texte adopté par le Sénat ; il prévoit la délivrance gratuite du carnet, son dépôt à la mairie sous pli cacheté et enfin, en cas d'insuffisance de ressources, comme en cas d'abstention des parents, l'intervention d'un médecin désigné par le service de protection du premier âge.

Les paragraphes 4 et 5 de l'article 4 subissent de légères modifications que nous acceptons sans la moindre réserve. L'énumération des personnes auxquelles est confiée la garde de l'enfant est supprimée : le délai de quarante-huit heures, imparti pour l'examen initial de l'enfant, est porté à trois jours après la réception de l'avis de l'arrivée de l'enfant dans la commune. La visite de l'enfant placé en nourrice par le médecin-inspecteur, prévue mensuellement pendant le second semestre du placement, aura lieu tous les quinze jours et tous les mois jusqu'à l'éclosion de la vingtième dent, c'est-à-dire pendant la deuxième année et quelquefois au delà.

Pour les communes non pourvues de consultations de nourrissons, le Sénat prévoyait une visite médicale tous les deux mois. La Chambre a porté ce délai à trois mois.

Le paragraphe 5 a été supprimé, d'après le rapporteur, M. Fié, comme délimitant trop étroitement le rôle des médecins-inspecteurs dans l'exercice de leur profession.

A l'article 5, la Chambre ajoute un paragraphe aux termes duquel, en cas d'épidémie, les consultations de nourrissons seront interdites et le siège des consultations sera soumis à la désinfection.

Nous acceptons cette adjonction qui précise une éventualité de précautions sanitaires qui rentre dans l'esprit et dans la lettre de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Les articles 12 et 14 visent les conditions de placement d'une nourrice chez autrui ; l'article 13 concerne les nourrices sur lieu.

D'ardentes controverses se sont déroulées, depuis de longues années, au comité supérieur de protection du premier âge, à l'Académie de médecine, dans les congrès, dans les sociétés savantes, dans les journaux, au sujet de la protection accordée à l'enfant de la nourrice.

Le texte sénatorial s'était inspiré de l'opinion qui s'était manifestée en faveur d'une protection suffisante, sans que celle-ci eût pour conséquence, surtout pour les mères délaissées, de les priver d'un emploi de nourrice au sein, au profit d'un autre nourrisson.

L'article 12 du texte sénatorial exigeait, à la charge du demandeur de nourrice au sein, une déclaration signée de la nourrice, faisant connaître les conditions dans lesquelles est placé son propre enfant, et, à la charge de la nourrice, un certificat du maire de la commune de sa résidence, mentionnant son état-civil et indiquant si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, constatant, par extrait joint de l'acte de naissance, ou qu'il a quatre mois révolus, ou que la mère a obtenu l'une des autorisations exceptionnelles prévues à l'article.

La Chambre, adoptant la thèse soutenue devant l'Académie de médecine et devant la commission d'hygiène par M. le Professeur Pinard, astreint la personne qui veut prendre chez soi une nourrice, à présenter une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant qu'il est élevé au sein, s'il a moins de six mois.

A l'article 14, dans le même esprit, le texte de la Chambre oblige la nourrice à se munir d'un certificat du maire de la commune de sa résidence, constatant que son enfant a six mois ou que la mère a obtenu l'autorisation exceptionnelle de nourrir un autre nourrisson en même temps que son propre enfant.

A l'article 13, d'après la rédaction de la Chambre, la nourrice sur lieu est tenue d'établir que son dernier enfant est âgé d'au moins six mois.

Quels que soient nos sentiments personnels, conformes à la thèse, jadis soutenue par Pierre Budin, par Maygrier et, récemment, par M. le Professeur Achard, nous attachons trop de prix au vote définitif de la revision de la loi Roussel pour ne pas nous incliner devant ces modifications, en laissant à l'avenir le soin d'en vérifier la légitimité ou les inconvénients. En mettant dans les plateaux de la balance les énormes avantages de la réforme tant attendue et les réels inconvénients de formules trop rigides, doctrinales à l'excès, il n'y a pas à hésiter. Un vote conforme s'impose dans l'intérêt de plusieurs centaines de milliers d'enfants, un surcroît de protectorat s'imposant en faveur des mères

délaissées pour que celles-ci ne soient pas tentées, faute de ressources, d'abandonner leur enfant à l'assistance publique.

A l'article 18, la Chambre autorise les maires à admettre d'urgence à l'assistance médicale gratuite les enfants placés en nourrice qui tomberaient malades et seraient privés des soins nécessaires, sauf recours ultérieur contre les parents ou le bureau de nourrices.

A l'article 19, le médecin est habilité, en cas de maladie transmissible, à supprimer l'allaitement au sein.

Pour le régime financier, les dispositions essentielles du projet du Sénat subsistent dans le texte de la Chambre. Les dépenses du service sont supportées moitié par le département, moitié par l'Etat ; toutefois l'énumération limitative des recettes et des dépenses, inscrite dans les articles 25, 26, et 27 a disparu, à l'effet, paraît-il, d'éviter toute restriction, fût-elle apparente, des pouvoirs du conseil général en matière de dépenses et de recettes.

L'article 29 du texte du Sénat, relatif à des centres d'élevage situés sur d'autres départements et les faisant rentrer dans le cadre des dépenses du service des enfants assistés, a été supprimé. Cette simplification du texte n'offre qu'un intérêt relatif et l'article qui vise la création de centres d'élevages pour enfants assistés et pour enfants placés en nourrice, pourra être repris ultérieurement si le besoin s'en fait sentir.

Telle qu'elle se présente à nouveau devant le Sénat, la proposition de loi ne diffère pas, au point de vue financier, du texte voté par notre assemblée le 25 novembre 1922, avec l'avis extrêmement favorable de notre collègue M. Debierre, au nom de la commission des finances. Et M. Landry, dans son avis du 1er juillet 1930, présenté au nom de la commission des finances de la Chambre, n'hésite pas à donner une approbation chaleureuse à cette revision de la loi Roussel qui, déjà, par l'obligation du carnet de croissance, réalise le vœu formulé par l'honorable rapporteur : l'extension de ce protectorat sanitaire à la totalité des enfants de France.

En conséquence, messieurs, nous vous prions de vouloir bien adopter, sans changement, le texte ci-après, tel qu'il est sorti des délibérations de la Chambre.

PROPOSITION DE LOI

TITRE PREMIER

But et organisation du service de la protection.

Art. 1er. — Sont l'objet, jusqu'à l'âge de 2 ans accomplis, d'une protection de l'autorité publique ayant pour but de sauvegarder leur vie et leur santé, les enfants énumérés ci-après :

1° Les enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur légal ;

2° Les enfants dont la mère s'est placée comme nourrice ou a recueilli chez elle un autre enfant pour le nourrir ;

3° Les enfants secourus temporairement en exécution de l'article 3 de la loi du 27 juin 1904 et ceux dont la mère reçoit un secours public d'allaitement ;

4° Les enfants dont les mères sont bénéficiaires des dispositions de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches ;

5° Les enfants dont les parents sont bénéficiaires de secours publics (hospitaliers, communaux, départementaux ou nationaux) ;

7° Les enfants dont les parents sont bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires, de la loi du 9 avril 1898 et des lois subséquentes concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Art. 2. — La protection instituée par la présente loi est confiée au préfet de police, dans le département de la Seine, et, dans les autres départements, sous l'autorité des préfets, à l'inspecteur départemental de l'assistance publique, avec la participation des services et institutions d'hygiène, de commissions locales, et, s'il y a lieu, des œuvres privées dûment admises à collaborer avec l'autorité publique.

L'inspecteur départemental de l'assistance publique assure le fonctionnement du service, centralise tous les renseignements et documents concernant l'entrée des enfants dans le service, notifie ces entrées aux mairies qu'elles concernent, tient à jour les fiches individuelles des enfants, veille à l'exacte tenue des registres des mairies, constate la sortie du service des enfants, procède à la liquidation des dépenses ; il contrôle sur place, personnellement ou par ses collaborateurs, le fonctionnement du service.

Les commissions locales doivent être, après avis du comité départemental, instituées, par arrêté préfectoral, en vue de seconder l'action du service ; elles devront comprendre au moins deux mères de famille et, si possible, une sage-femme. Le nombre de leurs membres est fixé par l'arrêté.

Art. 3. — Chaque enfant, même en dehors des catégories visées par la présente loi, doit être pourvu à sa naissance d'un carnet de croissance délivré gratuitement.

Ce carnet sera disposé en vue de recevoir les renseignements suivants :

1° Etat-civil ;

2° Mode d'alimentation : au cas où l'allaitement au sein ne serait pas possible, indications des modifications apportées dans le mode d'alimentation ;

3° Relevé des pesées qui devront être au moins mensuelles dans le cours de la première année et trimestrielles pendant la deuxième année ;

4° Résultat des visites périodiques effectuées, dans les conditions que déterminera le règlement d'administration publique, par le médecin de la famille ou, en cas d'abstention des parents, par un médecin que désignera le service de la protection du premier âge ;

5° Vaccination ;

6° Indication sur l'état de santé.

Pour les enfants non soumis obligatoirement au contrôle du médecin inspecteur, le carnet de croissance devra être déposé par les parents et sous pli cacheté, à la mairie, à la fin du premier mois qui suivra la naissance et ultérieurement tous les trois mois au cours de la première année, deux fois pendant la deuxième année. Ce carnet sera transmis dans la huitaine au service de la protection du premier âge qui le visera dans le même délai et le retournera sous pli cacheté à la mairie chargée de le remettre d'urgence à la famille.

En cas d'inobservation de cette prescription, le service de protection du premier âge fera visiter l'enfant par un médecin. En cas de récidive, le préfet du département, le préfet de police pour la Seine, pourra prononcer l'admission de l'enfant dans le service de la protection du premier âge.

Toute protestation des parents contre cette mesure sera déférée au comité départemental qui statuera en dernier ressort.

Art. 4. — Pour assurer ladite protection, il est institué une surveillance de toute personne ou tout établissement recevant un ou plusieurs enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, tels que crèches, pouponnières, chambre d'allaitement dans les établissements commerciaux et industriels, ainsi que des enfants visés aux paragraphes 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de l'article 1er de la présente loi.

Cette surveillance s'étend aux bureaux de placement de nourrices, meneurs, meneuses, sages-femmes et autres intermédiaires s'employant habituellement au placement des enfants.

Elle est exercée sous la direction de l'inspecteur de l'assistance publique, par les médecins inspecteurs nommés par le préfet et rétribués suivant un tarif fixé par le conseil général, après avis du comité départemental.

Les médecins inspecteurs doivent se transporter au domicile de la personne à laquelle a été confiée la garde de l'enfant pour l'examiner dans les trois jours suivant la réception de l'avis de l'arrivée de l'enfant dans la commune ou de son inscription au registre des protégés de cette commune. Pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant, ils visitent celui-ci tous les quinze jours ; pendant les six mois suivants, tous les mois ; pendant la deuxième année, tous les trois mois, dans les communes non pourvues de consultations de nourrissons agréées.

Le médecin inspecteur recueille ou fait recueillir auprès des mairies ou des commissions locales tous les renseignements de nature à éclairer sur les garanties que réclame l'intérêt de l'enfant.

Il a, enfin, qualité pour délivrer dans la circonscription le certificat constatant l'aptitude des nourrices, l'état de salubrité de leur logement et tout certificat médical à délivrer en exécution de la présente loi.

TITRE II

Rôle des consultations de nourrissons. Contrôle et statistique.

Art. 5. — Les consultations de nourrissons organisées en vue d'examiner périodiquement les nouveau-nés jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 2 ans, de veiller sur leur régime alimentaire et de procéder à des pesées et mensurations destinées à contrôler la régularité de leur croissance, pourront, après agrément, être utilisées pour assurer la protection des enfants du premier âge.

L'agrément sera accordé de plein droit aux consultations municipales, départementales, dépendant d'établissements publics et, après examen, aux consultations privées. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions à remplir à cet effet, notamment en ce qui concerne l'obligation d'accepter le contrôle médical et administratif du service des enfants assistés, d'assurer par des personnes compétentes et sous la responsabilité médicale les visites à domicile et de tenir régulièrement une fiche mentionnant l'état de santé et la courbe du poids.

Les consultations de nourrissons existantes devront provisoirement être utilisées jusqu'à la mise en vigueur du règlement d'administration publique.

En cas d'épidémie, les consultations de nourrissons seront interdites et le siège des consultations sera soumis à la désinfection.

Art. 6. — Les consultations sont qualifiées pour effectuer à leur siège les vérifications prévues par la loi de protection du premier âge à raison d'une visite pour le premier mois, une visite par quinzaine pour les cinq autres mois du premier semestre, une visite par mois pour le deuxième semestre et quatre visites régulièrement espacées par trimestre dans le cours de la deuxième année.

Leur intervention s'appliquera dans les mêmes conditions aux pupilles de l'assistance publique âgés de moins de 2 ans et aux enfants visés à l'article 1er, suivant la même limite d'âge.

Ces vérifications, enregistrées à leur date, seront rémunérées au même taux que celles des médecins inspecteurs au profit des consultations de nourrissons.

Art. 7. — Les médecins inspecteurs désignés par l'administration devront être chargés des visites de vérification des enfants placés en dehors du domicile de leurs parents dans les communes où il n'existera pas de consultations de nourrissons agréées, comme cela est stipulé au paragraphe 4 de l'article 4.

Là où celles-ci fonctionneront, leur rôle consistera à visiter l'enfant dans les trois jours du placement, puis au bout du premier semestre, à la fin de la première année et à la fin de la deuxième année. Ces visites feront l'objet de rapports documentés, mentionnant l'état de l'enfant, les conditions hygiéniques de l'habitation où est fait le placement, la santé de la nourrice et de ceux qui habitent sous son toit, ainsi que toutes indications utiles sur le régime alimentaire du nourrisson et les soins qu'il reçoit.

Ces rapports seront rémunérés à un taux triple de celui accordé pour les visites ordinaires qui ne comportent qu'un bulletin sommaire. Leur envoi au service des enfants assistés bénéficiera de la franchise postale au même titre que les bulletins, moyennant une inscription appropriée sur l'enveloppe.

Art. 8. — Les préfets sont assistés d'un comité départemental ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures propres à assurer le fonctionnement du service de la protection. Ce comité donne son avis sur les demandes de subvention des œuvres d'assistance maternelle et de protection du premier âge, des crèches et institutions similaires. Il est obligatoirement consulté sur la révocation des médecins inspecteurs.

La composition de ce comité est déterminée par décret du président de la République.

La durée du mandat est de trois ans ; les membres élus sont constamment rééligibles.

Art. 9. — Il est institué près le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, un conseil supérieur de protection de la première enfance chargé d'étudier et de proposer au Gouvernement les mesures les plus propres à assurer et à étendre les bienfaits de la loi. L'administration lui communiquera les délibérations des conseils généraux, les procès-verbaux des séances des comités départementaux, les statistiques et enquêtes concernant la mortalité infantile et tous les documents susceptibles de l'éclairer sur les conditions et les résultats de l'application de la loi. Il est obligatoirement consulté sur les récompenses honorifiques à accorder aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement ou leurs services et formule, s'il y a lieu, des propositions à leur égard.

Un décret en déterminera la composition.

Art. 10. — Une statistique détaillée de la mortalité des enfants protégés par la présente loi, établie avec le concours des services de la statistique générale de la France, est publiée chaque année par les soins du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Un rapport officiel sur l'exécution de la présente loi est adressé chaque année par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales au Président de la République.

Titre III

Obligations imposées aux parents et aux nourrices.

Art. 11. — Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, est tenue d'en faire, dans les trois jours, la déclaration à la mairie de sa résidence en indiquant le lieu de la naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou à la gardienne un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié et un certificat médical constatant :

1° Que cet enfant ne paraît atteint d'aucune maladie transmissible ;

2° Qu'il peut être transporté sans danger.

Art. 12. — Nul ne peut prendre chez soi une nourrice sans que celle-ci soit munie des divers certificats prescrits à l'article 14. Il doit, dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice, en faire la déclaration à la mairie de sa résidence et y présenter :

1° Lesdits certificats ;

2° Une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant qu'il est élevé au sein, s'il a moins de six mois ;

3° Un certificat médical constatant que l'enfant confié à la nourrice ne paraît atteint d'aucune maladie transmissible.

Art. 13. — Toute personne qui veut recevoir chez elle un nourrisson, ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde est tenue de se munir préalablement :

1° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil ;

2° D'un certificat du médecin inspecteur de sa circonscription établissant qu'elle est apte à élever un enfant ; que la maison où elle habite est salubre et que ni elle ni aucune des personnes appelées à y cohabiter avec l'enfant n'est atteinte de maladie transmissible.

Toute personne qui veut élever un enfant au sein est tenue aux mêmes obligations ; en outre,

le certificat d'état civil doit indiquer si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, constater, par extrait joint de l'acte de naissance, qu'il est âgé d'au moins six mois.

Art. 14. — Toute personne qui veut se placer comme nourrice chez autrui est tenue de se munir préalablement :

1° D'un certificat médical établissant qu'elle est apte à allaiter et qu'elle ne paraît atteinte d'aucune maladie transmissible ;

2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence, mentionnant son état civil et indiquant si son dernier enfant est vivant, et, dans l'affirmative, constatant, par bulletin de naissance annexé, ou qu'il a six mois, ou que la mère a obtenu l'autorisation exceptionnelle définie au paragraphe subséquent du présent article.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein chez autrui un autre nourrisson en même temps que son propre enfant si le certificat du médecin inspecteur constate expressément qu'elle peut suffire à cette double tâche.

Exceptionnellement aussi, à la suite d'une carence lactée soudaine de la mère, sera autorisé l'allaitement au sein d'un enfant par une nourrice dont l'enfant n'a pas atteint l'âge de six mois.

Art. 15 — Toute personne qui a reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde est tenue :

1° D'en faire la déclaration à la mairie de la commune de sa résidence dans un délai de trois jours à compter de l'arrivée de l'enfant et de remettre le bulletin et le certificat médical mentionnés à l'article 12 ;

2° En cas de changement de résidence, de notifier ce changement à la mairie de la commune qu'elle quitte et de faire une nouvelle déclaration à la mairie de la commune dans laquelle elle vient de se fixer ;

3° De déclarer dans le même délai le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4° En cas de décès de l'enfant, d'en faire, dans les vingt-quatre heures, la déclaration légale.

Après avoir inscrit cette déclaration au registre n° 2 mentionné à l'article 17, le maire en donne avis dans le délai de vingt-quatre heures au médecin inspecteur et à l'inspecteur départemental ; il transmet, dans le premier cas, le bulletin et le certificat médical qui lui ont été remis par la nourrice.

L'inspecteur de l'assistance publique inscrit l'enfant au registre matricule du service de protection et informe le service départemental d'hygiène.

Art. 16. — Toute personne qui s'est placée comme nourrice est tenue d'en faire, sous les trois jours, la déclaration à la mairie de la commune dans laquelle elle s'est placée, en présentant les certificats mentionnés à l'article 12 et de faire connaître les conditions dans lesquelles est placé son propre enfant.

Le maire est tenu d'inscrire sur le registre n° 1 les déclarations des parents prescrites à l'article 3 ; il en donne avis dans les vingt-quatre heures à l'inspecteur du département où est placé l'enfant de la nourrice ; cet inspecteur du département prend immédiatement les mesures nécessaires pour que soit assurée à cet enfant la protection instituée en sa faveur par l'article 1er de la présente loi.

Le maire est tenu d'inscrire sur le registre n° 2 les décisions énumérées à l'article 17 et d'en donner avis dans le délai de vingt-quatre heures au médecin inspecteur et au préfet.

Art. 17. — Il est ouvert dans chaque mairie deux registres destinés à recevoir :

L'un (registre n° 1), les déclarations des parents prévues à l'article 12 :

L'autre (registre n° 2), les déclarations des nourrices ou éleveuses prévues à l'article 14.

Ces registres sont vérifiés à la mairie par l'inspecteur ou le sous-inspecteur de l'assistance publique.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière des registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

Art. 18. — Tout enfant qui n'aurait pas été vacciné avec succès avant son placement en nourrice, en sevrage ou en garde ou avant son entrée dans le service de la protection, sera vacciné dans les trois mois.

Si un enfant tombe malade et que les parents n'aient pas pris les mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice, après avoir appelé d'urgence le médecin pour la première visite, en informe le maire, qui prononce l'admission d'urgence dans le service de l'assistance gratuite, sauf recours ultérieur contre les parents ou le bureau des nourrices.

Art. 19. — Si le médecin inspecteur, d'accord avec le médecin traitant, juge que la santé de l'enfant est compromise et que le changement de nourrice est nécessaire, il en avise d'urgence l'inspecteur départemental de l'assistance publique.

Sur le rapport de ce fonctionnaire, le préfet peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant et son placement provisoire chez une autre personne.

En cas de péril immédiat, le médecin inspecteur ou l'inspecteur départemental prend d'urgence et provisoirement les mesures nécessaires ; il en réfère ensuite au préfet, qui statue, notam-

ment en ce qui concerne le retrait du certificat de la nourrice.

Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie transmissible, l'allaitement au sein peut être supprimé par le service d'inspection médicale qui en avise immédiatement l'inspecteur départemental auquel il fait connaître les motifs de sa décision.

Celui-ci prévient les parents.

Art. 20. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, du préfet dans les autres départements, et l'approbation, s'il y a lieu, de ses règlements et tarifs.

L'inspecteur départemental d'hygiène ou, à son défaut, un membre de la commission sanitaire de la circonscription, inspectera les locaux de chaque bureau, vérifiera les registres réglementaires et constatera l'observation des conditions auxquelles l'autorisation aura été subordonnée.

Toute personne qui exerce sans autorisation l'une ou l'autre de ces professions, ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation ou aux prescriptions des réglements, est punie d'une amende de seize à cent francs (16 à 100 fr.) En cas de récidive, la peine d'emprisonnement prévue à l'article 480 du code pénal peut être prononcée.

Si, par suite de la contravention, ou par suite d'une négligence imputable à une nourrice ou gardeuse, il est résulté un dommage pour la santé d'un ou de plusieurs enfants, la peine d'emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcée.

En cas de décès d'un enfant, l'application des peines portées à l'article 319 du code pénal peut être prononcée.

Art. 21. — Un règlement d'administration publique déterminera toutes les mesures nécessaires à l'application de la présente loi et notamment :

1° L'organisation et le contrôle administratif de l'inspection médicale, les conditions dans lesquelles seront faites les visites à domicile et les consultations de nourrissons, les attributions et devoirs de toutes les personnes chargées de la protection des enfants ;

2° Les obligations imposées aux nourrices, aux tenanciers des bureaux de nourrices et à toute personne s'employant d'une façon habituelle au placement ou au transport des enfants ;

3° La forme des déclarations, registres, certificats des maires, des médecins et autres pièces exigées par les règlements.

Le préjet peut, sur la proposition du comité départemental et après avis du conseil général et du comité supérieur de protection, prescrire des dispositions en rapport avec les circonstances et les besoins locaux, en tant qu'elles ne seraient pas contraires au règlement d'administration publique.

Art. 22. — En dehors des pénalités spécifiées dans les articles précédents, toute infraction aux dispositions de la présente loi et des règlements qui s'y rattachent, notamment le refus de recevoir la visite du médecin inspecteur, du maire de la commune ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en exécution de la présente loi, est déférée au tribunal de simple police et punie d'une amende de cinq à quinze francs (5 à 15 fr.).

Dans le cas où le refus de se soumettre aux dispositions de la loi est accompagné d'injures et de violences, un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé.

Les parents qui maintiennent leur enfant chez une nourrice dûment interdite sont passibles de la même peine.

Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi le dernier paragraphe de l'article 463 du code pénal et les articles 482 et 484 du même code.

Art. 23. — En cas de non payement du salaire des nourrices ou éleveuses, une tentative amiable est faite par les soins des autorités administratives ou judiciaires auprès des parents, des personnes qui ont effectué le placement ou des bureaux de placement qui ont accompli le placement.

Si les nourrices ou éleveuses croient devoir ensuite poursuivre leurs revendications en sollicitant l'assistance judiciaire, le préfet fait connaître au procureur de la République les motifs qui paraissent militer en faveur de leur demande.

Les mois de nourrice dus par les parents ou par les bureaux de placement ou par toute autre personne font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les n[os] 3 et 4 de l'article 2101 du code civil.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Assistance Publique

Décret du 9 juin 1931 relatif à la composition du Conseil supérieur de l'Assistance publique. p. 2045

Assurances sociales

Décret du 26 mai 1931 relatif au paiement des intérêts de retard mis à la charge des employeurs par l'art. 2 de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales .... p. 1892

Avis du Conseil d'Etat sur la déduction de la contribution ouvrière du total du revenu de l'employeur .... p. 2113

Décret du 6 juillet 1931 fixant le régime d'assurances du personnel ouvrier des établissements industriels de l'Etat .... p. 2326

Circulaire relative aux prestations de l'assurance-décès prévues par la loi sur les A. S. p. 2396

Loi du 28 juillet 1931 simplifiant la perception des cotisations des assurances sociales ... p. 2535

Décret du 4 août 1931 modifiant l'art. 2 du décret du 24 mai 1930 sur les A. S ... p. 2652

Décret du 4 août 1931 modifiant l'art. 3 du décret du 27 août 1930 sur les A. S. .... p. 2652

Décret du 30 août 1930 portant attribution d'indemnités aux membres des commissions cantonales prévues par la loi du 5 avril 1928. p. 2854

Circulaire relative à l'organisation de la prévention (Assurances sociales) .... p. 2854

Décorations

Décret du 20 mai 1931 règlementant le port de la Croix du Combattant .... p. 1891

Circulaire relative à l'attribution de la médaille commérative serbe de la Grande guerre. p. 2114

Eaux minérales

Circulaire du 20 juin 1931 sur la surveillance des eaux minérales .... p. 2532

Arrêté du 3 août 1931 sur la surveillance des sources et des établissements d'eaux minérales. p. 2536

Enseignement

Arrêté du 22 mai 1931 concernant le programme d'études pour les sages-femmes désireuses d'obte=

Assurances sociales

Convention-type entre les caisses d'assurances-maternité et les syndicats de sages-femmes pour les soins nécessités par la grossesse et l'accouchement.

Entre la caisse d'assurance-maternité représentée par M..... dûment mandaté, et le syndicat des sages-femmes du département de .... représenté par Mad ..... dûment mandatée.

Il est convenu ce qui suit :

Libre choix

Art. 1er. — Pour les soins nécessités par la grossesse et l'accouchement demandés à une sage-femme, le libre choix de l'intéressée s'exerce entre toutes les sages-femmes, membres ou non du syndicat contractant qui acceptent de donner leurs soins aux assurés ès-qualité, et d'observer les clauses de la présente convention. Ladite acceptation résulte d'une notification faite à la caisse soit par le syndicat, soit par la sage-femme elle-même.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents, par telle voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'une sage-femme, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination par voie de circulaire ou affiches entre les sages-femmes qui ont adhéré à la présente convention.

La caisse ne supporte aucune participation dans les frais de déplacement supplémentaires résultat du choix fait par l'intéressée d'une sage-femme résidant hors de la commune de sa résidence, ou, à défaut, hors de la commune la plus proche.

Présentation de la carte d'immatriculation

Art. 2. — Tout bénéficiaire de l'assurance sociale qui veut faire usage de son droit à l'assurance-maternité se fait délivrer par la caisse une feuille de maternité dont le modèle est annexé à la présente convention.

Lors de chaque acte professionnel, la sage-femme porte sur la feuille de maternité les indications prescrites.

Cette feuille ne doit jamais être conservée par la sage-femme.

Dans les cas d'urgence, l'intéressée peut se présenter sans feuille de maternité à la sage-femme, pour la première visite ou consultation. La sage-femme lui délivre, alors, sur sa demande, sur un papier à en-tête ou portant son cachet, une attestation lui permettant de faire valoir ses droits au regard de la caisse.

Si l'état de l'intéressée exige les soins d'un médecin, celle-ci se fait délivrer par la caisse, qui peut exiger une attestation de la sage-femme

ou l'intervention préalable du contrôle, la feuille de soins prévue à la convention médicale.

La procédure d'urgence prévue à la convention médicale peut être appliquée.

L'intéressée règle directement les honoraires de la sage-femme.

La signature de la sage-femme dans la colonne réservée à l'acquit sur la feuille de maternité comporte de sa part quittance des sommes qui lui sont dues par l'intéressée jusqu'au jour inclus de la dernière signature.

En dehors des cas dont elle est seule juge, la caisse ne fait pas d'avances à l'intéressée ; elle lui rembourse dans les limites de son tarif de responsabilité, compte tenu de la participation prévue par l'article 4, paragraphe 5 de la loi, le prix des actes professionnels pour lesquels la sage-femme a donné acquit.

ORDONNANCES

Art. 3. — La sage-femme formule ses ordonnances sur du papier à en-tête ou portant son cachet, en inscrivant de façon très lisible au-dessus de l'en-tête ou du cachet, le numéro matricule de l'assurée ou de son conjoint précédé des lettres A. S.

Afin d'assurer le remboursement des prestations dues, la sage-femme formule pour chaque bénéficiaire sur des feuilles distinctes chacune des ordonnances relatives aux médicaments, objets de pansements ou appareils que l'intéressée aura à se procurer chez des fournisseurs différents (pharmacien, herboriste, bandagiste, etc.).

TARIFS

Art. 4. — Le tarif syndical minimum et le tarif fixant la part contributive garantie par la caisse, sous réserve des conditions prévues par l'article 33 de la loi, dans le prix de l'acte professionnel, sont établis d'après une même nomenclature et annexés à la présente convention à titre indicatif.

L'un et l'autre comportent, en particulier, l'indication précise du mode de calcul et des tarifs adoptés, d'une part par le syndicat de sages-femmes, d'autre part par la caisse, en ce qui concerne les frais de déplacement de la sage-femme.

Les parties contractantes se notifieront réciproquement, 15 jours avant leur mise en vigueur, les modifications qu'elles décideraient respectivement d'apporter au tarif qui les concerne.

Toutefois, la nomenclature ne sera modifiée, pendant la durée de la validité de la convention, que si les deux parties sont d'accord sur les modifications envisagées.

CONTRÔLE

Art. 5. — Le syndicat signataire accepte que le contrôle technique soit exercé par ..... (syndicat médical) qui a passé une convention avec la caisse. Ce contrôle s'exercera dans les conditions prévues par cette dernière convention.

DURÉE DE LA CONVENTION

Art. 6. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction, d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée au moins un mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Toutefois, la convention sera résiliée de plein droit en cas de manquement grave constaté dans les formes prévues par l'article 7, paragraphe 5 de la loi.

Fait à ....., le .....

Convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les syndicats d'herboristes

Entre la caisse d'assurance-maladie ...., représentée par M ....., dûment mandaté, et le syndicat d'herboristes .... représenté par M. ....., dûment mandaté,

Il a été convenu ce qui suit :

Art. 1er. — Les assurés peuvent s'adresser à tout herboriste diplômé ayant adhéré à la présente convention, par lettre adressée à la caisse, pour les ordonnances qu'il a capacité d'exécuter.

Art. 2. — Les ordonnances sont exécutées sur présentation de la carte d'immatriculation de l'assuré. Elles sont réglées et tarifées aux prix du tarif annexé à la convention-type pharmaceutique. Leur montant est directement payé à l'herboriste, qui établira en marge de chaque ordonnance le détail de la tarification.

Mention sera faite du numéro matricule de la carte présentée.

Art. 3. — Le syndicat signataire s'engage à exiger sur les herboristes fournisseurs de la caisse signataire, sous la direction de sa fédération, le contrôle de la bonne exécution des ordonnances, et à signaler à la caisse les défaillances qu'il pourrait constater, la caisse restant libre de prendre à l'égard des défaillants telles dispositions qu'elle jugera convenables, sans qu'il y ait, de ce fait, dénonciation de la présente convention.

Art. 4. — Ladite convention s'applique aux fournitures et opérations que l'herboriste est qualifié, en vertu de son diplôme, pour effectuer, aux termes des lois et décrets qui régissent la matière, à l'exclusion de tout produit proprement commercial.

La caisse ne remboursera les fournitures herboristiques faites par les herboristes des établissements publics d'hospitalisation que si ces fournitures ont été employées pendant la durée de l'hospitalisation.

Art. 5. — Le présent contrat est conclu pour

la durée d'une année, à compter du .... et se poursuivra par tacite reconduction, sauf dénonciation, par l'une ou l'autre partie, un mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

Toutefois, la convention sera résiliée de plein droit en cas de manquement grave, constaté dans les formes prévues par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les syndicats de pharmaciens.

Entre la caisse d'assurance-maladie.......... représentée par M. ...., dûment mandaté et le syndicat des pharmaciens de ...., représenté par M. .... dûment mandaté.

Il est convenu ce qui suit :

Art. 1er. — Les assurés choisissent librement leur pharmacien entre tous les pharmaciens ayant officine ouverte, membres du syndicat contractant, pharmaciens non syndiqués et médecins dits propharmaciens, exerçant leur profession dans les conditions prévues à l'article 27 de la loi du 21 germinal, an XI, ayant adhéré aux clauses de la présente convention. Ladite adhésion résulte d'une notification faite à la caisse, soit par le syndicat pharmaceutique, soit par le praticien lui-même.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents, par telle voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un pharmacien, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination parmi ces praticiens, par voie de circulaire ou d'affiches.

Art. 2. — Les ordonnances sont exécutées sur présentation de la carte d'immatriculation de l'assuré. Leur montant est directement payé au pharmacien, qui établira en marge de chaque ordonnance le détail de la tarification. Mention sera faite du numéro matricule de la carte présentée.

Les ordonnances sont réglées et tarifiées suivant le tarif pharmaceutique à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies (21e édition, 1930), tenu et mis à jour par ses bulletins de variations périodiques, mais avec les rabais et modifications figurant en annexe de la présente convention. Lesdits bulletins de variations seront, avant application, soumis aux commissions tripartites (art. 7, § 5) (1).

Art. 3. — Les parties signataires exerceront le contrôle dans les conditions prévues par le décret du 25 juillet 1930 portant règlement d'administration publique.

Le syndicat s'engage notamment à assurer le contrôle technique dans les conditions prévues par l'article 26 dudit décret tant sur les propres membres que sur les pharmaciens non syndiqués.

Le contrôle portera sur tous les abus prévus par l'article 67 de la loi, ainsi que sur les opérations illicites ou frauduleuses, telles que modification des ordonnances, échange, substitution ou rachat de médicaments ou de toute autre prestation pharmaceutique, qui seraient commis par un pharmacien dans le but d'attirer ou de retenir les assurés dans son officine.

De son côté, la caisse déclare avoir connaissance des statuts du syndicat et elle s'engage, sous réserve du droit d'appel ci-après, à donner effet, pour ce qui la concerne lorsqu'elles seront devenues définitives, aux sanctions prises par le syndicat, conformément auxdits statuts, à l'encontre de tout pharmacien ayant adhéré à la présente convention, dans les formes prévues à l'article 1er (1).

Le syndicat reconnaît à la caisse et à tout pharmacien intéressé, pour toutes les décisions prises par son conseil de famille régional, le droit d'appel devant le conseil de famille national, et, en dernier ressort, devant une commission arbitrale de trois membres, nommés pour un an par le conseil supérieur des assurances sociales dont deux choisis dans le sein dudit conseil, l'un parmi les représentants des caisses primaires, l'autre parmi les délégués des groupements professionnels de pharmaciens, le troisième ne pouvant être ni un représentant des caisses, ni un praticien, ni un fournisseur des caisses.

La caisse et le syndicat s'engagent à se communiquer réciproquement tous renseignements utiles au fonctionnement de leurs contrôles respectifs et le syndicat pharmaceutique s'engage à communiquer à la caisse les sanctions prises.

Les frais du contrôle technique sont à la charge du syndicat, toutefois, si la caisse requiert du contrôle technique une enquête sur

(1) Le tarif annexé à la convention-type est accepté par le comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux au nom des syndicats signataires des conventions pour toutes les caisses d'assurances sociales qui l'accepteront de leur côté.

(1) Le présent article suppose :

1° Que les statuts du syndicat de pharmaciens en ce qui concerne les juridictions et sanctions relatives aux assurances sociales, prévoieront l'intervention en première instance du conseil de famille du syndicat, l'appel devant un conseil de famille national et, en dernier ressort, devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales ;

2° Que les délais prévus pour la procédure par les statuts syndicaux seront aussi courts que possible.

un point spécial, et si le syndicat déclare cette enquête inutile, sous réserve des recours prévus par l'article 7, paragraphe 5, de la loi, cette enquête sera faite par le contrôle technique, aux frais de la caisse et conformément au tarif annexé à la présente convention.

Art. 4. — Ladite convention s'applique aux préparations, opérations et fournitures que le pharmacien est seul qualifié pour effectuer aux termes des lois, décrets et règlements, régissant la matière, ainsi qu'aux fournitures d'accessoires, pansements et analyses prévus au tarif de base.

En aucun cas, la caisse d...... ne demandera ou n'acceptera d'un autre pharmacien des rabais supérieurs à ceux résultant du tarif annexé à la présente convention.

La caisse demeure libre de contracter avec d'autres fournisseurs pour des produits commerciaux dont la délivrance n'est pas régie par les lois et décrets réglementant la profession de pharmacien.

La caisse ne remboursera les fournitures pharmaceutiques faites par les pharmaciens des établissements publics d'hospitalisation, que si ces fournitures ont été employées pendant la durée de l'hospitalisation.

Art. 5. — Le présent contrat est conclu pour une durée de une année, à dater de ...., et se poursuivra par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie 1 mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

Toutefois, la convention sera résiliée de plein droit en cas de manquement grave constaté dans les formes prévues par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Annexe de la convention caisse-syndicat de pharmaciens.

TARIF PHARMACEUTIQUE NATIONAL

Les prestations pharmaceutiques sont réglées conformément au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies, 21e édition 1930, compte tenu de ses bulletins de variations successifs et des modifications énumérées ci-après :

a) En ce qui concerne le prix des produits portés à la nomenclature, il sera appliqué dans les communes de plus de 3.000 habitants les remises suivantes :

5 p. 100 dans les communes de 3.001 à 5.000 habitants.

7,50 p. 100 dans les communes de 5.001 à 10.000 habitants.

10 p. 100 dans les communes de 10.001 à 100.000 habitants.

15 p. 100 dans les communes de plus de 100.000 habitants, ainsi que dans celles du département de la Seine et, exceptionnellement, dans les communes dont la liste est arrêtée d'un commun accord entre les syndicats départementaux et les caisses signataires.

Les eaux minérales ne supportent aucune remise.

Les spécialités sont délivrées au prix indiqué par le fabricant ;

b) La tarification des honoraires de responsabilité ne comportera pas de remise sur le tarif.

La tarification des indemnités de manipulation est modifiée ainsi qu'il suit :

Pour les préparations magistrales :

1re catégorie.

Emplâtres. — Tarif de l'A. G. sans changement.

2e catégorie.

Collutoires, élixirs composés, gargarismes, glycères, gouttes simples, gouttes composées, inhalations, injections, lavements, liniments, lotions, mélanges, mixtures, potions, sirops composés, solutions, solutions huileuses, vins composés. — Pour ces manipulations, les quatre catégories d'indemnités sont supprimées et remplacées par le tableau suivant, quel que soit le nombre des manipulations à opérer :

de 1 à 125 cc. ou gr., 1 fr. 50.
De 126 à 310 cc. ou gr., 2 fr. 50.
Au-dessus de 310 cc. ou gr., 3 fr.

3e catégorie.

Collyres aqueux. — Tarif de l'A. G., sans changement.

4e catégorie.

Collyres huileux ou pulvérulents. — Tarif de l'A. G. sans changement.

5e catégorie.

Glycéroles, électuaires, opiats, pâtes, pommades. — Pour ces manipulations, les 5 catégories d'indemnités sont supprimées et remplacées par le tableau suivant, quelles que soient la ou les manipulations ayant donné lieu à intervention :

30 grammes et au-dessus, 3 fr.
De 31 grammes à 125 grammes, 4 fr.
Au dessus de 125 grammes, 5 fr.

La mise en tube ne pourra se faire que pour les pommades oculaires ou nasales, ou chirurgicales. Elle comporte l'indemnité de 1 fr.

Pommades oculaires porphyrisées, indemnité de 1 fr.

6e catégorie.

Emulsions, loochs. — Pour ces manipulations, les indemnités sont modifiées ainsi qu'il suit :

Jusqu'à 125 centimètres cubes, 6 fr.
De 126 à 210 centimètres cubes, 7 fr. 50.
Au-dessus de 210 centimètres cubes, 9 fr.

7e catégorie.

Poudres composées.— Pour ces manipulations, les deux catégories d'indemnités sont supprimées et remplacées par le tableau suivant :

30 grammes et au-dessous, 3 fr.
De 31 à 125 grammes, 4 fr.
Au-dessus de 125 grammes, 7 fr.

8e catégorie.

Cachets et paquets de poudre simple. — Tarif de l'A. G. avec modification suivante :

25 centimes par unité jusqu'à 10.
20 centimes par unité de 10 à 30.
15 centimes par unité de 30 et au-dessus.

9e catégorie.

Bols, pilules ou granules, cachets ou paquets de poudre composée. — Tarif de l'A. G. sans changement, sauf :

Prix de l'unité de 1 à 10, 25 centimes.
Prix de l'unité de 10 à 30, 20 centimes.
Prix de l'unité de 30 et au-dessus, 15 centimes.

N. B. Les pilules argentées ou dorées ne sont pas admises. Les pastilles, comprimés, granules, ne donnent pas droit à l'indemnité de manipulation.

Les granules qui devront être préparés extemporanément, c'est-à-dire qui ne figurent pas tout préparés à la nomenclature, seront remplacés par des pilules.

10e catégorie.

Capsules gélatineuses. — Tarif de l'A. G., sans changement.

11e catégorie.

Ovules et suppositoires composés. — Tarif de l'A. G., sans changement, sauf :

Prix minimum, de 1 unité à 6, 1 fr. 50.
Prix minimum, de 6 unités et au-dessus, 1 fr.25.

12e catégorie.

Bougies uréthrales et crayons utérins. — Tarif de l'A. G., sans changement.

13e catégorie.

Contusion ou concassage, décoction, ébullition, évaporation, infusion, lixiviation, macération, porphyrisation. — Indemnités et modifications comme suit :

De 1 à 250, 1 fr. 50.
De 250 et au-dessus, 2 fr. 50.

14e catégorie.

Ampoules stérilisées. Tarif de l'A. G., sans changement.

15e catégorie.

Saccharures granulés, granulés sucrés. — Tarif de l'A. G., sans changement.

16e catégorie.

Manipulations diverses. —Tarif de l'A. G. sans changement.

17e catégorie.

Produits fraîchement préparés. — Tarif de l'A. G., sans changement.

18e catégorie.

Stérilisation. — Tarif de l'A. G., sans changement.

N. B.-a) La parfumerie (eau de Cologne, parfums, savons non médicamenteux, etc.) est exclue.

b) La verrerie, la poterie et les boîtes sont à la charge exclusive des assurés consommateurs.

Convention-type entre les caisses d'assurances sociales et l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Entre .... la caisse ...., représentée par M. ...., dûment mandaté, et l'administration générale de l'assistance publique à Paris, représentée par son directeur général, M. le docteur L. Mourier, il a été convenu ce qui suit :

Art. 1er. — L'administration générale de l'assistance publique à Paris (dénommée ci-après : l'administration), s'oblige, dans les limites de ses disponibilités, et sans prendre aucun engagement quant au nombre des lits à fournir, à recevoir les bénéficiaires de l'assurance sociale affiliés à la caisse .... (dénommée ci-après : la caisse), ayant besoin de soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, ou de soins de spécialité.

Ces bénéficiaires sont admis et répartis dans les différents hôpitaux aussi bien que dans les divers services de chaque établissement, conformément aux règlements de l'administration, auxquels il n'est en rien dérogé par la présente convention.

L'administration prévient la caisse, ou à défaut le service interdépartemental des assurances

sociales, 11, avenue de Lowendal, à Paris, de l'admission d'un assuré social.

Art. 2. — L'administration déclare que ses hôpitaux, en dehors de la maison municipale de santé, qui est exclue de la présente convention, ne comportent nulle part des catégories de salles distinctes, et qu'en conséquence les assurés sociaux seront, dans les hôpitaux, admis et traités comme les autres malades, sous condition de remboursement intégral des frais d'hospitalisation et de payement des honoraires médicaux dans les conditions ci-après précisées.

Art. 3. — Les frais d'hôpital et de médicaments et appareils fournis pendant la durée de l'hospitalisation seront décomptés forfaitairement par l'administration aux prix de journée normaux de médecine ou de chirurgie, tels qu'ils résultent du tarif de l'assistance médicale gratuite, qui est à Paris le tarif le plus bas des malades payants. Il sera toutefois fait déduction de la fraction de ces prix de journée qui correspond aux indemnités versées par l'administration à son personnel médical. De plus, l'administration fera connaître à la caisse la partie du prix de journée qui correspond forfaitairement à la délivrance des médicaments et appareils fournis pendant l'hospitalisation.

La caisse remboursera les prix de journée à l'administration dans les limites de son tarif de responsabilité, qui est le suivant :

Journée normale de médecine ....

Journée normale de chirurgie..............

Le remboursement sera fait par la caisse sur états trimestriels fournis par l'administration.

L'assuré sera tenu de payer directement à l'administration, conformément aux règlements de cette dernière, l'excédent du tarif fixé par l'alinéa 1er ci-dessus sur le tarif de responsabilité de la caisse, sauf intervention aux lieu et place de l'assuré de la collectivité du domicile de secours.

Art. 4. — Les honoraires médicaux seront décomptés forfaitairement pour les soins donnés à l'hôpital aux prix de N francs par journée de médecine et N' francs par journée de chirurgie ou service assimilé, toutes interventions comprises.

Le payement en sera fait directement par la caisse à l'administration, agissant pour le compte du corps médical hospitalier sur états trimestriels fournis par l'administration.

Art. 5. — Les soins médicaux et chirurgicaux seront donnés exclusivement par les médecins et chirurgiens du corps médical attaché à l'hôpital, avec l'assistance du personnel hospitalier de l'administration.

L'administration donnera les facilités nécessaires pour l'exercice des contrôles prévus par la loi.

Art. 6. — Les consultations et les soins externes donnés à l'hôpital seront tarifés conformément au barème annexé à la présente convention.

Le produit en sera réparti dans les conditions d'un accord à intervenir entre l'administration et le corps médical hospitalier.

Le payement en sera fait partie par la caisse dans la limite de son tarif de responsabilité qui est également annexé à la présente convention et pour le surplus dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 3.

Art. 7. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction d'année en année sauf préavis donné par lettre recommandée trois mois au moins à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Fait à ...., le ....

Convention-type entre les caisses d'assurances sociales et la commission administrative des hôpitaux publics autres que ceux de l'assistance publique de Paris

Entre la caisse ...., représentée par M..............., dûment mandaté, et la commission administrative des hôpitaux de ...., représentée par M. ....,

Il a été convenu ce qui suit :

Art. 1er. — La commission administrative des hospices de ....(dénommée ci-après : la commission), s'oblige, dans les limites de ses disponibilités et sans prendre aucun engagement quant au nombre des lits à fournir, à recevoir les bénéficiaires de l'assurance sociale affiliés à la caisse ....(dénommée ci-après : la caisse), ayant besoin de soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, ou de soins de spécialités.

Ces bénéficiaires sont admis et répartis dans les divers services de l'hôpital, conformément au règlement intérieur de l'établissement auquel il n'est en rien dérogé par la présente convention.

La commission prévient la caisse, ou, à défaut, le service départemental des assurances sociales, de l'admission d'un assuré social.

Art. 2. — Les assurés seront admis au régime commun de l'hôpital, sous condition de remboursement intégral des frais d'hospitalisation et de payement des honoraires médicaux comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-après.

Ils seront traités dans les salles communes de l'hôpital ainsi que dans les chambres annexées à ces salles communes au tarif normal le plus bas des malades payants. Ils seront soignés conformément aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement.

Art. 3. — Les frais d'hôpital et de médicaments et appareils fournis pendant la durée de l'hospitalisation seront décomptés forfaitairement par l'administration aux prix de journée normaux de médecine ou de chirurgie, au tarif le plus bas des malades payants. Il sera toutefois fait déduction de la fraction de ces prix de journée qui correspond aux indemnités versées par l'administration à son personnel médical. De plus, l'administration fera connaître à la caisse la partie du prix de journée qui correspond forfaitairement à la délivrance de médicaments et appareils fournis pendant l'hospitalisation.

La caisse remboursera les prix de journée à l'administration (1).

Art. 4. — Les soins médicaux et chirurgicaux seront donnés exclusivement par les médecins et chirurgiens du corps médical, attaché à l'hôpital, avec l'assistance du personnel hospitalier de l'administration.

Les honoraires médicaux seront décomptés forfaitairement pour les soins donnés à l'hôpital aux prix de *x* fr. par journée de médecine et *x* fr. par journée de chirurgie ou service assimilé, toutes interventions comprises.

Le payement en sera fait directement par la caisse au représentant du corps médical hospitalier, qui pourra être l'administration hospitalière, si elle est d'accord avec le corps médical.

Art. 5 (article à insérer dans la convention type, dans le cas où les commissions administratives ont aménagé des quartiers ou pavillons séparés ouverts à tous les malades payants). — Les assurés seront admis, sur leur demande, dans les quartiers ou pavillons séparés (donner ici l'énumération nécessaire), aux prix de journée fixés par le règlement intérieur. Ils y auront le libre choix du médecin, et lui règleront directement ses honoraires.

La responsabilité de la caisse, à l'égard de l'assuré, sera, sous réserve de la participation de ce dernier prévue par l'article 4, paragraphe 5, de la loi, limitée aux frais que la caisse aurait encourus par application des articles 3 et 4 ci-dessus si l'assuré avait été admis au régime commun de l'hôpital.

Art. 6. — La commission donnera les facilités nécessaires pour l'exercice des contrôles prévus par la loi.

Art. 7. — Lorsque des consultations et des soins externes sont donnés à l'hôpital, ils seront tarifés conformément au barème annexé à la présente convention.

Le produit en sera réparti dans les conditions à intervenir entre l'administration et le corps médical hospitalier.

Le payement en sera fait, partie par la caisse, dans la limite de son tarif de responsabilité, qui est également annexé à la présente convention, et, pour le surplus, par l'assuré, sauf intervention en ses lieu et place de la collectivité du domicile de secours.

Art. 8. — La présente convention est conclue pour un an, et se renouvellera, par tacite reconduction, d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée trois mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Fait à ...., le ....

(*J. O.* 8 août 1930.)

Arrêté du 13 *juin* 1930 *fixant le modèle de l'attestation comportant décharge pour les employeurs de l'accomplissement de la formalité de la déclaration des salariés assujettis à la loi sur les assurances sociales.*
(V. *Journal. Off. du* 14 *juin* 1930.)

Vu la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, modifiée par la loi du 30 avril 1930 ;

Vu les deux décrets du 24 mai 1930 pour l'application de la loi :

1° Aux femmes de ménage et aux salariés rémunérés à l'heure ou à la tâche pour effectuer des travaux d'ordre domestique ;

2° Aux salariés travaillant à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires,

Article unique. — Les attestations, prévues respectivement aux articles 2 et 3 des décrets susvisés, et comportant décharge pour les employeurs de l'accomplissement de la formalité de la déclaration, seront conformes au modèle annexé au présent arrêté.

MODÈLE D'ATTESTATION

Je soussigné (nom, prénom usuel et adresse du salarié) ....
....
....
occupé par (nom et adresse de l'employeur ou cachet commercial comportant ces indications)
....
....
....

(1) Si le tarif de responsabilité de la caisse ne couvre pas intégralement les frais d'hospitalisation, la rédaction de cet alinéa sera la suivante :

« La caisse remboursera les prix de journée à l'administration dans les limites de son tarif de responsabilité qui est le suivant :

« Journée normale de médecine...............

« Journée normale de chirurgie...............

« Le remboursement sera fait par la caisse, sur états trimestriels fournis par l'administration.

« L'assuré sera tenu de payer directement à l'administration, conformément aux règlements de cette dernière, l'excédent du tarif fixé par l'alinéa 1er ci-dessus sur le tarif de responsabilité de la caisse, sauf intervention, aux lieu et place de l'assuré, de la collectivité du domicile de secours. »

Déclare :

Rayer les mentions inutiles		
	travailler pour plusieurs employeurs.	
	ne travailler qu'occasionnellement pour	l'employeur sus-indiqué
	ne travailler que par intermittence pour	

et, en conséquence, prendre en charge la déclaration me concernant pour l'immatriculation dans les assurances sociales et en donner décharge à l'employeur sus-indiqué.

(*Date et signature du salarié*).

Arrêté du 14 juin 1930 relatif à la circulation en franchise, par la poste, des plis concernant le service des assurances sociales. (V. *Journal. Off. du* 15 *juin* 1930.)

Vu la loi du 5 avril 1930 sur les assurances sociales modifiée et complétée par la loi du 30 avril 1930, et notamment l'article 62, paragraphe 3, ainsi conçu :

« Dans tous les cas où les règlements actuels n'accordent pas déjà la franchise postale, les objets de correspondance adressés ou reçus, pour l'exécution de la loi, par les services des assurances sociales et les mairies, les commissions ou conseils prévus par la présente loi, la caisse générale de garantie, les caisses d'assurances et les fonctionnaires du ministère du travail et du ministère des finances, circuleront en franchise. La dépense en résultant fera l'objet d'un forfait dont le montant, fixé annuellement par la loi de finances, sera remboursé au budget des postes, télégraphes et téléphones par le fonds de majoration et de solidarité ».

Article premier. — Les correspondances concernant l'exécution de la loi sur les assurances sociales, adressées ou reçues par les services ou fonctionnaires visés à l'article 2 ci-après, sont admises à circuler en franchise par la poste, quel que soit le mode d'envoi, à découvert, sous bande ou sous enveloppe ouverte ou fermée.

Art. 2. — La liste des services ou fonctionnaires autorisés à expédier et à recevoir en franchise les correspondances concernant les assurances sociales est annexée au présent arrêté ; des modifications pourront y être apportées ultérieurement par le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale.

Art. 3. — Les correspondances émanant de ces services ou fonctionnaires doivent porter sur leur suscription, en caractères très apparents, la mention imprimée « Assurances sociales », complétée par la désignation imprimée ou manuscrite du service ou du fonctionnaire expéditeur.

Le dépôt de ces correspondances doit être obligatoirement effectué aux guichets des bureaux de poste, selon les règles applicables aux envois échangés en franchise pour le service de l'Etat.

Art. 4. — La franchise s'opère, à l'égard des correspondances adressées à ces mêmes services ou fonctionnaires, par la désignation, dans la suscription, du service ou du fonctionnaire destinataire. Ces correspondances doivent également porter, au recto et à la partie supérieure de la suscription, le nom et l'adresse de l'expéditeur.

Art. 5. — La date d'application du présent arrêté est fixée au 15 juin 1930.

ANNEXE

Liste des services et organismes bénéficiaires de la franchise postale prévue à l'article 62, paragraphe 3 de la loi du 5 avril 1928, modifiée, sur les assurances sociales.

I

ORGANISMES ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

Services départementaux ou interdépartementaux des assurances sociales.

Mairies, service des assurances sociales.

Caisse générale de garantie, 22, rue d'Estrées, à Paris.

Inspecteurs et contrôleurs du ministère du Travail et inspecteurs des Finances.

II

ORGANISMES D'ASSURANCES

1° Caisses primaires (une première liste a été insérée au *Journal officiel* du 1er juin 1930 ; d'autres listes suivront) ;

2° Institutions admises à fonctionner comme caisses primaires (caisses autonomes mutualistes, caisses mutualistes de retraites ouvrières, caisses patronales autorisées par décret) ;

3° Union départementale des caisses d'assurances sociales pour la réassurance (article 32 de la loi) ;

4° Sociétés de secours mutuels agricoles, ou ayant une section agricole, et sections des caisses mutuelles agricoles assimilées ;

5° Caisses d'assurances mutuelles agricoles ou de réassurance régies par la loi du 4 juillet 1900, et syndicats agricoles se chargeant des opérations de versements.

III

CONSEILS ET COMMISSIONS

1° Conseil supérieur des assurances sociales, 11, rue Lowendal, Paris ;

2° Commission cantonale, chargée de connaître en premier ressort des difficultés auxquelles peut donner lieu l'application de la loi (art. 63 de la loi) au siège de la justice de paix ;

3° Commission spéciale chargée d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés (art. 7, § 4). 11, avenue Lowendal, Paris ;

4° Commission technique chargée d'apprécier l'état des malades et le degré d'invalidité (art. 7, § 3, et art. 16, § 3 de la loi), au siège de la justice de paix ;

5° Commission départementale tripartite de l'article 7, paragraphe 5 ;

6° Commission arbitrale prévue à l'article 44, paragraphe 3 de la loi ;

7° Office central et offices régionaux de la main-d'œuvre (art. 25 de la loi).

Décret du 21 *septembre* 1931 *fixant les dispositions applicables aux assurés classés comme non agricoles qui effectuent des travaux agricoles pour la détermination du droit aux prestations de la loi du* 30 *avril* 1930.

Art. 1er. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux assurés, classés comme assurés non agricoles, qui exécutent, dans les conditions prévues à l'article 98 du décret du 25 juillet 1930 susvisé, tantôt des travaux non agricoles, tantôt des travaux exclusivement agricoles, et qui ne possèdent pas à leur compte le minimum légal de cotisations de la catégorie à laquelle ils appartiennent pour donner ou ouvrir droit aux prestations.

Toutefois, les intéressés ne peuvent bénéficier de ces dispositions qu'autant que le nombre de cotisations journalières qu'ils ont acquitté respectivement pour les travaux non agricoles et pour les travaux agricoles atteint au total le nombre minimum de cotisations journalières prévu par la loi.

Art. 2. — Le salaire de base à retenir pour le calcul des prestations afférentes aux risques de répartition, auxquelles peuvent prétendre les assurés visés à l'article 1er du présent décret, ou leurs ayants droit, est celui de la catégorie dans laquelle les classe le montant global des cotisations de répartition effectivement acquittées pendant la période au cours de laquelle ils doivent avoir satisfait aux conditions de versement prévues par la loi.

Ces assurés ne peuvent être déchus de tout droit aux prestations pour eux ou leurs ayants droit que si le montant de leurs cotisations n'atteint pas celui des cotisations minima prévu pour les assurés de la première catégorie.

Art. 3. — En vue de la détermination du droit aux prestations, il est tenu compte, en ce qui concerne les versements effectués pour les travaux agricoles, dans les conditions de l'article 98 du décret du 25 juillet 1930, des majorations auxquelles donnent droit ces versements, et calculées conformément à l'article 8 du décret du 18 juillet 1931.

Art. 4. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret. (*J. O.* 24 *septembre* 1931).

Décret du 22 *septembre* 1931 *modifiant le décret du* 25 *juillet* 1930 *portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du* 30 *avril* 1930 *sur les assurances sociales.*

Art 1er. — Les articles 3, paragraphe 2, 6, paragraphe 1er, 7, paragraphe 1er, 8, paragraphes 2 et 4, 12, paragraphe 2 et 3, 13, paragraphe 1er, 15, paragraphe 3, 21, 53, paragraphes 1er et 2, 56,58 paragraphe 1er, 61, paragraphe 1er, 179, paragraphe 1er, et 233, paragraphe 1er, du décret du 25 juillet 1930 portant règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930 susvisée sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 3, § 2. — L'assuré, qui change de lieu de travail et qui use de la faculté prévue par l'article 35 de la loi, adresse une nouvelle déclaration au service départemental ou interdépartemental. Ce dernier opère la mutation à compter de l'expiration de la période de validité du feuillet trimestriel ou de la carte annuelle de cotisations en cours à la date de réception de la déclaration.

Art. 6, § 1er. — Le service départemental ou interdépartemental notifie l'immatriculation du salarié à l'employeur et en donne avis aux caisses d'assurances sociales.

Il fait parvenir au salarié, soit sous pli recommandé, soit dans la forme administrative, sa carte d'immatriculation et sa carte de cotisations. Cette dernière carte comprend, outre une carte annuelle pour l'assurance-vieillesse, un feuillet trimestriel pour chacun des trimestres de validité de cette carte.

Art. 7, § 1er. — La catégorie dans laquelle doit être rangé l'assuré est fixée par le service départemental ou interdépartemental au vu des indications fournies par l'employeur, ou par l'assuré,

ou par l'un et l'autre, d'après le salaire journalier moyen par jour de travail ou, si le salaire est payé au mois ou à l'année, d'après le salaire annuel.

Cette catégorie est inscrite sur la carte de cotisations.

L'assuré demeure dans une même catégorie pendant toute la période de validité de sa carte.

Art. 8, § 2. — Le service départemental ou interdépartemental procède, même en l'absence de toute demande, à la radiation, avec effet du premier jour du trimestre civil suivant, des assurés qui ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 1er de la loi pour bénéficier de l'assurance obligatoire. La radiation est prononcée avec effet immédiat lorsque l'assuré, par application de l'article 49 de la loi, cesse d'être soumis au régime général des assurances sociales.

§ 4. — Les salariés radiés sont tenus de renvoyer au service départemental ou interdépartemental leur carte d'immatriculation dès la fin du trimestre civil à compter duquel ils ont été radiés et leur carte et feuillets de cotisations dans les huit premiers jours de ce trimestre. S'ils ont été radiés, en tant que bénéficiaires de l'article 49 de la loi, ils doivent renvoyer immédiatement leur carte d'immatriculation et leur carte et feuillets de cotisations.

Art. 12, § 2. — L'employeur acquitte, pour les assurés non visés à l'article 72 de la loi, la double contribution sous forme de timbres en deux parties, en apposant sur le feuillet trimestriel, le timbre afférent aux risques de répartition, et sur la carte annuelle le timbre afférent aux risques de capitalisation.

§ 3. — Toutefois, pour les salariés immatriculés dans l'assurance obligatoire, en vertu de l'article 1er, paragraphe 2, troisième alinéa, de la loi, seule la contribution ouvrière fait l'objet d'une apposition de timbres sur le feuillet trimestriel. A cet effet, l'employeur utilise des timbres « assurances sociales » ordinaires.

Art. 13, § 1er. — Lorsque les carte et feuillets de cotisations sont établis moins de trois mois avant l'expiration du trimestre civil qui comprend le mois anniversaire de naissance de l'assuré, la durée de validité du premier feuillet trimestriel est prorogée d'un trimestre, et celle de la carte annuelle d'une année.

Art. 15, § 3. — L'employeur peut, au lieu d'établir le bordereau nominatif prévu au paragraphe précédent, adresser au service départemental ou interdépartemental un bordereau collectif, accompagné de feuillets individuels, conformes au modèle arrêté par le ministre du travail et de la prévoyance sociale, pour les salariés qui motivent le versement des contributions susvisées, et comportant l'acquittement de ces contributions sous forme de timbres « assurances sociales ». Si l'employeur ne s'est pas acquitté des contributions dont le versement lui incombe au moyen de timbres apposés sur les bordereaux ou feuillets ci-dessus prévus, il doit justifier, dans les conditions qui seront déterminées par un arrêté des ministres du travail et du budget, qu'il a opéré le versement desdites contributions, soit dans le département de la Seine, à la caisse générale de garantie, soit dans les autres départements chez les préposés de la caisse des dépôts et consignations, au compte de la caisse générale de garantie.

Art. 21. — Pour l'application de l'article 5, paragraphe 1er, de la loi, le salaire de base est celui de la catégorie dans laquelle l'assuré a été classé pendant le trimestre civil qui a précédé celui du début de la maladie ou celui de l'accident. Toutefois, tant que l'assuré n'a pas été immatriculé durant un trimestre civil entier, le salaire de base est celui de la catégorie dans laquelle il a été classé pendant les trois mois qui ont précédé celui du début de la maladie ou celui de l'accident.

Art. 53, § 1er. — Les demandes de liquidation de pension de vieillesse sont adressées au service départemental ou interdépartemental avant la fin du trimestre qui comprend l'anniversaire de naissance, à compter duquel est réclamée cette liquidation, dans les formes et le délai, ainsi qu'avec les justifications qui auront été déterminées par un arrêté du ministre du travail. Il en est donné récépissé à l'assuré.

§ 2. — A compter du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge servant de base à la liquidation de la pension, l'assuré cesse, en application de l'article 3, paragraphe 1er, de la loi, d'être garanti pour les divers risques et d'être soumis à des versements, à moins qu'il ne réclame le bénéfice des dispositions de l'article 18, paragraphe 2, de la loi.

Art. 56. — L'âge servant de base à la liquidation des rentes est celui qu'atteint l'assuré à son anniversaire de naissance au cours du trimestre où il dépose sa demande.

Art. 58, § 1er. — Lorsque l'assuré n'a pas présenté sa demande de liquidation de pension avant la fin du trimestre qui comprend son soixantième anniversaire, les rentes éventuelles inscrites à son compte individuel avant soixante ans font l'objet d'un calcul d'ajournement à soixante-cinq ans ; les rentes correspondant aux versements effectués après soixante ans sont calculées en vue d'une entrée en jouissance au même âge. Si l'assuré s'abstient de demander la liquidation de sa pension avant l'âge de soixante-cinq ans, les mêmes calculs sont effectués en vue d'une entrée en jouissance à soixante-dix ans ; la même règle est suivie ultérieurement s'il y a lieu, les calculs étant chaque fois effectués en vue d'une entrée en jouissance à l'âge multiple de cinq le plus prochain.

Art. 61, § 1er. — Les arrérages des pensions

sont payés trimestriellement et à terme échu, les 1er mars, 1er juin, 1er septembre, 1er décembre de chaque année. Ils sont dus à partir du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel l'assuré a atteint l'âge servant de base à la liquidation.

Art. 179, § 1er. — En ce qui concerne les caisses de répartition, l'agrément est accordé à titre provisoire et, après deux ans de fonctionnement, à titre définitif si la caisse justifie qu'elle est en mesure de satisfaire normalement à ses engagements et de faire face à ses dépenses d'administration et de gestion.

Art. 233, § 1er. — Si le service départemental ou interdépartemental ou l'organisme auquel a été adressée la demande où la réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la commission cantonale. Toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de cette demande, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation, et éventuellement des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, sous pli recommandé, de la demande ou desdits documents.

A défaut de décision, ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties, à l'appui de leur recours devant la commission cantonale.

Art. 2. — Il est ajouté après l'article 181 du décret du 25 juillet 1930 susvisé un article 181 *bis* ainsi conçu :

Art. 181 *bis*, § 1er. — Sur le compte « Produit de la vente des timbres pour les assurances sociales », il sera attribué chaque année aux caisses primaires de répartition, dans le cours du mois de mars et du mois d'avril, par les soins du ministre du travail, deux acomptes successifs correspondant chacun à un mois de cotisations pour les risques de répartition, sur la base des cotisations attribuées à chaque caisse au cours de l'année précédente. Ces acomptes sont reversés l'année suivante par les caisses intéressées au moment où elles reçoivent les acomptes attribués pour la nouvelle année.

§ 2. — Sur le compte « Produit de la vente des timbres pour les assurances sociales », il sera attribué chaque année aux caisses primaires de capitalisation, dans le cours du mois de janvier, par les soins du ministre du travail, un acompte correspondant à deux mois de cotisations pour les risques de capitalisation, sur la base des cotisations attribuées à chaque caisse au cours de l'année précédente. Ces acomptes sont reversés, l'année suivante, par les caisses intéressées au moment où elles reçoivent l'acompte attribué, pour la nouvelle année.

Art. 3. — Les dispositions des articles 1er et 2 ci-dessus n'auront effet qu'à compter du 1er janvier 1932, sauf en ce qui concerne les modifications apportées aux articles 7, paragraphe 1er, 179 et 233, paragraphe 1er, du décret du 25 juillet 1930 susvisé.

MESURES TRANSITOIRES

Art. 4. — La période de validité des feuillets trimestriels et des cartes annuelles de cotisations arrivant à expiration à la fin du mois d'octobre et du mois de novembre 1931 est prolongée jusqu'au 31 décembre 1931.

Les cartes annuelles en cours de validité à la date du 31 décembre 1931 cesseront d'être valables après cette date. Elles seront renvoyées dans les dix jours qui suivent au service départemental ou interdépartemental par l'employeur, ou par l'assuré si c'est lui qui détient la carte. Ledit service conservera lesdites cartes jusqu'à la fin du trimestre civil dans lequel sera compris l'anniversaire de naissance des titulaires, pour les transmettre à ce moment à la caisse d'assurances intéressée en même temps que la nouvelle carte annuelle délivrée en application de la loi du 28 juillet 1931, et arrivant à expiration au même moment.

Art. 5. — Les premières cartes de cotisations valables à partir du 1er janvier 1932 comprendront, outre une carte d'assurance-vieillesse :

1° Un feuillet trimestriel d'assurance-maladie pour les assurés dont l'anniversaire de naissance sera compris dans le premier trimestre 1932 ;

2° Deux feuillets trimestriels pour les assurés dont ledit anniversaire sera compris dans le second trimestre de 1932 ;

3° Trois feuillets pour les assurés dont ledit anniversaire sera compris dans le troisième trimestre de 1932 ;

4° Quatre feuillets pour les assurés dont ledit anniversaire sera compris dans le quatrième trimestre de 1932.

Art. 6. — Sur le compte « Produit de la vente des timbres pour les assurances sociales » il sera attribuée par les soins du ministre du travail aux caisses primaires de répartition, dans le cours du mois de novembre et du mois de décembre 1931, deux acomptes successifs correspondant chacun à un mois de cotisations pour les risques de répartition sur la base de la moyenne des cotisations ventilées pendant les trois derniers mois. Ces acomptes seront imputés sur le montant des cotisations dont lesdites caisses auront été créditées pour les feuillets trimestriels devenus périmés à la date du 31 décembre 1931.

Art. 7. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française. (*J. O.* 24 septembre 1931.)

Décret du 27 août 1931 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 28 juillet 1931, simplifiant la perception des cotisations des assurances sociales en ce qui concerne les modes particuliers de libération des contributions.

Art. 1er. — Tout employeur qui occupe à titre permanent dans un même établissement au moins dix salariés bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales et qui désire s'acquitter des contributions obligatoires en en effectuant le payement, soit au moyen d'un chèque barré, soit en espèces, en informe le service des assurances sociales du département dans lequel est situé l'établissement. Ce service ouvre à l'employeur un compte d'ordre spécial dont il lui notifie le numéro.

Art. 2. — § 1er. — L'employeur adresse au service départemental ou interdépartemental des assurances sociales, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil, pour chacun de ses salariés assurés, les feuillets trimestriels d'assurance-maladie, et les cartes annuelles d'assurance-vieillesse, qui sont arrivés à expiration de validité à la fin du trimestre précédent.

§ 2. — Il joint auxdits feuillets trimestriels un bordereau récapitulatif indiquant, outre le numéro d'immatriculation des intéressés :

1° En ce qui concerne les assurés dont le salaire n'excède pas le salaire limite fixé à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi susvisée, le montant total des contributions patronales et ouvrières dues pour le trimestre précédent ;

2° En ce qui concerne les assurés dont le salaire excède ledit salaire limite, le montant des contributions ouvrières dues pour la même période.

§ 3. — L'employeur mentionne, avec son nom et son adresse, sur chaque feuillet trimestriel et sur chaque carte annuelle :

1° Le numéro d'ordre du compte spécial qui lui a été ouvert par le service des assurances sociales ;

2° Le montant des contributions afférentes soit aux risques de répartition, soit aux risques de capitalisation dues pour la période de validité du feuillet ou de la carte.

§ 4. — Un arrêté du ministre du travail et de la prévoyance sociale fixera le modèle du bordereau ci-dessus prévu, qui devra comporter un bulletin de versements détachable.

Art. 3, § 1er. — L'employeur verse, avant la fin du premier et du second mois de chaque trimestre civil, une somme égale au tiers du montant des contributions ouvrières et patronales indiquées sur le bordereau d'envoi des feuillets trimestriels, établi au début du trimestre.

§ 2. — Lorsqu'il utilise pour la première fois l'un des modes de versement prévus à l'article 1er ci-dessus, ladite somme est fixée, sur sa proposition, par le service départemental ou interdépartemental, d'après le montant des contributions dues pour un mois.

§ 3. — L'employeur, dans les dix premiers jours de chaque trimestre, acquitte le solde restant dû pour les contributions ouvrières et patronales indiquées sur le bordereau d'envoi des feuillets se rapportant au trimestre précédent.

§ 4. — Le versement des sommes et du solde susvisés est effectué au compte ouvert dans les écritures de la caisse des dépôts et consignations au titre « Ministère du travail », sous la subdivision « Cotisations en numéraire des assurances sociales ». Il est opéré dans le département où est ouvert le compte d'ordre de l'établissement, soit par chèque barré, soit en espèces. Les chèques doivent être émis à l'ordre du comptable à la caisse duquel le payement est effectué sans mention du nom personnel de ce comptable. Les versements en espèces sont reçus, dans le département de la Seine, à la caisse du caissier général de la caisse des dépôts et consignations et à celle des receveurs percepteurs agissant pour le compte du receveur central des finances. Dans les autres départements, ils sont reçus à la caisse des trésoriers-payeurs généraux, des receveurs des finances ou des percepteurs agissant pour le compte du comptable supérieur dont ils relèvent.

§ 5. — L'employeur, soit qu'il s'acquitte par chèque barré, soit qu'il s'acquitte en espèces, joint à son versement un bulletin conforme au modèle arrêté par le ministre du travail et de la prévoyance sociale. Pour le solde trimestriel, ce bulletin est détaché du bordereau d'envoi des feuillets trimestriels. Ledit bulletin est transmis au service départemental ou interdépartemental des assurances sociales par l'intermédiaire des trésoriers-payeurs généraux.

§ 6. — L'employeur mentionne sur le bordereau d'envoi des feuillets trimestriels, en ce qui concerne chacun des payements effectués pour le trimestre correspondant, la date, le numéro et le montant soit des chèques, soit des récépissés ou des quittances à souche délivrés par le comptable qui a reçu le versement.

Art. 4. — L'utilisation du mode de libération prévu par le présent décret doit toujours coïncider avec le début d'un trimestre civil.

Art. 5. § 1er. — L'employeur qui utilise le mode de libération susvisé est tenu de remettre à chaque salarié assuré, à la fin de la période de validité du feuillet ou de la carte, une attestation indiquant, dans les formes arrêtées par le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le montant des versements effectués pour ladite période.

§ 2. — L'employeur est également tenu d'effectuer, dans les conditions fixées par les articles 2 et 3 du présent décret et suivant les modalités arrêtées par le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le payement des contributions dont le versement lui incombe à l'égard des assurés qui quittent son service avant la fin de la période de validité des cartes et feuillets.

Art. 6. — Les versements effectués à la caisse des dépôts et consignations au titre du compte « Ministère du travail » prennent valeur du jour de l'opération, s'ils sont reçus par le caissier général de la caisse des dépôts et consignations ; s'ils sont reçus par un préposé de cette caisse, ils prennent valeur du jour de règlement avec le Trésor du compte courant de la caisse des dépôts et consignations qui est ouvert dans les écritures des trésoriers payeurs généraux.

Art. 7. — Le compte d'ordre ouvert aux employeurs par le service départemental, ou interdépartemental, en application de l'article 1er du décret du 11 juillet 1930, sera arrêté, dès la réception par ce service des bordereaux établis par l'employeur, conformément à l'article 3 dudit décret, pour le renvoi des feuillets et cartes dont la période de validité prendra fin le 31 décembre 1931.

L'employeur sera invité, le cas échéant, à effectuer le versement, dans les conditions fixées par le décret susvisé, des contributions restant dues d'après le compte tenu par le service. Au cas où ce compte présenterait un solde, l'employeur en serait avisé et serait autorisé à l'imputer sur le montant des versements effectués en application du présent décret.

Art. 8. — Les dispositions du présent décret auront effet à partir du 1er janvier 1932. Le décret du 11 juillet 1930 cessera d'avoir effet à partir de cette date.

Art. 9. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. (*J. O.*, 24 septembre 1931.)

Lutte antituberculeuse

Loi du 18 *avril* 1931 *accordant des congés spéciaux de longue durée aux militaires ainsi qu'aux fonctionnaires civils soumis au régime des pensions militaires qui sont atteints de tuberculose ouverte.*

Article unique. — Indépendamment des congés avec traitement prévus par les lois et règlements en vigueur, il peut être procédé à la mise en congé avec solde intégrale pendant trois ans, et demi-solde pendant deux ans, de tout officier, fonctionnaire militaire et assimilé de l'armée active dépendant des ministères de la guerre, de la marine, des colonies et de l'air, atteint de tuberculose ouverte. Ces congés sont accordés et renouvelés par période de six mois, soit sur la demande des intéressés, soit d'office.

Les dispositions de l'alinéa qui précède sont également applicables :

1° Aux sous-officiers de carrière des armées de terre et de l'air et officiers mariniers des différents corps de l'armée de mer ;

2° Aux sous-officiers maîtres ouvriers commissionnés ;

3° Aux fonctionnaires civils soumis au régime des pensions militaires ;

4° Aux militaires (sous-officiers et hommes de troupe) et aux marins liés au service par un contrat portant au minimum à quatre ans la durée totale de leurs services militaires ; en ce cas, le congé de longue durée prendra fin au plus tard à l'expiration du contrat liant lesdits militaires au service.

Les militaires non officiers reçoivent, au cours de ces congés, en plus de la solde ou de la demi-solde, une indemnité ou une demi-indemnité correspondant à l'ensemble des prestations en nature qui leur sont allouées pendant leur présence sous les drapeaux. Les hommes de troupe seront, au point de vue solde et indemnités, traités comme les sergents.

Les bénéficiaires de ces congés ne feront aucun service ; ils devront, sous peine de voir leurs solde et indemnités suspendues, s'abstenir de tout travail rémunéré et se soumettre, sous le contrôle de l'administration intéressée, au régime médical que comporte leur état.

A partir du jour où l'intéressé aura bénéficié de ces congés, il ne pourra reprendre ses fonctions que s'il y est reconnu apte.

A dater de la promulgation de la présente loi, tout candidat aux différents états et emplois énumérés plus haut sera examiné par un médecin désigné par l'administration intéressée ; son admission ne pourra être prononcée que s'il est reconnu indemne de toute affection tuberculeuse.

Des décrets contresignés par le ministre des finances détermineront les mesures d'exécution du présent article.

(*J O.*, 24 avril 1931).

Hygiène coloniale

Approbation et publication de la convention pour l'application de certaines mesures sanitaires à l'Afrique équatoriale française et au Congo belge, signée à Paris, le 29 juillet 1931, entre la France et la Belgique.

Décret du 30 août 1931

Art. 1er. — Une convention pour l'application de certaines mesures sanitaires à l'Afrique équatoriale française et au Congo belge ayant été signée à Paris, le 29 juillet 1931, entre la France et la Belgique, ladite convention, dont la teneur suit, est approuvée et sera insérée au *Journal officiel* :

Convention pour l'application de certaines mesures sanitaires à l'Afrique équatoriale française et au Congo belge.

Le Gouvernement de la République française et le gouvernement de S. M. le roi des Belges, désireux de prémunir leurs colonies de l'Afrique équatoriale française et du Congo belge contre les maladies épidémiques et contagieuses ;

Tenant compte et restant dans le cadre des dispositions de la convention sanitaire internationale signée à Paris le 21 juin 1926 et spécialement de son article 9,

Ont décidé de conclure une convention spéciale et ont désigné comme plénipotentiaires à cet effet :..................................

Le Président de la République française :

M. Aristide Briand, député, ministre des affaires étrangères ;

S. M. le roi des Belges :

S. Exc. M. le baron de Gaiffier d'Hestroy, son ambassadeur extraordinaire en France,

lesquels, après avoir échangé leurs pleins pouvoirs qui ont été trouvés en bonne et due forme, sont convenus des dispositions suivantes :

Art. 1er. — Les maladies transmissibles auxquelles s'appliquent cette convention sont les suivantes :

Peste.
Choléra.
Fièvre jaune.
Typhus exanthématique.
Variole (major ou minor).
Fièvre récurrente européenne.
Trypanosomiase.

Art. 2. — Les termes de cette convention sont applicables temporairement à toute autre maladie transmissible, ayant revêtu, de l'avis des deux gouvernements, une forme épidémique grave sur les territoires voisins de la frontière.

Art. 3. — Les administrations des deux colonies peuvent, d'un commun accord, modifier, par suppression ou addition, la liste des maladies inscrites à l'article 1er.

Art. 4. — Les gouvernements de l'Afrique équatoriale française et du Congo belge échangeront entre eux, par l'intermédiaire de leurs services médicaux, des informations mensuelles au sujet de la manifestation et du développement, sur leurs territoires respectifs limitrophes, de toutes les maladies prévues à l'article 1er. Ces informations mentionneront, autant que possible, le nombre des cas, l'extension du fléau et sa tendance à augmenter ou à diminue d'intensité.

Les informations concernant les maladies énumérées à l'article 1er ou celles ayant pris le caractère dangereux visé à l'article 2, seront communiquées immédiatement par les voies les plus rapides.

Art. 5. — Indépendamment des informations indiquées dans l'article précédent, le gouvernement du pays infecté fera la notification de contamination prévue au titre 1er, chapitre 1er, section 1, article 1er, de la convention sanitaire internationale de Paris de 1926.

Art. 6. — Les deux gouvernements pourront réunir, tantôt en territoire français, tantôt en territoire belge, des conférences d'hygiénistes en vue d'améliorer le système de défense des deux colonies et de mettre les médecins à même de collaborer plus étroitement dans ce but.

Dans l'intervalle des sessions, les médecins des régions de la frontière s'adresseront toutes communications utiles et, le cas échéant, se rencontreront toutes les fois que des échanges de vues leur paraîtront nécessaires.

Art. 7. — Les deux gouvernements s'efforceront de maintenir une chaîne de postes médicaux sur leurs territoires limitrophes et exerceront, dans la mesure du possible, un contrôle effectif des maladies énumérées à l'article 1er, sévissant parmi les naturels de ces régions.

Art. 8. — Autant que les circonstances le permettront, les indigènes qui passeront de l'Afrique équatoriale française au Congo belge ou réciproquement seront munis d'un passeport ou d'un permis mentionnant qu'ils ne sont atteints d'aucune des maladies mentionnées à l'article 1er, ou s'ils sont atteints de maladie du sommeil,

qu'ils ne présentent pas de trypanosomes dans leur sang périphérique.

Ce certificat sera établi par l'autorité sanitaire de la dernière résidence du bénéficiaire dans le pays d'origine et sera visé dans les pays de destination à l'entrée et au départ de l'émigrant. Il devra être visé par l'autorité sanitaire du pays d'origine à tout nouveau départ du bénéficiaire, à moins que le nouveau voyage ne s'accomplisse dans les trois mois qui suivront le jour du visa antérieur.

Art. 9. — Le passage de l'une à l'autre colonie sera interdit :

a) A toute personne atteinte de l'une des six premières maladies mentionnées à l'article 1er ou d'une de celles rentrant dans les conditions prévues à l'article 2 ;

b) Aux malades atteints de lèpre tuberculeuse ou mixte, de tuberculose pulmonaire manifeste ou de pian et aux trypanosomés non traités ou chez qui l'examen a décelé la présence de parasites dans le sang périphérique ;

c) A tous les individus provenant d'une zone officiellement dénoncée comme étant contaminée de l'une des maladies énumérées à l'article 1er, — la trypanosomiase exceptée, — ou rentrant dans les conditions déterminées à l'article 2, à moins que l'autorité sanitaire du pays de destination juge suffisant de les soumettre à un régime de quarantaine.

Art. 10. — Lorsque des indigènes d'une des parties contractantes auront été trouvés sur le territoire de l'autre partie, infectés d'une des maladies contagieuses visées aux articles 1, 2 et 9, les autorités médicales qui auront diagnostiqué ces maladies s'efforceront, s'ils le jugent raisonnable et sans risque pour la vie des patients, de les remettre à un représentant des autorités médicales de l'autre pays.

En cas d'impossibilité, les autorités médicales du premier pays transmettront à celles du second tous les renseignements qu'elles pourront recueillir au sujet de l'identité et de la résidence des malades.

Art. 11. — Les deux gouvernements chargeront leurs services médicaux d'apporter tous leurs soins dans la région frontière des deux territoires ;

a) A la vaccination antivariolique ;

b) Au traitement prophylactique et curatif de la maladie du sommeil ;

c) Aux mesures d'assainissement destinées à combattre dans la mesure du possible les glossines et les autres insectes dangereux ;

d) Au recensement et au traitement des lépreux ;

e) A toutes autres mesures de nature à éviter l'infection du territoire indemne.

Les deux administrations s'entendront pour coordonner, dans leurs régions limitrophes, leurs efforts contre les maladies transmissibles et spécialement contre la maladie du sommeil. A cet effet, il est recommandé aux services spéciaux de se communiquer en temps voulu l'itinéraire des tournées des médecins dans les zones frontières, de façon à les faire coïncider autant que possible.

Art. 12. — Les administrations des deux colonies se transmettront, au mois de mai de chaque année, les cartes et le tableau suivants relatifs aux régions de leur frontière commune :

a) Une carte de répartition de la maladie du sommeil avec l'indication de la fréquence dans les diverses zones ;

b) Une carte indiquant les zones infestées de mouches tsé-tsé et leur degré d'infestation ;

c) Un tableau statistique indiquant par zone le nombre approximatif des trypanosomés et leur proportion par rapport aux populations.

Art. 13. — Les présentes dispositions ne portent pas atteinte aux prescriptions des conventions sanitaires internationales déjà existantes.

Art. 14. — Toutes les contestations entre parties, dérivées de l'interprétation de cette convention, seront résolues par voie d'arbitrage.

(*J. O.* 4 septembre 1931.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Hygiène Coloniale

Décret du 30 septembre 1931 portant création d'un personnel d'agents techniques d'hygiène et de médecine coloniale dans les colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion. p. 3252

Service de Santé militaire

Circulaire relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires des troupes métropolitaines exclusivement .... p. 2923

Soins aux Pensionnés de guerre

Décret du 30 août 1931 autorisant l'emploi de médecins vacateurs par la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits .... p. 2922

Accidents du Travail

Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail

Arrêté ministériel du 26 octobre 1931.

TITRE I^er^

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET TARIFICATIONS DES ACTES FONDAMENTAUX

Article 1^er^.

Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 15 fr.

Ce prix comprend les différents procédés d'examens courants : toucher rectal ou vaginal, examen au spéculum, et les petits actes techniques tels que pansements, massages, injections hypodermiques, pointes de feu, ventouses.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et électroradiologie, ce prix est de 20 fr.

Article 2.

Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (1), 3 fr. par visite, quelle que soit la distance ;

2° Dans les autres villes et les campagnes, 1 fr. 75 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

a) Départements où le tarif médical minimum est fixé à 1 fr. 50 (1) 1 50

b) Régions de montagne (2) 2 50

c) Déplacements où par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige) le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied .... 5 »

Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité horo-kilométrique : les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme 1 kilomètre.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à 1 kilomètre, l'indemnité horo-kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horo-kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché.

L'indemnité horo-kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

Article 3.

Le prix de la visite est augmenté de 50 p. 100 ;

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés.

Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100

Article 4.

Le prix de la visite ou de la consultation est triplé lorsque dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt et une heures et six heures.

(1) (2) Voir annexe.

Article 5.

Lorsque dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horo-kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

Article 6.

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite de plus, dans la limite d'un maximum de cinq visites.

Article 7.

Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste, ou après la première des interventions susvisées (1).

Article 8.

Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

Article 9.

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série de plus de cinq interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors, en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

Article 10.

Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire, et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

Article 11.

Pour les interventions chirurgicales la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 100 fr. plus l'indemnité horo-kilométrique de déplacement s'il y a lieu.

Au cas où la présence d'un second aide serait nécessaire, l'opérateur devra produire une justification technique.

Article 12.

L'anesthésie locale est comprise dans tous les prix du présent tarif.

Pour les opérations comportant l'anesthésie générale ou régionale le médecin anesthésiste reçoit les honoraires fixés à l'article 11 ci-dessus (1).

Article 13.

Les opérations de petite , de grande chirurgie et de spécialités sont tarifées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation.

Article 14.

Dans le cas de blessure ou d'interventions multiples, hors le cas de pansements sur un même membre (2), chaque intervention est tarifée à part. Exemple :

Une fracture de bras et une fracture de jambe.
Un pansement et une injection de sérum.

Article 15.

Les interventions qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

(1) Il n'y a anesthésie régionale que dans le cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région ou au niveau du rachis. L'anesthésie pratiquée à la racine d'un doigt (anesthésie en bague) ne saurait être considérée comme régionale. L'anesthésie, quel que soit son mode ne comporte d'honoraires que si elle est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

(2) Chaque membre comprend trois segments : bras, avant-bras, mains ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

TITRE II

Petite chirurgie et chirurgie élémentaire des plaies et traumatismes

Article 16.

Pansements.

Pansements multiples sur des membles différents (1) : chacun	15 »
Pansements multiples sur le même membre (1)	25 »
Pansements de brûlures (2) :	
Petite brûlure (un ou deux doigts ou orteils ou surface comparable)	15 »
Moyenne brûlure (main, pied ou surface comparable)	20 »
Brûlure comprenant deux segments de membre, ou un segment de membre, avec partie adjacente du tronc ou surface équivalente	30 »
Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main)	35 »
Grande brûlure :	
a) Comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable	50 »
b) Brûlure de la majeure partie de la face ou du tronc	50 »
c) Deux membres	75 »
Vaste brûlure (3)	100 »

Injections sous-cutanées.

De sérum physiologique	30 »
De sérum antitétanique :	
En une seule fois	20 »
En plusieurs fois	25 »

Injections intraveineuses.

De sérum ou de médicaments :	
Isolées	40 »
En série	30 »

(1) Chaque membre comprend trois segments : bras, avant-bras, mains ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(2) Le pansement de brûlures étant une intervention à tarif spécial, avis préalable doit être donné au patron ou à son assureur substitué de toute série à prévoir de plus de cinq pansements de brûlure, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ci-dessus.

(3) Au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, la plaie diminuant d'étendue, il va de soi que les catégories de pansements suivent la même diminution. On doit entendre par vaste brûlure toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Toute plaie survenant après la cicatrisation d'une ancienne brûlure ne peut plus être considérée comme une brûlure et son pansement est tarifé comme pansement simple.

Pratiques hématiques.

Prise de sang pour analyses .... 25 »
Saignée .... 50 »
Transfusion du sang :
De moins de 100 centimètres cubes 100 »
Massive .... 500 »
(non compris l'indemnité au donneur).

Ponctions.

Ponction exploratrice .... 25 »
Ponction lombaire .... 60 »
Ponction de la plèvre avec évacuation .... 100 »
Ponction du genou (au trocart ou au bistouri) .... 60 »
Ponction d'ascite .... 60 »
Ponction de la vessie .... 100 »
Ponction de la vaginale .... 60 »
Ponction de la vaginale avec injection modificatrice .... 100 »

Pneumothorax.

(Sous contrôle de la radioscopie et y compris ce contrôle) :
Le premier .... 200 »
Les suivants .... 100 »

Petites interventions courantes.

Cathétérisme évacuateur de la vessie. 30 »
Lavage de la vessie :
Le premier .... 10 »
Les suivants .... 30 »
Taxis .... 50 »
Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales .... 30 »
Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus) .... 50 »

Article 17.

Suture simple de la peau.......... 25 »
Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied .... 50 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde, mais n'intéressant ni les tendons, ni les troncs nerveux.... 100 »

(1) **Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (art. 12 du tarif) et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.**

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec suture des tendons extenseurs ou lésions ostéoarticulaires ...... 150 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec suture des tendons fléchisseurs .... 250 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses ou nerveuses, ou d'une plaie profonde et étendue des parois thoracoabdominales, avec ou sans lésion osseuse concomitante, et nécessitant les mêmes interventions. 500 »
Extraction de corps étrangers superficiels, visibles ou palpables... 20 »
Extraction de corps étrangers des doigts ou orteils .... 50 »
Extraction de corps étrangers profonds .... 200 »
Ces extractions sont considérées comme opérations isolées et ne peuvent pas être cumulées avec le traitement des plaies.
Amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil :
Partielle .... 100 »
Totale .... 250 »
(avec ou sans la tête du métacarpien ou du métatarsien.)
Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts ou orteils .... 300 »
Incision d'un abcès ou d'un panaris superficiel .... 30 »
Incision d'un panaris de la gaine ou d'un abcès sous-aponévrotique... 50 »
Incision d'abcès profonds non viscéraux ou évacuation d'un gros hématome .... 100 »
Débridement d'un phlegmon diffus.. 250 »
Débridement du phlegmon de la main (phlegmon des gaines)...... 500 »

Article 18.

Fractures fermées.

Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, attelle, extension continue :
Doigts et métacarpiens ; orteils et métatarsiens (ensemble ou séparément) ; clavicule ; maxillaire inférieur sans appareillage ; côte ; sternum ; omoplate ; rotule ; péroné .... 50 »
Avant-bras, bras, jambe ou rachis.. 100 »
Cuisse .... 300 »

Réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté :

Membre supérieur :

Un seul os de l'avant-bras	60	»
Extrémité inférieure du radius...	100	»
Deux os de l'avant-bras	200	»
Humérus	250	»

Membre inférieur :

Fracture de jambe ou fracture de Dupuytren	250	»
Fracture de cuisse (appareil type coxalgie)	300	»
Rachis (corset plâtré)	300	»
Réfection pendant le traitement du plâtre ordinaire	150	»
Réfection, pendant le traitement, du plâtre type coxalgie ou corset	200	»

Article 19.

Luxations.

Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante :

Doigt ou orteil	50	»
Maxillaire inférieur	100	»
Epaule	150	»
Pouce, coude, genou	200	»
Hanche, colonne vertébrale	300	»

TITRE III

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Article 20.

Chirurgie des tissus.

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :

Suture secondaire de vastes plaies superficielles après avivement..	250	»
Régularisation de cicatrices vicieuses importantes	250	»
Greffes épidermiques	250	»
Autoplasties à lambeaux........	500	»

B. — Chirurgie du système lymphatique :

Incision des adéno-phlegmons profonds nécessitant l'anesthésie générale	250	»

C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales :

Débridement des phlegmons des gaines	500	»
Intervention sur les muscles (rupture sous-cutanée, hernie)	500	»
Intervention sur les tendons (suture après cicatrisation de la plaie, anastomose et greffe)	500	»
Ablation d'hygroma	250	»

D. — Chirurgie des vaisseaux :

Ligatures faites isolément comme opérations spéciales :

Des artères des membres	500	»
De carotide, sous-clavière, hypogastrique	1.000	
Cure des anévrismes (sauf par ligature simple, V. ci-desus).....	1.000	»
Résection veineuse	500	»
Suture et anastomose vasculaire..	1.000	»

E. — Chirurgie des nerfs :

Suture nerveuse primitive, y compris le traitement de la plaie....	500	»
Suture nerveuse secondaire faite isolément, libération d'un nerf comprimé, sympathectomie ...	1.000	»

F. — Chirurgie des os :

Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction par gouttière ou appareil à extension, nécessitant l'anesthésie générale ou régionale.......	500	»
Avec réduction par appareil plâtré	750	»
Avec ostéosynthèse (appareil compris)	1.000	»
Curetage et évidement (avec anesthésie générale ou régionale) ...	500	»
Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention)	1.000	»
Grandes résections (y compris les appareils de contention)	1.500	»
Greffes osseuses (y compris les appareils de contention)	1.500	»

G. — Chirurgie articulaire :

Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation, épluchage, suture) :

Les petites articulations.....	250	»
Les grandes articulations....	500	»
Arthrotomies de drainage des grandes articulations	500	»
Arthrotomies avec interventions aseptiques intra-articulaires ...	1.000	»

Résections et arthrodèses :

Petites articulations (doigts et orteils)	500	»
Les autres articulations	1.500	»
Arthroplasties	2.000	»

Article 21.

Chirurgie des régions.

A. — Membres : amputations et désarticulations :

Traitement des pieds bots acquis :

Par ténotomie et plâtre	500	»
Par résection osseuse	1.000	»

Résection ou énucléation des os du carpe .... 1.000 »
Astragalectomie .... 1.500 »
Amputation totale et désarticulation des doigts et orteils .... 250 »
Désarticulation ou résection d'un ou plusieurs métacarpiens ou métatarsiens avec ou sans leur doigt .... 500 »
Amputations ou désarticulations du poignet à l'épaule incluse ... 1.000 »
Amputations ou désarticulations du tarse à la hanche incluse.... 1.000 »
Désarticulation inter-scapulo thoracique de la hanche .... 1.500 »
Désarticulation inter-illio-abdominale .... 2.000 »
Réfection des moignons :
Doigts et orteils .... 150 »
Autres moignons .... 500 »

B. — Tête :

Régularisation, esquillectomie et suture d'une fracture ouverte de la voûte intéressant la table interne .... 500 »
Avec intervention intra-cranienne, telle qu'ablation de corps étranger .... 1.000 »
Trépanations exécutées sans plaies préalables (par exemple embarrure) .... 1.000 »
Avec intervention intra-cranienne .... 1.500 »
Résection des maxillaires........ 1.500 »

C. — Cou :

Traitement opératoire des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères.. 1.000 »
Laryngectomie .... 1.500 »
Œsophagotomie externe .... 1.000 »
Trachéotomie .... 500 »

D. — Thorax :

Traitement opératoire des plaies de poitrine :
Avec fractures ouvertures de côtes .... 500 »
Avec lésions viscérales du poumon .... 1.500 »
Avec plaies du cœur .... 2.000 »
Avec lésions du médiastin, œsophage compris .... 2.000 »
Pleurotomie simple .... 250 »
Pleurotomie avec résection costale, péricardotomie .... 500 »
Thorascoplastie .... 1.500 »
Phrénicectomie .... 500 »

E. — Rachis :

Intervention sanglante pour luxation ou fracture de la colonne vertébrale .... 1.500 »
Laminectomie avec intervention sur la moelle .... 2.000 »

F. — Paroi abdominale, hernies :

Laparotomie seule (exploratrice ou évacuatrice) .... 500 »
Incision des phlegmons de la paroi. 250 »
Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non .... 1.000 »
Avec résection intestinale .... 1.500 »
Hernie double (1/3 en plus).

Article 22.

Chirurgie des viscères abdomino-pelviens.

A. — Appareil digestif :

Traitement des plaies et contusions de l'abdomen par laparotomie seule .. 500 »
Avec intervention sur les viscères :
Ne comportant que des sutures. 1.000 »
Comportant des résections..... 1.500 »
Traitement des plaies de la région anale :
Avec lésions de l'anus .... 500 »
Avec lésions du rectum .... 1.000 »

B. — Appareil urinaire. (Voir infra-urologie, art. 23.)

C. — Appareil génital mâle. (Voir infra-urologie, art. 23.)

D. — Appareil génital femelle :

Accouchement d'origine traumatique sans complication .... 500 »
Avortement thérapeutique .... 500 »
Fausse-couche non compliquée ... 250 »
Traitement de la rétention placentaire (curetage) .... 250 »
Accouchement provoqué .... 1.000 »
Césarienne abdominale .... 1.500 »
Périnéorraphie immédiate mais étendue (1) .... 250 »
Périnéorrhaphie après cicatrisation 500 »

TITRE IV

Spécialités

Article 23.

Urologie.

Cathétérisme de l'urèthre pour traumatisme .... 50 »
Dilatation simple (bougie ou béniqué), par séance .... 40 »
Dilatation électrolytique .... 60 »

(1) Les déchirures superficielles du périnée ne comportant que quelques points de suture sont comprises dans le prix de l'accouchement.

Acte	Prix
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance	100 »
Lavage vésical	40 »
Lavage urétro-vésical	40 »
Instillations, par séance	40 »
Urétroscopie	100 »
Cystoscopie	200 »
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	400 »
Urétrotomie interne	500 »
Urétrotomie externe	1.000 »
Castration	500 »
Double (un tiers en plus).	
Amputation de la verge	1.000 »
Ponction de la vessie	100 »
Méatotomie simple	100 »
Lavage et instillation du bassinet	400 »
Circoncision	250 »
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	500 »
Urétrotomie externe avec taille hypogastrique	1.500 »
Cure radicale des épanchements traumatiques de la vaginale	500 »
Ouverture d'abcès périnéaux	250 »
Infiltration d'urine (traitement par débridements)	1.000 »
Incision des abcès de la prostate	500 »
Cystostomie ou cystotomie	500 »
Débridement du phlegmon périnéphrétique	500 »
Néphropexie	1.000 »
Néphrectomie	1.500 »
Néphrotomie ou urétérotomie	1.000 »
Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles	500 »
Réfection de l'urèthre avec taille hypogastrique	1.500 »
Traitement des fistules vésico-vaginales par avivement et suture	500 »
Par procédé complexe	1.500 »

Article 24.

Oto-rhino-laryngologie.

Acte	Prix
Prix de la consultation qui comprend le cathétérisme de la trompe, le badigeonnage rétro-pharyngien, les cautérisations et pointes de feu (sauf sur le larynx), massage, air chaud, instillation intra-pharyngée	20 »
Naso-pharynx et pharynx :	
Ablation de la luette	100 »
Suture du voile du palais	300 »
Réparation d'une lésion traumatique du palais osseux	500 »
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	150 »
Nez et sinus :	
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »
Corps étrangers des fosses nasales :	
Sans intervention sanglante	50 »
Avec intervention sanglante	200 »
Cornétomie	200 »
Résection d'une crête de la cloison	200 »
Incision d'un hématome suppuré traumatique de la cloison	200 »
Résection sous-muqueuse de la cloison	500 »
Réduction d'une fracture récente du nez	150 »
Réduction d'une fracture du nez vicieusement coaptée	1.000 »
Réfection de la pyramide nasale partiellement détruite	1.000 »
Réfection de l'auvent nasal	2.000 »
Ponction du sinus maxillaire	50 »
Trépanation du sinus :	
Maxillaire, Frontal	1.000 »
Sphénoïdal, Fronto-ethmoïdal	1.500 »
Oreille :	
Extraction de corps étranger simple	50 »
Extraction de corps étranger nécessitant une opération sanglante avec décollement du pavillon	300 »
Abcès profond du conduit auditif externe	50 »
Paracentèse du tympan	100 »
Ablation des osselets par voie naturelle	500 »
Trépanation de la mastoïde	1.000 »
Evidement pétro-mastoïdien	1.500 »
Examen de l'audition (rapport compris)	50 »
Examen labyrinthique (rapport compris)	100 »
Larynx, œsophage, trachée, bronches, galvano-cautérisation du larynx :	
La première séance	100 »
Les suivantes	50 »
Tubage du larynx :	
La première séance	250 »
Les suivantes	150 »
Trachéotomie	500 »
Laryngotomie	1.000 »
Laryngectomie	2.000 »
Œsophagoscopie	200 »
Extraction des corps étrangers de l'œsophage :	
Par œsophagoscopie	500 »
Par œsophagotomie externe	1.000 »
Extraction des corps étrangers du larynx et des bronches :	

Par bronchoscopie supérieure ..... 500 »
Par bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise) .... 1.000 »
Dilatation des sténoses laryngées ou œsophagiennes :
La séance .... 50 »

Article 25.

Ophtalmologie.

Prix de la consultation qui comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages et les instillations de collyre .... 20 »

A. — Opérations à 30 fr., telles que :
Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales .... 30 »
Injection sous-conjonctivale ..... 30 »
Extraction d'un corps étranger fixé sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale .... 30 »
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale .... 30 »
Suture de plaie simple (un ou deux points) .... 30 »
Chauffage par l'air chaud, pulvérisation .... 30 »
Diathermie .... 30 »

B. — Opérations à 50 fr., telles que :
Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale .... 50 »
Saignée de la région péri-orbitaire. (ventouse de Heurteloup) ..... 50 »
Ouverture du sac lacrymal ...... 50 »
Scarification conjonctivale ...... 50 »
Séance d'électrisation .... 50 »

C. — Opérations à 150 fr., telles que :
Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris) .... 150 »
Extraction d'un corps étranger de la sclérotique .... 150 »
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire ... 150 »
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances .... 150 »
Péritomie .... 150 »
Péri-cautérisation en une ou plusieurs séances .... 150 »
Paracentèse, kératotomie .... 150 »
Ponction du globe .... 150 »
Tatouage de la cornée .... 150 »
Ectropion ou entropion partiel... 150 »
Opération de la glande lacrymale accessoire .... 150 »

D. — Opérations à 300 fr., telles que :
Hernie de l'iris .... 300 »
Electrolyse lacrymale ou ciliaire en une ou plusieurs séances .... 300 »
Suture de plaies étendues ou compliquées (paupière et globe) .... 300 »
Recouvrement conjonctival ou occlusion chirurgicale des paupières .... 300 »
Ptérygion .... 300 »
Opération sur le sac ou la glande lacrymale .... 300 »
Phlegmon de l'orbite .... 300 »
Brossage, expression ou cautérisation de granulations susceptibles de compliquer un traumatisme atteignant la cornée ou les milieux intra-oculaires, en une ou plusieurs séances .... 300 »

E. — Opérations à 500 fr., telles que :
Libération des cicatrices palpébrales, en une ou plusieurs séances. 500 »
Iridectomie .... 500 »

F. — Opérations à 800 fr., telles que :
Cataracte .... 800 »
Cataracte secondaire, capsulectomie .... 800 »
Corps étranger intra-oculaire .... 800 »
Enucléation, éviscération........ 800 »
Exentération du globe .... 800 »
Ectropion ou entropion total..... 800 »
Ptosis .... 800 »
Opération sur les muscles de l'œil. 800 »
Opération plastique des paupières. 800 »

G. — Opérations à 1.200 fr., telles que :
Opération antiglaucomateuse (Elliott-Lagrange) .... 1.200 »
Résection des nerfs de l'orbite ... 1.200 »
Amputation du segment antérieur ou opération plastique du globe en vue de la prothèse .... 1.200 »
Opération intra-orbitaire........ 1.200 »
Réfection complète des paupières. 1.200 »
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival, en une ou plusieurs séances .... 1.200 »
Dacryocystorhinostomie .... 1.200 »

Article 26.

Stomatologie.

Extraction d'une dent sous anesthésie locale .... 30 »
Pansement pulpaire ou radiculaire :
Le premier .... 30 »
Les suivants .... 20 »
Obturation simple (ciment ou amalgame d'argent) .... 30 »
Incision d'un abcès sous-muqueux d'origine dentaire .... 30 »

Esquillectomie alvéolaire .... 40 »
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie secondaire post-opératoire .... 40 »
Tamponnement pour hémorragie incoercible, par exemple chez hémophile (1) .... 100 »
Extraction d'un racine de dent fracturée traumatiquement .... 75 »
Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire ... 75 »
Extraction d'une dent au cours de complications aiguës nécessitant une anesthésie régionale .... 100 »
Incision d'un abcès du plancher buccal .... 50 »
Trépanation et lavage du sinus maxillaire par la voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë .... 200 »
Réduction et contention d'une fracture des maxillaires n'intéressant que la région alvéolaire, par attelle métallique ligaturée .... 200 »
Réduction et contention d'une fracture complète des maxillaires supérieurs, ou du maxillaire inférieur, par attelles métalliques ligaturées (ficelage, bloquage intermaxillaires, etc.) (2) .... 400 »

Article 27.

Radiologie et électro-radiologie.

Consultation écrite d'un électro-radiologiste (3) .... 20 »

1° Radiographie osseuse.

Doigt, orteil, (face et profil) .... 50 »
Main, poignet, pied (face ou profil).. 75 »
Main, poignet, pied (face et profil).. 95 »
Avant-bras (face ou profil) .... 75 »
Avant-bras (face et profil) .... 110 »
Coude, diaphyse humérale (face ou profil) .... 95 »
Coude, diaphyse humérale (face et profil) .... 140 »
Epaule (de face) .... 140 »
Epaule (de profil) .... 225 »
Epaule (de face et de profil) .... 325 »
Crâne (de face ou de profil) .... 185 »
Crâne (de face et de profil) .... 280 »
Crâne (en projection verticale)........ 280 »
Orbite (de face et de profil) .... 200 »
Dents, méthode intra-buccale, une plaque .... 75 »
Dents, chaque plaque supplémentaire .... 40 »
Maxillaire inférieur .... 150 »
Hémithorax (côte ou omoplate).... 185 »
Thorax (de face ou de profil) .... 225 »
Pied, cou-de-pied, jambe (face ou profil) .... 95 »
Pied, cou-de-pied, jambe (face et profil) .... 110 »
Pied (face et profil, avec projection verticale du calcanéum) .... 150 »
Genou, diaphyse fémorale (face ou profil) .... 110 »
Genou, diaphyse fémorale (face et profil) .... 170 »
Hanche (de face) .... 170 »
Hanche (de profil) .... 225 »
Hanche (de face et de profil) .... 360 »
Rachis cervical (de face ou de profil). 150 »
Rachis cervical (de face et de profil). 225 »
Rachis dorsal (de face ou de profil).. 185 »
Rachis dorsal (de face et de profil) .. 375 »
Rachis lombaire (de face ou de profil). 185 »
Rachis lombaire (de face et de profil). 375 »
Rachis en entier (de face ou de profil). 375 »
Rachis en entier (de face et de profil) .... 560 »
Sacrum (de face) .... 185 »
Sacrum (de face et de profil) .... 375 »
Bassin .... 225 »

2° Examens radioscopiques.

Bras ou jambe .... 95 »
Thorax, tête ou abdomen .... 110 »

3° Radio-diagnostic des viscères.

Poumons :
- Examen à l'écran .... 110 »
- Avec calque .... 150 »
- Avec 1 radioscopie et 1 radiographie (1) .... 225 »

Cœur, aorte :
- Examen à l'écran .... 110 »
- Calque orthodiagramme........ 170 »
- Avec 1 radioscopie et 1 téléradiographie .... 225 »
- Avec radioscopie et 2 téléradiographies .... 375 »

Œsophage ou estomac :
- Examen à l'écran .... 110 »
- Avec calque .... 150 »
- Radioscopie et 1 radiographie .... 225 »

Estomac avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre de séances :

(1) Les dispositions de l'article 6 ne jouent pas dans ce cas.
(2) Si la réduction et la contention imposent un appareillage mécano-prothétique (gouttières coulées, guides, bielles, etc.) les appareils construits feront l'objet d'un devis particulier.
(3) Le commentaire qui doit accompagner le cliché ou la radioscopie ne donne pas lieu à honoraires supplémentaires.

(1) Poumons : 2 clichés avec radioscopie : soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit de face et de profil, soit de face et en position oblique...... 375 »

Examen à l'écran	225	»
Avec un ou plusieurs calques	280	»
Avec radioscopie et 1 ou plusieurs radiographies	375	»
Tube digestif complet :		
Examen à l'écran	375	»
Avec calque	450	»
Avec radioscopie et radiographies	560	»
Foie (après préparation spéciale) :		
Examen à l'écran	150	»
Avec calque	185	»
Avec radioscopie et radiographies	225	»
Intestin (après repas opaque, pour l'étude de l'évacuation ou après lavement opaque, quel que soit le nombre de séances) :		
Examen à l'écran	185	»
Avec calque	225	»
Avec radioscopie et radiographies	280	»
Vessie :		
1 rein, 1 uretère	185	»
2 reins ou 2 uretères	280	»
Vessie :		
1 rein et 1 uretère	375	»
Système urinaire complet	560	»

4° Radiographies stéréoscopiques.

Le double d'un cliché ordinaire.

5° Electro-diagnostic.

a) Par les méthodes classiques avec rapport sur cet examen seul	75	»
Ce prix comprend l'examen du blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face. Il sera porté à 150 fr. s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les 2 bras) et la face	150	»
1 jambe (ou les 2 jambes) et la face	150	»
1 bras (ou les 2 bras) et 1 jambe (ou les 2 jambes)	150	»
Il sera porté à 225 fr. s'il faut examiner le sujet entier	225	»
b) Par la recherche de la chronaxie, avec rapport	300	»
Ce prix comprend l'examen du blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen de deux membres semblables ou l'examen de la face.		
Il sera porté à 500 fr. s'il est nécessaire d'examiner :		
1 bras ou les 2 bras et la face	500	»
1 jambe ou les 2 jambes et la face	500	»
1 bras ou les 2 bras, et 1 jambe ou les 2 jambes	500	»
Il sera porté à 700 fr. s'il faut examiner le sujet entier	700	»

6° Electrothérapie.

Traitement galvanique et faradique simple, quel que soit le nombre de séances	25	»
Ce prix sera augmenté de :		
Si l'on est obligé de soigner deux régions	10	»
Si l'on est obligé de soigner trois régions	20	»
Traitement électrique à domicile par un spécialiste, avec appareil transportable, les prix ci-dessus, augmentés d'une indemnité de déplacement de	15	»
Traitement comprenant l'électrisation complète (statique, courant de Morton, hautes fréquences, air chaud, lumière), chaque séance	30	»
Diathermie	40	»
Electrolyse de l'œsophage ou du rectum	280	»
Lavement électrique au domicile du malade	375	»

OBSERVATIONS

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu, quel que soit le nombre de poses, un supplément de .... 35 »

Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée :

18/24	10	»
24/30	15	»
30/40	20	»

Toutes autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même la radiographie de la même région du côté sain, si elle est nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose.

Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise, ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique ou l'électrodiagnostic.

même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé.

Les radiographies : épaule de profil, crâne, position verticale ; thorax ou poumons en deux positions ; pied, en projection verticale ; hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin chef de l'entreprise ou de son assureur substitué.

La recherche de la chronaxie ne devra être faite que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin contrôleur, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les dix jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où le médecin contrôleur jugerait notoirement insuffisants l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la commission d'arbitrage où le radiologue pourra donner les raisons de cette insuffisance.

Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° Le prix ordinaire de ou des examens ;

2° Une indemnité de déplacement de 95 fr. ;

3° Le prix de location des appareils, du jour de l'examen demandé par le constructeur ;

4° Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

7° Curiethérapie (1) (2).

Au-dessous de 50 mmg-journée, les 10 mmg-journée de radium élément.	150	»
De 50 à 200 mmg, les 10 mmg de radium élément	125	»
Au-dessus de 200 mmg-journée de radium élément	100	»

8° Rœntgenthérapie (1) (2).

Radiothérapie superficielle, les 500 unités R. en surface	60	»
Radiothérapie moyennement pénétrante	100	»
Radiothérapie pénétrante (200.000 volts et plus)	150	»

Si le traitement de rœntgenthérapie pénétrante a nécessité la confection d'un schéma d'irradiation avec mesures d'ionisation en surface et en profondeur, même s'il n'y a eu qu'une seule séance, il ne pourra être touché par le radiologiste moins de 1.000 fr.

Ces prix s'entendent pour une distance focale minimum de 30 centimètres et :

1° Une filtration de 5 millimètres d'aluminium pour la radiothérapie moyennement pénétrante ;

2° Une filtration de 0 millimètre 5 au moins de métal lourd pour la radiothérapie pénétrante.

Des majorations pourraient être demandées si des circonstances particulières nécessitaient des distances focales plus grandes et des filtrations plus fortes.

Article 28.

Kinésithérapie.

Séance de massage, de mobilisation ou d'air chaud	15	»
Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance, avec ou sans massage	20	»

Article 29.

Examens biologiques.

Urines :		
Analyse simple (dosage d'un élément)	15	»
Analyse chimique, dite complète.	50	»
Examen cytologique et bactériologique :		
Sans culture, recherche du bacille de Koch	50	»
Avec culture	100	»
Sang :		
Dosage de l'urée (selon la méthode), 40 à	50	»
Dosage du glucose	60	»
Constante d'Ambard	80	»
Recherche des hématozoaires	75	»
Hémoculture	125	»
Séro T. A. B.	100	»
Réaction de Bordet-Wassermann et Hecht	100	»
Coagulation et temps de saignement	60	»

(1) Sont comptés en plus, s'il y a lieu, les frais de location d'appareils ainsi que l'indemnité de déplacement et l'indemnité horo-kilométrique.

(2) La curiethérapie et la rœntgenthéapie doivent être prescrites par le médecin traitant d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Etude des groupes sanguins	50	»
Liquide rachidien :		
Examen cytologique et bactériologique :		
(Sans culture)	100	»
(Avec culture)	150	»
Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal	150	»
Pus, liquides de ponction :		
Cyto-bactériologie :		
(Sans culture)	60	»
(Avec culture)	100	»
Suc gastrique. — Analyse complète.	100	»
Exsudats :		
Nasopharyngé (culture sur sérum).	50	»
Uréthral :		
(Sans culture)	35	»
(Avec culture)	100	»
Sperme. — Examen cyto-bactériologique	100	»
Expectoration. — Recherche du bacille de Koch, homogénéisation.	60	»
Selles :		
Recherche des parasites, vers amibes	75	»
Examen microscopique sans culture	60	»
Examen bactériologique avec culture	150	»
Calculs. — Recherche dans l'urine et les selles	60	»
Auto-vaccins et bactériophages	105	»
Examens histo-pathologiques	150	»
Prélèvements :		
Tubage gastrique	50	»
Biopsie pour examen histologique.	120	»

OBSERVATIONS

I. — Il est entendu qu'une réduction de 5 p. 100 s'appliquera aux prix ci-dessus des examens biologiques, à raison de la même réduction imposée aux pharmaciens.

II. — Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'examen biologique doit être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise ou son assureur substitué, sera prévenu sans délai par le médecin traitant.

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'examen biologique.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

TITRE V

CERTIFICATS. — ARBITRAGE. — EXÉCUTION DE L'ARRÊTÉ

Article 30.

Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, y compris la copie : 12 fr.

Donneront droit à une indemnité spéciale de 20 fr. : 1° en cas de blessures graves, le certificat initial, descriptif de l'état du blessé ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la guérison du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé à 20 fr. Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Article 31.

Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires par blessé signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;
2° Les nom et adresse du blessé ;
3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;
4° La date de l'accident ;
5° L'endroit où le blessé a été soigné ;
6° L'indication de la distance, s'il y a lieu à tarif kilométrique ;
7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnité de déplacement, etc.), qui peuvent en modifier le prix ;
8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;
9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 32.

En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux commissions d'arbitrage.

Article 33.

Le présent arrêté prendra effet le 15 février 1932, il vaudra pour une durée d'un an.

Fait à Paris, le 26 octobre 1931.

Adolphe LANDRY.

ANNEXE A L'ARTICLE 2

Art. 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue, 3 fr. par visite, quelle que soit la distance.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes ;

2° Dans les autres villes et les campagnes, 1 fr. 75 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

a) Départements où le tarif médical minimum est fixé à 1 fr. 50 (Aisne, Aube, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Gironde, Landes, Loiret, Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Nord, Oise, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Seine-et-Marne, Somme, Tarn-et-Garonne, Vienne), 1 fr. 50 ;

b) Régions de montagne, 2 fr. 50 par kilomètre parcouru.

AIN

Arrondissement de Gex.

Arrondissement de Nantua.

Arrondissement de Belley, sauf le canton de Lagnieu.

Arrondissement de Bourg : cantons de Ceyzeriat, de Treffort, sauf Saint-Etienne-du-Bois ; canton de Coligny, sauf les communes de Beaupont, Beny, Domsure, Narboz, Pirajoux et Villemotier.

HAUTES-ALPES

Arrondissement de Briançon.

Canton d'Aiguilles. — Communes d'Abries, Château-Ville-Vieille, Arvieux, Molines, Ristolas, Saint Veran.

Canton de l'Argentière. — Communes de Pelvoux, Puy-Saint-Vincent, Roche-de-Rame Saint-Martin-de-Queyrières, Vallouise, les Vigneaux.

Canton de Briançon. — Communes de Ceurières, Montgenèvre, Nevoche, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Val-des-Prés, Villard-Saint-Pancrace.

Canton de la Grave. — Commune de Villard-d'Arène.

Canton de Guillestre. — Communes de Ceilloc, Champcella, Eygliers, Freissinières, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément, Saint-Crépin, Vars.

Canton de Monetier-les-Bains. — Communes de Saint-Chaffrey, la Salle.

Arrondissement d'Embrun.

Communes de Baratier, Châteauroux, Crevoux, les Crottes, les Orres, Saint-André-d'Embrun, Saint-Sauveur.

Vallée du Drac.

Canton de Saint-Bonnet. — Communes d'Ancelle, Benevent-et-Charbillac, Buissard, Chabottes, Chabottonnes, les Costes, la Fare, Forest-Saint-Julien, les Infournas, Laye, Molines-en-Champsaur, la Motte-en-Champsaur, le Noyer, Poligny, Saint-Eusèbe, Saint-Julien-en-Champsaur, Saint-Laurent-du-Cros, Saint-Léger, Saint-Michel-de-Chaillol.

Canton d'Orcières. — Communes de Champoléon, Saint-Jean-Saint-Nicolas.

Vallée de la Severaisse.

Canton de Saint-Firmin. — Communes d'Aspres-les-Corps, Chauffayes, Clémence-d'Ambel, le Glaizil, Guillaume-Peyrouse, Saint-Jacques, Saint-Maurice, Villar-Loubière.

Vallée du Devoluy.

Canton de Saint-Etienne-en-Devoluy. — Communes d'Agnières, la Cluse, Saint-Disdier.

DOUBS

Cantons d'Amancey, de Besançon Sud, d'Ornans, de Pierrefontaine, de Quingey, de Verceil, d'Hérimoncourt, de Maiche, de Pont-de-Roide, de Russey, de Saint-Hippolyte, de Levier, de Montbenoit, de Morteau, de Mouthe, de Pontarlier.

Jura

Tous les cantons de l'arrondissement de Saint-Claude.

Dans l'arrondissement de Poligny, les cantons de : Champagnole, de Nozeray, des Planches, de Salins.

Puy-de-Dôme

Arrondissement de Clermont-Ferrand.

Cantons de Pontaumur, d'Herment, de Bourg-Lastic, de Rochefort-Montagne, de Pontgibaud, de Saint-Amand-Tallende, de Cunlhat.

Arrondissement d'Issoire.

Cantons de Besse, d'Ardes-sur-Couze, de Sauxillange.

Arrondissement d'Ambert.

Cantons de Saint-Germain-l'Herm, d'Arlanc, de Viverols, de Saint-Anthelme, d'Ambert, d'Olliergues, de Saint-Amand-Roche-Savine.

Arrondissement de Thiers.

Cantons de Thiers, de Saint-Remy-sur-Durolle, de Chateldon, de Vollore-Ville, de Vollore-Montagne.

Arrondissement de Riom.

Cantons de Saint-Gervais-d'Auvergne, de Manzat.

Savoie

Arrondissement de Chambéry.

Aillon-le-Jeune.
Aillon-le-Vieux.
Ansigny.
Arith.
Arvillard.
Avressieux.
Ayn.
Bellecombe-en-Bauges
Billiède.
Bissy.
Bourget-en-Huile.
Bridoire (la).
Cessens.
Chambéry-le-Vieux.
Champlaurent.
Chanaz.
Chapelle-Blanche (la).
Chapelle-du-Mont-du Chat (la).
Chatelard (le).
Chindrieux.
Conjux.
Corbel.
Croix-de-la-Rochette (la).
Déserts (les).
Curienne.
Doncy-en-Bauges.
Drumettaz-Clarafond.
Dullin.
Entremont-le-Vieux.
Epersy.
Etable.
Gerbais.
Grésin.
Hauteville.
Jacob-Bellecombette.
Lescheraines.
Loisieux.
Marcieux.
Méry.
Montagnole.
Montcel (le).
Montendry.
Motz.
Mouxy.
Novalaise.
Noyer (le).
Ontex.
Pontet (le).
Presle.
Pugny-Chatenod.
Puygros.
Rochefort.
Rochette (la).
Ruffieux.
Serrières-en-Chautagne.
Saint-Cassin.
Saint-Franc.
Saint-François-de-Sales.
Saint-Germain.
Saint-Genix-sur-Guier
Saint-Jean-d'Alvey.
Sainte-Marie-d'Alvey.
Saint-Maurice-de-Rotherens.
Saint-Offenge-Dessous
Saint-Offenge-Dessus.
Saint-Ours.
Saint-Paul-sur-Yenne.
Saint-Pierre-d'Alvey.
Saint-Pierre-de-Curtille.
Saint-Pierre-d'Entremont.
Saint-Pierre-de-Soucy.
Saint-Sulpice.
Table (la).
Thoiry.
Thuile (la).
Traize.
Tresserve.
Trevignin.
Verel-Bragondan.
Verel-de-Montbel.
Verneil (le).
Villard-d'Héry.
Villaroux.
Vimines.
Vions.

Arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne.

Albane.
Albiez-le-Jeune.
Albiez-le-Vieux.
Aussois.
Avrieux.
Beaune.
Bessans.
Bonneval-sur-Arc.
Bonvillaret.
Chatel (le).
Fontcouverte.
Hermillon.
Jarrier.
Lanslebourg.
Lansvillard.
Modane.
Montaimont.
Mont-Denis (le).
Montjellafrey.
Montgilbert.
Montpascal.
Montricher.
Montrond.
Montsapey.
Montvernier.
Notre-Dame-du-Cruet.
Randens.
Saint-Alban-des-Villards.
Saint-André.
Saint-Colomban-des-Villards.
Saint-Etienne-de-Cuines.
Saint-François-sur-Bugeon.
Saint-Jean-d'Arves.
Saint-Jean-de-Maurienne.
Ste-Marie-de-Cuines.
Saint-Martin-d'Arc.
Saint-Martin-sur-la-Chambre.
Saint-Michel-de-Maurienne.
Saint-Pancrace.
Saint-Sorlin-d'Arves.
Thyle.
Valloire.
Valmeinier.
Villarambert.
Villarodin.

Arrondissement d'Albertville.

Aigueblanche.
Aime.
Albertville.
Allondaz.
Allues (les).
Arèches.
Avanchers (les).
Beaufort-sur-Doron.
Bellecombe (Tarentaise)
Bellentre.
Bois (le).

Bonneval.
Bonvillard.
Bourg-Saint-Maurice.
Bozel.
Brides-les-Bains.
Celliers.
Césarches.
Champagny.
Chapelles (les).
Cléry.
Cohennoz.
Côte-d'Aime (la).
Doucy-Tarentaise.
Feissons-sur-Isère.
Feissons-sur-Salins.
Flumet.
Fontaine-le-Puits.
Giettaz (la).
Grand-Cœur.
Granier.
Hautecour.
Hauteluce.
Hauteville-Gondon.
Héry-sur-Ugine.
Landry.
Longefoy.
Macot.
Marthod.
Mercury-Gemilly.
Montagny.
Montgirod.
Montvalezan.
Moutiers.
Naves.
Notre-Dame-de-Bellecombe.
Notre-Dame-de-Briançon.
Notre-Dame-du-Pré.
Pallud.
Peisey.
Perrière (la).
Petit-Cœur.
Planay.
Plancherine.
Pralognan.
Pussy.
Queige.
Salins.
Séez.
Saint-Bon.
Sainte-Foy.
Saint-Jean-de-Belleville.
Saint-Laurent-de-la-Côte.
Saint-Marcel.
Saint-Martin-de-Belleville.
Saint-Nicolas-la-Chapelle.
Saint-Oyen.
Saint-Paul-sur-Isère.
Tessens.
Thénésol.
Tignes.
Ugine.
Val-d'Isère.
Valezan.
Venthon.
Verrens-Arvey.
Villard-sur-Doron.
Villargerel.
Villarlurin.
Villaroger.
Villette.

Haute-Savoie

Arrondissement d'Annecy.

Alby-sur-Chéran.
Alex.
Archamps.
Arcine.
Balme-de-Sillingy.
Balme-de-Thuy.
Balmont.
Beaumont.
Bonneguet.
Bouchet-de-Serraval (le).
Cercier.
Cernex.
Chainaz-les-Frasses.
Challonges
Chapeiry.
Charvonnex.
Chaumont.
Chavannaz.
Chavanod.
Chene-en-Semine.
Chenex.
Chessenaz.
Chevrier.
Chilly.
Choisy.
Clarafond.
Clefs (les).
Clermont.
Clusaz (la).
Collonges-sous-Salève.
Crempigny.
Cruseilles.
Cusy.
Cuvat.
Desingy.
Dingy-en-Vuache.
Dingy-Saint-Clair.
Droisy.
Entrevernes.
Epagny.
Etercy.
Evires.
Faverges.
Ferrières.
Frangy.
Grand-Bornand.
Groisy.
Hery-sur-Alby.
Jonzier-Epagny.
Lathuile.
Lornay.
Manigod.
Marcellaz-Albanais.
Marlens.
Massingny.
Menthon.
Menthonnex-en-Bornes.
Minzier.
Montmire.
Moye.
Naves.
Ollières (les).
Presilly.
St-André-Val-de-Fier.
Saint-Blaise.
Saint-Eusèbe.
Saint-Eustache.
Saint-Félix.
Saint-Ferréol.
Saint-Germain-sur-Rhône.
Saint-Jean-de-Sixt.
Saint-Sylvestre.
Sallenoves.
Sappey (le).
Savigny.
Serraval.
Seyssel.
Seythenex.
Vaulx.
Versonnex.
Veyrier.
Vieugy.
Villard-sur-Thones.
Villaz.
Villy-le-Bouveret.
Viuz-la-Chiesaz.
Vovray.
Vulbens.
Talloires.
Thones.
Thorens.
Thusy.
Usinens.
Vallières.

Arrondissement de Bonneville.

Araches.
Arbusigny.
Ayze.
Brison.
Chamonix.
Chapelle-Rambaud.
Châtillon-sur-Cluses.
Combloux.
Contamine.
Cordon.
Côte-d'Arbroz.
Côte-d'Hyot.
Demi-Quartier.
Domancy.
Esery.
Esserts-Salève.
Eteaux.
Fillinges.
Frasse (la).
Gets (les).
Houches (les).
Magland.
Marignier.
Megeve.
Megevette.
Mieussy.
Monnetier.
Mont-Saxonnex.
Morillon.
Muraz (la).
Nancy-sur-Cluses.
Onnion.
Passy.
Pers-Jussy.
Petit-Bornand.
Pontchy.
Pratz-sur-Arly.
Reignier.
Reposoir (le).
Rivière-Enverse.
Roche (la).
Saint-Gervais.
St-Sean-de-Tholome.
Saint-Laurent.
Saint-Martin.
Saint-Nicolas-de-Veroce.
Saint-Roch.
Saint-Sigismond.
Saint-Sixt.

Sallanches.
Samoens.
Servoz.
Sixt.
Taninges.
Thiez.
Vallorcine.
Verchaix.
Ville-en-Sallaz.
Viuz-en-Sallaz.

Arrondissement de Thonon.

Abondance.
Beaune (la).
Bellevaux
Bernex.
Biot (le).
Boege.
Bogeve.
Bonne-sur-Neuvoye.
Bonnevaux.
Brenthonne.
Burdignin.
Chappelle-d'Abondance.
Chevenoz.
Cranves-Sales.
Draillant.
Feternes.
Forelaz (la).
Habere-Lullin.
Larringes.
Lucinges.
Lugrin.
Lullin.
Lyaud (le).
Montriond.
Morzine.
Novel.
Orcier.
Perrignier.
Reyvroz.
Saint-André-sur-Boege.
Saint-Cergues.
Saint-Jean-d'Aulph.
Saint-Paul.
Vacheresse.
Vailly.
Vernaz (la).
Villard-sur-Boege.
Vinzier.

3° Déplacements où, par manque de viabilité ou excès d'intempérie (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, 5 fr. par kilomètre parcouru.

(*J. O.*, 30 octobre 1931.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Documents publiés dans les numéros ordinaires

Assurances sociales.

Six décrets en date du 30 juin 1931 fixant le régime d'assurances de divers salariés en exécution de l'article 49 de la loi sur les assurances sociales.

1° Régime d'assurances des agents des grands réseaux d'intérêt général autres que le réseau d'Alsace et de Lorraine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail et de la prévoyance sociale, du ministre des travaux publics, du ministre des finances et du ministre du budget,

Vu la loi du 30 avril 1930, modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, notamment l'article 49 ;

Vu les lois des 21 juillet 1909 et 28 décembre 1911, relatives aux conditions de retraite du personnel des grands réseaux de chemins de fer d'intérêt général ;

Vu les règlements de retraites et le statut des retraités homologués par le ministre des travaux publics en exécution de ces dernières lois, et notamment les modifications et additions consécutives à la mise en vigueur de la loi sur les assurances sociales ;

Vu les règlements des grands réseaux qui régissent les agents commissionnés et confirmés en ce qui concerne le risque maladie, la maternité et le risque décès et qui, à l'égard de ceux dont le traitement fixe est au plus égal à 20.000 fr., assurent notamment les avantages généraux ci-après :

a) Maladie de l'agent.

Prestations en espèces prévues soit par le statut du personnel, soit par les règlements des caisses de prévoyance des réseaux de l'Est et du Midi.

Prestations en nature prévues par l'instruction concernant les agents malades ou blessés et les femmes en couches ; gratuité des médicaments et fournitures médicales prescrits par le médecin du réseau et délivrés par un fournisseur agréé par le réseau ; gratuité de l'hospitalisation quand elle est reconnue nécessaire par le médecin du réseau.

b) Maternité de la femme agent.

Congé à solde entière pendant les six semaines qui suivent l'accouchement et, dans les conditions prévues par l'instruction susvisée, pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement ; allocation pour naissance d'enfant, dont le montant est de 150 fr. si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant, de 225 fr. si elle a un enfant vivant et de 300 fr. si elle a plus d'un enfant vivant.

c) Maternité de la femme de l'agent.

Allocation pour naissance d'enfant de 150 fr. si l'agent n'a pas d'autre enfant vivant, de 225 fr. s'il a un enfant vivant et de 300 fr. s'il a plus d'un enfant vivant.

d) Décès de l'agent.

1° Agents commissionnés : attribution au conjoint survivant ou, à défaut, aux descendants ou, à défaut, aux ascendants qui, au jour du décès, étaient à la charge de l'assuré, des avantages spéciaux consentis par le règlement de retraites auquel l'agent était soumis, ainsi que par le statut des retraités ;

2° Agents confirmés : attribution au conjoint survivant ou, à défaut, aux descendants ou, à défaut aux ascendants qui, au jour du décès, étaient à la charge de l'agent, d'avantages égaux à ceux qu'ils obtiendraient sous le régime des assurances sociales.Le tout, sans préjudice des autres avantages prévus par lesdits statut du personnel et règlements.

Vu l'avis de la commission constituée par le ministre du travail et de la prévoyance sociale pour l'examen des conditions de la coordination à réaliser entre le régime spécial des agents des grands réseaux et le régime des assurances sociales, conformément à l'article 49 de la loi du 30 avril 1930,

Décrète :

Art. 1er. — Les agents commissionnés et confirmés des grands réseaux d'intérêt général demeurent, en ce qui concerne le risque maladie, la maternité et le risque décès, soumis aux dispositions de la réglementation particulière qui les régit.

Les agents commissionnés demeurent, par ailleurs, en ce qui concerne le risque vieillesse et le risque invalidité, soumis aux dispositions du règlement de retraites auquel ils sont affiliés, ainsi que du statut des retraités.

Les agents du cadre permanent, commissionnés, confirmés ou à l'essai, bénéficient, en outre, des dispositions du présent décret, à la condition que leur traitement annuel ne dépasse pas 20.000 fr.

Art. 2. — Lorsqu'un assuré du régime général des assurances sociales passe en qualité d'agent à l'essai sous le régime particulier d'un grand réseau, il continue d'être garanti, en cas de maladie, de maternité ou de décès, par la caisse d'assurances sociales à laquelle il appartenait précédemment, dans les mêmes conditions que

s'il passait à une autre caisse d'assurances sociales, la durée de sa présence au réseau étant pour la définition de ses droits, assimilée à une période de cotisations à la caisse prenante.

A partir du premier jour du quatrième mois consécutif à son admission au cadre permanent du réseau pour ce qui concerne la maladie et la maternité et du treizième mois consécutif à ladite admission pour ce qui concerne l'assurance-décès, l'agent à l'essai bénéficie des mêmes avantages que l'agent commissionné et l'agent confirmé.

Art. 31. — Pour la couverture des risques d'invalidité et de vieillesse, l'agent confirmé et l'agent à l'essai sont soumis au régime général des assurances sociales, la cotisation correspondante étant pour moitié à la charge du réseau et pour moitié à la charge de l'assuré ; dans le cas où la rémunération annuelle de l'agent est comprise entre le salaire limite fixé à l'article 1er de la loi du 30 avril 1930 et 25.001 francs, la contribution à acquitter par le réseau est réduite à la moitié de celle que l'employeur doit supporter en exécution de l'article 2, paragraphe 6, de ladite loi.

Lorsqu'un agent assuré du régime général des assurances sociales passe, par son commissionnement, sous le régime particulier d'un grand réseau, il continue d'être garanti, en cas d'invalidité, par la caisse d'assurances sociales à laquelle il appartenait précédemment pour la même durée et dans les mêmes conditions que s'il passait à une autre caisse d'assurances sociales, la durée de sa présence au réseau étant, pour la définition de ses droits, assimilée à une période de cotisations à la caisse prenante.

Lors du commissionnement d'un agent, les rentes déjà inscrites à son compte dans le régime des assurances sociales au titre du risque vieillesse lui restent acquises, pour se cumuler éventuellement avec les avantages auxquels il pourra prétendre du fait de son affiliation au régime de retraite du réseau.

Art. 4. — Lorsqu'un agent d'un grand réseau quitte celui-ci et passe sous le régime général des assurances sociales, il obtient immédiatement des caisses d'assurances sociales auxquelles il est agrégé — sous réserve qu'il ait, compte tenu de sa présence au réseau avec un traitement fixe inférieur ou égal à 20.000 fr., la durée de cotisation nécessaire — le bénéfice de la garantie en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de décès.

Pour lui assurer ce bénéfice, le réseau intéressé remet auxdites caisses, sur l'indicationque lui fournit l'ancien agent, le montant des fractions de cotisations qui eussent été versées au nom de celui-ci s'il y avait été agrégé :

a) Pour le risque maladie et la maternité depuis 3 mois et pour le risque décès depuis un an, et, au plus tôt, depuis son entrée au cadre permanent du réseau ;

b) Pour le risque invalidité depuis 2 ans, et, au plus tôt, depuis son commissionnement.

Le calcul est effectué sur la base des éléments de rémunération de l'intéressé qui ont été effectivement soumis à retenue pour la retraite, sans toutefois que les nombres de fractions de cotisations journalières puissent excéder 60 pour la maladie et la maternité, 240 pour le décès et 480 pour l'invalidité.

La charge desdites fractions de cotisation est, en ce qui concerne la maladie, la maternité et le décès, supportée par le réseau à son compte d'exploitation ; en ce qui concerne l'invalité, elle est supportée pour moitié par l'ancien agent et pour moitié par le réseau à son compte d'exploitation.

En cas d'attribution ultérieure de retraite d'invalidité, la pension différée d'un ancien agent commissionné est assimilée à une rente viagère pour l'application de l'article 12, paragraphe 9, de la loi du 30 avril 1930 ; toutefois, elle ne peut, en aucun cas, être délivrée par anticipation.

Art. 5. — Lorsqu'un agent commissionné vient à quitter un grand réseau sans avoir droit à pension normale et passe au régime général des assurances sociales, la période pendant laquelle il a effectué des versements pour la retraite avec un traitement fixe inférieur ou égal à 20.000 fr. entre en compte, dans les conditions indiquées par la loi du 30 avril 1930, pour l'ouverture du droit aux prestations du risque vieillesse du régime des assurances sociales.

Si cet agent ne bénéficie ni d'une pension de réforme ni d'une pension différée, le réseau verse à la caisse à laquelle l'intéressé s'agrège le montant de la réserve mathématique correspondant aux rentes viagères que l'agent aurait acquises s'il avait été soumis au régime des assurances sociales depuis son affiliation à la caisse des retraites du réseau et pour toute la période pour laquelle son traitement fixe est demeuré inférieur ou égal à 20.000 fr. ; le réseau verse également à la caisse générale de garantie la réserve mathématique des rentes qui auraient été produites par les versements destinés à cette caisse s'ils avaient été portés au compte individuel d'assurance vieillesse de l'intéressé. Le calcul est effectué, sur la base des éléments de rémunération de l'intéressé qui ont été effectivement soumis à retenue pour la retraite, d'après les tarifs de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales) en vigueur au moment où les réserves mathématiques seront liquidées, suivant l'âge atteint par l'intéressé à ce moment et en supposant que les versements qui auraient été inscrits à son compte individuel d'assurances sociales aient été faits à capital aliéné. Le double versement est pour

moitié à la charge de l'ancien agent par imputation sur les sommes remboursées en application des règlements de retraites du réseau, et pour moitié à la charge de la caisse des retraites de ce réseau.

En cas de non-agrégation à une caisse d'assurances sociales, le montant de la première des réserves mathématiques susvisées est versé, au choix de l'intéressé, à une caisse autonome de retraites régie par la loi du 1er avril 1898 ou à la section générale de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Dans le cas enfin où l'intéressé ne manifeste pas son choix, le versement est toujours effectué à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Si l'agent bénéficie d'une pension de réforme ou d'une pension différée, le complément de la pension de vieillesse destiné à porter celle-ci au niveau du minimum garanti par la loi du 30 avril 1930 auquel l'intéressé pourrait avoir droit est déterminé en faisant intervenir la pension de réforme ou la pension différée afférente à la période d'affiliation au régime de retraites du réseau avec un traitement fixe inférieur ou égal à 20.000 fr. ; cette pension est déduite pour un montant correspondant à son ajournement à 60 ans et calculé sur la base des tarifs visés au paragraphe 2 du présent article.

Art. 6. — Lorsqu'un agent d'un grand réseau cesse d'appartenir au cadre permanent et passe au régime général des assurances sociales, les dispositions de l'art. 21 de la loi du 30 avril 1930 doivent lui être appliquées, compte tenu du temps passé par lui au cadre permanent du réseau.

Art. 7. — Les dispositions du présent décret prennent effet du 1er juillet 1931 et toutes les périodes de services au réseau ou de versement à la caisse des retraites qui seraient à considérer pour son application, auront, au plus tôt, leur point de départ à cette date.

Art. 8. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre des travaux publics, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

2° Régime d'assurances des salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance.

Art. 1er. — Le régime d'assurance des salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance de l'un ou de l'autre sexe, pour l'ensemble des risques prévus par la loi sur les assurances sociales, est fixé conformément aux dispositions ci-après, en ce qui concerne les salariés visés à l'article 2 du présent décret dont la rémunération totale annuelle n'excède pas les chiffres limites prévus à l'article 1er, paragraphe 2, de ladite loi.

CHAPITRE Ier

Assurances maladie, maternité, invalidité vieillesse et décès

Art. 2. — Les règlements particuliers ou statuts concernant le personnel salarié des départements, des communes et des établissements publics d'assistance et le couvrant contre tout ou partie des risques prévus par la loi sur les assurances sociales, qui existaient à la date du 1er juillet 1930 ou qui résultent de délibérations antérieures à cette date, devront être complétés ou modifiés s'il y a lieu dans un délai de six mois à partir de la publication du présent décret, dans les conditions déterminées par les articles ci-après, sans préjudice des avantages supplémentaires qui pourraient résulter des modifications ultérieures des règlements et des mesures nouvelles de coordination qui pourraient être prises à leur occasion.

Ces règlements et statuts devront être approuvés par décret contresigné par les ministres intéressés, le ministre du travail et le ministre des finances.

Art. 3. — Lesdits règlements ou statuts devront accorder aux bénéficiaires des prestations équivalentes pour chaque risque à celles prévues par la loi du 30 avril 1930, sans que les prestations de même nature déjà accordées aux intéressés puissent être réduites ou supprimées.

Art. 4. — Au cas où les règlements ou statuts susvisés ne couvriraient que les risques invalidité et vieillesse, les nouvelles dispositions à prévoir pourront placer les intéressés, pour les risques maladie, maternité, décès et pour les soins aux invalides, sous le régime général des assurances sociales.

Si ces règlements ou statuts ne couvrent que les risques maladie, maternité et décès, lesdites dispositions pourront de même placer les intéressés, pour les risques vieillesse et invalidité, sous le régime général des assurances sociales.

Le montant des contributions ouvrières et patronales à effectuer au titre des assurances sociales, dans l'un ou l'autre des cas prévus aux paragraphes précédents, est de la moitié du montant des contributions ouvrières et patronales dues en application de l'article 2 de la loi du 30 avril 1930.

Art. 5. — Lorsqu'un département, une commune ou un établissement public d'assistance n'aura pas soumis à l'approbation de l'administration supérieure, dans le délai visé à l'article 2 ci-dessus, les dispositions modificatives prévues à cet article, un décret particulier fixera, conformément à l'article 49, paragraphe 2, de loi du 30 avril 1930, le régime d'assurance définitif applicable au personnel de ce département,

de cette commune ou de cet établissement public d'assistance.

CHAPITRE II

DE LA SITUATION DES AGENTS, EMPLOYÉS ET OUVRIERS DES DÉPARTEMENTS, COMMUNES ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ASSISTANCE ET DES ASSURÉS DE LA LOI DU 30 AVRIL 1930 QUI PASSENT D'UN RÉGIME PARTICULIER D'ASSURANCE AU RÉGIME GÉNÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES OU INVERSEMENT

Art. 6. — Les salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance, qui, avant de bénéficier du régime particulier d'avantages en cas de maladie, de maternité, d'invalité ou de décès, institué en leur faveur, ont été soumis au régime général des assurances sociales, continuent d'être garantis en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de décès, par les caisses d'assurances sociales auxquelles ils appartenaient précédemment, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de leur affiliation à ces caisses, les délais d'affiliation minima qui leur auraient permis, s'ils étaient restés sous le régime des assurances sociales et avaient adhéré à une nouvelle caisse d'assurances sociales, d'être couverts par cette dernière caisse. Ils ont droit aux prestations prévues par la loi sur les assurances sociales, dès l'instant qu'ils justifient des conditions prévues par cette loi, les journées de travail et les journées de maladie assimilées correspondant à des services accomplis sous le régime particulier étant décomptées comme journées de cotisations.

Les administrations restent tenues de servir aux intéressés, jusqu'à l'expiration des délais ci-dessus prévus, la différence entre les prestations attribuées au titre des assurances sociales et celles que comporte le régime particulier.

Art. 7. — Les salariés des départements, des communes et des établissements publics d'assistance, qui quittent l'administration sans avoir droit à une pension immédiate, sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont bénéficié postérieurement au 30 juin 1930 du régime particulier d'avantages visé à l'article précédent et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au bénéfice de l'assurance obligatoire sous le régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce régime pour les assurances maladie, maternité, invalidité et décès ; ladite période entre en compte pour la détermination de leurs droits aux prestations des assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

L'administration est responsable des prestations dues en application du paragraphe précédent, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de service des salariés, les délais d'affiliation minima leur permettant d'être garantis pour ces prestations par une caisse d'assurances sociales. Jusqu'à l'expiration desdits délais, les intéressés sont considérés comme en subsistance à la caisse d'assurances sociales à laquelle ils ont été inscrits. Celle-ci leur fait le service des prestations pour le compte de l'administration dont ils étaient précédemment tributaires.

Les rentes différées dues par l'administration aux salariés dont il s'agit, et éventuellement les rentes inscrites au compte individuel des assurances sociales, viendront en déduction, à partir du moment où les titulaires y auront droit, du chiffre de la pension d'invalidité dont ils bénéficieront, en application du présent article ou au titre des assurances sociales.

Art. 8. — Les salariés, bénéficiaires d'un régime spécial de retraites approuvé dans les conditions du paragraphe 2 de l'article 2 ci-dessus, qui auraient quitté, après le 30 juin 1930, le service du département, de la commune ou d'un établissement public d'assistance pour un motif quelconque, sans avoir acquis de droits à une pension immédiate ou différée et sans que les retenues effectuées sur leur salaire et les contributions patronales correspondantes aient été l'objet de versements à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse dans les conditions de la loi du 20 juillet 1886, seront rétablis, sans préjudice des droits résultant pour eux de l'application de l'article 124 *bis* du décret du 25 mars 1911 modifié, dans la situation dont ils auraient bénéficié sous le régime des assurances sociales si ce régime leur avait été applicable durant la période où ils sont été soumis à un régime spécial de retraites.

A cet effet, l'administration doit verser à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales), dès le départ des intéressés, à un compte ouvert à leur nom, la réserve mathématique des rentes qui auraient été portées à leur compte individuel d'assurance-vieillesse au cours de ladite période, pendant le temps où leur salaire leur donnait droit à l'assurance obligatoire.

L'administration doit verser également à la caisse générale de garantie pour les intéressés la réserve mathématique des rentes qui auraient été produites par les versements destinés à cette caisse s'ils avaient été portés au compte individuel d'assurance-vieillesse de ceux-ci.

Lorsque les retenues, opérées sur le salaire de l'assuré par l'administration, ont été inscrites sur un livret individuel de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section générale) sans inscription correspondante des contributions patronales, le montant des réserves mathématiques dont il s'agit est réduit de moitié.

Les réserves mathématiques susvisées sont calculées d'après les tarifs de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (section des assurances sociales) en vigueur au moment où elles sont liquidées suivant l'âge atteint par l'intéressé à ce moment, et en supposant que les versements qui auraient été inscrits à son compte individuel d'assurances sociales aient été faits à capital aliéné. Ces réserves ne pourront, en aucun cas, être inférieures au montant des versements qui ont servi à les calculer.

Les salariés pour lesquels les retenues opérées sur leur salaire sont inférieures à 2 p. 100 de ce salaire n'auront droit au bénéfice du présent article qu'autant qu'ils compléteront, jusqu'à concurrence de la moitié des réserves mathématiques visées aux paragraphes 2 et 3, les retenues afférentes aux périodes ci-dessus indiquées.

Art. 9. — Lorsqu'un salarié se trouve placé successivement sous un régime spécial de retraites autorisé en vertu du paragraphe 2 de l'article 2 ci-dessus et sous le régime des assurances sociales ou inversement, la période pendant laquelle son salaire lui aurait assuré le bénéfice des assurances sociales s'il n'avait pas été soumis à un régime spécial de retraites, entre en compte pour la détermination de son droit au minimum de pension garanti prévu par la loi sur les assurances sociales, dès l'instant qu'ont été versées à son profit, pour ladite période les réserves mathématiques indiquées à l'article précédent.

Si le salarié a bénéficié de l'inscription sur un livret individuel de la caisse nationale des retraites (section générale) des retenues opérées sur son salaire, les rentes inscrites sur ce livret, pour la période visée au paragraphe précédent, s'ajoutent, jusqu'à concurrence de celles correspondant à 2 p. 100 des salaires, à la rente inscrite à son compte individuel d'assurances sociales en vue de la détermination du complément de pension de vieillesse auquel il peut avoir droit au titre de la loi du 30 avril 1930.

Art. 10. — Lorsqu'un salarié, soumis à l'un des régimes spéciaux de retraites ci-dessus visés, a été admis à effectuer sous ce régime des versements rétroactifs pour des services antérieurement accomplis et que, pour la période correspondant à ces services, il a soit acquitté les versements prévus à l'article 2 de la loi du 30 avril 1930, soit bénéficié de la réserve mathématique prévue à l'article 8 ci-dessus, il est l'objet d'une décision du ministre du travail et de la prévoyance sociale annulant les sommes qui ont été portées, pour ladite période, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse qu'à la caisse générale de garantie au titre des assurances sociales. Les sommes ainsi annulées sont versées à l'administration qui l'emploie pour être affectées, s'il y a lieu, à sa caisse de retraites. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est déduite par ladite administration des versements rétroactifs que l'intéressé a à effectuer.

Au cas où un agent, quittant le service de l'administration et ayant droit à la liquidation d'une réserve mathématique par application de l'article 8 ci-dessus, a bénéficié antérieurement de la mesure prévue au paragraphe précédent, la réserve mathématique à liquider à son profit doit comprendre le capital nécessaire pour rétablir, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse, qu'à la caisse générale de garantie, les versements annulés en vertu dudit paragraphe, augmentés d'un intérêt annuel calculé au taux annuel du tarif de la caisse nationale des retraites (section des assurances sociales), dans la mesure où ces versements n'ont pas précédemment été inscrits au compte de l'intéressé à la caisse nationale des retraites.

Ne peuvent bénéficier de la faculté d'opérer des versements rétroactifs pour des services antérieurs, les agents pour lesquels ces services ont fait naître des droits éventuels ou acquis à une pension constituée avec la participation de l'administration en dehors du régime des assurances sociales.

Art. 11. — L'agent, réintégré au service de l'administration, au profit duquel une réserve mathématique a été précédemment liquidée dans les conditions prévues par l'article 8 du présent décret, est l'objet d'une décision du ministre du travail et de la prévoyance sociale annulant ladite réserve, qui est reversée à l'administration dont l'agent est tributaire pour être affectée, s'il y a lieu, à la caisse de retraites de cette administration.

Au cas où ledit agent quitterait à nouveau le service de l'administration et aurait droit à la liquidation d'une nouvelle réserve mathématique, celle-ci devrait comprendre le capital nécessaire pour rétablir, tant à son compte individuel d'assurance-vieillesse qu'à la caisse générale de garantie, les versements annulés en application du paragraphe précédent, augmentés de l'intérêt prévu à l'avant-dernier paragraphe de l'article ci-dessus.

Dispositions diverses

Art. 12. — Si, en vertu des dispositions de l'article 4, les salariés visés par le présent décret sont placés sous le régime des assurances sociales pour les assurances maladie, maternité, décès et soins aux invalides exclusivement, ou pour les assurances vieillesse et invalidité exclusivement, la contribution à acquitter par l'administration intéressée, en application de l'article 2, paragraphe 6 de la loi du 30 avril 1930, pour chaque salarié dont la rémunération annuelle est supé-

rieure au salaire limite fixé à l'article 1er de ladite loi et inférieure à 25.001 fr., est réduite de moitié.

Art. 13. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre de l'intérieur, le ministre de la santé publique, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

3° Régime d'assurances des inscrits maritimes ou agents du service général à bord des navires.

Art. 1er. — Le régime d'assurance des inscrits maritimes et agents du service général à bord des navires, pour l'ensemble des risques prévus par la loi sur les assurances sociales, est fixé conformément aux dispositions ci-après :

ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ. — SOINS AUX INVALIDES

Art. 2. — Les inscrits maritimes et agents du service général conservent intégralement les droits aux soins médicaux, aux payements des frais de médecine et de pharmacie, aux salaires de maladie et aux indemnités journalières prévus par les articles 79 et 86 du code du travail maritime et par la législation sur la caisse de prévoyance des marins.

Art. 3. — L'établissement national des invalides de la marine garantit aux marins salariés dont la rémunération totale annuelle ne dépasse pas les chiffres limites prévus à l'article 1er de la loi du 30 avril 1930 et qui ne sont pas affiliés aux assurances sociales au titre d'un emploi à terre, en cas de maladie dont l'ouverture est constatée en dehors de la navigation, et qui n'a pas été contractée au service du navire, les prestations en nature et en argent prévues aux articles 4 à 8 de la loi du 30 avril 1930.

En cas d'invalidité résultant de la maladie visée au paragraphe précédent et réduisant au moins de deux tiers la capacité de travail, l'intéressé a droit aux soins médicaux et pharmaceutiques dans les conditions prévues à l'article 12 de la loi du 30 avril 1930.

Les modalités d'attribution de ces prestations seront fixées par un règlement d'administration intérieure de l'établissement national des invalides approuvé par les ministres du travail, de la marine marchande et des finances.

Art. 4. — L'établissement national des invalides de la marine garantit au conjoint, non assuré, ainsi qu'aux enfants et pupilles de la nation non salariés, âgés de moins de 16 ans, à la charge des inscrits maritimes et agents du service général visés au paragraphe 1er de l'article 3 ci-dessus, les prestations pour frais de médecine et de pharmacie prévues par les articles 4 à 8 de la loi du 30 avril 1930.

Ces prestations sont assurées pendant les périodes au cours desquelles le marin est embarqué, ou accomplit l'un des services prévus aux articles 4, 15 et 16 de la loi du 1er janvier 1930 ou bénéficie des dispositions de l'article 3 ci-dessus.

Art. 5. — L'établissement national des invalides de la marine garantit à la femme participante de la caisse de retraites des agents du service général, ainsi qu'à la femme de l'inscrit maritime ou de l'agent du service général, les prestations de maternité prévues par l'article 9 de la loi du 30 avril 1930.

Art. 6. — Les bénéficiaires des dispositions des articles 3, 4, et 5 ci-dessus reçoivent dudit établissement les majorations pour charges de famille prévues par la loi du 30 avril 1930.

Art. 7. — La charge résultant pour l'établissement national des invalides de la marine des dispositions des articles 3, 4, 5 et 6 du présent décret est couverte par des versements pour moitié à la charge des inscrits maritimes ou agents du service général, pour moitié à la charge des armateurs qui les emploient.

Le montant de ces versements est fixé annuellement par décret dans la limite maxima pour la double cotisation, de 1,80 p. 100 des salaires.

Les cotisations des marins sont retenues par les employeurs au moment du règlement des salaires et versées à l'établissement national des invalides, ainsi que les cotisations des employeurs au moment du payement des droits de désarmement des navires ou du payement des cotisations aux caisses de retraites.

Le produit de la double cotisation est affecté par l'établissement national des invalides à une caisse nationale de répartition au profit des marins français pour le service des assurances sociales à laquelle incombe le payement des prestations prévues ci-dessus.

ASSURANCES : INVALIDITÉ, VIEILLESSE, DÉCÈS

Art. 8. — Les risques d'invalidité, de vieillesse et de décès continuent à être couverts pour les marins et leurs familles, dans les conditions prévues par la législation concernant la caisse de retraites des inscrits maritimes, la caisse de retraites des agents du service général et la caisse de prévoyance des marins.

ASSURANCE FACULTATIVE

Art. 9. — Les marins non salariés qui rentrent dans les catégories visées à l'article 37 de la loi du 30 avril 1930 peuvent demander le bénéfice de l'assurance facultative prévue par cette loi, dans les conditions des titres III et IV, en ce qui concerne la partie de l'assurance maladie non couverte par la caisse de prévoyance des marins et l'assurance maternité.

Dispositions particulières concernant les travailleurs passant du régime spécial des marins au régime général des assurances sociales et inversement

Art. 10. — Sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessus, les inscrits maritimes et les agents du service général à bord des navires ne peuvent être affiliés aux assurances sociales pendant les périodes où ils sont inscrits à un rôle d'équipage ou acquièrent des droits à pension sur leurs caisses spéciales de retraites, même s'ils exercent en même temps un emploi salarié à terre.

Art. 11. — Les inscrits maritimes et agents du service général débarqués et affiliés aux assurances sociales au titre d'un emploi à terre sont considérés, pour les périodes d'affiliation au régime spécial des marins postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les intéressés ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce dernier régime pour les assurances maladie et maternité prévues par la loi du 30 avril 1930 et par les articles 3 à 6 du présent décret.

Dès que sont réunies, en faisant application, s'il y a lieu, du paragraphe précédent, les conditions prévues par l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, l'organisme des assurances sociales auquel l'ancien marin intéressé est affilié garantit les prestations en nature et en argent prévues en cas de maladie et de maternité, dans la mesure où le service de ces prestations n'incombe pas, en application des articles 79 à 86 du code du travail maritime, à l'armateur au service duquel le marin a navigué en dernier lieu.

Si le travailleur dont il est question au paragraphe précédent embarque à nouveau, la caisse d'assurances sociales cesse, dès le jour de son embarquement, d'avoir toute obligation à son égard au titre des risques maladie et maternité.

Art. 12. — Lorsqu'un inscrit maritime ou agent du service général débarqué et affilié aux assurances sociales au titre d'un emploi à terre se trouve, par suite d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, en droit d'obtenir une pension d'invalidité sur la caisse de retraites des inscrits maritimes, sur la caisse de retraites des agents du service général ou sur la caisse de prévoyance des marins, celui de ces organismes intéressés ne sert au marin en cause la pension prévue par le régime spécial que dans la mesure fixée par les deux paragraphes ci-après.

La pension d'invalidité et les rentes d'assurance-vieillesse dont l'organisme des assurances sociales auquel l'intéressé est affilié pourrait éventuellement être redevable par application de la loi du 30 avril 1930 viennent en déduction du montant de la pension d'invalidité du régime spécial.

La différence est reversée, par la caisse du régime spécial intéressée, à la caisse nationale de répartition au profit des marins français pour le service des assurances sociales, prévue à l'article 7 du présent décret.

Art. 13. — Les inscrits maritimes et agents du service général débarqués et affiliés aux assurances sociales au titre d'un emploi à terre, qui ne se trouvent pas en droit d'obtenir une pension d'invalidité du régime spécial des marins sont considérés, pour les périodes d'affiliation à ce régime postérieures au 1er juillet 1930, pendant lesquelles les intéressés ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales comme ayant appartenu à ce dernier régime pour l'assurance-invalidité. Ces périodes entrent en compte pour la détermination de leur droit à la pension d'invalidité prévue par la loi du 30 avril 1930, les intéressés étant supposés avoir effectué les versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

La caisse nationale de répartition au profit des marins français pour le service des assurances sociales est responsable de la pension à attribuer en application du paragraphe précédent tant que ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de l'affiliation des intéressés au régime spécial, le délai leur permettant d'être garantis par une caisse d'assurances sociales en cas d'invalidité.

Les rentes d'assurances-vieillesse dues par les caisses d'assurances sociales aux salariés dont il s'agit viendront en déduction du montant de la pension d'invalidité à partir du moment où les intéressés y auront droit.

Art. 14. — Les inscrits maritimes et agents du service général qui, avant d'avoir été affiliés au régime spécial des marins ont été soumis au régime général des assurances sociales et qui remplissent les conditions prévues par la loi sur les assurances sociales pour avoir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, continuent d'être garantis en cas d'invalidité par la caisse d'assurances sociales à laquelle ils appartenaient précédemment, tant que ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de leur affiliation à cette caisse, le délai qui leur aurait permis d'être couverts en cas d'invalidité par une nouvelle caisse d'assurances sociales.

Si, pendant cette période, les intéressés obtiennent une pension d'invalidité du régime spécial, la pension d'invalidité et les rentes d'assurance-vieillesse, dues au titre des assurances sociales, viennent en déduction du montant de la pension d'invalidité du régime spécial. La différence est reversée par la caisse intéressée du régime spécial à la caisse nationale de répartition au profit des marins français pour le service des assurances sociales.

Art. 15. — Si un salarié ayant des droits à une pension de vieillesse sur la caisse de retraites des inscrits maritimes ou sur la caisse de retraites des agents du service général, est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales, le montant de cette dernière pension est réduit, dans les conditions prévues par l'article 12, paragraphe 9, de la loi sur les assurances sociales, du montant global de la rente viagère d'assurance-vieillesse que l'intéressé aurait acquise si, pendant les périodes de versement aux caisses spéciales de retraites, il avait été soumis au régime général des assurances sociales.

Art. 16. — Les salariés, qui, à l'âge prévu pour la retraite par la loi du 30 avril 1930, n'ont pas droit à pension sur la caisse de retraites des inscrits maritimes ou sur la caisse de retraites des agents du service général et qui se sont trouvés placés alternativement sous le régime général des assurances sociales et sous le régime spécial des marins, sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont été affiliés au régime spécial postérieurement au 1er juillet 1930 et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-vieillesse.

Ladite période entre en compte pour la détermination de leur droit au minimum de pension de vieillesse fixé par la loi du 30 avril 1930, les intéressés étant supposés avoir effectué les versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

Pour les périodes de navigation ayant donné lieu au versement de la taxe fixe de participant prévue à l'article 43 de la loi du 1er janvier 1930, cette taxe est considérée comme correspondant à 4 p. 100 du salaire.

La caisse de retraites des inscrits maritimes ou la caisse de retraites des agents du service général servira aux intéressés, au moment de la liquidation de la pension de vieillesse des assurances sociales, la rente correspondant à la capitalisation, au taux appliqué par les assurances sociales, de la partie de leurs cotisations effectives correspondant à 4 p. 100 de leurs salaires.

Le montant de cette rente entre en compte, comme celle constituée sous le régime des assurances sociales pour la détermination du complément de pension à servir par la caisse générale de garantie.

Art. 17. — Les rentes viagères et les pensions de vieillesse acquises, soit en vertu de la loi sur les assurances sociales, soit en vertu des lois régissant les caisses de retraites des inscrits maritimes et des agents du service général, sont respectivement liquidées et payées par application de chacune de ces lois et se cumulent.

Art. 18. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à une date qui sera fixée par arrêté interministériel et ne pourra être postérieure au 1er janvier 1932.

Art. 19. — Les dispositions du présent décret seront rendues applicables en Algérie et aux colonies dans les conditions prévues par l'article 84, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930.

Art. 30. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre de la marine marchande, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

4° Régime d'assurances des agents, employés ou ouvriers des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et de tramways.

Art. 1er. — Le régime d'assurances des agents employés ou ouvriers de l'un ou de l'autre sexe des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways, pour l'ensemble des risques prévus par la loi des assurances sociales, est fixé conformément aux dispositions ci-après.

ASSURANCES MALADIE, MATERNITÉ ET SOINS AUX INVALIDES

Art. 2. — Les règlements particuliers relatifs au personnel des exploitations visées par le présent décret doivent contenir des clauses assurant aux agents, employés ou ouvriers, dont la rémunération totale annuelle, telle qu'elle est définie à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, n'excède pas les chiffres limite fixés à cet article, ainsi qu'à leur conjoint non assuré et à leurs enfants à charge ou pupilles de la nation, dont ils sont tuteurs, non salariés et âgés de moins de 16 ans, des avantages équivalents dans l'ensemble pour chaque risque à ceux que prévoit ladite loi en cas de maladie, de maternité et pour les soins aux invalides, sans que les prestations de même nature déjà accordées aux intéressés puissent être reduites ou supprimées.

Ces avantages peuvent être assurés dans les conditions prévues par les règlements particuliers visés au paragraphe précédent, soit par l'exploitant s'il assurait précédemment tout ou partie desdits avantages sans la participation du personnel, soit par la caisse de prévoyance instituée par l'exploitant et autorisée dans les conditions prévues à l'article 44 de la loi sur les assurances sociales, soit par les sociétés de secours mutuels professionnelles constituées ou à constituer (dans un délai de trois mois), conformément à la loi du 1er avril 1898, y compris celles créées par les syndicats professionnels en application de l'article 40 de cette loi.

Lesdits règlements peuvent également prévoir que les intéressés sont placés pour les risques maladie, maternité, décès et pour les soins aux invalides sous le régime général des assurances sociales et en particulier de l'article 44, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930.

Art. 3. — Les dispositions à insérer dans les règlements particuliers, en exécution de l'article précédent, doivent être soumises à l'agrément du ministre du travail, du ministre des travaux publics et du ministre du budget, accompagnées des observations des représentants des personnels intéressés, et, le cas échéant, des statuts ou règlements des institutions patronales ou professionnelles assurant les avantages ci-dessus prévus.

Art. 4. — Les exploitants ou institutions susvisés demeurent responsables des prestations à accorder, au cas où les agents bénéficiaires quittent l'exploitation pour devenir tributaires du régime général des assurances sociales, jusqu'à l'expiration des délais leur permettant d'avoir ou d'ouvrir droit sous ce régime aux prestations.

Ils ne sont responsables desdites prestations pour les salariés venant du régime des assurances sociales qu'à partir du moment où ceux-ci cesseraient d'être garantis par l'organisme d'assurance auquel ils appartenaient, s'ils avaient quitté cet organisme pour adhérer à une autre caisse primaire d'assurances sociales.

Assurances vieillesse et décès

Art. 5. — Les agents, employés ou ouvriers des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways restent placés, pour les assurances vieillesse et décès, sous le régime de la loi du 22 juillet 1922, modifiée par les lois subséquentes ou des règlements maintenus en application de cette loi.

Art. 6. — Les agents, employés ou ouvriers, qui cessent d'être affiliés à la caisse autonome mutuelle de retraites ou à une caisse spéciale maintenue en application de la loi du 22 juillet 1922 sans avoir droit à une pension immédiate ou différée, sont considérés pour la période pendant laquelle ils ont été affiliés à ces caisses postérieurement au 1er juillet 1930, et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-vieillesse. Ladite période entre en compte pour la détermination de leur droit au minimum de pension de vieillesse fixé par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

Toutefois, les rentes constituées par les versements personnels des salariés affiliés aux caisses susvisées sont déduites jusqu'à concurrence de celles correspondant à 4 p. 100 des salaires, en vue de la détermination du complément de pension servi aux intéressés par la caisse générale de garantie pour porter éventuellement leur pension au minimum légal.

Les agents, employés ou ouvriers qui, en application de l'article 14, paragraphe 2, de la loi du 22 juillet 1922 modifiée, ont opté pour le remboursement de leurs versements, ne peuvent prétendre au bénéfice du présent article.

Art. 7. — Lorsque des agents, employés ou ouvriers sont, en application de l'article 2, paragraphe 3, du présent décret, placés sous le régime général des assurances sociales, les allocations auxquelles ils ouvrent droit, en cas de décès, conformément à l'article 19 de la loi du 30 avril 1930, sont déduites éventuellement par la caisse autonome mutuelle du montant du remboursement prévu à l'article 18, paragraphe 6, de la loi du 22 juillet 1922.

Assurance-invalidité (pensions)

Art. 8. — Les agents, employés ou ouvriers qui, par suite de maladie, blessures ou infirmités ne résultant pas de l'exercice de leurs fonctions, sont dans l'impossibilité, suivant décision d'une commission de réforme, de continuer leur service, peuvent , s'ils ont appartenu après le 1er juillet 1930 pendant deux ans au moins à une caisse visée au paragraphe 1er de l'article 6 ci-dessus, demander aux lieu et place du remboursement de leurs versements prévu à l'article 15, paragraphe 1er, de la loi du 22 juillet 1922, le bénéfice d'une pension d'invalidité, s'ils remplissent les conditions qui leur auraient donné droit à une pension d'invalidité sous le régime des assurances sociales.

Cette pension sera calculée par lesdites caisses dans les conditions de l'article 10, paragraphes 4, 5 et 6 de la loi du 30 avril 1930.

Les dispositions de l'article 51, paragraphes 2 et 3, de la loi du 30 avril 1930 sont éventuellement applicables aux salariés visés au présent article.

Art. 9. — Les agents, employés et ouvriers, qui cessent d'être affiliés aux caisses visées au paragraphe 1er de l'article 6, sans avoir droit à une pension immédiate, sont considérés, pour la période pendant laquelle ils ont été affiliés à ces caisses postérieurement au 1er juillet 1930 et ont rempli les conditions qui leur auraient donné droit au régime général des assurances sociales, comme ayant appartenu à ce régime pour l'assurance-invalidité (pensions). Ladite période entre en compte pour la détermination de leur droit à la pension d'invalidité prévue par la loi sur les assurances sociales, les intéressés étant supposés avoir été l'objet des versements

minima dus pour la catégorie à laquelle correspondait leur salaire.

Les caisses visées au paragraphe précédent du présent article sont responsables de la pension à attribuer en application du paragraphe précédent tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de l'affiliation des intéressés, le délai leur permettant d'être garantis par une caisse d'assurances sociales en cas d'invalidité.

Les rentes différées dues par lesdites caisses aux salariés dont il s'agit, et éventuellement des rentes inscrites au compte individuel des assurances sociales, viendront en déduction, à partir du moment où les titulaires y auront droit, du chiffre de la pension d'invalidité dont ils bénéficieront, soit en application du présent article, soit au titre des assurances sociales.

Art. 10. — Les agents, employés ou ouvriers, qui, avant d'avoir appartenu à l'une des caisses visées au paragraphe 1er de l'article 6 ci-dessus, ont été soumis au régime général des assurances sociales et qui remplissent les conditions prévues par la loi sur les assurances sociales pour avoir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, continuent d'être garantis en cas d'invalidité par la caisse d'assurances sociales à laquelle ils appartenaient précédemment, tant qu'il ne s'est pas écoulé, depuis la cessation de leur affiliation à cette caisse, le délai qui leur aurait permis d'être couverts en cas d'invalidité par une nouvelle caisse d'assurances sociales.

Les intéressés, dont les droits naissent au cours de ce délai, peuvent obtenir le remboursement de leurs versements prévu à l'article 15, paragraphe 1er, de la loi du 22 juillet 1922, aux lieu et place de la pension d'invalidité à la charge de leur ancienne caisse d'assurances sociales. Ils doivent, dans ce cas, faire abandon de cette pension à la caisse autonome mutuelle.

Dispositions diverses

Art. 11. — Les agents qui ne peuvent être admis au bénéfice de la loi du 22 juillet 1922, ou d'un règlement maintenu en application de cette loi, sont placés, pour les assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, sous le *régime* général des assurances sociales. En outre, ils ont ou ouvrent droit, le cas échéant, à la différence entre les prestations servies au titre des assurances sociales et celles qui leur étaient précédemment attribuées ainsi qu'à leur famille ou à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité (soins) ou de décès.

Art. 12. — Les prestations des assurances maladie et maternité devront être accordées à compter du 1er octobre 1931.

Les dispositions des règlements des exploitations, relatives à ces prestations, devront être soumises à l'agrément prévu à l'article 3 avant le 1er octobre 1931. Elles seront provisoirement applicables jusqu'à ce que les ministres intéressés aient statué sur la demande d'agrément.

Art. 13. — Si en vertu des dispositions des règlements des exploitations les salariés visés à l'article 2 du présent décret sont placés sous le régime des assurances sociales pour les assurances maladie, maternité, décès et les soins aux invalides, la contribution à acquitter par l'employeur en application de l'article 2, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, pour chaque salarié qu'il emploie et dont la rémunération annuelle est supérieure au salaire limite fixé à l'article 1er de ladite loi, et inférieur à 25.001 fr., est réduite de moitié.

Art. 14. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, le ministre des travaux publics, le ministre des finances et le ministre du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*A suivre.*)

Pharmacie

Arrêté du 9 *octobre* 1931 *concernant les substances vénéneuses.*

Art. 1er. — Ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment des substances inscrites aux tableaux annexés au décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, en quantité et à des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux tableaux annexés au présent arrêté :

1° Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre 1er du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930 ;

2° Les dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 36, 37 ,38 et 39 du titre II du décret précité, mais seulement en ce qui concerne la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation et l'exportation desdites préparations.

Art. 2. — Cet arrêté, ainsi que les tableaux qui y sont annexés, sont insérés à la page 954 de la pharmacopée française, à la suite des lois et règlements concernant l'exercice de la pharmacie.

Préparations médicamenteuses renfermant des substances du tableau A.

Dénomination des substances vénéneuses.	Médicaments pour l'usage interne. Toutes formes, sauf solutions pour injections sous-cutanées. Non divisés en prises. — Concentration maximum p. 100 (en poids).	Divisés en prises. — Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Médicaments pour l'usage externe. Formes pharmaceutiques auxquelles s'appliquent les maxima fixés.	Concentration maximum p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Acide ou anhydride arsénieux ($As^2 O^3$).	0,025	0,001	0,025	Emplâtres et pommades.	0,10	0,20
Tous les arsénites	D'après leur teneur en anhydride arsénieux.			Emplâtr. et pommades	D'après leur teneur en anhydride arsénieux	
Acide ou anhydride arsénique ($As^2 O^5$).	0,05	0,002	0,05	Emplâtres et pommades	0,20	0,40
Arséniates alcalins et alcalino-terreux.	0,06	0,001	0,10	Toutes formes	0,25	0,25
Arséniate d'antimoine	0,10	0,002	0,10	Toutes formes	0,40	0,40
Arséniate de fer	0,50	0,01	0,60	Toutes formes	2	2,50
Arséniate de plomb	0	0	0	Toutes formes	0,60	3
Arséniate de quinine	0,15	0,003	0,20	Toutes formes	0,40	0,40
Autres arséniates métalliques	D'après leur teneur en anhydride arsénique.			Toutes formes	D'après leur teneur en anhydride arsénique.	
Acide cyanhydrique	0,10	0,005	0,02	Toutes formes	0,10	0,15
Aconit, feuille	1	0,025	1	Toutes formes	1	2
Aconit, racine	0,50	0,02	0,50	Toutes formes	0,50	1
Aconit, racine, extrait	0,20	0,003	0,25	Toutes formes	0,20	0,50
Aconit, racine, teinture	5	0,10	5	Toutes formes	5	10
Aconitine et ses sels (1)	0	0	0	Toutes formes	0,01	0,005
Adrénaline	0,10	0,001	0,03	Toutes formes	0,10	0,05
Tous les alcaloïdes de l'opium, leurs sels et leurs dérivés, à l'exception de ceux nommément classés dans le tableau B.	Chacune des substances appartenant à cette catégorie et figurant au présent tableau est marquée d'un astérique.					
Apomorphine et ses sels*	0,01	0,001	0,01			
Arécoline et ses sels	0,002	0,0002	0,002	Toutes formes	0,02	0,02
Atropine et ses sels	0,005	0,00025	0,005	Toutes formes (sauf pommades).	0,10	0,02
				Pommades	0,50	0,05
Belladone : feuilles	1,50	0,10	1,50	Toutes formes (sauf cigarettes et fumigations).	5	20
				En cigarettes et fumigations.	100	20
Belladone : racines	1,20	0,08	1,20	Toutes formes (sauf fumigations)	4	16
				En fumigations	80	16
Belladone ; poudre de feuilles	1,50	0,10	1,50	Toutes formes (sauf poudres et trochisques antiasthmatiques).	5	20
				En poudres et trochisques antiasthmatiques.	25	25

(1) Pour chacun des alcaloïdes inscrits au présent tableau, les quantités et concentrations indiquées s'appliquent seulement à l'alcaloïde base. Pour ce qui est des sels, les quantités varient nécessairement avec leur teneur en alcaloïde basique.

Dénomination des substances vénéneuses.	Médicaments pour l'usage interne. Toutes formes, sauf solutions pour injections sous-cutanées. Non divisés en prises. — Concentration maximum p. 100 (en poids).	Divisés en prises. — Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Médicaments pour l'usage externe. Formes pharmaceutiques auxquelles s'appliquent les maxima fixés.	Concentration maximum p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Belladone : poudre de racines	1,20	0,08	1,20	Toutes formes (sauf poudres et trochisques antiasthmatiques).	4	16
				En poudres et trochisques antiasthmatiques.	20	20
Belladone : extrait	0,30	0,02	0,30	Toutes formes (sauf pommades, emplâtres et sparadraps)	1	1
				En pommades	10	5
				En emplâtres et sparadraps.	25	10
Benzoate de mercure	0,10	0,01	0,50	Toutes formes	0,10	1
Benzylmorphine*	0,20	0,02	0,40			
Bichlorure de mercure	0,10	0,01	0,50	Toutes formes	0,10	1
Biiodure de mercure	0,10	0,01	0,50	Toutes formes	0,10	1
Bromoforme	0,50	0,10	2	Toutes formes	5	5
Brucine et ses sels	0,05	0,005	0,05			
Cantharides : poudre	0	0	0	Toutes formes (sauf emplâtre et sparadraps).	2	5
				En emplâtre et sparadraps.	40	80
Cantharides : teinture	0	0	0	Toutes formes	10	25
Cantharidine et ses sels	0	0	0	Toutes formes	0,10	0,25
Chloroforme	1,50	0,10	5	Toutes formes	10	20
Ciguë : poudre	0,10	0,05	0,10	Toutes formes	5	20
Ciguë : extrait	0,25	0,025	0,25	Toutes formes (sauf pommades, emplâtres et sparadraps).	1,50	5
				En pommades	12	5
				En emplâtres et sparadraps.	25	20
Codéine et ses sels*	0,20	0,02	0,40	Toutes formes	0,20	0,40
Colchicine et ses sels	0,005	0,001	0,01	Toutes formes	0,01	0,02
Colchique : semences	1	0,10	1	Toutes formes	2	2
Colchique : extrait	0,20	0,02	0,20	Toutes formes	0,40	0,40
Conine et ses sels	0,01	0,001	0,01	Toutes formes	0,50	0,20
Coque du Levant	0,50	0,10	0,50	Pommades	2	1,20
Cotarnine*	1	0,02	0,40			
Curare et curanine	0	0	0			
Cyanures métalliques	0	0	0			
Digitale : feuilles	1	0,05	1	Toutes formes (sauf cigarettes et fumigations).	5	20
				En cigarettes et fumigations.	100	20
Digitale : poudre	1	0 05	1	Toutes formes (sauf poudres et trochisques antiasthmatiques).	5	10
				En poudres et trochisques antiasthmatiques.	25	25

Dénomination des substances vénéneuses.	Médicaments pour l'usage interne. Toutes formes, sauf solutions pour injections sous-cutanées.			Médicaments pour l'usage externe		
	Non divisés en prises. — Concentration maximum p. 100 (en poids).	Divisés en prises. — Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Formes pharmaceutiques auxquelles s'appliquent les maxima fixés.	Concentration maximum p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Digitale : extrait	0 20	0 01	0 20	Toutes formes (sauf pommades, emplâtres et sparadraps).	1	2
				En pommades	10	5
				En emplâtres et sparadraps.	25	10
Digitaline	0	0	0	Toutes formes	0,005	0,010
Duboisine et ses sels	0,01	0,0002	0,002	Collyres	0,20	0,02
Emétique	0,20	0,01	0,10	Emplâtres et pommades	4	2
Ergotinine	0,01	0,001	0,01	Toutes formes	0,10	0,01
Ergot de seigle	5	0,50	10	Toutes formes	5	10
Esérine et ses sels	0,01	0,001	0,01	Collyres	0,20	0,02
				Pommades	0,50	0,05
Ethylmorphine et ses sels*	0,20	0,015	0,30	Collyres	0,50	0,05
Extrait d'ergot de seigle (ergotine)	2,50	0,25	5	Toutes formes	5	10
Extrait fluide d'ergot de seigle	5	0,50	10	Toutes formes	5	10
Fèves de Saint-Ignace	0,20	0,02	0,20			
Gouttes amères de Baumé	1	0,20	5			
Homatropine et ses sels	0,10	0,0005	0,005	Collyres	0,20	0,02
Huile de croton	0,50	0,05	0,50	Toutes formes	2	2
Huile phosphorée	0,50	0,05	0,50			
Hydrastine	0,20	0,05	0,50	Pommades	1	1
Hydrastinine et ses sels	0,10	0,025	0,25	Toutes formes	0,50	0,50
Hyoscyamine et ses sels	0,0025	0,00015	0,003	Toutes formes	0,05	0,01
Juniperus : poudre	0	0	0			
Juniperus : essence	0	0	0			
Jusquiame feuilles	1	0 10	1	Toutes formes (Sauf cigarettes et fumigations).	10	10
				En cigarettes et fumigations.	100	20
Jusquiame : poudre	1	0 10	1	Toutes formes (sauf poudres et trochisques antiasthmatiques).	5	20
				En poudres et trochisques antiasthmatiques.	25	25
Jusquiame : extrait	0,25	0,02	0,25	Toutes formes (sauf pommades, emplâtres et sparadraps).	1	1
				En pommades	10	5
				En emplâtres et sparadraps.	25	10
Liqueur de Fowler	2,50	0,10	2,50			
Narcéine*	0,20	0,01	0,20			
Nicotine et ses sels	0	0	0			
Nitrates de mercure	0	0	0	Pommades	10	
				Toutes autres formes	0,10	1
Nitroglycérine	0,002	0,0003	0,002			
Noix vomique : poudre	0,50	0,05	1	Toutes formes	5	5
Noix vomique : extrait	0,10	0,15	0,30	Toutes formes	1	1
Noix vomique : teinture	6	0,60	10	Toutes formes	25	25

Dénomination des substances vénéneuses.	Médicaments pour l'usage interne. Toutes formes, sauf solutions pour injections sous-cutanées.			Médicaments pour l'usage externe		
	Non divisé en prises. — Concentration maximum p. 100 (en poids).	Divisés en prises. — Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Formes pharmaceutiques auxquelles s'appliquent les maxima fixés.	Concentration maximum p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Oxydes de mercure........	0	0	0	Toutes formes.......	5	3
Papavérine*............	1	0,025	0,50			
Pavot, *Papaver somniferum* (capsules sèches).	0	0	0	Toutes formes.......	30	10
Phosphore..............	0,005	0,0005	0,005			
Phosphure de calcium.....	0	0	0			
Phosphure de zinc.........	0,40	0,005	0,25			
Picrotoxine..............	0,005	0,0005	0,05			
Pilocarpine et ses sels......	0,05	0,005	0,05	Toutes formes (sauf pommades).	0,20	0,50
				Pommades..........	2	0,20
Rue : feuilles............	0	0	0			
Rue : poudre.............	0	0	0			
Rue : essence............	0	0	0			
Sabine : feuilles..........	0	0	0			
Sabine : poudre..........	0	0	0			
Sabine : essence..........	0	0	0			
Santonine	1	0,05	0,50	Pommades..........	2	1
Scopolamine et ses sels.....	0,0005	0,00025	0,003	Collyres............	0,10	0,01
Stovaïne	1	0,02	0,25	Toutes formes......	10	1
Stramoine : feuilles........	1,50	0,20	1,50	Toutes formes (sauf cigarettes et fumigations).	5	20
				En cigarettes et fumigations.	100	20
Stramoine : poudre........	1,50	0,20	1,50	Toutes formes (sauf poudres et trochisques antiasthmatiques).	5	20
				En poudres et trochisques antiasthmatiques.........	25	25
Stramoine : extrait.......	0,30	0,05	0,30	Toutes formes (sauf pommades, emplâtres et sparadraps).	1	1
				En pommades	10	5
				En emplâtres et sparadraps.	25	10
Strophantine et ses sels....	0	0	0	Toutes formes.......	0,005	0,01
Strophantus : semences....	0,25	0,0025	0,10	Toutes formes.......	0,50	0,10
Strophantus : extrait......	0,10	0,001	0,05	Toutes formes.......	0,20	0,05
Strophantus : teinture.....	2,50	0,01	1	Toutes formes.......	2	1
Strychnine et ses sels......	0,05	0,001	0,05	Toutes formes.......	0,05	0,05
Sulfures d'arsenic.........	0	0	0	Toutes formes.......	4	2
Thébaïne*..............	0,20	0,01	0,20			
Vératrine et ses sels.......	0	0	0	Toutes formes.......	0,50	0,25

Préparations médicamenteuses renfermant des substances du tableau B.

Dénomination des substances vénéneuses.	Médicaments pour l'usage interne. Toutes formes, sauf solutions pour injections sous-cutanées.			Médicaments pour l'usage externe		
	Non divisés en prises. — Concentration maximum p. 100 (en poids).	Divisés en prises. — Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Formes pharmaceutiques auxquelles s'appliquent les maxima fixés.	Concentration maximum p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Benzoylmorphines et leurs sels	0	0	0			
Chanvre indien						
Chanvre indien poudre	1	0,10	0,50	Toutes formes	1	0,20
Chanvre indien teinture	10	1	5	Toutes formes	10	10
Chanvre indien extrait mou	0,25	0,025	0,10	Toutes formes	0,50	0,50
Chanvre indien extrait gras.	0,25	0,025	0,10	Toutes formes	0,50	0,50
Cocaïne et ses sels	0,10	0,001	0,05	Toutes formes	0,10	0,50
Diacétylmorphine et ses sels	0	0	0			
Dihydro-oxycodéine et ses sels	0	0	0			
Extrait d'opium	1	0,025	0,125	Emplâtres	25	5
				Ovules et suppositoires	1	0,125
				Autres formes	1	0,50
Feuilles de coca (1)	6	3	60			
Gouttes noires anglaises	4	0,10	1			
Hydrocodéinone et ses sels	0	0	0	Toutes formes	0	0
Laudanum de Sydenham	20	0,50	5	Toutes formes	20	10
Laudanum de Rousseau	8	0,20	2	Toutes formes	8	4
Morphine et ses sels	0,20	0,005	0,03	Toutes formes	0,20	0,10
Opium brut et officinal, poudre d'opium.	2	0,05	0,25	Ovules et suppositoires	2	0,25
				Toutes autres formes	2	1
Résine de chanvre indien. Préparations à base de résine de chanvre indien.	0	0	0			
Teinture d'opium	20	0,50	5	Toutes formes	20	10

(1) L'emploi officinal d'une quantité de feuilles de coca ne dépassant pas 5 kilogr. par an et par officine, ne peut pas être considéré comme pouvant permettre l'extraction pratique de la cocaïne. Dans ces limites, le pharmacien est dispensé des formalités prévues aux articles 33, 34 et 39 du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930.

(*J. O.*, 14 octobre 1931.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264.